



# राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

8 अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल  
मध्यप्रदेश

क्र./एन.एच.एम./एम.एच./2020/ 5587

भोपाल, दिनांक 26/06/2020

प्रति,

1. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
2. समस्त सिविल सर्जन सह. मुख्य अस्पताल अधीक्षक,  
मध्यप्रदेश।

**विषय : EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सकों को प्रावधानित प्रोत्साहन राशि के संबंध में।**

जैसा की विदित है, शासन द्वारा चिकित्सकों को EmOC- Emergency Obstetric Care/LSAS- Life Saving Anesthesia Skills में प्रशिक्षण दिया जाता है, जिसका उद्देश्य राज्य की सीमॉक संस्थाओं में सी-सेक्शन एवं Emergency Obstetric Care सुनिश्चित करना है। वर्ष 2020-21 में शासन द्वारा EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सकों द्वारा निम्न गतिविधि हेतु स्वीकृति प्रदान की है :-

1. EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सकों हेतु सी-सेक्शन करने पर प्रोत्साहन राशि का प्रावधान।
2. EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सकों हेतु जिला चिकित्सालयों में पदस्थ स्त्रीरोग/निश्चेतना विशेषज्ञ के अधीन Mentoring का प्रावधान।

**EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सकों हेतु सी-सेक्शन करने पर प्रोत्साहन राशि का प्रावधान।**

- EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सकों द्वारा माह में न्यूनतम 5 सी-सेक्शन करने पर प्रोत्साहन राशि की पात्रता होगी।
- एक माह के अंदर न्यूनतम 5 सी-सेक्शन करने पर प्रोत्साहन राशि रुपये 1200/- प्रति केस के मान से दिया जाना है। संस्था में किये गये 5 सी-सेक्शन के अतिरिक्त और सी-सेक्शन किये जाते हैं तो राशि का भुगतान प्रति केस के मान से किया जाए।
- किये गये सी-सेक्शन की रिपोर्टिंग निर्धारित प्रपत्र में चिकित्सक द्वारा की जायेगी। EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सक प्रपत्र में जानकारी भरकर एवं किये गये सी-सेक्शन की सूची संलग्न कर संस्था प्रभारी/विभाग प्रभारी द्वारा सत्यापित करवायेंगे। प्रभारी द्वारा ओ.टी. रजिस्टर के माध्यम से सी-सेक्शन की सूची का सत्यापन किया जायेगा।
- इसके उपरांत जिला चिकित्सालय पर पदस्थ EMOC/LSAS चिकित्सक द्वारा दी गई सिजेरियन सेवाओं का सत्यापन सिविल सर्जन द्वारा एवं उप जिला स्तरीय संस्थाओं पर पदस्थ EMOC/LSAS चिकित्सक द्वारा दी गई सिजेरियन सेवाओं का सत्यापन विकासखण्ड चिकित्सा अधिकारी द्वारा किया जायेगा। उक्त सत्यापन प्रक्रिया के उपरांत ही DAM/BAM द्वारा प्रोत्साहन राशि की कार्यवाही सुनिश्चित की जायेगी।
- EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सकों को Mentoring अवधि में भी प्रोत्साहन राशि की पात्रता होगी, जिसके लिये उक्त दर्शाई गई प्रक्रिया एवं निर्धारित प्रपत्र लागू होंगे। निर्धारित प्रपत्र के साथ चिकित्सक को स्पेशलिस्ट मेंटर द्वारा प्रमाणित प्रपत्र भी संलग्न करना होगा, जिसके उपरांत वह प्रोत्साहन राशि हेतु आवेदन प्रस्तुत करेंगे।
- यहाँ यह उल्लेखनीय है कि संस्था में पदस्थ EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सक किसी अन्य संस्था पर जाकर सी-सेक्शन सेवार्थे प्रदान करते हैं, तो उनका भुगतान Hiring of specialist गतिविधि (क्र.1.1.1.6 -A.1.6.6.3) से ही किया जायेगा। उपरोक्त दिशानिर्देश अन्य संस्था पर जाकर सिजेरियन सेवार्थे हेतु मान्य नहीं होंगे।

**चिन्हित जिला चिकित्सालयों में पदस्थ स्त्रीरोग/निश्चेतना विशेषज्ञ/PGMO के अधीन Mentoring का प्रावधान**

- यदि कोई EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सक Mentoring हेतु इच्छुक हों तो मेंटर विशेषज्ञ (स्त्री रोग अथवा निश्चेतना विशेषज्ञ/PGMO) हेतु प्रोत्साहन राशि प्रावधानित है।

- यह संज्ञान में लाना चाहेंगे कि Mentoring हेतु विशेषज्ञों को प्रोत्साहन राशि की पात्रता तभी होगी जब EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सकों द्वारा स्वतंत्र रूप से न्यूनतम 5 सी-सेक्शन Mentor विशेषज्ञ के नेतृत्व में प्रतिमाह किये जायेंगे। विशेषज्ञ हेतु प्रोत्साहन राशि का भुगतान राशि रूपये 1500/- प्रति केस प्रति चिकित्सक के मान से किया जायेगा।
- EmOC चिकित्सकों की Mentoring हेतु इच्छुक स्त्री रोग विशेषज्ञ अथवा पी.जी.एम.ओ. स्त्री रोग जो संस्था में पर्याप्त सी-सेक्शन करते हैं उन्हें Mentor चयनित किया जाये। उसी प्रकार LSAS प्रशिक्षित चिकित्सकों की Mentoring हेतु इच्छुक निश्चेतना विशेषज्ञ अथवा पी.जी.एम.ओ. निश्चेतना जो Spinal Anesthesia देने एवं असमायिक जटिलताओं का प्रबंधन करने में कुशल हो, उन्हें Mentor चयनित किया जाये।
- विशेषज्ञ Mentor द्वारा प्रोत्साहन राशि हेतु रिपोर्टिंग के लिये निर्धारित प्रपत्र का उपयोग किया जायेगा। प्रपत्र की जानकारी का सत्यापन विभाग प्रभारी द्वारा किया जायेगा जिसके उपरांत सिविल सर्जन द्वारा सत्यापन कर प्रोत्साहन राशि का भुगतान सुनिश्चित किया जायेगा।
- EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सक द्वारा Mentoring हेतु चयनित जिला चिकित्सालय एवं Mentoring करने वाले विशेषज्ञ की जानकारी उपसंचालक मातृ स्वास्थ्य को प्रेषित की जाये जिसके उपरांत उक्त गतिविधि हेतु बजट का आवंटन ई-वित्त में किया जायेगा।

उक्त गतिविधियों हेतु बजट का आवंटन ई-वित्त में गतिविधि क्रं- 8.4.1 के अंतर्गत सिविल सर्जन अथवा विकासखण्ड चिकित्सा अधिकारी के अधीन आवंटित किया जायेगा। यदि उक्त गतिविधि के अंतर्गत बजट प्राप्त नहीं हुआ है तथा संस्था में EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी सी-सेक्शन सेवायें दे रहे हैं, तो इसकी सूचना उपसंचालक मातृ स्वास्थ्य को दी जाये जिसके उपरांत बजट का आवंटन कर दिया जायेगा। EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सकों द्वारा प्रोत्साहन राशि हेतु निर्धारित प्रपत्र में प्रेषित की गई सी-सेक्शन की जानकारी की एक प्रतिलिपि मातृ स्वास्थ्य शाखा को ई-मेल आई.डी. - ddmhnm@mp.gov.in अथवा maternalhealthrch@gmail.com पर प्रेषित करना सुनिश्चित करें।

अतः आपसे अनुरोध है कि उपरोक्त प्रावधान एवं संबंधित दिशानिर्देशों से समस्त विकासखण्ड चिकित्सा अधिकारी एवं EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारियों को अवगत कराना सुनिश्चित करें।

संलग्न :

1. EmOC/LSAS प्रशिक्षित चिकित्सको द्वारा सी-सेक्शन की रिपोर्टिंग हेतु प्रपत्र।
2. विशेषज्ञ Mentor द्वारा रिपोर्टिंग हेतु प्रपत्र।
3. EmOC/LSAS चिकित्सको हेतु विशेषज्ञ Mentor द्वारा दिया जाने वाला प्रमाण पत्र।

(छवि भारद्वाज)

मिशन संचालक, एन.एच.एम.

मध्यप्रदेश

क्र./एन.एच.एम./एम.एच./2020/5588

भोपाल, दिनांक 26/06/2020

प्रतिलिपि -

1. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मध्यप्रदेश।
2. आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. अपर मिशन संचालक, एन.एच.एम. मध्यप्रदेश।
4. समस्त क्षेत्रीय संचालक, संभाग - भोपाल, इंदौर, जबलपुर, ग्वालियर, उज्जैन, रीवा, सागर, मध्यप्रदेश।
5. समस्त जिला स्वास्थ्य अधिकारी - 1, स्वास्थ्य सेवायें मध्यप्रदेश।
6. समस्त जिला कार्यक्रम प्रबंधक, मध्यप्रदेश।
7. समस्त विकासखण्ड चिकित्सा अधिकारी, मध्यप्रदेश।

मिशन संचालक, एन.एच.एम.

मध्यप्रदेश

**REPORTING FOR INCENTIVISATION OF C-SECTIONS FOR EmOC/LSAS DOCTORS**

**NAME OF THE DOCTOR:**

**EmOC/ LSAS:**

**REGULAR/ CONTRACTUAL:**

**PLACE OF POSTING:**

**NAME OF THE FRU WHERE C-SECTION CONDUCTED:**

**(Also mention name of the block and district)**

**MOBILE NUMBER:**

**Email ADDRESS:**

**No. of C-sections done:**

**Month:**

**(Should be >5 c-sections per month)**

**Signature of the doctor**

**Date:**

**Name and signature of the Facility in charge/**

**Head of the department:**

**(The figure of no. of C-sections may be cross checked using OT Register.)**

**VERIFICATION**

**(To be done by Civil Surgeon/ Block Medical Officer, as applicable)**

This is to verify that Dr. \_\_\_\_\_ has performed \_\_\_\_\_ C-sections in the month of \_\_\_\_\_. The incentives of Rs. \_\_\_\_\_ shall be released.

**Signature and seal of  
verifying officer**

**Date:**

**Note: After verification, this format along with attached line list of C-sections done must be shared with Maternal Health through email.**

**REPORTING FOR SPECIALIST MENTORS**

**NAME OF THE SPECIALIST:**

**OBG/ANAETHETIST/ PGMO OBG/ PGMO ANAESTHESIA:**

**DISTRICT HOSPITAL:**

**MENTORSHIP PROVIDED TO (Name of EmOC/ LSAS doctor):**

**No. of C-sections done:**

**Month:**

(Should be >5 c-sections per month)

**Signature of the specialist  
mentor**

**Date:**

**Name and signature of the  
Head of the department:**

**VERIFICATION**

**(To be done by Civil Surgeon)**

This is to verify that Dr. \_\_\_\_\_ has provided mentorship to the  
aforementioned EmOC/LSAS doctors for the duration \_\_\_\_\_.

The incentive of Rs. \_\_\_\_\_ for the specialist mentor shall be released.

**Signature and seal of  
verifying officer**

**Date:**

Monthly report by specialist mentor for EmOC/ LSAS trained doctors

NAME OF THE DOCTOR:

REGULAR/ CONTRACTUAL:

NAME OF THE FACILITY:

DISTRICT:

PLACE OF POSTING:

This is to certify that the above mentioned doctor has performed \_\_\_\_\_ number of C-sections in the month of \_\_\_\_\_ under my supervision.

Signature of EmOC/ LSAS doctor

Name and Signature of certifying specialist

Date: