



घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा मापदण्ड र कार्यविधि

२०७६

(नमुना मापदण्ड र कार्यविधि)

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
नर्सिङ तथा सामाजिक सुरक्षा महाशाखा
टेकु, काठमाडौं ।



प्रस्तावना: राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति - २०७६ को रणनीति ४.६.१२ तथा जनस्वास्थ्य सेवा ऐन - २०७५ को दफा २४ को उपदफा ५ को मर्म बमोजिम ज्येष्ठ नागरिक, दीर्घ रोग, प्रजनन स्वास्थ्य समस्या, दुर्घटनाबाट वा अन्य कुनै कारणबाट लामो समयसम्म हेरचाह गर्नु पर्ने बिरामी वा घरमा नै आवश्यकता अनुसार स्वास्थ्य सेवा माग गर्ने कुनै पनि प्रकारका बिरामीहरुलाई सो स्वास्थ्य सेवा निज बसेको स्थानमा नै उपलब्ध गराउने कार्यलाई व्यवसायीक तथा जवाफदेही बनाउन, व्यवस्थापन र नियमन गर्न बान्छनीय भएकोले जनस्वास्थ्य सेवा ऐन - २०७५ को दफा ६४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी मन्त्रालयबाट यो कार्यविधि तयार गरी जारी गरिएको छ ।

परिच्छेद-१

प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ: (१) यो कार्यविधिको नाम “घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धि मापदण्ड र कार्यविधि - २०७६” रहने छ ।
- (२) यो कार्यविधि मन्त्रालयबाट स्वीकृत भएको मिति देखि लागू हुनेछ ।
२. परिभाषा: विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा,
- (क) “स्वास्थ्य सेवा” भन्नाले आधुनिक चिकित्सा (एलोप्याथी), आयुर्वेद, होमीयोप्याथी, युनानी, प्राकृतिक चिकित्सा, अकुपञ्चर, सोवारिगपा (आमची) चिकित्सा पद्धतिमा आधारित भई प्रदान गरिने प्रतिकारात्मक, प्रवर्द्धनात्मक, निदानात्मक, उपचारात्मक, पुनर्स्थापनात्मक, प्रशामक (प्यालिएटिभ) लगायतका सेवा सम्भन्नु पर्छ ।
- (ख) “घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा” भन्नाले सेवाग्राही बसोबास गरेको घर वा स्थानमा दक्ष र तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी स्वयं उपस्थित भई सेवाग्राहीलाई प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवा सम्भन्नु पर्छ ।
- (ग) “सेवाग्राही” भन्नाले घरमा वा निज रहेको स्थानमा नै स्वास्थ्य सेवा सुविधा लिने व्यक्तिलाई सम्भन्नु पर्छ ।
- (घ) “सेवा प्रदायक” भन्नाले आधारभूत चिकित्सा सेवा, नर्सिङ्ग, प्रयोगशाला सेवा लगायत अन्य सेवा प्रदान गर्नका लागि सम्बन्धित निकायबाट तोकिएको विशेषज्ञता हाँसिल गरी प्रचलित कानून बमोजिम सम्बन्धित परिषदबाट मान्यता प्राप्त (अनुसूची १ मा उल्लेख भए बमोजिमका) वा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी सम्भन्नु पर्छ ।
- (ङ) “सेवा प्रदायक संस्था” भन्नाले यस कार्यविधि बमोजिम घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नको लागि स्थानीय तहमा प्रचलित कानून बमोजिम सुचिकृत भएको सरकारी, गैर सरकारी, निजि, सहकारी वा गैर नाफामुलक सामुदायिक संस्था सम्भन्नु पर्छ ।
- (च) “मन्त्रालय” भन्नाले नेपाल सरकारको स्वास्थ्य विषय हेर्ने मन्त्रालय सम्भन्नु पर्छ ।
- (छ) “समिति” भन्नाले दफा १२ बमोजिम गठित गुणस्तर नियमन समिति सम्भन्नु पर्छ ।
- (ज) सामान्य स्वास्थ्य सेवा: यस कार्यविधिको दफा ४ बमोजिमका पहिलो तहको स्वास्थ्य सेवा सम्भन्नु पर्छ ।
- (झ) विशेष स्वास्थ्य सेवा: यस कार्यविधिको दफा ४ बमोजिमका दोश्रो तहको स्वास्थ्य सेवा सम्भन्नु पर्छ ।
- (ञ) विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवा: यस कार्यविधिको दफा ४ बमोजिमका तेश्रो तहको स्वास्थ्य सेवा सम्भन्नु पर्छ ।
- (ट) आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा: यस कार्यविधिको दफा ४ बमोजिमका आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा सम्भन्नु पर्छ ।
- (ठ) “महाशाखा” भन्नाले स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गतको नर्सिङ्ग तथा सामाजिक सुरक्षा महाशाखा सम्भन्नु पर्छ ।



सेवा सुविधा सम्बन्धी व्यवस्था

३. घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको लागि सेवाग्राही: (१) घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा लिन देहाय बमोजिमको सेवाग्राही रहने छन् ।

- क. लामो समयसम्म घरमा नै बसेर उपचार लिनु पर्ने वा उपचार पद्धति लामो हुने बिरामी ।
- ख. शारीरिक वा मानसिक अस्वस्थता तथा अपांगताको कारणले गर्दा हेरचाह गर्न नसक्ने बिरामी ।
- ग. ज्येष्ठ नागरिक जसलाई आफ्नै घरमा स्वास्थ्य सेवा लिन आवश्यक पर्दछ ।
- घ. अशक्त, असहाय तथा अपाङ्ग, दीर्घरोग, मानसिक रोग लागेका व्यक्ति जसलाई विशेष प्रकारको प्राथमिक तथा पेशागत व्यवसायीक स्वास्थ्य सेवाको आवश्यक पर्दछ ।
- ङ. प्रसुती सम्बन्धि सेवा (पूर्व प्रसुती तथा प्रसुती पश्चातको स्वास्थ्य सेवा) ।
- च. लैंगिक हिंसा, मानववेचविखन तथा ओसारपसार जस्ता घटनाबाट पिडित तथा प्रभावितहरुको संरक्षण गृह, पुनर्स्थापना गृह, ज्येष्ठ नागरिक सेवा केन्द्र, बाल सुधार गृहमा रहेका बिरामी ।
- छ. अनुसूची ४ बमोजिमको स्वास्थ्य सेवा लिन परेमा ।

(२) उपदफा (१) अनुसारका सेवाग्राहीले यस कार्यविधि बमोजिम घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा लिन सम्बन्धित सेवा प्रदायक संस्थामा अनुसूची-२ मा उल्लेखित ढाँचामा आवदेन पेश गर्नु पर्नेछ ।

४. घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको तह : (१) सेवाग्राहीको शारीरिक तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकता पहिचान गर्न अनुसूची-३ अनुसारको फारम भरि देहाय बमोजिमको तहमा बाँडिने छ ।

- पहिलो तह: सामान्य स्वास्थ्य सेवा
- दोश्रो तह: विशेष स्वास्थ्य सेवा
- तेश्रो तह: विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवा
- आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा

(२) उपदफा (१) मा उल्लेखित तह अन्तर्गत पर्ने सेवाहरुको बर्गिकरण र उक्त सेवा प्रवाह गर्न सेवाप्रदायकको योग्यताको विस्तृत विवरण क्रमशः अनुसूची - ४ र अनुसूचि - १ मा समावेश गरिएको छ ।

५. सेवा शुल्क: (१) घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको शुल्क सेवाको प्रकार, औषधोपचार र सेवा प्रदान गर्न जाँदाको दुरी, बाटोको अवधि र सवारी साधनको उपलब्धता तथा सेवा प्रदायकको योग्यताको आधारमा सम्बन्धित सेवा प्रदायक संस्थाले निर्धारण गरे अनुसार हुनेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम निर्धारित शुल्क: नागरिक वडापत्र, संस्थाको वेवसाईट वा क्याटलग/ब्रोसर मार्फत सार्वजनिक गर्नुका साथै स्थानिय तहमा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।

(३) उपदफा (१) मा जुनसुकै कुरा उल्लेख भएपनि विशेष अवस्थामा स्थानिय तहले आवश्यकता अनुसार सेवा शुल्क तोक्न सक्नेछ ।

(४) सेवाप्रदायक संस्थाले सेवा शुल्क लिने र सेवाग्राही पक्षले भुक्तानी गर्नु पर्ने हुन्छ । भुक्तानी दुई पक्ष बीचको सम्झौता बमोजिम हुनेछ ।

६. सेवा प्रदायकलाई पारिश्रमिकको व्यवस्था: (१) सेवाप्रदायकको पारिश्रमिक सेवा प्रदायक संस्थासँग निजले गरेको सम्झौता बमोजिम हुनेछ ।



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
टेकु, काठमाडौं

(२) उपदफा (१) अनुसार पारिश्रमिक तोक्दा नेपाल सरकारले निर्धारित गरेको न्यूनतम पारिश्रमिक भन्दा कम हुने छैन।

७. सम्झौता गर्नुपर्ने: (१) यस कार्यविधि बमोजिमको सेवा उपलब्ध गराउने सेवा प्रदायक संस्थाले अनुसूची-२, ३ र ४ बमोजिम सेवाग्राहीको सेवाको तहको निर्धारण गरी अनुसूची-५ बमोजिम सम्झौता गर्नुपर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम सम्झौता गर्दा सेवाग्राहीले अनुसूची-६ बमोजिमको चेक लिफ्टको आधारमा गर्नु पर्नेछ।

परिच्छेद-३

सेवाग्राही तथा सेवा प्रदायकको काम र कर्तव्य

८. सेवाग्राहिको काम कर्तव्य: (१) सेवाग्राहिले सम्झौता भए बमोजिमको गुणस्तर सेवा पाउने हक रहनेछ।

(२) आफ्नो स्वास्थ्य अवस्थसँग सम्बन्धित यथार्थ जानकारी उपलब्ध गराउने र स्वास्थ्य सेवा लिँदा स्वास्थ्यकर्मीलाई सहयोग गर्ने

(३) सेवाग्राहिको तर्फबाट एक जना जिम्मेवार व्यक्ति सेवा अवधिको लागि उपलब्ध गराउने भरसक प्रयास गर्ने।

(४) स्वास्थ्यकर्मी प्रति शारीरिक, मानसिक वा लैंगिक हिंसा हुने काम नगर्ने।

(५) सेवा प्रदायकको मानसम्मानमा आँच आउने प्रकारको व्यवहार वा संकेत नगर्ने।

(६) सम्झौताको म्याद नसकिकदै सम्झौता अन्त्य गर्नु परेमा सोको कारण उल्लेख गरि निवेदन दर्ता गर्ने।

(७) सम्झौता पत्रमा भए बमोजिमको सम्झौता पालना गर्ने।

९. सेवा प्रदायकको काम कर्तव्य: (१) प्रत्येक सेवाग्राहीलाई सेवा प्रदान गर्नु पूर्व उनीहरूको सुसूचित सहमति लिनु पर्ने छ। सेवाग्राहीले सहमति प्रदान गर्न सक्ने स्थितिमा नरहेको र कसैलाई पनि सहमति उपलब्ध गराउने अनुमति वा अख्तियारी नभएमा क्रमशः निजको पति वा पत्नी, बाबु वा आमा, हजुरबुबा वा हजुरआमा, उमेर पुगेका छोरा वा छोरी, दाजुभाइ वा दिदीबहिनी वा उपलब्ध सेवाग्राहिको निकटतम व्यक्तिले सहमति प्रदान गर्न सक्ने छन्।

(२) यस ऐन बमोजिम सेवाग्राही प्रति सेवा प्रदायकको सम्मान तथा आदरपूर्ण व्यवहार गर्नु पर्ने छ।

(३) स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्दा स्वास्थ्यकर्मीले सम्बन्धित परिषद्हरूले निर्धारण गरे बमोजिम पेशागत आचरण पालना गर्नु पर्ने छ।

(४) प्रदान गरिने सेवाको स्तरीयता कायम गर्न सेवा प्रदायकले घरमा गई प्रदान गर्ने सेवा नेपाल सरकारको मापदण्ड बमोजिम अबलम्बन गर्नु पर्नेछ र सेवाग्राहीको स्वास्थ्य सुरक्षा (patient safety) सुनिश्चित गर्नुपर्ने छ।

(५) स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा सेवाग्राहिको स्वास्थ्य अवस्था, निदान वा निजले प्राप्त गरेको उपचार लगायतका सूचनाहरू गोप्य राख्नु पर्ने छ। तर निजले सो सूचना सार्वजनिक गर्ने सहमति दिएमा वा आदालतले आदेश दिएमा सो जानकारी सार्वजनिक गर्न सकिने छ।

(७) सेवा प्रदायकले सेवा प्रदान गर्दा सर्वव्यापी सावधानी (Universal precaution) अपनाउनु पर्ने छ।



१०. सेवा प्रदायक संस्थाको कर्तव्य: (१) स्वास्थ्य जनसुखीय फोहोरमैला संकलन, पुनः प्रयोग, प्रशोधन र विसर्जन तथा नियमन नेपाल सरकारको प्रचलित कानून तथा भाषण्ड बमोजिम हुनेछ।

(२) सेवा प्रदान गर्दा उपदफा (१) बमोजिम स्वास्थ्यजन्य फोहोरमैला व्यवस्थापन गर्न उक्त फोहोर सेवाग्राहीको घरबाट सुरक्षित संस्थासम्म लैजाने व्यवस्था सेवा प्रदायक संस्थाले गर्ने छ।

परिच्छेद-४

गुणस्तरको सुनिश्चितता तथा अनुगमन

११. गुणस्तरको सुनिश्चितता : (१) घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारीता र गुणस्तरीयताको सुनिश्चितता गर्नका लागि प्रत्येक स्थानीय तहमा गुणस्तर नियमनको लागि देहाय बमोजिमको गुणस्तर नियमन समिति हुनेछ।

(क)	स्थानीय तहको अध्यक्ष /प्रमुख वा निजले तोकेको प्रतिनिधि	संयोजक
(ख)	स्थानीय नागरिक समाजको प्रतिनिधि	सदस्य
(ग)	स्थानीय तहमा घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिरहेका संस्था मध्ये एक जना प्रतिनिधि	सदस्य
(घ)	स्थानीय तहको स्वास्थ्य शाखामा कार्यरत बरिष्ठ नर्सिङ्ग कर्मचारी	सदस्य
(ङ)	स्थानीय तहको स्वास्थ्य शाखा प्रमुख	सदस्य सचिव

(२) उपदफा १ मा जुनसुकै कुरा उल्लेखित भएपनि आफ्नो आवश्यकता र अनुकूलताको आधारमा गुणस्तर नियमन समितिमा फेरबदल गर्ने अधिकार स्थानीय तहमा निहित रहने छ र आवश्यकता अनुसार नियमन समितिले विज्ञहरुलाई आमन्त्रण गर्न सक्नेछन्।

(३) उपचारको क्रममा कुनै सेवाग्राहीको स्वास्थ्यमा थप जटिलता देखा परेमा वा उपचारको प्रक्रिया प्रति निजलाई आशंका भएमा वा कुनै अप्रिय घटना घटेमा सेवाग्राहीले सेवा प्रदायक र सम्बन्धित संस्था प्रति उजुरी/गुनासो अनुसूची-७ बमोजिम गुणस्तर नियमन समितिलाई उजुरी दिन सक्नेछ।

(४) सेवा प्रवाह गर्ने क्रममा सेवा प्रदायकलाई सेवाग्राही अथवा सम्बन्धित सेवा प्रदायक संस्थाको कारणले कुनै अघात पुगेमा वा कुनै अप्रिय घटना घटेमा उनिहरु प्रति उजुरी/गुनासो अनुसूची-८ बमोजिम गुणस्तर नियमन समितिलाई उजुरी दिन सक्नेछ।

(५) उपदफा (३) वा (४) बमोजिम उजुरी प्राप्त भएको ७ दिन भित्रमा नियमन समितिले आवश्यक कारवाही गर्नु पर्नेछ।

(६) उपदफा (५) मा जे उल्लेख भए पनि आकस्मिक अवस्थामा उजुरी पर्न आएमा तुरुन्तै कारवाही प्रकृया अगाडि बढाउनु पर्ने छ।

(७) उपदफा (५) र (६) बमोजिम कारवाही प्रकृया अगाडि बढाउन छानबिन समिति गठन गरी खटाउनु पर्ने र सोको प्रतिवेदन अनुसार आवश्यक कारवाही गरिनेछ।

(८) सेवाग्राहीको सन्तुष्टिको बारेमा स्थानीय तहले जुनसुकै बेला अनुगमन गर्न सक्नेछन्। अनुगमन गर्दा विरामी वा निजको निकटतम व्यक्ति वा दुवैसँग प्रश्नावली सहितको अन्तर्वार्ता लिन सक्नेछन्।





- (९) घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाले यस कार्यविधिमा उल्लेखित मापदण्ड बमोजिमको गुणस्तर भए नभएको सम्बन्धमा प्रत्येक वर्ष परिक्षण (स्व:मूल्यांकन) गराई सो को प्रतिवेदन आर्थिक वर्ष समाप्त हुने मितिले ३५ दिन भित्र अनुमति प्रदान गर्ने निकायमा स्थानिय तहले तोके बमोजिमको ढाँचामा अनिवार्य रूपमा पेश गर्नुपर्नेछ ।
- (१०) उपदफा (९) बमोजिम तोकिएको अवधिभित्र प्रतिवेदन पेश नगर्ने संस्थालाई सो प्रतिवेदन पेश गर्न सम्बन्धित स्थानिय तहले निर्देशन दिन सक्नेछ ।

१२. अनुगमन सम्बन्धी व्यवस्था: (१) घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको प्रवाहलाई अनुगमन गर्न समितिले विज्ञहरु सहितको अनुगमन टोलि बनाएर खटाउन सक्नेछ ।

- (२) यस कार्यविधिमा अन्यत्र जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि महाशाखाले घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन अनुमति प्राप्त गरेका संस्था र अनुमति प्रदान गर्ने निकायलाई समेत जुनसुकै बखत अनुगमन गर्न सक्नेछ ।
- (३) उपदफा (१) वा (२) बमोजिम नियमित वा आकस्मिक अनुगमन गर्दा तोकिएको गुणस्तर वा पुर्वाधार पूरा नगरि सेवा सञ्चालन गरेको पाइएमा त्यस्तो संस्थालाई तत्काल सुधारका लागि बढीमा एक महिनाको म्याद दिई सुधारको मौका दिन सकिनेछ ।
- (४) यस दफा बमोजिम निरीक्षण तथा अनुगमनका क्रममा दिएको निर्देशन पालना नगर्ने, यस र कार्यविधि बमोजिमको गुणस्तर तथा मापदण्ड पूरा नगर्ने र गुणस्तर परिक्षणको वार्षिक प्रतिवेदन पेश नगर्ने संस्थालाई सम्बन्धित स्थानिय तहले त्यस्तो संस्थाले प्रदान गर्दै आएको सेवा पूर्ण रूपमा वा आंशिक रूपमा तत्काल बन्द गर्न आदेश दिन सक्नेछ ।
- (५) उपदफा (४) बमोजिम संस्थालाई कारबाही गर्नु पूर्व सम्बन्धित संस्थालाई मनासिव माफिकको सफाई पेश गर्ने मौका दिनुपर्नेछ ।
- (६) यस कार्यविधिमा अन्यत्र जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि अन्य प्रचलित कानून बमोजिम गरिने अनुगमनलाई यो व्यवस्थाले सीमित गर्ने छैन ।

परिच्छेद: ५

सञ्चालन अनुमति प्रक्रिया

१३. घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन अनुमति प्रदान गर्ने निकाय: (१) घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्न स्थानिय तहले अनुमति दिन सक्नेछ ।

१४. स्वीकृतिको लागि निवेदन: (१) यस कार्यविधि बमोजिम घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्न इच्छुक कुनै तहका संस्थाले सेवा सञ्चालन गर्न आवश्यक कागजात संलग्न गरी अनुसुचि १० बमोजिमको ढाँचामा स्थानीय तहमा निवेदन दिनु पर्ने छ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको निवेदन प्राप्त हुन आएमा स्थानीय तहले निवेदन प्राप्त भएको मितिले पन्ध्र कार्यदिन भित्र कम्तिमा पनि एक जना विषय विज्ञ सहित तिन जना स्वास्थ्यकर्मिको अनुगमन टोलि खटाउनु पर्नेछ ।



- (३) उपदफा (२) बमोजिम खटिएको अनुगमन टोलिको कार्यदिन भित्र स्थलगत निरिक्षण गरि घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्न अनुमति प्रदान गर्न उपयुक्त भए नभएको राय सहितको प्रतिवेदन अनुमति प्रदान गर्ने निकाय समक्ष पेश गर्नु पर्नेछ ।
- (४) उपदफा (३) बमोजिम अनुगमन टोलिको प्रतिवेदनको आधारमा र यस कार्यविधिमा उल्लेखित अन्य मापदण्ड अनुसूची - १२ मा समावेश गरे बमोजिम पूरा गरेको संस्थालाई अनुमति प्रदान गर्ने निकायले एक वर्षको लागि घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्न स्थानिय तहले तोकेको ढाँचामा अनुमति दिन सक्नेछ ।
- (५) यस दफा बमोजिम संस्थालाई घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्न अनुमति दिने नदिने सम्बन्धमा उपदफा (३) बमोजिम अनुगमन टोलिको प्रतिवेदन प्राप्त भएको मितिले १५ कार्यदिन भित्र निर्णय गरी सक्नुपर्नेछ र सो को जानकारी सम्बन्धित संस्थालाई दिनुपर्नेछ ।
- १५. पुनः अनुमति प्राप्त गर्न निवेदन दिनु पर्ने:** (१) यो कार्यविधि प्रारम्भ हुँदाका बखत सञ्चालन स्वीकृति लिएको संस्थाले यस कार्यविधि बमोजिमको तोकिएको मापदण्ड कायम गर्ने प्रायोजनको लागि यो कार्यविधि प्रारम्भ भएपछि, सम्बन्धित स्थानीय तहबाट जारि भएको सार्वजनिक सुचनामा तोकेको अवधिभित्र सम्बन्धित स्थानीय तहमा निवेदन दिनु पर्नेछ ।
- (२) उपदफा (१) बमोजिम निवेदन प्राप्त हुन आएमा स्थानीय तहले त्यस्तो संस्थालाई यस कार्यविधि बमोजिम तोकेको मापदण्ड कायम गर्नका लागि ३५ दिनको समयवधि दिनसक्नेछ ।
- (३) यस दफा बमोजिमको प्रक्रिया पूरा गरेको संस्थालाई दफा (१४) को उपदफा (४) बमोजिम घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्न अनुमति प्रदान गरिनेछ ।
- (४) यस दफा बमोजिम अनुमतिको लागि निवेदन नदिने, निवेदन दिए पनि अनुमति नपाउने वा निर्धारित अवधि भित्र मापदण्ड कायम नगर्ने संस्थाको अनुमति स्थानीय तहले रद्द गर्नेछ ।
- १६. अनुमति/ नविकरण दस्तुर बुझाउनु पर्ने:** घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्न अनुमति प्राप्त सम्बन्धित संस्थाले स्थानीय तहले तोके बमोजिमको अनुमति /नविकरण दस्तुर स्थानीय तहमा बुझाउनुपर्नेछ ।
- १७. नविकरण गराउनु पर्ने:** (१) यस कार्यविधि बमोजिम घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन अनुमतिको अवधि समाप्त हुनु भन्दा एक महिना अगाडि नै स्थानिय तह समक्ष नविकरणका लागि निवेदन दिनुपर्नेछ ।
- (२) उपदफा (१) बमोजिम निवेदन प्राप्त भएमा स्थानीय तहले तोके बमोजिमको दस्तुर लिई सेवा सञ्चालन अनुमतिको नविकरण गरि दिन सक्नेछ ।
- (३) उपदफा (१) बमोजिमको अवधिभित्र मनासिव कारण परि निवेदन पेश गर्न नसकेको भनि कारण खुलाई थप दुई महिना भित्र निवेदन पेश गरेमा दोब्बर नवीकरण दस्तुर लिई निवेदन प्राप्त भएको मितिले १५ दिन भित्र स्थानीय तहले सेवा सञ्चालन अनुमति नविकरण गरि दिनसक्नेछ ।
- (४) सेवा प्रदायक संस्थाले आफ्नो सेवा विस्तार गर्न चाहेमा सो कुरा उल्लेख गरि उपदफा (१), (२) र (३) बमोजिमको अवधि भित्रै निवेदन पेश गर्नुपर्ने छ ।
- (५) उपदफा (२) वा (३) बमोजिमको अवधिभित्र नविकरणको लागि निवेदन पेश नगर्ने संस्थाको सेवा सञ्चालन अनुमति पत्र स्वतः खारेज हुनेछ ।



अभिलेख तथा प्रतिवेदन

१८. **अभिलेख राख्ने** : सेवा प्रदायकले सेवा प्रदान गर्ने कर्मचारी, प्रदान गरेको सेवाहरूको र सेवाग्राहिको विस्तृत विवरणको अभिलेख अनुसूची १३ बमोजिम राख्नुपर्ने छ ।
१९. **प्रतिवेदन गर्ने** : (१) सेवा प्रदायक संस्थाले मासिक रूपमा स्थानीय तहमा अनिवार्य रूपले प्रतिवेदन गर्नु पर्ने छ । प्रतिवेदन गर्दा अनुसूची १४ बमोजिमको ढाँचा प्रयोग गर्नु पर्नेछ ।
- (२) प्रतिवेदन गर्दा विरामीको गोपनीयता कायम राख्ने गरि प्रतिवेदन गर्नुपर्ने छ ।
- (३) सेवा प्रदायक संस्थाले सेवा प्रदान गर्ने क्रममा भएका कुनै पनि अप्रिय घटनाको जानकारी सम्बन्धित स्थानिय तह/प्रशासनमा जानकारी गराउनु पर्ने छ ।

परिच्छेद-७

विविध

२०. **सेवाको पारदर्शिता**: सेवा प्रदान गर्ने कुनै पनि संस्थाको हकमा पारदर्शिताको लागि सेवा प्रदायक संस्थाबाट प्रदान गरिएको सेवाको विवरण प्रत्येक महिना आवश्यकतानुसार स्थानीय तहमा सार्वजनिक स्थानमा सार्वजनिक गर्नु पर्नेछ । उक्त पारदर्शिता एवं प्रवर्द्धनको नमुना फाराम अनुसूची-११ बमोजिम हुनेछ ।
२१. **विज्ञापन** : सेवा प्रदायक संस्थाले कुनै पनि स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धि विज्ञापनको लागि राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार केन्द्रबाट स्वीकृति लिनु पर्नेछ । स्वीकृत नभएको विज्ञापन कुनै माध्यमबाट प्रकाशन गर्न पाउने छैन ।
२२. **अनुसूचीमा हेरफेर तथा थपघट**: स्थानिय तहले यस कार्यविधिको अनुसूचीहरूमा यस कार्यविधि र मापदण्डको भावना विपरित नहुने गरि आवश्यकतानुसार हेरफेर तथा थपघट गर्न सक्नेछ ।


 अनुसूची १
 स्वास्थ्यकर्मीको योग्यता
 (दफा २(घ) सँग सम्बन्धित)

क्र.सं.	स्वास्थ्य पेशागत व्यवसायी	दर्ता गरिएको परिषद्	दर्ताको प्रकार
१	चिकित्सक, दन्त चिकित्सक, विशिष्ट तालिम प्राप्त चिकित्सक, विशेषज्ञ चिकित्सक	नेपाल मेडिकल काउन्सिल	आवधिक नवीकरण गरेको, कुनै अभियोग नलागेको
२	अ.न.मी., नर्स, मिडवाइफ, विशेषज्ञ नर्स तथा मिडवाइफ, विशिष्ट तालिम प्राप्त नर्स तथा अ.न.मी.	नेपाल नर्सिङ्ग परिषद्	
३	अ.हे.ब./सि.एम्.ए., डेन्टल हाईजीनिस्ट, हेल्थ असिस्टेन्ट, ल्याव असिस्टेन्ट र टेक्निसियन, फिजीयोथेरापिस्ट, स्पिच थेरापिस्ट, अकुपेसनल थेरापिस्ट, नेत्र सहायक, द्रिष्टि विशेषज्ञ आदि ।	नेपाल स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद्	”
४	सहायक फार्मासिस्ट, फार्मासिस्ट	नेपाल फार्मसी परिषद्	”
५	सहायक आयुर्वेद कार्यकर्ता, कविराज/ए.एच्.ए., वैद्य/ए.ए.एच्.डब्लु, आयुर्वेद सहायक आयुर्वेद फार्मासिस्ट, फार्मासिस्ट, होमियोप्याथी चिकित्सक, आयुर्वेद चिकित्सक,	आयुर्वेद चिकित्सा परिषद् नेपाल	”
६	पोषण विशेषज्ञ (डाइटेसियन)	सम्बन्धित विशेषज्ञता हासिल गरी कार्य गरेको अनुभव पत्र वा परिषदमा दर्ता भएको प्रमाणपत्र	
७	मनोसामाजिक परामर्शदाता	सम्बन्धित विशेषज्ञता हासिल गरी कार्य गरेको अनुभव पत्र	
अ.न.मी. (ANM: Auxiliary Nurse Midwife) अ.हे.ब. (AHW: Auxiliary Health Worker) सि.एम्.ए. (CMA: Community Medical Assistant) ए.एच्.ए. (A.H.A: Ayurveda Health Assistant) ए.ए.एच्.डब्लु (A.A.H.W: Ayurveda Auxiliary Health Worker)			

नोट: स्वास्थ्य सम्बन्धी विशेष दक्षताको लागि तालिम लिएका जस्तै: आइ.सी.यू. तालिम, डायलिसिस तालिम, एस.वि.ए. तालिम, पूर्वकर्म तालिम, आदि ।





सेवाग्राहीले पेश गर्ने निवेदनको नमूना

घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा लिन ईच्छुक सेवाग्राहीले सेवा प्रदायक संस्थसँग पेस गर्ने निवेदनको ढाँचा ।

१. सेवाग्राहीको नाम:

२. उमेर:

३. लिंग:

४. ठेगाना:

५. फोन नं. :

६. स्वास्थ्य समस्या:

७. सेवा लिने अवधि/समय:

८. लिईने सेवाको विवरण:

९. सेवाग्राहीको आवश्यक मेडिकल विवरण र कागजातहरू:

(क) चिकित्सकद्वारा उपलब्ध गराइएको पुर्जा र मेडिकल रिपोर्ट

(ख) माग गरेको आवश्यक सेवाको विवरण र सेवा संलग्न प्राविधिक स्वास्थ्यकर्मी वा टोलीको दक्षता र विवरण
(चिकित्सक, आयुर्वेद चिकित्सक, कविराज/ए.एच्.ए., पारामेडिक्स, नर्स, फिजियोथेरापिस्ट, पोषण विशेषज्ञ,
वैद्य/ए.ए.एच्.डब्ल्यू., आदि)

सेवाग्राहीको घरमा पुग्न सक्ने बाटोको नक्सा



सेवाग्राहीको स्वास्थ्य सेवा आवश्यकता पहिचान फारम

यस फारममा उल्लेखित प्रश्नहरूको उत्तर सेवाग्राही वा सेवाग्राहीको नजिकको व्यक्तिले दिन सक्नेछ । फारम भरी सकेपछि सेवाग्राहीलाई कुन स्तरको सेवाको आवश्यक, कति पटक सेवाग्राहीसँग भेट गर्नुपर्छ र कस्तो प्रकारको सीप वारेमा सेवाग्राही वा नजिकको व्यक्तिलाई तालिमको आवश्यक पर्छ, भनेर एकिन गर्न सकिन्छ ।

जानकारी उपलब्ध गराउने व्यक्ति:

विरामीसँगको नाता:

क. सेवाग्राहीको छोटो मेडिकल विवरण:

रक्तचापको अवस्था:

मधुमेहको अवस्था:

कुनै प्रकारको एलर्जी:

एच.आई.भी.को अवस्था:

कुनै दीर्घ रोग:

हाल सेवन गरिरहेका औषधिहरू:

हालको स्वास्थ्य समस्या:

ख. वरिपरि हिडडुल

६. सेवाग्राही ओछ्यानमा कतिको सुति रहन्छ?

धेरै सुति रहन्छ () सामान्य सुति रहन्छ () थोरै सुति रहन्छ ()

सुत्दैन ()

७. सामान्यतया तपाईंलाई एकलै वरिपरि हिडडुल गर्न सक्नुहुन्छ?

सक्छु () सकिदैन ()

८. यदि तपाईं/वहाँ सक्नुहुन्न भने तपाईं/वहाँलाई कस्तो प्रकारको सहयोगको आवश्यकता पर्छ?

() आवश्यक परेको बेलामा सहयोग गर्न कोही मेरो छेउछाउमा हुनुपर्ने

() सहयोगी

() क्विलचेयर

९. तपाईं/वहाँको शरीरको कुनै अंग चलाउन तपाईंलाई कुनै कठिनाई छ?

कठिनाई छ ()

कठिनाई छैन ()

९.१ यदि छ भने,

() पाखुरा: () दायाँ () बायाँ () दुवै

() खुट्टा: () दायाँ () बायाँ () दुवै

() टाउको

() मुख

() आँखा

() अन्य

१०. तपाईं/वहाँ (विरामी) ओछ्यानमा कति समय बिताउनु हुन्छ?

- () सधै
 () प्राय जसो
 () जतिबेला म थकित हुन्छु वा रबी/सुन्तको लागि मात्र



११. तपाईं/वहाँलाई निम्न क्रियाकलाप गर्नु सहयोगको आवश्यकता पर्छ? (सहयोगको आवश्यकता परेको सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)

- () व्यक्तिगत सरसफाई (नुहाउनु, दाँत सफा गर्नु, कपाल सफा गर्नु र कोर्नु, आदि)
 () ओछ्यानमा रहदाँ बस्दा उत्पन्न घाउको व्यवस्थापन वा रोकथाम गर्न
 () कपडा लगाउन
 () औषधि खान
 () खाना खान
 () चर्पी प्रयोग गर्न
 () बालबालिकाहरुको सहयोग गर्न
 () अन्य

पोषण र खानपिन सम्बन्धी

१३. तपाईं/वहाँको खाने रुची वा चाहनामा कुनै परिवर्तन आएको पाउनु भएको छ?

- () भएको छ, सामान्य भन्दा कम
 () भएको छ, सामान्य भन्दा बढी
 () सामान्य नै छ
 () भएको छैन, त्यस्तै छ

१४. तपाईं/वहाँलाई खान पिउन कुनै समस्या छ? तपाईं/वहाँलाई कस्तो सहयोगको आवश्यक छ?

.....

यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य

१५. के तपाईं गर्भवती हुनु हुन्छ? (प्रजनन उमेरको महिलालाई मात्र सोध्ने)

- छु () छैन ()

१६. तपाईंले हाल परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्नु भएको छ?

- गरेको छु () गरेको छैन ()

१६.१ यदि छ भने, कुन साधन प्रयोग गर्नु भएको छ?

१७. तपाईं कण्डम प्रयोग गर्नु हुन्छ?

- गर्छ () गर्दिन ()

१७.१ यदि प्रयोग गर्नु हुन्छ भने, तपाईंलाई कण्डम प्रयोगको बारेमा कुनै प्रश्न छ?

- छ () छैन ()





१७.२ तपाईंले कण्डमको साथसाथै एकै पटक अन्य परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्नु हुन्छ? (दोहोरो सुरक्षा: गर्भवती वा यौनजन्य रोग/एच.आई.भी. रोकथामको लागि)

गर्छु () गर्दिन ()

१८. तपाईंको गुप्ताङ्गमा कुनै संक्रमण वा यौनजन्य रोगको लक्षण देखा परेको छ?

- () छैन
() छ, चिलाउने
() छ, गन्हाउने पानी बग्ने
() छ, घाउ
() अन्य

महिनाबारी सम्बन्धि कुनै समस्या छ ?

() छ () छैन

छ भने कस्तो समस्या?

() अनियमित () धेरै रक्तश्राव हुने () अन्य

महिनाबारिको व्यवस्थापन कसरि गर्नुहुन्छ ?

() स्यानिटरी प्याड () पुरानो कपडा () अन्य

१९. तपाईंलाई आफ्नो यौनसंग सम्बन्धित कुनै चिन्ता, समस्या छ जसको लागि तपाईंलाई सहयोग वा उपचारको आवश्यकता छ?

आवश्यकता छ () आवश्यकता छैन ()

१९.१ यदि छ भने वर्णन गर्नुहोस्

२०. तपाईंलाई दुखाईसंग सम्बन्धित कुनै समस्या छ?

छ () छैन ()

२०.१ यदि छ भने, कहाँ छ र के गर्दा दुखाई कम हुन्छ? औषधि प्रयोग गर्नु भएको छ ?

.....

२१. तपाईंलाई कुनै विशेष शारिरीक लक्षणहरु छ जसको लागि तपाईंलाई सहयोगको आवश्यकता पर्छ? (भएको शारिरीक लक्षणहरु सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)

- () वाकवाक लाग्ने () चिसो लाग्ने () छालाको समस्या
() थकाई लाग्ने () राती पसिना आउने () कब्जियत
() मुख / घाँटीमा घाउ () ज्वरो () पिसाब चुहिने
() दिसा नियन्त्रण गर्न नसक्ने () नराम्रो खोकी () काम्ने () श्वास फेर्न समस्या
() वान्ता आउने () जोर्नी दहो हुने () गुप्ताङ्गमा समस्या
() पखाला () सुन्निने () अनिद्रा () अन्य

.....



मनोसामाजिक स्वास्थ्य सम्बन्धि

२२. तलका मध्ये तपाईंले प्राय कुन कुन कुरा महसुस गर्नु हुन्छ? (महसुस गर्ने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)
- () अल्मलिनने () विर्सिने () सधै थकाई लाग्ने
() उदासिनता () चिन्ता / सुर्ता लाग्ने () चिन्तित हुने
() जीवन देखि हार खाएको जस्तो
() अन्य

२३. तपाईंलाई आफ्नो भावना वा अनुभूतिसंग सामना गर्न समस्या छ? (जस्तै: चिन्ता, पिर, सधै रिस उठनाले, उदासिनताको कारणले गर्दा सुत्न र खान समस्या)
- समस्या छ () समस्या छैन ()

२४. तपाईंलाई कस्तो महसुस भई रहको छ भनेर कसैलाई सुनाउन चाहनु हुन्छ?
- चाहन्छु () चाहन्न ()

२५. तपाईंको जस्तै अवस्थामा रहेका अन्य कोही व्यक्तिसंग कुराकानी गर्न चाहनु हुन्छ?
- चाहन्छु () चाहन्न ()

- तपाईं कुनै पनि प्रकारको हिंसामा पर्नु भएको छ ?
- () छ () छैन

छ भने कस्तो?

- () घरेलु () यौन जन्य () सामाजिक अवहेलना () अन्य

आर्थिक, कानूनी तथा अन्य सम्बन्धी

२६. सेवाग्राहीसंग नाता जोडिएको घरको घरमूली को हुन ? (जस्तै: आफै, श्रीमान, श्रीमती, मामा, काका, काकी, आदि)

२७. घरमा निम्न लिखित व्यक्ति कति जना छन्?

बालबालिका:

महिला:

ज्येष्ठ नागरिक:

२८. तपाईंको आफ्नो धनसम्पत्तिको रेखदेखको लागि कानूनी रुपमा कसैलाई संरक्षकको रुपमा छनौट गर्नु भएको छ?
- () छ

() छैन म स्वयम् रेखदेख गर्छु

() छैन, अब मलाई कसैको सहयोगको आवश्यकता छ

२९. तपाईंलाई आर्थिक कारोबारहरु (जस्तै: बैकिङ्ग, पानी, बिजुली आदिको विलहरु तिर्नु) गर्नको लागि कसैको सहयोगको आवश्यक पर्छ?

() पर्दैन, म स्वयम् रेखदेख गर्छु



- () पर्छ, मलाई सहयोग पाई दिन्छ
() मैले कसैलाई त्यसको जिम्मेवारी दिएको छु

३०. तपाईंले अन्य कुनै संघसंस्थाबाट सहयोग पाई राख्नु भएको छ?
() छ () छैन

३०.१ यदि सहयोग पाई राख्नु भएको छ भने, संस्थाको नाम उल्लेख गर्नुहोस्

३०.२ कस्तो सेवा प्राप्त गर्नु भईरहेको छ ? उल्लेख गर्नुहोस्.....

यस सम्बन्धि अरु केहि कुरा थप्न चाहनुहुन्छ ?

- () चाहन्छु () चाहन्न

चाहनु हुन्छ भने के?

.....

माथि उल्लेखित सेवाग्राहीको व्यक्तिगत आवश्यकताको आधारमा निम्नानुसारको सेवाको तहको आवश्यक छ (उपयुक्त कुनै एकमा चिन्ह लगाउनुहोस्)

- () पहिलो तह: सामान्य स्वास्थ्य सेवा
() दोश्रो तह: विशेष स्वास्थ्य सेवा
() तेश्रो तह: विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवा
() आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा


 नैऋत सुदूर पश्चिम
 स्वास्थ्य सेवा विभाग
 सेवाको तह अनुसारको वर्गीकरण
 टेकु, काठमाडौं

पहिलो तह: सामान्य स्वास्थ्य सेवा

SN	Services	Who can provide? (minimum standard)	Doctor's prescription (Y/N)	Conditions (if any)
1.	Personal hygiene- oral care, back care, bed bath, hair wash	Caretakers	N	
2.	Vital sign monitoring	ANM, AAHW, Paramedics,	N	
3.	Counselling	ANM, Nurse, Paramedics, AAHW	N	
4.	Sample collection	ANM/ Nurse, Lab technician, HA	Y	
5.	Oral medication	ANM/ Nurse/ AAHW, Paramedics	Y	
6.	Ambulation and mobility assistance	ANM/ Nurse	N	
7.	Support and health teaching in Breastfeeding	ANM/ Nurse	N	
8.	NG feeding	Nurse	N	
9.	Oral feeding	Nurse		
10.	Eazy vag enema	Nurse/ HA/ AHA	N	
11.	Health education	ANM/ Nurse/ AHA, Paramedics	N	
12.	Suppository (Anal and Vaginal)	ANM/ Nurse/ AHA, Paramedics	N	
13.	Sitz bath	ANM/ Nurse/ AHA	N	
14.	Incontinence of urine	ANM/ Paramedics/ AHA	N	
15.	Incontinence of stool	ANM/ Paramedics/ AHA	N	
16.	Positioning	ANM/ Paramedics/ AHA	N	
17.	Close and simple dressing	ANM/ Nurse/ AHA/ Paramedics	N	
18.	Physiotherapy	Trained Nurse/ Physiotherapist	N	
19.	Sweden (Sudation therapy)	AAHW	Y	





20.	Snehan (Oleation therapy)	AAHW	N	
21.	Yoga therapy	AAHW	N	

दोश्रो तह: विशेष स्वास्थ्य सेवा

SN	Services	Who can provide ? (minimum standard)	Doctor's prescription (Y/N)	Conditions (if any)
1.	IV medication	Nurse/ HA/ CMA	Y	
2.	NG tube insertion	Nurse	Y	Under supervision of doctor
3.	Physiotherapy	Trained Nurse/ Physiotherapist	Y	
4.	Catheterization	Nurse /HA/ CMA	Y	Under supervision of doctor
5.	PEG Feeding	Nurse	Y	As per prescription
6.	Antenatal care	ANM/Nurse	N	At least 4 ANC though 8 is recommended
7.	Postnatal care	Nurse	N	
8.	Escorting in doctor follow up at hospital or clinic	Nurse/HA/ AHA	Y	
9.	Colostomy care	Nurse	N	
10.	Respite care	Nurse	N	
11.	Suctioning	Nurse	Y	
12.	Palliative care	Nurse/ HA /AHA	N	Should be provided in team
13.	IV infusion (crystallized solution as per prescription)	Nurse/ HA/ CMA	Y	
14.	Psycho-social counselling	Trained Health worker / Psychosocial counsellor	N	
15.	Nasya (Nasal therapy)	Trained AHA	Y	
16.	Purvakarm	Trained AHA	Y	
17.	Acupuncture	Trained Acupuncture therapist	Y	
18.	Acupressure	Trained Acupressure therapist	N	

तेस्रो तह: विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवा

SN	Services	Who can provide (Minimum standard)	Doctor's prescription (Y/N)	Conditions (if any)
----	----------	--	--------------------------------	------------------------



1.	Dietary consultation	Doctor/ Dietician/ Ayurveda physician	Y	
2.	Doctor consultation	Doctor / Ayurveda physician	Y	
3.	Cardio-Pulmonary Resuscitation (Basic Life Support)	Trained Nurse/ Doctor	Y	
4.	Tracheostomy care	Doctor	Y	
5.	Peritoneal dialysis	Doctor	Y	
6.	Central line dressing	Nurse/Doctor	Y	
7.	Matra vasti /Asthanan vasti	Ayurveda physician	Y	

आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा

SN	Services	Who can provide?	Doctor's prescription (Y/N)	Conditions (if any)
1.	Safe transport to hospital	Nurse/HA/ AHA	N	
2.	Positioning	Nurse/HA	N	
3.	Splinting	Nurse/HA/ AHA	N	
4.	Pressure Bandage/ Bleed Control	Nurse/HA/ AHA	N	
5.	CPR/ Basic Life Support	Trained Nurse	Y	On recommendation of doctor
6.	Oxygenation	Nurse/HA/ AHA	N	
7.	Suction	Nurse/ AHA	N	
8.	Foreign body removal	Nurse/HA/ AHA/Optometrlist/Ophthalmic Assistant	N	

नोट: सेवा प्रदायक संस्थामा स्वास्थ्यकर्मिको उपलब्धताको आधारमा परिचालन गर्न सकिनेछ ।

ANM: Auxiliary Nurse Midwife | AHW: Auxiliary Health Worker | CMA: Community Medical Assistant |
A.H.A: Ayurveda Health Assistant | A.A.H.W: Ayurveda Auxiliary Health Worker



घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्था र सेवाग्राही बीच हुने
सम्झौता पत्रमा समेटनुपर्ने न्यूनतम बुँदाहरू

घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका लागि सेवा प्रदायक संस्था..... (नाम)
.....(ठेगाना) (यसपछि प्रथम पक्ष भनिने) र सेवाग्राही..... (नाम)
..... (ठेगाना) (यसपछि दोस्रो पक्ष भनिने) का बीच तपसिलका न्यूनतम सेवारशर्तहरू पालना गर्ने
गराउने सहमतिका साथ यो सम्झौता भएको छ ।

तपसिल:

१. प्रथम पक्ष र दोस्रो पक्षबीच सम्झौता पत्रमा हस्ताक्षर भए पश्चात मात्र पहिलो पक्षले सेवा सञ्चालन सुरु गर्न सक्नेछ ।
२. दोस्रो पक्षले सेवा लिएर वापतको शुल्क यस सम्झौतामा उल्लेख भई प्रथम पक्षबाट स्वीकृत भए बमोजिम हुनेछ ।
३. दोस्रो पक्षले लिने सेवाका प्रकार प्राविधिक सेवा प्रस्तावमा उल्लेख भई प्रथम पक्षबाट स्वीकृत भए बमोजिम हुनेछन् ।
४. दोस्रो पक्षले लिने सेवाहरू प्राविधिक सेवा प्रस्तावमा उल्लेख भई प्रथम पक्षबाट स्वीकृत भएको समय तालिका/अवधि बमोजिम हुनेछ र सोही समय अवधि अनुसार दोस्रो पक्षले सेवा प्राप्त गर्नुपर्नेछ ।
५. दोस्रो पक्षले लिने सेवाको शुल्क विवरण प्रथम पक्षको निर्धारित सेवाको प्याकेज नेपाल सरकारद्वारा स्विकृती लिएर मात्र लागु गर्नु पर्ने हुन्छ ।
६. दोस्रो पक्षले सेवा लिएर वापतसेवा शुल्कको रकम भुक्तानीको प्रक्रिया र कार्यविधिमा उल्लेख भए बमोजिम वा स्थानीय तहले तोके बमोजिम हुनेछ ।
७. स्वीकृत प्राविधिक सेवा प्रस्तावमा कुनै परिवर्तन वा परिमार्जन गर्नुपरेमा प्रथम तथा दोस्रो पक्षबीच पुनः लिखित सम्झौता भए पश्चात मात्र परिवर्तन वा परिमार्जन गर्न सकिनेछ ।
८. दोस्रो पक्षले लिने सेवाहरू स्वीकृत प्राविधिक सेवा प्रस्ताव अनुसार भए नभएको अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण प्रथम पक्षले गर्नेछ ।
९. दोस्रो पक्षले सेवाप्रदायक जनशक्तिको सुरक्षाको प्रत्याभूति गर्नुपर्नेछ । यदि सेवा प्रदान गर्नेक्रममा कुनै अप्रिय घटना घटेमा त्यसको जिम्मेवारी सेवाग्राहीले लिनुपर्नेछ । र यस्तो अवस्थामा प्रथम पक्षले कुनै पनि अप्रिय सुचना बिना नै सम्झौता तोड्न सक्नेछ ।
१०. घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा र कार्यविधिमा उल्लेख भए बमोजिम स्वास्थ्य मन्त्रालय वा मातहतको निकायले कार्यक्रमको सुपरिवेक्षण तथा अनुगमन गर्दा र कार्यविधिमा उल्लेख भए बमोजिम तथा स्वीकृत प्राविधिक सेवा प्रस्ताव अनुसार भएको नपाइएमा प्रथम पक्षले सेवा प्रवाह गरिरहेका जनशक्तिलाई आवश्यक सुधारका लागि सुझाव तथा सल्लाह प्रदान गर्न सक्नेछ र सुझाव कार्यान्वयन गर्नु प्रथम पक्षको जिम्मेवारी हुनेछ ।
११. सेवा प्रदान गर्ने क्रममा बिरामीको स्वास्थ्यमा कुनै नराम्रो असर वा मृत्यु भएमा त्यस घटनाको निःपक्ष चिकित्सकीय अडिट हुनु पर्नेछ ।



१२. सेवा प्रदायक तथा सेवाग्राही दुवै पक्षको संस्थाको निम्तोबारी एक पक्षले अर्को पक्षको लिनेछ ।

१३. स्वास्थ्यमा थप जटिलता आएर प्रेषण गर्नुपर्ने अवस्थामा प्राथमिक रुपमा कहाँ प्रेषण गर्ने बारे प्रथम पक्षले जानकारी गराउने छ ।

१४. सेवा प्रदायकहरुको नाम, सम्पर्क फोन नं., इमेल ठेगाना आदि सेवा प्रदायक संस्थाले उपलब्ध गराउने छ ।

प्रथम पक्ष

हस्ताक्षर:

नाम:

पद:

कार्यालयको नाम:

कार्यालयको छाप:

मिति:

प्रथम पक्षको तर्फबाट साक्षी

हस्ताक्षर:

नाम:

पद:

संस्थाको नाम:

मिति:

दोस्रो पक्ष

हस्ताक्षर:

नाम:

सेवाग्राहीसंगको नाता:

व्यक्तिको ल्याप्चे:

मिति:

दोस्रो पक्षको तर्फबाट साक्षी

हस्ताक्षर:

नाम:

सेवाग्राहीसंगको नाता:

व्यक्तिको ल्याप्चे:

मिति:



सेवाग्राहिले ध्यान दिनु पर्ने कुरा: घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा चेक लिष्ट

के विचार पुर्याउने पर्ने	किन
तपाईंको घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको सम्झौतामा के समावेश छ?	<p>तपाईंको घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सम्झौताले तपाईंको सेवा कसरी प्रदान गर्छ, कसले सेवा प्रदान गर्छ, र कति खर्च लाग्छ भन्ने बारेमा निर्धारित गर्छ । तपाईंको सम्झौतामा निम्नलिखित बुदाहरु समावेश हुन्छ ।</p> <p>स्वास्थ्य सेवा योजना: जसमा तपाईंको आफ्नो व्यक्ति लक्ष्य तथा प्राथमिकतालाई ध्यानमा राखेर तपाईंको सेवाको तह अनुसारको प्याकेजको रुपरेखा उपलब्ध गराउँछ ।</p> <p>व्यक्तिगत बजेट: जसमा तपाईंले सेवा लिए वापतको सेवा शुल्कको रुपरेखा उपलब्ध गराउँछ ।</p> <p>यदि तपाईंको स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकता समयानुसार परिवर्तन भएमा स्वास्थ्य सेवाको योजना वा शुल्कमा परिवर्तन बमोजिम मिलान गर्नको लागि तपाईंको स्वास्थ्य सेवाको योजना र बजेटको पुनरावलोकन गर्नु पर्ने हुन्छ ।</p>
तपाईंको आफ्नो बजेट र लागत शुल्क	तपाईंले घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा लिनको लागि आवश्यक शुल्क र लागत खर्च कति लाग्छ सोको बारेमा सेवा प्रदायक संस्थासंग छलफल गरी स्पष्ट हुनुहोस् । साथै कहिले कसरी भुक्तानी गर्ने हो सोको बारेमा पनि छलफल गरी स्पष्ट हुनुहोस् ।
मेरो घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको सम्झौताको शर्तहरु म बुझ्न सक्छु?	तपाईंलाई सेवा प्रदान गर्ने सेवा प्रदायक संस्थाको जिम्मेवारी अनुसार तपाईंको घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको सम्झौतामा के कस्तो शर्तहरु राखेको छ सो बारेमा प्रष्ट रुपमा तपाईंलाई बुझाउन सहयोग गर्नु पर्ने हुन्छ । तपाईंले सम्झौतामा हस्ताक्षर गर्नु अघि सम्झौतापत्रमा उल्लेखित शर्तहरुको बारेमा पूर्ण जानकारी लिनु पर्ने हुन्छ र मन्जुर भएपछि मात्र हस्ताक्षर गरी सुरक्षित राख्नु पर्ने हुन्छ ।
	त्यसैले तपाईंले ध्यानपूर्वक सम्झौतापत्र पढेर सेवा प्रदायक संस्थासंग छलफल गरी आफ्नो परिवारको सदस्य लगायत अन्य व्यक्ति वा कानूनी परामर्शदातासंग समेत राय लिनु पर्ने पनि हुन सक्छ । जब तपाईं सम्झौताको शर्तहरु प्रति राजी हुनु हुन्छ तब मात्र सम्झौता पत्रमा हस्ताक्षर गरी घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा प्राप्तिको शुरुवात गर्न योग्य हुनु हुनेछ ।
के मैले घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको सम्झौतामा फेरबदल गर्न सक्छु?	यो तपाईंको आफ्नो घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा लिने सम्झौता पत्र हो । त्यसकारण तपाईंले जुनसुकै समयमा आफ्नो आवश्यकता अनुसार सेवा प्रदायक संस्थासंग छलफल गरी सेवा शर्त फेरबदल गर्न सक्नु हुन्छ । तर यसरी सेवा शर्त फेरबदल गर्दा लागत शुल्कमा समेत प्रत्यक्ष प्रभाव हुने भएकाले विशेष ध्यान पुऱ्याउनु पर्ने हुन्छ ।



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय

जाँचसूची

- तपाईंलाई स्वास्थ्य सेवा कसले कतिपटक कहाँ उपलब्ध गराएको छ, सोको बारेमा प्रष्ट पार्नुहोस् ।
- सेवाप्रदान गर्ने योजनानुसार लागत सेवा शुल्कबिबरण स्पष्ट पारी उपलब्ध गराएको ।
- तपाईंको स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकता अनुसार सेवा प्रदायकसंग छलफल गरी योजना तयार पारेको ।
- तपाईंको घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको सम्झौताको बारेमा परिवारका सदस्य, इष्टमित्र वा कानूनी परामर्शदातासंग पुनरावलोकन गर्नुहोस् । आवश्यकतानुसार तपाईंले स्वतन्त्र रूपमा कानूनी सल्लाह लिन सक्नु हुन्छ ।
- घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सम्झौता पत्रमा हस्ताक्षर गरी सेवा प्राप्त गर्न शुरु गर्नुहोस् ।

(11)


नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
अनुसूची-७
स्वास्थ्य विभाग
सेवाग्राहीको उजुरी फाराम

मिति:

श्री प्रमुख ज्यू
.....

विषय: सम्बन्धमा ।

महोदय,

मैले यस संस्था, बाट मिति को यसै निवेदनका साथ संलग्न सम्झौतानुसार घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा लिन आइरहेको हुनाले सो सम्बन्धमा

- () प्रदान गरेको सेवाको गुणस्तरीयतामा मेरो असन्तुष्टि रहेको छ
- () सेवा प्रदायकले नराम्रो व्यवहार गरेको छ
- () स्वास्थ्यमा थप जटिलता भएको छ
- () अन्य कारण भए खुलाउनु होस्

तसर्थ, नियमानुसार आवश्यक कारवाही गरी पाउनका लागि अनुरोध गर्दछु ।

निवेदकको:

नाम, थर:

लिङ्ग:

उमेर:

ठेगाना

सम्पर्क फोन नं.:

सेवा लिन शुरुवात गरेको मिति:

दस्तखत/ ल्याप्चे:

आवदेन फारामसंग संलग्न: सम्झौता पत्रको प्रतिलिपी
विस्तृत कारण खुलाईएको लिखित विवरण





मिति:

श्री प्रमुख ज्यू,
.....

विषय: सम्बन्धमा ।

महोदय,

मैले सेवा प्रदायक संस्थाको नाम नामक संस्थामा आवद्ध भई, सेवाग्राहीको नाम लाई मिति
..... देखि सम्झौतानुसार घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा दिदै आइरहेको छु । सेवा प्रवाह गर्दा

- () सेवा प्रदायक संस्थाले आँच पुर्याएको छ
- () सेवाग्राहीले नराम्रो व्यवहार गरेको छ
- () म माथि अप्रिय घटना भएको छ
- () अन्य कारण भए खुलाउनु होस्

तसर्थ, नियमानुसार आवश्यक कारवाही गरी पाउनका लागि अनुरोध गर्दछु ।

निवेदकको:

नाम, थर:

लिङ्ग:

पेशा:

पद:

ठेगाना

सम्पर्क फोन नं.:

सेवा दिन शुरुवात गरेको मिति:

दस्तखत/ ल्याप्चे:

आवदेन फारामसंग संलग्न: सम्झौता पत्रको प्रतिलिपी
विस्तृत कारण खुलाईएको लिखित विवरण



क्र.सं.	सम्बन्धित विषय	न्यूनतम योग्यता	कार्य अनुभव
१.	चिकित्सा	एम.बि.बि.एस्.	५ वर्ष
२.	नर्सिङ्ग	सम्बन्धित विषयमा स्नातक, बिएस सी नर्स, स्टाफ नर्स तथा अ.न.मी.	५ वर्ष
३	आयुर्वेद चिकित्सा	बि.ए.एम्.एस्.	५ वर्ष

११



सञ्चालन अनुमति प्राप्त गर्न दिने निवेदन फाराम

१. संस्थाको नाम:
२. साधारण सेवा/ विशेष सेवा/ विशेषज्ञ सेवा/ आकस्मीक सेवा (कुन सेवा संचालन गर्ने हो उल्लेख गर्ने:)
३. संस्थाको ठेगाना (पत्राचार गर्ने ठेगाना):
४. संस्था खोल्ने व्यक्तिहरु :
५. संस्थाको वित्तिय स्रोत :
 - निजि
 - शेयर कर्जा
 - सहकारी
 - सरकारी
 - गैर सरकारी संस्थाबाट कर्जा लिई संचालन गर्ने भए सो उल्लेख
 - सरकारी संस्थाले चलाएको Extended service
६. संस्थाले प्रदान गर्ने सेवाहरुको सुचि
७. संस्थामा प्रयोग हुने आवश्यक मुख्य उपकरणहरुको विवरण तथा स्रोत
८. संस्थामा सेवा पुर्याउने कर्मचारीहरुको विवरण सम्बन्धित मापदण्ड अनुसार

नोट: घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनका लागि निवेदन दिँदा संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरु

१. निवेदन फारम
२. कम्पनि दर्तारसंस्था दर्ताको प्रमाणित प्रतिलिपि
३. संस्थार कम्पनिको विधानरप्रबन्ध पत्र, नियमावलीको प्रतिलिपि
४. स्थायी लेखा दर्ता प्रमाण-पत्रको प्रतिलिपि
५. औजार उपकरणको विवरण तथा स्रोत
६. सम्पूर्ण सेवा सुल्क विवरण
७. भौतिक सामग्रीको विवरण
८. संस्थाको आर्थिक नियमावलि
९. प्रदान गरिने सेवाको विवरण
१०. संस्थाको सम्पति विवरण तथा वित्तिय स्रोत
११. कर चुक्ता प्रमाण पत्र (लागु हुने अवस्थामा मात्रै)
१२. रु १० को हुलाक टिकट
१३. संस्थामा काम गर्ने जनशक्ति सम्बन्धि विवरण
 - क) बायोडाटा
 - ख) शैक्षिक योग्यता, तालिमका प्रमाणित प्रतिलिपि
 - ग) प्राविधिक कर्मचारीको हकमा सम्बन्धित काउन्सिलको दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
 - घ) नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
 - ड) मन्जुरिनामा र कबुलियतनामा


 नेपाल सरकार
 स्वास्थ्य मन्त्रालय
 स्वास्थ्य अनुसन्धान विभाग
 सेवाको पारदर्शिता फाराम

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

ठेगाना (प्रदेश, गाउँपालिका, नगरपालिका, उपरमहानगरपालिका वडा.नं).

सेवा प्रदान गरेको अवधि मिति: देखि सम्म

क्र.सं.	सेवाग्राहीको नाम	लिङ्ग	उमेर	ठेगाना	(प्रदेश, गाउँपालिका, नगरपालिका, उपरमहानगरपालिका, वडा नं)	सेवाको विवरण	सेवा प्रदान गरिएको अवधि	बुझेको रकम रु

प्रमाणित गर्ने को नाम :

मिति :

पद :

हस्ताक्षर :

संस्थाको छाप :

नोट: यो ढाँचामा तयार पारिएको पारदर्शिता फाराम प्रत्येक महिना संस्थाको सूचना पाटीमा/सार्वजनिक स्थानमा टाँस गर्नुपर्नेछ ।





सेवा प्रदायक संस्थाको मापदण्ड

सेवाको वर्गीकरण	मापदण्डका आधार					कैफियत
	भौतिक पूर्वाधार	मानव संसाधन	उपकरण	फोहोर व्यवस्थापन	पोसाक कोड	
(क) पहिलो तहः सामान्य स्वास्थ्य सेवा	कार्यालय कोठा - १ कर्मचारी कोठा - २ (एक महिला र एक पुरुष) स्टोर रूम - १ निर्मलीकरण कोठा - १ शौचालय - १ तालिम हल - १	चिकित्सक आयुर्वेद चिकित्सक नर्स पारामेडिकल ए.ए.ए. / ए.ए.ए.ए. डब्लु अ.न.मी. व्यवस्थापक हाउसकिपिंग	Vital sign measuring set Gauge Bandage Cotton First Aid kit Sweden Machine Autoclave Sterilizer	<ul style="list-style-type: none"> फोहोर छुट्टाएर राख्ने छुट्टाछुट्टै प्रकारका भाँडाहरु घरबाट फोहोर सुरक्षित ल्याउन मिल्ने भाँडो फोहोर व्यवस्थापन गर्ने प्रक्रियाको लिखित पत्र 	सबै कर्मचारीलाई संस्थाको लोगो सहितको पोशाक स्वास्थ्यकर्मी घरमा जाँदा अनिवार्य एप्रोन लगाउने टाबेल	
(ख) दोश्रो तहः विशेष स्वास्थ्य सेवा	” ल्याब कोठा (१	चिकित्सक आयुर्वेद चिकित्सक नर्स पारामेडिकल ए.ए.ए. / ए.ए.ए.ए. डब्लु अकुप्रेसर थेरापिस्ट अकुपंचर थेरापिस्ट ल्याब असिस्टेन्ट / टेक्नीसियन अ.न.मी. व्यवस्थापक हाउसकिपिंग	Vital sign measuring set Gauge Bandage First Aid kit IV set Autoclave Laboratory service	”	”	Lab service can be tied up with existing labs
(ग) तेश्रो	”	विशेषज्ञ	Vital sign	”	”	

तहः विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवा	ल्याब कोठा १	चिकित्सक आयुर्वेद चिकित्सक मनोसामाजिक परामर्शदाता नर्स पारामेडिकल ल्याब असिस्टेन्ट / टेक्नीसियन व्यवस्थापक हाउसकिपिंग	measuring set Gauge Bandage First Aid kit IV set Autoclave- 2 Laboratory service Vastiputak (Enema pot, syringe 50 ml) Measuring flask			
(घ) आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा	”	विशेषज्ञ चिकित्सक नर्स पारामेडिकल ए.एच.ए. / व्यवस्थापक हाउसकिपिंग	Oxygen विरामी अस्पताल लानु परेमा एम्बुलेन्सको व्यवस्था गर्न सक्ने	”	”	

हाउसकिपिंग कर्मचारी स्वास्थ्य जन्य फोहोर व्यवस्थापन गर्न तालिम प्राप्त हुनुपर्ने छ ।

नोटः सेवा प्रदायक संस्था जुन-जुन वर्गको सेवा प्रदान गर्न दर्ता गरिएको त्यो बमोजिमको मापदण्ड पूरा गर्नु पर्ने छ ।





अभिलेख राख्ने ढाँचा

सेवाग्राहीको कोड				
सेवाग्राहीको नाम			लिङ्ग	
सेवाग्राहीको ठेगाना			उमेर	
सम्पर्क नम्बर				
अपाङ्गता	() छ () छैन			
	छ भने कस्तो ?			
दीर्घ रोग	() छ () छैन			
	छ भने कुन ?			
उपचारमा संलग्न कर्मचारी				
नाम	पद	नाम	पद	
१.		३.		
२.		४.		
स्वास्थ्य समस्या :				
उपचारको विवरण				
मिति	प्रदान गरिएको सेवा	स्वास्थ्य सम्बन्धि विवरण (रक्तचाप, आदि)	सेवा प्रदान गर्ने कर्मचारी	कैफियत


 नेपाल स्वास्थ्य सेवा बोर्ड
 अनुसूची नं. ४
 प्रतिवेदन सम्बन्धि ढाँचा

प्रतिवेदन मिति	साल/महिना/गते		प्रतिवेदनको साल/महिना		
संस्थाको नाम			संस्थाको कोड		
संस्थाको इमेल			संस्थाको फोन		
प्रतिवेदन तयार गर्ने	नाम थर	दस्तखत			
सेवा प्रदायकको संख्या					
विशेषज्ञ डाक्टर			फिजियोथेरापिस्ट		
डाक्टर			डाईटिसियन		
नर्स			हे.अ.		
अ.न.मि.			अहेब		
ल्याव कर्मचारी					
अन्य					
सेवा प्राप्तकर्ताको संख्या (वर्गीकृत)					
महिला		पुरुष	अन्य		जम्मा
अपाङ्ग					
दीर्घ रोग लागेका			अन्य रोग लागेका		
उमेर					
०-५ वर्ष		६-१० वर्ष		११-१९ वर्ष	
२०-४५ वर्ष		४५-५९ वर्ष		६० वर्ष वा माथि	

सेवाको विवरण

पहिलो तहको सेवा लिने	महिला	पटक	पुरुष	पटक	अन्य	पटक
Personal hygiene-oral care, back care, bed bath, hair wash						
Vital sign monitoring						
Counselling						
Sample collection						
Oral medication						
Ambulation and mobility assistance						
Support and health						



teaching						
Breastfeeding						
NG feeding						
Oral feeding						
Eazy vag enema						
Health education						
Suppository -Anal and Vaginal_						
Sitz bath						
Incontinence of urine						
Incontinence of stool						
Positioning						
Close and simple dressing						
Physiotherapy						
Sweden (Sudation therapy)						
Snehan (Oleation therapy)						
Yoga therapy						
Others						
विशेष सेवा लिने						
IV medication						
NG tube insertion						
Physiotherapy						
Catheterization						
PEG Feeding						
Antenatal care						
Postnatal care						
Escorting in doctor follow up at hospital or clinic						
Colostomy care						
Respite care						
Central line dressing						
Suctioning						
Palliative care						

[Handwritten signature]



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
टेकु, काठमाडौं

IV infusion - crystallized solution as per prescription_						
Psycho-social counselling						
Nasya (Nasal therapy)						
Purvakarm						
Acupuncture						
Acupressure						
विशेषज्ञ सेवा लिने						
Dietary consultation						
Doctor consultation						
Blood transfusion						
Cardio-Pulmonary Resuscitation -Basic Life Support_						
Tracheostomy care						
Acupuncture						
Peritoneal dialysis						
Central line dressing						
Matra vasti /Asthapan vasti						
आकस्मिक सेवा लिने						
Safe transport to hospital						
Positioning						
Splinting						
Pressure Bandage						
Foreign body removal						
CPR						
Oxygenation						
Suction						

२२