कार्यक्रम का नाम : महिला बंध्याकरण के लिए क्षतिपूर्ति राशि
(Compensation Package for Female Sterilization)

बजट / एफ०एम०आर० शीर्ष– A.3
बजट क्रम संख्या : एफ०एम०आर० कोड संख्या – A.3.1.3

कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण

परिवार कल्याण कार्यक्रम अन्तर्गत लाभार्थी, प्रेरक एवं सेवा प्रदाताओं को प्रतिपूर्ति / प्रोत्साहन राशि दिये जाने का प्रावधान है।

इस संदर्भ में संयुक्त सचिव, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के पत्रांक D.O. No. N. 11026/11/2014-F.P. दिनांक 20 अक्टूबर 2014 के माध्यम से परिवार कल्याण कार्यक्रम अन्तर्गत लाभार्थी, प्रेरक एवं सेवा प्रदाताओं को दी जाने वाली प्रतिपूर्ति / प्रोत्साहन राशि को निम्नांकित तालिकानुसार किया जाना है:

A. सरकारी स्वास्थ्य संस्थानों हेतु: (सभी राशि रुपये में)

SN	Procedure	Tubectomy (महिला बंध्याकरण)	
	Details of the package	बंध्याकरण	प्रसवोत्तर बंध्याकरण (PPS*)
1	Acceptor	1400	2200
2	Motivator/ASHA	200	300
3	Drugs and dressings	100	100
4	Surgeon	150	250
5	Anaesthetist/Assisting MO (if any)	50	50
6	Nurse/ANM	30	50
7	OT technician/helper	30	50
8	Cleark/documentation	20	-
9	Refreshment	10	-
10	Miscellaneous	10	-
Total		**2000**	**3000**

*PPS: (Post Partum Sterilisation) immediately or within 7 days of delivery.

उपरोक्त तालिका में उल्लेखित दर महिला बंध्याकरण हेतु सभी जिले के सरकारी अस्पतालों एवं चिकित्सा महाविद्यालयों एवं अस्पताल (आई0जी0आई0एम0एस0, पटना सहित) में प्रभावी होंगी।

नोट:

1. **लाभार्थी जिनका प्रसव** (Home/Institution Delivery) **के पश्चात् से 7 दिनों के अंदर तक बंध्याकरण संपादित किया जाता है तो क्षतिपूर्ति राशि, प्रसवोपरान्त बंध्याकरण** (Post Partum Sterilization) **के प्रावधानों के अन्तर्गत देय होगा।**
2. **जिस संस्थान में प्रसवोपरान्त बंध्याकरण संपादित किया जाता है, उसी संस्थान से लाभार्थी, उत्प्रेरक एवं सेवा प्रदाताओं को प्रतिपूर्ति / प्रोत्साहन राशि दिया जाना है।**

B. प्रत्यायित निजी नर्सिंग होम में महिला बंध्याकरण हेतु निचे तालिका के अनुसार वर्णित राशि सभी जिलों में देय है।

निजी प्रत्यायित सेवा प्रदाता हेतु (सभी राशि रुपये में)

.N.	Procedure	Tubectomy
1	Facility	2000
2	Acceptor	1000
Total		**3000**

प्रत्यायित निजी नर्सिंग होम को नियमानुसार भुगतान संबंधित जिला स्वास्थ्य समिति से देय होगा। जिसके तहत् संबंधित संस्थान में समपन्न किये गये बंध्याकरण ऑपरेशन के लाभार्थी का बैंक पासबुक की छायाप्रति जिला स्वास्थ्य समिति में सभी उपयुक्त दावा दस्तावेजों के साथ उपलब्ध कराना अनिवार्य है। तदनोपरान्त जिला स्वास्थ्य समिति संबंधित लाभार्थी को प्रस्तुत किये गये सूची एवं पासबुक का मिलान करते हुये उनके खाते में देय राशि प्रति लाभार्थी 1000/– जमा करायेंगे। तत्पश्चात् ही उक्त संबंधित संस्था को लाभार्थी के अनुसार प्रति केस 2000/– की राशि दिया जाना है।

C. निजी सर्जरी टीम जो कि महिला बंध्याकरण सेवाएँ सरकारी संस्थानों में जाकर देते हो को इसके तहत् निम्नांकित राशि देय है:

(Max. 30 cases/ day)	Tubectomy
Acceptor	1400
Motivator/ASHA	200
Clerks/documentation	20
Private Provider	**1380**
TOTAL	3000

लाभार्थी के Pre Operative Examination, Operation, Post Operative Care की पूर्ण जबावदेही प्रत्यायित निजी संस्थान की होगी तथा लाभार्थी के Mobilization, Camp Management, Documentation एवं क्षतिपूर्ति राशि इत्यादि का भुगतान की पूर्ण जबावदेही संबंधित सरकारी स्वास्थ्य संस्थान की होगी, जहाँ महिला बंध्याकरण सम्पन्न हुआ है।

D. निजी चिकित्सक (सर्जन/मुर्च्छक) जो सरकारी संस्थान में सरकारी टीम की सहायता से परिवार नियोजन सेवा प्रदान करते हों तो इसके तहत् निम्नांकित प्रतिपूर्ति राशि देय है:

	Tubectomy
Only Surgery	150
Local Anaesthesia/Anaesthetist	50
Total	200

लाभार्थी के Mobilization, Pre Operative Examination, Post Operative Care, क्षतिपूर्ति राशि इत्यादि का भुगतान तथा सर्जन के अलावे ऑपरेशन से संबंधित सभी प्रकार के उपयुक्त व्यवस्था की पूर्ण जबावदेही संबंधित सरकारी स्वास्थ्य संस्थान की होगी।

Reference:

1. राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार पत्रांक SHSB/PM/42/05-4437 दिनांक 26.09.2007 **(For Option B)**
2. राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार पत्रांक SHSB/GA/1250/14-429 दिनांक 19.01.2016 **(For Option C and D)**
3. **परिवार कल्याण ऑपरेशन हेतु प्रोत्साहन राशि आशा/आँगनबाड़ी की भांति विकास मित्र एवं जीविका सहेली को भी दिया जाना है (राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार का पत्रांक 5516 दिनांक 25.08.2015 का संदर्भ करें)।**
4. Consent Form, Medical Checklist, Post Oprative Instruction Card and Sterilizaton Certificate as issued vide SHSB Letter No. SHSB/PM/42/05/-V/5682 Dt. 02-09-2015.
5. Documentation हेतु देय राशि सभी संबंधित दस्तावेजों (Consent Form, Medical Check List एवं निदेश कार्ड) की संधारण उपरान्त देय होगा। समय सीमा अथवा जांचोपरान्त बंध्याकरण प्रमाण–पत्र उपलब्ध कराना भी संबंधित व्यक्ति की जिम्मेवारी होगी।
6. लाभार्थी के स्वयं उत्प्रेरित हो कर बंध्याकरण सेवा प्राप्त करती है तो उन्हें क्षतिपूर्ति राशि ₹1400/– से अतिरिक्त ₹200/– अर्थात् कुल ₹1600/– की राशि देय होगा।

नोटः वित्तीय वर्ष 2015–16 का भुगतान लंबित है तो वित्तीय वर्ष 2016–17 में कंर्णाकित राशि से भुगतान किया जा सकता है।

संबंधित कार्यक्रम पदाधिकारी का नाम – **डा0 कुमार पुरूषोत्तम सिंह निराला/निशांत कुमार**
संबंधित कार्यक्रम पदाधिकारी का फोन नं० : 9470003012/9431005971

DD-FP

SPO, FP

(Avinash Kumar Pandey)