

"तपाईंको स्वास्थ्य हाम्रो अठोट"

स्वास्थ्य बीमा रणनीतिक मार्गचित्र

२०८१/८२ – २०८६/८७



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
बबरमहल, काठमाडौं



विषयसूची

परिच्छेद १	१
१.१. पृष्ठभूमि	१
१.२. कानूनी तथा नीतिगत व्यवस्था	३
१.३. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको समीक्षा.....	३
(क) मुख्य उपलब्धि.....	३
(ख) प्रमुख समस्या.....	४
(ग) चुनौती र अवसर.....	४
१.४. मार्गचित्रको आवश्यकता र औचित्य.....	५
१.५. मार्गचित्र तर्जुमा गर्दा अपनाइएका प्रक्रिया.....	६
परिच्छेद २	७
२.१. सिद्धान्त.....	७
२.२. लक्ष्य.....	७
२.३. उद्देश्य.....	७
२.४. रणनीति.....	७
१. बोर्डको संरचनागत सुदृढीकरण तथा सुशासन ।	७
२. स्वास्थ्य बीमा ऐन तथा नियमावली परिमार्जन र आवश्यक कार्यविधि निर्माण ।	७
परिच्छेद ३	८
रणनीतिक मार्गचित्रको प्रतिफल, क्रियाकलाप, समय सिमा र जिम्मेवार निकाय	८
३.१. बोर्डको संरचनागत सुदृढीकरण तथा सुशासन.....	८
३.२. स्वास्थ्य बीमा ऐन तथा नियमावलीको परिमार्जन र आवश्यक कार्यविधिको निर्माण.....	१०
३.३. स्वास्थ्य बीमामा नागरिकको आवद्धतामा वृद्धि.....	१३
३.४. स्वास्थ्य बीमा संचालनमा दिगो वित्तीय व्यवस्थापन	१८
३.५. सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रवाह गरिने स्वास्थ्य सेवामा सुधार.....	२१

३.६. बीमा सूचना प्रविधिको सुदृढीकरण	२४
३.७. दाबी व्यवस्थापन प्रणालीको सुदृढीकरण.....	२७
३.८. अनुगमन तथा मूल्यांकन प्रणालीमा सुदृढीकरण	३०
३.९. स्वास्थ्य बीमाको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि समन्वय र सहकार्य.....	३२
Annex 1: Result Framework	३४
Annex 2: Monitoring Framework- Output Matrix	३६
Annex 3: Monitoring Framework: Outcome Matrix	७५
Annex 4: Monitoring Framework: Impact/Goal	७६

परिच्छेद १

१.१.पृष्ठभूमि

संविधानको धारा ३५ मा हरेक नेपाली नागरिकलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउने र कसैलाई पनि आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाबाट वञ्चित गरिने छैन भनी स्पष्ट व्यवस्था गरिएको छ। त्यस्तै धारा ५१ को ज (१५) मा नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा पहुँचको व्यवस्था मिलाउने भन्ने उल्लेख भएको छ। जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा ३ को उपदफा (४) मा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क रूपमा उपलब्ध गराउने भनी उल्लेख हुनुका साथै जनस्वास्थ्य सेवा नियमावली २०७७ को नियम ३ र सोही नियमावलीको अनुसूची-१ मा आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको सूची समावेश भएको छ।

सोही योजना अवधिमा नेपालीको औसत आयु ७३ वर्ष पुर्याउने, मातृ मृत्युदर ८५ प्रति लाख जीवित जन्ममा ल्याउने, नवजात मृत्युदर १३ प्रति हजार जीवित जन्ममा ल्याउने र ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको मृत्युदर २२ प्रति हजारमा झार्ने लक्ष्य राखिएको छ। सोही योजनामा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध हुने जनसंख्या ७० प्रतिशत र नविकरण दर ९० प्रतिशत पुर्याउने लक्ष्य रहेको छ। नेपालमा सर्वव्यापी स्वास्थ्य सेवाको पहुँचको सूचाङ्क सन् २०१९ मा ५९ अङ्क रहेकोमा सन् २०३० सम्म यसलाई १०० अङ्कमा पुर्याउने लक्ष्य रहेको छ। हाल कुल उपचार खर्चको हिस्सामध्ये व्यक्तिको खल्तीबाट ५४ प्रतिशत (NHA-2023) हुने गर्दछ र सन् २०३० सम्ममा यसलाई ३५ प्रतिशतमा झार्ने लक्ष्य राखिएको छ। नेपालमा गरिबीको रेखामूनि धकेलिएका मानिसको अनुपात १.७ प्रतिशत रहेको अवस्था छ र घरधुरी को कुल खर्चको १० प्रतिशतभन्दा बढी हिस्सा स्वास्थ्य उपचारमा खर्च गर्ने मानिसको अनुपात १०.७ प्रतिशत रहेकोछ र यसलाई सन् २०३० सम्म २ प्रतिशतमा झार्ने लक्ष्य राखिएको छ।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६ मा आधारभूत स्वास्थ्य सेवाले नसमेटेका उपचारात्मक सेवालाई स्वास्थ्य बीमासँग आवद्ध गर्ने, सामाजिक न्यायका सिद्धान्तमा आधारित रही विपन्न तथा प्राथमिकतामा परेका लक्षित वर्गलाई राज्यको सहूलियतमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गर्ने, औपचारिक क्षेत्रलाई अनिवार्य स्वास्थ्य बीमाको दायरामा ल्याउँदै सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गर्ने र विपन्न

वर्गका लागि राज्यबाट तोकिएका विशेष स्वास्थ्य सेवाहरूको पहुँच क्रमशः सुनिश्चित गरीने भनि व्यवस्था भएको छ।

हाल प्रचलित स्वास्थ्य बीमा योगदानमा आधारित कार्यक्रम हो र यसमा परिवारलाई इकाईको रूपमा लिएको पाईन्छ। स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ अनुसार स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध हुनका लागि पाँच जना सम्मको परिवारको लागी रु.३५००।- योगदान रकम तिर्नुपर्दछ तथा प्रति थप एक सदस्यका लागि रु ७००।- का दरले योगदान रकम बुझाउनुपर्ने हुन्छ। पाँचजना सम्मको परिवारका लागि एक लाख रूपैयाँ सम्मको निःशुल्क उपचार प्राप्त हुने र यदि परिवारमा पाँचजना भन्दा बढी सदस्य भएमा, थप प्रति सदस्य बीस हजारका दरले उपचार पाउने व्यवस्था छ भने सेवाको सिलिङ बढिमा दुई लाख सम्म पाउने व्यवस्था छ। प्रचलित कानूनबमोजिम अति गरिबको परिचय पत्र प्राप्त परिवार, अति अशक्त अपाङ्ग, कुष्ठरोगी, एच.आई.भी. संडक्रमित, जटिल खालका क्षयरोगी (एम.डि.आर./एक्स. डि.आर. टि.बि.) भएका व्यक्तिका साथै निजको परिवारलाई र ७० वर्ष माथिका ज्येष्ठ नागरिकका लागि लाग्ने शतप्रतिशत योगदान रकम सरकारले व्यहोर्ने र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका र निजको परिवारलाई कूल योगदान रकम मध्ये ५० प्रतिशत सरकारले व्यहोर्ने व्यवस्था छ। कार्यक्रममा आवद्ध ७० वर्ष माथिका ज्येष्ठ नागरिकलाई ८ वटा जटिल प्रकारका रोगहरू (क्यान्सर, मुटुरोग, मृगौलारोग, हेड इन्जुरी, स्पाईनल इन्जुरी, सिकलसेल एनिमिया, पार्किन्सन रोग र अल्जाइमरर्स) को उपचार गर्नुपर्ने अवस्था भएमा सेवा नदोहोरिने गरी छुट्टै एक लाख रकम बराबरको थप सुविधा उपलब्ध हुने प्रावधान रहेको छ।

हाल सुविधाको थैलीका आधारमा दावी प्रविस्ठी, मूल्यांकन र भुक्तानी हुनेगरेको छ र प्रयोगमा रहेको सुविधा थैलीमा १५२ प्रकारका प्रयोगशाला परीक्षण, ७२ प्रकारका ईमेजिङ सेवा (रेडियोलोजी तथा अन्य), १०२ प्रकारका मेडिकल उपचार विधि, ३६ प्रकारका मुटुरोग सम्बन्धी उपचार विधि, ९१५ प्रकारका सर्जिकल सेवाको उपचार विधि, ४३ प्रकारका शल्यक्रियामा प्रयोग हुने सामग्रीहरू समावेश भएको पाईन्छ। उपरोक्त उपचार विधिहरूले नसमेटिएको स्वास्थ्य सेवाको प्रदान गरे बापत सुविधाको थैलीमा रहेको अन्य व्यवस्थाको महलमा दाबी गरी भुक्तानी गर्ने व्यवस्था प्रचलनमा छ। सुविधा थैलीमा ११०८ प्रकारका एलोप्याथिक औषधी तथा औषधीजन्य सामग्रीहरू र २५ प्रकारका आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सासँग सम्बन्धित औषधीहरू समावेश गरिएको छ।

१.२. कानूनी तथा नीतिगत व्यवस्था

नेपालको संविधान २०७२, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६, १६औं योजना, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०७२-२०७७, अन्तर्राष्ट्रिय विकास सहायता परिचालन नीति २०७६, दिगो विकास लक्ष्य २०३०, जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ तथा जनस्वास्थ्य सेवा नियमावली २०७७ र स्वास्थ्य बीमा ऐन २०७४ तथा स्वास्थ्य बीमा नियमावली २०७५, रास्ट्रिय वित्त रणनीति, २०७९-२०८९ लगायतका स्वास्थ्य सम्बन्धित कानूनी दस्तावेजहरूमा स्वास्थ्य बीमा संचालन सम्बन्धी कानूनी आधारहरू स्पष्ट भएको पाईन्छ । उल्लेखित दस्तावेजहरूमा नागरिकको स्वास्थ्य बीमा मार्फत स्वास्थ्य उपचारको पहुँच सुनिश्चित गर्ने, सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम एकद्वार प्रणालीमार्फत लागु गर्ने, स्वास्थ्य उपचारमा व्यक्तिगत खर्च कम गरी आर्थिक विपन्नता घटाउने, राष्ट्र सेवक र निजको परिवारलाई बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गराउने जस्ता विषयहरू उल्लेख भएको पाईन्छ । त्यसैगरी राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ र राष्ट्रिय वित्त रणनीति २०७९-२०८९ मा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका छरिएर रहेका कार्यक्रमहरूलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा एकीकृत गरी सेवा सञ्चालन र भुक्तानी गर्ने विषयलाई विशेष महत्व दिइएको छ । नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र-रणनीतिक योजना (२०७९/८०-२०८७/८८) मा स्वास्थ्य बीमामा नागरिकको आवद्धता र नवीकरणमा देखिएका चुनौतीहरूका साथै अन्य समस्यालाई सम्बोधन गर्नका लागि आवश्यक कार्य योजना तर्जुमा गरी कार्यान्वयन गर्नुका साथै स्थानीय सरकारको समन्वयमा स्वास्थ्य बीमामा गरिब परिवारको सहूलियतपूर्ण आवद्धतामा बिस्तार गर्ने कुरा समावेश भएको छ ।

१.३ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको समीक्षा

(क) मुख्य उपलब्धि

हालसम्म स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम देशका सबै जिल्लाहरूका सबै स्थानीय तहहरूसम्म बिस्तार भएको छ । यस कार्यक्रममा आ.व.२०८०/८१ सम्म जम्मा ८१,१४,५९४ जना (२८ प्रतिशत) नागरिक र २५,१४,२२० (३८ प्रतिशत) परिवार आवद्ध भएको पाईन्छ र कुल बीमित मध्ये ४८ प्रतिशत ले स्वास्थ्य बीमामार्फत स्वास्थ्य सेवा लिएका छन । आ.व. २०८०/८१ मा कुल बीमित नागरिक मध्ये ६२ प्रतिशतले नवीकरण गरेको पाईन्छ । हाल सरकारी र सामुदायिक गरी कुल ४७७ वटा सेवाप्रदायक स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा प्रवाह भईरहेको छ । नागरिकले यस कार्यक्रमलाई महत्व दिई दिनानुदिन आवद्धतामा बढोत्तरी हुनु र यो कार्यक्रममा उच्च राजनैतिक प्रतिबद्धता भएको अवस्था छ ।

स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट लागु भएको सुविधाको थैलीमा समावेश भएका सेवाहरु र मुल्य सूचीलाई स्वीकार गरि सबै तहका सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सेवा सञ्चालन हुनुलाई समेत यस कार्यक्रमको मुख्य उपलब्धिको रूपमा लिन सकिन्छ ।

(ख) प्रमुख समस्या

नेपालमा वि.सं. २०७२ साल देखि शुरु भएको स्वास्थ्य बीमामा क्रमशः नागरिकको आवद्धतामा वृद्धि भईरहेको छ । हाल सम्म बोर्डको स्थाई संरचना स्वीकृत भई नसकेको अवस्थामा विभिन्न व्यवस्थापकीय समस्याहरुका बीच कार्यक्रम संचालन भई रहेकोछ । स्वास्थ्य बीमा ऐन तथा नियमावलीमा भएको प्रावधान अनुसार औपचारिक क्षेत्रलाई बीमाको दायराभित्र समेट्न नसक्दा स्वास्थ्य बीमाको वित्तीय दिगोपनामा समस्या देखिएको छ । बीमितको गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाप्रति रहेका असन्तुष्टिका कारण नागरिकको नयाँ आवद्धता र नवीकरणमा केही हास आउन थालेकोछ । स्वास्थ्य सेवा खरिद प्रणाली (Service Purchasing Mechanism) मा रहेको स्थिरताले सेवाग्राहीबाट हुने रोग निदान, उपचार र प्रेषणका लागि अनावश्यक दबाव दिने र सेवा प्रदायक संस्थाले पनि नियमानुसार सेवा प्रवाह गर्न नसक्दा औचित्यपूर्ण रोगको निदान, उपचार र प्रेषणमा समस्या देखिन थालेको छ ।

सेवाप्रदायकले आफ्नो फार्मसीबाट आवश्यक औषधी र औषधीजन्य सामग्रीहरु उपलब्ध गराउन नसक्दा सेवाग्राहीको स्वास्थ्य बीमा प्रति गुनासो आउने क्रम बढिरहेको छ । करिब ४०० सय भन्दा बढी स्थानीय तहहरुमा स्वास्थ्य बीमा सेवा प्रदान गर्ने संस्थाको उपलब्धता नभएका कारण नागरिकलाई सजिलै सेवा लिन असुविधा भएका कारण कार्यक्रममा आवद्धता बढाउन पनि कठिनाई भएको छ । बोर्डमा हाल सेवाप्रदायकबाट दैनिक करिब ३० हजार दावीहरु प्रविष्ट हुन्छ र जसमध्ये दैनिक जम्मा ८ देखि १० हजार दावी मात्र परीक्षण गर्न सक्ने क्षमता रहेको हुनाले सेवाप्रदायकलाई समयमा शोधभर्ना गर्न कठिनाई भईरहेको छ ।

(ग) चुनौती र अवसर

सबै जिल्लाहरुमा गरिबी पहिचान नहुँदा अति गरिब र विपन्नलाई कार्यक्रममा आवद्ध गराउन कठिनाई भएको, वार्षिक रूपमा स्वास्थ्यमा हुने बजेट पर्याप्त नहुँदा स्वास्थ्य सेवामा व्यक्तिगत खर्च अपेक्षित रूपमा घट्न नसकेको, स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरको सुनिश्चिततामा कमजोरी र छरिएर रहेका सामाजिक

स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रमहरूमा दोहोरो सेवा र भुक्तानी, स्वास्थ्य बीमामा प्रयोग भएको सूचना प्रविधिको समय सापेक्ष परिमार्जन हुन नसक्नु कार्यक्रमका मुख्य चुनौतीहरू हुन।

स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रायः सबै आधिकारिक दस्तावेजहरूमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमले महत्व र प्राथमिकता पाउनु, प्रत्येक वर्ष सरकारबाट कार्यक्रम सञ्चालनका लागि नीति तथा कार्यक्रम र बजेट सम्बन्धमा सम्बोधन हुँदा कार्यक्रमलाई निरन्तर रूपमा सञ्चालन गर्ने अवसर प्राप्त भएको छ। सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका छरिएर रहेका विभिन्न कार्यक्रमहरूलाई क्रमशः बीमा बोर्ड मार्फत एकद्वार प्रणालीबाट सेवा सञ्चालन गर्नु पर्ने कार्यलाई जोड दिनु यसका महत्वपूर्ण सफल पक्षहरू हुन। मिति २०८१।०१।०१ बाट अधिकांस सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूले Real time मार्फत दावी गरिरहेको अवस्था भने सबै सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूले लागु गर्न नसकेको अवस्था छ। साथै विभिन्न मितिमा कार्यक्रम सञ्चालनका लागि कार्यविधिहरू बनेता पनि कार्यान्वयनमा जटिलता उत्पन्न भएको छ।

१.४. मार्गचित्रको आवश्यकता र औचित्य

संविधानको धारा ५१ को ज (१५) मा नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धमा स्पष्ट उल्लेख भएको, स्वास्थ्य बीमा ऐन र स्वास्थ्य बीमा नियमावलीले स्वायत्त रूपमा स्वास्थ्य बीमा संचालन गर्ने प्रावधान हुनुका साथै राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, जनस्वास्थ्य सेवा ऐन तथा नियमावली, दिगो विकासका लक्ष्य, सरकारको पन्ध्रौँ योजना जस्ता महत्वपूर्ण दस्तावेजमा स्वास्थ्य बीमा सञ्चालनका लागि कानूनी आधार र दिशानिर्देश गरे बमोजिमका कार्यक्रम संचालन गर्न आवश्यक छ। त्यसैगरी छरिएर रहेका सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका सबै कार्यक्रमहरूलाई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गरी यसलाई व्यवस्थित रूपमा एकद्वार प्रणाली मार्फत संचालन गर्न आवश्यक देखिन्छ। तोकिएका उपलब्धिहरू हासिल गर्नका लागि आवश्यक भावी रणनीतिक उद्देश्य, प्राथमिकता र कार्यनीति, अपेक्षित नतिजाका लागि सम्बन्धित साझेदार निकायहरूबिच साझा बुझाई र साझा योगदानका सुत्र निर्धारण गरी स्वास्थ्य बीमामार्फत सम्पूर्ण नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवामा समानुपातिक पहुँच बढाउनुका साथै स्वास्थ्य उपचारमा व्यक्तिगत खर्च क्रमशः कम गर्दै नागरिकलाई वित्तीय सुरक्षा प्रदान गर्न एक राष्ट्रिय मार्गचित्रको आवश्यकता महसुस भएको कारण स्वास्थ्य बीमा बोर्डले यो रणनीतिक मार्गचित्र २०८०/८१-२०८६/८७ तयार भएको छ।

नेपालमा विद्यमान नीतिगत, कानूनी तथा कार्यक्रमगत प्रयासहरूका बावजूद स्वास्थ्य सेवामा गरिब र सीमान्तकृत जनताको पहुँच र उपभोग अभिवृद्धिका साथै स्वास्थ्य उपचारमा व्यक्तिगत खर्चलाई कम गर्ने कार्य अझै पनि चुनौतीपूर्ण रहेको छ। अन्तर्राष्ट्रिय असल अभ्यासका सिकाई समेतका आधारमा स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक र सर्वव्यापी पहुँचका साथै गुणस्तरीय स्वास्थ्य र वित्तीय श्रोतको सुनिश्चितता र कुशल सेवाको व्यवस्थापन गरी कार्यक्रमलाई अगाडी बढाउनका लागि तयार भएको “राष्ट्रिय स्वास्थ्य वित्त रणनीति २०८०-२०९० मा भएको मर्मलाई आत्मसाथ गरी तीन तहका सरकारको समन्वय, सह-अस्तित्व र सहकार्यका आधारमा स्वास्थ्य बीमा कार्यान्वयन गर्न समेत यो मार्गचित्र उपयोगी हुने आशा गरिएको छ।

तसर्थ, संवैधानिक तथा नीतिगतरूपमा उल्लेखित प्रावधानहरूलाई हासिल गर्न, राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय मन्चमा गरेका प्रतिबद्धता र दिगो विकासका लक्ष्यमा उल्लेख भएका स्वास्थ्य सम्बन्धी उद्देश्य हासिल गर्नका लागि समय सिमा तोकी सम्बन्धित सरोकार निकायहरूलाई जिम्मेवार बनाई गन्तव्यमा पुग्नका लागि यो रणनीतिक मार्गचित्रको आवश्यकता महसुस भएको हो।

१.५. मार्गचित्र तर्जुमा गर्दा अपनाइएका प्रक्रिया

स्वास्थ्य बीमा रणनीतिक मार्गचित्र २०८१/८२-२०८६/८७को निर्माण गर्ने सन्दर्भमा बि.सं. २०७९/०७/२८ मा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयका श्रीमान् सचिवज्यूबाट चुनौती पत्र प्राप्त गरेसँगै यस मार्गचित्रको प्रक्रिया अगाडि बढेको हो।

हाल संचालित स्वास्थ्य बीमाको संचालन प्रक्रिया, यसको अन्तर्राष्ट्रिय अभ्यास, विद्यमान नीति, र कानून, अध्ययन तथा अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्यांक र नतिजाको अध्ययन गरी विद्यमान स्थितिको अध्यावधिक गरिएको छ। स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र स्वास्थ्य बीमा बोर्डको अग्रसरतामा राजनीतिक नेतृत्व, संघ, प्रदेश र स्थानीय तहका नीति निर्माताहरूको सल्लाह, राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय स्वास्थ्य वित्त विज्ञहरूको सुझाव, विकास साझेदारका प्रतिनिधिहरू तथा सम्बन्धित सरोकारवालासँगको छलफल, स्वास्थ्य बीमा कार्यान्वयन सम्बन्धी भईरहेका गतिविधिहरूको स्थलगत अवलोकन, अन्तर्राष्ट्रिय विज्ञहरूसंगको परामर्श आदिका आधारमा द्रुत प्रतिफल पहल (Rapid Results Initiative) पद्धती अवलम्बन गर्दै यो मार्गचित्रलाई तर्जुमा गरिएको छ।

परिच्छेद २

रणनीतिक मार्गचित्रको मार्गदर्शक सिद्धान्त, लक्ष्य तथा रणनीति

२.१. सिद्धान्त

- क) स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच।
- ख) गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा तथा सुशासन।
- ग) स्वास्थ्य सेवामा वित्तीय संरक्षण तथा स्वास्थ्य बीमाको दिगोपना।
- घ) बहुक्षेत्रीय समन्वय र साझेदारी।

२.२. लक्ष्य

सबैका लागि स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गरी नागरिकको स्वास्थ्यमा सुधार।

२.३. उद्देश्य

- संरचनागत सुदृढीकरण तथा सुशासन अभिवृद्धि गर्नु।
- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा नागरिकको आबद्धता वृद्धि र स्वास्थ्य उपभोगमा वित्तीय संरक्षण गर्नु।
- सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रमहरू विच सामञ्जस्यता कायम गर्दै कार्यक्षमता र वित्तीय दिगोपना प्रबर्द्धन गर्नु।
- दाबी व्यवस्थापन, बीमा सूचना प्रणाली र अनुगमन तथा मूल्यांकनको सुदृढीकरण गर्नु।

२.४. रणनीति

१. बोर्डको संरचनागत सुदृढीकरण तथा सुशासन।
२. स्वास्थ्य बीमा ऐन तथा नियमावली परिमार्जन र आवश्यक कार्यविधि निर्माण।
३. बीमा कार्यक्रममा नागरिकको आबद्धतामा वृद्धि।
 ४. स्वास्थ्य बीमा संचालनमा दिगो वित्तीय व्यवस्थापन।
 ५. सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रवाह गरिने स्वास्थ्य सेवामा सुधार।
 ६. बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको सुदृढीकरण।
 ७. दाबी व्यवस्थापन प्रणालीको परिमार्जन।
 ८. अनुगमन तथा मूल्यांकन प्रणालीमा सुधार।
 ९. कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि समन्वय र सहकार्य।

परिच्छेद ३

रणनीतिक मार्गचित्रको प्रतिफल, क्रियाकलाप, समय सिमा र जिम्मेवार निकाय

३.१ बोर्डको संरचनागत सुदृढीकरण तथा सुशासन

जनसंख्याको आवद्धतामा वृद्धि, स्वास्थ्य बीमा सेवाप्रदायकको विस्तार, र स्वास्थ्य बीमा बोर्डको कार्य क्षमतामा पनि वृद्धि गर्दै लैजानु पर्ने आवश्यकता छ। हाल संघ, प्रदेश र स्थानीय तहमा रहेका सेवाप्रदायक संस्थाहरुको नियमन, अनुगमन, अनुशिक्षण, गुनासो व्यवस्थापन आदि कार्य बोर्डको केन्द्रिय कार्यालयबाट सञ्चालन हुने गरेको छ। त्यस्ता कार्यहरुलाई प्रदेश र स्थानीय तहमा रहेका बोर्डका निकायहरुमा विकेन्द्रिकृत गर्नका लागि बोर्डको संरचनालाई स्थायी र सुदृढ बनाउन जरुरी छ। त्यसैगरी बोर्डबाट सम्पादित कार्यहरु र सेवाप्रदायकबाट प्रवाह हुने स्वास्थ्य सेवाको पारदर्शिता, प्रभावकारिता, जवाफदेहिता आदिको प्रत्याभूती हुनेगरी सेवा सञ्चालन गर्न आवश्यक पर्दछ।

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय	
		८१	८२	८३	८४	८५	८६			८७
३.१.१ स्थायी संगठन संरचनाको विकास	३.१.१.१ स्वास्थ्य बीमा बोर्डको स्थायी संरचनाको स्वीकृति,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
	३.१.१.२ प्रदेश बीमा संयोजन कार्यालयलाई सुदृढीकरण गरी स्थानीय तहमा संचालन हुने बीमा								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	

	सम्बन्धी क्रियाकलाप संचालनमा जिम्मेवार बनाउने,									
	३.१.१.३ सबै स्थानीय तहसंग समन्वय गरी स्वास्थ्य बीमा इकाई स्थापना गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्थानीय तह
	३.१.१.४ सबै प्रदेश र स्थानीय तहहरूमा बीमा समन्वय समिति गठन गरी आ-आफ्नो क्षेत्रमा बीमा संचालनमा जिम्मेवार बनाउने,									
३.१.२ पारदर्शिता, प्रभावकारिता र जवाफदेहिताको सुनिश्चितता	३.१.२.१ स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा चौबिसै घण्टा गुनासो सुनुवाई को व्यवस्था गर्ने								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.१.२.२ सेवाप्रदायक संस्थामा सेवाग्राही प्रतिको जवाफदेहिता अभिवृद्धि गर्ने, (सहायता कक्ष स्थापना, गुनासो सुनुवाई, बीमा सम्बन्धी नागरिक वडापत्रको ब्यबस्था, सामाजिक परिक्षण र सार्वजनिक सुनुवाई जस्ता कार्यक्रमहरू)								सेवाप्रदायक संस्था	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
	३.१.२.३. मुख्य सूचकका आधारमा ड्यासबोर्ड (Dashboard) मार्फत								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	

स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी मुख्य-मुख्य सूचना वेबसाईट मार्फत नियमित सार्वजनिकीकरण गर्ने,									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

३.२ स्वास्थ्य बीमा ऐन तथा नियमावलीको परिमार्जन र आवश्यक कार्यविधिको निर्माण

संवैधानिक व्यवस्था अनुरूप स्वास्थ्य बीमा ऐन तथा नियमावलीलाई समय-सापेक्ष रूपमा परिमार्जन गर्नका लागि तीन तहका सरकार, सेवाप्रदायक संस्था, सेवाग्राही, नीति निर्माताहरु र यस क्षेत्रका विज्ञहरुसँग छलफल र परामर्श गर्न आवश्यक छ। बीमा बोर्डको व्यवस्थापनलाई प्रभावकारी बनाउन, सेवाप्रदायकले जिम्मेवारीपूर्वक सेवा प्रवाह गर्न र सेवाग्राहीलाई औचित्यपूर्ण सेवा उपभोग गर्नका लागि आवश्यक कार्यविधि तथा मापदण्डहरु तयार गरी कार्यान्वयनमा ल्याउन जरुरी छ।

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
३.२.१ स्वास्थ्य बीमा ऐन २०७४ र स्वास्थ्य बीमा नियमावली २०७५ को संशोधन	३.२.१.१ तीन तहका सरकारको भूमिका, सेवाप्रदायक र सेवाग्राहीको जिम्मेवारी, साझेदार संघ संस्थाको भूमिका एवं स्वास्थ्य बीमा बोर्डको हालको कार्य व्यवस्थापन अनुसार स्वास्थ्य बीमा ऐन र नियमावलीको संशोधन गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

३.२.२ आवश्यक मापदण्ड तथा कार्यविधिको निर्माण	३.२.२.१ सेवाप्रदायकको सूचीकरण, नवीकरण एवं भूमिकालाई प्रभावकारी बनाउनका लागि कार्यविधि परिमार्जन गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.२.२.२ बोर्डको आर्थिक कार्यविधि र कर्मचारी परिचालन विनियमावली स्वीकृत गर्ने,							स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय/स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	नेपाल सरकार
	३.२.२.३ प्रभावकारी कार्य संचालनका लागि आवश्यक निर्देशिका/कार्यविधिहरू तयार गर्ने, (दाबी व्यवस्थापन, बीमा सूचना व्यवस्थापन प्रविधि, प्रेषण प्रणाली आदि)							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
३.२.३ स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय अन्तर्गत संचालित सम्पूर्ण सामाजिक	३.२.२.४ विभिन्न सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रमहरूको भुक्तानी पद्धतिलाई एकीकृत गर्नका लागि							स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रमहरूको एकद्वार प्रणाली मार्फत भुक्तानी	सम्भाव्यताको अध्ययन (Assessment) तथा मापदण्ड तयार गर्ने,								
	३.२.३.२ सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रमहरूको भुक्तानी पद्धतिलाई क्रमशःस्वास्थ्य बीमामा एकीकृत गर्ने,							स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
३.२.४ बीमा स्वास्थ्य सेवा खरिद प्रणालीमा सूधार (Strengthen purchasing mechanism)	३.२.४.१ हालको अवस्थालाई मध्यनजर गरी सेवा खरिद प्रणाली सम्बन्धि अध्ययन प्रतिवेदन तयार गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.२.४.२ सेवा खरिद प्रणाली सम्बन्धि अध्ययन प्रतिवेदनका आधारमा आवश्यकता अनुसार क्यापिटेसन प्रणाली, केसबेस प्रणाली र Diagnosis Related Group (DRG) प्रणाली लागु गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

३.३ स्वास्थ्य बीमामा नागरिकको आवद्धतामा वृद्धि

स्वास्थ्य बीमामा सबै नेपाली नागरिकको आवद्धता हुने कानूनी व्यवस्था भएकोले लक्षित वर्गका साथै आम नागरिकको आवद्धता र नियमित नवीकरणका लागि नागरिकलाई अभिप्रेरित गर्न आवश्यक छ। स्वास्थ्य बीमामा समतामूलक आवद्धताका लागि गरिब परिवारको पहिचान गर्ने, पहिचान भईसकेकाको नियामित अद्यावधिक गर्ने र दुर्गम बस्तीमा सेवा विस्तार गरी सहजरूपमा नागरिकको आवद्धतामा वृद्धि गर्नुपर्नेछ। वैदेशिक रोजगारमा रहेका नागरिकका परिवारको साथै अनौपचारिक रोजगारमा रहेका परिवारलाई समेत स्वास्थ्य बीमामा समावेश गर्न आवश्यक छ। त्यसैगरी नागरिकको स्वास्थ्य उपचारमा वित्तीय जोखिम संरक्षण गर्ने सवालमा स्वास्थ्य बीमाबाट खेल्नुपर्ने भूमिकालाई सशक्त बनाउन आवश्यक छ।

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
३.३.१ आम नागरिकको स्वास्थ्य बीमामा अनिवार्य आवद्धता	३.३.१.१ सबै जिल्लामा अति गरीब घरधुरि पहिचान तथा पहिचानलाई नियमानुसार ५/५ वर्षमा अद्यावधिक गर्ने,								नेपाल सरकार	
	३.३.१.२ पहिचान भएका अति गरीब घरधुरिलाई स्वास्थ्य बीमामा शत प्रतिशत आवद्धता,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	नेपाल सरकार

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६		
	३.३.१.३ वैदेशिक रोजगारमा जाने नागरिक तथा निजका परिवारलाई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	नेपाल सरकार
	३.३.१.४ अनौपचारिक रोजगारीमा रहेका पारिवारको बीमामा सहभागिता बढाउनका लागि अध्ययन गरि प्रतिवेदन तयार गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.३.१.५ आर्थिक, सामाजिक र भौगोलिक हिसाबले पछाडी पारिएका समुदाय, न्यून बीमित क्षेत्र. वृद्धाश्रम, अनाथालय, मानव सेवा आश्रम आदि स्थानमा नयाँ बीमा दर्ता तथा नविकरणको अभियान सञ्चालन गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	प्रदेश तथा स्थानीय तह
	३.३.१.६ राष्ट्रसेवक तथा औपचारिक क्षेत्रमा कार्यरत कर्मचारीहरूलाई स्वास्थ्य बीमा							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६		
	कार्यक्रममा अनिवार्य आवद्ध गर्न मापदण्ड तयार गर्ने,								
	३.३.१.७ राष्ट्रसेवक तथा औपचारिक क्षेत्रमा कार्यरत कर्मचारीले स्वास्थ्य बीमा ऐन २०७४ र स्वास्थ्य बीमा नियमावली २०७५ बमोजिम अनिवार्य रूपमा स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध हुनुपर्ने,							स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय/ स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	नेपाल सरकार
	३.३.१.८ बीमितको नयाँ दर्ता र नवीकरण कार्यलाई अनलाईन प्रविधि मार्फत संचालन गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
	३.३.१.९ बिमित परिवारको संख्या ९० प्रतिशत र जनसंख्या ८० प्रतिशत पुर्याउने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.३.१.१० नागरिकहरुलाई विभिन्न माध्यम जस्तै NID, नागरिकता तथा अन्य सरकारी सेवा मार्फत सहज आवद्धताको व्यवस्था गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	नेपाल सरकार

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६		
	३.३.१.११ स्वास्थ्य बीमा नियमावली २०७५ बमोजिमका लक्षित वर्गहरूको ८०% आबद्धता गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.३.१.१२ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको नमुना स्थानीय तह घोषणा कार्यक्रम निरन्तरता,							स्थानीय तह	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
३.३.२ स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धमा सामाजिक सचेतना कार्यक्रम संचालन (Awareness and program education for Health Insurance)	३.३.२.१ स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी सचेतना र सामाजिक व्यवहार परिवर्तनका कार्यक्रमलाई अभियानका रूपमा सञ्चालन गर्ने,							प्रदेश तथा स्थानीय तह	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
	३.३.२.३ माध्यमिक र उच्च माध्यमिक तहको पाठ्यक्रममा स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी विषयवस्तु समावेश गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
	३.३.२.४ अस्पतालको सामाजिक सेवा इकाईलाई स्वास्थ्य बीमाको सम्पर्क बिन्दु कायम गरी अस्पतालमा बीमा लक्षित							सम्बन्धित सेवा प्रदायक संस्थाहरू	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६		
	कार्यक्रम र बीमितलाई परामर्श सेवा संचालन गर्ने,								
३.३.३ आवश्यकता अनुसार स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको सूचीकरण	३.३.३.१ सेवा प्रदायक संस्थाहरूको सूचीकरण गर्नका लागि भूगोल, जनसंख्या र बीमितको चाप अनुसार नक्शाङ्कन गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	प्रदेश तथा स्थानीय तह
	३.३.३.२ नक्शाङ्कन र न्यूनतम सेवा मापदण्डका आधारमा सेवा प्रदायकको सूचीकरण र नविकरणमा प्राथमिकता दिने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.३.३.३ हाल प्रथम सेवा बिन्दु नभएका स्थानीय तहमा रहेका स्वास्थ्य संस्था मार्फत बीमा कार्यक्रम संचालनका लागि प्रथम सेवा बिन्दुको मापदण्ड तयार गरी सो अनुसार सेवा प्रवाह गर्नकालागि कम्तिमा एउटा प्रथम सेवा बिन्दु सूचीकरण गर्ने,							स्थानीय तह	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
	३.३.३.४ सूचीकरण भई सेवा संचालन नगरेका र नियमित सेवा प्रवाह नगर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई बीमा बोर्डबाट सेवा नियमित गर्नका लागि सहजीकरण गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.३.३.५ स्वास्थ्य संस्थाहरुको Accrediation तयार पार्ने								स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	

३.४ स्वास्थ्य बीमा संचालनमा दिगो वित्तीय व्यवस्थापन

स्वास्थ्य बीमाको दिगो व्यवस्थापनका लागि योगदान रकम र सुविधा थैलीको आवधिक रूपमा बीमाङ्किय विश्लेषण (Actuarial Analysis) का आधारमा स्रोत सुनिश्चित गरी आर्थिकरूपमा दिगो स्वास्थ्य बीमा संचालन गर्न आवश्यक छ। बढ्दो रोगभारलाई बीमा मार्फत सम्बोधन गर्नका लागि आर्थिक स्रोतको बैकल्पिक व्यवस्थाको खोज गर्न समेत आवश्यकता देखिन्छ।

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
३.४.१ कार्यक्रममा नागरिकको आवद्धताको	३.४.१.१ प्रत्येक आ.व.मा नागरिकको आवद्धता, नवीकरण								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६		
समीक्षा तथा बिमांकीय विश्लेषणका आधारमा सरकारी अनुदानको व्यवस्था	र सेवा उपभोगको समीक्षा तथा आय व्ययको विश्लेषण गर्ने								
	३.४.१.२ प्रत्येक दुई दुई-वर्षमा बिमाङ्किय अध्ययन तथा विश्लेषणका (Acturial Analysis) आधारमा सुविधा थैली र योगदान रकमको पुनरावलोकन तथा आवश्यकता अनुसार परिमार्जन गर्ने							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.४.१.३ आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा सेवाको सुविधा थैली निर्माण गरी बीमा सूचना प्रविधिमा समायोजन गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.४.१.४ कार्यक्रममा लक्षित वर्गको आवद्धता र सेवा प्रदायकलाई गरिने शोधभर्नाका आधारमा सरकारबाट प्राप्त हुने अनुदान रकम सुनिश्चितता गर्ने,							स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	नेपाल सरकार

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय	
		८१	८२	८३	८४	८५	८६			८७
३.४.२ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा दिगो वित्तीय स्रोतको व्यवस्थापन	३.४.२.१ स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्दा लाग्ने खर्चमा उपयुक्त किसिमको सह-भुक्तानी (Co-payment) प्रणाली लागु गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
	३.४.२.२ अनावश्यक उपचार सेवा लिने र औचित्यहीन तवरबाट उपचार गर्ने प्रचलनलाई निरुत्साहित गर्नका लागि नागरिक चेतना बढाउने, सेवा प्रदायकको नियमन गर्ने र दावी परिक्षण र प्रमाणीकरणलाई जवाफदेही बनाउने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
	३.४.२.३ स्वास्थ्य बीमा कोषको सञ्चित रकमलाई अल्पकालिन र दीर्घकालीन लगानीको नीति अवलम्बन गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६		
	३.४.२.४ स्वास्थ्य बीमा बोर्डको व्यवसायिक योजना (Business Plan) तयार पार्ने							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.४.२.५ स्वास्थ्य बीमा कोषमा व्यक्तिगत तथा संथागत रूपमा आर्थिक सहयोग तथा नागरिकको योगदान रकम (Premium) बेहोर्ने सम्बन्धी कार्यविधि तयार गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

३.५. सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रवाह गरिने स्वास्थ्य सेवामा सुधार

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सफलता सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रवाह गरिने स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरमा निर्भर हुन्छ । स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारिता र गुणस्तरमा वृद्धि, उपयुक्त प्रेषण विधि, बीमितका लागि उचित परामर्श, नियमित न्यूनतम सेवा मापदण्डको मूल्यांकन, औषधि तथा सामग्रीको नियमित उपलब्धता आदि स्वास्थ्य बीमाका न्यूनतम शर्तहरू हुन्। प्रत्येक सेवाप्रदायकले सेवाग्राहीको संख्याका आधारमा गुणस्तरीय सेवा प्रवाहका लागि आवश्यक पर्ने पूर्वाधारको समेत व्यवस्थापन गर्दै जान आवश्यक देखिन्छ।

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय	
		८१	८२	८३	८४	८५	८६			८७
३.५.१ प्रेषण प्रणालीलाई व्यवस्थितरूपमा संचालन	३.५.१.१ प्रेषण प्रणालीलाई अनलाईन मार्फत संचालन गर्ने,								सेवा प्रदायक संस्था	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
	३.५.१.२ अनावश्यक रूपमा प्रेषण गर्ने संस्थालाई मासिक रूपमा निगरानी गरी अभिलेखीकरण गरी सच्याउन सहजीकरण गर्ने र बारम्बार उलंघन गर्ने संस्थालाई नियमन तथा कारवाहि गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	सेवा प्रदायक संस्था
३.५.२ गुणस्तरीय तथा प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितता	३.५.२.१ सेवा प्रदायक संस्थाहरुले उपचार गर्न आउने बीमितको संख्याका आधारमा जनशक्ति, पूर्वाधार, औजार उपकरण र सेवा बिस्तारको व्यवस्था मिलाउने,								सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था	

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय	
		८१	८२	८३	८४	८५	८६			८७
	३.५.२.२. उपचार सेवामा अनिवार्य रूपमा स्तरीय चिकित्सा उपचार पद्धती (SMTP) तयार गर्ने								स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था
	३.५.२.३ स्तरीय चिकित्सा उपचार पद्धती (SMTP) आधारमा बोर्डबाट सेवा प्रदायक संस्थाहरुको शोधभर्ना गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.५.२.४ सेवा प्रदायकले अनिवार्य आफ्नो फार्मसी स्थापना गर्ने र बीमाको सुविधा थैलीमा भएका औषधि तथा सामग्रीको नियमित रूपमा उपलब्ध गराउने र त्यसको बीमा बोर्डबाट मासिक रूपमा निगरानी गरी अभिलेख तयार गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरु

३.६. बीमा सूचना प्रविधिको सुदृढीकरण

बीमा सूचना प्रविधिलाई समय सापेक्ष, प्रविधि मैत्री र गुणस्तरीय बनाउनका साथै हाल प्रचलनमा रहेका नविनतम् प्रविधिहरूलाई स्वास्थ्य बीमामा प्रयोग गरी समयमा त्रुटी रहित दावी प्रविष्टि, दावी परिक्षण र प्रमाणीकरणका साथै दावी भुक्तानी गर्न आवश्यक देखिन्छ। बीमामा एकीकृत हुने सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रमहरूको भुक्तानी प्रक्रियालाई एकद्वार मार्फत संचालन गरी विद्यमान दोहोरो भुक्तानीको अवस्थालाई नियन्त्रण गर्न सकिन्छ। साथै आम्दानी, शोधभर्ना, सामग्रीको आपूर्ति, गुनासो व्यवस्थापन र प्रेषण प्रणाली समेत समावेश गरी एकीकृत रूपमा बीमा सूचना प्रणाली सञ्चालन गर्न आवश्यक छ। सेवालाई प्रभावकारी रूपमा संचालन गर्नकालागि स्वास्थ्य बीमा बोर्ड र सेवाप्रदायकलाई बीमा सूचना प्रणाली सम्बन्धमा नियमितरूपमा क्षमता अभिवृद्धि गर्नुपर्ने देखिन्छ।

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
३.६.१. एकीकृत बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको विकास	३.६.१.१. सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका विभिन्न कार्यक्रमहरूलाई स्वास्थ्य बीमामा समायोजन भए पश्चात बीमाव्यवस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत भुक्तानीको व्यवस्था गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.६.१.२ बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीलाई मोड्युलर आर्किटेक्चरको आधारमा (Modular Architecture)								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	साझेदार निकाय

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
	स्तरोन्नति गर्ने र AI को प्रयोग मार्फत तथ्यांक Validation गर्ने									
	३.६.१.३ बीमा सम्बद्ध सूचना तथा तथ्यांकको समुचित प्रयोग र सुरक्षा सम्बन्धी कार्यविधि तयार गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.६.१.४ स्वास्थ्य बीमा सूचना प्रणालीमा प्रयोग हुने सफ्टवेरको सुरक्षा कमजोरी, अनुपालन र मापदण्डहरूका वैधताको लागि आधिकारिक निकायबाट नियमित रूपमा परीक्षण (System audit) गर्ने								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.६.१.५ बीमा सूचना प्रणालीलाई अन्य सूचना प्रणालीहरूसंग अन्तरआबद्ध (राष्ट्रिय परिचयपत्र, गरिबी पहिचान परिचय पत्र, एकीकृत स्वास्थ्य ब्यवस्थापन सूचना								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	नेपाल सरकार

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
	प्रणाली, व्यक्तिको जन्म, मृत्यू, बसाइसराई आदि) बनाउने,									
	३.६.१.६ आयुर्वेद तथा बैकल्पिक चिकित्सालयलाई बीमा सेवा प्रदायकको रूपमा सूचीकरण गर्दै जाने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.६.१.७ स्वास्थ्य बीमा सूचना प्रणाली (IMIS) को लागि Manual समय सापेक्ष अध्याबधिक गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
३.६.२ सूचना प्रविधि सम्बन्धी क्षमता अभिवृद्धि	३.६.२.१ बोर्ड तथा सेवा प्रदायक निकायका सम्बन्धित जनशक्तिलाई बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली सम्बन्धमा नियमित रूपमा आधारभूत तथा पुनर्ताजगी तालिम संचालन गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	साझेदार निकाय
	३.६.२.२ बीमितलाई सामाजिक सञ्जाल तथा विधुतिय माध्यम मार्फत बीमा सम्बद्ध सम्पूर्ण सूचनाहरु उपलब्ध गराउने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समय सिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६		
	(सेवा सुबिधा/खर्च विवरण/प्रथम सेवा बिन्दु/प्रेषण केन्द्र आदि)								

३.७. दाबी व्यवस्थापन प्रणालीको सुदृढीकरण

दाबी व्यवस्थापन कार्यको सुदृढीकरणका लागि दाबीको प्रविष्टि, मूल्यांकन, प्रमाणीकरण र भुक्तानी कार्यलाई व्यवस्थित गर्न आवश्यक देखिन्छ। दाबी व्यवस्थापनका लागि नविनतम प्रविधि (Innovative Technologies) को प्रयोग गर्न, समयमै त्रुटीपूर्ण दाबीको पहिचान गरी समाधान गर्न र दाबी परीक्षण कार्यलाई विश्वसनीय बनाउनका लागि आवश्यकता अनुसार अध्ययन, अनुसन्धान गरी प्राप्त नतिजाको आधारमा स्वास्थ्य बीमाको दाबी व्यवस्थापन प्रणालीलाई क्रमशः सुधार गर्नु पर्ने देखिन्छ।

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समयसिमा						जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६		
३.७.१ दाबी व्यवस्थापनमा सुधार	३.७.१.१ सम्पूर्ण सेवाप्रदायक संस्थाले ईलेक्ट्रोनिक मेडिकल रेकर्डको (Electronic Medical Record) प्रयोग गरी ए.पी.आई.(Application Programming Interface) मार्फत दाबी प्रविष्टि गर्ने,							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ,साझेदार निकाय
	३.७.१.२ नविनतम् दाबी परीक्षण प्रविधिको (Third-party Administrator- TPA/ Artificial							स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, साझेदार निकाय

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समयसिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
	Intelligence- AI) वा बोर्ड आफैद्वारा समयमा दाबी परीक्षण र भुक्तानी गर्ने,									
	३.७.१.३ परीक्षण भएका दाबीहरूको दाबी समिक्षा तथा मूल्याङ्कन समिति मार्फत अनिवार्य नमुना परीक्षण गरी बोर्डलाई पृष्ठपोषण प्रदान गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	दाबी समिक्षा तथा मूल्याङ्कन समिति
	३.७.१.४ ICD code अनुसार आधारभूत स्वास्थ्य सेवा पहिचान तथा वर्गिकरण गर्ने,								स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	
	३.७.१.५ सेवा प्रदायकलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा वापतको रकमको शोधभर्ना बिमा बोर्डले गरी सो को शोधभर्ना बोर्डलाई नेपाल सरकारले गर्ने,								स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
	३.७.१.६ सेवाप्रदायक संस्थाले दाबी गरेको रकम रकम उपर चित्त नबुझेमा एक महिना भित्र निवेदन दिनुपर्ने र सो उपर दाबी समिक्षा तथा मूल्याङ्कन समितिले								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	सेवाप्रदायक संस्था

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समयसिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
	पुर्नमूल्यांकन गरी दुई महिना भित्र निर्णय दिने,									
३.७.२ दावी परिक्षण र भुक्तानी प्रणालीमा सुधार	३.७.२.१ दाबी परिक्षण र भुक्तानीको कार्य तालिका बनाई दावी प्रविष्टि हुनासाथ शोधभर्ना गर्ने (Real time payment) ब्यवस्था कार्यान्वयनमा ल्याउने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	सेवाप्रदायक संस्था
	३.७.२.२ बदनियतपूर्ण तवरबाट भुक्तानीका लागि त्रुटिपूर्ण दावी पेश गर्ने सेवा प्रदायकलाई सो प्रमाणित भएमा सेवा प्रदायकको सूचीबाट हटाउने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	सेवाप्रदायक संस्था
	३.७.२.३ दाबी परिक्षण, प्रमाणीकरण र भुक्तानी प्रक्रियामा त्रुटी गर्ने बीमा बोर्डका कर्मचारीलाई नियमानुसार कारवाही गरी हिनामिना भएको रकम असुली गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
३.७.३ स्वास्थ्य बीमा परिचयपत्रको समुचित प्रयोग	३.७.३.१ कुनै व्यक्तिको परिचय पत्र मार्फत अन्य व्यक्तिले उपचार सेवा लिएको प्रमाणित भएमा दुबैको परिचय पत्रको वैधता ३								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समयसिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
	बर्ष सम्मका लागि सेवाबाट बन्चित गर्ने,									
	३.७.३.२ कुनै ब्यक्ति वा परिवारले दुई वा सो भन्दा बढी स्थानबाट बीमा परिचयपत्र बनाएको प्रमाणित भएमा ३ बर्षका लागि सेवाबाट बन्चित गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.७.३.३ हाल प्रयोगमा रहेको बीमा परिचयपत्रको सट्टा डिजिटल परिचयपत्रको व्यवस्था गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	

३.८. अनुगमन तथा मूल्यांकन प्रणालीमा सुदृढीकरण

स्वास्थ्य बीमालाई थप प्रभावकारी तथा व्यवस्थित रूपमा संचालन गर्नका लागि सूचक सहित अनुगमन चेकलिष्टको बिकास गरी यसको आधारमा नियमित अनुगमन तथा मूल्यांकन पद्धती लागु गर्न आवश्यक छ। अनुगमन कार्यलाई विद्यमान स्वास्थ्य प्रणाली र प्रदेश तथा स्थानीय तहमा गठित बीमा समन्वय समितिलाई जिम्मेवार बनाउन आवश्यक छ। आवश्यकता अनुसार विज्ञ र तेस्रो पक्षबाट समेत अनुगमन गर्ने व्यवस्थाको बिकास गरी लागु गर्न आवश्यक छ।

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समयसिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
३.८.१ तथ्यका आधारमा नीति	३.८.१.१ सूचना प्रविधिमा उपलब्ध तथ्यांक, अनुगमनबाट प्राप्त सूचना, अध्ययन तथा								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समयसिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
तथा योजना तर्जुमा	अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्य र प्रमाणका आधारमा बीमा सम्बन्धि नीति तथा बार्षिक तथा आवधिक योजना तयार गर्ने,									
	३.८.१.२. स्वास्थ्य सम्बन्धि हुने नियमित सर्वेक्षणहरूमा बीमा कार्यक्रमका महत्वपूर्ण सूचकहरूलाई समावेश गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,
	३.८.२.३ सेवाप्रदायक र व्यवस्थापन पक्षको प्रतिनिधित्व हुनेगरी वार्षिक समीक्षा तथा अन्तर्क्रिया कार्यक्रम संचालन गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	प्रदेश र स्थानीय सरकार
	३.८.२.४ अनुसन्धान (Research) मार्फत बीमा बोर्डलाई नियमित पृष्ठपोषण गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	स्वास्थ्य अनुसन्धान गर्ने संस्था
	३.८.२.५ अनुगमन तथा मुल्यांकन निर्देशिका अध्यावधिक गरि सेवा प्रदायक बीमा कार्यक्रम र बोर्ड अन्तर्गतका निकायको नियमित अनुगमन र अनुशिक्षण गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	संघ, प्रदेश र स्थानीय तह

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समयसिमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
	३.८.२.६ बोर्डले वार्षिक रूपमा वार्षिक प्रतिवेदन (Annual Report) तथा Evidence brief तयार पारि प्रकाशित गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
	३.८.२.७ तथ्यांक विश्लेषण तथा प्रयोगका लागि तथ्यांक व्यवस्थापन सम्बन्धी बोर्डका कर्मचारिलाई क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	साझेदार निकाय
	३.८.२.८ मार्ग चित्रमा उल्लेखित क्रियाकलापहरूको प्रगति सम्बन्धमा आवधिकरूपमा मुल्यांकन गर्ने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	

३.९. स्वास्थ्य बीमाको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि समन्वय र सहकार्य

स्वास्थ्य बीमा संचालनमा संघ, प्रदेश र स्थानीय सरकारको महत्वपूर्ण भूमिका रहेको हुन्छ। यसका साथै बीमा बोर्ड, सेवाप्रदायक, सेवाग्राही र साझेदार संघ संस्थाहरूलाई समेत जिम्मेवार बनाउनु आवश्यक छ।

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समयसीमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
३.९.१ समन्वय र सहकार्यको विकास	३.९.१.१. तीन तहका सरकारमार्फत स्वास्थ्य बीमालाई प्रभावकारी रूपमा								स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

प्रतिफल	क्रियाकलाप	समयसीमा							जिम्मेवार निकाय	सहयोगी निकाय
		८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७		
	सञ्चालन गर्न तहगत र निकायगत रूपमा जिम्मेवारी सहितको सहकार्यको खाका (Collaboration framework) तयार गरी लागू गर्ने,									
	३.९.१.२. राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय विकास साझेदार निकायसँग प्राविधिक सहयोगका लागि सहकार्य गर्ने, (TA framework)								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	बाह्य साझेदार निकाय
३.९.२ स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, सेवाप्रदायक र सेवाग्राही बिच समन्वय	३.९.२.१. प्रदेश र स्थानीय बीमा समन्वय समितिलाई सम्बन्धित तहमा स्वास्थ्य बीमालाई प्रभावकारी रूपमा संचालन गर्नका लागि जिम्मेवार बनाउने,								स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	
३.९.३ संघ, प्रदेश र स्थानीय सरकारहरूसँग स्वास्थ्य बीमा बोर्डको सम्पर्क स्थापना	३.९.३.१ स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र प्रदेश स्वास्थ्य मन्त्रालयमा स्वास्थ्य बीमाको सम्पर्क बिन्दु (Focal point) कायम गर्ने,								स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

Annex 1: Result Framework

Code	Output	Code	Outcome	Goal/Impact
OP 1	Strengthened organizational structure of HIB leading to improved governance, leadership, and accountability	OC 1	Equitable access to quality health services improved	Improved health status of every citizen ensuring UHC to quality health services through health insurance
OP 2	Required regulatory and policy framework for health insurance ensured	OC 2	Equity in health outcomes enhanced	
OP 3	Enrollment and renewal in health insurance enhanced	OC 3	Financial risk protection of people of Nepal improved	
OP 4	Sustainable financial management for health insurance ensured			
OP 5	Availability of quality health services in the empaneled HFs ensured			
OP 6	Claim management system strengthened			
OP 7	Insurance management information system strengthened			
OP 8	M&E of health insurance strengthened			
OP 9	Coordination and collaboration at all levels of governments and stakeholders strengthened			

Annex 2: Monitoring Framework- Output Matrix

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numer ator
OP 1: Organizational structure of HIB strengthened leading to improved governance, leadership, and accountability															
OP 1.1A A permanent organizational structure of HIB developed															
OP 1A	Organization and Management (O and M) Survey Report of HIB	2081	Organization and Management (O and M) Survey of HIB	Organogram Developed and approved							Approved organogram	National Level, Provincial Level, Local Level	HIB, MoF	NA	NA
OP 1.1B Organizational structure of HIB level fulfilled at all levels															
OP1.1B	Recruitment for HIB as per organogram at national level	2082	Personnel file of the staffs at HIB at national level	Organogram fulfilled (100%)	Organogram fulfilled (100%)	Organogram fulfilled (100%)	Organogram fulfilled (100%)	Organogram fulfilled (100%)	Organogram fulfilled (100%)	Organogram fulfilled (100%)	Personnel file of the staffs	National Level	HIB, MoF, PSC	Organizational structure with fulfilled HR as per organogram	NA
OP 1.2A: Grievance unit at HIB functional 24x7															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 1.2A	Current grievance desk at HIB functions mostly in office hours	2081	Duty hours of Grievance desk at HIB functionality	Staffs assigned to cover 24x7 Shift	Staffs assigned to cover 24x7 shift	Staffs assigned to cover 24x7 shift	Staffs assigned to cover 24x7 shift	Staffs assigned to cover 24x7 shift	Staffs assigned to cover 24x7 shift	Staffs assigned to cover 24x7 shift	Duty roster of the Grievance unit	National level	HIB	Duty roster to cover the 24x7 shift	NA
OP 1.2B: Provincial level help/grievance desks for HI initiated															
OP 1.2B	At present there is a provincial office	2081	Provincial office		Provincial level help/grievance desks established in two provinces	Provincial level help/grievance desks established to two more province				Provincial level help/grievance desks established in seven provinces	Report of provincial level help/grievance desks	Provincial level	HIB	NA	NA
OP 1.2C: Functional help desks /grievance desks for managing grievances and facilitating insure at empanelled HFs level															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 1.2C	At present the grievances that can be handled at health facility level are also being reported and addressed by grievance desk at HIB	2081	Grievance Desk at HIB		All empanelled health facilities have functional help desks/grievance desks	All empanelled health facilities have functional help desks/grievance desks	All empanelled health facilities have functional help desks/grievance desks	All empanelled health facilities have functional help desks/grievance desks	All empanelled health facilities have functional help desks/grievance desks	All empanelled health facilities have functional help desks/grievance desks	Report of the health facility level help desks/grievance desks	Health Facility	Health Facility	Functional help desks/grievance desks at health facility present	NA
OP 1.3A: Percentage of empanelled HFs with citizen's charter in a publicly visible place															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones							Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087					Numerator	Denominator
OP 1.3A	TBD with HIB	2081	MSS of the empanelled health facility	80%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Citizen's Charter at Health Facility reported in joint assessment of MSS	Health Facility Level	Health Facility	Number of empanelled health facility with citizen's charter in publicly visible place	Number of empanelled health facility	
OP 1.3B: Percentage of empanelled HF's with annual social audit done for last fiscal year																
OP 1.3B	TBD with HIB	2081	MSS of the empanelled health facility	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	Social audit report of health facility	Health Facility Level	Health Facility	Number of empanelled health facility with social audit report for last fiscal year	Number of empanelled health facility	
OP 1.4: The website of the Health Insurance Board (HIB) updated with a dashboard on its services in real-time																

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 1.4	Website of HIB: https://hib.gov.np/ not functional	2081	Website of HIB	Real time information in dashboard in website of HIB	Real time information in dashboard in website of HIB	Real time information in dashboard in website of HIB	Real time information in dashboard in website of HIB	Real time information in dashboard in website of HIB	Real time information in dashboard in website of HIB	Real time information in dashboard in website of HIB	Dashboard in website of HIB with real-time information	National	HIB	Dashboard in website of HIB with real-time information	NA
OP 2: Regulatory and policy framework for health insurance ensured															
OP 2.1: Health Insurance Act and Regulations amended and endorsed															
OP 2.1	Current health insurance act and regulations	2081	Document of HI Act and Regulations with Amendment Submitted for endorsement	Amendment, Submission		Amendment, Submission and Endorsed				Amendment, Submission and Endorsed	Approved document (tippani)	National, Provincial, Local Level Government	HIB, Cabinet	NA	NA
OP 2.2: Working procedure for empanelment of the HFs and standards to be met by HFs revised and updated as per regulation															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 2.2	Current working procedure for empanelment of HFs	2081	Working procedure for empanelment of HFs and standards to be met by HFs revised and submitted for approval	Revision and submission	Approval					Revision, submission, and approval	Approved document (tippani)	Health Facility	HIB	NA	NA
OP 2.3A: Administrative bylaws for HIB employees developed and approved															
OP 2.3A	Draft	2082	Administrative bylaws of HIB	Development and approval of bylaws	Development and approval of bylaws					Development and approval of bylaws	Approved document (tippani)	HIB Employee	HIB	NA	NA
OP 2.3B: Financial bylaws for HIB employees developed and approved															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 2.3B	Drafted	2081	Financial bylaws of HIB	Development and approval of bylaws						Development and approval of bylaws	Approved document (tippani)	HIB Employee	HIB	NA	NA
OP 2.4: Guidelines and working procedures for effective functionality of the HI Program developed and approved (like- claim managements, information management, referral, compulsory enrolment of formal sector employee in HI for accessing their official health related facility, data security and ethical data use, regulatory framework for organization/individual for donating to HI Fund, revise to exclude basic health service from HI package)															
OP 2.4	Need to develop and revise to align the amendments in act and regulation Guideline for referral approved	2082	Current guideline and working procedures	Guidelines for Claim management and information management revised and approved M&E guideline revised and approved Working procedure of empanellment of HFs (new and	Compulsory enrolment of formal sector employee in HI developed and approved	Guideline for Data security and ethical data use developed and approved				All listed guidelines developed/ revised and approved for effective functionality of HIB	Approved document (tippani)	National, Provincial, Local Level Government, Health Facility	HIB	NA	NA

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
				renewal) approved											
				Regulatory framework for organization/individual for donating to HI Fund developed and approved											
				Revise guideline to exclude basic health service from HI package											
OP 2.5: Integration of reimbursement mechanism of the social health protection programs in HI based on study findings (Aama Surakshaya Karyakram, New-born and Child Program, Senior Citizen Program, Bipanna Nagarik Swasthya Karyakram, OCMC, SSU)															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 2.5	Study findings to guide the process; No study has been done for the implementation process; listing of the existing services of social health protection schemes has been done by HIB	2082	List of the services of social health protection	Development and approval of study protocol; Feasibility study conducted in local government level; Results and recommendation of integration process shared	Basic Health Service Program, Aama Suraks haya Karyakram, New-born and Child Program and SSU integrated in HIB	Senior Citizen Program, Bipanna Nagarik Swasthya Karyakram, OCMC integrated in HIB				Listed social health protection program integrated in HIB	Approved document (tippani)	National	HIB, Cabinet	NA	NA
OP 2.6: Service purchasing mechanism guideline revised and approved based on recommendation of review study (Capitation in OPD, Improvised case-based system, Diagnostic related group (DRG))															

OP 2.6	Current purchasing mechanism guideline ; Review of current purchase mechanism	2082 /83	Current purchasing mechanism guideline		Development and approval of study protocol; Review of the current service purchasing mechanism; Results and recommendation on modality of service purchasing mechanism shared	Guideline for service purchase mechanism revised based on study findings	Revised guideline for service purchase mechanism approved			Service Purchasing mechanism revised guidelines approved	Approved document (tippani)	National	HIB, Cabinet	NA	NA
--------	---	----------	--	--	---	--	---	--	--	--	-----------------------------	----------	--------------	----	----

OP 3: Citizen's enrolment in health insurance increased

OP 3.1: Percentage of Population enrolled in health insurance

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numer ator
OP 3.1	28%	2080 /81 (2024)	IMIS		38%	48%	58%	68%	75%	80%	IMIS, CBS, NLSS	Natio nal, Provin cial, Local Level Gover nment	HIB, Government of Nepal	Total HH Enroll ed in HI	Total HH in the Count ry
OP 3.2: Percentage of HHs/Families renewing the enrolment in health insurance															
OP 3.2	61%	2080 /81 (2024)	IMIS		65%	70%	80%	90%	90%	90%	IMIS	Natio nal, Provin cial, Local Level Gover nment	HIB, Government of Nepal	Total HH Renew ing the HI	Total HH Enrol led in HI
OP 3.3: Percentage of targeted HHs enrolled in health insurance															
OP 3.3	33 %	2082	IMIS, Social Health Protect ion Progra m Targets	40%	50%	60%	70%	80%	85%	100%	IMIS	Natio nal, Provin cial, Local Level Gover nment	HIB, Government of Nepal	Total Target ed HH enrolle d in HI	Total Targe ted HH
OP 3.4: Percentage of enrolment assistants fulfilling the targets of insuring HHs/ families															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones							Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087					Numerator	Denominator
OP 3.4	Targets to be calculated based on the enrolment guideline	2081	IMIS	60%	70%	80%	90%	95%	95%	95%	IMIS	National, Provincial, Local Level Government	HIB, Enrolment Assistant	Total EA able to enrol as per their target	Total EA working under HIB	
OP 3.5: Number of LLGs with at least one first contact point (Health Facility)																
OP 3.5	353	2081	IMIS	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	IMIS	Local Level Government, Health Facility	Local Level Government	Total local level government with identified first contact point	NA	
OP 3.6: Number of HHs with foreign employment enrolled in Health Insurance																

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 3.6	TBD with HIB	2081	IMIS	60%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	IMIS	National, Provincial, Local Level Government	HIB, Ministry of Labor, Employment and Social Security	Number of HH with foreign employment enrolled in HI	Total HH with Foreign Employment
OP 3.7: Percentage of HHs with formal sector employment enrolled in Health Insurance															
OP 3.7	TBD with HIB	2081	IMIS	40%	60%	80%	100%	100%	100%	100%	IMIS and Monitoring database	National, Provincial, Local Level Government	HIB, Formal Sector	NA	NA
OP 3.8: Number of enrolment campaigns conducted for enrolling HHs for increasing coverage and equity															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 3.8	TBD with HIB	2081	Enrolment Campaigns Report	Every province conducts at least two targeted enrolment campaigns annually	Every province conducts at least two targeted enrolment campaigns annually	Every province conducts at least two targeted enrolment campaigns annually	Every province conducts at least two targeted enrolment campaigns annually	Every province conducts at least two targeted enrolment campaigns annually	Every province conducts at least two targeted enrolment campaigns annually	10 targeted enrolment campaigns in each province conducted	Campaigning reports, and Monitoring database	Provincial, Local Government Level	HIB	Number of targeted enrolment campaigns conducted	NA
OP 3.9: Online mechanism for enrolment and renewal in HI functional															
OP 3.9	TBD with HIB	2081	Enrolment and Renewal Platform	Online enrolment and renewal functional	Online enrolment and renewal functional	Online enrolment and renewal functional	Online enrolment and renewal functional	Online enrolment and renewal functional	Online enrolment and renewal functional	Online enrolment and renewal functional	Enrolment and Renewal Platform, IMIS	HH Level	HIB	NA	NA
OP 3.10: Health Insurance program included in Secondary and Higher Secondary level curriculum															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 3.10	Currently general social protection is covered in social studies of different grades	2081	Social studies books of public schools for secondary and higher secondary level		Review of the relevant content based on grades done and finalized at HIB	Curriculum Development Center coordinated and collaborated	Finalization and approval of contents and inclusion in curriculum	Regular update of the curriculum content	Regular update of the curriculum content	Inclusion and Regular update of the curriculum content o HI	Curriculum of Secondary and Higher Secondary Level, and Monitoring database	Grade s	HIB, Line Ministries for Curriculum Development	NA	NA
OP 3.11: Mapping of health services providers based on geography and population density for case load for health Insurance Program															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 3.11	TBD with HIB	2081	Geolocation, Social audit report and MSS Action Plan for the last fiscal year reviewed for eligible health facilities in the area	Geolocation, Social audit report and MSS Action Plan for the last fiscal year reviewed for eligible health facilities in the area	Geolocation, Social audit report and MSS Action Plan for the last fiscal year reviewed for eligible health facilities in the area	Geolocation, Social audit report and MSS Action Plan for the last fiscal year reviewed for eligible health facilities in the area	Geolocation, Social audit report and MSS Action Plan for the last fiscal year reviewed for eligible health facilities in the area	Geolocation, Social audit report and MSS Action Plan for the last fiscal year reviewed for eligible health facilities in the area	Geolocation, Social audit report and MSS Action Plan for the last fiscal year reviewed for eligible health facilities in the area	Geolocation, Social audit report and MSS Action Plan for the last fiscal year reviewed for eligible health facilities in the area	Geolocation, Social audit, and MSS Action Plan for the last fiscal year for eligible health facilities in the area	Health Facility level	HIB	NA	NA
OP 3.12: First contact point standards for health facilities of targeted local level government developed and first contact point identified within each local level government															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 3.12	Current criteria for first point of contact for health insurance program	2081	Guideline for first service point for health insurance program	Standards for health facilities of targeted local level government developed and approved	Each local level government has at least one first contact point of their own					All local level government has an identified first contact point for Health Insurance Program of their own	List of the first contact points at local government level, IMIS, and Monitoring database	Local government level	HIB, Local government level	NA	NA
OP 3.13: Inclusion of the Ayurveda and/or alternative health services providing health facilities in Health Insurance Program															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 3.13	Current list of the empanelled Ayurveda and alternative health service providing health facilities	2081	Current list of the empanelled health facilities		Increase the number of empanelled government health facilities providing Ayurveda and/or alternative health services by 50% from that of baseline	80%	90%	90%	90%	90%	List of empanelled health facilities, IMIS, and Monitoring database	Health Facility	HIB, DOAA	Number of government health facilities providing Ayurveda and/or alternative health services empanelled in health insurance program	Number of government health facilities providing Ayurveda and/or alternative health services eligible to provide health insurance program
OP 4: Sustainable financial management for health insurance ensured															
OP 4.1: Proportion of the revenue to expenses of HI Program															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 4.1	TBD with HIB	2082	HIB Accounts	Proportion of the revenue to expenses for annual year >1	Proportion of the revenue to expenses for annual year >1	Proportion of the revenue to expenses for annual year >1	Proportion of the revenue to expenses for annual year >1	Proportion of the revenue to expenses for annual year >1	Proportion of the revenue to expenses for annual year >1	Proportion of the revenue to expenses for annual year >1	Financial Annual Audit Reports and Annual Report	HIB	HIB	Total Revenue of the HIB	Total Expenses of HIB
OP 4.2: Actuarial analysis of the HI Program to review and update premium and service ceiling (limit) done once in every two years															
OP 4.2	Felt need of actuarial analysis for the review and update of premium and size	2082	Works hops on the designing of the premium and service ceiling	Protocol developed	Study conducted and amount reviewed	Protocol updated	Study conducted and amount reviewed	Protocol updated	Study conducted and amount reviewed	Three Actuarial Analyses Conducted and taken basis for review of premium and service ceiling	Study reports and update in the premium and service ceiling, and Monitoring database	HIB	HIB	NA	NA
OP 4.3: Proportion of revenue received from government sources to the proportion of population enrolled and targeted HHs covered															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 4.3	Slight increment in figure every year. However, this is not proportionate to the program	2082	Budget announcement, IMIS	Proportionate increase in the government revenue to cover the increased number of enrolment and targeted HHs covered by HI	Proportionate increase in the government revenue to cover the increased number of enrolment and targeted HHs covered by HI	Proportionate increase in the government revenue to cover the increased number of enrolment and targeted HHs covered by HI	Proportionate increase in the government revenue to cover the increased number of enrolment and targeted HHs covered by HI	Proportionate increase in the government revenue to cover the increased number of enrolment and targeted HHs covered by HI	Proportionate increase in the government revenue to cover the increased number of enrolment and targeted HHs covered by HI	Proportionate increase in the government revenue to cover the increased number of enrolment and targeted HHs covered by HI	Budget announcement, IMIS, CAS	HIB	HIB, MoF	Proportionate change in revenue from government from last fiscal year	Proportionate change in the enrolment of the HI and Targeted HH enrolled
OP 4.4: Co-payment mechanism in HI periodically reviewed and updated															
OP 4.4	Current guideline for co-payment	2081	Current guideline for co-payment		Review of the co-payment mechanism	Update on the co-payment percentage and modality			Updated co-payment mechanism	Continuation of the co-payment mechanism	Monitoring database	HIB, Household Level	HIB	NA	NA
OP 4.5: Awareness programs for reducing moral hazards conducted in all provinces															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 4.5	Current awareness programs more focused on enrolment	2081	Current awareness messages of Health Insurance Board	Awareness campaigns conducted in each province include areas of reducing moral hazards	Awareness campaigns conducted in each province include areas of reducing moral hazards	Awareness campaigns conducted in each province include areas of reducing moral hazards	Awareness campaigns conducted in each province include areas of reducing moral hazards	Awareness campaigns conducted in each province include areas of reducing moral hazards	Awareness campaigns conducted in each province include areas of reducing moral hazards	Awareness campaigns conducted in each province include areas of reducing moral hazards	Messages of the awareness program and Monitoring database	Provincial	HIB, Province focal point	NA	NA
OP 5: Availability of quality health services in the empanelled HF's ensured															
OP 5.1: Online referral system established and functional (with monthly reports of referral services from empanelled facilities and facilities regulated for not following referral protocol)															
OP 5.1	In-person appointments are needed at present for in-person referral	2081	Platform for referral	Update the platform for online referral	Online referral system functional	Online referral system functional	Online referral system functional	Online referral system functional	Online referral system functional	Online referral system functional	Referral platform in IMIS	HIB, Health Facility Level	HIB, Empanelled Health Facilities	NA	NA

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 5.1B	TBD with HIB	2081	Platform for referral		100%	100%	100%	100%	100%	100%	Referral platform in IMIS	Health Facility Level	HIB, Empanelled Health Facilities	Number of empanelled health facilities reporting monthly on referral services	Total empanelled HFs
OP 5.1C: Number of empanelled HFs regulated for not following referral protocol															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 5.1C	TBD with HIB	2081	List of health facilities regulated, and remedial action taken by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Remedial action minutes of HIB and Monitoring database	Health Facility Level	HIB, Empanelled Health Facility	NA	NA
OP 5.2: Empanelment and renewal of health facilities based on Minimum Service Standards															
OP 5.2	Number of HF empanelled HF meeting all criteria	2082	Memorandum of Understanding	All empanelled health facilities	All empanelled health facilities	All empanelled health facilities	All empanelled health facilities	All empanelled health facilities	All empanelled health facilities	All empanelled health facilities	MoU and Monitoring database	Health Facility Level	HIB, Health Facility	NA	NA
OP 5.3: Number of empanelled HF's regulated for not following standards management and treatment protocols (SMTPs)															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 5.3	TBD with HIB	2082	List of health facilities regulated, and remedial action taken by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Reduce need of remedial action to less than 5% of the total empanelled health facilities regulated by HIB	Remedial action minutes of HIB	Health Facility Level	HIB, Empanelled Health Facility	NA	NA

OP 5.4: Percentage of empanelled HF's with medicines and supplies for HI coverage available round the year

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 5.4	Grievances have been heard; prevalence not known	2081	Survey, Users' Poll and Exit Interview	90%	95%	98%	99%	100%	100%	100%	Survey or Poll or Exit interview report, and Monitoring database	Health Facility Level	HIB, Empanelled Health Facility	Number of reporting of availability of the medicines and supplies	Number of responses recorded
OP 6: Insurance management information system strengthened															
OP 6.1: IMIS upgraded in modular architecture															
OP 6.1	TBD with HIB	2081	IMIS	60%	75%	85%	90%	100%	100%	100%	IMIS	Health Facility Level	HIB, Empanelled HF	Number of empanelled HF's entering claim on time to the system	Total empanelled HF's
OP 6.2: System audit of IMIS once in two years															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 6.2	TBD with HIB	2082	IMIS	More than 90%	95%	99%	100%	100%	100%	100%	IMIS	Health Facility Level	HIB	Number of claims reimbursed on time	Total Claims Verified
OP 6.3: Percentage of empanelled HF's EMR interoperable with IMIS															
OP 6.3	TBD with HIB	2081	IMIS	More than 90%	95%	99%	100%	100%	100%	100%	IMIS	Health Facility Level	HIB, Empanelled HF	Number of claims entered into the system with evidence	Total number of claims entered
OP 6.4: IMIS interoperable with other information system (like National ID, Poor HH identification, DHIS 2, Civil Registration and Vital Statistics)															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 6.4	At present IMIS is with NID and HF's EMR/billing system	2081	IMIS		Interoperability of IMIS with DHIS 2	Addition of interoperable platform-National ID, Poor HH Identification	Addition of interoperable platform-Civil registration and vital statistics	Needful addition done periodically for interoperability	Needful addition done periodically for interoperability	Needful addition done periodically for interoperability	IMIS Platform and its interoperability	IMIS	HIB, Line Ministries	List of the information system with which IMIS needs to be interoperable	NA
OP 6.5: HI Mobile Application for insure updated with new features															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 6.5	Current Mobile Application being reviewed	2081	Current mobile application for insure	New features added as per need and updated	New features added as per need and updated	New features added as per need and updated	New features added as per need and updated	New features added as per need and updated	New features added as per need and updated	New features added as per need and updated	Annual report	Health Facility Level	HIB, Empanelled HF	Number of empanelled HF's (as per standardization & classification) submitting claims through API based on EMR	Total number of empanelled HF's
OP 7: Claim management system strengthened															
OP 7.1: Percentage of empanelled HF's entering claim timely															
OP 7.1	TBD with HIB	2082	IMIS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	IMIS	Health Facility Level	Empanelled Health Facility	Number of claims entered within monthly	Total claims (of that month)
OP 7.2: Percentage of claim verified and reimbursed in real-time (using TPA/AI)															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 7.2	TBD with HIB	2081	IMIS	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	IMIS	Health Facility Level	HIB, Empanelled HF	Number of claims approved and reimbursed within month of claim approval	Total number of claims
OP 7.3: Human resource for HI claim management proportionate to workload of claim entries and claim verification															
OP 7.3	TBD with HIB	2082	IMIS	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	IMIS HR database and Monitoring database	HIB employee	HIB	Claims entered and verified per day	HR for claim entries
OP 7.4: Claim of basic health services done by empanelled through health insurance board															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 7.4	Basic health services are channeled through curative service division at present	2082	Current BHS guideline	Revision, submission, and approval of BHS guideline	100%	100%	100%	100%	100%	100%	IMIS	Health Facility Level	HIB, Health Facility	NA	NA
OP 7.5: System alert to identify and regulate claims to ensure integrity of the health insurance system functional															
OP 7.5	TBD with HIB	2082	IMIS	System alert functional	System alert functional	System alert functional	System alert functional	System alert functional	System alert functional	System alert functional	IMIS	Claims	HIB	NA	NA
OP 7.6: Digital card issued to the insure															
OP 7.6	Currently all individuals are provided with manual cards for health insurance	2081	Health insurance cards issued to insure	Digital card launched	75%	85%	95%	100%	100%	100%	IMIS	Individual level	HIB, Health Facility	Number of insure with digital card	Total population enrolled in health insurance
OP 8: M&E of health insurance system strengthened															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 8.1: Evidence based policy and annual work plan and budgeting practiced in HI (evidence from IMIS, monitoring, and research)															
OP 8.1	Reports of the review, monitoring and research based on HI database and relevant literature	2081	Health Insurance Board	Discussion of relevant evidence done and included in policy framework, and annual work plan and budgeting Updated monitoring database fully functional	Discussion of relevant evidence done and included in policy framework, and annual work plan and budgeting	Discussion of relevant evidence done and included in policy framework, and annual work plan and budgeting	Discussion of relevant evidence done and included in policy framework, and annual work plan and budgeting	Discussion of relevant evidence done and included in policy framework, and annual work plan and budgeting	Discussion of relevant evidence done and included in policy framework, and annual work plan and budgeting	Discussion of relevant evidence done and included in policy framework, and annual work plan and budgeting	References cited in the documents	National	HIB	NA	NA
OP 8.2: Inclusion of the important health insurance indicators in national level surveys															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numer ator
OP 8.2	Indicators list to be included in existing national surveys	2082	NDHS, NLSS, STEPS Survey, NMIC S, NFSS	Indicators for each survey clarified for inclusion in the immediate cycle of these surveys	Annual review of the needful indicator and update shared to update these surveys' tool	Inclusion of the indicators to the surveys	Inclusion and update of the indicators to the surveys	Inclusion and update of the indicators to the surveys	Inclusion and update of the indicators to the surveys	Period update and inclusion of HI indicators to existing national surveys	Survey tools and reports	National, Provincial. Local Government Level	HIB, Line ministries conducting survey	NA	NA
OP 8.3: Semi-annual and annual reviews and assessment of progress on activities conducted and results disseminated															
OP 8.3	Road map to be executed from year 2081	2081	Reports of review in website	Quarterly review & assessment of progress on activities	Quarterly review & assessment of progress on activities	Quarterly review & assessment of progress on activities	Quarterly review & assessment of progress on activities	Quarterly review & assessment of progress on activities	Quarterly review & assessment of progress on activities	Quarterly review & assessment of progress on activities	Review reports and progress notes and Monitoring database	National, Provincial. Local Government Level	HIB	NA	NA
OP 8.4: Periodic M&E visits of empanelled HFs by HIB in coordination with respective governing authorities (MoHP, Insurance Coordination Committee at Provincial and Local Level Government, HI Offices) done															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 8.4	TBD with HIB	2081	M and E visits reports	M and E visits as per annual work plan conducted and feedback provided	M and E visits as per annual work plan conducted and feedback provided	M and E visits as per annual work plan conducted and feedback provided	M and E visits as per annual work plan conducted and feedback provided	M and E visits as per annual work plan conducted and feedback provided	M and E visits as per annual work plan conducted and feedback provided	M and E visits as per annual work plan conducted and feedback provided	M and E reports and Monitoring database	Government level, Authorities for M and E, Individual Organizational Level	HIB, Concerned authorities for M and E	NA	NA
OP 8.5: Periodic implementation research for regular feedback to the HI Program															
OP 8.5	TBD with HIB	2082	Policy briefs from implementation research		1 policy/evidence brief		1 policy/evidence brief		1 policy/evidence brief	3 policy/evidence brief	Policy/Evidence brief in website of HIB and Monitoring database	National	HIB	NA	NA
OP 8.6A: Midterm review of the roadmap															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 8.6A	TBD with HIB	2082				Mid-term review of the roadmap started near the end of 2026	Mid-term review of the roadmap completed, and review of the roadmap based on results			Mid-term evaluation report and recommendation	Report of mid-term evaluation	National and/or Provincial and/or Local	HIB, Independent Third Party	NA	NA
OP 8.6B: End evaluation of the road map															
OP 8.6B	TBD with HIB	2087	End evaluation report in HIB website						End evaluation of the roadmap started near the end of 2087	End evaluation of roadmap	End evaluation report in HIB website	National and/or Provincial and/or Local	HIB, Independent Third Party	NA	NA
OP 8.7: Annual work plan and budgeting aligned with roadmap															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 8.7	Development of annual work plan and budgeting aligned with roadmap	2081	Annual work plan and budgeting	Annual work plan and budgeting developed aligning with roadmap	Annual work plan and budgeting developed aligning with roadmap	Annual work plan and budgeting developed aligning with roadmap	Annual work plan and budgeting developed aligning with roadmap	Annual work plan and budgeting developed aligning with roadmap	Annual work plan and budgeting developed aligning with roadmap	Annual work plan and budgeting developed aligning with roadmap	Annual work plan and budgeting and roadmap	Annual Year	HIB	NA	NA
OP 9: Coordination and collaboration at all levels of governments and stakeholders strengthened															
OP 9.1A: Collaborative framework developed and implemented to strengthen coordination and collaboration with all three levels of government															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 9.1A	TBD with HIB	2081	Framework for collaboration among three level of government		Collaborative framework guided by regulation developed with roles and responsibilities of the three level of government for HI					Collaborative framework guided by regulation developed with roles and responsibilities of the three level of government for HI	Approved framework with roles and responsibilities of three level of government	National and/or Provincial and/or Local	HIB, Cabinet	NA	NA
OP 9.1B: Each province and local government have functional Health Insurance Coordination committee															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 9.1B	TBD with HIB				Each province and local level government has functional Health Insurance Coordination Committee	Each province and local level government has functional Health Insurance Coordination Committee (meets thrice a year)	Each province and local level government has functional Health Insurance Coordination Committee	Each province and local level government has functional Health Insurance Coordination Committee	Each province and local level government has functional Health Insurance Coordination Committee	Each province and local level government has functional Health Insurance Coordination Committee	Meeting minutes of the Health Insurance Coordination Committee as per their ToR and Monitoring database	Provincial and Local	HIB, Coordination Committees	NA	NA
OP 9.2: Coordination and collaboration with national and international development partners for technical support															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 9.2	Ongoing collaboration a coordination with development partners for technical support	2081	Annual work plan and budgeting	Continuation and needful addition of the partners to support technically to HIB as per need	Continuation and needful addition of the partners to support technically to HIB as per need	Continuation and needful addition of the partners to support technically to HIB as per need	Continuation and needful addition of the partners to support technically to HIB as per need	Continuation and needful addition of the partners to support technically to HIB as per need	Continuation and needful addition of the partners to support technically to HIB as per need	Continuation and needful addition of the partners to support technically to HIB as per need	Annual work plan and budgeting and Monitoring database	National, Organizational level	HIB, Development partners	NA	NA
OP 9.3: Annual review and interaction program with representatives from service users, service providers and management conducted															

Indicators	Baseline	Base Year	Base Source	Milestones						Target	Means of verification	Level of disaggregation	Responsibility	Defining Indicator (NA= not applicable)	
				2081	2082	2083	2084	2085	2086					2087	Numerator
OP 9.3	TBD with HIB	2081	Review Report	Annual review meetings held with identified stakeholders of health insurance	Annual review meetings held with identified stakeholders of health insurance	Annual review meetings held with identified stakeholders of health insurance	Annual review meetings held with identified stakeholders of health insurance	Annual review meetings held with identified stakeholders of health insurance	Annual review meetings held with identified stakeholders of health insurance	Annual review meetings held with identified stakeholders of health insurance every year	Review Report and Monitoring database	National and/or Provincial and/or Local	HIB	NA	NA
OP 9.4: Dedicated focal point for HI at line ministries both in federal level and at provincial level															
OP 9.4	No dedicated focal point for HI in line ministries	2081	ToR for focal point in line ministries	Dedicated focal point in federal level line ministries with ToR	Dedicated focal point in provincial level line ministries with ToR	Dedicated focal point in provincial level line ministries with ToR	Dedicated focal point in provincial level line ministries with ToR	Dedicated focal point in provincial level line ministries with ToR	Dedicated focal point in provincial level line ministries with ToR	Dedicated focal point at both federal and provincial line ministries with ToR	ToR for focal points	National, Provincial	HIB, Line Ministries	NA	NA

Annex 3: Monitoring Framework: Outcome Matrix

Indicator	Status	Year	2083	2087	Means of verification	Disaggregation	Period
Health Insurance Board Composite Index Score	TBD		50	100	Monitoring database	National	Annual
Average turnaround time (in days) for processing health insurance claims	NA		50	30	OpenIMIS	National	Annual
Average time taken (in days) to resolve written grievance	NA		30	30	OpenIMIS	National	Annual
Percentage of OOP expenditure in total health expenditure	57	2076/77	30	25	NHA report or survey	Insured and non-insured	Three years
Percentage of population who experienced catastrophic health expenditure (in 10% threshold)	10.7	2073/74	4	2	NHA report or survey	Insured and non-insured	Three years
Percentage of population under health insurance coverage	24.7	2079/80		70	OpenIMIS	Local levels	Annual
Renewal rate in national health insurance	59	2079/80		90	OpenIMIS	Local levels	Annual
Percentage of social protection programs streamlined with national health insurance schemes	1	2079/80		100	HIB Annual Report	National	Annual
Percentage of empanelled health facilities having MSS score of above 85%	TBD			100	Monitoring database	Health facilities	Annual
Percentage of population reaching empanelled health facilities within 30 minutes travel time	77	2021 AD		100	NDHS, NMICS	Province	Three years
Empanelled health facility insure ratio	10061	2079/80		5000	OpenIMIS	Province	Annual
Service utilization rate	38	2079/80		20	OpenIMIS	Types of beneficiaries	Annual
Point difference in service utilization rate between poor and non-poor target groups	TBD			0			
Average number of visits by insured individuals	1.2	2079/80		1.0	OpenIMIS	Types of beneficiaries	Annual

Annex 4: Monitoring Framework: Impact/Goal

Indicator	Status	Year	2083	2087	Means of verification	Disaggregation	Period
Universal Health Coverage Index	50	2077/78		100	World Health Organization (WHO) Monitoring report	Province	Three years
Incidence of impoverishment due to Out-of-Pocket (OOP) expenditure in health	1.7	2073/74		0	NHA report or survey	Province	Three years
Ratio of amount of annual revenue generated through premium to annual expenditure (%)	292	2079/80		200	OpenIMIS + LMBIS	National	Annual
Per capita public health expenditure	20	2077/78		86	NHA report or survey	Province	Annual
Ratio of population below poverty line enrolled in the national health insurance (%)	9.16	2077/78		100	OpenIMIS	Province	Annual
Percentage of health facilities meeting tracer standards for quality of care	61.9	2079		100	NFHS	Province and type of HFs	Five Years