



मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों हेतु संदर्भ पुस्तिका

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश

चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

उत्तर प्रदेश सरकार

मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों हेतु संदर्भ पुस्तिका

आभार

मार्गदर्शन

1. श्री पार्थ सारथी सेनगर्मा, आई.ए.एस., प्रमुख सचिव,
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, उत्तर प्रदेश सरकार
2. श्रीमती अपर्णा उपाध्याय, आई.ए.एस., सचिव,
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, उत्तर प्रदेश एवं मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

निर्देशन एवं नेतृत्व

डॉ. राजागणपति आर

निदेशक, राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश

निदेशक (प्रशासन), चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवा, उत्तर प्रदेश

पाठ्य पुस्तक के निर्माण हेतु वर्किंग ग्रुप

- डॉ. विजय कीर्ति, असिस्टेंट प्रोफेसर, राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश
डॉ. महेश नाथ सिंह, असिस्टेंट प्रोफेसर, राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश
डॉ. मनीश सिंह, असिस्टेंट प्रोफेसर, राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश
श्री संतोष शंकर शुक्ल, असिस्टेंट प्रोफेसर, राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश
श्री मुदस्सर अहमद, असिस्टेंट प्रोफेसर, राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश
डॉ. दिवाकर यादव, असिस्टेंट प्रोफेसर, राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश

लेखन एवं संपादन

डॉ. मनीश सिंह, असिस्टेंट प्रोफेसर, राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश इस पाठ्य पुस्तिका के निर्माण में सहयोग एवं योगदान हेतु राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन उ.प्र. के सम्बंधित सभी महाप्रबंधकों, उप महाप्रबंधकों एवं सलाहकारों के प्रति आभार व्यक्त करता है।



मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों हेतु संदर्भ पुस्तिका

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
उत्तर प्रदेश सरकार

मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों हेतु संदर्भ पुस्तिका

प्रतिलिप्यधिकार © – राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश

प्रकाशक

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश

सी ब्लॉक – इंदिरा नगर, लखनऊ

दूरभाष: (91) 522 2310679, 2340579

ई-मेल: sihfwlu.up@nic.in, directorsihfw@gmail.com

वेबसाइट: www.sihfw.up.nic.in

उक्त अनुलिपिकरण उपस्कर गैर-व्यावसायिक उद्देश्यों के लिए

साभार निःशुल्क उपयोग की जा सकती है।

प्रकाशन के संदर्भ में सभी अधिकार संरक्षित हैं।

प्रकाशन का कोई भी भाग प्रतिलिप्यधिकार अधिकारी की पूर्व अनुमति

के बिना किसी भी पुनः प्राप्ति प्रणाली में किसी भी रूप में

संग्रहीत अथवा इलेक्ट्रॉनिक, मैकेनिकल, फोटोकॉपी जैसे

किसी भी माध्यम से प्रेषित अथवा हस्तांतरित नहीं किया

जा सकता।

इस तरह की अनुमति हेतु आवेदन, उसके उद्देश्य और

पुनः प्रकाशन की सीमा के विवरण के साथ,

निदेशक, राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार संस्थान,

उत्तर प्रदेश, इंदिरा नगर, लखनऊ, भारत

को संबोधित कर सकता है।

प्रकाशन एवं डिजाइनिंग वर्क





संदेश



श्री ब्रजेश पाठक

माननीय उप मुख्यमंत्री,
माननीय कैबिनेट मंत्री,
चिकित्सा शिक्षा,
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग,
उत्तर प्रदेश सरकार

सुचारु संचालन के लिये वित्तीय संसाधनों के बेहतर प्रबंधन एवं प्रशासन का अधिकतम लाभ उठाना भी मुख्य चिकित्सा अधीक्षक की जिम्मेदारी है। यह पुस्तक क्षेत्रीय स्तर के अधिकारियों के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधन, महामारी इत्यादि से निपटने के लिए उपयुक्त रणनीति एवं सामान्य क्रियान्वन के साथ ही साथ प्रायः पूछे जाने वाले प्रश्नों के उत्तर समेत अन्य बिंदुओं पर विस्तृत जानकारी प्रदान करने के लिए एक भरोसेमंद श्रोत के रूप में उपयोग की जा सकती है।

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान अधिकारियों के निरंतर प्रशिक्षण और अनुसंधान के माध्यम से सार्वजनिक स्वास्थ्य के स्तर में सुधार लाते हुए उत्तर प्रदेश को बेहतर राज्य बनाने के लिए प्रतिबद्ध है। हमारा प्रयास इस कार्य को जारी रखना है ताकि यह उत्तर प्रदेश में सार्वजनिक स्वास्थ्य के उत्थान की दिशा में काम कर रहे प्रत्येक अधिकारी / विभाग तक पहुंचे और एक सकारात्मक बदलाव लाए।

ब्रजेश पाठक



संदेश



श्री मयंकेश्वर शरण सिंह

माननीय राज्य मंत्री

चिकित्सा स्वास्थ्य

एवं

परिवार कल्याण विभाग

उत्तर प्रदेश सरकार

जनसंख्या की दृष्टि से देश का सबसे बड़ा राज्य होने के कारण उत्तर प्रदेश के समक्ष चुनौतियों एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधन एक विकट समस्या है। राज्य में स्वास्थ्य सेवाओं का स्तर बेहतर करने के लिए उपयुक्त मार्गदर्शन आवश्यक है। सार्वजनिक तौर पर 'हेल्थ इज वेल्थ' संकल्पना का वास्तविक निर्वहन उचित मार्गदर्शन से संभव हो सकता है।

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक की जिला अस्पताल प्रबंधन, सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए उचित रणनीति, क्षेत्र के उत्तरदायी अधिकारी के रूप में स्वास्थ्य योजनाओं के कार्यान्वयन और आवश्यकताओं के अनुकूल क्रियान्वयन में सबसे महत्वपूर्ण भूमिका है। स्वास्थ्य से संबंधित प्रशिक्षण नीतियों के निष्पादक के रूप में उनकी भूमिका के लिए खाका तैयार करने का एक प्रभावी तरीका है।

यह पुस्तक मुख्य चिकित्सा अधीक्षक के लिए सरकारी स्वास्थ्य दिशा-निर्देशों के अनुरूप उनकी जिम्मेदारियों और जवाबदेही को पूरा करने के लिए संदर्भ सामग्री के रूप में उपयोग की जाएगी।

मैं, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन और राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश के द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रशासकों के लिए पुस्तक संपादित एवं प्रकाशित करने और प्रभावी सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली के लिए मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों के लिए प्रशिक्षण और कौशल विकास हेतु किए जा रहे प्रयासों की सराहना करता हूँ।

मयंकेश्वर शरण सिंह



प्राक्कथन



श्री पार्थ सारथी सेन शर्मा

आई.ए.एस., प्रमुख सचिव,

चिकित्सा स्वास्थ्य

एवं

परिवार कल्याण विभाग,

उत्तर प्रदेश सरकार

इस अत्यंत महत्वपूर्ण प्रकाशन "मुख्य चिकित्सा अधीक्षक के लिए पुस्तक" की प्रस्तावना प्रदान करते हुए मुझे अत्यन्त हर्ष का अनुभव हो रहा है। यह पुस्तक जिला अस्पताल प्रशासन और विशेष रूप से मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों के लिए जन-स्वास्थ्य से सम्बन्धित दिशा-निर्देशों के सापेक्ष जिम्मेदारियों और जवाबदेही से युक्त नियमावली के रूप में प्रकाशित की जा रही है। इसके साथ ही यह पुस्तक जनपदों में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के कार्यान्वयन, निगरानी और समीक्षा जैसे बिंदुओं पर जिला अस्पताल प्रशासन की भूमिका के महत्व को बढ़ाएगी।

जिला अस्पताल प्रशासकों के लिए प्रासंगिक जानकारियों, आवश्यक विशिष्ट कार्यों का उल्लेख, साथ ही वास्तविक स्थितियों के विस्तृत अध्ययन पर आधारित होने के कारण यह पुस्तक एक उपयोगी संकलन है जिसकी समय-समय पर सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के कार्यान्वयन के अनुभवों के आधार पर समीक्षा एवं विवेचना की जाएगी। इस पुस्तक द्वारा विशेष रूप से समेकित कार्ययोजना पर जोर देने, सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली में सुधार करने

के लिए वांछित शोध से संबंधित अन्य प्रासंगिक दिशा-निर्देशों, और सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था पर व्यापक अवलोकन की आवश्यकता पर ध्यान देने जैसे विषयों पर प्रकाश डाले जाने के कारण अत्यन्त उपयोगी है।

मैं, राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान, एवं श्री राजागणपति आर, निदेशक, राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश एवं निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवा, उत्तर प्रदेश (प्रशासन) के सक्षम नेतृत्व एवं इस अतुल्य पहल की कल्पना और कार्यान्वयन के लिए बधाई देना चाहता हूं। राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान के संकाय सदस्यों को उनके तकनीकी समर्थन के लिए और जिन्होंने भी अपने सुझावों और सिफारिशों के साथ योगदान दिया, मैं उन सबकी सराहना करता हूं। जन स्वास्थ्य सेवाओं के लिए जिला अस्पताल प्रशासन की भूमिका को समर्थन देने और प्रोत्साहन देने के प्रयास में यह पहला कदम है। मैं आगामी माह में इस पुस्तक के व्यापक प्रसार और इसकी उपयोगिता पर प्रतिक्रिया का प्रतीक्षार्थ हूँ।

पार्थ सारथी सेन शर्मा



प्रस्तावना



श्रीमती अपर्णा उपाध्याय

आई.ए.एस., सचिव,

चिकित्सा स्वास्थ्य

एवं

परिवार कल्याण विभाग,

उत्तर प्रदेश

एवं निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों के लिए प्रकाशित यह पुस्तक राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान द्वारा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के सहयोग से जन स्वास्थ्य वितरण प्रणाली में सुधार किये जाने के उद्देश्य से जारी किये जाने वाले अनेक उपस्करों में से एक है।

यह पुस्तक विशेष रूप से राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के सहयोग से राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश द्वारा जिला अस्पताल प्रशासकों की आवश्यकताओं के अनुरूप संपादित की गई है। यह पुस्तक सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं से संबंधित चुनौतियों एवं अवसरों का अध्ययन करने का सबसे उत्तम साधन है। मौलिक स्वास्थ्य सेवा के संचालन जिसमें जिला अस्पताल प्रमुख हैं, में वांछित सुधारों एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य के मुद्दों के प्रति दृष्टिकोण में सकारात्मक बदलाव लाने में इस पुस्तक की उपयोगिता अधिक होगी।

यह पुस्तक मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों को उपयोगी दिशा-निर्देश प्रदान करने का प्रयास करती है। जिससे अस्पताल कर्मी, डॉक्टर एवं मरीज के परस्पर अनुभवों का बारीकी से अध्ययन कर पाएंगे। मैं इस अमूल्य संकलन को तैयार करने के लिए किए गए सभी प्रयासों की सराहना करती हूँ और सभी मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों से इसका पूरा लाभ उठाने का आग्रह करती हूँ।

Aparna
अपर्णा उपाध्याय



संदेश



डॉ लिली सिंह

महानिदेशक

चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवा

उत्तर प्रदेश

भारत के घनी आबादी वाले सबसे बड़ा राज्य होने के कारण उत्तर प्रदेश में चुनौतियों एवं मुद्दों की अधिकता एक विकट समस्या है। जन स्वास्थ्य सेवाओं को प्रशस्त किये जाने हेतु प्रदत्त क्रियावनों को सुदृढ़ करने की अत्यन्त आवश्यकता है।

मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों की जिला अस्पताल प्रबंधन, सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए उचित रणनीति, क्षेत्र के उत्तरदायी अधिकारी के रूप में स्वास्थ्य योजनाओं के कार्यान्वयन और आवश्यकताओं के अनुकूल क्रियान्वयन में सबसे महत्वपूर्ण भूमिका है। यह पुस्तक स्वास्थ्य से संबंधित प्रशिक्षण नीतियों के निष्पादक के रूप में उनकी भूमिका के लिए एक रणनीतिक खाका तैयार करना का एक प्रभावी तरीका है।

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश, मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों के प्रशिक्षण हेतु यह पुस्तक प्रकाशित कर रहा है, मेरा विश्वास है की यह पुस्तक मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों के लिए

सरकारी स्वास्थ्य दिशा-निर्देशों के अनुरूप उनकी जिम्मेदारियों और जवाबदेही को पूरा करने के लिए संदर्भ सामग्री के रूप में उपयोग की जाएगी।

मैं राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन और राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान उत्तर प्रदेश के द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रशासकों के लिए पुस्तक संपादित एवं प्रकाशित करने और प्रभावी सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली के लिए मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों के लिए प्रशिक्षण और कौशल विकास हेतु किए जा रहे प्रयासों की सराहना करती हूँ तथा इस पुस्तक की सफलता के लिए अपनी शुभकामनाएं देती हूँ।

डॉ लिली सिंह



संदेश



डॉ रेनू वर्मा श्रीवास्तव

महानिदेशक

परिवार कल्याण एवं प्रशिक्षण

उत्तर प्रदेश

देश के विभिन्न स्वास्थ्य मापदंडों को आकार देने में उत्तर प्रदेश की सबसे महत्वपूर्ण भूमिका है। इसी कारण से राज्य में स्वास्थ्य का स्तर बेहतर करने के लिए उपयुक्त मार्गदर्शन आवश्यक है। सार्वजनिक तौर पर 'हेल्थ इज वेल्थ' संकल्पना का वास्तविक निर्वहन उचित मार्गदर्शन से ही संभव हो सकता है।

प्रभावी सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रशासन के लिए जिला अस्पताल स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं को सुचारु रूप से लागू करने और स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं के उपयुक्त प्रबंधन में मुख्य चिकित्सा अधीक्षक की बहुत महत्वपूर्ण भूमिका होती है। राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश, मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों के प्रशिक्षण के हेतु यह हस्तपुस्तिका प्रकाशित कर रहा है जोकि एक बेहद लाभकारी पहल है और मैं इस विचार की सराहना करती हूँ।

मुझे उम्मीद है कि यह पुस्तिका मुख्य चिकित्सा अधीक्षक के लिए सरकारी स्वास्थ्य दिशा-निर्देशों के अनुसार उनकी जिम्मेदारियों और जवाबदेही को पूरा करने में संदर्भ सामग्री के रूप में काम करेगी। मैं राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ.प्र. एवं राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उ.प्र. के जिला अस्पताल स्तर पर सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रशासकों के लिए हस्तपुस्तिका संपादित करने के इस प्रयास का स्वागत करती हूँ।

मैं, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन और राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश के द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रशासकों के लिए पुस्तक संपादित एवं प्रकाशित करने और प्रभावी सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली के लिए मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों के लिए प्रशिक्षण और कौशल विकास हेतु किए जा रहे प्रयासों की सराहना करती हूँ एवं इस पुस्तक की सफलता के लिए अपनी शुभकामनाएं देती हूँ।

डॉ रेनू वर्मा श्रीवास्तव



आभार



डॉ. राजा गणपति आर

निदेशक,

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण
संस्थान, उत्तर प्रदेश
निदेशक (प्रशासन), चिकित्सा एवं
स्वास्थ्य सेवा, उत्तर प्रदेश

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश, राज्य में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं को बेहतर बनाने हेतु मुख्य चिकित्सा अधीक्षकों को प्रशिक्षित करने के लिए इस पुस्तक को सफलतापूर्वक संपादित करने में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश द्वारा प्रदान किए गए सराहनीय योगदान के लिए मैं आभार व्यक्त करता हूँ। मैं विभागाध्यक्ष श्री पार्थ सारथी सेन शर्मा जी, प्रमुख सचिव, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, उत्तर प्रदेश सरकार को उनके मार्गदर्शन के लिए धन्यवाद ज्ञापित करता हूँ। इस पुस्तक के प्रकाशन के लिए वित्तीय सहायता प्रदान किये जाने हेतु सुश्री अपर्णा उपाध्याय जी, मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश को हार्दिक धन्यवाद।

आभार की सूची अत्यन्त बड़ी होने के कारण है इस पुस्तिका के निर्माण, संपादन, मार्गदर्शन एवं संकल्पनाओं की अवधारणा में अपना विशिष्ट योगदान प्रदान करने के लिए प्रांतीय चिकित्सा सेवाओं के विभिन्न चिकित्सा अधिकारियों को विशेष आभार।

संस्थान का कोई भी प्रयास सदैव एक सामूहिक प्रयास रहा है जिसमें संस्थान हर संभव तरीके से योगदान करता है, इसलिए राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश इस पुस्तक को

तैयार करने में उनके अपार समर्थन और अनुभवी मार्गदर्शन के लिए अपने संकाय अधिकारियों का मैं बहुत आभारी हूँ। इसके अतिरिक्त, मैं राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के प्रशिक्षण प्रभाग को पुस्तक के संपादन में उनके योगदान हेतु अपने सभी प्रभागों को समन्वित करने का प्रयास करने के लिए धन्यवाद देना चाहता हूँ। अंततः इस पुस्तक के हिन्दी अनुवाद हेतु तथा प्रतीकात्मक चित्रण, डिजाइन और प्रिंटिंग के लिए इमेजिनेशन वर्ल्ड का आभार व्यक्त करता हूँ।

डॉ. राजा गणपति आर

विषयसूची

क्र.सं.	विवरण	पृष्ठ संख्या
1.	स्वास्थ्य प्रणालियों से परिचय	01 - 40
2.	उत्तर प्रदेश चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण प्रणाली की प्रशासनिक एवं प्रबंधन संरचना	41 - 62
3.	राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम	63 - 91
4.	राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन - प्रबंधन	92 - 97
5.	अस्पताल प्रबंधन	98 - 117
6.	कार्यालय प्रबंधन	118 - 183
7.	डिजिटल स्वास्थ्य मिशन	184 - 197
8.	मेडिको लीगल प्रक्रिया	198 - 222

I. उत्तर प्रदेश की सामाजिक-जनसांख्यिकीय रूपरेखा

पृष्ठभूमि

उत्तर प्रदेश की जनसंख्या ब्राजील देश से भी अधिक है, जो की क्षेत्रफल में भारत से 2.5 गुना बड़ा और विश्व का पांचवां सबसे बड़ा देश है। उत्तर प्रदेश की जनसंख्या 20 करोड़ है और भारत का प्रत्येक छड़वां व्यक्ति इसी राज्य से आता है। आजादी के बाद इस राज्य की आबादी में 1951 और 1971 के बीच लगभग 01 करोड़ प्रति दशक, 1971 और 1991 के बीच 02 करोड़ प्रति दशक और 1991 और 2011 के बीच 03 करोड़ प्रति दशक की दर से जनसंख्या में वृद्धि हुई है। इस प्रकार से उत्तर प्रदेश की जनसंख्या वर्ष 2030 आने तक लगभग 25 करोड़ होने का अनुमान है। इस राज्य का जनसंख्या घनत्व 828 व्यक्ति प्रति वर्ग किलोमीटर है। उत्तर प्रदेश ग्रामीण आबादी की अधिकता वाला राज्य है, जिसकी मात्र 22: जनसंख्या शहरीय क्षेत्रों में निवास करती है। 2011 में हुई जनगणना के अनुसार यहां की जनसंख्या वृद्धि दर 1.8 प्रतिशत प्रति वर्ष है, साक्षरता दर 69.7 प्रतिशत एवं राज्य में 75 जिले और 821 सामुदायिक ब्लॉक हैं।

उत्तर प्रदेश का स्वास्थ्य रेखाचित्र

निम्नांकित तालिका – 01, भारत और उत्तर प्रदेश के लिए चयनित स्वास्थ्य संकेतकों पर आंकड़े दर्शाती है। यह ये भी प्रदर्शित करती है कि उत्तर प्रदेश में केवल 42 प्रतिशत महिलाओं को कम से कम चार प्रसवपूर्व परामर्श प्राप्त हुए, जबकि राष्ट्रीय स्तर पर यह आंकड़ा 58 प्रतिशत है। उत्तर प्रदेश में चिकित्सा संस्थानों में 83 प्रतिशत प्रसव हुए जबकि अखिल भारतीय स्तर पर यह लगभग 89 प्रतिशत था। यह ध्यान देने योग्य है कि भारत में 84 प्रतिशत की तुलना में उत्तर प्रदेश में 75 प्रतिशत से अधिक बच्चे ही पूरी तरह से प्रतिरक्षित हैं। भारत में प्रजनन दर प्रति महिला 2.0 है जबकि इसकी तुलना में उत्तर प्रदेश की कुल प्रजनन दर प्रति महिला 2.4 है। राष्ट्रीय स्तर की तुलना में उत्तर प्रदेश में क्रूड मृत्यु दर, जन्म दर और शिशु मृत्यु दर बहुत अधिक है। उत्तर प्रदेश में मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) राष्ट्रीय स्तर से 64 अंक अधिक है। उत्तर प्रदेश में जन्म के समय जीवन प्रत्याशा भारत की तुलना में बहुत कम है।

तालिका – 01: उत्तर प्रदेश और भारत के लिए चयनित स्वास्थ्य संकेतक (प्रतिशत दर)

संकेतक	शहरी	ग्रामीण	कुल	राष्ट्रीय स्तर
कम से कम चार प्रसवपूर्व परामर्श प्राप्त महिलाएं	52.3	36.9	42.4	58.1
चिकित्सा संस्थानों में हुए प्रसव	85.5	82.9	83.4	88.6
सार्वजनिक सुविधा केंद्रों में हुए प्रसव	43.1	61.5	57.7	61.9
पूर्णतः प्रतिरक्षित बच्चे (आयु: 12 - 23 माह)	76.6	78.8	78.4	83.8
(बी सी जी, खसरा, पोलियो एवं डी पी टी की तीन तीन खुराक)				
कुल प्रजनन दर	1.9	2.5	2.4	2.0
मातृ मृत्यु दर (एमएमआर)			167	103
क्रूड मृत्यु दर	5.4	6.8	6.5	6.0
क्रूड जन्म दर	26.1	22.1	25.1	19.5
शिशु मृत्यु दर	40	28	38	28
जन्म के समय जीवन प्रत्याशा	68.7	64.3	65.3	67.7

स्रोत:

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण – 5, 2019–2021य एस आर एस बुलेटिन, नमूना पंजीकरण प्रणाली, भारत के महापंजीयक, 2022य भारत में मातृ मृत्यु दर 2017–19 पर विशेष बुलेटिन, नमूना पंजीकरण प्रणाली, भारत के महापंजीयक, मार्च 2022य एसआरएस आधारित संक्षिप्त जीवन सूची 2014–18, नमूना पंजीकरण प्रणाली, भारत के महारजिस्ट्रार, सितंबर 2020

सहस्राब्दि विकास लक्ष्य एवं सतत विकास लक्ष्य की ओर प्रगति

उत्तर प्रदेश के स्वास्थ्य परिदृश्य में हुए सुधार के बावजूद, प्रदेश की राज्य जनसंख्या नीति 2000 में वर्णित सात लक्ष्यों में से केवल दो लक्ष्यों (यानी शिशु मृत्यु दर और संस्थागत प्रसव) को वर्ष 2016 तक प्राप्त कर सका। राज्य के शेष पांच लक्ष्य राज्य सरकार द्वारा अभी तक प्राप्त नहीं कर पाई है। नीतिगत लक्ष्य हैं: टीएफआर, एमएमआर, आधुनिक गर्भनिरोधक उपयोग, गर्भनिरोधक की अपूर्ण आवश्यकता और बाल प्रतिरक्षण।

मातृ स्वास्थ्य:

नमूना पंजीकरण प्रणाली के आंकलन, 2022 से पता चलता है कि राज्य में मातृ मृत्यु दर 285 (2017–2019) से प्रति 100,000 जीवित जन्मों पर 167 तक गिर गई है। दीर्घकालिक विकास लक्ष्यों (एसडीजी) की तुलना में वर्तमान मातृ मृत्यु दर अभी भी उच्च है। राज्य के एसडीजी मिशन का लक्ष्य इसे 2030 तक 70 तक लाना है। राज्य की स्वास्थ्य नीति का लक्ष्य 2030 तक एमएमआर 70 के स्तर को हासिल करना है।

राज्य का लक्ष्य 2030 तक 100 प्रतिशत संस्थागत प्रसव में वृद्धि करना है। वर्तमान में, 83.4 प्रतिशत प्रसव संस्थागत हैं और लगभग 5 प्रतिशत प्रसव घर पर ही कराए जा रहे हैं। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण, 2019–2021 के नवीनतम अनुमान बताते हैं कि ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों में 5 प्रतिशत प्रसव घर पर होते हैं। ग्रामीण क्षेत्रों की केवल 60 प्रतिशत महिलाओं को चार से अधिक प्रसवपूर्व परामर्श प्राप्त हुए। महिलाओं को पूर्ण प्रसवपूर्व परामर्श उपलब्ध करना बहुत कम है क्योंकि उत्तर प्रदेश में केवल 6 प्रतिशत महिलाओं ने पूर्ण प्रसवपूर्व परामर्श प्राप्त किया। राज्य 2030 तक सभी गर्भवती माताओं के लिए 100 प्रतिशत पूर्ण प्रसवपूर्व जांच में वृद्धि करने की इच्छा रखता है। इसके अलावा, शहरी क्षेत्रों की महिलाओं की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों की महिलाओं को प्रशिक्षित परामर्शदाताओं से प्रसवोत्तर देखभाल प्राप्त होने की संभावना कम है। लगभग 72 प्रतिशत माताओं ने प्रसव के 2 दिनों के भीतर प्रसवोत्तर देखभाल प्राप्त करने की सूचना दी है। राज्य का लक्ष्य 2030 तक सभी माताओं और उनके बच्चों के लिए प्रसवोत्तर देखभाल को सार्वभौमिक बनाना है।

पांचवें राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के अनुसार, उत्तर प्रदेश के ग्रामीण क्षेत्रों में 20–24 आयु वर्ग की लगभग 18 प्रतिशत महिलाओं की शादी विवाह की कानूनी उम्र से पहले, यानी 18 वर्ष से पहले कर दी गई थी। किशोरों की गर्भावस्था के संबंध में सर्वेक्षण के समय 14–19 वर्ष की लगभग 3 प्रतिशत महिलाएं पहले से ही 1 या 1 से अधिक बच्चों की माँ थीं। यद्यपि किशोर गर्भावस्था का प्रसार कम है, फिर भी महत्व बहुत अधिक है। राज्य वर्ष 2030 तक इस प्रकार के गर्भधारण को 60 प्रतिशत तक कम करने के लिए प्रयासरत है। यह ध्यान देने योग्य बात है कि गर्भवती महिलाओं का एक बड़ा हिस्सा एनीमिया से पीड़ित है। अनुमान है कि सर्वेक्षण के समय 46 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं एनीमिक थीं। एनीमिया का स्तर गर्भवती महिलाओं में जटिलताओं की संभावना को बढ़ाता है।

राज्य ने स्कूलों में इंटरमीडिएट तक लड़कियों और लड़कों को रखने की अनिवार्य प्रथा को बनाए रखने की

परिकल्पना की है। यह बेहतर मातृ स्वास्थ्य परिणाम प्राप्त करने में सहायता करेगा।

नवजात और शिशु स्वास्थ्य

नमूना पंजीकरण प्रणाली के अनुसार उत्तर प्रदेश में शिशु मृत्यु दर 2020 में 38 मृत्यु प्रति 1000 जीवित जन्म और 2019 में 41 मृत्यु प्रति 1000 जीवित जन्म रही जबकि राष्ट्रीय औसत 28 प्रति 1000 जीवित जन्म रहा। उत्तर प्रदेश में नवजात मृत्यु (जीवन के पहले 28 दिनों के भीतर मृत्यु) प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 30 है।

नवजात की मृत्यु शिशु मृत्यु का लगभग 70% है। नवजात मृत्यु दर (एनएमआर) पिछले 6 वर्षों से 35 (एसआरएस 2013) से 30 (एसआरएस 2019) तक धीमी लेकिन स्थिर गति से गिर रही है।

नमूना पंजीकरण प्रणाली के अनुसार राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत 2008 में शिशु मृत्यु दर 67 प्रति 1000 जीवित जन्मों से सुधार कर 2020 में शिशु मृत्यु दर 38 प्रति 1000 जीवित जन्मों तक आयी है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के प्रयास से उत्तर प्रदेश में शिशु मृत्यु दर में काफी कमी आई है जो की लगभग 43.28 प्रतिशत है।

मिलियन डेथ स्टडी के अनुसार नवजात मृत्यु दर के प्रमुख कारण हैं: समय से पहले जन्म और जन्म के समय कम वजनय नवजात संक्रमण, जिसमें नवजात निमोनिया, नवजात सेप्सिस और सीएनएस संक्रमण शामिल हैं और जन्म श्वासावरोध और जन्म आघात।

बाल स्वास्थ्य

नमूना पंजीकरण प्रणाली 2019 के आंकड़ों के अनुसार, उत्तर प्रदेश में 5 वर्ष से कम उम्र की मृत्यु दर 2013 में 65 के मुकाबले 48 है। 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर में आयी कमी लगभग 26.15 प्रतिशत है। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण – 5 के अनुसार उत्तर प्रदेश में बाल मृत्यु दर 60 है, जो गंभीर चिंता का विषय भी है और इस मुद्दे के समाधान के लिए ठोस प्रयासों की आवश्यकता है। शिशु मृत्यु दर के समान ही समय के साथ बाल मृत्यु दर में भी धीरे धीरे सुधार हुआ है। एनीमिया 6–59 महीने की उम्र के बच्चों में व्यापक रूप से प्रचलित है, जैसा सर्वेक्षण से पता चलता है ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों में सामान रूप से लगभग 66 प्रतिशत बच्चे एनीमिक थे। वजन और ऊंचाई के वर्गीकरण के आधार पर 5 वर्ष से कम आयु के लगभग हर पांचवां बच्चा कमजोर या कम वजन वाला था, प्रतिशत में यह आंकड़ा लगभग 17 के करीब है। इसी तरह, 5 साल से कम उम्र के 40 फीसदी बच्चे नाटे थे। सर्वेक्षण के समय लगभग 32 प्रतिशत बच्चे उम्र के अनुसार कम वजन के थे। महत्वपूर्ण मुद्दे पर विचार करते हुए राज्य सरकार ने 2030 तक सभी प्रकार के कुपोषण के प्रसार को वर्तमान दर से 75 प्रतिशत कम करने का लक्ष्य रखा है।

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के आंकड़ों से पता चलता है की बच्चों के टीकाकरण को लेकर स्थिति में काफी सुधार हुआ है लेकिन साथ ही इसमें और सुधार की काफी गुंजाइश है। वर्ष 2015–2016 में बच्चों का पूर्ण टीकाकरण 51 प्रतिशत था जो की वर्ष 2019–2021 में बढ़कर 70 प्रतिशत हो गया है। गौरतलब है की कवरेज बीसीजी के खिलाफ उच्चतम (93 प्रतिशत), उसके बाद डीपीटी (81 प्रतिशत) और पोलियो (74 प्रतिशत) है। लिहाजा, उत्तर प्रदेश में डीपीटी ड्रॉपआउट और पोलियो एक मुद्दा बना हुआ है। सर्वेक्षण के अनुसार पिछले छह महीनों में बच्चों के बीच विटामिन-ए का वर्तमान स्तर लगभग 74 प्रतिशत है।

जनसंख्या स्थिरीकरण

प्रजनन : कुल प्रजनन दर के हालिया आंकड़ों में पिछले एक दशक में भारी गिरावट आयी हैं। यह राष्ट्रीय परिवार

स्वास्थ्य सर्वेक्षण – 4 (2015–2016) में 2.7 थी जो की घटकर राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण – 5 (2019–2021) में 2.4 रह गयी। यह ध्यान रखना दिलचस्प है कि शहरी उत्तर प्रदेश पहले ही 2015 में 2.1 का आंकड़ा प्राप्त कर चुका है।

तालिका – 02: वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण 2012–2013 के अनुसार

कुल प्रजनन दर	जनपदों की संख्या	प्रतिशत जनपद
4 से अधिक	11	15.7
3 - 3.9	47	67.1
3 से कम	12	17.1
कुल	70	100

वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण 2012–2013 के आंकड़े बताते हैं कि लगभग 85 प्रतिशत जिलों में कुल प्रजनन दर 3 से अधिक है और 15 प्रतिशत जिलों में यह 4 से अधिक है। इसलिए, उत्तर प्रदेश के प्रजनन परिदृश्य में सुधार के लिए बहुत जगह है। 2.1 की दर को प्राप्त करने के लिए अधिक केंद्रित प्रयासों की आवश्यकता है। इसके अलावा, अपरिष्कृतजन्म दर 2005 के आंकड़े 30.4 प्रतिशत से घटकर 2014 में 26.7 प्रतिशत हो गया। उत्तर प्रदेश के समग्र विकास के सन्दर्भ में राज्य प्रजनन स्थिरीकरण के महत्व को पहचानता है। इसलिए उच्च प्रजनन क्षमता के प्रमुख कारकों जैसे विवाह की बढ़ती उम्र, दंपतियों के बीच परिवार नियोजन की बढ़ती प्रवृत्ति, शिशु और बच्चे की उत्तरजीविता में वृद्धि को संबोधित किया जायेगा। 2030 तक राज्य की कुल प्रजनन दर को 2.1 के स्तर पर लाने के लिए कड़े प्रयास किया जाएगा।

तालिका – 03: वर्ष 2005 से 2015 तक उत्तर प्रदेश में अपरिष्कृत जन्म एवं अपरिष्कृत मृत्यु दरवर्षअपरिष्कृत जन्म दरअपरिष्कृत मृत्यु दर

वर्ष	अपरिष्कृत जन्म दर			अपरिष्कृत मृत्यु दर		
	कुल	ग्रामीण	शहरी	कुल	ग्रामीण	शहरी
2005	30.4	31.3	26.5	8.7	9.1	6.8
2006	30.1	31.0	26.0	8.6	9.1	6.6
2007	29.5	30.5	25.5	8.5	9.0	6.5
2008	29.1	30.0	25.1	8.4	8.8	6.6
2009	28.7	29.7	24.7	8.2	8.6	6.5
2010	28.3	29.2	24.2	8.1	8.5	6.3
2011	27.8	28.8	23.7	7.9	8.3	6.1
2012	27.4	28.4	23.5	7.7	8.1	6.0
2013	27.2	28.1	23.3	7.7	8.1	5.9
2014	26.7	27.9	23.0	7.2	7.7	5.7
2022	25.1	26.1	22.1	6.5	6.8	5.4

मृत्यु दर

नमूना पंजीकरण प्रणाली (एसआरएस) 2005–2022 के अनुसार अपरिष्कृत मृत्यु दर में गिरावट आई है, 2005 में यह दर 8.7 मृत्यु प्रति 1000 थी जो की अब 2022 में 6.5 मृत्यु प्रति 1000 हो गई है। वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एएचएस) 2012–2013 के अपरिष्कृत मृत्यु दर (सीडीआर) के अनुमान बताते हैं कि लगभग 66 प्रतिशत जिलों में यह 8 से अधिक है। इसलिए, उत्तर प्रदेश में समग्र मृत्यु दर को कम करने के लिए राज्य को भी इस मोर्चे पर काम करने की आवश्यकता है।

तालिका - 04: वर्ष 2012 - 2013 में उत्तर प्रदेश में अपरिष्कृत मृत्यु दर

अपरिष्कृत मृत्यु दर	जनपदों की संख्या	प्रतिशत जनपद
9 से अधिक	22	31.0
8 - 8.9	24	33.8
8 से कम	24	35.2
कुल	70	100

गर्भ निरोध

आधुनिक गर्भनिरोधक प्रसार दर का वर्तमान स्तर प्रजनन क्षमता के निकटवर्ती निर्धारकों में से एक है। यह परिवार नियोजन (एफपी) कार्यक्रमों की सफलता को मापने के प्रमुख संकेतकों में से एक है। उत्तर प्रदेश में आधुनिक गर्भनिरोधक प्रसार दर (सीपीआर) के वर्तमान स्तर में ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों में अत्यधिक अंतर देखने को मिलता है जो की लगभग 31.7 प्रतिशत है। निम्नवत सारिणी वर्तमान सीपीआर के अंतर को दर्शाती है। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि आधुनिक गर्भनिरोधक प्रसार दर में कंडोम के बाद महिला नसबंदी का प्रमुख योगदान है।

सारिणी: उत्तर प्रदेश के निम्नतम और उच्चतम एमसीपीआर वाले 10 जिले (एन एफ एच एस - 4 | 2015 - 2016)

निम्नतम सीपीआर		उच्चतम सीपीआर	
बलरामपुर	2.7	सहारनपुर	43.1
श्रावस्ती	6.8	ज्योतिबा फुले नगर	43.8
बहराइच	9.1	मथुरा	43.8
गोंडा	11.7	मेरठ	43.8
बस्ती	15.5	मुजफ्फरनगर	44.8
संत कबीर नगर	15.6	महोबा	48
सिद्धार्थनगर	16.6	गौतम बुद्ध नगर	48.4
बदायूं	17.2	गाजियाबाद	50.7
फतेहपुर	18	झांसी	54.7
अंबेडकर नगर	19.5	ललितपुर	59.2

एन एफ एच एस - 4 के आंकड़े विभिन्न जनपदों में आधुनिक गर्भ निरोधकों के उपयोग में अंतर को दर्शाता है। यह दर्शाता है कि बलरामपुर, श्रावस्ती और बहराइच जैसे जिले हैं जहां एमसीपीआर का प्रसार 10 से कम है।

इसके विपरीत, गाजियाबाद, झांसी और ललितपुर जैसे जिले हैं जहां एमसीपीआर 50 से ऊपर है। आंकड़ों में इतने बड़े अंतर को ध्यान में रखते हुए, उन जिलों पर ध्यान देने की सख्त जरूरत है जहां एमसीपीआर स्तर संतोषजनक नहीं है। राज्य सरकार पहले से ही अधिकांश जिलों में सीपीआर को बढ़ाने के लिए गहनता से काम कर रही है। यह अनुमान लगाया गया है कि राज्य को 2030 तक टीएफआर 2.1 के लक्ष्य तक पहुंचने के लिए 61 प्रतिशत का एमसीपीआर हासिल करना होगा। राज्य जनसंख्या नीति 2017 का उद्देश्य 2030 तक आधुनिक गर्भनिरोधक प्रसार दर को 60 प्रतिशत तक बढ़ाना है। जनसंख्या नीति का उद्देश्य भी गर्भनिरोध की जरूरत के मौजूदा स्तर को लगभग 18 प्रतिशत बढ़ाकर 75 तक ले आना है।

मानव संसाधन

सार्वजनिक स्वास्थ्य वितरण प्रणाली में सभी स्तरों पर मानव संसाधनों की भारी कमी एक अन्य चुनौती के रूप में सामने आती है। बड़ी संख्या में मरीजों एवं प्रसूतियों को परामर्श एवं सहायता प्रदान करने के कारण प्रत्येक स्वास्थ्य कार्यकर्ता बहुत दबाव में है। इसका सीधा असर प्रदान की गई सेवाओं की गुणवत्ता और सेवाओं से लाभ पर पड़ता है। चिकित्सा कर्मियों की आवश्यकता की तुलना में उनकी उपलब्धता विशेष रूप से चिकित्सकों और विशेषज्ञों के परिपेक्ष में काफी चिंताजनक है। हालांकि राज्य में निजी स्वास्थ्य प्रदाताओं की भी बड़ी उपस्थिति है, लेकिन यह ज्यादातर शहरी क्षेत्रों तक ही सीमित है और यह बिंदु बड़े पैमाने पर उपचारात्मक पहलुओं पर ध्यान केंद्रित कर रहा है।

उपरोक्त तालिका में स्थिति स्पष्ट रूप से सभी स्तरों पर स्वास्थ्य कर्मियों की भारी कमी को दर्शाती है जिससे तत्काल निपटने की आवश्यकता है। राज्य में सार्वजनिक क्षेत्र के स्वास्थ्य कर्मियों की अनुपस्थिति से समस्या और बढ़ जाती है। विश्व बैंक का एक अध्ययन देश के विभिन्न चरणों में चिकित्सा कर्मियों की कमी के कुल प्रतिशत और इस स्थिति के कारणों को दर्शाता है। उत्तर प्रदेश में 45 प्रतिशत चिकित्सक कार्यकाल में से अनुपस्थित पाए गए। दिलचस्प बात यह है कि इन 45 प्रतिशत में से 14 प्रतिशत छुट्टी पर थे और 8 प्रतिशत चिकित्सकों की अनुपस्थिति के संदर्भ में कोई भी अधिसूचना नहीं थी। और बाकी के 22 प्रतिशत (यानि कुल अनुपस्थिति का लगभग आधा) चिकित्सक सिर्फ इसलिए अनुपस्थित थे क्योंकि वे किसी अन्य आधिकारिक सेवा पर तैनात थे। इस प्रकार की असंगठित कार्यप्रणाली से चिकित्सकों की भारी कमी वाले राज्य में उनकी कमी को और भी अधिक बढ़ा देता है।

यह माना जा सकता है मानव संसाधन की, विशेष रूप से ग्रामीण स्तर पर भारी कमी है और प्रशिक्षण एवं तैनाती का आभाव इस स्थिति के प्रमुख कारण हैं।

स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली

ग्रामीण स्वास्थ्य सांख्यिकी-2015 के आधार पर उत्तर प्रदेश राज्य को इसकी जनसंख्या के हिसाब से स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकतों को पूरा करने के लिए 31,037 उपकेंद्रों, 5,172 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और 1,293 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की आवश्यकता है जबकि राज्य में उप-केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या 33 प्रतिशत और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या 40 प्रतिशत तक कम है जो की आगे चलकर केंद्र द्वारा संचालित स्वास्थ्य योजनाओं के कार्यान्वयन को प्रभावित करती है।

केंद्र द्वारा संचालित स्वास्थ्य योजनाओं के कार्यान्वयन के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों के एक प्रभावी तंत्र की आवश्यकता होती है। पिछले 15 वर्षों में सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों का कोई विस्तार नहीं हुआ है। इस प्रकार, राज्य में निम्न-गुणवत्ता वाली निजी स्वास्थ्य सेवाएं फलती-फूलती हैं। सांख्यिकी मंत्रालय (2016) की हेल्थ इन इंडिया रिपोर्ट के अनुसार, भारत में निजी स्वास्थ्य सेवा प्रणाली अब दो-तिहाई चिकित्सा उपचार प्रदान करती है। रिपोर्ट के अनुसार, उत्तर प्रदेश में, कम योग्यता वाले और झोलाछाप चिकित्सकों सहित निजी स्वास्थ्य प्रदाता 85

प्रतिशत चिकित्सा आवश्यकताओं को पूरा करते हैं।

व्यय

राष्ट्रीय सार्वजनिक वित्त और नीति रिपोर्ट 2012 के अनुसार वर्ष 2010 से 2012 तक उत्तर प्रदेश राज्य में स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति व्यय 260 रुपये से 372 रुपये की धीमी गति से बढ़ा है, जबकि केरल में यह 356 रुपये से 580 रुपये तक रहा। इसी अवधि के दौरान तमिलनाडु में 299 रुपये से 579 रुपये तक रहा। सांख्यिकी मंत्रालय की रिपोर्ट के अनुसार, उत्तर प्रदेश में उप-केंद्रों और जन स्वास्थ्य केंद्रों पर औसत जेब खर्च 660 रुपये प्रति व्यक्ति है, जो राष्ट्रीय औसत 312 रुपये प्रति व्यक्ति के दोगुने से भी अधिक है। वर्तमान में राज्य एक सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा के बुनियादी ढांचे पर निर्भर है जो दो दशक पुराना है जिस पर तत्काल ध्यान देने की आवश्यकता है।

पोषण

उत्तर प्रदेश अल्प-पोषण के लिए देश और दुनिया में विशेष स्थान रखता है क्योंकि यह पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों में अल्प-पोषण के लिए राष्ट्रीय स्तर पर 26 प्रतिशत और वैश्विक स्तर पर 7 प्रतिशत तक प्रभावी है तो कुपोषण के राष्ट्रीय स्तर पर 19 प्रतिशत और वैश्विक स्तर पर 9 प्रतिशत तक योगदान देता है।

राज्य में लगभग हर दूसरा बच्चा नाटा है और हर दूसरी महिला एनीमिया से पीड़ित है। वास्तविक बोझ के संदर्भ में पांच वर्ष से कम आयु के 1 करोड़ से भी अधिक बच्चे नाटे हैं तथा 12 लाख बच्चे गंभीर रूप से कमजोर हैं और लगभग 1 करोड़ 32 लाख बच्चे एनीमिया से ग्रसित हैं।

मातृ पोषण के मामले में राज्य में 25 लाख गर्भवती महिलाएं एनीमिया से ग्रसित हैं। कुपोषण का राज्य और इसकी आबादी पर भारी असर पड़ता है। हर साल, राज्य के लगभग 2 लाख 80 हजार बच्चे पांच साल की उम्र से पहले मर जाते हैं, जिनमें से लगभग 45: मौतें कुपोषण से जुड़ी होती हैं। यह न केवल बच्चे और मातृ मृत्यु में योगदान देता है, बल्कि यह दस्त, निमोनिया, खसरा आदि जैसी बचपन की बड़ी बीमारी, अपर्याप्त शारीरिक विकास और वयस्कता के दौरान प्रजनन क्षमता से संबंधित समस्याओं को भी बढ़ाता है।

कुपोषण के प्रतिशत में गिरावट अभी भी धीमी है – कम वजन में 3 प्रतिशत अंक, स्टंटिंग में 11 प्रतिशत अंक और वेस्टिंग में 3 प्रतिशत अंक।

भारत 'सतत विकास लक्ष्य – 2030' और 'वैश्विक पोषण लक्ष्य – 2025' के तहत बाल मृत्यु दर और बचपन में कुपोषण को कम करने के लिए प्रतिबद्ध है, और इन लक्ष्यों को प्राप्त करने में उत्तर प्रदेश का योगदान सर्वोपरि है। हालांकि, पोषण के स्तर में गिरावट की इतनी धीमी दर के साथ ये लक्ष्य हासिल करना इतना सहज नहीं है।

सामाजिक निर्धारक

स्वास्थ्य का स्तर प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से व्यक्ति की सामाजिक-आर्थिक स्थिति और रहन-सहन के तौर तरीकों से प्रभावित होता है इसलिए, राज्य की स्वास्थ्य नीति इस तथ्य को स्वीकार करती है और समाज के सभी वर्गों की जरूरतों को पूरा करती है। स्वास्थ्य नीति समाज के वंचित और कमजोर वर्गों तक पहुंचने पर अधिक ध्यान केंद्रित करेगी। नीति के प्रदर्शन को बेहतर बनाने के लिए सभी प्रकार के प्रयासों का समय-समय पर मूल्यांकन किया जाना चाहिए।

इसके अलावा, स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक भी खराब हैं, जो उत्तर प्रदेश में लोगों की खराब स्वास्थ्य स्थिति में

योगदान देता है। हाल ही में प्रकाशित एन एफ एच एस – 4 के आंकड़े बताते हैं कि उत्तर प्रदेश में बाल विवाह बड़े पैमाने पर होता है। 20 से 24 साल की उम्र की 21 प्रतिशत महिलाओं की शादी 18 साल की उम्र से पहले हो जाती है। इसके अलावा, वही आंकड़े उत्तर प्रदेश में एन एफ एच एस – 4 सर्वेक्षण (2015–16) के समय 15–19 वर्ष की आयु की लगभग चार प्रतिशत महिलाओं को दिखाता है जो पहले से ही मां या गर्भवती थीं। ग्रामीण क्षेत्रों में प्रजनन आयु समूह (15–49 वर्ष) में वर्तमान में विवाहित महिलाओं के बीच परिवार नियोजन के लिए 20 प्रतिशत अपूर्ण आवश्यकताएं हैं। जो महिलाएं किसी तरह के गर्भनिरोधक का इस्तेमाल नहीं कर रही थीं, उनमें से सिर्फ 13 प्रतिशत महिलाओं की ही स्वास्थ्य कर्मियों ने काउंसलिंग की। घरेलू हिंसा एक और कारण है जो स्वास्थ्य स्थिति में सुधार नहीं होने देता।

घरेलू हिंसा एक अन्य सामाजिक कारण है जो उत्तर प्रदेश में महिलाओं की खराब स्वास्थ्य स्थिति में योगदान करती है। एन एफ एच एस 4 के आंकड़ों से पता चलता है कि उत्तर प्रदेश में लगभग 37 प्रतिशत विवाहित महिलाओं ने वैवाहिक हिंसा का अनुभव किया है। पूर्ण संख्या के संदर्भ में, उत्तर प्रदेश में लगभग 1 करोड़ युवा (लगभग 16%) निरक्षर थे, जो फिर से गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंचने और मांग करने के मामले में अक्षमता का एक प्रमुख कारक है। इसके अलावा प्रारंभिक स्तर (25:) पर ड्रॉपआउट दर बहुत अधिक है, जिस पर तत्काल ध्यान देने की आवश्यकता है, क्योंकि उचित शिक्षा की कमी भविष्य की पीढ़ी को ज्ञान और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच से वंचित कर सकती है।

B- स्वास्थ्य

उद्देश्य:

स्वास्थ्य के व्यापक अर्थ को समझने के लिए
स्वास्थ्य के निष्कर्षों के विभिन्न निर्धारकों की भूमिका को समझना
स्वास्थ्य में नैतिक चुनौतियों को समझने के लिए

जैसा कि विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) द्वारा परिभाषित किया गया है, यह “पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है, न कि केवल बीमारी या दुर्बलता की अनुपस्थिति।”

स्वास्थ्य न केवल एक व्यक्ति का शारीरिक आरोग्य है बल्कि पूरे समुदाय की सामाजिक, भावनात्मक और सांस्कृतिक मजबूती भी है, जिसमें प्रत्येक व्यक्ति एक इंसान के रूप में अपनी पूरी क्षमता प्राप्त करने में सक्षम होता है, जिससे उनके पूरे समुदाय की भलाई होती है।

स्वास्थ्य के निर्धारकों पर ध्यान देने की आवश्यकता क्यों है?

किसी व्यक्ति के लिए अच्छे स्वास्थ्य के अवसर की आवश्यकता उसके इलाज से पहले ही पड़ती है। इसलिए एक प्रभावी मामला है कि जनता के स्वास्थ्य की जिम्मेदारी स्वास्थ्य और सामाजिक देखभाल प्रणाली से परे पूरे समाज तक फैली होनी चाहिए। संगठनों की एक विस्तृत श्रृंखला – सरकार, स्वैच्छिक क्षेत्र, निजी क्षेत्र, मीडिया, विज्ञापन और स्थानीय समुदायों में – लोगों के स्वास्थ्य में सुधार करने की उनकी शक्ति के भीतर है। इसे स्वीकार करने और इस पर अमल करने से, आज की बड़ी स्वास्थ्य चुनौतियों पर काबू पाने के लिए ढेर सारे अवसरों का लाभ उठाना संभव है।

जीवन के प्रत्येक चरण में, स्वास्थ्य सामाजिक और आर्थिक कारकों, भौतिक वातावरण और व्यक्तिगत व्यवहार के बीच संतुलन द्वारा निर्धारित होता है। इन कारकों को ‘स्वास्थ्य के निर्धारक’ कहा जाता है।

स्वास्थ्य निर्धारक

व्यक्तिगत कारक, जैसे की जानकारी और युक्ति, दृष्टिकोण जैसे की शराब का उपयोग, इंजेक्शन दवा का उपयोग (सुई), आनुवंशिकी
सामाजिक-सांस्कृतिक कारक, उदा. परिवार, साथियों, मीडिया, धर्म, संस्कृति
सामाजिक आर्थिक कारक, उदा. रोजगार, शिक्षा, आय
पर्यावरणीय कारक, उदाहरण के लिए – भौगोलिक स्थिति, स्वास्थ्य सेवाओं और प्रौद्योगिकी तक पहुंच

कई कारक एक साथ मिलकर व्यक्तियों और समुदायों के स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं। लोग स्वस्थ हैं या नहीं, यह उनकी परिस्थितियों और पर्यावरण से तय होता है। काफी हद तक, कारक जैसे कि हम कहाँ रहते हैं, हमारे पर्यावरण की स्थिति, आनुवंशिकी, हमारी आय और शिक्षा का स्तर, और दोस्तों और परिवार के साथ हमारे संबंध सभी का स्वास्थ्य पर काफी प्रभाव पड़ता है, जबकि अधिक सामान्यतः माने जाने वाले कारक जैसे स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुंच एवं उपयोग का अक्सर कम प्रभाव पड़ता है।

स्वास्थ्य का निर्धारण करने वाले व्यक्तिगत कारक वे कारक हैं जो किसी व्यक्ति के स्वभाव में निहित होते हैं, जैसे की दृष्टिकोण, ज्ञान, कौशल, आनुवंशिकी और व्यक्तिगत विशेषताएं। ऐसे कई व्यक्तिगत कारक हैं जो किसी व्यक्ति के

स्वास्थ्य को निर्धारित करते हैं।

1. व्यक्तिगत कारक

➤ जानकारी

एक व्यक्ति जो जानता है वह अधिक प्रभावशाली व्यक्तिगत कारकों में से एक है जो स्वास्थ्य को निर्धारित करता है। अपने स्वास्थ्य को बेहतर बनाने के लिए एक व्यक्ति को अच्छे स्वास्थ्य ज्ञान की आवश्यकता होती है। अर्थात्, उन्हें जानने की आवश्यकता है:

जानकारी कहाँ से प्राप्त करें

स्वस्थ भोजन विकल्प

शारीरिक गतिविधि के अनुशंसित स्तर

चीजें हमारे स्वास्थ्य को कैसे प्रभावित करती हैं (सुरक्षात्मक और जोखिम भरे व्यवहार) खाद्य लेबल की व्याख्या कैसे करें, और

स्वास्थ्य से संबंधित अन्य ज्ञान का खजाना है

अक्सर स्वास्थ्य ज्ञान, स्वास्थ्य साक्षरता से जुड़ा होता है। स्वास्थ्य साक्षरता अपने और दूसरों के स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए स्वास्थ्य जानकारी को समझने और व्याख्या करने की क्षमता है। हालाँकि, स्वास्थ्य साक्षरता के लिए ज्ञान और कौशल दोनों की आवश्यकता होती है।

➤ कौशल

कौशल जैसे व्यक्तिगत कारक व्यक्ति के स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं। कौशल जो स्वास्थ्य से संबंधित हैं उनमें शामिल हैं:

- महत्वपूर्ण पूछताछ (जानें कि जानकारी के लिए किस पर भरोसा करें)
- अनुसंधान कौशल (जानकारी कैसे प्राप्त करें)
- व्यावहारिक कौशल जैसे:
 - निर्णय लेना
 - संचार
 - समस्या-समाधान, और
 - आंदोलन कौशल

इस तरह के कौशल मदद कर सकते हैं और व्यक्ति स्वास्थ्य के अच्छे स्तर को प्राप्त कर सकते हैं, खासकर जब अन्य कारकों के साथ मिलकर, जैसे सूचना और स्वास्थ्य पेशेवरों, धन और एक वातावरण तक पहुंच जिसमें वे सकारात्मक तरीके से इन कौशलों का उपयोग कर सकें।

➤ मनोभाव

किसी व्यक्ति के रवैये का उनके स्वास्थ्य पर सकारात्मक या नकारात्मक प्रभाव पड़ सकता है। अक्सर अच्छा स्वास्थ्य प्राप्त करने के लिए व्यवहार में कोमलता, वैचारिक दृढ़ता, आत्म-विश्वास और दृढ़ संकल्प की आवश्यकता होती है। जो लोग स्वास्थ्य को महत्व देते हैं और इन सभी गुणों के अनुरूप आचरण करते हैं उन लोगों में इन गुणों के आभाव में जीने वाले लोगों की तुलना में बेहतर स्वास्थ्य प्राप्त करने की संभावना अधिक होती है। जो लोग स्वास्थ्य के प्रति उचित दृष्टिकोण को महत्व देते हैं वो लोग अन्य मांगों की तुलना में अपने स्वास्थ्य को प्राथमिकता देने की अधिक संभावना रखते हैं। यह समय, धन और जीवन की प्राथमिकताओं के अन्य पहलुओं से संबंधित है।

उदाहरण के लिए, एक व्यक्ति जो अपने स्वास्थ्य को अत्यधिक महत्व देता है और उच्च स्तर की इच्छाशक्ति रखता है वह धूम्रपान छोड़ना पसंद करता है, या इसे पहले स्थान पर नहीं लेता है। वे व्यायाम संबंधी गतिविधियों में संलिप्त रहने और अपने सामाजिक स्वास्थ्य के साथ-साथ अपने मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य को बेहतर बनाने के लिए समय निकालने की अधिक संभावना रखते हैं।

व्यक्तिगत व्यवहार भी स्वास्थ्य निष्कर्षों में एक भूमिका निभाता है। उदाहरण के लिए, यदि कोई व्यक्ति धूम्रपान छोड़ देता है, तो उसके हृदय रोग के विकास का जोखिम बहुत कम हो जाता है।

अनेक प्रकार के सार्वजनिक स्वास्थ्य आरोग्य मादक द्रव्यों के सेवन, आहार और शारीरिक गतिविधि जैसे व्यक्तिगत व्यवहार को बदलने पर ध्यान केंद्रित करते हैं। व्यक्तिगत व्यवहार में सकारात्मक बदलाव किसी देश में पुरानी बीमारी की दरों को कम कर सकते हैं।

स्वास्थ्य के व्यक्तिगत व्यवहार निर्धारकों के उदाहरणों में शामिल हैं:

खुराक

शारीरिक गतिविधि

शराब, सिगरेट और अन्य नशीली दवाओं का उपयोग

हाथ धोना

आनुवंशिकी

आनुवंशिकी (जेनेटिक्स) स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले व्यक्तिगत कारकों में से एक है। आनुवंशिकी से तात्पर्य उन लक्षणों से है जिन्हें आप अपने माता-पिता से प्राप्त करते हैं। ये वंशाणु विशेष बीमारियों या स्वास्थ्य समस्याओं का पूर्व-प्रतिकार कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, यदि आपके माता-पिता को मधुमेह या हृदय रोग है तो आपको भी ऐसी बीमारियाँ होने की संभावना अधिक होती है।

इसके अलावा, विशेष लोगों के समूह विशेष बीमारियों से अधिक पीड़ित होते हैं और उनके विकसित होने की संभावना अधिक होती है। इसका एक उदाहरण स्वदेशी लोगों के बीच मधुमेह की उच्च दर है, क्योंकि ऐसे स्वदेशी लोग आनुवंशिक रूप से मधुमेह के शिकार हो सकते हैं (हालांकि जीवन शैली के इतने सारे कारकों के साथ यह निर्धारित करना कठिन है)। एक और उदाहरण वे लोग हैं जो गोरी त्वचा और गोरे बालों के साथ पैदा हुए हैं, जिन्हें त्वचा कैंसर होने की अधिक संभावना है।

जीव विज्ञान और आनुवंशिकी

कुछ जैविक और आनुवंशिक कारक विशिष्ट आबादी को दूसरों की तुलना में अधिक प्रभावित करते हैं। उदाहरण के लिए, उम्र बढ़ने के शारीरिक और संज्ञानात्मक प्रभावों के कारण वृद्ध वयस्कों का जैविक रूप से किशोरों की तुलना में खराब स्वास्थ्य होने का खतरा होता है।

सिकल सेल रोग स्वास्थ्य के आनुवंशिक निर्धारक का एक सामान्य उदाहरण है। सिकल सेल एक ऐसी स्थिति है जो लोगों को विरासत में मिलती है जब दोनों माता-पिता सिकल सेल के लिए वृद्ध ले जाते हैं। पश्चिम अफ्रीकी देशों, भूमध्यसागरीय देशों, दक्षिण या मध्य अमेरिकी देशों, कैरिबियाई द्वीपों, भारत और सऊदी अरब के पूर्वजों वाले लोगों में वंशाणु सबसे आम है।

स्वास्थ्य के जैविक और आनुवंशिक सामाजिक निर्धारकों के उदाहरणों में शामिल हैं:

उम्र

लिंग

एचआईवी स्थिति

वंशानुगत स्थितियाँ, जैसे सिकल सेल एनीमिया, हीमोफिलिया और सिस्टिक फाइब्रोसिस बीआरसीए-1 या बीआरसीए-2 वंशाणुओं को वहन करना, जो स्तन और अंडाशयी कैंसर के लिए जोखिम बढ़ाता है हृदय रोग का पारिवारिक इतिहास

2. सामाजिक सांस्कृतिक कारक

स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक-सांस्कृतिक कारक समाज (सामाजिक) और संस्कृति (सांस्कृतिक) से संबंधित हैं।

स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक वातावरण में ऐसी स्थितियाँ हैं जिनमें लोग पैदा होते हैं, रहते हैं, सीखते हैं, काम करते हैं, खेलते हैं, पूजा करते हैं, और उम्र स्वास्थ्य, कामकाज और जीवन की गुणवत्ता के परिणामों और जोखिमों की एक विस्तृत श्रृंखला को प्रभावित करते हैं।

संस्कृति कारक केवल सामाजिक आदतों या व्यवहार के तरीकों से कहीं अधिक है जो पीढ़ी-दर-पीढ़ी सीखी और पारित की जाती है।

संस्कृति विश्वासों, अभिव्यंजक प्रतीकों और मूल्यों के ढाँचे को संदर्भित करती है जिसके साथ व्यक्ति अपनी भावनाओं को परिभाषित करते हैं और अपना निर्णय लेते हैं।

परिवार

सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों से परिवार स्वास्थ्य पर अब तक का सबसे बड़ा प्रभाव है। परिवार संस्कृति का निर्धारण करता है और अक्सर हमारे धर्म, दोस्तों की पसंद पर बहुत बड़ा प्रभाव पड़ता है।

हमारा परिवार हमारे सबसे घनिष्ठ संबंध हैं और स्वास्थ्य के प्रति हमारे दृष्टिकोण, स्वास्थ्य को हम जो महत्व देते हैं, और सुरक्षात्मक और जोखिम वाले व्यवहारों से संबंधित हमारे व्यवहार विकल्पों को प्रभावित करते हैं। उदाहरण के लिए, यदि हम एक ऐसे घर में पले-बढ़े हैं जहाँ हमारे माता-पिता अक्सर फास्ट फूड खाते हैं (जैसे सप्ताह में 3 बार) तो हमारे सोचने की संभावना अधिक होती है कि यह सामान्य है और भले ही हम जानते हैं कि यह स्वस्थ नहीं है, हम इसे खाने की अधिक संभावना रखते हैं। क्योंकि यही हमारा परिवार खा रहा है...

इसके विपरीत, यदि हमारा परिवार स्वास्थ्य व्यवसायी है, जैसे पोषण विशेषज्ञ और व्यायाम खेल वैज्ञानिक, तो हम स्वस्थ भोजन और व्यायाम को प्राथमिकता देने की अधिक संभावना रखते हैं। हालाँकि, हम शारीरिक स्वास्थ्य पर अत्यधिक जोर दे सकते हैं और स्वास्थ्य के अन्य आयामों की उपेक्षा कर सकते हैं।

सहकर्म लोग

सहकर्म दबाव अक्सर पहली चीज होती है जिसके बारे में लोग सोचते हैं जब सहकर्म प्रभाव की बात आती है, हम धूम्रपान करने की अधिक संभावना रखते हैं क्योंकि हमारे दोस्त हमें ऐसा करने के लिए कहते हैं। इसके बजाय, हमारे साथी हमें ऐसे वातावरण बनाकर प्रभावित करते हैं जहाँ हम उनके व्यवहारों को अपनाकर समूह में ढलना चाहते हैं। यह सकारात्मक हो सकता है, अगर हमारे समूह में बहुत सारे लोग सुरक्षात्मक व्यवहार वाले हैं और नकारात्मक हो सकता है यदि लोगों का व्यवहार खतरे को बढ़ाने वाला है। अपने हम उम्र समूहों में ढलने का यह दबाव किशोरावस्था के दौरान सबसे अधिक महसूस किया जाता है। किशोरावस्था के दौरान, कई युवा ऐसे व्यवहारों का चयन करते हैं

जो उन्हें उनके वांछित समूहों में बनाए रखते हैं।

मीडिया

मीडिया सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों में से एक है जो स्वास्थ्य का निर्धारण करता है। यह मैक-डॉनल्ड्स बर्गर जैसे फास्ट फूड जैसे मार्केटिंग अभियानों के माध्यम से किया जा सकता है। हालाँकि, मीडिया का अधिकांश प्रभाव इतना स्पष्ट नहीं है। यह नियमित शो और सूक्ष्म वाक्यांशों के माध्यम से किया जाता है जो विशेष पहलुओं को बढ़ावा देते हैं उदाहरण के लिए, विज्ञापन में उपयोग किए जाने वाले चित्र प्रायः महिलाओं की मोहक मुद्राओं को दर्शाते हैं। इन्हें जानबूझकर अपने उत्पादों के विज्ञापन के लिए आपका ध्यान आकर्षित करने के लिए चुना जाता है, लेकिन यह लेकिन यह महिलाओं को शोषण करने वाली वास्तु के रूप में प्रदर्शित करता है। कम उम्र में यौन शोषण, उत्पीड़न और अधिक आपराधिक गतिविधियों में वृद्धि होती है। जैसे ही हम यह सोचना शुरू करते हैं कि ये चीजें सामान्य हैं, हम उस पर कार्रवाई करना शुरू कर देते हैं जिससे जोखिम भरा व्यवहार होता है।

धर्म

हमारा धर्म हमारे स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों में से एक है। यह देखते हुए कि आध्यात्मिकता स्वास्थ्य का एक संपूर्ण आयाम है, इसमें कोई आश्चर्य की बात नहीं है कि हमारा धर्म हमारे स्वास्थ्य को प्रभावित करेगा। अक्सर क्षेत्रों में भी शराब न पीने, शादी से पहले सेक्स न करने जैसे नियम होते हैं, जो व्यक्तियों में सुरक्षात्मक व्यवहार को बढ़ावा देते हैं और स्वास्थ्य को बढ़ावा देते हैं।

हालाँकि, धर्म भी सीमित हो सकता है। कुछ क्षेत्र जन्म के अंतर, कपड़े और सामाजिक संपर्क पर प्रतिबंध लगाते हैं, जिसका व्यक्ति के स्वास्थ्य पर नकारात्मक प्रभाव पड़ सकता है। स्वास्थ्य देखभाल के संबंध में धर्म आपके विकल्पों को भी सीमित कर सकता है। उदाहरण के लिए, सेवेंथ-डे एडवेंटिस्ट रक्त आधान से इंकार कर देंगे क्योंकि यह उनकी मान्यताओं के खिलाफ है।

संस्कृति

हर संस्कृति रोगों और व्याधियों को अलग अलग तरह से देखती है। विभिन्न संस्कृतियों और सामाजिक समूहों के लोग बीमारी के कारणों की अलग-अलग व्याख्या करते हैं। इसके अलावा, लोग जो उपचार चाहते हैं, वह अक्सर उनके विश्वासों और बीमारी के कारणों के सापेक्ष प्रचलित अवधारणाओं से प्रभावित होता है।

अलग-अलग संस्कृतियां अक्सर बीमारियों के हेतुविज्ञान को समझने के लिए अलग-अलग सांस्कृतिक मान्यताओं को श्रेय देती हैं, जिनमें से एक यह बीमारियां कई अवैज्ञानिक कारकों जैसे सम्मोहन, जादू टोना, भाग्य और कर्म इत्यादि के कारण हो सकती है अलौकिक कारक जैसे कि देवता और आत्मा, और सांस्कृतिक आदतें जैसे आहार शैली और जीवन शैली।

संस्कृति, बीमारियों एवं स्वास्थ्य के क्षेत्रों में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है जैसे कि रोगियों के रोगों के कारणों के बारे में विश्वास, स्वास्थ्य सेवाओं की पहुंच और स्वीकार्यता, पसंदीदा उपचार और रोगी एवं चिकित्सक के परस्पर मानसिक अनुभव।

मरीजों की बीमारी के कारणों को निर्धारित करने में सांस्कृतिक प्रभाव रोगियों की स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच एवं

उसकी स्वीकार्यता पर प्रभाव डालता है। स्वास्थ्य सेवा की पहुंच और स्वीकार्यता के संदर्भ में, सामान्य सांस्कृतिक बाधाओं में बीमारी के लक्षणों की अज्ञानता सांस्कृतिक रूप से असंवेदनशील और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और रोगियों के बीच भाषा के अंतर इत्यादि शामिल हैं।

3. सामाजिक-आर्थिक कारक

स्वास्थ्य का निर्धारण करने वाले सामाजिक व आर्थिक कारकों में शामिल हैं: रोजगार, शिक्षा और आय।

रोजगार और व्यावसाय

प्रायः सवेतन रोजगार में भागीदारी ही पर्याप्त आय का निर्धारण करने वाला मुख्य कारक है। इस प्रकार रोजगार स्वास्थ्य का एक महत्वपूर्ण निर्धारक है। आय प्रदान करने के अलावा, रोजगार सामाजिक स्थिति को बढ़ाता है और आत्म-सम्मान में सुधार करता है, सामाजिक संपर्क और सामुदायिक जीवन में भाग लेने का एक तरीका प्रदान करता है, और नियमित गतिविधि के अवसरों को बढ़ाता है, जो सभी व्यक्तिगत स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ाने में मदद करते हैं।

एक असंतोषजनक नौकरी हमेशा बेरोजगार होने से बेहतर नहीं हो सकती है, यह अधिक महत्वपूर्ण है कि काम सुरक्षित, संगठित, संतोषजनक और उचित पारिश्रमिक वाला हो। कुछ नौकरियां मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य के लिए प्रतिकूल परिस्थितियां उत्पन्न करती हैं और इस प्रकार के कार्यों से शारीरिक एवं मानसिक छति, व्यावसायिक रोग, अस्वस्थता एवं मृत्यु तक सम्भावी होती है।

आय

आय और सामाजिक पदानुक्रम से हर कदम पर स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार होता है। पर्याप्त आय और बेहतर स्थिति का परिणाम आम तौर पर अधिक नियंत्रण और विवेक होता है। आय पर्याप्त होने से सुरक्षित आवास, स्वस्थ एवं लाभकारी भोजन जुटाने की क्षमता जैसी महत्वपूर्ण स्थितियों को निर्धारित होता है। लोगों के बीच अमीरी और गरीबी का जितना अधिक अंतर होगा, स्वास्थ्य में भी अंतर उसी के अनुपात में होगा।

शिक्षा

शिक्षा के स्तर के साथ स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार होता है। शिक्षा सामाजिक-आर्थिक स्थिति से घनिष्ठ रूप से जुड़ी हुई है। यह रोजगार और आय, सुरक्षा के अवसरों को बढ़ाता है, लोगों को स्वस्थ रहने में मदद से जुड़ी जानकारी तक पहुंचने एवं उनको सही ढंग से समझने की क्षमता में सुधार करती है।

4. पर्यावरणीय कारक

मनुष्य निरंतर पर्यावरण से प्रभावित होता और पर्यावरण को प्रभावित भी करता है। ये अंतःक्रियाएं जीवन की गुणवत्ता, स्वस्थ जीवन और स्वास्थ्य असमानताओं को प्रभावित करती हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू एच ओ) पर्यावरण को मानव जीवन को प्रभावित करने वाले सभी जीवित और निर्जीव तत्वों और उनके प्रभावों का कुल योग के रूप में परिभाषित करता है। पर्यावरणीय स्वास्थ्य में मनुष्य और पर्यावरण के संबंधों पर आधारित बीमारियों की रोकथाम और नियंत्रण शामिल है।

भौगोलिक स्थिति

जहां कोई रहता है वह उनके स्वास्थ्य को काफी हद तक निर्धारित कर सकता है। भारत में अनेक लोग बेघर हैं, कुछ ग्रामीण और दूरदराज के इलाकों में रहते हैं, जबकि कई शहरी क्षेत्रों में रहते हैं। किसी की भौगोलिक स्थिति का मतलब यह हो सकता है कि वे प्रदूषण के संपर्क में हैं, या स्वच्छ पेयजल की उपलब्धता सीमित है। भौगोलिक स्थान से यहां तात्पर्य यह हो सकता है कि खाद्य पदार्थों की आपूर्ति किसी सुदूर स्थान से हुई है उनमें पदार्थों में पोषक तत्वों की भी कमी है। इसके साथ ही साथ भौगोलिक स्थिति का प्रभाव शिक्षा और रोजगार के अवसरों पर पड़ता है।

स्वास्थ्य के पर्यावरणीय निर्धारकों की एक श्रृंखला, जिनमें शामिल हैं:

भोजन और पानी का संदूषण

कीड़ों और अन्य जानवरों द्वारा प्रेषित वेक्टर जनित रोग

कार्यस्थल या यातायात से संबंधित वायु प्रदूषण या रासायनिक विस्फोटों के संपर्क में आने से होने वाली बीमारी

आपदाएं या जलवायु परिवर्तन से जुड़े पारिस्थितिक तंत्र में परिवर्तन

स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच

स्वास्थ्य सेवाओं तक आसान पहुंच वाले किसी व्यक्ति का स्वास्थ्य बेहतर होने की संभावना उस व्यक्ति की तुलना में अधिक होती है जिसे लंबी दूरी की यात्रा करनी पड़ती है या जो विशेष स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग नहीं कर सकता।

स्वास्थ्य सेवाओं की सहज उपलब्धता हेतु धन और सुगम यातायात दोनों की आवश्यकता होती है। जो लोग ग्रामीण या दूरस्थ क्षेत्रों में रहते हैं, उनकी स्वास्थ्य सेवाओं, अस्पतालों (कर्मचारियों की कमी के साथ), पोषण विशेषज्ञों, फिजियोथेरेपिस्ट, रेडियोलॉजिस्ट एवं अन्य विशेषज्ञों तक पहुंच कम होती है। पहुंच की कमी का अर्थ है कि जिन लोगों को इन सेवाओं की आवश्यकता होती है उन्हें या तो इसे प्राप्त करने के लिए अधिक परिश्रम एवं व्यय करना पड़ता है या तो उन्हें ये सेवाएं मिल ही नहीं पाती हैं।

यह बिंदु कम आय वाले लोगों के लिए अधिक प्रभावी है। वंचित एवं कमजोर वर्ग के लोग प्रायः विशेष स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का खर्च वहन करने में समर्थ नहीं होते हैं।

प्रौद्योगिकी तक पहुंच

इस शीर्षक के अंतर्गत उन्नत स्वास्थ्य देखभाल प्रौद्योगिकी जैसे किडनी की डायलिसिस मशीन तक पहुंच, प्रशिक्षण एवं अभ्यास के लिए उपयुक्त प्रौद्योगिकी तंत्र की उपलब्धता इत्यादि सम्मिलित हैं। लोगों के बीच स्वास्थ्य प्रौद्योगिकी तंत्र की उपलब्धता एवं स्वास्थ्य सेवाओं तक उनकी पहुंच उनकी भौगोलिक और सामाजिक-आर्थिक स्थिति से प्रभावित होती है।

ज्ञान बिंदु

- स्वास्थ्य के प्रति बदलती अवधारणाएं
- स्वास्थ्य के विभिन्न घटक
- स्वास्थ्य के सामाजिक, सांस्कृतिक एवं व्यावसायिक कारक

C- स्वास्थ्य प्रणाली का सशक्तिकरण

स्वास्थ्य प्रणाली

किसी भी स्वास्थ्य प्रणाली में वे सभी संगठन, संस्थाएं, संसाधन और लोग शामिल होते हैं जिनका प्राथमिक उद्देश्य स्वास्थ्य में सुधार करना होता है।

स्वास्थ्य व्यवस्था का सशक्तिकरण

स्वास्थ्य प्रणाली के प्रदर्शन को स्थायी रूप से बेहतर बनाने के लिए तैयार की गई रणनीतियां, हस्तक्षेप और गतिविधियां।

स्वास्थ्य प्रणाली में स्वास्थ्य के निर्धारकों के साथ-साथ प्रत्यक्ष स्वास्थ्य-सुधार गतिविधियों को अधिक प्रभावित करने वाले प्रयास भी शामिल हैं। स्वास्थ्य प्रणाली सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्य और स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के संयोजन के माध्यम से रोग निवारक, स्वास्थ्य प्रोत्साहक, उपचारात्मक और पुनर्सुधार के अवसर प्रदान करती है जो राज्य और गैर-राज्यीय दोनों इकाइयों द्वारा इकाईगत स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करती है।

एक स्वास्थ्य प्रणाली को कार्य करने के लिए आवश्यक संसाधन जैसे की कर्मचारी, धन, सूचना, आपूर्ति, परिवहन, संचार और समेकित मार्गदर्शन और दिशा-निर्देशन की आवश्यकता होती है। इस प्रकार स्वास्थ्य प्रणालियों को मजबूत करने का अर्थ है इनमें से प्रत्येक क्षेत्र में व्याप्त बाधाओं को दूर करना।

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू एच ओ) द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य प्रणाली प्रारूप

स्वास्थ्य प्रणालियों का विभिन्न क्षेत्रों में प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष उत्तरदायित्व, इनकी विस्तृत एवं बहुविध कार्यशैली इनके प्रदर्शन की निगरानी में बड़ी चुनौतियां हैं। इस प्रकार, स्वास्थ्य प्रणाली के प्रदर्शन का आकलन 'डब्ल्यू एच ओ' की स्वास्थ्य प्रणाली ढांचे का उपयोग करके किया जा सकता है।

स्वास्थ्य प्रणाली में वे सभी संगठन, संस्थाएं, संसाधन और लोग शामिल हैं जिनका प्राथमिक उद्देश्य स्वास्थ्य में सुधार करना है। इस बात के बढ़ते प्रमाण हैं कि बेहतर स्वास्थ्य स्थिति प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य प्रणालियां समान रूप से और कुशलता से सेवाएं प्रदान कर सकती हैं।

डब्ल्यू एच ओ द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य प्रणाली के छः विशेष पहलू

सेवा वितरण
स्वास्थ्य कार्यबल
सूचना और प्रौद्योगिकी
चिकित्सा उत्पाद, टीके और प्रौद्योगिकियां
स्वास्थ्य वित्तपोषण
नेतृत्व और शासन

स्वास्थ्य प्रणाली के छः विशेष पहलू (6 बिल्डिंग ब्लॉक्स) के लिए उद्देश्य:

स्वास्थ्य व्यवस्थाओं को मजबूत करना
स्वास्थ्य प्रणाली वित्तपोषकों के प्रश्नों का समाधान करना
सामान्य समझ को बढ़ावा देना
नई चुनौतियों का सामना करना और प्राथमिकताएं निर्धारित करना

सेवा वितरण

अच्छी स्वास्थ्य सेवाएं वे हैं जो संसाधनों की कम से कम बर्बादी के साथ प्रभावी, सुरक्षित, गुणवत्तापूर्ण व्यक्तिगत और गैर-व्यक्तिगत स्वास्थ्य सेवाएं जरूरतमंद लोगों तक समय से और प्रभावी ढंग से पहुंचाती हैं।

स्वास्थ्य सेवाओं में बीमारियों के उपचार, स्वास्थ्य के प्रचार, आरोग्य का बेहतर रखरखाव और स्वास्थ्य आवश्यकताओं की बहाली से संबंधित सभी सेवाएं सम्मिलित हैं। इनमें व्यक्तिगत और गैर-व्यक्तिगत स्वास्थ्य सेवाएं भी सम्मिलित हैं।

स्वास्थ्य सेवाओं का वितरण किसी भी स्वास्थ्य प्रणाली का सबसे अधिक दिखाई देने वाला कार्य है। यहां पर सेवा प्रावधान से तात्पर्य, धन, कर्मचारी, उपकरण और दवाओं जैसे घटकों के स्वास्थ्य सेवाओं के मांग के अनुसार वितरण की अनुमति देने से है।

पहुंच क्षेत्रों में विस्तार और सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार प्रमुख संसाधनों के उपलब्ध होने पर निर्भर करता है और सेवाओं को कैसे व्यवस्थित और प्रबंधित किया जाता है यह स्वास्थ्य निष्कर्षों में समानता का अंतिम उद्देश्य है।

सेवा वितरण में प्रमुख मामले एवं चुनौतियां

अवसंरचना का अभाव या अपर्याप्तता

जनशक्ति की कमी

कानूनों और नीतियों का अप्रभावी कार्यान्वयन

निजी स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली की असंगठित और अनियंत्रित कार्यप्रकृति

व्यक्तिगत और क्षेत्रीय आधार पर शहरी और ग्रामीण आबादी के बीच स्वास्थ्य सेवा वितरण में अंतर

अच्छी सेवा प्रदान करने की मुख्य विशेषताएं

व्यापकता

अभिगम्यता

कवरेज

निरंतरता

गुणवत्ता

व्यक्ति-केंद्रितता

समन्वय

जवाबदेही और दक्षता

व्यापकता

स्वास्थ्य सेवाओं की विस्तृत श्रृंखला के अंतर्गत किसी आबादी विशेष की जरूरतों के लिए निवारक, उपचारात्मक, पुनर्सुधार सेवाओं और स्वास्थ्य संवर्धन गतिविधियों से संबंधित प्रयास आते हैं।

पहुंच एवं उपलब्धता

सेवाएं स्पष्ट और स्थायी रूप से भाषा, संस्कृति, भूगोल एवं निर्बाध आर्थिक सहयोग से सुलभ होती हैं। प्राथमिक स्तर पर देखभाल, सुगम प्राथमिक चिकित्सा सेवाएं लोगों के लिए आसानी से (बड़े अस्पतालों में ६ महंगे चिकित्सकों के

पास गए बिना ही) उपलब्ध कराई जा सकती हैं। घर, समुदाय, कार्यस्थल या स्वास्थ्य सुविधाओं में उपयुक्त रूप में सेवाएं प्रदान की जा सकती हैं।

प्रभावक्षेत्र

स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली को इस प्रकार निर्मित किया गया है कि निर्धारित क्षेत्र में रहने वाली जनसंख्या के सभी लोग चाहे वो बीमार हों या स्वस्थ हों, सभी आयु के, सभी वर्गों के, सभी आय समूहों एवं सामाजिक मान्यताओं के लोगों के लिए स्वास्थ्य सेवा की उपलब्धता सहज हो सकती है।

निरंतरता

सेवाओं के वितरण तंत्र में स्वास्थ्य स्थितियों, देखभाल के स्तरों और किसी भी आयु के व्यक्ति को देखभाल की निरंतरता प्रदान करने के लिए सेवा वितरण का आयोजन किया जाता है।

गुणवत्ता

स्वास्थ्य सेवाएं उच्च गुणवत्ता वाली हैं, अर्थात् वे प्रभावी, सुरक्षित, रोगी को आरोग्य प्रदान करने वाली हैं और सही समय पर उपलब्ध कराई गई हैं।

व्यक्ति-केंद्रितता

सेवाएं व्यक्ति के अनुसार व्यवस्थित की जाती हैं, न कि बीमारी या वित्त पोषण के लिए। उपयोगकर्ता मानते हैं की स्वास्थ्य सेवाएं उत्तरदायी और उनके लिए स्वीकार्य हैं। सेवा वितरण प्रारूप और मूल्यांकन में पूर्व निर्धारित आबादी की भागीदारी होती है। लोग स्वयं अपने स्वास्थ्य देखभाल में भागीदार होते हैं।

समन्वय

क्षेत्रीय स्वास्थ्य सेवा वितरण तंत्र, प्रदाता के प्रकार, देखभाल के प्रकार, सेवा वितरण के स्तर और नियमित एवं आपातकालीन चुनौतियों की निराकरण इकाइयों के साथ तालमेल बैठकर काम करता है। रोगी की प्राथमिक देखभाल, आवश्यक सेवाओं के माध्यम से एवं अन्य स्तरों और प्रकार के प्रदाताओं के सह-समन्वय से की जाती है। समन्वय सामाजिक सेवाओं और सामुदायिक संगठनों की भागीदारी से भी होता है।

उत्तरदायित्व और दक्षता

स्वास्थ्य सेवाओं को अच्छी तरह से प्रबंधित किया जाता है। स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली संसाधनों के न्यूनतम अपव्यय के साथ ऊपर बताए गए उद्देश्यों को प्राप्त करती है। नियोजित उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए प्रबंधकों को आवश्यक अधिकार आवंटित किए जाते हैं साथ ही उनको प्रदर्शन और परिणामों के लिए उत्तरदायी माना जाता है। मूल्यांकन में पूर्व निर्धारित आबादी और नागरिक समाज की भागीदारी के लिए उपयुक्त तंत्र शामिल होता है।

सेवा वितरण: वांछित

सेवाओं के एकीकृत पैकेज
निर्दिष्ट प्रणाली का विकास
सेवा मानकों की स्थापना

देखभाल की निरंतरता
रोग नियंत्रण गतिविधियों का एकीकरण

स्वास्थ्य कार्यबल

एक अच्छा प्रदर्शन करने वाला स्वास्थ्य कार्यबल वह है जो ऐसे मानकों के अनुरूप काम करता है, जो उपलब्ध संसाधनों और परिस्थितियों (जैसे की कर्मचारियों की उपलब्ध संख्या में से उनके कौशल के अनुसार, उनके निष्पक्ष एवं कुशल समन्वयन) के आधार पर सर्वोत्तम स्वास्थ्य निष्कर्षों को प्राप्त करने के लिए उत्तरदायी है।

स्वास्थ्य कार्यकर्ता स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के अभिन्न अंग हैं, जो सेवाओं के प्रभावी वितरण एवं गुणवत्ता और लागत को प्रभावित करते हैं। स्वास्थ्य मंत्रालयों पर अक्सर कार्मिक प्रशासन के परिचालन संबंधी पहलुओं का अत्यधिक बोझ होता है, जिससे यह सुनिश्चित करने के लिए योजनाओं पर अपर्याप्त ध्यान दिया जाता है कि स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन देशों की स्वास्थ्य प्रणालियों की आवश्यकताओं से मेल खाते हैं की नहीं।

स्वास्थ्य इकाई से जुड़े मानव संसाधनों से देश की चिकित्सा सेवा में दक्षता आती है, स्वास्थ्य एवं चिकित्सा क्षेत्र से संबंधित मानव संसाधनों की विभिन्न उपयोगिताओं के लिए एक रणनीतिक दृष्टि विकसित होती है, रणनीतिक योजना, कार्यान्वयन, स्वास्थ्य आवश्यकताओं की गुणवत्ता, कार्यबल, शिक्षा तथा स्वास्थ्य देखभाल की निगरानी के लिए मानव संसाधनों को सशक्त बनाने में सहयोग प्राप्त होता है।

सहयोग के लिए प्रमुख क्षेत्रों में शामिल हैं:

स्वास्थ्य कार्यबल विकसित और अपूर्ण स्वास्थ्य सेवा आवश्यकताओं के लिए रणनीतिक प्रतिक्रिया
स्वास्थ्य कार्यबल शिक्षा, प्रशिक्षण और सतत क्षमता
स्वास्थ्य कार्यबल का उपयोग, प्रबंधन और अवधारण
बेहतर जनसंख्या परिणामों के लिए एचआरएच के निरंतर योगदान के लिए स्वास्थ्य कार्यबल प्रशासन, नेतृत्व और भागीदारी

स्वास्थ्य कार्यबल से संबंधित महत्वपूर्ण मामले / चुनौतियां

देश के विभिन्न क्षेत्रों में स्वास्थ्य कर्मियों का अनियोजित वितरण
स्वास्थ्य कर्मचारियों की बढ़ती मांग के सापेक्ष उच्च शिक्षा संसाधनों एवं प्रशिक्षण क्षमता का आभाव
कार्यस्थल पर अनुकूल वातावरण की कमी विशेष रूप से ग्रामीण और दूरदराज के क्षेत्रों में, जो की स्वास्थ्य कर्मचारियों को प्रोत्साहन प्रदान करती है
रोगियों की देखभाल के लिए, विशेष रूप से गंभीर मरीजों के उपचार हेतु वांछित स्वास्थ्य पेशेवर ज्ञान और कौशल विकास के लिए सीमित साधन
वृद्ध रोगियों की देखभाल के लिए स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की अक्षमता

स्वास्थ्य कार्यबल: वांछित

कम आपूर्ति वाली श्रेणियों के लिए स्वास्थ्य कर्मचारियों को त्वरित प्रशिक्षण
अंतर-क्षेत्रीय सहभागिता
पब्लिक-प्राइवेट पार्टनरशिप (पी पी पी)
प्रशिक्षण में गुणवत्ता आश्वासन
स्वास्थ्य कर्मचारियों की उपयुक्त भौगोलिक नियुक्ति

नियामक प्रणाली
कर्मचारी प्रतिधारण एवं तंत्र में लागत—प्रभावशीलता

स्वास्थ्य सूचना प्रणाली

एक अच्छी तरह से काम करने वाली स्वास्थ्य सूचना प्रणाली वह है जो स्वास्थ्य निर्धारकों का नियोजन, स्वास्थ्य प्रणाली के प्रदर्शन और स्वास्थ्य की स्थिति पर विश्लेषण, विश्वसनीय जानकारी का निष्पादन और समय समय पर प्रसार सुनिश्चित करती है।

सूचना और प्रौद्योगिकी में प्रमुख चुनौतियां

संस्था आधारित आंकड़ों का बेहतर उपयोग कैसे करें
स्वामित्व से संबंधित मामले
एकत्र किए गए आंकड़ों को समेकित कैसे करें
आंकड़ों के विश्लेषणात्मक योग्यता को कैसे बढ़ाएं
स्वास्थ्य सेवा सूचना प्रणाली की वकालत करने की रणनीतियां
सूचना प्रसार की लागत एवं अन्य प्रभावी साधनों को कैसे सुधारें

चिकित्सा उत्पाद, टीके और प्रौद्योगिकियां

एक सुचारु स्वास्थ्य प्रणाली मूलभूत चिकित्सा उत्पादों, टीकों और उनकी गुणवत्ता, रोग-प्रतिकारकता, उनका प्रभाव और वैज्ञानिक रूप से उन्नत एवं लागत प्रभावी उपयोग के लिए आवश्यक क्रियान्वयन सुनिश्चित करती है।

चिकित्सा उत्पादों, टीकों और प्रौद्योगिकियों की कार्यान्वयन में प्रमुख चुनौतियां

दवा उत्पादन क्षेत्र की बड़ी कंपनियों की नीतियां जो अपने उत्पादों को ऑफ-लेबल उपयोग के लिए बढ़ावा देती हैं।
टीकाकरण में धन संबंधी और अंतःक्रियात्मक असमानताओं में सुधार की आवश्यकता है।
सूचना और संचार प्रौद्योगिकियों में अनुसंधान में स्वास्थ्य देखभाल में क्रांति ला सकने वाली सेवाओं को अंतर्राष्ट्रीय आपूर्ति के माध्यम से वैश्विक अभिसरण की दिशा में एक उपकरण के रूप में प्रयोग सकता है।
विकेंद्रीकरण और खरीद-फरोख्त मामलों के समाधान की आवश्यकता है।
दवा कंपनियों रोगों के प्रति लोगों में भय का संचार करती है और अपने उत्पादों के उपयोग को बढ़ावा देने लिए प्रचार प्रसार करती हैं।

स्वास्थ्य वित्तपोषण

एक अच्छी स्वास्थ्य वित्तपोषण प्रणाली स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए पर्याप्त धन जुटाती है, जिससे यह सुनिश्चित होता है कि अधिक से अधिक लोग आवश्यक सेवाओं का उपयोग कर सकें, और किसी भी वित्तीय आपदा की स्थिति में खुद को सुरक्षित कर सकें। यह प्रदाताओं और उपयोगकर्ताओं को चिकित्सा प्रक्रिया में प्रवीण होने के लिए प्रोत्साहन प्रदान करता है।

स्वास्थ्य अर्थशास्त्र एवं वित्तपोषण के क्षेत्र में प्रमुख चुनौतियां

भारत में प्रति-व्यक्ति सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय बहुत कम है, विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू एच ओ) के मानक के

अनुसार यह सकल घरेलू उत्पाद का 4.5: होना चाहिए। मरीजों अथवा उनके परिवारों द्वारा वहन किया जाने वाला व्यय बहुत अधिक है, भारत में यह 80: का आस पास है। भारत में जनसंख्या का बहुत ही छोटा भाग स्वास्थ्य बीमा योजनाओं का लाभ लेता है। और यहां केवल एक ही सरकारी स्वास्थ्य बीमा योजना “राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना” संचालित है। भारत में स्वास्थ्य अनुसंधान के लिए अपर्याप्त धन। स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में प्रौद्योगिकी के अपर्याप्त विकल्प। आंकड़ा प्रबंधन प्रणाली में वास्तु-सूची की अनुपयुक्त दृष्टता

नेतृत्व और शासन

नेतृत्व और शासन में रणनीतिक ढांचे, उनका प्रभावी निरीक्षण, गठबंधन निर्माण, विनियमन, प्रणाली-निर्माण और उत्तरदायित्व पर ध्यान देना इत्यादि शामिल है।

नेतृत्व और शासन में प्रमुख चुनौतियां

स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में बड़े बदलाव की शुरुआत या या उसका समर्थन कैसे करें। प्रतिनिधि कैसे प्रदर्शन कर रहे हैं, उनकी योग्यता में सुधार की आवश्यकता है। जनता को शिक्षित करने के लिए वैचारिक नेतृत्व की आवश्यकता है। नेतृत्व के लिए विशेष दक्षता का प्रबंध और प्रदर्शन आवश्यक है। सरकारी क्षेत्र में अस्पताल प्रबंधकों में प्रेरणा की कमी है

स्वास्थ्य प्रणालियों के सुदृढ़ीकरण प्रक्रिया की निगरानी और मूल्यांकन

निगरानी की एक उन्नत रणनीति के अभाव में स्वास्थ्य प्रणाली के सुदृढ़ीकरण पर अधिक ध्यान देने का भी कोई सार्थक लाभ नहीं होगा जो निर्णयकर्ताओं को स्वास्थ्य क्षेत्र में प्रगति और प्रदर्शन को सही ढंग से आत्मसात करने, प्रभाव का मूल्यांकन करने और देश और वैश्विक स्तर पर जवाबदेही सुनिश्चित करने में सक्षम बनाती हैं। यह डब्ल्यू एच ओ द्वारा प्रदत्त प्रारूप संकेतकों और संबंधित मूल्यांकन रणनीतियों की एक प्रवृत्ति का वर्णन करता है जो स्वास्थ्य प्रणालियों का वर्णन “छ: बिल्डिंग ब्लॉक्स” के संदर्भ में करता है।

निगरानी और मूल्यांकन ढांचा दिखाता है कि कैसे स्वास्थ्य निविष्टियां एवं प्रक्रियाएं (जैसे की स्वास्थ्य कार्यबल और बुनियादी ढांचा) उसके द्वारा निर्गत बिंदुओं (जैसे की सहभागिता एवं उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं) में परिलक्षित होती हैं जो की बदले में निष्कर्षों (जैसे कवरेज) और प्रभाव (रुग्णता और मृत्यु दर) में परिलक्षित होती हैं। ढांचे का अतिरिक्त लाभ यह है कि यह पूरी तरह से निष्कर्षों की श्रृंखला में संकेतक और आंकड़ों के स्रोतों अर्थात “इनपुटनिविष्टियों” “आउटपुटनिर्गत” और “परिणाम” से “प्रभाव” तक को एक साथ दर्शाता है।

डब्ल्यू एच ओ के निगरानी तंत्र ने माना है कि “मजबूत और विश्वसनीय जानकारी सभी स्वास्थ्य प्रणाली निर्माण ब्लॉकों में निर्णय लेने की नींव हैं”।

निगरानी और मूल्यांकन ढांचे के उद्देश्य

स्वास्थ्य प्रणाली निवेश के प्रबंधन के लिए आवश्यक कार्यक्रम इनपुट (निविष्टियों), आउटपुट (निर्गत) और परिणाम (प्रभाव) की निगरानी

निर्णय लेने की प्रक्रिया की कुंजी के रूप में देश की स्वास्थ्य प्रणाली के प्रदर्शन का आकलन स्वास्थ्य सुधार निवेश के परिणामों का मूल्यांकन करना और सबसे अधिक प्रभावी दृष्टिकोण की पहचान करना

स्वास्थ्य सेवा वितरण

स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन के लिए स्वास्थ्य सेवा वितरण निगरानी की प्रासंगिकता अपरिहार्य है। मानक स्वास्थ्य सुविधा मूल्यांकन के माध्यम से सेवा वितरण की निगरानी:

सेवा की उपलब्धता और तैयारी: सेवा की उपलब्धता और तत्परता की प्रमुख कार्यात्मक क्षमताओं में शामिल हैं:

जल आपूर्ति, प्रसाधन, दूरसंचार और बिजली की उपलब्धता जैसी बुनियादी सुविधाओं की उपलब्धता
वजन तराजू, थर्मामीटर और स्टेथोस्कोप जैसे बुनियादी चिकित्सा उपकरणों की उपलब्धता
मानव संसाधन, स्वास्थ्य कर्मियों का प्रशिक्षण और दिशानिर्देशन समेत समग्र स्वास्थ्य कार्यबल की उपलब्धता
दवाएं और वस्तुएं – सामान्य दवाओं की उपलब्धता
नैदानिक सुविधाएं – प्रयोगशाला परीक्षणों की उपलब्धता
संक्रमण की रोकथाम के लिए मानक सावधानियों का विवरण एवं जानकारी की उपलब्धता
नसबंदी और स्वच्छता-प्रवृत्त विशिष्ट सेवाएं परिवार नियोजन, मातृ और नवजात शिशु देखभाल, बाल स्वास्थ्य, एच आई वी एड्स, तपेदिक, मलेरिया और पुरानी बीमारियों के लिए सामान्य इंजेक्शन एवं दवाइयां

कोई भी अकेला स्रोत सेवा वितरण की निगरानी के लिए पर्याप्त सूचना प्रदान नहीं कर सकता है। इस प्रकार, एक सेवा वितरण निगरानी प्रणाली को विश्लेषण और निर्णय लेने के लिए एक साथ लाने के लिए आंकड़ों के विभिन्न स्रोतों पर निर्भर करने की आवश्यकता होगी।

नियमित स्वास्थ्य सुविधा प्रतिवेदन प्रणाली के आंकड़ों को स्वास्थ्य सुविधा आकलन के आंकड़ों के साथ पूरक करने की आवश्यकता है।

सेवा वितरण के मुख्य संकेतक

सामान्य सेवा उपलब्धता:

सामान्य सेवा उपलब्धता का तात्पर्य न्यूनतम मानक को पूरा करने वाली सेवाओं के वितरण की वास्तविक उपस्थिति से है। सेवाओं की उपलब्धता के आकलन में स्वास्थ्य अवसंरचना प्रति 10000 जनसंख्या पर सुविधाएं और बिस्तर, प्रति 10000 जनसंख्या पर स्वास्थ्य कार्यबल और सेवा एवं उपयोग के घटक प्रति 10000 जनसंख्या पर रोगी ष बाह्य रोगी परामर्श शामिल हैं।

सामान्य सेवा तत्परता:

सामान्य सेवा तत्परता स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं की सामान्य क्षमता को दर्शाती है। तत्परता को सेवाएं प्रदान करने के लिए आवश्यक घटकों की संचयी उपलब्धता के रूप में परिभाषित किया गया है। इसमें बुनियादी ढांचा / सुविधाओं, बुनियादी आपूर्ति ष उपकरण जिसमें छोटी सर्जरी, मानक सावधानियां, प्रयोगशाला परीक्षण, दवाओं और वस्तुओं जैसे मुख्य अनुरेखण विषयवस्तु शामिल हैं।

सेवा-विषयक उपलब्धता

सेवा-विषयक उपलब्धता से तात्पर्य है कि कोई विशेष सेवा प्रदान की जाती है या नहीं। उपलब्धता किसी विशिष्ट सेवा को प्रति 10000 जनसंख्या पर प्रदान करने की क्षमता द्वारा प्राप्त की जाती है।

सेवा-विषयक तत्परता

सेवा-विषयक तत्परता से तात्पर्य है कि कोई विशेष सेवा को प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य वितरण प्रणाली कितनी तत्पर है। अनुरेखण विषयवस्तु की उपस्थिति के माध्यम से मापा जाता है जिसमें प्रशिक्षित कर्मचारी, दिशानिर्देश, उपकरण / आपूर्ति, नैदानिक क्षमता, दवाएं और वस्तुएं शामिल हैं।

विशिष्ट सेवाओं में परिवार नियोजन, प्रसवपूर्व देखभाल, सुरक्षित प्रसव, बाल स्वास्थ्य, एच आई वी / एड्स, तपेदिक, मलेरिया, पुरानी स्थिति और छोटी सर्जरी जैसे बिंदु शामिल हो सकते हैं।

स्वास्थ्य कार्यबल

स्वास्थ्य कर्मियों का वर्गीकरण

चिकित्सक
नर्सिंग कर्मचारी और दाई
दंत चिकित्सक
औषधि विशेषज्ञ
प्रयोगशाला स्वास्थ्य कार्यकर्ता
पर्यावरण और सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
सामुदायिक और पारंपरिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता
स्वास्थ्य प्रबंधन और सहायक कार्यकर्ता

स्वास्थ्य कर्मियों की कमी का अंदाजा इससे लगाया जा सकता है:
अपर्याप्त संख्या
प्रशिक्षित किए जा रहे लोगों के कौशल मिश्रण
उनकी तैनाती का गलत वितरण,
मृत्यु, सेवानिवृत्ति, करियर में परिवर्तन या प्रवासन के कारण होने वाले नुकसान

स्वास्थ्य कार्यबल के मुख्य संकेतक

स्वास्थ्य कार्यकर्ता घनत्व – प्रति 10 000 जनसंख्या पर स्वास्थ्य कर्मियों की संख्या
स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की नियुक्तियां – व्यवसाय ष विशेषज्ञता, क्षेत्र, कार्यस्थल और लिंग के आधार पर

स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के वितरण की निगरानी के लिए कम से कम चार प्रकारों पर विचार किया जाना चाहिए:

- (i) व्यवसायध्विशेषता में असंतुलन,
- (ii) भौगोलिक प्रतिनिधित्व,
- (iii) संस्थान और सेवाएं एवं
- (iv) जनसांख्यिकी

प्रति 100000 जनसंख्या पर स्वास्थ्य व्यवसायों के शैक्षिक संस्थानों के स्नातकों की वार्षिक खेप / संख्या – शिक्षा के स्तर और क्षेत्र द्वारा

स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधनों की आपूर्ति, नियोजन और संरचना में असंतुलन (या उद्देश्य रहित वितरण एवं नियुक्तियां), स्वास्थ्य सेवाओं के प्रभावी प्रावधान में असमानता के लिए अग्रणी हैं, और यह कई देशों में सामाजिक और राजनीतिक चिंता का विषय है।

स्वास्थ्य कार्यबल से संबंधित आंकड़ों का संग्रह, प्रसंस्करण और प्रसार को भौगोलिक वर्गीकरण (शहरी या ग्रामीण, राजधानी के भीतर या बाहर, प्रांत / राज्य), व्यवसाय (निजी क्षेत्र / राजकीय / केंद्रीय / स्वरोजगार), कार्य के स्थान, मुख्य कार्य गतिविधियों और लिंग के आधार पर अलग-अलग करने में सक्षम होना चाहिए।

स्वास्थ्य सूचना प्रणाली

स्वास्थ्य सूचना प्रणाली के चार प्रमुख कार्य हैं

- (i) आंकड़ों का सृजन,
- (ii) आंकड़ों का संकलन,
- (iii) आंकड़ों का विश्लेषण और संश्लेषण और
- (iv) संचार और उपयोग

स्वास्थ्य योजनाकारों और निर्णय लेने वालों को विभिन्न प्रकार की सूचनाओं की आवश्यकता होती है जिनमें शामिल हैं:

स्वास्थ्य निर्धारक

स्वास्थ्य प्रणाली और संबंधित प्रक्रियाओं के लिए निविष्टियां (नीतियां और संगठन, स्वास्थ्य बुनियादी ढांचा, सुविधाएं और उपकरण, लागत, मानव और वित्तीय संसाधन और स्वास्थ्य सूचना प्रणाली)

स्वास्थ्य प्रणाली का प्रदर्शन या निर्गत (उपलब्धता, पहुंच, गुणवत्ता और स्वास्थ्य सूचना और सेवाओं का उपयोग, उपयोगकर्ता की जरूरतों के लिए प्रणाली की जवाबदेही और वित्तीय जोखिम सुरक्षा)

स्वास्थ्य परिणाम (मृत्यु दर, रुग्णता, बीमारी का प्रकोप, स्वास्थ्य की स्थिति, विकलांगता और भलाई)

सेवाओं का उपयोग क्षेत्र, निर्धारकों, स्वास्थ्य परिणामों, सामाजिक-आर्थिक स्थितियों, जातीय समूहों, और भौगोलिक स्थितियों जैसे प्रमुख स्तरों पर व्याप्त स्वास्थ्य असमानताएं

एक अच्छी स्वास्थ्य सूचना प्रणाली अपने अंतर्गत आने वाले सभी प्रासंगिक भागीदारों को एक साथ लाती है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि स्वास्थ्य जानकारी के उपयोगकर्ताओं के पास विश्वसनीय, आधिकारिक, उपयोग करने योग्य, समझने योग्य आंकड़ों का तुलनात्मक संग्रह उपलब्ध हो।

आवश्यक दवाओं की उपलब्धता:

स्वास्थ्य प्रणालियों के लिए विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू एच ओ) के मानक प्रारूप के अनुसार, एक अच्छी तरह से काम करने वाली स्वास्थ्य प्रणाली निम्नांकित बिन्दुओं को प्रकाश डालती है:

आवश्यक चिकित्सा उत्पादों, टीकों और सुनिश्चित गुणवत्ता, सुरक्षा, प्रभावकारिता और लागत-प्रभावशीलता की प्रौद्योगिकियों तक एक समान पहुंच और उनका वैज्ञानिक रूप से उन्नत और लागत-प्रभावी उपयोग।

आवश्यक दवाएं हर समय कार्यशील स्वास्थ्य प्रणालियों के संदर्भ में, पर्याप्त मात्रा में, उचित खुराक में, सुनिश्चित गुणवत्ता के साथ, और ऐसी कीमत पर उपलब्ध होनी चाहिए जो व्यक्ति और समुदाय वहन कर सकें। दवाओं तक पहुंच केवल उन संकेतकों की एक श्रृंखला का उपयोग करके उत्पन्न की जा सकती है जो प्रमुख नीतिगत संकेतकों के संयोजन में, सार्वजनिक और निजी दोनों क्षेत्रों में दवा की उपलब्धता और कीमत पर तुलनात्मक आंकड़े प्रदान करते हैं।

संकेतकों की तीन श्रेणियां:

1. औषधि निर्देशन संकेतक: प्रति परामर्श, दवाओं की निर्धारित औसत संख्या, एक सामान्य नाम द्वारा निर्धारित दवाओं का प्रतिशत, निर्धारित एंटीबायोटिक के साथ परामर्शों का प्रतिशत, निर्धारित इंजेक्शन के साथ परामर्शों का प्रतिशत, आवश्यक दवाओं की सूची से निर्धारित दवाओं का प्रतिशत।
2. रोगी देखभाल संकेतक: औसत परामर्श समय, औसत वितरण समय, वास्तव में वितरित दवाओं का प्रतिशत, पर्याप्त रूप से लेबल की गई दवाओं का प्रतिशत, रोगी को सही खुराक का ज्ञान
3. सुविधा संकेतक: आवश्यक दवाओं के संघटन सूत्र एवं सूची की उपलब्धता, प्रमुख दवाओं की उपलब्धता।

पहुंच, उत्पाद की गुणवत्ता और तर्कसंगत उपयोग के क्षेत्रों में प्रमुख निष्कर्षों को मापने के लिए सुविधा-स्तरीय संकेतक:

पहुंच को आवश्यक दवाओं की उपलब्धता और सामर्थ्य के संदर्भ में मापा जाता है। गुणवत्ता को फार्मसी की अलमारियों में एक्सपायर्ड स्टॉक की अनुपस्थिति और पर्याप्त रखरखाव और संरक्षण की स्थिति से मापा जाता है। तर्कसंगत उपयोग को पूर्व निर्धारित वितरण प्रक्रियाओं की जांच और सार्थक उपयोग में योगदान हेतु दर्शाए गए मानक उपचार दिशानिर्देशों और आवश्यक दवाओं की सूची के आधार पर मापा जाता है।

दवाओं तक पहुंच के लिए मुख्य संकेतक

चयनित आवश्यक दवाओं की औसत उपलब्धता
 चयनित आवश्यक दवाओं का औसत उपभोक्ता मूल्य
 स्वास्थ्य के अधिकार की रक्षा के अंतर्गत आवश्यक दवाओं & प्रौद्योगिकियों की उपलब्धता
 उपचार नीति का नवीनतम संस्करण मौजूद होना चाहिए
 औषधि सूची का नवीनतम संस्करण मौजूद होना चाहिए
 सामान्य दवाओं के प्रोत्साहन एवं विक्रय की अनुमति के लिए कानूनी प्रावधान
 स्वास्थ्य बीमा द्वारा संरक्षित जनसंख्या का प्रतिशत

स्वास्थ्य वित्तपोषण

स्वास्थ्य वित्तपोषण के उद्देश्य:

- (i) पर्याप्त धन जुटाना
- (ii) जनसंख्या को वित्तीय जोखिम सुरक्षा प्रदान करना
- (iii) संसाधन उपयोग की दक्षता में सुधार करना
- (iv) परिचालन स्तर पर वित्तीय पारदर्शिता और प्रबंधन में सुधार करना

वित्तपोषण प्रणाली के तीन अंतर-संबंधित कार्य

- (i) राजस्व संग्रह
- (ii) राजस्व एकत्रीकरण
- (iii) सेवाओं की खरीद / प्रावधान

निश्चित रूप से आवश्यक धन के बिना कोई स्वास्थ्य कार्यकर्ता नियुक्त नहीं होगा, कोई दवा उपलब्ध नहीं होगी और कोई स्वास्थ्य संवर्धन या रोकथाम नहीं होगी। स्वास्थ्य वित्त पोषण धन जुटाने से कहीं अधिक महत्वपूर्ण है।

स्वास्थ्य वित्तपोषण के लिए मुख्य संकेतक

स्वास्थ्य पर कुल व्यय
सामान्य सरकारी व्यय के अनुपात के रूप में स्वास्थ्य पर सामान्य सरकारी व्यय
स्वास्थ्य के लिए घरेलू स्तर पर व्यक्ति द्वारा किए भुगतान का स्वास्थ्य पर कुल व्यय से अनुपात

स्वास्थ्य पर कुल व्यय:

यह सूचक धन की समग्र उपलब्धता के बारे में जानकारी प्रदान करता है। सेवाओं के वांछित स्तर तक पहुंच सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक धन के देश के संदर्भ में अनुमानों के संबंध में पर्याप्तता को दूसरे चरण के रूप या प्रति व्यक्ति सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) के समान स्तरों वाले अन्य देशों के साथ तुलना के संदर्भ में माना जाना चाहिए।

(जी एच ई /जी ई): यह सूचक इस बात से संबंधित है कि कितना धन जुटाया गया है साथ ही स्वास्थ्य और सरकार की प्रतिबद्धता को दर्शाता है।

वित्तीय जोखिम सुरक्षा का आदर्श संकेतक जनसंख्या का वह अनुपात है जो स्वास्थ्य आवश्यकताओं पर भारी भरकम खर्च करता है जिसका कोई बीमा कवर नहीं होता है। स्वास्थ्य आवश्यकताओं के लिए निजी स्तर पर किए गए भुगतानों के परिणामस्वरूप निर्धनता बढ़ जाती है।

नेतृत्व और शासन:

स्वास्थ्य के क्षेत्र में शासन एक अतिरिक्त आवश्यक विषय है, जो उत्तरदायित्व से जुड़े मुद्दों से संबंधित होता है।

जवाबदेही से संबंधित मुख्य बिंदु:

सेवाओं की आपूर्ति करने से संबंध में प्रत्यायोजन अथवा (अस्पष्ट या स्पष्ट रूप में) इसकी समझ सेवाओं की वास्तविक आपूर्ति हेतु पर्याप्त संसाधन उपलब्ध करने के लिए वित्तपोषण सुनिश्चित करना कार्य निष्पादन का मूल्यांकन या उसकी निगरानी करने के लिए प्रासंगिक जानकारी प्राप्त करना प्रवर्तन, जैसे प्रतिबंध लगाने और बेहतर कार्य निष्पादन के लिए पुरस्कार का प्रावधान

पर्याप्त धन और अपने कामकाज को प्रदर्शित करने की बढ़ती मांग जैसे कारणों से जवाबदेही का स्तर बढ़ता है। इसलिए जवाबदेही, शासन का एक आंतरिक घटक है जो स्वास्थ्य में विभिन्न हितधारकों के बीच संबंधों को बढ़ावा देने से संबंधित है, जिसमें व्यक्ति, परिवार, समुदाय, फर्म, सरकारें, गैर-सरकारी संगठन, निजी फर्म और अन्य

संस्थाएं शामिल हैं जिनके पास वित्त, निगरानी, वितरण और वितरण की जिम्मेदारी होती है और वो स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग करते हैं।

संचालन को परखने के लिए आवश्यक संकेतकों के प्रकार

नियम-आधारित: नियम-आधारित संकेतक देशों के पास स्वास्थ्य प्रणाली संचालन के लिए उपयुक्त नीतियां, रणनीतियां और संहिताबद्ध दृष्टिकोण का मूल्यांकन करने में सहायक होते हैं।

परिणाम-आधारित: परिणाम-आधारित संकेतक प्रासंगिक हितधारकों के अनुभव के आधार पर नियमों और प्रक्रियाओं को प्रभावी ढंग से लागू किये जाने के संबंध में सहायक होते हैं।

नियम-आधारित संकेतक: स्वास्थ्य प्रणालियों के संदर्भ में, आवश्यक दवाओं की राष्ट्रीय सूची या मलेरिया नियंत्रण पर राष्ट्रीय नीतियां जैसे पहलू संकेतकों के रूप में उपयोग होते हैं। ये संकेतकों के एक बड़े वर्ग का हिस्सा हैं जिन्हें शासन निर्धारक कहा जाता है। इन्हें स्वास्थ्य देखभाल-प्रावधान शासन के निर्धारकों के संबंध में औपचारिक प्रक्रियाएं माना जाता है। इसमें चार अन्य व्यापक श्रेणियां शामिल हैं: स्वामित्व व्यवस्था, विकेंद्रीकरण, हितधारक की भागीदारी और प्रासंगिक कारक। इस ढाँचे में शासन के निर्धारकों की तुलना शासन के प्रदर्शन से की जाती है।

परिणाम आधारित संकेतक: इस प्रकार के संकेतकों के अंतर्गत स्वास्थ्य प्रणालियों के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं में आवश्यक दवाओं की उपलब्धता या स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की अनुपस्थिति शामिल हो सकती है।

नेतृत्व और कार्य निष्पादन के लिए मुख्य संकेतक

- राष्ट्रीय जरूरतों और प्राथमिकताओं से जुड़ी एक राष्ट्रीय स्वास्थ्य रणनीति का नवीनतम संस्करण का होना
- राष्ट्रीय औषधि नीति के नवीनतम संस्करण एवं उसका प्रकाशन वर्ष का उल्लिखित होना
- दवाओं की खरीद पर नीतियां जो सही मात्रा में सबसे अधिक लागत प्रभावी दवाओं, गुणवत्ता वाले उत्पादों के आपूर्तिकर्ताओं की खुली, प्रतिस्पर्धी बोली इत्यादि का उल्लेख करती हैं
- तपेदिक-क्षय रोग के लिए एक राष्ट्रीय रणनीतिक योजना का होना जो टीबी रोकने की वैश्विक योजना 2006-2015 में उल्लिखित स्टॉप-टीबी रणनीति के छह प्रमुख घटकों को दर्शाता है।
- राष्ट्रीय मलेरिया रणनीति का होना जिसमें दवाओं की प्रभावकारिता निगरानी, वेक्टर नियंत्रण और कीटनाशक प्रतिरोध निगरानी शामिल है।
- एचआईवीएड्स – एचआईवीएड्स के लिए यूएनजीएसएस राष्ट्रीय समग्र नीति सूचकांक की पूर्ण प्रश्नावली
- मातृ स्वास्थ्य – आईसीपीडी कार्य योजनाओं के अनुरूप एक व्यापक प्रजनन स्वास्थ्य नीति का होना
- बाल स्वास्थ्य – बचपन के टीकाकरण के लिए एक अद्यतन व्यापक, बहुवर्षीय योजना का होना
- स्वास्थ्य क्षेत्र के नियमित रूप से प्रसारित होने वाले प्रमुख दस्तावेजों जैसे बजट दस्तावेज, वार्षिक प्रदर्शन समीक्षा और स्वास्थ्य संकेतक इत्यादि का होना
- स्वास्थ्य सेवाओं की नीतिगत एवं प्रभावी उपलब्धता के विषय में ग्राहकों की प्रतिक्रियाओं के आधार पर सर्वेक्षण तंत्र का होना
- एक समग्र शासन नीति सूचकांक प्रस्तुत किया गया हो, जिसमें विभिन्न रोगों और स्वास्थ्य प्रणाली से संबंधित पहलुओं के लिए स्वास्थ्य नीतियों को प्रभावित करने वाले 10 नियम-आधारित संकेतक शामिल हों

- सूचकांक नियम-आधारित दृष्टिकोण से कार्य निष्पादन की गुणवत्ता का एक सारांश प्रदान करता है
- संकेतक यह स्वास्थ्य क्षेत्र में नेतृत्व के स्तर का आकलन करते हैं और इस बात का भी सारांश प्रस्तुत करते हैं कि देशों के पास कार्य निष्पादन को बढ़ावा देने के लिए उपयुक्त नीतियां, नियम और रणनीतियां हैं या नहीं, लेकिन प्रवर्तन का आकलन करना इसका लक्ष्य नहीं है।

नमूना तालिका: 6 बिल्डिंग ब्लॉक्स की बेहतर समझ के लिए बाधाएं संभावित रोग-विशिष्ट प्रतिक्रिया संभावित स्वास्थ्य प्रणाली प्रतिक्रियावित्तीय सामर्थ्य की कमी जैसे अनौपचारिक शुल्क भुगतान में असमर्थता किसी विशिष्ट बीमारी के लिए किसी व्यक्ति के लिए भुगतान छूटघरों, बाहरी एजेंसियों, कंपनियों से प्री-पेड धन का संग्रहण करना, जोखिमों को साझा करना और बीमार होने पर भुगतान कम करना भौतिक पहुंच में असुविधा जैसे उपचारकेंद्रों की अधिक दूरी विशिष्ट रोगों के लिए निजी प्रदाताओं तक पहुंचस्थान, निर्माण या स्वास्थ्य उन्नयन सुविधाओं के लिए योजनाओं को संशोधित करना सार्वजनिक और निजी प्रदाताओं में ज्ञान और कौशल की कमी विशिष्ट रोगों के लिए कार्यशालाएं और अन्य सतत शिक्षा संशोधित सेवा-पूर्व प्रशिक्षण पाठ्यक्रमय लाइसेंसिंग, मान्यता, पर्यवेक्षण के लिए प्रणाली कर्मचारियों में प्रेरणा का अभाव है कर्मचारियों को विशिष्ट सेवाएं देने के लिए वित्तीय प्रोत्साहन नौकरी का स्पष्ट विवरण प्रदर्शन और वेतन समीक्षा निष्पक्ष, पारदर्शी पदोन्नति प्रक्रिया कमजोर नेतृत्व और प्रबंधन सरकारी एवं गैर सरकारी संस्थाओं में कर्मचारियों, बजट आदि के प्रबंधन में कौशल विकसित करने के लिए कार्यशालाएं अतिरिक्त कार्यवाहियां जैसे प्रबंधकों को संसाधनों पर अधिक नियंत्रण देना परिणामों के लिए अधिक जवाबदेही अप्रभावी कार्यवाही और साझेदारी क्षेत्रीय एवं राष्ट्रीय स्तर पर रोग-विशिष्ट समितियों का गठन अंतर-क्षेत्रीय प्रतिनिधित्व के साथ स्थानीय सरकार प्रणाली का निर्माण, और सार्वजनिक उत्तरदायित्व के लिए स्पष्ट प्रक्रियाएं

अच्छी स्वास्थ्य प्रणाली: काम करने के लिए एक शानदार जगह से सेवा प्राप्त करने के लिए एक शानदार जगह

ज्ञान बिंदु:

- स्वास्थ्य प्रणाली की समझ
- स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूत करने की आवश्यकता
- स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूत करने के लिए डब्ल्यू एच ओ की रूपरेखा
- स्वास्थ्य प्रणाली के सुदृढीकरण के लिए बिल्डिंग ब्लॉक्स
- स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण की निगरानी और मूल्यांकन
-

D – ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं के बुनियादी प्रारूप को त्रि-स्तरीय प्रणाली के रूप में विकसित किया गया है और यह निम्नलिखित जनसंख्या मानदंडों पर आधारित है:

केंद्र	मानक	जनसंख्या
	मैदानी क्षेत्र	पर्वतीय / जनजातीय / मैदानी क्षेत्र
उप केंद्र	5000	3000
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	30000	20000
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	120000	80000

उप केंद्र:

उप केंद्र सबसे अधिक स्थानीय एवं प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली और समुदाय के बीच पहला संपर्क बिंदु है। स्वास्थ्य देखभाल में व्यवहारिक परिवर्तन लाने और मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य, परिवार कल्याण, पोषण, टीकाकरण, डायरिया नियंत्रण और संचारी रोगों के नियंत्रण के संबंध में सेवाएं प्रदान करने के लिए उप केंद्रों को पारस्परिक संचार से संबंधित कार्य सौंपे गए हैं।

प्रत्येक उप केंद्र में कम से कम एक सहायक नर्स / दाई की अनुबंध के आधार पर नियुक्ति आवश्यक है। एक महिला स्वास्थ्य पर्यवेक्षिका (एलएचवी) को छह उप केंद्रों के पर्यवेक्षण का कार्य सौंपा गया है। महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता एवं एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता का वेतन भारत सरकार वहन करती है। एन आर एच एम के तहत एक अतिरिक्त दूसरी एएनएम एलएचवी का प्रावधान है जबकि पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता का वेतन राज्य सरकारों द्वारा वहन किया जाता है। अदला-बदली योजना के तहत, भारत सरकार ने राज्य सरकारों/संघ शासित प्रदेशों को हस्तांतरित 5,434 ग्रामीण परिवार कल्याण केंद्रों के बदले अप्रैल, 2002 से राज्य सरकारों/संघ शासित प्रदेशों से अतिरिक्त 39,554 उपकेंद्रों का अधिग्रहण किया है।

31 मार्च, 2015 तक देश में 1,53,655 उपकेंद्र कार्यरत थे।

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पी एच सी) ग्रामीण समुदाय और चिकित्सा अधिकारी के बीच पहला संपर्क बिंदु है। स्वास्थ्य समस्याओं के निवारक और प्रोत्साहक पहलुओं पर जोर देने के साथ ग्रामीण आबादी को एक एकीकृत उपचारात्मक और स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए पीएचसी की परिकल्पना की गई थी। न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम (एम एन पी) ६ बुनियादी न्यूनतम सेवा (बी एम एस) कार्यक्रम के तहत राज्य सरकारों द्वारा पीएचसी की स्थापना और रखरखाव किया जाता है। न्यूनतम आवश्यकता के अनुसार, एक पी एच सी को एक चिकित्सा अधिकारी द्वारा संचालित किया जाना चाहिए, जिसमें 14 पैरामेडिकल और अन्य कर्मचारी हों। एन आर एच एम के तहत, पी एच सी में अनुबंध के आधार पर दो अतिरिक्त स्टाफ नर्स का प्रावधान है। यह 6 उप केंद्रों के लिए एक निर्दिष्ट इकाई के रूप में कार्य करता है। इसमें मरीजों के लिए 4-6 बेड होते हैं। पी एच सी की गतिविधियों में उपचारात्मक, निवारक, प्रोत्साहक और परिवार कल्याण सेवाएं शामिल हैं।

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र:

एमएनपी/बीएमएस कार्यक्रम के तहत सीएचसी की स्थापना और रखरखाव राज्य सरकार द्वारा किया जा रहा है। न्यूनतम मानदंडों के अनुसार, एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में चार चिकित्सा विशेषज्ञों अर्थात् सर्जन, चिकित्सक, स्त्री रोग विशेषज्ञ और बाल रोग विशेषज्ञ को 21 पैरामेडिकल और अन्य कर्मचारियों की नियुक्ति होना आवश्यक है। इसमें एक ओटी, एक्स-रे, लेबर रूम और प्रयोगशाला सुविधाओं के साथ 30 इन-डोर बेड हैं। यह 4 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के लिए एक रेफरल सेंटर के रूप में कार्य करता है और प्रसूति देखभाल और विशेषज्ञ परामर्श के लिए सुविधाएं भी प्रदान करता है।

प्रथम रेफरल यूनिट

जिला अस्पताल, अनुमंडलीय अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र जैसे एक मौजूदा सुविधा केंद्र को पूरी तरह से प्रथम रेफरल यूनिट (एफ आर यू) तभी की मान्यता तभी मिलती है जब यह आपातकालीन प्रसूति और नवजात शिशु के लिए दिन-रात सेवाएं प्रदान करने में सक्षम हो। किसी भी अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली सभी आपात स्थितियों के अतिरिक्त आपातकालीन प्रसूति और नवजात देखभाल के लिए सेवाएं इत्यादि। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि (एफ आर यू) के रूप में घोषित की जाने वाली सुविधा के तीन महत्वपूर्ण निर्धारक हैं:

- (i) सीजेरियन सेक्शन जैसे सर्जिकल हस्तक्षेप सहित आपातकालीन प्रसूति देखभाल
- (ii) नवजात शिशु की देखभाल
- (iii) 24 घंटे के आधार पर रक्त भंडारण की सुविधा

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत ग्रामीण स्वास्थ्य ढांचे का सुदृढीकरण

- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन 18 राज्यों पर विशेष ध्यान देने के साथ पूरे देश में ग्रामीण आबादी को प्रभावी स्वास्थ्य सेवा प्रदान करना चाहता है, जिनके पास कमजोर सार्वजनिक स्वास्थ्य संकेतक और ६ या कमजोर बुनियादी ढांचा है।
- मिशन स्वास्थ्य पर सार्वजनिक खर्च को सकल घरेलू उत्पाद के 0.9: से बढ़ाकर सकल घरेलू उत्पाद का 2-3: करने की सरकार की प्रतिबद्धता की अभिव्यक्ति है।
- एन आर एच एम का उद्देश्य स्वास्थ्य प्रणाली में वास्तु सुधार करना है ताकि यह राष्ट्रीय सामान्य न्यूनतम कार्यक्रम के तहत बढ़े हुए आवंटन को प्रभावी ढंग से संभालने में सक्षम हो सके और देश में सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधन और सेवा वितरण को मजबूत करने वाली नीतियों को बढ़ावा दे सके।
- इसका उद्देश्य स्वास्थ्य के लिए जिला योजना के माध्यम से स्वच्छता, पोषण और सुरक्षित पेयजल जैसे स्वास्थ्य के निर्धारकों के साथ स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं का प्रभावी समायोजन करना है।
- यह ग्रामीण लोगों, विशेष रूप से गरीब महिलाओं और बच्चों के लिए समान, सस्ती और प्रभावी प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता में सुधार करना चाहता है।

एनआरएचएम - एक परिकल्पना

- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन 18 राज्यों पर विशेष ध्यान देने के साथ पूरे देश में ग्रामीण आबादी को प्रभावी स्वास्थ्य सेवा प्रदान करना चाहता है, जिनके पास कमजोर सार्वजनिक स्वास्थ्य संकेतक और ६ या कमजोर बुनियादी ढांचा है।
- मिशन स्वास्थ्य पर सार्वजनिक खर्च को सकल घरेलू उत्पाद के 0.9: से बढ़ाकर सकल घरेलू उत्पाद का 2-3: करने की सरकार की प्रतिबद्धता की अभिव्यक्ति है। इसका उद्देश्य स्वास्थ्य प्रणाली में वास्तु सुधार करना है ताकि राष्ट्रीय सामान्य न्यूनतम कार्यक्रम के तहत बढ़े हुए आवंटन को प्रभावी ढंग से संभालने में सक्षम बनाया जा सके

और देश में सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधन और सेवा वितरण को मजबूत करने वाली नीतियों को बढ़ावा दिया जा सके।

- यह स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं को पुनर्जीवित करने और आयुष को सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में मुख्यधारा में लाने का प्रयास करता है।
- इसका उद्देश्य स्वास्थ्य के लिए जिला योजना के माध्यम से स्वच्छता, पोषण और सुरक्षित पेयजल जैसे स्वास्थ्य के निर्धारकों के साथ स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं का प्रभावी संकलन करना है।
- यह स्वास्थ्य के जिला प्रबंधन के लिए कार्यक्रमों के विकेंद्रीकरण की मांग करता है।

लक्ष्य-

- शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) और मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) में कमी
- महिलाओं के स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य, पानी, साफ-सफाई, टीकाकरण और पोषण जैसी सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की सार्वभौमिक उपलब्धता
- स्थानीय रोगों सहित संचारी और गैर-संचारी रोगों की रोकथाम और नियंत्रण
- एकीकृत प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा तक व्यापक पहुंच
- जनसंख्या स्थिरीकरण, लिंग और जनसांख्यिकीय संतुलन
- स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं और मुख्यधारा 'आयुष' को पुनर्जीवित करना
- स्वस्थ जीवन शैली को बढ़ावा देना

नियुक्ति मानक (न्यूनतम मानदंड)

क. उपकेन्द्र के लिए कर्मचारी:

1. स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला) / एएनएम	1
2. अतिरिक्त द्वितीय एएनएम (संविदा पर)	1
3. स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष)	1
4. स्वैच्छिक कार्यकर्ता (मानदेय के रूप में रु. 100/- प्रति माह)	1
कुल (संविदात्मक कर्मचारियों को छोड़कर):	3

ख. नए प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के लिए कर्मचारी

1. चिकित्सा अधिकारी	
2. फार्मासिस्ट	1
3. नर्स मिड-वाइफ / स्टाफ नर्स (अतिरिक्त 02 स्टाफ नर्स अनुबंध पर)	1
4. स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला) / एएनएम	1
5. स्वास्थ्य शिक्षक	1
6. स्वास्थ्य सहायक (पुरुष)	1
7. स्वास्थ्य सहायक (महिला) / एलएचवी	1
8. प्रवर श्रेणी लिपिक	1
9. अवर श्रेणी लिपिक	1
10. प्रयोगशाला तकनीशियन	1
11. चालक (वाहन की उपलब्धता के अधीन)	1
12. चतुर्थ श्रेणी	4
कुल (संविदात्मक कर्मचारियों को छोड़कर):	15

ग. सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के लिए कर्मचारी:

1. चिकित्सा अधिकारी	4
---------------------	---

2. नर्स मिड—वाइफ (स्टाफ नर्स)	7
3. ड्रेसर	1
4. फार्मासिस्ट/कंपाउंडर	1
5. प्रयोगशाला तकनीशियन	1
6. रेडियोग्राफर	1
7. वार्ड बॉय	2
8. धोबी	1
9. सफाईकर्मी	3
10. माली	1
11. चौकीदार	1
12. आया	1
13. चपरासी	1
कुल:	25

रणनीतियां

प्राथमिक रणनीतियां

- सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के स्वामित्व, नियंत्रण और प्रबंधन के लिए पंचायती राज संस्थानों (पीआरआई) को प्रशिक्षित करना और उनकी क्षमता बढ़ाना।
- महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) के माध्यम से घरेलू स्तर पर बेहतर स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच को बढ़ावा देना।
- पंचायत की ग्राम स्वास्थ्य समिति के माध्यम से प्रत्येक गांव के लिए स्वास्थ्य योजना
- स्थानीय योजना, कार्यवाही और बहुउद्देश्यीय कार्यकर्ताओं (एम पी डब्ल्यू) को और अधिक सक्षम बनाने के लिए एक संगृहीत धन की सहायता से उप-केंद्र को मजबूत करना
- मौजूदा पीएचसी और सीएचसी को मजबूत करना, और भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक परिभाषित कर्मियों, उपकरण और प्रबंधन मानकों को बेहतर उपचारात्मक देखभाल के लिए प्रति लाख आबादी पर 30–50 बिस्तर वाले सीएचसी का प्रावधान करना
- जिला स्वास्थ्य मिशन द्वारा निर्देशित पेयजल, स्वच्छता और पोषण संबंधी अंतर-क्षेत्रीय जिला स्वास्थ्य योजनाओं की तैयारी और कार्यान्वयन करना
- राष्ट्रीय, राजकीय, जिला एवं ब्लॉक स्तरों पर स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों को समेकित करना
- सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधन के लिए राष्ट्रीय, राजकीय और जिला स्वास्थ्य मिशनों को तकनीकी सहायता प्रदान करना
- साक्ष्य-आधारित योजनाओं, निगरानी और पर्यवेक्षण के लिए आंकड़ों का संग्रह, मूल्यांकन और समीक्षा शक्ति को बढ़ाना
- स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए मानव संसाधन के परिनियोजन और व्यवसाय विकास के लिए पारदर्शी नीतियों का निर्माण करना
- स्वस्थ जीवन शैली को बढ़ावा देने, तम्बाकू और शराब के सेवन में कमी आदि के लिए सभी स्तरों पर निवारक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए क्षमता विकसित करना
- विशेष रूप से सेवा रहित क्षेत्रों में गैर-लाभकारी सेवा प्रदाताओं को प्रोत्साहन देना

पूरक रणनीतियां

- उचित मूल्य पर नागरिकों को बेहतर सेवा की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए अनौपचारिक ग्रामीण चिकित्सकों सहित निजी क्षेत्र का विनियमन
- सार्वजनिक स्वास्थ्य लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए सार्वजनिक निजी भागीदारी को बढ़ावा देना
- आयुष को मुख्यधारा में लाना – स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं को पुनर्जीवित करना
- चिकित्सा सेवा और चिकित्सा नैतिकता के विनियमन सहित ग्रामीण स्वास्थ्य के मुद्दों का समर्थन करने के लिए चिकित्सा शिक्षा को प्रोत्साहित करना
- सुलभ, सस्ती और उच्च गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य सेवाएं, अस्पतालों में आवश्यकतानुसार सुविधाएं सुनिश्चित करके गरीबों को स्वास्थ्य सुरक्षा प्रदान करने के लिए प्रभावी प्रयास करना और जीवन एवं स्वास्थ्य बीमा का विकल्प समझाना

सारतत्व:

- मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
- उपकेन्द्रों का सुदृढीकरण
- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों का सुदृढीकरण
- प्रथम रेफरल देखभाल के लिए सीएचसी को मजबूत बनाना
- जिला स्वास्थ्य योजना, ग्राम स्वास्थ्य योजनाओं, स्वास्थ्य, जल आपूर्ति, स्वच्छता और पोषण के लिए राज्य और राष्ट्रीय प्राथमिकताओं के माध्यम से क्षेत्र प्रतिक्रियाओं का एक समामेलन
- एनआरएचएम के तहत स्वच्छता का अभिसरण
- रोग नियंत्रण कार्यक्रमों को सुदृढ करना
- निजी क्षेत्र के विनियमन सहित सार्वजनिक स्वास्थ्य लक्ष्यों के लिए सार्वजनिक-निजी भागीदारी
- नए स्वास्थ्य वित्तपोषण तंत्र – कार्य समूह, नए स्वास्थ्य वित्तपोषण तंत्रों की जांच करेगा, जिसमें अस्पताल देखभाल के लिए जोखिम संग्रहण शामिल है:
- उत्तरोत्तर जिला स्वास्थ्य मिशन प्रतिपूर्ति के माध्यम से सेवाओं के लिए अस्पतालों को भुगतान करने की दिशा में आगे बढ़ेंगे, “धन रोगी का अनुसरण करता है।”
- सेवाओं का मानकीकरण – आउट पेशेंट, इन-पेशेंट, प्रयोगशाला, सर्जिकल हस्तक्षेप- और लागत प्रत्येक राज्य में विशेषज्ञों की एक समिति द्वारा समय-समय पर की जाएगी।
- इन मानकों की निगरानी करने और प्रोटोकॉल और लागत तुलना पर उचित सलाह और मार्गदर्शन देने के लिए एक राष्ट्रीय विशेषज्ञ समूह।
- ग्रामीण स्वास्थ्य के मुद्दों का समर्थन करने के लिए स्वास्थ्यचिकित्सा शिक्षा को नया रूप देना

पंचायती राज संस्था की भूमिका:

- राज्यों को अपने समझौता ज्ञापनों में पंचायती राज संस्थाओं को निधियों, पदाधिकारियों और स्वास्थ्य कार्यक्रमों के हस्तांतरण की प्रतिबद्धता का संकेत देना चाहिए
- जिला स्वास्थ्य मिशन का नेतृत्व जिला परिषद करेगी, डी एच एम जिले के सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों,

उप-केंद्रों, पी एच सी और सी एच सी का नियंत्रण, मार्गदर्शन और प्रबंधन करेगा

- आशा का चयन ग्राम पंचायत द्वारा किया जाएगा और वह ग्राम पंचायत के प्रति जवाबदेह होंगी
- पंचायत की ग्राम स्वास्थ्य समिति ग्राम स्वास्थ्य योजना तैयार करेगी और अंतर-क्षेत्रीय एकीकरण को बढ़ावा देगी
- प्रत्येक उप-केन्द्र स्थानीय कार्रवाई के लिए निर्बंध राशि के रूप में रु. 10,000 प्रति वर्ष प्राप्त होंगे। यह राशि ग्राम स्वास्थ्य समिति के परामर्श से ए एन एम एवं सरपंच के संयुक्त बैंक खाते में जमा की जाएगी और ए एन एम द्वारा संचालित की जाएगी

E – शहरी स्वास्थ्य प्रणाली

उद्देश्य -

- अवसंरचना का सुदृढीकरण: नई सुविधाओं का निर्माण, युक्तिकरण और यूपीएचसी बुनियादी ढांचे को मजबूत करना
- मानव संसाधन में वृद्धि: यूपीएचसी और यूसीएचसी में चिकित्सा अधिकारियों और पैरामेडिक स्टाफ की तैनाती
- सामाजिक सहभाग: मलिन बस्तियों में महिला आरोग्य समितियों एवं आशा की तैनाती
- शहरी स्थानीय निकाय: कार्यक्रम की योजना, कार्यान्वयन और निगरानी में यूएलबीएस की भागीदारी
- अंतर और अंतर-क्षेत्रीय समन्वय: सभी राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों और अन्य मंत्रालयों के साथ अभिसरण
- कर्मचारी क्षमता का प्रसार: मेडिकल और पैरामेडिकल स्टाफ
- आई सी टी का उपयोग बेहतर सेवा वितरण, बेहतर निगरानी और निगरानी के लिए

प्रवासन वागजाल

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन-

- शहरों और कस्बों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को मजबूत करने के लिए राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन एच एम) के एक उप-मिशन के रूप में 1 मई, 2013 को स्वीकृति मिली

लक्ष्य जनसंख्या-

- 50000 से अधिक आबादी वाले शहर / कस्बे
- 30000 से 50000 की आबादी वाला जिला मुख्यालय शहर

निम्नांकित पर विशेष ध्यान

- सूचीबद्ध, असूचीबद्ध, मलिन बस्तियों और अन्य कम आय वाले क्षेत्रों में रहने वाले लोग
- बेघर, कूड़ा बीनने वाले, सड़क पर रहने वाले बच्चे, रिक्शा चालक और अन्य कमजोर एवं अस्थायी आबादी प्रवासी
- राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एन यू एच एम) की प्राथमिक रणनीतियां
- नोट- शहरी स्थानीय निकाय (यू एल बी)

शहरी स्वास्थ्य का सतत विकास

- एस डी जी के साथ पहली बार 'सस्टेनेबल सिटीज एंड कम्युनिटीज' को अंतरराष्ट्रीय लक्ष्य घोषित किया गया है
- 169 लक्ष्यों के साथ 17 एसडीजी हैं जिन पर संयुक्त राष्ट्र के सभी 191 सदस्य वर्ष 2030 तक काम करने के लिए सहमत हुए हैं
- सभी एसडीजी का स्वास्थ्य पर प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष प्रभाव पड़ता है
- सभी नीतियों में स्वास्थ्य एसडीजी हासिल करने की ओर ले जाएगा
- बढ़ते वैश्विक शहरीकरण के साथ, विशेष रूप से शहरी स्वास्थ्य की दिशा में काम किए बिना एसडीजी की उपलब्धि संभव नहीं होगी

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एन यू एच एम) - सेवा वितरण क्रियाविधि

1. यू सी एच सी (शहरी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र)
2. यू पी एच सी (शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र)

यू सी एच सी	यू पी एच सी	प्रभाव क्षेत्र	आशा एवं महिला आरोग्य समिति
30-50 बेड प्रति 2.5 लाख जनसंख्या महानगरों में	प्रति 50 हजार की शहरी जनसंख्या पर	मलिन बस्तियों और कमजोर आबादी के लिए	आशा: 1000 से 2000 की जनसंख्या पर
100 बेड प्रति 5 लाख जनसंख्या (महानगरों के लिए)	व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा	आवर्ती शहरी स्वास्थ्य और पोषण मूल्यांकन	महिला आरोग्य समिति - मलिन बस्तियों के प्रति 50 से 100 घरों की संख्या पर

शहरी विन्यास में स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने में आने वाली बाधाएं

- सीमित सरकारी पी एच सी सेवाएं
- सरकारी अस्पतालों में भीड़
- गरीबों के प्रति कठोर और उदासीन व्यवहार
- महंगी दवाएं और जांच
- लोगों की पहुंच से बाहर
- असुविधाजनक समय विन्यास

एन यू एच एम के अपेक्षित परिणाम

- यू सी एच सी एवं यू पी एच सी के माध्यम से शहरी गरीबों और कमजोर लोगों को व्यापक गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना
- शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य के मुद्दों पर विशेष ध्यान – एन सी डी, मानसिक स्वास्थ्य, मादक द्रव्यों का सेवन पर नियंत्रण आदि
- विशिष्ट सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए यू एच एन डी और विशेष प्रभाव सत्रों के माध्यम से प्रसार
- कमजोर शहरी आबादी का मानचित्रण
- यू पी एच सी के स्तर पर सभी राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के तहत सेवाओं का प्रावधान
- अंतर-क्षेत्रीय अभिसरण के माध्यम से स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को संबोधित करें

शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र

प्रत्यक्ष हस्तक्षेप या अंतर-क्षेत्रीय अभिसरण कार्रवाई के माध्यम से सभी निवारक, प्रोत्साहक और उपचारात्मक गतिविधियों का केंद्र

क्रम	मृत्यु और विकलांगता का कारण	कारक
1	इस्केमिक हृदय रोग	खराब आहार, उच्च रक्तचाप, उच्च बीएमआई, उच्च शर्करा, धूम्रपान
2	नवजात का समय से पहले जन्म	बाल और मातृ कुपोषण, दूषित पानी, मातृ विकार
3	नवजात मस्तिष्क विकृति	बाल और मातृ कुपोषण, दूषित पानी
4	सी ओ पी डी	वायु प्रदूषण, तंबाकू
5	श्वसन संक्रमण	वायु प्रदूषण
6	डायरिया रोग	दूषित पानी
7	रक्त धमनी का रोग	दूषित आहार, उच्च रक्तचाप, उच्च बीएमआई, उच्च शर्करा
8	टी बी	प्रदूषण, संक्रमण कुपोषण
9	रक्ताल्पता	अल्प खुराक
10	लो बैक / गर्दन दर्द	गरीब आसन, व्यायाम की कमी

विवरण:

- मलिन बस्तियों या कम आय वाले आवास में और उसके आसपास स्थित होना
- समय: सुबह और शाम ओपीडी – 08 घंटे का संचालन
- स्टाफ: 2 चिकित्सा अधिकारी (1 नियमित, 1-अंशकालिक), सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधक, स्टाफ नर्स, 3 – 5 ए एन एम, 20–25 आशा
- विकलांग व्यक्तियों के लिए अनुकूल और सुलभ संसाधन
- सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधक सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य संबंधी गतिविधियों का समन्वय करेगा

कार्रवाई के बिंदु:

- मानकीकृत मार्ग-सूचक और ब्रांड पट्टिका
- रोगियों के लिए सुविधाएं और अनुकूल परिवेश
- जनसंख्या की गणना और जनसंख्या की जरूरतों का विश्लेषण
- सेवाओं का प्रावधान
- अभिलेखों और रजिस्ट्रों का रखरखाव
- शहरी स्वास्थ्य के लिए (यू एल बी) के सदस्यों और अन्य सामुदायिक स्तर के भागीदारों के साथ समन्वय

निर्दिष्ट सेवाएं:

- यू पी एच सी को विभिन्न विशेष जरूरतों के लिए कई रेफरल साइटों की पहचान करनी चाहिए
- नैदानिक स्थितियों के लिए यू सी एच सी ६ जिला अस्पताल
- नशामुक्ति केंद्र
- मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं
- घरेलू हिंसा सहायता केंद्र
- व्यावसायिक पुनर्सुधार केंद्र
- पोषण सहायता केंद्र
- सीधे संवाद करने के लिए प्रत्येक रेफरल केंद्र पर निर्धारित व्यक्तियों की पहचान करें
- सभी संदर्भित मामलों के लिए आशा और ए एन एम द्वारा उपचार और अनुपालन का पालन करें

रोगी कल्याण समितियां-

- यह समिति एक पंजीकृत सोसायटी होगी, जिसमें शासन, कार्यकारी और निगरानी निकाय के सदस्य, सरकारी अधिकारी, शहरी स्थायी निकायों (यू एल बी) के सदस्य और एन यू एल एम, डू डा, आई सी डी एस और बेसिक शिक्षा, एन जी ओ एस के प्रतिनिधि शामिल होंगे जो यू पी एच सी ६ यू सी एच सी के उचित प्रबंधन एवं कामकाज के लिए जिम्मेदार हैं। सेवाओं की गुणवत्ता को सुचारू रूप से चलाने और बनाए रखने के लिए रोगी कल्याण समिति (आर के एस) अपने अनुसार धन निर्धारित करने, इकट्ठा करने और उपयोग करने के लिए स्वतंत्र है।
- यू पी एच सी के रूप में सरकारी सुविधाओं को मजबूत किया जाएगा। प्रत्येक यू पी एच सी को रोगी कल्याण समिति की ओर से निर्बंध राशि के रूप में रूपये 1,75,000 की वार्षिक सहायता प्रदान की जाती है। इसके साथ ही साथ किराए के भवन में संचालित हो रहे यू पी एच सी को इस परिस्थिति में रूपये 1,00,000/- की वार्षिक सहायता प्रदान की जाती है।

अभिसरण और समन्वय:

- अभिसरण राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एन यू एच एम) की रीढ़ है
- अस्वास्थ्य, गरीबी, पर्यावरणीय कारकों और स्वास्थ्य के विभिन्न सामाजिक निर्धारकों का परस्पर समन्वयन
- राज्य स्वास्थ्य विभाग और शहरी स्थानीय निकायों द्वारा संयुक्त कार्यान्वयन
- महिला एवं बाल विकास विभाग, शिक्षा विभाग, शहरी स्थानीय निकाय, आजीविका मिशन, स्वच्छ भारत मिशन आदि सभी हितधारकों द्वारा भागीदारी
- राज्य, शहर, वार्ड/डिस्ट्रिक्ट और यू पी एच सी स्तरों पर अभिसरण तंत्र स्थापित किया जाना है।

चिकित्सा अधिकारियों की भूमिका

- चिकित्सा अधिकारी को प्रभारी के रूप में कुशल पर्यवेक्षण के लिए पूरी प्रक्रिया को भली भांति समझना चाहिए
- विशेष क्षेत्रों से संबंधित समस्याओं की पहचान करने के लिए विभिन्न स्वरूपों और उपकरणों का विश्लेषण करें
- शहरी मानचित्रण और भेद्यता मूल्यांकन के परिणामों के अनुसार स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का वितरण
- संस्थान में कार्यरत सभी कर्मचारियों में बेहतर तालमेल बैठना
- अंतर्विभागीय समन्वय विकसित करना

यू पी एच सी के कार्य प्रदर्शन के लिए प्रमुख संकेतक

1. उत्पादकता

- वाह्य रोगियों (ओ पी डी) के परामर्श की मासिक संख्या
- आयोजित प्रसव-पूर्व परामर्श (ए एन सी) की मासिक संख्या
- ओ पी डी में परामर्श के लिए आए कमजोर रोगियों की कुल संख्या
- प्रति 1000 ओ पी डी मरीज पर किये गए लैब टेस्ट की संख्या
- ओ पी डी में परामर्श का समय
- अंतर्गर्भाशयी गर्भनिरोधक उपकरण (आई यू सी डी) के संबंध में जटिलता दर
- ए एन सी के दौरान पाए गए उच्च जोखिम वाले गर्भधारण का प्रतिशत
- एंटीबायोटिक खपत दर
- टीकाकरण के बाद सामने आये प्रतिकूल मामलों (ए ई एफ आई) का प्रतिशत
- प्रत्यक्ष परामर्श के पद्यम से निपटाए गए मामलों का प्रतिशत

2. दक्षता

- प्रति ए एन एम आयोजित प्रभाव सत्रों की संख्या

- डी पी टी टीकाकरण के लिए ड्रॉपआउट दर
- स्टॉक आउट दवाओं की संख्या
- रोगी संतुष्टि स्कोर (ओ पी डी)
- दवा प्राप्ति के लिए पंजीकरण
- अनुवर्ती दर

आशा: मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (ए एन एच ए)

- (प्रत्येक 1000 – 2500 की आबादी अर्थात लगभग 200–500 परिवार पर एक आशा)

आशा की भूमिका

- स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुंच को सुगम बनाना
- विशेष रूप से गरीबों और सीमांत लोगों के बीच स्वास्थ्य अधिकारों के बारे में जागरूकता पैदा करना
- स्वस्थ व्यवहार को बढ़ावा देना
- बेहतर स्वास्थ्य निष्कर्षों के लिए सामूहिक सहयोग जुटाना
- उस क्षेत्र में सेवा वितरण लिए उचित संगठन और उसके प्रशिक्षण और कौशल के अनुकूल उपचारात्मक सेवाओं की जरूरतों को पूरा करना

महिला आरोग्य समिति (एमएएस)

- समुदाय के लिए स्वास्थ्य जरूरतों, अनुभवों और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच के मुद्दों को आवाज देने के लिए सहयोग करना
- स्थानीय रूप से प्रासंगिक स्वास्थ्य मुद्दों पर जागरूकता उत्पन्न करना और समुदाय द्वारा स्वास्थ्य में सर्वोत्तम प्रथाओं की स्वीकृति को बढ़ावा देना
- निवारक और प्रोत्साहक स्वास्थ्य गतिविधियों और निर्बंध राशि के प्रबंधन पर ध्यान केंद्रित करना
- आशा और अन्य कार्यकर्ताओं को समर्थन और सुविधा प्रदान करना

जिला स्वास्थ्य प्रशासन

प्रशासनिक संरचना

जिला स्तर

- जिला स्वास्थ्य समिति (अध्यक्ष – जिलाधिकारी)
- मुख्य चिकित्सा अधिकारी जिले में सभी स्वास्थ्य गतिविधियों की योजना, वित्तपोषण, कार्यान्वयन और निगरानी के लिए जिम्मेदार है
- अपर मुख्य चिकित्सा अधिकारी, उप मुख्य चिकित्सा अधिकारी, मुख्य चिकित्सा अधिकारी को सहायता प्रदान करते हैं
- हर जिला अस्पताल में मुख्य चिकित्सा अधीक्षक (सी एम एस)
- जिला कार्यक्रम प्रबंधक (एन एच एम) और जिला सामुदायिक कार्यक्रम प्रबंधक (एन एच एम)
- भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आई पी एच एस) ने स्वास्थ्य सेवाओं को आवश्यक और वांछनीय दो भागों में संसोधित किया

आवश्यक बिंदु:

1. सामान्य विशेषताएं
2. सामान्य चिकित्सा
3. सामान्य शल्य चिकित्सा प्रसूति एवं स्त्री रोग सेवाएं
4. परिवार नियोजन सेवाएं
5. सेवाओं का पालन करें
6. दांतों की देखभाल
7. बेहोश करने की प्रक्रिया (संज्ञाहरण)
8. नेत्र विज्ञान
9. अन्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के तहत सेवाएं
10. डी ओ टी केंद्र
11. स्वास्थ्य संवर्धन और परामर्श सेवाएं
12. आपातकालीन सेवाएं और क्रिटिकल केयर & इंटेंसिव केयर (आईसीयू)
13. ओटोरहिनोलारिंजोलॉजी (ई एन टी) – कर्णनासाकण्ठ चिकित्सा
14. जिला लोक स्वास्थ्य इकाई
15. आयुष
16. एकीकृत परामर्श और परीक्षण केंद्र ए एस टी आई क्लिनिक ए एर टी केंद्र
17. विकलांगता प्रमाणन सेवाएं
18. ब्लड बैंक
19. इमेजिंग मनश्चिकित्सा, वृद्धचिकित्सा सेवाओं सहित आर्थोपेडिक्स रेडियोलॉजी सेवाएं

वांछित सेवाएं

1. जनरल स्पेशलिटीज डर्मटोलॉजी एंड वेनेरोलॉजी (त्वचा एवं यौन रोग) रेडियोथेरेपी
2. एलर्जी नशामुक्ति केंद्र
3. शारीरिक चिकित्सा और पुनर्सुधार सेवाएं
4. तंबाकू निषेध सेवाएं
5. डायलिसिस सेवाएं

जिला अस्पताल में सेवाएं:

- निवारण और प्रोत्साहन विशेषज्ञ सेवाएं
- माध्यमिक स्तर पर आपातकालीन रेफरल सेवाएं
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए तकनीकी और प्रशासनिक सहायता, शिक्षा और प्रशिक्षण
- बाह्य रोगी विभाग (ओ पी डी) सेवाएं और रोगी विभाग (आई पी डी) सेवाएं:
- सामान्य चिकित्सा, शल्य चिकित्सा, प्रसूति एवं स्त्री रोग, बाल चिकित्सा, नवजात देखभाल, दंत चिकित्सा और आयुष सेवाएं, मातृ स्वास्थ्य
- नेत्र विशेषज्ञ सेवाएं
- सर्जरी में नियमित और आपातकालीन मामलों की देखभाल
- चिकित्सा में नियमित और आपातकालीन मामलों की देखभाल
- राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आर के एस के) के अंतर्गत सी एच सी में डब्ल्यू आई एफ एस और एन डी डी जैसी सेवाएं
- परिवार नियोजन
- जांच और अन्य सह नैदानिक सेवाओं के संबंध में
- मेडिको-लीगल & पोस्टमार्टम
- संचार और जागरूकता अभियान
- सामाजिक चिकित्सा कार्य
- नर्सिंग सेवाएं
- संक्रमण नियंत्रण
- रेफरल सेवाएं
- अन्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम
- संचारी रोग नियंत्रण कार्यक्रम
- आर एन टी सी पी, एच आई वी / एड्स नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम, एकीकृत रोग निगरानी परियोजना, राष्ट्रीय बधिरपन रोकथाम और नियंत्रण कार्यक्रम (एन पी पी सी डी), राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एन एम एच पी), कैंसर, मधुमेह, हृदय रोग और स्ट्रोक (एन पी सी डी सी एस) की रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम, आयोडीन की कमी से होने वाली समस्याओं के लिए राष्ट्रीय विकार नियंत्रण कार्यक्रम, फ्लोरोसिस की रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एन पी पी सी एफ), फ्लोरोसिस प्रभावित गांवों में आवश्यक, राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम, बुजुर्गों की स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम, शारीरिक चिकित्सा और पुनर्वास (पी एम आर)
- अन्य सेवाएं – स्कूल स्वास्थ्य, रक्त भंडारण सुविधा, और मातृ मृत्यु समीक्षा

ब्लॉक स्तर पर सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र:**चिकित्सा अधीक्षक – सी एच सी के प्रमुख अधिकारी**

- सी एच सी के अंतर्गत ब्लॉक स्तर पर एक जन स्वास्थ्य इकाई की परिकल्पना की गई है जिसमें एक ब्लॉक चिकित्सा अधिकारी & चिकित्सा अधीक्षक, जन स्वास्थ्य विशेषज्ञ और कम से कम एक जन स्वास्थ्य नर्स हो। सहयोगी कर्मचारी दल में उपर्युक्त कर्मचारियों के अलावा एक दन्त चिकित्सा सहायक, विभिन्न पुनर्सुधार कर्मचारी, कोल्ड चेन और वैक्सीन रखरखाव सहायक शामिल होंगे।
- भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आई पी एच एस) ने सेवाओं को आवश्यकता और वांछनीयता के आधार पर दो भागों में संशोधित किया है
- आवश्यक सेवाओं में सभी राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के अलावा सर्जरी, चिकित्सा, प्रसूति और स्त्री रोग, बाल चिकित्सा, दंत चिकित्सा और आयुष में नियमित और आपातकालीन देखभाल इत्यादि शामिल हैं।
- नये असंक्रामक रोगों की रोकथाम के लिए कुछ सामुदायिक चिकित्सा केंद्रों में अतिरिक्त स्वास्थ्य कर्मियों को

तैनात किया गया है।

- बाल रोग विशेषज्ञ की उपस्थिति में नवजात चिकित्सा इकाई और स्त्री रोग विशेषज्ञ उपस्थिति में सुरक्षित गर्भपात (एम टी पी) सुविधाएं
- इसमें एकीकृत परामर्श एवं जांच केंद्र (आई सी टी सी), रक्त संचयन और विनिमयन, एंटी-रेट्रोवायरल थेरेपी सेंटर को जोड़ा गया है
- ब्लाक कार्यक्रम प्रबंधक और ब्लाक सामुदायिक कार्यक्रम प्रबंधक
- आई पी एच एस मानकों के अनुसार सी एच सी स्तर पर सर्जरी, चिकित्सा, प्रसूति, स्त्री रोग और बाल चिकित्सा जैसे उपलब्ध विशेषज्ञों के अलावा 2 विशेषज्ञ एनेस्थिसियोलॉजी विशेषज्ञ और जन स्वास्थ्य विशेषज्ञ उपलब्ध कराए जाएंगे
- सीमित जन संसाधनों का अधिकतम उपयोग सुनिश्चित करने के लिए सी एच सी में जनशक्ति को युक्तिसंगत बनाया गया है
- सी एच सी वस्तुतः ब्लाक स्तर पर संचालित इकाई होने के साथ ही साथ आधुनिक चिकित्सा युक्त होने के नाते रेफेरल इकाई के रूप में भी कार्यरत है

सी एच सी में उपलब्ध सेवाएं

- ओ पी डी और आईपीडी सेवाएं: सामान्य चिकित्सा, शल्य चिकित्सा, प्रसूति और स्त्री रोग, बाल रोग, दंत चिकित्सा और आयुष सेवाएं
- नेत्र विशेषज्ञ सेवाएं (प्रत्येक 5 सीएचसी पर एक नेत्र विशेषज्ञ के अनुपात पर)
- आपातकालीन सेवाएं
- प्रयोगशाला सेवाएं
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम
- सर्जरी में नियमित और आपातकालीन मामलों की देखभाल
- चिकित्सा में नियमित और आपातकालीन मामलों की देखभाल
- मातृ स्वास्थ्य
- नवजात देखभाल और बाल स्वास्थ्य
- परिवार नियोजन
- अन्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम (एन एच पी)
- संचारी रोग कार्यक्रम (आर एन टी सी पी)
- एच आई वी / एडस नियंत्रण कार्यक्रम
- राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम
- राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम
- अंधेपन के नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम
- एकीकृत रोग निगरानी परियोजना
- बधिरता की रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एन पी पी सी डी)
- राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एन एम एच पी)
- कैंसर, मधुमेह, हृदय रोग और स्ट्रोक की रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एन पी सी डी सी एस)
- राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम (एन आई डी डी सी पी)
- फ्लोरोसिस प्रभावित गांवों में फ्लोरोसिस की रोकथाम और नियंत्रण के लिए आवश्यक राष्ट्रीय कार्यक्रम (एन पी पी सी एफ)
- राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एन टी सी पी)
- बुजुर्गों की स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम
- शारीरिक चिकित्सा और पुनर्सुधार (पी एम आर)

- अन्य सेवाएं – विद्यालय में स्वास्थ्य सेवाएं, रक्त भंडारण सुविधा, और मातृ मृत्यु विषय पर चिंतन और निवारण

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र

- पी एच सी क्षेत्रीय आबादी और चिकित्सा अधिकारी के बीच की कड़ी है
- आवश्यकता के अनुसार एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र का प्रबंधन कम से कम एक चिकित्सा अधिकारी द्वारा होना चाहिए, जिसकी सहायता के लिए 14 पैरामेडिकल और अन्य कर्मचारी हों

पी एच सी के कर्मचारियों की सूची:

1. चिकित्सा अधिकारी
2. चिकित्सा अधिकारी – आयुष
3. लेखाकार सह डाटा एंट्री ऑपरेटर
4. फार्मासिस्ट
5. फार्मासिस्ट आयुष
6. नर्स-मिडवाइफ (स्टाफ-नर्स)
7. स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला)
8. स्वास्थ्य सहायक (पुरुष)
9. स्वास्थ्य सहायक (महिला) ६ महिला स्वास्थ्य पर्यवेक्षक
10. स्वास्थ्य शिक्षक
11. प्रयोगशाला तकनीशियन
12. कोल्ड चेन एवं वैक्सीन रखरखाव एवं वितरण सहायक
13. कुशल समूह – घ कर्मचारी
14. सफाई कर्मचारी सह चौकीदार

पी एच सी में सेवाएं:

- पी एच सी 6 उप केंद्रों के लिए एक रेफरल इकाई के रूप में कार्य करता है
- एक पी एच सी में मरीजों के लिए 4 से 6 बेड होने चाहिए

पीएचसी में प्रदान की जाने वाली सेवाएं उपचारात्मक, निवारक, प्रोत्साहक और परिवार कल्याण सेवाएं हैं

1. प्रचलित स्वास्थ्य समस्याओं और उन्हें रोकने और नियंत्रित करने के तरीकों के बारे में शिक्षा
2. खाद्य आपूर्ति और उचित पोषण को बढ़ावा देना
3. साफ पानी और बुनियादी स्वच्छता की पर्याप्त आपूर्ति
4. परिवार नियोजन सहित मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल
5. प्रमुख संक्रामक रोग के खिलाफ टीकाकरण
6. स्थानीय स्थानिक रोग की रोकथाम और नियंत्रण
7. सामान्य रोग और चोटों का उचित उपचार
8. आवश्यक दवाओं का प्रावधान
9. स्वास्थ्य शिक्षा और आर टी आई ६ एस टी आई का प्रबंधन
10. बुनियादी प्रयोगशाला सेवाएं
11. चयनित सर्जिकल प्रक्रियाएं
12. स्कूल स्वास्थ्य सेवाएं
13. किशोर स्वास्थ्य देखभाल
14. रोग निगरानी एवं नियंत्रण कार्यक्रम
15. महत्वपूर्ण घटनाओं का संग्रह
16. शौचालय के उपयोग और उचित कचरा निपटान सहित स्वच्छता को बढ़ावा देना
17. जल गुणवत्ता निगरानी

18. प्रशिक्षण
19. आयुष को मुख्यधारा में लाना
20. राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम

उप केंद्र

- उप-केंद्र समुदाय के लिए स्वास्थ्य सहायता प्राप्त काने के सबसे पहला श्रोत है

प्रत्येक उप-केंद्र में निम्नांकित सुविधाएं / संज्ञाधन होने चाहिए:

- कम से कम एक सहायक नर्स मिडवाइफ (ए एन एम) / महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता और एक पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता
- एन आर एच एम के तहत अतिरिक्त संविदा ए एन एम की उपस्थिति
- एक महिला स्वास्थ्य पर्यवेक्षक (एल एच वी) को छह उप-केंद्रों के पर्यवेक्षण का कार्य सौंपा गया है

उपकेंद्र पर सेवाएं

- मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य
- परिवार कल्याण
- पोषण, टीकाकरण, दस्त नियंत्रण
- संचारी रोग कार्यक्रमों का नियंत्रण
- व्यवहार परिवर्तन लाने के लिए पारस्परिक संचार
- उप-केंद्रों को पुरुषों, महिलाओं और बच्चों की आवश्यक स्वास्थ्य आवश्यकताओं की देखभाल के लिए आवश्यक मामूली बीमारियों के लिए बुनियादी दवाएं प्रदान की जाती हैं
- विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम
- काउंसिलिंग
- समुदाय की जरूरतों का आकलन

ग्राम स्वास्थ्य पोषण और स्वच्छता समितियां (वी एच एन एस सी):

- यह समिति राजस्व ग्राम स्तर पर गठित की जाती है और इसे ग्राम पंचायत की उपसमिति के रूप में कार्य करना चाहिए
- इसमें कम से कम 15 सदस्य होने चाहिए
- इस समिति का नेतृत्व पंचायत के निर्वाचित सदस्य करेंगे
- अन्य सदस्य वे सभी हैं जो स्वास्थ्य और स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं के लिए काम कर रहे हैं, उन्हें समुदाय के सदस्यधलाभार्थी और सभी उप-समूहों विशेष रूप से कमजोर वर्गों से प्रतिनिधित्व के रूप में कार्य करना चाहिए
- इस राजस्व ग्राम की आशा समिति की सदस्य सचिव एवं संयोजक के रूप में कार्य करेंगी

ग्राम स्वास्थ्य पोषण और स्वच्छता समितियों (वी एच एन एस सी) द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं:

- स्वास्थ्य और पोषण के बारे में जागरूकता
- गांव में विशेष रूप से महिलाओं और बच्चों में पोषण की स्थिति और पोषण संबंधी कमियों पर सर्वेक्षण
- सामुदायिक परामर्श की एक प्रक्रिया के माध्यम से स्वास्थ्य और पोषण (पारंपरिक ज्ञान) से संबंधित सर्वोत्तम प्रथाओं को बढ़ावा देना
- ग्रामीण स्वास्थ्य योजना तैयार करना, ए एन एम, आंगनबाड़ी कार्यकर्ता, आशा और आई सी डी एस पर्यवेक्षकों को शामिल करते हुए समुदाय और घरेलू स्तर पर कुपोषण के कारणों का गहन विश्लेषण करना
- ग्राम स्वास्थ्य और पोषण दिवस की निगरानी और पर्यवेक्षण
- समुदाय में कुपोषित बच्चों का शीघ्र पता लगाने की सुविधा प्रदान करनाय निकटतम पोषण पुनर्सुधार केंद्रों (एन आर सी) के साथ-साथ स्वास्थ्य निष्कारों के लिए निरंतर अनुवर्ती कार्यवाही करने के लिए समन्वय करना

- गांव में आंगनवाड़ी केंद्र (ए डब्ल्यू सी) के कामकाज की निगरानी करना और महिलाओं और बच्चों के पोषण की स्थिति में सुधार के लिए इसके काम को सुगम बनाना
- स्वास्थ्य और पोषण संबंधी मुद्दों पर शिकायत निवारण मंच के रूप में कार्य करना

चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, उत्तर प्रदेश

प्रशासनिक संरचना

चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, उत्तर प्रदेश सरकार, राज्य के लोगों के स्वास्थ्य की स्थिति और जीवन स्तर में सुधार लाने की दिशा में महत्वपूर्ण भूमिका निभा रहा है। शहरी और ग्रामीण दोनों क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के उद्देश्य से, विभाग उत्तर प्रदेश राज्य में त्रिस्तरीय चिकित्सा सेवाएं प्रदान करता है। इसके तहत पहले स्तर पर शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराई जाती हैं। दूसरे और तीसरे स्तर पर स्वास्थ्य सेवाएं ग्रामीण क्षेत्रों में प्रदान की जाती हैं।

सचिवालय

चिकित्सा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग राज्य के जमीनी स्तर तक स्वास्थ्य सेवाओं, स्वास्थ्य संवर्धन, रोगों के रोकथाम और पुनर्सुधार सेवाओं के वितरण के लिए जिम्मेदार है। यह दो निदेशालयों अर्थात् चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवा निदेशालय और परिवार कल्याण निदेशालय, कई कार्यक्रमों और परियोजनाओं के साथ मंडल और जिला स्तर के कार्यालयों से बना है। विभाग का नेतृत्व दो कैबिनेट मंत्री करते हैं – एक चिकित्सा और स्वास्थ्य के लिए और दूसरा परिवार कल्याण के लिए। कैबिनेट मंत्रियों को राज्य मंत्री का समर्थन प्राप्त होता है। विभाग के प्रशासनिक ढांचे के प्रमुख अपर मुख्य सचिव, प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण हैं। अपर मुख्य सचिव, प्रमुख सचिव को सचिव, विशेष सचिव, अवर सचिव उप सचिव तथा दस अनुभागों का सहयोग प्राप्त है।

चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवा निदेशालय

चिकित्सा और स्वास्थ्य सेवा निदेशालय त्रि-स्तरीय चिकित्सा सेवा संरचना के माध्यम से शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में चिकित्सा देखभाल सेवाओं के प्रावधान को लागू और उसकी निगरानी करता है। यह निदेशालय सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से सेवा प्रावधान की देखरेख करता है। इस निदेशालय के माध्यम से लगभग 13 राष्ट्रीय कार्यक्रम संचालित किए जाते हैं। निदेशालय ने 12 निदेशकों, 34 अतिरिक्त निदेशकों तथा अनेक संयुक्त निदेशकों के पद स्वीकृत किए हैं। संयुक्त निदेशक स्तर के अधिकारियों को राष्ट्रीय कार्यक्रमों के राज्य कार्यक्रम अधिकारियों के रूप में नामित किया जाता है। डॉक्टरों, पैरामेडिकल कर्मचारियों, नर्सों, सी एम एस डी, योजना, बजट, निर्माण, प्रशासन, स्वास्थ्य, राष्ट्रीय कार्यक्रम, संचारी रोग, चिकित्सा देखभाल, दंत चिकित्सा एवं प्रशिक्षण आदि से संबंधित मुद्दों की देखरेख के लिए निदेशालय में विभिन्न अनुभाग बने हैं।

परिवार कल्याण निदेशालय

परिवार कल्याण निदेशालय स्वास्थ्य शिक्षा अधिकारियों, अनुसंधान अधिकारियों, महिला स्वास्थ्य पर्यवेक्षकों (एल एच वी) सहायक मिडवाइफ नर्स (ए एन एम) और आशा कार्यकर्ताओं जैसे सीमावर्ती कार्यकर्ताओं का सहयोग करने के लिए उत्तरदायी है। इसकी जिम्मेदारी में, प्रजनन और बाल स्वास्थ्य तथा टीकाकरण संबंधी गतिविधियों में सहयोग करना शामिल है। परिवार कल्याण विभाग के महानिदेशक को 2 निदेशकों, 5 अतिरिक्त निदेशकों और 12 संयुक्त निदेशकों का सहयोग प्राप्त होता है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन एच एम) स्वास्थ्य विभाग का एक महत्वपूर्ण प्रयास है, जिसे 2005 में लागू किये गए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एन आर एच एम) के विस्तार के रूप में 2015 में शुरू किया गया था। इसके अंतर्गत बुनियादी स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली में आवश्यक वस्तु सुधार किया जा सके, साथ ही इसके लिए वित्त पोषण बढ़ाया जा सके। राज्य शहरी और ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूत किया जा सके।

मिशन निदेशक (सचिव स्तर के एक आई ए एस अधिकारी) के नेतृत्व में एन एच एम का प्रबंधन एक मिशन इकाई के माध्यम से किया जाता है। मिशन निदेशक को आमतौर पर दो अतिरिक्त मिशन निदेशक (विशेष सचिव स्तर के आई ए एस अधिकारी) और वरिष्ठ सलाहकार (जो की आमतौर पर पी एम एस सेवा के सेवानिवृत्त अधिकारी होते हैं) के द्वारा सहयोग प्रदान किया जाता है। कई महाप्रबंधक हैं जैसे आर आई, एम ई, सी पी, एन पी, एम सी एच, योजना, एम आई एस आदि अधिकारियों को जिम्मेदारियों के अनुसार उप महाप्रबंधकों, कार्यक्रम अधिकारियों, तकनीकी सलाहकारों और कार्यक्रम सहयोगियों द्वारा सहयोग प्राप्त होता है।

उत्तर प्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी (यू पी एस ए सी एस)

उत्तर प्रदेश स्टेट एड्स कंट्रोल सोसाइटी को वर्ष 1999 में औपचारिक रूप से राज्य में एड्स की रोकथाम और नियंत्रण कार्यक्रम के वित्तपोषण, कार्यान्वयन और निगरानी के लिए एक राज्य की एक सह समिति के रूप में पंजीकृत किया गया था। यू पी एस ए सी एस में कार्यक्रम के प्रबंधन के लिए चिकित्सा एवं स्वास्थ्य निदेशालय से प्रतिनियुक्त तकनीकी, वित्त और प्रशासनिक कर्मचारी होते हैं। तकनीकी विशेषज्ञता के लिए कुछ संविदा कर्मचारियों की भी भर्ती की जाती है। एन एच एम के मिशन निदेशक ही यू पी एस ए सी एस के परियोजना निदेशक भी होते हैं। यह एक ऐसी व्यवस्था है जिससे एन एच एम और एस ए सी एस के बीच संबंधों के कार्यान्वयन और निगरानी की सुविधा की उम्मीद है।

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान (एस आई एच एफ डब्ल्यू)

सरकार का एक महत्वपूर्ण जनादेश सरकारी शीर्ष प्रशिक्षण संस्थान – (एस आई एच एफ डब्ल्यू) के माध्यम से सरकारी चिकित्सा अधिकारियों और संबद्ध कर्मचारियों को सेवाकालीन प्रशिक्षण प्रदान करना है। यह अपने संबद्ध क्षेत्रीय प्रशिक्षण एवं अनुसंधान केंद्रों (आर आई एच एफ डब्ल्यू) के माध्यम से प्रशिक्षण और अनुसंधान प्रक्रियाओं में भी सहयोग करते हैं। राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान का नेतृत्व निदेशक द्वारा किया जाता है और उनको कार्यपालन में सहयोग करने के लिए विभिन्न संकायों के अधिकारियों को नियुक्त किया जाता है।

व्यापक स्वास्थ्य बीमा के लिए राज्य एर्जेसी (एस ए सी एच आई)

कुछ साल पहले गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन करने वाले लोगों को राज्य ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आर एस बी वाई) के माध्यम से स्वास्थ्य बीमा प्रदान किया था। आर एस बी वाई योजना को चिकित्सा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग में सन्निहित एक प्रशासनिक इकाई के माध्यम से प्रबंधित किया गया था। लिहाजा अब आर एस बी वाई संचालन में नहीं है और इसे आयुष्मान भारत योजना के तहत प्रधान मंत्री राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन द्वारा प्रतिस्थापित किया गया है। हालांकि, कुछ अधिकारी अभी भी चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवा निदेशालय से एस ए सी एच आई में प्रतिनियुक्ति पर हैं। एस ए सी एच आई का नेतृत्व सी ई ओ (विशेष सचिव स्तर के एक अधिकारी) द्वारा किया जाता है और तकनीकी-प्रबंधकीय कर्मचारियों द्वारा उनकी कार्य निष्पादन में सहयोग प्रदान किया जाता है।

राज्य स्वास्थ्य संस्थान (एस एच आई)

राज्य स्वास्थ्य संस्थान (एस एच आई), चिकित्सा और स्वास्थ्य सेवा निदेशालय के तहत काम करता है। इस संस्था का नेतृत्व चिकित्सा और स्वास्थ्य सेवा निदेशालय के अतिरिक्त निदेशक के द्वारा निदेशक की देखरेख में किया जाता है। वर्तमान में एस एच आई पानी की गुणवत्ता की निगरानी करता है और फ्लोरोसिस की रोकथाम और नियंत्रण एवं आयोडीन की कमी से होने वाली समस्याओं के नियंत्रण जैसे राष्ट्रीय कार्यक्रमों का नेतृत्व करता है।

उत्तर प्रदेश चिकित्सा आपूर्ति निगम (यू पी एम एस सी)

उत्तर प्रदेश सरकार ने राज्य दवाओं और जैव चिकित्सा उपकरणों के पारदर्शी, समयानुकूल और केंद्रीकृत खरीद तथा विकेंद्रीकृत वितरण सुनिश्चित करने के लिए उत्तर प्रदेश चिकित्सा आपूर्ति निगम का गठन किया है। इस निगम का अध्यक्ष प्रबंध निदेशक (विशेष सचिव स्तर के एक आईएएस अधिकारी) होता है जिसको तकनीकी-प्रबंधकीय कर्मचारियों के समूह द्वारा सहयोग प्रदान किया जाता है।

सहयोग संगठन

राज्य को स्वस्थ बनाने हेतु कई सहयोग संगठन अपनी जिम्मेदारी निभाते हैं, जैसे की भारत सरकार, यूनाइटेड स्टेट्स एजेंसी फॉर इंटरनेशनल डेवलपमेंट (यू एस ए आई डी) और राज्य परिवार नियोजन सेवा में नवीन पद्धति परियोजना (एस आई एफ पी एस ए) के संयुक्त प्रयास से उत्तर प्रदेश राज्य में परिवार नियोजन सेवाओं में नौ तकनीकों को लागू किया जाता हैय उत्तर प्रदेश स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण परियोजना (यू पी एच एस एस पी) एक विश्व बैंक सहायता प्राप्त परियोजना है जो उत्तर प्रदेश में स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण की दक्षता, गुणवत्ता और जवाबदेही में सुधार के लिए शुरू की गई है।

सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों को अधिक प्रभावी ढंग से रूपांकित और कार्यान्वित करने के लिए सरकारों, गैर-सरकारी एजेंसियों और सामुदायिक संगठनों के साथ साझेदारी को बढ़ावा देने के लिए 2012 में उत्तर प्रदेश तकनीकी सहायता इकाई (यू पी टी एस यू) की स्थापना की गई। इसके अलावा विभिन्न कार्यक्रमों और स्वास्थ्य प्रणाली क्षेत्रों में विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू एच ओ), संयुक्त राष्ट्र बाल निधि (यू एन आई सी ई एफ) और संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम (यू एन डी पी) जैसे बहुपक्षीय भागीदारों के माध्यम से उनके जनादेश और अनुमोदित योजनाओं के अनुसार तकनीकी सहायता प्रदान की जाती है।

प्रभागीय स्तर

क्षेत्रीय स्तर पर, जिलों में कार्य निष्पादन की प्रक्रिया की सुविधाजनक निगरानी के लिए 18 प्रशासनिक प्रभाग होते हैं। प्रत्येक मंडल में जिलों का एक समूह शामिल होता है। चिकित्सा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के अतिरिक्त निदेशक, इसका नेतृत्व करते हैं, साथ ही संयुक्त निदेशकों और अनुसचिवीय कर्मचारियों द्वारा उन्हें सहयोग प्रदान किया जाता है। इस स्तर पर जिम्मेदारी मुख्य चिकित्सा अधिकारी व मुख्य चिकित्सा पर्यवेक्षक की निगरानी और पर्यवेक्षण में निदेशालय द्वारा शुरू की गई प्रतिक्रिया और समन्वय गतिविधियों तक ही सीमित है।

जिला स्तर

जिला स्वास्थ्य प्रणाली का नेतृत्व मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा किया जाता है जो जिला मजिस्ट्रेट के अंतर्गत आता है जो जिला स्वास्थ्य सोसायटी का अध्यक्ष होता है। मुख्य चिकित्सा अधिकारी (सी एम ओ) सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के शीर्ष विभागों को जवाब तलब करना होता है। सी एम ओ सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, प्राथमिक

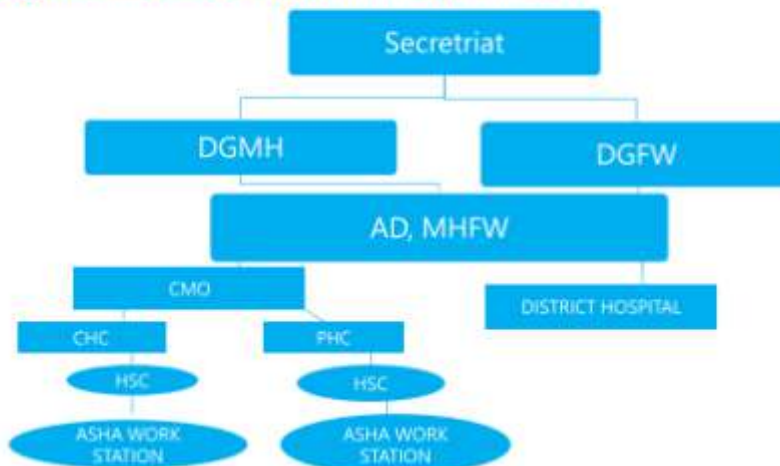
स्वास्थ्य केंद्रों और स्वास्थ्य उप केंद्रों के माध्यम से जिले में सभी स्वास्थ्य गतिविधियों की योजनाओं, वित्तपोषण, कार्यान्वयन और निगरानी के लिए जिम्मेदार है। जिले के सी एम ओ को अपर सी एम ओ, उप सी एम ओ, विभिन्न कार्यक्रम अधिकारियों, सलाहकारों और अन्य तकनीकी-प्रबंधकीय कर्मचारियों और अनुसचिवीय कर्मचारियों द्वारा सहायता प्रदान की जाती है।

मौलिक स्तर

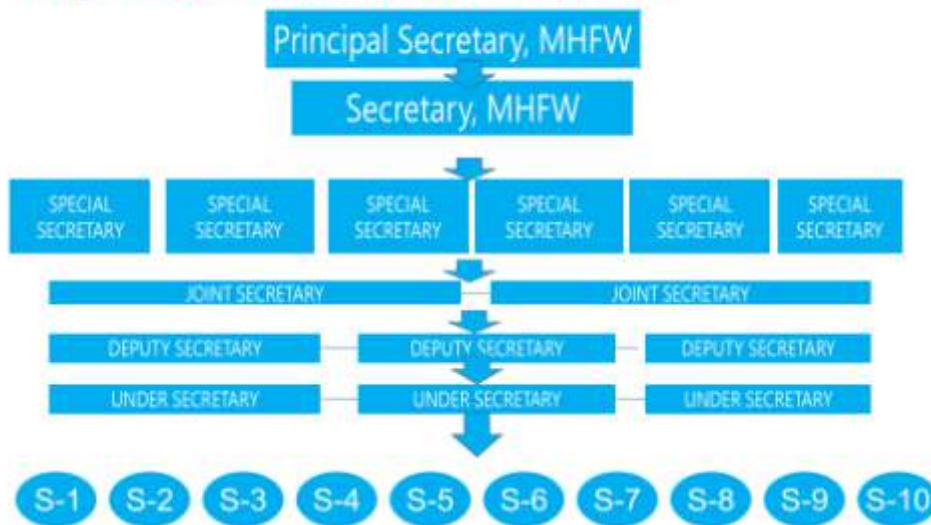
सी एच सी को मानदंडों के अनुसार प्रति 100000 की आबादी पर स्थापित किया गया है। इसे चिकित्सा अधीक्षक की अध्यक्षता प्राप्त होती है और बुनियादी विशेषज्ञताओं द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। इसी तरह, पी एच सी 30000 आबादी पर स्थापित हैं और एम ओ (प्रभारी) के नेतृत्व में निष्पादित किया जाता है। पी एच सी समुदाय और स्वास्थ्य प्रणाली के बीच एक संपर्क बिंदु होता है। जमीनी स्तर पर कुल 20521 स्वास्थ्य उप-केंद्र विद्यमान हैं (मानक 1 उप-केंद्र प्रति 5000 जनसंख्या)। इन केंद्रों का संचालन ए एन एम और आशा करती हैं।

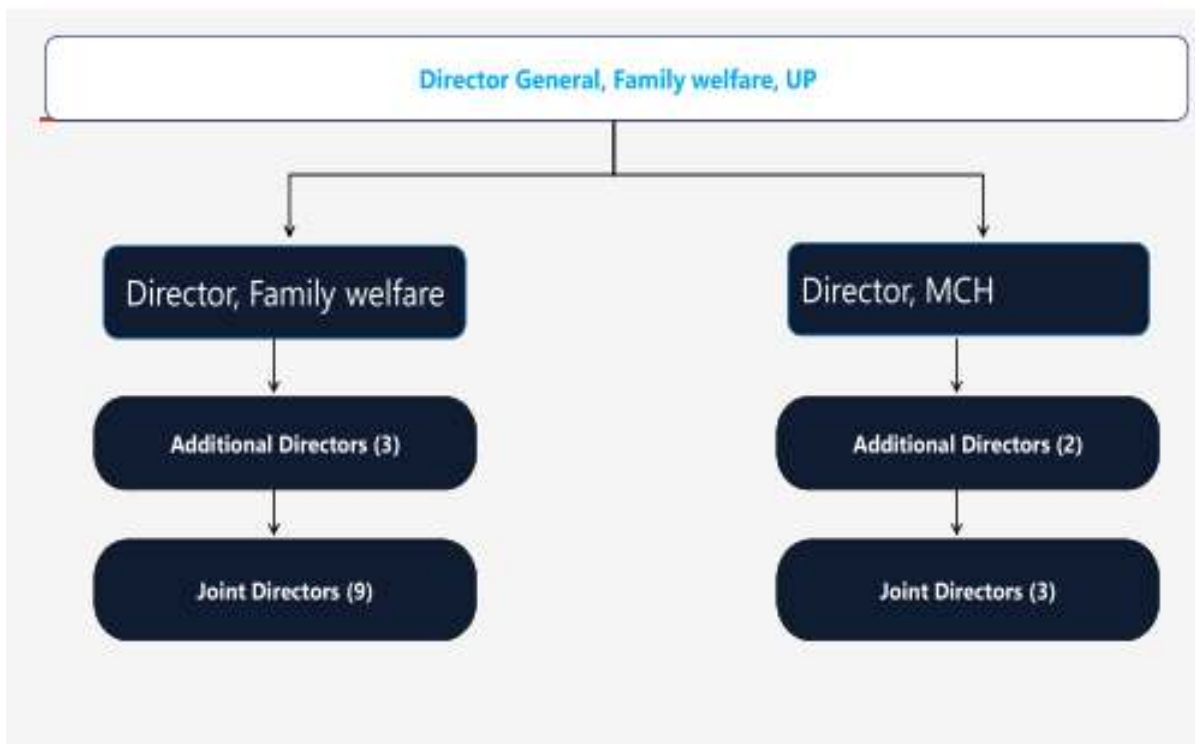
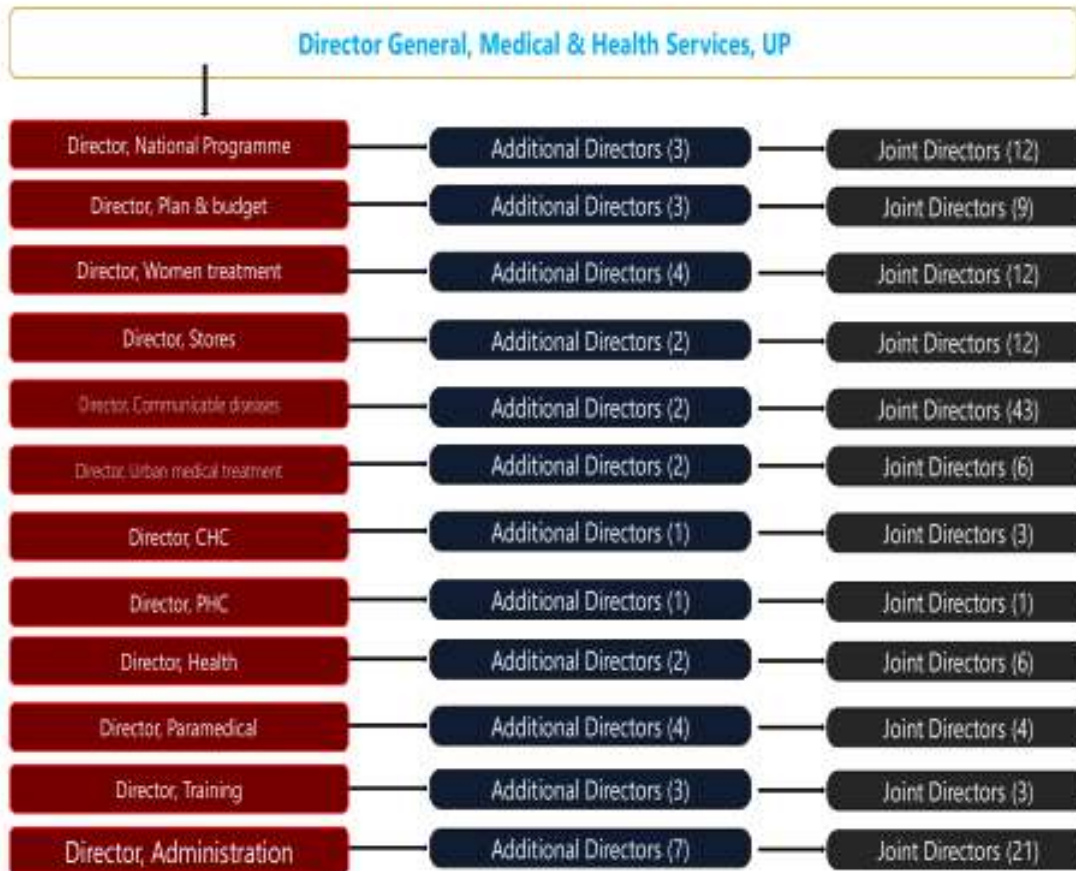
Administrative Structure – Organogram

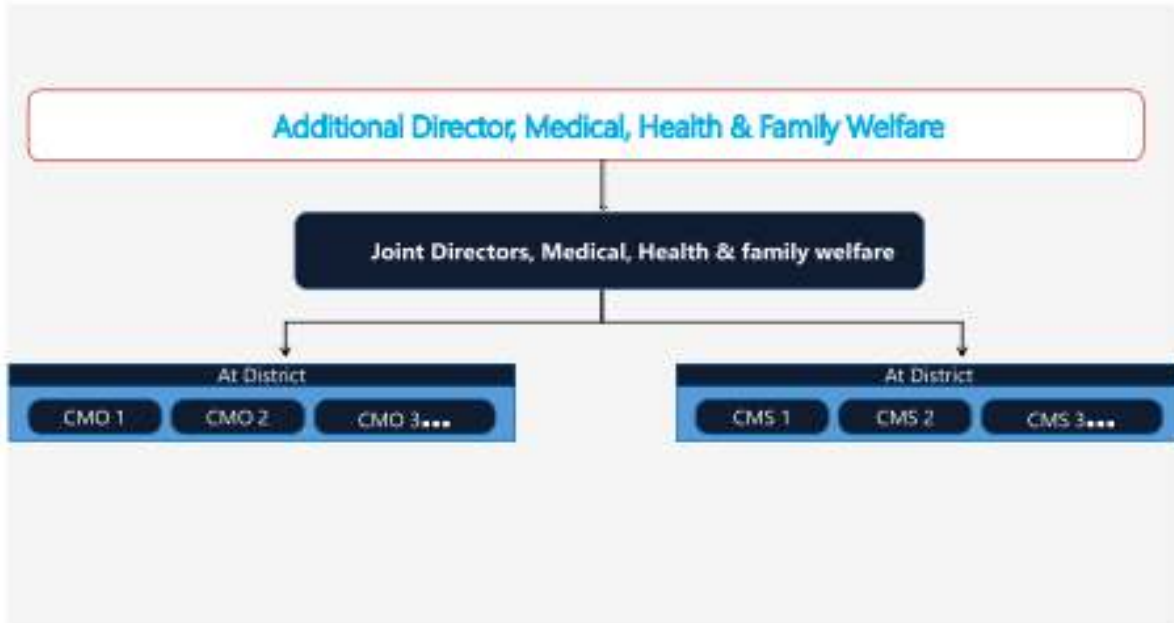
Organisational Setup of the Department



Organisational structure : Government level







Support units of the Department





पी एच सी, सी एच सी और जिला अस्पताल द्वारा सेवा वितरण

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पी एच सी) को कभी-कभी सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्र भी कहा जाता है, भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं राज्य के अधीन आती हैं। ये अनिवार्य रूप से एकल-चिकित्सक केंद्र होते हैं जिनमें आमतौर पर मामूली सर्जरी की भी सुविधा होती है। ये भारत में सरकार द्वारा वित्तपोषित सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली का हिस्सा हैं और इस प्रणाली की सबसे बुनियादी इकाइयां हैं। वर्तमान में भारत में कुल 28,863 पी एच सी कार्यरत हैं।

भारत में प्राथमिक चिकित्सा केंद्र, सामान्य चिकित्सा एवं देखभाल के अतिरिक्त कुछ अन्य सेवाओं पर भी ध्यान देते हैं

- **शिशु प्रतिरक्षण कार्यक्रम** : राष्ट्रीय प्रतिरक्षण कार्यक्रम के तहत नवजात शिशुओं के लिए प्रतिरक्षण प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के माध्यम से किया जाता है। यह कार्यक्रम पूरी तरह से वित्तीय सहायतित होता है।
- **महामारी रोधी कार्यक्रम** : पी एच सी, ग्रामीण भारत के लिए महामारी निदान और नियंत्रण के प्राथमिक केंद्र के रूप में कार्य करते हैं। जब भी कोई स्थानीय महामारी फैलती है, प्रणाली के चिकित्सकों को निदान के लिए प्रशिक्षित किया जाता है। वे संदिग्ध मामलों की पहचान करते हैं और आवश्यकता पड़ने पर इलाज के लिए बड़े अस्पतालों को रेफर करते हैं।
- **जन्म नियंत्रण कार्यक्रम** : राष्ट्रीय जन्म नियंत्रण कार्यक्रम के तहत जरूरी सेवाएं भी पी एच सी के माध्यम से ही प्रदान की जाती हैं। यहां पुरुष नसबंदी और ट्यूबेक्टॉमी जैसी सर्जरी आदि की जाती है। ये सेवाएं भी पूरी तरह से वित्तीय सहायतित होती हैं।
- **गर्भावस्था और संबंधित देखभाल** : ग्रामीण भारत में गर्भावस्था और बच्चे के जन्म से संबंधित चिकित्सा सेवाएं पी एच सी प्रणाली की एक प्रमुख जिम्मेदारी हैं। ऐसा इसलिए है क्योंकि देश के ग्रामीण इलाकों में रहने वाली आबादी गर्भावस्था की देखभाल के लिए चिकित्सकों से परामर्श एवं सेवाएं लेने से बचना चाहते हैं। हैं जिस कारण से इन क्षेत्रों में नवजात मृत्यु की सम्भावना बढ़ जाती है। इसलिए गर्भावस्था एवं उससे संबंधित सेवाएं एवं सुविधाएं पी एच सी के लिए प्रमुख विषयवस्तु हैं।
- **आपात स्थिति** : सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र ग्रामीण क्षेत्रों में उत्पन्न हों सकने वाली आपातकालीन चिकित्सा आवश्यकताओं के अनुसार दवाओं का भंडारण करते हैं। उदाहरण के तौर पर सांप के काटने पर दिए जाने वाले एंटी वेनम इंजेक्शन या फिर कुत्ते के काटने पर रेबीज का टीका इत्यादि।

लक्ष्य और सिद्धांत :

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा का अंतिम लक्ष्य सभी के लिए बेहतर स्वास्थ्य सेवाओं को उपलब्ध कराना है। यही कारण है कि विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू एच ओ) ने इस लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए पांच प्रमुख तत्वों की पहचान की है:

- स्वास्थ्य में बहिष्करण और सामाजिक असमानताओं को कम करना (सार्वभौमिक सुधार)य
- लोगों की जरूरतों और उम्मीदों के अनुरूप स्वास्थ्य सेवाओं का आयोजन (सेवा वितरण सुधार);
- सभी क्षेत्रों में स्वास्थ्य को एकीकृत करना (सार्वजनिक नीति सुधार)य
- नीति संवाद के सहयोगी मॉडल को आगे बढ़ाना (नेतृत्व सुधार)य
- हिस्सेदारों की भागीदारी को बढ़ाना

कार्य :

पूरे देश में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की उपस्थिति बनाने और उनका विस्तार करने के लिए भारत सरकार की पहल अल्मा-अता घोषणा में उल्लिखित प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के आठ तत्वों के अनुरूप है। ये नीचे सूचीबद्ध हैं:

- चिकित्सा देखभाल का प्रावधान

- परिवार नियोजन सहित मातृ-शिशु स्वास्थ्य
- स्वच्छ जल आपूर्ति और बुनियादी स्वच्छता
- स्थानीय रोगों की रोकथाम और नियंत्रण
- महत्वपूर्ण आंकड़ों का संग्रह और प्रतिवेदन
- स्वास्थ्य से संबंधित शिक्षा
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम की प्रासंगिकता
- रेफरल सेवाएं
- स्वास्थ्य मार्गदर्शकों, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, स्थानीय दाईं और स्वास्थ्य सहायकों का प्रशिक्षण
- बुनियादी प्रयोगशाला कार्यकर्ता

इन तत्वों के पीछे अल्मा-अता घोषणा में पहचान किए गए बुनियादी सिद्धान्तों की एक श्रृंखला निहित है जिसे एक व्यापक स्वास्थ्य प्रणाली के हिस्से के रूप में और अन्य क्षेत्रों के साथ समन्वय के आधार पर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को संचालित करने के लिए राष्ट्रीय नीतियों में आत्मसात किया जाना चाहिए।

- इस सिद्धांत के अनुसार, सभी व्यक्तियों को उनके लिंग, आयु, जाति, रंग, शहरी/ग्रामीण स्थान और सामाजिक वर्ग के इत्यादि से ऊपर उठकर स्वास्थ्य सेवाओं का समान वितरण, समुदाय विशेष में मुख्य स्वास्थ्य समस्याओं को पूरा करने के लिए प्राथमिक देखभाल और अन्य सेवाएं प्रदान की जानी चाहिए। स्थानीय, राष्ट्रीय और अन्य उपलब्ध संसाधनों का पूर्ण उपयोग करने के लिए सामुदायिक भागीदारी को सुनिश्चित करना।
- सामुदायिक भागीदारी को इसकी जमीनी प्रकृति और आत्मनिर्भरता के कारण अंतर्राष्ट्रीय विकास सहायता पर निर्भर लक्षित दृष्टिकोणों की तुलना में अधिक टिकाऊ माना जाता था।
- स्वास्थ्य कार्यबल विकास: व्यापक स्वास्थ्य सेवा, प्रशिक्षित चिकित्सकों, नर्सों, संबद्ध स्वास्थ्य व्यवसायों, सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और स्वास्थ्य समूह के रूप में काम करने वाले और स्थानीय और निर्दिष्ट स्तरों पर सहायित अन्य लोगों की पर्याप्त संख्या और वितरण पर निर्भर करती है।
- उपयुक्त प्रौद्योगिकी का उपयोग: जो समुदाय के लिए सुलभ, सस्ती, व्यवहार्य और सांस्कृतिक रूप से स्वीकार्य हो उसी प्रकार की चिकित्सा प्रौद्योगिकी का निर्वहन होना चाहिए। उपयुक्त तकनीक के उदाहरणों में, वैक्सीन शीतगृह के लिए रेफ्रिजरेटर शामिल हैं। तुलनात्मक रूप से कम उपयोगी प्रौद्योगिकी सुविधाओं में, बॉडी स्कैनर या हार्ट-लंग मशीन शामिल हो सकते हैं, जो शहरी क्षेत्रों में बसने वाले आर्थिक रूप से सक्षम वर्ग को ही लाभ पहुंचाते हैं, ये आम तौर पर गरीबों के लिए सुलभ नहीं होते हैं लेकिन इन उपकरणों के उपार्जन में संसाधनों का एक बड़ा भाग इस्तेमाल हो जाता है।
- बहु-अनुभागीय दृष्टिकोण यह मानता है कि औपचारिक स्वास्थ्य क्षेत्रों मात्र में फेरबदल करके संपूर्ण स्वास्थ्य व्यवस्था में सुधार नहीं किया जा सकता है। अन्य घटक भी हैं जो समुदायों के स्वास्थ्य और आत्मनिर्भरता को बढ़ावा देने में समान रूप से महत्वपूर्ण हैं वस्तुतः कृषि (खाद्य सुरक्षा के लिए) शिक्षा संचार (जागरूकता एवं सावधानियों के प्रसार हेतु) आवास सार्वजनिक कार्य (साफ पानी और बुनियादी स्वच्छता की पर्याप्त आपूर्ति) ग्रामीण विकास उद्योग सामुदायिक संगठन (पंचायतों या स्थानीय सरकारों, स्वैच्छिक संगठनों उत्पादि) अन्य क्षेत्रों के कुछ उदाहरण हैं।

संक्षेप में, पी एच सी मानता है कि स्वास्थ्य सेवा एक अल्पकालिक व्यवधान नहीं है, बल्कि लोगों के जीवन में सुधार लाने और स्वास्थ्य संरक्षण में योगदान देने के लिए आवश्यक आर्थिक व्यय को कम करने की एक सतत प्रक्रिया है। सैद्धांतिक रूप से, सतत सामाजिक विकास, आर्थिक मजबूती, बेहतर स्वास्थ्य के बाद ही संभव है। स्वास्थ्य समस्याएं भी कुत्सित राजनैतिक व्यवधानों जितनी हानिकारक हैं।

सुधारवादी बदलाव के परिवेश में रूढ़ीवादी प्रबंधन के बजाय सक्षम नेतृत्व की आवश्यकता अत्यंत अधिक है। नेतृत्व औसत परिणामों को उत्कृष्ट परिणामों में बदलने की क्षमता रखता है। संक्षेप में बात करें तो प्रभावी नेतृत्व सामान्य

लोगों को विपरीत परिस्थितियों में असाधारण काम करने और सभी के दीर्घकालिक लाभ के लिए लगातार बेहतर प्रदर्शन करने में सक्षम बनाने के लिए अत्यंत महत्वपूर्ण है।

सही रणनीति को चुनना और फिर उसको क्रियान्वित करना गति को बनाए रखना इत्यादि प्रभावी नेतृत्व की नैतिक जिम्मेदारी है। किसी भी परिवर्तन प्रक्रिया के लिए सक्षम नेतृत्व आवश्यक है और किसी भी परिवर्तन प्रक्रिया में प्रयास का भार इसके कार्यान्वयन में निहित है। एक अधिनायक वह व्यक्ति होता है जो भागीदारी की महत्ता समझता है, परस्पर सहयोग की प्रतिबद्धता को अपरिहार्य मानता है, कार्यकर्ताओं को बेहतर परिणाम प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार की बाधा से मुक्ति देने के लिए प्रेरित करता है। उपरोक्त परिभाषा "दृढ़ एवं प्रभावी नेतृत्व" को एक रूप प्रदान करती है जो परस्पर सहयोग एवं उद्देश्य की प्राप्ति की स्पष्ट भावना के साथ दल के सभी सदस्यों की सक्रिय भागीदारी की महत्ता की व्याख्या करती है। ऐसी परिस्थितियों में, संगठित दल के सभी सदस्य अनुभव प्राप्त करते हैं और पदोन्नति और उन्नति के लिए खुद को योग्य बनाते हैं। इस प्रकार संगठनात्मक परिणाम और संतोषजनक ढंग से लक्ष्य को हासिल किया जाता है।

प्रभावी नेतृत्व: मजबूत और प्रभावी नेतृत्व उच्च स्तर की भागीदारी और परस्पर सहयोग की प्रतिबद्धता सुनिश्चित करता है जो लोगों को उत्कृष्ट परिणाम प्राप्त करने के लिए बाधाओं को दूर करने के लिए प्रेरित करता है। प्रभावी नेतृत्व के लिए आवश्यक है:

- लोगों को प्रेरित करने की क्षमता और प्रतिबद्धता
- उत्कृष्ट पारस्परिक कौशल
- कार्यशैली को सीखने की क्षमता
- कड़ी मेहनत और निपुणता से काम करना
- कार्यान्वयन के लिए उचित रणनीतिक चयन
- संगठनात्मक कार्यप्रणाली की सुविधा
- संगठनात्मक विकास की सुविधा

एक प्रभावी अधिनायक:

- पहल करता है: इस प्रकार का प्रयास किसी विशिष्ट उद्देश्य की प्राप्ति के अनुरूप किया जाता है, जो पहले नहीं चल रहा था या सही से नहीं चल रहा था उसको करने या सही करने के लिए विशेष पहल की जाती है। जो कुछ हो रहा था उसे रोकने के लिए, या प्रयास की दिशा और चरित्र को बदलने के लिए। जिला स्वास्थ्य प्रबंधन दल (डी एच एम टी) को, वर्तमान समय में चलने वाले स्वास्थ्य संबंधी सुधारों के लिए व्यक्तिगत और सामूहिक पहल करने की आवश्यकता है।
- पूछताछ करता है: यह प्रक्रिया एक नेता को लोगों या अन्य सूचना स्रोतों से तथ्यों और आंकड़ों जुटाने के लिए होती है। जानकारी की गुणवत्ता एक नेता की संपूर्णता, उत्सुकता और प्रतिबद्धता पर निर्भर हो सकती है। एक अधिनायक आवश्यक गतिविधियों के बारे में जितना अधिक संभव हो सीखने के लिए उत्सुक होता है, जांच की आवश्यकता को अनदेखा करने के बजाय गुणवत्ता की जानकारी प्राप्त करने के लिए सजग होता है। यह प्रक्रिया साक्ष्य-आधारित योजना की आवश्यकताओं और स्वास्थ्य प्रणाली अनुसंधान की आवश्यकता को ध्यान में रखते हुए डी एच एम टी के लिए यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण है।
- समर्थन करता है: इसका अर्थ किसी कारण के समर्थन की स्थिति में होना है, उदाहरण के लिए, लागत साझा करने पर जागरूकता पैदा करना। एक नेता के पास विश्वास करने की क्षमता होती है और वह निर्णय लेने के लिए तैयार रहता है।
- मनमुटाव इत्यादि को निपटाता है: एक नेता को संघर्ष का सामना करने के लिए तैयार रहना चाहिए और इसमें शामिल लोगों की आपसी समझ के साथ सम्मानपूर्वक इसे हल करना चाहिए। ऐसा करने में विफलता अनादर,

शत्रुता और विरोध की ओर ले जाती है।

- निर्णय लेता है: इस कार्रवाई के दो या दो से अधिक परिस्थितियों में से किसी एक का चुनाव करना शामिल है। इसमें उपलब्ध संसाधनों का प्रभावी ढंग से उपयोग कैसे किया जा सकता है इस बात पर भी चिंतन किया जाता है। डी एच एम टी को नियोजन एवं उपलब्ध संसाधनों के आवंटन के संबंध में निर्णय लेने के लिए कौशल की आवश्यकता होती है।
- समालोचना करता है: प्रभावी अधिनायक को रचनात्मक समालोचना और प्रतिक्रिया देने में सक्षम होना चाहिए। डी एच एम टी को अपने अधीनस्थों का पर्यवेक्षण, परामर्श और मार्गदर्शन करते समय "आलोचनात्मक दृष्टिकोण" का उपयोग करने की आवश्यकता होती है।
- पारदर्शिता रखता है: एक अच्छा नेता पारदर्शी विचारों से समृद्ध होना चाहिए, प्रभावी संचार और सूचनाओं के माध्यम से संदेह उत्पन्न होने की स्थिति से बचता है। संक्षेप में, एक अच्छे नेता की विशेषता निर्णायकता, अखंडता, उत्साह, कल्पना, कड़ी मेहनत करने की इच्छा, विश्लेषणात्मक क्षमता, दूसरों के विचारों की समझ, अवसरों को पहचानने की क्षमता, अप्रिय स्थितियों से निपटने की क्षमता, परिवर्तन के लिए जल्दी से अनुकूलन करने की क्षमता और अंततः चुनौतियों एवं खतरों से निपटने के लिए तत्परता इत्यादि होती है।

प्राथमिक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य देखभाल परियोजना का इतिहास

1946 – प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की अवधारणा को सामने रखा गया

1974 – बहु-उद्देश्यीय कर्मचारियों (एम पी डब्ल्यू) के संवर्ग का एकीकरण

1977 – भारत सरकार ने लोगों के स्वास्थ्य की जिम्मेदारी को लोगों के हाथ में देने के सिद्धांत पर आधारित एक योजना लागू की (जिसकी अनुशंसा 1975 में की गयी थी)

1978 – प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के माध्यम से सभी के लिए स्वास्थ्य सेवाओं का प्रावधान

पी एच सी - 01 के लक्षण

1. पी एच सी देश और इसके समुदायों की आर्थिक स्थितियों और सामाजिक-सांस्कृतिक और राजनीतिक विशेषताओं को प्रतिबिंबित और विकसित करता है
2. पी एच सी सामाजिक, जैव-चिकित्सा, स्वास्थ्य सेवा अनुसंधान एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य अनुभव के प्रासंगिक परिणामों के उपयोग पर आधारित है
3. पी एच सी समुदाय में मुख्य स्वास्थ्य समस्याओं को संबोधित करता है तदनुसार प्रोत्साहक, निवारक, उपचारात्मक और पुनर्सुधार सेवाएं प्रदान करता है

पी एच सी - 02 के लक्षण

1. पी एच सी के अंतर्गत, प्रचलित स्वास्थ्य समस्याओं एवं उनके रोकथाम से संबंधित शिक्षाय खाद्य आपूर्ति और उचित पोषण को बढ़ावा देनाय साफ पानी और बुनियादी स्वच्छता की पर्याप्त आपूर्तिय परिवार नियोजन सहित मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल इत्यादि जिम्मेदारियां आती हैं।
2. प्रमुख संक्रामक रोगों के खिलाफ प्रतिरक्षणय स्थानीय स्थानिक रोगों की रोकथाम और नियंत्रणय सामान्य बीमारियों और चोटों का उचित उपचारय और आवश्यक दवाओं का प्रावधानय इत्यादि।

पी एच सी - 03 के लक्षण

1. पी एच सी को एकीकृत, कार्यात्मक और पारस्परिक रूप से सहायक रेफरल प्रणाली के रूप में बनाए रखा जाना चाहिए, जिससे सभी के लिए व्यापक स्वास्थ्य देखभाल में निरंतर सुधार हो सके, और सबसे ज्यादा जरूरत वाले लोगों को प्राथमिकता दी जा सके।

2. पी एच सी स्थानीय और रेफरल स्तरों पर, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं पर निर्भर करता है, जिसके अंतर्गत चिकित्सक, नर्स, दाइयों, सहायक और सामुदायिक कार्यकर्ता आते हैं। साथ ही साथ पारंपरिक चिकित्सकों को भी आवश्यकता होती है जो स्वास्थ्य सेवा प्रदाता दल के रूप में काम करने के लिए सामाजिक और तकनीकी रूप से प्रशिक्षित होते हैं और समुदाय की स्वास्थ्य आवश्यकताओं की आपूर्ति में भागीदार होते हैं।

पी एच सी के उत्तरदायित्वों का अष्टकोणीय रूपांकन

1. मौजूदा स्वास्थ्य समस्याओं और उनके रोकथाम के तरीकों के बारे में लोगों को शिक्षित करना
2. खाद्य आपूर्ति और उचित पोषण को बढ़ावा देना
3. स्वच्छ जल और बुनियादी स्वच्छता की पर्याप्त आपूर्ति सुनिश्चित करना
4. मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल और परिवार नियोजन आपूर्ति सुनिश्चित करना
5. प्रमुख संक्रामक रोगों के खिलाफ टीकाकरण अभियान चलाना
6. स्थानीय क्षेत्र—जनित रोगों की रोकथाम और नियंत्रण
7. सामान्य बीमारियों और चोटों का उचित उपचार
8. आवश्यक दवाओं का प्रबंधन



Spectrum of Primary Health Care



आशा - मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता

आशा चयन के लिए मानदंड

1. स्थानीय निवासी
2. अधिमन्य आयु – 25–45 वर्ष
3. आठवीं कक्षा तक की औपचारिक शिक्षा।
4. संचार और नेतृत्व के गुण।
5. वंचित आबादी से पर्याप्त प्रतिनिधित्व।
6. ऐसे समूहों की बेहतर सेवा करना सुनिश्चित किया

आशा की भूमिका

1. स्वास्थ्य निर्धारकों के बारे में समुदाय में जागरूकता लाने और जानकारी देना
2. महिलाओं को परामर्श देना
3. समुदाय को स्वास्थ्य सेवाओं तक ले आने के प्रयास करना और सहायता करना
4. ग्रामीण स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति (वी एच एस एन सी) के साथ काम करना
5. स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता वाली महिलाओं और बच्चों को सहयोग देना
6. मामूली बीमारी और प्रत्यक्ष पर्यवेक्षण रोगोपचार प्रदाता – टी/टी
7. आवश्यक दवाओं, ओ आर एस, आई एफ ए, डी डी के, एंटी मलेरिया ड्रग्स, कंडोम, ओरल पिल्स का संरक्षण
8. बाल रोग – टी/टी
9. महत्वपूर्ण घटनाओं के बारे में सूचित करना
10. संपूर्ण स्वच्छता अभियान के तहत घरेलू शौचालय को बढ़ावा देना

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता (ए डब्ल्यू डब्ल्यू) और सहायक नर्स (ए एन एम) के साथ ए एस एच ए (आशा) का एकीकरण आंगनवाड़ी कार्यकर्ता (ए डब्ल्यू डब्ल्यू) और सहायक नर्स (ए एन एम) के लिए ए एस एच ए (आशा) एक संसाधन व्यक्ति है

- स्वास्थ्य दिवस का आयोजन
- बेमेफोकोरो को कार्यान्वित करना
- योग्य जोड़ों और एक वर्ष कम आयु के बच्चों का सर्वेक्षण
- ए एन एम द्वारा ए एस एच ए की साप्ताहिक ६ पाक्षिक बैठक
- सूचना, शिक्षा और संचार (आई ई सी) गतिविधि
- ग्राम स्वास्थ्य योजना तैयार करना

ग्रामीण परिदृश्य

ग्राम स्वास्थ्य पथप्रदर्शक	<ul style="list-style-type: none"> • 1977 में शुरू हुआ • अब आशा (ए एस एच ए) ने जगह ले है
स्थानीय दाई का प्रशिक्षण	<ul style="list-style-type: none"> • ग्रामीण स्वास्थ्य योजना के तहत शुरू किया गया • स्थानीय दाई का 30 दिनों का प्रशिक्षण • अब इसे वर्यता नहीं दी जाती है
आशा (ए एस एच ए)	<ul style="list-style-type: none"> • एन आर एच एम के साथ आगमन (प्रति 1000 जनसंख्या) • समुदाय और स्वास्थ्य सेवाओं के बीच संपर्क बिंदु
आंगनवाड़ी कार्यकर्ता	<ul style="list-style-type: none"> • आई सी डी एस के तहत • हर 400-800 की आबादी के लिए

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता (आईसीडीएस)

1. स्वास्थ्य जांच के साथ साथ विकास से संबंधित आकड़ों का संकलन
2. टीकाकरण
3. पूरक पोषण
4. स्वास्थ्य शिक्षा
5. अनौपचारिक पूर्व-प्राथमिक शिक्षा
6. रेफरल सेवाएं
7. नर्सिंग और गर्भवती महिलाएं
8. अन्य महिलाएं (15-45 वर्ष)
9. 6 साल से कम उम्र के बच्चे

ग्रामीण स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति (वी एच एस एन सी) की संरचना

1. 50: सदस्य महिलाएं होनी चाहिए
2. प्रत्येक मोहल्ले में कमजोर वर्गों के प्रतिनिधि के साथ-साथ पर्याप्त प्रतिनिधित्व होना चाहिए
3. गैर-सरकारी क्षेत्रों के लिए 30: प्रतिनिधित्व
4. महिला स्वयं सहायता समूह को प्रतिनिधित्व

वी एच एस एन सी के कार्य :

1. पोषण संबंधी मुद्दों के बारे में जागरूकता पैदा करना
2. गांव में पोषण की स्थिति और पोषण संबंधी कमियों पर सर्वेक्षण करना
3. स्थानीय स्टार पर उपलब्ध उच्च पोषण क्षमता वाले खाद्य पदार्थों की पहचान करना और परस्पर परामर्श सहायता से स्थानीय संस्कृति, क्षमताओं और भौतिक वातावरण के अनुरूप सर्वोत्तम आहार आचरण का प्रसार और प्रचार करना
4. ग्रामीण स्वास्थ्य योजना में पोषण संबंधी जरूरतों पर अमल करना और महिलाओं और बच्चों के पोषण की स्थिति में सुधार लाने के लिए इसके काम को सुगम बनाना
5. पूरे गांव की सक्रिय भागीदारी के साथ गांव में हर महीने ग्राम स्वास्थ्य और पोषण दिवस का आयोजन उसकी निगरानी और पर्यवेक्षण सुनिश्चित करना
6. समुदाय में कुपोषित बच्चों पहचान की सुविधा प्रदान करना, निकटतम पोषण पुनर्सुधार केंद्र (एन आर सी) के साथ-साथ गांव में आंगनवाड़ी केंद्र (ए डब्ल्यू सी) के कामकाज का पर्यवेक्षण करना
7. स्वास्थ्य और पोषण संबंधी मुद्दों पर शिकायत निवारण मंच के रूप में कार्य करना

रोगी कल्याण समिति (आर के एस)

1. सरल लेकिन प्रभावी प्रबंधन संरचना
2. एक पंजीकृत सोसायटी, अस्पताल के मामलों के प्रबंधन के लिए अस्पतालों के ट्रस्टियों के समूह के रूप में कार्य करती है।
3. (1) स्थानीय पंचायती राज संस्थान (पी आर आई), (2) गैर सरकारी संगठन, (3) स्थानीय निर्वाचित प्रतिनिधि और (4) सरकारी क्षेत्र के अधिकारी इसके सदस्य होते हैं जो अस्पतालों / सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, प्राथमिक रेफरल इकाइयों (एफ आर यू) के समुचित कार्य और प्रबंधन के लिए जिम्मेदार होते हैं। आर के एस / एच एम एस सुचारू कामकाज और सेवाओं की गुणवत्ता बनाए रखने के लिए अपने सर्वोत्तम निर्णय के अनुसार निधियों को निर्धारित करने, उत्पन्न करने और उपयोग करने के लिए स्वतंत्र होते हैं।

उप केंद्र में सेवाओं का संकलन, प्रसवपूर्व टीकाकरण, प्रसवपूर्व जांच एवं देखभाल, प्रसवोत्तर जांच एवं देखभाल, कुपोषण की रोकथाम, सामान्य बचपन की बीमारियां, परिवार कल्याण सेवाएं, मामूली बीमारियों के लिए प्राथमिक परामर्श, दवाएं से पूर्ण होता है साथ ही सामुदायिक आवश्यकताओं का आकलन एवं विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य

कार्यक्रमों का आयोजन करता है।

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पी एच सी) के संबंध में भारतीय जन स्वास्थ्य मानकों (आई पी एच एस) के उद्देश्य

1. प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के माध्यम से समुदाय को व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना
2. देखभाल की गुणवत्ता के स्वीकार्य मानक को प्राप्त करना और उनके स्तर को बनाए रखना
3. समुदाय की जरूरतों के प्रति सेवाओं को अधिक उत्तरदायी और संवेदनशील बनाना

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पी एच सी) के लिए भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आई पी एच एस):

1. चिकित्सा देखभाल
2. मातृ एवं शिशु देखभाल
3. परिवार नियोजन सेवाएं
4. एमटीपी सेवाएं
5. स्वास्थ्य शिक्षा और आरटीआई/एड/सटीआई का प्रबंधन
6. पोषण सेवाएं
7. बुनियादी प्रयोगशाला सेवाएं
8. चयनित सर्जिकल प्रक्रियाएं
9. स्कूल स्वास्थ्य सेवाएं
10. किशोर स्वास्थ्य देखभाल
11. रोग निगरानी और नियंत्रण कार्यक्रम
12. महत्वपूर्ण घटनाओं का संग्रह
13. शौचालय के उपयोग और उचित कचरा निपटान सहित स्वच्छता को बढ़ावा देना
14. जल गुणवत्ता निगरानी
15. निगरानी एवं मूल्यांकन

मुख्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम के माध्यम से पी एच सी को प्रदत्त जिम्मेदारियां

- संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम (आर एन टी सी पी)
- नेत्रहीनता के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एन पी सी बी)
- राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम (एन एल ई पी)
- राष्ट्रीय वैक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (एन वी बी डी सी पी)
- राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एन ए सी पी)
- कैंसर, मधुमेह, हृदय रोग और आघात की रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एन पी सी डी सी एस)
- बुजुर्गों की स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एन पी एच सी ई)
- आयोडीन की कमी, तम्बाकू नियंत्रण के लिए कार्यक्रम

एकीकृत स्वास्थ्य दृष्टिकोण

सीमांत जनसंख्या रोजगार के लिए केंद्रित गतिविधियां, खाद्य सुरक्षा, आदिवासी कल्याण, समाज कल्याण, खाद्य आपूर्ति, अनाज, अनाज, कंद, सब्जियां और फल उत्पादन, कृषि, पशुपालन, मछली पालन, उचित पोषण दूध और डेयरी उत्पाद, महिला बाल विकास, पेयजल संसाधन, सीवेज जल निकासी और निपटान, जल शुद्धीकरण, वन और जल संरक्षण, सिंचाई जल आपूर्ति, स्वच्छता, ग्रामीण विकास, जन स्वास्थ्य प्रयोगशाला, टोस अपशिष्ट निपटान, शहरी विकास, प्रसवपूर्व देखभाल, प्रसवोत्तर देखभाल, सी ए सी एक्स की पहचान, परिवार नियोजन, सार्वजनिक स्वास्थ्य और परिवार कल्याण, बच्चे की देखभाल, प्रशिक्षित जन्म परिचारक, संस्थागत प्रसव, जन्म पंजीकरण, प्रारंभिक स्तनपान, टीकाकरण, बीमारियों का इलाज, प्रारंभिक बाल देखभाल, दवा और स्वास्थ्य उपकरण उद्योग,

बाल चिकित्सा क्लीनिक & अस्पताल, टीका उद्योग, संचारी रोग निवारण और नियंत्रण गतिविधियां३

प्रभावी प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में चुनौतियां

1. बढ़ती जनसंख्या के आकार और विविधता की तुलना में बुनियादी ढांचे की कमी
2. तीव्र शहरीकरण
3. जनसांख्यिकीय बदलाव – उम्र बढ़ने वाली आबादी
4. रोगों का अधिकम बोझ
5. मानव शक्ति का आभाव
6. गुणवत्ता देखभाल और ग्राहक संतुष्टि के अनुरूप पी एच सी में गुणवत्ता अनुसंधान की कमी

B. मातृ स्वास्थ्य - प्रजनन, मातृ, नवजात शिशु और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएचए)

उद्देश्य

- विभिन्न उपायों द्वारा संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देना
- संस्थागत प्रसव के दौरान मरीज द्वारा वहन किए जाने वाले खर्च को खत्म करने के लिए पांच मुफ्त सेवाएं दी जाती हैं
- स्वास्थ्य सुविधाओं में सुधार के अवसरों की पहचान करना और मातृ मृत्यु में कमी लाने के लिए सेवाओं और सुविधा की उपलब्धता और गुणवत्ता में सुधार के लिए नीतिगत सुझाव देना
- गर्भावस्था के दौरान उसकी जटिलता और जोखिम के स्तर को समझना और सभी संवेदनशील गर्भावस्था (एच आर पी) के लिए वांछित सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार करना
- एम बी बी एस डॉक्टरों द्वारा गर्भावस्था की दूसरी और तीसरी तिमाही के दौरान प्रसवपूर्व परामर्श एवं जांच कराना
- सभी एच आर पी गर्भवती महिलाओं की पहचान और सुरक्षित संस्थागत प्रसव सुनिश्चित करना

जननी सुरक्षा योजना (जे एस वाई)

जननी सुरक्षा योजना जे एस वाई के तहत प्रोत्साहन:

- **लाभार्थियों (गर्भवती महिलाओं) को संस्थागत प्रसव के लिए प्रोत्साहित करने के लिए:**
- शहरी लाभार्थियों को 1000 रुपये दिए जाते हैं
- ग्रामीण लाभार्थियों को 1400 रुपये दिए जाते हैं

आशा प्रोत्साहन:

- आशा कर्मचारियों को ग्रामीण क्षेत्र में सार्वजनिक सुविधा केंद्रों पर पूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल सेवाओं के लिए 300 रुपये दिए जाते हैं
- आशा कर्मचारियों को शहरी क्षेत्र में सार्वजनिक सुविधा केंद्रों पर पूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल सेवाओं के लिए 200 रुपये दिए जाते हैं
- सभी भुगतान पी एफ एम एस / एफ ए एम एस के माध्यम से उनके बैंक खाते में किए जाते हैं।

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जे एस एस के):

1. इस योजना के अंतर्गत सुविधा केंद्रों से लेकर अस्पतालों तक हर स्तर पर दवाएं, प्रसवपूर्व जांच के दौरान आवश्यक सभी दवाएं और उपभोग्य वस्तुएं, उपकेंद्र से लेकर जिला अस्पताल स्तर तक स्वास्थ्य सभी सुविधाएं, सामान्य से सिजेरियन प्रसव तक तथा प्रसव के 6 महीने बाद तक पूर्ण प्रसवोत्तर सेवाएं मुफ्त में दी जाती हैं।
2. छाया वी एच एस एन डी ६ यू एच एस एन डी से लेकर अस्पतालों तक प्रत्येक स्तर पर गर्भवती महिलाओं के लिए एच बी, एल्ब्यूमिन और शुगर के लिए यूरिन, बी पी, एच आई वी, सिफलिस, एच बी एस ए जी टेस्ट, ब्लड ग्रुप, टी३, टी४ और टी एस एच इत्यादि की निःशुल्क जांच
3. सभी गर्भवती महिलाओं के लिए अस्पताल में रहने के दौरान मुफ्त भोजन अस्पताल के दौरान सभी गर्भवती महिलाओं और प्रसूत महिलाओं के लिए एल२ और एल३ की स्वास्थ्य सुविधाएं
4. मुफ्त रक्ताधान
5. एम्बुलेन्स सेवा 102६108 द्वारा घर से अस्पताल ६ अस्पताल से घर ६ रेफरल मुफ्त परिवहन सुविधा

मातृ मृत्यु निगरानी प्रतिक्रिया (एम डी एस आर):

इस कार्यक्रम के तहत 15 से 49 वर्ष तक की आयु की किसी भी महिला की मृत्यु यदि गर्भावस्था के दौरान, प्रसव के दौरान या प्रसव के 42 दिनों के अंदर होती है तो इस घटना की समीक्षा विभिन्न स्तरों (जिला / मंडल / राज्य) पर की जाती है।

उत्तर प्रदेश में एम एम आर में 30 प्वाइंट की कमी आई है। एस आर एस (2017–2019) के अनुसार एम एम आर 197 (2016–18) से घटकर 167 हो गया है।

यूपी में मातृ मृत्यु समीक्षा कार्यक्रम वर्ष 2012–2013 से संचालित होता आ रहा है। वर्ष 2017–2018 में मानकों के अनुसार मातृ मृत्यु समीक्षा सुनिश्चित करने के लिए उत्तर प्रदेश सरकार ने एम डी आर में युक्तिगत सरकारी सुविधाओं के लिए चिकित्सा अधिकारियों को प्रशिक्षित किया है। इसी तरह, इसने बी सी पी एम और आशा संगिनी को आंकड़ों के प्रति सजगता और सटीकता में सुधार करने के लिए प्रशिक्षित किया है। उपरोक्त कथन के आधार पर वर्ष 2018 में पूर्ण हुई मातृ मृत्यु निगरानी और प्रतिक्रिया (एम डी एस आर) को ध्यान में रखते हुए कर्मचारियों पर कोई दंडात्मक कार्रवाई नहीं की जानी चाहिए।

गर्भावस्था के दौरान, प्रसव के दौरान या प्रसव के 42 दिनों के अंदर होने वाली सभी मृत्युओं की सही गणना सुनिश्चित करने के लिए 104 कॉल सेंटर का प्रावधान है जिसके माध्यम से इस प्रकार की मृत्यु की जानकारी देने वाले पहले व्यक्ति (मुखबिर) को चाहे वो समुदाय का कोई भी व्यक्ति हो, पी आर आई, आशा या आंगनवाड़ी कार्यकर्ता हो, को 1000 रुपये दिए जाने का प्रावधान किया गया है।

प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (पी एम एस एम ए):

प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान, भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय (एम ओ एच एफ डब्ल्यू) द्वारा शुरू किया गया है। कार्यक्रम का उद्देश्य हर महीने की 9 और 24 तारीख को रेफरल केस का आधार पर सभी गर्भवती महिलाओं को, एम बी बी एस डॉक्टर द्वारा निःशुल्क, व्यापक और गुणवत्तापूर्ण प्रसवपूर्व परामर्श प्रदान कराना है, यह सेवा उत्तर प्रदेश के 19 मई 2016 के शासनादेश के माध्यम से लागू है। यह अभियान राज्य के कुल 1615 ब्लॉक एवं जिला स्वास्थ्य केंद्रों के मध्यम से संचालित हो रही है। इस अभियान में निजी क्षेत्र की भागीदारी भी और निजी चिकित्सकों को ए एन सी सेवाओं की गुणवत्ता के लिए स्वयंसेवा करने के लिए प्रोत्साहित भी किया जा रहा है। पी एम एस एम ए के तहत निर्दिष्ट सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं पर गर्भावस्था की दूसरे 6 तीसरे तिमाही में महिलाओं को प्रसव पूर्व देखभाल के लिए आवश्यक सेवाओं का आश्वासन भी प्रदान किया जाता है।

सभी लागू डायग्नोस्टिक और स्क्रीनिंग सेवाएं जैसे एक यू एस जी और ऊंचाई, वजन, बी पी, एच बी, ब्लड ग्रुपिंग, एच बी एस ए जी, एच आई वी, सिफलिस, एल्यूमिन और शुगर के लिए मूत्र प्रदान किया जाता है। जिलों में पी पी पी माध्यम से गर्भवती महिलाओं को अल्ट्रासोनोग्राफी सेवाएं शुरू की गई हैं।

समूह और व्यक्तिगत परामर्श सत्र के दौरान पोषण, परिवार नियोजन, स्तनपान और सूक्ष्म पोषक पूरकता से संबंधित परामर्श भी दिया जाता है।

पी एम एस एम ए के तहत जटिल एवं जोखिम भरी गर्भावस्था की पहचान:

- गांव की आशा की यह जिम्मेदारी है कि वह अपने गांव की सभी गर्भवती महिलाओं को निकटतम पी एम एस एम ए क्लिनिक में जाने के लिए प्रेरित करे और डॉक्टर / प्रसूति रोग विशेषज्ञ द्वारा उच्च जोखिम वाली जांच

- कराएं।
- पी एम एस एम ए के अंतर्गत चिन्हित की गई उच्च जोखिम गर्भावस्था वाली सभी महिलाओं का उपचार किया जाना चाहिए, परामर्श दिया जाना चाहिए और सुविधा और संबंधित ए एन एम व आशा कर्मचारी की जिम्मेदारी तय की जानी चाहिए
 - यदि गर्भवती महिला को जोखिमभरी गर्भावस्था के लिए चिन्हित कर लिया जाता है तो संबंधित आशा / ए एन एम की जिम्मेदारी होती है कि वह उस महिला के लिए डॉक्टर/प्रसूति रोग विशेषज्ञ द्वारा 3 अतिरिक्त प्रसवपूर्व परामर्श सुनिश्चित करें।
 - ऐसे प्रत्येक अनुवर्ती प्रसवपूर्व परामर्श के लिए डॉक्टर / प्रसूति रोग विशेषज्ञ के पास जाते समय गर्भवती महिला के साथ आशा को भी क्लिनिक जाना होता है।
 - ये अनुवर्ती दौरे या तो आगामी पी एम एस एम ए सत्र में या उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा सुझाए गए निकटतम स्वास्थ्य सुविधा केंद्र में भी निर्देशित / आयोजित किए जा सकते हैं।
 - किसी भी जोखिमभरी गर्भावस्था के पूरा होने के बाद उसके लिए सुरक्षित प्रसव सुनिश्चित करने और किसी भी प्रकार की अप्रत्याशित समस्या से अतिशीघ्र निपटने के लिए उसको निकटतम (एफ आर यू) से जोड़ना अनिवार्य है।
 - जे एस एस के के तहत आशा द्वारा डिलीवरी के समय प्रथम रेफरल इकाई (एफ आर यू) के लिए रेफर करने पर निःशुल्क परिवहन सुनिश्चित किया जाना अनिवार्य है।

वित्तीय प्रावधान

1. आशा के लिए मामला-वार प्रोत्साहन

गर्भवती महिलाओं को पी एम एस एम ए क्लिनिक / चिकित्सक / प्रसूति रोग विशेषज्ञ की सुविधा के लिए प्रेरित करने के लिए आशा को प्रोत्साहन

- आशा को रु. 100/- प्रति जोखिम भरी गर्भावस्था (एच आर पी) की दर से प्रदान किया जा सकता है ताकि पी एम एस एम ए क्लिनिक में ए एन सी की अधिकतम तीन अनुवर्ती यात्राओं / चिकित्सक ६ प्रसूति रोग विशेषज्ञ द्वारा जांच के लिए निकटतम सुविधा के लिए एच आर पी की अधिकतम संख्या सुनिश्चित की जा सके।
- इसके अतिरिक्त आशा को रु. 500/- प्रति जोखिम भरी गर्भावस्था (एच आर पी) की दर से सफल प्रसव एवं जच्चा-बच्चा दोनों के स्वस्थ होने के 45 दिन के बाद संबंधित ए एन एम और एम ओ द्वारा उचित सत्यापन के बाद प्रोत्साहन राशि के रूप में प्रदान किया जा सकता है।

2. लाभार्थियों को मामला-वार प्रोत्साहन:

- गर्भवती महिला की गर्भावस्था को एच आर पी के अंतर्गत चिन्हित किए जाने के बाद, पी एम एस एम ए सत्र में डॉक्टर / प्रसूति रोग विशेषज्ञ से परामर्श लेने के लिए अधिकतम 3 बार, 100/- रुपये दौरे की दर से परिवहन लागत के रूप में प्रदान किया जा सकता है।

प्रथम रेफरल इकाई (एफ आर यू) का संचालन

व्यापक आपातकालीन प्रसूति और नवजात देखभाल (सी ई एम ओ एन सी) सेवाएं प्रदान करने के लिए जिला ६ उपमंडलीय अस्पताल या एफ आर यू में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र को पहली रेफरल इकाई के रूप में व्यवस्थित किया गया है। प्रसूति शल्य चिकित्सा, रक्त आधान के लिए आवश्यक उपकरणों के साथ ऑपरेशन थिएटर की सुविधा और सी-सेक्शन सुविधाओं सहित व्यापक आपातकालीन प्रसूति देखभाल सेवा प्रदान करने के लिए प्रसूति एवं स्त्री रोग, एनेस्थेसिस्ट और बाल चिकित्सा विशेषज्ञ हैं। उत्तर प्रदेश में चिन्हित एफ आर यू की कुल संख्या: 417 है। एफ आर यू में विशेषज्ञों की कमी को दूर करने के लिए निम्नलिखित पहल की जा रही हैं:

1. वाक-इन इंटरव्यू: एफ आर यू में विभिन्न स्तरों पर 65000/- रुपये से 120,000/- रुपये तक के मासिक वेतन के प्रावधान के माध्यम से विशेषज्ञों (स्त्रीरोग विशेषज्ञ और एनेस्थेतिस्ट) की भर्ती की जाती है। वर्ष 2020-2021 में इस भुगतान की सीमा को संशोधित कर 100,000/- रुपये से 140,000/- रुपये तक बढ़ा दिया गया है।
2. ऑन कॉल पर विशेषज्ञ: अपर्याप्त संसाधनों के साथ संचालित हो रहे एफ आर यू में सी-सेक्शन जैसी मूलभूत सेवाओं की वैकल्पिक व्यवस्था के तौर पर राज्य के सभी 75 जिलों में एफ आर यू में के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं और निजी क्षेत्र दोनों से ऑन कॉल विशेषज्ञों का प्रावधान भी किया गया है।
3. लेडी मेडिकल ऑफिसर: एच आर पी की पहचान करने और लोअर सेगमेंट सिजेरियन सेक्शन (एलएससीएस) करने में सहायता के लिए एफ आर यू में संविदा महिला मेडिकल ऑफिसर की भर्ती और नियुक्ति की जाती है।
4. बडी – बडी इनिशिएटिव: एफ आर यू – सी एच सी को एच आर पी के त्वरित उपचार के लिए, जीवन रक्षक एनेस्थीसिया स्किल्स (एल एस ए एस) और आपातकालीन प्रसूति देखभाल (ई एम ओ सी) के लिए प्रशिक्षित नियमित चिकित्सा अधिकारियों को बडी – बडी इनिशिएटिव के तहत 6 महीने की सलाह के बाद सीएचसी – एफआरयू में जोड़े में तैनात किया जाता है।
5. विशेषज्ञ संवर्ग: एफ आर यू को चलाने के लिए लेवल-2 स्केल में विशेषज्ञ संवर्ग की सीधी भर्ती के लिए राज्य में स्पेशलिस्ट केंद्र स्थापित किया गया है।
6. रक्त संग्रहण इकाई (बी एस यू): गंभीर रूप से एनीमिक गर्भवती महिलाओं को रक्ताधान प्रदान करने और रक्तस्राव के मामलों में सभी एफ आर यू में बी एस यू स्थापित किए जा रहे हैं। पिछले एक साल में संख्या 1 से बढ़कर 80 से अधिक हो गई है।

छाया वी एच एस एन डी ६ यू एच एस एन डी में उच्च जोखिम गर्भावस्था (एच आर पी) की पहचान और सुरक्षित प्रसव सुनिश्चित करने के लिए अनुरेखण

प्रणाली में एच आर पी अनुरेखण और अनुवर्ती कार्रवाई के लिए एक विशिष्ट योजना को अंगीकृत किया गया है। आशा और ए एन एम को दिए गए मानदंडों के अनुसार प्रोत्साहन राशि दी जाती है:

- प्रत्येक एच आर पी की पहचान कर उन्हें सूचीबद्ध करने और देखभाल करने के लिए ए एन एम को 200 रुपये दिए जाते हैं।
- एच आर पी वाली गर्भवती महिला के साथ चेक-अप के लिए उच्च केंद्र पर जाने के लिए, सुगम प्रवेश और सुरक्षित संस्थागत प्रसव और वी एच आई आर ६ आर सी एच में प्रवेश सुनिश्चित करने के लिए आशा को 300 रुपये प्रदान किए जाते हैं।
- ये प्रोत्साहन जे एस वाई प्रोत्साहन के अतिरिक्त हैं और स्वीकार्य हैं भले ही वह एच आर पी पी डब्ल्यू को सुरक्षित डिलीवरी के लिए निजी क्षेत्र में ले जाती है लेकिन आर सी एच पोर्टल पर परिणाम रिपोर्ट करने के बाद ही भुगतान किया जाता है।

ज्ञान बिंदु

- गर्भवती महिला को संस्थागत प्रसव के लिए प्रोत्साहन योजना
- देखभाल के प्रावधान में अंतराल की पहचान करना, देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए उपयुक्त रणनीतियां और मातृ मृत्यु में और कमी लाने के लिए सुविधा तैयार करना
- एम बी बी एस डॉक्टरों द्वारा गर्भावस्था के दूसरे और तीसरे तिमाही के दौरान व्यापक गुणवत्ता वाली ए एन सी
- सभी एचआरपी गर्भवती महिलाओं की पहचान और सुरक्षित संस्थागत प्रसव

बाल स्वास्थ्य

उद्देश्य

- मिशन का मुख्य लक्ष्य नवजात मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर और 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर को कम करना है।
- नवजात और 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मौतों को रोकने के लिए सतत प्रयास के लक्ष्य को प्राप्त करना है।

विषय: नवजात और बाल्यावस्था कार्यक्रम मध्यस्थता

जीवन के प्रारंभिक चरण में साहचर्य मुख्य रूप से 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों पर ध्यान केंद्रित करते हैं और इस अवधि में मृत्यु दर के सबसे सामान्य कारणों का विश्लेषण करते हैं।

एन एच एम के तहत महत्वपूर्ण क्षेत्र हैं:

1. तत्काल और नियमित नवजात देखभाल – आवश्यक नवजात देखभाल (ई एन बी सी)
2. बीमार नवजात की देखभाल
3. आवश्यक सूक्ष्म पोषक तत्वों की पूर्ति सहित बाल पोषण
4. बचपन की सामान्य बीमारियों के खिलाफ टीकाकरण
5. सामान्य नवजात और बचपन की बीमारियों का प्रबंधन
6. आर बी एस के अभियान के अंतर्गत, जन्म से लेकर 18 वर्ष की आयु तक के बच्चों को व्यापक स्वास्थ्य देखभाल

सेवा प्रदान करने वाली बाल स्वास्थ्य परीक्षण एवं प्रारंभिक देखभाल सेवाएं

स्वास्थ्य जांच:

- प्रारंभिक सेवा केंद्रों पर तैनात चिकित्सकों द्वारा
- आशा द्वारा 0 से 6 सप्ताह तक आवासीय प्रसव के स्थिति में
- वर्ष में दो बार एम एच टी द्वारा ए डब्ल्यू सी में 6 सप्ताह से 6 वर्ष तक
- वर्ष में एक बार एम एच टी द्वारा स्कूल में 6 वर्ष से 18 वर्ष (पूर्ण सरकारी एवं सरकार द्वारा सहायित)

प्राथमिक साहचर्य:

- आवासीय नवजात देखभाल और शीघ्र रेफरल (एच बी एन सी)
- पी एच सी पर नवजात देखभाल (एन बी सी सी, एन बी एस यू और एस एन सी यू)
- बचपन की सामान्य बीमारियों (दस्त, निमोनिया और मलेरिया) का समेकित प्रबंधन
- बाल पोषण और आवश्यक सूक्ष्म पोषक तत्व पूरकता
- टीकाकरण
- 0 से 18 वर्ष की आयु के बच्चों में विकलांगता सहित जन्मजात दोषों, कमियों, बीमारियों और धीमे विकास का शीघ्र पता लगाना और प्रबंधन

1. आवासीय नवजात की देखभाल और शीघ्र रेफरल:

शिशु मृत्यु दर को नियंत्रित करने के लिए, नवजात शिशुओं की सही देखभाल करना सबसे अधिक आवश्यक है। वर्तमान आंकड़ों के अनुसार नवजात मृत्यु पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर का दो तिहाई हिस्सा है। जिनमें से अधिकांश मृत्युएं जीवन के पहले ही सप्ताह में हो जाती हैं। नवजात मृत्यु का लगभग एक चौथाई हिस्सा जीवन के दूसरे से चौथे सप्ताह में होने वाली मृत्युओं का योग है।

वैश्विक साक्ष्यों के जिन क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की कमी है या स्वास्थ्य केंद्र उपलब्ध ही नहीं हैं ऐसे क्षेत्रों में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा आवासीय प्रसव के लिए जतन किए जाते हैं, इन क्षेत्रों में नवजात मृत्युओं की संख्या में कमी देखी जा सकती है। गृह-आधारित नवजात शिशु देखभाल कार्यक्रम वर्ष 2011 में शुरू किया गया था।

गृह-आधारित नवजात शिशु देखभाल (एच बी एन सी) कार्यक्रम के घटक:

तत्काल प्रसवोत्तर देखभाल (विशेष रूप से आवासीय प्रसव के मामलों में) और 42 दिन की आयु तक के सभी नवजात शिशुओं की आवश्यक देखभाल नवजात शिशुओं की विशेष देखभाल करने के लिए सीमावर्ती स्वास्थ्यकर्मी (आशा) को प्रशिक्षित और प्रोत्साहित किया जाता है। उन्हें बीमारियों की पहचान, उचित देखभाल और घर के दौरे के माध्यम से रेफरल सेवाओं के लिए भी प्रशिक्षित किया जाता है।

देखभाल के लिए आवासीय भ्रमण कार्यक्रम:

- दिन: 0, 3, 7, 14, 21, 28 और 42

प्रदत्त सेवाएं:

- संक्रमण की पहचान
- जन्म दोष की पहचान
- खतरे के संकेतों की शीघ्र पहचान और प्रारंभिक उपचार के बाद शीघ्र रेफरल
- स्तनपान के लिए जागरूकता
- संक्रमण से बचाव के हाथ धोने एवं स्वच्छता बरतने के लिए जागरूकता

2. बीमार नवजात शिशुओं की सुविधा केंद्रों पर देखभाल

यह अनुमान लगाया गया है कि स्वास्थ्य सुविधाओं के नियोजन से नवजात मृत्यु दर को 23: से 50: तक कम कर सकते हैं। जन्म श्वासावरोध और समय से पहले जन्म की जटिलताओं, जन्म के समय कम वजन और संक्रमण का उचित प्रबंधन नवजात मृत्यु दर को काफी हद तक नियंत्रित कर सकता है। अतः ये माना जाता है की (एफ बी एन सी) प्राथमिक सेवाएं नवजात मृत्यु दर को कम करने की समग्र रणनीति का एक महत्वपूर्ण अंग हैं।

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जे एस एस के) के अंतर्गत सभी नवजात शिशुओं को तीस दिनों तक सुविधा-आधारित नवजात देखभाल की आवश्यकता होती है, इस योजना के तहत नवजात शिशुओं को देखभाल सुविधाओं में जांच, दवाएं और उपचार निःशुल्क रूप में प्राप्त कराई जाती हैं। अगले स्तर पर रेफर किये जाने की स्थिति में घर, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र से निर्देशित स्वास्थ्य सुविधा केंद्र अथवा अस्पताल तक और स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों के बीच परिवहन के लिए आपातकालीन रेफरल परिवहन भी निःशुल्क प्रदान किया जाता है।

प्राथमिक / सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों पर होने वाली नवजात देखभाल सेवाओं के तीन स्तरों की परिकल्पना की गई है:

1. नवजात शिशु देखभाल इकाई (एन बी सी सी)
2. नवजात स्थिरीकरण इकाई (एन बी एस यू)
3. बीमार नवजात देखभाल इकाई (एस एन सी यू)

नवजात शिशु देखभाल इकाई (एन बी सी सी) निम्नांकित वितरण बिंदुओं पर आधारित है:

- जन्म के समय आवश्यक नवजात देखभाल (ई एन बी सी सहित रेसस्टेशन, तपानुकूलन, विटामिन के)

- प्राथमिक और अनन्य स्तनपान की शुरुआत
- प्राथमिक टीकाकरण – बी सी जी, ओ पी वी, हेपेटाइटिस बी
- कर्मचारियों को एन एस एस के (नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम) में प्रशिक्षित करने की आवश्यकता है

नवजात स्थिरीकरण इकाइयों (एन एस बी यू) का प्रबंध प्रत्येक एफ आर यू और 24x7 सी एच सी पर किया जाता है। यह 4 बिस्तरों वाली इकाई है जिसमें:

- एन बी सी सी की तरह सभी सेवाएं प्रदान की जाती हैं
- कम बीमार नवजात शिशु की देखभाल की जाती है
- जन्म के समय कम वजन वाले नवजात शिशु जिनका वजन 1800 ग्राम से कम न हो और उनका स्वास्थ्य स्थिर हो
- 34 से 37 सप्ताह के गर्भ से जन्मे अपरिपक्व शिशु यदि उनका स्वास्थ्य स्थिर हो
- नवजात शिशुओं को पीलिया के लिए बिना किसी अन्य जटिलताओं के फोटोथेरेपी की आवश्यकता हो
- 03 नर्सिंग स्टाफ को एन बी एस यू के लिए पूर्ण रूप से स्वीकृत किया गया है
- उन्हें एन एस एस के एवं सुविधा केंद्रों पर आधारित – नवजात व रोगों का एकीकृत प्रबंधन (एफ – आई एम एन सी आई) में प्रशिक्षित करने की आवश्यकता है।

3. बाल पोषण और आवश्यक सूक्ष्म पोषक तत्व आपूर्ति:

पोषाहार पुनर्सुधार केंद्र (एन आर सी)

गंभीर कुपोषण (एस ए एम) से निपटने के लिए राज्य भर में सुविधा केंद्रों पर एन आर सी प्रबंधन की व्यवस्था की जा रही है। ललितपुर जिले के जिला पुरुष अस्पतालों, चिकित्सा संस्थानों और सी एच सी इत्यादि में एन आर सी न केवल चिकित्सा और पोषण संबंधी रखरखाव प्रदान करता है बल्कि गंभीर रूप से अल्पपोषित बच्चों के शारीरिक और मानसिक विकास को बढ़ावा देने में भी महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।

एन आर सी के लिए पूर्ण रूप से स्वीकृत अनुबंधित कर्मचारी हैं:

- 01 चिकित्सा अधिकारी
- 04 स्टाफ नर्स
- 01 आहार प्रदर्शक
- 03 चतुर्थ श्रेणी के (1 रसोइया, 1 सफाईकर्मी और एक रखवाली करने वाला) कर्मचारी

चिकित्सा अधिकारी और स्टाफ नर्स दोनों को राज्य स्तरीय कौशल्य शिशु और बाल आहार (आई वाई सी एफ) आधारित प्रशिक्षण दिया जाता है।

अनुलग्नक: एन आर सी त्रैमासिक प्रतिवेदन प्रारूप

राष्ट्रीय आयरन प्लस उपक्रम (एन आई पी आई):

यह कार्यक्रम शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में शिशुओं और छोटे बच्चों (जिनकी आयु 6 से 59 महीने के बीच हो) और स्कूल जाने वाले लड़कों और लड़कियों (जिनकी आयु 5 से 10 वर्ष के बीच हो) के लिए सरकारी / सरकार द्वारा सहायता प्राप्त 6 नगर निगम विद्यालयों और आंगनवाड़ी केंद्रों के माध्यम से कार्यान्वित किया जाता है।

इसमें 2 रणनीतियां शामिल हैं:

1. 06 महीने से 59 महीने तक के बच्चों को, 9 महीने की उम्र के बाद कृमिहरण (डीवार्मिंग) के लिए सप्ताह में दो बार आयरन – फोलिक एसिड (आई एफ ए) सिरप और साल में दो बार एल्बेंडाजोल दिया जाना। कृमिनाशक गोलियों ६ सिरप के सटीक द्विवार्षिक सेवन को विटामिन ए की पूरकता के साथ जोड़ा जाता है। विटामिन ए की आपूर्ति के लिए सरकार की नीति के भाग के रूप में, नौ महीने से पांच साल के बच्चों को विटामिन ए की छह मासिक खुराक दी जाती है। एक बच्चे को 5वें जन्मदिन तक विटामिन ए की नौ खुराक मिल जानी चाहिए।
2. 5 से 10 वर्ष – आयरन – फोलिक एसिड (आई एफ ए) वितरण के लिए सोमवार का दिन सुनिश्चित किया गया है। लाभार्थियों की शिक्षक और आंगनवाड़ी कार्यकर्ता की देखरेख में आई एफ ए की गोलियां खिलाई जाती हैं।

उद्देश्य:

- कृमिहरण के लिए सप्ताह में एक बार आई एफ ए टैबलेट और साल में दो बार एल्बेंडाजोल की खुराक दिया जाना सुनिश्चित करना
- आयरन की मात्रा बढ़ाने के लिए किशोर लड़के और लड़कियों को सही आहार पद्धतियों की जानकारी देना
- किशोरों के बीच कृमि संक्रमण को रोकने के बारे में जानकारी का प्रसार करना और कृमि संक्रमण को रोकने के लिए जूतों के उपयोग सहित सही स्वच्छता प्रथाओं को अपनाने के लिए प्रोत्साहित करना।

4. बालपन की सामान्य बीमारियों (निमोनिया, दस्त और मलेरिया) का एकीकृत प्रबंधन

भारत में नवजात और बाल मृत्यु के सबसे सामान्य कारणों को दूर करने के लिए एकीकृत रणनीति को अपनाया गया है, जिसके अंतर्गत निवारक और उपचारात्मक दोनों प्रकार के उपक्रम शामिल हैं। इसे नवजात और बचपन की बीमारियों (या आई एम एन सी आई) के एकीकृत प्रबंधन के रूप में जाना जाता है और स्वास्थ्य सेवाओं को समुदायिक (आशा पैकेज), प्राथमिक और रेफरल सभी स्तरों पर प्रदान किया जाता है। आई एम एन सी आई, बाल पोषण, टीकाकरण, और रोग की रोकथाम और स्वास्थ्य संवर्धन के तत्वों के विभिन्न पहलुओं को उजागर करता है।

सारतत्व:

- स्वास्थ्य कर्मचारियों के मामला-वार प्रबंधन क्षमता में सुधार
- नवजात और बचपन की बीमारियों के प्रभावी प्रबंधन के लिए आवश्यक समग्र स्वास्थ्य प्रणाली में सुधार और
- परिवार और सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल प्रथाओं में सुधार

प्रदत्त सेवाएं:

- डायरिया और निमोनिया को बाल मृत्यु के प्रमुख कारणों के रूप में माने जाने से दोनों बीमारियों के प्रबंधन पर प्राथमिकता से ध्यान दिया जाता है।
- सभी उप-केंद्रों और सभी सीमावर्ती कार्यकर्ताओं के पास ओ आर एस और जिंक की पर्याप्त उपलब्धता सुनिश्चित की जाती है।
- बच्चों को डायरिया से ग्रसित होने पर ओ आर एस के उपयोग के साथ-साथ जिंक के उपयोग को सक्रिय रूप से बढ़ावा दिया जा रहा है।
- निमोनिया के प्रारंभिक लक्षणों से ग्रसित 2 महीने से 5 वर्ष की आयु के बच्चों में राष्ट्रीय दिशानिर्देशों के आधार पर मान्य एंटीबायोटिक्स का उपयोग सीमावर्ती कार्यकर्ताओं (आशा, ए एन एम) और स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों आदि सभी स्तरों पर सुनिश्चित किया जाता है।

आवश्यक नवजात देखभाल (ई एन बी सी) के घटक:

- बच्चे के सांस न ले पाने की स्थिति में पहले से गरम किए गए साफ लिनन या रेडिएंट वार्मर के माध्यम से गर्माहट प्रदान करें

- जन्म के एक घंटे के भीतर मां को पी एन सी में स्थानांतरित करने से पहले प्रसव कक्ष में ही स्तनपान कराना बेहतर होगा
- जन्म के जन्म के 2 घंटे के भीतर ही शिशु के वजन का आंकलन

कंगारू मदर केयर (के एम सी) के घटक:

- प्रारंभिक, निरंतर और लंबे समय तक त्वचा से त्वचा का संपर्क
- अनवरत स्तनपान

कंगारू मदर केयर (के एम सी) के लिए उपयुक्त शारीरिक मुद्रा:

- बच्चे को मां के स्तनों के बीच सीधी स्थिति में रखें
- सिर एक तरफ कर दिया
- कूल्हों को "मैंढक" स्थिति में बाहें मुड़ी हुई हों
- मां के पेट से बच्चे का पेट सटा हुआ हो
- बच्चे के कूल्हों पर मां हांथ फेरती रहे

सीमावर्ती कार्यकर्ताओं द्वारा सेप्सिस प्रबंधन

सेप्सिस के लक्षण:

- रेफर करने से पहले इंट्रा-मस्क्युलर इंजेक्शन लमदजंउपबपद (5mg/kg) और Amoxicillin (25mg/kg) दवा की खुराक
- रेफर करने की आवश्यकता न होने पर 7 दिनों के लिए इंजेक्शन Gentamicin OD और Amoxicillin BD की खुराक

नवजात और रेफरल नियम का रेफर करने से पूर्व स्वास्थ्य स्थिरीकरण

- रेफरल से पहले TABCN सुनिश्चित करें
- परिवहन के दौरान तापमान नियंत्रित रखने के लिए, बच्चे को के एम सी की स्थिति में परिवार की देखभाल करने वालों के साथ रखें
- श्वासनली को साफ करें और यदि आवश्यक हो तो देखभाल करने वाले को डिस्पोजेबल म्यूकस एक्सट्रैक्टर भी प्रदान करें
- वास का आकलन करते रहें, O₂ संतृप्ति की जांच करते रहें और परिवहन वाहन में ऑक्सीजन की व्यवस्था सुनिश्चित करें
- सी आर टी की जांच करें और यदि संचलन बिगड़ता दिखे तो इंट्रा-वेनस Normal Saline Bolus (10 उसधह) प्रत्येक 30 मिनट अंतराल पर जिसकी अधिकतम सीमा 30 उसधह है
- ग्लूकोज का स्तर 45mg/dl से अधिक रखना सुनिश्चित करें
- स्थानांतरित अस्पताल / संस्थान को पहले से सूचित करके रखें और परिवहन राष्ट्रीय एम्बुलेंस प्रणाली के माध्यम से ही सुनिश्चित करें

2 महीने से अधिक उम्र के बच्चों में डायरिया प्रबंधन

- 2 महीने तक के बच्चों को दस्त होने पर इसे सेप्सिस के मामलों के रूप में माना जाना चाहिए। रेफरल से पहले की पूरी खुराक दी जानी चाहिए और शीघ्र ही आगे की चिकित्सा देखभाल के लिए रेफर किया जाना चाहिए।

2 महीने से अधिक उम्र के बच्चों में डायरिया हों तो प्लान ए, बी, और सी का पालन करें:

- प्लान ए – शरीर में पानी की कमी ना होने की स्थिति में, आयु-उपयुक्त आहार देना जारी रखें, ओ आर एस शुरू करें और अतिसार प्रकरण तक जारी रखें जिंक थेरेपी शुरू करें (6 महीने की उम्र तक 10 मिलीग्राम प्रति दिन

और 6 महीने की उम्र के बाद 20 मिलीग्राम प्रतिदिन) और 14 दिन का उपचार कोटा पूरा करें। बड़े बच्चों को तरल एड-लिब दें।

- योजना बी – शरीर में पानी की थोड़ी कमी होने की स्थिति में, ओरल रिहाइड्रेशन थेरेपी (ओ आर टी) शुरू करें और 4 घंटे के भीतर पानी की कमी को पूर्ण करने का प्रयास करें। आयु-उपयुक्त भोजन देना जारी रखें और जिंक थेरेपी शुरू करें।
- प्लान सी – शरीर में पानी की काफी कमी होने की स्थिति में, इंट्रा-वेनस त्पदहमत संबजंजम (100 उसधह) का उपयोग करें, और 12 महीने तक की आयु के बच्चों के शरीर में पानी की कमी को 6 घंटे के भीतर और 12 महीने से अधिक उम्र के बच्चों के शरीर में पानी की कमी को 2.5 घंटे के भीतर पूर्ण करें। उम्र के अनुसार उचित आहार देना जारी रखें और जिंक थेरेपी शुरू करें।

ज्ञान बिंदु:

- बाल-सजग देखभाल प्रदान करने की क्षमता
- नवजात पुनर्जीवन प्रदान करने की क्षमता
- के एम सी प्रदान करने की क्षमता
- सेप्सिस प्रबंधन शुरू करने की क्षमता
- प्री-रेफरल स्थिरीकरण प्रदान करने की क्षमता
- निमोनिया और डायरिया का प्रबंधन शुरू करने की क्षमता
- बाल पोषण के संबंध में सलाह देने की क्षमता
- प्री-रेफरल स्थिरीकरण प्रदान करने की क्षमता

D- टीकाकरण

उद्देश्य:

1. टीकाकरण के महत्व को समझाना
2. भारत में टीकाकरण कार्यक्रम की उपलब्धियों का वर्णन करना
3. नियमित टीकाकरण की प्रक्रिया में चिकित्सा अधिकारियों के उत्तरदायित्वों की सूची बनाना

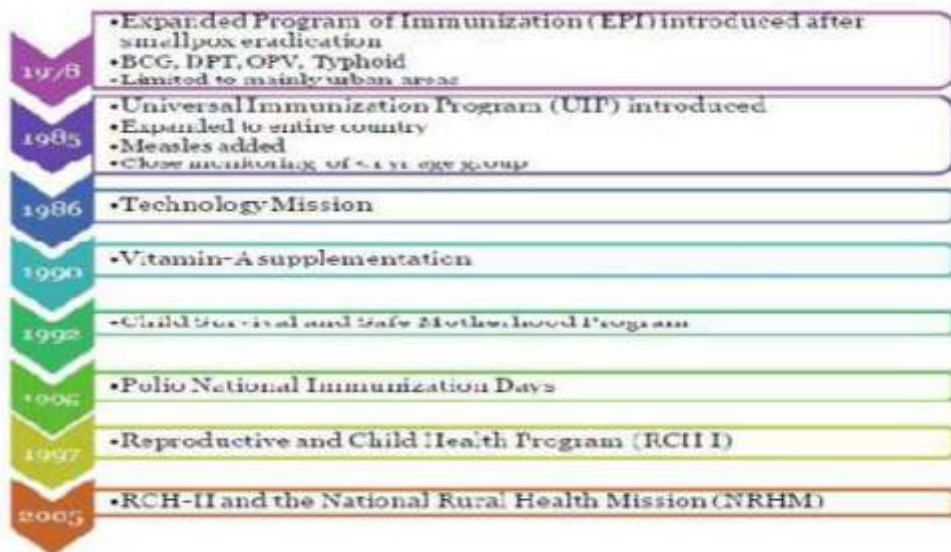
टीके प्रतिरक्षा प्रणाली को उत्तेजित करके शरीर को सक्रिय प्रतिरक्षा प्रदान करते हैं जो रोग पैदा करने वाले जीवों के खिलाफ एंटीबॉडी का उत्पादन करता है। टीकों को विकसित किये जाने के आधार पर दो भागों में विभाजित किया जा सकता है, जीवित रोगाणु के कमजोर (या क्षीण) रूप का उपयोग करके बनाए गए टीके और रोगाणु के मृत नमूनों का उपयोग करके बनाए गए टीके।

जीवित कमजोर रोगाणुओं से बने टीके रोग पैदा करने वाले वायरस या बैक्टीरिया से प्राप्त होते हैं जिन्हें प्रयोगशाला परिस्थितियों में कमजोर कर दिया जाता है। किसी भी टीकाकृत व्यक्ति में ये कमजोर रोगाणु अपनी संख्या बढ़ाते हैं और वास्तविक संक्रामक रोगाणुओं की तुलना में कमजोर होने के कारण ये बीमारी का केवल एक अनुभव कराते हैं। उदाहरण के लिए बी सी जी, खसरा और पोलियो की ओरल वैक्सीन इत्यादि। वहीं दूसरी ओर, निष्क्रिय या मारे गए रोगाणुओं के वैज्ञानिक प्रयोग से निर्मित टीके, ताप नियंत्रण या रसायनिक प्रक्रियाओं से निष्क्रिय किए जाते हैं। निष्क्रिय होने के कारण ये टीकाकृत व्यक्ति में विकसित नहीं हो पाते हैं, इसलिए बीमारी का कारण नहीं बन सकते हैं। इस प्रकार के टीके, जीवित टीकों की तुलना में कम प्रभावी होते हैं, पूर्ण सुरक्षा के लिए एक से अधिक खुराक की आवश्यकता होती है और साथ ही प्रतिरक्षा को बनाए रखने के लिए बूस्टर खुराक की आवश्यकता होती है।

उदाहरण के लिए: पूर्ण-कोशिका (पर्टुसिस)य आंशिक प्रोटीन आधारित (डिप्थीरिया टॉक्साइड और टेटनस टॉक्सॉयड) और पुनः संयोजक (हेपेटाइटिस बी) टीके

टीकों के प्रभाव, टीकाकृत व्यक्ति की आयु, शारीरिक स्थिति और दी गयी खुराक के अनुसार भिन्न हो सकते हैं। उदाहरण के लिए, खसरे का टीका 9 महीने की उम्र में 85: प्रभावी होता है और डीपीटी की तीन खुराक डिप्थीरिया के खिलाफ 95: से अधिक, पर्टुसिस के खिलाफ 80: और टेटनस के खिलाफ 100: सुरक्षा प्रदान करती है।

भारत में टीकाकरण कार्यक्रम की महत्वपूर्ण उपलब्धियां:



नियमित टीकाकरण सबसे अधिक लागत प्रभावी सार्वजनिक स्वास्थ्य उपक्रमों में से एक है और इसे भारत में सबसे पहली बार 1978 में प्रस्तावित किया गया था। फिर भी सरकार और अन्य स्वास्थ्य एजेंसियों के कठिन प्रयासों के दाब भी भारत में कमजोर शिशुओं और बच्चों का एक बड़ा हिस्सा अप्रतिरक्षित ही रह जाता है।

भारत में ऐसे बच्चों की संख्या लगभग 1 करोड़ है दुनिया के किसी भी देश की तुलना में सबसे अधिक है। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (2005–2006) की रिपोर्ट के मुताबिक भारत में केवल 43.5: बच्चों को 12 महीने की उम्र तक अपने सभी प्राथमिक टीके प्राप्त हो पाए थे। राज्यों के निजी आंकड़ों में भी व्यापक भिन्नता प्रदर्शित होती है, और कम टीकाकरण कवरेज वाले राज्यों में बाल मृत्यु दर भी अधिक है।

एन आर एच एम के तहत टीकाकरण की प्रसार

- ऑटो डिसेबल (ए डी) सीरिज और हबकटर का परिचय
- नजदीकी टीका भंडारण केंद्र से टीकाकरण केंद्रों तक टीके ताप-सुरक्षित स्थानान्तरण की वैकल्पिक व्यवस्था का नियमन
- राज्य और जिला प्रतिरक्षण अधिकारियों और अन्य पर्यवेक्षी कर्मचारियों को परिवहन हेतु सहायता
- खाली पड़े सेवा केंद्रों, सहित शहरी मलिन बस्तियों और सीमित-सेवा वाले क्षेत्रों में टीकाकरण के लिए टीका लगाने वाले कर्मचारियों की वैकल्पिक व्यवस्था
- प्रभाव क्षेत्र को बढ़ाने, स्कूल छोड़ने वालों की संख्या में कमी लाने और टीकाकरण के साथ पोषण के अभिसरण के लिए आशा ६ संबंधित कार्यकर्ता द्वारा बच्चों और गर्भवती महिलाओं को जुटाना
- राष्ट्रीय और राज्य स्तर पर द्विवार्षिक आरआई (आर आई) समीक्षा बैठकें
- हर जिले और राज्य में कंप्यूटर सहायक की व्यवस्था
- नियमित टीकाकरण निगरानी प्रणाली (आर आई एम एस)
- रिकॉर्डिंग, रिपोर्टिंग और निगरानी उपकरणों की विकेंद्रीकृत छपाई (जैसे टीकाकरण कार्ड, निगरानी चार्ट, ट्रैकिंग बैग, तापमान चार्ट इत्यादि)
- अन्य (जैसे पॉलिथीन बैग, जनरेटर आदि के लिए पी ओ एल)
- कोल्ड चेन के रखरखाव और विस्तार को मजबूत करना
- टीका प्रबंधन को मजबूत करना

नियमित टीकाकरण योजना में चिकित्सा अधिकारियों की जिम्मेदारियां:

- स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को उनके द्वारा प्रस्तुत आंकड़ों का विश्लेषण करना
- बाधाओं / चुनौतियों की पहचान करने और उपयुक्त योजना तैयार करने के लिए मार्गदर्शन करना
- उपकेंद्रों के लिए उपयुक्त योजनाओं के आधार पर ब्लॉक के लिए उपयुक्त योजना तैयार करना
- दुर्गम क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं अतिरिक्त सहायता को प्राथमिकता देना
- सूक्ष्मकालिक योजनाओं की नियमित समीक्षा और अद्यतन
- सभी प्रकार की स्वास्थ्य सुविधाओं, सत्र-योजना और कार्य-योजना के साथ संबंधित क्षेत्रों का विवेचन करना
- टीकाकरण केंद्रों के लिए उपयुक्त संकेतक (साइनबोर्ड) का प्रबंध करना
- निगरानी और पर्यवेक्षण के लिए योजना
- सूचना, शिक्षा एवं संचार (आई ई सी) के लिए उपयुक्त योजना बनाना

शीत-श्रृंखला (कोल्ड चेन) और माल-वाहन व्यवस्था (लॉजिस्टिक्स) प्रबंधन:

- निगरानी हेतु जिला मुख्यालय कोल्ड चेन स्टोर का मासिक भ्रमण सुनिश्चित करना
- कोल्ड चेन को बनाए रखना, निगरानी करना और पी एच सी ६ सी एच सी के वैक्सीन भंडारण एवं माल वाहन व्यवस्था का प्रबंधन
- टीकाकरण के सभी सत्रों के लिए टीके और पर्याप्त आपूर्ति एवं सजह उपलब्ध सुनिश्चित करना

- वैकल्पिक टीका वितरण प्रणाली के माध्यम से विस्तार क्षेत्र के नियोजित टीका केंद्रों पर ए एन एम ६ एच डब्ल्यू को टीकों और आपूर्ति का नियमित वितरण सुनिश्चित करना

अधीक्षण, पर्यवेक्षण और निगरानी

- एच डब्ल्यू के छुट्टी पर होने पर भी वैकल्पिक व्यवस्था करके टीकाकरण के विस्तृत सत्रों का जियोजन को सुनिश्चित करना
- एस सी मासिक रिपोर्ट एकत्र करने और समीक्षा करना और त्वरित सहयोग के लिए प्रणाली स्थापित करना
- मासिक रिपोर्ट में वी पी डी और ए ई एफ आई मामलों की रिपोर्टिंग सुनिश्चित करना
- निर्धारित समय सीमा के अंदर पूरी रिपोर्ट जमा करना एवं जिला मुख्यालय में मासिक बैठक के दौरान गतिविधि की प्रगति पर जानकारी देना
- विस्तार सूचना, निगरानी आलेख, पर्यवेक्षण सूची, अनुरेखण बैग आदि जैसे सरल निगरानी उपकरणों का उपयोग सुनिश्चित करना
- स्वास्थ्य सुविधा के साथ आगामी दौरों और नियमित बैठकों के लिए पर्यवेक्षी कार्यक्रम तैयार करना
- पेशेवर प्रशिक्षण प्रदान करें और जितनी बार संभव हो मुद्दों को मौके पर ही हल करना
- पी एच सी और उप केंद्रों पर पर्यवेक्षी लॉग बुक बनाए रखना
- एच डब्ल्यू की मासिक ६ पाक्षिक समीक्षा बैठक आयोजित करना
- आई सी डी एस, स्थानीय ग्राम प्रशासन और गैर सरकारी संगठनों के साथ समन्वय करने के लिए पी एच सी में अंतर-क्षेत्रीय समन्वय बैठकें आयोजित करना

सामुदायिक भागीदारी और संचार

- समुदाय (आई पी सी) के साथ नियमित संवाद स्थापित करने में कर्मचारियों का समर्थन
- आई सी डी एस जैसे सामुदायिक भागीदारी वाले कार्यक्रमों और गैर सरकारी संगठनों के साथ तालमेल
- समुदाय ६ पंचायत के नेताओं, शिक्षकों और स्वयंसेवकों से नियमित रूप से मिलेंय उन्हें अपनी बैठकों में टीकाकरण के बारे में जानकारीय प्रसारित की जाने वाली टीकाकरण संबंधी लिखित जानकारी
- उच्च गुणवत्ता वाली सेवा सुनिश्चित करने के लिए समुदाय की प्रतिक्रिया का संकलन
- ए एन एम के आगमन की सार्वजनिक रूप से घोषणा करने के लिए कार्यप्रणाली का नियोजन
- नवजात शिशुओं और स्कूल छोड़ने वालों की निगरानीय आशा और आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को नियत सूचीबद्ध जानकारी का आदान प्रदान

वित्तीय प्रबंधन

- स्वास्थ्य केन्द्रों को समय पर राशि जारी करना सुनिश्चित करना
- वैकल्पिक वैक्सीन डिलीवरी के लिए संसाधनों की समय पर भुगतान, सामाजिक वितरण कार्यकर्ताओं को समय पर भुगतान और जहां भी लागू हो, जे एस वाई के रिकॉर्ड को बनाए रखना
- विभिन्न मदों के अंतर्गत वाउचर के साथ प्राप्त सभी निधियों और किए गए व्यय का विवरण रखना
- जमीनी स्तर पर धन के समय पर वितरण की निगरानी करना
- व्यय विवरणी एवं उपयोगिता प्रमाण पत्र जिले को भेजना

E - एकीकृत रोग निगरानी कार्यक्रम (आई डी एस पी)

उद्देश्य:

- रोगों का पता लगाने और उस पर प्रतिक्रिया करने के लिए महामारी जनित रोगों के लिए रोग निगरानी प्रणाली को मजबूत करना
- नवीनतम सूचना और संचार प्रौद्योगिकी का उपयोग करके रोग निगरानी और प्रतिक्रिया को मजबूत करना
- बीमारी के प्रकोप में, सार्वजनिक स्वास्थ्य से संबंधित आपात स्थिति या किसी अन्य आपदा की स्थिति के प्रबंधन के लिए कमांड सेंटर के रूप में कार्य करना
- एस एच ओ सी का उद्देश्य उस भौतिक स्थान के रूप में कार्य करना है जहां घटना प्रबंधन & प्रतिक्रिया गतिविधियों का समर्थन करने के लिए सूचना और संसाधनों का समन्वय सामान्य रूप से होता है।

विषय:

- भारत में रोग निगरानी प्रायः राज्यों द्वारा की जाती रही है। निगरानी की गुणवत्ता और इसके दर्जे में अनियमित अंतराल, बीमारियों के क्रम में अलग-अलग प्राथमिकताएं स्पष्ट हैं। त्वरित प्रतिक्रिया दल (आर आर टी) को इन बीमारियों & महामारियों की क्षमता के आधार पर बुलाया जाता है
- मलेरिया प्रतिक्रिया दल
- हैजा से लड़ने वाले दल
- अन्य विशिष्ट रोगों के लिए प्रतिक्रिया दल

राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम:

महत्वपूर्ण निगरानी घटक, रोग विशिष्ट दृष्टिकोण में और जिला स्तर पर प्रतिक्रिया में अक्सर देरी होती है।

- मलेरिया
- फाइलेरिया
- काला आजार
- कुष्ठ रोग
- टीबी
- पोलियो
- एचआईवी/एड्स
- वीपीडी आरसीएच
- कैंसर नियंत्रण
- अंधापन
- मानसिक स्वास्थ्य
- आयोडीन की कमी
- जलापूर्ति
- संपूर्ण स्वच्छता

निगरानी की आवश्यकता

- दिल्ली आये में हैजा के प्रकोप और सूरत में आये प्लेग के प्रकोप से हुई मृत्युओं की संख्या और महत्वपूर्ण आर्थिक संकट के परिणाम स्वरूप भारत सरकार ने रोग निगरानी के महत्व को महसूस किया।

संचारी रोगों के लिए राष्ट्रीय निगरानी कार्यक्रम (एन एस पी सी डी)

- केंद्रीय प्रायोजित योजना एन एस पी सी डी को केंद्र द्वारा देश के पांच पायलट जिलों वर्ष 1997-98 में शुरू किया गया था और आने वाले वर्षों में देश के सभी 35 राज्यों और केंद्र शासित प्रदेशों की निगरानी करने के

उद्देश्य से इस योजना का विस्तार धीरे धीरे कुल 101 जिलों में हुआ।

रणनीति

- पूर्व चेतावनी प्रणाली (ई डब्ल्यू एस) की स्थापना की गई जिससे रोगों की रोकथाम और नियंत्रण के लिए उचित और समय पर कार्रवाई की जा सके
- उत्तर प्रदेश राज्य ने एक प्रशिक्षित बहु-विषयक त्वरित प्रतिक्रिया दल का गठन हुआ
- ई-मेल और फ़ैक्स के माध्यम से तीव्र संचार की सुविधा आई
- निदान की शीघ्र पुष्टि के लिए राज्य और जिला प्रयोगशालाओं को सुदृढ़ किया गया
- जिले में स्वास्थ्य कर्मचारियों की क्षमता विकास
- सूचना, शिक्षा और संचार (आई ई सी) की व्यापक व्यवस्था हुई

एकीकृत रोग निगरानी कार्यक्रम (आई डी एस पी)

- यह एन एच एम की छत्रछाया में एक योजना है जिसे विश्व बैंक की सहायता से 31 मार्च 2010 तक की अवधि के लिए नवंबर 2004 में शुरू किया गया था। 12वीं योजना के दौरान इस योजना को जारी रखने के लिए, घरेलू बजट से 640.4 करोड़ रुपये के परिव्यय के साथ इसका पुनर्गठन और विस्तार कर इसे मार्च 2012 तक प्रभावी बनाया गया।

अवयव

- निगरानी गतिविधियों का विकेंद्रीकरण
- एस एस ओ, डी एस ओ एस, आर आर टी सदस्यों, अन्य मेडिकल और पैरामेडिकल स्टाफ का मानव संसाधन विकास प्रशिक्षण
- सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रयोगशालाओं का सुदृढ़ीकरण
- आंकड़ों के संग्रह, संकलन, विश्लेषण और प्रसार के लिए सूचना प्रौद्योगिकी का उपयोग
- अंतर क्षेत्रीय समन्वय

संगठन संरचना

- केंद्रीय निगरानी इकाई (सी एस यू): राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केंद्र (एन सी डी सी), दिल्ली के साथ प्रशासनिक और वित्तीय रूप से एकीकृत
- राज्य निगरानी इकाई (एस एस यू): राज्य निगरानी अधिकारी (एस एस ओ) के रूप में पहचाने गए एक नियमित अधिकारी के साथ प्रत्येक राज्यकेंद्र शासित प्रदेश में एक, 7 संविदा कर्मचारियों द्वारा समर्थित। कोन (वेट) को 2013-14 में जोड़ा गया
- जिला निगरानी इकाई (सी एस यू): प्रत्येक जिले में एक जिला निगरानी अधिकारी (डी एस ओ) के रूप में एक नियमित अधिकारी के साथ, 3 संविदा कर्मचारी

कार्यप्रणाली:

- आई टी नेटवर्क से जुड़े सभी डी एस यू, एस एस यू और सी एस यू
- डी एस यू स्वास्थ्य सुविधाओं से महामारी प्रवण रोगों पर साप्ताहिक आंकड़े एकत्र करता है, मामलों में वृद्धि का पता लगाने के लिए संकलन और विश्लेषण करता है
- ई-मेल और पोर्टल (www-idsp-nic-in) के माध्यम से एस एस यू और सी एस यू के साथ साप्ताहिक आंकड़ा साझा किया जाता है।
- मामलों ६ प्रकोप में वृद्धि की जांच की जाती है और जिला और राज्य त्वरित प्रतिक्रिया दल (आर आर टी) द्वारा सहायता दी जाती है, सी एस यू प्रकोप का परिमाण और स्थिति के अनुसार हस्तक्षेप कर सकता है।
- एस एस ओ, डी एस एस, आर आर टी, को सी एस यू द्वारा चिन्हित शीर्ष संस्थानों में प्रशिक्षित किया गया है

निगरानी के अंतर्गत रोग स्वास्थ्य स्थितियां

- खसरा
- डिप्थीरिया
- काली खांसी
- छोटी माता
- मलेरिया
- डेंगू / डीएचएफ & डीएसएस
- चिकनगुनिया
- मस्तिष्कावरण शोथ
- ए ई एस / जे ई
- आंतों का बुखार
- अज्ञात उत्पत्ति का बुखार (पी यू ओ)
- तीव्र श्वसन संक्रमण (ए आर आई) / इन्फ्लुएंजा जैसी बीमारी (आई एल आई)
- सांप का काटना
- कुत्ते का काटना
- न्यूमोनिया
- तीव्र अतिसार रोग (तीव्र जठरांत्र शोथ सहित)
- दण्डाणुज पेचिश
- वायरल हेपेटाइटिस
- लेप्टोस्पाइरोसिस
- एक्यूट फ्लेसीड पैरालिसिस (15 साल से कम उम्र के बच्चों में)
- कोई अन्य राज्य विशिष्ट रोग (यू पी द्वारा परिभाषित स्क्रब टाइफस और कालाजार)
- असामान्य सिंड्रोम

प्रयोगशालाओं का सुदृढीकरण

- महामारी संभावित रोगों की चरणबद्ध तरीके से जांच करने के लिए जिला प्रयोगशालाओं को सुदृढ किया जा रहा है।
- राज्य में चिन्हित 07 मेडिकल कॉलेजों में मौजूदा कार्यात्मक प्रयोगशालाओं का उपयोग करके एक राज्य-आधारित रेफरल प्रयोगशाला नेटवर्क स्थापित किया गया है और आसपास के जिलों को प्रकोप के दौरान महामारी बाहुल्य रोगों के लिए नैदानिक सेवाएं प्रदान करने के लिए जोड़ा गया है। इस नेटवर्क में अब तक 40 जिलों को जोड़ा जा चुका है।
- एच1एन1 की निगरानी और प्रयोगशाला परीक्षण के लिए नोडल एजेंसी एन सी डी सी है।
- उत्तर प्रदेश में 07 चिन्हित प्रयोगशालाएं वर्तमान में काम कर रही हैं और इन्फ्लुएंजा ए (एच1एन1) के लिए परीक्षण कर रही हैं।

सूचना और संचार प्रौद्योगिकी (आई सी टी) घटक

नेटवर्क:

- डेटा केंद्र (85/85), प्रशिक्षण केंद्र (75/75) और वीडियो कॉन्फ्रेंसिंग प्रणाली (webcon-nic-in)
- जनशक्ति (डी एम, डी ई ओ)
- सॉफ्टवेयर / आई डी एस पी पोर्टल (webcon-nic-in)
- डेटा प्रबंधन – उपकरण और तरीके
- साप्ताहिक आंकड़े (सोमवार से रविवार)
- फॉर्म एस (संदिग्ध मामले): स्वास्थ्य कार्यकर्ता (उप केंद्र)

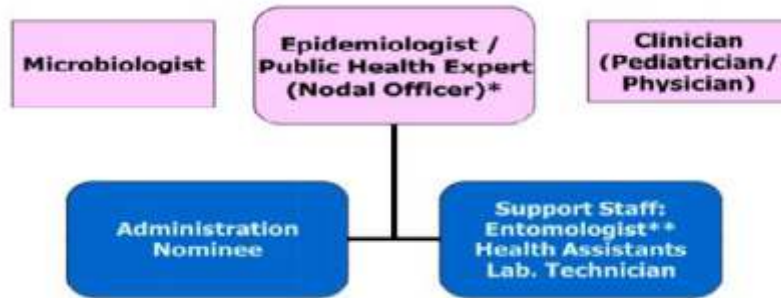
- फॉर्म पी (संभावित मामले): सरकार, डॉक्टर (पी एच सी, सी एच सी, अस्पताल आदि) और निजी स्वास्थ्य संस्थानों & सुविधाओं के डॉक्टर
- फॉर्म एल (प्रयोगशाला पुष्ट मामले): सरकार की प्रयोगशालाएं और निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य संस्थान & सुविधाएं
- वर्तमान में 90: जिले हर हफ्ते रिपोर्ट कर रहे हैं
- बीमारी के प्रकोप के लिए एस ओ एस रिपोर्टिंग
- पूर्व चेतावनी संकेत & प्रकोप रिपोर्टिंग प्रारूप
- मीडिया स्कैनिंग (प्रिंट और इलेक्ट्रॉनिक मीडिया) के माध्यम से पूरक सूचना
- अफवाह रजिस्ट्रों में एकत्रित अफवाहें
- आई टी नेटवर्क के माध्यम से जिलों से डेटा प्रेषित किया जाता है—
- आई डी एस पी पोर्टल (पकेच.दपब.पद) पर अपलोड करना
- ईमेल करना
- सभी स्तरों पर डेटा संकलनध्विश्लेषण और प्रतिक्रिया
- ब्लॉक & जिला & राज्य स्तर पर विश्लेषण किए जाने वाले पी, एल एंड एस प्रारूप पर रिपोर्ट किए गए डेटा

प्रकोप निगरानी - साप्ताहिक रिपोर्ट

- आई डी एस पी के माध्यम से उत्तर प्रदेश में वर्ष 2008 से शुरू हुआ
- सी एस यू को डी एस यू / एस एस यू से प्रकोप की रिपोर्ट के बारे में जानकारी मिलती है
- प्रकोप रिपोर्ट ई-मेल, आई डी एस पी के पोर्टल और एस ओ आर एस पोर्टल (राज्य का अपना पोर्टल) के माध्यम से एकत्र की जाती है
- जिलों को "शून्य" रिपोर्ट प्रस्तुत करना अनिवार्य कर दिया गया है
- राज्य द्वारा रिपोर्ट किए गए प्रकोप (अनंतिम / प्रयोगशाला की पुष्टि)
- 2015 में 408
- 2016 में 529
- 2017 में 443

अधिकांश प्रकोप विकट डायरिया रोग, खाद्य विषाक्तता, खसरा, इन्फ्लुएंजा ए (p1,u1), डेंगू आदि के कारण होते हैं

महारोग अन्वेषण दल (राज्य /जनपद)



सामरिक स्वास्थ्य संचालन केंद्र (एस एच ओ सी)

उद्देश्य:

आपातकालीन स्थिति, बीमारी के प्रकोप या किसी भी प्राकृतिक संकट की स्थिति में रोग की निगरानी, प्रकोप से निपटने और प्रमुख निर्णय निर्माताओं को संचालन करने की सुविधा प्रदान करने के लिए एक आपातकालीन दल का

निर्माण करना।

घटना प्रतिक्रिया प्रणाली (आई आर एस):

- एन सी डी सी, एस एच ओ सी सक्रियण और प्रतिक्रिया के भीतर आई आर एस के उपयोग और कार्यान्वयन पर विवरण
- आई आर एस की समग्र संरचना का वर्णन किया
- एस एच ओ सी, आई एच आर की क्षमता बढ़ने में सहयोग करता है



घटना प्रतिक्रिया प्रणाली (आई आर एस) के लाभ:

- मानकीकृत, प्रायोगिक और लचीला दृष्टिकोण
- सहयोग और पारस्परिकता की अधिकता
- कुशल संसाधन समन्वयन
- सभी खतरों के अनुकूल एवं व्यापक तैयारी
- मापने योग्य, प्राप्त करने योग्य उद्देश्यों का समाकलन
- घटनाओं को परिधीय स्तर तक सीमित रखने में सहायता

सामरिक स्वास्थ्य संचालन केंद्रों (एस एच ओ सी) का उद्देश्य:

- महारोग के दौरान साक्ष्य-आधारित प्रतिक्रिया का समर्थन करने के लिए
- घटना की जानकारी प्राप्त करने, विश्लेषण करने, प्रदर्शित करने और निगरानी करने की क्षमता प्रदान करने के लिए
- संसाधनों को पहचानने, व्यवस्थित करने, तैनात करने और अनुरेखण में सक्षम होने के लिए
- एक केंद्रीकृत स्थान से संचार, सहयोग और समन्वय करने में सक्षम होने के लिए

योजना आवश्यक क्यों है?

- क्योंकि यह निम्नांकित तरीकों से रुग्णता और मृत्यु दर को कम करती है
- आपात स्थितियों की प्रतिक्रिया की प्रभावशीलता, उपयुक्तता और समयबद्धता में सुधार करते हुए

- आपातकाल से पहले उपयुक्त मानसिकता विकसित करते हुए
- सहयोग और समन्वय की सुविधा देते हुए
- भूमिकाओं और जिम्मेदारियों को स्पष्ट करते हुए
- संभावित समस्याओं और बाधाओं की पहचान करते हुए
- बहुक्षेत्रीय प्रयत्नों को लागू करते हुए

मानक संचालन प्रक्रियाएं

- एक नए लेकिन सक्षम व्यक्ति द्वारा पढ़ा और समझा जा सकता है
- स्पष्ट रूप से परिभाषित करता है कि कार्य कौन कर रहा है
- कीप इट शॉर्ट एंड स्वीट (किस)
- कार्य के लिए आवश्यक जानकारी प्रदान करना
- कालानुक्रमिक और तार्किक क्रम
- समय सीमा
- जानकारी से रहित जिसे अक्सर अद्यतन करने की आवश्यकता होती है
- प्रारूपण से जानकारी ढूँढना आसान हो जाता है
- सटीक जानकारी प्राप्त होती है
-

आंकड़ों की सीमाएं

1. ई डब्ल्यू एस प्रारूप में अपूर्ण / गलत आंकड़े से बचने के लिए
 - कई बीमारियों के मामले में देखा गया है की बीमारी की शुरुआत में कोई प्रारंभिक अधिसूचना या जन जागरूकता संदेश रिपोर्ट नहीं किए गए
 - “प्रभावित जनसंख्या” “खतरे में पड़ी जनसंख्या” हो सकती है
2. सभी प्रकोपों में किए गए नियंत्रण उपाय ज्यादातर पूरी तरह से अनुकूल नहीं हैं।
3. प्रारंभिक रूप से “बुखार” के रूप में रिपोर्ट किए गए प्रकोप को एटिऑलॉजिकल निदान की पुष्टि करने के लिए फॉलो-अप नहीं किया जाता है।
4. किसी एक बीमारी की कई हफ्तों तक एवं क्षेत्रीय आधार पर बार-बार रिपोर्टिंग, उसी प्रकोप के अनुवर्ती के रूप में की जा सकता है, और उस समय या क्षेत्र में मिलने वाले नए मामलों को किसी नयी बामारी के रूप में नामित नहीं किया जा सकता है।
5. किसी बीमारी की लक्षणों की प्रयोगशाला पुष्टि के लिए (प्रयोगशाला में पुष्ट प्रकोपों के अनुपात को जानने के लिए) प्रयोगशाला में परीक्षण हेतु उपयुक्त नैदानिक नमूनों की आवश्यकता होती है
6. विस्तृत प्रकोप रिपोर्ट उपलब्ध नहीं होने के कारण आर आर टी द्वारा जांच किए गए प्रकोपों के अनुपात को मापना कठिन होता है।
7. प्रकोप की जानकारी के स्रोत को स्पष्ट रूप से परिभाषित करने की आवश्यकता है।

प्रकोप प्रबंधन में सुधार:

1. डी एस यू / सी एच सी / पी एच सी स्तरों पर निगरानी (एस, पी, एल) आंकड़ों के नियमित विश्लेषण से प्रकोप की पहचान करके महामारी जनित रोग के प्रकोप की प्रारंभिक पहचान और प्रतिक्रिया
 - प्रकोप के प्रभाव के सटीक आंकलन के लिए मामलों की (सामान्य) संख्या में किसी भी असामान्य वृद्धि की पहचान करना
2. किसी भी महामारी के लिए आर आर टी प्रतिक्रिया:
 - डी एस यू और एस एस यू स्तरों पर आर आर टी सदस्यों की पहचान और प्रशिक्षण
3. एस एस ओ / राज्य महामारी विशेषज्ञ द्वारा एस एस यू में योग्यता मूल्यांकन करना

प्रकोप निगरानी कक्ष (24x7):

- एस एस ओ और डी एस ओ के समन्वय से देश में प्रकोप की निगरानी और अनुवर्ती कार्रवाई
- प्रकोप जांच के संचालन सहित प्रकोप जांच किट के भंडारण और आपातकालीन आपूर्ति के लिए नियंत्रण कक्ष
- एन1एच1 महामारी की पुष्टि होने के बाद देश के किसी भी हिस्से से कोई भी जानकारी प्रदान करने के लिए 24x7 कॉल सेंटर और 24x7 नमूना प्राप्त करने की सुविधा शुरू की गई थी
- हवाई अड्डे के माध्यम से जुड़े देश के किसी भी हिस्से से नमूनों को हवाई मार्ग से ले जाना

ज्ञान बिंदु:

- प्रकोप का पता लगाने और उस पर प्रतिक्रिया करने के लिए महामारी जनित रोगों के लिए रोग निगरानी प्रणाली
- नवीनतम सूचना और संचार प्रौद्योगिकी का उपयोग करके रोग की निगरानी करना और उचित कार्रवाई करना
- रोग के प्रकोप, सार्वजनिक स्वास्थ्य की आपात स्थिति या किसी आपदा की स्थिति से निपटने के लिए अनुकूल प्रबंधन

F. लेबर रूम एवं गुणवत्ता सुधार पहल (एल ए क्यू एस एच वाई ए इनिशिएटिव प्रोग्राम)

परिचय और पृष्ठभूमि:

यद्यपि एन आर एच एम की शुरुआत के बाद से संस्थागत प्रसव की संख्या में काफी वृद्धि हुई है। लेकिन संख्या में इस वृद्धि के परिणामस्वरूप भी मातृ मृत्यु दर (एम एम आर) और नवजात मृत्यु दर (आई एम आर) के सापेक्ष, वांछित स्वास्थ्य संकेतकों में अनुरूप सुधार नहीं हुआ है। यह अनुमान लगाया गया है लगभग 46: मातृ मृत्यु, 40: से अधिक मृत जन्म और 40: नवजात मृत्यु प्रसव के दिन ही होती हैं। लक्ष्य पहल कार्यक्रम प्रसव के दौरान देखभाल से संबंधित प्रक्रियाओं में एक सकारात्मक परिवर्तन हैं जो अनिवार्य रूप से इंटरपार्टम और प्रसवोत्तर देखभाल से संबंधित है। बहुत कम समय बहुत आशाजनक परिणाम प्राप्त करने के लिए ये पहल आवश्यक है। इस उद्देश्य से लेबर रूम और मैटरनिटी ओ टी से संबंधित प्रमुख प्रक्रियाओं को मजबूत करने के लिए भारत सरकार द्वारा 2017 में लक्ष्य पहल कार्यक्रम शुरू किया गया था, ताकि प्रसव के समय महिला के स्वास्थ्य एवं नवजात के स्वास्थ्य एवं सुरक्षित जन्म से संबंधित सराहनीय लक्ष्यों को जल्द से जल्द प्राप्त किया जा सके।

उद्देश्य:

1. ए पी एच, पी पी एच, प्रतिधारित प्लेसेंटा, प्रीटर्म, प्रीक्लेम्पसिया और एक्लम्पसिया, बाधित प्रसव, प्रसव पूर्व सेप्सिस, नवजात श्वासावरोध और सेप्सिस आदि के कारण मातृ और नवजात मृत्यु दर और रुग्णता को कम करने के लिए।
2. प्रसव के दौरान देखभाल की गुणवत्ता में सुधार और तत्काल प्रसवोत्तर देखभाल, जटिलताओं का स्थिरीकरण और समय पर रेफरल सुनिश्चित करना, और एक प्रभावी द्विपक्षीय अनुवर्ती प्रणाली को सक्षम करना।
3. स्वास्थ्य सुविधाओं का दौरा करने वाले लाभार्थियों की संतुष्टि को बढ़ाना और सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में आने वाली सभी गर्भवती महिलाओं को सम्मानजनक मातृत्व देखभाल (आर एम सी) प्रदान करना।

दायरा:

लक्ष्य पहल के तहत प्राथमिकता के आधार पर निम्नलिखित केंद्रों पर सुविधाएं प्रदान की जा सकेंगी

1. सभी सरकारी मेडिकल कॉलेज अस्पताल
2. समस्त जिला संयुक्त एवं महिला चिकित्सालय
3. प्रति माह 100 से अधिक प्रसव वाले सभी नामित एफ आर यू और प्रसव देखभाल की अधिक क्षमता वाले सी एच सी

प्रक्रिया: प्रमाणन प्रक्रिया तीन चरणों में पूरी की जाती है:

1. आंतरिक मूल्यांकन – वित्तीय वर्ष की शुरुआत में, प्रत्येक सुविधा केंद्रों का मूल्यांकन किया जाना चाहिए और प्रत्येक तिमाही में लक्ष्य मूल्यांकन सूची का उपयोग करके अपने कर्मचारियों द्वारा (फोटो प्रलेखन सहित) प्रलेखित किया जाना चाहिए। इस मूल्यांकन के आधार पर, सुविधा केंद्रों को उसके अंदर व्याप्त कमियों की पहचान और इन कमियों के निवारण के लिए एक कार्य योजना तैयार करनी चाहिए। यह आंतरिक मूल्यांकन प्रत्येक तिमाही में किया जाना चाहिए और सुविधा केंद्र को प्रत्येक तिमाही के स्कोर का रिकॉर्ड बनाए रखना चाहिए।
2. राज्य स्तरीय मूल्यांकन – उन सुविधा केंद्रों के लिए जहां लेबर रूम और मैटरनिटी ओ टी दोनों में आंतरिक मूल्यांकन पर 70: अंक प्राप्त किए हैं और अन्य सभी आवश्यक मानदंडों को पूरा करते हैं, ऐसे सुविधा केंद्रों का अनुरोध राज्य स्तरीय मूल्यांकन के लिए डी क्यू ए सी के माध्यम से राज्य को भेजा जाएगा।
3. राष्ट्रीय / बाह्य मूल्यांकन – वे सुविधा केंद्र जो राज्य स्तरीय मूल्यांकन में अर्हता प्राप्त करते हैं, वे भारत सरकार द्वारा नामित दल के द्वारा राष्ट्रीय स्तर के मूल्यांकन के लिए पात्र होंगे। वहां भारत सरकार को राष्ट्रीय स्तर के आकलन के लिए अनुरोध भेजा जाएगा।

राज्य निगरानी मूल्यांकन: वे सुविधा केंद्र जो राष्ट्रीय मूल्यांकन में अर्हता प्राप्त करते हैं और भारत सरकार द्वारा पूर्ण रूप से प्रमाणित किये जाते हैं, उन्हें 3 वर्ष की अवधि वैधता वाला प्रमाणीकरण दिया जाएगा। वैधता अवधि के दौरान

प्रमाणित सुविधा द्वारा गुणवत्ता मानकों में निरंतरता सुनिश्चित करने के लिए, राज्य द्वारा नामित दल द्वारा सालाना एक राज्य निगरानी मूल्यांकन किया जाएगा।

प्रोत्साहन:

मेडिकल कॉलेजों, जिला अस्पतालों और एस डी एच / सी एच सी में लेबर रूम और मैटरनिटी ओ टी में टीमों को निम्नलिखित मानदंडों की उपलब्धि के आधार पर प्रत्येक विभाग को क्रमशः 6 लाख, 3 लाख और 2 लाख रुपये का प्रोत्साहन दिया जा सकता है:

1. लक्ष्य पहल की विज्ञप्ति के अनुसार लेबर रूम औरध्या मैटरनिटी ओटी का गुणवत्ता प्रमाणन
 2. सुविधा स्तर के अनुरूप कम से कम 75: लक्ष्य प्राप्त करना और एस क्यू ए सी द्वारा इसका सत्यापन
 3. 80: लाभार्थियों का या तो अत्यधिक संतुष्ट होना या संतुष्ट होना (5 में से 5 या कम से कम 4 अंक प्राप्त करना)
- प्रोत्साहन राशि राष्ट्रीय स्तर के मूल्यांकन में अर्हता प्राप्त करने और उसके बाद के राज्य निगरानी आकलन में अर्हता प्राप्त करने पर दी जाएगी।

यह प्रोत्साहन विशेष रूप से सुविधा केंद्रों की भौतिक गुणवत्ता और वहां पर प्रदान की जाने वाली देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता के संबंध में टीम द्वारा किए गए अच्छे कार्य की मान्यता है। इस राशि का 75: रोगियों के कल्याण से संबंधित गतिविधियों के लिए और शेष 25: कर्मचारियों को नकद प्रोत्साहन के रूप में दिए जाने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

G – राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानक (एन क्यू ए एस):**परिचय और पृष्ठभूमि:**

एन आर एच एम द्वारा 2005 में सफलतापूर्वक लागू किये जाने के बाद से सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में ओ पी डी, आई पी डी और अन्य प्रासंगिक सेवाओं की गुणवत्ता में काफी सुधार देखने को मिलता है। हालांकि, प्रदत्त सेवाओं की गुणवत्ता अभी भी चिंतन का एक प्रमुख विषय है। रोगियों के दृष्टिकोण से, उपचार एवं देखभाल के दृष्टिकोण से एक बेहतर परिवेश में सम्मान और सेवाभाव के साथ उचित सेवा ही गुणवत्ता को आंकने का महत्वपूर्ण कारक है। हालांकि, अभी भी आम तौर पर हर जगह स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता में वांछित सुधार नहीं हो पाया है। स्वास्थ्य सेवाओं की बदहाली निश्चित रूप से रोगियों को सेवा केंद्रों पर उपलब्ध सुविधाओं एवं उपचार का लाभ लेने से रोकती है। और ये विषय सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के संबंध में सबसे प्रमुख मानवीय चिंताओं में से एक है। सेवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करने से प्राथमिक स्तर पर रोगियों ६ मरीजों का अनुभव बेहतर होगा। समाज के सबसे कमजोर वर्गों के लिए सस्ती और सुलभ स्वास्थ्य सेवाओं में गुणवत्ता के वांछित स्तर को प्राप्त करने के उद्देश्य से भारत सरकार द्वारा एन क्यू ए एस को 2013 में विस्तार प्रदान किया गया था।

उद्देश्य:

1. जनता को बेहतर गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य सेवा प्रदान करना
2. उपचार के समय रोगी के शरीर एवं मन को कम से कम हानि पहुंचाना
3. रोगी और सेवा प्रदाता दोनों के अनुभवों को बेहतर बनाना
4. संसाधनों का अधिकतम उपयोग
5. रोगी के उपचार में होने वाले खर्च को कम करना
6. सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं को सुलभ बनाना समाज के कमजोर समूहों के लिए भी सुगमता से उपलब्ध कराना

दायरा:**एन क्यू ए एस कार्यक्रमों के तहत निम्नलिखित सुविधाएं ली जाएंगी:****सभी जिला स्तरीय अस्पताल (डी एच, डी डब्ल्यू एच और डी सी एच)**

1. डी एच के लिए एन क्यू ए एस, 13 विभागों में लागू होगा
2. डी सी एच के लिए एन क्यू ए एस, 19 विभागों में लागू होगा
3. डी डब्ल्यू एच के लिए एन क्यू ए एस, 12 विभागों में लागू होगा

जिला स्तर के अस्पतालों के लिए सामान्य चिकित्सा, सहायक सेवाओं के साथ-साथ लेबर रूम और एम ओ टी सहित कम से कम 6 उपलब्ध विभागों के साथ आंशिक प्रमाणीकरण की भी अनुमति है

सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (एफ आर यू और नॉन एफ आर यू दोनों)

1. एफ आर यू सी एच सी के लिए एन क्यू ए एस 12 विभागों में लागू होगा
2. नॉन एफ आर यू सी एच सी के लिए एन क्यू ए एस 08 विभागों में लागू होगा

सभी पी एच सी और यू पी एच सी

1. पी एच सी के लिए एन क्यू ए एस 06 विभागों में लागू होगा
2. यू पी एच सी के लिए एन क्यू ए एस 12 विभागों में लागू होगा

हाल ही में पेश किए गए सभी स्वास्थ्य और कल्याण केंद्रों (एच डब्ल्यू सी) के एनक्यूएस के लिए प्रमाणन के लिए न्यूनतम 07 पैकेजों के साथ 12 सेवा पैकेजों तक के लिए लागू होंगे

प्रक्रिया: प्रमाणन प्रक्रिया तीन चरणों में पूरी की जाती है

आंतरिक मूल्यांकन: वित्तीय वर्ष की शुरुआत में, प्रत्येक सुविधा को एन क्यू ए एस मूल्यांकन सूची का उपयोग करके प्रत्येक तिमाही में अपने स्वयं के कर्मचारियों द्वारा स्कोर और फोटो प्रलेखन सहित दस्तावेजों का मूल्यांकन किया जाना चाहिए। इस मूल्यांकन के आधार पर, सुविधा केंद्रों को कमियों की पहचान करनी चाहिए और इन कमियों को दूर करने के लिए एक कार्य योजना तैयार करनी चाहिए। यह आंतरिक मूल्यांकन प्रत्येक तिमाही में किया जाना चाहिए और सुविधा केंद्र को प्रत्येक तिमाही के स्कोर का रिकॉर्ड बनाए रखना चाहिए।

राज्य स्तरीय मूल्यांकन: उन सुविधा केंद्रों के लिए जिन्होंने आंतरिक मूल्यांकन पर चयनित विभागों में 70: स्कोर किया है और अन्य सभी आवश्यक मानदंडों को पूरा करते हैं, ऐसी सुविधा का अनुरोध राज्य स्तरीय मूल्यांकन के लिए डी क्यू ए सी के माध्यम से राज्य को भेजा जाएगा।

राष्ट्रीय / बाह्य मूल्यांकन: वे सुविधा केंद्र जो राज्य स्तर के मूल्यांकन में अर्हता प्राप्त करते हैं, वे भारत सरकार द्वारा नामित टीम द्वारा राष्ट्रीय स्तर के मूल्यांकन के लिए पात्र होंगे। वहां भारत सरकार को राष्ट्रीय स्तर के मूल्यांकन के लिए अनुरोध भेजा जाएगा।

राज्य निगरानी मूल्यांकन: वे सुविधा केंद्र जो राष्ट्रीय स्तर पर किए गए मूल्यांकन में अर्हता प्राप्त करते हैं और भारत सरकार द्वारा पूर्ण रूप से प्रमाणित घोषित किये जाते हैं, उन्हें 3 वर्ष की अवधि के लिए प्रमाणीकरण दिया जाएगा। प्रमाणित सुविधा केंद्रों द्वारा वैध अवधि के दौरान द्वारा गुणवत्ता मानकों में निरंतरता सुनिश्चित करने के लिए, राज्य द्वारा नामित दल द्वारा सालाना एक राज्य निगरानी मूल्यांकन किया जाएगा।

प्रोत्साहन:

भारत सरकार द्वारा बाहरी मूल्यांकन के आधार पर प्रमाणन प्राप्त करने पर स्वास्थ्य सुविधाएं भारत सरकार के दिशा-निर्देशों के अनुसार प्रत्येक श्रेणी की स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए बेडों की संख्या और प्रमाणन के लिए चुने गए विभागों की संख्या के आधार पर प्रोत्साहन राशि प्राप्त करने के पात्र होंगे। प्रोत्साहन राशि राष्ट्रीय स्तर के मूल्यांकन में अर्हता प्राप्त करने के बाद के राज्य निगरानी आकलन में अर्हता प्राप्त करने पर दी जाएगी।

यह प्रोत्साहन विशेष रूप से सुविधा केंद्रों की भौतिक गुणवत्ता और वहां पर प्रदान की जाने वाली देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता के संबंध में टीम द्वारा किए गए अच्छे कार्य की मान्यता है। इस राशि का 75: रोगियों के कल्याण से संबंधित गतिविधियों के लिए और शेष 25: कर्मचारियों को नकद प्रोत्साहन के रूप में दिए जाने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

प्रमाणन में प्रमुख भूमिकाएं:

प्रमाणन एक पारस्परिक सहयोग की प्रक्रिया है जिसके लिए सुविधा प्रभारी, विभाग और गुणवत्ता नोडल के साथ-साथ अस्पताल प्रबंधकों, हेल्प डेस्क कर्मचारी और आई सी एन के लगातार प्रयासों की आवश्यकता होती है। अस्पताल प्रबंधक, हेल्प डेस्क स्टाफ और आईसीएन की विस्तृत भूमिकाएं और जिम्मेदारियां संलग्न हैं

H – हेल्प डेस्क (रोगी सहायता केंद्र)

वर्ष 2015 से उत्तर प्रदेश के 25 उच्च प्राथमिकता वाले जनपदों के कुल 50 जिला स्तरीय चिकित्सालयों में रोगी सहायता केन्द्र का संचालन किया जा रहा है। रोगी सहायता केन्द्र की उपयोगिता को देखते हुए सरकार ने राज्य के सभी जिलों के कुल 160 जिला स्तरीय अस्पतालों में हेल्प डेस्क के नाम से रोगी सहायता केन्द्र का विस्तार करने का निर्णय लिया है।

प्रत्येक जिला स्तरीय चिकित्सालय में 01 हेल्प डेस्क प्रबंधक एवं 01 हेल्प डेस्क संचालक प्रातः 08:00 बजे से सायं 04:00 बजे तक सेवाएं दे रहे हैं।

हेल्प डेस्क के उद्देश्य:

- अस्पताल में उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं के संबंध में लाभार्थियों को विस्तृत जानकारी प्रदान करना
- लाभार्थियों की शिकायतों और सुझावों के उचित और समयबद्ध निवारण के लिए अस्पताल प्रशासन को सूचित करना और सूचना संरक्षित करना
- 'कायाकल्प-पुरस्कार' योजना के निर्धारित मानक के अनुसार स्वच्छता व्यवस्था को सुदृढ़ करने हेतु मुख्य चिकित्सा अधीक्षक को सहयोग प्रदान करना
- 'मेरा अस्पताल' योजना के प्रभावी क्रियान्वयन एवं डब्ल्यू ए एस एच कार्यक्रम के प्रभावी क्रियान्वयन में नोडल अधिकारी की सहायता करना
- लाभार्थियों को रेफरल सेवाओं में सहायता प्रदान करना
- अस्पताल में आयोजित विभिन्न राष्ट्रीय कार्यक्रमों में सहयोग प्रदान करना
-

गतिविधियां:

- हेल्प डेस्क कर्मी चिकित्सा इकाई में उपलब्ध सेवाओं के बारे में अस्पताल में आने वाले रोगियों और उनके साथ आने वाले लोगों को जानकारी प्रदान करते हैं और सेवाओं के उपयोग में सहायता प्रदान करते हैं
- अस्पताल के पहले संपर्क बिंदु के रूप में कार्य करना
- अस्पताल में आवश्यक स्थान पर स्ट्रेचर एवं व्हील चेयर की उपलब्धता सुनिश्चित करना
- अस्पताल में उपलब्ध चिकित्सकों के विवरण को सूचनापट्ट पर अंकित करना
- चिकित्सा इकाई के त्वरित शिकायत निवारण तंत्र के रूप में कार्य करना
- रोगियों से अस्पताल के बारे में प्रतिक्रिया प्राप्त करना
- अस्पताल में / के लिए सी एस आर गतिविधियों का आयोजन करना
- विभिन्न राष्ट्रीय कार्यक्रमों के आयोजन में सहायता प्रदान करना
- अस्पताल कर्मियों को संक्रमण की रोकथाम & जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन / अग्निशमन पर प्रशिक्षण प्रदान करने में सहायता
- अस्पताल की पानी की टंकी, वार्ड, गैलरी और प्रतीक्षालय की नियमित सफाई करवाना
- कायाकल्प से संबंधित गतिविधियों के आयोजन में सहायता प्रदान करना
- अस्पताल में आने वाले गंभीर / असहाय एवं वृद्ध रोगियों की सहायता करना
- अस्पताल में भर्ती मरीजों को भोजन उपलब्ध कराने में सहायता करना
- कठिन परिस्थितियों में रोगियों की मदद करना, जैसे बच्चा खोना, पर्स चोरी करना, मोबाइल खोना इत्यादि

हेल्प डेस्क संचालन के मद में बजटीय प्रावधान हेल्प डेस्क के सुचारु संचालन हेतु जिला स्तर के प्रत्येक अस्पतालों को रुपये 6000 प्रति माह की दर से संचालन लागत प्रदान की जा रही है।

1- कायाकल्प पुरस्कार योजना

02 अक्टूबर 2014 को प्रधान मंत्री द्वारा शुरू किया गया स्वच्छ भारत अभियान, सार्वजनिक स्थानों में स्वच्छता को बढ़ावा देने पर केंद्रित है। सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्र देश की जनसंख्या के एक बड़े हिस्से की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं को पूरा कर सामाजिक सुरक्षा के एक प्रमुख तंत्र के रूप में कार्य करते हैं। अस्पतालों में स्वच्छता और सुव्यवस्था संक्रमण को फैलने से रोकने के लिए महत्वपूर्ण हैं। और रोगियों और आगंतुकों को एक सकारात्मक अनुभव भी प्रदान करती है स्वच्छ पर्यावरण से संबंधित व्यवहार करने के लिए प्रोत्साहित करते हैं। चूंकि स्वास्थ्य सेवा का पहला सिद्धांत 'कोई हानि नहीं करना' है इसलिए हमारी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं को साफ रखना और संक्रमण नियंत्रण आचरण का पालन सुनिश्चित करना आवश्यक है। सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों के लिए स्वच्छता दिशा-निर्देश अलग से जारी किए जा रहे हैं। इस प्रयास को पूरा करने के लिए, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार स्वच्छता, सुव्यवस्था और संक्रमण नियंत्रण में उत्तम योगदान देने वाले सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों को पुरस्कार देने के लिए एक राष्ट्रीय पहल शुरू कर रही है।

उद्देश्य:

1. सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में स्वच्छता, सुव्यवस्था और संक्रमण नियंत्रण प्रथाओं को बढ़ावा देना
2. स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण की मानक विज्ञप्ति का पालन करने में अग्रणी सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों की पहचान करके उनको प्रोत्साहित करना
3. स्वच्छता और सुव्यवस्था से संबंधित प्रदर्शन के मूल्यांकन और सहकर्मी समीक्षा के माहौल को विकसित करना
4. सकारात्मक स्वास्थ्य निष्कर्ष प्रस्तुत करने वाले सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में बेहतर स्वच्छता बनाए रखने वाले व्यवहारों की रूपरेखा निर्धारित करना एवं उसका प्रचार प्रसार करना

दायरा:

अंक वितरण के आधार पर, एक बाहरी निर्धारक दल द्वारा प्रशासित विशिष्ट मानक विज्ञप्ति का अनुसरण करते हुए निम्नांकित मापदंडों के आधार पर सुविधा केंद्रों के प्रदर्शन के अनुसार पुरस्कार वितरित किए जाएंगे

मानदंड I) निम्नलिखित मापदंडों के तहत प्राप्त कायाकल्प स्कोर:

ए. अस्पताल / सुविधा रखरखाव, बी. स्वच्छता और स्वच्छता, सी. कचरा प्रबंधन, डी. संक्रमण नियंत्रण, इ. समर्थन सेवाएं, एफ. स्वच्छता संवर्धन, जी. अस्पतालधुविधा की चारदीवारी के बाहर सफाई, एच. पर्यावरण के अनुकूल सुविधा

(उपरोक्त मानदंडों को 85: भारांक दिया जा सकता है)।

मानदंड II) 'मेरा अस्पताल' के तहत स्वास्थ्य सुविधा का प्रदर्शन:

सफाई से असंतुष्ट रोगियों की प्रतिक्रिया के आधार पर संकेतक प्रतिशत में प्रस्तुत होगा।

(उपरोक्त मानदंड को 15: भारांक दिया जा सकता है)।

विधियां और उपकरण: चार मूल्यांकन विधियां हैं: अवलोकन (ओ बी), स्टाफ साक्षात्कार (एस आई), रिकॉर्ड समीक्षा (आर आर) और रोगी साक्षात्कार (पी आई)।

पुरस्कार योजना हेतु आवेदन के लिए पूर्वापेक्षाएं: पुरस्कार के लिए आवेदन करने के लिए निम्नलिखित शर्तें हैं।

1. स्वच्छता एवं संक्रमण नियंत्रण समिति का गठन किया जाना
2. परिभाषित मानदंडों के आधार पर आवर्ती आंतरिक मूल्यांकन ६ सहकर्मी मूल्यांकन का एक तंत्र स्थापित किया जाना
3. नैदानिक तथा अन्य विज्ञप्ति (एस ओ पी) द्वारा प्राप्त नीतियां का पालन किया जाना

4. सहकर्मी मूल्यांकन प्रक्रिया के दौरान मानदंड में कम से कम 70: अंक प्राप्त किया जाना

मूल्यांकन प्रक्रिया:

आंतरिक मूल्यांकन: प्रत्येक सुविधा केंद्र का मूल्यांकन, अपने स्वयं के कर्मचारियों द्वारा वित्तीय वर्ष की शुरुआत में मूल्यांकन संसाधनों का उपयोग करके, प्राप्तांक और दस्तावेज (फोटो प्रलेखन सहित) किया जाना चाहिए। इस मूल्यांकन के आधार पर, सुविधा केंद्रों को कमियों की पहचान करनी चाहिए और इन कमियों को दूर करने के लिए एक कार्य योजना तैयार करनी चाहिए। यह आंतरिक मूल्यांकन प्रत्येक तिमाही में किया जाना चाहिए और सुविधा केंद्र को प्रत्येक तिमाही के प्राप्तांक का लेखा जोखा सुरक्षित रखना चाहिए, जिसे मुख्य चिकित्सा अधिकारी के कार्यालय में भी प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

समकक्ष मूल्यांकन: जिन सुविधा केंद्रों का आंतरिक मूल्यांकन प्राप्तांक 70: या उससे अधिक है, उनके लिए राज्य / जिला यह सुनिश्चित करेगा कि समकक्ष मूल्यांकन किया जाए या नहीं। पुरस्कार के लिए आवेदन के लिए 70: और उससे अधिक के स्कोर का सहकर्मी सत्यापन भी एक मानदंड है।

सुविधा केंद्रों का नामांकन: जिला पुरस्कार नामांकन समिति सभी स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों के सहकर्मी मूल्यांकन प्राप्तांकों का मिलान और विश्लेषण करेगी। जिला समिति 70 प्रतिशत या उससे अधिक अंक प्राप्त करने वाले सभी सुविधा केंद्रों के नामों की अनुशंसा राज्य स्तरीय पुरस्कार समिति से करेगी।

बाहरी मूल्यांकन: औपचारिक मान्यता और पुरस्कार के लिए, मूल्यांकन की सहकर्मी प्रक्रिया के माध्यम से अर्जित अंकों को मान्य करने के लिए बाहरी मूल्यांकनकर्ताओं के दल द्वारा नामित सुविधा केंद्रों में एक बाहरी मूल्यांकन किया जाएगा।

पुरस्कार राशि:

सुविधा केंद्र का प्रकार	पुरस्कार	राशि (लाख रु. में)
जिला अस्पताल / जिला स्तर अस्पताल	सर्वोच्च (सर्वश्रेष्ठ)	रु. 50.00
	द्वितीय विजेता	रु. 20.00
	तृतीय विजेता	रु. 10.00
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	सर्वोच्च (सर्वश्रेष्ठ)	रु. 15.00
	उप विजेता	रु. 10.00
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	प्रत्येक जिले में एक	रु. 2.00
स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्र - उप केंद्र (यदि जिले में 50 के कम स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्र हैं)	सर्वोच्च (सर्वश्रेष्ठ)	रु. 2.00
	द्वितीय विजेता	रु. 0.50
	तृतीय विजेता	रु. 0.35
प्रशस्ति एवं नकद पुरस्कार		
जिला अस्पताल	70% से अधिक प्राप्तांक पर	रु. 3.00
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र		रु. 1.00
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र		रु. 0.50
स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्र - उप केंद्र		रु. 0.35

- * प्रथम श्रेणी धारकों को पिछले वर्ष के प्राप्तांक की तुलना में वर्तमान सत्र के प्राप्तांक में 5: की वृद्धि करनी होगी, इस मानदंड में असफल होने पर स्वास्थ्य केंद्र को केवल प्रशस्ति पुरस्कार ही मिलेगा। एवं पुरस्कार राशि का निर्धारण राज्य पुरस्कार समिति के अध्यक्ष के विवेक के अनुसार किया जा सकता है।
- * एस ओ पी, नीतियां, आईईसी और चेकलिस्ट और अन्य प्रासंगिक दस्तावेजों की छपाई के लिए प्रत्येक अस्पताल के 2000 रुपये प्रति माह का बजटीय प्रावधान है। दिशा-निर्देश और अन्य कार्यान्वयन निर्देश एन एच एस आर सी की वेबसाइट की गुणवत्ता सुधार अनुभाग से डाउनलोड किए जा सकते हैं।
- * विभिन्न स्तर के आकलन करने के लिए ळन्छ।ज्ञ औरैँ फौउ ऐप का इस्तेमाल किया जाता है।

सम्मान: पुरस्कार राज्य स्तरीय समारोह में वितरित किए जाएंगे। पुरस्कार विजेता सुविधा केंद्रों के प्रभारियों को एक प्रमाण पत्र और नकद पुरस्कार दिया जाएगा। हर राज्य के जिला अस्पतालों में से प्रथम पुरस्कार विजेताओं को भी स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा तय किए गए उपयुक्त दिन पर राष्ट्रीय स्तर के समारोह में सम्मानित किया जाएगा।

नकद पुरस्कार: नकद पुरस्कार राशि का 75: सुविधा केंद्रों के रखरखाव और सेवाओं में सुधार के लिए रोगी कल्याण समितियों को दिया जाएगा, जबकि नकद पुरस्कार का 25: प्रोत्साहन के रूप में सुविधा केंद्र पर तैनात दल में वितरित कर दिया जाएगा।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन एच एम)

उद्देश्य:

प्रतिभागियों को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन एच एम), प्रमुख घटकों, संस्थागत तंत्र और संरचना के बारे में उन्मुख करना

विषय:

एन एच एम जनता के लिए, विशेष रूप से शहरी और ग्रामीण दोनों क्षेत्रों में रहने वाले कमजोर वर्गों के लिए वहनीय, सुलभ, दायित्वपूर्ण, प्रभावी और गुणवत्तापूर्ण सेवाओं पर ध्यान केंद्रित करता है। एन एच एम सार्वजनिक स्वास्थ्य योजना के लिए नीचे से ऊपर, विकेंद्रीकृत और समुदाय के स्वामित्व वाले दृष्टिकोण की परिकल्पना करता है।

एन एच एम की संगठनात्मक संरचना:

राज्य स्तरीय व्यवस्था:

राज्य स्वास्थ्य मिशन – राज्य स्वास्थ्य सोसायटी	माननीय मुख्यमंत्री अध्यक्ष
शासी निकाय:	मुख्य सचिव, अध्यक्ष
कार्यकारी समिति:	प्रमुख सचिव, एम एच एवं एफ डब्ल्यू चेरपरर्सन
कार्यान्वयन समितियां:	प्रमुख सचिव, एम एच एवं एफ डब्ल्यू
चिकित्सा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण:	अध्यक्ष
एस पी एम यू:	मिशन निदेशक

राज्य स्वास्थ्य मिशन

अध्यक्ष:	माननीय मुख्यमंत्री
उपाध्यक्ष:	माननीय मंत्री – चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण

सदस्य:	माननीय मंत्री, चिकित्सा शिक्षा (आयुष)
	माननीय मंत्री, शहरी विकास
	माननीय मंत्री, शहरी रोजगार एवं गरीबी उन्मूलन
	माननीय मंत्री, अल्पसंख्यक कल्याण
	माननीय मंत्री, आवास एवं शहरी नियोजन
	माननीय मंत्री, महिला एवं बाल विकास
	माननीय मंत्री, पंचायती राज
	माननीय मंत्री, समाज कल्याण
	माननीय मंत्री, ग्रामीण विकास
	माननीय मंत्री, वित्त
	माननीय मंत्री, योजना
	माननीय मंत्री, प्राथमिक शिक्षा

सदस्य:

– मनोनीत समुदाय प्रतिनिधि (5 से 10) – विधान सभा सदस्य ६ विधान परिषद सदस्य / अध्यक्ष, जिला / बोर्ड / शहरी / स्थानीय संस्थाओं के प्रतिनिधि (महिलाओं का उपयुक्त प्रतिनिधित्व)

- मुख्य सचिव, उ0प्र0 सरकार
- कृषि उत्पादन आयुक्त, उ0प्र0 शासन
- प्रमुख सचिव & सचिव – चिकित्सा शिक्षा (आयुष), आवास एवं शहरी नियोजन, महिला कल्याण एवं बाल विकास, पंचायती राज, समाज कल्याण, ग्रामीण विकास, वित्त, योजना, प्राथमिक शिक्षा, शहरी विकास, शहरी रोजगार एवं गरीबी उन्मूलन, लोक निर्माण विभाग, अल्पसंख्यक कल्याण, उत्तर प्रदेश सरकार
- सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण,
- मिशन निदेशक, राज्य स्वास्थ्य मिशन, सरकार के प्रतिनिधि। भारत सरकार द्वारा नामित गैर-सरकारी (5 से 8) सदस्य – आई एम ए, आई पी एच, एफ ओ जी एस आई, आई ए पी और स्वयंसेवी भागीदार यू एन आई सी ई एफ और डब्ल्यू एच ओ के प्रतिनिधि और चयनित विकास भागीदार
- संयोजक – प्रमुख सचिव (चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण)

राज्य स्वास्थ्य सोसायटी

इसके चार भाग हैं:

- शासी निकाय
- कार्यकारी समिति
- राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई
- कार्यक्रम कार्यान्वयन समितियां

शासी निकाय

अध्यक्ष – मुख्य सचिव

उपाध्यक्ष – प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण

संयोजक मिशन निदेशक

सदस्य – प्रमुख सचिव / सचिव, वित्त, योजना, आवास एवं शहरी नियोजन, महिला एवं बाल विकास, पंचायती राज, ग्रामीण विकास, कार्यक्रम क्रियान्वयन, समाज कल्याण, प्राथमिक शिक्षा, लोक निर्माण विभाग, चिकित्सा शिक्षा (आयुष), कार्यक्रम क्रियान्वयन, शहरी विकास, शहरी रोजगार एवं गरीबी उन्मूलन, अल्पसंख्यक कल्याण, सचिव – चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण,

महानिदेशक – चिकित्सा एवं स्वास्थ्य, महानिदेशक – परिवार कल्याण, महानिदेशक – चिकित्सा शिक्षा, ए एम डी – एन आर एच एम, ए एम डी – एन यू एच एम, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के प्रतिनिधि, निदेशक – आयुर्वेद, यूनानी, होम्योपैथी, विकास भागीदारों के प्रतिनिधि, सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ, मातृ एनजीओ के प्रतिनिधि, और मेडिकल यूनिवर्सिटी के क्षेत्रीय निदेशक – भारत सरकार के प्रतिनिधि

कार्यकारी समिति

अध्यक्ष – प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण

उपाध्यक्ष – महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य

महानिदेशक – परिवार कल्याण

संयोजक – मिशन निदेशक, एन एच एम

सदस्य – सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण ए एम डी, एन आर एच एम ए एम डी, एन यू एच एम महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा महानिदेशक – पोषण मिशन निदेशक, आयुर्वेद और यूनानी, होम्योपैथ, महिला एवं बाल विकास, प्राथमिक शिक्षा, ग्रामीण विकास, पंचायती राज, स्वजल, एस यू डी ए, आई सी डी एस, राष्ट्रीय कार्यक्रम, स्थानीय निकाय, अल्पसंख्यक कल्याण मुख्य अभियंता, पी डब्ल्यू डीय परियोजना निदेशक, एड्स एम, जलकलय क्षेत्रीय निदेशक, भारत सरकार

परिवार कल्याण कार्यक्रम कार्यान्वयन समिति

अध्यक्ष – प्रधान सचिव, एम एच और परिवार कल्याण

उपाध्यक्ष – सचिव, एम एच और परिवार कल्याण
सदस्य – एम डी, एन एच एम, डी जी, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य डी जी, चिकित्सा शिक्षा वित्त नियंत्रक, परिवार कल्याण निदेशक, महिला एवं बाल विकास प्राथमिक शिक्षा, एस आई एच एफ डब्ल्यू होम्योपैथी, आयुर्वेद, यूनानी, स्थानीय निकाय, एस यू डी एय अल्पसंख्यक मामले जी एम, एन एच एम वित्त प्रबंधक, एस पी एम यू सदस्य सचिव – महानिदेशक, राष्ट्रीय कार्यक्रम, निगरानी और मूल्यांकन, परिवार कल्याण

चिकित्सा और स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्यान्वयन समिति

अध्यक्ष – प्रधान सचिव, एम एच और परिवार कल्याण
उपाध्यक्ष – सचिव, एम एच और परिवार कल्याण
सदस्य – एम डी, एन एच एम, महानिदेशक, राष्ट्रीय कार्यक्रम, निगरानी और मूल्यांकन महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा वित्त नियंत्रक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य निदेशक, महिला एवं बाल विकास, प्राथमिक शिक्षा, एस आई एच एफ डब्ल्यू होम्योपैथी, आयुर्वेद, यूनानी, स्थानीय निकाय, एस यू डी ए, अल्पसंख्यक मामले जी एम, एन एच एम वरिष्ठ वित्त प्रबंधक / वित्त प्रबंधक, एस पी एम यू सदस्य सचिव – महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य

जिला स्तरीय व्यवस्था

जिला स्वास्थ्य मिशन – अध्यक्ष, जिला पंचायत
जिला स्वास्थ्य समिति
शासी निकाय – अध्यक्ष, जिला मजिस्ट्रेट
कार्यकारी समिति
– अध्यक्ष, सी एम ओ
– जिला स्तरीय सतर्कता एवं निगरानी समिति
– अध्यक्ष – क्षेत्रीय सांसद, (भारत सरकार द्वारा मनोनीत)
– संभागीय कार्यक्रम प्रबंधन इकाई (डिवीजन पी एम यू)
– मंडल कार्यक्रम प्रबंधक
– मंडल लेखा और एमआईएस प्रबंधक
– जिला कार्यक्रम प्रबंधन इकाई (डी पी एम यू)
– जिला कार्यक्रम प्रबंधक
– जिला सामुदायिक प्रक्रिया प्रबंधक
– जिला लेखा प्रबंधक
– जिला आंकड़ा प्रबंधक
– जिला और उप जिला स्तरीय अस्पतालों में रोगी कल्याण समिति
– शासी निकाय
– कार्यकारी समिति
– निगरानी समिति
– ग्राम स्तर पर वी एच एस एन सी

जिला स्वास्थ्य मिशन

अध्यक्ष – अध्यक्ष, जिला पंचायत
सह अध्यक्ष – जिलाधिकारी
उपाध्यक्ष – मुख्य विकास अधिकारी
सदस्य – क्षेत्रीय सांसद / विधायक या उनके प्रतिनिधिय महापौर, नगर निगम / अध्यक्ष, नगर पालिका, नगर पालिका परिषद, नगर पंचायत विभिन्न विभागों के जिला स्तरीय अधिकारी, सी एम एस, डी डब्ल्यू एच (पुरुष और महिला) आई एम ए के सदस्य, अध्यक्ष द्वारा नामित गैर-सरकारी स्वास्थ्य विशेषज्ञ अध्यक्ष द्वारा नामित स्वयंसेवी

संगठनों के प्रतिनिधिय

विशेष आमंत्रण – प्रतिनिधि, यू एन आई सी ई एफ, प्रतिनिधि, डब्ल्यू एच ओय अध्यक्ष द्वारा नामित अन्य विकास भागीदारय संयोजक सीएमओय

जिला स्वास्थ्य समिति

शासी निकाय

अध्यक्ष – जिलाधिकारी

उपाध्यक्ष – मुख्य विकास अधिकारी

सह अध्यक्ष – संभागीय अपर निदेशक, एम एच एंड एफ डब्ल्यू, उत्तर प्रदेश

संयोजक – मुख्य चिकित्सा अधिकारी

सदस्य – नगर आयुक्तय कार्यकारी अधिकारी, नगर पालिका / नगर पंचायतय परियोजना अधिकारी, डी यू डी एय

जिला कार्यक्रम अधिकारी, स्वास्थ्य, समाज कल्याण, अल्पसंख्यक कार्य, श्रम, पंचायती राज, आयुर्वेद एवं होम्योपैथ,

महिला एवं बाल विकास, प्राथमिक शिक्षा, एस यू डी एय डी आई ओ एसय मेडिकल एसोसिएशन के सदस्यय सी एम

एस, जिला पुरुष / महिला चिकित्सालयय नगर निगम / रेलवे / ई एस आई / सैन्य अस्पतालय एन जी ओ प्रतिनिधि,

यू एन आई सी ई एफ, डब्ल्यू एच ओ के जिला प्रतिनिधि

कार्यकारी समिति

अध्यक्ष – सी एम ओ

सह-अध्यक्ष – एसी एम ओ, एन आर एच एम / ए सी एम ओ, एनयूएचएमय

संयोजक – जिला कार्यक्रम प्रबंधक ६ ए सी एम ओ, आर सीय

सदस्य – नगर स्वास्थ्य अधिकारीय कार्यकारी अधिकारी, नगर पालिकाय परियोजना अधिकारी, डी यू डी एय

स्वास्थ्य, समाज कल्याण, श्रम, पंचायती राजय आई सी डी एस, प्राथमिक शिक्षा के जिला कार्यक्रम अधिकारी,

चिकित्सा संघों के प्रतिनिधि, गैर सरकारी संगठनय आयुष आदि ।

जिला स्तरीय रोगी कल्याण समिति (आर के एस)

शासी निकाय – डी एम की अध्यक्षता में

कार्यकारी समिति – अस्पताल के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक की अध्यक्षता में

निगरानी समिति – महापौर / अध्यक्ष, नगर पालिका / जिला परिषद की अध्यक्षता में

उप जिला स्तरीय रोगी कल्याण समिति (आर के एस)

शासी निकाय – उप मंडल मजिस्ट्रेट / बी डी ओ की अध्यक्षता में

कार्यकारी समिति – प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी (एम ओ आई सी) की अध्यक्षता में

अनुश्रवण समिति – अध्यक्ष, नगर पालिका / नगर निगम की अध्यक्षता में

मातृ स्वास्थ्य कार्यक्रम

जननी सुरक्षा योजना (जे एस वाई) – संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के लिए

सरकारी क्षेत्र में संस्थागत प्रसव 2006 – 07 में हुए कुल 1.68 लाख से बढ़कर 2015–16 में कुल 24 लाख हो गया

संस्थागत प्रसव 2005 में 17: से बढ़कर 2015 में 70: हो गया

प्रोत्साहन राशि:

• लाभार्थी – शहरी क्षेत्र में 1000 रुपये

लाभार्थी – ग्रामीण क्षेत्र में 1400 रुपये

आशा (ए एस एच ए)

पूर्ण ए एन सी के लिए ग्रामीण क्षेत्र में 300.00 रुपये और शहरी क्षेत्र में 200.00 रुपये प्रसूति के साथ जाने के लिए ग्रामीण में 300.00 रुपये और शहरी क्षेत्र में 200.00 रुपये

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जे एस एस के)

सभी गर्भवती महिलाओं को प्रसव के सभी बिंदुओं (एल1, एल2 और एल3) और वी एच एन डी पर मुफ्त दवाएं और उपभोग्य वस्तुएं

सभी वितरण बिंदुओं (एल1, एल2 और एल3) और वी एच एन डी पर मुफ्त आवश्यक जांच जे एस वाई लाभार्थियों के लिए मुफ्त भोजन – सभी ब्लॉक और जिला स्तर के सुविधा केंद्रों पर 102 सेवाओं द्वारा घर से सुविधा केंद्र तक और सुविधा केंद्र से घर तक मुफ्त परिवहन

राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आर के एस के) – वर्तमान समय तक (2022)

किशोरावस्था के अनकूल स्वास्थ्य क्लीनिक (ए एफ एच सी) जिला और ब्लॉक स्तर पर स्थापित किए गए हैं सभी जिलों के डी एच और डी डब्ल्यू एच में साथिया केंद्र के रूप में ब्रांडेड ए एफ एच सी की स्थापना की जा रही है जहां प्रशिक्षित परामर्शदाता सभी 10–19 वर्ष के लाभार्थियों को परामर्श और रेफरल सेवाएं प्रदान कर रहे हैं। ये परामर्शदाता, समुदाय में 8 प्रभावी गतिविधियां भी कर रहे हैं।

अन्य कार्यक्रम

- राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन
- राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम (एन डी सी पी) (गैर-संचारी रोग)
- दृष्टिहीनता नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एन पी सी बी)
- राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एन एम एच पी)
- बुजुर्गों की स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एन पी एच सी ई)
- बधिरता की रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम
- राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एन टी सी पी)
- राष्ट्रीय मुख स्वास्थ्य कार्यक्रम (एन ओ एच पी)
- कैंसर, मधुमेह, हृदय रोग और स्ट्रोक की रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम (एन पी सी डी सी एस)
- राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम (एन डी सी पी) – संचारी रोग:
- एकीकृत रोग निगरानी कार्यक्रम (आई डी एस पी)
- राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (एन वी बी डी सी पी) मलेरिया डेंगू और चिकनगुनिया ए ई एस / जे ई
- राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम (एन एल ई पी)
- संशोधित राष्ट्रीय तपेदिक नियंत्रण कार्यक्रम (आर एन टी सी पी)

ज्ञान बिंदु:

एन एच एम, इसके लक्ष्य और उद्देश्यों, प्रमुख घटकों, संस्थागत तंत्र, संरचना के बारे में जानकारी

ए. अस्पताल प्रबंधन - डी एच संरचना एवं स्तर, सेवाओं का दायरा, नैदानिक, जांच सहयोग, सहायक और बाहरी स्रोत से प्राप्त गैर-नैदानिक सेवाएं

उद्देश्य:

- स्वास्थ्य सेवाओं की त्रिस्तरीय प्रणाली का परिचय
- जिला अस्पताल, उप जिला अस्पताल, सी एच सी, पी एच सी और उप केंद्रों का परिचय
- इन संस्थाओं की सेवाओं का दायरा

भारत की सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली पिछले कुछ वर्षों में तीन स्तरीय प्रणाली के रूप में विकसित की गई है, अर्थात् प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक स्तर की स्वास्थ्य देखभाल

जिला अस्पताल (परिभाषा):

जिला अस्पताल शब्द का प्रयोग यहां जनसंख्या विशेष वाले विशेष भौगोलिक क्षेत्र के जिले के लिए माध्यमिक रेफरल स्तर के एक अस्पताल के लिए किया जाता है।

जिला स्वास्थ्य प्रणाली, विशेष भौगोलिक क्षेत्र के लिए विभिन्न स्वास्थ्य नीतियों को लागू करने, स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन हेतु मूलभूत आधार है। जिला अस्पताल जिला स्वास्थ्य प्रणाली का एक आवश्यक घटक है और स्वास्थ्य देखभाल के दूसरे स्तर के रूप में कार्य करता है जो जिले में लोगों को उपचारात्मक, निवारक और प्रोत्साहक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करता है। प्रत्येक जिले में एक जिला अस्पताल होने की उम्मीद है जो जिले के नीचे के सार्वजनिक अस्पतालों / स्वास्थ्य केंद्रों जैसे उप-जिला / अनुमंडलीय अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और उप-केंद्रों से जुड़ा हो।

जिला अस्पतालों का श्रेणीकरण:

जिला अस्पताल का आकार, जिले में रहने वाली जनसंख्या के आकार के आधार पर अस्पताल में बिस्तरों की आवश्यकता का एक कारक है। वर्ष 2001 की जनगणना के आधार पर भारत में एक जिले का जनसंख्या 35,000 से लेकर 30,00,000 के बीच हो सकती है। प्रति 50 जनसंख्या पर 1 रोगी प्रति वर्ष की दर से अस्पताल में भर्ती होने और 5 दिनों तक अस्पताल में भर्ती रहने की औसत अवधि को मानक मानकर, 10 लाख की आबादी वाले जिले के लिए लगभग 300 बिस्तरों वाले अस्पताल को आवश्यक माना गया है। हालांकि, जिलों की जनसंख्या में अंतर होता है, इसलिए अस्पतालों के आकार को बेड की संख्या के अनुसार वर्गीकृत करके मानदंड निर्धारित करना अधिक व्यावहारिक होगा।

ग्रेड I. 500 बिस्तरों के लिए जिला अस्पतालों के मानदंड

ग्रेड II. 400 बिस्तरों के लिए जिला अस्पताल मानदंड

ग्रेड III. 300 बिस्तरों के लिए जिला अस्पतालों के मानदंड

ग्रेड IV. 200 बिस्तरों के लिए जिला अस्पतालों के मानदंड

ग्रेड V. 100 के लिए जिला अस्पतालों के मानदंड

कार्य:

एक जिला अस्पताल के निम्नलिखित कार्य होते हैं:

- यह आबादी के एक चिन्हित भाग के लिए उनकी पूर्ण भागीदारी और जिले में संबंधित स्वास्थ्य इकाइयों से सहयोग के आधार पर (विशेषज्ञ सेवाओं सहित उपचारात्मक, निवारक और प्रोत्साहक) प्रभावी, सस्ती स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करता है। इसमें शहरी आबादी (जिले का मुख्यालय क्षेत्र) और जिले की ग्रामीण आबादी दोनों शामिल हैं।
- जिला स्तर से नीचे के सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों जैसे अनुमंडलीय अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और उपकेंद्र के लिए माध्यमिक स्तर के रेफरल केंद्र के रूप में कार्य करना।

- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए विस्तृत तकनीकी और प्रशासनिक सहायता, शिक्षा और प्रशिक्षण प्रदान करना।

संस्था प्रमुख की वित्तीय शक्तियां:

रोगी कल्याण समिति / अस्पताल प्रबंधन सोसायटी की कार्यकारी समिति के अनुमोदन से चिकित्सा अधीक्षक, अस्पताल में खराब पड़े चिकित्सा उपकरणों / यंत्रों की मरम्मत / उन्नयन के लिए अस्पताल बिस्तरों की संख्या के आधार पर 20 लाख रुपये से 25 लाख रुपये खर्च करने के लिए अधिकृत किया जाएगा।

सभी उपकरणों की नियमित सर्विसिंग और मरम्मत के लिए वार्षिक रखरखाव अनुबंध होना चाहिए ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि वे अनुकूलतम कार्य स्थितियों में हैं और कोई भी उपकरण ६ यंत्र अनुचित रूप से लंबे समय तक गैर-कार्यात्मक नहीं रहना चाहिए। कपड़े धोने, एम्बुलेंस, आहार, हाउसकीपिंग और स्वच्छता, अपशिष्ट प्रबंधन आदि जैसी सेवाओं की आउटसोर्सिंग की व्यवस्था अस्पताल द्वारा ही की जानी चाहिए। मैनुअल आउटसोर्सिंग का कार्य लोकल टेंडर मैकेनिज्म के जरिए किया जा सकता है। निर्देशित आवृत्ति पर अस्पताल द्वारा सेवाओं का मूल्यांकन स्वयं किया जाना चाहिए।

उप-जिला / अनुमंडलीय अस्पताल

उप-जिला (उप-विभागीय) अस्पताल जिले के प्राथमिक और ब्लॉक स्तर (सी एच सी) अस्पतालों से ऊपर हैं और अपनी भौगोलिक स्थिति के अनुसार तहसील / तालुक ६ ब्लॉक आबादी के लिए प्रथम रेफरल इकाइयों के रूप में कार्य करते हैं। इन उप-जिला अस्पतालों के माध्यम से विशेषज्ञ सेवाएं प्रदान की जाती हैं और उन्हें पड़ोसी सी एच सी, पी एच सी और एस सी से रेफरल मामले प्राप्त होते हैं। आपातकालीन प्रसूति देखभाल और नवजात देखभाल प्रदान करने और मातृ मृत्यु दर और शिशु मृत्यु दर को कम करने में मदद करने के लिए प्रथम रेफरल इकाइयों के रूप में उनकी महत्वपूर्ण भूमिका है। वे एक छोर पर एस सी, पी एच सी और सी एच सी और दूसरे छोर पर जिला अस्पतालों के बीच एक महत्वपूर्ण कड़ी के रूप में कार्य करते हैं।

कुछ राज्यों में, प्रत्येक जिले को दो या तीन उप-विभाजनों में विभाजित किया गया है। एक अनुमंडल अस्पताल लगभग 5 से 6 लाख लोगों को सेवा प्रदान करता है। बड़े जिलों में उप-जिला अस्पताल ब्लॉक स्तर के अस्पतालों और जिला अस्पतालों के बीच आने वाली स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करते हैं।

उप-जिला अस्पतालों का वर्गीकरण

आबादी विशेष की स्वास्थ्य सेवा के लिए उत्तरदायी उप जिला अस्पताल का आकर बिस्तरों की आवश्यकता संख्या के आधार पर निर्भर करता है। भारत में एक उप-जिले का जनसंख्या 1,00,000 से 5,00,000 के बीच हो सकती है। प्रति 50 जनसंख्या पर 1 रोगी प्रति वर्ष की दर से अस्पताल में भर्ती होने और 5 दिनों तक अस्पताल में भर्ती रहने की औसत अवधि को मानक मानकर, 5 लाख की आबादी वाले जिले के लिए लगभग 100 से 150 बिस्तरों वाले अस्पताल को आवश्यक माना गया है।

श्रेणी (I) 31–50 बिस्तरों के लिए उप-जिला अस्पतालों के मानदंड

श्रेणी (II) 51–100 बिस्तरों के लिए उप-जिला अस्पतालों के मानदंड

कार्य:

यह आबादी के एक चिन्हित भाग के लिए उनकी पूर्ण भागीदारी और जिले में संबंधित स्वास्थ्य इकाइयों से सहयोग के आधार पर (विशेषज्ञ सेवाओं सहित उपचारात्मक, निवारक और प्रोत्साहक) प्रभावी, सस्ती स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करता है। इसमें उप-मंडलीय शहरी और उप-मंडलीय ग्रामीण आबादी दोनों शामिल हैं।

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और उप-केंद्रों जैसे तहसील / तालुका स्तर से नीचे के सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों के लिए एक रेफरल केंद्र के रूप में कार्य करना।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों के लिए शिक्षा और प्रशिक्षण प्रदान करना।

सी एच सी

स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यमिक स्तर में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सी एच सी) अनिवार्य रूप से शामिल हैं, जो प्रथम रेफरल इकाइयों (एफ आर यू) और उप-जिला और जिला अस्पतालों का गठन करते हैं। सी एच सी, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर से आये रेफरल मामलों के लिए और विशेषज्ञ द्वारा परामर्श अथवा देखभाल की आवश्यकता वाले मामलों की देख रेख करने के लिए बनाए गए हैं। प्रत्येक सी एच सी के अंतर्गत 4 पीएचसी आते हैं और स्वास्थ्य योजना लगभग इसी प्रकार से चलती है।

आदिवासी / पहाड़ी / रेगिस्तानी इलाकों में 80,000 आबादी पर
मैदानी इलाकों के लिए 1,20,000 की आबादी पर

सी एच सी एक 30 – बेड वाला अस्पताल है जो चिकित्सा, प्रसूति एवं स्त्री रोग, शल्य चिकित्सा, बाल चिकित्सा, दंत चिकित्सा और आयुष में विशेषज्ञ द्वारा देखभाल प्रदान करता है।

सी एच सी में सेवा वितरण:

- ओ पी डी सेवाएं और आई पी डी सेवाएं: सामान्य, चिकित्सा, शल्य चिकित्सा, प्रसूति एवं स्त्री रोग, बाल चिकित्सा, दंत चिकित्सा और आयुष सेवाएं
- नेत्र विशेषज्ञ सेवाएं (प्रत्येक 5 सी एच सी के लिए एक नेत्र चिकित्सक के अनुपात से)
- आपातकालीन सेवाएं
- प्रयोगशाला सेवाएं
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम
- प्रत्येक सी एच सी को निम्नलिखित सेवाएं प्रदान करनी होती हैं जिन्हें आवश्यक और वांछनीय के रूप में इंगित किया गया है।
- सभी राज्यों / केंद्र शासित प्रदेशों को सभी आवश्यक सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करनी चाहिए और वांछनीय सेवाओं को प्राप्त करने की आकांक्षा रखनी चाहिए जो मानक सेवाएं हैं वो उपलब्ध कराई जानी चाहिए।

सी एच सी में उपलब्ध सेवाएं:

1. सर्जरी में नियमित और आपातकालीन मामलों की देखभाल
2. चिकित्सा में नियमित और आपातकालीन मामलों की देखभाल
3. मातृ स्वास्थ्य
4. आवश्यक है:

पंजीकरण और संबंधित सेवाओं सहित न्यूनतम 4 एनसी जांच

5. आवश्यक है:
 - ए. लेबर रूम और ऑपरेशन थिएटर (जहां सीजेरियन प्रसव होता है) में नवजात की देखभाल और जीवन रक्षा के लिए न्यूबोर्न कार्नर की उपलब्धता
 - बी. जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान की शुरुआत और 6 महीने तक केवल स्तनपान को बढ़ावा देना
 - सी. नवजात स्थिरीकरण इकाई
 - डी. परिवार नियोजन

6. आवश्यक है:

- ए. आई ई सी, परामर्श, गर्भ निरोधकों के प्रावधान, नॉन स्केलपेल नसबंदी (एन एस वी) सहित परिवार नियोजन

सेवाओं की पूरी श्रृंखला,
बी. लैप्रोस्कोपिक नसबंदी सेवाएं और उनका अनुवर्ती
सी. एम टी पी अधिनियम और स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के गर्भपात देखभाल दिशानिर्देशों के अनुसार सुरक्षित गर्भपात सेवाएं

7. वांछित हैं:

- गर्भावस्था की दूसरी तिमाही के लिए एम टी पी सुविधा के लिए स्वीकृत
- सभी राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम (एन एच पी) सी एच सी एस के माध्यम से वितरित किए जाने चाहिए
- रक्त भंडारण सुविधा
- नैदानिक सेवाएं
- सी एच सी में लैब सुविधाओं और एक्स-रे के अलावा ई सी जी की सुविधा, उचित प्रशिक्षण के साथ नर्सिंग स्टाफ / लैब टेक्नीशियन सुविधाएं उपलब्ध करायी जानी चाहिए

8. रेफरल मामलों के लिए (परिवहन) सेवाएं

9. मातृ मृत्यु समीक्षा (एम डी आर), सुविधा आधारित एमडीआर प्रपत्र

पी एच सी

- प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र एक आधारभूत स्वास्थ्य इकाई है जो लोगों को यथासंभव एकीकृत उपचार और रोग निवारक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करती है। इस इकाई के माध्यम से स्वास्थ्य सेवाओं के निवारक और प्रोत्साहक पहलुओं पर विचार एवं बल दिया जाता है।
- छठी पंचवर्षीय योजना (1983–88) में अधिक प्रभावी स्वास्थ्य देखरेख के लिए मैदानी इलाकों में प्रत्येक 30,000 ग्रामीण आबादी के लिए एक पी एच सी और पहाड़ी, आदिवासी और रेगिस्तानी क्षेत्रों में प्रत्येक 20,000 आबादी के लिए एक पी एच सी के आधार पर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के पुनर्गठन का प्रस्ताव रखा गया।
- पी एच सी ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं की आधारशिला हैं, ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले बीमार लोगों को उप-केंद्रों से उच्चस्तरीय स्वास्थ्य सेवाओं एवं विशेष उपचार के लिए रेफर किए जाने का बाद, उनकी सार्वजनिक क्षेत्र के एक योग्य चिकित्सक तक निर्बाध पहुंच के लिए ये सबसे पहला पड़ाव हैं।
- यह 6 उप-केंद्रों के लिए एक रेफरल इकाई के रूप में कार्य करता है और गंभीर चिकित्सा सेवाओं की आवश्यकता वाले मामलों को सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सी एच सी – 30 बिस्तर वाले अस्पताल) और उप-जिला और जिला अस्पतालों में उच्च स्तर के सार्वजनिक अस्पतालों में भेजता है।
- इसमें मरीजों के लिए 4–6 इनडोर बेड होते हैं।

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में सेवाएं:

सेवा वितरण दृष्टिकोण से, वितरण मामले के भार के आधार पर पी एच सी दो प्रकार के हो सकते हैं – प्रकार ए और प्रकार बी

- प्रकार ए पी एच सी: एक महीने 20 से कम डिलीवरी लोड वाला पी एच सी
- प्रकार बी पी एच सी: एक महीने 20 से अधिक डिलीवरी लोड वाला पी एच सी

निम्नलिखित सभी सेवाओं को आवश्यक (न्यूनतम सुनिश्चित) सेवाओं या वांछनीय (सभी राज्यों ६ केंद्र शासित प्रदेशों द्वारा इस स्तर के सुविधा केंद्रों पर अभिकल्पित) सेवाओं के रूप में वर्गीकृत किया गया है।

उप केंद्र:

- सार्वजनिक क्षेत्र में स्वास्थ्य उप-केंद्र प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली और समुदाय के बीच सबसे सीमांत और पहला संपर्क बिंदु होता है।
- उप-केंद्र जमीनी स्तर पर समुदाय को सभी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए पृष्ठभूमि प्रदान करता है।
- स्वास्थ्य उप-केंद्र का उद्देश्य काफी हद तक निवारक और प्रोत्साहक है, लेकिन यह उपचारात्मक देखभाल का एक बुनियादी स्तर भी प्रदान करता है।
- जनसंख्या मानकों के अनुसार मैदानी क्षेत्रों में प्रत्येक 5000 की जनसंख्या पर तथा पहाड़ी ६ आदिवासी ६ रेगिस्तानी क्षेत्रों में प्रत्येक 3000 की जनसंख्या पर एक उपकेंद्र स्थापित किया जायेगा।

उप-केंद्रों का वर्गीकरण

देश के विभिन्न हिस्सों में और यहां तक कि एक ही राज्य में उप-केंद्रों की अत्यधिक परिवर्तनशील सामयिक स्थिति को देखते हुए, उन्हें दो प्रकारों में वर्गीकृत किया गया है – प्रकार ए और प्रकार बी। वर्गीकरण में उप-केंद्र के आसपास के क्षेत्र, सेवा प्रदत्त क्षेत्र, स्वास्थ्य संबंधी व्यवहार, मामलों की आवृत्ति, पी एच सी / सी एच सी / एफ आर यू / अस्पतालों जैसी अन्य सुविधाओं के स्थान जैसे विभिन्न कारकों को ध्यान में रखा गया है।

प्रकार ए

प्रकार ए उप केंद्र प्रसव (डिलीवरी) संबंधी सुविधाओं के अलावा सभी अनुशंसित स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करेगा। उपकेंद्रों को निम्नलिखित परिस्थितियों में इस श्रेणी में शामिल किया जा सकता है।

1. उपकेंद्रों में प्रसव कराने के लिए पर्याप्त जगह व भौतिक बुनियादी ढांचा नहीं होने के कारण इन उपकेंद्रों पर लेबर रूम की सुविधा व उपकरण उपलब्ध कराना संभव नहीं है।
2. पी एच सी / सी एच सी / एफ आर यू / अस्पताल जैसी अन्य उच्च स्वास्थ्य सुविधाओं के आसपास स्थित उप-केंद्र, जहां प्रसव की सुविधा उपलब्ध है।
3. उप-केंद्र जहां वर्तमान में कोई डिलीवरी या कभी-कभार डिलीवरी नहीं हो रही है यानी डिलीवरी मामलों का भार बहुत कम है। यदि मामलों की आवृत्ति बढ़ती है, तो इन उप-केंद्रों को प्रकार बी में परिवर्तित करने पर विचार किया जाना चाहिए।

इन उप-केंद्रों पर प्रसव कराने की सुविधा उपलब्ध नहीं होगी और मरीजों को आमतौर पर प्रसव की सुविधा प्रदान करने वाले नजदीकी केंद्रों में भेजा जा सकता है। इन उप-केंद्रों को अन्य सभी अनुशंसित सेवाएं प्रदान करनी चाहिए और दूरस्त पहुंच सेवाओं, प्रचलित बीमारियों, तपेदिक, कुष्ठ रोग, गैर-संचारी रोगों, पोषण, पानी, स्वच्छता और महामारी पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए।

प्रकार बी (एम सी एच उप-केंद्र): इसमें निम्नलिखित प्रकार के उप-केंद्र शामिल होंगे:

1. सेवा प्रदत्त क्षेत्रों से सहज आवागमन वाले केंद्रीय या नजदीकी उप-केंद्र
2. उनके पास निजी इमारत, पर्याप्त जगह, आवासीय संसाधन और प्रसव कक्ष इत्यादि जैसी सुविधाओं के साथ बेहतर भौतिक बुनियादी ढांचा है।
3. उनके पास पहले से ही सेवा प्रदत्त क्षेत्रों से प्रसव संबंधी अधिकांश मामले हैं।
4. आस-पास कोई उच्च स्तरीय वितरण सुविधाएं नहीं हैं।

ऐसे उप-केंद्रों को, प्रसव सुविधा केंद्र के रूप में विकसित किया जाना चाहिए और प्रसूति संबंधी उद्देश्यों के लिए सीमावर्ती प्रकार ए श्रेणी के उप-केंद्रों के क्षेत्रों से आने वाले प्रसव मामलों को भी पूरा करना चाहिए।

प्रकार बी उप-केंद्र, उप-केंद्र में ही प्रसव कराने की सुविधाओं सहित सभी अनुशंसित सेवाएं प्रदान करेगा। उनसे एक महीने में लगभग 20 प्रसव सफलतापूर्वक पूर्ण करने की उम्मीद की जाएगी। उन्हें लेबर रूम की सभी सुविधाएं

और न्यूबॉर्न केयर कॉर्नर सहित अन्य उपकरण मुहैया कराए जाएं। इन उपकेन्द्रों की ए एन एम को एस बी ए प्रशिक्षित होना चाहिए।

उप-केंद्रों में उपलब्ध कराई जाने वाली सेवाएं

- उप-केंद्रों से निवारक, प्रोत्साहक और कुछ उपचारात्मक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने की अपेक्षा की जाती है।

छाया ग्राम स्वास्थ्य और पोषण दिवस (छाया वी एच एन डी)

- वी एच एन डी का आयोजन प्रत्येक गांव में, महीने में कम से कम एक बार चिकित्सा अधिकारी, पी एच सी की स्वास्थ्य सहायक महिला (एल एच वी), एच डब्ल्यू एम, एच डब्ल्यू एफ, आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता और उनके पर्यवेक्षक कर्मचारी, पी आर आई, स्वयं सहायता समूहों आदि की मदद से किया जाना चाहिए।
- वी एच एन डी आयोजनों की संख्या प्रत्येक बस्ती ६ आंगनवाड़ी केंद्र में महीने में कम से कम एक बार पहुंचने के लिए पर्याप्त होनी चाहिए। ए एन एम इन सेवाओं के लिए उत्तरदायी है, पुरुष कार्यकर्ता भी इस जिम्मेदारी में उचित सहभागिता प्रदान करते हैं, और संसाधनों (विशेष रूप से टीका) इत्यादि की आवक और संचालन के प्रभारी होते हैं। लाभार्थियों को जुटाने और स्थानीय संगठनात्मक सहयोग के लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं, आशा और सामुदायिक स्वयं सेवकों की भागीदारी आवश्यक होगी। वी एच एन डी में प्रदान की जाने वाली सेवाएं नीचे सूचीबद्ध की गयी हैं।

एस बी ए के लिए मानक उपचार विज्ञापि के अनुसार:

- टीकाकरण कार्यक्रम के अंतर्गत – 5 साल से कम उम्र के सभी बच्चों को टीकाकरण और विटामिन ए देना
- पूरक पोषण सेवाओं, स्वास्थ्य जांच और रेफरल सेवाओं, स्वास्थ्य और पोषण शिक्षा, 6 वर्ष से कम उम्र के बच्चों के लिए टीकाकरण, गर्भवती और स्तनपान कराने वाली मां और आयु वर्ग (15 से 45 वर्ष) की सभी महिलाओं के लिए स्वास्थ्य और पोषण शिक्षा के लिए आई सी डी एस कार्यक्रम के साथ समन्वय करना।
- परिवार नियोजन परामर्श एवं गर्भ निरोधकों का वितरण करना
- आशा ६ आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा संदर्भित या अपनी मर्जी से आने वाले मामूली बीमारी वाले व्यक्तियों की रोगसूचक देखभाल और प्रबंधन करना।
- किसी भी कारण से वी एच एन डी सत्र में भाग लेने आयी महिलाओं, किशोरों और समुदाय के अन्य सदस्यों के लिए स्वास्थ्य संबंधी जानकारी देना।
- आशा से मिलना और उन्हें आवश्यकतानुसार प्रशिक्षणसहायता प्रदान करना।
- जन्म और मृत्यु का पंजीकरण कराना।

वांछित हैं:

- एस टी आई / आर टी आई के साथ और एच आई वी ६ एड्स के संदिग्ध मामलों के लिए लक्षण आधारित देखभाल और परामर्श प्रदान करना, यदि आवश्यक हो तो मामलों को रेफरल इकाई के लिए रेफर करना
- शौचालयों के उपयोग और कचरा प्रबंधन की उचित व्यवस्था सहित जल स्रोतों के कीटाणुशोधन और स्वच्छता को बढ़ावा देना
- घर का दौरा आयोजित कराना

ज्ञान बिंदु:

- डी एच, एस डी एच, सी एच सी, पी एच सी और एस सी की सेवाओं के दायरे में अंतर
- डी एच, एस डी एच, सी एच सी, पी एच सी और एस सी के सेवा प्रदत्त क्षेत्र

बी. जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन

उद्देश्य:

- स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों से उत्सर्जित जैव-चिकित्सा अपशिष्ट को मानव स्वास्थ्य, समुदाय और पर्यावरण पर प्रतिकूल प्रभाव न पड़ने देना और स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों के स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव डालने से रोकने के लिए हर संभव प्रयास करना
-
- जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन में सम्मिलित अपने सभी स्वास्थ्य कर्मचारियों को उचित एवं पर्याप्त व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण प्रदान करके उनकी व्यावसायिक सुरक्षा सुनिश्चित करना

जैव चिकित्सा अपशिष्ट:

जैव चिकित्सा अपशिष्ट से तात्पर्य किसी भी ऐसे कचरे से है जो मानव, या किसी अन्य जीव जंतु के निदान, उपचार या टीकाकरण के दौरान या उससे संबंधित अनुसंधान गतिविधियों में या किसी जैविक उत्पादन या परीक्षण से उत्पन्न होता है। जिसमें इन नियमों की अनुसूची-८ में उल्लिखित श्रेणियां शामिल हैं।

कानूनी प्रावधान:

कुछ चुने हुए नियमों का मसौदा, जिसे केंद्र सरकार पर्यावरण (संरक्षण) अधिनियम, 1986 (1986 / 29) की धाराओं 6, 8 और 25 द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए और तैयार करने का प्रस्ताव करती है जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के अधिक्रमण (प्रबंधन और संचालन) नियम, 1998 में प्रकाशित किया गया है। इन नियमों को जैव-चिकित्सा अपशिष्ट (प्रबंधन और अपमार्जन) नियम, 2016 कहा जा सकता है

ये नियम उन सभी व्यक्तियों पर लागू होंगे जो किसी भी रूप में जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उत्पन्न करते हैं, एकत्र करते हैं, प्राप्त करते हैं, संरक्षित करते हैं, परिवहन द्वारा स्थानांतरित करते हैं, उपचारित करते हैं, निपटान करते हैं या संभालते हैं और

निम्नलिखित पर लागू नहीं होंगे:

- परमाणु ऊर्जा अधिनियम, 1962 (1962 का 33) और उसके तहत बनाए गए नियमों के प्रावधानों के अंतर्गत आने वाले रेडियोधर्मी अपशिष्ट
- पर्यावरण (संरक्षण) अधिनियम, 1986, (1986 का 29) (यहां अधिनियम के रूप में संदर्भित) के तहत बनाए गए खतरनाक रसायनों के निर्माण, भंडारण और आयात नियम, 1989 के अंतर्गत आने वाले खतरनाक रसायन
- ई-अपशिष्ट (प्रबंधन और अपमार्जन) नियम, 2011 के अंतर्गत आने वाला कचरा
- म्यूनिसिपल सॉलिड अपशिष्ट (प्रबंधन और अपमार्जन) नियम, 2000 के तहत आने वाले अपशिष्ट

निर्धारित प्राधिकरण:

- इन नियमों के प्रावधानों के कार्यान्वयन के लिए निर्धारित प्राधिकरण राज्यों के संबंध में राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड और केंद्र शासित प्रदेशों के संबंध में प्रदूषण नियंत्रण समितियां होंगी।
- प्रत्येक अधिकृत व्यक्ति केंद्र सरकार / सी पी सी बी / एस पी सी बी द्वारा जारी इन नियमों और दिशानिर्देशों के अनुसार जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के उत्पादन, संग्रह, स्वागत, भंडारण, परिवहन, उपचार, निपटान या किसी अन्य प्रकार के प्रबंधन से संबंधित लेखा जोखा रखेगा।
- पूर्ण विवरण सामग्री किसी भी समय निर्धारित प्राधिकारी द्वारा निरीक्षण और सत्यापन के अधीन होंगे।

अभिग्राही के कर्तव्य:

परिभाषा: एक व्यक्ति जिसका अस्पताल, नर्सिंग होम, क्लिनिक, डिस्पेंसरी, पशु चिकित्सा संस्थान, पशु घर, पैथोलॉजिकल प्रयोगशाला, ब्लड बैंक, स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केंद्र और नैदानिक प्रतिष्ठान इत्यादि जैसा कोई भी संस्थान हो या फिर संस्थान और जैव-चिकित्सा अपशिष्ट पैदा करने वाले परिसर पर प्रशासनिक नियंत्रण हो, भले ही उसकी चिकित्सा प्रणाली और उसे किसी भी नाम से पुकारा जाता है।

- यह सुनिश्चित करने के लिए सभी आवश्यक कदम उठाएं कि इन नियमों के अनुसार मानव स्वास्थ्य और पर्यावरण पर बिना किसी प्रतिकूल प्रभाव के जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का प्रबंधन किया जाए
- जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन में शामिल अपने सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों को प्रवेश के समय और उसके बाद साल में कम से कम एक बार प्रशिक्षण प्रदान करें
- हेपेटाइटिस बी और टेटनस सहित बीमारियों से सुरक्षा के लिए जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के निपटान में शामिल सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों का टीकाकरण करें
- उचित और पर्याप्त व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण प्रदान करके जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन में शामिल अपने सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों की व्यावसायिक सुरक्षा सुनिश्चित करें
- जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन में शामिल अपने सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों के लिए प्रवेश के समय और वर्ष में कम से कम एक बार स्वास्थ्य जांच करना और उसका विवरण सुरक्षित रखना
- जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के घरेलू प्रबंधन के लिए आवश्यक उपकरण स्थापित करना और आवश्यक सामग्री की नियमित आपूर्ति करना
- रंग-संहिता के तहत उत्पन्न जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के अनुसार जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन रजिस्टर बनाए और नियमित अद्यतन करें
- उत्पादन बिंदु पर जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण सुनिश्चित करें।
- अप्रत्याशित दुर्घटनाओं की सूचना संचार करने की प्रणाली विकसित करें।
- निर्धारित समय के भीतर या सहमत कार्यक्रम के अनुसार किसी सुविधा के संचालक द्वारा जैव-चिकित्सा अपशिष्ट एकत्र नहीं करने की स्थिति में तुरंत निर्धारित प्राधिकारी को सूचित करें।

यदि स्वास्थ्य देखभाल सुविधा में तीस या तीस से अधिक बिस्तर हैं तो जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन से संबंधित गतिविधियों की समीक्षा और निगरानी के लिए जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन समिति की स्थापना करें।

सामान्य जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन सुविधा का प्रत्येक अधिभोगी या संचालक पिछले वर्ष के दौरान अपमार्जित किए गए सामान्य जैव-चिकित्सा कचरे की श्रेणियों और मात्रा के बारे में जानकारी शामिल करने के लिए प्रत्येक वर्ष की 31 जनवरी तक निर्धारित प्राधिकारी को क्रमशः प्रपत्र II और III के माध्यम से एक वार्षिक विवरण प्रस्तुत करेगा।

उपचार और निपटान

- जैव चिकित्सा अपशिष्ट का उपचार और निपटान अनुसूची I के अनुसार और अनुसूची IV में दिए गए मानकों के अनुपालन में किया जाएगा।
- जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के उपचार के लिए अधिभोगी या तो ऑन-साइट निपटान तौर पर अपने परिसर में उत्पन्न अपशिष्ट के उपचार के आटोक्लेव, श्रेडर जैसे अपेक्षित जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उपचार प्रणाली को स्वयं स्थापित करेगा, या तो एक अधिकृत सामान्य जैव-चिकित्सा अपशिष्ट निपटान इकाई या कोई अन्य अधिकृत जैव-चिकित्सा अपशिष्ट निपटान इकाई के माध्यम से जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के अपेक्षित उपचार को

सुनिश्चित करेगा।

- बशर्ते कि निर्धारित प्राधिकारी पांच सौ या अधिक बिस्तर क्षमता वाले अभिग्राही को एक भट्टी (भस्मक) स्थापित करने के लिए प्राधिकृत कर सकता है, जो प्राप्तकर्ता पर्यावरण और इस तरह की कार्रवाई की गारंटी देने वाले स्थान पर निर्भर करता है, जहां सामान्य जैव-चिकित्सा उपचार इकाई की सेवाएं उपलब्ध नहीं हैं।
- जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के निपटान के लिए क्लोरीन युक्त प्लास्टिक की थैलियों का उपयोग निषेध होगा और एक सामान्य जैव-चिकित्सा अपशिष्ट उपचार इकाई का संचालक ऐसे प्लास्टिक का निपटान भस्मीकरण द्वारा नहीं करेगा। अधिष्ठता पुनर्चक्रण योग्य कचरे का लिखित विवरण रखेगा और कचरे का जो भी हिस्सा नीलाम किया या बेचा जाता है और उसे निर्धारित प्राधिकारी को प्रस्तुत किया जाएगा।
- सी बी एम डब्ल्यू टी एफ के अधिष्ठाता या संचालक, संबंधित राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड से वैध सहमति, प्राधिकरण या पंजीकरण वाले पुनर्चक्रणकर्ताओं के माध्यम से उपचारित पुनर्चक्रण योग्य जैव-चिकित्सा कचरे जैसे कि प्लास्टिक और ग्लास का आटोक्लेविंग के बाद श्रेडिंग द्वारा उपचार सुनिश्चित करने के बाद अपमार्जन करेंगे।

पृथक्करण, पैकेजिंग, परिवहन और भंडारण

- किसी भी अनुपचारित जैव-चिकित्सकीय कचरे को अन्य कचरे के साथ नहीं मिलाया जाएगा।
- जैव-चिकित्सकीय कचरे को उसके भंडारण, परिवहन, उपचार और निपटान से पहले अनुसूची I के अनुसार उत्पादन के बिंदु पर वाहक डिब्बों या बैग में अलग किया जाएगा।
- संदर्भित वाहक डिब्बों या बैगों पर अनुसूची II की निर्दिष्ट के अनुसार लेबल लगाया जाएगा।
- परिवाहक जैव-चिकित्सकीय कचरे को अधिभोगी के परिसर से किसी भी ऑफ-साइट जैव-चिकित्सकीय अपशिष्ट निपटान इकाई में ले जाएगा, अनुसूची II में दिए गए लेबल के साथ-साथ अनुसूची III में निर्दिष्ट आवश्यक जानकारी के अनुसार ही स्थानांतरित करेगा।
- अनुपचारित जैव चिकित्सा अपशिष्ट का परिवहन केवल ऐसे वाहन में किया जाएगा जिसे सरकार द्वारा निर्दिष्ट सक्षम प्राधिकारी द्वारा इस उद्देश्य के लिए अधिकृत किया जा सकता है।
- अनुपचारित जैव चिकित्सा अपशिष्ट को अड़तालीस घंटे से अधिक समय की अवधि के लिए संग्रहित नहीं किया जाएगा।
- बशर्ते कि किसी भी कारण से इस तरह के कचरे को ऐसी अवधि से अधिक स्टोर करना आवश्यक हो जाता है, अधिकृत व्यक्ति ऐसा करने के कारणों को निर्धारित प्राधिकारी को लिखित रूप में सूचित करेगा, निर्धारित प्राधिकारी की अनुमति प्राप्त करेगा और यह सुनिश्चित करने के लिए उचित उपाय करेगा कि अपशिष्ट मानव स्वास्थ्य और पर्यावरण पर प्रतिकूल प्रभाव नहीं डालता है।
- नगरपालिका निकाय क्षेत्र के अस्पतालों और नर्सिंग होम में उत्पन्न गैर-जैव-चिकित्सा टोस अपशिष्ट के साथ-साथ नगर निगम के टोस कचरे की निपटान के लिए केंद्र सरकार द्वारा प्रबंधन के लिए अधिसूचित नियमों के अनुसार उपचारित विधिवत जैव-चिकित्सा अपशिष्ट को उठाना और परिवहन करना जारी रखेंगे।

कार्यान्वयन के लिए कदम:

- बी एम डब्ल्यू एम सी का संविधान
- सी टी एफ के साथ अनुबंध
- सी एम ओ कार्यालय से दर अनुबंध
- प्रदान की जाने वाली उपभोग्य सामग्रियों की सूची
- नियमित अपशिष्ट के लिखित विवरण की व्यवस्था
- यदि सी बी डब्ल्यू टी एफ सेवाओं से संतुष्ट नहीं हैं तो हस्तक्षेप करें
- बैग संग्रह के लिए कार्यक्रम ६ आवृत्ति विकसित करें
- प्रशिक्षण कार्यक्रम के लिए योजना विकसित करें
- निगरानी कार्यक्रम के लिए योजना

बैठक:

- आवृत्ति
- प्रोत्साहन / पुरस्कार

स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केंद्रों (एच सी एफ) में जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन योजना का चरणबद्ध कार्यान्वयन

5.1 जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन समिति का गठन एवं जिम्मेदार व्यक्ति के नोडल अधिकारी की नियुक्ति:

जिला स्तर के एच सी एफ के लिए सुविधा प्रभारी, बी एम डब्ल्यू एम समिति में निम्नलिखित कर्मचारी शामिल होने चाहिए:

- वरिष्ठ कर्मचारी, मुख्यतः वरिष्ठ चिकित्सा अधिकारी (नोडल अधिकारी के रूप में नामित)
- मेट्रन / नर्सों की प्रभारी
- प्रयोगशाला प्रभारी
- फार्मसिस्ट
- स्वच्छता दल का मुखिया या सफाई कर्मचारी

ब्लॉक-स्तरीय एच सी एफ के लिए सुविधा प्रभारी, यानी चिकित्सा अधीक्षक (एम एस) या प्रभारी चिकित्सा अधिकारी (एम ओ आई सी) को जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन के लिए नोडल अधिकारी के रूप में नामित किया जाना चाहिए। एच सी एफ को सेवाएं प्रदान करने वाले सी बी डब्ल्यू टी एफ के प्रतिनिधि को भी बी एम डब्ल्यू समिति की बैठकों के लिए आमंत्रित किया जा सकता है।

5.2 बी एम डब्ल्यू संग्रहण, परिवहन, उपचार और निपटान के लिए सी बी डब्ल्यू टी एफ के जिम्मेदार व्यक्ति के साथ अनुबंध:

- नोडल अधिकारी के सहयोग के साथ सुविधा केंद्र प्रभारी
-
- यदि सी बी डब्ल्यू टी एफ के साथ अनुबंध पर हस्ताक्षर किया गया है, तो मुख्य चिकित्सा अधिकारी (सी एम ओ) से दर अनुबंध की एक प्रति प्राप्त की जानी चाहिए।
-
- यदि अनुबंध पर हस्ताक्षर नहीं किया गया है, तो जल्द से जल्द सी बी डब्ल्यू टी एफ के साथ अनुबंध पर हस्ताक्षर किया जाना चाहिए।
-
- अनुबंध पढ़ें और सी बी डब्ल्यू टी एफ द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं की सीमा को समझें। अनुबंध में सेवाओं

(बी एम डब्ल्यू का संग्रहण, परिवहन, उपचार और निपटान) शामिल होना चाहिए, और उपभोग्य सामग्रियों (रंग कोडित बैग, रंग कोडित डिब्बे, हब कटर, पंचर-प्रूफ कंटेनर, पी पी ई आदि) की आपूर्ति भी शामिल होनी चाहिए।

- यदि अनुबंध में उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति शामिल है, तो सी बी डब्ल्यू टी एफ द्वारा प्रदान की जाने वाली उपभोग्य सामग्रियों की सूची प्राप्त करें, अन्यथा आवश्यक उपभोग्य सामग्रियों का बंदोबस्त करें।
- एक रजिस्टर में एकत्रित बी एम डब्ल्यू का रिकॉर्ड रखना चाहिए।
- सी बी डब्ल्यू टी एफ सेवाओं से संतुष्ट नहीं होने पर हस्तक्षेप करना चाहिए।

5.3 यू पी पी सी बी से प्राधिकरण प्राप्त करना

जिम्मेदार व्यक्ति: नोडल अधिकारी के सहयोग के साथ सुविधा केंद्र प्रभारी

बी एम डब्ल्यू प्रबंधन नियम, 2016 के तहत यू पी पी सी बी से प्राधिकरण अनिवार्य है। इसके लिए आवेदन सी बी डब्ल्यू टी एफ के साथ अनुबंध पर हस्ताक्षर करने के दो महीने बाद किया जाना चाहिए।

इसके लिए निम्नलिखित चरणों का पालन किया जाना है:

- फॉर्म II जमा करना (बी एम डब्ल्यू प्रबंधन नियम 2016)य शुल्क जमा करना
- बी एम डब्ल्यू के संग्रहण, परिवहन, उपचार और निपटान के लिए सी बी डब्ल्यू टी एफ के साथ समझौते की एक प्रति संलग्न करें।
- संबंधित सी बी डब्ल्यू टी एफ द्वारा एच सी एफ से पिछले दो महीनों में एकत्र किए गए बी एम डब्ल्यू का लिखित विवरण संलग्न करें। इसके लिए, सी बी डब्ल्यू टी एफ को सौंपे गए बी एम डब्ल्यू के विगतवार विवरण के लिए उपयोग की जाने वाली पंजिका की एक प्रति जमा की जा सकती है।
- 200 तक बिस्तर क्षमता के लिए, यू पी पी सी बी के संबंधित क्षेत्रीय कार्यालय (आर ओ) द्वारा प्राधिकरण प्रदान किया जाता है। बिस्तरों की संख्या 200 से अधिक होने पर, आर ओ कार्यालय यू पी पी सी बी मुख्यालय (लखनऊ) को मामले की सिफारिश करता है, जहां से प्राधिकरण प्रदान किया जाता है।

5.4 सुविधा केंद्रों के स्तर पर बी एम डब्ल्यू प्रबंधन योजना

- जिम्मेदार व्यक्ति: सुविधा प्रभारी और नोडल अधिकारी
- योजना के विकास के लिए निम्नलिखित चरणों का पालन किया जा सकता है:
- बी एम डब्ल्यू उत्पादन बिंदुओं की पहचान करें, यानी वार्ड, ओ टी, लेबर रूम, लैब, ओ पी डी, इमरजेंसी आदि।
- अपशिष्ट उत्पादन के प्रत्येक बिंदु के लिए एक जिम्मेदार व्यक्ति को पहचानें और नामित करें। यह व्यक्ति विभागाध्यक्ष / चिकित्सक / मैट्रन (नर्स) कोई भी हो सकता है।
- बी एम डब्ल्यू उत्पादन के प्रत्येक बिंदु पर अपशिष्ट संग्रहण डिब्बे और प्रदर्शन (आई ई सी) सामग्री / पोस्टर लगाने के लिए उपयुक्त स्थान की पहचान करें।
- कचरा बैग, बिन, सुई कटर, ट्रॉलियों आदि की मासिक आवश्यकताओं की पहचान करना और उनकी उपलब्धता सुनिश्चित करना।
- उपभोग्य सामग्रियों की आपूर्ति के लिखित विवरण के अनुसार उपभोग्य सामग्रियों (अपशिष्ट बैग, डिब्बे, सुई कटर, ट्रॉली आदि) की आपूर्ति की निगरानी करें।
- आई ई सी सामग्री / पोस्टरों की उपलब्धता और प्रदर्शन सुनिश्चित करें।
- बी एम डब्ल्यू अंतरिम संग्रह शेड के स्थान की पहचान करें और दिशानिर्देशों के अनुसार इसका निर्माण और रखरखाव सुनिश्चित करें।
- बैग बदलने और बी एम डब्ल्यू युक्त बैग को अंतरिम संग्रह शेड में स्थानांतरित करने के लिए एक कार्यप्रणाली विकसित करें।
- एक सुविधा केंद्र स्तरीय प्रशिक्षण योजना विकसित और कार्यान्वित करें। एक सुविधा स्तर बी एम डब्ल्यू

निगरानी योजना विकसित और कार्यान्वित करें।

- बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति की बैठकों के लिए एक कैलेंडर विकसित करें।
- अच्छे कार्य को प्रोत्साहन / पुरस्कृत करने के तरीकों की पहचान करें।

5.5 एच सी एफ में डिब्बे और कंटेनर रखने के सामान्य स्थलों के लिए सामान्य दिशानिर्देश

जिम्मेदार व्यक्ति: नोडल अधिकारी और बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति के सदस्य

- नुकीले अपशिष्ट के प्रबंधन के लिए: नुकीले अपशिष्ट के भंडारण के लिए पॉलीकार्बोनेट कंटेनर (पी पी सी) के साथ नीडल कटर / डिस्ट्रॉयर हमेशा निम्नलिखित स्थानों पर उपलब्ध होने चाहिए:
- ओपीडी इंजेक्शन कक्ष
- प्रत्येक वार्ड में टीकाकरण कक्ष नर्सिंग स्टेशन, ऑपरेशन थियेटर
- पैथोलॉजी – नमूना संग्रह कक्ष

5.6 उपभोग्य सामग्रियों / सामग्रियों / उपकरणों की सूची: जिम्मेदार व्यक्ति: सुविधा प्रभारी और नोडल अधिकारी

5.7 पोस्टर / आई ई सी सामग्री का प्रदर्शन जिम्मेदार व्यक्ति:

नोडल अधिकारी, बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति के सदस्य और प्रत्येक बी एम डब्ल्यू उत्पादन बिंदु के लिए नामित जिम्मेदार कर्मचारी

- सुनिश्चित करें कि बी एम डब्ल्यू संग्रह डिब्बे के ऊपर बी एम डब्ल्यू पृथक्करण का संकेत देने वाले पोस्टर प्रदर्शित किए गए हैं
- सुनिश्चित करें कि वॉशबेसिन के ऊपर हाथ धोने की सर्वोत्तम आदतों को दर्शाने वाले पोस्टर प्रदर्शित किए गए हैं
- सुनिश्चित करें कि प्रत्येक बी एम डब्ल्यू उत्पादक स्टेशन के लिए नामित जिम्मेदार कर्मचारियों का नाम, पदनाम, फोटो और संपर्क नंबर उस स्टेशन पर प्रमुखता से प्रदर्शित किया गया है।
- सुनिश्चित करें कि क्षतिग्रस्त या विरूपित होने की स्थिति में पोस्टरों को बदल दिया जाए

5.8 बिन बैग को बदलने और बी एम डब्ल्यू संग्रहण शेड में स्थानांतरित करने की योजना

जिम्मेदार व्यक्ति: नोडल अधिकारी, बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति के सदस्य और प्रत्येक बी एम डब्ल्यू उत्पादन बिंदु के लिए नामित जिम्मेदार कर्मचारी

- सुनिश्चित करें कि आवश्यकता के अनुसार बी एम डब्ल्यू बिन को समय-समय पर खाली किया जाता है
- बैग बदलने की पद्धति
- बैग को 2/3 क्षमता तक भरने के बाद बदला जाना चाहिए: इसमें कुछ स्टेशनों पर दिन में एक से अधिक बार बैग बदलना पड़ सकता है।
- कूड़ेदान को खाली करते समय और थैले को ले जाते समय सफाई कर्मचारी को आवश्यक सुरक्षा उपकरण पहनने चाहिए।
- जब बैग कूड़ेदान में हो तो उसे ऊपर से बांध देना चाहिए।
- बैग को फिर बिन से ठिकाने में स्थानांतरित किया जाना चाहिए।
- ब्लू बिन (शीशे के नुकीले अपशिष्ट) को सफेद पंचर प्रूफ कंटेनर ६ हब कटर (धातु के नुकीले अपशिष्ट) की सामग्री को ट्रॉली में क्रमशः बड़े नीले बिन और पंचर प्रूफ कंटेनर में स्थानांतरित किया जाना चाहिए।

- बिन में एक नया बैग रखा जाना चाहिए ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि इसके किनारे बिन के किनारे पर बाहर की ओर मुड़े हुए हैं।
- सफाई कर्मचारी को ट्रॉली को केवल रिम तक लोड करना चाहिए। बी एम डब्ल्यू अंतरिम संग्रह शेड में अपशिष्ट स्थानांतरित करने के बाद वह अन्य बैग लेने के लिए वापस आ सकता है।
- सफाई कर्मचारी को ट्रॉली को निर्दिष्ट मार्ग के अनुसार चलाना चाहिए और मार्ग से अलग होने से बचना चाहिए। मार्ग की चौड़ाई को ध्यान में रखते हुए उसकी पहचान की जानी चाहिए ताकि ट्रॉली को दीवारों या रोगियों & राहगीरों से टकराए बिना चलाया जा सके।
- लाल बैग को लाल संग्रह बाड़े के अंदर रखा जाना चाहिए, पीले बैग को पीले संग्रह बाड़े में रखा जाना चाहिए, और नीले और सफेद डिब्बे को नीले संग्रह बाड़े में रखा जाना चाहिए।
- छोड़ी गई & एक्सपायर हो चुकी दवाओं वाले बैग को फार्मसी & स्टोर से समय-समय पर एकत्र किया जाना चाहिए, और पीले संग्रह वाले बाड़े में रखा जाना चाहिए।

5.9 बी एम डब्ल्यू अंतरिम संग्रह शेड

जिम्मेदार व्यक्ति: सुविधा प्रभारी और नोडल अधिकारी बी एम डब्ल्यू अंतरिम भंडारण शेड के निर्माण और रखरखाव के लिए निम्नलिखित दिशानिर्देशों का पालन किया जा सकता है:

- शेड में प्रत्येक रंग के बैग के लिए अलग-अलग बाड़े होंगे, यानी पीले बैग, लाल बैग और नीले डिब्बे / पीपीसी के लिए एक-एक तीन बाड़े होंगे।
- सामग्री को चिन्हित करने के लिए प्रत्येक बाड़े के दरवाजे को रंग कोडित किया जाना चाहिए, और एक प्रमुखता से प्रदर्शित बायोहाजर्ड चिह्न होना चाहिए।
- शेड को ढका जाएगा।
- शेड सुविधा केंद्र के गेट के पास स्थित होगा ताकि सी बी डब्ल्यू एफ टी के बी एम डब्ल्यू संग्रह वाहन द्वारा आसानी से पहुँचा जा सके।
- सी बी डब्ल्यू एफ टी वाहन और कर्मचारियों की पार्किंग और मुक्त आवाजाही के लिए अनुमति देने के लिए शेड के सामने पर्याप्त खुली, गैर-अतिक्रमित जगह होनी चाहिए।
- शेड के आसपास पानी की आपूर्ति होनी चाहिए जिसका उपयोग शेड के फर्श और दीवारों को धोने के लिए किया जा सकता है।
- शेड की सफाई का भी लेखा जोखा रखा जाएगा।
- आसानी से सफाई करने के लिए शेड के फर्श और दीवारों को टाइलों से ढँक दिया जाएगा, उचित ढलान होगा और एक नाली होगी जिसके माध्यम से पानी धोया / निकाला जाएगा।
- सफाई में आसानी के लिए शेड के फर्श और दीवारों को टाइलों से ढका जाएगा, उचित ढलान होगा और एक नाली होगी जिसके माध्यम से पानी धोया जाएगा / तरल पदार्थ को एच सी एफ ई टी पी में निकाला जा सकता है। प्रत्येक बाड़े का दरवाजा हर समय बंद रखा जाएगा। सफाई और निरीक्षण के लिए सी बी डब्ल्यू टी एफ को कचरे को सौंपने के लिए, बी एम डब्ल्यू बैग के भंडारण के उद्देश्य से ही इसे खोला जाएगा। तालों की चाबियां तीन प्रतियों में रखी जाएंगी सफाईकर्मी, सी बी डब्ल्यू टी एफ और बी एम डब्ल्यू समिति के एक सदस्य के पास चाभी की एक-एक प्रति होगी।

5.10 सुविधा स्तर प्रशिक्षण योजना

जिम्मेदार व्यक्ति: नोडल अधिकारी, बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति के सदस्य और प्रत्येक बी एम डब्ल्यू उत्पादन बिंदु के लिए नामित जिम्मेदार कर्मचारी

- अपशिष्ट प्रबंधन गतिविधियों की सफलता सुनिश्चित करने के लिए निरंतर प्रशिक्षण और जागरूकता कार्यक्रम आवश्यक हैं।

- निरंतर जागरूकता और प्रशिक्षण की आवश्यकता वाले सुविधा केंद्रों पर कर्मचारियों के प्रमुख समूहों में चिकित्सा अधिकारी, नर्स, तकनीशियन और अपशिष्ट संचालक शामिल हैं।
- प्रशिक्षण योजना में निम्नलिखित विचारों का समावेश किया जा सकता है:
- प्रशिक्षण कार्यशाला में, बी एम डब्ल्यू के क्यों, कहां, क्या, कौन, कब और कैसे का अवलोकन शामिल होगा (नियमावली के प्रारंभ में बताया गया है)।
- प्रशिक्षार्थी समूह के आकार और संरचना की सुनिश्चित करें: प्रशिक्षण वार्ड-के स्तर पर आयोजित किया जा सकता है और प्रत्येक वार्ड के लिए निर्धारित समूह में डॉक्टर, नर्स, वार्ड बॉय, चिकित्सा अधिकारी आदि शामिल हो सकते हैं।
- प्रशिक्षण देने के लिए समय निर्धारित करें: यह अस्पताल के सामान्य कार्यकाल के बाद आयोजित किया जा सकता है।
- प्रशिक्षण की अवधि प्रशिक्षकों द्वारा तय की जा सकती है। यह सुझाव दिया जाता है कि प्रशिक्षण सत्र की अवधि 2 घंटे हो। हालांकि, यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि यह संवेदीकरण, आवश्यक जानकारी प्रदान करने और प्रशिक्षुओं के परीक्षण के लिए पर्याप्त है।
- फिलप चार्ट: प्रशिक्षण देने के लिए फिलप चार्ट या किसी भी ऑडियो-विजुअल माध्यम का उपयोग किया जाएगा।
- प्रशिक्षण के दौरान प्रेजेंटेशन: प्रशिक्षक को प्रशिक्षण देने के लिए प्रेजेंटेशन तकनीकों का उपयोग करनी की सलाह दी जाती है, जिसके लिए रंगीन डिब्बे, वास्तविक अपशिष्ट नमूने और अन्य सामग्री का एक सेट इस्तेमाल किया जा सकता है।
- हर छह महीने बाद प्रशिक्षण प्रक्रिया को दोहराया जाएगा।
- प्रशिक्षक उन प्रशिक्षुओं को पुरस्कृत करने के लिए पुरस्कार की एक विधि का उपयोग कर सकता है जो प्रश्नों का सही उत्तर देते हैं।
- बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति द्वारा आयोजित बी एम डब्ल्यू पर प्रशिक्षण का रिकॉर्ड रखा जाएगा
- **प्रशिक्षण में निम्नलिखित शामिल हैं:**
 - क्या जैव-चिकित्सा अपशिष्ट है और क्या जैव-चिकित्सीय अपशिष्ट नहीं है
 - जैव-चिकित्सा अपशिष्ट का पृथक्करण कब, कहां और किसके द्वारा किया जाना चाहिए
 - जैव-चिकित्सा अपशिष्ट पृथक्करण (पीला बिन, लाल बिन, नीला बिन, पंचर प्रूफ कंटेनर)
 - धारदार एवं नुकीले अपशिष्ट का प्रबंधन: सुई जनित घाव रोकथाम एवं प्रबंधन
 - तरल रिसाव प्रबंधन
 - कार्मिक सुरक्षा उपकरण
 - डब्ल्यू एच ओ द्वारा समझाए गए हाथ धोने के तरीके

5.11 सुविधा केंद्रों के स्तर बी एम डब्ल्यू निगरानी योजना

- जिम्मेदार व्यक्ति: सुविधा प्रभारी, नोडल अधिकारी, बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति के सदस्य और प्रत्येक बी एम डब्ल्यू उत्पादन बिंदु के लिए नामित जिम्मेदार कर्मचारी
- एच सी एफ स्तर पर जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन योजना के सफल कार्यान्वयन को सुनिश्चित करने के लिए नियमित (दैनिक / साप्ताहिक / मासिक) निगरानी अत्यधिक आवश्यक है। दैनिक दौरे के दौरान सुविधा प्रभारी, एम ओ, बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति के सदस्यों और नामित जिम्मेदार व्यक्तियों / बी एम डब्ल्यू उत्पादन स्टेशनों के विभाग प्रमुखों द्वारा निगरानी की जाएगी

दैनिक निगरानी के लिए मुख्य बिंदु:

- जैव चिकित्सा अपशिष्ट संग्रह और परिवहन सामग्री की उपलब्धता
- विभिन्न कार्य स्टेशनों पर सुई कटर की उपलब्धता और उपयोग
- अपशिष्ट का पृथक्करण उपयुक्त थैलियों और कूड़ेदानों में किया जाना
- अपशिष्ट प्रबंधकों द्वारा व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरणों की उपलब्धता और उपयोग
- कचरे के उत्पादन स्थल से अंतरिम बी एम डब्ल्यू संग्रहण शेड तक जैव-चिकित्सा कचरे का नियमित परिवहन
- सी बी डब्ल्यू टी एफ द्वारा बी एम डब्ल्यू का नियमित संग्रहण
- स्वच्छताकर्मियों द्वारा दीवारों, सतहों और उपकरणों आदि की नियमित सफाई
- बी एम डब्ल्यू निगरानी प्रपत्र की सहायता से स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केंद्रों की निगरानी (अनुलग्नक 1 में संलग्न)
- बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति की मासिक बैठक के दौरान मूल्यांकन

मासिक बैठकों के लिए मुख्य चर्चा बिंदु:

- विवरण / अभिलेख पुस्तिका ६ पंजिकाओं का रखरखाव
- स्वास्थ्य कर्मियों से प्रतिक्रिया
- शिकायतों का निवारण
- बैग / बिन / उपकरण आदि की उपलब्धता
- सी बी डब्ल्यू टी एफ द्वारा बीएमडब्ल्यू का नियमित संग्रहण
- सुई चुभने से चोट लगने और मरकरी छलकने की घटनाओं की सूचना और उनकी अनुवर्ती कार्रवाई
- स्वच्छताकर्मियों द्वारा दीवारों, सतहों और उपकरणों आदि की नियमित सफाई

छमाही प्रशिक्षण सत्र के दौरान

- स्वास्थ्य कर्मियों से प्रतिक्रिया
- शिकायतों का निवारण
- बैग / डिब्बे / उपकरण आदि की उपलब्धता
- सुई चुभने से चोट लगने और मरकरी छलकने की घटनाओं की सूचना और उनकी अनुवर्ती कार्रवाई
- नामित जिम्मेदार व्यक्तियों ६ विभाग प्रमुखों के साथ छमाही बैठक के दौरान मूल्यांकन
- स्वास्थ्य कर्मियों से प्रतिक्रिया
- शिकायतों का निवारण
- बैग / डिब्बे / उपकरण आदि की उपलब्धता
- सुई चुभने से चोट लगने और मरकरी छलकने की घटनाओं की सूचना और उनकी अनुवर्ती कार्रवाई
- स्वच्छताकर्मियों स्टाफ द्वारा दीवारों, सतहों और उपकरणों आदि की नियमित सफाई

5.12 लिखित विवरण संरक्षण

जिम्मेदार व्यक्ति: नोडल अधिकारी, बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति के सदस्य और प्रत्येक बी एम डब्ल्यू उत्पादन बिंदु के लिए नामित जिम्मेदार कर्मचारी

निम्नलिखित विवरण संरक्षित रखे जाएंगे:

- जैव-चिकित्सा अपशिष्ट संग्रहण का विवरण
- आभोज्य आपूर्ति विवरण
- जैव-चिकित्सा अपशिष्ट संग्रहण शेड की सफाई का विवरण
- स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केंद्रों के जैव-चिकित्सा अपशिष्ट (बी एम डब्ल्यू) के आंतरिक निगरानी प्रपत्र
- जैव-चिकित्सा अपशिष्ट (बी एम डब्ल्यू) उत्पादन स्थल के मासिक मूल्यांकन का विवरण
- स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केंद्रों के स्तर पर प्रशिक्षण का विवरण
- प्रमुख दुर्घटनाओं और की गई उपचारात्मक कार्रवाई की सूचना
- यू पी पी सी बी को एक वार्षिक विवरण जमा करें और उसे अपनी वेबसाइट पर प्रकाशित करें। विवरण में स्वास्थ्य कर्मियों के प्रशिक्षण की स्थिति, बड़ी दुर्घटनाएं और उपचारात्मक कार्रवाई, बी एम डब्ल्यू समिति की बैठकों के कार्यवृत्त शामिल हैं।

5.13 जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन सूचना प्रणाली (बी एम डब्ल्यू एम आई एस)

जिम्मेदार व्यक्ति: नोडल अधिकारी

जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन सूचना प्रणाली (बी एम डब्ल्यू एम आई एस) को स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केंद्रों (एच सी एफ) द्वारा उत्पन्न जैव चिकित्सा अपशिष्ट के प्रभावी प्रबंधन के लिए प्रासंगिक आंकड़ों को व्यापक रूप से संग्रहित करने के उद्देश्य से विकसित किया गया है।

प्रणाली निम्नलिखित आंकड़ों को संग्रहित करती है:

- एच सी एफ पर एक बार के आंकड़े (एच सी एफ का संपर्क विवरण एवं उसकी संरचना, सुविधा केंद्र प्रभारी, नोडल अधिकारी और बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति के सदस्य, सी बी डब्ल्यू टी एफ के साथ हुआ अनुबंध, एच सी एफ आदि में बी एम डब्ल्यू प्रबंधन के लिए उपलब्ध सुविधाएं इत्यादि)
- सी बी डब्ल्यू टी एफ द्वारा आपूर्ति की जाने वाली उपभोग्य वस्तुएं (अनुसूची और मात्रा)
- जैव चिकित्सा अपशिष्ट संचयन (सी बी डब्ल्यू टी एफ द्वारा एकत्र की गई तारीख और मात्रा)
- बी एम डब्ल्यू समिति की बैठकों के कार्यवृत्त का विवरण
- आयोजित प्रशिक्षणों का विवरण
- आंतरिक निगरानी गतिविधियों का विवरण

प्रणाली निम्नलिखित उद्देश्यों को पूरा करती है:

- यह कर्मचारियों द्वारा की गई आंकड़ों की आवर्ती प्रविष्टियों या उपस्थित विवरणों से पंजिकाओं के बढ़ते बोझ के बदले प्रतिवेदनों की उपलब्धता को त्वरित एवं आसान बनाती है।
- हितधारकों को विषय विशेष से भली-भांति अवगत कराने के लिए नवीनतम जानकारियों / पठन और प्रशिक्षण सामग्रियों / प्रारूपों के प्रसार के लिए एक मंच के रूप में कार्य करता है।
- एच सी एफ में बी एम डब्ल्यू के प्रबंधन की निगरानी और समीक्षा में अच्छे प्रदर्शन करने वालों के प्रति आभार व्यक्त करने के लिए एक मंच प्रदान करता है।
- प्रणाली का उपयोगकर्ता: इस प्रणाली को जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन समिति के नोडल अधिकारी की देखरेख में संचालित करने के लिए अभिकल्पित किया गया है। आंकड़ों की प्रविष्टियां, अस्पताल में तैनात एन

ओ, प्रशिक्षित कम्प्यूटर आपरेटर ६ डाटा एंट्री आपरेटर अथवा संबंधित कर्मचारियों द्वारा की जा सकती है।

5.14 श्रेष्ठ प्रदर्शन हेतु पुरस्कार

जिम्मेदार व्यक्ति: सुविधा प्रभारी, नोडल अधिकारी, बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति के सदस्य और प्रत्येक बी एम डब्ल्यू उत्पादन बिंदु के लिए नामित जिम्मेदार कर्मचारी

ऐसा बार बार देखा गया है की जहां अच्छे कार्य के प्रति सार्वजनिक प्रशंसा या पुरस्कार के माध्यम से आभार व्यक्त किया जाता है वहां परिणाम बेहतर होते हैं। इसलिए इस नीति को प्रत्येक एच सी एफ में बी एम डब्ल्यू प्रबंधन योजना में सम्मिलित करने के लिए सुझाया जाता है।

श्रेष्ठ प्रदर्शन करने वालों के नाम और फोटो को बुलेटिन बोर्ड पर प्रदर्शित करके या उन्हें एप्रन / वर्दी पर पहना जा सकने वाला हरा बैज देकर सम्मानित किया जा सकता है।

5.15 प्रतिरक्षण: स्वास्थ्य कर्मियों के लिए समय-समय पर स्वास्थ्य जांच और व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण

जिम्मेदार व्यक्ति: सुविधा प्रभारी, नोडल अधिकारी, बी एम डब्ल्यू प्रबंधन समिति के सदस्य और प्रत्येक बी एम डब्ल्यू उत्पादन बिंदु के लिए नामित जिम्मेदार कर्मचारी

बी एम डब्ल्यू के संपर्क में आने वाले स्वास्थ्य कर्मियों की सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए निम्नलिखित प्रक्रियाएं अपनायी जाएंगी:

- जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के कारण फैलने वाली बीमारियों जैसे की हेपेटाइटिस बी और टेटनस आदि से बचाव के लिए जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन में संलग्न सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों और अन्य लोगों का टीकाकरण, राष्ट्रीय टीकाकरण नीति में निर्धारित तरीके से, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के दिशा-निर्देशों के अनुसार समय समय पर किया जाए।
- जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन में सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों और अन्य लोगों की सेवा में प्रवेश के समय एवं उसके बाद वर्ष में कम से कम एक बार स्वास्थ्य जांच कराएं और उसका विवरण संरक्षित रखें उचित और पर्याप्त व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (पीपीई) प्रदान करके जैव-चिकित्सा अपशिष्ट के प्रबंधन में शामिल अपने सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों और अन्य लोगों की व्यावसायिक सुरक्षा सुनिश्चित करें।

ज्ञान बिंदु:

- ✓ चिकित्सा कचरे को उनके स्रोत, प्रकार और उनके प्रबंधन, भंडारण और अंतिम निपटान से जुड़े हानिकारक प्रभावों के अनुसार वर्गीकृत किया जाना चाहिए।
- ✓ कचरे का पृथक्करण स्रोत पर ही करना एक महत्वपूर्ण प्रयास है और उनके अपचयन, पुनः उपयोग और पुनर्चक्रण पर उचित परिप्रेक्ष्य में विचार किया जाना चाहिए।
- ✓ ऊतक, शरीर के अंग और दूषित ठोस अपशिष्ट केवल पीले कंटेनर ६ बैग में एकत्र किए जाएं
- ✓ दूषित प्लास्टिक केवल लाल कंटेनर / बैग में एकत्र किए जाएं
- ✓ नुकीले यांत्रिकीय अपशिष्ट केवल सफेद पंचर प्रूफ कंटेनर में एकत्र किए जाएं
- ✓ शीशे के नुकीले अपशिष्ट केवल नीले पंचर प्रूफ कंटेनर में एकत्र किए जाएं
- ✓ सामान्य कचरा केवल काले कंटेनर / बैग में एकत्र किए जाएं
- ✓ लाल कंटेनर / बैग में कोई ऊतक / शारीरिक अंग नहीं जाने पाए और काले कंटेनर / बैग में कोई दूषित पदार्थ नहीं जाने पाए

- ✓ कचरे का संग्रह 48 घंटे से ज्यादा समय तक नहीं करना चाहिए
- ✓ प्लास्टिक कचरे को जलाया नहीं जाना चाहिए
- ✓ उत्पादन के बिंदु पर कचरे को अलग किया जाना चाहिए और द्वितीयक पृथक्करण नहीं किया जाना चाहिए
- ✓ कूड़ेदान साफ और स्वच्छ होने चाहिए
- ✓ लेखा जोखा सुरक्षित रखना / सूचना को निर्धारित स्तर तक पहुंचाना अनिवार्य है
- ✓ कोई भी समस्या होने पर नोडल अधिकारी से संपर्क करें

ए. कार्यालय प्रबंधन

उद्देश्य:

कार्यालय प्रक्रियाओं से संबंधित फाइलों की टिप्पणियों, प्रारूपण और मामलों के प्रस्तुतिकरण को समझना

विषय:

शाखा प्रमुख द्वारा डाक का अवलोकन और उसका वर्गीकरण

3.1 शाखा प्रमुख को डाक के अवलोकन के बाद पत्रों को तीन श्रेणियों में वर्गीकृत करना चाहिए: (i) एक महत्वपूर्ण प्रकृति के संदेशपत्र जो नीति के संबंध में नए प्रश्न उठाने वाली, मौजूदा नीति या आदेशों में संशोधन की मांग करने या असाधारण प्रकृति के हों (ii) वो पत्र जिन पर कार्रवाई की रेखा स्पष्ट होय और (iii) वे संदेशपत्र जिन पर कोई कार्रवाई अपेक्षित नहीं है वरन वे केवल जानकारी देने के लिए हैं।

3.2 श्रेणी (i) में रखे जाने वाले पत्रों पर शाखा प्रमुख द्वारा डाक स्तर पर शाखा अधिकारी के साथ कार्रवाई के स्तर की विवेचना की जा सकती है, तथा उसका समाधान भी निकालने का प्रयास किया जा सकता है। यदि किसी विशेष दाल द्वारा कार्रवाई शुरू की जानी है तो वह इसके बारे में अगले तत्काल वरिष्ठ अधिकारी के साथ चर्चा कर सकता है। 'जंपिंग लेवल' प्रक्रिया के अंतर्गत इस कार्य को स्वीकृति देनी होगी और कार्रवाई की दिशा के बारे में स्पष्ट निर्देश भी प्रदान करना होगा।

3.3 श्रेणी (ii) में प्राप्तियां, जहां आवश्यक हो, प्राप्तियों पर निर्देश दर्शाने के बाद शाखा प्रमुख द्वारा सीधे संबंधित अधिकारी को प्रेषित किया जा सकता है।

3.4 श्रेणी (iii) में प्राप्तियों के संबंध में शाखा प्रमुख डाक के स्तर पर ऐसे कागजात दाखिल करने के लिए निर्देश दे सकते हैं। क्रमांकन के बाद पी यू सी को संबंधित फाइल में जोड़ा जा सकता है और जब तक कि सूचना को उच्च अधिकारी के ध्यान में नहीं लाया जाता है तब तक मामले को फिर से प्रस्तुत करने की आवश्यकता नहीं होती है।

संबंधित अधिकारी द्वारा प्राप्तियों की प्रारंभिक जांच

3.5 रसीदें सौंपे जाने के तुरंत बाद, संबंधित अधिकारी एक-एक करके उन्हें प्राथमिकता के आधार पर उन्हें पढ़ेगा। 'आज ही कार्रवाई करें' अथवा 'तत्काल कार्रवाई' की टिप्पणी वाले पत्र पहले निपटाए जाएंगे और साथ ही यह ध्यान रखा जाएगा कि सामान्य पत्रों को एक सप्ताह से अधिक समय के लिए अनुत्तरित नहीं छोड़ा जाता है।

फाइल पर रसीद लाना

3.6 एक रसीद वर्तमान फाइल पर लाई जाएगी यदि यह किसी ऐसे विषय से संबंधित है जिस पर फाइल पहले से मौजूद है। यदि नहीं, तो अध्याय ८ में निहित निर्देशों के अनुसार रसीद पर कार्रवाई शुरू करने के लिए एक नई फाइल खोलना आवश्यक होगा। फिर रसीद को डॉकेट किया जाएगा और अध्याय 11 में वर्णित तरीके से संदर्भित किया जाएगा।

1. नोटिंग (टिप्पण)

3.7 नोटिंग (टिप्पण) के विषय हैं:

- (ए) तथ्यों को स्पष्ट रूप से और संक्षिप्त रूप से बताने के लिए, पिछले निर्णयों, उदाहरणों, पत्राचार या नियमों और विषय पर असर वाले आदेशों पर ध्यान आकर्षित करना।
- (बी) उन बिंदुओं को उजागर करना जिन पर आदेश आवश्यक हैं। और
- (सी) कार्रवाई का सुझाव देना

शाखा द्वारा टिप्पणी करने हेतु अधिकार क्षेत्र

3.8 जब किसी पत्र पर कार्रवाई की दिशा स्पष्ट हो या स्पष्ट विषय पर आधारित हो या शाखा अधिकारी, या मंडल अधिकारी द्वारा पत्र पर उसके द्वारा दिए गए निर्देशों में इंगित किया गया हो, तो जहां आवश्यक हो, बिना अधिक ध्यान दिए एक मसौदा अनुमोदन के लिए प्रस्तुत किया जाए। अन्य मामलों में शाखा एक नोट रखेगी। इस परिस्थिति में शाखा उत्तरदायी है:

- (ए) यह देखने के लिए कि क्या अब तक के जो भी तथ्य जांच के लिए खुले हैं वे सही हैं
- (बी) तथ्यों की किसी भी गलती या गलत बयानों को इंगित करने के लिए
- (सी) वैधानिक या नीतिगत प्रक्रिया पर आवश्यकतानुसार ध्यान आकर्षित करने के लिए तथा विधि एवं नियमों का उल्लेख करने वाले श्रोतों का उल्लेख करने के लिए
- (डी) सचिवालय में उपलब्ध अन्य प्रासंगिक तथ्यों और आंकड़ों की आपूर्ति करने के लिए और नीति के पिछले निर्णयों वाले उदाहरणों या कागजात को प्रस्तुत करने के लिए
- (ई) प्रश्नों अथवा विचारणीय बिंदुओं का उल्लेख करने के लिए और निर्णय लेने की आवश्यकता वाले बिंदुओं को स्पष्ट रूप से सामने लाने के लिए और
- (एफ) जहां भी संभव हो, कार्रवाई का सुझाव देने के लिए

3.9 शाखाओं / अनुभागों / इकाइयों / कार्यालयों द्वारा मामलों पर टिप्पणी करते समय निम्नलिखित अनुदेशों का पालन किया जाएगा:

- (ए) सभी आलेख स्पष्ट रूप से समझने योग्य और सरल भाषा में लिखे जाने चाहिए उन्हें संक्षिप्त और प्रभावी होना चाहिए। अनावश्यक टिप्पणी करना एक बुराई है जिससे सावधानी से बचना चाहिए।
- (बी) सभी आलेख संयमित रूप से लिखे जाने चाहिए और व्यक्तिगत टिप्पणियों से बचे होने चाहिए। यदि किसी अन्य विभाग के नोट में स्पष्ट त्रुटियों को इंगित करना है या उसमें व्यक्त राय की आलोचना करनी है, तो इस बात का ध्यान रखा जाना चाहिए कि टिप्पणियों को विनम्र भाषा में लिखा गया है। सभी आलेख प्रथम पुरुष अभिव्यक्ति में लिखे जाने चाहिए।
- (सी) यह माना जाना चाहिए कि यदि कोई 'विचाराधीन दस्तावेज' और लंबित पत्र हो तो वह उसी अधिकारी द्वारा पढ़ा जाएगा जिसे मामला प्रस्तुत किया गया है। इसलिए एक ही फाइल पर किसी अन्य विभाग द्वारा पी यू सी या नोट्स के शब्दशः उद्धरण के पुनरुत्पादन, या व्याख्यान से बचा जाना चाहिए।
- (डी) एक लेख का सार केवल तभी बनाया जाएगा जब यह बहुत अधिक लंबाई और जटिलता का हो। किसी अधिकारी के निर्देश के बिना इस तरह का सारांश या सामग्री का सार या फाइल का इतिहास आमतौर पर तैयार नहीं किया जाएगा।
- (ई) यदि लेख में किसी जानकारी को शामिल करने से विवरण का मुख्य बिंदु अस्पष्ट होने लगे या अनावश्यक रूप से लंबा होने की संभावना हो तो जानकारी देने वाले कर्मचारी द्वारा एक अलग विवरण या परिशिष्ट फाइल के

साथ संलग्न किया जाना चाहिए।

- (एफ) जब एक ही मामले में कई बिंदु या आदेश होते हैं जिनका समाधान अनवरत लेख की तुलना में अलग से लिखे गए आलेख से करना अधिक आसान हो सकता है इस प्रकार के प्रत्येक बिंदु या विषय को 'आलेखों की शाखा में विभाजित किया जाना चाहिए। शाखा अधिकारी और उच्च अधिकारी प्रत्येक 'शाखा आलेख' पर अपनी अलग-अलग टिप्पणियां देंगे और इसके बाद इन आलेखों को आदेश जारी करने आदि के प्रयोजनों के लिए फाइल पर चढ़ाने के लिए एकीकृत किया जाएगा।
- (जी) जहां तक संभव हो शाखा से एक ही आलेख निकलना चाहिए। यदि संबंधित व्यक्ति और शाखा प्रमुख के बीच किसी विषय पर असहमति है तो इस मामले को व्यक्तिगत चर्चा द्वारा सुलझाया जाना चाहिए और नोट में निर्णय के लिए केवल बिंदुओं के (वैकल्पिक सुझाव सहित) सार होने चाहिए।
- (एच) टिप्पण (नोटिंग) का क्रमांकन सामान्यतः पत्राचार में क्रम संख्या के आधार पर करना चाहिए। यदि फाइल से स्वतंत्र रूप से रसीद प्रस्तुत करने के कारण टिप्पणियों की निरंतरता में कोई रुकावट आई है, तो पत्रों को जल्द से जल्द मुख्य फाइल के साथ समामेलित किया जाना चाहिए।
- (आई) नियमित मामलों को छोड़कर प्राप्ति पर कोई टिप्पणी नहीं लिखी जानी चाहिए।
- (जे) यदि किसी अधिकारी ने पी यू सी पर कोई टिप्पणी की है या अपना निर्देश लिखा है, तो उन्हें पहले नोट पर यथावत उतारा जाना चाहिए और उसके बाद ही शाखा द्वारा लेख में दर्शाए गए आदेशों का पालन करना चाहिए।
- (के) प्रत्येक लेख फुलस्कैप फोलियो आकार के कागज पर एक चौथाई मार्जिन के साथ स्पष्ट रूप से लिखा जाना चाहिए। सभी लंबे दोगुने मार्जिन में लिखे जाने चाहिए।
- (एल) पैराग्राफ को क्रमांकित किया जाना चाहिए।
- (एम) उच्च अधिकारियों द्वारा टिप्पणी / हस्ताक्षर के लिए पर्याप्त स्थान छोड़ा जाना चाहिए। शाखा अधिकारी या उच्च अधिकारियों को प्रस्तुत की जाने वाली टिप्पणियां पृष्ठ के प्रत्येक तल पर समाप्त नहीं होनी चाहिए। लेख में हमेशा एक नई खाली शीट जोड़ी जानी चाहिए।
- (एन) जब भी कागज के छोटे टुकड़ों पर अधिकारियों या अन्य लोगों से सूचना या अनुरोध प्राप्त होते हैं, तो उन्हें मार्ग में खो जाने की संभावना के कारण उन्हें पारित नहीं किया जाएगा। प्राप्त होने वाली पहली शाखा इस प्रकार प्राप्त कागज की पर्ची को फाइल कवर में निपटान के लिए संबंधित अधिकारी या शाखा को भेजने से पहले एक फुलस्कैप आकार की सफेद शीट पर चिपकाएगी या क्लिप करेगी। संबंधित शाखा नोटिस या अनुरोध आदि को नोट शीट या फुलस्कैप आकार के सफेद कागज पर टाइप करेगी और फिर सामान्य तरीके से रसीद पर कार्रवाई करेगी।
- (ओ) जहां तक संभव हो लंबे लेख लिखने की प्रथा से बचना चाहिए। यदि कोई इस तरह का कम मार्जिन वाला लेख हो तो उच्च अधिकारियों को फाइल प्रस्तुत करने से पहले उसे हटा दिए जाने चाहिए।
- (पी) जब किसी पत्र को उत्तर भेजने वाली पंक्तियां स्पष्ट हों तो टिप्पणी करते समय संबंधित व्यक्ति को मसौदा अनुमोदन के लिए प्रस्तुत करना चाहिए। ऐसे मामलों में 'अनुमोदन के लिए प्रस्तुत मसौदे के उत्तर पर ध्यान देना पर्याप्त है। उत्तर का सार टिप्पणियों में नहीं लिखा जाना चाहिए।
- (क्यू) जब किसी अन्य व्यक्ति के कार्यालय, विभाग अथवा मंत्रालय से कोई नोट, पत्र, फाइल या कोई संदेश प्राप्त होता है तो उस प्राप्ति की विषयवस्तु से संबंधित नोटिंग या पुनः नोटिंग उस प्राप्ति के मुख्य पृष्ठ पर या जिस पृष्ठ पर विषयवस्तु का उल्लेख किया गया है उस पृष्ठ पर न करके अपितु इस सचिवालय में सभी प्रकार की नोटिंग किसी अन्य या फिर नए पृष्ठ में की जायेगी।
- (आर) इस सचिवालय और अन्य मंत्रालयों या विभागों के बीच सभी अंतर-विभागीय पत्राचार को अलग रखा जाना चाहिए और इस सचिवालय में आंतरिक टिप्पणियों के साथ मिश्रित नहीं किया जाना चाहिए।
- (एस) प्रत्येक नोट के अंतिम पैराग्राफ में निश्चित रूप से आदेश मांगे गए प्रश्न (प्रश्नों) को विचार या बिंदुओं के लिए

स्पष्ट रूप से बताया जाना चाहिए।

- (टी) लेख को सावधानीपूर्वक विचार करने के बाद संरक्षित किया जाना चाहिए ताकि उन्हें अस्वीकार न किया जाए या फिर से लिखा न जाए और मिटाना दुर्लभ हो।
- (यू) यदि किसी लेख को अस्वीकार किया जाना है, तो उसे काट दिया जाना चाहिए और संशोधित नोट को बिना चिपकाए लगातार लिखा जाना चाहिए।
- (वी) व्यवहार करने वाले व्यक्ति को अपने नोट के नीचे बाईं ओर अपने दिनांकित आद्याक्षर करने चाहिए। इसी तरह, शाखा के प्रमुख भी व्यवहार करने वाले व्यक्ति के नोट के नीचे अपने दिनांकित आद्याक्षर करेंगे। हालांकि, जब व्यवहार करने वाला व्यक्ति कागज का निपटान करने के लिए स्वयंन अधिकृत है तो फिर ऐसी स्थिति में वह दाहिनी ओर अपने नाम का पूरा हस्ताक्षर करेगा / करेगी। उच्च अधिकारियों को नोटों के दाहिनी ओर अपना आद्याक्षर करना चाहिए।
- (डब्ल्यू) उच्च अधिकारियों के लिए सभी अंकन विवरण के मार्जिन में होना चाहिए।
- (एक्स) जहां भी अधिकारियों के आदेश के लिए निवेदन किया जाना है, संबंधित मंडल अधिकारी द्वारा शाखा की कार्यवृत्ति का अनिवार्य रूप से एक (दोहरे स्पेस में लिखे हुए) संक्षिप्त, स्व-पूर्ण लेख का पालन किया जाना चाहिए। संभागीय अधिकारी के लेख पर यदि संयुक्त सचिव / अपर सचिव / सचिव की कोई टिप्पणी हो तो उसे भी इसी तरह से लिखा जाना चाहिए।
- (वाई) एक से अधिक शाखा वाले नोटों को संबंधित मंडल अधिकारी / संयुक्त सचिव / अपर सचिव / सचिव द्वारा समेकित किया जाना चाहिए और जिन बिंदुओं पर अधिकारियों के आदेश मांगे गए हैं, उनका विशेष रूप से उल्लेख किया जाना चाहिए।
- (जेड) अधिकारियों द्वारा आदेश पारित किए जाने के बाद किसी भी अधिकारी द्वारा नोट शीट के दाहिने हाथ पर कोई हस्ताक्षर नहीं किया जाना चाहिए। सभी अंकन / आद्याक्षर नोट शीट के मार्जिन में होने चाहिए।
- (एए) यदि और नोट लगाने की आवश्यकता है, तो यह नई नोट शीट पर उस अधिकारी की शाखा या कार्यालय के नाम के साथ होना चाहिए जिसने उस नोट को जारी किया है न कि उस नोट की निरंतरता में जिस पर अधिकारियों ने आदेश पारित किया है।

शाखा प्रमुख द्वारा कार्रवाई

3.10 शाखा प्रमुख पैरा 3.9 (जी) में निहित अन्य निर्देशों का पालन करते हुए संबंधित अधिकारी के लेख की जांच करेगा।

3.11 शाखाओं के प्रमुखों को उनकी शाखा / मंडल अधिकारी के संदर्भ के बिना कार्य की निम्नलिखित मदों का निपटान करने के लिए अधिकृत किया जाता है:

- आकस्मिक अवकाश/प्रतिपूरक अवकाश/विशेष अवकाश तीन दिन तक प्रदान करना।
- अनुस्मारक और पावती जारी करना।
- फाइलों का विवरण रक्षित करना।
- अल्पकालिक प्रकृति के कार्यालय आदेश, नियमित आदेश और परिपत्र जारी करना।
- शाखा प्रमुख को किसी अन्य सामान्य या विशिष्ट मामले को स्वतंत्र रूप से निपटाने के लिए कार्यालय आदेश द्वारा अधिकृत किया जाता है।

3.12 उपरोक्त बिंदु (अ) क्रमशः ओ.ओ. भाग, संख्या 316 और 359, दिनांक 18 फरवरी, 1957 और 25 अक्टूबर, 1957, के तहत प्रतिनिधान

3.13 अपनी शक्ति के भीतर मामले से संबंधित आधिकारिक संचार पर हस्ताक्षर करते समय, शाखा प्रमुख अपने नाम और पदनाम का उपयोग कर सकते हैं।

आदेशों का प्रमाणीकरण

3.14 शाखाओं के प्रमुखों को कुछ मामलों के निपटारे और उनके हस्ताक्षर पर संचार जारी करने के लिए प्रत्यायोजित शक्तियों के बावजूद, अध्यक्ष द्वारा पारित या उनके नाम पर किए गए सभी आदेश, अवर सचिव के पद से नीचे के अधिकारी के हस्ताक्षर से प्रमाणित नहीं होंगे।

शाखा अधिकारी द्वारा विवरण

3.15 एक शाखा अधिकारी अपने उत्तरदायित्व पर अधिक से अधिक मामलों का निपटान करेगा। जो मामले पर्याप्त रूप से महत्वपूर्ण प्रकृति के हों या नीतिगत प्रश्न वाले हों, उन पर मंडल अधिकारी या उच्च अधिकारियों के आदेश उनके द्वारा लिये जायेंगे। उसे अपने मौखिक निर्देश लेकर मंडल अधिकारी को औपचारिक रूप से प्रस्तुत किए जाने वाले मामलों की संख्या को कम करने का प्रयास करना चाहिए।

3.16 जहां उसे आदेश पारित करना है या उच्च अधिकारियों के विचार के लिए सिफारिशें करनी हैं, वह अपने लेख को उन वास्तविक बिंदुओं तक सीमित रखेगा, जिन पर उसे पिछले विवरणों में पहले से शामिल आधार को दोहराने का प्रयास किए बिना व्यवहार करना चाहिए। जब वह पूर्ववर्ती नोट में की गई सिफारिशों से सहमत होता है, तो वह केवल अपने हस्ताक्षर करेगा या किसी विशेष प्रस्ताव के साथ अपने समझौते का संकेत देगा।

3.17 ऐसे मामलों में जहां एक अधिकारी द्वारा एक टिप्पणी की गई और अनुमोदित किया गया है और किसी अन्य अधिकारी या शाखा को टिप्पणियों या प्रस्ताव की जांच के लिए या इसी तरह के उद्देश्य के लिए भेजा गया है, जिस अधिकारी को फाइल चिन्हित की गई है, उसे हमेशा विवरण में लिखना चाहिए। प्राप्तकर्ता अधिकारी अपनी शाखा से मामले की जांच करने या तथ्यात्मक जानकारी प्रस्तुत करने के लिए कह सकता है। ऐसे मामलों में शाखाओं को शाखा अधिकारी की जानकारी के लिए एक अलग आवर्ती लेख प्रस्तुत करना चाहिए, जो अंततः फाइल पर अपना विवरण दर्ज करेगा। शाखाओं को अधिकारी स्तर पर निस्तारित फाइलों पर टिप्पणी नहीं लिखनी चाहिए।

अनुमंडल पदाधिकारी द्वारा टिप्पणी एवं आदेश

3.18 मंडल अधिकारी को सामान्यतः अपने पास आने वाले अधिकांश मामलों का निस्तारण स्वयं के उत्तरदायित्व पर करना चाहिए। उसे अधिक महत्वपूर्ण मामलों पर संयुक्त सचिव / अपर सचिव / सचिव / महासचिव के आदेश लेने में अपने विवेक का उपयोग करके चाहे मौखिक रूप से या कागजात प्रस्तुत करने चाहिए। जहां तक संभव हो मौखिक पद्धति को अपनाया जाना चाहिए। सामान्यतः महासचिव को भेजे जाने वाले कार्यों का विवरण "अधिकारियों को प्रस्तुत किए जाने वाले कार्यों का विवरण" शीर्षक वाले विवरणिका में शामिल की गई हैं।

अधिकारियों के लिए स्व-निहित लेख

3.19 जब भी किसी मामले में अधिकारियों के आदेश मांगे जाने हैं, तो एक स्व-पूर्ण लेख प्रस्तुत किया जाएगा। इस तरह के स्वतः पूर्ण लेखों को तैयार करने और जमा करने में निम्नलिखित निर्देशों का पालन किया जाएगा:

(ए) लेख को निम्नानुसार शीर्षक दिया जाएगा:

शाखा विषय

(बी) लेख की सामग्री संक्षिप्त और प्रभावी होनी चाहिए और अनुच्छेदों में विभाजित किया जाना चाहिए, प्रत्येक

- विषय के एक विशेष पहलू से निपटने के लिए प्रत्येक अनुच्छेद विधिवत क्रमांकित होने चाहिए
- (सी) लेख के मामले की एक संक्षिप्त पृष्ठभूमि और विषय वस्तु से संबंधित आदेश और वैधानिक या प्रथागत प्रक्रिया या पिछले निर्णय या मिसाल, यदि कोई हो, का संदर्भ होगा। यदि मामला किसी नियम, विनियम, कानून या पिछले मिसाल के प्रावधानों पर आधारित है, तो की जाने वाली कार्रवाई का भी सुझाव दिया जाएगा।
- (डी) यदि लेख में किसी भी जानकारी को शामिल करने से मुद्दे पर मुख्य बिंदु अस्पष्ट होने की संभावना है या नोट अनावश्यक रूप से लंबा हो जाता है, तो जानकारी देने वाला एक अलग विवरण या परिशिष्ट फाइल पर रखा जाएगा।
- (ई) नोट के अंतिम पैराग्राफ में निरपवाद रूप से उस प्रश्न या प्रश्नों के बारे में स्पष्ट रूप से बताया जाना चाहिए जिस पर विचार या बिंदु के लिए आदेश मांगे गए हैं।
- (एफ) नोट एक चौथाई मार्जिन के साथ नीले नोट शीट पर साफ साफ टाइप किया जाना चाहिए और यथासंभव अनावश्यक चूक, बदलाव एवं परिवर्धन इत्यादि से बचना चाहिए।
- (जी) अधिकारियों को दी जाने वाली स्वतः पूर्ण टिप्पणी प्रथमतः मंडल अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित होनी चाहिए और संयुक्त सचिव, अपर सचिव, सचिव और महासचिव के माध्यम से प्रस्तुत की जानी चाहिए।
- (एच) अधिकारियों के समक्ष प्रस्तुत किए जाने वाले संबंधित कागजातों के साथ स्व-पूर्ण टिप्पणी एक अलग फाइल कवर में प्रस्तुत की जाएगी जिसमें मुख्य फाइल की संख्या और विषय होगा। मंडल अधिकारी द्वारा इसे अनुमोदित करने के बाद, वह मुख्य फाइल शाखा को वापस कर देगा और संयुक्त सचिव/अपर सचिव/सचिव के माध्यम से महासचिव को स्व-पूर्ण टिप्पणी प्रस्तुत करेगा।
- (आई) यदि संभागीय अधिकारी संयुक्त सचिव/अपर सचिव/महासचिव/महासचिव की जानकारी के लिए स्व-निहित नोट के संबंध में एक नोट लगाना चाहता है, तो वह एक अलग नोट शीट पर ऐसा करेगा जो वापस कर दिया जाएगा सचिव, अपर सचिव या संयुक्त सचिव, जैसा भी मामला हो, के निजी स्टाफ द्वारा अधिकारियों को अग्रेषित स्व-निहित नोट।
- (जे) जब अधिकारियों से उनके आदेश के साथ नोट वापस प्राप्त होता है, तो सभी चिह्न/आद्याक्षर नोट शीट के मार्जिन में किए जाने चाहिए। आदेश वाली शीट या शीट पर आगे कोई टिप्पणी नहीं की जाएगी। आगे की सभी टिप्पणियां एक नई और अलग नोट शीट पर की जाएंगी ताकि स्व-निहित नोट और उस पर अधिकारियों के आदेश एक अलग फाइल कवर में एक स्व-निहित दस्तावेज के रूप में फाइल में रहें, जिसे आगे के संदर्भ के लिए, यदि आवश्यक हो, उपयोग किया जा सके।
- (के) यदि उसी मामले में अधिकारियों को कोई और जानकारी प्रस्तुत की जानी है या उनके आदेश को फिर से लिया जाना है, तो पिछले स्व-पूर्ण नोट की निरंतरता में एक अलग नोट शीट पर आगे की टिप्पणी की जाएगी और यह नहीं होगी प्रत्येक बार एच.एस.एच.डी.एस.ए.अध्यक्ष/संयोजक को फाइल प्रस्तुत करने पर स्थिति को एक नए स्व-निहित नोट में सारांशित करना आवश्यक होगा।

नोट्स को हाइलाइट करने के लिए हाइलाइटर्स का इस्तेमाल नहीं करना चाहिए।

3.20 जब कोई फाइल अधिकारियों को भेजी जानी है, तो निम्नलिखित निर्देशों का पालन किया जाएगा:

- (ए) इसमें केवल वह जानकारी होनी चाहिए जो अधिकारियों को बिना किसी तथ्य या संदर्भ के किसी निर्णय पर पहुंचने में सक्षम बनाने के लिए आवश्यक हो, और सभी कागजात जो मुद्दे के बिंदु से सख्ती से प्रासंगिक नहीं हैं, को हटा दिया जाना चाहिए।
- (बी) दायर कागजात में निहित आवश्यक संदर्भों को निकाला जाना चाहिए, फाइल में रखा जाना चाहिए और संदर्भित किया जाना चाहिए।
- (सी) फाइल में रखे गए सभी कागजात सुपाठ्य होने चाहिए। यदि मंत्रालय/विभागों आदि से प्राप्त फैक्स संचार

सहित कोई भी संचार अपठनीय है, तो उसे फिर से टाइप किया जा सकता है।

2. ड्राफ्टिंग (आलेखन)

ड्राफ्टिंग (आलेखन) – कब तैयार किया जाना है

3.21 तब नहीं जब किसी मामले पर कार्रवाई की रेखा स्पष्ट हो, भेजे जाने वाले प्रस्तावित संचार का एक प्रारूप सक्षम अधिकारी द्वारा आदेश पारित किए जाने के बाद तैयार किया, जिसमें भेजे जाने वाले उत्तर की शर्तों को दर्शाया जाएगा, जहां उत्तर की पंक्ति स्पष्ट है कि हस्ताक्षर के लिए एक निष्पक्ष पत्र रखा जा सकता है।

3.22 एक शाखा अधिकारी या एक उच्च अधिकारी जिसने किसी मामले पर अपने विचार तैयार किए हैं, वह स्वयं एक मसौदा तैयार कर सकता है और इसके मुद्दे को अधिकृत कर सकता है या अनुमोदन के लिए अगले उच्च अधिकारी को प्रस्तुत कर सकता है, जैसा भी मामला हो। अन्य मामलों में शाखा द्वारा एक मसौदा तैयार किया जाएगा।

3.23 प्रारूपण के संबंध में निम्नलिखित सामान्य निर्देशों का पालन किया जाएगा:

- (ए) एक मसौदा डबल स्पेस में, आधे मार्जिन में और कागज के दोनों तरफ टाइप किया जाना चाहिए।
- (बी) एक ही विषय पर पत्राचार की एक श्रृंखला में या अंतिम संचार के उत्तर की संख्या और तारीख को हमेशा संदर्भित किया जाना चाहिए। जहां एक से अधिक संचार या संचार की एक श्रृंखला को संदर्भित करना आवश्यक है, यह मसौदे के मार्जिन में किया जाना चाहिए। अनुस्मारक सहित सभी संचारों में विषय का अनिवार्य रूप से उल्लेख किया जाना चाहिए।
- (सी) एक मसौदे को स्पष्ट रूप से उन अनुलग्नकों को दिखाना चाहिए जो उचित प्रतिलिपि के साथ हैं। टाइपिस्ट, तुलनाकर्ता और डिस्पैचर का ध्यान आकर्षित करने के लिए मार्जिन में एक विकर्ण स्ट्रोक बनाया जाना चाहिए। संलग्नक की संख्या भी पृष्ठ के नीचे बाईं ओर मसौदे के अंत में इंगित की जाती है, इस प्रकार संलग्नक अंक भी।
- (डी) प्रारूप में संदर्भित संलग्नक की प्रतियां उपलब्ध होने पर इसे पुनः लिखे जाने की आवश्यकता नहीं होगी तो इस परिस्थिति में टाइपिस्ट के मार्गदर्शन के लिए तथ्य को प्रारूप के मार्जिन में स्पष्ट रूप से प्रदर्शित किया जाना चाहिए।
- (ई) फाइल पर रखे गए सभी मसौदों पर फाइल का नंबर होना चाहिए। जब दो या दो से अधिक पत्र, अधिसूचनाएं, आदि एक ही फाइल से एक ही तारीख को एक ही पते पर जारी करने हों, तो क्रम संख्या भी अतिरिक्त दी जानी चाहिए ताकि संदर्भ में भ्रम की स्थिति से बचा जा सके, इस प्रकार (प) 8६5(1)२००९-ओ एंड एम और (पप) 8/5(II)/2009-0-एम।
- (एफ) जहां किसी मामले पर राज्य सरकारों या मंत्रालयों आदि से परामर्श किया जाता है, वहां उत्तर के लिए समय सीमा सामान्यतः विनिर्दिष्ट की जानी चाहिए। जिस अधिकारी के हस्ताक्षर से पत्र जारी किया जाना है, वह अपने अनुमोदन के प्रतीक स्वरूप मसौदे पर आद्याक्षर करेगा। मसौदे पर उनका पदनाम निरपवाद रूप से दर्शाया जाना चाहिए।
- (जी) मसौदे के साथ 'अनुमोदन के लिए मसौदा' शब्दों वाला एक झंडा संलग्न किया जाना चाहिए। जब एक ही समय में एक से अधिक मसौदे प्रस्तुत किए जाते हैं, तो उन्हें प, प, प और इसी तरह क्रमांकित किया जाना चाहिए।

मॉडल ड्राफ्ट का संग्रह

(एच) यह सुनिश्चित करने के लिए कि बाद में इसी तरह के संदर्भों के निपटान के समय अनुपलब्ध होने वाली फाइलों में सोच-समझकर और सावधानी से तैयार किए गए ड्राफ्ट गुम न हो जाएं, सभी मॉडल ड्राफ्ट की प्रतियां

- एक अलग फाइल में एकत्र की जानी चाहिए।
- (आई) हर शाखा त्वरित संदर्भ के लिए मॉडल ड्राफ्ट के संग्रह के लिए एक इंडेक्स बनाए रखेगी। अनुक्रमणिका के विषयों को वर्णानुक्रम में व्यवस्थित किया जाएगा जो मामलों के अनुसार एक अक्षर या अक्षरों को निर्देशित करता है। (जे) मामलों के दैनिक निपटान के दौरान जब भी महत्वपूर्ण संचार का मसौदा तैयार किया जाता है, संबंधित शाखा प्रमुख के पास बनाए गए ऐसे मसौदों की अतिरिक्त प्रतियां होंगी और उन्हें संग्रह में शामिल किया जाएगा और उन्हें उपयुक्त विषयों के तहत सूचीबद्ध किया जाएगा।
- (के) मॉडल ड्राफ्ट के संग्रह की हर साल की शुरुआत में जांच की जाएगी और अप्रचलित ड्राफ्ट को हटा दिया जाएगा। ड्राफ्ट जो बाद में सुधार किए गए हैं, उन्हें इस विषय पर नवीनतम प्रारूप से बदल दिया जाएगा।

शैली

- (एल) एक मसौदे को पारित आदेश के सटीक इरादे को व्यक्त करना चाहिए। उपयोग की जाने वाली भाषा स्पष्ट, संक्षिप्त और गलत व्याख्या करने में अक्षम होनी चाहिए। लंबे वाक्य, आकस्मिकता, अतिरेक, वाक्पटुता, अतिशयोक्ति और दोहराव (चाहे शब्दों, भावों या विचारों का हो) से बचना चाहिए। कुछ लंबाई या जटिलता के संचार को आम तौर पर सारांश के साथ समाप्त किया जाना चाहिए।
- (एम) सभी संबंधितों द्वारा निम्नलिखित सामान्य सिद्धांतों का पालन किया जा सकता है:
- (प) अर्थ को व्यक्त करने से अधिक अनावश्यक शब्दों का उपयोग नहीं किया जाना चाहिए, ऐसा करने में विफल होने से न सिर्फ अर्थ अस्पष्ट होगा बल्कि संदेश पढ़ने वाले की असुविधा भी होगी।
- (पप) अनावश्यक विशेषण, क्रिया-विशेषण और गोल-मटोल वाक्यांशों का प्रयोग नहीं करना चाहिए।
- (पपप) प्रचलित शब्दों की तुलना में परिचित शब्दों को प्राथमिकता दी जानी चाहिए क्योंकि परिचित शब्दों को आसानी से समझ जाने की संभावना अधिक होती है।
- (पअ) अस्पष्ट अर्थ वाले शब्दों की तुलना में सटीक अर्थ वाले शब्दों को प्राथमिकता दी जानी चाहिए। यह किसी के विचारों को और अधिक स्पष्ट रूप से व्यक्त करने का काम करेगा।
- (अ) ठोस शब्दों को अमूर्त शब्दों के स्थान पर प्राथमिकता दी जानी चाहिए क्योंकि उनके सटीक अर्थ होने की संभावना अधिक होती है।
- (एन) ड्राफ्ट में प्रतिभागियों का उपयोग कभी-कभी बहुत सुविधाजनक होता है। निम्नलिखित सूची अधिकांश मामलों को पूरा करेगी:

सूचना देने की स्वीकृति सूचना देना स्वीकार करना निर्देश देना घोषणा करना सलाह देना संलग्न करना सिफारिश करना अपील करना पूछताछ करना रिपोर्टिंग नियुक्त करना समझाना

- (ओ) कुछ अस्पष्ट शब्द और वाक्यांश आधिकारिक शैली में शामिल हो गए हैं और परंपरा की मंजूरी का दावा करते हैं, उदाहरण के लिए, 'उसमें, उसके संबंध में, के संबंध में, के संबंध में, होने के लिए, आवश्यक है, आवश्यक कार्रवाई या आवश्यक निर्देश, क्रमशः, आदि के लिए इस तरह के शब्द अर्थ को अस्पष्ट करते हैं। शब्दों के लिए 'उसमें, उस पर और उसके' सरल शब्द 'इसमें, उस पर, या उसके' ने उद्देश्य पूरा किया होगा। इसी तरह, 'के संबंध में' कई मामलों में 'की ओर' शब्द को विस्थापित करता है। पुनरावृत्ति से बचने की चिंता 'पूर्व' और 'बाद' के उपयोग की ओर ले जाती है, लेकिन इससे पाठक की स्मृति पर अनुचित दबाव पड़ता है। ऐसे अस्पष्ट भावों से बचना चाहिए।
- (पी) एक मुहावरा जिस पर आधिकारिक संचार में बहुत अधिक काम किया गया है, वह है 'के रूप में'। यह अक्सर 'क्या, कौन, क्या आदि' शब्दों के साथ अनावश्यक रूप से प्रकट होता है। उदाहरण के लिए, वाक्य में

“प्रशासनिक अधिकारी से अनुरोध किया जाता है कि वह रिपोर्ट करें कि क्या मामला पूरा हो गया है”, ‘के रूप में’ बेमानी है और इसे छोड़ दिया जाना चाहिए।

(क्यू) कुछ त्रुटियां जो आधिकारिक लेखन में आम हैं, नीचे दी गई हैं और इन गलतियों से बचने के लिए सावधानी बरतनी चाहिए:

- (i) ‘सरकार’, ‘सचिवालय’, ‘शाखा’ शब्द कभी एकवचन में और कभी बहुवचन में प्रयुक्त होते हैं। सही प्रक्रिया उन्हें बहुवचन रूप में प्रयोग करना है, लेकिन यदि एकवचन का प्रयोग किया जाता है, तो पूरे वाक्य में इसका लगातार पालन किया जाना चाहिए और इसे बदला नहीं जाना चाहिए जैसा कि निम्नलिखित वाक्य में किया गया है:— ‘सचिवालय ने आपके मामले पर सावधानी से विचार किया है लेकिन निष्कर्ष पर पहुंचे हैं।’ इसी तरह मूड भी बार-बार मिक्स हो जाता है। मनोदशा में परिवर्तन का एक उदाहरण नीचे दिया गया है:— ‘जब मैंने मामले को समिति के पास भेजा तो मैंने इस पर विचार किया।’ सही रूप इस प्रकार होना चाहिए:— ‘जब मैंने मामले को समिति के पास भेजा, तो मैंने विचार किया।’ यह देखना भी उतना ही महत्वपूर्ण है कि पूरे काल में प्रयुक्त काल समान है।
- (ii) ‘सुझाव’ के बाद ‘चाहिए’ नहीं ‘चाहिए’ का प्रयोग करें (‘अनुरोध’ के बाद ‘हो सकता है’ नहीं ‘चाहिए’ का प्रयोग करें)।
- (iii) ‘प्वाइंट आउट’ एक बहुत ही गाली देने वाला मुहावरा है। इसका उपयोग वास्तव में किसी ऐसे तथ्य या परिस्थिति के बारे में बात करने के लिए किया जाना चाहिए जिसके बारे में पता करने वाले को उसके लिए उपलब्ध जानकारी के स्रोत से अवगत होना चाहिए। इसे कभी भी ‘समझाएं’ या ‘आपको सूचित करें’ के पर्यायवाची के रूप में इस्तेमाल नहीं किया जाना चाहिए।
- (iv) ‘हालाँकि’ एक ऐसा शब्द है जो अक्सर गलत हो जाता है, “इन सुझावों पर (1) सावधानीपूर्वक विचार करने के बाद (2) भारत सरकार इस पर सहमत होने में (3) असमर्थ है”। इस वाक्य में (2) ‘हालाँकि’ के लिए सही स्थान है न कि (1) या (3) के लिए। यह अल्पविरामों के बीच आना चाहिए, काफी निकट लेकिन शुरुआत के बहुत निकट नहीं।
- (v) ‘है’ और ‘हैं’ शब्दों का गलत प्रयोग भी अक्सर होता है। पास्ट परफेक्ट ‘हैड’ का उपयोग केवल अतीत में एक घटना की प्राथमिकता पर जोर देने के लिए किया जाता है, उदाहरण के लिए, यह कहना सही है कि “मैं शिमला गया था जब अध्यक्ष ने जगह छोड़ी थी”। लेकिन वाक्य में यह गलत प्रयोग है “मैं पिछले शुक्रवार को शिमला गया था”।
- (vi) कई शब्दों का प्रयोग उनके अर्थ के उचित निहितार्थ के बिना किया जाता है। जब अधिकारी किसी फाइल की मांग करता है और फाइल गुम हो जाती है, तो डीलिंग करने वाला व्यक्ति अक्सर यह कहते हुए एक नोट रख देता है कि यह ‘उपलब्ध नहीं है’। यह कहने का कि फाइल उपलब्ध नहीं है इसका अर्थ यह नहीं है कि वह खो गई है। इसका मतलब केवल यह है कि फाइल कहीं और रखी गई है या किसी अन्य कार्यालय में भेज दी गई है। ‘अगर’ शब्द के लिए ‘मामले में’ शब्दों का प्रयोग और ‘और’ के समकक्ष के साथ-साथ वाक्यांश ‘और’ अन्य उदाहरण हैं। जब डीलिंग हैण्ड लिखता है, “सदस्य देय तिथि पर किराए का भुगतान नहीं करता है तो फाइल को रखा जाएगा”, उसका अर्थ है कि “यदि सदस्य देय तिथि पर किराए का भुगतान नहीं करता है तो फाइल को रखा जाएगा”।
- (vii) शब्द ‘तक’ और ‘सब’ भी काफी गलत व्यवहार के लिए आते हैं। जब कोई डीलिंग अधिकारी यह कहते हुए अधिकारी के पास एक फाइल रखता है कि 1 दिसंबर तक कोई रिटर्न प्राप्त नहीं हुआ है, तो इसका वास्तव में मतलब है कि 1 दिसंबर को रिटर्न प्राप्त हुआ था। लेकिन यह वह नहीं है जो डीलिंग हैण्ड कहना चाहता है। डीलिंग हैण्ड के दिमाग में जो बात है वह यह है कि 1 दिसंबर को भी कोई रिटर्न प्राप्त नहीं हुआ था। यह बताने के लिए कि ‘अप टू’ शब्द के बाद ‘हैड’ शब्द 17 सही होता, उदाहरण के लिए, “1 दिसंबर तक रिटर्न

प्राप्त नहीं हुआ था। इसी तरह, जब एक डीलिंग हैण्ड रिपोर्ट करता है कि “सभी जूनियर क्लर्कों ने सीनियर क्लर्क टेस्ट पास नहीं किया है”, तो उसका मतलब यह है कि “एक भी क्लर्क ने सीनियर क्लर्क टेस्ट पास नहीं किया है। लेकिन वह वास्तव में यह बताता है कि कुछ कनिष्ठ लिपिक हैं जिन्होंने वरिष्ठ लिपिक परीक्षा उत्तीर्ण की है।

- (viii) लेख का लोप और गलत प्रस्ताव का उपयोग भी अक्सर मिलता है। गलत उपयोग के कुछ उदाहरण निम्नलिखित हैं: – गलत सही के अनुपालन में – मार्जिन के अनुपालन में – मार्जिन पर इस ओर से मार्जिन पर कृपया देखने के लिए – कृपया इसे देखने के लिए इसका निपटान करें – इसे निपटाने के तहत परिस्थितियों में परिस्थितियों को पूरी तरह से छानबीन करना – पूरी तरह से छानबीन करना

3.24 निम्नलिखित शब्दों का प्रयोग प्रायः गलत ढंग से किया जाता है: सूचित करने या बताने के लिए परिचित। संदर्भ के लिए विज्ञापन। स्केच, आउटलाइन, पूर्व संकेत के लिए पूर्वाभास। बेहतर के लिए सुधार करें, सुधार करें। सहायता के लिए सहायता, योजना के लिए ब्लू-प्रिंट, सीमा के लिए सीमा। नमूने के लिए क्रॉस-सेक्शन। प्रारंभ के लिए प्रारंभ करें, डीम फॉर थिंक, निर्भरता के अनुकूलन, विचार के लिए सोचना, केम इन, ओरिजिन, स्प्रिंग के लिए झाड़व। जगह लेने, घटित होने, घटित होने, बढ़ने के लिए विकास। लागू करने के लिए अपरिहार्य होने की जरूरत है। चिंतन के लिए कल्पना। घटित होना, आन पड़ना, टूट पड़ना के लिए परिणाम निकलना। प्रदर्शन, प्रकाशित, प्रचारित के लिए प्रकट। तथ्य, विचार, परिस्थिति, विशेषता, तत्व, घटक के लिए कारक। कार्य, संचालन, कार्य के लिए 18 कार्य (क्रिया)। बताने के लिए सूचित करें। खुद के लिए अलगाव में। आरंभ के लिए आरंभ करें, प्रारंभ करें। स्थान के लिए स्थान। महत्वपूर्ण के लिए प्रमुख, प्रमुख, मुख्य, प्रमुख। अधिकांश के लिए बहुमत। के बारे में अमल में लाना, घटित होना, घटित होना। अंडर-एस्टीमेट के लिए मिनिमाइज करें, नीचा दिखाएं, छोटा करें, हल्के में लें। व्यावहारिक रूप से वस्तुतः, लगभग, लगभग, लेकिन सभी के लिए। गो के लिए आगे बढ़ें। कुछ के लिए का प्रतिशत। कुछ के लिए का अनुपात। खरीद के लिए खरीदें। राय के लिए प्रतिक्रिया, देखें। मेक के लिए रेंडर करें। लाइव के लिए निवास करें। घर के लिए निवास। कहने के लिए राज्य। जोर देने के लिए तनाव (क्रिया)। पर्याप्त के लिए पर्याप्त। अंत के लिए समाप्त करें। भेजने के लिए प्रेषण, आगे। इमेजिन के लिए विजुअलाइज करें, चित्र।

मौखिक चर्चाओं, आदेशों और निर्देशों का रिकॉर्ड

3.25 दो या दो से अधिक अधिकारियों के बीच चर्चा से उभरे सभी बिंदु और निष्कर्ष पर पहुंचे अधिकारी द्वारा कार्रवाई को अधिकृत करने वाले अधिकारी द्वारा संबंधित फाइल पर दर्ज किया जाना चाहिए। इसी प्रकार, किसी भी अधिकारी द्वारा दिए गए सभी मौखिक आदेश या निर्देश और जहां आवश्यक हो, ऐसे आदेश/अनुदेशों की ओर ले जाने वाली परिस्थितियों को फाइल में दर्ज किया जाना चाहिए।

मामलों को प्रस्तुत करने का चौनल

3.26 मामलों को डीलिंग विभाग द्वारा प्रस्तुत किया जाता है और उन्हें पदानुक्रम के विभिन्न स्तरों पर संसाधित / अंतिम रूप दिया जाता है। प्रस्तुत करने का चौनल जो सचिवालय में विशेष रूप से (एल ए एफ ई ए इस) लफीस और (एल ए आर आर डी आई) लार्डी सेवाओं में अभ्यास किया जाता है, परिशिष्ट प्ट, ट, टप, टप्प और टप्प में दिए गए चार्ट में विस्तृत हैं। जम्पिंग लेवल योजना के तहत समय-समय पर जारी आदेशों द्वारा प्रकरणों को प्रस्तुत करने का माध्यम भी निर्धारित किया जायेगा।

3.27 शाखाओं के प्रमुखों को कुछ प्रकार के मामलों को सीधे मंडल अधिकारियों और शाखा अधिकारी को संयुक्त सचिव/अपर सचिव/सचिव को प्रस्तुत करने की अनुमति दी जा सकती है। इसी तरह, मंडल अधिकारी, निर्दिष्ट

मामलों में, अधिकारियों के साथ सीधे व्यवहार कर सकते हैं।

3.28 शाखा अधिकारीधमंडल अधिकारी को मामले सीधे प्रस्तुत करने के लिए चयनित डीलिंग व्यक्तियों को भी प्राधिकृत किया जा सकता है।

3.29 एक सक्षम अधिकारी द्वारा आदेश पारित किए जाने के बाद, अधिकारी फाइल को या तो उस अधिकारी को चिन्हित करेगा जिसने उसके सामने मामला रखा था या एक मध्यवर्ती स्तर पर एक अधिकारी को जिसे लिए गए निर्णय के बारे में सूचित किया जाना चाहिए।

3. एक मामले में कागजात की व्यवस्था

3.30 वर्तमान मामले के कागजात निम्नलिखित तरीके से रखे जाएंगे:

- (ए) 'नोट्स' और 'पत्राचार' को एक फाइल कवर में रखा जाएगा, 'नोट्स' भाग को कवर के बाईं ओर टैग किया जाएगा और कवर के दाहिने आधे हिस्से में 'पत्राचार' होगा। 'टिप्पणियां' नीचे की ओर और 'पत्राचार' ऊपर की ओर दर्ज की जाएंगी ताकि नवीनतम 'टिप्पणियां' और 'पत्राचार' फाइल खोले जाने पर शीर्ष पर हों।
- (बी) स्व-निहित अंतर-विभागीय संदर्भ और उनके उत्तर जो वापस नहीं किए जाने हैं, उन्हें फाइल के पत्राचार भाग में शामिल किया जाना चाहिए। अंतर-विभागीय संदर्भ जो मूल रूप में लौटाए जाने हैं, उन्हें फाइल पर लाए बिना फाइल से बाहर नोट किया जाएगा। अंतर-विभागीय संदर्भ की एक प्रति या सारांश, उत्तर में मूल मंत्रालय की फाइल पर दर्ज नोट की एक प्रति के साथ, जब आवश्यक हो, रखा जाएगा और पत्राचार भाग में रखा जाएगा।
- (सी) अनुमोदन के लिए ड्राफ्ट वर्तमान फाइल पर 'नोट्स' और 'पत्राचार' के बीच रखा जाएगा। फाइल पर एक से अधिक ड्राफ्ट रखना
- (डी) कभी-कभी किसी प्रारूप को अनुमोदन के लिए उच्चाधिकारियों के पास प्रस्तुत करते समय तुलना करने या परिवर्तनों की तत्काल व्याख्या करने की सुविधा के लिए फाइल पर एक से अधिक प्रारूप रखना आवश्यक हो जाता है। इन मसौदों में से एक अंतिम मसौदे हैं और अन्य पहले, दूसरे, संशोधित, आदि मसौदे हैं।
- (ई) एक से अधिक मसौदों वाली फाइलें (अधिकारियों को) प्रस्तुत करते समय, अस्वीकृत मसौदों को क्रमानुसार संख्यांकित किया जाना चाहिए और इन मसौदों के मार्जिन में लाल स्याही से निम्नलिखित संकेत दिया जाना चाहिए:— 'अस्वीकृत प्रारूप संख्या ५, ८ आदि को नहीं। निर्गत कीजिए।'

अन्य कागजात

(एफ) नोट या मसौदे में संदर्भित अन्य कागजात को उसी क्रम में व्यवस्थित किया जाना चाहिए जिसमें उनका संदर्भ मसौदे या नोट में होता है। हालाँकि, पुस्तकें, नियम आदि फाइल के शीर्ष पर रखे जाएंगे।

3.31 अधिकारियों से फाइल वापस प्राप्त होने के बाद, शाखा के प्रमुख या संबंधित व्यक्ति को संबंधित फाइल को ध्यान से देखना चाहिए और जारी करने के लिए अंतिम रूप से अनुमोदित प्रारूप को साफ-साफ टाइप करवाना चाहिए। निष्पक्ष टंकित पत्र जारी करते समय संलग्नक, यदि कोई हो, को मसौदे से टैग किया जाना चाहिए और एक संकेत (संलग्नकों के साथ जारी) ड्राफ्टकार्यालय प्रति पर दिया जाना चाहिए। इसके बाद स्वीकृत ड्राफ्ट और महत्वपूर्ण प्रकृति के अस्वीकृत ड्राफ्ट केडब्ल्यू पेपर्स के साथ रखे जाएंगे।

ज्ञान बिंदु:

- कार्यालय प्रक्रिया से संबंधित विस्तृत सत्रों से गुजरने से पहले प्रतिभागियों को यह समझने के लिए कि फाइल और फाइल संबंधी प्रक्रियाओं को कैसे तैयार करना, रचना करना और शुरू करना है।

ए. अधिप्राप्ति भंडार क्रय नियम निराकरण प्रक्रिया और समय सीमा समाप्त वस्तुओं का निपटान

उद्देश्य:

छात्रों को क्रय की आवश्यकता, वस्तुओं और सेवाओं के क्रय की प्रक्रिया, अनुपयोगी संसाधक और समाप्त / अनुपयोगी वस्तुओं के भंडार के निपटान के बारे में एक विचार देना।

अधिप्राप्ति का अर्थ

क्रय, पट्टे पर लेना, अनुज्ञप्ति या किसी क्रय के लिए अनुबंधित इकाई द्वारा माल या सेवाओं के माध्यम से अधिग्रहण, चाहे सीधे या किसी एजेंसी के माध्यम से किया जाए, अधिप्राप्ति या जनअधिप्राप्ति के रूप में परिभाषित किया जा सकता है। लेकिन इसमें माल या सेवाओं का कोई अधिग्रहण शामिल नहीं है। सेवाओं पर विचार किए बिना और प्राप्त या प्राप्त की गई अवधि का अर्थ तदनुसार लगाया जाएगा।

अधिप्राप्ति की आवश्यकता

एक सरकारी विभाग के सुचारू कामकाज के लिए विभिन्न प्रकार की वस्तुओं और सेवाओं जैसे, सामग्री, उपकरण, संयंत्र मशीनरी स्टोर, स्टेशनरी, आपूर्ति जनशक्ति आदि की जरूरत है। इन सामानों के बिना संगठन का कार्य बहुत कठिन हो जाएगा और संगठन की दक्षता बुरी तरह प्रभावित होगी। वस्तुओं या सेवाओं को सीधे खरीद, पट्टे या हस्तांतरण के माध्यम से या विशेष एजेंसियों के माध्यम से प्राप्त किया जाता है। माल या सेवाओं के अधिग्रहण या खरीद को नियंत्रित करने वाले नियमों को स्टोर खरीद नियम कहा जाता है।

सामान्य सिद्धान्त

माल इस तरह से खरीदा जाना चाहिए कि विभाग में हमेशा पर्याप्त मात्रा में उपलब्ध हो और अत्यधिक भंडारण न हो जिससे धन की बर्बादी और रुकावट हो। यह भी देखा जाना चाहिए कि गुणवत्ता से समझौता किए बिना सबसे सस्ती दर पर सामान खरीदा जाता है। खरीद के मार्गदर्शक सिद्धांत निम्नलिखित हैं।

पैसे का सर्वोत्तम मूल्य:

पैसे का सर्वोत्तम मूल्य माना जाता है:

- (ए) सही कीमत पर खरीदना,
- (बी) सही मात्रा में खरीदना,
- (सी) सही गुणवत्ता खरीदना,
- (डी) सही समय पर खरीदारी, और
- (ई) सही स्रोत से खरीदारी करना।

इन घटकों को एक साथ प्रयास करना होगा। कोई कीमत तभी 'सही' मानी जाएगी जब वह उचित समय पर उचित मात्रा और माल की गुणवत्ता प्राप्त करे। यह मान लेना गलत है कि उच्च लागत वाली वस्तुएं ही उच्च मूल्य वाली वस्तुएं होती हैं। वस्तुओं के 'मूल्य' का आकलन उन कार्यों या उपयोग के संदर्भ से बाहर नहीं किया जा सकता है

जिसके लिए इसे क्रय किया जा रहा है। यह काफी हद तक संभव है कि किसी विशेष आवश्यकता या उपयोग के संदर्भ में उच्च कीमत वाले सामान का मूल्य बहुत कम हो सकता है। इस प्रकार, मूल्य विश्लेषण माल से ही माल द्वारा किए जाने वाले कार्य पर ध्यान केंद्रित करता है।

पारदर्शिता, प्रतिस्पर्धा, निष्पक्षता और मनमानेपन का उन्मूलन:

इन उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए महत्वपूर्ण उपाय हैं,

- उपयोगकर्ता के अनुकूल भाषा में निविदाओं का व्यापक प्रचार
- माल के विनिर्देशों विस्तृत और सामान्य होना चाहिए
- निविदा दस्तावेजों में स्पष्ट रूप से पात्रता मानदंड का उल्लेख है
- निविदा जमा करने की प्रक्रिया की समय सीमा तिथि आदि स्पष्ट होनी चाहिए
- निविदाओं का मूल्यांकन उन्हीं मानदंडों के आधार पर किया जाना चाहिए जो निविदा दस्तावेज में शामिल हैं। निविदा का मूल्यांकन करते समय कोई नई शर्त नहीं लानी चाहिए।
- निविदाकर्ताओं को अपनी निविदाएं तैयार करने और प्रस्तुत करने के लिए पर्याप्त समय दिया जाना चाहिए।
- निविदाकर्ताओं को निविदा शर्तों, निविदा प्रक्रिया, अस्वीकृति और विवादों के निपटारे पर सवाल उठाने का उचित अवसर दिया जाना चाहिए।
- बातचीत को गंभीर रूप से हतोत्साहित किया जाना चाहिए। असाधारण परिस्थितियों में एल1 निविदाकर्ता से ही बातचीत की जानी चाहिए।
- सफल निविदाकर्ता के नाम की समुचित सूचना दी जानी चाहिए।

दक्षता, अर्थव्यवस्था और जवाबदेही

दक्षता, मितव्ययिता और जवाबदेही सुनिश्चित करने के लिए निम्नलिखित बातों का ध्यान रखते हुए सर्वोत्तम प्रथाओं के सख्त मानदंडों का पालन किया जाना चाहिए:

- 1) देरी को कम करने के लिए, प्रत्येक विभाग को खरीद के प्रत्येक चरण के लिए उचित समय सीमा निर्धारित करनी चाहिए। खरीद प्रक्रिया में शामिल विभिन्न अधिकारियों और एजेंसियों की जिम्मेदारी को चित्रित करना और जहां आवश्यक हो, सक्षम प्राधिकारी के उचित अनुमोदन के साथ निचले अधिकारियों को उचित खरीद अधिकार सौंपना।
- (2) प्रत्येक विभाग को निविदाओं की मूल वैधता के भीतर अनुबंध का समापन सुनिश्चित करना चाहिए। निविदा वैधता के विस्तार को हतोत्साहित किया जाना चाहिए और इस तरह के विस्तार के कारणों को विधिवत रिकॉर्ड करने के बाद सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से केवल अपरिहार्य, असाधारण परिस्थितियों में ही इसका सहारा लिया जाना चाहिए।
- (3) एक अधिप्राप्ति इकाई को न तो अपनी खरीद को विभाजित करना चाहिए और न ही खरीद के मूल्य का अनुमान लगाने के लिए किसी विशेष मूल्यांकन पद्धति का उपयोग करना चाहिए ताकि उच्च प्राधिकारी की मंजूरी प्राप्त करने या बोलीदाताओं के बीच प्रतिस्पर्धा को सीमित करने के अपने दायित्वों से बचा जा सके।

वित्तीय व्यवस्था

- (1) खरीद के लिए विशिष्ट प्राधिकरण या मंजूरी होनी चाहिए
- (2) व्यय करने या अग्रिम देने या भुगतान करने का अधिकार या मंजूरी तब तक प्रभावी नहीं होगी जब तक कि इसे

पूरा करने के लिए आवश्यक धन को सक्षम प्राधिकारी द्वारा बजट नियमावली में निहित नियमों के अनुसार विनियोजित नहीं किया गया हो।

(3) वित्तीय औचित्य के मानकों का कोई उल्लंघन नहीं है, जिनका उल्लेख नीचे किया गया है:

(1) व्यय, प्रथम दृष्टया अवसर की मांग से अधिक नहीं होना चाहिए। प्रत्येक सरकारी सेवक को चाहिए कि वह अपने नियंत्रणाधीन सार्वजनिक धन से व्यय के संबंध में उतनी ही सतर्कता और सावधानी बरते, जितनी सामान्य विवेक वाला व्यक्ति अपने स्वयं के धन के व्यय के संबंध में बरतता है।

(2) सार्वजनिक धन का उपयोग किसी विशेष व्यक्ति या समुदाय के वर्ग के लाभ के लिए तब तक नहीं किया जाना चाहिए जब तक कि

(ए) शामिल व्यय की राशि नगण्य है, या

(बी) राशि के लिए दावा कानून की अदालत में लागू किया जा सकता है, या

(सी) व्यय एक मान्यता प्राप्त नीति या प्रथा के अनुसार है।

(3) किसी भी प्राधिकरण को अपने स्वयं के लाभ के लिए प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से आदेश पारित करने के लिए व्यय स्वीकृत करने की अपनी शक्ति का प्रयोग नहीं करना चाहिए।

(4) किसी विशेष प्रकार के व्यय को पूरा करने के लिए दिए जाने वाले यात्रा भत्ते जैसे भत्तों की राशि को इस प्रकार विनियमित किया जाना चाहिए कि भत्ते प्राप्तकर्ताओं के लाभ के संपूर्ण स्रोतों पर न हों।

अधिप्राप्ति योजना

संगठन की जरूरतों को पूरा करने और इसके सुचारु कामकाज के लिए खरीद की पूरी योजना पहले से ही बनानी होगी। खरीद योजना में निम्नलिखित चरण शामिल हैं।

आवश्यकता का अन्वेषण

माल और स्टोर के लिए आवश्यकता का पता लगाना अत्यंत महत्वपूर्ण है और खरीद योजना की नींव रखता है। आवश्यकताओं का पता लगाने के लिए मार्गदर्शक सिद्धांत संगठन का आकार है, चाहे वह नया हो या पुराना, शुरुआती स्टॉक की स्थिति, चालू वर्ष में नई गतिविधियों की शुरुआत आदि।

आवश्यकता का पूर्वानुमान

चालू वर्ष के लिए आवश्यकता का पता लगाने के बाद वर्तमान स्टॉक की स्थिति, पिछले तीन वर्षों की औसत खपत, चालू वर्ष के संशोधित अनुमानों को ध्यान में रखते हुए आपूर्तिकर्ताओं की निर्भरता इत्यादि को देखते हुए पूर्वानुमान बनाते समय यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि एक अधिशेष भंडार एक चौथाई के लिए पूरक के रूप में रखा जाना चाहिए।

जहां तक संभव हो, एक खरीद अधिकारी को सबसे सस्ते मौसम के दौरान पर्याप्त स्टॉक रखना चाहिए। जब आवश्यक हो, किसी को खरीदारी करने के सर्वोत्तम समय के बारे में सलाह लेनी चाहिए और अन्य सरकारी विभागों से निविदाएं प्राप्त करने में सहायता करनी चाहिए जो आवश्यक वस्तुओं के लिए बाजार के निकट संपर्क में हैं और उनकी कीमत के सामान्य पाठ्यक्रम को जानते हैं। उदाहरण के लिए, आम तौर पर राशन के लिए आवश्यक खाद्यान्न फसल कटने के तुरंत बाद खरीदना फायदेमंद होता है और खाद्य और नागरिक आपूर्ति विभाग ऐसी खरीद के संबंध में उपयोगी सलाह और सहायता देने में सक्षम होने की संभावना है। भंडारण के दौरान जिन वस्तुओं के

मूल्यह्रास या खराब होने की संभावना है, उन्हें आवश्यकताओं से बहुत पहले नहीं खरीदा जाना चाहिए। यह भी याद रखना चाहिए कि आवश्यकता से पहले किसी भी वस्तु की खरीद में सरकारी धन का दुरुपयोग शामिल है और इसलिए, वांछनीय नहीं है जब तक कि कीमत के संबंध में उचित रूप से लाभप्रद साबित होने की संभावना न हो।
मांगपत्र नियोजन

वर्ष के लिए आवश्यक वस्तुओं की सूची तैयार होने के बाद, इस संबंध में निर्देशों के अनुसार माल का वार्षिक मांगपत्र तैयार किया जाना चाहिए। मांगपत्र में आकस्मिक व्यय सहित खरीदी जाने वाली वस्तुओं की अनुमानित लागत दर्शानी चाहिए और इसे सक्षम प्राधिकारी द्वारा स्वीकृत किया जाना चाहिए। राज्य क्रय संगठन या विभागाध्यक्ष / अन्य प्राधिकारी को प्रस्तुत किए जाने वाले इंडेंट तैयार किए जाएंगे और मानक इंडेंट फॉर्म में (तीन प्रतियों में) प्रस्तुत किए जाएंगे। यह सुनिश्चित करना मांगकर्ता का उत्तरदायित्व है कि प्रस्तुत किए गए इंडेंट सभी मामलों में पूर्ण हैं।
अर्थात:

- (1) भंडार का विवरण बी आई एस विनिर्देश और बी आई एस संख्या के नवीनतम संशोधनों के अनुसार सत्यता या श्रेणी के साथ मांगपत्र में स्पष्ट रूप से इंगित किया जाना चाहिए। यदि मांगकर्ता आई एस आई चिह्न वाले सामान को खरीदना चाहता है तो उसे स्पष्ट रूप से निर्दिष्ट किया जाना चाहिए और इसके साथ बी आई एस पुस्तिका की एक फोटो प्रति संलग्न की जानी चाहिए।
- (2) यदि बी आई एस विवरण मौजूद नहीं है, तो एक सामान्य व्योरा तैयार किया जाना चाहिए और उस कंपनी का नाम इंगित किया जाना चाहिए जिससे व्योरा तैयार किया गया है। मांगकर्ताओं को किसी निजी फर्म / कंपनी की उत्पादसूची के सटीक व्योरे का उल्लेख नहीं करना चाहिए।
- (3) यदि आपूर्ति और निपटान महानिदेशालय (डी जी एस एंड डी) / राज्य खरीद संगठन दर अनुबंध, समान विनिर्देश के साथ विशेष मद के लिए हैं, तो इसका स्पष्ट रूप से उल्लेख किया जाना चाहिए।
- (4) सभी परिमाण केवल मीट्रिक प्रणाली में होने चाहिए।
- (5) निविदा पूछताछ में शामिल की जाने वाली कोई अन्य विशेष शर्तें जैसे उपकरण / मशीनरी की स्थापना, प्रदर्शन और प्रशिक्षण, बिक्री के बाद सेवा और पुर्जों की आवश्यकता को स्पष्ट रूप से इंगित किया जाना चाहिए। मांगपत्र में मांगी गई अन्य सभी प्रासंगिक जानकारी – जैसे रूपरेखा, गुणवत्ता, सटीक मात्रा, जहां आवश्यक हो, निविदा नमूना, प्रेषिती का नाम, संभावित आपूर्तिकर्ताओं की सूची, अनुमानित लागत और वितरण अवधि आदि का विशेष रूप से उल्लेख किया जाना चाहिए।

मांगपत्र की जांच

भंडार क्रय संगठन / विभागाध्यक्ष या अन्य प्राधिकारी के कार्यालय में प्राप्त सभी मांगपत्रों की निधियों की उपलब्धता, वितरण अवधि, विशिष्टताओं, स्वामित्व प्रमाण-पत्रों, अनुमानित लागत आदि के संबंध में तुरंत जांच की जाएगी। संबंधित मांगकर्ता को आवंटन के बारे में ससंदर्भ मांगपत्र संख्या के साथ सूचित किया जाना चाहिए। क्रेता अधिकारी निम्नलिखित बिंदुओं के संबंध में मांगपत्र की प्रक्रिया करेगा:

विशिष्टताओं, वितरण अवधि की उपयुक्तता और अनुमानित लागत आदि के संदर्भ में मांग पत्र की जांच इत्यादि।
समान विशिष्टताओं के समान मद के लिए विभिन्न मांगकर्ताओं से प्राप्त मांगपत्रों का संग्रहण

वित्तीय व्यवस्था

क्रय अधिकारी किसी विशेष मद की खरीद के लिए वैध प्रशासनिक स्वीकृति और इस उद्देश्य के लिए धन उपलब्धता

सुनिश्चित करेगा। घटक मदों एवं उनकी अनुमानित लागत को विस्तार से सूचीबद्ध की गई परियोजना की प्रशासनिक स्वीकृतियों को घटकों के क्रय की प्रशासनिक स्वीकृति के समतुल्य माना जायेगा।

क्रयविधि

क्रय (खरीद) की प्रकृति, आकार, वस्तुओं की प्रकृति के आधार पर खरीद के कई तरीके हैं:

- सीधी खरीद: 20,000 रुपये की लागत तक की नियमित वस्तु एक अधिकृत डीलर से सीधे बाजार से खरीदा जा सकता है।
- दरसूची पर खरीद: 20,000 रुपये से 1 लाख रुपये तक के सामान बाजार में उपलब्ध उन वस्तुओं के वितरक से (दर सूची) दरसूची प्राप्त करके खरीदा जा सकता है। इस प्रयोजन के लिए कार्यालय प्रमुख / विभागाध्यक्ष 3 या अधिक व्यक्तियों की एक समिति का गठन कर सकते हैं। समिति बाजार का सर्वेक्षण करेगी और मोहरबंद लिफाफों में आवश्यक वस्तुओं के डीलरों से कोटेशन प्राप्त करेगी। लिफाफों को समिति द्वारा उपार्जन अधिकारी के समक्ष खोला जाता है, वस्तु के मूल्य का तुलनात्मक चार्ट तैयार किया जाता है तथा एल1 (न्यूनतम मूल्य) के आधार पर क्रय किया जाता है।

निविदा आमंत्रित खरीद: 1 लाख रुपये से अधिक लागत वाली वस्तुएं निविदा आमंत्रित कर निरपवाद रूप से खरीदी जाएंगी। निविदाएं निम्न प्रकार की होती हैं:

- खुली निविदाएं
- सीमित निविदाएं
- दो चरण की बोली
- एकल स्रोत खरीद इलेक्ट्रॉनिक रिवर्स नीलामी
- ई-खरीद
- रनिंग कॉन्ट्रैक्ट/धरेट कॉन्ट्रैक्ट आदि

खुली निविदाएं: यह खरीद का सबसे लोकप्रिय तरीका है। दो चरण की बोली, चल रहे अनुबंध और दर अनुबंध के मामले में भी खुली निविदा का पालन किया जा सकता है। अधिप्राप्ति प्राधिकारी राज्य लोक उपार्जन पोर्टल पर बोली के लिए प्रकाशन आमंत्रित कर एवं स्थानीय/राष्ट्रीय समाचार पत्रों में निविदा सूचना प्रकाशित कर महत्वपूर्ण स्थानों के नोटिस बोर्ड पर नोटिस चिपकाने आदि अन्य तरीकों से बोलियां आमंत्रित करेगा।

सीमित निविदाएं: जब खरीदे जाने वाले सामान का अनुमानित मूल्य 25 लाख रुपये तक हो तो खरीद प्राधिकारी सीमित निविदा की विधि का चयन कर सकता है। 25 लाख रुपये से ऊपर की लागत वाली वस्तुओं को सीमित निविदा द्वारा तब खरीदा जा सकता है जब सक्षम प्राधिकारी अत्यावश्यकता की प्रकृति पर विवरण देते हुए मांग की अत्यावश्यकता को प्रमाणित करता है और उन कारणों को भी उजागर करता है जिन कारणों से खरीद का अनुमान नहीं लगाया जा सकता है सक्षम प्राधिकारी द्वारा दर्ज किए जाने के लिए पर्याप्त कारण हो कि यह खुली निविदा पूछताछ के माध्यम से माल की खरीद करना जनहित में नहीं था।

आपूर्ति के स्रोत ज्ञात हैं और जिन नए स्रोतों का दोहन किया जा रहा है, उन्हें हटा दिया गया है।

इस पद्धति में बोली दस्तावेजों की प्रतियां सीधे स्पीड पोस्ट / पंजीकृत डाक / कूरियर / ई-मेल द्वारा उन फर्मों / कंपनियों को भेजी जानी चाहिए जो संबंधित माल के पंजीकृत आपूर्तिकर्ता हैं। आपूर्तिकर्ता फर्मों / कम्पनी की संख्या तीन होनी चाहिए। बोलियां प्रस्तुत करने के लिए पर्याप्त समय दिया जाना चाहिए। कंपनियों को कम से कम

7 दिन, आपात स्थिति में 3 दिन का समय दिया जाएगा। शेष प्रक्रिया खुली निविदा के रूप में लागू होगी।

दो चरण की बोली: यह विधि बड़े और जटिल अनुबंधों में अपनाई जाती है जहां तकनीकी रूप से असमान प्रस्तावों का सामना करना पड़ता है या जहां सक्षम प्राधिकारी को पता है कि दो या दो से अधिक तकनीकी रूप से स्वीकार्य स्थितियां उपलब्ध हैं।

एकल स्रोत खरीद: इस पद्धति का उपयोग केवल अपरिहार्य स्थितियों में किया जा सकता है जहां खरीद के लिए वस्तु केवल एक संभावित बोलीदाता के पास उपलब्ध हो या किसी विशेष संभावित बोलीदाता के पास खरीद की विषय वस्तु के संबंध में विशेष अधिकार हो और किसी अन्य खरीद पद्धति का उपयोग संभव नहीं होगा। इस प्रयोजन के लिए, संबंधित प्रशासनिक विभाग, इस तरह की लाइन में विशेषज्ञता की जांच करने और घोषित करने के लिए कि सामान एक ही स्रोत से उपलब्ध हैं, तीन विशेषज्ञों की एक समिति का गठन करेगा जिसमें खरीद इकाई का एक तकनीकी प्रतिनिधि, समान खरीद से संबंधित सरकारी संगठन का एक तकनीकी प्रतिनिधि और एक प्रतिष्ठित शैक्षणिक या अनुसंधान संस्थान या गैर-वाणिज्यिक संस्थान का एक प्रतिनिधि होगा।

अचानक अप्रत्याशित घटना के कारण खरीदारी अत्यंत जरूरी है और कोई अन्य तरीका अव्यावहारिक होगा।

अधिप्राप्ति इकाई यह निर्धारित करती है कि अधिप्राप्ति का कोई अन्य तरीका राष्ट्रीय सुरक्षा हित के संरक्षण के लिए उपयुक्त नहीं है।

इसके लिए सरकार की नीति है:

- घरेलू उद्योग को बढ़ावा देना
- सरकार की सामाजिक आर्थिक नीति
- जनहित में कोई अन्य विचार

परीक्षा पत्रों की छपाई जैसी गोपनीयता बनाए रखना। इंतजाम करने वाली संस्था आवश्यक नियमों और शर्तों वाले उपयुक्त निविदा दस्तावेज जारी करने वाले एकल संभावित बोलीदाता को दस्तावेज भेजेगी। अधिप्राप्ति संस्था बोलीदाता के साथ तालमेल से बातचीत कर सकती है। संभावित बोलीदाता से बोली सुरक्षा राशि (अर्नेस्ट मनी डिपॉजिट) प्राप्त नहीं की जाएगी

(इ) इलेक्ट्रॉनिक रिवर्स नीलामी: इस प्रशिक्षण प्रणाली के दायरे से बाहर है।

(एफ) ई-अधिप्राप्ति: सरकार अधिसूचना द्वारा खरीद के विभिन्न चरणों और प्रकारों के लिए, इलेक्ट्रॉनिक खरीद को आवश्यक घोषित कर सकती है और इस तरह की घोषणा पर लिखित संचार के लिए हर आवश्यकता को संतुष्ट माना जाएगा यदि यह इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से किया गया हो।

(जी) जारी अनुबंध (रनिंग कॉन्ट्रैक्ट) और दर अनुबंध (रेट कॉन्ट्रैक्ट):

जारी अनुबंध (आर सी) एक विशिष्ट अवधि के लिए निर्दिष्ट मूल्य पर माल की अनुमानित मात्रा की आपूर्ति के लिए एक अनुबंध है। विचाराधीन अवधि में मांगकर्ताओं की संख्या की अनुमानित आवश्यकताओं को विभाग द्वारा संयुक्त किया जाता है और अनुबंध के अनुसार, कोई भी मांगकर्ता अनुबंध की अवधि के दौरान कभी भी या किसी विवेश समय पर इसकी आवश्यकताओं की मांग कर सकता है। पूरे वर्ष या उसके एक भाग के दौरान अंतराल पर लेखों की आपूर्ति के लिए सक्षम प्राधिकारी द्वारा चल रहे अनुबंधों का निपटान किया जा सकता है। इस वर्ग के अंतर्गत आहार

सामग्री, जलाऊ लकड़ी, लकड़ी का कोयला, आयुर्वेदिक औषधियों के लिए कच्चा माल आदि आते हैं।

दर अनुबंध (आर सी) द्वारा कवर की गई अवधि के दौरान निर्दिष्ट मूल्य पर निर्दिष्ट वस्तुओं (और संबद्ध सेवाओं, यदि कोई हो) की आपूर्ति के लिए क्रेता और आपूर्तिकर्ता के बीच एक समझौता है। दर अनुबंध में न तो मात्रा का उल्लेख है और न ही किसी न्यूनतम आहरण की गारंटी है। दर अनुबंध आपूर्तिकर्ता फर्म से एक स्थायी प्रस्ताव की प्रकृति का है। फर्म और क्रेता उचित सूचना देकर आरसी को वापस लेने या रद्द करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

विशिष्टता और संबद्ध तकनीकी विवरण:

विशिष्टताएं: विशिष्टताएं खरीदे जाने वाले सामानों की पूर्ण तकनीकी आवश्यकताओं को निर्धारित करने के लिए लिखित निर्देश हैं। इनका मतलब उपयोगकर्ता की वास्तविक और आवश्यक जरूरतें होंगी। विनिर्देश पूरी तरह से तैयार किया जाना चाहिए इन्हें न तो प्रतिस्पर्धा में कटौती करने के लिए निर्दिष्ट किया जाना चाहिए और उत्पाद की गुणवत्ता से समझौता करने के लिए न ही लापरवाही से तैयार किया जाना चाहिए। विशिष्टता वस्तुनिष्ठ, कार्यात्मक, सामान्य और गौर करने योग्य होनी चाहिए। यह आवश्यक तकनीकी, गुणात्मक और प्रदर्शन विशेषताओं को निर्धारित करता है। कोई विशेष व्यापार नाम, व्यापार चिह्न या ब्रांड नाम इंगित नहीं किया गया है। विशिष्टता आई एस आई, आई एस ओ, सी ई आर, एफ डी ए मानकों के अनुरूप होनी चाहिए। विनिर्देशों में शामिल सभी परिमाण मीट्रिक इकाइयों में होंगे। विनिर्देश और तकनीकी विवरण उचित स्पष्टता के साथ व्यक्त किए जाने चाहिए।

आवश्यक तकनीकी विवरण:

निविदा दस्तावेज में निर्दिष्ट किए जाने वाले तकनीकी विवरणों में किसी विशेष खरीद के लिए लागू सीमा तक निम्नलिखित शामिल होंगे:

- (1) आवश्यक मात्रा सहित आपूर्ति का दायरा और आवश्यक वस्तुओं का अंतिम उपयोग भी
- (2) कार्यात्मक विशेषताओं के संदर्भ में आवश्यकता को व्यक्त करते हुए विनिर्देश, तकनीकी पैरामीटर और उत्पाद आवश्यकताएं।
- (3) आरेख
- (4) आई एस आई मार्क की आवश्यकता, जहां लागू हो
- (5) थोक उत्पादन से पहले अनुबंध के बाद के चरण में अग्रिम नमूने की आवश्यकता, यदि कोई हो
- (6) पैकिंग और मार्किंग की विशेष आवश्यकताएं, यदि कोई हो
- (7) आदेशित माल के लिए निरीक्षण प्रक्रिया और अनुरूपता के मानदंड
- (8) विशेष परीक्षणों की आवश्यकता, यदि कोई हो
- (9) टाइप टेस्ट प्रमाणपत्र की आवश्यकता, यदि कोई हो
- (10) प्रदूषण, उत्सर्जन, शोर आदि के संबंध में वैधानिक आवश्यकताओं के अनुपालन के लिए टाइप अनुमोदन की आवश्यकता
- (11) प्रशिक्षण, तकनीकी सहायता, बिक्री के बाद सेवा और वार्षिक रखरखाव अनुबंध आवश्यकताएं इत्यादि।
- (12) आश्वासन आवश्यकताएं
- (13) निविदाकर्ताओं की योग्यता मानदंड
- (14) कोई अन्य पहलू जो प्रश्नगत माल के लिए विशिष्ट है जैसे उपकरण की शैल्फ लाइफ आदि

यदि आवश्यक हो, तो विभागाध्यक्ष / खरीद इकाई आवश्यकता की जांच करने और खरीदे जाने वाले सामानों के

विनिर्देशों को अंतिम रूप देने के लिए एक समिति का गठन कर सकती है। समिति में विभाग के बाहर से एक या एक से अधिक विशेषज्ञ भी हो सकते हैं। विनिर्देशों को तैयार करने वाले अधिकारीध्राधिकरण को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि उपयोगकर्ता की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए विनिर्देश और संबद्ध तकनीकी विवरण पूर्ण और सही हैं।

खरीद की प्रक्रिया (निविदाओं का आमंत्रण)

एक लाख से ऊपर की खरीद निविदा (टेंडर) आमंत्रित कर की जाती है। निविदाएं सीमित या खुली हो सकती हैं। खरीदे जाने वाले सामान का अनुमानित मूल्य 25 लाख से ऊपर है तो उस परिस्थिति में खुली निविदा प्रणाली का पालन किया जाता है। खुली निविदा के सभी मामलों में यह आवश्यक है कि निविदा की अधिसूचना का व्यापक प्रचार किया जाए। अधिप्राप्ति प्राधिकारी राज्य लोक उपार्जन पोर्टल प्रणाली एवं विभाग की वेबसाइट पर निविदा अधिसूचना प्रकाशित करेगा। एक संक्षिप्तधलधु सूचना कम से कम एक अंग्रेजी और व्यापक प्रसार वाले एक हिंदी समाचार पत्र में भी प्रकाशित की जाएगी।

1. बोली लगाने के आमंत्रण में कम से कम निम्नलिखित जानकारी होनी चाहिए:

- (ए) खरीद इकाई का नाम और पताय
- (बी) खरीद अनुबंध या दर अनुबंध के नियमों और शर्तों का सारांश जिसमें आपूर्ति की जाने वाली वस्तुओं की प्रकृति, मात्रा और वितरण की जगह और माल की आपूर्ति के लिए आवश्यक समय शामिल हैय बोली के लिए आमंत्रण में दर्ज किया जाना है।
- (सी) क्या बोली प्रक्रिया एक चरण या दो चरणों में आयोजित की जाएगी और क्या इसे दो लिफाफों में एक साथ प्रस्तुत किया जाना है: एक लिफाफा बोली की तकनीकी, गुणवत्ता और प्रदर्शन विशेषताओं वाला है, और दूसरा लिफाफा वित्तीय बोली के पहलूय
- (डी) आपूर्तिकर्ताओं की योग्यता का मूल्यांकन करने के लिए उपयोग किए जाने वाले मानदंड और प्रक्रियाएंय
- (ई) बोली दस्तावेजों को प्राप्त करने का साधन और वह स्थान जहां से उन्हें प्राप्त किया जा सकता हैय
- (एफ) मूल्य, यदि कोई हो, खरीद इकाई द्वारा लगाया गया और बोली दस्तावेजों के लिए भुगतान के साधन और बोली सुरक्षा की राशि और उसका रूपय और
- (जी) बोली प्रस्तुत करने का तरीका, स्थान और समय सीमाय
- (एच) बोली प्रक्रिया को रद्द करने और किसी भी या फिर सभी बोलियों को अस्वीकार करने के लिए खरीद इकाई का अधिकारय
- (आई) कोई अन्य महत्वपूर्ण जानकारी।

2. राज्य लोक उपार्जन पोर्टल / विभागीय वेबसाइट में प्रकाशित होने के लिए पूर्व-अर्हता आमंत्रण में कम से कम निम्नलिखित जानकारी शामिल होगी:

- (ए) खरीद इकाई का नाम और पताय
- (बी) नियमों और शर्तों का सारांश, पूर्व-अर्हता के आमंत्रण के समय ज्ञात सीमा तक, खरीद अनुबंध या दर अनुबंध में प्रवेश किया जाना है या खरीद कार्यवाही के परिणामस्वरूप किया जाना है, आपूर्ति की जाने वाली वस्तुओं की प्रकृति, मात्रा और वितरण के स्थान के साथ-साथ वस्तुओं की आपूर्ति के लिए आवश्यक समय सहितय
- (सी) बोलीदाताओं की योग्यता का मूल्यांकन करने के लिए अपनाए जाने वाले मानदंड और प्रक्रियाएंय
- (डी) पूर्व-योग्यता दस्तावेज प्राप्त करने के साधन और वह स्थान जहां से उन्हें प्राप्त किया जा सकता हैय
- (ई) यदि बोली दस्तावेजों के लिए अथवा पूर्व-योग्यता दस्तावेजों के लिए, पूर्व-योग्यता मूल्यांकन के बाद भुगतान किए जाने के लिए खरीद इकाई द्वारा कोई मूल्य लिया जाता हैय और

(एफ) पूर्व-अर्हता प्राप्त करने के लिए आवेदन प्रस्तुत करने का तरीका, स्थान और समय सीमा और यदि पहले से ज्ञात है, तो प्रस्तुतियाँ प्रस्तुत करने का तरीका, स्थान और समय सीमा।

3. माल के लिए एन आई बी, रुपये से ऊपर की लागत का अनुमान है। इंडियन ट्रेड जर्नल में प्रकाशन के लिए 10 करोड़ (दस करोड़ रुपये) महानिदेशक, वाणिज्यिक जानकारी एवं सांख्यिकी महानिदेशालय, कोलकाता को भी भेजा जा सकता है।

4. समाचार पत्रों में प्रकाशित होने वाली एन आई बी संक्षिप्त होनी चाहिए। खरीदे जाने वाले सामानों के एक से अधिक लॉट के लिए बोलियों को एक एन आई बी में शामिल किया जाना चाहिए।

जहां सामान देश में उपलब्ध नहीं है और विदेशों से प्रतिस्पर्धी बोलियां पेश की जाती हैं, अधिसूचना की प्रतियां उन देशों में भारतीय दूतावास और भारत में उन देशों के दूतावासों को भेजी जानी चाहिए। इस स्थिति में टेंडर ग्लोबल टेंडर बन जाता है।

निविदा जमा करने के लिए न्यूनतम समय राष्ट्रीय निविदाओं के लिए तीन सप्ताह और वैश्विक निविदाओं के लिए 4 सप्ताह होना चाहिए।

ई-अधिप्राप्ति (प्रोक्योरमेंट) के तहत बोली अधिसूचना सरकारी खरीद के ई-पोर्टल में प्रकाशित की जाएगी और यह आधिकारिक संचार का एकमात्र माध्यम होगा।

निविदा सूचना का पाठ

संक्षिप्त रूप में निविदा सूचना में शामिल होना चाहिए:

- (1) माल और मात्रा का विवरण और विनिर्देश
- (2) डिलीवरी की अवधि और शर्तें
- (3) निविदा / बोली दस्तावेज की लागत
- (4) निविदा दस्तावेजों की बिक्री का स्थान और समय सीमा
- (5) निविदा प्राप्त करने का स्थान और समय सीमा
- (6) निविदा खोलने का स्थान, समय और तारीख
- (7) बोली प्रतिभूतिध्वयाना जमा की राशि एवं प्रपत्र
- (8) कोई अन्य महत्वपूर्ण जानकारी

समाचार पत्रों में प्रकाशित एन आई बी में यह स्पष्ट उल्लेख किया जाए कि विस्तृत जानकारी राज्य लोक उपार्जन पोर्टल / विभागीय वेबसाइट पर उपलब्ध है।

निविदा दस्तावेजों की लागत

निविदा दस्तावेज की कीमत केवल तैयारी और वितरण लागत का ख्याल रखना चाहिए। यदि यह बहुत अधिक है, तो यह संभावित बोलीदाताओं को दस्तावेज खरीदने और बोली प्रक्रिया में भाग लेने के लिए हतोत्साहित करेगा। शासकीय विभागों द्वारा जारी किये जाने वाले निविदा प्रपत्रों के लिये निम्नलिखित मूल्यमान निर्धारित किये गये हैं।

माल की आपूर्ति से संबंधित सामान्य निविदाएं:

निविदा आमंत्रित किए जाने वाले माल की अनुमानित कीमत	निविदा प्रपत्रों की लागत	
	प्रत्येक मूल प्रति (₹.)	प्रत्येक प्रति की प्रतिलिपि (₹.)
1 लाख रुपये से अधिक और 10 लाख रुपये तक	निविदा की लागत का 0.2% 100 के निकटतम अपवर्त्य में, न्यूनतम 400 रुपये और अधिकतम 1500 रुपये तक + सभी लागू कर	मूल प्रति की लागत का 50%, 100 के निकटतम अपवर्त्य में पूर्णांकित + सभी लागू कर
10 लाख रुपये से अधिक	निविदा की लागत का 0.15% 100 के निकटतम अपवर्त्य में, अधिकतम 25000 रुपये तक + सभी लागू कर	मूल प्रति की लागत का 50%, 100 के निकटतम अपवर्त्य में पूर्णांकित + सभी लागू कर

2. आहरण आदि के साथ विशेष निविदाएं, जिसमें संयंत्र और मशीनरी का निर्माण शामिल है

निविदा आमंत्रित किए जाने वाले माल की अनुमानित कीमत	निविदा प्रपत्रों की लागत	
	प्रत्येक मूल प्रति (₹.)	प्रत्येक प्रति की प्रतिलिपि (₹.)
10 लाख रुपये तक	निविदा की लागत का 0.25% 100 के निकटतम अपवर्त्य में + सभी लागू कर	मूल प्रति की लागत का 50%, 100 के निकटतम अपवर्त्य में पूर्णांकित + सभी लागू कर
10 लाख रुपये से अधिक	निविदा की लागत का 0.20% 100 के निकटतम अपवर्त्य में, अधिकतम 35000 रुपये तक + सभी लागू कर	मूल प्रति की लागत का 50%, 100 के निकटतम अपवर्त्य में पूर्णांकित + सभी लागू कर

निविदा प्रपत्र की लागत नकद या डीडी के रूप में ही स्वीकार की जाएगी। संभावित बोलीदाताओं को निविदा दस्तावेज, निविदा के विज्ञापन के समय से निविदा दस्तावेज जमा करने के लिए निर्धारित समय सीमा से 1 घंटे पहले तक उपलब्ध कराया जाना चाहिए। इसे निविदा सूचना में शामिल किया जाएगा। क्रय विभाग बेची गई निविदाओं, पार्टियों की सूची, प्राप्त राशि और बिना बिके निविदाओं का उचित विवरण रखेगा।

निविदा दस्तावेजों में संशोधन और निविदा खोलने की तिथि का विस्तार

कभी-कभी, निविदा दस्तावेजों में कुछ बदलाव या संशोधन करने की आवश्यकता होती है या कुछ विसंगतियों को निविदाकर्ताओं द्वारा इंगित किया जा सकता है जिसे ठीक किया जाना है। ऐसी परिस्थितियों में बोली दस्तावेजों में उपयुक्त परिवर्तन और सुधार किए जाते हैं ऐसे सुधार या परिवर्तन वेबसाइट, वेब पोर्टल पर प्रकाशित शुद्धिपत्र नोटिस के माध्यम से बोली लगाने वाले को सूचित किए जाते हैं। संभावित बोलीदाताओं को सुधार की प्रतियां ई-मेल या स्पीड पोस्ट द्वारा भी भेजी जा सकती हैं। यदि निविदा खोलने के लिए आवश्यक समय संभावित बोलीदाताओं को सूचना के तहत उपयुक्त रूप से बढ़ाया जा सकता है।

निविदाओं में संशोधन / परिवर्तन

निविदाकर्ता को निविदा प्रस्तुत करने के बाद संशोधित निविदाओं के रूप में स्पष्ट रूप से चिह्नित शील्ड कवर में परिवर्तन / संशोधन निविदा की तिथि और समय तक प्रस्तुत करने की अनुमति है, निर्धारित तिथि और समय के बाद प्राप्त किसी भी संशोधन या परिवर्तन पर विचार नहीं किया जाएगा।

निविदाओं की प्राप्ति और अभिरक्षा

निविदा की प्राप्ति एवं अभिरक्षा पारदर्शी तरीके से की जानी चाहिए। निविदाएं सीलबंद निविदा पेटियों के माध्यम से प्राप्त की जाती हैं, यदि निविदाएं भारी मात्रा में या डाक द्वारा या हाथ से भेजी जाती हैं या क्रय विभाग के नामित अधिकारी द्वारा प्राप्त की जाती हैं, जो सभी प्राप्त निविदाओं को निर्धारित पंजिका में दर्ज करेंगे। निविदा बॉक्स आसानी से सुलभ लेकिन सुरक्षित स्थान पर स्थित होना चाहिए। निविदा सूचना में अधिसूचित समय के अंतिम मिनट तक निविदाएं प्राप्त होती हैं। निर्धारित समय के बाद प्राप्त निविदाओं पर विचार नहीं किया जाएगा।

बोली सुरक्षा जमा राशि (ई एम डी) - अर्नेस्ट मनी डिपोजिट

निविदा पूछताछ के मामले में बोली वैधता अवधि के दौरान किसी बोलीदाता द्वारा अपनी बोली को वापस लेने / बदलने से बचाने के लिए, बोलीदाताओं से बोली सुरक्षा जमा राशि (ई एम डी) प्राप्त की जानी है। 9.2 बोलीदाताओं को अपनी बोलियों के साथ ई एम डी प्रस्तुत करना आवश्यक है। बोली सुरक्षा राशि आमतौर पर 1.00 लाख रुपये या उससे अधिक के अनुमानित मूल्य की प्रत्येक बोली के लिए ली जानी चाहिए। ईएमडी की राशि खरीदे जाने वाले सामान के अनुमानित मूल्य के आधार पर तय की जानी चाहिए। जो इस प्रकार है:

माल का अनुमानित मूल्य 1 लाख रुपये तक के लिए	बोली सुरक्षा जमा राशि 1500 रुपये
प्रत्येक अतिरिक्त 1 लाख रुपये या उसके हिस्से के लिए	1000 रुपये की राशि

बोली सुरक्षा जमा राशि भुगतान से छूट

सीमित निविदा, दर सूची के लिए अनुरोध, खरीद और एकल स्रोत खरीद के मामले में बोली सुरक्षा राशि नहीं ली जाती है। सूक्ष्म और लघु उद्यम, राज्य के भीतर औद्योगिक सहकारी समितियां जो उद्योग निदेशक, खादी और ग्रामोद्योग, सहकारी समितियों, सूक्ष्म और लघु उद्यमों (एन एस आई सी) द्वारा, सरकार के साथ पंजीकृत हैं। संस्थानों और सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों को बोली सुरक्षा जमा करने से छूट दी गई है

बोली सुरक्षा जमा राशि का भुगतान

ई एम डी को अकाउंट पेयी डिमांड ड्राफ्ट, एच ओ डी / कार्यालय प्रमुख / बैंकर्स चेक / किसी अनुसूचित वाणिज्यिक बैंक से बैंक गारंटी के माध्यम से सरकार द्वारा अधिकृत अन्य अधिकारी के पक्ष में सावधि जमा रसीद के रूप में स्वीकार किया जा सकता है। ई-खरीद के तहत भुगतान का माध्यम भी इलेक्ट्रॉनिक होगा।

बोली सुरक्षा जमा राशि की वैधता

ई एम डी अंतिम निविदा वैधता अवधि के बाद 45 दिनों की अवधि के लिए वैध रहना चाहिए। इस समय अवधि को बोली दस्तावेजों में इंगित किया जाना चाहिए। यदि वैधता को इस अवधि से आगे बढ़ाना आवश्यक समझा जाता है तो अधिप्राप्ति संस्था बोलीदाताओं से लिखित रूप में अनुरोध करेगी। बोलीदाता अनुरोध को स्वीकार या अस्वीकार कर सकते हैं। अनुरोध को स्वीकार नहीं करने वाले बोलीदाताओं की ई एम डी उन्हें वापस कर दी जाएगी, ऐसे बोलीकर्ता बोली में भाग लेने में सक्षम नहीं होंगे।

बोली सुरक्षा जमा राशि की जब्ती

निविदाकर्ता की ई एम डी जब्त कर ली जाएगी, यदि निविदाकर्ता अपनी निविदा को वापस लेता है या संशोधित करता है या निविदा की प्राप्ति के लिए समय सीमा समाप्त होने के बाद किसी भी तरह से निविदा से छेड़छाड़ करता है या उसका अपमान करता है लेकिन उसकी निविदा की वैधता की अवधि के भीतर। इसके अलावा, यदि सफल निविदाकार निर्दिष्ट अवधि के भीतर आवश्यक प्रदर्शन सुरक्षा जमा करने में विफल रहता है, तो उसकी ईएमडी जब्त कर ली जाएगी।

बोली सुरक्षा जमा राशि की वापसी

सभी असफल बोलीदाताओं की ई एम डी निविदा अवधि की अंतिम वैधता समाप्त होने के बाद जल्द से जल्द बिना किसी ब्याज के वापस कर दी जानी चाहिए। निष्पादन सुरक्षा की प्राप्ति के बाद सफल बोलीदाता की ईएमडी बिना किसी ब्याज के लौटा दी जानी चाहिए।

अनुबंध के निष्पादन के लिए, निष्पादन सुरक्षा (सिक्योरिटी डिपॉजिट) से पहले सफल बोलीदाता से निष्पादन सुरक्षा प्राप्त की जाती है।

अनुबंध का पुरस्कार, प्रदर्शन सुरक्षा को विभागाध्यक्ष / कार्यालय प्रमुख / सरकार द्वारा अधिकृत किसी अन्य अधिकारी के पक्ष में गिरवी रखी गई सावधि जमा रसीद के रूप में या किसी अनुसूचित वाणिज्यिक बैंक से बैंक गारंटी के रूप में स्वीकार किया जा सकता है।

प्रदर्शन सुरक्षा सौ के निकटतम अपवर्त्य के लिए अनुबंध के मूल्य के 5: के बराबर होनी चाहिए, प्रदर्शन सुरक्षा स्वीकृति पत्र के पुरस्कार की अधिसूचना से 15 दिनों के भीतर जमा की जानी चाहिए और सभी संविदात्मक दायित्वों की तारीख से 30 दिनों के बाद वैध होनी चाहिए।

केंद्रीय / राज्य सरकार, सहकारी समितियों, सरकार की सूक्ष्म और लघु इकाइयों, राज्य और केंद्र सरकार के उपक्रमय और खादी और ग्रामोद्योग की इकाइयों से कार्य निष्पादन सुरक्षा राशि की मांग नहीं की जानी चाहिए।

ठेकेदार के अनुरोध पर ईएमडी को कार्य निष्पादन सुरक्षा राशि के खिलाफ समायोजित किया जा सकता है और शेष राशि ठेकेदार द्वारा समायोजित की जानी चाहिए। ई एम डी / निष्पादन सुरक्षा के रूप में प्रस्तुत की गई बैंक गारंटी को स्वीकृति से पहले जारीकर्ता बैंक से तुरंत सत्यापित किया जाएगा।

तकनीकी बोली खोलना

तकनीकी बोलियां विभागाध्यक्ष / कार्यालय प्रमुख द्वारा गठित एक निविदा समिति द्वारा संभावित बोलीदाताओं या उनके अधिकृत प्रतिनिधियों की उपस्थिति में निर्दिष्ट तिथि और स्थान पर खोली जानी चाहिए। बोली खोलने में भाग लेने वाले बोलीदाताओं को अपने संगठन से प्राधिकार पत्र प्रस्तुत करना चाहिए, बोलीदाताओं या उनके प्रतिनिधि की उपस्थिति ली जाती है और उसका लिखित विवरण रखा जाता है। प्राप्त सभी बोलियों को एक पंजिका में दर्ज किया जाएगा और क्रम से क्रमांकित किया जाएगा। क्रम संख्या के क्रम में बोलियां खोली जाती हैं।

बोलियों वाले लिफाफों को खोलने से पहले यह सुनिश्चित कर लिया जाना चाहिए कि लिफाफों को सही सलामत रखा गया है। निविदा समिति लिफाफे पर “हमारे सामने खोला गया” एक प्रमाण पत्र दर्ज करेगी और सभी सदस्यों के आद्याक्षर लिए जाएंगे। लिफाफा खोलने के बाद बोलियों की मूल और डुप्लीकेट प्रतियों को अलग-अलग रखा जाता है, ईएमडी के उपकरणों को अलग-अलग किया जाता है और बोलियों की क्रम संख्या के क्रम में एक फाइल में रखा जाता है।

वित्तीय बोलियों को अलग कर एक बड़े लिफाफे में रखा जाता है और निविदा समिति द्वारा सीलबंद कर दिया जाता है और इंतजाम करने वाली संस्था की अभिरक्षा में रखा जाता है। बोली में कोई भी कटिंग या ओवर राइटिंग घेरा बनाकर सदस्यों द्वारा हस्ताक्षरित किया जाएगा। तकनीकी बोली के प्रत्येक पृष्ठ पर तकनीकी समिति के सदस्यों द्वारा हस्ताक्षर किए जाते हैं।

तकनीकी बोलियों का मूल्यांकन

यह खरीद प्रक्रिया का सबसे महत्वपूर्ण पहलू है। क्रय अधिकारी क्रम संख्या के क्रम में प्राप्त बोलियों का तुलनात्मक विवरण तैयार करता है। इस विवरण में विनिर्देशों, कानूनी दायित्वों आदि के बारे में जानकारी होगी। सभी निविदाओं का मूल्यांकन बोली दस्तावेज में शामिल नियमों और शर्तों के आधार पर किया जाना है। निविदा का मूल्यांकन करते समय कोई नई शर्त नहीं लाई जानी चाहिए

प्रारंभिक परीक्षा

प्रारंभिक जांच के लिए निविदा को संभालने के लिए नामित अधिकारी बोली दस्तावेज में निर्दिष्ट अन्य दस्तावेजों के साथ निविदा प्राप्त करेगा। इस स्तर पर किसी भी निविदा को अस्वीकार नहीं किया जाएगा, प्राप्त सभी निविदाओं की, पहले यह देखने के लिए जांच की जाएगी कि निविदाकर्ता बोली दस्तावेज में शामिल बुनियादी आवश्यकताओं को पूरा करता है या नहीं। प्रारंभिक परीक्षा में जांचे जाने वाले बिंदु निम्नलिखित हैं:

- (1) निविदा पूर्व-निर्धारित प्रपत्र के अनुसार नहीं है (प्रपत्र पूर्व-निर्धारित होने की स्थिति में भी)
- (2) निविदा अहस्ताक्षरित है
- (3) निविदाकर्ता पात्र नहीं है, उदाहरण के लिए निविदा पूछताछ की शर्त कहती है कि बोली लगाने वाले को एक पंजीकृत एस एस आई इकाई होना चाहिए लेकिन निविदाकर्ता एक बड़े पैमाने की इकाई है
- (4) निविदा की वैधता अवधि, आवश्यक अवधि से कम है।
- (5) आवश्यक ई एम डी प्रदान नहीं प्रदान नहीं की गई है।
- (6) निविदाकर्ता ने प्रस्तावित निर्माता से आवश्यक अधिकार पत्र के बिना एक अलग फर्म / कंपनी द्वारा निर्मित माल के लिए उद्धृत किया है।
- (7) निविदाकार अपेक्षित निष्पादन प्रतिभूति देने के लिए सहमत नहीं है।
- (8) उद्धृत माल अवमानक है, आवश्यक विनिर्देश आदि को पूरा नहीं कर रहा है।
- (9) निविदाकर्ता ने सभी आवश्यक वस्तुओं को मदों की सूची में शामिल के रूप में उद्धृत किया है।
- (10) निविदा पूछताछ में शामिल कुछ आवश्यक शर्तों के लिए निविदाकर्ता सहमत नहीं है।

अनुपालन या गैर-अनुपालन के सभी बिंदुओं को तुलनात्मक चार्ट में दर्ज किया गया है

तकनीकी मूल्यांकन

प्रारंभिक जांच के बाद एक तकनीकी समिति द्वारा बोलियों की जांच की जाती है जो तकनीकी पहलुओं जैसे तकनीकी आयाम, प्रदर्शन मानदंड, गुणवत्ता प्रमाण पत्र आदि की जांच करती है। इस स्तर पर तकनीकी बिंदुओं पर किसी भी स्पष्टीकरण की मांग के लिए बोलीदाताओं को बुलाया जा सकता है। स्पष्टीकरण के लिए अनुरोध लिखित में होगा। बोली दस्तावेज में शामिल शर्तों के अनुरूप नहीं होने वाली बोलियों को अनुत्तरदायी घोषित किया जाता है और आगे के विचार के लिए उन्हें अनदेखा कर दिया जाता है। तकनीकी बोलियों के मूल्यांकन के लिए एक बार निर्धारित मानदण्ड में न तो परिवर्तन किया जाएगा और न ही इसमें ढील दी जाएगी

उत्तरदायी बोली का पता लगाना

- एक बोली अनुत्तरदायी होगी यदि,
- बोली दस्तावेज में इसका कोई भौतिक विचलन, आरक्षण या चूक है
- यह बोली दस्तावेज में निर्धारित सभी आवश्यकताओं के अनुरूप नहीं है
- यह वैधानिक दायित्व सुनिश्चित नहीं करती है
- बोलीदाता किसी भी अनुचित व्यापार व्यवहार का सहारा लेता है
- आवश्यक मानदंडों को पूरा नहीं करने वाले निविदाकारों का विवरण और उत्तरदायी नहीं होने के कारणों को दर्ज किया जाना है और अनुत्तरदायी बोलियों को नजरअंदाज कर दिया गया है। तकनीकी समिति की संस्तुतियों को सक्षम प्राधिकारी को अनुमोदन के लिए भेजा जाता है।

वित्तीय बोली खोलना

बोलियों के तकनीकी मूल्यांकन और सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन के बाद, उत्तरदायी बोलीदाताओं की वित्तीय बोलियां संबंधित बोलीदाताओं की उपस्थिति में क्रय समिति द्वारा खोली जाती हैं। आदर्श रूप से उत्तरदायी निविदाकारों की संख्या तीन से कम नहीं होनी चाहिए। यदि संख्या तीन से कम है और बोली प्रक्रिया के साथ इंतजाम करने वाली इकाई द्वारा इसे आवश्यक समझा जाता है, तो कारणों को लिखित रूप में दर्ज किया जाएगा और अधिप्राप्ति कार्यवाही के रिकॉर्ड में शामिल किया जाएगा।

तकनीकी मूल्यांकन में योग्य बोलीदाताओं को उनकी वित्तीय बोलियां खोलने की तिथि, समय और स्थान के बारे में लिखित रूप में सूचित किया जाएगा। यह तिथि आम तौर पर पत्र जारी होने की तारीख से 15 (पंद्रह) दिनों के बाद की नहीं होनी चाहिए। वित्तीय बोलियों वाला लिफाफा निविदा समिति द्वारा खोला जाता है और उत्तरदायी बोलीदाताओं की वित्तीय बोलियां खोली जाती हैं, वित्तीय बोली के प्रत्येक पृष्ठ पर निविदा समिति द्वारा हस्ताक्षर किए जाते हैं, वित्तीय बोली में कोई भी कटिंग या ओवर राइटिंग निविदा समिति द्वारा घेरी जाती है। बोलीदाताओं के समक्ष दरों का खुलासा किया जाता है।

वित्तीय बोलियों को खोलने के बाद उत्तरदायी बोलीदाताओं द्वारा उद्धृत कीमतों का एक तुलनात्मक रेखाचित्र क्रय अधिकारी द्वारा तैयार किया जाता है और न्यूनतम उद्धृत मूल्य (एल1 मूल्य) की गणना की जाती है। एल1 मूल्य निकालने में वस्तु की कीमत, भाड़ा और बीमा शुल्क, लागू कर और शुल्क आदि और एएमसी/ध्सीएमसी कीमतों को ध्यान में रखा जाता है।

उपरोक्त के अनुसार समान आधार पर उत्तरदायी निविदाओं के लिए संपूर्ण मूल्यांकन प्रक्रिया को पूरा करने के बाद, अन्य प्रासंगिक विवरणों के साथ मूल्यांकित कीमतों (जैसे स१, स२, स३ आदि) के आरोही क्रम में एक श्रेणी विवरण में दर्ज किया जाना है, ताकि उनकी स्थिति के साथ-साथ तुलनात्मक वित्तीय प्रभाव की एक स्पष्ट तस्वीर एक नजर में उपलब्ध है।

मुद्राओं का रूपांतरण

कभी-कभी उद्धृत मूल्य अलग-अलग मुद्राओं में होते हैं जिनका समान रूप से मूल्यांकन किया जाना है, इस प्रयोजन के लिए मुद्राओं को सक्षम प्राधिकारी (जैसे आरबीआई) द्वारा स्थापित बिक्री विनिमय दर के अनुसार भारतीय रुपये में परिवर्तित किया जाता है, जैसा कि निविदा पृष्ठताछ में निर्दिष्ट होने के लिए एक विशेष तिथि पर प्रचलित है। आम तौर पर यह तारीख निविदा खोलने की तारीख होती है।

वित्तीय बोलियों में अंकगणितीय त्रुटियों का सुधार

यदि बोली पर्याप्त रूप से उत्तरदायी है, तो बोली मूल्यांकन समिति निम्नलिखित आधार पर अंकगणितीय त्रुटियों को ठीक करेगी, अर्थात:

- (ए) यदि इकाई मूल्य और कुल मूल्य के बीच कोई विसंगति है जो इकाई मूल्य और मात्रा को गुणा करके प्राप्त की जाती है, तो इकाई मूल्य प्रबल होगा और कुल मूल्य में सुधार किया जाएगा, जब तक कि बोली मूल्यांकन समिति की राय में इकाई मूल्य में दशमलव बिंदु का एक स्पष्ट गलत स्थान है, जिस स्थिति में उद्धृत की गई कुल कीमत प्रभावी होगी और इकाई मूल्य को तदनुसार ठीक किया जाएगा।
- (बी) यदि उप-योग के जोड़ या घटाव के अनुरूप कुल में कोई त्रुटि है, तो उप-योग प्रबल होगा और कुल को ठीक किया जाएगा और
- (सी) यदि शब्दों और अंकों के बीच कोई विसंगति है, तो शब्दों में राशि प्रबल होगी, जब तक कि शब्दों में व्यक्त राशि अंकगणितीय त्रुटि से संबंधित न हो, इस मामले में अंकों में राशि उपरोक्त परिस्थितियों (ए) और (बी) के अधीन होगी।

मूल्य वरीयता

सरकार की नीति के अनुसार। एल1 मूल्य की गणना करते समय मूल्यध्वखरीद वरीयता को भी ध्यान में रखा जाता है

मूल्य की तर्कसंगतता

एल1 बोली पर अनुबंध रखने से पहले खरीद इकाई को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि भुगतान की जाने वाली कीमत उचित है। मूल्य की तर्कसंगतता को पहचानने के लिए व्यापक दिशानिर्देश निम्नानुसार हैं:

- (1) उसी (या, उसके अभाव में, समान) सामान का अंतिम खरीद मूल्य
- (2) बिक्री का वर्तमान बाजार मूल्य (या, इसके अभाव में, समान) माल
- (3) कच्चे माल की कीमत, जो माल के उत्पादन में जाती है
- (4) विभिन्न स्रोतों से प्रतिस्पर्धी प्रस्तावों की प्राप्ति
- (5) शामिल मात्रा
- (6) वितरण की शर्तें
- (7) वितरण की अवधि

(8) लागत विश्लेषण (भौतिक लागत, उत्पादन लागत, उपरिव्यय, लाभ सीमा)

यदि एल1 मूल्य उचित नहीं है तो खरीद करने वाले संगठन को अपने स्वयं के आंकड़ों की समीक्षा करनी चाहिए ताकि यह जांच की जा सके कि इस प्रकार प्राप्त उचित मूल्य सही है या नहीं। यदि यह सही है तो एक विशेष मामले के रूप में खरीद संगठन को कीमतों को कम करने के लिए एल1 बोलीदाता के साथ बातचीत करनी चाहिए, यदि एल1 बोलीदाता वांछित स्तर तक कीमत कम करता है तो निविदा प्रदान की जा सकती है अन्यथा मामले की योग्यता के आधार पर पुनः निविदा का निर्णय लिया जाना चाहिए। .

सफल बोली की स्वीकृति और पुरस्कार की अधिसूचना

- मूल्य की युक्तिसंगतता तथा स्वीकृति पत्र सुनिश्चित करने के बाद अधिप्राप्ति प्राधिकारी बोलीदाता को ठेका प्रदान कर सकता है। स्वीकृति पत्र जारी करने से पहले खरीद प्राधिकारी सक्षम प्राधिकारी का अनुमोदन प्राप्त करेगा। एल1 बोलीदाता को स्वीकृति पत्र जारी किया जाता है जिसमें अपेक्षित मूल्य के न्यायिक मुहर पर निर्धारित प्रारूप में खरीद प्राधिकरण के साथ एक अनुबंध समझौते पर हस्ताक्षर करने की आवश्यकता होती है। स्वीकृति पत्र जारी होने की तारीख से 15 दिनों के भीतर प्रदर्शन सुरक्षा जमा करें। यदि एल1 बोलीदाता प्रदर्शन सुरक्षा जमा नहीं करता है और निर्धारित समय के भीतर समझौते को निष्पादित नहीं करता है, तो खरीद इकाई पुरस्कार को रद्द कर सकती है और ई एम डी को जब्त कर सकती है। बोली लगाने वाले को निर्धारित मूल्य के गैर-न्यायिक स्टॉप पेपर पर उसकी कीमत पर अनुबंध निष्पादित करने के लिए कहा जाएगा।
- बोलियों पर निर्णय प्रस्तावों की मूल वैधता अवधि के भीतर और निर्णय लेने के लिए अधिप्राप्ति इकाई के एक प्राधिकरण को दी गई समय अवधि के भीतर लिया जाएगा।
- इंतजाम करने वाली इकाई का किसी या सभी बोलियों को स्वीकार या अस्वीकार करने का अधिकार
- अधिप्राप्ति इकाई किसी भी बोली को स्वीकार या अस्वीकार करने, बोली प्रक्रिया को रद्द करने और अनुबंध पुरस्कार से पहले किसी भी समय सभी बोलियों को अस्वीकार करने का अधिकार सुरक्षित रखती है, जिससे बोली लगाने वालों के लिए कोई देयता नहीं होती है। ऐसा करने के कारण खरीद फाइल में लिखित रूप में दर्ज किए जाएंगे।

सामान की सुपुर्दगी

खरीदार और निविदाकर्ता के बीच खरीद के लिए अनुबंध पर हस्ताक्षर किए जाने के बाद, निविदाकर्ता बोली दस्तावेज में निर्दिष्ट समय अवधि के भीतर संचालकों के प्रशिक्षण सहित परिवहन और कमीशन की आपूर्ति करने के लिए बाध्य है। समय पर माल की सुपुर्दगी खरीद प्रक्रिया का वास्तविक सार है, आपूर्तिकर्ता बोली दस्तावेज में शामिल के रूप में गंतव्य पर माल की आपूर्ति करने की व्यवस्था करेगा, वह क्रेता की लागत पर बीमा और माल के परिवहन की सभी प्रक्रिया का ध्यान रखेगा।

माल की निकासी / प्राप्त के लिए प्रेषण दस्तावेज

आपूर्तिकर्ता सभी संबंधित प्रेषण दस्तावेजों को समय पर खरीदार को भेजेगा ताकि खरीदार को अनुबंध के अनुसार माल की निकासी या प्राप्त करने में सक्षम बनाया जा सके (जैसा भी मामला हो)। इस उद्देश्य के लिए आवश्यक

निर्देश अनुबंध में शामिल किए जाने हैं। इसमें शामिल सामान्य दस्तावेज और इस उद्देश्य के लिए आमतौर पर अपनाई जाने वाली रणनीतियां इस प्रकार हैं:

(1) घरेलू सामान के लिए प्रेषण के 24 घंटों के भीतर, आपूर्तिकर्ता क्रेता, प्रेषिती, (अन्य संबंधित) को सूचित करेगा, प्रेषण का पूरा विवरण और पंजीकृत डाकधस्पीड पोस्ट द्वारा निम्नलिखित दस्तावेजों की आपूर्ति भी करेगा (या जैसा अनुबंध में निर्देश दिया गया है):

(ए) आपूर्तिकर्ता का चालान, अन्य बातों के साथ-साथ माल का विवरण और विशिष्टता, मात्रा, इकाई मूल्य, कुल मूल्य दर्शाता है

(बी) पैकिंग सूचीय

(सी) मूल देश का प्रमाण पत्र

(डी) बीमा प्रमाण पत्र

(ई) रेलवे रसीद / खेप विवरण

(च) विनिर्माता का गारंटी प्रमाणपत्र और आंतरिक निरीक्षण प्रमाणपत्र

(जी) क्रेता के निरीक्षक द्वारा जारी निरीक्षण प्रमाण पत्र और

(एच) अनुबंध के संदर्भ में और यदि आवश्यक हो तो कोई अन्य दस्तावेज

(2) आयातित माल के लिए

प्रेषण के 24 घंटे के भीतर, आपूर्तिकर्ता क्रेता, प्रेषिती को सूचित करेगा। (अन्य संबंधित), डिस्पैच का पूरा विवरण और एयर मेल / कूरियर द्वारा निम्नलिखित दस्तावेजों की आपूर्ति भी करें (या जैसा कि अनुबंध में निर्देश दिया गया है):

(ए) मात्रा, मूल्य, आदि सहित माल का पूरा विवरण देते हुए आपूर्तिकर्ता का चालान

(बी) पैकिंग सूचीय

(सी) मूल देश का प्रमाण पत्र

(डी) निर्माता की गारंटी और निरीक्षण प्रमाण पत्र

(ई) क्रेता के निरीक्षक द्वारा जारी निरीक्षण प्रमाण पत्र

(एफ) बीमा प्रमाणपत्र

(जी) पोतध्वाहक का नाम

(एच) बिल ऑफ लैडिंग/एयरवे बिल

(आई) लदान का बंदरगाह

(जे) शिपमेंट की तारीख

(के) निर्वहन का बंदरगाह और माल के आगमन की अपेक्षित तिथि और

(एल) अनुबंध के संदर्भ में और यदि आवश्यक हो तो कोई अन्य दस्तावेज।

आपूर्ति में विलंब

यदि निविदाकर्ता बोली दस्तावेज में शामिल निर्धारित अवधि के भीतर आपूर्ति करने में विफल रहता है, तो निविदाकर्ता पर "लिविडिटी डैमेज" नामक जुर्माना लगाया जाता है। डिलीवरी में देरी निम्नलिखित दो प्रकार की हो सकती है:

- आपूर्ति में देरी जिसके लिए आपूर्तिकर्ता जिम्मेदार नहीं है
- आपूर्ति में देरी जिसके लिए आपूर्तिकर्ता जिम्मेदार है

आपूर्ति में देरी जिसके लिए आपूर्तिकर्ता जिम्मेदार नहीं है – इस मामले में आपूर्तिकर्ता पर जुर्माना लगाए बिना संविदात्मक वितरण अवधि को फिर से तय किया जाता है, ऐसी परिस्थितियों के आधार निम्नलिखित हो सकते हैं:

- (1) ऐसे मामले जहां माल का निर्माण अग्रिम नमूने के अनुमोदन पर निर्भर है और आपूर्तिकर्ता द्वारा समय पर प्रस्तुत किए गए नमूने के अनुमोदन में देरी होती है।
- (2) जहां खरीदार की ओर से कुछ चूक के कारण डिलीवरी अवधि में विस्तार दिया जाता है जो आपूर्तिकर्ता द्वारा अनुबंध के उचित प्रदर्शन को प्रभावित करता है।
- (3) ऐसे मामले जहां क्रेता संपूर्ण उत्पादन को नियंत्रित करता है।

अप्रत्याशित घटना

अप्रत्याशित घटना का मतलब आपूर्तिकर्ता के नियंत्रण से बाहर की घटना है और इसमें आपूर्तिकर्ता की गलती या लापरवाही शामिल नहीं है और जिसका अनुमान नहीं लगाया जा सकता है। यह क्रेता की संप्रभुता या संविदात्मक क्षमता, तक सीमित नहीं है। युद्ध या क्रांति, दुश्मनी, सार्वजनिक दुश्मन के कृत्यों, नागरिक अशांति, तोड़फोड़, भूकंप, आग, बाढ़, विस्फोट, महामारी, प्रतिबंध, हड़ताल, तालाबंदी और माल दुलाई पर प्रतिबंध इत्यादि, इस तरह की घटनाओं के उदहारण हो सकते हैं। यदि अप्रत्याशित घटना की स्थिति के कारण आपूर्तिकर्ता द्वारा अपने अनुबंध के तहत अपने दायित्व को निभाने में प्रदर्शन में देरी या अन्य विफलताएं होती हैं, तो आपूर्तिकर्ता को ऐसी देरी / विफलताओं के लिए जिम्मेदार नहीं ठहराया जाएगा।

यदि अप्रत्याशित घटना की स्थिति उत्पन्न होती है, तो आपूर्तिकर्ता ऐसी घटना के 21 (इक्कीस) दिनों के भीतर क्रेता को ऐसी स्थितियों और उसके कारणों के बारे में लिखित रूप से सूचित करेगा। जब तक क्रेता द्वारा लिखित रूप में अन्यथा निर्देशित नहीं किया जाता है, तब तक आपूर्तिकर्ता अनुबंध के तहत अपने दायित्वों को यथोचित रूप से व्यावहारिक रूप से जारी रखेगा, और प्रदर्शन के लिए सभी उचित वैकल्पिक साधनों की तलाश करेगा, जो अप्रत्याशित घटना से प्रभावित ना होते हों।

यदि 60 (साठ) दिनों से अधिक की अवधि के लिए अप्रत्याशित घटना के किसी भी कारण से अनुबंध के तहत पूर्ण या आंशिक रूप से या किसी भी पक्ष के दायित्व को रोका या विलंबित किया जाता है, तो कोई भी पक्ष अपने विकल्प पर मुआवजे के किसी भी दावे के बिना अनुबंध को समाप्त कर सकता है।

केवल खरीद संगठन को प्रभावित करने वाली अप्रत्याशित घटना की स्थिति हो सकती है। ऐसी स्थिति में क्रय संगठन को आगे की आवश्यक कार्रवाई के लिए उपरोक्तानुसार समान आधार पर आपूर्तिकर्ता से बात करनी होगी।

आपूर्ति / गैर-आपूर्ति में देरी जिसके लिए आपूर्तिकर्ता जिम्मेदार है

ऐसे मामले में खरीदार के पास निम्नलिखित विकल्प हैं:

- (1) विस्तारित अवधि के दौरान होने वाली कीमत, करों, शुल्कों आदि में वृद्धि के संबंध में देरी के लिए परिसमापन हर्जाना लगाने और इनकार खंड के साथ वितरण अवधि का विस्तार करें।
- (2) प्रदर्शन सुरक्षा को जब्त करना
- (3) अनुबंध रद्द करना
- (4) अन्य उपलब्ध प्रतिबंधध्दंड लगाना।

परिसमापन हर्जाना

यह विलंबित / दोषपूर्ण आपूर्ति के खिलाफ क्रेता के अधिकार की रक्षा करने का प्रावधान है, जिसके लिए आपूर्तिकर्ता जिम्मेदार है, जो माल की प्रकृति, मूल्य और आवश्यकता पर निर्भर करता है, प्रत्येक सप्ताह के लिए विलंबित माल के लिए वितरित मूल्य का एक विशिष्ट प्रतिशत विलंबित अवधि को अनुबंध अवधि में शामिल किया जाना है। आम तौर पर यह प्रतिशत प्रति सप्ताह 0.5: है जो ऑर्डर किए गए सामान के मूल्य का अधिकतम 10: है। अनुबंध तैयार करते समय किसी भी निचली सीमा को स्पष्ट रूप से उचित ठहराया जाना चाहिए।

आश्वासन - वार्षिक रखरखाव अनुबंध एवं व्यापक रखरखाव अनुबंध (वारंटी ए एम सी और सी एम सी)

किसी भी वित्तीय नुकसान के खिलाफ खरीदारों को सुरक्षित करने के लिए बोली दस्तावेज और अनुबंध समझौते में विशिष्ट वारंटी खंड होना चाहिए, वारंटी अवधि के दौरान आपूर्तिकर्ता अपनी लागत पर सभी दोषों, कमियों और सामान्यउपकरण के टूटने का ध्यान रखेगा। आम तौर पर आपूर्तिकर्ता द्वारा दी गई वारंटी अवधि एक वर्ष की होती है जिसे आपसी सहमति से पांच वर्ष तक बढ़ाया जा सकता है।

वार्षिक रखरखाव अनुबंध एवं व्यापक रखरखाव अनुबंध (ए एम सी और सी एम सी)

वारंटी अवधि की समाप्ति के बाद क्रेता एक निश्चित दर और अवधि पर आपूर्तिकर्ता के साथ वार्षिक रखरखाव अनुबंध (ए एम सी) या व्यापक रखरखाव अनुबंध (सी एम सी) के समझौते में प्रवेश कर सकता है। ए एम सी / सी एम सी के लिए प्रावधान विशेष रूप से बोली दस्तावेज में शामिल किया जाना चाहिए, ए एम सी के तहत आपूर्तिकर्ता सहमत दर पर रखरखाव सेवाएं प्रदान करता है और क्रेता को अतिरिक्त घटकों के लिए भुगतान करना होता है। सी एम सी के तहत आपूर्तिकर्ता बोली दस्तावेज में शामिल दर और अवधि पर रखरखाव सेवाएं और अतिरिक्त भाग प्रदान करता है। ए एम सी / सी एम सी खंड भी अनुबंध समझौते का एक हिस्सा होना चाहिए।

वितरण की स्वीकृति

एक बार जब आपूर्तिकर्ता खरीदार के गंतव्य पर वितरण कर देता है, तो खरीदार को क्रय विभाग के माध्यम से माल की सीलबंद खेप प्राप्त होती है। सुपुर्दगी के समय यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि सभी बक्सों को ठीक से सीलबंद और अक्षुण्ण रखा गया है। कोई सील टूटी हुई नहीं है और कोई बॉक्स क्षतिग्रस्त नहीं है, अगर कोई क्षति देखी जाती है तो उसे दर्ज किया जाएगा और आपूर्तिकर्ता को माल के उस हिस्से को बदलने के लिए कहा जाना चाहिए।

माल का निरीक्षण

डिलीवरी की प्राप्ति के बाद खरीद विभाग आपूर्तिकर्ता या उसके अधिकृत प्रतिनिधि की उपस्थिति में खेप खोलता है और आपूर्तिकर्ता द्वारा प्रदान की गई पैकिंग सूची के साथ आपूर्ति की गई वस्तुओं की तुलना यह सुनिश्चित करने के लिए करता है कि आपूर्ति सभी प्रकार से पूर्ण है। यह भी सुनिश्चित किया जाता है कि आपूर्ति की गई वस्तु का कोई पुर्जाधिससा टूटा या क्षतिग्रस्त नहीं है, यदि आपूर्ति में कमी, टूट-फूट या क्षति के संदर्भ में कोई विसंगति पाई जाती है तो आपूर्तिकर्ता क्षतिग्रस्त वस्तुओं को बदल देगा और आपूर्ति पूरी कर देगा।

भंडारण प्रवृष्टि

आपूर्तिकर्ता या उसके अधिकृत प्रतिनिधियों की उपस्थिति में वितरित खेप के ऐसे निरीक्षण के बाद, भंडार को क्रेता की भंडारण पुस्तिका में दर्ज किया जाता है और इसकी सूची का हिस्सा बन जाता है।

अधिष्ठापन और उपयोग

यदि खेप मशीनरी / उपकरण की आपूर्ति से संबंधित है तो आपूर्तिकर्ता को विशेषज्ञ तकनीकी समिति की उपस्थिति में खरीदार के परिसर में उपकरण स्थापित करने और उसे चलाकर देखने की आवश्यकता है और यह सुनिश्चित करेगा कि मशीनरी या उपकरण निर्धारित नियमों और शर्तों के अनुसार प्रदर्शन कर रहे हैं। स्थापना एवं उपयोगिता विवरण के आधार पर समिति द्वारा हस्ताक्षर किए जाते हैं और इसे क्रय फाइल का एक हिस्सा बनाया जाता है।

भुगतान

क्रेता के हितों की रक्षा के लिए बोली दस्तावेज में भुगतान की शर्तों को स्पष्ट रूप से शामिल किया जाना चाहिए, भुगतान दो भागों में किया जाता है एक, खरीददार के गंतव्य पर सुपुर्दगी के समय और दूसरा, अधिष्ठापन एवं उपयोग के बाद। यह व्यवस्था आपूर्तिकर्ता को धन की रुकावट से बचाती है और सुरक्षित भी होती है। आम तौर पर 25: भुगतान अधिष्ठापन और कार्य प्रारम्भ होने के बाद एवं शेष 75: भुगतान माल की आपूर्ति के बाद किया जाता है।

भुगतान करने के लिए क्रय विभाग आपूर्ति के आवश्यक दस्तावेजों के साथ फाइल को लेखा विभाग को अग्रेषित करता है। पैकिंग सूची, लदान बिल / वायु मार्ग बिल, आपूर्तिकर्ता का बीजक, सीमा शुल्क, बीमा और भाड़ा शुल्क आदि, निरीक्षण विवरण, भंडारण प्रविष्टि ब्योरा और खाता विभाग को अधिष्ठापन और उपयोगिता विवरण। लेखा विभाग कागज की पूरी तरह से जांच करता है और सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन के लिए अपनी सिफारिशें दर्ज करता है। सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन के बाद आपूर्तिकर्ता को भुगतान किया जाता है।

ई-अधिप्राप्ति

ई-अधिप्राप्ति (ई-प्रोक्योरमेंट या इलेक्ट्रॉनिक प्रोक्योरमेंट), व्यापारी से व्यापारी, व्यापारी से उपभोक्ता या व्यापारी से सरकार की खरीद और बिक्री इंटरनेट या अन्य सूचना और नेटवर्किंग प्रणालियों जैसे इलेक्ट्रॉनिक डेटा इंटरचेंज के माध्यम से होती है। सरल शब्दों में यह खरीद की प्रक्रिया में सूचना प्रौद्योगिकी का उपयोग है। निविदाकर्ताओं के साथ इंटरफेस के इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से वस्तुओं और सेवाओं की खरीद और पूरी खरीद प्रक्रिया के आई टी सक्षम प्रबंधन (निविदा आमंत्रण सूचना, निविदा दस्तावेजों की आपूर्ति, बोलियों की प्राप्ति, बोलियों का मूल्यांकन, अनुबंध का पुरस्कार और व्यवस्थित तरीके से अनुबंध का निष्पादन) इसके विभिन्न खंडों का प्रवर्तन और दावों, प्रति-दावों और भुगतानों की ट्रैकिंग) दक्षता और पारदर्शिता में सुधार करता है, खरीद चक्र को कम करता है और लेनदेन लागत में कटौती करता है।

ई-अधिप्राप्ति के लाभ

- (1) ई-अधिप्राप्ति प्रक्रिया में शामिल होने से आपूर्तिकर्ताओं को संभावित लाभ मिलते हैं। इसमें शामिल है:
- (ए) क्रय निर्देशों की पुनः प्रविष्टि में लगने वाले समय और लागत की बचत

- (बी) निर्देश, वितरण, माल वापसी, रसीद और भुगतान दोबारा डालते समय होने वाली त्रुटियों में कमी
- (सी) लेनदेन लागत और चक्रण समय में कमी
- (डी) खरीदारों के साथ अधिक कुशल संचार के परिणामस्वरूप भंडारण सीमित रखना यानी योजना और पूर्वानुमान में उपयोग के लिए वास्तविक बिक्री आंकड़ों की सटीक जानकारी
- (ई) आपूर्तिकर्ता द्वारा परिमाण की सही जानकारी साझा करके बेहतर आपूर्तिकर्ता प्रदर्शन
- (एफ) तेज भुगतान
- (जी) बेहतर प्रबंधन जानकारी

(2) खरीदारों को होने वाले परिणामी लाभ:

- (ए) लेनदेन लागत और चक्रण समय में कमी
- (बी) विक्रेता प्रबंधित भंडारण विकसित करने की संभावना
- (सी) निर्धारित समय के अंदर वितरण की दिशा में सुधार
- (डी) आपूर्तिकर्ताओं द्वारा क्रय निर्देशों में त्रुटियों की कमी के कारण अधिक सटीक वितरण
- (ई) साझा प्रदर्शन माप डेटा जो बेहतर आपूर्तिकर्ता प्रदर्शन को प्रोत्साहित करता है
- (एफ) क्रेता को निर्देशों से अवगत कराने के स्वचालित माध्यम के कारण क्रेता द्वारा व्यय की बचत करने की क्षमता को बढ़ाता है
- (जी) साझा बिक्री / पूर्वानुमान सूचना के कारण अनावश्यक भंडारण में कमी

ई-प्रोक्योरमेंट की प्रक्रिया

भारत के संगठनों और राज्य सरकारों के ई-प्रोक्योरमेंट पटल भारत सरकार द्वारा विकसित किया गया है। भारत सरकार का आधिकारिक वेब पोर्टल <https://eprocu-gov-in> है

और वह यूपी सरकार का <https://etender-up-nic-in> है। उत्तर प्रदेश की ई-अधिप्राप्ति प्रणाली निविदाकर्ताओं को निःशुल्क निविदा अनुसूची डाउनलोड करने और फिर ऑनलाइन बोली जमा करने में सक्षम बनाती है। एन आई टी बनाने और अपलोड करने के लिए विभागों को इस पटल पर लॉगइन करना होगा।

बोली दस्तावेज, नियम और शर्तों के साथ, आवश्यकताओं की अनुसूची, निविदा लागत, मद की लागत

इस पटल पर तकनीकी एवं वित्तीय बोली आदि का प्रारूपय बोलियों को बनाने और अपलोड करने के लिए दो अधिकारियों को एन आई सी के माध्यम से यूजर आईडी बनाना चाहिए। निम्नलिखित दस्तावेजों को अपलोड करना होगा:

- (ए) एन आई टी
- (बी) सामान्य नियम और शर्तें
- (सी) वस्तुओं की सूची
- (डी) बोली की लागत
- (ई) ई एम डी की जमा राशि
- (एफ) विशिष्टताएं

परिमाण बिल (बी ओ क्यू)

संभावित निविदाकर्ता पोर्टल से बोलियां डाउनलोड करते हैं और अपनी निविदाएं निर्धारित प्रारूप पर ऑनलाइन जमा करते हैं। क्रय विभाग निर्धारित तिथि, स्थान एवं समय पर ऑनलाइन बिड खोलेगा, बिड की जांच एवं प्रक्रिया करेगा। बोली खोलते समय कम से कम दो अधिकारी उपस्थित रहेंगे। इन अधिकारियों के पास डिजिटल हस्ताक्षर होंगे और प्रक्रिया को डिजिटल रूप से प्रमाणित करेंगे। पूरी प्रक्रिया ऑनलाइन होगी जिससे समय और लागत की बचत होगी और दक्षता बढ़ेगी।

जे ई एम पोर्टल (जेम पोर्टल)

भारत सरकार विभिन्न सरकारी विभागों / संगठनों / सार्वजनिक उपक्रमों द्वारा आवश्यक सामान्य उपयोग की वस्तुओं और सेवाओं की ऑनलाइन खरीद की सुविधा प्रदान करेगी। जेम सार्वजनिक खरीद में पारदर्शिता, दक्षता और गति बढ़ाएगा। यह ई-जेम पोर्टल के उपकरण भी प्रदान करेगा या सरकारी ई-मार्केटप्लेस बोली और रिवर्स ई-नीलामी द्वारा बनाया गया एक सामान्य ई-अधिप्राप्ति पोर्टल है, साथ ही सरकारी उपयोगकर्ताओं को पैसे का सर्वोत्तम मूल्य प्राप्त करने के लिए मांग एकत्रीकरण की सुविधा प्रदान करता है। जेम पोर्टल एस पी वी द्वारा निर्मित, स्वामित्व और संचालित है। सामान्य वित्तीय नियम, 2017 में एक नया नियम (नियम संख्या 149 के तौर पर) जोड़कर सरकारी उपयोगकर्ताओं द्वारा जेम के माध्यम से खरीदारी को वित्त मंत्रालय द्वारा अधिकृत और अनिवार्य कर दिया गया है। जेम पोर्टल का उपयोग वस्तुओं के साथ-साथ सेवाओं की खरीद के लिए किया जाएगा।

यह प्रणाली उ0प्र0 शासन द्वारा शासनादेश संख्या 11 / 2017 / 523 / 18-2-2017-97(ला.अ.) / 2016 दिनांक 23 अगस्त 2017 द्वारा अपनाई गई है। शासनादेश के मुख्य प्रावधान निम्नानुसार हैं: माल और पोर्टल पर उपलब्ध सेवाएं सरकार द्वारा खरीदी जाएंगी:

इस पोर्टल के माध्यम से विभाग, पी एस यू और सरकारी उपक्रम हेतु पोर्टल पर उपलब्ध नहीं होने वाली वस्तुओं एवं सेवाओं का क्रय उ.प्र. उपार्जन नियमावली के नियमों के अन्तर्गत किया जायेगा

खरीदे गए माल की दरों की युक्तिसंगतता को विभाग प्रमाणित करेंगे। विभाग खरीद सकते हैं:

1. पोर्टल पर उपलब्ध किसी भी अधिकृत विक्रेता से सीधे 25000 रुपये तक की वस्तुएं जो माल की गुणवत्ता और विशिष्टता को संतुष्ट करती हों
2. एल-1 खरीद 25000 रुपये से 500000 रुपये के बीच क्रय मूल्य के लिए सीधी खरीद को सक्षम बनाता है, कम से कम 3 अलग-अलग ओ ई एम एस या जेम पर सेवा प्रदाता के बीच तुलना के माध्यम से जो खरीदार की अपेक्षित गुणवत्ता, विनिर्देशों और वितरण अवधि को पूरा करते हैं।
3. 500000 रुपये से ऊपर की वस्तुओं को अनिवार्य रूप से खरीदारों से ऑनलाइन बोली या रिवर्स नीलामी उपकरण का उपयोग करके खरीदा जाएगा, एल 1 दर पर संतोषजनक गुणवत्ता और वितरण अवधि के आधार पर
4. ऑनलाइन बोली या रिवर्स नीलामी आमंत्रण सभी मौजूदा विक्रेताओं या अन्य पंजीकृत विक्रेताओं के लिए उपलब्ध होगा जो जेम पोर्टल के नियमों और शर्तों का पालन करते हैं और तदनुसार बोलियां पेश करते हैं
5. उपरोक्त वित्तीय सीमा केवल जेम पोर्टल के माध्यम से खरीद के लिए लागू होगी, अन्य मामलों में मौजूदा वित्तीय सीमा लागू होगी
6. क्रय संस्थाएं खरीद आदेश जारी करने से पहले व्यावसायिक एवं विश्लेषणात्मक उपकरणों का उपयोग करके कीमतों की तर्कसंगतता सुनिश्चित करेंगी।

जेम पोर्टल के माध्यम से खरीद की प्रक्रिया

सभी विक्रेता और क्रय विभाग स्वयं को जेम पोर्टल पर विक्रेता और क्रेता के रूप में पंजीकृत करेंगे। सरकार अथवा सामान खरीदने वाले विभाग क्रेता के रूप में पंजीयन कराएंगे, क्रेता दो श्रेणी के होंगे

(1) प्राथमिक खरीदार: एच ओ डी / कार्यालय प्रमुख होंगे जो ऑनलाइन पंजीकरण के लिए आवेदन करेंगे और पोर्टल पर लॉग इन करने के लिए यूजर आईडी और पासवर्ड प्राप्त करेंगे। आवश्यक दस्तावेज होंगे:

(ए) आधार कार्ड,

(बी) आधार कार्ड से जुड़ा सक्रिय मोबाइल नंबर

(सी) आधिकारिक ई-मेल आईडी gov-in/-nic-पद पर यह आईडी एनआईसी द्वारा आवंटित की जाएगी

(2) द्वितीयक खरीदार: प्राथमिक खरीदार तब अपने नियंत्रण में द्वितीयक खरीदारों को पंजीकृत करता है और उन्हें अपने स्तर पर यूजर आईडी और पासवर्ड आवंटित करता है। पंजीकरण के लिए आवश्यक दस्तावेज उपरोक्त के रूप में होंगे। द्वितीयक खरीदार तीन प्रकार के होते हैं:

1. क्रेता: क्रेता की भूमिका पोर्टल पर आवश्यक वस्तु की खोज करने की होगी जो प्रशासनिक स्वीकृति प्राप्त करने और क्रय आदेश जारी करने की उपयुक्तता सुनिश्चित करेगी
2. प्रेषिती: प्रेषिती की भूमिका विक्रेता द्वारा आपूर्ति किए गए माल को प्राप्त करने, निरीक्षण और स्थापना की व्यवस्था करने की होगी और प्राप्त पत्रधरसीदें जारी करना
3. भुगतान अधिकारी/डीडीओ उपकरणोंधमदों की स्थापना और कमीशनिंग के बाद भुगतान करने के लिए जिम्मेदार होंगे।

सभी तीन प्रकार की भूमिका या द्वितीयक खरीदार को अलग व्यक्ति या एक ही व्यक्ति को सौंपा जा सकता है। यदि एक ही व्यक्ति को तीन भूमिकाएँ सौंपी जाती हैं तो वह एक ही उद्देश्य के लिए जारी की गई अलग-अलग आईडी से लॉगिन करेगा।

वांछित वस्तु खरीदते समय क्रेता जेम पोर्टल पर वस्तु की खोज करेगा और उसकी उपयुक्तता सुनिश्चित करेगा और जेम पोर्टल की निर्धारित वित्तीय सीमाओं के अनुसार न्यूनतम दर का पता लगाएगा। दरों से संतुष्ट होने के बाद खरीदार वस्तुओं को क्रय सूची में जोड़ देगा। जब वस्तु को क्रय सूची में जोड़ा जाता है तो इसकी कीमत अगले दस दिनों के लिए किसी भी ऊपर की ओर संशोधन के लिए स्थिर रहेगी। नीचे की ओर संशोधन के लिए लाभ खरीदार को जाएगा। किसी भी टुकड़े के आदेश की अनुमति नहीं होगी, उदाहरण के लिए मान लें कि किसी वस्तु की कीमत 45000 रुपये है, जिसे सीधे जेम पोर्टल पर पंजीकृत विक्रेता से खरीदा जा सकता है। लेकिन अगर एक ही तरह की तीन चीजें खरीदी जानी हैं तो उन्हें अगले दिनधसप्ताह में एक ही खरीदार से नहीं खरीदा जा सकता है। ऐसी खरीद की अनुमति एक महीने के बाद दी जाएगी।

क्रय सूची में वस्तु को जोड़ने के बाद खरीदार को एल1 दर की तुलनात्मक शीट का प्रिंट आउट लेना होगा और सक्षम प्राधिकारी से प्रशासनिकधवित्तीय मंजूरी लेनी होगी। फिर खरीदार प्रशासनिक आदेश को स्कैन करेगा और पोर्टल पर अपलोड करेगा, प्रणाली स्वचालित रूप से स्वीकृति आदेश और अनुबंध आदेश उत्पन्न करेगी। खरीदार स्वीकृति आदेश और अनुबंध आदेश को विवरण में सुरक्षित रखेगा और विक्रेता अनुबंध आदेश और स्वीकृति आदेश को डाउनलोड करेगा और समय सीमा (15 दिनों) के भीतर माल की आपूर्ति करेगा।

जब भेजा गया माल खरीदार के परिसर में पहुंच जाता है तो प्रेषिती को पैक प्राप्त होगा और एक अस्थायी प्राप्ति पत्र

जारी करेगा। इसके बाद प्रेषिती खेप खोलेगा, दस दिनों के भीतर निरीक्षण और स्थापना की व्यवस्था करेगा। यदि प्रेषिती को आपूर्ति किया गया माल सही लगता है, तो वह स्थायी प्राप्ति पत्र जारी करेगा और भुगतान प्राधिकारी / डी डी ओ को भेजेगा। यदि माल ठीक नहीं है तो प्रेषिती विक्रेता को माल वापस कर देगा।

स्थायी प्राप्ति पत्र जारी होने के बाद भुगतान प्राधिकारी या डी डी ओ सक्षम प्राधिकारी का अनुमोदन प्राप्त करेगा और 10 दिनों के भीतर विक्रेता को भुगतान करेगा। भुगतान ऑनलाइन या आरटीजीएसएनईएफटी या किसी अन्य उपयुक्त माध्यम से होगा।

निस्तारण प्रक्रिया

प्रत्येक सार्थक एवं उपयुक्त खरीद का अपना महत्व होता है। खरीदी गयी वस्तु के उपयोग की अवधि की समाप्ति के बाद माल / वस्तु या तो उपयोग के लिए अनुपयुक्त हो जाता है या इसका रखरखाव या उपयोग असंवैधानिक हो जाता है। इन परिस्थितियों में, व्यवस्था को सुचारु और कुशल बनाए रखने के लिए इन वस्तुओं को मुख्यधारा से बाहर रखना और व्यवस्था से बाहर करना अनिवार्य हो जाता है। अनुपयोगी और एक्सपायर्ड माल के उपचार के लिए अपनाई जाने वाली प्रक्रिया को निराकरण प्रक्रिया और अवधि समाप्त हो चुकी वस्तुओं का निपटान कहा जाता है।

निस्तारण का मानदंड

निम्नलिखित आधारों पर माल का निराकरण किया जाता है या उसे अनुपयोगी घोषित किया जाता है:

- (ए) माल या संयंत्र या मशीनरी इत्यादि का प्रयोग करने योग्य समय समाप्त हो गया है और इसकी दक्षता में भारी गिरावट आई है
- (बी) इसमें खराबी बढ़ गई है और इसकी मरम्मत और रख-रखाव गैर-किफायती हो गया है। आम तौर पर जब रखरखाव लागत उपकरण के क्रय मूल्य के 75% तक पहुंच जाती है तो इसकी आगे की मरम्मत असंवैधानिक हो जाती है।
- (सी) तकनीक बदल गई है और उपकरण अप्रचलित हो गए हैं।
- (डी) तकनीक में बदलाव के कारण कंपनी ने ऐसे उपकरणों का उत्पादन बंद कर दिया है और उनके पुर्जे उपलब्ध नहीं हैं।

विशेषज्ञ समिति द्वारा निरीक्षण

प्रत्येक कार्यालय प्रमुख / विभागाध्यक्ष द्वारा भंडार में रखे गए माल का व्योरा एक निर्धारित पंजिका में रखा जाता है, जिसे डेड स्टॉक रजिस्टर कहा जाता है। इस पंजिका में माल की मात्रा, मूल्य और खरीद की तारीख और स्रोत इत्यादि का विस्तृत विवरण होता है। हर साल भंडार का भौतिक सत्यापन किया जाता है और संग्रह की वास्तविक स्थिति, क्षति, चोरी, दुर्घटना या उपेक्षा के कारण इसकी हानि और माल की उपलब्धता, कमी या अधिशेष की वर्तमान स्थिति का व्योरा मुख्यालय को भेजा जाता है। जब यह देखा जाता है कि मरम्मत और रखरखाव की वस्तुएं मुश्किल हो गई हैं या भंडार अनुपयोगी हो गया है तो निस्तारण प्रक्रिया शुरू की जाती है। इस प्रयोजन के लिए कार्यालय प्रमुख द्वारा 3 या अधिक सदस्यों वाली विशेषज्ञों की एक समिति गठित की जाती है। समिति के सदस्यों में से एक तकनीकी विशेषज्ञ और एक वित्त क्षेत्र से होना चाहिए। समिति इसकी खरीद की तारीख, उपकरण द्वारा प्रदान की गई सेवा, अवधि के दौरान इसके रखरखाव और मरम्मत की लागत और इसकी आगे की सेवा और पुर्जों की उपलब्धता के बारे में सेवारत अभियंता निर्देशों को देखने के लिए निस्तारण किए जाने वाले विवरण की पूरी तरह से

जांच करती है। समिति उपकरणों की वर्तमान स्थिति को देखने के लिए भौतिक रूप से वस्तुओं / उपकरणों के भंडार का भी निरीक्षण करती है। यदि समिति को पता चलता है कि भंडार की उपयोगी अवधि समाप्त हो गया है और यह या तो अनुपयोगी हो गया है या रखरखाव अलाभकारी हो गया है तो समिति भंडार के निस्तारण की सिफारिश करती है। यह भी विवरण में रखा जाना चाहिए कि क्या सरकारी सेवक की ओर से लापरवाही, धोखाधड़ी या अपकार के कारण माल अनुपयोगी हो गए हैं।

आधार मूल्य का आकलन

जो माल अप्रचलित या अनुपयोगी हो गया है, उसका अभी भी कुछ मौद्रिक मूल्य है, इसे "निस्तारण मूल्य" कहा जाता है। जहां मूल्यह्रास के कारण होने वाली हानि के लिए सूत्र दिया गया है वहां निस्तारण मूल्य निकालना आसान है। लेकिन जहां ऐसा कोई सूत्र उपलब्ध नहीं है, वहां विशेषज्ञ समिति आकलन करती है और माल के मूल्य का यह आकलन आधार मूल्य (फ्लोर वैल्यू) के रूप में जाना जाता है। समिति इस मूल्य पर बाजार सर्वेक्षण और सामान्य अनुभव के आधार पर पहुंचती है। समिति निस्तारण के लिए अपनी सिफारिश में इस आधार मूल्य को शामिल करती है।

निस्तारण की स्वीकृति

निस्तारण समिति का प्रतिवेदन विभागाध्यक्ष अथवा अन्य सक्षम प्राधिकारी को इसकी प्रशासनिक स्वीकृति हेतु भेजा जाता है। यदि विभागाध्यक्ष प्रशासनिक स्वीकृति के लिए सक्षम नहीं है तो विभागाध्यक्ष द्वारा प्रतिवेदन सरकार को भेजा जाता है। यदि यह पाया जाता है कि सरकारी सेवक की ओर से लापरवाही, धोखाधड़ी या अपकार के कारण भंडार अनुपयोगी हो गया है तो उसकी जिम्मेदारी तय होनी चाहिए। जब निस्तारण के लिए प्रशासनिक स्वीकृति प्राप्त हो जाती है तो भंडार को अनुपयोगी घोषित कर दिया जाता है और आगामी प्रक्रियाओं के लिए बाहर रखा जाता है और इसके निपटान की प्रक्रिया शुरू की जाती है।

अनुपयोगी हो चुकी वस्तुओं का निपटान

भंडार मदों के अनुपयोगी घोषित किए जाने और निस्तारण करने की स्वीकृति के बाद, विभाग को अनुपयोगी भंडार की वहन लागत के बोझ से मुक्त करने के लिए इसके निपटान की प्रक्रिया शुरू की जाती है। इस स्थान को बेहतर उपयोग के लिए खाली और साफ कराया जाता है और संगठन को सुचारू रूप से चलने में सहायता मिलती है।

निपटान के तरीके:

- (1) 10 (दस) लाख रुपये से अधिक मूल्य के अवशिष्ट, अधिशेष, अप्रचलित या अनुपयोगी भंडार का निस्तारण किया जाना चाहिए:
 - (ए) विज्ञापित निविदा के माध्यम से बोलियां प्राप्त करना, या
 - (बी) सार्वजनिक नीलामी
- (2) 10 (दस) लाख रुपये तक के अवशिष्ट मूल्य वाले अतिरिक्त, अप्रचलित या अनुपयोगी भंडार के लिए, निपटान का तरीका सक्षम प्राधिकारी द्वारा निर्धारित किया जाएगा, इस तरह के भंडार के संचय और स्थान के परिणामी रुकावट से बचने की आवश्यकता को ध्यान में रखते हुए और साथ ही, निपटान की जाने वाली वस्तुओं के मूल्य में गिरावट से बचने के लिए इस विधि से निपटान किया जा सकता है।

- (3) कुछ अतिरेक, अप्रचलित या अनुपयोगी भंडार जैसे कि अवधि समाप्ति हो चुकी दवाएं, खाद्यान्न, गोला-बारूद आदि, जो खतरनाक या मानव उपभोग के लिए अनुपयुक्त हैं, को उपयुक्त तरीके से तुरंत निपटाया या नष्ट कर दिया जाना चाहिए ताकि किसी भी स्वास्थ्य संबंधी खतरे से बचा जा सके और / या पर्यावरण प्रदूषण और ऐसी वस्तुओं के दुरुपयोग की संभावना से भी बचें।
- (4) अधिशेष, अप्रचलित या अनुपयोगी भंडार, उपकरण और दस्तावेज, जिसमें सुरक्षा संबंधी चिंताएं शामिल हैं (जैसे मुद्रा, परक्राम्य लिखत, रसीद बुक, टिकट आदि) को उचित तरीके से नष्ट कर दिया जाना चाहिए, जिससे संबंधित नियमों का अनुपालन और वित्तीय विवेक भी सुनिश्चित हो सके।
- (5) समय-समय पर जारी शासनादेशों के अनुसार ई-अपशिष्ट के सुरक्षित निस्तारण के संबंध में त्वरित कार्रवाई की जाए।

विज्ञापित निविदा के माध्यम से निस्तारण

(1) इस उद्देश्य के लिए अपनाए जाने वाले व्यापक कदम इस प्रकार हैं:

- (ए) बोली दस्तावेजों की तैयारी
 (बी) बेचे जाने वाले अधिशेष माल के लिए निविदा का आमंत्रण
 (सी) बोलियों का उद्घाटन
 (डी) प्राप्त बोलियों का विश्लेषण और मूल्यांकन
 (ई) उच्चतम प्रतिक्रियाशील बोली लगाने वाले का चयन
 (एफ) चयनित बोलीदाता से बिक्री मूल्य का संग्रह
 (जी) चयनित बोली लगाने वाले को बिक्री जारी करने का आदेश जारी करना
 (एच) बेचे गए अधिशेष माल को चयनित बोलीदाता को जारी करना
 (आई) असफल बोलीदाताओं को बोली सुरक्षा की वापसी

(2) विज्ञापित निविदा के माध्यम से माल का निपटान करते समय ध्यान में रखे जाने वाले महत्वपूर्ण पहलू निम्नानुसार हैं:

- (ए) विज्ञापित निविदा के माध्यम से ऐसे सामानों की बिक्री का मूल सिद्धांत पारदर्शिता, प्रतिस्पर्धा, निष्पक्षता और विवेक का उन्मूलन सुनिश्चित करना है। विक्रय योजना तथा विक्रय की जाने वाली वस्तुओं का व्यापक प्रचार-प्रसार सुनिश्चित किया जाना चाहिए। बिक्री के सभी आवश्यक नियमों और शर्तों को बोली दस्तावेज में सरल और परिचित भाषा में व्यापक रूप से शामिल किया जाना है। प्रासंगिक करों की प्रयोज्यता, दस्तावेज में स्पष्ट रूप से बताई जानी चाहिए।
- (बी) बोली दस्तावेज को बेचे जाने वाले सामानों की स्थिति और वर्तमान स्थिति को भी इंगित करना चाहिए ताकि बोली लगाने वाले बोली लगाने से पहले माल का निरीक्षण कर सकें।
- (सी) बोलीदाताओं को अपनी बोली के साथ बोली सुरक्षा जमा करने के लिए कहा जाना चाहिए। बोली सुरक्षा की राशि सामान्यतया माल के निर्धारित या आरक्षित मूल्य का 10% होनी चाहिए, सटीक बोली सुरक्षा राशि (परिसंपत्ति या आरक्षित मूल्य के प्रतिशत के रूप में नहीं) बोली दस्तावेज में दर्शाई जानी चाहिए।
- (डी) उच्चतम स्वीकार्य उत्तरदायी बोलीदाता (एच1) की बोली सामान्य रूप से स्वीकार की जानी चाहिए। तथापि, यदि उस बोलीदाता द्वारा दी गई कीमत स्वीकार्य नहीं है, तो केवल उस बोलीदाता के साथ बातचीत की जा सकती है। यदि इस तरह की बातचीत वांछित परिणाम प्रदान नहीं करती है, तो उचित या स्वीकार्य मूल्य अगले उच्चतम उत्तरदायी बोलीदाता(ओं) को प्रति-प्रस्तावित किया जा सकता है।
- (ई) यदि निपटान की जाने वाली कुल मात्रा उच्चतम स्वीकार्य बोलीदाता द्वारा नहीं ली जा सकती है, तो शेष मात्रा

- अगले उच्च बोलीदाता(ओं) को उच्चतम स्वीकार्य बोलीदाता द्वारा प्रस्तावित कीमत पर दी जा सकती है।
- (एफ) माल जारी करने से पहले सफल बोलीदाता से पूर्ण भुगतान, अर्थात् बोली सुरक्षा को समायोजित करने के बाद शेष राशि प्राप्त की जानी चाहिए।
- (जी) यदि चयनित बोलीदाता माल उठाने में रुचि नहीं दिखाता है, तो कानूनी सलाह प्राप्त करने के बाद, बोली सुरक्षा को जब्त कर लिया जाना चाहिए और डिफॉल्टर के जोखिम और लागत पर प्रश्नगत माल की पुनः बिक्री सहित अन्य कार्रवाई शुरू की जानी चाहिए।
- (2) विलम्बित बोली अर्थात् प्राप्ति की निर्दिष्ट तिथि और समय के बाद प्राप्त बोलियों पर विचार नहीं किया जाना चाहिए।

सार्वजनिक नीलामी के माध्यम से निपटान

- (1) एक विभाग सीधे या अनुमोदित नीलामियों के माध्यम से निपटाने के लिए भंडार की नीलामी कर सकता है।
- (2) यहां पालन किए जाने वाले मूल सिद्धांत विज्ञापित निविदा के माध्यम से निपटान के लिए लागू सिद्धांतों के समान हैं ताकि पारदर्शिता, प्रतिस्पर्धा, निष्पक्षता और विवेक के उन्मूलन को सुनिश्चित किया जा सके। नीलामी योजना में नीलाम किए जाने वाले सामानों का विवरण और उनका स्थान, बिक्री के लागू नियम और शर्तें, सक्षम प्राधिकारी द्वारा निर्धारित संपत्ति या आरक्षित मूल्य के साथ-साथ नीलामी की तारीख, समय और स्थान आदि का व्यापक प्रचार किया जाना चाहिए। उसी तरह जैसे विज्ञापित निविदा के मामले में किया जाता है।
- (3) नीलामी प्रक्रिया शुरू करते समय नीलामी योग्य वस्तुओं की स्थिति और स्थान, बिक्री के सभी लागू नियम और शर्तें आदि (जैसा कि इसके लिए व्यापक प्रचार करते समय पहले ही संकेत दिया गया है) को सभी बोलीदाताओं के लाभ के लिए फिर से घोषित किया जाना चाहिए।
- (4) नीलामी टीम की संरचना सक्षम प्राधिकारी द्वारा तय की जाएगी। हालांकि, टीम में विभाग के वित्त विंग के एक अधिकारी को शामिल किया जाना चाहिए।
- (5) नीलामी राजपत्रित अधिकारी (अधिकारियों) की उपस्थिति में आयोजित की जानी चाहिए जो यह सुनिश्चित करें कि सभी बोलियों का एक उचित रिकॉर्ड बनाए रखा जाता है।
- (6) नीलामी कराने वाले अधिकारी उच्चतम या किसी भी बोली को स्वीकार करने के लिए बाध्य नहीं होंगे। तथापि, यदि उच्चतम बोली लगाने वाले के पक्ष में नीलामी का निर्णय करने का प्रस्ताव नहीं है तो कारणों को अभिलिखित किया जाना चाहिए। नीलामी आयोजित करने वाले अधिकारी द्वारा संदिग्ध साधनों और इरादों वाले व्यक्तियों को नीलामी में बोली लगाने की अनुमति नहीं दी जा सकती है।
- (7) किसी बोली की नीलामी करने वाले अधिकारी द्वारा स्वीकृति सक्षम प्राधिकारी द्वारा और कुछ मामलों में सरकार द्वारा भी पुष्टि के अधीन होगी, जिसकी घोषणा नीलामी के समय की जाएगी।
- (8) बोली लगाने वाला प्रत्येक व्यक्ति अपनी बोली पर कायम रहेगा चाहे वह उच्चतम हो या नहीं, और यह स्पष्ट रूप से समझा जाएगा कि बोली की राशि में किसी भी प्रकार की छूट पर किसी भी परिस्थिति में विचार नहीं किया जाएगा।
- (9) किसी भी व्यक्ति को किसी अन्य व्यक्ति की ओर से नीलामी में तब तक बोली लगाने की अनुमति नहीं दी जाएगी जब तक कि उसके पास ऐसे अन्य व्यक्ति से लिखित अधिकार न हो जो नीलामी में उपस्थित हो और उसकी ओर से की गई बोली को प्राधिकृत करता हो।
- (10) माल जहां और जहां पड़ा है, वहीं बेचा जाएगा। पूरा लॉट या लॉट संचय के स्थल से लिया जाएगा। नीलामी में घोषित मात्रा, आकार, संख्या, वजन और माप आदि अनुमानित हो सकते हैं और कोई वारंटी या गारंटी निहित नहीं होगी, और कोई शिकायत नहीं मानी जाएगी। वस्तुएं इस धारणा पर बेची जाएंगी कि बोली लगाने वालों ने लॉट या लॉट का निरीक्षण कर लिया है और जानते हैं कि वे क्या खरीद रहे हैं।

- (11) जब किसी विशेष वस्तु या सामान की नीलामी वजन या संख्या के आधार पर प्रस्तावित की जाती है, न कि खेप के आधार पर, तो उस प्रभाव की घोषणा भंडार की नीलामी से पहले की जाएगी। ऐसे मामलों में बोली प्रत्येक संख्या या इकाई या वजन के लिए होगी। चार्ज की जाने वाली कीमत की गणना वास्तविक वजन या वितरित संख्या पर की जाएगी।
- (12) यदि नीलामी करने वाले अधिकारी की यह राय हो कि बोली लगाने वाले एक घेरा बना रहे हैं और नीलामी में प्रस्तावित वाहनभंडार का उचित मूल्य वसूल नहीं हो रहा है तो वह नीलामी रोक सकता है।
- (13) नीलामी करने वाले अधिकारी बिना कोई कारण बताए विज्ञापित या परिसर में रखी गई किसी भी वस्तु को नीलामी से वापस लेने का अधिकार सुरक्षित रखेंगे।
- (14) नीलामी होने पर (अर्थात् वस्तुओं की बोली समाप्त होने पर) बोली की राशि का 25 (पच्चीस) प्रतिशत अग्रिम राशि के रूप में नकद जमा करना होगा। कोई चेक, बैंक ड्राफ्ट या हुंडी स्वीकार नहीं की जाएगी। नीलामी आयोजित करने वाला अधिकारी बिना कोई कारण बताए बयाना राशि के रूप में बोली की पूरी राशि तक उच्च प्रतिशत की मांग कर सकता है।
- (15) अग्रिम राशि के भुगतान में चूक होने पर, बोली को तुरंत रद्द कर दिया जाएगा और माल /वाहन को अगली उच्चतम बोली लगाने वाले या फिर से नीलाम करने की पेशकश की जाएगी। बयाना राशि जमा करने में विफल रहने वाले बोलीकर्ता के विरुद्ध कानून द्वारा प्राधिकृत कार्रवाई करने का अधिकार सरकार के पास सुरक्षित रहेगा।
- (16) इच्छुक बोलीदाता का ध्यान भारतीय दंड संहिता (आई पी सी) की धारा 185 की ओर आकर्षित किया जाएगा, जिसके अनुसार जो कोई भी किसी भी वाहन / भंडार के लिए बोली लगाएगा, जिसके तहत वह ऐसी बोली के तहत खुद को रखता है, अभियोजन पक्ष के लिए उत्तरदायी होगा।
- (17) सक्षम प्राधिकारी या सरकार, जैसा भी मामला हो, ने बोली को मंजूरी दे दी है, शेष राशि को पंजीकृत नोटिस की प्राप्ति के 7 (सात) दिनों के भीतर जमा करना होगा।
- (18) यदि कोई सफल बोलीदाता उपरोक्त निर्दिष्ट समय के भीतर शेष राशि का भुगतान करने में विफल रहता है, तो उसके पक्ष में नीलामी रद्द कर दी जाएगी और हथौड़े के तीसरी बार गिर जाने पर उसके द्वारा जमा की गई बयाना राशि सरकार और वाहन को जब्त कर ली जाएगी। अगले उच्चतम बोली लगाने वाले को स्टोर की पेशकश की जाएगी, बशर्ते उसकी बोली के साथ उच्चतम बोली लगाने वाले से प्राप्त 25 (पच्चीस) प्रतिशत की बयाना राशि उच्चतम बोली लगाने वाले द्वारा प्रस्तावित बोली से कम न हो। यदि यह शर्त पूरी नहीं होती है तो सक्षम प्राधिकारी द्वारा उचित समझे जाने पर बिना बोलीदाता को कोई सूचना दिए वस्तु की पुनः नीलामी की जानी चाहिए। सरकार बोलीदाता के खिलाफ ऐसी कार्रवाई करने का अधिकार सुरक्षित रखती है जो कानून द्वारा प्राधिकृत शेष राशि का भुगतान करने में विफल रहता है।
- (19) सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन के लंबित रहने पर, सफल बोलीदाता अपने पक्ष में दर्शाए गए वाहन / भंडार आदि पर नजर रखने के लिए उपयुक्त व्यवस्था कर सकता है, जिसे उस परिसर में सफल बोली लगाने वाले के जोखिम और जिम्मेदारी पर रखना होगा जहां नीलामी की गई है।
- (20) नीलाम की गई सामग्री की सुपुर्दगी उस बोलीकर्ता, जिसके पक्ष में बोली नीलाम की गई है, द्वारा पूर्ण एवं अंतिम भुगतान किए जाने तथा हटाने की अनुमति सक्षम प्राधिकारी द्वारा दिए जाने के बाद की जाएगी।
- (21) सामग्री को सक्षम प्राधिकारी या उसके द्वारा अधिकृत किसी अन्य राजपत्रित अधिकारी की उपस्थिति में हटाया जाएगा।
- (22) पूरी तरह से और अंत में भुगतान किए गए वाहन / दुकान को अंतिम भुगतान की तारीख से 7 (सात) दिनों के भीतर खरीदार द्वारा पूरी तरह से हटा दिया जाना चाहिए। जहां ऐसा नहीं किया जाता है, सक्षम प्राधिकारी उक्त वाहन / दुकान, खेप या उसके हिस्से के बिक्री मूल्य पर हटाने या पुनः बिक्री की तिथि तक प्रतिदिन एक प्रतिशत की दर से भंडारण स्थान के कारण होने वाले किसी भी नुकसान के अतिरिक्त वसूल कर सकता है।
- (23) यदि सक्षम प्राधिकारी या सरकार, जैसा भी मामला हो, स्वीकृत बोली को स्वीकार नहीं करता है, तो सफल

बोली लगाने वाले द्वारा जमा की गई राशि उसे वापस कर दी जाएगी और उसके पक्ष में नीलामी को शून्य माना जाएगा।

(24) सफल बोलीदाताओं को वाहन/भंडार, जिसके लिए उनके प्रस्तावधस्ताव स्वीकृत और स्वीकार किए गए हैं, पर वाहन/भंडार की सुपुर्दगी लेने से पहले, यदि आवश्यक हो तो, नगरपालिका प्राधिकारियों को टर्मिनल कर का भुगतान करना होगा, और कोई अन्य कर जो कि कानून के तहत बकाया पाया जा सकता है।

(25) मोटर वाहनों की नीलामी की दशा में सफल बोलीदाता को पंजीकरण प्रमाण पत्र यदि वैध हो तो दिया जायेगा। यदि किन्ही कारणों से विभाग द्वारा नवीनीकरण नहीं कराया जा सका तो बोलीदाता को स्वयं के व्यय पर नवीनीकरण कराना होगा तथा वाहनों की नीलामी की स्थिति में इस मद में कोई दावा मान्य नहीं होगा।

(26) नियमों और शर्तों के संबंध में, इससे पहले या उसके अनुसरण में की गई या प्रस्तावित किसी भी कार्रवाई के संबंध में किसी भी विवाद के पनपने या उत्पन्न होने की स्थिति में उसे सरकार / प्रमुख द्वारा नामित व्यक्ति / विभाग में मध्यस्थता के लिए भेजा जाएगा। मध्यस्थता के लिए निर्दिष्ट व्यक्ति / विभाग का निर्णय ही निर्णय अंतिम होगा और पार्टियों उस निर्णय को मानने के लिए बाध्य होंगी।

(27) किसी भी मुकदमेबाजी के मामले में, मुकदमा दायर करने का क्षेत्राधिकार वह स्थान होगा जहां नीलामी आयोजित की जाती है।

(28) इस अध्याय के अनुलग्नक-सी में उपलब्ध फॉर्म-बी में एक बिक्री खाता तैयार किया जाना चाहिए। बिक्री खाते में अधिशेष भंडार के विवरण के साथ बिक्री खाते में की गई प्रविष्टियों की तुलना करने के बाद नीलामी का पर्यवेक्षण करने वाले अधिकारी (अधिकारियों) द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए। यदि नीलामी का पर्यवेक्षण करने वाले अधिकारी (अधिकारियों) के अलावा किसी अन्य अधिकारी की उपस्थिति में वस्तुएं जारी की जाती हैं, तो बिक्री खाते के कॉलम 9 में प्रविष्टियां ऐसे अधिकारी के दिनांकित हस्ताक्षर से प्रमाणित होनी चाहिए।

(29) भण्डारों को अनुपयोगी, अप्रचलित या अधिशेष घोषित करने वाले प्रत्येक आदेश की एक प्रति सक्षम प्राधिकारी द्वारा महालेखाकार, उत्तर प्रदेश को पृष्ठांकित की जानी चाहिए।

(30) नीलामी में बोली लगाने की अनुमति देने से पहले इन नियमों में निहित नियमों और शर्तों की स्वीकृति सभी बोलीदाताओं से लिखित रूप में प्राप्त की जानी चाहिए।

रद्दी माल के तौर पर या अन्य तरीकों से निपटान

यदि कोई विभाग विज्ञापित निविदा या सार्वजनिक नीलामी के माध्यम से अपने प्रयासों के बावजूद किसी अधिशेष / पुरानी / अप्रयोज्य वस्तु को बेचने में असमर्थ है, तो वह अपने वित्त विभाग के परामर्श से सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से अपने रद्दी मूल्य पर उसका निपटान कर सकता है। यदि विभाग वस्तु को उसके कबाड़ मूल्य पर भी बेचने में असमर्थ है, तो वह सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से निपटान का कोई अन्य तरीका अपना सकता है, जिसमें पर्यावरण के अनुकूल तरीके से वस्तु को नष्ट करना भी शामिल है।

ज्ञान बिंदु:

1. वस्तुओं और सेवाओं की खरीद की अवधारणा, आवश्यकता और प्रक्रिया।
2. अनुपयोगी भंडार की निस्तारण की प्रक्रिया।
3. अनुपयोगी / अवधि समाप्त भंडार मदों के निपटान की प्रक्रिया।

बी. कार्यालय प्रक्रिया

उद्देश्य:

कार्यालय प्रक्रियाओं से संबंधित शब्दावली में पारंगत होना

विषय:

कार्यालय से संबंधित प्रक्रियाओं में प्रयुक्त होने वाले कुछ शब्दों के विशेष अर्थ निम्नानुसार परिभाषित किए गए हैं:-

- (1) पत्राचार का परिशिष्ट – किसी फाइल के संबंध में 'पत्राचार का परिशिष्ट' से तात्पर्य फाइल पर लगे संलग्नक जिसका उपयोग संचार प्राप्ति या अधिसूचना जारी करने के लिए किया जाता है। इसको संलग्नक के तौर पर लगाने के बजाय यदि इसको पत्राचार के मुख्य भाग में लगाने से पत्राचार के सुचारू पठन में बाधा उत्पन्न होने की संभावना होती है अथवा पत्राचार भाग बहुत अधिक वितरित हो जाता है।
- (2) टिप्पणियों के परिशिष्ट – फाइल के संबंध में 'टिप्पणियों के परिशिष्ट' का अर्थ एक लंबे लेख या विवरण के सारांश से है जिसमें फाइल पर चर्चा किए गए प्रश्न के कुछ पहलुओं के बारे में विस्तृत जानकारी होती है, उल्लेख विस्तृत होने के नाते से मुख्य विषय के अनावश्यक रूप से अस्पष्ट होने की संभावना बढ़ जाती है।
- (3) शाखा अधिकारी – शाखा अधिकारी (अर्थात्, अवर सचिव / समकक्ष पद धारण करने वाला अधिकारी) शाखा(ओं) / अनुभाग(ओं) का प्रभारी होता है और उसके संबंध में व्यवसाय के प्रेषण और अनुशासन के रखरखाव दोनों के संबंध में नियंत्रण रखता है। उसके पास काम उसके प्रभार वाली शाखा(ओं) / अनुभाग(गों) से आता है।
- (4) केस में विचाराधीन कागजात वाली फाइल और संदर्भ के लिए रखी गई कोई अन्य फाइलें और कागजात, किताबें आदि शामिल हैं, जो उठाए गए प्रश्नों को निपटाने के लिए सक्षम बनाती हैं।
- (5) वर्गीकृत डाक का अर्थ है उस डाक से है जिसपर सुरक्षा श्रेणी अंकित होती है।
- (6) कम-बैक केस का अर्थ है कि आगे की कार्रवाई के लिए वापस प्राप्त किया गया मामला जैसे कि पुनः परीक्षा या प्रारूप या मामले का सारांश तैयार करना।
- (7) पत्राचार प्राप्त सभी संचारों (रसीदों) का संग्रह है और संचार प्रेषण (जारी) की कार्यालय प्रतियां जिसमें आधिकारिक पत्राचार, अर्ध-आधिकारिक पत्राचार एवं गैर-आधिकारिक पत्राचार शामिल हैं।
- (8) वर्तमान फाइल (या चालू फाइल) का तात्पर्य ऐसी फाइल से है जिसमें कोई ऐसा दस्तावेज होता है जिस पर अंतिम रूप से कार्रवाई पूरा करना / होना अभी बाकी है।
- (9) डाक हर प्रकार का लिखित संचार शामिल है जैसे पत्र, तार, अंतर-विभागीय पत्र, फाइल, फैंक्स, ई-मेल, वायरलेस संदेश जो किसी भी सेवा / शाखा / अनुभाग / में डाक अथवा इसके विचारार्थ इकाई द्वारा प्राप्त होता है।
- (10) संबंधित कर्मचारी का अर्थ है कोई भी पदाधिकारी जैसे कनिष्ठ लिपिक, वरिष्ठ लिपिक, कार्यकारी सहायक, वरिष्ठ कार्यकारी सहायक आदि, जिन्हें प्रारंभिक परीक्षा और मामलों पर ध्यान देने की जिम्मेदारी सौंपी गई है।
- (11) अर्ध-सरकारी पत्राचार: एक संचार अर्ध-सरकारी होता है जब सरकारी अधिकारी एक दूसरे के साथ या जनता के किसी भी सदस्य के साथ निर्धारित प्रक्रिया की औपचारिकता के बिना और आदान-प्रदान, राय या सूचना के संचार की दृष्टि से पत्र-व्यवहार करते हैं। एक औपचारिक निर्णय लिया जाता है।
- (12) मंडल अधिकारी – मंडल अधिकारी (अर्थात् निदेशक / अपर निदेशक / उप सचिव / समान पद धारण करने वाला अधिकारी) अपने प्रभार के अधीन शाखा(ओं) / अनुभाग(ओं) से संबंधित व्यवसाय के निपटान के लिए जिम्मेदार है।
- (13) डॉकेटिंग से तात्पर्य किसी फाइल के पंजीयन प्रभाग में पत्राचार के प्रत्येक विषयवस्तु की पहचान के लिए (चाहे रसीद या जारी) को दिए गए निर्धारित क्रम के तहत में प्रविष्टियां करना।
- (14) ड्राफ्ट (प्रारूप) का अर्थ किसी दस्तावेज की तैयार की गई कच्ची नकल है। सचिवालय में जब 'ड्राफ्टिंग'

(प्रारूपण) शब्द का प्रयोग किया जाता है, तो इसका अर्थ अधिकारियों की टिप्पणियों या आदेशों के आधार पर आधिकारिक संचार तैयार करना होता है।

(15) फाइल का अर्थ है किसी विशिष्ट विषय-वस्तु पर कागजात का संग्रह, एक संख्या (फाइल संख्या) निर्दिष्ट और निम्नलिखित में से एक या एक से अधिक से मिलकर बनता है:

- पत्र-व्यवहार
- टिप्पणियां
- पत्राचार के लिए परिशिष्ट
- टिप्पणियों के लिए परिशिष्ट

(16) फाइलिंग से तात्पर्य विभिन्न दस्तावेजों को व्यवस्थित क्रम में रखने के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जिससे कि वांछित कागजात आसानी से एक जगह व्यवस्थित हो सकें।

(17) हालिया विवरण (एफ आर) का अर्थ है किसी मामले पर कोई बाद की रसीद जो विचाराधीन कागज के निपटान में सहायता के लिए अतिरिक्त जानकारी लाती है।

(18) इश्यू शब्द का उपयोग प्रारूप के अनुमोदन के बाद कार्रवाई के विभिन्न चरणों को इंगित करने के लिए किया जाता है। अर्थात्, सामग्री का सटीक लेखन, लिखित सामग्री की जांच, हस्ताक्षर के लिए उचित प्रति जमा करना और अंत में प्राप्तकर्ता को संचार प्रेषित करना।

संदेशवाहक / चपरासी पुस्तिका से तात्पर्य गैर-डाक संचार के प्रेषण और प्राप्तकर्ताओं द्वारा उनकी प्राप्ति के विवरण के रूप में बनाए रखे गए एक संकलन से है।

(20) टिप्पणियों का अर्थ है किसी मामले के निस्तारण को सुविधाजनक बनाने के लिए उस पर दर्ज की गई टिप्पणी। इसमें पिछले पत्रों का एक सटीक विवरण, एक बयान या निर्णय की आवश्यकता वाले प्रश्नों का विश्लेषण, कार्रवाई के बारे में सुझाव और उसमें पारित अंतिम आदेश शामिल हैं।

(21) आधिकारिक पत्राचार का अर्थ किसी सरकारी अधिकारी, सार्वजनिक निकाय या निजी व्यक्ति द्वारा निर्धारित प्रपत्र और प्रक्रिया के अनुरूप संबोधित पत्राचार है।

(22) विचाराधीन पत्र सामान्यतः एक प्राथमिक रसीद होती है, जिस मामले की विषय-वस्तु पर विचार किया जाना है।

(23) रसीदें सचिवालय में या सचिवालय के किसी अधिकारी द्वारा कार्यालयी हैसियत से प्राप्त सभी सूचनाएं चाहे वे सरकारी, अर्ध-सरकारी या गैर-सरकारी हों, रसीदें कहलाती हैं।

(24) रिकॉर्डिंग, एक फाइल को बंद करने की प्रक्रिया है जब उस पर विचार किए गए सभी मुद्दों पर कार्रवाई पूरी हो चुकी होती है। इसमें संदर्भों को पूरा करना, नियमित कागजात को हटाना, फाइल शीर्षक को संशोधित करना, फाइल कवर को बदलना और फाइल को सिलना जैसे कार्य शामिल हैं।

(25) संदर्भ संबंधित अभिलेखों, मिसालों, नियमों, विनियमों, पुस्तकों या मामले से संबंधित किसी अन्य कागज को प्रस्तुत करने और संदर्भित करने की प्रक्रिया है।

(26) अंतर-विभागीय पत्राचार, एक संचार जिसके माध्यम से एक पत्र या फाइल या मामले को किसी अन्य विभाग (विभागों) को उनकी सहमति, राय या टिप्पणी प्राप्त करने के लिए भेजा जाता है।

(27) अत्यावश्यक डाक (तत्काल डाक) का अर्थ है 'तत्काल' या 'प्राथमिकता' अंकित डाक, और इसमें टेलीग्राम, वायरलेस संदेश, टेलेक्स संदेश, फैक्स आदि शामिल हैं।

ज्ञान बिंदु:

कार्यालय प्रक्रिया से संबंधित विस्तृत सत्रों से गुजरने से पहले प्रतिभागी इससे संबंधित शब्दावली से भली भांति परिचित हो जाते हैं।

कार्यालय अभिलेखों का रखरखाव

उद्देश्य:

फाइल की संरचना, फाइल हैंडलिंग और कार्यालय प्रक्रियाओं से संबंधित फाइल की कार्यप्रणाली को समझने के लिए।

विषय:

2. फाइल मुख्य फाइल के घटक

2.1 फाइल के दो मुख्य भाग होते हैं:

(i) 'नोट्स'

(ii) 'पत्राचार'

जिनमें से प्रत्येक को क्रमशः बाएं और दाएं पक्ष में एक ही आवरण में रखा गया है। पूर्व में 'विचाराधीन पत्र' और यदि कोई नई अधिप्राप्ति है तो उसपर लिखित विवरण शामिल हैं। पत्राचार में प्राप्त सभी संचार और प्रेषित संचार की कार्यालय प्रतियां शामिल हैं।

2.2 यदि किसी अधिप्राप्ति या टिप्पणियों या पारित आदेशों में उठाए गए मुद्दे मूल विषय से परे जाते हैं, तो प्रासंगिक सार लिया जाना चाहिए और नई फाइलों पर अलग से कार्रवाई की जानी चाहिए।

खंड संचिका (पार्ट फाइल)

2.3 जब मुख्य फाइल के कुछ समय के लिए उपलब्ध होने की संभावना नहीं होती है और इसके वापस आने की प्रतीक्षा किए बिना एक नई अधिप्राप्ति या विवरण को संसाधित करना आवश्यक होता है, या जब मुख्य फाइल काफी भारी हो जाती है, तो एक पार्ट फाइल खोली जा सकती है। केवल आवश्यक कागजात जो एक बिंदु के निपटान के लिए आवश्यक हैं, एक अलग आलेख पृष्ठ के साथ प्रस्तुत किए जाने चाहिए न कि पूरी फाइल।

2.4 फाइल का एक भाग सामान्यतया निम्नलिखित से मिलकर बनेगा: (प) मूल 'विचाराधीन पेपर' या उसकी प्रति और 'पत्राचार' पक्ष के अन्य आवश्यक दस्तावेज और (पप) 'विचाराधीन पत्र' पर संरक्षित किया गया या संरक्षित किया जाने वाला पत्र या पत्रों या पत्रों के स्थान पर उनकी प्रतियां।

2.5 खंड संचिका को जल्द से जल्द मुख्य फाइल के साथ समामेलित किया जाना चाहिए। कागजात की अनावश्यक प्रतियों को हटा दिया जाना चाहिए।

2.6 जब एक से अधिक भाग फाइलें खोली जाती हैं, तो उनमें से प्रत्येक को एक अलग संख्या दी जानी चाहिए, उदा। 5६2६2009६६-ड (भाग फाइल 1), 5६2६2009६६-ड (भाग फाइल ५)। 2.7 संबंधित डीलिंग हैंड को अनिवार्य रूप से उसके द्वारा खोली गई आंशिक फाइलों की एक सूची बनाए रखनी चाहिए।

संग्रह कवर

2.8 इसमें माध्यमिक सूचनाओं के नियमित नोट, विभिन्न स्रोतों से आगे की जानकारी एकत्र करने के लिए आकस्मिक पत्राचार का आदान-प्रदान, अनुस्मारक, पावती और साथ रखने वाले अन्य दस्तावेज शामिल हैं। जो मुख्य फाइल का हिस्सा बनने के लिए उपयुक्त नहीं हैं। संग्रह आवरण में एकत्रित सामग्री का केवल सार मुख्य फाइल में शामिल किया गया है।

2.9 संग्रह कवर में इकट्टी की गई कई वस्तुएं केवल अस्थायी महत्व की होंगी। फाइल की पंजीयन के समय जो भी कागज महत्वहीन हो गए होंगे उन्हें शाखा अधिकारी के निर्देशन में नष्ट कर दिया जाना चाहिए।

2.10 संग्रहण कवर को उस शाखा को नहीं छोड़ना चाहिए जिससे वह संबंधित है।

फाइल पंजिका

2.11 प्रत्येक शाखा / अनुभाग / इकाई एक फाइल पंजिका खोलेगी। फाइल पंजिकाओं के मुद्रण, भंडारण, जारी करने आदि के लिए सामान्य कार्य और सामान्य भंडार शाखाएं जिम्मेदार होंगी। पंजिका परिशिष्ट-८ के संलग्नक के रूप में होगी और साफ-साफ जिल्दबंद होगी। यह एक स्थायी विवरण होगा और इसलिए इसमें प्रत्येक शाखा / अनुभाग / इकाई की आवश्यकता के अनुसार पर्याप्त संख्या में पत्रक होंगे।

2.12 जैसे ही कोई नई फाइल खोली जाती है, उसे आवंटित संख्या और विषय को फाइल पंजिका में दर्ज किया जाना चाहिए। एक कैलेंडर वर्ष के दौरान खोली गई फाइलों का विवरण फाइल पंजिका में रखा जाएगा। अगले वर्ष के लिए प्रविष्टियां या तो एक नई फाइल पंजिका में की जाएंगी या उसी रजिस्टर में जहां पृष्ठों को वर्षवार आवंटित किया गया हो वहां की जाएंगी।

2.13 फाइल पंजिका में प्रविष्टियां सुपाठ्य रूप से की जाएंगी, इन प्रविष्टियों को मिटाने, संभावित त्रुटियों एवं एक ही शब्द पर बार-बार लिखने से बचना होगा। आवश्यक है की सभी प्रविष्टियां नीली स्याही से ही होंगी।

2.14 फाइल पंजिका को शाखा / अनुभाग / इकाई में एक कनिष्ठ लिपिक / समकक्ष की अभिरक्षा में एक केंद्रीय स्थान पर रखा जाएगा जैसा कि शाखा / अनुभाग / इकाई प्रमुख द्वारा संदर्भ के लिए नई फाइलों को खोलना और क्रमांकित करना इत्यादि तय किया गया है लेकिन किसी भी मामले में इसे मोटे तौर पर नहीं संभाला जाएगा।

2.15 प्रत्येक विशिष्ट विषय के लिए एक अलग फाइल होनी चाहिए। यदि किसी फाइल का विषय बहुत व्यापक या बहुत सामान्य है, तो उसमें मामले के विभिन्न पहलुओं से संबंधित कागजात रखने की प्रवृत्ति होगी जिससे फाइल न सिर्फ बोझिल होगी बल्कि कार्य दक्षता को भी प्रभावित करेगी।

2.16 लोक सभा सचिवालय में सामान्य रूप से प्रयोग के लिए व्यापक रूप से स्वीकृत नई फाइलों को खोलने और क्रमांकित करने की प्रणाली विषय वर्गीकरण पर आधारित है। किसी शाखा / अनुभाग / इकाई में आमतौर पर जिन मुख्य विषयों पर चर्चा की जाती है, उन्हें 'मानक शीर्षक' के रूप में जाना जाता है। कुछ विषय आगे उप-विभाजन अर्थात् 'उप-शीर्षक' के तौर पर चिह्नित किए जाते हैं। अकस्मात् मांगे जाने पर फाइलों को आसानी से ढूँढ निकलने में सक्षम बनाने के लिए, परिशिष्ट ८ में दिखाई गई सामग्री की वर्णानुक्रम सूची के अनुसार, आबंटित फाइल पंजिका की शुरुआत में 'मानक शीर्षक' और 'उप-शीर्षक' और पृष्ठों को इंगित करते हुए तैयार की जाएगी।

2.17 सूची की जांच की जाएगी और प्रत्येक कैलेंडर वर्ष की शुरुआत में इसका अद्यतन किया जाएगा। जहां तक संभव हो मुख्य विषयों को वर्ष दर वर्ष एक ही मानक फाइल संख्या आवंटित की जाएगी। यदि आवश्यक हो तो वर्ष के दौरान शाखा / अनुभाग / इकाई के प्रमुख के अनुमोदन से सूची में एक नया शीर्षक जोड़ा जा सकता है।

2.18 जब कोई नई फाइल खोलना आवश्यक हो, तो संबंधित व्यक्ति पहले सूची से उस 'मानक शीर्षक' का पता लगाएगा जिसके अंतर्गत उसे खोला जाना चाहिए। इसके बाद वह नई फाइल के लिए एक उपयुक्त शीर्षक तैयार करेगा और इसे 'मानक शीर्षक' के तहत (फाइल पंजिका के क्रम में उपलब्ध अगली) सन्दर्भ संख्या आबंटित करेगा।

2.19 फाइल का शीर्षक यथासंभव कम से कम शब्दों में मामले की विषय-वस्तु का संकेत देना चाहिए। शीर्षक के पहले शब्द लगभग हमेशा मुख्य विषय होने चाहिए जिसके तहत फाइल खोली जा रही है और उसके बाद शीर्षक का वर्णनात्मक भाग होना चाहिए। इस प्रकार, उदाहरण के लिए, मुख्य विषय 'लोकसभा सचिवालय (भर्ती और सेवा की शर्तें) नियम' के तहत खोली गई एक नई फाइल का विषय होगा 'लोक सभा सचिवालय (भर्ती और सेवा की शर्तें) नियम - दंड लगाने के लिए प्राधिकरण का प्रत्यायोजन'। शीर्षक इस तरह से तैयार किया जाना चाहिए कि यह

एक नजर में संबंधित विषय-वस्तु को दर्शाए और फाइल को आसानी से पहचानने में सक्षम हो। फाइल का शीर्षक वास्तव में खोले जाने से पहले शाखाध्वन्यनुभागध्वन्यकार्ड के प्रमुख द्वारा अनुमोदित होना चाहिए।

2.20 फाइल को दी गई संख्या में शामिल होंगे: (प) 'मानक शीर्षक' को आवंटित संख्या, (पप) 'मानक शीर्षक' के अंतर्गत फाइल को दी गई क्रम संख्या, (पपप) वह वर्ष जिसमें फाइल खोली गई, और (पअ) शाखा / अनुभाग / इकाई की पहचान के लिए प्रयुक्त आद्याक्षर या अक्षर। फाइल में वही संख्या और विषय होगा जैसा फाइल पंजिका में दिखाया गया है।

2.21 इस प्रकार ओ एंड एम अनुभाग में वर्ष 2009 के दौरान ओ एंड एम अनुभाग द्वारा मानक शीर्षक 'कर्मचारियों की आवश्यकताओं का आकलन और कार्य विश्लेषण' के तहत खोली गई फाइलों को निम्नानुसार क्रमांकित किया जाएगा: मानक शीर्षक 2 मुख्य विषय – कर्मचारियों की आवश्यकताओं का आकलन और शाखाओं का कार्य विश्लेषण ओ एंड एम अनुभाग 2/1/2009/ओ एंड एम स्टाफ आवश्यकताओं और पीएनओ की नौकरी विश्लेषण। 2/2/2009/ओ&एम स्टाफ आवश्यकताएँ और रिपोर्टर शाखा का कार्य विश्लेषण 2/3/2009/0-ड स्टाफ आवश्यकताएँ और LARRDIS 5 का कार्य विश्लेषण

2.22 फाइलें उप-शीर्षों के तहत खोली जा सकती हैं, यदि विषय आगे उप-विभाजन के लिए तैयार हो जाता है। इन फाइलों को निम्नानुसार क्रमांकित किया जाएगा: मानक शीर्षक – 2 मुख्य विषय ओ एंड एम अनुभाग द्वारा कर्मचारियों की आवश्यकताओं का आकलन और शाखाओं का कार्य विश्लेषण। उप-शीर्ष स्टाफ आवश्यकताओं और पी.एन.ओ. की नौकरी विश्लेषण। 2/1/2009/ओ&एम उप-प्रभाग पी एन ओ पर रिपोर्ट पर विचार प्रशासन द्वारा 2/1(I)/2009/ओ&एम P-N-O द्वारा ओ&एम की सिफारिशों का कार्यान्वयन / प्रशासन – 2/1(II)/2009/ओ एंड एम

2.23 एक पॉलिसी फाइल में 'मानक शीर्षक' संख्या के बाद '(P)' अक्षर होना चाहिए, जिसके अंतर्गत फाइल खोली गई है, ताकि इसे अन्य फाइलों से अलग किया जा सके। नीतिगत निर्णय के परिणामस्वरूप की गई नियमित कार्रवाई या निपटाए गए मामले एक अलग फाइल में होने चाहिए जिसे प्रत्येक वर्ष के अंत में बंद कर दिया जाना चाहिए।

2.24 कागजातों पर विचार किया जाएगा और फाइल में उस वर्ष को ध्यान में रखे बिना फाइल किया जाएगा जिससे उस फाइल का संदर्भ संबंधित है। किसी भी फाइल में सामान्यतः 150 से अधिक नोट और पत्राचार नहीं होना चाहिए। अधिकतम सीमा तक पहुंचने पर, एक नई फाइल को उसी संख्या के साथ खोला जाना चाहिए, लेकिन उसका उचित अंक, अंक ५ या ५५ जो भी हो चिह्नित किया जाना चाहिए। पिछली फाइल को बंद कर दिया जाना चाहिए और अंक चिह्नित किया जाना चाहिए। उसी विषय पर बाद की सभी फाइलों में, पिछले और बाद के संदर्भों को इस प्रयोजन के लिए उपलब्ध कराए गए स्थान में उद्धृत किया जाना चाहिए। यदि फाइल सत्रीय कार्य से संबंधित है, तो इसे प्रत्येक सत्र के बाद बंद कर दिया जाना चाहिए, भले ही इसमें 150 शीट या कम हों। इसी प्रकार समिति से संबंधित फाइल समिति की अवधि समाप्त होने पर बंद कर दी जायेगी चाहे उसमें 150 शीट हों या उससे 4 शीट कम हों।

एक फाइल का काम करना

2.25 जब कोई अधिकारी किसी फाइल या किसी मामले को किसी विशेष तिथि तक निपटाने के लिए आदेश पारित करता है, तो उस आदेश को पूरा करने के लिए जिम्मेदार व्यक्ति को निर्दिष्ट तिथि से पहले इसका अनुपालन करना चाहिए। यदि, हालांकि, संबंधित व्यक्ति के नियंत्रण से परे किसी भी परिस्थिति के कारण, कुछ देरी अपरिहार्य है और वह आदेश में बताई गई तारीख तक काम पूरा करने में खुद को असमर्थ पाता है, तो उसे तदनुसार रिपोर्ट करनी चाहिए और समय के विस्तार के लिए अनुरोध प्रस्तुत करना चाहिए। पूर्ण कारणों सहित, जिस पर मूल आदेश पारित करने वाले अधिकारी द्वारा विचार किया जाएगा।

पृष्ठों की क्रमांकन

2.26 नोट्स और पत्राचार के प्रत्येक पृष्ठ को क्रमशः नीचे से ऊपर तक शीर्ष दाएं कोने में पेंसिल के साथ अलग-अलग श्रृंखला में क्रमांकित किया जाना चाहिए। बीच के खाली पृष्ठ, यदि कोई हों, को भी क्रमांकित किया जाना चाहिए। जब पी यू सी के लिए अनुलग्नक आदि होंगे, तो पी यू सी निर्धारित आवंटित संख्या वहन करेगी। पी यू सी के संलग्नक से उदाहरण के तौर पर उसके बाद अक्षर 15-ए, 15-बी, 15-सी आदि होंगे हालांकि, जहां, प्राप्त या जारी किए गए संचार के संलग्नक में सामग्री का एक बड़ा भाग होता है, उन्हें सुविधाजनक होने पर लगातार पृष्ठ संख्या आवंटित की जा सकती है। फाइल की क्रमांकन के समय पेंसिल से किया गया पृष्ठ संख्यांकन दुबारा स्याही से पक्का किया जाना चाहिए।

क्रम संख्याएं

2.27 प्रत्येक संचार, चाहे अधिप्राप्ति हो या जारी, 'पत्राचार' में रखे गए संलग्नकों के साथ उसके प्रथम पृष्ठ के मध्य में लाल स्याही से एक क्रम संख्या दी जाएगी। पहला कम्युनिकेशन मार्केट 'सीरियल नंबर 1' होगा और बाद वाले एक ही सीरीज में लगातार नंबर देंगे। 6 'रसीद' और 'जारी' संचार में अंतर करने के लिए, प्रविष्टियों को 'क्रम संख्या 1 (आर)' और 'क्रम संख्या 2 (1)' और इसी तरह चिह्नित किया जाना चाहिए।

2.28 किसी कागज को संदर्भित करने के उद्देश्य से क्रम संख्याएं उपयोगी हैं, साथ ही यह सुनिश्चित करने के लिए भी कि फाइल पूर्ण है। किसी अक्षर के खो जाने का पता इस तथ्य से तुरंत लगाया जा सकता है कि एक क्रम संख्या गायब है। इसलिए, श्रृंखला को सावधानीपूर्वक बनाए रखा जाना चाहिए।

डॉकेटिंग

2.29 डॉकेटिंग किसी फाइल के 'नोट्स' भाग में उसकी पहचान के लिए 'पत्राचार' में प्रत्येक सीरियल नंबर (प्राप्ति या जारी) के बारे में प्रविष्टियां करने की प्रक्रिया है। एक रसीद को पूरे पृष्ठ पर लाल स्याही से लिखकर डॉकेट किया जाएगा, संचार की क्रम संख्या और उसके बाद उसकी संख्या और तारीख और प्रेषक का पदनामधनाम खूदाहरण हेतु क्रमांक 4 (रसीद)-संख्या 2६१६2009 - ओ एंड एम, दिनांक 28 जनवरी, 2009 सचिव, बिहार विधान सभा से,। एक 'इश्यू' को दिए गए सीरियल नंबर को दर्ज करके, इसके जारी होने की तारीख और प्राप्तकर्ता के नाम और पदनाम को दर्ज करके डॉकेट किया जाएगा खूदाहरण हेतु, क्रम संख्या 5 (अंक) दिनांक 31 जनवरी, 2009 सचिव, बिहार विधान सभा,।

खंड संचिकाओं (पार्ट फाइलों) का डॉकेटिंग

2.30 पार्ट फाइलों में डॉकेटिंग निम्नलिखित तरीके से पेंसिल से की जानी चाहिए:-

क्रमांक (रसीद) क्रमांक (अंक) कागजों को मुख्य फाइल के साथ मिलाने पर पेंसिल की प्रविष्टियां मिटा दी जानी चाहिए।

पर्चियों द्वारा संदर्भिकरण और उपयोग

2.31 संदर्भित करने संबंधित अभिलेखों, मिसालों, नियमों, विनियमों, पुस्तकों या किसी मामले से संबंधित किसी अन्य कागज को प्रस्तुत करने और संदर्भित करने की प्रक्रिया है। जहां तक संभव हो सके ऐसे पत्रों का संदर्भ फाइल

संख्या और पृष्ठ संख्या को पृष्ठांतर में उद्धृत करके किया जाएगा। जब किसी विशेष संदर्भ की पहचान को सुगम बनाने के लिए नितान्त आवश्यक पर्चियों का उपयोग किया जा सकता है। पर्चियों का उपयोग करते समय यह याद रखना चाहिए कि पर्चियां कागजों की त्वरित पहचान के लिए केवल एक अस्थायी सुविधा हैं और जैसे ही वे अपना उद्देश्य पूरा कर लें, उन्हें हटा दिया जाना चाहिए। पर्चियों को हटाने के बाद संदर्भों की पहचान की सुविधा के लिए, यह आवश्यक है कि फाइल की संख्या और संबंधित पृष्ठ संख्या को नोट के मुख्य भाग में उद्धृत किया जाना चाहिए जैसे: – [F-No- 3/1 /,,न/2009पी-3 नोट्स,

2.32 इसी प्रकार नियमों, विनियमों, अधिनियम आदि का विवरण, संदर्भित प्रासंगिक खंड की संख्या के साथ, हमेशा नोट के मुख्य भाग में उद्धृत किया जाएगा, जबकि पर्ची के वर्णानुक्रमिक अक्षर और पृष्ठ संख्या हाशिए पर अंकित किया जाए।

2.33 जिन पुस्तकों या नियमों आदि को संदर्भित किया गया है, उन्हें फाइल में रखने की आवश्यकता नहीं है यदि उनकी प्रतियां उस अधिकारी के पास उपलब्ध हैं जिसके पास मामला प्रस्तुत किया गया है। हालाँकि, इसे पेंसिल में नोट के हाशिए में इंगित किया जाना चाहिए। जहां कहीं अधिकारियों को पुस्तकें लगाना आवश्यक हो, वहां साफ और जिल्दबंद जिल्दें लगाई जानी चाहिए।

2.34 जब भी किसी पुस्तक से कोई संदर्भ लिया जाता है, तो मूल संदर्भ पुस्तक (संसद पुस्तकालय में उपलब्ध) के नवीनतम संस्करण को देखा जाना चाहिए। पुरानी दर सूची पर भरोसा नहीं किया जाना चाहिए, लेकिन हमेशा मूल संदर्भ के साथ दोबारा जांच की जानी चाहिए।

2.35 किसी भी विचाराधीन पत्र के संबंध में नवीनतम स्थिति को एक नजर में जानने के लिए। पूरे पत्राचार को देखे बिना, उस पी यू सी पिछले संदर्भ और बाद के संदर्भ को पेंसिल से मार्जिन में चिह्नित करके दोबारा तुलना की जाएगी।

फाइलों का संयोजन

2.36 दो या दो से अधिक मौजूदा समान विषयक फाइलें एक दूसरे से संयोजित की जाती हैं तो 'कृपया संयोजित की गई फाइल भी देखें' वाले निर्देश को सबसे ऊपरी फाइल के कवर पर संलग्न किया जाना चाहिए। संयोजित की गई फाइल की संदर्भ संख्या पर्ची पर दर्ज होनी चाहिए। जहां तक संभव हो फाइलों को संयोजित करने से बचना चाहिए। आमतौर पर जब भी व्यवहार्य हो, फाइलों को नीतिगत चयन और कागजों की उचित व्यवस्था द्वारा एक ही फाइल में समेकित किया जाना चाहिए। जहां किसी अन्य फाइल को संदर्भित करना आवश्यक हो, उस फाइल पर संबंधित नोटिंग आदि का उद्धरण दिया जाना चाहिए, बशर्ते कि यह उचित लंबाई का हो और आवश्यकता के अनुसार फाइल पर पर रखा गया हो। फाइलों को केवल उन्हीं मामलों में लिंक किया जाना चाहिए जहां कई पेजों को संदर्भित करना है। शाखाओं के प्रमुखों को यह देखने के लिए विशेष ध्यान रखना चाहिए कि फाइलों को एक साथ तभी जोड़ा जाता है जब अति आवश्यक अवसर पर जल्द से जल्द एवं सरलता से असंबद्ध किया जा सके। यदि संयोजित की गई फाइलें प्रस्तुत करने के कुछ दिनों के भीतर वापस शाखा में प्राप्त नहीं होती हैं और उन्हें किसी अन्य संदर्भ के निपटान के लिए आवश्यक है, तो जिस अधिकारी के साथ वे हैं, उन्हें असंबद्ध करने के लिए अनुमति प्राप्त की जानी चाहिए।

कागजों को एक साथ लगाना

2.37 फाइलों में कागजों को एक साथ व्यवस्थित करते समय पिन सावधानी पूर्वक लगाना चाहिए ताकि पिन किसी की उंगली को चोट न पहुंचाए। इस प्रकार की पिनों से चोट लगने से बचाने के लिए, पिन के नुकीले सिरे को कागज की सतह के ऊपर से सबसे नीचे तक चुभा कर रखा जाना चाहिए।

कागजों की पंचिंग

2.38 प्रत्येक प्राप्ति को पत्राचार या आलेख के अनुरूप चिन्हित करने से पहले बाएं हाथ के शीर्ष कोने पर सही गेज (दोनों तरफ से 3६४ इंच) पर पंच किया जाता है।

एक फाइल में कागजात को चिन्हित करना

2.39 जिस प्राप्ति पर विचार किया जा रहा है, उसके साथ 'विचाराधीन दस्तावेज (पी यू सी)' शब्दों वाली एक झंडी लगी होनी चाहिए। यदि एक प्राप्ति का निपटान कर दिया गया है और बाद की प्राप्ति को उसी फाइल पर निपटाया जा रहा है, तो पी यू सी पर्ची को पुरानी रसीद से हटाकर नई रसीद पर चिपका देना चाहिए। यदि एक ही समय में एक से अधिक प्राप्ति विचाराधीन हों तो पी यू सी पर्ची को प्रत्येक 'प्राप्ति' के साथ संलग्न किया जाना चाहिए और I, II, III और इसी तरह प्राप्ति को क्रम से क्रमांकित किया जाना चाहिए।

2.40 फाइल में संलग्न पिछले कागजात और दर्ज की गई कार्यवाही को अलग-अलग रंगों वाले झंडों से चिन्हित किया जाना चाहिए। एक ही फाइल में दो झंडे एक जैसे नहीं होने चाहिए। झंडों को मोड़कर दोहरा कर दिया जाना चाहिए और आवरण पृष्ठ के अंदर बड़े सावधानी से पिन किया जाना चाहिए। फाइल में कागजों को व्यवस्थित करते समय उन्हें एक-दूसरे पर आच्छादित नहीं होना चाहिए, बल्कि पूरी चौड़ाई में वितरित किया जाना चाहिए, ताकि वे आसानी से देखे जा सकें।

फाइलों का त्वरित संचालन

2.41 शाखाओं द्वारा किसी भी एक दिन में निपटाई गई फाइलें उसी दिन नियमित अंतराल पर संबंधित शाखा अधिकारियों के पास पहुंच जानी चाहिए।

2.42 यदि संबंधित अधिकारी के पास उसी दिन फाइल नहीं पहुंच पाती है तो उसे अगले दिन सुबह 10.00 बजे तक अवश्य पहुंच जानी चाहिए।

फाइलों की आवाजाही

2.43 जिस शाखा / अनुभाग से फाइल शुरू की गई है (परिशिष्ट प्प) के नाम के ऊपर और उसके नीचे शाखा / अनुभाग का नाम या उस अधिकारी के संक्षिप्त पदनाम को दर्शाने वाली संकेत पर्ची, जिसके पास आवश्यक कार्रवाई / अनुमोदन के लिए फाइल भेजी जा रही है। फाइल कवर पर क्लिप किया जाएगा। काम की अत्यावश्यक और महत्वपूर्ण मदों की पहचान के लिए विभिन्न रंगों की संकेत पर्चियों का उपयोग किया जा सकता है। उदाहरण के लिए, प्रश्न शाखा में संकेत पर्चियां क्रमशः गुलाबी रंग और नीले रंग में मुद्रित होती हैं, जिन्हें क्रमशः अल्प सूचना प्रश्न और आधे घंटे की चर्चा की सूचनाएं लगाते समय फाइल आवरण पृष्ठ पर संलग्न किया जाता है। संबंधित व्यक्ति अपनी डायरी में फाइल के संचालन को अंकित करेगा।

2.44 उच्चाधिकारी द्वारा पास की गई फाइल निजी सहायक / निजी सचिव द्वारा सीधे उस अधिकारी को भेजी जायेगी, जिसे उसकी डायरी में चलन को अंकित कर चिन्हित किया गया है।

फाइलों पर प्राथमिकता अंकन

- 2.45 फाइलों और कागजों पर उपयोग किए जाने वाले दो निर्धारित प्राथमिकता चिह्न 'इस दिन की कार्रवाई' और 'तत्काल' हैं।
- 2.46 'इस दिन की कार्रवाई' लेबल का प्रयोग केवल असाधारण मामलों में ही किया जाना चाहिए। अत्यावश्यकता के लिए सर्वोच्च प्राथमिकता के आधार पर निपटान की आवश्यकता होती है जैसे प्रश्न, ध्यानाकर्षण नोटिस, स्थगन प्रस्ताव, सदन की कार्य सूची या उसकी समिति आदि। ऐसे सभी मामलों में, प्राप्ति और निपटान की समय सीमा के फाइल पर अंतिम निर्देश के रूप में इंगित किया जाना चाहिए।
- 2.47 निर्देश 'तत्काल' का उपयोग उन मामलों में किया जाना चाहिए जिन्हें पिछले पैरा में संदर्भित मामलों की तुलना में कम प्राथमिकता दी गई है लेकिन फिर भी उसी दिन कार्रवाई की आवश्यकता है।
- 2.48 जिन अधिकारियों के माध्यम से कोई फाइल गुजरती है, उन्हें जांच करनी चाहिए कि क्या प्राथमिकता अंकन, यदि कोई हो, उचित है, और यदि नहीं, तो चिह्न को हटा दें या बदल दें।
- 2.49 कोई भी फाइल किसी अधिकारी के आवास पर सिर्फ तभी भेजी जा सकती है जब संबंधित अधिकारी द्वारा ऐसा करने का निर्देश दिया गया हो या फिर शाखा अधिकारी के विशिष्ट निर्देशों के तहत फाइल को आवास पर भेजने के लिए कहा गया हो।
- 2.50 फाइल बैंड या फाइल बोर्ड के शीर्ष फ्लैप पर प्राथमिकता पर्ची चिपकाई जानी चाहिए या यदि कोई फ्लैप नहीं है, तो फाइल कवर पर ही।

केवल साफ-सुथरे फाइल कवर और फाइल बोर्ड का ही प्रयोग करें

2.51 फाइल जमा करने के लिए केवल साफ और साफ फाइल कवर और फाइल बोर्ड का उपयोग किया जाएगा। शाखाओं के प्रमुख यह सुनिश्चित करेंगे कि उनके अधीन कार्यरत कर्मचारियों द्वारा इस संबंध में दिए गए निर्देशों का कड़ाई से पालन किया जाता है और कोई भी फटे या गंदे फाइल कवर या फाइल बोर्ड का उपयोग नहीं किया जाता है।

ज्ञान बिंदु:

कार्यालय प्रक्रिया से संबंधित विस्तृत सत्रों से गुजरने से पहले प्रतिभागियों को यह समझने के लिए कि फाइल और फाइल संबंधित प्रक्रियाओं को कैसे तैयार करना है और कैसे शुरू करना है।

सी. एन एच एम का वित्तीय प्रबंधन

वित्तीय प्रबंधन का मुख्य उद्देश्य केंद्र / राज्य / जिला / ब्लॉक और सुविधा स्तर पर एन एच एम के तहत बजट, रिलीज, निगरानी और धन के उपयोग के लिए एक प्रभावी और जवाबदेह वित्तीय प्रबंधन प्रणाली का संचालन करना है।

योजना और बजट: कार्यक्रम के कार्यान्वयन के लिए विभिन्न लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए उपयुक्त गतिविधियां तैयार करने और तदनुसार विभिन्न कार्यक्रमों के तहत राज्यों को उचित धन आवंटित करने के लिए योजना की आवश्यकता होती है। विस्तृत बजट तैयार करके निधियों के आवंटन की सुविधा प्रदान की जाती है। एन एच एम के तहत, राज्य परियोजना कार्यान्वयन योजना (एस पी आई पी) और जिला स्वास्थ्य आवंटन योजना (डी एच एपी) तैयार करके योजना और बजट प्रक्रिया की जाती है।

आवंटन और धन जारी करना: कार्यक्रम / गतिविधियों के लिए स्वीकृत बजट के अनुसार राज्यों को धन आवंटित करने की आवश्यकता है। धन को राज्यों / निचली इकाइयों द्वारा पूरी की जाने वाली कुछ शर्तों के अधीन समयबद्ध आधार पर किशतों में वितरित किया जाना है।

लेखांकन: धन की उपलब्धता का तात्पर्य जवाबदेही से है। लेखांकन नीतियों और सिद्धांतों के अनुसार सभी स्तरों (लेखा केंद्रों) पर खातों और अभिलेखों की उचित पुस्तकों को बनाए रखने की आवश्यकता है।

विवरण: वित्तीय विवरणों को निश्चित समय-सीमा के भीतर तैयार करने और निर्दिष्ट प्रारूपों में जमा करने की आवश्यकता होती है और वितरित धन के उपयोग का व्योरा देना आवश्यक है।

निगरानी: पूर्वनिर्धारित मापदंडों पर राज्यों के उपयोग के स्तर की निगरानी और मूल्यांकन करने की आवश्यकता है। प्रक्रिया में सुधार और लेखापरीक्षा टिप्पणियों पर अनुवर्ती कार्रवाई के लिए समय पर निगरानी आवश्यक है।

लेखापरीक्षा: वित्तीय विवरणों और लेखा अभिलेखों की शुद्धता और आंतरिक नियंत्रण तंत्र की उपयुक्तता सुनिश्चित करने के लिए, लेखापरीक्षा सबसे महत्वपूर्ण है। एन एच एम के तहत वार्षिक सांविधिक लेखापरीक्षा के अलावा समवर्ती लेखापरीक्षा को भी लागू करने की आवश्यकता है।

आंतरिक नियंत्रण

1 - परिचय:

एन एच एम एक बड़ा और जटिल कार्यक्रम है जिसका ढांचा विकेंद्रीकृत है और कई कार्यान्वयन इकाइयां इसका भाग हैं। कार्यक्रम के संचालन के लिए विभिन्न स्तरों पर आवश्यक उचित निधि उपयोग और वित्तीय विवरण सुनिश्चित करने के लिए एक प्रभावी आंतरिक नियंत्रण प्रणाली का होना आवश्यक है। 'आंतरिक नियंत्रण' एक इकाई द्वारा अपनी वांछित कार्ययोजना के कुशल संचालन में सहायता के लिए अपनाई गई विधियों और प्रक्रियाओं को संदर्भित करता है। आंतरिक नियंत्रण जो लेखांकन और वित्तीय विवरणों की वैधता और सटीकता सुनिश्चित करते हैं और धोखाधड़ी और त्रुटियों को रोकने में मदद करते हैं, उन्हें 'लेखा नियंत्रण' भी कहा जाता है।

एन एच एम के आंतरिक नियंत्रण उपायों के अंतर्गत प्रासंगिक प्रमुख लेखांकन / वित्तीय प्रक्रियाओं पर निम्नलिखित अनुभागों में चर्चा की गई है।

2 - नकदी बही का रख-रखाव एवं अभिरक्षा:

- एस एच एस, डी एच एस और ब्लॉक के लिए 'दोहरे पृष्ठांशों वाली नकदी बही' बनाए रखा जाना चाहिए, जबकि

उप केंद्र और वी एच एस एन सी में, 'कोलुमनार पेटी नकदी बही' निर्धारित प्रारूप के अनुसार बनाए रखा जाना चाहिए। नकदी बही (कैश बुक) के रखरखाव से संबंधित आंतरिक नियंत्रण के प्रमुख बिंदु निम्नलिखित हैं:

- नकदी बही को एस एच एस, डी एच एस, ब्लॉक, सी एच सी / पी एच सी और आर के एस के मामले में दैनिक आधार पर और उप-केंद्रधी एच एस एन सी के मामले में कम से कम साप्ताहिक आधार पर अद्यतन किया जाना चाहिए।
- एस एच एस / डी एच एस में, इसे राज्य / जिला स्वास्थ्य सोसायटी की कार्यकारी समिति के अध्यक्ष द्वारा तय किए गए पी एफ एम एस सलाह हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी में से एक के पास जांच और प्रमाणीकरण के लिए रखा जाना चाहिए।
- कैश बुक को प्रतिदिन बंद किया जाना चाहिए और यदि किसी दिन / दिनों में कोई लेन-देन नहीं हुआ है, तो उस दिन / दिनों में कैश बुक में 'कोई लेनदेन नहीं' प्रविष्टि को लाल स्याही से दर्ज किया जाना चाहिए और शेष राशि को अगले दिन के खाते में ले जाया जाना चाहिए।
- केवल एक व्यक्ति की ही पहुंच नकदी बही तक होनी चाहिए। रोकड़ बही आहरण / संवितरण अधिकारी या इस प्रयोजन के लिए प्राधिकृत किसी जिम्मेदार अधिकारी द्वारा प्रमाणित होनी चाहिए।
- सभी भुगतान जो एस एच एस में या डी एच एस में और ब्लॉक सी एच सी / पी एच सी में नकद या सार्वजनिक वित्तीय प्रबंधन प्रणाली (पी एफ एम एस) सलाह / बैंक ड्राफ्ट / मनी ऑर्डर / बैंकर्स पी एफ एम एस सलाह आदि के माध्यम से प्राप्त होते हैं, उन्हें पहले निर्धारित पंजिका में दर्ज किया जाना चाहिए और फिर इसमें प्रविष्टियां की जानी चाहिए। नकदी बही उसी दिन बनाई जानी चाहिए। इसी प्रकार सभी भुगतानों / वितरणों को भुगतान के दिन ही रोकड़ बही में दर्ज किया जाना चाहिए।
- प्राप्ति और व्यय की प्रत्येक प्रविष्टि वर्णनात्मक लेकिन प्रकृति में संक्षिप्त होनी चाहिए। प्रत्येक वाउचर को एक श्रृंखलाबद्ध क्रमांकन के आधार पर लेजर फोलियो नंबर से चिन्हित किया जाना चाहिए, और इसे नकदी बही में प्रत्येक प्रविष्टि के सामने उल्लिखित किया जाना चाहिए।
- दोबारा लेखन से बचना चाहिए और यदि कोई त्रुटि या सुधार हो तो उसको प्राधिकृत अधिकारी द्वारा अपने दिनांकित आद्याक्षरों के तहत सत्यापित कराना चाहिए।
- पी एफ एम एस सलाह के माध्यम से भुगतान करते समय, इसकी संख्या को अनिवार्य रूप से नकदी बही में दर्ज करते समय को दोबारा जांच लिया जाना चाहिए। व्यय के साथ-साथ रोकड़ बही में वाउचर क्रमांक भी दर्ज किया जाना चाहिए।
- रोकड़ बही में फेरबदल से बचने के लिए रोकड़ बही के सभी पृष्ठ पहले से क्रमांकित होने चाहिए।

3 - बैंक लेनदेन

(i) बैंक भुगतान:

- सोसाइटी की निधियों को पी एफ एम एस सलाह और / अथवा बैंक ड्राफ्ट के माध्यम से आहरित किया जाना चाहिए। संभव सीमा तक सभी भुगतान पी एफ एम एस सलाह / ई-ट्रांसफर द्वारा किए जाने चाहिए।
- निधियों के हस्तांतरण / पी एफ एम एस सलाह जारी करने पर खातों की पुस्तकों में प्रविष्टि तुरंत की जानी चाहिए।
- ब्लॉक, सी एच सी / पी एच सी और आर के एस, उप केंद्र और वी एच एस एन सी के लिए निर्धारित सीमा से अधिक का कोई भी भुगतान आवश्यक रूप से केवल पी एफ एम एस सलाह के माध्यम से ही किया जाना चाहिए।
- व्यय / भुगतान के अनुमोदन की सीमा संबंधित कार्यान्वयन इकाइयों में शक्तियों के प्रत्यायोजन के अनुसार होनी चाहिए।

- सहायक दस्तावेजों (जैसे बिल, वाउचर, आदि) पर 'भुगतान किया गया और रद्द किया गया' के रूप में मुहर लगाई जानी चाहिए ताकि एक ही दस्तावेज के लिए दोबारा अनधिकृत भुगतान से बचा जा सके। पी एफ एम एस सलाह का संदर्भ जिसके द्वारा भुगतान किया जाता है, चालान पर दर्ज किया जाना चाहिए।

(ii) सार्वजनिक वित्तीय प्रबंधन प्रणाली (पी एफ एम एस) निर्देश / बैंक चेक तैयार करना

सभी पी एफ एम एस सलाहों को हस्ताक्षर के लिए जमा करने से पहले पी एफ एम एस सलाह जारी पंजिका में दर्ज किया जाएगा, जिसमें उनकी संख्या, राशि, व्यक्ति या दल का नाम, उद्देश्य और जारी करने की तारीख आदि का संकेत होगा।

सभी पी एफ एम एस सलाह पर दो अधिकृत हस्ताक्षरकर्ताओं द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए।

हस्ताक्षरकर्ताओं को पी एफ एम एस सलाह पर हस्ताक्षर करने से पहले निम्नलिखित पहलुओं को सुनिश्चित करना चाहिए:

- पी एफ एम एस सलाह की राशि उनकी प्रत्यायोजित शक्ति के भीतर है
- उचित वाउचर तैयार किया गया है और संबंधित अकाउंटेंट द्वारा अधिकृत किया गया है,
- संबंधित बैंक में पी एफ एम एस सलाह का सम्मान करने के लिए पर्याप्त है।
- पी एफ एम एस सलाह पुस्तिकाएं (नई / प्रयुक्त / वर्तमान में उपयोग में हैं) और उनके काउंटर फॉइल को किसी एक अधिकारी की व्यक्तिगत अभिरक्षा में रखा जाना चाहिए जो पी एफ एम एस सलाह पर अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता है।
- जहां तक संभव हो, पी एफ एम एस सलाह तैयार करने के लिए जिम्मेदार व्यक्ति स्वयं पी एफ एम एस सलाह हस्ताक्षरकर्ता नहीं होना चाहिए।
- किसी भी हस्ताक्षरकर्ता द्वारा अग्रिम रूप से खाली पी एफ एम एस सलाह पर हस्ताक्षर करने की प्रथा को सख्ती से प्रतिबंधित किया जाना चाहिए।
- वित्तीय प्रतिनिधान सीमा से बचने के उद्देश्य से किसी एक भुगतान को छोटे छोटे भागों में विभाजित करने की अनुमति नहीं दी जानी चाहिए।
- प्रत्येक माह के अंत में उपलब्ध चेक का विवरण भी रखा जाना चाहिए।

(iii) चेक / पी एफ एम एस निर्देश पंजिका

- चेक / पी एफ एम एस निर्देश पंजिका को व्यवस्थित बनाए रखा जाना चाहिए और हर पी एफ एम एस सलाह जारी होने पर तुरंत सूचित किया जाना चाहिए।
- आर टी जी एस / ई सी एस निर्देशों को उचित रूप से अधिकृत विवरण फाइल में दर्ज किया जाना चाहिए।

(iv) बैंक पुस्तक / बैंक लेन देन विवरण का रखरखाव और अभिरक्षा

- सुझाए गए प्रारूप के अनुसार एस एच एस, डी एच एस और ब्लॉक के लिए 'दोहरे स्तम्भ वाली बैंक बुक' बनाए रखा जाना चाहिए और उप-केंद्र और वी एच एस एन सी के लिए चेक / पी एफ एम एस निर्देश के माध्यम से धन की प्राप्ति और भुगतान दर्ज करने के लिए एक बैंक पंजिका बनाए रखा जाना चाहिए।
- बैंक बही में पुनर्लेखन से बचना चाहिए और सुधार, यदि कोई हो, को प्राधिकृत अधिकारी द्वारा अपने दिनांकित आद्याक्षरों के तहत सत्यापित किया जाना चाहिए।
- सभी वाउचर / बिल / चालान को क्रमांकित किया जाना चाहिए और उचित संदर्भ के साथ बैंक पुस्तक में दर्ज किया जाना चाहिए।
- प्राप्त सभी नकद / चेक / डिमांड ड्राफ्ट / स्वीप इत्यादि को बैंक में उसी दिन जमा किया जाना चाहिए, अन्यथा अगले कार्य दिवस पर।

- बैंक खाते को जारी किए गए पी एफ एम एस निर्देश और बैंक में किए गए चालान / प्रेषण (जमा) के दैनिक योग से अवगत किया जाना चाहिए।
- बैंक पास बुक / बैंक बैंक लेन देन विवरण नियमित रूप से (महीने में कम से कम एक बार) अद्यतित किया जाना चाहिए।
- ब्याज आय की स्पष्ट रूप से पहचान की जानी चाहिए और समय पर एस ओ ई / यू सी में रिपोर्ट की जानी चाहिए।

4 – बैंक खाते

- यथासंभव हो, बैंक खाता संयुक्त हस्ताक्षर से खोला और संचालित किया जाना चाहिए।
- आम तौर पर बैंक खाता किसी भी अनुसूचित बैंक / ग्रामीण बैंक में रखा जाना चाहिए, हालांकि, उन क्षेत्रों में डाकघर में भी खाता रखा जा सकता है जहां बैंक की उपलब्धता एक समस्या है।
- निष्क्रिय बैंक खातों को उचित अनुमोदन के बाद तत्काल बंद कर दिया जाना चाहिए।
- किसी भी आधिकारिक लेनदेन के लिए व्यक्तिगत बैंक खातों की अनुमति नहीं दी जानी चाहिए।
- गैर-एन एच एम कार्यक्रम से संबंधित निधियों को एन एच एम निधियों के लिए बनाए गए बैंक खाते में जमा करने से बचना चाहिए।

5 – बैंक समाधान विवरण

बैंक बही और बैंक पास बुक / बैंक विवरण मिलान के आधार पर प्रत्येक माह के लिए बैंक समाधान विवरण (बी आर एस) अगले माह की 10 तारीख तक तैयार किया जाना चाहिए।

प्रत्येक बैंक खाते के लिए अलग बी आर एस तैयार किया जाना चाहिए। बी आर एस की एक प्रति पर्यवेक्षी इकाइयों को भेजी जानी चाहिए।

क्रेडिट और डेबिट की अप-टू-डेट प्रविष्टियां करने के लिए बैंक पास बुक मासिक आधार पर बैंक को भेजी जाएगी।

सुलह मदों को निम्नलिखित शीर्षों के तहत समूहीकृत किया जाना चाहिए

- चेक / डिमांड ड्राफ्ट आदि जमा किए गए लेकिन जमा नहीं किए गए
 - चेक / पी एफ एम एस निर्देश जारी की गईं लेकिन प्रस्तुत नहीं की गईं
 - बैंक द्वारा डेबिट / क्रेडिट की गईं अधिक / कम राशि
 - बैंक के ब्याज का हिसाब नहीं
 - बैंक शुल्क का हिसाब नहीं
 - बाउन्ड चेक / पी एफ एम एस निर्देश आदि।
- बी आर एस की समीक्षा की जानी चाहिए और पर्यवेक्षक द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए। किसी भी असमाधानित / पुरानी प्रविष्टियों के मामले में प्रभारी व्यक्ति द्वारा उचित स्पष्टीकरण दर्ज किया जाना चाहिए।
- चेक / पी एफ एम एस निर्देश संख्या और चेक / पी एफ एम एस सलाह विवरण के क्रम की तुलना बैंक बुक में दर्ज विवरण से की जानी चाहिए।
- लंबे समय से अप्रकाशित पी एफ एम एस निर्देश, भुगतान रोकने की सूचनाओं पर ध्यान दिया जाना चाहिए। किसी भी पुराने पी एफ एम एस निर्देश को बी आर एस में प्रदर्शित किया जाना चाहिए।

6 – व्यय नियंत्रण

- (i) वाउचर / सहायक दस्तावेज
वाउचर प्रत्येक वित्तीय लेनदेन के लिए तैयार किया जाना चाहिए।

प्रत्येक वाउचर को उचित रूप से भरा जाना चाहिए, क्रमांकित किया जाना चाहिए और अधिकृत व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए। इसे उचित प्राधिकारी से विधिवत अधिकृत समर्थन के साथ समर्थित होना चाहिए।

किसी भी भुगतान / संवितरण के लिए पी एफ एम एस सलाह को प्रमाणित करने से पहले, पी एफ एम एस निर्देश आहरण अधिकारी को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि दावा (बिल) या चालान का एक उचित और औपचारिक विवरण है जिसके माध्यम से संबंधित व्यक्ति या पार्टी या फर्म द्वारा भुगतान की मांग की गई है।

“की गई खरीदारी या प्राप्त सेवाएं स्वीकृत योजना के अनुसार हैं और दावेदार इसे प्राप्त करने का हकदार है” दावे के साथ व्यय करने की सक्षम स्वीकृति संलग्न की जानी चाहिए।

दावे के विवरण अर्थात् दर, गणना, शुद्ध देय राशि आदि की लेखाकार या किसी अधिकृत लेखाकार द्वारा जांच परख की जानी चाहिए।

(ii) भुगतान के बाद नियंत्रण

भुगतान किए गए चालान और सहायक दस्तावेजों को “भुगतान किया और रद्द किया” की मुहर के साथ विरूपित किया जाना चाहिए। अग्रिम समायोजन के मामले में, इसे “समायोजन के लिए उत्तीर्ण” के रूप में चिह्नित किया जाना चाहिए।

पी एफ एम एस सलाह का संदर्भ जिसके द्वारा किए गए भुगतान को चालान पर दर्ज किया जाना है।

सभी भुगतान किए गए वाउचर क्रमांकित और अनुरक्षित बॉक्स फाइल होने चाहिए।

(iii) स्वीकृतियां / अनुमोदन

किए गए व्यय के लिए सक्षम प्राधिकारी से पूर्व में आवश्यक अनुमोदन लिया जाना चाहिए।

किया गया व्यय स्वीकृत बजट सीमा के भीतर होना चाहिए।

किए गए सभी अनुमोदन / व्यय राज्य द्वारा निर्धारित शक्तियों के प्रत्यायोजन के अनुसार स्वीकृति प्राधिकारी के अधिकार क्षेत्र में होने चाहिए।

7 - खरीद / अधिप्राप्ति लेनदेन

(i) मांग और खरीद आदेश

- सभी खरीद राज्य सरकार द्वारा जारी खरीद के लिए अनुमोदित दिशा-निर्देशों के अनुसार की जानी चाहिए।
- की गई खरीदारी या प्राप्त की गई सेवाएं अनुमोदित योजना के अनुसार होनी चाहिए।
- कोई भी खरीदारी करने से पहले मौजूदा भंडार की स्थिति का आकलन करना चाहिए।
- सभी खरीद मांगों की समीक्षा एक वरिष्ठ अधिकारी द्वारा खरीद के औचित्य और उसके वितरण के लिए सही पते के आधार पर की जानी चाहिए।
- सभी खरीद आदेश अनुमोदित खरीद मांगों के आधार पर तैयार किए जाने चाहिए।
- खरीद आदेश में खरीद से संबंधित सभी प्रासंगिक जानकारी होनी चाहिए और जानकारी को व्यवस्थित तरीके से वर्गीकृत किया जाना चाहिए।

(ii) वस्तु की अधिप्राप्ति एवं विवरण

- माल प्राप्त करने वाले अधिकारियों को यह प्रमाणित करना चाहिए कि प्राप्त दस्तावेज (चालान) पर प्राप्त माल की गुणवत्ता और मात्रा, खरीद आदेश में उल्लिखित विनिर्देशों के अनुसार है।
- आदेश दस्तावेज के अनुसार गुणवत्ता विनिर्देशों में कोई विसंगति संबंधित व्यक्ति द्वारा विधिवत अधिकृत की जानी चाहिए।
- यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि सुपुर्दगी के पूर्व निर्धारित समय और स्थान पर माल और सेवाओं की

सुपुर्दगी के साक्ष्य प्राप्त कर लिए गए हैं।

- उपयुक्त भंडार रजिस्टर में प्रविष्टि की जानी चाहिए और इस खाते पर प्रमाणीकरण एक अधिकृत अधिकारी द्वारा बिल / चालान पर किया जाना चाहिए।

(iii) अनुमोदन / प्राधिकरण

- भुगतान, खरीद आदेश / अनुबंध के नियमों और शर्तों के अनुसार किया जाना चाहिए।
- भुगतान करने से पूर्व निर्धारित समय और स्थान पर माल / सेवाओं के वितरण का साक्ष्य प्राप्त किया जाना चाहिए।
- माल / वस्तुओं की सभी खरीद राज्य सरकार के खरीद नियमों के अनुसार की जानी चाहिए जिसमें निविदा आमंत्रण की सीमा, दरसूची की सीमा, खरीद समिति का गठन आदि शामिल हैं।
- यदि कोई मौखिक आदेश हों तो उसके स्थान पर लिखित क्रय आदेश बनाकर नियमित किया जाना चाहिए तथा सक्षम अधिकारी द्वारा अनुमोदित होना चाहिए।

8 – सूची / भंडार

- भंडार / सूची को नियंत्रित और उसकी निगरानी करने के लिए उपयुक्त लिखित नीतियां और प्रक्रियाएं होनी चाहिए
- भंडार का प्रबंधन एक अधिकृत भंडारी द्वारा किया जाना चाहिए और भंडार के पूरे व्योरे को केवल उसकी ही निगरानी में रखा जाना चाहिए
- सामग्री के सुगम आदान प्रदान के लिए भंडार का उपयुक्त विवरण रखा जाना चाहिए
- अलग-अलग उद्देश्यों के लिए भंडार की मात्रा और स्थान के सटीक आंकलन के लिए भंडार विवरण निर्धारित प्रारूप के अनुसार बनाए रखा जाना चाहिए
- भंडार का आदान प्रदान औपचारिक पूर्व-क्रमांकित दस्तावेजों के आधार पर किया जाना चाहिए और उचित रूप से अधिकृत होना चाहिए
- किसी भी वस्तु के जारी / प्राप्त होने पर भंडार को तुरंत अद्यतित किया जाना चाहिए
- जिले और उससे ऊपर के स्तर के भंडारों में बिन कार्ड प्रणाली को अपनाया जाना चाहिए
- भंडार सामग्री के संबंध में 'पहले आओ पहले जाओ' (फर्स्ट इन, फर्स्ट आउट) पद्धति का पालन करने की सुविधा के लिए भंडार में सामग्री को ठीक से व्यवस्थित / स्थापित किया जाना चाहिए
- केवल अधिकृत कर्मियों को ही भंडार के अंदर तक पहुंचने की अनुमति होनी चाहिए
- कार्यालय प्रमुख द्वारा नियुक्त एक स्वतंत्र अधिकारी के साथ भंडारी द्वारा समय-समय पर भंडार का सत्यापन किया जाना चाहिए, किसी भी विसंगतियों को उचित रूप से दर्ज किया जाना चाहिए और उच्च अधिकारियों को सूचित किया जाना चाहिए।
- अप्रचलित, क्षतिग्रस्त और धीमी गति से चलने वाली वस्तुओं की समय-समय पर (मासिक / त्रैमासिक आधार पर) पहचान की जानी चाहिए और उच्च अधिकारियों को सूचित किया जाना चाहिए

9 – अचल संपत्ति

(i) सामान्य

- संपत्तियों की खरीद के लिए निर्धारित (प्रत्येक राज्य द्वारा निर्दिष्ट किए गए) खरीद दिशानिर्देशों का पालन किया जाना चाहिए।
- अचल संपत्तियों की खरीद के लिए उपयुक्त बजटीय स्वीकृति उपलब्ध होनी चाहिए।
- अचल संपत्तियों पर कोई मूल्यहास नहीं लगाया जाना चाहिए।

(ii) अचल संपत्ति पंजिका

- प्रत्येक राज्य / जिला समिति स्थायी या गैर-उपभोज्य प्रकृति की वस्तुओं या मदों के लिए संपत्ति पंजिका बनाए रखेगी, जिसमें इस प्रकार की संपत्तियों का विवरण सुरक्षित रखा जाएगा। कार्यक्रम अवधि के दौरान खरीदे गए फर्नीचर, जुड़नार, मशीनरी, उपकरण, वाहन, कंप्यूटर सिस्टम इत्यादि। ऐसी पंजिका को स्थायी (प्रकृति) की वस्तुओं की पंजिका या डेड स्टॉक रजिस्टर भी कहा जाता है।
- अचल संपत्ति रजिस्टर में संपत्ति का विवरण, शीर्ष का वर्गीकरण शामिल होना चाहिए, उदाहरण के लिए, फर्नीचर, उपकरण, आदि, संपत्तियों का स्थान, उनकी मात्रा / संख्या, मूल लागत, खरीद की तारीख, बेची / छोड़ी गई संपत्तियों का विवरण, संपत्तियों की विशिष्ट संख्या आदि सुरक्षित रखा जाता है।
- वार्षिक भौतिक सत्यापन प्रत्येक वर्ष मार्च माह में किया जायेगा।
- केवल उन्हीं वस्तुओं को समिति की संपत्ति के रूप में माना जाएगा जो समिति के कार्यालय में खरीदी, उपयोग और स्थापित की जाती हैं और समिति की मुख्य संपत्ति का हिस्सा बनेंगी। संपत्ति के पूरे जीवन के लिए संपत्ति पंजिका की आवश्यकताओं के अनुसार समिति द्वारा औपचारिक देखरेख की जाएगी।
- अन्य सभी संपत्तियां जो समिति द्वारा खरीदी जाती हैं और बाद में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यालय / परिवार कल्याण भंडार / सी एम ओ एस / पी एच सी / सी एच सी, आदि को सौंप दी जाती हैं, संपत्ति पंजिका में ऐसी संस्थाओं को हस्तांतरित की गयी संपत्ति के रूप में दिखाई जाएंगी और आगे संपत्ति के जीवन के बारे में देखरेख की आवश्यकता नहीं होगी। हालांकि, प्राप्त करने वाली इकाई से एक प्रमाण पत्र संपत्ति पंजिका के 'स्थान / अंडर कस्टडी' कॉलम में कॉन्ट्रा-एंट्री के साथ दर्ज किया जाना आवश्यक होगा।
- पर्यवेक्षी इकाइयों से माल के रूप में प्राप्त सभी संपत्तियों को पंजिका में शामिल किया जाना चाहिए, खरीदी / बेची / छोड़ी गई अचल संपत्तियों की प्रत्येक वस्तुगत मद के लिए पंजिका में प्रविष्टि की जानी चाहिए।
- आसानी से पहचान कर लिए जाने हेतु अचल संपत्तियों के प्रत्येक वस्तु पर स्थायी पहचान संख्या का उल्लेख किया जाना चाहिए। इसे अचल संपत्ति पंजिका (एफ ए आर) में भी दर्शाया जाना चाहिए।
- इकाइयों के बीच सभी अचल संपत्तियों के आदान प्रदान को उचित रूप से अनुमोदित किया जाना चाहिए और अचल संपत्ति के नए स्थान के साथ अचल संपत्ति पंजिका (एफ ए आर) में दर्ज किया जाना चाहिए।

(iii) अचल संपत्तियों का भौतिक सत्यापन

- अचल संपत्तियों का वार्षिक भौतिक सत्यापन कराया जाए।
- सत्यापन के दौरान पंजिका में लिखित भंडार-शेष के साथ वास्तविक भंडार-शेष की तुलना करना, नष्ट की जाने वाली संपत्तियों की पहचान / परित्याग करने वाली और लापता संपत्तियों की पहचान आदि होनी चाहिए।
- भौतिक सत्यापन में किसी भी बड़ी विसंगति को अचल संपत्ति पंजिका में उचित रूप से दर्ज किया जाना चाहिए और उच्च अधिकारियों को सूचित किया जाना चाहिए।

(iv) अचल संपत्तियों का निपटान

- अचल संपत्तियों के हस्तांतरण और निपटान के लिए निर्धारित विशिष्ट प्रक्रियाओं और नीतियों का सख्ती से पालन किया जाना चाहिए।
- अचल संपत्तियों का निपटान ऐसा करने के लिए सक्षम उपयुक्त समिति द्वारा किया जाना चाहिए।
- यदि किसी परिसंपत्ति का निस्तारण / त्याग / ध्वस्त या नष्ट किया जाता है, तो शुद्ध अधिशेष / कमी (यदि सामग्री हो) को अलग से प्रकट किया जाना चाहिए।
- अस्पतालों, एन जी ओ आदि को दी गई संपत्ति को राज्य पंजिका में व्यय के रूप में दर्ज किया जाता है। ऐसी संपत्तियों की किसी भी परिणामी बिक्री को निपटान इकाइयों द्वारा ज्ञापित खातों में दर्ज किया जाना चाहिए।

10 – अग्रिम भुगतानों पर नियंत्रण

(i) अग्रिम भुगतानों की निगरानी, नियंत्रण और निपटान

- अग्रिम भुगतान केवल उन गतिविधियों में किया जाना चाहिए जो कार्यक्रम के तहत स्वीकार्य हैं।
- सभी अग्रिम भुगतानों को सक्षम प्राधिकारी द्वारा विधिवत अनुमोदित किया जाना चाहिए और अधिकतम 90 दिनों की अवधि के भीतर निपटाया जाना चाहिए।
- आगामी अग्रिम भुगतानों की स्वीकृत से पहले, यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि उसी व्यक्ति / पार्टी को और उसी उद्देश्य के लिए पहले किए गए सभी अग्रिम भुगतानों का निपटान / समायोजन किया जा चुका है। यदि किसी व्यक्ति / पार्टी को किया गया कोई अग्रिम भुगतान पहले से ही लंबित है तो उसको उसी उद्देश्य के लिए पुनः अग्रिम भुगतान तब तक नहीं किया जाना चाहिए जब तक पुनः अनुमोदन किये जाने का उचित कारण प्रलेखित न हो।
- जिन मामलों में भारी असमायोजित अग्रिम भुगतान लंबे समय से पड़े हैं उन्हें उच्च अधिकारियों (बी सी एम ओ, डी ए एम, सी एम एच ओ आदि) के ध्यान में लाया जाना चाहिए।
- आवधिक प्रबंधन सूचना प्रणाली (एम आई एस) के आधार पर निचली इकाइयों में पड़े अग्रिमों के संबंध में पर्यवेक्षी इकाइयों द्वारा स्वतंत्र निगरानी भी की जानी चाहिए।

(ii) अग्रिम भुगतान पंजिका

- किसी भी स्तर पर किए गए अग्रिम भुगतान की उचित निगरानी और उनके निपटान में सुविधा के लिए अग्रिम भुगतान पंजिका बनाकर रखना चाहिए।
- एस एच एस के एक अधिकारी या जिला कार्यक्रम प्रबंधन इकाई या एक सी एच सी या पी एच सी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी या उपरोक्त संस्थानों के किसी भी अन्य अधिकारी और किसी भी गैर-सरकारी संगठन को स्वीकृत सभी अग्रिम भुगतान दर्ज किए जाएंगे। अग्रिम राशि के भुगतान के तुरंत बाद ही अग्रिम पंजिका में प्रविष्टि दर्ज की जाती है / पी एफ एम एस निर्देश जारी किया जाता है।

11 – अन्य प्रशासनिक नियंत्रण

(i) दस्तावेज संरक्षण

- सभी महत्वपूर्ण दस्तावेजों, नियमों और विनियमों को यूनिट में एक अधिकृत अधिकारी की हिरासत में समर्पित क्षेत्र में रखा जाना चाहिए।
- नियमों और विनियमों की फाइल को अद्यतन रखने के लिए उपयुक्त जिम्मेदारी सौंपी जानी चाहिए।

(ii) आईटी बैकअप

- सभी महत्वपूर्ण आंकड़ों, फाइलों का समय-समय पर बैकअप लिया जाना चाहिए और सुरक्षित ऑफ साइट स्थान पर संग्रहीत किया जाना चाहिए।
- दैनिक कार्यों की फाइलों की सुरक्षा के लिए एक उपयुक्त बैकअप और पुनर्प्राप्ति प्रणाली स्थापित की जानी चाहिए।
- सभी संवेदनशील / महत्वपूर्ण आंकड़ों और सूचनाओं को उचित सुरक्षा के बीच रखा जाना चाहिए।

(iii) पासवर्ड नियंत्रण

- पासवर्ड सुरक्षा पर व्यापक आंतरिक नीति होनी चाहिए।

- सभी संवेदनशील सूचनाओं को उचित पासवर्ड से सुरक्षित किया जाना चाहिए।
- अनधिकृत पहुंच से बचने के लिए पासवर्ड को बार-बार बदलते रहना चाहिए।

(iv) उपस्थिति / छुट्टियों का लेखा जोखा

- उपस्थिति और छुट्टी के व्योरे को नीति के अनुसार सभी इकाइयों में विधिवत बनाए रखा जाना चाहिए और नियमित रूप से अद्यतन किया जाना चाहिए।
- छुट्टी के आवेदनों को क्रम संख्या के अनुरूप सूचीबद्ध किया जाना चाहिए और ठीक से दर्ज किया जाना चाहिए, इन्हें पर्यवेक्षक / कार्यालय प्रमुख द्वारा समय-समय पर सत्यापित किया जाना चाहिए।
- ऐसे अभिलेखों के अनुसार ही उपस्थिति दर्ज करने और वेतन / मानदेय का भुगतान करने की व्यवस्था होनी चाहिए।

वित्तीय विवरण एवं निगरानी

1 – परिचय

एन एच एम एक वृहत कार्ययोजना है जिसके अंतर्गत कई उप-कार्यक्रम और बहुस्तरीय पर्यवेक्षण / कार्यान्वयन इकाइयां आती हैं। विकेंद्रीकृत होने के कारण, उप-जिला स्तर की इकाइयों के लिए बड़ी मात्रा में धन प्रवाहित होता है और इन स्तरों पर व्यय की गई राशि काफी अधिक होती है। इसके लिए विभिन्न स्तरों पर उपयुक्त विवरण प्रक्रिया एवं निगरानी सुनिश्चित करने के लिए उपयुक्त उपायों और प्रणालियों की आवश्यकता होती है।

2 – वित्तीय विवरण

सभी इकाइयों को समय-समय पर अपनी पर्यवेक्षी इकाइयों को विभिन्न वित्तीय मापदंडों के अनुसार अपने प्रदर्शन की जानकारी देनी होती है। एन एच एम के तहत तैयार की गई प्रमुख वित्तीय जानकारियों में निम्नलिखित बिंदु आते हैं:

- वित्तीय निगरानी विवरण (एफ एम आर)
- उपयोगिता प्रमाणपत्र (यू सी) (प्रावधानिक और पूर्णतः संपरीक्षित)
- व्यय विवरण (एस ओ ई)
- निधि की स्थिति का विवरण (एस एफ पी)
- अर्जित ब्याज का विवरण (एस एफ पी में भी दिखाया जाना है)

अग्रिम भुगतानों का विवरण इनके अलावा, कुछ और सूचनाएं हैं जो प्रतिवेदक इकाइयों के लिए विशिष्ट हैं (जैसा कि बाद के खंडों में बताया गया है)।

(i) वित्तीय निगरानी विवरण (एफ एम आर):

यह विवरण नियमित खाता-पुस्तकों के आधार पर तैयार किया जाता है। इस विवरण में केवल किए गए वास्तविक व्यय का उल्लेख किया जाना चाहिए (अग्रिम भुगतानों को व्यय के रूप में ज्ञापित नहीं किया जाना चाहिए)। खर्चों का नीतिगत वर्गीकरण सुनिश्चित किया जाना चाहिए। प्रमुख योजनाओं की वास्तविक प्रगति का उल्लेख उन योजनाओं के अन्तर्गत निर्धारित लक्ष्यों की तुलना में किया जाना चाहिए। यह विशिष्ट अवधि (मासिक / त्रैमासिक) और वर्ष के कुल दिनों, दोनों प्रकार से जानकारी प्रदान करता है। इसे इकाई के प्रमुख द्वारा हस्ताक्षरित किया जाना है और इकाई के वित्त प्रमुख द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया जाना है। जिला और राज्य स्तर पर विवरण प्रस्तुत करने का प्रारूप समान होता है।

(ii) उपयोगिता प्रमाणपत्र (यू सी) (प्रावधानिक और पूर्णतः संपरीक्षित)

यू सी खर्च करने वाली इकाई द्वारा उसे वितरित अनुदान के खिलाफ वास्तव में खर्च की गई राशि को प्रमाणित करने वाला एक प्रारूप है। यह प्राप्त अनुदान, अनुदान का उद्देश्य, खर्च की गई राशि और अव्ययित शेष राशि का, स्वीकृतियों के आधार पर विवरण प्रदान करता है।

भारत सरकार से प्राप्त सहायता अनुदान के संबंध में, मिशन निदेशक / परियोजना निदेशक / राज्य कार्यक्रम द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित प्रपत्र संख्या जी एफ आर 19-ए में "उपयोगिता प्रमाणपत्र" (यू सी), राज्य स्वास्थ्य समितियां (एस एच एस) को प्रस्तुत करना चाहिए। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के विभिन्न एन डी सी पी के अधिकारी लेखापरीक्षित वार्षिक वित्तीय विवरणों के साथ यू सी को स्वीकृतियों के अनुसार प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

विभिन्न कार्यक्रमों से संबंधित यू सी को किसी भी स्थिति में संयोजित नहीं किया जाना चाहिए अपितु इन्हें अलग से प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

किसी विशेष वित्तीय वर्ष में एस एच एस को भारत सरकार द्वारा स्वीकृत और जारी किए गए सभी अनुदानों को समितियों द्वारा उस वित्तीय वर्ष के अपने उपयोगिता प्रमाण पत्र में दर्शाया जाएगा, इस तथ्य के बावजूद कि राशि सोसाइटी द्वारा अगले वित्तीय वर्ष के लिए प्रदान की गयी हैं।

उपयोगिता प्रमाण पत्र (यू सी) भेजते समय, उसमें आय के अनुसार व्यय में और व्यय खाते के साथ ही साथ पूंजीगत संपत्ति की राशि प्रदर्शित होनी चाहिए।

यदि यह ऑडिटेड यू सी है तो यह इकाई के प्रमुख द्वारा हस्ताक्षरित एवं चार्टर्ड एकाउंटेंट द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित होना चाहिए। उपयोगिता प्रमाणपत्र दिए जाने की स्थिति में किसी दिए गए वित्तीय वर्ष के समस्त कार्यक्रमों में उपयोग हुई कुल राशि लेखा परीक्षक द्वारा दिए गए उसी वित्तीय वर्ष के विवरण के अनुसार उसी वित्तीय वर्ष के कार्यक्रम में खर्च की गई कुल राशि से मेल खानी चाहिए।

ऑडिटर द्वारा हस्ताक्षरित / प्रमाणित नहीं किए गए यू सी को प्रावधानिक यू सी माना जाएगा और इसे अस्थायी उपयोगिता प्रमाणपत्र के रूप में अभिकल्पित किया जाना चाहिए। यह लेखापरीक्षा विवरण में प्रमाणित व्यय के अनुसार होना चाहिए। राज्य के मिशन निदेशक द्वारा प्रावधानिक यू सी पर अनिवार्य रूप से हस्ताक्षर किए जाने चाहिए। इसे एस एच एस, डी एच एस, ब्लॉक, सी एच सी / पी एच सी, एस सी और वी एच एस एन सी सहित सभी इकाइयों द्वारा जमा किया जाना है।

(iii) निधि की स्थिति का विवरण (एस एफ पी)

एस एफ पी विभिन्न पूलों के तहत विशेष अवधि के लिए प्राप्त धन और व्यय के साथ नकद और बैंक के प्रारंभिक और समापन शेष का विवरण प्रदान करता है। इसे कैश बुक, बैंक बुक, अग्रिम भुगतान पंजिका आदि जैसे खातों की किताबों के आधार पर तैयार किया जाना चाहिए। इसे एम आई एस विवरण के साथ मासिक रूप से प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

एस एफ पी का एफ एम आर के साथ मिलान किया जाना चाहिए। इसे इकाई के प्रमुख द्वारा हस्ताक्षरित किया जाना है और इकाई के वित्त प्रमुख द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया जाना है। निचले स्तर की सूचना इकाइयों से एस एफ पी

मांगते समय राज्य एफ एम जी यह भी सुनिश्चित कर सकता है कि एस एफ पी बी आर एस के साथ है। हालांकि, राज्य एफ एम जी द्वारा मंत्रालय को केवल एस एफ पी भेजने की आवश्यकता है। एस एफ पी में बैंक का हित और राज्य का हिस्सा दिखना चाहिए। एस एच एस और डी एच एस दोनों को स्टेटमेंट ऑफ फंड पोजीशन तैयार करने की जरूरत है।

(iv) व्यय विवरण (एस ओ ई)

एस ओ ई कार्यक्रम के विभिन्न घटकों के तहत प्राप्त धन के बदले किए गए व्यय को रेखांकित करता है। वित्तीय विवरण के इस प्रारूप का उपयोग मुख्य रूप से उप-जिला स्तर (ब्लॉक, आर के एस, सी एच सी / पी एच सी, एस सी और वी एच एस एन सी) पर हुए कुल व्यय की जानकारी प्रदान करने के लिए किया जाता है। इसे खाता-पुस्तकों के आधार पर तैयार किया जाना चाहिए।

एस ओ ई पर चिकित्सा अधिकारी या सुविधा केंद्र में प्रभारी, आहरण / वितरण अधिकारी और वित्त / लेखा प्रभारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए। अग्रिमों को एस ओ ई में व्यय के रूप में रिपोर्ट नहीं किया जाना चाहिए, केवल वास्तविक खर्च की गई राशि को शामिल किया जाना चाहिए।

यदि किसी विशेष महीने में सी एच सी / पी एच सी पर कोई खर्च नहीं होता है, तब भी एक शून्य एस ओ ई विवरण जमा करने की आवश्यकता होती है। यदि इकाई में एन डी सी पी के तहत धन भी प्राप्त होता है, तो इकाई को एक समेकित एस ओ ई (एन डी सी पी पर जानकारी सहित) जमा करना होता है।

इस विवरण का प्रारूप सभी इकाइयों के लिए समान होता है, हालांकि गतिविधियां भिन्न हो सकती हैं।

(v) ब्याज का विवरण

इस बिंदु के अंतर्गत किसी इकाई द्वारा उसके विभिन्न बैंक खातों से अर्जित बैंक ब्याज की कुल राशि के संबंध में विवरण प्रदान करता होता है। इसमें सभी डी एच एस / एस एच एस के सभी बैंक खातों पर अर्जित ब्याज की संपूर्ण राशि शामिल होना चाहिए। राज्य और जिला स्तर पर अर्जित ब्याज को अलग-अलग दिखाया जाना चाहिए।

विभिन्न कार्यक्रमों के लिए विभिन्न बैंक खातों से अर्जित ब्याज को भी अलग-अलग दिखाया जाना चाहिए। इसे बैंक विवरण के साथ मिलान किया जाना चाहिए और इसपर इकाई के प्रमुख द्वारा हस्ताक्षर किया जाना चाहिए। साथ ही यह इकाई के वित्तीय प्रमुख द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित भी होना चाहिए। यह विवरण तैयार करने की जरूरत एस एच एस, डी एच एस और ब्लॉकों को होती है।

(vi) विभिन्न स्तरों पर रिपोर्टिंग आवश्यकताएं

(ए) जिला स्तर

तालिका 7.2: जिला स्तर पर विवरण

क्रविवरणविवरण का आधार एवं जांच के मुख्य बिंदुविवरण भेजे जाने की तिथिउत्तरदायित्वकी सहायता सेके समक्ष प्रस्तुत की गई1वित्तीय निगरानी विवरण (एफ एम आर)खातों की पुस्तकों के आधार पर तैयार किया जाना चाहिए

केवल वास्तविक व्यय की सूचना दी जानी है

व्यय का उचित वर्गीकरण सुनिश्चित होना चाहिए मासिक

अगले महीने की 10 तारीख तक सी एम ओ/सी डी एम ओ/सी एम एच ओ/सी एसजिला खाता प्रबंधक/खाता अधिकारी/लेखाकारमिशन निदेशक/योजना अधिकारी/राज्य वित्तीय प्रबंधक या राज्य खाता अधिकारी 2 निधि की स्थिति का विवरण (एस एफ पी) इसको एफ एम आर के साथ जमा करना होगा

एफ एम आर और लेखा पुस्तकों के साथ विधिवत मिलान किया जाना चाहिए मासिक

अगले महीने की 10 तारीख तक सी एम ओ/सी डी एम ओ/सी एम एच ओ/सी एसजिला खाता प्रबंधक/खाता अधिकारी/लेखाकारमिशन निदेशक/योजना अधिकारी/राज्य वित्तीय प्रबंधक या राज्य खाता अधिकारी 3 जिला स्वास्थ्य समिति द्वारा अर्जित ब्याज का विवरण जिला स्वास्थ्य समिति के सभी खातों द्वारा अर्जित ब्याज को शामिल करना चाहिए

अलग-अलग बैंक खातों से अर्जित ब्याज को अलग-अलग दिखाया जाना चाहिए वार्षिक

अगले साल के 30 अप्रैल तक सी एम ओ/सी डी एम ओ/सी एम एच ओ/सी एसजिला खाता प्रबंधक/खाता अधिकारी/लेखाकारमिशन निदेशक/योजना अधिकारी/राज्य वित्तीय प्रबंधक या राज्य खाता अधिकारी 4 उपयोगिता प्रमाणपत्र (यू सी) स्वीकृतियों के अनुसार तैयार किया जाना चाहिए

प्रपत्र 19A के आधार पर होना चाहिए वार्षिक

अगले साल के 30 अप्रैल तक सी एम ओ/सी डी एम ओ/सी एम एच ओ/सी एसजिला खाता प्रबंधक/खाता अधिकारी/लेखाकारमिशन निदेशक/योजना अधिकारी/राज्य वित्तीय प्रबंधक या राज्य खाता अधिकारी 5 अग्रिम भुगतानों का विवरण प्रबंधन सूचना प्रणाली (एम आई एस) द्वारा सुझाए गए प्रारूप के अनुसार होना चाहिए

लेखा पुस्तकों के साथ विधिवत मिलान किया जाना चाहिए त्रैमासिक सी एम ओ/सी डी एम ओ/सी एम एच ओ/सी एसजिला योजना प्रबंधक/खाता अधिकारी/लेखाकारमिशन निदेशक/योजना अधिकारी/राज्य योजना प्रबंधक

(बी) रोगी कल्याण समिति स्तर

तालिका 7.5: रोगी कल्याण समिति स्तर पर विवरण

क्रविवरण विवरण का आधार एवं जांच के मुख्य बिंदु आवृत्ति / समय सीमा उत्तरदायित्व की सहायता से के समक्ष प्रस्तुत की गई 1 व्यय विवरण (एस ओ ई) सूचीगत इकाइयों को व्यय का विवरण प्रदान के लिए दिन तारीख निर्धारित करना चाहिए

चालू माह की 28 तारीख तक मासिक व्यय विवरण (एस ओ ई) पर्यवेक्षी इकाई को प्रस्तुत किया जाता सुनिश्चित करना चाहिए

यदि किसी विशेष महीने में, रोगी कल्याण समिति (आर के एस) में कोई खर्च नहीं होता है, तो एक शून्य व्यय विवरण पर्यवेक्षी इकाई को प्रस्तुत की जानी चाहिए। मासिक प्रत्येक माह की 28 तारीख तक पर्यवेक्षक / चिकित्सा अधिकारी रोगी कल्याण समिति के लेखाधिकारी पर्यवेक्षी इकाई 2 उपयोगिता प्रमाणपत्र (यू सी) जिला स्वास्थ्य समिति (डी एच एस) में मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (सी एम एच ओ) और राज्य स्वास्थ्य समिति (एस एच एस) में मिशन निदेशक को वार्षिक महालेखा परीक्षा विवरण के साथ उपयोगिता प्रमाणपत्र (यू सी) जमा करना होगा वार्षिक अगले साल के 31 मई तक पर्यवेक्षक / चिकित्सा अधिकारी रोगी कल्याण समिति के लेखाधिकारी पर्यवेक्षी इकाई 3 अग्रिम भुगतानों का विवरण (यदि कोई हो) प्रबंधन सूचना प्रणाली (एम आई एस) द्वारा सुझाए गए प्रारूप के अनुसार होना चाहिए।

लेखा पुस्तकों के साथ विधिवत मिलान किया जाना चाहिए। त्रैमासिक पर्यवेक्षक / चिकित्सा अधिकारी रोगी कल्याण समिति के लेखाधिकारी पर्यवेक्षी इकाई

लेखापरीक्षा

1 - परिचय

लेखापरीक्षा (ऑडिट) इकाई की वित्तीय जानकारी के लिए एक निष्पक्ष जांच प्रक्रिया होती है। लेखापरीक्षा की प्रक्रिया में वाउचिंग, टिकिंग, लेजर जांच, शेष राशि का पुष्टिकरण, वित्तीय विवरण का सत्यापन आदि शामिल हैं।

लेखापरीक्षा के प्रमुख उद्देश्य हैं:

वित्तीय विवरण 'सत्य और निष्पक्ष दृष्टिकोण' प्रस्तुत करते हैं या नहीं, इसका आकलन करने और राय देने के लिए निम्नांकित बिंदुओं पर गौर करने की आवश्यकता है:

- अवधि के अंत में वित्तीय स्थिति (बैलेंस शीट) और
- अवधि के दौरान वित्तीय प्रदर्शन (आय और व्यय खाता)

यह परीक्षण करने के लिए कि क्या इकाई के संचालन के आकार और मात्रा के अनुरूप आवश्यक आंतरिक नियंत्रण मौजूद हैं या नहीं।

यह अध्याय राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन एच एम) के तहत लेखापरीक्षा के प्रकारों और लेखापरीक्षकों की नियुक्ति, लेखापरीक्षा के दायरे, इसकी आवृत्ति, प्रभाव-क्षेत्र, लेखापरीक्षा विवरण और प्रासंगिक अनुपालन आवश्यकताओं के संबंध में प्रासंगिक प्रावधानों पर चर्चा करता है।

2 - राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन एच एम) के तहत लेखापरीक्षा के प्रकार

एन एच एम के तहत लेखापरीक्षा मुख्य रूप से दो प्रकार से की जा सकती है:

सांविधिक लेखापरीक्षाय और

समवर्ती लेखापरीक्षा

इन लेखापरीक्षाओं के अलावा, स्वास्थ्य विभाग के संबंध में विभिन्न स्तरों पर लेखापरीक्षा 'नियंत्रक-महालेखापरीक्षक (सी ए जी) द्वारा भी की जाती है।

3 - सांविधिक लेखापरीक्षा

‘सांविधिक लेखापरीक्षा’ का प्राथमिक उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि वित्तीय विवरण यानी बैलेंस शीट, आय और व्यय खाता और रसीद और भुगतान खाता, एक सही और निष्पक्ष दृश्य देते हैं और किसी भी भौतिक गलत विवरण से मुक्त हैं। एन एच एम के संदर्भ में, वैधानिक लेखापरीक्षा का उद्देश्य यह भी सुनिश्चित करना है कि संबंधित कार्यक्रम व्यय प्रासंगिक अनुदान / क्रेडिट समझौतों (विकास भागीदारों द्वारा समर्थित कार्यक्रमों के तहत) के तहत वित्त पोषण के लिए पात्र हैं और धन का उपयोग उस उद्देश्य के लिए किया गया है जिसके लिए उन्हें प्रदान किया गया था।

एस एच एस द्वारा नियुक्त चार्टर्ड एकाउंटेंट संस्थाओं द्वारा राज्य और जिला स्वास्थ्य समितियों की वैधानिक लेखापरीक्षा की जानी चाहिए। प्रस्ताव के लिए विस्तृत अनुरोध (आर एफ पी) भारत सरकार द्वारा जारी किया गया है जो निम्नलिखित पहलुओं पर विवरण प्रदान करता है:

- उद्देश्य, कार्य का दायरा और लेखापरीक्षा का दायरा
- लेखापरीक्षा विवरण का प्रारूप जिसमें वित्तीय विवरणों के प्रारूप और विवरण की सामग्री शामिल है
- विवरण की समयसीमा
- लेखा परीक्षक की चयन और नियुक्ति प्रक्रिया

4 - समवर्ती लेखापरीक्षा

समवर्ती लेखापरीक्षा सटीकता, प्रामाणिकता, प्रक्रियाओं और दिशानिर्देशों के अनुपालन को सुनिश्चित करने के लिए नियमित आधार पर वित्तीय लेनदेन की एक व्यवस्थित परीक्षा है। समवर्ती लेखापरीक्षा के तहत जोर परीक्षण जांच पर नहीं बल्कि लेनदेन की पर्याप्त जांच पर है। यह निर्धारित करने के लिए कि वित्तीय प्रबंधन व्यवस्था (आंतरिक नियंत्रण तंत्र सहित) प्रभावी ढंग से काम कर रही है और दक्षता बढ़ाने के लिए सुधार के क्षेत्रों की पहचान करने के लिए यह एक इकाई के वित्तीय स्वास्थ्य का एक सतत मूल्यांकन है।

स्वतंत्र चार्टर्ड एकाउंटेंट संस्थाओं को राज्य और जिला स्तर पर समवर्ती लेखापरीक्षा करने और महत्वपूर्ण मापदंडों पर विवरण प्रस्तुत करने के लिए नियुक्त करने की आवश्यकता है जो कार्यक्रम के वित्तीय और लेखा स्थिति की सही तस्वीर पेश करेंगे।

5 - नियंत्रक-महालेखापरीक्षक (सी ए जी) द्वारा लेखापरीक्षा

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत उपरोक्त ऑडिट के अलावा, भारत के नियंत्रक और महालेखा परीक्षक भी राज्य महालेखा परीक्षक की मदद से एक पूरक ऑडिट कर सकते हैं। “सी ए जी (कर्तव्य, शक्तियां और सेवा शर्तें अधिनियम 1971)” के अनुसार प्रत्येक राज्य स्वास्थ्य सोसाइटी के साथ-साथ उसकी जिला समितियों के खाते भी भारत के नियंत्रक और महालेखा परीक्षक द्वारा लेखापरीक्षा के अधीन होंगे। अधिनियम, नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक के, लेखापरीक्षकों के समूह द्वारा जब भी आवश्यक पाया जाए, राज्य स्वास्थ्य समिति / जिला स्वास्थ्य समिति की विशेष लेखापरीक्षा / निष्पादन लेखापरीक्षा आयोजित कर सकता है।

नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक द्वारा लेखापरीक्षा मुख्य रूप से एक दक्षता-सह-औचित्य लेखापरीक्षा है जो लेनदेन के स्वामित्व की जांच करने और धन के मूल्य को सुनिश्चित करने के लिए की जाती है।

यह ऑडिट भारत के नियंत्रक और महालेखा परीक्षक और इसके महालेखा परीक्षक कार्यालयों के विवेक पर होगा और यह भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय को उपयोगिता प्रमाण पत्र जमा करने के लिए पूर्व-आवश्यकता नहीं होगी।

लेखांकन

1 - परिचय

लेखांकन पैसे के लेन-देन और वित्तीय प्रकृति की घटनाओं के संदर्भ में अभिलेखन, वर्गीकरण और सारांश प्रस्तुत करने की एक विधि-विशेष है। लेखांकन में नकद बहियों, पत्रिकाओं, खाता बही आदि सहित विभिन्न खातों की पुस्तकों में वाउचर के माध्यम से लेनदेन का उचित अभिलेखन किया जाना शामिल है। इसके अंतर्गत खाता बुक को आंकड़ों को संसाधित किया जाता है और ट्रायल बैलेंस, आय और व्यय, रसीद और भुगतान, बैलेंस शीट और जैसे अन्य विषयों का सारांश विवरण तैयार करके व्यवस्थित किया जाता है। एन एच एम के तहत, विभिन्न लेखा नीतियों और दिशानिर्देशों को तैयार किया गया है, जिन्हें एस एच एस, डी एच एस और उप जिला स्तर की इकाइयों सहित विभिन्न स्तरों द्वारा पालन किये जाने की आवश्यकता है।

(i) बहीखाता पद्धति का कम्प्यूटरीकरण

यह वांछनीय है कि राज्य/संघ राज्य क्षेत्र की स्वास्थ्य समितियों के साथ-साथ जिला स्वास्थ्य समितियों में खातों के रखरखाव को कम्प्यूटरीकृत किया जाए ताकि कम से कम प्रयासों और समय के साथ खाता विवरण सही और तुरंत तैयार किया जा सके। राज्य और जिला स्तर पर खातों को एफ ए एम एस में रखा जाना चाहिए।

भले ही खातों को कम्प्यूटरीकृत रूप में रखा गया हो, कम से कम एक मानवीकृत नकद बही को दैनिक आधार पर बनाए रखा जाना चाहिए, जिस पर किसी अधिकृत व्यक्ति द्वारा विधिवत हस्ताक्षर किए गए हों।

व्यय की मान्यता

• सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों को जारी किया गया धन:

डी एच एस/उप-जिला अस्पतालों/सी एच सी/पी एच सी/चिकित्सा अधिकारियों आदि को जारी किये गए धन को व्यय के रूप में नहीं माना जाएगा जब तक कि इन संस्थानों/निकायों द्वारा (या तो एस ओ ई / यू सी जो भी लागू हो) उन्हें व्यय के रूप में दर्ज नहीं किया गया हो।

• गैर सरकारी संगठनों, निगमों आदि को अग्रिम भुगतान:

केंद्रीय या राज्य निगमों, गैर सरकारी संगठनों आदि को जारी किए गए धन को तब तक अग्रिम माना जाएगा जब तक कि उन्हें इन संगठनों द्वारा व्यय के रूप में वापस सहायक दस्तावेजों और अनिवार्य रूप से लेखापरीक्षित यू सी के साथ विवरण प्रस्तुत नहीं किया जाता है। यदि पहले से ही संगठन द्वारा वितरित राशि को मानक माना जाए तो उन्हें व्यय के रूप में माना जा सकता है, बशर्ते कि यह वांछित परिणाम के पूरा होने को प्रमाणित करने वाले सक्षम प्राधिकारी द्वारा आवश्यक दस्तावेजों और प्रमाणन द्वारा समर्थित हो।

• सिविल कार्य के लिए अग्रिम भुगतान:

चल रहे पूंजीगत कार्य के तहत कार्यों के लिए जारी की गई धनराशि को 'जमाराशि' माना जाता है। लोक निर्माण विभाग (पी डब्ल्यू डी)/ठेकेदार के पास जमा की गई धनराशि को जारी किए जाने के समय अग्रिम भुगतान माना

जाता है। पी डब्ल्यू डी या ठेकेदार से कार्य—समापन और कार्य—प्रगति का प्रमाण पत्र प्राप्त होने पर, इसे समझौते की शर्तों के अनुसार पी डब्ल्यू डी द्वारा प्रमाणित किए जाने की सीमा तक खर्च के रूप में मान्य किया जाता है। संक्षेप में पी डब्ल्यू डी द्वारा प्रमाणित सीमा तक काम पूरा होने के प्रगतिशील विवरण के आधार पर जमा या अग्रिम राशि को मंजूरी दी जाएगी (अर्थात् इसे व्यय के रूप में दर्ज किया जाएगा)। यदि कार्यान्वयन संस्था पी डब्ल्यू डी के अलावा अन्य है तो उपयुक्त राशि वरिष्ठ स्तर पर लेखापरीक्षित यू सी के माध्यम से निकासी दी जा सकती है।

- **वस्तु अनुदान:**

एन एच एम के तहत कार्यक्रमों से संबंधित भारत सरकार से प्राप्त वस्तु अनुदान समिति के वित्तीय विवरणों में परिलक्षित नहीं होते हैं। हालांकि, उन्हें लेखापरीक्षा टिप्पणियों और लेखापरीक्षा विवरण के प्रस्तुतीकरण में प्रदर्शित होना चाहिए।

- **वी एच एस एन सी को जारी राशि:**

ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता और पोषण समितियों (वी एच एस एन सी) को निर्बंध राशि के रूप में जारी की गई राशि को किए गए व्यय के रूप में नहीं माना जाएगा। व्यय को तब तक मान्य नहीं किया जाएगा जब तक कि प्रत्येक वी एच एस एन सी द्वारा संबंधित ब्लॉक को आवश्यक सहायक दस्तावेजों के साथ एस ओ ई/यू सी (जो भी लागू हो) के माध्यम से वास्तविक व्यय वापस नहीं किया जाता है।

डिजिटल स्वास्थ्य मिशन

राष्ट्रीय स्तर पर जन स्वास्थ्य लाभ एवं आरोग्य के लिए एक डिजिटल पारिस्थितिकी तंत्र बनाने के लिए राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य मिशन को शुरू किया गया है जो सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा को कुशल, सुलभ, समावेशी, सस्ती, समय पर और सुरक्षित तरीके से लागू करता है। यह आंकड़ों, सूचनाओं और बुनियादी सेवाओं की एक विस्तृत श्रृंखला को प्रदर्शित करता है और लोगों को सुविधाओं से होने वाले व्यापक लाभ को प्रकाशित करता है। संचालन समबंधी मानकों पर आधारित डिजिटल प्रणाली और स्वास्थ्य संबंधी व्यक्तिगत जानकारी की सुरक्षा, गोपनीयता इत्यादि भी सुनिश्चित करता है।

राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य मिशन (एन डी एच एम) के उद्देश्य:

आंकड़ों के अभिभावक के रूप में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के सतत नियोजन, सेवाओं तक लोगों की पहुंच सुगम बनाने एवं लोगों की सहभागिता पर बल देने के लिए राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य मिशन की परिकल्पना की गयी है। इस प्रकार के एक वृहत स्वास्थ्य कार्यक्रम के तहत सूचना प्रौद्योगिकी (आई टी) सहित अन्य संबंधित प्रौद्योगिकियों का लाभ उठाने और जनसाधारण के हित के लिए मौजूदा स्वास्थ्य प्रणालियों को और अधिक आधुनिक रूप से विकसित किया जा रहा है।

राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य मिशन (एन डी एच एम) की परिकल्पना के विशिष्ट उद्देश्य निम्नवत हैं:

1. अत्याधुनिक डिजिटल स्वास्थ्य प्रणाली स्थापित करना, स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों का डिजिटल प्रबंधन करना, और इसके निर्बाध आदान-प्रदान के लिए आवश्यक बुनियादी ढांचा प्रदान करना
2. नैदानिक प्रतिष्ठानों, स्वास्थ्य सेवा व्यवसायों, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, दवाओं और फार्मसियों के संबंध में सत्यापन का एकल स्रोत बनाने के लिए उचित स्तर पर पंजीयन प्रणाली स्थापित करना
3. सभी राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य हितधारकों को खुले मानकों को अपनाने के लिए प्रेरित करना
4. अंतरराष्ट्रीय मानकों के आधार पर व्यक्तियों, स्वास्थ्य सेवा व्यवसायियों एवं प्रदाताओं के लिए आसानी से सुलभ, उनकी निजी सहमति के आधार पर व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण के लिए एक प्रणाली बनाना
5. स्वास्थ्य के लिए सतत विकास लक्ष्यों को प्राप्त करने पर विशेष ध्यान देने के साथ उद्यम-श्रेणी की स्वास्थ्य अनुप्रयोग प्रणालियों के विकास को बढ़ावा देना
6. उद्देश्य की प्राप्ति के लिए राज्यों और केंद्र शासित प्रदेशों के साथ काम करते हुए सहकारिता के सर्वोत्तम सिद्धांतों को अपनाना
7. निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य सेवा संस्थानों, व्यवसायी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को प्रचार के संयोजन के माध्यम से एन डी एच एम के निर्माण में सार्वजनिक स्वास्थ्य अधिकारियों के साथ सक्रिय भागीदारी सुनिश्चित करना
8. स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधान में राष्ट्रीय सुवाह्यता सुनिश्चित करना
9. स्वास्थ्य सेवा उद्यमियों और चिकित्सकों द्वारा रोग-विषयक निर्णय समर्थन (सी डी एस) प्रणालियों के उपयोग को बढ़ावा देना
10. स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों का विश्लेषण और चिकित्सा अनुसंधान का लाभ उठाते हुए स्वास्थ्य क्षेत्र के बेहतर प्रबंधन को बढ़ावा देना
11. सभी स्तरों पर शासन की दक्षता और प्रभावशीलता को बढ़ाने के लिए सहयोग प्रदान करना
12. स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए उठाए जा रहे प्रभावी कदमों का समर्थन करना और
13. प्रस्तावित एन डी एच एम के साथ परिभाषित मानकों और एकीकरण के माध्यम से उनमें अनुरूपता सुनिश्चित करते हुए मौजूदा स्वास्थ्य सूचना प्रणालियों को मजबूत करना।

राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य मिशन के लिए सेवा के अवसर

1. मौजूदा मजबूत सार्वजनिक डिजिटल बुनियादी ढांचा, जिसमें आधार, एकीकृत भुगतान इंटरफेस और इंटरनेट और मोबाइल फोन (जे ए एम ट्रिनिटी) की व्यापक पहुंच शामिल है, एन डी एच एम की संरचना के लिए आवश्यक इकाई की स्थापना के लिए एक मजबूत मंच प्रदान करता है। राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य मिशन, लोगों, चिकित्सकों और स्वास्थ्य सुविधाओं की पहचान डिजिटल रूप से करने की मौजूदा क्षमता को बढ़ाने, इलेक्ट्रॉनिक हस्ताक्षर की सुविधा, गैर-अस्वीकार योग्य अनुबंध सुनिश्चित करने, कागज रहित भुगतान करने, सुरक्षित रूप से डिजिटल प्रविष्टियां संग्रहीत करने और लोगों से संपर्क करने के डिजिटल प्रबंधन के माध्यम से स्वास्थ्य संबंधी जानकारी को सुव्यवस्थित करने के अवसर प्रदान करता है।
2. आयुष्मान भारत – प्रधान मंत्री जन आरोग्य योजना (ए बी – पी एम जे ए वाई) ने सूचना प्रौद्योगिकी (आई टी) के माध्यम से लाभार्थियों की पहचान से लेकर अस्पतालों में उनके प्रवेश और उपचार तक, अस्पतालों में उनके डिस्चार्ज और पेपरलेस भुगतान सहित संपूर्ण सेवाएं प्रदान करने के लिए उपलब्ध सार्वजनिक डिजिटल बुनियादी ढांचे का सफलतापूर्वक उपयोग किया है। ए बी – पी एम जे ए वाई के इस अनुभव का लाभ सभी निवासियों तक डिजिटल स्वास्थ्य सेवाओं की पहुंच बढ़ाने, एक व्यापक अंतर-संचालित स्वास्थ्य प्रबंधन प्रणाली विकसित करने के लिए उठाया जा सकता है जो निवासियों, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, सरकार और शोधकर्ताओं को सशक्त बनाती है।
3. बनावटी बौद्धिक क्षमता (आर्टिफिशियल इंटेलिजेंस), इंटरनेट ऑफ थिंग्स (आई ओ टी), ब्लॉकचेन और क्लाउड कंप्यूटिंग जैसी उभरती हुई प्रौद्योगिकियां अधिक समग्र डिजिटल स्वास्थ्य पारिस्थितिकी तंत्र की सुविधा के लिए अतिरिक्त अवसर प्रदान करती हैं, जो स्वास्थ्य सेवाओं तक सभी की एकसमान पहुंच को बढ़ावा दे सकती हैं, स्वास्थ्य परिणामों में सुधार कर सकती हैं और लागत कम कर सकती हैं।

लाभ एवं प्रभाव:

1. एन डी एच एम के कार्यान्वयन से समग्र रूप से स्वास्थ्य सेवा वितरण की दक्षता, प्रभावशीलता और पारदर्शिता में महत्वपूर्ण सुधार की उम्मीद है। मरीज सुरक्षित रूप से अपने उपचार संबंधी विवरण (जैसे नुस्खे, जांच परिणाम और डिस्चार्ज सारांश) को संग्रहीत करने और उसे भविष्य में इस्तेमाल करने में सक्षम होंगे, और उन्हें उचित उपचार और फॉलो-अप सुनिश्चित करने के लिए स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के साथ साझा करेंगे। उनके पास स्वास्थ्य सुविधाओं और सेवा प्रदाताओं के बारे में अधिक सटीक जानकारी भी होगी। इसके अलावा, उनके पास टेली-परामर्श और ई-फार्मसी के माध्यम से दूरस्थ रूप से स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंचने का विकल्प होगा। एन डी एच एम व्यक्तियों को सटीक जानकारी के साथ सशक्त करेगा ताकि सूचित निर्णय लेने में सक्षम हो सकें और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की जवाबदेही बढ़ सकें।
2. एन डी एच एम व्यक्तियों को सार्वजनिक और निजी दोनों स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंचने का विकल्प प्रदान करेगा, निर्धारित दिशानिर्देशों और प्रोटोकॉल के अनुपालन की सुविधा प्रदान करेगा, और प्रदान की जा रही स्वास्थ्य सेवाओं के लिए सेवाओं के मूल्य निर्धारण और जवाबदेही में पारदर्शिता सुनिश्चित करेगा।
3. इसी तरह, अधिक उपयुक्त और प्रभावी स्वास्थ्य हस्तक्षेपों को निर्धारित करने के लिए सभी विषयों के स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों के पास रोगी के चिकित्सा इतिहास (आवश्यक सूचित सहमति के साथ) तक बेहतर पहुंच होगी। एकीकृत पारिस्थितिकी तंत्र देखभाल की बेहतर निरंतरता को भी सक्षम करेगा। एन डी एच एम दावों की प्रक्रिया को डिजिटलाइज करने और तेजी से प्रतिपूर्ति को सक्षम बनाने में मदद करेगा। इससे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के बीच सेवाएं प्रदान करने में समग्र आसानी बढ़ेगी।
4. साथ ही, नीति निर्माताओं और कार्यक्रम प्रबंधकों के पास आंकड़ों तक बेहतर पहुंच होगी, जिससे सरकार अधिक सूचित निर्णय लेने में सक्षम होगी। मैक्रो और माइक्रो स्तर पर आंकड़ों की बेहतर गुणवत्ता, उन्नत विश्लेषण-विधि, स्वास्थ्य-बायोमार्कर के उपयोग और बेहतर निवारक स्वास्थ्य सेवा को सक्षम बनाएगी। यह

स्वास्थ्य कार्यक्रमों और नीतियों के प्रारूपण और कार्यान्वयन को मजबूत करने के लिए भूगोल एवं जनसांख्यिकी-आधारित निगरानी और उचित निर्णय लेने में भी सक्षम करेगा।

5. अंत में, शोधकर्ताओं को इस तरह की एकत्रित जानकारी की उपलब्धता से बहुत लाभ होगा क्योंकि वे विभिन्न कार्यक्रमों और हस्तक्षेपों की प्रभावशीलता का अध्ययन और मूल्यांकन करने में सक्षम होंगे। एन डी एच एम शोधकर्ताओं, नीति निर्माताओं और प्रदाताओं के बीच प्रतिक्रियाओं के व्यापक आदान-प्रदान लिए अवसर उत्पन्न करेगा।

एन डी एच एम के कार्यक्षेत्र का विवरण

1. राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य मिशन स्वास्थ्य सेवा के लिए आवश्यक मुख्य और सामान्य डिजिटल इकाइयों को लागू करेगा और उन्हें सार्वजनिक और निजी दोनों पारिस्थितिकी तंत्र के लिए डिजिटल सार्वजनिक साधन के रूप में सुलभ बनाएगा। नेशनल डिजिटल स्वास्थ्य रूपरेखा विकसित किए जाने के लिए आवश्यक कई संरचनात्मक इकाइयों की पहचान करता है।
2. बिल्डिंग ब्लॉक क्लाउड-आधारित सेवाओं के संग्रह के रूप में उपलब्ध होंगे। प्रत्येक सेवा कई स्वास्थ्य सेवाओं में सिर्फ एक क्षमता प्रदान करेगी, जो सरल खुले ए पी आई के माध्यम से सुलभ होगी, जिसमें प्रारूप एवं पर्याप्त प्रमाणीकरण, प्राधिकरण और एन डी एच बी के अनुसार पर्याप्त प्रमाणीकरण, प्राधिकरण और सरकार द्वारा समय-समय पर अधिसूचित प्रोटोकॉल होंगे। ये सब मिलकर देश के लिए बेहतर स्वास्थ्य सेवा वितरण और प्रबंधन को सक्षम करने के लिए एक शक्तिशाली ढांचा तैयार करेंगे। राष्ट्रीय डिजिटल स्वास्थ्य रूपरेखा पर विवरण <https://nha-gov-in/ndhb> पर उपलब्ध हैं।
3. एन डी एच एम को एक अंतर-संचालित स्वास्थ्य पारिस्थितिकी तंत्र के दृष्टिकोण को साकार करने में मदद करने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य और निजी पारिस्थितिक तंत्र दोनों में गोद लेने को सुनिश्चित करने के लिए जनादेश और प्रचार का एक मजबूत ढांचा विकसित करने की आवश्यकता होगी।

2. स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ें

2.1 स्वास्थ्य संबंधी आंकड़े, व्यक्तियों में समग्र दृष्टिकोण को प्रभावी बनाने, व्यक्ति-विशेष की आवश्यकताओं के अनुसार उपचार सुनिश्चित करने, देखभाल करने वालों और व्यक्तियों के बीच संचार में सुधार करने और बेहतर स्वास्थ्य परिणाम प्रदान करने के लिए महत्वपूर्ण है। स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों को निम्नलिखित श्रेणियों में वर्गीकृत किया जा सकता है:

1. व्यक्तिगत स्वास्थ्य आंकड़े: एक व्यक्ति से संबंधित आंकड़े जिसमें विभिन्न स्वास्थ्य स्थितियों और उपचारों की विस्तृत जानकारी होती है। इसमें स्वास्थ्य व्यवसायियों जैसे विभिन्न हितधारकों की व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी वाला कोई भी आंकड़ा शामिल हो सकता है।
2. गैर-व्यक्तिगत स्वास्थ्य आंकड़े: इसमें समग्र स्वास्थ्य आंकड़े जैसे डेंगू के मामलों की संख्या और अज्ञात स्वास्थ्य आंकड़े शामिल हैं जहां सभी व्यक्तिगत पहचान योग्य जानकारी को हटा दिया जाता है। इसमें स्वास्थ्य सुविधाओं, दवाओं आदि के बारे में जानकारी भी शामिल होगी, जिसमें व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी शामिल नहीं है।
- 2.2 स्वास्थ्य सेवा प्रदाता प्रत्येक दौरे के दौरान मरीजों/व्यक्तियों के लिए विवरण तैयार करते हैं। अधिकांश प्रदाता उपचार के भाग के रूप में रोगियों को स्वास्थ्य विवरण की एक भौतिक प्रति भी जारी करते हैं। इनमें आमतौर पर जांच के परिणाम, डिस्चार्ज सारांश, उपचार और नैदानिक विवरण शामिल होते हैं। जब तक रोगी द्वारा अनुरोध नहीं किया जाता है, तब तक ओ टी विवरण जैसी इनपेमेंट मामलों की फाइलें साझा नहीं की जाती हैं। मिशन को स्वास्थ्य

सेवा प्रदाताओं को अनुदैर्घ्य स्वास्थ्य विवरण बनाने में सक्षम करने के लिए रोगी के साथ भौतिक रूप से साझा किए जा रहे किसी भी स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों की एक डिजिटल प्रति साझा करने की आवश्यकता होगी।

2.3 भारत, स्वास्थ्य सेवाओं में सॉफ्टवेयर प्रणाली को अपनाने की दिशा में तेजी से आगे बढ़ रहा है। स्वास्थ्य संबंधी जानकारी को प्रबंधित करने के लिए उपयोग किए जाने वाले सॉफ्टवेयर के प्रकार निम्नलिखित हैं:

1. इलेक्ट्रॉनिक चिकित्सा विवरण (ई एम आर): यह उन प्रणालियों को संदर्भित करता है जो अस्पताल या क्लिनिक के भीतर रोगी निदान और उपचार में सहायता प्रदान करने के लिए उपयोग की जाती हैं और लेन-देन पर केंद्रित होती हैं। एन डी एच एम को इन प्रणालियों को, मानकों का समर्थन करने और रोगियों को आंकड़ों तक पहुंच प्रदान करने के लिए अद्यतित करने की आवश्यकता है।
2. इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य विवरण (ई एच आर): इसके अंतर्गत किसी मरीज का उपचार संबंधी विवरण राज्य के कई चिकित्सकों और प्रदाताओं के पास होता है और रोगियों की बेहतर देखभाल प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य सेवा प्रणाली के भीतर इसका उपयोग किया जाता है।
3. व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण (पी एच आर): रोगियों को अपने स्वयं के उपचार विवरण को संकलित करने, अद्यतन करने और उसकी एक प्रति रखने में सक्षम बनाता है जो उनकी देखभाल को बेहतर ढंग से प्रबंधित करने में मदद कर सकता है और यह व्यक्तिगत होता है।

2.4 स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों की संघीय संरचना

1. एन डी एच एम एक संयुक्त स्वास्थ्य विवरण विनियम प्रणाली लागू करेगा जो रोगी के आंकड़ों को सेवा केंद्रों पर या जहां इसे बनाया गया था, वहां निकटतम संभावित स्थान पर रखने में सक्षम करेगा। रोगी द्वारा उचित सहमति के साथ स्वास्थ्य विवरण सुलभ और साझा करने योग्य होंगे और विवरण का पूरा नियंत्रण रोगी के पास रहेगा। एन डी एच बी द्वारा निर्दिष्ट मानकों के अनुसार एक उपयुक्त डिजिटल सहमति ढांचा (संभव सीमा तक डिजिलॉकर सहमति प्रबंधन ढांचे का लाभ उठाने) सहमति प्रबंधन के लिए अपनाया जाएगा।
2. स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों की संघीय प्रणाली में भाग लेने के लिए, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं से सॉफ्टवेयर अपनाने की अपेक्षा की जाती है जो उन्हें स्वास्थ्य सूचना प्रदाता (एच आई पी) बनने में सक्षम बनाता है, जिसे स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों के लिए जिम्मेदार माना जाता है। यह कोई भी इकाई हो सकती है जो उपयोगकर्ता से संबंधित स्वास्थ्य जानकारी जुटाती है और एन डी एच एम मानकों और नीतियों के अनुरूप सॉफ्टवेयर को अपनाकर उपयोगकर्ताओं के साथ डिजिटल रूप से साझा करने के लिए तैयार है। एच आई पी अन्तः रोगियों और बाह्य रोगियों दोनों के स्वास्थ्य विवरण की एक डिजिटल प्रति रखेंगे जो वे नीति के अनुसार मरीजों को जारी करते हैं। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा जारी वर्तमान दिशा-निर्देशों के अनुसार देखभाल प्रदाताओं को चिकित्सा विवरण को अनिश्चित काल तक डिजिटल रूप से संग्रहीत करने की आवश्यकता होती है।
3. जब तक डिजिटल सेवाओं को अनिवार्य नहीं किया जाता है, भौतिक विवरण के रखरखाव की आवश्यकता होगी। जबकि डिजिटल स्वास्थ्य आई डी का विकल्प दिया जायेगा किन्तु यदि कोई व्यक्ति स्वास्थ्य आई डी उपयोग नहीं करना चाहता है तो भी इलाज की अनुमति दी जानी चाहिए।
4. स्वास्थ्य सूचना प्रदाता (एच आई पी) को स्वास्थ्य सेवा आई डी के लिए मरीजों को जागरूक करना होगा और जरूरत के मुताबिक मरीजों से स्वास्थ्य आई डी बनाने के लिए पूछना होगा। स्वास्थ्य आई डी को उनके द्वारा बनाए गए चिकित्सकीय दस्तावेजों के साथ संयोजित करना होगा और इन दस्तावेजों को केवल मरीज की सहमति से जारी करना होगा। एच आई पी बनने के लिए, स्वास्थ्य देखभाल सुविधा को एन डी एच एम स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना रजिस्ट्री (स्वास्थ्य देखभाल सुविधा रजिस्ट्री) में नामांकन करने की आवश्यकता होगी।

5. स्वास्थ्य सूचना उपयोगकर्ता (एच आई यू) रोगी के स्वास्थ्य विवरण के लिए अनुरोध करने में सक्षम होंगे। ये ऐसी कोई भी संस्था होगी जो अनुपालक सॉफ्टवेयर का उपयोग करके व्यक्ति की सहमति से किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य विवरण को देखने का इरादा रखती है। ई एम आर प्रणाली, चिकित्सक, स्वास्थ्य विवरण को देखकर मरीजों को सलाह देने वाले एप्लिकेशन को स्वास्थ्य सूचना उपयोगकर्ता विनिर्देशों को लागू करने की आवश्यकता होगी। स्वास्थ्य सूचना उपयोगकर्ता रोगी की सहमति के बिना कोई भी विवरण प्राप्त नहीं कर सकता।
6. कई संस्थाएं हैं जो एच आई पी एवं एच आई यू दोनों हैं, हालांकि, दोनों के पास अपने कार्यों के साथ काफी हद तक स्वतंत्र जिम्मेदारियां हैं। किसी भी भूमिका को लेने की इच्छुक किसी भी इकाई को एच आई पी अथवा एच आई यू होने के लिए निर्दिष्ट दिशानिर्देशों का पालन करना होगा। एच आई पी व्यक्तियों के स्वास्थ्य विवरण को संग्रहीत करने वाले स्वास्थ्य आंकड़ों के संयोजक हैं, जिसमें एच आई यू ऐसे व्यक्ति/संगठन हैं जो स्वास्थ्य आंकड़ों तक पहुंच का अनुरोध करेंगे और व्यक्ति द्वारा सहमति दिए जाने पर ही इसे प्राप्त कर सकेंगे।

2.5 स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों के लिए प्रारूप और मानकों को अपनाना

1. एन डी एच बी ने समय-समय पर सरकार द्वारा आवश्यक और अधिसूचित एफ0एच0आई0आर0-आर4, एस0एन0ओ0एम0ई0डी0-सी0टी0, एल0ओ0आई0एन0सी0, आई0सी0डी0 / 11, सहित अपनाने और उपयोग करने के लिए स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों के लिए कई मानकों की सिफारिश की है। मानकों का वर्तमान अंगीकरण स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं में अत्यंत दयनीय है। मिशन उस मार्ग का अनुसरण करेगा जो एच आई पी एस द्वारा मानकों को धीरे-धीरे अपनाने में सक्षम बनाता है।
2. एच आई पी को रोगियों के साथ अवश्य साझा करना चाहिए रोगी को पहले से दिए जा रहे किसी दस्तावेज का डिजिटल संस्करण जैसे:
 - (ए) जांच परिणाम – माइक्रोबायोलॉजी, पैथोलॉजी और रेडियोलॉजी
 - (बी) डिस्चार्ज सारांश – सभी रोगी उपचारों के लिए
 - (सी) नैदानिक उल्लेख – अन्तः रोगियों एवं बाह्य रोगियों दोनों से परामर्श के लिए
 - (डी) उपचार – दवाएं, चश्मा, प्रतिरक्षण व्योरा
3. एन डी एच एम इनमें से प्रत्येक दस्तावेज के लिए एच आई पी द्वारा उपयोग किए जाने वाले प्रारूपों को प्रकाशित करेगा। एच आई पी को आदर्श रूप से दस्तावेजों को एच आई आर – आर 4 संसाधन प्रारूप के अनुरूप मानकों में साझा करना चाहिए। प्रारंभिक अवधि के लिए, डिजाइन मौजूदा पी डी एफ और छवि फाइलों को एच आई आर – आर 4 संसाधन आवरण में साझा करने की अनुमति देगा। यह परिकल्पना की गई है कि आधुनिक आर्टिफिशियल इंटेलिजेंस (ए आई) तकनीकें जो इन मौजूदा स्वास्थ्य विवरण प्रारूपों से प्रासंगिक जानकारी निकाल सकती हैं, तेजी से उपलब्ध होंगी और एच आई पी को इस संक्रमण में मानकों की मदद करेंगी। एन डी एच एम दिशानिर्देश और मानक तय कर ए आई प्रणाली की विश्वसनीयता पर नजर रखेगा।
4. इस दृष्टिकोण को अपनाने से यह सुनिश्चित करने की अपेक्षा की जाती है कि रोगियों और चिकित्सकों को वर्तमान स्वरूपों में स्वास्थ्य विवरण तक पहुंच प्राप्त हो जो वे आज देखने के आदी हैं और धीरे-धीरे समय के साथ एक मानक आधारित दस्तावेज प्रारूप में रूपांतरित हो जाते हैं।

2.6 स्वास्थ्य आंकड़ों का अनामीकरण एवं एकत्रीकरण

प्रत्येक एच आई पी समग्र स्वास्थ्य आंकड़े भी प्रस्तुत करेगा उदाहरण के लिए डेंगू के मामलों की संख्या या प्रत्येक दिन किए गए पी टी सी ए की संख्या। एकत्रित आंकड़ों का यह संग्रह, राष्ट्रीय स्वास्थ्य विश्लेषिकी संरचना का हिस्सा बन जाएगा। व्यक्तिगत आंकड़ों के संबंध में “अनामीकरण” का अर्थ व्यक्तिगत आंकड़ों को एक ऐसे रूप में बदलने या परिवर्तित करने की अपरिवर्तनीय प्रक्रिया है जिसमें आंकड़ों से संबंधित व्यक्ति की पहचान नहीं की जा

सकती है। एन डी एच बी सेवा के रूप में अनामीकरण प्रदान करने की अनुशंसा करता है जिसका उपयोग एच आई पी द्वारा आंकड़ों का स्रोत सबसे नजदीकी बिंदु पर ही अनामीकरण करने के लिए किया जा सकता है।

स्वास्थ्य पारिस्थितिकी तंत्र के विकास के लिए गैर-व्यक्तिगत स्वास्थ्य आंकड़े, एकत्रित एवं अनामीकृत दोनों ही बहुत महत्वपूर्ण हैं। व्यक्तिगत/गैर-व्यक्तिगत आंकड़ों के वर्गीकरण को व्यक्तिगत आंकड़ा संरक्षण विधेयक 2019 से जोड़ा जाएगा।

2.7 स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों का विधिक ढांचा

- वर्तमान में संसद में व्यक्तिगत स्वास्थ्य आंकड़ों से संबंधित कानून, नियम और विनियम मुख्य रूप से व्यक्तिगत आंकड़ा संरक्षण विधेयक, 2019 के अंतर्गत आते हैं। एन डी एच एम के समग्र ढांचे को व्यक्तिगत आंकड़ा संरक्षण विधेयक के मसौदे के ढांचे के साथ जोड़ा जाएगा। प्रारूप बिल में क्षेत्र विशिष्ट विनियम जारी करने के प्रावधान हैं जो एन डी एच एम के कार्यान्वयन के लिए महत्वपूर्ण हैं। संघीय स्वास्थ्य आंकड़ा विनियम को ड्राफ्ट बिल के प्रावधानों का अनुपालन करने के लिए तैयार किया गया है। सरकार ने गैर-व्यक्तिगत आंकड़ों के उपयोग के लिए आवश्यक नियमों की जांच के लिए एक समिति का गठन किया है। एन डी एच एम के हिस्से के रूप में गैर-व्यक्तिगत स्वास्थ्य आंकड़ों तक पहुंच से संबंधित नीतियों को अंतिम रूप देने के लिए इस समिति की सिफारिशें अभिन्न होंगी।
- एन डी एच एम के तहत स्वास्थ्य विवरण डिजिटल रूप से हस्ताक्षरित हैं और आई टी अधिनियम के तहत कागजी विवरण के बराबर हैं और मेडिको-विधिक मामलों जैसे विधिक परिदृश्यों में इसका उपयोग किया जा सकता है। व्यक्तिगत स्वास्थ्य आंकड़ों के कुछ प्रकार के उपयोग प्रतिबंधित होने की उम्मीद है, भले ही आंकड़े सहमति से प्रदान किया गया हों। उदाहरण के लिए, व्यावसायिक प्रचार के लिए आंकड़ों का उपयोग। ऐसे उपयोग-मामलों की एक सूची को एन डी एच एम द्वारा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय एवं अन्य हितधारकों के परामर्श से अंतिम रूप दिया जाएगा।

स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एच एम आई एस) पोर्टल

स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एच एम आई एस) एक सरकार से सरकार (जी2जी) वेब आधारित निगरानी सूचना प्रणाली है जिसे स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय (एम ओ एच एफ डब्ल्यू), भारत सरकार द्वारा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन और अन्य स्वास्थ्य की निगरानी के लिए विकसित और अनुरक्षित किया गया है। यह प्रणाली कार्यक्रम के लिए नीति-निर्माण और उपयुक्त कार्य योजनाओं के लिए महत्वपूर्ण सूचनाएं प्रदान करती है। एच एम आई एस का उपयोग स्वास्थ्य सुविधाओं की श्रेणी, आकांक्षापूर्ण जिलों की पहचान, राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पी आई पी) की समीक्षा आदि में किया गया है।

वर्तमान में, सभी राज्यों / केंद्र शासित प्रदेशों में कुल मिलकर लगभग 2 लाख सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य सुविधा केंद्र हैं जबकि उत्तर प्रदेश में सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों की कुल संख्या 30 हजार से अधिक है जो एच एम आई एस पोर्टल के तहत सूचीबद्ध हैं। यह प्रणाली मासिक आधार पर प्रत्येक सुविधा केंद्र द्वारा सेवा वितरण आंकड़ों, बुनियादी ढांचे और मानव संसाधन संबंधी आंकड़ों को प्रस्तुत कर रही है।

एच एम आई एस निम्नानुसार सुविधा केंद्रों से जानकारी प्राप्त करता है:

मासिक आधार पर प्रजनन, मातृ एवं बाल स्वास्थ्य संबंधी, टीकाकरण, परिवार नियोजन, वेक्टर जनित रोग, तपेदिक, रुग्णता और मृत्यु दर, ओ पी डी, आई पी डी सेवाएं, सर्जरी आदि सेवाओं से संबंधित आंकड़े।

जनशक्ति, उपकरण, स्वच्छता, भवन, सर्जरी, अन्य चिकित्सा सेवाओं जैसी अवसंरचनात्मक एवं मानव संसाधन संबंधी सेवाओं एवं सुविधाओं की उपलब्धता से संबंधित आंकड़े एवं सुपर स्पेशियलिटी सेवाएं जैसे कार्डियोलॉजी, डायग्नोस्टिक्स, पैरा मेडिकल और क्लिनिकल सर्विसेज आदि आंकड़ों को मासिक आधार पर पिछले महीने के आंकड़े एवं आगामी महीने में उपलब्ध होने वाले आंकड़े इत्यादि।

एच एम आई एस पोर्टल एक वेब-आधारित स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एच एम आई एस) इंटरफेस का उपयोग करके सुविधा स्तर से उप-जिला/ब्लॉक, जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तर तक भौतिक प्रदर्शन के प्रवाह की सुविधा प्रदान करता है। पोर्टल स्वास्थ्य सेवाओं के प्रदर्शन और उपलब्ध मानव संसाधन और बुनियादी सुविधाओं की सेवाओं की स्थिति पर आवधिक विवरण प्रदान करता है।

एच एम आई एस (अस्पताल प्रबंधन और सूचना प्रणाली) समाधान

अस्पताल प्रबंधन सूचना प्रणाली स्वास्थ्य सेवा में सुधार के लिए प्रौद्योगिकी को अपनाने की दिशा में एक बड़ा कदम है। एच एम आई एस बेहतर अस्पताल प्रशासन और रोगी स्वास्थ्य देखभाल के लिए एक एकीकृत कम्प्यूटरीकृत रोग-विषयक सूचना प्रणाली को शामिल करता है। यह रोगी का एक सटीक, इलेक्ट्रॉनिक रूप से संग्रहीत चिकित्सीय विवरण भी प्रदान करता है। ऐसे अभिलेखों के संग्रह का उपयोग सांख्यिकीय आवश्यकताओं और अनुसंधान के लिए किया जा सकता है। किसी समय विशेष पर एच एम आई एस रोगियों के उपचार प्रवाह को सुव्यवस्थित करता है और साथ ही एक अनुकूलित और कुशल तरीके से कार्यबल को उनकी चरम क्षमता तक प्रदर्शन करने के लिए सशक्त बनाता है। यह एक 'रोगी केंद्रित और चिकित्सा कर्मचारी केंद्रित' प्रतिमान के अद्वितीय संयोजन पर आधारित है, इस प्रकार प्राप्तकर्ताओं और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं दोनों को लाभ प्रदान करता है। यह लागत कम करने के साथ-साथ प्रदर्शन में नाटकीय सुधार सुनिश्चित करता है।

इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य विवरण (ई एच आर) एकीकृत स्वास्थ्य सूचना मंच (आई एच आई पी) विकसित करने की कुंजी है। एच एम आई एस एप्लीकेशन के कार्यान्वयन से लोगों, उनकी प्रक्रियाओं और किसी एक समय विशेष पर सभी अस्पतालों के आंकड़ों को एक ही मंच पर जोड़ता है, साथ ही कार्यप्रगति की सूचना इलेक्ट्रॉनिक रूप से, उपयुक्तता एवं एकीकरण क्षमताओं में परिवर्तन का प्रबंधन करता है।

एप्लीकेशन, रोगी पंजीकरण, नमूना संग्रह आदि जैसे क्षेत्रों के लिए बार कोडिंग इंटरफेस की सुविधा देता है, डी आई सी ओ एम मानकों के साथ मशीन इंटरफेस के लिए प्रावधान, आई सी डी (रोगों का अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण), एस एन ओ एम ई डी आदि जैसे कोड सेट के साथ एकीकरण, एच एल – 7 सूचना सहायता इत्यादि।

एच एम आई एस समाधान आयुष्मान भारत – डिजिटल स्वास्थ्य मिशन के साथ एकीकरण के अनुपालन में है

एन आई सी और सी डी ए सी द्वारा विकसित अस्पताल प्रबंधन सूचना प्रणाली समाधान एप्लीकेशन को लगातार ई-हॉस्पिटल और ई-सुश्रुत नाम दिया गया है। उत्तर प्रदेश राज्य में दोनों एप्लीकेशन तालमेल के साथ लागू किए गए हैं।

इन एप्लिकेशन्स के तहत उपलब्ध प्रारूप एवं कार्यात्मकताएं मोटे तौर पर श्रेणियों में विभाजित हैं जो की नीचे दी गई हैं।

- रोगी पंजीकरण (ओ पी डी, दुर्घटना, नियुक्ति और ओ आर एस): रोगी पंजीकरण प्रारूप का उपयोग ओ पी डी और आकस्मिक विभागों में रोगी पंजीकरण के साथ-साथ नियुक्तियों को सूचीबद्ध करने, पुष्टि करने और रद्द करने के लिए किया जाता है।
- प्रवेश, छुट्टी और स्थानांतरण (आई पी डी): आई पी डी प्रारूप तब शुरू होता है जब रोगी को पंजीकृत किया जाता है और वार्ड में बिस्तर आवंटित किया जाता है। यह अस्पताल में रहने के दौरान रोगी को प्रदान किए गए संपूर्ण उपचार और सेवाओं से संबंधित है।
- बिलिंग: बिलिंग प्रारूप सभी प्रकार के बिलिंग कार्यप्रवाहों को संभालता है। यह प्रारूप बिलिंग रसीदों और धन की वापसी से संबंधित बिलिंग कार्यों के प्रबंधन के लिए खजांची और बिलिंग संचालकों को सुविधा प्रदान करता है।
- क्लिनिक (ओ पी डी और आई पी डी): क्लिनिक प्रारूप चिकित्सकों और उपचारकर्मियों को रोगियों के नैदानिक आंकड़ों जैसे दौरे, जांच, निदान, इतिहास, उपचार, नुस्खे आदि का विवरण प्रस्तुत करने और जांच, प्रक्रियाओं और दवाओं को रखने की अनुमति देता है साथ ही रोगियों को प्रदान किए जाने वाले उपचार और अन्य सेवाओं का अनुरेखण सुरक्षित रखता है।
- प्रयोगशाला सूचना प्रणाली (एल आई एस): प्रयोगशाला प्रारूप प्रयोगशाला क्षेत्रों में उपयोग की जाने वाली विभिन्न मानवीकृत प्रक्रियाओं जैसे की रोगी के नमूनों पर परीक्षण और प्रक्रियाओं को स्वचालित करता है। प्रयोगशाला आंकड़ासंग्रह में नमूनों का संग्रह और परिग्रहण, उचित विभाग या कार्य क्षेत्रों में प्रसंस्करण और विश्लेषण, परिणामों की समीक्षा और सत्यापन, परिणामों का विवरण तथा नैदानिक उपचार के लिए निदान संबंधी सूचनाओं को संगृहीत करता है।
- रेडियोलॉजी सूचना प्रणाली (आर आई एस): रेडियोलॉजी प्रारूप रेडियोलॉजी सेवाओं में उपयोग की जाने वाली मानवीकृत प्रक्रियाओं को स्वचालित करता है जिसके अंतर्गत परीक्षणों और प्रक्रियाओं का क्रम, परिणामों की समीक्षा और सत्यापन, परिणामों विवरण तथा नैदानिक उपचार के जांच इत्यादि।
- फार्मसी प्रबंधन (ई-औषधि डी वी डी एम एस के साथ एकीकृत) और भंडार प्रबंधन: फार्मसी और इन्वेंटरी प्रबंधन अस्पताल में एक केंद्रीय भूमिका निभाता है। इसमें मर्दों के मामले में विभिन्न विभागों की जरूरतों का पता लगाना और ऐसी नीतियां बनाना शामिल है कि सभी सामग्री, जिनकी निरंतर मांग है, लगातार उपलब्ध रहे, ताकि उपयोगकर्ता विभागों को बिना देरी के आपूर्ति की जा सके। इसमें वस्तुओं का वर्गीकरण, संहिताकरण आदि शामिल हैं। सभी भंडारों का मुख्य उद्देश्य अस्पताल के विभागों को वे जो चाहते हैं, जब वे चाहते हैं, के साथ वस्तुओं की आपूर्ति प्रदान करना है।
- ओ टी प्रबंधन: ओ टी प्रबंधन प्रारूप अस्पतालों में ऑपरेशन थिएटरों के कार्यों और कार्यप्रवाह को स्वचालित करता है।
- आहार: आहार प्रारूप अस्पतालों में रोगियों को प्रदान की जाने वाली आहार सेवाओं के कार्यों को स्वचालित करता है।

लॉन्डी: लॉन्डी प्रारूप अस्पतालों में लॉन्डी सेवाओं के कार्यों और कार्यप्रवाह को स्वचालित करता है।

चिकित्सीय विवरण विभाग (एम आर डी) और इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य विवरण (ई - एच आर): एक इलेक्ट्रॉनिक चिकित्सीय विवरण (ई एम आर) और इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य विवरण (ई एच आर) एक कंप्यूटर आधारित मरीज का चिकित्सीय विवरण है। एक ई एम आर/ई एच आर किसी भी स्थान पर रोग-विषयक कर्मचारियों द्वारा रोगी के आंकड़ों तक पहुंच की सुविधा प्रदान करता है। इलेक्ट्रॉनिक चिकित्सीय विवरण की शुरुआत के साथ रोगी की

जानकारी इलेक्ट्रॉनिक रूप से प्राप्त की जाती है। रोगी की सभी सूचनाओं तक आसानी से पहुँचा जा सकता है और कागज आधारित विवरण की तुलना में बहुत कम समय की आवश्यकता होती है। यह पूरे नेटवर्क में रोगी के विवरण तक पहुंच प्रदान करता है। इलेक्ट्रॉनिक विवरण न केवल उपयोग और रखरखाव के लिए आसान है बल्कि यह स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता में भी सुधार करता है।

प्रशासन और प्रबंधन: यह प्रारूप सभी मुख्य आंकड़ों के विन्यास, उपयोगकर्ता एकाधिकार, नामावली आदि को पूरा करने के लिए कार्यक्षमता प्रदान करता है।

ब्लड बैंक (ई-ब्लड बैंक का एकीकरण): ई-रक्तकोष सी डी ए सी का ब्लड बैंक प्रबंधन प्रणाली (बी बी एम एस) है, जो एक अलग एप्लिकेशन है जो पहले से ही कई राज्यों में शुरू हो चुका है। प्रणाली के अंतर्गत आने वाले सभी अस्पतालों के लिए ई-ब्लड बैंक को एच एम आई एस के साथ एकीकृत किया जाएगा।

डैशबोर्ड प्रबंधन: डैशबोर्ड, जो एक प्रकार की कार्यकारी सूचना प्रणाली हैं, उपयोगकर्ताओं को स्क्रीन पर स्थिति का विवरण प्राप्त करने की अनुमति देते हैं।

नागरिक केंद्रित मोबाइल एप्लिकेशन: ई-सुश्रुत एप्लिकेशन के कार्यान्वयन के तहत 'एमहेल्थ' – नागरिक-केंद्रित मोबाइल एप्लिकेशन स्वास्थ्य सेवा प्रतिष्ठानों को उनके संचालन के समग्र दृष्टिकोण के साथ सक्षम बनाता है और इस तरह, हम एक पोर्टेबल माध्यम से बेहतर रोगी देखभाल प्रदान करने के लिए वर्तमान अस्पताल प्रबंधन प्रणाली को सुव्यवस्थित कर रहे हैं। नागरिक/मरीज, चिकित्सक एवं पंजीकृत स्वास्थ्य कार्यकर्ता जिन्हें उपयोग के लिए किसी भी स्मार्टफोन डिवाइस पर गूगल प्ले स्टोर/आई ओ एस ऐप स्टोर से आसानी से डाउनलोड किया जा सकता है। एच एम आई एस मोबाइल एप्लिकेशन रोगियों को उनके स्मार्ट फोन पर अस्पतालों द्वारा सक्षम प्रावधानों तक पहुंचने में सहयोग करेगा और नियुक्तियां ले सकते हैं, पंजीकरण का प्रावधान कर सकते हैं, उनके रोग-विषयक परिणामों आदि की जांच कर सकते हैं।

मेरा अस्पताल: यह स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार की एक पहल है, मोबाइल एप्लिकेशन और वेब पोर्टल है जो उपयोगकर्ता के अनुकूल कई चैनलों जैसे लघु संदेश सेवा (एस एम एस), आउटबाउंड डायलिंग (ओ बी डी) के माध्यम से अस्पताल में प्राप्त सेवाओं पर रोगी की प्रतिक्रिया प्राप्त करने के लिए है। रोगी मोबाइल ऐप और वेब पोर्टल पर पिछले 7 दिनों में अस्पतालों में आने जाने से संबंधित जानकारी सात अलग-अलग भाषाओं में प्रतिक्रिया प्रस्तुत कर सकता है।

रोगी पहले दी गयी प्रतिक्रिया को भी देख सकता है। एकत्रित प्रतिक्रियाओं को स्वास्थ्य सुविधाओं में सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार के लिए सुविधा, जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर विभिन्न हितधारकों के लिए सुलभ डैशबोर्ड के रूप में संकलित, विश्लेषण और कल्पना की जाएगी। इस प्रकार, मेरा अस्पताल भारत सरकार के नागरिक केंद्रित माईगाँव मंच के साथ संरेखित करता है जो रोगियों को स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और नीति निर्माताओं के साथ जुड़ने और उनकी राय सुनने और उस पर कार्रवाई करने की अनुमति देता है।

ऑनलाइन पंजीकरण प्रणाली (ओ आर एस) एक डिजिटल इंडिया पहल है जिसका उद्देश्य आयुष्मान भारत स्वास्थ्य खाते के साथ एकीकृत रोगी के लिए अस्पताल सेवाओं तक ऑनलाइन पहुंच प्रदान करना है।

ऑनलाइन पंजीकरण प्रणाली (ओ आर एस) आधार आधारित ऑनलाइन पंजीकरण और नियुक्ति प्रणाली के लिए

देश भर के विभिन्न अस्पतालों को जोड़ने के लिए एक ढांचा है, जहां अस्पताल प्रबंधन सूचना प्रणाली (एच एम आई एस) के माध्यम से काउंटर आधारित ओ पी डी पंजीकरण और नियुक्ति प्रणाली को डिजिटल किया गया है। एप्लिकेशन को एन आई सी की क्लाउड सेवाओं पर होस्ट किया गया है। पोर्टल आधार संख्या के ई – के वाई सी आंकड़ों का उपयोग करके विभिन्न अस्पतालों के विभिन्न विभागों के साथ ऑनलाइन समयादेश की सुविधा प्रदान करता है, यदि रोगी का मोबाइल नंबर यू आई डी ए आई के साथ पंजीकृत है और यदि मोबाइल नंबर यू आई डी ए आई के साथ पंजीकृत नहीं है तो यह रोगी के नाम का उपयोग करता है। नए रोगी को नियुक्ति के साथ-साथ विशिष्ट स्वास्थ्य पहचान (यू एच आई डी) संख्या भी मिलेगी। अगर आधार नंबर पहले से ही यू एच आई डी नंबर से जुड़ा हुआ है तो समयादेश नंबर दिया जाएगा और यू एच आई डी वही रहेगा।

नीति आयोग द्वारा जिला अस्पताल का मूल्यांकन

समावेशी माध्यमिक स्तर की स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में जिला अस्पतालों की महत्वपूर्ण भूमिका और राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत उन्हें उदार धन आवंटित करने के बावजूद, उनके प्रदर्शन का आकलन करने के लिए कोई व्यापक प्रणाली नहीं है। इसलिए, विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू एच ओ) और स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (एम ओ एच एंड एफ डब्ल्यू) के विशेषज्ञों वाले एक कार्य समूह द्वारा तैयार किए गए ढांचे के अनुसार, नीति आयोग ने 10 प्रमुख प्रदर्शन संकेतकों के आधार पर जिला अस्पतालों के प्रदर्शन पर नजर रखने का अभ्यास किया। आंकड़ों के सत्यापन के लिए नेशनल एक्स्टेंडिशन बोर्ड ऑफ हॉस्पिटल्स – क्वालिटी काउंसिल ऑफ इंडिया (एन ए बी एच – क्यू सी आई) का चयन किया गया था।

जिला अस्पतालों की भूमिका और महत्व

सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल के त्रि-स्तरीय संरचित स्तर में, जिला अस्पताल स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली का एक अभिन्न और महत्वपूर्ण हिस्सा है। यह स्वास्थ्य देखभाल के एक माध्यमिक स्तर के रूप में कार्य करता है, जो जिले में लोगों को व्यापक निवारक, प्रोत्साहक और उपचारात्मक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करता है।

प्रत्येक जिला अस्पताल सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सी एच सी), प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) और उप-केंद्र (एस सी) जैसे सार्वजनिक अस्पतालों/स्वास्थ्य केंद्रों से जुड़ा हुआ है।

जब रोगी किसी दिए गए जिला अस्पताल में पहुंचते हैं, तो वे अपेक्षा करते हैं कि उनके स्वास्थ्य विकार का निदान और उपचार करने के लिए बाह्य रोगी विभाग (ओ पी डी) में आवश्यक चिकित्सा विशेषता में एक चिकित्सक उपलब्ध होगा और परीक्षण और दवाएं लिखेंगे, जो तब फार्मसी में प्राप्त की जा सकती हैं। यदि चिकित्सक रोग-विषयक परीक्षण का परामर्श देता है तो रोगी उपचार के उस विशेष बिंदु पर एक तकनीशियन द्वारा प्रयोगशाला में उन्हें करवा सकता है। अगर चिकित्सक भर्ती होने की सलाह देते हैं, तो मरीज को अस्पताल में बिस्तर मिल सकता है। यदि सर्जरी जैसे उच्च-स्तरीय चिकित्सा उपायों का सुझाव दिया जाता है, तो उचित समय के भीतर रोगी का ऑपरेशन किया जा सकता है। अस्पताल में मरीज के रहने के दौरान, काम पर तैनात नर्सों द्वारा उनकी देखभाल की जाती है। सर्जरी के बाद, रोगी को बिना किसी संक्रमण के ठीक हो जाना चाहिए। अस्पताल के पारिस्थितिकी तंत्र से स्वच्छता और साफ-सफाई के स्वीकार्य स्तर को बनाए रखने की अपेक्षा की जाती है। ये दुनिया में कहीं भी जिला अस्पताल में आने वाले किसी भी मरीज की मानक अपेक्षाएं हैं।

ये सभी आवश्यक घटक एक नाजुक स्वास्थ्य देखभाल श्रृंखला के लिंक बनाते हैं जो रोगी के अनुभव को निर्धारित करता है। किसी भी घटक/विभाग में अक्षमता और अपर्याप्तता रोगी को परेशान कर सकती है और सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल संरचना के स्वास्थ्य परिणामों और लक्ष्यों पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकती है।

आकलन में प्रयुक्त उपाय

मूल्यांकन में बेड, चिकित्सकों, नर्सों, पैरामेडिकल, डायग्नोस्टिक और स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं से लेकर बेड ऑक्यूपेंसी रेट, सीजेरियन सेक्शन सर्जरी और ब्लड बैंक रिप्लेसमेंट रेट तक के स्वास्थ्य संकेतकों की एक विस्तृत श्रृंखला देखी गई। अनुबंध 2 मूल्यांकन के लिए एक उपयुक्त ढांचा बनाने के लिए अध्ययन की गई स्वास्थ्य प्रणालियों का सारांश देता है। सभी राज्यों और केंद्र शासित प्रदेशों (यूटी) में जिला अस्पतालों के पारिस्थितिकी तंत्र और प्रदर्शन का आकलन करने के लिए कुल 10 के पी आई की पहचान की गई थी। के पी आई को नीति आयोग द्वारा कई हितधारकों, अर्थात् एम ओ एच एंड एफ डब्ल्यू, पंजाब, महाराष्ट्र, उत्तर प्रदेश, असम और तमिलनाडु राज्यों, और विश्व स्वास्थ्य संगठन और बिल एंड मेलिंडा गेट्स फाउंडेशन जैसी विशेषज्ञ एजेंसियों के परामर्श से विकसित किया गया था। प्रतिक्रिया प्राप्त करने के लिए सभी राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों के साथ उन्हें साझा करने के बाद, के पी आई को नवंबर 2016 में जे एस (नीति) एम ओ एच एंड एफ डब्ल्यू सलाहकार (स्वास्थ्य) नीति आयोग, प्रमुख सचिव – स्वास्थ्य और एमई (पंजाब), और डब्ल्यू एच ओ के प्रतिनिधि के एक कार्यकारी समूह द्वारा अंतिम रूप दिया गया था।

के पी आई की पहचान कुछ निश्चित लक्ष्यों और उद्देश्यों के आधार पर की गई थी जिन्हें एक समग्र मूल्यांकन प्रक्रिया द्वारा पूरा करने की आवश्यकता थी। उन्हें मोटे तौर पर दो श्रेणियों – संरचना और उत्पादन में वर्गीकृत किया गया था। इन 10 के पी आई में से पांच ने जिला स्तर के अस्पतालों के बुनियादी ढांचे के स्तर का अनुमान लगाया, और शेष ने उन परिणामों को इंगित किया जो ये अस्पताल उत्पन्न कर रहे थे। संकेतकों की एक सूची और विवरण तालिका 1 में दिया गया है।

तालिका 1: जिला अस्पतालों का आकलन करने के लिए मुख्य निष्पादन संकेतकों (के पी आई) की सूची

क्षेत्र	श्रेणी	मुख्य निष्पादन संकेतक
संरचना	ए	1. प्रति 100,000 जनसंख्या पर कार्यात्मक अस्पताल बिस्तरों की संख्या
	ए	2. (ए) आई पी एच एस मानक की स्थिति में चिकित्सकों का अनुपात;
		2. (बी) आई पी एच एस मानदंड की स्थिति में नर्स कर्मियों का अनुपात;
		2. (सी) आई पी एच एस मानदंड की स्थिति में पैरामेडिकल कर्मचारियों का अनुपात
	बी	3. उपलब्ध सहायता सेवाओं का अनुपात
	ए	4. उपलब्ध मुख्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का अनुपात
ए	5. उपलब्ध नैदानिक सेवाओं का अनुपात	
निर्गत	बी	6. बिस्तर अधिभोग दर
	बी	7. सी-सेक्शन दर
	बी	8. सर्जिकल उत्पादकता सूचकांक
	बी	9. प्रति चिकित्सक ओ पी डी
	बी	10. ब्लड-बैंक प्रतिस्थापन दर

मुख्य बिंदु: श्रेणी ए संकेतक वे हैं जो बड़े पैमाने पर राज्य के नियंत्रण में हैं, जबकि श्रेणी बी संकेतक वे हैं जो बड़े पैमाने पर जिला अस्पताल के नियंत्रण में हैं।

विश्लेषण के लिए अस्पतालों का वर्गीकरण

सार्थक विश्लेषण और तुलना के लिए, जिला अस्पतालों को उनकी बिस्तर क्षमता के अनुसार वर्गीकृत किया गया था, जिससे समान आकार के अस्पतालों की तुलना सरलता से की जा सके। इसलिए, मूल्यांकन के प्रयोजन के लिए, 200 बिस्तरों तक के जिला अस्पतालों को छोटे अस्पताल 201 से 300 बिस्तरों वाले को मध्यम आकार के अस्पताल और 300 से अधिक बिस्तरों वाले अस्पतालों को बड़े अस्पताल के रूप में संदर्भित किया गया था।

तालिका 2: जिला अस्पतालों का वर्गीकरण

अस्पताल	श्रेणी
छोटा अस्पताल	200 बेड तक का जिला अस्पताल
मध्यम आकार के अस्पताल	201 से 300 बिस्तरों वाला जिला अस्पताल
बड़े अस्पताल	300 से अधिक बिस्तरों वाला जिला अस्पताल

मेडिको लीगल (चिकित्सकीय-विधिक) प्रक्रिया

परिचय:

औषधि अनुप्रयुक्त विज्ञान है जिसमें:

- विज्ञान और कला का समामेलन है
- सेवा महत्वपूर्ण कारक है
- मानवीय दृष्टिकोण महत्वपूर्ण है
- सामाजिक कारक महत्वपूर्ण हैं
- पारस्परिक कौशल बहुत मायने रखता है
- चिकित्सा एक महत्वपूर्ण व्यवसाय है
- चिकित्सा व्यवसाय स्व-नियामक होता है
- समय बीतने के साथ स्थितियां बदलती हैं
- नैतिक मुद्दे संशोधित हुए हैं
- विधिक मामले भी सामने आए हैं

नैतिक आवश्यकताओं में बदलाव एवं नए विधिक विषयों का समाकलन

- समावेशी विकास
- तकनीकी विकास
- बदलती सामाजिक-राजनीतिक स्थितियां
- व्यावसायिक आवश्यकताएं
- अभ्यास मानक
- चिकित्सकों की धारणा
- सामाजिक और व्यक्तिगत आवश्यकताएं
- रोगी की आवश्यकताओं में वृद्धि

भारत में चिकित्सा नैतिकता, स्वास्थ्य कानून और स्वास्थ्य देखभाल

- चिकित्सा नैतिकता अत्यंत वृहत एवं बहुआयामी विषय है
- राज्य और केंद्र द्वारा अधिक से अधिक स्वास्थ्य कानूनों को लागू करना
- जनता के लिए स्वास्थ्य सेवा विकसित करने के मामले में निजी स्वास्थ्य क्षेत्र का व्यवहार अपूर्ण है
- सार्वजनिक क्षेत्र के अस्पताल चलाना एवं सरकार की स्थिति कतई संतोषजनक नहीं है
- चिकित्सा नैतिकता चिकित्सा पद्धति के समय से ही अस्तित्व में है – मिस्र, ग्रीस और भारत का योगदान
- नैतिकता बहुत जटिल मुद्दा है और यह सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक, नैतिक और आध्यात्मिक विश्वासों और धारणाओं में कटौती करता है

नैतिक ध्येय:

- चरक (हिपोक्रेटिक) शपथ
- सुश्रुत संहिता

- चरक संहिता
- भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम 1956
- धारा 33 – चिकित्सा आचार संहिता (23.10.1970)
- विश्व चिकित्सा संघ (डब्ल्यू एम ए)
- आवधिक अंतर्राष्ट्रीय घोषणाएँ

नैतिक और विधिक मामले

- गर्भपात और गर्भनिरोधक
- कृत्रिम गर्भाधान और क्लोनिंग
- लिंग निर्धारण
- मानसिक रूप से विकलांगों की नसबंदी करना
- अंग प्रत्यारोपण
- चिकित्सा पद्धति में गोपनीयता
- अंतिम देखभाल और इच्छामृत्यु
- मीडिया विज्ञापन
- उपचार से इंकार करने का अधिकार
- व्यावसायिक शुल्क साझा करना
- चिकित्सकों एवं स्वास्थ्य सेवा कर्मियों द्वारा हड़ताल
- जैव चिकित्सा अपशिष्ट निपटान
- सामान्य रूप से स्वास्थ्य देखभाल और विशेष रूप से चिकित्सा पद्धति के लिए लागू

विशिष्टताओं और संबंधित चिकित्सा की शाखा के साथ परिवर्तनीय/संशोधित, उदाहरण के लिए:

- विकलांगों की देखभाल
- मानसिक रूप से विकसित और मानसिक रोगियों की देखभाल
- कैंसर रोगियों की देखभाल
- मूत्र रोग विज्ञान में नैतिकता
- नेत्र विज्ञान में चिकित्सा कानून और नैतिकता
- वृद्धों की देखभाल: जराचिकित्सीय देखभाल
- रोगी – चिकित्सक संबंध
- चिकित्सक कौन है
- उपचार विषयक संबंध
- रोगी विषयवस्तु
- चिकित्सक विषयवस्तु
- चिकित्सा पाठ्यक्रम में रोगी-चिकित्सक संबंधों का शिक्षण

आपातकालीन देखभाल के लिए विधिक पहलू

- मेडिको-लीगल कार्य में ऐतिहासिक निर्णय 28 अगस्त, 1989 को लिया गया। 'परमानंद कटारे बनाम भारत संघ एवं अन्य' के मामले में श्री रंगनाथ मिश्रा और जी एल ओझा जे जे की अदालत में भारत के सर्वोच्च न्यायालय ने

इस देश में चिकित्सकीय-विधिक प्रक्रिया से संबंधित समस्याओं की एक विस्तृत श्रृंखला को निहित करते हुए एक ऐतिहासिक निर्णय दिया। यह निर्णय भारत में चिकित्सा पद्धति के इतिहास में एक मील का पत्थर है क्योंकि यह आपातकालीन रोगी देखभाल में चिकित्सा-विधिक कार्यवाही के लगभग सभी महत्वपूर्ण पहलुओं से संबंधित है।

- सी एम ओ / ई एम ओ और अस्पताल प्रशासन की चिकित्सकीय-विधिक जिम्मेदारियां कर्तव्य: यह एक व्यक्ति के रूप में दूसरे के प्रति एक निश्चित तरीके से व्यवहार करने के लिए कानून द्वारा लागू किया गया दायित्व है।
- उत्तरदायित्व: यह एक विशेष कार्य या प्रयोजन है जिसे किसी विशेष नौकरी या स्थिति के कारण करना पड़ता है और आपके पास ठीक से व्यवहार करने की क्षमता होती है और आप किसी और को देखे या नियंत्रित किए बिना निर्णय ले सकते हैं। यह सुनिश्चित करना आपका कर्तव्य है कि आपके द्वारा आवश्यक कदम उठाए गए हैं।

अनाचार : यहां अनाचार को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करते समय उपयुक्त जानकारी की कमी एवं निपुणता के अभाव के रूप में परिभाषित किया जाता है जिससे रोगी को कुछ क्षति, शारीरिक चोट पहुंच सकती है या मृत्यु भी हो जा सकती है। यह व्यवहार नैतिक तौर पर आपराधिक हो, अनाचार कृत्य की श्रेणी में आता है।

चिकित्सकीय-विधिक मामले क्या हैं?

चिकित्सकीय-विधिक मामलों की पहचान, पंजीकरण एवं वर्गीकरण

1. अभिघात (ट्रामा) के सभी मामले
2. जलने और झुलसने के सभी मामले
3. बिजली, आकाशीय बिजली से मरने के सभी मामले
4. फूड पॉइजनिंग / शराब के नशे में जहर देने का पूरा मामला
5. बेहोशी के सभी मामले जहां कोमा के कारण का पता नहीं लगाया जा सका
6. भूख हड़ताल सहित भुखमरी के सभी मामले
7. सभी औद्योगिक खतरों के मामले
8. आयु अनुमान की आवश्यकता वाले सभी मामले
9. अप्राकृतिक यौन अपराधों सहित यौन अपराधों के सभी मामले (पीड़ित / आरोपी)
10. आपराधिक गर्भपात के सभी संदिग्ध मामले
11. सभी लावारिस नवजात
12. हिंसक श्वासावरोध से संबंधित सभी जीवित मामले उदाहरण के लिए, फांसी, गला घोटना, डूबना, दम घुटना
13. ऑपरेशन थियेटर (डी ओटी) में ऑपरेशन के दौरान मौत के मामले
14. अस्पतालों में बंदियों / कैदियों की मृत्युओं के सभी मामले
15. तीव्रग्राहिता या अतिसंवेदनशीलता के कारण मृत्यु के मामले
16. सांप के काटने या जानवर के काटने से मौत के सभी मामले
17. ऐसे संदिग्ध मामले जिसमें रोगी को मृत अवस्था में चिकित्सकों / ई एम ओ तक लाया हो
18. चिकित्सा कदाचार (लापरवाही) के परिणामस्वरूप जीवित या मृत मामले
19. ऐसे मामले जिसमें कोई मरीज अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटे के भीतर बिना उपचार के मर जाता हो

दिशानिर्देश: चिकित्सकीय-विधिक मामलों का निपटारा

- चिकित्सकीय मामले/दैनिक आधार पर सामने आए मामले
- चिकित्सकीय-विधिक मामले के रूप में पंजीकरण
- पुलिस को सूचित करना
- उपचार हेतु परिवहन एवं गंभीरता के आधार पर वरीयता
- नियमित और विशेष जांच
- चिकित्सा संबंधी विवरणों का रखरखाव
- प्रासंगिक चिकित्सा दस्तावेजों और सबूतों का संरक्षण
- मृत्युकालिक घोषणा

उपचार में लापरवाही

- चिकित्सा सेवाओं के वितरण में सामान्य नियम के अनुसार जहां कोई किसी विशेष परामर्श या जांच के लिए चिकित्सक के पास आता है तो उस चिकित्सक को आवश्यक परामर्श एवं जांच को संचालित करने के लिए सहमत होना चाहिए। निहितार्थ यह है कि चिकित्सा देखभाल प्रदाता आवश्यक कौशल और देखभाल के साथ उन सेवाओं को प्रदान करेंगे।
- आवश्यक निपुणता एवं उपचार शैली के साथ उन सेवाओं को प्रदान करने में चिकित्सा उद्यमियों की विफलता – आपराधिक, नागरिक या उपभोक्ता न्यायालय के तहत चिकित्सा लापरवाही में कार्रवाई का आधार बनती है।

चिकित्सकीय लापरवाही

- अंशदायी
- तुलनात्मक
- अवयव:
- कर्तव्य का तत्व
- उल्लंघन का तत्व
- चोट या मृत्यु का तत्व
- प्रमाण-भार (बर्डन ऑफ प्रूफ)
- रेस्पोंडेंट सुपीरियर और व्यक्तिगत दायित्व

मुकदमेबाजी की संभावना को कम करना

1. अभिलेखों को पूरा करना
2. सूचित सहमति का दस्तावेजीकरण
3. रोगी का निक्षेपण
4. सब कुछ दर्ज हो और अच्छी तरह से समझाया गया हो
5. शब्दों का सही चुनाव
6. अंकन की सटीकता
7. अव्यवसायिक टिप्पणियों से बचना
8. खराब परिणाम की सार्थक विवेचना करना

9. दूसरों को दोष देने से बचना – निर्णय सुरक्षित रखना
10. उद्देश्य के अनुरूप
11. सतर्कता/निदानिक जागरूकता बढ़ाना
12. अभिलेखों के साथ करार
13. नैदानिक अध्ययन और गलत निदान की अविश्वसनीयता
14. रोगी का गैर-अनुपालक व्यवहार विवरण में दर्ज होना चाहिए
15. चिकित्सीय सलाह के आधार पर ही अस्पताल से छुट्टी मिले
16. अपठनीय अभिलेख
17. पूर्व के चिकित्सा विवरण को बदलने से बचें
18. विवरण खोने न पाएं

चिकित्सा प्रमाण पत्र के प्रकार

- गर्भावस्था प्रमाण पत्र
 - जन्म प्रमाणपत्र
 - बीमारी/स्वास्थ्य/विकलांगता प्रमाण पत्र
 - आयु प्रमाण पत्र
 - टीकाकरण प्रमाणपत्र
 - खतरनाक रोगों का प्रमाण पत्र
 - पागलपन का प्रमाणपत्र
 - मृत्यु प्रमाण पत्र
- (i) मृत्यु के तथ्य को प्रमाणित करना
 - (ii) मृत्यु को प्रमाणित करना और मृत्यु के कारण का उल्लेख करना
 - पूर्ववर्ती कारण
 - सहरुग्ण परिस्थितियां
 - चिकित्सा हालत
 - अंशदायी कारण

चिकित्सा प्रमाण पत्र के वैधानिक पहलू

किसी चिकित्सा प्रमाणपत्र को दस्तावेजी साक्ष्य के रूप में परिभाषित किया जा सकता है और उस समय के एक दस्तावेज को जारी करने वाले चिकित्सा व्यवसायियों द्वारा सुनिश्चित किए गए तथ्य की सत्यता और शुद्धता के लिए पुष्टि की जाती है।

चिकित्सा प्रमाण पत्र की अनिवार्यता:

- चिकित्सकों या संगठनों के लेटरहेड पर जारी किया जाए
- जारी करने की तिथि, समय और स्थान शामिल करें
- केवल वैध उद्देश्य के लिए जारी किया जाए
- केवल वे तथ्य बताएं जो चिकित्सक की व्यक्तिगत जानकारी में हैं

- देखभाल की वास्तविक अवधि तक सीमित रहें

चिकित्सा प्रमाण पत्र की अनिवार्यता:

- हर विवरण साक्ष्य स्पष्ट रूप से प्रस्तुत किए गए हों संदेह उत्पन्न न करें
- वास्तविक आवश्यकता के अनुसार तैयार किया जाए
- जहां तक संभव हो स्वयं रोगी को सौंपे जाएं और उसके हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान लिया जाए
- कम से कम दो प्रतियों में न्यूनतम बनाया जाए
- रोगी की व्यक्त सहमति के बिना निदान का खुलासा न करें, जब तक कि कानून द्वारा आवश्यक न हो

नियम के अनुसार रोगी की पहचान शामिल है:

- (i) नमूना हस्ताक्षर
- (ii) अंगूठे का निशान – आर टी आई/एल टी आई
- (iii) पहचान के भौतिक निशान

नागरिक विशेषाधिकार बनाम चिकित्सा नैतिकता और स्वास्थ्य कानून

स्वास्थ्य सेवाओं में नागरिक विशेषाधिकार एक ऐसा विषय है जो लोगों/समाज को प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य सेवाओं की सामान्य आवश्यकता से संबंधित है।

उपचार संलग्न चिकित्सक निम्नलिखित विंदुओं के तहत अभियोजन के लिए उत्तरदायी होता है:

- चिकित्सा नैतिकता
- स्वास्थ्य कानून
- उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम (सी पी ए)
- भारतीय अपकृत्य विधि
- भारतीय दंड संहिता
- भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद (मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया)

एच आई वी संक्रमण (एड्स) से संबंधित नैतिक और विधिक मुद्दे:

- यदि रोगी एच आई वी संक्रमित है तो क्या करना चाहिए?
- यदि चिकित्सक/स्वास्थ्य सेवा कर्मचारी एच आई वी संक्रमित है तो क्या करना चाहिए?

उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम

चिकित्सा व्यवसाय एवं स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों की जिम्मेदारियां:

उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम (सी पी ए) की शुरुआत से पहले:

- भारतीय अपकृत्य विधि
- भारतीय दंड संहिता (आई पी सी) की विभिन्न धाराओं के तहत लापरवाही बरतने पर सजा
- उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम (सी पी ए) वर्ष 1986 में पेश किया गया एवं 15 अप्रैल 1987 को लागू हुआ
- इसका सही क्रम जिला/राज्य/राष्ट्रीय → सर्वोच्च न्यायालय है।

अधिनियम ने शिकायतों के निवारण के लिए आसान, सस्ते और त्वरित उपचार की संभावनाएं खोली हैं और उपभोक्ता आंदोलन को गति और प्रेरणा मिली है।

अभी तक इस संबंध में भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम 1956 में ऐसा कोई प्रावधान नहीं किया गया है। सी पी

ए अंतर्राष्ट्रीय उपभोक्ता संघ संगठनों (आई ओ सी यू) द्वारा तय किए गए उपभोक्ता के अधिकारों को बढ़ावा देने और उनकी रक्षा करना चाहता है:

- सुरक्षा का अधिकार
- सूचना पाने का अधिकार
- चुनने का अधिकार
- सुने जाने का अधिकार
- निवारण का अधिकार
- उपभोक्ता शिक्षा का अधिकार
- स्वस्थ पर्यावरण का अधिकार
- मूलभूत आवश्यकताओं का अधिकार

एक चिकित्सक के कर्तव्य और दायित्व:

विश्व चिकित्सा संघ (डब्ल्यू एम ए) द्वारा चिकित्सा आचार संहिता और घोषणा के आधार पर:

- (i) रोगियों के प्रति कर्तव्य
- (ii) जनता के प्रति कर्तव्य
- (iii) प्रवर्तकों / सरकार के प्रति कर्तव्य
- (iv) कुछ भी अवैध न करने या अवैध कार्यों को छिपाने का कर्तव्य
- (v) एक दूसरे के प्रति कर्तव्य

चिकित्सक - रोगी अनुबंध

- अंतर्निहित अनुबंध
- अभिव्यक्त अनुबंध
- अपने मरीजों का इलाज करना जारी रखें
- उचित देखभाल के साथ व्यवहार करें
- उचित कौशल के साथ
- अपने कौशल से परे कोई प्रक्रिया / उपचार नहीं करना
- व्यवसायी गुप्त सूचनओं को प्रकट नहीं करना चाहिए

व्यावसायिक लापरवाही (कदाचार/अनाचार)

- चिकित्सकीय लापरवाही या कदाचार को उचित देखभाल और कौशल की कमी के रूप में परिभाषित किया गया है, जिसमें चिकित्सक की ओर से रोगी के इलाज में जानबूझकर की गयी ऐसी लापरवाही को चिन्हित की जा सकती है जिससे रोगी का स्वास्थ्य या उसका जीवन संकट में पड़ सकता है।
- 'नुकसान' शब्द का तात्पर्य रोगी को शारीरिक, मानसिक या कार्यात्मक चोट से हो सकता है।
- 'नुकसान' शब्द का मूल्यांकन न्यायालय द्वारा समवर्ती और भविष्य की कमाई, उपचार लागत, जीवन प्रत्याशा में कमी और जीवन की समानता के आधार पर धन के संदर्भ में किया जाता है।

आपराधिक लापरवाही

- सी पी ए के तहत मुकदमेबाजी के खिलाफ कदमों को रोकना
- चिकित्सकीय उपचार की स्थिति में अतिरिक्त सावधानी की आवश्यकता होती है
- उपचार की दौरान हुई दुर्घटना की स्थिति में चिकित्सक को क्या करना चाहिए?

- संस्थान और व्यवसायियों को मुकदमेबाजी से बचाने के लिए अस्पताल प्रशासन / प्रबंधन की भूमिका

व्यावसायिक लापरवाही (कदाचार/अनाचार)

लॉर्ड डेनिंग ने अपनी पुस्तक "द डिसिप्लिन ऑफ लॉ" में लिखा है, "चिकित्सा कदाचार के मुकदमे चिकित्सा पेशे के लिए अभिशाप बन गए हैं। विधिक पेशे को आकस्मिक शुल्क मिलता है, इसलिए वे अटकलों पर मामले उठाते हैं, न्यायालय भारी हर्जाना देता है, बीमा प्रीमियम अधिक होता है। उपरोक्त स्थितियों को कवर करने के लिए डॉक्टरों को अतिरिक्त शुल्क लेने के लिए मजबूर किया जाता है। यह सब बहुत चिंताजनक है।"

चिकित्सा नैतिकता एवं वैधानिकता

- चिकित्सा नैतिकता की अंतर्राष्ट्रीय संहिता (जेनेवा उद्घोषणा)
- मैं मानवता की सेवा के लिए अपना जीवन समर्पित करने की सत्यनिष्ठा से शपथ लेती / लेता हूँ
- यहां तक कि खतरे में भी, मैं मानवता के नियमों के विपरीत अपने चिकित्सा ज्ञान का उपयोग नहीं करूंगी / करूंगा
- मैं गर्भधारण के समय से मानव जीवन के लिए अत्यंत सम्मान बनाए रखूंगी / रखूंगा
- मैं अपने कर्तव्य और अपने रोगी के बीच धर्म, राष्ट्रीयता, दलीय राजनीति या सामाजिक प्रतिष्ठा के विचार को हस्तक्षेप करने की अनुमति नहीं दूंगी / दूंगा।
- मैं विवेक और सम्मान के साथ अपने व्यवसाय का अनुसरण करूंगी / करूंगा
- रोगी बेहतर स्वास्थ्य पर मेरा पहला ध्येय होगा।
- मैं अपने शिक्षकों को यथोचित सम्मान एवं आभार प्रदान करूंगी / करूंगा
- मैं गोपनीयता का सम्मान करूंगी / करूंगा
- मैं अपनी शक्ति में हर तरह से चिकित्सा व्यवसाय के सम्मान और महान परंपराओं को बनाए रखूंगी / रखूंगा
- मेरे सहकर्मी मेरे भाई / बहन जैसे होंगे

मृत्युकालिक कथन / मृत्युपूर्व घोषणा

उद्देश्य:

चिकित्सा अधिकारी को मृत्युकालिक कथन / मृत्युपूर्व घोषणा का आशय समझना

विषय:

मृत्युकालिक कथन / मृत्युपूर्व घोषणा को भारतीय साक्ष्य अधिनियम की धारा 32 (1) में परिभाषित किया गया है। यह "लेटेर्म मॉर्टम" के सिद्धांत पर आधारित है जिसका अर्थ है "मौत से पहले कहे गए शब्द" और विधिक शब्दावली में इसे 'मृत्यु पूर्व घोषणा' कहा जाता है। मृत्युकालिक घोषणा—पत्र स्वयं ही अपना अर्थ स्पष्ट करता है किन्तु यह प्रयास उन प्रश्नों को उजागर करती है जिनका मृत्युकालिक घोषणा—पत्र से विधिक संबंध होता है। इस विषय का अध्ययन उन बयानों पर प्रकाश डालता है जो मृत्युकालिक बयान या कानून द्वारा स्वीकार्य उसके विभिन्न रूपों के अंतर्गत आते हैं, विधिक तौर पर इस विषय का महत्व है यह विषय यह स्पष्ट करता है कि इस प्रकार के बयान का कुछ मूल्य है या नहीं? और यदि मूल्य है तो इसके अपवाद क्या हैं?

किसी मृतप्राय व्यक्ति के द्वारा सचेत अवस्था में दिया गया बयान उसके अनुसार उसकी मृत्यु के कारण या परिस्थितियों को ठीक—ठीक जाहिर करता है जिसे आवश्यकता पड़ने पर मामलों में परीक्षण के दौरान साक्ष्य के रूप में प्रस्तुत किया जा सकता है।

इसी विश्वास के आधार पर मरने से पहले ठीक दिया गया बयान विश्वसनीय और भरोसेमंद सबूत माना जाता है क्योंकि ज्यादातर लोग जानते एवं मानते हैं कि मृतप्राय लोग झूठ नहीं बोलते। परिणामस्वरूप, यह हियरसे नियम का एक अपवाद है, जो इसकी अंतर्निहित अविश्वसनीयता के कारण परीक्षण के दौरान गवाही देते समय इसे दोहराने वाले व्यक्ति के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा दिए गए बयान के उपयोग को प्रतिबंधित करता है। चाहे यह कितना भी अनुचित क्यों न लगे लेकिन यदि मृत्युकालिक घोषणा करने वाले व्यक्ति के ठीक होने की थोड़ी सी भी उम्मीद है तो बयान साक्ष्य के रूप में स्वीकार्य नहीं है। एक व्यक्ति जो मरने से पहले की घोषणा करने में सक्षम है उसकी घोषणा को अस्वीकार्य माना जा सकता है। मरने से पहले का बयान आमतौर पर अभियोजन पक्ष द्वारा प्रस्तुत किया जाता है, लेकिन अभियुक्त की ओर से इस घोषणा का इस्तेमाल किया जा सकता है।

शब्द 'मृत्युकालिक घोषणा' का अर्थ किसी ऐसे व्यक्ति द्वारा लिखित या मौखिक रूप दिया गया बयान है जिसकी मृत्यु हो चुकी है। यह एक ऐसे व्यक्ति का बयान है जो अपनी मृत्यु की परिस्थितियों को स्पष्ट करते हुए मर गया था। यह उक्ति "व्यक्ति अपने मन में झूठ लेकर इस दुनिया से नहीं सकता" पर आधारित है "य उदाहरण के लिए, एक आदमी अपने निर्माता से अपने मुंह पर झूठ बोलकर नहीं मिलेगा। हमारा भारतीय कानून इस तथ्य को स्वीकार करता है कि 'एक मरता हुआ आदमी शायद ही कभी झूठ बोलता है।' या 'सच्चाई मरते हुए आदमी के होठों पर बैठती है।' यह सुनी—सुनाई साक्ष्य नियम को बाहर करने के सिद्धांत का अपवाद है। यहां व्यक्ति (पीड़ित) अपराध का एकमात्र चश्मदीद गवाह है, और उसके बयान को बाहर करने से न्याय का अंत विफल हो जाएगा।

भारतीय साक्ष्य अधिनियम की धारा 32 – किसी मरे हुए व्यक्ति या ऐसे व्यक्ति से जिसे ढूंढा नहीं जा सकता, से जुड़े मामलों से संबंधित है।

1.1 धारा 32: ऐसे मामले जिनमें प्रासंगिक तथ्य किसी मृत व्यक्ति या फिर कभी नहीं मिल सकने वाले व्यक्ति का बयान से संबंधित हैं चाहे बयान लिखित या मौखिक जो भी तथ्य उस व्यक्ति द्वारा दिए गए हैं, वो अपने बयान का

साक्ष्य प्रस्तुत करने में असमर्थ है ६ मान लिया गया है ६ जिसकी उपस्थिति देरी या विस्तार की राशि के बिना प्राप्त नहीं की जा सकती है, जिसके तहत, मामले की परिस्थितियाँ न्यायालय को अनुचित प्रतीत होता है, निम्नलिखित मामलों में प्रासंगिक रूप से विवेचना में लाए जाते हैं:

- (1) जब यह मृत्यु के कारण से संबंधित हो
- (2) या व्यापार के क्रम में बनाया जाता है
- (3) या निर्माता के हित के विरुद्ध
- (4) या सार्वजनिक अधिकार या प्रथा या मामलों के रूप में राय देता है
- (5) या संबंध के अस्तित्व से संबंधित है
- (6) या परिवार से संबंधित वसीयत या विलेख में बनाया गया है
- (7) या धारा 13, खंड (ए) में उल्लिखित लेनदेन से संबंधित दस्तावेज में
- (8) या कई व्यक्तियों द्वारा बनाया गया है और प्रश्न में पदार्थ के लिए प्रासंगिक भावनाओं को व्यक्त करता है

लेकिन यहां, हम 'मृत्युकालिक घोषणा' के बारे में अध्ययन कर रहे हैं जो मृत्यु के कारण से जुड़े मामलों से संबंधित है। भारतीय साक्ष्य अधिनियम की धारा 32 की उपधारा (1) में इसका उल्लेख है।

धारा 32 (1) जब यह मृत्यु के कारण से संबंधित हो। जब किसी व्यक्ति द्वारा उसकी मृत्यु के कारण के रूप में बयान दिया जाता है, या लेन-देन की किसी भी परिस्थिति के कारण उसकी मृत्यु हो जाती है, ऐसे मामलों में जिसमें उस व्यक्ति की मृत्यु का कारण प्रश्न में आता है।

इस तरह के बयान प्रासंगिक हैं कि जिस व्यक्ति ने उन्हें बनाया था वह उस समय था या नहीं था जब वे मृत्यु के अपवाद के तहत किए गए थे, और जो भी कार्यवाही की प्रकृति हो सकती है जिसमें उसकी मृत्यु का कारण प्रश्न में आता है।

स्पष्टीकरण

सवाल यह है कि क्या व्यक्ति (ए) की हत्या व्यक्ति (बी) ने की थी या व्यक्ति (ए) एक लेन-देन में प्राप्त चोटों से मर जाता / जाती है, जिसके दौरान उसके साथ छेड़खानी की गई थी। सवाल यह है कि क्या व्यक्ति (ए) की हत्या व्यक्ति (बी) ने ऐसी परिस्थितियों में की थी कि व्यक्ति (ए) की विधवा / विधुर द्वारा व्यक्ति (बी) के खिलाफ मुकदमा दायर किया जाएगा।

व्यक्ति (ए) द्वारा अपनी मृत्यु के कारण के रूप में दिए गए बयान, क्रमशः हत्या, बलात्कार और विचाराधीन गलत विचाराधीन कार्रवाई योग्य गलत का संदर्भ देते हुए प्रासंगिक तथ्य हैं।

उल्का राम बनाम राजस्थान राज्य मामले में, सर्वोच्च न्यायालय ने कहा कि, "जब किसी व्यक्ति द्वारा उसकी मृत्यु के कारण या लेन-देन की किसी भी परिस्थिति के रूप में बयान दिया जाता है, जिसके परिणामस्वरूप उसकी मृत्यु हो जाती है, तो उसकी मृत्यु के कारण प्रश्नगत साक्ष्य के रूप में स्वीकार्य है, कानून में ऐसे बयानों को अनिवार्य रूप से मरने से पहले दिया गया बयान कहा जाता है।"

शीर्ष अदालत ने अपने फैसले में पी.वी. राधाकृष्ण बनाम कर्नाटक राज्य ने कहा कि 'जिस सिद्धांत पर मरने से पहले दिया गया बयान साक्ष्य में स्वीकार किया जाता है, वह लैटिन मैक्सिम, "व्यक्ति अपने मन में झूठ लेकर इस दुनिया से नहीं सकता" में इंगित किया गया है, एक आदमी अपने निर्माता से उसके मुंह में झूठ के साथ नहीं मिलेगा। किसी ऐसे व्यक्ति द्वारा दर्ज कराई गई सूचना जिसकी बाद में मृत्यु हो गई हो, उसकी मृत्यु के कारण के संबंध में, इस खंड के तहत साक्ष्य में स्वीकार्य है।

एक प्रमुख मामले में आरोपी की पत्नी ने मृतक से 18 प्रतिशत के ब्याज पर 3000 रुपये उधार लिए थे। उसके कर्ज से संबंधित कई पत्रों पर आरोपी की पत्नी के हस्ताक्षर थे जो मृतक के घर से उसकी मृत्यु के बाद मिले थे। एक पत्र जिस पर किसी के हस्ताक्षर नहीं थे, वह मृतक के एन 20 मार्च, 1937 को यह यथोचित रूप से स्पष्ट था कि यह अभियुक्त की पत्नी की ओर से आया होगा, जिसने उसे उस दिन या अगले दिन बेरहामपुर आने के लिए आमंत्रित किया था।

के एन की विधवा अदालत को बताया था कि उसके पति ने उसे बताया था कि स्वामी की पत्नी ने उसे अपना भुगतान प्राप्त करने के लिए बेरहामपुर आने के लिए आमंत्रित किया था। अगले दिन के एन बेरहामपुर जाने के लिए अपना घर छोड़ दिया और 23 मार्च को पुरी में एक ट्रेन के डिब्बे में एक ट्रंक में उसका शव मिला जो सात टुकड़ों में काटा गया था। आरोपी को हत्या का दोषी ठहराया गया और मौत की सजा दी गई क्योंकि उसके खिलाफ कई सबूत थे।

वजीर चंद बनाम हरियाणा राज्य में, जिसमें अदालत ने पाकला के फैसले का अवलोकन किया और कहा, 'इन्हें मामले के तथ्यों पर लागू करते हुए उनके आधिपत्य ने इंगित किया कि मामले में लेन-देन एक था जिसमें मृतक की 21 मार्च को हत्या कर दी गई थी और उसका शरीर एक ट्रंक में पाया गया था जो आरोपी की ओर से खरीदा गया साबित हुआ। मृतक द्वारा 20 मार्च को दिया गया बयान कि वह उस स्थान पर जा रहा था जहां आरोपी रह रहा था, स्पष्ट रूप से लेन-देन की कुछ परिस्थितियों के बारे में एक बयान प्रतीत होता है जिसके परिणामस्वरूप उसकी मृत्यु हो गई। इस प्रकार, कथन को सही रूप में स्वीकार किया गया।

आर वी जेनकिन्स के मामले में, आरोपी पर एक महिला की हत्या का आरोप लगाया गया था। उसने आधी रात को उस पर हमला किया लेकिन उसने उसे पहचान लिया था क्योंकि उसे पहचानने के लिए पर्याप्त रोशनी थी। जब मजिस्ट्रेट के क्लर्क ने उससे बयान दर्ज करने के लिए आरोपी के बारे में पूछा, तो उसने कहा कि वह जेनकिन्स था जिसने अपराध किया था। क्लर्क ने उससे पूछा कि, क्या उसने अपने ठीक होने की उम्मीद के बिना बयान दिया था, उसने जवाब दिया कि वह ठीक होने की कोई उम्मीद नहीं कर रही है। लेकिन जब क्लर्क ने उस बयान को पढ़कर सुनाया, उसके हस्ताक्षर करने से पहले, उसने उस बयान में 'वर्तमान में' शब्द जोड़ने के लिए कहा।

अदालत द्वारा यह माना गया था कि बयान मरने से पहले का बयान नहीं था क्योंकि "वर्तमान में" शब्दों पर उनका आग्रह दिखाता है कि उनके पास कुछ है, हालांकि ठीक होने की थोड़ी उम्मीद है।

II- मृत्युकालिक घोषणा के माध्यम से पहचान

मृत्युकालिक घोषणा का कोई विशेष रूप नहीं है जिसे कानून की नजर में पहचाना या स्वीकार किया जा सकता है। लेकिन वह उचित पहचान के साथ सबूत के एक हिस्से के रूप में कार्य करना चाहिए।

एक मामले में, शीर्ष अदालत ने यह भी माना है कि, "पूरे मामले का सार यह था कि मृतक को किसने और क्यों छुरा घोंपा था। मरने से पहले दिए गए बयान में ये महत्वपूर्ण तथ्य पाए जाने चाहिए।"

II-1 प्रश्न-उत्तर प्रपत्र

जहां मरने से पहले दिया गया बयान सवाल-जवाब के रूप में दर्ज नहीं किया गया था, यह माना गया था कि इसे केवल इसी कारण से खारिज नहीं किया जा सकता था। कथा में दर्ज एक बयान अधिक स्वाभाविक हो सकता है क्योंकि यह पीड़ित द्वारा कथित घटना का संस्करण दे सकता है।

11.2 भौतिक मुद्रा और संकेत

रानी-महारानी बनाम अब्दुल्ला के मामले में अभियुक्त ने मृतक लड़की का गला काट दिया था और इस वजह से वह बोल नहीं पा रही थी, उसने अपने हाथ के संकेतों से अभियुक्त का नाम बताया, जो की पकड़ा गया था। इलाहाबाद उच्च न्यायालय की पूर्ण पीठ ने "यदि घायल व्यक्ति बोलने में असमर्थ है, तो वह प्रश्न के उत्तर में संकेतों और इशारों से मृत्यु पूर्व कथन कर सकता है।" एक अन्य मामले में सर्वोच्च न्यायालय ने कहा कि "सांकेतिक भाषा का मूल्य इस बात पर निर्भर करेगा कि संकेतों को किसने दर्ज किया, किसके (क्या पीड़ित व्यक्ति के स्वयं के) संकेतों पर किए गए, कौन से प्रश्न पूछे गए, क्या सरल या जटिल और कितने प्रभावी और समझने योग्य थे इत्यादि।"

11-3 कथन की भाषा

जहां मृतक ने कन्नड़ और उर्दू भाषाओं में बयान दिया था, यह माना गया था कि बयान को केवल उस आधार पर खारिज नहीं किया जा सकता था, या इस आधार पर कि यह केवल कन्नड़ में दर्ज किया गया था। जहां बयान तेलुगु में था और डॉक्टर ने इसे अंग्रेजी में दर्ज किया था, लेकिन घायल व्यक्ति को किसी अन्य डॉक्टर द्वारा बयान समझाने की सावधानी बरती गई थी, बयान को वैध मृत्यु पूर्व बयान माना गया था।

11-4 मौखिक घोषणा

सर्वोच्च न्यायालय ने इस तरह की घोषणा की पुष्टि की आवश्यकता पर विशेष रूप से इस तरह के मामले में जोर दिया, जहां घायल व्यक्ति द्वारा अपनी मां को मौखिक बयान दिया गया था और वह एक इच्छुक गवाह थी। ऐसी घोषणा पर सावधानी से विचार किया जाना चाहिए। उस व्यक्ति द्वारा मौखिक रूप से दिया गया बयान जिसे सिर पर लाठी से मारा गया था और जिसे एफ आई आर दर्ज कराने वाले गवाह द्वारा सुनाया गया था। एफ आई आर के एक भाग के रूप में धारा 32 के प्रयोजन के लिए एक विश्वसनीय कथन के रूप में स्वीकार किया गया था।

11-5 अंगूठे का निशान

अंगूठे के निशान से प्रमाणित मृत्युकालिक बयान को इस तथ्य के मद्देनजर संदिग्ध माना गया कि पीड़िता 100 प्रतिशत जल चुकी थी।

11-6 अधूरा कथन

सर्वोच्च न्यायालय ने माना था कि यदि कोई मृतक मुख्य वाक्य (उदाहरण के लिए, अपराध के लिए उत्पत्ति या मकसद) को पूरा करने में विफल रहता है, तो मरने से पहले दिया गया बयान अविश्वसनीय होगा। हालांकि, यदि मृतक ने पूरी कहानी सुनाई है, लेकिन अंतिम औपचारिक प्रश्न का उत्तर देने में विफल रहता है कि वह और क्या कहना चाहता है, तो घोषणा पर भरोसा किया जा सकता है।

11-7 जहां घोषणाकर्ता जीवित रहता है

सर्वोच्च न्यायालय द्वारा तय किए गए एक मामले में, मरने से पहले बयान देने वाला मृतक गंभीर रूप से घायल था, लेकिन बयान देते समय पूरी तरह होश में था। न्यायालय ने कहा कि तथ्यों और परिस्थितियों के संबंध में उनके बयान में आईना असंगतता उनके बयान पर भरोसा नहीं करने के लिए पर्याप्त आधार नहीं होगी, जो अन्यथा वास्तविक पाया गया था।

11-8 शारीरिक स्वास्थ्य के चिकित्सीय विवरण का अभाव

जहां एक दहेज पीड़िता के मृत्युकालिक बयान को इस आधार पर चुनौती दी गई थी कि बयान के लिए पीड़िता के मानसिक स्वस्थता का प्रमाण पत्र चिकित्सक द्वारा नहीं दिया गया था, सर्वोच्च न्यायालय ने उस चूक को कोई महत्व

नहीं दिया, क्योंकि मामला पूरी तरह से घोषणा पर निर्भर नहीं था। तथ्य रिकार्ड में थे, कि घायल महिला रास्ते में वाहन बदलकर अकेले ही अस्पताल गई थी। यह अपने आप में उनकी शारीरिक एवं मानसिक स्वस्थता दिखाने के लिए पर्याप्त सबूत थे।

II-9 जहां मृत्यु के समय कोई गवाह मृतक के पास मौजूद था

गुवाहाटी उच्च न्यायालय ने माना है कि यदि कोई प्रत्यक्षदर्शी किसी की मृत्यु से ठीक पहले मृत्युकालिक बयान के समय मृतक के पास मौजूद था और उसने यह भी देखा की गंभीर चोट के कारण मृतक शारीरिक एवं मानसिक रूप से निष्क्रिय था। फिर भी इस तथ्य के साक्ष्यों को प्रस्तुत न कर पाने की स्थिति में मृत्युकालिक बयान उसके मरने के बाद कोई भरोसा नहीं किया जा सकता थाय माना जा सकता है की वह किसी बहकावे में आकर इस प्रकार का बयान दे सकता होगा।

II-10 जहां कथन, मृत्यु के कारण के लिए प्रासंगिक नहीं है

जब बयान देने वाले व्यक्ति की मृत्यु घटना में प्राप्त चोटों के परिणामस्वरूप नहीं हुई है, तो उसके बयान को उसकी मृत्यु के कारण या लेन-देन की किसी भी परिस्थिति के रूप में, बयान नहीं कहा जा सकता है, जिसके परिणामस्वरूप उसकी मृत्यु में।

II-11 चिकित्सकीय जांच के परिणाम

अस्पताल के चिकित्सक ने अस्पताल के दुर्घटना पंजिका में स्पष्ट रूप से दर्ज किया है कि रोगी होश में था, उसका उन्मुखीकरण अच्छा था और उसने पूछे गए प्रश्न का अच्छी तरह से उत्तर दिया। उसकी चोट या पोस्टमॉर्टम परिणाम के आधार पर उसके बयान को खारिज नहीं किया जा सकता था जिसमें कहा गया था कि मृतक को लगी चोटों की प्रकृति को देखते हुए वह बयान देने की स्थिति में नहीं थी। जहां बयान दर्ज करने वाले मजिस्ट्रेट के पास स्वास्थ्यता का जांच परिणाम उपलब्ध था, वहां यह माना गया कि मजिस्ट्रेट के लिए स्वास्थ्यता की स्वतंत्र जांच करना जरूरी नहीं है।

II-12 चिकित्सक का बयान

दुल्हन के जलने के मामले में जिस चिकित्सक के पास मृतक को इलाज के लिए ले जाया गया था, उसने बयान दिया कि उसके भर्ती होने के तुरंत बाद, उसने कहा कि उसके पति ने उसके कपड़ों पर मिट्टी का तेल डालकर आग लगा दी थी। चिकित्सक ने मामले से संबंधित दस्तावेजों में इसे दर्ज कर लिया। चिकित्सक की गवाही समकालीन प्रविष्टियों के द्वारा समर्थित हो गई। अदालत ने कहा कि चिकित्सक के पास आरोपी के खिलाफ झूठा बयान देने या केस के झूठे कागजात तैयार करने का कोई कारण नहीं था।

II-13 मृत्युकालिक कथन के रूप में प्राथमिकी

के. रामचंद्र रेड्डी बनाम लोक अभियोजक के मामले में, यह माना गया था कि जहां एक घायल व्यक्ति ने प्राथमिकी दर्ज की और फिर उसकी मृत्यु हो गई, इसे मरने से पहले दिए गए बयान के रूप में प्रासंगिक माना गया।

II-14 दहेज के लिए हत्या, पत्नी / बहू को जलाना आदि

ससुराल में एक विवाहित महिला द्वारा उसके जीवन के लिए खतरे से संबंधित उसके बयान के तीन या चार महीने बाद उसकी मृत्यु हुई, जिसे सर्वोच्च न्यायालय ने उसकी मृत्यु की परिस्थितियों को स्पष्ट करने वाला एक बयान माना है। पत्नी को जलाने के एक मामले में, पति द्वारा आग लगाने का बयान दर्ज कराने के बाद, उसने दयापूर्वक निवेदन किया कि उसके पति को नहीं पीटा जाना चाहिए। अदालत के जवाब में इस आधार पर तर्क दिया गया कि

वह अपने पति को दोषमुक्त करना चाहती है।

यह एक मर्मस्पर्शी भावना है जो भारतीय संस्कृति में नारीत्व मूल्यों से उपजी हैय अपने पति द्वारा जला कर मार दिए जाने पर भी पत्नी अपनी परंपरा के अनुसार, अपने पति को दोषमुक्त कराना चाहती है। इसी भावना ने इस मरणासन्न त्रासद स्त्री को यह कहने के लिए प्रेरित किया कि यदि वह मर भी रही है तो उसके पति को प्रताड़ित नहीं किया जाना चाहिए। हम इस बात की सराहना करने में असमर्थ हैं कि इस बयान को अभियुक्तों के विरुद्ध प्रयोग नहीं किया जा सकता है। इस सिद्धांत के एक और आवेदन में पत्नी को जला कर मारने की “हत्या की उस नृशंस प्रजाति” में रखा जा सकता है, से संबंधित मामले में सर्वोच्च न्यायालय ने कहा: “अन्य परिस्थितियों द्वारा पुष्ट किए गए तीन मरने वाले बयान हमारे विचार में अपराध को वापस लाने के लिए पर्याप्त हैं”। वकील ने इन घोषणाओं को खारिज कराने की कोशिश की हैय यह जिक्र किया है कि वे औरतें भयानक पीड़ा की चपेट में हैं और दर्द से कराह रहीं हैं। इस प्रकार की बयानों को विवरणों का पूरक नहीं माना जा सकता हैय यह बयान तो गवाह किसी अन्य स्थितियों में भी दे सकते हैं। यहां, वहां या कई जगहों पर कमियों के लिए इस तरह के मरने वाले बयानों को खारिज करना अवास्तविक, अप्राकृतिक और अचेतन है, अगर मूल रूप से विश्वसनीयता है। इस मामले में भयानक घर में और दोषी ठहराए गए पति की उपस्थिति में हुआ है। हमें इस दृढ़ विश्वास में हस्तक्षेप करने का शायद ही कोई कारण दिखाई देता है। एक मामले में डॉक्टरों को बयान देने के दौरान एक दुल्हन 80 फीसदी तक जल चुकी थी। लेकिन डॉक्टरों के मुताबिक वह बयान देने की स्थिति में है। अदालत ने कहा कि 80: जलने के तथ्य से कोई निष्कर्ष नहीं निकाला जाना चाहिए कि वह बयान देने में सक्षम नहीं हो सकती थी। जहां मृतक पत्नी की घोषणा केवल उसकी मां द्वारा अपदस्थ की गई थी, अदालत ने इसे दोषी ठहराने के लिए पर्याप्त नहीं माना।

II-15 रिश्तेदारों को दिए गए बयान या उनको फसाने के लिए दिए गए बयान

बाद में शीर्ष अदालत ने बाराती बनाम उत्तर प्रदेश राज्य के मामले में यह निर्धारित किया कि मृतक के रिश्तेदारों को दिए गए मरने से पहले दिए गए बयान पर भी भरोसा किया जा सकता है, यदि ये ठीक से साबित किया जा सके। इस मामले में तेजाब छिड़क कर मारे गए मृतक ने पहले अपने भाई और बेटे को बयान दिया, इसे पुलिस स्टेशन में दोहराया और फिर अस्पताल में आरोपी पर आरोप लगाया, अदालत ने कहा कि बयान विचार करने के योग्य था। जहां मृतक की पत्नी द्वारा मरने वाला बयान दर्ज किया गया था, सर्वोच्च न्यायालय ने इसे केवल उस आधार पर खारिज नहीं किया, हालांकि यह जोड़ा कि ऐसे सबूतों की सावधानी से जांच की जानी चाहिए।

III- मृत्युकालिक घोषणा का साक्ष्यिक मूल्य

के.आर. रेड्डी बनाम लोक अभियोजक, मृत्युकालिक घोषणा का साक्ष्यिक मूल्य निम्नानुसार पाया गया

“मरने से पहले दिया गया बयान निस्संदेह धारा 32 के तहत स्वीकार्य है लेकिन अदालत में शपथ लेकर जिरह के द्वारा परखा जा सके जाने की स्थिति में नहीं है तो अदालत में कार्रवाई करने से पहले इस बयान की सत्यता की जांच बारीकी से करनी होगी। अत्यंत गंभीरता के साथ मरते हुए व्यक्ति के शब्दों में पवित्रता जुड़ी होती है क्योंकि मृत्यु के कगार पर खड़ा व्यक्ति न तो झूठ बोलता है और न ही किसी निर्दोष व्यक्ति को फंसाने के लिए कोई मनगढ़ंत बात करता है, फिर भी अदालत को उसके बयान की परख सावधानी से करनी चाहिए। मृतक या तो बहकावे में आकर, या प्रलोभन या उसकी परिकल्पना का परिणाम हो सकता है। लेकिन अदालत को संतुष्ट होना चाहिए कि मृतक के पास अपने हमलावरों को देखने और पहचानने का स्पष्ट अवसर मिलने के बाद बयान देने के लिए मृतक मानसिक स्थिति में था और वह वह बिना किसी प्रभाव या विद्वेष के बयान दे रहा था। एक बार जब अदालत संतुष्ट हो जाती है कि मरने से पहले दिया गया बयान सही और स्वैच्छिक है, तो यह बिना किसी पुष्टि के भी दोषसिद्धि पाने के लिए पर्याप्त हो सकता है।

खुशाल राव बनाम बॉम्बे राज्य में, सर्वोच्च न्यायालय ने मृत्युपूर्व घोषणा से संबंधित निम्नलिखित सिद्धांत निर्धारित किए:

- (i) कानून का कोई पूर्ण नियम नहीं है कि मरने से पहले दिया गया बयान दोषसिद्धि का एकमात्र आधार नहीं हो सकता जब तक कि उसकी पुष्टि न हो जाए। एक सच्ची और स्वैच्छिक घोषणा को किसी पुष्टि की आवश्यकता नहीं है।
- (ii) मरने से पहले दिया गया बयान किसी भी अन्य सबूत की तुलना में कमजोर किस्म का सबूत नहीं है।
- (iii) प्रत्येक मामले को उन परिस्थितियों को ध्यान में रखते हुए अपने स्वयं के तथ्यों पर निर्धारित किया जाना चाहिए जिनमें मरने से पहले की घोषणा की गई थी।
- (iv) मरने से पहले दिया गया बयान अन्य साक्ष्यों के आधार पर कमजोर या मजबूत हो सकता है और आसपास की परिस्थितियों के प्रकाश में और साक्ष्य के वजन को नियंत्रित करने वाले सिद्धांत के संदर्भ में तय किया जाना चाहिए।
- (v) मृत्युकालिक घोषणा जिसे एक सक्षम मजिस्ट्रेट द्वारा उचित तरीके से दर्ज किया गया है, यानी सवाल और जवाब के रूप में, और जहां तक संभव हो घोषणा के निर्माता के शब्दों में एक मरने से पहले की घोषणा की तुलना में बहुत अधिक स्तर जो मौखिक गवाही पर निर्भर करता है जो मानव स्मृति और मानव चरित्र की सभी दुर्बलताओं से ग्रस्त हो सकता है।
- (vi) मरने वाले बयान की विश्वसनीयता का परीक्षण करने के लिए अदालत को परिस्थितियों को ध्यान में रखना पड़ता है जैसे मरने वाले व्यक्ति को अवलोकन के लिए अवसर, उदाहरण के लिए, क्या रात में अपराध होने पर पर्याप्त रोशनी थीय क्या बताए गए तथ्यों को याद रखने की मनुष्य की क्षमता उस समय क्षीण नहीं हुई थी जब वह अपने नियंत्रण से बाहर की परिस्थितियों में बयान दे रहा थाय यदि उसके पास आधिकारिक रिकॉर्ड के अलावा मृत्युकालिक घोषणा करने के कई अवसर थे, तो वह बयान पूरी तरह से सुसंगत रहा हैय और यह बयान जल्द से जल्द अवसर पर दिया गया था और इच्छुक पार्टी द्वारा सिखाए जाने का नतीजा नहीं था।”

IV- मृत्युकालिक घोषणा के अपवाद

‘मृत्युकालिक घोषणा’ के अपवाद यह निर्धारित करते हैं कि जहां मरने वाले व्यक्तियों द्वारा दिए गए बयान स्वीकार्य नहीं हैं:

IV.1 यदि मृतक की मृत्यु का कारण प्रश्नगत नहीं है: यदि मृतक ने अपनी मृत्यु से पहले अपनी मृत्यु के कारण के अलावा कुछ भी बयान दिया है, तो वह घोषणा साक्ष्य में स्वीकार्य नहीं है।

IV-2 यदि घोषणाकर्ता एक सक्षम गवाह नहीं है: घोषणाकर्ता को सक्षम गवाह होना चाहिए। बच्चे का मृत्युकालिक कथन स्वीकार्य नहीं है। अमर सिंह बनाम मध्य प्रदेश राज्य, 1996 आपराधिक कानून पत्रिका (मध्य प्रदेश) 1582 में, यह एम पी राज्य द्वारा आयोजित किया गया था। उच्च न्यायालय ने कहा कि मानसिक या शारीरिक स्वस्थता के सबूत के बिना मरने से पहले दिया गया बयान विश्वसनीय नहीं था।

IV-3 असंगत घोषणा: असंगत मृत्युकालिक घोषणा का कोई साक्ष्य मूल्य नहीं है।

IV-4 संदिग्ध विशेषताएं: रामिलाबेन बनाम गुजरात राज्य में यह अदालत द्वारा आयोजित किया गया था कि दूसरी डिग्री तक जलने की चोटें, घटना के 7-8 घंटे बाद घायलों की मृत्यु हो गई, चार मृत्यु संबंधी बयान दर्ज किए गए लेकिन किसी के पास चिकित्सा प्रमाण पत्र नहीं था इसके अतिरिक्त अन्य संदिग्ध विशेषताएं थीं जिसके कारण सबूतों पर ध्यान नहीं दिया गया।

IV-5 अप्रभावी घोषणा: यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि मरने से पहले दिया गया बयान किसी के प्रभाव में नहीं होना चाहिए।

IV-6 असत्य घोषणा: मृत्युकालिक कथन के किसी भाग को असत्य पाए जाने पर और यदि उसे अलग किया जा सकता है तो उसे अस्वीकार करने की पूरी तरह से अनुमति है।

IV-7 अधूरी घोषणा: मरने से पहले दिया गया बयान पूरा होना चाहिए।

IV-8 यदि कथन किसी अन्य व्यक्ति की मृत्यु से संबंधित है: यदि मृतक द्वारा दिया गया कथन उसकी मृत्यु से संबंधित नहीं है, बल्कि किसी अन्य व्यक्ति की मृत्यु से संबंधित है, तो यह प्रासंगिक नहीं है।

IV-9 विरोधाभासी बयान: यदि एक घोषणाकर्ता ने एक से अधिक मरने से पहले की घोषणाएं की हैं और सभी विरोधाभासी हैं, तो वे सभी घोषणाएं अपना मूल्य खो देती हैं।

IV-10 अस्वस्थ व्यक्ति: जहां जलने से मरने वाला विवाहित व्यक्ति अस्वस्थ दिमाग का व्यक्ति था और चिकित्सा प्रमाण पत्र ने बयान के लिए उसकी शारीरिक स्वस्थता को प्रमाणित किया न कि महत्वपूर्ण क्षण में मन की स्थिति को, अदालत ने कहा कि बयान पर भरोसा नहीं किया जा सकता है।

IV-11 यदि मृत्युकालिक कथन अभियोजन पक्ष के अनुसार नहीं है: मदन मोहन बनाम उत्तर प्रदेश राज्य के मामले में सर्वोच्च न्यायालय ने कहा कि:

1. यह देखना न्यायालय का काम है कि मरने से पहले दिया गया बयान पूरे विश्वास को प्रदर्शित करता है की नहीय क्योंकि मरने से पहले दिए गए बयान का वक्ता जिरह के लिए उपलब्ध नहीं है।
2. न्यायालय को संतुष्ट होना चाहिए कि बहकावे या प्रोत्साहन की कोई संभावना नहीं थी।
3. चिकित्सक के प्रमाण पत्र में उल्लेख होना चाहिए कि पीड़ित की मानसिक स्थिति ठीक है। मजिस्ट्रेट ने घोषणाकर्ता की स्वस्थ मानसिक स्थिति के बारे में अपनी संतुष्टि दर्ज करना स्वीकार्य नहीं था, खासकर यदि चिकित्सक मृत्यु के समय मौजूद था।
4. मृतक की स्थिति अत्यंत खतरनाक होने एवं किसी अन्य विकल्प की संभावना न होने पर मरने से पहले बयान दर्ज करने के लिए कार्यपालक मजिस्ट्रेट और पुलिस अधिकारी द्वारा मृत्युकालिक बयान दर्ज किया जाना चाहिए।
5. मृत्युकालिक घोषणा प्रश्न और उत्तर के रूप में हो सकती है और उत्तर मरने से पहले की गई घोषणा करने वाले व्यक्ति के शब्दों में लिखे जा सकते हैं लेकिन अदालत इस विषय में बहुत अधिक तार्किक नहीं हो सकती।

v. निष्कर्ष

“मृत्यु की घोषणा” एक विधिक अवधारणा है जो उस बयान को संदर्भित करती है जो मरने वाले व्यक्ति द्वारा उसकी मृत्यु की परिस्थितियों को समझाते हुए किया जाता है। लॉर्ड लश, एल.जे., ने उद्धृत किया कि “एक मरने से पहले की घोषणा को साक्ष्य में स्वीकार किया जाता है क्योंकि यह माना जाता है कि कोई भी व्यक्ति जो तुरंत अपने निर्माता की उपस्थिति में जा रहा है, अपने होठों पर झूठ के साथ ऐसा नहीं करेगा। लेकिन घोषणा करने वाले व्यक्ति को अवश्य ही तत्काल मृत्यु की स्थिर आशाहीन आशा का आदर करें। अगर वह सोचता है कि वह कल मर जाएगा तो ऐसा नहीं होगा।

लॉर्ड आइरे सीबी ने यह भी कहा कि "सिद्धांत जिस पर साक्ष्य की इस प्रजाति को स्वीकार किया जाता है, वह यह है कि जब हिस्सा शपथ के बिंदु पर होता है, और जब इस दुनिया की हर उम्मीद खत्म हो जाती है, जब हर मकसद खत्म हो जाता है। झूठ को चुप करा दिया जाता है, और सच बोलने के लिए मन को सबसे शक्तिशाली विचार से प्रेरित किया जाता हैय कानून द्वारा इतनी गंभीर और भयानक स्थिति को एक दायित्व के बराबर माना जाता है जो न्याय की अदालत में सकारात्मक शपथ द्वारा लगाया जाता है"।

मृत्युकालिक घोषणा केवल इस आधार पर स्वीकार्य है कि यह चरम सीमा में की गई थी। और भारत में, भारतीय साक्ष्य अधिनियम की धारा – 32 (11) में इसकी स्वीकार्यता की व्याख्या की गई है। विभिन्न न्यायालयों द्वारा दिए गए उपर्युक्त कथनों से यह स्पष्ट होता है कि मृत्युकालिक घोषणा किसी भी रूप में हो सकती है लेकिन इसे सावधानीपूर्वक दर्ज किया जाना चाहिए और विधिवत सिद्ध किया जाना चाहिए, जिसे अदालतें "मृत्युपूर्व घोषणा" के रूप में स्वीकार्य बनाती हैं।

मृत्युकालिक बयान लगभग मरने से पहले दिया गया बयान है। मुख्य अंतर यह है कि यह हमेशा एक मजिस्ट्रेट द्वारा अभियुक्त या उसके वकील की उपस्थिति में दर्ज किया जाता है।

मजिस्ट्रेट अभियुक्त या उसके वकील की उपस्थिति में शपथ दिलाने के बाद साक्ष्य दर्ज करता है।

विधिक रूप से, मृत्युकालिक बयान की तुलना में मृत्युकालिक बयान अधिक मूल्यवान है क्योंकि अभियुक्त को चुनौती देने और जिरह करने का अवसर मिला है।

चिकित्सा अधिकारी की उपस्थिति अपरिहार्य नहीं है, लेकिन उसे रोगी की मानसिक फिटनेस को प्रमाणित करना पड़ सकता है।

हालांकि, वर्तमान में यह भारत में व्यवहार में नहीं है। आई ई ए में मृत्यु निक्षेपण का कोई प्रावधान नहीं है, इसलिए भारत में इसका पालन नहीं किया जाता है।

मृत्युकालिक बयान और मृत्युकालिक कथन में अंतर

आइए मृत्युकालिक बयान बनाम मृत्युकालिक कथन पर एक नजर डालते हैं:

क्रम सं

1. मजिस्ट्रेट / चिकित्सक / ग्राम प्रधान / पुलिस / जनता के किसी सदस्य द्वारा दर्ज किया गया बयान हमेशा मजिस्ट्रेट द्वारा रिकॉर्ड किया जाता है
2. शपथ आवश्यक नहीं है
3. साक्ष्य का प्रकार दस्तावेजी मौखिक
4. जिरह नहीं की गई
5. प्रमुख प्रश्न नहीं पूछे गए
6. विधिक मूल्य कम बहुत अधिक
7. स्वीकार्यता, यदि घोषणाकर्ता जीवित रहता है तो स्वीकार नहीं किया जाता है, लेकिन उसके पास सहायक मूल्य पूरी तरह से स्वीकृत है
8. प्रकृति केवल बयान दर्ज करने की पूरी प्रक्रिया

9. अभियुक्त या उसका वकील उपस्थित न होना सदैव उपस्थित रहना
10. चिकित्सक की भूमिका मजिस्ट्रेट की अनुपस्थिति में बयान दर्ज करें और कोर्ट ऑफ रिकॉर्ड स्टेटमेंट, लेकिन गवाहों की उपस्थिति में मूल्यांकन करें बयान हमेशा मजिस्ट्रेट द्वारा दर्ज किया जाता है
11. भारत में अभ्यास का पालन नहीं किया गया 'चिकित्सकीय साक्ष्य को प्रश्न में किसी चिकित्सकीय-विधिक मुद्दे को साबित करने या खारिज करने के विधिक साधन के रूप में परिभाषित किया गया है। यह दो प्रकार का होता है: वृत्तचित्र, और मौखिक।
रुअग्रणी प्रश्न नहीं पूछे जाने चाहिए, यदि विरोधी पक्ष द्वारा आपत्ति की जाती है, मुख्य परीक्षा में या फिर से परीक्षा में, अदालत की अनुमति के बिना (धारा 142 आईईए भारतीय साक्ष्य अधिनियम)।

विधिक ढांचा

भारत में "जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969" कानून के तहत प्रत्येक मृत्यु को उसके घटित होने के 21 दिनों के भीतर संबंधित राज्य & संघ राज्य क्षेत्र सरकार के पास पंजीकृत करना अनिवार्य है। तदनुसार, सरकार ने केंद्र में भारत के रजिस्ट्रार जनरल और राज्यों में मुख्य रजिस्ट्रार के साथ मृत्यु के पंजीकरण के लिए एक अच्छी तरह से परिभाषित प्रणाली प्रदान की है, जो जिला पंजीयकों के माध्यम से गांव और शहर के पंजीयकों के परिधि में चल रही है।

मृत्यु प्रमाण पत्र प्राप्त करने के लिए आपको क्या करना होगा

मृत्यु की रिपोर्ट और पंजीकरण परिवार के मुखिया द्वारा किया जा सकता है, यदि यह किसी घर में होती हैय चिकित्सा प्रभारी द्वारा यदि यह अस्पताल में होता हैय जेल प्रभारी द्वारा यदि यह जेल में होता हैय और गांव के मुखिया या स्थानीय पुलिस स्टेशन के प्रभारी द्वारा उस क्षेत्र में शव के पाए जाने की स्थिति में।

मृत्यु प्रमाण पत्र के लिए आवेदन करने के लिए, आपको पहले मृत्यु का पंजीकरण कराना होगा। मृत्यु होने के 21 दिनों के भीतर रजिस्ट्रार द्वारा निर्धारित फॉर्म भरकर मृत्यु को संबंधित स्थानीय अधिकारियों के पास पंजीकृत किया जाना चाहिए। मृत्यु प्रमाण पत्र तब उचित सत्यापन के बाद जारी किया जाता है।

यदि किसी मृत्यु के होने के 21 दिनों के भीतर उसका पंजीकरण नहीं किया जाता है, तो देर से पंजीकरण के मामले में निर्धारित शुल्क के साथ पंजीयकों / क्षेत्र मजिस्ट्रेट से अनुमति की आवश्यकता होती है।

आवेदन पत्र जिसमें आपको आवेदन करने की आवश्यकता होती है, वह आमतौर पर क्षेत्र के स्थानीय निकाय प्राधिकरणों के पास या रजिस्ट्रार के पास उपलब्ध होता है जो मृत्यु के रजिस्टर का रखरखाव करता है। आपको मृतक के जन्म का प्रमाण, मृत्यु की तिथि और समय निर्दिष्ट करने वाला एक हलफनामा, राशन कार्ड की एक प्रति और अदालत शुल्क टिकट के रूप में आवश्यक शुल्क भी जमा करने की आवश्यकता हो सकती है।

मृत्यु प्रमाणपत्र जारी करने में सामान्य चिकित्सकों की भूमिका

परिचय

मृत्यु प्रत्येक व्यक्ति के जीवन में एक अपरिहार्य घटना है। हालांकि, आधुनिक समाज की संरचना ने चिकित्सा पेशे द्वारा प्रमाणित होने के लिए मृत्यु को आवश्यक बना दिया है। इसलिए डॉक्टरों को इस जिम्मेदारी को पूरी निष्पक्षता और व्यावहारिकता के साथ निभाना होगा। मृत्यु प्रमाण पत्र जारी करना एक जनरल प्रैक्टिशनर (जीपी) के कठिन कर्तव्यों में से एक है, जिसके चिकित्सकीय-विधिक निहितार्थ हो सकते हैं। सामान्य चिकित्सक को मृत्यु प्रमाण पत्र

जारी करने से पहले सभी प्रासंगिक तथ्यों को सत्यापित करना चाहिए और किसी भी दबाव में मृत्यु प्रमाण पत्र जारी नहीं करना चाहिए। एक डॉक्टर को मृत्यु के कारण या मृत्यु के संभावित कारण तक पहुंचने के लिए हर संभव प्रयास करना चाहिए। मृत्यु का कारण केवल नैदानिक निष्कर्षों पर आधारित होना चाहिए न कि बाहरी कारकों पर।

मृत्यु प्रमाण पत्र और मृत्यु का कारण केवल तभी जारी किया जाता है जब इलाज करने वाला चिकित्सक रोग-विषयक निदान और पुष्टिकारक नैदानिक परीक्षणों के रूप में पूरी तरह से संतुष्ट हो। एक्यूट मायोकार्डियल इन्फ्रक्शन में इलेक्ट्रो-कार्डियोग्राम, मेनिन्जाइटिस में सेरेब्रल-स्पाइनल फ्लूइड, आदि। एक चिकित्सक मृत्यु को प्रमाणित कर सकता है, लेकिन मृत्यु का कारण केवल सत्यापन पर और कारण के सभी तथ्यों को संतुष्ट करने के बाद ही जारी किया जाता है, जिससे मृत्यु हो जाती है। मृत्यु अप्राकृतिक कारणों से होने की संदेहपूर्ण स्थिति में, चिकित्सक केवल मृत्यु को प्रमाणित कर सकता है मृत्यु का कारण नहीं। और आगे की जांच और पोस्टमार्टम के लिए पुलिस को सूचित करेगा। मृत्यु प्रमाण पत्र जारी करने से पहले, डॉक्टर को मृतक का नाम, आयु, लिंग, धर्म, पता सत्यापित और सुनिश्चित करना चाहिए। बाद में मृत्यु प्रमाण पत्र में किसी भी प्रकार के सुधार की आवश्यकता होने पर निकट संबंधी को बहुत असुविधा होती है और मृत्यु के दावे को अंतिम रूप देने, अस्पताल के बिलों की प्रतिपूर्ति, बीमा दावों, प्रोबेट या उत्तराधिकार प्रमाण पत्र प्राप्त करने, संपत्ति के दावों के निपटान में देरी हो सकती है। ग्रेच्युटी और भविष्य निधि दावों को जारी करना। महाराष्ट्र राज्य सरकार अधिनियम, 1976 (धारा 5(2)) निर्धारित करता है कि स्थानीय नगरपालिका अधिकारियों को 72 घंटों के भीतर मृत्यु की सूचना दी जानी चाहिए। ऐसा करने में विफल रहने पर जन्म और मृत्यु के पंजीकरण से संबंधित भारत सरकार अधिनियम 1969 के तहत कार्रवाई की जाती है।

पूर्वाकांक्षित

मृत्यु प्रमाण पत्र निःशुल्क जारी किया जाना है और मृतक के रिश्तेदारों और दोस्तों से लंबित शुल्क भुगतान के लिए नहीं रोका जाना है। मृत्यु प्रमाण पत्र की केवल एक प्रति जारी की जानी है। चिकित्सक को हमेशा जारी किए गए मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति अपने पास रखनी चाहिए। मृत्यु प्रमाण पत्र एक पंजीकृत चिकित्सक द्वारा जारी किया जाना चाहिए जो:

- (ए) जीवन के दौरान मृतक का चिकित्सा परिचारक रहा है
- (बी) रोगी की मृत्यु से पहले पिछले 14 दिनों के भीतर उपस्थित हुआ है
- (सी) मृत्यु के कारण से संतुष्ट है

यदि आवश्यक हो, केवल एक सत्य प्रतिलिपि जारी की जानी चाहिए। नवजात बच्चों के मामले में भी मृत्यु प्रमाण पत्र आवश्यक है जो अभी भी पैदा हुए हैं या समय से पहले पैदा हुए हैं। मृत्यु प्रमाण पत्र जारी करने से पहले पूरे शरीर को ध्यान से देखने की सलाह दी जाती है। किसी अन्य द्वारा भरे जाने वाले विवरण को छोड़कर इसे खाली हस्ताक्षर नहीं करना चाहिए।

साझेदारी प्रथा में, एक डॉक्टर को अपने सहयोगी के रोगी की मृत्यु के कारण को प्रमाणित नहीं करना चाहिए जब तक कि उसने भी अपने जीवन के अंतिम 14 दिनों के दौरान रोगी को देखा न हो। किसी ऐसे व्यक्ति की अचानक मृत्यु के मामले में कोई प्रमाण पत्र जारी नहीं किया जाना चाहिए जिसकी मृत्यु से पहले चिकित्सक द्वारा जांच नहीं की गई हो। कोरोना अधिनियम के दायरे में आने वाले मामलों में कोई मृत्यु प्रमाण पत्र जारी नहीं किया जाना चाहिए। सभी मौतों जो अप्रत्याशित, अस्पष्टीकृत, अप्राकृतिक, संदिग्ध परिस्थितियों में और पुलिस या सार्वजनिक संस्थानों जैसे रिमांड होम और पागलखाने, और चिकित्सा प्रक्रियाओं के तहत हिरासत में लोगों की रिपोर्ट कोरोना को दी जानी चाहिए। प्रमाण पत्र के निचले हिस्से में, उल्लिखित योग्यता भारतीय या राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा पंजीकृत होनी चाहिए और ज्यादातर मामलों में योग्यता डिग्री तक ही सीमित है, न कि विभिन्न प्रकार के स्नातकोत्तर

डिप्लोमा तक। पंजीकरण प्राधिकारी को डी.सी. अग्रेषित करना भी चिकित्सक की जिम्मेदारी है, हालांकि यह आमतौर पर मृतक के एक रिश्तेदार के माध्यम से भेजा जाता है, जो मृत्यु प्रमाण पत्र जारी होने के बाद ही मृत शरीर के निपटान की अनुमति प्राप्त करता है।

महत्त्व

मृत्यु प्रमाण पत्र व्यक्ति (मृतक के बाद से) और उसके ६ उसके परिजनों के दृष्टिकोण से एक महत्वपूर्ण विधिक दस्तावेज है। यह दस्तावेज (सही ढंग से भरा और भरा हुआ) अत्यंत आवश्यक है। दाह संस्कार या दफन पास नगरपालिका अधिकारियों से प्राप्त किया जाता है ताकि मृत व्यक्ति का दाह संस्कार और अंतिम संस्कार उसके धर्म के अनुसार हो सके, बिना समय गंवाए और रिश्तेदारों और दोस्तों को कोई असुविधा न हो।

मृत व्यक्ति के मृत्यु प्रमाण पत्र के सभी विवरणों का स्थानीय नगरपालिका अधिकारियों के साथ उचित पंजीकरण किया जाना चाहिए, ताकि जीवन बीमा दावा और निपटान की प्रक्रिया की जा सके। ग्रेच्युटी, भविष्य निधि और पारिवारिक पेंशन जैसे सभी विधिक देय राशि का भुगतान मृत व्यक्ति के कार्यालय से किया जा सकता है यदि वह एक वेतनभोगी व्यक्ति था, मृत व्यक्ति की चल और अचल संपत्ति का वितरण (उसके अंतिम वसीयतनामा या वसीयतनामा के अनुसार)) विधिक उत्तराधिकारियों को वसीयत की जा सकती है। सिविल कोर्ट से प्रोबेट या उत्तराधिकार प्रमाण पत्र प्राप्त करने के लिए आगे बढ़ने से पहले वसीयत के निष्पादक स्थानीय नगरपालिका अधिकारियों से मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति प्राप्त कर सकते हैं। आकस्मिक मृत्यु के मामले में व्यक्तिगत दुर्घटना लाभ पॉलिसी के तहत विधिक दावा संसाधित किया जा सकता है। राशन कार्ड, या चल या अचल संपत्ति के अर्क से मृत व्यक्ति के नाम का विलोपन। शेयर, मकान या फ्लैट आदि के लिए विधिवत पूर्ण मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति की भी आवश्यकता होगी।

अंतर्राष्ट्रीय प्रारूप

जब भी संभव हो एकरूपता बनाए रखने और कम्प्यूटरीकरण के माध्यम से डेटा की तेजी से पुनर्प्राप्ति की सुविधा के लिए अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण रोगों का उपयोग मृत्यु प्रमाण पत्र में किया जाना चाहिए।

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) द्वारा अंतर्राष्ट्रीय उपयोग के लिए अनुशंसित मृत्यु प्रमाण पत्र दो भागों में है (चित्र 1)। भाग ५ विवरण (ए) "बीमारी या स्थिति सीधे मौत की ओर ले जाती है" और (बी) पूर्ववर्ती कारण अर्थात् "रुग्ण स्थिति, यदि कोई हो, जो (ए) में उल्लिखित कारण को जन्म देती है। इस प्रकार, "(ए)" "(बी)" के कारण होना चाहिए जो "(सी)", आदि के कारण होना चाहिए। (चित्र) 1. मूल रोग स्थिति वह है जो सबसे निचली रेखा पर उल्लिखित है, और यह वह है जो सांख्यिकीय और महामारी विज्ञान के उद्देश्यों के लिए उपयोग की जाती है। रोगसूचकता या मृत्यु का तरीका जैसे, कार्डियो-श्वसन विफलता, शक्तिहीनता, या श्वासावरोध आदि को मृत्यु के कारण में दर्ज नहीं किया जाना चाहिए, जब तक कि समझाया न जाए।

मृत्यु के अंतर्निहित कारण को "उस बीमारी के रूप में परिभाषित किया गया है जिसने रोगों की श्रृंखला रोगी को मौत तक ले जाती है"। हमारे देश में विभिन्न नगरपालिका प्राधिकरणों द्वारा अंतर्राष्ट्रीय रूपों का उपयोग किया जाता है और चिकित्सकों के लिए उपलब्ध हैं। मृत्यु प्रमाण पत्र पर हस्ताक्षर करने के बाद चिकित्सकों को अपनी रबर मुहर का उपयोग अनिवार्य रूप से करना चाहिए। मृत्यु प्रमाण पत्र जारी करने के लिए चिकित्सकों और अस्पतालों को नगर निगम के अधिकारियों द्वारा मुद्रित प्रपत्र उपलब्ध कराए जाते हैं।

मृत्यु दर के आंकड़े का आधार मृत्यु प्रमाण पत्र है। राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय तुलना सुनिश्चित करने के लिए, मौतों को

दर्ज करने और वर्गीकृत करने की एक समान और मानकीकृत प्रणाली का होना बहुत आवश्यक है।

ब्रॉड्रिक कमेटी की सिफारिशों के अनुसार, यदि किसी चिकित्सक ने किसी रोगी की मृत्यु से पहले सात दिनों के दौरान कम से कम एक बार मृतक की देखभाल नहीं की है तो उस चिकित्सक को उस रोगी का मृत्यु प्रमाण पत्र जारी करने की अनुमति नहीं दी जानी चाहिए और यह कि मृत्यु प्रमाण पत्र की सटीकता का मानक "मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार" से ऊपर उठाकर "मेरे आत्मविश्वास" तक पहुंचाया जाना चाहिए।

पोस्टमार्टम परीक्षण

इससे पहले यह कहा जाता था कि अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटे के भीतर किसी मरीज की मौत होने पर मौत का सही कारण स्थापित करने के लिए पोस्टमार्टम का आदेश दिया जाता था। इमेजिंग, इलेक्ट्रॉनिक और प्रयोगशाला उपकरणों में तकनीकी विकास की जबरदस्त प्रगति के मद्देनजर, आपातकालीन स्थिति में अस्पताल में भर्ती अधिकांश मामलों का निदान करने के लिए 4 से 6 घंटे पर्याप्त हैं। इस प्रकार, मृत्यु से पहले निदान स्थापित किया जा सकता है और जहां कहीं मृत्यु बीमारी या प्राकृतिक बीमारी के कारण होती है, वहां पोस्टमार्टम करने की आवश्यकता समाप्त हो जाती है। हालांकि, संदिग्ध स्थिति में मौत के मामले में, मौत के सही कारण का पता लगाने के लिए मेडिको-लीगल पोस्ट-मार्टम अनिवार्य है।

मेडिको-लीगल पोस्ट-मार्टम के लिए मेडिको-लीगल मामलों में सभी शवों को भेजना पहले की प्रथा थी। तकनीकी और वैज्ञानिक ज्ञान में प्रगति के साथ, किसी दिए गए मामले में सटीक निदान संभव है। इसलिए, जहां भी संभव हो, मेडिको-लीगल मामले में मृत्यु प्रमाण पत्र और मृत्यु का कारण जारी किया जा सकता है। हालांकि, यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि अंतिम 'पंचनामा' के लिए मृत शरीर के साथ मृत्यु प्रमाण पत्र पुलिस को सौंप दिया जाना चाहिए। इस मामले में अंतिम फैसला पुलिस अधिकारियों का है। यदि पुलिस अधिकारी अभी भी पोस्ट-मार्टम चाहते हैं तो वे इसके अनुसार आदेश दे सकते हैं। भारतीय दंड संहिता (धारा 498-ए) के तहत पंजीकृत मामलों में, मौत का कारण जारी करने से पहले उचित सावधानी बरतनी चाहिए।

सामाजिक मुद्दे

किसी भी चिकित्सक द्वारा किये जा रहे देखभाल के दौरान मृत्यु प्रमाण पत्र बनाना एक मुश्किल काम होता है। प्रत्येक चिकित्सक को एक ऐसी स्थिति का सामना करना पड़ा है जहाँ वह दुविधा में रहा है – मृत्यु प्रमाण पत्र जारी किया जाए या नहीं। मृतक के परिजन याचना कर सकते हैं, मना सकते हैं, दबाव बना सकते हैं, कीमत भी दे सकते हैं और कभी-कभी चिकित्सक को धमकी भी दे सकते हैं। उसे संदिग्ध स्थितियों में मृत्यु प्रमाण पत्र जारी करने का प्रलोभन दिया जा सकता है यह विशुद्ध रूप से मानवीय आधार पर या ग्राहक खोने के डर से। लेकिन चिकित्सक को सलाह दी जाती है कि मृत्यु प्रमाण पत्र जारी करते समय बहुत सावधानी बरतें क्योंकि अंतिम प्रमाण पत्र अनजाने में किसी अपराध के साक्ष्य को नष्ट करने में मदद कर सकता है। एक बार जब शरीर का अंतिम संस्कार कर दिया जाता है, तो सबूत खो जाते हैं। ऐसे में डॉक्टर खुद को कानून के शिकंजे में पा सकते हैं।

भारत में, एक सामान्य चिकित्सक (जी पी) को आमतौर पर एक पारिवारिक चिकित्सक माना जाता है और उसके नियमित ग्राहक होते हैं। जब भी आवश्यकता होती है, ये रोगी जीपी के क्लिनिक में जाते हैं। यदि नियमित रूप से आने वाला रोगी, जिसकी हाल ही में चिकित्सक द्वारा जांच नहीं की गई है, की अचानक मृत्यु हो जाती है, तो चिकित्सक इस दुविधा में है कि मृत्यु प्रमाण पत्र जारी किया जाए या नहीं। इसी तरह की स्थिति अक्सर जी पी जब एक गंभीर रूप से बीमार, अज्ञात रोगी को देखने के लिए बुलाया जाता है जो अपने परिचित & नियमित रोगी के घर में आगंतुक & अतिथि के रूप में रहता है। यदि ऐसे रोगी की मृत्यु हो जाती है, तो चिकित्सक से कोई उपचार प्राप्त

करने से पहले, जी पी पर सामाजिक दबाव लाया जा सकता है। मृत्यु प्रमाण पत्र जारी करने के लिए। यदि जी पी पिछले 14 दिनों में रोगी को देखा और इलाज किया है, उसे डी. सी. जारी करना उचित है अन्यथा, वह विधिक समस्या के साथ उतर सकता है। जी. पी. को सलाह दी जाती है कि वह मृतक के परिवार के या व्यक्तियों को स्थिति के बारे में भली भांति अवगत कराए और किसी भी प्रकार के दबाव की स्थिति में विनम्रता से मना कर दें। उन्हें डी. सी. प्राप्त करने के लिए आगे की प्रक्रियाओं पर परिवार का मार्गदर्शन करने की सलाह दी जाती है। रोगी आमतौर पर ऐसे कदमों की सराहना करते हैं और किसी के ग्राहक खोने की संभावना कम होती है।

चिकित्सा आचार संहिता गोपनीयता के नियम को अधिभावी बनाने और इस तथ्य के प्रकटीकरण की अनुमति देती है कि मृतक एच आई वी एड्स संक्रमण से पीड़ित था। चिकित्सा आचार संहिता के इस अपवाद को सार्वजनिक हित में अनुमति दी गई है और यह गोपनीयता को अधिभाषित करता है।

मृत्यु प्रमाण पत्र में होने वाली त्रुटियां

अक्सर यह देखा गया है कि मृत्यु प्रमाण पत्र में कुछ सुधार की आवश्यकता हो सकती है। यदि मृतक के रिश्तेदारों द्वारा मृत्यु प्रमाणपत्र में ऐसी कोई त्रुटि पायी जाती है, तो मृत्यु प्रमाणपत्र जारी करने वाले चिकित्सक के लिए यह संभव है कि वह अंतिम संस्कार ए दफनाने का पास नगरपालिका अधिकारियों से प्राप्त करने से पहले इसे ठीक कर ले। लेकिन, बाद में, मृत्यु प्रमाणपत्र के उद्धरण में सुधार के लिए एक लंबी विधिक प्रक्रिया शामिल होती है। मृत्यु प्रमाणपत्र में मामूली सुधार करवाने के लिए भी निकट संबंधी को बहुत संघर्ष करना पड़ता है और ऐसे सुधारों के अभाव में बीमा दावे, ग्रेच्युटी, भविष्य निधि आदि अनिर्णीत रहते हैं, जिससे शोक संतप्त परिवार के सदस्यों को बहुत असुविधा होती है।

इसलिए, चिकित्सक को मृत्यु प्रमाणपत्र में विवरण जैसे नाम, उम्र, लिंग, धर्म और पता और मृत्यु का कारण भरने में बहुत सावधानी बरतनी चाहिए।

संदर्भ:

1. कपूर ओ.पी. "कपूर की गाइड फॉर जनरल प्रैक्टिशनर्स" भाग- २। चौथा संस्करण। 1996. एसएस पब्लिशर्स, मुंबई। पृष्ठ 181-2।
2. महाराष्ट्र सरकार: "अस्पताल प्रशासन नियमावली"। जून 1976. 1991 में पुनर्मुद्रित, पृष्ठ 149।
3. पार्क के. "पार्कस टेक्स्ट बुक ऑफ प्रिवेंटिव एंड सोशल मेडिसिन"। 16वां संस्करण। बनारसीदास भनोट, जबलपुर। 2000, पृष्ठ 46-47।
4. बोकिल पी.वी. "मृत्यु प्रमाण पत्र"। फचडच। जर्नल ऑफ मेडिकल साइंसेज 2002य16 (3): 84-6।
5. सुब्रह्मण्यम बी.वी. "मोदी की पाठ्य पुस्तक चिकित्सा न्यायशास्त्र और विष विज्ञान"। 22वां संस्करण। 1999. बटरवर्थस इंडिया, नई दिल्ली। पृष्ठ 15

ज्ञान बिंदु:

प्रतिभागी मृत्युपूर्व घोषणा के बारे में जानेंगे

दोषियों और विचाराधीन लोगों का उपचार और रेफरल

उद्देश्य:

कारागार और कारागार नियमावली की कार्य प्रणाली का अवलोकन करना
किसी अपराधी या विचाराधीन व्यक्ति को उपचार के लिए उच्च केंद्र में भेजने का निर्णय लेते समय बीमारी की गंभीरता का आकलन

विषय:

1. कारागार एवं कारागार नियमावली की कार्य प्रणाली का परिचय

कारागारों का वर्गीकरण – केंद्रीय कारागार – जिला कारागार – बाल कारागार – अभिरक्षण कारागार

कारागार नियमावली में कुल 55 अध्याय और 1429 पैरा शामिल हैं, जो कारागार के कामकाज के लगभग हर पहलू को कवर करते हैं। कारागार नियमावली में नियमित समयांतराल पर 28 नए संशोधन कराए गए हैं; अध्याय संख्या 39 एवं 40 मुख्य रूप से कारागार अस्पतालों में तैनात चिकित्सा अधिकारियों के लिए संशोधित किए गए हैं।

अध्याय संख्या 40 का पैरा 1070 है जब आपका कोई सहायक चिकित्सा अधिकारी कारागार से संबद्ध है तो यह माना जाता है कि वह मानसिक बीमारी, आहार, साफ-सफाई और स्वच्छता, रोगों की रोकथाम के बारे में कारागार नियमावली से सभी नियमों और विनियमों से खुद को अवगत कराएगा। अपराध एवं दंड, जिनका उल्लेख कारागार नियमावली के विभिन्न स्थानों पर अन्य अध्यायों में किया गया है, कारागार के चिकित्सा अधिकारी कारागार नियमावली में उल्लिखित नियमों के बारे में अपने ज्ञान के बारे में हर 3 महीने में आकलन करेंगे, अगर उन्हें पता चलता है कि 3 महीने के बाद वह कारागार में नहीं है। सभी नियमों और विनियमों से अवगत चिकित्सा अधिकारी से अपेक्षा की जाती है कि जब तक वह चिकित्सा अधिकारी के कर्तव्यों के संबंध में कारागार नियमावली में उल्लिखित सभी नियमों और विनियमों से अवगत नहीं हो जाता है, तब तक उसे दिए जाने वाले जेल भत्तों को रोकने के लिए चिकित्सा अधिकारी को कारागार के उपमहानिरीक्षक को इस तथ्य की सूचना देनी चाहिए।

2. कारागार अस्पताल के स्वास्थ्य ढांचे का अवलोकन – एकमात्र अस्पताल जहां मरीज रात भर ताले और चाबियों के अंदर रहता है – कारागार के चिकित्सा अधिकारी को विशेष रूप से जेल बंद होने के समय शाम के समय सावधान और अतिरिक्त सतर्क रहना पड़ता है। माना जाता है कि चिकित्सा अधिकारी इंदौर कारागार के अपने सभी मरीजों की जांच यह सुनिश्चित करने के लिए करते हैं कि उनके सभी मरीज हेमोडायनामिक रूप से स्थिर हैं। – काम करने वाले कंपाउंडर या फार्मासिस्ट और अन्य पैरामेडिकल कर्मचारियों के साथ अच्छे संबंध स्थापित करना और रोगी की स्वास्थ्य स्थिति में किसी भी बदलाव की शीघ्र पहचान के लिए उन्हें पर्याप्त रूप से सतर्क करना – जेल अधिकारियों के साथ अच्छे संबंध स्थापित करना।

3. किसी अपराधी या विचाराधीन कैदी को उपचार के लिए उच्च केंद्र में भेजने का निर्णय लेते समय बीमारी की गंभीरता का आकलन – ऐसी बीमारी का जल्द पता लगाना जिससे या तो जीवन को खतरा हो या ऐसी प्रकृति हो जिसके परिणामस्वरूप रोगी अक्षम हो जाए – कोशिश करें यह सुनिश्चित करने के लिए कि जिस बीमारी के लिए अपराधी या अंडरट्रायल कैदी को रेफर किया जा रहा है वह एक कार्यात्मक बीमारी नहीं है – वास्तविक बीमारी वाले रोगी और केवल कार्यात्मक बीमारी वाले लोगों के बीच अंतर करने की कला सीखना।

4. निकटतम उच्च केंद्र से विशेष चिकित्सक को बुलाने के लिए विज्ञप्ति – चिकित्सा अधिकारी आदेश पुस्तिका –

कारागार अधीक्षक को बीमारी के बारे में सूचित करना जिसमें जेल के बाहर से परामर्श करने के लिए किसी विशेष चिकित्सक की आवश्यकता होती है। – कारागार अधिकारियों से किसी भी तरह की बातचीत के लिए हमेशा चिकित्सा अधिकारी की विवरण पुस्तिका का इस्तेमाल करें।

5. एक कारागार चिकित्सा अधिकारी के रूप में सामाजिक और प्रशासनिक समस्याओं का बार-बार सामना करना कला सीखना या सामाजिक दबाव के प्रति किसी के बीच संतुलन बनाना और एक चिकित्सा अधिकारी या जेल अधिकारी के रूप में किसी भी अपराधी के स्वास्थ्य लाभ के लिए है या परीक्षण के तहत कर्तव्यों का पालन करना निर्णय लेना।

कारागार अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी के रूप में काम करने से उत्पन्न होने वाले किसी भी प्रकार के अवैध दबाव से बचें – अपने अधीनस्थों और जेल प्रशासन के साथ अच्छे संबंध बनाना – अपने सहायकों और अपने आस-पास के लोगों और व्यक्ति के साथ स्वस्थ बातचीत करना।

ज्ञान बिंदु:

ऊपर बताई गई सामग्री के बारे में उन्हें विस्तार से बताया जाएगा