



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
बबरमहल, काठमाडौं



स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमसँग सम्बन्धित
बारम्बार सोधिने प्रश्नहरू
Frequently Asked Question
(FAQ)

१) स्वास्थ्य बीमा भनेको के हो?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमा भनेको नेपाल सरकारद्वारा संचालित सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा अन्तर्गतको कार्यक्रम हो । जहाँ स्वास्थ्य सेवा उपयोगको क्रममा हुने आर्थिक जोखिम न्यूनीकरण गर्न व्यक्तिगत खर्च घटाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुनिश्चित गर्न सञ्चालित योगदानमा आधारित वित्तीय संरक्षण गर्ने गरिन्छ ।

२) स्वास्थ्य बीमा बोर्डद्वारा सञ्चालित स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सरकारी हो कि निजी ?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम नेपाल सरकारद्वारा सञ्चालित कार्यक्रम हो ।

३) स्वास्थ्य बीमा गर्दा बीमितलाई के के फाईदा हुन्छन् ?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा तोकिएको योगदान रकम अग्रिम रूपमा भुक्तानी गरी आबद्ध भए पश्चात बीमितले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमद्वारा सूचिकृत गरिएका स्वास्थ्य संस्थामा गई तोकिएका स्वास्थ्य सेवाहरू नियमानुसार लिन सकिने छ भने बीमितलाई फाईदा निम्नानुसार हुनेछन्,

- स्वास्थ्य सेवामा पहुँचको वृद्धि हुने,
- उपभोगको दरमा वृद्धि हुने,
- स्वास्थ्य जोखिम कम हुन गई भविष्यमा हुने स्वास्थ्य उपचार खर्च घट्ने र
- स्वस्थ जनशक्ति तयार भई व्यक्तिगत उत्पादकत्व वृद्धि हुने तथा राष्ट्रिय अर्थतन्त्रमा सुधार हुने ।

४) स्वास्थ्य बीमा गर्दा कति शुल्क लाग्छ ?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध हुन प्रति परिवार (५ जनासम्म) रु.३,५००/- वार्षिक रूपमा योगदान रकम तिर्नुपर्ने छ र पाँच जना भन्दा बढी सदस्य भएमा प्रति थप सदस्य रु.७००/- का दरले शुल्क लाग्नेछ ।

५) परिवारमा पाँच जना भन्दा कम सदस्य भए पनि रु.३,५००/- नै लाग्छ ?

उत्तर: एकाघर परिवारमा एक देखि पाँच जना सम्म जति भए पनि रु.३,५००/- नै शुल्क लाग्छ ।

६) स्वास्थ्य बीमा गरे पश्चात कति रूपैया सम्म स्वास्थ्य उपचार पाईन्छ ?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध भए पश्चात ५ सदस्य परिवार सम्मको एक परिवारले रु.१,००,०००/- सम्म र सो पश्चात थप हुने प्रति सदस्य रु.२०,०००/- गरी अधिकतम रु.२,००,०००/- सम्मको स्वास्थ्य उपचार सेवा पाईन्छ ।

परिवार सदस्य

योगदान रकम

सुविधा सीमा

१) १ जना देखि ५ जना सम्म)

रु.३,५००/-

रु.१,००,०००/-

२) ६ जना सदस्यको परिवार

रु.४,२००/-

रु.१,२०,०००/-

३) ७ जना सदस्यको परिवार	रु.४,९००/-	रु.१,४०,०००/-
४) ८ जना सदस्यको परिवार	रु.५,६००/-	रु.१,६०,०००/-
५) ९ जना सदस्यको परिवार	रु.६,३००/-	रु.१,८०,०००/-
६) १० जना सदस्यको परिवार	रु.७,०००/-	रु.२,००,०००/-
७) ११ जना सदस्यको परिवार	रु.७,७००/-	रु.२,००,०००/-
८) १२ जना सदस्यको परिवार	रु.८,४००/-	रु.२,००,०००/-

७) स्वास्थ्य बीमाद्वारा उपलब्ध हुने रकम प्रत्येक परिवारका सदस्यलाई हो कि एकमुस्त रकम हो?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमाद्वारा तोकिएको सेवा रकम परिवारको सबै बीमित सदस्यहरूको लागि एकमुस्त रकम हो तर एकै व्यक्तिलाई उपचारको आवश्यकता परेको अवस्थामा पनि प्रयोग गर्न सकिनेछ ।

८) स्वास्थ्य बीमा मार्फतको सेवा लिंदा अस्पतालले औषधी कति समय सम्मको लागि दिन्छ ?

उत्तर: सामान्य बिरामीको हकमा चिकित्सकले लेखे (Prescribe) बमोजिमको औषधिको उपलब्धता हुन्छ भने नियमित औषधी सेवन गरिरहेका बिरामीको (Chronic Diseases) हकमा एकै चोटि ३ महिना सम्मका लागि औषधी दिइन्छ ।

९) स्वास्थ्य बीमामा रहेको रकम तोकिएको समय भन्दा अगावै सकिएमा फेरी शुल्क तिरेर त्यही एक वर्षे अवधि भित्र बीमा गरि सेवा उपयोग गर्न पाइन्छ कि पाइदैन?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमा अन्तर्गत तोकिएका रकमहरू समय अगावै धेरै उपचार गर्नुपरेका कारण सकिएमा पुनः नविकरण गर्नुपर्ने समय अगावै शुल्क तिरेर पनि नविकरण गर्न पाइदैन ।

१०) स्वास्थ्य बीमाद्वारा उपलब्ध हुने सुविधा रकम सेवाग्राहीहरूलाई नगद रकम नै उपलब्ध हुन्छ वा हुदैन?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमा अन्तर्गत उपलब्ध हुने सुविधा रकम बीमितलाई नगद उपलब्ध हुदैन । बीमितले आफ्नो स्वास्थ्य बीमा परिचयपत्र प्रयोग गरी स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवा लिनुपर्नेछ र सो स्वास्थ्य सेवा लिए बमोजिमको रकम बीमितको तोकिएको सुविधा रकमबाट घट्टै जानेछ ।

११) स्वास्थ्य बीमा द्वारा उपलब्ध हुने सुविधा रकम त्यो वर्ष प्रयोग नभएमा अर्को वर्ष प्रयोग गर्न पाइन्छ कि पाइदैन?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमामा रहने सेवा सुविधा रकम प्रयोग नभएको खण्ड अर्को वर्षमा प्रयोग गर्न पाइदैन । वर्षको अन्त्य सम्म पनि उक्त सेवा उपभोग नभएको वा बाँकी रहेको खण्डमा यो रकम फिर्ता नभई सामाजिक योगदानमा ऐक्यबद्धता स्वरूप स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध भएका अन्य सदस्यहरूको उपचारमा खर्च हुनेछ ।

१२) स्वास्थ्य बीमाको सदस्यता दर्ता र सेवा सुरु कहिले देखि हुन्छ?

उत्तर: यस कार्यक्रममा जुनसुकै समयमा सदस्य बन्न सकिन्छ तर सेवा प्राप्त गर्न निम्नानुसार तोकिए बमोजिमको समय सम्म कुर्नुपर्ने हुन्छ ।

कार्यक्रमको सदस्यता दर्ता चक्र

सेवा क्रियाशील हुने मिति

बैशाख १ गते देखि असार मसान्त सम्म

भदौ १ गते देखि

साउन १ गते देखि असोज मसान्त सम्म

मङ्सिर १ गते देखि

कार्तिक १ गते देखि पुष मसान्त सम्म

फाल्गुन १ गते देखि

माघ १ गते देखि चैत्र मसान्त सम्म

जेष्ठ १ गते देखि

१३) स्वास्थ्य बीमा गरी सेवा लिन किन कुर्नुपर्ने हो? आजको भोलि क्रियाशील हुने गरी किन व्यवस्था नगरिएको होला?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमाको सिद्धान्त अनुसार व्यक्ति विरामी भईसकेपछि मात्र स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध हुने प्रवृत्ति बढ्ने भएकोले यसलाई न्यूनिकरण गर्ने उदेश्यले यो सदस्यता दर्ता चक्रको व्यवस्था गरिएको हो ।

१४) स्वास्थ्य बीमामा लागू भएको सहभुक्तानी (Copayment) भनेको के हो ?

उत्तर: सहभुक्तानी (Copayment) भनेको स्वास्थ्य बीमा मार्फतको सेवा लिँदा तोकिएको सेवाको लागि लाग्ने खर्चको १०% र २०% बीमित आफैले तिर्नु पर्ने व्यवस्था हो । सहभुक्तानी (Copayment) लक्षित वर्ग र सरकारले समय समयमा तोकेका समूह र वर्ग वाहेकका सबै बीमितलाई लागू हुन्छ । १५ शैया भन्दा माथिका सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थामा मात्र सहभुक्तानी लागू हुन्छ भने निःशुल्क निदानात्मक तथा उपचारात्मक सेवाहरू, प्रवर्द्धनात्मक सेवा जस्तै योग तथा व्यवहार परिवर्तन सम्बन्धीका सेवाहरू, आधारभूत स्वास्थ्य सेवाका औषधी तथा प्रोस्युडरहरू र आकस्मिक अवस्थाको सेवामा भने सहभुक्तानी (Copayment) लागू हुदैन । १०% सरकारी सेवा प्रदायक संस्थाहरूबाट सेवा लिँदा लागू हुन्छ भने २०% सरकारी सेवा प्रदायक संस्थाहरू भन्दा अन्यबाट सेवा लिएमा लागू हुन्छ, बाँकी अन्य व्यवस्था स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभुक्तानी (Copayment) प्रणाली लागू गर्ने कार्यविधि, २०८० बमोजिम हुन्छ ।

आबद्धता सम्बन्धी

१५) स्वास्थ्य बीमाको दर्ता वा नविकरण कसरी गर्ने हो? कसले गर्ने हो? दर्ता सहयोगीसँग कसरी सम्पर्क गर्ने होला?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमाको फारम भर्न र फोटो खिच्न तथा स्वास्थ्य बीमाका बारेमा बुझ्नलाई हरेक वडामा एक एक जना स्वास्थ्य बीमा दर्ता सहयोगीहरू हुन्छन्। दर्ता सहयोगीहरू घर घरमा गई स्वास्थ्य बीमा गर्ने व्यवस्था छ । यद्यपी स्वास्थ्य बीमा दर्ता सहयोगीहरूसँग सम्पर्क हुन नसकेमा आफ्नो वडा कार्यालयमा गई स्वास्थ्य बीमा दर्ता सहयोगीलाई सम्पर्क गर्न सकिनेछ । नविकरणको लागि भने बीमा दर्ता सहयोगी मार्फत वा विद्युतीय माध्यमद्वारा (जस्तै Nagarik App, Connect-IPS, e-Sewa, Khalti) पनि गर्न सकिनेछ । निरन्तर सेवा प्राप्तिको लागि जुन चक्रमा आबद्धता भएको हो सोहि चक्रमा कम्तिमा एक महिना अगावै नविकरण गर्नु पर्ने छ ।

१६) स्वास्थ्य बीमा गरे पश्चात स्वास्थ्य बीमा दर्ता सहयोगीलाई नगद नै बुझाउन पर्ने रहेछ । निजले सो शुल्कको हिनामिना गरी स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई नबुझाएमा हाम्रो स्वास्थ्य बीमा कार्ड के हुन्छ?

उत्तर: दर्ता सहयोगीहरूले संकलित रकम तोकिए बमोजिम बैंक दाखिला गरी कार्यालयमा रसिद र बैंक भौचर बुझाउनु पर्ने हुँदा हिनामिना हुने सम्भावना हुँदैन । वडा अध्यक्षको संयोजकत्वमा गठन भएको समितिले सम्बन्धित वडाको व्यक्तिलाई स्वास्थ्य बीमा दर्ता सहयोगीको रूपमा नियुक्ति गर्ने हुँदा यस प्रकारको कुनै समस्या देखिएमा तत्काल वडा कार्यालयमा वा स्वास्थ्य बीमा बोर्डको कार्यालयको टोल फ्री नं: १६६०-०१-११२२४ सम्पर्क गरी वा बोर्डको ईमेल feedback@hib.gov.np मा जानकारी लिन एवम् गुनासो गर्न सकिन्छ । यदि दर्ता सहयोगीले उक्त रकमको हिनामिना गरेको प्रमाणित भएमा प्रचलित कानून बमोजिम कारबाही गरी निजबाट बीमितको रकम असुलउपर गरी बीमा कार्डलाई क्रियाशिल गरिनेछ ।

१७) आफ्नो वडाको दर्ता सहयोगी बाहेक अन्य वडाको दर्ता सहयोगीबाट स्वास्थ्य बीमा गर्न पाईन्छ वा पाईदैन?

उत्तर: सम्बन्धित वडाको दर्ता सहयोगीद्वारा मात्र स्वास्थ्य बीमा बनाउन पाईने हुँदा आफ्नो वडाको दर्ता सहयोगी मार्फत मात्र आबद्ध हुन पर्नेछ ।

१८) म विविध कारणवश मेरो घर भन्दा अन्यत्र बस्छु भने मैले स्वास्थ्य बीमा गर्न हाल बसिरहेको वडामा सम्पर्क गर्ने वा स्थायी बसोबास भएको वडाको दर्ता सहयोगी मार्फत गर्ने हो?

उत्तर: घरमुलीको जुन स्थानमा बसोबास छ सोही स्थानको दर्ता सहयोगीलाई सम्पर्क गरी स्वास्थ्य बीमा गर्नुपर्छ । यसरी स्वास्थ्य बीमा गर्दा जो जहाँ बसोबास गर्नुहुन्छ सोही स्थानको नजिकको प्रथम सेवा विन्दु बनाउन सकिनेछ ।

१९) प्रथम सेवा विन्दु भनेको के हो?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमा बोर्डसँग नियमानुसार तोकिए बमोजिमको स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्न सम्झौता गरी बीमितलाई स्वास्थ्य उपचार दिने बीमितको घरबाट सबै भन्दा नजिकको सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्था बुझ्नु पर्छ । आकस्मिक अवस्थामा भने स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा आबद्ध जुनसुकै सेवा प्रदायक संस्थाबाट पनि सेवा लिन सकिन्छ ।

२०) प्रथम सेवा विन्दु जुनसुकै स्वास्थ्य संस्थाबाट लिन नपाउने कारण के होला ?

उत्तर: प्रथम सेवा विन्दु नजिकको स्वास्थ्य संस्थामा बनाई सेवा लिदा स्वास्थ्य सेवा उपभोग लाग्ने समयको बचत हुने, यातायात खर्च कम हुने, समयमै उपचार पाइने र सबै बीमित सामान्य उपचारका लागि पनि विशिष्टकृत अस्पतालमा जाँदा विरामीको चाप समेत अत्याधिक बढी भई स्वास्थ्य सेवा सहज रूपमा उपभोग गर्न नसकिने हुदा यो प्रावधान राखिएको हो ।

२१) प्रथम सेवा विन्दुमा उपचार गर्न जाँदा सो स्थानमा आवश्यक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध नभएमा अन्य स्वास्थ्य संस्थामा जान पाईन्छ कि पाईदैन ?

उत्तर: प्रथम सेवा विन्दुमा आवश्यक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध नभएमा स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध प्रेषण केन्द्रमा (Referral Center) सोही प्रथम सेवा विन्दुबाट प्रेषण पुर्जि (Refer Card) लिई उपचार लिन जानु पर्नेछ । एक पटक प्रेषण भई आएका विरामीहरूलाई सोही रोगको Follow-up का लागि पुनः प्रेषण पुर्जि लिई रहन नपर्ने प्रावधान छ ।

२२) सेवा प्रदायक संस्थाले यदि तोकिएका सेवा उपलब्ध गराउन नसकेमा वा नगरेमा वा नदिएमा के कस्तो व्यवस्था छ?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमा बोर्डसँग सेवा प्रदायक संस्थाले उपलब्ध गराउने स्वास्थ्य सेवाहरू बमोजिम सम्झौता हुने हुँदा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाले तोकिए बमोजिमको स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउनु सेवा प्रदायक संस्थाको कर्तव्य हो । सेवा प्रवाह सम्बन्धित कुनै गुनासो आएमा कार्यालयको टोल फ्री नं: १६६०-०१-११२२४ सम्पर्क गरी वा बोर्डको ईमेल feedback@hib.gov.np मा जानकारी लिन एवम् गुनासो गर्न सकिन्छ । साथै सेवाग्राहीलाई आवश्यक स्वास्थ्य सेवा संस्थामा उपलब्ध नभए रोगको

प्रकृति र गाम्भीर्यता हेरी अधिकार प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीले रिफर गरेको संस्थामा गई सेवा लिन पाईने व्यवस्था गरिएको छ ।

२३) मेरो स्वास्थ्य बीमा कार्ड हराएमा मैले स्वास्थ्य सेवा लिन पाउँछु कि पाउँदिन?

उत्तर: स्वास्थ्य बीमाको सेवा बिस्तारै डिजिटल बनाउदै लगिनेछ तर हाल सम्मको नियम भने स्वास्थ्य बीमा कार्ड लिएर मात्र स्वास्थ्य सेवा लिन पाईनेछ । हराएको स्वास्थ्य बीमा कार्ड पुनः बनाउन नजिकको बीमा बोर्डको जिल्ला सम्पर्क शाखा कार्यालयमा निवेदन दिई रु ५०/- दस्तुर बुझाई प्रतिलिपि बनाउन पाईन्छ । साथै नागरिक एप, HIB Profile लगायतका Digital Card बाट पनि निर्माण हुने परिचय पत्रबाट पनि सेवा उपलब्ध गर्न सकिन्छ ।

२४) बीमित स्वयंमले आफ्नो स्वास्थ्य बीमाको व्यक्तिगत विवरण हेर्न सक्छ कि सक्दैन ?

उत्तर: सक्छ, बीमितले “नागरिक एप” तथा स्वास्थ्य बीमा बोर्डद्वारा सञ्चालित “Hib Profile” नामको Application Play store/ App Store बाट डाउनलोड गरी कार्डको म्याद सकिने मिति, प्रथम सेवा विन्दु तथा सञ्चित रकम (Current Balance) जस्ता विषयहरू आफैले हेर्न मिल्छ ।

२५) ७० वर्ष उमेर पुरा भएका ज्येष्ठ नागरिक को हकमा निशुल्क स्वास्थ्य बीमा र परिवार अन्तर्गतको स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धित व्यवस्था के कस्तो छ?

उत्तर: ७० वर्ष उमेर पुगेका ज्येष्ठ नागरिकले मात्र उपयोग गर्ने गरी एक लाख सम्मको सुविधा रहने गरी बीमा कार्ड निःशुल्क बनाउन पाईने व्यवस्था छ । ज्येष्ठ नागरिकको आफ्नो एक लाख सम्मको सुविधा प्रयोग गरी सकेपछि आवश्यक परेमा बाँकी परिवारको सदस्य बापतको सेवा सुविधा पनि उपयोग गर्न सकिन्छ ।

२६) स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमले अति गरिब, ज्येष्ठ नागरिक, अति अशक्त, अपाङ्गता भएका व्यक्तिलाई के कस्तो सुविधाको व्यवस्था छ ?

उत्तर: अति गरिब, अति अशक्त अपाङ्गता, कुष्ठरोगी, HIV संक्रमित, जटिल खालका क्षयरोगी (MDR-TB) र ७० वर्ष उमेर पुगेका ज्येष्ठ नागरिकलाई कार्यक्रममा निःशुल्क आवद्ध गरिन्छ ।

२७) स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको हकमा दर्ता तथा नविकरण सम्बन्धी के व्यवस्था गरेको रहेको छ ?

उत्तर: महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको परिवारको दर्ता तथा नविकरण गर्न लाग्ने योगदान रकमको ५०% छुट दिने व्यवस्था रहेको छ ।

२८) नवजात शिशुको उपचारमा स्वास्थ्य बीमा मार्फत सुविधा कसरी लिन सकिन्छ?

उत्तर: कुनै बीमितको सदस्यता सक्रिय रहेको अवधि भित्र शिशुको जन्म भएमा नवजात शिशुलाई बीमित आमाको सदस्यता बहाल रहने अवधी सम्मको लागि थप योगदान रकम नलिई सेवा लिन सकिनेछ । त्यसपछि, परिवारको स्वास्थ्य बीमा नविकरण गर्ने क्रममा निज शिशुलाई पनि परिवार सदस्य सरह आबद्ध गर्न सकिनेछ ।

२९) परिवारका कुनै सदस्यको मृत्यु भएमा के गर्नुपर्छ, निजको स्वास्थ्य बीमा के हुन्छ?

उत्तर: परिवारको कुनै सदस्यको मृत्यु भएमा निजको मृत्युदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि पेश गरी निजलाई बीमितबाट हटाउनु पर्छ ।

श्रोत:

१. स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४

२. स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ लगायतका अन्य कार्यविधि तथा निर्देशिकाहरू । (Website मा Upload गरीएका छन् ।

Link: hib.gov.np/np/category/regulation