किस्पाङ गाउँपालिका लक्षित वर्ग निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन कार्यबिधि २०८०

मितिः२०८०/०६/१८ को गाउँ कार्यपालिकाको बैठकवाट स्वीकृत

स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन २०७४ को दफा (१०२) ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी किस्पाङ गाउँपालिकाले **किस्पाङ गाउँपालिका लक्षित वर्ग निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन कार्यबिधि २०८०** बनाएको छ ।

परिच्छेद – १

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ (१) यो कार्यविधिको किस्पाङ गाउँपालिका लक्षित वर्ग निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन कार्यबिधि २०८० रहने छ ।

२. यो कार्यविधि किस्पाङ गाउँ कार्यपालिकाबाट स्वीकृत भएको मिति देखि लागू हुनेछ ।

परिच्छेद – २

३. परिभाषा : विषय र प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा, यस कार्यविधिमा

१. गाउँपालिका भन्नाले किस्पाङ गाउँपालिका सम्झनुपर्छ ।

२. कार्यपालिका भन्नाले किस्पाङ गाउँ कार्यपालिका सम्झनुपर्छ ।

३. "अध्यक्ष" भन्नाले किस्पाङ गाउँपालिकाको गाउँ कार्यपालिका अध्यक्षलाई सम्झनुपर्छ ।

४. "उपाध्यक्ष भन्नाले किस्पाङ गाउँपालिकाको गाउँ कार्यपालिका उपाध्यक्षलाई सम्झनुपर्छ ।

५. "प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत" भन्नाले किस्पाङ गाउँपालिकाको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत लाई सम्झनुपर्छ ।

६. "कार्यालय" भन्नाले किस्पाङ गाउँकार्यपालिकाको कार्यालयलाई सम्झनुपर्छ ।

७. किस्पाङ गाउँपालिका स्वास्थ्य बीमा संयोजन समिति भन्नाले स्थानीय तह स्वास्थ्य बीमा संयोजन समिति कार्यविधि, २०७९ बमोजिम गठित समिति सम्झनु पर्ने छ

केदार प्रसाद खतिवडा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

८. बीमा दर्ता सहयोगी भन्नाले सामाजिक स्वास्थ्य सूरक्षा(स्वास्थ्य बीमा) को दर्ता सहयोगी(Enrollment assistant) छनौट निर्देशिकका २०७३ अनुसार हुने छ ।

परिच्छेद – ३

४. नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम : किस्पाङ गाउँपालिका क्षेत्र भित्र स्थायी बसोबास गर्ने आर्थिक अवस्थाका कारण स्वास्थ्य सेवा लिनबाट वञ्चित भएका नागरिकहरूको स्वास्थ्य उपचार गराउने उद्देश्यले किस्पाङ गाउँपालिका को आ.व.२०८०/८१ को नीति तथा कार्यक्रमको मर्म र भवना अनुरुप बिपन्न दलित, क्षयरोग का बिरामी, दीर्घरोगी अपाङ्गता भएका ब्यक्तिहरुलाई लक्षित गरी नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा गरी स्तरीय उपचारको पहुँचमा ल्याउने उद्देश्यका साथ कार्यक्रम सञ्चालन गरीने छ ।

परिच्छेद – ४

५. स्वास्थ्य बीमा लाभाग्राही हुनको लागि आवश्यक योग्यताहरु

स्वास्थ्य बीमा लाभग्राही हुनका लागि आवश्यक पर्ने योग्यता: दफा ४ बमोजिमको सहयोग प्राप्त गर्न देहाय बमोजिमको योग्यता भएको हुनुपर्ने छ ।

१. लाभाग्राही किस्पाङ गाउँपालिकामा स्थाई रुपमा बसोवास गर्ने नेपाली नागरिक हुनु पर्ने छ ।
२. बिपन्न दलित लागभाग्राहीको हकमा नेपाल सरकारले जारी गरेको परिचय पत्र बहाक वा समितिले बिपन्न भनी सिफारिस गरेको परिवार ।
३. "क्षयरोगका बिरामी" क्षयरोगको हकमा राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमा दर्ता भई नियमित औषधी सेवन गर्ने विरामी हुनु पर्ने छ ।
४. मुटुमा गम्भिर प्रकृतिको रोगिको हकमा नियमित औषधी उपचार गर्नु पर्ने र विपन्न परिवारको सदस्य हुनु पर्ने छ ।

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

५. अपाङ्गता भएका ब्यक्ति किस्पाङ गाउँपालिकावाट जारी भएको (ग र घ) बर्गको अपाङ्गता प्रमाण पत्र लिएका व्यक्ति हुनु पर्ने छ ।

६. HIV Positive ब्यक्तिहरु

७. तेस्रो लिङ्गी

८. बिपन्न नागरीक

परिच्छेद – ५

६. कार्यक्रम कार्यान्वयन विधि र प्रकृया :

१. वडा समिति नै वडा स्तरीय स्वास्थ्य बीमा सिफारिस समितिको रुपमा कार्य गर्ने छ ।

२. यस कार्यविधिको दफा ४ बमोजिम योग्यता पुगेका लाभाग्राहीहरुको परिवार सदस्य वढिमा ५ जना सम्मको स्वास्थ्य बीमा बापतको रकम किस्पाङ गाउँपालिकाले भुक्तानी गर्ने छ ।

३. दफा ५ को उपदफा (२) हकमा जातिय प्रमाण पत्र वा जिल्ला प्रशासन कार्यालयको सिफारिस पत्र वा वडाको सिफारिस ।

४. दफा ५ को उपदफा (३) र (६) निदान पत्र र क्षयरोग तथा ART उपचार कार्ड

५. दफा ५ को उपदफा (४) हकमा सम्बन्धित विशेषज्ञ चिकित्सकको नाम NMC NO सहित को निदान पत्र ।

६. दफा ५ को उपदफा (५) किस्पाङ गाउँपालिका द्वारा जारी भएको अपाङ्गता प्रमाण पत्र ।

७. दफा ५ को उपदफा (८) को हकमा विपन्न परिचयपत्र वा वडा सिफारिस भएको ।

८. ५ जना भन्दा वढी सदस्यहरुको बीमा बापतको रकम सम्बन्धित परिवारले भुक्तानी गर्नु पर्ने छ ।

९. दफा ५ बमोजिमको योग्यता पुगेका व्यक्ति परिवारले योग्यता पुगेको प्रमाण र अनुसुचि १ बमोजिमको फारम सहित सम्बन्धित वडा कार्यालयमा निबेदन दिनु पर्ने छ ।

केदार प्रसाद खतिवडा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

किस्पाङ गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
नुवाकोट
बागमती प्रदेश, नेपाल

१०. दफा ६ उपदफा (९) बमोजिम रित पुर्बक प्राप्त निबेदनहरु प्राप्त भएको १५ दिन भित्र वडा स्तरीय बीमा सिफारिस समितिकोले सिफारिस गरी वडा कार्यालयले किस्पाङ गाउँपालिका स्वास्थ्य बीमा संयोजन समिति लाई सिफारिस गरी पठाउनु पर्ने छ ।

११. दफा ६ को उपदफा (१०) बमोजिमको प्रकृया पुरा भई आएका ब्यक्तिहरुको सुचि बमोजिम समितिको सिफारिस निर्णयानुसार गाउँपालिकाले सम्बन्धित वडाका दर्ता सहयोगीलाई अनुसुचि २ कार्याआदेश दिनुपर्ने छ ।

१२. दर्ता सहयोगीले प्राप्त सुचिमा भएका ब्यक्तिहरुको बीमा गरी अनुसुचि ३ बमोजिको प्रतिबेदन सहित भुक्तानी माग गर्नु पर्ने छ ।

१३. यो कार्यबिधि लागू हुनु अगावै चालु आ.व. मा योग्यता पुगेका कुनै व्यक्ति वा परिवारले स्वास्थ्य बीमा गरिसकेको रहेछ भने निजको बीमा बापतको रकम किस्पाङ गाउँपालिकाले सोध भर्ना बापत भुक्तानी सम्बन्धित लाभाग्राहीलाई गर्नु पर्ने छ ।

१४. एकाघरमा ५ जना भन्दा बढी सदस्य रही परिवारका सदस्यले थप बीमा बापतको रकम भुक्तानी नगर्ने अवस्थामा ५ जना सदस्य छनौट तपसिल बमोजिमको प्राथमिकताको आधारमा छान्नु पर्ने छ ।

तपसिल

महिला

दीर्घरोगी

अशक्त

१५. बीमित ब्यक्तिको सूचि नवीकरण कार्य सम्बन्धित वडा कार्यालयले प्रत्येक आ.व.को सुरुमा गर्नु पर्ने छ त्यसरी नवीकरण भई योग्यता पुगेका व्यक्तिहरुको नवीकरण पालिका स्तरीय बीमा संयोजन समितिको निर्णयानुसार गर्नु पर्ने छ ।

१६. बीमितहरुको मृत्यु भएमा अन्यत्र बसाईसरी गएमा वा स्वा ईच्छाले बीमित हुन नचाहेमा परिवार सदस्यहरुको बीमा नवीकरण गाउँपालिकाले गर्ने छैन ।

१७. गाउँपालिकाले निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभागी भएका लाभाग्राहिहरुको अभिलेख अनुसुचि ४ बमोजिम राखी चौमासिक कार्यालय प्रमुख बाट प्रमाणित गरी राखी अनुसुचि ५ बमोजिम सार्वजनिक गर्नु पर्ने छ ।

केदार प्रसाद खतिवडा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

किस्पाङ गाउँपालिका
गाउँपालिकाको कार्यालय
काउले, नुवाकोट
बागमती प्रदेश, नेपाल

१८. निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा नवीकरण तथा थप हुन सक्ने लाभाग्राहीहरुको संख्या प्रक्षेपण गरी आवश्यक बजेट बीमा संयोजन समितिले कार्यपालिमा पेश गर्नु पर्ने छ ।

१९. दफा ६ को उपदफा (६ र ७)लाभाग्राहीहरुको जानकारीहरु गोप्य राखिने छ ।

परिच्छेद – ६

७. रकम स्रोत : यस कार्यविधि बीमाको लागि आवश्यक रकम किस्पाङ गाउँपालिकाले व्यवस्था गर्ने छ ।

परिच्छेद – ७

८. कार्यविधिमा संशोधनः गाउँ कार्यपालिकाले यस कार्यविधिमा आवश्यक संशोधन गर्न सक्नेछ ।

९. **बाधा अड्काउ फुकाउने अधिकार** : १. यो कार्यविधि कार्यान्वयन गर्न कुनै बाधा अडचन पर्न आएमा कार्यापालिकाले निर्णय गरी बाधा अड्काउ फुकाउन सक्नेछ । यस कार्यविधिमा लेखिएको विषयमा यसै कार्यविधि बमोजिम हुनेछ ।

२. यस कार्यविधिमा ज्स्तोसुकै लेखिएको भएता पनि प्रत्येक आर्थिक बर्षमा बिनियोजित जम्मा रकम को परिधिभित्र रहि तपसिल बमोजिमको प्राथमिकता को आधारमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई कार्यन्वयन गरिने छ ।

प्राथमिकता नं १ बिपन्न दलित

प्राथमिकता नं २ क्षयरोगका बिरामी

प्राथमिकता नं ३ मुटुमा गम्भिर रोग लागेका बिरामी

प्राथमिकता नं ४ अपाङ्गता भएका ब्यक्ति

प्राथमिकता नं ५ HIV Positive भएका व्यक्ति

प्राथमिकता नं ६ तेस्रो लिङ्गी

प्राथमिकता नं ७ बिपन्न परिवार

केदार प्रसाद खतिवडा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

३. यस कार्यविधिमा लेखिएको कुनै विषय प्रचलित कानूनसंग बाझिएमा बाझिएको हद सम्म अमान्य हुनेछ ।

४. **दायित्व सृजना नहुने: यस कार्यविधि भन्दा अतिरिक्त भए किस्पाङ गाउँपालिकालाई थप आर्थिक दायित्व सृजना हुने छैन ।**

केदार प्रसाद खतिवडा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसुचि १

दफा (५) उपदफा (९) संग सम्बन्धित

लक्षित ब्यक्तिको नाम : उमेर : लिङ्ग: महिला

लक्षित समुह : (लक्षित समुहमा कुनै एउटामा ठिक चिन्ह लगाउनु होस (√))

दालित ☐ क्षयरोगी ☐ दिर्घ रोगी ☐ फरक क्षमता भएका ब्यक्ति ☐

एकल महिला ☐ HIV Positive ☐ तेस्रो लिङ्गी ☐

नि:शुल्क स्वास्थ्य विमा कार्यक्रममा समाबेश गर्ने परिवर सदस्यको नामवली

क्र.सं.	नाम	लाभाग्राही ब्यक्ति संगको नाता	उमेर/ लिङ्ग	प्रमाण पत्र नं नागरीकता जन्म दर्ता नं	स्थाई ठेगाना	फोटो
१						
२						
३						
४						
५						

साझेदारी मा थप बिमित परिवरका सदस्य

१						[redacted]
२						
३						
४						
५						
६						

माथि पेश गरीएको बिवरणहरु किस्पाङ गाउँपालकाको नि शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यबिधि २०८० बमोजिमको लाभाग्राही एकाघर परिवरका सदस्यहरु हौँ र बिरण हरु झुठ्ठा ठहरीय कनुन बमोजिम सहुला।

निबेदकको नाम
दस्तखत
सम्पर्क नं
मिति

वडा कार्यालयको
छाप

प्रमाणित गर्ने
संयोजकको नाम
दस्तखत
मिति

अनुसुचि २

दफा ६ उपदफा (११) संग सम्बन्धित

मिति :..

श्री ....

वडा स्वास्थ्य बीमा दर्ता सहयोगी

किस्पाङ.........................

विषय : कार्य आदेश सम्बन्धमा।

प्रस्तुत बिषयमा किस्पाङ गाउँपालिकाको स्वासथ्य बीमा संयोन समितिको मिति.......................... .... को निर्यानुसार तपासिल बमोजिका ब्यक्तिहरुको स्वास्थ्य बीमा बापतको रकम किस्पाङ गाउँपालिकाले भुक्तानी गर्ने भएको बीमा गरी उल्लेखित ब्यक्तिहरुको बीमा बापतको रकम यस कार्यालयलाई माग गर्नुह हुन अनुरोध छ।

तपसिल

क्र.सं.	लक्षित ब्यक्तिको नाम	परिचय पत्र नं.	उमेर लिङ्ग	ठेगाना	सम्पर्क नं.	परवार सदस्य संख्या

दस्तखत

प्र.प्र.अ

केदार प्रसाद खतिवडा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसुचि ३

दफा ६ उपदफा (१२) संग सम्बन्धित

प्रतिबेदन

किस्पाङ गाउँपालको नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत कार्यबिधिको दफा ६ को उपदफा ५ [illegible]१ बमोजिमको लाभाग्रहीहरुको स्वास्थ्य बीमा गरीएको प्रतिबेदन

क्र.सं.	लक्षित ब्यक्तिको नाम / बीमा नं	घर मुलिको नाम घर मुलिको बीमा नं.	परीवर सदस्यको नाम थर	परिवर सदस्यको बीमा नं.	जम्मा बीमा गरीएका परिवर सस्यको संख्या

बीमा दर्ता सहयोगीको
दस्तदत
दस्तखत
सम्पर्क नं
मिति

प्रमाणित गर्ने
संयोजकको नाम
दस्तखत
मिति

वडा कार्यालयको
छाप

केदार प्रसाद खतिवडा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसुचि ४

दफा ६ उपदफा (१७) संग सम्बन्धित

प्रतिबेदन

किस्पाङ गाउँपालको नि:शुलक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत बीमा गरीएका विमितहरुको अभिलेख

क्र.सं.	लक्षित ब्यक्तिको नाम / बीमा नं	घर मुलिको नाम घर मुलिको बीमा नं.	परीवर सदस्यको नाम थर	परिवर सदस्यको बीमा नं.	जम्मा बीमा गरीएका परिवर सस्यको संख्या	अभिलेख गर्ने को नाम पद र दस्तखत

केदार प्रसाद खतिवडा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसुचि ५

दफा ६ उपदफा (१७) संग सम्बन्धित

गाउँपालिकाले नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गतको सेवा पाएका लाभाग्राहीहरुको सुचि

किस्पाङ गाउँपालको नि:शुलक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत बीमा गरीएका बीमितहरुको विवरण

क्र.सं.	लक्षित व्यक्तिको नाम थर	बीमा गरीएका परिवर सदस्य संख्या	भुक्तानी को भएको रकम	कैफीयत

दस्तखत

केदार प्रसाद खतिवडा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत