(23)

संख्या–679 /चि0–3–2006–437/2002

"551"

प्रेषक,

आलोक कुमार जैन,
प्रमुख सचिव,
उत्तरांचल शासन।

सेवा में,

महानिदेशक,
चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण,
उत्तरांचल, देहरादून।

चिकित्सा अनुभाग-3

देहरादून: दिनांक 04 सितम्बर 2006

विषय :- **उत्तरांचल के सरकारी सेवकों की चिकित्सा परिचर्या के संबंध में दिशा-निर्देश ।**

महोदय,

उपर्युक्त विषयक शासनादेश संख्या-180/चि-2-2003-437/2002 दिनांक 20.12.2003 के अनुक्रम में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि उत्तरांचल के सेवारत एवं सेवानिवृत्त सरकारी कार्मिकों तथा उनके परिवार के आश्रित सदस्यों की प्रदेश के भीतर एवं प्रदेश के बाहर कराये गये चिकित्सा पर हुये व्यय की पूर्ति के संबंध में बड़ी संख्या में प्राप्त हो रहें दावों के त्वरित निस्तारण में अनुभव की जा रही व्यवहारिक कठिनाईयों तथा चिकित्सा उपचार, पैथालॉजिकल टेस्ट एवं दवाओं के मूल्य में वृद्धि को दृष्टिगत रखते हुये शासन द्वारा सम्यक विचारोपरान्त वर्तमान प्रक्रिया को सरल बनाने तथा कार्यालयाध्यक्षों, विभागाध्यक्षों एवं शासन के प्रशासनिक विभागों को किये गये प्रतिनिधायन को सीमा बढ़ाने का निर्णय लिया गया है।

2- अतएव श्री राज्यपाल महोदय प्रदेश के भीतर तथा प्रदेश के बाहर करायी गयी चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावों के परीक्षण/प्रतिहस्ताक्षरण तथा स्वीकृति हेतु उक्त शासनादेश दिनांक 20.12.2003 द्वारा की गयी व्यवस्था को संशोधित करते हुये निम्नांकित निर्धारित किये जाने के आदेश प्रदान करते है:-

प्रतिपूर्ति दावे की अधिकतम धनराशि	प्रतिहस्ताक्षरकर्ता अधिकारी	स्वीकर्ता अधिकारी
1)रू0 40,000.00 तक	राजकीय चिकित्सालय के अधीक्षक/मुख्य अधीक्षक जहाँ उपचार अथवा जहाँ से सन्दर्भित किया गया हो। अशासकीय चिकित्सालयों के प्रकरण में राजकीय चिकित्सालय के सक्षम प्राधिकारी।	कार्यालयाध्यक्ष

2)रू0 40,000.00 से अधिक किन्तु रू0 1,00,000.00 तक	उपचार प्रदान करने वाले अथवा सन्दर्भित करने वाले राजकीय चिकित्सालय के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक।	विभागाध्यक्ष
3)रू0 1,00,000.00 से अधिक किन्तु रू0 2,00,000.00 तक	कुमायूँ मण्डल हेतु अपर निदेशक, कुमायूँ मण्डल, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण तथा गढ़वाल मण्डल हेतु अपर निदेशक, गढ़वाल मण्डल, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण। अखिल भारतीय सेवाओं के अधिकारी एवं उनके परिवार के आश्रितों तथा उत्तरांचल सचिवालय, विधान सभा सचिवालय, राज्यपाल सचिवालय में कार्यरत/सेवानिवृत्त अधिकारियों, कर्मचारियों तथा उनके आश्रितों हेतु निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य उत्तरांचल।	शासन के प्रशासकीय विभाग
4) रू0 2,00,000.00 से अधिक	------तदैव-----	शासन के प्रशासकीय विभाग द्वारा चिकित्सा विभाग के परामर्श एवं वित्त विभाग की सहमति से।

3-<u>चिकित्सा अग्रिम:-</u>

सरकारी सेवक के उपचार हेतु उसके लिखित आवेदन पर देश के अन्दर चिकित्सा विभाग द्वारा विशिष्ट उपचार के लिये चिन्हित/सन्दर्भित चिकित्सालय/संस्थान के प्रमुख/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/प्रभारी प्रशासक द्वारा दिये गये व्यय प्राक्कलन के आधार पर प्रशासकीय विभाग द्वारा रू0 2,00,000/-तक की सीमा तक के व्यय प्राकलन पर अग्रिम स्वीकृत किया जा सकता है। रू0 2,00,000/-से अधिक के मामले में वित्त विभाग की सहमति प्राप्त करनी होगी। चिकित्सा उपचार अग्रिम हेतु वित्तीय हस्त पुस्तिका खण्ड पाँच भाग-एक के प्रस्तर-249 में निर्धारित सीमा रू0 25,000/-को इस सीमा तक संशोधित माना जाय।

उपरोक्त अग्रिम की स्वीकृति के सम्बन्ध में निम्न शर्तो का अनुपालन आवश्यक होगा:-

(क) ऐसे अग्रिम की धनराशि अनुमान्य व्यय आगणन के 75 प्रतिशत से अधिक न हो।

(ख) अग्रिम स्वीकृत होने की तिथि से तीन माह के अन्दर अथवा निरन्तर उपचार चलते रहने की दशा में उपचार समाप्ति के तीन माह के अन्दर, जो भी पहले हो उसके समायोजन हेतु प्रतिपूर्ति का दावा प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा।

21

(ग) अग्रिम का समय से समायोजन सुनिश्चित करने के लिये प्रत्येक कार्यालयाध्यक्ष एवं विभागाध्यक्ष के कार्यालय हेतु अधिकृत आहरण वितरण अधिकारी द्वारा ऐसे अग्रिमां का एक रजिस्टर सेवारत कर्मचारियों के लिये परिशिष्ट "क" में निर्धारित प्रपत्र पर रखा जायेगा जिसकी जांच प्रत्येक माह के प्रथम सप्ताह में उनके द्वारा की जायेगी। निर्धारित समय के अन्दर चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के दावों के प्रस्तुत न किये जाने पर अग्रिम की वसूली सम्बन्धित कर्मचारियों के वेतन से एक मुश्त कर ली जायेगी और एक मुश्त वसूली सम्भव न होने के कारणों के विस्तृत परीक्षण के बाद औचित्यपूर्ण स्थिति में मासिक किश्तों में न्यूनतम सम्भव वसूल किया जायेगा।

(घ) जब तक एक अग्रिम का समायोजन नही हो जाता, तब तक दूसरा अग्रिम किसी भी दशा में स्वीकृत नही किया जायेगा।

(ड.) अग्रिम के बिल पर आहरण-वितरण अधिकारी द्वारा यह प्रमाण-पत्र अंकित किया जाना आवश्यक होगा कि स्वीकृत अग्रिम की प्रविष्टि अग्रिम के निर्धारित रजिस्टर में कर ली गई है।

(च) फालोअप ट्रीटमेन्ट के लिये अग्रिम नहीं दिया जायेगा।

4- <u>चिकित्सा उपचार के व्यय प्रतिपूर्ति हेतु अनुमन्यता</u>:-

(i) <u>प्रदेश के भीतर चिकित्सा उपचार</u> :-

(क) प्रदेश के भीतर राजकीय चिकित्सालयों में उपचार कराये जाने पर अनुमन्य मदों पर व्यय की गई धनराशि की प्रतिपूर्ति की जायेगी। सामान्य बीमारी अथवा सामान्य दवा के कैश मेमो पर प्रतिपूर्ति अस्वीकार की जाय।

(ख) प्रदेश स्थित चिकित्सालयों द्वारा उपचार के दौरान ऐसी उपचार प्रणालियों/परीक्षणों जिनकी सुविधा राजकीय चिकित्सालयों मे उपलब्ध न हो, प्राधिकृत चिकित्सक द्वारा संदर्भित किये जाने पर गैर सरकारी चिकित्सालयों में किये गये उपचार के व्यय की प्रतिपूर्ति अखिल भारतीय आर्युविज्ञान संस्थान, नई दिल्ली की दरों अथवा वास्तविक व्यय जो भी कम हो, पर की जायेगी।

(ग) प्रदेश के भीतर गैर सरकारी चिकित्सालयों, निजी चिकित्सालयों/नर्सिंग होम में कराई गयी चिकित्सा पर हुये व्यय की प्रतिपूर्ति उन दरों पर की जायेगी जिन दरों पर इस प्रकार की चिकित्सा राजकीय चिकित्सालयों में कराने पर व्यय आता है। प्रतिपूर्ति की धनराशि वास्तविक दावे अथवा सरकारी चिकित्सालय में उक्त उपचार हेतु व्यय की धनराशि/दरों में से जो भी कम हो, देय होगी किन्तु ऐसी उपचार प्रणालियों/परीक्षण जिनकी सुविधा राजकीय चिकित्सालय में उपलब्ध न हो, पर व्यय की प्रतिपूर्ति अखिल भारतीय आर्युविज्ञान संस्थान, नई दिल्ली की दरों अथवा वास्तविक व्यय जो भी कम हो, पर प्रतिपूर्ति की जायेगी।

(घ) रूटीन बीमारियों का सरकारी चिकित्सालयों से इतर उपचार कराने हेतु प्राधिकृत चिकित्सक का संदर्भण आवश्यक होगा।

(ii) <u>प्रदेश के बाहर विशेषज्ञ चिकित्सा</u> :-

असाध्य एवं गम्भीर रोगों के उपचारार्थ प्रदेश स्थित चिकित्सालयों अथवा राजकीय मेडिकल कालेजों में समुचित व्यवस्था उपलब्ध न होने की स्थिति में प्रदेश स्थित

(20)

कार्यालयाध्यक्ष/विभागाध्यक्ष को वापस किया जाना सुनिश्चित करेंगें जो सम्बन्धित स्वीकर्ता अधिकारी से स्वीकृत आदेश प्राप्त करेंगें।

(iii) प्राधिकृत चिकित्सक के सन्दर्भ पर उन उपचार प्रणालियों/परीक्षणों, जिनकी सुविधा राजकीय चिकित्सालयों में न उपलब्ध हो प्रदेश स्थित गैर सरकारी चिकित्सालयों में कराये गये उपचार परीक्षण की प्रतिपूर्ति अखिल भारतीय आर्युविज्ञान संस्थान की दरों पर अथवा वास्तविक व्यय जो भी कम हो, पर तभी अनुमन्य होगी जब प्रतिहस्ताक्षरार्थ अधिकारी द्वारा यह प्रमाण पत्र दिया जायेगा कि राजकीय चिकित्सालयों में उक्त उपचार प्रणालियां/परीक्षण की सुविधा उपलब्ध नहीं है।

(iv) सेवानिवृत्त सरकारी सेवकों एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्य तथा मृत सरकारी सेवक के पारिवारिक पेंशन हेतु अर्ह सदस्यों की चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के दावे सम्बन्धित कार्यालयाध्यक्ष को अथवा उस कार्यालय में प्रस्तुत किये जायेंगें जहां से वह सेवानिवृत्त हुये हों। उ0प्र0 पुनर्गठन अधिनियम, 2000 के प्रस्तर-54 के साथ पठित शिड्यूल-8 के अनुसार उत्तरांचल राज्य के भौगोलिक क्षेत्र से पेंशन प्राप्त करने वाले पेंशनर्स जिस कोषागार से पेंशन प्राप्त कर रहे हों, द्वारा यह प्रमाणित करने पर उक्त पेंशनर किस विभाग से सेवानिवृत्त हुआ है तथा संबंधित कार्यालय उत्तरांचल के भौगोलिक क्षेत्र में नहीं था तथा उत्तरांचल क्षेत्र में स्थित विभागाध्यक्ष/प्रशासनिक विभाग द्वारा अधिकारों के प्रतिनिधायन के अनुसार स्वीकृत किया जायेगा तथा ऐसे भुगतान पेंशन के सुसंगत लेखा शीर्षक से करने के बाद दोनो राज्यों के मध्य धनराशि जनसंख्या के आधार पर प्रभाजित की जायेगी।

(v) ऐसे सरकारी सेवानिवृत्त सेवक जो पुर्ननियुक्ति पर कार्यरत हैं कि चिकित्सा प्रतिपूर्ति के मामले उनके मूल पैतृक विभाग के माध्यम से तथा जिस प्रदेश से उनकी पेंशन आहरित की जा रही होगी, उसी प्रदेश से नियमानुसार व्यवहरित किये जायेंगे।

(vi) इस सम्बन्ध मे यह भी स्पष्ट किया जाता है कि सेवानिवृत्त शासकीय सेवकों एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों तथा मृत सरकारी सेवकों के परिवारिक पेंशन हेतु अर्ह सदस्यों की चिकित्सा पर हुये व्यय की प्रतिपूर्ति के दावों का तकनीकी परीक्षण करने हेतु सम्बन्धित मण्डल वह मण्डल माना जायेगा, जहां से सेवानिवृत्त कर्मचारी/अधिकारी की पेंशन आहरित की जाती है। प्रदेश के बाहर पेंशन आहरित करने वाले अधिकारियों/कर्मचारियों के सम्बन्ध में उनका मण्डल वही माना जायेगा कि जिस मण्डल से कर्मचारी/अधिकारी सेवानिवृत्त हुआ हो।

7- उपरोक्त के अतिरिक्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा स्वीकृत किये जाने से पूर्व निम्नलिखित चेक लिस्ट के अनुसार औपचारिकतायें पूर्ण होना अनिवार्य होगा ।

<u>चेक लिस्ट</u>

- समस्त/बिल वाउचर की मूल प्रतिलिपि संलग्न हो।
- समस्त बिल/वाउचर चिकित्सक द्वारा सत्यापित हो।
- अनिवार्यता प्रमाण-पत्र संलग्न हो।
- अनिवार्यता प्रमाण-पत्र में रोगी का नाम, उपचार की अवधि तथा व्यय की गयी धनराशि अंकित हो तथा व्यय विवरण संलग्न हो।
- अनिवार्यता प्रमाण-पत्र में उल्लिखित उपचार अवधि के भीतर के तिथियों के ही बिल वाउचर का भुगतान किया जायेगा।

(19)

- अनिवार्यता प्रमाण-पत्र उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित तथा चिकित्सालय के प्रभारी अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित हो।
- प्रदेश से बाहर के चिकित्सा संस्थानों में उपचार कराये जाने की दशा में प्रशासकीय विभाग द्वारा कार्योत्तर स्वीकृति दी जानी होगी।

8- यह आदेश तात्कालिक प्रभाव से लागू माने जायेंगे तथा शासन संख्या-1180/चि0-2-2003-437/2002, दिनांक 20.12.2003, इस सीमा तक संशोधित स जाये।

9- यह आदेश वित्त विभाग की अशासकीय संख्या-432/वित्त-3/2006, दि 18.08.2006 में प्राप्त उनकी सहमति से जारी किये जा रहे है ।

संलग्नक :- यथोपरि।

भवदीय,

(आलोक कुमार जैन)
प्रमुख सचिव।

संख्या: 679 (1)/चि-3-2006-437/2002 तद्दिनांक ।

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

1. समस्त प्रमुख सचिव/सचिव, उत्तरांचल शासन।
2. स्टाफ आफिसर-मुख्य सचिव, उत्तरांचल शासन।
3. समस्त मण्डलायुक्त, उत्तरांचल।
4. समस्त जिलाधिकारी, उत्तरांचल।
5. समस्त विभागाध्यक्ष, उत्तरांचल।
6. निजी सचिव, मा0 मुख्यमंत्री जी, उत्तरांचल।
7. अपर निदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, गढ़वाल/कुमॉयू मण्डल, पौड़ी नैनीताल।
8. समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी, उत्तरांचल।
9. समस्त मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/अधीक्षक, जिला पुरूष एवं महिला चिकित्सालय उत्तरांचल।
10. सचिवालय के समस्त अनुभाग।
11. एन0आई0सी0।
12. गार्ड फाईल।

आज्ञा से,

(अतर सिंह)
उप सचिव

अनिवार्यता प्रमाण पत्र

बाह्य रोगी/अन्तः रोगी के रूप में उपचार हेतु

(8)

...0 .... प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी ....
...ी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता .... विभाग .... जो .... रोग से पीड़ित हैं/थे व मेरे उपचार में ...ाह्य रोगी के रूप में तथा/अथवा अन्तः रोगी के रूप में दिनांक .... से .... तक रहें ।

2. मेरे द्वारा विहित औषधि व परीक्षण जो संलग्न बाउचर के अनुसार हैं, रोगी की स्थिति में सुधार/निवारण के लिये आवश्यक थी । इसमें ऐसी औषधि सम्मिलित नहीं है, जिसके लिये समान थैरोप्यूटिक एफेक्ट वाला सस्ता पदार्थ उपलब्ध हैं न ही वह विनिर्मित सामग्री सम्मिलित है जो ...ाथमिक रूप से खाद्य पदार्थ, टायलेटरीज व डिसइन्फेक्टेन्ट हैं।

3. उपचार पर व्यय का विवरण :

(क)	औषधि पर व्यय	रू0 ....
(ख)	पैथोलोजिकल परीक्षण पर व्यय	रू0 ....
(ग)	रेडियोलोजिकल परीक्षण पर व्यय	रू0 ....
(घ)	विशेष परीक्षण पर व्यय	रू0 ....
(च)	शल्य क्रिया पर व्यय	रू0 ....
(छ)	अन्य व्यय (विवरण सहित)	रू0 ....
	योग	रू0 ....

रोगी को चिकित्सालय में भर्ती कर उपचार किये जाने की आवश्यकता थी/नहीं थी।

संलग्नक :- मेरे द्वारा उपरोक्त सत्यापित/अभिप्रमाणित बिल/बाउचर संख्या ....

हस्ताक्षर

चिकित्सक या शल्यक चिकित्सक

नाम योग्यता सहित सील

आकस्मिक स्थिति में बिना संदर्भण के अराजकीय चिकित्सालय में उपचार प्राप्त करने की दशा में प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी .... जो .... रोग से पीड़ित ...
/थी एवं उन्हें आकस्मिक स्थिति में तत्काल चिकित्सा उपचार की आवश्यकता थी व मेरे उपचाराधीन हैं/रहे ।

प्रतिहस्ताक्षर

प्राधिकृत चिकित्सक

हस्ताक्षर

चिकित्सक या शल्य चिकित्सक

नाम योग्यता सहित सील

प्रमाणपत्र
प्रतिहस्ताक्षर कर्ता अधिकारी

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी .... ने .... चिकित्सालय में उपचार किया तथा दी गई ...ित्सा सुविधा आवश्यक उपचार हेतु न्यूनतम थी तथा परीक्षण चिकित्सा परिचर्या नियमावली/संगत शासनादेशों के प्रावधानों के अनुसार किया ... है तथा प्रतिपूर्ति हेतु जो दरें प्रमाणित की गयी हैं, वे नियमानुसार वास्तविक दरें हैं।

हस्ताक्षर

प्रतिहस्ताक्षर कर्ता अधिकारी

17

परिशिष्ट "क"

देश के अंदर चिकित्सा परिचर्या हेतु स्वीकृत अग्रिमों का रजिस्टर

कार्यालय का नाम

क्र० सं०	कर्मचारी का नाम एवं पद	अग्रिम स्वीकृति आदेश संख्या एवं तिथि	स्वीकृत अग्रिम की धनराशि	अग्रिम आहरण की तिथि एवं वाउचर संख्या	प्रतिपूर्ति का दावा प्रस्तुत करने की निर्धारित तिथि	प्रतिपूर्ति के दावा कार्यालयध्यक्ष के कार्यालय से प्राप्त होने की वास्तविक तिथि	प्रतिपूर्ति के दावे भुगतान/अग्रिम की वसूली हेतु कृत कार्यवाही का विवरण	उपचार व्यय की प्रतिपूर्ति की स्वीकृति आदेश की संख्या एवं तिथि	प्रतिपूर्ति हेतु स्वीकृत धनराशि	समायोजन हेतु अग्रिम की अवशेष धनराशि यदि कोई हो	अग्रिम की अवशेष धनराशि यदि कोई हो जमा करने संबंधी ट्रेजरी चालान की संख्या एवं तिथि तथा जमा की गयी धनराशि	समायोजन बिल की संख्या एवं तिथि	आहरण -वितरण अधिकारी द्वारा जांच के हस्ताक्षर
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.