



त्रिपुरासुन्दरी गाउँपालिकाको मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षाघात बिरामीलाई औषधी उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि, २०७९



त्रिपुरासुन्दरी गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
पिस्कर, सिन्धुपाल्चोक
बागमती प्रदेश
मिति : २०७९ श्रावण २९ गते

त्रिपुरासुन्दरी गाउँपालिकाको मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षाघात बिरामीलाई औषधी उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि, २०७९

प्रस्तावना : मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोग भएका र मेरुदण्ड पक्षाघात भएका बिरामीको औषधि उपचार लामो समयसम्म गर्नुपर्ने र खर्चिलो हुनेहुँदा बिरामीलाई हुन जाने आर्थिक भार कम गर्न औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने नेपाल सरकारको नीति कार्यन्वयनका लागि जनस्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०७७ को नियम २६ (१) मा भएको व्यवस्था बमोजिम लक्षित समुहका लागि दिईने सेवा, सुविधा तथा प्रक्रियालाई सरल र सहज बनाउन जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा ६४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरि यस त्रिपुरासुन्दरी गाउँकार्यपालिकाले यो कार्यविधि जारी गरेको छ ।

परिच्छेद १ प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ :

(१) यस कार्यविधिको नाम “त्रिपुरासुन्दरी गाउँपालिकाको मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षाघात बिरामीलाई औषधी उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि, २०७९” रहेको छ ।

(२) यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ ।

२. परिभाषा : विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधि :

(क) “गाउँपालिका वा स्थानीय तह” भन्नाले त्रिपुरासुन्दरी गाउँपालिका सम्झिनुपर्दछ ।

(ख) “मन्त्रालय” भन्नाले स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयलाई सम्झिनुपर्दछ ।

(ग) “लक्षित समुह” भन्नाले मृगौला प्रत्यारोपण गराएका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोग पहिचान भई उपचारपछि निको भईसकेका व्यक्ति बाहेकका क्यान्सर रोगी (क्यान्सर पहिचान भई उपचारपछि निको भईसकेका तर चिकित्सकले तिन-तिन महिना भित्र निरन्तर निगरानीमा (close follow up) राखेका व्यक्ति यस लाभग्राहीको सूची भित्रैपर्ने) र मेरुदण्ड पक्षाघात भएका (रातो र निलो अपाङ्ग परिचय पत्र वाहक) व्यक्ति सम्झिनुपर्दछ ।

(घ) “लाभग्राही” भन्नाले लक्षित समुहमा परेका औषधि उपचार गर्न नसक्ने गरिबीको परिचय पत्र वितरण गरेको जिल्लाको हकमा सो परिचय पत्र वाला तथा गरिबीको परिचय पत्र वितरण गरि नसकेको जिल्लाको हकमा विपन्न व्यक्ति वा स्थानीय तहबाट सिफारिस समिति गठन गरि पहिचान भएका विपन्न रहेको प्रमाणपत्र प्राप्त व्यक्ति सम्झिनुपर्दछ ।

परिच्छेद-२

औषधि उपचार बापत खर्च प्राप्त गर्ने प्रक्रिया

३. निवेदन सम्बन्धी व्यवस्था: यस कार्यविधि बमोजिम औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि राष्ट्रिय परिचय पत्र नम्बर वा नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि, अनुसूची-१ बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकको सिफारिस, मेरूदण्ड पक्षघातको हकमा अपाङ्गता सम्बन्धी प्राप्त गरेको रातो वा नीलो कार्डको प्रतिलिपि सहित सम्बन्धित स्थानीय तहको वडा कार्यालयमा अनुसूची-२ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ।
४. लाभग्राहिले पाउने औषधि उपचार बापत खर्च: नेपाल सरकारले तोकेको मासिक पाँच हजार रुपियाँका दरले त्रैमासिक रूपमा महिनाको अन्तिम दिन स्थानीय तहले लाभग्राहीको बैंक खातामा जम्मा गर्नेछ। नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण वा बिदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्सन प्राप्त गरिरहेको व्यक्ति लिए यस निर्देशिका बमोजिम मासिक वित्ति उपलब्ध गराइने छैन । त्यसगरी नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराइँदै आएको ज्येष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, पिछडीएको भत्ता, अपांग भत्ता लगायत नेपाल सरकारबाट साबिकमा पाई आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा यस निर्देशिका बमोजिम उपलब्ध गराइने मध्ये कुनै एक किसिमको भत्ता/मासिक वृत्ति मात्र प्राप्त गर्न सक्नेछन् । त्यसैगरी यसै कार्यविधिमा उल्लेखित एकभन्दा बढी रोग लागेका व्यक्तिले दोहोरो गर्ने गरी यस किसिमको भत्ता प्राप्त गर्ने छैनन् ।
५. बजेट व्यवस्था: मन्त्रालयले सम्बन्धित स्थानीय तहबाट अनुसूची-३ अनुसारको ढाँचामा भुक्तानी भएको रकमको विवरण पेश गरेको आधारमा अर्ध-वार्षिक रूपमा शोधभर्ना गर्नेछ।
६. नवीकरण: लाभग्राहीको सूची प्रत्येक आ.व.को शुरुमा सम्बन्धित वडा कार्यालयले नवीकरण गर्नुपर्नेछ।

परिच्छेद-३

विविध

७. अभिलेख तथा प्रतिवेदन: प्रत्येक वडा कार्यालयले औषधि उपचार बापत खर्च पाउने लाभग्राहीको अभिलेख **अनुसूची-४** बमोजिम लक्षित समूह अनुसार अध्यावधिक गरी राख्नु पर्नेछ ।
८. अनुगमन तथा निरीक्षण: मन्त्रालय र प्रदेश सरकारको स्वास्थ्य हेर्ने मन्त्रालयले उपचार खर्च सम्बन्धी कार्यको नियमित अनुगमन तथा निरीक्षण गर्न सक्नेछन् । नक्कली लाभग्रहिले सुविधा लिएको पाईएमा सम्बन्धित व्यक्ति र सिफरिसकर्ताबाट कानून बमोजिम रकम बितर्ता लिईनेछ र कानून बमोजिम कारबाही गरिनेछ ।
९. लेखा परिक्षण: औषधि उपचार खर्च वितरणको लेखा परीक्षण प्रचलित कानून बमोजिम गराउने जिम्मेवारी सम्बन्धित स्थानीय तहको हुनेछ ।
१०. पारदर्शिता कायम गर्नुपर्ने: स्थानीय तहले भुक्तानी गरेको रकम र बुझी लिने व्यक्तिको नामावली स्थानीय तहका कार्यालय सम्बन्धित वडा कार्यालय र वेबसाइटमा सार्वजनिक गर्नपर्नेछ ।
११. बाधा अड्काउ फुकाउने : यो कार्यविधि कार्यान्वयनमा बाधा अड्काउ परेमा गाउँपालिकाले बाधा अड्काउ फुकाउन सक्नेछ ।
१२. खारेजी र बचाउ: मृगौला रोग, क्यान्सर रोग, स्पाईनल परलाईसिस भएका बिरामीलाई जिवीकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि, २०७४ खारेज गरिएको छ ।

अनुसूची-१

(दफा३ सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/ क्यान्सर रोग / मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा

मिति:.....

श्री.....गाउँपालिका /नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

..... ।

विषय : प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा

उपरोक्तविषयमा.....गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका.....वडा नं.....गाउँ/टोल स्थयी ठेगाना भएको उमेर.....वर्षको.....राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा)सम्पर्क नं भएको श्री.....कोसाल.....महिना.....गते श्रीअस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरुको पुर्जा/ कागजातहरुको विवरण जाँच बुझ गरीप्रमाणित गर्दछु।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप:

अनुसूची-२

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति:

विषय: औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा।

श्री वडाध्यक्षज्यू,

वडा नं....., गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

जिल्ला....., प्रदेश.....

उपरोक्त सम्बन्धमागाउँपालिका /नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका.....वडा नं.....गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर.....वर्षको.....राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा)सम्पर्क नं भएको म मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/ डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधि उपचार बापत मासिक पाँच हजार रुपियाँका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

नाम थर:.....लिङ्ग:.....

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता नं/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं.:.....

बैंकखाता नं.....

बैंकको नाम:शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं.:.....

अनुसूची-३

(दफा ५ सँग सम्बन्धित)

भुक्तानी भएको रकमको सोधभर्ना माग गर्ने फारामको ढाँचा

मिति:.....

श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,

रामशाह पथ, काठमाडौं।

विषय: सोधभर्ना सम्बन्धमा।

.....गाउँपालिका/नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिकामा देहायबमोजिमका मृगौला प्रत्यारोपण गरेका/डायलाइसिस गराइरहेका/क्यान्सर रोगी/मेरुदण्ड पक्षाघातका व्यक्तिलाई औषधि उपचार बापत खर्चमिति देखिसम्म भुक्तानी गरिएकोरकम सोधभर्ना उपलब्ध गराइदिनुहुन अनुरोध छ।

.....

(.....)

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

भुक्तानी भएको रकम विवरण

क्र.स.	लाभग्राहीको नाम/उमेर/लिङ्ग	राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं	वडा नं.	लक्षित समूह	भुक्तानी गरिएको जम्मा महिना (...देखि ...सम्म)	जम्मा रकम (रु.)
१.						
२.						
३.						
४.						
५.						
कुल रकम (अक्षरूपि.....)						

अनुसूची-४

(दफा ७ सँग सम्बन्धित)

औषधि उपचार बापत खर्च पाउने व्यक्तिहरूको अभिलेख राख्ने ढाँचा

आ.व.....								रकम भुक्तानी गरेको महिना											
क्र.स	लाभग्राही को नाम, थर	जन्म मिति	लिङ्ग	स्थायी ठेगाना	राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं	लक्षित समूह	सिफारिस गर्ने चिकित्सकको विवरण (नाम, कार्यरत संस्था र नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.)	साउन	भदौ	असोज	कार्तिक	मङ्सिर	पुष	माघ	फागुन	चैत्र	वैशाख	जेष्ठ	असार