

**राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के बारे सामान्यतः
पूछे जाने वाले सवाल**

प्रश्न 1:- राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना क्या है ?

उत्तर :- भारत सरकार के श्रम एवं रोजगार मंत्रालय ने बी.पी.एल परिवारों के लिए एक स्वास्थ्य बीमा योजना शुरू की है जिसे राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना कहते हैं।

प्रश्न 2 :- कौन योग्य है ?

उत्तर :- कोई भी परिवार जो गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने के अंतर्गत आता हो, जिसकी सूचना जिला बी.पी.एल सूची में शामिल है जिसे राज्य सरकार ने बनवाया है। लाभार्थी परिवार को नामांकन स्थान पर आने की जरूरत है और घर के मुखिया की पहचान की पुष्टि प्राधिकृत अधिकारी द्वारा की जाती है।

प्रश्न 3 :- क्या राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना में बीमा कवरेज है?

उत्तर :- राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत प्रति परिवार 30,000/- रूपये तक का अस्पताल भर्ती खर्च का कवर पांच व्यक्तियों के परिवार के लिए फ्लोटर आधार पर किया गया है। रु. 100 प्रति यात्रा भत्ता 1000/- रूपये तक का परिवहन प्रभार देय होगा।

प्रश्न 4 :- क्या राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के लिए प्रीमियम है?

उत्तर :- प्रत्येक जिले के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना का प्रीमियम अलग निर्धारित होता है, खुली निविदा प्रक्रिया के माध्यम से राज्य सरकार तकनीकी दावे के अनुसार सबसे कम बोली लगाने वाली बीमा कंपनी का चयन करती है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना का प्रीमियम सरकार भरती है। 75 प्रतिशत राशि का भुगतान केन्द्र सरकार करती है (90 प्रतिशत जम्मू कश्मीर एवं उत्तर पूर्व राज्यों के लिए) राज्य सरकार बाकी राशि का भुगतान करती है।

प्रश्न 5 :- लाभार्थियों को कितना भुगतान करना है?

उत्तर :- नामांकन के वक्त प्रति परिवार 30/- रूपये देना होगा ।

प्रश्न 6 :- नामांकन एवं पालिसी की अवधि क्या है?

उत्तर :- नई पालिसी के अनुसार कार्ड बनने के अगले महीने की पहली तारीख से कवर की शुरुआत होगी । उदाहरण के लिए अगर स्मार्ट कार्ड अप्रैल महीने में जारी किया गया है तो उस जिले में स्कीम की शुरुआत 1 मई से होगी। ये साल भर अर्थात् 30 अप्रैल तक चलेगा। बहरहाल अगर कार्ड मई, जून और जुलाई में जारी होता है तो बीमा कवर तुरंत दूसरे दिन से चालू हो जाएगा।

स्मार्ट कार्ड जारी	कवर की शुरुआत	पालिसी की अवधि
अप्रैल 2009	1 मई 2009	30 अप्रैल 2010
मई 2009	मई 2009	30 अप्रैल 2010
जून 2009	जून 2009	30 अप्रैल 2010
जुलाई 2009	जुलाई 2009	30 अप्रैल 2010

प्रश्न 7 :- स्मार्ट कार्ड कैसे बनाया जाता है? इसके क्या फायदे हैं?

उत्तर :- स्मार्ट कार्ड बनाने के लिए निम्नलिखित चरणों में कार्य किया जाता है, जिसके पश्चात स्मार्ट कार्ड का वितरण किया जाता है :-

1. योजना में सम्मिलित होने हेतु गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाले परिवारों की नवीनतम अधिसूचित सूची (ग्रामीण क्षेत्रों के लिए वर्ष 2002 एवं शहरी क्षेत्र के लिए वर्ष 2007 की सूची) को जिले से राज्य नोडल एजेंसी को प्रेषित की जाती है।
2. राज्य नोडल एजेंसी के स्तर पर इस सूची को भारत सरकार के दिए गए प्रारूप में बनाकर श्रम मंत्रालय भारत सरकार को भिजवाया जाता है।
3. भारत सरकार के स्तर पर भेजी गई सूची को सॉफ्टवेयर के अनुरूप परीक्षण कर सत्यापित किया जाता है, जिसके उपरांत यह सूची भारत सरकार के वेबसाइट पर www.rsby.in राज्य द्वारा चयनित बीमा कम्पनी के इस्तेमाल के लिए उपलब्ध हो पाता है।
4. चयनित बीमा कम्पनी अपने TPA (Third Party Administrator, IRDA द्वारा अधिकृत) के द्वारा वेबसाइट पर उपलब्ध सूची को डाउनलोड कर जिले के मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी व खण्ड चिकित्सा अधिकारियों से सामंजस्य कर पंचायत स्तर / ग्राम स्तर पर शिविरों की रूपरेखा बनाकर आयोजन करती है।
5. स्मार्ट कार्ड बनाने के लिए शिविरों में स्मार्ट कार्ड टीम द्वारा एनरोलमेंट किट लगाया जाता है। इस एनरोलमेंट किट में कम्प्यूटर, बायोमेट्रिक स्कैनर, वेब कैमरा एवं प्रिंटर होता है। बी. पी. एल. सूची के अनुसार हितग्राही एवं उसके परिवार का फोटो एवं अंगूठे एवं अंगुलियों के निशान कम्प्यूटर में दर्ज किया जाता है। इसके पश्चात कार्ड को प्रिंट किया जाता है।
6. स्मार्ट कार्ड के हितग्राहियों की पहचान करने के लिए प्रत्येक जिले में स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को फील्ड की ऑफिसर (FKO) तैनात किया गया है, जो शिविरों में बीमा कम्पनी द्वारा बनाए गए स्मार्ट कार्ड हितग्राहियों की पहचान कर उन्हें प्रदत्त FKO कार्ड एवं अंगूठा लगाकर हितग्राही का सत्यापन करते हैं। जिसके उपरांत ही स्मार्ट

कार्ड एक्टिवेट होकर मान्य होता है। तत्पश्चात हितग्राही को शिविर में ही स्मार्ट कार्ड वितरित कर दिया जाता है।

7. योजना के अंतर्गत निहित निर्देशों के अनुसार जिले में निर्मित प्रथम स्मार्ट कार्ड के निर्माण के माह से चार माह तक सम्बंधित जिलों में स्मार्ट कार्ड निर्माण एवं वितरण का कार्य पूरा कर लिया जाता है, जिससे हितग्राहियों को कम से कम नौ माह के लिए बीमा लाभ मिल सके।

स्मार्ट कार्ड के निम्नलिखित फायदे हैं :-

1. सुरक्षित, सुविधाजनक एवं इस्तेमाल में आसानी।
2. स्मार्ट कार्ड में हितग्राही एवं उसके परिवार की फोटो एवं बायोमेट्रिक सहित सम्पूर्ण जानकारी एवं इस जानकारी का समय-समय पर इस्तेमाल किया जा सकता है।
3. देश में योजना अंतर्गत सम्मिलित समस्त चिकित्सालयों में आसानी से इस्तेमाल।
4. पहचान पत्र का विकल्प।

प्रश्न 8 :- लाभार्थी 30 रुपये क्यों दे, जब सरकार प्रीमियम दे रही है?

उत्तर :- लाभार्थी द्वारा दिया गया 30 रुपये केवल नामांकन शुल्क है जबकि प्रीमियम शुल्क सरकार देगी। 30 रुपये नोडल संस्था द्वारा अपने कार्य संचालन के लिए उपयोग में लाया जाएगा।

प्रश्न 9 :- क्या लाभार्थी को 30 रुपये वापस मिलेंगे यदि उसने बीमा का लाभ साल भर नहीं लिया तो?

उत्तर :- नहीं, बीमा लाभ नहीं लेने पर भी 30 रुपये वापस नहीं होंगे।

प्रश्न 10:- एक परिवार में कितने सदस्य योजना के लाभार्थी हो सकते हैं?

उत्तर :- परिवार के 5 सदस्य, मुखिया उसकी पत्नी और तीन सदस्यों को नामांकित किया जा सकता है।

प्रश्न 11:- क्या होगा यदि 3 से अधिक बच्चे हैं परिवार में?

उत्तर :- नहीं, किसी भी उम्र का व्यक्ति जो बी.पी.एल सूची में हैं वो इस कार्यक्रम का लाभ उठा सकता है।

प्रश्न 12:- यदि तात्कालिक परिवार में 5 सदस्य से कम सदस्यों की संख्या हो, तो क्या विस्तारित परिवार से सदस्यों का बीमा किया जा सकता है?

उत्तर :- एक परिवार में अधिकतम पांच सदस्यों को ही नामांकित किया जा सकता है। यदि सदस्यों की संख्या पांच व्यक्तियों से कम है तो

विस्तारित परिवार में जो सदस्य बी.पी.एल सूची में नामांकित है तो उन्हें लिया जा सकता है।

प्रश्न13 :- आश्रितों का क्या मतलब है?

उत्तर :- बच्चे, माता-पिता या परिवार का कोई और सदस्य जो बी.पी.एल सूची में नामांकित है।

प्रश्न14 :- यदि लाभार्थी के एक से अधिक पत्नि हो उस स्थिति में क्या किया जाएगा?

उत्तर :- एक से अधिक पत्नि अगर बी.पी.एल परिवार में सूचीबद्ध है तो नामांकित हो सकती है।

प्रश्न15 :- पति या पत्नि के मर जाने पर कितने आश्रितों को नामांकित किया जा सकता है?

उत्तर :- ऐसी स्थिति में चार आश्रितों को नामांकित किया जा सकता है।

प्रश्न16 :- क्या परिवार के मुखिया के बिना 5 आश्रितों को नामांकित किया जा सकता है?

उत्तर :- मुखिया या पति- पत्नी के नामांकन के बाद ही आश्रितों को नामांकित किया जाएगा।

प्रश्न17 :- क्या होगा अगर लोगों की बी.पी.एल सूची संबंधित शिकायत हो?

उत्तर :- बी.पी.एल सूची संबंधित शिकायत होने पर "नामांकन टीम" भारत सरकार द्वारा प्रदत्त एक निर्धारित प्रारूप में बी.पी.एल सूची संबंधित शिकायत लेकर जिला स्तर पर संबंधित अधिकारियों को प्रस्तुत करेंगे। बीमा कंपनी नामांकन के समय बी.पी.एल सूची में बदलाव नहीं कर सकती।

प्रश्न18 :- क्या होता है अगर कोई नाम या बी.पी.एल सूची में सदस्यों के विवरण के साथ कुछ समस्या है ?

उत्तर :- नामांकन टीम को मौजूदा सूची में आश्रितों के संबंध में कुछ संशोधनों की अनुमति दे दी गई है। आश्रितों के नाम, आयु और लिंग संबंधित संशोधन किया जा सकता है अगर परिवार के मुखिया ने अनुरोध किया है। लेकिन मुखिया के साथ आश्रितों का संबंध कोड बदला नहीं जा सकता है।

प्रश्न19 :- अगर परिवार का मुखिया किसी दूसरे जिले की यात्रा पर हो तब कार्ड किसके पास होगा?

उत्तर :- अगर परिवार का कोई सदस्य किसी अन्य जिले की यात्रा पर है तो ऐसे में नामांकन के वक्त या जिला कियोस्क से संबंधित व्यक्ति एक अलग कार्ड ले सकता है । शेष राशि दोनों कार्ड में बांटी जाएंगी, परिवार को एक कार्ड और जो यात्रा कर रहा है उसे एक कार्ड दिया जाएगा ।

प्रश्न20 :- राशि का बंटवारा कैसे होगा?

उत्तर :- राशि के बंटवारे का निर्णय लाभार्थी परिवार करेगा, वह कार्ड बंटवारे के समय इसका सुझाव कर सकते है ।

प्रश्न21 :- एक कार्ड की कितने विभाजन की अनुमति है?

उत्तर :- एक कार्ड को केवल 2 भागों में विभाजित कर सकते है, एक लाभार्थी केवल एक अतिरिक्त कार्ड प्राप्त कर सकता है ।

प्रश्न22 :- कार्ड का विभाजन कौन करेगा और इसके लिए कितना चार्ज लगेगा ?

उत्तर :- विभाजन अधिकृत व्यक्ति जिसने कार्ड जारी किया है, उसके द्वारा किया जाएगा । बाद की तारीख में बंटवारा जिला कियोस्क में भी किया जा सकेगा । बंटवारे कार्ड के लिए अतिरिक्त लागत का फैसला राज्य सरकार द्वारा किया जाएगा और इसकी लागत का वहन लाभार्थी करेंगे ।

प्रश्न23 :- यदि स्मार्ट कार्ड गुम जाए या नष्ट हो जाए तो?

उत्तर :- दोनों समस्याओं में अभ्यर्थी जिला कियोस्क में जा कर नया कार्ड बनवा सकता है ।

प्रश्न24 :- नये कार्ड के लिए कोई शुल्क लगेगा ?

उत्तर :- लाभार्थी को कुछ शुल्क देना होगा जिसका निर्धारण राज्य सरकार करेगी।

प्रश्न25 :- क्या सदस्य का दाखिला बीच वर्ष में बदला जा सकता है?

उत्तर :- अगर किसी सदस्य की मृत्यु हो जाती है तो परिवार के किसी अन्य सदस्य, जिसका नाम बी.पी.एल सूची में हो उसे नामांकित किया जा सकता है।

प्रश्न26 :- अगर परिवार के अन्य सदस्य नामांकन के वक्त मौजूद नहीं है तो क्या कार्ड जारी किये जाएंगे?

उत्तर :- अगर परिवार का मुखिया मौजूद नहीं है तो परिवार में दूसरे नंबर के सदस्य को मुखिया माना जाएगा और उसकी तस्वीर कार्ड में मुद्रित की जाएगी। अगर दोनों नहीं है तो कार्ड जारी नहीं किया जाएगा। अगर एक भी उपस्थित रहे तो कार्ड जारी किया जाएगा। अन्य सूचीबद्ध सदस्य अगर गैरमौजूद है तो उन्हें बाद में जिला कियोस्क में जोड़ा जा सकता है।

प्रश्न27 :- क्या होगा अगर परिवार गांव में नामांकन के वक्त नहीं है?

उत्तर :- लाभार्थी अपने परिवार के साथ जिला कियोस्क में जा कर नया कार्ड बनवा सकता है।

प्रश्न28 :- अस्पताल में भर्ती की अवधारणा क्या है?

उत्तर :- अस्पताल में भर्ती का मतलब 24 घंटे या उससे अधिक अस्पताल में इलाज हेतु समय बिताना होगा। हालांकि कुछ डे केयर सर्जरी भी राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना में शामिल है।

प्रश्न29 :- डे केयर सर्जरी का क्या मतलब है?

उत्तर :- दिन देखभाल सर्जरी प्रक्रिया में मरीज को भर्ती होने की आवश्यकता नहीं होती है। इसकी एक सूची निम्नलिखित है:-

- हीमो डायलासिस
- पेरेन्ट्रल किमोथेरेपी
- रेडियोथेरेपी
- नेत्र शल्य क्रिया
- लीथोट्राप्सी
- टांसिल की सर्जरी

- डी. एंड सी
- दंत शल्य क्रिया दुर्घटना के बाद
- हाईड्रोसिंल की सर्जरी
- प्रोस्टेट की सर्जरी
- कुछ गैस्ट्रोइंटसटाइनल सर्जरी
- जननांग की सर्जरी
- नाक सर्जरी
- गले की सर्जरी
- कान की सर्जरी
- मूत्र प्रणाली की सर्जरी
- अस्थिभंग का उपचार/हेयर लाईन फरेक्चर को छोड़कर।

प्रश्न30 :- क्या पूर्व में हुई बीमारी राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत है?

उत्तर :- पहले से मौजूद सारी बीमारी (चाहे बीमित व्यक्ति को पता हो या ना हो) कवर के अंतराल पहले दिन से ही आती है।

प्रश्न31 :- क्या कवर नहीं है?

उत्तर :- ओ.पी.डी खर्च या वे बीमारियों जो अस्पताल में भर्ती होने की ओर अग्रसर नहीं है कवर से बाहर है।

प्रश्न32 :- क्या मातृत्व लाभ शामिल है?

उत्तर :- हाँ अप्रैल 2009 से जारी स्मार्ट कार्ड में मातृत्व लाभ शामिल है।

प्रश्न33 :- प्रसूति में कितना व्यय कवर किया जाता है?

उत्तर :- बच्चे के प्रसव संबंधी सारे खर्च को कवर किया गया है जो बीमा कंपनी अस्पताल को भुगतान करेंगी।

प्रश्न34 :- क्या सभी प्रकार के प्रसव कवर में है?

उत्तर :- दोनों सामान्य और शल्य क्रिया से प्रसव राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत आते हैं। सामान्य प्रसव के लिए रु. 2500 और शल्य क्रिया प्रसव के लिए रु. 6000 का कवर दिया गया है।

प्रश्न35 :- प्रसव के बाद नवजात की बीमा का क्या प्रावधान है?

उत्तर :- राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के तहत एक नवजात जन्म से स्वचालित रूप से स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी की शेष अवधि में शामिल है।

प्रश्न36 :- अगर परिवार में पहले से ही 5 सदस्यों को कवर प्राप्त है तो क्या नवजात बीमा का लाभ उठा सकेगा ?

उत्तर :- हाँ भले नवजात छठा सदस्य है वह भी शामिल किया जाएगा।

प्रश्न37 :- कब तक नवजात कवर किया जाएगा?

उत्तर :- राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना नीति की शेष अवधि तक शामिल होगा, नीति के नवीनीकरण के समय घर के लिए यह निर्णय लेना होगा कि क्या नवजात को अगले साल नामांकित करना है कि नहीं।

प्रश्न38 :- परिवहन शुल्क के भुगतान के लिए क्या प्रावधान है?

उत्तर :- परिवहन शुल्क राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत है। अस्पताल में छुट्टी होने के समय 100 रुपये परिवहन शुल्क लाभार्थी को दिया जाएगा। पालिसी अवधि के दौरान अधिकतम परिवहन शुल्क 1000 रु. निर्धारित है।

प्रश्न39 :- परिवहन शुल्क लेने के लिए क्या कोई टिकट या सबूत दिखाना पड़ेगा ?

उत्तर :- परिवहन शुल्क प्राप्त करने के लिए किसी सबूत या टिकट की आवश्यकता नहीं पड़ेगी।

प्रश्न40 :- 100 रुपये परिवहन शुल्क कौन देगा ?

उत्तर :- वह अस्पताल जिसने लाभार्थी का इलाज किया है, इलाज पूर्ण होने के बाद 100 रुपये परिवहन शुल्क लाभार्थी को देय होगा।

प्रश्न41 :- क्या कवर में परिवार का भोजन भी शामिल है?

उत्तर :- केवल रोगी व्यक्ति के भोजन का प्रावधान कवर में शामिल है।

प्रश्न42 :- अगर परिवार में 5 से कम सदस्य है, तो क्या बीमा कवर राशि घट जाएंगी?

उत्तर :- बीमा कवर राशि 30,000/- फ्लोटर के आधार पर है, अर्थात् अगर एक सदस्यीय परिवार है तो भी बीमा राशि 30,000/- रहेंगे।

प्रश्न43 :- 30,000/- रुपये का राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना में सुरक्षा कवर क्या परिवार के हर सदस्य का अलग-अलग है या फिर पूरे परिवार का है?

उत्तर :- पॉलिसी परिवार के लिए "फ्लोटर" आधार पर है इसलिए कुल कवर रूपये पूरे परिवार के लिए है, अर्थात् 30,000/- पूरे परिवार का कवर है।

प्रश्न44 :- "फ्लोटर" आधार का क्या मतलब होता है?

उत्तर :- "फ्लोटर" आधार का मतलब कुल बीमा राशि, का कवर परिवार के एक व्यक्ति या एकाधिक जरूरत के आधार पर दिया जाएगा।

प्रश्न45 :- जारी होने के बाद कब से स्मार्ट कार्ड का लाभ मिलेगा?

उत्तर :- उन जिलों में जहां पहले चरण में (2008) स्मार्ट कार्ड जारी किये गये हैं, स्मार्ट कार्ड जारी किये जाने के एक महीने पश्चात् पहली तारीख से हितग्राही का लाभ मिलेगा। जाहं पर 1 अप्रैल 2009 से स्मार्ट कार्ड जारी किए गए हैं उन जिलों में पहले स्मार्ट कार्ड के प्रस्तुत होने के एक माह पश्चात् पहली तारीख से लाभ मिलेगा एवं बाद में जारी किए गए सभी स्मार्ट कार्ड के लिए पालिसी अवधि जिले में जारी किए गए पहले स्मार्ट कार्ड के अनुरूप ही रहेगा।

प्रश्न46 :- राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के तहत लाभार्थी किन अस्पतालों में लाभ ले सकते हैं?

उत्तर :- राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के तहत लाभार्थी निजी एवं सरकारी अस्पतालों की सूची जो इस कार्यक्रम में पंजीकृत है, नामांकन के समय उपलब्ध कराया जाएगा। एक हेल्पलाईन टेलीफोन नम्बर भी दिया जायेगा।

प्रश्न47 :- किस प्रकार के अस्पताल इस सूची का हिस्सा होंगे ?

उत्तर :- मानदंडों के आधार पर दोनों सरकारी एवं निजी अस्पतालों को पात्रता दी जाएगी और बीमा कंपनी के द्वारा सूचीबद्ध किया जाएगा। लाभार्थी के पास अस्पताल चुनने का विकल्प होगा।

प्रश्न48 :- किस प्रकार के अस्पतालों में लाभार्थी इलाज के लिए जा सकता है?

उत्तर :- कार्ड जारी करते वक्त लाभार्थी को एक सूचीबद्ध अस्पतालों की सूची दी जाएगी, जिनमें लाभार्थी अपना या परिवार का इलाज करवा सकेगा।

प्रश्न49 :- लाभार्थी को कैसे मालूम चलेगा कि अस्पताल राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना में सूचीबद्ध है?

उत्तर :- सूचीबद्ध अस्पतालों कि एक सूची कार्ड जारी करते वक्त दी जाएगी। संबंधित अस्पताल के बारे में जानकारी बीमा कंपनी के टोलफ्री नंबर पर फोन पर संपर्क कर ली जा सकती है।

प्रश्न40 :- क्या अस्पताल में लाभार्थी को कोई राशि प्रदान करनी होगी ?

उत्तर :- 30,000/- रूपये तक का इलाज मुफ्त होगा या कार्ड में बकाया राशि तक का इलाज मुफ्त होगा ।

प्रश्न51 :- "कैशलेस" सुविधा क्या है?

उत्तर :- इस सुविधा का मतलब है कि लाभार्थी को अपने इलाज के लिए कोई व्यय नहीं करना पड़ेगा, इलाज में हुए खर्च का वहन बीमा कंपनी का होगा जो अस्पताल को देय होगा ।

प्रश्न52 :- क्या लाभार्थी का दवाइयों पर कोई खर्च होगा?

उत्तर :- अगर लाभार्थी अस्पताल में भर्ती है तो नहीं ।

प्रश्न53 :- क्या हो अगर जांच और दवाइयों की सुविधा अस्पताल में ना उपलब्ध होकर कहीं और से उपलब्ध हो?

उत्तर :- ऐसी स्थिति में अस्पताल की जिम्मेदारी है कि वह लाभार्थी को जांच एवं दवाइयों उपलब्ध कराएं ।

प्रश्न54 :- अगर लाभार्थी स्वयं के साधन से यातायात करता है तो क्या उसे 100 रूपये राशि प्राप्त नहीं होगी ?

उत्तर :- प्रत्येक भर्ती के लिए अस्पताल से लाभार्थी को 100 रूपये यातायात भत्ता मिलेगा, चाहे वो अपने ही साधन से यातायात क्यों न करें ।

प्रश्न55 :- स्मार्ट कार्ड में बकाया राशि की जानकारी कैसे प्राप्त होगी ?

उत्तर :- अस्पताल में आपरेटर कार्ड को सत्यापित कर बकाया राशि की जानकारी देंगे ।

प्रश्न56 :- उंगलियों के निशान की सत्यापन की क्या आवश्यकता है?

उत्तर :- उंगलियों के निशान का सत्यापन धोखाधड़ी एवं कार्ड के दुरुप्रयोग को रोकने के लिए है ।

प्रश्न57 :- अस्पताल में पूर्व भर्ती खर्च और भर्ती के बाद का खर्च का क्या मतलब है?

उत्तर :- भर्ती के उद्देश्य से किये गए जांच इत्यादि का खर्च पूर्व भर्ती खर्च है । अस्पताल में भर्ती के इरादे से किये गए जांच एवं दवाइयों का कवर बीमा योजना के अंतर्गत आता है । भर्ती के बाद का खर्च से तात्पर्य यह है कि उसके इलाज हेतु किये गये जांच एवं दवाइयों से संबंधित व्यय ।

प्रश्न58 :- नामांकन प्रक्रिया क्या है?

उत्तर :- बी.पी.एल परिवारों की सूची एक पूर्व निर्धारित इलेक्ट्रॉनिक फॉरमेट में तैयार कर बीमा कंपनी को प्रदान की जाती है। जिले के प्रत्येक गांव का दिनांकवार के साथ नामांकन अनुसूची जिला स्तर के अधिकारियों की मदद से बीमा कंपनी द्वारा तैयार की जाती हैं। अनुसूची के अनुसार, नामांकन से पहले सभी गांवों में प्रचार-प्रसार किया जाता है अथवा उन बी.पी.एल की सूची नामांकन स्टेशन और गांव के प्रमुख स्थानों में चिपका दिया जाता है। मोबाईल नामांकन स्टेशनों की स्थानीय केन्द्र (जैसे सरकारी स्कूल) में प्रत्येक गांव में स्थापित कर दिया जाता है। इन स्टेशनों में नामांकन करने हेतु जरूरी उपकरण बायोमैट्रिक स्कैनर (उंगलियों के निशान लेने हेतु) वैब कैमरा, (फोटो खिचने हेतु) कार्ड रीडर (स्मार्ट कार्ड के साथ, एक सूचना पुस्तिका, योजना में चयनित अस्पतालों की सूची मौके पर प्रदान कर दी जाती है। इस नामांकन की प्रक्रिया हेतु लाभार्थियों को मात्र 30 रुपये का शुल्क बीमा कंपनी को प्रदान करनी होती है और नामांकन के लिए एक संबंधित सरकारी अधिकारी को अपना अंगूठा उस स्मार्ट कार्ड पर लगाकर उसकी सत्यापित करना पड़ता है अथवा बिना अंगूठे के निशान के द्वारा कार्ड सत्यापित नहीं होता है और इसको उपयोग में नहीं लाया जा सकता है।

प्रश्न59 :- यह फील्ड की ऑफिसर (FKO) कौन होते हैं?

उत्तर :- एफ.के.ओ राज्य सरकार द्वारा निर्धारित किये गये कर्मचारी होते हैं प्रत्येक जिले में अपने विभिन्न अधिकारियों को इस योजना के तहत चयनित कर सकते हैं।

उदाहरण— स्वास्थ्य कर्मचारी, ग्रामक विकास अधिकारी, पटवारी, आदि को एफ.के.ओ बनाया जा सकता है।

प्रश्न60 :- क्या नामांकन बिना एफ.के.ओ द्वारा किया जा सकता है?

उत्तर :- नहीं, राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के आदेशानुसार बिना एफ.के.ओ द्वारा कार्ड नहीं बनाया जा सकता है।

प्रश्न61 :- किस समय स्मार्ट कार्ड हितग्राहियों को प्रदान की जाती है?

उत्तर :- सत्यापित स्मार्ट कार्ड नामांकन के दिन ही हितग्राहियों को प्रदान कर दी जाती है।

प्रश्न62 :- फोटोग्राफ की आवश्यकता स्मार्ट कार्ड में क्यों होती है?

उत्तर :- मुखिया का फोटोग्राफ स्मार्ट कार्ड पर उस समय काम पर आती है जिस समय किसी कारणवश बायोमैट्रिक द्वारा परिवार की पहचान नहीं की जा सके।

प्रश्न63 :- नामांकन के दिन फिर क्यों पूरे परिवार का फोटो खींचा जाता है जबकि स्मार्ट कार्ड पर मुखिया की ही फोटो प्रकाशित होती है?

उत्तर :- हालांकि स्मार्ट कार्ड पर मुखिया का ही फोटो अंकित रहता है, लेकिन उस स्मार्ट कार्ड के चिप में परिवार के बाकी सदस्यों का फोटोग्राफ भी रहता है। परिवार के सभी सदस्यों का फोटो रहने से पूरे परिवार की पहचान संभव है।

प्रश्न64 :- सरकार को कैसे पता चलता है कि नामांकन (स्मार्ट कार्ड) सही लाभार्थियों का किया गया है?

उत्तर :- प्रत्येक नामांकन टीम के साथ एक फिल्ड की ऑफिसर (FKO) को नामांकन स्टेशनों पर तैनात रखा जाता है जोकि सभी हितग्राहियों की पहचान कर अपना अगूँठा चिन्ह उस स्मार्ट कार्ड पर लगाकर सत्यापित करता है। प्रत्येक स्मार्ट कार्ड पर उसके (FKO) के अगूँठे की निशान की आवश्यकता होती है।

प्रश्न65 :- नगदहीन सेवा का क्या मतलब है?

उत्तर :- नगदहीन सेवा का मतलब है कि लाभार्थी को इलाज और हॉस्पिटल भर्ती के लिए किसी भी प्रकार का खर्च करने की आवश्यकता नहीं है, ये अस्पताल का काम है कि बीमा कंपनी से क्लेम राशि का भुगतान करवाए।

प्रश्न66 :- यदि कुछ दवाईयां और जांच संबंधी सुविधा अस्पताल में उपलब्ध नहीं है तब इसकी व्यवस्था कहां से की जायेगी?

उत्तर :- यह अस्पताल कि जिम्मेदारी है कि जरूरी दवाओं और परीक्षण की व्यवस्था करें।

प्रश्न67 :- यदि परिवहन के लिए अधिकतम कितनी राशि का प्रावधान है?

उत्तर :- राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना में परिवहन शुल्क अधिकतम 100 रुपये तक सीमित है।

प्रश्न68 :- पैकेज रेट क्या है? यह क्या प्रदान करता है?

उत्तर :- पैकेज रेट का मतलब इलाज संबंधित पूरा खर्च है जैसे दवाईयां जांच, बिस्तर शुल्क, भोजन इत्यादि। इन सुविधाओं के लिए अस्पताल मरीज से कोई शुल्क नहीं लेगा।

प्रश्न69 :- यदि रोग, पैकेज दर में नहीं है? मरीज को कितना इंतजार करना होगा?

उत्तर :- अगर रोग पैकेज दर में नहीं है तो संबंधित चिकित्सक अस्पताल अधिकारी को राशि ब्लाक करने से पहले बीमा कंपनी से सहमति प्राप्त

करना होगा और इस प्रक्रिया में 1 से 2 घंटे या 1 दिन तक समय लगेगा।

प्रश्न70 :- यदि अस्पताल में स्मार्ट कार्ड मशीन काम न करे तब उस स्थिति में क्या किया जायेगा?

उत्तर :- यह अस्पताल और बीमा कंपनी की जिम्मेदारी है कि, वह मरीज की पहचान सुनिश्चित करे एवं उसे इलाज की सुविधा प्रदान करे।

प्रश्न71 :- लाभार्थी को अस्पताल में स्मार्ट कार्ड के अलावा किसी अन्य दस्तावेज लाने की जरूरत है ?

उत्तर :- लाभार्थी को केवल स्मार्ट कार्ड अस्पताल में ले जाने की जरूरत है।

प्रश्न72 :- यदि लाभार्थी उपचार के लिए स्मार्ट कार्ड ले जाना भूल गया हो तो क्या होगा?

उत्तर :- चिकित्सा सुविधा के लिए स्मार्ट कार्ड आवश्यक है हालांकि असाधारण मामलों में अस्पताल द्वारा उचित सत्यापन करने के बाद इलाज की अनुमति दे सकते हैं।

प्रश्न73 :- क्या परामर्श और चिकित्सा दोनों बीमा योजना में कवर हैं?

उत्तर :- यदि मरीज को अस्पताल में भर्ती करने के की आवश्यकता है तब उस स्थिति में परामर्श और चिकित्सा दोनों कवर होगी।

प्रश्न74 :- यदि लाभार्थी भर्ती नहीं है तब उस स्थिति में जांच और दवा शुल्क देय होगा?

उत्तर :- ऐसी स्थिति में लाभार्थी को शुल्क वहन करना होगा।

प्रश्न75 :- यदि अस्पताल लाभार्थी से भर्ती के समय पैसों की मांग करे तब उस स्थिति में क्या करें?

उत्तर :- लाभार्थी को तुरंत टोल फ्री नंबर पर बीमा कंपनी को घटनाक्रम की पूरी सूचना देनी चाहिए।

प्रश्न76 :- विवाद की स्थिति में क्या होगा ?

उत्तर :- यदि पालिसी अवधि या उसके बाद पार्टियों की वैधता, व्यवस्था, क्रियान्वयन या किसी भी प्रावधान के उल्लंघन के संबंध में कोई विवाद उठता है तो उसका निम्नलिखित तरीके से निदान किया जा सकता है:-

● **लाभार्थी और अस्पताल के बीच विवाद :-**

दोनों पक्ष विवाद का उल्लेख निवारण समिती के समक्ष प्रस्तुत करेंगे, जिसकी अध्यक्षता जिला मजिस्ट्रेट करेंगे एवं बीमा कंपनी के अधिकृत प्रतिनिधि सदस्य के रूप में रहेंगे। यदि कोई पक्ष निपटारा के निर्णय से संतुष्ट नहीं है तो वो राज्य स्तरीय कमेटी में अपील कर सकते हैं। राज्य स्तरीय कमेटी की अध्यक्षता प्रधान सचिव करेंगे और बीमा कंपनी के अधिकृत प्रतिनिधि इस कमेटी के सदस्य होंगे।

अस्पताल और बीमा कंपनी के बीच विवाद :-

दोनों पक्ष विवाद का उल्लेख जिला स्तरीय निवारण समिति के समक्ष प्रस्तुत करेंगे, जिसकी अध्यक्षता, जिला मजिस्ट्रेट करेंगे एवं बीमा कंपनी व स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के अधिकृत प्रतिनिधि सदस्य के रूप में रहेंगे। यदि कोई पक्ष निर्णय से संतुष्ट नहीं है तो राज्य स्तरीय निवारण समिति जिसके अध्यक्ष प्रधान सचिव व बीमा कंपनी के प्रतिनिधि के समक्ष मामला रखा जायेगा।

नोट :- यदि 60 दिनों के भीतर राज्य विवाद निवारण समिति दोनों मामलों में कोई हल नहीं निकाल पाते तब ऐसी स्थिति में विवाद का निपटारा निम्नलिखित तरीके से होगा:-

● बीमा कंपनी एवं राज्य सरकार के बीच विवाद :-

राज्य सरकार/नोडल एजेंसी और बीमा कंपनी के बीच यदि विवाद है तो निवारण के लिए मामले को बीमा कंपनी के चेयरमैन/ सी.ई.ओ./सी.एम.डी की ओर अग्रसर किया जाएगा। यदि चेयरमैन/सी.ई.ओ./सी.एम.डी 60 दिनों के भीतर कोई हल नहीं निकाल पाते तो विवादित पक्ष मामले के दोनों पक्षों द्वारा मनोनित एक मात्र सदस्य के समक्ष लाया जाएगा, यदि दोनों पक्ष किसी एक पक्ष पर सहमति नहीं बना सकते तो ऐसी स्थिति में दोनों पक्ष सदस्य नियुक्त करेंगे और दोनों सदस्य तीसरे सदस्य की नियुक्ति करेंगे।

● राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के लिए कौन और किस प्रकार प्रचार-प्रसार करेगा?

राज्य नोडल एजेंसी के साथ बीमा कंपनी परामर्श कर राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना लागू करने के लिए संचार रणनीति तैयार करेंगे, इन उपायों का उद्देश्य लाभार्थियों को योजना में नामांकन और उससे मिलने वाले लाभ के बारे में सूचित करना होगा।

प्रश्न77 :- कियोस्क क्या है और इसके कार्य क्या है?

उत्तर :- बीमा कंपनी अपने अधिकृत जिलों में कियोस्क बनाएगी।

स्थान :- जिला मुख्यालय पर जिला कियोस्क बनाया जाएगा, राज्य सरकार इसके लिए बीमा कंपनी को पर्याप्त स्थान उपलब्ध कराएगी।

यह स्थान ऐसा होना चाहिए जिस तक लाभार्थी आसानी से पहुंच सकें।

आवश्यकताएं :-

1. एक कम्प्यूटर
2. एक कियोस्क कार्ड
3. दो स्मार्ट कार्ड रीडर
4. अगूठे के निशान के पहचान हेतु मशीन
5. एक वेब कैमरा
6. एक टेलीफोन एवं इंटरनेट कनेक्शन

जिला कियोस्क कार्ड के द्वारा सारे स्मार्ट कार्ड में परिवर्तन करना संभव होता है। जिसका रिकार्ड मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी के कार्यालय के DKMA सर्वर में रहता है।

जिला कियोस्क की गतिविधियां :-

मौजूदा स्मार्ट कार्ड में यदि किसी कारणवश परिवर्तन की आवश्यकता है जैसे आश्रितों का नाम जोड़ना, अगूठे के निशान को बदलना, अगर परिवार में किसी एक व्यक्ति की मौत हो जाती है तो नये व्यक्ति को जोड़ा जा सकता है।

- परिवार के स्मार्ट कार्ड से दूसरा स्मार्ट कार्ड बनाना (आवश्यकता अनुरूप)। दोनों कार्डों में निहित राशि 30,000 रु. ही होगी। अगर उसका कोई इस्तेमाल ना किया गया हो तो और यदि इस्तेमाल किया गया है तो बकाया राशि का वितरण किया जाएगा। वितरण करने की राशि का निर्णय लाभार्थी का होगा।
- गुम हुए या खराब हुए कार्डों को जारी करना, ऐसे में खराब या गुम हुए कार्डों को अधिकृत व्यक्ति द्वारा "हॉटलिस्ट" कर दिया जाएगा ताकि उसका दुरुपयोग ना हो।
- उन लाभार्थियों को जिनका नाम बी.पी.एल सूची में सूचीबद्ध है और किसी कारण कार्ड नामांकन के दौरान स्थान पर नहीं थे ऐसे लाभार्थियों को FKO की उपस्थिति में नए कार्ड यहां से जारी किए जा सकते हैं। इस सुविधा के लिए बीमा कंपनी और जिला स्तर के अधिकारियों में सामंजस्य होना चाहिए कि निश्चित समय पर FKO की उपलब्धता कियोस्क में हो।

प्रश्न78 :- राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना अंतर्गत परियोजना कार्यालय एवं जिला कार्यालय के कार्य क्या हैं?

उत्तर :- परियोजना कार्यालय सुविधाजनक स्थान पर बीमा कंपनी द्वारा स्थापित किया जाएगा जिसका मुख्य उद्देश्य सरकार/नोडल एजेंसी के साथ

तालमेल या आपसी सामंजस्य रखना है। परियोजना कार्यालय, राज्य सरकार के साथ दैनिक आधार पर समन्वय स्थापित करेगा।

प्रश्न79 :- राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना में टी.पी.ए. क्या हैं एवं इनकी क्या भूमिका है?

उत्तर :- बीमा कम्पनी लाभार्थियों को कारगर सेवा सुनिश्चित करने के लिए एक या अधिक टी.पी.ए. के साथ समझौता कर सकती है। बीमा कम्पनी को सेवा प्रदान करने के लिए टी.पी.ए. को निर्धारित दर पर भुगतान करती है। टी.पी.ए. बीमा कम्पनी को योजना संचालन में मदद करती है।

- स्मार्ट कार्ड बनाना, नियमित रूप से योजना का प्रचार प्रसार करना।
- बी.पी.एल. परिवारों को योजना में पंजीकृत होने के लिए प्रेरित करना एवं स्मार्ट कार्ड नवीनीकरण के लिए मदद करना।
- शासन के साथ समन्वय कर योजना में भाग लेने वाले परिवारों का नाम सार्वजनिक तौर पर उपलब्ध एवं प्रदर्शित करना।
- योजना का लाभ लेने हेतु इच्छित हितग्राही परिवारों को जरूरत अनुसार आवश्यक सलाह देना।
- योजना सम्बंधी सूचकांकों के अनुसार क्षेत्र में प्रचार प्रसार करना।
- बीमा कम्पनी द्वारा स्थापित शिकायत निवारण तंत्र को सहयोग करना।
- बीमा कम्पनी एवं टी.पी.ए. के आपसी सहयोग से अन्य सेवाएं प्रदान करना।

प्रश्न80 :- राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना कार्यालय एवं जिला कार्यालय से क्या तात्पर्य है और ये क्या कार्य करते हैं?

उत्तर :- राज्य की राजधानी में बीमा कम्पनी को राज्य शासन/नोडल एंजेसी के साथ सामंजस्य स्थापित करने के लिए अलग कार्यालय की स्थापना करना होगा। परियोजना कार्यालय को प्रतिदिन राज्य शासन/नोडल एंजेसी के साथ सामंजस्य स्थापित करना होगा।

जिला एवं राज्य स्तर पर बीमा कम्पनी/टी.पी.ए. के पास पर्याप्त संख्या में कर्मचारी होने चाहिए जिन्हें निम्नलिखित कार्य करने होंगे:-

24 घंटे कार्यशील एक टोल फ्री नम्बर का संचालन किया जायेगा जिसमें लाभार्थियों को बीमा पॉलिसी, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं से सम्बंधित प्रश्न, बकाया बीमा राशि एवं योजना के संचालन से सम्बंधित प्रश्नों के उत्तर देने की सुविधा प्रदान करना।

- पूर्व में जारी किए गए स्मार्ट कार्ड में आवश्यक संशोधनों के लिए जिला कियोस्क का संचालन करना।
- प्रबंधन सूचना प्रणाली सम्बंधित कार्य, समयानुसार जिनमें डाटा एकत्र करना, व्यवस्थित करना एवं रिपोर्टिंग शामिल है।
- राज्य शासन/नोडल एंजेसी एवं बीमा कम्पनी की सहमति से पूर्वनिर्धारित स्वरूप में नियमित अंतराल पर रिपोर्ट का निर्माण करना।

- सूचना प्रौद्योगिकी से सम्बंधित कार्य जिनमें वेबसाइट का संचालन और डाटा सम्बंधित संशोधन करना।
- वेबसाइट में अंग्रेजी व स्थानीय भाषा में जानकारी उपलब्ध कराना।
- पैकेज रेट में अनुपलब्ध प्रक्रियाओं के लिए पूर्व अनुमोदन की प्रक्रिया करना।
- बीमा के क्लेम भुगतान के लिए अस्पताल को इलेक्ट्रानिक फंड ट्रांसफर करना।
- राज्य नोडल एंजेसी एवं चिकित्सा सेवा प्रदाताओं के सहयोग से स्वास्थ्य शिविर का आयोजन करना।
- जरूरतमंदों को **RSBY** का लाभ दिलाने के लिए बीमा योजना का विज्ञापन करना।
- शिकायत एवं विवाद सम्बंधित प्रश्नों / मामलों का निवारण करना।
- फीडबैक प्रक्रियाओं का संचालन करना जिसमें निर्धारित प्रपत्र का निर्माण, सम्बंधित प्रपत्र से डाटा का एकत्रिकरण करना जैसे कार्य किए जाने हैं।
- जिला एवं राज्य स्तरीय कार्यालयों के साथ सामंजस्य स्थापित करना।

प्रश्न81 :- कॉल सेन्टर के क्या कार्य हैं?

उत्तर :- बीमा कम्पनी लाभार्थियों की सुविधा के लिए राज्य स्तर पर टोल फ्री नम्बर की सुविधा प्रदान करती है। लाभार्थी इस नम्बर पर बीमा सम्बंधी जानकारी हासिल कर सकते हैं।

प्रश्न82 :- कॉल सेन्टर में दी जाने वाली जानकारी

उत्तर :- लाभार्थियों की सुविधा के लिए कॉल सेन्टर का संचालन करेगी। यह सुविधा 24X7 पूरे वर्ष उपलब्ध रहेगी। कॉल सेन्टर सेवा अंतर्गत निम्नलिखित कार्यों का संचालन होगा :-

- बीमा के तहत कवरेज और लाभ सम्बंधित प्रश्नों के उत्तर प्रदान करना।
- बीमा कम्पनी के कार्यालय, प्रक्रियाओं एवं स्वास्थ्य सम्बंधित उत्पादों पर सूचना प्रदान करना।
- बीमा सेवाओं के सामान्य दिशा निर्देशों की जानकारी प्रदान करना।
- केश लेस से उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि, बीमाकर्ता की टीम को चिकित्सा सम्बंधी विवरण उपलब्ध कराए जाएं।
- चिकित्सा सेवा प्रदाता के नाम व फोन नम्बर की जानकारी।
- हितग्राही को बीमा अंतर्गत सुविधा एवं स्मार्ट कार्ड में बकाया राशि की जानकारी
- क्लेम स्थिति की जानकारी
- पूरी क्लेम राशि हेतु दस्तावेजों में कमी की जानकारी अस्पताल को देना।

- हितग्राही को चिकित्सा सेवाओं से सम्बंधित अन्य आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराएगा।
- शासन / नोडल एजेंसी के कॉल सेन्टर को अन्य आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराना।
- कॉल सेन्टर में आने वाले कॉल एवं उसके जवाब की जानकारी रखना।
- शासन / नोडल एजेंसी को सम्बंधित अन्य सेवाएं प्रदान करना।

भाषा :- बीमा कम्पनी को बीमित व्यक्तियों को सेवा प्रदान करने के लिए अंग्रेजी एवं अन्य स्थानीय भाषा का उपयोग करना चाहिए।
