

१. सामाजिक सुरक्षा कोषको स्वास्थ्य सुरक्षा योजनाको लागि स्वास्थ्य संस्था छनौट तथा योजनाको रकम भुक्तानी सम्बन्धी कार्यविधि, २०७६

पहिलो संशोधन २०७६/०९/१८

दोस्रो संशोधन २०७७/०४/२६

प्रस्तावना: सामाजिक सुरक्षा कोषले योगदानकर्तालाई प्रदान गर्ने औषधी उपचार, स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा योजना र दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजना बमोजिम योगदानकर्तालाई स्वास्थ्य संस्थासँग सम्झौता गरी सेवा प्रदान गर्ने तथा सो वापतको रकम भुक्तानी गर्ने प्रक्रियाका सम्बन्धमा आवश्यक व्यवस्था गर्न वाञ्छनीय भएकाले,

योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा ऐन, २०७४ को दफा ७० को उपदफा (२) ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी कोषले देहायको कार्यविधि बनाएको छ ।

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ :** (१) यस कार्यविधिको नाम “सामाजिक सुरक्षा कोषको स्वास्थ्य सुरक्षा योजनाको लागि स्वास्थ्य संस्था छनौट तथा योजनाको रकम भुक्तानी सम्बन्धी कार्यविधि, २०७६” रहेकोछ ।

(२) यो कार्यविधि मन्त्रालयबाट स्वीकृत भएको मितिबाट प्रारम्भ हुनेछ ।

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

(क) “उपसमिति” भन्नाले दफा ३ बमोजिमको स्वास्थ्य सेवा समन्वय उपसमिति सम्झनुपर्छ ।

(ख) “कोष” भन्नाले योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा ऐन, २०७४ बमोजिमको सामाजिक सुरक्षा कोष सम्झनुपर्छ ।

(ग) “सरकारी स्वास्थ्य संस्था” भन्नाले नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार वा स्थानीय तहबाट सञ्चालित स्वास्थ्य संस्था सम्झनु पर्छ ।

(घ) “स्वास्थ्य सुरक्षा योजना” भन्नाले कोषले सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ बमोजिम सञ्चालन गरेको औषधी उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना, योगदानकर्ता वा योगदानकर्ताको दम्पतिलाई मातृत्व सुरक्षा योजना र दुर्घटना तथा अशक्त सुरक्षा योजना सम्झनु पर्छ र सो शब्दले उक्त कार्यविधि बमोजिमको मातृत्व सुरक्षा योजना अर्न्तगत नवजात शिशुको उपचार खर्चलाई समेत जनाउनेछ ।

(ङ) “स्वास्थ्य संस्था” भन्नाले यस कार्यविधि बमोजिम छनौट भएका प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, सरकारी अस्पताल वा सामुदायिक अस्पताल सम्झनुपर्छ र

सो शब्दले प्रचलित कानून बमोजिम दर्ता भई संचालनमा रहेको निजी अस्पताल,सहकारी अस्पताल, डाईग्नोस्टिक सेन्टर तथा अन्य गैर सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थालाई समेत जनाउँछ ।

३. **स्वास्थ्य सेवा समन्वय उपसमिति:** (१) स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमको सेवा प्रदान गर्नको लागि स्वास्थ्य संस्थाहरूसँग समन्वय, सेवा सम्भौता र सिफारिस लगायतका कार्यहरु गर्न कोषमा देहाय बमोजिमको स्वास्थ्य सेवा समन्वय उपसमिति रहनेछ :-

(क) कोषको कार्यकारी निर्देशक वा निजले तोकेको निर्देशक वा सो सरहको कर्मचारी -संयोजक

(ख) कोषको औषधी उपचार स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा योजना हेर्ने निर्देशक वा दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजना हेर्ने निर्देशक मध्ये कार्यकारी निर्देशकले तोकेको निर्देशक वा सो सरहको कर्मचारी एक जना -सदस्य

(ग) कोषको मेडिकल अधिकृत -सदस्य

(२) उपसमितिले आवश्यकतानुसार सम्बन्धित क्षेत्रको विशेषज्ञलाई उपसमितिको बैठकमा आमन्त्रण गरी राय लिन सक्नेछ ।

(३) उपदफा (१) को खण्ड (ग) बमोजिमको सदस्यमा कोषको मेडिकल अधिकृत नियुक्ति नभएसम्मका लागि कोषको संचालक समितिको स्वीकृतिमा कार्यकारी निर्देशकले तोकेको चिकित्सक रहनेछ ।

४. **स्वास्थ्य संस्थामा हुनुपर्ने न्यूनतम स्तर तथा मापदण्ड:** यस कार्यविधि बमोजिम स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमका सेवा प्रदान गर्न चाहने स्वास्थ्य संस्थाको न्यूनतम स्तर तथा मापदण्ड नेपाल सरकारको स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले प्रचलित कानून बमोजिम निर्धारण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको न्यूनतम स्तर तथा मापदण्ड बमोजिम हुनेछ ।

५. **लागतको निर्धारण :** (१) स्वास्थ्य संस्थाले स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिम प्रदान गर्ने सेवाको अधिकतम लागत उपसमितिको सिफारिसमा कोषको सञ्चालक समितिले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको लागत सामान्यतया प्रत्येक दुई वर्षमा पुनरावलोकन गरिनेछ ।

- (३) उपदफा (१) बमोजिम कोषबाट लागत निर्धारण नभएसम्मको लागि नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, सुविधा थैली अर्न्तगतको लागत दररेटलाई नै स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिम प्रदान गर्ने सेवाको अधिकतम लागत मानिनेछ ।
६. **सूचना प्रकाशन गर्ने** : (१) कोषले स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमका सेवा प्रदान गर्न चाहने दफा ४ बमोजिमको न्यूनतम स्तर तथा मापदण्ड पूरा गरेका स्वास्थ्य संस्थालाई कोषमा आवद्ध हुनको लागि समय समयमा निवेदन माग गरी सार्वजनिक रूपमा सूचना प्रकाशन गर्नेछ ।
- (२) उपदफा (१) बमोजिमको सूचनामा स्वास्थ्य संस्थाको न्यूनतम स्तर तथा मापदण्ड र सेवा प्रदान गर्दा स्वास्थ्य संस्थाले लिन पाउने अधिकतम लागत समेत उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।
७. **कोषमा निवेदन दिनु पर्ने** : (१) दफा ६ बमोजिम सूचना प्रकाशन भएपछि कोषको तर्फबाट स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमका सेवा प्रदान गर्न चाहने स्वास्थ्य संस्थाले देहायका कागजात तथा विवरण संलग्न गरी कोषमा निवेदन दिनु पर्नेछ :-
- (क) स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन अनुमति तथा नवीकरण गरेको पुष्टि गर्ने कागजातको प्रतिलिपि
- (ख) दफा ४ बमोजिमको न्यूनतम स्तर तथा मापदण्ड बमोजिम भएको पुष्टि गर्ने कागज तथा विवरण ।
- (ग) सूचनामा उल्लेख भएका अन्य कागजात तथा विवरण ।
- (२) उपदफा (१) बमोजिमको निवेदन कोषले व्यवस्था गरेको अनलाईन माध्यमबाट समेत दिन सकिनेछ ।
८. **निवेदन उपर जाँचबुझ र छनौट** : (१) दफा ७ बमोजिम प्राप्त निवेदन उपर उपसमितिले आवश्यक जाँचबुझ गरी दफा ४ बमोजिमको न्यूनतम स्तर तथा मापदण्ड पूरा भएका स्वास्थ्य संस्थालाई कोषको तर्फबाट स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमका सेवा प्रदान गर्न सम्भौता गर्न सकिने स्वास्थ्य संस्थाको रूपमा छनौट गर्नेछ ।
- (२) उपदफा (१) बमोजिम छनौट भएका स्वास्थ्य संस्थालाई कोषले स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमका सेवा प्रदान गर्ने सम्बन्धी सम्भौता गर्न आउनको लागि अवधि तोकी सूचना दिइनेछ ।
९. **स्वास्थ्य संस्थासँग सम्भौता गर्ने** : (१) दफा ८ बमोजिम छनौट भएका स्वास्थ्य संस्थासँग कोषको तर्फबाट स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमका सेवा प्रदान गर्न कोषको कार्यकारी

निर्देशक वा निजले तोकेको कोषको अधिकृतले अनुसूची-१ बमोजिमको ढाँचामा सम्झौता गर्नेछ ।

(२) दफा ७ र ८ मा लेखिएको कुनै कुराले सो दफा बमोजिम कोषमा आवद्ध हुनको लागि कोषमा निवेदन नदिएका दफा ४ बमोजिमको न्यूनतम स्तर तथा मापदण्ड पूरा गरेका सरकारी स्वास्थ्य संस्था वा मेडिकल कलेजहरु वा विशेषज्ञ सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थासँग कोषको तर्फबाट नै अनुरोध गरी स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमका सेवा प्रदान गर्न उपदफा (१) बमोजिम सम्झौता गर्न बाधा पर्ने छैन ।

(३) संघीय सरकार वा प्रदेश सरकारबाट सञ्चालित स्वास्थ्य संस्थासँग सम्बन्धित सरकारको तालुक मन्त्रालय मार्फत समन्वय गरी सम्झौता गर्न सकिनेछ र स्थानीय तहबाट सञ्चालित स्वास्थ्य संस्थाको हकमा सम्बन्धित गाउँकार्यपालिका वा नगरकार्यपालिकासँग समन्वय गरी सम्झौता गर्न सकिनेछ ।

(४) यस दफा बमोजिम सम्झौता भएको स्वास्थ्य संस्था कोषको तर्फबाट स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमका सेवा प्रदान गर्न कोषसँग आवद्ध भएको मानिनेछ ।

१०. सेवा प्रारम्भ हुने मिति : कोष र स्वास्थ्य संस्थाबीच दफा ९ बमोजिम भएको सम्झौतामा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमका सेवा उपलब्ध गराउने सम्बन्धमा कुनै मिति उल्लेख भएकोमा सोही मितिदेखि र त्यस्तो मिति उल्लेख नभएकोमा त्यस्तो स्वास्थ्य संस्थाले सम्झौता भएको मिति देखि सेवा प्रारम्भ गर्नु पर्नेछ ।

११. आवद्धताको जानकारी : (१) दफा ९ बमोजिम कोषमा आवद्ध भएका स्वास्थ्य संस्थाको नाम, ठेगाना, सम्पर्क फोन नम्बर सहितको विवरण कोषले आफ्नो वेबसाईटमा राख्नेछ ।

(२) दफा ९ बमोजिम कोषमा आवद्ध भएका स्वास्थ्य संस्थाले कोषमा आवद्ध भएको जनाउने सूचना वा संकेत आफ्नो वेबसाईट वा साईनबोर्डमा र त्यस्तो स्वास्थ्य संस्थाको विरामी दर्ता गरी टिकट लिने स्थानमा सबैले देख्न सक्ने गरी राख्नु पर्नेछ ।

१२. कर्मचारी, चिकित्सक तथा सम्बद्ध व्यक्तिलाई तालिम दिनु पर्ने : दफा ९ बमोजिम कोषमा आवद्ध भएका स्वास्थ्य संस्थाले आफूले प्रदान गर्नु पर्ने सेवा तथा त्यस्तो सेवा प्रदान गर्दा अवलम्बन गर्नु पर्ने कार्यविधिको सम्बन्धमा आफ्ना कर्मचारी, चिकित्सक तथा सम्बद्ध व्यक्तिलाई तालिम दिनु पर्नेछ ।

१३. प्रथम सेवा विन्दु : * (१) स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिम प्रदान गरिने स्वास्थ्य उपचारको प्रयोजनको लागि सरकारी स्वास्थ्य संस्था वा कोषसँग आवद्ध भएका स्वास्थ्य संस्थालाई प्रथम सेवा विन्दु मानिनेछ ।

* दोस्रो संशोधनबाट थप गरिएको

(२) प्रथम सेवा बिन्दुवाट सेवा पाउन नसकी प्रेषण (रिफर) भएको अवस्थामा मात्र स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिम प्रदान गरिने सेवाको लागि विशेषज्ञ स्वास्थ्य संस्था तथा अन्य निजी अस्पतालमा जान सकिनेछ ।

(३) उपदफा (१) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि दुर्घटना भई वा आकस्मिक सेवा लिन पदा कोषमा आवद्ध अन्य जुनसुकै स्वास्थ्य संस्थाबाट सोभै सेवा लिन सकिनेछ ।

* (४) दुर्घटना वा अन्य कुनै कारणले निजी स्वास्थ्य संस्थामा आकस्मिक उपचारका लागि भर्ना भएका योगदानकर्ताको आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा पछिको उपचार सरकारी स्वास्थ्य संस्था वा कोषसंग आवद्ध भएका स्वास्थ्य संस्थामा हुने रहेछ भने प्रेषण (रिफर) गरी सरकारी स्वास्थ्य संस्था वा कोषसंग आवद्ध भएका स्वास्थ्य संस्थामा पठाउनु पर्नेछ ।

स्पष्टीकरण: यस दफाको प्रयोजनको लागि “आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा” भन्नाले आकस्मिक घटना वा आपत कालिन अवस्था परी जीवन जोखिमयुक्त अवस्थामा रहेका व्यक्तिहरुको जीवनलाई जोखिममुक्त गर्न, जीवन वा अंग गुम्नबाट बचाउन आवश्यकता अनुसार दिनुपर्ने प्रारम्भिक तथा तत्कालीन सेवा सम्भन्नु पर्छ ।

१४. **स्वास्थ्य सुरक्षा योजनाको सीमा:** कोषमा आवद्ध स्वास्थ्य संस्थाले प्रदान गर्ने सेवा तथा यसको सीमा सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ बमोजिमको औषधी उपचार, स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा योजना र दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजनामा उल्लेख भए बमोजिम हुनेछ ।

१५. **सेवा प्रदान गर्दा अपनाउने कार्यविधि:** (१) कोषमा आवद्ध स्वास्थ्य संस्थाले यस कार्यविधि बमोजिम स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमको सेवा प्रदान गर्दा तथा श्रमिकले सेवा लिदा अपनाउने कार्यविधि कोषसंग भएको सम्भौता तथा अनुसूची-२ मा उल्लेख भए बमोजिम हुनेछ ।

• (२) उपदफा (१) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भएतापनि कुनै योगदानकर्ताले कोषको स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमको सेवा प्राप्त गरे वापतको रकम भुक्तानीको लागि कोषले निर्धारण गरे बमोजिमको माग दाबी फारम भरी कोषमा पेश गरेमा उपसमितिको सिफारिसमा माग दाबी भएको रकम मध्ये भुक्तानी योग्य रकम सुविधा सीमा भित्र रहेर त्यस्तो योगदानकर्ताको खातामा भुक्तानी गर्न बाधा पर्ने छैन ।”

◇

• पहिलो संशोधनबाट थप गरिएको

◇ दोस्रो संशोधनबाट झिकिएको

१६. **दावी पेश गर्ने तरिका** : (१) कोषमा आवद्ध स्वास्थ्य संस्थाले योगदानकर्तालाई सेवा प्रदान गर्दा औषधी उपचार, स्वास्थ्य तथा प्रसूति सुरक्षा योजना अनुरूपको सेवाको लागि तोकिएको अधिकतम रकमको बिस प्रतिशत रकम सम्बन्धित योगदानकर्ताबाट लिई असी प्रतिशतसम्म मात्र कोषमा दावी गर्नु पर्नेछ ।

तर,

(१) त्यस्तो दावी रकम वर्षमा एकलाख भन्दा बढि र कूल भुक्तानी असी हजार भन्दा बढी हुने छैन ।

(२) स्वास्थ्य संस्थाले सम्बन्धित सेवाग्राहीको सामाजिक सुरक्षा नम्बरलाई वेवसाईट मार्फत हेर्दा पहिले एकै आर्थिक वर्षमा खण्ड (१) बमोजिमको खर्चमध्ये आंशिक खर्च भएको रहेछ भने सो हद सम्ममात्र अस्पतालले कोषबाट दावी गरी बाँकी रकम सम्बन्धित सेवाग्राहीबाट लिनु पर्नेछ ।

(३) रोजगारीजन्य दुर्घटना भई उपचार गरेको र व्यवसायजन्य रोग लागेको भनी स्वास्थ्य परीक्षण विशेष समितिले उल्लेख गरेको योगदानकर्ताको उपचारको सबै खर्च कोषबाट दावी गर्न खण्ड (२) को व्यवस्थाले बाधा पर्ने छैन र सो बाहेक अन्य दुर्घटना भएकोमा भने सामाजिक सुरक्षा योजना संचालन कार्यविधि बमोजिम हुनेछ ।

(४) स्वास्थ्य संस्थाले आफ्नो दावी पेश गर्दा कोषले निर्धारण गरेको विद्युतीय विधि (अनलाईन) मार्फत गर्नु पर्नेछ ।

तर कुनै कारणले विद्युतीय माध्यमबाट दावी पेश हुन नसकेमा कोषले निर्धारण गरेको बैकल्पिक ब्यवस्था गर्न बाधा पुगेको मानिने छैन ।

(५) स्वास्थ्य संस्थाले दावी पेश गर्दा विरामीको नाम, सामाजिक सुरक्षा नम्बर, परीक्षण प्रतिवेदन, प्रेस्क्रिप्सन र बिल स्क्यान गरी पठाउनु पर्नेछ ।

(२) योगदानकर्तालाई घरमै बसी उपचार सेवा उपलब्ध गराएकोमा त्यस्तो उपचार खर्च वापतको दावी सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाबाट नै गर्नु पर्नेछ ।

१७. **दावी उपरको छानवीन** : (१) स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त भएको औषधोपचार, स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा योजनाको दावीका सम्बन्धमा सोही योजना हेर्ने कोषको निर्देशकले वा निजले तोकिएको कुनै कर्मचारीले छानवीन गरी दावी फछ्यौट गर्नेछ ।

(२) दुर्घटना तथा असक्त सुरक्षा योजनाको हकमा सोही योजना हेर्ने कोषको निर्देशक वा निजले तोकिएको कर्मचारीले छानवीन गरी फछ्यौट गर्नु पर्नेछ ।

(३) व्यवसायजन्य रोगका सम्बन्धमा पेश भएको दावीका सम्बन्धमा दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजना हेर्ने कोषको निर्देशक वा निजले तोकेको कर्मचारीले छानवीन गरी फछ्यौट गर्नु पर्नेछ ।

(४) स्वास्थ्य संस्थाबाट व्यवसायजन्य रोगको सम्बन्धमा दावी परेको अवस्थामा कोषको सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ को दफा ३० को उपदफा (३) बमोजिमको स्वास्थ्य परीक्षण विशेष समितिमा व्यवसायजन्य रोग हो वा हैन भन्ने विषयको यकिन गर्न पठाउनु पर्नेछ ।

(५) उपदफा (४) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भएतापनि स्वास्थ्य परीक्षण विशेष समितिले व्यवसायजन्य रोग हो भनी एक पटक प्रमाणित गरिसकेकोमा त्यस्तो योगदानकर्ताको उक्त रोगको उपचार खर्चमा कुनै सीमा लागू हुने छैन ।

तर सो बाहेकको अन्य रोगको उपचारमा सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ को औषधोपचार, स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा योजनामा उल्लेखित सीमा स्वतः लागू हुनेछ ।

(६) रोजगारीजन्य दुर्घटना भनी दावी परेकोमा त्यस्तो दावी भुक्तान गर्नु अघि रोजगारीजन्य दुर्घटना हो वा हैन भनी देहायको कुराको आधारमा यकिन गर्नु पर्नेछ ।

(क) दुर्घटना भएको स्थान र समय,

(ख) निजलाई तोकिएको कार्य समय,

(ग) रोजगारीजन्य दुर्घटना हो भनी रोजगारदाताले गरेको सिफारिस,

(घ) दुर्घटनामा परेको योगदानकर्ता वा निजको उपचारमा संलग्न ब्यक्तिले रोजगारीजन्य दुर्घटना नठहरेमा खर्च फिर्ता गर्ने भनी अनुसूची-३ बमोजिम गरेको कबुलियतनामा ।

१८. विस्तृत छानवीन गर्नुपर्ने : दफा १७ बमोजिम प्राप्त दावीहरु मध्ये उपसमितिले तोकेको निश्चित रकम भन्दा बढिका प्रत्येक दावीको छानवीन गर्नुपर्ने र त्यसरी तोकिएको रकम भन्दा कम दावीको सम्बन्धमा कम्तीमा दश प्रतिशत दावीलाई नमूनाको रुपमा छनौट गरी विस्तृत छानवीन गर्नुपर्नेछ ।

१९. स्वास्थ्य संस्थाले भुक्तानी पाउने अवधि र तरिका : (१) स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमको सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थालाई कोषसँग भएको सम्झौतामा उल्लेख भएको शर्तको अधीनमा रही दावी निरन्तर रुपमा पेश भएको भएतापनि सामान्यतया मासिक रुपमा भुक्तानीको व्यवस्था मिलाईनेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम दावि रकम भुक्तानी गर्दा स्वास्थ्य संस्थाले दिएको खाता नम्वरमा सोभै हस्तान्तरण हुने ब्यवस्था मिलाईनेछ । यसरी भुक्तानी गर्दा लाग्ने कमिसन सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाले व्यहोनु पर्नेछ ।

तर अनलाईन भुक्तानी नहुने अवस्थामा ए सि पेयी चेक मार्फत भुक्तानी गर्न बाधा पर्नेछैन ।

२०. **निरीक्षण गरी निर्देशन दिन सक्ने:**(१) कोषमा आवद्ध स्वास्थ्य संस्थामा यस कार्यविधि बमोजिम कायम हुनु पर्ने न्यूनतम स्तर तथा मापदण्ड पूरा भए नभएको वा सेवा प्रदान गर्दा कायम गर्नु पर्ने न्यूनतम स्तर कायम गरे नगरेको विषयका कोष वा उपसमितिले समय समयमा निरीक्षण गर्न वा गराउन सक्नेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम गरिएको निरीक्षणबाट कोषमा आवद्ध कुनै स्वास्थ्य संस्थाको न्यूनतम स्तर तथा मापदण्डमा सुधार गर्नु पर्ने वा सेवामा सुधार गर्नु पर्ने देखिएमा कोष वा उपसमितिले त्यस्तो स्वास्थ्य संस्थालाई आवश्यक निर्देशन दिन सक्नेछ र त्यसरी दिएको निर्देशनको पालना गर्न सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको कर्तव्य हुनेछ ।

२१. **आपसी छलफलबाट समस्याको समाधान गरिने :**स्वास्थ्य संस्थाले प्रदान गर्ने सेवा तथा भुक्तानी सम्बन्धी विषयमा कुनै समस्या उत्पन्न भएमा उपसमिति र सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको अधिकारिक प्रतिनिधिबीच आपसी छलफल गरी गुनासोको समाधान गरिनेछ ।

२२. **स्वास्थ्य बीमा कोषमा आवद्ध भएका वा सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिन सकिने :**
(१) यस कार्यविधिमा अन्यत्र जुनसुकै कुरा लेखिएको भएतापनि यो कार्यविधि बमोजिम कोषले स्वास्थ्य संस्थाको छनौट गरी स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमको सेवा प्रदान गर्ने सम्बन्धमा प्रत्येक प्रदेशमा कम्तीमा दश दश वटा स्वास्थ्य संस्थासँग सम्झौता भई नसकेको अवस्थामा त्यस्तो प्रदेशमा रहेको कोषको योगदानकर्ताले प्रचलित कानून बमोजिम स्थापित स्वास्थ्य बीमा कोषमा आवद्ध भएका वा सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थामा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिम पाउने हदसम्मको सेवा लिन सक्नेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम लिएको सेवा वापतको रकम कोषले कोषको सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ को अधीनमा रही त्यस्तो स्वास्थ्य संस्थालाई यस कार्यविधि बमोजिम भुक्तानी गर्न बाधा पर्ने छैन ।

अनुसूची-१

(दफा ९ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

(कोष र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्न छनौट भएका स्वास्थ्य संस्थासँग गरिने सम्झौताको ढाँचा)^१

सामाजिक सुरक्षा कोष र (स्वास्थ्य संस्थाको नाम) बीच स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमका स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्न सम्पन्न गरिएको सम्झौता

जिल्ला काठमाडौं, बबरमहल स्थित सामाजिक सुरक्षा कोष(यस पछि “प्रथम पक्ष” भनिएको)लाई योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा ऐन, २०७४ अर्न्तगत सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ बमोजिम सामाजिक सुरक्षा कोषका योगदानकर्तालाई प्रदान गरिने औषधी उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना, योगदान कर्ता वा योगदानकर्ताको श्रीमतीलाई मातृत्व सुरक्षा योजना र दुर्घटना तथा अशक्त सुरक्षा योजना अर्न्तगतका स्वास्थ्य उपचार सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्था आवश्यक भएको र प्रदेश, गाउँपालिका/नगरपालिका वडा नम्बर को स्थानमा रहेको (स्वास्थ्य संस्थाको नाम)(यस पछि “दोस्रो पक्ष” भनिएको) ले प्रथम पक्षको तर्फबाट उल्लिखित योजना अर्न्तगतका स्वास्थ्य उपचार सेवा प्रदान गर्न चाहेकोले देहायको शर्तहरूको अधीनमा रही प्रथम पक्षको सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ बमोजिम सेवा प्रदान गर्न गराउन दुवै पक्षको मन्जुरी भएकोले आज मिति दिन यो सम्झौता सम्पन्न गरिएको छ ।

१. **कोषको तर्फबाट स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने** : (१) सामाजिक सुरक्षा कोषमा तीन महिना भन्दा बढि लगातार योगदान गरिरहेको योगदानकर्तालाई प्रथम पक्षको तर्फबाट सामाजिक सुरक्षा योजना संचालन कार्यविधि, २०७५ मा उल्लेख भएका देहाय बमोजिमका स्वास्थ्य सेवाहरू दोश्रो पक्षले प्रदान गर्नेछ :

(क) औषधी उपचार, स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा योजना अर्न्तगतका सुविधाहरू

(अ) चिकित्सकको परामर्श सेवा,

^१यस सम्झौताको सामान्य ढाँचामात्र हो यसलाई कोषको कार्यकारी निर्देशकले योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा ऐन, २०७४, योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा नियमावली २०७५, सामाजिक सुरक्षा कोष सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ तथा यस कार्यविधिको व्यवस्थाको प्रतिकुल नहुने गरी आवश्यक परिमार्जन सहित लागू गर्न सक्नेछ ।

- (आ) अस्पताल भर्ना तथा शल्यक्रिया सेवा,
- (इ) रोगको परीक्षण तथा उपचार सेवा,
- (ई) औषधी,
- (उ) योगदानकर्ता वा योगदानकर्ताको श्रीमतीको नियमित गर्भ परीक्षण, अस्पताल भर्ना, शल्य क्रिया तथा तीन महिनासम्मको शिशुको उपचार,
- (ऊ) अस्पतालमा भर्ना नभएको तर उपचारका लागि अस्पतालमा आवत जावत गर्न सक्ने अवस्था नभई घरैमा बसी उपचार गराएकोमा चिकित्सकवा स्वास्थ्यकर्मीले विरामीको घरमै गई प्रदान गरेको परामर्श सेवा।

(ख) दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजना अन्तर्गतको उपचार सम्बन्धी सेवा ।

(२) दोस्रो पक्षले स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराए वापत लाग्ने सेवा शुल्क मध्ये देहायको सीमामा नबढ्ने गरी हुन आउने शुल्क रकमको असी प्रतिशत रकम प्रथम पक्षले दोस्रो पक्षलाई भुक्तानी गर्नेछ र त्यस्तो रकमको बिस प्रतिशतले हुन आउने रकम दोस्रो पक्षले त्यस्तो सेवा लिने व्यक्तिबाटै लिनु पर्नेछ ।

- (क) अस्पतालमा भर्ना भई उपचार गराउनु पर्ने योगदानकर्तालाई वार्षिक रुपमा एक लाख रुपैयाँसम्म,
- (ख) योगदानकर्ता वा योगदानकर्ताको श्रीमतीको प्रसूति सम्बन्धी उपचार तथा नवजात शिशुको उपचार खर्च समेत खण्ड (क)को रकमको हदमा नबढ्ने गरी,
- (ग) अस्पताल भर्ना भई उपचार गराउनु पर्ने अवस्था बाहेकका योगदानकर्ताहरूलाई चिकित्सकको प्रेस्क्रिप्सन बमोजिम वार्षिक रुपमा बढीमा पच्चिस हजार रुपैयाँसम्म ।

२ **प्रथम पक्षले खर्च नव्यहोर्ने** : यस सम्झौताको प्रकरण १ मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि देहायको स्वास्थ्य उपचार वापत लाग्ने कुनै रकम दोस्रो पक्षले प्रथम पक्षसँग दाबी गर्न सक्ने छैन र प्रथम पक्षले त्यस्तो उपचारको कुनै खर्च व्यहोर्ने छैन :

- (क) दुर्घटना भई उपचारको लागि आवश्यक पर्ने अवस्थामा बाहेक प्लाष्टिक सर्जरी तथा दाँतको उपचार वापतको खर्च,
- (ख) बारियट्रिक सर्जरी (बोसो निकाल्ने) वापतको खर्च,
- (ग) देशव्यापी रूपमा महामारी फैलिई कोषले खर्च धान्न नसक्ने भै योजना निलम्बन गरेको अवस्थामा,
- (घ) दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजना अर्न्तगत सामाजिक सुरक्षा योजना संचालन कार्यविधि, २०७५ मा उल्लेख भएको अन्य समान सुविधा प्राप्त गरेको अवस्थामा ।

३. **अभिमुखीकरण तालिम दिने:** कोषमा आवद्ध भए पछि तीन महिना भित्र प्रथम पक्षले दोश्रो पक्षलाई देहाय बमोजिम अभिमुखीकरण तालिम दिने व्यवस्था मिलाउनेछ:

- (क) दोस्रो पक्षका कर्मचारीलाई सामाजिक सुरक्षा योजना संचालन कार्यविधिको विषयमा जानकारी गराउने,
- (ख) कार्यक्रमसंग सम्बन्धित प्रचार सामग्री (ब्रोसर, पोष्टर आदि) उपलब्ध गराउने,
- (ग) कार्यक्रम संचालनको लागि सूचना प्रणाली तथा आन्तरिक कार्यविधि सम्बन्धमा जानकारी गराउने,
- (घ) न्यूनतम स्तर तथा सेवाको अधिकतम खर्च सम्बन्धी व्यवस्थावारे जानकारी गराउने,
- (ङ) भुक्तानी मागदावी गर्ने तरिका र यसको विविध पक्षको बारेमा जानकारी गराउने ।

४. **योगदानकर्ता नियमित हो वा होईन यकिन गर्ने :**(१) कुनै विरामीले आफु सामाजिक सुरक्षा कोषको योगदानकर्ता भनी दावी गरेमा त्यस्तो योगदानकर्ताले जाँच गर्न आएको दिनमा कम्तिमा तीन महिना लगातार योगदान गरेको हो वा होईन भन्ने विषयको यकिन दोस्रो पक्षले सेवा उपलब्ध गराउने क्रममा गर्नुपर्नेछ ।

(२) कोषमा लगातार तीन महिनासम्म योगदान नगरेको कुनै योगदानकर्ताको दोस्रो पक्षले उपचार गरेकोमा वा योगदान कर्ताले दोस्रो पक्षको सेवा लिएमा सो वापतको उपचारमा भएको खर्च कोषसंग दोश्रो पक्षले दावी गर्न पाउने छैन ।

तर दुर्घटनाको कारण हुने उपचारको हकमा तीन महिना योगदान नगरी एक पटक योगदान गरेको र एक महिना अवधि पुरा नभएको रहेछ भने पनि दावी गर्न पाउनेछ ।

(३) सेवा दिनु अघि कुनै योगदानकर्ताको हकमा कति रकम बराबरको सेवा सो आर्थिक वर्षमा दिन बाँकि छ भन्ने एकिन गरी सो हद सम्मको सेवा बापत कोषमा दावी गर्ने र अरु सेवाको लागि आफै खर्च व्यहोर्नु भनी योगदानकर्तालाई जनाउनु दिनु पर्नेछ ।

(४) कुनै योगदानकर्ता नियमित हो भन्ने यकिन भएपछि निजको श्रीमतीको प्रसूति स्याहार सुविधा बमोजिम सुविधा माग दावी गरेकोमा प्रसूति स्याहार सेवा लिनु अगाडि सम्बन्धित महिला योगदानकर्ताको श्रीमती हो भन्ने कुरा दोस्रो पक्षले यकिन गर्नु पर्दछ ।

(५) दोस्रो पक्षले योगदानकर्तालाई सेवा प्रदान गर्नु अघि त्यस्ता सेवा बापत लाग्न सक्ने खर्च अग्रिम रुपमा कोषले तोकेको सूचना प्रणालीमा जनाउनुको लागि प्रविष्टि गरिदिनु पर्नेछ ।

५. आन्तरिक व्यवस्था मिलाउनु पर्ने : दोस्रो पक्षले देहाय बमोजिमको कार्य गर्ने व्यवस्था गर्नुपर्नेछ:

- (क) स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता तथा सोधपुछका लागि उचित प्रबन्ध मिलाउने,
- (ख) प्रथम पक्षले तोकेको निश्चित प्रक्रिया र ढाँचामा अभिलेख राखी प्रतिवेदन गर्ने,
- (ग) दोस्रो पक्षको आफ्नै परिसरमा औषधी वितरण कक्षको व्यवस्थापन गर्ने र योगदानकर्तालाई औषधी उपलब्ध गराउने व्यवस्था मिलाउने,
- (घ) अस्पतालको सेवा तथा औषधीहरुको निरन्तर उपलब्ध हुने व्यवस्था सुनिश्चित गर्ने,
- (ङ) सेवाग्राहीको गुनासो सुनुवाई र सो को व्यवस्थापन गर्ने गराउने,
- (च) शिष्टाचारपूर्ण व्यावहार गर्ने र यस सम्बन्धमा आफ्ना कर्मचारीलाई प्रशिक्षित गर्ने

६. न्यूनतम स्तर कायम गर्नु पर्ने :(१) प्रथम पक्षले निर्धारण भएको सेवाको न्यूनतम स्तर दोस्रो पक्षले पालना गर्नुपर्नेछ ।

(२) दोस्रो पक्षले उपचार सेवा दिँदा राष्ट्रिय उपचार संहिता (प्रोटोकल) को अनुशरण गर्नुपर्नेछ । राष्ट्रिय उपचार संहिता(प्रोटोकल) नभएको अवस्थामा प्रचलित उपचार संहिताको पालना गर्नुपर्नेछ ।

७. **प्रेषण गर्नु पर्ने** : दोश्रो पक्षले आफ्नो स्वास्थ्य संस्थामा कुनै सेवा उपलब्ध हुन नसकेमा कोषमा आवद्ध भएको नजिकको अर्को स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नु पर्नेछ ।

८. **जेनेरिक नाममा औषधी सिफारिस गर्ने**:(१) योगदानकर्तालाई आवश्यक औषधी र उपकरण दोश्रो पक्ष आफैले उपलब्ध गराउने र सम्भव भएसम्म आफैले खरिद गरेर मात्र सेवा दिनु पर्नेछ ।

(२) आफु समक्ष नभएको औषधी सिफारिस गर्दा प्रचलित कानूनको अधीनमा रही जेनेरिक नामबाट मात्र सिफारिस गर्नु पर्नेछ ।

(३) दोस्रो पक्षले औषधी कक्षमा चौविसै घण्टा औषधी उपलब्ध गराउने व्यवस्था सुनिश्चित गर्नु पर्नेछ ।

९. **पहिलो प्रवेश विन्दु/प्रेषण अस्पतालको रुपमा काम गर्ने** : (१) कोषको सेवा प्रदान गर्ने प्रयोजनको लागि दोश्रो पक्ष प्रथम सेवा विन्दु/प्रेषण अस्पतालको रुपमा रहनेछ।

(२) खण्ड (१) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भएता पनि दुर्घटना भई वा आकस्मिक सेवा लिनु पर्दा सोभै कोषमा आवद्ध अन्य जुनसुकै अस्पतालबाट सेवा लिन बाधा पर्नेछैन ।

१०. **सेवावापतको रकम भुक्तानीको व्यवस्था** : प्रथम पक्षले दोस्रो पक्षलाई देहाय बमोजिम सेवा वापतको भुक्तानी गर्ने व्यवस्था मिलाउने छ :

(क) दोश्रो पक्षले सेवा वापतको भुक्तानी दावी गर्दा सेवाको अधिकतम दर भन्दा वढी हुने गरी दावी गर्न पाउने छैन ।

(ख) कोषसंग दावी रकम भुक्तानी दावी गर्दा कोषमा आवद्ध व्यक्तिको संख्या र रकमको आधारमा मासिक रुपमा वा त्रैमासिक रुपमा दोश्रो पक्षले दावी गर्नु पर्नेछ ।

(ग) प्रथम पक्षले दावी गरेको रकम लगायतका विषयहरुमा दोश्रो पक्षसंग थप विवरण माग गर्न सक्नेछ र यस्तो विवरण दिनु दोश्रो पक्षको कर्तव्य हुनेछ ।

११. **दावी पेश गर्ने तरिका** : दोस्रो पक्षले योगदानकर्तालाई सेवा प्रदान गर्दा औषधी उपचार, स्वास्थ्य तथा प्रसूति सुरक्षा योजना अनुरूपको सेवाको लागि बीस प्रतिशत रकम सम्बन्धित योगदानकर्ताबाट लिई ८० प्रतिशतसम्म मात्र कोषमा दावी गर्नुपर्नेछ ।

तर,

(१) यस्तो दावी रकम वर्षमा एकलाख भन्दा वढी हुनेछैन ।

- (२) दोस्रो पक्षले सम्बन्धित सेवाग्राहीको सामाजिक सुरक्षा नम्बरलाई वेससाईट मार्फत हेर्दा पहिले एकै आर्थिक वर्षमा उपखण्ड (१) बमोजिमको खर्च मध्ये आंशिक खर्च भएको रहेछ भने सो हदसम्म मात्र दोस्रो पक्षले कोषबाट दावी गरी बाँकि रकम सम्बन्धित सेवाग्राहीबाट लिनुपर्नेछ ।
- (३) रोजगारीजन्य दुर्घटना भई उपचार गरेको र व्यवसायजन्य रोग लागेको भनी प्रथम पक्षको स्वास्थ्य परिक्षण विशेष समितिले उल्लेख गरेको योगदानकर्ताको उपचारको सबै खर्च प्रथम पक्षसँग दावी गर्न उपखण्ड (२) मा उल्लेखित व्यवस्थाले वाधा पर्ने छैन र रोजगारीजन्य दुर्घटना बाहेकको अन्य दुर्घटना भएकोमा भने सात लाखसम्मको खर्च दावी गर्न सकिनेछ ।
- (४) दोस्रो पक्षले आफ्नो दावी पेश गर्दा प्रथम पक्षले तोकेको विद्युतिय विधि (अनलाईन) मार्फत गर्नु पर्नेछ ।

तर कुनै कारणले विद्युतिय माध्यमबाट दावी पेश हुन नसकेमा प्रथम पक्षले उपलब्ध गराएको बैकल्पिक व्यवस्था बमोजिम दावी पेश गर्न सकिनेछ ।

- (५) दोस्रो पक्षले दावी पेश गर्दा विरामीको नाम, सामाजिक सुरक्षा नम्बर, प्रेस्क्रिप्सन र बिल स्क्यान गरी पठाउनु पर्नेछ ।

१२. भुक्तानी पाउने अवधि र तरिका : (१) दोस्रो पक्षबाट प्रथम पक्षलाई पठाईएका दावीका सम्बन्धमा प्रथम पक्षले आवश्यक छानवीन गरी सामान्यतया मासिक रुपमा भुक्तानीको व्यवस्था गर्नेछ ।

(२) रकम भुक्तानी गर्दा दोस्रो पक्षको देहायको बैकमा रहेको देहायको खातामा सोभै रकम हस्तान्तरण गर्नेछ र यसरी भुक्तानी गर्दा लाग्ने कमिसन दोस्रो पक्षले ब्यहोनु पर्नेछ :

बैंकको नाम :

ठेगाना :

खाता नं. :

१३. निरीक्षण गर्न सकिने : प्रथम पक्षले दोस्रो पक्षको कार्यस्थल, सेवा प्रदान गर्ने तरिका, सेवाको न्यूनतम स्तर पालना भएको वा नभएको विषयमा समय समयमा आफैले वा आफ्नो

- तर्फबाट कुनै संस्थालाई अख्तियारी दिई निरीक्षण गर्न गराउन सक्नेछ । यसरी गरिएको निरीक्षणमा सुधार गर्न दिएको सुझाव पालना गर्नु दोश्रो पक्षको कर्तव्य हुनेछ ।
१४. **अभिलेख अद्यावधिक राख्नुपर्ने** :दोश्रो पक्षले प्रथम पक्षसंग गरेको यो सम्झौता बमोजिम प्रदान गरेको सेवा सम्बन्धी अभिलेख अद्यावधिक राख्नु पर्नेछ र यस्तो अभिलेख सम्झौता समाप्त भएको तीन वर्षसम्म सुरक्षित राख्नु पर्नेछ ।
१५. **निशुल्क सेवाको लागि समन्वय गर्ने** : (१) कुनै सेवाको लागि नेपाल सरकार वा प्रदेश सरकार वा स्थानीय तहले निशुल्क सेवा दिने व्यवस्था गरेकोमा त्यस्तो सेवाको लागि समन्वय गरिदिनु दोश्रो पक्षको कर्तव्य हुनेछ ।
- (२) यसरी निशुल्क सेवा दिएकोमा दोश्रो पक्षले प्रथम पक्षबाट कुनै रकम दावी गर्न पाउने छैन ।
१६. **आवद्धताको सूचना दिन सक्ने** : (१)दोस्रो पक्षकोनाम, ठेगाना, सम्पर्क फोन नम्बर सहितको विवरण प्रथम पक्षको वेवसाईटमा राखिनेछ ।
- (२) दोश्रो पक्षले आफ्नो वेवसाईट वा साईनवोर्डमा वा विरामी दर्ता गर्ने वा टिकट काट्ने स्थानमा सबैले देख्न सक्ने गरी प्रथम पक्षको तर्फबाट सेवा उपलब्ध गराउने व्यहोरा जनाउने अन्य कुनै संकेत राख्नु पर्नेछ ।
१७. **आफ्नो कर्मचारीलाई तालिम दिनु पर्ने** : दोश्रो पक्षले प्रथम पक्षको तर्फबाट प्रदान गरिने सेवा तथा सो सम्बन्धी कार्यविधिको सम्बन्धमा आफ्नो कर्मचारी, चिकित्सक तथा सम्बद्ध व्यक्तिलाई तालिम दिनुपर्नेछ ।
१८. **स्तर तथा लागतको पुनरावलोकन** : यस सम्झौतामा लेखिएको स्तर र लागत सम्बन्धी व्यवस्थामा परिवर्तन भएमा स्वतः सो बमोजिमको न्यूनतम स्तर कायम गर्नु दोश्रो पक्षको कर्तव्य हुनेछ । यस सम्झौतामा लेखिएको लागत रकमको पुनरावलोकन भएमा सो को सूचना पहिलो पक्षले दोश्रो पक्षलाई दिनु पर्नेछ र दोश्रो पक्षको यसमा सहमति गरेपछि संशोधित लागत व्यवस्था पुनरावलोकन भएको मानिनेछ ।
१९. **सम्झौता भएको मिति देखि सेवा दिनु पर्ने** : दोश्रो पक्षले सम्झौता भएको मिति देखि नै सेवा दिनु पर्नेछ ।
२०. **कोषमा आफ्नो कर्मचारीलाई सूचीकरण गराउनु पर्ने** : (१) नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार र स्थानीय सरकारले निवृत्तिभरण वा समाजिक सुरक्षाको व्यवस्था गरेकोमा बाहेक दोश्रो

पक्षले आफू रोजगारदाताको हैसियतमा कोषमा सूचीकरण भै आफू माताहतका कर्मचारी तथा श्रमिकलाई कोषमा सूचीकरण गराई नियमित योगदान गर्नु पर्नेछ ।

(२) यो सम्झौता भएको मितिले एक वर्ष भित्र सूचीकरण नभएमा र योगदान नगरेमा कोषसंगको आवद्धता अन्त्य हुनेछ।

२१. **सम्झौता स्वतः समाप्त हुने अवस्था :** कुनै कारणले दोश्रो पक्षलाई नियमन गर्ने निकायले कारवाही गरी सेवा बन्द गर्न आदेश दिएमा वा प्रकरण २० को शर्त उलङ्घन गरेमा यो सम्झौता स्वतः समाप्त हुनेछ र सो मिति पछि दोश्रो पक्षले सेवा दिन पाउने छैन ।

२२. **सम्झौता अन्त्य गर्न सकिने :** देहायको अवस्थामा सम्झौताका पक्षले सम्झौता अन्त्य गर्न सक्ने छन् :

(क) कुनै कारणले सम्झौता अन्त्य गर्न चाहेमा दुवै पक्षले अर्को पक्षलाई कम्तिमा तीन महिनाको अग्रिम जानकारी दिनुपर्नेछ ।

(ख) देहायको अवस्थामा प्रथम पक्षले सेवा अन्त्य गर्ने सूचना दिन सक्नेछ :

अ. दोश्रो पक्षले सेवाको न्यूनतम स्तर कायम नगरेमा

आ. सेवाको लागि निर्धारण गरेको मुल्य भन्दा वढी रकम दावी गरेमा

इ. यस सम्झौता बमोजिमको सेवा दिन हेलचेक्राई गरेमा वा लापरवाही गरेमा

ई. सेवा प्रदान गर्ने चिकित्सक वा अन्य कर्मचारीको व्यवहार उचित नभएको भनी सेवाग्राहीले पटक पटक गुनासो गरेमा ।

उ. यो सम्झौता बमोजिम राख्नु पर्ने अभिलेख अद्यावधिक गरेको नदेखिएको वा भुट्टा प्रतिवेदन पेश गरेमा,

(ग) प्रथम पक्षले दावीको भुक्तानी तोकिएको समयभित्र नगरेमा वा दावी भुक्तानीमा अनावश्यक हैरानी भएमा दोश्रो पक्षले सम्झौता अन्त्य गर्न सक्नेछ ।

२३. **आपसि रुपमा गुनासो समाधान गरिने :** यो सम्झौता कार्यान्वयन गर्ने सिलसिलामा कुनै द्विविधा वा विवाद उत्पन्न भएमा दुवै पक्षको सहमतिमा त्यस्तो द्विविधा वा विवादको समाधान गरिनेछ।

२४. सम्झौताको मान्य अवधि : (१) यो सम्झौता पहिलो पटक हस्ताक्षर भएको मितिबाट सम्म लागू हुनेछ ।

(२) कुनै पक्षले सम्झौता रद्द हुने वा संशोधन हुने विषयको जनाउ नदिएमा स्वतः अर्को एक वर्षको लागि नवीकरण भएको मानिनेछ ।

२५. सामाजिक सुरक्षा कोष संचालक समितिको निर्णय गरेबमोजिम हुने :: यस सम्झौताको कार्यान्वयन सम्बन्धमा कुनै विषयमा स्पष्ट नभएमा वा सेवाको विषयमा कुनै द्विविधा भएमा योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा ऐन, २०७४, योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा नियमावली २०७५ तथा सामाजिक सुरक्षा कोष सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ को आधारमा सामाजिक सुरक्षा कोष संचालक समितिको निर्णय गरे बमोजिम हुनेछ ।

२६. यस सम्झौताको अभिन्न अंग मानिने : सामाजिक सुरक्षा कोषको सामाजिक सुरक्षा कोष सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ र सामाजिक सुरक्षा कोषको स्वास्थ्य सुरक्षा योजनाको लागि स्वास्थ्य संस्था छनौट तथा योजनाको रकम भुक्तानी सम्बन्धी कार्यविधि, २०७६ यस सम्झौताको अभिन्न अंग मानिनेछ ।

प्रथम पक्षको तर्फबाट अधिकार प्राप्त नाम :

पद:

दस्तखत :

कार्यालय

मिति :

रोहबर :

नम :

पद :

दस्तखत :

कार्यालय:

दोस्रो पक्षको तर्फबाट अधिकार प्राप्त नाम :

पद:

दस्तखत :

कार्यालय

मिति :

रोहबर :

नम :

पद :

दस्तखत:

कार्यालय:

अनुसूची-२
(दफा १५सँग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य संस्थाले सेवा प्रदान गर्दा अपनाउने कार्यविधि

कोषमा आवद्ध भएको स्वास्थ्य संस्थाले सेवा प्रदान गर्दा देहाय बमोजिमको कार्यविधिको अधीनमा रही सेवा प्रदान गर्नु पर्दछ ।

- चरण १ : सेवा प्रदान गर्नु अघि सेवाग्राही कोषको योगदानकर्ता भए नभएको यकिन गर्नुपर्नेछ ।
- चरण २ : कोषमा आवद्ध भएको वा नभएको एकिन गर्न दर्तामा बस्ने कर्मचारीले सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाबाट सामाजिक सुरक्षा कोषको SOSYS System मा Login गरी सामाजिक सुरक्षा नम्बर, नाम, योगदान शुरु भएको मिति, पाउने सुविधाको अवस्था जाँच गरी यसका आधारमा दर्तामा बस्ने कर्मचारीले सदस्यता प्रमाणिकरण गर्नुपर्नेछ । इन्टरनेट सुविधा नभएको अवस्थामा कर्मचारीले SSID नम्बरका आधारमा उपचार प्रक्रिया अघि बढाउने र पछि रुजु गर्नुपर्नेछ । योगदानकर्ताको सुविधाको रकम सम्बन्धमा QR(Quick Response) कोड प्रयोग गरी जानकारी लिनुपर्नेछ ।
- चरण ३ : सेवा लिन आएको कुनै सेवाग्राहीले आफू योगदानकर्ता भएको दावी गरेको तर QRCode(Quick Response)कोड स्क्यान गर्दा सो स्पष्ट हुन नसकी कुनै समस्या उत्पन्न भएमा स्वास्थ्य संस्थाका कर्मचारीले कोषको सम्बन्धित शाखामा समन्वय गरी योगदानकर्ता यकिन गर्नु पर्नेछ ।
- चरण ४ : स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आएको योगदानकर्ताको सुविधा सीमामा बाँकी रहेको रकमको जानकारी योगदानकर्तालाई गराई सो सीमा भन्दा बढी उपचार खर्च लागेमा योगदानकर्ताले भुक्तानी गर्नु पर्ने विषयको जानकारी निजलाई गराउनु पर्नेछ ।
- चरण ५ : योगदानकर्ता एकिन भई निजको सुविधा सीमामा रहेको रकम समेत एकिन भए पश्चात उपचारको प्रकृया अगाडि बढाउनु पर्नेछ ।
- चरण ६ : योगदानकर्तालाई स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना गरी उपचार गराउनु पर्ने भएमा सम्बन्धित चिकित्सकले निजलाई वा निजको आफन्तलाई सो विषयको जानकारी गराई भर्नाका लागि सम्बन्धित विभागमा लेखी पठाउनु पर्नेछ ।
- चरण ७ : योगदान कर्ताको उपचारका लागि सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा सेवा उपलब्ध नभई कोषमा सूचीकृत अन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण (रिफर) गर्नु पर्ने अवस्था आएमा सम्बन्धित चिकित्सकले प्रेषण (रिफर) फारममा हस्ताक्षर गरी सो सम्बन्धी अन्य प्रकृया पुरा गर्न सम्बन्धित शाखामा पठाउनु पर्नेछ ।
- चरण ८ : स्वास्थ्य संस्थामा उपचार गर्न आएका वा भर्ना भई उपचारमा रहेका योगदानकर्ताका लागि आवश्यक औषधी र उपचारका लागि आवश्यक पर्ने अन्य उपकरणहरूको व्यवस्था स्वास्थ्य संस्थाबाट सञ्चालित फार्मेसीबाट उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।

अनुसूची-३

(दफा १७को उपदफा (६) को खण्ड (घ) सँग सम्बन्धित)

स्वघोषणा फारम

मिति ...

श्री कार्यकारी निर्देशक ज्यू
सामाजिक सुरक्षा कोष
बबरमहल, काठमाण्डौ ।

बिषय : रोजगारीजन्य दुर्घटनामा परेको सम्बन्धमा ।

म सामाजिक सुरक्षा नं. भएको योगदानकर्ता मिति मा रोजगारीजन्य दुर्घटनामा परेको ब्यहोरा जानकारी गराउँदछु । रोजगारीजन्य दुर्घटना प्रमाणित नभएको अवस्थामा मेरो उपचार वापत कोषले गरेको खर्च सोधभर्ना गर्न मेरो मञ्जुरी छ ।

दुर्घटना भएको मिति :

दुर्घटना भएको स्थान :

दुर्घटना भएको समय :

दुर्घटनाको संक्षिप्त विवरण

सहिच्छाप :

योगदानकर्ताको नाम थर :

(योगदानकर्ताले हस्ताक्षर गर्न असमर्थ भएमा निजको उपचारमा संलग्न ब्यक्तिले सहिच्छाप गरी नाम लेख्ने)