

सिकेलसेल, थालेसेमिया र हेमोफिलियाका बिरामीको परिवारलाई निःशुल्क बीमा कार्यक्रम सञ्चालन
कार्यविधि, २०८०



लुम्बिनी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
राप्ती उपत्यका (देउखुरी), नेपाल



प्रदेश सरकार, मन्त्रिपरिषद्बाट स्वीकृत मिति: २०८०/०७/०९

सिकेलसेल, थालेसेमिया र हेमोफिलियाका बिरामीको परिवारलाई निःशुल्क बीमा कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि, २०८०

प्रस्तावना: लुम्बिनी प्रदेशका सिकेलसेल, थालेसेमिया हेमोफिलिया रोग लागेका बिरामीहरूका परिवारका सदस्यहरूलाई बीमाद्वारा पूर्व भुक्तानीको माध्यमबाट बीमितको स्वास्थ्य सेवा प्राप्तमा पारिवारिक आर्थिक व्ययभार कम गर्न तथा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा व्यवस्था गर्न र आर्थिक सहयोग पुऱ्याउने कार्यलाई व्यवस्थित गर्न आवश्यक भएकोले, प्रदेश सुशासन ऐन, २०७६ को दफा ५३ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी लुम्बिनी प्रदेश सरकार, मन्त्रिपरिषद्ले यो कार्यविधि बनाएको छ।

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:** (१) यस कार्यविधिको नाम "सिकेलसेल, थालेसेमिया र हेमोफिलियाका बिरामीको परिवारलाई निःशुल्क बीमा कार्यविधि, २०८०" रहेको छ।

(२) यो कार्यविधि प्रदेश सरकार, मन्त्रिपरिषद्बाट स्वीकृत भएको मितिदेखि प्रारम्भ हुनेछ।

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

- (क) "अस्पताल" भन्नाले प्रचलित कानून बमोजिम सञ्चालन अनुमति प्राप्त गरी सिकेलसेल, थालेसेमिया वा हेमोफिलिया रोगको परीक्षण, निदान र उपचार सेवा प्रदान गर्ने अस्पताल सम्झनु पर्छ।
- (ख) "कार्यालय" भन्नाले मन्त्रालय अन्तर्गतका जिल्लास्थित स्वास्थ्य कार्यालय सम्झनु पर्छ।
- (ग) "निर्देशनालय" भन्नाले मन्त्रालय मातहतको स्वास्थ्य निर्देशनालय सम्झनु पर्छ।
- (घ) "परिवार" भन्नाले सिकेलसेल, थालेसेमिया वा हेमोफिलिया रोग निदान भएका संघीय स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा २ को खण्ड (ड) बमोजिमको परिवार सम्झनु पर्छ।
- (ङ) "प्रदेश" भन्नाले लुम्बिनी प्रदेश सम्झनु पर्छ।
- (च) "बासिन्दा" भन्नाले लुम्बिनी प्रदेशमा स्थायी रूपमा बसोबास गर्दै आएको नागरिक सम्झनु पर्छ।

सचिव

२०८०/७/०९

- (छ) "बिरामी" भन्नाले सिकेलसेल, थालेसेमिया वा हेमोफिलिया रोग निदान भएका व्यक्ति सम्झनु पर्छ।
- (ज) "बीमा" भन्नाले नेपाल सरकारको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत रही यस कार्यविधि बमोजिम सिकेलसेल, थालेसेमिया र हेमोफिलिया रोगबाट प्रभावित भएका व्यक्तिका परिवारका सदस्यका लागि प्रदेश सरकारको तर्फबाट बीमा प्रिमियम नवीकरण भुक्तानी गर्ने कार्यलाई सम्झनु पर्छ।
- (झ) "मन्त्रालय" भन्नाले प्रदेश सरकारको स्वास्थ्य विषय हेर्ने मन्त्रालय सम्झनु पर्छ।
- (ञ) "स्थानीय तह" भन्नाले प्रदेशभित्रका नगरपालिका वा गाउँपालिका सम्झनु पर्छ।
- (ट) "समिति" भन्नाले दफा ५ बमोजिमको सिफारिस समिति सम्झनु पर्छ।

३. प्रचारप्रसार गर्नुपर्ने: कार्यालयले यस कार्यविधि बमोजिम सिकेलसेल, थालेसेमिया र हेमोफिलियाका रोग लागेका बिरामीका परिवारलाई निःशुल्क रूपमा बीमा गरिने व्यहोराको सूचना उपयुक्त सञ्चार माध्यम मार्फत सूचनाको प्रकाशन वा प्रसारण गर्नुपर्नेछ।
४. रोग निदान भएको हुनुपर्ने: यस कार्यविधि बमोजिम बीमा सुविधा प्राप्त गर्ने परिवारका कम्तीमा कुनै एक सदस्यमा सिकेलसेल, थालेसेमिया वा हेमोफिलिया रोग निदान भएको भनी अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्थाले सिफारिस गरेको प्रमाण पेश गर्नुपर्नेछ।
५. स्थायी बासिन्दा हुनुपर्ने: (१) यस कार्यविधि बमोजिम बीमा सुविधा प्राप्त गर्ने परिवार प्रदेशको बासिन्दा हुनुपर्नेछ र त्यस्तो परिवारले प्रदेशको बासिन्दा भएको पहिचान खुल्ने प्रमाण पेश गर्नुपर्नेछ।
- (२) उपदफा (१) बमोजिमका पहिचान खुल्ने प्रमाण नभएमा हाल स्थायी रूपमा बसोबास गर्दै आएको सम्बन्धित वडा वा स्थानीय तहको बासिन्दा भएको सिफारिस पत्र हुनुपर्नेछ।
६. निवेदन तथा सिफारिस सम्बन्धी व्यवस्था: (१) यस कार्यविधि बमोजिम बीमा सुविधा प्राप्त गर्न चाहने परिवारका मुख्य सदस्यले सम्बन्धित स्थानीय तहमा अनुसुची-१ बमोजिमको ढाँचामा नयाँ बीमा गर्न वा बीमा नवीकरण गर्नका लागि निवेदन दिनु पर्नेछ र त्यस्तो निवेदन साथ अस्पतालले सिकेलसेल, थालेसेमिया वा हेमोफिलिया रोग निदान गरेको सिफारिस(बिरामी पुर्जा) संलग्न गर्नुपर्नेछ।

सचिव



(२) उपदफा (१) बमोजिम स्थानीय तहमा पेश हुन आएको निवेदन माथि अध्ययन गरी सिफारिस गर्नका लागि प्रत्येक स्थानीय तहमा देहायको एक सिफारिस समिति रहनेछः-

(क) स्थानीय तहको प्रमुख वा अध्यक्ष	संयोजक
(ख) प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत	सदस्य
(ग) स्वास्थ्य शाखा प्रमुख	सदस्य सचिव

(३) उपदफा (२) बमोजिमको समितिले निवेदनसाथ प्राप्त भएका कागजात, नागरिकता प्रमाण पत्र वा सोही स्थानीय तहको बासिन्दा भए/नभएको विवरण कागजात समेतका आधारमा बीमा सुविधा उपलब्ध गराउनका लागि अनुसूची-२ बमोजिमको सिफारिस कार्यालयमा पठाउनु पर्नेछ।

७. बीमा सुविधा निर्धारण सम्बन्धी व्यवस्था: (१) कार्यालयले यस कार्यविधि बमोजिम बीमा सुविधा वा प्रिमियमको रकम संघीय स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ र स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ मा भएको व्यवस्था बमोजिम निर्धारण गर्नुपर्नेछ।
८. बीमा प्रिमियम नवीकरण रकमको भुक्तानी: यस कार्यविधि बमोजिम परिवारको बीमा सुविधा अन्तर्गत नयाँ बीमा गर्न वा बीमा नवीकरण गर्न स्थानीय तहबाट सिफारिस भए बमोजिम परिवारको तर्फबाट कार्यालय आफैले नेपाल सरकारको स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा प्राप्त हुने गरी निर्धारण भएको रकमको सीमाभित्र रही भुक्तानी गर्नुपर्नेछ।
९. उपचारको व्यवस्था: यस कार्यविधि बमोजिम कार्यालयले बीमा सुविधामा आबद्ध गरेका परिवारका सदस्यको निदान, परीक्षण वा उपचार नेपाल सरकारको स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, बीमा थैली सुविधा बमोजिम तोकिएका अस्पतालबाट उपलब्ध हुनेछ।
१०. अनुगमन सम्बन्धी व्यवस्था: (१) यस कार्यविधि बमोजिमको सुविधा सरोकारवाला परिवारले प्राप्त गरे नगरेको सम्बन्धमा मन्त्रालय तथा निर्देशनालयले नियमित अनुगमन गर्नेछ।
- (२) यस कार्यविधि बमोजिमको सेवा सुविधा प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयन भए नभएको मासिक रूपमा अनुगमन गर्नु पर्नेछ।
११. लेखा र लेखापरीक्षण: कार्यालयले यस कार्यविधि बमोजिम प्राप्त रकम, बीमा प्रिमियम रकम वा नवीकरण गर्दाको रकम र अन्य खर्चको प्रचलित कानून बमोजिम लेखा राखी लेखापरीक्षण गराउनु पर्नेछ।
१२. अनुसूचीमा हेरफेर गर्न सक्ने: मन्त्रालयले यस कार्यविधिमा रहेका अनुसूचीमा आवश्यकतानुसार हेरफेर गर्न सक्नेछ।

५/१०/५५
सचिव



१३. अभिलेख राख्ने र प्रतिवेदन पठाउनु पर्ने: कार्यालयले यस कार्यविधि बमोजिम सुविधा प्राप्त गरेका परिवारको अभिलेख अनुसूची-३ बमोजिम राख्नु पर्नेछ र त्यस्तो अभिलेखका आधारमा एकीकृत प्रतिवेदन तयार गरी निर्देशनालय र मन्त्रालयमा क्रमश मासिक र चौमासिक रूपमा पठाउनु पर्नेछ।
१४. कारवाही सम्बन्धी व्यवस्था: (१) स्थानीय तहका पदाधिकारी वा कर्मचारी, रोगको निदान बिरामी पुर्जा उपलब्ध गराउने तथा सिफारिसमा संलग्न चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीले यस कार्यविधि विपरित कुनै कार्य गरेको प्रमाणित भएमा कार्यालयले प्रचलित कानून बमोजिम कारवाहीको लागि सम्बन्धित निकायमा लेखी पठाउन सक्नेछ।
- (२) उपदफा (१) बमोजिमको कार्य गरेको प्रमाणित हुन आएमा त्यस्ता बिरामी पुर्जा तथा सिफारिसलाई मान्यता दिइने छैन।
१५. प्रचलित कानून बमोजिम हुने: यस कार्यविधिमा लेखिएका विषयमा यसै कार्यविधि बमोजिम र अन्य विषयको हकमा स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी प्रचलित कानून बमोजिम हुनेछ।
१६. बाधा अड्काउ फुकाउ: यस कार्यविधिको कार्यान्वयनमा कुनै बाधा अड्काउ उत्पन्न भएमा प्रदेश सरकार, मन्त्रपरिषदले त्यस्ता बाधा अड्काउ फुकाउ गर्न सक्नेछ।

२०७१

सचिव

अनुसूची- १

(दफा ६ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

स्थानीय तहमा पेश गर्ने निवेदनको ढाँचा

श्री प्रमुख/अध्यक्षज्यू,

.....गा.पा./न.पा.

.....।



.....जिल्ला गा.पा./न.पा वडा नं..... को बासिन्दा
म/मेरो परिवारमा सिकेलसेल, थालेसेमिया वा हेमोफिलिया रोगको निदान भएकोले लुम्बिनी
प्रदेश सरकारद्वारा लागू गरिएको सिकेलसेल, थालेसेमिया र हेमोफिलियाका बिरामीको
परिवारलाई निःशुल्क बीमा कार्यविधि, २०८० बमोजिम प्राप्त हुने बीमा सुविधाको लागि
स्वास्थ्य कार्यालय.....मा सिफारिस गरिदिनुहुन अनुरोध गर्दछु।

मुख्य व्यक्ति वा निवेदकको नामथर:

परिवार सङ्ख्या र नामावली:

ठेगाना:

१.....

दस्तखत:

२.....

मिति:

३.....

सम्पर्क नं.

संलग्न कागजातहरू:

-मुख्य व्यक्ति वा निवेदक नागरिकताको प्रतिलिपि वा बासिन्दा प्रमाणित भएको पत्रको
प्रतिलिपि

-अस्पतालबाट रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन।

२.१२/१

२०८०/५/५
सचिव

अनुसूची- २

(दफा ६ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

स्थानीय तहले प्रदान गर्ने सिफारिस ढाँचा

श्री.....
.....।



देहाय बमोजिमको विवरण भएको परिवार/व्यक्तिलाई सिकेलसेल, थालेसेमिया वा हेमोफिलिया रोगको निदान भएकोले तहाँ कार्यालयमा बीमा सुविधा प्रदान गर्नका लागि लुम्बिनी प्रदेश सरकारद्वारा लागू गरेको सिकेलसेल, थालेसेमिया र हेमोफिलियाका बिरामीको परिवारलाई निःशुल्क बीमा कार्यविधि, २०८० बमोजिम सिफारिस गरिएको छ।

वैयक्तिक विवरण:

परिवारको मुख्य व्यक्ति/निवेदक नामथर: उमेर: लिङ्ग:

परिवारका सदस्य सङ्ख्या: नामावली:

ठेगाना: जिल्ला: गा.पा./न.पा.: वडा नं:

संलग्न कागजातहरू:

-परिवारका मुख्य सदस्य/व्यक्तिको नागरिकताको प्रतिलिपि,

-रोग निदान भएको प्रेस्क्रीप्सन,

सिफारिस गर्ने कर्मचारीको नाम:

पद

दर्जा:

मिति:

कार्यालयको छाप:

द्रष्टव्य:- स्थानीय तहले कार्यालय सिफारिस गर्दा देहाय विवरण अनिवार्य खुलेको

हुनुपर्नेछ:-

१. परिवारका सदस्यको नाम, थर, ठेगाना, ना.प्र.प.नं. र सम्पर्क नं.,
२. परिवारको मुख्य व्यक्तिको नागरिकताको प्रतिलिपि,
३. रोगको निदान भएको चिकित्सकको बिरामी पुर्जाको संक्षिप्त व्यहोरा,
४. उपचार सेवाका लागि सिफारिस पत्र र समितिको निर्णयको प्रतिलिपि संलग्न गरी पठाउनु पर्नेछ।

२.१५

सचिव



अनुसूची- ३

(दफा १३ सँग सम्बन्धित)

बीमा अभिलेख/प्रतिवेदन फाराम

क्र.सं	बिरामी/परिवार को मुख्य व्यक्तिको नाम थर	ठेगाना	उमेर	बिरामी/परि वारका मुख्य व्यक्तिको ना.प्र.नं.	रोगको प्रकृति (१) सिकेलसेल, (२) थालेसेमिया (३) हेमोफिलिया	परिवार का सदस्य सङ्ख्या	कैफियत
१							
२							
३							

२०३१
-

सिद्धिप.पु

सचिव