

“तपाईंको स्वास्थ्य हाम्रो अठोट”

आ.व. २०७६/०८०

# वार्षिक प्रतिवेदन



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड  
बबरमहल, काठमाडौं





आ.व. २०७८/०८०

# वार्षिक प्रतिवेदन



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड  
बबरमहल, काठमाडौं

---

# वार्षिक प्रतिवेदन

आ.व. २०७५/०८०

प्रकाशक

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, नेपाल ।

# आ.व. २०७८/०८० को स्वास्थ्य बीमा बोर्डका पदाधिकारी



डा. सेनेन्द्रराज उप्रेती

अध्यक्ष



डा. मदनकुमार उपाध्याय

सदस्य



श्री रमेश अर्याल

सदस्य



डा. सुरेश तिवारी

सदस्य



डा तारा शाह

सदस्य



श्री इन्द्रकला राई

सदस्य



श्री चन्द्र बहादुर थापा

सदस्य



श्री टिका भट्टराई चापागाई

सदस्य



डा. दामोदर बसौला

सदस्य सचिव





# नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बबरमहल, काठमाडौं



## मन्तव्य



समस्त नेपाली नागरिकलाई सर्वसुलभ रूपमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न र स्वास्थ्य सेवा उपभोगमा सुधार ल्याउनका लागि सामाजिक स्वास्थ्य बीमाको आधारमा सबैका लागि स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्ने उद्देश्यका साथ २०७२ सालमा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका रूपमा शुरुवात भएको यो कार्यक्रम हाल आठौं वर्षमा प्रवेश गरेको छ । यस अवसरमा आ.व. २०७९/०८० को अवधिमा वार्षिक रूपमा सम्पादित कार्य प्रगतिको सारांशको रूपमा स्वास्थ्य बीमा बोर्डको वार्षिक प्रतिवेदन सार्वजनिक गर्न पाँउदा खुशी लागेको छ । यस प्रतिवेदनले कार्यक्रमसंग सम्बन्धित तथा सरोकारवाला निकायहरूका लागि समेत उपयोगी र जानकारीमुलक दस्तावेज हुने विश्वास लिएको छु ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवा उपयोगको क्रममा हुने अनियोजित खर्चको जोखिमलाई अग्रिम व्यवस्थापन गर्दै वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्ने अवधारणा अन्तर्गत सरकारले ल्याएको सामाजिक सुरक्षाको एक महत्वपूर्ण कार्यक्रम हो । यस कार्यक्रमले सर्वव्यापी स्वास्थ्यको पहुँच (Universal Health Coverage, UHC) प्राप्ती तर्फ नेपाललाई अग्रसर बनाउँदै सन् २०३० सम्ममा दिगो विकास लक्ष्य प्राप्त गर्न महत्वपूर्ण भूमिका खेल्ने नेपाल सरकारले विश्वास लिएको छ ।

आगामी दिनमा छरिएर रहेका सामाजिक सुरक्षाका कार्यक्रमहरूलाई स्वास्थ्य बीमामा एकिकृत गरी एकद्वार प्रणालीबाट सञ्चालन गर्न अत्यन्त जरूरी रहेको छ । यसले सरकारको स्वास्थ्य क्षेत्रमा हुने लगानी कम गर्नुका साथै स्वास्थ्य क्षेत्रमा हुने अनावश्यक खर्चलाई नियन्त्रण गर्न सकिन्छ भन्ने विश्वास लिएको छु । स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ ले प्रत्याभुत गरेको विषयहरूलाई प्रभावकारी लागु गरी यसको दिगो व्यवस्थापनको बाटोतिर अघि बढ्नु आजको प्रमुख आवश्यकता रहेको छ । त्यसैले कार्यक्रमको दिगो व्यवस्थापनको लागि सबैले आ-आफ्नो कार्य क्षेत्रमा समन्वय र सहकार्य गरी आमनागरिकलाई गुणस्तरीय सेवा प्रवाहमा सहजीकरण गर्न सम्बन्धित सबैमा अपिल समेत गर्दछु ।

अन्त्यमा, यस कार्यक्रमलाई यहाँसम्म पुराउन सहयोग गर्ने सम्बन्धित सबैलाई धन्यवाद दिँदै आगामी दिनहरूमा पनि यस कार्यक्रमलाई उचाईको शिखरमा पुराउन महत्वपूर्ण सहयोग रहनेछ भन्ने कामना व्यक्त गर्न चाहन्छु ।

डा. गुणराज लोहनी

अध्यक्ष





नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड  
बबरमहल, काठमाडौं



## मन्तव्य



आ.व २०७९/०८० मा सम्पादित कार्यहरूको विवरण समेटेर यस प्रतिवेदन मार्फत प्रस्तुत गर्न पाएकोमा खुशी व्यक्त गर्दछु। यस प्रतिवेदनले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध जनसंख्या, घरपरिवार, नवीकरण, सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था र सेवा उपभोग लगायतका विषयमा विस्तृत जानकारी दिने जमर्को गरेको छ।

संविधानले स्वास्थ्य सेवालार्ई मौलिक हकको रूपमा अंगिकार गरेको छ। नेपालको संविधानको धारा ३५ मा प्रत्येक नागरिकलाई आधारभुत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्रदान गर्ने तथा धारा ५१(ज) मा नागरिकको आधारभुत आवश्यकता सम्बन्धी नीतिको बुँदा १५ मा नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा पहुँचको व्यवस्था मिलाउने उल्लेख छ। यस कार्यक्रमले स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच (Universal Health Coverage, UHC) प्राप्ति तर्फ नेपाललाई अग्रसर बनाउँदै सन् २०३० सम्ममा दिगो विकास लक्ष्य प्राप्त गर्न महत्त्वपूर्ण भूमिका खेल्ने आशा लिएको छ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम २०७२ चैत २५ गते कैलाली जिल्लाबाट शुरुवात भई आ.व २०७९/०८० को अन्त्य सम्ममा ७७ जिल्लाका ७४९ वटा स्थानीय तहमा विस्तार भई सकेको छ र २४.७% जनसंख्या र ३३.९९% घरपरिवारमा बीमाको पहुँच पुगेको छ। देशै भरिका प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र देखि विशिष्टीकृत सरकारी, सामुदायिक तथा निजी अस्पतालहरू गरी ४६३ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरू बोर्डमा सूचीकृत भई बीमित नागरिकलाई गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिरहेका छन्।

आम नागरिकले स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्दा स्वास्थ्य उपचारमा हुने आर्थिक जोखिमलाई कम गरी पूर्व भुक्तानी माध्यमबाट स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभागी गराउने तथा बीमितको आर्थिक जोखिमको न्यूनीकरण गर्ने कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य रहेको छ भने कार्यक्रममा आवद्ध सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको सेवा प्रवाह, गुणस्तर तथा जवाफदेहिताको अभिवृद्धि गरी स्वास्थ्य संस्थाको सुदृढीकरणमा समेत टेवा पुगेको देखिन्छ। स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा हाल देखा परेका विभिन्न चुनौतीको समाधान गर्दै आगामी दिनमा कार्यक्रम प्रभावकारी र सुदृढ हुँदै जानेछ भन्ने विश्वास लिएको छु।

अन्त्यमा, स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई यहाँ सम्म पुर्याउन निरन्तर सहयोग गर्ने विभिन्न निकाय तथा यो प्रतिवेदन तयारीमा प्रत्यक्ष तथा परोक्ष रूपमा संलग्न टिमलाई हार्दिक धन्यवाद दिन चाहन्छु।



डा. दामोदर बसौला  
कार्यकारी निर्देशक  
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड





# कार्यकारी सारांश

## १. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँचको नीतिलाई साकार पार्ने एउटा महत्वपूर्ण आयामको रूपमा रहेको छ। स्वास्थ्य बीमा योगदानमा आधारित वित्तीय संरक्षण गर्ने प्रणाली हो। जसले व्यक्तिको स्वास्थ्य उपचारका क्रममा लाग्ने खर्चका लागि वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्दै स्वास्थ्यमा लाग्ने अप्रत्याशित उपचार खर्च कम गरी गरीबीको रेखा तिर जानबाट जोगाउछ। 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 रूपमा रहेको छ। नेपालको सन्दर्भमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको थालनी ई.स.१९१९ 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 कार्यक्रमको शुरुवात भएको हो।

## २. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सम्बन्धी संवैधानिक, नीतिगत तथा संस्थागत व्यवस्था

नेपालको संविधानको धारा ५१ (ज) मा नागरिकको आधारभुत आवश्यकता सम्बन्धी नीतिको बुँदा १५ बमोजिम नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा पहुँचको व्यवस्था मिलाउने भनि उल्लेख भएको छ। त्यस्तै गरी स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४; जन स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५; स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५; राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति, २०७१; राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६; पन्ध्रौँ योजना (२०७६/०७७-२०८०/०८१); स्थानीय सरकार संचालन ऐन, २०७४; दिगो विकास लक्ष्य (२०१५-२०३०); नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिक योजना २०७९/०८०-२०८७/८८ साथै राष्ट्रिय स्वास्थ्य वित्त रणनीति (२०८०-२०९०) लगायत विभिन्न कानूनी दस्तावेजहरूमा स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी उल्लेख भएको पाईन्छ।

## ३. स्वास्थ्य बीमाको दीर्घकालीन सोच, उद्देश्य, रणनीति तथा विशेषताहरू

विभिन्न जनचेतनामूलक कार्यक्रम, सार्वजनिक तथा निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूसँग सहकार्य मार्फत समुदायका सबै वर्गलाई स्वास्थ्य बीमामा सक्रिय सहभागिता गराउँदै नेपाली जनताको समग्र स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार गर्दै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपयोगमा सुधार ल्याई स्वास्थ्य बीमाको माध्यमबाट सबैका लागि स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्नु रहेको छ।

कार्यक्रमको विशेषता हेर्दा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा परिवारलाई इकाईको रूपमा मानिन्छ र परिवारको योगदानको आधारमा स्वास्थ्य सेवा प्रवाह र उपभोग हुने गर्दछ। प्रति परिवार (५ जना सम्म) रु.३,५००।-योगदानको आधारमा रु.१,००,०००।-सम्मको स्वास्थ्य सेवा सुविधा र थप प्रति सदस्य रु.७००।- का दरले योगदान रकम थपिँदै जाने र प्रति सदस्य रु.२०,०००।- बराबरको सेवा सुविधा थपिने प्रावधान रहेको छ। स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको अधिकतम सेवा सुविधाको सीमा रु.२,००,०००।- सम्म रहेको छ।

## ४. स्वास्थ्य बीमा बोर्डको संस्थागत व्यवस्था

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा १३ (२) बमोजिम स्वास्थ्य बीमा बोर्ड गठन सम्बन्धी व्यवस्था रहेको छ। सो व्यवस्था अनुसार ९ सदस्यीय संचालक समिति रहने प्रावधान छ। बोर्ड समितिले नीतिगत निर्णयका साथै सेवाको स्तर निर्धारण, संगठनको सुदृढीकरणका लागि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको समन्वयमा नेपाल सरकार समक्ष सुझाव पेश गर्नुका

साथै नीतिगत निर्णय अनुसार कार्यक्रम कार्यान्वयन भए नभएको अनुगमन गरी निर्देशन एवं सुझाव दिने कार्य गर्दछ । स्वास्थ्य बीमा बोर्डको दैनिक क्रियाकलाप संचालनका लागि नेपाल सरकारबाट कार्यकारी निर्देशक नियुक्त गर्ने व्यवस्था छ । हाल बोर्डको अस्थायी संरचना अनुसार केन्द्रमा स्वास्थ्य बीमा बोर्ड अन्तर्गत विभिन्न शाखाहरूको व्यवस्था रहेको छ । त्यस्तै सातै वटा प्रदेशमा प्रदेश शाखा कार्यालय, हरेक जिल्लामा जिल्ला सम्पर्क कार्यालय र स्थानीय तहमा दर्ता सहयोगीको व्यवस्था गरी कार्य संचालन भएको अवस्था छ ।

#### ५. आ.व. २०७९/०८० को अवधिसम्ममा संचालन भएका मुख्य गतिविधि तथा नतिजाहरू

आ.व. २०७९/०८० मा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनको लागि संचालन भएका मुख्य गतिविधिहरूमा दाबी भुक्तानी, नयाँ सदस्यता दर्ता तथा नवीकरण, सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको सूचीकरण, बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको व्यवस्थापन; आवश्यक नीति तथा मापदण्डको निर्माण; कार्यक्रमको अनुगमन तथा मूल्यांकन; आधारभुत तथा पुनर्ताजगी तालिम संचालन; जनचेतनामूलक कार्यक्रम संचालन; गुनासो व्यवस्थापन; सुविधा थैली पुर्नमूल्यांकन र परिमार्जन तथा बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा प्रविष्टिकरण जस्ता कार्यहरू भएका छन् ।

##### ● स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम हाल ७७ जिल्लाको ७४९ वटा स्थानीयतहमा विस्तार भएको छ । कार्यक्रम लागू भए पश्चात आ.व. २०७९/०८० को अन्त्यसम्म आईपुग्दा कार्यक्रममा कुल ३३.१९% (२२,१२,८१४ घरपरिवार) र २४.७% (७२,१५,०९८ जना) जनसंख्या आबद्ध छन् । आ.व. २०७९/०८० मा २५% (१६,३८,९१७ घरपरिवार) क्रियाशील बीमित परिवार र १६% (४६,५८,३३१ जना) क्रियाशील नागरिक रहेका छन् । जसमध्ये २३.७९% नयाँ बीमित र ७६.२१% नवीकरण गरेका बीमित रहेका छन् भने सामान्य बीमित ६८.१८% र बाँकी ३१.८२% लक्षित वर्ग बीमा कार्यक्रममा आबद्ध भएका छन् । उमेरको आधारमा बीमितको विवरण हेर्दा १५ देखि ५९ वर्ष उमेर समूहको बीमित ५६% छन् भने सबैभन्दा कम (७%) ६० देखि ६९ वर्ष उमेर समूहका जनसंख्या बीमा कार्यक्रममा आबद्ध रहेका छन् । लिङ्गको आधारमा हेर्दा ५१.४९% महिला आबद्ध भएको अवस्था छ । प्रदेशगत रूपमा हेर्दा आ.व. २०७९/०८० को कुल क्रियाशील बीमित मध्ये कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा धेरै (२८%) रहेको त्यस्तै कर्णाली प्रदेशमा सबैभन्दा कम (६%) रहेको छ । त्यस्तै जिल्लागत रूपमा हेर्दा पाल्पा, जुम्ला, चितवन, भक्तपुर र झापा जिल्लामा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध क्रियाशील जनसंख्या सम्बन्धित जिल्लाको जनसंख्याको ४०% भन्दा माथि रहेका छन् भने धनुषा, महोत्तरी, सर्लाही र काठमाडौँ जिल्लामा सबैभन्दा कम (३%) जनसंख्या स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध रहेको देखिन्छ ।

##### ● सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था

आ.व. २०७९/०८० मा कार्यक्रममा कुल १२ वटा नयाँ सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरू सूचीकृत भई अन्त्य सम्ममा कुल ४६३ वटा संस्थाहरू कार्यक्रममा आबद्ध भएका छन् । जसमध्ये ३७८ वटा सरकारी स्वास्थ्य संस्था रहेका छन् भने निजी ५२ वटा, र सामुदायिक अस्पताल ३३ वटा कार्यक्रममा आबद्ध भई बीमितहरूलाई स्वास्थ्य सेवा दिदै आएका छन् । प्रदेशगतरूपमा सेवा प्रदायक संस्थाको विवरण हेर्दा कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा बढी (१११ वटा) सेवा प्रदायक संस्था सूचीकृत रहेको पाइन्छ भने सबैभन्दा कम कर्णाली प्रदेशमा ३३ वटा सूचीकृत सेवा प्रदायक संस्थाहरूबाट बीमा सेवा संचालन भएको छ । त्यस्तै, जिल्लागतरूपमा हेर्दा मोरङ जिल्लामा सबैभन्दा धेरै (२६ वटा) सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था रहेका छन् ।

त्यसै गरी, स्वास्थ्य बीमामा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था र आबद्ध जनसंख्याको अनुपात हेर्दा प्रति अस्पताल औसतमा १०,०६१ जना बीमितलाई सेवा उपलब्ध गराउनु पर्ने देखिन्छ भने सेवा उपभोग गर्ने बीमितको आधारमा हेर्दा प्रति अस्पताल औसतमा ३,८५७ जना बीमित बिरामी हेर्नु पर्ने देखिन्छ तथापि, स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरूबाट

प्रदान गरिने सेवा स्वास्थ्य संस्थाको क्षमतामा भर पर्दछ ।

### ● सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूको दाबी

स्वास्थ्य बीमामा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूको दाबीको अवस्था हेर्दा विगत तीन वर्ष देखि दाबी संख्या र दाबी रकम बढ्दो क्रममा रहेको छ जुन आ.व. २०७९/०८० मा ७५,५८,४३३ रहेको र दाबी रकम रु १४,३२,७९,३६,६७६।- रहेको देखिन्छ तथापी औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम भने घट्दै गएको अवस्था छ । कार्यक्रममा आबद्ध सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको आधारमा दाबी संख्या हेर्दा सरकारी अस्पतालको आबद्धता धेरै भएको हुदा कुल दाबी संख्या र दाबी रकम पनि सरकारी अस्पतालको नै सबैभन्दा धेरै रहेको छ भने सबैभन्दा कम दाबी निजी अस्पतालबाट भएता पनि दाबी रकममा हेर्दा सरकारी पछि दोश्रो बढी दाबी रकम रहेको संस्थाको रुपमा निजी अस्पतालहरू नै रहेका छन् । त्यस्तै सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम हेर्दा निजी सेवा प्रदायकबाट प्राप्त भएको दाबीहरूको औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम अन्यको तुलनामा धेरै रहेको छ ।

सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले प्रविष्ट गरेको सेवाको कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको अवस्था हेर्दा बहिरंग र अन्तरंग सेवामा सबैभन्दा धेरै दाबी (८४%) रहेको छ त्यस्तै सोहि सेवाको दाबी रकम पनि सबैभन्दा धेरै (७०%) रहेको छ । आकस्मिक सेवा तर्फ सबैभन्दा कम दाबी संख्या र दाबी रकम रहेको छ जुन कुल दाबी संख्याको जम्मा ५% र दाबी रकमको १२% रहेको छ । सोहि विवरणको औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम विश्लेषण गर्दा आकस्मिक सेवाको सबैभन्दा धेरै रहेको अवस्था छ ।

स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध नागरिकको आबद्धताको आधारमा दाबी संख्या हेर्दा सामान्य बीमितको सबैभन्दा धेरै दाबी (८१%) रहेको र बाँकी १९% दाबी लक्षित वर्गबाट रहेको छ । उमेरको आधारमा विश्लेषण गर्दा आर्थिकरूपले सक्रिय उमेर समूहको दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत अन्य उमेर समूहको तुलनामा बढी देखिन्छ तर औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम भने ६० वर्ष भन्दा माथिको उमेर समूहको रकम अन्य उमेर समूहको भन्दा धेरै रहेको छ ।

बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा प्रविष्ट भएका रोगहरू मध्ये देशभरको उच्च दाबी हुने १० रोगको तथ्यांकलाई विश्लेषण गर्दा उच्च १० रोगको दाबी कुल दाबीको ३३% रहेको छ भने दाबी रकमको ३१% रहेको छ । जसमध्ये सबैभन्दा बढी Essential (primary) Hypertension को रहेको छ जुन कुल दाबीको ७% र कुल दाबी रकमको ६% रहेको देखिन्छ ।

### ● सेवा उपभोग सम्बन्धी

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा विगत तीन वर्ष देखि सेवा उपभोग गर्ने बिमितको प्रतिशत विश्लेषण गर्दा आ.व. २०७७/०७८ मा २९% देखि बढेर आ.व. २०७९/०८० को अन्त्य सम्म ३८% पुगेको छ । आ.व. २०७९/८० को कुल क्रियाशील जनसंख्या (४६,५८,३३१ जना) मध्ये सेवा उपभोग गर्नेको संख्या १७,८५,८३३ रहेको छ । कार्यक्रममा आबद्ध भएका बीमित मध्ये सबैभन्दा धेरै सेवा उपभोग गर्ने बीमितको रुपमा सामान्य बीमित रहेका छन् । प्रदेशगतरुपमा आ.व. २०७९/०८० मा कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा धेरै (४३%) सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम सुदूरपश्चिम प्रदेशमा (२७%) रहेको छ । सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूको आधारमा हेर्दा ६१% बीमितले सरकारी अस्पतालबाट सेवा उपभोग गरेको देखिन्छ । सेवा उपभोग गरेको बीमितले खर्च गरेको रकमलाई कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा हेर्दा औसत दाबी रकम रु ३,०७६।- पुगेको छ भने सेवा उपभोग गर्ने बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम आ.व. २०७९/०८० मा रु ८,०२३।- हुन गएको देखिन्छ ।

### ● विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम

नेपाल सरकारको विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गतका आठ वटा कडा रोगमा मिर्गौला बिरामी,

क्यान्सर, मुटु, स्पाईनल इन्जुरी, हेड इन्जुरी, अल्जाइमर, सिकल सेल एनिमिया र पार्किन्सन रहेको छ । आ.व २०७९/०८० मा विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गतका आठ वटा कडा रोगका २९,२१५ जना बिरामीको रु २,६४,५६,६४,५६१।- रकम भुक्तानी भएको छ । त्यस्तै स्वास्थ्य बीमा बोर्ड देखि आ.व. २०७८/०७९ को बैशाख देखि असार सम्मको कुल १४,५५० बिरामीको रु. ८३,२३,५३,८४७ । ३ रकम पनि भुक्तानी भएको हुँदा आ.व. २०७९/०८० मा विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रमको कुल रु ३,४७,८०,१८,४०८ । ३ रकम भुक्तानी भएको छ ।

### ● तालिम सम्बन्धी विवरण

स्वास्थ्य बीमा बोर्डले कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनको लागि संघ, प्रदेश र स्थानीयतहमा कार्यरत कर्मचारीहरूका साथै सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थालाई आवश्यक प्रशिक्षक प्रशिक्षण तालिम, क्षमता अभिवृद्धि तालिम, आधारभूत तालिम तथा बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली सम्बन्धी तालिमको विभिन्न चरणमा आयोजना गरेर तालिम संचालन गरेको छ ।

### ● गुनासो व्यवस्थापन

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सञ्चालन, प्रक्रिया, समस्या, सेवाको गुणस्तर र कार्यक्रम सम्बन्धी गुनासाहरू विभिन्न माध्यम जस्तै हेलो सरकार, राष्ट्रिय सतर्कता केन्द्र, अख्तियार दुरुपयोग अनुसन्धान आयोग, पत्रपत्रिका/ सामाजिक संजाल, व्यक्तिगत निवेदन, कार्यालयको ईमेल, टोल फ्रि आदि मार्फत आउने गर्दछन् । आ.व. २०७९/०८० मा कुल १४६ वटा लिखित गुनासो प्राप्त भएका छन् जसमध्ये हेलो सरकारबाट सबैभन्दा धेरै (४०.४%) गुनासोहरू प्राप्त भएका छन् । प्राप्त गुनासाहरूलाई विश्लेषण गर्दा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थासंग सम्बन्धित गुनासोहरू सबैभन्दा धेरै (५२%) रहेको छ । गुनासोलाई समाधानको लागि बोर्डमा गुनासो व्यवस्थापन शाखा रहेको छ र नियमित रूपमा सम्बोधन हुने हुदा आ.व. २०७९/०८० मा ९५.९% गुनासो समाधान भएको छ ।

### ● सूचना तथा संचार

आम नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका बारेमा बढी भन्दा बढी जानकारी प्रदान गरी सचेतना अभिवृद्धि गराउने तथा नागरिकको आबद्धता बढाउन आ.व. २०७९/०८० मा विभिन्न जनचेतनामुलक संदेश उत्पादन तथा प्रसारण गरिएको छ ।

### ● अनुगमन तथा मूल्यांकन

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्दा संघ, प्रदेश र स्थानीयतहमा कार्यक्रमको अवस्था बुझ्न, संचालनको क्रममा देखा परेका समस्या समाधान गर्न बोर्डसंग सम्बन्धित विभिन्न निकायहरू जस्तै स्वास्थ्य बीमा बोर्डका शाखा कार्यालयहरू, सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूको आवश्यकता अनुसार नियमित अनुगमन गरिने साथै स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई कार्यक्रममा सूचीकरण तथा नवीकरण गर्दा अनुगमन गर्ने व्यवस्था रहेको छ । आ.व. २०७९/०८० मा बोर्डबाट विभिन्न प्रयोजनका लागि सम्पन्न भएको अनुगमन तथा मूल्यांकनको तथ्यांकलाई हेर्दा गण्डकी प्रदेशमा सबैभन्दा धेरै अनुगमन भएको र सुदूरपश्चिम प्रदेशमा सबैभन्दा कम अनुगमन भएको छ ।

### ● अनुसन्धान

आ.व. २०७९/०८० मा स्वास्थ्य बीमा बोर्डद्वारा द्रुत रूपमा भुक्तानी संयन्त्रको मूल्यांकन गर्न र सुधारको लागि ठोस सिफारिसहरू प्रदान गर्नको लागि “स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत भुक्तानी संयन्त्रको मूल्यांकन र प्रभावकारी संयन्त्र प्रस्ताव गर्ने” अध्ययन भएको थियो । काठमाडौं, चितवन, पोखरा र नवलपरासी गरी चार जिल्लामा स्वास्थ्य बीमाका कर्मचारीहरू, सेवा प्रदायकहरू, विकास साझेदारहरू र विज्ञहरू गरी करिव १५ जना सरोकारवालाहरूसंग

अन्तर्वार्ता लिई गुणात्मक अध्ययन गरिएको थियो ।

## ● आय व्यय

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सुरुवात देखि आ.व.२०७९/०८० सम्म आउँदा सम्म प्रत्येक वर्ष कार्यक्रम सञ्चालनका लागि नेपाल सरकारबाट अनुदान वापत विनियोजित रकममा वृद्धि भएको पाइन्छ । त्यस्तै विनियोजित रकमको खर्च गर्ने प्रवृत्तिमा पनि वृद्धि भएको देखिन्छ । योगदान वापत संकलित रकम आ.व. २०७६/०७७ सम्म रु.२,८९,२१,२६,६५६।- आ.व.२०७७/०७८ मा रु.३,६७,५८,५४,६३५।- आ.व. २०७८/०७९ मा रु.२,४६,९८,०६,९१०।- र आ.व. २०७९/०८० मा रु.२,५८,९९,२१,८१८।९ गरी हालसम्म कुल रकम रु. ११,६२,७७,१०,०१९।४ संकलन भएको देखिन्छ । साथै आ.व. २०७९/०८० मा बोर्डको कार्य संचालनका लागि सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी दिने प्रयोजनार्थ स्वास्थ्य बीमा कोषमा जम्मा हुने गरी सःशर्त अनुदान (रु) ७,५०,००,००,०००।- र विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत सूचीकृत सेवा प्रदायक अस्पतालहरूलाई शोधभर्ना साथै ७५ वर्ष माथिका ज्येष्ठ नागरिक, HIV/AIDS, Hepatitis B, C संक्रमितहरूको निःशुल्क हेमोडायलाईसिस सेवा संचालनका लागि उपचार सहूलियत र गत आ.व. को बाकी रकम भुक्तानी समेत रु ३,४७,८१,००,०००।- गरी कुल बोर्डमा रु. १०,९७,८१,००,०००।- रकम निकासी भएको मा रु. १०,९७,८०,१८,४०९।- रकम खर्च भएको छ ।

त्यस्तै आ.व.२०७९/०८० मा भएको कुल खर्च रकम रु १७,५२,१४,२३,७३५।२ लाई विभिन्न खर्चमा वर्गीकरण गर्दा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको शोधभर्नामा सबैभन्दा धेरै ७७.०५%, विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम तर्फ १९.८५%, चालु तर्फ १.५७%, दर्ता सहयोगीको प्रोत्साहन तर्फ १.५१% र सबैभन्दा कम पुँजीगत तर्फ ०.०२% खर्च रहेको छ ।

## ● दाबी समिक्षा एवं मूल्यांकन

आ.व. २०७९/०८० मा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूले गरेको दाबीको नियमित दाबी व्यवस्थापन शाखामा रुजु गरी मूल्यांकनको लागि सूचना तथा प्रविधि शाखामा सिफारिस गरी ८ पटक भुक्तानीको लागि गएकोमा जम्मा ६५,२९,३०२ वटा दाबीहरूको रुजु गरिएको छ भने सो बापत जम्मा दाबी रकम रु १३,८४,०५,१८,४३९।- मा रुजु एवं मूल्यांकन गर्दा जम्मा भुक्तानी गर्न योग्य भनी रु १३,१२,५६,६१,९०३।- सिफारिस भएको छ । यसरी दाबीको रुजु गरी मूल्यांकन गर्दा रु ७१,४८,५६,५३६।- फरक परेको छ । यसरी फरक रकम जम्मा रुजु गरिएको दाबी रकममा ५.२% ले घटेको पाइन्छ ।

## ६. समस्या र चुनौतीहरू

यस कार्यक्रममा मुलतः देहाय बमोजिमका समस्या तथा चुनौतीहरू रहेका छन्:

- स्वास्थ्य बीमा बोर्डको स्थायी संगठनिक संरचना लामो समय देखि स्वीकृत हुन नसकेको ।
- संघ, प्रदेश तथा स्थानीयतहमा कर्मचारी अभाव भएको हुदाँ नियमित काम गर्न समेत कठिन भएको ।
- समयमा दाबी परीक्षण र सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी गर्न समस्या ।
- बीमितलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितता हुन नसक्दा, नयाँ बीमितको संख्याका साथै नवीकरण कार्यमा कमि ।
- बीमितले बीमा बोर्डको नियमानुसार पाउनुपर्ने स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न कठिनाई जस्तै: रोगको निदान, उपचार र परामर्श सेवा ।
- सेवाग्राहीले अनावश्यक रूपमा स्वास्थ्य सेवाको प्रयोग गरेको र रोगको निदान, उपचार र प्रेषण सेवामा सेवा प्रदायक संस्थालाई दबाव दिने गरेको ।

# संक्षिप्त सूची

आ.व.	आर्थिक वर्ष
ई.स.	ईस्वी सम्बत
वि. स.	विक्रम सम्बत
प्रा. स्वा. के.	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
API	Application Programming Interface
AKI	Acute Kidney Injury
EMR	Electronic Medical Record
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH
HIV/AIDS	Human Immuno Deficiency Virus/Acquired Immunodeficiency syndrome
HIB	Health Insurance Board
HLA	Human Leuckocytes Antigens
IT	Information Technology
OpenIMIS	Open Insurance Management Information System
IPD	In Patient Department
ICD	International Classification of Diseases
IPS	Interbank Payment System
MDR-TB	Multi- Drug Resistant Tuberculosis
OPD	Out Patient Department
O & M	Organization and Management
UHC	Universal Health Coverage
UN	United Nation
WHO	World Health Organization

# विषय सूची

## अध्याय-१

तथ्यपृष्ठ .....	१
१. स्वास्थ्य बीमाको परिचय .....	३
१.१. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको संक्षिप्त परिचय .....	३
१.२. विश्वमा स्वास्थ्य बीमाको परिवेश .....	३
१.३. नेपालमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विकासक्रम .....	३

## अध्याय-२

२. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सम्बन्धी संवैधानिक, नीतिगत तथा संस्थागत व्यवस्था .....	६
२.१ नेपालको संविधान .....	६
२.२. स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ .....	६
२.३. जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ .....	६
२.४. स्वास्थ्य बीमा नीयमावली, २०७५ .....	६
२.५. राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति, २०७१ .....	७
२.६. राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६ .....	७
२.७. पन्ध्रौ योजना (२०७६/०७७-२०८०/०८१) .....	७
२.८. स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ .....	७
२.९. दिगो विकास लक्ष्य र स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच .....	७
२.१०. नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिक योजना, २०७९/०८० -२०८७/०८८ .....	८
२.११. राष्ट्रिय स्वास्थ्य वित्त रणनीति, २०८०-२०९० .....	९

## अध्याय-३

३. स्वास्थ्य बीमाको दीर्घकालीन सोच, उद्देश्य, रणनीति तथा विशेषताहरू .....	१०
३.१. दीर्घकालीन सोच .....	१०
३.२. मुख्य उद्देश्य .....	१०
३.३. विशेष उद्देश्यहरू .....	१०
३.४. रणनीतिहरू .....	१०
३.५. विशेषता तथा प्रमुख व्यवस्थाहरू .....	११



## अध्याय- ४

४.स्वास्थ्य बीमा बोर्डको संस्थागत व्यवस्था र कार्यान्वयनको ढाँचा .....	१३
४.१.स्वास्थ्य बीमा बोर्ड .....	१३
४.२.स्वास्थ्य बीमा बोर्डको सांगठनिक संरचना .....	१३
४.३ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको कार्यान्वयन ढाँचा.....	१५

## अध्याय- ५

५. आ.व. २०७९/०८० को अवधिसम्ममा संचालन भएका मुख्य गतिविधि तथा नतिजाहरू .....	१६
५.१.स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको आबद्धता सम्बन्धी विवरण .....	१७
५.२.सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको विवरण .....	२८
५.३. दाबी सम्बन्धी विवरण .....	३०
५.४. सेवा उपभोग सम्बन्धी .....	४३
५.५. विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रमसंग सम्बन्धित विवरण .....	४८
५.६. नीति तथा कार्यक्रम .....	५०
५.७.तालिम .....	५१
५.८.गुनासो सम्बन्धी विवरण .....	५२
५.९. सूचना तथा संचारसंग सम्बन्धित गतिविधि.....	५३
५.१०. अनुगमन तथा मूल्यांकन .....	५४
५.११ . अनुसन्धान .....	५५
५.१२.आय व्यय सम्बन्धी विवरण.....	५६

## अध्याय- ६

६. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको समस्या,चुनौती तथा समाधानका उपायहरू .....	६१
६.१. समस्या,चुनौती तथा समाधानका उपायहरू .....	६१

## अध्याय- ७

७. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहयोग गर्ने विकास साझेदार निकायहरूको विवरण .....	६३
७.१.GIZ ( <i>Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH</i> ): .....	६३
अनुसूची १ आ.व. २०७९/०८० मा जिल्लागत रुपमा क्रियाशील (नयाँ तथा नवीकरण) बीमितको विवरण .....	६४
अनुसूची २ प्रदेशगत रुपमा उच्च १० रोगको दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण.....	६७
सन्दर्भ सामग्री .....	७२

# तालिका सूची

तालिका नं १ तथ्यपृष्ठ .....	१
तालिका नं २ नेपालमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विकासक्रम .....	४
तालिका नं ३ आ.व. २०७९/०८० सम्म आबद्ध जनसंख्याको विवरण.....	१०
तालिका नं ४ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व.२०७९/०८० सम्म प्रदेशगत रुपमा क्रियाशील बीमित (नयाँ तथा नवीकरण) जनसंख्याको विवरण .....	१९
तालिका नं ५ आ.व २०७९/०८० मा प्रदेश अनुसार लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील (नयाँ तथा नवीकरण) बीमितको विवरण .....	२०
तालिका नं ६ आ.व.२०७९/०८० मा प्रदेशगत रुपमा उमेरका आधारमा क्रियाशील बीमितको विवरण .....	२२
तालिका नं ७ आ.व.२०७९/०८० मा प्रदेशगत रुपमा लिङ्गका आधारमा क्रियाशील बीमितको विवरण.....	२३
तालिका नं ८ आ.व. २०७९/०८० सम्म प्रदेशगत रुपमा कुल बीमित परिवारको आबद्धताको विवरण .....	२४
तालिका नं ९ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व.२०७९/०८० सम्म प्रदेशगत रुपमा क्रियाशील (नयाँ तथा नवीकरण) परिवारको विवरण .....	२५
तालिका नं १० आ.व २०७९/०८० मा प्रदेशगत रुपमा लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील परिवारको विवरण .....	२६
तालिका नं ११ आ.व. २०७९/०८० मा प्रदेशगत रुपमा अनलाईन नवीकरण गर्ने परिवारको विवरण.....	२६
तालिका नं १२ आ.व. २०७९/०८० सम्ममा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकृत सेवा प्रदायक संस्थाहरूको विवरण .....	२९
तालिका नं १३ आ.व.२०७९/०८० मा नयाँ सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको विवरण .....	२९
तालिका नं १४ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व.२०७९/०८० सम्म प्रदेशगत रुपमा स्वास्थ्य बीमामा दाबी भएका कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण .....	३१
तालिका नं १५ आ.व. २०७९/०८० मा सेवा (बहिरंग/अन्तरंग सेवा, आकस्मिक सेवा र प्रेषण सेवा) बीमितको आधारमा) .....	४५
तालिका नं २८ आ.व.२०७९/८० मा सेवा उपभोग गर्ने बीमित (लक्षित वर्ग सहित) को विवरण.....	४६
तालिका नं २९ आ.व. २०७९/०८० मा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकारका आधारमा सेवा उपभोगको अवस्था .....	४८
तालिका नं ३० आ.व. २०७९/०८० सम्म विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रममा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको विवरण.....	४८
तालिका नं ३१ आ.व २०७९/०८० मा विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गतका आठ कडा रोग अनुसार बिरामीको संख्या र लागत रकमको विवरण.....	४९
तालिका नं ३२ स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट आ.व. २०७९/०८० मा सम्पादित विभिन्न नीतिगत कार्यको विवरण .....	५०
तालिका नं ३३ आ.व. २०७९/०८० मा बोर्डले संचालन गरेको तालिम सम्बन्धी विवरण .....	५२
तालिका नं ३४ आ.व.२०७९/०८० मा प्राप्त भएका लिखित गुनासोको श्रोतको आधारमा संख्या र समाधानको अवस्था.....	५३
तालिका नं ३५ आ.व २०७९/०८० मा प्राप्त लिखित गुनासोको प्रकारको अवस्था .....	५३

तालिका नं ३६ आ.व. २०७९/०८० मा संचालन भएका सूचना तथा संचार सम्बन्धी विवरण .....	५४
तालिका नं ३७ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म योगदान वापत संकलित र अनुदान प्राप्त रकम र खर्चको विवरण .....	५७
तालिका नं ३८ आ.व. २०७९/०८० मा भएको खर्चको विवरण.....	५८
तालिका नं ३९ आ.व. २०७९/०७२ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्ममा नेपाल सरकारबाट प्राप्त अनुदान रकमको खर्चको अवस्था .....	५९
तालिका नं ४० आ.व. २०७९/०८० मा शिर्षक अनुसार निकास भएका बजेट र खर्चको विवरण .....	५९
तालिका नं ४१ आ.व. २०७९/०८० मा दाबी उपर समीक्षा गरी मूल्यांकन गरिएको विवरण .....	६०

## चित्र सूची

चित्र नं १ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विशेषताहरू .....	११
चित्र नं २ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको अस्थायी संगठन संरचना .....	१४
चित्र नं ३ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको कार्यान्वयन ढांचा .....	१५
चित्र नं ४ आ.व. २०७९/०८० सम्म आबद्ध जनसंख्या र वृद्धिदर .....	१७
चित्र नं ५ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्मको जनसंख्याको नवीकरण प्रतिशत .....	१८
चित्र नं ६ आ.व. २०७९/०८० मा लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील बीमितको प्रतिशत .....	२०
चित्र नं ७ आ.व. २०७९/०८० मा उमेरका आधारमा कुल क्रियाशील बीमित जनसंख्याको प्रतिशत .....	२१
चित्र नं ८ आ.व. २०७९/०८० मा लिङ्गका आधारमा क्रियाशील बीमित जनसंख्याको प्रतिशत .....	२२
चित्र नं ९ आ.व. २०७९/०८० सम्म आबद्ध घरपरिवार संख्या र वृद्धिदर .....	२३
चित्र नं १० आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्मको परिवारको नवीकरणको प्रतिशत .....	२४
चित्र नं ११ आ.व. २०७९/०८० को लक्षित परिवार सहित कुल क्रियाशील परिवारको प्रतिशत .....	२५
चित्र नं १२ जिल्ला अनुसार आ.व. २०७९/०८० मा क्रियाशील जनसंख्याको विवरण .....	२७
चित्र नं १३ जिल्ला अनुसार बीमा कार्यक्रममा आ.व. २०७९/०८० सम्म सूचीकृत भएका सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको विवरण .....	२८
चित्र नं १४ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म स्वास्थ्य बीमामा दाबी भएका कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको अवस्था .....	३०
चित्र नं १५ आ.व. २०७९/०८० मा सेवाको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत र औसतमा प्रति दाबी र दाबी रकम .....	३१
चित्र नं १६ आ.व. २०७९/०८० मा उमेरका आधारमा दाबी संख्या, दाबी रकमको प्रतिशत र औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम .....	३२
चित्र नं १७ आ.व. २०७९/०८० मा लिङ्गका आधारमा कुल दाबी संख्या, दाबी रकमको प्रतिशत र औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम .....	३३
चित्र नं १८ आ.व. २०७९/०८० मा बीमितको आबद्धताको आधारमा दाबी संख्याको प्रतिशत .....	३४
चित्र नं १९ आ.व. २०७९/०८० मा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट भएको कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत .....	३५
चित्र नं २० आ.व. २०७९/०८० मा सरकारी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत .....	३६
चित्र नं २१ आ.व. २०७९/०८० मा सामुदायिक सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत .....	३७
चित्र नं २२ आ.व. २०७९/०८० मा निजी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत .....	३९

चित्र नं २३ आ.व. २०७९/०८० मा सेवा प्रदायकको प्रकारका आधारमा अस्वीकृत दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत .....	४०
चित्र नं २४ आ.व. २०७९/०८० मा ICD 10 को उच्च १० रोगको दाबी संख्याको प्रतिशतको आधारमा देशभरको विवरण.....	४१
चित्र नं २५ प्रदेशगत रूपमा आ.व. २०७९/०८० मा प्रेषणबापत कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत .....	४३
चित्र नं २६ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म प्रदेश अनुसार सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत ...	४४
चित्र नं २७ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म औसत दाबी रकमको विवरण.....	४५
चित्र नं २८ आ.व. २०७९/८० मा सेवा उपभोग गर्ने बीमित (लक्षित वर्ग सहित) को प्रतिशत .....	४६
चित्र नं २९ आ.व. २०७९/०८० मा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको आधारमा सेवा उपभोगको प्रतिशत .....	४७
चित्र नं ३० आ.व. २०७९/०८० मा विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गतका आठ कडा रोग अनुसार बिरामीको संख्याको प्रतिशत .....	४९
चित्र नं ३१ आ.व. २०७९/०८० मा प्राप्त लिखित गुनासोको श्रोतको आधारमा गुनासोको प्रतिशत र समाधानको अवस्था....	५२
चित्र नं ३२ आ.व. २०७९/०८० मा बोर्डबाट अनुगमन गरिएका प्रदेश तथा जिल्लाहरूको विवरण .....	५५
चित्र नं ३३ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म योगदान वापत संकलित र अनुदान प्राप्त रकम र खर्चको प्रतिशत.....	५६
चित्र नं ३४ आ.व. २०७९/०८० मा भएको खर्चको प्रतिशत .....	५७
चित्र नं ३५ आ.व. २०७९/०७२ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्ममा नेपाल सरकारबाट प्राप्त अनुदान रकमको खर्चको अवस्था .....	५८

तथ्यपृष्ठ

तालिका नं १ तथ्यपृष्ठ

क्र.स.	सूचकहरू	अवस्था
<b>स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता</b>		
१	आ.व. २०७९/०८० सम्म जम्मा बीमित जनसंख्या	७२,१५,०९८
२	आ.व. २०७९/०८० सम्म जम्मा आबद्ध बीमितको प्रतिशत	२४.७%
३	आ.व. २०७८/०७९ र आ.व. २०७९/०८० मा बीमित जनसंख्याको वृद्धिदर	२०.५०%
४	आ.व. २०७९/०८० को कुल क्रियाशील बीमित जनसंख्या	४६,५८,३३१
५	आ.व. २०७९/०८० सम्मको कुल बीमित जनसंख्या मध्ये कुल क्रियाशील जनसंख्याको प्रतिशत	६४.५%
६	राष्ट्रिय जनगणना २०७८ को जनसंख्याको आधारमा कुल क्रियाशील बीमितको आबद्धताको प्रतिशत	१६%
७	आ.व. २०७९/०८० सम्म जम्मा बीमित परिवार संख्या	२२,१२,८१४
८	आ.व. २०७९/०८० सम्म जम्मा आबद्ध परिवारको प्रतिशत	३३.१९%
९	आ.व. २०७८/०७९ र आ.व. २०७९/०८० मा बीमित परिवारको वृद्धि दर	२०.७८%
१०	आ.व. २०७९/०८० को कुल क्रियाशील परिवार संख्या	१६,३८,९१७
११	आ.व. २०७९/०८० सम्मको कुल बीमित परिवार मध्ये कुल क्रियाशील परिवारको प्रतिशत	७४%
१२	राष्ट्रिय जनगणना २०७८ को परिवार संख्याको आधारमा कुल क्रियाशील परिवारको आबद्धताको प्रतिशत	२५%
१३	आ.व. २०७९/०८० मा परिवारको नवीकरण प्रतिशत	६९%
१४	आ.व. २०७९/०८० मा जनसंख्याको नवीकरण प्रतिशत	५९%
१५	कुल नवीकरण मध्ये अनलाईन नवीकरण गर्ने परिवार संख्याको प्रतिशत	०.३५%
<b>सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था</b>		
१	आ.व. २०७९/०८० को अन्त्य सम्म सूचीकृत कुल सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको संख्या	४६३
२	सरकारी सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था	३७८
३	सामुदायिक सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था	३३
४	निजी सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था	५२
५	नयाँ सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको संख्या	१२
<b>स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूको दाबी सम्बन्धी</b>		
१	जम्मा दाबी संख्या	७५,५८,४३३
२	भुक्तानी दिइएको कुल दाबी संख्या	६५,२९,३०२
३	अस्वीकृत दाबीको संख्या	५०,७०९
४	जम्मा दाबी रकम (रु)	१४,३२,७९,३६,६७६।-
५	जम्मा भुक्तानी रकम (रु)	१३,५०,०३,९४,२४५।-

क्र.स.	सूचकहरू	अवस्था
६	औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम (रु)	१८९६
<b>सेवा उपभोग सम्बन्धी</b>		
१	सेवा उपभोग गर्ने बीमित जनसंख्याको प्रतिशत	३८%
२	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम (रु)	८,०२३।-
३	कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम (रु)	३,०७६।-
<b>विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम</b>		
१	आ.व. २०७८/०७९ को बैशाख देखि असारसम्मको कुल बिरामी संख्या (जना)	१४,५५०
२	आ.व. २०७८/०७९ को बैशाख देखि असारसम्मको कुल भुक्तानी रकम (रु)	८३,२३,५३,८४७।३
३	आ.व. २०७९/०८० को कुल बिरामी संख्या (जना)	२९,२१५
४	आ.व. २०७९/०८० मा धेरै बिरामी भएको रोग (क्यान्सर)	१६,६९६
५	आ.व. २०७९/०८० मा विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रमको कुल भुक्तानी रकम (रु)	२,६४,५६,६४,५६१।-
<b>गुनासो व्यवस्थापन</b>		
१	कुल प्राप्त लिखित गुनासोको संख्या	१४६
२	गुनासो समाधानको प्रतिशत	९५.९%
<b>आय व्यय</b>		
१	आ.व. २०७८/०७९ सम्म कोषमा बाँकी रहेको मौज्जात रकम (रु)	७,३८,८२,८०,९९३।-
२	सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी दिने प्रयोजनार्थ स्वास्थ्य बीमा कोषमा जम्मा हुने गरी सःशर्त अनुदान (रु)	७,५०,००,००,०००।-
३	विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत सूचीकृत सेवा प्रदायक अस्पतालहरूलाई शोधभर्ना साथै ७५ वर्ष माथिका ज्येष्ठ नागरिक, HIV/AIDs, Hepatitis B,C संक्रमितहरूको निःशुल्क हेमोडायलाइसिस सेवा संचालनका लागि उपचार सहूलियत र गत आ.व. को बाकी रकम भुक्तानी समेत (रु)	३,४७,८१,००,०००।-
४	वार्षिक आम्दानी (प्रिमियम तथा परिचय पत्र प्रतिलिपि बापत) (रु)	२,५८,९९,२१,८१८।-
५	जम्मा वार्षिक खर्च (रु)	१७,५२,१४,२३,७३५।-
६	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको जम्मा दाबी भुक्तानी रकम (रु)	१३,५०,०३,९४,२४५।-
७	विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रमको जम्मा भुक्तानी रकम (रु)	३,४७,८०,१८,४०९।-
८	दर्ता सहयोगीको प्रोत्साहन रकम (रु)	२६,४०,२०,०२४।६
९	अन्य खर्च (रु)	२७,८९,९१,०५६।६
१०	आ.व. २०७९/०८० मा कोषमा बाँकी रहेको मौज्जात रकम (रु)	३,४३,४८,७९,०७६।-

## १. स्वास्थ्य बीमाको परिचय

### १.१. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको संक्षिप्त परिचय

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँचको नीतिलाई साकार पार्ने एउटा महत्वपूर्ण आयामको रूपमा रहेको छ। स्वास्थ्य बीमा योगदानमा आधारित वित्तीय संरक्षण गर्ने प्रणाली हो। जसले व्यक्तिलाई स्वास्थ्य उपचारका क्रममा लाग्ने खर्चका लागि वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्दै स्वास्थ्यमा हुने अप्रत्यासित उपचार खर्च कम गरी गरिबी हुने जोखिमबाट जोगाउँछ। स्वास्थ्यमा लाग्ने खर्च र गरिबीको सम्बन्ध विश्वभरमा अत्यधिक महत्वपूर्णका साथ हेरिन्छ।

विपन्न, सीमान्तकृत एवं आर्थिकरूपले असहाय व्यक्तिहरूको स्वास्थ्यमा लाग्ने खर्चले गर्दा जीवनस्तरमा नकारात्मक प्रभाव परेको देखिन्छ, जसले गर्दा स्वास्थ्य सेवाको पहुँचमा असर पर्न गएको पाइन्छ। 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 रूपमा रहेको छ।

### १.२. विश्वमा स्वास्थ्य बीमाको परिवेश

स्वास्थ्य बीमाको सुरुवात सन् १८८३ मा जर्मनीबाट भएको पाइन्छ। त्यस समयमा जर्मनीमा कामदार र रोजगारदाता दुवैले उपचार कोषमा रकम जम्मा गरी स्वास्थ्य बीमा सुरु भएको थियो। तत्पश्चात् क्रमशः अन्य देशहरूले समेत बीमाको अवधारणालाई अवलम्बन गर्न सुरु गरेको पाइन्छ। १९औं शताब्दीमा विश्वका केही मुलुकमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अपाङ्ग बिरामी प्रति लक्षित थियो। अपाङ्गता भएका व्यक्ति बाहेक अन्यको हकमा स्वास्थ्य सेवामा लाग्ने सम्पूर्ण खर्च बिरामी आफैले तिर्नु पर्ने अवस्था थियो। बिसौं शताब्दीतिर स्वास्थ्य बीमा आधुनिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको रूपमा विकसित भयो। हाल आएर स्वास्थ्य सेवाका विभिन्न आयामहरू जस्तै: उपचारात्मक, प्रतिकारात्मक, प्रवर्धनात्मक, आपतकालीन र पुनर्स्थापनात्मक सेवा सम्बन्धी सबै प्रकारका सेवाहरू स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत समेटिएका छन्। बेलायतमा सन् १९११ मा स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धमा कानून बन्यो। सो कानूनमा आधारभुत स्वास्थ्य सेवालार्ई बीमा कार्यक्रमले बढी महत्व दिएको थियो। सोभियत संघमा सोहि प्रकारको व्यवस्था सन् १९१२ मा सुरु भयो। रसियन क्रान्ति पश्चात् रुसमा पुनःसरकारी तवरको केन्द्रीकृत स्वास्थ्य बीमाको सुरुवात भयो र क्रमशः अन्य औद्योगिक देशहरूमा समेत स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम बिस्तार हुन थाल्यो। सन् १९३० सम्म आईपुग्दा मध्ये र पश्चिमी मुलुकका औद्योगिक क्षेत्रमा समेत स्वास्थ्य बीमाको दायरा फैलिएको पाइन्छ।

सन् १९७८ को अल्माआटा सम्मेलन पश्चात् सबै व्यक्तिमा स्वास्थ्यको पहुँच पुर्याउने अभियानको फलस्वरूप सन् १९९० को दशक पश्चात् ल्याटिन अमेरिका, क्यारीबियन, अफ्रिका लगायत एसिया प्यासिफिक क्षेत्रका देशहरूमा स्वास्थ्य सेवामा जनताको पहुँच स्थापित गर्न विभिन्न प्रकारका बीमा कार्यक्रम सञ्चालनमा आएको पाइन्छ। चीन, ब्राजिल लगायतका मुलुकहरूमा ८०% भन्दा बढी जनसंख्या स्वास्थ्य सेवाको सर्वव्यापी पहुँचमा (Universal Health Coverage) आबद्ध भएको पाइन्छ।

### १.३. नेपालमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विकासक्रम

नेपालको सन्दर्भमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको थालनी ई.स. १९१९ 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 छ । 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.स	वर्ष	विकासक्रम
१	वि.सं. २०३३	पाटन अस्पताल (तत्कालीन शान्ता भवन) ले औपचारिक रूपमा ललितपुर जिल्लाका केही समुदायहरूमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सुरुवात गरेको ।
२	वि.सं. २०५७	सुनसरी र मोरङ जिल्लाका १७ वटा समूहहरूमा वि.पि.कोईराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान मार्फत बीमा कार्यक्रम संचालन भएको ।
३	वि.सं. २०६०	सरकारी स्तरमा ६ वटा प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार (मंगलबारे, कटारी, चन्द्रनिगाहपुर, दुम्कौली, लमही र टिकापुर प्रा.स्वा.के) मा सामुदायिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम संचालनमा आएको ।
४	वि.सं. २०६७	बाह्रौं त्रिवर्षीय योजना (वि.सं.२०६७/०६८-२०६९/०७०) 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 २०६८/०६९ देखि राष्ट्रिय स्तरमा स्वास्थ्य बीमा लागू गर्ने नीति लिएको ।
६	वि.सं. २०७१	नेपाल सरकारद्वारा वि.सं.२०७१ बैशाख १२ मा राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति जारी भएको ।
७	वि.सं. २०७१	वि.सं. २०७१ माघ २६ मा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा समिति (गठन) आदेश जारी गर्दै सरकारले सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा समिति मार्फत 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 जिल्लाहरू कैलाली, बागलुङ्ग 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 बागलुङ्ग 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.२०७३/०७४, मा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई देशका २५ जिल्लामा बिस्तार गर्ने सरकारको घोषणा अनुसार जिल्लाहरू छनौटको कार्य प्रारम्भ भएको । उक्त आ.व.को अन्त्य सम्ममा १५ जिल्लामा कार्यक्रम विस्तार भएको ।
११	वि.सं.२०७४	आ.व.२०७४/०७५ को अन्त्य सम्ममा ३६ जिल्लाहरूमा कार्यक्रम बिस्तार 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 ।

क्र.स	वर्ष	विकासक्रम
१४	वि.सं.२०७६	आ.व.२०७६/७७ मा ५८ जिल्लामा स्वास्थ्य बीमा दर्ता शुभारम्भ गर्नुका साथै थप २ वटा जिल्लाहरू 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 पाचौँ स्वास्थ्य बीमा दिवसको दिनमा एकैपटक ६ वटा जिल्लाहरू (ताप्लेजुङ, बारा, सर्लाही, दोलखा, मनाङ र मुस्ताङ) मा सदस्यता दर्ता शुभारम्भ गरिएको ।
१६	वि.सं.२०७८	आ.व. २०७८/७९ सालमा काठमाडौँ 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 ।

## २. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सम्बन्धी संवैधानिक, नीतिगत तथा संस्थागत व्यवस्था

### २.१ नेपालको संविधान

नेपालको संविधानको धारा ५१ (ज) मा नागरिकको आधारभूत आवश्यकता सम्बन्धी नीतिको बुँदा १५ बमोजिम नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा पहुँचको व्यवस्था मिलाउने उल्लेख भएको छ ।

### २.२. स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ मा भएका मुख्य व्यवस्थाहरू:

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 संस्थाहरूमा 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 कानून बमोजिम स्थापना भएका तोकिएका संस्थाले सो संस्थामा कार्यरत व्यक्तिलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गराउनु पर्नेछ ।
६. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध हुने प्रयोजनका लागि व्यवस्था तोकिए बमोजिम हुनेछ ।

### 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. स्वास्थ्य बीमा नीयमावली, २०७५

स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ मा भएको प्रमुख व्यवस्थाहरू:

१. पाँच जनासम्मको परिवारको लागि रु. ३,५००।- तथा प्रति थप सदस्यको लागि रु ७०० । – लाग्ने व्यवस्था छ भने प्रचलित कानून बमोजिम अति गरिबको परिचय पत्र प्राप्त परिवार, अति अशक्त अपाङ्ग, कुष्ठरोगी, एच.आई.भी.एड्स संक्रमित, जटिल खालका क्षयरोगी (एम.डि.आर.टि.बि.) भएकाको परिवार र सत्तरी वर्ष उमेर पुगेका ज्येष्ठ नागरिकको लागि लाग्ने योगदान रकम शतप्रतिशत र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका संलग्न भएको परिवारको योगदान रकमको पचास प्रतिशत नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार वा स्थानीय तहले व्यहोर्ने व्यवस्था रहेको छ ।
२. पाँच जना सम्मको परिवारका लागि एक लाख र थप प्रति सदस्य आबद्ध भएको खण्डमा बीस हजारको दरले बढीमा दुई लाख, ७० वर्ष उमेर पुगेका ज्येष्ठ नागरिकलाई छुट्टै एक लाख रकम बराबरको उपचार सुविधाको व्यवस्था रहेको छ ।

३. बीमितले कार्यक्रममा सहभागी हुनका लागि तिरेको योगदान रकम फिर्ता हुने छैन र सो रकम बराबरको सेवा उपयोग नगरेको कारणले अर्को वर्षको लागि सञ्चित भएको पनि मानिने छैन ।
४. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयन तथा सहजीकरण, समन्वय लगायतका कार्य गर्नका लागि प्रदेश र स्थानीय तहमा स्वास्थ्य बीमा संयोजन समिति गठनको व्यवस्था रहेको छ ।

#### २.५. राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति, २०७१

स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्ने क्रममा हुने आर्थिक जोखिमलाई कम गरी स्वास्थ्य सेवामा मूलतः गरिब तथा सीमान्तकृत नागरिक, लक्षित वर्गको पहुँच र समता अभिवृद्धि गर्दै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सबैका लागि सुनिश्चित गर्ने व्यवस्था रहेको छ ।

#### २.६. राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६

१. स्वास्थ्य बीमा मार्फत विशेषज्ञ सेवाको सुलभ पहुँच सुनिश्चित गरिनेछ ।
२. आधारभुत स्वास्थ्य सेवालै नसमेटेका उपचारात्मक सेवालालाई स्वास्थ्य बीमासँग आबद्ध गर्दै सुदृढ गरिँदै लगिनेछ ।
३. सामाजिक न्यायका सिद्धान्तमा आधारित रहि विपन्न तथा प्राथमिकतामा परेका लक्षित वर्गलाई राज्यको सहूलियतमा 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 ।

#### २.७. पन्ध्रौं योजना (२०७६/०७७-२०८०/०८१)

१. बीमा कार्यक्रमलाई प्रभावकारी र दिगो बनाई दूर्गम तथा न्यून आय भएका वर्ग लगायत समाजका सबै तहमा बीमा सेवाको पहुँच पुर्याउने भन्ने उल्लेख भएको छ ।
२. गुणस्तरीय आधारभुत स्वास्थ्य सेवालालाई सबै स्थानीय तहमा निःशुल्क र विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवा लगायत अन्य स्वास्थ्य सेवालालाई समतामूलक स्वास्थ्य बीमा मार्फत उपलब्ध गराइनेछ ।
३. त्यसैगरी स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध जनसंख्या ७% बाट ६०% पुगेको हुनेछ, स्वास्थ्य उपचारमा व्यक्तिगत खर्च ५३% बाट घटेर ४०% भएको हुनेछ र स्वास्थ्य बीमामा सर्वव्यापी र गुणस्तरीय पहुँच तथा उपभोगमा वृद्धि भएको हुनेछ भनि उल्लेख भएको छ ।

#### २.८. स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४

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

#### २.९. दिगो विकास लक्ष्य र स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच

सन् २०३० सम्ममा हासिल गर्नुपर्ने दिगो विकास लक्ष्य नं ३ “सबै उमेर समूहका व्यक्तिका लागि स्वस्थ जीवनको सुनिश्चित गर्दै समृद्ध जीवनस्तर प्रवर्द्धन गर्ने” अन्तर्गतको १३ वटा मध्येको एउटा परिमाणात्मक लक्ष्य भनेको स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच हासिल गर्नका निम्ति वित्तीय जोखिम सुरक्षा कायम गर्दै सुरक्षित, प्रभावकारी र अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाहरूका साथै सबैका लागि क्षमता अनुसार धान्न सकिने मुल्यमा अत्यावश्यक औषधी तथा खोपहरूको उपलब्धता बढाउनु रहेको छ ।

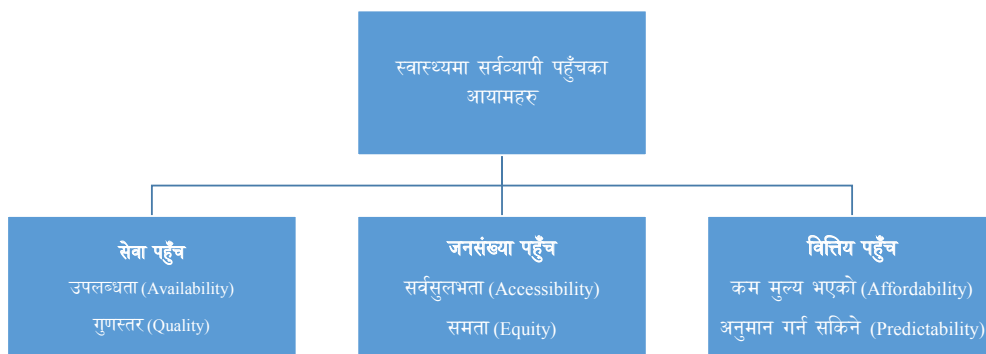
जसको लागि नेपाल पनि दिगो विकास लक्ष्यहरू स्वीकार गर्दै त्यसमा हस्ताक्षर गर्ने एउटा मुलुक हो ।

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 राष्ट्रहरू 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%) धेरैजसो चालु स्वास्थ्य खर्चको हिस्सा व्यक्तिको खल्तीबाट हुने गर्दछ । सन् २०१९/२०२० मा ५४.२% रहेको छ ।

### स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँचका आयाम

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



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

### २.१०. नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिक योजना, २०७९/०८० -२०८७/०८८

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिक योजना, २०७९/०८० -२०८७/०८८ 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 कार्यान्वयन गर्ने,
		सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध गराइ दिगो वित्तीय सुरक्षा प्रवर्द्धन गर्ने,
		स्वास्थ्य बीमाको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि सबै तहमा बिद्यमान स्वास्थ्य प्रणाली र स्वास्थ्य बीमाको संगठनिक संरचनाबीचको अन्तरसम्बन्धलाई सुदृढ 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 चुनौतीहरूका आधारमा योजना तर्जुमा गरी कार्यान्वयन पद्धतीमा सुधार गर्ने,
		स्थानीय सरकारको समन्वयमा गरिबीको पहिचान गरी स्वास्थ्य बीमामा गरिब परिवारको सहूलियतपूर्ण आबद्धता विस्तार गर्ने,
		कार्यान्वयनबाट 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 लगायतक प्रक्रियालाई सरल तथा सुदृढ बनाउने,
		स्वास्थ्य बीमाको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि प्रयाप्त जनशक्ति सहितको संगठनात्मक क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।

## २.११. 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 अनुरूप गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका लागि श्रोतको संकलन र सेवा खरिद स्वास्थ्य बीमामार्फत 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 मूल्यांकन गरिनेछ ।
	स्वास्थ्य बीमाको दायरा विस्तार हुँदै जाँदा स्वास्थ्य बीमा बोर्डको संस्थागत क्षमता अभिवृद्धि गर्दै बोर्डलाई वित्तीय रुपमा आत्मनिर्भर 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 विधिहरू अबलम्बन गर्दै लगिनेछ ।
	आमा सुरक्षा कार्यक्रम, विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम लगायतका राज्यबाट संचालित सम्पूर्ण सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रमहरूको भुक्तानी स्वास्थ्य बीमा बोर्ड मार्फत हुने गरी एकद्वार प्रणालीबाट व्यवस्थापन गरिनेछ ।
	स्वास्थ्य बीमाको दायरा विस्तार गर्दै औषधी तथा विशिष्टकृत रोगका लागि उपलब्ध गराउदै आएको वित्तीय स्रोत क्रमशः बीमाबाट व्यहोर्दै लगिनेछ ।
	स्वास्थ्य बीमाको दाबी भुक्तानीलाई भरपर्दो आन्तरिक नियन्त्रण प्रणालीको माध्यमबाट परीक्षण गर्ने व्यवस्था मिलाईनेछ ।

## ३. स्वास्थ्य बीमाको दीर्घकालीन सोच, उद्देश्य, रणनीति तथा विशेषताहरू

### ३.१. दीर्घकालीन सोच

नेपाली नागरिकको समग्र स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार गर्नु।

### ३.२. मुख्य उद्देश्य

गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपयोगमा सुधार ल्याई स्वास्थ्य बीमाको माध्यमबाट सबैका लागि स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्नु।

### ३.३. विशेष उद्देश्यहरू

१. स्वास्थ्य सेवाका क्षेत्रमा पूर्व भुक्तानी र जोखिम न्यूनीकरणको व्यवस्था गरेर सर्वसाधारणका लागि थप वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्नु।
२. वित्तीय स्रोत र साधनको समतामुलक परिचालन गर्नु।
३. सेवा प्रदायकको दक्षता, क्षमता र जवाफदेहितामा अभिवृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरमा सुधार ल्याउनु।

### ३.४. रणनीतिहरू

१. जनचेतनामूलक कार्यक्रम मार्फत 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 संस्थाहरूसँग सहकार्य गर्ने।
३. स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी वैधानिक प्रावधान अनुसार कार्यक्रमलाई क्रमशः विस्तार गरी देशव्यापी रूपमा विस्तार गर्ने।

### ३.५. विशेषता तथा प्रमुख व्यवस्थाहरू

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका प्रमुख विशेषताहरू:

चित्र नं १ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको विशेषताहरू



#### स्वास्थ्य बीमा ऐन तथा नियमावली अनुसार यस कार्यक्रमका प्रमुख व्यवस्थाहरू:-

१. यो कार्यक्रम परिवारका सबै सदस्य सहभागी हुने गरी परिवारको योगदानमा आधारित रहेको छ । प्रति ५ जनासम्मको परिवारले वार्षिक रु.३,५००।-योगदान रकम बुझाउनु पर्दछ । परिवारमा ५ जना भन्दा बढी सदस्य भए प्रति सदस्य रु.७००।- का दरले थप रकम बुझाउनु पर्दछ ।
२. यो कार्यक्रम सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाको सिद्धान्तमा रहेर संचालित छ ।
३. सुविधा थैलीको सीमा ५ जनाको परिवारको हकमा वार्षिक रु.१,००,०००।- रहेको छ । ५ जनाभन्दा बढी परिवारका सदस्य भएमा प्रति थप सदस्य बापत रु.२०,०००।- योगदान रकम थपिदै जादाँ अधिकतम सीमा रु.२,००,०००।- सम्म रहेको छ ।
४. बीमित सदस्यहरूले 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 रूपमा 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 मोबाईल 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 रूपमा 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 । लक्षित वर्गमा ज्येष्ठ नागरिक (७० वर्ष भन्दा माथी), अति गरिबको परिचयपत्र प्राप्त परिवार, अति अशक्त तथा अपाङ्गको रातो कार्ड प्राप्त व्यक्ति, कुष्ठरोगी, एच.आइ.भि. एड्स लागेको व्यक्तिको परिवार, एम.डि.आर.टि.वि.भएको व्यक्तिको 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 समयानुकूल 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 ।

## ४.स्वास्थ्य बीमा बोर्डको संस्थागत व्यवस्था र कार्यान्वयनको ढाँचा

### ४.१.स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा १३ (२) बमोजिम स्वास्थ्य बीमा बोर्ड गठन सम्बन्धी व्यवस्था रहेको छ ।

सो व्यवस्था बमोजिम ९ सदस्यीय संचालक समिति रहने व्यवस्था छ ।

बोर्डको संरचना देहाय बमोजिम रहेको छ ।

नेपाल सरकारद्वारा नियुक्त व्यक्ति	अध्यक्ष
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले तोकेको राजपत्राङ्कित प्रथम श्रेणी वा सो सरहको अधिकृत	सदस्य
अर्थ मन्त्रालयले तोकेको राजपत्राङ्कित प्रथम श्रेणीको अधिकृत	सदस्य
सम्बन्धित क्षेत्रमा कम्तिमा ५ वर्ष काम गरेका अनुभवी व्यक्तिहरू मध्येबाट मन्त्रालयले मनोनयन गरेको कम्तिमा २ जना महिला सहित ३ जना	सदस्य
बीमितहरू मध्येबाट मन्त्रालयले मनोनित गरेको एकजना महिला सहित २ जना	सदस्य
कार्यकारी निर्देशक	सदस्य सचिव

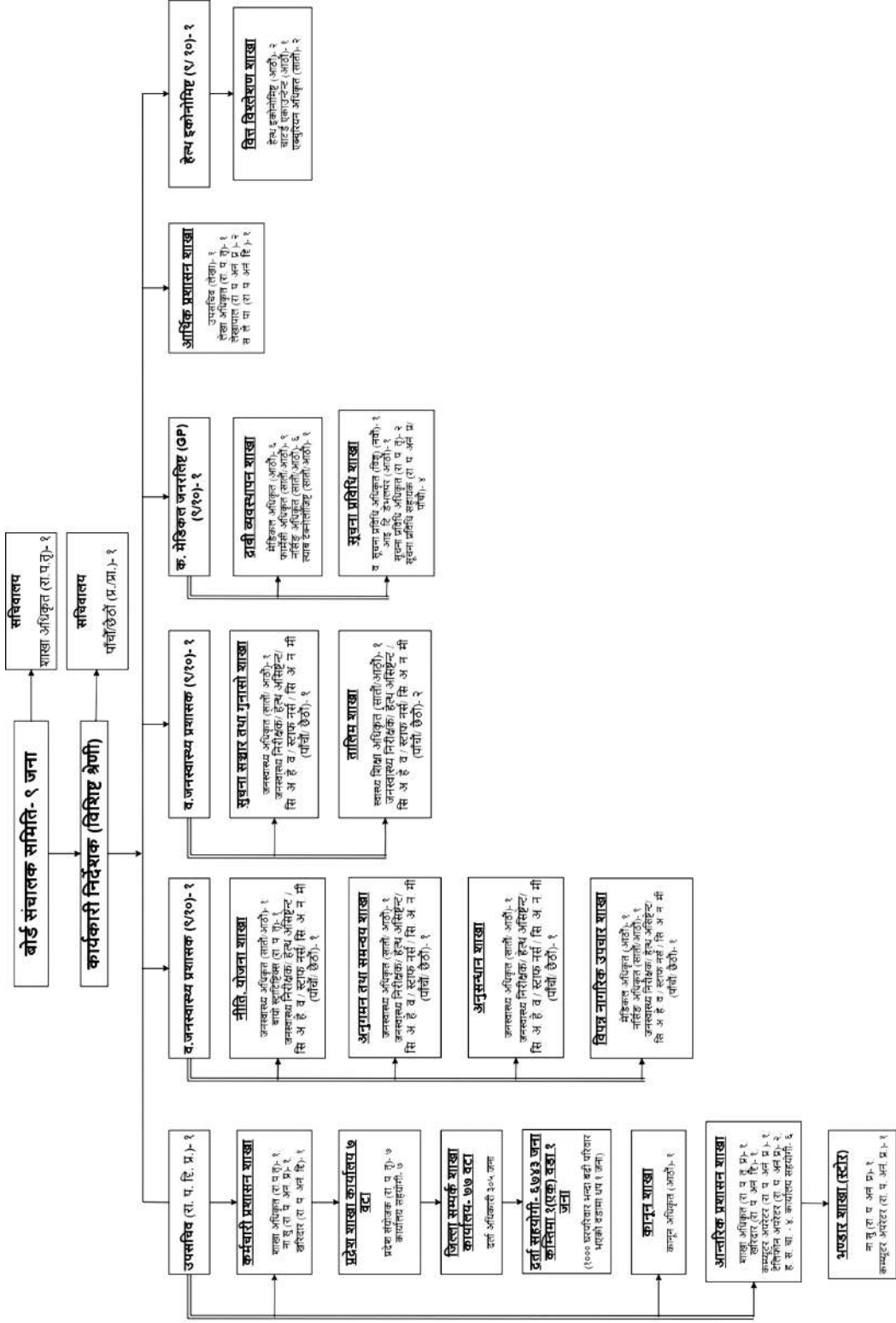
बोर्डको जिम्मेवारी देहाय बमोजिम तोकिएको छ ।

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 ।

### ४.२.स्वास्थ्य बीमा बोर्डको सांगठनिक संरचना

स्वास्थ्य बीमा बोर्डको आ.व २०७९/०८० को स्वीकृत अस्थायी संरचना अनुसार केन्द्रमा स्वास्थ्य बीमा बोर्ड अन्तर्गत विभिन्न शाखाहरूको व्यवस्था रहेको छ । त्यस्तैगरी प्रत्येक प्रदेशमा प्रदेश शाखा कार्यालय, हरेक जिल्लामा जिल्ला सम्पर्क कार्यालय र प्रत्येक वडामा दर्ता सहयोगीको व्यवस्था गरी कार्य संचालन भएको अवस्था छ । त्यस्तै स्थायी संगठन संरचनाको लागि बोर्डले तयार गरी स्वीकृतका लागि नेपाल सरकारसमक्ष प्रस्ताव गरिएको छ तर हाल सम्म स्वीकृत भैनसकेको अवस्था रहेको छ ।

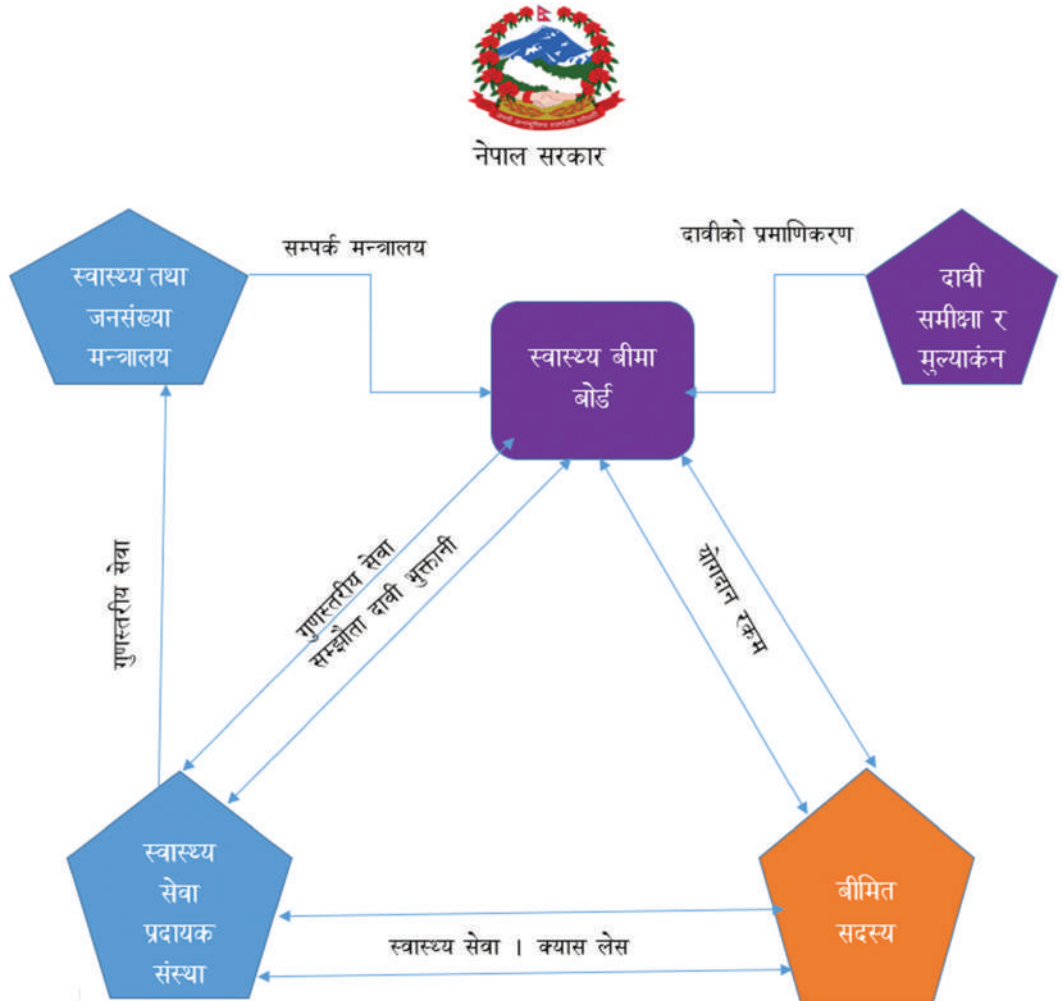
## चित्र नं २ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको अस्थायी संगठन संरचना



### ४.३ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको कार्यान्वयन ढाँचा

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ बमोजिम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयनको लागि बोर्डको आन्तरिक कार्य संचालन प्रक्रिया तथा समग्र बाह्य सहकार्यको खाका विशेषगरी समन्वय मन्त्रालयको भूमिका, सेवा प्रदायक संस्था तथा बीमित र बोर्डबीचको अन्तरसम्बन्धलाई स्पष्ट पारेको छ ।

चित्र नं ३ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको कार्यान्वयन ढाँचा



## ५. आ.व. २०७९/०८० को अवधिसम्ममा संचालन भएका मुख्य गतिविधि तथा नतिजाहरू

आ.व. २०७९/०८० मा बोर्डको बार्षिक लक्ष्यको आधारमा भौतिक प्रगति ८१.०२% रहेको छ र बोर्डमा संचालन भएका कार्यक्रमहरू निम्न अनुसार रहेका छन्:

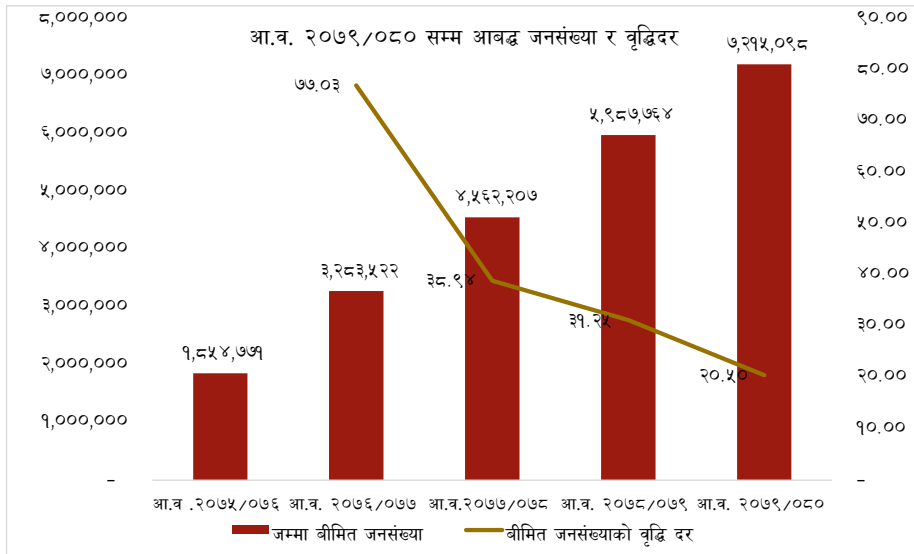
- कर्मचारीको लागि क्षमता अभिवृद्धि तालिम, नयाँ सदस्यता तथा नवीकरण,
- दर्ता अधिकारी, दर्ता सहयोगी, OpenIMIS को प्रशिक्षक प्रशिक्षण तालिम,
- गुनासो व्यवस्थापन सम्बन्धी तालिम,
- प्रदेश स्तरीय वार्षिक समीक्षा,
- स्वास्थ्य बीमा बोर्डको त्रैमासिक तथा वार्षिक समीक्षा,
- वार्षिक कार्यक्रम तथा बजेट पूर्व तयारी समीक्षा गोष्ठी,
- सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा अन्तर्गत कार्यक्रमको बारेमा बोर्डका कर्मचारीहरूलाई अभिमुखीकरण,
- तीन स्थानीय तहमा कार्यक्रम विस्तार,
- ७ वटा स्थानीय तहमा दर्ता सहयोगी छनौट,
- दर्ता सहयोगीको लागि आधारभुत तथा पुनर्ताजगी तालिम,
- स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच (UHC) दिवस मनाइएको,
- स्वास्थ्य बीमा स्थापना दिवस मनाइएको,
- सुविधा थैली पुर्नमूल्यांकन र परिमार्जन तथा OpenIMIS मा प्रविष्टिकरण,
- स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी अध्ययन (“नेपालको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत भुक्तानी संयन्त्रको मूल्यांकन र प्रभावकारी संयन्त्र प्रस्ताव गर्ने”)
- पत्रकारसँग अन्तरक्रिया कार्यक्रम,
- बोर्डमा आवश्यक कार्यविधि निर्माण,
- सार्वजनिक स्थलमा निजी क्षेत्रबाट संचालित डिस्प्ले बोर्डमा संदेश उत्पादन तथा प्रसारण,
- अडियो तथा भिडियो चेतनामुलक सामग्री उत्पादन तथा परिमार्जन,
- टेलिभिजनबाट चेतना मुलक संदेश प्रसारण,
- एफ.एम. रेडियोबाट चेतना मुलक संदेश प्रसारण,
- अनुगमन तथा मूल्यांकन,
- सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको दाबी भुक्तानी,
- दर्ता सहयोगीलाई प्रोत्साहन रकम भुक्तानी,
- विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत सूचीकृत सेवा प्रदायक अस्पतालहरूलाई शोधभर्ना साथै ७५ वर्ष माथिका ज्येष्ठ नागरिक, HIV/AIDS, Hepatitis B,C संक्रमितहरूको निःशुल्क हेमोडायलाईसिस सेवा संचालनका लागि उपचार सहूलियत र गत आ.व. को बाकी रकम भुक्तानी समेत,
- आ.व. २०७९/०८० को अन्त्य सम्ममा १२ वटा नयाँ सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरू सूचीकृत भएको,

## ५.१.स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको आबद्धता सम्बन्धी विवरण

### ५.१.१.कुल बीमित जनसंख्याको विवरण

आ.व. ०७९/०८० को अन्त्य सम्ममा बीमा कार्यक्रममा ७ वटै प्रदेशका ७७ जिल्लाका कुल ७२,१५,०९८ (२४.७%) नागरिक यस कार्यक्रममा आबद्ध भएका छन्। कार्यक्रम सुरुवात भए देखि आ.व. २०७९/०८० को अन्त्य सम्मको बीमित जनसंख्याको बृद्धि दरको तथ्यांक चित्र नं. ४ मा देखाईए जस्तो रहेको छ। प्रदेशगत रुपमा विश्लेषण गर्दा अ.व. २०७९/०८० सम्ममा सबैभन्दा बढी बीमित संख्या (२१,९५,६७० जना) कोशी प्रदेशमा रहेका छन् भने कर्णाली प्रदेशमा सबैभन्दा कम (४,३१,१७६ जना) बीमित रहेको देखिन्छ। त्यस्तै सम्बन्धित प्रदेशको जनसंख्याको आधारमा हेर्दा पनि कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा बढी बीमित (४४.३%) छन् जसको कारण नागरिकको उच्च चेतनाको स्तर हुनुका साथै सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको संख्या उल्लेख्यमात्रामा हुनु हो।

चित्र नं ४ आ.व. २०७९/०८० सम्म आबद्ध जनसंख्या र वृद्धिदर



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं ३ आ.व. २०७९/०८० सम्म आबद्ध जनसंख्याको विवरण

प्रदेश	आ.व. २०७५/०७६ सम्म	आ.व. २०७६/०७७ सम्म	आ.व. २०७७/०७८ सम्म	आ.व. २०७८/०७९ सम्म	आ.व. २०७९/०८० सम्म	आ.व. २०७९/०८० सम्म जम्मा आबद्धताको प्रतिशत
कोशी	५,३४,४९६	१०,१०,९१८	१५,०६,२१७	१९,२०,९६९	२१,९५,६७०	४४.३
मधेश	४६,४०५	८९,१७३	२,११,२३७	४,०९,१३६	५,२४,३६८	८.६
बागमती	३,८६,००८	६,९३,५९३	९,१२,८४३	११,९४,६९६	१५,३५,६५९	२५.१
गण्डकी	२,६४,७३५	४,३६,६९८	५,६५,१९९	७,४८,२३८	९,३४,६२३	३७.९
लुम्बिनी	३,२३,९९५	५,१५,९४५	७,१८,१३०	९,०४,४९१	१०,६०,२०२	२०.७
कर्णाली	१,२८,६०३	२,३०,६०१	२,६८,६२१	३,३६,९०४	४,३१,१७६	२५.५

प्रदेश	आ.व. २०७५/०७६ सम्म	आ.व. २०७६/०७७ सम्म	आ.व. २०७७/०७८ सम्म	आ.व. २०७८/०७९ सम्म	आ.व. २०७९/०८० सम्म	आ.व. २०७९/०८० सम्म जम्मा आबद्धताको प्रतिशत
सुदूरपश्चिम	१,७०,५२९	३,०६,५९४	३,७९,९६०	४,७३,३३०	५,३३,४००	१९.८
जम्मा	१८,५४,७७१	३२,८३,५२२	४५,६२,२०७	५९,८७,७६४	७२,१५,०९८	२४.७

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

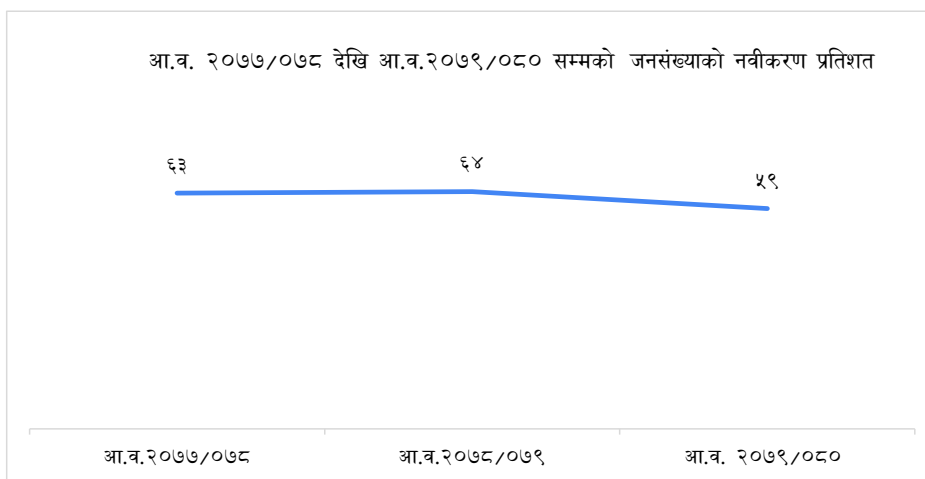
### ५.१.२. क्रियाशील (नयाँ तथा नवीकरण) बीमित जनसंख्याको विवरण

स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ मा व्यवस्था भए बमोजिम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सदस्यता लिएपछि सेवा क्रियाशील भएको मिति देखि लागू हुने गरी एक वर्षको लागि मात्र बीमा अवधि वैध रहन्छ। दर्ता भएको एक वर्ष पुग्नु पहिले नै पुनः 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।

आ.व. २०७९/०८० मा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा १६% नागरिक क्रियाशील रहेका छन्। जसमध्ये मध्ये २३.७९% नयाँ बीमित र ७६.२१% नवीकरण गरेका बीमित रहेका छन्। त्यस्तै, तीन आर्थिक वर्ष आ.व. २०७७/०७८ देखि २०७९/०८० सम्म स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध जनसंख्याको नवीकरणको दर विश्लेषण गर्दा आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७८/०७९ मा बढेर ६४% भएको तर आ.व. २०७९/०८० मा अघिल्लो आ.व. को तुलनामा ५ प्रतिशतले घटेर ५९% भएको छ।

प्रदेशको जनसंख्याको आधारमा क्रियाशील बीमितको प्रतिशत हेर्दा गण्डकी प्रदेशमा (२६.६%) सबैभन्दा धेरै रहेको र मधेश प्रदेशमा (५.१%) सबैभन्दा कम रहेको छ।

#### चित्र नं ५ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्मको जनसंख्याको नवीकरण प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं ४ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व.२०७९/०८० सम्म प्रदेशगत रुपमा क्रियाशील बीमित (नयाँ तथा नवीकरण) जनसंख्याको विवरण

प्रदेश	आ.व.२०७७/०७८			आ.व.२०७८/०७९			आ.व.२०७९/०८०			
	नयाँ	नवीकरण	कुल क्रियाशील बीमितको प्रतिशत	नयाँ	नवीकरण	कुल क्रियाशील बीमितको प्रतिशत	नयाँ	नवीकरण	कुल क्रियाशील बीमितको प्रतिशत	जनसंख्याको आधारमा कुल आबद्ध क्रियाशील बीमित
कोशी	५,२२,००४	६,८६,७५२	३५	३,९१,०८४	९,५५,६००	३२	२,४०,३०२	१०,६२,७०५	२८	२६.३
मधेश	१,२५,२१९	५१,१५८	५	१,९५,५७९	१,१७,४१६	७	१,०९,९१७	१,९९,६३१	७	५.१
बागमती	२,४०,१७३	४,४४,४८९	२०	२,६७,०२०	६,०६,००७	२०	३,०९,००९	७,७७,९४३	२३	१७.८
गण्डकी	१,४०,१८८	२,४८,९८०	११	१,७५,९९६	३,५७,८०९	१२	१,६५,६४१	४,८९,३६९	१४	२६.६
लुम्बिनी	२,१५,९१३	३,५२,५४५	१६	१,७७,२९६	४,८२,६०३	१५	१,४१,७११	५,४३,४७६	१५	१३.४
कर्णाली	४३,९३५	९९,२९९	४	६५,२७३	१,३४,७६६	५	८७,२२८	१,७७,२२२	६	१५.७
सुदूरपश्चिम	७७,६५७	१,९९,८२२	८	९०,१३०	२,५८,१९२	८	५४,५५०	२,९९,६३५	८	१३.१
जम्मा	१३,६५,०८९	२०,८३,०४५	१००	१३,६२,३७८	२९,१२,३९३	१००	११,०८,३५०	३५,४९,९८१	१००	१६.०

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

५.१.३. लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील बीमितको विवरण

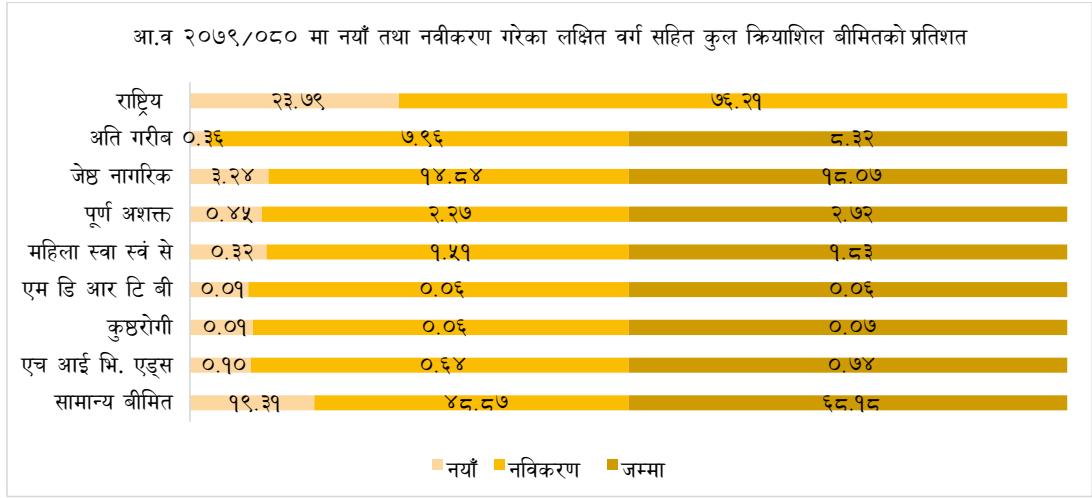
स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ ले ७० वर्ष माथिका ज्येष्ठ नागरिक, पूर्ण असक्त अपाङ्ग, कुष्ठरोगी, जटिल खालको क्षयरोगी (MDR-TB), एच.आइ.भि./एड्स संक्रमित, अति गरिब भनि पहिचान भएका नागरिक र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकालाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा लक्षित वर्ग भनेर व्यवस्था गरेको छ र उक्त लक्षित वर्ग मध्ये महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको हकमा ५०% योगदान रकम र अन्यको हकमा शतप्रतिशत योगदान रकम नेपाल सरकारले व्यहोर्ने व्यवस्था गरेको छ । हाल २६ 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. २०७९/०८० को कुल क्रियाशील (४६,५८,३३१ जना) बिमित मध्ये सामान्य बीमित ६८.१८% रहेको छन् भने बाँकी ३१.८२% लक्षित वर्ग बीमा कार्यक्रममा आबद्ध भएका छन् जसमध्ये ज्येष्ठ नागरिक सबैभन्दा बढी (१८.०७%) आबद्ध छन् ।

त्यस्तै, प्रदेश अनुसार कार्यक्रममा आबद्ध नयाँ बीमितको विवरण हेर्दा बागमती प्रदेशमा सबैभन्दा धेरै (७%) र सुदूरपश्चिम प्रदेशमा सबैभन्दा कम (१%) रहेको छ ,साथै नवीकरणको अवस्था हेर्दा कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा धेरै (२३%) र मधेश र कर्णालीमा सबैभन्दा कम (४%) रहेको छ ।



## चित्र नं ६ आ.व २०७९/०८० मा लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील बीमितको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

## तालिका नं ५ आ.व २०७९/०८० मा प्रदेश अनुसार लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील (नयाँ तथा नवीकरण) बीमितको विवरण

	कोशी	मधेश	बागमती	गण्डकी	लुम्बिनी	कर्णाली	सुदूरपश्चिम	जम्मा प्रतिशत
नयाँ बीमितको प्रतिशत	५	२	७	४	३	२	१	२३.७९
नवीकरण बीमितको प्रतिशत	२३	४	१७	११	१२	४	६	७६.२१
<b>सामान्य बीमित</b>								
जम्मा	१०,११,०४७	१,४०,५३३	८,८६,९३७	४,६८,९२२	४,०५,३५७	१,५७,४३५	१,०६,००७	६८.२
नयाँ	२,०५,१३९	७४,५४८	२,६६,२१२	१,३९,९६७	१,०५,४१४	७२,८५९	३५,४३५	१९.३
नवीकरण	८,०५,९०८	६५,९८५	६,२०,७२५	३,२८,९५५	२,९९,९४३	८४,५७६	७०,५७२	४८.९
<b>एच आई भि. एड्स</b>								
जम्मा	३,६९९	३,७७६	७,४८१	३,६०९	६,९७७	१,५४५	७,३०४	०.७
नयाँ	५९७	६३०	१,०४७	३७९	८४६	५५६	६९९	०.१
नवीकरण	३,१०२	३,१४६	६,४३४	३,२३०	६,१३१	९८९	६,६०५	०.६
<b>कुष्ठरोगी</b>								
जम्मा	९१७	१९२	५९८	२०५	५५५	१०६	७४५	०.१
नयाँ	१०६	५५	१६	१९	९९	२७	१५५	०.०१
नवीकरण	८११	१३७	५८२	१८६	४५६	७९	५९०	०.०६
<b>एम डि आर टि बी</b>								
जम्मा	६६०	२४३	८७	४१	१,०७४	२७७	६१७	०.१
नयाँ	९५	१२	२७	१३	११६	३२	१०३	०.०६
नवीकरण	५६५	२३१	६०	२८	९५८	२४५	५१४	०.०१

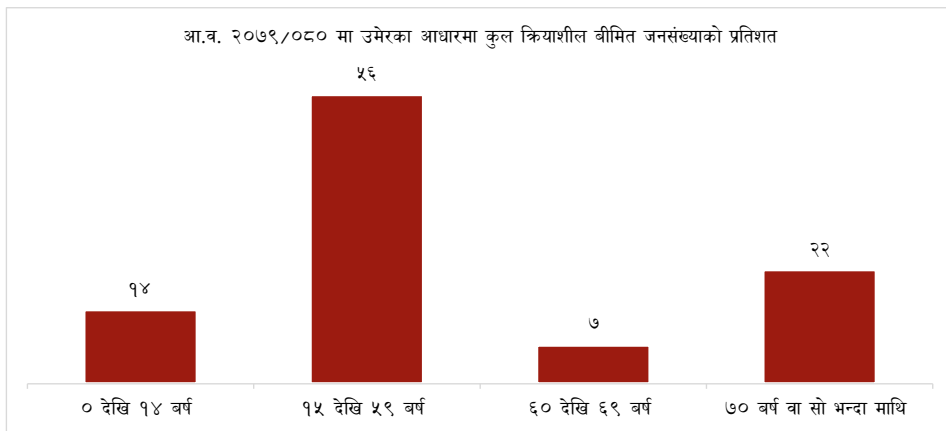
	कोशी	मधेश	बागमती	गण्डकी	लुम्बिनी	कर्णाली	सुदूरपश्चिम	जम्मा प्रतिशत
<b>महिला स्वा स्व से</b>								
जम्मा	१६,६२७	३,३४०	१५,७१६	१२,५११	१७,८६६	५,०१४	१४,०३३	१.८
नयाँ	१,४८७	९३८	४,८८२	१,९९८	३,३८१	९०६	१,२६१	०.३
नवीकरण	१५,१४०	२,४०२	१०,८३४	१०,५१३	१४,४८५	४,१०८	१२,७७२	१.५
<b>पूर्ण अशक्त</b>								
जम्मा	३८,१३९	१५,८६८	२०,३९७	१६,९४८	२०,७०३	७,४४३	७,२००	२.७
नयाँ	३,७४२	३,८८६	४,९०८	२,३२६	३,०९५	१,८४४	९६५	०.४
नवीकरण	३४,३९७	११,९८२	१५,४८९	१४,६२२	१७,६०८	५,५९९	६,२३५	२.३
<b>ज्येष्ठ नागरिक</b>								
जम्मा	२,०७,७४०	१,३४,२५२	१,२३,१२६	१,२४,११३	१,३३,१२५	३६,१२६	८३,४२६	१८.१
नयाँ	२५,९८२	२९,२४०	३०,४०७	२०,२५१	२७,४३६	७,७९४	९,६८६	३.२
नवीकरण	१,८१,७५८	१,०५,०१२	९२,७१९	१,०३,८६२	१,०५,६८९	२८,३३२	७३,७४०	१४.८
<b>अति गरिब</b>								
जम्मा	२४,१७८	११,३४४	३२,६०२	२८,६६१	९९,५३०	५६,५०४	१,३४,८५३	८.३
नयाँ	३,१५४	६०८	१,५०२	६८८	१,३२४	३,२१०	६,२४६	०.४
नवीकरण	२१,०२४	१०,७३६	३१,१००	२७,९७३	९८,२०६	५३,२९४	१,२८,६०७	८.०
जम्मा	१३,०३,००७	३,०९,५४८	१०,८६,९४४	६,५५,०१०	६,८५,१८७	२,६४,४५०	३,५४,१८५	१००.०

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

#### ५.१.४. उमेरका आधारमा क्रियाशील बीमितको विवरण

आ.व. २०७९/०८० मा उमेरका आधारमा कार्यक्रममा आबद्ध जनसंख्याको विश्लेषण गर्दा सबैभन्दा धेरै (५६%), १५ देखि ५९ वर्ष उमेर समूहको बीमितको आबद्धता देखिन्छ भने त्यसपछि क्रमशः ७० वर्ष वा सो भन्दा माथिका (२२%), ० देखि १४ वर्षका (१४%) र सबैभन्दा कम (७%) ६० देखि ६९ वर्ष उमेर समूहका जनसंख्याको बीमा कार्यक्रममा आबद्ध रहेका छन्। प्रदेशगत रूपमा मधेश प्रदेश बाहेक अन्य सबै प्रदेशमा १५ देखि ५९ वर्ष उमेर समूहका बीमित धेरै रहेका छन् भने मधेश प्रदेशमा ७० वर्ष वा सो भन्दा माथि उमेरका बीमित धेरै रहेका छन्।

#### चित्र नं ७ आ.व. २०७९/०८० मा उमेरका आधारमा कुल क्रियाशील बीमित जनसंख्याको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं ६ आ.व.२०७९/०८० मा प्रदेशगत रुपमा उमेरका आधारमा क्रियाशील बीमितको विवरण

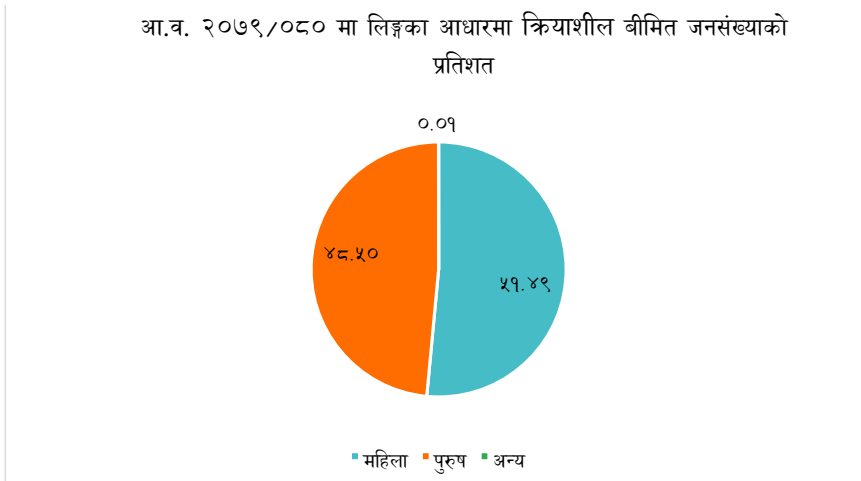
प्रदेश	० देखि १४ वर्ष	१५ देखि ५९ वर्ष	६० देखि ६९ वर्ष	७० वर्ष वा सो भन्दा माथि	जम्मा
कोशी	१,८८,०३३	७,४४,२३६	१,०३,७४१	२,६६,९९७	१३,०३,००७
मधेश	३२,१४६	१,२४,४८५	१५,३९९	१,३७,५१८	३,०९,५४८
बागमती	१,५३,५६४	६,६१,५७३	९०,४६७	१,८१,३४०	१०,८६,९४४
गण्डकी	९०,१७५	३,६१,५०२	५३,५२८	१,४९,८०५	६,५५,०१०
लुम्बिनी	९६,२०८	३,८१,६१५	४९,३८८	१,५७,९७६	६,८५,१८७
कर्णाली	५३,३५६	१,५३,२१४	१५,५८३	४२,२९७	२,६४,४५०
सुदूरपश्चिम	५४,०२७	१,८७,२१३	१९,०५१	९३,८९४	३,५४,१८५
<b>जम्मा</b>	<b>६,६७,५०९</b>	<b>२६,१३,८३८</b>	<b>३,४७,१५७</b>	<b>१०,२९,८२७</b>	<b>४६,५८,३३१</b>

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

५.१. ५.लिङ्गका आधारमा क्रियाशील बीमितको विवरण

आ.व. २०७९/०८० मा कार्यक्रममा क्रियाशील महिला बीमितको आबद्धता (५१.४९%), पुरुष बीमितको (४८.५%) र अन्यको (तेस्रो लिङ्ग) (०.०१%) रहेको छ । प्रदेश अनुसार क्रियाशील महिला बीमितको संख्या सबैभन्दा धेरै कोशी प्रदेशमा (६,६७,८८७ जना) र सबैभन्दा कम कर्णाली प्रदेशमा (१,३५,७४४ जना) रहेको छ । त्यस्तै क्रियाशील पुरुष बीमितको संख्या पनि सबैभन्दा धेरै कोशी प्रदेशमा (६,३५,००२ जना) र सबैभन्दा कम कर्णाली प्रदेशमा (१,२८,६७९ जना) नै रहेको देखिन्छ र अन्य लिङ्गको हकमा सबैभन्दा धेरै बागमती प्रदेश (२८४ जना) र सबैभन्दा कम सुदूरपश्चिम प्रदेशमा (७ जना) रहेको देखिन्छ ।

चित्र नं ८ आ.व. २०७९/०८० मा लिङ्गका आधारमा क्रियाशील बीमित जनसंख्याको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं ७ आ.व.२०७९/०८० मा प्रदेशगत रुपमा लिङ्गका आधारमा क्रियाशील बीमितको विवरण

प्रदेश	महिला	पुरुष	अन्य	जम्मा
कोशी	६,६७,८८७	६,३५,००२	११८	१३,०३,००७
मधेश	१,५२,०७०	१,५७,४१५	६३	३,०९,५४८
बागमती	५,५७,६२५	५,२९,०३५	२८४	१०,८६,९४४
गण्डकी	३,४१,९८४	३,१२,९६३	६३	६,५५,०१०
लुम्बिनी	३,५४,६५५	३,३०,४५५	७७	६,८५,१८७
कर्णाली	१,३५,७४४	१,२८,६७९	२७	२,६४,४५०
सुदूरपश्चिम	१,८८,५७७	१,६५,६०१	७	३,५४,१८५
<b>जम्मा</b>	<b>२३,९८,५४२</b>	<b>२२,५९,१५०</b>	<b>६३९</b>	<b>४६,५८,३३१</b>

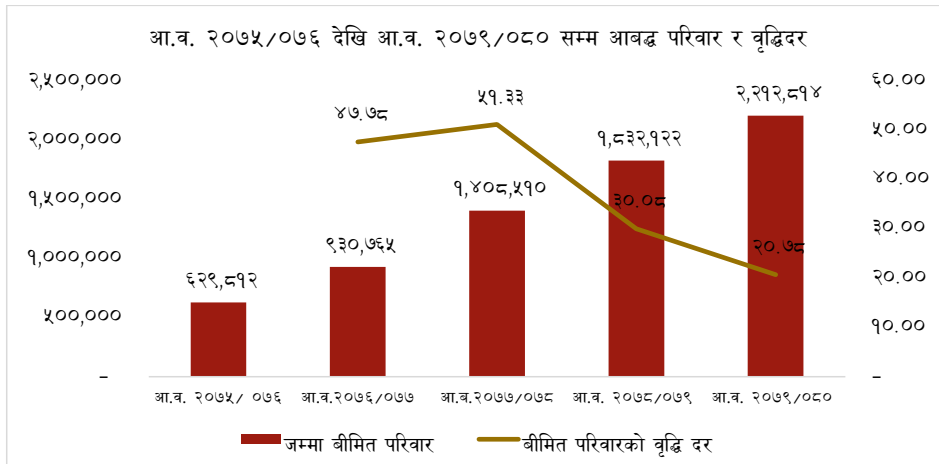
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

५.१.६.कुल बीमित परिवारको आबद्धताको विवरण

आ.व. २०७९/०८० को अन्त्य सम्ममा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा परिवारको आबद्धता नेपालको कुल घरपरिवारको ३३.१९% (२२,१२,८१४ घरपरिवार) पुगेको छाकार्यक्रममा आबद्ध परिवारको वृद्धिदर हेर्दा आ.व. २०७५/०७६ मा ६,२९,८१२ रहेको परिवार संख्या ४७.७८% ले वृद्धि भएर आ.व. २०७६/०७७ मा ९,३०,७६५ र आ.व. २०७७/०७८ मा ५१.३३% ले वृद्धि भएर १,४०८,५१० पुगेको देखिन्छ। त्यस्तै आ.व. २०७८/०७९ र आ.व. २०७९/०८० मा वृद्धि दर तुलनात्मकरुपमा कम हुदै आ.व. २०७९/०८० को अन्त्य सम्ममा २०.७८% ले वृद्धि भएर कुल २२,१२,८१४ परिवार आबद्ध भएको पाइन्छ।

सम्बन्धित प्रदेशको परिवार संख्याका आधारमा कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा बढी आबद्ध बीमित परिवार (५३.०५%) देखिन्छ भने मधेश प्रदेशमा सबैभन्दा कम (१८.८६%) परिवार संख्या आबद्ध रहेका छन्।

चित्र नं ९ आ.व. २०७९/०८० सम्म आबद्ध घरपरिवार संख्या र वृद्धिदर



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

## तालिका नं ८ आ.व. २०७९/०८० सम्म प्रदेशगत रुपमा कुल बीमित परिवारको आबद्धताको विवरण

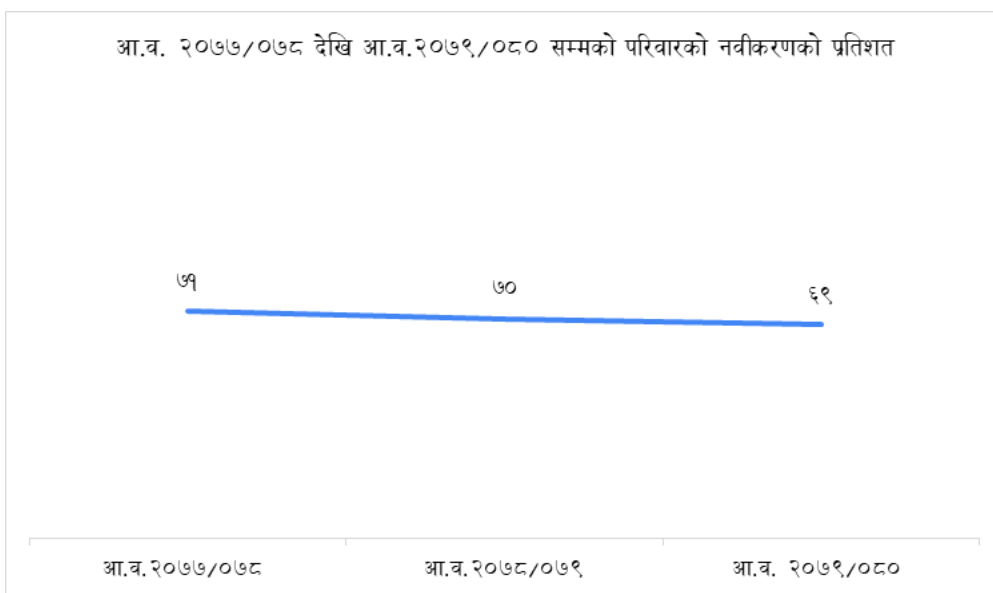
प्रदेश	आ.व. २०७५/०७६ सम्म	आ.व. २०७६/०७७ सम्म	आ.व. २०७७/०७८ सम्म	आ.व. २०७८/०७९ सम्म	आ.व. २०७९/०८० सम्म	जनसंख्याको आधारमा आ.व. २०७९/०८० जम्मा आबद्ध परिवारको प्रतिशत
कोशी	१,५७,५१७	२,८९,२४२	४,४२,६५६	५,५५,५३३	६,३२,०९३	५३.०५
मधेश	२८,५२७	३९,३१७	८७,१६९	१,७१,०६८	२,१८,१८०	१८.८६
बागमती	१,२३,९६०	१,७२,५४१	२,४८,७५०	३,३२,५१४	४,३०,४४३	२७.४०
गण्डकी	१,१२,६५२	१,३८,३६३	१,९३,१५७	२,५३,५२१	३,११,७४०	४७.०६
लुम्बिनी	१,०७,५८७	१,४४,६१७	२,३८,३८६	२,७८,३२४	३,३३,३९९	२९.२०
कर्णाली	४३,४१५	५४,५६४	६९,८३३	८८,६५१	१,१४,५३१	३१.२७
सुदूरपश्चिम	५६,१५४	९२,१२१	१,२८,५५९	१,५२,५११	१,७२,४२८	२९.८८
<b>जम्मा</b>	<b>६,२९,८१२</b>	<b>९,३०,७६५</b>	<b>१४,०८,५१०</b>	<b>१८,३२,१२२</b>	<b>२२,१२,८१४</b>	<b>३३.१९</b>

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### ५.१.७. क्रियाशील बीमित (नयाँ तथा नवीकरण) परिवारको विवरण

आ.व.२०७९/०८० मा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा २५% घरपरिवार क्रियाशील रहेका छन्। प्रदेशको परिवार संख्याको आधारमा क्रियाशील बीमित परिवारको प्रतिशत हेर्दा गण्डकी प्रदेशमा सबैभन्दा धेरै रहेको र मधेश प्रदेशमा सबैभन्दा कम रहेको छ। त्यस्तै, कार्यक्रममा बीमित परिवारको नवीकरणको अवस्था हेर्दा तीन आर्थिक वर्षमा नवीकरण दर घट्दै गएको पाइन्छ।

### चित्र नं १० आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व.२०७९/०८० सम्मको परिवारको नवीकरणको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं ९ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व.२०७९/०८० सम्म प्रदेशगत रुपमा क्रियाशील (नयाँ तथा नवीकरण) परिवारको विवरण

प्रदेश	आ.व. २०७७/०७८			आ.व. २०७८/०७९			आ.व. २०७९/०८०			
	नयाँ	नवीकरण	कुल क्रियाशील परिवारको प्रतिशत	नयाँ	नवीकरण	कुल क्रियाशील परिवारको प्रतिशत	नयाँ	नवीकरण	कुल क्रियाशील परिवारको प्रतिशत	परिवार संख्याको आधारमा कुल आबद्ध क्रियाशील बीमित परिवार
कोशी	१,५०,०६४	२,१२,१३९	३३	१,१२,२४३	३,०६,९४८	२९	७६,२९४	३,५६,५६१	२६	३६
मधेश	४७,७२३	३०,४९२	७	८३,५०१	६४,९२९	१०	४६,९१०	१,२४,६३९	१०	१५
बागमती	७४,४२०	१,१६,५६८	१७	८३,४१४	१,७२,३४७	१८	९७,१५४	२,३१,१४५	२०	२१
गण्डकी	५३,६४३	९४,४०३	१३	५९,७८६	१,३९,५८९	१४	५७,८२०	१,८७,१४३	१५	३७
लुम्बिनी	७३,०६९	१,०६,७१३	१६	५९,६२३	१,६०,०२८	१५	५४,९३२	१,९३,०७१	१५	२२
कर्णाली	१५,०७१	२७,४२०	४	१८,७५६	४०,३३७	४	२५,७७५	५३,८२०	५	२२
सुदूरपश्चिम	३०,४०१	६९,१९८	९	२९,२३८	९५,३९२	९	१९,५६९	१,१४,०८४	८	२३
जम्मा	४,४४,३९१	६,५६,९३३	१००	४,४६,५६१	९,७९,५७०	१००	३,७८,४५४	१२,६०,४६३	१००	२५

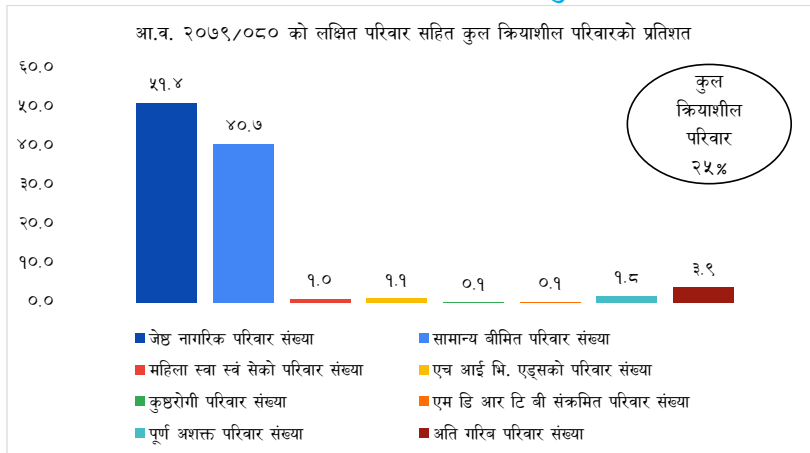
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

५.१. ८. क्रियाशील परिवार (लक्षित वर्ग सहित) को आबद्धताको विवरण

प्रस्तुत चित्रमा आ.व. २०७९/०८० मा बीमित परिवार (लक्षित वर्ग सहित) को आबद्धताको विवरण उल्लेख गरिएको छ, जस अनुसार आ.व. २०७९/०८० मा कुल क्रियाशील परिवारको आबद्धता २५% (१६,३८,९१७ घरपरिवार) रहेको छ जसमध्ये सबैभन्दा धेरै ज्येष्ठ नागरिक परिवारको आबद्धता (५१.४%) रहेको त्यस्तै सबैभन्दा कम कुष्ठरोगी र एम डि आर टि बी संक्रमित परिवार (०.१%) को आबद्धता रहेको छ।

त्यस्तै प्रदेशगतरुपमा विश्लेषण गर्दा सामान्य बीमित परिवार संख्या कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा धेरै रहेको छ भने सबैभन्दा कम सुदूरपश्चिममा देखिन्छ। लक्षित वर्गको तथ्यांकलाई अध्ययन गर्दा सबैभन्दा धेरै ज्येष्ठ नागरिकको आबद्धता पाईन्छ जुन कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा बढी र कर्णाली प्रदेशमा कम रहेको छ।

चित्र नं ११ आ.व. २०७९/०८० को लक्षित परिवार सहित कुल क्रियाशील परिवारको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं १० आ.व २०७९/०८० मा प्रदेशगत रुपमा लक्षित वर्ग सहित कुल क्रियाशील परिवारको विवरण

प्रदेश	सामान्य बीमित परिवार संख्या	महिला स्वा स्व सेको परिवार संख्या	एच आई भि. एड्सको परिवार संख्या	कुष्ठरोगी परिवार संख्या	एम डि आर टि बी संक्रमित परिवार संख्या	पूर्ण अशक्त परिवार संख्या	ज्येष्ठ नागरिक परिवार संख्या	अति गरिब परिवार संख्या	जम्मा बीमित परिवार संख्या
कोशी	२,०७,०८०	३,१४२	१,६९६	२०७	१७१	८,१२०	२,०७,७३०	४,७०९	४,३२,८५५
मधेश	२८,५७७	६२८	२,३३७	३९	१२९	३,६७७	१,३४,२५२	१,९१०	१,७१,५४९
बागमती	१,८६,८१४	३,१५८	४,३७३	२१७	२३	४,७५६	१,२३,१२६	५,८३२	३,२८,२९९
गण्डकी	१,०६,२३३	२,६५९	१,९७७	६९	१५	४,३०६	१,२४,११३	५,५९१	२,४४,९६३
लुम्बिनी	८५,२४६	३,६५१	३,६००	१२३	५७३	४,९३१	१,३३,१२५	१६,७५४	२,४८,००३
कर्णाली	३१,७६३	९०६	५२०	१७	५४	१,६३२	३६,१२१	८,५८२	७९,५९५
सुदूरपश्चिम	२०,९३६	२,५७५	३,२७०	२७०	२५९	१,९४७	८३,४२६	२०,९७०	१,३३,६५३
<b>जम्मा</b>	<b>६,६६,६४९</b>	<b>१६,७१९</b>	<b>१७,७७३</b>	<b>९४२</b>	<b>१,२२४</b>	<b>२९,३६९</b>	<b>८,४१,८९३</b>	<b>६४,३४८</b>	<b>१६,३८,९१७</b>

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

५.१.९. अनलाईन नवीकरण गर्ने परिवारको विवरण

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सदस्यता नवीकरण गर्नको लागि नागरिक एपको माध्यमबाट 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 । आ.व. २०७९/०८० मा अनलाईन नवीकरणको अवस्था हेर्दा कुल नवीकरण मध्ये अनलाईन नवीकरण गर्ने परिवार ०.३५% रहेकोमा बागमती (०.१४%) प्रदेशमा सबैभन्दा बढी र कर्णाली प्रदेश र सुदूरपश्चिममा सबैभन्दा कम रहेको देखिन्छ ।

तालिका नं ११ आ.व. २०७९/०८० मा प्रदेशगत रुपमा अनलाईन नवीकरण गर्ने परिवारको विवरण

प्रदेश	जम्मा नवीकरण परिवार संख्या	जम्मा अनलाईन नवीकरण गर्ने परिवार संख्या	कुल नवीकरण मध्ये अनलाईन नवीकरण गर्ने परिवार संख्याको प्रतिशत
कोशी	३,५६,५६१	१,५७२	०.१२
मधेश	१,२४,६३९	३०२	०.०२
बागमती	२,३१,१४५	१,७१०	०.१४
गण्डकी	१,८७,१४३	३५४	०.०३
लुम्बिनी	१,९३,०७१	३१८	०.०३
कर्णाली	५३,८२०	८१	०.०१
सुदूरपश्चिम	१,१४,०८४	१२२	०.०१
<b>जम्मा</b>	<b>१२,६०,४६३</b>	<b>४,४५९</b>	<b>०.३५</b>

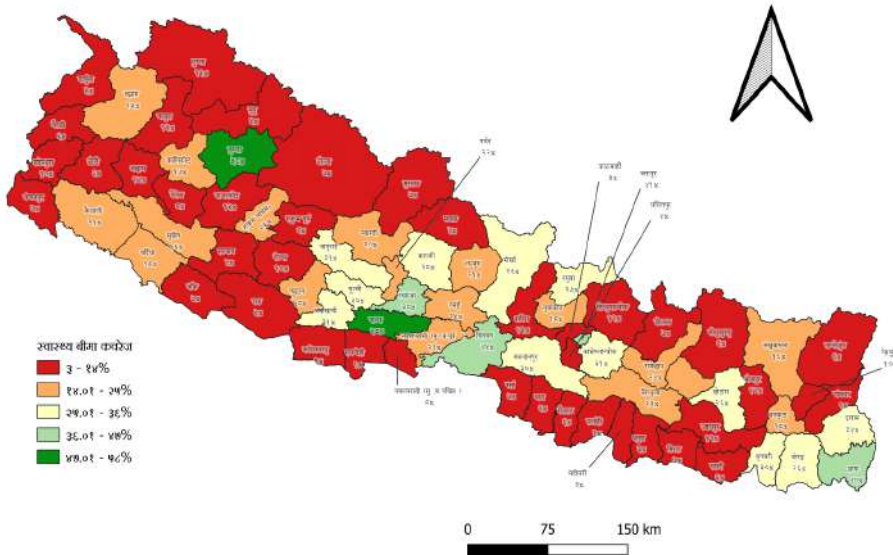
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### ५.१.१०. जिल्लागत रुपमा क्रियाशील (नयाँ तथा नवीकरण) बीमितको विवरण

आ.व.२०७९/०८० सम्ममा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम ७७ जिल्लाका ७४९ स्थानियतहमा विस्तार भई कुल ४६,५८,३३१ जना नागरिक क्रियाशील छन् । जिल्लागत रुपमा कार्यक्रमको अवस्था हेर्दा ७७ जिल्ला मध्ये पाल्पा, जुम्ला, चितवन, भक्तपुर र झापामा कार्यक्रममा आबद्ध क्रियाशील जनसंख्या सम्बन्धित जिल्लाको जनसंख्याको ४०% भन्दा माथी रहेको छ । त्यस्तै धनुषा, सर्लाही, महोत्तरी र काठमाडौं जिल्लामा सबैभन्दा कम (३%) जनसंख्या स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध रहेको छ । काठमाडौं जिल्लामा बीमितको प्रतिशत कम हुनुको मुख्य कारण जनसंख्या धेरै भएका काठमाडौंका प्रमुख स्थानीय तहहरू जस्तै: काठमाडौं महानगरपालिका, नागार्जुन नगरपालिका र बुढानिलकण्ठ नगरपालिकामा २०७९/०८० मा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम नहुनु रहेको छ ।

### चित्र नं १२ जिल्ला अनुसार आ.व. २०७९/०८० मा क्रियाशील जनसंख्याको विवरण

जिल्ला अनुसार आ.व. २०७९/८० मा जनसंख्याको आबद्धताको विवरण



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली





तालिका नं १२ आ.व. २०७९/०८० सम्ममा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकृत सेवा प्रदायक संस्थाहरूको विवरण

प्रदेश	सामुदायिक	सरकारी	निजी	जम्मा	अस्पताल क्रियाशिल बीमित जनसंख्या अनुपात	अस्पताल सेवा उपयोग गरेका बीमित जनसंख्या अनुपात
कोशी	६	८४	२१	१११	१:११७३९	१:५०५९
मधेश	४	४८	११	६३	१:४९१३	१:१४२८
बागमती	१०	८३	७	१००	१:१०८६९	१:४६१०
गण्डकी	१	५०	४	५५	१:११९०९	१:४६६६
लुम्बिनी	७	५३	५	६५	१:१०५४१	१:३४४५
कर्णाली	३	३०	०	३३	१:८०१४	१:२९०१
सुदूरपश्चिम	२	३०	४	३६	१:९८३८	१:२६९७
<b>जम्मा</b>	<b>३३</b>	<b>३७८</b>	<b>५२</b>	<b>४६३</b>	<b>१:१००६१</b>	<b>१:३८५७</b>

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

५.२.२. नयाँ सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको विवरण

आ.व.२०७९/०८० मा कुल १२ वटा नयाँ स्वास्थ्य संस्थाहरू स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकृत भएका छन् । नयाँ सूचीकृत संस्थाको सेवा सम्झौता अवधि सेवा सुचारु भएको मिति देखि ५ वर्षसम्म रहने व्यवस्था छ । यी संस्थाहरूको सेवा सुचारु हुने मिति र सेवा कायम रहने मिति तल दिएको तालिकामा उल्लेख गरिएको छ ।

तालिका नं १३ आ.व.२०७९/०८० मा नयाँ सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको विवरण

क्र. स.	सेवा प्रदायक संस्थाको नाम	जिल्लाको नाम	पालिकाको नाम	सेवा सुचारु मिति	सेवा कायम रहने मिति
१	ठाकुरबाबा नगर अस्पताल	बर्दिया	ठाकुरबाबा नगरपालिका	२०८०.०३.०१	२०८५.०२.३२
२	फुलखर्क ग्रामिण अस्पताल	धादिङ	गंगा जमुना गाउँपालिका	२०८०.०३.०१	२०८५.०२.३२
३	आँबुखैरेनी अस्पताल	तनहुँ	आँबुखैरेनी गाउँपालिका	२०८०.०३.०१	२०८५.०२.३२
४	गौरदह नगर अस्पताल	झापा	गौरदह नगरपालिका	२०८०.०३.१३	२०८५.०३.१२
५	सांगला प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	काठमाडौँ	तार्केश्वर नगरपालिका	२०८०.०२.०१	२०८५.०१.३१
६	हलेशी तुवाचुंग नगर अस्पताल	खोटाङ	हलेशी तुवाचुंग नगरपालिका	२०७९.१२.०१	२०८४.११.३०
७	देवदह नगर अस्पताल	रुपन्देही	देवदह नगरपालिका	२०७९.११.०१	२०८४.१०.३०
८	चुलाचुली अस्पताल	ईलाम	चुलाचुली गाउँपालिका	२०७९.११.०१	२०८४.१०.३०
९	केन्द्रीय कारागार अस्पताल	काठमाडौँ	काठमाडौँ महानगरपालिका	२०७९.११.०१	२०८४.१०.३०
१०	लुभु प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	ललितपुर	महालक्ष्मी नगरपालिका	२०७९.११.०१	२०८४.१०.३०
११	भिरकोट नगर अस्पताल	स्याङजा	भिरकोट नगरपालिका	२०७९.०५.०१	२०८४.०४.३०
१२	दोरम्बा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	रामेछाप	दोरम्बा गाउँपालिका	२०७९.०४.०१	२०८४.०३.३२

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### ५.३. दाबी सम्बन्धी विवरण

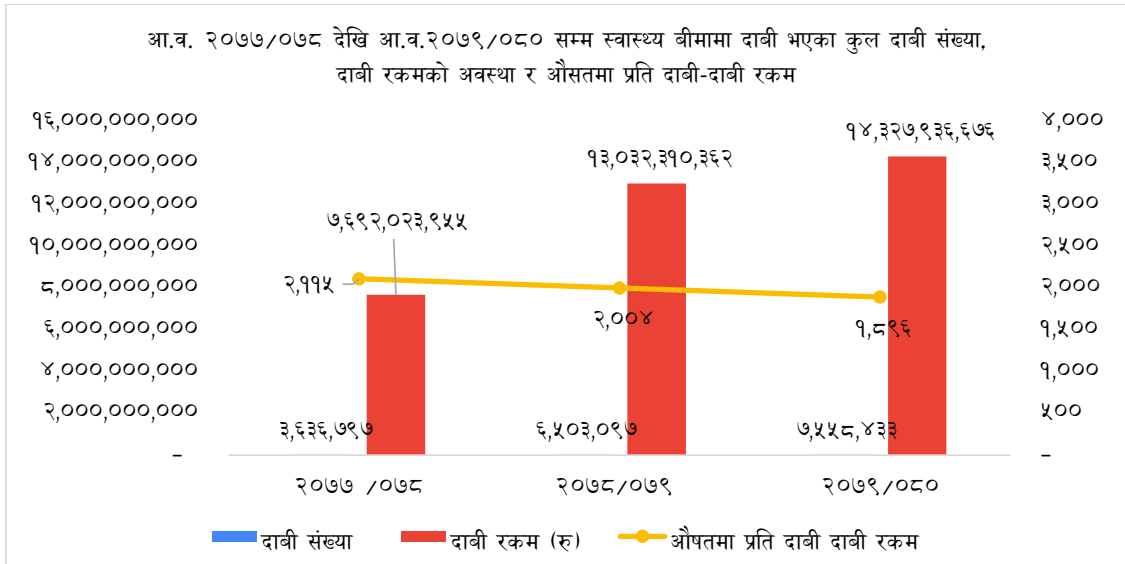
#### ५.३.१.स्वास्थ्य बीमामा दाबी भएका कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

स्वास्थ्य बीमामा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाबाट विगत तीन आर्थिक वर्ष देखि भएका कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको अवस्था विश्लेषण गर्दा आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व.२०७९/०८० सम्म पुग्दा प्रत्येक वर्ष दाबी संख्या र दाबी रकम बढ्दै गएको देखिन्छ । तथापी औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम भने आ.व. २०७७/०७८ मा रु २११५।- बाट घट्दै आ.व. २०७९/०८० मा रु १८९६।- पुगेको छ ।

प्रदेश अनुसारको कुल दाबी संख्यालाई विश्लेषण गर्दा तिनै आर्थिक वर्षमा कोशी प्रदेशको दाबी संख्या सबैभन्दा बढी रहेको छ भने आ.व. २०७७/०७८ र आ.व. २०७९/०८० मा मधेश प्रदेशको दाबी संख्या सबैभन्दा कम रहेको छ र आ.व. २०७८/०७९ मा कर्णाली प्रदेशमा सबैभन्दा कम दाबी संख्या रहेको छ ।

प्रदेश अनुसार दाबी रकमको विश्लेषण गर्दा आ.व. २०७७/०७८ र २०७८/०७९ मा कोशी प्रदेशको दाबी रकम अन्य प्रदेशको तुलनामा धेरै रहेको छ र आ.व. २०७९/०८० मा बागमती प्रदेशको दाबी रकम बढी रहेको देखिन्छ भने आ.व. २०७७/०७८ र आ.व. २०७९/०८० मा मधेश प्रदेश तथा आ.व. २०७८/०७९ मा कर्णाली प्रदेशमा सबै भन्दा कम दाबी रकम रहेको छ ।

#### चित्र नं १४ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व.२०७९/०८० सम्म स्वास्थ्य बीमामा दाबी भएका कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको अवस्था



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं १४ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व.२०७९/०८० सम्म प्रदेशगत रुपमा स्वास्थ्य बीमामा दाबी भएका कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

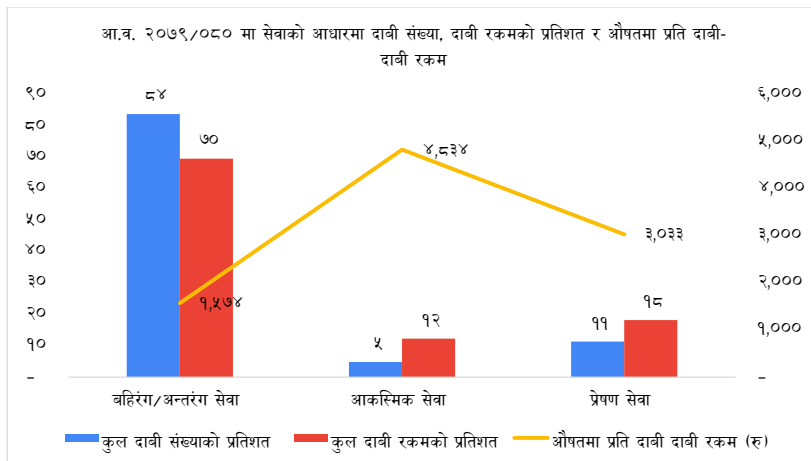
प्रदेश	आ.व. २०७७/०७८		आ.व. २०७८/०७९		आ.व.२०७९/०८०	
	कुल दाबी संख्या	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी संख्या	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी संख्या	कुल दाबी रकम (रु)
कोशी	१४,६८,७५२	३,३७,६६,०३,२३९	२४,४५,०८२	५,१६,४५,७९,२७१	२४,१२,९८८	४,३८,१९,१६,७०९
मधेश	५४,३९६	१२,५२,५८,१४१	२,३६,६८७	४०,६७,२१,५२८	२,६४,२४७	४२,०९,७६,३४३
बागमती	९,६७,९२७	२,२०,२५,३१,१९९	१७,११,१६८	३,९५,६८,६५,२२५	२३,४४,६२४	५,३०,१९,७५,८६६
गण्डकी	३,५३,९९३	६२,४१,००,७५७	६,९०,२१०	१,११,४८,०८,५०६	१०,०८,३००	१,६४,५४,१०,५१४
लुम्बिनी	४,९९,१६८	९२,५१,५०,३९५	९,२४,८५५	१,६०,११,३८,८०९	८,६२,६६०	१,४६,८६,२८,६५२
कर्णाली	१,३६,०६६	१८,७६,१३,२१३	२,२०,०२१	३४,३२,४०,०१८	३,१८,९८५	५५,२८,३१,०७१
सुदूरपश्चिम	१,५६,४९५	२५,०७,६७,०११	२,७५,०७४	४४,४९,५७,००४	३,४६,६२९	५५,६१,९७,५२१
जम्मा	३६,३६,७९७	७,६९,२०,२३,९५५	६५,०३,०९७	१३,०३,२३,१०,३६२	७५,५८,४३३	१४,३२,७९,३६,६७६

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

५.३.२. सेवा (बहिरंग/अन्तरंग सेवा, आकस्मिक सेवा र प्रेषण सेवा) अनुसार दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा प्रविष्ट गरिएका सेवाहरूलाई तीन भाग बहिरंग र अन्तरंग सेवा, आकस्मिक सेवा र प्रेषण सेवामा विभाजित गरिएको छ । आ.व. २०७९/०८० मा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले प्रविष्ट गरेको सेवाको कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको अवस्था हेर्दा बहिरंग र अन्तरंग सेवामा सबैभन्दा धेरै दाबी (कुल दाबीको ८४%) रहेको छ । त्यस्तै सोहि सेवाको दाबी रकम पनि सबैभन्दा धेरै (कुल दाबी रकमको ७०%) रहेको छ । त्यसै आकस्मिक सेवा तर्फ सबैभन्दा कम (कुल दाबी संख्याको जम्मा ५%) रहेको छ र दाबी रकमको १२% रहेको छ तर प्रति दाबीको औसत दाबी रकम निकाल्दा सबैभन्दा धेरै आकस्मिक सेवा तर्फ रहेको देखिन्छ ।

चित्र नं १५ आ.व. २०७९/०८० मा सेवाको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत र औसतमा प्रति दाबी – दाबी रकम



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं १५ आ.व. २०७९/०८० मा सेवा (बहिरंग/अन्तरंग सेवा, आकस्मिक सेवा र प्रेषण सेवा) अनुसार दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

सेवाको प्रकार	कुल दाबी संख्या	कुल दाबी रकम (रु)
बहिरंग/अन्तरंग सेवा	६३,३८,७३०	९,९७,५३,२१,३९२
आकस्मिक सेवा	३,६२,७९३	१,७५,३७,३०,२६४
प्रेषण सेवा	८,५६,९१०	२,५९,८८,८५,०२१
<b>जम्मा</b>	<b>७५,५८,४३३</b>	<b>१४,३२,७९,३६,६७६</b>

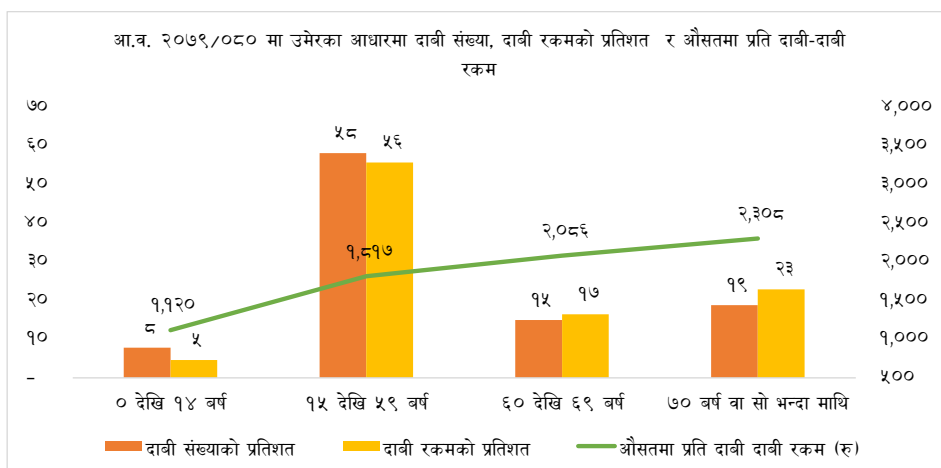
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

५.३.३.उमेरको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

तलको चित्र र टेबलमा सेवा उपभोग गरेका सेवाग्राहीको उमेर अनुसार दाबी संख्या र दाबी रकमको तथ्यांक प्रस्तुत गरिएको छ । तथ्यांकलाई विश्लेषण गर्दा आर्थिक रूपले सक्रिय समूहको दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत अन्य उमेर समूहको तुलनामा बढी रहेको छ भने सबैभन्दा कम दाबी संख्याको प्रतिशत र दाबी रकमको प्रतिशत ०-१४ वर्षको उमेर समूहको रहेको छ ।

त्यसै गरी, उमेरको आधारमा प्रति दाबी औसत दाबी रकम हेर्दा ६० वर्ष भन्दा माथिको उमेर समूहको रकम अन्य उमेर समूहको भन्दा धेरै रहेको छ ।

चित्र नं १६ आ.व. २०७९/०८० मा उमेरका आधारमा दाबी संख्या, दाबी रकमको प्रतिशत र औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं १६ आ.व. २०७९/०८० मा उमेरको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

उमेर समूह	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)
० देखि १४ वर्ष	५,९१,२६६	६६,२२,६५,८७८

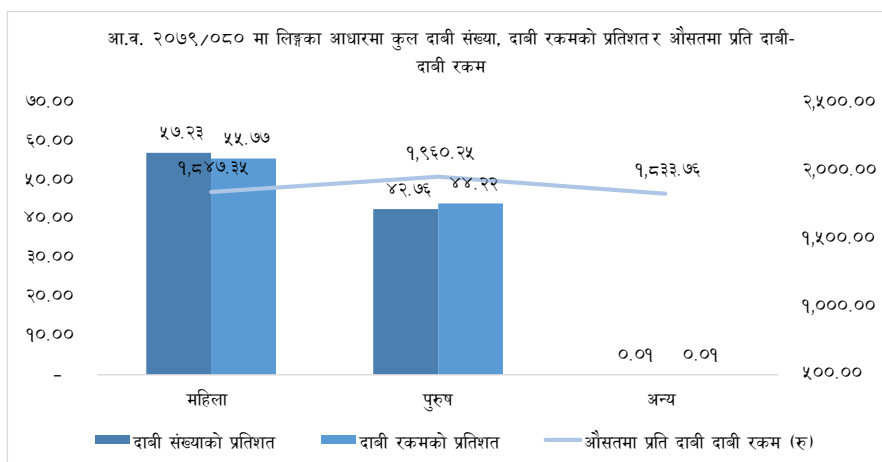
उमेर समूह	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)
१५ देखि ५९ वर्ष	४४,०६,७४५	८,००,७४,१३,९१३
६० देखि ६९ वर्ष	११,३४,४०५	२,३६,६६,३०,४९७
७० वर्ष वा सो भन्दा माथि	१४,२६,०१७	३,२९,१६,२६,३८८
<b>जम्मा</b>	<b>७५,५८,४३३</b>	<b>१४,३२,७९,३६,६७६</b>

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### ५.३.४. लिङ्गको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध भई सेवा उपभोग गरेका बीमितहरूको दाबी संख्या र दाबी रकमलाई लिङ्गको आधारमा विश्लेषण गर्दा महिलाको दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत सबैभन्दा बढी क्रमशः ५७.२३% र ५५.७७% रहेको छ, त्यसपश्चात क्रमशः पुरुषको दाबी संख्याको र दाबी रकमको प्रतिशत ४२.७६% र ४४.२२% र अन्यको दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत ०.०१% रहेको छ। त्यस्तै औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम हेर्दा पुरुषको औसत दाबी रकम अन्यको तुलनामा धेरै रहेको छ।

### चित्र नं १७ आ.व. २०७९/०८० मा लिङ्गका आधारमा कुल दाबी संख्या, दाबी रकमको प्रतिशत र औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### तालिका नं १७ आ.व. २०७९/०८० मा लिङ्गको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

लिङ्ग	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)
महिला	४३,२५,८१०	७,९९,१२,८३,३००
पुरुष	३२,३१,८८१	६,३३,५२,९२,७२५
अन्य	७४२	१३,६०,६५२
<b>जम्मा</b>	<b>७५,५८,४३३</b>	<b>१४,३२,७९,३६,६७६</b>

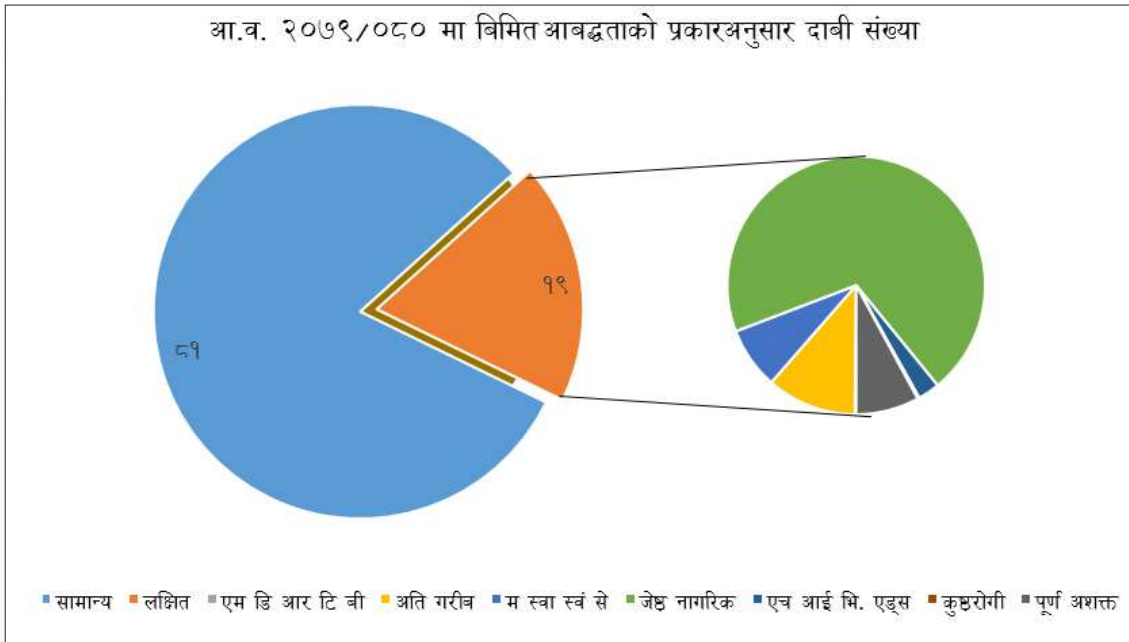
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### ५.३.५. बीमितको आबद्धताको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

स्वास्थ्य बीमामा बीमितको आबद्धताको आधारमा दाबी संख्या हेर्दा सामान्य बीमितको दाबी संख्या सबैभन्दा धेरै (कुल दाबी संख्याको ८१%) रहेको र बाँकी (कुल दाबीको १९%) लक्षित वर्गबाट भएको देखिन्छ ।

त्यस्तै दाबी रकमलाई विश्लेषण गर्दा सामान्य बीमितबाट रु.११,२५,९६,४८,७९५।- दाबी भएको छ भने लक्षितवर्ग तर्फबाट रु. ३,०६,८२,८७,८८१।- रकम दाबी भएको देखिन्छ । लक्षितवर्ग मध्ये ज्येष्ठ नागरिकको दाबी संख्या सबैभन्दा बढी छ भने प्रति दाबी औसतमा दाबी रकम पनि ज्येष्ठ नागरिकको सबैभन्दा धेरै रहेको छ र सबैभन्दा कम दाबी संख्या एम.डि.आर.टि. बी. को भएता पनि प्रति दाबी औसतमा दाबी रकम ज्येष्ठ नागरिक पछि दोश्रो बढी हुनेमा रहेको छ ।

चित्र नं १८ आ.व. २०७९/०८० मा बीमितको आबद्धताको आधारमा दाबी संख्याको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं १८ आ.व. २०७९/०८० मा बीमितको आबद्धताको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

बीमित	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)	औसतमा प्रति दाबी दाबी रकम (रु)
सामान्य	६१,३०,६१८	११,२५,९६,४८,७९५	१,८३७
एम डि आर टि बी	२,४२३	५४,५५,५०९	२,२५२
अति गरिब	१,६०,९५०	२६,३९,९३,९१८	१,६४०
महिला स्वा स्व से	१,१०,८०७	१९,३२,४८,१०६	१,७४४
ज्येष्ठ नागरिक	९,९८,३०४	२,३१,९०,४८,२१३	२,३२३

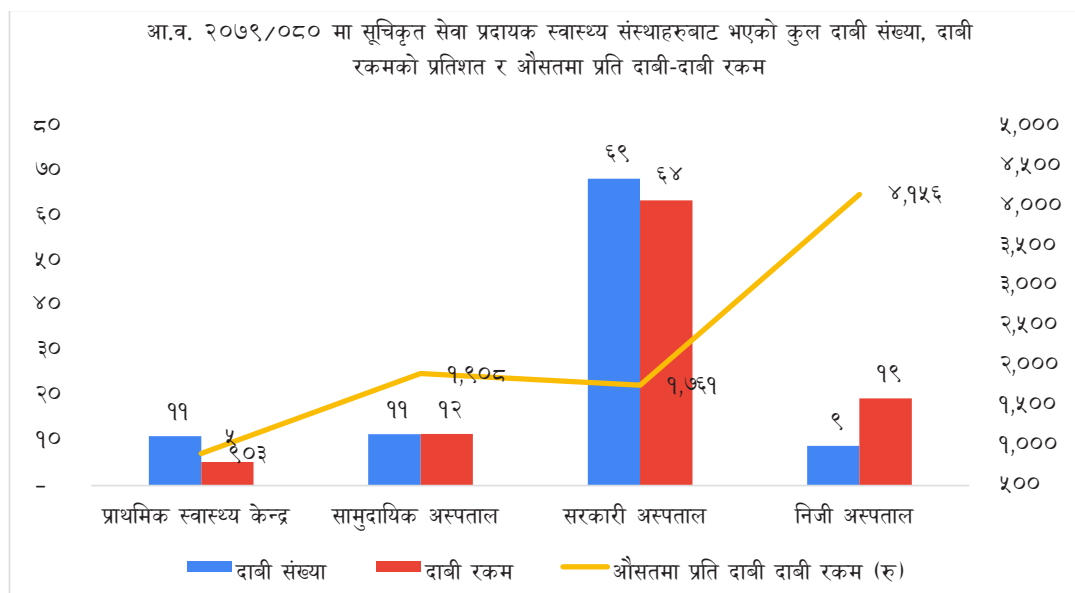
बीमित	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)	औसतमा प्रति दाबी दाबी रकम (रु)
एच आई भि .एड्स	३९,१४५	६,६८,४२,२७२	१,७०८
कुष्ठरोगी	३,०२४	५९,७९,०२०	१,९७७
पूर्ण अशक्त	१,१३,१६२	२१,३७,२०,८४३	१,८८९
<b>जम्मा</b>	<b>७५,५८,४३३</b>	<b>१४,३२,७९,३६,६७६</b>	<b>१,८९६</b>

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### ५.३.६ सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट भएको कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

आ.व. २०७९/०८० मा प्राप्त दाबीहरूलाई सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकारका आधारमा विश्लेषण गर्दा सरकारी अस्पतालको सबैभन्दा बढी दाबी संख्या ६९% र दाबी रकम ६४% रहेको छ जसको कारण सूचीकृत अस्पताल पनि धेरै रहेका छन् त्यस्तै सरकारी अस्पतालबाट सेवा उपभोग गर्ने बीमितको संख्या पनि धेरै रहेको छ भने निजीको दाबी संख्याको प्रतिशत सबैभन्दा कम रहेको देखिन्छ तथापी निजीको दाबी रकमको प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र सामुदायिक अस्पतालको दाबी रकमको प्रतिशत भन्दा धेरै रहेको छ र औसतमा प्रति दाबीको दाबी रकम हेर्दा पनि अन्यको तुलनामा निजीको धेरै रहेको छ ।

### चित्र नं १९ आ.व. २०७९/०८० मा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट भएको कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली



तालिका नं १९ आ.व. २०७९/०८० मा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट भएको कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार	कुल दाबी संख्या	कुल दाबी रकम (रु)
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	८,३७,१८२	७५,६३,०६,५८२
सामुदायिक अस्पताल	८,६८,५८६	१,६५,६९,१२,५८१
सरकारी अस्पताल	५१,८०,७६२	९,१२,२१,८९,६४०
निजी अस्पताल	६,७१,९०३	२,७९,२५,२७,८७४
<b>जम्मा</b>	<b>७५,५८,४३३</b>	<b>१४,३२,७९,३६,६७६</b>

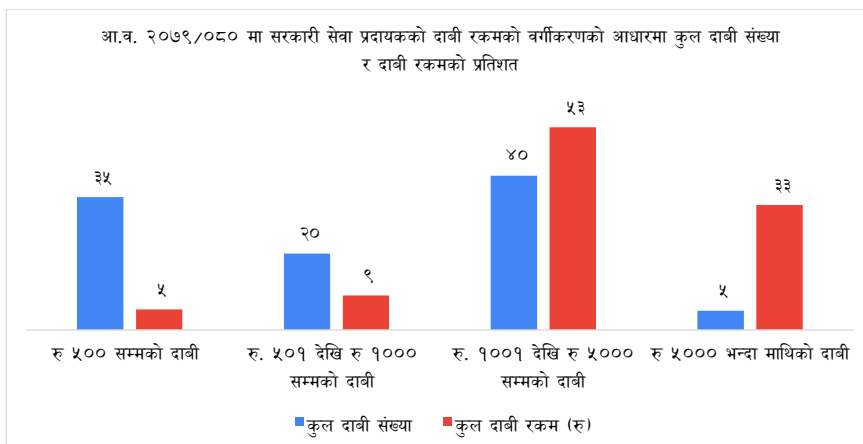
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

५.३.७. सरकारी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी संख्या 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 स्वतः स्वीकृत हुने, रु. ५०१।- देखि रु. १०००।- सम्मको दाबीको ५% र रु. १००१।- देखि रु ५०००।- सम्मको दाबीलाई १०% Random Sampling विधिबाट दाबी मूल्यांकन गर्नुको साथै रु. ५०००।- भन्दा माथिको सबै दाबी मूल्यांकन गर्ने व्यवस्था रहेको छ ।

आ.व. २०७९/०८० मा सरकारी सेवा प्रदायकहरूबाट भएको दाबीलाई विश्लेषण गर्दा रु ५००।- सम्मको दाबी कुल दाबी संख्याको ३५% भएता पनि कुल दाबी रकमको जम्मा ५% मात्र रहेको छ । रु. ५०१।- देखि रु १०००।- सम्मको दाबी कुल दाबी संख्याको २०% रहेको छ भने दाबी रकमको ९% रहेको छ । त्यस्तै रु १००१।- देखि रु ५०००।- सम्मको दाबी कुल दाबी संख्याको सबैभन्दा धेरै ४०% र दाबी रकमको पनि सबैभन्दा धेरै ५३% रहेको देखिन्छ । त्यस्तै गरी रु ५०००।- भन्दा माथिको दाबी संख्या सबैभन्दा कम (५%) भएता पनि दाबी रकममा दोश्रो सबैभन्दा बढी (३३%) रहेको छ ।

चित्र नं २० आ.व. २०७९/०८० मा सरकारी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

आ.व. २०७९/०८० मा प्रदेश अन्तर्गतको दाबी संख्या र दाबी रकमको विश्लेषण गर्दा रु ५००।- सम्म, रु. ५०१।- देखि रु. १०००।- सम्म र रु १००१।- देखि ५०००।- सम्मको दाबी संख्या सबैभन्दा बढी कोशी प्रदेशमा रहेको छ भने रु ५०००।- भन्दा माथिको दाबी संख्या र दाबी रकम बागमती प्रदेशमा सबैभन्दा धेरै देखिन्छ ।

### तालिका नं २० आ.व. २०७९/०८० मा सरकारी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

प्रदेशको नाम	रु ५०० सम्मको दाबी		रु. ५०१ देखि रु १००० सम्मको दाबी		रु. १००१ देखि रु ५००० सम्मको दाबी		रु ५००० भन्दा माथिको दाबी	
	कुल दाबी संख्या	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी संख्या	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी संख्या	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी संख्या	कुल दाबी रकम (रु)
कोशी	७,५०,४७४	१७,८३,४१,८८०	३,६३,८४३	२७,००,१२,४३९	७,७०,३८२	१,६६,२६,२३,१७१	७२,२०८	६६,८१,३५,८५८
मधेश	८४,४०३	१,९१,६४,१७२	४३,२९८	३,२२,४२,९९१	८१,७०३	१६,२०,००,६८०	४,७७८	५,५९,५३,००९
बागमती	५,४१,१३२	१४,३७,६४,५७१	३,३०,१४१	२४,५८,४१,९८०	७,२९,२२८	१,६५,२३,०५,६७२	१,४६,९०२	१,७०,२३,०३,३७७
गण्डकी	३,१७,४३२	७,९२,५३,८१०	१,८६,०१३	१३,७५,६१,६०८	३,३१,१४९	६८,६८,२२,४५८	२७,३०४	२५,४६,८४,७७१
लुम्बिनी	२,३७,९७०	६,११,२५,१३५	१,४८,७७१	१०,९८,०७,१५८	२,८२,१८९	५९,२९,६४,३५९	२६,६०५	२७,३२,१७,९६८
कर्णाली	५३,८८४	१,६९,०८,९६४	५६,२८१	४,१८,१०,४०२	१,०४,३८५	२१,६३,२६,९५८	१३,१६८	१५,८०,६७,१८१
सुदूरपश्चिम	१,०४,२१४	२,९४,६२,६४७	७३,८२६	५,४४,६१,५५०	१,२६,३२७	२५,९४,१८,३३२	९,९३४	११,३९,१३,१२१
जम्मा	२०,८९,५०९	५२,८०,२१,१८०	१२,०२,१७३	८९,१७,३८,१२८	२४,२५,३६३	५,२३,२४,६१,६२९	३,००,८९९	३,२२,६२,७५,२८४

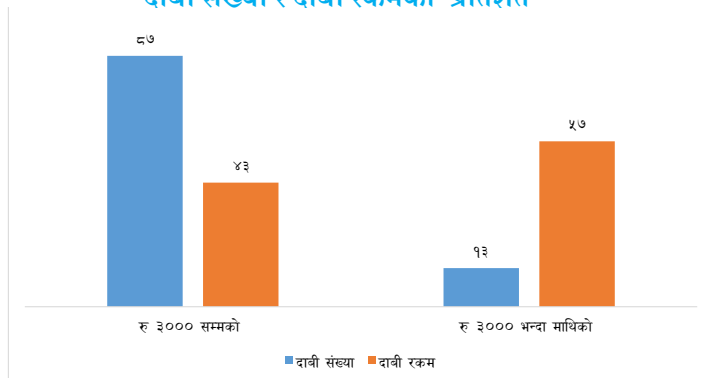
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### ५.३.८. सामुदायिक सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी संख्या 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 दाबी दाबी समीक्षा निर्देशिका अनुसार Random Sampling विधिबाट १०% दाबी मूल्यांकन गर्ने र रु.३,०००।- भन्दा माथिको सबै दाबीहरू एक-एक गरी मूल्याङ्कन गर्ने व्यवस्था रहेको छ ।

आ.व. २०७९/०८० मा सामुदायिक सेवा प्रदायक संस्थाबाट रु३०००।- सम्मको दाबी संख्या कुल दाबीको ८७% रहेको छ भने रु ३०००।- भन्दा माथिको दाबी संख्या १३% रहेको देखिन्छ । त्यसै गरी दाबी रकमको प्रतिशतलाई अध्ययन गर्दा सबैभन्दा बढी दाबी रकमको प्रतिशत रु ३०००।- भन्दा माथिको रहेको देखिन्छ ।

### चित्र नं २१ आ.व. २०७९/०८० मा सामुदायिक सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

प्रदेश अन्तर्गतको सामुदायिक सेवा प्रदायक संस्थाको रु ३०००।- सम्मको दाबी संख्या र रकमलाई विश्लेषण गर्दा बागमती प्रदेशको दाबी संख्या र रकम सबैभन्दा बढी रहेको छ भने कम दाबी गर्ने प्रदेश मधेश प्रदेश रहेको छ ।

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

### तालिका नं २१ आ.व. २०७९/०८० मा सामुदायिक सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

प्रदेश	रु ३००० सम्मको दाबी		रु ३००० भन्दा माथिको दाबी	
	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)
कोशी	९१,४३५	९,४५,६५,२८३	२३,९४६	२०,२६,४८,७८५
मधेश	७,९३४	६६,३७,६१६	१,२४१	१,५१,३०,३४९
बागमती	४,१५,५२३	३८,३९,७५,९८१	६८,३०३	५६,६५,७३,२५५
गण्डकी	४५,२५७	३,२५,०४,५०५	२,२३८	१,७५,०४,५१०
लुम्बिनी	९६,२०७	१०,१०,०५,८७०	१३,९५४	१०,५२,७४,७१६
कर्णाली	८५,४६८	८,३१,३२,९१२	५,७९९	३,६५,८४,६५४
सुदूरपश्चिम	१०,९१५	७९,८९,९९७	३६६	३३,८४,१४९
<b>जम्मा</b>	<b>७,५२,७३९</b>	<b>७०,९८,१२,१६३</b>	<b>१,१५,८४७</b>	<b>९४,७१,००,४१८</b>

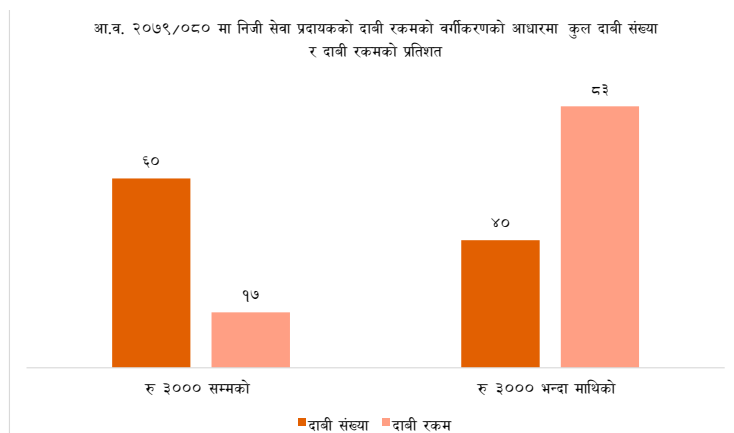
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### ५.३.९.निजी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी संख्या 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 मूल्यांकन गर्ने र रु.३,०००।- भन्दा माथिका सबै दाबीहरू एक-एक गरी मूल्याङ्कन गर्ने व्यवस्था रहेको छ ।

निजी सेवा प्रदायक संस्थामा रु ३०००।- सम्मको दाबी संख्या ६०% रहेको र दाबी रकम १७% मात्र रहेको छ त्यस्तै रु ३०००।- भन्दा माथिको दाबी संख्या ४०% रहेता पनि दाबी रकम ८०% भन्दा बढी रहेको देखिन्छ ।

## चित्र नं २२ आ.व. २०७९/०८० मा निजी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

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

### तालिका नं २२ आ.व. २०७९/०८० मा निजी सेवा प्रदायकको दाबी रकमको वर्गीकरणको आधारमा दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

प्रदेश	रु ३००० सम्मको दाबी		रु ३००० भन्दा माथिको दाबी	
	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)
कोशी	२,०२,३१२	२४,६३,११,२१४	१,३८,३८८	१,०५,९२,७८,०८०
मधेश	२९,७८१	२,८६,९७,४२६	११,१०९	१०,११,५०,१०१
बागमती	६१,१३१	७,८१,६३,०२५	५२,२६४	५२,९०,४८,००७
गण्डकी	५९,१५२	७,५७,५२,९५२	३९,७५५	३६,१३,२५,८९९
लुम्बिनी	३७,४९९	४,४२,५३,२८९	१९,४६५	१८,०९,८०,१५८
कर्णाली	-	-	-	-
सुदूरपश्चिम	११,५२७	१,५४,५०,७१४	९,५२०	७,२१,१७,०१२
<b>जम्मा</b>	<b>४,०१,४०२</b>	<b>४८,८६,२८,६१९</b>	<b>२,७०,५०१</b>	<b>२,३०,३८,९९,२५५</b>

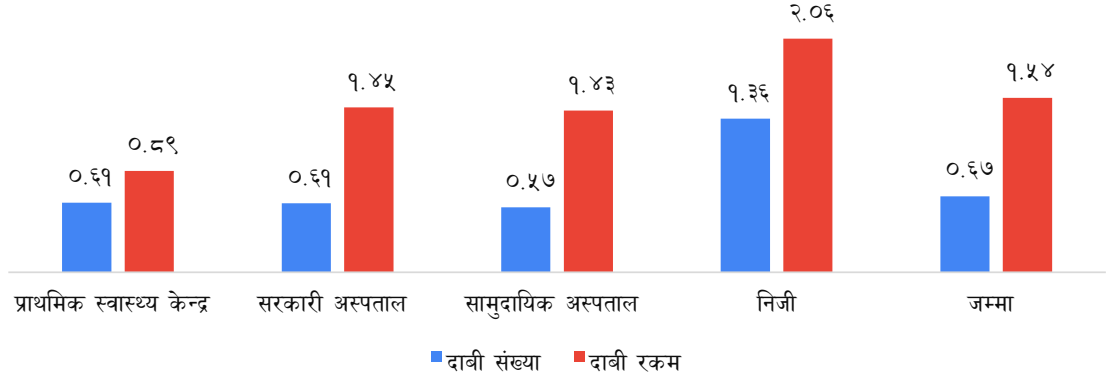
श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### ५.३.१०. सेवा प्रदायकको प्रकारका आधारमा अस्वीकृत दाबीको संख्या र दाबी रकमको विवरण

सेवा प्रदायकको प्रकारको आधारमा अस्वीकृत दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत तलको चित्रमा प्रस्तुत गरिएको छ। आ.व. २०७९/०८० मा प्रविष्ट भएका दाबी मध्ये ०.६७% दाबी अस्वीकृत भएका छन् जस मध्ये निजी अस्पतालको अस्वीकृत दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत अरु सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको तुलनामा धेरै रहेको देखिन्छ।

## चित्र नं २३ आ.व. २०७९/०८० मा सेवा प्रदायकको प्रकारका आधारमा अस्वीकृत दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत

आ.व. २०७९/०८० मा सेवा प्रदायकको प्रकारका आधारमा अस्वीकृत दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

अस्वीकृत दाबीको अवस्था प्रदेश अनुसार विश्लेषण गर्दा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रबाट पेश भएका दाबीहरू मध्ये कोशी प्रदेशको सबैभन्दा बढी दाबी अस्वीकृत भएका छन् भने कर्णाली प्रदेशमा कम दाबी अस्वीकृत देखिन्छ ।

त्यस्तै सरकारी अस्पताल अन्तर्गतको तथ्याङ्कलाई विश्लेषण गर्दा बागमती प्रदेशबाट दाबी भएका दाबीहरू बढी अस्वीकृत भएको देखिन्छ भने मधेश प्रदेश सबैभन्दा कम दाबी अस्वीकृत हुने प्रदेशको रूपमा रहेको छ ।

सामुदायिक अस्पतालहरूको अस्वीकृत दाबी विश्लेषण गर्दा लुम्बिनी प्रदेशको अस्वीकृत दाबी संख्या सबैभन्दा बढी रहेको छ भने सुदूरपश्चिम प्रदेशको सामुदायिक सेवा प्रदायकबाट भएका दाबीहरू अन्यको तुलनामा सबैभन्दा कम अस्वीकृत भएको देखिन्छ ।

त्यसै गरी निजी अस्पताल तर्फको तथ्याङ्कलाई केलाउदा कोशी प्रदेशको अस्वीकृत दाबी संख्या सबैभन्दा बढी देखिन्छ भने सुदूरपश्चिम प्रदेश सबैभन्दा कम दाबी अस्वीकृत हुने प्रदेशको रूपमा रहेको छ ।

### तालिका नं २३ आ.व. २०७९/०८० मा सेवा प्रदायकको प्रकारका आधारमा अस्वीकृत दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

प्रदेश	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र		सरकारी अस्पताल		सामुदायिक अस्पताल		निजी अस्पताल	
	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)
कोशी	१,४९२	२२,३६,५३४	७,१६१	२,२४,२३,३१६	१,०४४	६९,४६,३०७	५,३६२	३,१९,१२,७८१
मधेश	५५७	९,८०,६३५	१,५५९	४५,५९,६६५	६९	३,६६,४०९	२९०	१७,५९,५७१
बागमती	७०८	५,७२,८६५	९,५६०	४,७८,२१,४६५	१,३८६	४३,७१,३६९	१,३३३	८९,६९,०७०
गण्डकी	८८५	११,०४,८३८	५,६५७	२,१७,७१,७७१	११७	१,२२,१८३	१,६८५	१,१२,९४,२३६

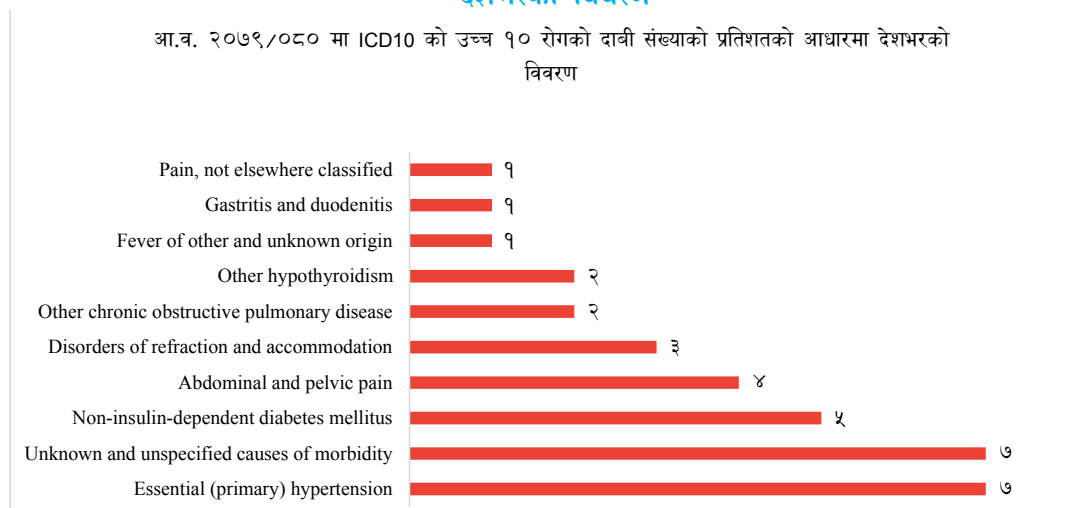
प्रदेश	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र		सरकारी अस्पताल		सामुदायिक अस्पताल		निजी अस्पताल	
	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)
लुम्बिनी	८६९	९,६३,०९२	२,८४०	१,२७,१६,४७०	१,९९०	१,०६,६२,४३४	३९५	३२,८२,६६३
कर्णाली	२३०	४,९१,१९४	२,१९८	१,२८,६५,९२४	३१४	१०,५२,६६३	-	-
सुदूरपश्चिम	३९५	४,१३,६४१	२,५१४	१,०५,०९,८९०	५६	१,०९,२४२	४३	३,७३,१५७
जम्मा	५,१३६	६७,६२,७९९	३१,४८९	१३,२६,६८,५०२	४,९७६	२,३६,३०,६०७	९,१०८	५,७५,९१,४७८

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### ५.३.११. देशभरको उच्च १० रोगको दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

प्रस्तुत चित्रमा स्वास्थ्य बिमाको बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा प्रविष्ट भएका रोगहरू मध्ये देशभरको उच्च १० रोगहरूको दाबी संख्याको प्रतिशत देखाइएको छ। आ.व. २०७९/०८० मा देश भरमा कुल ७५,५८,४३३ दाबी प्रविष्ट भएकोमा ICD १० का आधारमा दाबी भएका उच्च १० रोगको तथ्यांकलाई हेर्दा उच्च १० रोगको दाबी कुल दाबीको ३३% र दाबी रकमको ३१% रहेको छ। जसमध्ये सबैभन्दा बढी Essential (primary) Hypertension रहेको छ जुन कुल दाबीको ७% रहेको छ र दाबी रकमको ६% रहेको देखिन्छ र सबैभन्दा कम Pain not elsewhere classified को (१%) रहेको छ। यसरी हेर्दा उच्च १० रोग मध्ये देशभर मै Essential (primary) Hypertension को भार धेरै देखिन्छ।

#### चित्र नं २४ आ.व. २०७९/०८० मा ICD 10 को उच्च १० रोगको दाबी संख्याको प्रतिशतको आधारमा देशभरको विवरण



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

त्यसैगरी उच्च रोगहरू मध्ये सबैभन्दा बढी दाबी रकम Non-Insulin-dependent diabetes mellitus को रु ८४,०१,३७,८९६।- रहेको छ भने सबैभन्दा कम दाबी रकम रु ११,६१,३२,६५९।- Pain, not elsewhere classified को रहेको छ।

तालिका नं २४ आ.व. २०७९/०८० मा ICD10 को उच्च १० रोगको दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण  
(देशभर)

क्र. स.	उच्च १० रोग	कुल दाबी संख्या	कुल दाबी संगको प्रतिशत	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी रकम संगको प्रतिशत
१	Essential (primary) hypertension	५,११,९४१	७	८०,७८,३५,६७६	६
२	Unknown and unspecified causes of morbidity	४,९७,७०७	७	६९,३३,७७,३३५	५
३	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	३,६०,२५४	५	८४,०१,३७,८९६	६
४	Abdominal and pelvic pain	२,९८,०३९	४	५७,९९,१७,८३४	४
५	Disorders of refraction and accommodation	१,९३,३६७	३	२३,०८,३६,१९४	२
६	Other chronic obstructive pulmonary disease	१,८२,०५१	२	६२,७६,४३,६१२	४
७	Other hypothyroidism	१,१४,३०८	२	२२,८८,८४,९९०	२
८	Fever of other and unknown origin	१,११,२३८	१	२१,०६,४७,४४२	१
९	Gastritis and duodenitis	१,०५,६२८	१	१६,१०,२४,८३२	१
१०	Pain, not elsewhere classified	९८,२९८	१	११,६१,३२,६५९	१
	<b>उच्च १० रोग को योगदान</b>	<b>२४,७२,८३१</b>	<b>३३</b>	<b>४,४९,६४,३८,४६९</b>	<b>३१</b>

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

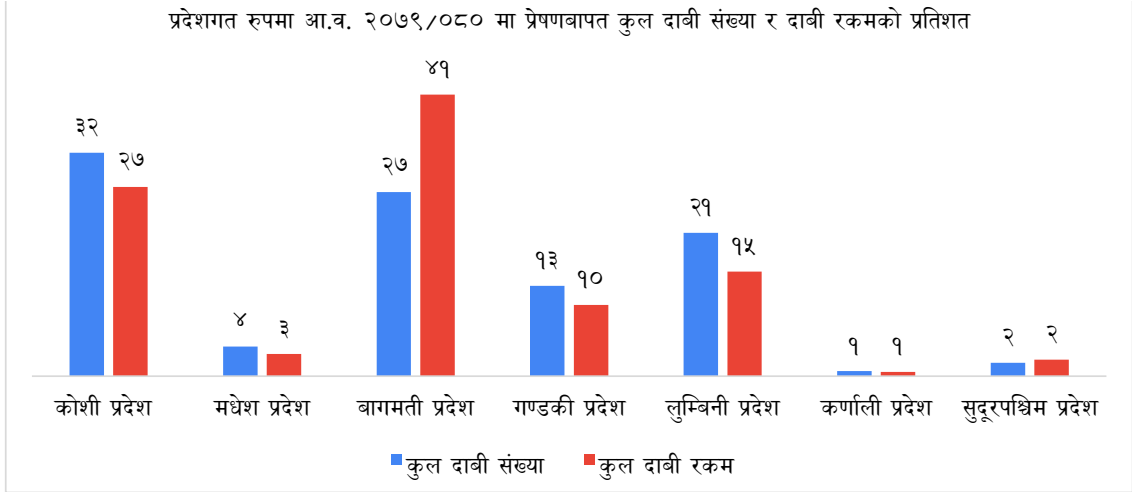
### ५.३.१२ प्रेषणबापत कुल दाबी संख्या र दाबी रकम

स्वास्थ्य बीमा नियमावली २०७५, मा प्रथम सेवा बिन्दुमा बीमितलाई आवश्यक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन नसकेमा बीमितलाई सेवा उपलब्ध हुने सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नु पर्ने भनि उल्लेख भएको छ। आ.व. २०७९/०८० मा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध भएका सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूले बीमितहरूलाई प्रेषणबापत प्रदान गरेको सेवामा देशभरी कुल दाबी संख्या ८,५६,९१० रहेकोमा कुल दाबी रकम रु २,५९,८८,८५,०२१।- रहेको छ।

दाबी संख्याको आधारमा सबैभन्दा भन्दा बढी प्रेषण कोशी प्रदेशमा रहेको छ भने कर्णाली प्रदेशमा सबैभन्दा कम रहेको छ। त्यस्तै, बागमती प्रदेशको दाबी संख्या कोशी प्रदेशको भन्दा कम रहे पनि दाबी रकम कोशी प्रदेशको भन्दा बढी रहेको छ।

त्यस्तै औसतमा प्रति दाबी-दाबी रकम हेर्दा बागमती प्रदेशबाट हुने दाबीको प्रति दाबी रकम अरु प्रदेशको तुलनामा धेरै रहेको छ भने लुम्बिनी प्रदेशको सबैभन्दा कम रहेको छ।

## चित्र नं २५ प्रदेशगत रुपमा आ.व. २०७९/०८० मा प्रेषणबापत कुल दाबी संख्या र दाबी रकमको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

## तालिका नं २५ प्रदेशगत रुपमा आ.व. २०७९/०८० मा प्रेषणबापत कुल दाबी संख्या र दाबी रकम

प्रदेश	कुल दाबी संख्या	कुल दाबी रकम (रु)	औसतमा प्रति दाबी दाबी रकम (रु)
कोशी	२,७७,६२५	७१,३०,४९,५३०	२,५६८
मधेश	३६,८८०	८,३५,१४,१०८	२,२६४
बागमती	२,२८,८२८	१,०६,०७,११,१६०	४,६३५
गण्डकी	१,१२,३८८	२६,८३,१२,४३१	२,३८७
लुम्बिनी	१,७८,०३५	३९,४६,०९,२१८	२,२१६
कर्णाली	६,३६६	१,५८,५२,६०२	२,४९०
सुदूरपश्चिम	१६,७८८	६,२८,३५,९७१	३,७४३
जम्मा	८,५६,९१०	२,५९,८८,८५,०२१	३,०३३

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

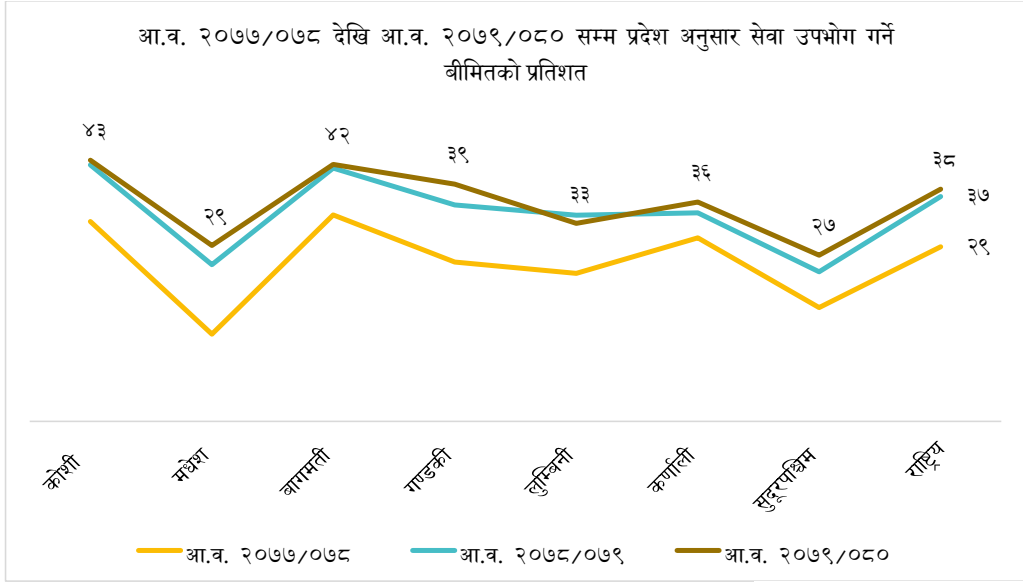
### ५.४. सेवा उपभोग सम्बन्धी

#### ५.४.१. प्रदेश अनुसार सेवा उपभोग गर्ने बीमितको विवरण

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा विगत तीन वर्ष आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्मको सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत हेर्दा सेवा उपयोग गर्ने बीमित २९% देखि बढेर आ.व. २०७९/०८० को अन्त्य सम्म ३८% पुगेका छन्। त्यस्तै प्रदेशगतरुपमा हेर्दा आ.व. २०७९/०८० मा कोशी प्रदेशमा सबैभन्दा धेरै (४३%) सेवा उपभोग गर्ने बीमित रहेका छन् भने सबै भन्दा कम सुदूरपश्चिम प्रदेशमा (२७%) रहेका छन्।



चित्र नं २६ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म प्रदेश अनुसार सेवा उपभोग गर्ने बीमितको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं २६ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म प्रदेश अनुसार सेवा उपभोग गर्ने बीमितको विवरण

प्रदेश	आ.व. २०७७/०७८ मा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको संख्या	आ.व. २०७८/०७९ मा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको संख्या	आ.व. २०७९/०८० मा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको संख्या
कोशी	३,९८,६७१	५,७०,१०५	५,६१,५४६
मधेश	२५,३९७	८०,९८३	८९,९३६
बागमती	२,३३,२५१	३,६५,१२१	४,६०,९७०
गण्डकी	१,०२,२७०	१,९०,६९०	२,५६,६१८
लुम्बिनी	१,३८,९५३	२,२४,६७६	२,२३,९२३
कर्णाली	४३,४२१	६८,८७६	९५,७४९
सुदूरपश्चिम	५२,१२२	८६,०२६	९७,०९१
जम्मा	९,९४,०८५	१५,८६,४७७	१७,८५,८३३

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

५.४.२. औसत दाबी रकमको विवरण

प्रस्तुत चित्रमा औसत दाबी रकमलाई दुई भागमा विभाजन गरी देखाईएको छ । सम्बन्धित आ.व. मा सेवा उपभोग गर्ने

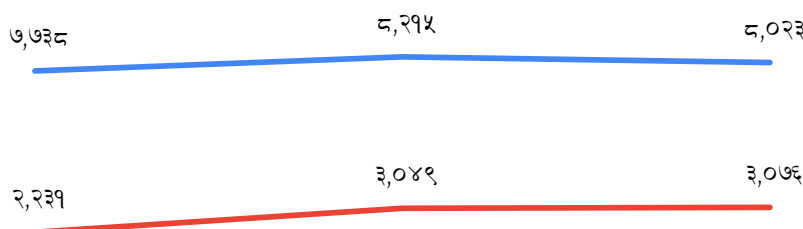
बीमितको आधारमा प्रति व्यक्ति औसत दाबी रकम र सोहि आ.व. कै कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा प्रति व्यक्ति औसत दाबी रकम गरी दुई तरिकाले विश्लेषण गरिएको छ ।

सेवा उपभोग गर्ने बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम आ.व. २०७७/०७८ मा रु ७,७३८।- आ.व. २०७८/०७९ मा रु ८,२१५।- हुदै गएता पनि आ.व. २०७९/०८० सम्म आउदा रु ८,०२३।- भई केहि मात्रले कम हुन गएको देखिन्छ । त्यस्तै कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा हेर्दा आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा प्रति व्यक्ति औसत दाबी रकम बढ्दो क्रममा देखिएको छ ।

त्यस्तै प्रदेशगतरूपमा हेर्दा तिनै आ.व. मा बागमती प्रदेशमा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको आधारमा र कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा प्रति व्यक्ति औसत दाबी रकम अन्य प्रदेशको तुलनामा धेरै रहेको छ ।

### चित्र नं २७ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म औसत दाबी रकमको विवरण

आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म औसत दाबी रकमको विवरण



आ.व. २०७७/०७८

आ.व. २०७८/०७९

आ.व. २०७९/०८०

— सेवा उपभोग गर्ने बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम  
— कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

### तालिका नं २७ प्रदेशगत रूपमा औसत दाबी रकमको विवरण (सेवा उपभोग गर्ने बीमित र कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा)

प्रदेश	आ.व. २०७७/०७८		आ.व. २०७८/०७९		आ.व. २०७९/०८०	
	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम (रु)	कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम (रु)	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम(रु)	कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम (रु)	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम (रु)	कुल क्रियाशील बीमितको आधारमा औसत दाबी रकम (रु)
कोशी	८,४७०	२,७९३	९,०५९	३,८३५	७,८०३	३,३६३
मधेश	४,९३२	७९०	५,०२२	१,२९९	४,६८१	१,३६०

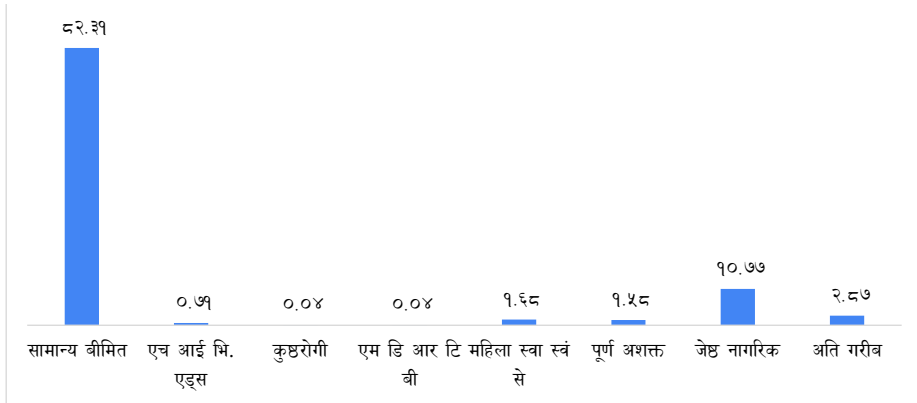
बागमती	९,४४३	३,२१७	१०,८३७	४,५३२	११,५०२	४,८७८
गण्डकी	६,१०२	१,६०४	५,८४६	२,०८८	६,४१२	२,५१२
लुम्बिनी	६,६५८	१,६२७	७,१२६	२,४२६	६,५५९	२,१४३
कर्णाली	४,३२१	१,३१०	४,९८३	१,७१६	५,७७४	२,०९०
सुदूरपश्चिम	४,८११	९०४	५,१७२	१,२७७	५,७२९	१,५७०
जम्मा	७,७३८	२,२३१	८,२१५	३,०४९	८,०२३	३,०७६

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

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

आ.व.२०७९/०८० मा स्वास्थ्य बीमामा ४६,५८,३३१ जना क्रियाशील भएकोमा कुल १७,८५,८३३ जना बीमितले सेवा उपभोग गरेको अवस्था छ जसमध्ये सबैभन्दा धेरै सेवा उपभोग गर्ने बीमितको रूपमा सामान्य बीमित ८२.३१% रहेका छन् त्यस पछि क्रमशः ज्येष्ठ नागरिक १०.७७%, अति गरिब २.८७%, महिला स्वास्थ्य स्वा.स्व.सेविका १.६८%, पूर्ण अशक्त १.५८%, एच.आई.भि एड्स ०.७१% र सबैभन्दा कम एम. डि.आर. टि.बी. र कुष्ठरोगी मात्र ०.०४% रहेका छन्। यसरी हेर्दा सामान्य बीमितको आबद्धता पनि सबैभन्दा धेरै रहेको र सेवा उपभोगको अवस्था पनि धेरै नै रहेको देखिन्छ।

#### चित्र नं २८ आ.व.२०७९/८० मा सेवा उपभोग गर्ने बीमित (लक्षित वर्ग सहित) को प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

#### तालिका नं २८ आ.व.२०७९/८० मा सेवा उपभोग गर्ने बीमित (लक्षित वर्ग सहित) को विवरण

बीमित	आ.व. २०७९/०८० मा आबद्ध बीमितको संख्या	आ.व. २०७९/०८० मा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको संख्या
सामान्य बीमित	३१,७६,२३८	१४,६९,८८६
एच आई भि. एड्स	३४,३९१	१२,६३४
कुष्ठरोगी	३,३१८	७२६

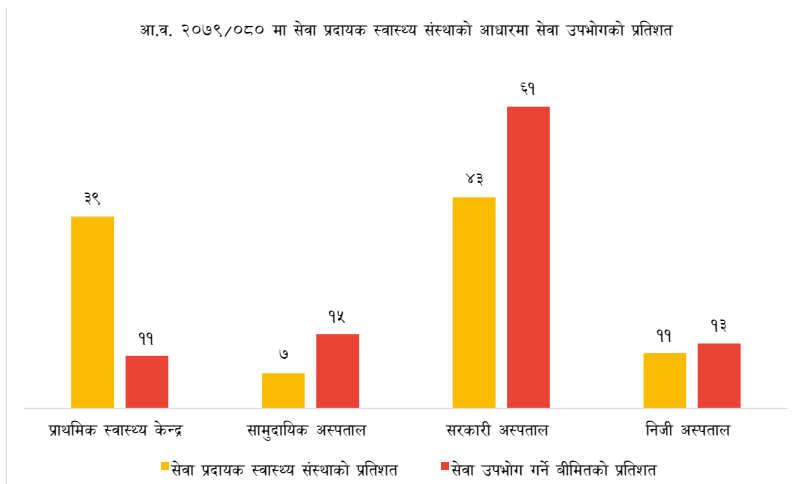
बीमित	आ.व. २०७९/०८० मा आबद्ध बीमितको संख्या	आ.व. २०७९/०८० मा सेवा उपभोग गर्ने बीमितको संख्या
एम डि आर टि बी	२,९९९	६३३
महिला स्वा स्वं से	८५,१०७	२९,९६५
पूर्ण अशक्त	१,२६,६९८	२८,२७७
ज्येष्ठ नागरिक	८,४१,९०८	१,९२,४१३
अति गरिब	३,८७,६७२	५१,२९९
<b>जम्मा</b>	<b>४६,५८,३३१</b>	<b>१७,८५,८३३</b>

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

#### ५.४.४.सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकारका आधारमा सेवा उपभोगको अवस्था

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थालाई चार प्रकार (प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, सरकारी अस्पताल, सामुदायिक अस्पताल र निजी अस्पतालमा वर्गीकरण गरी सेवा उपभोगको अवस्था विश्लेषण गर्दा ३९% प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र कार्यक्रममा सूचीकृत छन् भने ११% ले प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रबाट सेवा उपभोग गरेका छन्। सामुदायिक अस्पताल ७% सूचीकृत रहेकोमा १५% ले सेवा उपभोग गरेका छन् भने निजी अस्पतालको सूचीकृत प्रतिशत ११% रहेकोमा १३% ले सेवा उपभोग गरेका छन्। त्यस्तै ४३% सरकारी स्वास्थ्य संस्था सूचीकृत रहेकोमा सेवा उपभोग गर्ने पनि सबैभन्दा धेरै ६१% सरकारी अस्पताल बाटै रहेका छन्।

#### चित्र नं २९ आ.व. २०७९/०८० मा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको आधारमा सेवा उपभोगको प्रतिशत



श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

तालिका नं २९ आ.व. २०७९/०८० मा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकारका आधारमा सेवा उपभोगको अवस्था

सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार	सेवा उपभोग गर्ने बीमितको संख्या
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	२,४४,०४५
सामुदायिक अस्पताल	३,४५,२९५
सरकारी अस्पताल	१४,०१,६२२
निजी अस्पताल	३,०१,६०४
<b>जम्मा</b>	<b>२२,९२,५६६</b>

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

#### ५.५. विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रमसंग सम्बन्धित विवरण

##### ५.५.१. विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रममा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूको विवरण

आ.व २०७९/०८० सम्ममा विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रममा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूमा ७१ वटा निजी अस्पताल, ४९ वटा सरकारी अस्पताल र १ सामुदायिक अस्पतालले सेवा दिदै आईरहेको छ ।

##### तालिका नं ३० आ.व. २०७९/०८० सम्म विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रममा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको विवरण

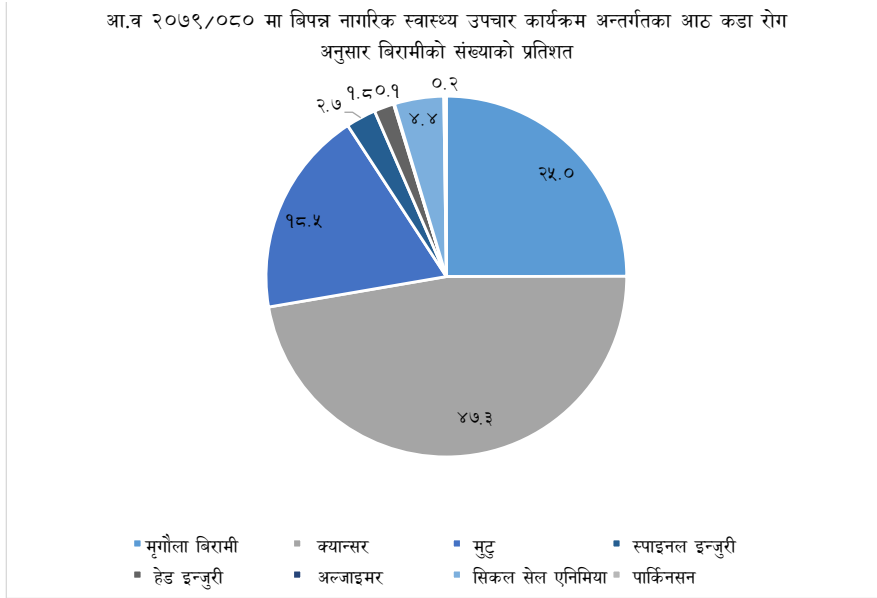
सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार	संख्या
निजी	७१
सरकारी	४९
सामुदायिक	१
<b>जम्मा</b>	<b>१२१</b>

श्रोत: विपन्न शाखा

##### ५.५.२. विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गतका आठ कडा रोग अनुसार बिरामीको संख्या र लागत खर्चको विवरण

नेपाल सरकारको विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गतका आठ वटा कडा रोगमा मिर्गौला बिरामी, क्यान्सर, मुटु, स्पाईनल इन्जुरी, हेड इन्जुरी, अल्जाइमर, सिकल सेल एनिमिया र पार्किनसन रहेको छ । आ.व. २०७९/०८० मा विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गतका आठ वटा कडा रोगका २९,२१५ जना बिरामीको रु २,६४,५६,६४,५६१।- रकम भुक्तानी भएको छ । त्यस्तै स्वास्थ्य बीमा बोर्डद्वारा आ.व. २०७८/०७९ को बैशाख देखि असार सम्मको कुल १४,५५० बिरामीको रु. ८३,२३,५३,८४७।३ रकम पनि भुक्तानी भएको हुँदा आ.व. २०७९/०८० मा विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रमको कुल रु ३,४७,८०,१८,४०८।३ रकम भुक्तानी भएको छ ।

चित्र नं ३० आ.व २०७९/०८० मा विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गतका आठ कडा रोग अनुसार बिरामीको संख्याको प्रतिशत



श्रोत: विपन्न शाखा

तालिका नं ३१ आ.व २०७९/०८० मा विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गतका आठ कडा रोग अनुसार बिरामीको संख्या र लागत रकमको विवरण

क्र. सं.	सेवाहरू	जम्मा बिरामी संख्या	भुक्तानी रकम (रु)
१	मृगौला रोग		
	हेमोडायलाईसिस	७,१८६	१,२३,५८,४७,५००
	AKI	९२	४९,०२,१७८
	पेरिटोनीयल डायलाईसिस	२८६	१२,८८,८५,२५६
	औषधि सेवन	४०३	३,२८,४२,७९९
	सेरोपोसितिभ हेमोडायलाईसिस	१३९	४,३९,०८,०००
	मृगौला प्रत्यारोपण	३४३	११,९३,६६,१६१
	मृगौला पश्चात औषधि सेवन र HLA क्रसम्याचका बिरामी	३६४	५,४०,६२,४७२
कुल मिर्गौला बिरामी संख्या/रकम	८,८१३	१,६१,९८,१४,३६५	
२	क्यान्सर	१६,६९६	९३,४०,३०,३७३
३	मुटु	६,५२६	६२,६४,८६,१५३

क्र. सं.	सेवाहरू	जम्मा बिरामी संख्या	भुक्तानी रकम (रु)
४	स्पाईनल इन्जुरी	९५०	७,२७,२९,८०४
५	हेड इन्जुरी	६३०	४,९५,८०,७७९
६	अल्जाइमर	२९	३,६९,३१५
७	सिकल सेल एनिमिया	१,५६१	१,५९,७९,२१०
८	पार्किंसन	७९	८,६०,८५३
जम्मा बिरामी संख्या/ भुक्तानी गर्नु पर्ने रकम		३५,२८४	३,३१,९८,५०,८५२
कुल भुक्तानी भएको (बिरामी संख्या/रकम )		२९,२१५	२,६४,५६,६४,५६९

श्रोत: विपन्न शाखा

#### ५.६. नीति तथा कार्यक्रम

तालिका नं ३२ स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट आ.व. २०७९/०८० मा सम्पादित विभिन्न नीतिगत कार्यको विवरण

नीति तथा कार्यक्रम आ.व. २०७९/०८०	मुख्य-मुख्य क्रियाकलाप	२०८० असार सम्मको प्रगति
चालु आ.व.मा स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध घरपरिवार संख्या ३३% बाट बढाई आगामी आ.व. मा ५०% पुराईनेछ ।	आ.व. २०७९/०८० को अन्य सम्म ७४९ वटा स्थानीयतहमा सेवा विस्तार भएको ।	स्वास्थ्य बीमामा कार्यक्रममा ३३.१९% घरपरिवार आबद्ध (२२,१२,८१४) भएको ।
	नागरिक एपको माध्यमबाट बीमितले विभिन्न भुक्तानीका माध्यम जस्तै इ-सेवा, खल्ती, Connect IPS बाट सदस्यता नवीकरण गर्न सक्ने प्रावधान रहेको ।	
	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 ।	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा २४.७% जनसंख्या आबद्ध (७२,१५,०९८ जना) भएको ।
	आ.व. २०७९/०८० को अन्य सम्म १२ वटा नयाँ सेवा प्रदायक स्वास्थ्य सूचीकृत भएको ।	कार्यविधि स्वीकृत भएको ।
कैदी तथा थुनुवालाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गर्ने कार्यविधि २०७९ तयार भएको ।		

नीति तथा कार्यक्रम आ.व. २०७९/०८०	मुख्य-मुख्य क्रियाकलाप	२०८० असार सम्मको प्रगति
दाबी प्रक्रिया र बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि सेवा प्रदायक संस्था, दर्ता अधिकारी र दाबी मूल्यांकन गर्ने जनशक्तिको क्षमता अभिवृद्धि गर्दै लगिने छ । विभिन्न तहका तालिम तथा अभिमुखीकरण गर्नका लागि आवश्यक पर्ने एकीकृत तालिम प्याकेज निर्माण गरी लागू गरिनेछ ।	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थालाई क्षमता अभिवृद्धिको लागि बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली सम्बन्धी तालिम संचालन, त्यस्तै दर्ता अधिकारी, दर्ता सहयोगी साथै केन्द्रका कर्मचारीलाई तालिम प्रदान गरिएको ।	दर्ता अधिकारी, दर्ता सहयोगी साथै बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको प्रशिक्षक प्रशिक्षण पुस्तिका तयार भएको ।
आवश्यकता भन्दा बढी स्वास्थ्य परीक्षण, उपचार, प्रेषण आदि बढ्दै गैरहेको सन्दर्भमा यसलाई व्यवस्थापन गर्नको लागि लक्षित वर्ग बाहेक अन्यको हकमा सहभुक्तानी प्रणाली (Co-payment System) लागू गरिने छ ।	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभुक्तानी लागू गर्ने सम्बन्धी कार्यविधिको मस्यौदा तयार गरिएको ।	
स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था, प्रदेश समन्वय कार्यालय, जिल्ला सम्पर्क कार्यालय र दर्ता सहयोगीसम्म प्रयोग हुने गरी चेकलिष्ट र सूचक सहितको अनुगमन तथा मूल्यांकन निर्देशिका तयार गरी कार्यान्वयनमा ल्याइनेछ ।		स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट विभिन्न तहमा गरिने अनुगमनका लागि अनुगमन तथा मूल्यांकन निर्देशिका, २०७९ तयार भएको ।
	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको तथ्यांक उपलब्ध प्रोटोकल, २०८० को मस्यौदा तयार भएको । करार कर्मचारीको सेवा सुविधा सम्बन्धी कार्यविधिको मस्यौदा तयार भएको ।	

श्रोत: नीति योजना शाखा

## ५.७.तालिम

### ५.७.१.तालिम सम्बन्धी विवरण

स्वास्थ्य बीमा बोर्डको कार्यक्रमलाई प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि कार्यरत संघ, प्रदेश र स्थानीय तहका कर्मचारीहरू साथै सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाका प्रतिनिधिलाई तालिम प्रदान गर्ने गरिएको छ । आ.व. २०७९/०८० मा बोर्डले संचालन गरेको तालिमको विवरण निम्न अनुसार रहेको छ ।



## तालिका नं ३३ आ.व. २०७९/०८० मा बोर्डले संचालन गरेको तालिम सम्बन्धी विवरण

क्र.स.	तालिम लिने कर्मचारीको प्रकार	तालिमको प्रकार	पटक	जम्मा उपस्थित संख्या
१	बोर्डको कर्मचारीलाई तालिम	प्रशिक्षक प्रशिक्षण तालिम	१ पटक	३० जना
२	दर्ता अधिकारीलाई तालिम	दर्ता अधिकारीको क्षमता अभिवृद्धि तालिम	१ पटक	३० जना
३	दर्ता सहयोगीलाई तालिम	आधारभूत तालिम	२ पटक	२२ जना
४	स्वास्थ्य बीमामा सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाका प्रतिनिधिलाई तालिम	बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली सम्बन्धित तालिम	३ पटक	३२ अस्पताल, ८२ जना

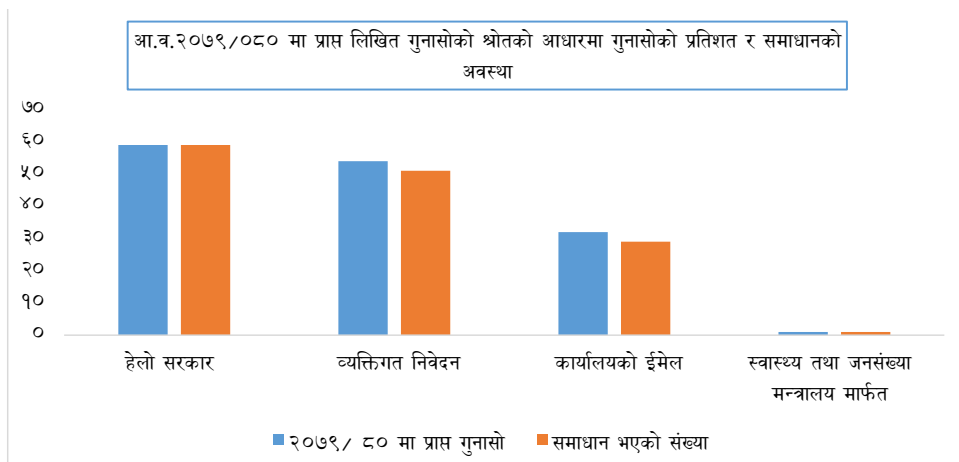
श्रोत: तालिम शाखा

### ५.८. गुनासो सम्बन्धी विवरण

#### ५.८.१. गुनासोको श्रोतको आधारमा गुनासोको संख्या र समाधानको अवस्था

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सञ्चालन, प्रक्रिया, समस्या, सेवाको गुणस्तर र कार्यक्रम सम्बन्धी अन्य गुनासोहरू विभिन्न माध्यम जस्तै हेलो सरकार, राष्ट्रिय सतर्कता केन्द्र, अख्तियार दुरुपयोग अनुसन्धान आयोग, पत्रपत्रिका/ सामाजिक संजाल, व्यक्तिगत निवेदन, कार्यालयको ईमेल, टोल फ्री आदि मार्फत आउने गर्दछन्। आ.व. २०७९/०८० मा कुल १४६ वटा लिखित गुनासो प्राप्त भएका छन् जसमध्ये हेलो सरकारबाट सबैभन्दा धेरै (४०.४%) र स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय मार्फत सबै भन्दा कम (०.७%) गुनासो प्राप्त भएका छन्। त्यस्तै गरी बोर्डको टोल फ्री नम्बर १६६००१११२२४ मा कुल ११,७८४ वटा विभिन्न किसिमका जानकारी, सुझाव एवं गुनासोको लागि कल प्राप्त भएको छ। त्यस्तै स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा प्राप्त गुनासोलाई सम्बोधन गर्नको लागि बोर्डमा गुनासो व्यवस्थापन शाखा रहेको छ तसर्थ प्राप्त गुनासोहरूलाई विद्यमान नियम, कानून, मापदण्ड, कार्यविधि आदिको आधारमा सम्बोधन गर्ने गरिएको छ। आ.व. २०७९/०८० मा प्राप्त गुनासोहरूमध्ये ९५.९% गुनासोहरू समाधान भएका छन्।

#### चित्र नं ३१ आ.व.२०७९/०८० मा प्राप्त लिखित गुनासोको श्रोतको आधारमा गुनासोको प्रतिशत र समाधानको अवस्था



श्रोत: गुनासो व्यवस्थापन शाखा

तालिका नं ३४ आ.व.२०७९/०८० मा प्राप्त भएका लिखित गुनासोको श्रोतको आधारमा संख्या र समाधानको अवस्था

गुनासोको श्रोत	आ.व. २०७९/८० मा प्राप्त गुनासो	समाधान भएको संख्या	समाधान भएको प्रतिशत
हेलो सरकार	५९	५९	१००.०
व्यक्तिगत निवेदन	५४	५१	९४.४
कार्यालयको ईमेल	३२	२९	९०.६
स्वा.तथा जनसंख्या मन्त्रालय मार्फत	१	१	१००.०
<b>जम्मा</b>	<b>१४६</b>	<b>१४०</b>	<b>९५.९</b>

श्रोत: गुनासो व्यवस्थापन शाखा

### ५.८.२.गुनासोको प्रकारको अवस्था

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आउने गुनासोहरू विभिन्न प्रवृत्तिका हुने गर्दछन्। आ.व. २०७९/०८० मा प्राप्त १४६ वटा लिखित गुनासोहरूलाई विश्लेषण गर्दा तीन प्रकारमा विभाजन गरिएको छ। सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थासंग सम्बन्धित गुनासोहरू जस्तै सेवा प्रवाह, सेवाको गुणस्तर, औषधी, सेवा उपभोगमा झनझटिलो प्रक्रिया लगायत अन्य सेवा सम्बन्धी गुनासो सबैभन्दा धेरै (५२%) रहेको छ। त्यस्तै स्वास्थ्य बीमा बोर्डसंग सम्बन्धित गुनासोहरू जस्तै सदस्यता दर्ता, नवीकरण, सुविधा थैलीको दर रेट, दाबी भुक्तानीको समस्या जस्ता बोर्डको व्यवस्थापकीय समस्याहरूको गुनासोहरू (४५%) र अन्य विषयमा (३%) गुनासोहरू प्राप्त भएका छन्।

तालिका नं ३५ आ.व २०७९/०८० मा प्राप्त लिखित गुनासोको प्रकारको अवस्था

गुनासोको प्रकार	संख्या
सेवा प्रदायकसंग सम्बन्धित गुनासो	७६
स्वास्थ्य बीमा बोर्डसंग सम्बन्धित गुनासो	६६
अन्य गुनासो	४
<b>जम्मा</b>	<b>१४६</b>

श्रोत: गुनासो व्यवस्थापन शाखा

### ५.९. सूचना तथा संचारसंग सम्बन्धित गतिविधि

आम नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका बारेमा बढी भन्दा बढी जानकारी प्रदान गरी सचेतना अभिवृद्धि गराउने तथा नागरिकको आबद्धता बढाउन आ.व. २०७९/०८० को स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रम अनुसार तपसिल बमोजिमका सूचना तथा संदेश उत्पादन तथा प्रसारण सम्बन्धी कार्य संचालन भएका छन्।

## तालिका नं ३६ आ.व. २०७९/०८० मा संचालन भएका सूचना तथा संचार सम्बन्धी विवरण

क्र.स.	कार्यक्रमको विवरण	प्रगति (पटक/संख्या)	कैफियत
१	आडियो/ भिडियो चेतनामुलक सामग्री उत्पादन	८	संदेशमुलक भिडियो उत्पादन गरिएको
२	टेलिभिजन माध्यमबाट चेतनामुलक संदेश प्रसारण	२००० पटक	संदेश प्रसारण हुने कार्य सम्पन्न भएको
३	एफ.एम/रेडियोबाट चेतनामुलक संदेश प्रसारण	२५००० पटक	संदेश प्रसारण कार्य सम्पन्न भएको
४	सार्वजनिक स्थलमा निजी क्षेत्रबाट संचालित डिस्प्ले बोर्डमा संदेश उत्पादन तथा प्रसारण	७ वटा	नेपाली भाषाका ७ वटा दृश्य संदेश उत्पादन
५	पत्रकार अन्तरक्रिया कार्यक्रम	१ पटक	

श्रोत: सूचना तथा सञ्चार शाखा

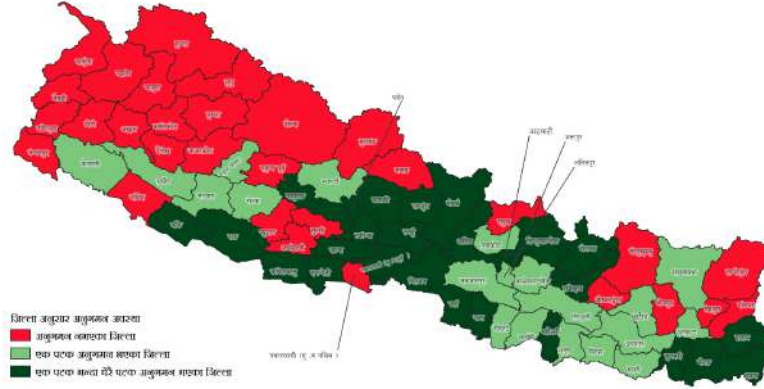
- सूचना तथा संदेश छनौटका लागि प्राविधिक कार्यदल (Technical Working Group) गठन गरिएको ।
- कार्यदलमा सूचना संदेशको बारेमा छलफल गरी आवश्यकता अनुसार उपयुक्त संदेशको छनौट पश्चात परिमार्जन, निर्माण तथा उत्पादन गर्ने विषयको एकिन गरी स्वीकृतिको लागि स्वास्थ्य बीमा बोर्ड व्यवस्थापन समक्ष पेश गरिएको ।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्ड व्यवस्थापनको स्वीकृति पश्चात स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी संदेश, भिडियो वा श्रव्य/ दृश्य सामग्रीको परिमार्जन, निर्माण तथा उत्पादन गरी प्रसारण गर्ने कार्य गरिएको ।

### ५.१०. अनुगमन तथा मूल्यांकन

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्दा विभिन्न तह संघ, प्रदेश र स्थानीय तहमा कार्यक्रमको अवस्था बुझ्न, संचालनको क्रममा देखा परेका समस्या बुझ्दै समाधान गर्न बोर्डसंग सम्बन्धित विभिन्न निकायहरू जस्तै स्वास्थ्य बीमा बोर्डको प्रदेश कार्यालय, शाखा कार्यालयहरू, सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूको आवश्यकता अनुसार अनुगमन तथा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई कार्यक्रममा सूचीकरण तथा नवीकरण गर्दा अनुगमन गर्ने व्यवस्था रहेको छ । आ.व. २०७९/०८० मा बोर्डबाट विभिन्न प्रयोजनका लागि सम्पन्न भएका अनुगमन तथा मूल्यांकनको तथ्यांकलाई हेर्दा गण्डकी प्रदेशमा सबैभन्दा धेरै अनुगमन भएको र सुदूरपश्चिम प्रदेशमा सबैभन्दा कम अनुगमन भएको छ ।

## चित्र नं ३२ आ.व. २०७९/०८० मा बोर्डबाट अनुगमन गरिएका प्रदेश तथा जिल्लाहरूको विवरण

जिल्ला अनुसार आ . व. २०७९/८०मा अनुगमनको अवस्था



श्रोत: अनुगमन शाखा

### ५.११ . अनुसन्धान

आ.व. २०७९/०८० मा स्वास्थ्य बीमा बोर्डद्वारा द्रुत रूपमा भुक्तानी संयन्त्रको मुल्यांकन गर्न र सुधारको लागि ठोस सिफारिसहरू प्रदान गर्नको लागि “स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत भुक्तानी संयन्त्रको मुल्यांकन र प्रभावकारी संयन्त्र प्रस्ताव गर्ने” अध्ययन भएको थियो । काठमाडौं, चितवन, पोखरा र नवलपरासी गरी चार जिल्लामा स्वास्थ्य बीमाका कर्मचारीहरू, सेवा प्रदायकहरू, विकास साझेदारहरू र विज्ञहरू गरी करिब १५ जना सरोकारवालाहरूसंग अन्तर्वाता लिई गुणात्मक अध्ययन गरिएको थियो ।

### सारांश

अध्ययनका प्रमुख सुझाबहरू निम्नानुसार छन् :-

- क. हाल कार्यान्वयनमा रहेको संरचनालाई सुदृढ बनाई दाबी व्यवस्थापन प्रक्रियालाई गुणस्तरीय बनाउन दाबी व्यवस्थापनको स्तरीय कार्य संचालन प्रक्रिया (Standard Operating Procedures) को निर्माण गर्नुपर्ने,
- ख. बहिरंग सेवाको लागि Capitation भुक्तानी प्रणाली अपनाई अनावश्यक परिक्षणहरू घटाउनुको साथै छिटो र सरल ढंगबाट सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी गर्नुपर्ने,
- ग. सुविधा-थैली समयानुकूल परिमार्जन गरिनुपर्ने,
- घ. प्रत्यक्ष दाबीमा मानव संसाधन र दायरा बढाई, दाबी व्यवस्थापनमा सुधार ल्याउनुपर्ने,
- ङ. सेवा प्रदायकहरूसंग प्रभावकारी संचारको विकास गर्दै समन्वयात्मक भूमिकामा जोड दिईनुपर्ने,
- च. बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीलाई परिमार्जन गर्नुपर्ने र स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको लागि डिजिटल प्रणाली लागू गर्ने,
- छ. भुक्तानी संयन्त्रमा थप अध्ययन गर्नु आवश्यक रहेको छ ।

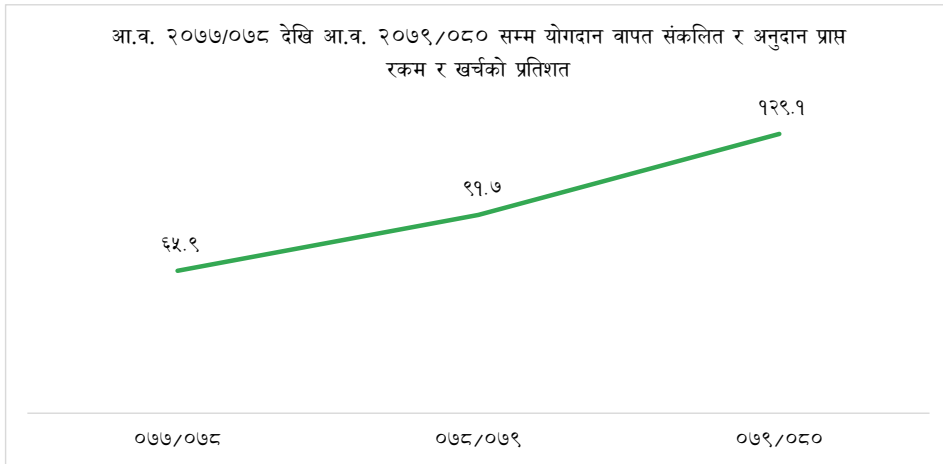
## ५.१२.आय व्यय सम्बन्धी विवरण

### ५.१२.१ योगदान वापत संकलित र अनुदान प्राप्त रकम तथा खर्चको विवरण

आ.व. २०७१/०७२ देखि नेपाल सरकारबाट प्राप्त अनुदान रकम, संकलित योगदान रकम र खर्च रकम सहितको विवरणको विश्लेषण गर्दा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सुरुवात देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म आउँदा प्रत्येक वर्ष कार्यक्रम सञ्चालनका लागि नेपाल सरकारबाट अनुदान वापत विनियोजित रकममा वृद्धि भएको पाइन्छ। त्यस्तै गरी विनियोजित रकमको खर्च गर्ने प्रवृत्तिमा पनि वृद्धि भएको पाइन्छ। योगदान वापत संकलित रकम आ.व. २०७६/०७७ सम्ममा रु २,८९,२१,२६,६५६।- आ.व. २०७७/०७८ मा रु ३,६७,५८,५४,६३५।- आ.व. २०७८/०७९ मा रु २,४६,९८,०६,९१०।- र आ.व. २०७९/०८० मा रु २,५८,९९,२१,८१८।४ गरी कुल रु ११,६२,७७,१०,०१९।४ संकलित हुन आएको छ। उक्त रकम स्वास्थ्य बीमा बोर्डको केन्द्रीय खाता प्रणालीमा (कोषमा) जम्मा हुँदै खर्च भएको छ। आ.व. २०७७/०७८ देखि स्वास्थ्य बीमा कोष संचालन तथा व्यवस्थापन सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ स्वीकृत भए पश्चात बीमितबाट उठेको योगदान रकम र नेपाल सरकारबाट प्राप्त अनुदान रकम कोषको बैंक खातामा जम्मा गरिँदै आएको छ।

आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० को तथ्यांकलाई विश्लेषण गर्दा खर्च रकम बढ्दै गएको देखिन्छ जुन आ.व. २०७७/०७८ मा कुल योगदान रकम र अनुदान रकमको ६५.९% रकम खर्च भएको, आ.व. २०७८/०७९ मा ९१.७% रकम खर्च भएको र आ.व. २०७९/०८० मा योगदान रकम र अनुदान रकम भन्दा बढी खर्च भई कोषको बाँकी रकमबाट पनि खर्च भएर १२९.१% रकम खर्च भएको देखिन्छ।

### चित्र नं ३३ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म योगदान वापत संकलित र अनुदान प्राप्त रकम र खर्चको प्रतिशत



श्रोत: आर्थिक प्रशासन शाखा

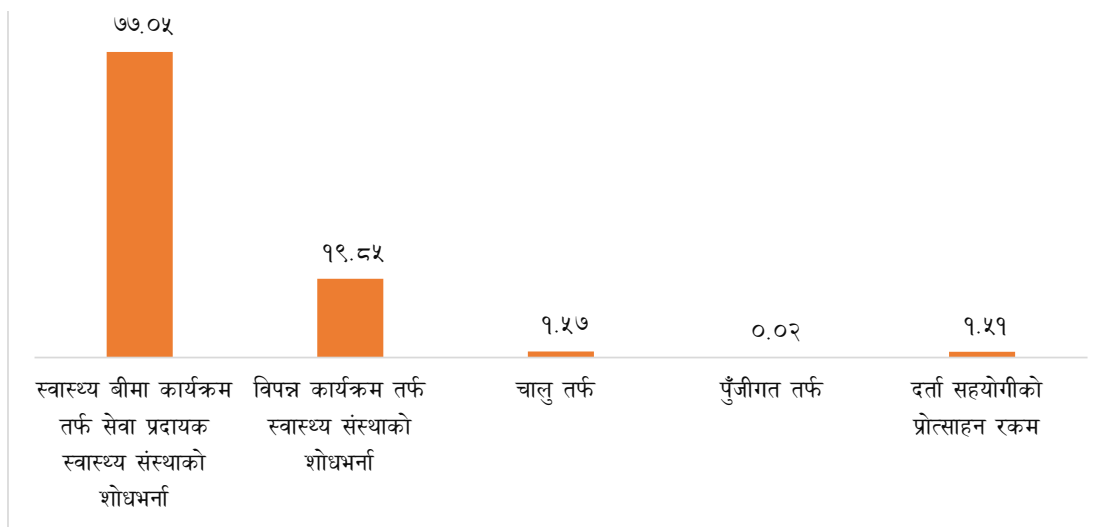
तालिका नं ३७ आ.व. २०७७/०७८ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्म योगदान वापत संकलित र अनुदान प्राप्त रकम र खर्चको विवरण

आ.व.	संकलित योगदान रकम (रु)	स्वीकृत प्राप्त रकम (रु)	खर्च रकम (रु)
०७७/०७८	३,६७,५८,५४,६३५.०	७,५०,००,००,०००.०	७,३६,१४,१६,८०४.०
०७८/०७९	२,४६,९८,०६,९१०.०	८,५०,००,००,०००.०	१०,०५,९६,९०,३२५.३
०७९/०८०	२,५८,९९,२१,८१८.४	१०,९७,८१,००,०००.०	१७,५२,१४,२३,७३५.२
<b>जम्मा</b>	<b>११,६२,७७,१०,०१९.४</b>	<b>३२,९७,३२,००,०००.०</b>	<b>३९,५९,६०,२२,८८३.५</b>

श्रोत: आर्थिक प्रशासन शाखा

त्यस्तै आ.व. २०७९/०८० मा भएको कुल खर्च रु १७,५२,१४,२३,७३५ । २ लाई विभिन्न खर्चमा वर्गीकरण गरेर हेर्दा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको शोधभर्नामा सबैभन्दा धेरै ७७.०५% रहेको त्यस्तै क्रमशः विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम तर्फ १९.८५%, दर्ता सहयोगीको प्रोत्साहन तर्फ १.५१%, चालु तर्फ १.५७% र सबै भन्दा कम पुँजीगत तर्फ ०.०२% खर्च रहेको छ ।

चित्र नं ३४ आ.व. २०७९/०८० मा भएको खर्चको प्रतिशत



श्रोत: आर्थिक प्रशासन शाखा

## तालिका नं ३८ आ.व. २०७९/०८० मा भएको खर्चको विवरण

खर्चको विवरण	खर्च रकम (रु)	खर्चको प्रतिशत
स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम तर्फ सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको शोधभर्ना	१३,५०,०३,९४,२४५.०	७७.०५
विपन्न कार्यक्रम तर्फ स्वास्थ्य संस्थाको शोधभर्ना	३,४७,८०,१८,४०९.०	१९.८५
चालु तर्फ	२७,५८,४२,१७७.६	१.५७
पूँजीगत तर्फ	३१,४८,८७९.०	०.०२
दर्ता सहयोगीको प्रोत्साहन रकम	२६,४०,२०,०२४.६	१.५१
<b>जम्मा</b>	<b>१७,५२,१४,२३,७३५.२</b>	<b>१००.००</b>

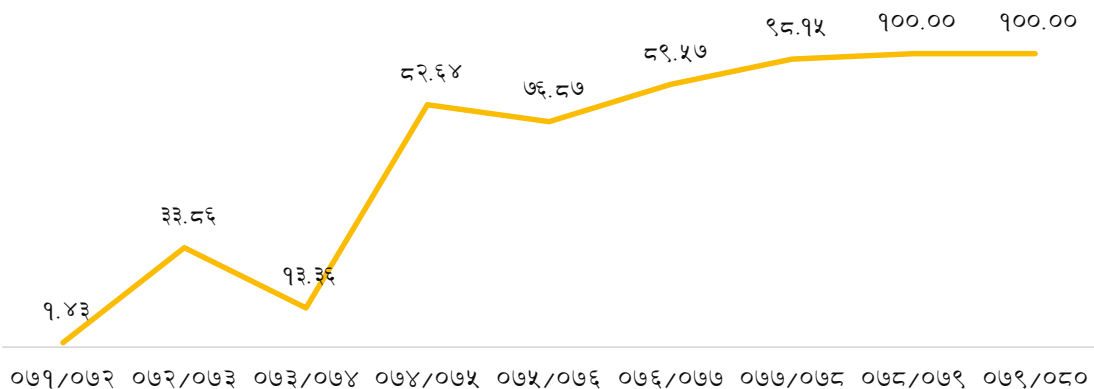
श्रोत: आर्थिक प्रशासन शाखा

### ५.१.२.२.नेपाल सरकारबाट प्राप्त अनुदान रकमको खर्चको अवस्था

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थालाई भुक्तानी गर्ने प्रयोजनका लागि नेपाल सरकारबाट अनुदान प्राप्त हुने व्यवस्था रहेको छ । आ.व. २०७१/०७२ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्ममा प्राप्त रकम र खर्चको विवरण हेर्दा आ.व.२०७१/०७२ मा अनुदान रकमको तुलनामा सबैभन्दा कम रकम खर्च भएको छ भने आ.व. २०७८/०७९ र आ.व. २०७९/०८० मा प्राप्त रकमको शतप्रतिशत नै खर्च भएको देखिन्छ र शतप्रतिशत खर्च नभएको वर्षहरूको बाँकी रकम नेपाल सरकारलाई नै फिर्ता पठाइएको छ ।

### चित्र नं ३५ आ.व. २०७१/०७२ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्ममा नेपाल सरकारबाट प्राप्त अनुदान रकमको खर्चको अवस्था

आ.व. २०७१/०७२ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्ममा नेपाल सरकारबाट प्राप्त अनुदान रकमको खर्चको अवस्था



श्रोत: आर्थिक प्रशासन शाखा

तालिका नं ३९ आ.व. २०७१/०७२ देखि आ.व. २०७९/०८० सम्ममा नेपाल सरकारबाट प्राप्त अनुदान रकमको खर्चको अवस्था

आ.व.	स्वीकृत प्राप्त रकम (रु)	खर्च रकम (रु)
०७१/०७२	५०,००,००,०००.०	७१,६५,६८१.०
०७२/०७३	१०,००,००,०००.०	३,३८,६०,०१०.०
०७३/०७४	२,५०,००,००,०००.०	३३,३८,९५,८९६.०
०७४/०७५	१,४२,७३,४८,०००.०	१,१७,९५,९६,७७९.०
०७५/०७६	३,३७,३०,७५,०००.०	२,५९,२९,४९,१२२.०
०७६/०७७	५,१९,५१,००,०००.०	४,६५,३४,९२,०१९.०
०७७/०७८	७,५०,००,००,०००.०	७,३६,१४,१६,८०४.०
०७८/०७९	८,५०,००,००,०००.०	८,५०,००,००,०००.०
०७९/०८०	१०,९७,८१,००,०००.०	१०,९७,८०,१८,४०९.०
<b>जम्मा</b>	<b>४०,०७,३६,२३,०००.०</b>	<b>३५,६४,०३,९४,७२०.०</b>

श्रोत: आर्थिक प्रशासन शाखा

५.१२.३. शिर्षक अनुसार निकासा भएको रकमको खर्चको विवरण

प्रस्तुत तालिकामा नेपाल सरकारबाट आ.व. २०७९/०८० मा सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी दिने प्रयोजनका लागि स्वास्थ्य बीमा कोषमा जम्मा हुने गरी सःशर्त अनुदान र विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत सूचीकृत सेवा प्रदायक अस्पतालहरूलाई शोधभर्ना साथै ७५ वर्ष माथिका ज्येष्ठ नागरिक, HIV/AIDs, Hepatitis B,C संक्रमितहरूको निःशुल्क हेमोडायलाईसिस सेवा संचालनका लागि उपचार सहूलियत र गत आ.व. को बाकी रकम भुक्तानीलाई समेत विनियोजन भएको रकम र खर्चको विवरण उल्लेख गरिएको छ ।

तालिका नं ४० आ.व. २०७९/०८० मा शिर्षक अनुसार निकासा भएको बजेट र खर्चको विवरण

क्र.स.	कार्यक्रमको नाम	निकासा रकम (रु.)	खर्च रकम (रु.)	कैफियत
१	सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी दिने प्रयोजनार्थ स्वास्थ्य बीमा कोषमा जम्मा हुने गरी सःशर्त अनुदान	७,५०,००,००,०००.०	७,५०,००,००,०००.०	
२	विपन्न नागरिक स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत सूचीकृत सेवा प्रदायक अस्पतालहरूलाई शोधभर्ना साथै ७५ वर्ष माथिका ज्येष्ठ नागरिक, HIV/AIDs, Hepatitis B,C संक्रमितहरूको निःशुल्क हेमोडायलाईसिस सेवा संचालनका लागि उपचार सहूलियत र गत आ.व. को बाकी रकम भुक्तानी समेत	३,४७,८१,००,०००.०	३,४७,८०,१८,४०९.०	बाँकी रकम रु. ८१,५९१.०० नेपाल सरकारलाई नै फिर्ता पठाइएको छ
	<b>जम्मा</b>	<b>१०,९७,८१,००,०००.०</b>	<b>१०,९७,८०,१८,४०९.०</b>	

श्रोत: आर्थिक प्रशासन शाखा



## ५.१२.४ दाबी समीक्षा एवं मूल्यांकन

स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट सञ्चालित कार्यक्रमलाई प्रभावकारी बनाउने शिलशिलामा स्वास्थ्य बीमामा सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूको सेवा अनुसारको प्रविष्टि दाबीहरूको समयमा रुजु गरी भुक्तानी गर्ने कार्य अत्यन्तै महत्वपूर्ण रहदै आएको छ । सो सम्बन्धमा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई जिम्मेवार बनाई स्वास्थ्य बीमा बोर्डको निर्धारित नीति बमोजिम दाबी व्यवस्थापनलाई प्रभावकारी बनाउने कार्यहरू भइरहेको छ ।

आ.व. २०७९/०८० मा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूले गरेको दाबीको नियमित दाबी व्यवस्थापन शाखामा रुजु गरी मूल्यांकनको लागि सूचना तथा प्रविधि शाखामा सिफारिस गरी ८ पटक भुक्तानीको लागि गएकोमा जम्मा ६५,२९,३०२ वटा दाबीहरूको रुजु गरिएको छ भने सो बापत जम्मा दाबी रकम रु १३,८४,०५,१८,४३९।- मा रुजु एवं मूल्यांकन गर्दा जम्मा भुक्तानी गर्न योग्य भनी रु १३,१२,५६,६१,९०३।- सिफारिस भएको छ । यसरी दाबीको रुजु गरी मूल्यांकन गर्दा रु ७१,४८,५६,५३६।- फरक परेको छ । यसरी फरक रकम जम्मा रुजु गरिएको दाबी रकममा ५.२% ले घटेको पाइन्छ । जसमा यसरी फरक पर्नुको मुख्य कारण सेवा प्रदायहरूले प्याकेज भन्दा बढी दाबी प्रविष्टि गर्नु दोहोरो दाबी गर्नु तथा बीमितको पोलिसी अनुसार रकम कम हुन लगायत कारण रहेको पाइन्छ । त्यस्तै आ.व. २०७९/०८० मा आ.व. २०७८/०७९ को दायित्व हस्तान्तरण रु, ५,७६,५०,८६,५७०।- पनि भुक्तानी भएको तथा आ.व. २०७९/०८० को रु. ५,३८,७६,९८,४५८ । ३ आ.व. २०८०/०८१ मा भुक्तानी गर्ने भनि दायित्व हस्तान्तरण गरिएको छ ।

### तालिका नं ४१ आ.व. २०७९/०८० मा दाबी उपर समीक्षा गरी मूल्यांकन गरिएको विवरण

क्र.स.	मिति	दाबी संख्या	दाबी रकम (रु)	सिफारिस रकम (रु)	फरक रकम (रु)	फरक प्रतिशत
१	२०७९.०५.१९	१३,९४,०१५	२,४०,६४,००,७२८	२,३०,४०,६८,१२८	१०,२३,३२,६००	४.३
२	२०७९.०६.११	१,२५,९५९	७३,२३,६४,०५१	६८,३७,०५,४०९	४,८६,५८,६४२	६.६
३	२०७९.०७.२५	३,४८,७५६	१,१२,०१,४०,७२०	१,०७,५३,२९,३९६	४,४८,११,३२४	४.०
४	२०७९.०९.१७	५,५६,७६३	१,२९,१३,३९,१४४	१,२३,६९,७४,७४९	५,४३,६४,३९५	४.२
५	२०७९.१०.१८	९,८४,२५७	१,४२,८०,२७,६४१	१,३५,४४,३८,५८७	७,३५,८९,०५४	५.२
६	२०७९.११.२८	९,२८,०२३	१,७१,१२,४७,४५९	१,६४,००,८१,९२१	७,११,६५,५३९	४.२
७	२०८०.०१.१९	७,२८,२३३	२,०२,११,४४,०३४	१,८९,३०,३३,३५९	१२,८१,१०,६७५	६.३
८	२०८०.०३.१८	१४,६३,२९६	३,१२,९८,५४,६६२	२,९३,८०,३०,३५५	१९,१८,२४,३०७	६.१
	जम्मा	६५,२९,३०२	१३,८४,०५,१८,४३९	१३,१२,५६,६१,९०३	७१,४८,५६,५३६	५.२

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

## ६. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको समस्या, चुनौती तथा समाधानका उपायहरू

### ६.१. समस्या, चुनौती तथा समाधानका उपायहरू

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 धेरै समस्या र चुनौतीहरूको सामना गर्दै समाधानको पहल गरी अगाडि बढिरहेको छ र स्वास्थ्य बीमाको दिगो सफलताको लागि सबै सरोकारवालाहरूको संयुक्त योगदानको आवश्यकता देखिन्छ।

आ.व. २०७९/८० मा कार्यक्रमको योजना, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्यांकन गर्ने सन्दर्भमा महसुस भएका मुख्य समस्या तथा चुनौतीलाई वर्गीकरण गरी निम्न तालिकामा प्रष्ट पार्ने प्रयास भएको छ। साथै ती समस्या र चुनौतीहरूको संभावित समाधान र त्यस कार्यमा जिम्मेवार निकाय सहितको विवरण उल्लेख गरिएको छ।

क्र.स.	प्रमुख समस्या/चुनौतीहरू	समाधानको उपायहरू	जिम्मेवार निकाय
<b>नेपाल सरकार र सम्बद्ध निकायसंग सम्बन्धित</b>			
१	पेश भएको स्थायी संगठनिक संरचना (O & M) लामो समय सम्म पनि स्वीकृत हुन नसकेको।	स्वास्थ्य बीमा बोर्डका गतिविधिहरू प्रभावकारी रूपमा सुचारु गर्नका लागि पेश भएको स्थायी संगठन संरचना यथाशिघ्र स्वीकृत हुनु पर्ने।	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, नेपाल सरकार
२	ऐन र नियममा उल्लेख भएका औपचारिक क्षेत्र, वैदेशिक रोजगारमा जाने व्यक्तिको परिवार लाई बीमाको दायरा भित्र समेट्न नसकेको।	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई दिगो रूपमा संचालन गर्नका लागि संगठित क्षेत्रलाई कार्यक्रममा अनिवार्य आबद्ध गराउनु पर्ने।	नेपाल सरकार
३	प्रत्येक वर्ष सेवग्राहीको संख्या बढे अनुसार अनुदानको रकमको सिलिग उपलब्ध हुन नसकेको।	बीमितको आबद्धता सेवा प्रयोगकर्ता र रोगको भारको आधारमा अनुदान रकममा वृद्धि हुनु पर्ने।	अर्थ मन्त्रालय र स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
<b>स्वास्थ्य बीमा बोर्डसंग सम्बन्धित</b>			
१	संघ, प्रदेश तथा स्थानीयतहमा कर्मचारी अभाव भएको हुदाँ नियमित काम गर्न समेत कठिनाई भएको।	दक्ष कर्मचारीको व्यवस्था गर्ने साथै परामर्श सेवामा भर्ना गर्दै बोर्डको कर्मचारीलाई प्रभावकारी बनाउनु पर्ने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
२	समयमा दाबी परीक्षण र सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी गर्न समस्या।	वैज्ञानिक दाबी परीक्षण र मूल्यांकनको व्यवस्था गर्ने स्वचालित प्रविधि वा तेस्रो पक्षबाट दाबी परीक्षण गर्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्ने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
३	बीमितलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितता हुन नसक्दा, नयाँ बीमितको संख्याका साथै नवीकरण कार्यमा कमि।	सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूको नियमित अनुगमन, कोचिङ तथा मेन्टरिङ गर्नु पर्ने साथै सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको जिम्मेवारी तथा जवाफदेहिता अभिवृद्धि गर्नु पर्ने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड र स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
४	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा प्रयोग भएको सूचना प्रणाली (OpenIMIS) मा देखिएका समस्याहरू समाधान गरी कार्यक्रमको सूचना प्रविधिलाई समय सापेक्ष बनाउनु पर्ने।	बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (OpenIMIS) मा देखिएका समस्याहरूलाई पहिचान गरी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई विधुतीय प्रविधि मैत्री बनाउन आवश्यक सुधार गर्ने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

क्र.स.	प्रमुख समस्या/चुनौतीहरू	समाधानको उपायहरू	जिम्मेवार निकाय
५	प्रभावकारीरूपमा कार्यक्रमको अनुगमन, सेवा प्रदायकलाई मेन्टरिङ र कोचिङ गर्न नसकिएको।	सेवा प्रदायक संस्था ,प्रदेश र जिल्लामा रहेका बीमा सम्बन्धी निकायहरूलाई नियमित अनुगमनको व्यवस्था मिलाउने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
<b>स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थासंग सम्बन्धित</b>			
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 संस्थाहरू
२	स्वास्थ्य बीमा बोर्डले तोके अनुसारको सुविधा थैलीमा उल्लेखित सम्पूर्ण औषधी र औषधीजन्य सामग्रीहरू सेवा प्रदायक संस्थाबाट उपलब्ध नभएको।	सम्पूर्ण स्वास्थ्य बीमामा सूचीकृत सेवा प्रदायक संस्थाहरूले संस्थाको तह अनुसार सुविधाको थैलीमा उल्लेखित औषधी तथा सामग्री सहितका फार्मसी सेवा संचालन गर्ने।	सम्पूर्ण सेवा प्रदायक संस्थाहरू
३	केही दाबीहरू नियमानुसार आवश्यक डकुमेन्ट बिना प्रविष्ट गर्ने गरेको।	दाबी प्रविष्ट गर्दा अनिवार्य रूपमा दाबी रकमलाई पुष्टी गर्ने कागजातहरू पेश गर्ने र API को प्रयोगकर्ताले समेत प्रमाण समावेश गर्ने।	सम्पूर्ण सेवा प्रदायक संस्थाहरू।
४	स्वास्थ्य संस्थाहरूमा डिजिटल प्रविधि नभएका/ कमजोर भएको कारण समयमा Real Time दाबी गर्न समस्या भएको।	सेवा प्रदायकको स्तर अनुसार EMR को व्यवस्था गरी API को प्रयोग मार्फत Real Time दाबी प्रविष्ट गर्ने व्यवस्था मिलाउने।	स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
५	बीमितले बीमा बोर्डको नियमानुसार पाउनुपर्ने स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न कठिनाई जस्तै: रोगको निदान, उपचार र परामर्श सेवा।	सेवा प्रदायक संस्थाहरूले सजिलै 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 सहज सिकायत गर्ने अवसर र उपचारमा सहजता ल्याउने।	सम्पूर्ण सेवा प्रदायक संस्थाहरू।
<b>स्वास्थ्य सेवाग्राहीसंग सम्बन्धित</b>			
१	सेवाग्राहीले अनावश्यक रूपमा स्वास्थ्य सेवाको प्रयोग गरेको र रोगको निदान, उपचार र प्रेषण सेवामा सेवा प्रदायक संस्थालाई दबाव दिने गरेको।	सेवाग्राहीलाई बीमा कार्यक्रमसंग सम्बन्धित सचेतनामुलक कार्यक्रम संचालन गर्ने। पाठ्यक्रममा बीमा कार्यक्रमसंग सम्बन्धित विषयवस्तु समावेश गर्ने।	स्थानीय सरकार र स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
२	सेवा लिनका लागि केहि सेवाग्राहीबाट दोहोरो बीमा दर्ता गर्ने, नक्कली सेवाग्राहीको रूपमा सेवा लिने र नक्कली सेवाग्राहीको रूपमा सुचीकृत हुने प्रवृत्ति देखिएको।	दर्ता सहयोगी, दर्ता अधिकारी र सेवाग्राहीलाई नियमानुसर दर्ता, नवीकरण र दर्ता प्रबिष्टीका लागि नियमित अनुगमन, समीक्षा र कार्यक्रम सम्बन्धमा वहास पैरवी गर्ने।	स्थानीय सरकार र स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
३	प्रथम सेवा बिन्दुको अपर्याप्तता र सहज रूपमा प्रेषण सेवा प्राप्त गर्न समस्या।	प्रथम सेवा बिन्दुको रूपमा सेवा प्रदान गर्ने सेवा प्रदायक संस्थाहरूलाई प्राथमिकताका साथ सूचीकरण गर्ने।	स्थानीय सरकार र स्वास्थ्य बीमा बोर्ड।
४	सबै जिल्लामा गरीवी पहिचान नहुँदा अति गरीव र विपन्नलाई बीमा सेवा सहज हुनु नसकेको।	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा समतामुलक आबद्धताको लागि सबै जिल्लाहरूमा अति गरिब वर्गको पहिचान गरिनु पर्ने।	नेपाल सरकार।

## ७. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहयोग गर्ने विकास साझेदार निकायहरूको विवरण

### ७.१. GIZ (*Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH*):

GIZ ले सन् २०१३ देखि स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई निरन्तर सहयोग गर्दै आएको छ । आ.व. २०७९/८० मा GIZ ले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको प्रभावकारी सञ्चालनका लागि विभिन्न क्षेत्रमा प्राविधिक सहयोग गरेको छ । यस अन्तर्गत बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (OpenIMIS) लाई समयानुकूल परिमार्जन गर्न निरन्तर प्राविधिक तथा आर्थिक सहयोग, OpenIMIS को legacy बाट modular संस्करणमा migration, मुख्य कार्यसम्पादन सूचकहरूका आधारमा अनलाइन dashboard को विकास र स्वास्थ्य बीमा बोर्ड र अन्तर्गतका कर्मचारीहरूलाई विभिन्न क्षमता अभिवृद्धि तालिमहरूमा सहयोग प्रदान गरेको छ भने बोर्डको आवश्यकता अनुसार माग भएका अन्य क्षेत्रहरूमा पनि प्राविधिक तथा आर्थिक सहयोग प्रदान भैरहेको छ ।

## अनुसूची

### अनुसूची १

आ.व. २०७९/०८० मा जिल्लागत रुपमा क्रियाशील (नयाँ तथा नवीकरण) बीमितको विवरण

क्र. स.	जिल्लाको नाम	२०७८ को जनगणना अनुसार जिल्लाको जनसंख्या	आ.व. २०७९/०८० नयाँ बीमित जन सख्या	आ.व. २०७९/०८० नवीकरण बीमित जन सख्या	आ.व. २०७९/०८० को कुल क्रियाशील बीमित जनसंख्या	जनसंख्याको आधारमा कुल क्रियाशील बीमित जन संख्याको प्रतिशत	आ.व. २०७९/०८० को जनसंख्याको Renew प्रतिशत	आ.व. २०७९/०८० को जनसंख्या को Drop-out प्रतिशत
१	अछाम	२,२८,८५२	४,०५८	२७,१३१	३१,१८९	१४	५३	४७
२	अर्घाखाची	१,७७,०८६	८,१८३	४६,४७७	५४,६६०	३१	६७	३३
३	बागलुङ	२,४९,२११	१९,९७८	५७,२०५	७७,१८३	३१	६८	३२
४	बैतडी	२,४२,१५७	२,५४९	११,१७३	१३,७२२	६	५४	४६
५	बझाङ	१,८९,०८५	१,५१४	२६,५३०	२८,०४४	१५	६९	३१
६	बाजुरा	१,३८,५२३	१,८०८	१६,८७७	१८,६८५	१३	५२	४८
७	बाँके	६,०३,१९४	१०,५३४	२८,६९५	३९,२२९	७	५२	४८
८	बारा	७,६३,१३७	१६,९४३	२५,०३७	४१,९८०	६	६३	३७
९	बर्दिया	४,५९,९००	९,९६९	७२,९६८	८२,९३७	१८	६४	३६
१०	भक्तपुर	४,३२,१३२	३४,४०६	१,४१,८८९	१,७६,२९५	४१	७०	३०
११	भोजपुर	१,५७,९२३	३,३०४	१८,८६७	२२,१७१	१४	५३	४७
१२	चितवन	७,१९,८५९	५८,२५१	२,६३,१४४	३,२१,३९५	४५	६४	३६
१३	डडेल्धुरा	१,३९,६०२	४,७५३	९,५७४	१४,३२७	१०	६८	३२
१४	दैलेख	२,५२,३१३	९,०८३	११,४५७	२०,५४०	८	६०	४०
१५	दाङ	६,७४,९९३	१४,८७३	१७,१७८	३२,०५१	५	६५	३५
१६	दार्चुला	१,३३,३१०	१,२६१	५,१६५	६,४२६	५	४८	५२
१७	धादिङ	३,२५,७१०	१५,७९९	२१,१४९	३६,९४८	११	६८	३२
१८	धनकुटा	१,५०,५९९	८,६३६	१८,८९६	२७,५३२	१८	६०	४०
१९	धनुषा	८,६७,७४७	११,९३६	१७,००३	२८,९३९	३	५०	५०
२०	दोलखा	१,७२,७६७	४,९३६	७,६९२	१२,६२८	७	३२	६८
२१	डोल्पा	४२,७७४	२,०८४	१,०४७	३,१३१	७	३९	६१
२२	डोटी	२,०४,८३१	६,५३९	५,६१५	१२,१५४	६	६८	३२
२३	गोर्खा	२,५१,०२७	१४,९८५	४९,३०१	६४,२८६	२६	६४	३६
२४	गुल्मी	२,४६,४९४	८,८५४	६६,०३१	७४,८८५	३०	७०	३०
२५	हुम्ला	५५,३९४	१,६३४	४,७३६	६,३७०	११	३४	६६
२६	इलाम	२,७९,५३४	१५,७६६	७९,०२७	९४,७९३	३४	६१	३९

क्र. स.	जिल्लाको नाम	२०७८ को जनगणना अनुसार जिल्लाको जनसंख्या	आ.व. २०७९/०८० नयाँ बीमित जन संख्या	आ.व. २०७९/०८० नविकरण बीमित जन संख्या	आ.व. २०७९/०८० को कुल क्रियाशील बीमित जनसंख्या	जनसंख्याको आधारमा कुल क्रियाशील बीमित जन संख्याको प्रतिशत	आ.व. २०७९/०८० को जनसंख्याको Renew प्रतिशत	आ.व. २०७९/०८० को जनसंख्या को Drop-out प्रतिशत
२७	जाजरकोट	१,८९,३६०	४,१६९	१९,९०४	२४,०७३	१३	४५	५५
२८	झापा	९,९८,०५४	५३,३१५	३,४६,२८१	३,९९,५९६	४०	५६	४४
२९	जुम्ला	१,१८,३४९	२२,८३२	४५,४२९	६८,२६१	५८	७५	२५
३०	कैलाली	९,०४,६६६	२४,१८१	१,६७,८७७	१,९२,०५८	२१	६७	३३
३१	कालिकोट	१,४५,२९२	७,२०८	१७,११९	२४,३२७	१७	३९	६१
३२	कंचनपुर	५,१३,७५७	७,८८७	२९,६९३	३७,५८०	७	६०	४०
३३	कपिलबस्तु	६,८२,९६१	१६,०६१	४८,३०३	६४,३६४	९	६२	३८
३४	कास्की	६,००,०५१	३७,८८६	१,३१,०३८	१,६८,९२४	२८	६२	३८
३५	काठमाडौँ	२०,४१,५८७	४२,५७४	१८,७०५	६१,२७९	३	६४	३६
३६	काभ्रेपलान्चोक	३,६४,०३९	२५,५१४	८८,३०३	१,१३,८१७	३१	७०	३०
३७	खोटांग	१,७५,२९८	७,७१७	३७,०९६	४४,८१३	२६	७८	२२
३८	ललितपुर	५,५१,६६७	१७,७६३	४,७२५	२२,४८८	४	७०	३०
३९	लम्जुंग	१,५५,८५२	११,८४९	२०,२६०	३२,१०९	२१	७६	२४
४०	महोत्तरी	७,०६,९९४	७,७५७	१३,७९०	२१,५४७	३	४५	५५
४१	मकवानपुर	४,६६,०७३	३४,३९०	१,०६,६२१	१,४१,०११	३०	६२	३८
४२	मनाङ	५,६५८	१२२	१११	२३३	४	२७	७३
४३	मोरङ	११,४८,१५६	६६,८८५	२,३२,२०३	२,९९,०८८	२६	५२	४८
४४	मुगु	६४,५४९	१,४०९	१,६२६	३,०३५	५	२८	७२
४५	मुस्ताङ	१४,४५२	६६७	३८७	१,०५४	७	४१	५९
४६	म्याग्दी	१,०७,०३३	४,७४७	१६,६२४	२१,३७१	२०	६०	४०
४७	नवलपरासी (सु.व. पश्चिम)	३,८६,८६८	१४,०७६	१६,२७८	३०,३५४	८	५९	४१
४८	नवलपरासी (सु.व. पूर्व)	३,७८,०७९	३१,८९३	५४,०२९	८५,९२२	२३	७०	३०
४९	नुवाकोट	२,६३,३९१	२७,८०४	२०,३५१	४८,१५५	१८	७२	२८
५०	ओखलढुंगा	१,३९,५५२	४,२४३	३०,५२५	३४,७६८	२५	७६	२४
५१	पाल्पा	२,४५,०२७	५,२३५	१,३६,४७९	१,४१,७१४	५८	६०	४०
५२	पाँचथर	१,७२,४००	४,९२६	१०,८७७	१५,८०३	९	४५	५५
५३	पर्बत	१,३०,८८७	१०,९३०	१७,८०७	२८,७३७	२२	७१	२९
५४	पर्सा	६,५४,४७१	१६,४७१	२८,६२०	४५,०९१	७	४९	५१

क्र. स.	जिल्लाको नाम	२०७८ को जनगणना अनुसार जिल्लाको जनसंख्या	आ.व. २०७९/०८० नयां बीमित जन संख्या	आ.व. २०७९/०८० नविकरण बीमित जन संख्या	आ.व. २०७९/०८० को कुल क्रियाशील बीमित जनसंख्या	जनसंख्याको आधारमा कुल क्रियाशील बीमित जन संख्याको प्रतिशत	आ.व. २०७९/०८० को जनसंख्याको Renew प्रतिशत	आ.व. २०७९/०८० को जनसंख्या को Drop-out प्रतिशत
५५	प्युठान	२,३२,०१९	१४,४२४	२७,०९७	४१,५२१	१८	५६	४४
५६	रामेछाप	१,७०,३०२	११,१२७	२९,६११	४०,७३८	२४	६४	३६
५७	रसुवा	४६,६८९	९,३९५	३,३४०	१२,७३५	२७	७३	२७
५८	रौतहट	८,१३,५७३	२२,५३१	२६,९७४	४९,५०५	६	५६	४४
५९	रोल्पा	२,३४,७९३	५,८५७	१६,९९५	२२,८५२	१०	५४	४६
६०	रुकुम पूर्व	५६,७८६	१,२६०	३,२१७	४,४७७	८	४५	५५
६१	रुकुम पश्चिम	१,६६,७४०	१०,३६६	३०,९४१	४१,३०७	२५	४९	५१
६२	रुपन्देही	११,२१,९५७	३२,३८५	६३,७५८	९६,१४३	९	५५	४५
६३	सल्यान	२,३८,५१५	३,४९९	५,२२७	८,७२६	४	५९	४१
६४	संखुवासभा	१,५८,०४१	७,९८६	१७,९८९	२५,९७५	१६	५४	४६
६५	सप्तरी	७,०६,२५५	१४,९९२	३०,९०६	४५,८९८	६	४७	५३
६६	सर्लाही	८,६२,४७०	९,६१०	१४,८४२	२४,४५२	३	६३	३७
६७	सिन्धुली	३,००,०२६	१४,७४१	५३,२९०	६८,०३१	२३	६०	४०
६८	सिन्धुपाल्चोक	२,६२,६२४	१२,३०१	१९,१२३	३१,४२४	१२	६४	३६
६९	सिरहा	७,३९,९५३	९,६७७	४२,४५९	५२,१३६	७	४२	५८
७०	सोलुखुम्बु	१,०४,८५१	१,६३५	४,९९९	६,६३४	६	५२	४८
७१	सुनसरी	९,२६,९६२	५०,२३८	२,२४,१२३	२,७४,३६१	३०	५०	५०
७२	सुर्खेत	४,१५,१२६	२४,९४४	३९,७३६	६४,६८०	१६	५८	४२
७३	स्यांगजा	२,५३,०२४	१७,४९०	७८,९०६	९६,३९६	३८	७१	२९
७४	तनहुँ	३,२१,१५३	१५,०९४	६३,७०१	७८,७९५	२५	६२	३८
७५	ताप्लेजुंग	१,२०,५९०	१,११८	५,५६८	६,६८६	६	४२	५८
७६	तेह्रथुम	८८,७३१	१,४४६	७,१६७	८,६१३	१०	५२	४८
७७	उदयपुर	३,४०,७२१	१३,०८७	२९,०८७	४२,१७४	१२	६२	३८
	<b>जम्मा</b>	<b>२,९१,६४,५७८</b>	<b>११,०८,३५०</b>	<b>३५,४९,९८९</b>	<b>४६,५८,३३१</b>	<b>१६</b>	<b>५९</b>	<b>४१</b>

श्रोत: राष्ट्रिय जनगणना २०७८ र बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

अनुसूची २ प्रदेशगत रुपमा उच्च १० रोगको दाबी संख्या र दाबी रकमको विवरण

कोशी प्रदेश					
क्र.स.	उच्च १० रोग	कुल दाबी संख्या	कुल दाबीसंगको प्रतिशत	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी रकम संगको प्रतिशत
१	Unknown and unspecified causes of morbidity	२,२८,४९७	९	३३,८६,१४,४३०	८
२	Essential (primary) hypertension	१,५६,४८२	६	२४,०१,७५,२३५	५
३	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	१,५०,५२७	६	३४,८९,५८,२२७	८
४	Abdominal and pelvic pain	९६,९४२	४	१८,४३,७२,९९४	४
५	Other chronic obstructive pulmonary disease	४६,३०८	२	१६,७३,९५,१७२	४
६	Disorders of refraction and accommodation	४१,१९४	२	४,७२,२५,८७१	१
७	Other disorders of eye and adnexa	३५,००१	१	५,८३,०४,२७५	१
८	Dorsalgia	३३,७३५	१	९,६४,४१,२४०	२
९	Other hypothyroidism	३३,४३१	१	६,६६,९०,४७५	२
१०	Fever of other and unknown origin	३३,२९६	१	६,२२,५३,३६८	१
	<b>उच्च १० रोगको जम्मा</b>	<b>८,५५,४१३</b>	<b>३५</b>	<b>१,६१,०४,३१,२८६</b>	<b>३७</b>

मधेश प्रदेश					
क्र.स.	उच्च १० रोग	कुल दाबी संख्या	कुल दाबीसंगको प्रतिशत	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी रकम संगको प्रतिशत
१	Abdominal and pelvic pain	१५,३९५	६	४,२५,१५,४७८	१०
२	Routine general health check-up of defined subpopulation	१४,५१४	५	१,६२,९१,८६६	४
३	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	१३,०३४	५	२,४६,२७,००९	६
४	Essential (primary) hypertension	११,७३५	४	१,७१,८३,२२९	४
५	Pain, not elsewhere classified	९,७६०	४	१,०५,०९,६०६	२



मधेश प्रदेश

क्र.स.	उच्च १० रोग	कुल दाबी संख्या	कुल दाबीसंगको प्रतिशत	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी रकम संगको प्रतिशत
६	Other chronic obstructive pulmonary disease	९,१८८	३	२,४८,६०,०२६	६
७	Disorders of refraction and accommodation	७,२८०	३	८१,५३,५७९	२
८	Other hypothyroidism	५,३३७	२	७७,९९,८७५	२
९	Cough	५,२२९	२	५८,१८,७२८	१
१०	Senile cataract	४,२२६	२	३,८३,५६,८८९	९
	<b>उच्च १० रोगको जम्मा</b>	<b>९५,६९८</b>	<b>३६</b>	<b>१९,६१,१६,२८५</b>	<b>४७</b>

बागमती प्रदेश

क्र.स.	उच्च १० रोग	कुल दाबी संख्या	कुल दाबीसंगको प्रतिशत	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी रकम संगको प्रतिशत
१	Essential (primary) hypertension	१,५७,९२१	७	२८,२४,१३,५७४	५
२	Unknown and unspecified causes of morbidity	१,४९,२२३	६	२३,५९,२२,८१५	४
३	Disorders of refraction and accommodation	१,१०,५९८	५	१३,५६,१४,०२८	३
४	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	१,०६,६३९	५	२७,२७,३५,५२१	५
५	Abdominal and pelvic pain	९६,८५७	४	२१,०४,८८,६८८	४
६	Other chronic obstructive pulmonary disease	४९,७६६	२	१७,२१,०२,४६०	३
७	Dental caries	४०,७८९	२	२,७४,४८,३४८	१
८	Other hypothyroidism	३९,३८१	२	९,०४,२५,६७५	२
९	Fever of other and unknown origin	३५,०३९	१	७,२५,६१,४३७	१
१०	Pain, not elsewhere classified	३०,४६९	१	३,९३,१७,१६७	१
	<b>उच्च १० रोगको जम्मा</b>	<b>८,१६,६८२</b>	<b>३५</b>	<b>१,५३,९०,२९,७१३</b>	<b>२९</b>

गण्डकी प्रदेश					
क्र.स.	उच्च १० रोग	कुल दाबी संख्या	कुल दाबीसंगको प्रतिशत	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी रकम संगको प्रतिशत
१	Essential (primary) hypertension	८१,१८४	८	१०,९४,८७,११८	७
२	Unknown and unspecified causes of morbidity	३८,६४९	४	३,४२,२१,४९५	२
३	Abdominal and pelvic pain	३६,१२९	४	५,७१,०९,१३१	३
४	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	३१,९१६	३	६,६३,४१,४५९	४
५	Secondary hypertension	२६,७६६	३	४,८०,४५,२८९	३
६	Other chronic obstructive pulmonary disease	२५,८०४	३	८,९१,७१,६८७	५
७	Headache	१९,५४७	२	२,६०,४०,६७२	२
८	Gastritis and duodenitis	१७,८६६	२	२,४४,३६,८७५	१
९	Unspecified diabetes mellitus	१५,७२२	२	२,९४,०९,७२१	२
१०	Pain in throat and chest	१५,२७८	२	२,८०,२४,२७५	२
	<b>उच्च १० रोगको जम्मा</b>	<b>३,०८,८६१</b>	<b>३१</b>	<b>५१,२२,८७,७२३</b>	<b>३१</b>

लुम्बिनी प्रदेश					
क्र.स.	उच्च १० रोग	कुल दाबी संख्या	कुल दाबीसंगको प्रतिशत	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी रकम संगको प्रतिशत
१	Essential (primary) hypertension	७९,८१५	९	१२,४९,२७,५८८	९
२	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	३९,००३	५	९,२९,३४,०९८	६
३	Unknown and unspecified causes of morbidity	३३,६६९	४	३,४२,४०,१८६	२
४	Other chronic obstructive pulmonary disease	२४,५५६	३	८,७९,४९,३८९	६
५	Abdominal and pelvic pain	२४,२८१	३	४,०६,३१,३९४	३
६	Hypertensive heart disease	१८,४९५	२	३,१३,०४,४७२	२

लुम्बिनी प्रदेश

क्र.स.	उच्च १० रोग	कुल दाबी संख्या	कुल दाबीसंगको प्रतिशत	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी रकम संगको प्रतिशत
७	Pain, not elsewhere classified	१७,११६	२	१,९९,८१,८५५	१
८	Gastritis and duodenitis	१६,९९८	२	२,४१,३८,३८१	२
९	Cough	१६,१२४	२	१,८४,८७,९२४	१
१०	Other hypothyroidism	१६,०५०	२	२,८०,५३,५६२	२
	<b>उच्च १० रोगको जम्मा</b>	<b>२,८६,१०७</b>	<b>३३</b>	<b>५०,२६,४८,८४९</b>	<b>३४</b>

कर्णाली प्रदेश

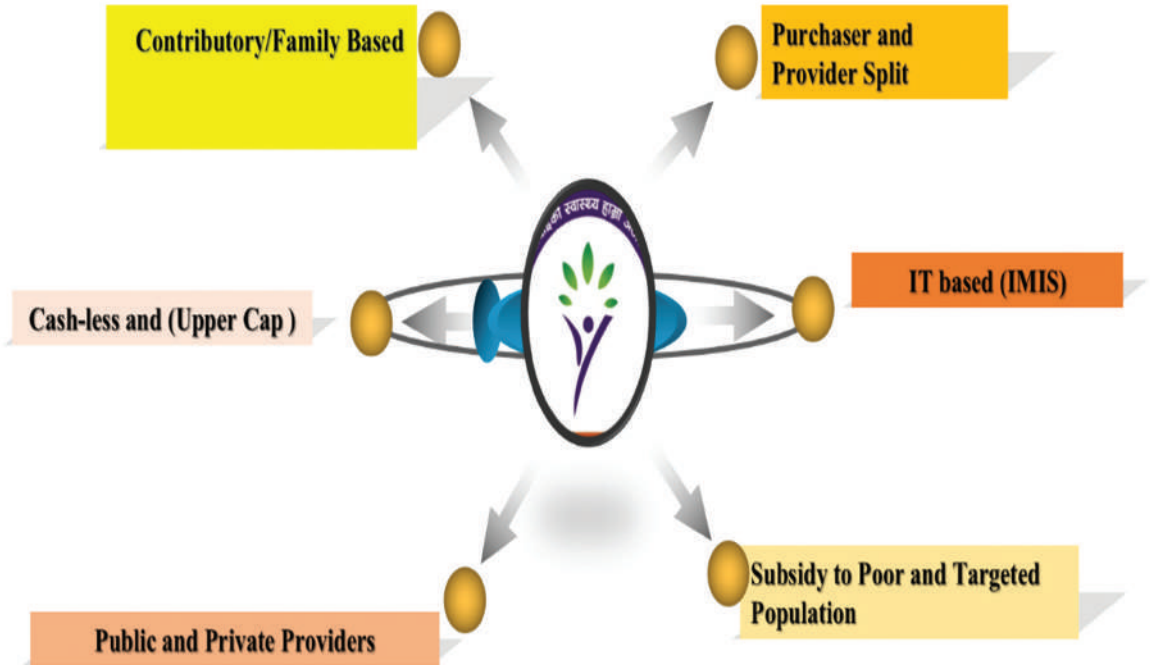
क्र.स.	उच्च १० रोग	कुल दाबी संख्या	कुल दाबीसंगको प्रतिशत	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी रकम संगको प्रतिशत
१	Abdominal and pelvic pain	१२,३४६	४	२,३८,०४,२७९	४
२	Unknown and unspecified causes of morbidity	१२,०६३	४	१,२०,५५,४३३	२
३	Gastritis and duodenitis	११,४६५	४	१,५८,६०,२९३	३
४	Essential (primary) hypertension	९,६१९	३	१,३८,९९,३९३	३
५	Other chronic obstructive pulmonary disease	९,३८६	३	३,८७,७३,०१३	७
६	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	७,७२७	२	१,६८,७०,४५०	३
७	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	६,६९०	२	७९,६७,५४६	१
८	Acute upper respiratory infections of multiple and unspecified sites	५,६८८	२	५३,५३,९६३	१
९	Dental caries	५,११८	२	६४,५७,६२१	१
१०	Cough	५,०७९	२	५२,८७,९६०	१
	<b>उच्च १० रोगको जम्मा</b>	<b>८५,१८१</b>	<b>२७</b>	<b>१४,६३,२९,९५१</b>	<b>२६</b>

सुदूरपश्चिम प्रदेश					
क्र.स.	उच्च १० रोग	कुल दाबी संख्या	कुल दाबीसंगको प्रतिशत	कुल दाबी रकम (रु)	कुल दाबी रकम संगको प्रतिशत
१	Unknown and unspecified causes of morbidity	३५,०३५	१०	३,८०,६०,३३४	७
२	Other chronic obstructive pulmonary disease	१७,०४३	५	४,७३,९१,८६४	९
३	Abdominal and pelvic pain	१६,०८९	५	२,०९,९५,८७०	४
४	Essential (primary) hypertension	१५,१८५	४	१,९७,४९,५३९	४
५	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	११,४०८	३	१,७६,७१,१३२	३
६	Gastritis and duodenitis	९,३७४	३	१,२८,०८,६६३	२
७	Fever of other and unknown origin	९,२३२	३	१,७१,००,८३७	३
८	Pain, not elsewhere classified	५,९८४	२	६०,५३,५१३	१
९	Dorsalgia	५,५९८	२	९२,५३,२३७	२
१०	Cough	५,५७२	२	४६,३४,३७१	१
	<b>उच्च १० रोगको जम्मा</b>	<b>१,३०,५२०</b>	<b>३८</b>	<b>१९,३७,१९,३६०</b>	<b>३५</b>

श्रोत: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

## सन्दर्भ सामग्री

- नेपालको संविधान, २०७२
- स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४
- जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५
- स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति, २०७१
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६
- पन्ध्रौ योजना (२०७६/०७७-२०८०/०८१)
- 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
- दाबी समीक्षा तथा मूल्यांकन निर्देशिका, २०७८
- सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा समिति (गठन) आदेश, २०७१
- सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम (संचालन) नियमावली, २०७२
- बाह्रौ त्रिवर्षिय योजना (२०६७/६८)
- बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली, २०७३
- National Health Account, 2019/2020
- Declaration of Alma-Ata, WHO, 1978
- Universal Health Coverage
- Sustainable Development Goals, UN, 2015
- राष्ट्रिय जनगणना, २०७८
- बार्षिक प्रतिवेदन स्वास्थ्य बीमा बोर्ड आ.व. २०७८/०७९



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

बबरमहल, काठमाडौं

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

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

