AAA

प्रारूप 2

निजी अस्पताल में स्वास्थय अधिकारों के हनन के व्यक्तिगत बयानों का दस्तावेजीकरण

हालांकि निजी स्वास्थय क्षेत्र में मरीजों के अधिकारों के हनन की घटनाएं व्याप्त है, इन हनन का दस्तावेजीकरण चुनौतीपूर्ण है क्यूंकि निजी स्वास्थय में अधिकारों को लेकर कोई कानूनी ढांचा स्थापित नहीं हुआ है| अधिकारों के हनन के अनुभवों के दस्तावेजिकरन के लिए निम्न प्रक्रियाओं का पालन करना होगा।

प्रक्रिया **1:** मरीजों के अधिकारों के हनन के केसेस का शुरूआती निहांक निम्न रूप से किया जाएगा | परिवारजन**-** दोस्त परिचित **-** पडोसी **-** कार्यस्थल **-** सामजिक संस्थाओं **-** साथ काम करने वाले जन**-** डॉक्टर मित्र आदि में से पूछताछ करके और राष्ट्रीय मानवधिकार आयोग द्वारा अखबार में निकाले गए विज्ञापन के उत्तर में भेजे गए केसेस द्वारा अधिकारों के हनन के एकल मामलों की शुरुआती शिनाख्त**(**मानवधिकार आयोग उन्ही मामलो का संज्ञान लेता है जो पिछले एक साल में घटे हो**)**

प्रक्रिया **2** **:** एक बार ऐसे कुछ संभावित हनन के मामले आपके समक्ष आते है तो , निचे दिए गए प्रपत्र द्वारा सभी उचित जानकारी इक्कट्ठा करे। परन्तु इससे पहले जानकारी दे कर सहमति ले ले एवं सुनवाइयों का सन्दर्भ समझा दे और यह भी बतायें कि सुनवाइयों से क्या अपेक्षा की जाए या क्या नहीं।

प्रक्रिया **3** **:** इक्कट्ठा किये गए मामलों की जांच, छटाईं एवं चयन।

प्रक्रिया **4** **:** पीड़ित व्यक्ति एवं परिवार, जो सुनवाई में प्रस्तुतीकरण करेंगे उनको सुनवाई के बारे में विस्तृत जानकारी, पैनल के समक्ष बोलने के लिए दिशा निर्देश , संभावित परिणाम, गोपनीयता का आश्वासन आदि के बारे में बतायें ।

<u>निजी स्वास्थय केंद्र से सुविधा लेने वाले व्यक्तियों से जानकारी इक्कट्ठा करने के लिए प्रपत्र</u>

अगर किसी व्यक्ति को निजी स्वास्थय केंद्र में स्वास्थय सेवा के लिए मना किया गया है , तो निम्न जानकारी इक्कट्ठा की जानी चाहिए। जानकारी इक्कट्ठा करने से पहले व्यक्ति को जानकारी इक्कट्ठा करने का उद्देश्य खासकर की जे.एस.ए.**-** ऐन.एच.आर.सी.की सुनवाइयां, संभावित परिणाम की जानकारी देना होगा एवं पूरी प्रक्रिया के लिए सहमति लेनी होगी।

दोनों पक्षों द्वारा हस्ताक्षर की हुई सहमति प्रपत्र की एक प्रति उत्तरदाता को और दूसरी प्रति साक्षात्कारकर्ता को देना है।

सहमति प्रपत्र

राष्ट्रीय मानवधिकार आयोग और जन स्वास्थय अभियान द्वारा मरीजों के अधिकारों पे जनसुनवाई की पहल की जा रही है. यह सुनवाइयां निजी एवं सरकारी स्वास्थय क्षेत्र में स्वास्थय सेवाओं की अनुपलब्धता /या देने से इंकार और मरीजों के अधिकारों के हनन पर केंद्रित होगी। इन सुनवाइयों का उद्देश्य ढांचागत और नीतिगत मुद्दो पर पर ध्यान आकर्षित करना होगा जिनकी वजह से सेवाओं की मनाही और अधिकारों का हनन होता है. यह सुनवाइयां वह आवश्यक मंच उपलब्ध करायेगा जिसमें देश के विभिन्न क्षेत्र में लोगों के स्वास्थय हनन के मुख्य बिन्दुओं पे चर्चा हो सकेगी और जिसके परिणाम स्वरुप सुझाव रखे जायेंगे, जिससे उम्मीद है की मरीजों के अधिकारों को संरक्षित करने के लिए एक अनुकूल माहौल तैयार होगा।

इन सुनवाइयों का एक मुख्य अंश मरीज या उनके परिवारजन के बयानों का प्रस्तुतीकरण होगा जिन्होंने अस्पतालों या स्वास्थय केन्द्रों में सेवाओं की मनाही का गंभीर अनुभव सहा है. इसलिए जे.एस.ए.-ऐन.एच.आर.सी. के तरफ से हम आपको हम आपको स्वास्थय सेवा लेते वक़्त आई परेशानियां और अधिकारों के उल्लंघन के अनुभवों को बांटने और सामने रखने की गुजारिश करते है.

इस प्रक्रिया में भागीदारी पूर्ण रूप से स्वैच्छिक है और आवश्यक रूप से आपको निजी फायदा या भत्ता न मिले। इस व्यक्तिगत बयानों के द्वारा जानकारी इक्कट्ठा करने का उद्देश्य देश के सरकारी और निजी स्वास्थय क्षेत्र में व्याप्त परेशानियों पर ध्यान आकर्षित करना है और, इसके द्वारा जान हित और जान कल्याण की दिशा में सुधार की पहल करना है।

हम आपको आश्वासन देते है की आपके द्वारा बांटी गयी जानकारी जैसे की नाम , पता आदि को गोपनीय और गुप्त रखा जायेगा , सिर्फ मानवाधिकार और जन स्वास्थय अभियान के सम्बंधित प्रतिनिधियों को दिया जाएगा, और किसी भी रूप में आपकी अनुमति के बिना सार्वजनिक नहीं किया जाएगा। अगर आपकी इच्छा है तो आप जन सुनवाई में उपस्थित रह सकते है और मानवाधिकार आयोग के अधिकारी , स्वास्थय विभाग और अन्य विशिष्टगण के समक्ष अपना केस/ अनुभव प्रस्तुत कर सकते है।

इसलिए आपको निर्णय लेना है की आपको इस प्रक्रिया में भाग लेना है की नहीं। इस प्रक्रिया में भाग लेने के लिए आप पर कोई बाध्यता नहीं है। अगर साक्षात्कार के दौरान आपको किसी प्रशन का जवाब

नहीं देना हो तो आपको उसका पूरा अधिकार है। उसी प्रकार , अगर किसी भी कारण से, साक्षात्कार बीच में रोकना है, तो हम उसी समय रोक देंगे। इसका कोई भी दुषपरिणाम

नहीं होगा। अगर आपको इस प्रक्रिया से सम्बंधित कोई प्रशन है तो कृपया खुलकर पुछिये। यदि आप साक्षात्कार में भाग लेने के इच्छुक है तो इसके लिए अपनी हामी भरे/ सहमति दे।

अगर आप इस प्रक्रिया में भाग लेने का निर्णय लेते है तो आपको प्रश्नावली के अनुसार जानकारी पूछी जाएगी। आपको केस से सम्बंधित दस्तावेज जैसे बिल्स,रिपोर्ट्स आदि भी प्रदान करने होंगे। यह सारी जानकारी मानवाधिकार आयोग को भी जमा की जायेगी।

मैं, ... यह घोषित करता/ करती हूँ की मुझे निजी और सरकारी स्वास्थय केन्द्रों में स्वास्थय की मनाही और मरीजों के अधिकारों के उल्लंघन पे जे.एस.ए.- ऐन.एच.आर.सी. द्वारा आयोजित की जाने वाली जन सुनवाई के बारे में पूर्ण जानकारी मिल चुकी है।
मैं इस प्रक्रिया में भाग लेने के लिए सहमति देती/ देता हूँ।

उत्तरदाता का - हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान / मौखिक सहमति

उत्तरदाता का नाम एवं पता

साक्षात्कारकर्ता के हस्ताक्षर
दिनांक

निजी स्वास्थय क्षेत्र से सेवा लेने वाले मरीजों के सामने दो स्थिति हो सकती है - या तो मरीज बिना किसी स्वास्थय बीमा के होंगे या फिर किसी केंद्रीय या राज्य स्वास्थय बीमा योजना जैसे आर.एस. बी.वाय. या एम. एस. बी. वाय. के अंतर्गत नामांकित होंगे ।

इसलिए परिस्थिति के अनुसार इस्तेमाल के लिए दो प्रारूप दिए गए है -

प्रारूप II **A-** उन मरीजों के लिए इस्तेमाल किया जाएगा जो किसी स्वास्थय बीमा के अंतर्गत नामांकित नहीं थे।
प्रारूप II **B-** उन मरीजों के लिए इस्तेमाल किया जाएगा जो किसी केंद्रीय या राज्य स्वास्थय बीमा योजना के अंतर्गत नामांकित है ।

प्रारूप II A- निजी स्वास्थय केन्द्रों में मरीजों के अधिकारों के हनन के एकल/ व्यक्तिगत मामलों के दस्तावेजीकरण के लिए (जो किसी स्वास्थय बीमा के अंतर्गत नामांकित नहीं थे।)

पूछे जाने वाले सवाल (सहमति पत्र समझा के और हस्ताक्षर करवाके)

1. प्रभावित व्यक्ति कौन है - स्वयं/ परिवारजन या दोस्त

2. अगर परिवारजन है , तो जानकारी देने वाले व्यक्ति से सम्बन्ध : माता / पिता , पति / पत्नी, भाई/ बहन, बेटा /बेटी इत्यादि

3. प्रभावित व्यक्ति / मरीज का नाम :
जानकारी देने वाले सम्बंधित व्यक्ति का नाम

4. प्रभावित व्यक्ति / मरीज की उम्र : ... साल

5. प्रभावित व्यक्ति का लिंग :

6. पत्राचार के लिए पता**:**

7. संबंधित अस्पताल**/** स्वास्थय केंद्र का नाम और पता **(**शहर**)** जहा अधिकारों के हनन का अनुभव हुआ है।

8. किस तरह कि संस्था है
:निजी अस्पताल **/** निजी नर्सिंग होम **/** स्पेशलिटी अस्पताल **/** व्यक्तिगत चिकित्सक का क्लिनिक है**?**

9. अस्पताल में आने**/** प्रवेश का दिनांक**: .....**। **(**कम से कम महीना और वर्ष जरूर लिखें**)**

10. अस्पताल जाने का कारण**: (**आपातकालीन **/** दुर्घटना **/** प्रसव **/** गंभीर बीमारी **/** पुरानी**/** लम्बे समय से चल रही बीमारी**/** पहले से तय किये गए ऑपरेशन के लिए **/** नियमित जांच**,** आदि**)**

11. क्या अस्पताल में डॉक्टर द्वारा प्रदान की जाने वाली उपलब्ध सेवाओं के दर की जानकारी से संबंधित कोई सूची या बोर्ड उपलब्ध था**?** हाँ**/** नहीं

<u>अस्पताल में अनुभव</u>

1. क्या हुआ **,** घटना की जानकारी का विवरण दीजिये **-**

- बीमारी**/** शिकायत जिसके लिए आप अस्पताल गए **(** आपात्कालीन**-** दुर्घटना **/** प्रसव**/** गंभीर बीमारी **/** दीर्घकालीन बीमारी **/** फॉलो उप**/** नियमित जांच **(** प्रसव आदि में **) /** अन्य |

- इस बीमारी के लिए अस्पताल कितनी बार गए | यह भी स्पष्ट करे की यह **visits** अन्तः रोगी इलाज**(IPD)** के लिए या बाह्य रोगी इलाज **(OPD)** के लिए थी ।

- अस्पताल में आने/ प्रवेश/ का दिनांक और रहने की अवधि (जब यह घटनाक्रम हुआ)

- अस्पताल में रहने की अवधि के दौरान, उन परिस्थितयों में जहा मरीज को तात्कालिक उपचार/ सेवा की जरूरत थी , क्या डॉक्टर् उस समय बुलाने पर उपलब्ध थी ? क्या नर्स/ स्टाफ जरूरत पढ़ने पर मरीज की देखरेख के लिए उपस्थित थे ?

2. मरीज़ों के अधिकारों का हनन किन किन प्रकारों से किया गया? नीचे दिए गए उपयुक्त विकल्पों पर चिन्ह लगाकर विवरण दें

- दुर्घटना की स्थिति में, इलाज शुरू करने से पहले क्या आपसे पूरी राशि या अंतरिम राशि की माँग की गई थी?

- क्या डॉक्टर अस्पताल द्वारा इलाज के खर्च और उपचार के तरीके की जानकारी पहले से दी गई /?

- क्या महिला मरीज़ के परीक्षण के दौरान अटेंडेंट या महिला नर्स उपस्थित थी?

- क्या डॉक्टर / स्टाफ / अस्पताल प्रशासन द्वारा HIV **HIV** या अन्य किसी बीमारी की स्थिति में आपके साथ भेदभाव किया गया?

- क्या अस्पताल ने बिना आपकी लिखित अनुमति के आपका ऑपरेशन किया? ऑपरेशन के बारे में आपको पूरी जानकारी दी गई थी?

- क्या आपके मांगने पर अस्पताल द्वारा आपको मेडिकल रिपोर्ट और मेडिकल टेस्ट की रिपोर्ट देने से मना किया गया**?**

- क्या मरीज़ या उसके परिजनों को इलाज के दौरान किसी अन्य डॉक्टर से सलाह लेने से वंचित किया गया**?**

- क्या आपको दवाइयाँ खरीदने या टेस्ट किसी विशेष दुकान से ही करवाने के लिए कहा गया**?**

- यदि आपका इलाज किसी चेरिटबल अस्पताल में हुआ तो क्या आपको अस्पताल के नियमानुसार मुफ़्त या कम दामों में इलाज की जानकारी दी गई**?**

- यदि आपका इलाज किसी चेरिटबल अस्पताल में हुआ तो क्या अस्पताल के नियमानुसार आपका मुफ़्त या कम दामों में इलाज हुआ**?**

- क्या आपको बिना उचित और पूरी जानकारी दिए किसी नैदानिक परीक्षणका (क्लिनिकल ट्रायल) हिस्सा बनाया गया**?** क्या इसकी वजह से आपको अन्य परेशानी हुई**? (**यदि हाँ तो कृपया प्रश्न 10 पर जाएँ)

- क्या अस्पताल द्वारा किसी मरीज / नवजात शिशु या किसी मृत व्यक्ति के शव को देने से इनकार किया गया और पूरा भुगतान देने के बाद ही देने की शर्त रखी गयी?

3. क्या आपको लगता है कि आप पर या किसी अन्य परिजन पर किया गया यह ऑपरेशन या अन्य प्रक्रिया अनावश्यक थी**?** क्या आपके पास किसी अन्य डॉक्टर का मत या समान केस की जानकारी है जिसके आधार पर आपको यह लगता है?

<u>अस्पताल खर्च</u>

4. क्या डॉक्टर की फीस बोर्ड पर प्रदर्शित की गई थी**?** क्या इलाज से पहले अस्पताल द्वारा अनुमानित खर्च की जानकारी दी गई थी**?** यदि हाँ तो क्या अंतिम बिल अनुमानित राशि के **10 %** के अंदर था**?** अगर नहीं था तो क्या आपने अस्पताल से तोलमोल किया-**?** अगर हाँ तो क्या अस्पताल ने बिल की राशि घटाई**?** कितनी राशि घटाई**?**

5. कुल अस्पताल खर्च- दवाइयाँ**,** सलाह**,** वाहन खर्च**,** अस्पताल में भर्ती मरीजों की जांच, कमरा एवं अन्य ख़र्च |

6. आपके अनुभव और दूसरे केसों की तुलना के आधार पर क्या आपको लगता है बिना उचित कारण के आपसे अत्यधिक पैसे लिए गए हैं**?** कृपया कारण दें

7. आपके परिवार ने खर्च किस तरह उठाया**?** क्या आपके परिवार को किसी प्रकार की संपत्ति, जमीन**,** पशु**,** गहने आदि बेचने पढ़ी या उधार लेना पढ़ा |

8. क्या आपको सभी खर्चो के लिए रसीद दी गईसलाह -**,** टेस्ट**,** हॉस्पिटल मे स्थित दुकान से खरीदी हुई दवाई आदि **-** हाँ या नहीं |

9. इलाज में कमी या आपातकालीन स्थिति में इलाज ना किए जाने की वजह से क्या मरीज के स्वास्थ्य पर कोई गंभीर दुष्प्रभाव पड़ा**? (**विकलांगता या मृत्यु - जैसे की मरीज कि स्थिति और बिगड़ गयी)

10. यदि मरीज़ पर नैदानिक परिक्षण किया गया तो क्या (क्लिनिकल ट्रायल)**-**क्या हुआ और मरीज़ों के किन**-**किन अधिकारों का हनन हुआ**?** क्या मरीज़ के साथ इनमे से कुछ हुआ:

- उचित सहमति नहीं ली गई**?**

- परीक्षण की पूरी जानकारी नहीं दी गई**?**

- परीक्षण के कारण होने वाले दुष्प्रभावों का इलाज नहीं दिया गया

- परीक्षण से संबंधी बीमा नहीं दिया गया

- ग़रीब मरीज़ों को अन्य सुविधाएँ दिलवाने का विश्वास दिलाकर सहमती ली गई या किसी प्रकार की धमकी देकर सहमती ली गई|

- किसी और अधिकारों का हनन

11. यदि कोई अन्य अधिकारों का हनन हुआ तो क्या आपके द्वारा समाधान का प्रयास किया गया**?** यदि हाँ तो किसके पास आपने शिकायत किया **?**

12. क्या आपकी शिकायत पर कार्रवाई हुई**?** क्या कार्रवाई हुई**?** क्या आपके पास शिकायत की छाया प्रति**,** रसीद आदि है**?**

13. क्या आपको इस प्रकार के अन्य केसों की जानकारी है**?** क्या आप संबंधित लोगों का नंबर**,** पता**,** आदि दे सकते हैं**?**

(डिसचार्ज कार्ड**,** इन्वेस्टिगेशन रिपोर्ट**,** अस्पताल की रसिदें और अन्य संबंधित दस्तावेज़ जमा करें

14. मरीज / मरीज के परिजनों द्वारा दी गयी अन्य कोई जानकारी |

****

फॉर्मेंट II B- **अस्पतालों द्वारा मरीज़ों के अधिकारों के हनन के दस्तावेज़िकरण हेतु :**

(मरीज़ किसी सरकार द्वारा चलित स्वास्थ्य बीमा योजना जैसे राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना, आरोगयश्री योजना आदि से जुड़ा हुआ हो(

सरकार द्वारा चलित स्वास्थ्य बीमा योजना से जुड़े मरीज़ के साथ अस्पताल में दो स्थितियां हो सकती हैः-

स्थिति **1-** मरीज़ योजना से जुड़ा हो और अस्पताल राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत नामांकित हो**,** परंतु अस्पताल योजना के तहत लाभ देने से माना करे और मरीज़ से पूरी राशि की माँग करे या मरीज़ को किसी अन्य अस्पताल जाने के लिए विवश करे

स्थिति २- स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत भर्ती करें किंतु बीमा कंपनी के लिए भुगतान लेने के अतिरिक्त मरीज़ों से अन्य शुल्क की भी माँग करें पॅकेज की राशि को अपर्याप्त बताकर दवाइयों -जैसे)**,** ऑपरेशन आदि के लिए और पैसों की माँग करना (

पूछे जाने वाले प्रश्न- मरीज़ों को जानकारी देने और सहमति पत्र में हस्ताक्षर के बाद:

1. प्रभावित व्यक्ति कौन है -स्वयं/ परिजन / मित्र

2. अगर परिजन है- प्रभावित व्यक्ति से रिश्तें का विवरण दे - माँ / पिता, पति/ पत्नी, पुत्र / पुत्री , मित्र , अन्य

3. प्रभावित व्यक्तिओ / मरीज का नाम :

जानकारी देने वाले व्यक्ति का नाम:

4. प्रभावित व्यक्ति / मरीज कि उम्र : ..... साल

5. प्रभावित व्यक्ति / मरीज का लिंग : .....

6. किस सरकारी बीमा योजना से जुड़े हैं?

योजना का नाम:

(कार्ड या स्कीम के अंतर्गत अन्य दस्तावेज़ों की छाया प्रति जमा करें)

……..

7. पत्राचार के लिए पता:

8. संबंधित अस्पताल का नाम और पता (शहर):

9. क्या यह एक निजी अस्पताल , निजी नर्सिंग होम , स्पेशलिटी अस्पताल या व्यक्तिगत चिकित्सक का क्लिनिक है?

10. क्या यह अस्पताल सरकार द्वारा चलाये जा रहे स्वस्थ बीमा योजना से जुड़ा हुआ है**?** हाँ**/**नहीं

11. अस्पताल में आने**/** प्रवेश का दिनांक**: .....**। **(**कम से कम महीना और वर्ष जरूर लिखें**)**

12. अस्पताल जाने का कारण**: (**आपातकालीन **/** दुर्घटना **/** प्रसव **/** गंभीर बीमारी **/** पुरानी **/**लम्बे समय से चल रही बीमारी **/** पहले से तय किये गए ऑपरेशन के लिए **/** नियमित जांच**,** आदि**)**

13. क्या अस्पताल में उपलब्ध सेवाओं के दर की जानकारी से संबंधित कोई सूची या बोर्ड उपलब्ध था**?** हाँ**/** नहीं

14. क्या आपके स्वास्थ्य बीमा कार्ड में राशि शेष थी या आपके द्वारा बीमा राशि का पूरी तरह से इस्तेमाल कर लिया गया था**?**

हाँ**,** बैलेंस था**/** नहीं**,** बैलेंस नहीं था

आपकी बीमारी यदि बीमा योजना द्वारा कवर किया गया था और आपके कार्ड में बैलेंस था**,** तो क्या अस्पताल ने खर्च की भरपाई करने के लिए बीमा योजना का उपयोग किया था**?**

अस्पताल द्वारा यदि बीमा कार्ड का उपयोग नहीं किया गया था, तो उसका क्या कारण था? क्या आपको उपचार के बिना ही भेज दिया था या फिर किसी अन्य अस्पताल में रिफर किया गया?

यदि अस्पताल ने सरकार द्वारा संचालित बीमा योजना का उपयोग करके रोगी का इलाज किया था, तो निम्न प्रश्नों के साथ आगे बढ़ें:

<u>अस्पताल में अनुभव</u>

15. घटनाओं का क्रम से वर्णन करें, क्या-क्या हुआ था- (साक्षात्कारकर्ता को विशिष्ट जानकारी पाने के लिए, प्राप्त जवाबों से और स्पष्टीकरण पूछने होंगे। जैसे कि - जांच से पहले ही आपको कुछ पैसे जमा करने के लिए कहा गया था या इलाज शुरू करने से पहले पूरी राशि का भुगतान करने के लिए कहा था; क्या चिकित्सक / अस्पताल द्वारा उपचार और जांच की अनुमानित, लागत एवं उपचार के मुख्य बिन्दुओं के बारे में जानकारी प्रदान की थी? किसी एक विशेष जगह से जांच या दवाओं को खरीदने को मजबूर किया, आपकी मांग पर परीक्षण की सभी रिपोर्टों और परिणाम की प्रति दिया गया, आपको दूसरे डॉक्टर की राय लेने की अनुमति दी गयी , बीमा योजना के तहत प्रक्रियाओं के बारे में पूरी जानकारी, इत्यादि।)

- रोगी की मुख्य स्वास्थय समस्या और लक्षण / लक्षणों का सामान्य विवरण:

- आपको वहां क्या उपचार दिया गया? (साथ ही जांच कहाँ पर किया गया, क्या जांच कराने की सलाह दी गयी, दवाएं आदि।) (केस पेपर की प्रति ले लीजिये)

- वहां पर स्वास्थ्य जांच/उपचार/ ऑपरेशन में देरी हुई या इंकार किया गया क्योंकि डॉक्टर या विशेषज्ञ की अनुपलब्धता थी ?

- अस्पताल में रहने के दौरान, शीघ्र देखभाल की स्थिति में क्या बुलाने पर चिकित्सक मरीज को देखने के लिए वहाँ उपलब्ध थे? इसी इस्थिति में या बुलाने पर क्या नर्स या अस्पताल के स्टाफ, मरीज की देख- भाल करने के लिए वहाँ उपलब्ध थे?

- महिला रोगी की जांच के दौरान क्या कोई अटेंडेंट (परिचर) या महिला नर्स मौजूद थी ?

- आपको क्या लगता है कि किसी भी महत्वपूर्ण उपकरण की अनुपलब्धता या आपूर्ति (ऑक्सीजन, इनक्यूबेटर, संवेदनाहारी उपकरण, आदि वेंटीलेटर, रक्त, आपातकालीन ड्रग्स) या निदान की अनुपलब्धता देखभाल की गुणवत्ता को प्रतिकूल रूप में प्रभावित किया है?

- मरीज की जांच और उपचार के लिए अस्पताल में उपलब्ध सभी उपकरण क्या काम करने की स्थिति में थे?

16. अस्पताल में कुल व्यय - (परामर्श, निदान, दवाओं, परिवहन आदि (कमरे और अन्य खर्च) भर्ती होने वाले मरीजों के लिए) खर्च |

क्या आपके स्वस्थ्य बीमा कार्ड द्वारा ही इस पूरे खर्च का भुगतान किया गया ?

17.यदि अस्पताल ने आपके स्वास्थ्य बीमा कार्ड का उपयोग किया था, तो क्या किसी बहाने से आपसे अतिरिक्त पैसा चार्ज किया था (जैसे यह कह कर कि पैकेज लागत पर्याप्त नहीं है या कि रोगी के बिस्तर के चार्ज के रूप में, दवाइयों के लिए इत्यादि।) हां/नहीं

यदि अस्पताल ने बीमा कवर के आलावा अतिरिक्त पैसे लिए थे, तो वे किस रूप में? (प्रवेश के समय, परामर्श के लिए, उपचार या किसी प्रक्रिया के लिए, चिकित्सा के लिए)

आपको कितने अतिरिक्त पैसा का भुगतान करना पड़ा?

क्या आपको इन भुगतानों की रसीद दी गयी थी ?

आपने इस अतिरिक्त भुगतान के लिए पैसे कैसे जुटाए थे?

18. आपको लगता है की आपका इलाज अन्य रोगियों से अलग ढंग से किया गया जिनके पास स्वस्थ बीमा कार्ड नहीं था और जो अपनी जेब से भुगतान कर रहे थे। उदाहरण के लिए:आपको भुगतान करने वाले रोगियों से एक अलग वार्ड में रखा गया था या अलग प्रकार का भोजन दिया गया या उपचार के किसी भी अन्य प्रकार में भेदभाव या कठोर व्यवहार किया गया)

19. सरकार द्वारा संचालित बीमा योजना के तहत लाभ प्राप्त करने में आपको और कोई समस्याओं / मुद्दों का सामना करना पड़ा?

20. क्या परिवार द्वारा अस्पताल या सरकार से कोई भी निवारण का प्रयास किया गया? यदि हाँ तो क्या हुआ?

विश्लेषण: (मामलों की छटाई/चयन में शामिल स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा किया जायेगा।)

अ) इस मामले में आपने अधिकार हनन के किन प्रमुख रूपों का अवलोकन किया? क्या आपको वहाँ किसी भी मरीजों के अधिकारों के हनन/इनकार (सूची को पेज 5 के ऊपर पर 11AAAAAA में उल्लेख किया है) का कोई सबूत मिला था ? *नोट: निजी चिकित्सा क्षेत्र से संबंधित किसी भी मामले में, विभिन्न मुद्दों और समस्याओं का एक साथ संयोजन होने की संभावना है; कई मामलों में सामान्य ज्यादा किराया और अनावश्यक प्रक्रियाओं को अन्य मुद्दों के साथ जुड़ा हो सकता है। हालांकि, विशिष्ट अधिकार खंडन की पहचान करने के लिए, जो कि पेज 5 पर उल्लेखित है, जहाँ तक संभव हो एक प्रयास जरूर किया जाना चाहिए।*

ब) इस अधिकार हनन की वजह से हुए प्रमुख नकारात्मक परिणाम (जैसे - वित्तीय, शारीरिक, मानसिक) क्या थे?

सी) क्या किसी सार्वजनिक प्राधिकरण को इस तरह के उल्लंघन को रोकने के लिए जवाबदेह ठहराया जा सकता है? (जैसे राज्य चिकित्सा परिषद / राज्य स्वास्थ्य विभाग जो कि निजी क्षेत्र के विनियमन के लिए जिम्मेदार है / सरकारी प्राधिकरण या ढांचा जो कि स्वास्थ्य बीमा योजना का प्रबंधन करता है / धर्मार्थ अस्पतालों द्वारा दायित्वों की पूर्ति सुनिश्चित करने के लिए जिम्मेदार चैरिटी आयुक्त)

डी) अब शिकायत के लिए मुख्य निवारण क्या कहा जा रहा है?