"तपाईंको स्वास्थ्य हाम्रो अठोट"

आ.व. २०८०/८१

वार्षिक प्रतिवेदन

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

बबरमहल, काठमाडौं

आ.व. २०८०/८१

वार्षिक प्रतिवेदन

नेपाल सरकार

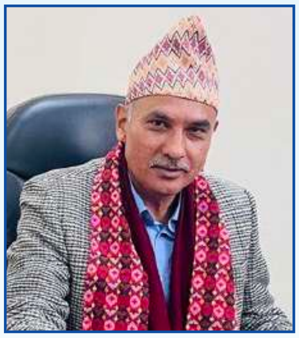
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

बबरमहल, काठमाडौं

वार्षिक प्रतिवेदन
आ.व. २०८०/८१

प्रकाशक
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, नेपाल

आ.व. २०८०/८१ को
स्वास्थ्य बीमा बोर्डका पदाधिकारी



अध्यक्ष
डा. गुणराज लोहनी

सदस्य
डा.मदनकुमार उपाध्याय

सदस्य
डा. टोकराज पाण्डे

सदस्य
डा. मुक्तिराम श्रेष्ठ

सदस्य
श्री जुनु श्रेष्ठ

सदस्य
श्री निजन उपाध्याय

सदस्य
श्री राजकुमार पोमु लिम्बु

सदस्य
प्रा.डा.रमिला श्रेष्ठ

सदस्य सचिव
डा.दामोदर बसौला

स्वास्थ्य बीमा बोर्डका हालका पदाधिकारी

अध्यक्ष
श्री चन्द्र बहादुर थापा क्षेत्री

सदस्य
डा. भिम प्रसाद सापकोटा

सदस्य
श्री कविता रेग्मी

सदस्य
डा. मुक्तिराम श्रेष्ठ

सदस्य
श्री जुनु श्रेष्ठ

सदस्य
श्री निजन उपाध्याय

सदस्य
श्री राजकुमार पोमु लिम्बु

सदस्य
प्रा.डा.रमिला श्रेष्ठ

सदस्य सचिव
डा.रघुराज काफ्ले

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

बबरमहल, काठमाडौँ

मन्तव्य

वार्षिक रुपमा सम्पादित कार्य प्रगतिको सारांशको रुपमा स्वास्थ्य बीमा बोर्डको आ.व.२०८०/८१ को वार्षिक प्रतिवेदन सार्वजनिक गर्न पाँउदा खुशी लागेको छ। यस प्रतिवेदनबाट बोर्डलाई आगामी दिनहरुका लागि नीति तथा कार्यक्रम तय गर्न सघाउ पुग्ने देखिन्छ भने कार्यक्रमसंग सम्बन्धित तथा सरोकारवाला निकायहरुका लागि समेत प्रतिवेदन उपयोगी र जानकारीमुलक दस्तावेज हुने पनि विश्वास लिएको छु।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवा उपयोगको क्रममा हुने आकस्मिक खर्चको जोखिमलाई अग्रीम व्यवस्थापन गर्दै वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्ने अवधारणा अन्तर्गत सरकारले ल्याएको सामाजिक सुरक्षाको एक महत्वपूर्ण कार्यक्रम हो। यस कार्यक्रमले आम नागरिक तथा सामाजिक न्यायको सिद्धान्तमा आधारित रहि विपन्न तथा प्राथमिकतामा परेका वर्गलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गरी राज्यबाट तोकिएका स्वास्थ्य सेवाहरुमा पहुँच क्रमश सुनिश्चित गरेको छ । नेपालमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमले स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच अवधारणालाई सस्थागत गरी सन् २०३० सम्ममा दिगो विकास लक्ष्य प्राप्त गर्न समेत महत्वपूर्ण भूमिका खेल्ने आशा लिएको छु ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सुरु भएको एक दशक अवधि पुरा हुन लागेको अवस्थामा यस कार्यक्रमको पहुँच ७७ वटै जिल्लामा पुगेको छ । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध जनसंख्या बढ्दै गएता पनि स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धमा जनस्तरमा सचेतना अभिवृद्धि गर्दै गरिव र सीमान्तकृत बर्गको पहुँच कायम गरी यस कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रुपमा कार्यान्वयन गर्नु आजको आवश्यकता हो। यस कार्यक्रमलाई थप व्यवस्थित गर्न स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा आवद्ध कर्मचारी र सरोकारवालाको अहम भूमिका रहने भएकाले सबैले आ-आफ्नो कार्य क्षेत्रमा समन्वय र सहकार्य गरी आम नागरिकलाई कार्यक्रममा आवद्ध गर्ने र सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरु मार्फत गुणस्तरीय सेवा प्रवाहमा जोड दिन जरुरी देखिन्छ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सबै नागरिकको पहुँचमा पुर्याउने दिगो वित्तीय व्यवस्थापन गर्ने, दाबीमा स्वच्छता कायम गर्ने आधुनिक सूचना प्रविधिको प्रयोग गरी बोर्डलाई स्वचालित बनाउदै लैजाने सेवा सरल सहज सुलभ र गूणस्तरीय बनाउने चुनौती समाधान गर्ने तर्फ हामी सवैको क्रियाशीलता आवश्यक देखिन्छ।

अन्त्यमा, यस कार्यक्रमको शुरु अवस्था देखि निरन्तर योगदान पुर्याउने नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, अन्य मन्त्रालयहरु, प्रदेश सरकार तथा स्थानीय तह, सरोकारवाला निकायहरू, स्वास्थ्य बीमा बोर्डका पदाधिकारी एवं कर्मचारीहरु, सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरु ,बीमित नागरिकका साथै विकास साझेदार संघ संस्थाहरुलाई आ-आफ्नो क्षेत्रबाट पुर्याउनु भएको महत्वपूर्ण योगदानका लागि धन्यवाद दिँदै आगामी दिनहरूमा पनि विगतमा जस्तै साथ र सहयोग रहने विश्वास व्यक्त गर्दछु।

अध्यक्ष, स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
चन्द्र बहादुर थापा क्षेत्री

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
बबरमहल, काठमाडौं

मन्तव्य

स्वास्थ्य बीमा बोर्डको आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा सम्पादित कार्यहरुको विवरण यस प्रतिवेदन मार्फत प्रस्तुत गर्न पाएकोमा खुशी व्यक्त गर्दछु । यस प्रतिवेदनले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध जनसंख्या, घरपरिवार, नवीकरण, सेवा प्रदायक संस्था र सेवा उपभोग लगायतका विषयमा विस्तृत जानकारी दिने जमर्को गरेको छ ।

नेपालको संविधानले स्वास्थ्य सम्वन्धी अधिकारलाई मौलिक हकको रुपमा व्यवस्था गर्नुका साथै नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा पहुँचको व्यवस्था मिलाउने नीति लिएको छ । सोह्रौं आवधिक योजनाले स्वास्थ्य बीमा प्रणालीलाई पुन: संरचना गरी सवल वनाउने रणनीति, स्वास्थ्य बीमा तथा समाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाको एकीकृत कार्यक्रम लगायतका विषय उल्लेख गरेको छ । स्वास्थ्य बीमा सम्वन्धमा नेपालको संविधान, स्वास्थ्य नीति, आवधिक योजना, स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ तथा स्वास्थ्य बीमा नियमावली, रणनीति, मार्गचित्र, निर्देशिका, कार्यविधि, मापदण्ड लगाएतका नीतिगत तथा कानूनी व्यवस्था गरिएको छ ।

गुणस्तरीय स्वास्थ्य बीमा प्रणालीलाई व्यवस्थित ढंगवाट अगाडि वढाउन २०७४ मा स्वास्थ्य बीमा ऐन जारी भई हाल सम्ममा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम ७७ जिल्लाका ७४९ वटा स्थानीय तहमा विस्तार भई सकेको छ भने हाल १७ प्रतिशत जनसंख्या र २८ प्रतिशत घरपरिवार स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध रहेका छन् । देशै भरीका प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र देखि विशिष्टीकृत सरकारी तथा निजी अस्पतालहरु गरी ४८५ वटा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था बोर्डमा सुचीकृत भई बीमित नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिरहेका छन।

आम नागरिकको स्वास्थ्य सेवामा सरल र सहज पहुँच स्थापित गर्न तथा स्वास्थ्य उपचारमा नागरिकको आर्थिक जोखिम न्यूनीकरण गर्न स्वास्थ्य बीमाले महत्वपूण योगदान पुर्याएको छ । स्वास्थ्य बीमामा सहभागिता सर्वव्यापी वनाउने, स्वास्थ्य बीमा र अन्य सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रममा देखिएको दोहोरोपना हटाउने, सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रमहरुलाई एकीकृत गर्ने, वित्तीय स्रोतको दिगो व्यवस्थापन गर्ने, बोर्डको स्थायी संरचना र दरवन्दी स्वीकृत गरी पदपुर्ती गर्ने, प्रभावकारी अनुगमन तथा मूल्यांकन प्रणालीको व्यवस्था गर्ने लगाएतका पक्षलाई सुधार गर्दै स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई सवल, दिगो र प्रभावकारी वनाईने छ ।

अन्त्यमा, स्वास्थ्य बीमालाई यो उचाई सम्म ल्याईपुर्याउन योगदान गर्नुहुने सवै प्रति हार्दिक कृतज्ञता प्रकट गर्दै यो प्रतिवेदन तयारीमा संलग्न सवैलाई धन्यवाद दिन चाहान्छु । हामी सवैको एकीकृत प्रयासवाट स्वास्थ्य बीमा प्रणालीलाई सुदृढ वनाई यसलाई एक राष्ट्रिय गौरवको कार्यक्रमको रुपमा विकास गर्न सफलता मिल्नेछ भन्ने विश्वास लिएको छु ।

....
कार्यकारी निर्देशक
डा. रघुराज काफ्ले

कार्यकारी सारांश

१. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँचको नीतिलाई साकार पार्ने एउटा महत्वपूर्ण आयाम हो। यो व्यक्तिको स्वास्थ्य उपचारका क्रममा लाग्ने खर्चका लागि वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्ने योगदानमा आधारित प्रणाली हो। स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमले स्वास्थ्य उपचारमा हुने अप्रत्याशित उपचार खर्च कम गरी व्यक्तिलाई सम्भावित गरिबीबाट जोगाउँन मद्दत गर्दछ। स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँचका लागि विश्वमा प्रचलित विभिन्न राष्ट्रिय र अन्तर्राष्ट्रिय प्रयासमध्ये स्वास्थ्य बीमालाई एक महत्वपूर्ण कार्यक्रमको रुपमा लिइन्छ। नेपालको सन्दर्भमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको थालनी वि.सं.२०३३ देखि तत्कालीन शान्ता भवन अस्पताल पाटनले ललितपुर जिल्लाका केही समुदायबाट सुरु गरेको पाइन्छ। नागरिकको समेत केही योगदान रहने गरी नागरिक र राज्यको साझेदारीमा नेपालमा वि.सं. २०७२ साल चैत्र २५ गते कैलाली जिल्लाबाट नमुनाको रुपमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम आरम्भ गरिएको थियो भने स्वास्थ्य बीमा ऐन ,२०७४ जारी भए पश्चात यसको संगठित, व्यवस्थित र विधिवत् प्रारम्भ भएको मान्न सकिन्छ।

२. नीतिगत व्यवस्था

नेपालको संविधानको धारा ५१ (ज) नागरिकको आधारभुत आवश्यकता सम्बन्धी नीतिको बुँदा नं १५ मा नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा पहुँचको व्यवस्था मिलाउने प्रावधान छ। त्यसै गरी राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति, २०७१ ले नेपाली जनताको समग्र स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार गर्ने दीर्घकालीन लक्ष्य र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपयोगमा सुधार ल्याई सामाजिक स्वास्थ्य बीमाको आधारमा सबैका लागि स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्ने मुख्य उद्धेश्य लिएको छ। यसका साथै स्वास्थ्य बीमा ऐन,२०७४; जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५; स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५; राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६; सोह्रौ योजना (२०८१/८२- २०८५/८६) ; स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४; दिगो विकास लक्ष्य (२०१५ -२०३०) ; नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिक योजना २०७९/८०-२०८७/८८; राष्ट्रिय स्वास्थ्य वित्त रणनीति; (२०८०-२०९०) साथै आ.व. २०८०/८१ को नेपाल सरकारको वार्षिक नीति तथा कार्यक्रम लगायत विभिन्न दस्तावेजले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा नीतिगत, कानूनी, रणनीतिक, कार्यनीतिक स्पष्टता ल्याउन मद्दत गरेका छन्।

३. बोर्डको संस्थागत व्यवस्था तथा कार्यक्रम

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा १३ (१) बमोजिम स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी काम कारवाही गर्न एक स्वास्थ्य बीमा बोर्ड रहनेछ र ऐनको दफा १३ (२) मा बोर्ड गठन सम्बन्धी व्यवस्था रहेको छ। सो व्यवस्था बमोजिम बोर्डमा ९ सदस्यीय संचालक समिति रहने व्यवस्था छ। बोर्ड समितिले स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी नीतिगत निर्णयका साथै सेवाको स्तर निर्धारण गर्ने, संगठनको सुदृढीकरणका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको समन्वयमा नेपाल सरकार समक्ष सुझाव पेश गर्ने, नीतिगत निर्णय अनुसार कार्यक्रम कार्यान्वयन भए नभएको अनुगमन गरी निर्देशन एवं सुझाव दिने कार्य गर्दछ। स्वास्थ्य बीमा बोर्डको दैनिक क्रियाकलाप सञ्चालनका लागि नेपाल सरकारबाट कार्यकारी निर्देशक नियुक्त गर्ने व्यवस्था छ। हाल बोर्डको अस्थायी संरचना अनुसार संघमा स्वास्थ्य बीमा बोर्ड अन्तर्गत विभिन्न शाखा, सातै वटा प्रदेशमा प्रदेश शाखा कार्यालय, प्रत्येक जिल्लामा जिल्ला सम्पर्क कार्यालय र स्थानीय तहमा दर्ता सहयोगी मार्फत् कार्य सञ्चालन हुँदै आइरहेको छ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा परिवारलाई इकाईको रुपमा मानी परिवारगत योगदानको आधारमा स्वास्थ्य सेवा प्रवाह र उपभोग हुने गर्दछ। पाँच जना सम्मको परिवारले बार्षिक रु पैतिस सय (रु. ३,५००।-) योगदानको आधारमा रु. एक लाख (रु. १,००,०००।-) सम्मको स्वास्थ्य सेवा सुविधा प्राप्त गर्दछ। पाँच जना भन्दा बढी सदस्य भएको परिवारले प्रति सदस्य रु सात सय (रु. ७००।-) थप योगदानका आधारमा प्रति सदस्य रु. बिस हजार (रु.२०,०००। -) सम्मको थप सेवा सुविधा प्राप्त गर्ने व्यवस्था रहेकोछ। यसरी थपिदै जाने सेवा सुविधाको अधिकतम सीमा रु.दुई लाख (रु. २,००,०००। -) सम्म रहेको छ।

४. आ.व. २०८०/८१ मा सम्पन्न भएका मुख्य गतिविधिहरू

आ.व.२०८०/८१ मा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको समष्टिगत भौतिक प्रगति ६७.०९% रहेको छ। सङ्क्षिप्तमा यस अवधिमा बोर्डबाट आवश्यक नीति तथा मापदण्डको निर्माण, नयाँ सदस्यता दर्ता तथा नवीकरण, सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको सूचीकरण तथा नवीकरण, सुविधा थैली पुर्नमूल्याङ्कन र परिमार्जन, सेवा प्रदायक संस्थाको दाबी भुक्तानी, कार्यक्रमको विस्तार, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन, आधारभुत तथा पुनर्ताजगी तालिम सञ्चालन, जनचेतनामूलक कार्यक्रम सञ्चालन, गुनासो व्यवस्थापन तथा बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अद्यावधिक जस्ता कार्य सम्पन्न भएका छन्।

- **स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता**

  स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम लागू भएदेखि आ.व. २०८०/८१ को अन्त्यसम्ममा कार्यक्रममा कुल २६,०८,१३९ घरपरिवार आबद्ध छन्। त्यस्तै कार्यक्रममा ८२,९२,१४१ नागरिक आबद्ध छन्। जसमध्ये आ.व. २०८०/८१ मा जम्मा १८,७४,२२८ घरपरिवार र ५०,१२,२१३ जनसङ्ख्या क्रियाशील छन्। क्रियाशील जनसङ्ख्यामध्ये सामान्य र लक्षित जनसङ्ख्या क्रमश: ७३.४% र २६.६% रहेको छ। क्रियाशील बीमितमध्ये लैङ्गिकताको आधारमा सबैभन्दा बढी महिला ५१.३४% र उमेरका आधारमा सबैभन्दा बढी ७५-७९ वर्ष उमेर समुहको जनसङ्ख्या रहेको छ। पाल्पा, चितवन, भक्तपुर, झापा र स्याङ्जा जिल्लामा क्रियाशील जनसङ्ख्या ४०% भन्दा माथि रहेको छ भने बाजुरा, धनुषा, डोल्पा, मनाङ, सर्लाही र हुम्ला जिल्लामा ५% भन्दा कम जनसङ्ख्या क्रियाशील रहेका छन्।

- **सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था**

  आ.व. २०८०/८१ को अन्त्य सम्ममा कुल ४५४ वटा स्वास्थ्य संस्था स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सेवा प्रदायक संस्थाका रुपमा आबद्ध भएका छन्। यी मध्ये सरकारी, सामुदायिक र निजी स्वास्थ्य संस्था क्रमश : ३९४, २६ र ३४ वटा छन्। कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा बढी १०८ वटा सेवा प्रदायक संस्था सूचीकृत छन् भने कर्णाली र सुदूरपश्चिम प्रदेशमा सबैभन्दा कम ३३/३३ वटा सूचीकृत सेवा प्रदायक संस्थाहरुबाट स्वास्थ्य बीमा सेवा प्रवाह भइरहेको छ। त्यस्तै कर्णाली प्रदेशमा हालसम्म कुनै निजी सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था सूचीकृत भएका छैनन्। काठमाडौँ, झापा र मोरङ जिल्लामा सबै भन्दा धेरै सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था क्रमश: २६,२४ र २४ वटा छन् भने डोल्पा, हुम्ला र मनाङ जिल्लामा १/१ वटा मात्र सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था रहेका छन्।

- **आ.व. २०८०/८१ मा रुजु एवं मूल्याङ्कन भएका दाबीहरुको विवरण**

  सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले बीमितलाई प्रवाह गरेको सेवाबापतको रकम शोधभर्नाको लागि स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा दाबी गर्दछन्। बोर्डले प्राप्त दाबीको रुजु एवं मूल्याङ्कन गरी सेवा प्रदायक संस्थालाई भुक्तानी दिने गर्छ। आ.व.२०८०/८१ मा बोर्डमा कुल ६९,८७,९९१ दाबी मूल्याङ्कन भएको छ। मूल्याङ्कन भएको दाबीमध्ये सबैभन्दा धेरै ३०% भन्दा माथि दाबी कोशी र बागमती प्रदेशका सेवा प्रदायक संस्थाको रहेको छ भने सबै भन्दा कम दाबी मधेश प्रदेश र तत्पश्चात सुदूरपश्चिम प्रदेशका सेवा प्रदायक संस्थाको रहेको देखिन्छ। मूल्याङ्कन भएका दाबीमध्ये सरकारी अस्पतालको सबैभन्दा धेरै ७९.४३% र निजी अस्पतालको सबैभन्दा कम ९.४५% दाबी रहेको छ। बहिरंग/अन्तरंग सेवा बापतको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकम सबैभन्दा धेरै क्रमश: ८४.५% र ७०.०% रहेकोछ भने आकस्मिक सेवातर्फ सबैभन्दा कम दाबी सङ्ख्या र दाबी रकम क्रमश: ४.९% र १२.२% रहेको छ। ५५-५९ बर्ष उमेर समूहलाई प्रवाह गरेको सेवाको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकम सबैभन्दा बढी रहेको छ भने ९५ बर्षभन्दा माथिको उमेर समूहको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकम सबैभन्दा कम (क्रमश: ०.१८% र ०.२३%) छ।

  त्यस्तै सामान्य बीमिततर्फको दाबी सङ्ख्या ८१.६०% र लक्षित वर्गतर्फको दाबी सङ्ख्या १८.४% रहेको छ। बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा प्रविष्ट भएका रोगमध्ये ICD अनुसार देशभरको उच्च दाबी हुने १० रोगको तथ्याङ्कलाई विश्लेषण गर्दा उच्च १० रोगको दाबी ३२.६% रहेको छ भने दाबी रकम ३१.१% रहेको छ। जसमध्ये सबैभन्दा बढी Essential Hypertension को रहेको छ जुन दाबीको ८.१% र दाबी रकमको ५.८% रहेको देखिन्छ।

- **दाबी समीक्षा एवं मूल्याङ्कन**

  आ.व. २०८०/८१ मा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको भुक्तानीको लागि जम्मा ६९,८७,९९१ वटा दाबी (जम्मा दाबी रकम रु १३,९३,९८,९५,८३२। -) रुजु एवं मूल्याङ्कन गर्दा जम्मा भुक्तानी गर्न योग्य भनी रु १३,१६,२९,३३,७४६। - सिफारिस भएको छ। यसरी दाबीको रुजु गरी मूल्याङ्कन गर्दा ७७,६९,६२,०८६। – रकम फरक परेको छ। यसरी फरक रकम जम्मा रुजु गरिएको दाबी रकममा ६% ले घटेको पाइन्छ। जसको प्रमुख कारण सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुले प्याकेज भन्दा बढी दाबी प्रविष्ट गर्नु, दोहोरो दाबी गर्नु तथा बीमितको पोलिसी अनुसार रकम कम हुनु लगायत छन्।

- **सेवा उपभोग**

  स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत विगत ३ वर्षमा ३७% बाट बढेर आ.व.२०८०/८१ को अन्त्यसम्ममा ४३% पुगेको छ। आ.व.२०८०/८१ मा स्वास्थ्य बीमामा क्रियाशील कुल ५०,१२,२१३ जना बीमितमध्ये सेवा उपभोग गर्ने बीमितको सङ्ख्या २१,५४,५५० रहेको छ। कार्यक्रममा आबद्ध भएका बीमित मध्ये सामान्य बीमितले सबैभन्दा धेरै सेवा उपभोग गरेका छन्। आ.व. २०८०/८१ मा सम्बन्धित प्रदेशका क्रियाशील बीमित मध्ये कर्णाली प्रदेशका बीमितले सबैभन्दा धेरै (५४%) र मधेश प्रदेशका सबै भन्दा कम बीमित मात्र २९% ले सेवा उपभोग गरेका छन्। क्रियाशील बीमितमध्ये ७३% बीमितले सरकारी अस्पतालबाट सेवा उपभोग गरेका छन्। त्यस्तै सेवा उपभोग गर्ने बीमितको औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम रु ६,४७०|- हुन आउछ।

- **तालिम**

  स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट कार्यकमको प्रभावकारी कार्यान्वयनको लागि संघ, प्रदेश र स्थानीयस्तरमा कार्यरत कर्मचारीहरुका साथै सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थालाई समय-समयमा आवश्यक क्षमता अभिवृद्धि तालिम, आधारभुत तथा पुनर्ताजगी तालिम, बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली सम्बन्धी तालिम प्रदान गरिदै आएको छ। आ.व. २०८०/८१ मा सातै प्रदेशका १६४ जना दर्ता अधिकारीहरुलाई पुनर्ताजगी तालिम प्रदान गरिएको छ। नयाँ छनौट भई आएका १४३ जना दर्ता अधिकारी र ६ जना सूचना प्रविधि सहायकलाई आधारभूत तालिम प्रदान गरिएको छ। सातै प्रदेशका ७२ वटा विभिन्न सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाका कर्मचारीलाई OpenIMIS सम्बन्धी आधारभूत तथा पुनर्ताजगी तालिम र सम्पूर्ण अस्पतालहरुलाई Real Time Claim सम्बन्धि अनलाईन मार्फत् तालिम प्रदान गरिएको छ। त्यस्तै ६,८३१ जना दर्ता सहयोगीलाई पुनर्ताजगी तालिम प्रदान गरिएको छ।

- **गुनासो व्यवस्थापन**

  स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा विभिन्न माध्यम जस्तै हेलो सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, व्यक्तिगत निवेदन, कार्यालयको इमेल, पत्रपत्रिका, राष्ट्रिय सतर्कता केन्द्र, टोल फ्रि नं मार्फत् बीमा कार्यक्रमको सञ्चालन प्रक्रिया, सेवा प्रदायकको सेवा प्रवाह आदि सम्बन्धी गुनासा प्राप्त हुन्छन्। प्राप्त भएका गुनासोहरुलाई विद्यमान नियम, कानुन, मापदण्ड, कार्यविधिहरु र निर्णयसमेतको आधारमा सम्बोधन गर्नको लागि बोर्डमा गुनासो व्यवस्थापन शाखा रहेको छ। आ.व.२०८०/८१ मा हेलो सरकारबाट ६४ वटा (४२%) र पत्रपत्रिका र राष्ट्रिय सतर्कता केन्द्र मार्फत् सबैभन्दा कम (१%) गुनासो प्राप्त भएका छन्। विभिन्न माध्यमबाट प्राप्त कुल १५३ वटा लिखित गुनासा मध्ये ९९% गुनासो सम्बोधन गरिएको छ।

- **सूचना तथा सञ्चार**

  आम नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका बारेमा बढी भन्दा बढी जानकारी प्रदान गरी सचेतना अभिवृद्धि गराउने तथा नागरिकको आबद्धता बढाउन आ.व. २०८०/८१ मा विभिन्न जनचेतनामुलक सन्देश उत्पादन तथा प्रसारण गरिएको छ।

- **अनुगमन तथा मूल्याङ्कन**

  स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्दा कार्यक्रमको अवस्था बुझ्न, कार्यक्रम सञ्चालनको क्रममा देखा परेका समस्या समाधान गर्नका लागि स्वास्थ्य बीमा बोर्ड मातहतका निकाय साथै सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको पनि आवश्यकता अनुसार अनुगमन गर्ने गरिएको छ। यसबाहेक स्वास्थ्य संस्थालाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकरण वा नवीकरणको लागि तोकिएका मापदण्ड बमोजिम सञ्चालित स्वास्थ्य संस्थालाई कार्यक्रममा सूचीकरण वा नवीकरण गर्नका लागि अनुगमन तथा मूल्याङ्न गर्ने व्यवस्था रहेको छ। आ.व. २०८०/८१ मा बोर्डबाट विभिन्न प्रयोजनका लागि जम्मा ४४ वटा जिल्लामा अनुगमन भएको र यसमध्ये तथ्याङ्क केलाउँदा २१ वटा जिल्लामा १ पटकभन्दा धैरै अनुगमन भएको र २३ वटा जिल्लामा १ पटक मात्र अनुगमन भएको देखिन्छ।

- **आय व्यय**

  स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध हुन नागरिकले तिरेको योगदान रकम बोर्डको कोषमा जम्मा हुन्छ। यसका अलावा बोर्डले सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी दिने प्रयोजनार्थ स्वास्थ्य बीमा कोषमा जम्मा हुने गरी नेपाल सरकारबाट स:शर्त अनुदान प्राप्त हुने गर्दछ। आ.व. २०७७/७८ मा स्वास्थ्य बीमा कोष सञ्चालन तथा व्यवस्थापन सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ स्वीकृत भए पश्चात् बीमितबाट उठेको योगदान रकम, नेपाल सरकारबाट प्राप्त स:शर्त अनुदान रकम र अन्य आय स्वास्थ्य बीमा कोषको बैंक खातामा जम्मा हुँदै त्यहीबाट खर्च हुदै आएको छ। आर्थिक बर्ष २०७९/८० को कोषको अन्तिम मौज्दात रकम रु ३४,३७६ लाख र आ.व. २०८०/८१ को कुल आम्दानी रकम रु १,०६,७१० लाख गरी आ.व. २०८०/८१ मा रु १,३१,६०५ लाख कोषबाट खर्च भएको छ। बोर्डमा हुने अधिकांश खर्च सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको शोधभर्ना भुक्तानी रकममा हुने देखिन्छ।

५. समस्या तथा चुनौती

स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा मुलत: देहाय बमोजिमका समस्या तथा चुनौती रहेका छन्:

- स्वास्थ्य बीमा बोर्डको स्थायी संगठन संरचना स्वीकृत हुन नसक्नु।
- सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रम एकीकृत रुपमा सञ्चालन हुन नसक्नु।
- संघ, प्रदेश तथा स्थानीय तहमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सम्बन्धी प्रयाप्त ज्ञान र सीपयुक्त जनशक्तिको अभावका कारण प्रभावकारी काम गर्न समेत कठिन हुनु।
- समयमा दाबी परिक्षण र सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी गर्न नसकिनु।

- बीमितलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितता हुन नसक्दा स्वास्थ्य बीमा प्रति बीमितको असन्तुष्टि बढ्नु ।
- सेवाग्राहीले अनावश्यक रुपमा स्वास्थ्य सेवाको प्रयोग गरेको र रोगको निदान, उपचार र प्रेषण सेवामा सेवा प्रदायक संस्थालाई दबाव दिने गरेको ।

६. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहयोग गर्ने विभिन्न विकास साझेदार निकायहरुको विवरण

GIZ ले सन् २०१३ देखि स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई मुख्य प्रक्रियाहरू जस्तै दर्ता, बीमित व्यवस्थापन, वित्तीय व्यवस्थापन, सूचना प्रणाली जस्ता विविध पाटोमा प्राविधिक सहयोग गर्दै आएको छ ।

सङ्क्षिप्त सूची

वि. स.	विक्रम संम्बत
प्रा. स्वा. के.	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
आ.व.	आर्थिक वर्ष
API	Application Programming Interface
BPKIHS	B.P Koirala Institute of Health Science
BHSP	Basic Health Service Package
EMR	Electronic Medical Record
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH
HIB	Health Insurance Board
IT	Information Technology
ICD	International Classification of Diseases
IPS	Interbank Payment System
KPI	Key Performance Indicator
NHA	National Health Account
OpenIMIS	Open Insurance Management Information System
MDR-TB	Multi- Drug Resistant Tuberculosis
M&E	Monitoring and Evaluation
UHC	Universal Health Coverage

विषय सूची

कार्यकारी सारांश .... क

संक्षिप्त सूची .... ङ

तथ्यपृष्ठ १

अध्याय-१ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम ३

१.१. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको परिचय ३

१.२. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विश्व परिवेश ३

१.३. नेपालमा स्वास्थ्य बीमा ३

अध्याय-२ नीतिगत व्यवस्था ५

२.१. नेपालको संविधान ५

२.२. स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ तथा नियमावली, २०७५ .... ५

२.३. जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ .... ५

२.४. राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति,२०७१ .... ५

२.५. राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति,२०७६ .... ६

२.६. सोह्रौँ योजना (२०८१/८२-२०८५/८६) ६

२.७. स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ .... ६

२.८. दिगो विकास लक्ष्य र स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच (२०१५-२०३०) ६

२.९. नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिक योजना, २०७९/८०-२०८७/८८ .... ७

२.१०. राष्ट्रिय स्वास्थ्य वित्त रणनीति, २०८०-२०९० .... ८

२.११. आ.व.२०८०/८१ को नेपाल सरकारको वार्षिक नीति तथा कार्यक्रममा स्वास्थ्य बीमा ८

अध्याय-३ बोर्डको संस्थागत व्यवस्था तथा कार्यक्रम ९

३.१. स्वास्थ्य बीमा बोर्ड ९

३.२. स्वास्थ्य बीमा बोर्डको सांगठनिक संरचना ९

३.३. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विशेषता तथा प्रमुख व्यवस्थाहरु ११

३.४. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको कार्यान्वयन ढाँचा १३

अध्याय-४. आ.व. २०८०/८१ मा सम्पन्न भएका मुख्य गतिविधि तथा नतिजाहरु १५

४.१. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा नागरिकको आबद्धता सम्बन्धी विवरण १६

४.२. सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको विवरण ३०

४.३. आ.व. २०८०/८१ मा रुजु एवं मूल्याङ्कन भएका दाबीहरुको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमका आधारमा विवरण ३१

४.४. सेवा उपभोग सम्बन्धी विवरण ४५

४.५. नीति तथा कार्यक्रम ४८

४.६. तालिम ५०

४.७. गुनासो व्यवस्थापन ५४
४.८. सूचना तथा सञ्चार..५५
४.९. अनुगमन तथा मूल्याङ्कन..५५
४.१०.आय व्यय..५६
अध्याय-५ . स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको समस्या,चुनौती तथा समाधानका उपायहरु ६१
५.१ . समस्या, चुनौती तथा समाधनका उपायहरू..६१

अध्याय-६. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहयोग गर्ने विकास साझेदार निकायहरुको विवरण ६३
६.१ GIZ (Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH): ६३
६.२. Asian Development Bank (ADB)..६३
६.३. अन्य ६३
अनुसूचीहरू ६४
सन्दर्भ सामग्री ७०

तालिका सूची

तालिका नं १	तथ्यपृष्ठ	१
तालिका नं २	नेपालमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विकासक्रम	३
तालिका नं ३	आ.व. २०८०/८१ को स्वीकृत अस्थायी दरबन्दीको विवरण	९
तालिका नं ४	आ.व. २०७५/७६ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म आबद्ध बीमित जनसङ्ख्या र आ.व. २०८०/८१ को क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्याको विवरण	१७
तालिका नं ५	आ.व. २०८०/८१ को लक्षित वर्ग सहित प्रदेशगत रुपमा कुल क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्याको विवरण	२०
तालिका नं ६	आ.व. २०७५/७६ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म आबद्ध बीमित परिवार र आ.व. २०८०/८१ को क्रियाशील बीमित परिवारको विवरण	२४
तालिका नं ७	आ.व. २०८०/८१ को लक्षित वर्ग सहित प्रदेशगतरुपमा क्रियाशील परिवारको विवरण	२६
तालिका नं ८	आ.व. २०८०/८१ को प्रदेशगत रुपमा जनसङ्ख्या र परिवारको नवीकरण साथै अनलाईन नवीकरण गर्ने परिवारको विवरण	२९
तालिका नं ९	आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकमको विवरण	३१
तालिका नं १०	आ.व. २०८०/८१ मा सेवाको आधारमा दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	३२
तालिका नं ११	आ.व. २०८०/८१ मा उमेरको आधारमा दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	३३
तालिका नं १२	आ.व. २०८०/८१ मा लिङ्गका आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण	३४
तालिका नं १३	आ.व. २०८०/८१ मा बीमितको आबद्धताको प्रकारको आधारमा दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम साथै औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	३५
तालिका नं १४	आ.व. २०८०/८१ मा सूचिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट भएको दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	३६
तालिका नं १५	आ.व. २०८०/८१ मा सरकारी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण	३७
तालिका नं १६	आ.व. २०८०/८१ मा सामुदायिक सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण	३९
तालिका नं १७	आ.व. २०८०/८१ मा निजी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण	४०
तालिका नं १८	आ.व. २०८०/८१ मा ICD को उच्च १० रोगको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण	४१
तालिका नं १९	आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा प्रेषण वापतको दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	४२
तालिका नं २०	आ.व .२०८०/८१ मा दाबी सङ्ख्याको आधारमा प्रेषण भएका उच्च १० को दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण	४३
तालिका नं २१	आ.व. २०८०/८१ मा सेवा प्रदायकको प्रकार अनुसार पूर्ण रुपमा अस्वीकृत दाबीको विवरण	४३
तालिका नं २२	आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेश अनुसार पूर्ण रुपमा अस्वीकृत दाबीको विवरण	४४
तालिका नं २३	आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको विवरण	४५
तालिका नं २४	प्रदेशगत रुपमा औसत दाबी रकमको विवरण	४६
तालिका नं २५	आ.व.२०८०/८१मा सेवा उपभोग गर्ने बीमित (लक्षित वर्ग सहित) को विवरण	४७
तालिका नं २६	आ.व. २०८०/८१ मा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकारको आधारमा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको विवरण	४८
तालिका नं २७	आ.व २०८०/८१ मा Open IMIS सम्बन्धी तालिम लिने स्वास्थ्य संस्थाको विवरण	५०
तालिका नं २८	आ.व २०८०/८१ मा दर्ता सहयोगीको क्षमता अभिवृद्धि तालिम सम्बन्धी विवरण	५१
तालिका नं २९	आ.व. २०८०/८१ मा विभिन्न श्रोतको आधारमा लिखित गुनासोको सङ्ख्या र समाधानको अवस्था	५४
तालिका नं ३०	आ.व २०८०/८१ मा प्राप्त लिखित गुनासोको प्रकार	५४
तालिका नं ३१	आ.व. २०८०/८१ मा सञ्चालन भएका सूचना तथा सञ्चार सम्बन्धी कार्यक्रमको विवरण	५५
तालिका नं ३२	आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म आम्दानी र खर्चको विवरण	५६
तालिका नं ३३	आ.व. २०८०/८१ को खर्चको विवरण	५७
तालिका नं ३४	आ.व. अनुसार कुल खर्च मध्ये सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको भुक्तानीको विवरण	५८
तालिका नं ३५	नेपाल सरकारबाट स्वीकृत प्राप्त रकमको खर्चको अवस्था	५९

चित्र सूची

चित्र नं १	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विशेषताहरु	११
चित्र नं २	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको कार्यान्वयन ढांचा	१३
चित्र नं ३	कुल आबद्ध बीमित जनसङ्ख्या र वृद्धि दर	१६
चित्र नं ४	प्रदेशगत रुपमा कुल आबद्ध जनसङ्ख्या र क्रियाशील जनसङ्ख्याको प्रतिशत	१६
चित्र नं ५	आ.व. २०८०/८१ को क्रियाशील बीमितको उमेर र लिङ्गको आधारमा विवरण	१८
चित्र नं ६	आ.व. २०८०/८१ मा लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील बीमितको प्रतिशत	१९
चित्र नं ७	आ.व. २०८०/८१ को जिल्लागत रुपमा क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्याको प्रतिशत	२२
चित्र नं ८	आ.व. २०७५/७६ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्मको कुल आबद्ध परिवार सङ्ख्या र वृद्धि दर	२३
चित्र नं ९	प्रदेशगत रुपमा आ.व. २०८०/८१ सम्म कुल आबद्ध परिवार सङ्ख्या र क्रियाशील परिवार सङ्ख्या	२३
चित्र नं १०	आ.व. २०८०/८१ मा लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील परिवारको प्रतिशत	२५
चित्र नं ११	आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म बीमित जनसङ्ख्याको नवीकरण दर	२८
चित्र नं १२	आ.व.२०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म परिवारको नवीकरण दर	२८
चित्र नं १३	जिल्लागत रुपमा आ.व. २०८०/८१ सम्म सुचिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको विवरण	३०
चित्र नं १४	आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	३१
चित्र नं १५	आ.व. २०८०/८१ मा सेवाको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	३२
चित्र नं १६	आ.व. २०८०/८१ मा उमेरको आधारमा दावी रकमको प्रतिशत र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	३३
चित्र नं १७	आ.व. २०८०/८१ मा लिङ्गका आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	३४
चित्र नं १८	आ.व. २०८०/८१ मा बीमितको आबद्धताको प्रकारको आधारमा दाबी रकमको प्रतिशत	३५
चित्र नं १९	आ.व. २०८०/८१ मा सूचिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट भएको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	३६
चित्र नं २०	आ.व. २०८०/८१ मा सरकारी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	३७
चित्र नं २१	आ.व. २०८०/८१ मा सामुदायिक सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औषतमा प्रति दाबी दाबी रकम	३८
चित्र नं २२	आ.व. २०८०/८१ मा निजी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औषतमा प्रति दाबी दाबी -दाबी रकम	३९
चित्र नं २३	आ.व.२०८०/८१ मा ICD को उच्च १० रोगको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत	४०
चित्र नं २४	आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा प्रेषण वापतको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम	४१
चित्र नं २५	आ.व .२०८०/८१ मा दाबी सङ्ख्याको आधारमा प्रेषण भएका उच्च १० को दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत	४२
चित्र नं २६	आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमामा पूर्ण अस्वीकृत दाबीको विवरण	४४
चित्र नं २७	आर्थिक बर्ष अनुसार सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत	४५
चित्र नं २८	आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत	४५
चित्र नं २९	आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म औषत दाबी रकमको विवरण	४६
चित्र नं ३०	आ.व.२०८०/८१ मा सेवा उपभोग गर्ने बीमित (लक्षित वर्ग सहित) को प्रतिशत	४७
चित्र नं ३१	आ.व. २०८०/८१ मा जिल्लागत रुपमा अनुगमनको विवरण	५५
चित्र नं ३२	आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म आम्दानी र खर्चको अवस्था	५६
चित्र नं ३३	आ.व. २०८०/८१ को खर्चको बाडफाँड प्रतिशत	५७
चित्र नं ३४	आर्थिक बर्ष अनुसार कुल खर्च मध्ये सेवा प्रदायकको भुक्तानी	५८
चित्र नं ३५	आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्ममा नेपाल सरकारबाट स्वीकृत प्राप्त रकमको खर्चको अवस्था	५९

तथ्यपृष्ठ

तालिका नं १ : तथ्यपृष्ठ

क्र.स.	सूचकहरु	अवस्था
स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता		
१	आ.व. २०८०/८१ सम्म जम्मा बीमित जनसङ्ख्या	८२,९२,१४१
२	राष्ट्रिय जनगणना २०७८ को जनसङ्ख्याको आधारमा आ.व. २०८०/८१ सम्म आबद्ध बीमितको प्रतिशत	२८%
३	आ.व. २०८०/८१ को कुल क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्या	५०,१२,२१३
४	राष्ट्रिय जनगणना २०७८ को जनसङ्ख्याको आधारमा कुल क्रियाशील बीमितको प्रतिशत	१७%
५	आ.व. २०८०/८१ सम्म जम्मा बीमित परिवार सङ्ख्या *(जेष्ठ नागरिकलाई एक इकाई परिवारको रुपमा समावेश गरेर)*	२६,०८,१३९
६	राष्ट्रिय जनगणना २०७८ को परिवारको आधारमा आ.व. २०८०/८१ सम्म आबद्ध परिवारको प्रतिशत *(जेष्ठ नागरिकलाई एक इकाई परिवारको रुपमा समावेश गरेर)*	३९%
७	आ.व. २०८०/८१ को कुल क्रियाशील परिवार सङ्ख्या *(जेष्ठ नागरिकलाई एक इकाई परिवारको रुपमा समावेश गरेर)*	१८,७४,२२८
८	आ.व. २०८०/८१ मा क्रियाशील जेष्ठ नागरिक परिवारसङ्ख्या	१०,०६,९५३
९	राष्ट्रिय जनगणना २०७८ को परिवार सङ्ख्याको आधारमा कुल क्रियाशील परिवारको आबद्धताको प्रतिशत *(जेष्ठ नागरिकलाई एक इकाई परिवारको रुपमा समावेश गरेर)*	२८%
१०	आ.व. २०८०/८१ मा परिवारको नवीकरण प्रतिशत	६७%
११	आ.व. २०८०/८१ मा जनसङ्ख्याको नवीकरण प्रतिशत	५४%
१२	कुल नवीकरण मध्ये अनलाईन नवीकरण गर्ने परिवार सङ्ख्याको प्रतिशत	०.६%
सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था		
१	आ.व. २०८०/८१ को अन्त्य सम्म सूचीकृत कुल सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको सङ्ख्या	४५४
२	सरकारी सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था	३९४
३	सामुदायिक सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था	२६
४	निजी सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था	३४
५	नयाँ सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको सङ्ख्या	१६
६	नवीकरण भएका सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको सङ्ख्या	४२
दाबी सम्बन्धी विवरण		
१	आ.व. २०८०/८१ को जम्मा दाबी सङ्ख्या	९७,०४,३७८
२	आ.व. २०८०/८१ मा रुजु एवं मूल्याङ्कन भएको कुल दाबी सङ्ख्या	६९,८७,९९१
	अघिल्ला आर्थिक बर्षहरुको रुजु एवं मूल्याङ्कन भएको जम्मा दाबी सङ्ख्या	२४,१५,८५५
	आ.व. २०८०/८१ को रुजु एवं मूल्याङ्कन भएको जम्मा दाबी सङ्ख्या	४५,७२,१३६
३	पूर्ण अस्वीकृत दाबीको सङ्ख्या	८४,९४१
४	औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम (रु)	१९९५
सेवा उपभोग सम्बन्धी		
१	सेवा उपभोग गर्ने बीमित जनसङ्ख्याको प्रतिशत	४३%

क्र.स.	सूचकहरु	अवस्था
२	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	६,४७०
३	कुल क्रियाशील बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	२,७८१
	गुनासो व्यवस्थापन	
१	कुल प्राप्त लिखित गुनासोको सङ्ख्या	१५३
२	गुनासो समाधानको प्रतिशत	९९%
	आय व्यय	
१	आ.व. २०८०/८१ को जम्मा वार्षिक आम्दानी (रु लाखमा)	१,०६,७१०
२	आ.व. २०८०/८१ को जम्मा खर्च रकम (रु लाखमा)	१,३१,६०५

अध्याय-१

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम

१.१.स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको परिचय

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम योगदानका आधारमा व्यक्तिलाई वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्ने प्रणाली हो । यसले स्वास्थ्य उपचारमा व्यक्तिले व्यहोर्नुपर्ने अप्रत्यासित उपचार खर्च कम गरी गरिबीको जोखिमबाट जोगाउँन मद्दत गर्दछ । विपन्न, सीमान्तकृत एवं आर्थिकरुपले असहाय व्यक्तिको जीवनस्तरमा महङ्गो स्वास्थ्योपचारले नकरात्मक प्रभाव परेको देखिन्छ, जसले गर्दा स्वास्थ्य सेवाको पहुँचमा असर पर्न गएको पाइन्छ । आधुनिक विश्वमा स्वास्थ्य उपचारमा लाग्ने खर्च र गरिबीबीचको सम्बन्धलाई अत्यधिक महत्वका साथ हेरिन्छ । तसर्थ स्वास्थ्यमा लाग्ने व्यक्तिगत खर्चलाई न्यूनीकरण गर्दै स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँचका लागि विभिन्न राष्ट्रिय र अन्तर्राष्ट्रिय प्रयासहरू भएका छन्, जसमा स्वास्थ्य बीमा एक महत्वपूर्ण कार्यक्रमको रुपमा रहेको छ ।

१.२ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विश्व परिवेश

स्वास्थ्य बीमाको सुरुवात सन् १८८३ मा जर्मनीबाट भएको पाइन्छ । तत्कालीन समयमा जर्मनीमा कामदार र रोजगारदाता दुवैले स्वास्थ्य उपचार कोषमा रकम जम्मा गरी स्वास्थ्य बीमा सुरु भएको थियो । तत्पश्चात् क्रमशः अन्य देशहरुले समेत बीमाको अवधारणालाई अवलम्बन गरेको पाइन्छ । प्रत्येक देशको आर्थिक, सामाजिक र राजनीतिक परिवेश अनुसार स्वास्थ्य बीमाको अवस्था पृथक देखिन्छ । १९औं शताब्दीमा विश्वका केही मुलुकमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अपाङ्गता भएका बिरामीप्रति मात्र लक्षित थियो । अन्य बिरामीले स्वास्थ्य सेवामा लाग्ने सम्पूर्ण खर्च आफैँले तिर्नु पर्थ्यो । बीसौं शताब्दीतिर स्वास्थ्य बीमा आधुनिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको रूपमा विकसित भयो । हाल आएर सबै प्रकारका स्वास्थ्य सेवा (उपचारात्मक, प्रतिकारात्मक, प्रवर्धनात्मक, आपतकालीन र पुर्नस्थापनात्मक सेवा) स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत समेटिएका छन् । बेलायतमा सन् १९११ मा बनेको स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी कानुनमा आधारभुत स्वास्थ्य सेवालाई बढी महत्व दिइएको थियो । सोभियत संघमा सोहि प्रकारको व्यवस्था सन् १९१२ मा सुरु भयो । रसियन क्रान्तिपश्चात् रुसमा पुनः सरकारी तवरबाट केन्द्रीकृत रुपमा स्वास्थ्य बीमाको सुरुवात भयो । तत्पश्चात् क्रमशः अन्य औद्योगिक देशमा समेत स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम विस्तार भयो । सन् १९३० सम्म आइपुग्दा मध्य र पश्चिमी मुलुकका औद्योगिक क्षेत्रमा समेत स्वास्थ्य बीमाको दायरा फैलिएको पाइन्छ ।

सन् १९७८ को अल्माआटा सम्मेलनबाट सबै व्यक्तिमा स्वास्थ्यको पहुँच पुर्याउने अभियान व्यापक बनेको थियो । फलस्वरुप सन् १९९० को दशक पश्चात् ल्याटिन अमेरिका, क्यारीवियन, अफ्रिका लगायत एसिया प्यासिफिक क्षेत्रका देशहरूमा स्वास्थ्य सेवामा जनताको पहुँच स्थापित गर्न बीमा कार्यक्रम सञ्चालनमा आएको पाइन्छ । चीन, ब्राजिल लगायतका मुलुकमा अधिकांश जनसङ्ख्या स्वास्थ्य सेवाको सर्वव्यापी पहुँचमा Universal Health Coverage (UHC) आबद्ध छन् ।

१.३ नेपालमा स्वास्थ्य बीमा

विश्वका अन्य मुलुकजस्तै नेपालमा पनि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँचको नीतिलाई साकार पार्ने एउटा महत्वपूर्ण कार्यक्रम हो । नेपालको सन्दर्भमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको थालनी वि.सं.२०३३ देखि तत्कालीन शान्ता भवन अस्पताल पाटनले ललितपुर जिल्लाका केही समुदायबाट सुरु गरेको पाइन्छ । नागरिकको समेत केही योगदान रहने गरी नागरिक र राज्यको साझेदारीमा नेपालमा स्वास्थ्य बीमा लागू भएको हो । नेपालमा हाल सम्म स्वास्थ्य बीमाका सन्दर्भमा सरकारी तथा निजीस्तरबाट भएका विकासक्रमलाई देहाय अनुसार उल्लेख गरिएको छ ।

तालिका नं २ : नेपालमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विकासक्रम

क्र.सं	वर्ष	विकासक्रम
१	वि.सं. २०३३	पाटन अस्पताल (तत्कालीन शान्ता भवन) ले औपचारिक रूपमा ललितपुर जिल्लाका केही समुदायहरुमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सुरुवात गरेको ।
२	वि.सं. २०५७	सुनसरी र मोरङ जिल्लाका १७ वटा समूहहरुमा वि.पि.कोईराला स्वास्थ्य बिज्ञान प्रतिष्ठान (BPKIHS) मार्फत् बीमा कार्यक्रम सञ्चालन भएको ।

क्र.सं	वर्ष	विकासक्रम
३	वि.सं. २०६०	सरकारी स्तरमा ६ वटा प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार (मगंलबारे, कटारी, चन्द्रनिगाहपुर, दुम्कौली, लमही र टिकापुर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (प्रा.स्वा.के) मा सामुदायिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालनमा आएको।
४	वि.सं. २०६७	बाह्रौं त्रिवर्षीय योजना (वि.सं.२०६७/०६८-२०६९/७०) र दोश्रो स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार कार्यक्रम (वि.सं.२०६७-२०७२) ले स्वास्थ्यको विद्यमान अवस्थामा मानव स्वास्थ्य सुधारका लागि राष्ट्रिय बीमा नीति बनाई लागू गरिएको।
५	वि.सं. २०६८	निजी र सरकारी दुबै क्षेत्रबाट स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा व्यापकता आउन नसकेकोले नेपाल सरकारले आर्थिक वर्ष (आ.व) २०६८/६९ देखि राष्ट्रिय स्तरमा स्वास्थ्य बीमा लागू गर्ने नीति लिएको।
६	वि.सं. २०७१	नेपाल सरकारद्वारा वि.स.२०७१ बैशाख १२ मा राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति जारी भएको।
७	वि.सं. २०७१	वि.स. २०७१ माघ २६ मा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा विकास समिति (गठन) आदेश जारी गर्दै सरकारले सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा समिति मार्फत् सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा "स्वास्थ्य बीमा" कार्यक्रम लागू गरी सबैमा स्वास्थ्य बीमाको पहुँच पुर्याउने नीति लिएको।
८	वि.सं. २०७१	आ.व.२०७१/७२ मा नेपालका ३ जिल्लाहरु कैलाली, बाग्लुङ्ग र इलाममा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा समिति (गठन) आदेश अनुसार स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम लागू गर्ने घोषणा भएको।
९	वि.सं.२०७२	कैलाली जिल्लामा मिति २०७२ चैत्र २५ गते तथा बाग्लुङ्ग र इलाम जिल्लामा मिति २०७३ आषाढ १५ गते देखि स्वास्थ्य बीमाको सदस्यता वितरण कार्य प्रारम्भ भई कार्यक्रम लागू भएको।
१०	वि.सं.२०७३	आ.व.२०७३/७४, मा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई देशका २५ जिल्लामा विस्तार गर्ने सरकारको घोषणा अनुसार जिल्लाहरु छनौटको कार्य प्रारम्भ भएको । उक्त आ.व.को अन्त्य सम्ममा १५ जिल्लामा कार्यक्रम विस्तार भएको।
११	वि.सं.२०७४	आ.व.२०७४/७५ को अन्त्य सम्ममा ३६ जिल्लाहरुमा कार्यक्रम विस्तार गरिएको र थप ११ जिल्लामा तयारी गरेको।
१२	वि.सं.२०७४	स्वास्थ्य बीमा ऐन,२०७४ जारी भएको।
१३	वि.सं.२०७५	आ.व.२०७५/७६ मा ४६ जिल्लामा स्वास्थ्य बीमा दर्ता शुभारम्भ गरिएको। साथै मिति २०७५/१२/०३ मा स्वास्थ्य बीमा नियमावली जारी भएको।
१४	वि.सं.२०७६	आ.व.२०७६/७७ मा ५८ जिल्लामा स्वास्थ्य बीमा दर्ता शुभारम्भ गर्नुका साथै थप २ वटा जिल्लाहरु सप्तरी र रुपन्देही त्यसको लागि तयारीमा रहेको।
१५	वि.सं.२०७७	आ.व.२०७७/७८ मा ७५ जिल्लामा स्वास्थ्य बीमा दर्ता शुभारम्भ भएको । त्यसै आ.व.मा मिति २०७७/१२/२५ गते पाचौं स्वास्थ्य बीमा दिवसको दिनमा एकैपटक ६ वटा जिल्लाहरु (ताप्लेजुङ्ग, बारा, सर्लाही, दोलखा, मनाङ र मुस्ताङ) मा सदस्यता दर्ता शुभारम्भ गरिएको।
१६	वि.सं.२०७८	आ.व. २०७८/७९ सालमा काठमाडौं र ललितपुर जिल्लामा सेवा विस्तार गरी ७७ जिल्लामा बीमा सेवाको पहुँच पुर्याईएको।
१७	वि.सं.२०७९	आ.व. २०७९/८० मा ७७ वटै जिल्लाका ७४९ वटा स्थानीय तहमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सुभारम्भ भएको।

अध्याय-२

नीतिगत व्यवस्था

२.१. नेपालको संविधान

नेपालको संविधानको धारा ५१ (ज) मा नागरिकको आधारभुत आवश्यकता सम्बन्धी नीतिको बुँदा नं १५ मा नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा पहुँच मिलाउने उल्लेख छ।

२.२. स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ तथा नियमावली, २०७५

स्वास्थ्य बीमा ऐन,२०७४ तथा नियमावली, २०७५ का केही मुख्य प्रावधान:

१. प्रत्येक नेपाली नागरिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध हुनु पर्नेछ।

२. नवजात शिशु, बालबालिका, ज्येष्ठ नागरिक तथा अशक्त अपाङ्ग भएका व्यक्ति तथा अशक्तलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गर्नु निजको संरक्षक तथा अभिभावकको कर्तव्य हुनेछ।

३. बृद्धाश्रम, अनाथालय, बाल सुधार गृह लगायतका संस्थाहरुमा आश्रित व्यक्तिलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गर्नु त्यस्तो संस्थाको व्यवस्थापकको कर्तव्य हुनेछ।

४. राष्ट्रसेवक कर्मचारी तथा वैदेशिक रोजगारमा जाने कामदारको परिवारले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध हुनुपर्नेछ।

५. प्रचलित कानुन बमोजिम स्थापना भएका तोकिएका संस्थाले सो संस्थामा कार्यरत व्यक्तिलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गराउनु पर्नेछ।

६. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयन तथा सहजीकरण, समन्वय लगायतका कार्य गर्नका लागि प्रदेश र स्थानीय तहमा स्वास्थ्य बीमा संयोजन समिति गठनको व्यवस्था रहेको छ।

२.३. जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५

जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा ४ को उपदफा ४ बमोजिम उपचार गर्दा लागेको खर्च सम्बन्धित व्यक्तिको स्वास्थ्य बीमा भएकोमा सोबाट र स्वास्थ्य बीमा नभएकोमा वा स्वास्थ्य बीमाको रकमले नपुग हुने भएमा सम्बन्धित व्यक्ति, निजको अभिभावक, परिवारको सदस्य, संरक्षक वा संरक्षकत्व ग्रहण गरिएको व्यक्तिले व्यहोर्नु पर्नेछ।

२.४. राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति,२०७१

दीर्घकालीन लक्ष्य: नेपाली जनताको समग्र स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार गर्नु।

मुख्य उद्धेश्य: गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपयोगमा सुधार ल्याई सामाजिक स्वास्थ्य बीमाको आधारमा सबैका लागि स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्नु।

विशेष उद्धेश्य

१. स्वास्थ्य सेवाका क्षेत्रमा पूर्व भुक्तानी र जोखिम न्यूनीकरणको व्यवस्था गरेर सर्वसाधारणका लागि थप वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्नु।

२. वित्तीय साधनको समतामुलक परिचालन गर्नु।

३. स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका क्रममा सेवाको गुणस्तर, प्रवाभकारिता, दक्षता र जवाफदेहितामा सुधार ल्याउनु।

रणनीति

१. जनचेतनामूलक कार्यक्रम मार्फत् समुदायका सबै वर्गलाई स्वास्थ्य बीमामा सक्रिय सहभागिता गराउँदै एवं गरिब तथा न्यून आय भएका वर्गलाई विशेष संरक्षण गर्ने।

२. सार्वजनिक तथा निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुसँग सहकार्य गर्ने ।

३. स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी वैधानिक प्रावधान अनुसार कार्यक्रमलाई क्रमशः विस्तार गरी देशव्यापी रुपमा विस्तार गर्ने ।

२.५. राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति,२०७६

१. स्वास्थ्य बीमा मार्फत् विशेषज्ञ सेवाको सुलभ पहुँच सुनिश्चित गरिनेछ ।

२. आधारभुत स्वास्थ्य सेवाले नसमेटेका उपचारात्मक सेवालाई स्वास्थ्य बीमासँग आबद्द गर्दै सुदृढ गरिँदै लगिनेछ ।

३. सामाजिक न्यायका सिद्धान्तमा आधारित रहि विपन्न तथा प्राथमिकतामा परेका लक्षित वर्गलाई राज्यको सहुलियतमा स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध गरिनेछ ।

४. औपचारिक क्षेत्रलाई अनिवार्य स्वास्थ्य बीमाको दायरामा ल्याउँदै सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध गरिनेछ ।

५. विपन्न वर्गका लागि राज्यबाट तोकिएका विशेष स्वास्थ्य सेवाहरूमा क्रमशः पहुँच सुनिश्चित गरिनेछ ।

२.६. सोह्रौँ योजना (२०८१/८२-२०८५/८६)

मुख्य सवाल तथा चुनौती : स्वास्थ्य बीमाको प्रभावकारिता अभिवृद्धिका लागि विशेषज्ञ र विशिष्टिकृत स्वास्थ्य सेवालाई स्वास्थ्य बीमासँग आवद्ध गराउनु तथा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रमहरु एकीकृत गर्दै मूलप्रवाहीकरण तथा प्रभावकारी सञ्चालन गर्नु, स्वास्थ्य बीमाको दायरा विस्तार गर्नु ।

रुपान्तरणकारी रणनीति : विद्यमान स्वास्थ्य बीमा प्रणालीको कभरेज औपचारिक एवं अनौपचारिक क्षेत्र दुवैमा विस्तार गर्न, दोहोरोपन हटाउन, सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम लगायतलाई एकीकृत गर्न पुन:संरचना गर्ने ।

प्रमुख कार्यक्रम

स्वास्थ्य बीमा तथा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाको एकीकृत कार्यक्रम: स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई पुनरावलोकन गरी यस सम्बन्धी नीति, कानुन, नियमावली तथा संस्थागत व्यवस्थामा आमूल परिवर्तन गर्ने; सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध गरी विशेषज्ञ, विशिष्टीकृत र आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा बीमा मार्फत् प्रदान; स्वास्थ्य क्षेत्रमा रहेका विद्यमान सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्दै स्वास्थ्य बीमामा आबद्धता कार्यक्रम; एकीकृत स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन गरी सेवा विस्तार गर्ने; लाभथैली एवंम् प्रिमियम समयानुकुल परिवर्तन गर्दै लैजाने; निरन्तर अध्ययन अनुसन्धानमा अनुबन्धन गर्दै लैजाने ।

समतामूलक तथा समावेशी स्वास्थ्य कार्यक्रम: स्वास्थ्य सेवाको पहुँचमा नपुगेका, दुर्गम क्षेत्रमा बसोबास गर्ने, विपन्न, पिछडिएका, अल्पसङ्ख्यक व्यक्ति तथा समुदायको पहिचान तथा लक्षित विशेष कार्यक्रमको तर्जुमा र कार्यान्वयन; यस्ता समुदायलाई निःशुल्क स्वास्थ्य बीमाको व्यवस्थाः अस्पतालमा सामाजिक सेवा इकाई विस्तार तथा सेवाग्राहीमैत्री सेवाको सुनिश्चित गर्ने ।

परिमाणात्मक लक्ष्य:

१. स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध जनसङ्ख्या ७०% पुर्याउने

२. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा नवीकरण दर ९०% पुर्याउने

२.७. स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४

संघ तथा प्रदेशको कानूनको अधीनमा रही गाँउपालिका तथा नगरपालिकाको काम, कर्तव्य र अधिकार अन्तर्गत स्वास्थ्य बीमा लगायतका सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमको व्यवस्थापन गर्ने उल्लेख छ ।

२.८.दिगो विकास लक्ष्य र स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच (२०१५-२०३०)

सन् २०३० सम्ममा हासिल गर्नुपर्ने दिगो विकास लक्ष्य नं. ३ "सबै उमेर समूहका व्यक्तिका लागि स्वस्थ जीवनको सुनिश्चित गर्दै समृद्ध जीवनस्तर प्रवर्द्धन गर्ने" अन्तर्गतको परिमाणात्मक लक्ष्य ३.८ मा स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच हासिल गर्नका निम्ति वित्तिय जोखिम सुरक्षा कायम गर्दै सुरक्षित, प्रभावकारी र अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाहरुका साथै सबैका लागि क्षमताअनुसार धान्न सकिने मुल्यमा अत्यावश्यक औषधी तथा खोपहरुको उपलब्धता बढाउनु रहेको छ । जसको लागि नेपाल पनि दिगो विकास लक्ष्यहरु स्वीकार गर्दै त्यसमा हस्ताक्षर गर्ने एउटा मुलुक हो ।

दिगो विकास लक्ष्यको सूचक ३.८.१: नेपालको लागि सर्वव्यापी स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सूचाङ्क सन् २०१० मा कुल १०० अङ्कमा ५२

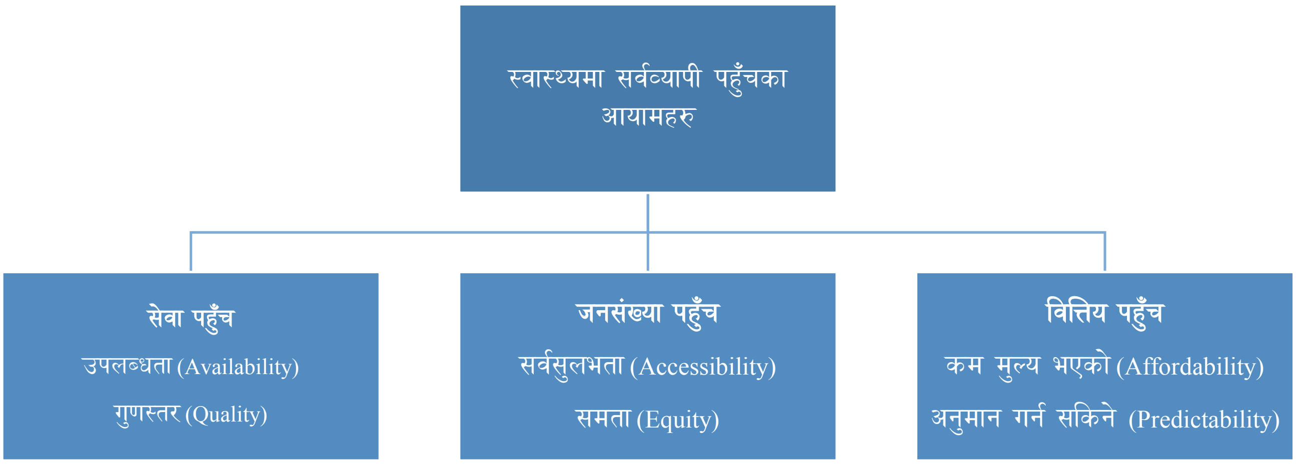
रहेकोमा सन् २०१९ मा यो बढेर ५९ मात्र पुगेको छ। जुन स्थान दक्षिणपूर्वी एसिया क्षेत्रमा रहेका सबैभन्दा तलका चार राष्ट्रहरु भित्र रहेको छ। यही गतिमा जाने हो भने सन् २०३० सम्ममा नेपालले केवल ७३ अङ्क मात्र हासिल गर्ने प्रक्षेपण गरिएको छ।

दिगो विकास लक्ष्य सूचक ३.८.२: दक्षिण एसिया क्षेत्रमा हेर्दा नेपालको चालु स्वास्थ्य खर्च कुल ग्राहस्थ उत्पादनको अनुपातमा सबैभन्दा उच्च देखिए पनि (नेपाल-६.३%) धैरैजसो चालु स्वास्थ्य खर्चको हिस्सा व्यक्तिको खल्तीबाट हुने गर्दछ । सन् २०१९/२०२० मा ५४.२% रहेको छ।

Source: National Health Account (NHA)

स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँचका आयाम

स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँचका आयामहरुलाई मुख्यतया ३ वटा क्षेत्रमा विभाजन गरिएको छ।



तीनवटा आयामको सुनिश्चितता विस्तार र समन्वयले मात्र सर्वव्यापी रुपमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच पुग्न सक्ने भएकाले यी आयामहरुको विस्तृत रुपमा अनुगमन तथा विश्लेषण हुनु जरुरी छ। सर्वव्यापी पहुँचको आयामका खाकाहरुलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमसंग समानान्तर रुपमा सैद्वान्तिक र व्यवहारिक तरिकाले लिनु पर्ने देखिन्छ।

२.९. नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिक योजना, २०७९/८०-२०८७/८८

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिक योजना, २०७९/८० -२०८७/८८ मा स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी निम्न रणनीतिक उद्देश्य, प्रतिफल र रणनीतिक कार्य उल्लेख भएको छ।

रणनीतिक उद्देश्य	प्रतिफल	रणनीतिक कार्य
स्वास्थ्यमा दिगो लगानी र सामाजिक सुरक्षा प्रवर्द्धन	सुदृढ स्वास्थ्य बीमा प्रणाली	जनस्वास्थ्य र आधारभुत स्वास्थ्य सेवा बाहेकका विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवालाई स्वास्थ्य बीमाको सुविधा थैलीमा समाविष्ट गरी कार्यान्यवन गर्ने,
		सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध गराइ दिगो वित्तिय सुरक्षा प्रवर्द्धन गर्ने,
		स्वास्थ्य बीमाको प्रभावकारी कार्यान्यवनका लागि सबै तहमा बिद्यमान स्वास्थ्य प्रणाली र स्वास्थ्य बीमाको संगठनिक संरचनाबीचको अन्तरसम्बन्धलाई सुदृढ् गर्ने,
		स्वास्थ्य बीमामा आबद्धता वृद्धि गराउनका लागि सामुदायिक संस्था, विद्यालय, सहकारी संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका लगायत समुदायको संलग्नता बढाउने,
		स्वास्थ्य बीमामा नागरिकको आबद्धता र नवीकरणमा देखिएका चुनौतीहरुका आधारमा योजना तर्जुमा गरी कार्यान्यवन पद्धतिमा सुधार गर्ने,
		स्थानीय सरकारको समन्वयमा गरिबीको पहिचान गरी स्वास्थ्य बीमामा गरिब परिवारको सहुलियतपूर्ण आबद्धता विस्तार गर्ने,

रणनीतिक उद्देश्य	प्रतिफल	रणनीतिक कार्य
		कार्यान्यवनबाट प्राप्त प्रमाण तथा सिकाइका आधारमा स्वास्थ्य बीमाको सुविधा थैली तथा योगदान रकमलाई अद्यावधिक गर्दै जाने,
		बीमा योजना अन्तर्गतका सूचना व्यवस्थापन, सेवाको उपयोग तथा सेवाबापतको भुक्तानी लगायतका प्रक्रियालाई सरल तथा सुदृढ़ बनाउने,
		स्वास्थ्य बीमाको प्रभावकारी कार्यान्यवनका लागि प्रयाप्त जनशक्ति सहितको संगठनात्मक क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।

२.१०. राष्ट्रिय स्वास्थ्य वित्त रणनीति, २०८०-२०९०

राष्ट्रिय स्वास्थ्य वित्त रणनीति,२०८०-२०९० मा स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी निम्न रणनीति र कार्यनीति उल्लेख भएको छ ।

रणनीति	कार्यनीति
सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाको अवधारणा अनुरुप गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका लागि श्रोतको संकलन र सेवा खरिद स्वास्थ्य बीमामार्फत् सुनिश्चित गर्ने ।	स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी विद्यमान नीति, ऐन, नियम र अन्य व्यवस्थालाई समयबद्ध कार्य योजना बनाई सम्पूर्ण नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध गरिनेछ ।
	स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी कार्य योजनाको नियमित अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गरिनेछ ।
	स्वास्थ्य बीमाको दायरा विस्तार हुँदै जाँदा स्वास्थ्य बीमा बोर्डको संस्थागत क्षमता अभिवृद्धि गर्दै बोर्डलाई वित्तीय रुपमा आत्मानिर्भर बनाउदै लगिनेछ ।
	व्यक्तिको स्वास्थ्य तथा सेवा उपयोगको विवरण अनुगमन गर्न मिल्ने गरी स्वास्थ्य बीमा कार्डलाई राष्ट्रिय परिचयपत्रसंग आबद्ध हुने गरी व्यवस्थापन गरिनेछ ।
	सेवाको भुक्तानीका लागि सम्भाव्यताका आधारमा प्रति व्यक्ति/सेवाग्राही (Capitation based), केसमा आधारित (Case Based), निदानमा आधारित (Diagnostic related groupings), भुक्तानी पद्धति लगायतका नविनतम विधिहरु अबलम्बन गर्दै लगिनेछ ।
	आमा सुरक्षा कार्यक्रम, विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम लगायतका राज्यबाट सञ्चालित सम्पूर्ण सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रमहरुको भुक्तानी स्वास्थ्य बीमा बोर्ड मार्फत् हुने गरी एकद्वार प्रणालीबाट व्यवस्थापन गरिनेछ ।
	स्वास्थ्य बीमाको दायरा विस्तार गर्दै औषधी तथा विशिष्टिकृत रोगका लागि उपलब्ध गराउदै आएको वित्तिय स्रोत क्रमश: बीमाबाट व्यहोर्दै लगिनेछ ।
	स्वास्थ्य बीमाको दाबी भुक्तानीलाई भरपर्दो आन्तरिक नियन्त्रण प्रणालीको माध्यमबाट परिक्षण गर्ने व्यवस्था मिलाईनेछ ।

२.११. आ.व.२०८०/८१ को नेपाल सरकारको वार्षिक नीति तथा कार्यक्रममा स्वास्थ्य बीमा

नेपाल सरकारको आ.व. २०८०/८१ को वार्षिक नीति तथा कार्यक्रममा भएको स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी व्यवस्थाहरु:

बुंदा नं १३३: गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा सबै नागरिकको पहुँच सुनिश्चित गरिनेछ । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको पुनारवलोकन गरिनेछ ।

बुंदा नं १६८: कैदीहरुको स्वास्थ्य उपचारका लागि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम लागु गरिनेछ ।

अध्याय-३

बोर्डको संस्थागत व्यवस्था तथा कार्यक्रम

३.१. स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा १३ (१) बमोजिम स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी काम कारवाही गर्न एक स्वास्थ्य बीमा बोर्ड रहनेछ र ऐनको दफा १३ (२) मा बोर्ड गठन सम्बन्धी व्यवस्था रहेको छ। सो व्यवस्था बमोजिम बोर्डमा ९ सदस्यीय संचालक समिति रहने व्यवस्था छ।

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड सञ्चालक समिति

नेपाल सरकारद्वारा नियुक्त व्यक्ति	अध्यक्ष
स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले तोकेको सो मन्त्रालयको सहसचिव स्तरको अधिकृत	सदस्य
सहसचिव, नेपाल सरकार, अर्थ मन्त्रालय	सदस्य
सम्बन्धित क्षेत्रमा कम्तिमा ५ वर्षको अनुभव प्राप्त गरेका व्यक्तिहरु मध्ये मन्त्रालयले मनोनित गरेका कम्तिमा २ जना महिला सहित ३ जना	सदस्य
बीमितहरु मध्येबाट मन्त्रालयले मनोनित गरेको एकजना महिला सहित २ जना	सदस्य
कार्यकारी निर्देशक	सदस्य सचिव

बोर्डको जिम्मेवारी

१. स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी नीति, रणनीति, योजना, कार्यक्रम तथा बजेट तर्जुमा तथा स्वीकृत गरी कार्यान्वयन गर्ने, गराउने।

२. सेवाको स्तर निर्धारण गर्ने।

३. सेवा उपलब्ध गराए बापतको भुक्तानीको विधि र दर तोक्ने।

४. कोषको व्यवस्थापन, संरक्षण तथा सुरक्षित लगानी नीति तय गर्ने।

५. बोर्डको सङ्गठन संरचना र दरबन्दी स्वीकृतिका लागि मन्त्रालयमा पेश गर्ने।

६. सेवा प्रदायकको काम कारबाहीको अनुगमन, नियमन र मूल्याङ्कन गर्ने, गराउने।

७. तोकिए बमोजिमका अन्य कार्य गर्न

३.२. स्वास्थ्य बीमा बोर्डको सांगठनिक संरचना

स्वास्थ्य बीमा बोर्डको आ.व २०८०/८१ को स्वीकृत अस्थायी संरचना अनुसार संघमा स्वास्थ्य बीमा बोर्ड अन्तर्गत विभिन्न शाखाहरुको व्यवस्था रहेको छ। त्यस्तैगरी प्रत्येक प्रदेशमा प्रदेश शाखा कार्यालय, हरेक जिल्लामा जिल्ला सम्पर्क कार्यालय र प्रत्येक वडामा दर्ता सहयोगीको व्यवस्था गरी कार्य सञ्चालन भएको अवस्था छ। त्यस्तै बोर्डको स्थायी संगठन संरचनाहाल सम्म स्वीकृत भैनसकेको अवस्था रहेको छ।

तालिका नं ३ : आ.व. २०८०/८१ को स्वीकृत अस्थायी दरबन्दीको विवरण

क्र.सं.	नाम/पद	श्रेणी/तह	सेवा	समुह/उपसमुह	जम्मा	पदपूर्तिको किसिम (स्थायी, अस्थायी, करार)
१	कार्यकारी निर्देशक				१	स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ बमोजिम
२	उपसचिव	रा.प.द्वि.	प्रशासन	सा.प्रशासन	१	स्थायी
३	उपसचिव	रा.प.द्वि.	प्रशासन	लेखा	१	स्थायी

क्र.सं.	नाम/पद	श्रेणी/तह	सेवा	समुह/उपसमुह	जम्मा	पदपूर्तिको किसिम (स्थायी, अस्थायी, करार)
४	बरिष्ठ जनस्वास्थ्य प्रशासक	नवौ/दशौ	स्वास्थ्य	हे.ई.	१	स्थायी/करार
५	क.मेडिकल जनरलिष्ट	नवौ/दशौ	स्वास्थ्य	स्वास्थ्य	१	स्थायी/करार
६	वरिष्ठ सूचना प्रविधि अधिकृत	नवौ	इन्जिनियरिङ्ग	विविध	१	करार
७	हेल्थ ईकोनोमिष्ट	नवौ/दशौ	स्वास्थ्य	स्वास्थ्य	१	करार
८	कानून अधिकृत	आठौ	न्याय	कानुन	१	स्थायी/करार
९	मेडिकल अधिकृत	आठौ	स्वास्थ्य	ज.हे.स.	७	स्थायी/करार
१०	आई.टि.डेभलपर	आठौ	इन्जिनियरिङ्ग	विविध	१	करार
११	हेल्थ ईकोनोमिष्ट	आठौ	स्वास्थ्य	स्वास्थ्य	१	करार
१२	चार्टर्ड एकाउन्टेण्ट	आठौ	लेखा	लेखा	१	करार
१३	शाखा अधिकृत	रा.प.तृ.	प्रशासन	सा.प्रशासन	३	स्थायी
१४	लेखा अधिकृत	रा.प.तृ.	प्रशासन	लेखा	१	स्थायी
१५	फार्मेसी अधिकृत	सातौ/आठौ	स्वास्थ्य	फार्मेसी	११	स्थायी/करार
१६	नर्सिङ्ग अधिकृत	सातौ/आठौ	स्वास्थ्य	जनरल नसिङ्ग	७	स्थायी/करार
१७	ल्याव टेक्नोलोजिष्ट	सातौ/आठौ	स्वास्थ्य	मे.ल्या.टे./ज. मे.ल्या.टे.	१	स्थायी/करार
१८	जनस्वास्थ्य अधिकृत	सातौ/आठौ	स्वास्थ्य	हे.ई.	४	स्थायी/करार
१९	स्वास्थ्य शिक्षा अधिकृत	सातौ/आठौ	स्वास्थ्य	हे.ए.	१	स्थायी/करार
२०	एक्चुरियन अधिकृत	सातौ	तथ्याङ्क	तथ्याङ्क	१	करार
२१	बायो स्टाटिटिक्स	रा.प.तृ.	आ.यो तथा तथ्याङ्क	तथ्याङ्क	१	स्थायी/करार
२२	प्रदेश संयोजक (रा.प.तृ.)	शाखा अधिकृत	प्रशासन	सा.प्रशासन	७	स्थायी/करार
२३	जनस्वास्थ्य निरिक्षक/ हे.अ./सि.अ.हे.व./ सि.अ.न.मी.	पाचौं/छैठौं	स्वास्थ्य	स्वास्थ्य	५	स्थायी
२४	सुचना प्रविधि सहायक	रा.प.अनं.प्रथम (पाचौं)	विविध	विविध	९	करार
२५	नायब सुब्बा	रा.प.अनं.प्रथम	प्रशासन	सा.प्रशासन	२	स्थायी
२६	लेखापाल	रा.प.अनं.प्रथम	लेखा	लेखा	२	स्थायी/करार
२७	सह- लेखापाल	रा.प.अनं.द्धितिय	प्रशासन	लेखा	१	स्थायी
२८	कम्प्युटर अपरेटर	रा.प.अनं.प्रथम	विविध	विविध	३	करार
२९	दर्ता अधिकारी	रा.प.अनं.प्रथम	प्रशासन	सा.प्रशासन	३०५	स्थायी/करार
३०	खरिदार	रा.प.अनं.द्धितिय	प्रशासन	सा.प्रशासन	२	स्थायी
३१	टेलिफोन अपरेटर (हेल्प डेस्क)	रा.प.अनं.द्धितिय	विविध	विविध	२	करार
३२	हलुका सवारी चालक	श्रेणी विहिन	नेपाल इञ्जिनियरिङ्ग,	मेकानिकल इञ्जिनियरिङ्ग/ जनरल मेकानिकल	४	करार

क्र.सं.	नाम/पद	श्रेणी/तह	सेवा	समुह/उपसमुह	जम्मा	पदपूर्तिको किसिम (स्थायी, अस्थायी, करार)
३३	कार्यालय सहयोगी	श्रेणी विहिन	प्रशासन	सा.प्रशासन	१३	करार
कुल दरबन्दी सङ्ख्या					४०३	

श्रोत: प्रशासन शाखा

३.३. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विशेषता तथा प्रमुख व्यवस्थाहरु

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका प्रमुख विशेषताहरु:

चित्र नं १ : स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विशेषताहरु

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका प्रमुख व्यवस्थाहरु:-

१. यो कार्यक्रम परिवारका सबै सदस्य सहभागी हुने गरी परिवारको योगदानमा आधारित रहेको छ। प्रति ५ जनासम्मको परिवारले वार्षिक रकम रु पैतिस सय (रु.३,५००। -) योगदान रकम बुझाउनु पर्दछ। परिवारमा ५ जना भन्दा बढी सदस्य भए प्रति सदस्य रु सात सय (रु.७००। -) का दरले थप रकम बुझाउनु पर्दछ।

२. यो कार्यक्रम सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाको सिद्धान्तमा रहेर सञ्चालित छ।

३. सुविधा थैलीको सीमा ५ जनाको परिवारको हकमा वार्षिक रु एक लाख (रु.१,००,०००। -) रहेको छ। ५ जनाभन्दा बढी परिवारका सदस्य भएमा प्रति थप सदस्य बापत रु बिस हजार (रु.२०,०००। -) योगदान रकम थपिदै जादाँ अधिकतम सीमा रु दुई लाख (रु.२,००,०००। -) सम्म रहेको छ।

४. बीमित सदस्यहरुले एक पटक योगदान रकम बुझाएपछि सेवा क्रियाशील भए पश्चात् वर्ष भरि सुविधा थैलीको सीमा अनुसार उपचार सेवा प्राप्त गर्ने व्यवस्था छ।

५. बीमित सदस्यले तोकिएका सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रथम सेवा बिन्दुको रुपमा सेवा प्राप्त गर्नुका साथै प्रेषण पूर्जा सहित रिफर भई बीमा बोर्डसँग सम्झौता गरेका सरकारी, निजी र सामुदायिक सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाउने व्यवस्था छ।

६. कार्यक्रमको सदस्यता वार्षिक रुपमा नवीकरण गर्नुपर्दछ। यसरी नवीकरण गर्दा स्वास्थ्य सेवा निरन्तर पाउने व्यवस्था मिलाइएको छ।

७. कार्यक्रम लागू भएका सबै स्थानीय तहमा वर्षभरि सदस्यता नयाँ दर्ता एवं नवीकरण कार्य खुल्ला रहेको हुन्छ।

८. यो कार्यक्रम सूचना प्रविधिमा (IT) आधारित छ, जसमा स्मार्ट मोवाईल फोन सेटबाट फोटो खिची दर्ता सहयोगीले घर-घरमा गई बीमितको दर्ता कार्य हुने गर्दछ।

९. स्वास्थ्य बीमा बोर्डले सेवा खरिद गर्ने र सरकारी, निजी तथा सामुदायिक सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले सेवा प्रदान गर्ने गरी सेवाको खरिदकर्ता र सेवा प्रदायक बिच आपसी सम्झौता भई सेवा नियमित रुपमा सञ्चालन हुन्छ। योगदान रकम र सेवा सम्बन्धी अन्य व्यवस्था देहाय अनुसार तोकिएको छ।

   क) तोकिएका लक्षित वर्गका परिवारलाई योगदान रकममा शतप्रतिशत र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको परिवारलाई ५०% छुट दिने प्रावधान रहेको छ। शतप्रतिशत छुट हुने लक्षित वर्गमा ज्येष्ठ नागरिक (७० वर्ष पुगेका), अति गरिबको परिचयपत्र प्राप्त परिवार, अति अशक्त अपाङ्गता, कुष्ठरोगी, एच.आइ.भि. संक्रमित, जटिल खालको क्षयरोग Multi-drug resistant tuberculosis (MDR-TB) बिरामी भएकाको परिवार पर्दछन्।

   ख) आकस्मिक अवस्थामा जुनसुकै सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण पुर्जा बिना नै सेवा लिन सकिने व्यवस्था रहेको छ।

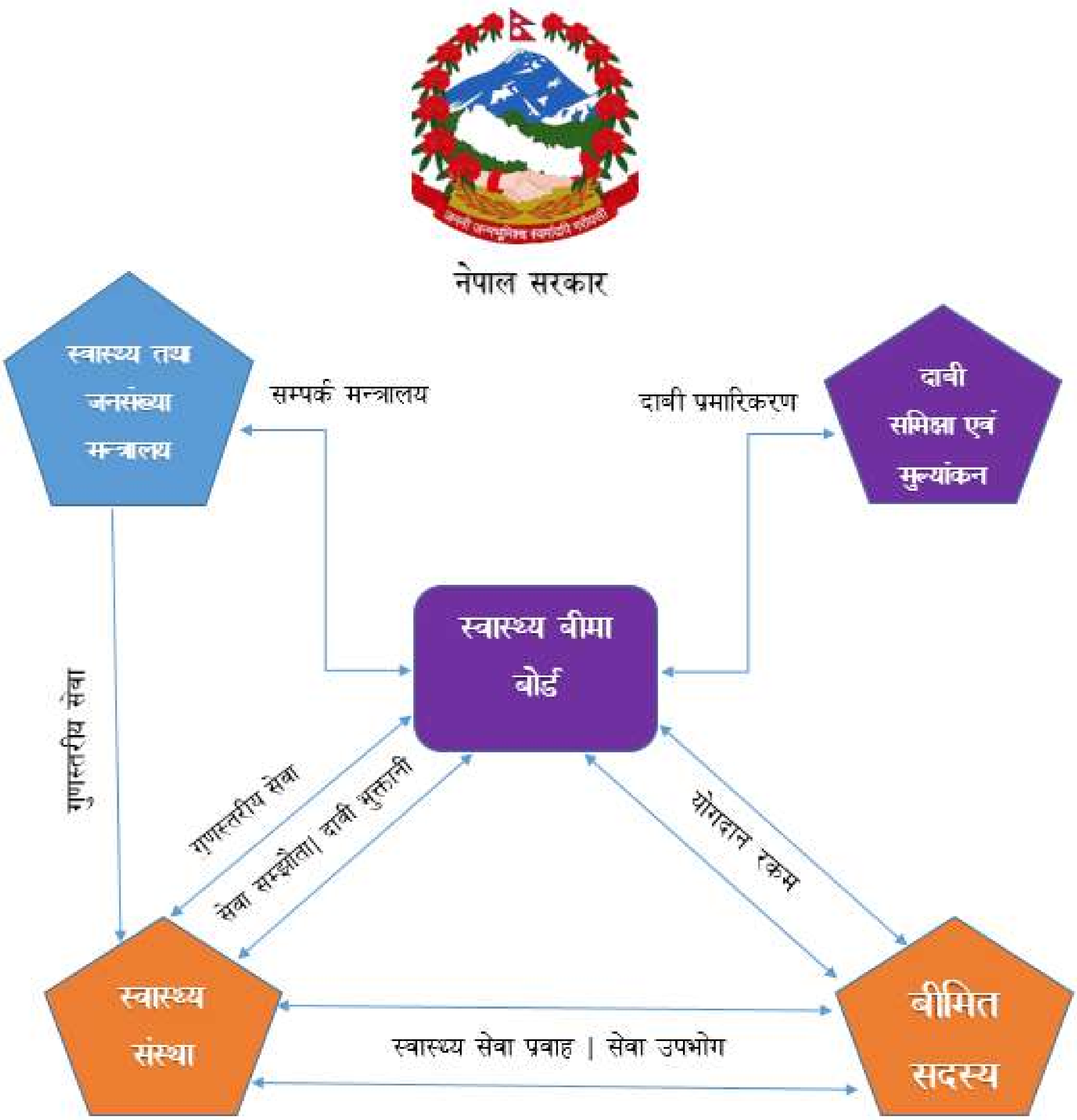
   ग) औषधीको सूची वा सुविधा थैलीको प्याकेज समयानुकुल परिमार्जित गर्दै लगिने व्यवस्था छ।

   घ) बीमित सदस्यले पहिलो सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्था रोज्नुपर्ने र सोही स्वास्थ्य संस्थामा गई उपचार गराउनु पर्ने प्रावधान छ तर उक्त स्वास्थ्य संस्थाबाट उपचार हुन नसकेमा प्रेषण भई तोकिएको अन्य विशिष्टिकृत अस्पतालमा उपचार गराउने व्यवस्था छ।

३.४. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको कार्यान्वयन ढाँचा

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनको लागि बोर्डको आन्तरिक कार्य सञ्चालन प्रक्रिया तथा समग्र बाह्य सहकार्यको खाकालाई देहायको चित्रले स्पष्ट पार्दछ ।

चित्र नं २ : स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको कार्यान्वयन ढाँचा



अध्याय-४

आ.व. २०८०/८१ मा सम्पन्न भएका मुख्य गतिविधि

आ.व. २०८०/८१ मा बोर्डको भौतिक प्रगति ६७.०९% रहेको छ। यस अवधिमा बोर्डमा सञ्चालन भएका मुख्य क्रियाकलाप निम्नानुसार रहेका छन्:

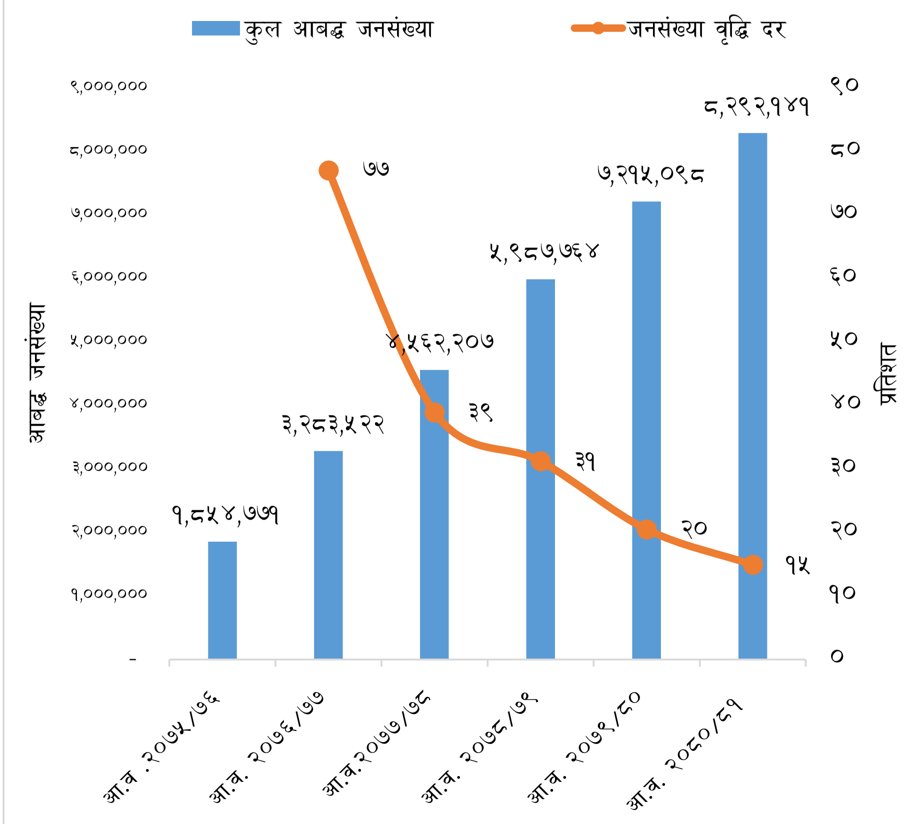
- सुविधा थैली पुर्नमूल्याङ्कन र परिमार्जन तथा OpenIMIS मा प्रविष्टिकरण
- चार स्थानीय तहमा कार्यक्रम विस्तार तथा दर्ता सहयोगी छनौट,
- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभुक्तानी प्रणाली, Real Time दाबी प्रणाली लागु भएको,
- कर्मचारीको लागि क्षमता अभिवृद्धि तालिम,
- दर्ता अधिकारी, दर्ता सहयोगीहरुका लागि आधारभुत तथा पुनर्ताजगी तालिम,
- सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थालाई OpenIMIS को तालिम,
- नयाँ सदस्यता तथा नवीकरण,
- प्रदेश स्तरीय वार्षिक समीक्षा,
- वार्षिक कार्यक्रम तथा बजेट पूर्व तयारी समीक्षा गोष्ठी,
- स्वास्थ्य बीमा स्थापना दिवसीय कार्यक्रम सम्पन्न,
- पत्रकार अन्तरक्रिया कार्यक्रम,
- Online पत्रपत्रिकाबाट चेतनामुलक संदेश प्रसारण,
- छापा पत्रपत्रिकाबाट चेतनामुलक संदेश प्रसारण,
- बोर्डमा आवश्यक कार्यविधि निर्माण,
- अनुगमन तथा मूल्याङ्कन,
- सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको दाबी भुक्तानी,
- दर्ता सहयोगीलाई प्रोत्साहन रकम भुक्तानी,
- आ.व. २०८०/८१ को अन्त्य सम्ममा १६ वटा नयाँ सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था सूचीकरण र ४२ वटा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण,

४.१. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा नागरिकको आबद्धता सम्बन्धी विवरण

४.१.१. बीमित जनसङ्ख्याको विवरण

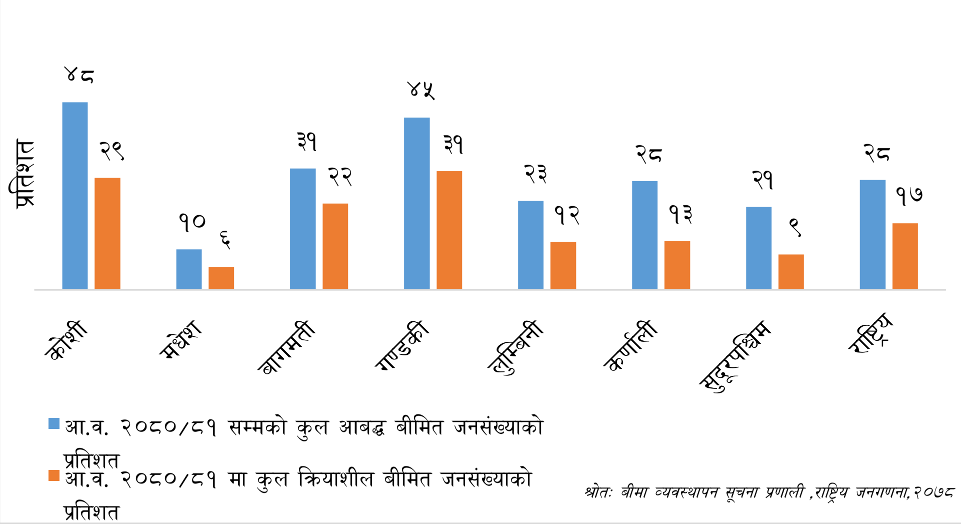
कार्यक्रम सुरुवात भए देखि आ.व. २०८०/८१ को अन्त्य सम्मको बीमित जनसङ्ख्याको आबद्धता र वृद्धि चित्र नं. ३ मा प्रस्तुत गरिएको छ। आ.व.२०७५/७६ मा १८,५४,७७१ जना नागरिक देखि बढेर आ.व. २०८०/८१ सम्म आई पुग्दा ७७ जिल्लाका ८२,९२,१४१ जना (२८%) नागरिकसम्म स्वास्थ्य बीमाको पहुँचमा पुगेको देखिन्छ।

चित्र नं ३ कुल आबद्ध बीमित जनसङ्ख्या र वृद्धि दर



श्रोत:बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

चित्र नं ४ प्रदेशगत रुपमा कुल आबद्ध जनसङ्ख्या र क्रियाशील जनसङ्ख्याको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली ,राष्ट्रिय जनगणना,२०७८

चित्र नम्बर ४ मा प्रदेशगत रुपमा आ.व. २०८०/८१ सम्म कुल आबद्ध जनसंख्या साथै सो आ.व. को कुल क्रियाशील जनसंख्या प्रस्तुत गरिएको छ। आ.व.२०८०/८१ को अन्त्य सम्म ७७ जिल्लाका कुल २८% आबद्ध जनसंख्या मध्ये १७% (५०,१२,२१३ जना) जनसंख्या क्रियाशिल छन्। प्रदेशगत रुपमा विश्लेषण गर्दा अ.व.२०८०/८१ सम्ममा सबैभन्दा बढी बीमित संख्या कोशी प्रदेशमा (२४,०४,७७२ जना) छन् भने कर्णाली प्रदेशमा सबैभन्दा कम (४,७५,०३७ जना) बीमित रहेका छन्। राष्ट्रिय जनगणना, २०७८ को सम्बन्धित प्रदेशको जनसंख्याको आधारमा हेर्दा कोशी प्रदेशमा ४८% जनसंख्या बीमा कार्यक्रममा आबद्ध भएका छन् भने मधेश प्रदेशमा सबै भन्दा कम जम्मा १०% जनसंख्या आबद्ध रहेको अवस्था छ। क्रियाशील बीमित जनसंख्याको विवरण हेर्दा सम्बन्धित प्रदेशको जनसंख्याको आधारमा गण्डकी प्रदेशमा सबैभन्दा बढी ३१% जनसंख्या स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा क्रियाशील रहेका छन् भने सबै भन्दा कम मधेश प्रदेशमा मात्र ६% बीमित जनसंख्या क्रियाशील रहेका छन् ।

तालिका नं ४ : आ.व. २०७५/७६ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म आबद्ध बीमित जनसङ्ख्या र आ.व. २०८०/८१ को क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्याको विवरण

प्रदेश	कुल आबद्ध बीमित जनसङ्ख्या (सम्मको)						राष्ट्रिय जनगणना, २०७८ को सम्बन्धित प्रदेशको जनसङ्ख्याको आधारमा आ.व. २०८०/८१ सम्म आबद्ध जनसङ्ख्याको प्रतिशत	आ.व. २०८०/८१ को क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्या	राष्ट्रिय जनगणना, २०७८ को सम्बन्धित प्रदेशको जनसङ्ख्याको आधारमा आ.व. २०८०/८१ को क्रियाशील बीमितको प्रतिशत
	आ.व २०७५/७६	आ.व. २०७६/७७	आ.व. २०७७/७८	आ.व. २०७८/७९	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१			
कोशी	५,३४,४९६	१०,१०,९१८	१५,०६,२१७	१९,२०,९६९	२१,९५,६७०	२४,०४,७७२	४८	१४,३६,६०५	२९
मधेश	४६,४०५	८९,१७३	२,११,२३७	४,०९,१३६	५,२४,३६८	६,३५,७१८	१०	३,६३,६५३	६
बागमती	३,८६,००८	६,९३,५९३	९,१२,८४३	११,९४,६९६	१५,३५,६५९	१९,२०,५७९	३१	१३,६४,५५३	२२
गण्डकी	२,६४,७३५	४,३६,६९८	५,६५,१९९	७,४८,२३८	९,३४,६२३	१०,९८,३५४	४५	७,५५,९६७	३१
लुम्बिनी	३,२३,९९५	५,१५,९४५	७,१८,१३०	९,०४,४९१	१०,६०,२०२	११,७९,५६८	२३	६,३३,४८५	१२
कर्णाली	१,२८,६०३	२,३०,६०१	२,६८,६२१	३,३६,९०४	४,३१,१७६	४,७५,०३७	२८	२,१२,२११	१३
सुदूरपश्चिम	१,७०,५२९	३,०६,५९४	३,७९,९६०	४,७३,३३०	५,३३,४००	५,७८,११३	२१	२,४५,७३९	९
जम्मा	१८,५४,७७१	३२,८३,५२२	४५,६२,२०७	५९,८७,७६४	७२,१५,०९८	८२,९२,१४१	२८	५०,१२,२१३	१७

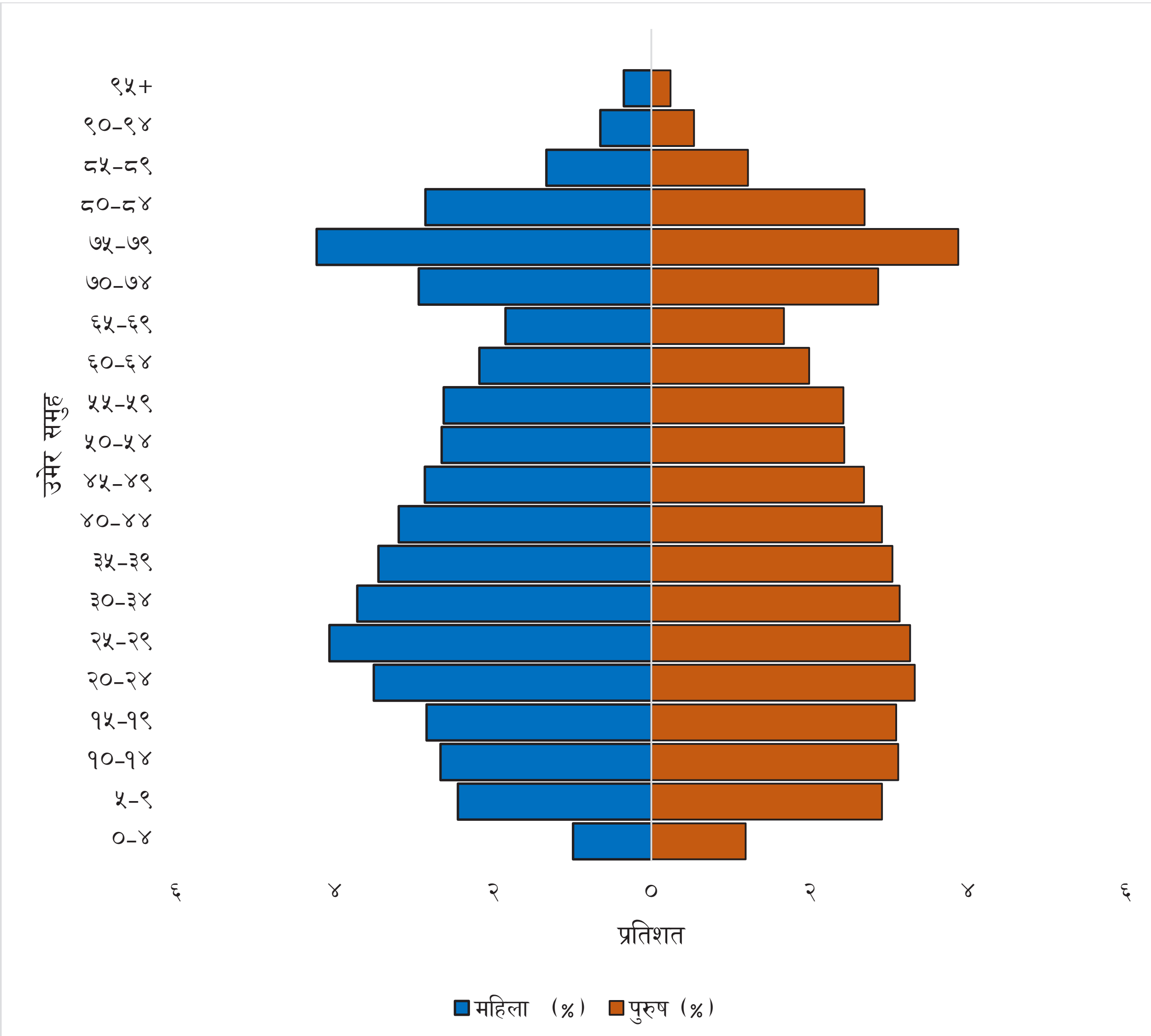
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली, राष्ट्रिय जनगणना, २०७८

४.१.२. उमेर र लिङ्ग आधारमा क्रियाशील बीमितको विवरण

आ.व. २०८०/८१ मा कार्यक्रममा आबद्ध क्रियाशील जनसङ्ख्यालाई विश्लेषण गरेर हेर्दा महिला बीमित ५१.३४% रहेको, पुरुष बीमित ४८.६५% र लैंगिक तथा यौनिक अल्पसंख्यक बीमित ०.०१% रहेका छन् ।

त्यस्तै उमेरका आधारमा हेर्दा कुल क्रियाशील बीमित मध्ये सबैभन्दा बढी ७५ देखी ७९ वर्ष उमेर समुहको बीमित रहेका छन् भने सबैभन्दा कम ९५ वर्ष भन्दा माथिको उमेर समुहको बीमित रहेका छन् ।

चित्र नं ५ : आ.व. २०८०/८१ को क्रियाशील बीमितको उमेर र लिङ्गको आधारमा विवरण



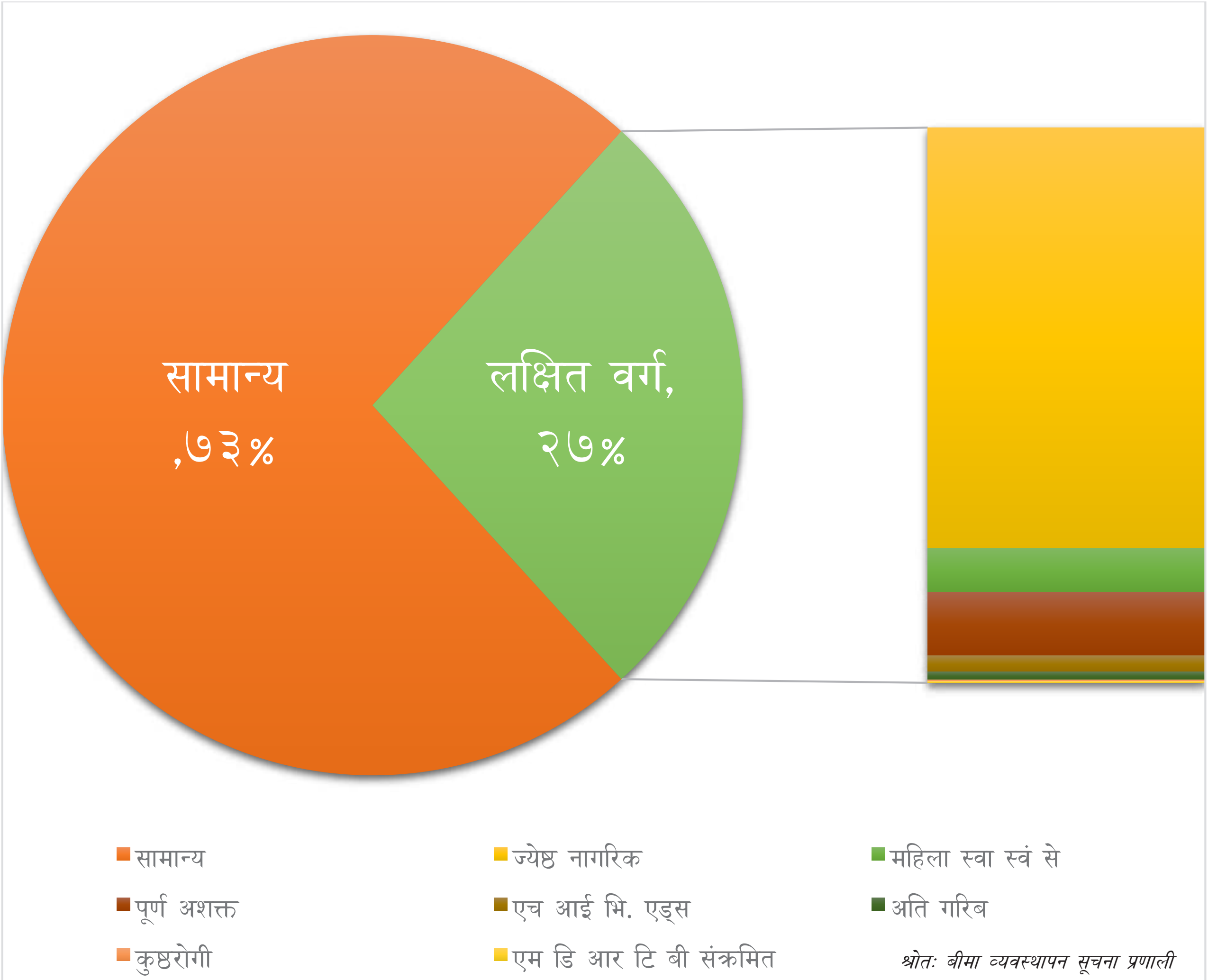
श्रोत:बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.१.३. लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्याको विवरण

स्वास्थ्य बीमा ऐन,२०७४ तथा नियमावली, २०७५ ले ७० वर्ष पुगेका ज्येष्ठ नागरिक, पूर्ण असक्त अपाङ्ग, कुष्ठरोगी, जटिल खालको क्षयरोगी (MDR-TB), एच.आइ.भि./एड्स संक्रमित, अति गरिब भनि पहिचान भएका नागरिक र महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकालाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा लक्षित वर्ग भनेर व्यवस्था गरेको छ र उक्त लक्षित वर्ग मध्ये महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाको हकमा ५०% योगदान रकम र अन्यको हकमा शतप्रतिशत योगदान रकम नेपाल सरकारले व्यहोर्ने व्यवस्था रहेको छ । हाल २३ जिल्लामा नेपाल सरकारबाट गरिबी पहिचान भई परिचय पत्र वितरण भए अनुसार लक्षित वर्ग अन्तर्गत बीमा दर्ता गर्ने कार्य भईरहेको छ भने अन्यको हकमा नेपाल सरकारले जारी गरेको सम्बन्धित लक्षित वर्गको परिचय पत्र पेश गरी बीमा कार्यक्रममा आबद्ध हुने व्यवस्था रहेको छ ।

आ.व. २०८०/८१ मा कुल ५०,१२,२१३ क्रियाशील बीमित मध्ये सामान्य बीमित ७३.४% रहेको छन् जसमध्ये नयाँ बीमित २५.२% र नवीकरण बीमित ७४.८% रहेको छ । त्यस्तै २६.६% लक्षित वर्ग बीमा कार्यक्रममा सहभागी भएका छन् जस्मध्ये ज्येष्ठ नागरिक वर्गको आबद्धता सबैभन्दा बढी रहेको छ ।

चित्र नं ६ : आ.व. २०८०/८१ मा लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील बीमितको प्रतिशत



श्रोत:बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

प्रदेशगत रुपमा कुल ५०,१२,२१३ क्रियाशील बीमित मध्ये सबै भन्दा धेरै क्रियाशील कोशी प्रदेशमा २८.७% र सबै भन्दा कम क्रियाशील कर्णाली प्रदेशमा मात्र ४.२% रहेको छ। त्यस्तै सामान्य बीमितको आबद्धता कोशी र बागमती प्रदेशमा सबै भन्दा धेरै रहेको छ। कोशी प्रदेशमा ३०.७% क्रियाशील सामान्य बीमित मध्ये १७.२% नयाँ र ८२.८% नवीकरण बीमित रहेका छन् भने बागमती प्रदेशमा क्रियाशील सामान्य बीमित मध्ये ३०.०% नयाँ र ७०.०% नवीकरण बीमित रहेका छन्।

त्यस्तै कुष्ठरोगी बीमित परिवारको जनसङ्ख्या, पूर्ण अशक्त परिवारको जनसङ्ख्या, ज्येष्ठ नागरिक जनसङ्ख्या कोशी प्रदेशमा सबै भन्दा धेरै क्रमशः २७.१%, २९.६% र २३.३% रहेको छ भने महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविकाको परिवारको जनसङ्ख्या, एच.आई.भि. एड्स संक्रमित परिवारको जनसङ्ख्या बागमती प्रदेशमा धेरै २३.३/२३.३ प्रतिशत रहेको छ। साथै एम डि आर टि बी संक्रमित परिवारको जनसङ्ख्या लुम्बिनी प्रदेशमा धेरै ३४.३% रहेको र अति गरिब परिवारको जनसङ्ख्या सुदूरपश्चिम प्रदेशमा धेरै ६३.४% रहेको देखिन्छ।

तालिका नं ५ : आ.व. २०८०/८१ को लक्षित वर्ग सहित प्रदेशगत रुपमा कुल क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्याको विवरण

	कोशी		मधेश		बागमती		गण्डकी		लुम्बिनी		कर्णाली		सुदूरपश्चिम		राष्ट्रिय	
	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%
सामान्य बीमित																
सामान्य	११,२९,६२४	३०.७	१,६९,९०८	४.६	११,३१,९१५	३०.७	५,७२,१०८	१५.५	४,२०,७८९	११.४	१,५२,९५७	४.२	१,०५,६४३	२.९	३६,८२,९४४	७३.४
नयाँ	१,९४,७२७	१७.२	७९,१६३	४६.६	३,४०,०७०	३०.०	१,४५,७३७	२५.५	९६,९१२	२३.०	४१,७६२	२७.३	३०,९७४	२९.३	९,२९,३४५	२५.२
नवीकरण	९,३४,८९७	८२.८	९०,७४५	५३.४	७,९१,८४५	७०.०	४,२६,३७१	७४.५	३,२३,८७७	७७.०	१,११,१९५	७२.७	७४,६६९	७०.७	२७,५३,५९९	७४.८
लक्षित वर्ग																
महिला स्वा स्वं से	१८,०९२	१७.१	४,३२७	४.१	२४,६५२	२३.३	१४,८६१	१४.०	२०,४४६	१९.३	५,६८५	५.४	१७,७५९	१६.८	१,०५,८२२	२.१
नयाँ	१,६७५	९.३	१,७५१	४०.५	९,०१३	३६.६	१,९८२	१३.३	३,७७९	१८.५	१,१४९	२०.२	१,८७५	१०.६	२१,२२४	२०.१
नवीकरण	१६,४१७	९०.७	२,५७६	५९.५	१५,६३९	६३.४	१२,८७९	८६.७	१६,६६७	८१.५	४,५३६	७९.८	१५,८८४	८९.४	८४,५९८	७९.९
एच आई भि. एड्स	४,३४६	११.२	४,२५५	११.०	९,०२८	२३.३	३,९४३	१०.२	७,८४९	२०.२	१,५९५	४.१	७,८००	२०.१	३८,८१६	०.८
नयाँ	६१५	१४.२	४५२	१०.६	१,५४७	१७.१	२७६	७.०	७३३	९.३	४२	२.६	४६०	५.९	४,१२५	१०.६
नवीकरण	३,७३१	८५.८	३,८०३	८९.४	७,४८१	८२.९	३,६६७	९३.०	७,११६	९०.७	१,५५३	९७.४	७,३४०	९४.१	३४,६९१	८९.४
कुष्ठरोगी	१,०७५	२७.१	२३२	५.९	५४०	१३.६	२४८	६.३	७८४	१९.८	११७	३.०	९६८	२४.४	३,९६४	०.१
नयाँ	१००	९.३	३३	१४.२	१७	३.१	२६	१०.५	२३१	२९.५	१०	८.५	२२१	२२.८	६३८	१६.१
नवीकरण	९७५	९०.७	१९९	८५.८	५२३	९६.९	२२२	८९.५	५५३	७०.५	१०७	९१.५	७४७	७७.२	३,३२६	८३.९
एम डि आर टि बी	७४३	२०.९	३७३	१०.५	१६९	४.७	८५	२.४	१,२२०	३४.३	२४८	७.०	७२४	२०.३	३,५६२	०.१

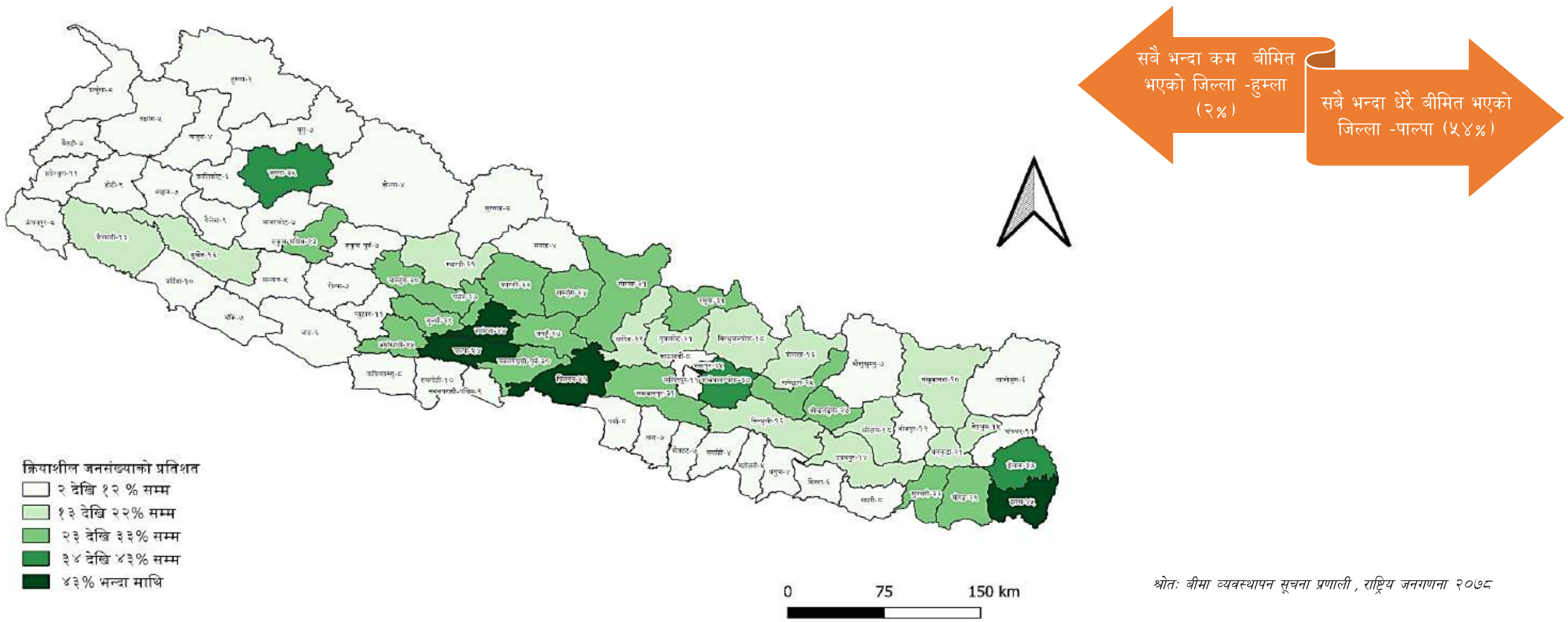
	कोशी		मधेश		बागमती		गण्डकी		लुम्बिनी		कर्णाली		सुदूरपश्चिम		राष्ट्रिय	
	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%
नयाँ	६५	८.७	१२६	३३.८	७२	४२.६	३९	४५.९	१६०	१३.१	१४	५.६	१०५	१४.५	५८१	१६.३
नवीकरण	६७८	९१.३	२४७	६६.२	९७	५७.४	४६	५४.१	१,०६०	८६.९	२३४	९४.४	६१९	८५.५	२,९८१	८३.७
पूर्ण अशक्त	४५,०९५	२९.६	१९,५७३	१२.८	२७,७९१	१८.२	१९,६०७	१२.९	२३,७४९	१५.६	८,५३७	५.६	८,१४८	५.३	१,५२,५००	३.०
नयाँ	५,०००	११.१	३,४५३	१७.६	६,२१७	२२.४	१,७४२	८.९	२,६९९	११.४	९६४	११.३	८९३	११.०	२०,९६८	१३.७
नवीकरण	४०,०९५	८८.९	१६,१२०	८२.४	२१,५७४	७७.६	१७,८६५	९१.१	२१,०५०	८८.६	७,५७३	८८.७	७,२५५	८९.०	१,३१,५३२	८६.३
जेष्ठ नागरिक	२,३४,००९	२३.३	१,६२,९४०	१६.२	१,७०,२२०	१६.९	१,४४,६७९	१४.४	१,५८,६४३	१५.८	४२,६३५	४.२	९२,९५२	९.२	१०,०६,०७८	२०.१
नयाँ	२५,३४१	१०.८	२८,३६०	१७.४	४६,८४४	२७.५	१९,८९५	१३.८	२५,४७४	१६.१	६,५१९	१५.३	८,९३८	९.६	१,६१,३७१	१६.०
नवीकरण	२,०८,६६८	८९.२	१,३४,५८०	८२.६	१,२३,३७६	७२.५	१,२४,७८४	८६.२	१,३३,१६९	८३.९	३६,११६	८४.७	८४,०१४	९०.४	८,४४,७०७	८४.०
अति गरिब	३,६२१	१९.५	२,०४५	११.०	२३८	१.३	४३६	२.४	५	०.०	४३७	२.४	११,७४५	६३.४	१८,५२७	०.४
नयाँ	३,४४१	९५.०	२,०३३	९९.४	१०१	४२.४	३१५	७२.२					७,४६३	६३.५	१३,३५३	७२.१
नवीकरण	१८०	५.०	१२	०.६	१३७	५७.६	१२१	२७.८	५	१००.०	४३७	१००.०	४,२८२	३६.५	५,१७४	२७.९
जम्मा	**१४,३६,६०५**	**२८.७**	**३,६३,६५३**	**७.३**	**१३,६४,५५३**	**२७.२**	**७,५५,९६७**	**१५.१**	**६,३३,४८५**	**१२.६**	**२,१२,२११**	**४.२**	**२,४५,७३९**	**४.९**	**५०,१२,२१३**	

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.१.४. जिल्लागत रुपमा क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्याको विवरण

जिल्लागत जनसङ्ख्याको आधारमा हेर्दा ७७ जिल्ला मध्ये पाल्पा (५४%) , चितवन (५१%), भक्तपुर (४५%), झापा (४५%) र स्याङ्जा (४४%) जिल्लामा ४०% भन्दा माथी जनसङ्ख्या बीमामा क्रियाशील रहेको देखिन्छ भने बाजुरा, धनुषा, डोल्पा, मनाङ, सर्लाही जिल्लामा ४% मात्र जनसङ्ख्या क्रियाशील छन् र सबै भन्दा कम हुम्ला जिल्लामा मात्र २% जनसङ्ख्या बीमामा क्रियाशील रहेका छन् ।

चित्र नं ७ : आ.व. २०८०/८१ को जिल्लागत रुपमा क्रियाशील बीमित जनसंख्याको प्रतिशत



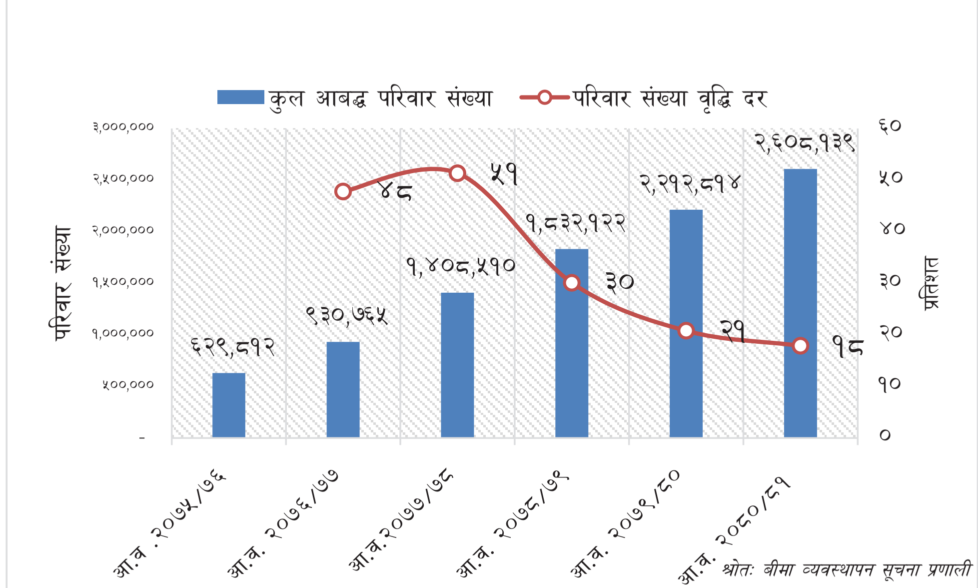
श्रोतः बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली , राष्ट्रिय जनगणना २०७८

४.१.५. बीमित परिवारको विवरण

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा पाँच जनासम्म सदस्य रहेको परिवारलाई एक इकाई मानि पैतिस सय रुपैया योगदान तिर्नु पर्ने प्रावधान रहेको छ, कुनै परिवारमा पाँच जना भन्दा बढी सदस्य भएमा बढी भएजति सदस्यको हकमा प्रति सदस्य थप योगदान रकम भुक्तानी गरी कार्यक्रममा आबद्ध हुने प्राबधान रहेको छ । त्यस्तै ७० बर्ष उमेर पुगेका प्रत्येक ज्येष्ठ नागरिकलाई पनि एक इकाई मानिने प्रावधान रहेको हुँदा कार्यक्रममा आबद्ध घरपरिवारमा ज्येष्ठ नागरिकलाई एक इकाई मानी समावेश गरिएको छ ।

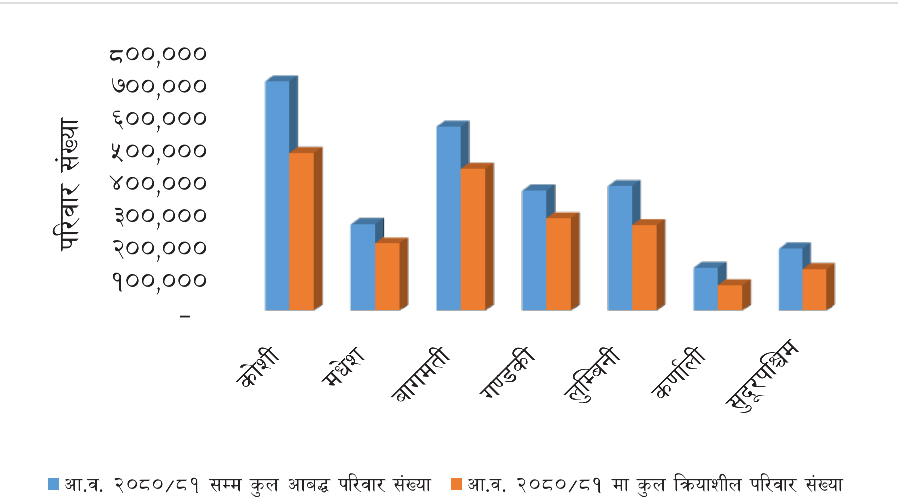
चित्र नम्बर ८ मा आ.व. २०८०/८१ को अन्त्य सम्ममा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध परिवार संख्या र वृद्धि दर प्रस्तुत गरिएको छ । आ.व.२०७५/७६ मा ६,२९,८१२ रहेको परिवार संख्या आ.व. २०८०/८१ को अन्त्य सम्म आई पुग्दा २६,०८,१३९ पुगेको देखिन्छ ।

चित्र नं ८ : आ.व. २०७५/७६ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्मको कुल आबद्ध परिवार संख्या र वृद्धि दर



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

चित्र नं ९ : प्रदेशगत रुपमा आ.व. २०८०/८१ सम्म कुल आबद्ध परिवार संख्या र क्रियाशील परिवार संख्या



श्रोत:बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

चित्र नम्बर ९ मा प्रदेशगत रुपमा आ.व. २०८०/८१ को कुल आबद्ध परिवार र सोहि आ.व. को क्रियाशील परिवारको विवरण प्रस्तुत गरिएको छ ।

प्रदेशगत रुपमा आ.व. २०८०/८१ सम्मको कुल आवद्ध परिवार र क्रियाशील परिवारको संख्या हेर्दा सबैभन्दा धैरै परिवार भएको प्रदेश कोशी प्रदेश रहेको छ भने कर्णाली प्रदेशमा सबै भन्दा कम रहेको छ ।

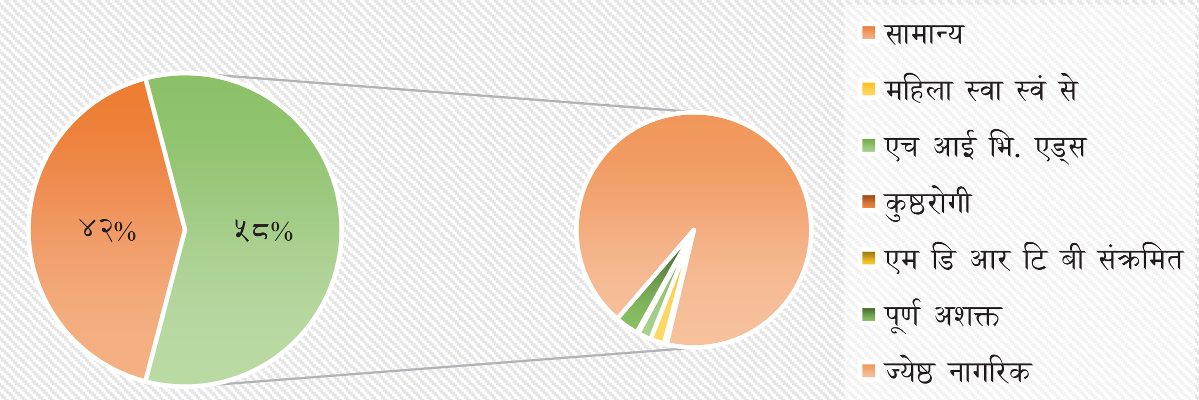
तालिका नं ६ : आ.व. २०७५/७६ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म आबद्ध बीमित परिवार र आ.व. २०८०/८१ को क्रियाशील बीमित परिवारको विवरण

प्रदेश	कुल आबद्ध बीमित परिवार सङ्ख्या (सम्मको)						आ.व. २०८०/८१ को क्रियाशील परिवार सङ्ख्या
	आ.व. २०७५/७६	आ.व. २०७६/७७	आ.व. २०७७/७८	आ.व. २०७८/७९	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	
कोशी	१,५७,५१७	२,८९,२४२	४,४२,६५६	५,५५,५३३	६,३२,०९३	७,०४,७८७	४,८३,९०२
मधेश	२८,५२७	३९,३१७	८७,१६९	१,७१,०६८	२,१८,१८०	२,६५,११७	२,०६,३५७
बागमती	१,२३,९६०	१,७२,५४१	२,४८,७५०	३,३२,५१४	४,३०,४४३	५,६५,७६५	४,३५,४६२
गण्डकी	१,१२,६५२	१,३८,३६३	१,९३,१५७	२,५३,५२१	३,११,७४०	३,६८,७४२	२,८३,६२०
लुम्बिनी	१,०७,५८७	१,४४,६१७	२,३८,३८६	२,७८,३२४	३,३३,३९९	३,८२,९२९	२,६२,१६९
कर्णाली	४३,४१५	५४,५६४	६९,८३३	८८,६५१	१,१४,५३१	१,३०,५३१	७६,६४२
सुदूरपश्चिम	५६,१५४	९२,१२१	१,२८,५५९	१,५२,५११	१,७२,४२८	१,९०,२६८	१,२६,०७६
जम्मा	**६,२९,८१२**	**९,३०,७६५**	**१४,०८,५१०**	**१८,३२,१२२**	**२२,१२,८१४**	**२६,०८,१३९**	**१८,७४,२२८**

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.१.६. लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील परिवारको विवरण

चित्र नं १०: आ.व. २०८०/८१ मा लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील परिवारको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

चित्र नम्बर १० मा आ.व. २०८०/८१ को लक्षित वर्ग सहित क्रियाशील बीमित परिवारको आबद्धताको विवरण प्रस्तुत गरिएको छ, जस अनुसार आ.व. २०८०/८१ मा कुल क्रियाशील १८,७४,२२८ परिवार मध्ये सामान्य परिवारको आबद्धता ४१.८६% (७,८४,४८७ घरपरिवार) रहेको छ भने बाकीं लक्षित परिवारको आबद्धता रहेको छ र लक्षित परिवार मध्ये सबैभन्दा धैरै ज्येष्ठ नागरिक परिवारको आबद्धता ५३.७३% देखिन्छ यसको प्रमुख कारण स्वास्थ्य बीमा ऐन तथा नियमावलीमा ७० बर्ष उमेर पुगेका प्रत्येक ज्येष्ठ नागरिकलाई एक इकाई मानिने प्रावधान रहेको छ। त्यस्तै सबैभन्दा कम कुष्ठरोगी र एम डि आर टि बी संक्रमित परिवार रहेको देखिन्छ।

तालिका नम्बर ७ मा क्रियाशील बीमित परिवारलाई प्रदेशगत रुपमा प्रस्तुत गरिएको छ जस अनुसार कुल १८,७४,२२८ क्रियाशील परिवार मध्ये सबै भन्दा धैरै कोशी प्रदेशमा २५.८% र सबै भन्दा कम कर्णाली प्रदेशमा मात्र ४.१% रहेको छ।

त्यस्तै कुल क्रियाशील परिवार मध्ये सामान्य बीमित परिवार, महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविकाको परिवार, एच आई भि. एड्स संक्रमित परिवारको आबद्धताको प्रतिशत बागमती प्रदेशमा धैरै क्रमश: ३१.६%, २४.५% र २६.८% रहेको छ। कुष्ठरोग संक्रमित परिवार र अति गरिब परिवारको आबद्धता सुदुरपश्चिम प्रदेशमा बढि क्रमश: २९.६% र ६२.०% रहेको छ। त्यस्तै एम डि आर टि बी संक्रमित परिवारको आबद्धता लुम्बिनी प्रदेशमा धैरै ४६.७% रहेको छ भने पूर्ण अशक्त र ज्येष्ठ नागरिक परिवारको आबद्धता कोशी प्रदेशमा बढि क्रमश: २७.२% र २३.२% रहेको देखिन्छ।

तालिका नं ७ : आ.व. २०८०/८१ को लक्षित वर्ग सहित प्रदेशगतरुपमा क्रियाशील परिवारको विवरण

	कोशी		मधेश		बागमती		गण्डकी		लुम्बिनी		कर्णाली		सुदूरपश्चिम		राष्ट्रिय	
	सङ्ख्या	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%
सामान्य परिवार																
सामान्य परिवार	२,३३,६५६	२९.८	३४,६४०	४.४	२,४७,८३५	३१.६	१,२८,४०१	१६.४	८८,६७९	११.३	३०,२३३	३.९	२१,०४३	२.७	७,८४,४८७	४१.८६
नयाँ	४५,६९३	१९.६	१६,७२०	४८.३	८३,८८२	३३.८	३६,०४८	२८.१	२२,२४९	२५.१	९,०८६	३०.१	६,६०५	३१.४	२,२०,२८३	२८.१
नवीकरण	१,८७,९६३	८०.४	१७,९२०	५१.७	१,६३,९५३	६६.२	९२,३५३	७१.९	६६,४३०	७४.९	२१,१४७	६९.९	१४,४३८	६८.६	५,६४,२०४	७१.९
लक्षित परिवार																
महिला स्वा स्वं सेको परिवार	३,४६५	१६.४	८५४	४.०	५,१८५	२४.५	३,१५०	१४.९	४,२०६	१९.९	१,०३५	४.९	३,२७७	१५.५	२१,१७२	१.१३
नयाँ	३८०	११.०	३८७	४५.३	२,११०	४०.७	४८४	१५.४	८८२	२१.०	२२५	२१.७	३८६	११.८	४,८५४	२२.९
नवीकरण	३,०८५	८९.०	४६७	५४.७	३,०७५	५९.३	२,६६६	८४.६	३,३२४	७९.०	८१०	७८.३	२,८९१	८८.२	१६,३१८	७७.१
एच आई भि. एड्स संक्रमित परिवार	१,९५७	९.७	२,५९८	१२.९	५,३७३	२६.८	२,१३७	१०.६	३,९९९	१९.९	५४२	२.७	३,४७७	१७.३	२०,०८३	१.०७
नयाँ	२५९	१३.२	२४६	९.५	९९६	१८.५	१५२	७.१	३७६	९.४	२६	४.८	१८८	५.४	२,२४३	११.२
नवीकरण	१,६९८	८६.८	२,३५२	९०.५	४,३७७	८१.५	१,९८५	९२.९	३,६२३	९०.६	५१६	९५.२	३,२८९	९४.६	१७,८४०	८८.८
कुष्ठरोगी परिवार	२४२	२२.१	४५	४.१	२०९	१९.१	८१	७.४	१७४	१५.९	१९	१.७	३२४	२९.६	१,०९४	०.०६
नयाँ	२५	१०.३	६	१३.३	५	२.४	९	११.१	५१	२९.३	२	१०.५	५५	१७.०	१५३	१४.०
नवीकरण	२१७	८९.७	३९	८६.७	२०४	९७.६	७२	८८.९	१२३	७०.७	१७	८९.५	२६९	८३.०	९४१	८६.०
एम डि आर टि बी परिवार	१८६	१२.५	१६७	११.२	४२	२.८	४३	२.९	६९५	४६.७	५१	३.४	३०५	२०	१,४८९	०.०८

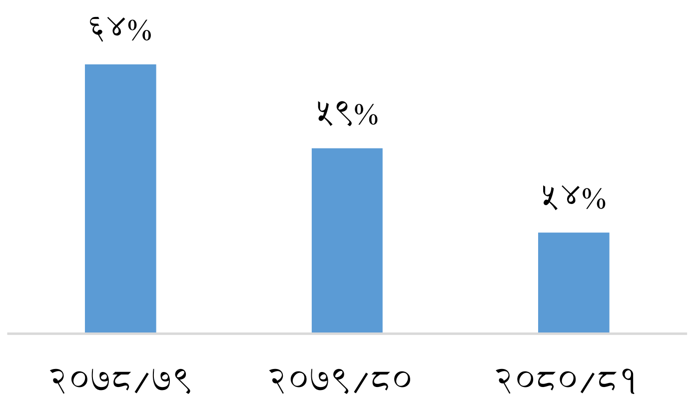
	कोशी		मधेश		बागमती		गण्डकी		लुम्बिनी		कर्णाली		सुदूरपश्चिम		राष्ट्रिय	
	सङ्ख्या	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%	**सङ्ख्या**	%
नयाँ	१४	७.५	३५	२१.०	१७	४०.५	२७	६२.८	१२५	१८.०	३	५.९	४६	१५.१	२६७	१७.९
नवीकरण	१७२	९२.५	१३२	७९.०	२५	५९.५	१६	३७.२	५७०	८२.०	४८	९४.१	२५९	८४.९	१,२२२	८२.१
पूर्ण अशक्त परिवार	९,६१८	२७.२	४,५५७	१२.९	६,४९७	१८.४	४,९४७	१४.०	५,६४८	१६.०	१,८६७	५.३	२,१७९	६.२	३५,३१३	१.८८
नयाँ	१,१७२	१२.२	८४१	१८.५	१,५५४	२३.९	४९०	९.९	६६६	११.८	२२३	११.९	२२८	१०.५	५,१७४	१४.७
नवीकरण	८,४४६	८७.८	३,७१६	८१.५	४,९४३	७६.१	४,४५७	९०.१	४,९८२	८८.२	१,६४४	८८.१	१,९५१	८९.५	३०,१३९	८५.३
जेष्ठ नागरिक परिवार	२,३४,०३९	२३.२	१,६३,०७०	१६.२	१,७०,२७२	१६.९	१,४४,७६९	१४.४	१,५८,७६७	१५.८	४२,८१९	४.३	९३,२१७	९.३	१०,०६,९५३	५३.७३
नयाँ	२५,३३४	१०.८	२८,३६०	१७.४	४६,८२९	२७.५	१९,८९२	१३.७	२५,४८०	१६.०	६,५१९	१५.२	८,९३७	९.६	१,६१,३५१	१६.०
नवीकरण	२,०८,७०५	८९.२	१,३४,७१०	८२.६	१,२३,४४३	७२.५	१,२४,८७७	८६.३	१,३३,२८७	८४.०	३६,३००	८४.८	८४,२८०	९०.४	८,४५,६०२	८४.०
अति गरिब परिवार	७३९	२०.३	४२६	११.७	४९	१.३	९२	२.५	१	०.०	७६	२.१	२,२५४	६२.०	३,६३७	०.१९
नयाँ	७०३	९५.१	४२३	९९.३	२३	४६.९	६९	७५.०					१,४५८	६४.७	२,६७६	७३.६
नवीकरण	३६	४.९	३	०.७	२६	५३.१	२३	२५.०	१	१००.०	७६	१००.०	७९६	३५.३	९६१	२६.४
जम्मा	**४,८३,९०२**	**२५.८**	**२,०६,३५७**	**११.०**	**४,३५,४६२**	**२३.२**	**२,८३,६२०**	**१५.१**	**२,६२,१६९**	**१४.०**	**७६,६४२**	**४.१**	**१,२६,०७६**	**६.७**	**१८,७४,२२८**	

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.१.७. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा नवीकरणको अवस्था

स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ मा व्यवस्था भए बमोजिम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सदस्यता लिएपछि सेवा क्रियाशिल भएको मिति देखि लागू हुने गरी एक वर्षको लागि मात्र बीमा अवधि वैध रहन्छ। दर्ता भएको एक वर्ष पुग्नु पहिले नै पुन: सदस्यता बापतको योगदान रकम बुझाई सदस्यता दर्ता चक्र अनुसार सदस्यता नवीकरण गर्नु पर्दछ। यसरी नियमित चक्रअनुसार नवीकरण गर्दा तोकिएको सुविधाको रकम अनुसारको निरन्तर सेवा उपभोग गर्न पाइने प्रावधान रहेको छ। स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सदस्यता नवीकरण गर्नको लागि नागरिक एपको माध्यमबाट पनि बीमितले विभिन्न भुक्तानीका माध्यम जस्तै इ-सेवा, खल्ती, Connect IPS बाट सदस्यता नवीकरण गर्न सक्ने प्रावधान रहेको छ। यो प्रावधान मिति २०७८/१२/२५ देखि सुरु भएको हो। यसरी हाल दर्ता सहयोगीको माध्यम र Online प्रविधि दुवैबाट बीमा सेवा नवीकरण हुने गरेको छ।

चित्र नं ११ आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म बीमित जनसंख्याको नवीकरण दर



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

चित्र नम्बर ११ मा तिन आर्थिक बर्षको जनसंख्याको नवीकरण दर देखाईएको छ। आर्थिक वर्ष २०७८/७९ देखि २०८०/८१ को तथ्याङ्कलाई तुलनात्मक रुपमा विश्लेषण गर्दा स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध जनसंख्याको नवीकरणको दर ६४% बाट घटेर ५४% पुगेको देखिन्छ। आ.व. २०७९/८० सम्म आबद्ध भएका कुल ७२,१५,०९८ जना बीमित जनसंख्या मध्ये ३८,६०,६०८ (५४%) ले आ.व. २०८०/८१ मा नवीकरण गरेका छन्। त्यसै आ.व. २०८०/८१ को कुल क्रियाशील बीमित जनसंख्या मध्ये २३% (११,५१,६०५ जना) नयाँ बीमित रहेका छन् भने बाकीं ७७% (३८,६०,६०८ जना) नवीकरण गर्ने बीमित रहेका छन्।

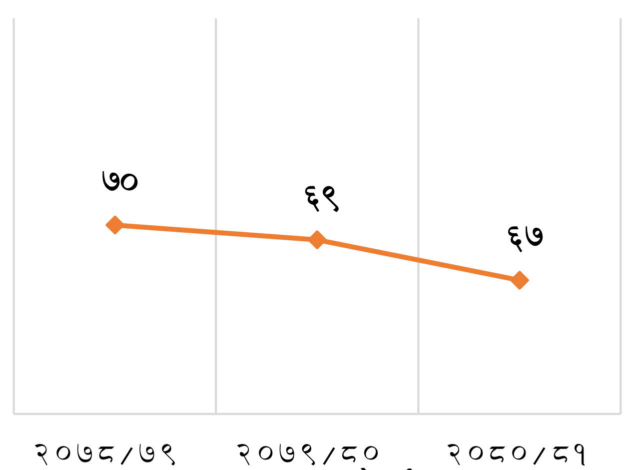
आ.व. २०८०/८१ को कुल क्रियाशील बीमित मध्ये नवीकरण गर्ने बीमितको प्रतिशत हेर्दा ७७% रहेको छ।

चित्र नम्बर १२ मा तिन आर्थिक बर्षको परिवारको नवीकरण दर देखाईएको छ। आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म आईपुग्दा परिवारको नविकरण घट्दो क्रममा रहेको छ। आ.व. २०७८/७९ मा परिवारको नविकरण प्रतिशत ७०% रहेकोमा आ.व. २०७९/८० मा ६९% रहेको थियो भने आ.व. २०८०/८१ मा ६७% रहेको छ।

आ.व. २०७९/८० सम्म आबद्ध भएका कुल २२,१२,८१४ परिवार मध्ये १४,७७,२२७ (६७%) परिवारले आ.व. २०८०/८१ मा नवीकरण गरेका छन्।

त्यस्तै क्रियाशील परिवार मध्ये नयाँ बीमित परिवार ३,९७,००१ (२१%) रहेका छन् भने नवीकरण गर्ने बीमित १४,७७,२२७ परिवार (७९%) रहेका छन्।

चित्र नं १२ आ.व.२०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म परिवारको नवीकरण दर



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा जनसङ्ख्याको नवीकरण दर हेर्दा बागमती र गण्डकी प्रदेशमा सबैभन्दा धैरै ६३% रहेको छ भने सुदूरपश्चिम प्रदेशको नवीकरण दर ३७% मात्र रहेको छ। प्रदेशगत रुपमा परिवारको नवीकरण दर हेर्दा मधेश र गण्डकी प्रदेशमा सबै भन्दा धैरै रहेको छ भने कर्णाली प्रदेशमा सबै भन्दा कम रहेको छ। त्यस्तै Online नवीकरण प्रतिशतको तथ्याङ्क हेर्दा आ.व. २०८०/८१ मा कुल नवीकरण गर्ने परिवार मध्ये अनलाईन नवीकरण गर्ने परिवार ०.६% रहेकोमा बागमती प्रदेशमा सबै भन्दा धैरै (१%) रहेको छ भने अन्य प्रदेशमा १% भन्दा कम नै रहेको अवस्था छ।

तालिका नं ८ : आ.व. २०८०/८१ को प्रदेशगत रुपमा जनसङ्ख्या र परिवारको नवीकरण साथै अनलाईन नवीकरण गर्ने परिवारको विवरण

प्रदेश	जनसङ्ख्या						परिवार						अनलाईन नवीकरण (परिवार)	
	नयाँ		नवीकरण		जम्मा क्रियाशील	आ.व. २०७९/८० सम्मको बीमितको आधारमा आ.व. २०८०/८१ को जनसङ्ख्या नवीकरण दर	नयाँ		नवीकरण		जम्मा क्रियाशील	आ.व. २०७९/८० सम्मको बीमित परिवारको आधारमा आ.व. २०८०/८१ परिवार नवीकरण दर	नवीकरण सङ्ख्या	नवीकरण प्रतिशत
	सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%			सङ्ख्या	%	सङ्ख्या	%				
कोशी	२,३०,९६४	१६	१२,०५,६४१	८४	१४,३६,६०५	५५	७३,५८०	१५	४,१०,३२२	८५	४,८३,९०२	६५	२,३८५	०.६
मधेश	१,१५,३७१	३२	२,४८,२८२	६८	३,६३,६५३	४७	४७,०१८	२३	१,५९,३३९	७७	२,०६,३५७	७३	९७८	०.६
बागमती	४,०३,८८१	३०	९,६०,६७२	७०	१३,६४,५५३	६३	१,३५,४१६	३१	३,००,०४६	६९	४,३५,४६२	७०	२,९१४	१.०
गण्डकी	१,७०,०१२	२२	५,८५,९५५	७८	७,५५,९६७	६३	५७,१७१	२०	२,२६,४४९	८०	२,८३,६२०	७३	७३२	०.३
लुम्बिनी	१,२९,९८८	२१	५,०३,४९७	७९	६,३३,४८५	४७	४९,८२९	१९	२,१२,३४०	८१	२,६२,१६९	६४	६५६	०.३
कर्णाली	५०,४६०	२४	१,६१,७५१	७६	२,१२,२११	३८	१६,०८४	२१	६०,५५८	७९	७६,६४२	५३	२१०	०.३
सुदूरपश्चिम	५०,९२९	२१	१,९४,८१०	७९	२,४५,७३९	३७	१७,९०३	१४	१,०८,१७३	८६	१,२६,०७६	६३	६४२	०.६
जम्मा	**११,५१,६०५**	**२३**	**३८,६०,६०८**	**७७**	**५०,१२,२१३**	**५४**	**३,९७,००१**	**२१**	**१४,७७,२२७**	**७९**	**१८,७४,२२८**	**६७**	**८,५१७**	**०.६**

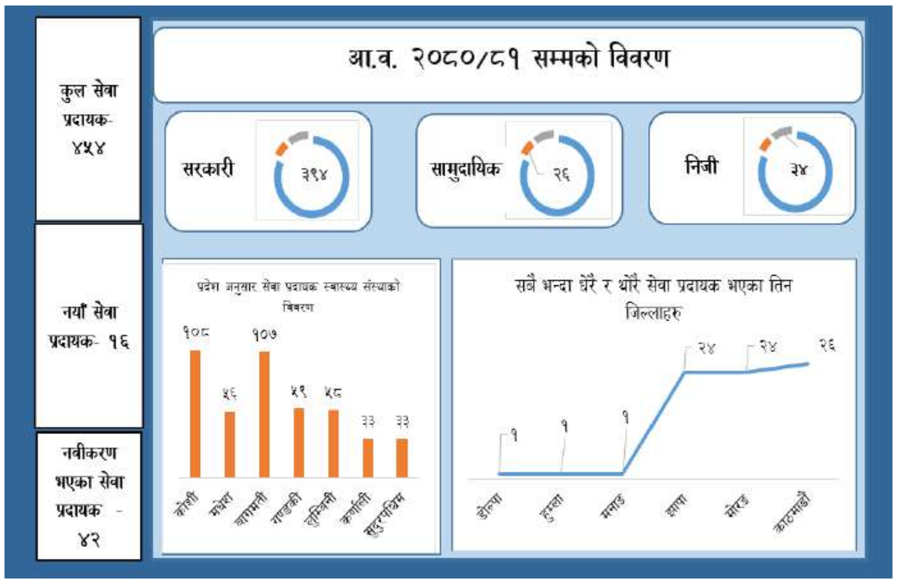
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

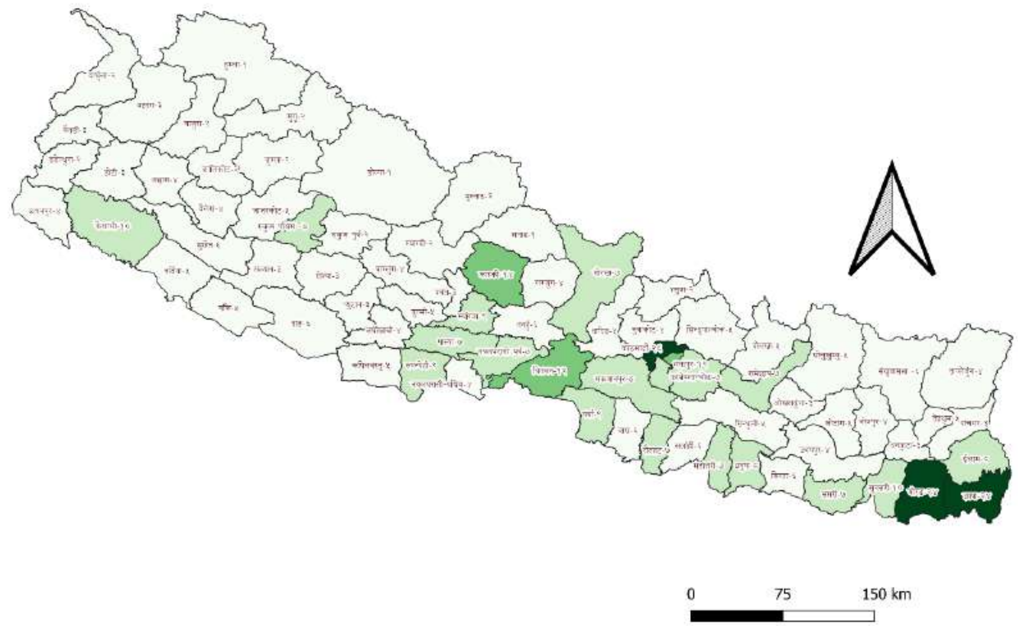
४.२.सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको विवरण

४.२.१.सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुको विवरण

बीमितलाई सेवा प्रवाह गर्नको लागि सरकारी, सामुदायिक तथा निजी सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरु सूचीकृत भई सेवा दिइरहेको अवस्था छ। आ.व. २०७९/८० को अन्त्य सम्ममा कुल ४६४ वटा संस्थाहरु कार्यक्रममा सूचीकृत रहेकोमा आ.व. २०८०/८१ मा २६ वटा संस्थाहरूको सेवा सम्झौता रद्द गरिएको र यस आर्थिक बर्षमा १६ वटा नयाँ सुचिकृत सेवा प्रदायक र ४२ वटा नवीकरण भएका सेवा प्रदायक गरी कुल ४५४ वटा संस्थाहरु कार्यक्रममा आबद्ध भई बीमितलाई सेवा प्रवाह गरेको अवस्था छ। जसमध्ये सबैभन्दा धेरै सरकारी स्वास्थ्य संस्था (३९४ वटा) रहेका छन् भने निजी ३४ वटा र सामुदायिक अस्पताल २६ वटा छन्। प्रदेशगतरुपमा विवरण हेर्दा कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा बढी (१०८ वटा) सेवा प्रदायक संस्था सूचीकृत रहेका छन् भने सबैभन्दा कम कर्णाली र सुदूरपश्चिम प्रदेशमा (३३/३३ वटा) सूचीकृत सेवा प्रदायक संस्थाहरुबाट बीमा सेवा सञ्चालन भैरहेको छ। त्यस्तै कर्णाली प्रदेशमा हालसम्म पनि कुनै निजी सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था सूचीकृत भएका छैनन्। जिल्लागतरुपमा हेर्दा काठमाडौँ जिल्लामा सबैभन्दा धेरै २६ वटा तत्पश्चात झापा र मोरङ जिल्लामा २४/२४ वटा गरेर धेरै सेवा प्रदायक भएका उच्च ३ जिल्लाका रुपमा रहेका छन् भने सबैभन्दा कम १/१ वटा मात्र सेवा प्रदायक हुने ३ जिल्लाहरु डोल्पा, हुम्ला र मनाङ रहेका छन्।

चित्र नं १३ : जिल्लागत रुपमा आ.व. २०८०/८१ सम्म सुचिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको विवरण





श्रोत: नीति योजना शाखा

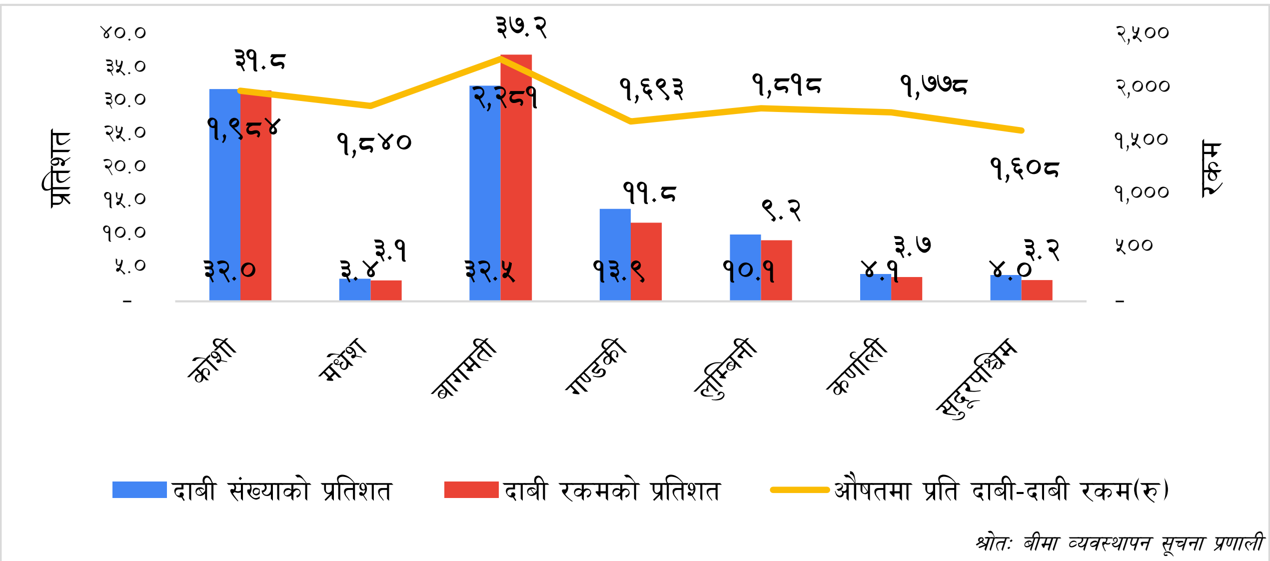
४.३. आ.व. २०८०/८१ मा रुजु एवं मूल्याङ्कन भएका दाबीहरुको विवरण

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुले सेवा सम्झौता गरी बोर्डले निर्धारण गरेको सुबिधा थैलीको आधारमा बीमितलाई सेवा प्रवाह गर्ने र सो सेवा वापत बोर्डसंग दाबी गरी सोधभर्ना माग्ने प्रावधान रहेको छ। सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त दाबीलाई दाबी व्यवस्थापन शाखाबाट रुजु गरी सूचना प्रविधि शाखाबाट मूल्याङ्कन गर्ने गरिन्छ। आ.व. २०८०/८१ मा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट आएका दाबीमध्ये रु १३,९३,९८,९५,८३२ बराबरको ६९,८७,९९१ वटा दाबी रुजु एवं मूल्याङ्कन भएको देखिन्छ जसको औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम रु १९९५ रहेकोछ। आ.व. २०८०/८१ मा रुजु एवं मूल्याङ्कन भएका दाबीहरुको विवरण सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाबाट सोधभर्नाका लागि प्राप्त भएको आधारमा निम्न बमोजिम सूचकहरुका आधारमा बिश्लेषण गरिएको छ।

४.३.१. प्रदेशगत रुपमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण

चित्र नम्बर १४ मा स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा आ.व.२०८०/८१ मा मूल्याङ्कन भएका दाबीलाई सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाबाट सोधभर्नाको लागि भएको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमका आधारमा प्रदेशगत रुपमा विश्लेषण गरिएको छ। प्रदेशगत रुपमा हेर्दा सबै भन्दा बढी दाबी बागमती प्रदेश (कुल दाबीको ३२.५% तथा कुल दाबी रकमको ३७.२%) र तत्पश्चात कोशी प्रदेशमा (कुल दाबीको तथा कुल दाबी रकमको ३२.० र ३१.८%) रहेको देखिन्छ जसको कारण दुवै प्रदेशमा बीमित जनसङ्ख्या, बिशेषज्ञ तथा बिशिष्टिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था पनि उल्लेखीय रहेको छ। त्यस्तै सबै भन्दा कम मधेश प्रदेश र तत्पश्चात सुदूरपश्चिम प्रदेशमा रहेको देखिन्छ। मधेश र सुदूरपश्चिम प्रदेशमा सुचिकृत रहेका सेवा प्रदायकमध्ये सबैले सेवा प्रवाह नगरेको अवस्था रहेको छ त्यस्तै मधेशमा सेवा उपभोग गर्ने बीमित पनि अन्यको तुलनामा कम नै रहेको छ।

चित्र नं १४ आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं ९ : आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकमको विवरण

प्रदेश	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत	औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम(रु)
कोशी	२२,३४,५००	३२.०	४,४३,२८,४७,९९२	३१.८	१,९८४
मधेश	२,३८,१८९	३.४	४३,८२,९९,७३६	३.१	१,८४०
बागमती	२२,७०,६९८	३२.५	५,१७,९५,५६,८८५	३७.२	२,२८१
गण्डकी	९,७४,३२७	१३.९	१,६४,९७,१०,४४४	११.८	१,६९३
लुम्बिनी	७,०४,५२१	१०.१	१,२८,०८,०८,८७८	९.२	१,८१८
कर्णाली	२,८७,७६२	४.१	५१,१६,२९,६३८	३.७	१,७७८
सुदूरपश्चिम	२,७७,९९४	४.०	४४,७०,४२,२५८	३.२	१,६०८
जम्मा	**६९,८७,९९१**		**१३,९३,९८,९५,८३२**		**१,९९५**

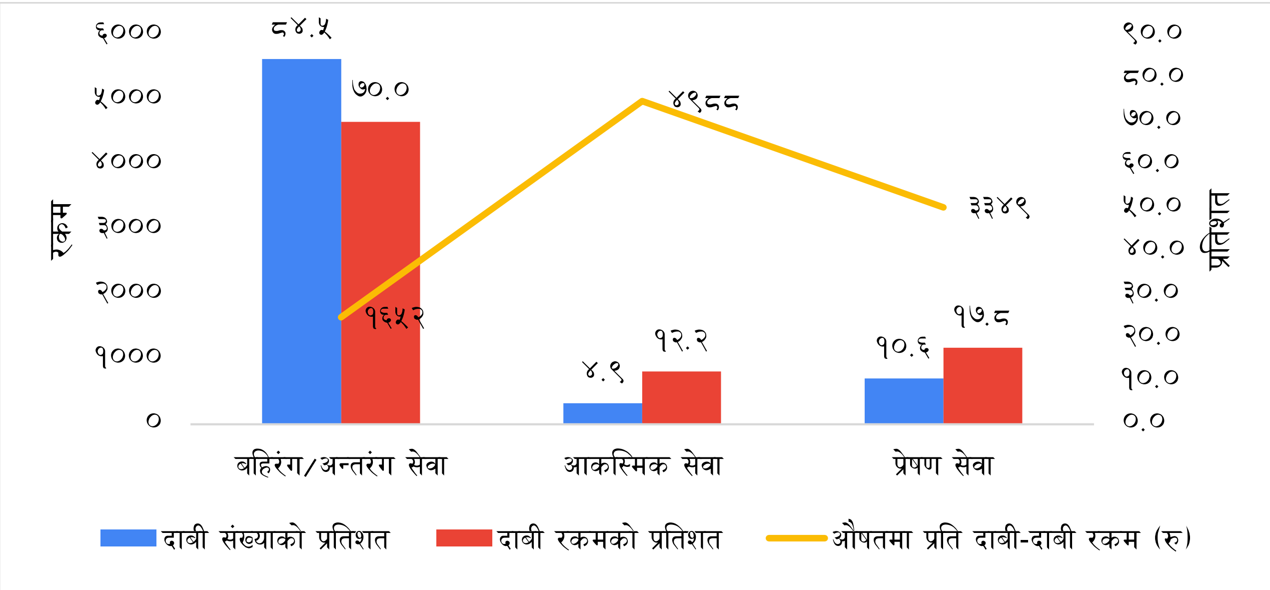
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.२. बहिरंग सेवा/अन्तरंग सेवा, आकस्मिक सेवा र प्रेषण सेवा अनुसार दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकमको विवरण

बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा प्रविष्ट गरिएका सेवाहरुलाई तीन भाग बहिरंग/अन्तरंग सेवा, आकस्मिक सेवा र प्रेषण सेवामा विभाजित गरी आ.व. २०८०/८१ मा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले प्रविष्ट गरेको दाबी मूल्याङ्कन गर्दा बहिरंग/अन्तरंग सेवामा सबै भन्दा बढी दाबी सङ्ख्या ८४.५% र दाबी रकम ७०.०% रहेको छ। तत्पश्चात प्रेषण सेवा तर्फ दाबी सङ्ख्याको १०.६% र दाबी रकमको १७.८% रहेको छ र सबै भन्दा कम आकस्मिक सेवा तर्फ दाबी सङ्ख्याको जम्मा ४.९% र दाबी रकमको १२.२% रहेको छ।

प्रति दाबीको औसत दाबी रकम हेर्दा भने सबैभन्दा धैरै आकस्मिक सेवा तर्फ (रु ४,९८८) रहेको छ। आकस्मिक सेवाको हकमा रोगको Diagnosis गर्दा धैरै परिक्षण हुने हुँदा औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम बढी रहेको देखिन्छ।

चित्र नं १५ : आ.व. २०८०/८१ मा सेवाको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम



श्रोत:बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं १० : आ.व. २०८०/८१ मा सेवाको आधारमा दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम

सेवाको प्रकार	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)	औसतमा प्रति दाबी -दाबी रकम (रु)
बहिरंग/अन्तरंग सेवा	५९,०६,८४३	९,७५,८९,५२,६७४	१,६५२
आकस्मिक सेवा	३,४१,८०६	१,७०,४९,०३,५३६	४,९८८
प्रेषण सेवा	७,३९,३४२	२,४७,६०,३९,६२२	३,३४९
जम्मा	**६९,८७,९९१**	**१३,९३,९८,९५,८३२**	**१,९९५**

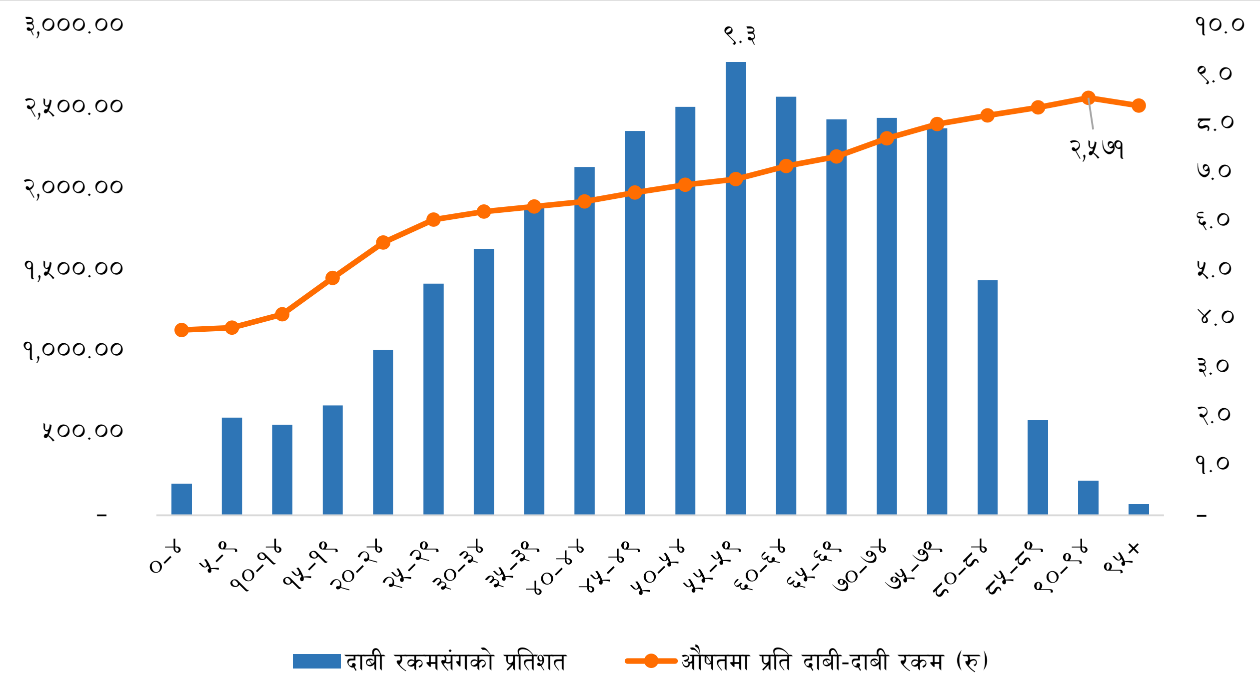
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.३.उमेरको आधारमा दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकमको विवरण

चित्र नम्बर १६ र तालिका नम्बर ११ मा रहेको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमलाई उमेर अनुसार मूल्याङ्कन गर्दा विभिन्न उमेर समूहबाट भएको दाबी मध्ये ५५-५९ बर्ष उमेर समूहको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत अन्यको तुलनामा धैरै देखिन्छ र यसको प्रमुख कारण उक्त उमेर समूहमा दिर्घ रोगी तथा सरुवा रोग बढी हुने देखिन्छ। त्यस्तै ९५ बर्ष भन्दा माथिको उमेर समूहको आबद्धता पनि कम रहेको हुँदा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत अन्यको तुलनामा कम देखिन्छ।

९०-९४ बर्ष उमेर समूहको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत तुलनात्मक रुपमा कम भएता पनि औषतमा प्रति दाबीको दाबी रकम सबै भन्दा धैरै रु २,५७१ रहेको छ यसको प्रमुख कारण यो उमेर समूहमा दिर्घ रोग जस्तै मुटु, मिर्गौला, क्यान्सर, स्पाइन इन्जुरी, दम जस्ता रोगहरुको अवस्था धैरै रहेको देखिने हुँदा औषतमा प्रति दाबी- दाबी रकम बढी रहेको देखिन्छ।

चित्र नं १६ : आ.व. २०८०/८१ मा उमेरको आधारमा दावी रकमको प्रतिशत र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं ११: आ.व. २०८०/८१ मा उमेरको आधारमा दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम

उमेर समूह	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत	औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम (रु)
०-४	७९,७७१	१.१४	९,१०,१०,३६६	०.६५	१,१४१
५-९	२,४१,५१६	३.४६	२७,९०,३३,८७४	२.००	१,१५५
१०-१४	२,०९,१२०	२.९९	२५,८६,५१,८३७	१.८६	१,२३७
१५-१९	२,१५,३२०	३.०८	३१,४६,४०,५९३	२.२६	१,४६१
२०-२४	२,८२,२२२	४.०४	४७,३९,४४,६७६	३.४०	१,६७९
२५-२९	३,६३,९९४	५.२१	६६,२७,७१,८०४	४.७५	१,८२१
३०-३४	४,०७,७२८	५.८३	७६,२४,५०,७६५	५.४७	१,८७०
३५-३९	४,६५,४७१	६.६६	८८,४५,९९,४४३	६.३५	१,९००
४०-४४	५,१६,१६२	७.३९	९९,६८,०८,७९७	७.१५	१,९३१
४५-४९	५,५३,२८३	७.९२	१,०९,९८,४५,०५६	७.८९	१,९८८
५०-५४	५,७४,३५४	८.२२	१,१६,८७,८१,९१६	८.३८	२,०३५
५५-५९	६,२६,६५७	८.९७	१,२९,६६,८९,१०८	९.३०	२,०६९
६०-६४	५,५६,९९८	७.९७	१,१९,७४,३९,८५६	८.५९	२,१५०
६५-६९	५,१२,७२७	७.३४	१,१३,२६,७०,५१६	८.१३	२,२०९
७०-७४	४,८९,७६४	७.०१	१,१३,६७,८८,१७५	८.१५	२,३२१
७५-७९	४,५९,८३५	६.५८	१,१०,७५,९६,२१९	७.९५	२,४०९
८०-८४	२,७३,५०५	३.९१	६७,३१,४८,७१०	४.८३	२,४६१
८५-८९	१,०८,३७९	१.५५	२७,२०,५८,१११	१.९५	२,५१०

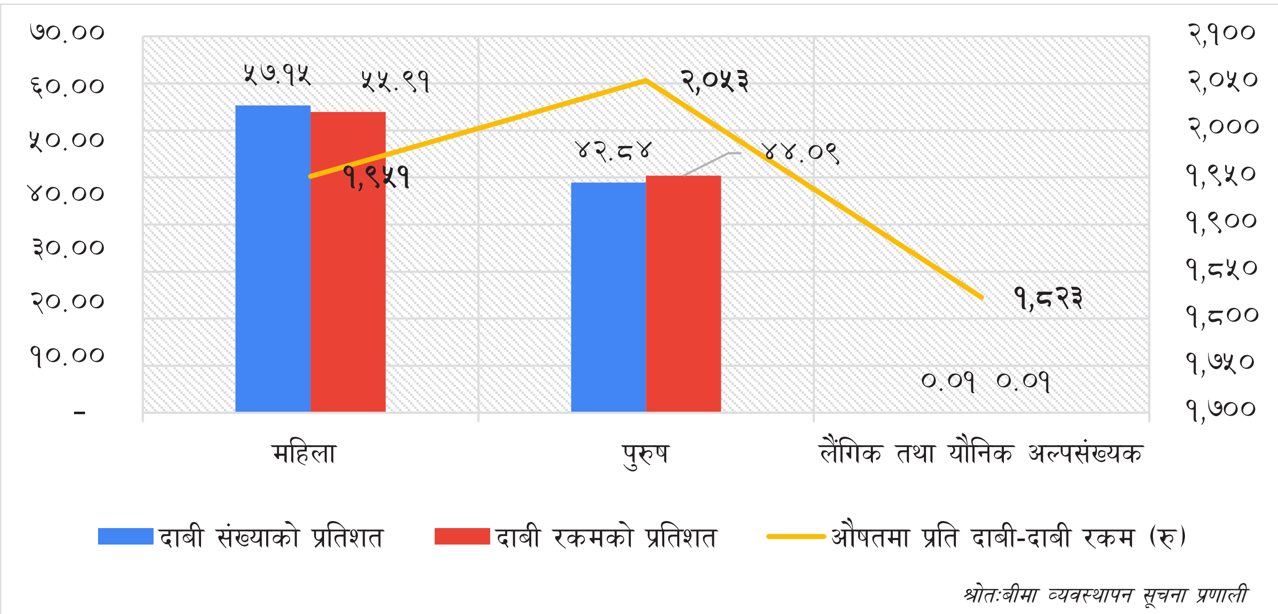
उमेर समूह	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत	औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम (रु)
९०-९४	३८,५०४	०.५५	९,८९,७४,९२४	०.७१	२,५७१
९५+	१२,६८१	०.१८	३,१९,११,०८५	०.२३	२,५२३

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.४. लिङ्गको आधारमा दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकमको विवरण

आ.व. २०८०/८१ मा मूल्याङ्कन भएको दाबीलाई कार्यक्रममा आबद्ध भई सेवा उपभोग गरेका बीमितहरुको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमलाई लिङ्गको आधारमा विश्लेषण गर्दा महिलाको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकम सबैभन्दा बढी क्रमश: ५७.१५% र ५५.९१ % रहेको छ जसको कारण कार्यक्रममा महिला आबद्धता बढी रहेको साथै महिला सम्बन्धि केहि रोगको अवस्था फरक हुने हुँदा दाबी पनि बढी देखिन्छ तत्पश्चात पुरुषको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकम क्रमश: ४२.८४% र ४४.०९% र लैंगिक तथा यौनिक अल्पसंख्यकको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकम मात्र ०.०१% रहेको छ । त्यस्तै औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम हेर्दा पुरुषको औसत दाबी रकम अन्यको तुलनामा धेरै रहेको जसको प्रमुख कारण मुटु, मिर्गौला, क्यान्सर, स्पाइन इन्जुरी जस्ता रोगहरुको समस्या बढी रहेको देखिन्छ ।

चित्र नं १७ : आ.व. २०८०/८१ मा लिङ्गका आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम



तालिका नं १२ आ.व. २०८०/८१ मा लिङ्गका आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण

लिङ्ग	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)
महिला	३९,९३,९२८	७,७९,३२,८२,४४८
पुरुष	२९,९३,४१९	६,१४,५४,३९,६०८
लैंगिक तथा यौनिक अल्पसंख्यक	६४४	११,७३,७७६
जम्मा	**६९,८७,९९१**	**१३,९३,९८,९५,८३२**

स्रोत : बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.५.बीमितको आबद्धताको प्रकारको आधारमा दाबीको विश्लेषण

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा लक्षित वर्ग भन्नाले अति गरिब भनि परिचय पत्र पाएका नागरिक, ७० बर्ष उमेर पुगेका ज्येष्ठ नागरिक, पूर्ण असक्त अपांगता, कुष्ठरोगी, जटिल खालको क्षयरोगी (MDR-TB), एच.आइ.भि./एड्स संक्रमितलाई बुझिन्छ र उक्त वर्गलाई सरकारबाट योगदान वापतको रकम शतप्रतिशत छुट गर्ने व्यवस्था रहेको छ । साथै महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाको हकमा ५०% योगदान वापत रकम छुट दिने प्रावधान रहेको छ । स्वास्थ्य बीमामा आबद्धताको प्रकारको आधारमा दाबी सङ्ख्या हेर्दा सामान्य बीमितको दाबी सङ्ख्या सबैभन्दा धेरै (दाबी

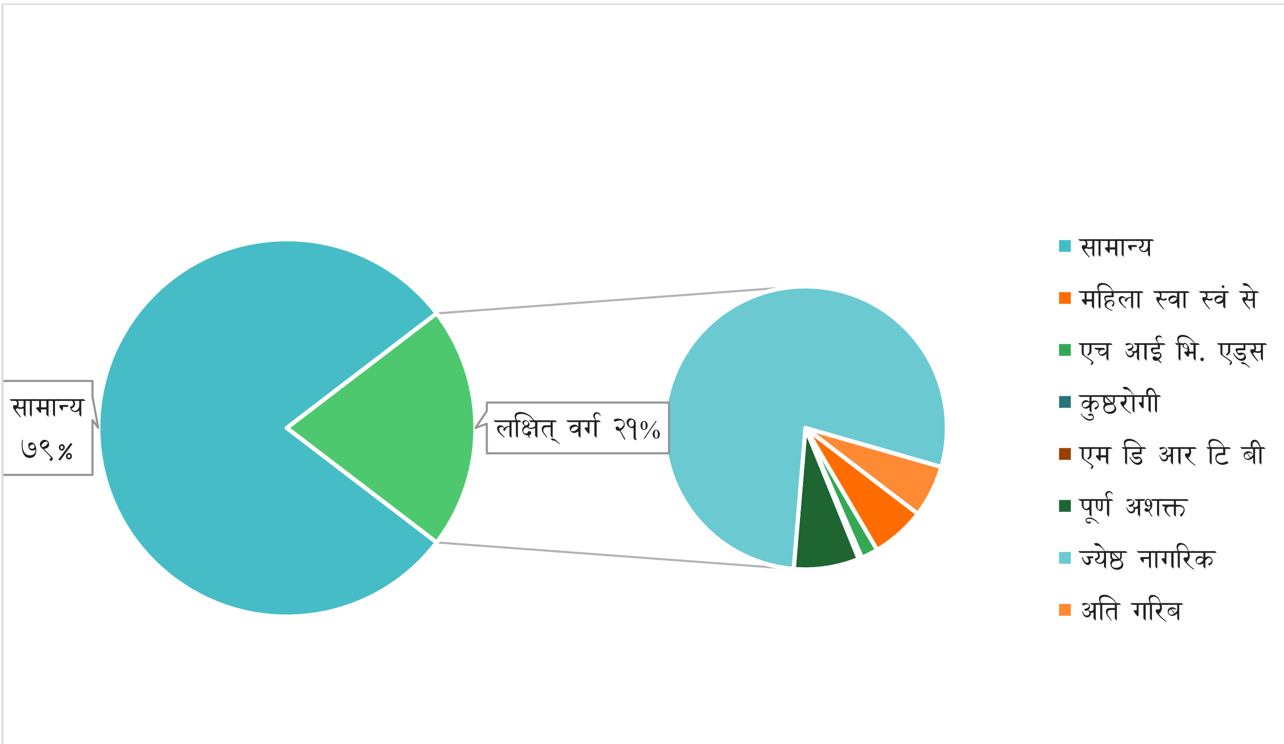
सङ्ख्या ८१.६०%) रहेको र बाँकी (दाबी सङ्ख्या १८.४%) लक्षित वर्गबाट भएको देखिन्छ।

त्यस्तै दाबी रकमलाई विश्लेषण गर्दा सामान्य बीमितबाट रु. ११,०४,४२,४१,९४६ रकम दाबी भएको देखिन्छ जुन दाबी रकमको ७९.२३% रहेको छ भने लक्षित वर्ग तर्फबाट २०.७७% मात्र दाबी भएको देखिन्छ। स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सामान्य बीमितको आबद्धता पनि धेरै रहेको हुँदा दाबी रकम र दाबी सङ्ख्या धेरै रहेको देखिन्छ।

त्यस्तै लक्षित वर्ग मध्ये ज्येष्ठ नागरिकको कार्यक्रममा आबद्धता धेरै भएको, रोग पनि बढी हुने हुँदा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकम अन्य लक्षित वर्गको तुलनामा धेरै देखिन्छ।

एम डि आर टि बी को हकमा टि.वि सहित अन्य रोगको संक्रमण धेरै हुने हुँदा दाबी सबै भन्दा कम भएता पनि औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम सबै भन्दा धेरै रहेको छ र अति गरिबको हकमा लक्षणात्मक उपचार मात्र हुने हुँदा औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम कम रहेको छ।

चित्र नं १८ : आ.व. २०८०/८१ मा बीमितको आबद्धताको प्रकारको आधारमा दाबी रकमको प्रतिशत



श्रोत:बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं १३ : आ.व. २०८०/८१ मा बीमितको आबद्धताको प्रकारको आधारमा दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम साथै औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम

बीमितको प्रकार	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत	औसतमा प्रति दाबी दाबी रकम (रु)
सामान्य	५७,०२,३११	८१.६०	११,०४,४२,४१,९४६	७९.२३	१,९३७
महिला स्वा स्वं से	९८,२२८	१.४१	१७,८७,३४,०६८	१.२८	१,८२०
एच आई भि. एड्स	३२,६२९	०.४७	५,६३,७२,०११	०.४०	१,७२८
कुष्ठरोगी	२,९६१	०.०४	५८,५१,४१५	०.०४	१,९७६
एम डि आर टि बी	२,०२७	०.०३	५०,९३,५४९	०.०४	२,५१३
पूर्ण अशक्त	१,१०,९७४	१.५९	२१,६५,०१,२७८	१.५५	१,९५१
ज्येष्ठ नागरिक	९,३७,७६२	१३.४२	२,२६,०९,४७,८२३	१६.२२	२,४११

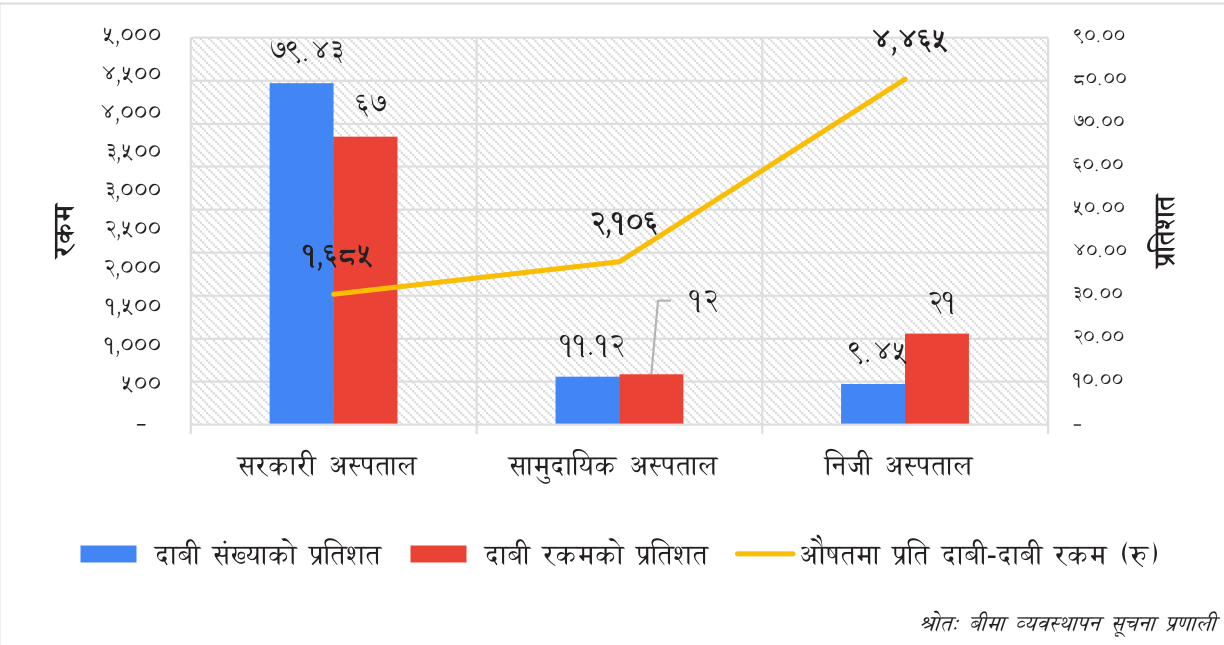
बीमितको प्रकार	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत	औसतमा प्रति दाबी दाबी रकम (रु)
अति गरिब	१,०१,०९९	१.४५	१७,२१,५३,७४३	१.२३	१,७०३
जम्मा	**६९,८७,९९१**		**१३,९३,९८,९५,८३२**		**१,९९५**

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.६. सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार अनुसार दाबीको विश्लेषण

स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त दाबीहरुलाई सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकारका आधारमा विश्लेषण गर्दा सरकारी अस्पतालको सबैभन्दा बढी दाबी सङ्ख्या ७९.४३% र दाबी रकम ६७% रहेको छ जसको कारण सूचीकृत अस्पताल पनि धेरै रहेका छन, सरकारी सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरु प्रथम सेवा बिन्दु भएको हुँदा सर्वप्रथम बिरामी सरकारी सेवा प्रदायकमा नै जानु पर्ने हुँदा सरकारीबाट सेवा उपभोग गर्ने बीमितको सङ्ख्या पनि धेरै रहेको छ भने निजीको दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत सबैभन्दा कम रहेको देखिन्छ तर निजीको दाबी रकमको प्रतिशत सामुदायिक अस्पतालको दाबी रकमको प्रतिशत भन्दा धेरै रहेको छ र औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम हेर्दा पनि अन्यको तुलनामा निजीको सबै भन्दा धेरै रहेको छ। यसको प्रमुख कारण निजी अस्पतालहरु स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा प्रेषण केन्द्रको रुपमा सुचिकृत रहेको र प्रथम सेवा बिन्दुमा उपचार हुन नसकेका जटिल खालको रोगहरुको प्रेषण हुने हुँदा औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम धेरै रहेको देखिन्छ।

चित्र नं १९ : आ.व. २०८०/८१ मा सूचिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट भएको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम



तालिका नं १४ : आ.व. २०८०/८१ मा सूचिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट भएको दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम

सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)	औसतमा प्रति दाबी -दाबी रकम (रु)
सरकारी अस्पताल	५५,५०,४४०	९,३५,४९,६८,७७७	१,६८५
सामुदायिक अस्पताल	७,७७,३२९	१,६३,७३,५८,५३२	२,१०६
निजी अस्पताल	६,६०,२२२	२,९४,७५,६८,५२३	४,४६५
जम्मा	**६९,८७,९९१**	**१३,९३,९८,९५,८३२**	**१,९९५**

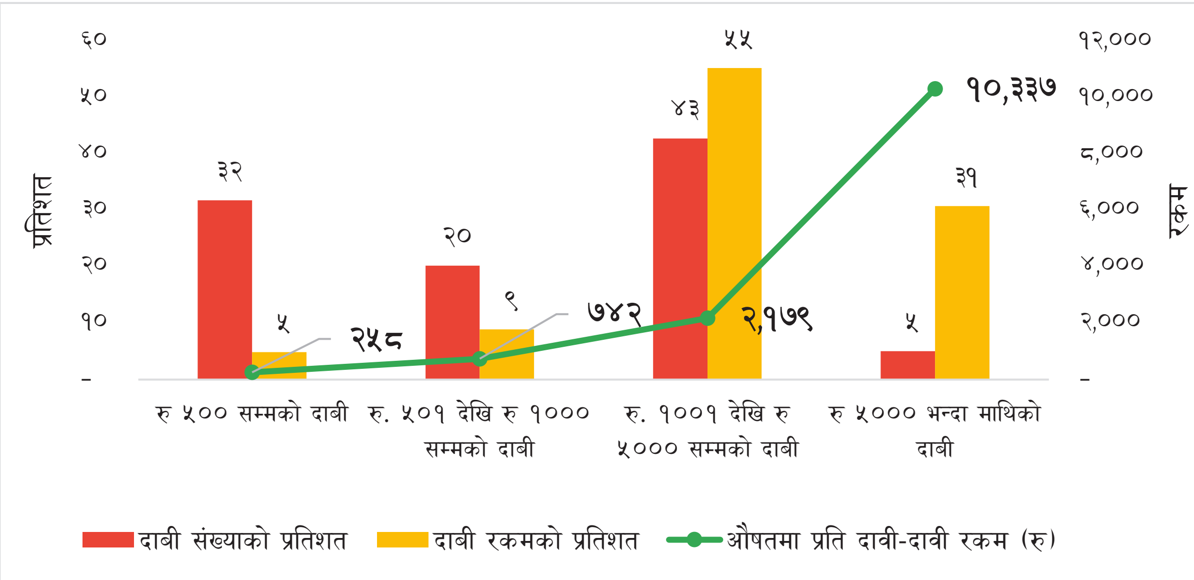
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.७. सरकारी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण

स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रममा सूचीकृत सरकारी सेवा प्रदायकबाट भएको दाबी रकमलाई चार तहमा वर्गीकरण गरी विश्लेषण गर्ने गरिएको छ। जसमा रु ५००। - सम्मको दाबी रकम दाबी समीक्षा निर्देशिका अनुसार बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीबाट स्वत: स्वीकृत हुने; रु. ५०१। - देखि रु. १,०००। - सम्मको दाबीको ५% र रु. १,००१। - देखि रु ५,०००। - सम्मको दाबीलाई १०% Random Sampling विधिबाट दाबी मूल्याङ्कन गर्नुको साथै रु. ५,०००। - भन्दा माथिको सबै दाबी मूल्याङ्कन गर्ने व्यवस्था रहेको छ।

आ.व. २०८०/८१ मा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाको कुल ५५, ५०,४४४ वटा मूल्याङ्कन भएको दाबीलाई सरकारी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा विश्लेषण गर्दा रु ५००। - सम्मको दाबी सङ्ख्या ३२% भएता पनि दाबी रकम ५% मात्र रहेको छ। रु. ५०१। - देखि रु १,०००। - सम्मको दाबी सङ्ख्या २०% रहेको छ भने दाबी रकम ९% रहेको छ। त्यस्तै रु १,००१। - देखि रु ५,०००। - सम्मको दाबी सङ्ख्या सबैभन्दा धैरै ४३% र दाबी रकम पनि सबैभन्दा धैरै ५५% रहेको देखिन्छ। त्यस्तै गरी रु ५,०००। - भन्दा माथिको दाबी सङ्ख्या सबैभन्दा कम (५%) भएता पनि दाबी रकमको आधारमा हेर्दा दोश्रो बढी दाबी रकम रहेको देखिन्छ। औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम हेर्दा रु ५,०००|- भन्दा माथिको दाबीको औषत दाबी रकम सबै भन्दा धैरै रहेको छ।

चित्र नं २० : आ.व. २०८०/८१ मा सरकारी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

प्रदेश अन्तर्गतको दाबी सङ्ख्याको विश्लेषण गर्दा रु ५००। – सम्म र रु. ५०१। - देखि रु. १,०००। - सम्मको दाबी सङ्ख्या सबैभन्दा बढी कोशी प्रदेशमा रहेको छ भने रु १,००१। - देखि ५,०००। – सम्म र रु ५०००। - भन्दा माथिको दाबी सङ्ख्या बागमती प्रदेशमा सबैभन्दा धैरै देखिन्छ। त्यस्तै प्रदेश अनुसार नै दाबी रकमको विश्लेषण गर्दा रु ५००। – सम्मको दाबी रकम कोशी प्रदेशमा बढी रहेको छ भने रु. ५०१। - देखि रु. १,००० । – सम्म, रु १,००१। - देखि ५,०००। – सम्म र रु ५०००। – भन्दा माथिको दाबी रकम बागमती प्रदेशको धैरै देखिन्छ।

तालिका नं १५ : आ.व. २०८०/८१ मा सरकारी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण

प्रदेश	रु ५०० सम्मको दाबी		रु. ५०१ देखि रु १००० सम्मको दाबी		रु. १००१ देखि रु ५००० सम्मको दाबी		रु ५००० भन्दा माथिको दाबी	
	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)
कोशी	६,११,८७५	१५,०४,८२,५९७	३,३४,७४१	२४,८४,३०,८७९	७,४१,७३५	१,६२,०४,५३,९३४	६८,५६६	५९,२४,८४,२७०
मधेश	७४,२२२	१,७१,००,२९३	३५,६०३	२,६५,९७,७४५	७६,४६५	१५,७२,५६,३७६	४,८७७	५,४५,३७,२२६
बागमती	४,९३,५९३	१३,१६,८७,४८३	३,३४,४४७	२४,८९,५८,३५६	७,४५,८९८	१,६९,४७,७७,०६५	१,४१,४७९	१,५७,९२,३४,७६४
गण्डकी	२,९४,८०१	७,३५,४५,२९७	१,७६,४३२	१३,०२,६४,३४८	३,२८,५५८	६८,४२,५८,३४९	२२,३०८	२०,९८,३४,०२८

प्रदेश	रु ५०० सम्मको दाबी		रु. ५०१ देखि रु १००० सम्मको दाबी		रु. १००१ देखि रु ५००० सम्मको दाबी		रु ५००० भन्दा माथिको दाबी	
	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)
लुम्बिनी	१,७१,५४३	४,५७,३१,९०५	१,२९,३२७	९,५४,८२,०८८	२,७१,०४२	५७,२९,८०,६५१	२१,४४१	२१,७०,९२,१८९
कर्णाली	४६,०६४	१,४६,२८,२६८	५१,२२४	३,७९,९५,१८२	९८,९३१	२०,७६,९७,११०	११,५८८	१३,७६,५२,१४१
सुदूरपश्चिम	७७,३२५	२,२४,७७,०२७	६२,०९६	४,५९,५५,३५५	१,१५,५२१	२४,४२,६८,५४२	८,७३८	९,३१,०५,३१०
जम्मा	१७,६९,४२३	४५,५६,५२,८६९	११,२३,८७०	८३,३६,८३,९५३	२३,७८,१५०	५,१८,१६,९२,०२७	२,७८,९९७	२,८८,३९,३९,९२८

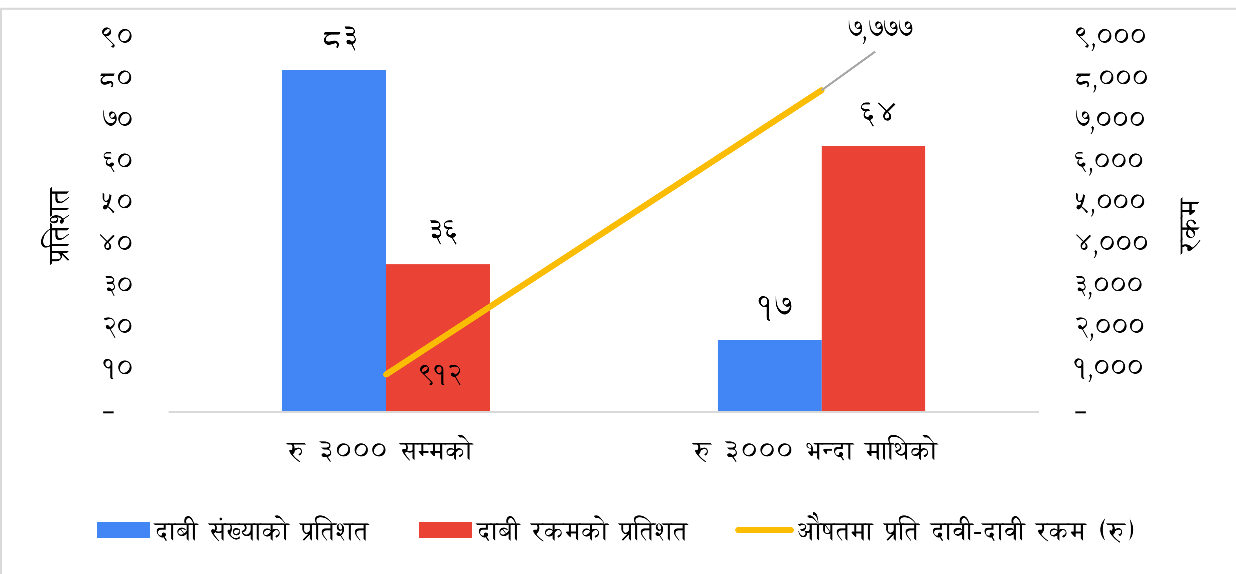
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.८. सामुदायिक सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकृत सामुदायिक सेवा प्रदायकबाट भएको दाबी रकमलाई दुई तहमा वर्गीकरण गरी विश्लेषण गर्ने गरिएको छ । जसमा रु ३,०००। - सम्मको दाबीलाई दाबी समीक्षा निर्देशिका अनुसार Random Sampling विधिबाट १०% दाबी मूल्याङ्कन गर्ने र रु.३,०००। - भन्दा माथिको सबै दाबीहरु एक-एक गरी मूल्याङ्कन गर्ने व्यवस्था रहेको छ ।

आ.व. २०८०/८१ मा सामुदायिक स्वास्थ्य संस्थाको कुल ७,७७,३२९ वटा मूल्याङ्कन भएको दाबीलाई सामुदायिक सेवा प्रदायक संस्थाको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा हेर्दा रु ३,०००। - सम्मको दाबी सङ्ख्या ८३% रहेको छ भने रु ३,०००। - भन्दा माथिको दाबी सङ्ख्या १७% रहेको देखिन्छ । त्यसै गरी दाबी रकमलाई अध्ययन गर्दा सबै भन्दा बढी दाबी रकमको प्रतिशत रु ३,०००। - भन्दा माथिको रहेको देखिन्छ । औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम पनि रु ३०००। – भन्दा माथिको नै धेरै रहेको छ । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा अधिकांश सामुदायिक अस्पतालहरु आँखा अस्पताल रहेका छन् र आँखा सम्बन्धी उपचार, शल्यक्रियाले गर्दा पनि रु ३,०००।- भन्दा माथिको रकम बढी देखिन्छ ।

चित्र नं २१: आ.व. २०८०/८१ मा सामुदायिक सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औषतमा प्रति दाबी दाबी रकम



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

प्रदेश अन्तर्गतको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमलाई विश्लेषण गर्दा रु ३०००। - सम्मको दाबी सङ्ख्या र रकम बागमती प्रदेशमा सबैभन्दा बढी रहेको छ भने मधेश प्रदेशको सबै भन्दा कम दाबी रहेको छ र सुदूरपश्चिम प्रदेशको सबै भन्दा कम दाबी रकम रहेको छ ।

त्यस्तै गरी रु ३०००। - भन्दा माथिको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकम हेर्दा बागमती प्रदेशको सबैभन्दा बढी दाबी सङ्ख्या र दाबी रकम रहेको छ भने सबैभन्दा कम सुदूरपश्चिम प्रदेशको रहेको छ ।

तालिका नं १६ : आ.व. २०८०/८१ मा सामुदायिक सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण

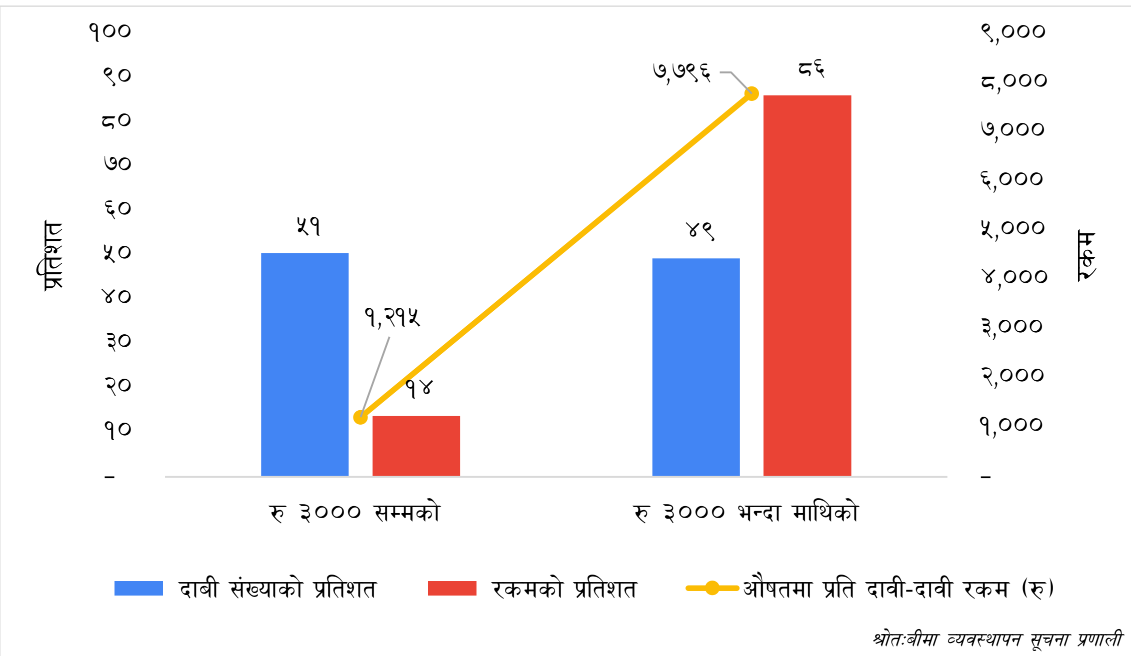
प्रदेश	रु ३००० सम्मको दाबी		रु ३००० भन्दा माथिको दाबी	
	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)
कोशी	९१,७३७	९,३८,९९,३१३	३०,०३०	२५,१२,०७,७८६
मधेश	६,४६०	५६,६४,७९४	१,६८३	२,०२,८०,११०
बागमती	३,६६,२२३	३३,०७,०७,०९७	७७,७७७	५९,९८,२८,२१२
गण्डकी	४१,३३४	२,८७,७२,११३	३,८७७	३,०८,५१,९०६
लुम्बिनी	५७,६९७	५,४१,०७,०५४	१३,५४५	१०,१०,६२,२६७
कर्णाली	७१,८५८	६,७२,६०,५७८	८,०९७	४,६३,९६,३६०
सुदूरपश्चिम	६,७५९	५०,५८,२५२	२५२	२२,६२,६८९
जम्मा	**६,४२,०६८**	**५८,५४,६९,२०१**	**१,३५,२६१**	**१,०५,१८,८९,३३१**

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.९.निजी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकृत निजी सेवा प्रदायकबाट भएको दाबी रकमलाई दुई तहमा वर्गीकरण गरी विश्लेषण गर्ने गरिएको छ। जसमा रु ३,०००। - सम्मको दाबी, दाबी समीक्षा निर्देशिका अनुसार Random Sampling विधिबाट १०% दाबी मूल्याङ्कन गर्ने र रु.३,०००। - भन्दा माथिका सबै दाबीहरु एक-एक गरी मूल्याङ्कन गर्ने व्यवस्था रहेको छ। आ.व. २०८०/८१ मा निजी सेवा प्रदायकको कुल ६,६०,२२२ वटा मूल्याङ्कन भएको दाबीलाई निजी सेवा प्रदायक संस्थाको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा हेर्दा रु ३,०००। - सम्मको दाबी सङ्ख्या ५१% रहेको र दाबी रकम १४% मात्र रहेको छ त्यस्तै रु ३,०००। - भन्दा माथिको दाबी सङ्ख्या ४९% रहेता पनि दाबी रकम ८०% भन्दा बढी रहेको देखिन्छ। औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम हेर्दा पनि रु ३०००। - भन्दा माथिको नै बढी देखिन्छ।

चित्र नं २२: आ.व. २०८०/८१ मा निजी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत साथै औषतमा प्रति दाबी दाबी -दाबी रकम



प्रदेश अन्तर्गत निजी सेवा प्रदायक संस्थाको दाबी सङ्ख्या र रकमलाई विश्लेषण गर्दा रु ३०००। - सम्म र रु ३०००। - भन्दा माथिको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकम कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा धेरै रहेको छ भने सुदूरपश्चिम प्रदेशमा सबैभन्दा कम रहेको छ। त्यसै गरी कर्णाली प्रदेशमा निजी सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था सूचीकृत नभएको हुँदा दाबी नभएको देखिन्छ।

तालिका नं १७ : आ.व. २०८०/८१ मा निजी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण

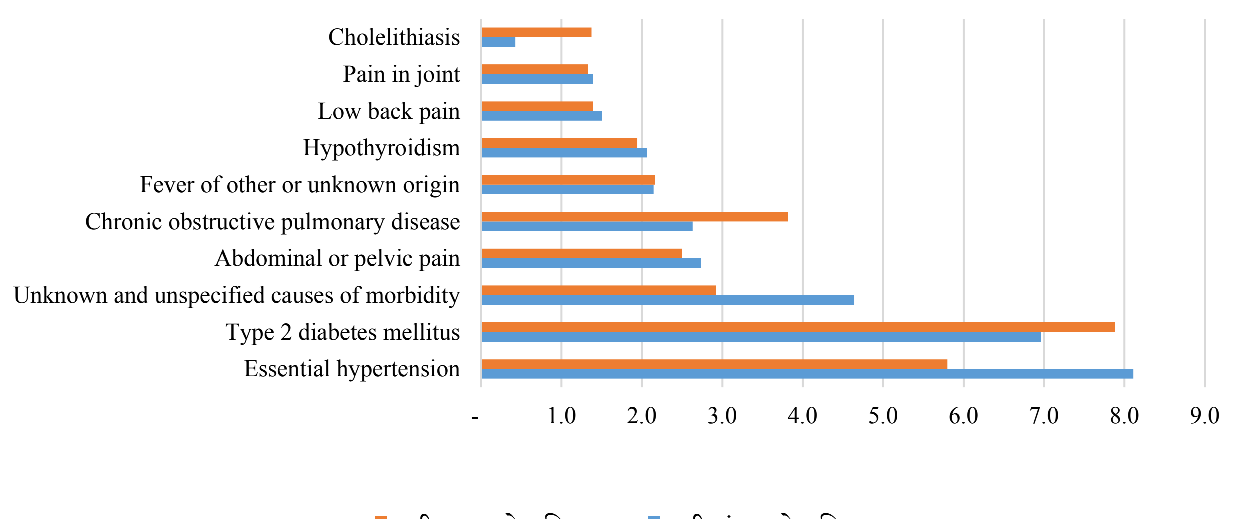
प्रदेश	रु ३००० सम्मको दाबी		रु ३००० भन्दा माथिको दाबी	
	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम (रु)
कोशी	१,७६,६१२	२१,५९,५८,०७८	१,७९,२०४	१,२५,९९,३१,१३४
मधेश	२३,८७४	२,३१,९५,३२३	१५,००५	१३,३६,६७,८६९
बागमती	५२,३६१	६,५६,५८,५४२	५८,९२०	५२,८७,०५,३६७
गण्डकी	५६,४४८	७,३४,२६,४८४	५०,५६९	४१,८७,५७,९१९
लुम्बिनी	२२,६६३	२,४५,४३,८५४	१७,२६३	१६,९८,०८,८७०
कर्णाली	-	-	-	-
सुदूरपश्चिम	२,२७०	३२,७३,१८२	५,०३३	३,०६,४१,९०२
जम्मा	**३,३४,२२८**	**४०,६०,५५,४६२**	**३,२५,९९४**	**२,५४,१५,१३,०६१**

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.१०. उच्च दाबी भएका रोगको विवरण

प्रस्तुत चित्रमा बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा प्रविष्ट भएका रोगहरुको दाबी मध्ये देशभरको उच्च १० रोगहरुको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत देखाइएको छ। आ.व. २०८०/८१ मा देश भरमा कुल ६९,८७,९९१ दाबी मूल्याङ्कन भएकोमा ICD का आधारमा सबै भन्दा धैरै दाबी भएका उच्च १० रोगको तथ्याङ्कलाई हेर्दा उच्च १० रोगको दाबी सङ्ख्या ३२.६% र दाबी रकम ३१.१% रहेको छ। Essential hypertension, Type २ diabetes mellitus, Unknown and unspecified causes of morbidity, Abdominal or pelvic pain, Chronic obstructive pulmonary disease, Fever of other or unknown origin, Hypothyroidism, Low back pain, Pain in joint र Cholelithiasis जस्ता रोगहरु उच्च १० रोगको सूचीमा रहेका छन्। जसमध्ये सबैभन्दा बढी Essential Hypertension को दाबी सङ्ख्या रहेको छ जुन कुल दाबी सङ्ख्याको ८.१% रहेको छ र कुल दाबी रकमको ५.८% रहेको देखिन्छ यसरी हेर्दा उच्च १० रोग मध्ये देशभर मै Essential Hypertension को भार धैरै देखिन्छ।

चित्र नं २३ : आ.व.२०८०/८१ मा ICD को उच्च १० रोगको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत



श्रोतः बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं १८ : आ.व. २०८०/८१ मा ICD को उच्च १० रोगको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण

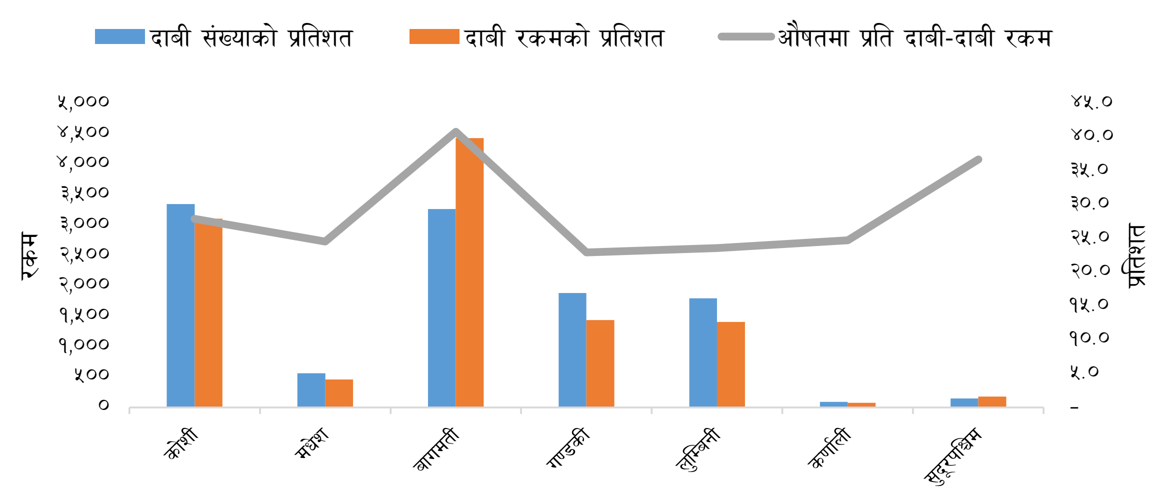
क्र.स.	उच्च १० रोगको नाम	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत
१	Essential hypertension	५,६६,७०४	८.१	८०,८५,८२,१०५	५.८
२	Type 2 diabetes mellitus	४,८६,३९४	७.०	१,०९,८६,८०,२८३	७.९
३	Unknown and unspecified causes of morbidity	३,२४,३४१	४.६	४०,७३,९५,७६५	२.९
४	Abdominal or pelvic pain	१,९१,१७६	२.७	३४,८३,१६,७४२	२.५
५	Chronic obstructive pulmonary disease	१,८३,८८०	२.६	५३,२१,८९,५८४	३.८
६	Fever of other or unknown origin	१,४९,८७०	२.१	३०,१३,४५,३३७	२.२
७	Hypothyroidism	१,४४,०२७	२.१	२७,०९,७८,९४३	१.९
८	Low back pain	१,०५,१५०	१.५	१९,४१,७९,१२६	१.४
९	Pain in joint	९७,२०६	१.४	१८,५३,८९,७२८	१.३
१०	Cholelithiasis	२९,८०४	०.४	१९,१८,०४,९७२	१.४
जम्मा		**२२,७८,५५२**	**३२.६**	**४,३३,८८,६२,५८६**	**३१.१**

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.११ प्रेषणवापत प्रदेशगत रुपमा दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकमको विवरण

बीमित सदस्यले पहिलो सरकारी स्वास्थ्य संस्थालाई प्रथम सेवा बिन्दुको रुपमा रोज्नुपर्ने र सोही स्वास्थ्य संस्थामा गई उपचार गराउनु पर्ने प्रावधान छ तर उक्त स्वास्थ्य संस्थाबाट उपचार हुन नसकेमा प्रेषण भई तोकिएको अन्य विशिष्टिकृत अस्पतालमा उपचार गराउने व्यवस्था छ। आ.व. २०८०/८१ मा मूल्याङ्कन भएको दाबीलाई प्रदेशगत रुपमा सम्बन्धित प्रदेशबाट प्रेषण सेवाको लागि भएको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको आधारमा विश्लेषण गर्दा कोशी र बागमती प्रदेशमा प्रेषण सेवाको दाबी धेरै रहेको देखिन्छ। यसको प्रमुख कारण उक्त प्रदेशहरुमा सुचिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था पनि बढी रहेको छ साथै विशिष्टीकृत अस्पतालको सङ्ख्या पनि अन्यको तुलनामा धेरै रहेको हुँदा अधिकांश बीमित यी प्रदेशहरुमा प्रेषण भई सेवा उपभोग गरेको देखिन्छ।

चित्र नं २४ : आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा प्रेषण वापतको दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम



श्रोत:बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं १९ : आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा प्रेषण वापतको दाबी सङ्ख्या, दाबी रकम र औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम

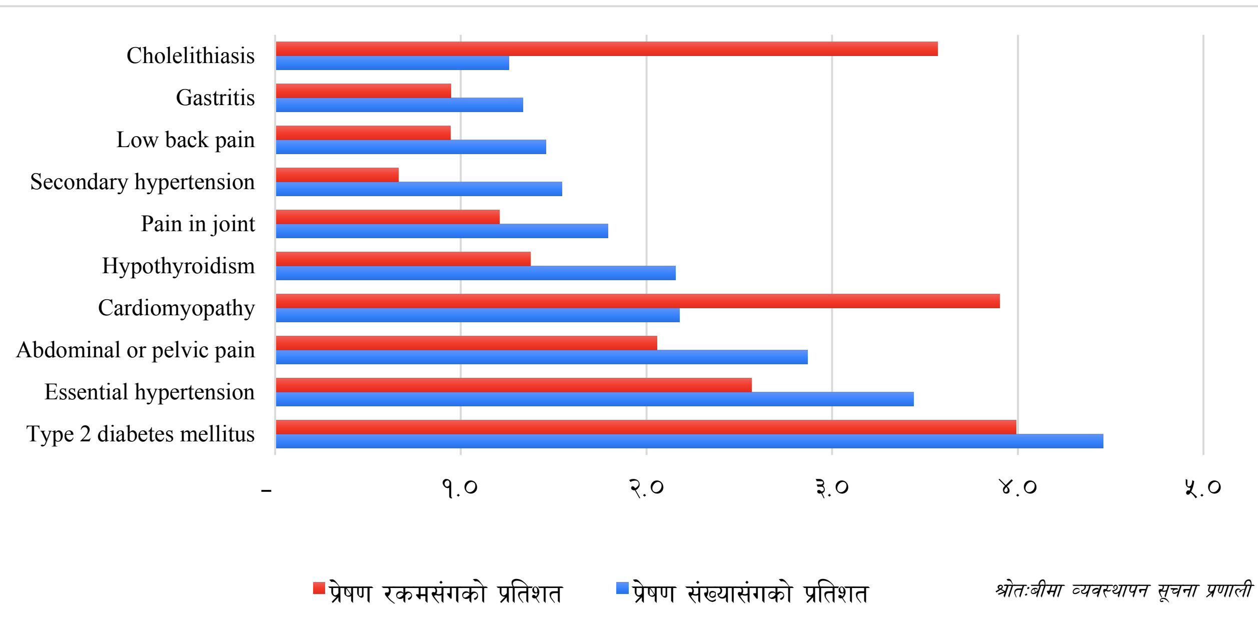
प्रदेश	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम	दाबी रकमको प्रतिशत	औषतमा प्रति दाबी-दाबी रकम
कोशी	२,२३,०५२	३०.२	६९,३१,१२,८०७	२८.०	३,१०७
मधेश	३७,६५३	५.१	१०,२९,४२,९९३	४.२	२,७३४
बागमती	२,१७,५५५	२९.४	९८,८४,५८,५४८	३९.९	४,५४३
गण्डकी	१,२५,५४४	१७.०	३२,०५,५९,५३८	१२.९	२,५५३
लुम्बिनी	१,१९,५४०	१६.२	३१,३८,०६,२२८	१२.७	२,६२५
कर्णाली	६,१२८	०.८	१,६८,५७,४८२	०.७	२,७५१
सुदूरपश्चिम	९,८७०	१.३	४,०३,०२,०२५	१.६	४,०८३
जम्मा	**७,३९,३४२**		**२,४७,६०,३९,६२२**		**३,३४९**

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.१२. प्रेषण हुने उच्च १० रोगको विवरण

बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा प्रविष्ट भएका रोगहरुको दाबी मध्ये देशभरमा सबै भन्दा धैरे प्रेषण हुने उच्च १० रोगको तथ्याङ्क हेर्दा Type २ diabetes mellitus, Essential hypertension, Abdominal or pelvic pain, Cardiomyopathy, Hypothyroidism, Pain in joint, Secondary hypertension, Low back pain, Gastritis र Cholelithiasis जस्ता रोगहरु सबै भन्दा धैरे प्रेषण हुने रोगको रुपमा रहेका छन् । जस मध्ये Type 2 diabetes mellitus को प्रेषण सबै भन्दा धरै रहेको देखिन्छ जुन कुल प्रेषणको ४.५% र प्रेषण रकमको ४.०% रहेको छ जसको प्रमुख कारण कतिपय स्वास्थ्य संस्थामा सो रोगको औषधी उपलब्ध गराउन नसकेको हुँदा औषधी कै लागि मात्र भए पनि प्रेषण धैरे हुने गरेको देखिन्छ ।

चित्र नं २५ : आ.व .२०८०/८१ मा दाबी सङ्ख्याको आधारमा प्रेषण भएका उच्च १० रोगको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको प्रतिशत



तालिका नं २०: आ.व .२०८०/८१ मा दाबी सङ्ख्याको आधारमा प्रेषण भएका उच्च १० रोगको दाबी सङ्ख्या र दाबी रकमको विवरण

१० रोग	दाबी सङ्ख्या	प्रेषण सङ्ख्यासंगको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	प्रेषण रकमसंगको प्रतिशत
Type 2 diabetes mellitus	३२,९६६	४.५	९,८७,९१,८४६	४.०
Essential hypertension	२५,४२२	३.४	६,३५,६१,५९७	२.६
Abdominal or pelvic pain	२१,२०६	२.९	५,०९,१८,१७२	२.१
Cardiomyopathy	१६,०९९	२.२	९,६६,४६,७२७	३.९
Hypothyroidism	१५,९४५	२.२	३,४०,१६,५९५	१.४
Pain in joint	१३,२४६	१.८	२,९८,९९,९६३	१.२
Secondary hypertension	११,४२०	१.५	१,६४,५४,५८९	०.७
Low back pain	१०,७८३	१.५	२,३३,५२,३३७	०.९
Gastritis	९,८६२	१.३	२,३४,१५,७०२	०.९
Cholelithiasis	९,३०४	१.३	८,८३,३१,४४६	३.६

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.१३. नियमानुसार पूर्ण रुपमा अस्वीकृत दाबीको विवरण

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले सेवा प्रवाह गर्नको लागि निर्धारित सुबिधा थैलीको व्यवस्था रहेको छ। उक्त सुबिधा थैलीमा रहेको सेवा, सेवाको दर, परिमाण र गुणस्तरको आधारमा सुचिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले सेवा प्रवाह गर्नु पर्ने प्रावधान रहेको छ। तथापी भएका दाबी मध्ये केहि दाबीहरु पूर्ण रुपले अस्वीकृत हुने गर्दछन् जसको प्रमुख कारण दिएको सेवा र मागेको दाबीमा मेल नखानु, सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको सेवा सञ्चालन अनुमति भन्दा फरक सेवा प्रवाह गरेको अवस्था हनु , Mapping error, नेपाल सरकारले सञ्चालन गरेको नि:शुल्क स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रमको दोहोरो दाबी हुने, बीमितको पोलिसी अनुसार रकम कम हुनु, Capping भन्दा फरक दाबी गर्नु जस्ता विविध कारणहरुले केहि दाबी पूर्ण रुपमा अस्वीकृत हुने गर्छन्।

सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकारका आधारमा आ.व. २०८०/८१ मा कुल अस्वीकृत दाबी ८४,९४१ मध्ये ८६% सरकारी सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको अस्वीकृत भएको छ भने सामुदायिक सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको सबै भन्दा कम देखिन्छ।

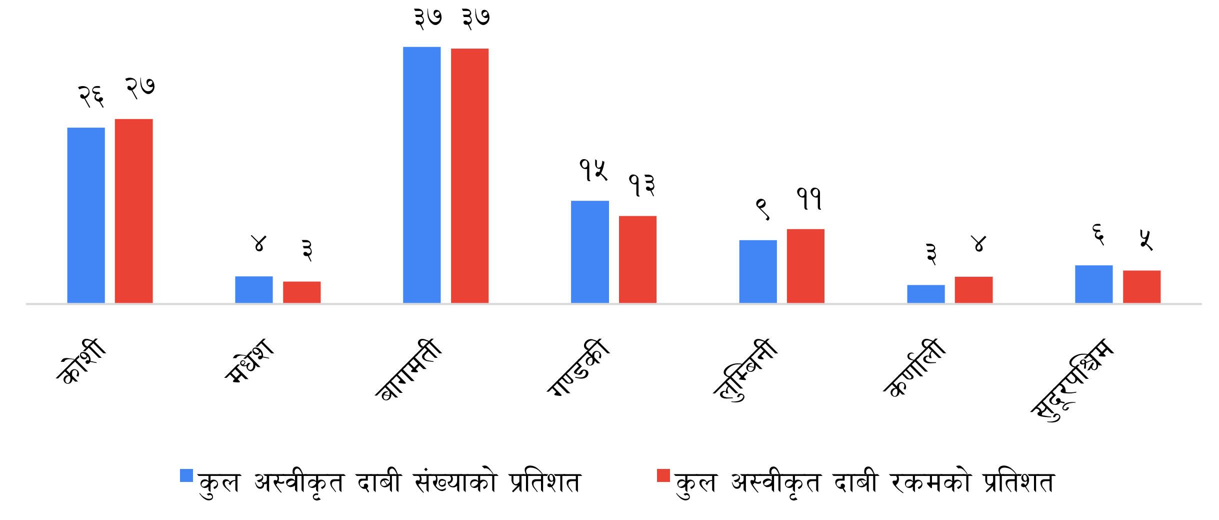
तालिका नं २१ : आ.व. २०८०/८१ मा सेवा प्रदायकको प्रकार अनुसार पूर्ण रुपमा अस्वीकृत दाबीको विवरण

सेवा प्रदायकको प्रकार	अस्वीकृत दाबी सङ्ख्या	कुल अस्वीकृत दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	अस्वीकृत दाबी रकम (रु)	कुल अस्वीकृत दाबी रकमको प्रतिशत
सरकारी	७३,०८१	८६	१०,९१,६२,८०९	६७
सामुदायिक	३,७१८	४	१,००,७१,७३२	६
निजी	८,१४२	१०	४,४४,४८,३८८	२७
कुल अस्वीकृत	८४,९४१		१६,३६,८२,९२८	

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

आ.व.२०८०/८१ को प्रदेशगत रुपमा नियमानुसार पूर्ण रुपमा अस्वीकृत दाबीको सङ्ख्या हेर्दा बागमती प्रदेशमा सबै भन्दा धेरै रहेको देखिन्छ भने कर्णाली प्रदेशमा सबै भन्दा कम रहेको देखिन्छ।

चित्र नं २६ : आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा पूर्ण अस्वीकृत दाबीको विवरण



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं २२ : आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेश अनुसार पूर्ण रुपमा अस्वीकृत दाबीको विवरण

प्रदेश	अस्वीकृत दाबी सङ्ख्या	कुल अस्वीकृत दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	अस्वीकृत दाबी रकम (रु)	कुल अस्वीकृत दाबी रकमको प्रतिशत
कोशी	२१,७२९	२६	४,३८,४७,६०१	२७
मधेश	३,९१४	४	५३,६०,२५६	३
बागमती	३१,६३०	३७	६,१४,८५,७०१	३७
गण्डकी	१२,७१७	१५	२,०८,५६,३८५	१३
लुम्बिनी	७,८६०	९	१,७७,३८,५४५	११
कर्णाली	२,३२६	३	६४,८१,८५७	४
सुदूरपश्चिम	४,७६५	६	७९,१२,५८२	५
कुल अस्वीकृत	**८४,९४१**		**१६,३६,८२,९२८**	

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.३.१४ दाबी समीक्षा एवं मूल्याङ्कन

स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट सञ्चालित कार्यक्रमलाई प्रभावकारी बनाउने शिलशिलामा स्वास्थ्य बीमामा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुको सेवा अनुसारको प्रविष्टि दाबीहरुको समयमा रुजु गरी भुक्तानी गर्ने कार्य अत्यन्तै महत्वपूर्ण रहदै आएको छ। सो सम्बन्धमा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई जिम्मेवार बनाई स्वास्थ्य बीमा बोर्डको निर्धारित नीति बमोजिम दाबी व्यवस्थापनलाई प्रभावकारी बनाउने कार्यहरु भइरहेको छ। आ.व. २०८०/८१ मा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट कुल ९७,०४,३७८ वटा दाबी भएको छ। जसमध्ये ४५,७२,१३६ वटा दाबी र अघिल्लो आर्थिक बर्षको २४,१५,८५५ वटा गरी कुल ६९,८७,९९१ वटा दाबी आ.व. २०८०/८१ मा रुजु एवं मूल्याङ्कन भएको छ। दाबीको नियमित दाबी व्यवस्थापन शाखामा रुजु गरी सूचना प्रविधि शाखाबाट मूल्याङ्कन गरी जम्मा ६९,८७,९९१ वटा दाबीहरुको रुजु एवं मूल्याङ्कन गरिएको छ भने सो बापत जम्मा दाबी रकम रु १३,९३,९८,९५,८३२। - मा रुजु एवं मूल्याङ्कन गर्दा जम्मा भुक्तानी गर्न योग्य भनी रु १३,१६,२९,३३,७४६। – रकम सिफारिस भएको छ। यसरी दाबीको रुजु गरी मूल्याङ्कन गर्दा रु ७७,६९,६२,०८६। – अर्थात कुल दाबी रकमको ६ प्रतिशत रकम अस्वीकृत भएको देखिन्छ जसको प्रमुख कारण सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुले प्याकेज भन्दा बढी दाबी प्रविष्ट गर्नु, दोहोरो दाबी गर्नु तथा बीमितको पोलिसी अनुसार रकम कम हुनु लगायत छन्। त्यस्तै आ.व. २०८०/८१ मा आ.व. २०७९/८० को दायित्त्व हस्तान्तरण रु, ५,२९,०७,६५,८३५| पनि भुक्तानी भएको तथा आ.व. २०८०/८१ को रु. ९,७४,८८,८८,०२२| दाबी रकम आ.व. २०८१/८२ मा भुक्तानी गर्ने भनि दायित्त्व हस्तान्तरण गरिएको छ।

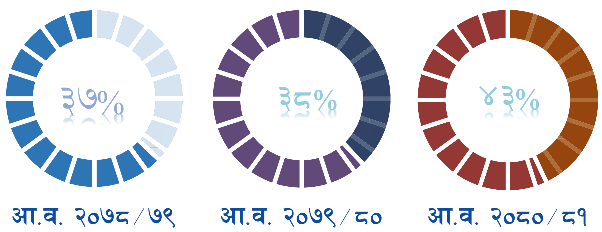
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.४. सेवा उपभोग सम्बन्धी विवरण

४.४.१. सेवा उपभोग गर्ने बीमितको विवरण

आर्थिक वर्ष २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म आर्थिक वर्ष अनुसार स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध भएका बीमितको सेवा उपभोगको अवस्था चित्र नं २७ मा प्रस्तुत गरिएको छ।

चित्र नं २७ आर्थिक बर्ष अनुसार सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत

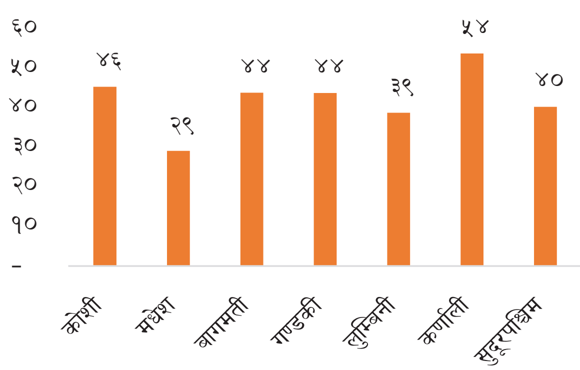


श्रोतः बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तीन आ.व.को समय अन्तरालमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत बढ्दै गएको देखिन्छ। आ.व. २०७८/७९ मा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत ३७% रहेको, त्यसपश्चात क्रमश दुई आ.व.मा ३८% र ४३% रहेको छायसरी हेर्दा कार्यक्रममा सेवा उपभोग गर्ने बीमित जनसंख्या हरेक बर्ष बढ्दै गएको देखिन्छ। स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम प्रति समुदायमा जनचेतनाको स्तर वृद्धि भएकोले पनि सेवा उपभोग गर्नेको संख्या बढ्दै गएको छ।

आ.व. २०८०/८१ को प्रदेश अन्तर्गत सम्बन्धित प्रदेशको कुल क्रियाशील बीमित मध्ये, सेवा उपभोग गर्ने बीमितको विवरण हेर्दा सबैभन्दा धेरै कर्णाली प्रदेशमा रहेको देखिन्छ। कर्णाली प्रदेशमा कुल २,१२,२११ जना क्रियाशील बीमित मध्ये ५४% ले सेवा उपभोग गरेको देखिन्छ भने मधेश प्रदेशमा सबैभन्दा कम (२९%) ले मात्र सेवा उपभोग गरेको देखिन्छ ।मधेश प्रदेशमा सूचीकृत सेवा प्रदायकद्वारा सेवा प्रवाह नहुनाले अन्य प्रदेशको तुलनामा तहाँ सेवा उपभोगको संख्या ज्यादै न्युन रहेको छ।

चित्र नं २८ आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत



श्रोतः बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं २३ : आ.व. २०८०/८१ मा प्रदेशगत रुपमा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको विवरण

प्रदेश	आ.व. २०८०/८१ को कुल क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्या	आ.व. २०८०/८१ मा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको सङ्ख्या	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत
कोशी	१४,३६,६०५	६,५४,३६३	४६
मधेश	३,६३,६५३	१,०६,४१३	२९
बागमती	१३,६४,५५३	६,००,४७१	४४
गण्डकी	७,५५,९६७	३,३२,२६८	४४
लुम्बिनी	६,३३,४८५	२,४६,९९९	३९

प्रदेश	आ.व. २०८०/८१ को कुल क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्या	आ.व. २०८०/८१ मा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको सङ्ख्या	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत
कर्णाली	२,१२,२११	१,१४,६२४	५४
सुदूरपश्चिम	२,४५,७३९	९९,४९२	४०
जम्मा	**५०,१२,२१३**	**२१,५४,५५०**	**४३**

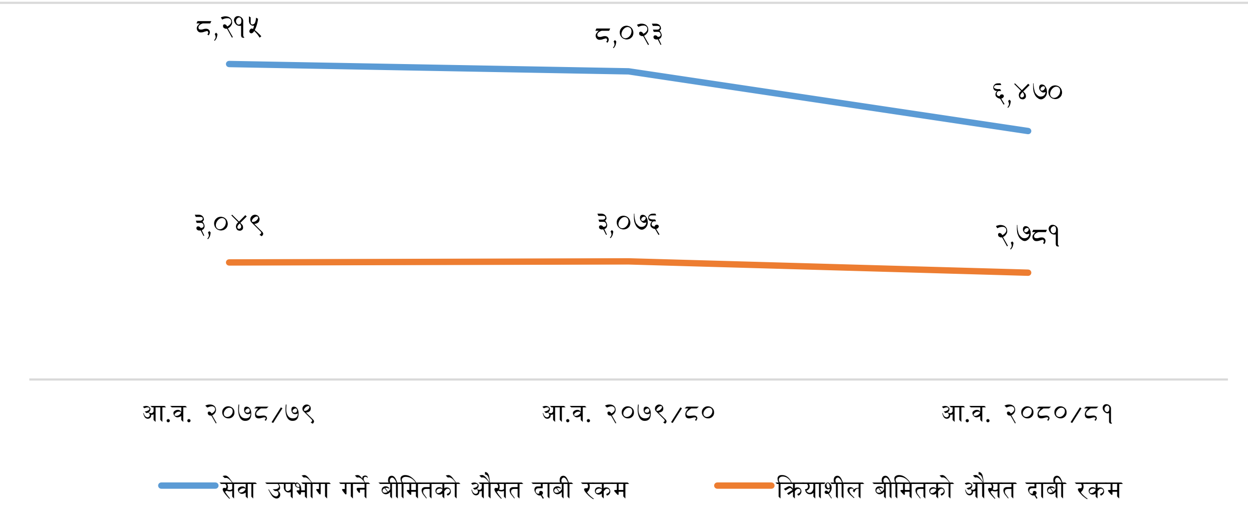
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.४.२. औसत दाबी रकमको विवरण

सेवा उपभोग गर्ने बीमित र कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा तीन आर्थिक वर्षको औसत दाबी रकमलाई विश्लेषण गर्दा आ.व. २०७८/७९ देखि २०८०/८१ सम्म आइपुग्दा केहि मात्रामा घटेको देखिन्छ।

आ.व. २०७८/७९ मा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको औसत दाबी रकम रु ८,२१५।- रहेको आ.व. २०८०/८१ मा रु ६,४७०।- रहेको पाइन्छ। त्यसैगरि, स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा कुल क्रियाशील बीमितको औषत दाबी रकम पनि घट्दो क्रममा गएको छ।

चित्र नं २९ : आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म औषत दाबी रकमको विवरण



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

त्यस्तै प्रदेशगत रुपमा हेर्दा तिनै आर्थिक बर्षमा बागमती र कोशी प्रदेशमा अन्य प्रदेशको तुलनामा औषत दाबी रकम धेरै रहेको छ। बागमती र कोशी प्रदेशमा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था बढी रहेको, बिशेषज्ञ लगायत विशिष्टीकृत सेवा सेवा प्रवाह हुने साथै अन्य प्रदेशबाट प्रेषण पनि धेरै हुने हुँदा औषत दाबी रकम धेरै हुन् गएको देखिन्छ।

तालिका नं २४ : प्रदेशगत रुपमा औसत दाबी रकमको विवरण

प्रदेश	आ.व. २०७८/७९		आ.व. २०७९/८०		आ.व. २०८०/८१	
	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	कुल क्रियाशील बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	कुल क्रियाशील बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	कुल क्रियाशील बीमितको औसत दाबी रकम (रु)
कोशी	९,०५९	३,८३५	७,८०३	३,३६३	६,७७४	३,०८६
मधेश	५,०२२	१,२९९	४,६८१	१,३६०	४,११९	१,२०५
बागमती	१०,८३७	४,५३२	११,५०२	४,८७८	८,६२६	३,७९६
गण्डकी	५,८४६	२,०८८	६,४१२	२,५१२	४,९६५	२,१८२

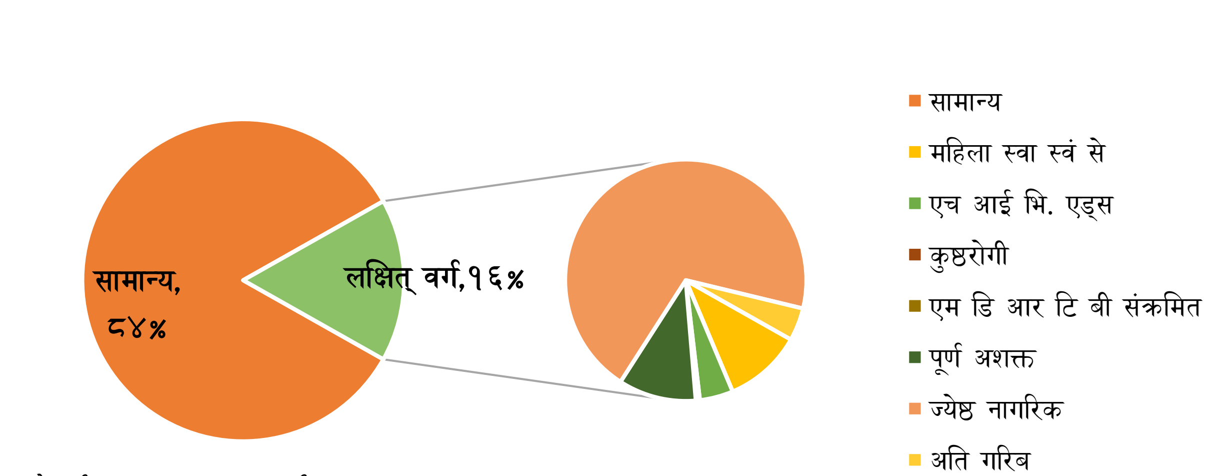
प्रदेश	आ.व. २०७८/७९		आ.व. २०७९/८०		आ.व. २०८०/८१	
	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	कुल क्रियाशील बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	कुल क्रियाशील बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको औसत दाबी रकम (रु)	कुल क्रियाशील बीमितको औसत दाबी रकम (रु)
लुम्बिनी	७,१२६	२,४२६	६,५५९	२,१४३	५,१८७	२,०२२
कर्णाली	४,९८३	१,७१६	५,७७४	२,०९०	४,४६४	२,४११
सुदूरपश्चिम	५,१७२	१,२७७	५,७२९	१,५७०	४,४९३	१,८१९
जम्मा	८,२१५	३,०४९	८,०२३	३,०७६	६,४७०	२,७८१

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.४.३. सेवा उपभोग गर्ने बीमित (लक्षित वर्ग सहित) को विवरण

आ.व.२०८०/८१ मा स्वास्थ्य बीमामा कुल २१,५४,५५० जना बीमितले सेवा उपभोग गरेको अवस्था छ जसमध्ये ८४% सामान्य बीमित छन् भने बाँकि लक्षित वर्गका बीमित छन् ।

चित्र नं ३० : आ.व.२०८०/८१ मा सेवा उपभोग गर्ने बीमित (लक्षित वर्ग सहित) को प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

त्यसै कुल क्रियाशील सामान्य बीमित मध्ये ४९% ले सेवा उपभोग गरेका छन् भने कुल क्रियाशील लक्षित वर्ग मध्ये २६% लक्षित वर्गले सेवा उपभोग गरेका छन्। लक्षित वर्ग मध्ये कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा अति गरिबको प्रतिशत धैरै रहेको छ।

तालिका नं २५ : आ.व.२०८०/८१मा सेवा उपभोग गर्ने बीमित (लक्षित वर्ग सहित) को विवरण

बीमित	आ.व. २०८०/८१ मा क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्या	आ.व. २०८०/८१ मा क्रियाशील बीमित मध्ये सेवा उपभोग गर्ने बीमित	
		बीमित जनसङ्ख्या	प्रतिशत
सामान्य	३६,८२,९४४	१८,०२,५०४	४९
महिला स्वा स्वं से	१,०५,८२२	३६,८८९	३५
एच आई भि. एड्स	३८,८१६	१५,८०४	४१
कुष्ठरोगी	३,९६४	१,०३७	२६
एम डि आर टि बी संक्रमित	३,५६२	८४७	२४

बीमित	आ.व. २०८०/८१ मा क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्या	आ.व. २०८०/८१ मा क्रियाशील बीमित मध्ये सेवा उपभोग गर्ने बीमित	
		बीमित जनसङ्ख्या	प्रतिशत
पूर्ण अशक्त	१,५२,५००	३६,७०९	२४
ज्येष्ठ नागरिक	१०,०६,०७८	२,४५,२६०	२४
अति गरिब	१८,५२७	१५,५००	८४
जम्मा	**५०,१२,२१३**	**२१,५४,५५०**	**४३**

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.४.४. सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकारका आधारमा सेवा उपभोगको अवस्था

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थालाई तिन प्रकार: सरकारी अस्पताल, सामुदायिक अस्पताल र निजी अस्पतालमा वर्गीकरण गरी सेवा उपभोगको अवस्था विश्लेषण गर्दा सबै भन्दा धेरै सेवा सरकारी अस्पतालबाट लिएको देखिन्छ भने सबै भन्दा कम निजी अस्पतालबाट भएको देखिन्छ। कार्यक्रममा स्वास्थ्य संस्थाको सङ्ख्या र पहुँच हेर्दा सरकारी अस्पतालको बढी रहेको हुँदा सेवा उपभोग पनि धेरै भएको देखिन्छ।

तालिका नं २६ : आ.व. २०८०/८१ मा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकारको आधारमा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको विवरण

सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको सङ्ख्या	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत
सरकारी	१९,४५,७९६	७३
सामुदायिक	३,८०,९८२	१४
निजी	३,४२,०७६	१३
जम्मा	**२६,६८,८५४**	

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

४.५. नीति तथा कार्यक्रम

नीति तथा कार्यक्रम आ.व. २०८०/८१	मुख्य-मुख्य क्रियाकलाप	२०८१ असार सम्मको प्रगति
चालु आ.व.मा स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध घरपरिवार सङ्ख्या ३१.४% बाट बढाई आगामी आ.व. मा ५०% पुराईनेछ।	नागरिक एपको माध्यमबाट बीमितले विभिन्न भुक्तानीका माध्यम जस्तै इ-सेवा, खल्ती, Connect IPS बाट सदस्यता नवीकरण गर्न सक्ने प्रावधान रहेको।	स्वास्थ्य बीमामा कार्यक्रममा ३९% घरपरिवार आबद्ध (२६,०८,१३९ घर परिवार) भएको। स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा २८% जनसङ्ख्या आबद्ध (८२,९२,१४१ जना) भएको।
	HIB –Profile app को माध्यमबाट बीमितले सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न सक्ने व्यवस्था भएको साथै लिएको सेवा सम्बन्धी जानकारी हेर्न सकिने व्यवस्था भएको।	
	आ.व. २०८०/८१ को अन्त्यसम्म १६ वटा नयाँ सेवा प्रदायक स्वास्थ्य सूचीकृत भएको र ४२ वटा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण भएको।	

नीति तथा कार्यक्रम आ.व. २०८०/८१	मुख्य-मुख्य क्रियाकलाप	२०८१ असार सम्मको प्रगति
बोर्डबाट हालसम्म स्वीकृत भई लागु गरिएका विभिन्न निर्देशिका र कार्यविधिहरुको प्रभावकारी कार्यान्वयन गर्न र अन्य आवश्यक नयाँ कार्यविधिहरु निर्माणका लागि कार्ययोजना स्वीकृत गरी लागू गरिनेछ ।	बाल सुधार गृहमा रहेका बालबालिकालाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गर्ने सम्बन्धि कार्यविधि,२०८१, स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा प्रेषण (Referral) सेवा सम्बन्धि कार्यविधि, २०८०, स्वास्थ्य बीमामा Real Time दाबी गर्ने सम्बन्धि कार्यविधि, २०८० तयार गरिएको ।	कार्यविधि स्वीकृत भएको ।
नयाँ प्रविधि र प्रणालीलाई प्रभावकारी रुपमा कार्यान्वयन गर्नका लागि बोर्डसंग सम्बन्धित कर्मचारी, सेवा प्रदायक संस्था र दर्ता सहयोगीका लागि क्षमता अभिवृद्धि कार्यक्रम सञ्चालन गरिनेछ ।	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सुचिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थालाई क्षमता अभिवृद्धिको लागि बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली सम्बन्धी तालिम सञ्चालन, त्यस्तै दर्ता अधिकारी र दर्ता सहयोगीलाई तालिम प्रदान गरिएको ।	तालिम सम्पन्न भएको ।
कार्यक्रमलाई वित्तीय रुपमा दिगोपनाका लागि र स्वास्थ्य परिक्षण, उपचार र प्रेषण कार्यलाई औचित्यपूर्ण बनाउन सहयोग पुग्ने उद्धेश्यले स्वास्थ्य सेवाको उपभोगमा सहभुक्तानी प्रणाली (Co-payment System) लागू गरिनेछ ।	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभुक्तानी (Co-Payment) प्रणाली लागू गर्ने कार्यविधि, २०८० तयार गरिएको ।	कार्यविधि स्वीकृत भई २०८० माघ १ गते देखि लागू भएको ।
बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत् प्राप्त सूचनालाई विश्लेषण गरी वास्तविक तथ्यका आधारमा निर्णय गर्ने परिपाटीको विकास गर्ने र उपलब्ध तथ्याङ्कलाई उचित रुपमा प्रयोग गर्नका लागि एक कार्यविधि बनाई लागु गरिनेछ ।	तथ्याङ्क उपलब्धता सम्बन्धि कार्यविधि, २०८१ तयार भएको ।	कार्यविधि स्वीकृत भएको ।
सुविधाथैलीलाई वैज्ञानिक र प्रभावकारी बनाउनका लागि सम्बन्धित विषयविज्ञ र सेवा प्रदायकको परामर्श र छलफल बमोजिम आधारभूत अस्पताल, प्रदेश अस्पताल, दुई सय शैया भन्दा माथिका अस्पताल र विशिष्टकृत अस्पताल गरी ४ प्रकारका सेवा प्रदायकका आधारमा तयार गरी लागु गरिनेछ र सुविधाथैली कम्तिमा २ वर्षमा परिमार्जन गर्ने पद्धतिको विकास गरिनेछ ।	आधारभूत अस्पताल, प्रदेश अस्पताल, दुई सय शैया भन्दा माथिका अस्पताल र विशिष्टकृत अस्पताल गरी ४ प्रकारका सेवा प्रदायकका आधारमा सुविधाथैली तयार गरिएको ।	सुविधाथैली तयार गरी लागू भएको ।
अस्वीकृत दाबीको सङ्ख्या बढीरहेको सन्दर्भमा त्यसको वास्तविक कारण समयमै पत्ता लगाई समाधान गर्नका लागि कम्तिमा ३/३ महिनामा अस्वीकृत र स्थगित दाबीहरुलाई नमुनाको रुपमा प्रमाणीकरण गर्नका लागि एक स्वतन्त्र विज्ञ समुह गठन गरी त्यसबाट प्राप्त सुझावहरु लागु गरिनेछ ।	एक स्वतन्त्र विज्ञ समुह गठन भई अनुगमन गरी प्रतिवेदन तयार गरी पेश भएको ।	प्रतिवेदन कार्यान्वयनको प्रयास भएको

श्रोत: नीति योजना शाखा

४.६. तालिम

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई प्रभावकारी कार्यन्वयनका लागि संघ, प्रदेश र स्थानीय तहका कर्मचारीहरु साथै सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाका प्रतिनिधिहरुलाई तालिम प्रदान गर्ने गरिएको छ। आ.व २०८०/८१ मा प्रदान गरिएका तालिमहरुको विवरण यस प्रकार रहेको छ।

- सातै प्रदेशका १६४ जना दर्ता अधिकारीहरुलाई पुनर्ताजगी तालिम,
- नयाँ छनौट भई आएका १४३ जना दर्ता अधिकारीहरुलाई आधारभूत तालिम,
- बूढानिलकण्ठ नगरपालिकामा नयाँ छनौट भएका दर्ता सहयोगीलाई आधारभूत तालिम,
- ७७ वटै जिल्लामा सम्पूर्ण दर्ता सहयोगीहरुलाई पुनर्ताजगी तालिम,
- सात प्रदेशको लागि नयाँ छनौट भई आएका ६ जना आई.टि सहायकहरुलाई आधारभूत तालिम,
- नयाँ सुचिकृत भएका सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई आधारभूत र पुराना स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई आवश्यकता अनुसार **open IMIS** सम्बन्धी पुनर्ताजगी तालिम,
- स्वास्थ्य बीमामा सूचीकृत सम्पूर्ण अस्पतालहरुलाई Real Time Claim सम्बन्धि अनलाईन मार्फत् तालिम

तालिका नं २७ : आ.व २०८०/८१ मा Open IMIS सम्बन्धी तालिम लिने स्वास्थ्य संस्थाको विवरण

प्रदेश	जिल्ला	तालिम लिने अस्पतालहरुको सङ्ख्या
कोशी	झापा	३
	मोरङ	४
	सुनसरी	१
	पांचथर	१
जम्मा	९	
मधेश	पर्सा	२
	सिराहा	१
	धनुषा	१
	सप्तरी	१
जम्मा	५	
बागमती	काठमाडौँ	१५
	ललितपुर	१
	चितवन	३
	मकवानपुर	२
	धादिङ	१
जम्मा	२२	
गण्डकी	कास्की	४
	गोरखा	११
	लमजुङ	१
	स्याङ्जा	१
जम्मा	१७	

प्रदेश	जिल्ला	तालिम लिने अस्पतालहरुको सङ्ख्या
लुम्बिनी	रुपन्देही	२
	बाँके	३
	गुल्मी	१
	कपिलवस्तु	१
	दाङ	२
	नवलपरासी पश्चिम	१
	पाल्पा	१
जम्मा	**११**	
कर्णाली	दैलेख	१
	सल्यान	१
	कालिकोट	१
जम्मा	**३**	
सुदूरपश्चिम	डँडेलधुरा	१
	बाजुरा	१
	कैलाली	३
जम्मा	**५**	
तालिम लिने अस्पतालको जम्मा सङ्ख्या		**७२**

श्रोत: तालिम शाखा

तालिका नं २८ : आ.व २०८०/८१ मा दर्ता सहयोगीको क्षमता अभिवृद्धि तालिम सम्बन्धी विवरण

प्रदेश	जिल्ला	तालिममा सहभागी हुने दर्ता सहयोगी सङ्ख्या
कोशी	ताप्लेजुङ	६१
	पांचथर	५५
	खोटांग	७९
	इलाम	७४
	झापा	१७७
	सुनसरी	१७६
	धनकुटा	६०
	भोजपुर	८१
	उदयपुर	७५
	ओखलढुंगा	७४
	संखुवासभा	७६
	मोरङ	१५९
	सोलुखुम्बु	२४
	तेह्रथुम	४३
जम्मा	**१२१४**	

प्रदेश	जिल्ला	तालिममा सहभागी हुने दर्ता सहयोगी सङ्ख्या
मधेश	धनुषा	१६५
	सर्लाही	१९९
	सिराहा	१६४
	रौतहट	१५१
	पर्सा	१०८
	बारा	१५३
	सप्तरी	१६४
	महोत्तरी	१२२
जम्मा	**१२२६**	
बागमती	काठमाडौँ	१३८
	भक्तपुर	५४
	ललितपुर	७०
	काभ्रेपलान्चोक	१३५
	सिन्धुपाल्चोक	१०३
	दोलखा	७४
	चितवन	१२६
	रामेछाप	६४
	मकवानपुर	११६
	सिन्धुली	८०
	धादिङ	१०४
	नुवाकोट	८८
	रसुवा	२७
जम्मा	**११७९**	
गण्डकी	कास्की	११४
	गोरखा	९४
	तनहुँ	१०३
	बागलुङ	८०
	मनाङ	१७
	मुस्ताङ	२५
	स्याङ्जा	९३
	म्याग्दी	३६
	पूर्वी नवलपुर	९१
	लमजुङ	७५
	पर्वत	६०
जम्मा	**७८८**	

प्रदेश	जिल्ला	तालिममा सहभागी हुने दर्ता सहयोगी सङ्ख्या
लुम्बिनी	रुकुम पूर्व	३१
	बर्दिया	८३
	नवलपरासी	७४
	पाल्पा	८१
	रुपन्देही	१५६
	अर्घाखाँची	६१
	कपिलवस्तु	९६
	प्युठान	६४
	गुल्मी	९३
	दाङ	१००
	बाँके	८१
	रोल्पा	७२
जम्मा	९९२	
कर्णाली	सुर्खेत	९९
	दैलेख	९०
	रुकुम पश्चिम	७१
	जाजरकोट	७८
	मुगु	५०
	कालिकोट	८२
	जुम्ला	६०
	डोल्पा	४२
	हुम्ला	४४
	सल्यान	८३
जम्मा	६९९	
सुदूरपश्चिम	बाजुरा	६८
	बझांग	९३
	बैतडी	८७
	दार्चुला	६१
	कैलाली	१३७
	डोटी	६३
	कञ्चनपुर	८९
	अछाम	८८
	डँडेल्धुरा	४७
जम्मा	७३३	
सातै प्रदेशबाट तालिममा सहभागी भएका दर्ता सहयोगीको सङ्ख्या		६८३१

श्रोत: तालिम शाखा

४.७. गुनासो व्यवस्थापन

५.७.१. गुनासोको प्रकार, श्रोत, सङ्ख्या र समाधानको अवस्था

स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा विद्यमान नियम, कानुन, मापदण्ड, कार्यविधिहरुको आधारमा प्राप्त भएका गुनासोहरुलाई सम्बोधन गर्नको लागि गुनासो व्यवस्थापन शाखा रहेको छ । बोर्डमा विभिन्न माध्यम जस्तै हेलो सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय (हेलो सरकार), व्यक्तिगत निवेदन, कार्यालयको इमेल, पत्रपत्रिका, राष्ट्रिय सतर्कता केन्द्र, टोल फ्रि नं मार्फत् बीमा कार्यक्रमको सञ्चालन प्रक्रिया, गुणस्तरीय सेवा प्रवाह, सेवा प्रदायकको सेवा प्रवाह आदि सम्बन्धी गुनासाहरु आउने गर्दछन । आ.व. २०८०/८१ मा कुल १५३ वटा लिखित गुनासोहरु प्राप्त भएका छन् जसमध्ये हेलो सरकारबाट सबै भन्दा धैरै (४२%) र पत्रपत्रिका र राष्ट्रिय सतर्कता केन्द्र मार्फत् सबैभन्दा कम (१%) गुनासो प्राप्त भएका छन् । प्राप्त गुनासोहरु बोर्डबाट नियमित रुपमा समाधान पनि गर्ने गरिएको हुँदा आ.व. २०८०/८१ मा प्राप्त गुनासोहरु मध्ये ९९% समाधान भएको अवस्था छ ।

त्यस्तै गरी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको बारेमा विभिन्न प्रकारका जानकारी, सुझाव एवं गुनासोहरु बोर्डको टोल फ्रि नंबर १६६००१११२२४ मा प्राप्त हुने गर्दछ र आ.व. २०८०/८१ मा सोको सङ्ख्या १४९६८ रहेको छ ।

तालिका नं २९ : आ.व. २०८०/८१ मा विभिन्न श्रोतको आधारमा लिखित गुनासोको सङ्ख्या र समाधानको अवस्था

गुनासोको श्रोत	गुनासोको सङ्ख्या		समाधानको अवस्था	
	सङ्ख्या	प्रतिशत	सङ्ख्या	प्रतिशत
हेलो सरकार	६४	४२	६४	१००
स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय (हेलो सरकार)	१७	११	१७	१००
व्यक्तिगत निवेदन	३७	२४	३६	९७
कार्यालयको इमेल	३२	२१	३२	१००
पत्रपत्रिका	१	१	१	१००
राष्ट्रिय सतर्कता केन्द्र	२	१	२	१००
जम्मा	**१५३**		**१५२**	**९९**

श्रोत: गुनासो व्यवस्थापन शाखा

४.७.२. गुनासोको प्रकारको अवस्था

स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा विभिन्न प्रवृतिका गुनासोहरु आउने गर्दछन् । आ.व. २०८०/८१ मा प्राप्त लिखित गुनासोहरुलाई तीन प्रकारमा विभाजन गरिएको छ । बोर्डमा प्राप्त हुने लिखित गुनासोहरु मध्ये सबै भन्दा धैरै (५१.६३%) सेवा प्रदायकसंग सम्बन्धित त्यसपछि स्वास्थ्य बीमा बोर्डसंग सम्बन्धित (४१.८३%) र बोर्डसंग सम्बन्धित नभएका गुनासोहरु (६.५४%) रहेका छन् । सेवा प्रदायकको सेवा प्रवाहको गुणस्तर, औषधिको पूर्ण उपलब्धता नहुनु, सेवा उपभोग गर्दा धैरै समय व्यतित् गर्नुपर्ने, सहभुक्तानी आदि सम्बन्धी गुनासाहरु प्राप्त भएका छन् भने स्वास्थ्य बीमा बोर्डसंग सम्बन्धित जस्तै सदस्य दर्ता, प्रथम सेवा बिन्दु परिवर्तन, सेवा प्रदायकको दाबी भुक्तानी, बोर्डको व्यवस्थापन समस्याहरु, सुविधा थैली, बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा भएको समस्या जस्ता विषयमा गुनासाहरु प्राप्त भएका छन् ।

तालिका नं ३० : आ.व २०८०/८१ मा प्राप्त लिखित गुनासोको प्रकार

गुनासोको प्रकार	सङ्ख्या	प्रतिशत
सेवा प्रदायकसँग सम्बन्धित	७९	५१.६३
स्वास्थ्य बीमा बोर्डसँग सम्बन्धित	६४	४१.८३
स्वास्थ्य बीमा बोर्डसँग सम्बन्धित नरहेको	१०	६.५४
जम्मा	१५३	

श्रोत: गुनासो व्यवस्थापन शाखा

४.८. सूचना तथा सञ्चार

आम नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका बारेमा बढी भन्दा बढी जानकारी प्रदान गरी सचेतना अभिवृद्धि गराउने तथा नागरिकको आबद्धता बढाउन आ.व. २०८०/८१ को स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रम अनुसार तपसिल बमोजिमका सूचना तथा संदेश उत्पादन तथा प्रसारण सम्बन्धी कार्य सञ्चालन भएका छन् ।

तालिका नं ३१ : आ.व. २०८०/८१ मा सञ्चालन भएका सूचना तथा सञ्चार सम्बन्धी कार्यक्रमको विवरण

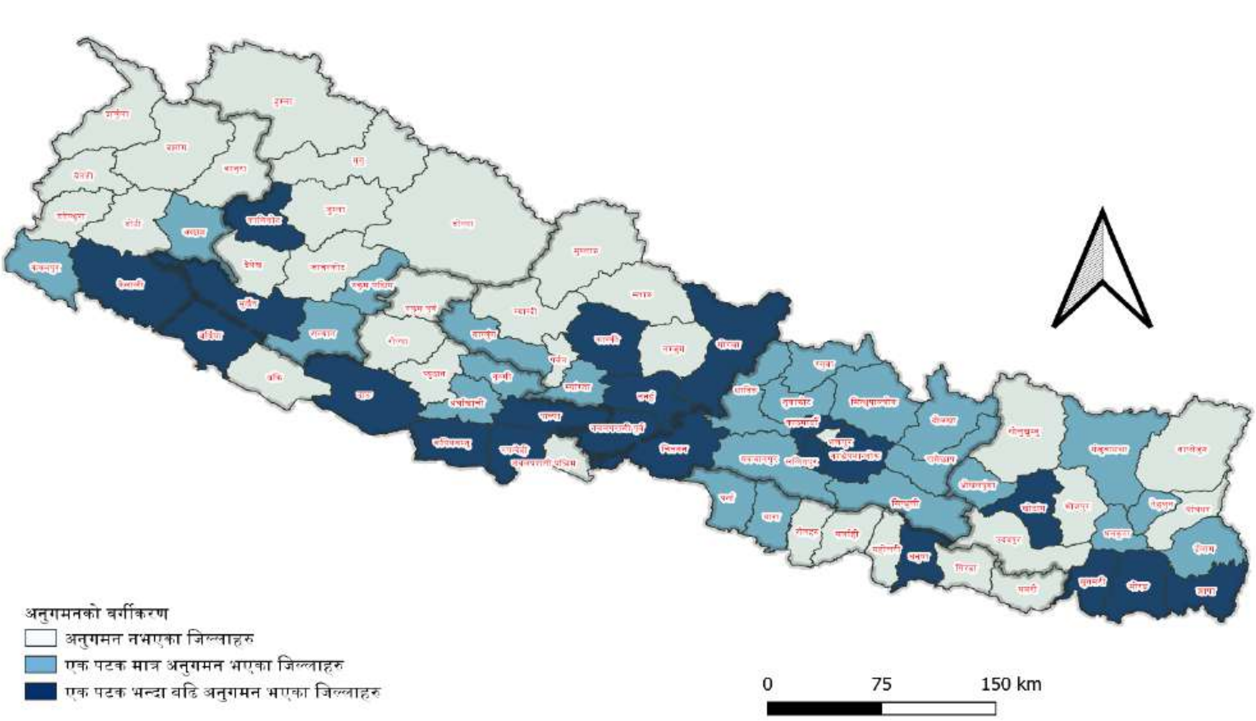
क्र.स.	कार्यक्रमको नाम	प्रगति(पटक/सङ्ख्या)	प्रयोजन
१	Online पत्रिकाबाट चेतनामुलक सन्देश प्रसारण	चौथो त्रैमासिक	अनलाईन माध्यमबाट आम नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमाबारे सचेतना अभिवृद्धि गर्न ।
२	छापा पत्रपत्रिकाबाट चेतनामुलक सन्देश प्रसारण	सवै त्रैमासिक	छापा पत्रिकाको माध्यमबाट आम नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमाबारे सचेतना अभिवृद्धि गर्न ।
३	सञ्चारकर्मिहरुसंग अन्तरक्रिया कार्यक्रम	३ पटक	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड मार्फत् सञ्चालित सम्पुर्ण क्रियाकलापहरुको सञ्चालनको अवस्था आम नागरिक तथा सरोकारवाला निकायमा सञ्चारकर्मी मार्फत् सम्प्रेषण गराउन ।

श्रोत: सूचना सञ्चार शाखा

४.९. अनुगमन तथा मूल्याङ्कन

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्दा कार्यक्रमको अवस्था बुझ्न, कार्यक्रम सञ्चालनको क्रममा देखा परेका समस्या समाधान गर्नका लागि स्वास्थ्य बीमा बोर्ड मातहतका निकाय साथै सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको पनि आवश्यकता अनुसार अनुगमन गर्ने गरिएको छ । यसबाहेक स्वास्थ्य संस्थालाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकरण वा नवीकरणको लागि तोकिएका मापदण्डबमोजिम सञ्चालित स्वास्थ्य संस्थालाई कार्यक्रममा सूचीकरण वा नवीकरण गर्नका लागि अनुगमन तथा मूल्याङ्न गर्ने व्यवस्था रहेको छ । आ.व. २०८०/८१ मा बोर्डबाट विभिन्न प्रयोजनका लागि जम्मा ४४ वटा जिल्लामा अनुगमन भएको र यसमध्ये तथ्याङ्क केलाउँदा २१ वटा जिल्लामा १ पटकभन्दा धैरै अनुगमन भएको र २३ वटा जिल्लामा १ पटक मात्र अनुगमन भएको देखिन्छ ।

चित्र नं ३१ : आ.व. २०८०/८१ मा जिल्लागत रुपमा अनुगमनको विवरण



श्रोत: अनुगमन शाखा

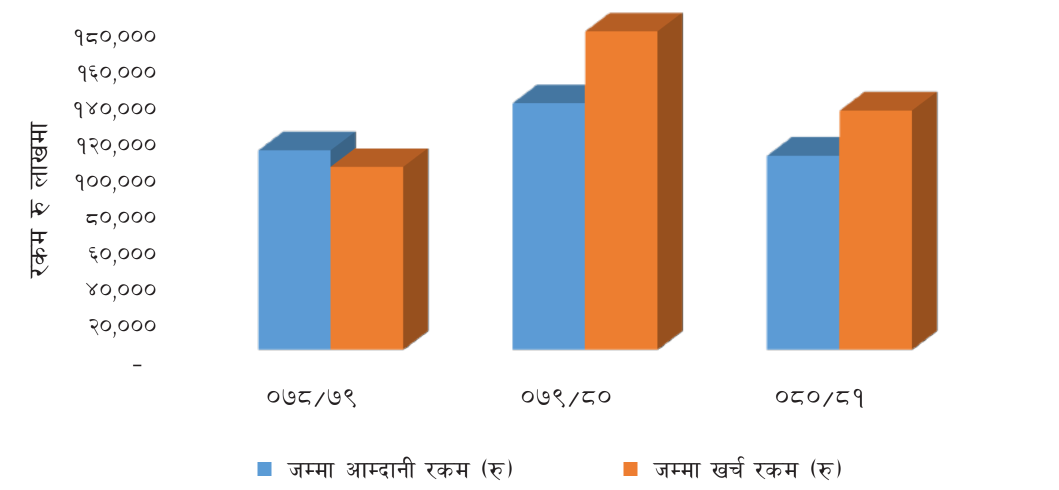
४.१०.आय व्यय

४.१०.१ आम्दानी र खर्चको विवरण

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा नागरिकलाई बीमा कार्यक्रममा आबद्ध हुन् योगदान रकम तिर्नु पर्ने व्यवस्था रहेको छ साथै नेपाल सरकारबाट पनि सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी दिने प्रयोजनार्थ स्वास्थ्य बीमा कोषमा जम्मा हुने गरी स:शर्त अनुदान प्राप्त हुने गर्दछ सो रकम आ.व. २०७७/७८ देखि स्वास्थ्य बीमा कोष सञ्चालन तथा व्यवस्थापन सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ स्वीकृत भए पश्चात बीमितबाट उठेको योगदान रकम, नेपाल सरकारबाट प्राप्त स:शर्त अनुदान रकम र अन्य आय कोषको बैंक खातामा जम्मा गरेर त्यहीबाट खर्च हुदै आएको छ।

आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म आम्दानी रकम र खर्च रकम सहितको विवरण तल उल्लेख भए बमोजिम प्रस्तुत गरिएको छ।

चित्र नं ३२ : आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म आम्दानी र खर्चको अवस्था



श्रोत:आर्थिक प्रशासन शाखा

तालिका नं ३२: आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्म आम्दानी र खर्चको विवरण

(रकम रु लाखमा)

आ.व.	जम्मा आम्दानी रकम (रु)	जम्मा खर्च रकम (रु)
०७८/७९	१,०९,६९८	१,००,५९७
#०७९/८०	१,३५,६८०	१,७५,२१४
०८०/८१	१,०६,७१०	१,३१,६०५
जम्मा	**३,५२,०८८**	**४,०७,४१७**

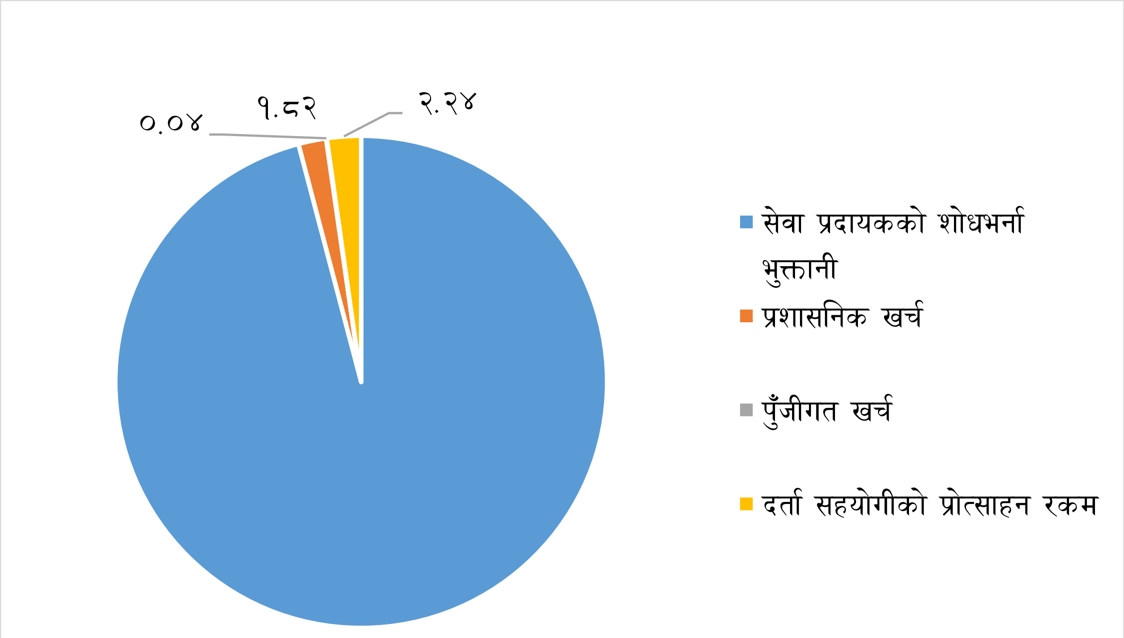
श्रोत: आर्थिक प्रशासन शाखा

#आर्थिक बर्ष २०७९/८० मा नेपाल सरकारबाट विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रमको लागि समेत रकम विनियोजन भएर सोहि कार्यक्रममा खर्च भएको।

४.१०.२. आ.व. २०८०/८१ को कुल खर्चको बाँडफाँड

आ.व. २०८०/८१ मा भएको कुल खर्चलाई विभिन्न खर्चमा वर्गीकरण गरेर हेर्दा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको शोधभर्नामा सबैभन्दा धेरै ९५.८९% खर्च भएको त्यस्तै क्रमश: दर्ता सहयोगीको प्रोत्साहन तर्फ २.२४% , प्रशासनिक खर्च तर्फ १.८२% र पुँजीगत खर्च तर्फ ०.०४% खर्च रहेको छ।

चित्र नं ३३ : आ.व. २०८०/८१ को खर्चको बाँडफाँड (प्रतिशत)



श्रोतःबीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं ३३ : आ.व. २०८०/८१ को खर्चको विवरण

(रकम रु लाखमा)

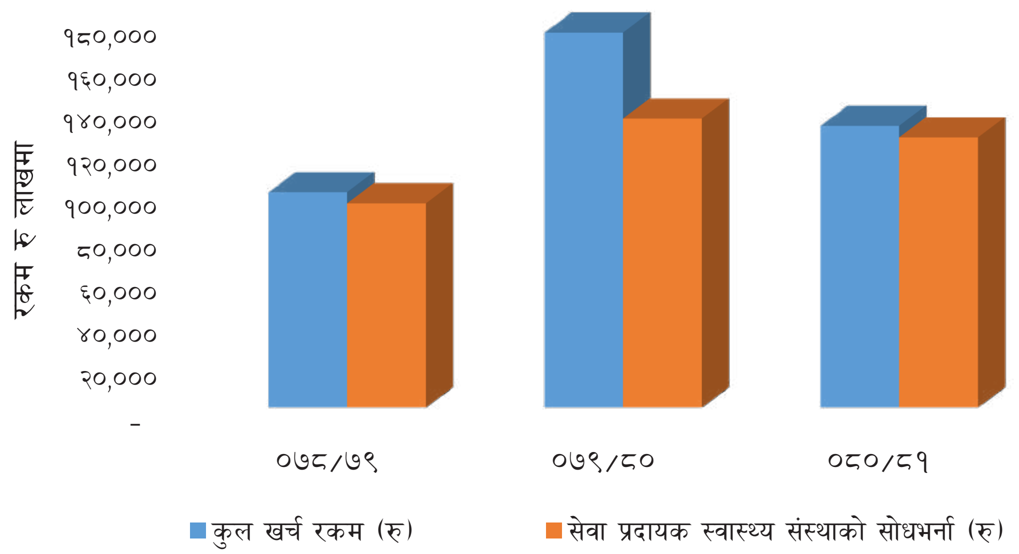
खर्च शिर्षक	खर्च रकम (रु)
सेवा प्रदायकको शोधभर्ना भुक्तानी	१,२६,२०१
प्रशासनिक खर्च	२,४०१
पुँजीगत खर्च	५४
दर्ता सहयोगीको प्रोत्साहन रकम	२,९५०
जम्मा	१,३१,६०५

श्रोतः आर्थिक प्रशासन शाखा

४.१०.३. सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको भुक्तानीको विवरण

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सुचिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले बीमितलाई सेवा प्रवाह पश्चात सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुले गरेको दाबीको नियमित दाबी व्यवस्थापन शाखामा रुजु गरी सूचना प्रविधि शाखाबाट मूल्याङ्कन गरी भुक्तानी हुने गर्दछ। बोर्डको खर्च रकमलाई विश्लेषण गर्दा अधिकांश खर्च सेवा प्रदायकको सोधभर्नामा हुने देखिन्छ।

चित्र नं ३४ : आर्थिक बर्ष अनुसार कुल खर्च मध्ये सेवा प्रदायकको भुक्तानी



स्रोत : आर्थिक प्रशासन शाखा

तालिका नं ३४ : आ.व. अनुसार कुल खर्च मध्ये सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको भुक्तानीको विवरण

(रकम रु लाखमा)

आ.व.	कुल खर्च रकम (रु)	सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको सोधभर्ना (रु)
०७८/७९	१,००,५९७	९५,३५३
#०७९/८०	१,७५,२१४	१,३५,००४
०८०/८१	१,३१,६०५	१,२६,२०१
जम्मा	**४,०७,४१७**	**३,५६,५५८**

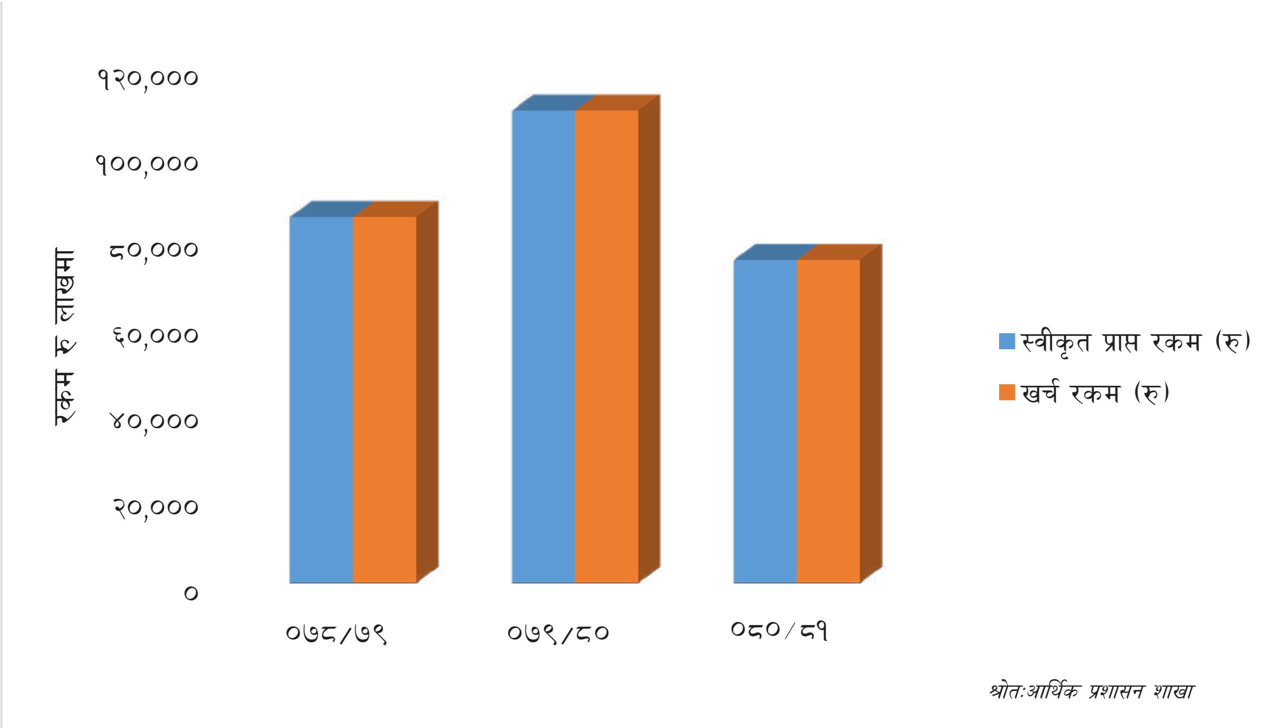
श्रोत: आर्थिक प्रशासन शाखा

#आ.व. २०७९/८० को कुल खर्च मध्ये रु ३४,७८० (रकम रु लाखमा) विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रमतर्फ स्वास्थ्य संस्थाको सोधभर्ना भुक्तानी भएको हुँदा सो आर्थिक बर्ष अन्य बर्षको तुलनामा खर्च धेरै हुन् गएको।

४.१०.४. नेपाल सरकारबाट स्वीकृत प्राप्त रकमको खर्चको अवस्था

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थालाई भुक्तानी दिने प्रयोजनका लागि नेपाल सरकारबाट अनुदान प्राप्त हुने व्यवस्था रहेको छ। आ.व. २०७८/७९ देखि आ.व. २०८०/८१ सम्ममा नेपाल सरकारबाट स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थालाई भुक्तानीको लागि विनियोजन भएको रकम शतप्रतिशत नै खर्च भएको छ भने आर्थिक बर्ष २०७९/८० मा विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रमको लागि विनियोजन भएको रकम मध्ये रु ८१,५९१।- खर्च नभई नेपाल सरकारलाई फिर्ता पठाईएको छ।

चित्र नं ३५ : नेपाल सरकारबाट स्वीकृत प्राप्त रकमको खर्चको अवस्था



तालिका नं ३५ : नेपाल सरकारबाट स्वीकृत प्राप्त रकमको खर्चको अवस्था

(रकम रु लाखमा)

आ.व.	स्वीकृत प्राप्त रकम (रु)	खर्च रकम (रु)
०७८/७९	८५,०००	८५,०००
०७९/८०	१,०९,७८१	१,०९,७८०
०८०/८१	७५,०००	७५,०००
जम्मा	**२,६९,७८१**	**२,६९,७८०**

श्रोत: आर्थिक प्रशासन शाखा

अध्याय-५

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको समस्या,चुनौती तथा समाधानका उपाय

५.१. समस्या, चुनौती तथा समाधानका उपाय

नेपालमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सबै नागरिकलाई सर्वव्यापी र सुलभ स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दै वित्तीय सुरक्षा सुनिश्चित गर्न लक्षित एक महत्वपूर्ण पहल हो। वि.स.२०७२ मा सुरु भएको यो कार्यक्रमले आजको दिनमा आइपुग्दासम्म धैरै समस्या र चुनौतिहरुको सामना गर्दै समाधानको पहल गरी आगाडि बढीरहेको छ र स्वास्थ्य बीमाको दिगो सफलताको लागि सबै सरोकारवालाहरुको संयुक्त योगदानको आवश्यकता देखिन्छ।

आ.व. २०८०/८१ मा कार्यक्रमको योजना, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गर्ने सन्दर्भमा महसुस भएका मुख्य समस्या तथा चुनौतीलाई वर्गीकरण गरी निम्न तालिकामा प्रष्ट पार्ने प्रयास भएको छ। साथै ती समस्या र चुनौतीहरुको संभावित समाधान र त्यस कार्यमा जिम्मेवार निकाय सहितको विवरण उल्लेख गरिएको छ।

क्र.स.	प्रमुख समस्या/चुनौतीहरु	समाधानको उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
नेपाल सरकार र सम्बद्ध निकायसंग सम्बन्धित			
१	स्वास्थ्य बीमा बोर्डको स्थायी संगठनिक संरचना र स्थायी दरबन्दी स्वीकृत हुन नसकेको।	स्वास्थ्य बीमा बोर्डको स्थायी संगठन संरचना र स्थायी दरबन्दी यथाशिघ्र स्वीकृत हुनु पर्ने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, नेपाल सरकार
२	सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रम छरिएर रहेको हुँदा दोहोरोपना भएको।	दोहोरोपना हटाउन छरिएर रहेका सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रमहरु एकीकृत गरी स्वास्थ्य बीमा मार्फत् सञ्चालन हुनु पर्ने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, नेपाल सरकार
३	देशभरका सरकारी, गैरसरकारी लगायत सबै सङ्गठित क्षेत्र, बाल सुधार गृह, वृद्धाश्रम, अनाथालय लगायत अन्य संस्थामा आश्रित व्यक्ति, प्रचलित कानुन बमोजिम राष्ट्रसेवक व्यक्ति, वैदेशिक रोजगारमा जाने व्यक्तिको परिवारलाई बीमाको दायरा भित्र समेट्न नसकेको।	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई दिगो रुपमा सञ्चालन गर्नका लागि सबै क्षेत्रलाई कार्यक्रममा अनिवार्य आबद्ध गराउनु पर्ने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, नेपाल सरकार
४	प्रत्येक वर्ष कार्यक्रममा लक्षित वर्ग/सेवा ग्राहीको आबद्धता बढे अनुसार अनुदानको रकमको सिलिंग उपलब्ध हुन नसकेको।	बीमितको आबद्धता, सेवा प्रयोगकर्ता र रोगको भारको आधारमा अनुदान रकममा वृद्धि हुनु पर्ने।	अर्थ मन्त्रालय, नेपाल सरकार
५	अन्तर सरकारी समन्वय तथा सहकार्यमा समस्या।	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यन्वयनमा तिनै तहको सरकारको सहकार्य हुनु पर्ने ।	नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार र स्थानीय तह
६	सबै जिल्लामा गरीवी पहिचान नहुँदा अति गरिब र विपन्नलाई बीमा सेवा सहज हुन् नसकेको।	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा समतामूलक आबद्धताको लागि सबै जिल्लाहरुमा अति गरिब वर्गको पहिचान गरिनु पर्ने।	नेपाल सरकार।
स्वास्थ्य बीमा बोर्डसँग सम्बन्धित			
१	संघ, प्रदेश तथा स्थानीय तहमा सिप मिश्रित कर्मचारी अभाव भएको हुदाँ प्रभावकारी काम गर्न कठिनाइ भएको।	दक्ष कर्मचारीको व्यवस्थापन र कार्यरत कर्मचारीको क्षमता अभिवृद्धि गर्नु पर्ने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

क्र.स.	प्रमुख समस्या/चुनौतीहरु	समाधानको उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
२	समयमा दाबी परिक्षण र सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी गर्न समस्या।	वैज्ञानिक दाबी परिक्षण र मूल्याङ्कनको व्यवस्था गर्ने स्वचालित प्रविधि वा तेस्रो पक्षबाट दाबी परिक्षण गर्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्ने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
३	बीमितलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितता हुन नसक्दा स्वास्थ्य बीमा प्रति बीमितको असन्तुष्टि बढ्न गएको।	सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुको नियमन तथा अनुगमन, कोचिङ तथा मेन्टरिङ गर्नु पर्ने साथै सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको जिम्मेवारी र जवाफदेहिता अभिवृद्धि गर्नु पर्ने ।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था
४	समय सापेक्ष बोर्डको बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली स्तरुन्नती हुन् नसकेको।	बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (OpenIMIS) मा देखिएका समस्याहरुलाई पहिचान गरी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई विधुतीय प्रविधि मैत्री बनाउन आवश्यक सुधार गर्ने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
५	प्रथम सेवा बिन्दुको अपर्याप्तता र सहज रुपमा प्रेषण सेवा प्राप्त गर्न समस्या।	प्रथम सेवा बिन्दुको रुपमा सेवा प्रदान गर्ने सेवा प्रदायक संस्थाहरुलाई प्राथमिकताका साथ सूचीकरण गर्ने।	स्थानीय सरकार र स्वास्थ्य बीमा बोर्ड।
सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थासंग सम्बन्धित			
१	औचित्यपूर्ण रोगको निदान, उपचार र प्रेषणको व्यवस्थापनमा कमी।	सेवा प्रदायक संस्थाको क्षमता अनुसारको सेवा प्रदान गर्ने ,सुविधाको थैलीमा रहेको प्रावधानलाई सही किसिमले सदुपयोग गर्ने।	सम्पूर्ण सेवा प्रदायक संस्थाहरु
२	स्वास्थ्य बीमा बोर्डले तोके अनुसारको सुविधा थैलीमा उल्लेखित सम्पूर्ण औषधी र औषधीजन्य सामग्रीहरु सेवा प्रदायक संस्थाबाट उपलब्ध नभएको।	सम्पूर्ण स्वास्थ्य बीमामा सूचीकृत सेवा प्रदायक संस्थाहरुले संस्थाको तह अनुसार सुविधाको थैलीमा उल्लेखित औषधी तथा सामाग्री सहितका फार्मेसी सेवा सञ्चालन गर्ने।	सम्पूर्ण सेवा प्रदायक संस्थाहरु
३	स्वास्थ्य संस्थाहरूमा डिजिटल प्रविधि नभएका/ कमजोर भएको कारण समयमा Real Time दाबी गर्न समस्या भएको।	सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले EMR को व्यवस्था गरी API को प्रयोग मार्फत् Real Time दाबी प्रविष्ट गर्ने व्यवस्था मिलाउने।	सम्पूर्ण सेवा प्रदायक संस्थाहरु
४	सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था मार्फत् गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्न कठिनाई भएको।	सेवा प्रदायक संस्थाहरुले सहजै सेवा प्राप्त गर्ने वातावरण सृजना गर्ने ,सहायता कक्षको व्यवस्था गर्ने ,उचित प्रकारले रोग निदान,उपचार र परामर्श दिने,नागरिक वडापत्र,गुनासो सुनुवाई/पेटिकाको व्यवस्था गरी बीमितलाई परामर्श र उपचारमा सहजता ल्याउने ।	सम्पूर्ण सेवा प्रदायक संस्थाहरु।
स्वास्थ्य सेवाग्राहीसंग सम्बन्धित			
१	सेवाग्राहीले अनावश्यक रुपमा स्वास्थ्य सेवाको प्रयोग गरेको र रोगको निदान, उपचार र प्रेषण सेवामा सेवा प्रदायक संस्थालाई दबाव दिने गरेको।	सेवाग्राहीलाई बीमा कार्यक्रमसंग सम्बन्धित सचेतनामुलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने।	स्थानीय सरकार र स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
२	सेवा लिनका लागि केहि सेवाग्राहीबाट दोहोरो बीमा दर्ता गर्ने, नक्कली सेवाग्राहीको रुपमा सेवा लिने र नक्कली सेवाग्राहीको रुपमा आबद्ध हुने प्रवृति देखिएको।	दर्ता सहयोगी ,दर्ता अधिकारी र सेवाग्राहीलाई नियमानुसर दर्ता ,नवीकरण र दर्ता प्रबिष्टीका लागि नियमित अनुगमन ,समीक्षा र कार्यक्रम सम्बन्धमा वहस पैरवी गर्ने।	स्थानीय सरकार र स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

अध्याय-६

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहयोग गर्ने विकास साझेदार निकायहरुको विवरण

६.१ GIZ (Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH):

GIZ ले सन् २०१३ देखि स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई मुख्य प्रक्रियाहरू जस्तै दर्ता, बीमित व्यवस्थापन, वित्तीय व्यवस्थापन, सूचना प्रणाली तथा स्वास्थ्य बीमामा तथ्याङ्क विश्लेषण तथा अनुसन्धानका निष्कर्षहरूको प्रयोग गरी प्राविधिक सहयोग गर्दै आएको छ। स्वास्थ्य बीमा बोर्डको संगठनात्मक संरचना सुदृढीकरणका लागि पनि GIZ ले उल्लेख्य भूमिका निर्वाह गरेको छ। स्वास्थ्य बीमा बोर्डका केन्द्रीय, प्रादेशिक र स्थानीय संरचनाहरूको लागि M&E framework, निर्देशिका र प्रतिवेदन फारम तथा चेकलिष्ट र मुख्य कार्यसम्पादन सूचकहरू (KPIs) विकास गर्न, Projection modelling सहितको बीमांकिक विश्लेषण (Actuarial Analysis) गरी प्रतिवेदन तयार गर्न, दाबी व्यवस्थापन , वित्त व्यवस्थापनमा पनि यसले सहकार्य गरेको देखिन्छ। बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (openIMIS) अन्तर्गत नेपालमा २०१६ देखि कार्यान्वयनमा रहेको openIMIS लाई अनुकूलित बनाउन GIZ ले निरन्तर प्राविधिक सहयोग प्रदान गरेको छ।

GIZ ले प्रदान गरेका अन्य सेवाहरू यसप्रकार छन्:

- स्वास्थ्य बीमासंग सम्बन्धित विषयहरूमा नीति संक्षेप तयार,
- आधारभूत स्वास्थ्य सेवा (BHSP) तथा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सुविधा थैलीको अध्ययन गरी प्याकेजहरु एकीकृत गर्ने सम्बन्धमा सुझाव सहितको प्रतिवेदन तयार,
- स्वास्थ्य बीमा ऐन र नियमावलीहरूको संशोधनका लागि आवश्यक प्राविधिक सल्लाह प्रदान,
- तथ्याङ्क उपलब्धता सम्बन्धि कार्यविधि, २०८१ विकासमा सहयोग,
- नियमित तथ्याङ्क विश्लेषण र सोको प्रयोगलाई सुदृढ गर्न सांख्यिकीय विश्लेषण सफ्टवेयर Stata/MP18 को खरिद साथ-साथै आधारभूत Stata तालिम प्रदान,
- सबै प्रदेशका प्रदेश संयोजक र दर्ता अधिकारीहरूको क्षमता विकासका लागि विभिन्न प्राविधिक विषयमा तालिम साथै वार्षिक समीक्षा गोष्ठी आयोजना र सञ्चालनमा सहयोग,
- नीतिगत तहमा छलफल र संवादमार्फत् स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको लागि पैरवी,

६.२. Asian Development Bank (ADB)

एसियाली विकास बैंकबाट स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सम्बन्धी विभिन्न अध्ययन, अनुसन्धानका कार्यमा आर्थिक तथा प्राविधिक सहयोग निरन्तर रुपमा प्राप्त हुँदै आएको छ।

६.३. अन्य

विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO), विश्व बैंक लगायत निकायले पनि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा प्रत्यक्ष अप्रत्यक्ष रुपमा सहयोग गरेको देखिन्छ।

अनुसूचीहरू

अनुसूची १: आ.व. २०८०/८१ को जिल्लागत रुपमा क्रियाशील जनसङ्ख्या र नवीकरण दर

क्र.स.	प्रदेश	जिल्ला	राष्ट्रिय जनगणना २०७८ अनुसार जिल्लागत जनसङ्ख्या	आ.व. २०८०/८१ को कुल क्रियाशील बीमित	२०७८ को जनगणनाको जनसङ्ख्याको आधारमा कुल क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्याको प्रतिशत	आ.व. २०८०/८१ मा नवीकरण गर्ने बीमितको सङ्ख्या	जनसङ्ख्या नवीकरण प्रतिशत
१.	कोशी	भोजपुर	१,५७,९२३	१८,९५७	१२	१५,४०६	४०
२.		धनकुटा	१,५०,५९९	३१,०२९	२१	२३,३२६	५८
३.		इलाम	२,७९,५३४	१,०३,६५८	३७	९०,८१०	६१
४.		झापा	९,९८,०५४	४,४८,१५३	४५	३,९४,४००	५८
५.		खोटाङ	१,७५,२९८	३०,९०४	१८	२६,७९६	४६
६.		मोरङ	११,४८,१५६	३,३३,७७८	२९	२,८०,२६०	५४
७.		ओखलढुंगा	१,३९,५५२	३७,४७०	२७	३२,७८०	७४
८.		पांचथर	१,७२,४००	१९,४६३	११	१४,०२९	४८
९.		संखुवासभा	१,५८,०४१	३१,१७३	२०	२२,२२९	५४
१०.		सोलुखुम्बु	१,०४,८५१	७,६७३	७	६,२७१	५६
११.		सुनसरी	९,२६,९६२	३,०५,१८७	३३	२,४९,७९६	५०
१२.		ताप्लेजुङ	१,२०,५९०	७,३०३	६	६,०८४	४२
१३.		तेह्रथुम	८८,७३१	१३,११६	१५	८,९३०	५९
१४.		उदयपुर	३,४०,७२१	४८,७४१	१४	३४,५२४	५८
१५.	मधेश	बारा	७,६३,१३७	५२,३७०	७	३५,४२९	६२
१६.		धनुषा	८,६७,७४७	३८,३००	४	२५,८८०	५६
१७.		महोत्तरी	७,०६,९९४	३३,०७८	५	१८,६८२	४८
१८.		पर्सा	६,५४,४७१	५३,८३४	८	३६,६८८	४७
१९.		रौतहट	८,१३,५७३	५३,२६०	७	३६,४६४	५१
२०.		सप्तरी	७,०६,२५५	५३,३९७	८	३८,६४४	४६
२१.		सर्लाही	८,६२,४७०	३२,९६९	४	१९,७९०	६०
२२.		सिरहा	७,३९,९५३	४६,४४५	६	३६,७०५	३२

क्र.स.	प्रदेश	जिल्ला	राष्ट्रिय जनगणना २०७८ अनुसार जिल्लागत जनसङ्ख्या	आ.व. २०८०/८१ को कुल क्रियाशील बीमित	२०७८ को जनगणनाको जनसङ्ख्याको आधारमा कुल क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्याको प्रतिशत	आ.व. २०८०/८१ मा नवीकरण गर्ने बीमितको सङ्ख्या	जनसङ्ख्या नवीकरण प्रतिशत
२३.	बागमती	भक्तपुर	४,३२,१३२	१,९४,४२९	४५	१,६६,१४१	६९
२४.		चितवन	७,१९,८५९	३,६७,४८५	५१	३,००,६८४	६३
२५.		धादिंग	३,२५,७१०	६१,१३८	१९	३२,७३८	६९
२६.		दोलखा	१,७२,७६७	२७,१९४	१६	१४,४१५	५०
२७.		काठमाडौँ	२०,४१,५८७	१,६३,८७५	८	५२,९२५	७३
२८.		काभ्रेपलान्चोक	३,६४,०३९	१,३५,३५२	३७	१,०८,२५८	६९
२९.		ललितपुर	५,५१,६६७	६२,९२६	११	१८,११८	७३
३०.		मकवानपुर	४,६६,०७३	१,४३,६६२	३१	१,२२,१९६	५८
३१.		नुवाकोट	२,६३,३९१	५६,५७२	२१	३८,९२१	६९
३२.		रामेछाप	१,७०,३०२	४२,३०६	२५	२९,६१४	५१
३३.		रसुवा	४६,६८९	१४,४३२	३१	१२,१५६	८६
३४.		सिन्धुली	३,००,०२६	४७,२१५	१६	३६,५२८	३४
३५.		सिन्धुपाल्चोक	२,६२,६२४	४७,९६७	१८	२७,९७८	६६
३६.	गण्डकी	बागलुङ	२,४९,२११	७४,५२४	३०	५६,७६४	५३
३७.		गोरखा	२,५१,०२७	७७,०११	३१	५६,९७०	५९
३८.		कास्की	६,००,०५१	१,९९,२६७	३३	१,५८,७७८	६२
३९.		लम्जुङ	१,५५,८५२	३६,८८२	२४	२६,७४५	६९
४०.		मनाङ	५,६५८	२२१	४	१६८	३२
४१.		मुस्ताङ	१४,४५२	१,११८	८	९४८	५९
४२.		म्याग्दी	१,०७,०३३	२२,३७१	२१	१८,६६४	५७
४३.		नवलपरासी (सु .व.पूर्ब)	३,७८,०७९	१,१२,८४१	३०	८०,०५४	७१
४४.		पर्बत	१,३०,८८७	३४,८९७	२७	२५,५२१	७०
४५.		स्याङ्जा	२,५३,०२४	१,१०,७६४	४४	९४,५८९	७१
४६.		तनहुँ	३,२१,१५३	८६,०७१	२७	६६,७५४	५५

क्र.स.	प्रदेश	जिल्ला	राष्ट्रिय जनगणना २०७८ अनुसार जिल्लागत जनसङ्ख्या	आ.व. २०८०/८१ को कुल क्रियाशील बीमित	२०७८ को जनगणनाको जनसङ्ख्याको आधारमा कुल क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्याको प्रतिशत	आ.व. २०८०/८१ मा नवीकरण गर्ने बीमितको सङ्ख्या	जनसङ्ख्या नवीकरण प्रतिशत
४७.	लुम्बिनी	अर्घाखाची	१,७७,०८६	४३,९८९	२५	३८,४८०	४८
४८.		बाँके	६,०३,१९४	४३,५३१	७	३४,२०७	५०
४९.		बर्दिया	४,५९,९००	४५,४४७	१०	३६,०७२	२८
५०.		दाङ	६,७४,९९३	४३,५७२	६	२७,५७०	६६
५१.		गुल्मी	२,४६,४९४	७०,६८४	२९	६३,८९८	६०
५२.		कपिलबस्तु	६,८२,९६१	५४,०५७	८	३३,९१५	३५
५३.		नवलपरासी (सु .व पश्चिम)	३,८६,८६८	३५,७१३	९	२५,५२२	६१
५४.		पाल्पा	२,४५,०२७	१,३२,१८०	५४	१,२६,७०५	५४
५५.		प्युठान	२,३२,०१९	२५,९९३	११	२०,४४३	३२
५६.		रोल्पा	२,३४,७९३	१६,६९०	७	१२,०३८	३२
५७.		रुकुम पूर्ब	५६,७८६	३,९३७	७	२,१६३	२६
५८.		रुपन्देही	११,२१,९५७	१,१७,६९२	१०	८२,४८४	५४
५९.	कर्णाली	दैलेख	२,५२,३१३	२३,७४०	९	१५,८५६	५६
६०.		डोल्पा	४२,७७४	१,५७८	४	१,४३१	३०
६१.		हुम्ला	५५,३९४	१,१९४	२	८५१	५
६२.		जाजरकोट	१,८९,३६०	१३,४७८	७	९,७६९	२०
६३.		जुम्ला	१,१८,३४९	४१,३८८	३५	३४,८२०	४०
६४.		कालिकोट	१,४५,२९२	८,८८७	६	६,५४१	१३
६५.		मुगु	६४,५४९	४,२६९	७	१,७७५	२५
६६.		रुकुम पश्चिम	१,६६,७४०	३८,४४६	२३	३२,४७०	४२
६७.		सल्यान	२,३८,५१५	११,३९३	५	७,२०८	५८
६८.		सुर्खेत	४,१५,१२६	६७,८३८	१६	५१,०३०	५२
६९.	सुदूरपश्चिम	अछाम	२,२८,८५२	१५,५२५	७	१२,८३१	२३
७०.		बैतडी	२,४२,१५७	१६,२२२	७	१३,५३६	५८
७१.		बझाङ्ग	१,८९,०८५	९,४३२	५	७,१६८	१८

क्र.स.	प्रदेश	जिल्ला	राष्ट्रिय जनगणना २०७८ अनुसार जिल्लागत जनसङ्ख्या	आ.व. २०८०/८१ को कुल क्रियाशील बीमित	२०७८ को जनगणनाको जनसङ्ख्याको आधारमा कुल क्रियाशील बीमित जनसङ्ख्याको प्रतिशत	आ.व. २०८०/८१ मा नवीकरण गर्ने बीमितको सङ्ख्या	जनसङ्ख्या नवीकरण प्रतिशत
७२.		बाजुरा	१,३८,५२३	५,९१६	४	४,०५१	१२
७३.		डडेल्धुरा	१,३९,६०२	१५,७६६	११	११,७१३	६०
७४.		दार्चुला	१,३३,३१०	१०,३६५	८	६,३३२	५३
७५.		डोटी	२,०४,८३१	१७,५२२	९	११,४७६	७८
७६.		कैलाली	९,०४,६६६	१,१५,५५३	१३	९५,०३७	३४
७७.		कञ्चनपुर	५,१३,७५७	३९,४३८	८	३२,६६६	५७
जम्मा			२,९१,६४,५७८	५०,१२,२१३	१७	३८,६०,६०८	५४

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

अनुसूची २: प्रदेशगत रुपमा ICD का उच्च १० रोगको दाबीको विवरण

कोशी प्रदेश					
क्र.स.	उच्च १० रोगको नाम	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत
१	Unknown and unspecified causes of morbidity	२,३५,९२७	१०.६	२९,०६,३४,५४०	६.६
२	Essential hypertension	१,८२,८३७	८.२	२५,९९,४३,६५८	५.९
३	Type 2 diabetes mellitus	१,८२,२२५	८.२	४२,८९,१२,६६८	९.७
४	Abdominal or pelvic pain	६०,६९७	२.७	११,५०,४९,५४४	२.६
५	Fever of other or unknown origin	५१,१७६	२.३	१०,६५,८७,९८८	२.४
६	Chronic obstructive pulmonary disease	४४,६३६	२.०	१३,३८,०६,८३९	३.०
७	Hypothyroidism	३९,२८३	१.८	७,६३,५२,०२९	१.७
८	Pain in joint	३३,६७१	१.५	६,२७,६८,६४८	१.४
९	Low back pain	३०,७६७	१.४	५,६८,४९,१३४	१.३
१०	General examination or investigation of persons without complaint or reported diagnosis	२८,८७९	१.३	२,९२,६९,३५७	०.७
	जम्मा	८,९०,०९८	३९.८		३५.२

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

मधेश प्रदेश					
क्र.स .	उच्च १० रोगको नाम	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत
१	Essential hypertension, unspecified	१७,५२९	७.४	३,०१,६२,१५०	६.९
२	Type 2 diabetes mellitus	१६,५४९	६.९	३,४५,८५,६८३	७.९
३	Chronic obstructive pulmonary disease	८,९३३	३.८	१,८७,७५,६४०	४.३
४	Fever of other or unknown origin	६,४८५	२.७	७७,२९,६३९	१.८
५	Pain, unspecified	५,३६५	२.३	६७,९६,६५६	१.६
६	Cough	५,०७१	२.१	५९,७९,१५९	१.४
७	Essential hypertension	४,९३४	२.१	४५,४४,३३७	१.०

मधेश प्रदेश					
क्र.स .	उच्च १० रोगको नाम	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत
८	Impairment of colour vision	४,९०१	२.१	२९,४५,८३६	०.७
९	Symptom or complaint of glasses	४,४७२	१.९	५२,२३,८६८	१.२
१०	Pain disorders, unspecified	४,४०३	१.८	३५,७०,५४६	०.८
	जम्मा	७८,६४२	३३.०	१२,०३,१३,५१४	२७.५

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

बागमती प्रदेश					
क्र.स .	उच्च १० रोगको नाम	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत
१	Essential hypertension	१,८८,२९९	८.३	२९,२०,००,२४९	५.६
२	Type 2 diabetes mellitus	१,५९,२१२	७.०	३६,८७,५१,६२८	७.१
३	Abdominal or pelvic pain	६६,५४२	२.९	१२,८९,६७,१३०	२.५
४	Chronic obstructive pulmonary disease	५७,६८३	२.५	१६,५२,५५,६४३	३.२
५	Disorders of refraction	५३,३५८	२.३	७,५०,३३,५५४	१.४
६	Hypothyroidism	५३,१३१	२.३	११,१५,८६,१११	२.२
७	Fever of other or unknown origin	५२,३५७	२.३	११,३०,००,८४१	२.२
८	Dental caries	४८,५८८	२.१	३,१८,२७,३७५	०.६
९	Pain disorders	३८,०९३	१.७	४,७१,५६,८८५	०.९
१०	Pain in joint	३७,५१२	१.७	७,८३,३१,६९३	१.५
	जम्मा	७,५४,७७५	३३.२	१,४१,१९,११,१०९	२७.३

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

गण्डकी प्रदेश					
क्र.स.	उच्च १० रोगको नाम	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत
१	Essential hypertension	८९,०९०	९.१	११,२१,९७,१८१	६.८
२	Type 2 diabetes mellitus	६०,७२२	६.२	१२,३५,९७,५१४	७.५
३	Secondary hypertension	३४,४१३	३.५	४,४७,०६,९०८	२.७
४	Headache, not elsewhere classified	३४,०८१	३.५	२,५४,१४,९४६	१.५
५	Abdominal or pelvic pain	३३,०६२	३.४	५,२२,०४,७५९	३.२
६	Chronic obstructive pulmonary disease	२८,७०९	२.९	८,३५,९५,६४२	५.१
७	Hypothyroidism	२४,२३१	२.५	३,६१,५२,७७५	२.२
८	Fever of other or unknown origin	२१,९८५	२.३	४,१३,७९,२५७	२.५
९	Hypertensive heart disease	२१,५१४	२.२	४,१७,०७,८१९	२.५
१०	Gastritis	२१,२६१	२.२	२,९८,७९,१७०	१.८
	जम्मा	**३,६९,०६८**	**३७.९**	**५९,०८,३५,९७१**	**३५.८**

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

लुम्बिनी प्रदेश					
क्र.स .	उच्च १० रोगको नाम	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत
१	Essential hypertension	७६,५५८	१०.९	१०,४७,७८,१२५	८.२
२	Type 2 diabetes mellitus	४९,७३२	७.१	१०,७१,२९,२४३	८.४
३	Chronic obstructive pulmonary disease	२२,०११	३.१	६,५५,८८,९८२	५.१
४	Hypothyroidism	१७,१६५	२.४	२,९९,३१,९५५	२.३
५	Cough	१५,१६७	२.२	१,८३,४५,९०३	१.४

लुम्बिनी प्रदेश					
क्र.स .	उच्च १० रोगको नाम	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत
६	Gastritis	१४,७५१	२.१	१,७५,७०,३८१	१.४
७	Hypertensive heart disease	१४,००४	२.०	२,२८,७२,३४७	१.८
८	Low back pain	१२,८६२	१.८	२,१०,४६,९९२	१.६
९	Abdominal or pelvic pain	१२,८००	१.८	२,१९,५८,०१४	१.७
१०	Secondary hypertension	१२,६७०	१.८	१,३२,८६,७१८	१.०
	जम्मा	**२,४७,७२०**	**३५.२**	**४२,२५,०८,६६०**	**३३.०**

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

कर्णाली प्रदेश					
क्र.स .	उच्च १० रोगको नाम	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत
१	Cough	१५,२३४	५.३	१,७३,६५,७१२	३.४
२	Gastritis	१२,९९५	४.५	१,८८,०७,३०२	३.७
३	Essential hypertension	१०,८०६	३.८	१,५८,१५,८७६	३.१
४	Chronic obstructive pulmonary disease	८,९५५	३.१	३,४१,४८,८३७	६.७
५	Abdominal or pelvic pain	७,९१९	२.८	१,४९,५९,५९६	२.९
६	Unknown and unspecified causes of morbidity	७,३३८	२.६	१,०१,५५,०२२	२.०
७	Type 2 diabetes mellitus	६,३९९	२.२	१,५९,२१,४५४	३.१
८	Dental caries	६,१२२	२.१	६९,५३,६१७	१.४
९	Disorders of refraction	४,९९५	१.७	५३,८७,९९७	१.१
१०	Low back pain	४,८४१	१.७	८८,१०,२३५	१.७
	जम्मा	**८५,६०४**	**२९.७**	**१४,८३,२५,६५०**	**२९.०**

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

सुदूरपश्चिम प्रदेश					
क्र.स .	उच्च १० रोगको नाम	दाबी सङ्ख्या	दाबी सङ्ख्याको प्रतिशत	दाबी रकम (रु)	दाबी रकमको प्रतिशत
१	Unknown and unspecified causes of morbidity	५२,९६८	१९.१	७,४९,२७,५७७	१६.८
२	Essential hypertension	१४,१८०	५.१	१,९३,०२,६८०	४.३
३	Pain disorders	१३,२६२	४.८	१,३६,३४,५२३	३.०
४	Chronic obstructive pulmonary disease	१२,९५३	४.७	३,१०,१८,००१	६.९
५	Type 2 diabetes mellitus	११,५५५	४.२	१,९७,८२,०९३	४.४
६	Gastritis	६,९४८	२.५	८१,२६,९४४	१.८
७	Abdominal or pelvic pain	६,२१४	२.२	१,०३,०१,३११	२.३
८	Cough	५,५४०	२.०	४८,०१,९६६	१.१
९	Low back pain	४,३८६	१.६	५१,४६,२८९	१.२
१०	Secondary hypertension	४,३०२	१.५	५५,९४,०२४	१.३
	जम्मा	१,३२,३०८	४७.६	१९,२६,३५,४८७	४३.१

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

सन्दर्भ सामग्री

- नेपालको संविधान
- स्वास्थ्य बीमा ऐन,२०७४
- जनस्वास्थ्य सेवा ऐन,२०७५
- स्वास्थ्य बीमा नियमावली,२०७५
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति,२०७१
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति,२०७६
- सोह्रौं योजना (२०८१/८२-२०८५/८६)
- स्थानीय सरकार संचालन ऐन,२०७४
- दिगो विकास लक्ष्य र स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच
- नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति योजना, २०७९/०८०-२०८७/०८८
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य वित्त रणनीति, २०८०-२०९०
- राष्ट्रिय जनगणना,२०७८
- सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा समिति (गठन) आदेश,२०७१
- दाबी समीक्षा तथा मूल्याङ्कन निर्देशिका,२०७८
- बाह्रौं त्रीबर्षीय योजना,(२०६७/६८)
- बार्षिक प्रतिवेदन स्वास्थ्य बीमा बोर्ड,आ.व. २०७९/८०
- National Health Account, 2019/2020
- Declaration of Alma-Ata, WHO,1978
- Universal Health Coverage,WHO,2015
- Sustainable Development Goals,UN, 2015

नेपालको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका विशेषता

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

बबरमहल, काठमाडौँ

फोन: ९७७-०१-४१००२२३, टोल फ्री नं: १६६०-०१-११२२४

Email:info@hib.gov.np website:www.hib.gov.np