



ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം

വഞ്ചിയൂർ പി.ഒ, തിരുവനന്തപുരം, പിൻ- 695035
ഫോൺ: 0471-2302490 ഫാക്സ്: 0471-2303025/20303080
ഇ-മെയിൽ: dhskerala@gmail.com
വെബ്സൈറ്റ്: www.dhs.kerala.gov.in

നമ്പർ: എം.എസ്.എ 2-3959/2022/ആ.വ.ഡ.

തീയതി: 31.10.2022

സർക്കുലർ

വിഷയം:-ആരോഗ്യവകുപ്പ് ആശുപത്രി ഉപകരണങ്ങൾ മറ്റ് അനുബന്ധ സാമഗ്രികൾ എന്നിവയുടെ 2023-2024 ലെ വാർഷിക ഇൻഡൻ്റ് തയ്യാറാക്കുന്നതിനുള്ള മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങളെ - സംബന്ധിച്ച്.

.....

സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലേയ്ക്ക് ഉപകരണങ്ങൾ വാങ്ങുന്നത് വാർഷിക പദ്ധതിയിൽ നീക്കിവെച്ചിരിക്കുന്ന നിശ്ചിത തുക വിനിയോഗിച്ചാണ്.

ഈ തുക ആശുപത്രികളുടെ ആവശ്യമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ വളരെ അപര്യാപ്തമാണ്. ആയതിനാൽ ആശുപത്രികളിലേയ്ക്ക് ഏറ്റവും അത്യാവശ്യമായ ഉപകരണങ്ങൾ മാത്രമേ ഇൻഡൻ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെടുത്തുവാൻ പാടുള്ളൂ.

ഇപ്പോൾ കണ്ടുവരുന്ന പ്രവണത ഒരു ഉപകരണം ആശുപത്രിയിലുണ്ടെങ്കിലും അവ വീണ്ടും ഇൻഡൻ്റ് ചെയ്യുകയും, പുതിയ ഉപകരണം ലഭിച്ചാൽ പഴയത് ഉപയോഗിക്കാതെ നശിച്ചു പോകുന്നതുമാണ്.

വിവിധ ആശുപത്രികളിൽ അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങൾ ലഭ്യമാണെന്നുള്ള റിപ്പോർട്ടിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ , മുൻവർഷങ്ങളിൽ കേരള മെഡിക്കൽ സർവ്വീസ്സ് കോർപ്പറേഷൻ നൽകിയ ഓർഡർ അനുസരിച്ച് കമ്പനികൾക്ക് ചില ഉപകരണങ്ങൾ സ്ഥാപിക്കാൻ സാധിച്ചിട്ടില്ല. (X-ray, CT Scan, Power Laundry, etc.)

മൂന്നു വർഷത്തെ വാറന്റിയുടെ തുകയും ചേർത്താണ് കമ്പനികൾ ടെൻഡറുകളിൽ വില Quote ചെയ്യുന്നത്. ഉപകരണങ്ങൾ യഥാസമയം സ്ഥാപിക്കാത്തതിനാൽ, ഉപകരണങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാതെ തന്നെ Contract Condition പ്രകാരം Warranty പീരിഡ് കഴിയുകയും സർക്കാരിന് ഭീമമായ നഷ്ടം വരുകയും ചെയ്യുന്നു.

Contract Condition പ്രകാരം കമ്പനികൾക്ക് പേയ്മെന്റ് കിട്ടിയില്ലായെങ്കിൽ പലിശ സഹിതം തുക നൽകേണ്ടതായ സാഹചര്യവും നിലനിൽക്കുന്നു.

ഇങ്ങനെയുള്ള ഗുരുതരമായ വീഴ്ചകൾ Accountant General ന്റെ Audit Report ൽ പരാമർശിക്കപ്പെടുകയും ആയതിൽ വകുപ്പിന് തൃപ്തികരമായ മറുപടി നൽകാൻ സാധിക്കാത്ത അവസ്ഥയുമാണ് ഇപ്പോൾ നിലനിൽക്കുന്നത്. ഈ കാര്യങ്ങളെല്ലാം ഇൻഡന്റിംഗ് ഓഫീസർമാർ വളരെ ഗൗരവപരമായി കാണണമെന്ന് നിർദ്ദേശിക്കുന്നു.

1. സ്ഥാപനതലത്തിന്റെ ഇൻഡന്റ് തയ്യാറാക്കുന്നതിനായി താഴെ പറയുന്ന അംഗങ്ങളെ ഉൾപ്പെടുത്തി ഇൻഡന്റിംഗ് കമ്മിറ്റി രൂപീകരിക്കേണ്ടതാണ്.

- a. Head of the Institution- Chairman/Chair Person.
- b. RMO
- c. All Sub Indenting Officers
- d. Officer In-charge of the Store- Convener (Store Superintendent/PSK/Pharmacist)

2. ഉപകരണങ്ങൾ ആവശ്യപ്പെടുമ്പോൾ അവ പ്രവർത്തിപ്പിക്കാനാവശ്യമായ ജീവനക്കാർ മറ്റു ഭൗതിക സൗകര്യങ്ങൾ എന്നിവയുടെ ലഭ്യത ഉറപ്പു വരുത്തണം.

3. ഓരോ സ്പെഷ്യാലിറ്റിയിലേയ്ക്കും ആവശ്യമായ ഉപകരണങ്ങൾ ആ വിഭാഗത്തിലെ സീനിയർമോസ്റ്റ് സ്പെഷ്യാലിസ്റ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപത്രത്തോടുകൂടി വേണം സമർപ്പിക്കേണ്ടത്. **(സാക്ഷ്യപത്രം A)**

4. Sub Indenting Officers ആവശ്യമായ ഉപകരണങ്ങളുടെ ലിസ്റ്റിനോടൊപ്പം കൈവശമുള്ള ഉപകരണങ്ങളുടെ ഇപ്പോഴത്തെ സ്റ്റാറ്റസ് വ്യക്തമായി രേഖപ്പെടുത്തണം. (Total/working/Idling/repairable/beyond repair). (ഉപകരണം ഇല്ലെങ്കിൽ **പൂജ്യം** എന്ന് എഴുതണം. **വര** ഇടാൻ പാടുള്ളതല്ല.)

5. Sub Indenting Officers നിശ്ചിത മാതൃകയിലുള്ള ഇൻഡന്റിന്റെ 3 കോപ്പി സാക്ഷ്യപത്രം സഹിതം തയ്യാറാക്കേണ്ടതാണ്.

ഒരു കോപ്പി സ്ഥാപനത്തിലെ ബന്ധപ്പെട്ട ഓഫീസ് സെക്ഷനിലും ഒരു കോപ്പി സ്റ്റോറിന്റെ ചുമതലയുള്ള ഓഫീസർക്കും സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ഒരു കോപ്പി Sub Indenting Officer മാരുടെ Annual Indent File ൽ സൂക്ഷിക്കണം.

Store Custodian അതാത് വർഷത്തെ സബ് ഇൻഡന്റുകൾ Annual Indent File-ൽ സൂക്ഷിക്കേണ്ടതും സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്നും വിടുതൽ ചെയ്യുമ്പോൾ പുതിയതായി വരുന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥന് ഇവ രേഖമൂലം കൈമാറേണ്ടതുമാണ്.

6. സ്ഥാപനതലത്തിലുള്ള Indenting Committee വിവിധ വിഭാഗങ്ങളിലെ Indent വിശദമായി പരിശോധിച്ച് ആവശ്യകത ഉറപ്പുവരുത്തണം. കമ്മിറ്റിയുടെ

മിനിട്ട്സിന്റെ ഒറിജിനൽ കോപ്പി ഓഫീസ് സെക്ഷനിൽ സൂക്ഷിക്കേണ്ടതും പകർപ്പ് Store Custodian Annual Indent ന്റെ ഫയലിൽ സൂക്ഷിക്കേണ്ടതുമാണ്.

- 7. സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്നും ജില്ല ഓഫീസിലേയ്ക്ക് അയയ്ക്കുന്ന ഇൻഡന്റിന്റെ എല്ലാ പേജിലും Head of the Institution നും Convener ഉം ഒപ്പിടേണ്ടതാണ്. സാക്ഷ്യപത്രത്തിൽ ഇൻഡന്റിംഗ് കമ്മിറ്റിയിലെ എല്ലാ അംഗങ്ങളും ഒപ്പിടേണ്ടതാണ്. (സാക്ഷ്യപത്രം B).

(സാക്ഷ്യപത്രം A)

(സബ് ഇൻഡന്റിംഗ് ഓഫീസർമാർ സമർപ്പിക്കേണ്ടത്)

ഉപകരണങ്ങളുടെ സവിശേഷതകൾ വിശദമായി പരിശോധിക്കുകയും അവ പ്രവർത്തിപ്പിക്കുവാനാവശ്യമായ ജീവനക്കാർ, അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങൾ എന്നിവ ഉറപ്പാക്കിയിട്ടുണ്ട്. വിഭാഗത്തിന്റെ ദൈനംദിന പ്രവർത്തനങ്ങൾ മെച്ചപ്പെട്ട രീതിയിൽ നടത്തപ്പെടുവാൻ വേണ്ട അത്യാവശ്യമായ ഉപകരണങ്ങൾ മാത്രമാണ് ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളത്.

ഭൗതിക സൗകര്യങ്ങൾ ലഭ്യമാണെന്ന് കാണിച്ചുകൊണ്ടുള്ള സാക്ഷ്യപത്രങ്ങൾ (ജില്ല ബയോ മെഡിക്കൽ എഞ്ചിനീയർ നൽകിയത്) ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്നു. (X-ray, CT Scan, Power Laundry, Autoclave Horizontal എന്നിവയ്ക്ക് മാത്രം).

(പേര്, ഒപ്പ് & തീയതി):
സബ് ഇൻഡന്റിംഗ് ഓഫീസർ:
വിഭാഗത്തിന്റെ പേര്

(സാക്ഷ്യപത്രം B)

(സ്ഥാപന മേധാവികൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടത്)

ഈ സ്ഥാപനത്തിലെ വിവിധ വിഭാഗങ്ങളിൽ നിന്നും ലഭിച്ച ഉപകരണങ്ങളുടെ ഇൻഡന്റ് വിശദമായി പരിശോധിക്കുകയും ഉപകരണങ്ങളുടെ സവിശേഷതകൾ മനസിലാക്കി അവ പ്രവർത്തിപ്പിക്കുവാനാവശ്യമായ ജീവനക്കാരും ഭൗതിക സൗകര്യങ്ങളും ലഭ്യമാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഈ സ്ഥാപനത്തിലെ എല്ലാ വിഭാഗങ്ങളുടേയും ദൈനംദിന പ്രവർത്തനങ്ങൾ മെച്ചപ്പെട്ട രീതിയിൽ നടത്തപ്പെടുവാൻ വേണ്ട അത്യാവശ്യ ഉപകരണങ്ങൾ മാത്രമാണ് ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളത്.

ഭൗതിക സൗകര്യങ്ങൾ ലഭ്യമാണെന്ന് കാണിച്ചുകൊണ്ടുള്ള സാക്ഷ്യപത്രങ്ങൾ (ജില്ല ബയോ മെഡിക്കൽ എഞ്ചിനീയർ നൽകിയത്) ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്നു. (X-ray, CT Scan, Power Laundry, Autoclave Horizontal എന്നിവയ്ക്ക് മാത്രം).

(പേര്, ഒപ്പ് & തീയതി):
സ്ഥാപന മേധാവി:
സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേര്:

Institutional Level Committee Members
(Name, Designation & Signature with Date)

- 1.
- 2.
- 3.

1. ജില്ലാതലത്തിൽ താഴെ പറയുന്ന അംഗങ്ങളെ ഉൾപ്പെടുത്തി Indnet Committee രൂപീകരിക്കേണ്ടതാണ്.

- | | | |
|---------------------------------------|---|----------|
| a. District Medical Officer | : | Chairman |
| b. Deputy District Medical Officer | : | |
| c. Store Verification Officer | : | Convener |
| d. Pharmacist Store Keeper | : | |
| e. District Lab Technician | : | |
| f. Chief Radiographer (GH/DH) | : | |
| g. District Biomedical Engineer (NHM) | : | |

2. സ്ഥാപനങ്ങൾ സമർപ്പിച്ച Indent ലെ എല്ലാ കോളങ്ങളും അക്കത്തിൽ പൂരിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും സാക്ഷ്യപത്രത്തിൽ ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ഉദ്യോഗസ്ഥരും ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെന്നും ഉറപ്പുവരുത്തണം. **എല്ലാ കോളങ്ങളും പൂരിപ്പിക്കാത്ത Indent കൾ പരിഗണിക്കാൻ പാടുള്ളതല്ല.**

3. X ray, CT scan, Power Laundry, Auto Clave Horizontal എന്നീ ഉപകരണങ്ങൾ ആവശ്യപ്പെട്ട സ്ഥാപനങ്ങൾ സാക്ഷ്യപത്രങ്ങൾ സമർപ്പിക്കണം. സാക്ഷ്യപത്രങ്ങൾ ഇല്ലാത്തവ **ജില്ല ഇൻഡന്റിൽ ഉൾപ്പെടുത്തുവാൻ പാടുള്ളതല്ല.**

4. സ്ഥാപനങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനശൈലിയും ആവശ്യപ്പെട്ട ഉപകരണങ്ങളും തമ്മിൽ പൊരുത്തപ്പെടുന്നുണ്ടെന്നുറപ്പുവരുത്തണം.

5. ഉപകരണങ്ങളുടെ എണ്ണം ആവശ്യാനുസൃതമാണെന്ന് ഉറപ്പുവരുത്തണം.

6. ജില്ലാതല Indent നിഷ്കർഷിച്ച Format ൽ (Equipment wise) സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. (Annexure II) **(ഉപകരണങ്ങളുടെ Serial Number** ൽ മാറ്റം വരുത്തുവാൻ പാടുള്ളതല്ല.)

7. Indent ന്റെ എല്ലാ പേജിലും ചെയർമാനും കൺവീനറും ഒപ്പിടേണ്ടതാണ്. ജില്ലാതല കമ്മിറ്റി അംഗങ്ങൾ എല്ലാവരും സാക്ഷ്യപത്രത്തിൽ ഒപ്പിടേണ്ടതാണ്.

8. ജില്ലാതലത്തിൽ ക്രോഡീകരിച്ച Indent (Annexure II) സമർപ്പിക്കുമ്പോൾ Index & Page No. നിർബന്ധമായും ഉണ്ടായിരിക്കേണ്ടതാണ്.

സാക്ഷ്യപത്രം (C)

(ജില്ലാതലത്തിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടത്)


ജില്ലയിലെ വിവിധ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നും ലഭിച്ച ഉപകരണങ്ങളുടെ ഇൻഡന്റ് വിശദമായി പരിശോധിച്ച് ആവശ്യമായ തിരുത്തലുകൾ വരുത്തുകയും സ്ഥാപനങ്ങളുടെ ആവശ്യകത ഉറപ്പുവരുത്തുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഭൗതിക സൗകര്യങ്ങൾ ലഭ്യമാണെന്ന് കാണിച്ച് കൊണ്ടുള്ള സാക്ഷ്യപത്രങ്ങൾ (ജില്ല ബയോ മെഡിക്കൽ എഞ്ചിനീയർ നൽകിയത്) ഇതോടുകൂടി ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്നു. (X-ray, CT Scan, Power Laundry, Autoclave Horizontal എന്നിവയ്ക്ക് മാത്രം).

(പേര്, ഒപ്പ് & തീയതി)
(ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ & ചെയർമാൻ/ചെയർ പേഴ്സൺ ഓഫ് ദി കമ്മിറ്റി)

District Level Committee Members
(Name, Designation & Signature with Date)

- 1.
- 2.
- 3.


ഡോ. നന്ദകുമാർ. കെ.വി
ആരോഗ്യവകുപ്പ് അഡീഷണൽ ഡയറക്ടർ
(മെഡിക്കൽ & ഹോസ്പിറ്റൽ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ)

To
All District Medical Officers (Health)