संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2016/ भोपाल,दिनांक / /2016

प्रति,

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

विषयः- राज्य शासन से मान्यता प्राप्त **श्री कृष्ण हृदयालय एवं क्रिटीकल केयर सेंटर, धनतोंली नागपुर** को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत जांच/उपचार करने की स्वीकृति के संबंध में।

--00--

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि जिन चिकित्सालयों को चिकित्सा शिक्षा विभाग द्वारा शासकीय सेवको के जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत मान्यता प्रदान की जाती है।

मध्यप्रदेश शासन, चिकित्सा शिक्षा विभाग के पत्र क्रमांक क्रमांक-एफ-4-29/2016/55-2 दिनांक 05.05.2016 द्वारा श्री कृष्ण हृदयालय एवं क्रिटीकल केयर सेंटर, धनतोंली नागपुर को शासकीय सेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के कार्डियोलाजल (ऐंजियोप्लास्टी, ऐंजियोग्राफी एण्ड अदर कार्डियोलाजिकल इन्टरवेंशन लाईक बी.एम.वी. एवं पी.पी.आई) एवं कार्डियोथोरेसिक सर्जरी जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है।

अतः मध्यप्रदेश शासन, चिकित्सा शिक्षा विभाग के पत्र क्रमांक-एफ-4-29/2016/55-2 दिनांक 05.05.2016 द्वारा श्री कृष्ण हृदयालय एवं क्रिटीकल केयर सेंटर, धनतोंली नागपुर को (ऐंजियोप्लास्टी, ऐंजियोग्राफी एण्ड अदर कार्डियोलाजिकल इन्टरवेंशन लाईक बी.एम.वी. एवं पी.पी.आई) एवं कार्डियोथोरेसिक सर्जरी जांच/उपचार हेतु मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ अन्तर्गत उक्त मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि/मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अन्तर्गत उपचार करने की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि/मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कडाई से पालन किया जावे :-

1. पात्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा राशि स्वीकृत की जावें एवं योजनान्तर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्रावधानों का पालन किया जावें।
2. चिकित्सा संस्था का उपचार प्राक्कलन निर्धारित बीमारी के पैकेज की सीमा का हो। यदि प्राक्कलन पैकेज से अधिक हो तो संबंधित संस्था से उसका स्पष्टीकरण लिया जावे। पैकेज से अधिक राशि की मांग करने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करने हेतु संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें को प्रस्ताव भेजे जावे।
3. **प्रत्येक चिकित्सा सहायता राशि की स्वीकृति आदेश मे यह उल्लेख किया जावे कि रोगी के उपचार उपरांत चिकित्सा संस्था को सहायता राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र, शेष राशि एवं रोगी का डिस्चार्ज टिकिट, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को 15 दिवस में अनिवार्य रूप से भेजे तथा जो रोगी 3 माह तक उपचार कराने नहीं आता है, उसकी चौथे माह में राशि संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी वापस भेजी जावें।**

संलग्नः-मान्यता पत्र की छायाप्रति

//
संचालक(रा.बी.सहा.नि.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2016/ 240 भोपाल,दिनांक 16/5/2016

प्रतिलिपिः-सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु-

1. निज सहायक, प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय भोपाल।
2. निज सहायक, स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. संचालक, श्री कृष्ण हृदयालय एवं क्रिटीकल केयर सेंटर, कांग्रेस नगर चौराहस, धनतोंली नागपुर (महाराष्ट्र)
8. प्रभारी, एम.आई.एस. डिवीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।

संचालक(रा.बी.सहा.नि.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

मध्यप्रदेश शासन
चिकित्सा शिक्षा विभाग
मंत्रालय

क्रमांक एफ–4– 29/2016/55–2 भोपाल, दिनांक 5/05/2016

प्रति,

1– शासन के समस्त विभाग।
2– समस्त विभागाध्यक्ष, मध्यप्रदेश।
3– अध्यक्ष, राजस्व मण्डल, ग्वालियर।
4– समस्त संभागीय आयुक्त, मध्यप्रदेश।
5– समस्त जिलाध्यक्ष, मध्यप्रदेश।

विषय :– राज्य शासन के अधिकारयों/कर्मचारियों को राज्य के बाहर उपचारार्थ हेतु श्री कृष्णा हृदयालय एण्ड किटिकल केयर सेंटर नागपुर को मान्यता बावत्।

=00=

राज्य शासन एतद द्वारा श्री कृष्णा हृदयालय एण्ड क्रिटिकल केयर सेंटर नागपुर को मध्यप्रदेश सिविल सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियम, 1958 के नियम (ब) के अंतर्गत निम्न शर्तो के अधीन मध्यप्रदेश शासन के अधिकारियों/कर्मचारियों तथा उनके परिवार के आश्रितों को **कार्डियोलाजी (एंजियोप्लास्टी, एंजियोग्राफी एण्ड अदर कार्डियोलाजिकल इन्टरवेंशन लाईक बी.एम.वी. एवं पी.पी.आई.)** एवं **काडियोथोरेसिक सर्जरी** से संबंधित उपचार हेतु राज्य शासन द्वारा राज्य के अन्दर मान्यता प्राप्त संस्थाओं द्वारा निर्धारित दरों पर मान्यता प्रदान करता है :–

(1) जिस शासकीय सेवक या उसके परिवार के सदस्यों को वर्तमान नियमों के अंतर्गत निदान उपचार के लिये पात्रता है, उस शासकीय सेवक की पदस्थापना के निकटतम शासकीय स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय में संबंधित विभाग के कंसलटेंट को दिखाना होगा। कंसलटेंट द्वारा राज्य से बाहर निदान/ उपचार के नितांत आवश्यकता के प्रमाण–पत्र की जॉच एक समिति करेगी। जिसमें चिकित्सा महाविद्यालय के अधिष्ठाता तथा मेडिकल एवं सर्जरी विभाग के विभागाध्यक्ष रहेंगे।

(2) जिला मुख्यालयों पर उक्त प्रमाण–पत्र की जॉच सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक तथा रोगों से संबंधित विशेषज्ञ करेंगे।

(3) उपचार हेतु जाने के पूर्व नियमानुसार संबंधित अधिष्ठाता शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश से पूर्व अनुमति प्राप्त करना आवश्यक होगा।

(4) उक्त चिकित्सालय में उपचार व परीक्षण करवाने पर चिकित्सा प्रतिपूर्ति का निर्धारित दरों पर अथवा वास्तविक व्यय उसमें से जो भी कम हो, की अधिकारी/कर्मचारी या उसके परिवार का आश्रित, चिकित्सालय जिस हेतु मान्यता प्राप्त हैं उसके अतिरिक्त कोई चिकित्सा उक्त चिकित्सालय में कराता है तो शेष राशि का भार, वह स्वयं वहन करेगा।

(5) ऐसे रोग जिनके उपचार के लिये उपरोक्त हास्पीटल में सुविधायें उपलब्ध है एवं मध्यप्रदेश में सुविधायें उपलब्ध नहीं है, उनके लिये संबंधित अधिष्ठाता शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय मध्यप्रदेश द्वारा उपरोक्त चिकित्सालय में उपचार के लिये अनुशंसा की जावेगी।

(6) चिकित्सालय में शासन द्वारा जारी निर्धारित दरों की रेट लिस्ट चिकित्सालय में लगाई जाना आवश्यक होगा।

(7) शासकीय सेवक एवं उन पर आश्रित परिवार के सदस्यों से रजिस्ट्रेशन शुल्क नहीं लिया जायेगा।

:: 2 ::

125

(8) चिकित्सालय द्वारा राज्य शासन द्वारा निर्धारित दरों पर ही रोगी का इलाज किया जायेगा।

(9) संचालक, चिकित्सा शिक्षा या उनके द्वारा अधिकृत अधिकारी समय–समय पर जॉच कराने के लिये समस्त सुविधायें उपयुक्त स्तर का है, संस्थान की जॉच कर सकेंगे।

(10) चिकित्सालय द्वारा संचालक, चिकित्सा शिक्षा मध्यप्रदेश द्वारा निर्धारित प्रपत्रों में पूर्ण जानकारी रखी जायेगी तथा प्रतिमाह 7 तारीख को संचालक, चिकित्सा शिक्षा मध्यप्रदेश, भोपाल को भेजी जावेगी।

(11) शासन निर्धारित जॉच / इलाज की दरों की समीक्षा / पुनरीक्षित करने का अधिकार राज्य शासन को ही होगा।

(12) यह स्वीकृति आदेश जारी होने के दिनांक से 2 वर्ष अथवा नगर निगम की पंजीयन अवधि दिनांक 31/03/2017/अन्य वैधानिक पंजीयन अवधि तथा नर्सिंग होम की पंजीयन लिथि की वैधता जो भी पहले समाप्त हो, अर्थात् नगर निगम नागपुर द्वारा जारी पंजीयन अवधि दिनांक 31.3.2017 तक के लिए मान्यता प्रदान की जाती है।

2/– यह स्वीकृति वित्त विभाग के परिपत्र क्रमांक 1496/1097/2014/नियम/चार, दिनांक 25/08/2014 के अनुसार जारी की जा रही हैं।

मध्यप्रदेश के राज्यपाल के नाम से
तथा आदेशानुसार

5/5/16

(शर्मिला ठाकुर)
अवर सचिव
मध्यप्रदेश शासन
चिकित्सा शिक्षा विभाग
भोपाल, दिनांक 5/05/2016

पृ.क्रमांक एफ–4–29/2016/55–2
प्रतिलिपि :–

1. **महालेखाकार**, मध्यप्रदेश, ग्वालियर।
2. **प्रमुख सचिव**, मध्यप्रदेश शासन, वित्त विभाग, मंत्रालय, भोपाल।
3. **आयुक्त**, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश, भोपाल।
4. **आयुक्त**, चिकित्सा शिक्षा, मध्यप्रदेश, भोपाल।
5. **समस्त अधिष्ठाता**, चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल/सागर/ग्वालियर/जबलपुर/इन्दौर एवं रीवा, मध्यप्रदेश।
6. **संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक**, संबद्ध चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल/सागर/ग्वालियर/जबलपुर/ इन्दौर एवं रीवा, मध्यप्रदेश।
7. **संयुक्त संचालक**, जनसम्पर्क, मध्यप्रदेश, भोपाल।
8. **डॉ0 महेश फुलवानी, डायरेक्टर, श्री कृष्णा हृदयालय एण्ड क्रिटिकल केयर सेंटर नागपुर (महाराष्ट्र) की ओर सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु अग्रेषित।**

5/5/16

अवर सचिव
मध्यप्रदेश शासन
चिकित्सा शिक्षा विभाग