स्वास्थ्य बीमा बोर्डको स्थिति सम्बन्धमा जारी

श्वेतपत्र

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड

२०८१ चैत्र

पृष्ठभूमि

१. स्वास्थ्य बीमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा नागरिकको सर्वव्यापी पहुँच स्थापित गराउने नेपाल सरकारको लक्ष्यलाई कार्यान्वयन गर्ने एउटा महत्वपूर्ण कार्यक्रम हो। यो स्वास्थ्य उपचारका क्रममा व्यक्तिगत खर्चलाई घटाउँदै लैजानका लागि वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्न प्रयोगमा ल्याईएको प्रणाली हो। सम्वत् २०७२ मा परीक्षण प्रयास थालिएको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ जारी भए पश्चात संगठित एवं व्यवस्थित रुपमा सञ्चालन हुँदै आएको छ ।

२. कार्यक्रम सुरु भएका केही वर्षमा यसले महत्वपूर्ण उपलब्धिहरु हासिल गरेको छ । स्वास्थ्य बीमा प्रति आमनागरिकको चासो बढनु, स्वास्थ्य बीमाको बहसले राष्ट्रिय स्थान पाउनु, सेवा देशभर विस्तार हुनु, प्रत्येक वर्ष नागरिक सहभागिता बढदै जानु, उपचार लिनेको सङ्ख्या बढदै जानु आदि जस्ता उपलब्धि हासिल हुनुलाई यसको महत्वपूर्ण सफलता मान्नु पर्दछ । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको प्रभावकारिता प्रति धेरै प्रश्नहरु उठे तापनि यसको अपरिहार्यतामा सबै पक्षमा एक प्रकारको सहमति रहेको देखिन्छ । विद्यमान कमी कमजोरीलाई सम्बोधन गर्ने गरी बीमाको पुर्नसंरचना होस् भन्ने आम धारणा रहेको छ । विगतमा भएका सकारात्मक प्रयासका लागि कृतज्ञता व्यक्त गर्दै प्राप्त उपलब्धि र सिकाईहरुको आधारमा आगामी कार्यदिशा निर्धारण गर्दै लगिनेछ । स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट सञ्चालित स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको वास्तविक अवस्था सबैको जानकारीमा ल्याउन यो श्वेत पत्र जारी गरिएको छ ।

सेवाको फैलावट

३. **बहुसङ्ख्यक नागरिक स्वास्थ्य बीमामा समेटिन बाँकी रहेका** । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम हाल ७७ जिल्लाको ७४९ वटा स्थानीय तहमा विस्तार भएको छ। कार्यक्रम लागु भएदेखि हालसम्म कुल ८९ लाख ५२ हजार १३५ जना व्यक्ति स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध भएका छन्। आर्थिक वर्ष २०८१।८२ को फाल्गुन मसान्तसम्ममा क्रियाशील बिमितको सङ्ख्या ५७ लाख ५३ हजार ८१७ रहेको छ जुन कुल जनसङ्ख्याको २० प्रतिशत हो । जसमध्ये सामान्य क्रियाशील बिमित ४३ लाख २ हजार ७०९ अर्थात कुल बिमित मध्ये ७५ प्रतिशत र क्रियाशील लक्षित बिमित १४ लाख ५१ हजार १०८ अर्थात २५ प्रतिशत रहेका छन् । क्रियाशील बिमितको सङ्ख्या विश्लेषण गर्दा अझ पनि बहुसङ्ख्यक अर्थात ८० प्रतिशत नागरिकलाई समेटन थप मेहनत गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

४. **बहुसङख्यक घरधुरी समेटिन बाँकी** । आर्थिक वर्ष २०७४।७५ मा कुल क्रियाशील आवद्ध घरधुरी २ लाख ३८ हजार ४९२ रहेको र आर्थिक वर्ष २०७८।७९ मा क्रियाशील आवद्ध घरधुरी

सङ्ख्या बढेर १४ लाख २६ हजार १३१ पुगेको देखिन्छ । आर्थिक वर्ष २०८१।८२ को फाल्गुन मसान्तसम्ममा ज्येष्ठ नागरिक बाहेक कुल आवद्ध घरधुरी ९ लाख ८२ हजार ६२ अर्थात १५ प्रतिशत र ज्येष्ठ नागरिक समावेश गरी २० लाख ७५ हजार ७०० परिवार स्वास्थ्य बीमामा क्रियाशील छन् यो कुल घरधुरीको जम्मा ३१ प्रतिशत हो । आवद्ध घरधुरीको प्रतिशत आवद्ध जनसङ्ख्याको भन्दा बढी देखिनुको मूल कारण ज्येष्ठ नागरिक लगायतलाई एक एकाइ मान्दा हो । यसले विगतका वर्षहरुमा बीमामा आवद्ध हुने घरधुरी बढदै गए तापनि अझै बहुसङ्ख्यक अर्थात ६९ प्रतिशत घरधुरीलाई स्वास्थ्य बीमामा समेटनु पर्ने देखिन्छ ।

५. सहभागिताको असन्तुलन । बिमित हुनेको सङ्ख्या कोशी प्रदेशमा कुल जनसङ्ख्याको ३३ प्रतिशत, बागमतीमा २६ प्रतिशत, गण्डकीमा ३४ प्रतिशत र लुम्बिनीमा १४ प्रतिशत रहेकोमा मधेश, कर्णाली र सुदुरपश्चिममा बिमितहरु क्रमशः ७ प्रतिशत, १४ प्रतिशत र ११ प्रतिशत रहेका छन् । यसरी बीमामा संलग्नताको प्रदेशगत असन्तुलन उच्च देखिन आउँछ ।मानवीय विकासका दृष्टिमा पछाडि परेका प्रदेशहरुको बीमामा संलग्नता न्यून हुनु चिन्ताको विषय हो ।सबैलाई स्वास्थ्य बीमामा समेट्ने र त्यसमा पनि पिछिडिएको वर्ग, समुदाय र क्षेत्रलाई समेटन थप प्राथमिकता दिनुपर्ने देखिन्छ ।

६. बहुसङ्ख्यक स्थानीय तहमा प्रथम सेवा विन्दु पुग्न बाँकी । देशका ३५६ स्थानीय तहमा प्रथम सेवा विन्दु पुगेको छ अर्थात् ४७.२ प्रतिशत स्थानीय तहमा आफ्नै प्रथम सेवा विन्दु रहेको छ । ३९७ वटा स्थानीय तह अर्थात ५२.७ प्रतिशत स्थानीय तहमा प्रथम सेवा विन्दु छैन यहाँका बिमितहरु अन्य स्थानीय तहमा रहेका सेवा प्रदायकसँग सेवा लिनुपर्ने अवस्थामा छन् । प्रथम सेवा विन्दु नभएका स्थानीय तहका नागरिकले अन्यत्र गएर सेवा लिनु पर्दा असुविधा हुनुका साथै बीमामा आवद्ध भई सेवा लिनका लागि आश्वस्त हुन नसकेको पाउन सकिन्छ । सुविधाको उपलब्धता विश्लेषण गर्दा सुगम स्थानीय तहका नागरिकले मूलत: स्वास्थ्य बीमाका सेवा लिएको र दुर्गम अथवा पिछडिएका स्थानीय तह समेटिन नसकेको देखिन्छ ।सबैले सहज ढंगबाट स्वास्थ्य बीमा सुविधा लिन पाउने बनाउनु आजको आवश्यकता हो ।

७. बिमितहरुको छाड्ने दर उच्च । स्वास्थ्य बीमा नवीकरण नगर्ने बिमितहरु आर्थिक वर्ष २०७४।७५ मा ५४ प्रतिशत थिए यस्तो सङ्ख्या आर्थिक वर्ष २०७८।७९ मा ६४ प्रतिशत रहेकोमा चालु आर्थिक वर्ष २०८१।८२ को फागुनसम्मको तथ्याङ्कले छाड्नेको दर ५४ प्रतिशत देखाउँदछ । बिमितको उच्च छाड्ने दरले विभिन्न प्रश्नहरु सिर्जना गरेका छन् भने बोर्डले एक पटक बीमा गरेपछि नवीकरण गर्ने वातावरण तयार पार्न समेत नसकेको देखिन्छ । छाड्ने दर उच्च हुनुको कारण पहिचान गरी त्यसको सम्बोधनमा ध्यान दिनु आवश्यक छ ।

८. दोहोरोपनाले गर्दा बिमितको यथार्थ विवरण प्राप्त गर्न कठिन । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा लक्षित वर्गलाई विशेष सुविधा प्रदान गरिएको छ । लक्षित वर्गले प्रिमियम भुक्तानी गर्नु नपर्ने, ज्येष्ठ नागरिकलाई एक एकाइ मान्ने, कतिपय लक्षित वर्गको परिवारका सबै सदस्यले निःशुल्क उपचार पाउने र स्वतः नवीकरण समेत हुने व्यवस्था भएकाले वास्तविक खण्डीकृत विवरण निकाल्न प्राविधिक कठिनाई समेत भएको छ । सरकारले लक्षित वर्ग भनी तोकेका नागरिकका लागि ल्याएको यस विशेष सहुलियत व्यवस्थालाई उचित रुपमा सञ्चालन गर्न नसक्दा वास्तवमा कति घरधुरी बीमामा आवद्ध छन् पहिचान गर्न कठिन हुनुका साथै दोहोरो प्रविष्टि र नपाउनेले सेवा पाउने जोखिमका साथै विवरण हेरफेर हुने सम्भावना उच्च रहेको छ।

सेवा लिनेको विवरण

९. सेवा लिनेको सङ्ख्या बढ्दो । आर्थिक वर्ष २०७७।७८ मा कुल बिमित मध्ये २९ प्रतिशत, आर्थिक वर्ष २०७८।७९ मा ३७ प्रतिशत, आर्थिक वर्ष २०७९।८० मा ३८ प्रतिशत र आर्थिक वर्ष २०८०।८१ मा ४३ प्रतिशतले स्वास्थ्य सेवा लिएको देखिन्छ । हालसम्म सेवा लिने बिमितको औषत सङ्ख्या ४८ प्रतिशत रहेको छ । बिमित मध्ये सेवा लिनेको सङ्ख्या यति उच्च हुनु भनेको बीमामा प्रतिकूल चयनको अवस्था हो अर्थात् उपचारको आवश्यकता भएकाहरु बीमामा आवद्ध हुनु हो । यस्तो प्रतिकूल छनौट कायम रहेमा बीमामा दिगोपना ल्याउन कठिन हुने भएकाले सर्वव्यापी सहभागिता सुनिश्चित गरिनु पर्दछ।

१०. धान्न नसक्ने Medical Loss Ratio (MLR) । स्वास्थ्य बीमामा प्रतिपरिवारले गर्ने औषत प्रिमियम भुक्तानी रु ३८०० रहेको छ । स्वास्थ्य बीमाबाट प्रतिपरिवारले लिएको सेवाको औषत भुक्तानी रु ८३५० देखिएको छ । यसले **MLR** २२० प्रतिशत हुन आउँछ । यस्तो प्रकृतिको बीमा टिकाउन **MLR** ८०-८५ प्रतिशत भन्दा बढी हुनु हुँदैन । **Medical Loss Ratio** घटाउँदै लगि सन्तुलनको अवस्थामा पुर्याउनका लागि थप प्रयास आवश्यक देखिन्छ ।

११. सेवा लिनेको दरमा समानता कुल सङ्ख्यामा असमानता । प्रदेशमा रहेका बिमित मध्ये आर्थिक वर्ष २०७८।७९ मा कोशी र बागमती प्रदेशमा स्वास्थ्य सेवा लिने ४२ प्रतिशत, गण्डकीमा ३६ प्रतिशत, लुम्बिनीमा ३४ प्रतिशत थिए भने मधेशमा २६ प्रतिशत, कर्णालीमा ३४ प्रतिशत र सुदुरपश्चिममा २५ प्रतिशत रहेकोमा उक्त दर आर्थिक वर्ष २०८०।८१ मा क्रमशः कोशीमा ४६, बागमती र गण्डकीमा ४४, लुम्बिनीमा ३९, मधेशमा २९, कर्णालीमा ५४ र सुदुरपश्चिममा ४० प्रतिशत रहेको छ । आर्थिक तथा सामाजिक दृष्टिबाट पछाडि परेका प्रदेशहरुमा बीमामा सहभागिता निकै कम रहेकोले त्यहाँ सेवा लिनेको सङ्ख्या पनि निकै कम छ । यसैगरी उक्त प्रदेशका बिमितले

लिएको भुक्तानीमा पनि ठुलो अन्तर रहँदै आएको छ । यसबाट स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम निश्चित वर्ग र क्षेत्रको लागि बढी लाभदायक भएको विश्लेषण गर्न कठिन छैन ।

१२. सामान्य र लक्षित वर्गले लिएको सेवा। आर्थिक वर्ष २०७७।७८ मा सामान्य बिमितले कुल सेवा मध्ये ८० प्रतिशत सेवा लिएको र लक्षित वर्गका बिमितले २० प्रतिशत सेवा लिएका थिए । त्यस्तै आर्थिक वर्ष २०७९।८० मा सामान्य बिमितले कुल सेवा मध्ये ८२.३ प्रतिशत सेवा लिएको र लक्षित वर्गका बिमितले १७.७ प्रतिशत सेवा लिएको पाउन सकिन्छ । चालु आर्थिक वर्षको फागुन मसान्तसम्म सामान्य बिमितले कुल सेवा मध्ये ८१ प्रतिशत सेवा लिएको र लक्षित वर्गका बिमितले १९ प्रतिशत सेवा लिएका छन् । सामान्य बिमितले लिएको सेवा र दाबी रकमको दर लक्षित वर्गको भन्दा बढी छ । स्वास्थ्य बीमामा लक्षित वर्गले धेरै सेवा सुविधा लिएका छन् भन्ने तथ्य खण्डित हुनुले उमेरको तथा अवस्थाको प्रतिकूल चयन भन्दा पनि उपचार लिने मानसिकताको प्रतिकूल चयन हाबी भएको पाउन सकिन्छ ।

१३. सेवा प्रदायक केन्द्रिकृत । बिमितलाई सेवा प्रवाह गर्नको लागि कुल ४८५ वटा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था सुचीकृत रहेका छन् । यी मध्ये सरकारी ४०४, सामुदायिक ३३ र निजी स्वास्थ्य संस्था ४८ वटा छन्। सेवा प्रदायकहरु सुगम र बढी जनसङ्ख्या भएको स्थानहरुमा केन्द्रित रहेका छन् । अधिकांश सेवा प्रदायकहरु एकै ठाउँमा केन्द्रिकृत रहेका र दुर्गम स्थानमा मापदण्ड बमोजिमका प्रथम सेवा विन्दु पाउन समेत कठिन रहेको पाइन्छ। सेवा प्रदायक सबै ठाउँमा उपलब्ध हुने अवस्था सिर्जना गर्नका लागि तीन तहका सरकार र निजी क्षेत्रसँगको समन्वय तथा सहकार्यलाई थप मजबुद् बनाउन आवश्यक छ ।

समान प्रकृतिका कार्यक्रम

१४. समान प्रकृतिका कार्यक्रम मन्त्रालयमा सञ्चालनमा रहेका । सामाजिक स्वास्थ्य बीमाका कार्यक्रमहरु स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयमार्फत सञ्चालन हुँदै आएका छन् । समान प्रकृतिका कार्यक्रम अलग अलग संरचनाबाट सञ्चालन हुँदा दोहोरोपना आउनुका साथै व्यवस्थापन खर्च समेत उच्च हुने देखिन्छ । यसका अतिरिक्त अत्यन्त समन्वयात्मक ढंगबाट सञ्चालन हुनुपर्ने मन्त्रालय र बोर्डका बीच समेत प्रभावकारी समन्वय नहुँदा अन्य निकायबाट सञ्चालित कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्ने आधार तयार हुन सकेको देखिएन ।

१५. सामाजिक स्वास्थ्य सहायताका कार्यक्रम विभिन्न निकायहरुमा छरिएको छ । नेपालमा विभिन्न निकायहरुले सामाजिक स्वास्थ्य सहायताका कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याएका छन् । यसबाट ठुलो

मात्रामा स्रोत छरिन पुग्दा स्वास्थ बीमाको प्रभावकारिता वृद्धि अपेक्षित रुपमा हुन सकेको छैन । छरिएर रहेका कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्न पर्याप्त प्रयास हुन सकेको देखिएन ।

दाबी समीक्षा र भुक्तानी

१६. सेवा प्रदायकबाट बोर्डमा प्राप्त दाबी उच्च र समीक्षा न्यून । सेवा प्रदायकबाट स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा दैनिक आउने दाबीको सङ्ख्या ३०-४० हजारको हाराहारीमा रहने गरेको छ । यस शाखाको दैनिक रुजु गर्न सक्ने क्षमता ६-७ हजारको हाराहारीमा रहेको छ । दाबी रकम प्रतिदिन करिब ७ करोड हुने गर्दछ । यो दाबी र समीक्षा क्षमता बीचको अन्तर उच्च भएकाले गत आर्थिक वर्ष २०८०।८१ को दाबी परीक्षण अहिले पनि बाँकी रहेको देखिन्छ ।२०८१ फागुन मसान्तसम्ममा बोर्डमा प्राप्त भई समीक्षा नभएको दाबी करिब ९० लाख रहेको छ । दाबी समीक्षामा अपर्याप्त दक्ष जनशक्ति र अवलम्बन गरिएको विधि तथा प्रकृया आफैमा कमजोर रहेकाले दाबी परीक्षण समयमै हुन नसक्दा स्वास्थ्य बीमा बोर्ड र सेवा प्रदायक तथा बिमित सबै मर्कामा परेको अवस्था छ । प्राप्त दाबीको समयमै परीक्षण सक्ने कार्य चुनौतीपूर्ण छ ।

१७. भुक्तानी दिन बाँकी रकम उच्च । स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट सेवा प्रदायकलाई अघिल्ला आर्थिक वर्षदेखि भुक्तानी दिन बाँकी रहेको रकम र दाबी परीक्षण नै नभएको रकम उल्लेख्य रहेको छ । आर्थिक वर्ष २०८१।८२ फागुन मसान्तसम्म बोर्डले १६ अर्ब ४५ करोड भुक्तानी दिन बाँकी देखिन्छ । चालु आर्थिक वर्षको बाँकी अवधिमा थपिने दाबी समेतलाई अनुमान गर्दा यो आर्थिक वर्षको अन्तसम्ममा कुल २४ अर्ब रकम भुक्तानीका लागि बाँकी हुने देखिन आउँछ । समयमा भुक्तानी दिने क्षमता विकास गर्ने चुनौती रहेको छ ।

१८. सेवा प्रदायकबाट रियल टाईम दाबी प्रविष्टि। सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले बोर्डमा रियल टाईम दाबी पेस गर्न सकेका छैनन् । बिल भरपाई पनि विद्युतीय हुन सकेका छैनन भने कतिपय सेवा प्रदायकले बिल भरपाई अपलोडसम्म गर्न सकेका छैनन् । यसले दाबीलाई यथार्थपरक एवं भरपर्दो बनाउन समेत सकेको देखिंदैन ।दाबी विश्वसनीय बनाउने र समयमै दाबी प्राप्त हुने अवस्था निर्माणमा थप प्रयास आवश्यक छ ।

१९. दाबीमा स्वच्छताको सबाल। सेवा प्रदायकले पालना गर्नुपर्ने Standard Treatment Protocol लाई बोर्डले प्रभावकारी ढंगबाट प्रयोगमा ल्याउन सकेको देखिएन । आधारभूत स्वास्थ्य सेवाअन्तर्गतका उपचार खर्चलाई पनि बीमा बोर्डसँग दाबी गर्ने र बिरामीको अनावश्यक उपचार समेत गर्ने परिपाटी समस्याको रुपमा रहेको र त्यसलाई नियन्त्रण गर्न आवश्यक व्यवस्था मिलाउन सकेको देखिएन । यसबाट दाबीमा स्वच्छता कामय हुन नसक्दा धेरै प्रश्नहरु उब्जेका छन् ।

२०. दाबी समीक्षामा वैज्ञानिक विधिको प्रयोग। प्रष्ट मापदण्ड नहुनु, बोर्डका क्रियाकलापलाई पूर्ण स्वचालित बनाउन नसक्नु, दाबी समीक्षा शाखामा पर्याप्त गोपनियता कायम गर्न नसक्नु, अत्याधुनिक उपकरण तथा प्रविधिको अवलम्बन गर्न नसक्नुले दाबी समीक्षामा अप्ठ्यारो अवस्था सिर्जना गरेको छ । बोर्डले Third Party Administrator (TPA) को विधि उपयोग गरी दाबी परीक्षण समयमा सक्ने तथा विश्वसनियता वृद्धि गर्नेतर्फ खासै ध्यान दिन सकेको छैन ।

स्वास्थ्य बीमा कोष

२१. कोषमा आम्दानीका सीमित स्रोत र घाटा बजेट । स्वास्थ्य बीमा कोषमा बिमितबाट प्राप्त हुने रकम र नेपाल सरकारबाट प्राप्त हुने रकम मात्र जम्मा हुने गरेको छ । बोर्डले अन्य स्रोतबाट आम्दानी प्राप्त गर्न सकेको देखिंदैन । चालु आर्थिक वर्षको फागुन मसान्तमा बोर्डमा जम्मा १ अर्ब रकम रहेको छ भने भुक्तानी दिनुपर्ने रकम १६ अर्ब ४५ करोड छ ।यस्तो आम्दानी र खर्च बिचको अन्तर निरन्तर फराकिलो हुँदै गएको छ । चालु आर्थिक वर्षमा बोर्डले जम्मा २६ अर्ब ५९ करोडको बजेट स्वीकृत गरेको छ तर प्राप्त हुने रकम स्वीकृत बजेटको बजेटको एक तिहाई मात्र हुने देखिन्छ। यस्तो वित्तीय असन्तुलनले बोर्डको विश्वसनियता तथा वित्तीय दिगोपनामा कायम राख्न कठिन देखिन्छ ।

२२. स्वास्थ्य बीमा कोषमा बढ्दो दायित्व । प्रत्येक वर्ष कोषले घर भाडाबापत २ करोड ३४ लाख भुक्तानी दिँदै आएको छ । कार्यरत कर्मचारीको तलब भत्ता तथा दर्ता सहयोगी प्रोत्साहन बापत वर्षेनी करोडौं भुक्तानी गर्ने गरेको छ जुन निरन्तर बढ्दै गएको देखिन्छ । सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी दिने रकम मासिक करिब २ अर्ब थपिने गर्दछ । अन्य प्रशासनिक खर्च पनि नियमित ढंगबाट बढेको देखिन्छ । यसबाट स्वास्थ्य बीमा कोषमा आम्दानी र खर्च बिचको अन्तर निरन्तर बढ्दै गएको छ ।

२३. बढ्दो बेरुजु । महालेखा परीक्षकको कार्यालयबाट प्राप्त प्रतिवेदन अनुसार आ.व.२०८०/०८१ को अन्तिम लेखा परिक्षणको अवधिसम्म बोर्डको कायम भएको बेरूजु रू.२ अर्ब ८५ करोड २४ लाख ८९ हजार ४९५ रहेको छ । बोर्डको वार्षिक आन्तरिक आम्दानीको ७५ प्रतिशत बेरुजु देखिनु आफैमा चुनौतीपूर्ण छ ।बेरुजु फस्यौंट गर्नेतर्फ थप मेहनत गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

२४. सरकारको लेखा प्रणाली र जिन्सी व्यवस्थापन उपयोगमा नल्याउँदा पारदर्शितामा प्रश्न। बोर्डको लेखा परम्परागत प्रणालीमा राख्दै आईएको छ। सरकारका सबै निकायले प्रयोगमा ल्याउनै पर्ने विद्युतीय लेखा प्रणाली (Computerized Government Account System, CGAS) हालसम्म प्रयोगमा आएको देखिएन जसले गर्दा आम्दानी र खर्चको यथार्थ विवरण पाउन समेत कठिन देखियो । साथै सरकारका

सबै निकायले प्रयोगमा ल्याउने गरेको सार्वजनिक सम्पत्ति व्यवस्थापन प्रणाली (Public Asset Management System, PAMS) प्रयोगमा नल्याउँदा बोर्डको भौतिक सम्पत्ति व्यवस्थापन सही ढंगबाट नहुँदा पुराना विवरणहरु अध्यावधिक हुन नसकेको पाईयो।

बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

२५. बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (Open IMIS) नेपाल सरकारको एकीकृत डाटा व्यवस्थापन केन्द्र (राष्ट्रिय सूचना प्रविधि केन्द्र), सिंहदरबार, काठमाडौंमा Host गरिएको छ र यसको सम्पूर्ण नियन्त्रण/अधिकार स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा निहित रहेको छ । Application Server मा 32 GB RAM, 2.4 GHz with 8 Cores क्षमता रहेको छ । साथै Database Server मा 448 GB RAM, 2.10 GHz with 12 Cores क्षमता रहेको छ । सिंहदरबारमा स्वास्थ्य बीमा बोर्डले आफ्नै छुट्टै Firewall को व्यवस्थापन गरेको छ । हाल जडान गरिएका Server हरुको क्षमता बढाउने र Software को स्तरोन्नतिमा ध्यान दिनु आवश्यक छ ।

२६. बोर्डका काम कारबाही पूर्ण स्वचालित (Full Automation) बनाउन नसकिएको । बोर्डको कार्यप्रकृतिले नै स्वचालित हुनपर्ने माग गर्दछ । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत बिमितको विवरण अध्यावधिक राख्न, सेवा प्रदायकले बिमितलाई दिएको सेवाको विवरण बोर्डको मापदण्डबमोजिम प्राप्त गर्न, विभिन्न साझेदार संस्थाहरुसँग Data Sharing/Data Exchange गर्न, ईच्छुक व्यक्तिले अनलाईन विधिबाट बिमित हुन तथा नवीकरण गर्नका लागि, दर्ता सहयोगी तथा दर्ता अधिकारीले बिमितको रकम तत्काल स्वास्थ्य बीमा कोषमा पठाई बीमालेख प्राप्त गर्न, बिमितको उपचार विवरण जुनसुकै सेवा प्रदायककोमा पनि सहजै प्राप्त हुने लगायतका कार्यलाई पूर्ण स्वचालित बनाउनका लागि बोर्डको सूचना प्रविधि क्षमतामा प्रर्याप्त सुधार गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

२७. दाबी व्यवस्थापनका लागि सूचना प्रविधिको प्रयोग । सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुले बिमितको उपचार, उनीहरुलाई उपलब्ध गराउने सेवा, औषधी लगायतका विवरणहरु सबै बोर्डमा उपलब्ध हुने र बोर्डले त्यसको अनुगमन गर्ने सक्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्ने हुन्छ । बोर्डले तोकेको मापदण्ड भन्दा बाहिरका उपचारलाई स्वत: अस्वीकृत गर्न र गलत दाबीको सूचना दिन सक्ने क्षमताको प्रविधि प्रयोगमा ल्याउन नसक्दा कतिपय सेवा प्रदायकबाट गलत दाबी प्रविष्टि गर्ने र भुक्तानी समेत प्राप्त गर्ने जोखिम रहेको छ ।

सेवाको गुणस्तर,

२८. बिमितले सहज सेवा पाउन नसकेको अवस्था। सेवा प्रदायकबाट प्रदान गरिएको स्वास्थ्य सेवा प्रभावकारी हुन नसकेको गुनासो सर्वत्र रहँदै आएको छ । तोकिएको प्रथम सेवा विन्दुमा मात्र सेवा लिन पाउने व्यवस्था, प्रथम सेवा विन्दुमा चिकित्सक उपलब्ध नहुनु, परीक्षण समयमा गराउन नपाउनु, औषधी उपलब्ध नहुनु जस्ता समस्या दोहरिरहेको पाईन्छ । प्रेषण गरिएको स्थानमा सहजै सेवा नपाउनु, बिमितले उपचार लिन तथा औषधी प्राप्त गर्न लामो लाईन लाग्न पर्नु तथा विभिन्न प्रकारका विभेद तथा झन्झट व्यहोर्नु परेको गुनासाहरु उच्च देखिन्छन् ।यसबाट नागरिक असन्तुष्टि बढ्न पुगेको छ ।

२९. बोर्डको नियमन क्षमता । बोर्डसँग सम्झौता भएका सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई बोर्डले तालिम प्रदान गरी सेवा प्रदान गर्ने सम्बन्धमा अभ्यस्त बनाउन सकेको छैन । सेवा प्रदायकले प्रदान गर्ने सेवाको अनुगमन तथा नियमन गर्ने क्षमता विकास भएको छैन। सेवा प्रदायकलाई समयमा भुक्तानी दिन नसक्दा गुणस्तर नियन्त्रण गर्न समेत बोर्डलाई कठिनाइ भएको छ ।

३०. अनुगमन तथा मूल्यांकन क्षमता कमजोर । अनुगमन तथा मूल्यांकन निर्देशिका तयार भएको पाइएन । अनुगमनको चेकलिष्ट तथा मापदण्ड अध्यावधिक हुन बाँकी देखिन्छ । अनुगमन गर्ने दक्ष जनशक्ति पनि उपलब्ध नभएको र अनुगमन पश्चात कारबाही गर्ने कानुनी क्षमता समेत कमजोर भएकाले बोर्डलाई समस्या परेको छ । संयुक्त अनुगमनको अभ्यास हालसम्म हुन सकेको पाइएन । समय समयमा भएका अनुगमनबाट प्राप्त सुझाव तथा निष्कर्षको पनि कार्यान्वयन हुन सकेको छैन ।

संस्थागत व्यवस्था

३१. स्थायी संगठन संरचना स्वीकृत हुन नसक्नु । स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ तर्जुमा भई कार्यान्वयनमा आएको यतिका वर्षमा पनि स्वास्थ्य बीमा बोर्डको स्थायी संगठन संरचना स्वीकृत हुन सकेको छैन । संस्थाको स्थायी संरचना बन्न नसक्दा यसले प्रवाह गर्ने सेवाहरु समेत प्रभावित भएका छन् ।

३२. स्वास्थ्य बीमा बोर्डको स्थायी कर्मचारी नहुनु । स्थायी संगठन संरचना नबनेको कर्मचारी विनियम स्वीकृत भई स्थायी दरबन्दी स्वीकृत नहुँदा प्रत्येक वर्ष लामो प्रकृया पुरा गरी अस्थायी दरबन्दी स्वीकृत गर्नुपर्ने बाध्यता रहँदै आएको छ । धेरै कर्मचारी लामो समयदेखि करारमा कार्यरत रहँदा उनीहरुको वृत्ति विकासमा अल्झन आएको र सरकारले पठाउने कर्मचारी पनि छिटोछिटो फेरिदा संस्थागत स्मरण कमजोर हुनुका साथै बोर्डको कामकारबाहीको अपनत्व लिने कोही पनि नभएको अवस्था छ ।यसले बोर्डको संस्थागत विकासमा अवरोध पुर्याएको छ ।

३३. कार्यालय अव्यवस्थित । बोर्डको आफ्नै भवन नहुँदा केन्द्रीय कार्यालय साँघुरो भाडाको घरमा बस्नु पर्दा अनावश्यक खर्च बढ्नुका साथै कार्यसम्पादनमा समेत प्रतिकूल प्रभाव परेको छ । कार्यालय भवनको लागि आफ्नै जमिन प्राप्त गर्ने तर्फ कुनै सोच बनाउन सकेको छैन ।साथै प्रदेशमा रहेका कार्यालय पनि भाडाको घरमा बसेका छन् भने जिल्लाका सम्पर्क कार्यालय पनि भाडामा नै रहेका छन् । यसले समग्र कार्यालय नै अस्थायी प्रयोजनमा खुलेको जस्तो अनुभूति दिन्छ ।

३४. अत्यावश्यक नीति कानुनहरु बन्न बाँकी । बोर्डको कार्यप्रकृति अनुसारका नीतिगत तथा कानुनी प्रबन्धहरु पर्याप्त मात्रामा बन्न नसक्दा काममा बाधाहरु आउनुका साथै निर्णय प्रकृयामा प्रश्न उठने गरेको छ। अनुगमन तथा मूल्यांकन दिग्दर्शन, आर्थिक कार्यविधि, शाखागत तथा कर्मचारीको कार्यविवरण, सेवा प्रदायकको उपचार प्रोटोकल, सूचना प्रविधि तथा दाबी व्यवस्थापन मापदण्ड जस्ता अत्यावश्यक कानुनी प्रावधानहरु समयमा निर्माण तथा अध्यावधिक हुन नसक्दा बोर्डको काम कारबाही प्रभावित भएको देखिन्छ ।

भावी कार्यदिशा

स्वास्थ्य बीमा सुधारको यो सबैभन्दा उपयुक्त समय हो । स्वास्थ्य बीमाको प्रभावकारिताका लागि उच्च राजनीतिक तथा प्रशासनिक नेतृत्व प्रतिवद्ध भएकोले यस क्षेत्रमा हालसम्मका असल अभ्यासहरुलाई संस्थागत गर्दै विगतको अनुभव एवं भोगाईका आधारमा भावी कार्यदिशा तय गरी अगाडि बढने अवसर प्राप्त भएको छ ।

३५. स्वास्थ्य बीमामा सर्वव्यापी सहभागिता यसको न्यूनतम सर्त। सबै तहका जनप्रतिनिधि, नेपाल सरकारका विभिन्न निकायमा कार्यरत कर्मचारी, संगठित क्षेत्रमा कार्यरत व्यक्तिहरु, वैदेशिक रोजगारमा जाने व्यक्ति तथा आमनागरिक र नेपालमा आउने विदेशी नागरिकलाई समेत स्वास्थ्य बीमामा अनिवार्य सहभागी हुने व्यवस्था मिलाईनेछ ।

३६. छरिएर रहेका स्वास्थ्य सहायता तथा अनुदानका कार्यक्रमको एकीकरण । स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र नेपाल सरकारका विभिन्न निकायबाट स्वास्थ्य सहायताका धेरै कार्यक्रमहरु समानान्तर रुपमा सञ्चालनमा छन् । यसै गरी प्रदेश सरकार र स्थानीय तहहरुले पनि नागरिकलाई उपचारका लागि सहयोग तथा अनुदान प्रदान गर्दै आएका छन् । यसरी छरिएर रहेका लम्बीय तथा क्षितिजीय कार्यक्रमलाई एकीकृत गरी स्वास्थ्य बीमा बोर्ड अन्तर्गत ल्याईनेछ ।

३७. स्वास्थ्य बीमा बोर्डको वित्तीय दिगोपना सुनिश्चित गर्ने । स्वास्थ्य बीमा बोर्डको सरकारसँगको निर्भरता घटाउँदै लगिने साथै प्रशासनिक खर्चलाई निश्चित सीमा भित्र राखिने छ।बिमितको सङ्ख्या वृद्धि, छरिएर रहेका कार्यक्रमको एकीकरणले वित्तीय स्रोत व्यवस्थापनमा विशेष योगदान गर्नेछ । प्रिमियम निर्धारणमा वैज्ञानिक विधि अवलम्बन गर्नुका साथै प्रगतिशील प्रिमियम क्रमश: कार्यान्वयनमा ल्याईनेछ । साथै स्वास्थ्य बीमा कोषमा थप स्रोत जुटाउनका लागि प्रदेश सरकार र स्थानीय तहको योगदानलाई समेत समेटिने छ । विश्व अनुभव र नेपालको सम्भावना समेतको अध्ययन गरी स्वास्थ्यमा प्रतिकूल प्रभाव पार्ने वस्तु तथा सेवाको उत्पादन र उपभोगमा लाग्ने करको निश्चित अंश स्वास्थ्य बीमा कोषमा ल्याउन पहल गरिनेछ । यसै गरी थोरै योगदानबाट उल्लेख्य स्रोत जुटाउन मद्धत पुग्ने क्षेत्रहरु जस्तै पेट्रोलियम पदार्थ उपभोग, रिचार्ज कार्ड प्रयोग, हवाई उडान, विद्युतीय बैकिङ्ग कारोबार लगायतका क्षेत्रबाट स्वास्थ्य बीमा कोषमा केही रकम जम्मा हुने सम्भावना बारे बहस चलाईनेछ । अन्य मुलुकले समेत प्रयोगमा ल्याएका **स्वास्थ्य बीमा चिठ्ठा** खेलाउनका लागि नेपाल सरकारसँग अनुमति प्राप्त गर्ने प्रयत्न गरिनेछ । बिमितबाट प्राप्त हुने आम्दानी र नेपाल सरकारको अनुदानका अतिरिक्त अन्य विभिन्न स्रोतबाट आम्दानी जुटाई स्वास्थ्य बीमा कोषलाई मजबुद् बनाउँदै लगिनेछ ।बिगत लामो समयदेखि रुजु नभई रहेका दाबीको परीक्षण कार्य द्रुतताका साथ सम्पन्न गरी यसको भुक्तानीको प्रयास गरिनेछ । आगामी आर्थिक वर्षबाट दाबी प्राप्त भएको निर्धारित समयमा नै भुक्तानी गरी सक्ने प्रबन्ध मिलाईनेछ ।

३८. सेवाको गुणस्तर सुदृढ तुल्याउने । स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध नागरिकले पाउनुपर्ने स्वास्थ्य सेवा सहज, सरल, सुलभ र गुणस्तरीय बनाईनेछ । सेवा प्रदायकले प्रदान गर्ने सेवाको मापदण्ड निर्धारण गरी प्रभावकारी रुपमा कार्यान्वयन गरिनेछ । सेवा प्रदायकको क्षमता अभिवृद्धिको लागि सहयोग गर्नुका साथै अनुगमनलाई प्रभावकारी बनाउने र सेवा प्रदायकको स्तरीकरण गर्ने विधि विकास गरिनेछ । बिमित व्यक्तिले पाउने सुविधालाई स्तरीय बनाउँदै लगिने छ । देशका जुनसुकै स्थानबाट पनि बिमितले सेवा पाउने अवस्था बनाईनेछ ।

३९. सबै स्थानमा सक्षम प्रथम सेवा विन्दुको पहुँच पुर्याउने । देशका सबै स्थानीय तहमा प्रथम सेवा विन्दु सञ्चालनमा ल्याईनेछ ।प्रथम सेवा विन्दुको क्षमता अभिवृद्धिका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयसँग सहकार्य गरिनेछ ।प्रेषण प्रणालीलाई अनलाईन बनाउनुका साथै थप व्यवस्थित गरिनेछ ।

४०. सेवाको दायरा बढाउने । स्वास्थ्य बीमाका विद्यमान प्याकेजको पुनरावलोकन गरी थप फराकिलो बनाईनेछ ।जटिल प्रकृतिका उपचारमा प्राप्त हुने सुविधा थप गरिनेछ । सबै बिमितको सुविधाको थैली वृद्धि गरी व्यक्तिले उपचारमा गर्नुपर्ने खर्च घटाउँदै लगिने छ ।

४१. बोर्डका काम कारबाही पूर्णस्वचालित बनाईने । स्वास्थ्य बीमा बोर्डले सम्पादन गर्नुपर्ने कार्यहरुलाई पूर्ण स्वचालित बनाउनका लागि अत्याधुनिक सूचना प्रविधिको प्रयोगमा जोड दिईनेछ । बोर्डमा प्रयोगमा रहेका सर्भरको क्षमता वृद्धि गर्ने, सफ्टवेयरमा सुधार गर्ने र जनशक्तिको क्षमता बढाउने कार्य गरिनेछ । बिमितको Unique ID तयार पारी लागु गरिनेछ र यसका लागि राष्ट्रिय परिचयपत्र नम्बर प्रयोगको सम्भावना विश्लेषण गरिनेछ । बिमितले पाउने परिचयपत्र मेशिन रिडेवल डिजिटल कार्ड (Machine Readable Digital Card) उपलब्ध गराईनेछ (Biometric लिने सम्भावनाको पनि अध्ययन गरिनेछ) ।अटोमेसनका माध्यमबाट सेवामा सहजता ल्याउने, खर्च तथा आम्दानीलाई पारदर्शी बनाउने दाबीमा स्वच्छता कायम गर्ने र सेवाको गुणस्तरमा सुधार गरिनेछ ।

४२. दाबीमा स्वच्छता कायम गर्ने । सेवा प्रदायकबाट बिमितलाई प्रदान गरिने उपचार बोर्डले तोकिदिएको मापदण्ड बमोजिम भए नभएको हेर्ने, उपचार ठिक ढंगबाट भए नभएको विश्लेषण गर्ने, सेवा प्रदायले प्रदान गरेको उपचारको खर्च दाबी ठिक भए नभएको जाँच्ने कार्यलाई थप व्यवस्थित बनाई दाबीमा स्वच्छता कायम गरिनेछ । आवश्यक परेमा TPA को समेत उपयोग गर्ने प्रयास समेत गरिनेछ ।

४३. बोर्डको स्थायी संगठन संरचना तथा स्थायी दरबन्दी स्वीकृत गरी पदपूर्ति गरिने । बोर्ड स्थापनाको लामो समयसम्म बोर्डको स्थायी संगठन संरचना स्वीकृत हुन नसक्नु र स्थायी दरबन्दी समेत स्वीकृत नहुँदा यसको कार्यसम्पादनमा नकारात्मक प्रभाव परेको छ । लामो समयदेखि करारमा कार्यरत कर्मचारीको व्यवस्थापनमा पनि प्रश्न उठदै आएको छ । कर्मचारीको छिटोछिटो फेरबदलले यसको संस्थागत विकासमा अवरोध ल्याएको छ । स्थायी संगठन संरचना र स्थायी दरबन्दी स्वीकृत गरी पदपूर्ति गर्ने कार्य प्राथमिकताका साथ अगाडि बढाईनेछ । साथै यसका सबै कार्यालयहरु सरकारी भवनमा सार्ने प्रयास गरिनेछ । बोर्डले CGAS र PAMS लाई यसै आर्थिक वर्षमा प्रयोगमा ल्याईनेछ ।

४४. स्वास्थ्य बीमामा सुशासन । सुशासन बोर्डको सबैभन्दा पेचिलो विषय हो । बोर्डको उद्धेश्य हासिल गर्न सुशासनको सुदृढीकरणलाई विशेष महत्व दिईनेछ र बोर्डका हरेक काम कारबाही विधिसम्वत एवं पारदर्शी बनाईनेछ ।

४५. स्वास्थ्य बीमामा रुपान्तरण । सामान्य सुधारबाट मात्र स्वास्थ्य बिमाका समस्या सम्बोधन नहुने भएकाले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा देखिएका कमी कमजोरीलाई सम्बोधन गरी यसलाई देशको एक सफल र गौरवको कार्यक्रम बनाउनका लागि यस क्षेत्रमा योजनाबद्ध ढंगबाट आमूल सुधार अर्थात रुपान्तरण गरिनेछ।

अन्त्यमा,

सम्वत् २०७२ बाट सुरुवात भई २०७४ सालमा कानुनी प्रबन्ध गरी संस्थागत रुपमा अगाडि बढेको स्वास्थ्य बीमा क्षेत्रमा हालसम्म प्राप्त उपलब्धिलाई संस्थागत गर्दै सुधारका प्रयासलाई द्रुतता दिन स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, सङ्घ, प्रदेश सरकार र स्थानीय तह, सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था, बिमित, सम्वद्ध विभिन्न सङ्घसंस्था, सञ्चार जगत, आमनागरिक तथा विकास साझेदार लगायत सबैको साथ र सहयोग रहने विश्वास गरिएको छ ।