स्वास्थ्य बीमा सुधार सुझाव कार्यदलको प्रतिवेदन, २०८१

(९ पुष २०८१)

कृतज्ञता

आम नागरिकको स्वास्थ्य जस्तो संवेदनशील क्षेत्रमा काम गर्नका लागि शुरु गरिएको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमले हासिल गरेका अनुभव समेतका आधारमा यस क्षेत्रमा आमूल सुधार गरी पहुँच सर्वव्यापी बनाएर गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवर्द्धन गर्न सेवाको दायरा फराकिलो बनाउनका लागि आवश्यकता र सम्भावनाको आधारमा प्रतिवेदन तयार पार्ने जस्तो गहन जिम्मेवारी प्रदान गर्नु भएकोमा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या माननीय मन्त्री प्रदीप पौडेलप्रति यो कार्यदल हार्दिक आभार व्यक्त गर्दछ ।

कार्यदलले स्वास्थ्य बीमा बोर्डले हासिल गरेका अनुभव, विश्वव्यापी सफल अभ्यास, नेपालको संविधान र कानुनी व्यवस्था, हाम्रा आवश्यकता, प्राथमिकता र सामर्थ्य समेतका विषयमा विस्तृत विवेचना तथा सम्वद्ध पक्षहरुसँग सघन परामर्श गरी प्राप्त निचोडलाई प्रतिवेदनमा समेटिएको छ। अहिलेकै अवस्थामा निरन्तरता दिन नसकिने हुँदा स्वास्थ्य बीमामा सुधार अत्यावश्यक देखिएको छ । जनप्रतिनिधि, राष्ट्रसेवक कर्मचारी र संगठित क्षेत्रमा कार्यरत व्यक्तिहरुलाई पहिलो चरणमा अनिवार्य गरी सबै नेपालीलाई यसमा आबद्ध गर्दै सुविधाको थैली बढाएर सेवालाई फराकिलो तथा गुणस्तरीय बनाउन विद्यमान वित्तीय स्वरुपमा सुधार गरी छरिएर रहेका समान उद्देश्यका कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्दै कम्तीमा प्रत्येक स्थानीय तहबाट सेवा सुनिश्चित गरिनु आवश्यक छ ।

प्रतिवेदन तयारीका क्रममा सूचना, जानकारी, सुझाव तथा विज्ञ सेवा उपलब्ध गराउनु हुने सबै संघ संस्था तथा व्यक्तिहरुमा हार्दिक आभार व्यक्त गर्दछौं । प्रतिवेदन लेखनमा सहयोग गर्नु हुने प्रकाश न्यौपाने, डा. एडुवार्डो गोञ्जालेस, डा. कमल पौडेल, प्रमीस खनाल, दुर्गा घिमिरे, पवन पौडेल, डा. भुवन गिरी लगायतका व्यक्तिहरु तथा नेपाल पोलिसी फोरम र व्यवस्थापनमा सहयोग गर्ने तारा अर्याल, दिपेन्द्र सुनार, महेन्द्र गुरुङ्ग लगायतलाई धन्यवाद ज्ञापन गर्दछौ । यस प्रतिवेदनमा उल्लेख भएका सुझावहरुलाई कार्यान्वयन गर्न सकेमा यसले आम नागरिकलाई सहज, सुलभ र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सरकारको प्रतिबद्धताले मूर्तरुप प्राप्त गर्नेछ । यस प्रतिवेदनका आधारमा स्वास्थ्य बीमाको सुधारलाई राष्ट्रिय गौरवको कार्यक्रमका रुपमा कार्यान्वयन गर्न गराउन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र समग्रमा नेपाल सरकारलाई सफलता मिल्नेछ भन्ने अपेक्षा गर्दछौं ।

कार्यदल

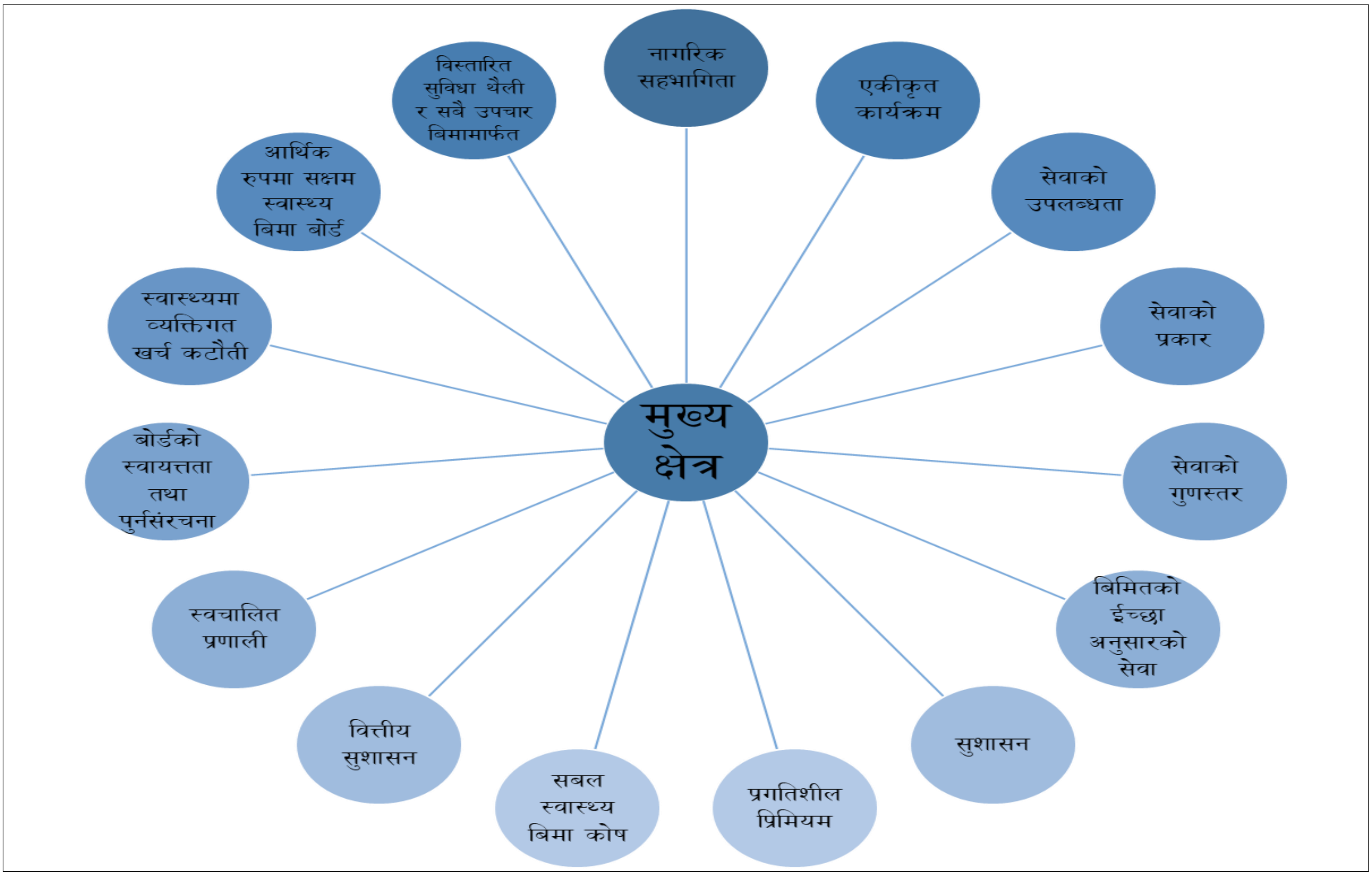
कार्यदल

डा. शम्भु आचार्य	संयोजक
डा. रघुराज काफ्ले	सदस्य
प्रा. डा. भगवान कोईराला	सदस्य
श्री नारायणप्रसाद रिसाल, सहसचिव, अर्थ मन्त्रालय	सदस्य
श्री अर्जुनप्रसाद भट्टराई, सहसचिव, श्रम रोजगार तथा सा.सु. मन्त्रालय	सदस्य
श्री हेमराज सुवेदी, सहसचिव, राष्ट्रिय योजना आयोग	सदस्य
कार्यकारी निर्देशक, स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	सदस्य
डा. सरोज शर्मा, सहसचिव, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय	सदस्य सचिव

नेपालमा स्वास्थ्य बीमाको उच्चतम अवस्था

नेपालमा हाल सञ्चालनमा रहेको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमबाट प्राप्त अनुभव समेतको आधारमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा रुपान्तरण (Transformation) आवश्यक देखिन्छ । विद्यमान उपलब्धिलाई प्रस्थान बिन्दु (Point of Departure) को रुपमा लिँदै यसको आमूल सुधार नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रको स्तरोन्नतिको कोशेढुँगो (Milestone) बन्न सक्छ। स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम आम नागरिकको स्वास्थ्य एवम् मानव पुँजी निर्माण जस्तो संवेदनशील र आधारभूत साथै मौलिक हकको विषय भएकोले यसलाई राष्ट्रिय गौरवको कार्यक्रम (Program of National Pride) को रुपमा लिइनु पर्दछ । सर्वव्यापी स्वास्थ्य सहभागिता (Universal Health Coverage) सुनिश्चित गरी विश्वस्तर (Global Standard) को स्वास्थ्य सुविधा सहज तथा सुलभ रुपमा उपलब्ध नहुँदासम्म यसलाई एक राष्ट्रिय अभियान (National Campaign) को रुपमा सञ्चालन गरिनु पर्दछ ।

निरन्तरको सुधार पश्चात आगामी दशकमा नेपालको स्वास्थ्य बीमाको अवस्थालाई पुर्याउन सकिने उच्चतम अवस्थाको परिकल्पना देहाय बमोजिम प्रस्तुत गरिएको छ । यसलाई सरकारले कार्ययोजना बनाई स्वास्थ्य बीमा बोर्डमार्फत तीन चरणमा कार्यान्वयन गर्न उपयुक्त हुनेछ ।



क्र.स.	मुख्य क्षेत्र	उच्चतम अवस्था
१.	नागरिक सहभागिता	• देशका सबै नागरिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा संलग्न भएका हुनेछन् । • सबै जनप्रतिनिधि, सरकारी कोषबाट तलब भत्ता प्राप्त गर्ने व्यक्तिको परिवार, सङ्गठित क्षेत्रमा कार्यरत कामदारको परिवार, अनौपचारिक क्षेत्रमा कार्यरत व्यक्ति लगायत सबै नेपाली नागरिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा अनिवार्य रुपमा आबद्ध भएका हुनेछन् । • राज्यबाट प्रदान गरिने सार्वजनिक सेवा तथा स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्नका लागि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा अनिवार्य रुपमा आवद्ध भएको हुनु पर्नेछ ।
२.	एकीकृत कार्यक्रम	• नेपालमा सञ्चालनमा रहेका (तीनै तहको सरकारले सञ्चालन गरेका समेत) स्वास्थ्य सेवा सहयोग तथा अनुदानका सबै कार्यक्रम स्वास्थ्य बीमामा एकीकृत भई दोहोरोपनाको पूर्ण अन्त्य भएको हुनेछ।
३.	सेवाको उपलब्धता	• देशभरका सबै मापदण्ड पुगेका सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम र मापदण्ड पुगेका ईच्छुक निजी स्वास्थ्य संस्थाबाट स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको सेवा प्रवाह भएको हुनेछ । • कम्तिमा पनि एक स्थानीय तहमा एक सार्वजनिक\सरकारी स्वास्थ्य संस्था प्रथम सेवा बिन्दुको रुपमा उपलब्ध भएको हुनेछ । • बिमितले नेपाल भरिका जुनसुकै प्रथम सेवा बिन्दुबाट सेवा वा प्रेषंण प्राप्त गर्न सक्नेछन्।
४.	सेवाको प्रकार	• गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क र सर्वशुलभ भएको हुनेछ । आधारभूत स्वास्थ्य सेवा लिने बिन्दुमा सहायता कक्ष स्थापना गरी सेवाग्राहीलाई स्वास्थ्य बीमामा निःशुल्क सूचीकृत गरिनेछ । • द्वितीयस्तर तथा विशिष्टिकृत स्वास्थ्य सेवा बीमामार्फत उपलब्ध भएको हुनेछ । यसका लागि सबै नेपाली नागरिक स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध भएका हुनेछन् ।

५.	सेवाको गुणस्तर	• स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध भएका स्वास्थ्य संस्थाबाट अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्ड बमोजिमको गुणस्तरीय सेवा प्रवाह भएको हुनेछ । • सेवा प्रवाह स्वीकृत उपचार प्रोटोकल अनुरुप भएको हुनेछ । • सेवाको गुणस्तरको आधारमा स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मीलाई पुरस्कृत वा दण्डित गर्ने व्यवस्था मिलेको हुनेछ ।
६.	बिमितको ईच्छा अनुसारको सेवा	• <u>**विशिष्टिकृत सेवाको हकमा**</u> (क) बिमितले आफुले पाउने सुविधा थैलीबाट सो बमोजिमको सेवा बोर्डमा आवद्ध सरकारी वा निजी स्वास्थ्य संस्थाबाट लिन सक्नेछ । (ख) Inpatients र Outpatients सेवाको प्याकेज वर्गिकरण गरी उपचारको थैली निर्धारण गरिएको हुनेछ । (ग) सुविधा थैली उपयोग गरिसकेपछिको उपचार खर्च बिमित आँफैले व्यहोर्ने गरी बिमितले ईच्छ्याएको स्वास्थ्य संस्थामा उपचार गर्न पाउने व्यवस्था भएको हुनेछ । • थप प्रिमियमका आधारमा थप भौतिक सुविधाको व्यवस्था भएको हुनेछ । • भौतिक सुविधाका आधारमा बोर्डले स्वास्थ्य संस्थालाई फरक दरको सेवाका लागि अनुमति दिन बाधा पर्ने छैन । तर, प्रिमियमको आधारमा उपचारको गुणस्तरमा विभेद गरिने छैन ।
७.	सुशासन	• स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट र यससँग आवद्ध भई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने Providers बाट प्रवाह हुने सेवा पारदर्शी, सेवाग्राहीमैत्री, प्रभावकारी एवं गुणस्तरीय हुनेछ ।

८.	प्रगतिशील प्रिमियम	• बिमितको आर्थिक क्षमता बमोजिमको प्रगतिशील प्रिमियम निर्धारण भएको हुनेछ । • प्रदेश तथा स्थानीय तहका नागरिकले लिने सेवाको आधारमा प्रदेश सरकार तथा स्थानीय तहको एकमुष्ट योगदान निर्धारण गर्नका लागि योगदान गणना गर्ने सुत्र तयार गरी लागु गरिएको अवस्था हुनेछ । • अतिविपन्न तथा लक्षित वर्ग सिफारिस गर्ने स्थानीय तहले त्यसको दायित्व लिनु पर्ने वा उक्त व्यक्तिले पाउने सुविधाको निश्चित अंश स्थानीय तहले व्यहोर्नु पर्ने व्यवस्था लागु भएको हुने ।
९.	सबल स्वास्थ्य बीमा कोष	• बिमितबाट प्राप्त हुने प्रिमियम । • सहभुक्तानी (Co-Payment) बाट प्राप्त हुने रकम । • गम्भीर प्रकृतिका रोगका लागि गरिने पुर्नबीमाबाट प्राप्त हुने सहयोग । • प्रदेश सरकार र स्थानीय तहबाट प्राप्त हुने सहायता रकम । • स्वास्थ्य बीमा प्रयोजनका लागि स्थापना गरिने विशेष कर (Sin Tax) । • ठूला संस्थाहरूको सामाजिक उत्तरदायित्व (Corporate Social Responsibility, CSR) को रकम बीमाको प्रवर्धनमा साझेदारिता गर्न सकिन्छ । • सरकारले अनुदान स्वरुप उपलब्ध गराउने रकम, लक्षित वर्गका लागि दिईने बीमा प्रिमियम बापतको रकम, लक्षित कार्यक्रम बापत दिई आएको रकम, आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रयोजनका लागि आवश्यक पर्ने रकम, स्वास्थ्य बीमा बोर्डको क्षमता अभिवृद्धि लगायतका कामका लागि उपलब्ध हुने रकम। • एक आर्थिक वर्षमा बिमितले तिरेको प्रिमियमबाट लिन पाउने सुविधाको थैली मध्ये सो वर्ष प्रयोग नभएको सुविधाको निश्चित प्रतिशत (२५%) आगामी वर्षहरूमा बिमितले जटिल रोगहरूको उपचार सेवा लिन परेमा उपयोग गर्न पाउने व्यवस्था कायम भएको हुनेछ । यो सुविधा लिन बिमितले प्रत्येक वर्ष नियमानुसारको प्रिमियम भने बुझाएको हुनु पर्नेछ ।
१०.	वित्तीय सुशासन	• वित्तीय सुशासन कायम गर्नका लागि बोर्डको सञ्चालन (Operation) र नियमन (Regulation) का कार्यहरूलाई क्रमशः अलग गर्दै लगि बोर्डले सम्पादन गर्ने यी कार्यहरूमा पूर्ण स्वायत्तता र व्यवसायीकता कायम भएको हुनेछ । • दावीको स्वच्छताबारे विभिन्न चरणमा परीक्षण गरी गलत दाबी शुन्य बनाईने छ यसका लागि Third Party Administrator (TPA) को अभ्यास समेत भएको

		हुनेछ । • सेवाप्रदायकले स्वचालित प्रणालीमार्फत Real Time दाबी पेस गर्नेछन् र बोर्डले तोकेको समयमा भुक्तानी दिएको हुनेछ। • रित पुगेको दाबी समयमा भुक्तानी नगर्ने पदाधिकारीलाई जिम्मेवार बनाइएको हुनेछ।
११.	स्वचालित प्रणाली	• स्वास्थ्य बीमा बोर्ड र सेवा प्रदायकहरूका सबै सेवा स्वचालित भएका हुनेछन्। यसका लागि साईबर सेक्युरिटी तथा ए.आई. प्रविधि समेत उपयोग भएको हुनेछ। • राष्ट्रिय परिचय पत्र (NID) लाई नै बिमितहरूको युनिक डिजिटल परिचयपत्र (Unique ID) रुपमा प्रयोग गरिनेछ। बीमा प्राधिकरणसँग सहकार्य गरी निजी स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध व्यक्तिहरूको विवरण एकिकृत गरिएको हुनेछ। • स्वास्थ्य बीमा सूचना केन्द्र स्थापना भएको हुनेछ।
१२.	बोर्डको स्वायत्तता तथा पुर्नसंरचना	• बोर्ड पूर्ण रुपमा स्वायत्त र सक्षम संस्थाको रुपमा विकास भएको हुनेछ । • बोर्डले दाबी व्यवस्थापनको लागि बेग्लै संरचना स्थापना गरेको हुनेछ । • सुविधा थैली तथा समयानुकूल प्रिमियम निर्धारणका लागि विज्ञहरूको एक स्थायी संयन्त्र निर्माण भएको हुनेछ ।
१३.	स्वास्थ्यमा व्यक्तिगत खर्च कटौती	• व्यक्तिले स्वास्थ्यमा गर्ने खर्चको हिस्सामा कमी आई २० प्रतिशतमा झरेको हुनेछ। • स्वास्थ्यमा गर्नुपर्ने खर्चका कारण गरिबीको दुस्चक्रमा फस्ने बाध्यात्मक अवस्थाको अन्त्य भएको हुनेछ।
१४.	आर्थिक रुपमा सक्षम स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	• स्वास्थ्य बीमा बोर्डले निर्धारण गर्ने प्रिमियम पूर्ण आत्मनिर्भरताको सिद्धान्तमा आधारित भएको हुनेछ तर सरकारले उपलब्ध गराउने अनुदान तथा सहयोगको उपयोग गरी लक्षित वर्गलाई विशेष सहुलियत तथा छुट दिने व्यवस्था मिलाएको हुनेछ । • आधारभूत स्वास्थ्य सेवा बाहेकका स्वास्थ्य सेवा खरिदका लागि नेपाल सरकारमाथिको वित्तीय निर्भरता २५ प्रतिशत भन्दा बढी हुने छैन। • स्वास्थ्य बीमा आत्मनिर्भर कार्यक्रमको रुपमा विकास भएको हुनेछ ।

१५.	विस्तारित सुविधा थैली र सबै उपचार बीमामार्फत	• बीमाको सुविधा थैली पाँच लाख बराबर भएको हुनेछ । • अतिरिक्त प्रिमियमका आधारमा अतिरिक्त भौतिक सुविधा उपयोग गर्ने अवस्था सिर्जना गरिने छ । • बिमित व्यक्तिले सबै प्रकारको स्वास्थ्य सेवा यसै थैलीबाट लिन सक्ने गरी वित्तीय व्यवस्थापन बीमा बोर्डले गरेको हुनेछ । • बोर्डले पुर्नबीमा गरी बिमितलाई गम्भीर प्रकृतिका रोगमा विशिष्टिकृत उपचारको प्रबन्ध निःशुल्क मिलाएको हुनेछ । • भर्ना नभई गर्न सकिने उपचार र भर्ना भएर गर्नुपर्ने उपचार (Outpatients & Inpatient) को लागि अलग-अलग सुविधा थैली निर्धारण गरी लागु गरिएको हुनेछ ।

कार्यकारी सारांश

१. स्वास्थ्य बीमामा सुधारको आवश्यकता, सम्भावना र सर्वव्यापी पहुँच

आमनागरिकलाई सहज सुलभ र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने दिगो विधिको रुपमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सफलताका साथ संसारभर अभ्यासमा छ । नेपालको संविधानको स्वास्थ्य सम्बन्धी व्यवस्थाको कार्यान्वयन, दिगो विकास लक्ष्यको स्वास्थ्य सम्बन्धी लक्ष्य, स्वास्थ्य क्षेत्रमा सुधार, पहुँच अभिवृद्धि तथा नागरिकले स्वास्थ्यमा गर्दै आएको खर्च कटौती गर्नका लागि विद्यमान स्वास्थ्य बीमामा सामान्य सुधार मात्र नभई रुपान्तरणको आवश्यकता देखिन्छ ।

स्वास्थ्यप्रति आमनागरिकको बढ्दो चासो तीन तहका सरकारले गर्दै आएका स्वास्थ्य सुविधा विस्तारका प्रयास र खर्च, सरकारका छरिएका कार्यक्रम, देशभर फैलिएका सरकारी सामुदायिक र निजी स्वास्थ्य संरचनाहरू स्वास्थ्य बीमा कार्यान्वयनबाट नेपालले बटुलेको अनुभव एवम् सिकाइ र नेतृत्वको ईच्छा शक्तिलाई विश्लेषण गर्दा आमनागरिकलाई सरल सुलभ र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा स्वास्थ्य बीमामार्फत दिन सकिने पर्याप्त आधारहरू छन् । रुपान्तरित स्वास्थ्य बीमाका माध्यमबाट नेपालले सर्वव्यापी स्वास्थ्य सहभागिता (Universal Health Coverage) सुनिश्चित गर्न सक्नेछ ।

२. सुविधाको दायरा र थैली विस्तार

स्वास्थ्य बीमाले अहिले दिँदै आएको सुविधाले आर्थिक अवस्था कमजोर भएको वर्ग समुदायलाई ठूलो राहत दिएको हुँदा स्वास्थ्य बीमाप्रतिको आकर्षण विस्तारै बढ्दै गएको छ । तर उपलब्ध सुविधाले गम्भीर प्रकृतिको बिरामी पर्दा दीर्घरोग लागेको अवस्थामा तथा परिवारमा एक भन्दा बढी सदस्य बिरामी हुँदा स्वास्थ्य बीमाले सम्बोधन गर्न सक्दैन । आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र विस्तारित तथा विशिष्टिकृत स्वास्थ्य सेवाकाबीच प्रष्टता ल्याउन नसक्दा थप जटिलताहरू सिर्जना भएका छन् । तिर्न सक्ने व्यक्तिहरूले खोज्ने अतिरिक्त सुविधालाई पनि यसले समेटन सकेको छैन ।

स्वास्थ्य बीमाका माध्यमबाट आमनागरिकलाई आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउनका लागि आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क नै राखी सुदृढ बनाउँदै आवद्ध गर्ने र विस्तारित तथा विशिष्टिकृत स्वास्थ्य सेवा पनि स्वास्थ्य बीमाले धान्न सक्ने बनाइनु पर्दछ । गभ्भीर बिरामी तथा दीर्घरोग लागेकालाई पनि सेवा दिन सकिने गरी सेवाको प्याकेज निर्धारण गरिनु पर्दछ ।सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा अतिरिक्त भौतिक सुविधा लिन तथा निजी स्वास्थ्य संस्थामा उपचार गराउन पाउने गरी नीतिगत व्यवस्था मिलाउने र Inpatients र Outpatients को फरक सुविधा प्याकेज बनाउन उपयुक्त हुन्छ । यी कार्यलाई व्यवस्थित गरी सबै नागरिकलाई सबै प्रकारका स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन विद्यमान एक लाखको सुविधा थैलीलाई वृद्धि गरी पाँच लाख पुर्याउनु पर्दछ।

३. वित्तीय दिगोपना तथा जोखिम व्यवस्थापन

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा अहिलेको आवद्धता सङ्ख्या, आवद्ध हुने प्रवृत्ति र सरकारले घोषणा गरेको लक्षित वर्ग सहयोग कार्यक्रम आदिको समीक्षा गर्दा बोर्डको वित्तीय क्षमता अत्यन्त कमजोर देखिन्छ । मूलतः सरकारको अनुदानमा भर पर्नु परेको र सेवा प्रदायकलाई समयमा भुक्तानी दिन नसक्दा सेवाको निरन्तरता र गुणस्तरमा समेत पटक-पटक प्रश्न उठेको पइयो । सामाजिक सुरक्षाको मान्यतामा आधारित मानव पुँजी निर्माणमा महत्वपूर्ण योगदान गर्ने नागरिक स्वास्थ्यको सबाल भएकाले पूर्णतः व्यवसायीक ढाँचामा स्वास्थ्य बीमा बोर्ड सञ्चालन हुन नसक्ने भए तापनि अहिलेको जस्तो सरकारप्रतिको अत्यधिक निर्भरता कायमै रहने गरी यसलाई निरन्तरता दिन कठिन हुन्छ । लोककल्याण तथा सामाजिक सुरक्षाको मान्यतालाई आत्मसात गर्दै स्वास्थ्य बीमालाई स्वीकार्य दायरासम्मको व्यवसायीकता प्रदान गरी सरकारको अनुदानमाथिको निर्भरता कम गर्दै लैजानु पर्दछ । यसका लागि प्रवेश बिन्दुका रुपमा नेपाल सरकारले चलाएका सबै लम्बिय (Vertical) र क्षितिजीय (Horizontal) कार्यक्रमहरूलाई आवश्यक कानुन संशोधन गरी एकीकृत गर्ने, सबै प्रकारका सरकारी कर्मचारी, सङ्गठित क्षेत्रमा कार्यरत सबै कर्मचारी तथा सबै तहका जनप्रतिनिधिलाई स्वास्थ्य बीमामा अनिवार्य रुपमा आवद्ध गर्नु पर्दछ (कुनै विशेष वर्ग, समुदाय तथा पक्षले अहिले पाउँदै आएको सेवा तथा सहयोगमा कुनै कमी नआउने बनाएर भए पनि सबै कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्न कानुन, संरचना तथा प्रक्रियामा सुधार गरिनु पर्दछ)। यसैको आधारमा प्रदेश सरकार र स्थानीय तहले उपलब्ध गराएका स्वास्थ्य सहयोगलाई पनि एकद्वार प्रणालीमा ल्याउने, अनौपचारिक क्षेत्रमा कार्यरत व्यक्तिहरू र सबै नागरिकलाई अनिवार्य रुपमा स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध हुने प्रबन्ध गरिनु पर्दछ । स्वास्थ्य बीमामा अनिवार्य संलग्नता सुनिश्चित गर्न सरकारले सकारात्मक दबाब सिर्जना समेत गर्नुपर्ने अवस्था आउन सक्छ ।

बीमाको प्रिमियम प्रगतिशील बनाई सक्नेले बढी तिर्ने तर सबैले केही न केही योगदान गर्ने, अतिरिक्त भौतिक सुविधा लिन चाहनेले विशेष प्याकेज खरिद गरी ईच्छाएको ठाउँमा उपचार गराउन पाउने, प्रत्येक परिवारको प्रिमियम निर्धारण गर्दा बीमाका आधारभूत मान्यतालाई पनि अबलम्बन गर्ने, बीमाको प्रिमियम र सुविधाको थैली नियमित अध्यावधिक गर्ने विज्ञहरूको स्थायी संरचना बनाउने, एक वर्षमा नलिएको सुविधा थैलीको बाँकी अंश भविष्यमा आउन सक्ने गम्भीर स्वास्थ्य उपचारमा उपयोग गर्न पाउने, स्वास्थ्य बीमा बोर्डले गम्भीर प्रकृतिका उपचारका लागि पुर्नबीमा गर्ने, सरकारले स्वास्थ्यमा प्रतिकूल असर पार्ने क्षेत्रमा उठेको करको निश्चित प्रतिशत स्वास्थ्य बीमा कोषमा उपलब्ध गराउने लगायतका कार्यबाट जोखिमको बाँडफाँट हुनुका साथै बोर्डको वित्तीय पक्ष मजबुत हुँदै जानेछ ।

४. सेवा प्रवाहमा प्रभावकारिता अभिबृद्धि

स्वास्थ्य बीमामार्फत प्रवाह हुँदै आएका सेवामा धेरै गुनासा, अप्ठेरा, अव्यवहारिकता अस्पष्टता तथा अपूर्णता विद्यमान छन् । यस्ता अवरोधहरूलाई सम्बोधन गरी सेवा प्रवाह सरल, सहज तथा गुणस्तरीय बनाई यसको प्रभावकारिता अभिवृद्ध गर्नु अत्यावश्यक छ ।

आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको क्षमता अभिवृद्धि (भौतिक पूर्वाधार, जनशक्ति, उपकरण, प्रविधि तथा अनुकूल वातावरण) मा नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले विशेष ध्यान दिनु पर्दछ । प्रेषण बिन्दुमा देखिएको अप्ठ्यारा हल गर्नका लागि व्यक्ति बसेको जुनसुकै स्थानबाट पनि सेवा लिन सक्ने गरी कार्यविधि परिमार्जन गर्नु आवश्यक छ । सेवा सञ्चालनको लागि स्पष्ट मापदण्ड बनाई प्रभावकारी रुपमा कार्यान्वयन गर्न स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य बीमा बोर्ड र सेवा प्रदायकका बीचमा नतिजामूलक सहकार्य आवश्यक छ ।बोर्डको सेवा प्रवाह सुदृढ बनाउन कतिपय अवस्थामा मन्त्रालयको सहयोग (मापदण्ड तोक्न, अनुगमन र नियमन व्यवस्थित गर्न, तीन तहका सरकारबीच समन्वय गर्न, स्रोत जुटाउन बोर्डको स्वीकार्यता वृद्धि गर्न आदि) आवश्यक पर्ने देखिन्छ भने मन्त्रालयले प्रवाह गर्नुपर्ने गुणस्तरीय र सर्वव्यापी स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्न बोर्डले मन्त्रालयलाई मद्दत गर्नुपर्ने हुन्छ । त्यसैले कतिपय नीतिगत विषयमा बोर्डले मन्त्रालयसँग सामिप्यता वृद्धि गर्नु आवश्यक छ।

आधारभूत सेवा र प्रथम बिन्दु सेवा ७५३ स्थानीय तहबाट सहज रुपमा उपलब्ध हुनु पर्दछ । सामान्य उपचारका लागि ठूला अस्पताल धाउन नपर्ने गरी उपचार र औषधीको व्यवस्था प्रथम सेवा बिन्दुमा हुनु पर्दछ ।बीमाका बिरामीलाई सेवा प्रदायकले अन्य नागरिकलाई सरह नै उपचार दिने र सेवा लिन पुर्याउनु पर्ने प्रक्रिया अत्यन्त सरल र सहज हुनु पर्दछ । सेवा प्रदायकले प्रदान गर्ने सेवाको गुणस्तर तोकिएबमोजिम हुनु पर्दछ ।सेवा प्रदायकको दाबी भुक्तानी तोकिएको समयमा हुनुपर्ने र भुक्तानी पछि उक्त दाबी परीक्षण सक्षम र स्वतन्त्र संयन्त्रबाट गराई पारदर्शिता एवम् विश्वसनीयता कायम गर्नु पर्दछ ।बोर्डको सेवालाई डिजिटाईज गरी कार्यसम्पादनलाई प्रभावकारी बनाउनुका साथै बिमितले सहजै सेवा लिन सक्ने आधार निर्माण गरिनु पर्दछ । मन्त्रालय र बोर्डको संयुक्त अनुगमन संयन्त्र बनाई सेवाको गुणस्तर सुदृढ बनाउनु आवश्यक छ । सेवा प्रवाहमा सुधार नभई स्वास्थ्य बीमा बोर्डको स्थायीत्व सुनिश्चित गर्न कठिन देखिन्छ ।

५. नीति, कानुन तथा संरचना

संविधानको व्यवस्थालाई आत्मसात गर्दै आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र स्वास्थ्य बीमाको कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्ने सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाको एकीकृत मोडल तयार पार्ने स्वास्थ्य बीमा नागरिक अधिकार र मानव पुँजी निर्माणको आधार हो भन्ने तथ्यलाई मनन गरी राज्यका नीति तर्जुमा तथा कार्यान्वयन हुनु आवश्यक छ । स्वास्थ्य बीमा ऐन तथा नियमावलीको अक्षरशः कार्यान्वयन गर्ने छरिएर रहेका स्वास्थ्य सहयोग तथा अनुदानका सबै कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य बीमा बोर्ड मातहत ल्याउनका लागि सम्बद्ध कानुन

संशोधन गरी स्वास्थ्य बीमा ऐनसँग एकीकृत गर्नेतर्फ विशेष गरी नेपाल सरकार प्रधानमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालयलाई स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले आवश्यक सहयोग गर्नु पर्दछ ।

बोर्डको अहिलेको संरचनाले यति ठूलो दायित्व पुरा गर्न कठिन हुने देखिएकोले यसमा पुर्नसंरचनाको आवश्यकता छ । बोर्डको हैसियत यसलाई दिइएको जिम्मेवारी पूरागर्न सक्ने हुनु पर्दछ । यसका लागि प्रतिष्ठित, उर्जावान र अनुभवी व्यक्ति अध्यक्ष र कार्यकारी निर्देशकको रुपमा आउन सक्ने गरी पुर्नसंरचना आवश्यक छ । बोर्डमा सदस्यहरू उच्चस्तरको प्रतिनिधित्व गराउने, प्रदेश सरकार र स्थानीय तहलाई पनि बोर्डमा आवद्ध गर्ने, सेवा प्रदायकलाई नियमन गर्न सक्ने गरी कानुनी प्रबन्ध गर्ने, बोर्डको स्थायी संगठन संरचना स्वीकृत गर्ने, बोर्डलाई आवश्यक जनशक्ति बोर्ड आँफैले राख्न सक्ने आदि जस्ता विषयमा थप प्रष्टता भएमा बोर्डको प्रभावकारिता वृद्धि हुनेछ ।

५. सुशासन प्रवर्द्धन

मुलुकको हरेक क्षेत्रमा उब्जिएको सुशासनको प्रश्न स्वास्थ्य बीमा बोर्डतर्फ पनि उत्तिकै टड्कारो ढंगबाट उठ्ने गरेको पाइयो । कानुनको परिपालना, संरचनाको क्रियाशीलता, जनशक्ति व्यवस्थापन, स्रोतको संकलन, परिचालन तथा प्रयोग, सेवाको गुणस्तर र नागरिक पहुँच, सुविधाको दायरा, संस्थागत स्थायीत्व, तीन तहका सरकारबीचको अन्तर्सम्बन्ध, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयसँगको सहकार्य आदि क्षेत्रहरूमा स्वास्थ्य बीमा बोर्डले व्यापक सुधार गर्नुपर्ने देखिन्छ । स्वास्थ्य बीमा जस्तो राष्ट्रिय गौरव तथा प्राथमिताको कार्यक्रम सञ्चालन गर्न गरिएको तयारी तथा क्रियाशीलता अत्यन्त अपर्याप्त देखिन्छ ।

नेपालमा स्वास्थ्य क्षेत्रको समग्र व्यवस्थापनको अन्तिम दायित्व लिएको स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयसँग विश्वासको वातावरण बनाई सहकार्य हुन सकेको देखिएन।यसमा सुधार नहुँदासम्म आमनागरिकमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा पुग्न धेरै कठिनाई हुनेछ । कार्यान्वयन र नियमन (Operation and Regulation) दुई पक्ष भएकाले यसलाई बोर्डभित्र व्यवसायीक र सक्षम संगठन संरचना निर्माण गरी अलग अलग र स्वतन्त्र रुपमा काम गर्ने व्यवस्था मिलाउनु आवशयक छ । तत्कालका लागि TPA मार्फत यस विषयलाई केही सम्बोधन गर्न सकिन्छ । बोर्डले निर्वाह गर्नुपर्ने भूमिकाको चिरफार गरी प्रत्येक जिम्मेवारीलाई ठिक ढंगबाट सम्बोधन गर्नका लागि विशेष कार्ययोजना सहित काम गर्नु आवश्यक छ ।

६. कार्यान्वयन ढाँचा

मन्त्रालय र बोर्डको उच्चस्तरीय संयुक्त संयन्त्र तयार पारी प्रतिवेदनमा भएका विषयहरू कार्यान्वयनमा लैजानु पर्दछ । यसका लागि कार्यान्वयन कार्ययोजना समेत आवश्यक पर्नेछ । नेपाल सरकार प्रधानमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालयको अभिभावकीय भूमिकामा मात्र यस प्रतिवेदनका सुझावहरू कार्यान्वयन हुन सक्ने भएकाले मन्त्रालयको ध्यान त्यसतर्फ केन्द्रित हुनु आवश्यक छ । मुख्यतः मन्त्रालय र बोर्डको कृयाशीलतामा प्रतिवेदनको कार्यान्वयन निर्भर गर्नेछ ।

खण्ड-एक

स्वास्थ्य बीमाको अवस्था विश्लेषण

१. पृष्ठभूमि

नेपालको शासन व्यवस्था लोककल्याणकारी अवधारणामा सञ्चालन हुँदै आएको छ । नेपालको संविधानको प्रस्तावनामा नै सामाजिक न्याय, समानता, समता सहितको समुन्नत समाज तथा समृद्ध राष्ट्र निर्माण गर्ने प्रतिवद्धता अभिव्यक्त भएको छ । संविधानको धारा ३५ मा प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्रदान गर्ने र कसैलाई पनि आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाबाट बञ्चित नगर्ने विषय मौलिक हकको रुपमा रहेको छ । राज्यका नीतिअन्तर्गत धारा ५१ (ज) मा नागरिकका आधारभूत आवश्यकतासम्बन्धी नीतिको बुँदा १५ मा नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा पहुँचको व्यवस्था मिलाउने उल्लेख छ । संविधानको व्यवस्थालाई कार्यान्वयन गर्नका लागि स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ ले प्रत्येक नेपाली नागरिकलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभागी गराउन सकिने व्यवस्था गरेको छ। जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा ३ को उपदफा (४) मा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क रुपमा उपलब्ध गराउने व्यवस्था हुनुका साथै जनस्वास्थ्य नियमावली, २०७७ को नियम ३ मा आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको सूची समावेश गरिएको छ ।

चालु आर्थिक वर्ष २०८१/ ८२ देखि सुरू भएको सोह्रौं पञ्चवर्षीय योजनाले पनि सामाजिक सुरक्षालाई उच्च प्राथमिकता दिएको छ। यस योजनाले लाभग्राहीको दोहोरोपना हटाउने र बीमा लगायतका कार्यक्रमको दायरा फराकिलो र प्रभावकारी बनाउने विषय उल्लेख छ। राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६ मा आधारभूत स्वास्थ्य सेवाले नसमेटेका उपचारात्मक सेवालाई सामाजिक न्यायको सिद्धान्तमा आधारित रही विपन्न तथा प्राथमिकतामा परेका लक्षित वर्गलाई राज्यको सहुलियतमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गर्ने औपचारिक क्षेत्रलाई अनिवार्य रुपमा दायरामा ल्याउँदै सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गर्ने र विपन्न वर्गका लागि राज्यबाट तोकिएका विशेष स्वास्थ्य सेवाहरूको पहुँच क्रमशः सुनिश्चित गरिने भन्ने व्यवस्था समावेश गरिएको छ ।यसरी राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिले स्वास्थ्य बीमामार्फत नागरिकको स्वास्थ्य समस्या समाधान गर्ने सोच अगाडि सारेको छ ।यसको परिपूर्ति पनि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको दायित्व बन्न पुगेको छ ।

सर्वव्यापी स्वास्थ्य कार्यक्रममा आवद्धता (UHC) सम्बन्धी दिगो विकास लक्ष्य (SDG) को लक्ष्य ३.८ तर्फका सूचकहरू हासिल गर्नका लागि पनि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको प्रभावकारिता अभिवृद्धि गर्नु आवश्यक छ । कानुनी, संरचनागत तथा प्रक्रियागत सबलता र कमजोरीलाई केलाएर स्वास्थ्य बीमा सेवालाई सर्वसुलभ एवं गुणस्तरीय बनाउन गर्नुपर्ने सुधारका लागि सुझाव पेस गर्न यो प्रतिवेदन तयार पारिएको छ । माननीय स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्री (विभागीय मन्त्री) स्तरीय मिति २०८१।०६।८ गतेको निर्णय बमोजिम गठन भएको कार्यदलले प्राप्त गरेको कार्यदिशा र कार्यदल :

(क) कार्यादेश

१. विद्यमान स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको कानुनी अवस्था संगठनात्मक संरचना सेवा प्रवाह लगायतका विषयवस्तुहरूमा भएका सबल र दुर्बल पक्षहरूको विस्तृत विश्लेषण सहितको संश्लेणात्मक प्रतिवेदन तयार गर्ने ।

२. नेपालमा हाल कार्यान्वयनमा रहेका स्वास्थ्यका सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमहरूलाई एकद्वार प्रणालीबाट प्रवाह हुने गरी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममार्फत लैजान सुझाव सहितको उपाय सुझाउने ।

३. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सम्पूर्ण नेपाली नागरिकलाई आबद्ध गराउने उपाय सुझाउने ।

४. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमबाट उपलब्ध हुने सुविधाको दायरा फराकिलो बनाउन सम्भाव्य उपाय सुझाउने ।

५. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको स्रोत सुनिश्चितता बढाउन नीतिगत उपाय सुझाउने ।

६. विद्यमान स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा रहेका नीतिगत तथा व्यवहारिक समस्याहरूको पहिचान गरी समाधान सहितका उपाय सुझाउने ।

७. नेपालको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सम्बन्धमा हालसम्म भएका अध्ययन अनुसन्धान प्रतिवेदनहरूको पुनरावलोकन गरी पेस गर्ने ।

(ख) कार्यदल

डा. शम्भु आचार्य	संयोजक
डा. रघुराज काफ्ले	सदस्य
प्रा. डा. भगवान कोईराला	सदस्य
श्री नारायणप्रसाद रिसाल, सहसचिव, अर्थ मन्त्रालय	सदस्य
श्री अर्जुनप्रसाद भट्टराई, सहसचिव, श्रम रोजगार तथा सा.सु. मन्त्रालय	सदस्य
श्री हेमराज सुवेदी, सहसचिव, राष्ट्रिय योजना आयोग	सदस्य
कार्यकारी निर्देशक, स्वास्थ्य बीमा बोर्ड	सदस्य
डा. सरोज शर्मा, सहसचिव स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय	सदस्य सचिव

ग) कार्यदलले प्रतिवेदन तयार पार्दा अबलम्बन गरेका विधिहरू

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले कार्यदल गठन गरेपश्चात तोकिएको कार्यदिश बमोजिम कार्यदलको बैठक पहिलो बैठक २०८१।७।७ मा बसी प्रतिवेदन तयार पार्ने विधि निर्धारण गरिएको थियो ।कार्यदिश पाउना साथ माननीय स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्री तथा सचिवहरू र मन्त्रालयका उच्च पदस्थ अधिकारीहरूसँसग बसि मार्गदर्शन प्राप्त गर्ने काम भयो ।

कार्यदलले पहिलो चरणमा पूर्वकार्यहरूको अध्ययन गर्ने काम गर्यो । स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय तथा स्वास्थ्य बीमा बोर्डले विगतमा गराएका अध्ययन तथा प्रतिवेदनहरू, प्रकाशन तथा प्रतिवेदनहरू अध्यनन गरी स्वास्थ्य बीमाका बारेमा राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय अनुभव तथा जानकारी संकलन गरी कार्यदलको बैठकमा छलफल गरिएको थियो । पूर्वकार्यको अध्ययनले मन्त्रालयले दिएको कायदिशभित्र रहेर कसरी प्रतिवेदन तयार पार्ने भन्ने सम्बन्धमा स्पष्ट सोच बनाउन कार्यदललाई सजिलो भएको थियो ।

कार्यदलले प्रतिवेदन तयारीको क्रममा पूर्वकार्यहरूको अध्ययनको अतिरिक्त स्वास्थ्य बीमा बोर्ड सामाजिक सुरक्षा कोष, बीमा प्राधिकरण लगायतका समान प्रकृतिका काम गर्दै आएका संस्थाहरूसँग अनुभव सुन्ने तथा अन्तरक्रिया गरेको थियो । स्वास्थ्य सहायोग तथा अनुदानका कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने निकायहरूसँग पनि परामर्श गरेको थियो । स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयभित्रका विभिन्न कार्यक्रमहरूको विषयमा विस्तृत चर्चा भएको थियो ।

त्यसैगरी, स्वास्थ्य बीमा क्षेत्रका विज्ञहरु, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयका पूर्व मन्त्रीहरू, पूर्व सचिवहरू, पूर्व महानिर्देशकहरू, विश्वविद्यालयका प्राध्यापकहरू, विकास साझेदारका प्रमुख एवम् प्रतिनिधि, गैरआवासीय नेपाली, सेवा प्रदायक निजी क्षेत्र, स्वास्थ्य बिज्ञान प्रतिष्ठानका उपकुलपति लगायत पदाधिकारीहरू, प्रतिनिधि सभा शिक्षा स्वास्थ्य तथा सूचना प्रविधि समितिका सभापति र सदस्यहरू तथा राष्ट्रिय योजना आयोगका उपाध्यक्ष, राष्ट्रिय योजना आयोगका पूर्व उपाध्यक्षहरु, अर्थविदहरु स्थानीय तहका प्रतिनिधिहरु, प्रदेश सरकारका अधिकारीहरु, स्वतन्त्र अध्येताहरु, पत्रकार तथा नागरिक समाजका अगुवाहरु लगायतका पक्षहरुसँग छलफल भएको थियो ।

पूर्वकार्य अध्ययन तथा विभिन्न चरणका छलफलबाट आएका सुझाव समेतलाई समेटी तयार पारिएको प्रारम्भिक प्रतिवेदनका सम्बन्धमा माननीय मन्त्री, सचिव लगायतका उच्च अधिकारीसँग अन्तरक्रिया भएको थियो । यसैगरी, स्वास्थ्य बीमाको दिगोपना र आर्थिक पक्षका बारेमा केन्द्रित रही राष्ट्रिय योजना आयोगका बहालवाला उपाध्यक्ष र पूर्व उपाध्यक्ष तथा वरिष्ठ अर्थशास्त्रीका साथै स्वास्थ्य अर्थशास्त्रीहरूसँग समेत छलफल भएको थियो ।नेपालको प्रयास अन्तराष्ट्रिय अनुभव तथा कानुनी व्यवस्था समेतका विषयमा नेपाल पोलिसि फोरमले महत्वपूर्ण सामग्रीहरु कार्यदललाई उपलब्ध गराएको थियो ।

यसरी विभिन्न चरणमा भएका छलफल तथा अन्तर्क्रियाका आधारमा कार्यदलले मस्यौदा प्रतिवेदन परिमार्जन गर्दै पुनः छलफलमा लगि सुझाव लिने कार्य गरेको थियो । प्रतिवेदन तयार पार्दा स्वास्थ्य

बीमामा अन्तर्राष्ट्रिय अनुभव प्राप्त गरेका विज्ञहरु लाई नेपाल बोलाई महत्वपूर्ण सुझाव समेत लिइएको थियो । प्राप्त कार्यादेशको मर्मबमोजिम स्वास्थ्य बीमामा रुपान्तरणका लागि निरन्तरको प्रयत्न पश्चात प्रतिवेदनलाई मिति २०८१\९\१४ मा अन्तिम रुप दिने काम सम्पन्न भयो।

२.स्वास्थ्य बीमाको औचित्य

अहिलेको अवस्थामा विश्वका जुनसुकै देशका नागरिकको लागि पनि स्वास्थ्य सेवामा सहज पहुँच निकै पेचिलो विषय बनेको छ।व्यक्तिले आफ्नो जीवनमा लामो र कठोर परिश्रमबाट आर्जन गरेको सम्पत्ति कडा रोगको कारण केही समयमा नै सकिएर गरिबीको रेखामुनी धकेलिनु पर्ने अवस्था रहेको छ भने कतिपय नागरिकले खर्च क्षमताको अभावमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न नै नपाई अकालमै ज्यान गुमाउनु परेको यथार्थ हाम्रो सामु छ। यही तथ्यलाई मनन् गरी सबै देशले सन् २०३० सम्म आफ्ना नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवामा सहज पहुँचको व्यवस्था गर्न विभिन्न कार्यक्रमहरू गर्दै आएका छन् ।

विश्वभर नै आफ्ना नागरिकलाई वित्तीय सुरक्षा प्रदान गरी स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच स्थापित गर्ने सहज माध्यमको रुपमा स्वास्थ्य बीमा प्रणालीलाई अवलम्बन गर्ने लहर चलेको छ ।जीवनशैलीमा आएको तीव्र परिवर्तनले निम्त्याउने स्वास्थ्य समस्या, नागरिकको चेतनाको वृद्धिसँगै बढ्दो स्वास्थ्य सेवाको माग र खर्चिलो स्वास्थ्य प्रणालीको बीचमा सबै नागरिकले सहजै स्वास्थ्य सेवा लिन सक्ने अवस्था रहँदैन ।अर्थात् स्वास्थ्यको बढ्दो आर्थिक भारबाट नागरिकलाई सुरक्षा नदिईकन दिगो र सर्वव्यापी स्वास्थ्य सेवाको परिकल्पना गर्न सकिने अवस्था छैन ।त्यसका अतिरिक्त धेरै देशहरूले स्वास्थ्यलाई सार्वजनिक वस्तुको रुपमा स्वीकार गरेको अवस्था समेत भएकाले पनि स्वास्थ्य बीमा विश्वभर प्रिय बन्दै गएको छ । साथै, मानव पुँजी निर्माणको एक मुख्य सूचकको रुपमा स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरलाई हेर्ने प्रचलन पनि विकास हुँदै गएको छ ।

स्वास्थ्य बीमाको प्रयोग बढ्दै जाँदा यसलाई सबै नागरिकसमक्ष पुर्याउन अथक प्रयासहरू हुँदै आएका छन् । सरकार एक्लैले सबै नागरिकलाई सुलभ स्वास्थ्य सेवा दिन नसक्ने र कतिपय नागरिकले आँफैले तिरेर स्वास्थ्य सेवा लिन नसक्ने यथार्थतालाई मनन गरी त्यसको सम्बोधन स्वरुप लागत साझेदारी तथा सहकार्यको यो मोडेल विकास हुँदै गएको तथ्य स्पष्ट नै छ । विपन्नले तिर्न नसक्ने र सम्पन्नलाई बीमाको सहयोग नचाहिने विरोधाभाषपूर्ण यथार्थले गर्दा पनि लोककल्याणमा विश्वास गर्ने राज्यहरूले बीमालाई अनिवार्य बनाउँदै लगेको पाउन सकिन्छ । स्वास्थ्य बीमाको प्रभावकारिताको कसीमा उक्त राज्यको सामाजिक आर्थिक अवस्थाको प्रभावकारिता मापन गर्ने सम्मको अवस्था सिर्जना हुँदै गएको छ ।

नेपालमा पनि गरिबी, बेरोजगारी र असमानता उच्च छ । महँगो स्वास्थ्य उपचारका कारण प्रत्येक वर्ष ठूलो सङ्ख्यामा नागरिकहरू गरिबीको रेखामूनी धकेलिएका छन् ।स्वास्थ्य मन्त्रालयको अध्ययन अनुसार व्यक्तिले स्वास्थ्य उपचारको ५४ प्रतिशत खर्च व्यहोर्ने गर्दछ भने राज्यले उपलब्ध गराएको

सुविधा तथा सहयोग जम्मा ४६ प्रतिशत छ । सुगम र दुर्गम तथा गाउँ र सहरमा स्वास्थ्य सेवाको वितरणमा पनि अत्यन्त ठूलो अन्तर छ भने सेवा लिनेमा पनि दुर्गमका नागरिक निकै पछाडि रहेका छन् । यी र यस्ता कारणले औषत आयु तथा मानव विकास सुचकांक आदिमा देशमा ठूलै असमानता विद्यमान छ ।सरकार आँफैले मात्र एकल लगानीमा सबै नागरिकलाई गुणस्तरीय, प्रभावकारी र पर्याप्त स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन सक्दैन । विपन्न तथा पिछडिएको वर्ग समुदायले आँफै स्वास्थ्य सेवा खरिद गर्न सक्दैनन् भने स्वास्थ्य सेवा दिनका लागि सरकारको मात्र क्षमताले पनि भेट्दैन ।अहिले नै सरकारले स्वास्थ्य क्षेत्रमा विश्वव्यापी प्रचलन भन्दा निकै कम मात्र बजेट छुट्याउँदै आएको छ । यसलाई तत्कालै ठूलोस्तरमा वृद्धि गर्ने सामर्थ्य पनि सरकारसँग छैन ।त्यसैले नागरिकसँगको लागत साझेदारीमा मात्र सरकारले स्वास्थ्य बीमामार्फत सबै नागरिकलाई सेवा दिन सक्ने अवस्था देखिन्छ ।

संविधानले सबैलाई स्वास्थ्य सुविधाको विषय सुनिश्चित गरेको छ । संविधानको राज्यका नीति तथा सिद्धान्तमा समेत स्वास्थ्य बीमाको विषय उल्लेख छ । एकातिर कानुनी प्रतिवद्धता र अर्कोतर्फ नागरिक आवश्यकता दुवैले गर्दा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम नेपालमा अत्यावश्यक छ । स्वास्थ्य बीमा बोर्डको अनुभवबाट पनि छरिएका कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्ने, बीमा बोर्डको प्रभावकारिता वृद्धि गर्ने, बीमामा सबै नागरिकको संलग्नता सुनिश्चित गर्ने, प्रगतिशील प्रिमियम प्रणाली कायम गर्ने हो भने स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम प्रभावकारी भई सरकारको प्रतिबद्धता पूरा गर्न सकिन्छ भन्ने देखाउँदछ ।

३. विश्वमा स्वास्थ्य बीमाको अनुभव

नागरिकको स्वास्थ्य सुरक्षालाई सुनिश्चित गर्नका लागि विश्वका धेरै मुलुकले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याएका छन् । सबै नागरिकको सरकारले नसक्ने र व्यक्ति आँफैले मात्र पनि सबै उपचार खर्च धान्न नसक्ने यथार्थतालाई आत्मसात गरी व्यक्तिको क्षमता अनुसार योगदान गर्ने र त्यसमा आवश्यकता तथा सामर्थ्यबमोजिम सरकारले सहयोग गर्ने साझेदारीको मोडल अभ्यासमा रहेको पाउन सकिन्छ । बीमाको मार्फतबाट स्वास्थ्य सेवाको प्याकेज खरिद गर्दा स्वभाविक रुपमा जोखिमको वितरण हुने र निरोगी व्यक्तिको लगानी रोगी व्यक्तिको उपचारमा प्रयोग हुने अवस्थाले सामाजिक न्याय स्थापित गर्नलाई मद्दत गर्दै आएको छ ।स्वास्थ्य बीमा कार्यान्वयनका आ-आफ्ना मोडेलहरू छन् तर केही आधारभूत विषयमा भने सबैमा एकरुपता पाउन सकिन्छ, जस्तै- नागरिक र सरकारको साझेदारिता। अधिकांश नागरिकको स्वास्थ्य बीमामा संलग्नताले जो बिरामी हुन्छ उसलाई निरोगी व्यक्तिको योगदान समेत उपयोग गर्ने, स्वास्थ्य उपचारमा एकरुपता तर उपयोग गर्ने भौतिक सुविधामा फरक अवसर, केन्द्रीय नियन्त्रण तर सबै तहका सरकारको संलग्नता तथा साझेदारिता आदि ।विश्वका धेरै मुलुकहरूले स्वास्थ्य बीमालाई उच्च महत्व दिंदै यसको सार्वभौम स्वास्थ्य सहभागिता (UHC) हासिल गर्नका लागि प्रयास गरेको पाउन सकिन्छ । विश्वका विभिन्न मुलुकले सर्वव्यापी स्वास्थ्य सहभागितामा हासिल गरेको उपलब्धिलाई अनुसूची-१ मा प्रस्तुत गरिएको छ । स्वास्थ्य बीमामा सर्वव्यापी सहभागिता सुनिश्चित गर्न हासिल भएका सफल अनुभव नेपालका लागि पनि

उपयुक्त हुने सम्भावनालाई ध्यानमा राखि केही मुलुकहरूको उदाहरण यहाँ प्रस्तुत गर्ने प्रयास गरिएको छ ।

३.१. विभिन्न मुलुकको अनुभव

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम बिभिन्न मुलुकमा सञ्चालनमा छन् ।यी मध्ये केही देशहरूको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको परिचय यहाँ समावेश गरिएको छ।

क) भारत

भारतमा 'प्रधानमन्त्री जन आरोग्य योजना' नामक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सन् २०१८ बाट सञ्चालनमा छ । यसले आर्थिक रुपले पछाडि परेका ५० करोड नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने लक्ष्य लिएको देखिन्छ ।यस योजनामा प्रतिपरिवार प्रतिवर्ष ५ लाख भारतीय रुपैयाँ सहयोग उपलब्ध गराईन्छ। उपचार तथा शल्यक्रिया सेवालाई बृहत रुपमा अगाडि बढाउनका लागि सरकारी र निजी दुवै स्वास्थ्य संस्थालाई उपयोग गर्ने नीति लिईएको छ ।

आर्थिक वर्ष सन् २०२३।२४ मा ७२०० करोड रकम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्नका लागि विनियोजन गरिएको थियो । यसलाई संघ सरकार र राज्य सरकारले संयुक्त रुपमा सञ्चालन गर्ने गरी व्यवस्था मिलाईएको छ । संघ सरकारले राज्य सरकारलाई ६० देखि १०० प्रतिशतसम्म अनुदान उपलब्ध गराउँदछ । संघ सरकारले राज्य सरकारलाई बीमाको प्रयोग लाभान्वित जनसङ्ख्या तथा राज्यको वित्तीय क्षमता समेतको आधारमा अनुदान रकम उपलब्ध गराउने गर्दछ । त्यसलाई राज्यले विभिन्न विकल्प उपयोग गर्दै स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्दछन् ।राज्य सरकारले निजी बीमा कम्पनीमार्फत पनि यस्तो सेवा प्रवाह गर्न सक्ने व्यवस्था छ जसले निजी र सार्वजनिक साझेदारिता देखाउँदछ ।

यस कार्यक्रममा जोखिम व्यवस्थापनका लागि विभिन्न विधि अवलम्बन गरिएको छ । जस्तै-

सामाजिक आर्थिक जनगणनाको आधारमा बृहत सहभागिता:- जनगणना गरी तल्लो ४० प्रतिशत लक्षित समुदायलाई बीमा सेवा उपलब्ध गराईएको छ ।यसमा माध्यमिक र विशिष्टिकृत स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराईन्छ ।

कार्यान्वयनमा लचकता:- यसलाई कार्यान्वयन गर्न राज्यले विभिन्न मोडेलहरू प्रयोगमा ल्याउन सक्ने व्यवस्था छ । ट्रष्ट र बीमा मोडेल तथा दुवैको संयोजन जुन पनि प्रयोगमा ल्याउन सकिन्छ ।बीमा मोडेल अन्तर्गत राज्यको स्वास्थ्य अधिकारीले निश्चत प्रिमियमको वार्षिक भुक्तानी मार्फत बीमा कम्पनीसँग सेवा प्राप्तिको सम्झौता गर्न सक्छ ।बीमा कम्पनीले प्रशासनिक लागत घटाई खर्च नभएको रकम राज्यलाई फिर्ता गर्दछ ।तोकिए भन्दा बढी खर्च भएमा त्यसमा कम्पनीलाई राज्यले क्षतिपूर्ति दिन्छ ।

व्यक्तिगत खर्चमा कमी:- सरकारले उपलब्ध गराएको यस स्वास्थ्य बीमा सेवामा आवद्ध भएका परिवारको खल्तीबाट उपचारमा हुने खर्च १० प्रतिशतमा झरेको छ । कार्यक्रमले अस्पताल भर्ना, शल्यक्रिया, निदान, र फलो-अप हेरचाह सहित लगभग ९०% चिकित्सा लागतहरू समेट्छ। यसले निकै ठूलो राहत दिएको छ ।

ठूला अस्पतालको संलग्नता:- यसले सेवाग्राहीलाई देशभरमा शाखा भएका अस्पतालहरूबाट सेवामा सहज पहुँच उपलब्ध गराउँछ । यसबाट जोखिमपूर्ण र खर्चिला रोगहरूको उपचारमा सहजता आएको छ । यस्ता अस्पतालहरूबाट सम्बन्धित ठाउँमा नै विशिष्टिकृत उपचार सेवा समेत पाईने हुँदा खर्च र जोखिम दुबै घटेका छन् ।

ख) थाईल्याण्ड

थाइल्यान्ड सन् २००२ मा सबै नागरिकमा पूर्ण स्वास्थ्य सेवा विस्तार गर्न सफल भयो । थाइल्याण्डले जब सर्वव्यापी सहभागिता स्किम (UCS) को सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा योजना सञ्चालनमा ल्यायो तब आम नागरिकलाई संलग्न गराउने र स्वास्थ्य सहयोग प्रदान गर्ने लक्ष्य हासिल हुन पुग्यो ।

थाइल्यान्डमा राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा योजना सबै नागरिकको स्वास्थ्यमा पहुँच सुनिश्चित गर्नका लागि ल्याईएको हो । नागरिकलाई बीमासम्बन्धी नीतिगत निर्णयमा सक्रिय सहभागिताको लागि अनुकुलता सिर्जना गरिएको छ । यो कार्यक्रम सञ्चालन सम्बन्धी नीतिगत निर्णयहरू गर्ने अधिकार पनि आम नागरिक तहमा समेत पुग्ने गरी मिलाईएको छ । सबै उमेर समूहका लागि रोकथाम, उपचारात्मक र हेरचाहमा आवश्यक सेवाहरू समावेश छन् । रेनल रिप्लेसमेन्ट थेरापी, क्यान्सर थेरापी र स्टेम-सेल ट्रान्सप्लान्ट जस्ता उच्च लागतका सेवाहरू समेत यो बीमा कार्यक्रममा संलग्न गरिएकाले बिरामीहरूका लागि आर्थिक सुरक्षा उपलब्ध गराउन सफल भएको छ । नागरिकको नजिकमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरूले सेवा उपलब्ध गराउने हुँदा उपचार गराउन र प्रेषण लिनका लागि पनि सहज भएको छ । स्वास्थ्य बीमाका लागि मुख्यत राज्यकोषबाट रकम उपलब्ध हुने भएकाले सबै नागरिकले सहजै सेवा पाउन सफल भएका छन् ।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सरकार र नागरिक दुवैको योगदान रहेकाले यो दिगो र न्यायसङ्गत छ । प्रगतिशिल कर प्रणालीका आधारमा बीमाको लागि स्रोत उठाईएकाले धनीले बढी र गरिबले कम मात्र रकम तिरेर सेवा लिन पाउने व्यवस्था छ । तर योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षाको हकमा सङ्गठित संस्था, सरकार र व्यक्तिले संयुक्त रुपमा रकम जुटाउँदै आएका छन् । स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग सम्झौता गरी पायक पर्ने ठाउँमा स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउँदै आएको छ । यसबाट सामान्य नागरिकको स्वास्थ्य उपचार सहज हुनुका साथै व्यक्तिले गर्नुपर्ने खर्च निकै कम हुन पुगेको छ ।

यसले स्वाथ्य सेवामा सबै नागरिकको पहुँच हुने र सबैले योगदान गर्ने विषय सुनिश्चित गरेको छ । यस प्रणालीमा सबै नागरिकलाई एकै ठाउँमा समावेश गरिन्छ र सबैले तिरेको रकमलाई एकै ठाउँमा राखिन्छ अर्थात एकीकृत प्रणाली अबलम्बन गरिन्छ । यसमा मूलतः सक्ने र निरोगीहरूले कमजोर र उपचार

सेवा लिनुपर्ने तथा उच्च स्वास्थ्य जोखिममा रहेका व्यक्तिलाई सहयोग गर्ने मान्यता अनुसार काम गरिएको छ ।

सबैमा सहज, सन्तुलित र प्रभावकारी ढंगबाट सेवा उपलब्ध गराउनका लागि थाईल्याण्डको स्वास्थ्य मन्त्रालयले केन्द्रीय अधिकारीको रुपमा काम गर्दै आएको छ । यसले व्यक्तिले आफ्नो क्षमता अनुसार योगदान गर्ने हो तर उक्त योगदान व्यक्तिको उपचार आवश्यकता तथा स्वास्थ्य जोखिमसँग सम्बन्धित छैन भन्ने प्रष्ट धारणा राखे गरेको छ । जसका कारण संकलित स्रोतको पुर्नवितरण सहज र समतामूलक बन्न पुगेको छ । यसैले गर्दा तिर्ने क्षमता कम भएका तर उच्च स्वास्थ्य जोखिममा रहेका नागरिकलाई प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन थाइल्यान्ड सरकार सफल भएको छ । विपन्न र विपन्नताको रेखा नजिक रहेका नागरिकको तर्फबाट योगदान गर्ने समेत व्यवस्था सरकारले मिलाएकाले यो बीमा न्यायीक समेत छ ।

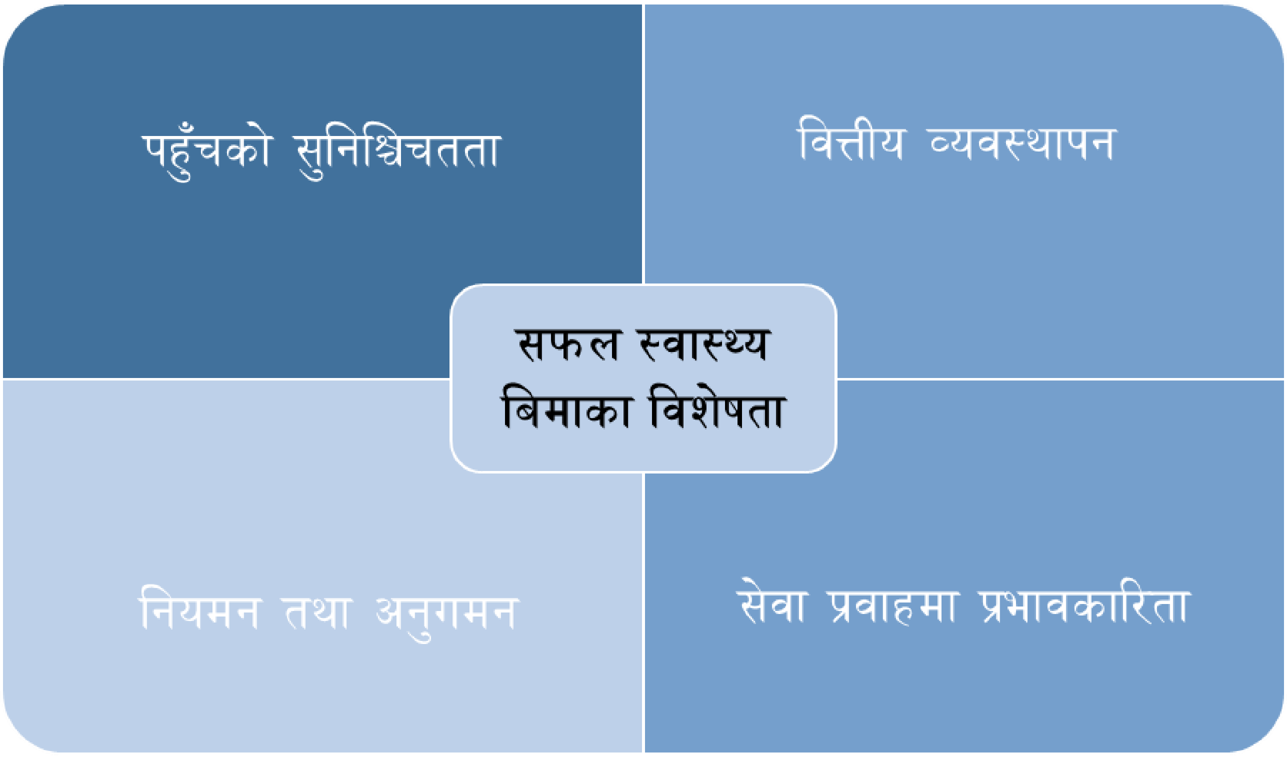
राष्ट्रिय बीमा प्रणालीले आफ्ना सेवाग्राहीले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा पाउन सकुन् भन्नका लागि सेवा प्रदायकसँग र औषधी तथा उपकरण आपूर्तिकर्तासँग विभिन्न रणनीतिका साथ सेवाहरू खरिद गर्ने प्रबन्ध मिलाएको छ । उनीहरूसँग मोलमोलाई गरेर मात्र औषधी तथा उपकरण र स्वास्थ्य संस्थासँग सेवा लिने र त्यसको गुणस्तरको प्रभावकारी अनुगमन गर्ने भएकाले सेवाको प्रभाव निकै गुणस्तरीय र सुलभ एवं सहज बन्न पुगेको छ ।

यो योजना मुख्यत: प्रगतिशिल आयकरको सिद्धान्तमा आधारित भएकोले धेरै क्षमता भएकोले धेरै र कम क्षमता भएकोले कम मात्र भुक्तानी गर्ने गर्दछन् । यसमा सबै नागरिकको योगदान सुनिश्चित हुने गर्दछ ।स्रोत संकलनको यो विधि पारदर्शी, न्यायीक र सर्वव्यापी भएकाले सबै वर्ग र समुदायको संलग्नता रहन्छ । स्रोत संकलनको यस बिधिले कमजोर वर्गलाई न्याय गर्ने र सक्षमले कमजोरको उपचारमा पर्याप्त सहयोग गर्न वातावरण बनाएको छ भने सरकारले राष्ट्रिय बीमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्नका लागि पर्याप्त स्रोत व्यवस्थापन गर्न सकेको छ । यो कार्यक्रम सुरु भएपछि अनौपचारिक क्षेत्रमा काम गर्ने बहुसंख्यक व्यक्तिले स्वास्थ्य उपचारमा गर्नुपर्ने व्यक्तिगत खर्च निकै कम भएको छ ।साथै स्वास्थ्य जोखिममा रहेको कमजोर वर्गले एकीकृत स्रोतबाट उपचार गर्न पाउँदा उनीहरूको जीवनमा सहजता आएको छ ।

४. सफल स्वास्थ्य बीमाका विशेषता

विश्व बैङ्कले स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँचका लागि स्वास्थ्य बीमा एक महत्वपूर्ण औजार हुन सक्ने र सबै जनता तथा समुदायले आर्थिक बोझ नपर्ने गरी प्रवर्द्धनात्मक, प्रतिरोधात्मक, उपचारात्मक र पुन:र्स्थापनात्मक स्वास्थ्य सेवा गुणस्तरीय किसिमले उपभोग गर्न पाउने अवस्था नै सर्वव्यापी स्वास्थ्य पहुँचको अवस्था मानेको छ । विश्व बैङ्कको यसै परिभाषालाई नै सफल स्वास्थ्य बीमाको आधार मान्न सकिन्छ भने विश्वभर चलेका सफल अभ्यास र नेपालले विगत एक दशकमा प्राप्त गरेको अनुभव समेतका आधारमा सफल स्वास्थ्य बीमाका केही विशेषतालाई यहाँ समावेश गर्ने प्रयास गरिएको छ। यी विशेषताहरू मूलत:: नेपालको स्वास्थ्य बीमा सुधारका लागि मार्गदर्शक बन्न सक्नेछन् भन्ने विश्वास लिईएको छ ।

निश्चित विशेषता भएको स्वास्थ्य बीमालाई सफल स्वास्थ्य बीमा मान्न सकिन्छ ।ती हुन् (१) सफल स्वास्थ्य बीमा प्रणालीमा एउटै गुणस्तरको उपचारमा आम नागरिकको सहज पहुँच आवश्यक पर्दछ। (२) जुनसुकै स्तरका नागरिकले पनि सेवा लिन सक्ने गरी खर्चको व्यवस्थापन हुनु पर्दछ । (३) सेवा प्रवाह चुस्त तथा दुरुस्त हुनु पर्दछ । (४) बीमाका सबै प्रक्रियाको नियमन र अनुगमनमार्फत सुशासन सुनिश्चित भएको हुनु पर्दछ । यी चार तत्वबारे यहाँ संक्षिप्तमा चर्चा गरिएको छ ।



४.१ पहुँचको सुनिश्चितता

- स्वास्थ्य बीमामा सबै नागरिकको पहुँच हुनु पर्दछ, यो सर्वव्यापी हुनु पर्दछ । कानुन, संरचना, प्रक्रिया तथा उपलब्ध सेवाले सबैलाई समेटन सक्नु पर्दछ ।
- जुनसुकै सामाजिक, आर्थिक तथा भौगोलिक अवस्थामा रहे तापनि सेवाको उपलब्धता तथा न्यूनतम गुणस्तरमा कुनै सम्झौता हुनु हुँदैन ।
- सबै नागरिकले आधारभूत र गुणस्तरीय सेवा पाउने गरी स्वास्थ्य पूर्वाधार विकास गरिएको हुनु पर्दछ ।देशभरका लागि एक निश्चित मापदण्ड तयार पारी सो सेवा लिन सक्ने अवस्था बन्नु पर्दछ ।

- विपन्न, सीमान्तकृत, अपाङ्ता भएका, गम्भीर प्रकृतिका रोग लागेका, असहाय व्यक्तिहरूलाई यो सेवामा अग्राधिकार प्राप्त हुने छ । यस्तो समुदायलाई सेवा लिनको लागि सबै प्रकारका शुल्कहरू छुट गरिएको हुनु पर्दछ ।
- रकम अभावको कारण कसैले स्वास्थ्य सेवा लिन नसक्दा क्षति व्यहोर्नुपर्ने अवस्थाको अन्त्य भएको हुनु पर्दछ ।

४.२ वित्तीय व्यवस्थापन

- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम दिगो तथा आत्मनिर्भर हुनु पर्दछ । सञ्चालन खर्च सरकारले व्यहोर्ने र उपचारको सम्पूर्ण खर्च (सरकारले लक्षित वर्गको प्रिमियम तिरिदिन सक्छ) बीमा कार्यक्रमबाट नै व्यवस्थापन हुनु पर्दछ । सरकारको तर्फबाट व्यहोर्नु पर्ने दायित्वलाई कम गर्दै लगि कुल खर्चको २५ प्रतिशतमा कायम गर्नु पर्दछ ।
- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सबै नागरिकको संलग्नता रहनुपर्ने र बढि क्षमता हुनेले बढि तिर्ने प्रणाली स्थापित हुनु पर्दछ ।
- औपचारिक क्षेत्रमा कार्यरत नागरिकलाई पहिलो चरणमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गराउनु पर्दछ ।
- स्वास्थ्य मन्त्रालय (नेपालको हकमा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय) मार्फत सञ्चालनमा रहेका स्वास्थ्य सेवा सहयोग कार्यक्रमलाई कानुनी व्यवस्थामार्फत एकीकृत गरी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम मार्फत सञ्चालन गरिनु पर्दछ ।
- सरकारका विभिन्न निकायबाट फरक-फरक शीर्षकमा सञ्चालनमा रहेका स्वास्थ्य सहयोग तथा अनुदानका कार्यक्रमलाई एकीकृत गरी देशमा एउटा मात्र स्वास्थ्य सेवा सहयोग कार्यक्रम बीमाबाट सञ्चालन गर्ने व्यवस्था गरिएको हुनु पर्दछ ।
- फरक-फरक शीर्षकमा सञ्चालनमा रहेका स्वास्थ्य सेवा सहयोग कार्यक्रम सञ्चालनका लागि प्रयोगमा रहेका कानुनहरू संशोधन गरी ती सबै कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य बीमा मार्फत सञ्चालन गरी कार्यक्रम प्रभावकारी बनाउनु पर्दछ।
- वित्तीय स्थायीत्वको लागि प्रगतिशील प्रिमियम, गम्भिर रोगमा पुर्नबीमा, स्वास्थ्यमा प्रतिकुल असर पर्ने क्षेत्रमा सरकारले कर लगाई त्यसको केही अंश बीमा कोषमा जम्मा गर्ने, निजी क्षेत्रको संलग्नता. आत्मनिर्भरताको सिद्धान्तमा आधारित भई प्रिमियम निर्धारण आदि उपयोगमा ल्याउन सकिन्छ ।

४.३ सेवा प्रवाहमा प्रभावकारिता

- सबै बिमितले सजिलै स्वास्थ्य सेवा लिन सक्ने गरी स्वास्थ्य बीमामा सुधार गरिएको हुनु पर्दछ ।

- प्रथम सेवा बिन्दुमा चिकित्सक, स्वास्थ्य उपकरण तथा तोकिएका औषधी सहजै उपलब्ध हुने व्यवस्था मिलाईएको हुनु पर्दछ ।
- बिमितले दुई स्थानसम्म (आफू जहाँ बसेको छ त्यहाँबाट सेवा लिन सक्ने) लाई प्रथम सेवा बिन्दुको रुपमा छनौट गर्न सक्ने व्यवस्था गर्नु पर्दछ। स्थायी र अस्थायी बसोबास जुनसुकै स्थानबाट पनि प्रथम सेवा लिन सक्ने व्यवस्था गर्नु पर्दछ। बीमा सेवा विद्युतीय प्रणालीमा आवद्ध भई पूर्ण स्वचालित भएपछि बिमितले जुनसुकै सेवा बिन्दुबाट पनि सेवा लिन सक्ने बनाईनु पर्दछ ।
- स्वास्थ्य बीमाका सदस्यलाई तोकिएका अस्पतालमा सेवा लिनका लागि सहज हुने गरी व्यवस्था मिलाईएको हुनु पर्दछ।
- उपचारसम्बन्धी मापदण्ड तथा उपचारका प्रकारहरू निर्धारण गरी मापदण्ड पुगेका सबै सरकारी तथा सामुदायिक अस्पताल र ईच्छुक सबै निजी अस्पतालमा स्वास्थ्य बीमा सुविधा विस्तार गरिएको हुनु पर्दछ ।
- अस्पतालहरूमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमले तोकेका सबै औषधी अनिवार्य रुपमा उपलब्ध हुने व्यवस्था गरिएको हुनु पर्दछ।
- गम्भिर प्रकृतिका रोग लागेका बिरामीलाई उपलब्ध गराउने स्वास्थ्य सेवाको प्याकेज पर्याप्त र सहज हुनु पर्दछ ।

४.४ नियमन तथा अनुगमन

- स्वास्थ्य बीमा मार्फत सञ्चालन हुने कार्यक्रमको नियमन र अनुगमनलाई नियमित तथा व्यवस्थित गरिएको हुनु पर्दछ।
- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने अस्पतालले Real Time विवरण प्रविष्टि गर्ने प्रबन्ध मिलाएको हुनु पर्दछ।
- स्वास्थ्य बीमाले सेवा प्रदायक अस्पतालहरूलाई स्वचालित भुक्तानी गर्ने प्रणाली प्रयोगमा ल्याउनु पर्दछ । यस्तो भुक्तानी ४५ दिन भित्रमा भई सक्ने व्यवस्था मिलाईएको हुनु पर्दछ।
- स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरूले उपलब्ध गराएका सेवाहरू मापदण्डबमोजिम भए नभएको नियमित अनुगमन गर्ने प्रबन्ध हुनु पर्दछ।
- बिमितहरूले अस्पतालबाट लिएको स्वास्थ्य सेवाको व्यक्तिगत विवरण सहजै उपलब्ध हुने व्यवस्था मिलाउन एकीकृत विद्युतीय प्रणाली विकास गरिएको हुनु पर्दछ।

- छनौटमा परेका फार्मेसीहरूले स्वास्थ्य बीमाले तोकेबमोजिमको औषधीहरू उपलब्ध गराउने अवस्था सुनिश्चित गरिएको हुनु पर्दछ।
- निजी अस्पतालहरूले प्रदान गर्ने बीमा सम्वद्ध स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर तथा शुल्कको नियमित अनुगमन भएको हुनु पर्दछ ।
- गलत दाबी (Fake Claim) को परीक्षण गर्ने विद्युतीय विधि समेत प्रयोगमा ल्याईएको हुनु पर्दछ ।

५. नेपालमा स्वास्थ्य बीमाको पृष्ठभूमि र कानुनी आधार

प्रत्येक वर्ष नेपालले स्वास्थ्य क्षेत्रमा गर्ने खर्च क्रमशः: वद्धि हुँदै गएको छ । सरकारले उपलब्ध गराएको स्वास्थ्य सेवा तथा सुविधा अपुग भएर प्रत्येक नागरिकले ५४ प्रतिशत खर्च आँफैले व्यहोर्दै आएको अवस्था छ । बढ्दो असाध्य रोगहरूका कारण स्वास्थ्य उपचार खर्च आकाशिदै गएको देखिन्छ। उच्च उपचार खर्चका कारण लाखौं परिवार प्रत्येक वर्ष गरिबीको रेखामूनी धकेलिएका छन् । नागरिक चेतनामा आएको वृद्धिका कारण स्वास्थ्य उपचारको खोजी झनझन् बढ्दै गएको छ ।यसरी धान्नै नसकिने स्वास्थ्य उपचारको व्यवस्थापनमा सरकार र नागरिक दुवैको साझेदारिता बढाई समाजमा सक्नेले अलि बढी योगदान गर्ने परिपाटी विकास गर्ने मोडेलमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम आरम्भ भएको हो

विगत देखि सरकारले आमा सुरक्षा कार्यक्रम, आङ खस्ने रोगको उपचार, निःशुल्क स्वास्थ्य उपचार कार्यक्रम तथा लक्षित वर्गका लागि विशेष स्वास्थ्य सेवाहरू सञ्चालन गर्दै आएको छ। सरकारले सीमित स्रोत साधनका बावजुद मुटु रोग, मृगौला, क्यान्सर, स्पाइनल इन्जुरी तथा टाउकोको चोटपटक, अल्जाइमर, सिकलसेल एनिमिया तथा पार्किन्सस जस्ता ८ प्रकारका गम्भीर प्रकृतिका रोगको उपचारका लागि पनि विशेष सुविधा उपलब्ध गराउँदै आएको छ । जसअन्तर्गत बिरामीलाई उपचारका क्रममा एक लाखसम्म अनुदान दिने व्यवस्था मिलाईएको छ । मृगौलाको उपचारको हकमा जीवनभर हेमोडायलायसिस् सेवा प्रदान हुँदै आएको छ । ज्येष्ठ नागरिक र १५ वर्ष मुनिका बालबालिकालाई निःशुल्क मुटु रोगको उपचारको व्यवस्था समेत छ । सरकारले विभिन्न प्रकारका औषधीहरू विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाबाट निःशुल्क उपलब्ध गराउँदै आएको छ। यसरी सरकारले नागरिकको स्वास्थ्यमा संवेदनशील बन्दै स्वास्थ्य सेवाका कार्यक्रमहरू विस्तार गर्दै लगेको छ ।

गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने नागरिकको अधिकारको संरक्षण गर्न, स्वास्थ्य बीमाद्वारा पूर्व भुक्तानीको माध्यमबाट बिमितको आर्थिक जोखिम न्यूनीकरण गर्न तथा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको दक्षता र जवाफदेहिता अभिवृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवामा आम नागरिकको सहज पहुँच सुनिश्चित गर्नका लागि स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ र यस सम्बन्धी नियमावली, कार्यविधि र निर्देशिकाहरू कार्यान्वयनमा छन् ।स्वास्थ्य बीमा ऐनले व्यवस्था गरे बमोजिम स्वास्थ्य बीमा बोर्ड स्थापना भई यसले बिमितहरूको उपचारलाई देशव्यापी रुपमा सहज बनाएको छ । स्वास्थ्य बीमा भन्दा अलगै स्वास्थ्य उपचार सुविधा उपलब्ध गराउनका लागि तीन तहको सरकारबाट नै विभिन्न कार्यक्रमहरू सञ्चालनमा छन् । त्यस्ता कार्यक्रम सञ्चालनका केही मुख्य कानुनी आधार तथा व्यवस्था समेतलाई यहाँ चर्चा गर्ने प्रयत्न गरिएको छ ।

नेपालको संविधान, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६, राष्ट्रिय बीमा नीति, २०७१ स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ तथा स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५, स्वास्थ्य बीमा रणनीतिक मार्गचित्र (२०८१।८२-२०८६।८७), सोह्रौं योजना (२०८१।८२-२०८५।८६), नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति (२०७२-२०७७), दिगो विकास लक्ष्य, २०८७, स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५, स्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०७७, राष्ट्रिय वित्त रणनीति (२०७९-२०८९), नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति योजना (२०८०-२०८८), नेपाल स्वास्थ्य वित्त रणनीति (२०८०- २०९०) लगायतका स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी नीतिगत तथा कानुनी दस्तावेजहरूबाट स्वास्थ्य बीमा सञ्चालन सम्बन्धी कानुनी आधारहरू तयार भएको पाउन सकिन्छ ।

त्यस्तै गरी सामाजिक सुरक्षा कोषको स्थापना सामाजिक सुरक्षा (व्यवस्थापन कोष तथा सञ्चालन) नियमावली, २०६७ जारी भई सो बमोजिम २०६७ साल चैत्र ७ गते भएको थियो । यसले नेपालको सामाजिक सुरक्षा प्रणालीलाई विशेष ढंगबाट सञ्चालन गर्ने आधार तयार गरेको हो भनि मान्न सकिन्छ । यसलाई व्यवस्थित गर्न योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा ऐन, २०७४ तथा नियमावली, २०७५ जारी भई कार्यान्वयनमा छ । सविधानको धारा ३४ र ४३ ले सामाजिक सुरक्षा तथा सामाजिक न्यायका विषयलाई मौलिक हकका रुपमा स्थापित गरेको छ ।सामाजिक सुरक्षा ऐन, २०७५ निवृत्तिभरण कोष ऐन, २०७५ अवकाश बचत कोष ऐन, कर्मचारी संचय कोष ऐन, २०१९ नागरिक लगानी कोष ऐन, २०४७ निजामती सेवा ऐन, २०४७ आदि जस्ता कानुनी प्रावधानले समेत सामाजिक सुरक्षाको विषयलाई सम्बोधन गरेका छन् । नागरिकलाई आधारभूत सेवा निःशुल्क दिने तथा कमजोर नागरिकलाई विशेष संरक्षण गर्ने राज्यको नीति नै स्वास्थ्य बीमाको अवधारणा विकासका लागि सहायक बन्न पुग्यो ।

माथि उल्लिखित दस्तावेजहरूले नागरिकको स्वास्थ्य सुरक्षालाई सरल, सहज र सुलभ बनाउनका लागि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्न आधार प्रदान गरेका छन् । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा देशका सबै नागरिकलाई आवद्ध गर्ने र उनीहरूले गर्ने प्रिमियम भुक्तानीबाट बीमा कोष स्थापना गरी त्यही कोष परिचालन मार्फत स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने व्यवस्था गरिएको छ ।

सरकारको नीति, कार्यक्रम तथा बजेटमा स्वास्थ्य बीमा

नेपाल सरकारको आर्थिक वर्ष २०८१।८२ को नीति तथा कार्यक्रमको बुँदा नं १६२ मा देश भरका सरकारी गैरसरकारी लगायत सबै सङ्गठित क्षेत्रलाई स्वास्थ्य बीमामा अनिवार्य आवद्धता हुने व्यवस्था मिलाईनेछ भन्ने उल्लेख भएको छ । त्यसै गरी आर्थिक वर्ष २०८१।८२ बजेट वक्तव्यको बुँदा नं १४० मा एकीकृत सामाजिक सुरक्षाको अवधारणा अनुरुप सामाजिक सुरक्षा कोष र स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमबीच अन्तर आवद्धता कायम गरी कोषमा आवद्ध योगदानकर्ताको स्वास्थ्य बीमा सामाजिक सुरक्षा कोषमार्फत हुने व्यवस्था मिलाईनेछ भन्ने उल्लेख छ । यसबाट सङ्गठित क्षेत्रमा कार्यरत कामदारको रकम जम्मा पार्ने र उनीहरूको बीमाको लागि एकमुष्ट दायित्व सामाजिक सुरक्षा कोषले लिई उक्त रकम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई उपलब्ध गराउने र बीमा बोर्डले त्यस्ता कामदारको लागि सामाजिक सुरक्षा कोषले उपलब्ध गराएको रकमको सिमाभित्र रहेर स्वास्थ्य बीमा सुविधा उपलब्ध गराउने भन्ने अर्थ आउँछ । तर बजेटको बुँदा नं १४० ले स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४

को दफा ३ को उपदफा (१), (४) र (५) ले गरेको व्यवस्थालाई फरक ढंगबाट व्याख्या गर्न खोजेको देखिन्छ । बजेटमा भएको व्यवस्थाले स्वास्थ्य बीमा ऐनको मर्मलाई समात्न खोजेको देखिंदैन ।

त्यसैगरी बजेटको बुँदा नं १९० मा 'स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम विस्तार गरी स्वास्थ्य सेवामा आमनागरिकको पहुँच सुनिश्चित गरिनेछ ।स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित सामाजिक सुरक्षाका कार्यक्रम र स्वास्थ्य बीमाबीचको दोहोरोपना हटाईनेछ' भन्ने उल्लेख छ । यसलाई उपयोग गरी पहिलो चरणमा संघीय सरकारले सञ्चालन गरेका कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्ने र दोस्रो चरणमा प्रदेश सरकार तथा स्थानीय तहका कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्नु जरुरी छ ।

६. स्वास्थ्य बीमा बोर्ड परिचय

नेपाली नागरिकलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न, स्वास्थ्य बीमाद्वारा बिमितको आर्थिक जोखिम न्यूनीकरण गर्न तथा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको दक्षता र जवाफदेहिता अभिवृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवामा आमनागरिकको सहज पहुँच सुनिश्चित गर्न सहज बनाउने उद्धेश्यले नेपालको संविधानले आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई नागरिकको मौलिक हकको रुपमा प्रत्याभूत गरेको छ । विश्वमा धेरै मुलुकले नागरिकको स्वास्थ्यलाई मौलिक हकको रुपमा ग्रहण गरेका छन् भने यसको कार्यान्वयनका लागि विभिन्न उपायहरू अवलम्बन गरेका छन् । विश्व स्वास्थ्य संगठनले पनि स्वास्थ्यलाई प्रत्येक नागरिकको अधिकारको रुपमा परिभाषित गरेको छ । यसरी नेपाली नागरिकको चाहना र आवश्यकता तथा मुलुकले अंगिकार गरेको लोककल्याणकारी मान्यता र विश्वमा गरिएका अभ्यास समेतलाई आधार मान्दै नेपालको संविधानमा नै स्वास्थ्यको अधिकार सुनिश्चित गरिएको छ । संविधानको यसै व्यवस्थालाई कार्यान्वयन गर्नका लागि स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को अधिनमा रही स्वास्थ्य बीमा बोर्ड स्थापना गरिएको हो ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवा उपयोगको क्रममा हुने अनियोजित खर्चको जोखिमलाई अग्रीम व्यवस्थापन गर्दै वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्ने अवधारणाअन्तर्गत सरकारले ल्याएको सामाजिक सुरक्षाको एक महत्वपूर्ण कार्यक्रम हो । समस्त नेपाली नागरिकलाई सर्वसुलभ रुपमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न र स्वास्थ्य सेवा उपभोगमा सुधार ल्याउनका लागि सामाजिक स्वास्थ्य बीमाको आधारमा सबैका लागि स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्ने उद्देश्यका साथ सम्वत् २०७२ मा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका रुपमा शुरुवात भएको यो कार्यक्रम हाल स्वास्थ्य बीमा बोर्डले सञ्चालन गर्दै आएको छ । यस कार्यक्रमले सर्वव्यापी स्वास्थ्यको पहुँच (Universal Health Coverage, UHC) प्राप्तितर्फ नेपाललाई अग्रसर बनाउँदै सम्वत २०८७ सम्ममा दिगो विकास लक्ष्य प्राप्त गर्न महत्वपूर्ण भूमिका खेल्ने आशा लिईएको छ ।

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड स्थापनाको पृष्ठभूमिलाई केलाउँदा वि.सं. २०६९ मा स्वास्थ्य बीमाका लागि पहिलोपटक अर्थ मन्त्रालयले बजेट विनियोजन गरेको थियो । २०७० मा अर्ध स्वायत्त सामाजिक सुरक्षा ईकाई गठन गरी यो अवधारणालाई कार्यान्वयनमा ल्याउन खोजियो र यसको चर्चा र आवश्यकता बढ्दै जादा २०७१ मा स्वास्थ्य बीमा नीति जारी भयो । उक्त नीति मार्फत सरकारले स्वास्थ्य बीमाको कार्यान्वयनका लागि फराकिलो आधार निर्माण गरेको पाउन सकिन्छ । वि.सं. २०७१ मा सामाजिक

स्वास्थ्य सुरक्षा समिति गठन भयो यसले स्वास्थ्य बीमालाई सामाजिक सुरक्षाको एक पाटोको रुपमा स्वीकार गरी काम अगाडि बढायो । वि.सं. २०७२ मा कैलाली जिल्लाबाट यसलाई परीक्षणको रुपमा शुभारम्भ गरियो ।वि.सं. २०७३ मा २५ जिल्ला, २०७६ मा ५८ जिल्ला हुँदै हाल सम्म आईपुग्दा ७७ जिल्लाका ७५३ स्थानीय तहमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन आएको छ । कार्यक्रम सञ्चालनको दृष्टिबाट यसले देशका सबै भागमा सेवा पुर्याउने कोशिश गरेको छ ।

नेपालको संविधानले आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई निःशुल्क र सामाजिक सुरक्षाको हक मानेको छ । संविधानको धारा ५१ (ज) मा 'नागरिकका आधारभूत आवश्यकतासम्बन्धी नीतिअन्तर्गत नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा पहुँचको व्यवस्था मिलाउने' उल्लेख छ । गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने नागरिकको अधिकारको संरक्षण गर्न, स्वास्थ्य बीमाद्वारा पूर्व भुक्तानीको माध्यमबाट बिमितको आर्थिक जोखिम न्यूनीकरण गर्न तथा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको दक्षता र जवाफदेहिता अभिवृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवामा आम नागरिकको सहज पहुँच सुनिश्चित गर्न स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ जारी भई कार्यान्वयनमा छ । स्वास्थ्य बीमालाई थप व्यवस्थित गर्न स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ समेत पारित भई कार्यान्वयन हुँदै आएको छ । यस नियमावलीले ज्येष्ठ नागरिकको लागि सरकारले नै बीमा प्रिमियम तिरिदिने गरी छुट्टै एकाइको रुपमा वार्षिक एक लाख रुपैयाँ बराबरको स्वास्थ्य बीमाको व्यवस्था गरेको छ ।प्रिमियम तिर्ने क्षमता नभएका तथा राज्यलाई विशेष योगदान गरेका व्यक्तिलाई लक्षित वर्ग निर्धारण गरी उनिहरूको प्रिमियम सरकारले व्यहोर्दै आएको छ । यसरी संविधानको प्रावधान र सरकारको प्रतिवद्धता बमोजिम नागरिकलाई स्वास्थ्य सुविधा प्रदान गर्नका लागि स्वास्थ्य बीमा बोर्ड स्थापना भई देशभर छरिएर रहेका स्वास्थ्य संस्थामार्फत सेवा दिंदै आएको छ । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको उद्देश्य देहाय बमोजिम रहेका छन् ।

क) गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा पाउने नागरिकको अधिकारको सुनिश्चितता गर्दै वित्तीय साधनको समतामूलक परिचालन गर्नु ।

ख) पुर्व भुक्तानीको माध्यमबाट बिमितको आर्थिक जोखिम न्यूनिकरण गरेर थप वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्नु ।

ग) स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको क्षमता र जवाफदेहिता अभिवृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवामा आम नागरिकको सहज पहुँच सुनिश्चित गर्नु ।

७.स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयनको अवस्था

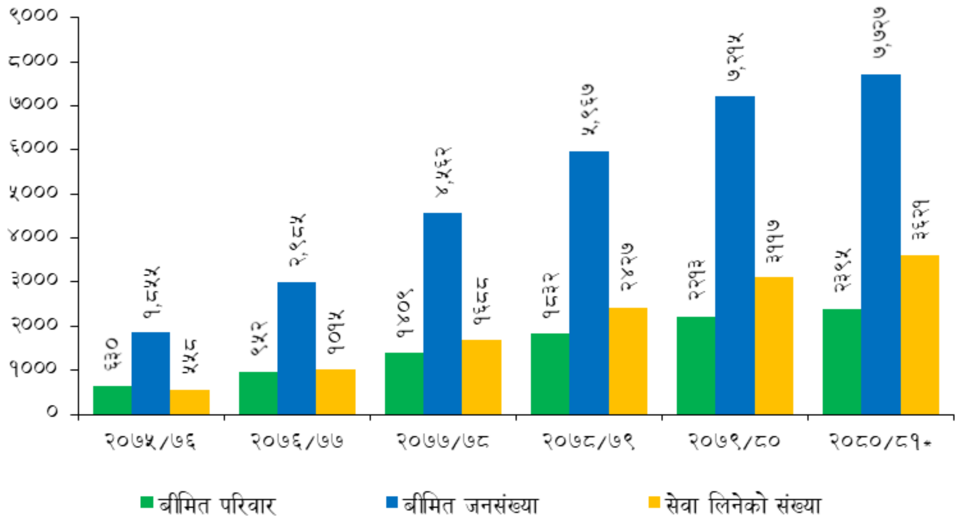
हालको वार्षिक प्रिमियम प्रति परिवार रु. ३,५०० ($२६.४०) छ, जसले परिवारका पाँच जना सदस्यको स्वास्थ्य बीमा समेट्दछ । पाँचभन्दा बढि परिवार सदस्यका लागि थप बिमित सदस्य प्रत्येकका लागि रु. ७०० ($५.३०) थप शुल्क लाग्छ। सरकारले विशेष लक्षित समूहहरूका लागि प्रिमियममा अनुदान प्रदान गर्छः अतिविपन्न, जेष्ठ नागरिक, गम्भीर रूपमा अपाङ्ग, कुष्ठरोगी, बहुऔषधी प्रतिरोधी क्षयरोग (MDR-TB) बिरामीहरू, क्यान्सर र एचआईभी/एड्स प्रभावित परिवारहरूलाई पूर्ण अनुदान दिंदै आएको छ ।

साथै नेपाल सरकारले महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको लागि प्रिमियममा ५०% अनुदान प्रदान गर्दछ। NHIP (National Health Insurance Program) का सदस्यहरूले हरेक वर्ष प्रतिपरिवार अधिकतम रु. १,००,००० (एक लाख) सम्मका लागि सूचीबद्ध स्वास्थ्य संस्थाहरूमा निःशुल्क उपचार प्राप्त गर्न सक्नेछन्। पाँचभन्दा बढि सदस्य भएका परिवारहरूले हरेक थप सदस्यका लागि रु. २०,००० (बीस हजार) थप लाभ प्राप्त गर्छन्, तर प्रतिपरिवार अधिकतम लाभको सीमा रु. २,००,००० (दुई लाख) नाघ्दैन। स्वास्थ्य बीमा ऐनको दफा ६ तथा नियमावलीको नियम १४ ले हालको कवरेज रकममा उपलब्ध नभएका सेवाहरू समेत सूचीबद्ध गरेको छ।

७.१. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा नागरिक संलग्नता

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा जनताको आकर्षण बढ्दै गएको छ। आर्थिक वर्ष २०७९/८० मा बिमित परिवार, बिमित जनसङ्ख्या, सेवा लिनेको सङ्ख्या क्रमशः २०.८ प्रतिशत, २०.९ प्रतिशत र २८.४ प्रतिशतले वृद्धि भएको छ। आर्थिक वर्ष २०८१ को असोजसम्म स्वास्थ्य बीमाको दायरामा आएको परिवार सङ्ख्या २६ लाख ८ हजार रहेको छ भने कुल बिमित सङ्ख्या ८३ लाख १५ हजार छन्। साथै, ३८ लाख ६९ हजार व्यक्तिहरूले स्वास्थ्य बीमाबाट सेवा लिएका छन्। तथापि यसमा राज्यले निःशुल्क बीमा प्रिमियम प्रदान गर्ने उमेर र वर्गका नागरिकको सहभागिता अत्यधिक छ भने करिब १७ लाख परिवारले मात्र बीमाको नवीकरण गरेको पाइन्छ ।

स्वास्थ्य बीमाको उपयोग (जनसङ्ख्या हजारमा)



स्रोतः स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, २०८० *फागुनसम्म

बिमित परिवारको सङ्ख्या बिस्तारै निरन्तर वृद्धि भएको छ भने बिमितको सङ्ख्यामा निरन्तर र उल्लेख्य वृद्धि भएको देखिन्छ ।सेवा लिनेको सङ्ख्यामा पनि निरन्तरको वृद्धि छ । यसले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा नागरिकको आकर्षण निरन्तर बढेको प्रष्ट हुन्छ ।२०७९ फागुनसम्म ७ सय ४७ स्थानीय तहमा बीमा कार्यक्रम विस्तार

भएकोमा २०८० फागुनसम्ममा देशका सबै ७ सय ५३ स्थानीय तहमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम विस्तार भएको

लक्षित वर्ग/बिमित सङ्ख्या	२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/८०	२०८०/८१	२०८१/८२*
महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका (परिवार सङ्ख्या सहित)	६१३७३	९९१८५	११५८७८	१०६११६	१७५५९
एच.आई.भी संक्रमित (परिवार सङ्ख्या सहित)	१९८५०	२९४०६	३४३९१	३८८७१	११४०५
एम.डि.आर.टी.बी. (परिवार	१९००	२७३६	३१७८	३५६३	९८०

छ।स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सामाजिक सुरक्षामा आधारित कार्यक्रम हो । यसले समाजको भुइँ तहमा रहेका नागरिकलाई विशेष ढंगबाट संरक्षण गर्ने वातावरण मिलाएको छ ।अति विपन्न परिवारलाई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध हुँदा लाग्ने प्रिमियम सरकारले तिर्दै आएको छ । प्रत्येक ज्येष्ठ नागरिकलाई अलग एकाई मानी एक लाख सम्मको बीमा निःशुल्क गरेको छ । ज्येष्ठ नागरिक बीमामा एक पटक आवद्ध भएपछी स्वत नवीकरण हुने व्यवस्था छ । अपाङ्गता भएका व्यक्ति र गम्भिर प्रकृतिका रोग लागेका व्यक्तिको प्रिमियम सरकारले तिर्दै आएको छ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकालाई प्रिमियममा ५० प्रतिशत छुट दिएको अवस्था छ । यसले सामाजिक समानता तथा न्याय स्थापित गर्न महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गरेको छ ।स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध लक्षित वर्गको अवस्था तालिकामा प्रस्तुत गरिएको

तालिका -१ः स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध लक्षित वर्ग

सङ्ख्या सहित)					
कुष्ठरोगी (परिवार सङ्ख्या सहित)	२३१५	३०५६	३३७७	३९५९	१४१६
अतिअशक्त अपाङ्ग (परिवार सङ्ख्या सहित)	७४६४९	११०१२३	१३१२१०	१५२५७१	४०८३७
जेष्ठ नागरिक (परिवार सङ्ख्या सहित)	५४६३५८	७०७३४३	८२३१५३	१००६९७८	२६१६४१
अति गरिब (परिवार सङ्ख्या सहित)	**४७६३२२**	**४९३३४७**	**५०४६६४**	**१८९३९#**	**६१७८#**

२०८१ असोजसम्म

#विगतमा (५ वर्ष अघि) अति गरिब परिवारको प्रमाणपत्र प्रदान गरिएकोमा चालु आर्थिक वर्षमा म्याद समाप्त भएकोमा नवीकरण नभएकोले सो सङ्ख्यालाई समावेश नगरी चालु आर्थिक वर्षमा नयाँ प्रमाणपत्र प्रदान गरिएका अति गरिब परिवार सङ्ख्या मात्र समावेश गरिएको ।

बीमामा आवद्ध भएका मध्ये करिब ४८ प्रतिशतले स्वास्थ्य सेवा लिएको देखाउँछ । स्वास्थ्य सेवा मूलतः सरकारी अस्पतालबाट प्रवाह भएको छ । त्यसै गरी सामुदायिक अस्पताल र निजी अस्पतालबाट समेत उल्लेख्य मात्रामा सेवा प्रवाह भएको देखिन्छ । सेवा लिनेहरूको सङ्ख्या पनि क्रमशः: वृद्धि हुँदै गएको छ र स्वास्थ्य बीमा बोर्डले उपलब्ध गराएको शोधभर्ना पनि वृद्धि हुँदै गएको छ ।

तालिका -२: स्वास्थ्य बीमा दाबी र शोधभर्ना

आर्थिक वर्ष	सरकारी अस्पताल		सामुदायिक अस्पताल		निजी अस्पताल	
	दाबी सङ्ख्या (हजारमा)	शोधभर्ना (रू. करोडमा)	दाबी सङ्ख्या (हजारमा)	शोधभर्ना (रू. करोडमा)	दाबी सङ्ख्या (हजारमा)	शोधभर्ना (रू. करोडमा)
२०७३/७४	२२.३४	१.४५	१.०७	०.२	८.३९	१.२१
२०७४/७५	२७१.८३	२७.१८	५६.२२	८.३९	१९२.६	३१.३६
२०७५/७६	१००६.८३	१०५.१३	२३५.१६	३३.३	३५२.७७	७४.५१
२०७६/७७	१६८२.५५	१८५.६७	३३८.४७	५४.९७	४५८.३६	१४६.६४
२०७७/७८	१५५४.३२	२११.४५	२६८.६१	६२.३८	३९९.७६	२०९.५८
२०७८/७९	४०२०.२५	४९९.८	८७५.८८	१३०.५	१५८८.९३	३६२.१५
२०७९/८०	४८७६.११	७८६.५५	८१२.९४	१५०	८४०.२५	३७६.०२
२०८०/८१	१९५९.३९	३४२.८९	२५४.२२८	४७.७१	२६२.११२	१०१.१६
२०८१/८२	३४७०.९२	५६४.३७	३७९.०६८	६४.८८	५७६.९८४	२२५.९२

*२०८१ कार्तिकसम्म

७.२. बिमित रकम र दाबी सङ्ख्या

बीमा बोर्डले हाल संकलन गर्दै आएको प्रिमियमले बोर्डको कुल वार्षिक खर्चको जम्मा २४ प्रतिशत मात्र योगदान गरेको छ । यसले प्रिमियम बापत प्राप्त हुने रकम र वास्तविक खर्चका बीचमा ठूलो खाडल रहेको देखाउँदछ । बोर्डलाई आवश्यक पर्ने थप ७६ प्रतिशत रकम नेपाल सरकारले अनुदानको रुपमा उपलब्ध गराउनुपर्ने अवस्था छ ।यही स्वरुपमा बोर्ड सञ्चालन भएमा सन् २०२५ मा सरकारले बोर्डलाई थप ३२ अर्ब र सन् २०३० मा ६२.८ अर्ब अनुदान दिनुपर्ने देखिन्छ।

प्रतिपरिवार औषत प्रिमियम रु ३८०० रहेको छ जबकी अहिलेसम्मको तथ्यांक अनुसार प्रतिपरिवार औषत दाबी रु ८३५० रहको देखिन्छ । यसले औषत रुपमा योगदान र दाबीबीचको अन्तर २२० प्रतिशत देखाउँदछ । यस्तो प्रकारको बीमा संरचनामा समयमा नै सुधार गरिनु अत्यावश्यक छ ।

तालिका-३: बिमित र दाबीको वास्तविक विवरण

दाबी वर्ष	दाबी सङ्ख्या	दाबी रकम	बिमित सङ्ख्या	बिमित परिवार सङ्ख्या	प्रति सदस्य औषत दाबी रकम	प्रति परिवार औषत दाबी रकम
२०१६	३६७३	२०९६९९६	३०८७१	५९१६	७७	३५४
२०१७	१५२६१७	१९८८३८१०१	५१५७९४	१००८१०	४२७	१९७२
२०१८	११४१९४०	१६५८५९८२२५	१३७९९६५	२६२१५४	१२९२	६३२७
२०१९	२४७६०२३	१८०६२७५०२८	२०६४६३७	६१७४०४	१९२६	६१६५
२०२०	२७५८८१५	५२३०१८४४७३	२६७६५१७	८४२६२९	२००८	६२०७
२०२१	४८५८७५८	९८३२००५४०१	३९७११९०	१२९०१६५	२५७७	७६२१
२०२२	६८२०२०३	१३२९००३०८७६	४३३१७३८	१४९३००८	३१६२	८९०२
२०२३	८५५२२४१	१६२०२७५२०३२	४६१९००२	१६८८२६१	३५५८	९५९७
२०२४	३९३२७१	८३२११९६२६	५२०८२२	१२१७९६	१६०१	६८३२
जम्मा	२७१५७५४१	५१०५२९००७५८	२०११०५३६	६४२२१४३	२६१३	७९५०

माथिको तालिकाबाट स्वास्थ्य बीमा सुरु भएदेखिका बीमामा संलग्नको विवरण र वित्तीय अवस्था उल्लेख गरिएको छ ।बीमा दाबी निरन्तर बढ्दै गएको छ । बिमितको सङ्ख्या बढ्दै गए तापनि बीमा दाबीको वृद्धि दर बिमितको सङ्ख्याको वृद्धिदर भन्दा उच्च देखिन्छ । प्रति सदस्य औषत दाबी रकम निरन्तर उकालो लागेको छ । यसरी बीमाको प्रिमियमबापत प्राप्त हुँदै आएको रकम र बीमाको दाबी रकमका बीचमा रहेको उच्च अन्तरले यसको पुर्नसंरचनाको आवश्यकतातर्फ संकेत गरेको छ । साथै बीमाबापत प्राप्त गर्ने सहुलियत र गम्भीर प्रकारका बिरामीको औषत उपचार खर्च बीच पनि तालमेल देखिंदैन । एक लाख बराबरको हालको बीमा सुविधा ठूला र दीर्घ रोग लागेका व्यक्तिका लागि निकै अपर्याप्त देखिन्छ। जसले नेपाल सरकारको स्वास्थ्य बीमा स्थापना गर्नुको उद्देश्य पुरा हुन दिंदैन ।

७.३. सेवा प्रदायकको संरचना

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकृत संस्थाको विवरण (२०८१ कार्तिकसम्मको)

तालिका -४: सेवा प्रदायकको विवरण

प्रदेश	सामुदायिक	सरकारी	निजी	जम्मा
कोशी	५	८७	२१	११३
मधेश	४	४८	७	५९
बागमती	१०	९५	१०	११५
गण्डकी	१	५४	५	६०
लुम्बिनी	७	५५	४	६६
कर्णाली	३	३३	०	३६
सुदुरपश्चिम	२	३३	१	३६
जम्मा	**३२**	**४०५**	**४८**	**४८५**

आर्थिक वर्ष २०८०।२०८१ को कार्तिकसम्म सरकारी ४०५, निजी ४८ र सामुदायिक ३२ गरी कुल ४८५ स्वास्थ्य सेवा प्रदायक स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध भएका छन्। सेवा प्रदायकको वितरण भने सन्तुलित देखिंदैन कर्णाली र सुदुरपश्चिम प्रदेशमा निकै कम संस्थाहरू मात्र संलग्न छन् भने बागमती र कोशीमा ठुलो सङ्ख्यामा सेवा प्रदायक उपलब्ध भएको तथ्यांकले देखाउँदछ । निजी संस्थाहरूको संलग्नता पनि कुल संलग्नताको तुलनामा निकै कम छ ।

७.४. स्वास्थ्य बीमा बोर्डको यथार्थ आम्दानी खर्चको विवरण

स्वास्थ्य बीमा बोर्डको विगत वर्षहरूका आम्दानी र खर्चहरूको विवरणलाई यहाँ संक्षिप्तमा चर्चा गरिएको छ । चालु आर्थिक वर्षको कार्तिक सम्मको विवरण ।

तालिका -५: स्वास्थ्य बीमा बोर्डले विगत आठ वर्षमा प्राप्त गरेको शीर्षकगत आम्दानी (रु लाखमा)

आम्दानी शीर्षक	आर्थिक वर्ष								प्राप्त रकम
	२०७४।७५	२०७५।७६	२०७६।७७	२०७७।७८	२०७८।७९	२०७९।८०	२०८०।८१	२०८१।८२	
बिमितबाट संकलित प्रिमियम	२२,६९०.३५			१६,७५८.५५	२४,६९८.०७	२५,८९९.२२	३०,८४६.४९	७,५४९.०७	
लक्षित वर्ग बापत सरकारबाट प्राप्त रकम	६,२३०.९२			२०,०००.००	-	-	-	-	
सरकारको अनुदान	१४,२७३.४८	३३,७३०.७५	५१,९५१.००	७५,०००.००	८५,०००.००	१,०९,७८१.००	७५,०००.००	३,७,५००.००	
अन्य संघ संस्थाबाट प्राप्त सहयोग	०	०	०	०	०	०	०	०	
बोर्डको आर्जन	०	०	०	०	०	०	७९८.५१	०	
जम्मा									

तालिका -६: स्वास्थ्य बीमा बोर्डको विगत आठ वर्षको शीर्षकगत खर्च (रु लाखमा)

खर्च शीर्षक	आर्थिक वर्ष								खर्च रकम
	२०७४।७५	२०७५।७६	२०७६।७७	२०७७।७८	२०७८।७९	२०७९।८०	२०८०।८१	२०८१।८२	
(१) सेवा प्रदायक लाई भुक्तानी	६,६९२.१३	२१,२९३.३५	३८,७१८.६९	४८,३४६.४८	९५,३५३.४८	१,३५,००३.९४	१,२६,२००.७५	३७,५८६.२१	
क) सरकारी									
ख) सामुदायिक									
ग) निजी									
(२) प्रशासनिक खर्च									
(३) पुँजीगत खर्च									
(४) औषधी खरिद									
(५) अन्य खर्च									
कुल खर्च रकम	११,७९५.९७	२५,९२९.४९	४६,५३४.९२	७३,६१४.१७	१,००,५९६.९०	१,७५,२१४.२४	१,३१,६०५.३७	३९,४७८.४०	

तालिका -७: बोर्डको आम्दानी र खर्चको तुलनात्मक विवरण (रु लाखमा)

आर्थिक वर्ष	आम्दानी	खर्च	भुक्तानी दिन बाँकी रकम	भुक्तानी दिन कसलाई बाँकी हो त्यसको विवरण	भुक्तानी लिन बाँकी रकम	भुक्तानी लिन को सँग बाँकी हो त्यसको विवरण
**२०७६/७७ सम्म*	१,५९,८७६.५०	८८,००९.६०				
२०७७/७८	१,११,७५८.५५	७३,६१४.१७				
२०७८/७९	१,०९,६९८.०७	१,००,५९६.९०			२८,९१८.७७	लक्षित वर्गको योगदान रकम बापतको रकम नेपाल सरकारबाट लिन बाँकी
२०७९/८०	१,३५,६८०.२२	१,७५,२१४.२४	५०.३४०२२	BP Koirala Institute of Health Science, Dharan को कागजात अपुग भएर रु ५०.३४०२२ भुक्तानी हुन बाँकी	३४,८०६.३२	
२०८०/८१	१,०५,८४६.४९	१,३१,६०५.३७	४९,१७६.६२	दावी प्रमाणित हुन बाँकी भएको	६७,५४१.००	
२०८१/८२	४५,०४९.०७	३९,४७८.४०	६८,५२४.०३	आ.व.२०८१/८२ कार्तिक सम्मको भुक्तानी बाँकी — दावी प्रमाणित गर्न बाँकी भएको		

*(नोटः *आम्दानी र खर्चमा आ.व. २०७१/७२ देखि आ.व. २०७६/७७ सम्म एकमुष्ठ रकम राखिएको छ। आ.व. २०८१/८२ को कार्तिक महिना सम्मको आम्दानी र खर्चको विवरण रहेको छ ।)*

बोर्डको आम्दानी र खर्चको तुलनात्मक विवरण हेर्दा सुरुका वर्षहरूमा खर्च भन्दा आम्दानी बढी भई बचत भएको देखिन्छ भने पछिल्ला वर्षहरूमा आम्दानी भन्दा खर्च बढी भई घाटामा रहेको देखिन्छ ।कतिपय सेवा प्रदायकहरूलाई भुक्तानी दिन बाँकी छ ।बोर्डले नेपाल सरकारबाट लक्षित वर्गको प्रिमियम बापत लिनु पर्ने रकमले भुक्तानी गर्न बाँकी रकम भुक्तान गर्न पुग्ने अवस्था छ ।समयमा सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी दिन नसक्ने र सेवा प्रदायकको दाबीको आधिकारिकता पुष्टि गर्ने बलियो आधार नभएकाले सेवा प्रदायक र स्वास्थ्य बीमा बोर्डका बीचमा असमझदारी बढ्दै गएको पाउन सकिन्छ ।

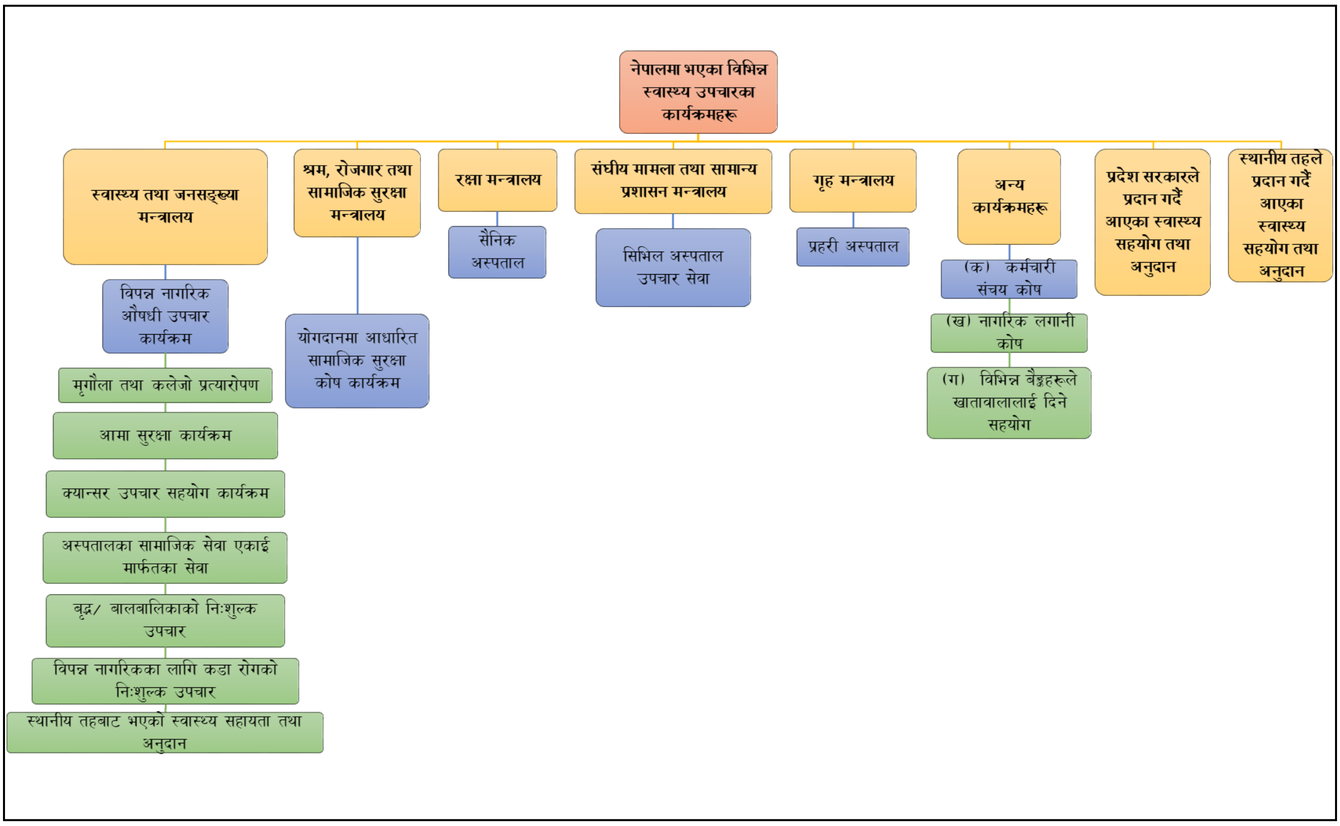
तालिका -८: नेपाल सरकारबाट प्राप्तहुने लक्षित वर्ग बापतको रकम (रु लाखमा)

आर्थिक वर्ष	**लक्षित वर्गका लागि प्राप्त हुनु पर्ने रकम**	**प्राप्त भएको रकम**	**कैफियत**
२०७४/७५	१,३१०.९८	-	
२०७५/७६	१,०३५.४१	-	
२०७६/७७	१४,३६२.६९	६,२३०.९२	आ.व. २०७६/७७ सम्मको लक्षित वर्ग बापतको प्राप्त रकम
२०७७/७८	२१,९१७.३३	२०,०००.००	
२०७८/७९	२८,९१८.७७	-	रकम प्राप्त हुन बाँकी
२०७९/८०	३४,८०६.३२	-	
२०८०/८१	६७,५४१.००	-	
२०८१/८२	-	-	

नेपाल सरकारले लक्षित वर्गका लागि गर्नु पर्ने भुक्तानी रकम उल्लेख्य मात्रामा बढ्दै गएको छ। नेपाल सरकारले लक्षित वर्गलाई निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउनका लागि त्यस्ता व्यक्ति तथा परिवारले तिर्नु पर्ने प्रिमियम नेपाल सरकारले स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई सिधै भुक्तानी दिने र बोर्डले त्यस्ता बिमितको बीमा नवीकरण गर्दै आएको अवस्था छ ।तर नेपाल सरकारले लक्षित वर्गको लागि उपलब्ध गराउनु पर्ने प्रिमियम विगत तीन वर्ष देखि उपलब्ध गराउन बाँकी रहेको छ। यसले गर्दा बोर्डले सेवा प्रदायकलाई गर्नु पर्ने भुक्तानी रोकिन पुगेको छ।

८. नेपालमा भएका विभिन्न स्वास्थ्य उपचारका कार्यक्रमहरूको विवरण

नेपालमा स्वास्थ्य उपचार सहयोग तथा अनुदानका विभिन्न कार्यक्रमहरू फरक नाममा सरकारका विभिन्न निकायले सञ्चालन गर्दै आएका छन् । तिनहरूको संक्षिप्त विवरण तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ ।



क्र.स.	कार्यक्रम	सेवाहरू र सम्बन्धित कानुन	कार्यान्वयन कर्ता	लाभावित पक्ष र सङ्ख्या	उपलब्ध स्रोत
१	स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय अन्तर्गतका कार्यक्रमहरू				
१.१	विपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रम (आठ प्रकारका कडा रोगमा)	(मुटु रोग, मृगौला, क्यान्सर, पर्किन्सन्स,अल्जाइमर, स्पाईनल ईन्जुरी, हेड ईन्जुरी र सिकलसेल एनिमिया) यस्ता रोगमा प्रति बिरामी १ लाख उपचार खर्च सरकारले व्यहोर्ने	स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय	विपन्न नागरिक	गत वर्षहरूमा ६ अर्बका दरले खर्च हुँदै आएको ।
१.२	मृगौला तथा कलेजो प्रत्यारोपण				
१.३	आमा सुरक्षा कार्यक्रम	(सुत्केरी, न्यु बर्न, भाडा खर्च, सिएस, लगायत सम्पूर्ण खर्च व्यहोर्ने राज्यले तोकेका सरकारी तथा निजी अस्पताल)	स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय	आमाहरू	गत वर्ष करिब ३ अर्ब खर्च भएको
१.४	क्यान्सर उपचार सहयोग कार्यक्रम				
१.५	अस्पतालका सामाजिक सेवा एकाईमार्फतका सेवा	निःशुल्क उपचार (वडाको सिफारिसमा)	स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय	गरिब असहाय र अशक्त लगायतलाई	गत वर्ष करिब २ अर्ब खर्च भएको
१.६	वृद्ध/ बालबालिकाको निःशुल्क उपचार	१५ वर्ष मुनिका र ७० वर्ष माथिकाको मुटुको निःशुल्क उपचार	स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय	लक्षित सबैलाई	गत वर्ष करिब १ अर्ब खर्च भएको
१.७	विपन्न नागरिकका लागि कडा रोगको निःशुल्क उपचार	(डयलासिस, दीर्घ रोगी, नियमित उपचारको लागि	स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय	लक्षित सबैलाई	गत वर्ष करिब २ अर्ब खर्च

		महिना को ५,००० दिने कोष)			भएको
१.८	स्थानीय तहबाट भएको स्वास्थ्य सहायता तथा अनुदान	स्थानीय तहले निःशुल्क बीमा र अन्य विभिन्न शीर्षकमा खर्च	स्थानीय तह आँफै	स्थानीय तहले तोके बमोजिम	गत वर्ष करिब १ अर्ब खर्च भएको
२	श्रम, रोजगार तथा सामाजिक सुरक्षा मन्त्रालय अन्तर्गतका कार्यक्रम				
२.१	योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा कोष कार्यक्रम	योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा ऐन, २०७४ (प्रयोग भएका योजनाहरूमा: औषधी उपचार, मातृत्व, दुर्घटना, अपाङ्गता, वृद्ध अवस्था, आश्रित, बेरोजगार सहयोग र अन्य) सेवाहरू • औषधी उपचार, स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा योजना • दुर्घटना र अशक्तता सुरक्षा योजना • आश्रित परिवार सुरक्षा योजना • वृद्ध अवस्था सुरक्षा योजना	सामाजिक सुरक्षा कोष	सङ्गठित क्षेत्रमा काम गर्ने श्रमिकहरू र निर्देशिका तयार पारी अनौपचारिक क्षेत्रमा काम गर्ने श्रमिकलाई पनि समावेश गर्न प्रयास सुरु भएको	औषधी उपचार र मातृत्व दावी जम्मा १ अर्ब ३७ करोड
३	रक्षा मन्त्रालय अन्तर्गतका कार्यक्रम				
३.१	सैनिक अस्पताल	उपचार सेवा	नेपाली सेना	नेपाली सेना उनका	नेपाल सरकार र

				परिवारलाई नशुल्क र सर्वसाधारणलाई सहुलियत दरमा उपचार ।	सैनिक कल्याण कोष
४	संघीय मामला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय अन्तर्गतका कार्यक्रम				
४.१	सिभिल अस्पताल उपचार सेवा	उपचार सेवा दिने ।	अस्पताल	अधिकृत स्तरका कर्मचारी तथा उनका परिवारलाई उपचारमा ४० प्रतिशत छुट र अधिकृतस्तर मुनीका तथा सेवा निवृत तथा उनका परिवारलाई ५० प्रतिशत छुट ।	
५	गृह मन्त्रालय अन्तर्गतका कार्यक्रम				
५.१	प्रहरी अस्पताल	नेपाल प्रहरीलाई निःशुल्क उपचार तथा अन्य सहयोग समेत	नेपाल प्रहरी	प्रहरी तीनका परिवारलाई सबै सेवा निःशुल्क र सर्वसाधारणलाई सहुलियत दरमा उपचार ।	नेपाल सरकार र प्रहरी कल्याण कोष
६	अन्य कार्यक्रमहरू				
क)	कर्मचारी संचय कोष				
ख)	नागरिक लगानी कोष				
ग)	विभिन्न बैङ्कहरूले खातावालालाई दिने	बीमा कम्पनी तथा सेवा प्रदायकसँग	बैङ्क आँफै	खातावालाहरू	नियमित प्रकृतिका

	सहयोग	समन्वन गरी खातावालालाई निश्चित रकमसम्मको उपचार सहयोग उपलब्ध गराउँदै आएका छन्। यस्तो सेवा बैङ्कको आफ्नै साधारण सभाको निर्णय बमोजिम हुने गरेको छ ।			कार्यक्रम नभएकाले स्रोत अनुमान लगाउन नसकिने
७	प्रदेश सरकारले प्रदान गर्दै आएका स्वास्थ्य सहयोग तथा अनुदान	आँफैले कानुन बनाई प्रदेशभित्र बसोबास गर्ने नागरिकलाई विभिन्न प्रकारका उपचारमा अनुदान तथा छूट प्रदान गरिएको ।	प्रदेश सरकार आँफै वा स्थानीय तहहरू मार्फत कार्यान्वयनमा रहेको ।	प्रदेशले निर्धारण गरे बमोजिम जस्तै विपन्न महिला, सहिद लोपोन्मुख समुदाय आदि।	सात प्रदेशले प्रदान गरेका सहयोग जोड्दा करिब ५ अर्ब ।
८	स्थानीय तहले प्रदान गर्दै आएका स्वास्थ्य सहयोग तथा अनुदान	आँफैले कानुन बनाई स्थानीय तहभित्र बसोबास गर्ने नागरिकलाई विभिन्न प्रकारका उपचारमा अनुदान तथा छूट प्रदान गरिएको ।	स्थानीय तह आँफै	स्थानीय तहले निर्धारण गरे बमोजिम ।	एकिन विवरण प्राप्त नभए तापनि सबै स्थानीय तहले केही न केही रकम पटके निर्णय वा नियमित कार्यक्रम मार्फत प्रदान गर्दै आएकाले यो रकम उल्लेख्य हुन सक्ने ।

यी र यसरी छरिएर रहेका स्वास्थ्य सहयोग तथा अनुदानका कार्यक्रमहरूमा प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष रुपमा राज्यको ठूलो स्रोत खर्च हुँदै आएको छ । यस्ता कार्यक्रम कार्यान्वयनमा दोहोरोपना तथा तेहेरोपना पनि

प्रशस्त पाउन सकिन्छ । राज्यले यति धेरै कार्यक्रममार्फत सेवा तथा सुविधा प्रवाह गरे तापनि मुलुकको स्वास्थ्य सेवालाई पर्याप्त प्रभावकारी बनाउन सकेको छैन भने नागरिकमा पनि राज्यले गरेको यति धेरै प्रयत्नको अनुभूति भएको पाइंदैन । त्यसैले यस्ता सबै कार्यक्रमहरूलाई एकै ठाउँमा ल्याई एकीकृत रुपमा कार्यान्वयन गर्न सकेमा सेवाको गुणस्तरमा सुधार हुने, दोहोरोपनाको अन्त्य हुने र राज्यले यथार्थमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा कति खर्च गर्दै आएको छ भन्ने जानकारी हुनुका साथै स्वास्थ्य सेवा तथा सुविधालाई गुणस्तरीय, प्रभावकारी, सुलभ एवं सहज बनाउन थप के कति स्रोतको आवश्यकतापर्ने हो भन्ने समेत प्रष्ट भई राज्यलाई उचित निर्णय लिन सहज हुने भएकाले यसरी छरिएर रहेका कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा एकीकृत गर्न उपयुक्त देखिन्छ ।

९. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका सबल र दुर्बल पक्ष तथा अवसर र चुनौती

९.१. सबल पक्ष

- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम नागरिकको स्वास्थ्य उपचारको मुख्य आधार हुन सक्छ भन्नेमा आम सहमति रहेको ।
- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयनका लागि कानुन, संरचना तथा प्रक्रिया निर्धारण गरिएको ।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्ड स्थापना भई सेवा प्रवाह हुँदै आएको ।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्डको सेवा प्रवाह सबै स्थानीय तहमा पुगेको ।
- सरकारी, सामुदायिक र निजी तीन प्रकारका अस्पतालबाट सेवा प्रवाह हुने गरेको ।
- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आर्थिक वर्ष २०८०।८१ मा ३९ प्रतिशत परिवार संलग्न भएका थिए। यस्तो सङ्ख्या आर्थिक वर्ष २०७८।७९ मा २७ प्रतिशत र आर्थिक वर्ष २०७९।८० मा ३३ प्रतिशत थियो । यो विवरणले स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध हुने परिवार सङ्ख्या क्रमशः वृद्धि हुँदै गएको देखाउँछ।
- देशका प्रत्येक वडामा स्वास्थ्य बीमाका दर्ता सहजकर्ता नियुक्त गरिएको ।
- तीन तहका सरकार नै स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सफल बनाउन ईच्छुक देखिएकाले स्रोतको व्यवस्थापन र कार्यक्रमको कार्यान्वयनमा सहजता रहेको ।
- देशका सबै स्थानीय तहहरूमा स्वास्थ्य संस्थाको उपस्थिति रहेकाले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालनमा सहजता रहेको ।
- नागरिकमा स्वास्थ्यप्रतिको चासो बढ्दै गएकाले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको माग बढ्न गई यसको अपरिहार्यता थप पुष्टि हुँदै गएको ।

९.२. दुर्बल पक्ष

- सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा संलग्न गराउनेतर्फ खासै सफलता नमिल्नु ।
- औपचारिक क्षेत्रमा कार्यरत व्यक्तिहरूलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा अनिवार्य आवद्ध गर्नुपर्ने व्यवस्था स्वास्थ्य बीमा ऐनमा भए तापनि सो कार्यान्वयन हुन नसक्नु ।
- स्वास्थ्य बीमाको प्रिमियमबाट प्राप्त रकमले स्वास्थ्य बीमाको करिब २४ प्रतिशत मात्र खर्च धान्नाले नेपाल सरकारसँगको निर्भरता अत्यधिक हुनु ।
- स्वास्थ्य बीमाको सेवा प्रदान गर्दै आएका स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई समयमा रकम भुक्तानी गर्न नसक्दा स्वास्थ्य संस्थाहरूले सहज रुपमा सेवा प्रवाह गर्न नसक्नाले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा समय समयमा प्रश्न उठनु।
- स्थायी संगठन संरचना स्वीकृत हुन नसकेको ।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई आवश्यक पर्ने जनशक्ति उपलब्ध नभएको र जनशक्त स्थायी पदपुर्तिका लागि दरबन्दी स्वीकृत नभएको ।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्डको कार्यालयको कार्यसम्पादन क्षमता कमजोर देखिएको ।
- देशमा विभिन्न कानुनले स्वास्थ्य बीमा बोर्डले प्रवाह गर्ने प्रकृतिका स्वास्थ्य सेवाहरू प्रवाह गर्ने अनुमति दिएकाले धेरै निकायबाट समान प्रकृतिका काम हुँदै आएको । यसले स्रोतको व्यवस्थापन र कार्यक्रमको दिगोपनमा असर गर्नुका साथै राज्यले सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्न कठिन देखिएको ।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्डको नियमन क्षमता र कार्यान्वयन दक्षता कमजोर हुँदा सेवा प्रवाहमा अपेक्षित प्रभावकारिता आउन नसकेको ।
- स्वास्थ्य बीमाको क्षेत्रमा सुशासनको पक्ष कमजोर रहेको ।

९.३. अवसर

- नेपालको संविधानको मौलिक हकमा स्वास्थ्य उपचारको विषय उल्लेख भएको र राज्यका नीतिमा स्वास्थ्य बीमाको विषय समावेश भएको ।
- राजनीतिक नेतृत्व स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रुपमा अगाडि बढाउनु पर्दछ भन्नेमा प्रतिवद्ध रहेको ।
- नेपाल सरकारको तर्फबाट बोर्डलाई नियमित अनुदान बजेट प्राप्त हुँदै आएको ।
- १६औं योजनामा समेत स्वास्थ्य बीमाको विषय समावेश भएको।
- सरकारको नीति तथा कार्यक्रम र बजेटमा स्वास्थ्य बीमाका विषय प्राथमिकताका साथ संलग्न रहने गरेको ।
- संविधानले तीन तहका सरकारको कार्यक्षेत्रमा स्वास्थ्यका विषय समावेश गरेकाले स्वास्थ्य बीमाको कार्यान्वयनमा सबैको सहयोग उपलब्ध हुने सम्भावना रहेको।
- निजी क्षेत्रको पनि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालनमा उत्तिकै तदारुकता देखिएकाले सेवा प्रवाहको गुणस्तर वृद्धिका लागि निजी र सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थामा प्रतिस्पर्धा हुन गई स्वास्थ्य बीमा सेवाको गुणस्तरमा सुधार हुँदै जाने सम्भावना रहेको।
- अन्य मुलुकमा पनि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सफलतापूर्वक सञ्चालन हुँदै आएकाले नेपालमा यसलाई स्थापित गर्न थप सहज हुने वातावरण बन्दै गएको।

- सुचना तथा संचार प्रविधिको द्रत बिकासले स्वास्थ्य बीमाको पारदर्शी र प्रभावकारी व्यवस्थापनमा सहजता प्रदान गर्ने।

९.४. चुनौती

- आम नागरिकको पहुँचमा पुर्याउनु, सेवाको निश्चित गुणस्तर कायम गर्नु, बीमा कार्यक्रमको लागि स्रोतको व्यवस्थापन गर्नु र सेवामा सुशासन कायम गर्नु ।
- सहभागिहरूको प्रतिकूल चयन (Adverse Selection) मा सुधार गर्न औपचारिक क्षेत्रमा कार्यरत सबै कामदारलाई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गर्नु ।
- सहभुक्तानीको कार्यान्वयन प्रभावकारी बनाउनु ।
- प्रगतिशील प्रिमियम निर्धारण गर्नु ।
- विभिन्न कानुनबाट निर्देशित भई देशमा सञ्चालनमा रहेका स्वास्थ्य उपचार सहयोग तथा अनुदान कार्यक्रमलाई एकीकृत गरी स्वास्थ्य बीमा ऐन मातहत ल्याउनु ।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई पूर्ण स्वायत्त र सक्षम संस्थाको रुपमा काम गर्न सक्ने गरी कानुनी तथा संरचनात्मक व्यवस्था मिलाउनु ।

१०. स्वास्थ्य बीमामा पुर्नसंरचना गर्नुपर्नाको कारण

हाल सञ्चालनमा रहेको स्वास्थ्य बीमाले सुरुका दिनमा नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा ठूलो सुधार हुने, सर्वसाधारणले समयमा नै उचित उपचार सेवा सुलभ मूल्यमा प्राप्त गर्ने, स्वास्थ्य उपचारका लागि नागरिकको बढ्दो खर्चमा कमी आउने र जोखिमको बाँडफाँटका कारणले राज्यले स्वास्थ्य क्षेत्रमा गर्ने खर्च समेत घट्दै जाने जस्ता आशा र अपेक्षा सिर्जना गरेको थियो । यो प्रयास नेपालका लागि निकै उपयोगी हुने विश्वास यस क्षेत्रमा काम गर्नेहरूले लिएका थिए । यसलाई कार्यान्वयन गर्दै जाँदा नयाँ सिकाई अनुभव र परिपक्कताहरू पनि विकास हुँदै गए । कार्यान्वयनका केही वर्ष पार गर्दै गर्दा दुई वटा महत्वपूर्ण तर परस्पर विरोधी निचोडमा हामीहरू पुगेका छौं । एकातिर स्वास्थ्य बीमाले हामीलाई नयाँ सम्भावना देखाएको छ । समाजको पिँधमा रहेको वर्गले औषधी उपचार गर्ने विशेष सुविधा पाएकाले त्यस तर्फको आकर्षण बढ्दै गएको छ, उपलब्ध सेवाको प्याकेज र सुविधाको थैली अपर्याप्त भयो भन्ने गुनासो छ । यसलाई कार्यान्वयन गर्दाका सिकाईबाट कहाँ के कस्ता सुधार गर्न सकेमा स्वास्थ्य बीमालाई नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्र सुधारको एक विशेष अभियानका रुपमा लैजान सकिन्छ भन्ने अनुभव हासिल भएको छ । अर्कोतर्फ बितेका वर्षहरूमा स्वास्थ्य बीमा कार्यान्वयनमा देखिएका कमी कमजोरीले अव्यवस्था, असन्तुष्टि र अन्यौल सिर्जना गरी नेपालमा स्वास्थ्य बीमा जस्ता रुपान्तरणकारी तथा जनहितका कार्यक्रमहरू सफल रुपमा सञ्चालन हुन नसक्ने हुन की भन्ने संशय तथा अविश्वास सिर्जना भएको छ। यही अवस्थामा स्वास्थ्य बीमालाई अगाडि बढाउँदा स्वास्थ्य क्षेत्रमा सुधार नहुने, सरकार प्रति नागरिकको अविश्वास तथा आक्रोश बढ्ने, स्वास्थ्य बीमा व्यवस्थापनमा सरकारको खर्च अस्वाभाविक रुपमा बढ्दै जाने र कालान्तरमा यो र यस्ता रुपान्तरणकारी तथा जनहितका कार्यक्रम ल्याउने आँट सरकारले गर्न नसक्ने अवस्था आउन सक्छ । यस्तो अवस्थामा स्वास्थ्य बीमामा पुर्नसंरचना अत्यावश्यक

छ।र, त्यसका कारणहरू देहाय बमोजिम छन् ।

(क) प्रतिकूल छनौट र न्यून संलग्नता

स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा संलग्न हुने परिवार ३९ प्रतिशत सम्म र जनसङ्ख्या २५ प्रतिशत सम्म पुगेको देखिन्छ तर यस्तो अंक वर्षेनी परिवर्तन हुने गरेको छ ।स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध मध्ये ७० प्रतिशत लक्षित वर्गका छन्, जसले सेवा लिनका लागि प्रिमियम बुझाउनु पर्दैन ।बीमामा आबद्ध मध्ये करिब ४८ प्रतिशतले औषतमा प्रत्येक वर्ष सेवा लिदै आएका छन् । स्वास्थ्य बीमाको लक्ष्य सबै नेपालीलाई यस अभियानमा आवद्ध गर्ने, तिर्न सक्ने क्षमता भएका ठूलो सङ्ख्याबाट प्रिमियम संकलन गरी तिर्न नसक्ने थोरै बिरामीलाई (लक्षित वर्गलाई समेत) त्यही स्रोतबाट उपचार सेवा प्रदान गर्ने, बोर्ड सकेसम्म आँफैमा आत्मनिर्भर हुने र नेपाल सरकारलाई खासै ठूलो आर्थिक भार नपार्ने भन्ने हो । मुख्य खर्च र आम्दानी सरसर्ती हेर्दा बोर्ड आँफै आत्मनिर्भर हुने दिशातर्फ उन्मुख हुनु पर्दछ । तर स्थापनाको करिब एक दशक पुग्नै लाग्दा पनि नागरिक सहभागिता न्यून हुनु, सहभागी भएका मध्ये बहुसंख्यक लक्षित वर्गका अर्थात प्रिमियम तिर्न नपर्ने हुनु, सरकारी कर्मचारी, सङ्गठित क्षेत्रमा कार्यरत जनशक्ति, राम्रो आम्दानी भएका वर्ग यसको दायरामा नआउनु र स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा सेवा लिनका लागि दर्ता भएका मध्ये करिब आधाले प्रत्येक वर्ष सेवा लिनु, छाड्ने दर उच्च हुनु (सेवाको प्रभावकारित कमजोर तथा उपचारको प्रयोजन सकिएपछि पुनः आवद्ध नभएको अनुमान लगाउन सकिने) र औषत प्रति परिवारले लिएको सेवाको मूल्य आठ हजार भन्दा बढी हुनु आदि तथ्यले यसको निरन्तरतामा ठूलो प्रश्न सिर्जना गरेको छ ।

जसलाई तत्काल सेवा लिनुपर्ने हुन्छ, उ मात्र स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा दर्ता हुने, लक्षित वर्गले नियमित नवीकरण गर्ने, जसले अर्को वर्ष सेवा लिन पर्दैन भन्ने अनुमान गर्दछ उसले नवीकरण नगर्ने, तिर्न सक्ने क्षमता भएकाहरू यो कार्यक्रममा आवद्ध नभई अन्य ठाउँबाट यस्तै प्रकृतिका सेवा लिन सक्ने अवस्था हुनु, स्वास्थ्य बीमा ऐनले सबै नागरिकको अनिवार्य सहभागिता भने पनि सो कार्यान्वयन गर्न सरकार प्रतिवद्ध नदेखिनु आदि जस्ता कारणले गर्दा अहिले स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा संलग्न व्यक्ति भनेका मूलतः लक्षित वर्ग र तत्काल उपचार आवश्यक भएकाहरू नै हुन् भन्ने देखिन्छ । यस्तो प्रतिकूल छनौट (Adverse Selection) बाट स्वास्थ्य बीमा बोर्ड आत्मनिर्भर हुने, बोर्ड बीमाको मान्यता अनुसार चल्न सक्ने, सेवाको गुणस्तर वृद्धि हुने, बोर्डले नियमनकारी भूमिका निर्वाह गर्न सक्ने तथा सरकार माथिको आर्थिक भार कम हुने सम्भावना देखिंदैन । यस्तो अस्वाभाविक अवस्थाको अन्त्य जति सक्दो छिटो गर्नका लागि विद्यमान स्वास्थ्य बीमामा सुधार आवश्यक छ ।

(ख) बजेटको अपर्याप्तता र काम गर्न नसक्ने जोखिम

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड आर्थिक कठिनाईबाट गुज्रदै आएको छ । यसले संकलन गर्ने प्रिमियमबाट वार्षिक कुल खर्चको औषत २४ प्रतिशत मात्र व्यहोर्न सकेको देखिन्छ । बाँकी ७६ प्रतिशत रकम प्राप्तिका लागि मूलतः नेपाल सरकारसँग निर्भर रहनु परेको छ । अहिलेको अवस्थामा Medical Loss Ratio (MLR) २२० प्रतिशत रहेको छ । नेपालको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको Acturial Analysis २०२४ को अध्ययन अनुसार सामाजिक स्वास्थ्य बीमामा Medical Loss Ratio (MLR) लाई ८०-८५ सम्मलाई

स्वीकार्य मात्र सकिन्छ । अहिलेको Medical Loss Ratio (MLR) धान्न सक्ने अवस्थाको छैन । अहिलेको अवस्था विद्यमान रहेमा सन् २०२५ मा सरकारले ३२ अर्ब र २०३० सम्ममा वार्षिक ६२.८ अर्ब अनुदान दिनु पर्ने देखिन्छ । यदि प्रिमियम बढाएर ७००० पुर्याएको अवस्थामा बीमा बोर्डले ५० प्रतिशत खर्च व्यहोर्न सक्नेछ । प्रिमियम बढ्दा सन् २०२५ मा २२ अर्ब र २०३० मा ४२.५ अर्ब अनुदान सरकारले उपलब्ध गराउनु पर्ने हुन्छ ।

सेवा प्रदायकलाई समयमा भुक्तानी दिन नसक्दा कतिपय स्वास्थ्य संस्थाहरूले बिमितलाई उपचार सेवा दिने कार्य बन्द गरेको सार्वजनिक सूचना प्रवाह गरेका छन् । समयमा भुक्तानी नपाएका कारण कतिपय अस्पतालले आफूलाई समस्या परेको र संचित रकम सबै स्वास्थ्य बीमामा खर्च हुँदा नियमित काम कारवाही प्रभावित भएको प्रतिक्रिया दिएका छन् । रकम भुक्तानी पाउन कठिन भएका कारणले बिमितलाई गरिने व्यवहारमा समेत स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थामा केही भेदभाव प्रष्टसँग देखिएका छन् । स्वास्थ्य बीमा बोर्डले समयमा भुक्तानी दिन नसक्दा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले कमी कमजोरी गर्दा पनि स्वास्थ्य बीमा बोर्डले नियमन गर्न समेत कठिनाई भएको देखिन्छ ।

स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा प्राप्त हुने बजेट, बोर्डको खर्च तथा थप बजेट जुटाउन गर्नुपर्ने प्रयास र नेपाल सरकारमा स्वास्थ्य बीमा बोर्डका कारण प्रत्येक वर्ष थपिदै गएको दायित्व आदि जस्ता तथ्यलाई विश्लेषण गर्दा यही वित्तीय व्यवस्थापनबाट स्वास्थ्य बीमालाई अगाडि लान सकिंदैन भन्ने प्रष्ट हुन्छ ।

(ग) छरिएर रहेका समान प्रकृतिका कार्यक्रमको उच्च खर्च र सरकारको बजेटमा चर्को दबाब

नेपालमा सरकारले विभिन्न शीर्षकमा फरक-फरक निकायबाट र अलग-अलग कानुनको आधारमा नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवामा अनुदान, छुट तथा सहयोग उपलब्ध गराउँदै आएको छ । संघीयता कार्यान्वयनमा आएपश्चात त झन प्रदेश र स्थानीय तहले पनि यस्तै प्रकृतिका कार्यक्रम थप्दै लगेका छन्। कता कता सामाजिक सुरक्षामा आधारित स्वास्थ्य सेवाका कार्यक्रम थप गर्नुमा तीन तहका सरकारमा प्रतिस्पर्धा जस्तो नै देखिन्छ । संघीय सरकारले प्रदान गर्ने सहयोगमा नै दोहोरो तथा तेहेरोपन प्रशस्त देखिन्छ । यसबाट एकातिर सरकारको खर्च निरन्तर बढ्दै गएको छ भने अर्को तर्फ यस्ता कार्यक्रमहरू लागत प्रभावी (Cost Effective) समेत हुन सकेका छैनन् ।

यस्ता छरिएर रहेका कार्यक्रमलाई एकै ठाउँमा एकीकृत गर्ने, तीन तहका सरकारका बीचमा स्वास्थ्य सेवा सहयोगमा अर्थपूर्ण तथा नतिजामूलक सहकार्य हुने गरी विद्यमान कानुनहरू परिमार्जन नगर्ने हो भने सरकारको प्रभावकारिता झन कमजोर हुँदै जानेछ । कुनै विशेष वर्ग, समुदाय तथा पक्षले अहिले पाउँदै आएको सेवा तथा सहयोगमा कुनै कमी नआउने गरी सबै कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य बीमा बोर्ड मातहत ल्याउने गरी कानुन, संरचना तथा प्रक्रियामा सुधार गर्नु अत्यावश्यक छ ।

(घ) आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र स्वास्थ्य बीमामा एकीकरण/समन्वय आवश्यक

नेपालको संविधानले निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई मौलिक हकको रुपमा स्वीकार गरेको छ । यसलाई कार्यान्वयन गर्नका लागि स्वास्थ्य संस्थामा आवश्यक प्रबन्ध पनि मिलाईएको छ ।

स्वास्थ्य बीमा बोर्डले पनि यीनै स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा दिने र सोही प्रकृतिको सेवा सुविधा उपलब्ध गराउँदै आएको छ । यी दुवै पक्षले दिने सेवा सुविधालाई अलग गर्न व्यवहारिक रुपमा सम्भव पनि देखिंदैन । त्यसैले मौजुदा व्यवस्थामा परिमार्जन गरी सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गर्ने र आधारभूत स्वास्थ्य सेवा पनि स्वास्थ्य बीमा भित्रै समेटिने व्यवस्था कायम गरी विद्यमान असहजताको अन्त्य गरिनु पर्दछ । यसका लागि आधारभूत स्वास्थ्य सेवा लिन आउने व्यक्तिलाई सोही बिन्दुमा नै स्वास्थ्य बीमामा सूचीकृत गर्नका लागि सहायता कक्ष उपलब्ध गराउने । यसरी सूचीकृत हुँदा कुनै शुल्क नलाग्ने व्यवस्था गर्ने। आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र बीमामा एकीकरण गर्न नसकेमा दोहोरोपना अन्त्य गर्न कठिन भई यस क्षेत्रमा सुशासन कायम गर्न नसकिने भएकाले स्वास्थ्य बीमाको पुर्नसंरचना आवश्यक छ ।

(ङ) बढ्दो नागरिक असन्तुष्टि

नेपालमा पछिल्लो समय सार्वजनिक निकायहरूले जति मेहनतका साथ काम गरे तापनि त्यसलाई नकारात्मक ढंगबाट अर्थ्याउने जमात बढ्दै गएको छ । साथै कतिपय निकायहरूले प्रभावकारी ढंगबाट काम गर्न नसक्दा त्यसले झन आगोमा घ्यू थप्ने काम गरेको छ । यस्तै मध्येको एक बन्न पुगेको छ स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम । स्वास्थ्य बीमामार्फत प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा दिने उदघोषका साथ शुरु गरिएको निकै महत्वकांक्षी तर अत्यावश्यक कार्यक्रमको कार्यान्वयनमा धेरै झमेलाहरू देखिंदा यसले आम मानिसमा असन्तुष्टि बढाएको छ भने सरकार प्रति नै नकारात्मक धारणा बढाउँदै लगेको छ ।

स्वास्थ्य बीमा बोर्डसँग नियमित सञ्चालन खर्च समेत अभाव हुनु, बिमितले अस्पतालमा सहज सेवा नपाउनु, भुक्तानी नपाएको भन्दै अस्पतालहरूले उपचार दिन इन्कार गर्नु, बिमितले सेवा लिने क्रममा विभेदको सामना गर्न पर्नु, बीमाले उपलब्ध गराउने भनि तोकिएका औषधीहरू अस्पताल फार्मेसीमा नपाउदा बाहिर गएर किन्न पर्नु, प्रभावकारी नियमन नहुँदा कतिपय सेवा प्रदायकले नक्कली बिरामी तथा उपचार तयार पारेर भुक्तानीको दाबी गर्नु आदि जस्ता कैयन कारणबाट नागरिकको उच्च चासोमा परेको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अलपत्र हुँदै गएको देख्दा आम मानिसमा निराशा र आक्रोशको आयतन झन बढन पुगेको छ । स्वास्थ्य बीमालाई उचित ढंगबाट सञ्चालन गरी यसको निदान गर्दै नागरिक असन्तुष्टि रोक्नका लागि विद्यमान स्वास्थ्य बीमामा आमूल सुधार अत्यावश्यक छ ।

(च) व्यवस्थापकीय असफलता

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको उचित व्यवस्थापन गर्न स्वास्थ्य बीमा बोर्ड र नेपाल सरकार एक प्रकारले असफल हुँदै गए जस्तो देखिन्छ । स्वास्थ्य बीमा ऐनमा भएका कतिपय कानुनी व्यवस्थाहरू कार्यान्वयन गर्न नसक्नु, स्थायी संगठन संरचना बन्न नसक्नु, स्थायी र नियमित प्रकारका कर्मचारीको प्रबन्ध गर्न नसक्नु, समिति तथा कर्मचारीको नेतृत्वले पुरा अवधि काम गर्न नसक्नु वा नपाउनु, विज्ञ जनशक्तिको अभाव हुनु, प्रदेश सरकार र स्थानीय तहसँग नतिजामूलक सहकार्य हुन नसक्नु, दाबी भुक्तानीमा लामो समय लाग्नु, प्रभावकारी नियमन नहुँदा सेवा प्रदायकबाट मापदण्ड बमोजिमको सेवा

दिलाउन नसक्नु, रिफरल प्रणाली प्रभावकारी नहुनु आदि जस्ता जटिलताहरू देखिएका छन् । यस्ता व्यवस्थापकीय समस्याले स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र नेपाल सरकारका अन्य निकायसँग बोर्डको सम्बन्ध सहज बन्न नसकेको वा बोर्डका कार्यहरू अरु कसैको प्राथमिकतामा नपरेको जस्तो देखिन्छ ।यसबाट बोर्डको कार्यसम्पादन नकारात्मक ढंगबाट प्रभावित भएको छ । यसलाई समाधान नगर्ने हो भने बोर्ड लामो समयसम्म सञ्चालनमा रहन कठिन देखिन्छ ।

(छ) उपचार सुविधाको अपर्याप्तता र अव्यवहारिकता

हाल उपलब्ध गराईएको एक लाखको उपचार थैलीले ठूला रोग लाग्दा उपचार धान्ने अवस्था छैन । परिवारमा एक जना भन्दा बढीले उपचार गराउनु पर्ने अवस्थामा पनि यसले पुग्दैन साथै दुर्गमबाट प्रेषण भएर काठमाण्डौ जस्तो शहरमा गई उपचार गराउँदा यो रकम अपर्याप्त छ । उपचार गराउँदा लाग्ने खर्चका कारण गरिबीको दुश्चक्रमा नागरिक नफसुन भन्नका लागि ल्याईएको यो कार्यक्रम स-साना उपचारका सन्दर्भमा केही उपयोगि भएता पनि ठूला रोग तथा दीर्घ रोगको सन्दर्भमा अव्यवहारिक देखिएको छ ।

साथै स्वास्थ्य बीमाको प्याकेज खरिद गरे पश्चात निजी अस्पतालमा गएर उपचार गर्न पनि नपाउने र सरकारी अस्पतालमा पनि अतिरिक्त भौतिक सुविधा लिन नपाउने (जस्तै क्याविन आदि) व्यवस्थाले गर्दा तुलनात्मक रुपले तिर्न सक्षमहरू यो बीमामा आवद्ध हुन ईच्छुक देखिएनन् । यसका अतिरिक्त कुनै परिवारले एक वर्ष कति पनि स्वास्थ्य उपचार सेवा लिएन भने त्यो रकम त्यसै हराएर जाने भएकाले एकातिर अनावश्यक रकम तिर्नु भन्दा बरु जहिले पर्छ त्यही बेला तिरौंला भन्ने भावना विकास भयो भने अर्कोतिर अनावश्यक विभिन्न स्वास्थ्य समस्या देखाएर जसरी पनि उपचार गराई आफुले पाउने सुविधा लिएरै छाड्ने प्रवृति हावी हुन पुग्यो ।

(ज) सुशासनमा प्रश्न

सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्डमार्फत नागरिकलाई प्रवाह गर्ने स्वास्थ्य सेवालाई सहज लगाउँदै लगि संवैधानिक दायित्व तथा स्वास्थ्य सम्बन्धी सबै समस्याको समाधान गर्न प्रतिवद्ध भएर नै स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ जारी भएको र सोही बमोजिम स्वास्थ्य बीमा बोर्ड गठन भई कार्यान्वयनमा आएको भए तापनि स्थापनादेखि बोर्डबाट सम्पादन भएका काम र स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयनका सबालमा धेरै अप्ठ्याराहरू सिर्जना हुँदा सरकारी प्रतिवद्धता पुरा हुन नसक्ने तर्फ उन्मुख छ । जसरी सेवा प्रवाह हुनु पर्ने हो, जति नागरिकको संलग्नता हुनु पर्ने हो, जसरी तीन तहका सरकारमा समन्वय र सहकार्य हुनु पर्ने हो त्यो अपेक्षित रुपमा हुन सकेन । स्वास्थ्य बीमाले निजी र सार्वजनिक सेवा प्रदायकबीच प्रतिस्पर्धा गराई सेवा सस्तो र गुणस्तरीय लगाउँदै लैजानु पर्नेमा त्यसतर्फ पनि खासै प्रगति हुन सकेन । छरिएर रहेका कार्यक्रमहरू एकीकृत गर्ने तर्फ काम हुन सकेन । गलत दाबीमा भुक्तानी रोक्ने भरपर्दो प्रणाली अझ सम्म पनि विकास हुन सकेको छैन ।पारदर्शिता कायम गर्नका लागि तेस्रो पक्षबाट अडिट हुन सकेको देखिंदैन । यसरी हेर्दा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम र यसको नेतृत्व गर्ने स्वास्थ्य बीमा बोर्डको प्रभावकारिता तथा आकर्षण घट्दै गएको

छ ।सुशासन सुनिश्चित नभएपछि नेपाल सरकारले प्रदान गर्ने सहयोगमा पनि पुनरावलोकन हुने अवस्था आउन सक्छ त्यसैले स्वास्थ्य बीमामा देखिएको कमजोर सुशासनलाई सुधार गरी लक्ष्य बमोजिम यस संस्थालाई सञ्चालन गर्नका लागि यसको पुर्नःसंरचना अत्यावश्यक छ ।

खण्ड-दुई

निष्कर्ष तथा सुझाव

११. निष्कर्ष

स्वास्थ्य उपचारका लागि लाग्न सक्ने अप्रत्याशित खर्चको जोखिमलाई व्यवस्थापन गर्न नागरिक स्वास्थ्य बीमामा संलग्न हुन्छन् भने राज्यले नागरिकलाई गुणस्तरीय र सर्वसुलभ स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने गहन जिम्मेवारी पूरा गर्नका लागि लाग्ने ठूलो खर्चलाई आम नागरिकको क्षमता अनुसार योगदान गर्ने वातावरण बनाउनका लागि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्ने अभ्यास छ । विश्वका कैयन मुलुकमा स्वास्थ्यलाई सर्वसुलभ बनाउनका लागि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयनमा ल्याईएको छ । विश्व अनुभवलाई पछ्याउँदै नेपालले पनि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयनमा ल्याएको छ । नेपालमा २०७२ साल चैत्र २५ गतेदेखि कैलालीबाट सुरु गरिएको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अहिले ७७ जिल्लाका ७५३ स्थानीय तहमा पुगेको छ । पछिल्लो आर्थिक वर्षमा २५ प्रतिशत जनसङ्ख्या तथा ३९ प्रतिशत घरधुरीको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा संलग्नता रहेको पाइन्छ । यसरी स्वास्थ्य बीमाको विस्तार र आमनागरिकको सहभागिता निरन्तर वृद्धि हुँदै गएको छ ।२०७४ मा स्वास्थ्य बीमा ऐन आएपश्चात यसले वास्तविक स्वरुप धारणा गर्यो र यो नेपालको लागि प्राथमिकतामा रहेको र नागरिक हितका लागि अति आवश्यक कार्यक्रमको रुपमा स्थायी ढंगबाट अगाडि बढयो। पाँच जनासम्मको परिवारलाई पैंतिस सय रुपैयाँ प्रिमियम कायम गरिएको स्वास्थ्य बीमामा एक लाखसम्मको स्वास्थ्य उपचार सेवा बिमित परिवारले लिन पाउने व्यवस्था छ । परिवारको सदस्य थप भएमा प्रति सदस्य सात सय रुपैयाँ थप प्रिमियम तिर्नुपर्ने र दुई लाखसम्मको उपचार लिन पाउने व्यवस्था मिलाइएको छ । गरिब अति विपन्न लगायत प्रिमियम तिर्न नसक्ने ८ वर्गका नागरिकको प्रिमियम नेपाल सरकारले व्यहोर्ने व्यवस्था छ । यसरी प्रिमियम तिर्न नसक्ने नागरिकलाई राज्यले अनुदान उपलब्ध गराई बाँकी सबै नागरिकलाई यस अभियानमा आवद्ध गर्ने लक्ष्य लिएको छ । नागरिकको आर्थिक अवस्था कमजोर रहेको र राज्यले सबै स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क दिन सक्ने क्षमता बनाई नसकेको अवस्थामा स्वास्थ्य उपचार गराउँदा घर खेत जाने तथा परिवार नै गरिबीको दुश्चक्रमा फस्न सक्ने जोखिमबाट मुक्तिका लागि नेपाल सरकारले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सुरु गरेको पाउन सकिन्छ । यो कार्यक्रम सुरु भएपछि लक्षित वर्गले ठूलो राहतको अनुभूति गरेका छन् भने न्यून मध्यम आय भएका मानिसहरू पनि उत्साही भएका छन् ।यस अभियानलाई प्रभावकारी बनाई सम्पूर्ण नागरिकलाई आवद्ध गर्दै प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा दिन सुझावहरू प्राप्त भएका छन् ।

स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट सेवाहरू प्रवाह हुँदै गर्दा कतिपय प्रश्नहरू पनि सिर्जना भएका छन् ।स्वास्थ्य बीमा बोर्डले संकलन गरेको प्रिमियम बापतको रकम भन्दा यसको खर्च निकै बढी हुँदा घाटामा रहनु, सेवा प्रदायकले समयमा भुक्तानी नपाउँदा सेवा समेत प्रभावित हुनु, बिमितको छाड्ने दर उच्च हुनु, ठूला रोग लाग्दा सरकारले उपलब्ध गराएको यो सुविधा थैलीले खासै मद्दत गर्न नसक्नु, स्वास्थ्य उपचारका क्रममा

बिमितले विभिन्न अप्ठ्याराको सामना गर्न पर्नु, प्रेषण प्रणाली व्यवस्थित नहुँदा सेवाग्राहीले समस्या झेल्न पर्नुका साथै ठूला अस्पतालमा बिरामीको अस्वाभाविक चाप पर्नु, तोकिएका औषधी प्राप्तिमा कठिनाई हुनु, सेवा प्रदायकको दाबीको परीक्षण तथा अनुगमन प्रभावकारी नहुँदा लापरबाही बढनु, तिर्न सक्नेहरू स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध नहुनु, स्वास्थ्य बीमा ऐनमा भएका प्रावधानहरू कार्यान्वयनमा ल्याउन नसक्नु, तीन तहका सरकारले प्रतिस्पर्धीले जस्तो उस्तै प्रकारका कार्यक्रमहरू घोषणा गर्दै जानु, नेपाल सरकारका विभिन्न निकायबाट समान प्रकृतिका धेरै कार्यक्रमहरू कार्यन्वयनमा रहँदा दोहोरोपना तथा तेहोरोपनाको समस्या हुनु, निजी क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थाहरू यो प्रकृयामा पर्याप्त मात्रामा संलग्न हुने वातावरण नबन्नु आदि जस्ता धेरै समस्याहरू स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा देखिन्छ ।

स्थापनाको लामो समयमा पनि स्थायी संगठन संरचना स्वीकृत हुन नसक्नु, कर्मचारीको दरबन्दी स्वीकृत नहुनु, अन्यत्रबाट कर्मचारी ल्याएर काम चलाउन पर्नु, कार्यालय समेत व्यवस्थित हुन नसक्नुले सरकारले यसलाई प्राथमिकता दिएको हो होईन छुट्याउन कठिन छ । यसका अतिरिक्त सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमको ढाँचामा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम दिगो रूपमा सञ्चालन गर्न कठिनाइ हुने महालेखा परीक्षकको ६० औं वार्षिक प्रतिवेदनले औंल्याएको छ । विद्यमान वित्तीय स्वरुपमा स्वास्थ्य बीमा अगाडि जान नसक्ने ठम्याई महालेखा परीक्षकको कार्यालयको छ । यस्ता समस्याले नागरिकमा एक प्रकारको निराशा पनि थपेको छ ।सरकारका कार्यक्रमहरू जति नै प्राथमिकताका भए पनि सफल हुँदैनन् भन्ने भाष्य विकास गर्नमा यसले मलजल गरेको छ। यस्ता समस्यालाई समयमा नै सम्बोधन गरेर जान सकेमा मात्र स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको प्रभावकारिता वृद्धि हुन सक्छ ।

मुलुकको उच्च प्राथमिकताको कार्यक्रम भएकाले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि स्वास्थ्य बीमा बोर्डको आन्तरिक सुधारमा विशेष ध्यान दिनु आवश्यक छ । कार्यान्वयन निकाय बलियो भएमा मात्र कार्यक्रमको प्रभावकारिता वृद्धि हुन सक्दछ । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको वित्तीय पक्ष अत्यन्त चुनौतिपूर्ण छ । सबै नागरिकलाई संलग्न गराउने सक्नेले बढि तिर्ने गरी प्रगतिशील प्रिमियम प्रणाली लागु गर्ने, स्वास्थ्यसँग सरोकार राख्ने करबाट प्राप्त भएका आम्दानी स्वास्थ्य बीमा कोषलाई उपलब्ध गराउने, छरिएर रहेका कार्यक्रमलाई एकिकृत गर्ने र अनावश्यक उपचार गराउन खोज्ने प्रवृत्तिलाई नियन्त्रण गर्ने गरी बीमा कोष बलियो बनाई स्वास्थ्य बीमालाई आत्मनिर्भर बनाउनेतर्फ लाग्नु पर्दछ । स्वास्थ्य बीमामा सुशासन कायम गर्न सेवा प्रवाहलाई प्रभावकारी बनाउन यस क्षेत्रमा हुन सक्ने ठगी रोक्न वा दाबी परीक्षणमा सूचना प्रविधिको प्रयोग तथा कृतिक बौद्धिकताको प्रयोगमा जोड दिनु आवश्यक छ ।

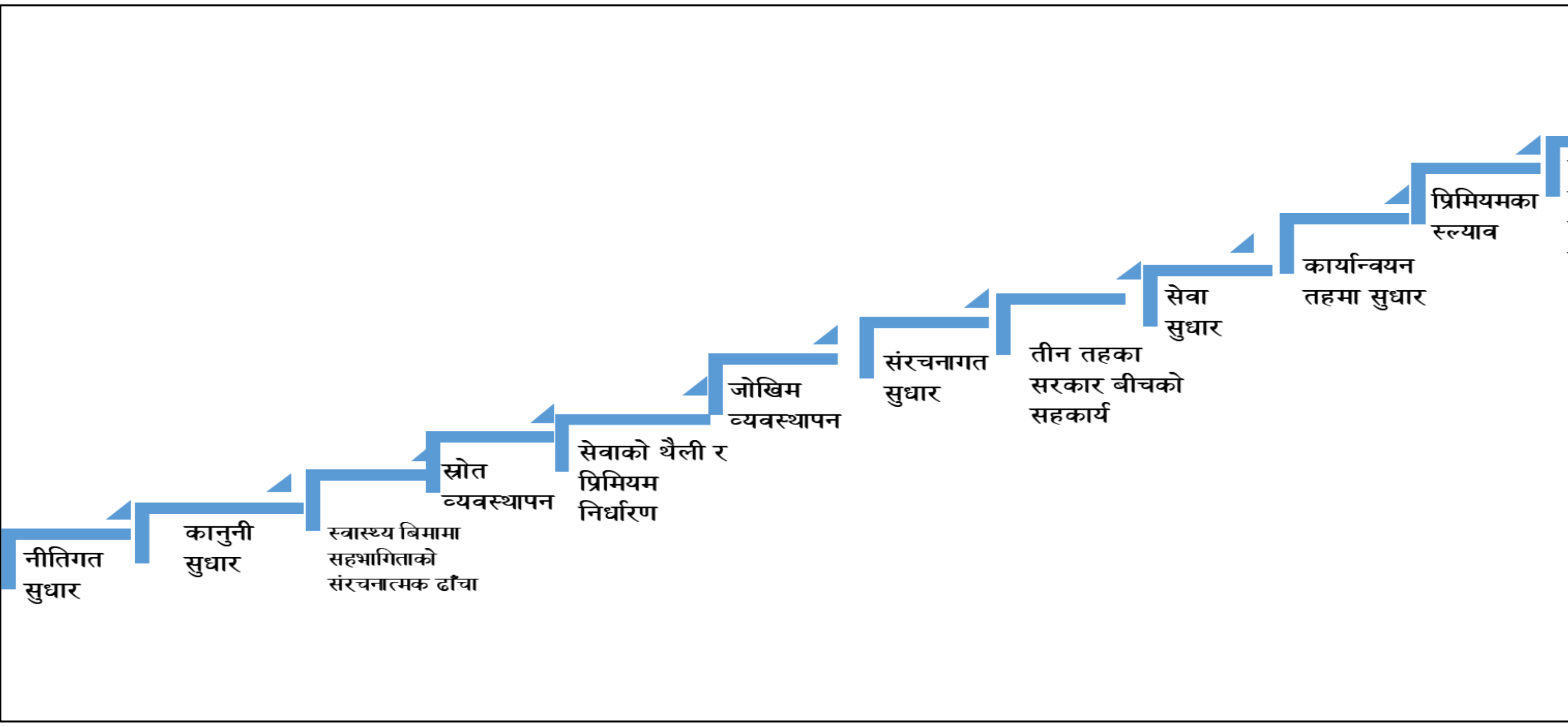
स्वास्थ्य बीमा बोर्डले बहुपक्ष र तीनै तहका सरकारसँग समन्वय र सहकार्य गर्न सकेमा मात्र यो कार्यक्रम सफल हुन सक्छ । यो बहुसरोकारयुक्त र बहुसाझेदारयुक्त कार्यक्रम भएकाले यसमा साझेदारिता अत्यावश्यक छ । स्वास्थ्य बीमाका कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने सरकारी र निजी दुवै स्वास्थ्य संस्था तथा साझेदारको क्षमता अभिवृद्धिमा बोर्डको विशेष चासो रहनु पर्दछ ।सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट मात्र स्वास्थ्य सेवा प्रवाह तत्कालका लागि सम्भव देखिंदैन।बिमितको ईच्छाबमोजिम सरकारी वा निजी जहाँबाट पनि स्वास्थ्य सेवा लिन पाउनु पर्दछ यसका लागि आवश्यक मापदण्ड तथा कार्यविधि बनाई

स्वास्थ्य बीमा बोर्डले ईच्छुक निजी क्षेत्रलाई यस अभियानमा संलग्न गर्नु आवश्यक छ ।नेपालमा तीन तहका सरकार क्रियाशील छन् र सबैको अधिकार निर्धारित भएकाले एक हदसम्म आफ्ना काम कारबाहीमा स्वतन्त्र पनि छन् । संविधानतः स्वास्थ्य तीन तहको सरकारको जिम्मेवारीको विषय भएकाले सबैले उत्तिकै चासोका साथ यसमा काम गरेको पाउन सकिन्छ।यो चासोलाई उपयोग गर्दै स्रोतमा तथा व्यवस्थापनमा तीन तहका सरकारलाई एकै ठाउँमा ल्याई स्वास्थ्य सेवालाई प्रभावकारी बनाउने जिम्मेवारी स्वास्थ्य बीमा बोर्डको हो । स्थानीय तह र प्रदेश सरकारको सक्रियता बढना साथ बिमितको सङ्ख्या र नवीकरण पर्याप्त मात्रामा वृद्धि हुनेछ । अहिले बोर्डले उपलब्ध गराउँदै आएको एक लाखको सुविधा थैली अपर्याप्त देखिन्छ । कतिपय बिमितमा जसरी पनि एक लाखको सुविधा आफूले सक्नु पर्दछ भन्ने मनसायले काम गरेको बुझ्न कठिनाई छैन । कतिपय अवस्थामा स्वास्थ्य बीमा बोर्डले उपलब्ध गराएका सुविधाले नपुगेर ठूलो धनराशी खर्च गरेर उपचार गराउनुपर्ने बाध्यता पनि छन् । विशिष्टिकृत उपचार तथा गम्भीर रोगमा बीमा त्यति उपयोगी हुन सकेको छैन । त्यसैले विद्यमान सेवाको दायरा तथा सुविधा थैलीमा पुनरावलोकन अत्यावश्यक छ । यत्रतत्र छरिएर रहेका कार्यक्रमलाई मात्र एकीकृत गर्न सकेमा पनि सुविधा थैली बढाउन कुनै कठिनाई देखिंदैन।स्वास्थ्य बीमा बोर्डले तोकेका औषधी र औषधीजन्य वस्तु सम्बन्धी विशेष कानुन नै बनाएर जानु पर्दछ।तोकिएका औषधी नपाउने र बिमित बिरामीले खरिद गर्नुपर्ने बाध्यता दोहोरिरहने गरेको छ । माथिको खण्डमा उल्लेख भएका विवरणबाट पनि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा व्यापक सुधार अर्थात रुपान्तरण आवश्यक छ भन्ने बुझ्न सकिन्छ ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सुधार गरी सबैको संलग्नता (Universal Coverage) सुनिश्चित गर्न, सेवा प्रवाहलाई सरल सुलभ र गुणस्तरीय बनाउन वित्तीय रुपमा स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई आत्मनिर्भर बनाउँदै लान तथा सरकारको दायित्व घटाउँदै जान, सेवाको दायरा तथा सुविधाको थैली विस्तार गरी जटिल प्रकारका स्वास्थ्य उपचार खर्च पनि बीमाबाट नै व्यहोर्न सक्ने बनाउन, छरिएर रहेका समान प्रकृतिका कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्न, तीन तहका सरकारका बीचमा स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका सबालमा समन्वय, सहकार्य तथा साझेदारिता विकास गर्न, स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको यस अभियानमा निजी क्षेत्रलाई पनि उत्तिकै जिम्मेवारिताका साथ प्रस्तुत हुने वातावरण तयार पार्न र सुचना प्रविधिको प्रयोगबाट बोर्डको दक्षता अभिवृद्धि गर्न तथा सुशासन कायम गर्नका लागि देहायका सुझावहरू प्रस्तुत गरिएको छ ।

१२. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सुधारका लागि सुझावहरू

स्वास्थ्य बीमाको प्रभावकारिता वृद्धि गरी यसलाई सबै नागरिकको पहुँचमा पुर्याउन, बीमामार्फत उपलब्ध हुने सेवा गुणस्तरीय तथा सर्वसुलभ बनाउन, स्वास्थ्य बीमामा सुशासन कायम गर्न, स्वास्थ्य बीमालाई आत्मनिर्भर बनाउन तथा देशमा एकीकृत ढंगबाट स्वास्थ्य सेवाका कार्यक्रम बीमामार्फत सञ्चालन गर्नका लागि देहायका विषयहरू सुधारका लागि सुझाव प्रदान गर्ने । सुझावहरूलाई प्राथमिकिकरण गर्दै तत्काल, अल्पकालीन, मध्यकालीन र दीर्घकालीन कार्ययोजनामार्फत कार्यान्वयनमा लैजान सकिएमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा देखिएका अप्ठ्याराहरू क्रमशः कम हुँदै गई प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा प्रत्याभूति गर्न सकिने देखिन्छ।



१२.१. नीतिगत सुधार

- सरकारले उपलब्ध गराउने आधारभूत र आकस्मिक लगायत सबै स्वास्थ्य सेवा स्वास्थ्य बीमामार्फत उपलब्ध गराउने गरी सम्बद्ध सबै पक्षको पुर्नसंरचना गर्ने ।आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सबै नागरिकलाई निःशुल्क उपलब्ध गराउने, आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने बिन्दुमा प्रत्येक सेवाग्राही स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकृत हुन सक्ने गरी सहजीकरण कक्ष स्थापना गर्ने तर यस्तो सूचीकरण गरेबापत कुनै शुल्क नलाग्ने व्यवस्था मिलाउने ।
- आधारभूत भन्दामाथिका सबै स्वास्थ्य सेवा लिनका लागि तोकिए बमोजिमको स्वास्थ्य बीमा प्रिमियम तिर्नुपर्ने र यस्तो सहभागितालाई सर्वव्यापी बनाउन प्रदेश तथा स्थानीय तहको संलग्नता अभिवृद्धि गर्ने नीति लिने ।
- राज्यले स्वास्थ्य उपचारको शीर्षकमा विभिन्न निकायबाट नागरिकलाई उपलब्ध गराउँदै आएको सहयोग तथा सहुलियत एकीकृत गरी स्वास्थ्य बीमाअन्तर्गत ल्याउनका लागि आवश्यक व्यवस्था मिलाउने । यसका लागि विद्यमान नीतिगत व्यवस्थालाई परिमार्जन गरी सबैलाई स्वास्थ्य बीमामा समाहित गर्ने ।
- हाल कार्यान्वयनमा रहेको प्रिमियम र यसले दिने एक लाखसम्मको उपचार सुविधाको पुनरावलोकन गर्ने । असाध्य तथा गम्भीर प्रकृतिका रोग लागेका नागरिकलाई अहिलेको उपचार सुविधाले खासै सहयोग पुर्याउन नसकेको तथ्यलाई आत्मसात गर्दै सहयोगको राशी पाँच लाखसम्म पुर्याउनका लागि आवश्यक प्रिमियम, योगदानकर्ताको क्षमता अनुसारको योगदानको व्यवस्था, व्यक्तिले लिने सुविधा र आम्दानी अनुसार सहभुक्तानीको प्रबन्ध आदि जस्ता उपायहरूको अवलम्बन गर्ने ।
- स्वास्थ्य बीमालाई सबैका लागि अनिवार्य गरी प्रतिकूल चयन (Adverse Selection) को विद्यमान अवस्थाको अन्त्य गर्ने व्यवस्था मिलाउने । अनिवार्यता कायम गर्नका लागि Push र Pull Factor लाई समेत प्रयोगमा ल्याउने ।
- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम आत्मनिर्भर, दिगो र व्यवस्थित भई यसले दीर्घकालमा नागरिकलाई आवश्यक पर्ने सम्पूर्ण स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध गराउन सक्ने गरी यसको पुर्नसंरचना गर्ने ।

१२.२. कानुनी सुधार

- स्वास्थ्य बीमा ऐन र नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवामा सहयोग उपलब्ध गराउँदै आएका विभिन्न कार्यक्रमसँग सम्बद्ध कानुनहरू संशोधन गरी नेपालमा स्वास्थ्य उपचार सहयोग उपलब्ध गराउने एक मात्र माध्यम स्वास्थ्य बीमालाई कायम गर्नका लागि कानुनहरू संशोधन गर्ने ।
- सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गर्ने तथा देशमा छरिएर रहेका स्वास्थ्य अनुदान तथा सहयोगसम्बन्धी कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गरी पाँच लाखसम्मको बीमा तथा गम्भीर रोग लागेमा सोभन्दा माथिको उपचार सेवा समेत बोर्डले उपलब्ध गराउने व्यवस्था मिलाउन उपयुक्त हुने हुँदा बोर्डको विद्यमान संरचनाले यसको समग्र व्यवस्थापन र नियमन गर्न कठिन हुने देखिएकोले यसको स्तरोनन्नति गर्न कानुन संशोधन गर्ने।

- बोर्डको क्षमता र दायरा वृद्धिका लागि स्वास्थ्य बीमा बोर्ड संचालक समितिमा अर्थ मन्त्रालय र स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको सचिवहरुको प्रतिनिधित्व हुने प्रबन्ध मिलाउने । समितिमा प्रदेश सरकारको स्वास्थ्य हेर्ने सचिवहरू मध्येबाट एक जना र स्थानीय तहका राष्ट्रिय महासंघका अध्यक्षहरूलाई प्रतिनिधिको रुपमा मनोनयन बोर्डले गर्ने गरी ऐन संशोधन गर्ने ।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई प्रभावकारी बनाउन स्वास्थ्य बीमा बोर्डको अध्यक्ष र कार्यकारी निर्देशकको जिम्मेवारी तथा अधिकार क्षेत्रका सम्बन्धमा सोही प्रकृतिका अन्य संस्थाहरू समेतको अनुभवका आधारमा पुर्नपरिभाषित गर्ने ।
- दाबी पेस गर्दा झुठो विवरण पेस गरेमा वा तोकिए बमोजिम गुणस्तरीय सेवा उपलब्ध नगराएमा सेवा प्रदायकलाई हदैसम्मको कारबाहीको व्यवस्था गरी कार्यान्वयनमा ल्याउने ।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्डले कार्यान्वयनमा ल्याएका नियमावली, निर्देशिका, कार्यविधि, मापदण्ड आदिमा समयानुकूल सुधार गरी बोर्डको प्रभावकारिता वृद्धि गर्ने ।

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ र नियमावली, २०७५ मा संशोधन गर्नुपर्ने विषयहरू अनुसूची-२ मा राखिएको छ।

देहाय बमोजिमका ऐनहरूमा गर्नुपर्ने संशोधनको व्यहोरा अनुसूची-३ मा समावेश गरिएको छ ।

- सामाजिक सुरक्षा ऐन, २०७५
- योगदानमा आधारित समाजिक सुरक्षा ऐन, २०७४
- श्रम ऐन, २०७४
- वैदेशिक रोजगार ऐन, २०६४

१२.३. स्वास्थ्य बीमामा सहभागिताको संरचनात्मक ढाँचा

नेपालको स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको एक महत्वपूर्ण कडीको रुपमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम रहेको छ । यसलाई देहाय बमोजिम रुपान्तरण गर्न सकेमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमले आफ्नो लक्ष्य हासिल गर्न सहज हुनेछ ।

स्वास्थ्य सेवा प्याकेजका प्रकारहरू	समावेश हुने सुविधाहरू	यसबाट सम्बोधन हुने विषय	यसको भुक्तानीको विधि र स्रोत	सेवा लिन/दिन अपनाउने विधि
आधारभूत स्वास्थ्य सेवा (BHS) ।	प्रिभेन्टिभ, प्रवर्द्धनात्मक र अत्यावश्यक प्राथमिक सेवाहरू ।	संविधानले प्रत्याभूत गरेको आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको कार्यान्वयन र सर्वव्यापी स्वास्थ्य सेवामा पहुँच ।	स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाहरूले प्रदान गर्ने यो सेवाको भुक्तानी सरकारी कोषबाट हुनेछ।	निशुल्क आधारभूत उपचार लिन आउने व्यक्ति त्यही स्वास्थ्य संस्था मार्फत बीमामा निशुल्क सूचीकृत हुने व्यवस्था मिलाउने ।
विस्तारित स्वास्थ्य सेवा ।	अस्पतालहरूबाट प्रदान गरिने द्वितीय स्तरका विशेष सेवाहरू ।	नागरिकको स्वास्थ्यमा हुने खर्च कटौती गर्ने र सबैलाई सहुलियत दरमा उच्चस्तरका सेवा उपलब्ध गराउने।	बिमितको प्रिमियम सरकारको अनुदान र स्वास्थ्य लक्षित कोष तथा सहभुक्तानी ।	पाँच लाखसम्मको स्वास्थ्य सेवा नागरिकले प्राप्त गर्न सक्ने । प्रिमियम तिर्ने क्षमताको आधारमा निर्धारण हुने ।
विशिष्टिकृत स्वास्थ्य सेवा ।	घातक रोग तथा दीर्घरोगको उपचारको अत्याधुनिक उपचार।	गम्भीर तथा दीर्घरोग लाग्दा विशिष्ट प्रकृतिको स्वास्थ्य उपचार नागरिकले व्यहोर्न नसक्ने भएकाले सबैले यस्ता सेवा लिन सक्ने बनाउन ।	संघीय सरकार तथा बीमा कोषले कुल बीमाको निश्चित अंश यस्तो प्रयोजनका लागि राख्ने र पुर्नबीमा गर्ने ।	रकम तिर्न नसक्नेलाई (सिफारिसको आधारमा) पाँच लाखभन्दा माथिको खर्च पनि बीमाले व्यहोर्ने व्यवस्था हुने।

समग्र सेवा तथा उपचारलाई तीनस्तरमा विभाजन गरिने छ प्रथम (आधारभूत), द्वितीय (माध्यमिक) तथा तृतीय (विशिष्टिकृत) । प्रथमस्तरको सेवा पद्दतिमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा लिने क्रममा नागरिक स्वास्थ्य बीमामा सूचीकृत हुन सक्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ । यसरी आधारभूत स्वास्थ्य सेवा लिने क्रममा बीमामा सूचीकृत हुनका लागि कुनै शुल्क लाग्ने छैन । बीमामा सूचीकृत हुने कार्य आधारभूत स्वास्थ्य

सेवा प्रदान गरिसकेपछि उपलब्ध गराउनु उपयुक्त हुनेछ । आधारभूत स्वास्थ्य सेवा लिने बिन्दुमा सहजै स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सूचीकृत हुन सहायता कक्षको व्यवस्था मिलाउनुपर्ने छ । यो प्रावधानले सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गर्न मद्दत पुग्ने, अहिले देखिएको आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र स्वास्थ्य बीमा सेवा बीचको दोहोरोपना हट्ने तथा यस्ता सेवा प्रदायक संस्थाको क्षमताको उपयोग हुनुका साथै आधारभूत स्वास्थ्य केन्द्रहरूको क्षमता वृद्धिमा समेत मद्दत पुग्नेछ ।आधारभूत भन्दा माथिल्लो सेवा लिनका लागि अनिवार्य रुपमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा तोकिए बमोजिमको प्रिमियम भुक्तानी गरी आवद्ध हुनुपर्ने छ । द्वितीयस्तरको उपचार ठूला तथा सुविधा सम्पन्न अस्पतालहरूमा हुनेछ । यस चरणमा बीमाको सीमा बमोजिमको पाँच लाखसम्मको उपचार उपलब्ध गराईने छ । यसमा सरकारको अनुदान, बिमितबाट प्राप्त हुने प्रगतिशील प्रिमियम, सहभुक्तानी र स्वास्थ्य सेवामा प्रभाव पार्ने प्रकृतिका करबापत प्राप्त हुने रकम उपयोग हुनेछ । तृतीयस्तरको सेवा विशिष्टिकृत अत्याधुनिक प्रकृतिको हुनेछ । गम्भीर रोग तथा दीर्घ रोगहरू जसमा नागरिकले आँफै खर्च गरेर उपचार गराउन नसक्ने अवस्था हुन्छ । यस्ता ठूला रोगको उपचारमा सबै बिरामीलाई आवश्यकता बमोजिमको निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा स्वास्थ्य बीमा बोर्डले उपलब्ध गराउने छ । यसलाई दिगो बनाउनका लागि गम्भिर रोगहरू पहिचान गरी स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा रहेको निश्चित रकम (उदाहरणको लागि १० प्रतिशत) बाट पुर्नबीमा गरिने छ । यो विधिबाट सबै प्रकारका स्वास्थ्य उपचार सबै नागरिकलाई उपलब्ध गराउने कार्य स्वास्थ्य बीमा बोर्डमार्फत सुनिश्चित हुनेछ ।

१२.४. स्रोत व्यवस्थापन

स्वास्थ्य बीमाका लागि स्रोत जुटाउन विभिन्न उपायहरू अवलम्बन गर्न सकिन्छ । स्रोत व्यवस्थापनका लागि केही विधिहरू यहाँ प्रस्ताव गरिएको छ ।

- सबै नागरिक स्वास्थ्य बीमामा अनिवार्य आवद्ध हुनुपर्ने प्रबन्ध मिलाउने ।
- छरिएर रहेका स्वास्थ्य उपचारका सहुलियत तथा अनुदानका विभिन्न शीर्षकका कार्यक्रमहरूलाई एकीकृत गरी स्वास्थ्य बीमा प्रणालीअन्तर्गत ल्याउने।
- सहभुक्तानी प्रणाली (Co-payment System) लाई प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयनमा लैजाने।सहभुक्तानीलाई तीनस्तरमा वर्गीकरण गर्न सकिन्छ । सरकारले लक्षित वर्ग भनि तोकेर प्रिमियम तिरेकाको लागि १ प्रतिशत, अन्यका लागि उनीहरूले लिने सेवाको स्तर र उपयोग गर्न चाहेको भौतिक सुविधाको आधारमा सहभुक्तानी निर्धारण गर्ने ।सहभुक्तानी सामान्यत २० प्रतिशत उपयुक्त हुनेछ तर यो २० प्रतिशत निर्धारण गर्दा प्रिमियम र निजले पाउने कुल सुविधाको राशीमा आधारित हुनु पर्नेछ ।(जस्तै लक्षित वर्गका लागि न्यूनतम प्रिमियम, सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट द्वितीयस्तरका तथा विशिष्टिकृत सेवा लिनका लागि प्रगतिशिल प्रिमियम, उन्नत भौतिक सुविधा लिनका लागि थप प्रिमियम आदि ।)
- सक्नेले बढी तिर्ने नीतिअन्तर्गत बढि आम्दानी भएका र औपचारिक क्षेत्रमा कार्यरत व्यक्तिहरूले सामान्य नागरिकले भन्दा बढी प्रिमियम तिर्नुपर्ने व्यवस्था मिलाउने ।
- आठ प्रकारका कडा रोगको लागि दिईदै आएको रु. एक लाखको स्वास्थ्य सुविधालाई बीमासँग आवद्ध गर्ने ।

- सबै प्रकारका सरकारी कर्मचारी, संस्थान तथा वित्तीय क्षेत्रमा काम गर्ने कर्मचारी, सङ्गठित क्षेत्रमा काम गर्ने कर्मचारीहरूको अनिवार्य बीमा गराउने व्यवस्था गर्ने र योगदान रकमको केही अंश रोजगारदाताले व्यहोर्ने व्यवस्था मिलाउने।
- स्वास्थ्य बीमामा सूचीकृत भएर मात्र आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउने गरी राज्यले उपलब्ध गराउने सबै प्रकारका स्वास्थ्य सेवालाई स्वास्थ्य बीमासँग आवद्ध गर्ने यसले गर्दा सबै नागरिक बीमामा आवद्ध हुने अवस्था सिर्जना हुनेछ ।
- सरकारी स्वास्थ्य संस्थाको स्तर बृद्धि तथा पूर्वाधार विकासमा सरकारले गर्ने लगानी बढाउने । आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने बिन्दुहरू जसलाई स्वास्थ्य बीमाको प्रवेश बिन्दु वा प्रेषण बिन्दु मानिएको छ, त्यहाँ उपलब्ध हुने स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर सुधार गर्नका लागि त्यस्ता स्वास्थ्य संस्थाको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने । सरकारी स्वास्थ्य संस्थाले दिने सेवा गुणस्तरीय हुन सकेमा नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमातर्फ आकर्षित गर्न सकिने भएकाले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह सुनिश्चित गरी नागरिक स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध हुन स्वस्फूर्त रुपमा आउने वातावरण सिर्जना गर्ने।
- गरिब तथा विपन्न परिवारको योगदान रकम मात्र सरकारले व्यहोर्ने प्रयोजनको लागि गरिब परिवार परिचयपत्र यथाशिघ्र वितरण गर्न नेपाल सरकारसँग समन्वय गर्ने ।
- ज्येष्ठ नागरिकलाई प्रदान गरिदै आएको औषधी उपचार बापतको रकमलाई स्वास्थ्य बीमासँग आवद्ध गरी उनीहरूले पाउने सेवाको दायरा तथा गुणस्तर वृद्धि गर्ने ।
- स्वास्थ्य जोखिम बढाउने सबै प्रकारका सेवा र वस्तुहरूको व्यापारमा निश्चित प्रतिशत स्वास्थ्य कर तथा शुल्क लाग्ने व्यवस्था गरी त्यस्तो रकम स्वास्थ्य बीमा कोषमा जम्मा गर्ने व्यवस्था मिलाउने । यसबाट एकातिर बीमाको लागि रकम उपलब्ध हुने र अर्कोतर्फ नागरिक स्वास्थ्यमा सुधार आई बिरामीको चाप पनि घटने तथा निरोगी नेपाल निर्माणको राष्ट्रिय लक्ष्य हासिल गर्न समेत मद्दत पुग्ने।
- स्वास्थ्य बीमाबाट सरकारलाई पर्ने आर्थिक दायित्वको रकम व्यवस्थापनको लागि स्वास्थ्यलाई हानी गर्ने सुर्तिजन्य तथा मदिराजन्य वस्तुहरु, मिठाई तथा चिनीजन्य पदार्थ, स्वास्थ्य जोखिम कर लाग्ने वस्तुहरु र आयातित औषधी एवम् मोवाईल फोनमा लगाईदै आएको करका दरहरुमा पुनरावलोकन गरी त्यस्को निश्चित प्रतिशत (कम्तिमा ५० प्रतिशत) रकम स्वास्थ्य बीमा कोषमा जम्मा हुने व्यवस्था मिलाउने।
- औषधी उत्पादक कम्पनीहरूले आफूले उत्पादन गरेको औषधीको दीर्घकालीन स्वास्थ्य दुस्प्रभाव (Long Term Side effect) को हिसाब गरी त्यसको केही अंश स्वास्थ्य बीमा कोषमा उपलब्ध गराउने सम्भावनाको अध्ययन गर्ने।
- विभिन्न निजी कम्पनीहरूले आफ्नो नाफाको निश्चित रकम (तीन प्रतिशत रकम सामाजिक उत्तरदायित्व कोषमा जम्मा गर्नुपर्नेमा हुन सकेको छैन) जुन कम्पनीको सामाजिक उत्तरदायित्वअन्तर्गत विभिन्न शीर्षकमा खर्च गर्दछन् त्यसलाई स्वास्थ्य बीमा बोर्डले प्रवाह गर्ने सेवासँग जोडनका लागि पहल गर्ने।

- देशमा सञ्चालनमा रहेका स्वास्थ्य उपचारसँग सम्बन्धित विभिन्न प्रकारका कोषहरू र त्यसबाट प्राप्त हुन सक्ने आम्दानीलाई एकीकृत गर्ने सम्भावनाको पहिचान गर्ने ।
- नेपाल सरकारले स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई उपलब्ध गराउँदै आएको अनुदान घटाउँदै लगि स्वास्थ्य बीमा बोर्डको सञ्चालन खर्च सरकारले दिने र अन्य सम्पूर्ण खर्च स्वास्थ्य बीमा बोर्ड आँफैले प्रबन्ध गर्न सक्ने अवस्था सिर्जना गर्नेतर्फ योजनावद्ध ढंगबाट काम गर्ने।
- बिमितले यस वर्ष पाउने सुविधा मध्ये प्रयोग गर्न बाँकी रकमको २५ प्रतिशत रकम अर्को आर्थिक वर्षको गम्भीर प्रकृतिका उपचारका लागि सर्ने व्यवस्था गर्ने (बोर्डले गम्भीर प्रकृतिका रोग परिभाषित गर्नेछ)। तर व्यक्तिले प्रत्येक आउँदो वर्षका लागि नियमानुसारको प्रिमियम भने बुझाउनुपर्ने प्रबन्ध मिलाउने । यसले गर्दा व्यक्तिले यही वर्ष सबै रकम सकाउनका लागि अनावश्यक प्रयत्न नगर्ने र उसलाई भविष्यमा खर्चिलो उपचार गर्नुपर्ने अवस्था आएमा आफ्नै संचित रकमले निःशुल्क उपचार हुने ।जसका कारण बोर्डमा पर्याप्त रकम पनि संकलन हुने र व्यक्तिले महँगो उपचारका लागि खर्चको समस्या झेल्नु नपर्ने अवस्था सिर्जना हुने।

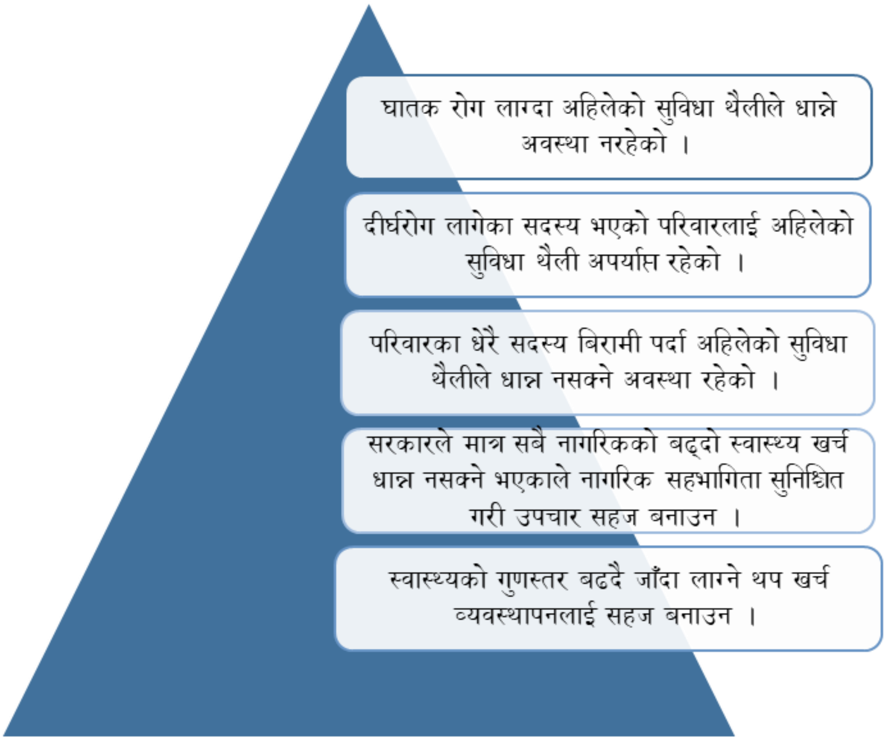
१२.५. सेवाको थैली र प्रिमियम निर्धारण

हाल स्वास्थ्य बीमा बोर्डले प्राप्त गर्दै आएको प्रिमियम र सहभागिताको यस मोडललाई विश्लेषण गर्दा यो बीमाले निरन्तरता पाउन निकै कठिन छ । एकातिर उपलब्ध सुविधाको थैलीले नागरिकको उपचार धान्न सकेको छैन अर्थात ठुला रोग लाग्दा उपचार खर्च व्यक्ति आँफैले जुटाउनु परेको छ । अर्कोतिर प्रत्येक परिवारबाट उठाउँदै आएको औषत प्रिमियम (रु ३८००) र प्रति परिवारको औषत दाबी (८३५०) ले Medical Loss Ratio (MLR) २२०% छ । यसबाट मात्र पनि विद्यमान बीमामा समस्या छ भन्ने बुझिन्छ। यी समस्या समाधान गर्नका लागि देहायका कार्यहरू गर्न उपयुक्त हुन्छ ।

- व्यक्तिको तिर्न सक्ने क्षमताको आधारमा प्रिमियम (प्रगतिशील प्रिमियम) र सह-भुक्तानीको समेत व्यवस्था गरी सुविधाको थैली कम्तिमा पाँच लाख पुर्याउने ।
- गम्भीर रोग, दीर्घरोग तथा विशिष्टिकृत सेवा पनि यसै पाँच लाखको प्याकेजबाट नै लिन सक्ने गरी व्यवस्था गर्ने ।
- सरकारी तथा निजी जुनसुकै अस्पतालबाट पनि आफ्नो सुविधाको थैली भित्रबाट इच्छाएको सेवा लिन पाउने । इच्छ्याएको भौतिक सुविधा लिन सक्ने व्यवस्था मिलाउने तर उच्च भौतिक सुविधा लिनका लागि प्रिमियम थप तिर्नुपर्ने र सहभुक्तानी पनि सोहीबमोजिम निर्धारण हुनुपर्ने ।
- सहभुक्तानी २० प्रतिशतसम्म रहने (लक्षित वर्गलाई १ प्रतिशत) गरी प्रिमियमको आधारमा सह भुक्तानीको प्याकेज निर्धारण गर्ने ।
- प्रिमियम तथा सहभुक्तानीको र सुविधाको प्याकेज नियमित अध्यावधिक गर्नका लागि विज्ञ तथा सरोकारवाला संलग्न एक स्थायी प्रकृतिको समिति गठन गर्ने ।
- सुविधा थैली अस्पताल भर्ना भएर लिनुपर्ने उपचार सेवा (Inpatient Service) र अस्पताल भर्ना नभई लिन सकिने उपचार सेवा (Outpatient Service) मा वर्गीकरण गरी निर्धारण गर्ने ।

- परिवारमा घरमुली श्रीमान् श्रीमतीलाई एक प्याकेज मानी प्रिमियम तोक्ने र जति सदस्य थपिंदै जान्छ त्यति प्रिमियम थप्दै जाने । तर बालबालिकाको हकमा लाग्ने प्रिमियम वयस्कको प्रिमियम भन्दा कम हुने गरी वैज्ञानिक विधिको आधारमा निर्धारण गर्ने ।

सुविधा थैली पाँच लाख बनाउनुपर्ने कारणहरू



- घातक रोग लाग्दा अहिलेको सुविधा थैलीले धान्ने अवस्था नरहेको ।
- दीर्घरोग लागेका सदस्य भएको परिवारलाई अहिलेको सुविधा थैली अपर्याप्त रहेको ।
- परिवारका धेरै सदस्य बिरामी पर्दा अहिलेको सुविधा थैलीले धान्न नसक्ने अवस्था रहेको ।
- सरकारले मात्र सबै नागरिकको बढ्दो स्वास्थ्य खर्च धान्न नसक्ने भएकाले नागरिक सहभागिता सुनिश्चित गरी उपचार सहज बनाउन ।
- स्वास्थ्यको गुणस्तर बढ्दै जाँदा लाग्ने थप खर्च व्यवस्थापनलाई सहज बनाउन ।

सुविधा थैली पाँच लाख बनाउन सकिने आधारहरू

- ६६ लाख ६६ हजार ९३७ घर परिवार (२०.२७% विपन्न परिवारको प्रिमियम नेपाल सरकारले तिर्ने) बाट प्राप्त हुने प्रतिपरिवार औषत रु १०००० (प्रगतिशिल प्रिमियम निर्धारण गर्दा प्रिमियमको स्ल्याब ७००० देखि १५००० सम्म) का दरले हुने करिब ६६ अर्ब रुपैयाँ ।

- सबै प्रकारका सरकारी सेवामा रहेका कर्मचारी तथा निजी सङ्गठित क्षेत्रमा कार्यरत रहेका कर्मचारीको वार्षिक तलबको १ प्रतिशत कर्मचारी स्वयंले र सोही बराबरको रकम रोजगारदाताले स्वास्थ्य बीमा कोषमा बुझाउने व्यवस्था गर्दा प्राप्त हुने रकम ।
- नेपालमा छरिएर रहेका स्वास्थ्य उपचार सहायता तथा अनुदानसम्बन्धी कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्दा प्राप्त हुने स्रोत करिब १५ अर्ब रुपैयाँ ।
- प्रदेश सरकार र स्थानीय तहबाट नयाँ निर्धारण हुने सुत्रका आधारमा प्राप्त हुने (योगदान) म्याचिङ फण्ड करिब ५ अर्ब रुपैयाँ ।
- स्वास्थ्यसम्बन्धी कर (Sin Tax) बाट प्राप्त हुने करिब ५ अर्ब रुपैयाँ।
- सरकारबाट प्राप्त हुने अनुदान स्वास्थ्य बीमा बोर्डको कुल खर्चको बढीमा २५ प्रतिशत रकम ।
- विश्वका विभिन्न मुलुकहरुले नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवामा सहयोग वा अनुदान दिन, स्वास्थ्य बीमा वा समान प्रकृतिका कार्यक्रम संचालन गर्नका लागि स्रोत जुटाउने उद्धेश्यले उपयोगमा ल्याएका विभिन्न विधिहरुलाई नेपालले पनि सामर्थ्य र औचित्वयका आधारमा प्रयोगमा ल्याउन सक्ने भएकाले स्वास्थ्य बीमा कोषलाई स्रोत प्राप्त हुन सक्ने सम्भावित क्षेत्रको विवरण अनुसूची-४ मा समावेश गरिएको छ ।

सबै परिवारको संलग्नता सुनिश्चित गरी प्रगतिशील प्रिमियम निर्धारण गर्दा प्रत्येक वर्ष करिब १ खर्ब रकम संकलन हुने देखिन्छ । यसबाट अहिलेको प्रतिकूल चयन अन्त्य हुने हुँदास्वास्थ्य बीमा बोर्डले ५ लाखको सुविधा थैली दिने गरी आफूलाई दीर्घकालमा आत्मनिर्भर बनाउन सक्ने आधार प्राप्त हुन्छ ।

(नोट:- Acturial Analysis: National Health Insurance Program, August 2024 को स्वास्थ्य बीमा बोर्डका लागि स्वतन्त्र विज्ञहरूको समूह र GIZ को संयुक्त प्रयासमा गरिएको अध्ययनले अहिलेको एक लाख सुविधा थैली कार्यान्वयन गरी रहँदा सरकारको योगदान ५० प्रतिशतमा मात्र झार्ने हो भने पनि प्रिमियम ७००० बनाउनु अनिवार्य छ भन्ने सिफारिस रहेको छ ।)

१२.६. जोखिम व्यवस्थापन

स्वास्थ्य बीमामा जोखिम व्यवस्थापन एक महत्वपूर्ण सबाल हो ।जोखिम व्यवस्थापनका लागि जोखिम घटाउने र जोखिम बाँड्ने उपाय प्रयोगमा ल्याउन सकिन्छ ।यसका लागि देहायका उपायहरू सान्दर्भिक हुनेछन् ।

- सङ्गठित (सरकारी तथा निजी) क्षेत्रमा कार्यरत सबैलाई स्वास्थ्य बीमा अनिवार्य गर्ने तथा आमनागरिकलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गराउन प्रोत्साहित गरी दीर्घकालमा सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गर्ने ।
- प्रगतिशील प्रिमियम प्रणाली उपयोगमा ल्याई व्यक्तिले आफ्नो क्षमता अनुसार प्रिमियम भुक्तानी गर्ने व्यवस्था मिलाउँदा (लक्षित वर्गको तोकिए बमोजिमको प्रिमियम सरकारले बुझाउँदा) स्वास्थ्य बीमा कोषमा स्रोतको पर्याप्तता हुने ।
- निश्चित उपचारका लागि प्रिमियममा आधारित सहभुक्तानी प्रणाली प्रयोगमा ल्याई एकातिर बीमा कोषमा थप रकम संकलन गर्ने र अर्कोतर्फ व्यक्तिले दाबी गर्न सक्ने अनावश्यक उपचार रोक्ने व्यवस्था मिलाउने । सहभुक्तानीको रकम व्यक्तिले भुक्तानी गर्ने प्रिमियम र निजले लिन चाहेको स्वास्थ्य सेवाको भौतिक सुविधाको आधारमा निर्धारण हुने वैज्ञानिक र स्वचालित प्रणाली विकास गर्ने।
- निजी बीमा कम्पनीहरू समेत यस कार्यक्रममा आवद्ध हुने व्यवस्था मिलाई स्वास्थ्य बीमा बोर्डको सेवा प्रवाहलाई थप चुस्त एवं प्रतिस्पर्धी बनाउने ।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई क्रमशः बीमाको सिद्धान्त अनुसार सञ्चालन हुने कानुनी प्रबन्ध मिलाई पुर्नबीमाको सम्भावना समेत खोजी गर्ने ।पुर्नबीमा मार्फत विशिष्टिकृत सेवा तथा गम्भीर रोगको उपचार खर्च जुटाउन स्वास्थ्य बीमा बोर्डले आवश्यक तयारी गर्ने ।

१२.७. संरचनागत सुधार

- स्वास्थ्य बीमा बोर्ड पूर्ण रुपमा स्वायत्त हुनु पर्दछ । यसको सम्पर्क मन्त्रालय स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय रहने छ । यो राष्ट्रिय गौरवको कार्यक्रम भएकाले बोर्डले विज्ञहरूको सहयोगमा स्वतन्त्र रुपमा सेवा प्रवाह गर्न पाउनु पर्दछ । अन्य मुलुकहरू समेतको अभ्यास र अनुभवको आधारमा पनि बोर्डले व्यवसायीक रुपमा काम गर्न सक्ने गरी पूर्ण स्वायत्त बनाइनु पर्दछ ।
- बोर्डको संरचना सक्षम, छरितो तर पर्याप्त हुने गरी यसको स्थायी संगठन तथा व्यवस्थापन सर्भेक्षण ३ महिनाभित्रमा स्वीकृत गरी लागु गर्ने ।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्डको संगठन प्रत्येक प्रदेशमा विस्तार गर्ने ।सातै प्रदेशमा बोर्डको संरचना स्थापना गर्ने ।
- बोर्डमा आवश्यकताबमोजिम विज्ञ जनशक्ति रहने व्यवस्था गर्ने ।
- बोर्डको लागि संगठन संरचना र आवश्यक जनशक्ति निर्धारण गरी आफूलाई चाहिने जनशक्ति लोक सेवा आयोगको सहयोगमा स्थायी पदपूर्ति हुने व्यवस्था मिलाउने ।
- दर्ता र नवीकरणका काममा स्थानीय तहसँग सहकार्य गर्ने र स्थानीय तहको संयोजन तथा अनुगमनको निश्चित जिम्मेवारी कानुन बनाई प्रदेशलाई उपलब्ध गराउने ।

१२.८. तीन तहका सरकार बीचको सहकार्य

- तीन तहका सरकारले विभिन्न शीर्षकमा आ-आफ्नो ढंगबाट नागरिकलाई स्वास्थ्य उपचारमा अनुदान सहयोग प्रदान गर्दै आएका छन् । त्यस्ता सबै कार्यक्रमलाई एकीकृत गरी स्वास्थ्य बीमा बोर्ड अन्तर्गत ल्याउने व्यवस्था मिलाउने ।
- प्रत्येक स्थानिय तह तथा प्रदेश सरकारले नागरिक सङ्ख्याको आधारमा केही रकम स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा योगदान गर्दा दोहोरोपन हटनुका साथै सर्वव्यापी सहभागिता तथा गुणस्तर सुनिश्चितताका लागि उपयोगी हुने भएकाले सेवा आवश्यकता अनुसारको योगदानको सुत्र तयार पारी लागु गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरू तीन तहको सरकार मातहत भएकाले स्वास्थ्य बीमा सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूको अनुगमनको जिम्मेवारी सम्बन्धित तहको सरकारले पनि लिनुपर्ने व्यवस्था मिलाउने ।
- स्वास्थ्य बीमा सेवामा सबै नागरिकलाई आवद्ध गर्न तथा समयमा नवीकरण गर्नका लागि स्थानीय सरकारलाई जिम्मेवारी दिन कानुनी व्यवस्था गर्ने।
- स्वास्थ्य बीमा बोर्डले प्रदेश र स्थानीय तहसँगको समन्वयमा स्वास्थ्य बीमासम्बन्धी नीति तर्जुमा गरी कार्यान्वयन गर्ने । यसका लागि बोर्डमा तीन तहको सरकारको सहभागिता रहने गरी एक एकीकृत सेवा समन्वय समिति बनाई क्रियाशील बनाउने ।
- स्वास्थ्य बीमा ऐन संशोधन गरी स्थानीय तह र प्रदेश सरकारको समेत संलग्नता रहने गरी समिति तथा उपसमितिहरू गठन गर्ने ।
- जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय तथा प्रदेश निर्देशनालयलाई स्वास्थ्य बीमासम्बन्धी सहजीकरणको भूमिका प्रदान गर्न सकेमा स्थानीय तह र प्रदेश सरकारको संलग्नता वृद्धिमा थप योगदान पुग्नेछ ।
- संघ, प्रदेश तथा स्थानीय तह मातहत रहेका स्वास्थ्य संस्था सबैमा एक जना स्वास्थ्य बीमा सम्पर्क व्यक्ति (Focal Person) तोक्ने ।

१२.९. सेवा सुधार

- आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई संविधानले नै निःशुल्क हुने व्यवस्था गरेकाले स्वास्थ्य बीमा बोर्डले दिने सेवा र आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई छुट्याउन कठिन हुने भएकाले यी दुवैलाई एकीकृत गरी आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई स्वास्थ्य बीमाको अभिन्न पक्ष बनाउन आवश्यक कानुनी व्यवस्था गर्ने । यसका लागि आधारभूत स्वास्थ्य सुविधा लिने ठाउँमा कुनै पनि व्यक्ति पुग्दा सोही संस्थामा कुनै प्रिमियम नतिरीकन बीमामा सुचीकृत हुने प्रबन्ध गर्ने । यदि उक्त व्यक्तिले आधारभूत भन्दा माथिल्लो सेवा लिन चाहेमा अनिवार्य स्वास्थ्य बीमाको प्रिमियम तिर्नुपर्ने व्यवस्था मिलाउने ।
- प्रेषण (Referal) प्रणालीले गर्दा कतिपय सेवाग्राहीलाई सेवा लिन असहज भएकाले व्यक्ति अस्थायी बसोबास गरेको ठाउँमा रहेको स्थानमा नै स्वघोषणाको आधारमा (वा स्थानीय तहको सिफारिसमा) प्रेषण सेवा लिन सक्ने व्यवस्था मिलाउने ।यसका लागि स्वास्थ्य बीमा बोर्डले

Unique ID जारी गर्ने जसको आधारमा उसको विवरण विद्युतीय माध्यमबाट देशभर नै हेर्न सकिने अवस्था बनाउनुपर्ने ।

- प्रथम सेवा बिन्दुको सेवा प्रभावकारी बनाउन सकेमा नागरिकले सहजै स्वास्थ्य सेवा लिन सक्ने भएकाले प्रथम सेवा बिन्दुलाई जनशक्ति, उपकरण, भौतिक पूर्वाधार र औषधीको व्यवस्था मिलाई स्वास्थ्य सेवामा सुधार गर्ने विशिष्टिकृत सेवा लिन मात्र प्रेषण गर्नुपर्ने अवस्था निर्माण गर्ने।
- प्रेषण भई आएका बिरामीलाई अस्पतालहरूले प्रदान गर्ने विशिष्टकृत सेवा सहज, सरल र प्रभावकारी बनाउन विद्यमान स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा आमूल सुधार गर्ने ।
- सामाजिक तथा क्लिनिकल अडिटको व्यवस्था गरी उपचार तथा पुर्नभुक्तानी (Reimbursement) सम्बन्धमा निर्णय लिने व्यवस्था गर्ने ।
- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध भएका स्वास्थ्य संस्थाबाट अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्ड बमोजिमको गुणस्तरीय सेवा प्रवाह हुने स्थिति सुनिश्चित गर्ने ।
- सेवा प्रवाह स्वीकृत उपचार प्रोटोकल अनुरुप हुने व्यवस्था मिलाउने।

१२.१०. कार्यान्वयन तहमा सुधार

स्वास्थ्य बीमालाई प्रभावकारी बनाउनका लागि देहाय बमोजिमका कार्यान्वयन तहका सुधारहरू गर्नु आवश्यक छ ।

- बिमितको बीमाको म्याद सकिनु १ महिना अगावै निजको मोबाईलमा नवीकरणको लागि अनुरोध जाने स्वचालित विधि विकास गर्ने ।
- बिमितको सङ्ख्या वृद्धि तथा सेवा प्रवाह प्रभावकारी बनाउन स्थानीय तहसँग समन्वय तथा सहकार्य गर्ने।
- प्रदेश सरकार तथा स्थानीय तहसँग स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयनमा समन्वय तथा सहकार्य गर्ने ।
- बीमाको नयाँ दर्ता तथा नवीकरण र निजको उपचार खर्चको विवरण अनलाईन प्रणालीबाट पाउने व्यवस्था गर्ने ।
- बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (IMIS) लाई अत्याधुनिक बनाउने ।
- बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (IMIS) मा API मार्फत Real Time दाबी प्रविष्टिका लागि सबै सेवा प्रदायकको समान EMR प्रणाली लागु गर्ने ।
- दाबी व्यवस्थापन कार्यलाई परीक्षणको रुपमा तेश्रो पक्षलाई (TPA/AI) परिचालन गर्ने ।
- स्वास्थ्य बीमासम्बन्धी विषयलाई विद्यालय तहको पाठ्यक्रममा समावेश गर्न पहल गर्ने ।
- स्वास्थ्य बीमाका बिरामीलाई अस्पतालमा गरिने भेदभाव अन्त्यका लागि सम्झौता हुँदाका बखत नै तोकिएको मापदण्ड बमोजिम सेवा दिनका लागि सेवा प्रदायकलाई सहमत गराउने ।
- दाबीको भुक्तानी ६ हप्ता भित्रमा गरि सक्ने तर त्यस्ता दाबीको बैधताहरू परीक्षण गर्दा गलत गरेको देखिएमा कारबाहीको परिपाटी विकास गर्ने ।
- नियमित रुपमा सेवा प्रदायकको अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण हुने व्यवस्था मिलाउने।
- गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितता गराउन आवश्यक पहल लिने ।

१२.११. प्रिमियमका स्लयाब

स्वास्थ्य बीमा विशुद्ध बीमाको रुपमा नभई सामाजिक स्वास्थ्य बीमा भएकाले यसमा सरकारको दायित्व रहनु स्वभाविक नै हो । तर अहिलेको जस्तो सरकारले ७६ प्रतिशतसम्म अनुदान दिनु पर्ने अवस्था रहने हो भने भविष्यमा यसलाई निरन्तरता दिन कठिन हुनेछ । स्वास्थ्य बीमा बोर्डले विगतमा गराएका अध्ययनहरूबाट अहिलेको सुविधा थैलीमा सरकारको योगदान ५० प्रतिशतमा मात्र झार्नको लागि पनि प्रिमियम रु. ७००० पुर्याउनुपर्ने उल्लेख छ । साथै विभिन्न अध्ययन तथा सुझावहरूले प्रिमियम व्यक्तिको योगदान क्षमताको आधारमा निर्धारण गर्नु पर्दछ भन्ने मान्यता राखेको पाईन्छ । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सबै नागरिकलाई संलग्न गराउने, आधारभूत स्वास्थ्य सेवा लिन कुनै शुल्क नतिरीकन आधारभूत स्वास्थ्य सेवा पाउने स्थानमा नै सूचीकृत हुनुपर्ने, आधारभूतभन्दा माथिका सबै स्वास्थ्य सेवा लिनका लागि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध हुनुपर्ने कानुनी व्यवस्था गर्ने । स्वास्थ्य बीमा बोर्डमार्फत गम्भीर प्रकृतिका रोगको पनि उपचार हुने भएकाले यसलाई आर्थिक रुपले सक्षम संस्थाको रुपमा विकास गर्न र बीमाको मान्यताबमोजिम स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई आत्मनिर्भर बनाउनका लागि प्रगतिशील प्रिमियम प्रणाली लागु गर्न उपयुक्त हुन्छ । बढि प्रिमियम तिर्नेले आफुले पाउने बीमाको अधिकतम सिलिङ्गभित्र स्वास्थ्य सेवा लिँदा उच्चस्तरको भौतिक सुविधा उपलब्ध गराउने व्यवस्था गरिनु पर्दछ । यसका लागि देहाय बमोजिमको प्रिमियम निर्धारणको सुत्र उपयोग गर्दा सान्दर्भिक हुनेछ ।

आम्दानीको आधारमा वर्गीकरण	प्रिमियम	प्रिमियम भुक्तानी विधि	पाउने सुविधा	आम्दानीको स्तर निर्धारण गर्ने आधार
गरिब बिपन्न तथा लक्षित वर्ग	न्यूनतम लाग्ने	न्यूनतम प्रिमियम सरकारले व्यहोर्ने	मापदण्ड बमोजिमको सबै स्वास्थ्य सेवा	सरकारले तोकिदिएका व्यक्ति तथा घरपरिवार
सरकारी ढुकुटीबाट तलब प्राप्त गर्ने जुनसुकै निकायमा काम गर्ने व्यक्तिको परिवार	उसले प्राप्त गर्ने वार्षिक तलबको आधारमा प्रिमियम निर्धारण हुने ।स्वास्थ्य बीमा नियमावलीमा हाल भएको व्यवस्था सान्दर्भिक हुने ।	प्रिमियम व्यक्ति र रोजगारदाताले संयुक्त रुपमा भुक्तान गर्ने । रोजगार दाताले प्रत्येक आर्थिक वर्षको सुरुमा व्यक्तिले पाउने रकमबाट कट्टा गरी भुक्तानी	• मापदण्ड बमोजिमको सबै स्वास्थ्य सेवा • इच्छाएको भौतिक सुविधा लिने गरी बोर्डमा सूचीकृत भएका	वार्षिक रुपमा पाउने पारिश्रमिक

		गर्नुपर्ने ।	सरकारी वा निजी जुनसुकै स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिन सक्ने • अतिरिक्त प्रिमियम तिरी लिन सक्ने अतिरिक्त सुविधाको प्याकेज खरिद गर्ने अवसर दिने ।	
निजी तर सङ्गठित क्षेत्रमा काम गर्ने	उसले प्राप्त गर्ने वार्षिक तलबको आधारमा प्रिमियम निर्धारण हुने ।स्वास्थ्य बीमा नियमावलीमा हाल भएको व्यवस्था सान्दर्भिक हुने ।	प्रिमियम व्यक्ति र रोजगारदाताले संयुक्त रुपमा भुक्तानी गर्ने । रोजगारदाताले प्रत्येक आर्थिक वर्षको सुरुमा व्यक्तिले पाउने रकमबाट कट्टा गरी भुक्तानी गर्नुपर्ने ।	• मापदण्ड बमोजिमको सबै स्वास्थ्य सेवा • इच्छाएको भौतिक सुविधा लिने गरी बोर्डमा सूचीकृत भएका सरकारी वा निजी जुनसुकै स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिन सक्ने • अतिरिक्त प्रिमियम तिरी लिन सक्ने अतिरिक्त सुविधाको	वार्षिक रुपमा पाउने पारिश्रमिक

			प्याकेज खरिद गर्ने अवसर दिने ।	
अनौपचारिक क्षेत्रमा काम गर्ने	औषत प्रिमियमको जम्मा ८० प्रतिशतले हुन आउने प्रिमियम (तर यो सुविधा लिनका लागि निजले आफ्नो आर्थिक अवस्थाका स्वघोषणा फाराम भर्नुपर्ने)	• व्यक्ति आँफैले प्रिमियम भुक्तानी गर्नुपर्ने	• मापदण्ड बमोजिमको सबै स्वास्थ्य सेवा • अतिरिक्त भौतिक सुविधा लिन चाहेमा पुरै प्रिमियम भुक्तानी गर्नुपर्ने • अतिरिक्त प्रिमियम तिरी लिन सक्ने अतिरिक्त सुविधाको प्याकेज खरिद गर्ने अवसर दिने ।(तर न्यून स्तरको प्रिमियम तिर्नेलाई यो सुविधा उपलब्ध नगराउने)	परिवारको मुलीले आफ्नो स्थाई आम्दानीको स्रोत नभएको व्यहोरा प्रमाणित गर्ने गरी स्वघोषणा गर्नुपर्ने ।
विदेशी नागरिकलाई दिने सेवा	अधिकतम प्रिमियम	• व्यक्ति आँफैले प्रिमियम भुक्तानी गर्नुपर्ने	• मापदण्ड बमोजिमको सबै स्वास्थ्य सेवा • अतिरिक्त	

			भौतिक सुविधा लिन चाहेमा पुरै प्रिमियम भुक्तान गर्नुपर्ने	

यसरी प्रिमियम निर्धारण भएपश्चात सरकारी, सङ्गठित वा औपचारिक क्षेत्रमा काम गर्ने व्यक्तिहरूको प्रिमियम भुक्तानी रोजगारदाताले प्रत्येक आर्थिक वर्षको सुरुमा गर्ने ।

प्रगतिशील प्रिमियम निर्धारणका लागि सरकारले सञ्चालनमा ल्याएको गरिब घरपरिवार पहिचान कार्यक्रममा सामान्य परिमार्जन सहित एक साथ ७५३ स्थानीय तहमा सञ्चालन गरी एकै पटकमा देशका सबै नागरिकको स्तर निर्धारण गर्ने । गरिब घर परिवार पहिचानका क्रममा सबै व्यक्ति र सबै परिवारको आर्थिकस्तर खुल्ने विवरण संकलन गरिएको हुन्छ र सफ्टवेयरमा सबै परिवारको विवरण प्रविष्ट गरिन्छ तर गरिब घर परिवारको मात्र विवरणको नतिजा निकाली सार्वजनिक गर्ने गरिन्छ । गरिब घर परिवारको विवरण देशभर वितरण गर्दा पनि सामाजिक सुरक्षा र स्वास्थ्य बीमा लगायतका क्षेत्रमा अहिले लक्षित वर्ग पहिचान गर्न भएको कठिनाईको अन्त भई राज्यको ठूलो स्रोत संचित हुन पुगि अन्य विकास निर्माणका काममा लगाउन सकिने छ । यदि यही प्रणालीमा सामान्य परिमार्जन गरी न्यून मध्यम आय भएका, मध्यम आय भएका, उच्च मध्यम आय भएका र उच्च आय भएका वर्ग पहिचान गर्न सकिएमा सरकारलाई कर लगाउन सहज हुनाको साथै स्वास्थ्य बीमामा प्रिमियम निर्धारण गर्न पनि सहज हुनेछ । परिवार तथा व्यक्तिको आर्थिक स्तर प्रत्येक वर्ष अध्यावधिक गरिनु व्यवहारिक हुने भएकाले यस्तो विवरणमा नियमित अध्यावधिक गर्ने विधि समेत विकास गर्न सकिन्छ । यसको लागि भूमि व्यवस्था सहकारी र गरिबी निवारण मन्त्रालयका साथै सिंगो नेपाल सरकारलाई नै अनुरोध गर्नु स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम मात्र नभई देशकै लागि फाईदाजनक देखिन्छ ।

१२.१२. प्रिभेन्टिभ कार्य तथा सचेतना वृद्धि

रोगको उपचार भन्दा रोग लाग्न नदिनु नै सहि भन्ने भनाई धेरै पहिला देखि चल्दै आएको हो । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम बिरामीको उपचार गर्ने कार्यक्रम मात्र हुनु हुँदैन ।निरोगी नागरिक निर्माण गर्ने नेपाल सरकारको लक्ष्य समेत भएकाले रोग लाग्न नदिनका लागि सहायक हुने विभिन्न कार्यक्रम तथा क्रियाकलाप सञ्चालनमा विशेष ध्यान जानु आवश्यक छ ।स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको मुख्य एक प्याकेज प्रभेन्टिभ कार्यक्रमका लागि बनाईनु पर्दछ । प्रिभेन्टिभ कार्यक्रम सञ्चालन गर्नका लागि स्थानीय तहलाई जिम्मेवार बनाउन सकेमा थप प्रभावकारी हुनेछ ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको प्रभावकारिता अभिवृद्धिका लागि नागरिक स्तरमा सचेतना वृद्धि गर्नु अत्यावश्यक छ। स्वास्थ्य बीमाको बारेमा जानकारी दिने, यसको सदस्यता बन्ने उपाय, सेवा लिने विधि, यसका फाइदा लगायतका विषय समेटिएका विभिन्न सामग्री बनाई विभिन्न माध्यमबाट प्रचार प्रसार गरिनु

पर्दछ । सचेतना अभिवृद्धि तथा प्रचार प्रसारका लागि स्थानीय गैरसरकारी संस्था तथा स्थानीय तहलाई जिम्मेवारी दिनु उचित हुन्छ । प्रिभेन्टिभ कार्य तथा सचेतना अभिवृद्धिका लागि एक कार्यविधि बनाई प्रयोगमा ल्याउन सकिन्छ ।

१२.१३. सुशासन प्रवर्द्धन

स्वास्थ्य बीमा सुधारको आधार नै यस क्षेत्रमा देखिएका अव्यवस्थापनको अन्त्य गरी सुशासन कायम गर्ने हो। सुशासन यो क्षेत्र सुधारको मूल आधार हो । सुशासनको जगमा मात्र आदर्शतम स्वास्थ्य बीमा उभिन सक्छ। यस क्षेत्रमा सुशासन कायम गर्नका लागि देहाय बमोजिमका कार्य गरिनु पर्दछ ।

- बीमाको अनुचित दाबीलाई निरूत्साहन गर्न, दाबी भुक्तानीलाई व्यवस्थित गर्न यससँग सम्बन्धित सम्पूर्ण सूचनालाई EMR प्रणालीमा जोड्ने ।
- दाबी क्षतिपूर्ति प्रक्रियालाई व्यवस्थापन गर्न स्वतन्त्र तेस्रो पक्ष मूल्याङ्कन (Third Party Administrator, TPA) को प्रबन्ध गर्ने, जसले खरिदकर्ताहरूलाई सेवा प्रदायकहरूसँग जोडेर स्वास्थ्य प्रणालीभित्र उत्तरदायित्व र गुणस्तर नियन्त्रणलाई बढाउन मद्दत गर्ने छ ।
- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई बीमा सूचना केन्द्रसँग आवद्ध गरी बित्तीय व्यवस्थापन तथा पारदर्शिता वृद्धि गर्ने ।
- सेवा वितरण तहमा सहजता ल्याउन भीडभाड र औषधीको उपलब्धता जस्ता समस्याहरूलाई सम्बोधन गर्न आवश्यक प्रबन्ध गर्ने जसले स्वास्थ्य बीमाका लक्ष्यहरू हासिल गर्न मद्दत पुर्याउँछ।
- आम नागरिकहरूलाई स्वास्थ्य बीमाका फाइदाहरू र स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध हुने प्रक्रियाहरूको बारेमा सुसूचित गर्न व्यापक जनचेतनामूलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्न स्थानीय तहसँग सहकार्य गर्ने।
- प्रदेशहरू बीच देखिएको स्वास्थ्य बीमामा सहभागिताको अन्तर तथा असमानतालाई (कतिपय प्रदेशबाट स्वास्थ्य बीमामा आवद्धता तथा सेवा लिने कार्य अत्यन्त न्यून रहेको) अन्त्य गर्नका लागि विशेष प्रयास गर्ने ।
- ग्रामीण क्षेत्र र सहरी क्षेत्रका नागरिकमा देखिएको स्वास्थ्य बीमा प्रतिको बुझाई र सेवा उपयोगको अन्तरलाई अन्त्य गरी सबै नागरिकले सहजै सेवा लिन सक्ने अवस्था सिर्जना गर्ने।
- स्वास्थ्य बीमा कोषको व्यवस्थापनमा पारदर्शिता र उत्तरदायित्व सुनिश्चित गर्ने ।

१३. सुझाव कार्यान्वयन गर्न चाल्नु पर्ने कदम

क्रम सङ्ख्या	सुझाव	सुझाव कार्यान्वयनका लागि चाल्नु पर्ने कदम
१.	नीतिगत सुधार	• संविधानले सुनिश्चित गरेको निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र आकस्मिक सेवालाई थप प्रभावकारी बनाउन स्वास्थ्य बीमासँग

		आवद्ध गर्नु पर्ने तथ्य जानकारी गराउने । सम्माननीय प्रधानमन्त्रीलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र स्वास्थ्य बीमालाई एकसाथ अघि बढाउने सम्बन्धमा विश्वासमा लिने । • छरिएर रहेका कार्यक्रमहरू एकीकृत गर्न सकेमा सबै नागरिकलाई अहिलेकै खर्चबाट सुविधायुक्त स्वास्थ्य सेवा दिन सकिने जानकारी गराउने ।
२.	कानुनी सुधार	• स्वास्थ्य बीमा ऐनमा सिफारिस भए बमोजिमका व्यवस्थाहरू थप घट गर्ने गरी संशोधनको प्रकृया थाल्ने । • स्वास्थ्य बीमा नियमावलीमा सिफारिस भए बमोजिमका व्यवस्थाहरू संशोधनको प्रकृया थाल्ने । • स्वास्थ्य सहायता तथा अनुदान प्रदान गर्न सघाउन पुर्याउने विभिन्न ऐन नियमावली कार्यविधि संशोधन गर्नका लागि केही नेपाल कानुन संशोधन सम्बन्धी ऐन बनाउने तयारी थाल्ने ।यसका लागि सम्माननीय प्रधानमन्त्रीलाई आश्वस्त पार्ने ।
३.	स्वास्थ्य बीमा सहभागिताको संरचनात्मक ढाँचा	• मन्त्रालयले अन्य निकायसँग समेत समन्वय गरी स्वास्थ्य सेवाका प्याकेजहरू यसै सुझाव बमोजिम परिमार्जन गरी कार्यान्वयनमा ल्याउन सम्बद्ध पक्षलाई सूचीत गर्ने । • आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क तर स्वास्थ्य बीमाको आधारको रुपमा रहने गरी मन्त्रालयका निर्देशिका, कार्यविधि तथा मापदण्ड परिमार्जन गर्ने ।
४.	स्रोत व्यवस्थापन	• स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय अन्तर्गतका लम्बिय र क्षितिजीय कार्यक्रमहरूलाई एकीकृत गरी स्वास्थ्य बीमा अन्तर्गत लैजानका लागि मन्त्रालयले आवश्यक निर्णय गर्ने । • अन्य निकायबाट सञ्चालन भएका स्वास्थ्य सहयोग तथा अनुदानका कार्यक्रमहरू पहिलो चरणमा तत् तत् संस्थाले लाभग्राहीको प्रिमियम स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा तिर्ने र स्वास्थ्य बीमा बोर्ड मार्फत मात्र उनिहरूले सेवा लिने व्यवस्था मिलाउने । दोस्रो चरणमा सम्बद्ध सबै कानुन केही नेपाल कानुन संशोधन सम्बन्धी ऐन मार्फत एकैचोटी संशोधन गरी सबै कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

		मातहत ल्याउने । • मन्त्रालयमा सचिवको नेतृत्वमा छरिएर रहेका कार्यक्रम एकीकृत गराउनका लागि टोली गठन गरि जिम्मेवारी दिने । • सरकारी कर्मचारी र सङ्गठित क्षेत्रका कामदारलाई नेपाल सरकारबाट निर्णय गराई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गर्ने । स्वास्थ्य बीमा ऐन र नियमावलीका प्रावधान कार्यान्वयन गराउने । • नेपाल सरकार मन्त्रीपरिषदबाट निर्णय गरी सबै तहका जनप्रतिनिधिलाई स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गर्ने । • प्रदेश सरकार र स्थानीय तहसँग समन्वय गरी सबै घर परिवारलाई बीमामा आवद्ध गर्ने ।
५.	सेवाको थैली र प्रिमियम निर्धारण	• मन्त्रालय र बोर्डको संयुक्त कार्यदल बनाई विज्ञहरूको सहयोगमा सेवाको थैली निर्धारण गर्ने मापदण्ड बनाई बोर्डबाट पारित गराउने। • क्लिनिकल सेवा एउटै रहने गरी थप भौतिक सुविधा लिन सक्ने गरी सेवाको थैली तथा प्रिमियमको डिजाईन गर्ने । • Acturial Analyst र बीमा प्राधिकरणको सहयोगमा बीमा बोर्डले प्रिमियम निर्धारण गरी बोर्डबाट पारित गराई लागु गर्ने । • बीमा बोर्डको सेवाको प्याकेज तथा प्रिमियम सम्बन्धी मापदण्ड परिमार्जन गर्ने । प्रिमियम परिमार्जन गर्न स्वास्थ्य बीमा ऐन तथा नियमावली संशोधन गर्ने ।
६.	जोखिम व्यवस्थापन	• सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य बीमा अनिवार्य गर्ने । पहिलो चरणमा स्वास्थ्य मन्त्रालय मातहतका सबैलाई बीमामा आवद्ध गर्ने । • सहभुक्तानीको व्यवस्था लागु गर्न बोर्डले आवश्यक निर्णय लिने । • गम्भिर बिरामीको उपचारका लागि पुर्नबीमाको प्रबन्ध गर्ने गरी बीमा बोर्डबाट निर्णय गराउने । • निजी बीमा कम्पनीसँग सहकार्यको सम्भावना पहिचान गर्न बीमा प्राधिकरणसँग सहकार्य गर्ने ।

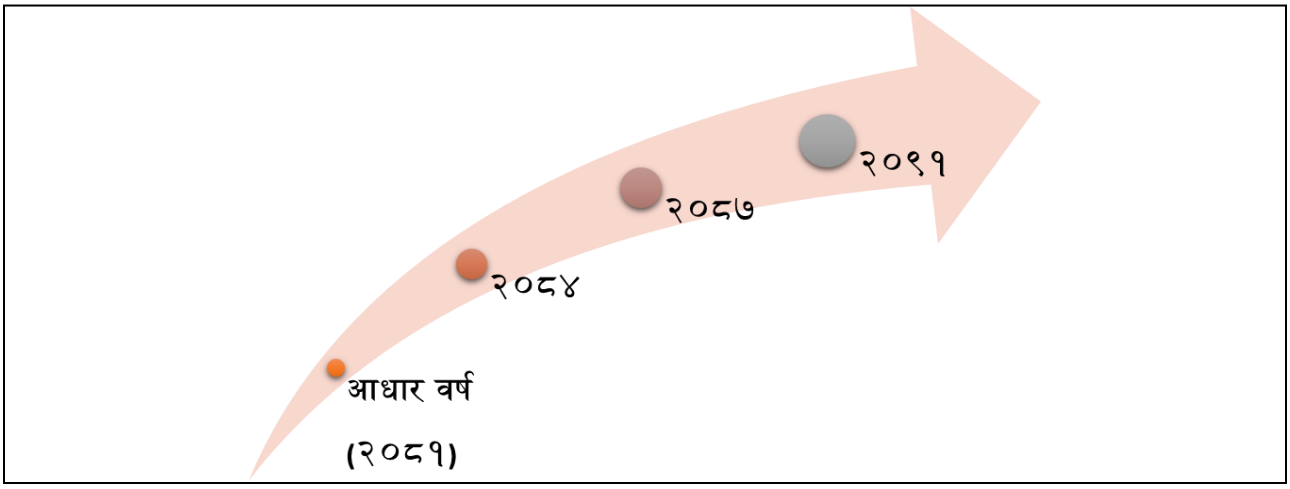
७.	संरचनात्मक सुधार	• स्वास्थ्य बीमा ऐन संशोधन गरी देहायका व्यवस्था मिलाउने क) बोर्डलाई अधिकार सम्पन्न निकायका रुपमा विकास गर्ने । ख) समितिको अध्यक्षले राज्यमन्त्री सरहको सेवा सुविधा पाउने व्यवस्था मिलाउने । ग) बोर्डमा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र अर्थ मन्त्रालयको सचिवको प्रतिनिधित्व हुने व्यवस्था गर्ने । घ) बोर्डमा प्रदेश र स्थानीय तहको प्रतिनिधित्वको प्रबन्ध मिलाउने। ङ) कार्यकारी निर्देशकलाई विशिष्ट श्रेणी सरहको बनाउने । • बोर्डको स्थायी संगठन संरचना तयार गर्न लगाई मन्त्रीपरिषदबाट स्वीकृत गराउने । • बोर्डको संगठन तथा व्यवस्थापन सर्वेक्षण गरी आवश्यक कर्मचारी निर्धारण गरी नेपाल सरकारबाट स्वीकृत गराई लोकसेवा आयोगको सहयोगमा पदपुर्ति हुने प्रबन्ध गर्ने ।
८.	तीन तहको सरकार बीचको सहकार्य	• तीन तहका सरकारको प्रतिनिधित्व बोर्डका विभिन्न समितिमा हुने गरी स्वास्थ्य बीमा नियमावली संशोधन गर्ने । • प्रदेश सरकार र स्थानीय तहका नागरिकलाई बोर्डले सेवा दिने र उक्त सेवा दिए बापत सुत्रको आधारमा सबै प्रदेश सरकार र स्थानीय तहले स्वास्थ्य बीमा कोषमा वर्षेनी रकम पठाउने व्यवस्था मिलाउन नियमावली संशोधन गर्ने । र, प्रदेश तथा स्थानीय तह योगदान गर्नु पर्ने रकम निर्धारण गर्ने सुत्र तयार पार्न संयुक्त कार्यदलले काम गर्ने । • स्थानीय तहलाई बीमामा दर्ता र नवीकरणमा जिम्मेवार बनाउने गरी स्वास्थ्य बीमा नियमावली संशोधन गर्ने । • प्रदेश सरकारले स्थानीय तहको समन्वय गर्ने गरी स्वास्थ्य बीमा नियमावली संशोधन गर्ने । • प्रत्येक जिल्लाका जनस्वास्थ्य प्रमुखलाई फोकल पर्सन तोक्ने व्यवस्था मन्त्रालय र बोर्डको संयुक्त निर्णयबाट मिलाउने ।

९.	सेवा सुधार	• प्रथम सेवा बिन्दुको क्षमता विकास गरी ठूलो समस्या नपर्दा सम्म प्रेषण लिनु नपर्ने बनाउन त्यस्ता सेवा केन्द्रको क्षमता विकास मन्त्रालयले गर्ने । • उपचार प्रोटोकल निर्धारण गरी सोही बमोजिम सेवा दिन मन्त्रालयले यस्तो प्रोटोकल तयार पारी बोर्डबाट समेत पारित गराई सेवा प्रदायकबाट लागु गराउने । • अन्तर्राष्ट्रिय गुणस्तरको उपचार सेवा प्रवाहका लागि मापदण्ड बनाई मन्त्रालयले लागु गर्ने गराउने ।
१०.	कार्यान्वयन तहमा सुधार	• प्रेषण व्यवस्थित गर्न सेवा प्रदायक मन्त्रालय र बोर्डले साझा मापदण्ड बनाई लागु गर्ने । • बोर्डका सबै क्रियाकलापलाई विद्युतीकरण गर्न बोर्डले आवश्यक निर्णय लिने यसका लागि मन्त्रालयले प्राविधिक सहयोग उपलब्ध गराउने । • Third Party Administrator मार्फत दाबीको अनुगमन गर्ने व्यवस्था मिलाउन बोर्डलाई सहजीकरण गर्ने । • मन्त्रालयको सहयोगमा बोर्डले सेवा प्रदायक प्रोटोकल बनाई लागु गर्ने । • मन्त्रालय र बोर्डले सेवाको गुणस्तर वृद्धिका लागि संयुक्त अनुगमन गर्ने ।
११.	प्रिमियम स्लयाब	• प्रगतिशील प्रिमियम स्लयाब निर्णारण गर्नका लागि स्वास्थ्य बीमा ऐन र नियमावालीमा संशोधन गर्ने । • अतिरिक्त भौतिक सुविधा लिन चाहनेका लागि बोर्डले अतिरिक्त प्रिमियम निर्धारण गर्ने गरी प्याकेज तयार पार्ने । • सम्पन्ताको स्तर (Welbeing Ranking) गरी गरिबलाई कम र उच्च आर्थिक अवस्था भएका लाई बढी प्रिमियम निर्धारण गर्न पाउने गरी कानुन बनाउने ।गरिब घर परिवार परिचय पत्र सबै स्थानीय तहमा एक साथ बाँढ्न भूमि व्यवस्था सहकारी तथा गरिबी निवारण मन्त्रालयसँग सहकार्य गर्ने । • सेवाको थैली र प्रिमियम निर्धारण गर्नका लागि बोर्ड र मन्त्रालय

		समेतको प्रतिनिधित्व भएको विज्ञको संयन्त्र स्थापना गर्ने ।
१२.	प्रिभेन्टिभ कार्य तथा सचेतना वृद्धि	• मन्त्रालयले प्रिभेन्टिभ कार्य सञ्चालन गर्नका लागि बोर्ड, स्थानीय तह र प्रदेशसँग सहकार्य गर्ने . • नागरिक सचेतना अभिवृद्धिका लागि गैरसरकारी संस्था समेतलाई मन्त्रालय र बोर्डले परिचालन गर्ने ।
१३.	सुशासन प्रवर्द्धन	• बोर्डका सम्पूर्ण क्रियाकलापलाई EMIS प्रणाली सँग जोड्न मन्त्रालयले समन्वय गर्ने । • मन्त्रालयको सहयोगमा बोर्डले आफ्ना सम्पूर्ण क्रियाकलापलाई डिजिटाईज गर्ने । • अनुगमन तथा नियमनको कार्यमा मन्त्रालयले क्रियाशीलता बढाउने।

१४. प्रस्तावित लक्ष्य

माथिका सुझावहरू कार्यान्वयन भएको अवस्थामा स्वास्थ्य बीमामा सुधार भई आगामी १० वर्षमा देहाय बमोजिमको लक्ष्य हासिल भएको हुनेछ ।



सूचक	आधार वर्ष (२०८१)	२०८४	२०८७	२०९१

सहभागिता	• ३९ % घरधुरी • २५% जनसङ्ख्या	• ६५ % घरधुरी • ६०% जनसङ्ख्या	• ९० % घरधुरी • ९०% जनसङ्ख्या	• १०० % घरधुरी • ९०-१०० % जनसङ्ख्या
समता र समानता	बिमित र सेवा लिनेको सङ्ख्यामा प्रदेशहरू तथा गाउँ र सहरबीच ठूलो अन्तर रहेको ।	पिछडिएको वर्ग सहित प्रत्येक प्रदेशबाट कम्तिमा ६५ % घरधुरी बिमित हुनेछन् भने औषत सेवा लिनेको सङ्ख्या पनि सोही अनुपातमा बढ्नेछ।	पिछडिएको वर्ग सहित प्रत्येक प्रदेशबाट कम्तिमा ९० % घरधुरी बिमित हुनेछन् भने औषत सेवा लिनेको सङ्ख्या पनि सोही अनुपातमा बढ्नेछ।	मधेश लुम्बिनी कर्णाली र सुदुरपश्चिम प्रदेशको संलग्नता राष्ट्रिय औषत भन्दा माथि हुनेछ । सहर र ग्रामीण क्षेत्रका नागरिकले लिने सेवाको दर बराबरी हुनेछ ।
आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने एकाई ।	४५२ संस्थाबाट रिफरल सेवा उपलब्ध भएको ।	एक स्थानीय तहबाट कम्तिमा एक हुने गरी ८०० स्वास्थ्य संस्थाबाट रिफरल सेवा उपलब्ध हुने ।	देशका ८०% सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्था र ईच्छुक तथा मापदण्ड पुगेका निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट स्वास्थ्य बीमा सेवा उपलब्ध भएको हुने।	देशका ९०% सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्था र ईच्छुक तथा मापदण्ड पुगेका निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट स्वास्थ्य बीमा सेवा उपलब्ध भएको हुने।
वित्तीय आत्मनिर्भरता (बोर्डको कुल खर्चमा सरकारको लगानीको अंश)	७६% सरकारको योगदान	५०% सरकारको योगदान	३५% सरकारको योगदान	२५ % सरकारको योगदान
स्वचालित	परम्परागत विधिबाट	७०% दाबीको पुष्टि विद्युतीय	१००% दाबीको पुष्टि विद्युतीय	१००% दाबीको पुष्टि तथा बोर्डका

प्रणालीको उपयोग	कार्यसम्पादन	उपायबाट भएको हुने ।	उपायबाट भएको हुने ।	सबै नियमित कार्यहरू विद्युतीय उपायबाट भएको हुने ।
बिमित र बीमाबाट स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने बीचको अनुपात	४८	३५	२५	१५

१५. रुपान्तरणकारी सुझावहरू (चरणबद्ध कार्यान्वयन गर्ने)

माथि प्रस्तुत भएका सुझावहरू मध्ये केही रुपान्तरणकारी सुझावहरू कार्यान्वयन गर्नु पर्नाको कारण र कसरी त्यस्ता सुझाव कार्यान्वयन गर्ने भन्ने विषय यहाँ संक्षिप्तमा प्रस्तुत गरिएको छ ।

क्रम सङ्ख्या	रुपान्तरणका विषय	रुपान्तरण गर्नु पर्नाका कारणहरू	कहाँ मिलान गर्ने
१.	बोर्डलाई अधिकार सम्पन्न नियकाका रुपमा विकास गर्ने ।	अधिकार सम्पन्न निकायको रुपमा विकास गर्ने । बोर्डबाट नियमन र सञ्चालनको काम गर्दा त्यति प्रभावकारी नभएको। बोर्ड प्रवर्धनको काम गर्ने संस्था जस्तो देखियो ।त्यसैले नियमन र सञ्चालनको काम गर्न सक्ने गरी अधिकार सम्पन्न निकायको रुपमा विकास गर्ने।	स्वास्थ्य बीमा, ऐन २०७४ मा संशोधन गर्ने।
२.	• समितिको संरचना परिमार्जन गर्ने । • स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या सचिव र अर्थ सचिव बोर्ड सदस्य हुने व्यवस्था गर्ने । • बोर्डमा प्रदेश सरकारका	बोर्डको स्तरोन्नतीका लागि समितिको स्तर वृद्धि गर्नु आवश्यक देखिन्छ । प्रदेश र स्थानीय तहको संलग्नताले बीमाको प्रभावकारिता बढ्ने । समावेशीता तथा पारदर्शिता कायम गर्न मद्धत पुग्ने ।	स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ मा संशोधन गर्ने।

क्रम सङ्ख्या	रुपान्तरणका विषय	रुपान्तरण गर्नु पर्नाका कारणहरू	कहाँ मिलान गर्ने
	स्वास्थ्य सचिव मध्ये एक जना सदस्य रहने । • बोर्डमा स्थानीय तहबाट महासंघका अध्यक्षहरू सदस्य रहने व्यवस्था गर्ने। • बीमक मध्येबाट रहने प्रतिनिधिको योग्यता विज्ञ सरह हुने गरी न्यूनतम योग्यता तोक्ने । • समिति समावेशी हुने गरी नागरिक समाजको तर्फबाट समेत प्रतिनिधित्व गराउने।		
३.	छरिएर रहेका स्वास्थ्य सहायता सम्बन्धी सबै कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्ने ।	• राज्यले स्वास्थ्य क्षेत्रमा गरेको खर्चको प्रभावकारिता बढाउन । • स्रोतलाई एकीकृत गरी नागरिकलाई थप सेवा दिन । • दोहोरो तेहोरोपना हटाउन ।	स्वास्थ्य सहायता तथा अनुदान उपलब्ध गराउन अनुमति दिने सबै कानुनलाई एकै पटक संशोधन गरी ती सबै कार्यक्रमबाट पाउने सेवा एकै ठाउँबाट पाउने गरी स्वास्थ्य बीमा ऐनमा मिलान गर्ने ।
४.	आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई पनि स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गर्ने ।	• स्वास्थ्य बीमाले दिने सेवा र आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा अन्यौलता र दोहोरोपन हुँदा स्रोतको उपयोग ठिकसँग नभएको । • बीमालाई सर्वव्यापी सहभागितामा लानका लागि	जनस्वास्थ्य सेवा ऐन र स्वास्थ्य बीमा ऐनमा संशोधन गर्ने ।

क्रम सङ्ख्या	रुपान्तरणका विषय	रुपान्तरण गर्नु पर्नाका कारणहरू	कहाँ मिलान गर्ने
		आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको एकीकरण हुन आवश्यक रहेको। • आधारभूत स्वास्थ्य सेवा लिनका लागि आएको व्यक्तिलाई सेवा दिई सकेपछी स्वास्थ्य बीमामा सूचीकृत हुनको लागि सहज वातावरण सबै स्वास्थ्य संस्थाले बनाउने । • यस्तो सूचीकरण स्वास्थ्य बीमा संचालनमा रहेको व्यहोरा आम नागरिकलाई जानकारी गराउनका लागि उपयोग हुनेछ। • आधारभूत उपचार भन्दा माथिको सेवा लिनको लागि भने बीमाको प्रिमियम तिर्नुपर्ने ।	
५.	गम्भीर र दीर्घरोगमा सबै खर्च स्वास्थ्य बीमा बोर्डले व्यहोर्ने ।	• संविधानको मर्म कार्यान्वयनमा ल्याउन । • नागरिकले आफ्नो खर्चबाट ठूला रोगको उपचार गर्ने अवस्था नरहेकाले ।	जनस्वास्थ्य सेवा ऐन र स्वास्थ्य बीमा ऐनमा संशोधन गर्ने ।
६.	स्वास्थ्य बीमाको दायरा फराकिलो बनाई ५ लाख पुर्याउने ।	• अहिलेको रकमले ठूला रोग दीर्घ रोग र गम्भीर रोगको उपचार सम्भव नभएकाले । • बढ्दो स्वास्थ्य उपचार खर्चबाट नागरिकहरू गरिबीको रेखामुनी	स्वास्थ्य बीमा ऐन २०७४ मा संशोधन गर्ने ।र अन्य कानुन अनुसार स्वास्थ्य अनुदानमा भएका खर्च यसै शीर्षक अन्तर्गत ल्याउने गरी अन्य कानुन

क्रम सङ्ख्या	रुपान्तरणका विषय	रुपान्तरण गर्नु पर्नाका कारणहरू	कहाँ मिलान गर्ने
		धकेलिएकाले । • स्वास्थ्य उपचारको जिम्मा राज्यको भएकाले । • राज्यले स्वास्थ्य क्षेत्रको बढ्दो खर्च एक्लै धान्न नसक्ने भएकाले नागरिकको योगदान सुनिश्चित गर्नुपर्ने देखिएकाले ।	पनि संशोधन गरी तादात्म्यता मिलाउने ।
७.	प्रिमियम प्रगतिशील हुने गरी फरक समूहका लागि अलग प्रिमियम निर्धारण गर्ने ।	• बीमालाई आत्मनिर्भर बनाई सरकारको अनुदानमा अत्यधिक भर पर्नुपर्ने अवस्था कम गर्न । • स्वास्थ्य सेवा एउटै लिए पनि अन्य भौतिक सुविधा आकर्षक लिन सक्ने बनाउन ।	प्रिमियम र सुविधाको प्याकेज सम्बन्धी कानुन परिमार्जन गर्ने ।
८.	सबै निर्वाचित जनप्रतिनिधि, सरकारी र सङ्गठित क्षेत्रका सबै कर्मचारीलाई पहिलो चरणमा नै स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गर्ने ।	• यो योगदानमा आधारित कार्यक्रम भएकाले कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्न सबल र सक्षम नागरिकको पहिलो कर्तव्य हुने भएकाले । • स्वास्थ्य बीमामा स्रोतको सुनिश्चितता गर्नका लागि आर्थिक रुपले सबल पक्षलाई समावेश गर्नुपर्ने भएकाले । • सक्नेले पहिला तिर्ने र क्षमता अनुसार तिर्ने मान्यता स्थापित गर्न ।	स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ मा भएको कानुनी व्यवस्था कार्यान्वयन गर्ने ।

क्रम सङ्ख्या	रुपान्तरणका विषय	रुपान्तरण गर्नु पर्नाका कारणहरू	कहाँ मिलान गर्ने
९.	Regulation र Operation को काम बोर्डले नै गर्ने तर तेस्रो पक्षबाट वर्षको एक पटक मूल्यांकन गर्ने परिपाटी विकास गर्ने ।	स्वास्थ्य बीमा बोर्डको काम कारवाहीहरू तेस्रो पक्षबाट वर्षमा एक पटक अडिट हुँदा कमी कमजोरी सुधार्न सजिलो हुने ।	स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ मा संशोधन गरी यो व्यवस्था अनिवार्य बनाउने।
१०.	बिमितले सुचीकृत भएको कुनै निजी स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिन सक्ने बनाउने ।	• आफ्नो सुविधाको सिलिङ भित्र रहने गरी बिमितले ईच्छाएको ठाउँबाट सेवा लिन सक्ने बनाउँदा धेरैलाई आकर्षित गर्न सकिने ।	• बीमा बोर्डको मापदण्डमा परिमार्जन गर्ने ।

क्रम सङ्ख्या	रुपान्तरणका विषय	रुपान्तरण गर्नु पर्नाका कारणहरू	कहाँ मिलान गर्ने
११.	बिमितले आफ्नो सिलिङलाई संचित गरेर अर्को आर्थिक वर्षको लागि सार्न सक्ने तर प्रत्येक वर्ष प्रिमियम भने तिर्नु पर्ने बनाउने ।	• सिलिङ भित्रको खर्च नभएको रकम अर्को वर्षका लागि संचित हुने व्यवस्था हुँदा व्यक्तिले अनावश्यक उपचार नगर्ने । • केही वर्षमा संचित भएको रकमले कडा रोग लाग्दा पनि त्यही रकमले पुग्ने हुँदा व्यक्तिले खल्तीबाट खर्च गर्नु नपर्ने । • बिमकको अघिल्लो वर्षको रकम संचित भएकाले बीचमा बीमा छाडने समस्या हल हुने । • बिमकले अघिल्लो वर्ष जे जति संचित भए पनि प्रत्येक वर्ष प्रिमियम तिर्नपर्ने भएकाले बोर्डलाई सहज हुने । • बीमा बोर्डमा पर्याप्त रकम संचित भई बोर्ड आत्मनिर्भरताको चरणमा पुग्ने ।	स्वास्थ्य बीमा ऐन र नियमावलीमा संशोधन गर्ने।

क्रम सङ्ख्या	रुपान्तरणका विषय	रुपान्तरण गर्नु पर्नाका कारणहरू	कहाँ मिलान गर्ने
१२.	सेवा प्रवाहमा सहजता ल्याउन तथा गुणस्तर कायम गर्न प्रत्येक स्थानीय तहमा कम्तिमा एक प्रथम सेवा बिन्दु हुनु पर्ने र मन्त्रालयको मापदण्ड बमोजिमको सेवा उपलब्ध हुनु पर्ने ।	• स्वास्थ्य बीमाको सेवा सहज, सरल र प्रभावकारी बनाई सबैको सहभागिता सुनिश्चित गर्नका लागि यसले सेवामा सहज पहुँच र गुणस्तर कायम गर्नु पर्ने हुन्छ । • पहुँच सुनिश्चित गर्नका लागि सबै स्थानीय तहमा कम्तिमा एक प्रथम सेवा बिन्दुको उपलब्धता अनिवार्य भएमा मात्र सेवामा पहुँच सहज हुन्छ । • सेवाको गुणस्तर कायम गर्नका लागि निश्चित मापदण्डको पालना आवश्यक छ । यसका लागि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले तोकिदिएको उपचार प्रोटोकल तथा मापदण्ड पुरा भएको हुनु पर्दछ ।	स्वास्थ्य बीमा बोर्डले कार्यविधि तथा मापदण्डमा परिमार्जन गर्ने ।

१६. मुख्य विषयहरूको संक्षिप्त कार्ययोजना

तत्कालीन	अल्पकालीन	मध्यमकालीन	दीर्घकालीन
• स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय मातहत रहेका विभिन्न शीर्षकका स्वास्थ्य सहयोग तथा अनुदानका कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्ने । • स्वास्थ्य बीमा बोर्डको संगठन संरचना स्वीकृत गर्ने । • स्वास्थ्य बीमा बोर्डको कर्मचारी विनियमावली स्वीकृत गर्ने । • नीतिको पुनरावलोकन र संशोधन • आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्याकेजको पुनरावलोकन र कार्यान्वयन • पुरानो बाँकी भुक्तानी	• स्वास्थ्य बीमा ऐनमा भएका प्रावधान कार्यान्वयन गर्ने गरी स्वास्थ्य बीमा नियमावलीमा संशोधन गर्ने । • अन्य मन्त्रालय तथा निकायसँग सम्बन्धित नागरिकको स्वास्थ्य सहायता तथा अनुदान सँग सम्बन्धित कार्यक्रमबाट लाभ पाउँदै आएका व्यक्तिको प्रिमियम सम्बन्धित निकायले स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा एकमुष्ट भुक्तानी गर्ने र स्वास्थ्य बीमा बोर्ड मार्फत सेवा उपलब्ध गराउने । • स्वास्थ्य बीमाको पुर्नसंरचना र नामाकरण • दाबीको प्रभावकारी व्यव्थापनका लागि TPA को स्थापना • बोर्डलाई आवश्यक पर्ने स्थायी जनशक्ति बोर्ड आँफैले नियुक्त गर्ने ।	• यस प्रतिवेदनमा भएका विषय कार्यान्वयन गर्ने गरी स्वास्थ्य बीमा ऐन संशोधन गर्ने । • बोर्डलाई आधुनिक सूचना प्रणालीको प्रयोग मार्फत पूर्ण स्वचालित बनाउने । • तीन तहका सरकारका स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमलाई कानुन बनाएर एकीकृत गर्ने । • Vertical कार्यक्रम एकीकृत गर्ने • अस्तालले कर्मचारीलाई दिने सुविधा पनि यसैबाट जानु पर्ने • प्रिमियम प्रगतिशील बनाई ७ हजार देखि १५ हजार सम्म बनाउने • गरिब तथा लक्षितलाई पुरै अनुदान दिने • सरकारी सबै कर्मचारी तथा औपचारिक क्षेत्रका कर्मचारिलाई स्वास्थ्य बीमाको	• स्वास्थ्य उपचारसँग सम्बन्धित कार्यक्रम सञ्चालन अनुमति दिने सबै कानुनहरूमा एकमुष्ट संशोधन गरी स्वास्थ्य सहयोग तथा अनुदानसँग सम्बन्धित कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य बीमा ऐन अन्तर्गत ल्याउने गरी कानुनहरू संशोधन गर्ने । • Single Entry & Single Control को अवस्था सिर्जना गर्ने । • सबै नागरिकलाई अनिवार्य बनाउने • सरकारी सेवा लिनका लागि बीमामा आवद्धता अनिवार्य गर्ने • प्रिमियम र सुविधा थैली निर्धारणका लागि विज्ञहरूको अलगै समिति रहने • गलत दाबी गर्ने माथी सेवा प्रतिबन्ध लगाउने • गम्भिर रोगको सबै उपचार बीमा मार्फत निःशुल्क हुने

	• बोर्डलाई आधुनिक सूचना प्रणालीको प्रयोग मार्फत पूर्ण स्वचालित बनाउने । • स्वास्थ्य बीमा कोषमा जम्मा हुने गरी Sin Tax उठाउने • थैलीको दायरा फराकिलो बनाउने	दायरामा ल्याउने • यस वर्षको खर्च नभएको थैली अर्को वर्षको सेवामा थपिने	

१७. सुझाव कार्यान्वयन विधि

- मन्त्रालयमा सुझावहरू कार्यान्वयनमा लैजानको लागि अलगै एक सुझाव कार्यान्वयन संयन्त्र स्थापना गरी काम गर्ने ।
- प्रतिवेदनमा समावेश भएका सुझावहरू कार्यान्वयनमा ल्याउन अल्पकालीन, मध्यकालीन र दीर्घकालीन कार्ययोजना तर्जुमा गरी कार्यान्वयन गर्ने।
- कार्ययोजना कार्यान्वयनको अनुगमन गर्नका लागि मन्त्रालयको सचिवको संयोजकत्वमा समिति बनाउने ।
- सुधारका योजना कार्यान्वयनमा लैजान अन्य विभिन्न सरोकारवाला निकाय प्रदेश सरकार स्थानीय तह तथा विकास साझेदारसँग समन्वय तथा सहकार्य गर्ने ।
- कार्यान्वयन गर्दै जाँदा कार्ययोजनामा समय सापेक्ष संशोधन गर्दै जाने ।

१८. निष्कर्ष

देशमा स्वास्थ्य सेवालाई सरल सहज सुलभ र सर्वव्यापी बनाई आम नागरिकको स्वास्थ्य उपचारमा हुँदै आएको खर्चलाई कम गर्दै लैजान तथा नेपाल सरकारले स्वास्थ्य क्षेत्रमा गर्ने खर्चको उपयोग थप प्रभावकारी ढंगबाट गर्नका लागि विद्यमान स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई पुर्नसंरचना गर्नु आवश्यक छ । देशमा छरिएर रहेका स्वास्थ्य उपचार सहयोगका कार्यक्रमलाई एकीकृत गरी स्वास्थ्य बीमा बोर्डअन्तर्गत ल्याउनका लागि विभिन्न कानुनलाई एक साथ संशोधन गर्नु आवश्यक छ ।

राज्यका विभिन्न निकायमार्फत उपलब्ध हुँदै आएका स्वास्थ्य सेवा सहयोग कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्दा दोहोरोपनाको अन्त्य हुने, स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट प्रदान गरिने सेवाको दायरा तथा गुणस्तर वृद्धि हुने, बीमा सेवालाई सर्वव्यापी बनाउन सकिने, नागरिकको खल्तीबाट स्वास्थ्य उपचारका क्रममा हुने ठूलो खर्चको अन्त्य हुने, सक्नेले बढि तिर्ने न्यायीक प्रणाली स्थापित हुने र सरकारले प्रत्येक वर्ष स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई उपलब्ध गराउनुपर्ने बढ्दो खर्चमा उल्लेख्य कटौती भई निश्चित अवधिपश्चात बोर्ड आत्मनिर्भर हुने अवस्था सिर्जना हुने छ । संविधानले तीन तहका सरकारको जिम्मेवारीमा स्वास्थ्य सेवालाई राखेको अवस्थामा सरकारहरूबीच देखिएको अस्पष्टता समेत अन्त्य भई समन्वय तथा सहकार्यको वातावरण तयार हुने छ ।संविधानले गरेको स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रतिवद्धताले सुनिश्चितता हासिल गर्ने छ । दिगो विकास लक्ष्य जस्ता नेपाल सरकारले गरेका अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिवद्धता पुरा हुनुका साथै स्वास्थ्य नागरिक समुन्नत नेपालको अवधारणाले समेत मूर्तरुप लिनेछ ।

अनुसूची-१

विभिन्न देशमा स्वास्थ्य बीमा अनुभवहरूको विवरण

देश	स्वास्थ्य बीमाको सुरुवात वर्ष	सर्वव्यापी सहभागिता वर्ष	सर्वव्यापी हुन लिए को समय (वर्ष)	अन्तर्राष्ट्रिय अभ्यासहरू	हाल सम्मको जनसङ्ख्या कभरेज	सफलता	सिकाई
जर्मनी	सन्१८८३	सन् १९६३	८०	बिस्मार्क मोडेल कामदारहरू का लागि अनिवार्य बीमा	१००%	सर्वप्रथम राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा प्रणाली लागु गर्ने	प्रारम्भिक ग्रहण र अनिवार्य योगदानले दिगोपना सुनिश्चित गर्दछ।
बेलायत	सन्१९११	सन् १९४८	३७	NHS कर द्धारा वित्त पोषित	१००%	सामान्य करद्धारा वित्तमा व्यापक संरक्षण	केन्द्रीकृत प्रणालीले समान पहुँच सुनिश्चित गर्दछ तर पर्याप्त रकम चाहिन्छ ।
दक्षिण कोरिया	सन्१९८८	सन्२०००	१२	सबै नागरिकको लागि अनिवार्य स्वास्थ्य बीमा	१००%	एक वर्षभित्र सबै नागरिकहरूलाई समेट्ने द्रुत गति।	सरकारको प्रतिवद्धता र प्रभावकारी प्रशासन महत्त्वपूर्ण छ।

ताइवान	सन्१९९५			ताइवानले एकल-भुक्तानी गर्ने स्वास्थ्य बीमा प्रणाली स्थापना गर्दछ । सर्वव्यापी कभरेज प्रदान गर्दछ।	१०० %	सर्वव्यापी कभरेज (UHC) को कार्यान्वयन। व्यापक कभरेज प्रदान गर्दछ । कुशल एकल-भुक्तानी प्रणाली।	एकल-भुक्तानी प्रणालीहरू लागत-प्रभावी हुन सक्छन् र व्यापक कभरेज प्रदान गर्न सक्छन्।
श्रीलंका	सन्१९९५			राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा।	१००%	राष्ट्रिय योजना मार्फत उच्च स्वास्थ्य सेवा पहुँच ।	सुसंगत सरकारी नीति र प्राथमिक हेरचाहमा केन्द्रित हुनु महत्वपूर्ण छ ।
थाइल्याण्ड	सन्१९८२	सन् २००२	२०	विश्वव्यापी कभरेज योजना (UCS)।	९९%	UCS ले एक वर्ष भित्रमा सर्वव्यापी कभरेज प्राप्त गर्यो।	राजनीतिक ईच्छाशक्ति र चरणबद्ध कार्यान्वयन लाभदायक ।
फिलिपिन्स	सन्१९६३	सन् २०१३	५०	फिलहेल्थ बृद्धिशील विस्तार ।	९२%	अधिकांश जनसङ्ख्यालाई कभर गर्न स्वास्थ्य बीमाको क्रमशः विस्तार।	बृद्धिशील दृष्टीकोणले काम गर्न सक्छ।तर लामो समय लाग्न सक्छ ।

इण्डोनेशिया	सन्२०१४	सन् २०१९		Jaminan Kesehata n Nasional (JKN) सबै नागरिकहरूको लागि।	८३%	JKN मार्फत UHC को द्रुत कार्यान्वयन ।	द्रुत रोलआउटहरूमा सेवा गुणस्तर र वित्तीय स्थिरता सुनिश्चित गर्न चुनौतीपूर्ण छ ।
चीन	सन्२००३	सन् २०१४	११	सहरी कर्मचारी र ग्रामीण सहकारी सहित बहुबवधा बीमा योजनाहरू।	९५%	सहरी ग्रामीण स्वास्थ्य बीमा योजनाहरूको मिश्रण मार्फत UHC हासिल गरियो।	विभिन्न योजनाहरूले प्रभावकारी रुपमा काम गर्न सक्छन । यदि राम्रोसँग समन्वय र पर्याप्त मात्रामा बवत्त पोषित हुन्छ ।
भारत	सन्१९५२	कार्यान्वयनमा	-	ESIS आयुष्मान भारत सहित विभिन्न योजनाहरू।	६०%	आयुष्मान भारत जस्ता महत्वपूर्ण कदमहरू लाखौंलाई कभर गर्दै ।	विविध योजनाहरू पूर्ण कभरेजको लागि एकीकृत र विस्तार गरिनु पर्दछ ।
संयुक्त राज्य अमेरिका	सन् १९६५	कार्यान्वयनमा	-	मेडिकेयर मेडिकेड र सस्तो हेरचाह ऐन (ACA)।	९०%	मेडिकेयर मेडिकेड र ACA मार्फत प्रमुख विस्तार।	जटिल प्रणालीहरूले कभरेज विस्तार गर्न सक्छ तर राजनीतिक चुनौतीहरूको सामना गर्न सक्छ ।
नेपाल	सन् २०१६	कार्यान्वयनमा	-	सबै नागरिकका लागि योगदानमा आधारित स्वास्थ्य बीमा।	२८%	स्वास्थ्य बीमाको क्रमिक कार्यान्वयन ।	बलियो प्रशासनिक क्षमता निर्माण र कोष सुनिश्चित गर्न महत्वपूर्ण छ ।

स्रोत: स्वास्थ्य बीमा बोर्डको अध्ययनबाट साभार गरिएको ।

अनुसूची-२

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ तथा नियमावली, २०७५ को संशोधनका लागि प्रस्ताव गरिएका मुख्य विषयहरू

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४

हालको व्यवस्था	कारण	प्रस्तावित संशोधन
प्रारम्भिक दफा-१ स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा समेतको कार्यक्रम भएकाले सामाजिक शब्द थप्दा प्रष्टता आउने र सरकारको लगानी आवश्यक छ भन्ने प्रष्ट हुने ।	सामाजिक स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४
दफा २ को खण्ड (ड) पछि केही खण्ड थप गर्नु पर्ने	ऐनमा भएका केही प्राविधिक शब्दहरुलाई परिभाषित गर्न।	दफा २ को खण्ड (ड) पछी देहाय बमोजिमको खण्डहरु थप गर्ने र सोको परिभाषा गर्ने। (ढ) "सह-भुक्तानी" (ण) "क्यापिटेशन शुल्क" (त) "प्रति केस रकम" (थ) "प्रति सेवा शुल्क"
दफा ३ को उप दफा (४) प्रचलित कानून बमोजिम राष्ट्र सेवक मानिने व्यक्ति तथा बैदेशिक रोजगारीमा जाने कामदारको परिवारले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध हुनु पर्नेछ ।	राष्ट्र सेवक मात्र नभई सबै क्षेत्रमा काम गर्ने व्यक्तिहरुलाई समेट्ने गरी संशोधन गर्नु पर्ने।	दफा (३)को उप-दफा (४) को देहाय बमोजिम राख्नु पर्ने। "(४) प्रचलित कानून बमोजिम जनप्रतिनिधि, निजामति सेवामा बहाल रहेका व्यक्ति, राष्ट्र सेवक मानिने व्यक्ति, नेपाल सरकारको कोषबाट तलब, भत्ता खाने व्यक्ति, संगठित संस्थामा कार्यरत व्यक्ति, तथा बैदेशिक रोजगारीमा जाने कामदारको परिवारले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध हुनु

हालको व्यवस्था	कारण	प्रस्तावित संशोधन
		पर्नेछ ।“
दफा ३ मा को उप-दफा (५) पछि नँया उप-दफा (६) थपी सो पछि उप-दफा क्रम मिलाउने। थप्ने	संगठित संस्थाका कर्मवारीलाई अनिवार्य स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गर्न।	उप-दफा (५) पछि देहायको उप-दफा (६) थपी सो पछि उप-दफाको क्रम मिलाउनेः “(६) प्रचलित कानुन बमोजिम स्थापित संगठित संस्थाका रोजगारदाताले आफु मातहत काम गर्न श्रमिकलाई स्वास्थ बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गराउनु पर्नेछ।“
दफा ५ सेवा	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई बृहत बनाई प्रगतिशील प्रिमियमको अवधारणा अपनाउने हुँदा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमबाट उपलब्ध हुने सुविधाको प्रकार समेत फरक फरक हुनु पर्ने।	साबिकको दफा ५ को सट्टा देहाय बमोजिम राख्नेः “(५) **सेवाः** स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध बिमितहरुले छनौट गरेको बीमा योजनाको आधारमा तोकिए बमोजिम सेवा प्राप्त गर्ने छन्।“
दफा १० संग सम्बन्धित	ऐन को दफा २(ठ)(१)(२)(३)(४)(५)(६) ले सेवा प्रदायक भनी स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन निकाय तोकी सकेकोमा दफा १०(१) ले सुरुमा सेवा लिदा उपखण्ड (१) बमोजिमको स्वास्थ्य संस्था बाट सेवा लिनु पर्नेछ भनी तोक्नुले उपखण्ड (२)(३)(४)(५)(६) अन्तर्गतको सेवा प्रदायकले बाट सेमत सेवा प्राप्त गर्न सक्ने दफा १० लाई संशोधन गर्नु पर्ने। कुनै पनि वर्गको सेवा प्रदायक	साबिकको दफा १० को उप-दफा (१) को सट्टा देहाय बमोजिमको उप-दफा (१) राख्नेः “(१) बीमितले दफा ९ बमोजिम बोर्ड सँग सम्झौता गरेका स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिनु पर्नेछ।“

हालको व्यवस्था	कारण	प्रस्तावित संशोधन
	लाई प्राथमिकता दिनु उचित नभएकाले बिमितले आफुलाई पायक पर्ने गरी २(ठ) ले व्यवस्था गरे बमोजिमको जुन सुकै पनि सेवा प्रदायक मार्फत सेवा भुक्तान लिन मिल्ने गरी ऐन संशोधन गर्नु पर्ने।	
दफा ९	स्वास्थ बीमा कार्यक्रमलाई universal बनाउनको निमित्त अनिवार्य रुपले सम्पुर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई सेवा प्रदायक बनाउने।	साबिक को उप-दफा (१) को सट्टा देहाय बमोजिम राख्नेः “(१) प्रचलित कानुन बमोजिम स्थापित स्वास्थ्य संस्थाहरुले तोकिए बमोजिम बोर्ड सँग सम्झौता गर्नुपर्नेछ।“
दफा १३	हाल कायम रहेको बोर्डको संरचनालाई परिवर्तन गरी बोर्डलाई उच्च स्तरिय बनाउन।	ऐनको दफा १३ को उप-दफा (२) मा रहेको बोर्डको संरचनालाई देहाय बमोजिम समेट्ने गरी बोर्डको संरचनालाई परिवर्तन गर्नेः क) बोर्डको अध्यक्ष राज्य मन्त्री सरह सुविधा प्राप्त गर्ने गरी नेपाल सरकारले नियुक्त गर्ने ख) बोर्डको सदस्यहरुमा स्वास्थ्य मन्त्रालय तथा अर्थ मन्त्रालयको सचिव सदस्य हुने गरी व्यवस्था मिलाउने। ग) बोर्डको कार्यकारी निर्देशकलाई विशिष्ट श्रेणीको बनाउने गरी कानुनी व्यवस्था गर्ने । घ) बोर्डमा प्रदेश सरकारका

हालको व्यवस्था	कारण	प्रस्तावित संशोधन
		स्वास्थ्य मन्त्रालयको सचिवहरु मध्येबाट बोर्डले तोकेको एक सचिव सदस्य हुने गरी व्यवस्था मिलाउने। ङ) बोर्डमा स्थानीय तहका महासंघका प्रमुखहरुको प्रतिनिधित्वको प्रबन्ध मिलाउने।
दफा १५	बोर्डको काम, कर्तव्य अधिकार थपी बोर्ड अझै प्रभावकारी बनाउन	साबिकमा दफा १५ मा रहेको बोर्डको काम, कर्तव्य र अधिकारमा देहाय अनुसार बोर्डको काम कर्तव्य, अधिकार सहित देहाय बमोजिम थप्नेः, क) बोर्डको अध्यक्षको सेवा,सुविधा,तलब निर्धारण गर्ने अधिकार रहने ख) ऐन बमोजिमको नियम, विनियम र निर्देशिका बनाउने सक्ने; ग) बोर्डलाई आवश्यक जनशक्तिको निर्धारण र नियुक्तिको अधिकार रहने। घ) कार्यकारी निर्देशकले बोर्डको हित विपरित निर्णय गरेको वा नगरेको यकिन गर्ने।
दफा १८	स्वास्थ्य बीमा बोर्डको अध्यक्ष र सदस्यको रुपमा हुने नियुक्ति लाई विष्ठिकृत बनाउन र नियुक्तीको लागि आवश्यक	दफा १८को खण्ड (ख) मा रहेको स्नातक भन्ने शब्दको सट्टाको कम्तिमा स्नातकोत्तर भन्ने शब्दहरु राख्ने।

हालको व्यवस्था	कारण	प्रस्तावित संशोधन
	योग्यतालाई तर्क संगत बनाउन।	दफा १८को खण्ड (घ) लाई हटाई खण्ड क्रम मिलाउने।
दफा १९	बोर्डको अध्यक्षको काम, कर्तव्य र अधिकारलाई थप्न	दफा १९ को खण्ड (ङ) पछि देहाय बमोजिमको खण्डहरु थप्नेः (व) कार्याकारी निर्देशकको कार्य सम्पादन मुल्याङ्कन गरी समिति समक्ष पेश गर्ने। (छ) बोर्डको निर्णयको कार्यान्वयन गराउने।
दफा १९ र २४	अध्यक्ष र कार्यकारी निर्देशकको काम कर्तव्य र अधिकार बाँडफाँडलाई थप व्यवस्थित गरी संस्थाको प्रभावकारिता अभिवृद्धि गर्न	अध्यक्ष र कार्यकारी निर्देशकको काम कर्तव्य र अधिकार बोर्ड भित्र दुई शक्ति केन्द्र नहुने गरी पुनराबलोकन गर्ने।
दफा २५	हाल अध्यक्ष र कार्यकारी निर्देशकको पद रिक्तको व्यवस्था एउटै भएकोमा सो लाई फरक गर्न	साविकको दफा २५ (१) र (२) को सट्ट देहाय बमोजिम राख्ने र उप-दफा (३) र (४) मा उप-दफा क्रम मिलाउनेः “२५. पद रिक्तः (१) देहायको अवस्थामा बोर्डको अध्यक्ष र सदस्यको पद रिक्त हुनेछः- (क) नेपाल सरकार समक्ष लिखित राजिनामा दिएमा; (ख) यस ऐन वा फौजदारी कसुरमा अदालतबाट कसुरदार ठहर भएमा;

हालको व्यवस्था	कारण	प्रस्तावित संशोधन
		(ग) निजको पदावधि समाप्त भएमा; (घ) निजको मृत्यु भएमा; (२) देहायको अवस्थामा बोर्डको कार्यकारी निर्देशकको पद रिक्त हुनेछः- (क) बोर्ड समक्ष लिखित राजिनामा दिएमा; (ख) कार्य सम्पादन मुल्याङ्कनमा उत्तीर्ण हुन नसकेमा; (ग) यस ऐन वा फौजदारी कसुरमा अदालतबाट कसुरदार ठहर भएमा (घ)निजको पदावधि समाप्त भएमा; (ङ) निजको मृत्यु भएमा; (च) बोर्डको हित विपरित कुनै कार्य गरेमा;
दफा १९ र दफा २४	अध्यक्ष र कार्यकारी निर्देशकको काम कर्तव्य र अधिकार बाँडफाँडलाई थप व्यवस्थित गरी संस्थाको प्रभावकारिता अभिवृद्धि गर्न	अध्यक्ष र कार्यकारी निर्देशकको काम कर्तव्य र अधिकारको पुनराबलोकन गर्ने र दफा २४ मा कर्मचारीहरूको सरूवा, बढुवा, पुरस्कार, दण्ड, सजाय र विभागीय कारबाही समबन्धी कार्यहरू गर्ने अधिकार थप गर्ने ।
दफा २६ उपदफा (१)	बोर्डलाई आवश्यक पर्ने कर्मचारी बोर्ड आफैले निर्धारण गर्न नसक्दा स्थापनाको लामो समय सम्म पनि बोर्डको आफ्नै कर्मचारी नियुक्ति हुन नसक्दा	बोर्डलाई आवश्यक कर्मचारी संख्या निर्धारण र नियुक्ती प्रक्रिया आफैले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ ।बोर्डले पदपुर्ति लोकसेवा आयोगसंगको समन्वयमा गर्ने ।

हालको व्यवस्था	कारण	प्रस्तावित संशोधन
	काम प्रभावकारी हुन नसकेको	
दफा ३१	दफा ३१ मा कसुर सम्बन्धि विस्तृत प्रावधन नभएको हुँदा कसुरको विस्तृत प्रावधान राखी सोको उजुरी गर्ने प्रावधान राख्नु पर्ने। दफा ३१ अन्तर्गत सेवा प्रदायकले सेवा प्रदान नगरेमा, सेवा प्रदान गर्न् ढिला सुस्ती गरेमा वा निर्धारित सेवास्तर भन्दा न्यून गुण्स्तरको सेवा प्रदान गरेकोमा उजुरि परेमा हुने सजाय अन्तर्गत तोकिएको पन्ध्र हजार देखि पच्चिस हजार सम्मको जरिवाना भन्दा बिमित लाई भएको क्षती बढी भएको अवस्थामा के हुने? सोहि दफामा पन्ध्र हजार देखि पच्चिस हजार सम्मको जरिवाना वा बिमित लाई भएको क्षती जुन बढी छ त्यही बमोजिम हुने व्यव्स्था राख्नु उचित हुने वा नहुने ?	दफा ३१ को सट्टा देहाय बमोजिम राखेः “३१. कसुर र उजुरी — (१) देहाय बमोजिमको कार्य गरेमा यस ऐन विपरित कसुर गरेको मानिनेछः (क) सेवा प्रदायकले सेवा प्रदान नगरेमा; (ख) सेवा प्रदान गर्न् ढिला सुस्ती गरेमा वा निर्धारित सेवास्तर भन्दा न्यून गुण्स्तरको सेवा प्रदान गरेमा; (ग) सेवा प्रदायकले गलत दाबी बनाई बोर्ड समक्ष पेश गरेमा; (घ) सेवा प्रदायकले सम्झौता तथा मापदण्ड बमोजिम सेवा उपलब्ध नगराएमा, (ङ) प्रमियम भुक्तानी गर्नु पर्ने दायित्व भएको व्यक्तिले सो पुरा नगरेमा। (२) उप-दफा (१) बमोजिमको कसुर गरेमा मर्का पर्ने पक्षले बोर्ड वा बोर्डले तोकेको निकाय समक्ष उजुरी गर्न सक्नेछ।“
दफा ३२	हालको सजायको प्रावधनलाई विस्तृत बनाउने र स्वास्थ्य बीमा ऐन एक सेवाप्रदायक	हालको दफा ३२ को सट्टा माथी उल्लेख भए बमोजिमको कसुरको लागि कसुर अनुसारको फरक फरक सजाय

हालको व्यवस्था	कारण	प्रस्तावित संशोधन
	(Beneficial) ऐन भएकाले गर्दा मनासिब क्षतीपुर्ती को समेत व्यवस्था समावेस गरीनु पर्ने।	को प्रावधान गर्ने र कुसरको कारण क्षति पर्न गएको पक्षलाई कारणीबाट क्षतिपुर्ति भराउने प्रावधान राख्ने।

स्वास्थ्य बीमा नियमावलीमा देहाय बमोजिमको संशोधन प्रस्ताव गरिएको छ ।

स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५

हालको व्यवस्था	संशोधनको कारण	संशोधित
नियम ३ को उप नियम (६)- यस नियममा अन्यत्र जुनसुकै कुरा उल्लेख भएको भए तापनि सत्तरी वर्ष उमेर पुगेका प्रत्येक जेष्ठ नागरिकलाई एक एकाइ मानी कार्यक्रममा आवद्ध गर्नु पर्नेछ ।	Risk pulling principle मा आधारित भई सत्तरी वर्ष उमेर पुगेका प्रत्येक जेष्ठ नागरिकलाई एक एकाइ मानी कार्यक्रममा आवद्ध भए जस्तै अन्य दिर्घ रोगीहरू पनि एक एकाइ मानी कार्यक्रममा आवद्द गर्नु पर्ने।	यस नियममा अन्यत्र जुनसुकै कुरा उल्लेख भएको भए **तापनि सत्तरी वर्ष उमेर पुगेका प्रत्येक जेष्ठ नागरिक र दिर्घ रोग भएका नागरिकलाई** एक एकाइ मानी कार्यक्रममा आवद्ध गर्नु पर्नेछ ।
नियम ७(१) बिमितले सेवा प्रदायकहरूमध्ये कुन सेवा प्रदायकबाट उपचार सेवा लिने हो सो कुराकार्यक्रममा आबद्ध हुँदाको बखतमा रोज्नु पर्नेछ	बिमितले आबद्ध हुदाकै बखतमा प्रथम स्वास्थ्य सेवा विन्दु रोज्नु पर्ने भन्ने व्यवस्थाले बिमितले स्वास्थ बीमाको प्रदान गर्ने स्वास्थ सेवाको सहज पहुचँलाई असर गर्ने साथै यसमा व्यवहारीक समस्या समेत पर्ने हुदा प्रथम स्वास्थ्य सेवा विन्दु रोज्नु पर्ने भन्ने व्यवस्थाले संशोधन गरि प्रथम र द्धितीय स्वास्थ्य सेवा विन्दु रोज्न व्यवस्था गर्ने र उपचार गराउन परेको बखत सबै भन्दा पायक पर्ने स्वास्थ सेवा प्रदायकबाट सेवा लिन सक्ने व्यवस्था गर्नु पर्ने।	नियम ७(१) बिमितले सेवा प्रदायकहरू मध्ये **कुनै दुई सेवा प्रदायकबाट उपचार सेवा लिने हो** सो कार्यक्रममा आबद्ध हुँदाको बखतमा रोज्नु पर्नेछ। **यसरी दुई सेवा प्रदायकलाई रोज्दा प्रथम सेवा प्रदायक र द्धितीय सेवा प्रदायक पनि छुट्याउनु पर्नेछ। आवस्यकता अनुसार जुन सेवा प्रदायकबाट उपचार सेवा लिन पायक पर्छ सोहो बाट उपचार लिनु पर्नेछ।**
नियम ८ (१) बिमितले नियम ६ को उपनियम (४) बमोजिमको	नविकरण को निम्ती एक महिना अगावै निवेदन दिनु पर्ने कुरामा समय	(१) बिमितले नियम ६ को उपनियम (४)

अवधि समाप्त हुनुभन्दा एक महिना अगावै अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचाको निवेदन सहित योगदान रकम संलग्न गरी नवीकरणको लागि निवेदन दिनु पर्नेछ।	अवधि बारे संसोधन आवश्यक रहेको। स्वास्थ्य सेवा बीमाको जनतामाझ थप आकर्षण पुर्याउनका निमित्त नविकरणका लागी भूक्तानी रकम अनलाईन मार्फत नै तिर्ने व्यवस्था मिलाई कुनै समय अवधी नराखी Auto-renewal प्रणालीमा जान तर्फ विचार गर्नु पर्ने।	बमोजिमको **अवधि समाप्त हुन लागेमा वा भएमा** अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचाको निवेदन सहित योगदान रकम संलग्न गरी नवीकरणको लागि निवेदन दिनु पर्नेछ ।

स्वास्थ्य उपचार सहायता तथा अनुदान सम्बन्धि सबै कानुनलाई एकीकृत गर्नका लागि संशोधन गर्नु पर्ने ऐन तथा त्यसको बिवरण

अनुसूची-३

<u>सामाजिक सुरक्षा ऐन, २०७५</u>

हालको व्यवस्था	कारण	संशोधन
दफा २ (झ) संग सम्बन्धित	ऐनले स्वास्थ्य बीमालाई समाजिक सुरक्षा भित्र समेटेको छैन। नेपाल सरकारले नसक्ने नगरिकलाई बीमाको किस्ता तिरिदिन यस दफामा स्वास्थ बीमालाई थप गर्ने गरी संशोधन गर्नु पर्ने।	दफा २ को खण्ड (झ) मा रहेको "वा सहायता" भन्ने शब्दहरू पछि **"तथा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध भई भुक्तानी गर्ने प्रिमियम"** भन्ने शब्दहरू थप्ने।
दफा ३ सँग सम्बन्धित	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई सामाजिक सुरक्षामा समेट्न	दफा ३ को उपदफा (२) मा "भत्ताहरू" भन्ने शब्दपछि "एवम् स्वास्थ्य बीमा प्रिमियम" भन्ने शब्दहरू थप्ने।
दफा १० पछि **"स्वास्थ्य बीमा प्रिमियम"** सँग सम्बन्धित दफा १०क थप्ने	ऐनमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम थप्न	ऐनको दफा १० पछि देहाय बमोजिमको दफा १०क थप्नेः "१०क. <u>**स्वास्थ्य बीमा प्रिमियम**</u> — (१) जेष्ठ नागरिक, अपाङ्गता भएका, आर्थिकरुपले विपन्न व्यक्तिको स्वास्थ्य बीमा प्रिमियम नेपाल सरकारले व्यहोर्ने छ। (२) उप-दफा (१) बमोजिम स्वास्थ्य बीमा प्रिमियम दिने प्रक्रिया प्रचलित स्वास्थ्य बीमा ऐन र नियमावलीमा तोकिए बमोजिम हुनेछ।"

दफा १३ संग सम्बन्धित	वर्तमान व्यवस्था अनुसार, नेपाली नागरिकले एकैपटक दुई प्रकारका सामाजिक सुरक्षा लाभहरू प्राप्त गर्न पाउँदैनन्। यसले नागरिकहरूलाई आर्थिक भत्ता (financial allowances) र स्वास्थ्य बीमा (Health insurance) मध्ये एक रोज्नुपर्ने अवस्थामा पुर्याउन सक्छ।	ऐनको दफा १३ को उप-दफा (३) पछि देहाय बमोजिम उप-दफा (४) थप्नेः "(४) यस दफामा जुनसुकै कुरा उल्लेख भएको भएता पनि स्वास्थ्य बीमा प्रिमियमको हकमा नागरिकले दोहोरो सुरक्षा भत्ता पाउन सक्नेछ।"

<u>**योगदानमा आधारित समाजिक सुरक्षा ऐन २०७४**</u>

हालको व्यवस्था	**संशोधन सुझाव**	**संशोधनको कारण**
दफा १०ः **सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन गर्ने** : (१) कोषले यस ऐनको अधीनमा रही देहायका सामाजिक सुरक्षा योजनाहरू सञ्चालन गर्नेछ :- (क)औषधी उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना, (ख) मातृत्व सुरक्षा योजना, (ग) दुर्घटना सुरक्षा योजना, (घ) अशक्तता सुरक्षा योजना, (ङ) वृद्ध अवस्था सुरक्षा योजना, (च) आश्रित परिवार सुरक्षा योजना, (छ) बेरोजगार सहायता योजना	दफा (१०) को उप-दफा (१) को खण्ड (क) लाई हटाउने	दफा (१०) को उप-दफा (१) को खण्ड (क) मा उल्लेख भएका विषयहरू स्वास्थ बीमा कोष मार्फत सम्बन्धन हुने हुँदा सामाजिक सुरक्षा कोषको योजनाबाट हटाउनु उपयुक्त हुने ।

श्रम ऐन, २०७४

हालको व्यवस्था	समस्या	संशोधनको सुझाव	संशोधनको कारण
दफा ५४ः **औषधी उपचार बीमा गराउनु पर्नेः** (१) रोजगारदाताले प्रत्येक श्रमिकको कम्तीमा वार्षिक **एक लाख रुपैयाँ** बराबरको औषधी उपचार बीमा गराउनु पर्नेछ । (२) उपदफा (१) बमोजिमको बीमा गर्दा लाग्ने बीमा शुल्क रोजगारदाताले र श्रमिकले आधाआधा व्यहोर्नु पर्नेछ ।	यो कामदारहरूको स्वास्थ्य संरक्षणतर्फको सकारात्मक कदम भए तापनि, एक लाख रुपैयाँले ठूला स्वास्थ्य उपचारका खर्चहरू धान्न नसक्ने सम्भावना छ। साथै, बीमा शुल्कको केही भाग कामदारहरूबाट लिँदा न्यून आय भएका कामदारहरूलाई आर्थिक बोझ पर्न सक्छ, जसले उनीहरूलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच गर्न थप कठिन बनाउँछ।	(क) दफा ५४ को उप-दफा (१) मा रहेको "एक लाख रुपैंया" हटाई "प्रचलित स्वास्थ्य बीमा सँग सम्बन्धित कानुनमा तोकिए बमोजिमको रकम" राख्ने । (ख) उप-दफा (१) पछि देहाय बमोजिम उप-दफा (२) राखी त्यसपछिको साबिकको उप-दफा क्रम मिलाई देहाय बमोजिम राख्ने "(२) उप-दफा बमोजिम रोजदारदाताले श्रमिकको औषधी उपचार गराँदा प्रचलित स्वास्थ बीमा ऐन बमोजिम गराउनु पर्नेछ। (३) उपदफा (१) बमोजिमको बीमा गर्दा लाग्ने बीमा शुल्कको एक चौथाई	औषधी उपचारको सिमा ५ लाख बनाउन र संगठित संस्थाले आफ्नो श्रमिकको स्वास्थ बीमा नेपाल सरकारको स्वास्थ बीमा कार्यक्रम मार्फत गराउन अनिवार्य पार्न।

		रोजगारदाताले व्यहोर्नु पर्नेछ भने बाँकी श्रमिकले व्यहोर्नु पर्नेछ "।	

विश्वका विभिन्न मुलुकले नागरिकलाई सहज र सुलभ स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध गराउनका लागि स्रोत संकलन गर्ने उद्धेश्यले उपयोगमा ल्याएका विधिहरु जसलाई नेपालले समेत प्रयोग गर्न सक्ने सम्भावना रहन्छ

अनुसूची-४

विभिन्न मुलुकहरुको अनुभव समेतका आधारमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई दीगो बनाउनका लागि देहाय बमोजिमका स्रोतबाट पनि रकम प्राप्त गर्न सकिन्छ ।

स्रोत	पुष्ट्याईको आधार	स्रोतको उपयोग	नेपालमा सम्भावना
हवाई टिकटमा स्वास्थ्य बीमा कर वा स्वास्थ्य कर लगाउने	फ्रान्स, दक्षिण कोरिया, नर्वे, चिली, बेलायत, ब्राजिल, क्यामरुन, कंगो, म्याडागास्कर, माली, मौरिसस, नाईजर, साईप्रस, लग्जेम्बर्ग, जोर्डन, कम्बोडिया, निकारागुवामा यस्तो व्यबस्था भएको ।	• "Solidarity Tax on Airplane Ticket" • Global Health Program का लागि तथा स्वास्थ्य क्षेत्रको विकासमा खर्च गर्ने गरी यस्तो कर लगाईएको छ • स्वास्थ्य बीमा वा स्वास्थ्य क्षेत्रमा मात्र खर्च गर्ने गरी अतिरिक्त कर लगाईएको छ । • एच.आई.भि, टि.बि मलेरिया आदि जस्ता तोकिएको क्षेत्रमा खर्च गर्ने अभ्यास पनि छ ।	करदाता तथा स्वास्थ्य बीमा कोषबाट सेवा लिने वर्गको समेत विश्लेषण गर्दा नेपालमा पनि हवाई टिकटमा न्यूनतम स्वास्थ्य कर लगाउन सकिन्छ । जस्तै प्रतिटिकट १० रुपैया थप गर्दा यात्रुलाई खासै मर्का नपर्ने तर उल्लेख्य स्रोत संकलन हुन सक्छ ।
वित्तीय कारोवारमा स्वास्थ्य कर	ब्राजिलमा यस्तो व्यबस्था भएको ।	ब्राजिलमा आर्थिक कारोबारमा लाग्ने करको आधा हिस्सा सिधै स्वास्थ्य क्षेत्रमा जाने गर्दछ ।	नेपाललमा बढदो आर्थिक कारोबारमा लगाउदै आएको करको सानो हिस्सा अर्थात २५ प्रतिशत मात्र स्वास्थ्य बीमामा आउने व्यवस्था भएमा पनि यसले स्रोत व्यवस्थापनमा सहजता आउने ।

विश्वका विभिन्न मुलुकमा प्रयोग गरिएका अनुभवका आधारमा नेपालमा पनि देहाय बमोजिमका स्रोतलाई स्वास्थ्य बीमाको लागि दिगो स्रोत व्यवस्थापनमा उपयोग गर्न सक्ने सम्भावना देखिन्छ ।

- विश्वका ८० भन्दा बढि देशहरुले स्वास्थ्यका लागि वशेष कर, कोष तथा बजेटको प्रबन्ध गरेका छन् ।
- विश्वका ६२ देशहरुले तलबबाट नै सिधै स्वास्थ्य क्षेत्रको लागि कर काटने गरेका छन् ।
- विश्वका ३५ देशहरुले सुर्तिजन्य कर लगाई त्यसको निश्चित अंश सिधै स्वास्थ्यमा खर्च गर्ने व्यवस्था गरेका छन् ।
- विश्वका १५ देशहरुले मदिरामा कर लगाई त्यसको निश्चित अंश सिधै स्वास्थ्यमा खर्च गर्ने व्यवस्था गरेका छन् ।
- विश्वका १० भन्दा बढी देशहरुले स्वास्थ्यमा प्रतिकुल प्रभाव पार्ने बस्तुहरुमा विशेष कर लगाई त्यसको निश्चित अंश स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि छुट्याउने गरेका छन् ।
- विश्वका २ देशहरुले चिठ्ठामा स्वास्थ्य कर लगाउने गरेका छन् ।

सन्दर्भ सामग्री

- नेपालको संविधान
- नेपालको सोह्रौं योजना (२०८१।८२-२०८५।८६)
- स्वास्थ्य बीमा रणनीतिक मार्गचित्र (२०८१।८२-२०८६।८७)
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति, २०७१
- स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४
- Actuarial Analysis National Health Insurance Program (NHIP) Prince Rajbhandari, ASA, CERA, MAAA July 2024