

वित्तीय दिशा निर्देशन

कार्यक्रम का नाम: **Urban Health Centre through PPP**

बजट/एफ०एम०आर० शीर्ष (अनुलग्नक-1 के आधार पर): Urban RCH Services

बजट क्रम संख्या/एफ०एम०आर० को संख्या (अनुलग्नक-1 के आधार पर): A.5.1

कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण (5-10 वाक्य अधिकतम):

SPIP 2010-11 के अनुसार इस वर्ष 20 शहरी स्वास्थ्य केन्द्र लोक निजी साझेदारी के तहत कार्यरत किया जाना है।

राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार द्वारा राज्य के 02 जिलों (समस्तीपुर एवं पटना) में लोक निजी साझेदारी के तहत शहरी स्वास्थ्य केन्द्र कार्यक्रम संचालित है। इस परियोजना का उद्देश्य-

- (क) Quality Primary Health Care Services को पहुँचाना है।
- (ख) मुफ्त ओपीडी सुविधा, अर्थात् मुफ्त डॉक्टरी परामर्श प्राप्त किया जा सकता है।
- (ग) डॉक्टर (एमबीबीएस) तथा नर्स ग्रेड-ए / एनएम की सेवा।
- (घ) मुफ्त दवा वितरण।
- (ङ) टीकाकरण
- (च) परिवार नियोजन एवं संस्थागत प्रसव की सुविधा (यह प्रावधान Optional Service है)
- (छ) उच्च स्तरीय सरकारी अस्पताल में रेफर किया जायेगा।

- प्रथम चरण में पटना एवं समस्तीपुर में एक-एक नगरीय स्वास्थ्य केन्द्र (Urban Health Centre) स्थापित किये गये हैं। यह नगरीय स्वास्थ्य केन्द्र निजी साझेदारी के द्वारा किया जाना है जिसके लिए निविदा प्रकाशित कर प्राईवेट क्लिनिक को चयनित करने के उपरान्त जिला स्वास्थ्य समिति के साथ एकरारनामा किया गया है।
- द्वितीय चरण में नालन्दा (3) एवं मुजफ्फरपुर (2) कुल 05 नये नगरीय स्वास्थ्य केन्द्र स्थापित किया जाना है। शहरी स्वास्थ्य केन्द्र स्थापित करने के लिए पत्र एवं एकरारनामा की छायाप्रति जिलों में भेज दिया गया है। जिला स्वास्थ्य समिति द्वारा क्लिनिक को निरीक्षण कर एकरारनामा हस्ताक्षरित किया जायेगा। अन्यथा क्लिनिक उपयुक्त नहीं पाये जाते हैं तो post verification कर इसकी लिखित सूचना राज्य स्वास्थ्य समिति को अवश्य भेजना सुनिश्चित करें।
- जिला पटना में 03 नये शहरी स्वास्थ्य केन्द्र स्थापित करने के लिए जगह को चयनित कर लिया गया है एवं चयनित जगह पर शहरी स्वास्थ्य केन्द्र संचालित करने के लिए राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार द्वारा विज्ञापन प्रकाशित किया जायेगा तथा क्लिनिक को चयनित कर जिला स्वास्थ्य समिति, पटना को सूचित कर दिया जायेगा।
- शहरी स्वास्थ्य केन्द्र के द्वारा मुफ्त ओ.पी.डी., टीकाकरण, एन्टीनेटल केयर, टी.टी. टीकाकरण, आई.एफ.ए. परिशिष्ट, पोषण संबंधी परामर्श, शिशु के जन्म के पूर्व गर्भवती का शारीरिक परीक्षण, ब्लड प्रेसर जॉच, गर्भ में शिशु की स्थिति जानने हेतु प्रसूति का उदर जॉच, खतरे के निशान की पहचान, सौंपी गयी अन्य सेवाएँ, शिशु स्वास्थ्य सेवा (स्तनपान, टीकाकरण), डायरिया का प्रबंधन, लघु बीमारियों की जॉच, प्रसव सेवा तथा परिवार नियोजन सेवा का कार्यान्वयन किया जाना है। प्रसव तथा परिवार नियोजन सेवा आवश्यक सेवा नहीं है, तथा यह निजी क्लिनिक को optional Service के तौर पर कर सकती है।
- नगरीय स्वास्थ्य केन्द्र संबंधित सिविल सर्जन के साथ कार्य करेंगे तथा संबंधित जिला स्वास्थ्य समिति एवं जिला पदाधिकारी के संचालन नियंत्रण में होगी।

इंकाई राशि (रू० लाख में) एवं वित्तीय दिशा निर्देशन :

(क) प्रत्येक शहरी स्वास्थ्य केन्द्र को 45000/- रुपये प्रति महिना देय होगा, जिसकी मदवार विवरणी निम्न है:-

श्रमशक्ति का वेतन	1 चिकित्सा पदाधिकारी (एम०बी०बी०एस०), 2 ग्रेड नर्स-ए / ए०एन०एम० एवं 1 स्टॉफ	रू० 38,000/-
सर्विस चार्ज		रू० 7,000/-

(ख) Optional Service (यदि निजी क्लिनिक द्वारा यह कार्य किया जाता है)

- 1) प्रोत्साहन राशि: प्रसव (प्रति माह 55 प्रसव से अधिक) एवं परिवार नियोजन ऑपरेशन (प्रति माह 40 ऑपरेशन से अधिक) के लिए प्रोत्साहन राशि रू० 10,000/- प्रति माह प्रति शहरी स्वास्थ्य केन्द्र देय होगा।
- 2) जहाँ परिवार नियोजन दिवस मनाया जायेगा उसके लिए सप्ताह में 4 परिवार नियोजन (दिन-एक प्रति सप्ताह) के लिए एजेंसी को रू० 8000/- देय होगी। इसमें से एक दिन के लिए सर्जन या एनेस्थेसिया के लिए रू० 1000/- प्रति दिन के दर से राशि दि जायेगी।
- 3) जहाँ जननी बाल सुरक्षा योजना एवं परिवार नियोजन योजना किया जायेगा वहाँ प्रोत्साहन राशि उन लाभार्थियों को शहरी स्वास्थ्य केन्द्र में देय होगा। व्यय की गयी राशि की माँग की रसीद की प्रस्तुती पर संबंधित जिला स्वास्थ्य समिति भुगतान करेगी, संबंधित परिवार नियोजन या जननी बाल सुरक्षा योजना मद से। यह सेवा/कार्य optional Service के रूप में किया जाना है, यदि क्लिनिक उपरोक्त सेवा अपने संस्थान में देना चाहती हो तो। कृपया ध्यान दें कि इस सेवा के आधार पर क्लिनिक का कार्य प्रदर्शन नहीं किया जा सकता है।

(ग) 'सेवा कर' जिला स्वास्थ्य समिति द्वारा भुगतान किया जाना है।

(घ) शहरी स्वास्थ्य केन्द्र को भुगतान संबंधित जिला स्वास्थ्य समिति द्वारा प्रतिनियुक्त सरकारी स्टॉफ के प्रतिवेदन के आधार पर किया जायेगा। इसके लिए स्टॉफ को निम्न पंजी बनाना होगा - उपस्थिति, ओपीडी रोगी, इनडोर रोगी, प्रसव, प्रतिरक्षित बच्चे, गर्भवती महिलाएँ एवं परिवार नियोजन ऑपरेशन (स्त्री एवं पुरुष), जटिल प्रसव (रेफर)।

(ङ) जिला स्वास्थ्य समिति के सदस्य सचिव/सिविल सर्जन को एजेंसी द्वारा प्रत्येक महिना के दिनांक 5 तक विपत्र की प्रति जमा की जानी है।

(च) व्यय की गयी राशि का भुगतान वास्तविक विपत्र या रसीद पर किया जायेगा जिसका सत्यापन के लिए त्रिमाही लेखा प्रतिवेदन जमा होना चाहिए।

(छ) प्रत्येक माह कार्यक्रम की प्रगति प्रतिवेदन भेजे जाने प्रतिवेदन का प्रारूप- संलग्न।


इस संदर्भ में पूर्व में प्रेषित पत्र (पत्र ० सं० तिथि के साथ उल्लेखित करें)

- (क) SHSB/SPM/17/2008/7770 Dated 01/10/2008 (Contract Attached)
SHSB/SPM/17/2008/7869 dated 15/10/2008
SHSB/PM/17/2008/8467 Dated 27/11/2008 (Monthly Reporting Format)
SHSB/PM/17/2008/12616 Dated 22/10/2009 (Contract Attached)
SHSB/PM/17/2008/13572 Dated 19/12/2009
SHSB/PM/17/2008/14991 Dated 05/03/2010
SHSB/PM/17/2008/15448 Dated 30/03/2010
SHSB/PM/17/2008/14174 Dated 21/01/2010
SHSB/PM/17/2008/15048 Dated 08/03/2010
SHSB/PM/17/2008/15941 Dated 27/04/2010

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/ सलाहकार का नाम : राशि जयासवाल

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/ सलाहकार का फोन नंबर : 9470003016




08/06/10

MONTHLY REPORTING FORMAT OF UHC UNDER PPP

To be submitted to the DHS by the Private Partner

1. Name of Town/City with District :

2. Name of Private Clinic/Party :

3. Name of UHC :

4. Name of Locality :

5. Closest Government Hospital :

6. Names of Slums covered - a)

b)

c)

d)

7. Date of Opening of UHC :

8. Reporting Month :

9. Reporting Date :

Attendance register maintenance (Yes/No)	No. of patients from above mentioned slums treated		No. of OPD patients		No. of Indoor Patients		No. of children immunized	No. of Women Provided specific ANC						No. of deliveries		No. of complicated deliveries	If referred check if transport was provided/ arranged	No. of Live Births	No. of Family Planning Operation		No. of Family Planning days observed in the month	No. of Diarrhoea cases managed	No. and type of minor ailments treated	Remarks (if any)	
			Male	Female	Male	Female		Early registration	TT immunization	IFA supplements	Nutrition counselling	Physical examination	Referral services	Normal	Assisted				Vasectomy	Tubectomy					

Signature of Departmental Staff posted by DHS
(With Seal)

Signature of Authorised Signatory of Private Clinic
(With Seal)

88