

## वित्तीय दिशा निर्देशन

कार्यक्रम का नाम: **Strengthening of urban health posts and urban health centres  
(Operating cost of existing 6 UHCs)**

बजट/एफ०एम०आर० शीर्ष (अनुलग्नक-2 के आधार पर): Urban RCH

बजट क्रम संख्या/एफ०एम०आर० कोड संख्या (अनुलग्नक-2 के आधार पर): **A.5.1.3.2**

कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण:

SPIP 2012-13 के अनुसार इस वर्ष 6 शहरी स्वास्थ्य केन्द्र लोक निजी साझेदारी के तहत संचालित है। राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार द्वारा राज्य के 04 जिलों (पटना, मुजफ्फरपुर, भोजपुर एवं औरंगाबाद) 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 डॉक्टर 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- वर्ष 2008 में पटना में एक नगरीय स्वास्थ्य केन्द्र (Urban Health Centre) स्थापित किया गया। यह नगरीय स्वास्थ्य केन्द्र निजी साझेदारी के द्वारा किया जा रहा है। इस प्रयोजना के लिए निविदा प्रकाशित कर प्राइवेट क्लिनिक को चयनित करने के उपरान्त जिला स्वास्थ्य समिति के साथ एकरारनामा किया गया है।
- वर्ष 2010-11 में पटना-01, मुजफ्फरपुर-02, भोजपुर-01 तथा औरंगाबाद-01 कुल 05 शहरी स्वास्थ्य केन्द्र केन्द्र संचालित है।
- कुल कार्यरत शहरी स्वास्थ्य केन्द्र : 06
- शहरी स्वास्थ्य केन्द्र के द्वारा मुफ्त ओ.पी.डी., टीकाकरण, एन्टीनेटल केयर, टी.टी. टीकाकरण, आई.एफ.ए. वितरण, पोषण संबंधी परामर्श, शिशु के जन्म के पूर्व गर्भवती महिलाओं का शारीरिक परीक्षण, ब्लड प्रेसर जाँच, गर्भ में शिशु की स्थिति जानने हेतु प्रसूति का उदर जाँच, खतरे के निशान की पहचान, सौंपी गयी अन्य सेवाएँ, शिशु स्वास्थ्य सेवा (स्तनपान, टीकाकरण), डायरिया का प्रबंधन, लघु बीमारियों की जाँच, 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।

इकाई राशि (रु० में) एवं वित्तीय दिशा निर्देश :

- (क) प्रत्येक शहरी स्वास्थ्य केन्द्र को मासिक भुगतान 75,000/- रुपये की दर से भुगतान किया जाना है। 75000/- रुपये प्रति महिना की विवरणी निम्न है:-

श्रमशक्ति का वेतन	1 चिकित्सा पदाधिकारी (एम०बी०बी०एस०), 2 ग्रेड नर्स-ए / एनएम एवं 1 स्टॉफ	रु० 68,000/-
सर्विस चार्ज		रु० 7,000/-
	प्रति माह प्रति शहरी स्वास्थ्य केन्द्र (कुल)	रु० 75,000/-

*Skumar*

*(Signature)*

*(Signature)*

(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 रू0 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 रू0 8000/- देय होगी। इसमें से एक दिन के लिए सर्जन या एनेस्थेसिया के लिए रू0 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 विश्लेषण 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, ओपीडी0 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 यदि कोई पत्र पूर्व में प्रेषित किया गया हो (पत्र 0 सं0 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/17/2008/14174 Dated 21/01/2010  
SHSB/PM/17/2008/14991 Dated 05/03/2010  
SHSB/PM/17/2008/15048 Dated 08/03/2010  
SHSB/PM/17/2008/15363 Dated 26/03/2010  
SHSB/PM/17/2008/15448 Dated 30/03/2010  
SHSB/PM/17/2008/15941 Dated 27/04/2010  
SHSB/PM/17/2008/17651 Dated 08/06/2010  
SHSB/PM/17/2008/17653 Dated 08/06/2010  
SHSB/PM/17/2008/19535 Dated 27/08/2010  
SHSB/PM/17/2008/21658 Dated 29/11/2010  
SHSB/PM/17/2008/20740 Dated 25/10/2010  
SHSB/PM/17/2008/22024 Dated 09/12/2010  
SHSB/PM/17/2008/22119 Dated 14/12/2010  
SHSB/PM/17/2008/22935 Dated 20/01/2011  
SHSB/PM/17/2008/24205 Dated 28/02/2011  
SHSB/PM/17/2008/25283 Dated 11/04/2011  
SHSB/PM/17/2008/25282 Dated 11/04/2011  
SHSB/PM/17/2008/22802 Dated 13/01/2011  
SHSB/PM/17/2008/26534 Dated 24/05/2011  
SHSB/PM/17/2008/26631 Dated 27/05/2011

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/ सलाहकार का नाम : राशि जयासवाल

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/ सलाहकार का फोन नंबर : 9470003016







**MONTHLY REPORTING FORMAT OF UHC UNDER PPP**  
To be submitted to the SHSB by the DHS

- 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 \_\_\_\_\_
- 7 Date of Opening of UHC \_\_\_\_\_
- 8 Reporting Month \_\_\_\_\_
- 9 Reporting Date: \_\_\_\_\_

a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_

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	Bill submitted on date and for which month	Complete payment made (Y/N) till _____ month	Remarks if any
		Male	Female	Male	Female							Vasectomy	Tubectomy						

Note : Cumulative Data is not required, monthly figures to be entered

Signature of District Programme Manager  
(With Seal)

Signature of Civil Surgeon  
(With Seal)



