नीलकण्ठ नगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

बागमति प्रदेश

धादिङवेंसी,धादिङ,नेपाल

पत्र संख्या : २०७८/७९

चलानी नं : २६२४

मितिः- २०७९।०१।२६

नीलकण्ठ नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको कार्यालय धादिङवेंसी, धादिङ बागमती प्रदेश, नेपाल

श्री १४ वटै वडा कार्यालयहरु

नीलकण्ठ न.पा.

विषय : मृगौला प्रत्यारोपण,डायलाईसिस गरिरहेका,क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका विरामीहरुलाई औषधी उपचारको लागि अभिलेख संकलन सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको मिति २०७८।१२।१३ गते मृगौला प्रत्यारोपण,डायलाईसिस गरिरहेका,क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका विरामीहरुलाई औषधी उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि,२०७८ स्वीकृत भै कार्यान्वयनको लागि लेखि आएकोले कार्यविधिको छायां कपी समेत यसै पत्रसाथ संलग्न गरि ताहां वडाहरुमा भएका यस्ता प्रकृतिका विरामीहरुको कार्यविधिमा उल्लेख भए बमोजिमको रोग र विरामीको अभिलेख गरि यस कार्यालयमा पठाई दिनु हुन अनुरोध छ ।

(नेत्र प्रसाद पौडेल)

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षाघातका बिरामीलाई औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८

स्वीकृत मिति २०७८/१२/१३

नेपाल सरकार (मा. मन्त्री स्तर)

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षाघातका बिरामीलाई औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८

प्रस्तावना : मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोग भएका र मेरुदण्ड पक्षाघात भएका बिरामीको औषधि उपचार लामो समयसम्म गर्नुपर्ने र खर्चिलो हुने हुँदा 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 स्वास्थ्य सेवा, सुविधा तथा प्रक्रियालाई सरल र सहज बनाउन जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा ६४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी मन्त्रालयले यो कार्यविधि जारी गरेको छ।

परिच्छेद-१

प्रारम्भिक

१. नाम र प्रारम्भ मृगौला मृगौला प्रत्यारोपण" यस कार्यविधिको नाम (१), डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षाघातका बिरामीलाई औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८" रहेको छ।

(२)यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।

२. परिभाषा: विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा,-

(क) "मन्त्रालय" भन्नाले स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय सम्झनुपर्छ।

(ख)"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 तीन-तीन महिना भित्र निरन्तर निगरानीमा (**close follow up**) राखेका व्यक्ति यस लाभग्राहिको सूची भित्रैपर्ने) र मेरूदण्ड पक्षाघात भएका (रातो र नीलो अपाङ्ग परिचय पत्र वाहक) व्यक्ति सम्झनु पर्छ।

(ग)"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 गरी नसकेको जिल्लाको हकमा बिपन्न व्यक्ति वा स्थानीय तहबाट सिफारिस समिति गठन गरी पहिचान भएका बिपन्न रहेको प्रमाणपत्र प्राप्त व्यक्ति सम्झनु पर्छ ।

परिच्छेद-२

औषधि उपचार बापत खर्च प्राप्त गर्ने प्रक्रिया

३. <u>निवेदन सम्बन्धी व्यवस्थाः</u> यस कार्यविधि बमोजिम औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि राष्ट्रिय परिचय पत्र नम्बर वा नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी, *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. <u>लाभाग्राहिले पाउने औषधि उपचार बापत खर्चः</u> 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/निवित्तिभरण वा बिदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्सन प्राप्त गरिरहेको व्यक्ति लिए यस निर्देशिका बमोजिम मासिक वित्ति उपलव्ध गराईने छैन । त्यसगरी नेपाल सरकारबाट उपलव्ध गराईदै 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 उपलव्ध गराईने 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. <u>बजेट व्यवस्थाः</u> मन्त्रालयले सम्बन्धित स्थानीय तहबाट *अनुसूची-३* अनुसारको ढाँचामा भुक्तानी भएको रकमको विवरण पेश गरेको आधारमा अर्ध-वार्षिक रुपमा शोधभर्ना गर्नेछ।

६. <u>नवीकरणः</u> लाभग्राहीको सूची प्रत्येक आ.व.को शुरुमा सम्बन्धित वडा कार्यालयले नविकरण गर्नुपर्नेछ।

परिच्छेद-३

विविध

७. <u>अभिलेख तथा प्रतिवेदनः</u> प्रत्येक वडा कार्यालयले औषधि उपचार बापत खर्च पाउने लाभाग्राहीको अभिलेख *अनुसूची-४* बमोजिम लक्षित समूह अनुसार अध्यावधिक गरी राख्नु पर्नेछ।

८. <u>अनुगमन तथा निरीक्षणः</u> मन्त्रालय र प्रदेश सरकारको स्वास्थ्य हेर्ने मन्त्रालयले उपचार खर्च सम्बन्धी कार्यको नियमित अनुगमन तथा निरीक्षण गर्न सक्नेछन्। नक्कली लाभग्रहिले सुबिधा लिएको पाईएमा सम्बन्धित व्यक्ति र सिफरिसकर्ताबाट कानून बमोजिम रकम बिर्ता लिईनेछ र कानून बमोजिम कारबाही गरिनेछ ।

९. <u>लेखा परिक्षणः</u> औषधि उपचार खर्च वितरणको लेखा परीक्षण प्रचलित कानून बमोजिम गराउने जिम्मेवारी सम्बन्धित स्थानीय तहको हुनेछ।

१०. <u>पारदर्शिता कायम गर्नुपर्नेः</u> स्थानीय तहले भुक्तानी गरेको रकम र बुझी लिने व्यक्तिको नामावली स्थानीय तहका कार्यालय,सम्बन्धित वडा कार्यालयरवेभसाइटमा सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ।

११. <u>बाधा अड्काउ फुकाउनेः</u> यो कार्यविधि कार्यान्वयनमा बाधा अड्काउ परेमा मन्त्रालयले बाधा अड्काउ फुकाउन सक्नेछ।

१२. <u>खारेजी र बचाउः</u> 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

मितिः...............................

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...............को ....साल..........महिना........गते श्री ....अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरुको पुर्जी/ कागजातहरुको विवरण जाँच बुझ गरीप्रमाणित गर्दछु।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थरः

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छापः

अनुसूची-२

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

<u>औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा</u>

मितिः ....

विषयः औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा।

श्री वडाध्यक्षज्यू,

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

जिल्ला.................., प्रदेश.....................

उपरोक्त सम्बन्धमा ....गाउँपालिका /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 सहूँला बुझाउँला।

<u>निवेदकः</u>

हस्ताक्षर............................

नाम थरः..लिङ्गः...........................

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

बैंकखाता नं...

बैंकको नामः ....शाखाः..

सम्पर्क मोबाइल नं.:...

अनुसूची-३

(दफा ५ सँग सम्बन्धित)

<u>भुक्तानी भएको रकमको सोधभर्ना माग गर्ने फारामको ढांचा</u>

मितिः..............................

श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,

रामशाह पथ, काठमाडौं।

विषयः सोधभर्ना सम्बन्धमा।

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

....

(.....................................)

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

भुक्तानी भएको रकम विवरण

क.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 (अक्षरुपि...)					

अनुसूची-४

(दफा ७ सँग सम्बन्धित)

औषधि उपचार बापत खर्च पाउने व्यक्तिहरूको अभिलेख राख्ने ढाँचा

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