



बीमा दाबी समीक्षा तथा मूल्याङ्कन कार्यविधि, २०७८

(पहिलो संशोधन २०८१)

प्रस्तावना: सेवा प्रदायक संस्थाले सेवा प्रदान गरे बापतको भुक्तानीका सम्बन्धमा बोर्ड समक्ष गरिने दाबीको मूल्याङ्कन गर्ने आधार र प्रक्रियालाई सरल, व्यवस्थित, पारदर्शी र भरपर्दो बनाई भुक्तानी प्रणालीलाई प्रभावकारी बनाउन आवश्यक भएकाले,

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा ४१ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी स्वास्थ्य बीमा बोर्डले यो कार्यविधि बनाएको छ ।

परिच्छेद-१

प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:

(१) यस कार्यविधिको नाम " बीमा दाबी समीक्षा तथा मूल्याङ्कन कार्यविधि, २०७८" रहेको छ ।

(२) यो कार्यविधि बोर्डबाट स्वीकृत भएको मितिदेखि लागू हुनेछ ।

२. परिभाषा: बिषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यो कार्यविधिमा:

(क) "ऐन" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ सम्झनु पर्छ ।

(ख) "नियमावली" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ सम्झनु पर्छ ।

(ग) "बोर्ड" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा ऐनको दफा १३ बमोजिम गठीत स्वास्थ्य बीमा बोर्ड सम्झनु पर्छ ।

(घ) "सेवा प्रदायक" भन्नाले सेवा उपलब्ध गराउन ऐनको दफा २(ठ), बमोजिम सम्झौता गरेका स्वास्थ्य संस्था सम्झनुपर्छ ।

(ङ) "बीमित" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभागी भई योगदान रकम (प्रिमियम) भुक्तानी गर्ने व्यक्ति वा परिवार सम्झनु पर्छ ।

(च) "सेवा" भन्नाले ऐनको दफा ५ बमोजिम बीमितले प्राप्त गर्ने सेवा सम्झनुपर्छ ।

(छ) "समिति" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा नियमावलीको नियम २७ बमोजिम बोर्डबाट गठीत "दाबी समीक्षा तथा मूल्याङ्कन समिति" सम्झनुपर्छ ।



(ज) "आकस्मिक सेवा" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ को नियम ७ को उपनियम (४) मा उल्लेख भए अनुसारको आकस्मिक सेवा सम्झनु पर्दछ ।

(झ) "विशिष्टीकृत सेवा" भन्नाले मुटुरोग, क्यान्सर, आँखा सम्बन्धी शल्यक्रिया, मृगौला रोग, मानसिक रोग, आई.सि.यु. र सि.सि.यु. सेवा सम्झनु पर्दछ ।

(ञ) "विशिष्टीकृत अस्पताल" भन्नाले क्यान्सर, मुटुरोग, मृगौला रोग, मानसिक रोग, आँखा सम्बन्धी शल्यक्रिया सेवा मात्र संचालन गर्ने अस्पताल सम्झनु पर्दछ ।

(ट) "लक्षित बर्ग" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ को नियम १६ (क), (ख), (ग) र (घ) मा उल्लेखित परिवार सम्झनु पर्दछ ।

(ठ) "सह-भुक्तानी" (Co-payment) भन्नाले स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्दा-तोकिएको सेवाको लागि सरकारी स्वास्थ्य संस्थाको हकमा लाग्ने खर्चको दश प्रतिशत र गैरसरकारीको हकमा बीस प्रतिशत रकम सेवा उपभोग गर्ने व्यक्तिले तिर्नु पर्ने भन्ने सम्झनु पर्दछ ।

(ड) "सेवा प्रदायक" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा बोर्डसंग सम्झौता गरी सेवा प्रवाह गरिरहेको स्वास्थ्य संस्था सम्झनु पर्दछ ।

(ढ) "सेवाग्राही" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभागी भई योगदान रकम भुक्तानी गरी कार्यक्रममा आवद्ध परिवार वा व्यक्ति सम्झनु पर्दछ ।

(ण) "प्रेषण सेवा" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ को नियम २० (२) र (३) बमोजिमको बीमितले लिने सेवाका लागि गरिने प्रेषण सम्झनुपर्छ ।

(ण) "बीमा ब्यवस्थापन सूचना प्रणाली" (आईएमआईएस) भन्नाले स्वास्थ्य बीमा बोर्डले लागू गरेको सूचना एवम् तथ्याङ्क सङ्कलन गर्ने, प्रशोधन गर्ने विद्युतीय सुचना प्रणाली सम्झनुपर्छ ।

(त) "रियल टाइम (real time)" भन्नाले बीमितले सेवा लिए वापतको दाबी सोही समयमा हुने सम्झनुपर्छ ।

(थ) "स्तरीय उपचार प्रोटोकल" भन्नाले स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट स्वीकृत स्तरीय उपचार प्रोटोकल सम्झनुपर्छ ।

(द) "स्तरीय कार्यसंचालन प्रक्रिया" (Standard Treatment Protocol) भन्नाले बोर्डबाट स्वीकृत स्तरीय कार्यसंचालन प्रक्रिया सम्झनुपर्छ ।



दाबी पेश गर्ने विधि

३. **दाबी प्रबिष्ट:** सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाव्दारा सम्पूर्ण दाबी प्रक्रियोहरु रियल टाइममा गर्नुपर्नेछ । सेवाका प्रकार पद्धतिका दाबी गर्ने नियमहरु निम्न प्रकार रहनेछन् ।

१. ओ. पि. डि. (OPD case) को हकमा:

(क) ओ. पि. डि. टिकट सात दिनभित्र एउटै प्रयोग हुनेछ तर क्लेम कोड हरेक दिन फरक हुनेछ । क्लेम कोड नयाँ भएपनि ओ.पि.डि. टिकट वापतको को रकम दाबी गर्न पाइने छैन ।

(ख) सोही टिकटले नै सोही दिनको फरक फरक Consultation र ७ दिन भित्र फरक फरक Consultation हकमा सोही ओ.पि. डि. टिकट नै लागू हुनेछ । तर क्लेम कोड चाँही फरक फरक हुनुपर्नेछ ।

(ग) फरक फरक अन्तर विभागिय Consultation को रिफरको लागि सम्बन्धित चिकित्सकको नाम, NMC N. र हस्ताक्षर सहित कारण खुलाउनु पर्नेछ । सो प्रेस्कृप्सन अस्पतालमा सुरक्षित राख्नु पर्नेछ ।

(घ) बीमितले सेवा लिने समयमा बील काटेपछि आईएमआईएस मा प्रविस्ट हुनुपर्नेछ । उक्त दाबी स्वचालित (Automatic) रुपमा प्रविस्ट हुनुपर्नेछ । साथै सोही दिनको सेवा लिएका बीमितहरुको सेवा र औषधिहरुको दाबी सोही Claim Code मै हुनु पर्नेछ । प्रत्येक दिन नयाँ Claim code को प्रयोग गर्नु पर्नेछ ।

(ङ) उपचारमा संलग्न चिकित्सकको NMC र ICD 11 अनुसार diagnosis अनिवार्य हुनुपर्नेछ । निदानको हकमा आवश्यकता अनुसार provisional, differential, and final diagnosis लेख्नुपर्नेछ ।

२. आकस्मिक सेवाको हकमा बिरामी डिस्चार्ज भएकै समयमा दाबी गरी सक्नुपर्ने छ । आकस्मिक कक्षबाट बढीमा ७ दिन सम्मको मात्र औषधि प्रदान गरिनेछ ।

३. अन्तरंग सेवाको हकमा

(क) बिरामी डिस्चार्ज भएकै समयमा दाबी गरी सक्नुपर्नेछ ।

(ख) बीमा ब्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा आईएमआईएस तोकिए बमोजिम कै सुविधा थैली भित्र रहेर प्याकेज मा अनिवार्य दाबी गर्नु पर्नेछ । सुविधा थैली प्याकेज नभएको हकमा प्रतिदिनको अस्पताल बसेको प्याकेज अनुसार दाबी गर्नुपर्नेछ ।

(ग) आईएमआईएस मा अन्तिम निदान, चिकित्सकको NMC नं. , र स्वास्थ्य बीमा बोर्डले तयार गरेको Standard Discharge Summary अनिवार्य हुनुपर्नेछ ।

४. **बीमा दाबी सम्बन्धी कागजात सुरक्षित राख्नु पर्ने:** सेवा प्रदायकले दाबी प्रबिष्ट गर्दा अनुसूचि २ बमोजिमका कागजातहरु र मेडिकल रेकर्ड सम्भव भए सम्म भौतिक तथा



आफ्नो अनलाईन सर्वरमा एउटै PDF फाइल बनाएको रेकर्ड अस्पतालमा सुरक्षित राख्नु पर्नेछ ।
। बोर्डका कर्मचारीहरुबाट सो कागजातहरु माग भएको अवस्थामा अनिवार्य रूपमा
देखाउनु पर्नेछ ।

परिच्छेद ३

दाबी छानविन

५. बीमाको नियमित समीक्षा र छानविन: (१) सेवा प्रदायकले बीमितलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरे बापतको बीमा दाबीको नियमित छानविन गर्न बोर्डमा कार्यरत कर्मचारीहरु र बिषय विज्ञ सम्मिलित एक समूह रहने छ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको समूहले बीमितले लिएको सेवा वापत सेवा प्रदायकले दाबी गरेको रकमको प्रारम्भिक र नियमित छानविन गर्नुपर्नेछ ।

(३) दाबीको छानविन गर्दा सम्बन्धित बिषय विज्ञलाई संलग्न गराई छानविन गर्नुपर्नेछ ।

(४) चिकित्सकले Prescription अनिवार्य Generic Name मा मात्र गर्नु पर्नेछ । Generic Name वाहेकका दाबीहरु दाबी मुल्यांकनमा समावेश गरिने छैन ।

(५) कुनै क्षेत्र विशेष वा सेवा प्रदायक समूह विशेषको दाबीको समीक्षा वा छानविन गर्न बोर्डले बिषय विज्ञ समेतलाई संलग्न गरी देहायका विज्ञहरु गठन गर्न सक्नेछ ।

क. चिकित्सक

ख. फार्मासिस्ट

ग. नर्सिङ

घ. प्रयोगशाला

(ङ) रेडियोलोजि

(च) फिजियोथेरापि

परिच्छेद ४

दाबी समीक्षा तथा मूल्यांकन

६. सेवा प्रदान गरेको यकिन गर्नु : (१) स्वास्थ्य संस्थाबाट बीमितले सेवा लिएको यकिन गर्नु पर्ने छ ।



(२) उपदफा (१) बमोजिम सेवा लिएको व्यक्तिमा गर्दा देहाय बमोजिमको प्रकृया पुरा भएको हुनुपर्ने छः

(क) दाबी ऐनको दफा ५ र नियमावलीको नियम १७ अनुकूल भएको ।

(ख) बीमा योजनामा समावेश भएका व्यक्तिको हकमा मात्र दाबी गरिएको ।

(ग) पेश भएका दाबी ऐनको दफा ११ बमोजिम भएको ।

(घ) नियमावलीको नियम २१ अनुसार बीमा ब्यवस्थापन सूचना प्रणाली (आईएमआईएस) अन्तर्गत प्रबिष्टिकृत भएको ।

(ङ) बोर्डले निर्धारण गरे अनुसार सेवा, औषधि र औषधि जन्य सामग्री मूल्य-दरहरु भित्र रहेको।

(च) रोगको निदान (Diagnosis) अनुसारका परीक्षण, औषधि र उपकरणको दाबी भएको छ भन्ने यकिन गर्ने ।

७. **पूर्णदाबीको मूल्याङ्कन** सेवाप्रदायक स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त पूर्णदाबीको देहाय बमोजिम मूल्याङ्कन गर्नुपर्नेछ ।

(क) सरकारी सेवा प्रदायकले आर्थिक जाखिमको आधारमा गर्ने दाबीका सम्बन्धमा देहाय बमोजिम छानबिन गर्नु पर्नेछः

(१) प्रथम सेवा बिन्दुको हकमा रु ५०० सम्मको दाबी मध्ये, ५ प्रतिशत दाबी रेण्डम नमुना (Random sample) प्रक्रिया अनुसार छनौट गरी छानबिन गर्ने ।

(२) रु. ५०० भन्दा माथि रु १,५०० सम्मको दाबी मध्ये, १० प्रतिशत रेण्डम नमुना प्रक्रिया अनुसार छनौट गरी मूल्याङ्कन गर्ने ।

(३) रु. १,५०० भन्दा माथि रु ३,००० सम्मको दाबी मध्ये, २५ प्रतिशत दाबी रेण्डम नमुना प्रक्रिया अनुसार छनौट गरी मूल्याङ्कन गर्ने ।

(४) रु. ३,००० भन्दा माथि रु ५,००० सम्मको दाबी मध्ये ५० प्रतिशत दाबी रेण्डम नमुना (Random sample) प्रक्रिया अनुसार छनौट गरी मूल्याङ्कन गर्ने ।

(५) रु. ५,००० देखि माथिका दाबी हकमा सबै दाबी समीक्षा र मूल्याङ्कन गर्नु पर्नेछ ।

(६) रु. ५,००० देखि माथिका दाबी हकमा छानबिन भैसकेपछि ती दाबी मध्ये २ प्रतिशत दाबी रेण्डम नमुना प्रक्रिया अनुसार छनौट गरी शाखाप्रमुख वा तोकिएको अधिकृतबाट पुनः छानबिन (Cross Checking) गर्नु पर्नेछ ।

(ख) गैरसरकारीको हकमा

(१) रु. ३,००० सम्मको दाबी मध्ये, २५ प्रतिशत दाबी रेण्डम नमुना प्रक्रिया अनुसार छनौट गरी मूल्याङ्कन गर्ने । साथै रु ३,००० भन्दा माथिका दाबीको हकमा सबै दाबी मूल्याङ्कन गर्नुपर्ने छ ।



- (२) रु.३,००० देखि माथिका दाबीको हकमा मूल्याङ्कन भैसकेपछि ती दाबी मध्ये २ प्रतिशत दाबी रेण्डम नमुना प्रक्रिया अनुसार छनौट गरी शाखाप्रमुख वा तोकिएको अधिकृतबाट पुनः छानबिन (Cross Checking) गर्नु पर्नेछ ।
- (ग) प्रारम्भिक छानबिनको क्रममा थप बुझ्नुपर्ने देखिएमा शाखाका प्रमुखले लिखित रूपमा बुझी सो दाबीको बिषयमा आफ्नो राय सहित दाबी शाखा मार्फत बीमा दाबी समीक्षा र मूल्याङ्कन समितिमा पेश गरी सो को अभिलेख राख्नुपर्नेछ ।
- (घ) छानबिनको क्रममा कुनै दाबी अस्वभाविक वा शंका उत्पन्न भएमा ब्यवस्थापनको निर्णयानुसार कारण सहित बीमा दाबी समीक्षा तथा मूल्याङ्कन समितिमा पेश गर्नुपर्नेछ ।
- (ङ) छानबिन समाप्त भएका दाबीहरुको अभिलेख आईएमआईएस प्रणाली मा राख्नुपर्नेछ ।
- (च) अस्वीकृत दाबीहरुको अभिलेख आईएमआईएस प्रणाली मा राख्नुपर्नेछ ।
- (छ) छानबिनको क्रममा बिरामी र सेवाप्रदायकको गोप्यता कायम राख्नु प्रत्येक छानबिन कर्ताको कर्तव्य हुनेछ ।

परिच्छेद ५

बीमा दाबी समीक्षा तथा मूल्याङ्कन समिति

८. बीमाको दाबी समीक्षा तथा मूल्याङ्कन समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार (१) नियमावलीको नियम २७ बमोजिम गठीत दाबी मूल्याङ्कन समितिको काम, कर्तव्य र देहाय बमोजिम हुनेछ ।
- (क) दाबी छानबिन समूहले दाबीको भुक्तानी गर्ने प्रकृयाको सम्बन्धमा कुनै विवाद देखि दाबी समीक्षा र मूल्याङ्कन समितिमा पठाएको बिषयमा छानबिन गरी सिफारिस गर्ने ।
- (ख) दाबी छानबिन गर्दा निदान वा उपचारको प्राविधिक र आर्थिक पक्षको नैतिकता तथा औचित्यताको आधारमा बिश्लेषण र मूल्याङ्कन गर्ने ।
- (ग) बीमित र सेवाप्रदायकको उजुरी शिकायत सम्बन्धमा छानबिन गरी बोर्डलाई राय परामर्श दिने ।
- (घ) बीमित र सेवाप्रदायकको हकमा पृष्ठपोषण (Feedback) प्रदान गर्ने, लिने- दिने ।
- (ङ) दाबी मूल्याङ्कन को सम्बन्धमा राय परामर्श दिने ।
- (च) छानबिन समूहले गरेको कामको अनुगमन, मूल्याङ्कन र सिफारिस गर्ने ।
- (छ) ऐनको दफा ३१ बमोजिम प्राप्त उजुरीको सम्बन्धमा सुझाव मागेमा बोर्डलाई सुझाव दिने ।



(ज) कुनै सेवा प्रदायक वा स्वास्थ्य कर्मिले कुनै झुठ्ठा विवरण पेश गरेको वा स्वास्थ्य सेवाको नैतिक मूल्य विपरित दाबी गरेको फेला परेमा त्यस्तो सेवा प्रदायक वा स्वास्थ्य कर्मिलाई कारबाहीको लागि सिफारिस गर्ने ।

(झ) दाबीका सम्बन्धमा छानविन गर्न अन्य आवश्यकता अनुसार स्वास्थ्य संस्थाहरुको स्थलगत अनुगमन गर्ने गराउने ।

(ञ) बीमा दाबी ब्यवस्थामा गर्नु पर्ने सुधारका सम्बन्धमा गर्न बोर्डलाई आवश्यक राय परामर्श दिने ।

(२) समितिको बैठक कम्तिमा तीन महिनामा एक पटक बस्नु पर्नेछ ।

(३) समितिको बैठक बोर्डले ताकेको सदस्य सचिवले संयोजकको निर्देशनमा बोलाउनु पर्नेछ ।

(४) दाबी समीक्षा तथा मूल्याङ्कन समिति बोर्ड प्रति जवाफदेही हुनेछ ।

परिच्छेद ६

दाबीको लागि आवश्यक विवरण, मूल्याङ्कन का आधार र सदर नहुने अवस्था

९. **दाबीको लागि आवश्यक विवरण:** दाबीकर्ता सेवाप्रदायकले आफ्नो अस्पतालमा अनुसूचि २ उल्लेखित अभिलेखहरु, कागजातहरु दुरुस्त राख्नुपर्ने छ ।
१०. **दाबी मूल्याङ्कन का आधार:** दाबी समीक्षा र मूल्याङ्कन गर्दा अपनाउनु पर्ने कार्यविधि सम्बन्धित विधा अन्तर्गत तोकिएका स्तरीय उपचार प्रोटोकल (Standard Treatment Protocol) र स्तरीय कार्यसंचालन प्रक्रियामा (Standard Operating Procedure) उल्लेख भए बमोजिम हुनेछ ।
११. **बीमा दाबी अन्तर्गत सदर नहुने कार्यहरु:** (१) ऐन, नियमावली तथा यस कार्यविधि विपरित गरिएका दाबीको भूक्तानी गरिने छैन । साथै कुनै सेवाग्राही वा सेवा प्रदायकबाट गैरजिम्मेवारीपूर्ण गतिविधि गरेको पाइएमा त्यस्ता सेवाग्राही वा सेवा प्रदायकलाई प्रचलित कानून बमोजिम कारबाही समेत गरिनेछ ।
१२. निदान भएको एक प्याकेजको सेवा प्रदान गरी अर्को प्याकेजको रकम दाबी गरेमा बदर हुनेछ ।
१३. **कारबाहीको लागी लेखि पठाउने** (१) सेवा प्रदायकले बीमितलाई सेवा प्रदान नगरेमा, सेवा प्रदान गर्न ढिला सुस्ती गरेमा वा निर्धारित सेवास्तर भन्दा न्यून गुणस्तरको सेवा दिएमा ऐनको दफा ३२ बमोजिम समितिले बोर्डमा सिफारिस गर्न सक्नेछ ।
(२) सेवाप्रदायकले झुठ्ठा दाबी पेश गरेमा वा जालसाँजीपूर्ण कार्य गरेमा वा यो निर्देशिका विपरितका गतिविधि गरेको पाइएमा समितिले बोर्डमा देहाय बमोजिमको कारवाही गर्न समेत सिफारिस गर्न सक्नेछ ।



(क) ऐन नियम र निर्देशिका विपरित गतिविधिमा संलग्न सेवा प्रदायलाई सूचिबाट हटाउने वा नवीकरण रद्द गर्ने ।

(ख) ऐन नियम र निर्देशिका विपरित गतिविधिमा सेवा प्रदायक संस्थामा कार्यरत कुनै स्वास्थ्यकर्मी, फार्मासिस्ट, प्रयोगशालामा काम गर्ने प्राविधिक वा अन्य कर्मचारीहरू संलग्न भएको पाइएमा निजहरूलाई कारबाहीको लागि सम्बन्धित नियामक निकाय वा अधिकारी समक्ष लेखि पठाउन सक्नेछ ।

(घ) बोर्डको कुनै कर्मचारी ऐन, नियम र यो निर्देशिका विपरितको कुनै क्रियाकलापमा संलग्न भएको पाइएमा प्रचलित कानून बमोजिम कारवाहीका लागि सम्बन्धित अधिकारी समक्ष लेखि पठाउन सक्नेछ ।

परिच्छेद ७

नियन्त्रण, सीमा

१४. **प्रथम सेवा विन्दु र प्रेषण पूर्जा** (१) यो कार्यविधि लागू भएपछि ऐनको दफा ५ बमोजिम बीमितले प्राप्त गर्ने सेवाको लागि प्राथमिक सेवा केन्द्र वा आधारभूत वा पालिका अस्पताल नै प्रथम सेवा विन्दु हुनेछ।
- (२) बीमितले आकस्मिक परेको अवस्था बाहेक प्राथमिक सेवा केन्द्र वा आधारभूत वा पालिका अस्पतालबाट अनिवार्य रूपमा प्रेषण पूर्जा लिएर मात्र रिफरल र विशिष्टीकृत अस्पतालमा सेवा लिन सक्नेछन् ।
१५. **सेवा र औषधिको सीमा निर्धारण:** केही सेवा, प्रयोगशाला र रेडियोलोजिकल परिक्षणमा र औषधि वितरणमा आईएमआईएस प्रविधिबाटै सीमा तोकिएको छ । सो भन्दा बढी दाबी गर्न सकिने छैन ।
१६. **दाबीको भुक्तानी नहुने:** आकस्मिक, बहिरंग वा अन्तरंग जुनसुकै सेवाको पनि चिकित्सकले निदान (Diagnosis) गरेको रोग र समस्याका आधारमा गरिएको बिलिंगलाई मात्र मान्यता दिइनेछ। यदि निदानसंग असम्बन्धित परीक्षण, औषधि र प्रोसिड्युरको बिलिंग गरिएको पाइएमा सो दाबीको भुक्तानी हुने छैन ।
१७. **औचित्यपूर्ण प्रेस्कृप्सन:** चिकित्सकले औचित्यपूर्ण प्रेस्कृप्सन (Rationale Prescription Pattern) प्रणालीको अवलम्बन गर्नुपर्ने छ ।
१८. **प्याकेजको भुक्तानी:** (१) यस कार्यविधिमा उल्लेखित मेडिकल म्यानेजमेन्ट अन्तर्गतको बेड वापत प्रतिदिन रु २५० भन्दा बढी दाबी गर्न पाइने छैन ।



(२) बहिरंग सेवा बाट अन्तरंग सेवामा भनी भन्दा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रको हकमा बहिरंग सेवा शुल्क रु. ५० र अस्पतालको हकमा बहिरंग सेवा शुल्क रु. ५० सहित प्रतिदिन बेड वापत प्रतिदिन रु २५० भन्दा बढी गर्न पाइने छैन ।

(४) एक भन्दा बढी रोग लागेको बीमितले लिएको सेवा बापत बीमा दाबी गर्दा जुन रोगको उपचार बढी अवश्यक भई मुख्य उपचार गरिएको हो सोही रोगको प्याकेजको मात्र दाबी गर्न सकिने छ ।

(५) सर्जरीको हकमा एक भन्दा बढी प्रोसिड्युर गरिएको रहेछ भने पहिलो प्रोसिड्युरको सत प्रतिशत र दोश्रो प्रोसिड्युरको हकमा ५० प्रतिशत रकम मात्र दाबी गर्न सकिनेछ ।

(६) Medical Management को हकमा एक भन्दा बढी रोगको उपचार गरिएको रहेछ भने पहिलो रोगको सत प्रतिशत र दोश्रो रोगको हकमा उपचार गरे वापतको ५० प्रतिशत रकम मात्र दाबी गर्न सकिनेछ । ।

(७) Discharge Medicine को हकमा छुट्टै दावी गर्न पाईनेछ ।

(८) अरु सहयोगी र निदानात्मक सेवाको हकमा पनि सोही सर्जिकल म्यानेजमेन्टको मात्र दाबी गर्न सकिनेछ ।

१९. **दोहोरो भुक्तानी नगरिने:** विपन्नले प्राप्त गर्ने सुविधा अन्तर्गत सुचिकृत क्यान्सर, मृगौला, मुटुरोग, मानसिक रोग जस्ता सेवा उपलब्ध गराउने अस्पतालहरुबाट उक्त सेवा प्रदान गरेकोमा सोही रोगको उपचारका लागि तोकिएको निकायमा सोधभर्ना माग गर्नु पर्नेछ । बीमाको सेवा सूबिधा सूचिकृत भएका संस्थाहरुको नामावली र सेवाको बिबरण नीति योजना शाखाले दाबी शाखालाई उपलब्ध गराउनेछ ।

२०. **निःशुल्क कार्यक्रम:** सरकारद्वारा निःशुल्क भनि सञ्चालनमा रहेका देहायका कार्यक्रम अन्तर्गतका सेवाको हकमा सेवा प्रदायक संस्थाले स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय अन्तर्गतका सम्बन्धित संस्थाबाटै सोधभर्ना लिनुपर्ने छ ।

(क) नेपाल सरकारले निःशुल्क सेवा प्रदान गरेका कार्यक्रमहरु जस्तै: आमा सुरक्षा कार्यक्रम, बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम, क्षयरोगको निदान तथा उपचार, कुष्ठरोगको निदान तथा उपचार, औलो रोगको निदान तथा उपचार, कालाजार रोगको निदान तथा उपचार, हात्तीपाइले रोगको निदान तथा उपचार तथा नेपाल सरकारले निःशुल्क निदान तथा उपचार गर्ने भनी तोकेका विभिन्न सरूवा रोगहरु,

(ख) नेपाल सरकारद्वारा संचालित खोप सेवा, परिवार नियोजन सेवा, सुरक्षित मातृत्व लगायत अन्य जनस्वास्थ्य सेवा अन्तर्गतका कार्यक्रमहरु,

(ग) महामारी रोगको नियन्त्रण, रोकथाम, निर्मूलन र उन्मुलनमा गरिने सेवाहरु,

(घ) सामुहिक भवितव्य, दुर्घटना, महामारी, आपतकालीन सेवा, सर्पदंश, कुकुरको टोकाई आदि,



ड) योग, पोषण शिक्षा, बानी व्यहोरा सुधार, मस्य सामाजिक परामर्श जस्ता प्रबर्द्धनात्मक सेवा,
(च) आधारभूत स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गत पर्ने औषधि तथा प्रोसिड्युर।

२१. **समावेश गर्न नपाइने:** सर्जरी प्याकेजमा समावेश भएका Pre-Operative Investigation बापतको रकम छुट्टै प्याकेज दाबी गर्न पाइने छैन।
२२. बीमितको परिचयपत्र समाप्त भएको र नवीकरण भएको खण्डमा वा बीमितको परिचयपत्र समाप्त भएको र नवीकरण नभएको खण्डमा अनुसूचि ५ अनुसार गर्नुपर्नेछ।

परिच्छेद ८

सह-भुक्तानी

२३. **सह-भुक्तानी (Co-payment) व्यवस्था:** (१) सह-भुक्तानी प्रणाली लागू गर्ने कार्यविधि, २०८० बमोजिम सह-भुक्तानीको व्यवस्था लागू हुने स्वास्थ्य सेवाहरु: सरकारी अस्पतालबाट प्रदान गरिने बहिरंग सेवा, अन्तरंग सेवा, निदानात्मक सेवा, उपचारात्मक सेवा, शल्यक्रिया सेवा, फिजीयोथेरापी सेवा, पुनः सेवा उपयोग आदिमा १०% (दस प्रतिशत) सह-भुक्तानीको व्यवस्था लागू हुनेछ। १५ बेड भन्दा कमको अस्पतालमा विशिष्टीकृत सेवा प्रदान गरिएकोमा १० प्रतिशत सहभुक्तानी लागू हुनेछ।
- (२) उपदफा (१) बमोजिमको सह भुक्तानी प्रणाली लागूहुने सेवा प्रदान गरेको सरकारी बाहेकका अस्पतालहरूको हकमा २०% (बीस प्रतिशत) सह-भुक्तानीको व्यवस्था लागू हुनेछ।

परिच्छेद ९

आन्तरिक र विशेष मूल्याङ्कन

२४. **आन्तरिक समीक्षा तथा मूल्याङ्कन गर्नु पर्ने:** (१) स्वास्थ्य बीमा आबद्द प्रत्येक सेवा प्रदायककले आफ्नो संस्थाबाट पेश भएका दाबीहरु, ऐन, नियम तथा निर्देशिका बमोजिम भए नभएको यकिन गर्न हरेक महिनाको एक पटक आन्तरिक समीक्षा तथा मूल्याङ्कन गर्नु पर्नेछ।
- (२) आन्तरिक समीक्षा र मूल्याङ्कन मा कुनै त्रुटी कमजोरी भएको अवस्थामा सो को सुधारका लागी बीमा बोर्डमा तत्काल जानकारी गराउनु पर्नेछ।
- (३) यसरी गरेको आवधिक समीक्षा र मूल्याङ्कन को लिखित अभिलेख राख्नु पर्नेछ।
२५. **दाबीको विशेष मूल्यांकन:** सेवा प्रदायकले गरेका दाबी मध्ये अनुसूची ४ मा उल्लेखित अवस्थामा विशेष मूल्याङ्कन गरी त्यस्तो संस्थालाई निगरानीमा राख्न सकिनेछ।



२६. **स्थलगत निरीक्षण** (१) बीमा दाबी समीक्षा तथा मूल्याङ्कन समितिले अनुसुचि ३ मा उल्लेखित बिषय र देहायको अवस्थामा विशेष जाँच टोली खटाई सेवा प्रदायकबाट पेश भएका दाबीहरुको स्थलगत निरीक्षण र परीक्षण गर्न सक्नेछ ।

(क) दाबीको संख्या अस्वभाविक रुपले बढेको पाइएमा,

(ख) रु ५,००० र सो भन्दा बढी रकमका दाबीहरुको संख्या अस्वभाविक रुपले बढेको पाइएमा,

(ग) परीक्षणको दाबी अस्वभाविक रुपले बढेको पाइएमा,

(घ) निदान गरिएको रोग र प्रदान गरिएका औषधि बीच तालमेल नभएमा,

(ङ) औषधिको दाबी अस्वभाविक रुपले बढेको पाइएमा,

(च) महिनाको कूल दाबी अस्वभाविक रुपले बढेको पाइएमा,

२७. **विशेष परीक्षण:** दफा २३ अनुसारको विशेष परीक्षण गर्दा देहायको विधि प्रयोग गरिनेछ ।

(क) प्रमाण संकलन र सेवा प्रदायकले प्रदान गरेका सेवा र वित्तीय प्रतिबेदनहरुको विश्लेषण ।

(ख) निदानात्मक परीक्षणहरु (STP, Case Management Guideline) विवेकपूर्ण र औचित्यतापूर्वक (Rationale Prescribing Pattern) विश्लेषण ।

(ग) औषधिको सिफारिस (STP, Case Management Guideline) विवेकपूर्ण र औचित्यपूर्वक (Rationale Prescribing Pattern) भए नभएको विश्लेषण ।

(घ) अन्य सामाग्रीको विवेकपूर्ण प्रयोग भए नभएको,

(ङ) छानिएका सेवाग्राहीबाट सूचना संकलन र विश्लेषण,

(च) सेवा प्रदायकले प्रदान गरेका सेवा बिरामीले पाए नपाएको यकिन गर्न बिरामीसंग प्रत्यक्ष वा परोक्ष रुपमा सोधपुछ,

(छ) सेवाप्रदायक संस्थाका प्रमुख, चिकित्सक, बीमा सम्पर्क व्यक्ति, लेखा प्रशासनसंग सोधपुछ तथा अन्तवार्ता,

(घ) अन्य कुनै उपयुक्त विधि।

परिच्छेद १०

दाबी पेश गर्ने प्रक्रिया

२८. **दाबी प्रबिष्ट:** सेवा प्रदायकले अनिवार्य रुपमा बीमा ब्यवस्थापन सूचना प्रणाली (आईएमआईएस) मा Real time मा दाबी प्रबिष्ट गर्नु पर्नेछ ।

२९. **अनिवार्य रूपमा राख्नु पर्ने:** सेवा प्रदायकले दाबी प्रबिष्ट गर्दा अनुसूचि २ बमोजिमका कागजातहरू अस्पतालमा नै राखी सो को आधारमा मात्र आईएमआईएस मा माग दाबी गर्नुपर्नेछ । बोर्डका कर्मचारीहरुबाट सो कागजातहरू माग भएको अवस्थामा अनिवार्य रूपमा देखाउनु पर्नेछ ।
३०. **अस्पतालको विलिड :** OPD मा चिकित्सकसंग जाँच भइसक्नासाथ सो OPD टिकटमा उल्लेखित प्रिष्कृप्सनको तुरुन्त फोटो खिची आफ्नो अस्पतालको विलिड सफ्टेयरमा अपलोड गरी राख्नु पर्नेछ ।
३१. **कागजात माग गर्ने मानक:** दाबी मूल्यांकन गर्दा कुनैपनि प्रमाण नपुगेमा, अथवा दाबी रुजु गर्न कागजात आवश्यक परेमा दाबी मूल्यांकन शाखामा कार्यरत कर्मचारीले कागजात माग गर्न सक्नेछ ।
३२. **कागजात माग गर्ने प्रक्रिया:** कागजातहरू माग गर्दा आधिकारिक पत्र, फोन सम्पर्क अथवा इमेल जुनसुकै माध्यमबाट माग गर्न सकिनेछ । सम्बन्धित कागजातहरू माग गर्नका लागि सूचना प्रविधि शाखासंग समन्वय गरी संस्थाहरुले माग भएका कागजातहरू पेश गर्नका लागि डिजिटल प्लेटफर्म निर्धारण गरि सहजिकरण गरिनेछ ।
३३. **कागजात प्रस्तुत गर्ने समय सीमा:** कागजातहरू पेश बिरामी Discharge भएकै समयमा (Real Time) गरि सक्नु पर्नेछ ।
३४. **कागजातहरूको प्राप्ति र समीक्षा:** कागजातहरू प्राप्त भएपछि तिनीहरूको समीक्षा गरिन्छ र दाबीको अन्तिम निर्णय लिइन्छ । यदि थप जानकारी आवश्यक भएमा पुनः थप कागजात माग गर्न सकिनेछ ।
३५. **कागजात प्रस्तुत नगरेको अवस्थामा:** यदि सम्बन्धित पक्षले कागजातहरू समयमै पेश गर्न नसकेमा दाबी अस्वीकृत गर्न सकिनेछ । कुनै पनि संस्थाले बारम्बार आवश्यक कागजातहरू पेश गर्न असमर्थ भएमा कारण स्पष्ट गर्न एक पटक पत्राचार गरिने तथा आवश्यक परेमा अनुगमन समेत गरी सोही अनुसार कारवाही प्रक्रिया अगाडी बढाइनेछ ।
३६. **दाबीको अन्तिम निस्कर्ष:** सम्पूर्ण कागजातहरूको समीक्षा पश्चात दाबीको स्वीकृति वा अस्वीकृति निर्णय गरिनेछ ।

परिच्छेद ११

विविध

३७. **बीमितले उजुरी गर्न सक्ने:** कुनैपनि बीमितले सेवा प्रदायकबाट सेवा लिने क्रममा कुनै असन्तुष्टी वा सेवा सम्बन्धमा कुनै पनि शंका भएमा बोर्डमा कुनैपनि माध्यमबाट उजुरी गर्न सक्नेछ ।





दाबीकर्ता सेवाप्रदायकले दाबी प्रबिष्ट गर्दा पेश गर्नुपर्ने विवरण

१. सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुले बिरामीको रजिष्ट्रेशन नम्बर, प्रिस्कृप्सनमा नाम, थर, उमेर ठेगाना, क्लेम कोड, बीमा नम्बर (NHSI), मिति, Visit Type, बीमितको मोबाइल नम्बर, नीजको नभएमा नजिकको व्यक्तिको मोबाइल नम्बर अनिवार्य रूपमा उल्लेख भएको हुनुपर्छ साथै रिफर विरामीको हकमा स्वास्थ्य बीमा बोर्डले प्रदान गरेको रिफर कोड सहित कारण खुलायर रिफर गर्ने र गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम र NMC N आईएमआईएस को ड्यासबोर्डमा अनिवार्य राख्नु पर्नेछ ।
२. बीमितको पुरा नामथर र ठेगाना नीजि सम्पर्क फोन नम्बर वा सम्पर्क गर्न सकिने फोन नम्बर (निवास वा मोबाइल) सम्भव भएमा इमेल समेत ।
३. स्वास्थ्य बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा उल्लेखित अन्य विवरण अनिवार्य भर्नुपर्नेछ ।
४. ICD 11 अनुसारको सेवाको निदान ।
५. अन्य विवरण तोकिए बमोजिम हुनेछ ।



अस्पतालमा राख्नु पर्ने बीमा सम्बन्धि आवश्यक कागजात

- (क) उपचारको वील
- (ख) उपचारको डिस्चार्ज वा समरीसिट
- (ग) ओ पि डी/ इमर्जेन्सी कार्ड
- (ध) अन्तरंग विभागको बिरामीको रेकर्ड
- (ङ) ICU/NICU/CCU मा भर्ना भएका बिरामीको हकमा प्रत्येक दिनको Complete Nursing Chart/Nursing Cardex,
- (च) शल्यक्रिया गरेको खण्डमा स्पष्ट खुल्ने गरी OT Note र Discharge Summary,
- (छ) Discharge भएपछि उपचारको डिस्चार्ज वा समरीसिट समावेश गर्नुपर्नेछ। सो सिटमा ICU/CCU/NICU मा कति दिन बसेको र General/Ortho/Paediatric/Gyne आदि वार्डमा कति नंबर बेडमा कति दिन बसेको हो सो बारे स्पष्ट खुलाइएको हुनुपर्नेछ,
- (ज) प्राथमिक चिकित्सा अधिकारीद्वारा हस्ताक्षर गरिएको कुनैपनि प्रक्रियात्मक (Procedural)/Operation Note र साथमा प्राथमिक चिकित्सा अधिकारीको परिषद दर्ता नम्बर,
- (झ) निदानको क्रममा गरिएका परीक्षणको सूची,
- (ञ) CT Scan/MRI आदिको अनुरोध फाराममा दुई जना चिकित्सकको NMC No. अनिवार्य रूपमा राख्ने,
- (ट) उपयोग गरिएको प्रक्रियात्मक (Surgical Procedure) अपरेशनको रेकर्ड र रेकर्डमा सर्जनको दस्तखत र परिषद दर्ता नम्बर,
- (ठ) प्रयोगमा आएका औषधिमा भएको खर्चको वील,
- (ड) बोर्डले समय समयमा तोकेका अन्य कागजातहरू ।



सेवा प्रदायकले गर्न नहुने काम कारवाहीहरू

- (क) बहिरंगको बिरामीलाई अन्तरंग बनाउन,
- (ख) अस्वभाविक दैनिक उपचार सेवा प्रदान गर्न
- (ग) बढी मूल्यको प्याकेज वा अस्वभाविक मूल्य राख्न
- (घ) आवश्यक नभएको अवस्थामा एक भन्दा बढी बहिरंगको बिरामीलाई अन्तरंगमा परिवर्तन गर्न,
- (ङ) आवश्यक भन्दा बढी प्याकेजको सेवा दिइएको भनी दाबी गर्न,
- (च) बढी मूल्य लिने उद्देश्यका साथ महँगो प्याकेज दाबी गर्न,
- (छ) बीमितको कार्ड अप्रासंगिक बिरामीले दुरुपयोग गर्न,
- (ज) अस्पतालबाट डिस्चार्ज पछिको औषधि सेवा प्रदान नगर्न,
- (झ) Surgical management case लाई Surgeries भनी दाबी गर्न,
- (ञ) अस्पताल र बीमित कार्डधारी बीच मिलेमतो गर्न,
- (ट) रोगको निदान हुन नदिने गरी अस्वभाविक गतिविधि गर्न,
- (ठ) सुविधा नभएको सेवा वापत दाबी गर्न,
- (ड) General bed मा गरिएको उपचार ICU मा गरेको देखाई बीमा दाबी गर्न,
- (ढ) अधिक आम्दानीको मनसाय राखेर ICU मा लामो समयसम्म राख्न,
- (ण) आवश्यक नभएको निदान गराएमा वा गराउन बाध्य बनाउन,
- (त) बढी आम्दानीको मनसायले नचाहिदो Surgeries/procedures गर्न वा General surgery लाई Major Surgery भनि झुक्याउन,
- (थ) बीमितलाई अपमानित तथा विभेद हुने किसिमका कुनै पनि गतिविधि,
- (द) अन्य यस्तै गतिविधि गर्न ।



दाबीको विशेष मूल्याङ्कन गरिने अवस्था

- (क) रु ५,००० र सो भन्दा बढी रकमका दाबीहरुको संख्या अस्वभाविक रुपले बढेको पाइएमा,
- (ख) संस्थामा गरिएको परीक्षणको दाबी अस्वभाविक रुपले बढेको पाइएमा,
- (ग) दाबीहरुको संख्या अस्वभाविक रुपले बढेको पाइएमा,
- (घ) निदान गरिएको रोग र प्रदान गरिएका औषधि बीच तालमेल नभएमा,
- (ङ) औषधिको दाबी अस्वभाविक रुपले बढेको पाइएमा,
- (च) महिनाको कूल दाबी अस्वभाविक रुपले बढेको पाइएमा,
- (छ) बीमामा सहभागीता कम तर दाबी धेरै भएमा,
- (ज) अस्पतालले अस्वभाविक रुपमा बढी भर्ना भएको रिपोर्ट देखाएमा,
- (झ) अस्पतालले अस्वभाविक रुपमा बढी Daycare Treatment भर्ना भएको रिपोर्ट देखाएमा ।
- (ञ) अस्वभाविक उच्च औसत दाबी भएमा ।
- (ट) Loop- sided medical management vs surgeries ratio चाहिने भन्दा लामो समयसम्म वार्ड वा आई.यु.सी. मा बढी दाबीको मनसायले राखिएको पाइएमा ।
- (ठ) नचाहिने निदान (CTScan or MRI) जस्तो महँगो खालको परीक्षण धेरै पटक गराएको पाइएमा ।
- (ड) दाबीको मनसायले अनावश्यक Surgery/Procedure गरिएमा वा सामान्य Surgery लाई Major Surgery को मागदाबी गरिएमा ।
- (ढ) अस्वभाविक रूपमा Bed to Occupancy Ratio दाबी गरिएमा High Occupancy to Bed Ratio रोगको उपचार जिल्ला प्रदेशको स्वास्थ्यको प्रोफायलसंग नमिलेमा ।
- (ण) बीमित बिरामिका लागि मात्र भनेर छुट्टै चिकित्सक राखेको पाइएमा ।



पोलिसी समाप्त हुने अवस्था र पोलिसी नविकरण भएको खण्डमा वा पोलिसी समाप्त हुने अवस्था र नविकरण नभएको खण्डमा

क) पोलिसी समाप्त हुने अवस्था र पोलिसी नविकरण भएको खण्डमा

अवस्था १:

- सुबिधा थैलीमा Package नभएको खण्डमा Per Day Hospitalization दाबी गर्ने ।
- पुरानो पोलिसीको अन्तिम मितिसम्मको पुरानो पोलिसीमा दाबी गर्ने र नयाँ पोलिसीको सुरुवात मितिदेखि नयाँ बाटनै दाबी गर्ने।
- पुरानो पोलिसीको अन्तिम मितिमा दाबी गर्दा Discharge Summary नहुने भएकाले, दाबी गर्दा Explanation मा सोही अनुसार खुलाउने।

अवस्था २:

- सुबिधा थैलीमा Package भएको खण्डमा Package मै दाबी गर्नुपर्ने ।
- नयाँ पोलिसीको सुरु मितिलाई Visit Date From बनाएर, डिस्चार्जको मिति Visit Date To राखी दाबी गर्ने।
- Visit Date From बिरामी आएको मिति नभई नयाँ पोलिसीको सुरुवात मिति राखिएकाले दाबी गर्दा Explanation मा सो कुरा खुलाउने।
- Real-Time को कार्यविधि अनुसार बिरामी डिस्चार्जको समयमा दाबी गर्नु पर्ने भएकाले डिस्चार्जको समयमा Active रहेको पोलिसीबाटनै दाबी गर्नु पर्ने छ।

ख) पोलिसी समाप्त हुने र नविकरण नभएको खण्डमा

अवस्था १:

- सुबिधा थैलीमा Package नभएको खण्डमा Per Day Hospitalization दाबी गर्नु पर्ने।
- बिरामीको पोलिसी सकिने अन्तिम मितिसम्म लागेको खर्च दाबी गर्दा Discharge Summary सहित सम्पूर्ण कागजात पेश गर्नुपर्ने र सो दिन पछि लागेको खर्च बिरामीले स्वयमले व्यहोर्नु पर्ने।

अवस्था २:

- सुबिधा थैलीमा Package भएको खण्डमा Package मै दाबी गर्नुपर्ने हुन्छ ।

ग) बीमितको बीमा थैलीमा पर्याप्त रकम नभएमा: अपुग रकम बीमितसँग नगद लिएर सेवा दिनु पर्नेछ र सह भुक्तानी लागू हुने अवस्थामा Available balance को मात्र सह भुक्तानी लिनु पर्नेछ।