

विपन्न नागरिक स्वास्थ्य विमा तथा स्वास्थ्य उपचार सहयोग कार्यविधि, २०८०

प्रस्तावना: कर्णाली प्रदेशमा स्थायी बसोबास भएका विपन्न नागरिकलाई आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउन र स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम सञ्चालन तथा व्यवस्थापन गर्न वाञ्छनीय भएकोले, कर्णाली प्रदेश सुशासन नियमावली, २०७९ को नियम ८ को उपनियम (१) ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी सामाजिक विकास मन्त्रालयले यो कार्यविधि बनाएको छ।

परिच्छेद-१

प्रारम्भिक

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:** (१) यस कार्यविधिको नाम “विपन्न नागरिक स्वास्थ्य विमा तथा स्वास्थ्य उपचार सहयोग कार्यविधि, २०८०” रहेको छ।
- (२) यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।
२. **परिभाषा:** विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधि,-
- (क) “आश्रय केन्द्र” भन्नाले कानून बमोजिम दर्ता भई कर्णाली प्रदेशमा सञ्चालनमा रहेको आश्रय केन्द्र सम्झनु पर्छ।
 - (ख) “कडा रोग” भन्नाले मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाईमर्स, स्पाईनल ईन्जुरी, हेड ईन्जुरी, सिकलसेल एनिमिया सम्झनु पर्छ।
 - (ग) “कार्यालय” भन्नाले जिल्ला स्थित जनस्वास्थ्य कार्यालय वा स्वास्थ्य सेवा कार्यालय सम्झनु पर्छ।
 - (घ) “निर्देशनालय” भन्नाले स्वास्थ्य सेवा निर्देशनालय सम्झनु पर्छ।
 - (ङ) “मन्त्रालय” भन्नाले सामाजिक विकास मन्त्रालय सम्झनु पर्छ।
 - (च) “विपन्न नागरिक” भन्नाले अति गरीब घर परिवार परिचयपत्र वा सम्बन्धित स्थानीय तहको सिफारिस पत्र वाहक व्यक्ति सम्झनु पर्छ।
 - (छ) “सेवा प्रदायक संस्था” भन्नाले प्राईमरी, सेकन्डरी र टर्सियरी अस्पताल सम्झनुपर्छ।
 - (ज) “स्वास्थ्य उपचार” भन्नाले तोकिएको स्वास्थ्य समस्याको विशेषज्ञ वा विशिष्टकृत अस्पतालमा उपचार गर्नुपर्ने कार्य सम्झनु पर्छ।


काजुन अधिकृत


व. क. स्व. स. (अधिकृतस्तर बसो)



प्रदेश सचिव



(राजा) मुख्यमन्त्री

परिच्छेद २

विपन्न नागरिक स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम

३. विपन्न स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम सञ्चालन: कर्णाली प्रदेशमा स्थायी बसोबास गर्ने विपन्न नागरिकका लागि स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम अनुसूची-१ बमोजिम मन्त्रालय र स्वास्थ्य विमा बोर्ड, प्रदेश कार्यालय बीच सम्झौता बमोजिम सञ्चालन हुनेछ।
४. विपन्न नागरिक स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम: (१) कर्णाली प्रदेशमा स्थायी बसोबास भएका देहाय बमोजिमका लक्षित वर्गको नेपाल सरकार, स्वास्थ्य विमा बोर्डको प्रावधान अनुसार स्वास्थ्य विमा गरिनेछ:-
- (क) कडा रोग लागेका विपन्न नागरिक,
- (ख) आश्रय केन्द्रमा रहेका व्यक्ति,
- (ग) स्वास्थ्य विमा दर्ता सहयोगी,
- (घ) "ख" वर्गको अपाङ्गता भएको व्यक्ति।
- तर आश्रय केन्द्रमा रहेका असाहय व्यक्तिको हकमा कर्णाली प्रदेशमा स्थायी बसोबास नभएमा स्वास्थ्य विमा गर्न बाधा पर्ने छैन।
५. योगदान रकम: स्वास्थ्य विमा कार्यक्रममा आवद्धताको लागि प्रदेश सरकारले देहाय बमोजिमको योगदान रकम बेहोर्नेछ:-
- (क) कडा रोग लागेका विपन्न नागरिकको परिवारको योगदान रकमको शतप्रतिशत,
- (ख) आश्रय केन्द्रमा रहेका व्यक्तिलाई स्वास्थ्य विमा बोर्डको प्रावधान अनुसार योगदान रकमको शतप्रतिशत,
- (ग) स्वास्थ्य विमा दर्ता सहयोगीको परिवारको योगदान रकमको पचास प्रतिशत,
- (घ) "ख" वर्गको अपाङ्गता भएको परिवारको योगदान रकमको पचास प्रतिशत।
६. योगदान रकम भुक्तानी: (१) स्वास्थ्य विमा बोर्ड जिल्ला सम्पर्क कार्यालयले दफा ५ बमोजिमको स्वास्थ्य विमा वापतको योगदान रकमको भुक्तानीको माग मासिक रूपमा अनुसूची-२ बमोजिमको ढाचाँमा सम्बन्धित जिल्लाको कार्यालयमा निवेदन दिनु पर्नेछ।
- (२) उपदफा (१) बमोजिम भुक्तानी माग गर्दा देहाय बमोजिमको कागजात पेश गर्नु पर्नेछ:


कानून अधिकृत


ड. ज. स्वा. प्र.
(अधिकृतस्तर बस्ने)


प्रदेश सचिव


राज कुमार शर्मा
मुख्यमन्त्री

(क) विमितको नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

(ख) विमा कार्डको प्रतिलिपि।

(३) उपदफा (२) बमोजिम पेश भएको कागजातको आवश्यक छानविन गरी कार्यालयले योगदान रकम एकमुष्ट भुक्तानी गर्नु पर्नेछ।

परिच्छेद-३

यातायात सहायता कार्यक्रम

७. यातायात सहायता खर्च: (१) विपन्न नागरिकलाई कडा रोग लागेर नजिकको सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थामा उपचार सम्भव नभई थप उपचारका लागि एक जिल्लाबाट अर्को जिल्लाको स्वास्थ्य संस्थामा जानु परेमा स्वास्थ्य उपचार सहायता स्वरूप यातायात सहायता खर्च पाउनेछ।

(२) यातायात सहायता खर्च उपलब्ध गराउदा जुन जिल्लाको सेवा प्रदायक संस्थामा उपचार सम्भव नभएको हो सोही जिल्लालाई आधार लिनु पर्नेछ।

(३) कडा रोग लागेका विपन्न नागरिकलाई यातायात सहायता खर्च उपलब्ध गराउदा सुर्खेत, दैलेख, सल्यान जिल्लाका विरामीलाई एकमुष्ट रु. विस हजार, जाजरकोट, रुकुम पश्चिम, कालिकोट, जुम्लामा उपचाररत विरामीलाई एकमुष्ट रु. पच्चीस हजार र हुम्ला, मुगु र डोल्पा जिल्लाका विरामीलाई एकमुष्ट रु. तीस हजार उपलब्ध गरिनेछ।

(४) यातायात सहायता खर्च उपलब्ध गराउँदा एक वर्षमा एक पटक भन्दा बढी उपलब्ध गराइने छैन।

८. भुक्तानी प्रक्रिया: (१) यातायात सहायता खर्च प्राप्त गर्न कडा रोग लागेका विपन्न नागरिकले दफा ३ बमोजिमको यातायात सहायता खर्च प्राप्त गर्न अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचामा निर्देशनालयमा निवेदन दिनु पर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको निवेदन साथ देहाय बमोजिमको कागजात पेश गर्नु पर्नेछ:-

(क) नागरिकता प्रतिलिपि, नाबालकको हकमा निजको जन्मदर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

(ख) रोग खुलेको चिकित्सकको औषधी उपचारको विवरण पत्र (प्रेस्क्रिप्सन),


कानून अधिकृत


वडा स्या.प्र.
(अधिकृतस्तर दायी)


प्रदेश सचिव


(राज कुन्दर शर्मा)
मुख्यमन्त्री

- (ग) जिल्ला बाहिरको अस्पतालमा गई उपचार गर्नु पर्ने प्रेषण,
(घ) उपचाररत अस्पतालमा भर्ना भएको प्रमाण,
(ङ) स्वास्थ्य बिमा परिचय पत्र। स्वास्थ्य बिमा नगरेको भए एक पटकको लागि स्वास्थ्य बिमा गर्ने प्रतिबद्धता।

(३) निर्देशनालयमा उपदफा (२) बमोजिमका कागजात पेश हुन आएमा निर्देशनालयले आवश्यक छानविन गरी यातायात सहायता खर्च एकमुष्ट रुपमा भुक्तानी गर्नु पर्नेछ।

परिच्छेद ३

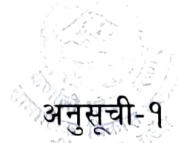
विविध

९. अभिलेख तथा प्रतिवेदन: (१) विपन्न नागरिक स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम र यातायात सहायता कार्यक्रमको अभिलेख कार्यालयले राख्नु पर्नेछ।
(२) कार्यालयले विपन्न नागरिक स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रमको अनुसूची-४ बमोजिमको ढाँचामा र यातायात सहायता सम्बन्धी कार्यक्रमको अनुसूची-५ बमोजिमको ढाँचा बमोजिमको प्रतिवेदन स्वास्थ्य सेवा निर्देशनालय र मन्त्रालयमा पठाउनु पर्नेछ।
१०. अनुगमन मूल्याङ्कन: (१) विपन्न नागरिक स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम प्रभावकारी कार्यान्वयनको लागि मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा निर्देशनालय, कार्यालय तथा बिमा बोर्ड प्रदेश कार्यालयले अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गर्नेछ।
(२) यातायात सहायता कार्यक्रमको प्रभावकारीताको लागि स्वास्थ्य सेवा निर्देशनालय र मन्त्रालयले अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गर्नेछ।
११. संशोधन सम्बन्धी व्यवस्था: (१) मन्त्रालयले आवश्यकता अनुसार यस कार्यविधि संशोधन गर्न सक्नेछ।
(२) उपदफा (१) बमोजिम संशोधन गर्दा आर्थिक मामिला तथा योजना मन्त्रालय र आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालयको सहमति लिनु पर्नेछ।

कानून अधिकृत

प्रदेश सचिव

राज कुमार शर्मा
मुख्यालय



अनुसूची-१

(दफा ६ सँग सम्बन्धित)

सामाजिक विकास मन्त्रालय र स्वास्थ्य बिमा बोर्ड, प्रदेश शाखा कार्यालय, सुर्खेत बीच कार्य सम्झौता पत्रको ढाँचा

कर्णाली प्रदेश सरकार सामाजिक विकास मन्त्रालयको वार्षिक बजेट तथा कार्यक्रम बमोजिम कर्णाली प्रदेशमा बसोबास गर्दै आएका कडा रोग लागेका विपन्न नागरिक, आश्रय केन्द्रमा रहेका असहाय महिला, बालबालिका, ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य बिमा दर्ता सहयोगी तथा “ख” वर्गका अपाङ्ग नागरिकको स्वास्थ्य बिमा नया दर्ता तथा नविकरण गर्ने प्रयोजनका लागि सामाजिक विकास मन्त्रालय, कर्णाली प्रदेश (यसपछि प्रथम पक्ष भनिने) र नेपाल सरकार, स्वास्थ्य बिमा बोर्ड, प्रदेश शाखा कार्यालय, कर्णाली प्रदेश, सुर्खेत (यस पछि दोश्रो पक्ष भनिने) का बीच तपशिलका न्यूनतम सेवा र शर्त पालना गर्ने गराउने सहमतिका साथ यो सम्झौता पत्र लेखि सहि छाप गरि एकरएक प्रति लियौ दियौ।

१. यो सम्झौता मिति..... गते देखि प्रारम्भ भएको मानिनेछ।
२. दोश्रो पक्षले तोकिएका विपन्न नागरिक र लक्षित वर्गको स्वास्थ्य बिमा नया दर्ता तथा नविकरण चक्र अनुसार गरी दिनु पर्नेछ।
३. स्वास्थ्य बिमा नयाँ तथा नविकरणको योगदान रकम कडा रोग लागेका विपन्न नागरिकको परिवारको योगदान रकमको शत प्रतिशत, आश्रय केन्द्रमा रहेका असाहय महिला, बालबालिका, जेष्ठ नागरिकको योगदान रकमको शतप्रतिशत, स्वास्थ्य बिमा दर्ता सहयोगीको परिवारको योजदान रकमको पचास प्रतिशत र “ख” वर्गको अपाङ्गता भएको परिवारको योगदान रकमको पचास प्रतिशत रकम प्रथम पक्षले द्वितिय पक्षलाई भुक्तानी दिनुपर्नेछ र बाँकी पचास प्रतिशत रकम सम्बन्धित परिवारले भुक्तानी गर्नु पर्नेछ।
४. दोश्रो पक्षले स्वास्थ्य बिमा बोर्ड जिल्ला सम्पर्क कार्यालय मार्फत स्वास्थ्य बिमा गराएको नगदी रसिद सहित आवश्यक कागजात विवरण तयार गरी जन/स्वास्थ्य सेवा कार्यालयमा भुक्तानीका लागि माग गर्नेछ।
५. प्रथम पक्षले स्वास्थ्य सेवा कार्यालय मार्फत चक्र अनुसार समयमै स्वास्थ्य बिमा बोर्ड जिल्ला सम्पर्क कार्यालयलाई भुक्तानी गर्नेछ।

कानून अधिकृत

व.ज.स्वा.प्र.
(अधिकृतस्तर दर्ता)

प्रदेश सचिव

(राज कुमार शर्मा)
मुख्यमन्त्री

६. प्रथम पक्षले स्वास्थ्य सेवा कार्यालय मार्फत चक्र अनुसार समयमै भुक्तानी नभएमा विमितको विवरण अर्को चक्रमा दर्ता हुनेछ।
७. दोश्रो पक्षले यस कार्यक्रमको बारेमा सम्बन्धित सरोकारवाला निकायलाई जानकारी गराउनु पर्नेछ।
८. कार्यान्वयनमा कुनै विवाद सिर्जना भएमा प्रचलित ऐन कानून बमोजिम दुवै पक्षको आपसी समझदारीमा समाधान गरिनेछ।

प्रथम पक्षको तर्फबाट

तर्फबाट

हस्ताक्षर:

नाम:

पद:

कार्यालय:

हस्ताक्षर:

नाम:

पद:

कार्यालय:

मिति:

दोश्रो पक्षको

हस्ताक्षर:

नाम:

पद:

कार्यालय:

रोहवर:

हस्ताक्षर:

नाम:

पद:

कार्यालय:

काबुन अधिकृत

व. अ. स्वा. प्र.
(अधिकृतस्तर बसो)

प्रदेश सचिव

(राज कुमार शर्मा)
मुख्यमन्त्री

अनुसूची-२

(दफा ६ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य बिमा वापतको योगदान रकमको भुक्तानी माग गर्ने निवेदनको ढाँचा

श्री,
.....।

बिषय: स्वास्थ्य बिमा वापतको योगदान रकमको भुक्तानी पाउँ।


उपरोक्त सम्बन्धमा यस बोर्ड र सामाजिक विकास मन्त्रालको सम्झौता बमोजिम विभिन्न मितिमा तपसिल बमोजिमको व्यक्तिको स्वास्थ्य बिमा गरेकोले विपन्न नागरिक स्वास्थ्य बिमा तथा स्वास्थ्य उपचार सहयोग कार्यविधि, २०७९ को दफा ५ बमोजिमको योगदान रकम उपलब्ध गराइदिनुहुन अनुरोध छ।

तपसिल:


क्र सं	विमितको नाम	ठेगाना	सम्पर्क नं	बिमा पोलिसि न	योगदान रकम
१					
२					
३					
४					
जम्मा					

संलग्न कागजात:

१. विमितको नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
२. बिमा कार्डको प्रतिलिपि,
३. अन्य कागजात।


कानून अधिकृत


व.ज.स्वा.प्र.
(अधिकृतस्तर बसो)


प्रदेश सचिव


(राज कुमार शर्मा)
मुख्यमन्त्री



अनुसूची-३

(दफा ८ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

यातायात सहायता रकम माग गर्दा दिनुपर्ने निवेदनको ढाँचा

श्री स्वास्थ्य सेवा निर्देशनालय,
वीरेन्द्रनगर, सुर्खेत।

विषय: यातायात सहायता पाउँ।

महोदय,

मलाई.....रोग लागी उपचारको क्रममा
सेवा प्रदायक संस्थाबाट थप उपचाराको लागि हाल..... सेवा प्रदायक संस्थामा
उपचाररत रहेकोले विपन्न नागरिक स्वास्थ्य बिमा तथा स्वास्थ्य उपचार सहयोग कार्यविधि,
२०७९ को दफा ७ को उपदफा (३) बमोजिम यातायात सहायता वापत रकम रु.
रकम सहायता पाउन तपसिल बमोजिमको मेरो व्यक्तिगत विवरण सहित यो निवेदन पेश गरेको
छु।

व्यक्तिगत विवरण

१.	विरामीको नाम		
२.	बुवाको नाम	३.	आमाको नाम
४.	पति/पत्नीको नाम		
५.	विरामीको स्थायी ठेगाना	जिल्ला	गा.पा/न.पा/उप.म.न.पा
		वडा नं.:	टोल:
६.	विरामीको हालको ठेगाना-	जिल्ला:	गा.पा/न.पा/उप.म.न.पा
		वडा नं.:	टोल:
७.	नागरिकता नं.:	जारी जिल्ला:	जारी मिति:
८.	विपन्न परिचयपत्र नं.:	जारी गर्ने निकाय:	
९.	उपचार गराइरहेको वा गराउने अस्पतालको विवरण		

कान्छन अधिकारी

राज स्वा. प्र.
(अधिकृतस्वरूप दस्तावेज)

प्रकाश अधिकारी

राज कुमार शर्मा
मुख्यमन्त्री

प्रेषण गर्ने सेवा प्रदायक संस्था	उपचाररत सेवा प्रदायक संस्था	सेवा रकम	यातायात सहायता	कैफियत

९. यस अघि प्रदेश सरकारबाट यातायात सहायत रकम लिए/नलिएको:
लिएको: नलिएको:

निवेदनसाथ संलग्न गर्नुपर्ने कागजात:-

१. नागरिकता प्रतिलिपि,
२. रोग खुलेको चिकित्सकको प्रेस्क्रिप्सन,
३. जिल्ला बाहिर गई उपचार गर्नु पर्ने प्रेषण पुर्जाको प्रतिलिपि,
४. हाल उपचाररत रहेको सेवा प्रदायक संस्थाको विरामी दर्ता भएको प्रमाण,
५. स्वास्थ्य विमा परिचय पत्र वा स्वास्थ्य विमा नगरेको भए एक पटकको लागि स्वास्थ्य विमा गर्ने प्रतिबद्धता,
६. अति विपन्न घरपरिवार परिचयपत्र वा सम्बन्धित स्थानीय तहको सिफारिसपत्र।

निवेदकको

नाम थर:

दस्तखत:

सम्पर्क नं.

इमेल:

मिति:

[Signature]

कानून अधिकृत

[Signature]

व.ज.स्वा.प्र.
(अधिकृतस्तर बराबर)

प्रदेश सचिव

[Signature]
(राज कुमार शर्मा)
मुख्यमन्त्री



अनुसूची-४

(दफा ९ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

विपन्न नागरिक स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम सम्बन्धी प्रतिवेदन ढाँचा

श्री.....,

वीरेन्द्रनगर, सुर्खेत।

विषय: विपन्न नागरिक स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रमको प्रतिवेदन पेश गरिएको सम्बन्धमा।

क. कडा रोग लागेका विपन्न नागरिक विवरण

क्र. स.	रोगको नाम	रोगीको नाम	स्थानीय तह र वडा नं.	परिवार संख्या	रसिद नं.	छुट दिएको रकम
जम्मा						

ख. आश्रय केन्द्रमा रहेका असहाय महिला, बालबालिका, ज्येष्ठ नागरिक

क्र. स.	आश्रय केन्द्रको नाम	घरमुलीको नाम	स्थानीय तह र वडा नं.	परिवार संख्या	रसिद नं.	छुट दिएको रकम
जम्मा						

ग. स्वास्थ्य बिमा दर्ता सहयोगी विवरण

क्र. स.	दर्ता सहयोगीको नाम	स्थानीय तह र वडा नं.	परिवार संख्या	रसिद नं.	जम्मा रकम	छुट दिएको रकम
जम्मा						

घ. "ख" वर्गका अपाङ्ग विवरण

कानुन अधिकृत

व. ज. स्वा. प्र.
 (अधिकृतस्वरूप दर्ता)

प्रदेश सचिव

(राज कुमार शर्मा)
 मुख्यमन्त्री

क्र. स.	ख वर्गका अपाङ्गको नाम	स्थानीय तह र वडा नं.	परिवार संख्या	रसिद न	जम्मा रकम	छुट दिएको रकम
जम्मा						

तयार गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

मिति:

प्रमाणित गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

मिति:



काबुल अधिकृत


व. ज. स्वा. प्र.
(अधिकृतस्तर बसो)


प्रदेश सचिव


राज कृष्ण शर्मा
मुख्यमन्त्री

अनुसूची-५

(दफा ९ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

यातायात सहायता खर्चका प्रतिवेदनका ढाँचा

श्री.....

बीरिन्द्रनगर, सुर्खेत।

विषय: यातायात सहायता खर्चका प्रतिवेदन पेश गरिएको सम्बन्धमा।

क्र.सं.	कडा रोगको नाम	विरामीको नाम थर र ठेगाना	प्रेषण गर्ने सेवा प्रदायक संस्था	उपचाररत सेवा प्रदायक संस्था	यातायात सहायता रकम	कैफियत

तयार गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

मिति:

प्रमाणित गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

मिति:

कायम अधिकृत

व. ज. स्वा. प.
(अधिकृतस्तर बसो)

प्रदेश सचिव

(राज्य मुस्यमन्त्री)