



हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका

स्थानीय राजपत्र

खण्ड:

संख्या:

मिति: २०८०/०२/३०

भाग - १

एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन कार्यविधि, २०८०
हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका

प्रस्तावना : हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका भित्र खासगरी स्वास्थ्य सेवाको पहुँचबाट टाढा रहेका बासिन्दालाई स्वास्थ्य सेवामा सर्वसुलभ पहुँच पुऱ्याउन लागि एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालनलाई पारदर्शी, सरल, भरपर्दो र व्यवस्थित गर्न तथा एम्बुलेन्स सेवामा जनताको पहुँच बढाई सेवाको गुणस्तर वृद्धि गर्न वाञ्छनीय भएकोले स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन २०७४ को दफा १०२ को उपदफा (२) को अधिकार प्रयोग गरी हलेसी तुवाचुङ नगरपालिकाले यो कार्यविधि तर्जुमा गरी जारी गरेको छ ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ :

(क) यो कार्यविधिको नाम “एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन कार्यविधि, २०८०” रहेको छ ।

(ख) यो कार्यविधि हलेसी तुवाचुङ नगर कार्यपालिकाले स्वीकृत गरी राजपत्रमा प्रकाशन भएको मितिबाट प्रारम्भ हुनेछ ।

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

(क) “एम्बुलेन्स ” भन्नाले बिरामी ओसार्ने स्वीकृत प्राप्त गरेको वाहन सम्झनु पर्छ र सो शब्दले एम्बुलेन्समा जडित उपकरण, चालक र परिचारिका समेतलाई जनाउँछ ।

(ख) “एम्बुलेन्स जनशक्ति” भन्नाले एम्बुलेन्समा उपस्थित रहने स्वास्थ्यकर्मी र चालक सम्झनु पर्छ ।

(ग) “चालक” भन्नाले एम्बुलेन्स चलाउने चालक सम्झनु पर्छ ।

(घ) “नगरपालिका” भन्नाले हलेसी तुवाचुङ नगरपालिकालाई सम्झनु पर्छ ।

(ङ) “सेवा शुल्क” भन्नाले एम्बुलेन्स प्रयोग गरेबापत सेवाग्राहीले बुझाउनु पर्ने गरी समितिले तोकेको शुल्क सम्झनु पर्छ ।

(च) “समिति” भन्नाले दफा ३ बमोजिम गठित एम्बुलेन्स सेवा व्यवस्थापन तथा अनुगमन समिति सम्झनु पर्छ ।

(छ) “सेवा” भन्नाले एम्बुलेन्सले बिरामीलाई दिने सम्पुर्ण सेवा सम्झनु पर्छ ।

३. एम्बुलेन्स सेवा व्यवस्थापन तथा अनुगमन समिति :

(१) एम्बुलेन्स सेवाको सञ्चालन, व्यवस्थापन, अनुगमन तथा रेखदेख गर्न देहायको पदाधिकारीहरु रहेको एक नगर एम्बुलेन्स सेवा व्यवस्थापन तथा अनुगमन समिति रहनेछ ।

(क) नगर प्रमुख - संयोजक

(ख) नगर उप-प्रमुख -सदस्य

(ग) प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत -सदस्य

(घ) नगर कार्यपालिकाका (नगर प्रमुखले मनोनयन गरेको) -सदस्य (महिला १/दलित १)

(ङ) नगर अस्पताल प्रमुख -सदस्य

(च) सामाजिक विकास शाखा संयोजक - सदस्य

(छ) सम्बन्धित वडाको वडाध्यक्ष- सदस्य

(ज) नगरपालिकाको नगर स्वास्थ्य शाखा प्रमुख - सदस्य सचिव

(झ) आवश्यकता अनुसार विज्ञ तथा अन्य व्यक्तिहरूलाई आमन्त्रित गर्न सकिने छ ।

(२) समितिको बैठक आवश्यकता अनुसार बस्नेछ । समितिको बैठक भत्ता नगरकार्यपालिकाले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ ।

(३) समितिको बैठक सम्बन्धी अन्य व्यवस्था र कार्यविधि समितिले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ ।

४. समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार :

(१) समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ :-

(क) एम्बुलेन्स सेवा पारदर्शी, सरल, भरपर्दो र व्यवस्थित रूपमा सञ्चालन गरे, नगरेको अनुगमन गर्ने ।

(ख) चालकले पालना गर्नुपर्ने आचारसंहिता लागू गराउने । यस कार्यविधि अनुसारको आचारसंहिता पालन नगर्ने चालकलाई चेतावनी दिने र आचारसंहिता पालना गर्न लगाउने ।

(ग) एम्बुलेन्स सेवाको बारेमा कुनै गुनासो तथा उजुरी आएमा सोको सुनुवाई तथा व्यवस्थापन गर्ने ।

(घ) एम्बुलेन्सको निश्चित मापदण्डको आधारमा भाडा निर्धारण गर्ने । सामान्यतया एक पटक निर्धारण भएको भाडा बार्षिक रूपमा पुनरावलोकन गर्ने ।

(ङ) सरोकारवाला तथा अन्य सङ्घ संस्थाहरु वीच आवश्यकता अनुसार एम्बुलेन्स सेवा बारे समिक्षा बैठक गर्ने,

- (च) नगरपालिकाको विशिष्टतालाई ध्यानमा राखि एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालनको लागि आवश्यक थप मापदण्ड बनाउने ।
(छ) नगर अस्पतालले सेवा शुल्क लिई बैक/कोषमा दाखिला गरे नगरेको समय-समयमा निरीक्षण गर्ने ।
(२) समितिको सदस्य-सचिवले सेवा प्रवाह स्थितिको अद्यावधिक विवरण सहितको प्रतिवेदन प्रत्येक वर्षको आषाढ मसान्तमा नगर कार्यपालिकामा पेश गर्नु पर्नेछ ।

५. सेवा शुल्क सम्बन्धी व्यवस्था :

- (१) एम्बुलेन्स सेवा प्रयोग गरे बापत सम्बन्धित सेवाग्राहीले हलेसी तुवाचुङ नगर अस्पताल व्यवस्थापन तथा संचालन समितिले निर्धारण गरे बमोजिमको रकम सेवा शुल्कको रूपमा अनुसूची १ बमोजिम हुनेछ ।
(२) एम्बुलेन्स सेवा बापत उठेको रकम हलेसी तुवाचुङ नगर अस्पतालको बैक खाता/कोषमा जम्मा हुनेछ ।
(३) सेवा दिए बापत लिइने शुल्क हलेसी तुवाचुङ नगर अस्पतालको काउण्टरबाट अनलाईन रसिद काटी वा चालक संग रसिद काटि नगर अस्पतालको खातामा जम्मा गरिने छ ।
(५) कोषको रकम सामान्यतया चालकको तलव भत्ता, इन्धन, एम्बुलेन्सको मर्मत सम्भार र एम्बुलेन्समा रहने अति आवश्यक सामग्रीको खरिदमा खर्च गरिनेछ ।
(६) एम्बुलेन्सले सेवा दिएको स्थान र मिति खुल्ने गरी सवारी लगवुक राख्नु पर्ने छ । लग बुक भर्ने जिम्मेवारी एम्बुलेन्स चालकको रहनेछ भने सोको प्रमाणित गर्ने जिम्मेवारी नगर अस्पताल प्रमुखको हुनेछ ।
(७) वाहिरी जिल्ला एम्बुलेन्स जादाँ चालकले प्रति पटक १०००।- र स्वास्थ्यकर्मि सहित गएमा स्वास्थ्यकर्मीलाई पनि १०००।- दिईने छ ।
(८) स्वास्थ्यकर्मी सहित एम्बुलेन्समा बाहिर जिल्ला गएमा निर्धारण गरिएको भाडामा थप १० प्रतिशत भाडा लाग्ने छ ।

(७) चालकको नियुक्ती र सेवा सुविधा:

- (१) एम्बुलेन्स सेवा संचालनका लागि नगर कार्यपालिकाले नेपाल सरकारको एम्बुलेन्स सेवा संचालन सम्बन्धि निर्देशिका, २०७३ को बुँदा नं. ११ बमोजिम योग्यता पुगेको एक जना चालक सेवा करारमा नियुक्ती गर्नेछ ।
(२) चालकको सेवा सुविधा दफा (३) बमोजिमको समितिले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ ।
(३) चालकको रु. २ लाख सम्मको दुर्घटना विमा गरिनेछ । विमाको प्रिमियम बापतको रकम यसै निर्देशिका बमोजिमको कोषबाट वेहोरिने छ ।
(४) चालकले पालना गर्नुपर्ने आचार संहिता अनुसूची (२) बमोजिम हुनेछ ।
(५) एम्बुलेन्स रहने स्थान र सोको मर्मत सम्भार:
(क) एम्बुलेन्स हलेसी तुवाचुङ नगर अस्पतालको कार्यालय हातामा रहनेछ ।
(ख) प्रचलित कानून बमोजिम प्रक्रिया पुरा गरी एम्बुलेन्सको नियमित मर्मत सम्भार गर्ने जिम्मेवारी चालकको हुनेछ ।

८. विविध :

- (क) एम्बुलेन्समा रहने न्यूनतम सेवा सुविधा तथा औषधीको विवरण अनुसूची-३ बमोजिम हुनेछ ।
(ख) एम्बुलेन्समा सवार विरामी, विरामीका आफन्त तथा स्वास्थ्यकर्मीको विमाको दायित्व सेवाग्राही स्वयंको हुनेछ ।
(ग) हलेसी तुवाचुङ नगर अस्पतालले एम्बुलेन्स चालकको सहयोगमा दैनिक/मासिक/बार्षिक सेवा विवरण अनुसूची-४ अनुसार राख्नुपर्ने छ ।
(घ) यस कार्यविधिमा आवश्यकता अनुसार संशोधन र हेरफेर समितिको सिफारिशमा नगर कार्यपालिकाले गर्न सक्नेछ ।
(ङ) गर्भवति र सुत्केरीलाई सम्बन्धित वर्थीङ सेन्टरको रिफर कागजातको आधारमा एम्बुलेन्स सेवा निःशुल्क हुने छ ।
(च) वेवारीसे ब्यक्ति संरक्षक नभएको ब्यक्तिलाई एम्बुलेन्स सेवा निःशुल्क हुने छ ।
(छ) स्वास्थ्यकर्मी सहित जिल्ला बाहिरको अस्पतालमा विरामि लानु परेमा निर्धारण गरिएको एम्बुलेन्स सेवा शुल्कमा १० ब्रतिशत भाडा शुल्क थप लाग्ने छ ।

अनुसूची १
कार्यविधिको दफा (५) संग सम्बन्धित सेवा शुल्क सम्बन्धी दररेट)

क्र.स.	देखी	सम्म	दररेट (रु)

- माथि उल्लेखित दरमा तेल र विभिन्न करको रकम समावेस गरिएको छ ।
- दुरीको हकमा गन्तव्य स्थान नै मान्य हुनेछ ।
- एम्बुलेन्सको तोकिएको सेवा शुल्क र माग फाराम भरी बिरामी लैजानु अगाबै नगर अस्पतालको काउण्टरमा बुझाउनु पर्नेछ ।

अनुसूची २

(कार्यविधिको दफा ६ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धीत)

एम्बुलेन्स चालकले पालना गर्नु पर्ने आचार संहिता

१. एम्बुलेन्स सञ्चालन तथा व्यवस्थापन कार्यविधि, २०८० लाई पूर्णतः पालना गर्नुपर्ने,
२. आफ्नो पेशागत भूमिका निर्वाह गर्ने क्रममा ईमानदारिता र विश्वसनीयता कायम गर्दै आफ्नो पेशाको मान मर्यादामा खलल पुग्ने कुनै काम गर्न नहुने,
३. मादक पदार्थ सेवन गरी एम्बुलेन्स चलाउनु नहुने,
४. बिरामीको ओसारपसार तथा उपचार गर्ने क्रममा बिरामी तथा बिरामीको परिवार लाई सधै सम्मानपूर्वक व्यवहार गरी उच्चस्तरीय सेवा प्रदान गर्नुपर्ने,
५. आफुले लिएको निर्णयहरूमा आफ्नै व्यक्तिगत रूपमा जिम्मेवार र जवाफदेही हुनुपर्ने,
६. आफ्नो पेशागत दक्षता सुधार गर्दै लैजानुका साथै आफुमा भएका पेशागत दक्षता आफ्नो क्षेत्रका अरुलाई पनि सिकाउनु पर्ने,
७. कुनै पनि बिरामीलाई ओसारपसार गर्नु अघि उसको बारेमा पर्याप्त जानकारी लिई उपचारमा सहयोग गर्नुपर्ने,
८. बिरामीलाई बिच बाटोमा छाड्न नहुने,
९. आफ्नो कामको सिलसिलामा पाएका कुनै पनि सूचना गोप्य राख्नु पर्ने तथा बिरामीहरूबाट पाएको जानकारी तेस्रो पक्षलाई खोल्न नहुने तर कानूनी र पेशागत दायित्व निर्वाह गर्न वा बिरामीको सेवामा आवश्यक परेमा त्यस्तो सूचना बारेमा जानकारी दिन सक्ने,
१०. अस्पताल पूर्व सेवा, एम्बुलेन्स सेवा व्यवस्थापनमा सहयोग पुग्ने तथा अनुसन्धानमा मदत पुऱ्याउने पर्ने,
११. आफुले उचित देखेको बिरामीको गुणस्तरिय सेवामा प्रभाव पार्ने राम्रा पक्षहरूको जानकारी आफ्नो सुपरिवेक्षक तथा स्वास्थ्य संस्थालाई दिनुपर्ने,
१२. नेपाल सरकारले प्रतिबन्ध लगाएका बस्तुहरू ओसार पसार नगर्ने । प्रचलित कानूनको पालना गर्नुपर्ने ।

म (नाम)

ठेगानाना.प्र.प.नं.

जिल्ला, ड्राईभिङ्ग लाईसेन्स नं.

ले माथिको उल्लेखित आचार संहिता अध्ययन गरेको छु । जाजरकोट जिल्ला हलेसी तुवाचुङ नगरपालिकाको एम्बुलेन्स चलाउँदा मैले यो आचार संहिता पूर्ण रूपमा पालना गर्न सहमति जनाई सही छाप गरेको छु ।

चालकको :

दस्तखत :

मिति :

रोहबरमा प्रमाणित गर्ने व्यक्तिको :

दस्तखत :

नाम/पद :

मिति :

संस्थाको छाप :

अनुसूची-३

(कार्यविधिको दफा ८ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

“ख” वर्गको (Basic Life Support (BLS)

All Emergency Equipment's

1. Stethoscope
2. B.P. Apparatus
3. Torchlight
4. Tongue Depressor
5. IV drips
6. ECG Monitor with oxygen monitor
7. Intubation set
8. Various intubation tubes and laryngeal tubes
9. Ambu bag
10. Nebulizer set
11. Manual suction set
12. Cervical collars
13. CPR board
14. Oxygen supply
15. OB kit
16. Splints
17. Catheterizations sets

Other:

18. Washing equipments
19. Wheel chair and trolley
20. Redio communication
21. Tablet with 4G connectivity

Staffs:

22. Ambulance driver with first aid trainings
23. EMT

अनुसूची ४
(कार्यविधिको दफा ८ को उपदफा (ग) सँग सम्बन्धीत)
दैनिक/मासिक/वार्षिक सेवा को विवरण

अस्पताल/संस्थाको नाम:	ठेगाना:	एम्बुलेन्सको वर्ग:	गाडी नं.:																	
एम्बुलेन्स चालकको नाम:	सम्पर्क:	सेवा विवरण अभिलेख बुझाएको मिति:																		
एम्बुलेन्स सेवा पाएका बिरामीको जम्मा संख्या: मासिक/वार्षिक																				
मिति: देखि मिति: सम्म जम्मा: जना (पुरुष: र महिला:) लाई यस एम्बुलेन्सली सेवा प्रदान गरियो s																				
एम्बुलेन्स सेवा पाएका बिरामीहरूको बर्गिकरण र संख्या:																				
(क) प्रेषण: ____ (महिला:...../पुरुष:.....) (ख) दुर्घटना: ____ (महिला:...../पुरुष:.....) (ग) लडेर/खसेर: ____ (महिला:...../पुरुष:.....) (घ) आगोले पोलेर: ____ (महिला:...../पुरुष:.....)																				
(ङ) आत्महत्या प्रयास: ____ (महिला:...../पुरुष:.....) (च) चट्याड लागेर: ____ (महिला:...../पुरुष:.....) (छ) पशुपछीको आक्रमण: ____ (महिला:...../पुरुष:.....) (ज) पानीमा डुबेर: ____ (महिला:...../पुरुष:.....)																				
(झ) दिर्घ रोगी: ____ (महिला:...../पुरुष:.....) (ञ) झैझगडा: ____ (महिला:...../पुरुष:.....) (ट) अन्य: ____ (महिला:...../पुरुष:.....)																				
मिति	क्र.सं.	बिरामीको विवरण					बिरामीको आफन्तको विवरण			बिरामी एम्बुलेन्समा चढाएको		बिरामी बुझाउने			बिरामी बुझिलिने			कैफियत		
		नाम	प्रदेश/जिल्ला	ठेगाना	उमेर	लिङ्ग	बिरामीको निदान (diagnosis)	नाम	नाता	सम्पर्क नम्बर	स्थान	समय	अस्पताल	समय	नाम	सम्पर्क	हस्ताक्षर		नाम	सम्पर्क

प्रतिवेदन बुझाउनेको:

नाम:

दस्तखत:

मिति:

दर्जा:

छाप: