स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५

नेपाल राजपत्रमा प्रकाशन मिति

२०७६।०२।२७

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा ३९ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी नेपाल सरकारले देहायका नियमहरू बनाएको छ ।

परिच्छेद–१

प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ : (१) यी नियमहरुको नाम "स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५" रहेको छ।

(२) यो नियमावली तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।

२. परिभाषा : विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस नियमावलीमा,-

(क) "ऐन" भन्नाले स्वाथ्य बीमा ऐन, २०७4 सम्झनु पर्छ।

(ख) "कार्यक्रम" भन्नाले ऐनको दफा ५ बमोजिमको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सम्झनु पर्छ।

(ग) "दर्ता अधिकारी" भन्नाले नियम ११ बमोजिम नियुक्त भएको व्यक्ति सम्झनु पर्छ।

(घ) "दर्ता सहयोगी" भन्नाले नियम १२ बमोजिम नियुक्त भएको व्यक्ति सम्झनु पर्छ।

(ङ) "परिचयपत्र" भन्नाले नियम ६ को उपनियम (१) बमोजिम कार्यक्रममा आबद्ध भए बापत बीमितलाई प्रदान गरिएको परिचयपत्र सम्झनु पर्छ।

(च) "प्रतिष्ठान" भन्नाले मुनाफा आर्जन गर्ने वा नगर्ने गरी उद्योग, व्यवसाय वा सेवा सञ्चालन गर्ने उद्देश्यले प्रचलित कानून बमोजिम स्थापना भएको कुनै कम्पनी, प्राइभेट फर्म, साझेदारी फर्म, सहकारी संस्था वा संघ वा यस्तै प्रकृतिका अन्य संस्था सम्झनु पर्छ।

(छ) "प्रथम सेवा बिन्दु" भन्नाले नियम ७ को उपनियम (१) बमोजिम बीमितले सर्वप्रथम स्वास्थ्य सेवा लिने गरी रोजेको स्वास्थ्य संस्था सम्झनु पर्छ।

(ज) "बीमालेख" भन्नाले नियम ६ बमोजिम जारी भएको स्वास्थ्य बीमालेख सम्झनु पर्छ।

(झ) "स्थानीय तह" भन्नाले गाउँपालिका वा नगरपालिका सम्झनु पर्छ।

(ञ) "स्वास्थ्यकर्मी" भन्नाले प्रचलित कानून बमोजिम दर्ता भई स्वास्थ्य परीक्षण, उपचार वा औषधी सिफारिस गर्ने चिकित्सक वा अन्य स्वास्थ्यकर्मी सम्झनु पर्छ।

परिच्छेद–२

कार्यक्रममा आबद्धता सम्बन्धी व्यवस्था

३. आबद्धता : (१) कार्यक्रममा सहभागिताको लागि पाँच जनासम्म सदस्य रहेको परिवारलाई एक एकाइ मानिनेछ।

(२) कुनै परिवारमा पाँच जनाभन्दा बढी सदस्य भएमा बढी भएजति सदस्यको हकमा प्रति व्यक्ति अनुसूची-१ बमोजिमको योगदान रकम भुक्तानी गर्ने गरी कार्यक्रममा आबद्ध हुन सकिनेछ।

(३) प्रचलित कानून बमोजिम राष्ट्रसेवक मानिने व्यक्तिको परिवारको पाँच जना सदस्य बराबर एक एकाइ हुने गरी निज कार्यरत कार्यालयले कार्यक्रममा आबद्ध गर्नु पर्नेछ।

(४) प्रतिष्ठानको हकमा प्रति श्रमिक तथा कर्मचारीको परिवारको पाँच जना सदस्य बराबर एक एकाइ हुने गरी प्रतिष्ठानले कार्यक्रममा आबद्ध गर्नु पर्नेछ।

(५) वृद्धाश्रम, अनाथालय, सुधार गृह, संरक्षण गृह लगायतका संस्थाहरूमा आश्रित सबै व्यक्तिहरूलाई परिवार सरह एकाइ मानी सोही आधारमा कार्यक्रममा आबद्ध गर्नु पर्नेछ।

(६) यस नियममा अन्यत्र जुनसुकै कुरा उल्लेख भएको भए तापनि सत्तरी बर्ष उमेर पुगेका प्रत्येक जेष्ठ नागरिकलाई एक एकाइ मानी कार्यक्रममा आबद्ध गर्नु पर्नेछ।

४. परिचय पत्रको प्रतिलिपि पेश गर्नु पर्ने : वैदेशिक रोजगारमा जाने कामदारले वैदेशिक रोजगारको लागि श्रम स्वीकृति प्राप्त गर्न निवेदनसाथ स्वास्थ्य बीमाको परिचयपत्रको प्रतिलिपि पेश गर्नु पर्नेछ।

तर स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम लागू नभएका जिल्लाको हकमा यो व्यवस्था अनिवार्य हुने छैन।

५. आबद्ध हुने माध्यम : (१) स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध हुने माध्यम देहाय बमोजिम हुनेछः-

(क) दर्ता सहयोगी मार्फत,

(ख) बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत विद्युतीय दर्ता प्रणालीद्वारा।

(२) कार्यक्रममा आबद्धताका लागि नेपाल सरकार वा अन्तर्गतको निकायबाट जारी गरिएको परिचय खुल्ने जुनसुकै लिखतलाई आधार मान्न सकिनेछ।

६. स्वास्थ्य बीमालेख राख्ने : (१) बोर्डले कार्यक्रममा आबद्ध परिवारका प्रत्येक सदस्यको नाममा दर्ता सहयोगी मार्फत अनुसूची–२ बमोजिमको ढाँचामा बीमालेख जारी गरी प्रत्येक बीमितलाई छुट्टा छुट्टै परिचयपत्र प्रदान गर्नु पर्नेछ।

(२) कुनै कारणवश परिचयपत्र नष्ट भएमा, च्यातिएमा वा हराएमा बोर्डले पचास रुपैयाँ दस्तुर लिई सम्बन्धित बीमितलाई पुनः परिचयपत्र प्रदान गर्नु पर्नेछ।

(३) दर्ता सहयोगीले उपनियम (१) बमोजिम परिचयपत्र प्रदान गर्दाको बखत बीमितले पाउने सेवा सुविधा सम्बन्धमा सम्पूर्ण जानकारी दिनु पर्नेछ।

(४) उपनियम (१) बमोजिम प्रदान गरिने परिचयपत्र सेवा क्रियाशील भएको मितिदेखि एक वर्षसम्म बहाल रहनेछ।

तर कार्यक्रम अन्तर्गत उपलब्ध हुने सुविधाको लागि तोकिएको सीमाभित्रको रकम एक वर्ष नपुग्दै सकिएमा एक वर्ष पुग्न बाँकी रहेको अवधिसम्म निजले कार्यक्रम अन्तर्गत उपलब्ध हुने अन्य कुनै पनि सेवा सुविधा लिन पाउने छैन ।

७. सेवा प्रदायक रोज्नु पर्ने : (१) बीमितले सेवा प्रदायकहरूमध्ये कुन सेवा प्रदायकबाट उपचार सेवा लिने हो सो कुरा कार्यक्रममा आबद्ध हुँदाको बखतमा रोज्नु पर्नेछ।

(२) बीमितले उपनियम (१) बमोजिम आफूले रोजेको प्रथम सेवा बिन्दुको रुपमा रहेको सेवा प्रदायकबाट स्वास्थ्य सेवा लिनु पर्नेछ।

(३) उपनियम (१) बमोजिमको सेवा प्रदायकबाट बीमितले आवश्यक सेवा प्राप्त गर्न नसकेमा त्यस्तो सेवा प्रदायकबाट निजलाई प्रदान गरिने प्रेषण पुर्जाको आधारमा प्रेषित गरिएको सेवा प्रदायकबाट मात्र सेवा लिनु पर्नेछ।

(४) उपनियम (२) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि आकस्मिक अवस्थामा बीमितले जुनसुकै सेवा प्रदायकबाट सेवा लिन सक्नेछ।

(५) बीमितले उपनियम (१) बमोजिम रोजेको सेवा प्रदायक परिवर्तन गर्नु पर्ने भएमा आफैं वा दर्ता सहयोगी मार्फत दर्ता अधिकारी समक्ष अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ।

(६) उपनियम (५) बमोजिम निवेदन प्राप्त भएको तीन दिनभित्र दर्ता अधिकारीले सेवा प्रदायक परिवर्तन गरी सम्बन्धित निवेदकलाई जानकारी दिनु पर्नेछ।

८. नवीकरण गर्नु पर्ने : (१) बीमितले नियम ६ को उपनियम (४) बमोजिमको अवधि समाप्त हुनुभन्दा एक महिना अगावै अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचाको निवेदन सहित योगदान रकम संलग्न गरी नवीकरणको लागि निवेदन दिनु पर्नेछ।

(२) दर्ता अधिकारीले उपनियम (१) बमोजिम प्राप्त निवेदन तीन दिनभित्र नवीकरण गरी सोको जानकारी सम्बन्धित निवेदकलाई दिनु पर्नेछ।

९. परिवर्तन सम्बन्धी व्यवस्था : (१) कुनै बीमितले प्रथम सेवा बिन्दु, घरमुली र सदस्य सङ्ख्या परिवर्तन गर्नु परेमा अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचामा दर्ता अधिकारी समक्ष निवेदन दिनु पर्नेछ ।

(२) उपनियम (१) बमोजिम निवेदन प्राप्त भएको सात दिनभित्र दर्ता अधिकारीले आवश्यक विवरण परिवर्तन गरी सम्बन्धित निवेदकलाई जानकारी दिनु पर्नेछ।

१०. सेवा सुविधा लागू हुने समय : बीमितको सेवा सुविधा लागू हुने समय देहाय बमोजिम हुनेछ :-

(क) बैशाख देखि असार महिनासम्म दर्ता वा नवीकरण भएकोमा सोही वर्षको भदौ एक गतेदेखि,

(ख) साउन देखि असोज महिनासम्म दर्ता वा नवीकरण भएकोमा सोही वर्षको मङ्सिर एक गतेदेखि,

(ग) कात्तिक देखि पुस महिनासम्म दर्ता वा नवीकरण भएकोमा सोही वर्षको फागुन एक गतेदेखि,

(घ) माघ देखि चैत महिनासम्म दर्ता वा नवीकरण भएकोमा अर्को वर्षको जेठ एक गतेदेखि।

११. दर्ता अधिकारी सम्बन्धी व्यवस्था : (१) बोर्डले स्थानीय तहमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्नको लागि आवश्यक सङ्ख्यामा दर्ता अधिकारी नियुक्ति गर्न सक्नेछ।

(२) उपनियम (१) बमोजिम नियुक्त दर्ता अधिकारीको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ :-

(क) योगदान रकम लिई बीमालेख दर्ता तथा नवीकरण गर्ने, गराउने,

(ख) कार्यक्रमको बारेमा जनचेतनामूलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने, गराउने,

(ग) बीमितको पहिचानमा विवाद भएमा समाधान गर्ने र समाधान हुन नसकेमा बोर्ड समक्ष निर्णयका लागि लेखी पठाउने,

(घ) दर्ता सहयोगीलाई बीमालेख दर्ता, नवीकरण वा सो सम्बन्धी अन्य कार्यमा परिचालन गर्ने,

(ङ) दर्ता सहयोगीको कामको अनुगमन तथा सुपरीवेक्षण गर्ने,

(च) बोर्डले तोके बमोजिमका अन्य कार्यहरु गर्ने।

(३) दर्ता अधिकारीको योग्यता, भर्ना प्रक्रिया, पारिश्रमिक र सेवाका अन्य शर्त तथा सुविधा बोर्डले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ।

१२. दर्ता सहयोगी सम्बन्धी व्यवस्था : (१) बोर्डले बीमालेख दर्ता गर्ने प्रयोजनका लागि प्रत्येक स्थानीय तहसँग समन्वय गरी प्रत्येक वडामा कम्तीमा एक जनाको दरले दर्ता सहयोगी नियुक्ति गर्नु पर्नेछ।

(२) उपनियम (१) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि नेपाली सेना, नेपाल प्रहरी, सशस्त्र प्रहरी बल, नेपाल र यस्तै प्रकृतिका अन्य सङ्गठनको हकमा सोही सङ्गठनबाट दर्ता सहयोगी नियुक्त गर्न सकिनेछ।

(३) दर्ता सहयोगीको नियुक्तिको लागि छनौट प्रक्रिया अनुसूची-४ बमोजिम र निजहरुसँग हुने सम्झौताको ढाँचा तथा निजहरुको सेवाका अन्य शर्त एवं सुविधा सम्बन्धी व्यवस्था अनुसूची-५ बमोजिम हुनेछ।

(४) देहायको योग्यता भएको व्यक्ति दर्ता सहयोगीको पदमा नियुक्ति हुन योग्य हुनेछः-

(क) नेपाली नागरिक,

(ख) महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको हकमा प्रवेशिका परिक्षा वा सो सरह तथा अन्य व्यक्तिको हकमा मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालयबाट प्रविणता प्रमाणपत्र तह वा सो सरह उत्तीर्ण गरेको ।

(५) दर्ता सहयोगीले निजलाई तोकेको जिम्मेवारी पूरा नगरेमा वा बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत दर्ता प्रक्रिया सुरु भएमा बोर्डले जुनसुकै बखत निजलाई जिम्मेवारीबाट हटाउन सक्नेछ।

(६) उपदफा (५) बमोजिम तोकेको जिम्मेवारी पूरा नगरेको कारणबाट दर्ता सहयोगीलाई जिम्मेवारीबाट हटाउनु परेमा निजलाई आफ्नो सफाइ पेश गर्ने मनासिब माफिकको मौका दिनु पर्नेछ।

परिच्छेद–३

कार्यक्रममा समावेश नहुने सेवा

१३. एम्बुलेन्स सेवा : (१) कार्यक्रम अन्तर्गत आकस्मिक अवस्थामा बाहेक अन्य अवस्थामा एम्बुलेन्स सेवा प्रदान गरिने छैन।

(२) उपनियम (१) बमोजिम आकस्मिक अवस्थामा प्रदान गरिने एम्बुलेन्स सेवा अन्तर्गत अति गरिबको परिचयपत्र प्राप्त गरेका वा अति अशक्त अपाङ्गता (रातो कार्ड) भएका बीमितलाई प्रथम सेवा बिन्दुसम्म पुग्नको लागि लागेको यातायात खर्च वा बढीमा दुई हजार रुपैयाँमध्ये जुन कम हुन्छ सोही रकम उपलब्ध गराउन सकिनेछ।

१४. कार्यक्रममा समावेश नहुने अन्य सेवाहरु : देहायका सेवाहरु स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा समावेश हुने छैनन् :-

(क) वार्षिक रुपमा बोर्डले तोके भन्दा बढी मूल्यका चस्मा, श्रवण यन्त्र, सेतो छडी र वैशाखी,

(ख) पोलिएको, गम्भीर अपाङ्गगताको लागि गरिने उपचार, ओठ तालु काटिएकोमा गरिने सर्जरी बाहेकको प्लास्टिक तथा कस्मेटिक सर्जरी,

(ग) दाँत उखेल्ने (एक्सट्याक्सन), दाँत वा गिँजाबाट पिप निकाल्ने (एब्सेस) र दाँत सम्बन्धी घाउचोट (डेन्टल ट्रमा) को प्राथमिक व्यवस्थापन बाहेकको दन्त उपचार।

परिच्छेद-४

योगदान रकम र सुविधा योजना

१५. योगदान रकम : (१) कार्यक्रममा आबद्ध हुँदा लाग्ने योगदान रकम अनुसूची-१ बमोजिम हुनेछ।

(२) प्रतिष्ठानको हकमा सो प्रतिष्ठानले व्यहोर्ने योगदान रकमको अनुपात राष्ट्रसेवक कर्मचारीहरुका लागि तोकिएको योगदान रकमभन्दा कम हुने छैन।

(३) बीमितको कार्यक्रम अन्तर्गत उपलब्ध हुने सुविधाको लागि तोकिएको कुनै पनि रकम खर्च नभई अर्को वर्ष नियमित नवीकरण भएमा बीमितलाई योगदान रकममा दश प्रतिशत छुट हुनेछ।

(४) बीमितले कार्यक्रममा सहभागी हुन तिरेको रकम कुनै पनि कारणबाट फिर्ता हुने छैन र सो रकम सेवा उपयोग नगरेको कारणले अर्को वर्षको लागि सञ्चित भएको पनि मानिने छैन।

(५) मृत्यु, बसाईसराई, विवाह वा अन्य कुनै कारणले बीमित परिवारको सदस्य सङ्ख्या घटेमा भुक्तानी भईसकेको योगदान रकम फिर्ता हुने छैन र निजको सट्टा अर्को सदस्य थप्ने सुविधा पनि पाइने छैन।

१६. व्यहोर्ने योगदान रकम : (१) कार्यक्रममा आबद्धताको लागि नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार वा स्थानीय तहले व्यहोर्ने योगदान रकम देहाय बमोजिम हुनेछ :-

(क) प्रचलित कानून बमोजिम अति गरिबको परिचयपत्र प्राप्त परिवारको योगदान रकमको शतप्रतिशत,

(ख) अति अशक्त अपाङ्गता, कुष्ठरोगी, एच.आई.भी. सङ्क्रमित, जटिल खालका क्षयरोग (एम.डि.आर.टि.बि.) बिरामी भएकाको परिवारको योगदान रकमको शतप्रतिशत,

(ग) सत्तरी वर्ष उमेर पुगेका जेष्ठ नागरिकको योगदान रकमको शतप्रतिशत,

(घ) महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका संलग्न भएको परिवारको योगदान रकमको पचास प्रतिशत।

(२) उपनियम (१) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि प्रदेश सरकार वा स्थानीय तहले नेपाल सरकारबाट अनुदान प्राप्त गरी वा आफ्नै स्रोतबाट आर्थिक रुपले विपन्न तथा गरिब लगायतका लक्षित वर्गको लागि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन गरेको अवस्थामा सोको लागि नेपाल सरकारले थप योगदान रकम व्यहोर्ने छैन।

१७. सुविधा सम्बन्धी व्यवस्था : (१) बोर्डले ऐनको दफा ५ बमोजिमका सेवा अन्तर्गत प्रदान गरिने सुविधा बोर्डको सिफारिसमा नेपाल सरकारले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ।

(२) बीमितले देहाय बमोजिमको रकमको हदसम्म मात्र सेवा प्राप्त गर्न सक्नेछ :-

(क) पाँचजनासम्मको सदस्य रहेको परिवारका लागि प्रति परिवार प्रति वर्ष एक लाख रुपैयाँसम्म,

(ख) पाँच जनाभन्दा बढी सदस्य रहेको परिवारको हकमा प्रति सदस्य थप बीस हजार रुपैयाँका दरले प्रति वर्ष अधिकतम दुई लाख रुपैयाँसम्म,

(ग) सत्तरी वर्ष उमेर नाघेका जेष्ठ नागरिकले मात्र उपयोग गर्ने गरी एकलाख रुपैयाँसम्म,

(घ) खण्ड (ग) बमोजिमको सुविधामा नदोहोरिने गरी संवत् २०७६ साल साउन १ गते देखि लागू हुने गरी बीमितलाई अनुसूची-६ मा उल्लिखित रोगहरुको उपचारको लागि थप एक लाख रुपैयाँसम्म ।

(३) उपनियम (२) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि कुनै बीमितको सदस्यता सक्रिय रहेको अवधिभित्र शिशु जन्मेमा नवजात शिशुलाई बीमितको सदस्यता बहाल रहने अवधिसम्मको लागि थप योगदान रकम नलिई सेवा प्रदान गर्नु पर्नेछ।

(४) सत्तरी वर्ष उमेर नाघेका जेष्ठ नागरिकले उपनियम (२) को खण्ड (ग) बमोजिमको सुविधा उपयोग गरे पछि सो उपनियमको खण्ड (क) बमोजिमको सुविधा बाँकी रहेछ भने सो समेत उपयोग गर्न पाउनेछ।

(५) उपनियम (१) र (२) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि बोर्डले समय समयमा सुविधाको सीमा पुनरावलोकन गर्न सक्नेछ।

(६) उपनियम (५) बमोजिमको सुविधाको सीमा पुनरावलोकन गर्नु अघि बोर्डले नेपाल सरकार, अर्थ मन्त्रालयको सहमति लिनु पर्नेछ।

परिच्छेद – ५

सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको सूचीकरण र सेवा प्रदान गरे बापतको रकमको भुक्तानी

१८. सूचीकरण सम्बन्धी व्यवस्था : (१) यस नियमावली बमोजिम सेवा प्रवाह गर्न चाहने प्रचलित कानून बमोजिम स्थापना भएका स्वास्थ्य संस्थाले सूचीकरणको लागि बोर्ड समक्ष अनुसूची-७ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ।

(२) उपनियम (१) बमोजिम प्राप्त निवेदन उपर बोर्डले आवश्यक छानबिन तथा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको स्थलगत निरीक्षण गरी उपयुक्त ठानेमा सम्बन्धित निवेदक स्वास्थ्य संस्थासँग अनुसूची-८ बमोजिमको ढाँचामा सम्झौता गरी सेवा प्रदायकको रुपमा सूचीकरण गर्नु पर्नेछ।

(३) उपनियम (२) बमोजिम गरिएको सम्झौताको अवधि पाँच वर्षको हुनेछ।

(४) सेवा प्रदायकले उपनियम (३) बमोजिम सम्झौताको अवधि समाप्त हुनुभन्दा कम्तीमा दुई महिना अगावै नवीकरण गर्नको लागि बोर्ड समक्ष निवेदन दिनु पर्नेछ।

(५) उपनियम (४) बमोजिम निवेदन परेकोमा नियम १९ को अवस्थामा बाहेक बोर्डले आवश्यकता अनुसार उक्त सेवा प्रदायकको निरीक्षण वा अनुगमन गरी प्राप्त प्रतिवेदन समेतको आधारमा नवीकरण गर्न उपयुक्त देखेमा त्यस्तो सेवा प्रदायकको सम्झौता नवीकरण गर्न सक्नेछ।

१९. सम्झौता स्थगन वा रद्द गर्न सकिने : (१) बोर्डले देहायका अवस्थामा सेवा प्रदायकसँगको सम्झौता स्थगन वा रद्द गर्न सक्नेछ :-

(क) सम्झौता बमोजिमको सेवा उपलब्ध नगराएमा,

(ख) अभिलेख अद्यावधिक गरेको नदेखिएमा वा झुठा प्रतिवेदन पेश गरेमा,

(ग) कार्यक्रम सञ्चालनमा लापरबाही गरेमा वा आफनो संस्थामा त्यस्तो सेवा उपलब्ध हुँदाहुँदै अन्यत्र प्रेषण गरेमा,

(घ) बोर्डले आफैं वा बोर्डले गठन गरेको तेस्रो पक्ष सम्मिलित मूल्याङ्कनबाट उठाइएका विषयहरु सेवा प्रदायकले निर्धारित समयावधिभित्र पूरा नगरेमा।

(२) उपनियम (१) बमोजिम सम्झौता स्थगन वा रद्द गर्नु अघि बोर्डले सम्बन्धित सेवा प्रदायकलाई सफाइ पेश गर्न मनासिब माफिकको मौका दिनु पर्नेछ।

(३) उपनियम (२) बमोजिम पेश भएको सफाइ सन्तोषजनक नदेखिएमा बोर्डले तीन महिनाको लागि सम्झौता स्थगन गर्न वा पूर्णरुपमा रद्द गर्न सक्नेछ।

(४) उपनियम (३) बमोजिम सम्झौता स्थगन वा रद्द भएको सेवा प्रदायकले सेवा प्रवाहमा सन्तोषजनक सुधार गरेको पर्याप्त आधार सहित निवेदन दिएमा बोर्डले आवश्यक छानबिन गरी सम्झौता बमोजिमका सेवा पुनः सुचारु हुने कुरामा बोर्ड विश्वस्त भएमा स्थगन वा रद्द भएको सम्झौता फुकुवा गर्न वा पुनः सम्झौता गर्न सक्नेछ।

२०. सेवा उपलब्ध गराउने : (१) प्रथम सेवा बिन्दुका रूपमा सेवा प्रदान गर्ने सेवा प्रदायकले बीमितलाई उपचार सेवा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

(२) उपनियम (१) बमोजिमको सेवा प्रदायकले बीमितलाई आवश्यक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन नसक्ने भएमा सोही व्यहोरा उल्लेख गरी अनुसूची-९ बमोजिमको ढाँचामा प्रेषण पूर्जी भरी त्यस्तो सेवा उपलब्ध हुने नजिकको अन्य सेवा प्रदायकमा पठाउनु पर्नेछ।

(३) प्रथम सेवा बिन्दु बाहेकका सेवा प्रदायकले आकस्मिक अवस्थामा बाहेक अन्य अवस्थामा उपनियम (२) बमोजिमको प्रेषण पूर्जीको आधारमा मात्र बीमितलाई सेवा दिनु पर्नेछ।

(४) बीमितलाई प्रेषण गर्ने र प्रेषण गरिएको दुवै सेवा प्रदायकले त्यस्तो बीमितको दर्ता तथा डिस्चार्ज लगायतका अन्य विवरणहरु सुरक्षित राख्नु पर्नेछ।

(५) सेवा प्रदायकले सेवा प्रदान गर्दा लाग्न सक्ने अनुमानित खर्चको रकमबारे बीमितलाई सेवा सुरु गर्नु अगावै जानकारी गराउनु पर्नेछ।

(६) सेवा प्रदायकले बीमितलाई मन्त्रालयले निर्धारण गरेको मापदण्ड अनुरूप सेवा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

तर त्यस्तो मापदण्ड नबनेसम्म प्रचलित pkrf/ ;++lxtf -k|f]6f]sn_ प्रोटोकल अनुरुप सेवा उपलब्ध गराउन सकिनेछ।

(७) विशेषज्ञ सेवा प्रदान गर्ने सेवा प्रदायकले बीमितलाई प्रारम्भिक सेवा उपलब्ध गराउँदा अनिवार्य रुपमा रोग पहिचान छनोट प्रक्रिया अपनाई सेवा प्रदान गर्नु पर्नेछ।

२१. भुक्तानी सम्बन्धी व्यवस्था : (१) सेवा प्रदायकले ऐनको दफा ११ बमोजिमको रकम भुक्तानी दाबी गर्दा बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत दाबी प्रविष्ट गर्नु पर्नेछ।

(२) उपनियम (१) बमोजिम प्रविष्ट दाबी रकमको मूल्याङ्कन बोर्डले गर्नु पर्नेछ।

(३) उपनियम (२) बमोजिम मूल्याङ्कन कार्य सम्पन्न गरेको पन्ध्र दिनभित्र दाबी रकम बैङ्किङ्ग प्रणाली मार्फत सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी गरिनेछ र सोको जानकारी बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत सम्बन्धित सेवा प्रदायकलाई दिनु पर्नेछ।

(४) सेवा प्रदायकवाट प्रवाह हुने विभिन्न सुविधाको भुक्तानीको दर र विधि बोर्डले समय समयमा तोके बमोजिम हुनेछ।

(५) सेवा प्रदायकले नियम विपरीत सेवा प्रवाह गरेमा त्यस्तो सेवा बापतको रकम भुक्तानी गर्न बोर्ड बाध्य हुने छैन।

(६) भुक्तानी सम्बन्धी अन्य व्यवस्था बोर्डले बनाएको कार्यविधि बमोजिम हुनेछ।

२२. पेश्की सम्बन्धी व्यवस्था : (१) बोर्डले सेवा प्रदायकलाई सम्झौता बमोजिम उपचारका लागि आवश्यक रकम पेश्की स्वरूप अग्रिम रुपमा उपलब्ध गराउन सक्नेछ।

(२) उपनियम (१) बमोजिमको पेश्की रकम सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी गरिने रकमबाट कट्टा गरिनेछ।

२३. सेवा प्रदायकको काम र कर्तव्य : सेवा प्रदायकको काम र कर्तव्य देहाय बमोजिम हुनेछ :-

(क) बीमितलाई शिष्टता पूर्वक व्यवहार गर्ने,

(ख) बीमितलाई सम्झौता बमोजिमको सुविधाको प्याकेज गुणस्तरीय रुपमा प्रदान गर्ने र उक्त प्याकेज निरन्तर उपलब्ध हुने व्यवस्था सुनिश्चित गर्ने,

(ग) दर्ता तथा सोधपुछका लागि उचित प्रबन्ध मिलाउने,

(घ) बोर्डले तोकेको निश्चित प्रक्रिया र ढाँचामा अभिलेख राखी बोर्ड समक्ष प्रतिवेदन पेश गर्ने,

(ङ) स्वास्थ्य संस्थाको आफ्नै परिसरमा औषधी वितरण कक्षको व्यवस्थापन गर्ने र औषधी उपलब्ध गराउने,

(च) सेवाग्राहीको गुनासो सुनुवाई र सो को व्यवस्थापन गर्ने, गराउने ।

परिच्छेद–६

औषधी सम्बन्धी व्यवस्था

२४. औषधी आपूर्ति तथा वितरण व्यवस्था : (१) सेवा प्रदायकले चौबीसै घण्टा औषधी उपलब्ध गराउने गरी औषधी बिक्री वितरण कक्ष (फार्मेसी) को व्यवस्था गर्नु पर्नेछ।

(२) उपनियम (१) बमोजिमको कक्ष नेपाल सरकारले तोकेको मापदण्ड अनुरुप हुनु पर्नेछ।

(३) सेवा प्रदायकले कार्यक्रम अन्तर्गत आकस्मिक र बहिरङ्ग सेवाका लागि वितरण गर्ने औषधीको विवरण बोर्डले समय समयमा निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ।

परिच्छेद – ७

समिति र उजुरी सम्बन्धी व्यवस्था

२५. प्रदेश स्वास्थ्य बीमा संयोजन समिति : (१) स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धमा समन्वय गर्न प्रत्येक प्रदेशमा प्रदेश सरकारले तोके बमोजिमको एक प्रदेश स्वास्थ्य बीमा संयोजन समिति रहनेछ ।

(२) उपनियम (१) बमोजिमको समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार प्रदेश सरकारले तोके बमोजिम हुनेछ।

(३) उपनियम (१) बमोजिमको समितिको सञ्चालन सम्बन्धी व्यवस्था सो समिति आफैंले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ।

२६. स्थानीय तह स्वास्थ्य बीमा संयोजन समिति : (१) प्रत्येक स्थानीय तहमा स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्न सहजीकरण गर्ने लगायतका कार्य गर्नको लागि स्थानीय सरकारले तोके बमोजिमको एक स्थानीय तह स्वास्थ्य बीमा संयोजन समिति रहनेछ।

(२) उपनियम (१) बमोजिमको समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार स्थानीय सरकारले तोके बमोजिम हुनेछ।

(३) उपनियम (१) बमोजिमको समितिको सञ्चालन सम्बन्धी व्यवस्था सो समिति आफैंले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ।

२७. दाबी समीक्षा र मूल्याङ्कन समिति : बोर्डले कार्यक्रम अन्तर्गत सेवा प्रदायकबाट प्रदान गरिने सेवा बापत भुक्तानी हुनु पर्ने रकमको लागि बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत प्राप्त दाबीहरुको भुक्तानी गर्ने प्रक्रियाको सम्बन्धमा कुनै विवाद देखिएमा सो विषयमा आवश्यक छानबिन गरी सिफारिस गर्ने प्रयोजनको लागि देहाय बमोजिमको एक दाबी समिक्षा तथा मूल्याङ्कन समिति गठन गर्नु पर्नेछ:-

(क) विशेषज्ञ चिकित्सक – संयोजक

(ख) रेडियोलोजिष्ट – सदस्य

(ग) प्याथोलोजिष्ट – सदस्य

(घ) नर्सिङ्ग अधिकृत – सदस्य

(ङ) फर्मासिष्ट – सदस्य

(च) जनस्वास्थ्य विज्ञ – सदस्य

(छ) बोर्डको अधिकृत स्तरको कर्मचारी – सदस्य-सचिव

२८. उजुरी सम्बन्धी व्यवस्था : (१) बीमितले सेवा प्रदायक उपर उजुरी गर्न चाहेमा कार्य भए गरेको मितिले नब्बे दिन भित्र अनुसूची-10 बमोजिमको ढाँचामा बोर्ड वा दर्ता अधिकारी समक्ष उजुरी दिन सक्नेछ।

(२) उपनियम (१) बमोजिम पर्न आएका उजुरीहरु दर्ता अधिकारीले बोर्डमा यथाशीघ्र पेश गर्नु पर्नेछ।

२९. विवाद समाधान समिति : (१) नियम २८ बमोजिम बोर्डमा पर्न आएका उजुरीहरुको छानबिन गरी आवश्यक कारबाहीका लागि बोर्ड समक्ष सिफारिस गर्न बोर्डले देहाय बमोजिमको विवाद समाधान समिति गठन गर्न सक्नेछ :-

(क) बोर्डबाट मनोनित कानून वा न्यायको क्षेत्रमा कम्तीमा पाँच वर्षको अनुभव हासिल गरेको व्यक्ति – अध्यक्ष

(ख) बोर्डले तोकेको स्वास्थ्य सेवाको विषयगत विज्ञ – सदस्य

(ग) बोर्डमा कार्यरत अधिकृत स्तरको प्रतिनिधि – सदस्य-सचिव

(२) उपनियम (१) बमोजिमको विवाद समाधान समितिले आवश्यकता अनुसार विषय विशेषज्ञलाई बैठकमा आमन्त्रण गर्न सक्नेछ।

(३) उपनियम (१) बमोजिमको विवाद समाधान समितिको बैठक सम्बन्धी कार्यविधि सो समितिले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ ।

(४) उपनियम (१) बमोजिमको विवाद समाधान समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ :-

(क) समितिमा परेका उजुरीहरुको छानबिन गरी बोर्ड समक्ष आवश्यक कारबाहीका लागि सिफारिस गर्ने,

(ख) झुठ्ठा उजुरी गर्ने बीमित उपर छानबिन गरी कारबाहीका लागि बोर्ड समक्ष सिफारिस गर्ने,

(ग) उजुरीकर्तालाई परेको हानी वा क्षतिको यथार्थता बुझी बिगो समेत भराउनु पर्ने अवस्था भएमा सोही बमोजिम खुलाई सिफारिस गर्ने,

(घ) बोर्डले जिम्मेवारी दिएका अन्य छानबिन गर्नु पर्ने प्रकृतिका कार्यहरु गरी सिफारिस गर्ने।

३०. सेवाको गुणस्तर अनुगमन तथा औषधीको मूल्य निर्धारण : बोर्डले सेवाको गुणस्तर अनुगमन तथा नियन्त्रण कार्यक्रम अन्तर्गत तोकिएका औषधीहरुको अधिकतम मूल्यको सीमा निर्धारण लगायतका कार्य गर्नको लागि ऐनको दफा 17 बमोजिम उपसमिति गठन गर्न सक्नेछ।

परिच्छेद –८

विविध

३१. कार्य सम्पादन करार : बोर्डले कार्यकारी निर्देशकसँग कार्य सम्पादन करार गर्दा अनुसूची-११ बमोजिमको ढाँचामा गर्नु पर्नेछ।

३२. सरकारी बाँकी सरह असूल गर्ने : बोर्डको पदाधिकारी, कर्मचारी, दर्ता सहयोगी वा कार्यक्रमसँग सम्बन्धित कसैले कार्यक्रमको कुनै नगदी वा जिन्सी सामान हिनामिना गरेमा त्यस्तो रकम प्रचलित कानून बमोजिम निजबाट सरकारी बाँकी सरह असूल उपर गरिनेछ।

३३. मासिक प्रतिवेदन पठाउने : दर्ता सहयोगीले प्रत्येक महिनाको पहिलो हप्ताभित्र दर्ता अधिकारी समक्ष अनुसूची–१२ बमोजिमको ढाँचामा, दर्ता अधिकारीले प्रत्येक महिनाको पहिलो हप्ताभित्र बोर्डको प्रदेश कार्यालय र बोर्डमा अनुसूची-१३ बमोजिमको ढाँचामा र प्रदेश कार्यालयले प्रत्येक महिनाको पहिलो हप्ताभित्र बोर्डमा अनुसूची-१४ बमोजिमको ढाँचामा मासिक प्रगति प्रतिवेदन पठाउनु पर्नेछ।

३४. अनुसूचीमा हेरफेर वा थपघट : मन्त्रालयले बोर्डको सिफारिसमा नेपाल राजपत्रमा सूचना प्रकाशन गरी अनुसूचीमा हेरफेर वा थपघट गर्न सक्नेछ।

३५.	खारेजी र बचाउ : (१) सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम (सञ्चालन) नियमावली, २०७३ खारेज गरिएको छ।

(२) सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम (सञ्चालन) नियमावली, २०७३ बमोजिम भए गरेका काम कारबाही यसै नियमावली बमोजिम भए गरेको मानिनेछ।

अनुसूची-१

(नियम ३ को उपनियम (२) र नियम १५ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

<u>योगदान रकम</u>

(क) सर्वसाधारणको लागि योगदान रकमः

(१) पाँच जनासम्मको परिवारको लागि वार्षिक तीन हजार पाँच सय रुपैयाँ,

(२) थप प्रत्येक व्यक्तिका लागि वार्षिक सात सय रुपैयाँ ।

(ख) सङ्गठित क्षेत्रका लागि (राष्ट्रसेवक, प्रतिष्ठानमा कार्यरत)

बीमित	सुरुको तलब स्केलको व्यक्तिगत योगदान	सरकार/रोजगारदाताको योगदान	जम्मा योगदान
कर्मचारी	१%	१%	२%

<u>द्रष्टव्यः</u>

(१) वार्षिक योगदान रकम दश हजार रुपैयाँ भन्दा बढी हुने छैन ।

(२) सहायकस्तरको कर्मचारीको मासिक पारिश्रमिकबाट कट्टा गर्दा न्यूनतम योगदान रकम वार्षिक तीन हजार पाँच सय रुपैयाँ नपुग भएको अवस्थामा निजले न्यूनतम तीन हजार पाँच सय रुपैयाँ भुक्तानी गर्नु पर्नेछ ।

(ग) सत्तरी वर्ष उमेर पुगेका जेष्ठ नागरिकका लागि प्रति व्यक्ति योगदान रकम तीन हजार पाँच सय रुपैयाँ हुनेछ ।

अनुसूची–२

(नियम ६ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

बीमालेख फाराम

बीमा नं.

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा मलाई आवद्ध गरिदिनु हुन अनुरोध गर्दछु ।

घरमूलीको नाम	घरमूलीसँगको नाता	घरमूलीको बीमा नं.	दर्ता भएका परिवारको सदस्य सङ्ख्या

(१) व्यक्तिको विवरण

नामथर .... लिङ्ग: महिला ☐ पुरुष ☐ अन्य ☐ जन्म मिति:

गते	महिना	साल

नामथर अङ्ग्रेजीमा **(BLOCK LETTER)**

प्रदेश.............................जिल्ला...................................म.न.पा/उ.म.न.पा/न.पा./गा.पा..वडा.........

टोल/सडक..घर नं. ....फोन /मोबाईल नं. :...

इमेल ....परिचय

पत्र/नम्बर........................../..............................शिक्षा...................पेशा.................. जाति कोड

०१	०२	०३	०४	०५	०६

(२) प्रथम सेवा विन्दु .... प्रा.स्वा.के/ अस्पताल

(३) दर्ता मिति

गते	महिना	साल

सेवा क्रियाशील हुने मिति :

१ भाद्र	१ मंसिर	१ फाल्गुन	१ जेष्ठ

(४) लक्षित वर्गको परिचयपत्र नं.: . ...अति गरीब☐ मध्यम गरीब☐ अति अशक्त अपाङ्गता (रातो) ☐ एच.आई.भी.सङ्क्रमित ☐ एम.डि.आर.टिवी ☐ महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका ☐ कुष्ठरोगी ☐ जेष्ठ नागरिक ☐

(५) योगदान रकम रु. ....अक्षरमा...रसिद नं...................

(६) मञ्जुरी: माथि उल्लेखित सबै व्यहोरा ठीक छ । फरक परेमा स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ र स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ ले तोके बमोजिमको सजायको भागीदार हुन तयार छु ।

(७) आवेदक/संरक्षकको हस्ताक्षर:............................ मिति ....

दायाँ	बायाँ

(८) दर्ता सहयोगीको दस्तखत नाम थर: संकेत नं. :

प्रमाणित गर्नेको दस्तखत :

नामथर : मिति:

कम्प्युटरमा प्रविष्ट गर्नेको दस्तखत :

नामथर: **मिति:**

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

.... प्रदेश

परिचय पत्र

बीमा नं. :

नाम थर:...

जन्म मिति : .... घरमूलीको बीमा नं......................................

ठेगाना: प्रदेश ....जिल्ला...

म.न.पा/उ.म.न.पा/न.पा./गा.पा ....

वडा............ टोल/सडक...

लिङ्ग: महिला ☐ पुरुष ☐ अन्य ☐

प्रथम सेवा विन्दु.................................... प्रा.स्वा.के/ अस्पताल

परिचय पत्र जारी मिति : ....

सम्पर्क नम्बर ....

बीमितको दस्तखत

दायाँ	बायाँ

टोल फ्रि नम्बर: १६६०-०१-११२२४

यो परिचयपत्रको अनाधिकृत रुपमा प्रयोग भएमा ऐनको दफा ३२ को उपदफा (२) बमोजिम कारबाही हुनेछ । कसैले यो परिचय पत्र भेटाएमा नजिकको स्वास्थ्य बीमा बोर्डको कार्यालयमा अथवा नजिकको प्रहरी कार्यालय बुझाई दिनु होला ।

अनुसूची–३

(नियम ७ को उपनियम (५), नियम ८ को उपनियम (१) र नियम ९को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

gjLs/0f÷kl/jt{g

kmf/fd

श्री ....

विषय : नवीकरण/परिवर्तन सम्बन्धमा ।

स्वास्थ्य बीमा बोर्डले सञ्चालन गरेको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा हाल कायम रहेको प्रथम सेवा विन्दु (स्वास्थ्य संस्था) /घरमुली/सदस्यता नविकरण/रद्द/परिवर्तन गरी दिनुहुन अनुरोध गर्दछु ।

आम्दानी रसिद नं :........

(क) नवीकरण सम्बन्धमा	
घरमूलीको नाम	घरमूलीको बीमा नं. .... नयाँ प्रथम सेवा विन्दु ....

(ख) प्रथम सेवा बिन्दु परिवर्तन सम्बन्धमा	
हालको प्रथम सेवा बिन्दु....................... बीमा नम्बर .... हालको प्रथम सेवा बिन्दु....................... बीमा नम्बर .... हालको प्रथम सेवा बिन्दु....................... बीमा नम्बर	नयाँ प्रथम सेवा विन्दु ....

(ग) घरमूली परिवर्तन सम्बन्धमा	
नयाँ घरमूलीको नाम	नयाँ घरमूलीको बीमा नं. ....

(घ) सदस्य सङ्ख्या परिवर्तन सम्बन्धमा	
थप हुने बीमित सङ्ख्या	*थप गर्नको लागि बीमालेख फाराम भर्नुहोस् ।*
बीमालेख रद्द हुने सङ्ख्या	तलको विवरण *भर्नुहोस् ।*

अनुसूची—४

(नियम १२ को उपनियम (३) सँग सम्बन्धित)

<u>दर्ता सहयोगी छनौट प्रकृया</u>

(१) दर्ता सहयोगी छनौटको लागि देहाय बमोजिमको छनौट समिति रहनेछः-

(क) सम्बन्धित वडाको वडा अध्यक्ष -संयोजक

(ख) सम्बन्धित वडाको सचिव -सदस्य

(ग) स्थानीय स्वास्थ्य संस्था प्रमुख -सदस्य-सचिव

(सम्बन्धित वडामा स्वास्थ्य संस्था नभएमा नजिकको स्वास्थ्य संस्था प्रमुखले सदस्य- सचिवको भूमिका निर्वाह् गर्नु पर्नेछ ।)

(२) क्र.स. (१) बमोजिमको छनौट समितिले देहायको प्रक्रिया बमोजिम दर्ता सहयोगी छनौट गर्नु पर्नेछः-

(क) सात दिनको सार्वजनिक सूचना जारी गरी निवेदन आह्वान गर्ने,

(ख) सम्भाव्य उम्मेदवारलाई अन्तवार्ताको माध्यमबाट छनौट गर्ने,

(ग) नतिजा प्रकाशन गर्दा मुख्य र वैकल्पिक उम्मेदवारको सूची प्रकाशन गर्ने,

(घ) छनौटको अन्तिम सूची बोर्डलाई उपलब्ध गराउने ।

अनुसूची—५

(नियम १२ को उपनियम (३) सँग सम्बन्धित)

<u>दर्ता सहयोगीसँगको सम्झौता</u>

नेपाल सरकार, स्वास्थ्य बीमा बोर्ड (यस पछि "पहिलो पक्ष" भनिने) र दर्ता सहयोगी श्री .... (यस पछि "दोस्रो पक्ष" भनिने) बीच स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध लगायतका कार्यक्रमसँग सम्बन्धित कार्य गर्न गराउन स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ को नियम १२ को उपनियम (३) को अधिकार प्रयोग गरी देहाय अनुसार सम्झौता भई एक एक प्रति लियौं दियौं ।

(अ) दोस्रो पक्षको जिम्मेवारी देहाय बमोजिम हुनेछः—

१. दोस्रो पक्षले आफू छनौट भएको स्थानीय तह र सोभित्रका स्वास्थ्य संस्था तथा अन्य सङ्घ, संस्थासँग आवश्यक समन्वयमा रही कार्य गर्नु पर्नेछ ।

२. दोस्रो पक्षले आफ्नो स्थानीय तहका वडाका बासिन्दालाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमबारे घर-घरमा गई जानकारी गराई आवश्यक परामर्श गर्ने, आफू छनौट भएको स्थानीय तहको वडाभित्रका नागरिकहरुलाई बीमा कार्यक्रममा आबद्धता गर्ने, आबद्ध हुन चाहने परिवारको बीमालेख फाराममा विवरण भरेर सदस्यको फोटो खिच्ने, योगदान रकम सङ्कलन गर्ने तथा स्वास्थ्य बीमा लेख (परिचयपत्र) वितरण गर्नु पर्नेछ ।

३. दोस्रो पक्षले फोटो सहितको सङ्कलित विवरण प्रत्येक दिन केन्द्रीय सर्भरमा इन्टरनेट मार्फत पठाउने, इन्टरनेट उपलब्ध नभएमा दर्ता अधिकारीसँगको भेटमा दर्ता अधिकारीको कम्प्युटरमा सार्नु पर्नेछ ।

४. दोस्रो पक्षले सम्भव भएमा सङ्कलित योगदानको रकम बोर्डले तोकेको बैङ्क खातामा यथाशीघ्र जम्मा गर्ने, सम्भव नभएमा आफ्नो क्षेत्रको दर्ता अधिकारीलाई बुझाउनु पर्नेछ ।

५. दोस्रो पक्षले आबद्धता हुने व्यक्तिसँग सम्बन्धित सम्पूर्ण कागजात समयमै तोकिएको दर्ता अधिकारीलाई बुझाउनु पर्नेछ

६. कार्यक्रमसँग सम्बन्धित ऐन, नियम, कार्यविधिहरु दोस्रो पक्षले परिपालना गर्नु पर्नेछ ।

७. दोस्रो पक्षले कार्यक्रमप्रति बफादार र इमान्दार रही नागरिकसँग शिष्ट व्यवहार गर्नु पर्नेछ ।

८. दोस्रो पक्षले पहिलो पक्षबाट बुझिलिएको मोबाइल सेट, बीमालेख लगायतका अन्य कागजात, जिन्सी सामान र बीमितहरुबाट बुझिलिएको योगदान रकमको सुरक्षा आफैले गर्नु पर्नेछ । उक्त सामान, कागजात, रकम हराए वा नष्ट भएमा नेपाल सरकारको नियमानुसार निजबाट असुल उपर गर्दा दोस्रो पक्ष मञ्जुर हुनु पर्नेछ ।

९. दोस्रो पक्षले दर्ता सहयोगीको रुपमा कार्य गर्न असमर्थ भएमा सोको कारण सहित तीस दिन अगावै दर्ता अधिकारी मार्फत बोर्ड समक्ष निवेदन दिनु पर्नेछ ।

१०. दोस्रो पक्षले दर्ता सहयोगीको काम छोडी जाँदा आफ्नो नाममा रहेको सम्पूर्ण नगद तथा जिन्सी सामान दर्ता अधिकारी मार्फत बोर्ड समक्ष बरबुझारथ गर्नु पर्नेछ ।

११ दोस्रो पक्ष आफैं अनिवार्य रुपमा कार्यक्रममा आबद्ध हुनु पर्नेछ र नवीकरण गर्दाको बखत समेत निजको बीमालेख क्रियाशिल भएको हुनु पर्नेछ ।

१२. दोस्रो पक्षले आफूले सम्पादन गरेको कामको प्रगतिको जानकारी नियमित रुपमा दर्ता अधिकारी र बोर्डलाई गराउनु पर्नेछ ।

(आ) पहिलो पक्षको जिम्मेवारी देहाय बमोजिम हुनेछः-

१. पहिलो पक्षले दोस्रो पक्षलाई आवश्यकता अनुसार अभिमुखीकरण तथा पुनर्ताजगी तालिम प्रदान गर्नेछ ।

२. पहिलो पक्षले दोस्रो पक्षलाई बीमा कार्यक्रममा आबद्धता गर्न आवश्यक पर्ने सामानको व्यवस्था गर्नेछ ।

३. पहिलो पक्षले दोस्रो पक्षलाई नियमित रुपमा कुनै तलब वा सुविधा उपलब्ध गराउने छैन । तर कुल जनसङ्ख्याको कार्यक्रममा बीमित सङ्ख्याको प्रतिशतका आधारमा कुल योगदान रकमको देहाय बमोजिम सुविधा उपलब्ध गराउनेछः—

(क) पचास प्रतिशत भन्दा कम भएमा दश प्रतिशत रकम,

(ख) पचास प्रतिशत वा सोभन्दा बढी भएमा बाह्र दशमलव पाँच प्रतिशत रकम,

(ग) असी प्रतिशत वा सोभन्दा बढी भएमा पन्ध्र प्रतिशत रकम ।

४. उत्कृष्ट कार्य गर्ने दर्ता सहयोगीलाई स्वास्थ्य बीमा बोर्डले प्रोत्साहनको व्यवस्था गर्न सक्नेछ ।

५. दोस्रो पक्षले सम्झौता बमोजिमको काम छाडेमा पहिलो पक्षले निजको सट्टामा बोर्डको वैकल्पिक सूचीबाट नयाँ दर्ता सहयोगीसँग सम्झौता गर्न सक्नेछ ।

५. यो सम्झौता मिति............................देखि लागू हुनेछ । सम्झौताको अवधि सम्झौता लागू हुने मितिदेखि एक वर्षको हुनेछ ।

६. दोस्रो पक्षले सन्तोषजनक कार्य नगरेमा वा तीन महिनासम्म एक परिवार पनि कार्यक्रममा आबद्ध नगरेमा यो सम्झौता जुनसुकै बेलामा भङ्ग हुनेछ ।

पहिलो पक्षको तर्फबाट	दोस्रो पक्षको तर्फबाट
	औँठा छाप: दायाँ / बायाँ
नामः	नामः
पदः	पदः दर्ता सहयोगी
दस्तखतः	दस्तखतः
कार्यालयः स्वास्थ्य बीमा बोर्ड मितिः	
मितिः	

रोहबर	रोहबर
नामः	नामः
पद र कार्यालयः	पद र कार्यालयः
दस्तखतः	दस्तखतः

मञ्जुरीः माथि उल्लिखित सबै व्यहोरा ठीक छ । फरक परेमा स्वास्थ्य बीमा ऐनको दफा ३२ को उपदफा (२) बमोजिमको सजायको भागिदार हुन तयार छु ।

औठा छाप	
दायाँ	बायाँ

आवेदकको हस्ताक्षर....................... मिति ....

दर्ता सहयोगीको दस्तखतः

नाम थरः सङ्केत नं.:

कार्यालय प्रयोजनका लागि

प्रमाणित गर्नेकोः	कम्प्युटरमा प्रविष्ट गर्नेकोः
दस्तखतः	दस्तखतः
नाम थरः	नाम थरः
मितिः	मितिः

अनुसूची-६

(नियम १७ को उपनियम (२) को खण्ड (घ) सँग सम्बन्धित)

<u>थप एकलाख रुपैयाँ सम्मको सुविधा पाउने रोगहरु</u>

१. क्यान्सर

२. मुटु रोग

३. मृगौला रोग

४. हेड इन्जुरी

५. स्पाइनल इन्जुरी

६. सिकलसेल एनिमिया

७. पार्किन्सोनिजम

८. अल्जाइमर

अनुसूची-७

(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

<u>सूचीकरणको आवेदन फाराम</u>

मितिः ....

श्री स्वास्थ्य बीमा बोर्ड,

....................।

यस संस्था त्यस बोर्डको नियमानुसारको सेवा उपलब्ध गराउन इच्छुक भएको र बोर्डले तय गरेको आधार समेत पूरा गरेको हुँदा सेवा उपलब्ध गराउने प्रयोजनको लागि यस .... (स्वास्थ्य संस्था) लाई सेवा प्रदायकको रुपमा सूचीकरण गरिदिनु हुन देहाय बमोजिमका कागजात संलग्न गरी यो आवेदन पेश गरेको छु ।

(क) संस्था दर्ता, नवीकरण तथा सञ्चालन अनुमतिपत्र,

(ख) स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मी सुरक्षा ऐन, २०६६ अनुसार सदस्यता भएको प्रमाणपत्र ।

निवेदकः ....

अनुसूची-८

(नियम १८ को उपनियम (२) सँग सम्बन्धित)

सेवा सम्झौताको ढाँचा

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ र स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ को अधीनमा रही सेवा उपलब्ध गराउन दुवै पक्ष सहमत भएकोले संलग्न सेवा सुविधा सूची अन्तर्गतको सेवा प्रदान गर्न यो सम्झौता गरिएको छ ।

१. यो नेपाल सरकार, स्वास्थ्य बीमा बोर्ड (यसपछि "पहिलो पक्ष" भनिने) र """ स्वास्थ्य संस्था (यस पछि दोस्रो पक्ष भनिने) बीच भएको सम्झौता हो ।

२. पहिलो पक्षको दायित्व देहाय बमोजिम हुनेछः-

(क) दोस्रो पक्षका कर्मचारीलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका विषयमा जानकारी गराउने,

(ख) कार्यक्रमसँग सम्बन्धित प्रचार सामग्री (ब्रोसर, पोष्टर आदि) दोस्रो पक्षलाई उपलब्ध गराउने,

(ग) कार्यक्रम सञ्चालनको लागि आवश्यक जनशक्तिलाई बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली, दाबी भुक्तानी तथा उपचार खर्च दररेटका बारेमा जानकारी गराउने,

(घ) दोस्रो पक्षबाट माग दाबी गरिएको भुक्तानी रकम तोकिएको म्यादभित्र भुक्तानी दिने,

(ङ) दोस्रो पक्षलाई बोर्डले तोकेको दरमा बहिरङ्ग सेवा, आकस्मिक सेवा र सम्झौता हुँदाका बखत सहमती भएको व्यवस्था अनुरुप अन्तरङ्ग सेवाको भुक्तानी गर्ने,

(च) पहिलो पक्षले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमले व्यहोर्ने भनी उल्लेख भएका औषधीहरु सम्झौता हुँदाका बखत तोकिएको दरमा भुक्तानी गर्ने ।

३. दोस्रो पक्षको जिम्मेवारी देहाय बमोजिम हुनेछः-

(क) बीमितको क्रियाशील अवधिभित्र नियमावलीमा उल्लेख भए बमोजिमको सुविधा थैली अन्तर्गतका सेवा प्रदान गर्नु पर्ने,

(ख) कार्यक्रमका सदस्यलाई शिष्टतापूर्वक यस नियमावली बमोजिमका सेवा सुविधा गुणस्तरीय रुपमा प्रदान गर्ने, गराउने,

(ग) दर्ता एवं सोधपुछका लागि उचित प्रबन्ध मिलाउने,

(घ) दाबीहरु बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा प्रविष्टि गर्ने व्यवस्था मिलाउने,

(ङ) दोस्रो पक्षले आफ्नै परिसरमा औषधी वितरण कक्षको व्यवस्थापन गर्ने र सदस्यलाई तोकिएको सेवा तथा औषधीहरु निरन्तर उपलब्ध गराउने व्यवस्था मिलाउने,

(च) सेवाग्राहीको गुनासो सुनुवाई र सोको व्यवस्थापन गर्ने, गराउने,

(छ) सदस्यता दर्ता गर्ने कार्यमा आवश्यक सहयोग गर्ने, गराउने,

(ज) सेवा दिनु अघि सदस्यले पाउने सुविधा कति बाँकी छ भन्ने कुराको जानकारी सेवाग्राही सदस्यलाई दिने,

(झ) पहिलो पक्षले दाबी लगायतका विषयमा माग गरेको जवाफ पठाउनु पर्ने,

(ञ) उपचार सेवा दिँदा मन्त्रालयले निर्धारण गरेको मापदण्ड अनुरूप सेवा दनि पर्ने र त्यस्तो मापदण्ड नबनेसम्म प्रचलित उपचार संहिता (प्रोटोकल) को पालना गर्नु पर्ने,

(ट) दाबी भुक्तानी बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत गर्नु पर्ने,

(ठ) दाबी भुक्तानी सम्बन्धमा पहिलो पक्षबाट थप विवरण माग भएमा बुझाउनु पर्ने ।

४. पहिलो पक्षले देहायको अवस्थामा सुनुवाईको मौका दिई दोस्रो पक्षसँग भएको सम्झौता स्थगन वा रद्ध गर्न सक्नेछः-

(क) सम्झौता अनुसारको सेवा उपलब्ध नगराएमा,

(ख) स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ र स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ बमोजिम राख्नु पर्ने अभिलेख अद्याबधिक गरेको नदेखिएमा वा झुट्टा प्रतिवेदन पेश गरेमा,

(ग) कार्यक्रम सञ्चालनमा लापरबाही गरेमा वा आफ्नो संस्थामा त्यस्तो सेवा उपलब्ध हुँदाहुँदै अन्यत्र प्रेषण गरेमा,

(घ) अनुगमन तथा मूल्याङ्कनबाट उठाइएका विषयहरु निर्धारित समयावधि भित्र पालना नगरेमा ।

५. यो सम्झौता कार्यान्वयन गर्ने सिलसिलामा कुनै द्विविधा वा विवाद उत्पन्न भएमा दुवै पक्षको सहमतिमा त्यस्तो द्विविधा वा विवादको समाधान गरिनेछ ।

६. यो सम्झौताको अवधि पाँच वर्षको हुनेछ र सो अवधी समाप्त हुनु भन्दा तीन महिना अगावै नवीकरणका लागि आवेदन गर्नु पर्नेछ ।

७. भुक्तानीका दरहरु नवीकरण हुनेछन् । नवीकरण नभएको हकमा सम्झौतामा उल्लिखित दरमा भुक्तानी हुनेछ ।

८. यो सम्झौता .... देखि लागू हुनेछ ।

पहिलो पक्षको तर्फबाट	दोस्रो पक्षको तर्फबाट
नामः	नामः
पदः	पदः
दस्तखतः	दस्तखतः
कार्यालयः स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	कार्यालयः ....अस्पताल/प्रा.स्वा.के
मितिः	मितिः

रोहबर	रोहबर
नामः	नामः
पदः	पदः
दस्तखतः	दस्तखतः
कार्यालयः स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	कार्यालयः

अनुसूची-९

(नियम २० को उपनियम (२) सँग सम्बन्धित)

<u>प्रेषण पूर्जी</u>

रिफरल नं:

मितिः

श्री...

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका बीमितलाई त्यस स्वास्थ्य संस्था/अस्पतालसँग भएको सहमति बमोजिम स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराई दिनहुन अनुरोध गरिन्छ ।

<u>बिरामीको विवरण</u>

बीमा नं :...............................

बिरामीको नामः.................................... उमेरः..........

Chief Complaints:

Clinical Findings M

BP Pulse Temperature Respiration

Others, please specify

Provisional Diagnosis:

Treatment Given :

==

==

Reason for Referral :

==

==

Referred by :

Name : ………………………… Council No. …….. Institution ………………..

Follow up/Advice :

………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

अनुसूची-१०

(नियम २८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सम्बन्धी उजुरीको ढाँचा

मितिः ....

श्री स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

....

विषयः उजुरी सम्बन्धमा ।

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा ३१ र स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ को नियम २८ बमोजिम देहायको विवरण खोली यो उजुरी निवेदन दिएको छु ।

१. उजुरी गरिएको व्यक्ति वा संस्थाको नामः ....

२. उजुरीको पूरा विवरणः ....

३. घटना/कार्य भएको मितिः ....

४. उजुरवालाले थाहा पाएको मितिः ....

५. उजुरीको व्यहोरालाई पुष्ट्याई गर्ने प्रमाणः ....

....

६. उजुरवालालाई पर्न गएको हानि वा मर्काः..

....

७. उजुरीको विषयलाई लिएर अन्य कुनै निकायमा उजुरी गरेको भए त्यस्तो निकायको नाम वा सोको परिणामः...

....

....

माथि लेखिएको व्यहोरा ठीक साँचो हो । झुठ्ठा ठहरे कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

निवेदकको दस्तखतः—

नाम थरः

बीमा नं.:

मितिः

अनुसूची-११

(नियम ३१ सँग सम्बन्धित)

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

<u>कार्यसम्पादन करार</u>

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ तथा स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ बमोजिम गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने नागरिकको अधिकारको संरक्षण गर्न, स्वास्थ्य बीमाद्वारा पूर्व भुक्तानीको माध्यमबाट बीमितको आर्थिक जोखिम न्यूनीकरण गर्न तथा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको दक्षता र जवाफदेहिता अभिवृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवामा आम नागरिकको सहज पहुँच सुनिश्चित गर्ने उद्देश्य हासिल गर्न हामी दुवै पक्ष सहमत भएकोले यो कार्य सम्पादन करार सम्झौतामा हस्ताक्षर गरी लियौं दियौ ।

१. नेपाल सरकार, स्वास्थ्य बीमा बोर्ड (यसपछि "पहिलो पक्ष" भनिने) र कार्यकारी निर्देशक श्री"""""" (यस पछि "दोस्रो पक्ष" भनिने) बीच आज मिति ....मा देहाय बमोजिमको शर्त पालना गर्ने गरी यो कार्यसम्पादन करार सम्झौता भएको छ ।

२. पहिलो पक्षको दायित्व देहाय बमोजिम हुनेछः-

(क) दोस्रो पक्षलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका विषयमा जानकारी गराउने,

(ख) बीमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्न आवश्यक प्रशासनिक, भौतिक एवं बित्तीय स्रोत साधन उपलब्ध गराउने ।

३. दोस्रो पक्षको जिम्मेवारी देहाय बमोजिम हुनेछः-

(क) दोस्रो पक्षले पहिलो पक्षले तोके बमोजिमको लक्ष्य हासिल गर्ने,

(ख) स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा २४ अनुसारको जिम्मेवारी बहन गर्ने ।

४. यो सम्झौता कार्यान्वयन गर्ने सिलसिलामा कुनै द्विविधा वा विवाद उत्पन्न भएमा दुबै पक्षको सहमतिमा त्यस्तो द्विविधा वा विवादको समाधान गरिनेछ ।

५. यो सम्झौताको अवधि ४ वर्षको हुनेछ ।

६. यो सम्झौता ....देखि लागु हुनेछ ।

<u>पहिलो पक्षको तर्फबाट</u>
नामः
पदः
दस्तखतः
कार्यालयः स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
मितिः

<u>दोस्रो पक्षको तर्फबाट</u>
नामः
पदः
दस्तखतः
कार्यालयः
मितिः

अनुसूची - १२

(नियम ३३ सँग सम्बन्धित)

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

दर्ता सहयोगीको मासिक अभिलेख फाराम

क.सं.	महिना	नयाँ दर्ता		नविकरण			लक्षित बर्ग								जातिगत						
		संख्या	रकम	लक्ष्य	प्रगति	रकम	अति गरिब	मध्यम गरिब	शिघ्र अपाङ्गता	एच.आई.भी. सङ्क्रमित	एम.डि.आर.टि.बी.	कुष्ठरोग	म.स्वा.स्व.सेविका	जम्मा	दलित	जनजाति	मधेशी	मुश्लिम	ब्राह्मण/क्षेत्री	अन्य	जम्मा
१																					
२																					
३																					
४																					

अनुसूची-१३

(नियम ३३ सँग सम्बन्धित)

<u>दर्ता अधिकारीको मासिक प्रतिवेदन फाराम</u>

क.सं.	स्थानीय तहको नाम	नयाँ दर्ता		नवीकरण		
		सङ्ख्या	रकम	लक्ष्य	प्रगति	रकम
१						
२						
३						
४						
जम्मा						

<u>अन्य क्रियाकलापहरुः</u>

१.

२.

३.

४.

५.

अनुसुची-१४

(नियम ३३ सँग सम्बन्धित)

प्रदेशको मासिक प्रतिवेदन फाराम

क.सं.	प्रदेशको नाम	नयाँ दर्ता		नवीकरण		
		सङ्ख्या	रकम	लक्ष्य	प्रगति	रकम

अन्य क्रियाकलापहरुः

१.

२.

३.

४.

५.