साथी संस्था, पुणे संचलित व
कर्वे समाज सेवा संस्था, पुणे, मान्यताप्राप्त

प्रमाणपत्र कोर्स

आरोग्यसेवांवर सामाजिक उत्तरदायित्व

सामाजिक सेवांच्या उत्तरदायित्वाविषयी स्थानिक पातळीवर काम करणाऱ्या
कार्यकर्त्यांचा दृष्टिकोन सखोल व व्यापक करण्यासाठी....

दूरस्थ शिक्षण अभ्यासक्रम कोर्स

मोड्युल - ४

खाजगी आरोग्यसेवांवर नियंत्रणाची गरज

- संकलन व लेखन
  शकुंतला भालेराव

- मार्गदर्शन
  डॉ. अभिजित मोरे

- मुखपृष्ठ
  भाऊसाहेब आहेर
  गजानन लोंढे

- मांडणी
  शारदा महल्ले

- **मार्च, २०१६**

- **प्रकाशक**

SATHI
Flat No. 3 & 4, Aman E Terrace, Dahanukar Colony, Kothrud, Pune - 411029
Ph. No. (020) 25472325, 7588032218
Website - www.sathicehat.org, Email - sathicehat@gmail.com

आयोजक — साथी

मान्यता — कर्वे समाज सेवा संस्था (ESTD. 1963)

अर्थसाहाय्य — कोपासा

मोड्युल - ४

खाजगी आरोग्यसेवांवर नियंत्रणाची गरज

सामाजिक सेवांच्या उत्तरदायित्वाविषयी स्थानिक पातळीवर काम करणाऱ्या

कार्यकर्त्यांचा दृष्टिकोन सखोल व व्यापक करण्यासाठी....

दूरस्थ शिक्षण अभ्यासक्रम कोर्स

संकलन

शकुंतला भालेराव

मार्गदर्शन

डॉ. अभिजित मोरे

साथी

या कोर्सविषयी थोडक्यात...

भारतात गेल्या दशकभरात सार्वजनिक आरोग्यसेवांमध्ये सुधारणा घडविण्यासाठी, आरोग्य यंत्रणा व जनतेमध्ये संवादाची प्रक्रिया घडविण्यासाठी, आरोग्य यंत्रणेचे जनतेप्रती उत्तरदायित्व व आरोग्यसेवांमधील पारदर्शकता वाढण्यासाठी विविध संस्था-संगठनांनी प्रयत्न केले आहेत. त्याची परिणिती म्हणूनच भारतात लोकाधारित देखरेखीचे विविध मॉडेल्स विकसित झाले आहेत. तुमच्या सारखे गावपातळीवर काम करणारे कार्यकर्ते विशेष करून लोकाधारित देखरेख राबवण्यासाठी महत्त्वाची भूमिका बजावत आहेत. त्यामुळेच महाराष्ट्रात तरी लोकाधारित देखरेखीची संकल्पना रुजत आहे. आमच्या मते संकल्पनेचा विस्तार व्हायला हवा. त्यासाठी नवीन कार्यकर्त्यांची फळी उभी करणे ही गरज लक्षात घेता हा कोर्स घेण्यात येत आहे.

हा अभ्यासक्रम संपूर्ण महाराष्ट्रभर राबविण्यात येणार असून पहिल्या टप्प्यात विदर्भ, मराठवाडा, पश्चिम महाराष्ट्र, कोंकण, उत्तर महाराष्ट्र या विभागातील एकूण १२५ विद्यार्थी कार्यकर्त्यांचा समावेश असणार आहे. प्रत्येक विभागातून २५ विद्यार्थी कार्यकर्त्यांची निवड करण्यात आली आहे.

हा कोर्स 'साथी' संस्था'व सामाजिक कार्याची पदवी (MSW) देणाऱ्या 'कर्वे समाजसेवा संस्था' यांच्या संयुक्त विद्यमाने राबवण्यात येत आहे. या कोर्सला आंतरराष्ट्रीय स्तरावर आरोग्यसेवांवर सामाजिक उत्तरदायित्व व कृतीसाठी काम करणाऱ्या 'कोपासा' (Community-of Practitioners on Accountability and Social Action in Health) या आंतरराष्ट्रीय समूहाचे आर्थिक सहकार्य मिळाले आहे. हा कोर्स मुख्यत्वे दूरस्थ शिक्षण (distance-learning) प्रकारचा असून या कोर्सचा कालावधी एक वर्षाचा आहे. वर्षभरात दोन संपर्क सत्र आयोजित (contact session) केले जाणार असून पहिले संपर्क सत्र हे ३ दिवसांचे असेल तर दुसरे संपर्क सत्र हे एक दिवसाचे असेल. पहिल्या संपर्क सत्रात सहभागी प्रतिनिधींना प्रशिक्षण व कोर्ससंबंधी प्रशिक्षण साहित्य देण्यात येईल. तर दुसऱ्या संपर्क सत्रात परीक्षा व विद्यार्थी कार्यकर्त्यांनी आपल्या कार्यक्षेत्रात केलेल्या उपक्रमांबद्दल चर्चा करण्यात येईल. विद्यार्थी कार्यकर्त्यांनी पहिल्या संपर्क सत्रानंतर आपल्या कार्यक्षेत्रात मार्गदर्शक पुस्तकात दिल्याप्रमाणे गतिविधी (Field Activity) करणे अपेक्षित आहे.

या अभ्यासक्रमाचे मुख्य उद्दिष्ट्ये

- विविध आरोग्यसेवा व सामाजिक सेवांवर उत्तदायित्व हे तत्त्व समजून घेण्यासाठी कार्यकर्त्यांची व्यापक समज आणि दृष्टिकोन विकसित करणे.
- विविध सामाजिक संघटनांकडून ॲडव्होकसीसाठी वापरण्यात येणाऱ्या विविध पद्धतींचा व रणनीतिबाबत दृष्टिकोन व समज वाढवणे.

मार्गदर्शक पुस्तिका (मोड्युल) विषयी थोडक्यात...

एके काळी 'डॉक्टर' म्हटले की एक केवळ आदरणीय नव्हे तर जवळ जवळ 'देवमाणूस' व्यक्ती समजली जायची. अजूनही लोक डॉक्टरांशी दबूनच बोलतात, वागतात. पण त्यामागे आदरापेक्षा हतबलतेतून झुकणे असते. डॉक्टरांबाबत मनापासून आदर असण्याचे प्रमाण कमी झाले आहे. समाजात एकंदरीतच केवळ पैशाला आलेले वाढते महत्त्व, डॉक्टरी व्यवसायाला आलेले बाजारू स्वरूप, औषध कंपन्या व इतर वैद्यकीय कंपन्यांचा वाढता व्यापारी प्रभाव, रुग्णांनी डॉक्टरांकडे 'शॉपिंग'च्या भूमिकेतून पाहण्याची नवी पद्धत यांच्यातील गुंतागुंतीच्या संबंधातून ही परिस्थिती निर्माण झाली आहे. दुसरे म्हणजे आधुनिकीकरणामुळे व वैद्यकीय व्यवसायातील अपप्रवृत्तींमुळे खाजगी वैद्यकीय सेवा दिवसें-दिवस सामान्य माणसांच्या आवाक्याबाहेर जात आहे. ही परिस्थिती बदलून डॉक्टर-रुग्ण संबंध सुधारणे व सर्व लोकांना चांगली, शास्त्रीय सेवा मिळण्याची व्यवस्था निर्माण होणे या दोन्ही गोष्टी व्हायला हव्या. हे व्हायचे असेल तर खाजगी वैद्यकीय व्यवसायात आणि आपल्या एकूण आरोग्यसेवेच्या क्षेत्रात मोठ्या सुधारणा व्हाव्या लागतील. त्यातील सर्वात महत्त्वाचा भाग म्हणजे खाजगी वैद्यकीय सेवेचे प्रमाणीकरण होणे व त्याचाच भाग म्हणून रुग्णांच्या मानवी हक्कांचे पालन होण्याची व्यवस्था उभी राहणे. हे मोड्युल/पुस्तिका या प्रश्नाभोवती गुंफलेली आहे.

रुग्णांना चांगली सेवा, न्याय मिळायचा असेल तर एकतर इस्पितळातील सुविधा, मनुष्यबळ हे दोन्ही चांगल्या दर्जाचे हवे. तसेच डॉक्टर्स, नर्सेस इ. नी रुग्णांच्या मानवी हक्क जपायला हवे. याबाबत खाजगी क्षेत्रात काय परिस्थिती आहे याचा थोडक्यात या मॉड्यूलमध्ये आढावा घेतला आहे तसेच औषध कंपन्याकडून होत असलेली रुग्णांची फसवणूक, ट्रस्ट/धर्मादाय हॉस्पिटलमध्ये गरीब रुग्णांचे हक्क, खाजगी आरोग्य क्षेत्रामध्ये कायदेशीर नियंत्रणाची आवश्यकता यांवर मांडणी करण्यात आली आहे. सेवा देताना कोणतेही शुल्क न आकारता या मोड्युल/पुस्तिकेचा शेवट, 'सार्वजनिक वा खाजगी रुग्णालयांतून दर्जेदार आरोग्यसेवा एका सार्वजनिकपणे नियोजित व्यवस्थेच्या माध्यमातून पुरविण्यासाठी सार्वत्रिक आरोग्यसेवा व्यवस्था (Universal Healthcare System) शक्य आहे. या संकल्पनेने केला आहे.

साथीओ, 'खाजगी क्षेत्रावर नियंत्रण, त्याचे प्रमाणीकरण' म्हणजे मांजराच्या गळ्यात घंटा बांधण्यासारखे आहे. पण यातून काही छोट्या-छोट्या गोष्टी आपल्या परिसरात नक्की करू शकाल. उदा. रुग्ण हक्कांची जनजागृती करणे, ट्रस्ट हॉस्पटल्सची माहिती काढणे व तिथे मुंबई हायकोर्टाने दिलेल्या आदेशानुसार गरीब रुग्णावर मोफत उपचार होतात का यावर देखरेख करणे. यासाठी स्थानिक पातळीवरील काही प्रतिष्ठीत व वरिष्ठ लोकांची समिती बांधणे असे अनेक कार्यक्रम आपण करू शकता.

हे मोड्युल/पुस्तिका, साथी प्रकाशित डॉ. अभिजीत मोरे यांनी लिहिलेले 'दशा आणि दिशा' आणि डॉ. अरुण गद्रे लिखित मनोविकास प्रकाशित 'कैफियत' या पुस्तकांमधून विशेषतः आपल्यासाठी सारांश पद्धतीने साकारलेली आहे. आपल्या या कोर्ससाठी तसेच एक प्रक्रिया पुढे जाण्यासाठी हे मोड्युल/पुस्तिकेचा निश्चित उपयोग होईल असा विश्वास आहे. ह्या पुस्तकात सुधारणा करण्यासाठी आपल्या सूचना आम्हाला आवर्जून पाठवाल अशी आशा आहे.

अनुक्रमणिका

प्रकरण १-

खाजगी आरोग्यसेवेची सद्यःस्थिती..५

प्रकरण २-

खाजगी आरोग्यसेवा: रुग्णांची बेफाम लूट............................११

प्रकरण ३-

खाजगी दवाखान्यातील रुग्णांचे हक्क.................................२०

प्रकरण ४-

ट्रस्ट हॉस्पिटल्स आणि गरीब रुग्णांचे हक्क..........................३०

प्रकरण ५-

खाजगी आरोग्यसेवेचे प्रमाणीकीकरण आवश्यकता..................४०

प्रकरण ६-

'सार्वत्रिक आरोग्यसेवा व्यवस्था' (Universal Healthcare)...........४६

प्रकरण-१

खाजगी आरोग्यसेवेची सद्यःस्थिती

(हॉस्पिटल्समधील अनावश्यक तपासण्या, शस्त्रक्रिया, गोळ्या-औषधे)

१.१ उद्देश

- खाजगी आरोग्यसेवेची सद्यःस्थिती समजून घेणे.

१.२ कोणता दृष्टिकोन विकसित होईल

खाजगी आरोग्यसेवेचे भारतातील आरोग्यसेवेमधील स्थान त्याबद्दलचे समज व वास्तविक स्थिती समजून येईल.

१.३ खाजगी आरोग्यसेवांचे स्वरूप

१.३.१ खाजगी दवाखान्यांचे वर्चस्व

समजा, तुम्ही आजारी पडलात. उपचारासाठी खाजगी दवाखाना व सरकारी दवाखाना यापैकी एकाची निवड करायची असेल आणि तुमच्या खिशात पैसे असतील तर तुम्ही कोणाची निवड कराल? तुम्ही खाजगी दवाखान्यामध्ये जाण्याची शक्यता खूपच जास्त आहे. फक्त तुम्हीच नाही तर भारतातील सुमारे ८० टक्के जनता चांगल्या उपचाराच्या अपेक्षेने खाजगी दवाखान्यांमध्ये जाते. 'चार पैसे गेले तर चालतील पण आपला पेशंट नीट झाला पाहिजे, त्याला चांगली सेवा मिळायला पाहिजे' असा विचार करून लोक खाजगी दवाखान्यांमध्ये जातात. त्यासाठी पदरमोड करून पैसे खर्च करण्याची त्यांची तयारीही असते.

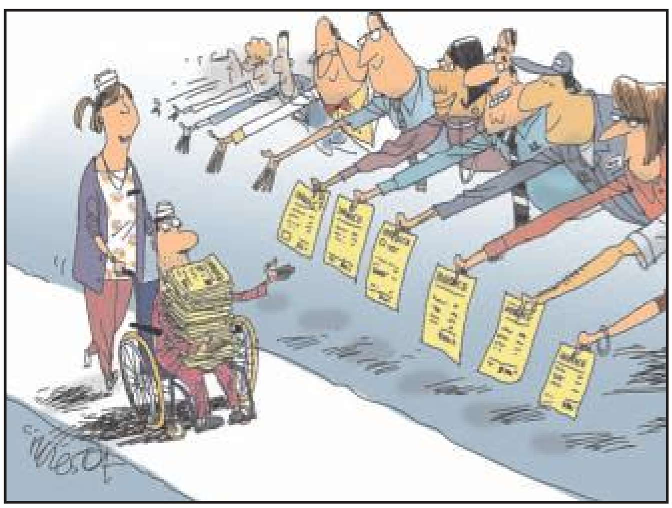
१.३.२ खाजगी उपचार गुणवत्तापूर्ण असतीलच असे नाही

पण एवढं करूनही खाजगी दवाखान्यांत/रुग्णालयात सर्व काही व्यवस्थित, योग्य असेलच असं नाही. अनेकदा लोकांचा याबाबतीत भ्रमनिरास होतो. "पैसे देऊनही डॉक्टर नीट बोलत नाहीत, माहिती सांगत नाहीत", "डॉक्टरांनी पाचच मिनिटात बाहेर काढलं, नीट तपासलंच नाही." "हॉस्पिटल म्हणजे पेशंटला लुटायचा धंदाच झालाय," "कर्ज काढावं लागलं." "ऑपरेशनच्या खर्चामुळे घरच बसलं" अशा कितीतरी बोलक्या प्रतिक्रिया आपल्याला नेहमी ऐकायला मिळतात. त्यामध्ये खर्चाचा मुद्दा खूप प्रामुख्याने येतो.

१.३.३ खाजगी उपचारांची वैशिष्ट्ये

■ **महागडी आरोग्यसेवा-**

गरीब माणसाला खाजगी आरोग्यसेवा परवडणे तर अशक्य झाले आहे. धर्मादाय म्हणवल्या जाणाऱ्या रुग्णालयांमध्येसुद्धा अनेकदा गरीब रुग्णांना मोफत किंवा सवलतीच्या दरात उपचार दिले जात नाहीत. दवाखान्यात ॲडमिट झाल्यामुळे होणारा खर्च भागविण्यासाठी कर्ज घेतले, पैसे उधार घेतले, घर विकले, जमीन विकली, सोने-दागिने गहाण ठेवले अशा पद्धतीच्या घटना वाढत आहेत. **केवळ हॉस्पिटलवर होणाऱ्या खर्चामुळे भारतात दरवर्षी ३ कोटी लोक दारिद्र्यरेषेखाली ढकलले जात आहेत.** त्यातल्या त्यात आर्थिकदृष्ट्या बऱ्या स्थितीत असणाऱ्या मध्यम वर्गीयांनाही खाजगी हॉस्पिटलमधील महागडी ऑपरेशन्स, उपचार परवडेनासे झालेत. ज्यांच्याकडे पैसेच नाहीत त्यांना खाजगी दवाखान्यांमध्ये आरोग्यसेवा मिळण्याचा प्रश्नच येत नाही.



■ **अशास्त्रीय उपचार, अनावश्यक तपासण्या-**

ज्यांच्याकडे पैसे आहेत त्यांचीसुद्धा खाजगी वैद्यकीय क्षेत्रामध्ये अनेकदा फसवणूक, पिळवणूक होते. बऱ्याचदा गरज नसतानाही पैशाच्या लोभाने अशास्त्रीय उपचार, अनावश्यक तपासण्या, महागडी औषधे यांचा वापर केला जातो. रुग्णांना पुरेशी नीट माहिती दिली जात नाही. सेवेचा दर्जा व वागणूक याबद्दलही गंभीर प्रश्न आहेत. पैसे देऊनही गुणवत्तेची खात्री नाही.

■ **रुग्ण हक्काचा अभाव-**

जीवरक्षक प्रथमोपचार मिळण्याचा हक्क, माहिती मिळण्याचा हक्क, भेदभावरहित उपचार मिळण्याचा हक्क, सेकंड ओपिनियनचा हक्क (दुसऱ्या तज्ज्ञ डॉक्टरांचे मत घेण्याचा हक्क), तक्रार निवारण्याचा हक्क असे रुग्णांचे हक्कसुद्धा बऱ्याचदा डावलले जातात. (सर्व रुग्ण हक्कांबद्दल पुढे स्वतंत्र विभागात सविस्तर दिले आहे.)

■ **प्रमाणीकरण व उत्तरदायित्वाचा अभाव-**

खाजगी वैद्यकीय क्षेत्रामध्ये कोणतेही प्रमाणीकरण नाही. सर्वात महत्त्वाचे म्हणजे या सर्व प्रकाराबद्दल खाजगी वैद्यकीय क्षेत्र तुम्हाला उत्तरदायी नाही. ग्राहक संरक्षण कायद्याअंतर्गत वैद्यकीय निष्काळजीपणाविरुद्ध तक्रार करता येऊ शकते. पण तिथेही नेहमीप्रमाणे पुरेशा लिखित पुराव्याअभावी अनेक रुग्णांना न्याय मिळत नाही.

१.४ खाजगी आरोग्यसेवेच्या प्रमाणीकरणाची व त्यावरील सामाजिक नियंत्रणाची गरज

बहुसंख्य जनतेला आरोग्यसेवेसाठी अवलंबून राहाव्या लागत असलेल्या व प्रचंड अनागोंदी माजलेल्या या **खाजगी आरोग्य क्षेत्राचे प्रमाणीकरण** होण्याची तसेच त्यावर सामाजिक नियंत्रणाची गरज आहे. प्रमाणीकरण करायला पाहिजे म्हणजे खाजगी दवाखान्यातील सोयी-सुविधा, कुशल मनुष्यबळ, उपकरणे, जागा, पाणी यांचा किमान दर्जा ठरवायला पाहिजे. गरज नसताना केल्या जाणाऱ्या तपासण्या व भरमसाठ औषधांचा वापर कमी करण्यासाठी प्रमाणित उपचाराची मार्गदर्शिका बनवायला हवी. अशी प्रमाणित केलेली खाजगी आरोग्यसेवा तरीही खर्चिकच राहणार आहे. सर्वसामान्य नागरिकांना ती परवडणार नाही. यावर उपाय असा की खिशात पैसे असो वा नसो प्रत्येकाला आरोग्यसेवा मिळावी (जो त्यांचा मानवी हक्क आहे!) म्हणून बऱ्याच विकसित राष्ट्रांप्रमाणे आपल्याकडेही **'सार्वत्रिक आरोग्यसेवा व्यवस्था'** (Universal Healthcare System) उभी राहायला हवी. सार्वजनिक रुग्णालये, दवाखाने यांचे विस्तृत जाळे पुरेशा प्रमाणात उभारायला हवे. तसेच सार्वजनिक पैशातून खाजगी डॉक्टरांची प्रमाणित बिले भरण्याची व्यवस्था निर्माण व्हायला हवी.

१.३.४ खाजगी आरोग्यसेवेचे घटक

भारतातील आरोग्यसेवा व्यवस्था बरीच गुंतागुंतीची बनली आहे. सार्वजनिक, खाजगी व धर्मादायी असे तिचे तीन भाग आहेत. तसेच ती ॲलोपॅथी, आयुर्वेद, होमिओपॅथी, युनानी इत्यादी व्यावसायिकांमध्ये विभागली गेली आहे. खाजगी व्यावसायिकांमध्ये सर्वसाधारण व्यावसायिक म्हणजे जनरल प्रॅक्टिशनर्स (जी.पी.ज्.), उच्च शिक्षण विभूषित विविध विषयांतील स्पेशालिस्ट व सुपर स्पेशालिस्ट डॉक्टर्स जसे आहेत तसेच रजिस्टर्ड मेडिकल प्रॅक्टिशनर्स (आर.एम.पी.) आणि विविध प्रकारच्या संशयास्पद व सरकारमान्यता नसलेल्या पदव्या व पदविका धारण करणारे 'बोगस' वैद्यकीय व्यावसायिकही आहेत. यामध्ये ज्यांनी रुग्णालयांत किंवा डॉक्टरांच्या हाताखाली काही काळ काम करून सर्वसाधारणपणे आढळून येणाऱ्या रोगांचे किंवा केवळ रुग्णांच्या तक्रारीवरून उपचार करण्याचे वरवरचे ज्ञान व कौशल्य प्राप्त करून घेतले अशा तथाकथित डॉक्टर्सचाही समावेश होतो.

१.३.५ खाजगी आरोग्यसेवेची व्याप्ती

स्वातंत्र्यापासून देशभर आरोग्यसेवा देण्यामध्ये खाजगी वैद्यकीय क्षेत्राचा मोठा वाटा राहिलेला आहे. सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेमध्ये नेहमीच तुलनेने कमी संख्येने डॉक्टर काम करत होते. देशातील मेडिकल कॉलेजची संख्या २६० पेक्षा जास्त झाली आहे आणि सन २००९ मध्ये साडे सात लाख एम.बी.बी.एस. डॉक्टर्स पदवीधर झाले आहेत. सुमारे तेवढेच आयुष (आयुर्वेद, युनानी, सिद्ध, होमिओपॅथी) डॉक्टर्स आहेत. यापैकी ८० टक्क्याहून अधिक डॉक्टर्स व ९० टक्के स्पेशालिस्ट डॉक्टर्स हे खाजगी वैद्यकीय क्षेत्रामध्ये आहेत. एकूण पंधरा लाख डॉक्टरांपैकी सुमारे फक्त सव्वा लाख सार्वजनिक आरोग्य सेवेमध्ये काम करतात.

आजही छोट्या दवाखान्यांतून, छोट्या हॉस्पिटलमधून खाजगी वैद्यकीय व्यवसाय करणाऱ्या डॉक्टरांचे प्रमाण खूप जास्त म्हणजे सुमारे ८२ टक्के इतके आहे.

१.५ थोडक्यात पण महत्त्वाचे

- खाजगी आरोग्यसेवेमध्ये असलेली सेवा महागडी आहे.
- अशास्त्रीय व अनावश्यक उपचारामुळे रुग्णांची फसवणूक होते.
- खाजगी आरोग्यसेवेमध्ये रुग्ण हक्काचा अभाव आहे.
- रुग्ण हक्कासाठी खाजगी आरोग्यसेवेमध्ये प्रमाणीकरण व उत्तरदायित्वाची गरज

१.६ सरावासाठी प्रश्न

१.६.१ एखाद्या छोट्या आजारपणासाठी खूप जास्त पैसे द्यावे लागले असे आपल्या माहितीतील एखादे उदाहरण लिहून काढा.

१.६.२ गरज नसताना अनावश्यक तपासण्या करण्यात येतात याविषयी आपले मत काय आहे? आपल्यासोबत असे घडल्याचा एक अनुभव लिहा.

१.६.३ खाजगी आरोग्य क्षेत्राचे प्रमाणीकरणाची गरज काय? प्रमाणीकरण केल्याने काय होईल?

प्रकरण–२

खाजगी आरोग्यसेवेचे बाजारीकरण

२.१ उद्देश

- **गेल्या तीन दशकात खाजगी आरोग्य सेवेवर जी बाजाराने पकड घेतली आहे ती समजावून घेणे.**

२.२ कोणता दृष्टिकोन विकसित होईल

आरोग्यसेवेचे रुपांतर बाजारात उभी अशी खरेदी विक्रीची गोष्ट झाल्यावर आरोग्यसेवेचा ताबा बाजारात घेतला आहे.

सदसद्विवेक बुद्धीचं घड्याळ थांबलं किंवा उलटं झालं की किती भयंकर गोष्टी शक्य होतात तेच बघतोय आपण. खरंतर आश्चर्य नाही कारण असं घडू शकतं हे शंभर वर्षापूर्वी एका डॉक्टरनंच सांगून सावध केलं होतं. डॉ. आर्थर कॉनन डॉईल हा जगविख्यात शेरलॉक होम्स्‌चा लेखक. तो स्वतः डॉक्टर होता. तो म्हणतो,

When a doctor does go wrong he is the first of the criminals. He has nerve and he has knowledge." - Sir Arthur Conan Doyle - Author and creator of Sherlock Holmes- in 'The Speckled Band'. म्हणजे, 'डॉक्टरनं जर क्रूरकर्मा व्हायचं ठरवलं तर तो एक नंबरचा क्रूरकर्मा होऊ शकतो कारण त्याच्याकडे ज्ञानही असतं अन् क्रूरकर्मा व्हायला जो एक थंडपणा लागतो तोही!'

खरं आहे हे. वस्तुतः एखाद्या डॉक्टरचं ज्ञान हे पेशंटचा जीव वाचवू शकतं. एखाद्या बाळाचा 'ट्यॅहो' सुरक्षितपणानं जगाला ऐकवू शकतं. पण डॉक्टरांच्या व्यवसायाची एक अपरिहार्यता अशी की पेशंटवर उपचार करताना त्याला तटस्थता ठेवावी लागते. कोणत्याही पेशंटमध्ये भावनिक दृष्टीनं न गुंतण्याची खबरदारी घ्यावी लागते आणि त्यासाठीच थंड व्यावसायिकता आत्मसात करावी लागते. असल्या अलिप्ततेचा उपयोग स्वार्थासाठी होऊ लागला की काय होऊ शकतं ते आपण सध्या आपल्या आजूबाजूला अनुभवत आहोत. (याविषयी देशातील ७८ डॉक्टरांनी आपले म्हणणे 'कैफियत' या पुस्तकातून व्यक्त केले आहे.)

आपल्याला माहीत असतं, संशय असतो की हॉस्पिटलमध्ये ॲडमिट करताना अनेक गैरव्यवहार होत असतात. अशा सर्व गैरव्यवहारांबद्दल वास्तव काय आहे? खुद्द डॉक्टरच आपल्याला ही 'आतली बातमी' देत आहेत. ते समाजाला ओरडून सांगताहेत "बघा असे.. असे.. गैरव्यवहार दाराआड घडत आहेत, आम्ही त्याचे साक्षी आहोत."

निदान करणं, पर्यायी उपाययोजना सुचवणं, त्यातनं जो मार्ग पेशंटला मान्य होईल परवडेल असे उपचार/ तपासणी/ प्रोसीजर/ सर्जरी करणं. वेळोवेळी जी परिस्थिती निर्माण होईल त्याबद्दल त्याला नीट समजावून सांगणं. अशा अनेक टप्प्यांवर आपल्याला वैद्यकीय सेवा मिळण्याची गरज असते, व ती योग्य प्रकारेच मिळायला हवी हा आपला एक व्यक्ती म्हणून अधिकार असतो, मग त्या त्या डॉक्टरनं नैतिकतेची शपथ घेतली असो वा नसो. आज दुर्दैवानं आरोग्यसेवा हा आपला (जगण्याच्या अधिकाराचा पायाभूत आधार म्हणूनच) मानवी अधिकार न राहता आपल्याला आरोग्यसेवा एक वस्तू म्हणून खरेदी करायला लागते. अशा परिस्थितीत खाजगी क्षेत्रात योग्य ती फी आकारली जावी, फीमध्ये तसंच दर्जामध्ये काहीही हेराफेरी असू नये हा आपला एक ग्राहक म्हणूनही अधिकार आहे, ही आपली गरज कितपत भागवली जाते? आपले अधिकार खाजगी क्षेत्राला कितपत मान्य आहेत?

२.३.३ गेल्या तीन दशकात झालेली खाजगी आरोग्यसेवेची वाढ व बदललेले स्वरूप

पण गेल्या तीन दशकांपासून वैद्यकीय क्षेत्रामध्ये अभूतपूर्व बदल होत आहेत. १९८० च्या दशकानंतर भारतात सरकारी आरोग्य व्यवस्था ढासळत गेली आणि संघटित खाजगी आरोग्य क्षेत्राची वाढ झपाट्याने होत गेली. जागतिकीकरण, उदारीकरण, खाजगीकरणाचे धोरण प्रामुख्याने १९९० नंतर राबवले असले तरी त्या दृष्टीने पावले पडायला सुरुवात १९८० च्या दशकातच झाली होती. या पार्श्वभूमीवर भारतात मोठमोठ्या शहरांमध्ये खाजगी आरोग्यसेवेचे नवीन रूप उदयाला येत होते. १९८३ मध्ये चेन्नईमध्ये प्रथमच कंपनी स्थापन करून 'अपोलो हॉस्पिटल' उभे राहिले. यानंतरच दोन वर्षात २०० कोटी रुपयांची गुंतवणूक करून देशभरात अशी ६० च्या वर डायग्नोस्टिक सेंटर्स उभी राहिली. आता तर कॉर्पोरेट हॉस्पिटल, मल्टिस्पेशालिटी हॉस्पिटल, डायग्नोस्टिक सेंटर्स संपूर्ण देशभर पसरलेली आहेत. मोठमोठे उद्योगपतीही (उदा. अंबानी, बिर्ला) हॉस्पिटल 'उद्योगात' उतरलेले आहेत. त्यामुळे वैद्यकीय व्यवसायाचे 'सेवा' स्वरूप बदलून आरोग्यसेवांचे बाजारीकरण झाले आहे. मार्च २००९ पर्यंत ३९६५९ कोटी रु. ची गुंतवणूक २६२ प्रकल्पांमार्फत अशा हॉस्पिटल्स्‌मध्ये केली गेली किंवा करण्याचे जाहीर झाले होते! मार्च २००८ मध्ये एकट्या अपोलो हॉस्पिटलचे उत्पन्न एका वर्षात २८Sनी वाढून ११५० कोटी रु. झाले तर नफा ५१ टक्क्यांनी वाढून १०२ कोटी रु. झाला.

२.३.४ आरोग्यसेवांमधील विरोधाभास

खाजगी आरोग्य क्षेत्रात उदयास आलेल्या या नव्या संस्कृतीचे स्वरूप हे प्रचंड मोठ्या गुंतवणुकीच्या आधारावर अत्याधुनिक तंत्रज्ञान, सोयी-सुविधा व उपचार उपलब्ध करून देणारी फायदेशीर बाजारपेठ असेच राहणार आहे. एका बाजूला पंचतारांकित रुग्णालये उभी राहत आहेत, मेडिकल टुरिझम म्हणजे वैद्यकीय पर्यटनासाठी दुसऱ्या देशातील नागरिक भारतामध्ये (त्यांच्या दृष्टीने) स्वस्त उपचार घ्यायला येत आहेत तर दुसऱ्या बाजूला आपल्याच देशातील आजारी सरकारी आरोग्य व्यवस्थेमुळे व अतिशय खर्चिक खाजगी आरोग्यसेवांमुळे काही नागरिकांना उपचाराअभावी घरी बसावे लागत आहे. त्यामुळे प्रचंड विरोधाभासाचे चित्र तयार झाले आहे. या विरोधाभासातच भारताच्या आरोग्य व्यवस्थेचे सत्यदर्शन दडले आहे.

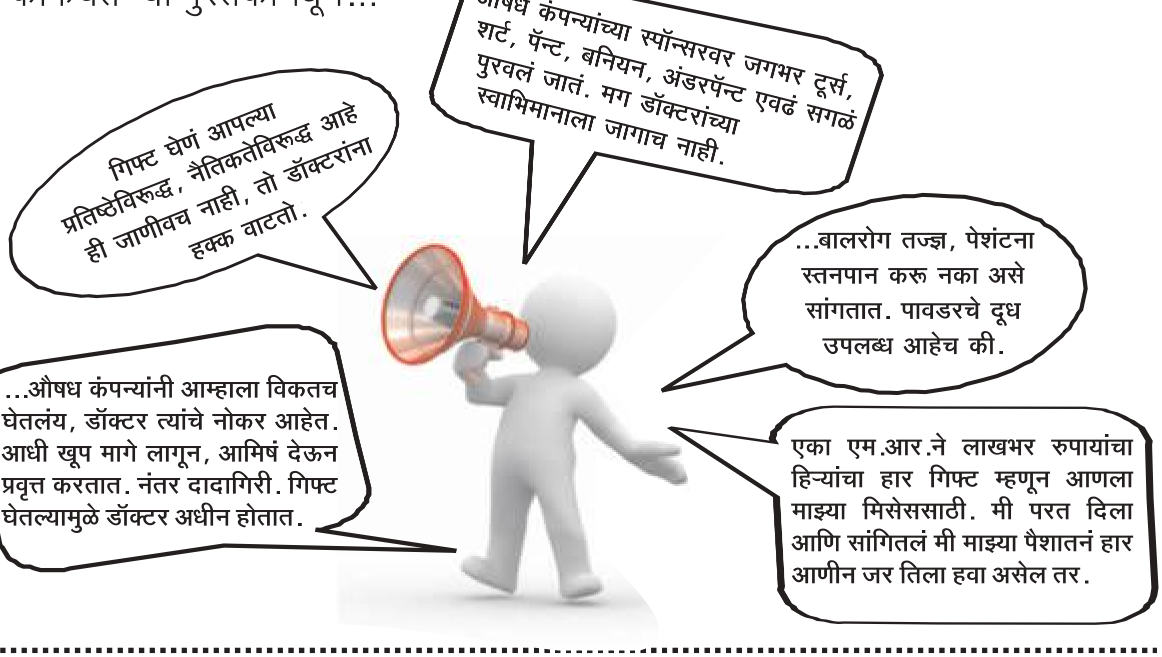
२.३.५ औषध कंपन्यांचा कारभार

वैद्यकीय व्यवसायाचं एक आयुध आहे औषध! खरंतर डॉक्टर व औषध कंपन्या या एक-दुसऱ्यांना पूरकच आहेत. एक अस्तित्वात नाही व दुसरा आहे असं असूच शकत नाही. पण अवघ्या शंभर दीडशे वर्षापूर्वी औषध कंपन्या नव्हत्या. पारा खायला घाल वगैरे वगैरे चालायचं. भूल द्यायची पद्धत होती ती डोक्यात हळूवार सोटा मारण्याची. गेल्या शंभर वर्षात आपण कुठून कुठे गेलो आहोत. मेडिकल टेक्निकल इंडस्ट्रीचं ते योगदानच आहे. पण मेडिकल टेक्निकल इंडस्ट्रीच वैद्यकीय तंत्रज्ञान निर्माण होताना त्याचं झालेले व होणारे बाजारीकरण हे देखील याच रस्त्यावरचे एक नको असलेले वास्तव आहे. फार्मास्युटिकल कंपन्या... औषध कंपन्या नवनवी औषधं घेऊन स्पर्धेत उतरू लागल्या, आणि बघता बघता फक्त नफ्याचं गणितच रूढ झालं, राज्य करू लागले.

औषध खरेदी करणारा पेशंट असतो. पैसे त्याच्या पाकिटातून तो देत असतो. पण त्याचा या खरेदीवर काहीही ताबा नसतो. एखादा साबण तो विकत घ्यायला जातो तेव्हा त्याला स्वतःला माहीत असतं की कोणत्या वासाचा, रंगाचा व किंमतीचा साबण त्याला खरेदी करायचा आहे. दुकानदार ठरवत नसतो त्यानं लाईफबॉय घ्यायचाय की लक्स्. तो माणूस लक्स् किंवा लाईफबॉय मागतो. इथं औषध खरेदीमध्ये सगळं उरफाटं असतं. लाईफबॉय घ्यायचाय की लक्स्सारखं पेशंट थोडाच मागू शकतो की मला हे अँटिबायोटिक द्या? नाही. हे त्या पेशंटसाठी डॉक्टर ठरवत असतात, ठरवत आहेत व ठरवत राहणार आहेत. त्याबाबतीत हा अधिकार पेशंटकडे येणार नाही. म्हणून नेहमीच डॉक्टरांचीच ही जबाबदारी राहते की औषधे लिहून देताना त्यांनी पेशंटच्या वतीनेही विचार करायचा आहे.

डॉक्टरांची ही पेशंटच्या औषध खरेदीवरील एकतर्फी सत्ता हा औषध कंपन्यांच्या पाशवी नफेखोरीचा महत्त्वाचा आधार आहे. औषध कंपन्यांनी फक्त निरनिराळ्या आमिषांनी डॉक्टरांना वश केलं की संपलं!

औषध कंपन्या डॉक्टरांना आपल्याच कंपन्यांचे औषध रुग्णांना लिहून देण्यासाठी कसे आमिषं देतात हे डॉक्टरांच्याच तोंडून आलेली काही उदाहरणं डॉ. अरूण गद्रे लिखित, मनोविकास प्रकाशनाचे 'कैफियत' या पुस्तकामधून...



२.३.६ लसीकरण इंडस्ट्री

लसीकरणाच्या सार्वत्रिक अंमलबजावणीमुळे भारताने अनेक रोगांवर ताबा मिळवला आहे. उदा. देवी हा रोग आता समूळ नाहीसा झाला आहे. त्याची लस आता दिली जात नाही. पोलिओ हा आता नियंत्रणामध्ये आला आहे. अर्थातच कुणीही शहाणी व्यक्ती ही लसीकरणाला विरोध करू शकत नाही. नेमका या संधीचा फायदा घेत खाजगी लसीकरण कंपन्या आता बाजारात अनेक नवनवी लसी आणत आहेत. औषधांच्या बाजाराप्रमाणेच हा सुद्धा एक अवाजवी नफा असणारा व्यापार आहे. खरा वाद निर्माण झाला आहे तो या प्रश्नाने की जर नवी लस खरोखरच त्या बाळाला/व्यक्तीला संभाव्य रोगापासून वाचवत असेल तर ती - सरकारच्या सार्वत्रिक लसीकरणाच्या परिधात यायला हवी. याचा अर्थ हा की एक निर्णय सरकारने घेतला तर त्या लसीची निर्मिती करणाऱ्या कंपनीला अब्जावधींचे मार्केट कायम स्वरूपाने मिळणार आहे!

आता भारताच्या या मार्केटवर ताबा मिळवण्यासाठी अनेक आंतरराष्ट्रीय कंपन्या मोहीम राबवत आहेत.

आरोग्याच्या क्षेत्रात काम करणाऱ्या कार्यकर्त्याला लसीकरणाबद्दल काही महत्त्वाचे मुद्दे माहिती असायला हवेत.

ते असे :

१) एखाद्या नव्या लसीचा समावेश सार्वत्रिक लसीकरणाच्या प्रकल्पात सरकारने घेण्यासाठी सर्वात प्रथम सरकारकडे ज्या रोगाविरुद्ध ही लस काम करणार आहे त्या रोगाची व्याप्ती आपल्या समाजात किती आहे याची नीट माहिती हवी. नाहीतर अब्जावधी मुलांना ही लस दिली जाईल की जिची गरजच मुळात नव्हती! करदात्यांचा पैसा वाया जाईल व व्यापारी कंपनीचे भले होईल.

२) नवी लस सार्वत्रिक लसीकरण कार्यक्रमात घेण्यापूर्वी आधी हे सिद्ध व्हायला हवे की आज दिल्या जाणाऱ्या लसी या सर्व मुलांना दिल्या जात आहेत. तशा त्या १०० टक्के भारतात जिल्या जात नाहीत ही वस्तुस्थिती आहे. अर्थात नव्या लसीवर पैसा व वेळ खर्च करण्याअगोदर सरकारने तो आधीच्या लसींचे लसीकरण हे १०० टक्के होण्याकडे वापरणे आवश्यक आहे. हे १०० टक्के लसीकरणाचे उद्दिष्ट गायल्यानंतरच नव्या लसीचा समावेश सार्वत्रिक लसीकरण कार्यक्रमात करायला हवा. आधी नाही.

३) नव्या लसीचा सार्वत्रिक लसीकरण कार्यक्रमात समावेश करण्याचा निर्णय सामाजिक आरोग्यामधील तज्ञ व्यक्तींच्या समितीने करणे आवश्यक आहे. तो करताना त्या नव्या लसीची ट्रायल ही भारतात आधी घेऊन तिची कार्यक्षमता तसेच तिची सुरक्षितता सिद्ध करणे आवश्यक आहे.

या व अशा अनेक तांत्रिक शिफारशी आरोग्य तज्ञ देत आहेत. तरी खाजगीकरण, उदारीकरण व जागतिकीकरणाच्या आजच्या तडाख्यात नफेखोरी प्रबळ ठरून अनावश्यक आणि असुरक्षित अशा लसींचा समावेश सार्वत्रिक लसीकरण कार्यक्रमात केला जाऊन अब्जावधी रुपयांचे नुकसान होण्याची दाट शक्यता आहे.

२.३.७ खाजगी वैद्यकीय महाविद्यालये

भारताला स्वातंत्र्य मिळाले तेव्हा फक्त २२ खाजगी वैद्यकीय महाविद्यालये होती. आज ३५० आहेत, पण त्यातली १९० ही खाजगी वैद्यकीय महाविद्यालये आहेत! भारताची डॉक्टरांची रगज भागविण्यासाठी अजून २०० वैद्यकीय महाविद्यालये लागतील. पण आजच्या जागतिकीकरण, उदारीकरण आणि खाजगी करण्याच्या रेट्यात दाट शक्यता हीच आहे की आता यापुढे खाजगी वैद्यकीय महाविद्यालये हीच महत्त्वाचे स्थान मिळवतील.

वस्तुतः भारत हा एकच देश असा आहे की जो एक धोरण म्हणून खाजगी कोट्यातून हवी तेवढी रक्कम घेण्याची कायदेशीर परवानगी खाजगी वैद्यकीय महाविद्यालयांना देतो. डोनेशनवाले विद्यार्थी अगदी कोटीमध्येसुद्धा फी भरतात. पण मेरिटमधून गेलेल्या विद्यार्थ्यालासुद्धा फी अत्यंत जास्त असते. अगदी ३ ते ६ लाख वर्षाला. म्हणजे १५ ते ३० लाख पाच वर्षाला. उलट सरकारी वैद्यकीय महाविद्यालयात ती असते अंदाजे ४४,६००/- वर्षाला. म्हणजे २,२३,०००/- पाच वर्षाला.

खाजगी वैद्यकीय महाविद्यालये ही मेडिकल काऊंसिल ऑफ इंडिया या एका यंत्रणेद्वारा प्रमाणित केली जातात. मात्र वस्तुतः जवळपास नियंत्रणच नाही! उदा. नुकतेच पंजाब मेडिकल काऊन्सिलने पंजाबमधल्या खाजगी वैद्यकीय महाविद्यालयांमध्ये - घोस्ट (भूत) प्राध्यापक कसे आहेत ते उघडकीला आणले. म्हणजे नुसतेच सही करणारे प्राध्यापक! मेडिकल काऊन्सिल ऑफ इंडियाची जेव्हा तपासणी होते, भाड्याने प्राध्यापक आणले जातात. पेशंटसुद्धा भाड्याचेच. इथे विद्यार्थ्यांना काय शिक्षण मिळणार? काही अपवाद वगळता खाजगी वैद्यकीय महाविद्यालयांमध्येही अशीच भयावह परिस्थिती आहे.

या खाजगी वैद्यकीय महाविद्यालयांनी सरकारी वैद्यकीय महाविद्यालयांमधील प्राध्यापक पळवले आहेत अन् अनेक सरकारी वैद्यकीय महाविद्यालयांमध्येसुद्धा आता चांगले शिक्षण मिळत नाही.

हे झाले एम.बी.बी.एस. होण्यासाठी. पोस्ट ग्रॅज्युएशनसाठी तर कोट्यावधी रुपये गोळा केले जातात. उदा. रेडिओलॉजीसाठी चार कोटी! असे कोट्यावधी रुपये ओतून शिक्षण घेतलेले हे जे डॉक्टर आहेत - बाहेर पडून हा खर्च वसूल करणार व त्यासाठी पेशंटची लूटमार - यात काय संशय?

म्हणूनच खाजगी वैद्यकीय महाविद्यालयांमधील फी ही तात्काळ सरकारी वैद्यकीय ाहाविद्यालयांएवढी व्हायला हवी, त्यांना जो काहीही डोनेशन घेऊन प्रवेश देण्याचा अधिकार दिला गेला आहे तो काढून घ्यायला हवा आणि त्यांच्या प्रवेश प्रक्रिया ही एका सामाईक प्रक्रियेतूनच व्हावी या मागणीसाठी आग्रह धरण्याची वेळ आली आहे.

२.३.८ कॉर्पोरेट हॉस्पिटल

तरी खाजगीकरण, उदारीकरण व जागतिकीकरणाच्या आजच्या तडाख्यात २००० सालापासून २०१२ सालापर्यंत भारतातल्या हॉस्पिटल आणि लॅबोरेटरीमध्ये गुंतवण्यासाठी बाहेरच्या देशातून जवळपास ८७ बिलीयन (८७,०००,०००,०००) रुपये ओतले गेले. ही आकडेवारी आपल्या केंद्रसरकारचे अशा प्रकारच्या गुंतवणीला मदत करणाऱ्या खात्याचीच आहे. जगात भले किती मंदी असो, आपल्या या व्यापारी खाजगी क्षेत्रात कधीच कमी परतावा मिळत नाही आणि त्यामुळे हा बाहेरून येणारा पैशाचा ओघ कधी थांबणार नाही! अर्थात गुंतवणूक करणारे हे व्यापारी आहेत व त्यांचे एकच ध्येय आहे - ते म्हणजे मिळणारा जास्तीत जास्त परतावा! अन् आपल्याकडील अपोलोसारखी कॉर्पोरेट हॉस्पिटलही मुळातच एक इंडस्ट्री म्हणून नोंदवली गेली आहेत. यांचा शिरकाव होण्याअगोदर भारतातली बहुसंख्य मोठी हॉस्पिटलही चॅरीटी/धर्मादाय हॉस्पिटल असायची! आता इंडस्ट्री! याचा अर्थ या हॉस्पिटलची बांधिलकी ही पेशंट नाही - तर शेअर होल्टरला मिळणारा जास्तीत जास्त नफा.

साहजिकच या हॉस्पिटलमध्ये दर अवास्तव असतात. सी. टी. स्कॅन, एम. आर. आय., रक्ताच्या चाचण्या तसेच अँजिओग्राफीसारख्या प्रोसीजर या गरज नसताना केल्या जातात ते रेव्हेन्यू - नक्त नफा हा एकच उद्देश ठेवून. मग त्याची गरज असो वा नसो. टार्गेटच दिली जातात दर महिन्यांची डॉक्टरांना. जे आपल्या सदसदविवेक बुद्धीला न्याय देत असे खोटे करत नाहीत त्यांना हाकलले जाते. अगदी काही हाताच्या बोटावर मोजण्याजोगी हॉस्पिटल अपवाद असतील. या कॉर्पोरेट हॉस्पिटलमध्ये अजून माहिती मिळेल. कैफियत - लेखक डॉ. अरुण गद्रे यांच्या पुस्तकात!

कॉर्पोरेट हॉस्पिटल आली खरी, पण म्हातारी मेल्याचे दुःख नाही फक्त - काळ सोकावण्याचे दुःख आहे. यांच्या नफेखोरीला प्राधान्य देण्याचा रोग सर्वत्र पसरला आहे आणि प्रामाणिकपणे काम करणाऱ्या डॉक्टरांच्या अस्तित्वाला आता धोका निर्माण झाला आहे. ही हॉस्पिटल आता जोरदार पद्धतीने सरकारच्या धोरणांवर, खाजगी वैद्यकीय क्षेत्रावर येणाऱ्या नियंत्रणावर आपल्याला हवा तसा परिणाम घडवत आहेत. सरकारी व खाजगी क्षेत्राच्या पार्टनरशिप (पीपीपी) चा आग्रह धरत सरकारी पैशातून आपला नफा कसा वाढेल हे बघत आहे. या सर्व आरोग्यसेवेच्या नफेखोरीला - कॉर्पोरेट हॉस्पिटलच्या वेगाने पसरणाऱ्या प्रादुर्भावाला विरोध करणे आवश्यक झाले आहे. अन्यथा एक वेळ अशी येईल की एक तर सर्वांना याच हॉस्पिटलमध्ये जावे लागेल नाहीतर त्यांच्या छत्राखाली काम करणाऱ्या हॉस्पिटलमध्ये.

२.४ थोडक्यात पण महत्त्वाचे

- **खाजगी आरोग्यसेवेमध्ये असलेली सेवा महागडी आहे.**
- **खाजगी आरोग्यसेवेचे विविध पैलू-** खाजगी आरोग्यसेवेचे घटक
- खाजगी आरोग्यसेवेची व्याप्ती, गेल्या तीन दशकात झालेली खाजगी आरोग्यसेवेची वाढ व बदललेले स्वरूप, आरोग्य सेवांधील विरोधाभास
- **औषध कंपन्या** डॉक्टरांना प्रचंड महागड्या भेटवस्तूंचे आमिष देऊन डॉक्टरांमार्फत रुग्णांना औषधे विकतात.

२.५ सरावासाठी प्रश्न

२.५.१ खाजगी आरोग्यसेवा हा एक बाजार आहे हे स्पष्ट करा.

२.५.२ कंपन्यांची औषधे रुग्णांपर्यंत पोचण्यासाठी औषध कंपन्या डॉक्टरांची मदत हे एक चांगलं काम लोकांसाठी करतात बरोबर की चूक हे स्पष्ट करा.

प्रकरण-३

खाजगी दवाखान्यातील रुग्णांचे हक्क

३.१ उद्देश

- **रुग्णांचे मानवी हक्क समजणे.**

३.२ कोणता दृष्टिकोन विकसित होईल

खाजगी दवाखान्यातही रुग्णांचे हक्क असतात आणि त्यावर आपण जनजागृती करू शकतो.

३.३ खाजगी दवाखान्यात रुग्णांचे कोणते अधिकार आहेत?

३.३.१ जखमी रुग्णाला जीवरक्षक प्रथमोपचार मिळण्याचा हक्क

जखमी व्यक्तीला जीवरक्षक प्रथमोपचार मिळण्याचा हक्क आहे. यामध्ये श्वासमार्गातील अडथळा दूर करणे, रक्तस्त्राव थांबवणे, नीलेतून सलाईन देणे, गरजेनुसार वेदनाशामक औषधे देणे, आवश्यकतेनुसार जीवरक्षक औषधांचा वापर करून रुग्णाची प्रकृती स्थिर करणे व गरज वाटल्यास सुयोग्य इस्पितळात पाठवण्यासाठी रुग्णाची तयारी करणे इत्यादींपैकी आवश्यक बाबींचा समावेश होतो. वरील प्रथमोपचारानंतरच रुग्णालय पैशाची मागणी करू शकते तसेच पोलिसांना कळवू शकते.

३.३.२ रुग्णाला/आप्तेष्टांना माहिती मिळण्याचा हक्क

आजाराचे स्वरूप

डॉक्टरांना कोणत्या आजाराची शंका येते आहे किंवा पक्के निदान झाले आहे; रुग्णाला झालेल्या आजाराचे स्वरूप, त्याची गंभीरता, उपचारांचे स्वरूप, उपचाराचा अपेक्षित परिणाम, धोके, पर्यायी उपचाराचे फायदे व तोटे, उपचार न केल्यास काय होईल, उपचारामुळे होऊ शकणारे दुष्परिणाम यांची माहिती रुग्णाला मिळायला हवी. याची नोंद घ्यायला हवी की अनेकदा पक्के, नेमके निदान करणे हे सुरुवातीला शक्य नसते. दुसरे म्हणजे रुग्णाला झालेल्या आजाराबद्दल किंवा उपचाराबद्दल किती माहिती द्यायची याला काही ठराविक मोजमाप नाही. किमान कोणती माहिती द्यायची ते अनुभवाच्या आधारे ठरवणे क्रमप्राप्त आहे. काही शंका असतील तर रुग्ण, आप्तेष्ट यांनी डॉक्टरांना विचाराव्या. ही माहिती देण्यासाठी डॉक्टर कदाचित रुग्णांसाठी सोप्या भाषेत बनवलेल्या पुस्तिकांची किंवा तत्सम साहित्याची किंवा सहायक डॉक्टरांची मदत घेतील. या उपर ज्या शंका राहतील त्या मुख्य डॉक्टरांना विचारता येतील.

आजारासाठी येणारा खर्च

उपचारासाठी येणारा खर्च याची पुरेशी माहिती तसेच रुग्णाची परिस्थिती बदलली तर त्याची माहिती व उपचारांमध्ये बदल केल्यास खर्चामध्ये किती बदल होणार आहे याची माहिती रुग्णाला/आप्तेष्टांना मिळायला हवी. (रुग्णाने निर्देशित केलेल्या एका व्यक्तीशी डॉक्टर याबाबत संपर्क ठेवतील. कारण वेगवेगळ्या आप्तेष्टांशी संपर्क ठेवणे डॉक्टरांना अवघड असते.)

इनडोअर पेपरची झेरॉक्स

रुग्णाने किंवा रुग्णाने लिखित स्वरूपात निर्देशित केलेल्या एका व्यक्तीने मागणी केल्यावर इनडोअर केसपेपरची झेरॉक्स प्रत त्यासाठीचा सुयोग्य खर्च भरल्यानंतर मिळायला हवी. (ॲडमिट असतांना २४ तासात, डिस्चार्ज मिळाल्यावर ७२ तासात).

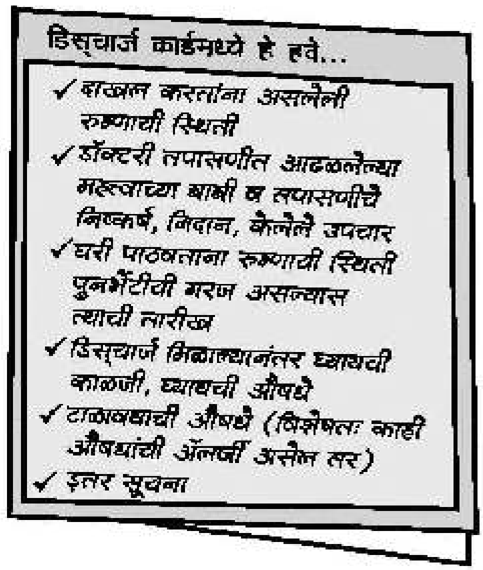
दरपत्रक

इस्पितळाने काही महत्त्वाच्या सेवांचे प्रातिनिधिक शुल्क दरपत्रक (उदा. खाट भाडे, रोजच्या भेटीची फी, नेहमीच्या रक्त, लघवी, क्ष-किरण, सोनोग्राफी इ. तपासणीचे दर इत्यादी) प्रत्येक रुग्णाला

द्यायला हवे तसेच ते इस्पितळात ठळकपणे बोर्डावर लावायला हवे. ते सर्व रुग्णांना उपलब्ध आहे हे इस्पितळात ठळकपणे लिहिलेले हवे. या दरांवरून त्या इस्पितळात कितपत खर्च येईल याचा अंदाज रुग्णाला येईल. दुसरे म्हणजे त्या रुग्णाशी संबंधित सेवांसाठीचे दर, (उदा. बाळंतपणासाठी वा स्त्री-आजारांसाठी दाखल झालेल्या रुग्णासाठीचे दर, विशेष तज्ज्ञ दर भेटीसाठी आकारत असलेले शुल्क) तसेच इतर इ. शुल्कांचे दर प्रत्येक रुग्णाला द्यायला हवे. त्या रुग्णाच्या आजारानुसार किती खर्च येईल याचा अंदाज प्रत्येक रुग्णाला लिखित रूपात द्यायला हवा. रुग्णाची परिस्थिती बदलल्यामुळे खर्चात वाढ होणार असेल तर त्याचीही माहिती रुग्णाला मिळायला हवी.

- **दवाखान्यातून सोडताना रुग्णाला खालील किमान माहिती देणारे डिस्चार्ज कार्ड मिळायला हवे:**

जी औषधे डॉक्टरांच्या सल्ल्याशिवाय बंद करायची नाहीत (उदा. मधुमेह, उच्च रक्तदाब इ. वरील औषधे) अशांबद्दल तशी स्पष्ट सूचना द्यायला हवी. तातडीने वैद्यकीय मदत हवी असल्यास कशी मिळवावी याची माहिती सामान्य माणसाला समजेल अशा भाषेत मिळायला हवी.



- **रुग्ण मृत्यू झाल्याचा गोषवारा**

रुग्ण दगावल्यास मृत्यू-गोषवारा (Death Summary) नातेवाईकांना द्यायला हवा. रुग्ण दाखल करतानाच्या स्थितीपासून मृत्यूच्या कारणापर्यंत सर्व महत्त्वाच्या वैद्यकीय मुद्यांची त्यात नोंद हवी.

३.३.३ उपचारासाठी संमती

रुग्णाला धोका पोचू शकेल असे कोणतेही उपचार (शस्त्रक्रिया, रक्त देणे, धोक्याची शक्यता असलेल्या तपासण्या) देतांना रुग्णाला अशा उपचाराचे फायदे, तोटे, धोके, दुष्परिणाम, उपचारातील पर्याय याबाबत पुरेशी माहिती मिळून (सामान्य माणसाला समजेल अशा भाषेत) अशा उपचाराला लेखी संमती देण्याचा, नाकारण्याचा हक्क रुग्णाला हवा. उपचार

घेण्याचे नाकारल्यास त्याच्या परिणामांची जबाबदारी अर्थातच रुग्णाची राहील. बेशुद्धीमुळे किंवा इतर कारणांमुळे रुग्ण निर्णय घेऊ शकत नसेल तर आप्तेष्टाने लिखित रूपात ही जबाबदारी घ्यायला हवी.

(शस्त्रक्रिया किंवा तत्सम धोकादायक ठरू शकणाया (उदा. कर्करोगावर किमोथेरपीचे उपचार) उपचाराआधी दरवेळी संमती घ्यायला हवी. तसेच संमती घेताना ती ऐनवेळी न घेता जेव्हा शस्त्रक्रिया किंवा तत्सम उपचार करायचे पक्के ठरेल त्यावेळी घ्यावी.)

३.३.४ गोपनीयतेचा हक्क

रुग्णाने डॉक्टरांना स्वतःच्या आरोग्यासंबंधीची दिलेली माहिती व डॉक्टरांना तपासणीतून मिळालेली माहिती ही खाजगी राहिली पाहिजे. ही माहिती रुग्णाच्या परवानगी शिवाय डॉक्टरांनी, कर्मचाऱ्यांनी रुग्णाची आयडेंटिटी कळेल अशा पद्धतीने इतरांना कळवता कामा नये. सामाजिक कलंक असणाऱ्या आजरांबाबतीत याची विशेष गरज आहे. याला अर्थात काही अपवाद आहेत. (उदा. एखाद्या व्यक्तीला एच.आय.व्ही.ची लागण असेल तर तिच्या जीवनसाथी/लैंगिक जोडीदाराला त्याची माहिती मिळणे हा तिचा मानवी हक्क आहे. तसेच काही इतर संसर्गजन्य आजारांबाबत शासकीय यंत्रणेला माहिती मिळणे आवश्यक आहे. कोर्टाने मागणी केल्यास ती मान्य करावी लागेल. असे अपवाद वगळता आजाराचे निदान, रुग्णाची स्थिती ही फक्त उपचार देणाऱ्या डॉक्टर्स, वैद्यकीय कर्मचारी यांच्यापुरतीच मर्यादित राहायला हवी)

३.३.५ सेकंड-ओपिनियन घेण्याचा हक्क

रुग्णाने किंवा रुग्णाने निर्देशित केलेल्या आप्तेष्टाने मागणी केल्यास संबंधित क्षेत्रातील दुसऱ्या तज्ज्ञ डॉक्टरला त्याच इस्पितळात बोलावून सल्ला घेण्याचा हक्क रुग्णाला हवा. दुसऱ्या तज्ज्ञ डॉक्टरला त्या रुग्णाशी संबंधित सर्व वैद्यकीय माहिती उपलब्ध करून द्यायला हवी. त्यासाठी दुसऱ्या तज्ज्ञाने पहिल्या डॉक्टरला भेटले पाहिजे.

(दुसऱ्या तज्ज्ञाची फी अर्थातच रुग्ण देईल. दुसऱ्या तज्ज्ञाने आपले सकारण मत लिहून देण्याचे बंधन असायला हवे हा ही रुग्णाचा हक्क मानला जायला हवा. म्हणजे चालू असलेल्या उपचाराबाबत वाईट दृष्टिकोनातून किंवा बेजबाबदारपणे मत सहसा दिले जाणार नाही. दुसऱ्या तज्ज्ञाने लिहून दिलेल्या सूचनांचा स्वीकार करायचे बंधन अर्थातच पहिल्या डॉक्टरवर असणार नाही. दुसऱ्या तज्ज्ञाचे उपचाराबद्दल वेगळे मत असेल व रुग्णाला त्याप्रमाणे उपचार करून घ्यायचे असतील तर अर्थातच रुग्णाने आपल्या जबाबदारीवर दुसऱ्या तज्ज्ञावर सर्व उपचाराची जबाबदारी सोपवावी. या रुग्णालयातून रुग्ण बाहेर जाईपर्यंत मूळ उपचार चालू ठेवणे एवढीच जबाबदारी पहिल्या रुग्णालयाची राहील. दुसऱ्या रुग्णालयात जाताना योग्य काळजी घेण्याची जबाबदारी पहिल्या रुग्णालयाची नसेल. असा डिस्चार्ज हा पहिल्या डॉक्टरच्या वैद्यकीय सल्ल्याविरुद्ध (Against Medical Advice) असेल व AMA अशी नोंद डिस्चार्ज कार्डवर होईल. हे सर्व लक्षात घेता स्पष्ट होते की रुग्णालयात दाखल झालेल्या रुग्णाच्या उपचाराबद्दल दुसऱ्या तज्ज्ञाचे मत घेतांना रुग्णाची जबाबदारी खूप वाढते. उदा. ‘दुसरे’ मत घेण्याच्या प्रकियेमुळे तपासणी, निदान, उपचार होण्यात उशीर झाला तर त्याची जबाबदारी रुग्णाची असेल, पहिल्या डॉक्टराची नसेल. पण तरी वर नमूद केलेली पथ्ये पाळत दुसरे मत घेण्याचा रुग्णाला हक्क हवा.)

३.३.६ रुग्णाची मानवी प्रतिष्ठा राखली जाण्याचा, खाजगीपणा जपण्याचा हक्क

रुग्ण असहाय असतात हे लक्षात घेऊन उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांनी व आरोग्य-सेवकांनी रुग्णाची मानवी प्रतिष्ठा जपली पाहिजे.

रुग्णाची प्रत्यक्ष/अप्रत्यक्ष कुचेष्टा करणे, त्याबद्दल अवहेलनात्मक बोलणे (एवढंसं दुखलं की हा पेशंट उगीच ओरडतो. अशा स्वरूपाच्या कॉमेंटस्), रुग्णाकडे दुर्लक्ष करणे अशा गोष्टी रुग्णालयातील कोणत्याही डॉक्टरने किंवा कर्मचाऱ्याने करता कामा नये. स्त्री रुग्णांना पुरुष डॉक्टर तपासत असतांना स्त्री-कर्मचारी वा स्त्री आप्तेष्ट सोबत असायला हवी.

३.३.७ एच.आय. व्ही. बाधित रुग्णांना भेदभाव न करता माणुसकीची वागणूक मिळण्याचा हक्क

आजारासाठी किंवा बाळंतपणासाठी एच.आय. व्ही. लागण झालेली व्यक्ती रुग्णालयात आली तर एच. आय.व्ही. लागण झालेल्यांवर उपचार करण्याची आमच्याकडे सोय नाही असे तिला सांगितले जाऊ नये.

केवळ एच.आय.व्ही.ची लागण झालेल्या व्यक्तीच्या इतर आजारांवर उपचार करण्यासाठी काही वेगळे ज्ञान, कौशल्ये लागत नाही पण एच.आय.व्ही. लागणीची गंभीर अवस्था म्हणजेच एडस् (जेव्हा प्रतिकारक्षमता खूपच कमी होते) झाल्यावरच्या उपचारासाठी विशेष ज्ञान लागते.

३.३.८ उपचारात पर्याय उपलब्ध असतील तर पर्याय निवडण्याचा अधिकार

विशेषतः गंभीर आजाराबाबतीत उपचारात पर्याय असतील तर डॉक्टरांनी दोन्ही पर्यायांबाबत तसेच त्यांचे फायदे-तोटे याबाबत शक्यतो लिखित माहिती रुग्णाला द्यायला हवी.

मात्र जो पर्याय निवडला असेल त्याच्या परिणामांची जबाबदारी रुग्णाची असेल. बेशुद्धीमुळे किंवा इतर कारणांमुळे रुग्ण निर्णय घेऊ शकत नसेल तर आप्तेष्टाने लिखित रूपात ही जबाबदारी घ्यायला हवी.

३.३.९ सूचना/तक्रार करण्याचा हक्क

रुग्णांचे वर निर्देशित हक्कांची पायमल्ली होत आहे असे रुग्णाला/आप्तेष्टांना वाटल्यास त्याबाबत तक्रार करण्याचा हक्क रुग्णाला हवा. ही तक्रार इस्पितळ प्रमुखाकडे करण्याची पद्धत व तक्रार निवारण्याची पद्धत रुग्णाला कळायला हवी.

रुग्णालयाचा भाग नसलेल्या स्वतंत्र समितीने रुग्णांच्या तक्रारींबाबत रुग्णालयाशी संवाद-बैठका घेण्याची प्रथा पाडायची गरज आहे की जेणेकरून अनावश्यक ताण-तणाव, अनावश्यक कोर्टबाजी टाळता येईल.

महाराष्ट्र वैद्यकीय सेवा-व्यक्ती आणि वैद्यकीय सेवा-संस्था (हिंसक कृत्ये व मालमत्तेची हानी

किंवा नुकसान यांना प्रतिबंध) कायद्या (२००९) मधील मुद्दा क्र. ७ प्रमाणे वैद्यकीय निष्काळजीपणामुळे किंवा गैरव्यवस्थापनामुळे बळी पडलेल्यांची गाऱ्हाणी ऐकण्यासाठी व त्यांना योग्य दिलासा मिळण्याकरिता साह्य व सल्ला देणारे प्राधिकरण स्थापन करण्याची तरतूद आहे. असे प्राधिकरण स्थापन करण्याची जबाबदारी महाराष्ट्र राज्य शासनाची आहे.

३.३.१० रुग्णावर संशोधन होणार असेल तर त्याबाबतची नैतिक तत्त्वे ICMR (Indian Council of Medical Research)ने निर्देशित केलेल्या धोरणाप्रमाणे आणि प्रक्रियेप्रमाणे पाळली जाण्याची हमी.

अ) संशोधनाचा उद्देश, स्वरूप, कालावधी, प्रक्रिया, तपासणी, संभाव्य धोके व फायदे, संभाव्य धोक्यांवरील वैद्यकीय उपचार व त्यांची उपलब्धता, त्यासाठीची आर्थिक तरतूद यांची माहिती रुग्णांना द्यायला हवी.

ब) वरील सर्व माहिती दिल्यानंतर रुग्णाची/रुग्णाने नेमून दिलेल्या आप्तेष्टाची संमती घेतली पाहिजे. अशी संमती नाकारण्याचा हक्क रुग्णाला आहे.

क) संशोधनामध्ये रुग्णाशी संबंधित बदल करावयाचा असल्यास रुग्णाची पुनर्संमती घेतली पाहिजे.

ड) संशोधनामुळे जर रुग्णाचे आर्थिक नुकसान होत असेल तर नुकसान भरपाई दिली पाहिजे.

इ) खास गरज असल्याशिवाय गरोदर स्त्रिया व लहान मुले यांचा संशोधनामध्ये सहभाग करू नये.

३.३.११ धर्मादाय रुग्णालयांमधील (ट्रस्ट हॉस्पिटल) गरीब रुग्णांसाठी मोफत उपचार

धर्मादाय रुग्णालय म्हणून नोंदणी झालेल्या इस्पितळांपैकी काहींना ‘धर्मादाय कायद्या’च्या कलम ४१-अ-अ मधील नियम ४ खाली मदत (सवलतीच्या दरात जागा, इमारत किंवा त्यासंबंधी सवलत किंवा इतर आर्थिक मदत) मिळाली आहे. अशा रुग्णालयांनी मुंबई उच्च न्यायालयाच्या आदेशानुसार गरीब रुग्णांना मोफत उपचारासाठी १० टक्के खाटा तसेच आर्थिकदृष्ट्या दुर्बल घटकांसाठी सवलतीच्या दरात उपचारासाठी आणखी १० टक्के खाटा अशा एकूण २० टक्के खाटा राखीव ठेवणे तसेच रुग्णांकडून मिळणाऱ्या एकूण फीच्या २ टक्के रक्कम ‘गरीब रुग्ण निधी’ (Indigent Patient Fund) अशा रुग्णांसाठी खर्च करण्यासाठी बाजूला ठेवणे बंधनकारक आहे.

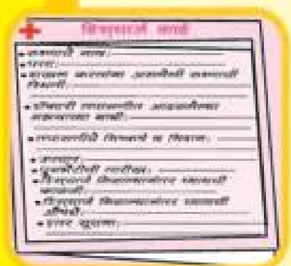
250 nos

रुग्ण हक्कांचे पालन, चांगल्या हॉस्पिटलचे लक्षण!

चांगली आरोग्यसेवा मिळावी, डॉक्टर व रुग्ण यांच्यातील संबंध चांगले व्हावे यासाठी या हॉस्पिटलमध्ये रुग्ण-हक्क व रुग्णांच्या जबाबदाऱ्या पाळल्या जातात...

रुग्णांचे हक्क

- जखमी रुग्णाला जीवरक्षक प्रथमोपचार मिळेल.
- रुग्णाला त्याचा आजार व उपचार याबद्दल माहिती मिळेल.
- पुरेशी माहिती देणारे डिस्चार्ज कार्ड मिळेल.
- हॉस्पिटलमधील प्रमुख सेवांचे दरपत्रक मिळेल.
- शस्त्रक्रिया किंवा धोक्याच्या उपचाराआधी त्याबाबत पुरेशी माहिती देऊन रुग्णाची संमती घेतली जाईल.
- रुग्णाकडून डॉक्टरांना मिळालेली माहिती गोपनीय राहील.
- रुग्ण स्वतःच्या जबाबदारीवर सेकंड-ओपिनियन (दुसऱ्या तज्ज्ञ डॉक्टरांचे) घेऊ शकेल.
- रुग्णाची मानवी प्रतिष्ठा व खाजगीपणा जपला जाईल.
- एच.आय.व्ही.सह जगणाऱ्या रुग्णाला भेदभावरहित उपचार मिळेल.
- उपचारात पर्याय उपलब्ध असल्यास रुग्ण स्वतःच्या जबाबदारीवर पर्याय निवडू शकतो.
- सूचना व तक्रार घेण्यासाठीची व्यवस्था इथे उपलब्ध आहे. स्वागत कक्षाशी संपर्क साधावा.
- रुग्णावर संशोधन होणार असेल तर त्याबाबतची नैतिक तत्त्वे अधिकृत शासकीय धोरणाप्रमाणे पाळली जातील.
- सरकारी मदत मिळणाऱ्या धर्मादाय (ट्रस्ट) हॉस्पिटलमध्ये गरीब व आर्थिकदृष्ट्या दुर्बल घटकांतील रुग्णांना अनुक्रमे मोफत व सवलतीच्या दरात उपचारासाठी २० टक्के खाटा राखीव असतील.



रुग्णांच्या जबाबदाऱ्या

- आपल्या आरोग्यासंबंधी सर्व माहिती डॉक्टरांना सांगणे.
- तपासणी व उपचार यामध्ये डॉक्टरांना सहकार्य करणे. डॉक्टरांच्या सूचना पाळणे.
- डॉक्टर व हॉस्पिटलच्या कर्मचाऱ्यांची प्रतिष्ठा आणि हक्क यांचा सन्मान करणे.
- डॉक्टरांची ठरलेली फी, हॉस्पिटलचे बिल वेळेवर भरणे.
- कितीही राग आला तरी हिंसेचा अवलंब करता कामा नये.

रुग्णांचे हक्क व जबाबदाऱ्या यांची सविस्तर माहिती देणारी पुस्तिका स्वागतकक्षामध्ये उपलब्ध आहे.

रुग्ण-हक्क समितीकरिता साथी द्वारा प्रकाशित

फ्लॅट नं. ३ व ४, अमन ई टेरेस, प्लॉट नं. १४०, दहाणूकर कॉलनी, कोथरूड, पुणे - ४११ ०२९. दूरध्वनी क्रमांक - २५४५१४१३, २५४५२३२५

३.४ थोडक्यात पण महत्त्वाचे

- खाजगी दवाखान्यात रुग्णांचे अधिकार- सेकंड ओपिनियन घेण्याचा हक्क, गोपनियतेचा हक्क, माहितीचा हक्क अशांसारखे अनेक हक्क रुग्णांना आहेत.
- मुंबई उच्च न्यायालयाच्या आदेशानुसार गरीब रुग्णांना मोफत उपचारासाठी १० टक्के खाटा तसेच आर्थिकदृष्ट्या दुर्बल घटकांसाठी सवलतीच्या दरात उपचारासाठी आणखी १० टक्के खाटा राखीव असणे आणि त्याची अंमलबजावणी.

३.५ सरावासाठी प्रश्न

३.५.१ खाजगी दवाखान्यात रुग्णांचे कोणते अधिकार आहेत?

३.५.२ धर्मादाय रुग्णालयांमधील (ट्रस्ट हॉस्पिटल) गरीब रुग्णांसाठी कोणत्या सुविधा आहेत?

प्रकरण-४

ट्रस्ट हॉस्पिटल्स आणि गरीब रुग्णांचे हक्क

४.१ उद्देश

- ट्रस्ट हॉस्पिटल्स आणि गरीब रुग्णांचे हक्क

राजू वस्तीत राहणारा एक सामान्य व्यक्ती. दोन वेळेस कुटुंबाला जेवायला मिळेल आणि दररोजच्या किमान गरजा भागतील यासाठी कसंबसं त्याला काम मिळत होतं. अचानक लहान मुलाचा ॲक्सिडेंट झाला. तात्काळ मोठ्या सरकारी दवाखान्यात नेलं. पायाचं हाड मोडलं. ऑपरेशन करावं लागेल म्हणून डॉक्टरांनी सांगितलं. पण सरकारी दवाखान्यात सर्वच बाहेरून आणावं लागतं, दवाखान्याचं बील पण भरावं लागतं, ऑपरेशन चांगलं होईल याची काही गॅरंटी नाही. पोराचा पाय आयुष्यभरासाठी गमवावा लागेल. या काळजीनं त्याने पोराला 'पूनावाला ट्रस्ट' या खाजगी दवाखान्यात हलवलं. पण खाजगीत ऑपरेशनच्या आधी १० हजार भरा अशी अट घातली. राजूवर आधीच कर्जाचं टेन्शन. कुणीतरी सल्ला दिला नगरसेवकाच्या ओळखीने काही होतंय का बघ. नगरसेवकाचे आयुष्यभर उपकार राहतील. पोराचं ऑपरेशन पूर्ण फ्री झालं. पोरगं चांगलं चालायला पण लागलं.

मंडळी,

नगरसेवकाने काय केलं असेल? स्वतः पैसे भरले की वशीला लावला? अशा किती केसेस नगरसेवकाच्या मदतीने जात असतील आणि 'पूनावाला ट्रस्ट' सारख्या हॉस्पिटल्सना ते परवडतं का? आरोग्यसेवा मिळणे हा हक्क असताना राजूसारख्या कष्टकऱ्यांनी उपकारात राहयचं का? ट्रस्ट हॉस्पिटलमध्ये आपले काही अधिकार आहेत का?

चला तर मग, याविषयी सविस्तर माहिती घेऊ या!!!

४.२ कोणता दृष्टिकोन विकसित होईल

गरीब व आर्थिकदृष्ट्या दुर्बल रुग्णांसाठी ट्रस्ट हॉस्पिटलमध्ये मोफत व सवलतीच्या दरात उपचारासाठी २० टक्के खाटा राखीव ठेवण्यासाठी मुंबई उच्च न्यायालयाने दिलेला आदेश समजून घेणे व त्याची जनजागृती करणे.

४.३ चॅरिटेबल हॉस्पिटलमध्ये पेशंटसाठी व्यवस्था

४.३ १ पार्श्वभूमी

भारतातील प्रचंड मोठ्या खाजगी आरोग्य क्षेत्राचे दोन भागात वर्गीकरण करता येईल. सगळ्यात मोठा भाग म्हणजे 'नफ्यासाठी चालणारी' खाजगी हॉस्पिटल, दवाखाने इ.; आणि तुलनेने कमी संख्या असलेला पण लक्षणीय असा दुसरा भाग म्हणजे 'ना नफा ना तोटा' तत्त्वावर चालणारी खाजगी हॉस्पिटल, दवाखाने इ. येथे एक गोष्ट लक्षात घ्यायला हवी की 'ना नफा' हा शब्दप्रयोग फक्त कायदेशीर उपयोगापुरता केला जातो. प्रत्यक्षात मात्र अशी अनेक हॉस्पिटल्स् बक्कळ पैसा घेत असतात पण तो 'नफा' म्हणून दाखवत नाहीत. धर्मादाय इस्पितळांतून मिळणाऱ्या पैशाचा उपयोग त्या इस्पितळाच्याच विकासाकरिताच तसेच गोर-गरीब गरजू रुग्णांना मोफत किंवा सवलतीच्या दरात आरोग्यसेवा देण्याकरिताच केला जाणे अपेक्षित असते. अशा धर्मादाय इस्पितळांना महाराष्ट्र शासनाकडून अनेक सवलती दिल्या जातात. उदा.-

१) शासन अनुदानित किंवा मोफत जमीन

२) वैद्यकीय उपकरणे, यंत्रसामुग्री यांना कस्टम ड्यूटीतून सूट

३) ऑक्ट्रायमधून सूट, पूर्ण ऑक्ट्राय परतावा

४) आयकरात सवलत

५) वीज व पाणी दरात सवलत

६) देणगीदारांना उत्पन्न करामध्ये सवलत मिळत असल्याने धर्मादाय इस्पितळांस देणगी देण्यास प्रोत्साहन

७) सवलतीच्या दरात किंवा अतिरिक्त एफ.एस.आय. (FSI)/चटई क्षेत्र उपलब्ध

या सवलतींच्या बदल्यात महाराष्ट्र शासनाने बॉम्बे पब्लिक ट्रस्ट ॲक्ट (१९५०) या कायद्यामधील 'सेक्शन ४१ अ अ'नुसार गरीब रुग्णांना व आर्थिकदृष्ट्या कमकुवत गटातील रुग्णांना अनुक्रमे मोफत व स्वस्त दरात उपचार देण्याचे बंधन धर्मादाय इस्पितळांवर घातले आहे. महाराष्ट्राप्रमाणे इतर राज्यांनीही त्यांच्या राज्यातील धर्मादाय इस्पितळांना निरनिराळ्या सवलती दिल्या आहेत.

महाराष्ट्रामध्ये मुंबई, पुण्यातील अनेक मोठी व प्रसिद्ध खाजगी हॉस्पिटल्स कागदावर चॅरिटेबल ट्रस्ट हॉस्पिटल्स् आहेत. उदा. मुंबईतील जसलोक हॉस्पिटल, हिंदूजा हॉस्पिटल, ब्रीचकॅन्डी हॉस्पिटल, लीलावती हॉस्पिटल, बॉम्बे हॉस्पिटल, नानावटी हॉस्पिटल, हिरानंदानी हॉस्पिटल इ. तसेच पुण्यातील रुबी हॉल क्लिनिक, जहांगिर हॉस्पिटल, पूना हॉस्पिटल, दिनानाथ मंगेशकर हॉस्पिटल, के.ई.एम. हॉस्पिटल, सह्याद्री हॉस्पिटल, संचेती हॉस्पिटल, हर्डीकर हॉस्पिटल, इनलॅक्स बुद्रानी हॉस्पिटल, दीनदयाल मेमोरियल, रत्ना मेमोरियल इ. ही सर्व धर्मादाय रुग्णालये आहेत!! धर्मादाय रुग्णालयांची यादी आणखी खूप मोठी आहे. (महाराष्ट्रातील ट्रस्ट हॉस्पिटल्स्‌ची जिल्हावार यादीसाठी पुढील लिंक पहा- http://charity.mah.nic.in/static_pages/list.php)

४.३.२ चॅरिटेबल ट्रस्ट हॉस्पिटल्स्‌ना हायकोर्टाचा आदेश

एका गरीब रुग्णाला एका ट्रस्ट हॉस्पिटलमध्ये मोफत उपचार दिले गेले नाहीत म्हणून डिसेंबर २००४मध्ये मुंबई येथील वकील श्री. संजीव पुनालेकर यांनी मुंबई उच्च न्यायालयात त्या ट्रस्ट हॉस्पिटलविरुद्ध अर्ज केला. सदर ट्रस्ट हॉस्पिटल गरीब रुग्णांना मोफत उपचार करत नाही आणि त्यामुळे बॉम्बे पब्लिक ट्रस्ट ॲक्ट अंतर्गतच्या नियमांचा भंग होत आहे असा आक्षेप त्यांनी घेतला. 'सेहत' या संस्थेने या केसमध्ये हस्तक्षेप केला आणि मुंबई उच्च न्यायालयाच्या निदर्शनास आणून दिले की बऱ्याच ट्रस्ट हॉस्पिटलकडूनही या नियमांचा भंग होत आहे. मा. न्यायालयाने दोन्ही बाजू ऐकून घेऊन सदर केसचे रूपांतर जनहित याचिकेमध्ये केले (रिट पेटिशन (जनहित याचिका) नं. ३१३२/२००४). महाराष्ट्र राज्य सरकार आणि असोसिएशन ऑफ हॉस्पिटल (AoH- जी मुंबईतील ४५ ट्रस्ट हॉस्पिटल्स्‌ची संघटना आहे) यांना प्रतिवादी करण्यात आले.

उच्च न्यायालयाने चॅरिटी कमिशनरांना मुंबईतील सर्व ट्रस्ट हॉस्पिटलकडून माहिती मिळविण्याचे आदेश दिले. न्यायालयातर्फे १४ ऑक्टोबर २००५ ला तज्ज्ञांची एक समिती स्थापन करण्यात आली. त्यांनी दिलेल्या अहवालाचा अभ्यास करून न्यायालयातर्फे वेळोवेळी दिशानिर्देश

जारी करण्यात आले. मा. उच्च न्यायालयाने गरीब रुग्णांसाठी एक योजना तयार करण्याचे आदेश शासनास दिले.

या योजनेनुसार सरकारी आर्थिक मदत, सवलत घेणाऱ्या ट्रस्ट हॉस्पिटलमध्ये गरीब रुग्णांना मोफत उपचारासाठी १० टक्के खाटा आणि आर्थिकदृष्ट्या कमकुवत घटकातील रुग्णांना सवलतीत उपचार देण्यासाठी आणखी १० टक्के खाटा राखीव ठेवण्याचे बंधन घालण्यात आले. त्यासाठी 'गरीब रुग्ण निधी' तयार करण्यासाठी तरतूद करण्यात आली. या निधीमध्ये हॉस्पिटलला रुग्णांकडून मिळणाऱ्या एकूण उत्पन्नापैकी (गरीब व आर्थिकदृष्ट्या कमकुवत घटकातील पेशंट वगळता) बिलांपैकी २ टक्के रक्कम कोणतीही वजावट न करता जमा करावी असा आदेश न्यायालयाने दिला.

ही योजना (योजनेच्या सविस्तर माहितीसाठी पुढे पहा.) दि. १ सप्टेंबर २००६ पासून ते ३१ ऑगस्ट २००७ पर्यंत राबवण्यात येईल असे ठरले. त्यानंतर या योजनेच्या अंमलबजावणीचा अभ्यास करून चॅरिटी कमिशनरनी एक अहवाल उच्च न्यायालयापुढे सादर केला. दि. १५ एप्रिल २००९ रोजी याचिकेच्या अंतिम निर्णयामध्ये म्हटले आहे की ही योजना बॉम्बे पब्लिक ट्रस्ट ॲक्ट १९५० च्या 'सेक्शन ४१ अ अ'चा एक भाग मानण्यात येईल आणि महाराष्ट्र राज्यामधील सर्व ट्रस्ट हॉस्पिटलमध्ये ती लागू होईल.

४.३.३ 'चॅरिटेबल ट्रस्ट हॉस्पिटल्स्‌मध्ये गरीब रुग्णांना मोफत सेवा' या योजनेबद्दलची सविस्तर माहिती

या योजनेची सविस्तर माहिती पुढीलप्रमाणे...

(मा. मुंबई उच्च न्यायालयाच्या आदेशानुसार बनवलेल्या योजनेचे हे मराठी भाषांतर आहे.

मूळ आदेशासाठी पहा- http://charity.mah.nic.in/static_pages/schedulebombay.pdf)

रिट पेटिशन (जनहित याचिका) नं. ३१३२/२००४ दरम्यान माननीय मुंबई उच्च न्यायालय यांच्या आदेशानुसार बनवलेली योजना

ट्रस्ट हॉस्पिटलमध्ये गरीब व कमकुवत घटकातील रुग्णांना अनुक्रमे मोफत व सवलतीच्या दरात वैद्यकीय सेवा व उपचार मिळण्यासाठीची योजना गरीब व्यक्ती म्हणजे अशी व्यक्ती जिचे एकूण वार्षिक उत्पन्न रुपये २५०००/- (पंचवीस हजार) पेक्षा जास्त नाही. कमकुवत घटकातील व्यक्ती म्हणजे अशी व्यक्ती जी वरील व्याख्येप्रमाणे गरीब नाही परंतु तिचे एकूण वार्षिक उत्पन्न रुपये ५०,०००/- (पन्नास हजार) पेक्षा जास्त नाही.

(वरील व्याख्या ह्या महाराष्ट्र राज्य कायदा व न्यायव्यवस्था विभागाने दि. ६/१२/२००५ रोजी केलेल्या नोटिफिकेशनप्रमाणे आहेत.)

१) बॉम्बे पब्लिक ट्रस्ट ॲक्ट १९५० अंतर्गत नोंदणी झालेले सार्वजनिक धर्मादाय न्यास (चॅरिटेबल ट्रस्ट) जर धर्मादाय रुग्णालये (नर्सिंग होम, मॅटर्निटी होम, दवाखाना, कोणतेही वैद्यकीय मदत केंद्र यांच्यासहित) चालवत असतील आणि त्याचा वार्षिक खर्च पाच लाख रुपयांपेक्षा जास्त असेल तर ते या कायद्याच्या 'सेक्शन ४१ अ अ च्या कलम ४ नुसार' 'शासन अनुदानित पब्लिक ट्रस्ट' मानण्यात येईल.

२) वरील कलम १ अंतर्गत येणाऱ्या पब्लिक चॅरिटेबल ट्रस्टवर 'बॉम्बे पब्लिक ट्रस्ट ॲक्ट'च्या 'सेक्शन ४१ अ अ' नुसार कायदेशीर बंधन राहील की ट्रस्ट हॉस्पिटलमधील वापरातील खाटांपैकी (Operational beds) दहा टक्के खाटा गरीब रुग्णांसाठी राखून ठेवाव्यात व त्यांना मोफत उपचार द्यावेत आणि कमकुवत घटकांतील रुग्णांसाठी दहा टक्के खाटा राखून ठेवाव्यात व त्यांना सवलतीच्या दरात उपचार द्यावेत.

३) चॅरिटेबल हॉस्पिटल्स्नी तातडीचे उपचार आवश्यक असणाऱ्या रुग्णाला दाखल करणे आणि त्या पेशंटची प्रकृती स्थिर होईपर्यंत लागणाऱ्या सर्व जीवरक्षक उपचारांसाठी 'आवश्यक वैद्यकीय सुविधा' पुरवणे बंधनकारक आहे. अशा तातडीच्या पेशंटना दाखल करताना चॅरिटेबल हॉस्पिटल्स्नी कोणत्याही डिपॉझिटची मागणी करू नये.

४) प्रत्येक पब्लिक चॅरिटेबल हॉस्पिटलने 'गरीब रुग्ण निधी' (Indigent Patients Fund-IPF) असा वेगळा निधी तयार करावा आणि यामध्ये हॉस्पिटलला रुग्णांकडून मिळणाऱ्या एकूण उत्पन्नापैकी (गरीब व कमकुवत घटकातील पेशंट वगळता) (gross billing) दोन टक्के रक्कम कोणतीही वजावट न करता जमा करावी.

५) गरीब व कमकुवत घटकातील रुग्णांच्याकरिता एखाद्या व्यक्तीकडून किंवा इतर चॅरिटेबल ट्रस्टकडून किंवा इतर कोणाकडूनही चॅरिटेबल हॉस्पिटलला निधी मिळाला असेल तर तो 'गरीब रुग्ण निधी'मध्ये जमा करावा.

६) गरीब रुग्ण निधीचे खाते त्याच नावाने असावे आणि वार्षिक ताळेबंदमध्ये (balance sheet) राखीव निधीमध्ये त्याचा तसा उल्लेख असावा (बॉम्बे पब्लिक ट्रस्ट ॲक्ट- शेड्यूल ८, नियम ७(१)).

७) गरीब रुग्ण निधी अंतर्गत जमा रक्कम ही फक्त गरीब व दुर्बल घटकांतील रुग्णांच्या वैद्यकीय उपचारासाठीच वापरण्यात यावी.

८) चॅरिटेबल हॉस्पिटल्सनी गरीब व कमकुवत घटकातील रुग्णांसाठी खालील 'बिलरहित सेवा' (Non Billable Services) मोफत द्याव्यात.

अ) खाट

ब) वैद्यकीय अधिकारी (RMO) सेवा

क) नर्सिंग सेवा

ड) जेवण (जर हॉस्पिटल इतर पेशंटना जेवण देत असेल तर)

इ) बेडशीट, चादर

फ) पाणी

ग) वीज

ह) सामान्य स्पेशालिटिज उपचारांसाठी लागणाऱ्या नेहमीच्या तपासण्या

ई) स्वच्छता सेवा

९) चॅरिटेबल हॉस्पिटलने गरीब रुग्णाला प्रत्येक विभागामध्ये वैद्यकीय तपासणी व उपचार पूर्णतः मोफत द्यावेत. गरीब रुग्णांचे 'बिलसहित' सेवांचे (Billable services) बिल बनवताना त्या सेवांचे दर हे त्या हॉस्पिटलमधील सर्वात स्वस्त वर्गातील सर्वात कमी दराएवढे लावावे. हॉस्पिटलने ज्या दरात औषधे, इम्प्लान्ट, इतर वस्तू विकत घेतल्या असतील तोच दर या बिलात लावावा. जर डॉक्टरांनी त्यांची फी घेतली नाही तर ती फी गरीब रुग्णाच्या बिलामध्ये लावू नये. (उदाहरणार्थ अशा हॉस्पिटलमध्ये एखाद्या गरीब रुग्णाचे ॲपेंडिक्सचे ऑपरेशन झाले तर जनरल वॉर्डमधील पेशंटसाठी असलेली तज्ज्ञांची फी, ऑपरेशन थिएटरचे भाडे, टाके घालण्यासाठी वापरायचा धागा एवढेच बिल बनवायला हवे.) अशा तऱ्हेने तयार केलेले बिल हे पूर्णपणे 'गरीब रुग्ण निधीं'तून भागवले जावे. चॅरिटेबल हॉस्पिटलने गरीब रुग्णांना दाखल करताना कोणतेही डिपॉझिट मागू नये.

१०) चॅरिटेबल हॉस्पिटलने कमकुवत घटकातील रुग्णांना प्रत्येक विभागामध्ये वैद्यकीय तपासणी व उपचार सवलतीच्या दरात द्यावेत. कमकुवत घटकातील रुग्णांचे 'बिलसहित' सेवांचे (Billable services) बिल बनवताना त्या सेवांचे दर हे त्या हॉस्पिटलमधील सर्वात स्वस्त वर्गातील सर्वात कमी दराएवढे लावावे. हॉस्पिटलने ज्या दरात औषधे, इम्प्लान्ट, इतर वस्तू विकत घेतल्या असतील तोच दर या बिलात लावावा. परंतु कमकुवत गटातील रुग्णाने औषधे, इम्प्लान्ट, इतर विकत घेतलेल्या वस्तू यांच्या बिलापैकी किमान ५० टक्के रक्कम भरावी. जर डॉक्टरांनी त्यांची फी घेतली नाही तर ती फी कमकुवत घटकातील रुग्णाच्या बिलामध्ये लावू नये. अशा रितीने बिल तयार केले जावे. कमकुवत गटातील रुग्णाने दिलेली रक्कम या बिलातून वजा करून राहिलेली रक्कम 'गरीब रुग्ण निधी'तून भागवली जावी.

११) जर एखाद्या महिन्यामध्ये 'गरीब रुग्ण निधी' पेक्षा कमी किंवा जास्त रक्कम खर्च झाली तर पुढील महिन्यांमध्ये ती ॲडजस्ट करावी. जर 'गरीब रुग्ण निधी'च्या जमा व खर्चामध्ये सहा महिन्यापेक्षा अधिक काळासाठी असमतोल झाला तर सदर चॅरिटेबल हॉस्पिटलने ही बाब 'देखरेख समिती'च्या (Monitoring Committee) निदर्शनास आणून द्यावी, जेणेकरून सदर देखरेख समिती हॉस्पिटलला पुढील दिशानिर्देश देऊ शकेल.

१२) बॉम्बे पब्लिक ट्रस्ट अधिनियम १९५१ मधील नियम २५ (अ) नुसार चॅरिटेबल हॉस्पिटलने धर्मादाय आयुक्तांकडे पाठवायच्या इतर माहिती सोबत पुढील माहिती पाठवावी.

- गरीब रुग्ण निधीमध्ये जमा झालेली रक्कम.
- गरीब कमकुवत घटकातील रुग्णांना दिलेले उपचार, रुग्णांची माहिती.
- सदर रुग्णांच्या उपचारावर खर्च केलेली रक्कम.

१३) चॅरिटेबल हॉस्पिटलच्या ट्रस्टींनी त्यांचे नातेवाईक, ट्रस्टचे कर्मचारी आणि त्यांच्यावर अवलंबित व्यक्ती यांना सदर योजनेखाली उपचार देऊ नयेत.

१४) चॅरिटेबल हॉस्पिटलनी सरकारी रुग्णालये, नगरपालिका रुग्णालये किंवा कोठूनही आलेल्या गरीब व कमकुवत घटकातील रुग्णांना त्यांच्या हॉस्पिटलमध्ये दाखल करून घ्यावे. त्या प्रक्रियेची माहिती पुढील कलमांमध्ये दिली आहे.

१५) चॅरिटेबल हॉस्पिटलनी त्यांच्या वापरातील खाटांपैकी गरीब रुग्णांना वैद्यकीय तपासणी व उपचारासाठी दहा टक्के खाटा आणि कमकुवत घटकातील रुग्णांना वैद्यकीय तपासणी व उपचारासाठी दहा टक्के खाटा राखीव ठेवाव्यात. चॅरिटेबल हॉस्पिटलनी त्यांच्या मेडिकल सोशल वर्कर मार्फत खालीलपैकी कोणत्याही एका कागदपत्रांच्या आधारे रुग्णांच्या आर्थिक वर्गाची छाननी करावी.

१. तहसीलदाराचे प्रमाणपत्र

२. रेशनकार्ड किंवा दारिद्र्य रेषेखालील कार्ड (BPL card)

१६) या योजनेच्या अंमलबजावणीची देखरेख करणाऱ्या समितीचे सदस्य पुढीलप्रमाणे असतील-

बृहन्मुंबई भागासाठी देखरेख समिती अशी असेल-

१. जॉईंट चॅरिटी कमिशनर, महाराष्ट्र राज्य, मुंबई (अध्यक्ष)

२. जॉईंट डायरेक्टर - आरोग्यसेवा (वैद्यकीय), मुंबई (सदस्य-सचिव)

३. असोसिएशन ऑफ हॉस्पिटलचे सचिव, मुंबई (सदस्य)

४. आरोग्य अधिकारी - बृहन्मुंबई महानगरपालिका, मुंबई (सदस्य)

जिल्हा पातळीवर देखरेख समिती अशी असेल-

१. जॉईंट चॅरिटी कमिशनर (विभागीय पातळी) किंवा त्यांचा प्रतिनिधी (अध्यक्ष)

२. सिव्हिल सर्जन (सदस्य-सचिव)

३. जिल्हा परिषदेचे आरोग्य अधिकारी (सदस्य)

४. जिल्ह्यातील चॅरिटेबल हॉस्पिटल्स्चा प्रतिनिधी (सदस्य)

१७) देखरेख समिती त्यांच्या कार्यकक्षेतील प्रत्येक चॅरिटेबल हॉस्पिटलमध्ये या योजनेच्या अंमलबजावणीवर देखरेख ठेवतील. समितीची बैठक प्रत्येक महिन्यातून एकदा होईल. देखरेख समितीने रुग्णांच्या तक्रारीची दखल घ्यावी व त्या संबंधीचा रिपोर्ट चॅरिटी कमिशनर यांच्याकडे सुपूर्द करावा.

१८) या योजनेचा किंवा सेक्शन ४१ अ अ मधील तरतुदींचा भंग केल्यास, बॉम्बे पब्लिक ट्रस्ट ॲक्टच्या सेक्शन ६६ मधील शिक्षेच्या अतिरिक्त, चॅरिटी कमिशनर रिपोर्टद्वारे राज्य शासनास सुचवतील की सदर चॅरिटेबल ट्रस्ट हॉस्पिटलला पी.टी.ए. फंडमध्ये दिलेली सूट रद्द करण्यात यावी आणि पी.टी.ए. फंडसाठीची आर्थिक रक्कम सदर ट्रस्ट हॉस्पिटलकडून वसूल करण्यात यावी. चॅरिटी कमिशनर शासनाला विनंती करू शकतात की सदर हॉस्पिटलला देण्यात येणारे इतर फायदे, सवलती रद्द कराव्यात.

१९) जर चॅरिटेबल हॉस्पिटलला या योजनेची अंमलबजावणी करण्यामध्ये काही अडचणी येत असतील तर सदर हॉस्पिटल त्या अडचणीच्या समर्थनार्थ पुरेशा कागदपत्रांसह चॅरिटी कमिशरना त्या हॉस्पिटलसाठी या योजनेच्या पैलूंमध्ये योग्य बदल करण्यासाठी किंवा सूट देण्यासाठी अर्ज करू शकते.

२०) बृहन्मुंबई भागातील सर्व चॅरिटेबल हॉस्पिटलची यादी संबंधित कार्यालयाच्या नोटीस बोर्डवर लावण्यासाठी आणि बृहन्मुंबई भागातील जास्त खपणाऱ्या एक मराठी व एक इंग्रजी वर्तमानपत्रामध्ये ही यादी प्रसिद्ध करण्यासाठी चॅरिटी कमिशनरनी सूचना द्याव्यात. तसेच त्यांनी प्रत्येक जिल्ह्यातील चॅरिटेबल हॉस्पिटलची यादी संबंधित जॉईंट चॅरिटी कमिशनरच्या ऑफिसच्या नोटीस बोर्डवर लावण्यासाठी आणि संबंधित जिल्ह्यातील जास्त खपणाऱ्या दोन वर्तमानपत्रामध्ये ही यादी प्रसिद्ध करण्यासाठी सूचना द्याव्यात.

२१) या योजने अंतर्गतच्या प्रत्येक चॅरिटेबल हॉस्पिटल्सनी या योजनेची माहिती हॉस्पिटल्सच्या नोटीस बोर्डवर सर्वांना दिसेल अशी लावावी.

४..४ थोडक्यात पण महत्त्वाचे

- **मुंबई उच्च न्यायालयाच्या आदेशानुसार** गरीब रुग्णांना मोफत उपचारासाठी १० टक्के खाटा तसेच आर्थिकदृष्ट्या दुर्बल घटकांसाठी सवलतीच्या दरात उपचारासाठी आणखी १० टक्के खाटा राखीव असणे आणि त्याची अंमलबजावणी.

- हॉस्पिटलला रुग्णांकडून मिळणाऱ्या एकूण उत्पन्नापैकी (गरीब व आर्थिकदृष्ट्या कमकुवत घटकातील पेशंट वगळता) बिलांपैकी २ टक्के रक्कम कोणतीही वजावट न करता गरीब रुग्णांसाठी जमा करावी असा आदेश न्यायालयाने दिला.

४.५ सरावासाठी प्रश्न

४.५.१ ट्रस्ट किंवा धर्मादाय हॉस्पिटल्सनी मोफत सेवा देण्याची कारणे कोणती?

४.५.२ आपल्या भागातील किती ट्रस्ट हॉस्पिटल्स आहे? तिथे गरीब रुग्णांना मोफत उपचार मिळतात का?

प्रकरण - ५

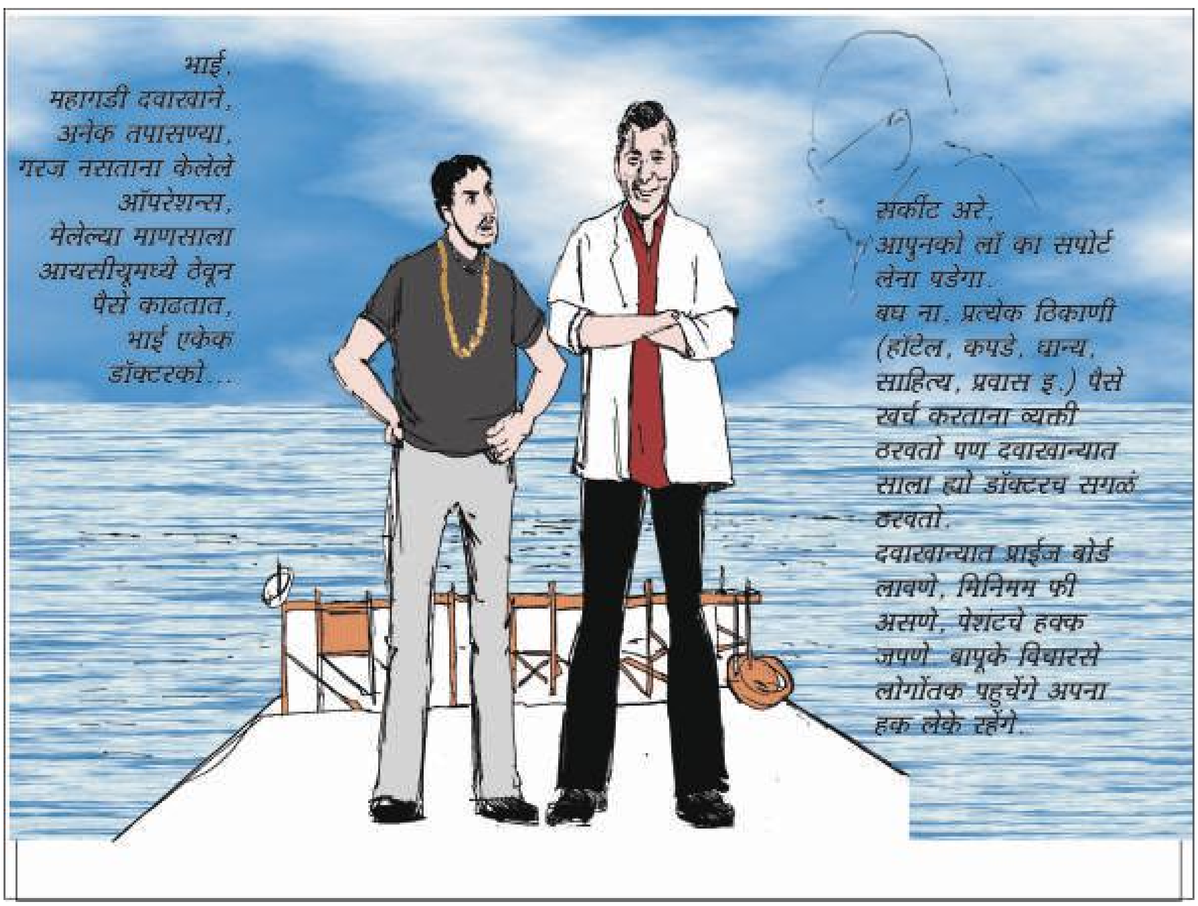
खाजगी आरोग्यसेवेचे प्रमाणिकीकरण आवश्यकता

५.१ उद्देश

- **खाजगी आरोग्यसेवेवर प्रमाणीकरणाची आवश्यकता समजून घेणे.**

५.२ कोणता दृष्टिकोन विकसित होईल

रुग्णकेंद्री व्यवस्थेची गरज आहे आणि त्यानुसार कायदे असण्याची आवश्यकता आहे.



५.३ खाजगी आरोग्यसेवेचे प्रमाणीकीकरण आवश्यकता

५.३.१ रुग्ण केंद्री व्यवस्था

वैद्यकीय स्वनियंत्रणाचा बोजवारा, वैद्यकीय व्यवसायाचे अधःपतन, खाजगी क्षेत्रातील कमतरता, उणिवा ही परिस्थिती अशीच चालू राहिली तर सध्याच्या अनागोंदी माजलेल्या खाजगी वैद्यकीय क्षेत्रातील गुणवत्तेचा, कुशल मनुष्यबळाचा, वैद्यकीय तंत्रविज्ञानाच्या प्रगतीचा योग्य फायदा समाजातल्या सर्व घटकांतील लोकांना मिळू शकणार नाही. खाजगी वैद्यकीय क्षेत्राचा अधिकाधिक फायदा रुग्णांना मिळावा, त्यातील त्रुटी शक्य तितक्या कमी व्हाव्यात तसेच रुग्णांना त्यांनी दिलेल्या पैशाच्या मोबदल्यात चांगल्या दर्जाची खाजगी आरोग्यसेवा मिळावी, त्यांची फसवणूक होऊ नये यासाठी खाजगी आरोग्यसेवांचे प्रमाणीकरण करण्याची तसेच रुग्णांप्रती उत्तरदायित्वाची व्यवस्था उभारण्याची गरज आहे.

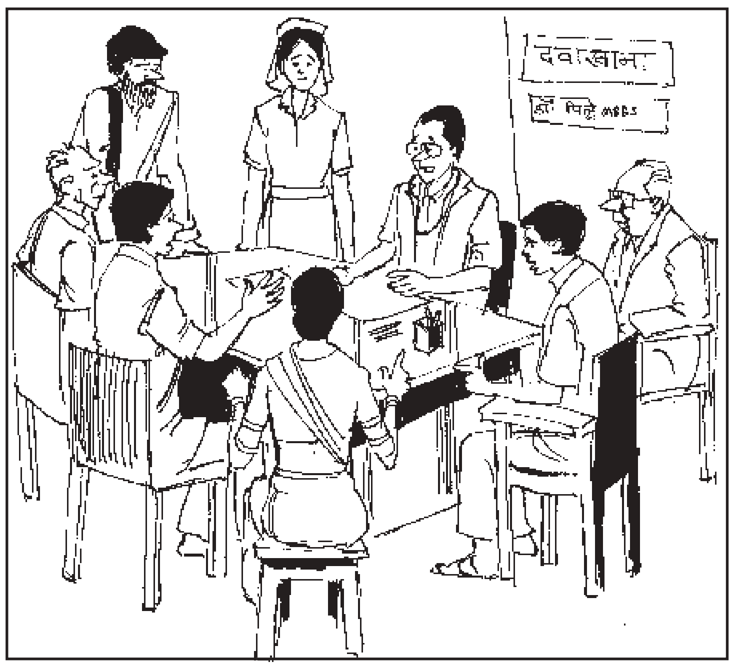
प्रचंड महागडी खाजगी आरोग्यसेवा गरीब लोकांनाच काय तर मध्यमवर्गीय लोकांनाही त्या परवडत नाहीत. त्यामुळे आरोग्यविमा घेण्याचे प्रमाण वाढत आहे. अनेक खाजगी विमा कंपन्या आरोग्यविमा विकत आहेत. बरीच हॉस्पिटल्ससुद्धा आरोग्य विमा असणारे रुग्ण जास्त पसंत करतात. विमाधारक रुग्णांच्या माध्यमाने हॉस्पिटल्सना अधिक व्यवसाय मिळतो. अलीकडे शासनानेही आरोग्यविमाच्या काही योजना सुरू केल्या आहेत. उदा. राजीव गांधी जीवनदायी योजना, गरीब रुग्णांना देण्यासाठी खाजगी हॉस्पिटल्स्चा वापर केला जातो. त्याबदल्यात शासन अशा खाजगी हॉस्पिटल्स्ना त्याचे 'योग्य' पैसे देते. अशा शासकीय योजनेतून दिल्या जाणाऱ्या 'जनतेच्या पैशाचा' योग्य विनिमय व्हावा, त्या बदल्यात गरीब रुग्णांना चांगली सेवा मिळावी यासाठी सेवांची गुणवत्ता, रुग्णालयातील पायाभूत सुविधांचा दर्जा आणि आरोग्यसेवांचे दर यांचे प्रमाणीकरण करणे गरजेचे आहे.

सार्वजनिक खर्चातून सर्वांसाठी आरोग्यसेवा उपलब्ध करून द्यायच्या ध्येयाकडे जाण्यासाठी खाजगी आरोग्यसेवांच्या प्रमाणीकरणाची दिशाच योग्य आहे. या ध्येयाकडे जाण्यासाठी बहुतांशी जनतेला आरोग्यसेवा देणारे खाजगी वैद्यकीय क्षेत्र राष्ट्रीय नियोजनातून वगळून चालणार नाही पण अनागोंदी माजलेल्या सध्याच्या स्थितीतील खाजगी वैद्यकीय क्षेत्राच्या माध्यमातून हे होऊही शकणार नाही. त्यासाठी त्याचे प्रमाणीकरण व्हायला पाहिजे. प्रमाणीकरणाद्वारे खाजगी वैद्यकीय सेवांमध्ये गुणवत्तेचा किमान दर्जा राखायला पाहिजे, रुग्ण हक्कांच्या पालनाची व्यवस्था निर्माण करायला हवी, अनावश्यक तपासण्या व औषधे यांना आळा बसायला हवा. आरोग्यसेवांच्या दरांचेही प्रमाणीकरण व्हायला हवे. जर असे झाले तर खाजगी वैद्यकीय क्षेत्रातील गुणवत्तेचा लाभ चांगल्या रितीने लोकांना मिळू शकेल.

रुग्ण-वैद्यकीय सेवेतील एक महत्त्वाचा घटक

डॉक्टर हे जास्त शिकलेले, ज्ञानी, तज्ज्ञ असल्याने त्यांना पेशंटचे चांगले-वाईट कळते. त्यामुळे दवाखान्यात फक्त डॉक्टरांनीच सर्व निर्णय घ्यावेत हा समाजात रुजलेला पालकत्वाचा दृष्टिकोन (Paternalistic Attiute) व्यवहार्यही नाही व योग्यही नाही. डॉक्टर एक तज्ज्ञ म्हणून, एक कुशल मार्गदर्शक म्हणून, एक सक्रिय मदतनीस म्हणून सल्ला, मार्गदर्शन व उपचार करू शकतात. वैद्यकीय निर्णय घेताना डॉक्टरांचा सल्ला, मत आवश्यकच आहे. डॉक्टरांचे वैद्यकीय ज्ञान, अनुभव हे बहुमोल असतातच पण तरीही एक गोष्ट लक्षात घ्यायला हवी की, रुग्ण हे डॉक्टर-रुग्ण संबंधातील, वैद्यकीय सेवेतील महत्त्वाचे घटक आहेत. त्यामुळे वैद्यकीय निर्णय घेताना डॉक्टरांबरोबरच रुग्ण किंवा रुग्णाचे नातेवाईक यांचाही सहभाग असायला हवा. येथे एक गोष्ट लक्षात घ्यायला हवी की जर निर्णय घेण्यामध्ये रुग्णांचा सहभाग असेल तर रुग्णांची जबाबदारीही तितकीच वाढते. त्यामुळे चांगल्या किंवा वाईट निर्णयातील त्यांची भागीदारीही वाढते.

रुग्ण... वैद्यकीय धोरणांतील एक महत्त्वाचा घटक



जसे वैयक्तिक डॉक्टर-रुग्ण संबंधामध्ये निर्णय घेताना डॉक्टरांनी रुग्णांना निर्णयप्रक्रियेत समाविष्ट करून घेतले पाहिजे. तसेच एकंदरीतच वैद्यकीय धोरणे ठरवताना सरकारी अधिकारी व वैद्यकीय व्यावसायिकांच्या बरोबर रुग्णसुद्धा एक महत्त्वाचे घटक (stakeholders) आहेत व त्यांचा निर्णयप्रक्रियेमध्ये समावेश करायला पाहिजे. आपल्या येथे डॉक्टरांच्या शिखर संस्थांमार्फत (Apex bodies) वैद्यकीय व्यवसायाचे स्वनियंत्रण केले जाते. अशा संस्थांमध्ये फक्त डॉक्टरांचाच सहभाग असतो. या स्वनियंत्रणाच्या यशापयशावर वैद्यकीय व्यवसायाचे नियमन अवलंबून असते. वैद्यकीय व्यवसायाच्या नियमनाचे चांगले किंवा वाईट परिणाम रुग्णांना मोठ्या प्रमाणावर सहन करावे लागतात. परंतु त्या बाबतीत आज रुग्ण काहीच करू शकत नाहीत. कारण रुग्णांना (नागरिकांना) वैद्यकीय व्यवसायाच्या नियमनामध्ये काहीच स्थान नाही. रुग्ण हे एक महत्त्वाचे भागीदार आहेत हे समजून घेऊन त्यांना

दवाखान्यातील वैयक्तिक निर्णयप्रक्रियेपासून ते वैद्यकीय धोरणांच्या निर्णयप्रक्रियेपर्यंत सर्वत्र समाविष्ट केले पाहिजे. थोडक्यात डॉक्टरांचे स्वनियंत्रण ते डॉक्टर व रुग्ण यांचे सहनियंत्रण असा प्रवास करण्यासाठी रुग्णांनी जागृत होणे, संघटित होणे आवश्यक आहे.

■ डॉक्टर-रुग्ण संबंधांना फक्त विक्रेता-ग्राहक नजरेतून बघता येणार नाही...

खाजगी दवाखान्यांमध्ये रुग्ण पैसे देऊनच सेवा घेतो. त्यामुळे तो एक प्रकारचा ग्राहकच आहे. पण तरीही डॉक्टर-रुग्ण संबंध हे नेहमीच्या विक्रेता-ग्राहक संबंधांसारखे नसतात. येथे प्रश्न असतो; मानवी शरीराचा, मनाचा, जीव वाचवण्याचा. विक्रेता व ग्राहक संबंधामध्ये जी समानता असते ती समानता डॉक्टर-रुग्ण संबंधामध्ये कधीच नसते. इतर बाबतीत ग्राहक वस्तू पाहून ती पसंत पडली तर घेतो किंवा दुकानदार बदलतो पण रुग्णाच्या बाबतीत सर्वच प्रसंगी शक्य नसते. किंबहुना ते रुग्णाच्या स्वतःच्या आरोग्यासाठी धोकादायकही ठरू शकते. गंभीर आजारी रुग्णांच्या बाबतीत तर या गोष्टी खूपच अवघड बनतात. डॉक्टर-रुग्ण नातेसंबंधात रुग्ण हा नेहमीच हतबल असतो. उपचारानंतर रुग्ण डॉक्टरांच्या ऋणात राहतो. तसेच वैद्यकीय तंत्रविज्ञान हे नेमके, निश्चित नसते. अचानक गुंतागुंत होऊ शकते. या सर्व वैशिष्ट्यांमुळे डॉक्टर-रुग्ण संबंध हे एका बाजूला विक्रेता-ग्राहक संबंध आहेत तर दुसऱ्या बाजूला ते विक्रेता-ग्राहक संबंधाच्या पलीकडचेही आहेत. त्यामुळे त्यांना फक्त विक्रेता-ग्राहक या नजरेतून बघता येणार नाही.

■ कायद्याच्या पलीकडे जाण्याची गरज

जर रुग्णाला डॉक्टरांच्या निष्काळजीपणामुळे शारीरिक इजा किंवा आर्थिक भुर्दंड किंवा दोन्ही सोसावे लागले तर ग्राहक संरक्षण कायद्याअंतर्गत सदर रुग्ण डॉक्टर विरुद्ध ग्राहक मंचात तक्रार करू शकतो. तेथेही फार थोड्या केसेसमध्ये रुग्णाला न्याय मिळतो. त्यामुळे ग्राहक संरक्षण कायदा हा रुग्ण हक्क संरक्षणासाठी अपुरा आहे. परिणामी रुग्ण हक्कांच्या संरक्षणासाठी वेगळा कायदा होणे गरजेचे आहे. तोपर्यंत ग्राहक संरक्षण कायद्याचा वापर करता येईल. त्यापेक्षा रोजच्या व्यवहारामध्ये रुग्णांच्या तक्रारी कशा सोडवता येतील, डॉक्टर-रुग्ण संवाद कसा वाढवता येईल, रुग्ण हक्कांचे योग्य पालन कसे करता येईल या दृष्टीने विचार करणे जास्त योग्य ठरेल. त्यासाठी सर्व संबंधित घटकांचे योग्य प्रतिनिधित्व असलेली व कायद्याने मान्यता दिलेली 'रुग्ण तक्रार निवारण व्यवस्था' निर्माण करणे व्यवहार्य ठरेल. रुग्ण हक्कांच्याबद्दल जास्तीत जास्त लोकांमध्ये प्रचार-प्रसार, जाणीवजागृती करणे आवश्यक आहे. पुणे, शहादा (जि. नंदूरबार) येथे नागरिकांनी एकत्र येऊन 'रुग्ण हक्क समिती' तयार केली आहे. अशा पद्धतीचे प्रयत्न इतर ठिकाणी होणे आवश्यक आहे.

५.४ थोडक्यात पण महत्त्वाचे

- रुग्ण केंद्री व्यवस्था, रुग्ण-वैद्यकीय सेवेतील एक महत्त्वाचा घटक, डॉक्टर-रुग्ण संबंध अधिक चांगले करण्यासाठी खाजगी आरोग्यसेवेचे प्रमाणीकीकरण होण्याची आवश्यकता आहे.
- रुग्ण हक्कांच्या संरक्षणासाठी वेगळा कायदा होणे गरजेचे आहे.
- रुग्ण हक्कांच्याबद्दल जास्तीत जास्त लोकांमध्ये प्रचार-प्रसार, जाणीवजागृती करणे आवश्यक आहे.
- स्थानिक पातळीवर 'रुग्ण हक्क समिती' तयार करू शकतो.

५.५ सरावासाठी प्रश्न

५.५.१ खाजगी आरोग्यसेवेच्या प्रमाणिकरणाची आवश्यकता का आहे हे सविस्तर लिहा.

५.५.२ आपल्या भागातील दवाखान्यांमध्ये रेट कार्ड मिळते का याची तपासणी करा.

५.५.३ आपल्या भागात रुग्ण हक्क समिती तयार करू शकता आणि त्यामार्फत विविध हक्काधारित कार्यक्रम घेऊ शकता.

प्रकरण - ६

‘सार्वत्रिक आरोग्यसेवा व्यवस्था’

(Universal Healthcare System)

६.१ उद्देश

- **प्रत्येकाला गरजेप्रमाणे मोफत आरोग्यसेवा हक्क म्हणून मिळेल हे समजणे.**

६.२ कोणता दृष्टिकोन विकसित होईल

उपलब्ध संसाधने आणि बजेट वाढ आणि राजकीय इच्छाशक्ती यावर महाराष्ट्रामध्ये सर्वांसाठी आरोग्यसेवा शक्य आहे.

६.३ सार्वत्रिक आरोग्य व्यवस्थेचे पैलू

‘सर्वांसाठी आरोग्यसेवा’ (युनिव्हर्सल हेल्थ केअर-Universal Health Care-UHC) म्हणजे सध्या उपलब्ध असणाऱ्या सरकारी व खाजगी वैद्यकीय साधनांचा, मनुष्यबळाचा पुरेपूर वापर करून उभारलेली नवीन व्यवस्था की जिच्यामार्फत समाजातील प्रत्येकाला गरजेप्रमाणे मोफत आरोग्यसेवा एक हक्क म्हणून मिळेल. आधुनिक काळातील वैद्यकीय क्षेत्रातील अनेक संकटांवर हे एक रामबाण औषध आहे. त्याचे महत्त्व जागतिक पातळीवर देखील मान्य झाले आहे. १२ व्या पंचवार्षिक योजनेसाठी नेमलेल्या उच्च-स्तरीय समितीच्या अहवालाचीही तीच दिशा होती. ढेपाळलेल्या सरकारी आरोग्यसेवेला परत तंदुरुस्त बनविण्याची, आणि मोकाट सुटलेल्या खाजगी आरोग्य क्षेत्रातील अपप्रवृत्तीना आळा घालून त्यांना सार्वजनिक आरोग्याच्या उद्देशाने काम करायला लावण्याची क्षमता या ‘सर्वांसाठी आरोग्यसेवे’मध्ये आहे.

‘सर्वांसाठी आरोग्यसेवा’ म्हणजे सर्व गरजूंना आरोग्यसेवा पुरविणे एवढेच नाही तर मुळातच लोक आजारी पडू नये याची सुद्धा काळजी घेणे होय!!

‘सर्वांसाठी आरोग्यसेवा’ यामध्ये दोन महत्त्वाचे भाग आहेत-

१. आरोग्यसेवेची गरज असणाऱ्या महाराष्ट्रातील सर्व व्यक्तींना (त्यांच्या जात, धर्म, लिंग, पैसे द्यायची क्षमता, सामाजिक व आर्थिक दर्जा, राहायचे ठिकाण यांच्या निरपेक्ष) सार्वजनिक वा खाजगी रुग्णालयांतून दर्जेदार आरोग्यसेवा एका सार्वजनिकपणे नियोजित व्यवस्थेच्या माध्यमातून पुरविणे व त्यासाठी सेवा देताना कोणतेही शुल्क न आकारणे. हे साध्य करण्यासाठी पुढील पावले उचलावी लागतील- मोठ्या प्रमाणावर सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेचा विस्तार, तिचे बळकटीकरण, तिच्या नियमन क्षमतेत वाढ; खाजगी रुग्णालयांचे नियमन, सार्वजनिक आरोग्याच्या व्यापक धोरणाशी सहमत असणाऱ्या खाजगी रुग्णालयांचा या नव्या व्यवस्थेत समावेश व त्यांचे अधिकाधिक सामाजिकीकरण.

२. राज्यातील जनता आजारी पडू नये यासाठी एक समग्र कार्यप्रणाली राबविणे. उदा. पिण्याचे निर्जंतुक पाणी, शौचालय, सार्वजनिक स्वच्छता यांची सुविधा तसेच कुपोषण, प्रदूषण, व्यसनाधीनता इत्यादीवर सार्वजनिक आरोग्य विभागाने इतर सर्व संबंधित खात्यांच्या साहाय्याने लक्ष ठेवणे व सुधारण्यासाठी आवश्यक पावले उचलली जातील अशी तजवीज करणे.

६.४ महाराष्ट्रात अशी ‘सर्वांसाठी आरोग्यसेवा’ उभारणे शक्य आहे!

अशी आरोग्य व्यवस्था उभारण्यासाठी आवश्यक असणाऱ्या सर्व बाबी म्हणजेच आर्थिक व वैद्यकीय संसाधने तसेच सक्रिय सामाजिक चळवळ या गोष्टी महाराष्ट्रात आहेत. राज्य उत्पादनामध्ये महाराष्ट्राचा देशात पहिला नंबर लागतो. देशाच्या जीडीपीच्या १५ टक्के उत्पन्न महाराष्ट्रातून होते. ही नवीन आरोग्य व्यवस्था उभारण्यासाठी राज्याच्या स्थूल उत्पन्नापैकी सुमारे २ टक्के एवढी रक्कम पुरेशी आहे. वैद्यकीय महाविद्यालयांच्या संख्येबाबत महाराष्ट्राचा नंबर खूप वरती लागतो. जागतिक आरोग्य संघटनेनुसार १००० लोकसंख्येमागे १ डॉक्टर हवा. महाराष्ट्रात ५८५ लोकांमागे १ डॉक्टर आहे. देशातील २५ टक्के औषधे राज्यात तयार होतात. राज्यभर अनेक धर्मादाय रुग्णालये आहेत, त्यांच्या २० टक्के खाटा गोर-गरीब रुग्णांसाठी वापरण्याचे बंधन आहे. त्याचा पुरेपूर वापर करायला हवा. कामगार विमा योजना (ESI) मंडळांची रुग्णालये फारशी वापरली जात नाहीत. त्यांना या व्यवस्थेत समाविष्ट करायला हवे. राज्यात अनेक सामाजिक संस्था-संघटना आहेत ज्यांच्या जोरावर अशी आरोग्य व्यवस्था उभारण्यासाठीची सामाजिक-राजकीय इच्छाशक्ती तयार होऊ शकते.

‘सर्वांसाठी आरोग्यसेवा’ची प्रमुख वैशिष्ट्ये

- सर्वांना आरोग्यसेवेचा कायदेशीर अधिकार! समाजातील वंचित घटकांसाठी विशेष तरतुदी!
- पिवळे, केशरी इ. कोणत्याही कार्डांची अट नाही! कोणालाही वगळायचे नाही!!
- सेवा घेताना पैसे देण्याची पद्धत बंद! पैसे नाहीत म्हणून आरोग्यसेवेपासून वंचित राहणे बंद!!
- अनावश्यक तपासण्या, औषधे, ऑपरेशन्स यांना फाटा!
- रुग्णांच्या लुटीला आळा!! धंदेवाईक विमा कंपन्यांना नव्या व्यवस्थेत प्रवेश नाही!!
- शहरी व ग्रामीण भागासाठी समान निकष!
- साध्या उपचारापासून ते गुंतागुंतीच्या उपचारापर्यंत एकसंध व्यवस्था!!
- राज्यातील जनता आजारी पडू नये यासाठी एक समग्र कार्यप्रणाली!
- लोकसहभागातून पारदर्शी, उत्तरदायी कारभाराची व्यवस्था! रुग्णांच्या हक्कांकडे विशेष लक्ष!!

सावध रहा, मेंढीच्या वेशात लांडगा येतोय...!

‘युनिव्हर्सल हेल्थ केअर’ आणि ‘युनिव्हर्सल हेल्थ इन्श्युरन्स’ यात गल्लत करू नका !!!

युनिव्हर्सल हेल्थ कव्हरेज...युनिव्हर्सल हेल्थ इन्शुरन्स.... या शब्दापासून सावधान! हे शब्द आणि त्यांचा जयघोष करणारे काही ‘भली माणसे’ सुद्धा आम्ही सगळ्यांना आरोग्य विमा पुरवू, सगळ्यांना ‘कव्हर’ करू असे म्हणत फिरत आहेत. सध्याच्या आरोग्य विमा योजना या प्रामुख्याने धंदेवाईक विमा कंपन्याचे आर्थिक हित सांभाळणाऱ्या आहेत. सामान्य माणसाला ‘थोडंस देऊन’, सरकारकडून बरेच काही घेणाऱ्या या योजना आहेत. अशा योजनांमुळे सार्वजनिक रुग्णालये सुधारणार नाहीत, खाजगी रुग्णालयांचे नियमन होणार नाही आणि परिणामी परिस्थिती सुधारणार नाही. तेव्हा सावध रहा...

लक्षात ठेवा की, ‘युनिव्हर्सल हेल्थ केअर’ ही यापेक्षा मूलतः वेगळी संकल्पना आम्ही येथे मांडण्याचा प्रयत्न करीत आहोत.

‘सर्वांसाठी आरोग्य-सेवा’ उभारणे शक्य आहे !

इतर विकसनशील देश उदा. थायलंड, ब्राझिल, श्रीलंका यांनी हे करून दाखविले आहे !!

भारतीय संविधानानुसार आरोग्य हा राज्य सूचीतील विषय आहे.
त्यामुळे राज्य सरकारला अशी व्यवस्था उभारण्याचा अधिकार आहे.
पण त्यासाठी महाराष्ट्रात सर्वात महत्त्वाची
गरज आहे ती राजकीय इच्छाशक्तीची !!

‘पुरोगामी’ महाराष्ट्रातील राजकीय पक्ष हे आव्हान स्वीकारण्यास तयार आहेत का?

सर्वात महत्त्वाचे म्हणजे आपण यासाठी
चळवळ करायला तयार आहात का?

‘सर्वांसाठी आरोग्यसेवेची व्यवस्था’ निर्माण करणे अर्थातच एक मोठे, गुंतागुंतीचे आणि बहुआयामी काम आहे. अशी व्यवस्था निर्माण करण्यासाठी महत्त्वाच्या चार घटकांचा आपण इथे परामर्श घेऊ. ते आहेत- आरोग्यसेवा पुरवणारी यंत्रणा, प्रशासन व लोक केंद्रीय व्यवस्थापन, आर्थिक नियोजन, आणि आरोग्य संवर्धनासाठी विविध सेवांचे सुसूत्रीकरण. या पायावर **‘सर्वांसाठी आरोग्यसेवेची व्यवस्था’** उभी राहील.

६.५ थोडक्यात पण महत्त्वाचे

- ‘सर्वांसाठी आरोग्यसेवा’ म्हणजे सर्व गरजूंना आरोग्यसेवा पुरविणे एवढेच नाही तर मुळातच लोक आजारी पडू नये याची सुद्धा काळजी घेणे होय!!
- महाराष्ट्रात अशी ‘सर्वांसाठी आरोग्यसेवा’ उभारणे शक्य आहे!
- ‘सर्वांसाठी आरोग्यसेवा’ची प्रमुख वैशिष्ट्ये
- ‘युनिव्हर्सल हेल्थ केअर’ आणि ‘युनिव्हर्सल हेल्थ इन्श्युरन्स’ ह्या दोन वेगळ्या संकल्पना आहे. त्यामुळे गल्लत करू नका !!!

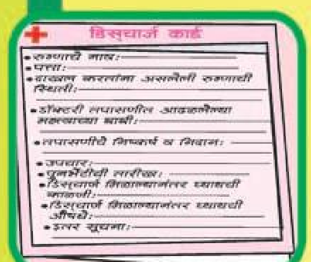
६.६ सरावासाठी प्रश्न

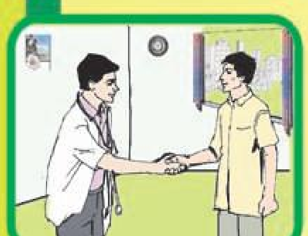
६.६.१ तुमच्या तालुक्यामध्ये सर्वांसाठी आरोग्यसेवा राबवायची आहे याचा प्रस्ताव तयार करा.

750 nos

मला रुग्ण हक्क माहिती आहेत, तुम्हाला?

चांगली आरोग्यसेवा मिळावी, डॉक्टर व रुग्ण यांच्यातील संबंध चांगले व्हावे यासाठी हॉस्पिटलमध्ये रुग्ण-हक्क व रुग्णांच्या जबाबदाऱ्या पाळल्या जाव्यात...





रुग्णांचे हक्क

- जखमी रुग्णाला जीवरक्षक प्रथमोपचार मिळायला पाहिजे.
- रुग्णाला त्याचा आजार व उपचार याबद्दल माहिती मिळायला पाहिजे.
- पुरेशी माहिती देणारे डिस्चार्ज कार्ड मिळायला पाहिजे.
- हॉस्पिटलमधील प्रमुख सेवांचे दरपत्रक मिळायला पाहिजे.
- शस्त्रक्रिया किंवा धोक्याच्या उपचाराआधी त्याबाबत पुरेशी माहिती देऊन रुग्णाची संमती घेतली पाहिजे.
- रुग्णाकडून डॉक्टरांना मिळालेली माहिती गोपनीय राहिली पाहिजे.
- रुग्णाला सेकंड-ओपिनियन (दुसऱ्या तज्ज्ञ डॉक्टरांचे मत) घेता आले पाहिजे.
- रुग्णाची मानवी प्रतिष्ठा व खाजगीपणा जपला गेला पाहिजे.
- एच.आय.व्ही.सह जगणाऱ्या रुग्णाला भेदभावरहित उपचार मिळायला पाहिजे.
- उपचारात पर्याय उपलब्ध असल्यास रुग्णाला स्वतःच्या जबाबदारीवर पर्याय निवडता आला पाहिजे.
- हॉस्पिटलमध्ये सूचना देण्याची व तक्रार निवारण्याची व्यवस्था असली पाहिजे.
- रुग्णावर संशोधन होणार असेल तर त्याबाबतची नैतिक तत्त्वे अधिकृत शासकीय धोरणाप्रमाणे पाळली पाहिजेत.
- सरकारी मदत मिळणाऱ्या धर्मादाय (ट्रस्ट) हॉस्पिटलमध्ये गरीब व आर्थिकदृष्ट्या दुर्बल घटकांतील रुग्णांना अनुक्रमे मोफत व सवलतीच्या दरात उपचारासाठी एकूण २० टक्के खाटा राखीव असल्या पाहिजेत.

रुग्णांच्या जबाबदाऱ्या

- आपल्या आरोग्यासंबंधी सर्व माहिती डॉक्टरांना सांगितली पाहिजे.
- तपासणी व उपचार यामध्ये डॉक्टरांना सहकार्य केले पाहिजे. डॉक्टरांच्या सूचना पाळल्या पाहिजेत.
- डॉक्टर व हॉस्पिटलच्या कर्मचाऱ्यांची प्रतिष्ठा आणि हक्क यांचा सन्मान केला पाहिजे.
- डॉक्टरांची ठरलेली फी, हॉस्पिटलचे बिल वेळेवर भरले पाहिजे.
- कितीही राग आला तरी हिंसेचा अवलंब न करणे.

रुग्ण हक्कांचा प्रचार-प्रसार करु या! रुग्ण हक्कांसाठी संघटित होऊन संवाद करु या!!

रुग्ण-हक्क समितीकरिता साथी द्वारा प्रकाशित

फ्लॅट नं. ३ व ४, अमन ई टेरेस, प्लॉट नं. १४०, डहाणूकर कॉलनी, कोथरूड, पुणे - ४११ ०२९, दूरध्वनी क्रमांक - २५४५१४१३, २५४५२३२५

UHC

UNIVERSAL HEALTH CARE

सर्वांसाठी आरोग्य सेवा

सामाजिक सेवांवर सामाजिक उत्तरदायित्वाविषयी कार्यकर्त्यांचा व्यापक व विशाल दृष्टिकोन तयार करण्यासाठी '**साथी' संस्थेने 'आरोग्यसेवांचे सामाजिक उत्तरदायित्व - प्रमाणपत्र कोर्स'** विकसित केला आहे. या कोर्सचा कालावधी एक वर्षाचा असून, या कोर्सला '**कर्वे समाज सेवा' संस्था, पुणे** या सामाजिक कार्याचे शिक्षण देणाऱ्या संस्थेची मान्यता मिळाली आहे.

कोर्सची वैशिष्ट्ये

- सामाजिक कार्याचे शिक्षण देणाऱ्या **कर्वे समाज सेवा संस्था, पुणे** यांची मान्यता.
- **शिक्षणाची अट -** किमान दहावी
- **संपर्क सत्र -** वर्षातून दोन संपर्क सत्र वर्षाअखेर प्रमाणपत्र प्रदान सोहळा
- **अभ्यास साहित्य -** आरोग्य अधिकाराच्या क्षेत्रात काम करणाऱ्या तज्ज्ञांनी विकसित केलेले अभ्यासपूर्ण वाचन साहित्य.
- **सोशल मीडिया -** दृक श्राव्य (Audio-Visual) माध्यमाच्या भरपूर उपयोग, पोस्ट, इंटरनेट, व्हॉटस् अप ग्रुपवरून माहितीची देवाण घेवाण.
- **दृष्टिकोन विकास -** आरोग्य व आरोग्यसेवेचा अधिकार, सार्वजनिक व खासगी आरोग्यसेवांवर देखरेख कशी करावी याची सखोल व व्यापक माहिती.
- **फिल्ड वर्क व अहवाल लेखन -** कार्यक्षेत्रात प्रत्यक्ष कामाचा अनुभव व केलेल्या उपक्रमाचे अहवाल लेखन कसे करायचे याचे आमच्या तज्ज्ञांकडून नियमित मार्गदर्शन.

आयोजक — साथी

मान्यता — ESTD. 1963 कर्वे समाज सेवा संस्था

अर्थसाहाय्य — कोपासा

SATHI - Flat No. 3 & 4, Aman E Terrace, Dahanukar Colony, Kothrud, Pune - 411029
Ph. No. (020) 25472325, 7588032218
Website - www.sathicehat.org, Email - sathicehat@gmail.com

March.2016