

नेपाल सरकारद्वारा सञ्चालित
स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभागी बनौ ।
आफ्नो र परिवारको उपचारका लागि ढुक्क होऔ ।



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
टेकु, काठमाडौं



तपाईंको स्वास्थ्य हाम्रो अठोट

पृष्ठभूमि:

नेपालको संविधान (२०७२) को धारा ३५ मा आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई नेपाली नागरिकको मौलिक हकका रूपमा स्थापित गरिएको छ । संविधानको धारा ५१ (ज) (१५) मा राज्यको नीति अन्तर्गत नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गर्दै उनीहरूको स्वास्थ्य उपचारमा पहुँचको व्यवस्था मिलाउने भनी किटान गरिएको छ । यसै अनुरूप नेपाल सरकारले नागरिकका स्वास्थ्य उपचारमा सहज पहुँच पुऱ्याउने उद्देश्य अनुसार राष्ट्रिय बीमा नीति, २०७१ र सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा विकास समिति (गठन आदेश), २०७१ बमोजिम आर्थिक वर्ष २०७२/७३ बाट शुरुमा कैलाली, बागलुङ र ईलाम जिल्लाबाट थालनी गरिएको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमबाट आ.व. ०७६/०७७ को माघसम्ममा ५० जिल्लामा सेवा विस्तार भई नागरिकले सेवा पाइरहेका छन् । थप केही जिल्लाहरूमा सेवा विस्तारको पूर्व तयारीहरू भइसकेका छन् । बाँकी सबै जिल्लाहरूमा क्रमशः विस्तार गर्दै लैजाने सरकारको नीति अन्तर्गत स्वास्थ्य बीमा बोर्डले तीव्रताका साथ कार्यहरू गर्दै आइरहेको छ । हाल स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ का लागि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सुदृढ ढंगले कार्यान्वयन गर्न थप कानुनी आधारको रूपमा स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को अलावा स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ जारी भई कार्यान्वयन भइरहेको छ ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम परिवारमा आधारित एक वृहत साम्नेदारी कार्यक्रम हो । जसमा आवद्ध हुन परिवारले तोकिएको योगदान रकम पूर्व भुक्तानी गर्नु पर्दछ । सेवा क्रियाशील भएपछि परिवारले वार्षिक रूपमा स्वास्थ्य उपचारको जोखिम व्यवस्थापन गर्न सक्दछन । यो कार्यक्रमले व्यक्ति तथा परिवारलाई विरामी पर्दा आर्थिक सुरक्षा प्रदान गर्दछ । यो कार्यक्रममा आवद्ध हुँदा आफू र आफ्नो परिवारको सदस्य विरामी पर्दा उपचारमा हुने खर्चको जोहो त हुन्छ नै, सँगसँगै सामाजिक उत्तरदायित्व पनि पुरा भएको हुन्छ । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध हुन भुक्तानी गरेको योगदान रकमले देशका नागरिक-नागरिकबीच एक आपसमा सहयोग समेत भइरहेको हुन्छ ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको उद्देश्य:

राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति, २०७१ ले नेपाली जनताको समग्र स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार गर्न दीर्घकालीन लक्ष्य

लिएको छ । गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपयोगमा सुधार ल्याई स्वास्थ्य बीमाको आधारमा सबैका लागि स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्ने कार्यक्रमको प्रमुख उद्देश्य रहेको छ । स्वास्थ्य सेवाका लागि पूर्व भुक्तानी प्राप्त गरी जोखिम न्यूनीकरणको व्यवस्था गरेर सर्वसाधारणका लागि थप वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्ने र स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका क्रममा सेवाको गुणस्तरीयता, प्रभावकारिता, दक्षता र जवाफदेहितामा सुधार ल्याउनु नै यस कार्यक्रमको उद्देश्य रहेको छ ।

कार्यक्रममा सहभागीताका लागि दर्ता प्रक्रिया:

यस कार्यक्रममा दर्ता गर्न स्थानीय वडाबाट छनौट भई आएका व्यक्तिहरू नै दर्ता सहयोगीको रूपमा रहेका हुन्छन् । दर्ता सहयोगीहरू घरदैलामै गई दर्ता गराउने गर्दछन् । आफूले चाहेको बेला दर्ता सहयोगी घरदैलोमा उपलब्ध नभएमा सम्पर्क गरि दर्ता हुन सकिन्छ ।

- ◆ सदस्यता दर्ताका समयमा आफ्नो फोटो भएको परिचयपत्र (नागरिकता, सवारी अनुमतिपत्र वा अन्य परिचय खुले प्रमाणपत्र) दर्ता सहयोगीलाई देखाउनु पर्छ ।
- ◆ नाबालिगको हकमा भने निजको जन्म प्रमाणपत्र वा जन्म दर्ताको प्रमाणपत्र वा अभिभावक वा संरक्षकको परिचय खुले प्रमाणपत्र देखाउनु पर्छ ।
- ◆ दर्ताको समयमा घरमुलीले आफ्नो परिवारका सदस्यहरूका बारेमा यथार्थ जानकारी दिनुपर्छ ।
- ◆ दर्ता फाराम भर्ने बेलामा सेवा लिनका लागि कार्यक्रमले तोकेको नजिकको पहिलो स्वास्थ्य संस्था रोज्नु पर्ने हुन्छ ।
- ◆ नेपाल सरकारले उपलब्ध गराएको गरिबीको परिचयपत्रको आधारमा अति गरिब, अति असक्त अपांगता, एच.आइ.वी. संक्रमित, एम.डी.आर.टि.बि र कुष्ठरोगीहरूका परिवारलाई १०० प्रतिशत छुट प्रदान गर्ने व्यवस्था छ ।
 - ७० वर्ष उमेर पुगेका सबै जेष्ठ नागरिकको योगदान रकम नेपाल सरकारले तिर्ने व्यवस्था रहेको छ ।
 - म.स्वा.स्व.से.हरूको परिवारलाई योगदान रकममा ५० प्रतिशत छुट गर्ने व्यवस्था छ ।
- ◆ कार्यक्रममा सहभागी परिवारका सबै सदस्यले छुट्टाछुट्टै स्वास्थ्य बीमा परिचयपत्र पाउँछन् ।
- ◆ प्रत्येक सदस्यले सेवा लिन जाँदा आफ्नो परिचयपत्र अनिवार्य लिएर जानुपर्छ ।

- ◆ परिचयपत्र नष्ट भएमा, च्यातिएमा वा हराएमा दर्ता सहयोगी मार्फत स्वास्थ्य बीमा बोर्डको जिल्ला कार्यालयबाट रु. ५०/- तिरी पुनः परिचयपत्र लिन सकिन्छ । उक्त परिचयपत्रको वैधता सदस्यता कायम रहेसम्म रहन्छ । सदस्यता प्रत्येक वर्ष नवीकरण गर्नुपर्ने छ ।

सदस्यता दर्ता र सेवा शुरु हुने समय:

यस कार्यक्रममा जनसुकै समयमा सदस्य बन्न सकिन्छ, तर सेवा प्राप्त गर्न तोकिएको समय सम्म कुर्नुपर्ने हुन्छ ।

कार्यक्रमको सदस्यता दर्ता चक्र	सेवा क्रियाशिल हुने मिति
बैशाख, जेष्ठ असार	भदौ १ गते
साउन, भदौ, असोज	मंसिर १ गते
कार्तिक, मंसिर, पुस	फागुन १ गते
माघ, फागुन, चैत	जेष्ठ १ गते

नोट: सदस्यता क्रियाशिल अवधि कार्यक्रमको सदस्य बनेको मितिबाट नभई सेवा क्रियाशिल भएको मितिबाट एक वर्षको हुने छ ।

कार्यक्रममा सहभागी हुन लाग्ने योगदान रकम:

- ◆ ५ जनासम्मको परिवारले वार्षिक रूपमा प्रति परिवार रु. ३५००/-
- ◆ परिवारमा ५ जनामन्दा बढी सदस्य भए प्रति थप सदस्यको रु. ७०० का दरले थप रकम तिर्नु पर्छ ।

कार्यक्रमबाट पाईने सुविधाको थैली (Benefit Package) सम्बन्धी व्यवस्था:

नेपाल सरकारबाट निःशुल्क उपलब्ध गराईएको सम्पूर्ण स्वास्थ्य सुविधाहरू यथावत रहन्छन् । यसबाहेक सदस्यले तोकिएका सेवा प्रदायक संस्थाहरूबाट निम्न प्रकारका स्वास्थ्य सेवाहरू पाइन्छ ।

- ◆ बहिरङ्ग, अन्तरङ्ग र आकस्मिक कक्षबाट प्रदान गरिने सेवाहरू
- ◆ कार्यक्रमले तोकेका निदानात्मक र परीक्षण सेवाहरू
- ◆ ५ जनासम्मको परिवारले आवश्यक पर्दा वार्षिक रु. १,००,००० (एक लाख) सम्मको स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न पाइन्छ ।

- ◆ ५ जना भन्दा बढी सदस्य भएमा प्रति थप सदस्य रु २०,०००/- (बीस हजार) सुविधा थैलीमा थपिने छ, यसको अधिकतम सीमा रु २,००,०००/- सम्मको हुन्छ ।
- ◆ प्रत्येक जेष्ठ नागरिकले एक लाखसम्मको औषधि उपचार सुविधा प्राप्त गर्दछन् ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा समावेश नभएका सेवाहरू

- ◆ कस्मेटिक सर्जरी,
- ◆ सहायक उपकरण यन्त्रहरू (कृत्रिम अंगहरू, वर्षमा एक पटकमा रु १००० सम्मका चश्मा (Vision Glass, सुन्ने यन्त्र ५,००० सम्मका आदि)
- ◆ दाँत उखेल्ने, संक्रमण नियन्त्रण, सामान्य फिलिङ बाहेकका अन्य उपचार सेवाहरू,
- ◆ दाँतका महँगो उपचार सेवाहरू,
- ◆ कृत्रिम गर्भाधानका सेवाहरू, लिङ्ग परिवर्तन सम्बन्धी सेवाहरू

बीमितले स्वास्थ्य सेवा लिने प्रक्रिया

- ◆ स्वास्थ्य बीमाको सेवा लिन अनिवार्य रूपमा बीमितले स्वास्थ्य बीमाको परिचयपत्र लिएर जानु पर्छ ।
- ◆ उपचार सेवा प्रथम सेवा विन्दु राखिएको स्वास्थ्य संस्थाबाट नै लिनु पर्दछ (आकस्मिक उपचार बाहेक)
- ◆ आकस्मिक उपचार सेवा सूचीकृत जुनसुकै स्वास्थ्य संस्थाबाट लिन सकिन्छ साथै आकस्मिकको हकमा प्रेषण पुर्जाको जरूरी पर्दैन ।
- ◆ बीमित सदस्यले स्वास्थ्य सेवा उपयोग गर्दा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध सेवाहरू मात्र प्राप्त गर्दछन् । उक्त संस्थामा नभएका सेवा लिन प्रेषण पुर्जा अनिवार्य लिई सो सेवा उपलब्ध हुने संस्थामा जानु पर्दछ ।
- ◆ सेवा क्रियाशिल भए तापनि सुविधा थैलीमा रकम नभएको अवस्थामा उपचार सेवा लिन पाइदैन ।

नविकरणको व्यवस्था:

- ◆ बीमित परिवारका सबै सदस्यले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा अविछिन्न रूपमा आवद्ध भइरहन प्रत्येक वर्ष नविकरण गर्नुपर्दछ ।
- ◆ बीमा नविकरण गर्दा आफ्नो क्रियाशिल अवधिको अन्तिम एक महिना भन्दा अगाडि नै दर्ता सहयोगीसँग सम्पर्क गरी नविकरण गर्नु पर्दछ ।

प्रेषणका व्यवस्था:

- ◆ सदस्य आफैले रोजेको पहिलो स्वास्थ्य संस्थामा उपचार सम्भव नभएमा वा चिकित्सकले प्रेषण गरेमा माथिल्लो तहको सूचीकृत अस्पताल वा विशिष्टकृत वा अति विशिष्टकृत अस्पतालहरूबाट पनि स्वास्थ्य सेवा पाउने व्यवस्था छ ।
- ◆ त्यसरी सेवा लिन पहिलो स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण पुर्जा सहित प्रेषण भई जानुपर्ने छ ।
- ◆ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका सदस्यहरूलाई सेवा प्रदान गर्दा सेवा प्रदायक संस्थाको नियमानुसार सेवा प्रदान गरिनेछ ।

सोधपुछ तथा गुनासोको व्यवस्था:

- ◆ सोधपुछ तथा गुनासो सुनुवाई तथा व्यवस्थापनको लागि १६६०-०१-११२२४ नम्बरको हटलाईनको व्यवस्था गरिएको छ । यसमा फोन गर्दा पैसा लाग्दैन ।
- ◆ _____ जिल्लाहरूको हकमा सम्पर्क नम्बर _____ मा फोन गरी आवश्यक जानकारी प्राप्त गर्न सकिन्छ ।
- ◆ हटलाईनमार्फत् आफ्ना जिज्ञासाहरूको जवाफ पाईने छ । तत्काल समाधान हुन नसकेका विषयहरू आवश्यक कारवाहीका लागि सम्बन्धित निकायमा पठाइनेछ ।
- ◆ यस कार्यक्रम सम्बन्धी विस्तृत जानकारी www.hib.gov.np मा समेत उपलब्ध छ ।



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

टेकु, काठमाडौं

फोन: ९७७-१-४१००२२३

टोल फ्री नं. : १६६०-०१-११२२४

इमेल: info@hib.gov.np, वेब: www.hib.gov.np