कर्मचारी राज्य बीमा निगम की
निष्पादन लेखापरीक्षा
(श्रम एवं रोजगार मंत्रालय)

मार्च 2013 को समाप्त वर्ष के लिए
भारत के नियंत्रक–महालेखापरीक्षक
का प्रतिवेदन

संघ सरकार (सिविल)
(स्वायत्त निकाय)
2014 की प्रतिवेदन संख्या–30
(निष्पादन लेखापरीक्षा)

विषय सूची

	अध्याय	पृष्ठ सं.
	प्राक्कथन	iii
	कार्यकारी सारांश	v-vii
अध्याय 1	प्रस्तावना	1-8
अध्याय 2	वित्तीय प्रबंधन तथा संचालन	9-23
अध्याय 3	योजना का आवृत्तन	24-29
अध्याय 4	योजना का कार्यान्वयन	30-46
अध्याय 5	अवसंरचनागत विकास	47-57
	निष्कर्ष	58-59
	अनुबंध	61-83

प्राक्कथन

मार्च 2013 को समाप्त हुए वर्ष के लिए इस प्रतिवेदन को भारत के संविधान के अनुच्छेद 151 के तहत राष्ट्रपति को प्रस्तुत करने के लिए तैयार किया गया है।

इस प्रतिवेदन में 2008–09 से 2012–13 की अवधि हेतु कर्मचारी राज्य बीमा निगम (क.रा.बी.नि.) की निष्पादन लेखापरीक्षा का परिणाम शामिल है।

इस प्रतिवेदन में उल्लेख किए गए उदाहरण वे हैं जो 2013–14 की अवधि में की गई नमूना लेखापरीक्षा के दौरान संज्ञान में आए तथा इसके साथ–साथ वे हैं जो पहले के वर्षों में पाए गए थे परंतु उन्हें पिछले लेखापरीक्षा प्रतिवेदनों में सूचित नहीं किया जा सका; 2012–13 के बाद की अवधि से संबंधित मामलों को भी, जहां आवश्यक है, शामिल किया गया है।

लेखापरीक्षा भारत के नियंत्रक महालेखापीक्षक द्वारा जारी लेखापरीक्षा मानकों के अनुरूप की गई है।

लेखापरीक्षा क.रा.बी.नि. से प्राप्त लेखापरीक्षा प्रक्रिया के प्रत्येक स्तर पर सहयोग हेतु आभार प्रकट करती है।

कार्यकारी सारांश

भारत सरकार ने सामाजिक सुरक्षा के क्षेत्र में कुछ कानून लागू किए हैं। कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 इस संबंध में एक महत्वपूर्ण अधिनियम है। अधिनियम सरकार द्वारा निर्धारित कर्मचारियों की न्यूनतम संख्या की नियुक्ति वाली फैक्ट्रियों अथवा स्थापनाओं में कर्मचारियों को बीमारी, मातृत्व तथा रोजगार दुर्घटना के मामले में कुछ लाभ प्रदान करता है। भारत सरकार, श्रम एवं रोजगार मंत्रालय कर्मचारी राज्य बीमा निगम (क.रा.बी.नि.) के माध्यम से अधिनियम को लागू करता है।

निष्पादन लेखापरीक्षा प्रतिवेदन के महत्वपूर्ण निष्कर्ष नीचे दिए गए हैं :

- आवृत स्थापनाओं से अंशदान के रूप में मार्च 2013 को कुल ₹1655.42 करोड़ के बकाया देय थे, जिसमें से ₹1001.82 करोड़ वसूली योग्य नहीं थे।

(पैरा 2.1.2)

- देयताओं के निर्धारण हेतु सामयिक कार्रवाई प्रारम्भ नहीं करने का परिणाम मामलों के कालातीत होने तथा कुल ₹48.31 करोड़ के राजस्व की हानि में परिणित हुआ। मार्च 2013 तक अस्पतालों को दिए गए ₹20.31 करोड़ के अग्रिम आठ राज्यों में गैर–समायोजित पड़े थे।

(पैरा 2.1.3 तथा पैरा 2.8)

- नियोक्ताओं द्वारा अदा किए जाने वाले अंशदान के प्रति उत्पन्न चालानों तथा वास्तविक प्राप्तियों के बीच ₹556.59 करोड़ का पर्याप्त अंतर पाया गया था।

(पैरा 2.4)

- लगभग 12000 क.रा.बी.नि. कर्मचारी बिना अदा किए क.रा.बी.नि. औषधालयों/अस्पतालों से अनियमित रूप से चिकित्सा लाभ प्राप्त कर रहे थे जबकि सुविधाएं केवल अंशदान अदा कर रहे बीमाकृत व्यक्तियों हेतु थीं।

(पैरा 2.7)

- स्थायी समिति, चिकित्सा लाभ परिषद, क्षेत्रीय बोर्डों तथा अस्पताल विकास समितियों की बैठकों में कमी थी। नौ राज्यों में क्षेत्रीय बोर्डों का पुनर्गठन नहीं किया गया था जबकि उनका कार्यकाल 2004 से 2011 के दौरान समाप्त हो गया था।

(पैरा 2.10. तथा 2.11)

- सर्वेक्षण/निरीक्षण/नमूना निरीक्षण करने में कमी योजना के अप्रभावी आवृत्तन का कारण बनी।

(पैरा 3.2)

- क.रा.बी.नि. अस्पताल, नोएडा, उत्तर प्रदेश में दो इंटेनसिव केयर यूनिटों (आई.सी.यू.) तथा एक कोरोनरी केयर यूनिट (सी.सी.यू.) को अस्पताल के चालू होने के दो वर्षों से अधिक के बीत जाने के पश्चात भी चालू नहीं किया जा सका था जिसके परिणामस्वरूप ₹8.16 करोड़ की कीमत के उपकरण अप्रयुक्त रहे।

(पैरा 4.2.5)

- क.रा.बी.नि. अस्पतालों में अति विशेषज्ञ उपचार (अ.वि.उ.) की अनुपलब्धता के कारण अपने बी.ब्य. हेतु सूचीबद्ध अस्पतालों से अ.वि.उ. पर क.रा.बी.नि. का व्यय 2008–09 में ₹5.79 करोड़ से 2012–13 में ₹334.54 करोड़ तक सार्थक रूप से बढ़ा।

(पैरा 4.2.6)

- दिल्ली तथा नोएडा, उत्तर प्रदेश में दो अस्पतालों में सी.टी. स्कैन तथा एम.आर.आई. हेतु सुविधाओं के गैर प्रावधान, जो मानदण्डों के अनुसार अपेक्षित थे, का परिणाम मरीजों को सूचीबद्ध रोग निदान केन्द्रों में भेजे जाने में हुआ। यह 2011–12 तथा 2012–13 के दौरान ₹4.32 करोड़ के परिहार्य व्यय का कारण बना।

(पैरा 4.2.8)

- विभिन्न क.रा.बी.नि. अस्पतालों/औषधालयों में ₹9.43 करोड़ की कीमत के 142 चिकित्सा उपकरण मार्च 2013 तक व्यर्थ पड़े थे।

(पैरा 4.2.9)

- दर संविदा के होने के बावजूद अस्पतालों ने पट्टी करने की मदें तथा दवाईयों को स्थानीय बाजार से खरीदा जिसका परिणाम ₹2.25 करोड़ के परिहार्य भुगतान में हुआ।

(पैरा 4.3.2)

- क.रा.बी.नि. द्वारा प्रापण की गई दवाईयों की गुणवत्ता जांच हेतु नमूना जांच नीति का अनुपालन नहीं किया गया था जिसका परिणाम बीमाकृत व्यक्तियों को घटिया दवाईयों के संवितरण में हुआ जो गम्भीर स्वास्थ्य जोखिम को प्रस्तुत करती है।

(पैरा 4.3.6)

- 19 तथा 44 प्रतिशत के बीच डाक्टरों तथा विशेषज्ञों की कमी का बीमाकृत व्यक्तियों को प्रभावी सेवा प्रदान करने पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा।

(पैरा 4.4.1)

- गुलबर्गा तथा मण्डी में दो 500 बिस्तर वाले अस्पतालों को खोलते समय बीमाकृत व्यक्तियों की न्यूनतम संख्या की विद्यमानता हेतु मानदण्डों का अनुपालन नहीं किया गया था तथा स्थान का भी गलत प्रकार से चयन किया गया था।

(पैरा 5.1.2)

अनुसंशाओं का सार

- क.रा.बी.नि. अंशदान के बकायों, ब्याज तथा क्षतियों को वसूलने हेतु प्रभावी कदम उठाये तथा चूककर्ताओं के प्रति शीघ्र कार्रवाई को भी सुनिश्चित करे। क.रा.बी.नि. को कालातीत मामलों की जांच करनी चाहिए तथा जवाबदेही निर्धारित करनी चाहिए।
- क.रा.बी.नि. को उचित सावधानी के साथ बजट अनुमान तैयार करने चाहिए। मंत्रालय को संस्वीकृति प्रदान करने से पूर्व ध्यानपूर्वक बजट प्रस्तावों की संवीक्षा करनी चाहिए।
- विभिन्न समितियों की बैठकें, जैसी निर्धारित हैं, को कराने की अनुसंशा की जाती है तथा क्षेत्रीय बोर्डों के प्रभावी नियंत्रण हेतु समय पर पुनर्गठन किया जाना चाहिए।
- क.रा.बी.नि. को मितव्यता को लागू करने हेतु दर संविदा के माध्यम से अपनी दवाईयों का प्रापण करना चाहिए तथा स्थानीय खरीद के माध्यम से प्रापण को कम करना चाहिए।
- क.रा.बी.नि. को अपनी परियोजना मॉनीटरिंग प्रणाली को सुदृढ़ बनाना चाहिए।

अध्याय – 1 : प्रस्तावना

कर्मचारी राज्य बीमा योजना (क.रा.बी.यो.) एक एकीकृत सामाजिक सुरक्षा, योजना है जो कि संगठित क्षेत्र में कर्मचारियों तथा उनके आश्रितों को बीमारी, मातृत्व जैसे आकस्मिकताओं तथा रोजगार क्षति अथवा व्यवसायिक रोग के कारण मृत्यु अथवा अपंगता में सुरक्षा प्रदान करने हेतु अनिवार्य है। इस उद्देश्य के प्रति योजना बीमाकृत व्यक्तियों तथा उनके आश्रितों को पूर्ण चिकित्सा सुविधाएं तथा बीमाकृत व्यक्तियों के वेतन अथवा अर्जन क्षमता से किसी भी हानि हेतु नगद क्षतिपूर्ति प्रदान करती है। योजना को कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 (अधिनियम) के तहत स्थापित कर्मचारी राज्य बीमा निगम (क.रा.बी.नि.) द्वारा संचालित किया जाता है। सेवाओं की गुणवत्ता को सुधारने की दृष्टि से, चिकित्सा महाविद्यालयों, नर्सिंग महाविद्यालयों तथा प्रशिक्षण संस्थानों की स्थापना के प्रावधान करने हेतु अधिनियम को मई 2010 में संशोधित किया गया था।

क.रा.बी.नि. श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार के प्रशासनिक नियंत्रण के अधीन है।

1.1 अधिनियम के तहत उद्देश्य, आवृत्तन तथा लाभ

अधिनियम का उद्देश्य बीमारी, मातृत्व तथा रोजगार क्षति के मामले में कर्मचारियों को कुछ लाभ प्रदान करना है। योजना (क.रा.बी.यो.) बीमाकृत व्यक्तियों तथा उनके आश्रितों को पूर्ण चिकित्सा सुविधाओं के साथ–साथ एक बीमाकृत व्यक्ति के वेतन अथवा अर्जन क्षमता में किसी भी हानि हेतु नगद क्षतिपूर्ति प्रदान करती है।

क.रा.बी.यो. जिसे प्रारम्भ में दो क्षेत्रों अर्थात् दिल्ली तथा कानपुर में, फरवरी 1952 में, प्रारम्भ किया गया था अब पूर्ण देश (मणिपुर, सिक्किम, अरूणाचल प्रदेश तथा मिजोरम को छोड़कर) में कार्यान्वित है जिसमें दुकानें, होटल, जलपान गृह, सिनेमा, मोटर परिवहन उपक्रम, समाचार पत्र स्थापनाएं, शैक्षणिक तथा चिकित्सा संस्थान शामिल है, जिनमें 20 अथवा अधिक व्यक्ति नियुक्त हैं। इक्कीस राज्यों ने आवृत्तन की न्यूतनतम सीमा को 10 व्यक्तियों तक घटाया है।

विस्तृत रूप से, क.रा.बी.यो. द्वारा बीमाकृत व्यक्तियों तथा उनके आश्रितों को प्रदान लाभों को **तालिका 1.1** में दिया गया है–

तालिका 1.1 – क.रा.बी.यो. के लाभ

क्र. सं.	लाभ	विवरण
1.	चिकित्सा लाभ	पैनल क्लीनिकों, क.रा.बी. औषधालयों तथा अस्पतालों के नेटवर्क के माध्यम से स्वयं तथा आश्रितों हेतु चिकित्सा देखभाल
2.	बीमारी लाभ	किसी भी बिमारी की घटना में, जिसका परिणाम कार्य से अनुपस्थिति के कारण, वेतन की हानि में हो, तथा जो एक प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी/ प्रेक्टीशनर द्वारा उचित रूप से प्रमाणित हो, बिमारी लाभ नगदी में देय है।
3.	मातृत्व लाभ	मातृत्व लाभ बीमाकृत महिला को प्रस्वावस्था, अथवा गर्भपात अथवा उससे संबंधित बिमारी के मामले में देय है।
4.	अपंगता लाभ	अपंगता लाभ रोजगार क्षति अथवा व्यवसायिक रोगों के कारण शारीरिक अपंगता से पीड़ित बीमाकृत कर्मचारियो को देय है।
5.	आश्रित के लाभ	रोजगार क्षति के कारण कर्मचारी की मृत्यु के मामले में कर्मचारी के आश्रितों को आवधिक भुगतान।
6.	अंत्येष्टि व्यय	कर्मचारी की मृत्यु पर अंत्येष्टि व्ययों की पूर्ति।
7.	सुधार भत्ता	स्थापना के बन्द हो जाने के कारण नौकरी की हानि के मामले में राजीव गांधी श्रमिक कल्याण योजना (रा.गां.श्र.क.यो.) के अंतर्गत अधिकतम 12 महीनों के लिए औसतन दैनिक वेतन के 50 प्रतिशत का भुगतान।

1.2 संगठन, कार्यान्वयन तथा अभिशासन ढांचा

क.रा.बी.नि. का नई दिल्ली में अपना कार्पोरेट कार्यालय है तथा अपनी कार्य क्षेत्र रचना के रूप में 23 क्षेत्रीय कार्यालय (क्षे.का.), 31 उपक्षेत्रीय कार्यालय (उ.क्षे.का.) तथा 6 मण्डलीय कार्यालय (मं.का.) है। श्रम एवं रोजगार मंत्रालय के संघ मंत्री तथा सचिव क्रमशः क.रा. बी.नि. के अध्यक्ष तथा उपाध्यक्ष है। महानिदेशक निगम का मुख्य कार्यकारी अधिकारी है। क.रा.बी.नि. का संगठन चार्ट **अनुबंध 1** में दिया गया है।

क.रा.बी.नि. मण्डल अस्पतालों तथा अनुलग्नकों, क्षेत्रीय व्यवसायिक रोग अनुसंधान केन्द्रों आदि सहित औषधालयों, पैनल क्लीनिकों (निजी क्लीनिक/रोगनिदान केन्द्र), के नेटवर्क के माध्यम से स्वास्थ्य तथा चिकित्सा देखभाल प्रदान करता है। अति विशेषज्ञ उपचारों हेतु इसका अन्य अस्पतालों के साथ संबंध भी है।

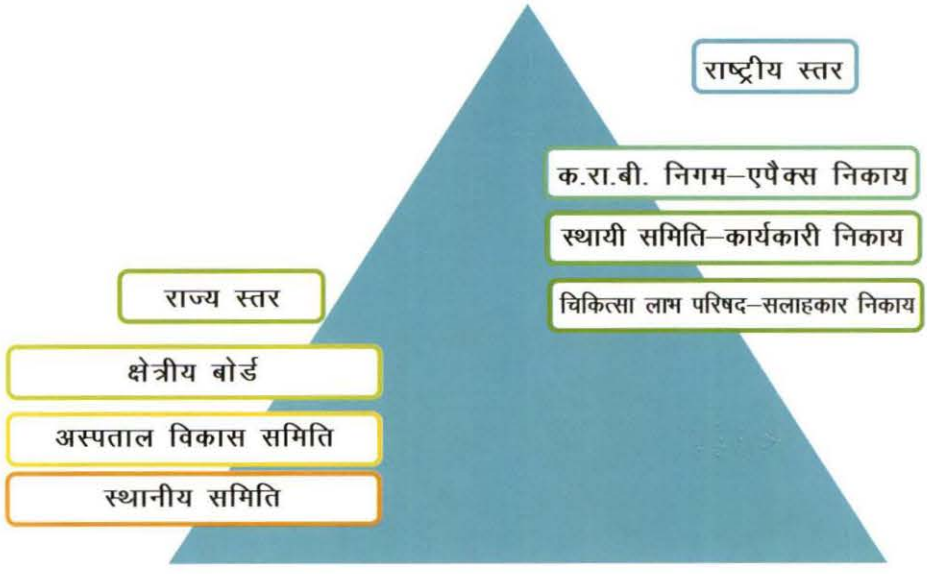
तालिका 1.2 : कार्यान्वयन अवसंरचना

मार्च 2013 को

क्र.सं.	प्रकार	संख्या
1.	क.रा.बी. औषधालय	1384
2.	क.रा.बी. अनुलग्नक[1]	42
3.	क.रा.बी. अस्पताल	151
	राज्य सरकारों द्वारा चलाए जा रहे	117
	क.रा.बी.नि. द्वारा चलाए जा रहे	34
4.	पैनल क्लीनिक	1224
5.	कार्यान्वयन केन्द्र[2]	810

सब मिलाकर, क.रा.बी.नि. के पास, अनुलग्नकों सहित, क.रा.बी. अस्पतालों में 22,600 बिस्तरे हैं। अधिनियम की धारा 59 ख के अनुपालन में क.रा.बी.नि. ने 2010 से 2013 के दौरान आठ चिकित्सा महाविद्यालयों की स्थापना की है।

क.रा.बी.नि. के कार्यों का, केन्द्र तथा राज्य स्तर पर कुछ समितियों द्वारा पर्यवेक्षण किया गया है जैसा निम्न रेखाचित्र में दर्शाया गया है :–



1 अनुलग्नक : 50 बिस्तरों से कम के अस्पताल को अनुलग्नक कहते हैं।

2 कार्यान्वयन केन्द्र : स्थानीय भुगतान कार्यालयों आदि को मिला कर, क.रा.बी.नि. की सभी प्रशासनिक इकाइयों जैसे कि क्षे.का./उ.क्षे.का./मं.का./ब्लां.का. को इसमें आवृत्त किया जाता है।

अभिशासन हेतु, राष्ट्रीय स्तर पर तीन निकाय है नामतः (i) क.रा.बी. निगम, (ii) स्थायी समिति तथा (iii) चिकित्सा लाभ परिषद। राज्य स्तर पर भी तीन निकाय हैं नामतः (i) क्षेत्रीय बोर्ड, (ii) अस्पताल विकास समिति तथा (iii) स्थायनीय समिति। इनकी भूमिका पर अध्याय 2 में चर्चा की गई है।

1.3 लाभार्थी तथा आवृत्तन

2008–09 से 2012–13 के दौरान नियोक्ताओं, कर्मचारियों, बीमाकृत व्यक्तियों तथा लाभर्थियों की संख्या का ब्यौरा नीचे दर्शाया गया है:–

तालिका 1.3 : नियोक्ताओं, बीमाकृत व्यक्तियों तथा लाभार्थियों की संख्या

(लाख में)

निम्न की संख्या	31.03.2009 को	31.03.2010 को	31.03.2011 को	31.03.2012 को	31.03.2013 को
नियोक्ता	3.94	4.06	4.43	5.80	6.66
कर्मचारी[3]	126	139	154	163	165
बीमाकृत व्यक्ति[4]	129	143	155	171	186
लाभार्थी[5]	502	555	603	664	721

भारत में लगभग 4590 लाख[6] के कुल कार्य बल में से 275.50 लाख कर्मचारी संगठित क्षेत्र (सार्वजनिक क्षेत्र में 176.70 लाख तथा निजी क्षेत्र में 98.70 लाख) में है, तथा शेष असंगठित क्षेत्र में हैं। अधिनियम केवल संगठित क्षेत्र के कर्मचारियों को शामिल करता है। वर्तमान में लगभग 186 लाख बीमाकृत व्यक्तियों (बी.व्य.) अर्थात संगठित क्षेत्र का 67 प्रतिशत, अधिनियम के अंतर्गत शामिल है जो देश के कुल कार्य बल का केवल लगभग 4 प्रतिशत को प्रदर्शित करता है।

3 कर्मचारी का अर्थ है, फैक्टरी या स्थापना जिस पर अधिनियम लागू है, के कार्य से संबंधित वेतन पर नियुक्त किया गया, कोई भी व्यक्ति।

4 बीमाकृत व्यक्ति का अर्थ है, एक व्यक्ति जो एक कर्मचारी है या था जिसके बारे में, इस अधिनियम के अंतर्गत अंशदानों का भुगतान करने योग्य हैं या थे जिसके कारण वह इस अधिनियम के नियम 2(14) के प्रावधानों में लाभों में से किसी का भी दावेदार है। इस प्रकार बीमाकृत व्यक्तियों में वर्तमान कर्मचारी, सेवानिवृत्त तथा स्थायीतौर पर अपंग कर्मचारी सम्मिलित है (क.रा.बी.नि. (केन्द्रीय) नियमावली 1950 के नियम 60 तथा 61)

5 लाभार्थी: इनमें बीमाकृत व्याक्तियों के साथ उनके परिवार के सदस्य भी सम्मिलित हैं।

6 क.रा.बी.यो. पर, 1 जनवरी, 2013 के मानक नोट के अनुसार।

1.4 लेखापरीक्षा अधिदेश

क.रा.बी.नि. की निष्पादन लेखापरीक्षा, कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 की धारा 34 के साथ, नियंत्रक–महालेखापरीक्षक के (कर्तव्य, शक्तियां तथा सेवा की शर्तें) अधिनियम 1971 की धारा 19(2) के तहत की गई थी।

1.5 लेखापरीक्षा उद्देश्य

क.रा.बी.नि. की निष्पादन लेखापरीक्षा यह निर्धारित करने हेतु की गई थी कि क्या;

- वित्तीय प्रबंधन तथा संचालन प्रभावी था;
- नई स्थापनाओं के आवर्तन हेतु क्रियाविधि प्रभावी थी;
- दवाईयों/उपकरण के प्रापण सहित योजना का कार्यान्यन दक्ष तथा प्रभावी था; बीमाकृत व्यक्तियों/लाभार्थियों को प्रदत्त लाभ मानदण्डों के अनुसार थे; तथा
- अवसंरचना विकास प्रभावी तथा मानदण्डों के अनुसार था।

1.6 लेखापरीक्षा मापदण्ड

क.रा.बी.नि. के विभिन्न कार्यों का मूल्यांकन निम्नलिखित से प्राप्त मापदण्ड के संदर्भ में किया गया था:

- कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 जैसा समय–समय पर संशोधन किया गया है;
- कर्मचारी राज्य बीमा (केन्द्रीय) नियमावली, 1950;
- कर्मचारी राज्य बीमा (सामान्य) विनियम, 1950;
- नागरिक घोषणापत्र, क.रा.बी.यो. पर मानक टिप्पणी तथा क.रा.बी.नि. द्वारा जारी अनुदेश।
- श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी अनुदेश/आदेश तथा सामान्य वित्तीय नियमावली, 2005।
- क.रा.बी. अस्पतालों तथा औषधालयों हेतु स्टाफ तथा उपकरण के मापदण्ड एवं मानक;
- क.रा.बी.नि. की निरीक्षण नीति;
- क.रा.बी.नि. की राजस्व नियम पुस्तिका।

1.7 लेखापरीक्षा का क्षेत्र

निष्पादन लेखापरीक्षा में क.रा.बी.नि. मुख्यालय, क्षेत्रीय कार्यालयों, उप–क्षेत्रीय कार्यालयों (दो शाखा कार्यालयों सहित), मण्डलीय कार्यालयों, अस्पतालों तथा औषधालयों से संबंधित कार्य–कलाप शामिल है। चयनित चिकित्सा/दन्त्य/नर्सिंग महाविद्यालयों तथा निदेशक (चिकित्सा) दिल्ली में भी कार्यों की जांच की गई थी। निष्पादन लेखापरीक्षा के अंतर्गत शामिल अवधि 2008–09 से 2012–13 थी। लेखापरीक्षा हेतु नमूना चयन निम्नानुसार था:

तालिका 1.4 : नमूना चयन

इकाईयों का नाम	कुल इकाईयां	लेखापरीक्षा में शामिल	मापदण्ड
क्षे.का./उ.क्षे.का./मं.का.	60	56	22 राज्यों तथा दो संघ शासित क्षेत्रों में सभी क्षे.का/उ.क्षे.का. (मण्डलीय कार्यालय सहित, यदि कोई हो)।
का.रा.बी.यो. संचालित अस्पताल	34	29	बि.प्र.सा.या.न.[7] का उपयोग करके विद्यमानता के तहत प्रत्येक राज्य में यादृच्छिक रूप से चयनित दो क.रा.बी.नि. संचालित अस्पताल।
औषधालय	1384	92	बि.प्र.सा.या.न. का उपयोग करके विद्यमानता के तहत प्रत्येक राज्य में यादृच्छिक रूप से चयनित चार।
चिकित्सा महाविद्यालय	8	5	बि.प्र.सा.या.न. का उपयोग करके विद्यमानता के तहत प्रत्येक राज्य में यादृच्छिक रूप से चयनित एक।

श्रम एवं रोजगार मंत्रालय में संबंधित अभिलेखों की भी नमूना जांच की गई थी। लेखापरीक्षा में शामिल की गई इकाईयों के विवरण **अनुबंध II** में दिये गये हैं।

निष्पादन लेखापरीक्षा में मेघालय, नागालैण्ड तथा त्रिपुरा के राज्यों को शामिल नहीं किया गया था क्योंकि इन राज्यों में क.रा.बी.नि. के तहत बहुत कम स्थापनाएं आवृत्त की गई थीं।

1.8 लेखापरीक्षा पद्धति

निष्पादन लेखापरीक्षा 31 जुलाई 2013 को महानिदेशक, क.रा.बी.नि. के साथ प्रवेश सम्मेलन के साथ प्रारम्भ की गई जिसमें लेखापरीक्षा उद्देश्यों, क्षेत्र, पद्धति तथा लेखापरीक्षा मापदण्ड का उल्लेख किया गया था। क.रा.बी.नि. के अभिलेखों की अगस्त 2013 से दिसम्बर 2013 के दौरान जांच की गई थी। 18 मार्च 2014 को क.रा.बी.नि. तथा

7 बि.प्र.सा.या.न.: बिना प्रतिस्थापन सांख्यिकी यादृच्छिक नमूना

मंत्रालय को ड्राफ्ट निष्पादन लेखापरीक्षा प्रतिवेदन जारी किया गया था। महानिदेशक, क.रा.बी.नि. तथा संयुक्त सचिव (श्रम एवं रोजगार मंत्रालय) के साथ निर्गम सम्मेलन 9 मई 2014 को आयोजित किया गया था जिसमें अनुशंसाओं के साथ महत्वपूर्ण लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर चर्चा की गई थी। ड्राफ्ट प्रतिवेदन का प्रत्युत्तर, जो 20 मई 2014 को प्राप्त हुआ था, पर उचित प्रकार से विचार किया गया है तथा प्रतिवेदन में सम्मिलित किया गया है।

1.9 क.रा.बी.नि. की पिछली निष्पादन लेखापरीक्षा

क.रा.बी.नि. की पिछली निष्पादन लेखापरीक्षा 1999–2000 से 2003–04 को शामिल करके की गई थी तथा परिणामों को नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक के 2006 के प्रतिवेदन सं 2 में सूचित किया गया था।

प्रतिवेदन में इंगित मुख्य कमियां थी :

- स्थायी समिति तथा चिकित्सा लाभ परिषद की बैठकों की संख्या में कमी।
- नियोक्ताओं से अंशदान के बकाया देयों में निरंतर वृद्धि।
- नए क्षेत्रों में आवृत्तन योग्य स्थापनाओं में कार्यरत पात्र कर्मचारियों के आवृत्तन में कमी।
- त्रृटिपूर्ण आंतरिक नियंत्रणों के कारण लाभों का दुरूपयोग।
- क.रा.बी.नि. द्वारा राज्य सरकारों से अस्पतालों, औषधालयों तथा स्टाफ मकानों के निर्माण हेतु प्राप्त भूमि का उपयोग दो से सैत्तिस वर्षों के बीच तक नहीं किया गया था।
- अस्पतालों तथा औषधालयों के प्रबंधन में कमियां–बिस्तरों का कम उपयोग, उपकरण का व्यर्थ होना, औषधियों की अविवेकपूर्ण खरीद तथा घटिया दवाईयों का प्रापण।
- एच.आई.वी./एड्स से बचाव एवं नियंत्रण पर परियोजना का अनुपयुक्त कार्यान्वयन जिसका परिणाम विश्व बैंक से सहायता के कम उपयोग में हुआ।

अपनी कार्यवाही टिप्पयणी में मंत्रालय ने उत्तर दिया (अगस्त 2010) कि कमियों पर आवश्यक सुधारात्मक कार्रवाई की जाएगी। फिर भी, इस निष्पादन लेखापरीक्षा ने प्रकट किया कि अधिकांश कमियां अभी भी बनी हुई थी।

1.10 इस विषय के चयन का औचित्य

क.रा.बी.नि. की कुशल कार्य प्रणाली कर्मचारियों की बड़ी संख्या को प्रभावित करती है। बाद में, चिकित्सा महाविद्यालयों, नर्सिंग महाविद्यालयों तथा प्रशिक्षण संस्थानों की स्थापना को सम्मिलित करने हेतु 2010 में अधिनियम का संशोधन किया गया था। चूंकि क.रा.बी.नि. की पिछली निष्पादन लेखापरीक्षा को 2006 अर्थात् आठ वर्ष पहले सूचित किया गया था, इसलिए क.रा.बी.नि. की निष्पादन लेखापरीक्षा की आवश्यकता महसूस की गई थी।

1.11 लेखापरीक्षा प्रतिवेदन की संरचना

प्रतिवेदन का अभिन्यास निम्नानुसार है :–

अध्याय 1 विषय की प्रस्तावना करता है तथा अपनाई गई लेखापरीक्षा पद्धति को परिभाषित करता है।

अध्याय 2 वित्तीय प्रबंधन तथा संचालन के संबंध में है जो अंशदान के संग्रहण की प्रक्रिया तथा संबंधित मामलों, बजट तैयार करने तथा निधियों के आवंटन, बकायों की वसूली तथा विभिन्न केन्द्रीय तथा राज्य स्तरीय समितियों द्वारा की गई बैठकों की स्थिति को उजागर करता है।

अध्याय 3 योजना के अन्तर्गत स्थापनाओं के आवृत्तन, तथा नए क्षेत्रों को सम्मिलित करने में कमी, आवृत्तन हेतु उपयोग की गई पद्धति अर्थात् निरीक्षण, सर्वेक्षण तथा नमूना निरीक्षण के सम्बन्ध में है।

अध्याय 4 क.रा.बी.यो. के कार्यान्वयन, बीमाकृत व्यक्तियों एवं लाभार्थियों हेतु उपलब्ध लाभों, विभिन्न अस्पतालों/औषधालयों में लाभार्थियों को प्रदान की गई सेवाओं की गुणवत्ता, प्रापण प्रक्रियाओं, मानव संसाधनों से संबंधित मामलों के संबंध में है।

अध्याय 5 में, अवसंरचना विकास तथा क.रा.बी.नि. में कम्प्यूटरीकरण पर मसलों को सूचित किया गया है।

1.12 आभार प्रकट

लेखापरीक्षा, इसके क्षे.का. तथा उ.क्षे.का., अस्पतालों तथा औषधालयों सहित क.रा.बी.नि. तथा श्रम एवं रोजगार मंत्रालय द्वारा, लेखापरीक्षा प्रक्रिया के दौरान प्रदान किये गये सहयोग हेतु, आभार प्रकट करती है।

अध्याय – 2 : वित्तीय प्रबंधन तथा संचालन

निष्पादन लेखापरीक्षा के उद्देश्यों में एक उद्देश्य यह जांच करना था कि क्या अंशदानों के संग्रहण, बकायों की वसूली हेतु प्रक्रिया प्रभावी थी तथा बजटीय नियंत्रणों सहित वित्तीय प्रबंधन दक्ष थे। इसके लिए लेखापरीक्षा में आय एवं व्यय विवरणियों, अंशदानों के संग्रहण, बकायों की वसूली, गैर–समाधान किए चालानों, बैंक खाता विवरणियों के गैर समाधान, बैंक द्वारा लंबित क्रेडिटों पर ब्याज की गैर–वसूली तथा बजटीय प्रक्रिया की जांच की गई। लेखापरीक्षा में यह भी जांच की गई कि क्या केन्द्रीय तथा राज्य स्तर पर विद्यमान संचालन संरचना प्रभावी थी। लेखापरीक्षा जांच के परिणामों से उजागर महत्वपूर्ण मामले निम्नानुसार हैं;

2.1 आय और व्यय

क.रा.बी. (केन्द्रीय) अधिनियम 1950 के नियम 51 के अनुसार अंशदान का संग्रहण, कर्मचारी से वेतन की 1.75 प्रतिशत तथा नियोक्ता से वेतन की 4.75 प्रतिशत की दर पर किया जाना है। यह क.रा.बी.नि. की आय का मुख्य स्रोत है तथा इसने, इसकी कुल आय में 76 से 84 प्रतिशत तक का सहयोग दिया। इसके अलग, निवेशों पर ब्याज (14 से 22 प्रतिशत) तथा क.रा.बी.नि. द्वारा निर्मित तथा योजना आदि को चलाने हेतु, राज्य सरकारों को सूपूर्द इमारतों के किराए/दर/कर (0.60 प्रतिशत से 1.48 प्रतिशत) आय के अन्य स्रोत थे।

व्यय मुख्यतः, चिकित्सा लाभ (कुल व्यय का 54 से 64 प्रतिशत), नगद लाभ (11 से 18 प्रतिशत) प्रदान करने तथा प्रशासनिक व्यय (12 से 20 प्रतिशत) आदि के प्रति था। 2008–09 से 2012–13 के दौरान क.रा.बी.नि. की आय एवं व्यय के ब्यौरे **तालिका 2.1** में दिए गए हैं:–

तालिका 2.1: आय और व्यय

कोष्ठक में आंकड़े अंश की प्रतिशतता को दर्शाते हैं (₹करोड़ में)

क्र.सं.	मद	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
आय						
(क)	अंशदान	3698.53 (83.07)	3896.00 (76.61)	5748.77 (82.35)	7070.11 (84.23)	8111.45 (80.01)
(ख)	ब्याज एवं क्षतिपूर्ति	664.03 (14.91)	1110.36 (21.84)	1132.43 (16.22)	1188.02 (14.15)	1914.49 (18.88)
(ग)	किराया, दरे एवं कर	65.86 (1.48)	61.40 (1.21)	65.66 (0.94)	60.64 (0.72)	60.93 (0.60)
(घ)	शुल्क, दण्ड एवं जब्तियां	9.37 (0.21)	10.14 (0.20)	7.99 (0.11)	25.43 (0.30)	15.57 (0.15)
(ड़)	राज्य सरकार का अंश	7.59 (0.17)	0.00	9.64 (0.14)	20.00 (0.24)	0.00

क्र.सं.	मद	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
(च)	विविध	7.07 (0.16)	7.27 (0.14)	16.13 (0.23)	29.35 (0.35)	36.19 (0.36)
कुल		**4452.45**	**5085.17**	**6980.62**	**8393.55**	**10138.63**
व्यय		**प्रशासन**				
(क)	प्रशासन	412.76 (19.95)	504.36 (18.60)	524.21 (15.75)	647.06 (15.18)	823.26 (12.43)
(ख)	चिकित्सा लाभ	1123.22 (54.29)	1626.93 (59.99)	2123.67 (63.82)	2689.62 (63.11)	3931.91 (59.38)
(ग)	नकद लाभ	383.23 (18.52)	428.85 (15.81)	496.55 (14.92)	685.07 (16.08)	763.78 (11.54)
(घ)	सिविल निर्माण	36.99 (1.79)	38.96 (1.44)	57.49 (1.73)	70.70 (1.66)	81.11 (1.23)
(ड़)	मरम्मत एवं व्यय तथा नगरपालिका कर	112.63 (5.44)	112.72 (4.16)	125.68 (3.78)	169.25 (3.97)	129.08 (1.95)
(च)	आकस्मिता आरक्षित निधि/अवधि से पहले समायोजन[8]	0.00	0.00	0.00	0.00	892.00 (13.47)
	कुल	**2068.83**	**2711.82**	**3327.60**	**4261.70**	**6621.16**
व्यय से अधिक आय		2383.62	2373.35	3653.02	4131.85	3517.47
पूंजीगत निर्माण आरक्षित निधि (पू.नि.आ.नि.) को अंतरण		-	5000.00	-	-	3000.00
संचित आधिक्य		13481.40	10854.75	14507.77	18639.62	19157.09

(स्रोतः क.रा.बी.नि. के वार्षिक लेखे)

आय एवं व्यय के डाटा के विश्लेषण ने निम्नलिखित दर्शायाः–

- अंशदान क.रा.बी.नि. की आय का मुख्य स्रोत था तथा यह 2008–09 से 2012–13 के दौरान कुल आय का 76 से 84 प्रतिशत था।
- क.रा.बी.नि. ने मार्च 2013 तक ₹31638.58 करोड़ का निवेश किया था तथा ऐसे निवेशों पर ब्याज ने आय के 14 से 22 प्रतिशत तक सहयोग दिया।
- चिकित्सा लाभ व्यय के प्रति 54 से 64 प्रतिशत थे। इसी प्रकार नगद लाभ व्यय के 11 से 18 प्रतिशत थे। इन दो संघटकों, जो बी.व्य. की प्रत्यक्ष सेवा हेतु थे, ने इसके व्यय को लगभग 80 प्रतिशत का सहयोग दिया।
- योजना को चलाने हेतु प्रशासनिक व्यय कुल व्यय का 12 से 20 प्रतिशत था तथा हमने इसे अधिक होना माना। फिर भी यह कुल राजस्व के 15 प्रतिशत की संवैधानिक सीमा के भीतर था जैसा अधिनियम की धारा 28 क के तहत

8 2012–13 के दौरान जोड़ा गया नया व्यय शीर्ष

क.रा.बी. (केन्द्रीय) अधिनियम, 1950 के नियम 31 के अंतर्गत परिभाषित की गई है।

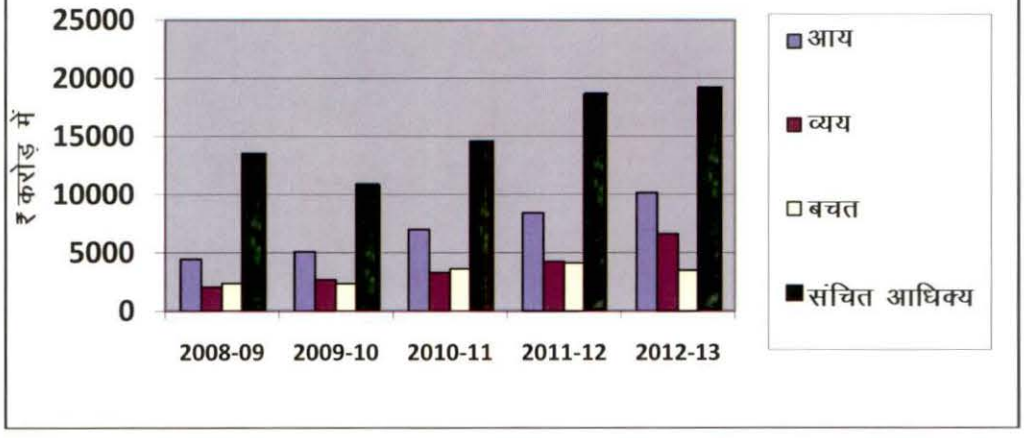
- चिकित्सा तथा नगद लाभ के प्रति व्यय, कुल आय के 33 से 46 प्रतिशत के बीच था, जो दर्शाता है कि मुख्य कार्य पर व्यय अंशदानों के संग्रहण के समानुपात नहीं था। इसने यह भी दर्शाया कि कर्मचारी तथा नियोक्तोओं से अंशदान की दरें, प्रदान की जारी रही सेवाओं, के वर्तमान स्तर से अधिक थीं।

2.1.1 संचित आधिक्य

क.रा.बी.नि. को बीमाकृत व्याक्तियों को सामाजिक सुरक्षा प्रदान हेतु सृजित किया गया था फिर भी जैसा कि इसके आय एवं व्यय आंकड़ों से देखा गया है कि इसके संग्रहण, सेवाओं पर व्यय के इसके स्तर से निरंतर तथा पर्याप्त रूप से अधिक थे जिसके परिणामस्वरूप वह वर्षों से आधिक्य संचित करता रहा है। 2009–10 तथा 2012–13 के दौरान क.रा.बी.नि. ने 'आधिक्य' में से 'पूंजीगत निर्माण आरक्षित निधि' (पूं.नि.आ.नि.) को क्रमशः ₹5000 करोड़ तथा ₹3000 करोड़ अंतरित किए। इसके बावजूद संचित आधिक्य 2008–09 में ₹13481.40 करोड़ से 2012–13 में ₹19157.09 करोड़ तक बढ़ा।

2008–09 से 2012–13 के दौरान संचित आधिक्य प्रतिमान को **ग्राफ 2.1** में दर्शाया गया है:–

ग्राफ : 2.1 आय एवं व्यय दर्शाने वाला ग्राफ



अभ्यन्तर सेवा से (चिकित्सा लाभ तथा नकद लाभ) प्रदान कराने पर कम खर्च करने, जिसके हेतु क.रा.बी.नि. का सृजन किया गया था, तथा संचित आधिक्य को चिकित्सा शिक्षा हेतु उपयोग करना (चिकित्सा महाविद्यालयों का निर्माण), एक चिन्ता का विषय है।

2.1.2 अंशदानों का बकाया

क.रा.बी. (सामान्य) विनियमन, 1950 के विनियमन 31 के अनुसार, आवृत्त स्थापनाओं के सभी नियोक्ताओं को निर्धारित अवधि, अर्थात अगले महीने की 21वीं तारीख तक, कर्मचारियों तथा नियोक्ताओं दोनों का अंशदान जमा करना, अपेक्षित है। ऐसा करने में नियोक्ता की विफलता के मामले में, ब्याज सहित अंशदान, बकायों के अंतर्गत आएगा जिसके लिए अधिनियम की धारा 45–बी से 45 आई के तहत, भूमि राजस्व के बकायों के रूप में वसूली कार्रवाई करने हेतु क.रा.बी.नि. अधिकृत है।

पिछले पांच वर्षों के लिए बकायों तथा इसकी वसूली की स्थिति नीचे दी गई हैं:–

तालिका 2.2 : अंशदानों के बकाया

(₹ करोड़ में)

वर्ष	निम्न से वसूले जाने वाला बकाया			वर्तमान में वसूली न करने योग्य बकाया[9]
	निजी[10]	सार्वजनिक[11]	कुल	
2008-09	1060.73	206.59	1267.32	912.26 (71.98 प्रतिशत)
2009-10	1037.27	272.72	1309.99	1009.01 (77.02 प्रतिशत)
2010-11	1060.60	307.76	1368.36	962.92 (70.88 प्रतिशत)
2011-12	1123.98	348.74	1472.72	1031.19 (70.02 प्रतिशत)
2012-13	1303.99	351.43	1655.42	1001.82 (60.51 प्रतिशत)

बकायों के विश्लेषण ने दर्शाया कि :

- मार्च 2013 तक ₹1655.42 करोड़ के कुल बकायों में से ₹1001.82 करोड़ के वसूले न जाने योग्य के रूप में, ₹124.32 करोड़ को रूग्ण उद्योगों के रूप में तथा ₹529.28 करोड़ को वसूली अधिकारी के पास वसूली हेतु लंबित के रूप में वर्गीकृत किया गया था।
- वसूले न जाने योग्य बकाया कुल बकायों का बड़ा भाग थे जो वसूली प्रकिया में कमियों को दर्शाता है।
- कुल बकाया 2008–09 से 2012–13 के दौरान वार्षिक अंशदान के लगभग 20 से 34 प्रतिशत था।
- 31.3.2013 को वसूलनीय बकाया अर्थात् ₹1655.42 करोड़, 2012–13 के दौरान वसूले गये कुल अंशदानों के 20.4 प्रतिशत थे।

9 क.रा.बी.नि. ने, न्यायिक मामले, पता ठिकाना नहीं मालूम, फैक्ट्री बंद हो गई आदि के कारण वर्तमान में इन बकायों को ना वसूलने योग्य के रूप में, वर्गीकृत किया है।

10 सार्वजनिकः सार्वजनिक क्षेत्र से नियोक्ता

11 निजीः निजी क्षेत्र से नियोक्ता

- अप्राप्त बकायों की धनराशि 2008–09 से 2012–13 तक लगभग 30 प्रतिशत तक बढ़ी।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि अप्राप्त बकायों का मुख्य कारण, चल रही चूक थी तथा सभी क्षेत्रों को चूककर्ता इकाईयों के संबंध में, सामयिक कार्रवाई सुनिश्चित करने की सलाह दी जा रही थी।

2.1.3. बाधित समय सीमा से राजस्व की हानि

अधिनियम की धारा 45 क, जो क.रा.बी.नि. को, नियोक्ता द्वारा देय अंशदान की राशि को निर्धारित करने हेतु प्राधिकृत करता है, को अंशदानों के निर्धारण हेतु पांच वर्षों की समय सीमा को निर्धारित करके, इस आशा से कि ऐसे मामलों को पांच वर्षों की अधिकतम अवधि के भीतर निर्धारित किया जा सकेगा, जून 2010 में संशोधित किया गया था। संशोधन के परिणामस्वरूप, क.रा.बी.नि. ने सभी क्षे.का./उ.क्षे.का. को पांच वर्षों की समाप्ति से पहले उपयुक्त आदेश जारी करके अंशदान के निर्धारण को अंतिम रूप देने हेतु प्राथमिकता पर सभी लंबित मामलों को संचालित करने का निर्देश दिया (जून 2010)। तथापि, यह देखा गया था कि कुछ मामले इस निर्धारित समय सीमा में अनिर्णित रहे तथा परिणामस्वरूप ₹48.31 करोड़ की वसूलियां समय बन्धित हो गई।

उन मामलों, जहां बकाया समय बन्धित हो गए तथा इसलिए अवसूलनीय है, का सार निम्नानुसार है:

तालिका 2.3 : समय बन्धित मामले

क्र.सं.	क्षे.का/उ.क्षे.का. राज्य का नाम	मामलों की सं.	राशि (₹ करोड़ में)
1.	उ.क्षे.का., इर्नाकुलम, केरल	42	0.60
2.	क्षे.का., थ्रिशुर, केरल	21	0.12
3.	क्षे.का., चेन्नई, तमिलनाडु	1096	39.48
4.	उ.क्षे.का. सलेम, तमिलनाडु	उ.न.	4.74
5.	क्षे.का. पुदुचेरी	94	1.84
6.	क्षे.का/उ.क्षे. का. कर्नाटक	53	1.53
	योग	**1306**	**48.31**

इस प्रकार देयों को निर्धारित करने हेतु पांच वर्षों में भी क.रा.बी.नि. द्वारा कार्रवाई प्रारम्भ न किये जाने का परिणाम ₹48.31 करोड़ की राजस्व की हानि में हुआ।

अनुशंसाः क.रा.बी.नि. को अंशदान, ब्याज तथा क्षति के बकायों की वसूली हेतु प्रभावी कदम उठाने चाहिए तथा चूककर्ताओं के प्रति शीघ्र कार्रवाई को भी सुनिश्चित करना चाहिए। क.रा.बी.नि. को समय बाधित मामलों की भी जांच करनी चाहिए तथा जवाबदेही निर्धारित करनी चाहिए।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि अनुदेशों के उल्लंघन हेतु जवाबदेही पहलू की जांच की जा रही थी।

2.1.4 दिल्ली सरकार से ₹785.10 करोड़ के बकायों की अवसूली

क.रा.बी.यो. के नियंत्रण को दिल्ली सरकार द्वारा, व्यय के 1/8वें भाग की प्रतिपूर्ति की शर्त के साथ 1962 में, दिल्ली सरकार से क.रा.बी.नि. को हस्तांतरित कर दिया गया था। दिल्ली सरकार 1989–90 तक नियमित रूप से भुगतान कर रही थी परंतु बाद में भुगतान अनियमित हो गए। 31 मार्च 2013 को दिल्ली सरकार से कुल ₹785.10 करोड़ शेष थे। क.रा.बी.नि. ने, दिल्ली राज्य सरकार से बकायों की वसूली हेतु मामले को आगे बढ़ाने हेतु, मंत्रालय के साथ भी मामला नहीं उठाया था।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि मामले को लगातार दिल्ली राज्य सरकार के साथ आगे बढ़ाया जा रहा था।

2.2 बजट

क.रा.बी. अधिनियम की धारा 26 के अनुसार, इस अधिनियम के तहत भुगतान किए गए सभी अंशदानों तथा क.रा.बी.नि. की ओर से प्राप्त सभी अन्य धन को एक निधि, जिसे कर्मचारी राज्य बीमा निधि कहा जाता है, में जमा किया जाता है जिसे क.रा. बी.नि. द्वारा संभाला तथा नियंत्रित किया जाता है। अधिनियम आगे प्रावधान करता है कि निगम, संभावित प्राप्तियों एवं व्यय को दर्शाने वाला एक बजट तैयार करेगा तथा बजट की एक प्रति केन्द्र सरकार को स्वीकृति हेतु प्रस्तुत करेगा (धारा 32)। सामान्य वित्तीय नियमावली (सा.वि.नि.) का नियम 48(2), परिशिष्ट 2, बजट तैयार करने पर दिशानिर्देश प्रदान करता है तथा बताता है कि बजट को उचित ध्यान के साथ तैयार किया जाना चाहिए। 2008–09 से 2012–13 के दौरान क.रा.बी.नि. के बजट अनुमानों एवं वास्तविक व्यय तथा इसके आधिक्य (+) अथवा बचतों (–) के ब्यौरे **तालिका 2.4** में दिये गये हैं।

तालिका 2.4 : पिछले पांच वर्षों के दौरान किए गए बजट की तुलना में वास्तविक व्यय

(₹ करोड़ में)

वर्ष	बजट अनुमान (ब.अ.)	वास्तविक व्यय	आधिक्य(+) / बचत(–) ब.अ. के संबंध में प्रतिशत	
			राशि	प्रतिशत
2008-09	2130.71	2068.83	-61.88	-2.90
2009-10	3399.05	2711.82	-687.23	-20.22
2010-11	3890.71	3327.60	-563.11	-14.47
2011-12	5079.70	4261.70	-818.00	-16.10
2012-13	5749.63	6621.15	871.52	15.16

इस प्रकार, जबकि वास्तविक व्यय 2008–09 में बजट आंकड़ों के करीब था फिर भी 2009–10 से 2011–12 के दौरान 14.47 प्रतिशत से 20.22 प्रतिशत की बचतें पाई गई थीं।

मंत्रालय में बजट की स्वीकृति की प्रक्रिया की संविक्षा ने प्रकट किया कि मंत्रालय ने उन्हीं बजट प्रस्तावों को स्वीकृत किया जैसे क.रा.बी.नि. द्वारा प्रस्तुत किए गए थे अर्थात् सभी पांच वर्षों हेतु पर्यवेक्षण भूमिका का उपयोग किए बिना।

इन्होंने बजटीकरण में कमजोरियों को दर्शाया।

लेखापरीक्षा ने क.रा.बी.नि. के फील्ड कार्यालयों हेतु बजट प्रक्रिया का भी विश्लेषण किया तथा महत्वपूर्ण परिवर्तनों को निम्नानुसार दर्शाया गया है :

तालिका 2.5 : बजट में परिवर्तनों के ब्यौरे

क्र.स.	इकाई / राज्य का नाम	अवधि	आधिक्य / बचत	आधिक्य / बचत का प्रतिशत
1.	उ.क्षे.का. ओखला, दिल्ली	2009-10 से 2012-13	आधिक्य	22 से 89
2.	क.रा.बी.नि. अस्पताल, वापी गुजरात	2011-12 से 2012-13	बचत	45 से 55
3.	क.रा.बी.नि. अस्पताल, वापी गुजरात	2010-11 से 2012-13	आधिक्य	20.4 से 49.57
4.	क्षे.का. बैंगलोर, कर्नाटक	2010-11	आधिक्य	70
5.	उ.क्षे.का. भूमासंदरा, कर्नाटक	2010-11	आधिक्य	40
6.	उ.क्षे.का. पीनया, कर्नाटक	2008-09 से 2012-13	आधिक्य	41 से 196
7.	उ.क्षे.का. कोयम्बटोर, तमिलनाडु	2008-09 से 2012-13	बचत	40.5 से 63.4
8.	क्षे.का. देहरादून, उत्तराखण्ड	2011-12 एवं 2012-13	बचत	20.45 से 65.05
9.	एस.एस.एच. संघानगर हैदराबाद	2011-12	बचत	68.56

इन परिवर्तनों ने कमजोर बजटीकरण तथा क.रा.बी.नि. की ओर से पर्याप्त पर्यवेक्षण की कमी को दर्शाया।

अनुशंसाः क.रा.बी.नि. को उचित ध्यान सहित बजट अनुमानों को तैयार करना चाहिए। मंत्रालय को संस्वीकृति प्रदान करने से पहले ध्यानपूर्वक बजट प्रस्तावों की संवीक्षा करनी चाहिए।

मंत्रालय/क.रा.बी.नि. ने अनुशंसा को स्वीकार किया।

2.3 लेखापरीक्षा प्रमाणपत्रों के बिना राज्यों को प्रतिपूर्ति

अधिनियम की धारा 58 (3) के अनुसार, क.रा.बी.नि. ने बी.व्य. को चिकित्सा देखभाल का एक समान स्तर प्रदान करने हेतु, राज्य सरकारों के साथ एक करार किया तथा चिकित्सा देखभाल पर व्यय को 7:1 के अनुपात में क.रा.बी.नि. तथा राज्य सरकारों के बीच बांटा जाना था। निर्धारित प्रक्रिया के अनुसार, क.रा.बी.नि., नियत सीमा के आधार पर अपने 7/8वें अंश के 90 प्रतिशत तक का लेखागत भुगतान का प्रावधान करता है तथा शेष 10 प्रतिशत को बाद में संबंधित राज्य महालेखाकार (रा.म.ले.) से लेखापरीक्षा प्रमाणपत्र की प्राप्ति पर अदा करता है। लेखापरीक्षा ने पाया कि 2008–09 से 2011–12 के दौरान क.रा.बी.नि. ने 21 राज्यों को 90 प्रतिशत के रूप में ₹2280.29 करोड़ के अग्रिम भुगतान किये गये (**अनुबंध III**), परंतु खर्चों को चार वर्षों से अधिक की समाप्ति के बाद भी संबंधित रा.म.ले. द्वारा प्रमाणित नहीं किया गया था। लेखापरीक्षा ने यह भी पाया कि क.रा.बी.नि. ने आंध्र प्रदेश, गुजरात, हरियाणा, पंजाब, राजस्थान तथा तमिलनाडु को म.ले.प. द्वारा प्रमाणित व्यय से अधिक की निधियां जारी की। राज्यों को अधिक भुगतान करने का आधार अभिलेखों में नहीं था।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि 21 राज्यों को ₹2280.29 करोड़ का भुगतान 7/8वें अंश के 90 प्रतिशत भुगतान से संबंधित था जिसे लेखापरीक्षा प्रमाणपत्रों के बिना अग्रिम के रूप में किया जाना था। उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि राज्यों को निधियां लगातार चार वर्षों के दौरान अर्थात 2008–09 से 2011–12 तक, जारी की गई थी और व्यय आंकड़ों को इन वर्षों के दौरान प्रमाणित नहीं किया गया था।

2.4 समाधान न किए गए चालान

क.रा.बी.नि. के कम्प्यूटरीकरण के पश्चात नियोक्ताओं द्वारा सभी अंशदानों को ऑनलाईन चालान के माध्यम से अदा किया जाना होता है। प्रत्येक माह, प्रत्येक नियोक्ता को, अदा किए जाने वाले अंशदान हेतु, ऑनलाईन चालान सृजित करना होता है। उस चालान हेतु भुगतान भा.स्टे.बैं. में किया जाता है। बैंक से स्क्रॉल प्राप्त करने के पश्चात क.रा.बी.नि.

बैंक में अदा किए गए चालानों की तुलना में सृजित चालानों का मिलान करता है। सृजित, परंतु अदा न किए गए चालानों को समाधान न किए गए चालानों के रूप में माना जाता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि महत्वपूर्ण ऑनलाईन चालान सृजन की प्रक्रिया के समापन के बाद, कुछ समाधान न किए गए चालान, सिस्टम में पाए गए थे।

लेखापरीक्षा ने नीचे दिए गए विवरणों के अनुसार, सृजित चालानों तथा वास्तविक प्राप्तियों के बीच ₹556.59 करोड़ का अंतर पाया।

तालिका 2.6 : सृजित चालानों तथा वास्तविक प्राप्तियों में अंतर

क्र.सं.	राज्य का नाम	अंतर की राशि (₹ करोड़ में)	अवधि
1.	हिमाचल प्रदेश	10.38	2011-12 और 2012-13
2.	हरियाणा	146.03	2008-09 से 2012-13
3.	कर्नाटक	380.42	अक्टूबर 2011 से मार्च 2013
4.	उत्तराखण्ड	19.76	2011-12 और 2012-13
	कुल	**556.59**	

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि इस प्रकार के चालान बीमा माड्यूल में बिना अदा किए पड़े हैं तथा यह निर्णय लिया गया था कि छः महीनों से अधिक से बिना अदा किए पड़े चालानों को स्वतः ही सिस्टम से हटा दिया जाएगा। तथापि, इसे केवल इसलिए प्रारम्भ नहीं किया गया था क्योंकि यह स्पष्ट नहीं था कि ये चालान अदा नहीं किए गए थे या समाधान न किए गए चालान थे।

2.5 मिलान न किए जाने से उजागर मामले

2.5.1 क्षे.का. दिल्ली में ₹1.17 करोड़ की पेंशन का संवितरण रोकड़ बही से बाहर रहा

क्षे.का., दिल्ली की बैंक मिलान विवरणी (31 मार्च 2013 को) ने ₹1.17 करोड़ की राशि को, बैंक द्वारा डेबिट किए गये पेंशन स्क्रोल ने दर्शाया था परंतु बैंक से पेंशन स्क्रोल की मांग हेतु रोकड़बही में दर्ज नहीं किया गया था। इसमें अगस्त 2004 से अगस्त 2011 के बीच की अवधि से संबंधित ₹1.04 करोड़ की राशि शामिल है। रोकड़ बही में इस राशि को न दिखा कर, क्षे.का. दिल्ली ने संबंधित वर्षों हेतु अपने व्यय को कम बताया था। यह संबंधित अवधि के दौरान पेंशन भोगियों को अधिक भुगतान के जोखिम से भी भरा था।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि ₹1.17 करोड़ में से ₹86.00 लाख की राशि का, बैंक से पेंशन स्क्रोल के विवरण प्राप्त करके, समायोजन कर दिया गया है। क्षेत्रीय कार्यालय दिल्ली की रोकड़ बही में, ₹30.43 लाख की शेष राशि का समायोजन करने हेतु मामला, पेंशन स्क्रोल के ब्यौरे प्रस्तुत करने के लिए, बैंक के साथ पत्राचार के अधीन है।

2.5.2 बैंक द्वारा दिए गए ₹2.86 करोड़ के डेबिट को लेखाओं में शामिल नहीं किया गया

इसी प्रकार, मार्च 2013 की क्षे.का. रायपुर की बैंक मिलान विवरणी ने प्रकट किया कि, अक्तूबर 2006 से दिसम्बर 2012 के बीच, बैंक द्वारा ₹2.86 करोड़ की राशि डेबिट की गई थी, परंतु क.रा.बी. के लेखाओं में शामिल नहीं की गई थी।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि इसके क्षेत्रीय कार्यालय, रायपुर ने बैंक से ₹2.86 करोड़ के यर्थात विवरण प्राप्त नहीं किए थे। विवरणों को प्रस्तुत करने हेतु मामले को बैंक के साथ आगे बढ़ाया जा रहा है।

2.6 भा.स्टे.बैं. द्वारा विलम्बित क्रेडिटों पर ब्याज की गैर–वसूली

1 अप्रैल 2005 से लागू भा.स्टे.बैं. तथा क.रा.बी.नि. के बीच करार के अनुसार, बैंक, 14 दिनों बाद, मूल शाखा से लिंक शाखा तथा लिंक शाखा से नई दिल्ली में नोडल खाते में, अंशदान के विलम्बित क्रेडिटों पर उपर्युक्त बचत बैंक दर से 2 प्रतिशत अधिक की दर पर क.रा.बी. निधि को ब्याज अदा करेगा।

लेखापरीक्षा ने पाया कि मार्च 2013 को ₹58.94 लाख की राशि भा.स्टे.बैं. से अंशदानों के क्रेडिट में विलम्ब पर ब्याज के रूप में बकाया थी (क्षे.का. अहमदाबाद – ₹24.34 लाख, उ.क्षे.का. वडोदरा– ₹17.85 लाख तथा उ.क्षे.का. सूरत– ₹12.40 लाख, उ.क्षे.का. भुवनेश्वर – ₹2.77 लाख तथा क्षे.का. गुवाहाटी ₹1.58 लाख)।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि संबंधित लेखांकन इकाईयों द्वारा क.रा.बी. निधि को अंशदानों के विलम्बित क्रेडिट पर ब्याज के क्रेडिट हेतु मामला बैंक प्राधिकारियों के साथ आगे बढ़ाया जा रहा है।

2.7 अंशदान के बिना क.रा.बी.नि. के कर्मचारियों द्वारा चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठाना।

क.रा.बी. (केन्द्रीय) नियमावली 1950 के नियम 51 के अनुसार, क.रा.बी.नि. के अस्पतालों/औषधालयों की सुविधाएं तथा अन्य लाभ कर्मचारी तथा नियोक्ता दोनों द्वारा अंशदान के भुगतान पर ही, श्रमिकों/कर्मचारियों की पात्र श्रेणी हेतु उपलब्ध हैं। तथापि, लेखापरीक्षा

ने पाया कि क.रा.बी.नि. के सभी कर्मचारी किसी अंशदान के भुगतान के बिना, चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठा रहे थे।

इसलिए, क.रा.बी.नि. औषधालयों/अस्पतालों से कर्मचारियों द्वारा मुफ्त चिकित्सा, सुविधाओं का लाभ उठाना अनियमित था। 1995 से पहले, क.रा.बी.नि. के कर्मचारी प्रचलित के.स.स्वा.यो. दरों पर के.स.स्वा.यो. की सुविधाओं का लाभ उठा रहे थे। 29 अगस्त 1996 को 135वीं स्थायी समिति बैठक के निर्णय के अनुसार क्षे.का., दिल्ली तथा मुख्य कार्यालय दिल्ली में तैनात कर्मचारी, जो के.स.स्वा.यो. के माध्यम से चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठा रहे थे, को 1 अप्रैल 1995 से क.रा.बी. औषधालयों/अस्पतालों के माध्यम से चिकित्सा सुविधाएं प्रदान की जानी थी। इस प्रकार, क.रा.बी.नि. कर्मचारी बिना किसी अंशदान का भुगतान करें के.स.स्वा.यो. से क.रा.बी. चिकित्सा सुविधाओं की ओर परिवर्तित हो गए।

1 जून 2009 से के.स.स्वा.यो. हेतु प्रचलित अंशदान दरों के अनुसार, जून 2009 से मार्च 2013 की अवधि हेतु क.रा.बी.नि. मुख्यालय में तैनात क.रा.बी.नि. के 648 कर्मचारियों के वेतन से ₹61.53 लाख की राशि वसूलनीय थी। क.रा.बी.नि. में लगभग 12000 कर्मचारी है जो बिना किसी अंशदान के चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठा रहे हैं।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि 135वीं स्थायी समिति बैठक में क.रा.बी. अस्पतालों से चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठा रहे कर्मचारियों से अंशदान की वसूली के संबंध में कोई निर्णय नहीं लिया जा सका था। मामले में अंतिम निर्णय अभी भी नहीं लिया गया है। मामले को निर्णय हेतु सक्षम प्राधिकारी के समक्ष प्रस्तुत किया जाएगा।

2.8 अस्पतालों को प्रदान की गई चिकित्सा अग्रिमों का गैर–समायोजन

वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त (व.रा.चि.आ.)/राज्य चिकित्सा आयुक्त (रा.चि.आ.)/(रा. चि.आ.)/चिकित्सा निदेशालय दिल्ली (चि.नि.दि.)[12] बी.व्य. द्वारा अति विशेषज्ञ उपचार प्राप्त किये जाने हेतु प्रसिद्ध सरकारी/अर्धसरकारी/निजी अस्पतालों/संस्थानों के साथ जुड़ाव के प्रबंधन करने हेतु प्राधिकृत थे। अति विशेषज्ञ उपचार हेतु क.रा.बी.नि. द्वारा जारी अनुदेशों (जुलाई 2008) के अनुसार, बी.व्य. को कोई भी भुगतान करना अपेक्षित नहीं था तथा वह ऐसे अति विशेषज्ञ अस्पतालों से मुफ्त उपचार प्राप्त करेंगे। असाधारण परिस्थितियों अथवा आपातकाल में क.रा.बी.नि. द्वारा संबद्ध अस्पतालों को अग्रिम अदा की

12 क.रा.बी.नि. में प्राधिकारी जो अति विशेषज्ञ अस्पतालों के साथ जुड़ाव के प्रबंधन करने हेतु उत्तरदायी हैं।

जा सकती है। संबद्ध अस्पताल अगले महीने की 7 तक संबंधित क.रा.बी.नि. अस्पतालों को, आवश्यक सहायक दस्तावेजों सहित, बिल प्रस्तुत करेंगे।

लेखापरीक्षा ने पाया कि मार्च 2013 तक ऐसे अस्पतालों को प्रदान की गई ₹20.31 करोड़ की अग्रिम आठ राज्यों में गैर–समायोजित पड़ी थी जैसा नीचे ब्यौरा दिया है:

तालिका 2.7: गैर–समायोजित अग्रिम

(₹ लाख में)

क्र.सं.	राज्य का नाम	गैर–समायोजित अग्रिम
1.	हिमाचल प्रदेश	186.76
2.	हरियाणा	68.75
3.	चण्डीगढ़	84.58
4.	मध्य प्रदेश	388.00
5.	गुजरात	585.57
6.	राजस्थान	20.56
7.	केरल	630.21
8.	छत्तीसगढ़	67.03
कुल		**2031.46**

उपर्युक्त में से, ₹156.71 लाख की अग्रिम पांच वर्षों से अधिक के लिए गैर–समायोजित थीं।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि अग्रिमों के समायोजन हेतु मामले का संबंधित अस्पतालों के साथ प्रबल रूप से अनुसरण किया जा रहा है।

2.9 समितियों के माध्यम से क.रा.बी.नि. का संचालन

अधिनियम की धारा 3 के अनुसार, क.रा.बी.यो. को समुचित रूप से गठित कार्पोरेट निकाय जिसे, कर्मचारी राज्य बीमा निगम (क.रा.बी.नि.) कहा जाता है, द्वारा नियंत्रित किया जाता है। अधिनियम की धारा 8 के तहत, केन्द्र सरकार, राज्य सरकार, नियोक्ताओं, कर्मचारियों, चिकित्सा व्यवसाय तथा महानिदेशक क.रा.बी.नि. (पदेन) द्वारा, नियुक्त/का प्रतिनिधित्व कर रहे, इसके सदस्यों में से निगम की एक स्थायी समिति गठित की जाएगी। इसी प्रकार, अधिनियम की धारा 10 के तहत केन्द्रीय सरकार द्वारा, महानिदेशक क.रा.बी.नि., महानिदेशक स्वास्थ्य सेवाएं, निगम का चिकित्सा आयुक्त तथा राज्य सरकारों, चिकित्सा व्यावसाय का प्रतिनिधित्व कर रहे अन्य सदस्यों सहित, कम से कम एक महिला सदस्य को शामिल करके, एक चिकित्सा लाभ परिषद का गठन किया जाएगा।

अधिनियम की धारा 25 के तहत, निगम क्षेत्रीय बोर्डों, स्थायी समितियों तथा क्षेत्रीय/स्थानीय चिकित्सा लाभ परिषदों की, उस प्रकार से नियुक्ति करेगा, जैसे विनियमों द्वारा प्रावधान किया गया है। तद्नुसार, तीन निकायों नामतः (i) क्षेत्रीय बोर्ड, (ii) अस्पताल विकास समिति तथा (iii) स्थानीय समिति को, राज्य स्तर हेतु, नियुक्त किया जाता है।

2.10 समितियों की बैठकें

क.रा.बी.नि. की गतिविधियों तथा कार्यों को क.रा.बी. अधिनियम 1948 द्वारा नियंत्रित किया जाता है। अधिनियम की धारा 20 के अनुसार, निगम, स्थायी समिति तथा चिकित्सा लाभ परिषद उतनी बार बैठक करेंगे जैसा इस संबंध में निर्मित अधिनियमों में विनिर्दिष्ट किया जाएगा। क.रा.बी. (केन्द्रीय) नियमावली 1950 के नियम 6 के तहत एक वर्ष में क.रा.बी.नि., स्थायी समिति तथा चिकित्सा लाभ परिषद की आयोजित की जाने वाली बैठकों की न्यूनतम संख्या को निर्धारित किया गया है। क्षेत्रीय बोर्ड तथा अ.वि.स. हेतु बैठक को क.रा.बी.नि. द्वारा परिपत्रों/हस्त–पुस्तिका के माध्यम से निर्धारित किया गया था। स्थानीय समिति की बैठकों हेतु कोई न्यूनतम मापदण्ड निर्धारत नहीं था।

निर्धारित तथा 2008–09 से 2012–13 के दौरान हुई इन समितियों की बैठकों की वास्तविक संख्या की तुलना ने कमियों को दर्शाया जैसा **तालिका 2.8** में दिया गया है :–

तालिका 2.8 : समितियों की बैठकों में कमियां

समिति का नाम	समिति का मुख्य कार्य	बैठकों की निर्धारित बारबारता	2008–09 से 2012–13 के दौरान हुई बैठकों की वास्तविक संख्या	कमी
राष्ट्रीय स्तरीय समितियां				
क.रा.बी. निगम	योजना के नियंत्रण हेतु प्राथमिक निकाय, यह बीमाकृत व्यक्ति के स्वास्थ्य एवं कल्याण के सुधार तथा बीमाकृत व्यक्ति जो अपंग अथवा घायल है के सुधार तथा पुनर्रोजगार हेतु उपायों को प्रोत्साहित भी करता है। (अधिनियम की धारा 3 तथा 19)	प्रत्येक वर्ष कम से कम दो बार कुल : 10	4(2008-09) 3(2009-10) 3(2010-11) 4(2011-12) 2(2012-13) **कुल: 16**	शून्य

समिति का नाम	समिति का मुख्य कार्य	बैठकों की निर्धारित बारंबारता	2008–09 से 2012–13 के दौरान हुई बैठकों की वास्तविक संख्या	कमी
स्थायी समिति	सामान्य अधीक्षण तथा निगम के नियंत्रण के तहत यह निगम के कार्यों का संचालन करती है (अधिनियम की धारा 18)	प्रत्येक वर्ष कम से कम 4 बार कुल : 20	4(2008-09) 3(2009-10) 3(2010-11) 3(2011-12) 3(2012-13) **कुलः 16**	4
चिकित्सा लाभ परिषद	यह चिकित्सा लाभ के नियंत्रण से संबंधित मामलों पर निगम तथा स्थायी समिति को सलाह देती है। यह चिकित्सा सेवाओं के संबंध में चिकित्सा प्रेक्टिशनरों के प्रति शिकायतों की जांच भी करती है। (अधिनियम की धारा 22)	प्रत्येक वर्ष कम से कम दो बार कुल : 10	1(2008-09) 0(2009-10) 1(2010-11) 1(2011-12) 2(2012-13) **कुलः 05**	5
राज्य स्तरीय समितियां				
क्षेत्रीय बोर्ड	नए क्षेत्रों में योजना का विस्तार, लाभों में सुधार, इन्डोर चिकित्सा उपचार का प्रावधान, स्थायी रूप से अपंग बी.व्य. के सुधार का प्रबंध, राज्य में योजना के कार्य करने की समीक्षा (विनियम 10 (14))	24 क्षेत्रीय बोर्डों हेतु एक वर्ष में कम से कम 4 बार कुल : 480	17(2008-09) 20(2009-10) 28(2010-11) 16(2011-12) 21(2012-13) **कुलः 102**	354
अस्पताल विकास समिति	दिन प्रतिदिन के कार्यों में सुधार, अस्पताल की मरम्मत एवं अनुरक्षण, आई.एस.ओ. प्रमाणपत्र प्राप्त करना, तथा आम शिकायतों, बी.व्य. की शिकायतों एवं समस्याओं का निपटान, चिकित्सा देखभाल सुविधाओं के उन्नयन हेतु समीक्षा करना। (क.रा.बी. नि. अस्पतालों की अस्पताल विकास समिति पर पुस्तिका)	वर्ष में कम से कम 6 बार कुल : 703	25(2008-09) 43(2009-10) 41(2010-11) 41(2011-12) 63(2012-13) **कुलः 213**	490

क्षेत्रीय बोर्डों तथा अ.वि.स. की बैठक किए जाने की राज्यवार स्थिति **अनुबंध–IV** में दी गई है। लेखापरीक्षा ने पाया कि 15 राज्यों (असम, छत्तीसगढ़, दिल्ली, गोवा, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू व कश्मीर, झारखण्ड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, राजस्थान, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश तथा उत्तराखण्ड) में क्षेत्रीय बोर्ड बैठकों का आयोजन करने में कमी 75 प्रतिशत अथवा अधिक थी। समितियों द्वारा विरल बैठकें अच्छी संचालन प्रक्रिया के संगत नहीं थी तथा इसका क.रा.बी.यो. के कार्यान्वयन पर प्रतिकूल प्रभाव होगा।

2.11 क्षेत्रीय बोर्डों के पुनर्गठन में विलम्ब

मार्च 2013 को 24 क्षेत्रीय बोर्ड थे। क्षेत्रीय बोर्डों का कार्यकाल तीन वर्षों का है। इन 24 क्षेत्रीय बोर्डों में से नौ बोर्डों नामतः महाराष्ट्र, पुदुचेरी, पंजाब, असम, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड, केरल, तमिलनाडु तथा दिल्ली का कार्यकाल 2004 से 2011 के दौरान समाप्त हो गया था। इनका पुनर्गठन (जुलाई 2013) नहीं किया गया था। तीन राज्यों (असम, छत्तीसगढ़ तथा झारखण्ड) के क्षेत्रीय बोर्ड के गठन के प्रस्ताव को मंत्रालय के पास लंबित बताया गया था। गुजरात के क्षेत्रीय बोर्ड का पुनर्गठन 2002 में, पिछले क्षेत्रीय बोर्ड के कार्यकाल की समाप्ति के पश्चात 10 वर्षों के विलम्ब के साथ, 2012 में किया गया था।

क्षेत्रीय बोर्डो के गठन में विलम्ब के उदाहरण पणधारकों को उपयुक्त न्यायालय से वंचित रखने का कारण बनेंगे।

अनुशंसा : विभिन्न समितियों की निर्धारित बैठकें करने तथा क्षेत्रीय बोर्डों को, प्रभावी संचालन हेतु, समय पर गठित करने की अनुशंसा की जाती है।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि झारखण्ड, असम तथा छत्तीसगढ़ के क्षेत्रीय बोर्डों का जुलाई–अगस्त 2013 में पुनर्गठन किया गया था तथा लेखापरीक्षा की शेष अनुशंसा को भविष्य में निर्देशन हेतु संज्ञान में ले लिया गया था।

अध्याय – 3 : योजना का आवृत्तन

निष्पादन लेखापरीक्षा के उद्देश्यों में एक उद्देश्य नई स्थापनाओं के आवृत्तन हेतु, प्रक्रिया की प्रभावकारिता की जांच करना था। इसके लिए लेखापरीक्षा में नए क्षेत्रों/स्थापनाओं को क.रा.बी.यो. में शामिल करने हेतु प्रक्रिया की जांच की जिससे इसके लाभों को बीमाकृत व्यक्तियों तक पहुंचाया जा सके। लेखापरीक्षा में प्रमाणों हेतु भी जांच की गई कि क्या योग्य स्थापनाओं को क.रा.बी.यो. के आवृत्तन क्षेत्र से बाहर छोड़ दिया गया था। लेखापरीक्षा की जांच से मिले महत्वपूर्ण मामले निम्नानुसार हैं :

3.1 आवृत्तन हेतु योजना

राज्य सरकारें, उद्योगों, वाणिज्यिक, कृषि अथवा प्रवृत्ति में दूसरे प्रकार की स्थापनाओं की विभिन्न श्रेणियों तक क.रा.बी. अधिनियम का विस्तार करने हेतु अधिकृत हैं। इन प्रावधानों के अंतर्गत, अधिकांश राज्य सरकारों ने दुकानों, होटल, जलपान गृहों, सिनेमाओं, थियेटरों, चिकित्सा तथा शिक्षण संस्थानों, मोटर यातायात इकाइयां, समाचारपत्र तथा विज्ञापन प्रतिष्ठानों आदि जो कि 10 अथवा अधिक व्यक्तियों को नियुक्त करती है, जैसे प्रतिष्ठानों की श्रेणियों तक क.रा.बी. अधिनियम का विस्तार किया है। क.रा.बी.यो. को अब तक 24 राज्यों तथा तीन संघ शासित[13] क्षेत्रों में कार्यान्वित किया गया है।

आवृत्तन हेतु मासिक वेतन की सीमा 01.01.2006 से 30.04.2010 तक ₹10000 तथा 01.05.2010 से ₹15000 थी। शारीरिक रूप से अपंग कर्मचारियों हेतु सीमा ₹25000 थी। इस प्रकार, वेतन सीमाओं को पार करने के पश्चात कर्मचारी क.रा.बी.नि. के सामाजिक सुरक्षा दायरे से बाहर आ जाते हैं।

जैसा पैराग्राफ 1.3 में पहले चर्चा की गई है, वर्तमान में क.रा.बी. कुल कार्य बल के केवल लगभग चार प्रतिशत तथा संगठित कार्यबल के 67 प्रतिशत को शामिल करती है।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि वर्तमान में क.रा.बी. अधिनियम केवल संगठित क्षेत्र को शामिल करता है, यद्यपि कई राज्यों द्वारा स्थापनाओं के आवृत्तन की न्यूतनतम सीमा को दस कर्मचारियों तक कम कर दिया गया है।

13 क.रा.बी.यो. मिजोरम, मणिपुर, अरूणाचल प्रदेश, तथा सिक्किम में अभी कार्यान्वित नहीं हुई है।

3.2 सर्वेक्षण, निरीक्षण तथा नमूना निरीक्षण

क.रा.बी.नि. योजना के प्रभावी आवृत्तन हेतु सर्वेक्षण, निरीक्षण तथा नमूना निरीक्षण करता है जिन्हें निम्नानुसार वर्णित किया गया है :

सर्वेक्षणः सामाजिक सुरक्षा अधिकारी (सा.सु.अ.) को, अपने क्षेत्र में असम्मिलित स्थापनाओं पर निरंतर ध्यान रखना अपेक्षित है तथा जैसे ही अधिनियम उन पर लागू होता है, उनके आवृत्तन की सिफारिश करना प्रत्याशित है। सा.सु.अ. द्वारा सर्वेक्षण नई स्थापनाओं की आवृत्तन क्षमता का निर्धारण करने हेतु किए जाते हैं।

निरीक्षणः जबकि सर्वेक्षण नई स्थापनाओं के आवृत्तन की सम्भाव्यता का पता लगाने हेतु किए जाते है परंतु निरीक्षण यह सुनिश्चित करने हेतु किये जाते हैं कि सभी शामिल किए जाने वाले कर्मचारियों को शामिल किया गया है, तथा यह पता लगाने हेतु कि अंशदान के भुगतान हेतु वेतन के सभी संघटकों को ध्यान में लिया गया है, पहले से आवृत स्थापनाओं के किए जाते हैं। अधिनियम की धारा 45 के तहत, सा.सु.अ. को किसी भी कार्यालय, स्थापना अथवा फैक्ट्री में अनुरक्षित व्यक्तियों के रोजगार तथा वेतन से संबंधित अभिलेखों बहियों तथा दस्तावेजों की जांच और ऐसी शक्तियों का उपयोग करने हेतु कर्तव्यों, कार्यों तथा शक्तियाँ प्रदान की गई हैं।

नमूना निरीक्षणः क्षेत्रीय निदेशक/संयुक्त निदेशक द्वारा निरीक्षण के नमूने की दो बार जांच है, जिसे नमूना निरीक्षण कहा जाता है।

2008 में तैयार निरीक्षण नीति में प्रत्येक सा.सु.अ. हेतु 20 निरीक्षण तथा 20 सर्वेक्षण प्रतिमाह का लक्ष्य निर्धारित किया था। लेखापरीक्षा ने इसके अनुपालन की जांच की तथा कमियों को पाया, जैसा नीचे दिया गया है :

3.2.1 सर्वेक्षणः निम्नलिखित राज्यों के अभिलेखों की नमूना जांच ने सर्वेक्षण करने में पर्याप्त कमियाँ प्रकट की जैसा नीचे ब्यौरा दिया गया है :

तालिका 3.1 : 2008–09 से 2012–13 के दौरान किए गए सर्वेक्षण का ब्यौरा

क्र.सं.	राज्य का नाम	अवधि	सर्वेक्षणों हेतु लक्ष्य	वास्तव में किए गए	कमी (प्रतिशत)
1.	दिल्ली	2008-13	37770	11515	69.51
2.	असम	2008-13	4800	1071	77.69
3.	पश्चिम बंगाल	जनवरी 2013 तथा फरवरी 2013	2010	810	59.70

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि कमियां सा.सु.अ. की भारी कमी के कारण थी तथा फील्ड कार्यालयों को निरीक्षण नीति के अनुसार सर्वेक्षण करने की सलाह दी गई है।

3.2.2 स्थापनाओं का निरीक्षण

क.रा.बी.नि की निरीक्षण नीति (जून 2008) के अनुसार, प्रत्येक सामाजिक सुरक्षा अधिकारी (सा.सु.अ.) को 20 निरीक्षण प्रतिमाह करने है। इसके अतिरिक्त, 250 कर्मचारियों से अधिक की नियुक्ति वाली इकाईयों (मुख्य/इकाईयों) का दो वर्षों में एक बार तथा कम कर्मचारियों वाली इकाईयों का तीन वर्षों में एक बार निरीक्षण करना अधिदेशित था। लक्ष्य की तुलना में विभिन्न राज्यों में किए गए निरीक्षणों का ब्यौरा नीचे दिया गया है :–

तालिका 3.2 : किए गए निरीक्षणों के ब्यौरे

क्र. सं.	राज्य का नाम	प्रतिमानों के अनुसार 2008–09 से 2012–13 के दौरान किए जाने वाले निरीक्षणों की संख्या	2008–09 से 2012–13 के दौरान वास्तव में किए गए निरीक्षणों की संख्या	कमी की प्रतिशतता
1.	आन्ध्र प्रदेश	16340	6520	60.10
2.	असम	4800	1071	77.69
3.	बिहार	1988	979	50.75
4.	चण्डीगढ़ (सं.शा.क्षे.)	7897	2452	68.95
5.	छत्तीसगढ़	1889	617	67.34
6.	दिल्ली	26900	4293	84.04
7.	गोवा	5396	770	85.73
8.	गुजरात	20243	8126	59.86
9.	हरियाणा	12915	8193	36.56
10.	हिमाचल प्रदेश	2873	2778	3.31
11.	जम्मू एवं कश्मीर	3360	393	88.30
12.	कर्नाटक	28257	6999	75.23
13.	केरल	24170	5312	78.02
14.	महाराष्ट्र	106704	26693	74.98
15.	मध्य प्रदेश	18871	1291	93.16
16.	ओडिशा	13188	4932	62.60
17.	पुदुचेरी (सं.शा.क्षे)	5160	1845	64.24
18.	पंजाब	10192	5270	48.29
19.	राजस्थान	34514	8298	75.96
20.	तमिलनाडु	124264	27305	78.03
21.	उत्तर प्रदेश	8292	6263	24.47
22.	पश्चिम बंगाल	33464	5830	82.58
	कुल	**511677**	**136230**	**72.14**

यह देखा जा सकता है कि निरीक्षण करने में 22.68 से 93.16 प्रतिशत के बीच की भारी कमी थी (हिमाचल प्रदेश को छोड़कर)। लेखापरीक्षा ने पाया कि कमी का सीधा संबंध वसूलनीय राशि से था, क्योंकि चूककर्ताओं से शेष बकाया ₹1267.32 करोड़ (मार्च 2009) से ₹1655.42 करोड़ (मार्च 2013) तक 30.62 प्रतिशत तक बढ़े थे।

क.रा.बी.नि. ने अभ्युक्तियों को स्वीकार किया (मई 2014) तथा बताया कि कमियां, सा.सु.अ. की कमी, निरीक्षण की निर्धारित तिथि पर अभिलेखों को प्रस्तुत न करना, निरीक्षणों हेतु निर्धारित की गई इकाईयों का समापन, आदि के कारणों से थीं। उसने आगे बताया कि नई निरीक्षण नीति के अनुसार परिणाम प्रदान करने हेतु सा.सु.अ. को सुग्राही बनाने के प्रयास किए जा रहे थे। सा.सु.अ. की कमी को पूरा करने हेतु सा.सु.अ. की नियुक्ति की प्रक्रिया भी प्रगति में थी।

3.3 नए क्षेत्रों / स्थापनाओं का गैर–आवृत्तन

अधिनियम की धारा 1(5) के अनुसार, संबंधित राज्य सरकारें निगम से परामर्श के साथ तथा केन्द्र सरकार की स्वीकृति से किसी भी स्थापना तक इस अधिनियम के प्रावधानों का विस्तार कर सकती हैं। विनियम 10(14)(ग) भी प्रावधान करता है कि राज्य का क्षेत्रीय बोर्ड, नए क्षेत्रों तक योजना के विस्तार का निर्णय लेगा। क.रा.बी.यो. के कार्यान्वयन हेतु निगम, राज्य सरकार के साथ करार कर सकता है (अधिनियम की धारा 58(3))। लेखापरीक्षा जांच ने विभिन्न राज्यों में आवृत्तन योग्य क्षेत्रों को योजना के अंतर्गत शामिल किए बिना छोड़े जाने को, प्रकट किया।

क) गुजरात : क.रा.बी.नि. मुख्यालय ने शैक्षणिक संस्थानों तथा चिकित्सा संस्थानों तक क.रा.बी.यो. का विस्तार करने के अनुदेश (जून 2003 तथा मई 2005) जारी किए तथा राज्य सरकार को केन्द्र सरकार से स्वीकृति की मांग के पश्चात लाभ के विस्तार हेतु अधिसूचना जारी करने का अनुरोध किया।

तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया कि 10 वर्षों के बीत जाने के पश्चात भी, राज्य सरकार द्वारा कोई आशय अधिसूचना जारी नहीं की गई थीं। परिणामस्वरूप, क.रा.बी.यो. को लगभग 22000 कर्मचारियों वाले 420 शैक्षणिक तथा चिकित्सा संस्थानों[14] में कार्यान्वित नहीं किया जा सका था।

14 नवम्बर 2006 के सर्वेक्षण के अनुसार

ख) पश्चिम बंगाल : क.रा.बी.यो. के लाभों को, राज्य सरकार द्वारा चिकित्सा सुविधाएं स्थापित करने हेतु क.रा.बी.नि. को अनापत्ति प्रमाणपत्र जारी न करने के कारण, 9 केन्द्रों में 25000 से अधिक कर्मचारियों तक विस्तारित नहीं किया जा सका था। जबकि क.रा.बी.नि. ने 3 केन्द्रों (दार्जिलिंग, कस्योंग तथा कलीमपोंग) में 3880 कर्मचारियों को शामिल नहीं किया था यद्यपि राज्य सरकार ने इन तीन केन्द्रों में चिकित्सा सुविधाओं की स्थापना करने हेतु जुलाई 2012 में क.रा.बी.नि. को अनापत्ति प्रमाणपत्र जारी कर दिया था।

ग) तमिलनाडु : क.रा.बी.यो. को सर्वेक्षण रिपोर्टों की अनुपलब्धता, राज्य सरकार के पास लंबित प्रस्ताव, अधिसूचना जारी न करने, औषधालयों को खोलने हेतु किराए के भवन की पहचान न करना आदि के कारण 25 क्षेत्रों, जिसमें 2008–09 से 2012–13 के दौरान चयनित 49023 कर्मचारी शामिल है, में अभी भी कार्यान्वित नहीं की गई थी।

घ) कर्नाटक : जनवरी 2007 में अधिसूचित ब्रूहट बैंगलोर महानगर पालिका के अंतर्गत 77 विनिर्दिष्ट क्षेत्रों में, क.रा.बी.यो. को पूर्व–कार्यान्वयन सर्वेक्षण में विलम्ब, आदि के कारण, कार्यान्वित नहीं किया जा सका जिससे इन क्षेत्रों में कार्य कर रहे 44000 कर्मचारियों तक लाभों का विस्तार नहीं किया जा सका।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि मामले को राज्य सरकारों के साथ आगे बढ़ाया जा रहा है।

3.4 छूट प्राप्त स्थापनाएं

उन स्थापनाओं जिनमें प्रदान किए जा रहे लाभ अधिनियम के तहत प्रदान किए जाने वाले लाभों के पर्याप्त रूप से समान अथवा बेहतर है, को अधिनियम की प्रयोजनीयता से छूट प्रदान की जा सकती है। अधिनियम की धारा 87 के अनुसार, उपयुक्त सरकार, सरकारी राजपत्र में अधिसूचना द्वारा तथा ऐसी शर्तों, जो अधिसूचना में विनिर्दिष्ट की गई हो, के तहत किसी भी विनिर्दिष्ट क्षेत्र में किसी भी फैक्ट्री, अथवा स्थापना अथवा फैक्ट्रियों अथवा स्थापनाओं की श्रेणी को एक वर्ष की अवधि तक के लिए अधिनियम के संचालन से छूट प्रदान कर सकती है तथा समय–समय पर ऐसी अधिसूचना द्वारा एक बार में एक वर्ष तक की अवधि के लिए ऐसी छूट का नवीकरण कर सकती है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि :

क) गुजरात : 27 स्थापनाओं में राज्य सरकार द्वारा प्रदान की गई छूट वर्ष 1990 तथा 2010 के बीच समाप्त हो गई थी। छूट की समाप्ति की अवधि, तीन वर्षों से 33 वर्षों के बीच थी। इस प्रकार, इन 27 इकाईयों के कर्मचारी ऐसी अवधि के लिए क.रा.बी.नि. के क्षेत्र से बाहर रहे।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि मामले को राज्य सरकार के साथ उठाया जाएगा।

ख) केरल : दिनांक 6 सितम्बर 2007 तथा 8 अक्तूबर 2007 की अधिसूचना के अनुसार, राज्य सरकार ने सभी निजी चिकित्सा संस्थापनों तथा असहायता प्राप्त शैक्षणिक संस्थानों तक अधिनियम के प्रावधानों तथा क.रा.बी.यो. का विस्तार किया।

लेखापरीक्षा ने पाया कि मैसर्स माता अमृतानंदमई मठ, एक धमार्थ ट्रस्टी के पास, विभिन्न स्थानों पर स्थित, 29 शैक्षणिक संस्थानों तथा चिकित्सा संस्थानों, जो अधिनियम के प्रावधानों के तहत आवृत्तन योग्य थे, का नियंत्रण था। तथापि, ट्रस्ट के आवेदन के आधार पर, राज्य सरकार ने दिनांक 6 जनवरी 2010 की अधिसूचना के माध्यम से, छूट प्रदान की थी। चूंकि ट्रस्ट को केवल 6 जनवरी 2010 से ही छूट प्रदान की गई थी, इसलिए असम्मिलित अवधि क.रा.बी. देय वसूलनीय थे।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि क्षेत्रों को राज्य सरकार के साथ मामला उठाने तथा जहां कहीं छूट नहीं है वहां वसूली लागू करने की सलाह दी जा रही थी।

अध्याय – 4 : क.रा.बी.यो. का कार्यान्वयन

निष्पादन लेखापरीक्षा का एक उद्देश्य था कि वह संवीक्षा करे कि क्या क.रा.बी.नि ने बीमाकृत व्यक्तियों/लाभार्थियों हेतु पर्याप्त चिकित्सा, बीमारी, मातृत्व, अपंगता, आश्रित एवं अन्य नकद लाभ में विस्तार किया गया है और क्या भिन्न अस्पतालों/डिस्पेंसरियों द्वारा प्रदान की जा रही सेवाओं की गुणवत्ता संतोषजनक थी। इसके अलावा लेखापरीक्षा ने इस मुद्दे पर भी उत्तर मांगे कि क्या औषधियों एवं उपकरण का प्रापण किफायती एवं प्रभावी था। इसके लिए हमने रोकड़ लाभ के दावों के सामयिक निपटान, बिस्तर अधिभोग, विभिन्न अस्पतालों में प्रदत्त सेवाओं, औषधियों एवं उपकरणों के प्रापण की प्रणाली, पर्याप्त मानव संसाधन की उपलब्धता, आदि की जांच की थी। लेखापरीक्षा जांच के महत्वपूर्ण मुद्दे निम्नलिखित हैं:

4.1 नकद/चिकित्सा लाभ

4.1.1 नकद लाभों के दावों के भुगतान में विलंब

क.रा.बी.नि. के नागरिक चार्टर के अनुसार, विभिन्न श्रेणियों के अंतर्गत दावे की प्रस्तुति के पश्चात रोकड़ लाभ के भुगतान हेतु अधिकतम समय सीमा बीमारी लाभ के लिए सात दिन, मातृत्व लाभ हेतु 14 दिन, अपंगता लाभ हेतु एक माह, आश्रित लाभ हेतु तीन माह, बेरोजगारी भत्ता हेतु एक माह तथा अंतिम संस्कार व्यय हेतु उसी दिन है।

दावों के भुगतान हेतु संबंधित अभिलेखों की नमूना जांच से नागरिक चार्टर में जो घोषित किया गया था उसमें विलंबों के उदाहरण सामने आए। ये विलंब नीचे दिए गए हैं :–

तालिका 4.1 : दावों के भुगतान में विलंब

क्र.सं.	राज्य	दावों का प्रकार	मामलों की संख्या	विलंब
1.	आन्ध्र प्रदेश	आर.जी.एस.के.वाई	6	3 माह तक
2.	असम	मातृत्व लाभ	17	3 से 108 दिन तक
	असम	बीमारी लाभ	172	1 से 220 दिन तक
	असम	अस्थायी अपंगता मामले	11	2 जव 374 दिन तक
3.	छत्तीसगढ़	बीमारी लाभ	96	12 से 268 दिन तक

क्र.सं.	राज्य	दावों का प्रकार	मामलों की संख्या	विलंब
4.	दिल्ली	अपंगता लाभ	48	1से 36 माह तक
	दिल्ली	अंतिम संस्कार व्यय	61	1 से 199 दिन तक
5.	झारखण्ड	आश्रित लाभ	4	5 से 15 माह तक
6.	कर्नाटक	आश्रित लाभ	120	1 से 10 माह तक
	कर्नाटक	स्थायी अपंगता लाभ	190	5 दिन से 7 माह तक
7.	पश्चिम बंगाल	बीमारी लाभ	35971	556 दिनों तक
	पश्चिम बंगाल	मातृत्व लाभ	61	249 दिनों तक
	पश्चिम बंगाल	अस्थायी अपंगता लाभ	4029	363 दिनों तक
कुल			**40786**	

क.रा.बी.नि. ने उत्तर दिया (मई 2014) कि कुछ मामलों में, दावों से संबंधित अधूरे दस्तावेजों के कारण दावों का भुगतान देर से किया गया था। उसने आगे बताया कि तब से संबंधित क्षेत्रीय निदेशकों को बी.व्य. को सामयिक भुगतान सुनिश्चित करने के लिए सलाह दी गई है।

4.1.2 नकद लाभ दावों में अधिक भुगतान

बीमारी लाभ, विस्तृत बीमारी लाभ, मातृत्व लाभ, अपंगता लाभ आदि, जैसे विभिन्न नकद लाभ बी.व्य. को दिए जाते हैं। देय राशि से अधिक नकद लाभ देने के उदाहरण आन्ध्र प्रदेश (1791 मामलों में ₹1.89 लाख का अधिक भुगतान) और ओडिशा (791 मामलों में ₹5.93 लाख का अधिक भुगतान, जिसमें से बाद में ₹3.67 लाख की वसूली की गई थी) में पाए गए थे।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि दिनों या दर के गलत परिकलन के कारण लाभों का अधिक भुगतान हुआ था। उसने आगे बताया कि वह बी.व्य. से अधिक भुगतान की वसूली के लिए प्रयास कर रहा है।

4.2 अस्पताल प्रबंधन

4.2.1 बिस्तर अधिभोग

क.रा.बी.नि. अपने बीमाकृत व्यक्तियों को क.रा.बी. अस्पतालों, क.रा.बी. डिस्पेंसरी एवं निदान केन्द्रों के नेटवर्क के माध्यम से चिकित्सा सुविधा प्रदान करता है। 2012–13 के दौरान 140 अस्पतालों[15] के लिए बिस्तर अधिभोग[16] (**अनुबंध V**) को नीचे **तालिका 4.2** में दिया गया है :–

15 11 अस्पतालों के बिस्तर अधिभोग उपलब्ध नहीं थे।

16 2012–13 के दौरान एक वर्ष के लिए औसतन

तालिका 4.2 : 2012–13 के दौरान क.रा.बी. अस्पतालों में बिस्तर अधिभोग

स्थापित किए गए बिस्तरों की संख्या के साथ अस्पताल	बिस्तर अधिभोग के विभिन्न स्तरों के अंतर्गत बिस्तरों की संख्या					
	<20 प्रतिशत	20 प्रतिशत से 40 प्रतिशत	40 प्रतिशत से 60 प्रतिशत	60 प्रतिशत से 80 प्रतिशत	80 प्रतिशत से अधिक	अस्पतालों की कुल संख्या
100 से कम	12	15	16	10	7	60
100 से 250	6	13	14	15	10	58
250 से 500	1	3	2	5	8	19
500 से अधिक			2		1	3
कुल	**19**	**31**	**34**	**30**	**26**	**140**

लेखापरीक्षा ने पाया कि 500 बिस्तरों से अधिक वाले तीन अस्पतालों में से दो में 60 प्रतिशत से कम का बिस्तर अधिभोग था। उसी प्रकार, 250–500 बिस्तरों वाले 19 अस्पतालों में से 6, 100–250 बिस्तरों वाले 58 अस्पतालों में से 33 तथा 100 से कम बिस्तरों वाले 60 अस्पतालों में से 43 का कम उपयोग अर्थात् 60 प्रतिशत से कम अधिभोग हुआ था। इस प्रकार, समग्र रूप से 35 प्रतिशत अस्पतालों में 40 प्रतिशत से कम के बिस्तर अधिभोग स्तर थे तथा कम उपयोग में थे।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि कम अधिभोग का कारण श्रमशक्ति तथा दी जाने वाली स्वास्थ्य सुविधा सेवाओं की गुणवत्ता में कमी रहा है। स्वास्थ्य सुविधा सेवाओं को सुधारने के लिए मामले को राज्य सरकार के साथ नियमित रूप से उठाया जा रहा है।

4.2.2 बिस्तरों की उपलब्धता

क.रा.बी.नि. द्वारा नये अस्पतालों के लिए निर्धारित मानकों के अनुसार, एक 100 बिस्तरों वाले नये अस्पताल को खोलने के लिए 25000 बीमाकृत व्यक्तियों अर्थात् 250 बीमाकृत व्यक्ति प्रति बिस्तर का स्तर निर्धारित किया गया था। क.रा.बी.नि. भी 250 बीमाकृत व्यक्तियों के लिए एक बिस्तर के अनुपात के आधार पर बिस्तरों की आवश्यकता को प्रत्येक वर्ष अपने वित्तीय अनुमान एवं निष्पादन बजट में प्रस्तुत करता है। 2008–09 से 2012–13 के दौरान बीमाकृत व्यक्तियों की संख्या हेतु डाटा, क.रा.बी.नि. मानकों के अनुसार आवश्यक बिस्तरों की संख्या तथा वास्तविक उपलब्धता और बिस्तरों की कमी नीचे **तालिका 4.3** में दी गई है :–

तालिका 4.3 : बिस्तरों की कमी

तिथि को	31 मार्च 2009	31 मार्च 2010	31 मार्च 2011	31 मार्च 2012	31 मार्च 2013
आवृत बी.व्य. की संख्या (लाख में)	129.38	143.00	155.30	171.01	185.82
मानकों के अनुसार अपेक्षित बिस्तरों की संख्या (प्रति 250 बी.व्य. 1 बिस्तार)	51752	57200	62120	68404	74328
उपलब्धि बिस्तरों की संख्या	23088	22030	22335	22823	22600
बिस्तरों की कमी	28664	35170	39785	45581	51728
बिस्तरों की कमी प्रतिशत में	55.39	61.49	64.05	66.63	69.59
उपलब्धता के अनुसार प्रति बिस्तर की बी.व्य. की संख्या	560	649	695	749	822

उपरोक्त से देखा जा सकता है कि यद्यपि 2008–09 से 2012–13 तक बी.व्य. की संख्या 56.44 लाख (44 प्रतिशत) से बढ़ी थी, लेकिन बिस्तरों की संख्या 488 (2.11 प्रतिशत) तक वास्तविक रूप से घटी थी। हालांकि, 2008–09 से 2012–13 के दौरान अस्पतालों, डिस्पेंसरियों, चिकित्सा/पैरा–चिकित्सा/नर्सिंग महाविद्यालय, आदि पर पूंजीगत व्यय ₹213.80 करोड़ से ₹1671.44 करोड़ (7.82 गुना) बढ़ गया था, आवश्यकता के प्रति बिस्तरों की कमी 2008–09 में 55.39 प्रतिशत से बढ़कर 2012–13 में लगभग 70 प्रतिशत हो गई थी।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि उपरोक्त गणना तथ्यात्मक मानकों पर आधारित नहीं थी। वास्तविक कार्यभार तथा नए अस्पतालों को खोलने के लिए योग्यता मापदंड को पूरा करने की योग्यता को देखते हुए नए अस्पताल के लिए मांग को शीघ्र मान लिया जाता है। इसके अतिरिक्त, कई नए अस्पताल अनुमोदित किए गए थे तथा पूर्ण होने के विभिन्न, स्तरों पर थे।

क.रा.बी.नि. का उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि अपेक्षित तथा उपलब्ध बिस्तरों के आंकड़े संबंधित वर्षों के अपने वित्तीय अनुमान एवं निष्पादन बजट से लिए गए थे।

4.2.3 क.रा.बी. अस्पतालों में एक बिस्तर पर एक से अधिक को रखना

4.2.3.1 चिकित्सा सुरक्षा एवं देखभाल की आवश्यकता है कि एक बिस्तर पर एक से अधिक मरीज को नहीं रखा जाना चाहिए। वर्ष 2012–13 हेतु क.रा.बी. अस्पताल, नोयडा, उत्तर प्रदेश के विभिन्न वार्डों के अधिभोग रजिस्टर से पता चला कि 2012–13 के दौरान चूंकि बी.व्य. की आवश्यकता की पूर्ति के लिए बिस्तरों की संख्या पर्याप्त नहीं थी, तो

एक बिस्तर पर कई मरीजों को रखा गया था जिसके कारण 100 प्रतिशत से अधिक का बिस्तर अधिभोग हुआ।

तालिका 4.4 : विभिन्न वार्डों में बिस्तर अधिभोग (2012–13)

वार्ड का नाम	बिस्तरों की संख्या	बिस्तर अधिभोग (प्रतिशत में)
प्रसूति वार्ड	42	155.11
बाल रोग एवं एन.आई.सी.	42	129.54
पुरूष औषधि वार्ड	42	157.92
महिला औषधि वार्ड	42	159.32

4.2.3.2 क.रा.बी. अस्पताल ओखला में भी विभिन्न वार्डों में अंर्त–मरीज सुविधाओं में कमी आई क्योंकि एक बिस्तर पर 2 या 3 मरीजों को रखा गया था। 2012–13 के दौरान, विभिन्न वार्डों में बिस्तर अधिभोग 61 से 205 प्रतिशत तक था। प्रसूति वार्ड में लेखापरीक्षा ने पाया कि एक बिस्तर पर प्रसूति के कई मामले थे जो कि शिशु एवं माता के स्वास्थ्य के लिए खतरा था।

तस्वीर 4.1 : क.रा.बी.नि. अस्पताल, ओखला का प्रसूति वार्ड

4.2.3.3 क.रा.बी. अस्पताल जोका, पश्चिम बंगाल में भी तस्वीरों में दर्शाई गई जैसी ही स्थिति पाई गई थी।

तस्वीर 4.2 एवं 4.3 : क.रा.बी. अस्पताल, जोका, पश्चिम बंगाल

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि चूंकि नोयडा, उत्तर प्रदेश में औद्योगिक विकास तेजी से हो रहा था, बिस्तरों की संख्या आवश्यकता से कम थी। बिस्तरों की संख्यां में वृद्धि/नए अस्पताल की स्थापना करने की सम्भावना हेतु जांच की जा रही थी।

4.2.4 डिस्पेंसरियों के परिचालन में कमियां

क.रा.बी.नि. अपने बी.व्य. को क.रा.बी. अस्पतालों, क.रा.बी. डिस्पेंसरियों, पैनल क्लीनिकों एवं निदान केन्द्रों के एक नेटवर्क के माध्यम से चिकित्सा सुविधा प्रदान करता है। दिल्ली, नोएडा एवं राज्य जहाँ मॉडल अस्पताल हैं, जिनमें चिकित्सा सुविधा को सीधे निगम द्वारा परिचालित किया जाता है, को छोडकर मुख्यरूप से संबंधित राज्य सरकार द्वारा प्रशासित किया जाता है। लेखापरीक्षा ने डिस्पेंसरियों के अवसंरचनात्मक सुविधाओं में विभिन्न कमियां देखी जोकि **तालिका 4.5** में दर्शाई गई है:–

तालिका 4.5 : डिस्पेंसरियों में कमियां

राज्य का नाम	डिस्पेंसरी का नाम	चिंता का विषय
चण्डीगढ़	सेक्टर 23	अपर्याप्त स्थान
चण्डीगढ़	सेक्टर 29	दंत रोगियों के लिए एक्स–रे सुविधा की अनुपलब्धता
राजस्थान	उदयपुर	डिस्पेंसरी की इमारत दोषपूर्ण बिजली के तारों सहित खराब स्थिति में थी।
राजस्थान	बांसवाड़ा	डिस्पेंसरी की इमारत टूटी हुई चार दीवारी, दरवाजे एवं खिड़कियों सहित खराब स्थिति में थी।
राजस्थान	भीलवाड़ा	डिस्पेंसरी की इमारत खराब स्थिति में थी तथा बिजली की तारों की समस्या थी जिसके कारण कम्प्यूटर परिचालनात्मक नहीं थे।
राजस्थान	माद्री	डिस्पेंसरी की इमारत अपनी बिजली की समस्याओं आदि सहित खराब स्थिति में थी।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि संबंधित राज्य सरकारों को अपने राज्यों में प्राथमिक चिकित्सा देखभाल को सुधारने के लिए निरंतर कहा जा रहा था।

4.2.5 क.रा.बी.नि. अस्पताल, नोएडा के परिचालन में कमियां

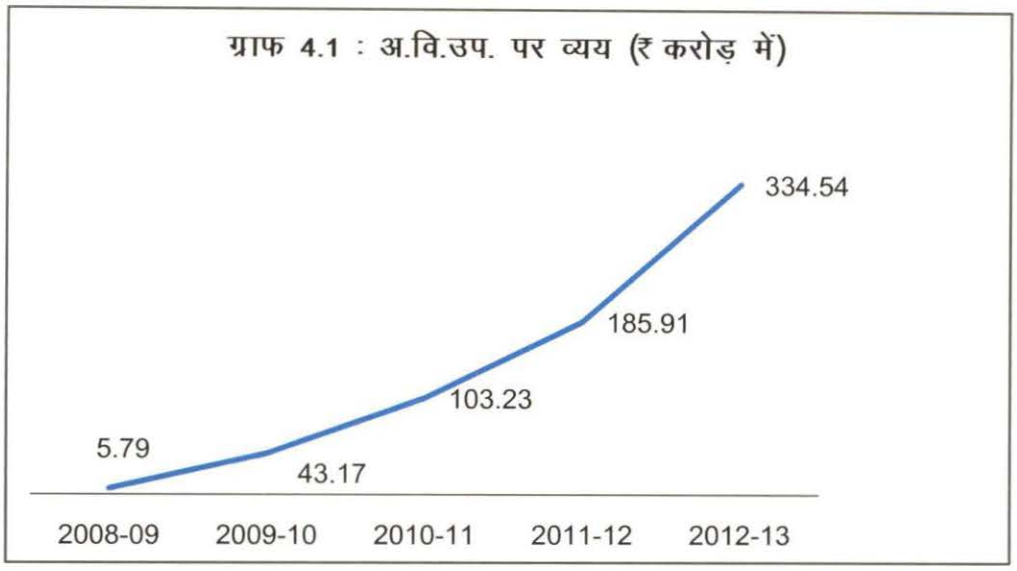
यद्यपि मई 2011 से नोएडा में 300 बिस्तर का अस्पताल चल रहा था, मार्च 2013 को दो गहन चिकित्सा इकाई (ग.चि.इ.) तथा एक क्रिटिकल केयर यूनिट (सी.सी.यू.) परिचालनात्मक नहीं थे। जिसके परिणामस्वरूप अप्रैल तथा सितम्बर 2011 के बीच आई.सी.यू./सी.सी.यू. के लिए ₹8.16 करोड़ की कीमत के आई.सी.यू. वेंटीलेटरों, पेंसेन्ट. कन्ट्रोल्ड एनलजोसिया (पीसी.ए.) पम्प आदि जैसे 216 उपकरण उपयोग में नहीं लाए गए थे। 216 उपकरणों में से, 120 उपकरणों को अन्य क.रा.बी.नि. अस्पतालों[17] को स्थानांतरित कर दिया था। अस्पताल प्राधिकारियों ने बताया (अक्तूबर 2013) कि आई.सी.यू./सी.सी.यू. को अस्पताल में स्टाफ की कमी के कारण परिचालनात्मक नहीं बनाया जा सका था तथा सी.सी.यू. को अब अस्थायी रूप से आपातकालीन सेवाओं के लिए उपयोग में लाया जा रहा था।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि अस्पताल प्राधिकारी आई.सी.यू. की स्थापना करने की प्रक्रिया में थे।

4.2.6 अति–विशिष्ट उपचार (अ.वि.उप.) की अनुपलब्धता हेतु भेजे गए मामलों पर व्यय में वृद्धि

क.रा.बी.नि. ने अपने बी.व्य. को अतिविशिष्ट उपचार प्राप्त करने के लिए प्रतिष्ठित सरकारी/अर्ध सरकारी/निजी अस्पतालों/संस्थानों में भेजने के दिशानिर्देश जारी किए (जुलाई 2008) जो बी.व्य. एवं उनके आश्रितों को निःशुल्क एवं परेशानी मुक्त उपचार उपलब्ध कराते हैं। अ.वि.उप. के अंतर्गत शामिल की जाने वाली सेवा है– हृदयरोग एवं वक्ष वाहिकीय शल्य चिकित्सा, स्नायविक विज्ञान एवं स्नायु शल्य चिकित्सा, बाल शल्य चिकित्सा, आर्बुदविद्या एवं अर्बुद शल्य चिकित्सा, मूत्र विज्ञान एवं मूत्र संबंधी शल्य चिकित्सा, जठरान्त विज्ञान, अंतः स्राप विज्ञान, दांत एवं प्लास्टिक शल्य चिकित्सा, पुनर्गठन शल्य चिकित्सा एवं रोगियों को किसी अति विशेषज्ञ द्वारा प्रदान की गयी उपचार सुविधा। लेखापरीक्षा ने देखा कि पैनल के अस्पतालों से प्राप्त अति विशिष्ट उपचार पर व्यय हर साल लगातार बढ़ता रहा था। नमूना जांच किये गये 9 राज्यों (**अनुबंध VI** में विवरण) में अ.वि.उप. पर व्यय की स्थिति **ग्राफ 4.1** में दी गई है:–

17 क.रा.बी.नि. अस्पताल, बसईदारापुर, क.रा.बी.नि. अस्पताल, रोहिणी, नई दिल्ली तथा क.रा.बी.नि. अस्पताल, लुधियाना, पंजाब



जैसा कि प्रमाणित है, अ.वि.उप. के लिए भेजे गए मामलों पर व्यय 2008–09 में ₹5.79 करोड़ से बढ़कर 2012–13 में ₹334.54 करोड़ (लगभग 57 गुना) हो गया था।

इतनी अधिक वृद्धि क.रा.बी.नि. के पास अ.वि.उप. सेवाओं की अनुपलब्धता या क.रा. बी.नि. द्वारा चिकित्सा सेवाओं में विश्वास की कमी के कारण हुआ होगा। उदाहरण स्वरूप, 21 हृदय रोग विशेषज्ञों तथा 17–न्यूरोलोजिस्टों की संस्वीकृत संख्या के प्रति, देशभर में क.रा.बी.नि. के पास केवल दो हृदय रोग विशेषज्ञ तथा एक न्यूरोलॉजिस्ट था।

क.रा.बी.नि. ने उत्तर दिया (मई 2014) कि अ.व.उप. को अधिक प्रभावी एवं सक्षम बनाने के लिए कदम उठाए जा रहे थे। अ.वि.उप. को आंतरिक सुविधा या पी.पी.पी. मॉडल के माध्यम से प्रदान करने की संभावना पर भी विचार किया जाएगा।

4.2.7 दंत महाविद्यालय की मौजूदगी के बावजूद बी.व्य. को बाहर भेजना

यद्यपि मार्च 2010 में क.रा.बी.नि. दंत महाविद्यालय, रोहिणी में स्थापित होने के बावजूद यह देखा गया कि ओखला, नोएडा तथा झिलमिल के तीन क.रा.बी.नि. अस्पताल अपने मरीजों को डेंचर को हटाने, दांत की कैपिंग, ब्रिज कार्य, आदि जैसे दंत उपचारों के लिए पैनल के निजी दंत क्लीनिकों में भेज रहे थे। 2010–11 से 2012–13 के दौरान भेजे गए बी.व्य. तथा इन भेजे जाने वाले मामलों पर किए गए व्यय का विवरण **तालिका 4.6** में दिया गया है :–

तालिका 4.6 : तीन अस्पतालों द्वारा भेजे गए दंत मामले एवं उन पर किया गया व्यय

(₹ लाख में)

अस्पताल का नाम	2010-11		2011-12		2012-13	
	मामलों की संख्या	व्यय	मामलों की संख्या	व्यय	मामलों की संख्या	व्यय
क.रा.बी.नि. अस्पताल, ओखला	689	8.01	949	10.34	663	7.71
क.रा.बी.नि. अस्पताल, नोएडा	292	4.50	353	7.26	318	9.03
क.रा.बी.नि. अस्पताल, झिलमिल	179	9.39	540	13.07	707	17.42
कुल	**1160**	**21.90**	**1842**	**30.67**	**1688**	**34.16**

इस तथ्य को जानते हुए कि क.रा.बी.नि. के रोहिणी दंत अस्पताल में यह सुविधाएं उपलब्ध हैं, अपने बी.व्य. को पैनल के निजी दंत क्लीनिक में भेजने की क्रिया अविवेकी थी।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि दिल्ली में सभी अस्पतालों को निर्देश जारी कर दिए गए हैं कि जहॉ तक संभव हो उन्हें सभी दंत मरीजों को दंत महाविद्यालय, रोहिणी में भेजना चाहिए।

4.2.8 तीन क.रा.बी. अस्पतालों (दिल्ली/नोएडा) में सी.टी. स्कैन तथा एम.आर.आई. सुविधा की अनुपलब्धता के कारण बाहर भेजे जाने के मामले

'क.रा.बी. अस्पताल डिस्पेसरियों के लिए उपकरण एवं स्टाफ के मानदंड एवं मानक', किसी 250 या 500 बिस्तर वाले अस्पताल में सी.टी. स्कैन तथा एम.आर.आई. सुविधा प्रदान करता है। लेखापरीक्षा ने पाया कि क.रा.बी. अस्पताल, झिलमिल (300 बिस्तर) एवं क.रा.बी. अस्पताल, नोएडा (300 बिस्तर) में ये सुविधाएं नहीं थीं तथा मरीजों को इन सेवाओं के लिए क.रा.बी.नि. द्वारा स्वीकृत पैनल के नैदानिक केन्द्रों में भेजा जा रहा था। 2011–12 एवं 2012–13 के दौरान सी.टी. स्कैन तथा एम.आर.आई के लिए बाहर भेजे गए मरीजों के विवरण **तालिका 4.7** में दिए गए हैं:

तालिका 4.7 : बाहर भेजे गए मामलों के विवरण

(₹ लाख में)

अस्पताल का नाम	वर्ष	सी.टी. स्कैन		एम.आर.आई	
		भेजे गए बी.व्य. की संख्या	व्यय	भेजे गए बी.व्य. की संख्या	व्यय
क.रा.बी. अस्पताल, झिलमिल	2011-12	2053	46.63	1778	43.84
	2012-13	2802	66.71	4542	61.17
क.रा.बी. अस्पताल, नोएडा	2011-12	1257	33.47	1706	47.75
	2012-13	4005	100.93	1166	31.05
कुल		**10117**	**247.74**	**9192**	**183.81**

इस प्रकार, अस्पतालों में मानदंडों के अनुसार सुविधाएं नहीं थी जिसके परिणामस्वरूप बड़ी संख्या में मामलों को बाहर भेजा गया तथा उन पर व्यय हुआ। यदि इन अस्पतालों में ये सुविधाएं उपलब्ध होती तो ₹4.32 करोड़ के व्यय को बचाया जा सकता था।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि बाहर भेजे जाने वाले मामलों में असंगत वृद्धि के विशिष्ट मामलों की जांच हो रही थी।

4.2.9 बेकार पड़े उपकरण

अस्पताल का चिकित्सा पर्यवेक्षक, प्रापण किए गए उपकरणों की खरीद एवं इनके सामयिक संस्थापन हेतु उत्तरदायी है। लेखापरीक्षा ने पाया कि ₹9.43 करोड़ (नौ उपकरणों की कीमत उपलब्ध नहीं थी) की कीमत के 142 चिकित्सा उपकरण मार्च 2013 (**अनुबंध VII** में विवरण) तक विभिन्न अस्पतालो/डिस्पेंसरियों में बेकार पड़े हुए थे। परिणामस्वरूप, बी.व्य. के लिए चिकित्सा लाभ/देखभाल प्रदान करने के लिए इन उपकरणों का उपयोग नहीं हो पाया था, तथा इन उपकरणों पर किया गया महत्वपूर्ण व्यय निष्फल हुआ था।

यह भी पाया गया कि क.रा.बी. अस्पताल जोका, पश्चिम बंगाल (**अनुबंध VIII**) में 156 उपकरणों को 92 से लेकर 876 दिनों तक के विलंब के पश्चात् संस्थापित किया गया था।

क.रा.बी.नि. ने उत्तर दिया (मई 2014) कि लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों को शीघ्र अनुवर्तन हेतु नोट कर लिया गया है।

4.3 औषधियों एवं सर्जिकल मदों का प्रापण

औषधियों एवं सर्जिकल मदों का प्रापण सामान्य रूप से दर संविदाओं के माध्यम से किया जाता है, जबकि वो औषधियां/सर्जिकल मदें जो कि दर संविदा के अंतर्गत आवृत्त नहीं है या फिर दर संविदा के अंतर्गत आवृत्त है परंतु उपलब्ध नहीं हैं, उन्हें स्थानीय पैनल के केमिस्टों से खरीदा जा सकता है। सभी राज्यों के लिए केन्द्रीय रूप से क.रा.बी.नि. द्वारा औषधियों के लिए दर संविदाएं की जाती हैं, तथा सर्जिकल मदों के लिए यह निदेशालय (चिकित्सा) दिल्ली अर्थात् डी.एम.डी. (दिल्लीं एवं रा.रा.क्षे. हेतु) और संबंधित राज्यो में वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्तों (व.रा.चि.आ.) द्वारा किया जाता है। दिल्लीं/रा.रा.क्षे. में औषधियों के क्रय हेतु डी.एम.डी. स्थानीय केमिस्ट का पैनल में चयन करता है, जबकि राज्यों के लिए स्थानीय केमिस्टों के पैनल बनाने के कार्य के लिए व.रा.चि.आ. उत्तयरदायी है। सामान्य रूप से स्थानीय क्रय के अंतर्गत प्रापण की गई औषधियों तथा सर्जिकल मदों की दरें, दर संविदा के अंतर्गत किए गए क्रय की तुलना में अधिक होती है।

4.3.1 औषधियों का स्थानीय क्रय

नमूना परीक्षित 19 अस्पतालों एवं चार डिस्पेंसरियों के डाटा ने दर्शाया कि इन पर स्थानीय क्रय पर व्यय ₹6.15 करोड़ (2008–09 के दौरान) से ₹16.61 करोड़ (2012–13 के दौरान) अर्थात् 169.89 प्रतिशत तक बढ़ गया है। स्थानीय क्रयों का इकाई वार विवरण **अनुबंध IX** में दिया गया है। औषधियों को दर संविदाओं के माध्यम से न खरीद कर स्थानीय रूप से खरीदे जाने में बढ़ोतरी वित्तीय संदर्भ में अविवेकी था और उसकी निविदा प्रक्रिया में कमियों को दर्शाता है। इनकी चर्चा नीचे की गई है।

4.3.2 दवाओं एवं पट्टियों के प्रापण पर अधिक भुगतान

क.रा.बी.नि. ने तीन मदों यथा बैंडेज का कपड़ा, गेज थान एवं कॉटन रोल की आपूर्ति हेतु नौ फर्मों के साथ 17 दिसम्बर 2009 से 16 दिसम्बर 2011 (अप्रैल 2012 तक विस्तारित) तक दर संविदाएं की थी और 11 अप्रैल 2012 से 30 अप्रैल 2014 तक उसके बाद तक यह दर संविदा मान्य थी।

लेखापरीक्षा ने पाया कि रोहिणी, झिलमिल तथा नोएडा के क.रा.बी.नि अस्पतालों ने दर संविदा के अंतर्गत 2011–12 तथा 2012–13 के लिए कुल क्रय का केवल 24.16 प्रतिशत (बैंडेज का कपड़ा), 28.16 प्रतिशत (गेज थान) तथा 13.47 प्रतिशत (कॉटन रोल) का क्रय किया तथा शेष स्टॉकों का क्रय स्थानीय पैनल केमिस्ट से किया गया

था। दर संविदा की दरों की तुलना में इन तीन मदों के लिए स्थानीय क्रय की दरें 108.28 से 443.65 प्रतिशत तक अधिक थीं। उच्च दरों पर ऐसे प्रापण के परिणाम स्वरूप इन ड्रेसिंग मदों पर ₹44.77 लाख का परिहार्य भुगतान हुआ था।

इसी प्रकार दवाओं पर, दर संविदा की मौजूदगी के बावजूद क.रा.बी.नि. अस्पतालों द्वारा स्थानीय केमिस्ट से किए गए क्रय पर ₹1.80 करोड़ का अधिक व्यय हुआ जैसा कि नीचे दिया गया है :–

तालिका 4.8 : दवाओं पर अधिक व्यय के विवरण

क्र.सं.	अस्पताल का नाम	अधिक व्यय की राशि (₹लाख में)	क्रय की अवधि
1.	क.रा.बी.नि. अस्पताल, नोएडा	104.99	2011–12 तथा 2012–13
2.	क.रा.बी.नि. अस्पताल, झिलमिल, दिल्ली	26.77	2011–12 तथा 2012–13
3.	क.रा.बी.नि. अस्पताल, जोका पश्चिम बंगाल	10.59	2008–09 से 2012–13
4.	क.रा.बी.नि. अस्पताल, नच्चाराम, हैदराबाद	18.06	2008–09 से 2012–13
5.	क.रा.बी.नि. अस्पताल, बेलतोल, असम	15.24	2011–12 तथा 2012–13
6.	क.रा.बी.नि. अस्पताल, एजूकॉन केरल	4.19	2010–11 से 2012–13
	कुल	**179.84**	

इस प्रकार, उन दवाओं तथा ड्रेसिंग के सामान के क्रय पर ₹2.25 करोड़ का अधिक व्यय हुआ जिनका प्रापण दर संविदाओं के माध्यम से किया जाना था।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि बहुत कम समय में कीमतें काफी अधिक बढ़ गई थी, जिसके कारण आपूर्तिकर्ता दवाओं की आपूर्ति करने में विफल हुए थे। ऐसे मामलों में, अनुमोदित स्थानीय केमिस्ट से स्थानीय क्रय किए गए थे।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि आपूर्तिकर्ताओं को दर संविदा की शर्तों के अनुसार वैधता अवधि तक दवाओं की आपूर्ति करनी थी। आपूर्ति न किए जाने पर, कहीं और से आपूर्तियों का प्रापण करने में हुए अधिक व्यय की वसूली आपूर्तिकर्ता से की जाएगी। हालांकि, अधिक व्यय की ऐसी कोई भी वसूली अभिलेखों में नहीं पाई गई थी, जो यह दर्शाती हो कि दर संविदा के प्रावधानों का अनुपालन नहीं किया गया था।

अनुशंसा : क.रा.बी.नि. स्थानीय क्रय के माध्यम से प्रापण को कम करने के लिए तथा मितव्ययता को प्रभावी बनाने के लिए दर संविदाओं के माध्यम से अपनी दवाओं का प्रापण कर सकता है।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि स्थानीय क्रय को न्यूनतम रखने के लिए निरंतर प्रयास किए जा रहे हैं तथा इस संदर्भ में आदेश जारी किए गए हैं।

4.3.3 क.रा.बी. अस्पतालों द्वारा एक ही सर्जिकल सामग्री का विभिन्न दरों पर क्रय

अवधि 2012–13 के लिए क.रा.बी.नि. अस्पताल, झिलमिल पर सर्जिकल की नमूना जांच से पता चला कि उसी अवधि के दौरान क.रा.बी.नि. झिलमिल ने निम्न लिखित सामग्री को सीमित निविदा पूछताछ से या फिर स्थानीय केमिस्ट द्वारा खरीदा था। यह दरें क.रा. बी.नि. अस्पताल, नोएडा द्वारा किए गए क्रय की दरों से काफी कम थीं। झिलमिल एवं नोएडा अस्पतालों के लिए विभिन्न सामग्री हेतु तुलनात्मक दरें नीचे दी गई हैं:–

तालिका 4.9 : अस्पतालों में दरों में अंतर

क्र.स.	सर्जिकल सामग्री का नाम	क.रा.बी.नि., नोएडा द्वारा स्थानीय केमिस्ट से खरीदी गई सामग्री की दर (₹ प्रति मद)	क.रा.बी.नि. झिलमिल द्वारा स्थानीय बाजार से खरीदी गई सामग्री की दर (₹ प्रति मद)
1.	ऑक्सीजन फेस मास्क (बाल चिकित्सा)	47.50 और 52.50	36.75
2.	आई.वी. कैन्युला संख्या में 20	35.70	5.53
3.	आई.वी. कैन्युला संख्या में 24	52.50	15.23
4.	डायनाप्लास्ट / प्लास्टिक की चिपकने वाली पट्टी	440	429
5.	रायल की ट्यूब 14,16, 18	27.20 से लेकर 31.20 तक	10.50
6.	आई. वी. कैन्यूला संख्या में 22	35.70	7.49
7.	ई.टी. ट्यूब कफ्ड संख्या में 8.5	144.30	73.50

इसी प्रकार, क.रा.बी.नि. अस्पताल, नोएडा ने वर्ष 2012–13 के दौरान सर्जिकल दस्ताने ₹18.62 एवं ₹20.58 + 5 प्रतिशत वैट के बीच की दरों पर स्थानीय खरीद की थी, जबकि वही दस्ताने क.रा.बी.नि. झिलमिल अस्पताल में ₹10.83 जोड़ी + 5 प्रतिशत वैट की दर पर खरीदे गए थे। प्रापण के दौरान स्थानीय क्रय के लिए भी समन्वित कार्रवाई के परिणामस्वरूप बेहतर आर्थिक परिणाम मिल सकते थे।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को गंभीर रूप से देखा गया है तथा आवश्यक कार्रवाई की जाएगी।

4.3.4 पुनः आदेश स्तर का निम्न–मूल्यांकन

डी.एम.डी. दवाईयों/औषधियों के लिए तब आर्डर देता है जब स्टॉक की स्थिति पुनः आदेश स्तर[18] (पु.आ.स्त.) से नीचे चली जाती है। डी.एम.डी. मानकों के अनुसार पु.आ. स्त. 3 माह के स्टॉक या वार्षिक अनुसंशित मात्रा का 1/4वां हिस्सा होता है। हालांकि, क.रा.बी.नि. में अनुरक्षित पु.आ.स्त. वार्षिक मात्रा का 1/8वां भाग अर्थात् 2012–13 के दौरान 1.5 माह का स्टॉक था। 25 मार्च 2013 को जारी पुनः आदेश स्तर की रिपोर्ट की जांच से प्रकट हुआ कि निम्न पु.आ.स्त. औषधियों के स्टॉक में कमी का कारण बना जैसा कि नीचे दिया गया है:

1. सेट क औषधियों (टेबलेट्स) के मामले में, 239 पु.आ.स्त. के नीचे की दवाइयों में से, 83 डी.एम.डी. के स्टॉक में उपलब्ध नहीं थी।
2. सेट ख औषधियों (इंजेक्शन) के मामले में, 152 पु.आ.स्त. के नीचे की दवाओं में से, 75 डी.एम.डी. के स्टॉक में उपलब्ध नहीं थी।
3. सेट ग औषधियों (सीरप) के मामले में, 68 पु.आ.स्त. के नीचे की दवाइयों में से, 14 डी.एम.डी. के स्टॉक में उपलब्ध नहीं थी।
4. 39 दवाइयों के मामले में, तीन या तीन से अधिक अवसरों पर किये गये आर्डर लंबित थे और इन मामलों में लंबित रहने की अवधि 2 से 36 माह तक की थी।

इस तथ्य को मानते हुए कि जगह की कमी के कारण पु.आ.स्त. को निम्न स्तर पर अनुरक्षित किया गया था, डी.एम.डी. ने पु.आ.स्त. को 1/6 अर्थात् अप्रैल 2013 से प्रभावी कर दो माह तक बढ़ा दिया था।

---

18 पुन आदेश स्तर = दैनिक औसतन उपयोग x दिनों में संचालन समय + सुरक्षा भण्डार, दैनिक औसतन उपयोग = अनुसंशित कुल वार्षिक प्रमात्रा/365 दिन, संचालन समय = छः सप्ताह अथवा 42 दिन (म.नि., क.रा.बी.नि. दर संविदा के नियमों एवं शर्तों के अनुसार) तथा सुरक्षा भण्डार = पांच सप्ताहों का विस्तारित समय + एक सप्ताह का संसाधन समय = छः सप्ताह (अगर मद विस्तार के अधीन/समाप्त है)।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि पुनः आदेश स्तर को डी.एम.डी. एवं रा.रा.क्षे. के अन्य अस्पतालों में पूलिंग स्पेस द्वारा कुल वार्षिक आवश्यकता के ¼ तक अनुरक्षित करने के प्रयास किये जा रहे हैं।

4.3.5 शैल्फ लाइफ हेतु नीति का गैर–अनुपालन

दवाइयों के गुणवत्ता नियंत्रण पर दिल्ली चिकित्सा निदेशालय (डी.एम.डी.) द्वारा जारी दिशानिर्देशों (अगस्त 1999) के अनुसार जिन दवाईयों के शेल्फ लाइफ का छठा भाग समाप्त हो चुका हो उन्हें स्वीकार नहीं किया जाना चाहिए। लेखापरीक्षा ने देखा कि चार स्थानों अर्थात् दिल्ली (चिकित्सा) निदेशालय, क.रा.बी.नि. मॉडल अस्पताल, राउरकेला, ओडिशा, क.रा.बी.नि. अस्पताल नाचारम, आन्ध्र प्रदेश तथा क.रा.बी.नि. अस्पताल, जोका, पश्चिम बंगाल में ₹2.34 करोड़ की कीमत की औषधियां खरीदी गई थीं तथा इन सभी मामलों में अपेक्षित शेल्फ लाइफ समाप्त हो चुकी थी जिसके कारण औषधियों की शैल्फ लाइफ से संबंधित नीति का गैर अनुपालन हुआ था।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि डी.एम.डी. द्वारा शेल्फ लाइफ के लिए दिशानिर्देशों का अनुसरण किया जा रहा था। उत्तर स्वीकार्य नहीं था क्योंकि 2009–10 से 2012–13 के दौरान डी.एम.डी. ने स्वयं ₹2.14 करोड़ की औषधियां खरीदी थी जिसमें से वितरण से पूर्व 1/6वीं शेल्फ लाइफ समाप्त हो चुकी थी।

4.3.6 अपर्याप्त औषधि परीक्षण प्रक्रिया

औषधियों तथा ड्रेसिंग के प्रापण हेतु दर संविदा में निहित दिशानिर्देश (सं.4) के अनुसार, आपूर्ति की गई दवाओं की नमूना जांच को सरकारी/सरकार द्वारा अनुमोदित प्रयोगशालाओं के माध्यम से किया जाएगा तथा किसी औषधि को परीक्षण रिपोर्ट की प्राप्ति के पूर्व वितरित नहीं किया जाएगा। लेखापरीक्षा ने देखा कि चार राज्यों[19] में 76 मामलों में दवाईयों को अस्पतालों/डिस्पेंसरियों द्वारा परीक्षण रिपोर्ट की प्राप्ति से पूर्व वितरित किया गया था। 40 दिनों से 296 दिनों तक के विलंब के बाद प्राप्त परीक्षण रिपोर्ट दवाइयों के निम्नतर मानक की गुणवत्ता की पुष्टि करती थी। क.रा.बी.नि. ने अस्पताल, चेन्नई में इंजेक्शनों, मलहमों, सीरपों को 2008–09 से 2012–13 के दौरान परीक्षण हेतु नहीं भेजा था।

आवश्यक प्रावधानों की अनुपालन को सुरक्षित करने में अस्पतालों की विफलता बी.व्य. को निम्नतर मानक वाली दवाईयों की आपूर्ति में परिणत हुई जो गंभीर स्वास्थ्य संकट का जोखिम उत्पन्न करता है।

19 गुजरात, कर्नाटक, केरल, पश्चिम बंगाल

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि चैन्नई औद्योगिक प्रयोगशाला ने इंजेक्शनों तथा सीरपों का परीक्षण करने से इंकार कर दिया है। इसने यह भी बताया कि मामले को तमिलनाडु के औषधि नियंत्रक निदेशक के समक्ष उठाया गया था।

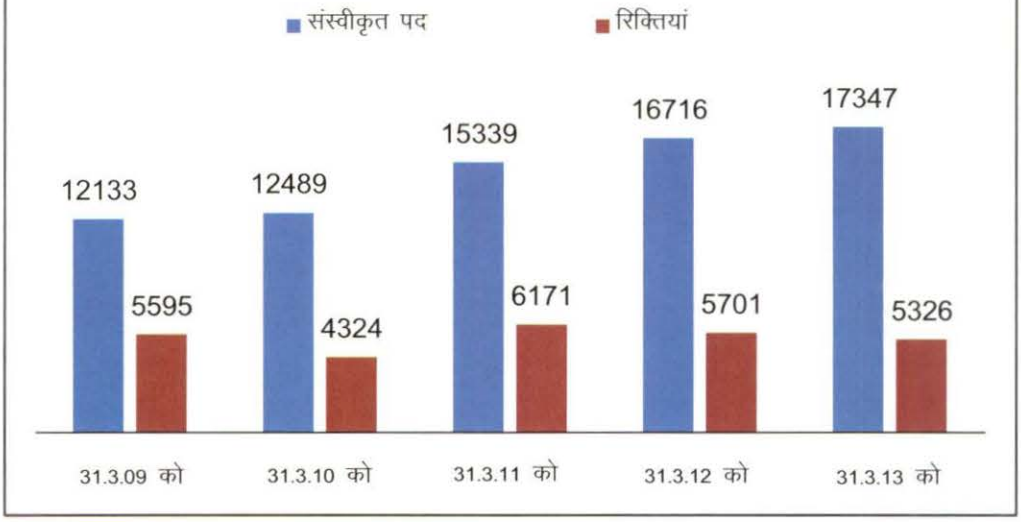
4.4 मानव संसाधन प्रबंधन

चूंकि बी.व्य. को क.रा.बी.नि. सेवा प्रदान करता है, इसके सेवा वितरण हेतु मानव संसाधनों की पर्याप्तता एवं गुणवत्ता आवश्यक है। इसके संदर्भ में लेखापरीक्षा ने पाया कि:

4.4.1 स्टाफ की कमी

स्टाफ की उपलब्धता से संबंधित डाटा के विश्लेषण से पता चला कि लेखापरीक्षा अवधि अर्थात् 2008–09 से 2012–13 के दौरान क.रा.बी.नि. सभी कैडरों में रिक्तियों की बड़ी संख्या (मंत्रालय स्टाफ, चिकित्सा स्टाफ) से प्रतिकूल रूप से प्रभावित था। क.रा.बी.नि. में संस्वीकृत पद की तुलना में रिक्तियों की समग्र स्थिति नीचे **ग्राफ 4.2** में दर्शाई गई हैं:–

ग्राफ 4.2 क.रा.बी.नि. में रिक्तियों की तुलना में संस्वीकृत पद



31 मार्च 2013 को चिकित्सा कार्मिकों की रिक्ति स्थिति **तालिका 4.10** में वर्णित है:

तालिका 4.10 : चिकित्सा पदों के लिए संस्वीकृत पद तथा तैनात व्यक्ति

पद	संस्वीकृत	तैनात व्यक्ति	रिक्ति (संस्वीकृत का प्रतिशत)
विशेषज्ञ	824	489	335 (41)
सा.ड.चि.अ.[20]	1859	1445	414 (22)
चिकित्सा अधिकारी (आयुर्वेद, दंत, होम्योपैथी)	101	82	19 (19)

स्रोतः दिनांक 05.08.2013 के संसदीय प्रश्न 463 का उत्तर

इस प्रकार, क.रा.बी.नि. द्वारा चलाए जा रहे अस्पतालों में डॉक्टरों की काफी कमी थी। विशेषज्ञों की 41 प्रतिशत कमी से क.रा.बी.नि. अस्पतालों की विशेषज्ञ सेवाओं पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा था, जिसके कारणवश बाहर भेजे जाने वाले मामलों की संख्या में वृद्धि हुई थी।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि भर्ती विनियम में संशोधन के लिए मंत्रालय के साथ परामर्श कार्य चल रहा है तथा उसके पश्चात भर्ती की जाएगी।

4.4.2 प्रशिक्षित स्नातकोत्तर विद्यार्थियों को नहीं रखा जाना

क.रा.बी.नि. (2009–10) जहां पर 500 बिस्तर का मॉडल अस्पताल परिचालनात्मक था उसी परिसर में राजाजी नगर, बैंगलोर में चिकित्सा विज्ञान एवं अनुसंधान स्नातकोत्तर संस्थान (चि.वि.अ.स्ना.सं.) की स्थापना का निर्णय लिया गया था।

प्रवेश से पूर्व विद्यार्थियों द्वारा भरे गए बॉन्ड में निर्धारित शर्तों के अनुसार स्नातकोत्तर कोर्स को पूरा करने के पश्चात् विद्यार्थियों को क.रा.बी.नि. के अस्पतालों में पांच वर्षों की अवधि के लिए कार्य करना होगा तथा उपरोक्त शर्तों का उल्लंघन करने पर 15 प्रतिशत प्रति वर्ष की दर पर ब्याज सहित ₹7.5 लाख के लिए एक बांन्ड निष्पादित करना होगा। लेखापरीक्षा ने पाया कि 2012–13 के दौरान स्नातकोत्तर हुए 10 विद्यार्थियों में से केवल दो ही क.रा.बी.नि. अस्पतालों में कार्य कर रहे थे। इस प्रकार, क.रा.बी.नि. 5 वर्षों का सेवा बॉन्ड लेने के बावजूद अपने स्नातकोत्तर विद्यार्थियों की सेवाओं का उपयोग नहीं कर पाई थी।

क.रा.बी.नि ने उत्तर दिया (मई 2014) कि बॉन्ड से संबंधित मुद्दे तथा उनके प्रवर्तन की समीक्षा की जा रही थी।

20 सामान्य ड्यूटी चिकित्सा अधिकारी

अध्याय – 5 : अवसंरचनागत विकास

निष्पादन लेखापरीक्षा के उद्देश्यों में एक उद्देश्य यह देखना था कि चिकित्सा महाविद्यालयों एवं अस्पतालों आदि का अवसंरचनात्मक विकास एवं निर्माण सक्षम, मितव्ययी एवं प्रभावी तरीके से हो रहा था। लेखापरीक्षा के निष्कर्ष निम्नलिखित हैं।

5.1 सम्पत्ति प्रबंधन प्रभाग एवं विभिन्न परियोजनाएं

एक केन्द्रीय प्रभाग नामतः सम्पत्ति प्रबंधन प्रभाग (सं.प्र.प्र.) को पूरे भारत में विभिन्न निर्माण परियोजनाओं के संचालन हेतु स्थापित किया गया था। 2008–09 से 2012–13 के दौरान 82 परियोजनाएं प्रारम्भ की गई थीं जिसमें से 19 परियोजनाएं 2008–09 से 2012–13 के दौरान समाप्त हुई जबकि नए अस्पतालों, चिकित्सा महाविद्यालयों, दन्त महाविद्यालयों, नर्सिंग महाविद्यालयों, औषधालयों एंव कार्यालय भवन के निर्माण/नवीनीकरण हेतु अन्य 63 परियोजनाएं 31.03.2013 तक निष्पादन के अधीन थीं। 2010 में क.रा.बी.नि. अधिनियम, 1948 में संशोधन के अनुसार, धारा 59बी के तहत क.रा. बी.नि. चिकित्सा महाविद्यालयों, नर्सिंग महाविद्यालयों, प्रशिक्षण संस्थानों की स्थापना कर सकता है।

30 जून 2013 तक संचालित हो रही 63 परियोजनाओं की स्थिति के लेखापरीक्षा विश्लेषण (**अनुबंध X**) ने दर्शाया कि 16 राज्यों में 63 परियोजनाओं में से 53 परियोजनायें (85 प्रतिशत) समय से पीछे चल रही थीं, जबकि इन परियोजनाओं को आठ से 45 माह के मध्य बढ़ाया गया था।

लेखापरीक्षा ने 63 में से आठ परियोजनाओं[21] को विस्तृत संवीक्षा हेतु चुना था, जिसके परिणाम निम्न लिखित हैं:

5.1.1 निर्माण परियोजनाओं में विलंब एवं लागत वृद्धि

छः परियोजनाओं के निष्पादन में विलंबों का वर्णन **तालिका 5.1** में किया गया है:

21 क.रा.बी.नि. अस्पताल, अयनवरम, चैन्नई, क.रा.बी.नि., चिकित्सा महाविद्यालय, फरीदाबाद, क.रा.बी.नि. अस्पताल, बिब्वेदी, पुणे, क.रा.बी.नि. अस्पताल, कोल्हापुर, क.रा.बी.नि. औषधालय सह रोग बनाम–निदान केन्द्र, फरीदाबाद, क.रा.बी. अस्पताल, ओखला, दिल्ली, गुलबर्गा में चिकित्सा महाविद्यालय एवं 500 बिस्तरों वाला अस्पताल, मंडी में चिकित्सा महाविद्यालय एवं 500 बिस्तरों वाला अस्पताल।

तालिका 5.1: परियोजनाओं के पूर्ण होने में विलंब

(₹करोड़ में)

क्र.सं.	परियोजना का नाम	परियोजना की लागत	संस्वीकृति तिथि	कार्यकारिणी अभिकरण	आरंभ तिथि	समाप्ति की तिथि	लेखापरीक्षा अभ्युक्ति
1.	क.रा.बी. नि. अस्पताल, अयनवरम, चैन्नई	257.08	1.2.2010	मैसर्स एन.बी. सी.सी.लि.	20.2.2010	2 वर्ष	क.रा.बी.नि. ने एक वर्ष से अधिक समय के पश्चात वास्तुकार को स्थानीय प्राधिकरण से अनुमति प्राप्त करने के लिए फरवरी 2011 में कहा और अनुमति अक्टूबर 2011 में प्राप्त की गयी थी।
2.	क.रा.बी.नि., चिकित्सा महाविद्यालय, फरीदाबाद	544.70	जुलाई 2009	मैसर्स यू.पी. आर.एन. एन.लि.	16.8.2009	2 वर्ष (31. 8.2012 तक विस्तारित)	परियोजना मार्च 2013 तक पूरी नहीं हुई थी।
3.	क.रा.बी. अस्पताल, बिब्वेवदी, पुणे	3.84	–	मैसर्स यू.पी. आर.एन. एन.लि.	अक्तूबर 1993	2 वर्ष	निर्माण का 95 प्रतिशत जुलाई 1997 पूरा हो चुका था महाराष्ट्र सरकार को अस्पताल फरवरी 2002 में सौंप दिया गया परंतु पूरी तरह से चालू नहीं किया गया।
4.	क.रा.बी. अस्पताल, कोल्हापुर	3.42	–	मैसर्स यू.पी. आर.एन. एन.लि.	1992	1996	अस्पताल अभी (मार्च 2013) कमीशन नहीं हुआ क्योंकि भवन को सभी आवश्यक सेवाएं पूरी कर परिचालित नहीं किया गया था। वैधानिक प्राधिकरणों द्वारा व्यावसाय एवं समाप्ति प्रमाण–पत्र जारी नहीं किया गया।
5.	क.रा.बी. नि. डिसपेंसरी सह–निदान केन्द्र, फरीदाबाद	0.85	–	मैसर्स एन.बी. सी.सी.लि.	–	–	अभिकरण ने काम 30.11. 2011 तक पूरा कर लिया था। स्थानीय प्राधिकरण से अभिकरण समाप्ति प्रमाण–पत्र प्राप्त नहीं कर सका। अतः क.रा.बी. नि. अस्पताल को भवन पर अधिकार नहीं मिल सका।
6.	क.रा.बी. अस्पताल, ओखला	155.31	–	मैसर्स टी.सी. आई.एल.	नवम्बर 2009	दिसम्बर 2014	आंशिक भवन को जून 2010 एवं फरवरी 2012 के दौरान नवीनीकरण हेतु निर्माण अभिकरण को सौंप दिया गया था परंतु अगस्त 2013 तक काम आंरभ नहीं कराया जा सका था।

पांच चिकित्साय महाविद्यालयों/अस्पतालों के लागत अनुमान में देर के कारण वृद्धि तालिका 5.2 में वर्णित थी।

तालिका 5.2 : अनुमानों की लागत में वृद्धि

(₹ करोड में)

क्र.सं.	इकाई का नाम	मूल अनुमान	संशोधन लागत
1.	गुलबर्ग में चिकित्सा महाविद्यालय एवं 500 बिस्तरों वाला अस्पताल	768.98	897.73
2.	मंडी में चिकित्सा महाविद्यालय एवं 500 बिस्तरों वाला अस्पताल	500.00	730.00
3.	चिकित्सा महाविद्यालय, फरीदाबाद	544.70	571.54
4.	क.रा.बी. अस्पताल, कोल्हापुर	3.96	7.26
5.	क.रा.बी. अस्पताल, बिब्वेवदी, पुणे	2.94	3.84

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि परियोजनाओं को विशेषज्ञ सरकारी निर्माण अभिकरणों को परियोजना प्रबंधन कंसल्टेंसी (प.प्र.कं.) आधार पर टर्न की संविदा अनुबंध पर सौंपा गया था। निर्माण कार्य में सरकारी मानकों के अनुसार गुणवत्ता आश्वासन एवं गुणवत्ता नियंत्रण को सुनिश्चित करते हुए निर्माण का गहन पर्यवेक्षण सहित निपटान इन सरकारी निर्माण अभिकरणों का दायित्व है, जिन्हें प.प्र.क. की भूमिका प्रदान की गयी थी क्योंकि उन्हें विभागीय शुल्कों का भुगतान किया जाता था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि अभिकरणों को विभागीय शुल्कों का भुगतान करने के बावजूद, परियोजनाएं समय पर पूरी नहीं हुई थी।

5.1.2 अस्पताल खोलने के लिए स्थानों का गलत चुनाव

क.रा.बी.नि. मानकों के अनुसार, 500 बिस्तरों वाले एक अस्पताल की स्थापना हेतु निम्नतम 400000 बी.व्य. की आवश्यकता होती है। हमने देखा कि, गुलबर्ग (कर्नाटक) एवं मंडी (हिमाचल प्रदेश) में बी.व्य. की संख्या क्रमशः 40700 एवं 207100 (31 मार्च 2013 को) ही थी। अतः इन दोनों स्थानों पर अस्पताल की स्थापना का निर्णय निम्नतम अपेक्षित मानकों की पूर्ति नहीं करता था।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि वर्तमान में निगम की एक उप–समिति चिकित्सा महाविद्यालयों की स्थापना हेतु मानकों का परीक्षण कर रही है।

5.1.3 अस्पतालों पर अनियमित व्यय

अधिनियम की धारा 28 उन उद्देश्यों को परिभाषित करती है जिस पर निधियों का व्यय किया जा सकता है, जिसमें चिकित्सा लाभ, शुल्क एवं भत्तो, वेतन, अस्पतालों की स्थापना एवं अनुरक्षण, राज्य सरकार को अंशदान, लेखापरीक्षा शुल्क आदि के व्यय शामिल थे। किसी अन्य व्यय, जिसे अधिनियम में शामिल नहीं किया हो, के लिए मंत्रालय का अनुमोदन अपेक्षित है (धारा 28 (xii))।

हमने देखा कि निम्नलिखित मामलों में किया गया व्यय न तो धारा 28 के उपधाराओं के अंतर्गत शामिल था, न ही मंत्रालय द्वारा अनुमोदित किया गया था, अतः ये व्यय अनियमित थे।

5.1.3.1 गुलबर्ग में जिला अस्पताल पर व्यय

क.रा.बी.नि. ने कर्नाटक राज्य सरकार के साथ, 22 सितम्बर 2012 को सरकारी जिला अस्पताल, गुलबर्ग के साथ अपने निगम के चिकित्सा महाविद्यालय को भा. चि.प. मानकों[22] के अनुरूप एक शिक्षण अस्पताल के रूप में कार्य करने के लिए स.ज्ञा. किया था। क.रा.बी.नि. ने जिला अस्पताल को भा.चि.प. के अनुपालन में लाने के लिए इस पर व्यय करने की सहमति भी दी। तथापि, जिला अस्पताल, गुलबर्ग पर इसे भा.चि.प. की अनुपालना हेतु व्यय का मंत्रालय द्वारा अनुमोदन नहीं हुआ था। अतः निगम ने कर्मचारियों एवं उपकरणों पर प्रति माह ₹22.72 लाख (जनवरी 2013 से आवर्ती) एवं नवीनीकरण आदि पर ₹18.11 लाख (एक बार) का अनियमित व्यय जिला अस्पताल, गुलबर्ग में किया जिसे बी.व्य. के लिए नहीं अपितु आम जनता के लिए खोला गया है।

5.1.3.2 जिला अस्पताल, मंडी पर व्यय

क.रा.बी.नि. चिकित्सा महाविद्यालय, मंडी ने हिमाचल प्रदेश राज्य सरकार के साथ भा. चि.प. मानकों को पूरा करने के लिए नेताजी सुभाष चन्द्र बोस जोनल अस्पताल (ने.सु. चं.बो.जो.अ.), मंडी को शिक्षण अस्पताल के रूप में संबद्ध करने के लिए सितम्बर, 2013 में स.ज्ञा. किया था। सं.ज्ञा. (भाग ख के अंतर्गत उपधारा सं 2), के अनुसार, निगम ने ने.सु.चं.बो.जो.अ. के सेमिनार कक्ष/प्रदर्शन कक्ष आदि के लिए पूंजीगत व्यय करने की सहमति, मंत्रालय के अनुमोदन के बगैर, दी थी।

22 भा.चि.प. के मानकों के अनुसार 100 सीट के चिकित्सा विश्वविद्यालय के लिए 300 बिस्तरों वाला शिक्षण अस्पताल चाहिए।

5.2 ब.रो.वि. सुविधाओं के लिए अपर्याप्त स्थान

क.रा.बी.नि., नोएडा अस्पताल अपनी सभी चिकित्सा सेवाएं 300 बिस्तर वाले नव–निर्मित अस्पताल भवन से परिचालित कर रहा था परंतु सभी 11 ब.रो.वि. पुराने भवन के शेष भाग से ही चलाए जा रहे थे। पुराने भवन का एक काफी बड़ा भाग 2012 में नवीनीकरण हेतु ध्वस्त कर दिया गया था। लेखापरीक्षा ने पाया कि:

1. नये भवन की डिजाइन में ब.रो.वि. हेतु व्यवस्था नहीं थी।
2. पुराने भवन के शेष भाग से ब.रो.वि. के परिचालित होने के कारण वहाँ काफी भीड़ और जमाव रहता था।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि पुराने अस्पताल खंड के नवीकरण एवं पुनर्वास कार्य में हुई देर रेट्रोफिटिंग कार्य में संरचनात्मक सुरक्षा एवं भूकंपीय मजबूती के लिए अपेक्षित परिवर्तनों के कारण हुई थी क्योंकि पुराना ढाँचा समय बीतने के साथ और भी खराब हो गया था।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योकि पुराने भवन की मजबूती के आधार पर उसके नवीनीकरण अथवा नये भवन के रूप में बनाए जाने की संभावना को निर्धारित करने के लिए तकनीकी सलाह प्राप्त करने जैसी विध्वंस–पूर्व गतिविधियाँ प्रारंभिक स्तर पर ही की जानी थी। इसके अतिरिक्त, क.रा.बी.नि. ने नवीनीकरण कार्य के आरंभ से पूर्व ब.रो.वि. के परिचालन हेतु कोई वैकल्पिक व्यवस्था नहीं की थी।

5.3 निर्माण कार्यों हेतु दिए गये अग्रिमों को समायोजित न करना

विभिन्न निर्माण, मरम्मत एवं अनुरक्षण कार्यों के लिए दिया गया ₹11.10 करोड़ (ब्यौरे तालिका में) राशि के अग्रिमों को कार्य की समाप्ति के पश्चात 31 मार्च 2013 तक समायोजित नहीं किया गया था।

तालिका 5.3 : अग्रिमों के ब्यौरे

क्र. सं.	राज्य का नाम	बकाया राशि (₹लाख में)	जिस अवधि से बकाया था
1.	गुजरात	290.95	2009-10 से 2011-12
2.	केरल	368.55	
3.	राजस्थान	12.20	1973-74 से 1998-99
4.	तमिलनाडु	266.00 (लो.नि.वि.) 172.00 (एन.बी.सी.सी.)	1986-87से 2004-05 2008-09
कुल		**1109.70**	

अग्रिमों को समायोजित नहीं करना, क.रा.बी.नि. में कमजोर आंतरिक नियंत्रण तंत्र की ओर संकेत करता है।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि निगम फील्ड इकाइयों पर निर्माण अभिकरणों को प्रदत्त अग्रिमों के समायोजन हेतु आंतरिक नियंत्रण तंत्र के माध्यम से पर्याप्त कार्रवाई करने के लिए दबाव बनाये हुए है।

5.4 ब्याज–मुक्त मोबीलाइजेशन अग्रिम

सी.वी.सी. दिशानिर्देशों के (अप्रैल 2007) के अनुसार, मोबीलाइजेशन अग्रिमों को अपरिहार्य रूप से आवश्यकता–आधारित होना चाहिए। दिशानिर्देशों में संविदाकृत अभिकरणों को ब्याज–मुक्त मोबीलाइजेशन अग्रिम प्रदान करने से हतोत्साहित करता है। तथापि, यदि प्रबंधन विशेष मामलों में इसकी आवश्यकता महसूस करता है तो उस स्थिति में वसूली कार्य की प्रगति से संबद्ध होने के बजाय समय आधारित होगी।

हालाँकि, क.रा.बी.नि. स्थायी समिति ने कथित रूप से विलंबों एवं कीमत वृद्धि को कम करने के लिए केन्द्र/राज्य सरकार अभिकरणों को ब्याज के बगैर मोबीलाइजेशन अग्रिम का अनुदान अनुमोदित किया (जून 2009) था। 10 मामलों में, क.रा.बी.नि. ने विभिन्न अभिकरणों यथा यू.पी.पी.सी.एल.[23], यूपी.आर.एन.एन.[24] एवं एन.बी.सी.सी.[25] को अप्रैल 2009 एवं अक्तूबर 2010 के मध्य ₹229.80 करोड़ की राशि का ब्याज मुक्त मोबीलाइजेशन अग्रिम जारी किया था। परियोजनाओं की अवधि एक से दो वर्षों के मध्य थीं, परंतु ₹229.80 करोड़ में से, केवल ₹55.84 करोड़ ही समाप्ति की निर्धारित तिथि तक प्राप्त किये जा सके, जबकि शेष ₹173.96 करोड़ में से केवल ₹87.41 करोड़ ही मार्च 2013 तक वसूल हुआ था। अतः न केवल ब्याज–मुक्त अग्रिम अभिकरणों को दिये गये, इसकी वसूली भी समय–बद्ध तरीके से नहीं हुई, जो सी. वी.सी. दिशानिर्देशों का उल्लंघन था।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि इसने भावी सभी निर्माण परियोजनाओं के लिए ब्याज मोबीलाइजेशन अग्रिम के प्रावधान सहित एक नया संविदा अनुबंध तैयार किया है।

5.5 ₹1.01 करोड़ राशि के श्रम उपकर की गैर वसूली

भवन एवं अन्य निर्माण श्रमिक कल्याण उपकर अधिनियम, 1996 निर्माण पर लगे लागत के एक एवं दो प्रतिशत के मध्य के दर पर उपकर के उद्ग्रहण की व्यवस्था करता है।

---

23 यू.पी.पी.सी.एल.–उत्तर प्रदेश पावर कॉरपोरेशन लिमिटेड

24 यू.पी.आर.एन.एन.– उत्तर प्रदेश राजकीय निर्माण निगम

25 एन.बी.सी.सी.– नेशनल बिल्डिंग कन्सट्रक्शन कॉरपोरेशन लिमिटेड

विलंब की स्थिति में प्रति माह के लिए दो प्रतिशत की दर के दण्डित ब्याज और जुर्माना जो उपकर की राशि से अधिक न हो, भी लगाया जा सकता है। श्रम उपकर उत्तर प्रदेश में 4 फरवरी 2009 से लागू था।

क.रा.बी.नि. ने सेक्टर 24 एवं 56, नोएडा, उत्तर प्रदेश में दो निर्माण कार्यों में कार्यरत ठेकेदारों को 2008–09 से 2009–10 के दौरान 101.01 करोड़ का भुगतान किया था। परंतु यह एक प्रतिशत निर्धारित दर से ठेकेदारों के बिलों से ₹1.01 करोड़ राशि का श्रम उपकर काटकर श्रमिक कल्याण बोर्ड के पास जमा कराने में विफल रहा।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि निर्माण अभिकरणों को नोएडा, उत्तर प्रदेश के अनुबंध के आधार पर भुगतान किये गये थे। कार्य का आवंटन अधिनियम की अधिसूचना के पूर्व किया गया था। वैधानिक परामर्श लिया जा रहा है और तदनुसार कार्रवाई की जाएगी। क.रा.बी.नि. ने यह बताया कि सेक्टर 56, नोएडा हेतु कार्य के मामले में श्रम उपकर की वसूली की जा रही है।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि अधिसूचना में ठेकेदारों को किये गये सभी भुगतानों से उपकर की कटौती का स्पष्ट प्रावधान किया गया था।

5.6 विद्युत भार के कारण अधिक भुगतान

क.रा.बी.नि. अस्पताल, नोएडा ने अपनी नई अस्पताल इमारत में कार्य प्रारम्भ होने के परिणामस्वरूप अपने विद्युत भार को जुलाई 2011 से 389 के.वी.ए. से 4025 के.वी.ए. तक बढ़ाया। बिल योग्य मांग कुल अनुबंधित भार अर्थात 3018.75 के.वी.ए. का 75 प्रतिशत थी। अस्पताल ₹6.64 लाख ₹220 प्रति के.वी.ए. प्रतिमाह के दर पर प्रतिमाह तथा नवम्बर 2013 से ₹7.24 लाख (₹240 प्रति के.वी.ए. की दर पर) प्रतिमाह के स्थिर प्रभार अदा कर रहा था। लेखापरीक्षा ने पाया कि जुलाई 2011 से मार्च 2013 की अवधि के दौरान विद्युत की अधिकतम मांग 1440 के.वी.ए. रही थी। इस प्रकार, अस्पताल ने उचित रूप से अपनी भार आवश्यकता का निर्धारण नहीं किया था तथा अनुबंधित अधिक विद्युत भार पर स्थिर प्रभार के प्रति ₹71.70 लाख अदा किया था।

इसी प्रकार, क.रा.बी. अस्पताल, भिवाड़ी में भी ₹3.53 लाख का व्यय विनिर्दिष्ट सीमा में विद्युत घटक के गैर–अनुरक्षण के कारण अधिक किया गया था। आगे क.रा.बी.नि. अस्पताल, के.के. नगर, चैन्नई में यह पाया गया था कि अस्पताल ने जनवरी 2011 से मार्च 2013 के दौरान अधिकतम आवश्यकता से अधिक संस्वीकृत भार हेतु ₹20.18 लाख अदा किए थे। इसने विद्युत भार हेतु निर्णय पर खराब प्रशासनिक नियंत्रण को दर्शाया।

आगे क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि स्थानीय विद्युत प्राधिकरणों से विद्युत कनेक्शन प्राप्त करने हेतु कुल विद्युत भार आवश्यकताओं को स्थानों के निर्दिष्ट उपयोग तथा संपूर्ण अस्पताल परिसर हेतु प्रस्तावित संस्थापन के अनुसार मानक विविधता घटक को अपनाकर परिकलनों के आधार पर निर्धारित किया गया था। एक बार विद्यमान फीडर लाईन से विद्युत भार को कम अथवा अपवर्तन कर दिया जाता है तो बाद में इसको बढ़ाने का कोई आश्वासन नहीं है क्योंकि अतिरिक्त फीडरों की विद्युत विभाग से मांग की जाएगी। ऐसे मामले में, अगर अस्पताल अधिक भार खींचता है तो विद्युत प्राधिकरणों द्वारा प्रतिमानों के अनुसार बड़ा दण्ड वसूला जाएगा।

तथापि, क.रा.बी.नि. का उत्तर उचित नहीं है क्योंकि प्राधिकरणों द्वारा संस्वीकृत कुल विद्युत भार को आवश्कता के अनुसार घटाया अथवा बढ़ाया जा सकता है। विद्युत वितरण कंपनियों को भविष्य में संभावित निष्क्रियता हेतु इस प्रकार अधिक भुगतान करना अनुचित है।

5.7 श्रम एवं रोजगार मंत्रालय के कार्यालय के परिवर्तन/नवीनीकरण पर किया गया अनियमित व्यय

क.रा.बी.नि. अधिनियम की धारा 28 के साथ पठित क.रा.बी. (केन्द्रीय) नियम, 1950 के अनुसार क.रा.बी.नि. प्रशासनिक व्यय शीर्ष के अंतर्गत कार्यालय भवन के अनुरक्षण, निगम के कार्यालयों हेतु फर्नीचर व संयत्रों के क्रय संबंधी व्यय कर सकता है।

तथापि, लेखापरीक्षा ने पाया. कि निगम ने सचिव, श्रम एवं रोजगार मंत्रालय के विनिर्दिष्ट निर्देशों पर श्रम शक्ति भवन में मंत्री के कार्यालय (जो क.रा.बी.नि. के पदेन अध्यक्ष के पद पर हैं) के नवीकरण की प्रकिया को आंरभ किया (मई 2010)। मैसर्स डिजाईन एसोसिएट्स द्वारा प्रस्तुत प्रारम्भिक अनुमानों के आधार पर महानिदेशक क.रा.बी.नि. ने नवीनीकरण कार्य हेतु ₹42.87 लाख की राशि संस्वीकृत की (जून 2010)। 9 जून 2010 से 24 जून 2010 की अवधि के दौरान 15 दिनों की अवधि में कार्य समाप्त करने की शर्त के तहत कार्य एच.एस.सी.एल.[26] को सौपा गया था। 26 अक्टुबर 2010 को अर्थात कार्य के समापन के 4 महीनो के पश्चात मैसर्स डिजाईन एसोसिऐट्स के साथ अनुबंध किया गया था।

बाद में, निगम ने ₹1.51 करोड़ की संस्वीकृति लागत के साथ कार्यालय अध्यक्ष, क.रा. बी.नि. के परिवर्तन/संशोधन तथा मरम्मत कार्य के भाग–2 को स्वीकृत किया (अगस्त 2010)। कार्य के क्षेत्र का संशोधन किया गया था तथा विस्तार के कारण कुल लागत

26 हिन्दुस्तान स्टीलवर्कस कन्सट्रक्शन लि.

₹2.29 करोड़ तक बढ़ी। इसमें ₹0.34 करोड़ की कुल निवल विचलन राशि शामिल थी तथा कार्य के मदों में लघु समिति कक्ष, प्रतीक्षा लाउन्ज–1, प्रतीक्षा लाउन्ज–2 तथा अन्य, सिविल/आंतरिक कार्य थे।

यद्यपि श्रम एवं रोजगार मंत्री निगम का पदासीन अध्यक्ष है, तथापि श्रम शक्ति भवन में मंत्री का कार्यालय, निगम के अलग कार्यालय भवन का हिस्सा नहीं हो सकता है। इसके अलावा श्रम एवं रोजगार मंत्रालय के पास मंत्री के कार्यालय के मरम्मत एवं अनुरक्षण हेतु अपना अलग बजट है। श्रम शक्ति भवन का मरम्मत एवं अनुरक्षण के.लो.नि.वि. के क्षेत्र में आता है।

इस प्रकार, निगम ने मंत्रालय के कार्यालय में परिवर्तन/संशोधन तथा मरम्मत कार्य से संबंधित ₹2.29 करोड़ का व्यय अनियमित रूप से किया था।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि नवीकरण कार्य आई.टी. रोलआउट के माध्यम से क.रा.बी.नि. के कार्य के संबंध में पहुँच को सुविधाजनक/डाटा के प्रचार–प्रसार/जानकारी को सुगम बनाने हेतु निष्पादित कराया गया।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि निष्पादित मदें आई.टी. रोलआउट से अलग थीं तथा इसके अतिरिक्त निधियों को इमारत में उपयोग नहीं किया जा सकता था जो क.रा.बी.नि. के अधिकार में नहीं थी। दूसरी ओर, आई.टी. रोलआउट परियोजना हेतु सभी निवेशों का बूट (निर्माण, स्वामित्व, संचालन एवं हस्तांतरण) माडल के अनुसार प्रणाली समाकलक (मैसर्स विप्रो) द्वारा किया जाना था।

5.8 क.रा.बी.नि. का कम्प्यूटरीकरण

इसकी प्रक्रियाओं अर्थात् कर्मचारियों एवं बी.व्य. के पंजीकरण, अस्पतालों एवं डिस्पेंसरियों में रोगी मोड्यूल, वित्त हेतु ई.आर.पी. मोड्यूल, प्रशासन, मानव संसाधन प्रबंधन, वैधानिक, प्रापण, स्वास्थ्य बीमा, प्रबंधन सूचना प्रणाली (प्र.सू.प्र.) आदि को कम्प्यूरीकरण हेतु क.रा. बी.नि. ने कार्य को 18 महीनों की समय अवधि के साथ बूट (निर्माण, सवामित्व, संचालन तथा हस्तान्तरण) पर ₹1181.82 करोड़ (5 वर्षो हेतु अनुरक्षण की लागत सहित) की लागत पर मैसर्स विप्रो टेक्नोलोजी को सौंपा (फरवरी 2009) था। निविदा दस्तावेजों के नियम एवं शर्तों के अनुसार प्रणाली समाकलक अर्थात मैसर्स विप्रो को प्रारम्भ में पांच वर्षों के लिए हार्डवेयर, सॉफ्टवेयर एवं अनुरक्षण हेतु अपनी स्वयं की निधियों का निवेश करना था तथा परियोजना के सफल कार्यान्वयन के पश्चात भुगतान 20 तिमाही किस्तों में (₹59.09 करोड़)

जारी किया जाएगा। पांच वर्षों के पश्चात सभी अधिकार तथा सम्पत्ति हार्डवेयर एवं सॉफ्टवेयर सहित क.रा.बी.नि. को हस्तांतरित किए जाने थे।

लेखा परीक्षा ने पाया कि:

- परियोजना की समाप्ति की लक्षित तिथि अगस्त, 2010 थी। परंतु परियोजना का परिचालन अप्रैल, 2011 अर्थात आठ माह के विलंब के पश्चात शुरू हुआ था। इसके अतिरिक्त, समाप्ति की निर्धारित तिथि से तीन वर्ष से अधिक गुजर जाने के पश्चात भी परियोजना के सभी प्रस्ताव के लिए अनुरोध मोड्यूल अभी तक पूरे नहीं हुए थे।

- सॉफ्टवेयर आवश्कता विवरण (सॉ.आ.वि.) को अनुमोदन एवं प्रस्तुतीकरण आशय पत्र जारी करने की तिथि से प्रथम तीन माह के अंदर किया जाना अपेक्षित था परंतु अभिलेखों के अनुसार किसी

  सॉ.आ.वि. को मई 2014 तक अंतिम रूप नहीं दिया गया था। सॉ.आ.वि. के अभाव में परियोजना के विकास के महत्वपूर्ण चरणों को निश्चित नहीं किया जा सका।

- प्रस्ताव हेतु अनुरोध (आर.एफ.पी.) के अनुसार प्रणाली समाकलक को बायोमेट्रिक विवरणों के अंतर्गत सभी बी.व्य. को शामिल करना था परंतु मार्च 2013 तक केवल 52.97 प्रतिशत बी.व्य. (1.85 करोड़ में से 98 लाख) ही बायोमेट्रिक विवरणों के साथ पंजीकृत किये गये थे।

- आर.एफ.पी. में डेस्कंटॉप विशिष्टताएं स्पष्टतः परिभाषित किये गये थे परंतु प्रणाली समाकलक ने विशिष्टाओं के अनुसार डेस्कटॉपों को संस्थापित नहीं किया था। प्रणाली समाकलक द्वारा संस्थापित 44808 उपकरणों मे से, 40899 उपकरण तकनीकी खासियतों के साथ–साथ क्रियात्मक अवसंरचना पूरी करने में असफल थे।

- रोगी विजिट्स के आंकडों के विश्लेषण से प्रकट हुआ कि 1599 में से केवल 1192 इकाइयाँ ही 31 मार्च 2013 तक रोगियों के ब्यौरे कम्प्यूटर में रख रही थीं। शेष 407 इकाइयों अभिलेखों का अनुरक्षण हाथ से कर रही थीं।

- विप्रो ने ₹570 करोड़ (जो पहली बोली में रद्द हो गया था) नेटवर्किंग घटक हेतु उद्धृत किया था, जबकि दूसरी बोली में उद्धरण केवल ₹50 करोड़ का ही था, 512 कि.बा.प्र.से. से 4 मे.बा.प्र.से. की बैंडविड्थ आवश्यकता के प्रति बोलीकर्ता ने केवल 128 कि.बा.प्र. से और 1 मे.बा.प्र. से ही प्रस्तावित किया था जिसे क.रा.बी.नि. द्वारा संस्वीकृत कर लिया गया था। धीमी गति के बैंडविड्थ की स्वीकृति के कारण अंतिम उपभोक्ताओं को लेन–देनों के पूरा होने में लंबी प्रतीक्षा का सामना करना पड़ा।

क.रा.बी.नि. ने बताया (मई 2014) कि, क्षे.का., अ.क्षे.का., क.रा.बी. अस्पतालों, डिस्पेंसरियों आदि को विशिष्ट आवश्यकता के आधार पर विप्रो ने बेंडविथ का आकार बढ़ाया है। सॉ. आ.वि. के संबंध में क.रा.बी.नि. ने बताया कि सॉ.आ.वि को तब तक अंतिम रूप नहीं दिया जाएगा जब तक कि आवेदनों में सभी आयोजन एवं सभी परिप्रेक्ष्यों को दर्ज और शामिल नहीं कर लिया जाता।

उत्तर स्वीकार्य नहीं है क्योंकि, प्रथमतः परियोजना पहले से ही देर से चल रही थी एवं उसकी समाप्ति की निर्धारित अवधि अगस्त 2010 में ही समाप्त हो चुकी थी; दूसरे एस.आर.एस. के बगैर पैकेज में योजना के प्रभावी परिचालन हेतु आवश्यक विशेषताएं नहीं होंगी; तीसरे, कार्य ऑर्डर में कम बैंडविथ का, बैंडविथ बढ़ाने की मांग के साथ–साथ लेन–देनों के प्रतीक्षा अवधि पर पहले ही प्रतिकूल प्रभाव पड़ रहा था।

अनुशंसाः क.रा.बी.नि. अपने परियोजना मानीटरिंग तंत्र को सुदृढ़ करे।

निष्कर्ष

कर्मचारी राज्य बीमा योजना (क.रा.बी.यो.) को संगठित क्षेत्र में तैनात कर्मचारियों को व्यापक सामाजिक सुरक्षा प्रदान करने हेतु कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 के उद्देश्यों को प्राप्त करने हेतु 1952 में प्रारम्भ किया गया था। तथापि, कर्मचारी राज्य बीमा निगम, जो क.रा.बी.यो. का नियंत्रण करने हेतु शीर्ष कॉर्पोरेट निकाय है, बीमित व्यक्तियों एवं उनके परिवारों के सदस्यों को सेवा प्रदान करते हैं, तथापि, इन सेवाओं में सुधार की गुंजाइश थी।

निष्पादन लेखापरीक्षा ने उजागर किया कि क.रा.बी.नि. बी.व्य. को प्रदान की जाने वाली सेवाओं पर कम व्यय कर रहा था तथा इसके संग्रहण अधिक थे। इसका संचित आधिक्य निरंतर बढ़ रहा था, जिसके परिणामस्वरूप मार्च 2013 को अंशदान के बकाया के रूप में इसके पास ₹1665.42 करोड़ थे तथा इसके बड़े भाग को गैर वसलूनीय के रूप में वर्गीकृत किया गया था। जो इसकी वसूली प्रक्रिया में कमजोरियों को दर्शाता है। अंशदानों के कुछ निर्धारणों को पांच वर्षों की अधिदेशित समय सीमा के भीतर अंतिम रूप नहीं दिया जा सका था, तथा इसलिए समय बाधित हो गए। इसकी बजटीय प्रक्रिया में कमजोरियॉं थीं तथा मंत्रालय ने अपनी पर्यवेक्षण भूमिका का उपयोग नहीं किया था। क.रा.बी.नि. के कर्मचारी चिकित्सा सुविधाओं हेतु अदा किए बिना इसका लाभ उठा रहे थे। क.रा.बी.नि. की विभिन्न समितियों की बैठकों का आयोजन करने में कमी थीं।

योजना के प्रभावी आवृत्तन हेतु सर्वेक्षण/निरीक्षण/नमूना निरीक्षण करने में काफी कमी थी। कुछ राज्यों में, योजना के अंतर्गत स्थापनाओं को शामिल नहीं किया जा सका था।

क.रा.बी.नि. की संवितरण प्रक्रिया त्रुटिपूर्ण थी जिसका परिणाम बीमाकृत व्यक्तियों को नगद लाभों के दावों के निपटान में विलम्बों तथा कुछ मामलों में अधिक भुगतान में हुआ। बी.व्य. की संख्या में वृद्धि के साथ बिस्तरों की वास्तविक संख्या वास्तव में कम हुई जिसका परिणाम बी.व्य. प्रति बिस्तर अनुपात की संख्या में वृद्धि में हुआ। स्थापित प्रतिमानों के अनुसार, मार्च 2013 तक विभिन्न क.रा.बी.नि. चिकित्सा, अस्पतालों में 51728 बिस्तरों की कमी थी। क.रा.बी.नि. चिकित्सा केडर रिक्तता सहित रिक्तियों की बड़ी संख्या, जो लेखापरीक्षा प्रतिवेदन की पूर्ण अवधि तक बनी रही, के साथ क.रा.बी.यो. को सफलतापूर्वक कार्यान्वित करने में प्रतिकूल रूप से अक्षम रहा था।

अति विशेष उपचार हेतु बाहर भेजे गए मामलों पर व्यय 2008–09 में ₹5.79 करोड़ से 2012–13 में ₹334.54 करोड़ तक बढ़ा था।

सी.वी.सी. दिशानिर्देशों के उल्लंघन में निर्माण अभिकरणों को ब्याज मुक्त मोबिलाइजेशन अग्रिम प्रदान किये जा रहे थे। इसकी सेवाओं के कम्प्यूटरीकरण की परियोजना समय से पीछे थी। कुछ परियोजनाओं में अस्पतालों/औषधालयों के निर्माण में विलम्ब थे जो इन परियोजनाओं हेतु समय तथा लागत अधिक होने का कारण बने। चिकित्सा महाविद्यालयों तथा 500 बिस्तर वाले अस्पतालों को इन स्थानों पर खोला गया था जहाँ बी.व्य. की अपेक्षित संख्या नहीं थी।

नई दिल्ली
दिनांक : 14 नवम्बर 2014

(सतीश लूंबा)
महानिदेशक लेखापरीक्षा,
केन्द्रीय व्यय

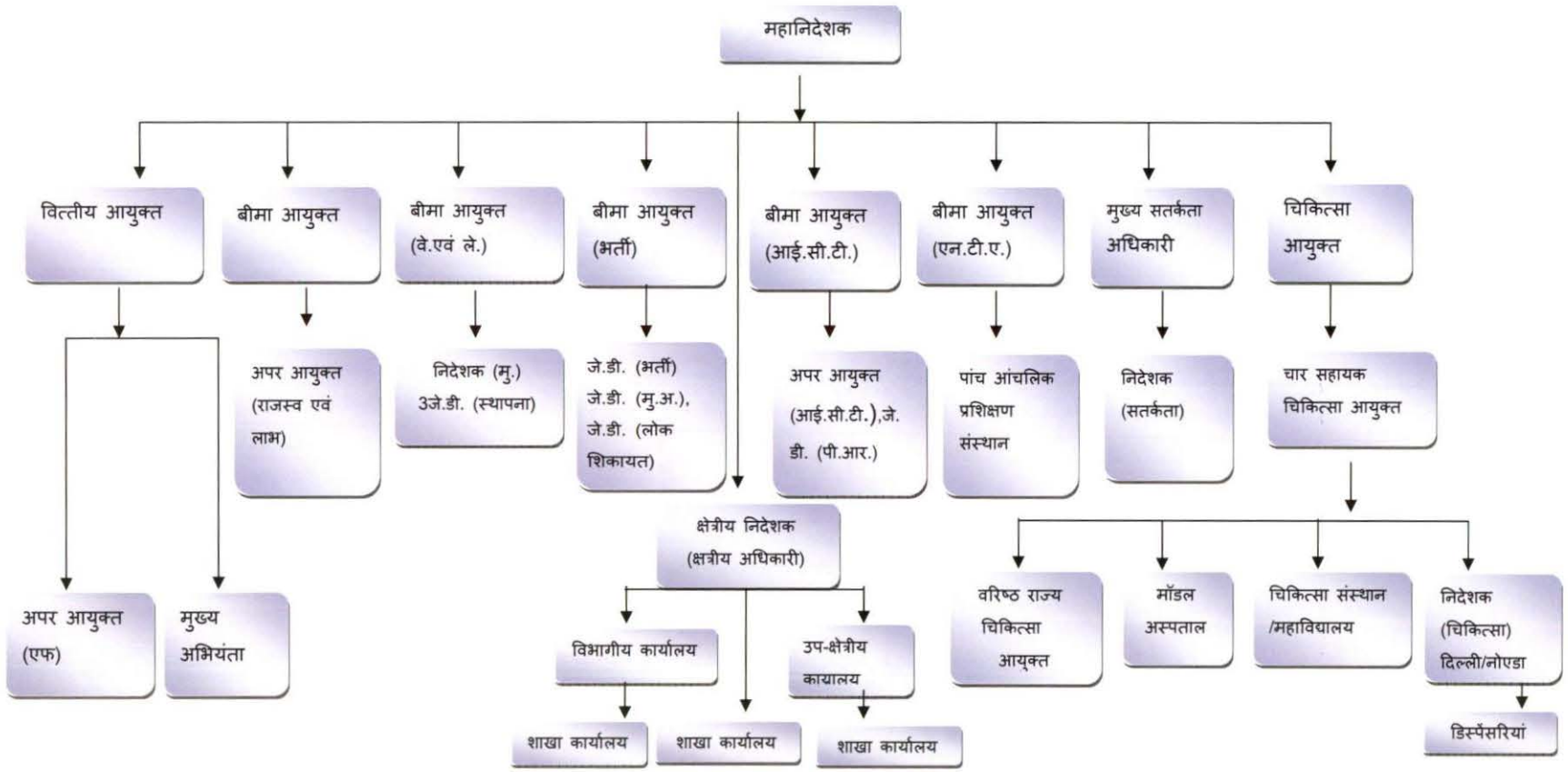
प्रतिहस्ताक्षरित

नई दिल्ली
दिनांक : 19 नवम्बर 2014

(शशि कान्त शर्मा)
भारत के नियंत्रक–महालेखापरीक्षक

अनुबंध

अनुबंध I
(पैरा 1.2 के संदर्भ में)
संगठनात्मक चार्ट



अनुबंध II
(पैरा 1.7 के संदर्भ में)
निष्पादन लेखापरीक्षा में आवृत्त इकाइयों के विवरण

क्र. सं.	राज्य	क्षेत्रीय कार्यालय	उप–क्षेत्रीय कार्यालय	विभागीय कार्यालय	डिस्पेंसरियां	क.रा.बी.नि. अस्पताल	चिकित्सा / दंत / नर्सिंग महाविद्यालय	राज्य चिकित्सा आयुक्त
1.	आन्ध्र प्रदेश	हैदाबाद	(i) विजयवाड़ा (ii) विशाखापत्तनम		(i) चिकडापल्ली (ii) खैराताबाद (iii) संतनगर (iv) विजयवाड़ा पश्चिम	(i) नाचाराम (ii) सनथनगर		
2.	असम	गुवहाटी			(i) अमीन गॉव (ii) नूनामाटी (iii) नागांव (iv) जगीरोड़	बेलतोला		
3.	बिहार	पटना			(i) भागलपुर (ii) समस्तीपुर (iii) गया (iv) बिहार शरीफ	फुलवारी शरीफ पटना		
4.	चंडीगढ़ (के.शा.)	चंडीगढ़			(i) सेक्टर 23 (ii) सेक्टर 29	रामदरबार, चंडीगढ़		
5.	छत्तीसगढ़	रायपुर			(i) कुम्हासरी दुर्ग (ii) चौबे कॉलोनी,रायपुर (iii) फफादीह, रायपुर (iv) बिलासपुर			
6.	दिल्ली	राजेन्द्र प्लेस	(i) ओखला (ii)रोहिणी	नन्द नगरी	(i) ओखला I (ii) नन्द नगरी (iii) झिलमिल (iv) विश्वकर्मा नगर	(i) औखला (ii) झिलमिल	रोहिणी	डी.एम.डी.

क्र. सं.	राज्य	क्षेत्रीय कार्यालय	उप–क्षेत्रीय कार्यालय	विभागीय कार्यालय	डिस्पेंसरियां	क.रा.बी.नि. अस्पताल	चिकित्सा / दंत / नर्सिंग महाविद्यालय	राज्य चिकित्सा आयुक्त
7.	गोवा	गोवा			(i) मर्गोवा (ii) वास्को (iii) सनकोले (iv) पोंडा	मर्गोवा		
8.	गुजरात	अहमदाबाद	(i) बडोदरा, (ii) सूरत		(i) शाहीबाग (ii) अमरायवड़ी (iii) राजकोट (iv) गोत्री रोड़	(i) बापूनगर (ii) वापी		
9.	हरियाणा	फरीदाबाद	(i) गुड़गांव, (ii) अंबाला		(i) सेक्टर 21, भिवानी (ii) मेला मैदान, भिवानी (iii) सेक्टर 19, फरीदाबाद (iv) रोज का मेयो, गुडगांव	(i) गुडगांव (ii) मानेसर		
10.	हिमाचल प्रदेश	बद्दी			(i) सोलन (ii) शिमला (iii) बद्दी (iv) महतपुर	बद्दी		
11.	जम्मू–कश्मीर	जम्मू			(i) बाघ ए अली मरदान खान (ii) खुनमोह (iii) बरी ब्रहमाना (iv) बक्शी नगर	बरी ब्रहमाना, जम्मू		
12.	झारखण्ड	नामकूम रॉची			(i) जसीडीह (ii) आदित्यपुर (iii) कोकर	(i) नामकम, रॉची (ii) आदित्यपुर, जमशेदपुर		

क्र. सं.	राज्य	क्षेत्रीय कार्यालय	उप–क्षेत्रीय कार्यालय	विभागीय कार्यालय	डिस्पेंसरियां	क.रा.बी.नि. अस्पताल	चिकित्सा / दंत / नर्सिंग महाविद्यालय	राज्य चिकित्सा आयुक्त
13.	कर्नाटक	बैंगलुरू	(i) पीनया, (ii) बोम्मासान्द्रा, (iii) मैसूर (iv) हुबली	गुलबर्ग	(i) बासाराम गुड्डी (ii) अट्टीवेले (iii) नानाजन गुद (iv) बेलवारी	(i) राजाजीनगर, बैंगलुरू, (ii) पीनया	राजाजी नगर बैंगलुरू	
14.	केरल	त्रिशुर	(i) एर्नाकुलम (ii) कोल्लम		(i) उद्योगमंडल (ii) असरामॉम (iii) वलापट्टनम, (iv) रामानकुलांगरा	(i) असरामाम, (ii) एजुकॉन		
15.	महाराष्ट्र	मुम्बई	(i) मरोल, (ii) थाणे (iii) पुणे (iv) नागपुर (v) औरंगाबाद		(i) वर्ली (ii) थाने (iii) वाशी (iv) नवी मुम्बई	अन्धेरी	परेल	परेल
16.	मध्य प्रदेश	इंदौर			(i) भोपाल (ii) देवास (iii) ग्वालियर (iv) इंदौर	इंदौर		
17.	ओडिशा	भुवनेश्वर			(i) खापुरिया, कटक (ii) बालासोर (iii) चन्द्र शेखरपुर (iv) संभलपुर	राउरकेला		
18.	पुडुचेरी	पुडुचेरी			(i) गांधीनगर (ii) रेड्डीयारपालयम (iii) मुथीरापालायम (iv) पुडुचेरी			

क्र. सं.	राज्य	क्षेत्रीय कार्यालय	उप–क्षेत्रीय कार्यालय	विभागीय कार्यालय	डिस्पेंसरियां	क.रा.बी.नि. अस्पताल	चिकित्सा / दंत / नर्सिंग महाविद्यालय	राज्य चिकित्सा आयुक्त
19.	पंजाब	चंडीगढ़	(i) जालंधर (ii) लुधियाना		(i) खरार, मोहाली (ii) बटाला, (iii) जालंधर (iv) भटिंडा	लुधियाना		
20.	राजस्थान	जयपुर	उदयपुर		(i) अशोक नगर, उदयपुर (ii) चित्तौरगढ़ (iii) मालवीय नगर, जयपुर (iv) बापूनगर, जयपुर	(i) जयपुर (ii) भिवाडी		
21.	तमिलनाडु	चेन्नई	(i) कोयम्बटूर (ii) मदुराई (iii) तिरूनेवेली (iv) सेलम		(i) ओन्डीपुदुर (ii) गोबींचेट्टीपलयम (iii) मिंजुर (iv) सिवाकासी	चेन्नई	चेन्नई	
22.	उत्तर प्रदेश	कानपुर	(i) लखनऊ (ii) वाराणसी, (iii) नोएडा		(i) झांसी (ii) प्रतापुर, मेरठ (iii) मम्फोर्डगंज,इलाहाबाद (iv) गोरखपुर	नोएडा		
23.	उत्तराखण्ड	देहरादून			(i) मंसूरी (ii) लालकुआं (iii) जसपुर (iv) रूद्रपुर			
24.	पश्चिम बंगाल	कोलकाता	बैरकपुर		(i) आसनोल (ii) मद्रेश्वर (iii) काचापारा (iv) सीरमपुर	जोका	जोका	
कुल	**24**	**30**	**2**	**92**	**29**	**5**	**2**	

अनुबंध III

(पैरा 2.3 के संदर्भ में)

क.रा.बी.यो. के अस्पतालों के माध्यम से प्रदत्त चिकित्सा देखभाल के लिए राज्य/के.शा. सरकार को प्रतिपूर्ति के विवरण

(₹ लाख में)

क्रं.सं.	राज्य का नाम	अवधि हेतु राज्य म.ले. द्वारा प्रमाणित व्यय				क.रा.बी.नि. द्वारा राज्य सरकार को अवधि से संबंधित व्यय की प्रतिपूर्ति				अप्रमाणित राशि
		2008–09	2009–10	2010–11	2011–12	2008–09	2009–10	2010–11	2011–12	
1.	असम	अप्रमाणित (अ.प्र.)	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	418.82	515.3	560.97	655.84	2150.93
2.	बिहार	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	386.42	476.46	576.06	729.91	2168.85
3.	चण्डीगढ़ (के.शा.)	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	347.13	349.14	447.91	602.68	1746.86
4.	हिमाचल प्रदेश	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	831.86	889.6	887.03	1302.25	3910.74
5.	जम्मू एवं कश्मीर	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	176.13	168.04	336.28	381.14	1061.59
6.	केरल	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	3753.46	5268.77	5767.11	5847.15	20636.49
7.	कर्नाटक	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	6644.71	9219.63	10839.76	10890.69	37594.79
8.	मेघालय	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	26.68	47.34	54.45	59.15	187.62
9.	महाराष्ट्र	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	10609.63	11732.68	11302.3	18358.78	52003.39
10.	ओड़ीशा	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	1252.54	1772.89	2072.04	1934.24	7031.71
11.	पुडुचेरी	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	555.26	872.69	926.89	1019.92	3374.76
12.	उत्तर प्रदेश	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	5135.77	6546.43	7327.06	7710.52	26719.78

क्र.सं.	राज्य का नाम	अवधि हेतु राज्य म.ले. द्वारा प्रमाणित व्यय				क.रा.बी.नि. द्वारा राज्य सरकार को अवधि से संबंधित व्यय की प्रतिपूर्ति				अप्रमाणित राशि
		2008–09	2009–10	2010–11	2011–12	2008–09	2009–10	2010–11	2011–12	
13.	झारखण्ड	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	580.72	870.73	1197.68	1395.57	4044.7
14.	उत्तराखण्ड	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	239.08	453.7	815.65	1164.83	2673.26
15.	गुजरात	6721.42	912.87	10933.61	2029.66	4388.49	5258.54	6975.13	7771.92	शून्य
16.	राजस्थान	1201.08	4953.7	966.08	5589.3	3716.98	4327.01	4579.72	4995	शून्य
17.	हरियाणा	5584.02	7130.96	अ.प्र.	7735.86	4886.02	6239.59	7074.24	8470.41	7074.24
18.	तमिलनाडु	3076.83	3504.97	1473.97	4188.52	9905.32	10144.23	11905.84	14629.03	शून्य.
19.	गोवा	798.28	1154.13	अ.प्र.	1220.14	582.81	793.25	1084.41	1045.59	1084.41
20.	पंजाब	3764.76	4355.02	5468.8	अ.प्र.	4387.78	5709.87	5696.14	5822.68	5822.68
21.	पश्चिम बंगाल	7878.83	11225.33	अ.प्र.	अ.प्र.	6404.88	7834.91	9269.87	9670.89	18940.76
22.	मध्य प्रदेश	अ.प्र.	4664.55	अ.प्र.	अ.प्र.	2054.35	2816.5	2768.03	2951.17	7773.55
23.	आन्ध्र प्रदेश	1071.41	11669.74	अ.प्र.	अ.प्र.	7012.86	8632.11	9052.5	10707.19	19759.69
24.	छत्तीसगढ़	412.44	अ.प्र.	अ.प्र.	अ.प्र.	317.73	409.56	737.13	1121.13	2267.82
कुल										**228028.62**

अनुबंध IV

(पैरा 2.10 के संदर्भ में)

2008–09 से 2012–13 दौरान होने वाली बैठकों तथा वास्तविक रूप में हुई बैठकों से संबंधित विवरण

क्र.सं.	राज्य का नाम	क्षेत्रीय बोर्ड			अस्पताल विकास समिति		
		मानकों के अनुसार अपेक्षित बैठकें	वास्तविक रूप में हुई बैठकें	प्रतिशत में कमी	मानकों के अनुसार अपेक्षित बैठकें	वास्तविक रूप में हुई बैठकें	प्रतिशत में कमी
1.	आन्ध्र प्रदेश	20	6	70	60	14	76.67
2.	असम	20	0	100	30	6	80
3.	बिहार	20	8	60	30	18	40
4.	चंडीगढ़ (सं.शा.क्षे.)	20	10	50	30	1	96.66
5.	छत्तीसगढ़	20	2	90	क.रा.बी.नि. अस्पताल नहीं	क.रा.बी.नि. अस्पताल नहीं	–
6.	दिल्ली	20	4	80	90	14	84.44
7.	गोवा	20	1	95	30	30	शून्य
8.	गुजरात	20	7	65	42	7	83.33
9.	हरियाणा	20	5	75	60	3	95
10.	हिमाचल प्रदेश	20	0	100	30	12	60
11.	जम्मू एवं कश्मीर	20	1	95	30	15	50
12.	झारखण्ड	20	3	85	60	21	65
13.	कर्नाटक	20	5	75	37	11	70.27
14.	केरल	20	9	55	24	24	शून्य
15.	महाराष्ट्र	20	5	75	–	–	–
16.	मध्य प्रदेश	20	5	75	30	11	63.33
17.	ओडिशा	16	8	50	–	–	–
18.	पुदुचेरी (सं.शा.क्षे.)	–	गठित नहीं	–	क.रा.बी.नि. अस्पताल नहीं	क.रा.बी.नि. अस्पताल नहीं	–
19.	पंजाब	20	9	55	–	–	–
20.	राजस्थान	20	3	85	60	7	88.33
21.	तमिलनाडु	20	0	100	30	10	66.66
22.	उत्तर प्रदेश	20	1	95	–		
23.	उत्तराखण्ड	20	1	95	क.रा.बी.नि. अस्पताल नहीं	क.रा.बी.नि. अस्पताल नहीं	–
24.	पश्चिम बंगाल	20	9	55	30	9	70

अनुबंध V

(पैरा 4.2.1 के संदर्भ में)

वर्ष 2012–13 के दौरान क.रा.बी. अस्पताल में उपलब्ध बिस्तर एवं बिस्तर अधिभोग

क्र.सं.	चिकित्सालय का नाम	उपलब्ध बिस्तरों की संख्या	वर्ष के दौरान अधिभोग की प्रतिशतता
1.	**आन्ध्र प्रदेश**		
I	क.रा.बी. अस्पताल, विशाखापटनम	125	78
II	विजयवाड़ा	110	61
III	राजमुंदरी	50	57
IV	रामचन्द्रपुरम	100	87
V	सनथनगर	310	120
VI	सिरपुरकागाजा नगर	62	95
VII	वारंगल	50	64
VIII	नाचारम	200	96
IX	त्रिपुपाथी	50	62
X	एस.एस. सनथनगर	100	68
2.	**असम**		
I	क.रा.बी. अस्पताल बेलटोला	50	139
3.	**बिहार**		
I	क.रा.बी. अस्पताल, फुलवारी शरीफ	50	70
4.	**चंडीगढ़**		
I	क.रा.बी. अस्पताल चंडीगढ़	50	104
5.	**दिल्ली**		
I	क.रा.बी. अस्पताल ओ.डी.सी. बसईदारापुर	600	99
II	झिलमिल	300	87
III	ओखला	216	58
IV	रोहिणी	300	75
6.	**गुजरात**		
I	क.रा.बी. चिकित्सालय बापूनगर	136	71
II	नरोदा (चेस्ट)	30	26
III	राजपुर हीरपुर	50	111
IV	कलोल	50	36
V	बड़ोदा	200	40
VI	सूरत	100	35
VII	राजकोट	50	30
VIII	भावनगर	30	22

क्र.सं.	चिकित्सालय का नाम	उपलब्ध बिस्तरों की संख्या	वर्ष के दौरान अधिभोग की प्रतिशतता
IX	वापी	50	21
X	जामनगर	50	17
7.	**हरियाणा**		
I	क.रा.बी. अस्पताल फरीदाबाद	200	48
II	जगादरी	80	48
III	पानीपत	75	48
IV	बल्लभगढ़	50	95
V	भिवानी	50	19
VI	गुडगांव	126	82
VII	मानेसर	100	54
8.	**हिमाचल प्रदेश**		
I	क.रा.बी. अस्पताल, पयवानू	50	42
II	क.रा.बी. अस्पताल बद्दी	90	48
9.	**कर्नाटक**		
I	क.रा.बी. अस्पताल, राजाजीनगर	500	84
II	इंदिरानगर	270	41
III	डांडेली	25	38
IV	देवनगर	50	79
V	हुबली	50	57
VI	मैसूर	100	45
VII	मंगलौर	100	15
VIII	बेलगाम	50	48
IX	पीनिया	100	51
10.	**केरल**		
I	क.रा.बी. अस्पताल अल्लैपी	60	58
II	असरामम	200	92
III	एर्नाकूलम	65	99
IV	एजूकोन	138	81
V	मुलमकुन्नाथुकम	110	13
VI	ओलारीकारा	102	61
VII	परीपल्ली	100	64
VIII	पल्लकड	50	27
IX	पीरूकड	128	32
X	उद्योगमंडल	100	63
XI	वडावाथुर	65	43
XII	फेरोक	100	49
XIII	थोट्टाडा	50	17

क्र.सं.	चिकित्सालय का नाम	उपलब्ध बिस्तरों की संख्या	वर्ष के दौरान अधिभोग की प्रतिशतता
11.	**मध्य प्रदेश**		
I	क.रा.बी. अस्पताल इंदौर (सामान्य)	300	73
II	इंदौर (टी.बी.)	75	33
III	उज्जैन	50	10
IV	ग्वालियर	100	42
V	भोपाल	100	26
VI	देवास	50	41
VII	नागदा	50	3
12.	**ओडिशा**		
I	क.रा.बी. अस्पताल, कांसबहल	50	26
II	चौदवार	100	36
III	जयकापुर	25	61
IV	भुवनेश्वर	50	46
V	राउरकेला	50	60
13.	**पुदुचेरी**		
I	क.रा.बी. गोरीमेदू अस्पताल	75	62
14.	**महाराष्ट्र**		
I	क.रा.बी. अस्पताल अंधेरी	330	67
II	उलहासनगर	100	54
III	थाने	100	46
IV	मुलुंड	400	38
V	एम.जी.एम.	330	33
VI	वासी	100	1
VII	वर्ली	300	3
VIII	कांदिवली	85	36
IX	शोलापुर	150	33
X	नासिक	100	44
XI	नागपुर	200	37
XII	औरंगाबाद	100	27
XIII	चिंचवाड़	100	50
15.	**पंजाब**		
I	क.रा.बी. अस्पताल, अमृतसर	125	25
II	जालंधर	100	55
III	लुधियाना	262	51
IV	मोहाली	30	59
V	फगवाड़ा	50	48
VI	होशियारपुर	50	27
VII	मंडी गोविंदगर	30	11

क्र.सं.	चिकित्सालय का नाम	उपलब्ध बिस्तरों की संख्या	वर्ष के दौरान अधिभोग की प्रतिशतता
16.	**राजस्थान**		
I	क.रा.बी. अस्पताल, जयपुर	46	53
II	कोटा	60	15
III	जोधपुर	50	21
IV	भिलवाड़ा	50	10
V	पाली	50	0.2
VI	भिवाड़ी	50	31
17.	**तमिलनाडु**		
I	क.रा.बी. अस्पताल कोयम्बटूर	506	46
II	चेन्नैई	616	50
III	मदुरई	209	63
IV	ओ.डी.सी.के.के. नगर	330	75
V	वैल्लोडर	50	52
VI	शिवकाशी	100	93
VII	सलेम	50	96
VIII	होसुर	50	31
IX	तिरूचरापल्ली	50	66
18.	**उत्तर प्रदेश**		
I	क.रा.बी अस्पताल, कानपुर	312	25
II	कानपुर (चेस्ट)	180	30
III	मोदीनगर	100	29
IV	नैनी इलाहाबाद	100	68
V	कानपुर (एम.ए.टी.)	144	12
VI	लखनऊ	100	23
VII	साहिबाबाद	100	42
VIII	आगरा	100	68
IX	सहारनपुर	50	13
X	किदवई नगर	100	30
XI	बरेली	50	50
XII	जजमाऊ–कानपुर	100	18
XIII	नोएडा	300	104
XIV	अलीगढ़	60	20
XV	पिपरी	60	10
XVI	वाराणसी	60	18
19.	**पश्चिम बंगाल**		
I	क.रा.बी. अस्पताल आसनसोल	100	80
II	बेल्लुर बेल्ली	200	91
III	बालटीकुरी	230	75
IV	गौरहटी	216	96

क्र.सं.	चिकित्सालय का नाम	उपलब्ध बिस्तरों की संख्या	वर्ष के दौरान अधिभोग की प्रतिशतता
V	बज–बज	300	76
VI	कल्यानी	250	76
VII	मनीकतोला	412	93
VIII	कमरहटी	348	84
IX	सियालदह	254	86
X	उलुबेरिया	216	88
XI	सेरमपोर	216	74
XII	बंदेल	250	76
XIII	ओ.डी.सी. ठाकुरपुर	300	106
XIV	दुर्गापुर	150	100
20.	**झारखण्ड**		
I	क.रा.बी. अस्पताल, मैथन	110	8
II	आदित्यपुर	50	61
III	रॉची	50	70
21.	**जम्मू एवं कश्मीर**		
I	क.रा.बी. अस्पताल बारी ब्रह्मा (जम्मू)	50	77

अनुबंध VI
(पैराग्राफ 4.2.6 के संदर्भ में)
अतिविशिष्ट उपचार (अ.वि.उप.) पर किया गया व्यय

(₹ करोड़ में)

क्र.सं.	अस्पताल का नाम/ राज्य	व्यय				
		2008–09	2009–10	2010–11	2011–12	2012–13
1.	क.रा.बी. अस्पताल, ओखला, दिल्ली	0.34	2.22	5.33	27.93	47.88
2.	क.रा.बी. अस्पताल, नोएडा, दिल्ली	–	–	13.87	19.30	36.23
3.	क.रा.बी. अस्पताल, झिलमिल, दिल्ली	–	4.06	6.71	17.68	29.52
4.	क.रा.बी. मॉडल अस्पताल, रामदरबार, चंडीगढ़	–	–	–	0.66	1.24
5.	क.रा.बी. अस्पताल, बापूनगर, गुजरात	0.12	1.96	4.02	4.85	3.51
6.	क.रा.बी. अस्पताल, राजाजी नगर, बैंगलोर, कर्नाटक	3.65	17.03	28.54	34.96	43.84
7.	राज्य चिकित्सा आयुक्त, गुजरात	–	5.14	19.26	34.04	36.72
8.	क.रा.बी. अस्पताल, असरामाम, केरल	–	2.91	5.13	6.24	6.70
9.	राज्य चिकित्सा आयुक्त, रायपुर, छत्तीसगढ़	–	0.70	03.21	4.98	41.71
10.	क्षे.का., मुंबई	1.68	5.50	8.53	27.66	69.18
11.	क्षे.का., गोवा	–	–	–	0.49	0.58
12.	उत्तर प्रदेश	–	3.65	8.63	7.12	17.43
	कुल	**5.79**	**43.17**	**103.23**	**185.91**	**334.54**

अनुबंध VII
(पैराग्राफ 4.2.9 के संदर्भ में)
व्यर्थ पड़े उपकरण की सूची

(₹ लाख में)

क्र.सं.	डिस्पेंसरी/अस्पताल का नाम	उपकरण का नाम	उपकरण की संख्या	निम्न से व्यर्थ	उपकरण की लागत
1.	मॉडल अस्पताल, नचाराम, आन्ध्र प्रदेश	बाइनोक्यूलर माइक्रोस्कोप	3	2002–07	0.65
2.	क.रा.बी. डिस्पेंसरी, सनथनगर, आन्ध्र प्रदेश	सेमी–ऑटो एनालाइजर (रैन लैब)	2	जून 2012	प्रदान नहीं की गई
3.	क.रा.बी. डिस्पेंसरी, सनथनगर, आन्ध्र प्रदेश	स्पर्म गुणवत्ता एनालाइजर	1	सितम्बर 2010	प्रदान नहीं की गई
4.	क.रा.बी. डिस्पेंसरी, सनथनगर, आन्ध्र प्रदेश	टरबीटयूनर	1	सितम्बर 2010	प्रदान नहीं की गई
5.	क.रा.बी. डिस्पेंसरी, सनथनगर, आन्ध्र प्रदेश	इपॉक कार्ड रीडर (एच. सी.वी., एच.आई.वी.)	2	अप्रैल 2010	प्रदान नहीं की गई
6.	क.रा.बी. डिस्पेंसरी, सनथनगर, आन्ध्र प्रदेश	माइक्रोमेट	1	अप्रैल 2010	प्रदान नहीं की गई
7.	क.रा.बी. डिस्पेंसरी, सनथनगर, आन्ध्र प्रदेश	पेशाब स्क्रीन एनालाइजर	1	नवम्बर 2013	प्रदान नहीं की गई
8.	मॉडल अस्पताल, राऊरकेला, ओडिशा	ई.सी.जी. मशीन (रेडियो मॉडल)	1	2007	0.12
9.	मॉडल अस्पताल, राऊरकेला, ओडिशा	ई.सी.जी. मशीन (एल एवं टी वेला)	1	2011	0.60
10.	मॉडल अस्पताल, राऊरकेला, ओडिशा	अल्ट्रा सोनोग्राफी मशीन	1	पंजीकरण की समाप्ति से उपयोग में नहीं	5.50
11.	मॉडल अस्पताल, राऊरकेला, ओडिशा	सेमी ऑटोएनलाइजर	1	2010	1.58
12.	मॉडल अस्पताल, राऊरकेला, ओडिशा	इलेक्ट्रोलाइट एनालाइजर	1	2009	1.40
13.	क.रा.बी. मॉडल अस्पताल बद्दी, हिमाचल प्रदेश	वेक्यूम एक्सट्रेक्टर (संस्थापित नहीं)	11	नवम्बंर 2010	3.65
14.	क.रा.बी. मॉडल अस्पताल, बद्दी, हिमाचल प्रदेश	वेंटीलेटर प्रणाली (संस्थापित लेकिन उपयोग में नहीं)	3	अक्तूबर 2010	38.38
15.	क.रा.बी. मॉडल अस्पताल, बद्दी, हिमाचल प्रदेश	बाइपेप वेंटीलेटर (संस्थापित लेकिन उपयोग में नहीं)	2	अक्तूबर 2010	4.40
16.	क.रा.बी. मॉडल अस्पताल बापूनगर, अहमदाबाद, गुजरात	चिकित्सा फर्नीचर	1	–	44.22
17.	क.रा.बी. मॉडल अस्पताल बापूनगर, अहमदाबाद, गुजरात	श.चि.क. तथा आई.सी.यू. के लिए चिकित्सा उपकरण	21	श.चि.क. के परिचालानात्मक न होने के कारण संस्थापित न होना	203.44

क्र.सं.	डिस्पेंसरी/अस्पताल का नाम	उपकरण का नाम	उपकरण की संख्या	निम्न से व्यर्थ	उपकरण की लागत
18.	क.रा.बी. मॉडल अस्पताल बापूनगर, अहमदाबाद, गुजरात	एक्स–रे मशीन	4	संस्थापित लेकिन अंधेरे कक्ष की सुविधाओं तथा बिजली की आपूर्ति के कारण उपयोग में नहीं	82.20
19.	क.रा.बी. अस्पताल, भिवाड़ी, राजस्थान		7	स्टाफ की अनुपलब्धता के कारण उपयोग में नहीं	161.23 + यूएसडी 7449
20.	क.रा.बी. अस्पताल, जोका, पश्चिम बंगाल	बिस्तर एलीवेटर	48	जनवरी 2010	1.34
21.	क.रा.बी. अस्पताल, जोका, पश्चिम बंगाल	ऑबसेटरिक मेज	2	जून 2009	0.67
22.	क.रा.बी. अस्पताल, आदित्यपुर, जमशेदपुर, झारखण्ड	बाईपाप वेंटीलेटर	2	फरवरी 2011	यू.एस.डी. 8390
23.	क.रा.बी. अस्पताल, अदित्यपुर, जमशेदपुर, झारखण्ड	पेशाब एनालाइजर	1	जनवरी 2011	2.25
24.	क.रा.बी. अस्पताल, अदित्यपुर, जमशेदपुर, झारखण्ड	वेंटीलेटर क्रीटिकल देखभाल	1	मई 2011	यू.एस.डी. $24380
25.	क.रा.बी. अस्पताल, अदित्यपुर, जमशेदपुर, झारखण्ड	स्त्री रोग हेतु ऑपेरेटिंग लेप्रोस्कोप	1	दिसम्बर 2010	39.50
26.	क.रा.बी. अस्पताल, अदित्यपुर, जमशेदपुर, झारखण्ड	गाइने हेतु हिसटेरेकटॉमी सेट	1	जनवरी 2011	13.60
27.	क.रा.बी. अस्पताल, अदित्यपुर, जमशेदपुर, झारखण्ड	का.ना.ग. जांच यूनिट	1	जून 2011	यू.एस. $36585
28.	क.रा.बी. अस्पताल, अदित्यपुर, जमशेदपुर, झारखण्ड	क्रायो सर्जिकल यूनिट	1	अगस्त 2011	2.35
29.	क.रा.बी. अस्पताल, अदित्यपुर, जमशेदपुर, झारखण्ड	आपातकालीन पुनर्जीवित करने वाली किट	1	दिसम्बर 2011	यूरो 13330
30.	क.रा.बी. अस्पताल, अदित्यपुर, जमशेदपुर, झारखण्ड	रंगीन डापलर डिजिटल	1	अक्तूबर 2012	प्रदान नहीं किया गया है।
31.	क.रा.बी. अस्पताल राजाजी नगर, कर्नाटक	लचीला यूरेटेरोरीनोस्कोप	1	–	9.17
32.	क.रा.बी. अस्पताल राजाजी नगर, कर्नाटक	लचीला सिस्टोनेफ्रोस्कोप	1	–	16.32
33.	क.रा.बी. अस्पताल राजाजी नगर, कर्नाटक	निजी सुरक्षा प्रणाली	1	–	16.00
34.	क.रा.बी. अस्पताल राजाजी नगर, कर्नाटक	माइक्रो डीब्राइडर आयातित के साथ हाई डेफिनीशन कैमरा (आयातित) के साथ एफ.ई.एस.एस. सेट कम्पलेयर	1	अक्तूबर 2010	7.96

क्र.सं.	डिस्पेंसरी/अस्पताल का नाम	उपकरण का नाम	उपकरण की संख्या	निम्न से व्यर्थ	उपकरण की लागत
35.	क.रा.बी. अस्पताल, पीनया, कर्नाटक	ब्लड गैस एनालाइजर	2	–	15.36
36.	क.रा.बी. अस्पताल, पीनया, कर्नाटक	बॉयल्स अपैरेटस	3	–	66.97
37.	क.रा.बी. अस्पताल, पीनया, कर्नाटक	क्रायो सर्जिकल यूनिट	1	–	4.25
38.	क.रा.बी. अस्पताल, पीनया, कर्नाटक	सायस्टोस्कोप टर्फ एवं ऑपटिकल	1	–	7.14
39.	क.रा.बी. अस्पताल, पीनया, कर्नाटक	आपातकालीन पुनर्जीवित करने वाली किट	1	–	8.62
40.	क.रा.बी. अस्पताल, पीनया, कर्नाटक	ट्रांसपोर्ट इंक्यूबेटर्स	1	–	5.96
41.	क.रा.बी. अस्पताल, पीनया, कर्नाटक	डीप फ्रीजर	1	–	4.84
42.	क.रा.बी. अस्पताल, पीनया, कर्नाटक	न्यूमैटिक ऊर्जा प्रणाली	1	–	21.26
43.	क.रा.बी. अस्पताल, पीनया, कर्नाटक	ओ.ए.डी. टेस्टिंग	1	–	4.20
44.	पी.जी.आई.एम.एस.आर. जोका पश्चिम बंगाल	ब्लड कम्पोनेंट सेपरेशन हेतु उपकरण	1 सेट (21 कम्पोनेंट)	दिसम्बर 2012	103.93
कुल			**142**		**899.06 +76804 यू.एस.$ +13330 यूरो** } 9.43* करोड़

* विनिमय के सरकारी दर के अनुसार एक यू.एस. डॉ. की दर पर में परिवर्तन किया गया है = ₹45.420 (जून 2011 को) तथा एक यूरो = ₹70.360 (दिसम्बर 2011 को)।

अनुबंध VIII

(पैराग्राफ 4.2.9 के संदर्भ में)

क.रा.बी. अस्पताल, जोका, पश्चिम बंगाल में उपकरणों के संस्थापन में विलंब के मामले

क्र. सं.	उपकरण का नाम	उपकरण की संख्या	प्रापण की तिथि	जारी किए गए उपकरण की संख्या	संस्थापन की तिथि	संस्थापन में विलंब (दिनों में)
1.	डॉरसोलंबर स्पाइनल ब्रेस	2	14–फरवरी–09	2	22–सितम्बर–09	220
2.	लंबी प्रकार की घुटना ब्रेस	5	4–फरवरी–09	2	22–सितम्बर–09	220
3.	वॉल्यूम डिस्पेंसर	1	3–जुलाई–08	1	15–जनवरी–09	196
4.	बेड साइड लॉकर	34	11–मई–09	13	3–दिसम्बर–09	206
5.	बच्चे का पालना बिस्तर	12	30–मार्च–10	3	22–अगस्त–12	876
6.	बिस्तर उठाने वाला	50	7–जनवरी–10	2	21–अगस्त–10	226
7.	लैड चादर 81x40x1.5 मी.मी. मोटी	2	3–मार्च–10	2	22–जुलाई–10	141
8.	लैड चादर 81x49x1.8 मी.मी. मोटी	2	3–मार्च–10	2	22–जुलाई–10	141
9.	लैड ग्लास	1	3–मार्च–10	1	22–जुलाई–10	141
10.	मोबाइल सी आर्म	1	2–नवम्बर–10	1	10–मार्च–11	128
11.	ई.सी.जी. मशीन	1	26–मार्च–12	1	14–जुलाई–12	110
12.	सिरींज इंफ्यूशन पंप	1	5–जुलाई–11	1	21–अक्तूबर–11	108
13.	वॉल्यूमेट्रिक इंफ्यूशन पंप	7	5–जुलाई–11	7	21–अक्तूबर–11	108
14.	एल.सी.पी. 4.5 उपकरण सेट	1	1–जुलाई–11	1	13–अक्तूबर–11	104
15.	एल.सी.पी. डिस्टल रेडियस प्लेट	1	1–जुलाई–11	1	2–दिसम्बर–11	154
16.	यूनीवेल ह्यूमरल नेल सेट	1	1–जलाई–11	1	14–अक्तूबर–11	105
17.	एल.सी.पी. एलबो सेट	1	1–जुलाई–11	1	3–जनवरी–12	186
18.	4.5 एल.सी.–डी.सी.पी. आधार उपकरण	1	5–अगस्त–11	1	10–जनवरी–12	158
19.	सामान्य उपकरण सेट	1	5–अगस्त–11	1	10–जनवरी–12	158
20.	का.ना.ग. परीक्षण यूनिट	1	14–दिसम्बर–11	1	16–जुलाई–12	215

क्र. सं.	उपकरण का नाम	उपकरण की संख्या	प्रापण की तिथि	जारी किए गए उपकरण की संख्या	संस्थापन की तिथि	संस्थापन में विलंब (दिनों में)
21.	एयर पॉवर ड्रील	1	29–अप्रैल–11	1	12–नवम्बर–11	197
22.	डीजिटल वीडियो कॉल्पोस्कोप	1	17–फरवरी–12	1	11–जनवरी–12	115
23.	हॉलटर मॉनीटरिंग	2	29–अक्तूबर–11	2	23–अगस्त–12	299
24.	ट्यूब सीलर	1	17–फरवरी–12	1	23–अगस्त–12	188
25.	सट्रीपर	4	14–दिसम्बर–12	4	28–मार्च–13	104
26.	प्लास्माएक्सप्रेसर	4	14–दिसम्बर–12	4	28–मार्च–13	104
27.	ट्यूबसीलर	2	14–दिसम्बर–12	2	28–मार्च–13	104
28.	ब्लूड बैंक रेफ्रीजरेटर 300 लीटर	2	14–दिसम्बर–12	2	28–मार्च–13	104
29.	स्टेराइल कनेक्टिंग उपकरण	2	14–दिसम्बर–12	2	28–मार्च–13	104
30.	स्वचालित घटक एक्सटरेक्टर	1	14–दिसम्बर–12	1	28–मार्च–13	104
31.	डीप फ्रीजर (–80 से.)	1	14–दिसम्बर–12	1	28–मार्च–13	104
32.	ब्लड बैंक रेफ्रीजरेटर 600 लीटर	1	21–दिसम्बर–12	1	28–मार्च–13	97
33.	एलीसा माइक्रोपीपेट	2	26–दिसम्बर–12	2	28–मार्च–13	92
34.	सेंट्रीफ्यूज मशीन	4	26–दिसम्बर–12	4	28–मार्च–13	92
35.	कसैट एवं स्क्रीन 15*12	2	17–अप्रैल–12	2	9–अगस्त–12	114
कुल		156		75		

अनुबंध IX
पैराग्राफ 4.3.1 के संदर्भ में)
औषधियों के स्थानीय क्रय का विवरण

(₹ लाख में)

क्र. सं.	ईकाई का नाम	औषधियों के स्थानीय क्रय पर व्यय				
		2008–09	2009–10	2010–11	2011–12	2012–13
1.	क.रा.बी. अस्पताल, झिलमिल, दिल्ली	25.91	47.6	90.95	94.1	78.8
2.	क.रा.बी. अस्पताल, ओखला, दिल्ली	21.72	34.07	30.33	41.7	31.24
3.	क.रा.बी. अस्पताल/दंत महाविद्यालय रोहिणी, दिल्ली	16.13	34.76	39.18	61.4	76.51
4.	क.रा.बी. अस्पताल, नोएडा, उत्तर प्रदेश	20.4	22.41	62.46	141.77	230.93
5.	क.रा.बी. डिस्पेंसरी, इंदरलोक, दिल्ली	6.47	10.26	8.93	7.08	7.84
6.	क.रा.बी. डिस्पेंसरी, ओखला, दिल्ली	133.76	163.25	222.94	258.81	234.49
7.	क.रा.बी. डिस्पेंसरी, वी.के. नगर, दिल्ली	42.4	90.98	72.6	93.14	110.31
8.	क.रा.बी. डिस्पेंसरी, नंदनगरी, दिल्ली	51.78	73.55	68.98	100.87	92.86
9.	क.रा.बी. अस्पताल, गुडगांव, हरियाणा	–	–	19.75	31.1	41.8
10.	क.रा.बी. अस्पताल, मानेसर, हरियाणा	–	–	–	12.84	24.96
11.	क.रा.बी. अस्पताल, एजुकोन, केरल	–	–	17.31	19.49	35.47
12.	क.रा.बी. मॉडल अस्पताल, अंधेरी, मुम्बई	114	156.83	100.65	82.59	107.2
13.	क.रा.बी. मॉडल अस्पताल, नचाराम, हैदराबाद	20.87	22.74	41.5	100.09	64.25
14.	क.रा.बी. अस्पताल, के.के. नगर, चैन्नई	6.14	14.62	19.48	31.71	47.86
15.	क.रा.बी. मॉडल अस्पताल, बैंगलोर	101.79	58.62	130.03	252.11	–
16.	क.रा.बी. अस्पताल, भिवाडी, राजस्थान	–	–	–	10.33	19.01
17.	क.रा.बी. अति विशिष्ट अस्पताल, सनथनगर, हैदराबाद	–	–	–	10.62	24.13
18.	क.रा.बी. अस्पताल, बेलतोला, रांची, असम	9.96	8.52	27.77	72.04	181.88
19.	क.रा.बी. अस्पताल, नुमकान, रांची, झारखण्ड	2.89	6.91	11.36	50.83	69.5

क्र. सं.	ईकाई का नाम	औषधियों के स्थानीय क्रय पर व्यय				
		2008–09	2009–10	2010–11	2011–12	2012–13
20.	क.रा.बी. अस्पताल, अदितापुर, झारखण्ड	–	6.84	29.88	89.59	46.43
21.	क.रा.बी. पी.जी.आई.एम.एस.आर./ चिकित्सा महाविद्यालय, जोका, पश्चिम बंगाल	26.99	37.74	52.23	65.17	99.91
22.	क.रा.बी. अस्पताल, बापूनगर, गुजरात	14.16	18.42	18.78	26.09	29.63
23.	क.रा.बी. अस्पताल, वापी, गुजरात	–	–	–	1.62	5.8
	कुल	**615.37**	**808.12**	**1065.11**	**1655.09**	**1660.81**

अनुबंध X
(पैराग्राफ 5.1 के संदर्भ में)
₹5.00 करोड़ या ऊपर की कार्याधीन परियोजनाओं के विवरण

क्र. सं.	राज्य का नाम	कार्याधीन परियोजनाओं की संख्या	शामिल कुल लागत (रू. करोड़ में)	पूर्ण हुई परियोजनाएं	कार्याधीन परियोजनाएं	वित्तीय प्रगति (रू. करोड़ में)	प्रारंभिक परियोजना अवधि	प्रदत्त समय विस्तार	विलंब के लिए कारण
1.	आन्ध्र प्रदेश	6	1150.63	1	5	478.25	12–24 माह	20–34 माह	नगर निगम (न.नि.) से संस्वीकृति में विलंब। स्थल को चरणों में दिया जाना, विद्युत कनेक्शन विलंबित होना।
2.	बिहार	1	766.45	0	1	325.50	24 माह	36 माह	भूमि अधिग्रहण में समय लगा।
3.	दिल्ली	4	1087.64	2	2	255.24	3–24 माह	37–50 माह	न.नि. संस्वीकृति में विलंब, स्थल को चरणों में दिया जाना।
4.	गोवा	1	111.95	0	1	60.78	18 माह	40 माह	50 को सुधार कर 100 बिस्तर का अस्पताल बनाने का निर्णय नवम्बर 2010 में लिया गया था।
5.	गुजरात	2	152.67	1	1	41.31	18–24 माह	5–21 माह	–
6.	हरियाणा	1	665.59	0	1	398.78	24 माह	34 माह	न.नि. स्वीकृति में विलंब तथा तिमाही अवकाश में विलंब
7.	हिमाचल प्रदेश	1	897.39	0	1	524.58	24 माह	31 माह	खराब मौसम की स्थिति तथा एच.टी. लाइनों/ तूफान के पानी की नाली का परिसर से होकर निकलना।
8.	कर्नाटक	9	2313.45	0	9	638.96	12–30 माह	1–36 माह	स्थल में 30 मीटर तक का परिवर्तन, न.नि से अनापत्ति में विलंब
9.	केरल	1	592.19	0	1	227.62	25 माह	24 माह	स्थल अनुमति मुद्दा तथा वर्तमान के अस्पताल का स्थानांतरण
10.	महाराष्ट्र	15	1330.29	3	12	400.55	6–36 माह	15–57 माह	निगम संस्वीकृति में विलंब, चरणबद्ध रूप में स्थल की उपलब्धता, कार्यक्षेत्र का कम होना।
11.	ओडीशा	3	113.76	0	3	46.18	12–18 माह	20–36 माह	स्थल की उपलब्धता तथा नगर निगम से अनापत्ति लेने में विलंब
12.	पंजाब	1	13.42	0	1	8.42	12 माह	31 माह	–
13.	राजस्थान	3	1017.37	0	3	266.24	12–30 माह	12–36 माह	नौ महीनों के लिए यू.आई.टी. प्राधिकरण द्वारा निर्माण कार्य रोक दिए गए थे।

क्र. सं.	राज्य का नाम	कार्याधीन परियोजनाओं की संख्या	शामिल कुल लागत (रू. करोड़ में)	पूर्ण हुई परियोजनाएं	कार्याधीन परियोजनाएं	वित्तीय प्रगति (रू. करोड़ में)	प्रारंभिक परियोजना अवधि	प्रदत्त समय विस्तार	विलंब के लिए कारण
14.	तमिलनाडु	7	1561.88	1	6	484.08	7–30 माह	20–55 माह	चरणबद्ध रूप में स्थल को सौंपा जाना।
15.	उत्तर प्रदेश	3	562.86	0	3	206.96	24 माह	27–30 माह	विकास प्राधिकरण से संस्वीकृति में विलंब, चरणबद्ध रूप में स्थल को सौंप देना।
16.	पश्चिम बंगाल	5	803.93	2	3	364.50	6–24 माह	31–42 माह	विकास प्राधिकरण से संस्वीकृति में विलंब, चरणबद्ध रूप में स्थल को सौंप देना।
योग		**63**	**13141.47**	**10**	**53**	**4727.95**			