

निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र की सामाजिक जवाबदेही व उसका नियन्त्रण सुनिश्चित किया जाय।



भारत में, 'दुनिया' का सबसे बड़ा निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र है। हालाँकि यह विशाल क्षेत्र अब तक पूरी तरह से गैर जवाबदेह और अनियन्त्रित रहा है। मरीजों से मिले उनके अपने अनुभवों से पता चलता है कि किस प्रकार निजी अस्पताल व नर्सिंग होम में मरीजों का बार-बार आर्थिक शोषण होता है। साथ ही उन्हें अक्सर निम्न स्तर की व बेतुकी दवाएं दी जाती हैं। निजी स्वास्थ्य सेवाओं के दाम बेतहाशा बढ़े हैं। सन् १९८० और १९९० के मध्य वे दुगने से भी ज्यादा हो गए हैं। अनुमान लगाया जाता है कि आधे अधिक भारतीय परिवार, स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी खर्चों के कारण ही गरीब हो रहे हैं, जिसमें करीब ४ करोड़ भारतीय प्रति वर्ष इस खर्च के चलते गरीबी में धकेले जा रहे हैं। ऐसी प्रतिकूल परिस्थिति से सभी परेशान हैं। एक तरफ आम मरीज बाज़ारीकरण व निजीकरण की मार से त्रस्त है, और दूसरी तरफ संवेदनशील डॉक्टर व जनहित के लिए काम करने वाली गिनी-चुनी स्वास्थ्य सेवाएं बहुत दबाव महसूस कर रही हैं और उनके लिए नैतिक रूप से काम करना बहुत मुश्किल हो गया है।

कैसे बदल सकती है यह स्थिति ?

आज सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत करना और निजीकरण की नीतियों को रद्द करना, जनहित में आवश्यक है। इन बृहद उपायों के सन्दर्भ में, हम निजी स्वास्थ्य सेवा के बारे में अपने सुझाव रखना चाहते हैं। निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र पर विस्तृत सामाजिक नियन्त्रण की आज सख्त जरूरत हैं। इस नज़रिए से पेश किए गए अपने पॉलिसी ब्रीफ में हम निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र की स्थिति पर विस्तार से गौर करेंगे और उससे प्रभावशाली ढंग से निपटने के लिए ज़रूरी ठोस तरीके सुझाएंगे।



१९९० के बाद से निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र के बढ़ते महत्व से सम्बन्धित आंकड़े

निजी स्वास्थ्य सेवाओं का आज देश की स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था में खासा दबदबा है। भारत में स्वास्थ्य सेवा के विभिन्न हिस्सों में निजी सेवा प्रदाता का अंश नीचे देखा जा सकता है -

- ग्रेजुएट डॉक्टर (M.B.B.S.) - ९०%
- पोस्ट ग्रेजुएट डॉक्टर - ९५%
- ओ.पी.डी. सेवा (बाह्यसेवा) - ८०%
- इन डोर (अंतःरोगी) सेवा - ६०%
- मेडिकल कॉलेज - ३०%
- दवा उद्योग - ९९%
- चिकित्सा यंत्र उद्योग - १००%

१९९० के बाद से सरकार की नव उदार नीतियों के प्रभाव से वैश्वीकरण, निजीकरण और बाज़ारीकरण को बढ़ावा मिला है, जिसके फल स्वरूप निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र दिन दूना रात चौगुना बढ़ रहा है। डॉक्टर, मंत्री और स्वास्थ्य अधिकारी एवं मरीज, इन तीनों के लिए ही 'स्वास्थ्य सेवा' एक व्यापार बन गया है। जबकि यह एक ऐसा पेशा है, जिसे मानवता की सेवा के लिए समर्पित होना चाहिए था। अब यह बहुत हद तक मुनाफा बनाने वाला उद्योग हो गया है, जो एक ओर दवा कम्पनियों एवं दूसरी ओर महंगी डॉक्टरी शिक्षा के चंगुल में पूरी तरह फंसा हुआ है।

भारत में निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र के कुछ प्रमुख पहलू

१) भारत में निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र की विशेषताएं -

- यह क्षेत्र आज तक पूरी तरह अनियन्त्रित है। इसमें गुणवत्ता के कोई भी स्टैन्डर्ड नहीं हैं साथ ही तर्कहीनता भी व्यापक है। निजी क्षेत्र (Private Sector) का आधिपत्य आज स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में है। अतः इसने सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था को भी कमजोर कर दिया है।
- इसके बावजूद, कुछ गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा सुविधाएं और कुछ विश्वसनीय गैर लाभकारी अस्पताल आज भी गरीब, आदिवासी और कमजोर वर्गों की सेवा में लगे हुए हैं। लेकिन यह निजी प्रदाताओं का एक छोटा सा ही हिस्सा है, जबकि बहुत बड़ा हिस्सा ऐसा है जहां बड़े कार्पोरेशन, बड़े प्राइवेट अस्पताल, फर्जी धर्मार्थ अस्पताल, छोटे नर्सिंग होम व अशिक्षित झोला छाप डॉक्टर ही छाए हुए हैं, जिनमें नियन्त्रण का पूर्णतः अभाव है।
- वैश्वीकरण, निजीकरण और उदारीकरण के दौर में प्राइवेट मेडिकल कॉलेज और कॉर्पोरेट अस्पतालों की संख्या लगातार तेज़ी से बढ़ रही है।

२) वर्तमान निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र की मुख्य समस्याएँ -

- **घटिया स्टैन्डर्ड का बुनियादी ढांचा-** यद्यपि कुछ निजी सेवा प्रदाताओं ने भारत में अपनी सुविधाओं का भौतिक और व्यावसायिक स्टैन्डर्ड बनाए रखा है, लेकिन सेवाओं की गुणवत्ता एक जैसी नहीं है। आमतौर पर यह स्टैन्डर्ड से कम है। खासतौर पर मरीजों को जरूरी न्यूनतम अवसंरचना सुविधाएं नहीं मिलती हैं जैसे- पर्याप्त जगह, प्राइवेट, सफाई और प्रशिक्षित पैरामेडिकल स्टाफ इन सभी की कमी रहती ही है।
- **अत्यधिक/अतार्किक औषधियों से बेहद बर्बादी-** एंटीबायोटिक, विटामिन का अनावश्यक इस्तेमाल और दवाओं की गलत खुराक, तथा संदेहात्मक दवाएं देकर मरीजों से बेहिसाब पैसा लूटा जाता है।
- **गैर-जरूरी ऑपरेशन करने का प्रचलन भी चल पड़ा है-** इसका उदाहरण है गर्भाशयों को निकालने का ऑपरेशन, जो देश भर में कई जगहों पर हुए अध्ययन से ज्ञात हुआ है।
- **सर्जनों द्वारा ली गई फीस भी अक्सर बहुत ज्यादा होती है-** भारत में सिजेरियन प्रसव का खर्च प्रतिव्यक्ति की मासिक आय से कहीं ज्यादा है।
- **अत्यधिक जाँच-** स्वास्थ्य सेवाओं में कार्पोरेट हितों के प्रवेश के साथ ही अत्यधिक पॅथालोजिकल जाँच करने की प्रवृत्ति बढ़ी है। पिछले एक दशक में एक भाव मुनाफे के लिए काम करने वाली कुछ पॅथालॉजी लैब्स और डायग्नोस्टिक केन्द्रों ने बेहिसाब प्रचार किया है व मार्केटिंग रणनीतियाँ तैयार की हैं, और ये केन्द्र जनरल प्रॅक्टिसनर्स को कमीशन देकर मरीजों की गैर-जरूरी जाँच करवाते हैं।
- **डॉक्टरी नैतिकता का हनन-** मरीजों की स्वाभाविक कमजोरी और असहायता के चलते चिकित्सा आचार नीति अपेक्षा रखती है कि डॉक्टर का नैतिक कर्तव्य हो कि वह मरीज के हितों को सदैव सर्वोपरि रखे। लेकिन इस नैतिक सिद्धांत की हमेशा अवहेलना की जाती है। भारत में डॉक्टरों द्वारा पिछले दो दशक में सोनोग्राफी का दुरुपयोग कर के लाखों कन्या भ्रूण का गर्भपात किया गया है। व्यावसायिक सरोगेसी या स्थानापन्न मातृत्व, इस नई प्रजनन मेडिकल तकनीक का दुरुपयोग हो रहा है। नई दवाओं का ट्रायल करने के लिए मेडिकल नैतिकता को ताख पर रख कर मरीजों को ही गिनी पिग की तरह इस्तेमाल किया जा रहा है।
- **मरीजों के मानवाधिकारों का हनन-** उदाहरण के तौर पर आपात सेवा का अधिकार, सूचना का अधिकार, जानकारी के बाद सहमति का अधिकार, दूसरा विकल्प / राय लेने का अधिकार, विशेष उपचार के चयन का अधिकार आदि का

लगातार उल्लंघन होता है।

- भारत सरकार द्वारा कराए गए अध्ययन से पता चलता है कि ऐसे अस्पताल जिन्हें राज्य द्वारा सब्सिडी दी जाती है और गरीब मरीजों का निशुल्क इलाज करना उनकी जिम्मेदारी है, वे ऐसा करने में असफल रहे हैं।
- लाइसेंसी निजी डॉक्टरों द्वारा मेडिकल पेशे का दुरुपयोग और उनके विशेषाधिकारों का दुरुपयोग आम बात है।

असफल नियन्त्रण प्रणाली और निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र से सम्बन्धित प्रभावहीन कानून

१) असफल स्व नियन्त्रण-

मानक निश्चित करने हेतु तथा स्व नियन्त्रण करने में मेडिकल एसोसिएशन व काउंसिलें असफल रही हैं। दुनिया के सबसे बड़े निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्रों में से एक होने के बावजूद, जो कि भारत में ८०% स्वास्थ्य सेवा सुविधा उपलब्ध कराता है, लगभग नियन्त्रण विहीन ही है, यह एक चिंता का विषय है।

२) असफल वर्तमान क्रानूनी व्यवस्था-

भारत में तीन करोड़ से ज्यादा मुकदमों ढेर सारे न्यायालयों में लंबित पड़े हैं। विश्लेषकों का मानना है कि इस पूरे मामले को निपटाने में ३५० से ४०० वर्षों का समय लग जायेगा। हमारी क्रानूनी व्यवस्था का यह हाल देखकर हमें क्रतई उम्मीद नहीं है कि मेडिकल लापरवाही के विरुद्ध शिकायत लेकर न्यायालय में जाने से मरीजों को न्याय मिल पायेगा। साथ ही यह भी दिक्कत है कि कोई भी डॉक्टर किसी दूसरे डॉक्टर के खिलाफ बयान नहीं देना चाहता है। इसी प्रवृत्ति के कारण उपभोक्ता संरक्षण प्रकोष्ठ अधिकार कोर्ट से भी मेडिकल लापरवाही के मामले साबित करना कठिन होता है। इसमें कोई आश्चर्य नहीं कि न्यायपालिका या उपभोक्ता कोर्ट निजी मेडिकल सेक्टर का नियन्त्रण करने में कोई भूमिका नहीं निभा पाता है।

३) डॉक्टरों के क्लिनिक के रजिस्ट्रेशन से सम्बन्धित कमज़ोर व अपर्याप्त कानून-

महाराष्ट्र जैसे राज्यों में पंजीयन के लिए आज तक बॉम्बे नर्सिंग होम पंजीयन अधिनियम (BNHRA), १९४९ ही लागू है। यह कानून सिर्फ नर्सिंग होम के पंजीयन के लिए ही है। इसमें ऐसा कोई प्रावधान नहीं है, जो निजी मेडिकल क्षेत्र को प्रभावी ढंग से विवेकपूर्ण व मानकीकृत करने में सक्षम हो। उसी तरह, कर्नाटक और आंध्रप्रदेश जैसे राज्यों में भी विभिन्न कानूनों की वही स्थिति है। राष्ट्रीय चिकित्सकीय संस्थान अधिनियम २०१० को बहुत से राज्यों द्वारा अभी तक लागू नहीं किया गया है।

निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र का नियमन करने के लिए लोकाभिमुख ढांचे के कुछ महत्वपूर्ण तत्व -

नियमन करने वाली संरचना में होना चाहिए-

- १) मरीजों के अधिकार की रक्षा, पारदर्शिता, सूचित निर्णय और चयन, पसंद और मना करने की मरीजों की आजादी।
- २) प्रत्येक मरीज के लिए बेहतर गुणवत्ता सेवा, विवेकपूर्ण, साक्ष्य आधारित उपचार जो निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र द्वारा उचित दरों पर उपलब्ध कराये जाये।

१ इस कानून का अधिकारिक नाम 'नैदानिक स्थापन (रजिस्ट्रीकरण और विनियमन) अधिनियम २०१०' है। इस दस्तावेज में उसे CEA 2010 भी कहा गया है।

- ३) नैतिक निजी सेवा प्रदाताओ, छोटे नर्सिंग होम और विश्वसनीय धर्मार्थ अस्पतालों और आदिवासी व कमजोर इलाको में काम करने वाली स्वास्थ्य सुविधाओ की चिंता का ख्याल।
४. मानक और ईलाज दिशानिर्देशों के नाम पर, कॉर्पोरेट अस्पतालों को अपने हित थोपने से रोकना। छोटे अस्पतालो और जनार्थ काम करने वालो स्वास्थ्य संस्थाओं के मुद्दों को ध्यान में रखना।



स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में कॉर्पोरेट शक्तियों का बढ़ता दबदबा



बाबू-राज के खतरे

५. बाबू-राज लाने से बचाव, नागरिक, मरीजों के प्रतिनिधि, स्वयंसेवी संस्थाओ और स्वास्थ्य सेवा व्यावसायियों से मिलकर बनी साझेदार संस्था के प्रति अधिकारियों की जवाबदेही और भ्रष्टाचार निरोध।
६. डॉक्टर और मरीजों के लिए प्रभावी और जनोपयोगी शिकायत निवारण प्रणाली।

राष्ट्रीय चिकित्सकीय संस्थान अधिनियम २०१०

(Clinical Establishments Act 2010 (CEA))

केंद्र सरकार द्वारा पारित अधिनियम निःसंदेह स्वास्थ्य सेवा के व्यय और गुणवत्ता मानकीकरण की तरफ एक कदम है।

केन्द्रीय कानून में कुछ महत्वपूर्ण तत्व-

- ईलाज के लिए मानक दिशानिर्देश का प्रावधान
- दरों की मानकीकरण के तरफ प्रयास
- संस्थानों द्वारा दरों का प्रदर्शन
- यह कानून लगभग सभी चिकित्सीय संस्थानों / सभी मेडिसीन शाखाओ को पंजीकृत करता है, न कि सिर्फ एलोपैथी को।

वर्तमान राष्ट्रीय कानून में कमी व समस्याएँ

- चिकित्सकीय संस्थान कानून (CEA) के क्रियान्वयन के लिए अलग से स्वायत्त ढाँचा, अतिरिक्त स्टाफ (और सम्बन्धित बजट) की कोई बात नहीं की गई है। निजी स्वास्थ्य सेवा में, आज शासकीय सेवाओं की तुलना में ५-६ गुना ज्यादा डॉक्टर हैं। इतने व्यापक निजी क्षेत्र की प्रभावी रूप से निगरानी करना बहुत कठिन काम है। इस कानून के मुताबिक राज्य स्तर पर पहले से ही बोझिल हो चुके स्वास्थ्य सेवा संचालनालय और जिले स्तर पर जिला पंजीयन प्राधिकरण, जो जिला कलेक्टर व जिला स्वास्थ्य अधिकारी से मिल कर बना है, को दी गई है। अतिरिक्त स्टाफ के अभाव में यह खतरा है कि यह कानून सिर्फ कागजों में सिमट कर रह जायेगा।
- जिले पर कोई साझेदार (multi-stakeholder) समीक्षा समिति नहीं है, जिसमें मरीजों / ग्राहकों के प्रतिनिधि, स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्यरत स्वयंसेवी संस्था और डॉक्टर शामिल हों। जिला पंजीयन प्राधिकरण के सभी सदस्य या तो डॉक्टर है या अधिकारी। स्वास्थ्य अधिकार संघटनों के प्रतिनिधि सहित अन्य साझेदारों के लिए इसमें कोई औपचारिक जगह नहीं है।
- मरीजों के अधिकारों की रक्षा का कोई प्रावधान / जिक्र नहीं।
- मरीजों के लिए कोई शिकायत निवारण प्रणाली नहीं, शिकायत करने की व्यवस्था नहीं है।
- जिस तरह यह कानून सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा को देखता है, वह समस्यामूलक है। मानकों को पूरा न करने पर संस्थान को बंद करने या दंड भरने का प्रावधान, सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं की दृष्टि से गैर-वाजिब है। विशेषकर जहाँ सार्वजनिक सेवाओं का विस्तृत जन-सरोकार होता है, और जहाँ निजी सुविधाओं से अलग ढंग से जवाबदेही तय करने की जरूरत होती है। इसके साथ, नियमन के लिए अलग से सार्वजनिक अधिकारी रखने का प्रावधान, जो वर्तमान सरकारी स्वास्थ्य अधिकारियों से स्वायत्त हो ज्यादा अच्छा होगा।
- नियमन ढाँचे में क्लीनिकल संस्थानों के लिए पुलिस अधिकारी को रखना अवांछित है, और डॉक्टरों का इस बारे में संशय वाजिब है।
- यदि संस्थानों को स्थायी पंजीकृत कर दिया गया तो, किसी नागरिक / मरीज की उस संस्थान के प्रति शिकायत कि वह न्यूनतम मानकों का पालन नहीं कर रहा, के लिए कोई जगह नहीं बचेगी।
- कानून में कुछ प्रावधान अव्यावहारिक और अप्रासंगिक है-
 - १) मिसाल के तौर पर चिकित्सीय संस्थान में लाए गए किसी व्यक्ति की आपात मेडिकल स्थिति को स्थिर करने की बाध्यता समस्याग्रस्त है। मान लीजिए किसी हृदयाघात आये मरीज को सिर्फ विशेषज्ञता प्राप्त यूनिट में ही स्थिर किया जा सकता है, न कि किसी आँख वाले अस्पताल में।
 - २) एकल डॉक्टर वाले बाह्यरोगी क्लिनिक के लिए संरचनात्मक आवश्यकताओं को तय करने का कोई बहुत व्यावहारिक मायने नहीं है।
- क्लीनिकल संस्थानों के लिए मानक तय करने की प्रक्रिया बेहद केंद्रीकृत है। यह राष्ट्रीय स्तर पर ही की जा सकती है। हाल की स्थिति से यह डर पनपा है कि कानून में ऐसे केंद्रीकृत फैसलों को बड़े व्यावसायिक अस्पताल आसानी से अपने पक्ष में करके गैर-जरूरी ऊँचे पैमाने तय करने नियमों में अपना प्रभाव जमा रहे है, जिससे छोटे अस्पताल उन्हें पूरा न कर सके।

CEA में गंभीर कमी के सन्दर्भ में कार्यवाही की जरूरत

अरुणाचलप्रदेश, हिमाचलप्रदेश, मिजोरम, सिक्किम और सभी संघशासित प्रदेशों ने गजट अधिसूचना क्रमांक दिनांक २८ फरवरी २०१२ से केन्द्रीय कानून को अपने वर्तमान प्रारूप में १ मार्च २०१२ से अपना लिया है।

उत्तरप्रदेश, राजस्थान, बिहार और झारखण्ड राज्य ने संविधान की धारा २५२ (१) के तहत इस कानून को स्वीकार कर लिया है।

केरल और पंजाब अपना स्वयं का कानून बना रहे हैं। महाराष्ट्र भी सिविल सोसायटी के सहयोग से राज्य क्लिनिकल संस्थान अधिनियम बनाने जा रहा है।

स्वास्थ्य सेवा, भारतीय संविधान में राज्य का विषय है

किसी भी प्रदेश सरकार के लिए अनिवार्य नहीं कि वह CEA २०१० को वर्तमान प्रारूप में स्वीकार करे।

प्रदेश सरकार के पास अधिकार और शक्तियाँ हैं कि वह केन्द्रीय CEA २०१० के सभी सकारात्मक आयामों को लेकर और उक्त कानून में व्याप्त कमियों और खामियों को दूर कर स्वयं का बेहतर राज्य CEA अधिनियम बनाये।

राज्यों को चाहिए कि वह केन्द्रीय CEA की तुलना में बेहतर व संशोधित कानून लाए।

साथ ही राष्ट्रीय नियमन व्यवस्था को लोकहितकारी दिशा में बदलने के प्रयास होने चाहिए।

स्वास्थ्य अधिकार कर्मियों और स्वास्थ्य के मुद्दे पर कार्यरत स्वयंसेवी संगठनों को तुरंत हस्तक्षेप कर जनपक्षीय, संशोधित राज्य CEA जो केन्द्रीय कानून में व्याप्त कमजोरियों से मुक्त हो की माँग करनी चाहिए।

राज्य सरकार को स्वास्थ्य अधिकार कर्मियों, स्वास्थ्य क्षेत्र में कार्यरत स्वयंसेवी संगठनों, मरीजों के प्रतिनिधियों और उपभोक्ता अधिकार कर्मियों और विवेकी डॉक्टरों के समूह सहित डॉक्टरों के संघों से परामर्श किये बिना कोई भी कानून एकतरफा तरीके से नहीं लाना चाहिए। राज्य को ऐसा विधान बनाते समय प्रस्तावित कानून में शामिल विभिन्न मुद्दों पर चर्चा करने के लिए साझेदार परिचर्चाएँ आयोजित करना चाहिए।

लोगों के हित में, किसी भी CEA में यह प्रावधान होने चाहिए

१. अलग स्वायत्त नियमन ढाँचा, विभिन्न स्तरों पर अतिरिक्त स्टाफ, क्रियान्वयन की प्रणाली और सम्बन्धित समर्पित बजट प्रदान करने के लिए संशोधन। अन्यथा डर है कि यह कानून कागज में सिमट कर रह जायेगा।
२. एक उपबंध / प्रावधान जो जिला स्तर पर बहु-साझेदार जिला अपीलिय निकाय की व्यवस्था रखे जो स्थानीय पंजीयन प्राधिकरण के फैसलों की समीक्षा मंच की तरह काम करे।
३. मरीजों के मानवाधिकारों का पालन, प्रदर्शन के प्रावधान को शामिल करना और जिला स्तर पर मरीजों के लिए शिकायत निवारण प्रणाली।
४. किसी क्लीनिकल संस्थान के सम्बन्ध में मरीज या नागरिकों द्वारा शिकायत पर कार्यवाही करने की व्यवस्था और क्षेत्रीय और प्रादेशिक स्तर पर अलग-अलग आयोग जो रोगियों के अधिकारों के हनन संबंधी शिकायतों पर जाँच करे।
५. एकल डॉक्टर बाह्य-रोगी क्लीनिक्स के लिए अवसंरचनात्मक जरूरत को दूर करना (ऐसे क्लिनिक की प्रक्रिया मानक जैसे उपचार दिशानिर्देशों को पूरा करना चाहिए)
६. नियम में बताये विशिष्ट अस्पताल और नर्सिंग होम जैसे सर्जिकल, मेडिकल, स्त्रीरोग, आर्थोपेडिक संस्थानों, जहाँ आपात चिकित्सा देना संभव है, में आपात चिकित्सा अनिवार्य करना, बजाय अन्य विभिन्न चिकित्सकीय संस्थानों में जैसे आँख का अस्पताल या बाह्य-रोगी क्लिनिक जहाँ ऐसी इमरजेंसी सेवा नहीं दी जा सकती।
७. केंद्र स्तर पर नहीं, बल्कि राज्य स्तर पर मानकीकरण की प्रक्रिया तय करना।

कार्यवाही के मोर्चे

अ. स्वास्थ्य कार्यकर्ता और सामाजिक संगठनों को ऐसे मामले उठाने चाहिए और दस्तावेजीकरण करना चाहिए-

- रोगी अधिकार हनन के मामलों, जिसमें ज्यादा शुल्क लेना, जानकारी देने, सूचित सहमति, आपात सेवा, विभेद न करने आदि के मौलिक अधिकारों का हनन।
- प्रमुख डॉक्टरों का बयान जो मेडिकल सेक्टर के बढ़ते व्यवसायीकरण, बेतुके प्रक्रियागत ईलाज, गैर-जरूरी जाँच और मेडिकल व्यवसाय पर बढ़ते कॉर्पोरेट प्रभाव से असंतुष्ट है।

ब. ऐसी संग्रहित कहानियों, बयानों को मीडिया में व्यापक रूप से प्रचारित प्रसारित करना चाहिए ताकि निजी स्वास्थ्य सेवा के नियमन की बहस को एजेंडा में लाया जा सके।

क. उन प्रदेश सरकारों पर उचित दबाव बनाने की जरूरत है, जिन्होंने अब तक केन्द्रीय CEA कानून को व राज्य कानून को सहभागी तरीके से बनाने और लागू करने के लिए नहीं अपनाया है। स्वास्थ्य अधिकार कर्मी और संगठन विभिन्न तरीके से अभियान चला सकते हैं, जिसमें समुदाय, भारतीय मेडिकल एसोसियेशन के स्थानीय प्रतिनिधि और व्यक्तिगत संवेदनशील निजी डॉक्टरों के साथ संवाद करें, जो निजी मेडिकल क्षेत्र पर किसी तरह का नियन्त्रण चाहते हैं।

गौरतलब है कि महाराष्ट्र में जन आरोग्य अभियान (JAA) के एडवोकेसी और लामबंदी के जवाब में स्वास्थ्य मंत्रालय ने महाराष्ट्र में प्रदेश केंद्रित CEA कानून बनाने का निर्णय लिया है। उसे बनाने के लिए एक समिति गठित की गई, जो महाराष्ट्र के लिए CEA कानून लाने की प्रक्रिया में है।

JAA ने राज्य स्वास्थ्य मंत्रालय को महाराष्ट्र चिकित्सा संस्थान अधिनियम का प्रारूप सौंप दिया है, जिसे केन्द्रीय कानून में बदलाव की जरूरत, रोगी और नागरिकों की चिंताओं को ध्यान में रखते हुए यथोचित सुधार करके बनाया गया है। www.privatehospitalwatch.org वेबसाइट में यह उपलब्ध भी हैं।

राजनैतिक इच्छाशक्ति की कमी



- इ. जन स्वास्थ्य अभियान, स्वास्थ्य अधिकार कर्मी और नागरिक समाज संगठनों जैसे स्वास्थ्य अधिकार गठबंधनों को अपने प्रदेश में राज्य स्तरीय चिकित्सीय संस्थान कानून के लिए सक्रियता से पैरवी करनी चाहिए।
- ई. खासतौर पर ऐसे राज्य जिन्होंने केन्द्रीय कानून को अपना लिया है, प्रयास किए जाने चाहिए कि राष्ट्रीय नियमों में बदलाव सुझाये जाए और राष्ट्रीय मानक तय करने की प्रक्रिया में हस्तक्षेप किए जाए। जनवरी २०१४ तक इस दिशा में काफी सकारात्मक पहल हुई है।

स्वास्थ्य मंत्रालय ने जन स्वास्थ्य अभियान (JSA) को राष्ट्रीय परिषद की तीन उप-समितियों में आमंत्रित किया है, कि वे –

- १ अस्पतालों व चिकित्सकीय संस्थानों के लिए न्यूनतम मानक का प्रारूप तैयार करें।
- २ अस्पतालों के लिए दरों की श्रेणी तैयार करें।
- ३ अस्पतालों से सूचना इकट्ठा करने का प्रारूप तैयार करें।

तुरंत यह माँग उठानी चाहिए कि चिकित्सीय संस्थानों द्वारा सिर्फ भौतिक मानक ही नहीं बल्कि सेवादाता रोगी संबंधों, विशेषकर रोगी अधिकारों के पालन के लिए प्रक्रियागत मानकों का भी पालन किया जाए।

हमें माँग करनी चाहिए कि राज्य सरकारें, निजी स्वास्थ्य सेवा सेक्टर को नियंत्रित करने के लिए तुरंत अपने परिपूर्ण चिकित्सकीय संस्थान अधिनियम (Clinical Establishments Act 2010 (CEA)) ले कर आँ

कानून में मुख्य निम्नलिखित बदलाव होने चाहिए -

- प्रभावी शिकायत निवारण प्रणाली सहित रोगी अधिकारों को संरक्षण।
- नैतिक डॉक्टरों, छोटे अस्पतालों व सीमित संसाधनों में दुर्गम आदिवासी इलाकों में काम करने वाले धर्मार्थ अस्पतालों की वाजिब चिंताओं को ध्यान में रखते हुए प्रावधान।
- कॉर्पोरेट हित व भारतीय मेडिकल संघ (IMA) के एकतरफा हितों को कानून के नियम बनाने की प्रक्रिया को प्रभावित करने से रोकना।

जनपक्षीय सामाजिक जवाबदेही के ढांचे को कानून में स्थापित करना; स्थानीय पंजीयन प्राधिकरण के खिलाफ शिकायत के लिए साझेदार राज्य एवं जिला अपीलीय निकाय, रोगी अधिकारों के हनन के मामले देखने के लिए क्षेत्रीय व प्रादेशिक स्तरीय आयोग।

निजी मेडिकल सेक्टर का नियन्त्रण, स्वास्थ्य क्षेत्र को जनपक्षीय दिशा में ले जाने के विस्तृत योजना का एक छोटा सा हिस्सा है। इस योजना में शामिल है, लोगों की जरूरत के प्रति जवाबदेह बनाते हुए सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था को मजबूत और व्यापक बनाना, और सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा के विभिन्न प्रकार से निजीकरण को वापस लेना। निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता का नियन्त्रण, दवा उद्योग और निजी चिकित्सा शिक्षा के प्रभावी नियंत्रण का हिस्सा है, ताकि निजी डॉक्टर भी सार्वजनिक हित का अनुपालन करें, और समाज के प्रति जवाबदेह स्वास्थ्य व्यवस्था का हिस्सा बनें।



साथी, पुणे द्वारा प्रकाशित पालिसी ब्रीफ

Flat no. 3 & 4, Aman E-Terrace, Plot no. 140, Dahanukar Colony, Kothrud, Pune
411 029. Tel. : 91-20- 65006066. Email: sathicehat@gmail.com, Website:
www.sathicehat.org



March, 2014