

मध्यप्रदेश शासन  
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग  
मंत्रालय

क्रमांक एफ 10-24 / 2015 / 17 / मेडि-2

भोपाल, दिनांक 29 / 09 / 2015

प्रति,

संचालक अस्पताल प्रशासन, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,  
समस्त संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें,  
समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,  
मध्यप्रदेश।

विषय- मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम 2010 के अन्तर्गत लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग की सेवा क्रमांक 12.7 "प्रदेश में संचालित निजी उपचर्यागृहों (नर्सिंग होम) तथा रूजोपचार (क्लीनिक आदि) संबंधी स्थापनाओं का रजिस्ट्रीकरण एवं अनुज्ञापन दिया जाना"।

संदर्भ- लोक सेवा प्रबंधन विभाग की अधिसूचना क्रमांक एफ 2 - 13 - 2012 -इकसठ -लोसेप्र-पी.एस.जी.-12, दिनांक 23 दिसम्बर 2014।

—00—

1. सेवा का उद्देश्य - प्रदेश में निजी क्षेत्र में उपचर्यागृह (नर्सिंग होम्स / चिकित्सालय / मेटर्निटी होम्स आदि) तथा रूजोपचार स्थापनाएँ (विभिन्न विधाओं की क्लीनक्स आदि) संचालित हैं। इस सेवा का उद्देश्य इनके द्वारा प्रदत्त सेवाओं की तकनीकी गुणवत्ता तथा सेवा प्रदायगी की एकरूपता सुनिश्चित करने तथा जनस्वास्थ्य की सार्वभौमिक सुरक्षा हेतु मध्यप्रदेश उपचर्यागृह तथा रूजोपचार संबंधी स्थापनाएँ (रजिस्ट्रीकरण तथा अनुज्ञापन) अधिनियम 1973 तथा नियम 1997 के प्रावधानानुसार इनका रजिस्ट्रीकरण एवं अनुज्ञापन दिया जाना है।
2. पदाभिहित अधिकारी एवं समय-सीमा - इस सेवा के लिये मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी अपने कार्यक्षेत्र में पदाभिहित अधिकारी होंगे तथा सेवा प्रदान करने की अवधि निम्नानुसार होगी:-

क.	सेवा का नाम	पदाभिहित अधिकारी	सेवा प्रदाय करने की अवधि
12.7	प्रदेश में संचालित निजी उपचर्यागृहों (नर्सिंग होम) तथा रूजोपचार (क्लीनिक आदि) संबंधी स्थापनाओं का रजिस्ट्रीकरण एवं अनुज्ञापन दिया जाना	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	30 कार्य दिवस

3. आवेदन का प्रारूप - आवेदन "mponline.gov.in" पोर्टल पर ऑनलाईन दर्ज किया जाएगा। ऑनलाईन दर्ज किये जाने वाले आवेदन का प्रारूप "परिषिष्ट-1" पर संलग्न है।

5/1

#### 4. पात्रता की आवश्यक शर्तें :-

4.1 कोई भी व्यक्ति, कंपनी, समिति, संगम या अन्य निगमित निकाय जो मध्यप्रदेश उपचर्यागृह तथा रूजोपचार संबंधी स्थापनाएं (रजिस्ट्रीकरण तथा अनुज्ञापन) अधिनियम 1973 तथा नियम 1997 के अनुरूप प्रावधानित उपचर्यागृह तथा रूजोपचार संबंधी स्थापनाएं संचालित करने का इच्छुक हो इस हेतु पात्र होगा।

4.2 सेवाएं प्राप्त करने के लिये आवेदक को संबंधित विधा की स्थापना के अनुरूप उपरोक्त अधिनियम/नियम के प्रावधानों का अनिवार्यतः पालन करना होगा।

4.3 आवेदक द्वारा मध्यप्रदेश उपचर्यागृह तथा रूजोपचार संबंधी स्थापनाएं (रजिस्ट्रीकरण तथा अनुज्ञापन) अधिनियम 1973 तथा नियम 1997 में प्रावधानित समस्त अभिलेख निर्धारित प्रारूप में अनिवार्यतः संधारित करने होंगे तथा अधिनियम के प्रावधानानुसार वांछित सूचनाएं राज्य/केन्द्र सरकार को देना होंगी।

5. आवश्यक दस्तावेज- निम्नानुसार दस्तावेज साफ्टवेयर/पोर्टल पर अपलोड किया जाना आवश्यक होगा:-

##### 5.1 उपचर्यागृह (नर्सिंग होम) हेतु

1. विजिटिंग डॉक्टरों की सूची।
2. विभिन्न उपचार एवं नैदानिक जाँचों हेतु शुल्क की सूची।
3. चिकित्सकीय उपकरणों की सूची।
4. भवन का फ्लोर प्लान।
5. प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड का प्राधिकार प्रमाण पत्र अथवा इस हेतु किये गये आवेदन की पावती की प्रतिलिपि।
6. बॉयोमेडिकल अपशिष्ट निवारण हेतु किये गये अनुबंध की प्रतिलिपि।
7. नगरीय निकाय द्वारा जारी भवन की स्वीकृति।
8. अग्निसुरक्षा प्रमाण पत्र अथवा इस हेतु किये गये आवेदन की पावती की प्रतिलिपि।
9. नर्सिंग होम के भवन की फोटोग्राफ।
10. आवेदक द्वारा घोषणा पत्र।

##### 5.2 रूजोपचार संबंधी स्थापनाओं (क्लीनिक्स हेतु)

1. क्लीनिक का फ्लोर प्लान।
2. प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड का प्राधिकार प्रमाण पत्र अथवा इस हेतु किये गये आवेदन की पावती की प्रतिलिपि।

#### 6. आवेदन करने की प्रक्रिया:-

6.1 आवेदन की प्रक्रिया पूर्णतया ऑनलाईन की गई है। इसके अतिरिक्त अन्य किसी माध्यम से आवेदन स्वीकार नहीं किये जाएंगे।

6.2 आवेदक "mponline.gov.in" पोर्टल पर ऑनलाईन आवेदन स्वयं दर्ज कर सकता है अथवा एम.पी. ऑनलाईन कियोस्क पर जाकर भी आवेदन दर्ज करा सकता है।

6.3 प्रथम बार ऑनलाईन आवेदन करने वाले आवेदक को सर्वप्रथम पोर्टल/साफ्टवेयर पर यूजर आई.डी. बनाना होगा। तत्पश्चात इस यूजर आई.डी. से लॉगिन कर आवेदक द्वारा ऑनलाईन आवेदन दर्ज किया जाएगा एवं कण्डिका 5 में बताये अनुसार आवश्यक दस्तावेजों को स्केन कर आवेदन के साथ साफ्टवेयर पर अपलोड किया जाएगा।

6.4 नर्सिंग होम के रजिस्ट्रेशन/लाइसेंस हेतु किये आवेदन पर आवेदक द्वारा डिजिटल हस्ताक्षर किये जाएंगे। जबकि रूजोपचार संबंधी स्थापनाओं (क्लीनिक आदि) के रजिस्ट्रेशन/लाइसेंस हेतु आवेदन करने पर आवेदक अपने हस्ताक्षर स्केन कर अपलोड करेगा।

6.5 आवेदक, निर्धारित आवेदन शुल्क का ऑनलाईन भुगतान करेंगे।

6.6 ऑनलाईन भुगतान सफल होने पर, आवेदन की अभिस्वीकृति एवं शुल्क की रसीद, आवेदक को ऑनलाईन उपलब्ध हो जाएगी, जिसका आवश्यकतानुसार प्रिन्टआउट लिया जा सकता है।

6.7 ऑनलाईन आवेदन दर्ज करने के बाद भुगतान होते ही आवेदन संबंधित पदाभिहित अधिकारी के यूजर अकाउण्ट में ऑनलाईन उपलब्ध हो जाएगा।

6.8 आवेदन में दर्ज मोबाईल नम्बर एवं ईमेल आई.डी. पर आवेदक को अपडेट प्राप्त होंगे। इसके अतिरिक्त आवेदन के रजिस्ट्रेशन नम्बर द्वारा आवेदक पोर्टल/साफ्टवेयर पर स्वयं आवेदन की स्थिति देख सकता है।

7 आवेदन का निराकरण करने की प्रक्रिया – प्रदेश में संचालित निजी उपचर्यागृहों तथा रूजोपचार संबंधी स्थापनाओं का पंजीकरण/अनुज्ञापन हेतु प्राप्त आवेदनों पर निम्नानुसार कार्यवाही की जावेगी :-

7.1 पदाभिहित अधिकारी, एम.पी. ऑनलाईन पोर्टल पर अपने यूजर आई.डी. से लॉगिन कर साफ्टवेयर के माध्यम से प्राप्त आवेदनों का परीक्षण करेंगे।

7.2 यदि आवेदन अपूर्ण हो तो पदाभिहित अधिकारी साफ्टवेयर के माध्यम से ही आवेदक को कमी-पूर्ति हेतु आवेदन वापस भेज सकते हैं।

7.3 आवेदन पूर्ण पाये जाने पर पदाभिहित अधिकारी ऑनलाईन व्यवस्था के माध्यम से ही आवेदन के परीक्षण एवं स्थल निरीक्षण हेतु, निरीक्षण टीम को नियुक्त करेंगे/कार्य सौंपेंगे। यह कार्यवाही 7 कार्य दिवस के भीतर पूर्ण की जायेगी।

7.4 निरीक्षण दल के सदस्य, निरीक्षण दल हेतु निर्धारित यूजर आई डी से लॉगिन कर आवेदनों का परीक्षण करेंगे।

7.5 निरीक्षण दल, स्थल निरीक्षण करने के उपरांत, निरीक्षण रिपोर्ट साफटवेयर पर ऑनलाईन दर्ज करेंगे, जिससे वह रिपोर्ट पदाभिहित अधिकारी को ऑनलाईन उपलब्ध हो जायेगी। यह कार्यवाही 15 कार्य दिवस के भीतर पूर्ण की जायेगी।

7.6 पदाभिहित अधिकारी प्राप्त निरीक्षण रिपोर्ट से असंतुष्ट होने पर प्रकरण को ऑनलाईन व्यवस्था के माध्यम से ही निरीक्षण दल को वापस भेज सकते हैं।

7.7 पुदाभिहित अधिकारी प्राप्त निरीक्षण रिपोर्ट से पूर्णतया संतुष्ट होने पर, रिपोर्ट में की गई अनुशंसा के आधार पर आवेदन को मान्य अथवा अमान्य अथवा आवेदक को कमी-पूर्ति हेतु ऑनलाईन भेज सकते हैं।

7.8 आवेदन मान्य होने पर पदाभिहित अधिकारी संलग्न परिशिष्ट-1 के रजिस्ट्रेशन/अनुज्ञापन के ऑनलाईन फॉर्मट पर डिजिटल हस्ताक्षर कर ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन/अनुज्ञापन जारी करेंगे, जो आवेदक के यूजर अकाउण्ट में उपलब्ध हो जायेगा। आवेदक आवश्यकतानुसार उपरोक्त का प्रिंटआउट ले सकता है।

7.9 उपरोक्त सम्पूर्ण कार्यवाही 30 कार्य दिवस की निर्धारित समय-सीमा में पूर्ण की जायेगी।

7.10 यदि पदाभिहित अधिकारी यह पाता है कि, कतिपय कारणों से अनुज्ञापन दिया जाना संभव नहीं है तो वह आवेदन ऑनलाईन निरस्त करेगा, जिसकी सूचना आवेदक को ऑनलाईन प्राप्त हो जायेगी।

8 शुल्क - इस सेवा को प्राप्त करने के लिये परिशिष्ट-2 में प्रावधानानुसार प्रशासनिक शुल्क के अतिरिक्त निम्नानुसार एम.पी. ऑनलाईन पोर्टल फीस देय होगी:-

● नर्सिंग होम के रजिस्ट्रेशन/अनुज्ञापन हेतु- रुपये 200/-

● क्लीनिक आदि के रजिस्ट्रेशन/अनुज्ञापन हेतु - रुपये 100/-

आवेदन हेतु निर्धारित प्रशासनिक शुल्क एवं पोर्टल शुल्क की गणना साफटवेयर द्वारा स्वतः कर ली जावेगी।

9 पूर्व में जारी आदेश/निर्देशों का निरसन/अधिकमण :- यह सेवा प्रथम बार लोकसेवा गारंटी में सम्मिलित की गई है अतः असंबंधित।

10 अन्य महत्वपूर्ण बिन्दु - समस्त पदाभिहित अधिकारी यथा संभव प्रतिदिन ऑनलाईन अकाउण्ट में लॉग-इन कर आवेदन की स्थिति का अवलोकन करेंगे एवं निर्धारित समयसीमा में निराकरण करायेंगे। निर्धारित समयसीमा के अंतिम दिवस की प्रतीक्षा न करते हुए यथाशीघ्र निराकरण का प्रयास करेंगे जिससे कोई भी आवेदन समयसीमा बाह्य लंबित न हो सके।

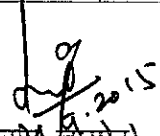
11 अपील – आवेदक निम्नांकित स्थितियों में अपील कर सकेगा :-

11.1 आवेदन पत्र अमान्य किये जाने पर  
अथवा

11.2 निराकरण समय सीमा में न होने पर।

अपील निम्नानुसार की जा सकेगी :-

क.	सेवा का नाम	पदाभिहित अधिकारी	सेवा प्रदाय करने की अवधि	प्रथम अपीलीय अधिकारी का पदनाम	प्रथम अपील के निराकरण की समय सीमा	द्वितीय अपीलीय अधिकारी का पदनाम
12.7	प्रदेश में संचालित निजी उपचर्यागृहों (नर्सिंग होम) तथा रुजोपचार (क्लीनिक आदि) संबंधी स्थापनाओं का रजिस्ट्रीकरण एवं अनुज्ञापन दिया जाना	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	30 कार्य दिवस	संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें	15 कार्य दिवस	संचालक अस्पताल प्रशासन

  
(सूरेश डैमोर)  
सचिव

मध्यप्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

पृ. क्रमांक एफ 10-24/2015/17/मेडि-2

भोपाल, दिनांक 24/09/2015

प्रतिलिपि

1. सचिव, मध्यप्रदेश शासन मुख्यमंत्री कार्यालय, भोपाल।
2. सचिव, मध्यप्रदेश शासन मुख्य सचिव कार्यालय, भोपाल।
3. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग भोपाल।
4. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन लोक सेवा प्रबंधन विभाग, भोपाल।
5. स्वास्थ्य आयुक्त, मध्यप्रदेश।
6. समस्त राजस्व संभागायुक्त मध्यप्रदेश।
7. समस्त संचालक, संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्यप्रदेश।
8. समस्त कलेक्टर मध्यप्रदेश।

  
सचिव

मध्यप्रदेश शासन  
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

**Applicant Details**

Applicant's Name *	<input type="text"/>	DOB (DD/MM/YYYY) *	<input type="text"/>
Mobile Number *	<input type="text"/>	Email *	<input type="text"/>
Technical Qualification	<input type="text" value="Select"/>	Nationality *	<input type="text" value="Indian"/>

**Residential Address of the Applicant**

Plot No./House No. *	<input type="text"/>	Colony/Area	<input type="text"/>
City *	<input type="text"/>	District *	<input type="text" value="Select"/>
Block *	<input type="text" value="Select"/>	Pin Code *	<input type="text"/>
Type of Ownership *	<input type="text" value="Select"/>		

**Signing Authority Details**

Name *	<input type="text"/>	Designation *	<input type="text"/>
ID Card *	<input type="text" value="Select"/>	ID Card No. *	<input type="text"/>

### Applicant Details

Applicant's Name *	<input type="text"/>	DOB (DD/MM/YYYY) *	<input type="text"/>
Mobile Number *	<input type="text"/>	Email *	<input type="text"/>
Technical Qualification	<input type="text" value="Select"/>	Nationality *	<input type="text" value="Indian"/>

### Residential Address of the Applicant

Plot No./House No. *	<input type="text"/>	Colony/Area	<input type="text"/>
City *	<input type="text"/>	District *	<input type="text" value="Select"/>
Block *	<input type="text" value="Select"/>	Pin Code *	<input type="text"/>
Type of Ownership *	<input type="text" value="Select"/>		

### Signing Authority Details

Name *	<input type="text"/>	Designation *	<input type="text"/>
ID Card*	<input type="text" value="Select"/>	ID Card No.*	<input type="text"/>

### Nursing Home Details

Name of the Nursing Home* (in respect of which the Registration is being applied for)		<input style="width: 90%;" type="text"/>	
Type of Institutions for which Registration is being applied *		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Select</div> Specify Other* <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Firm/Company Registration No.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Website Address	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Date of Establishment *	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Type of Specialty*	<input checked="" type="radio"/> Single <input type="radio"/> Multiple

### Details of the Procedure/Services

Procedure/Services	Details	Remarks (if any)
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Select</div> Other: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Specify <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

### Place where the Nursing Home is situated \*

Plot No./House No. *	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Colony/Area	<input style="width: 95%;" type="text"/>
City *	<input style="width: 95%;" type="text"/>	District *	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Select</div>
Block *	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Select</div>	Pin Code *	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Whether the applicant is interested in any other Nursing home or Business *			<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes



## Infrastructure Details

### Detail of Rooms For Employees

Room Type	Floor Space/Area (in sq. ft)	Number of Rooms	Remarks (if any)
<input type="text" value="Select"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Detail of Rooms For Patients\*

Room Type	Floor Space/Area (in sq. ft)	Number of Rooms	Capacity of Beds	Remarks (if any)
<input type="text" value="Select"/> Specify Other	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total Number of beds *				
<input type="text"/>				

### Sanitary Arrangement For Employees\*

Sanitary arrangement	No. of Arrangements	Remarks (if any)
<input type="text" value="Select"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Sanitary Arrangement For Patients\*

Sanitary arrangement	No. of Arrangements	Remarks (if any)
Select		<input type="text"/>
Arrangements for Immunization of the employees are available or not? *		<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Yes
Arrangement made for Medical check-up of the employees *		<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Yes
Regular immunization & Health Checkups are being held in the interval of(in Month) *		<input type="text"/>
Whether the nursing home or any premises used in connection there with are used or are to be used for purposes other than that of carrying on a nursing home*		<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
Arrangements made for storage of Food*	<input type="text"/> Select	Service of food * <input type="text"/> Select

### Staff Details

Names, ages and qualifications of the members of the nursing staff in the Nursing home\*

Staff Type	Emp Status	Salutation	Name	DOB (DD/MM/YYYY)	Qualification	Registering Authority	Registration No.
Select	Select	Select			Select		
Whether on campus availability of accommodation of Nursing Staff *						<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	
Whether any Unregistered Medical Practitioner or Unqualified Nurse, Unqualified Midwife is employed for nursing of patient in the Nursing home. *						<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	
On campus chemist shop available *						<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Yes	
Name of Chemist Shop*			License No of Chemist Shop*				

## Equipments and Fee Details

### Details of Equipments \*

Equipment	Make	Model	No of Equipment
<input type="text" value="Select"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Fees charged to Patients

Charges For	Fee	Remarks (if any)
<input type="text" value="Select"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Declaration

I solemnly declare that the above statements are true to the best of my knowledge and belief.
---

अनुसूची -एक (नियम 7 देखिये) फीस की अनुसूची

क्रमांक	विवरण	रजिस्ट्रीकरण फीस(रूपये में)	रजिस्ट्रीकरण प्रमाण पत्र और अनुज्ञापन की दूसरी प्रति जारी करने लिये फीस (रूपये में)
1	2	3	4
1	उपचर्याग्रह तथा प्रसूति गृह के लिये		
	(एक) 10 बिस्तरों तक	600.00	
	(दो) 10 बिस्तरों से अधिक किन्तु 20 बिस्तरों तक	1050.00	100.00
	(तीन) 20 बिस्तरों से अधिक किन्तु 30 बिस्तरों तक	1350.00	
	चार) 30 बिस्तरों से अधिक प्रत्येक अतिरिक्त बिस्तर के लिये	45.00	
2	शारीरिक चिकित्सा(फिजियोथेरेपी) स्थापना के लिये	600.00	100.00
3	बाह्य रूजोपचार के लिये	600.00	100.00
4	रूजोपचार संबंधी प्रयोगशाला के लिये	600.00	100.00