

बीमा दावी समिक्षा तथा मुल्यांकन कार्यविधि, २०७८

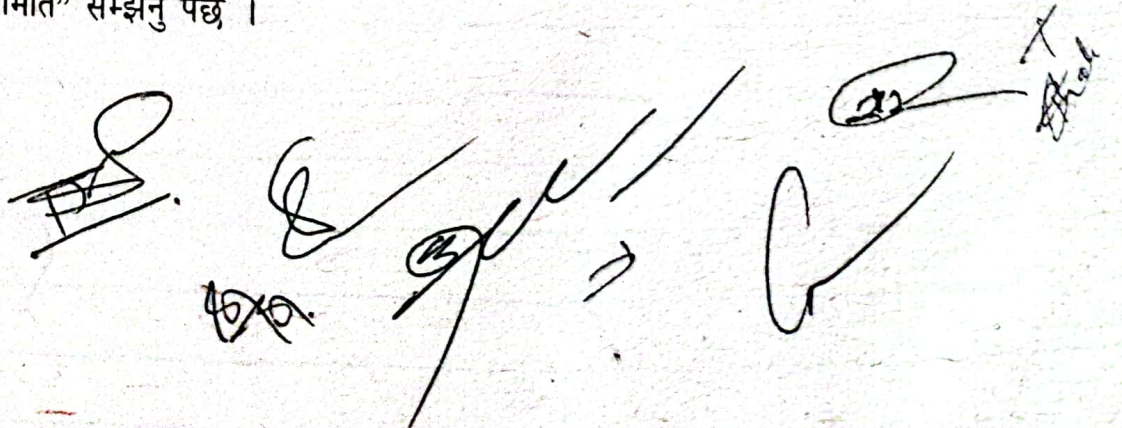
प्रस्तावना

सेवा प्रदायक संस्थालाई दावी अन्तर्गत उल्लेख गरीएका उपचारको विवरण र रकम भुक्तानी गर्ने प्रकृत्यालाई सहज र सरल बनाउदै स्वास्थ्य बीमा बोर्डले निर्धारण गरेको मापदण्ड बमोजिम सुनिश्चितता गर्न, स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा ४१ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी स्वास्थ्य बीमा बोर्डले देहायको बीमा समिक्षा तथा मुल्यांकन कार्यविधि, २०७८ स्वीकृत गरी लागु गरेको छ ।

परिच्छेद १

प्रारम्भिक र परिभाषा

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ: (१) यस कार्यविधिको नाम बीमा दावी समिक्षा तथा मुल्यांकन कार्यविधि, २०७८ रहेको छ ।
(२) यो कार्यविधि बोर्डले स्वीकृत गरेको मिति देखि प्रारम्भ भएको मानिने छ ।
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 गठित स्वास्थ्य बीमा बोर्ड सम्झनुपर्छ ।
 - (घ) "सेवा प्रदायक" भन्नाले सेवा उपलब्ध गराउन ऐनको दफा २ (ठ) बमोजिम सम्झौता गरेका स्वास्थ्य संस्था सम्झनु पर्छ ।
 - (ङ) "बीमित" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभागी भई योगदान रकम (प्रिमियम) भुक्तान गर्ने परिवार सम्झनु पर्छ ।
 - (च) "सेवा" भन्नाले ऐनको दफा ५ बमोजिम बीमितले प्राप्त गर्ने सेवा सम्झनु पर्छ ।
 - (छ) "समिति" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा नियमावलीको नियम २७ बमोजिम बोर्डबाट गठित "दावी समिक्षा र मुल्यांकन समिति" सम्झनु पर्छ ।



परिच्छेद २

दाबी समिक्षा तथा छानबिन

३. बीमा दाबीको नियमित समिक्षा तथा छानबिन: (१) बीमितले लिएको सेवाबापत स्वास्थ्य संस्थाले सोधभर्नाको लागि मागदाबी गरेको रकमको छानबिन गर्न बोर्डमा कार्यरत स्वास्थ्य विज्ञानका विविध विधामा विज्ञता रहेको कर्मचारीहरूको समूह रहनेछन ।
- (२) कुनै पनि दाबीउपर मुल्यांकन गर्दा आवश्यकता अनुसार सम्बन्धित विधाका विज्ञको छानबिनमा संलग्नता भएको हुनु पर्नेछ । तर कुनै खास विधासंग सम्बन्धित दाबी नरहेको अवस्थामा त्यस्तो क्षेत्रको विज्ञको संलग्नता अनिवार्य भने हुने छैन ।
- (३) विज्ञहरूको समुह मध्येबाट कुनै क्षेत्र विशेष वा सेवा प्रदायक समूह विशेषको आधारमा दाबी समिक्षा तथा छानबिन कार्यक्षेत्र तोकिएको उपसमूहहरू गठन हुन सक्नेछन ।

परिच्छेद ३

दाबी व्यवस्थापन शाखाको काम, कर्तव्य र अधिकार

४. दाबी व्यवस्थापन शाखाको काम, कर्तव्य र अधिकार: (१) स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट बीमितले लिएको सेवाबापत स्वास्थ्य संस्थाले सोधभर्नाको लागि मागदाबी गरेको रकम सम्बन्धि छानबिन र त्यस्तो सेवा वास्तवमै प्रदान गरेको एकिन गर्नु मुख्य कर्तव्य हुनेछ । यस प्रक्रिया अन्तर्गत मुख्यरूपमा देहायका बिषयबस्तु उपर एकिन गर्नु पर्नेछ :
- (क) सेवाप्रदायकबाट ऐनको दफा ५ मा उल्लेखित सुविधामात्र संलग्न गरीएका छन भन्ने यकिन गर्ने ।
- (ख) बीमा योजनामा समावेश भएको व्यक्तिको मात्र दाबी गरेको छ भन्ने यकिन गर्ने ।
- (ग) पेश हुन आएका दाबीहरू ऐनको दफा ११ बमोजिम भएको छ भन्ने यकिन गर्ने ।
- (घ) नियमावलीको नियम २१ अनुसार बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तर्गत दाबी प्रविष्टि गरिएको छ भन्ने यकिन गर्ने ।
- (ङ) दाबी अन्तर्गत उल्लेख गरिएका बिषयबस्तु र सेवाको मूल्य/दरहरू बोर्डले निर्धारण गरे अनुसार छन् भन्ने यकिन गर्ने ।
- (च) सेवाप्रदायक स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त पूर्णदाबीहरूको निम्नानुसारको आधारमा मूल्यांकन गर्ने ।
- (१) प्रथम सेवा बिन्दु भएको हकमा रु.५०० । सम्मको दाबीहरूको भुक्तानी प्रक्रिया स्वतः अगाडी बढाउने ।
- (२) सरकारी सेवा प्रदायकको हकमा निम्नानुसारको दाबी रकममा रेन्डम नमूना (Random Sampling) विधि अनुसार मूल्यांकन गर्ने ।
- (अ) रु. ५०११- देखि रु. १०००१- सम्मको दाबीको ५ प्रतिशत
- (आ) रु. १००११- देखि रु.५०००१- सम्मको दाबीको १० प्रतिशत
- (३) निजी सेवा प्रदायकको हकमा रु ३०००१- सम्मको दाबीको १० प्रतिशत रेन्डम नमूना (Random Sampling) लिई मूल्यांकन गर्ने ।

- (छ) छानबिनको क्रममा कुनै दाबी उपर द्विविधा वा शंका उत्पन्न भएमा व्यवस्थापनको निर्णयानुसार कारण सहित बीमा दाबी समिक्षा र मुल्यांकन समितिमा पेश गर्ने ।
- (ज) छानबिन समाप्त भएका दाबीहरुको अभिलेख दुरुस्त राख्ने ।
- (झ) समय समयमा बोर्डले हेर्ने भनी तोकेका अन्य विषयहरु ।
- (४) छानबिनको क्रममा कुनै विषयमा स्पष्ट हुन नसकेकोमा सेवा प्रदायकसंग लिखित वा मौखिक रूपमा जानकारी माग गर्न सक्नेछ र त्यस्तो जानकारीको छानबिन कर्ताले अभिलेख राख्नु पर्नेछ ।
- (५) बिरामी वा सेवा प्रदायकको गोप्यता कायम राख्नु प्रत्येक छानबिन कर्ताको कर्तव्य हुनेछ ।

परिच्छेद ४

बीमा दाबी समिक्षा र मुल्यांकन समिति

५. बीमा दाबी समिक्षा तथा मुल्यांकन समितिको काम कर्तव्य र अधिकार : (१) नियमावलीको नियम २७ बमोजिम बोर्डबाट गठित दाबी मुल्यांकन समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार निम्न बमोजिम हुनेछ ।
- (क) दाबी छानबिन समुहले सोधभर्ना दिन समस्या हुने भनि औल्याएका दाबी उपर समितिको तर्फबाट निर्णय दिने ।
- (ख) दाबी छानबिन गर्दा निदान वा उपचार नैतिक, प्राबिधिक र आर्थिक पक्षीय हिसावले विश्लेषण एवम मुल्यांकन गर्ने ।
- (ग) बीमित वा सेवा प्रदायकको उजुरी सिकायत सम्बन्धमा छानबिन गरी बोर्डलाई राय परामर्श दिने
- (घ) बीमित वा सेवा प्रदायकको सम्बन्धमा पृष्ठपोषण (feedback) गर्ने (लिने/दिने)
- (ङ) दाबी मुल्यांकनको सम्बन्धमा आवश्यक राय परामर्श वा निर्देशन दिने ।
- (च) छानबिन समुहले गरेको कामको अनुगमन तथा मुल्यांकन गर्न सक्नेछ ।
- (छ) ऐनको दफा ३१ बमोजिम प्राप्त उजुरी सम्बन्धमा सुझाव मागेमा बोर्डलाई सुझाव दिने ।
- (ज) कुनै सेवा प्रदायक वा स्वास्थ्यकर्मीले कुनै झुठ्ठा विवरण पेश गरेको वा स्वास्थ्य सेवाको नैतिक मूल्य मान्यता विपरित दाबी गरेको प्रमाण भएमा त्यस्तो सेवा प्रदायक वा स्वास्थ्यकर्मीलाई कारवाहीको लागि सिफारिस गर्ने ।
- (झ) आवश्यकता अनुसार सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुको स्थलगत अनुगमन गर्ने ।
- (ञ) बीमा दाबी सम्बन्धि व्यवस्थामा सुधार गर्न बोर्डलाई आवश्यक राय परामर्श दिने ।
- (२) प्राप्त दाबीहरु कुनै निश्चित मापदण्डका आधारमा नमुनालीई छानबिन गर्न व्यवस्थापन मार्फत छानबिन शाखालाई निर्देशन दिन वा समितिले आफै छानबिन गर्न सक्नेछ ।
- (३) समितिको बैठक सामान्यतया हरेक महिना बस्ने छ । बोर्डले तोकेको समितिको सदस्य-सचिवले अध्यक्षको निर्देशनमा बैठक बोलाउने र निर्णय व्यवस्थित गर्नेछन ।
- (४) दाबी समिक्षा तथा मुल्यांकन समिति बोर्डसंग जवाफदेही हुनेछ ।

परिच्छेद ५

दाबीको लागि आवश्यक विवरण, मूल्यांकनका आधार र सदर नहुने अवस्था

६. दाबीको लागि आवश्यक विवरण: (१) दाबीकर्ता सेवा प्रदायकले दाबी प्रविष्ट गर्दा पेश गर्नुपर्ने विवरण अनुसूची १ बमोजिम हुनेछ ।
७. अभिलेख राख्नुपर्ने: प्रत्येक सेवाप्रदायकले बीमा दाबी सम्बन्धि अभिलेखको विवरणहरू बोर्डको तर्फबाट निरिक्षण हुँदा देखाउन सक्ने गरी दुरुस्त राख्नु पर्नेछ ।
८. दाबी मूल्यांकनका आधार: दाबी समिक्षा र मूल्यांकन गर्दा अपनाउने कार्यविधि तत् तत् विधा अन्तर्गत तोकिएका स्तरीय कार्य संचालन प्रक्रिया (SOP) मा उल्लेख भए बमोजिम हुनेछ ।
९. बीमा दाबी अन्तर्गत सदर नहुने कार्यहरू: (१) कुनै सेवाग्राही वा सेवा प्रदायकबाट गैर जिम्मेवारपूर्ण गतिविधि भएको पाईएमा त्यस्ता दाबीउपर सोधभर्ना नदीइनुका साथै स्वास्थ्य बीमा ऐन तथा नियमावली अनुसार कारवाही हुनेछ ।
(२) अनुसूची २ मा उल्लेखित गतिविधिलाई गैर जिम्मेवारपूर्ण वा कपटपूर्ण/धोखाधडीपूर्ण गतिविधि मानिनेछ ।
१०. झुट्टा तथा कपटपूर्ण दाबीहरू विरुद्ध कारवाही हुने: (१) विरामी वा सेवाप्रदायक अस्पताल वा स्वास्थ्यकर्मी वा कर्मचारीहरू वा अन्य कुनै व्यक्तिले देहायका धोखाधडीपूर्ण/जालसाजी/झुट्टा/कपटपूर्ण गतिविधि वा अभ्यास गरेको पाईएमा ऐनको दफा ३२ बमोजिमको आवश्यक कारवाहीको लागी समितिले बोर्डमा सिफारिस गर्न सक्नेछ ।
(क) सूचिबाट अस्पताललाई हटाउने वा नवीकरण नगर्ने ।
(ख) कर्मचारीहरू जस्तै: डाक्टर, फर्मासिस्ट, प्रयोगशाला सहायकहरू लगायतको नाम र प्रमाण थप कारवाहीको लागि सम्बन्धित परिपदहरूमा पठाउने ।
(ग) कारवाहीको लागि सम्बन्धित संस्थाका प्रमुखलाई सिफारिस गरिने ।
(घ) बोर्डका कुनै कर्मचारीको बुँदा-११ बमोजिमको कुनै क्रियाकलापमा संलग्न भएको पाईएमा नियमावलीको नियम ३२ को व्यवस्था बमोजिम समेत कारवाही हुनेछ ।

परिच्छेद ७

आन्तरिक मूल्यांकन र विशेष मूल्यांकन

११. आन्तरिक समिक्षा तथा मूल्यांकन गर्नु पर्ने : (१) स्वास्थ्य बीमामा आवद् प्रत्येक सेवाप्रदायक निकायका प्रमुखले आफ्नो संस्थाबाट पेश भएका दाबीहरू ऐन, नियम, निर्देशिका बमोजिम भए भएनन् एकिकन गर्न हरेक महिना आन्तरिक समिक्षा तथा मूल्यांकन गर्नु पर्दछ ।
(२) आन्तरिक अनुगमन मूल्यांकनको क्रममा कुनै त्रुटी कमजोरी भएको अवस्थामा सो को सुधार गरी बीमा बोर्डमा जानकारी गराउनु पर्दछ ।
(३) यसरी गरीएको अनुगमन मूल्यांकनको रेकर्ड अध्यावधिक राख्नु पर्दछ ।

१२. दाबीहरुको विशेष मुल्यांकन: (१) सेवा प्रदायकबाट गरीएका दावी मध्य अनुसूची ३ मा उल्लेखित अवस्थामा विशेष मुल्यांकन गरी त्यस्तो संस्थालाई निगरानीको सुचिमा राखिने छ ।
१३. भूक्तानी अभ्यासहरुको विशेष मुल्यांकन : (१) देहायका अवस्थामा दावी उपर भूक्तानी गरीएका दावी सम्बन्धमा मुल्यांकन समितिले विशेष मुल्यांकन गर्न सक्नेछ ।
- (क) दाबीहरु समयमा भूक्तानी गरीएका ।
(ख) ढिला भूक्तानी गरीएका दाबीहरु ।
(ग) ढिला भूक्तानी गरीएमा ढिला भएको कारण ।
(घ) भूक्तानी र दाबी बीच धेरै अन्तर भएमा ।

परिच्छेद ८

विविध

१४. बीमितले उजुरी गर्न सक्ने कुनै पनि बीमितले सेवा प्रदायकबाट सेवा लिने क्रममा कुनै असन्तुष्टि वा सेवा सम्बन्धमा कुनै पनि संका भएमा बोर्डमा कुनै पनि माध्यमबाट उजुरी गर्न सक्नेछ ।
१५. सूचना प्रविधिको प्रयोग: बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली रहनेछ ।
१६. बचाऊ र खारेजी: क) यस भन्दा अगाडि भए गरेका कामहरु यसै कार्यविधि अनुसार भए गरेको मानिने छ ।
ख) यस कार्यविधिमा उल्लेखित बिषयवस्तु प्रचलित ऐन तथा नियमावलीसंग बझिएका हदसम्म निस्क्रिय हुनेछन ।
१७. व्याख्या : यस कार्यविधिमा उल्लेखित व्यवस्था कार्यान्वयनमा कुनै द्विविधा भएमा त्यसको व्याख्या गर्ने अधिकार बोर्डलाई हुनेछ । बोर्डले गरेको निर्णय अन्तिम हुनेछ ।

अनुसूची १

दाबीकर्ता सेवा प्रदायकले दाबी प्रविष्ट गर्दा पेश गर्नुपर्ने विवरण

- (क) बीमितको पुरा नाम, थर र ठेगाना, निजि सम्पर्क फोन नम्बर वा सम्पर्क गर्न सकिने वैकल्पिक नम्बर (निवास वा मोबाइल), सम्भव भएमा ईमेल समेत ।
- (ख) बीमा दावी प्रविष्ट सूचना प्रणालीमा उल्लेखित विवरण ।
- (ग) उपचारको बिल ।
- (घ) उपचारको डिस्चार्ज सो अनुसारका समरी सिट ।
- (ङ) ओ.पि.डि. / इमरजेन्सी कार्ड
- (च) अन्तरंग विभागको बिरामीको रेकर्ड ।
- (छ) ICU Ward बिरामी चार्ट ।
- (ज) प्राथमिक चिकित्सा अधिकारीद्वारा हस्ताक्षर गरीएको कुनै पनि प्रक्रियात्मक/अपरेसन नोट र संगै प्राथमिक चिकित्सा अधिकारीको परिषद दर्ता नम्बर ।
- (झ) निदानको क्रममा गरीएको परिक्षणहरूको सूची ।
- (ञ) कुनै पनि महँगो प्रयोगशाला, प्रक्रियाहरू, औषधिहरू (रु.१००० भन्दा धेरै) उपयोग गरीएमा खर्च को अनुरोध फारम र संगै चिकित्सा अधिकारीको दस्तखत र परिषद दर्ता नम्बर ।
- (ट) CT, MRI आदिको अनुरोध फारम र फारममा दुइजना चिकित्सा अधिकारीको दस्तखत र परिषद दर्ता नम्बरहरू ।
- (ठ) उपयोग गरीएको प्रक्रियात्मक/अपरेसनहरूको रेकोर्ड र रेकोर्डमा प्रमुख सर्जनको दस्तखत र परिषद दर्ता नम्बर ।
- (ड) प्रयोगमा आयको औषधीको खर्च ।
- (ढ) बोर्डले समय समयमा तोकेको अन्य कागजात ।

अनुसूची २

गैर जिम्बेवारपूर्ण वा कपटपूर्ण/धोखाधडीपूर्ण गतिविधि

- (क) बहिरंगको बिरामीलाई अन्तरंग बनाईएको पाइएमा ।
- (ख) अन्धाभाविक दैनिक उपचार सेवा ।
- (ग) बढी मूल्यको प्याकेज वा अस्वभाविक मूल्य ।
- (घ) आवश्यक नहुने अवस्थामा एक भन्दा बढी बहिरंग विभागको बिरामीलाई अन्तरंग विभागमा परिवर्तन गरेमा ।
- (ङ) आवश्यकता भन्दा बढी प्याकेजको सेवा दिएको भनि दावी गरेमा ।
- (च) बढी मूल्य लिने उद्देश्यका साथ महँगो प्याकेज दावी गरेमा ।
- (छ) उपचारको आवश्यकता नभैकन बीमित/ अप्रासंगिक बिरामीले कार्डको दुरुपयोग गरेमा ।
- (ज) अस्पतालबाट डिस्चार्जपछीको औषधि सेवा प्रदान नगरेमा ।

- (झ) Surgical management cases हरुलाई surgeries भनेर दावी गरेमा
(ञ) अस्पताल र कार्डधारी बीचको मिलोमतो गरेमा ।
(ट) निदान हुन नदिन अस्वाभाविक रूपको गतिविधि गरेमा ।
(ठ) सुविधा नभएको सेवा बापत समेत दावी गरेमा ।
(ड) General Private wards मा गरीएको उपचार ICU मा भर्ना भएको देखाएमा ।
(ढ) अधिक आम्दानीको मनासय राखेर ICU मा लामो समयसम्म राखीएमा ।
(ण) आवश्यक नभएको निदान गरेमा वा बाध्य बनाएमा ।
(त) बढी आम्दानीको मनासयले, नचाहिदो surgery/procedure गरीएमा वा सामान्य surgery लाई major surgery भनेर झुक्काइएमा ।
(थ) अन्य यस्तै गतिविधि गरेको पाईएमा ।

अनुसूची ३

दावीहरुको विशेष मुल्यांकन गरीने अवस्था

- (क) बीमामा सहभागिता कम तर दावी धेरै भएमा ।
(ख) अस्पतालले अस्वाभाविक रूपमा बढी भर्ना भएको रिपोर्ट देखाएमा ।
(ग) अस्पतालले अस्वाभाविकरूपमा बढी daycare treatment भर्ना भएको रिपोर्ट देखाएमा ।
(घ) उच्च औसत दावी भएमा ।
(ङ) Lop-sided Medical Management vs. Surgeries ratio चाहिने भन्दा लामो समय सम्म वार्ड वा ICU मा बढी दावीको मनासयसाथ राखिएको पाईएमा ।
(च) नचाहिने निदान (CT scan जस्तो महँगो खालको) गराएको पाइएमा ।
(छ) अनावश्यक surgery/procedure दावीको मनासय साथ गरीएमा वा सामान्य surgeryलाई major surgery को मागदावी गरीएमा ।
(ज) अस्वाभाविक Occupancy to bed ratio दावी गरीएमा (High occupancy to bed ratio) रोगको उपचार जिल्ला/प्रदेशको स्वास्थ्य प्रोफाइलसंग नमिलेमा ।