

प्रेषक,

मिशन निदेशक,
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ०प्र०,
लखनऊ।

सेवा में,

समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी,
उत्तर प्रदेश।

4483-75

पत्रांक:- एन०एम०एम०/एस०पी०एम०यू०/एच०एम०आई०एस०-पी०आई०पी०/2015-16/03/

दिनांक: 4/8/2017

विषय:- ब्लॉक डाटा इन्ट्री ऑपरेटर की मोबिलिटी सपोर्ट हेतु बजट आवंटन एवं व्यय हेतु मानकों के सम्बन्ध में।

महोदय/महोदया,

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत भारत सरकार से प्राप्त आर०ओ०पी० 2017-18 (ROP F.No. 10(7)/2017-NHM-I Dated 06.06.2017) में प्राप्त स्वीकृति एवं राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के राज्य कार्यकारी समिति की 99वीं बैठक दिनांक 30.06.2017 के एजेण्डा मद संख्या 99.70 में लिये गये निर्णय के क्रम में, मिशन फ्लैक्सीपूल में एच०एम०आई०एस० एवं एम०सी०टी०एस० के अन्तर्गत एफ०एम०आर० कोड संख्या बी15.3.1.5.2 "Mobility Support for HMIS & MCTS at District level" हेतु निम्नानुसार बजट स्वीकृत किया गया है:-

"An amount of Rs. 29.52 lacs is sanctioned under Budget Head FMR code B.15.3.1.5.2 for HMIS & MCTS mobility support @ Rs. 300/Month/block for 12 months (FY 2017-2018). Expenditure should be based on Govt. norms. Block should share the visit plan with the district. TA/DA should be as per extant rules"

एच०एम०आई०एस० एवं एम०सी०टी०एस० पोर्टल पर शत प्रतिशत फैंसिलिटी बेस्ड रिपोर्टिंग हेतु ब्लॉक एम०सी०टी०एस० ऑपरेटर के लिए आर०ओ०पी० 2017-18 में रू० 300/- प्रति माह की दर से ब्लाक के अन्तर्गत आने वाले स्वास्थ्य केंद्रों में शत-प्रतिशत फैंसिलिटी बेस्ड रिपोर्टिंग हेतु टी०ए०/डी०ए० हेतु प्राविधानित किया गया है (District should share the visit plan with the state. TA/DA should be as per extant rules)। उक्त मानकानुसार ब्लॉक वैलिडेशन समिति के निर्देशों के क्रम में प्रत्येक वित्तीय वर्ष में ऑपरेटर द्वारा प्रति माह कम से कम 02 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों/उपकेंद्रों में विजिट, इस शर्त के अनुसार कि ब्लॉक के अधीन आने वाले समस्त स्वास्थ्य इकाईयों में कम से कम 01 विजिट सुनिश्चित की जा सके, विजिट के दौरान ऑपरेटर द्वारा एच०एम०आई०एस० एवं एम०सी०टी०एस० चेकलिस्ट के आधार पर निम्नलिखित बिन्दुओं पर कार्यवाही करने की आवश्यकता होगी-

- एम०सी०टी०एस० एवं एच०एम०आई०एस० हेतु ब्लॉक स्तर पर प्रेषित होने वाले डाटा को उपकेंद्रों/प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के मैनुअल रिकार्ड से मिलान एवं पुष्टीकरण करना।
- एम०सी०टी०एस० एवं एच०एम०आई०एस० से संबंधित डाटा की गुणवत्ता का परीक्षण करना। विशेषकर एम०सी०टी०एस० ट्रेकिंग प्रारूप पर ए०एन०एम० द्वारा लाभार्थियों के सही मोबाईल नम्बर का अंकन किया जाना सुनिश्चित करना।
- ए०एन०एम० द्वारा रिपोर्टिंग सम्बन्धित समस्याओं की जानकारी संकलित करना एवं प्रारूप भरने में उनकी हेल्प होल्डिंग करना।
- ऑपरेटर द्वारा स्वास्थ्य केंद्रों में भ्रमण की रिपोर्ट एवं प्रदेश स्तर से जारी चेकलिस्ट को भरकर ब्लॉक कार्यक्रम प्रबन्धक को प्रस्तुत करना।
- ब्लॉक कार्यक्रम प्रबन्धक एवं ब्लॉक चिकित्सा अधीक्षक द्वारा भ्रमण आख्या, चेकलिस्ट एवं टी०ए०/डी०ए० आदि का सत्यापन कर जिला कार्यक्रम प्रबन्धक को प्रेषित किया जाना एवं जनपद स्तर से टी०ए०/डी०ए० का भुगतान ससमय किया जाना।

उपरोक्त के क्रम में वित्तीय वर्ष 2017-18 में स्वीकृति के रूप में ब्लॉक स्वास्थ्य इकाइयों में ब्लॉक ऑपरेटर हेतु रु0 300/- प्रति ब्लॉक प्रति माह की दर से धनराशि जनपदों को अवमुक्त की जा रही है। जनपदवार अवमुक्त की जाने वाली धनराशि का विवरण निम्नवत् है:-

FMR Code: B.15.3.1.5.2 Mobility Support for HMIS & MCTS at District level

S.No.	District	No. of Block DEOs	Approved Budget for Mobility Support for HMIS and MCTS @ Rs. 300.00/Month/Block PMU for 12 Months
Col.1	Col.2	Col.3	Col.4= Col.3 x Rs 300 x 12
1	Agra	15	54000.00
2	Aligarh	12	43200.00
3	Allahabad	20	72000.00
4	Ambedkar Nagar	9	32400.00
5	Amethi	13	46800.00
6	Amroha (JP Nagar)	6	21600.00
7	Auraiya	7	25200.00
8	Azamgarh	22	79200.00
9	Baghpat	6	21600.00
10	Bahraich	14	50400.00
11	Ballia	17	61200.00
12	Balrampur	9	32400.00
13	Banda	8	28800.00
14	barabanki	15	54000.00
15	Barcilly	15	54000.00
16	Basti	14	50400.00
17	Bijnor	11	39600.00
18	Budaun	15	54000.00
19	Bulandshahar	16	57600.00
20	Chandauli	9	32400.00
21	Chitrakoot	5	18000.00
22	Deoria	16	57600.00
23	Etah	8	28800.00
24	Etawah	8	28800.00
25	Faizabad	11	39600.00
26	Farukkhabad	7	25200.00
27	Fatehpur	13	46800.00
28	Firozabad	9	32400.00
29	Gautam Buddha Nagar	4	14400.00
30	Ghaziabad	4	14400.00
31	Ghazipur	16	57600.00
32	Gonda	16	57600.00
33	Gorakhpur	19	68400.00
34	Hamirpur	7	25200.00
35	Hapur	4	14400.00
36	Hardoi	19	68400.00
37	Hathras	7	25200.00
38	Jalaun	9	32400.00
39	Jaunpur	21	75600.00
40	Jhansi	8	28800.00
41	Kannauj	8	28800.00
42	Kanpur Dehat	10	36000.00
43	Kanpur Nagar	10	36000.00
44	Kasganj	7	25200.00
45	Kaushambi	8	28800.00
46	Kushi Nagar (Padrauna)	14	50400.00
47	Lakhimpur Kheri	15	54000.00
48	Lalitpur	6	21600.00
49	Lucknow	8	28800.00
50	Maharajganj	12	43200.00
51	Mahoba	4	14400.00
52	Mainpuri	9	32400.00
53	Mathura	10	36000.00

S.No.	District	No. of Block DEOs	Approved Budget for Mobility Support for HMIS and MCTS @ Rs. 300.00/Month/Block PMU for 12 Months
Col.1	Col.2	Col.3	Col.4= Col.3 x Rs 300 x 12
54	MAU	9	32400.00
55	Meerut	12	43200.00
56	MIRZAPUR	12	43200.00
57	Moradabad	8	28800.00
58	Muzaffar Nagar	9	32400.00
59	Pilibhit	7	25200.00
60	Pratapgarh	17	61200.00
61	Raebareli*	18	64800.00
62	Rampur	6	21600.00
63	Saharanpur	11	39600.00
64	Sambhal	8	28800.00
65	Sant Kabir Nagar	9	32400.00
66	Sant Ravidas Nagar (Bhadohi)	6	21600.00
67	Shahjahanpur	15	54000.00
68	Shamali	5	18000.00
69	Shrawasti	5	18000.00
70	Siddharth Nagar	14	50400.00
71	Sitapur	19	68400.00
72	Sonbhadra	8	28800.00
73	Sultanpur	13	46800.00
74	Unnao	16	57600.00
75	Varanasi	8	28800.00
Total		820	2952000.00

रु0 29,52,000.00 (रु0 उन्तीस लाख बावन हजार मात्र)

*पत्रांक: एम.डी.-कैम्प/2014-15/1647 दिनांक: 04.12.2014 के क्रम में जनपद अमेठी के 03 विकास क्षेत्र-सलोन, छतोह एवं डीह को जनपद रायबरेली में सम्मिलित करते हुए धनराशि निर्गत की जा रही है।

अतः उपरोक्त दी गयी फांट के अनुसार तैनात किये गये समस्त ब्लॉक डाटा-इंट्री ऑपरेटर के टी0ए0/डी0ए0 का भुगतान वित्तीय नियमों का पालन करते हुए "Mobility Support for HMIS & MCTS at District level" हेतु धनराशि रु0 29,52,000.00 (रु0 उन्तीस लाख बावन हजार मात्र) जनपदों को अवमुक्त की जा रही है। कृपया उक्त मानकों के अनुसार एच0एम0आई0एस0/एम0सी0टी0एस0 मद में स्वीकृत धनराशि का नियमानुसार व्यय एफ0एम0आर0 कोड संख्या बी15.3.1.5.2 से किया जाना सुनिश्चित करें तथा विवरण ससमय प्रेषित करें।

व्यय सम्बन्धी विस्तृत दिशा-निर्देश:

उक्त धनराशियों का व्यय "ऑपरेशनल गाइडलाइन्स फॉर फाइनेन्शियल मैनेजमेन्ट" में दी गयी व्यवस्था तथा अन्य प्रभावी संगत नियमों एवं निर्देशों का पालन करते हुये सक्षम अधिकारी की अनुमति प्राप्त करके ही किया जाए। निम्न निर्देशों का अनिवार्यतः पालन सुनिश्चित करें।

1. धनराशि का आवंटन मात्र आपको व्यय करने के लिये प्राधिकृत नहीं करता, अपितु ऑपरेशनल गाइडलाइन फॉर फाइनेन्शियल मैनेजमेन्ट में दी गयी व्यवस्था, वित्तीय नियमों, शासनादेशों, अन्य प्रभावी नियमों/निर्देशों एवं कार्यकारी समिति द्वारा निर्धारित प्रक्रिया का पालन करते हुए, सक्षम प्राधिकारों की स्वीकृति के उपरान्त ही व्यय नियमानुसार किया जाए। जिस कार्यक्रम/मद में धनराशि आवंटित की गयी है उसी सीमा तक व्यय नियमानुसार किया जाये।
2. स्वीकृत मद का पुर्नविनियोग (re-appropriation) राज्य कार्यकारी समिति, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश की अनुमति के बिना कदापि न किया जाये। साथ ही साथ यह भी सुनिश्चित किया जाये कि एक कार्यक्रम की धनराशि दूसरे कार्यक्रमों में स्थानान्तरित न की जाये। धनराशि के व्यय में यदि कोई अनियमितता होती है तो इसके लिए आप स्वयं उत्तरदायी होंगे।
3. जिला स्वास्थ्य समित एवं समस्त इकाइयों के वित्तीय अभिलेख कैशबुक, बैंक बुक, लेजर, चैक इश्यू रजिस्टर, स्थायी सम्पत्तियों का रजिस्टर आदि लेखापुस्तकों में सभी प्रविष्टियाँ समय से पूर्ण कराये साथ ही समयानुसार सत्यापन भी सक्षम अधिकारी करना सुनिश्चित करें।
4. जिला स्वास्थ्य समिति एवं समस्त इकाइयों के बैंक समाधान विवरण प्रत्येक माह के अन्त में तैयार करना सुनिश्चित कराये जिससे बैंक खातों तथा सोसाइटी एवं समस्त इकाइयों के लेखों में कोई भिन्नता न रहे।

5. आपके स्तर से समस्त इकाइयों को अग्रिम के रूप में अवमुक्त की गयी धनराशियों के उपयोगिता प्रमाणपत्र प्राप्त करते हुए अपनी लेखापुस्तकों में समायोजन दर्शाना सुनिश्चित करें।
6. प्रत्येक माह का मासिक व्यय विवरण (एफ0एम0आर0) लेखापुस्तकों की प्रविष्टियों से मिलान कर तैयार किया जाये तथा यह भी सुनिश्चित कर लें कि प्रत्येक माह की एफ0एम0आर0 में दर्शायी गयी धनराशि एवं लेखापुस्तकों में प्रविष्टि की गयी धनराशि में मदवार कोई अन्तर न रहें।
7. व्यय से सम्बन्धित समस्त लेखाबहियों, बिल बाउचर्स व अन्य अभिलेखों को अपने स्तर पर सुरक्षित रखें एवं नियुक्त मासिक कान्करेन्ट आडिटर, स्टेटचूरी आडिटर, महालेखाकार की आडिट एवं सक्षम निरीक्षण अधिकारी हेतु उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।
8. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत उपलब्ध कराये गये आपरेशनल गाइडलाइन्स फार फाइनेन्शियल मैनेजमेन्ट (अद्यावधिक संशोधित) में दिये गये दिशा निर्देशों एवं प्रक्रिया का पालन समस्त स्तरों पर किया जाना सुनिश्चित करें।
9. भारत के नियंत्रक/महालेखा परीक्षा द्वारा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश, के परफार्मेन्स आडिट रिपोर्ट में उठाई गयी मुख्य आपत्तियों के परिप्रेक्ष्य में मुख्य सचिव, महोदय उत्तर प्रदेश शासन के निर्देशों के अन्तर्गत गठित समिति की दिनांक 01.06.2012 को सम्पन्न हुई बैठक में समिति द्वारा की गयी संस्तुतियों की प्रति पत्र संख्या SPMU/NRHM/ACCOUNT/490-8 दिनांक 13.06.2012 के द्वारा करायी गयी है, को संज्ञान में लेना सुनिश्चित करें।

उपरोक्त निर्देशों का पालन प्रत्येक स्तर पर सुनिश्चित किया जाये। नियमों का पालन न करने एवं वित्तीय अभिलेखों का रख-रखाव ठीक न होने के कारण यदि धनराशि का व्यय नियमानुसार नहीं पाया जाता है या अन्य कोई वित्तीय अनियमितता प्रकाश में आती है तो इसके लिये जनपद के मुख्य चिकित्साधिकारी, सम्बन्धित अधिकारी/कर्मचारी व्यक्तिगत रूप से उत्तरदायी होंगे।

भवदीय


(आलोक कुमार)
मिशन निदेशक

पत्रांक:-एन0एच0एम0/एस0पी0एम0यू0/एच0एम0आई0एस0-पी0आई0पी0/2015-16/03/

तददिनांक

प्रतिलिपि:-निम्नलिखित को सादर सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

1. प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तर प्रदेश शासन।
2. महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य, स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, उत्तर प्रदेश, लखनऊ।
3. महानिदेशक, परिवार कल्याण, परिवार कल्याण महानिदेशालय, उत्तर प्रदेश, लखनऊ।
4. समस्त मण्डलायुक्त, उत्तर प्रदेश।
5. समस्त जिलाधिकारी/अध्यक्ष जिला स्वास्थ्य समिति, उत्तर प्रदेश।
6. समस्त मण्डलीय अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तर प्रदेश।
7. समस्त मण्डलीय परियोजना प्रबंधक, एन0एच0एम0, उत्तर प्रदेश।
8. समस्त जिला कार्यक्रम प्रबन्धक, एन0एच0एम0, उत्तर प्रदेश।
9. समस्त महाप्रबन्धक, एस0पी0एम0यू0-एन0एच0एम0, उत्तर प्रदेश।

(डॉ० प्रवीर पांडा)
महाप्रबन्धक (एम0आई0एस0)

Supportive Supervision - HMIS/MCTS Checklist

Name of District: _____	Name of Block: _____
Name & Type of Health Facility: _____ Type _____	Level of delivery point (If App. - L1,L2,L3): _____
Catchment population: _____	No of Sub centers : _____ No of Villages : _____
Date of previous visit to Facility: _____	Distance from Head Quarter to facility: _____
Date of Visit:(DD/MM/YY) _____	Name of reporting person at facility: _____
Designation of reporting person at facility: _____	Name and designation of visitor: _____

Action Taken on last visit report (date of last visit):

Section I : Information on infrastructure and HMIS/MCTS practices at facility

S.No	HMIS/MCTS Practices/Hardware	Yes	No	NA	Additional Remarks
1	Infrastructure/Review meetings and Trainings				
1.1	Health facility situated at Block HQ				
1.2	Health facility having internet connection (Broadband)				
1.3	Health facility having exclusive power backup for computer i.e. Inverter /Generator set				
1.4	Last month review meeting held & HMIS/MCTS feedback shared (Yes/No) (verify with meeting minutes)				
1.5	HMIS/MCTS data quality issue discussed in review meeting (Yes/No) (verify from presentation if shared)				
1.6	Any feedback are being provide to ANM on HMIS/MCTS data from Block/District HQ (Yes/No)				
1.7	ANM have received training on HMIS/MCTS ? (Yes/No) (If Yes provide date or month /Year)	MM/YY			
2	Health Management Information System(HMIS)				
2.1	Health facility having separate functional computer system for HMIS				
2.2	Health facility having dedicated computer operator for HMIS				
2.3	Name of computer operator for HMIS				
2.4	Mobile No of computer operator for HMIS				
2.5	Is computer operator trained on HMIS (If Yes provide date or month /Year)	MM/YY			
2.6	Health facility having appropriate printed format for HMIS reporting				
2.7	Health facility reported in appropriate HMIS format for last month				
2.8	Health facility aware of reporting period of HMIS (Period- 21st to 20th OR 16th to 15th of Month or any other please specify)				
2.9	Health facility reported HMIS as per decided period in last month				
2.10	How many data elements are blank in last month HMIS report? (in Numbers)				
2.11	How many data elements are zero in the last month report?(in Numbers)				
2.12	Health facility did validation rule in HMIS reporting for last month				
2.13	How many validation error are found in last month report (in Numbers)				
2.14	Health facility uploading data on portal at which level for last month	Health facility	Block HQ	Dist. HQ	

S.No	HMIS/MCTS Practices/Hardware	Yes	No	NA	Additional Remarks
3	Mother and Child Tracking System (MCTS)				
3.1	ANM submitted MCTS/RCH register at MCTS data entry point for last week , If other specify				
3.2	ANM received MCTS generated workplan for last week				
3.3	ANM updating the services in MCTS by using USSD application /MCTS-MCH register/workplan				
4	MCTS, Collect from MCTS data entry point				
4.1	Health facility having seperate computer for MCTS				
4.2	Health facility having functional printer for MCTS				
4.3	Health facility having dedicated computer operator for MCTS				
4.4	Name of computer operator for MCTS				
4.5	Mobile No of computer operator for MCTS				
4.6	Does computer operator trained on MCTS (If Yes provide date or month /Year)				
4.7	No of Sub centers entered data for Pregnant women registration (verify from MCTS portal) (in number)				
4.8	No of Sub centers entered data for child registration (verify from MCTS portal) (in number)				
4.9	workplan generated for number of facilities/sub centers/ANMs (verify from MCTS portal) (in number)				
4.10	Number of ANMs using USSD application to update the services in MCTS (Verify from MCTS portal) (in number)				
4.11	Does MCTS/RCH register log maintained at Block/Data entry Point ? (Yes/No)				

Section II: Understanding of record maintenance

S. no	Record	Register available? (YES/NO/NA)	The register is used by the facility? (Yes/No/NA)	The fields are matching with HMIS formats (YES/NO/NA)	Updated and Correctly filled (Yes/No/NA)	Person responsible (Designation)	Remarks
1	OPD Register						
2	IPD Register						
3	ANC Register/Pregnancy register						
4	JSY Register						
5	PNC Register						
6	Laboratory Register						
7	Line listing of severely anemic pregnant women						
8	Labour room register /delivery Register						
9	FP-Operation Register (OT)						
10	OT Register						
11	FP Register						
12	Immunization Register						
13	Blood Bank stock register						
14	Referral Register (In and Out)						
15	MDR Register						
16	Infant Death Review and Neonatal Death Review						
17	Ophthalmology register						
18	Rogi Kalyan Samiti register						
19	New RCH/MCTS register Asha wise						

Section III: Understanding HMIS formats and Source documents (one form for each interviewer)
Name: _____ **Designation:** _____

S.No	Understanding of Data Element – HMIS format	Yes	No (write NA if Not applicable)	Source documents (write name)	Additional Remarks
1	Pregnancy Care				
1.1	Total number of pregnant women Registered for ANC				
1.2	Number registered within first trimester (within 12 weeks)				
1.3	Number of pregnant women received 3 ANC check ups				
1.4	Total number of pregnant women given 100 IFA tablets				
1.5	Pregnant women given TT2 or Booster during pregnancy				
1.6	Pregnant women diagnosed with anemia i.e. Hb level <11 (tested cases)				
1.7	Pregnant women with anemia (Hb <7) treated at institution				
1.8	Number of cases of pregnant women with Obstetric Complications and attended at Public facilities				
1.9	Number of complicated pregnancies treated with IV antibiotics				
1.10	Number of complicated pregnancies treated with IV Antihypertensive/Magsulph				
1.11	Number of complicated pregnancies treated with with IV Oxytocin				
1.12	Number of complicated pregnancies treated with blood transfusion				
2	Child Birth				
2.1	Deliveries conducted at home				
2.2	Deliveries conducted at home and attended by SBA				
2.3	Deliveries conducted at facility				
2.4	C-Section deliveries performed at facility				
3	Post natal Mother & Child care				
3.1	Number of women discharged under 48 hours of delivery conducted at Public Institutions				
3.2	Total number of male and male live births				
3.3	Total number of male and female live births				
3.4	Number of Newborns weighed at birth				
3.5	Number of Newborns having weight less than 2.5 kg				
3.6	Number of Newborns breast fed within 1 hour				
3.7	Number of new born visited within 24 hours of delivery for deliveries conducted at home				
3.8	Number of Infants (0 to 11 months old) received Measles immunization (First Dose)				
3.9	Fully Immunization Child (9-11 month old) (BCG+DPT123+OPV123+Measles)				
3.10	Fully Immunization Child (12-23 month old) (BCG+DPT123+OPV123+Measles)				
4	Reproductive Age Group				
4.1	Total Number of NSV or Conventional Vasectomy conducted at facilities				
4.2	MTPs conducted at public institutions up to 12 weeks of pregnancy				
4.3	Total Number of Laparoscopic sterilizations conducted at facilities				
4.4	Number of Mini-lap sterilizations conducted at facilities				
4.5	Number of Post-Partum IUD insertions (within 48 hours of delivery) conducted at facilities				
4.6	Number of IUD Insertions conducted at facilities				

List out 5 major actionable points for HMIS agreed upon action: