**लुम्बिनी प्रदेश सरकार**

स्वास्थ्य मन्त्रालयबाट स्वीकृत मितिः२०८०/.../...

**स्वास्थ्य मन्त्रालय**

**राप्ती उपत्यका (देउखुरी), नेपाल**

**(स्वास्थ्य संस्था, स्थापना, सञ्चालन, नवीकरण तथा स्तरोन्नति ऐन, २०७६ को दफा १० को उपदफा (४क) सँग सम्बन्धित)**

**स्वास्थ्य संस्थाले सञ्चालन अनुमति/नवीकरणको लागि मन्त्रालय वा मन्त्रालयले तोकेको निकायमा पेश गर्ने**

**कार्ययोजना**

**कार्ययोजनाको प्रयोगः** यो कार्ययोजना प्रचलित कानून बमोजिम स्वास्थ्य संस्थाको सञ्चालन अनुमति प्राप्त गरी हाल सञ्चालनमा रहेका तर लुम्बिनी प्रदेशको स्वास्थ्य संस्था, स्थापना, सञ्चालन, नवीकरण तथा स्तरोन्नति सम्बन्धी कानून तथा प्रचलित मापदण्ड कायम गर्न नसकेका स्वास्थ्य संस्थाहरूले मन्त्रालय वा मन्त्रालयले तोकेको निकाय समक्ष सञ्चालन अनुमति तथा नवीकरणको लागि मात्र प्रयोग हुनेछ।

1. **स्वास्थ्य संस्थाको विवरणः**
2. स्वास्थ्य संस्थाको संस्थागत विवरणः

स्वास्थ्य संस्थाको नामः...................................... स्वास्थ्य संस्था रहेको स्थानः.....................

स्वास्थ्य संस्थाको ठेगानाः जिल्लाः............................... गाउँपालिका/नगरपालिका...........................

वडा नं..... टेलिफोन नं.............. मोवाइल नं........ई-मेल ठेगाना.................. वेभसाइड................

स्वास्थ्य संस्थाको किसिमः सामुदायिक निजी/कम्पनी गुठी साझेदारी अन्य

1. स्वास्थ्य सेवाको विवरणः साधारण विशेषज्ञ विशिष्टिकृतः अन्यः

शैय्या सङख्याः

1. स्वास्थ्य संस्थाले वर्गिकरण अनुसार प्रदान गर्ने सेवाहरूको विवरणः

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं. | उपचारात्मक सेवा | निदानात्मक सेवा | प्रतिकारात्मक सेवा | अन्य सेवा |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **स्वास्थ्य संस्थाको यस पूर्व सञ्चालन अनुमति विवरण/नवीकरण(शुरू देखि हालसम्म क्रमश):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं. | सञ्चालन अनुमति/नवीकरण गर्ने निकाय (अद्यावधिक सहित) | शैय्या सङख्या | निर्णय मिति | देखि | सम्म | कैफियत |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **यदि स्तरोन्नति भएको भए सोको विवरण समेत** |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **स्वास्थ्य संस्था स्थापना गर्ने व्यक्ति(५ प्रतिशत भन्दा बढि शेयर रहेका मात्र):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं. | शेयर धनीको नाम थर | स्थायी ठेगाना | हालको ठेगाना | नागरिकता नं./जारी मिति | टेलिफोन/मोवाइल नं. | ईमेल ठेगाना | कैफियत |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **स्वास्थ्य संस्था सञ्चालनको लागि सञ्चालक समिति गठन भएमाः**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं. | सञ्चालकको नाम थर | पद | हालको ठेगाना | नागरिकता नं./जारी मिति | टेलिफोन/मोवाइल नं. | ईमेल ठेगाना | कैफियत |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **स्वास्थ्य संस्थाको आर्थिक तथा वित्तीय विवरणः**
2. आर्थिक तथा वित्तीय स्रोतः निजी लगानीः बैंकः अनुदान सहयोगः

गुठीः गैर सरकारी संस्थाः अन्यः

1. वित्तीय लगानीका क्षेत्र (रकममा उल्लेख गर्नुपर्ने):

भवन तथा जग्गाको लागि रू........................ औजार उपकरण लागि रू................

सवारी साधनको लागि रू............................. अन्य रू.....................

अन्य क्षेत्रमा लगानी रू..... जनशक्तिमा लागत रू...............

1. अनुमानित आम्दानी वार्षिक( रू.)..........................................
2. **स्वास्थ्य संस्थाको नाममा रहेको जग्गा विवरणः**
3. स्वास्थ्य संस्थाको मौजुदा जग्गा विवरणः

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं. | जग्गा धनीको नाम | जग्गाको किसिम | जग्गा रहेको ठेगाना | कित्ता नं. | क्षेत्रफल | प्रतिशैय्या ५५ व.मि.भए नभएको  | कैफियत |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| स्वास्थ्य संस्थाले हालसम्म लिज/भाडामा जग्गा लिई सञ्चालन गरेको भए सोको विवरण |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. नवीकरण गर्नुपर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाममा जग्गा नभएको वा पर्याप्त नभएमाः

हाल सञ्चालनमा रहेको स्थानमा अपुग जग्गा खरिद गरिसकेकोः

हाल सञ्चालनमा रहेको स्थान बाहेक अन्यत्र खरिद गरेको भए सोको विवरणः

हालसम्म खरिद नभएको भए जग्गा खरिद योजनाः

लाग्ने अवधिः

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो छ महिनासम्ममा खरिद सम्पन्न हुने वा नहुनेः

नहुने भएमा सोको आधार र कारणः..............................................................

1. **वातावरणीय अध्ययन सम्बन्धी विवरणः**
2. नवीकरण गर्नुपर्ने स्वास्थ्य संस्थाको हालको वातावरणीय अध्ययनको अवस्थाः

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं. | वातावरणीय अध्ययनको किसिम | शैय्या सङ्ख्या | स्वीकृत गर्ने निकाय | निर्णय मिति | कैफियत |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

वातावरणीय अध्ययनमा सुझाव/शर्तहरू उल्लेख भए............................................

1. नवीकरण गर्नुपर्ने स्वास्थ्य संस्थाको शैय्या अनुसार वातावरणीय अध्ययन नभएको वा पूरक अध्ययन आवश्यक भएमाः....................................................................................

हाल सञ्चालनमा रहेको स्थानको लागि वातावरणीय अध्ययन भए/नभएकोः.........

स्वास्थ्य संस्था रहने प्रस्तावित स्थानको वातावरणीय अध्ययन भए सोको विवरणः

वातावरणीय अध्ययन योजनाः

लाग्ने अवधिः

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो एक वर्षसम्ममा वातावरणीय अध्ययन सम्पन्न हुने वा नहुनेः

नहुने भएमा सोको आधार र कारणः..............................................................

1. **स्वास्थ्य संस्थाको भवन तथा पूर्वाधार सम्बन्धी विवरणः**
2. स्वास्थ्य संस्थाको सेवा सञ्चालन गर्ने भवन तथा पूर्वाधारको विवरणः

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं. | भवनको नाम | भवनको किसिम(पक्की, कच्ची,स्टिल फ्रेम, अन्य अस्थायी,) | भवन ड्रइग् डिजाइन सिफारिस गर्ने निकाय | निर्माण सम्पन्न मिति/निकाय | भवनको क्षेत्रफल | कैफियत |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. नवीकरण गर्नुपर्ने स्वास्थ्य संस्थाको भवन तथा पूर्वाधार नभएको वा अपर्याप्त भएमाः .................................................

भवन निर्माणाधिन भए/नभएकोः.........

स्वास्थ्य संस्थाको भवन ऐन, २०५५ र स्वास्थ्य भवन पूर्वाधारको डिजाइन तथा निर्माण सम्बन्धी निर्देशिका, २०७४ (पहिलो संशोधन २०७७ समेत) अनुसार भए/नभएको ............

1. स्वास्थ्य संस्थाको प्रस्तावित भवन तथा पूर्वाधार रहने स्थानको विवरणः ...............................

भवन तथा पूर्वाधार निर्माण योजनाः.............................

लाग्ने अवधिः.................

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो दुई वर्षसम्ममा भवन तथा पूर्वाधार सम्पन्न हुने वा नहुनेः.............................................

नहुने भएमा सोको आधार र कारणः ..............................................................

1. **स्वास्थ्य संस्थाको जनशक्ति विवरणः**
2. स्वास्थ्य संस्थाको मौजुदा जनशक्ति विवरणः

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं. | सेवा सञ्चालन विभागको नाम | जनशक्तिको किसिम | सङ्ख्या | पूर्ण वा आंशिक अवधि | मापदण्ड बमोजिम पर्याप्त/अपर्याप्त | नियुक्तिको किसिम | जम्मा | कैफियत |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. स्वास्थ्य संस्थाको मापदण्ड बमोजिम जनशक्ति अपर्याप्त भएमाः ...............................

जनशक्ति व्यवस्थापन योजनाः.............................

लाग्ने अवधिः.................

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो छ महिनासम्ममा जनशक्ति व्यवस्थापन हुने वा नहुनेः.......................................

नहुने भएमा सोको आधार र कारणः ..............................................................

1. **स्वास्थ्य संस्थाको औजार तथा उपकरणको अवस्थाः**
2. स्वास्थ्य संस्थाको मौजुदा औजार तथा उपकरणको विवरणः

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं. | सेवा सञ्चालन भएका विभागको नाम | औजार/उपकरणको नाम | सङ्ख्या | जम्मा  | मापदण्ड अनुसार पर्याप्त/अपर्याप्त | कैफियत |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. स्वास्थ्य संस्थाको मौजुदा औजार तथा उपकरण मापदण्ड अनुसार नभएमाः

नभएको औजार तथा उपकरणको विवरणः .....................

औजार तथा उपकरण खरिद योजनाः .....................

लाग्ने अवधिः.................

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो छ महिनासम्ममा औजार/उपकरण व्यवस्थापन हुने वा नहुनेः.............................................

नहुने भएमा सोको आधार र कारणः ..............................................................

1. **औषधि भण्डारण तथा व्यवस्थापनः** भए वा नभएको

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो एक महिनासम्ममा व्यवस्थापन हुने वा नहुनेः.............................................

1. **एम्बुलेन्स तथा शववाहनः** भए वा नभएको।

नभएको भए खरिद योजनाः .....................

लाग्ने अवधिः.................

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो छ महिनासम्ममा व्यवस्थापन हुने वा नहुनेः.............................................

नहुने भएमा सोको आधार र कारणः ..............................................................

1. **खानेपानी, सरसफाई, शौचालय, चमेनागृह तथा स्वास्थ्यजन्य फोहोरमैला व्यवस्थापनः** भए वा भएको

नभएको भए व्यवस्थापनका लागि लाग्ने अवधिः.................

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो छ महिनासम्ममा व्यवस्थापन हुने वा नहुनेः.............................................

नहुने भएमा सोको आधार र कारणः ..............................................................

1. **सक्रमण रोकथाम तथा नियन्त्रण सम्बन्धी व्यवस्थाः** भए वा नभएको

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो एक महिनासम्ममा व्यवस्थापन हुने वा नहुनेः.............................................

1. **विपद् तथा माहामारी सम्बन्धी कार्ययोजनाः** भए वा नभएको

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो एक महिनासम्ममा व्यवस्थापन हुने वा नहुनेः.............................................

1. **स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मीको सुरक्षा व्यवस्थाः** भए वा नभएको

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो एक महिनासम्ममा व्यवस्थापन हुने वा नहुनेः.............................................

1. **प्रचलित कानून बमोजिम लक्षित वर्गलाई निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा प्रदानको अवस्थाः** भए वा नभएको

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो एक महिनासम्ममा व्यवस्थापन हुने वा नहुनेः.............................................

1. **गुनासो तथा उजुरी व्यवस्थापनः** भए वा नभएको

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो एक महिनासम्ममा व्यवस्थापन हुने वा नहुनेः.............................................

1. **स्वास्थ्य संस्थाको न्यूनतम सेवा मापदण्ड कार्यान्वयनः** भए वा नभएको

संशोधित व्यवस्था लागू भएपछिको पहिलो एक महिनासम्ममा व्यवस्थापन हुने वा नहुनेः.............................................

1. **संक्षिप्त तालिकाः उपरोक्त** सि.नं.१ देखि १९ सम्मका प्रकरणहरूमा उल्लिखित मापदण्डका विषयवस्तुलाई देहायको तालिकामा संक्षिप्त रूपमा प्रस्तुत गर्नुपर्नेछः-

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं.(१ देखि १९ सम्म) | मापदण्डसँग सम्बन्धित विषयवस्तुको विवरण/क्रियाकलाप | मापदण्ड बमोजिम भए वा नभएको | नभएको वा हुन नसकेको पर्याप्त आधार र कारण | मापदण्ड कायम गर्न लाग्ने समयसीमा(महिना/वर्ष) | कैफियत |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **विविधः** उपरोक्त विषयवस्तु तथा मापदण्डमा छुट भएका विषयहरू, आधार र कारणहरू यस प्रकरणमा लेख्नु पर्नेछ।

**..................................................................................................................................**

**नोटः**

1. स्वास्थ्य संस्थाको लागि सञ्चालन अनुमति/नवीकरणका लागि यो कार्ययोजना बमोजिमका विवरणहरू तयार गरी पेश गर्दा स्वास्थ्य संस्था स्थापना, सञ्चालन, नवीकरण तथा स्तरोन्नति ऐन, २०७६, स्वास्थ्य संस्था स्थापना, सञ्चालन, नवीकरण तथा स्तरोन्नति नियमावली, २०७७, संघीय स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन मापदण्ड, २०७७ (पहिलो संशोधन २०७८ समेत), संघीय जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५, संघीय जनस्वास्थ्य नियमावली, २०७७ र अन्य प्रचलित कानून तथा मापदण्डमा उल्लिखित विवरण समेत संलग्न गर्नुपर्नेछ। प्रस्तुत कार्ययोजनाले त्यस्ता कानून तथा मापदण्डमा लेखिएका विषयमा सङ्‍कुचन गर्ने छैन।
2. स्वास्थ्य संस्थाले आफ्नो आधिकारिक कार्यकारिणी/सञ्चालक समितिको निर्णय सहित यो कार्ययोजना पेश गर्नुपर्नेछ।
3. कार्ययोजनामा उल्लिखित विवरणमा त्रुटि भएको पाइएमा स्वयम् स्वास्थ्य संस्था जिम्मेवार हुनुपर्नेछ।

**स्वास्थ्य संस्थाको तर्फबाट**

 आधिकारिक व्यक्ति/प्रमुखको नाम थरः

पदः

ठेगानाः

हस्ताक्षरः

मितिः

सम्पर्क नं.:

संस्थाको पत्रचार गर्ने ई-मेल ठेगानाः