

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,
मध्यप्रदेश

क्रमांक-सी-6/एम. आर./मान्यता/सेल-2/1040 भोपाल, दिनांक 11/09/2019
प्रति,

समस्त,
मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
मध्यप्रदेश।

विषय:- राज्य के अंदर स्थित निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं को शासकीय सेवाओं एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों के उपचार/जांच हेतु नवीन मान्यता के सम्बन्ध में निर्देश।

—000—

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है, कि राज्य के अंदर स्थित निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं को शासकीय सेवाओं एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों के उपचार/जांच हेतु नवीन मान्यता हेतु अस्पतालों के प्रकरण संचालनालय को प्रस्तुत किये जा रहे हैं, प्रायः देखने में आ रहा है कि निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं द्वारा प्रकरण अधूरी जानकारी के साथ प्रकरण प्रस्तुत किये जा रहे हैं।

उपरोक्त के सम्बन्ध में लेख है कि निजी चिकित्सा संस्थाओं से निम्न अनुसार जानकारी सहित प्रस्तुत करने हेतु निर्देशित करने का कष्ट करें :-

1. Application Form for Recognition निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं द्वारा सम्पूर्ण जानकारी सहित भरकर प्रस्तुत किया जावे एवं शासन के निर्धारित दरों पर उपचार की सहमति प्रस्तुत की जावे।
2. नवीन मान्यता/अतिरिक्त मान्यता हेतु निर्धारित शुल्क रुपये 50,000/- जिले की रोगी कल्याण में जमा कराकर सील एवं मुद्रा सहित मूल रसीद प्रस्तुत कि जायें।
3. प्रायः देखने में आ रहा है कि पूर्व से मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं द्वारा मान्यता वृद्धि हेतु निर्धारित शुल्क रुपये 25,000/- जिले की रोगी कल्याण में जमा कराकर रसीद प्रस्तुत नहीं की जा रही है। ऐसे निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं को सख्त निर्देशित करे कि समय-सीमा में निर्धारित फीस शुल्क राशि जिले की रोगी कल्याण समिति में जमा कराकर मूल रसीद सहित प्रस्तुत करें।
4. जिन जांच/उपचार हेतु नवीन मान्यता/अतिरिक्त नवीन मान्यता निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं द्वारा चाही जाती है उसका स्पष्ट उल्लेख होना चाहिये एवं चाही गई जांच/उपचार के विगत 2 वर्षों में किये गये नंबर ऑफ केसेस की संख्या जांच/उपचार (Disease Wise) आपरेशन सर्जरी सहित प्रस्तुत कि जायें।

निरंतर -2

5. National Accreditation Board for Hospitals & Healthcare Providers (NABH) Certificate of Accreditation/PRE Accreditation (Progressive Level) Certificate/ PRE Accreditation Entry Level Certificate and Scope of service Color Copy में प्रस्तुत की जावें।
6. निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं में कार्यरत अंशकालिक एवं पूर्णकालिक चिकित्सकों की सूची पृथक-पृथक मय डिग्री सह रजिस्ट्रेशन नम्बर सहित प्रस्तुत की जावें।
7. जिन जांच/उपचार हेतु नवीन मान्यता/अतिरिक्त नवीन मान्यता निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं द्वारा चाही जाती है उनसे सम्बन्धित उपकरणों की स्पष्ट जानकारी प्रस्तुत की जावें।
8. कैंसर रोग के जांच/उपचार हेतु NABH Scope of service में Medical Oncology, Surgical Oncology and Radiation का उल्लेख होना आवश्यक है। इस हेतु निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं को निर्देशित करें।
9. हृदय रोग जांच/उपचार हेतु निजी चिकित्सालय में कैथ लेब होना आवश्यक है। इस हेतु निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं को निर्देशित करें।
10. आयुष्मान भारत (निरामय) योजना के अंतर्गत चिकित्सालय के पंजीकरण एवं उपचार की सहमति से अवगत करायें।

नोट :- अपने स्तर से परीक्षण कर संतुष्टि उपरांत ही संचालनालय को अग्रेषित करें।

संचालक स्वास्थ्य सेवायें द्वारा अनुमोदित

(डॉ. पी.के. चतुर्वेदी)

संयुक्त संचालक (एम.आर.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें

मध्यप्रदेश

पृ.क्रमांक-सी-6/एम. आर./मान्यता/सेल-2/1041 भोपाल, दिनांक 11/09/2019

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ

1. अवर सचिव, मध्यप्रदेश शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण की ओर सूचनार्थ।
2. निज सहायक स्वास्थ्य आयुक्त संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें स्थानीय कार्यालय।
3. समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, मध्यप्रदेश की ओर प्रेषित।
4. प्रभारी एम. आई. एस. की ओर दिनांक के वेबसाइट पर प्रदर्शित करने हेतु।

संयुक्त संचालक (एम.आर.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें

मध्यप्रदेश