



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
আইন কমিশন
বিচার প্রশাসন প্রশিক্ষণ ইনস্টিটিউট ভবন
১৫ কলেজ রোড, ঢাকা - ১০০০
ফ্যাক্স : ০২৯৫৬০৮৪৩
ই-মেইল : info@lc.gov.bd
ওয়েব : www.lc.gov.bd

স্বাস্থ্যসেবা আইন প্রণয়ন সংক্রান্ত আইন কমিশনের সুপারিশ সম্বন্ধিত ধারণাপত্র ও খসড়া আইন প্রারম্ভিকাঃ

দেশের জনগণের পুষ্টির ও জনস্বাস্থ্যের উন্নতি সাধন বাংলাদেশের সংবিধানের ১৮ অনুচ্ছেদ অনুযায়ী রাষ্ট্রের অন্যতম দায়িত্ব। বিভিন্ন আর্থ-সামাজিক এবং রাজনৈতিক সীমাবদ্ধতা সত্ত্বেও সাম্প্রতিক বছরগুলোতে বাংলাদেশ তার উপর্যুক্ত রাষ্ট্র পরিচালনার মূলনীতিকে অগ্রাধিকার প্রদান করে মাতৃ ও শিশু স্বাস্থ্য খাতে প্রভূত উন্নতি সাধনসহ পোলিও নির্মূল এবং স্বাস্থ্য সূচক এবং সার্বিক মানোন্নয়নের মাধ্যমে আন্তর্জাতিক অঙ্গনে তার ভাবমূর্তি উজ্জ্বল করেছে। বর্তমানে দেশে সদ্যপ্রসূত শিশুর শতকরা ৫২ ভাগই রোগবিহীন হয়ে জন্ম গ্রহণ করে, যা সুস্থ ও সবল জাতি হিসেবে বাংলাদেশের উজ্জ্বল ভবিষ্যতের ইঙ্গিত প্রদান করে।

প্রেক্ষাপটঃ

স্বাস্থ্যখাতে উপর্যুক্ত অর্জনসমূহ সত্ত্বেও এ কথা অনস্বীকার্য যে সামগ্রিক বিবেচনায় দেশের স্বাস্থ্যসেবা, বিশেষ করে চিকিৎসা সেবার মান বিদ্যমান বিভিন্নমুখী সমস্যার কারণে আজও কাঙ্ক্ষিত মাত্রা অর্জন করতে পারেনি। বাংলাদেশের প্রতি দুই হাজার নাগরিকের বিপরীতে মাত্র একজন ডাক্তার নিয়োজিত থাকা কিংবা প্রতি পাঁচ হাজার নাগরিকের বিপরীতে মাত্র একজন নার্স নিয়োজিত থাকার বিষয়টি স্বাস্থ্য খাতে বিরাজমান বাস্তবতার নিরিখে কিংবা নিছক পরিসংখ্যানগত মূল্যায়নে-কোন দিক থেকেই আশাব্যঞ্জক নয়।

স্বাস্থ্যসেবা আইনের প্রয়োজনীয়তাঃ

বর্তমানে স্বাস্থ্যসেবার মানোন্নয়নের মাধ্যমে সাংবিধানিক দায়িত্ব পূরণ করার নানামুখী ইতিবাচক পদক্ষেপ সরকার কর্তৃক বাস্তবায়িত হচ্ছে। ইতোমধ্যে ২০১১ সালে বাংলাদেশে জাতীয় স্বাস্থ্য নীতি গৃহীত হয়েছে এবং উক্ত স্বাস্থ্যনীতিতে বাংলাদেশের প্রতিটি নাগরিকের যথাযথ স্বাস্থ্যসেবা পাওয়ার অধিকারকে একটি মৌলিক অধিকার হিসেবে স্বীকৃতি প্রদান করা হয়েছে। উক্ত স্বাস্থ্য নীতিতে সুস্বাস্থ্য এর সংজ্ঞাকে কেবল শারীরিক সুস্থতার গন্ডির মধ্যে সীমাবদ্ধ না রেখে সামগ্রিক শারীরিক-মানসিক ও সামাজিক কল্যাণবোধের সম্প্রসারিত অর্থে ব্যবহার করা হয়েছে, যা স্বাস্থ্যসেবার অভীষ্ট লক্ষ্যমাত্রাকে আন্তর্জাতিক মানদণ্ডের নিরিখে গ্রহণযোগ্য করেছে।

কিন্তু তা সত্ত্বেও বিভিন্ন ক্ষেত্রে, বিশেষ করে দেশের আইনি কাঠামোতে, দেশের জনসাধারণের স্বাস্থ্য মান ও পুষ্টির স্তর-উন্নয়ন, স্বল্প খরচে উন্নত ও কার্যকর চিকিৎসা সেবা লাভ এবং সর্বোপরী রোগী ও ডাক্তার উভয়ের সুরক্ষা প্রদান সংক্রান্ত স্বয়ংসম্পূর্ণ একটি আইনের প্রয়োজনীয়তা দীর্ঘদিন যাবৎ অনুভূত হয়ে আসছে। স্টেক-হোল্ডারদের ধারাবাহিক অনুরোধের প্রেক্ষিতে এ সম্পর্কিত একট পূর্ণাঙ্গ আইন প্রণয়নের উদ্দেশ্যে আইন কমিশন ২০১৪ সালে তার গবেষণা কর্মক্রম আরম্ভ করে।

গবেষণা পদ্ধতি (অনুষ্ঠিত ফিল্ড স্ট্যাডি/সেমিনার/ওয়ার্কশপ):

এই আইন প্রণয়নে পরিচালিত গবেষণা কার্যক্রমে স্বাস্থ্যসেবাকে কেবলমাত্র চিকিৎসা সেবা গ্রহণ ও প্রদান কিংবা রোগী ও ডাক্তারদের মধ্যে সীমাবদ্ধ না রেখে দেশের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের সকল অন্তরায়সমূহকে বিবেচনায় এনে একটি সমন্বিত ও তুলনামূলক বিশ্লেষণের মাধ্যমে স্বাস্থ্য খাতে বিরাজমান সমস্যার স্বরূপ উন্মোচন ও তার সম্ভাব্য সমাধান উপস্থাপন করার চেষ্টা করা হয়েছে। এই প্রয়াসের অংশ হিসেবে আইন কমিশন দেশের চিকিৎসা বিদ্যা তথা মেডিকেল শিক্ষা ব্যবস্থার বর্তমান অবস্থা, সরকারী ও বেসরকারী মেডিকেল কলেজে শিক্ষার মান

সংক্রান্ত পার্থক্য, চিকিৎসা শাস্ত্রে বিশেষায়িত ডিগ্রী প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের অপরিপূর্ণতা, সরকারী ও বেসরকারী হাসপাতালে চিকিৎসা সেবার তুলনামূলক মান, হাসপাতালের জরুরী বিভাগ হতে শুরু করে অপারেশন থিয়েটার পর্যন্ত চিকিৎসা সেবা গ্রহণ ও প্রদানে বিদ্যমান সমস্যাবলী, ব্লাড ব্যাংক, প্রশাসনিক ব্যবস্থাপনাজনিত বিপর্যয়, আধুনিক ঔষধ ব্যবস্থাপনার অভাব প্রভৃতি বিষয় নিবিড়ভাবে পর্যবেক্ষণ করেছে এবং প্রস্তুতকৃত খসড়া আইনে উক্ত বিষয়গুলিকে সন্নিবেশিত করেছে।

গবেষণা কার্যক্রম পরিচালনার অংশ হিসেবে আইন কমিশনের গবেষক দল রাজশাহী মেডিকেল কলেজ ও হাসপাতাল, চট্টগ্রাম মেডিকেল কলেজ ও হাসপাতাল এর শিক্ষাদান ও চিকিৎসা সেবা প্রদান কার্যক্রম সরজমিনে প্রত্যক্ষ করেছে এবং উপর্যুক্ত মেডিকেল কলেজসমূহে নিযুক্ত চিকিৎসকদের সাথে অভিজ্ঞতা বিনিময়সহ বর্তমান আইনে অন্তর্ভুক্ত বিভিন্ন সুক্ষ্ম বিষয় সম্পর্কে সম্যক ধারণা অর্জন করেছে, যা গবেষণা কার্যক্রমকে অধিকতর সমৃদ্ধ করেছে। এছাড়া আইন কমিশন স্বাস্থ্যসেবা আইন সম্পর্কে দেশের বরণ্য চিকিৎসকগণের মন্তব্য গ্রহণের জন্য তাঁদের আইন কমিশনের কার্যালয়ে আমন্ত্রণ জানায়। তার প্রেক্ষিতে জাতীয় অধ্যাপক, বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক, বিএমডিসি ও বিএমএ-এর নেতৃবৃন্দসহ অসংখ্য নবীন ও প্রবীন চিকিৎসক ভিন্ন ভিন্ন ভাবে এ আইন সম্পর্কে তাদের মূল্যবান মতামত পেশ করেন, যা আইনের খসড়া প্রস্তুতকালে গুরুত্বের সাথে বিবেচনা করা হয়েছে। এছাড়া, ২০১৬ সালে একাধিক জাতীয় পত্রিকায় বিজ্ঞাপন প্রদানের মাধ্যমে আইন কমিশন স্বাস্থ্যসেবা আইন প্রণয়নের লক্ষ্যে সকলের মতামত আহ্বান করে একটি জাতীয় কর্মশালার আয়োজন করে। উক্ত কর্মশালায় চিকিৎসক, রোগী, সাধারণ নাগরিক, সাংবাদিক, বিচারক, মেডিকেল টেকনিশিয়ান, আইনজীবীসহ সমাজের বিভিন্ন স্তরের মানুষ উপস্থিত হয়ে স্বাস্থ্যসেবা আইনকে তারা কিরূপে দেখতে চান সে সম্পর্কে তাদের মতামত তুলে ধরেন। উক্ত কর্মশালা হতে প্রাপ্ত তথ্যাদি এ আইন প্রণয়নে বিশেষ অবদান রেখেছে করেছে।

উল্লেখ্য যে, এই আইন প্রণয়নের গৃহীত গবেষণার কার্যক্রমের অংশ হিসেবে ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের সমাজকল্যাণ ইনস্টিটিউটের অধ্যাপক ড. রবিউল ইসলামের তত্ত্বাবধানে একটি ফিল্ড স্ট্যাডি পরিচালিত হয়। উক্ত স্ট্যাডিতে প্রাপ্ত তথ্য-উপাত্ত যাচাইক্রমে আইনটিতে বিভিন্ন গুরুত্বপূর্ণ বিধান অন্তর্ভুক্ত করা হয়।

২০১৬ সালের ডিসেম্বর মাসে ইংল্যান্ডের General Medical Council, Care Quality Commission ও Nursing and Midwifery Council এর আমন্ত্রণে আইন কমিশনের গবেষক দল উক্ত প্রতিষ্ঠানসমূহ পরিদর্শন করেন। উক্ত প্রতিষ্ঠানসমূহে নিযুক্ত কর্মকর্তাগণের সাথে আইন কমিশনের প্রতিনিধিবৃন্দের একাধিক সভা অনুষ্ঠিত হয় যার মাধ্যমে প্রতিনিধিগণ স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত বিভিন্ন আধুনিক ধারণা লাভসহ একটি আধুনিক হাসপাতাল ও চিকিৎসা সেবা ব্যবস্থাপনা সম্পর্কে বিশদ ধারণা লাভ করেন, যা আইনের খসড়াটিকে অধিকতর সমৃদ্ধ, জনবান্ধব ও সর্বোপরি একটি আধুনিক আইনে রূপান্তরিত করতে বিশেষভাবে সাহায্য করেছে। এর পাশাপাশি আইন কমিশনের প্রতিনিধি দল বিট্রেনের স্বাস্থ্যসেবা সংশ্লিষ্ট ট্রাইব্যুনালসমূহের শুনানীতে অংশগ্রহণসহ অন্যান্য কার্যক্রম সরজমিনে প্রত্যক্ষ করেন। উক্ত অভিজ্ঞতার নিরিখে প্রাসঙ্গিক বিধানসমূহ বর্তমান আইনটিতে সন্নিবেশিত করা হয়েছে।

প্রচলিত আইনের সাথে তুলনামূলক পর্যালোচনাঃ

বিশ্বের সকল উন্নত রাষ্ট্রে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত আইন রয়েছে। যদিও বাংলাদেশে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত নির্দিষ্ট আইনের অভাবে ভোক্তা অধিকার সংরক্ষণ আইন, ২০০৯ এর মাধ্যমে চিকিৎসা অবহেলা সংক্রান্ত বিচ্ছিন্ন কিছু প্রতিকার প্রদানের প্রচেষ্টা করা হয়েছে বা অন্যান্য পদক্ষেপ গৃহীত হয়েছে, কিন্তু সে সকল প্রতিকার বা পদক্ষেপসমূহ প্রয়োজনের তুলনায় যথেষ্ট নয়। সর্বোপরি স্বাস্থ্যসেবার সাথে সম্পর্কিত বিদ্যমান সমস্যাসমূহের মূল কারণ অনুসন্ধানপূর্বক কার্যকর পদক্ষেপ গ্রহণ ব্যতিরেকে কেবলমাত্র তার আংশিক প্রতিকার এর প্রচেষ্টা করা প্রকারান্তে সমস্যাকে প্রশয় দেয়ারই সামিল। তাই বাংলাদেশের পবিত্র সংবিধানে উল্লিখিত লক্ষ্যমাত্রা অর্জনে সক্ষম এমন একটি আইন প্রণয়নে আইন কমিশন বিশেষ গুরুত্ব প্রদান করেছে।

সুপারিশকৃত স্বাস্থ্যসেবা আইন, ২০১৭ এর মূল বিষয়সমূহঃ

সুপারিশকৃত আইনটিতে-

- নাগরিক, স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী ব্যক্তি ও প্রতিষ্ঠান এর অধিকার ও দায়দায়িত্ব নির্ধারণ করা হয়েছে,
- স্বাস্থ্যসেবার মানোন্নয়নে সরকারের দায়িত্ব নির্ধারণ করা হয়েছে,
- স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত বিষয়াদি তদারকির জন্য জাতীয় স্বাস্থ্য কমিশন গঠনের প্রস্তাব করা হয়েছে,
- চিকিৎসা সেবায় অবহেলা ও অবহেলাজনিত ক্ষতিসহ এ সংক্রান্ত বিরোধসমূহ নিষ্পত্তির জন্য 'স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল' গঠনের প্রস্তাব করা হয়েছে।

সুনির্দিষ্ট সুপারিশ ও সুপারিশকৃত আইনের বিধানাবলীঃ

আইন কমিশন কর্তৃক প্রস্তুতকৃত 'স্বাস্থ্যসেবা আইন, ২০১৭' এর খসড়ায় মোট ৬৫ টি ধারা সন্নিবেশিত হয়েছে। আইনটি চৌদ্দটি পরিচ্ছেদে বিভক্ত।

স্বাস্থ্যসেবা আইন, ২০১৭ এর দ্বিতীয় অনুচ্ছেদে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারীর অধিকার ও দায়-দায়িত্ব বর্ণিত হয়েছে। আইনের ৫ ধারায় যে কোন স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারীকে সরকারী হাসপাতালে বিনামূল্যে চিকিৎসা ব্যবস্থাপত্র, মজুদ সাপেক্ষে বিনামূল্যে ঔষধ, বিনামূল্যে বা অনুমোদিত মূল্যে মানসম্মত খাবার ও পথ্য এবং প্রয়োজনীয় অস্ত্রোপচার বা আনুষঙ্গিক পরীক্ষা-নিরীক্ষার সেবা পাওয়ার অধিকারী হিসেবে উল্লেখ করা হয়েছে। একই ধারায় বেসরকারী হাসপাতালে রোগী ভর্তিসহ চিকিৎসা কার্যক্রম পরিচালনার বিধানাবলী, চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যের গোপনীয়তা নিশ্চিতকরণ ও তথ্য সংরক্ষণের বিষয় সম্পর্কে প্রয়োজনীয় বিধান সন্নিবেশিত হয়েছে। স্বাস্থ্য সেবা আইনের ৭ ধারায় প্রতিটি চিকিৎসা প্রতিষ্ঠানে মর্টালিটি অডিট, ক্লিনিক্যাল অডিট ও মর্বিডিটি অডিট বাধ্যতামূলক করা হয়েছে, যা বাংলাদেশের চিকিৎসা ব্যবস্থাপনায় এক নতুন সংযোজন। চিকিৎসক ও চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের পাশাপাশি স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারী ব্যক্তির দায়দায়িত্ব নিরূপন ও তার যথাযথ অনুসরণ স্বাস্থ্যসেবার মানোন্নয়নের অন্যতম নিয়ামক। এ লক্ষ্যে আইনের ৯ ধারায় প্রয়োজনীয় বিধান সন্নিবেশিত করা হয়েছে।

আইনটির তৃতীয় পরিচ্ছেদে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী ব্যক্তি (চিকিৎসক), প্রতিষ্ঠান (হাসপাতাল, ক্লিনিক ইত্যাদি) এর অধিকার ও দায়দায়িত্ব সম্পর্কে বিশদ আলোকপাত হয়েছে। বিশেষ করে আইনের ১২ ধারায় চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের সুনির্দিষ্ট দায়িত্বসমূহের উল্লেখ রয়েছে। একইভাবে আইনের ১৩ ধারায় নার্স ও চিকিৎসা সংক্রান্ত সহায়ক কর্মচারী এবং ১৪ ধারায় চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের দায়দায়িত্ব বর্ণিত হয়েছে।

আইনটির চতুর্থ পরিচ্ছেদে সরকারী ও বেসরকারী হাসপাতাল, ক্লিনিক, ডায়াগনস্টিক সেন্টারসহ যে কোন স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানে রোগীর অধিকার সংরক্ষণের দায়দায়িত্ব নিরূপন ও তার বাস্তবায়নের প্রক্রিয়া বিধৃত হয়েছে।

আইনটির পঞ্চম পরিচ্ছেদে চিকিৎসার রেকর্ড সংরক্ষণ এর বাধ্যবাধকতা, সেবা গ্রহণকারীর চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য পাওয়ার অধিকার, রোগীর তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষার অধিকার ও তৃতীয় পক্ষের নিকট রোগীর তথ্য-উপাত্ত প্রকাশ করার বিধিবিধান সন্নিবেশিত হয়েছে। আইনটির ষষ্ঠ ও অষ্টম পরিচ্ছেদে স্বাস্থ্যসেবার মানোন্নয়নে বাংলাদেশ মেডিকেল ও ডেন্টাল কাউন্সিল ও সরকারের দায়দায়িত্ব বিশদভাবে বিধৃত হয়েছে।

ঔষধ উৎপাদনে যথাযথ মান নিয়ন্ত্রণ ও ঔষধ বিপননে সুনিয়ন্ত্রিত বিধান অনুসরণ স্বাস্থ্যসেবার অন্যতম গুরুত্বপূর্ণ অনুষ্টি। আইনটির সপ্তম পরিচ্ছেদে ঔষধ বিপননের সুনির্দিষ্ট পদ্ধতির বিধান আনয়ন করে বর্তমানে প্রচলিত ঔষধ কোম্পানীর প্রতিনিধি কর্তৃক চিকিৎসকবৃন্দকে বিভিন্ন অনৈতিক সুযোগ-সুবিধা প্রদানের রীতিকে নিষিদ্ধ করা হয়েছে।

আইনটির নবম পরিচ্ছেদে চিকিৎসক, চিকিৎসা সহায়ক কর্মচারী ও চিকিৎসা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান কর্তৃক সংঘটিত বিভিন্ন প্রকারের অবহেলা ও তার ফলশ্রুতিতে সৃষ্ট ক্ষতিকে সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে। এই বিস্তারিত সংজ্ঞাসমূহ চিকিৎসা অবহেলার মত একটি টেকনিক্যাল বিষয়কে স্পষ্টরূপে আইনী কাঠামোতে প্রতিষ্ঠা করেছে।

স্বাস্থ্যসেবা আইন কার্যকরভাবে প্রয়োগের উদ্দেশ্যে সরকারকে প্রয়োজনীয় পরামর্শ প্রদান ও আইনে বর্ণিত অন্যান্য কার্যাবলী সম্পাদনের জন্য 'জাতীয় স্বাস্থ্যসেবা কমিশন' গঠন এর বিধান আইনটির দশম পরিচ্ছেদে বর্ণিত হয়েছে। স্বপ্রণোদিতভাবে অভিযোগ গ্রহণের পাশাপাশি দেশের কোন হাসপাতাল, ক্লিনিক, ডায়াগনস্টিক সেন্টার, ঔষধ কারখানা পরিদর্শন করার ক্ষমতা উক্ত কমিশনের রয়েছে। এর পাশাপাশি উক্ত কমিশন একটি Quasi Judicial Body হিসেবে কিভাবে তার উপর অর্পিত কার্যাবলী সম্পাদন করবে সে সম্পর্কিত বিস্তারিত বিধান উক্ত পরিচ্ছেদে বিধৃত হয়েছে।

আইনটির একাদশ পরিচ্ছেদে এ আইনের লঙ্ঘনের ফলে সংঘটিত চিকিৎসা অবহেলা এবং তার ফলে সৃষ্ট ক্ষতি নিরূপণ ও তার ক্ষতিপূরণ নির্ধারণ ও আদায়ের লক্ষ্যে দেশে এক বা একাধিক 'স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল' এর গঠনসহ উক্ত ট্রাইব্যুনালসমূহের কার্যপ্রণালী, তথা স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত অভিযোগ, তদন্ত, আপীল প্রভৃতি বিষয় সম্পর্কে প্রয়োজনীয় বিধি বিধান সন্নিবেশিত হয়েছে।

আইনটির দ্বাদশ পরিচ্ছেদে স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল বা জাতীয় স্বাস্থ্যসেবা কমিশনে অভিযোগ দায়ের, অভিযোগের তদন্ত কার্যক্রম পরিচালনা পদ্ধতিসহ যে সকল ক্ষেত্রে চিকিৎসা অবহেলা ফৌজদারী অপরাধ হিসেবে বিবেচিত হবে সে সকল ক্ষেত্রে অনুসরণীয় পদ্ধতি সম্পর্কে বিশদভাবে আলোকপাত করা হয়েছে।

আইনটির ত্রয়োদশ পরিচ্ছেদে এ আইনের আওতায় চিকিৎসা গ্রহণকারী বা তার প্রতিনিধি কিংবা চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠান আইনে বর্ণিত ক্ষেত্রে ফৌজদারি প্রতিকার প্রার্থনা করতে পারবে মর্মে প্রয়োজনীয় বিধান অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে।

উপর্যুক্ত বিষয়াবলী ছাড়াও এ আইনে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে বৈষম্যকরণ ও তার শাস্তি, রোগীর গোপনীয়তা নিশ্চিতকরণ, প্রাইভেট প্র্যাকটিসের ফি নির্ধারণ, হাসপাতাল বর্জ্য ব্যবস্থাপনা প্রভৃতি বিষয়ে সুনির্দিষ্ট ও আধুনিক বিধিবিধান অন্তর্ভুক্ত করে দেশের স্বাস্থ্যসেবার সামগ্রিক মানোন্নয়নের আইনী ভিত্তি প্রস্তুত করা হয়েছে।

উপসংহারঃ

আইনের তাত্ত্বিক ও প্রায়োগিক দিক বিবেচনায় Civil বা Tortious liability এবং Criminal liability এর প্রকৃতি সম্পূর্ণই আলাদা, কেননা উভয়ক্ষেত্রে liability নিরূপনের Onus of proof (প্রমাণের দায়) আলাদা প্রকৃতির। Civil বা Tortious liability এর ক্ষেত্রে আদালতকে preponderance of evidence বা সাক্ষ্য-প্রমাণের গুণগত মানের আধিক্যের ভিত্তিতে সিদ্ধান্তে উপনীত হতে হয় অর্থাৎ Civil liability প্রমাণে সাক্ষ্য প্রমাণের সম্ভাব্যতার ভারসাম্যই (balance of probability) মুখ্য। অন্যদিকে Criminal liability এর ক্ষেত্রে অভিযোগকারীকে সংশ্লিষ্ট অভিযোগটি সন্দেহাতীতভাবে (beyond reasonable doubt) প্রমাণ করতে হয়। উক্ত বিষয়সমূহ বিবেচনায় এনে বর্তমান আইনে মূলত চিকিৎসা অবহেলার Civil বা Tortious liability এর দিকসমূহ সম্পর্কে সুনির্দিষ্টভাবে আলোকপাত করা হয়েছে। অন্যভাবে বলা যায়, এ আইন দ্বারা চিকিৎসা অবহেলাজনিত ক্ষতি সম্পর্কে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তিকে দেওয়ানী প্রতিকার প্রদানের প্রয়োজনীয় বিধান আনয়ন করা হয়েছে।

কোন নির্দিষ্ট চিকিৎসা অবহেলার ধরণ যদি এমন হয়ে থাকে যে তা ফৌজদারী আইনের আওতায় পড়ে, তবে তার বিচার বা প্রতিকার প্রচলিত ফৌজদারী আইনে হওয়াই বাঞ্ছনীয়। এর কোন ব্যতিক্রম হলে তা হবে সম্পূর্ণরূপে আইনে শাসন বা Rule of Law এর পরিপন্থী, যা সংবিধান ভঙ্গের নামান্তর। কেননা আইনের দৃষ্টিতে সমতা আমাদের পবিত্র সংবিধানের অন্যতম মৌলিক স্তম্ভ এবং সংবিধান অনুযায়ী বাংলাদেশের সকল

নাগরিক আইনের সমান আশ্রয় লাভের অধিকারী। এছাড়া কোন বিশেষ পেশা বা গোষ্ঠীকে সমভাবে প্রয়োজ্য কোন আইনের আওতা বহির্ভূত রাখা সম্পূর্ণরূপে আইনের নৈতিকতার পরিপন্থী।

পরিশেষে এটি বললে অত্যাুক্তি হবে না যে, এই আইনের যথাযথ অনুসরণ এবং আইনে বর্ণিত বিষয়াবলীর বাস্তবায়ন জাতীয় স্বাস্থ্য নীতিমালার লক্ষ্যমাত্রা অর্জনসহ বাংলাদেশের চিকিৎসা ব্যবস্থাপনার আধুনিকীকরণ, চিকিৎসা সেবার মানোন্নয়ন এবং সর্বোপরী বাংলাদেশের নাগরিকদের জীবনমান উন্নয়নে কার্যকর ভূমিকা রাখতে সক্ষম হবে।

খসড়া আইনটি প্রণয়নে যারা সুচিন্তিত মতামত ও পরামর্শ প্রদান করে আইনটিকে সমৃদ্ধ করেছেন তাদের সবার প্রতি কমিশন আন্তরিকভাবে কৃতজ্ঞ। কমিশন স্বাস্থ্যসেবা বিষয়ক এই আইনটি প্রবর্তনে প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণ করার নিমিত্ত সরকারের নিকট আন্তরিকভাবে সুপারিশ করছে।

এতদসঙ্গে খসড়া আইনটির কপি এবং দেশের স্বাস্থ্যসেবার বর্তমান চিত্র (গবেষণা পত্র) প্রেরণ করা হল।

(স্বাক্ষরিত) ১২/০২/২০১৭

(ড. এম. শাহ আলম)

সদস্য

আইন কমিশন

(স্বাক্ষরিত) ১২/০২/২০১৭

(বিচারপতি এ.টি.এম ফজলে কবীর)

সদস্য

আইন কমিশন

(স্বাক্ষরিত) ১২/০২/২০১৭

(বিচারপতি এ.বি.এম. খায়রুল হক)

চেয়ারম্যান

আইন কমিশন

স্বাস্থ্যসেবা আইন, ২০....

(.... সনেরনং আইন)

(সুপারিশতব্য খসড়া)

[..... ২০....]

বাংলাদেশে অবস্থিত সকল জনগণের স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিতকরণ, সেবা গ্রহণকারী ও সেবা প্রদানকারী ব্যক্তি এবং প্রতিষ্ঠানের অধিকার ও দায়দায়িত্ব নিরূপণ এবং স্বাস্থ্যসেবা সংশ্লিষ্ট অবহেলাজনিত কার্যাদির প্রতিবিধানের উদ্দেশ্যে প্রণীত আইন।

যেহেতু, স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিতকরণ, সেবা গ্রহণকারী এবং প্রদানকারী ব্যক্তি ও প্রতিষ্ঠানের অধিকার ও দায়দায়িত্ব নিরূপণ এবং স্বাস্থ্যসেবা সংশ্লিষ্ট অবহেলাজনিত বিচ্যুতি ও কার্যাদির প্রতিবিধানের উদ্দেশ্যে বিধান করা সমীচীন ও প্রয়োজনীয় :

সেহেতু এতদ্বারা নিম্নরূপ আইন করা হইল :-

প্রথম পরিচ্ছেদ

প্রারম্ভিক

শিরোনামা ও
প্রবর্তন

- ১।(১) এই আইন 'স্বাস্থ্যসেবা আইন, ২০১৭' নামে অভিহিত হইবে।
- (২) ইহা অবিলম্বে কার্যকর হইবে।
- (৩) ইহা সমগ্র বাংলাদেশে প্রযোজ্য হইবে।

সংজ্ঞা

- ২। বিষয় বা প্রসঙ্গের পরিপন্থী কোন কিছু না থাকিলে, এই আইনে -

(ক) “অনুমোদিত” অর্থ সরকার এবং বাংলাদেশ মেডিকেল ও ডেন্টাল কাউন্সিল কর্তৃক অনুমোদিত;

(খ) “অভিযোগ” অর্থ চিকিৎসাসেবা গ্রহণকারী বা তাহার অভিভাবক বা পরিচর্যাকারী কর্তৃক আনীত চিকিৎসা, অসদাচরণ, অনিয়ম ও অবহেলা সংক্রান্ত অভিযোগ;

(গ) “অসদাচরণ” অর্থ একজন চিকিৎসকের নিম্নোক্ত কার্যাবলী -

(১) অপ্রয়োজনীয় প্যাথলজিক্যাল ও ডায়াগনস্টিক টেস্ট দেওয়া এবং বিনিময়ে সংশ্লিষ্ট প্যাথলজিক্যাল ও ডায়াগনস্টিক সেন্টার হইতে আর্থিক ও অন্যান্য সুবিধা গ্রহণ;

(২) ব্যবস্থাপত্রে অপ্রয়োজনীয় এবং বিভিন্ন কোম্পানীর একই ঔষুধ বার বার প্রদান করা এবং বিনিময়ে সংশ্লিষ্ট ঔষুধ কোম্পানী হইতে আর্থিক বা অন্য সুবিধাদি গ্রহণ করা;

(৩) বিশেষ প্রয়োজন ব্যতিরেকে নিজ ক্ষেত্রের বা এখতিয়ারের বাহিরে চিকিৎসা দেওয়া;

(৪) প্রয়োজনের অতিরিক্ত সময় রোগীকে হাসপাতালে ভর্তি রাখা, রোগীকে ICU/CCU তে রাখা, রোগীর অপ্রয়োজনীয় শল্য চিকিৎসা করা।

(৫) চিকিৎসকের কাজ নিজে না করিয়া নার্স, আয়া, ওয়ার্ড বয় বা অন্য কাহারো দ্বারা করানো;

(ঘ) “আইন” অর্থ ‘স্বাস্থ্যসেবা আইন, ২০...’;

(ঙ) “কমিশন” অর্থ এই আইনের ৩০ ধারায় বর্ণিত ‘জাতীয় স্বাস্থ্য কমিশন’;

(চ) “ক্লিনিক্যাল অডিট (Clinical Audit)” অর্থ শৃংখলাবদ্ধ পর্যালোচনার মাধ্যমে রোগীর সেবার মানসম্পন্ন অগ্রগতির একটি পদ্ধতি;

(ছ) “ক্লিনিক্যাল সার্ভিস” অর্থ হাসপাতালে প্রদত্ত জরুরী চিকিৎসা সেবা,

যেমন-

(I) মেডিকেল সেবা,

(II) শল্য ([Surgical](#)) সেবা,

(III) প্রসূতি চিকিৎসা সেবা,ও

(IV) আরো অন্যান্য চিকিৎসা সেবা।

(জ) “ক্ষতি” অর্থ চিকিৎসা স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকালে শারীরিক, মানসিক, আর্থিক ও অন্য সকল প্রকার ক্ষতি;

(ঝ) “চিকিৎসক” অর্থ - বাংলাদেশ মেডিকেল ও ডেন্টাল কাউন্সিল আইন, ২০১০ এ বর্ণিত “স্বীকৃত মেডিকেল চিকিৎসক” ও “ স্বীকৃত ডেন্টাল চিকিৎসক”,The Bangladesh Homoeopathic Practitioners Ordinance, 1983 এ বর্ণিত “হোমিওপ্যাথ” এবং The Bangladesh Unani and Ayurvedic Practitioners Ordinance, 1983 এ বর্ণিত “তাবিব” বা “হাকিম” ও “বৈদ্য” বা “কবিরাজ” ;

(ঞ) “চিকিৎসাজনিত দুর্ঘটনা” অর্থ স্বাস্থ্যসেবা প্রদান বা গ্রহণকালে সংঘটিত কোন দুর্ঘটনা;

(ট) “চিকিৎসা সনদ” অর্থ চিকিৎসান্তে চিকিৎসা প্রদানকারী চিকিৎসক কর্তৃক চিকিৎসা গ্রহণকারী বা তার অভিভাবককে প্রদত্ত চিকিৎসার বিবরণ সম্বলিত সনদ;

(ঠ) “চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য” অর্থ কোন রোগীর বাহ্যিক, অভ্যন্তরীণ, শারীরিক ও মানসিক রোগ এবং ইহার চিকিৎসা সংক্রান্ত যাবতীয় তথ্য;

(ড) “চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ভান্ডার” অর্থ কোন রোগীর ব্যক্তিগত তথ্যাদি, রোগ ও চিকিৎসা সংক্রান্ত যাবতীয় তথ্যাদির মূল বা ফটোকপি এবং সংরক্ষণের নিমিত্ত পৃথকভাবে ডিজিটাল তথ্য প্রযুক্তির মাধ্যমে সংরক্ষিত তথ্য ভান্ডার ;

(ঢ) “জরুরী চিকিৎসা” অর্থ তাৎক্ষণিকভাবে প্রদেয় এমন অপরিহার্য চিকিৎসা যাহা প্রদান না করা হইলে কোন রোগীর জীবননাশ বা

অপূরণীয় শারীরিক বা মানসিক ক্ষতির আশংকা রহিয়াছে;

(গ) “ট্রাইব্যুনাল” অর্থ এই আইনের ৪২ ধারায় বর্ণিত ট্রাইব্যুনাল;

(ত) “দেওয়ানি কার্যবিধি” অর্থ The Code of Civil Procedure, 1908 (Act V of 1908);

(থ) “দন্ডবিধি” অর্থ The Penal Code, 1860 (Act XLV of 1860);

(দ) “নির্ধারিত” অর্থ বিধি বা প্রবিধান দ্বারা নির্ধারিত, অথবা অনুরূপ বিধি বা প্রবিধান প্রণীত না হওয়া পর্যন্ত সরকার বা বাংলাদেশ মেডিকেল ও ডেন্টাল কাউন্সিল কর্তৃক সরকারি গেজেটে প্রকাশিত আদেশ দ্বারা নির্ধারিত;

(ধ) “নিবন্ধন” অর্থ বাংলাদেশ মেডিকেল ও ডেন্টাল কাউন্সিল আইন, ২০১০ এর ১৮ ধারার অধীনে চিকিৎসক ও The Medical Practice and Private Clinics and Laboratories (Regulation) Ordinance, 1982 এর ৮ ধারার অধীনে বেসরকারি সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানসমূহের নিবন্ধন;

(ন) “পেশাগত অবহেলা” অর্থ স্বাস্থ্যসেবায় নিয়োজিত কোন ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান ইত্যাদি কর্তৃক পেশাগত বা প্রাতিষ্ঠানিক অযত্ন, অসচেতনতা, পেশাগত মানদণ্ড বা মূল্যবোধ বহির্ভূত চিকিৎসা সংক্রান্ত কোন কাজ করা বা আইন দ্বারা আরোপিত কোন দায়িত্ব পালন না করা বা আইন দ্বারা বারিত কোন কাজ করা এবং সাধারণভাবে কোন রোগীকে তাহার অধিকার অনুযায়ী চিকিৎসা সেবা প্রদান না করা বা বিলম্বিত করা বা ভুল চিকিৎসা করা, যাহার দ্বারা রোগীর রোগ মুক্তি ঘটে না বা বিলম্ব ঘটে বা অঙ্গহানীসহ সাময়িক বা স্থায়ীভাবে ক্ষতিগ্রস্ত হয় বা মৃত্যু ঘটে। তাহা ছাড়া নিম্নবর্ণিত বিষয়গুলিও ইহার অন্তর্ভুক্ত হইবে, যথা:-

(১) সরকারি বা বেসরকারি হাসপাতালে বা চিকিৎসা কেন্দ্রে ভর্তিকৃত বা বহির্বিভাগীয় রোগীকে সময়মত পরীক্ষা না করা;

(২) গুরুতর বা মূর্খ রোগীকে আবশ্যিকীয় তাৎক্ষণিক চিকিৎসা প্রদান না করা;

(৩) ভুল ব্যবস্থাপত্র প্রদান;

(৪) ভুল বা নিম্নমানের ঔষধ প্রয়োগ বা গ্রহণের নির্দেশনা প্রদান;

(৫) মাত্রাতিরিক্ত ঔষধ ব্যবহারের ব্যবস্থাপত্র প্রদান;

(৬) পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া সম্পর্কে রোগীকে অবহিত না করা;

(প) “প্রাতিষ্ঠানিক অবহেলা” অর্থ স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারীকে মানসম্মত ঔষধ, চিকিৎসা সরঞ্জাম, খাবার, পথ্য, বিছানাপত্র ইত্যাদি আবশ্যিকীয় সেবাসমূহ প্রদানে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান, প্রতিষ্ঠানের মালিক বা কর্মকর্তা-কর্মচারির অবহেলা;

(ফ) “ফৌজদারি কার্যবিধি” অর্থ The Code of Criminal Procedure, 1898 (Act V of 1898);

(ব) “বাংলাদেশ মেডিকেল এন্ড ডেন্টাল কাউন্সিল” অর্থ বাংলাদেশ মেডিকেল ও ডেন্টাল কাউন্সিল আইন, ২০১০ এর অধীনে গঠিত কাউন্সিল;

(ভ) “বিধি” অর্থ এই আইনের অধীনে প্রণীত বিধি;

(ম) “বিভাগীয় ব্যবস্থা” অর্থ বাংলাদেশ মেডিকেল ও ডেন্টাল কাউন্সিল আইন, ২০১০; “ The Bangladesh Homoeopathic Practitioners Ordinance, 1983 ”; “ The Bangladesh Unani and Ayurvedic Practitioners Ordinance, 1983 ”; Bangladesh Nursing Council Ordinance 1983 এবং সরকারি কর্মচারি (শৃংখলা ও আপীল) বিধিমালা, ১৯৮৫ এর অধীনে গৃহীত শৃংখলামূলক ব্যবস্থা;

(য) “মর্টালিটি অডিট(Mortality Audit)” অর্থ চিকিৎসা প্রতিষ্ঠানে মৃত রোগীর চিকিৎসা প্রদান সংক্রান্ত ও মৃত্যুর কারণ সম্পর্কিত অডিট;

(র) “মর্বিডিটি অডিট (Morbidity Audit)” অর্থ চিকিৎসা প্রতিষ্ঠানে ভর্তিকৃত রোগীর রোগ সম্পর্কিত অডিট;

(ল) “মানসম্মত” অর্থ জাতীয় ও আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত ও নির্ধারিত

মান;

(শ) “মেডিকেল সার্ভিস” অর্থ স্বাস্থ্যসেবা সংশ্লিষ্ট যে কোন সেবা, যেমন-

(I) ইন্টারনাল মেডিসিন (Internal Medicine),

(II) জরুরী বিভাগ (Emergency Medicine),

(III) কার্ডিওলোজি (Cardiology),

(IV) নিউরোলোজি (Neurology),

(V) শিশুরোগ (Paediatrics),

(VI) ফুসফুস ও বক্ষ্যব্যাধি সংক্রান্ত চিকিৎসা চিকিৎসা (Pulmonary Medicine),

(VII) মানসিক রোগ (Psychiatric illness),

(VIII) দন্ত চিকিৎসা (Orthodontics),

(IX) নাক, কান, গলার চিকিৎসা (E.N.T),

(X) নেফ্রোলজি (Nephrology),

(XI) অর্থোপেডিক্স (Orthopaedics),

(XII) চোখের চিকিৎসা (Ophthalmology)

(XIII) জেরেন্টোলজি (Gerontology)

(XIV) ক্যান্সার (Oncology)

(XV) সেরিব্রাল থ্রম্বসিস (Cerebral Thrombosis)

(XVI) প্যাথলজি (Pathology)

(XVII) আরও অন্যান্য চিকিৎসা ।

(ঘ) “স্বাস্থ্যকর্মী” অর্থ চিকিৎসক, নার্স ও হাসপাতালের কর্মচারী ব্যতিত স্বাস্থ্যসেবায় নিয়োজিত সরকারি বা বেসরকারি কর্মচারি;

(স) “স্বাস্থ্যনীতি” অর্থ সরকার কর্তৃক ঘোষিত সর্বশেষ “স্বাস্থ্যনীতি”;

(হ) “স্বাস্থ্যসেবা” অর্থ মেডিকেল সার্ভিস ও ক্লিনিক্যাল সার্ভিস ;

(ড়) “স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারী” বা “রোগী” অর্থ কোন অসুস্থ ব্যক্তি যিনি কোন চিকিৎসা এবং স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করেন, বা নিজে বা পরিচর্যাকারীর মাধ্যমে চিকিৎসা এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের জন্য অনুরোধ করেন;

(ঢ়) “স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী” অর্থ যিনি রোগীকে অর্থাৎ স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারীকে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত যে কোন সেবা প্রদানের সাথে প্রত্যক্ষভাবে সম্পৃক্ত, যেমন- চিকিৎসক, নার্স ও স্বাস্থ্যকর্মী;

(য়) “স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান” অর্থ যে প্রতিষ্ঠানে কোন অসুস্থ ব্যক্তিকে তাহার সুস্থতার লক্ষ্যে চিকিৎসা বিজ্ঞান সম্মত সেবা প্রদান করা হয়, যেমন- সরকারি এবং নিবন্ধিত বেসরকারি হাসপাতাল, ক্লিনিক, নার্সিংহোম, ডায়াগনস্টিক সেন্টার, ইত্যাদি।

আইনের প্রাধান্য

৩। আপাতত বলবৎ অন্য কোন আইনে ভিন্নতর যাহা কিছুই থাকুক না কেন, এই আইন, ইহার অধীনে প্রণীত বিধি ও প্রদত্ত নির্দেশ কার্যকর থাকিবে।

দ্বিতীয় পরিচ্ছেদ

স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারীর অধিকার ও দায়দায়িত্ব

স্বাস্থ্যসেবা
গ্রহণকারীর
অধিকার

৪। যে কোন রোগে আক্রান্ত এবং স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণেচ্ছু ব্যক্তি দেশের যে কোন চিকিৎসক বা সরকারি বা বেসরকারি হাসপাতালসহ সকল প্রকারের চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান হইতে স্বাস্থ্যসেবা পাইবার অধিকারী থাকিবে।

স্বাস্থ্যসেবা
প্রদানকারী
প্রতিষ্ঠানের প্রদত্ত

৫। ৪ ধারায় উল্লিখিত স্বাস্থ্যসেবা লাভের ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণে ইচ্ছুক ব্যক্তি চিকিৎসা সংক্রান্ত আবশ্যিকীয় সুবিধাদিসহ নিম্নে বর্ণিত সেবাগুলিও

সেবাসমূহ	পাইবার অধিকারী থাকিবে, যথা :-
সরকারি হাসপাতাল	(১) সরকারি হাসপাতাল বা চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান এর ক্ষেত্রে - (ক) বিনামূল্যে চিকিৎসকের নিকট হইতে চিকিৎসা ব্যবস্থাপত্র; (খ) মজুদ থাকা সাপেক্ষে বিনামূল্যে চিকিৎসা ব্যবস্থাপত্রে উল্লিখিত ঔষধ, চিকিৎসার উপকরণ ও সরঞ্জামাদি; (গ) হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজনীয়তার ক্ষেত্রে, শূন্য থাকা সাপেক্ষে এবং রোগের প্রকৃতি অনুসারে কেবিন বা সংশ্লিষ্ট ওয়ার্ডে বিনা ভাড়ায় বা ক্ষেত্রমত, সরকার নির্ধারিত ভাড়ায় শয্যা; (ঘ) ভর্তিকৃত রোগীর ক্ষেত্রে ,বিনামূল্যে বা অনুমোদিত মূল্যে মানসম্মত খাবার ও পথ্য; (ঙ) প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে অস্ত্রোপচার, প্যাথলজিক্যাল, রেডিওলজিক্যাল, ইমেজিং ও অন্যান্য প্রয়োজনীয় পরীক্ষা-নিরীক্ষা; (চ) বহির্বিভাগীয় রোগীর ক্ষেত্রে পরবর্তী চিকিৎসা সেবা (Follow up treatments) ; এবং
বেসরকারি হাসপাতাল	(২) বেসরকারি হাসপাতাল বা চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান এর ক্ষেত্রে -
বহির্বিভাগ	(ক) যে সকল হাসপাতালে বহির্বিভাগে সেবা প্রদানের ব্যবস্থা রহিয়াছে সেই সকল ক্ষেত্রে রোগীকে দ্রুত বহির্বিভাগীয় সেবা প্রদান যাহা নিম্ন লিখিত সেবাগুলিকে অন্তর্ভুক্ত করিবে, যথা:-
ব্যবস্থাপত্র, ঔষধ, চিকিৎসা সরঞ্জাম	(i.) নির্ধারিত ফি প্রদান সাপেক্ষে ব্যবস্থাপত্র প্রদান এবং নির্ধারিত মূল্যে হাসপাতাল কর্তৃক ঔষধ বা চিকিৎসা উপকরণ ও সরঞ্জাম সরবরাহ;

বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের পরামর্শ	(ii.) নির্ধারিত ফি'তে বেসরকারি হাসপাতাল বা চিকিৎসা কেন্দ্রের নিজস্ব চিকিৎসক বা প্রয়োজনে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের পরামর্শ ;
ধারাবাহিক চিকিৎসা	(iii.) স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারীর দীর্ঘ মেয়াদী চিকিৎসার প্রয়োজন হইলে পরবর্তী তারিখসমূহে ধারাবাহিক চিকিৎসা সেবা (Follow up treatments) ;
সংকটাপন্ন রোগী	(iv.) সংকটাপন্ন রোগীর ক্ষেত্রে অগ্রাধিকার ভিত্তিতে প্রয়োজনীয় প্রাথমিক পরিচর্যা, পরীক্ষা-নিরীক্ষা, জরুরী বিভাগে বা ওয়ার্ডে প্রয়োজনীয় চিকিৎসা, প্রয়োজনে ইন্টেনসিভ কেয়ার ইউনিট(আইসিইউ) বা কার্ডিয়াক কেয়ার ইউনিট (সিসিইউ) বা সংশ্লিষ্ট বিভাগে স্থানান্তর পূর্বক চিকিৎসা ব্যবস্থা এবং প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে, নির্ধারিত ভাডায় পরিচর্যা সুবিধা সম্বলিত অ্যাম্বুলেন্সযোগে উন্নত চিকিৎসার জন্য অন্য কোন বিশেষায়িত হাসপাতাল বা প্রতিষ্ঠানে স্থানান্তর এর ব্যবস্থা;
ভর্তি	(খ) হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজনীয়তার ক্ষেত্রে, শূন্য থাকা সাপেক্ষে এবং রোগের প্রকৃতি অনুসারে নির্ধারিত মূল্যে কেবিন বা সংশ্লিষ্ট ওয়ার্ডে শয্যা;
নির্ধারিত মূল্যে খাবার ও পথ্য	(গ) ভর্তিকৃত রোগীর ক্ষেত্রে , অনুমোদিত নির্ধারিত মূল্যে মানসম্মত খাবার ও পথ্য;
অস্ত্রোপচার ও প্যাথলজিক্যাল পরীক্ষা-নিরীক্ষা	(ঘ) প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে নির্ধারিত মূল্যে অস্ত্রোপচার,প্যাথলজিক্যাল, রেডিওলজিক্যাল, ইমেজিং ও অন্যান্য প্রয়োজনীয় পরীক্ষা- নিরীক্ষা;
	(ঙ) রোগী ভর্তির অব্যবহিত পরে - (১) সম্ভাব্য পরীক্ষা-নিরীক্ষা ও চিকিৎসকের পরামর্শ অনুযায়ী নিরূপিত রোগ, উপশমের সম্ভাবনার মাত্রা এবং সম্ভাব্য সকল বিকল্পসহ চিকিৎসা পদ্ধতি সংক্রান্ত তথ্যাদিসহ সম্ভাব্য

চিকিৎসায় সম্মতি	<p>চিকিৎসা ব্যয় সম্পর্কে হাসপাতাল বা চিকিৎসাকেন্দ্র কর্তৃক তথ্য সরবরাহ ;</p> <p>(২) চিকিৎসা আরম্ভ বা অপারেশনের পূর্বে রোগী বা তাহার অভিভাবকের স্বেচ্ছায় সম্মতি প্রদানের সুযোগ;</p>
সম্মতি ব্যতীত চিকিৎসা	<p>(৩) নিম্নলিখিত ক্ষেত্রে রোগী বা তাহার অভিভাবকের সম্মতি ব্যতীত চিকিৎসা প্রদান-</p> <p>ক. যেইক্ষেত্রে রোগীর জীবন মারাত্মকভাবে সংকটাপন্ন;</p> <p>খ. যেইক্ষেত্রে রোগী সম্মতি প্রদানে অসমর্থ ;</p> <p>গ. যে ক্ষেত্রে রোগী নাবালক এবং রোগীর আত্মীয়স্বজন অনুপস্থিত;</p> <p>ঘ. যেইক্ষেত্রে রোগীর শারীরিক ও মানসিক অবস্থা তাহার সম্মতি গ্রহণের উপযোগী নহে;</p>
চিকিৎসকের পরিচয়, পদবী	<p>(৪) চিকিৎসা প্রদানকারী চিকিৎসকের পরিচয় ও পদবী জানার অধিকার;</p>
দর্শনার্থী	<p>(৫) হাসপাতাল বা ক্লিনিকে ভর্তিকৃত রোগীর নির্ধারিত সময়ে দর্শনার্থী সাক্ষাতের অধিকার;</p>
তথ্যের গোপনীয়তা	<p>(৬) রোগীর চিকিৎসা সংক্রান্ত যাবতীয় তথ্যসহ সকল ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষার অধিকার;</p>
তথ্য সংরক্ষণ	<p>(৭) রোগীর চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যাদি গোপনীয়তার শর্তে সংরক্ষণের অধিকার;</p>
সম্মতি ব্যতীত তথ্যাদি সরবরাহ	<p>(৮) নিম্নলিখিত ক্ষেত্রে রোগী বা তাহার অভিভাবকের সম্মতি ব্যতীত ও পরিচয় প্রকাশ না করিয়া চিকিৎসা প্রদানকারী, হাসপাতাল বা ক্লিনিক কর্তৃপক্ষ রোগীর চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যাদি সরবরাহ করিতে পারিবে-</p> <p>ক. আইনগতভাবে বাধ্য হইলে ;</p> <p>খ. চিকিৎসা বিজ্ঞান সংক্রান্ত শিক্ষা বা গবেষণার কাজে আবশ্যিক হইলে ;</p>

গ. অন্য কোন রোগীর চিকিৎসার প্রয়োজনে;

(৯) রোগীর নিজ চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল তথ্য লাভের অধিকার;

চিকিৎসক
নির্বাচনের
অধিকার

(১০) রোগী প্রয়োজনে নিজে চিকিৎসক পছন্দ করার অধিকার;

(১১) দ্বিতীয় মত গ্রহণের নিমিত্ত অন্য চিকিৎসকের পরামর্শ গ্রহণের অধিকার।

বৈষম্য নিষিদ্ধ

৬। কোন রোগীর চিকিৎসা প্রদানের ক্ষেত্রে ধর্ম, বর্ণ, গোত্র, লিঙ্গ, ভাষা, শিক্ষা, আর্থিক অবস্থা, পেশা, পদবী, জাতীয়তা, জন্মস্থান কিংবা অন্য কোন কারণে কোনরূপ বৈষম্য করা যাইবে না।

অডিট

৭। প্রতিটি চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানে মর্টালিটি অডিট (Mortality Audit), ক্লিনিক্যাল অডিট (Clinical Audit) ও মর্বিডিটি অডিট (Morbidity Audit) এর ব্যবস্থা থাকিতে হইবে।

স্বাস্থ্যসেবা
গ্রহণকারীর
ক্ষতিপূরণ প্রাপ্তি

৮। চিকিৎসায় অসদাচরণ বা অবহেলার শিকার রোগী বা তাহার আইনানুগ প্রতিনিধি সংশ্লিষ্ট চিকিৎসক, নার্স, হাসপাতাল বা ক্লিনিক বা ডায়াগনস্টিক সেন্টার বা ঔষধ প্রস্তুতকারী প্রতিষ্ঠান হইতে যথাযথ ক্ষতিপূরণ লাভের অধিকারী হইবে।

স্বাস্থ্যসেবা
গ্রহণকারীর দায়িত্ব

৯। স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারী তথা রোগী বা তাহার প্রতিনিধি বা অভিভাবকের দায়িত্ব হইল-

ক. চিকিৎসক ও চিকিৎসা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের চাহিদামতে রোগী ও রোগ সংক্রান্ত সকল তথ্য সরবরাহ করা;

খ. চিকিৎসক কর্তৃক প্রদত্ত চিকিৎসা সংক্রান্ত নির্দেশনা মানিয়া চলা ও চিকিৎসায় সহায়তা করা;

গ. চিকিৎসক, নার্স ও সহায়ক কর্মচারীদের সহিত কোন প্রকার অসৌজন্যমূলক আচরণ না করা;

ঘ. চিকিৎসক ও চিকিৎসা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের ন্যায়সঙ্গত পাওনা পরিশোধ করা;

ঙ. চিকিৎসা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের শৃংখলা ও সুস্থ পরিবেশ বজায় রাখিতে সহায়তা করা;

চ. অযথা বিলম্ব না করিয়া প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে চিকিৎসা বা অপারেশনের সম্মতি প্রদান করা;

ছ. কোন অভিযোগ থাকিলে যথাযথ কর্তৃপক্ষকে অবগত করা;

জ. চিকিৎসা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের কোন প্রকার ক্ষতি সাধন করা হইতে বিরত থাকা।

লেনদেনের রসিদ

১০। চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল লেনদেন, যথা-চিকিৎসকের ফি, হাসপাতালের কেবিন বা শয্যা ভাড়া, প্যাথলজিক্যাল পরীক্ষার ফি ইত্যাদির রসিদ চিকিৎসা গ্রহণকারী বা তাহার অভিভাবক বা তাহার পরিচর্যাকারী প্রাপ্ত হইবে।

তৃতীয় পরিচ্ছেদ

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান ইত্যাদির অধিকার ও দায়দায়িত্ব

স্বাস্থ্যসেবা
প্রদানকারী ব্যক্তি,
প্রতিষ্ঠান ইত্যাদির
অধিকার

১১। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠান, রোগী বা তাহার অভিভাবকের নিকট হইতে রোগ সংশ্লিষ্ট সকল তথ্য, প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে লিখিত সম্মতি ও সম্মতি ব্যতিরেকে চিকিৎসা প্রদানের, শর্ত সাপেক্ষে তৃতীয় পক্ষের নিকট রোগ ও চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য সরবরাহের এবং অনুমোদিত ফি লাভের অধিকারী হইবে।

চিকিৎসকের
দায়দায়িত্ব

১২। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী ব্যক্তি হিসাবে একজন চিকিৎসকের দায়দায়িত্ব নিম্নরূপ-

ক. রোগীর সকল তথ্য তাহার বা তাহার অভিভাবক বা পরিচর্যাকারীর নিকট হইতে বিশদভাবে জানিয়া লওয়া;

খ. চিকিৎসা শুরু পূর্বে রোগী বা তাহার অভিভাবকের সম্মতি গ্রহণ;

গ. মারাত্মকভাবে সংকটাপন্ন রোগীর ক্ষেত্রে সম্মতির অপেক্ষা না করিয়াই চিকিৎসা আরম্ভ করা;

ঘ. রোগী বা তাহার অভিভাবককে রোগীর অবস্থা, সম্ভাব্য সকল

বিকল্পসহ চিকিৎসা পদ্ধতি, সম্ভাব্য ঝুঁকি, চিকিৎসার সম্ভাব্য ব্যয় ইত্যাদি অবহিত করা;

ঙ. যথাযথ চিকিৎসা প্রদানে অসমর্থ হইলে অবিলম্বে উপযুক্ত চিকিৎসকের নিকট বা প্রতিষ্ঠানে প্রেরণ (Refer) করা;

চ. রোগীর চিকিৎসার তথ্যাদির (তারিখ, সময় ও চিকিৎসকের পূর্ণ নামসহ স্বাক্ষরযুক্ত) রেকর্ড সংরক্ষণ;

ছ. রোগীর ব্যক্তিগত তথ্যাদির গোপনীয়তা রক্ষা করা;

জ. নেশাগ্রস্ত বা অপ্রকৃতিস্থ অবস্থায় চিকিৎসক হিসাবে দায়িত্ব পালন না করা;

ঝ. রোগী বা তাহার প্রতিনিধির চাহিদামতে নিজ (চিকিৎসক) নাম, পরিচয়, রেজিস্ট্রেশন নম্বর প্রদান করা;

ঞ. অপারেশন থিয়েটারে প্রবেশের পূর্বে

- (i.) রোগীর পরিচয় নিশ্চিত করা,
- (ii.) রোগীকে তাহার অপারেশন সম্বন্ধে অবহিত করা,
- (iii.) অপারেশনে রোগীর সম্মতি গ্রহণ
- (iv.) রোগীর ফিটনেস রিপোর্ট লিপিবদ্ধ করা;

ট. অপারেশন শেষে অপারেশন থিয়েটার হইতে বাহির হওয়ার পূর্বেই সম্পূর্ণ অপারেশন নোট লিপিবদ্ধ করা;

ঠ. প্রাইভেট প্র্যাকটিসের ক্ষেত্রে বাধ্যতামূলকভাবে নিজের ইনডেমনিটি ইন্স্যুরেন্স গ্রহণ করা;

ড. প্রতিটি চিকিৎসার ক্ষেত্রে নির্ধারিত প্রটোকল (Protocol) মানিয়া চলা;

ঢ. যেইক্ষেত্রে কোন রোগীর চিকিৎসার জন্য মেডিকেল বোর্ড গঠিত হইবে সেইক্ষেত্রে বোর্ডের প্রত্যেক সদস্য কর্তৃক যুক্তিসহ মতামত প্রদান এবং তাহাতে নিজ নাম স্বাক্ষর করা;

৭. রোগীকে তাহার চিকিৎসা চলাকালীন সময়ে নির্দেশিত ঔষধ, ইহার পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া, যদি থাকে, এবং চিকিৎসা পদ্ধতি সম্পর্কে অবগত করা।

নার্স এবং চিকিৎসা
সংক্রান্ত সহায়ক
কর্মচারীর দায়িত্ব

১৩। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী হিসাবে নার্স এবং চিকিৎসা সংক্রান্ত সহায়ক কর্মচারীর দায়িত্ব নিম্নরূপ-

ক. চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র ও বিধি মোতাবেক রোগীর নিয়মিত পরিচর্যা করা;

খ. চিকিৎসকের চিকিৎসা কাজে সহযোগিতা করা;

গ. প্রতিষ্ঠানের স্বাস্থ্যকর পরিবেশ ও শৃংখলা বজায় রাখিতে সহযোগিতা করা;

ঘ. রোগীর মর্যাদা ও ব্যক্তিগত গোপনীয়তা রক্ষা করিতে সহযোগিতা করা;

ঙ. রোগী ও তাহার স্বজনদের সহিত সৌজন্যমূলক আচরণ করা;

চ. মুমূর্ষু ও সংকটাপন্ন রোগীকে তাৎক্ষণিক গ্রহণপূর্বক দ্রুততার সহিত সংশ্লিষ্ট চিকিৎসকের নিকট উপস্থিত করা।

স্বাস্থ্যসেবা
প্রদানকারী
প্রতিষ্ঠান বা
কর্তৃপক্ষের
দায়দায়িত্ব

১৪। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকালে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান বা হাসপাতাল কর্তৃপক্ষের দায়দায়িত্ব নিম্নরূপ -

ক. সংশ্লিষ্ট চিকিৎসক দ্বারা, প্রয়োজনে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক দ্বারা রোগীর চিকিৎসা করানো;

খ. আধুনিক চিকিৎসা সরঞ্জামাদি দ্বারা রোগ নির্ণয় এবং নির্ধারিত মেয়াদের মধ্যে চিকিৎসা সরঞ্জামাদির ক্রমাঙ্কন

(Calibration) করা;

- গ. মুমূর্ষু ও সংকটাপন্ন রোগীর জরুরী চিকিৎসা প্রদান;
- ঘ. যথাযথ চিকিৎসা প্রদান সম্ভব না হইলে বা ব্যর্থ হইলে অবিলম্বে উপযুক্ত প্রতিষ্ঠানে প্রেরণের ব্যবস্থা করা;
- ঙ. প্রশিক্ষিত ও অভিজ্ঞ নার্স, সহায়ক কর্মচারি নিয়োগ প্রদান;
- চ. প্রতিষ্ঠানের স্বাস্থ্যকর পরিবেশ নিশ্চিত করা;
- ছ. বিভিন্ন প্রকার প্যাথলজিক্যাল টেস্ট এর ফি, চিকিৎসকের ফি, ওয়ার্ড বা কেবিনের দৈনিক শয্যা ভাড়া, বিভিন্ন প্রকার অপারেশন ফি ইত্যাদির তালিকা দৃশ্যমান স্থানে টানাইয়া রাখা;
- জ. নিরাপদ পানি ও স্বাস্থ্যকর খাবারের ব্যবস্থা রাখা এবং ক্ষেত্রমত প্রতিটি খাবারের নির্দিষ্ট মূল্য তালিকা টানাইয়া রাখা;
- ঝ. সকল প্রকার জরুরী ঔষধের ব্যবস্থা রাখা;
- ঞ. অটোক্লেভ (Autoclave) এর ব্যবস্থাসহ প্রয়োজনীয় সার্জিক্যাল (শল্য চিকিৎসার) উপকরণ ও যন্ত্রপাতির ব্যবস্থা রাখা;
- ট. কেবল রোগী বহনের জন্য নিজস্ব অ্যাম্বুলেন্স এর ব্যবস্থা রাখা;
- ঠ. প্রয়োজনে মৃতদেহ বহনের জন্য পৃথক বাহনের ব্যবস্থা রাখা;
- ড. রোগীর চিকিৎসা বিষয়ে চিকিৎসকের মতামত, ব্যবস্থাপত্র ও মন্তব্য সংক্রান্ত সকল তথ্য সংরক্ষণ এবং রোগী বা তাহার প্রতিনিধি, সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষ বা আদালতের চাহিদামত তাহা সরবরাহ করা;
- ঢ. রোগীর রোগ নির্ণয়ের পরীক্ষা-নিরীক্ষা ও ইমেজিং সংক্রান্ত সকল তথ্য সংরক্ষণ এবং রোগী বা তাহার প্রতিনিধি, সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষ বা আদালতের চাহিদামত তাহা সরবরাহ করা;
- ণ. চিকিৎসক, নার্স ও সহায়ক কর্মচারীদের জন্য চিকিৎসা সেবা সংক্রান্ত দায়িত্ব ও কর্তব্য নির্ধারণ করা;
- ত. রোগীর প্রাপ্য সেবাসমূহের তালিকা প্রতিষ্ঠানের দৃশ্যমান স্থানে টানাইয়া রাখা;

- খ. হাসপাতাল উদ্ভূত সংক্রমণ প্রতিরোধের জন্য কার্যকর ব্যবস্থা লওয়া;
- দ. মর্টালিটি অডিট (Mortality Audit), ক্লিনিক্যাল অডিট (Clinical Audit) ও মর্বিডিটি অডিট (Morbidity Audit)এর ব্যবস্থা রাখা;
- ধ. কর্মরত সকল চিকিৎসকের ইনডেমনিটি ইন্সুরেন্স এর ব্যবস্থা করা;
- ন. প্রতিটি চিকিৎসাসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের আন্তর্জাতিক মানের নিজস্ব বর্জ্য ব্যবস্থাপনা থাকা;
- প. রোগীর ব্যবহার্য সকল প্রকার লব্ধি (যথাঃ বেডশিট ও অন্যান্য কাপড়) আন্তর্জাতিক মানসম্পন্ন উপকরণ ও যন্ত্রপাতি দ্বারা সম্পূর্ণভাবে পরিস্কার ও জীবাণুমুক্ত করিবার ব্যবস্থা করা;
- ফ. জরুরী বিভাগের চিকিৎসক ও নাইট শিফটের চিকিৎসক ও নার্সদের যাতায়াতের জন্য যানবাহনের ব্যবস্থা করা ।

সেবা প্রদানকারী
ব্যক্তি ও সেবা
প্রদানকারী
প্রতিষ্ঠানের
ক্ষতিপূরণসহ
প্রতিকারপ্রাপ্তি

- ১৫। (১) সেবা গ্রহণকারী রোগী বা তাহার অভিভাবক ও প্রতিনিধি কর্তৃক চিকিৎসাসেবা প্রদানকারীর বা প্রতিষ্ঠানের কোনরূপ ক্ষতিসাধন করা হইলে তাহারা ক্ষতিপূরণসহ অন্যান্য প্রতিকার প্রাপ্তির অধিকারী হইবে।
- (২) (১) উপ ধারায় বর্ণিত প্রতিকার 'স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল' এ প্রার্থনা করিতে হইবে।

চতুর্থ পরিচ্ছেদ

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানে রোগীর অধিকার সংরক্ষণের
দায়দায়িত্ব

রোগীর অধিকার
রক্ষার দায়িত্ব

- ১৬। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের একজন নির্ধারিত কর্মকর্তা -

(১) রোগীর অভিযোগ গ্রহণ, তদন্ত ও প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহণ করিবে;

(২) চিকিৎসাসেবার মান সংক্রান্ত অভিযোগ কর্তৃপক্ষের নজরে আনয়ন করিবে;

(৩) স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের সকল চিকিৎসা সংশ্লিষ্ট ও প্রশাসনিক কর্মচারিকে এই আইনের বিধি-বিধান সম্পর্কে শিক্ষাদান ও নির্দেশনা প্রদান করিবে।

চিকিৎসককে
আর্থিক বা অন্য
সুবিধা প্রদান
অবৈধ

১৭। (ক) কোন স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান কর্তৃক কোন চিকিৎসককে, যে নামেই হোক না কেন, কোন কমিশন বা আর্থিক সুবিধা বা কোন উপহার প্রদান করা বা গ্রহণ করা শাস্তিযোগ্য অপরাধ হইবে;

(খ) এই ধরনের কোন অপরাধ সংঘটিত হইবার সংবাদ গোচরীভূত হইলে ট্রাইব্যুনাল স্বপ্রণোদিত হইয়া অপরাধ আমলে গ্রহণ করিতে পারিবে।

পঞ্চম পরিচ্ছেদ

চিকিৎসার রেকর্ড এবং চিকিৎসার তথ্য ভান্ডার

চিকিৎসার তথ্য
সংরক্ষণের
বাধ্যবাধকতা

১৮। (ক) স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক ও প্রতিষ্ঠান আবশ্যিকভাবে রোগীর চিকিৎসাকালীন সময়ের তথ্যাবলী সংরক্ষণ করিবে; এইসব তথ্যাবলীর মধ্যে রোগীর পূর্বের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যাবলী, রোগীর প্রাপ্ত চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য, রোগীর বর্তমান অবস্থা সংক্রান্ত পরীক্ষা-নিরীক্ষার তথ্যাবলী এবং প্রদত্ত চিকিৎসা নির্দেশনা অন্তর্ভুক্ত থাকিবে;

(খ) প্রত্যেক চিকিৎসা প্রতিষ্ঠানে তথ্য প্রযুক্তির সুবিধা সম্বলিত আধুনিক রেকর্ডরুম থাকিবে;

(গ) চিকিৎসক অথবা চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের পরিচালকসহ সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা-কর্মচারি সকল প্রাসঙ্গিক আইন ও বিধি-বিধান অনুযায়ী রোগীর চিকিৎসার নিয়মিত ও হালনাগাদ রেকর্ডপত্র রক্ষণাবেক্ষণ ও সংরক্ষণের জন্য দায়ী হইবে।

চিকিৎসার তথ্য
পাওয়া সংক্রান্ত
রোগীর অধিকার

১৯। রোগী বা তাহার মনোনীত ব্যক্তি, চিকিৎসক অথবা স্বাস্থ্যসেবা
প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান হইতে তাহার চিকিৎসার রেকর্ডপত্রের কপিসহ
নিজের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যাদি পাওয়ার অধিকারী হইবে।

রোগীর চিকিৎসার
গোপনীয়তা রক্ষা
করা

২০। কোন চিকিৎসক বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের কোন
কর্মকর্তা বা কর্মচারি রোগীর কোন তথ্য রোগী বা তার মনোনীত ব্যক্তি
ব্যতিত অন্য কাহারো নিকট প্রকাশ করিতে পারিবে না।

তৃতীয় পক্ষের
নিকট রোগীর
চিকিৎসার তথ্য-
উপাত্ত প্রকাশ করা

২১। একজন চিকিৎসক অথবা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান নিম্নোক্ত
ক্ষেত্রে রোগীর চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য তৃতীয় পক্ষের নিকট প্রকাশ বা
সরবরাহ করিতে পারিবে:

- (১) যেইক্ষেত্রে রোগী তাহার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশে সম্মতি
দিয়াছে;
- (২) যেইক্ষেত্রে চিকিৎসক বা চিকিৎসাসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান
এইরূপ তথ্য প্রকাশে আইনগতভাবে বাধ্য;
- (৩) যেইক্ষেত্রে অন্য চিকিৎসক কর্তৃক রোগীর চিকিৎসার প্রয়োজনে
প্রকাশ করা প্রয়োজন;
- (৪) যেইক্ষেত্রে তথ্য অধিকার আইন, ২০০৯ এর আওতায় কোন
তথ্য যাচনা করা হইয়াছে;
- (৫) যেইক্ষেত্রে রোগীর যাবতীয় সনাক্তকরণ বিষয় গোপন রাখিয়া
কোন চিকিৎসা সাময়িকীতে প্রকাশ বা গবেষণা বা শিক্ষা
সংক্রান্ত কাজে উহা আবশ্যিক হয়।

ষষ্ঠ পরিচ্ছেদ

বাংলাদেশ মেডিকেল ও ডেন্টাল কাউন্সিল এর দায়িত্ব

২২। এই আইনের বাস্তবায়নকল্পে বাংলাদেশ মেডিকেল ও ডেন্টাল কাউন্সিল এর নিম্নোক্ত দায়িত্ব থাকিবে-

(ক) চিকিৎসক, চিকিৎসা প্রতিষ্ঠান ও সহায়ক কর্মচারীগণ এই আইনে বর্ণিত দায়দায়িত্ব যথাযথভাবে পালন করিতেছে কিনা তাহা তদারকি করা;

(খ) কোন অনিয়ম, অবহেলা, অসদাচরণ পরিলক্ষিত হইলে সুপারিশ সহকারে তাহা জাতীয় স্বাস্থ্য কমিশনকে অবহিত করা, কমিশনের অনুপস্থিতিতে সরকারকে অবহিত করা।

সপ্তম পরিচ্ছেদ

ঔষধ উৎপাদনকারী প্রতিষ্ঠানের দায়দায়িত্ব

নিম্ন মানের ঔষধ
উৎপাদন ও
বাজারজাত করণ

২৩। (১) নিম্ন মানের ঔষধ ব্যবহারের কারণে কোন রোগী ক্ষতিগ্রস্ত হইলে উৎপাদনকারী প্রতিষ্ঠানের মালিক, কর্মকর্তা-কর্মচারীগণ দায়ী হইবে।

(২) উৎপাদনকারী প্রতিষ্ঠানসমূহ তাহাদের নূতন ঔষধ সামগ্রীর বিষয়ে হাসপাতালগুলিতে এবং অন্যত্র সেমিনারের আয়োজন করিতে পারিবে, তবে কোন অবস্থায় বিক্রয় প্রতিনিধি (Medical Repersentative) প্রেরণ করিয়া ঔষধ সামগ্রীর বিষয়ে চিকিৎসকগণকে ব্যক্তিগত শুনানী বা অনুরোধ (Approach) করা যাইবে না;

(২) নিম্ন মানের ঔষধ উৎপাদন ফৌজদারি অপরাধ হইবে; এবং

(৩) কমিশন এতদসংক্রান্ত অভিযোগ গ্রহণপূর্বক প্রাথমিক তদন্ত করিতে পারিবে এবং

(ক) অপরাধ আমলে গ্রহণসহ বিচার প্রক্রিয়া আরম্ভ করিবার নিমিত্ত সংশ্লিষ্ট ফৌজদারি আদালতে প্রেরণ করিবে; বা

(খ) ক্ষতিপূরণ জনিত অভিযোগ স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনালে

প্রেরণ করিতে পারিবে।

অষ্টম পরিচ্ছেদ

সরকারের দায়দায়িত্ব

প্রাইভেট

প্র্যাকটিসের ফি
নির্ধারণ

২৪। সরকার চিকিৎসকদের প্রাইভেট প্র্যাকটিসের ক্ষেত্রে জেষ্ঠ্যতা, যোগ্যতা ও দক্ষতা অনুসারে রোগীপ্রতি ফি নির্ধারণ করিবে।

পরীক্ষা-নিরীক্ষার
মূল্য নির্ধারণ

২৫। সরকারি ও বেসরকারি চিকিৎসা প্রতিষ্ঠানে বিভিন্ন প্রকার প্যাথলজিক্যাল পরীক্ষা, আল্ট্রাসোনোগ্রাম, ই.সি.জি., ই.টি.টি., এম.আর.আই. ইত্যাদি পরীক্ষার সর্বোচ্চ মূল্য সরকার কর্তৃক নির্ধারিত হইবে।

রোগী, চিকিৎসক
ও নার্স এর
অনুপাত

২৬। স্বাস্থ্যসেবার মান নিয়ন্ত্রণ ও উন্নয়নে অন্যান্য দায়িত্বসহ সরকারের দায়দায়িত্ব নিম্নরূপ-

(১) চিকিৎসাসেবা প্রদানের নিমিত্ত Best Practice Guideline প্রস্তুত করা;

(২) প্রত্যেকটি রোগের চিকিৎসা পরিচালনা সংক্রান্ত প্রোটোকল (Protocol) নির্ধারণ;

(৩) চিকিৎসা প্রতিষ্ঠানে রোগী, চিকিৎসক ও নার্স এর সঠিক অনুপাত নির্ধারণ ও নিশ্চিতকরণ;

(৪) দ্বিতীয় ও তৃতীয় পরিচ্ছেদে বর্ণিত স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারী ও স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান ইত্যাদির অধিকার সংরক্ষণ এবং তাহাদের দায়দায়িত্ব প্রতিপালন নিশ্চিতকরণে প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহণ;

তবে শর্ত থাকে যে, এই ধারায় বর্ণিত দায়দায়িত্ব সরকারের প্রতি

নির্দেশনামূলক হইবে।

নবম পরিচ্ছেদ

অবহেলা, ক্ষতি ইত্যাদি

চিকিৎসা সেবায়
অবহেলা

২৭। চিকিৎসা সেবায় অবহেলা বলিতে নিম্নোক্ত বিষয়গুলি অন্তর্ভুক্ত হইবে:

চিকিৎসকের
অবহেলা

(১)। চিকিৎসক কর্তৃক যথাযথ দায়িত্ব পালনে অবহেলা, অর্থাৎ-

ক. ভুল চিকিৎসা করা;

খ. রোগ নির্ণয়ে ভুল করা;

গ. ভুল ঔষধ প্রদান;

ঘ. ভুল অঙ্গ অপসারণ;

ঙ. ভুল বা অতিরঞ্জিত রিপোর্ট প্রদান;

চ. একাধিক রোগীকে একত্রে পরীক্ষা করা;

ছ. মাদকাসক্ত বা অপ্রকৃতিস্থ অবস্থায় চিকিৎসা দেওয়া;

জ. জরুরী ক্ষেত্রে চিকিৎসা প্রদানে অহেতুক বিলম্ব করা;

ঝ. অপ্রয়োজনীয় প্যাথলজিক্যাল ও ডায়াগনস্টিক টেস্ট দেওয়া;

এং. ব্যবস্থাপত্রে অপ্রয়োজনীয় এবং বিভিন্ন কোম্পানীর একই
ঔষধ বার বার প্রদান করা;

ট. প্রয়োজন ব্যতিরেকে নিজ ক্ষেত্রের বা এখতিয়ারের বাহিরে

চিকিৎসা দেওয়া;

ঠ. কর্মস্থলে বিলম্বে আসা এবং কর্মঘন্টা পূর্ণ হইবার পূর্বে কর্মস্থল
ত্যাগ করা বা বিনা অনুমতিতে অনুপস্থিত থাকা;

ড. চিকিৎসার নির্ধারিত প্রটোকল (Protocol) অনুসরণ না

করা;

ঢ. চিকিৎসকের কাজ নিজে না করিয়া নার্স, আয়া, ওয়ার্ড বয় বা অন্য কাহারও দ্বারা করানো;

ণ. প্রয়োজনের তুলনায় কম বা মাত্রাতিরিক্ত ঔষধ প্রদান;

ত. ঔষধ উৎপাদনকারী প্রতিষ্ঠানের প্রতিনিধিকে (Medical Representative) সাক্ষাৎ দেওয়া।

থ. ইহা ব্যতীত অপরাপর সংশ্লিষ্ট অবহেলাসমূহ।

চিকিৎসা সহায়ক
কর্মচারীদের
অবহেলা

(২)। সহায়ক কর্মচারীদের অবহেলা, অর্থাৎ-

ক. রোগী গ্রহণে অহেতুক বিলম্ব করা;

খ. রোগীর নিয়মিত পরিচর্যা না করা;

গ. কর্মস্থলে বিলম্বে আসা এবং কর্মঘণ্টা পূর্ণ হইবার পূর্বে কর্মস্থল ত্যাগ করা বা বিনা অনুমতিতে অনুপস্থিত থাকা;

ঘ. রোগী বা তাহার স্বজনদের সহিত অসৌজন্যমূলক বা রুঢ় আচরণ করা।

চিকিৎসা
প্রতিষ্ঠানের
অবহেলা

(৩)। চিকিৎসা প্রতিষ্ঠানের অবহেলা, অর্থাৎ-

ক. রোগীর চিকিৎসাসহ সংশ্লিষ্ট সকল বিষয়ে নিয়মিত তদারকি

না করা;

খ. পর্যাপ্ত চিকিৎসা সরঞ্জামাদি না রাখা;

গ. নির্ধারিত মেয়াদের মধ্যে ক্রমাঙ্কণ (Calibration) না করা;

ঘ. প্রশিক্ষিত ও অভিজ্ঞ নার্স, সহায়ক কর্মচারি নিয়োগ প্রদান না

করা এবং তাহাদের কর্ম দক্ষতার বিবরণ সংরক্ষণ না করা;

- ঙ. রোগীর চিকিৎসা সংক্রান্ত চিকিৎসকের মতামত, ব্যবস্থাপত্র
ও মন্তব্য সংক্রান্ত সকল তথ্য সংরক্ষণ না করা;
- চ. রোগীর রোগ নির্ণয়ের পরীক্ষা-নিরীক্ষা ও ইমেজিং
সংক্রান্ত
সকল তথ্য সংরক্ষণ না করা;
- ছ. সকল প্রকার জরুরী ঔষধের ব্যবস্থা না রাখা;
- জ. অটোক্লেভ (Autoclave)এর ব্যবস্থাসহ প্রয়োজনীয়
সার্জিক্যাল (শল্য চিকিৎসার) যন্ত্রপাতির ব্যবস্থা না রাখা;
- ঝ. নিরাপদ পানি ও স্বাস্থ্যকর খাবারের ব্যবস্থা না রাখা;
- ঞ. বিভিন্ন প্রকার প্যাথলজিক্যাল টেস্ট এর ফি, চিকিৎসকের
ফি, ওয়ার্ড বা কেবিনের দৈনিক শয্যা ভাড়া, বিভিন্ন
প্রকার
অপারেশনের ফি ইত্যাদির তালিকা দৃশ্যমান স্থানে
টানাইয়া
না রাখা;
- ট. চিকিৎসক, নার্স ও সহায়ক কর্মচারীদের জন্য দায়িত্ব ও
কর্তব্য নির্ধারণ না করা;
- ঠ. রোগী বহনের জন্য নিজস্ব অ্যাম্বুলেন্স এর ব্যবস্থা না রাখা
এবং
মৃতদেহ বহনের জন্য পৃথক বাহনের ব্যবস্থা না রাখা;
- ড. হাসপাতাল উদ্ভূত সংক্রমণ প্রতিরোধের জন্য কার্যকর
ব্যবস্থা
না লওয়া;
- ঢ. প্রতিটি চিকিৎসাসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের আন্তর্জাতিক

মানের নিজস্ব বর্জ্য ব্যবস্থাপনা না থাকা।

চিকিৎসা সেবায়
অবহেলা জনিত
ক্ষতি

২৮। এই আইনের ৫, ১২, ১৩, ১৪ ধারার বিধান ভঙ্গের কারণে বা ২৮ ধারায় বর্ণিত বা অন্য কোন পেশাগত অবহেলা বা অসদাচরণের কারণে সংঘটিত চিকিৎসা সেবায় অবহেলাজনিত ক্ষতি বলিতে নিম্নোক্ত বিষয়গুলিকে বুঝাইবে:

ক. শারীরিক ক্ষতি-অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ হারানো বা ক্ষতিগ্রস্ত হওয়া, দৃষ্টি

ও শ্রবণশক্তি হারানো বা ক্ষতিগ্রস্ত হওয়া, স্বাভাবিক
জীবনযাপনে

অসমর্থতা ইত্যাদি;

খ. মানসিক ক্ষতি-মানসিক ভারসাম্য হারানো, প্রিয়জন হারানো,

মানসিক চাপ তৈরী হওয়া ইত্যাদি;

গ. আর্থিক ক্ষতি-চিকিৎসা খরচ বৃদ্ধি, চাকরি হারানো, ব্যবসায়

লোকসান ইত্যাদি যেইসব ক্ষেত্রে বর্তমান ও ভবিষ্যতের

ক্ষয়ক্ষতিও বিবেচিত হইবে;

ঘ. সামষ্টিক ক্ষতি- রোগীর মৃত্যু, প্রজনন ক্ষমতা হারানো,
দাম্পত্য

জীবন নির্বাহে অসমর্থতা, সামগ্রিকভাবে সাংসারিক দায়িত্ব

পালনে অসমর্থতা ইত্যাদি।

দশম পরিচ্ছেদ

জাতীয় স্বাস্থ্য কমিশন

জাতীয় স্বাস্থ্য

২৯। (১) এই আইন বলবৎ হইবার পর, ০৬(ছয়) মাসের মধ্যে, এই আইনের উদ্দেশ্য পূরণকল্পে সরকার “জাতীয় স্বাস্থ্য কমিশন” নামে একটি

কমিশন প্রতিষ্ঠা

কমিশন প্রতিষ্ঠা করিবে।

(২) কমিশন একটি সংবিধিবদ্ধ স্বাধীন সংস্থা হইবে এবং উহার স্থায়ী ধারাবাহিকতা থাকিবে এবং এই আইনের বিধানাবলী সাপেক্ষে, ইহার স্থাবর ও অস্থাবর উভয় প্রকার সম্পত্তি অর্জন করিবার, অধিকারে রাখিবার এবং হস্তান্তর করিবার ক্ষমতা থাকিবে এবং ইহার নামে মামলা দায়ের করিতে পারিবে বা ইহার বিরুদ্ধেও মামলা দায়ের করা যাইবে।

(৩) কমিশন একটি আধা বিচারিক (Quasi-Judicial) প্রতিষ্ঠান হইবে।

(৪) কমিশনের একটি সীলমোহর থাকিবে, যাহা কমিশনের সচিবের হেফাজতে থাকিবে।

কমিশনের কার্যালয়

৩০। কমিশনের প্রধান কার্যালয় ঢাকায় হইবে এবং কমিশন প্রয়োজনে জেলা ও উপজেলা পর্যায়ে ইহার স্থায়ী বা অস্থায়ী কার্যালয় স্থাপন করিতে পারিবে।

কমিশন গঠন

৩১। জাতীয় স্বাস্থ্য কমিশন নিম্নরূপে গঠিত হইবেঃ-

(ক) একজন চেয়ারম্যান;

(খ) চারজন সদস্য;

তবে শর্ত থাকে যে, চেয়ারম্যান হইবেন বাংলাদেশ সুপ্রীম কোর্টের হাইকোর্ট বিভাগের একজন কর্মরত বা অবসরপ্রাপ্ত বিচারপতি বা অবসরপ্রাপ্ত সিনিয়র জেলা জজ এবং চেয়ারম্যান ও সদস্যগণের মধ্যে অনূন্য একজন মহিলা হইবেন;

আরও শর্ত থাকে যে, সদস্যগণের মধ্যে একজন অধ্যাপক পদমর্যাদার চিকিৎসক হইবেন।

চেয়ারম্যান ও

সদস্যগণের

নিয়োগ, যোগ্যতা,

মেয়াদ, পদত্যাগ,

৩২। (১) রাষ্ট্রপতি কমিশনের চেয়ারম্যান ও সদস্যগণকে নিয়োগ করিবেনঃ

তবে শর্ত থাকে যে, সদস্যগণ হইবেন, যাহার-

ইত্যাদি

(ক) চিকিৎসা, স্বাস্থ্য, পুষ্টি বা সমপর্যায়ভুক্ত বিষয়ে অভিজ্ঞতা ও জ্ঞান রহিয়াছে; বা

(খ) আইন, মানবাধিকার, সামাজিক কর্মকাণ্ড, ব্যবস্থাপনা, পুষ্টি, স্বাস্থ্য, খাদ্য বিজ্ঞান অথবা জনপ্রশাসনে কর্মের অভিজ্ঞতা, জ্ঞান ও সুপরিচিতি রহিয়াছে; বা

(গ) গরীব ও নিম্ন আয়সম্পন্ন জনগোষ্ঠীর চিকিৎসা, খাদ্য এবং পুষ্টি অধিকার উন্নয়নে ধারাবাহিক কর্মের অভিজ্ঞতা রহিয়াছে।

(২) চেয়ারম্যান বা সদস্যগণ কার্যভার গ্রহণের তারিখ হইতে তিন বৎসর মেয়াদে স্থায় পদে অধিষ্ঠিত থাকিবেন;

তবে শর্ত থাকে যে, উক্ত মেয়াদ শেষ হইবার পর সরকার চেয়ারম্যান বা কোন সদস্যকে পুনঃনিয়োগ করিতে পারিবে।

(৩) ২ উপ-ধারার অধীনে নির্ধারিত মেয়াদ শেষ হইবার পূর্বে চেয়ারম্যান বা কোন সদস্য রাষ্ট্রপতির উদ্দেশ্যে স্বাক্ষরযুক্ত পত্রযোগে যে কোন সময় পদত্যাগ করিতে পারিবেন।

কমিশনের কর্মকর্তা ও কর্মচারী ৩৩। (১) কমিশনের একজন সচিব থাকিবে।

(২) এই আইনের অধীনে কমিশন উহার কার্যাবলী সুষ্ঠুভাবে সম্পাদনের লক্ষ্যে প্রয়োজনীয় সংখ্যক তদন্তকারী কর্মকর্তাসহ অন্যান্য কর্মকর্তা ও কর্মচারী নিয়োগ করিতে পারিবে।

(৩) সচিব এবং অন্যান্য কর্মকর্তা ও কর্মচারীর বেতন, ভাতা ও চাকুরীর অন্যান্য শর্তাদি বিধি দ্বারা নির্ধারিত হইবে:

তবে শর্ত থাকে যে, বিধি প্রণয়ন না হওয়া পর্যন্ত সচিব ও অন্যান্য কর্মকর্তা ও কর্মচারীর বেতন, ভাতা ও চাকুরীর অন্যান্য শর্তাদি সরকার কর্তৃক নির্ধারিত হইবে এবং তাহারা সরকারের অপরাপর কর্মকর্তা ও কর্মচারীগণের ন্যায় বেতন ভাতাসহ সকল প্রকার সুযোগ সুবিধা পাইবার

অধিকারী হইবে।

(৪) সরকার, কমিশনের অনুরোধক্রমে, প্রজাতন্ত্রের কর্মে নিযুক্ত কোন কর্মকর্তা ও কর্মচারীকে কমিশনে প্রেষণে নিয়োগ করিতে পারিবে।

কমিশনের ক্ষমতা
ও কার্যাবলী

৩৪। কমিশন নিম্নবর্ণিত কার্যসমূহ সম্পাদন করিবে, যথাঃ-

(ক) এই আইনের প্রয়োগ;

(খ) স্বেচ্ছাপ্রণোদিত হইয়া বা অভিযোগের প্রেক্ষিতে তদন্ত বা অনুসন্ধান;

(গ) প্রয়োজনে জেলা ও উপজেলায় গমন করিয়া পক্ষগণকে নোটিশ প্রদানপূর্বক শুনানী গ্রহণ;

(ঘ) এই আইন কার্যকরভাবে প্রয়োগের উদ্দেশ্যে সরকারকে পরামর্শ প্রদান;

(ঙ) যে কোন হাসপাতাল, ক্লিনিক, ডায়াগনস্টিক সেন্টার, ঔষধ কারখানা পরিদর্শন ও মান-উন্নয়নের নির্দেশ প্রদান।

চেয়ারম্যান ও
সদস্যগণের
অপসারণ

৩৫। কমিশনের চেয়ারম্যান বা কোন সদস্যকে রাষ্ট্রপতি অপসারণ করিতে পারিবেন, যদি তিনি-

(ক) উপযুক্ত আদালত কর্তৃক দেউলিয়া বা অপ্রকৃতিস্থ ঘোষিত হন; বা

(খ) দৈহিক বা মানসিকভাবে দায়িত্ব পালনে অসমর্থ হন; বা

(গ) নৈতিক স্বলনের অভিযোগের প্রেক্ষিতে দোষী সাব্যস্ত হন;

তবে শর্ত থাকে যে, চেয়ারম্যান বা কোন সদস্যকে ব্যক্তিগত শুনানীর সুযোগ প্রদান না করিয়া অপসারণ করা যাইবে না।

কমিশনের বার্ষিক
প্রতিবেদন সংসদে
উপস্থাপন

৩৬। কমিশন প্রতিবছরের কার্যক্রম সম্পর্কে সরকারের নিকট একটি প্রতিবেদন দাখিল করিবে, এবং উহা সরকার জাতীয় সংসদের অধিবেশনে পর্যালোচনার জন্য পেশ করিবে।

কমিশনের তহবিল ৩৭। (১) সরকার প্রতি বৎসর কমিশনের ব্যয়ের জন্য উহার অনুকূলে নির্দিষ্টকৃত অর্থ বরাদ্দ করিবে এবং অনুমোদিত ও নির্ধারিত খাতে উক্ত বরাদ্দকৃত অর্থ হইতে ব্যয় করার ক্ষেত্রে সরকারের পূর্বানুমোদন গ্রহণ করা কমিশনের জন্য আবশ্যিক হইবে না।

(২) এই ধারার বিধান দ্বারা সংবিধানের ১২৮ অনুচ্ছেদে প্রদত্ত মহা হিসাব নিরীক্ষকের অধিকার ক্ষুণ্ণ করা হইয়াছে বলিয়া ব্যাখ্যা করা যাইবে না।

তদন্ত সম্পর্কিত
ক্ষমতা

৩৮। জাতীয় স্বাস্থ্য কমিশন কর্তৃক ৩৫ ধারার (খ) উপ-ধারার বিধান অনুসারে কোন বিষয় তদন্ত ও অনুসন্ধানের ক্ষেত্রে দেওয়ানি কার্যবিধি, ১৯০৮ এ দেওয়ানি আদালতকে প্রদত্ত ক্ষমতা কমিশনের থাকিবে, বিশেষত:-

(ক) কোন ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানকে সমন প্রদান ও শপথপূর্বক জিজ্ঞাসাবাদ;

(খ) কোন ধরনের দলিল উদ্ধার ও উপস্থাপন;

(গ) হলফ পূর্বক সাক্ষ্য গ্রহণ;

(ঘ) কোন আদালত, অফিস বা প্রতিষ্ঠান হইতে কোন দলিল বা নথি তলব ; এবং

(ঙ) দেওয়ানী কার্যবিধির ৭৫ ধারা ও ২৬ আদেশ মোতাবেক কমিশনযোগে সাক্ষ্য গ্রহণ ও দলিল পরীক্ষা।

কমিশনের সিদ্ধান্ত
প্রদানের ক্ষমতা

৩৯। (১) ৩৫(ঙ) ধারায় প্রদত্ত ক্ষমতাবলে কমিশন নিম্নোক্ত সিদ্ধান্ত প্রদান করিতে পারিবে-

(ক) অভিযুক্ত ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানকে সতর্কীকরণ;

(খ) অভিযুক্ত ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের লাইসেন্স স্থগিত বা

বাতিলকরণ;

(গ) অভিযুক্ত ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানকে অর্থদণ্ড প্রদান;

(২) কোন অপরাধের অভিযোগ গ্রহণের জন্য সংশ্লিষ্ট চীফ জুডিসিয়াল ম্যাজিস্ট্রেট বা চীফ মেট্রোপলিটন ম্যাজিস্ট্রেট বরাবর প্রেরণের ক্ষমতা কমিশনের থাকিবে এবং উক্তভাবে প্রাপ্ত অভিযোগের বিষয়ে ম্যাজিস্ট্রেট ফৌজদারি কার্যবিধি, ১৮৯৮ এর বিধান অনুসারে কার্যক্রম গ্রহণ করিবে।

সদস্য পদে শূন্যতা বা ইত্যাদি কারণে কার্য বা কার্যধারা অবৈধ না হওয়া

৪০। কমিশন গঠনে কোন ক্রটি বা কোন সদস্য পদে শূন্যতার কারণে অনুসন্ধান বা তদন্তাধীন বিষয়ে কমিশনের কোন কার্যধারা অবৈধ হইবে না বা তৎসম্পর্কে কোন প্রশ্নও উত্থাপন করা যাইবে না;

তবে শর্ত থাকে যে, ৪০ ধারায় প্রদত্ত কোন সিদ্ধান্ত কার্যকর হইতে চেয়ারম্যানসহ ন্যূনতম একজন সদস্যের আনুষ্ঠানিক অনুমতি লইতে হইবে।

একাদশ পরিচ্ছেদ

স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল

স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল

৪১। এই আইনের উদ্দেশ্য পূরণকল্পে সরকার “স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল” নামে রাজধানীতে এক বা একাধিক ট্রাইব্যুনাল গঠন করিবে;

তবে শর্ত থাকে যে, সরকার প্রয়োজনবোধে জেলা পর্যায়েও “স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল” গঠন করিতে পারিবে।

স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল গঠন

৪২। (১) স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল নিম্নরূপে গঠিত হইবে-

(ক) একজন কর্মরত বা অবসরপ্রাপ্ত সিনিয়র জেলা জজ, যিনি ট্রাইব্যুনালের সভাপতি হইবেন;

(খ) আরও দুইজন সদস্য থাকিবেন, যাহাদের একজন মহিলা হইবেন এবং যাহাদের নিম্নরূপ যোগ্যতা থাকিবে, যথা:

- i. বয়স কমপক্ষে ৩৫ বছর হইতে হইবে এবং কোন স্বীকৃত বিশ্ববিদ্যালয় হইতে ন্যূনতম ব্যাচেলর ডিগ্রি থাকিতে হইবে;
- ii. চিকিৎসা, স্বাস্থ্য, পুষ্টি বা সমপর্যায়ভুক্ত বিষয়ে অভিজ্ঞতা ও জ্ঞান থাকিতে হইবে; বা

iii. আইন, মানবাধিকার, সামাজিক কর্মকাণ্ড, ব্যবস্থাপনা, পুষ্টি, স্বাস্থ্য, খাদ্য বিজ্ঞান অথবা জন প্রশাসনে কর্মের অভিজ্ঞতা, জ্ঞান ও সুপরিচিতি থাকিতে হইবে;

তবে শর্ত থাকে যে, উপরি উক্ত ব্যক্তিগণ সদস্য হওয়ার অযোগ্য হইবেন, যদি তিনি -

- i. নৈতিক স্বলনের দায়ে সাজা প্রাপ্ত ব্যক্তি; বা
 - ii. উপযুক্ত আদালত কর্তৃক দেউলিয়া বা অপ্রকৃতিস্থ ঘোষিত ব্যক্তি; বা
 - iii. সরকারি চাকুরী হইতে অপসারিত বা বরখাস্তকৃত ব্যক্তি; বা
 - iv. সরকার কর্তৃক ঘোষিত অন্য কোন কারণে অযোগ্য ব্যক্তি হন।
- (২) প্রত্যেক সদস্য ০৫ বছর মেয়াদে বহাল থাকিবেন;

তবে শর্ত থাকে যে, প্রত্যেক সদস্য ০৫ বছর মেয়াদান্তে পুনঃনিয়োগ লাভের যোগ্য হইবেন;

(৩) ট্রাইব্যুনালের সদস্যদের বেতন বা সম্মানী ও অন্যান্য ভাতাদি এবং চাকুরীর শর্তাবলী সরকার কর্তৃক নির্ধারিত হইবে।

স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ
নিষ্পত্তি
ট্রাইব্যুনালের
এখতিয়ার

৪৩। (১) এই আইনের বিধানাবলী লঙ্ঘন সম্পর্কিত যে কোন অভিযোগের বিচারের এখতিয়ার স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল এর থাকিবে।

ট্রাইব্যুনালে
অভিযোগ দায়েরের
পদ্ধতি

৪৪। (১) কোন চিকিৎসক, নার্স ও চিকিৎসা সহায়ক কর্মচারি এবং চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের বিরুদ্ধে রোগীর প্রতি সংঘটিত পেশাগত অবহেলা ও ক্ষতি উল্লেখপূর্বক আর্থিক ক্ষতিপূরণ দাবী করিয়া স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনালে নিম্নোক্ত ব্যক্তিবর্গ অভিযোগ দায়ের করিতে পারিবে-

(ক) স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণকারী রোগী বা তাহার বৈধ প্রতিনিধি; বা

(খ) একই স্বার্থ সংশ্লিষ্ট বেশী সংখ্যক রোগীর ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল এর অনুমতিক্রমে এক বা একাধিক চিকিৎসা গ্রহণকারী রোগী বা তাহাদের বৈধ প্রতিনিধি অথবা;

(গ) নিজ যোগ্যতায় বা সাধারণভাবে সকল রোগীর পক্ষে সরকার।

ফি

(২) (১) উপ-ধারা অনুযায়ী দাখিলকৃত অভিযোগের সহিত ১০০/- (একশত) টাকা কোর্ট ফি দাখিল করিতে হইবে।

(৩) স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল (১) উপ-ধারা অনুযায়ী

দাখিলকৃত অভিযোগ গ্রহণ বা অগ্রাহ্য করিতে পারিবে;

তবে শর্ত থাকে যে, অভিযোগকারীকে শুনানীর সুযোগ প্রদান ব্যতিরেকে এই ধারার অধীনে কোন অভিযোগ অগ্রাহ্য করা যাইবে না;

আরও শর্ত থাকে যে, অভিযোগ গ্রহণের ২১(একুশ) দিনের মধ্যে অভিযোগের গ্রহণযোগ্যতার বিষয়টি নিষ্পত্তি করিতে হইবে।

(৪) (৩) উপ-ধারা অনুযায়ী কোন অভিযোগ গৃহীত হইলে স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল এই আইনে বর্ণিত বিধান অনুযায়ী নিষ্পত্তি করিবেন।

অভিযোগ নিষ্পত্তি
প্রক্রিয়া

৪৫। কোন অভিযোগ গ্রহণের পর স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল আবশ্যিকভাবে-

(ক) প্রতিপক্ষকে ৩০ (ত্রিশ) দিনের মধ্যে তাহার বক্তব্য উপস্থাপনের নির্দেশসহ অভিযোগের কপি প্রেরণ করিবে;

তবে শর্ত থাকে যে, ট্রাইব্যুনাল উক্ত সময়ের অতিরিক্ত সর্বোচ্চ ১৫ (পনের) দিন সময় বর্ধিত করিতে পারিবে।

(খ) অভিযোগের কপি প্রাপ্তির পর প্রতিপক্ষ অভিযোগ অস্বীকার করিলে কিংবা মামলায় কোন পদক্ষেপ লইতে ব্যর্থ হইলে ট্রাইব্যুনাল-

(১) অভিযোগকারী এবং প্রতিপক্ষ কর্তৃক উপস্থাপিত সাক্ষ্য-প্রমাণের ভিত্তিতে; অথবা

(২) অভিযোগকারী কর্তৃক উপস্থাপিত সাক্ষ্য-প্রমাণের ভিত্তিতে একতরফা ভাবে অভিযোগটি নিষ্পত্তি করিবে।

(৩) ট্রাইব্যুনাল ন্যায় বিচারের স্বার্থে যে কোন চিকিৎসা সংক্রান্ত বিশেষজ্ঞসহ যে কোন বিশেষজ্ঞের মতামত গ্রহণ করিতে

পারিবে।

(গ) শুনানীর জন্য নির্ধারিত তারিখে অভিযোগকারী উপস্থিত হইতে ব্যর্থ হইলে ট্রাইব্যুনাল পরবর্তী তারিখ নির্ধারণ করিতে পারিবে বা অনুপস্থিতির কারণে অভিযোগটি খারিজ (dismiss) কিংবা গুণাগুণের ভিত্তিতে নিষ্পত্তি করিতে পারিবে।

অভিযোগ নিষ্পত্তির সময় ৪৬। প্রত্যেক অভিযোগ দ্রুততার সহিত শুনানী করিতে হইবে এবং প্রতিপক্ষ কর্তৃক নোটিশ প্রাপ্তির ৬০ (ষাট) কার্যদিবস সময়ের মধ্যে নিষ্পত্তি করিবার প্রচেষ্টা লইতে হইবে;

তবে শর্ত থাকে যে, ট্রাইব্যুনাল মূলতবী ব্যতীত শুনানী সম্পন্ন করিবে;

আরও শর্ত থাকে যে, ট্রাইব্যুনাল যথাযথ ও পর্যাপ্ত কারণের প্রেক্ষিতে খরচের আদেশ প্রদান সাপেক্ষে শুনানী মূলতবীর আদেশ প্রদান করিতে পারিবে।

দেওয়ানি আদালতের ক্ষমতা ৪৭। দেওয়ানি কার্যবিধি, ১৯০৮ অনুসারে দেওয়ানি আদালতের যেইরূপ ক্ষমতা থাকে, নিম্নলিখিত ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনালের অনুরূপ ক্ষমতা থাকিবে:-

(১) কোন ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানকে সমন প্রদান ও শপথপূর্বক জিজ্ঞাসাবাদ;

(২) কোন ধরনের দলিল উদ্ধার ও উপস্থাপন;

(৩) হলফ পূর্বক সাক্ষ্য গ্রহণ;

(৪) কোন আদালত, অফিস বা প্রতিষ্ঠান হইতে কোন দলিল বা নথি বা চিকিৎসা ও অবহেলা সংক্রান্ত যে কোন বস্তু তলব; এবং

(৫) দেওয়ানি কার্যবিধির ৭৫ ধারা ও ২৬ আদেশ মোতাবেক কমিশনযোগে সাক্ষ্য গ্রহণ ও দলিল পরীক্ষা;

(৬) কোন অভিযোগকারী কিংবা প্রতিপক্ষ অভিযোগ বিচারাধীন থাকাবস্থায় মৃত্যুবরণ করিলে তাহাদের স্থলাভিষিক্ত হওয়ার ক্ষেত্রে ১৯০৮ সালের দেওয়ানি কার্যবিধির ২২ আদেশে বর্ণিত বিধান প্রয়োগ;

(৭) ৪৫ ধারা মোতাবেক প্রতিনিধিত্বশীল অভিযোগের ক্ষেত্রে দেওয়ানি কার্যবিধি, ১৯০৮ এর ১ আদেশ ৮ বিধিতে বর্ণিত বিধান প্রয়োগ করিবে।

ফৌজদারি
আদালতের ক্ষমতা

৪৮। ড্রাইবুয়ালের কার্যক্ষেত্রে The Penal Code, 1860 (Act XLV of 1860) এর ১৯৩ ও ২২৮ ধারার বিধান প্রযোজ্য হইবে এবং সেই ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ড্রাইবুয়াল এর প্রত্যেক কর্মপস্থা বিচারিক কার্য বলিয়া গণ্য হইবে এবং The Code of Criminal Procedure, 1898 (Act V of 1898) এর ১৯৫ ধারা ও অধ্যায় ৩৫ (xxxv) এর উদ্দেশ্য অনুযায়ী স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ড্রাইবুয়াল ফৌজদারি আদালত বলিয়া গণ্য হইবে।

স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ
নিষ্পত্তি
ড্রাইবুয়ালের
সিদ্ধান্ত

৪৯। (১) ৪৬ ধারা অনুসারে কোন অভিযোগ বিবেচনার পর ড্রাইবুয়াল যদি এই মর্মে সন্তুষ্ট হয় যে, অভিযোগ প্রমাণিত হইয়াছে তাহা হইলে প্রতিপক্ষকে নিম্নের যে কোন এক বা একাধিক আদেশ দিতে পারিবে-

(ক) অভিযুক্ত ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানকে সতর্কীকরণ;

(খ) অভিযুক্ত ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের লাইসেন্স স্থগিত বা বাতিলকরণ;

(গ) অভিযুক্ত ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানকে অর্থদণ্ড প্রদান।

(২) প্রত্যেকটি অভিযোগ নিষ্পত্তিতে (১) উপ-ধারা মোতাবেক স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ড্রাইবুয়ালের সভাপতি এবং কমপক্ষে একজন সদস্য উপস্থিত থাকিবেন;

তবে শর্ত থাকে যে, যেইক্ষেত্রে একজন সদস্য কোন অভিযোগের নিষ্পত্তি পর্যন্ত শুনানীতে থাকিতে অসমর্থ হন সেইক্ষেত্রে সভাপতি এবং অপর সদস্য অবশিষ্ট শুনানী করিবেন।

(৩) স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ড্রাইবুয়াল কর্তৃক (১) উপ-ধারা মোতাবেক প্রদত্ত প্রত্যেক আদেশ সভাপতি এবং শুনানীতে অংশ গ্রহণকারী সদস্য/সদস্যগণ দ্বারা স্বাক্ষরিত হইবে;

তবে শর্ত থাকে যে, যেইক্ষেত্রে সভাপতি ও একজন সদস্য কোন অভিযোগের শুনানী গ্রহণ করেন এবং তাহারা কোন বিষয়ে দ্বিমত পোষণ

করেন, সেইক্ষেত্রে উক্ত বিষয়ে অপর সদস্যসহ পুনরায় শুনানী করিবেন এবং সংখ্যা গরিষ্ঠের মতামত ট্রাইব্যুনালের সিদ্ধান্ত হইবে।

(৪) ক্ষতিপূরণের মোকদ্দমাসহ সকল অর্থ সংশ্লিষ্ট মোকদ্দমায় ট্রাইব্যুনাল কর্তৃক প্রদত্ত রায়, ডিক্রি হিসাবে গণ্য হইবে।

(৫) পূর্বে উল্লিখিত বিধানাবলী সাপেক্ষে, স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল এর সভার পদ্ধতি, স্থান ও অন্যান্য বিষয় সরকার কর্তৃক নির্ধারিত হইবে।

আপীল

৫০। স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল এর আদেশ দ্বারা সংক্ষুব্ধ ব্যক্তি নির্ধারিত পদ্ধতিতে আদেশ প্রদানের ৩০ (ত্রিশ) দিনের মধ্যে সুপ্রীম কোর্টের হাইকোর্ট বিভাগে আপীল দায়ের করিতে পারিবেন;

তবে শর্ত থাকে যে, স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনালের আদেশ-এ অর্থদণ্ড আরোপ করা হইলে তাহার অর্ধেক কিংবা ২৫ (পঁচিশ) হাজার টাকা, যাহা কম, দাখিল না করিলে আপীল গৃহীত হইবে না।

আপীল নিষ্পত্তির
প্রক্রিয়া

৫১। এই আইনের অধীনে কোন আপীল নিষ্পত্তিকালে দেওয়ানি কার্যবিধি, ১৯০৮ এবং হাইকোর্ট রুলস অনুসরণীয় হইবে:

তবে শর্ত থাকে যে, এইরূপ আপীলের ক্ষেত্রে সাধারণভাবে পেপার বুক প্রস্তুতের প্রয়োজন হইবে না, কিন্তু প্রয়োজনবোধে আদালত নির্দিষ্ট সংখ্যক পেপার বুক প্রস্তুত করিবার আদেশ প্রদান করিতে পারিবে।

আপীল বিভাগ

৫২। হাইকোর্ট বিভাগ কর্তৃক প্রদত্ত আদেশের বিরুদ্ধে আদেশ প্রদানের ৩০ (ত্রিশ) দিনের মধ্যে সুপ্রীম কোর্টের আপীল বিভাগে সংক্ষুব্ধ ব্যক্তি প্রতিকার প্রার্থনা করিতে পারিবে;

তবে শর্ত থাকে যে, হাইকোর্ট বিভাগের আদেশ-এ উল্লিখিত জরিমানার অর্ধেক কিংবা ৫০ (পঞ্চাশ) হাজার টাকা, যাহা কম, দাখিল না করিলে আপীল গৃহীত হইবেনা।

আদেশ
কার্যকরকরণ

৫৩। (১) স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল বা হাইকোর্ট বিভাগের বা আপীল বিভাগের কোন আদেশে প্রদত্ত ক্ষতিপূরণ বা দণ্ডের অর্থ নিম্নোক্ত রূপে আদায়যোগ্য হইবে:

(ক) ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য মতে বেতন (৫০% হারে), ব্যাংক হিসাবে সঞ্চিত অর্থ হইতে সমন্বয়ের মাধ্যমে; বা

(খ) সম্পত্তি নিলাম বিক্রয়ের মাধ্যমে।

(২) ক্ষতিপূরণ উপযুক্তভাবে আদায় করা সম্ভব না হইলে সরকারি খরচে অনূর্ধ্ব ৬ (ছয়) মাসের জন্য দেওয়ানি ফাটকে আটক রাখার আদেশ দেওয়া যাইবে।

তুচ্ছ ও
হয়রানিমূলক
অভিযোগ

৫৪। স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল কোন তুচ্ছ ও হয়রানিমূলক অভিযোগ দায়ের হইলে কারণ উল্লেখপূর্বক তাহা খারিজ করিতে পারিবে এবং অভিযোগকারীর উপর অপর পক্ষের অনুকূলে অনধিক দশ হাজার টাকা খরচ ধার্য করিবে।

দণ্ড

৫৫। (১) অভিযোগকারী বা প্রতিপক্ষ স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল কোন আদেশ পালন করিতে ব্যর্থ হইলে বা লংঘন করিলে অনূর্ধ্ব ছয় মাস কারাদণ্ডে অথবা অনূ্যন দুই হাজার টাকা ও অনূর্ধ্ব দশ হাজার টাকা অর্থদণ্ডে অথবা উভয় দণ্ডে দণ্ডিত হইবে;

(২) ফৌজদারি কার্যবিধি, ১৮৯৮ এ যাহাই থাকুক না কেন এই আইনের অধীনে অপরাধের বিচারের ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনালের প্রথম শ্রেণীর ম্যাজিস্ট্রেট এর ক্ষমতা থাকিবে;

(৩) এই আইনের অধীনে সকল অপরাধের বিচার স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ

নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল সংক্ষিপ্ত পদ্ধতিতে করিতে পারিবে।

দ্বাদশ পরিচ্ছেদ

দাবী, অভিযোগ, তদন্ত, প্রতিকার ইত্যাদি

অভিযোগ দায়ের ৫৬। চিকিৎসা গ্রহণকারী বা রোগী বা তাহার বৈধ প্রতিনিধি সংশ্লিষ্ট চিকিৎসক, নার্স ও চিকিৎসা সহায়ক কর্মচারী এবং প্রতিষ্ঠানের বিরুদ্ধে রোগীর প্রতি সংঘটিত পেশাগত অবহেলা ও ক্ষতি উল্লেখপূর্বক জাতীয় স্বাস্থ্যসেবা কমিশন কিংবা ট্রাইব্যুনাল এর নিকট অভিযোগ দাখিল করিতে পারিবে;

তবে শর্ত থাকে যে, অভিযোগের কারণ উদ্ভূত হওয়ার কিংবা অভিযোগের কারণ সম্পর্কে সম্যক জ্ঞাত হওয়ার ০১ (এক) বছরের মধ্যে অভিযোগ দাখিল করিতে হইবে।

প্রাথমিক তদন্ত ৫৭। (১) জাতীয় স্বাস্থ্যসেবা কমিশন অভিযোগ প্রাপ্তির পর বিধি মোতাবেক প্রাথমিক তদন্ত অনুষ্ঠানের পদক্ষেপ গ্রহণ করিবে, প্রয়োজনে তদন্ত কার্যে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের সহায়তা গ্রহণ করিতে পারিবে;

(২) অভিযোগের সত্যতা পাওয়া গেলে জাতীয় স্বাস্থ্যসেবা কমিশন নোটিশ প্রদান করিবেন এবং অপরপক্ষ হাজির হইলে আপোষ নিষ্পত্তির চেষ্টা করিবেন এবং আপোষ-মীমাংসা হইলে তাহা লিখিতভাবে হইবে;

(৩) আপোষ-মীমাংসা ব্যর্থ হইলে কমিশন অভিযোগটি নিষ্পত্তির জন্য 'স্বাস্থ্যসেবা বিরোধ নিষ্পত্তি ট্রাইব্যুনাল'এ প্রেরণ করিবেন।

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে বৈষম্যকরণের শাস্তি ৫৮। কোন চিকিৎসক বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান রোগীদের মধ্যে, নার্স, ধর্ম, বর্ণ, গোত্র, লিঙ্গ, ভাষা, শিক্ষা, আর্থিক অবস্থা, পেশা, পদবী, জাতীয়তা, জন্মস্থান কিংবা এইরূপ অন্য কোন কারণে কোনরূপ বৈষম্য করিলে সর্বোচ্চ ৫০ (পঞ্চাশ) হাজার টাকা অর্থদণ্ডে দণ্ডিত হইবে।

সুনির্দিষ্ট
বাধ্যবাধকতা
পালনে ব্যর্থতার
শাস্তি

৫৯। (১) কোন চিকিৎসক ১২(চ) ধারার বাধ্যবাধকতা পালনে ব্যর্থ হইলে ন্যূনতম ৫০(পঞ্চাশ) হাজার টাকা অর্থদণ্ডে দণ্ডিত হইবে;

(২) কোন চিকিৎসা প্রতিষ্ঠান ১৪(ড) ও ১৪(ঢ) ধারার বাধ্যবাধকতা পালনে ব্যর্থ হইলে প্রতিষ্ঠানটির সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা ন্যূনতম ৫০(পঞ্চাশ) হাজার টাকা অর্থদণ্ড সহ সরকারি খরচে সর্বোচ্চ ০৬ (ছয়) দেওয়ানি ফাটকে (Civil Jail) দণ্ডিত হইবে;

তবে শর্ত থাকে যে, এই ধারায় শাস্তি প্রদানের জন্য অবহেলা কিংবা ফৌজদারি অভিপ্রায় প্রমাণের প্রয়োজন হইবে না।

সরকারের পূর্ব
অনুমোদনের
প্রয়োজন নাই

৬০। এই আইনে সরকারি হাসপাতালে কর্মরত চিকিৎসকের বিরুদ্ধে অভিযোগ দায়েরের বা ট্রাইব্যুনাল অভিযোগ বিচার আমলে লইবার ক্ষেত্রে সরকার বা অন্য কোন কর্তৃপক্ষের পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হইবে না।

ত্রয়োদশ পরিচ্ছেদ

ফৌজদারি আইনে প্রতিকার প্রার্থনা

চিকিৎসা গ্রহণকারী
রোগী বা তাহার
বৈধ প্রতিনিধি

৬১। এই আইনের কোন কিছুই চিকিৎসা গ্রহণকারী রোগী বা তাহার বৈধ প্রতিনিধিকে সংশ্লিষ্ট চিকিৎসক, নার্স ও চিকিৎসা সহায়ক কর্মচারী এবং প্রতিষ্ঠানের বিরুদ্ধে ফৌজদারি কার্যবিধি বা অন্য কোন প্রচলিত ফৌজদারি আইনে প্রতিকার প্রার্থী হইতে বাধা হইবে না যদি চিকিৎসক, নার্স ও চিকিৎসা সহায়ক কর্মচারী বা প্রতিষ্ঠানের কার্যটি কোন “অপরাধ” (Offence) এর সংজ্ঞাধীন হয়।

চিকিৎসক, নার্স ও
চিকিৎসা সহায়ক
কর্মচারী বা

৬২। চিকিৎসক, নার্স ও চিকিৎসা সহায়ক কর্মচারী বা প্রতিষ্ঠান সংশ্লিষ্ট চিকিৎসা গ্রহণকারী রোগী বা তাহার বৈধ প্রতিনিধির বিরুদ্ধে শারিরিক বা প্রাতিষ্ঠানিক ক্ষতির কারণে ফৌজদারি কার্যবিধি বা অন্য কোন প্রচলিত ফৌজদারি আইনে প্রতিকার প্রার্থী হইতে বাধা হইবে না যদি কার্যটি

প্রতিষ্ঠান কোন “অপরাধ” (Offence) এর সংজ্ঞাধীন হয়।

চতুর্দশ পরিচ্ছেদ

বিবিধ

সমিতি গঠন নিষিদ্ধ ৬৩। সরকারি, বেসরকারি ও দাতব্য হাসপাতাল সমূহ স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান বিধায় কর্মচারিগণের কোন প্রকার সংগঠন, যে নামেই হোক না কেন, থাকিতে পারিবে না।

বিধি প্রণয়নের ক্ষমতা ৬৪। এই আইনের উদ্দেশ্য পূরণকল্পে সরকার গেজেট প্রজ্ঞাপন দ্বারা, বিধিমালা প্রণয়ন করিতে পারিবে।

ইংরেজী অনূদিত পাঠ প্রকাশ ৬৫।(১) এই আইন প্রবর্তনের পর সরকার, গেজেটে প্রজ্ঞাপন দ্বারা, আইনটির ইংরেজিতে অনূদিত একটি নির্ভরযোগ্য অনুমোদিত পাঠ প্রকাশ করিবে।

(২) বাংলা ও ইংরেজি পাঠের মধ্যে বিরোধের ক্ষেত্রে বাংলা পাঠ প্রাধান্য পাইবে।

দেশের স্বাস্থ্যসেবার বর্তমান চিত্র

সাম্প্রতিক বছরগুলোতে মাতৃ ও শিশু স্বাস্থ্য খাতে প্রভূত উন্নতি সাধন, পোলিও নির্মূলসহ বিভিন্ন ক্ষেত্রে অভাবনীয় সাফল্য অর্জন করা সহ সার্বিকভাবে স্বাস্থ্য সূচক এ অগ্রগতি অর্জনের মাধ্যমে বাংলাদেশ আন্তর্জাতিক অঙ্গনে তার ভাবমূর্তি উজ্জ্বল করেছে।

তাছাড়া দেশে এই প্রথমবারের মত স্থাপিত হতে যাচ্ছে ১০০০ টি শয্যা ও ১০০টি আই.সি. ইউ. সম্পন্ন মাল্টি ডিসিপ্লিনারি হাসপাতাল যেখানে মোট ১১ টি সর্বাধুনিক প্রযুক্তিসম্পন্ন সেন্টার থাকবে। নিঃসন্দেহে এ উদ্যোগ আমাদের সকলের জন্য আশাব্যঞ্জক।

তবে এটিও অনস্বীকার্য যে সামগ্রিক বিচারে দেশের স্বাস্থ্য সেবার সার্বিক মানোন্নয়নের পথে একাধিক অন্তরায় বিদ্যমান।

দেশের স্বাস্থ্যসেবা যাতে কাজিতমান অর্জন করতে পারে সে লক্ষ্যে আইন কমিশন 'স্বাস্থ্যসেবা আইন' নামে একটি আইন প্রণয়নের উদ্দেশ্যে গবেষণা কার্যক্রম পরিচালনা করে আসছে। বিগত এক বছরে আইন কমিশন মাঠ পর্যায়ে একাধিক গবেষণা কার্যক্রম পরিচালনার পাশাপাশি বাংলাদেশের বিভিন্ন হাসপাতালে মত বিনিময়সহ প্রথিতযশা অধ্যাপক চিকিৎসকদের সাথে একাধিক ওয়ার্কশপ পরিচালনা করেছে।

এ সকল গবেষণা কার্যক্রমের আলোকে দেশের স্বাস্থ্য খাতে নিম্নোক্ত সমস্যাবলী চিহ্নিত করা হয়। এ সকল ব্যাপারে যথাযথ পদক্ষেপ গ্রহণ করা হলে বাংলাদেশের স্বাস্থ্য সেবার মান কাজিত মাত্রা অর্জন করতে পারবে বলে আশা করা যায়।

১.মেডিকেল শিক্ষা ব্যবস্থা

চিকিৎসা বিদ্যা শিক্ষার আদর্শ, লক্ষ্য ও উদ্দেশ্যঃ

একজন চিকিৎসা বিদ্যা শিক্ষার্থীকে হৃদয়ে ধারণ করতে হবে যে এমবিবিএস কার্যক্রমের মাধ্যমে অন্যান্য বিষয়সহ তাকে নিম্নলিখিত বিষয়ে বুৎপত্তি অর্জন করতে হবেঃ

- ১) সহজ ও স্বাভাবিকভাবে রোগীর যোগাযোগের সাথে মাধ্যমে রোগের ইতিহাস জানার পদ্ধতি আয়ত্ত্বকরণ ,
- ২) যে কোন রোগীকে প্রাথমিক পরীক্ষার মাধ্যমে তার সমস্যা নির্ণয় ,
- ৩) রোগের প্রাথমিক উপসর্গ বোঝার সক্ষমতা অর্জন ,
- ৪) প্রতিরোধমূলক বা প্রয়োজনমত নিরাময়মূলক ঔষধ প্রয়োগের সক্ষমতা অর্জন ,
- ৫) অপরিহার্য ঔষধ প্রয়োগের সক্ষমতা অর্জন,
- ৬) যে কোন ঔষধের পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া সম্বন্ধে অনুসন্ধিৎসু হওয়া,
- ৭) চিকিৎসা সেবা কার্যক্রমে নৈতিকতা বজায় রাখা,
- ৮) পেশাদারীত্ব বুৎপত্তি অর্জনে সারাজীবন প্রচেষ্টা অব্যাহত রাখার মানসিকতা অর্জন,
- ৯) প্রকৃত পেশাদারীত্ব অর্জন ও সর্ব অবস্থায় মানবিকতা বজায় রাখার প্রশিক্ষণ ।

ক। ভর্তি সংক্রান্ত সমস্যাবলী :

- ১। সাম্প্রতিক বছরগুলোতে ভর্তি পরীক্ষার প্রশ্নপত্র ফাঁস এর প্রবণতা ভর্তি প্রক্রিয়াকে মারাত্মকভাবে প্রশ্নবিদ্ধ করেছে, তবে বিগত কয়েক বৎসরে (২০১৬-২০২৩) এই অভিযোগ এখনও উত্থাপিত করা হয় নাই,
- ২। পূর্ববর্তী বৎসরগুলিতে, বিশেষ করে বেসরকারি মেডিকেল কলেজগুলিতে, পরীক্ষার পাশ নম্বর কমিয়ে কিংবা ভর্তি পরীক্ষার প্রশ্ন সহজ করে অধিক সংখ্যক শিক্ষার্থী প্রাপ্তি নিশ্চিত করা হয়,
- ৩। বেসরকারি মেডিকেল কলেজগুলোতে অনেক ক্ষেত্রেই ভর্তির নীতিমালার তোয়াক্কা না করে অনুমিত সংখ্যার অতিরিক্ত অযোগ্য শিক্ষার্থীকে কেবল অর্থ প্রদানের যোগ্যতার নিরিখে ভর্তি করা হয়,
- ৪। মানব সেবার প্রতি নিবেদিত প্রাণ নয়, কেবল অভিভাবকের চাপে অথবা অর্থ উপার্জনের উপায় বিবেচনায় চিকিৎসক হওয়ার লক্ষ্যে মেডিক্যাল কলেজে ভর্তি হবার প্রচলিত প্রথা বাংলাদেশের চিকিৎসা খাতে দুরবস্থার অন্যতম কারণ।

সুপারিশঃ

- ১) শুধুমাত্র মেধার ভিত্তিতে ভর্তির ব্যবস্থা নিশ্চিত করা,
- ২) প্রার্থীর মানবিক গুণাবলী নির্ণয়ের লক্ষ্যে ভর্তি পরীক্ষায় Aptitude টেস্ট অন্তর্ভুক্ত করা,
- ৩) প্রার্থীর empathy, sympathy এবং emotional quotient নির্ধারণ করা প্রয়োজন,
- ৪) মানসম্মত প্রশ্নপত্র দ্বারা ভর্তি পরীক্ষা গ্রহণ,
- ৫) পরীক্ষার পাশ নম্বর কে অতি সহজলভ্য করার প্রবণতা পরিহার রোধ,

- ৬) প্রশ্নপত্র ফাঁস রোধে কার্যকর ব্যবস্থা গ্রহণ,
- ৭) বিদেশী ছাত্র কোটায় দেশী ছাত্র ভর্তি করার প্রচলিত প্রথা সম্পূর্ণরূপে বন্ধ,
- ৮) ভর্তি পরীক্ষায় প্রকৃত মেধা যাচাইয়ের জন্য পার্শ্ববর্তী ভারতসহ উন্নত দেশসমূহের ভর্তি পরীক্ষার পদ্ধতি নিরীক্ষা করে আরও কার্যকর কৌশল অবলম্বন করা,

খ। শিক্ষা ব্যয় সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

- ১। সরকারি মেডিকেল কলেজঃ সরকারি মেডিকেল কলেজে ভর্তুকি থাকায় শিক্ষা ব্যয় নাগালের মধ্যে বিধায় মেধাবী শিক্ষার্থীগণ সুযোগ পাচ্ছে।
- ২। বেসরকারি মেডিকেল কলেজঃ বেসরকারি মেডিকেল কলেজগুলোর শিক্ষা ব্যয় অর্থোক্তিকভাবে বেশী এবং একেক শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের শিক্ষা ব্যয় একেক রকম বিধায় অনেক মেধাবী শিক্ষার্থী মেডিকেল শিক্ষা থেকে বঞ্চিত হচ্ছে, আবার অনেক ক্ষেত্রে টাকার বিনিময়ে অনেক অযোগ্য প্রার্থীও ভর্তি হবার সুযোগ পাচ্ছে। বেসরকারি প্রতিষ্ঠানগুলি প্রকৃতপক্ষে ব্যবসায়িক প্রতিষ্ঠানে রূপান্তরিত হয়েছে।

সুপারিশঃ

সরকারি ও বেসরকারি মেডিকেল কলেজগুলোর শিক্ষা ব্যয়ের ক্ষেত্রে বিরাজমান অস্বাভাবিক ব্যবধান কমিয়ে আনা এবং অযোগ্য প্রার্থীর ভর্তির সুযোগ আরও সঙ্কুচিত করা। প্রয়োজনীয় ভৌত অবকাঠামো না

থাকলে কোন বেসরকারী মেডিক্যালকলেজকে বিশ্ববিদ্যালয় মঞ্জুরী কমিশনের ছাড়পত্র দেয়া যাবে না এমন বিধির বাস্তবায়নে জোর পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে।

গ। শিক্ষার মান সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

সরকারি,বেসরকারি উভয় ধরনের মেডিকেল কলেজ সম্পর্কিত সমস্যাঃ

- ১। মেডিকেল শিক্ষার মাধ্যম ইংরেজী, কিন্তু বেশিরভাগ ছাত্রগণের ইংরেজী ভাষাগত জ্ঞান মারাত্মক রকম দুর্বল বিধায় সার্বিকভাবে তাদের শিক্ষা গ্রহণ প্রক্রিয়া ব্যাহত হচ্ছে,
- ২। প্রাতিষ্ঠানিক মেডিকেল শিক্ষা পূর্বে যতখানি গুরুত্ব দিয়ে পড়ানো হত বেশীর ভাগ ক্ষেত্রেই এখন তা হয় না,
- ৩। অনেক ক্ষেত্রে সংশ্লিষ্ট অধ্যাপক যৌক্তিক কারণ ব্যতিরেকে লেকচার দেয়া থেকে বিরত থাকেন এবং অন্য কোন জুনিয়র চিকিৎসক তার পরিবর্তে লেকচার দেন,
- ৪। পূর্বের ন্যায় শিক্ষকগণ পাঠদানে ছাত্রদের নিকট নিবেদিত প্রাণ নন, যথেষ্ট সময় ও আন্তরিকতা দিয়ে পাঠদান করেন না,সহযোগীতার মনোভাবের পরিচয় দেন না, ফলে ছাত্রগণ তাদের প্রশ্নের উত্তর পাওয়া থেকে বঞ্চিত হন, তাদের জ্ঞানের অভাব থেকে যায়, ভবিষ্যতে চিকিৎসা ব্যবস্থার দুর্বলতা সৃষ্টি করে,

- ৫। পূর্বে মূল পাঠ্যপুস্তক (Text Book), যেমন Gray's Anatomy, Cunningham's Manual on Practical Anatomy, Guyton: Physiology, Ganong's Review of Medical Physiology, Langman's Medical Embryology, Junqueira's Basic Histology, Robins and Cotran: Pathologic Basis of Disease, Lange Review of Medical Microbiology and Immunology, Davidson's Principles and Practice of Medicine, Bailey and Love's Practice of Surgery ইত্যাদি পড়ানো হত। বর্তমানে ছোট ছোট নোট বই ই সম্বল, ফলে পড়াশুনা হয় অসম্পূর্ণ, চিকিৎসা শিক্ষা হয় ভাসা ভাসা, যদিও অন্তিমে এইরূপ শিক্ষায় শিক্ষিত চিকিৎসক দের হাতেই থাকবে মানুষের জীবন,
- ৬। পূর্বে ৩য় বর্ষ হতে হাসপাতালের ওয়ার্ডে সন্ধ্যা থেকে রাত ৯/১০টা পর্যন্ত ছাত্র-ছাত্রীদের হাতে-কলমে যে শিক্ষা দেয়া হত, এখন তা প্রায় বন্ধ।
- ৭। অন্যান্য উন্নত দেশে চিকিৎসা বিজ্ঞানে স্নাতক পর্যায়ে গবেষণা বাধ্যতামূলক হলেও বাংলাদেশে তা সম্পূর্ণ অনুপস্থিত,
- ৮। পূর্বের তুলনায় বর্তমানে পাশের হার অস্বাভাবিক রকম বেশী, কিন্তু শিক্ষার মানের ক্রমাগত অবনতি হচ্ছে,
- ৯। রাজনীতির সাথে সংশ্লিষ্ট ছাত্রদের অনেকেই ঠিকমত ক্লাস করে না এবং নামকাওয়াস্তে পরীক্ষা দিয়ে পাস করে বা পাস করিয়ে দেওয়া হয়,
- ১০। চিকিৎসা শিক্ষার সহিত অঙ্গাঙ্গিভাবে জড়িত, মানবিকতা ও অসুস্থ ও অনেকসময়েই মৃত্যুপথযাত্রী রোগীকে চিকিৎসা ও সেবা প্রদানের পবিত্র দায়িত্ব ও কর্তব্য সংশ্লিষ্ট সবাই প্রায় ভুলতে বসেছে,

- ১১। MBBS চূড়ান্ত পরীক্ষায় OSPE/OSCE পদ্ধতিতে পরীক্ষা গ্রহণ সৎ উদ্দেশ্যেই নেওয়া হয়েছিল কিন্তু বর্তমানে অভিযোগ উত্থাপিত হচ্ছে যে এইরূপ পরীক্ষা চলাকালীন সময়ে পরীক্ষার্থীরা তো বটেই অনেক সময় শিক্ষকেরাও পরীক্ষার্থীদের সহায়তা করে থাকেন,
- ১২। সংক্ষিপ্ত কোর্সের মাধ্যমে পোস্ট গ্র্যাজুয়েট ডিপ্লোমাধারীদের অধ্যাপক হিসেবে নিয়োগ দেয়ার ফলে ছাত্র-ছাত্রীদের উন্নত শিক্ষা ব্যাহত হচ্ছে, কারণ অধিকাংশ অধ্যাপকদের সর্বাধুনিক চিকিৎসা ও গবেষণার যথেষ্ট অভিজ্ঞতা থাকে না,
- ১৩। পাকিস্তান আমলের প্রথম দিকে যখন দেশে উচ্চতর প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত অধ্যাপকগণের নিদারুণ অভাব ছিল তখন বিদেশ থেকে ড. নোভাগ, ড. এলিনসন, ড. টিমোসফ প্রমুখ অধ্যাপকগণকে ঢাকা মেডিকেল কলেজে নিয়োগ দেওয়া হয়েছিল, তৎপর দেশের মেধাবী চিকিৎসকগণকে উন্নত বিশ্ব হতে পোস্ট গ্র্যাজুয়েট ডিগ্রি, প্রফেশনাল ডিগ্রি ও প্রশিক্ষণ দিয়ে আনা হয়েছিল বিধায় দেশের চিকিৎসা ক্ষেত্রে সেই শিক্ষার মানের প্রভাব থাকতো, বর্তমানে তা প্রায় অনুপস্থিত,
- ১৪। সরকারি বেসরকারি মেডিকেল কলেজের সংখ্যা শতাধিক হলেও মাত্র হাতে গোনা কয়েকটি মেডিকেল কলেজে শিক্ষক ও নার্সগণের বাসস্থান, ছাত্রদের হোস্টেলসহ সত্যকার আধুনিক ক্যাম্পাস রয়েছে।
- ১৫। চিকিৎসা বিজ্ঞানের বিভিন্ন বিষয়ে নিবিড় জ্ঞানার্জনের জন্য বিভিন্ন স্পেশেলাইজেশন ও সাব-স্পেশেলাইজেশন কোর্স চালু থাকলেও উক্ত কোর্সসমূহে নিবন্ধিত/ভর্তি হবার প্রক্রিয়া আদৌ স্বচ্ছ নয়। অনেক সময়েই দেখা যায় যে, সাব-স্পেশেলাইজেশন প্রদানকারী বিষয়ের সংশ্লিষ্ট অধ্যাপকের কোন মতামত ছাড়াই কিংবা কখনো কখনো তার অজ্ঞাতেই কোন একজন প্রার্থীর ভর্তি অনুমোদন হয়ে থাকে। এমনটিও দেখা যায় যে, কোন একটি শূণ্য পদের বিপরীতে পাঁচ-ছয়টি আবেদন জমা পড়লেও, পছন্দের প্রার্থীকে ভর্তি করানোর জন্য সুস্পষ্ট কোন কারণ

ব্যতিরেকে বাকী আবেদনপত্রসমূহ তথাকথিত অজুহাতে বাতিল করা হয়। ফলে দেশে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকদের সেবার মান পূর্বের তুলনায় অনেকটাই অবনমিত হয়েছে।

সুপারিশঃ

- ১) একজন চিকিৎসকের প্রধান ও প্রাথমিক দায়িত্ব একজন অসুস্থ রোগীকে চিকিৎসা সেবা প্রদান, Hippocratic Oath শুধুমাত্র কয়েকটি বাক্য নয়, এর প্রকৃত মর্মার্থও এই শপথ এর সহিত জড়িত যাহার দায়িত্ব ও কর্তব্য একজন চিকিৎসা শাস্ত্রের ছাত্রের মনে গ্রথিত করে দেওয়ার পদক্ষেপ প্রথম থেকেই নিতে হবে যাতে তিনি একজন সত্যকার মানবিক গুণাবলী সম্পন্ন চিকিৎসক হয়ে উঠতে পারেন।
- ২) চিকিৎসা শাস্ত্রের পাঠক্রম আরম্ভের পূর্বে ছাত্রদের ৩-৬ মাস ব্যাপি সময়কালে বিষয় ভিত্তিক ইংরেজী শিক্ষা প্রদান, চিকিৎসা সম্পর্কিত মূল (Basic) প্রাথমিক বিষয়গুলি সম্পর্কে প্রশিক্ষণ প্রদান, যাতে এমবিবিএস পাঠ শুরু করে ছাত্ররা সঠিকভাবে বিষয়গুলি বুঝতে পারে। বর্তমানে বেশীর ভাগ ছাত্রই মুখস্থের উপর নির্ভর করে কিন্তু তাদেরকে বিষয়গুলি আত্মস্থ করে নিজের ভাষায় প্রকাশের অভ্যাস সৃষ্টি করার প্রশিক্ষণ প্রদান করতে হবে।
- ৩) শিক্ষার্থীদের হাতেকলমে শিক্ষা নিশ্চিত করার লক্ষ্যে ওয়ার্ডে সাক্ষ্যকালীন ক্লাস পুনরায় চালু করা।
- ৪) রেজিস্ট্রার পদে পোস্ট গ্র্যাজুয়েট ডিগ্রিধারী চিকিৎসক নিয়োগ করা এবং উক্ত পদটির জন্য

অতিরিক্ত

এলাউন্সসহ নন-প্র্যাকটিসিং করা, যাতে তারা পূর্বের ন্যায় ওয়ার্ডে ছাত্রদের সাক্ষ্যকালীন

ক্লাস নিতে

পারেন, বিশেষ করে ৩য়, ৪র্থ ও ৫ম বর্ষের ছাত্র-ছাত্রীদের ওয়ার্ডে দায়িত্ব পালন

বাধ্যতামূলক

করতে হবে।

- ৫) শুধুমাত্র যোগ্য পরীক্ষার্থীই যেন পাস করে সে ব্যবস্থা নিশ্চিত করা।
- ৬) OSPE/OSCE পরীক্ষার প্রশ্নপত্রের গোপনীয়তা সুনিশ্চিত করা এবং পরীক্ষার হলে সবধরনের
অসদাচরণ বন্ধ করবার পদক্ষেপ গ্রহণ।
- ৭) ছাত্র-রাজনীতি যেন কোন ভাবেই শিক্ষা বা পরীক্ষাকে প্রভাবিত না করতে পারে সে ব্যবস্থা করা,
- ৮) শিক্ষকগণের মানোন্নয়ন এর জন্য যা প্রয়োজন-

i) Professional Degree ও স্বীকৃত University হতে Post Graduation, Doctoral or Post Doctoral Degree ধারীদের কনসালট্যান্ট, সহকারী, সহযোগী এবং পূর্ণ অধ্যাপক পদে নিয়োগ প্রদান। বিদেশী teaching হাসপাতাল বা বিশ্ববিদ্যালয় থেকে Post-Doctoral Degree বা উচ্চতর শিক্ষাপ্রাপ্ত চিকিৎসক কে তাঁর যোগ্যতা বা অভিজ্ঞতা অনুসারে উচ্চতর পদে নিয়োগ প্রদান। এতে অস্তীমে রোগীদেরই উপকার হবে। এই সকল নিয়োগ পদোন্নতি নয়, সেবাভিত্তিক নূতন নিয়োগ হিসাবেই গণ্য হওয়া উচিত।

ii) পোস্ট গ্র্যাজুয়েট ডিপ্লোমাদারী চিকিৎসকদের আরও উচ্চতর Degree বা শিক্ষাগ্রহণ শিক্ষা গ্রহণ ব্যতিরেকে সহকারী অধ্যাপক এর উপরের পদে পদোন্নতি বা পদায়ন না করা।

iii) জুনিয়র অধ্যাপকরা ক্লাস নেয়ার সময় সিনিয়র অধ্যাপকরা উপস্থিত থেকে তাদের পাঠ প্রদানকে মূল্যায়ন করবে, এমন পদ্ধতি চালু করতে হবে।

- ৯) শিক্ষক-রাজনীতি বা ছাত্র-রাজনীতি যেন তাঁদের মহান পেশাদারিত্বকে কোন ভাবেই প্রভাবিত না করে।

- ১০) মেডিক্যাল শিক্ষা প্রদানের সকল প্রকার সুযোগসহ প্রত্যেকটি সরকারী ও বেসরকারী মেডিক্যাল কলেজসমূহে পূর্ণাঙ্গ ক্যাম্পাস স্থাপন।
- ১১) এ অবস্থা থেকে উত্তরণের লক্ষ্যে সাব-স্পেশেলাইজেশন কোর্সসমূহের ভর্তি প্রক্রিয়ায় স্বচ্ছতা নিশ্চিত করা প্রয়োজন, যাতে মেধার ভিত্তিতে ভর্তি সুনিশ্চিত হয়। প্রয়োজনে প্রবীন অধ্যাপকদের সমন্বয়ে এ বিষয়ে একটি নীতিমালা তৈরী করা যেতে পারে।
- ১২) সরকারি ও বেসরকারি মেডিকেল কলেজসমূহ পরিচালনার জন্য কানাডার McMaster Medical University, King George Medical University (India), All India Institute of Medical Science, Christian Medical College Hospital (Vellore) ইত্যাদি পৃথিবী বিখ্যাত মেডিকেল কলেজ সমূহে প্রচলিত চিকিৎসা শাস্ত্র বিষয়ক শিক্ষা প্রদান পদ্ধতি অনুসরণে একটি Uniform Standard Guideline প্রস্তুতক্রমে তার যথাযথ বাস্তবায়ন নিশ্চিত করতে হবে।

ঘ) বেসরকারি মেডিকেল কলেজ সংক্রান্ত সমস্যাঃ

- ১। কম মেধার শিক্ষার্থী ভর্তি হওয়ায় সামগ্রিকভাবে শিক্ষার মান খারাপ হয়।
- ২। কোন কোন বেসরকারি মেডিকেল কলেজে এক্সটার্নাল পরীক্ষক viva voce পরীক্ষায় পরীক্ষার্থীকে ৩/৪ নম্বর দিতে চাইলেও চাপের মুখে ও নিজের এক্সটার্নাল পরীক্ষকের অবস্থান ধরে রাখার জন্য অযোগ্য পরীক্ষার্থীকে পাস করিয়ে দিতে বাধ্য হন। ফলশ্রুতিতে মেডিক্যালশিক্ষার মানের ভয়াবহ অবনতি ঘটেছে। বেশীরভাগ বেসরকারি মেডিকেল কলেজ প্রকারান্তে ব্যবসা প্রতিষ্ঠানে পরিণত হয়েছে।

- ৩। নিয়ম অনুযায়ী প্রত্যেক শিক্ষার্থীর বিপরীতে রোগীসহ অন্তত ০৫টি শয্যা থাকা আবশ্যিক, কিন্তু অধিকাংশ বেসরকারি মেডিকেল কলেজে পর্যাপ্ত শয্যা (Bed) নেই, কিংবা শয্যা থাকলেও রোগী নেই, ফলে ছাত্র-ছাত্রীদের যথাযথভাবে হাতে কলমে শিক্ষা দেয়ার সুযোগ নেই।
- ৪। চিকিৎসক ও সুশিক্ষিত ও প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত নার্স এর সংখ্যা অপ্রতুল।
- ৫। বেসরকারি মেডিকেল কলেজ ও হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ কর্তৃক কোন নীতিমালা ব্যতিরেকে নিজেদের খুশিমত অধ্যাপক, শিক্ষক ও চিকিৎসক নিয়োগ।
- ৬। অধ্যাপক, অন্যান্য শিক্ষক ও চিকিৎসকগণের চিকিৎসার মান মারাত্মকভাবে প্রশ্নবিদ্ধ।
- ৭। মৃতদেহের অভাবে শিক্ষার্থীদের এ্যানাটমি শিক্ষা যথাযথ হয় না,
- ৮। চিকিৎসা বিজ্ঞানের মৌলিক বিষয়গুলি পড়াবার উপযুক্ত শিক্ষকের অভাব, অথচ উক্ত মৌলিক বিষয়গুলিতে যথেষ্ট জ্ঞান ব্যতীত মেডিসিন, সার্জারী ইত্যাদি ব্যবহারিক বিষয়গুলিতে প্রকৃত শিক্ষা অর্জন সম্ভব নয়,
- ৯। দেশে অসংখ্য বেসরকারি মেডিকেল কলেজ (৭২টি) কিন্তু মেডিকেল শিক্ষার মান করণ, কারণ-পর্যাপ্ত ও উপযুক্ত প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত শিক্ষক, নার্স, শয্যা ও রোগীর অভাব।

সুপারিশঃ

- ১) মেধাবী শিক্ষার্থী ভর্তির ব্যবস্থা করা।
- ২) প্রত্যেক শিক্ষার্থীর বিপরীতে রোগীসহ কমপক্ষে ০৫টি শয্যা নিশ্চিত করা।
- ৩) একটি Regulatory body বা চিকিৎসা কমিশন এর মাধ্যমে উপযুক্ত মানসম্পন্ন পর্যাপ্ত সংখ্যক শিক্ষক নিয়োগ।
- ৪) উপযুক্ত সংখ্যক প্রয়োজনীয় প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত চিকিৎসক ও নার্স নিয়োগ প্রদান।

- ৫) মেডিক্যাল কলেজের সংখ্যা সীমিত রেখে মান নিশ্চিত করা।
- ৬) এ্যানাটমিসহ অন্যান্য মৌলিক বিষয়গুলো শিক্ষার সুব্যবস্থা নিশ্চিতকরণ।
- ৭) বেসরকারি মেডিকেল কলেজসমূহ পরিচালনার জন্য একটি Uniform Standard Guideline প্রস্তুতক্রমে তার যথাযথ বাস্তবায়ন নিশ্চিত করতে হবে।
- ৮) বেসরকারি মেডিকেল কলেজের কারিকুলাম এর মানোন্নয়নের লক্ষ্যে জাতীয় পর্যায়ে একটি বিশেষ কমিটি গঠনপূর্বক যুগোপযোগী নীতিমালা প্রণয়ন করতে হবে।

৬) ইন্টার্নশীপ প্রশিক্ষণ এর লক্ষ্য, উদ্দেশ্য ও প্রত্যাশাঃ

এমবিবিএস ডিগ্রি একজন ব্যক্তিকে চিকিৎসা শাস্ত্রে প্রাথমিক জ্ঞান প্রাপ্ত বলে স্বীকৃতিদান করে মাত্র তবে তখনও তিনি প্রকৃত অর্থে চিকিৎসক নন। প্রকৃত চিকিৎসক হতে হলে হাতে কলমে প্রশিক্ষণ প্রয়োজন। এই প্রশিক্ষণই প্রদান করা হয় ইন্টার্নশীপ সময়ে। এই প্রশিক্ষণের মাধ্যমেই স্নাতক ডিগ্রিধারী ব্যক্তি প্রকৃত চিকিৎসক হয়ে ওঠেন।

এই প্রশিক্ষণের সময় অন্যান্য বিষয়সহ নিম্নলিখিত বিষয়গুলিতে বুৎপত্তি প্রয়োজনঃ

- ১) পেশাদারীত্ব ও ব্যবহারীক শিক্ষার মাধ্যমে আহরিত জ্ঞান ও দক্ষতা ব্যবহার করে একজন রোগীর রোগ নির্ণয় করার প্রশিক্ষণ,
- ২) প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে ওষুধাদি প্রয়োগ সংক্রান্ত প্রশিক্ষণ,
- ৩) প্রদত্ত ঔষধের পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া সম্পর্কে রোগীকে ওয়াকিবহাল করা,
- ৪) পথ্য ও ঔষধাদী প্রয়োগের পূর্বে রোগীর কোন এলার্জি আছে কিনা সম্বন্ধে অনুসন্ধান করা,
- ৫) রোগীর Septicaemia বা অন্য কোন রকম সংক্রমন সম্বন্ধে সজাগ থাকা,

- ৬) মেডিকেল, সার্জিকাল, প্রসূতি বিষয়িক, নবজাতক, শিশুরোগ ইত্যাদি বিষয়াদী সম্পর্কিত জরুরী সমস্যা তাৎক্ষণিক ভাবে সমাধান করবার বা প্রচেষ্টার প্রশিক্ষণ,
- ৭) ব্যবহারিক শিক্ষা প্রয়োগের মাধ্যমে রোগীদের জরুরী চিকিৎসা প্রদানের জন্য প্রয়োজনীয় রক্ত পরীক্ষা, X-Ray ইত্যাদি পরীক্ষা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত প্রদানে প্রশিক্ষণ,
- ৮) X-Ray, ECG, C.T. Scan, MRI, Ultra Sonogram ইত্যাদি হতে আহরিত তথ্যাদি বুঝতে পারা এবং Interpret করার প্রশিক্ষণ,
- ৯) স্বাধীনভাবে ward এর রোগীদের সেবা প্রদান ব্যবস্থাপনা সম্পর্কিত প্রশিক্ষণ,
- ১০) প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্য পরিষেবা সম্পর্কিত প্রশিক্ষণ
- ১১) ধারাবাহিকভাবে অসুস্থ রোগীদের পুনর্বাসন (rehabilitation)

চ) ইন্টার্নশীপ সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

- ১। ইন্টার্নশীপই চিকিৎসক হওয়ার প্রাথমিক ও অতি গুরুত্বপূর্ণ পর্যায় হওয়া সত্ত্বেও অনেক মেডিকেল কলেজে বিশেষ করে বেসরকারী মেডিকেল কলেজগুলোতে যথেষ্ট পরিমাণ মনোযোগ দেওয়া হয় না,
- ২। সরকারি মেডিকেল কলেজগুলোতে ইন্টার্নশীপে কর্মরত নবীন চিকিৎসকদের দৈনিক ১৬-১৮ ঘন্টা ডিউটি করতে হয়, কিন্তু সেই তুলনায় তাদের সম্মানী অপ্রতুল,
- ৩। সিংহভাগ বেসরকারি মেডিকেল কলেজে রোগীর অপ্রতুলতায় এবং প্রশাসনিক কারণে ইন্টার্নশীপে কর্মরত নবীন চিকিৎসকদের যথাযথ শিক্ষা ও হাতকলমে প্রশিক্ষণ প্রদানে মারাত্মক দুর্বলতা রয়েছে।

সুপারিশঃ

- ১) চিকিৎসা বিজ্ঞানের ত্রমবর্ধমান শাখাসমূহের জ্ঞান হাতেকলমে অর্জনের জন্য ২(দুই)বছরের ইন্টার্নশীপ চালু করা; তবে ১ বৎসর বা ২ বৎসরই হোক ইন্টার্নশীপ সত্যকার অর্থবহ হতে হবে,
- ২) ইন্টার্নশীপে কর্মরত চিকিৎসকদের বেতন ভাতাদি বিসিএস ক্যাডারে প্রবেশ পদের কর্মকর্তাদের অনুরূপ করা,
- ৩) বেসরকারি মেডিকেল কলেজগুলোর ইন্টার্নশীপে কর্মরত নবীন চিকিৎসকদের যথাযথ শিক্ষা, প্রশিক্ষণ ও অভিজ্ঞতা অর্জনের বিষয়টি নিশ্চিত করা,
- ৪) সরকারি ব্যবস্থাপনায় ইন্টার্নশীপের কমপক্ষে ৩ মাস উপজেলা পর্যায়ে কাজ করা।

২.চিকিৎসা সংক্রান্ত সমস্যাবলী

পূর্ব কথা :

প্রাক্তন পূর্ব বাংলায় ও পরবর্তীতে বাংলাদেশেও বিদেশে উচ্চ শিক্ষিত দেশী ও বিদেশী চিকিৎসকগণ বিভিন্ন মেডিকেল কলেজগুলোতে অধ্যাপনা এবং হাসপাতালগুলোতে চিকিৎসা সেবা প্রদান করেছেন। কিন্তু সমগ্র বিশ্বে যেখানে চিকিৎসা ক্ষেত্রে উন্নতির দিকে শনৈঃ শনৈঃ এগিয়ে চলেছে সেখানে বর্তমানে বাংলাদেশে চিকিৎসা ক্ষেত্রে রীতিমত ধ্বস নেমেছে। ফলে যাদের সামর্থ্য আছে তারা বিদেশে ছোট্টে, এমনকি যাদের তেমন সংগতি নেই তারাও জীবন বাঁচানোর তাগিদে সহায় সম্পদ যা থাকে তা বিক্রয় করে হলেও বিদেশে চিকিৎসার জন্য যেতে বাধ্য হয়। এটাই বাস্তবতা। নিকটস্থ দেশ ভারতের চেন্নাই, ক্রিশ্চিয়ান মেডিকেল কলেজ, বাঙ্গালোরের নারায়ানা হাসপাতাল, দিল্লি ও কলকাতার বিভিন্ন হাসপাতালে শত শত বাঙালী চিকিৎসাপ্রার্থীদের ভিড় তাই প্রমাণ করে।

ক। চিকিৎসার মান সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

- ১। প্রায়শই শুধুমাত্র সংক্ষিপ্ত কোর্সের মাধ্যমে পোস্ট গ্র্যাজুয়েট ডিপ্লোমা, যেমনঃ DO, DA, MCPS ডিপ্লোমা প্রাপ্তগণ কনসালট্যান্ট ও অধ্যাপক পদে মেডিকেল কলেজ ও হাসপাতালে নিয়োগ,
- ২। কনসালট্যান্ট ও অধ্যাপকগণকে উচ্চতর প্রশিক্ষণ প্রদানের ব্যবস্থা না থাকা,
- ৩। লব্ধ প্রতিষ্ঠ কনসালট্যান্ট ও অধ্যাপকগণ তাদের প্রাইভেট প্র্যাকটিস নিয়ে অতিরিক্ত ব্যস্ত, ফলে মেডিকেল কলেজে অধ্যাপনায় এবং হাসপাতালে চিকিৎসায় গাফিলতি ঘটে,
- ৪। ইন্টার্ন ও জুনিয়র চিকিৎসকগণ সিনিয়র চিকিৎসকগণকে কল্ দিতে প্রায়শই ভয় পান, কিংবা কল দিলেও তারা বিরক্ত হন এবং অনেক সময়েই তারা সময় মত হাসপাতালে আসতে ব্যর্থ হন,

- ৫। কনসালট্যান্ট ও সিনিয়র চিকিৎসকগণ অনেক সময়েই হাসপাতাল থেকে দূরে বসবাস করেন, ফলে কোন জরুরী অবস্থায় তারা হাসপাতালে উপস্থিত হতে ব্যর্থ হন,
- ৬। মূর্খ রোগীদেরকে জরুরী ভাবে চিকিৎসা দেবার জন্য চিকিৎসক দের দ্রুত আনয়নের জন্য হাসপাতালে প্রয়োজনীয় সংখ্যক গাড়ির অভাব,
- ৭। বেলা ২(দুই) ঘটিকার পর এবং শুরুর বা সরকারী ছুটির দিনে কোন কনসালট্যান্ট বা অধ্যাপক হাসপাতালে অবস্থান করেন না বা দায়িত্ব পালন করেন না,
- ৮। অনেক ক্ষেত্রেই পদোন্নতি ও পদায়ন তদবির নির্ভরশীল, ফলে অনেক মেধাবী চিকিৎসক চাকুরী ছাড়তে বাধ্য হন,
- ৯। সরকারি ও বেসরকারি মেডিকেল কলেজে নিয়োগ ও পদোন্নতিতে মারাত্মক বৈষম্য, অনেকসময় সহকারী অধ্যাপকের ছাত্র তার বহু পূর্বে বেসরকারি মেডিকেল কলেজে অধ্যাপক পদ অলংকৃত করেন,
- ১০। সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতালে বেতনের মারাত্মক তারতম্য,
- ১১। অনেক বেসরকারি ক্লিনিকে নার্স, আয়ারাই সিজারিয়ানসহ অনেক অপারেশন পরিচালনা করে থাকে,
- ১২। সংশ্লিষ্ট সকলের মধ্যে এমন একটি ধারণা জন্মেছে যে কোন বিশেষ দল না করলে-
- ক) ভাল পোস্টিং বা পদায়ন সম্ভব না,
- খ) পদোন্নতি লাভ হয় না,
- গ) এমনকি পোস্ট গ্রাজুয়েশন বা সাব স্পেশালিটি পড়াশুনা করতে চাইলে তার জন্য সুযোগ দেয়া হয় না।

সুপারিশঃ

- ১) ইন্টার্নশীপ সমাপ্তান্তে বিএমডিসি কর্তৃক চিকিৎসকদের রেজিস্ট্রেশন দেবার পূর্বে Qualifying পরীক্ষার ব্যবস্থা করা;
- ২) মেধাবী তরুণ চিকিৎসকগণকে উন্নত দেশে প্রফেশনাল, পোস্ট গ্র্যাজুয়েট ডিগ্রি ও প্রশিক্ষণের জন্য ধারাবাহিকভাবে প্রেরণ এবং চিকিৎসাশাস্ত্রের সকল শিক্ষককে সর্বোচ্চ শিক্ষা প্রদান ও প্রশিক্ষণের জন্য জরুরী ভিত্তিতে পদক্ষেপ গ্রহণ;
- ৩) বাংলাদেশে প্রফেশনাল ও পোস্ট গ্র্যাজুয়েট চিকিৎসা শিক্ষা ব্যবস্থার উন্নতি নিশ্চিতকরণ;
- ৪) শুধুমাত্র পোস্ট গ্র্যাজুয়েট ডিগ্রি বা আরও উচ্চতর প্রফেশনাল ও একাডেমিক ডিগ্রি প্রাপ্ত চিকিৎসকগণকে কনসালট্যান্ট, সহযোগী অধ্যাপক বা অধ্যাপক পদে নিয়োগ প্রদান;
- ৫) পোস্ট গ্র্যাজুয়েট ডিপ্লোমাদারী চিকিৎসকগণকে শুধুমাত্র উচ্চতর ডিগ্রি প্রাপ্তি সাপেক্ষে সহকারী অধ্যাপক পদে পদোন্নতি প্রদান;
- ৬) কনসালট্যান্ট ও অধ্যাপকগণকে কয়েক বৎসর অন্তর অন্তর উচ্চতর প্রশিক্ষণ প্রদানের ব্যবস্থা নিশ্চিতকরণ, যাতে তারা চিকিৎসা ক্ষেত্রে আন্তর্জাতিক মান অর্জন করতে পারে;
- ৭) ছুটির দিনসহ সর্বক্ষণ, অন্তত রোস্টার মারফত, অল্প সংখ্যক হলেও কয়েকজন কনসালট্যান্টকে দায়িত্বে থাকা প্রয়োজন যাতে গুরুতর অসুস্থ রোগীকে সময়োপযোগী চিকিৎসা দেওয়া সম্ভব হয়;
- ৮) বিশাল হাসপাতাল ভবন নির্মাণ সুচিকিৎসার কোন নিশ্চয়তা নয়, প্রয়োজন পেশাদারিত্বে উদ্ভূত উচ্চশিক্ষিত ও প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত চিকিৎসক ও নার্স, সেই সংগে প্রয়োজন চিকিৎসা সংশ্লিষ্ট উপকরণ বা সরঞ্জামাদি এবং সেই সকল উপকরণ বা সরঞ্জামাদি দক্ষতার সাথে পরিচালনা করবার মত প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত টেকনিশিয়ান প্রয়োজন;

- ৯) হাসপাতালের অতি নিকটে অন্তত কিছু সংখ্যক চিকিৎসকগণের বাসস্থান নির্মাণ ও যানবাহনের ব্যবস্থা নিশ্চিতকরণ;
- ১০) প্রাইভেট প্র্যাকটিস সীমিতকরণ সংক্রান্ত নীতিমালা প্রণয়ন;
- ১১) একটি সুস্পষ্ট নীতিমালার ভিত্তিতে একই মানদণ্ড অনুসারে সরকারি ও বেসরকারি মেডিকেল কলেজ ও হাসপাতালে নিয়োগ বা পদোন্নতি প্রদান;
- ১২) প্রতি চার বা পাঁচ বছর অন্তর প্রত্যেক চিকিৎসকের পেশাগত দক্ষতার যাচাই মূলক পরীক্ষার ব্যবস্থা বাধ্যতামূলককরণ, কারণ তাদের দক্ষতার উপর মানুষের জীবন নির্ভর করে;
- ১৩) চিকিৎসক ব্যতীত অপর কেউ চিকিৎসা করলে তা ফৌজদারী অপরাধ হিসেবে গণ্য করার বিধান প্রণয়ন;
- ১৪) চিকিৎসা সেবায় নিয়োজিত চিকিৎসক দের পোস্টিং, পদোন্নতি সম্পূর্ণরূপে মেধাভিত্তিক হতে হবে,এমনকি ক্ষেত্রবিশেষে জ্যেষ্ঠতার চেয়ে মেধাকে মূল্যায়িত করতে হবে;
- ১৫) দেশের সকল সরকারী মেডিকেল কলেজ হাসপাতালে আধুনিক Palliative Care Unit চালু করা উচিত যাতে গুরুতর প্রাণঘাতী রোগে আক্রান্ত রোগীগণের জীবনের শেষ মুহূর্তগুলিকে কম কষ্টদায়ক করা যায়, কিছুটা উপসম দেওয়ার চেষ্টা করা, পাশাপাশি এ সংক্রান্ত বিশেষ প্রশিক্ষণ প্রদানের মাধ্যমে দক্ষ চিকিৎসক ও স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী জনবল প্রস্তুত করা;
- ১৬) চিকিৎসা ও স্বাস্থ্যসেবার মান বজায় রাখবার জন্য কি কি শর্ত পূরণ করতে হবে তা স্বাস্থ্য অধিদপ্তর উন্নত বিশ্বের হাসপাতালের মান এর সহিত মিল রেখে নির্ধারণ করবে এবং সেই সকল শর্ত পূরণ সাপেক্ষে হাসপাতালগুলিকে রেজিস্ট্রেশন প্রদান করবে। রেজিস্ট্রেশন ব্যতীত কোন হাসপাতাল বা ক্লিনিক বা ডায়াগনস্টিক সেন্টার কোনরূপ চিকিৎসা বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে পারবে না;

- ১৭) প্রতিটি বেসরকারি হাসপাতাল-ক্লিনিক ও বেসরকারি ডায়াগনস্টিক সেন্টারকে সংশ্লিষ্ট মন্ত্রণালয়ের অধীনে রেজিস্ট্রেশন করতে হবে, তাদের রেজিস্ট্রেশন নম্বর প্রতিষ্ঠানের এমন সব স্থানে প্রদর্শন করতে হবে যা সর্বসাধারণের দৃষ্টিগোচরে আসে। একই সাথে, প্রতি বছর উক্ত প্রতিষ্ঠানসমূহের রেজিস্ট্রেশন নবায়ন বাধ্যমূলক করা;
- ১৮) প্রতিটি হাসপাতাল, ক্লিনিক ও ডায়াগনস্টিক সেন্টারে ব্যবহৃত চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল উপকরণ বা সরঞ্জামাদি মেয়াদ মধ্যে calibration করতে হবে, স্বাস্থ্য অধিদপ্তরকে এ বিষয়টি নিবিড় পর্যবেক্ষণে রাখতে হবে;
- ১৯) সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতালের চিকিৎসা ও স্বাস্থ্যসেবা প্রদান সংক্রান্ত মান নিয়ন্ত্রণ ও মূল্যায়নের লক্ষ্যে প্রতিটি সরকারী ও বেসরকারী হাসপাতাল ও ক্লিনিকে শক্তিশালী ভিজিট্যান্স কমিটি চালু করতে হবে;
- ২০) সরকারি, বেসরকারি সকল হাসপাতালসমূহ চিকিৎসারত অবস্থায় রোগীর মৃত্যু হলে প্রতিটি মৃত্যুর জন্য পৃথক অডিট এর বিধান করতে হবে এবং উক্ত রেকর্ড সংরক্ষণের জন্য প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে;
- ২১) মেডিকেল কলেজ ও হাসপাতালে অধ্যাপক পদে নিয়োগের ক্ষেত্রে মানসম্পন্ন একক গবেষণাকর্ম ও স্বীকৃত জার্নালে তা প্রকাশিত হওয়া বাধ্যতামূলক করতে হবে;
- ২২) কোন চিকিৎসক নিরবচ্ছিন্নভাবে ০৩ বছর উপজেলা পর্যায়ে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে সক্রিয়ভাবে কর্মরত থাকলে মেডিকেল কলেজ হাসপাতালে শিক্ষকতা করার সুযোগ প্রদানে অগ্রাধিকার দেবার নিয়ম চালু করা যেতে পারে;

- ২৩) সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতালের চিকিৎসার মান অভিন্ন করার সুদূরপ্রসারী পরিকল্পনা গ্রহণ করতে হবে;
- ২৪) চিকিৎসকদের জন্য Guideline for Best Medical Practice ও Guideline for Best Clinical Practice এবং সর্বোপরি উন্নত চিকিৎসা ব্যবস্থাপনা সংক্রান্ত কার্যকর কর্মকৌশল প্রণয়ন ও তার যথাযথ অনুসরণ নিশ্চিতকরণ;
- ২৫) UK এর General Medical Council অনুকরণে Bangladesh Medical and Dental Council কে একটি স্বাধীন ও শক্তিশালী নিয়ন্ত্রক প্রতিষ্ঠান হিসাবে গড়ে তোলা।

৩.সরকারি হাসপাতালে চিকিৎসার অবস্থা

ক। হাসপাতালে ভর্তি সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

- ১। রোগীর সংখ্যা অনুপাতে বেডের সংখ্যা মারাত্মকভাবে অপ্রতুল,
- ২। প্রায়শই পরিলক্ষিত হয় যে, মেডিকেল কলেজ হাসপাতালগুলোতে রোগীদের উপচে পড়া ভীড় থাকে, এমনকি হাসপাতালের মেঝেতেও রোগীদের চিকিৎসা দিতে হয়। অথচ একই এলাকার অন্যান্য সরকারি হাসপাতালে বেড খালি থাকে। ফলে অনুমেয় যে ঐ সকল জেনারেল হাসপাতালের চিকিৎসার মান এর ব্যাপারে জনসাধারণ সন্তুষ্ট নয়, বিশ্বাসেরও অভাব রয়েছে। এ ব্যাপারে পদক্ষেপ গ্রহণ জরুরী,

- ৩। অনেক ক্ষেত্রেই সংশ্লিষ্ট কনসালট্যান্ট বা অধ্যাপকের ব্যক্তিগত চেম্বারে গিয়ে ফি প্রদান করে তার প্যাডে ভর্তির নির্দেশনা নিয়ে RP/RS এর কাছে গেলে তবেই সরকারি হাসপাতালে রোগী ভর্তি করা যায়। আবার অনেক ক্ষেত্রে ভর্তি হলেও রোগীকে বেডের অভাবে দিনের পর দিন মাটিতে কাটাতে হয়।

সুপারিশঃ

- ১) দেশের সকল সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতালসমূহে বেড এর সংখ্যা উল্লেখযোগ্য হারে বৃদ্ধিকরণ, সেই সঙ্গে প্রয়োজন উচ্চশিক্ষিত, প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত চিকিৎসক ও নার্সের সংখ্যা বৃদ্ধি;
- ২) সকল হাসপাতালসমূহে অভিন্ন মানের সেবা প্রদানে সুদূরপ্রসারী পরিকল্পনা গ্রহণ ও বাস্তবায়ন;
- ৩) হাসপাতালের নিকটবর্তী স্থানে সুলভমূল্যে থাকবার ব্যবস্থা রাখা যাতে রোগীদের সহিত আগত ব্যক্তি রোগীর কাছাকাছি স্থানে অবস্থান করতে পারে।

খ। চিকিৎসারত অবস্থায় সমস্যাবলীঃ

ওয়ার্ড-

- ১। ওয়ার্ডে কর্তব্যরত চিকিৎসক ও প্রশিক্ষিত নার্স এর সংখ্যা প্রয়োজনের তুলনায় অত্যন্ত অপ্রতুল,
- ২। ইন্টার্ন চিকিৎসকগণের উপর অতিরিক্ত নির্ভরশীলতা,
- ৩। কনসালট্যান্ট বা অধ্যাপক কর্তৃক রোগী পরীক্ষার অনিশ্চয়তা,
- ৪। রোগীর জীবন সংশয় ঘটলেও, বিশেষ করে রাত্রিকালে, সিনিয়র চিকিৎসক পাওয়া যায় না,

- ৫। জীবন রক্ষাকারী যন্ত্রপাতির অপ্রতুলতা এবং অনেক সময়ই তা বিকল থাকে,
- ৬। বিভিন্ন ধরনের রক্ত ও অন্যান্য পরীক্ষা নির্ভরযোগ্য নয়, অনেক সময়ই পুরাতন reagent ব্যবহৃত হয়,
- ৭। X-Ray, Ultra Sonogram, CT Scan, MRI ইত্যাদির জন্য অপ্রতুল টেকনিশিয়ান এবং উপযুক্ত প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত বিশেষজ্ঞের অভাব,
- ৮। দুঃখজনক হলেও সত্য যে, বিশেষজ্ঞের অভাবে বিভিন্ন ধরনের Test যেমন CT scan, MRI সঠিকভাবে interpret করা সম্ভব হয় না, Special PET Scan এবং হৃদযন্ত্র সংক্রান্ত রোগীর জন্য প্রয়োজনীয় Stress MRI এখনও এদেশে হয় না। ফলে সঠিকভাবে রোগ নির্ণয় হয় না,
- ৯। বাংলাদেশের চিকিৎসা ব্যবস্থার দুর্বলতম স্থান রোগ নির্ণয় (Diagnosis),
- ১০। অপরিষ্কার, অস্বাস্থ্যকর বিছানাপত্র এবং রোগী বহনকারী ট্রলি,
- ১১। জঘন্য নোংরা টয়লেট ও মেঝে,
- ১২। ইনফেকশনের সমূহ সম্ভাবনা,
- ১৩। ডায়াগনস্টিক টেস্ট এর জন্য হাসপাতালের বিভিন্ন স্থানে নিয়ে যাবার জন্য ওয়ার্ড বয় বা আয়া নামধারীদের টাকা দিতে হয়,
- ১৪। হাসপাতালের প্যাথলজিক্যাল ও অন্যান্য টেস্ট প্রায়ই অনির্ভরযোগ্য (unreliable), ফলে বাইরের ল্যাব থেকে টেস্ট করে আনতে হয়,
- ১৫। ওয়ার্ড বয়দের মারাত্মক প্রতাপ, অনেক ক্ষেত্রে তারা কোন কোন অধ্যাপকের এজেন্ট হিসেবে কাজ করে, বিশেষ করে অপারেশনের রোগীর ক্ষেত্রে,

- ১৬। দালালদের প্রতাপ,
- ১৭। অনেক সময় মহিলা রোগীরা, বিশেষ করে চক্ষু বিভাগে চোখ ব্যাভেজ করা অবস্থায় কিংবা গাইনী বিভাগের রোগীগণ চিকিৎসা সেবা গ্রহণের সময় ৪র্থ শ্রেণীর কর্মচারি কর্তৃক যৌন হয়রানীর শিকার হন,
- ১৮। হাসপাতালের ঔষধ ও অন্যান্য জিনিস চুরি হয়,
- ১৯। চিকিৎসার রেকর্ড সংরক্ষণের অভাব, অনেক সময় রেকর্ড অবৈধভাবে পরিবর্তন করা হয় বা interpolation করা হয়।

সুপারিশ :

- ১) শক্তিশালী প্রশাসনের মাধ্যমে উপরোক্ত সমস্যাবলী সমাধান করতে হবে।
 - ২) চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল তথ্য digitization এর মাধ্যমে সংরক্ষণের ব্যবস্থা।
 - ৩) বিভাগীয় জেলা সদর ও মফস্বল শহরগুলিতে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকগণ খুব কমই থাকেন, তাছাড়া রোগ নির্ণয়ের জন্য প্রয়োজনীয় যন্ত্রপাতি, রক্তপরীক্ষা ও টেকনিশিয়ান এর অভাব রয়েছে।
- সেকারণে ঢাকা শহরে জেনারেল হাসপাতালের সংখ্যা বৃদ্ধি করা প্রয়োজন কারণ সমগ্র দেশ থেকে সুচিকিৎসার জন্য রোগীরা রাজধানীতেই আসে। চিকিৎসা সেবা decentraliazation এর চেষ্টা সফল হবে না। কেননা, সারা বিশ্বে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকগণ বড় শহরেই থাকেন, মফস্বল শহরে নয়। কাজেই প্রথমত, বিভাগীয় ও জেলা হাসপাতালগুলিতে প্রাথমিকভাবে রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা প্রদানের সুব্যবস্থা করা। দ্বিতীয়ত, প্রয়োজনে রোগীরা রাজধানীতে এসে যাতে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসা নিতে পারেন সেই ব্যবস্থা করা।

- ৪) বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক, কনসালটেন্ট, অধ্যাপকগণের সংখ্যা বৃদ্ধির লক্ষ্যে দেশ ও বিদেশে উন্নত প্রশিক্ষণ এর ব্যবস্থা চালু করে দক্ষ চিকিৎসকের সংখ্যা বৃদ্ধি।
- ৫) প্রতিটি রোগের জন্য একটি করে Best Practice Guideline তৈরী করা ও তার যথাযথ অনুসরণ বাধ্যতামূলক করা। ইচ্ছকৃতভাবে Best Practice Guideline এর অনুসরণ ব্যাত্যয় হলে তাকে অপরাধ হিসেবে গণ্য করার বিধান প্রণয়ন করতে হবে।
- ৬) একইভাবে, প্রত্যেকটি রোগের চিকিৎসা পরিচালনা সংক্রান্ত Protocol নির্ধারণ করতে হবে এবং উক্ত Protocol ভঙ্গ করলে শাস্তিমূলক ব্যবস্থা গ্রহণ সংক্রান্ত বিধি প্রণয়ন করতে হবে।

গ। ICU ও CCU ইউনিটসংক্রান্ত সমস্যাবলী :

উন্নত বিশ্বে এই ধরনের বিশেষায়িত ইউনিটগুলি সর্বোচ্চ শিক্ষিত এবং উপযুক্ত ও উন্নততর প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত চিকিৎসক ও নার্স সুচিকিৎসার জন্য প্রয়োজনীয় উন্নত মানের উপকরণ দ্বারা রোগী সেবা প্রদান করে থাকেন। কিন্তু বাংলাদেশে-

১। বেশীরভাগ হাসপাতালে ICU/CCU ইউনিট নাই,

- ২। যে সকল হাসপাতালে এই ইউনিটগুলো আছে সেখানেও উচ্চতর ডিগ্রি ও উপযুক্ত প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত চিকিৎসক ও নার্স এর অভাব, বেশীরভাগ হাসপাতালে সাধারণ চিকিৎসক ও নার্সগণ রোগী সেবা প্রদান করেন, এ্যানেসথেটিস্টগণ বিশেষজ্ঞ হিসেবে কাজ করেন, যা একেবারেই অনভিপ্রেত,
- ৩। ICU ও CCU ইউনিটগুলোতে সংকটাপন্ন রোগীই সাধারণত থাকেন কিন্তু ডিউটি চিকিৎসক ও নার্সগণ অনেক সময়েই একটানা ২৪ ঘন্টা ডিউটি করেন, ফলে তাদের দ্বারা এই দীর্ঘ সময় ধরে মানসম্পন্ন সেবা প্রদান অসম্ভব,
- ৪। Sensitive instrument গুলি সময় মত calibration করা হয় না, ফলে অনেক সময় ভুল রিডিং দেয়,
- ৫। অনেক সময় কর্তব্যরত চিকিৎসক সময়মত রক্ত ও অন্যান্য প্রয়োজনীয় পরীক্ষাগুলি করতে মনোযোগী হন না,
- ৬। সকল জরুরী ও প্রয়োজনীয় ঔষধের পর্যাপ্ত সরবরাহ না থাকায় বাহির হতে, অনেক সময় গভীর রাতেও, রোগীর আত্মীয় স্বজনকে ঔষধ কিনে আনতে হয়,
- ৭। যন্ত্রপাতি নষ্ট থাকায় এবং সবরকম পরীক্ষার ব্যবস্থা না থাকায় অনেক সময় প্যাথলোজিক্যাল পরীক্ষা বাহির হতে করিয়ে আনতে হয়,
- ৮। বেসরকারি ICU ও CCU ইউনিটগুলোতে খরচ অত্যধিক বেশী।

সুপারিশঃ

- ১) অগ্রাধিকার ভিত্তিতে অন্তত বৃহৎ হাসপাতালগুলোতে ICU ও CCU স্বয়ংসম্পূর্ণ ইউনিট স্থাপন।

- ২) ICU ও CCU ইউনিটগুলোতে চিকিৎসা ও সেবার জন্য উচ্চতর বিশেষ প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত চিকিৎসক ও নার্স নিয়োগ।
- ৩) ICU ও CCU ইউনিটগুলোতে নিরবচ্ছিন্ন চিকিৎসা সেবা প্রদানে পর্যাপ্ত চিকিৎসক ও নার্স নিয়োগ, যাতে একই নার্স বা চিকিৎসককে চব্বিশ ঘন্টা ডিউটি না করতে হয়।
- ৪) ICU ও CCU ইউনিটগুলোতে আধুনিক চিকিৎসা সরঞ্জামাদিতে সজ্জিত করে উক্ত যন্ত্রগুলোকে নিয়মিত ক্যালিব্রেশন করা।
- ৫) ICU ও CCU ইউনিটগুলোতে জরুরী প্রাণরক্ষাকারী ঔষধসমূহ সহজলভ্য করা।
- ৬) ICU ও CCU ইউনিটগুলোতে সেবা আরও সাশ্রয়ী করার জন্য প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহণ।
- ৭) উন্নত প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত চিকিৎসক ও নার্স এর ঘাটতি থাকার কারণে অন্তত কয়েকটি বড় হাসপাতালে এই ধরনের বিশেষায়িত ইউনিটগুলির জন্য আপাততঃ বিদেশ হতে চুক্তি ভিত্তিক কিছু সংখ্যক চিকিৎসক ও নার্স নিয়োগ, তাতে মুমূর্ষু রোগীদের উপকার হবে, আমাদের চিকিৎসকগণ উপযুক্ত প্রশিক্ষণ পাবেন, চিকিৎসা ব্যবস্থার সার্বিক উন্নতি হবে।
- ৮) কোন রোগী ICU বা CCU তে ভর্তি হওয়া মাত্র একজন বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক কর্তৃক যাতে সেবা পায় এমন নিয়ম চালু করা একান্ত প্রয়োজন। উক্ত চিকিৎসক সংশ্লিষ্ট রোগীর অবস্থা পর্যবেক্ষণ করে প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা তড়িৎ গ্রহণ করবেন।
- ৯) দেশের সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতালসমূহে বিদ্যমান ICU ও CCU সমূহের সেবার মান ও চিকিৎসা ব্যয় পর্যবেক্ষণ ও নিয়ন্ত্রণ করার জন্য জাতীয় পর্যায়ে একটি Central Monitoring Authority স্থাপন করতে হবে।

ঘ। অপারেশন সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

- ১। অপারেশন থিয়েটারের স্বল্পতার ফলে প্রায়শই রোগীদের দিনের পর দিন অপেক্ষা করতে হয়, এমন কি মরণাপন্ন রোগীদেরকেও,
- ২। যথাযথ প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত চিকিৎসক ও নার্সের ঘাটতি,
- ৩। জটিল অপারেশনের পর পরিচর্যার ভাল ব্যবস্থা না থাকায় সংক্রামনের ঘটনা অহরহ ঘটছে, তা রোগীর মৃত্যুর প্রধান কারণও বটে,
- ৪। দেশের শল্য চিকিৎসা ব্যবস্থায় সর্বশেষ অগ্রগতি অনুসরণের মারাত্মক ঘাটতি রয়েছে,
- ৫। চিকিৎসকগণ শল্য চিকিৎসার সর্বশেষ অগ্রগতি সম্পর্কে যথেষ্ট ওয়াকিবহাল নন,
- ৬। অনেক সময় অপারেশনের শেষ ভাগে জুনিয়র ডাক্তারের উপর দায়িত্ব অর্পণ করে প্রধান শল্য চিকিৎসক প্রস্থান করেন, ফলে অনেক সাধারণ অপারেশনেও রোগী নানা রকম জটিলতার শিকার হয়,
- ৭। আমাদের দেশে অপারেশন-পরবর্তী (post operative) পরিচর্যা ব্যবস্থা অত্যন্ত অসন্তোষজনক ও অপ্রতুল, যার ফলে অপারেশন পরবর্তী উপযুক্ত পরিচর্যার অভাবে অনেক সময়ে রোগীর মৃত্যু পর্যন্ত ঘটে,
- ৮। দেশের হাসপাতালগুলোতে অপারেশন থিয়েটারে আধুনিক যন্ত্রপাতির যথেষ্ট অভাব রয়েছে,
- ৯। বিভিন্ন sensitive যন্ত্রপাতির calibration সময় মত করা হয় না, ফলে অনেক ক্ষেত্রে ভুল parameter দেখা যায়, এতে রোগীর মারাত্মক ক্ষতি হয়,
- ১০। অনেক সময় অপারেশনের সময় বা তার পরবর্তীতে দরকারী ঔষধাদি বাহির হতে কিনতে হয়,

- ১১। অনেক ক্ষেত্রেই হাসপাতালে অবস্থানরত দালালরা রোগীকে বাহিরের কোন ক্লিনিকে অপারেশনের জন্য প্ররোচিত করে, এমনকি ওয়ার্ড বয়রাও অনেক সময় দালালের কাজ করে,
- ১২। বেসরকারি হাসপাতালে অপারেশন ফি' বাবদ বিভিন্ন ধাপে ধাপে অযৌক্তিকভাবে মোটা অঙ্কের টাকা আদায় করা হয়,
- ১৩। অনেক সময় বেসরকারি হাসপাতালে রোগীর মৃত্যুর সংবাদ বিলম্বিত করে বিলের পরিমাণ বাড়ানো হয়, অভিযোগ আছে যে মৃত রোগীকে ICU তে রেখে বিলের অংক বাড়ানো হয়,
- ১৪। বিভিন্ন অপ্রয়োজনীয় টেস্ট প্রদান করে খেয়াল খুশি মত বিল করা হয়।

সুপারিশঃ

- ১) সরকারি মেডিক্যাল কলেজ ও হাসপাতালসমূহে অধিক সংখ্যক আধুনিক অপারেশন থিয়েটার স্থাপন যাতে গুরুতর অসুস্থ রোগীকে অপারেশনের সিরিয়াল পেতে অপেক্ষা করতে না হয়,
- ২) ঢাকায় সরকারি হাসপাতালসমূহে অধিক সংখ্যক অত্যাধুনিক অপারেশন থিয়েটার স্থাপন,
- ৩) অপারেশনে সহায়তা প্রদানের জন্য OT নার্সদের বিশেষ প্রশিক্ষণ এর ব্যবস্থা,
- ৪) অপারেশন থিয়েটার ও পোস্ট অপারেটিভ সেকশনকে জীবানুমুক্ত রাখার জন্য আধুনিক প্রযুক্তি ও ব্যবস্থাপনার যথাযথ প্রয়োগ নিশ্চিতকরণ,
- ৫) রোগীকে অপারেশনের পূর্বে জীবানুমুক্ত করার পদক্ষেপ নেওয়া প্রয়োজন, বিদেশে অনেক হাসপাতালে রোগীকে অপারেশনের পূর্বে Decontamination antimicrobial wash lotion দিয়ে গোসল দেওয়া হয়;
- ৬) অপারেশনের পূর্বে কি ধরনের অপারেশন হবে, কি ঝুঁকি থাকতে পারে সে সকল তথ্য রোগীকে অবশ্যই জানাতে হবে।

- ৭) শল্য চিকিৎসার সর্বশেষ অগ্রগতি সম্পর্কে চিকিৎসকদের বিশেষ প্রশিক্ষণের ব্যবস্থা নিশ্চিতকরণ,
- ৮) অপারেশন থিয়েটারে পর্যাপ্ত আধুনিক যন্ত্রপাতি সরবরাহ ও তার নিয়মিত ক্যালিব্রেশন, রক্ষণাবেক্ষণ নিশ্চিতকরণ,
- ৯) অপারেশন থিয়েটারে প্রয়োজনীয় ও জরুরী ঔষধসমূহের পর্যাপ্ত সরবরাহ নিশ্চিতকরণ,
- ১০) বেসরকারি ক্লিনিক ও হাসপাতালসমূহে পরিচালিত অপারেশনসমূহের মান তদারকির জন্য বিশেষ ব্যবস্থা গ্রহণ,
- ১১) বেসরকারি হাসপাতাল ও ক্লিনিকের অপারেশন ফি নির্ধারণ ও তদারকিতে কার্যকর ব্যবস্থা গ্রহণ,
- ১২) শল্য চিকিৎসক অধ্যাপক, শল্য চিকিৎসার অগ্রগতি সম্পর্কে মাঝে মাঝেই অন্যান্য শল্য চিকিৎসকদের সম্মুখে উপস্থাপন করতে পারেন।

৪. দুরারোগ্য রোগী সম্পর্কিত সমস্যা

ইদানিংকালে ক্যানসার, কিডনি, লিভার, শ্বাসনালী সংক্রান্ত রোগীর সংখ্যা আশংকাজনকভাবে বেড়ে গেছে, কিন্তু আন্তর্জাতিক মানের কোন হাসপাতাল, দুঃখ জনক হলেও এখনও বাংলাদেশে প্রতিষ্ঠিত হয়নি। ঐ সকল রোগনির্ণয় হতেও অনেক দেরী হয় আর হলেও নামেই শুধু চিকিৎসা হয়, কিছু দিনের মধ্যে রোগীর মৃত্যু, সবাই বলে এই দুরারোগ্য ব্যধিতে মৃত্যু অবধারিত, চিকিৎসক আর কি করবেন। ইতিমধ্যে রোগী ও রোগীর পরিবার চিকিৎসার খরচ চালাতে গিয়ে সর্বস্বান্ত। সুচিকিৎসা হোক বা না হোক বিশাল বিল প্রদান না করা পর্যন্ত মৃতদেহও আত্মীয়-স্বজনের কাছে হস্তান্তর করা হয় না। এই করণ কাহিনীর পিছনে থাকে আরও কিছু কারণ।

ক্যানসার চিকিৎসা সংক্রান্ত সমস্যাবলী ও কিছু সুপারিশঃ

- ১। রোগ নির্ণয়ে বিলম্ব অথবা সংশ্লিষ্ট টেস্ট এর ভুল রিপোর্টের কারণে ভুল চিকিৎসা;
- ২। C.T. Scan, MRI ইত্যাদি সম্বন্ধে অনেক সময় সংশ্লিষ্ট রেডিওলজিস্ট ভুল মন্তব্য করেন, ফলে অপচিকিৎসা হয়;
- ৩। প্রয়োজনীয় সংখ্যক PET Scan, Special PET Scan ও অন্যান্য test এর অভাব;
- ৪। প্রত্যেক ধরনের ক্যানসার রোগের জন্য প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত পৃথক পৃথক Oncologist এর মারাত্মক অভাব;
- ৫। ক্যানসার বা উপরে বর্ণিত রোগের চিকিৎসার জন্য উচ্চশিক্ষিত ও প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত পর্যাপ্ত চিকিৎসক ও নার্স এর একাধিক পূর্ণাঙ্গ টিম প্রয়োজন। এ ধরনের দুরারোগ্য রোগের চিকিৎসা শুধুমাত্র ১/২ জন ডাক্তারের পক্ষে কখনই সম্ভব নয়। এই সকল রোগের চিকিৎসার জন্য team-work প্রয়োজন। দুঃখজনক হলেও সত্য যে বর্তমানে বাংলাদেশের বেশীর ভাগ হাসপাতালেই এইরূপ পূর্ণাঙ্গ টিম নেই। এই কারণে এদেশের স্বাস্থ্যসেবার উপর রোগীদের আস্থার অভাব। এজন্যই আমরা দেখি যে শত শত রোগী জীবন বাঁচানোর তাগিদে সর্বস্ব বিক্রয় করে হলেও যে ভাবে সম্ভব বৈদেশিক মুদ্রা সংগ্রহ করে বিদেশের উন্নত চিকিৎসার দ্বারস্থ হয়। আমাদের ডলার সঙ্কটের এও এক কারণ।
- ৫। প্রয়োজন একটি সত্যিকার আধুনিক হাসপাতাল, যেখানে থাকবে:
 - ক) প্রত্যেক ধরনের ক্যানসার রোগের জন্য থাকবে প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত নার্সসহ উপযুক্ত Oncologist চিকিৎসক টিম,
 - খ) উচ্চ প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত রেডিওলজিস্ট, প্যাথলজিস্ট, সনোলজিস্ট,

- গ) রোগনির্নয়ের সর্বাধুনিক যন্ত্রপাতি যেমন PET Scan, Special PET Scan ও প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত উপযুক্ত সংখ্যক টেকনিশিয়ান,
- ঘ) রোগ চিকিৎসার জন্য Radiation Therapy, Cryo Therapy, Brachy Therapy ও অন্যান্য বিভিন্ন প্রকার আধুনিক চিকিৎসা ব্যবস্থা,
- ঙ) প্রয়োজনীয় উৎকৃষ্ট মানসম্পন্ন সর্বপ্রকার ঔষধ,
- চ) রোগী আরোগ্য লাভ করলেও পরবর্তীতে তার followup চিকিৎসার ব্যবস্থা,
- ছ) হাসপাতাল পরিচালনার জন্য নিবেদিতপ্রাণ প্রশাসনিক পেশাদার কর্মকর্তা ও সহায়ক কর্মচারী নিয়োগ,
- জ) সুলভ খরচে চিকিৎসার ব্যবস্থা।
- ৬। কিডনি, লিভার ও শ্বাসনালী সংক্রান্ত রোগের জন্য একই ধরনের ও মানের চিকিৎসা প্রদানের ব্যবস্থা করা প্রয়োজন।

৫.নার্সিং সার্ভিস

উন্নত বিশ্বের নার্সিং সার্ভিস এর মানের কাছাকাছিও এখনও আনতে পারা যায়নি।

নার্সিং সার্ভিস সংক্রান্তসমস্যাবলীঃ

- ১। নার্সদের উন্নত মানের শিক্ষা এবং ICU, CCU, অপারেশন থিয়েটার, জরুরী বিভাগ, প্রত্যেকটি বিভাগে দায়িত্ব পালনের জন্য প্রয়োজনীয় বিশেষায়িত প্রশিক্ষণের মারাত্মক অভাব,
- ২। রোগীর Septicaemia তে আক্রান্ত হওয়ার আশঙ্কা সম্বন্ধে উদাসিন, এরকম উদাসিনতার কারণে, এমনকি ক্যানুলা থেকেও রোগীদের Septicaemia তে আক্রান্ত হওয়ার ঘটনা ঘটে
- ৩। নার্সদের অপ্রতুল সংখ্যা,
- ৪। সুনির্দিষ্ট পদমর্যাদা না থাকা,
- ৫। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের জন্য নার্সদের অমানুষিক পরিশ্রমের বিপরীতে যথেষ্ট পরিমাণ বেতন বা এলাউন্স দেওয়া হয় না।
- ৬। চিকিৎসা বিজ্ঞানের সর্বশেষ অগ্রগতি বিষয়ে নার্সদের সম্যক ধারণার অভাব,
- ৭। অতি অল্প সংখ্যক নার্সকে বহু সংখ্যক রোগীকে সেবা প্রদান করতে হয়।

সুপারিশ :

যেহেতু, নার্সিং সার্ভিস চিকিৎসা সেবার সহিত অঙ্গাঙ্গিভাবে জড়িত এ কারণে উপরোক্ত সমস্যাগুলি সমাধান করা একান্ত প্রয়োজন।

৬. ব্লাড ব্যাংক

সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতালসমূহে ব্লাড ব্যাংক সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

- ১। বেশীর ভাগ হাসপাতালেই কোন পূর্ণাঙ্গ ব্লাড-ব্যাংক নাই,

- ২। কোন কোন হাসপাতালে ব্লাড ব্যাংক থাকলেও তার অবস্থা খুবই শোচনীয়,
- ৩। সব গ্রুপের রক্ত পাওয়া যায় না,
- ৪। রক্ত Professional donor দের কাছ থেকে নেওয়া হয় কিন্তু অনেক ক্ষেত্রে ডোনাররা নিজেরাই অসুস্থ থাকে, রক্ত নিম্নমানের হয়, রোগ সংক্রামনের সমূহ সম্ভবনা থাকে,
- ৫। রক্ত screening ও cross-matching এর ব্যবস্থা সন্তোষজনক নয়,
- ৬। রক্তের Plasma ও Platelet পৃথক করবার ব্যবস্থা নাই,
- ৭। ব্লাড ব্যাংকের উপযুক্ত রেফ্রিজারেটর নাই, কোন এক সময় থাকলেও বেশিরভাগ ক্ষেত্রে তা থাকে নষ্ট,
- ৮। উপযুক্ত বিশেষজ্ঞ ও টেকনিশিয়ানের মারাত্মক অভাব,
- ৯। রোগীদের আত্মীয়স্বজনদের রক্তের জন্য ‘সন্ধানী’, ‘কোয়ান্টাম’, রেড ক্রিসেন্ট ইত্যাদি বেসরকারী প্রতিষ্ঠান বা অন্যান্য বাণিজ্যিক প্রতিষ্ঠানের উপরেই নির্ভর করতে হয় অথবা নিজেদেরকেই donor খুঁজে আনতে হয়,
- ১০। Donor এনে রক্ত সংগ্রহ করে দিলেও বিশেষ করে কোন কোন বেসরকারি হাসপাতাল সেই রক্ত রেখে দিয়ে হাসপাতালে রক্ষিত রক্ত রোগীকে দেওয়া হয় অথচ এ বাবদে নানা অজুহাতে রোগীর নিকট হতে মোটা অঙ্কের টাকা আদায় করা হয়।

সুপারিশঃ

- ১) প্রতিটি জেনারেল হাসপাতালে আধুনিক যন্ত্রপাতি দ্বারা সজ্জিত মানসম্পন্ন সকল ধরনের সুযোগ সুবিধাসহ স্বয়ংসম্পূর্ণ ব্লাড ব্যাংক স্থাপন,

- ২) প্রতিটি বেসরকারি রক্ত সরবরাহকারী বানিজ্যিক প্রতিষ্ঠানকে বিধি মোতাবেক নিবন্ধন নিশ্চিত করতে হবে,
- ৩) রক্ত সরবরাহকারী প্রতিষ্ঠানগুলি কর্তৃক সরবরাহকৃত রক্তের মান নিয়ন্ত্রণ নিশ্চিত করতে হবে,
- ৪) রক্ত সংগ্রহ ও সংরক্ষণ সংক্রান্ত নীতিমালা প্রণয়ন ও প্রয়োগ করতে হবে,
- ৫) রক্ত সংগ্রহের জন্য সরকারি পর্যায়ে জনসচেতনতা সৃষ্টি করা বিশেষ প্রয়োজন, বিশেষ করে সরকারী কর্মচারী ও কর্মকর্তাদের উদ্বুদ্ধ করা এবং এ ব্যাপারে রক্ত প্রদানকারীদের বিশেষ প্রনোদনার ব্যবস্থা করা যেতে পারে,
- ৬) যতদিন পর্যন্ত দেশে হিমোগ্লোবিন সমৃদ্ধ রক্ত প্লাজমা তৈরী সম্ভবপর না হচ্ছে ততদিন বিদেশ হতে ঐরূপ প্লাজমা জরুরী ভিত্তিতে আমদানি করা প্রয়োজন,
- ৭) ব্লাড ট্রান্সফিউশন এবং এ সংক্রান্ত সর্বাধুনিক প্রযুক্তি সম্পর্কে জ্ঞান আহরণের জন্য বাংলাদেশের মেধাবী চিকিৎসক ও টেকনিশিয়ানদের বিদেশে প্রশিক্ষণের জন্য প্রেরণ করা যেতে পারে।

৭. জরুরী বিভাগ

ঢাকা মেডিকেল কলেজ ও হাসপাতাল এবং দেশের অন্যান্য যে সকল হাসপাতালে জরুরী বিভাগ রয়েছে সেখানে তাৎক্ষণিক জরুরী চিকিৎসা ব্যবস্থা অত্যন্ত অপ্রতুল। বরঞ্চ বলা যায় নাম মাত্র জরুরী বিভাগ।

জরুরী বিভাগ সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

- ১। জরুরী চিকিৎসা দেবার জন্য কোন অধ্যাপক, সহযোগী অধ্যাপক, কনসালট্যান্ট বা সহকারী অধ্যাপক পদায়ন করা হয় না, অথচ ২৪ ঘন্টায়ই দুর্ঘটনাসহ মারাত্মক অসুস্থতা নিয়ে রোগীরা ক্রমাগত জরুরী বিভাগে এসে থাকে,
- ২। উপযুক্ত প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত চিকিৎসক, নার্স ও ওয়ার্ড বয়ের মারাত্মক অভাব,
- ৩। অনেক সময় ওয়ার্ড বয় কিংবা আয়ারা এমনকি জমাদাররা প্রাথমিক চিকিৎসা প্রদান করে,
- ৪। রোগী মুমূর্ষু হলেও কনসালট্যান্ট বা সহকারী অধ্যাপক পর্যায়ের কোন চিকিৎসক পাওয়া যায় না,
- ৫। জরুরী অপারেশনের জন্য Operation theatre ও post-operative unit নাই,
- ৬। জরুরী ভিত্তিতে প্যাথলজিক্যাল ও অন্যান্য ডায়াগনস্টিক টেস্ট করার ব্যবস্থার অভাব,
- ৭। ব্লাড ব্যাংক নেই,
- ৮। বেশিরভাগ হাসপাতালের জরুরী বিভাগে অত্যন্ত অস্বাস্থ্যকর ও নোংরা পরিবেশ বিদ্যমান,
- ৯। জীবন রক্ষাকারী প্রয়োজনীয় ঔষধের সরবরাহ নেই, ফলে অনেক সময়েই হাসপাতাল থেকে দূরে অবস্থিত দোকান থেকে কিনে আনতে হয়,
- ১০। রোগীকে টেস্ট করতে বিভিন্ন জায়গায় নিয়ে যাওয়া বা হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার পর ওয়ার্ডে নিয়ে যাওয়ার দায়িত্ব রোগীর আত্মীয়-স্বজনকেই নিতে হয়,
- ১১। রোগীর অসহায় অবস্থার সুযোগে এক শ্রেণীর দালাল রোগীকে প্ররোচিত করে তাদের নির্ধারিত নিম্নমানের ক্লিনিকে নিয়ে যায়,
- ১২। রোগী দরিদ্র হলে অনেক সময়েই বিনা চিকিৎসায় রোগীকে ঘন্টার পর ঘন্টা পড়ে থাকতে হয়,

- ১৩। আত্মহত্যা বা এই ধরনের রোগীদের জরুরী চিকিৎসার পূর্বেই থানা পুলিশের ঝামেলায় পড়তে হয় ইতিমধ্যে রোগীর প্রাণ সংশয় হয়,
- ১৪। মানুষ খুবই বিপর্যস্ত অবস্থায় জরুরী বিভাগে চিকিৎসার জন্য আসে কিন্তু প্রায়শই তাদেরকে মানবিক দৃষ্টিভঙ্গি দিয়ে বিবেচনা করা হয় না, তারা প্রতিনিয়তই দুর্ব্যবহার ও অবহেলার স্বীকার হয় এবং দিশাহারা অবস্থায় থাকে।
- ১৫। বেশীর ভাগ জরুরী বিভাগ অত্যন্ত নোংরা ও অপরিচ্ছন্ন অবস্থায় থাকে।

সুপারিশঃ

- ১) সকল জেনারেল হাসপাতালে আধুনিক স্বয়ংসম্পূর্ণ পূর্ণাঙ্গ ও কার্যকরী জরুরী বিভাগ থাকা বিশেষ প্রয়োজন, কারণ সব থেকে অধিক সংখ্যক বিপর্যস্ত অবস্থায় পতিত ও মূর্খ রোগীই হাসপাতালের জরুরী বিভাগে রাত-দিন যে কোন সময়ে আসতে বাধ্য হয়,
- ২) সকল হাসপাতালসমূহের জরুরী বিভাগে বিশেষ প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত পর্যাপ্ত সংখ্যক কনসালট্যান্টসহ পর্যায়ক্রমে চিকিৎসক ও নার্সের পদায়ন ও তাদের উপস্থিতি নিশ্চিতকরণ, প্রয়োজনে অতিরিক্ত এলাউন্স প্রদান,
- ৩) সরকারী হাসপাতালসমূহের জরুরী বিভাগে চিকিৎসা সেবা প্রদান সহজলভ্য করার লক্ষ্যে অপ্রয়োজনীয় আনুষ্ঠানিকতা হ্রাসকরণ, One stop service চালু,
- ৪) ঔষধ, রক্ত ও অন্যান্য আনুষঙ্গিক বস্তুর সরবরাহ নিশ্চিতকরণ,
- ৫) মানসম্পন্ন, স্বাস্থ্যসম্মত, পরিষ্কার টয়লেটের ব্যবস্থা,

- ৬) সহায়ক কর্মচারী নিয়োগ যাদের কাজই থাকবে রোগীদেরকে সাধারণ সহায়তা প্রদান, এ লক্ষ্যে কলেজ ও বিশ্ববিদ্যালয়ের ছাত্রদের এমনকি অবসরপ্রাপ্ত ব্যক্তিগণকে খন্ডকালীন নিয়োগ দেয়া যেতে পারে,
- ৭) জরুরী বিভাগের বেডের সংখ্যা বৃদ্ধির জন্য কার্যকর পদক্ষেপ গ্রহণ।

৮. বহির্বিভাগঃ সরকারি হাসপাতাল, বিশ্ববিদ্যালয়

বহির্বিভাগ সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

- ১। চিকিৎসক, নার্স ও সহায়ক কর্মচারীর মারাত্মক অভাবের ফলে রোগীদের বহু সময় ধরে অপেক্ষমান থাকতে হয়,
- ২। কনসালট্যান্ট বা জ্যেষ্ঠ -অভিজ্ঞ চিকিৎসকের অভাব,
- ৩। হাসপাতালে অপেক্ষমান রোগীদের বসবার এবং মানসম্পন্ন পাবলিক টয়লেটের অভাব,
- ৪। এক্সরে, সিটি স্ক্যান, এম. আর.আই. ও প্যাথলজিক্যাল পরীক্ষা করার অপ্রতুল ব্যবস্থা,
- ৫। কর্তব্যরত মেডিক্যাল অফিসার ও হাসপাতালের কনসালটেন্ট এর মধ্যে যোগাযোগের অভাব, যার ফলে রোগীর চিকিৎসা মারাত্মকভাবে ব্যাহত এবং অহেতুক বিলম্বিত হয়,
- ৬। নিম্নমানের ঔষধ সরবরাহ,
- ৭। প্রয়োজনীয় ঔষধ বেশীরভাগ সময়েই বাইরে থেকে কিনতে হয়,

৮। রোগীদেরকে সঠিক জায়গায় পৌঁছাবার জন্য কোন সহায়ক ব্যক্তি না থাকায় প্রায়শই দালালদের খপ্পরে পড়তে হয়।

সুপারিশঃ

- ১) সকল হাসপাতালসমূহের বহির্বিভাগে পর্যাপ্ত সংখ্যক সার্বক্ষণিক চিকিৎসক ও নার্স এর উপস্থিতি নিশ্চিতকরণ,
- ২) হাসপাতালে কর্মরত সকল বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক ও কনসালটেন্টকে বহির্বিভাগে নিয়মিত দায়িত্ব পালন নিশ্চিতকরণে কার্যকর ব্যবস্থা গ্রহণ করলে হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজন হ্রাস পাবে,
- ৩) বহির্বিভাগের রোগী ও তাদের আত্মীয়-স্বজনদের বসবার জন্য পর্যাপ্ত আসন ও মানসম্পন্ন পরিষ্কার স্বাস্থ্যসম্মত টয়লেট নিশ্চিতকরণ,
- ৪) বহির্বিভাগের রোগীদের জন্য জরুরী প্যাথলজিক্যাল ও অন্যান্য পরীক্ষাসমূহ সহজলভ্য করা,
- ৫) বিভিন্ন ধরনের যথেষ্ট পরিমাণ ঔষধ সরবরাহ নিশ্চিত করা,
- ৬) বহির্বিভাগের রোগীদের সাহায্য করার জন্য পর্যাপ্ত স্বেচ্ছাসেবী নিয়োগ।

৯. কর্মচারী

কর্মচারী সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

- ১। প্রয়োজনের তুলনায় নগণ্য সংখ্যক ৩য় ও ৪র্থ শ্রেণীর কর্মচারী কর্মরত থাকায় মানসম্মত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের অন্যতম প্রধান অন্তরায়,

- ২। ৪র্থ শ্রেণীর কর্মচারীদের চাকুরী বদলী যোগ্য নয়, ফলে অদক্ষ ও অসৎ লোকের পরিবর্তে দক্ষ ও সৎ লোককে পদায়ন সম্ভবপর হচ্ছে না,
- ৩। সরকারি হাসপাতালে ৪র্থ শ্রেণীর কর্মচারীদের কোন ইউনিয়ন না থাকলেও বিভিন্ন সমিতির নামে হাসপাতালে তারা একচ্ছত্র আধিপত্য বিস্তার করে থাকে, এমনকি চিকিৎসক, নার্স, রোগী বাস্তবে তাদের হাতে জিম্মি,
- ৪। হাসপাতালের বিভিন্ন ধরনের জিনিসপত্র ক্রয়, তদারকি (maintanance), ঔষধ ও খাদ্য সরবরাহ, কর্মচারী নিয়োগ ইত্যাদি বিষয়ে তাদের বেজায় রকম কর্তৃত্ব থাকে,
- ৫। হাসপাতালে ওয়ার্ড বয় এর মারাত্মক স্বল্পতার কারণে নেতৃস্থানীয় কর্মচারীরা প্রায়শই বাইরে থেকে লোক এনে ওয়ার্ড বয় ও আয়ার কাজ টাকার বিনিময়ে করায়, রোগীদের তাৎক্ষণিক স্বার্থের কথা চিন্তা করে কেউই বাধা দেয় না,
- ৬। গুরুতর অসদাচারণের অভিযোগ থাকলেও হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ ৪র্থ শ্রেণীর কোন কর্মচারীর বিরুদ্ধে পদক্ষেপ নিতে পারে না, এমন কি বদলি পর্যন্ত নয়।

সুপারিশঃ

- ১) হাসপাতালের রোগীর অনুপাতে পর্যাপ্ত সংখ্যক সহায়ক কর্মচারী নিয়োগ,
- ২) চতুর্থ শ্রেণীর কর্মচারীদের ইউনিয়ন বা সমিতির নামে রাজনৈতিক অপতৎপরতা সম্পূর্ণরূপে বন্ধ করার জন্য কার্যকর পদক্ষেপ গ্রহণ,
- ৩) শৃংখলা আনয়নের জন্য ও দুর্নীতি রোধে প্রত্যেকটি সরকারি হাসপাতালে রাজনৈতিক প্রভাবমুক্ত দক্ষ প্রশাসনিক কাঠামো নিশ্চিতকরণ,

- ৪) হাসপাতালের কর্মচারী নয় এমন বহিরাগত লোকদের প্রবেশাধিকার বন্ধ করে পর্যাপ্ত সংখ্যক ওয়ার্ডবয় নিয়োগ এবং তাদের দায়িত্ব পালন নিশ্চিতকরণের জন্য পদক্ষেপ গ্রহণ।

১০. ব্যবহার্য যন্ত্রপাতি / উপকরণাদী

যন্ত্রপাতি সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

- ১। X-Ray, C.T. Scan, Ultra Sonogram, MRI প্রভৃতি অত্যন্ত Sensitive যন্ত্রপাতির মাধ্যমে রোগীর রোগ নির্ণয় করা হয়, অথচ অধিকাংশই অতিশয় পুরাতন,
- ২। Phathological পরীক্ষা unreliable, অন্যতম কারণ পুরানো re-agent দ্বারা পরীক্ষা,
- ৩। যথাযথ প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত বিশেষজ্ঞ ও টেকনিশিয়ানের মারাত্মক অভাব।

সুপারিশঃ

- ১) সরকারি হাসপাতালে নিয়মিতভাবে পুরাতন যন্ত্রপাতি পরিবর্তন করে আধুনিক যন্ত্রপাতি সরবরাহ,
- ২) বেসরকারি হাসপাতাল ও ক্লিনিকসমূহ উন্নতমানের যন্ত্রপাতি ব্যবহৃত হয় কিনা তা নিরীক্ষা করার কার্যকর পদক্ষেপ গ্রহণ,
- ৩) উৎকৃষ্টমানের re-agent ব্যবহার করতঃ স্বয়ংক্রিয় যন্ত্র ব্যবহার করে pathological পরীক্ষার ব্যবস্থা করা,

- ৪) চিকিৎসা সংশ্লিষ্ট মেশিন ও অন্যান্য যন্ত্রপাতিসমূহ পরিচালনার জন্য বিশেষজ্ঞ ও দক্ষ টেকনিশিয়ান তৈরীর জন্য সমন্বিত পদক্ষেপ গ্রহণ।
- ৫) চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল যন্ত্রপাতির calibration সময়মত করার পদক্ষেপ গ্রহণ।

১১. এ্যাম্বুল্যান্স সার্ভিস ও যাতায়াত ব্যবস্থা

এ্যাম্বুল্যান্স সার্ভিস ও যাতায়াত সংক্রান্ত সমস্যাবলীঃ

- ১। হাসপাতালে চিকিৎসক ও নার্সদের আনা নেয়ার জন্য কোন যানবাহন নেই, যদিও রোগীদের স্বার্থে তাদের হাসপাতালে আসা-যাওয়ার সুব্যবস্থা থাকা প্রয়োজন,
- ২। হাসপাতালে এ্যাম্বুলেন্সএর সংখ্যা নিতান্তই নগন্য,
- ৩। প্রয়োজনের তুলনায় অপ্রতুল হওয়ায় রোগীদের ব্যবহারের জন্য এ্যাম্বুলেন্স পাওয়া দুষ্কর, পাওয়া গেলেও নানান জনকে অতিরিক্ত টাকা প্রদান করতে হয়,
- ৪। এ্যাম্বুলেন্সগুলিতে জীবন রক্ষাকারী যন্ত্রপাতি ও প্রশিক্ষিত এ্যাটেনডেন্ট থাকে না,
- ৫। কখনো কখনো রোগীদের পরিবর্তে চিকিৎসকদের আনা নেওয়ার জন্য বাধ্য হয়ে এ্যাম্বুলেন্স ব্যবহার করা হয় যাহা মোটেই ঠিক নয়,
- ৬। বেশীরভাগ হাসপাতালেই লাশ বহনকারী পৃথক গাড়ি নেই।

সুপারিশঃ

- ১) চিকিৎসক ও নার্সদের যাতায়াতের জন্য নিজস্ব পরিবহন ব্যবস্থা চালু করার পদক্ষেপ গ্রহণ বা গাড়ী ক্রয় ও চালু রাখবার জন্য সুদমুক্ত ঋণ প্রদান,
- ২) সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতালসমূহে রোগী অনুপাতে পর্যাপ্ত এ্যাম্বুলেন্স থাকা নিশ্চিতকরণ,
- ৩) এ্যাম্বুলেন্সসমূহে জীবন রক্ষাকারী যন্ত্রপাতি ও দক্ষ প্রশিক্ষিত এ্যাটেনডেন্ট রাখার ব্যবস্থা গ্রহণ।

১২. চিকিৎসকগণের প্রাইভেট প্র্যাকটিস

বিশ্বের প্রায় প্রতিটি দেশেই প্রাইভেট প্র্যাকটিস অত্যন্ত সীমিত আকারে অনুমোদিত। লন্ডনের Harley Street ও অন্যান্য হাসপাতালে ইংল্যান্ডের তথা বিশ্বের শ্রেষ্ঠ চিকিৎসকগণ সীমিত সময়ের জন্য প্রাইভেট প্র্যাকটিস করে থাকেন কিন্তু তারা প্রতি সন্ধ্যায় ১০ জন এর অধিক রোগী দেখেন না। কিন্তু বাংলাদেশে এমন অনেক চিকিৎসক আছেন যারা বিকাল থেকে রোগী দেখে রাত সাড়ে ৩টায় বাড়ী ফেরেন। আবার কয়েক ঘন্টা পরে, পরের দিন সকালে হাসপাতাল, রোগী দেখা, ছাত্রদের পড়ানো। রোগী বা ছাত্রদের কথা বাদ দিলাম, অধ্যাপক নিজের দিকে, তার পরিবারের প্রতি কতটুকু সময় দিতে পারেন, আদৌ পারেন কি? সবাই না হলেও অনেক অধ্যাপক টাকা আয়ের যত্নে পরিণত হয়েছেন। Field study-তে চিহ্নিত অভিযোগগুলি নিম্নরূপঃ

- ১। কয়েক সপ্তাহ জুড়ে, এমনকি অনেক সময় মাসাধিক কাল পূর্ব হতে ডাক্তারের সিরিয়ালের জন্য চেষ্টা করতে হয়। কখনো কখনো ডাক্তারের সহকারীকে টাকা দিয়ে সিরিয়াল নিতে হয়,
- ২। দু-একটি সম্মানজনক ব্যতিক্রম বাদে বেশীর ভাগ বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকগণ ৪/৫ মিনিটের বেশী সময় রোগীকে দেন না,

- ৩। রোগের ইতিহাস নেওয়ার কথা সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের কিন্তু প্রায় সবক্ষেত্রে সেই ইতিহাস নেন তাঁর সহকারি চিকিৎসক,
- ৪। যদিও রোগী সিরিয়াল নিয়ে ডাক্তারের নিকট যান, কিন্তু তাকে ছাড়া তার জুনিয়র চিকিৎসককেও অনেক ক্ষেত্রে বাড়তি ফি দিতে হয়,
- ৫। বিভিন্ন ডায়াগনস্টিক সেন্টার অসংখ্য টেস্টের নাম সম্বলিত ছাপানো কাগজ ডাক্তারের নিকট সরবরাহ করেন, কিছু সংখ্যক ব্যতিক্রম ব্যতীত অধিকাংশ চিকিৎসক ঐ সকল ডায়াগনস্টিক সেন্টার থেকে প্রতিটি টেস্টের জন্য মোটা অঙ্কের কমিশন পান বলে অভিযোগ রয়েছে, রোগী অন্য কোন ডায়াগনস্টিক সেন্টার থেকে টেস্ট করলে অনেক চিকিৎসক তাতে অসন্তুষ্ট হন, অনেক সময় রুচ ব্যবহারও করেন,
- ৬। চিকিৎসক দেখানোর পরে না চাইলে কখনই ফি'র রিসিপ্ট দেওয়া হয় না,
- ৭। অনেক ক্ষেত্রে চিকিৎসকগণ চেম্বারে একসাথে একাধিক রোগী দেখে থাকেন বিধায় রোগীদের গোপনীয়তা রক্ষা করার সম্ভব হয় না।

সুপারিশঃ

- ১) এ সংক্রান্ত নীতিমালা প্রয়োজন,
- ২) বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকদের উপর চাপ কমানোর জন্য রেফারেল পদ্ধতি চালু করার পদক্ষেপ গ্রহণ,
- ৩) প্রতিটি রোগীর তথ্য ডিজিটাল পদ্ধতিতে সংগৃহীত রাখা,
- ৪) চিকিৎসকদের সাথে ডায়াগনস্টিক সেন্টার ও ঔষধ কোম্পানীর বিদ্যমান কমিশন প্রথা সম্পূর্ণ বিলুপ্তকরণ,

- ৫) হাসপাতালের আউটডোর বিভাগে বিভিন্ন পরীক্ষা নিরীক্ষাসহ চিকিৎসা প্রদানের মান ও দক্ষতা উন্নত করা সম্ভব হলে প্রাইভেট প্র্যাকটিস এর উপর চাপ কমে যাবে। সরকারের উচিত হবে আউটডোর বিভাগে শৃংখলা আনয়নসহ সর্বোচ্চ অগ্রাধিকার প্রদান। এতেই সাধারণ জনগণের উপকার হবে সবথেকে বেশী।

১৩.ঔষধ ব্যবস্থাপনা

ঔষধ ব্যবস্থাপনা সংক্রান্তসমস্যাবলীঃ

- ১। নিম্নমানের ঔষধ উৎপাদন,
- ২। Antibiotic সহ যে কোন ঔষধ অনিয়ন্ত্রিত ভাবে যে কোন ঔষধের দোকান থেকে কিনতে পারা যায়,
- ৩। বেশি লাভের জন্য অযৌক্তিকভাবে ঔষধের উচ্চ মূল্য নির্ধারণ,
- ৪। ঔষধের দোকানে registered pharmacist থাকে না,
- ৫। ঔষধ কোম্পানী গুলো তাদের নিয়োজিত রিপ্রেজেন্টেটিভ এর মাধ্যমে চিকিৎসকগণকে বিভিন্ন উপটৌকন প্রদান করে থাকে এমনকি কখনও কখনও বিদেশ ভ্রমণের ব্যবস্থা করে থাকে, যা কিছুতেই কাম্য নয়।

সুপারিশঃ

- ১) ভেজাল বা নিম্নমানের ঔষধের জন্য উপযুক্ত শাস্তি বিধান ও তড়িৎ প্রয়োগ,

- ২) নির্ধারিত মান রক্ষা করে ঔষধ উৎপাদনের বিষয়ে নিয়মিত মনিটরিং করা,
- ৩) চিকিৎসক এর prescription ব্যতিরেকে খুব অল্প সংখ্যক সাধারণ ঔষধ বিক্রয়ের ব্যবস্থা,
- ৪) Registered pharmacist ব্যতিরেকে ঔষধের দোকানের অনুমোদন বন্ধ রাখা,
- ৫) ঔষধ ও ইহার মূল্য নির্ধারণ সংক্রান্ত সরকারি নীতিমালা প্রণয়ন ও বাস্তবায়ন,
- ৬) প্রতিটি ঔষধ উৎপাদনকারী প্রতিষ্ঠানকে সরকারি নিবিড় তদারকির আওতায় আনয়ন,
- ৭) প্রতিটি ঔষধের দোকান নিবন্ধিকরণ ও সরকারি নিবিড় তদারকির আওতায় আনয়ন,
- ৮) ঔষধ কোম্পানী কর্তৃক চিকিৎসকদের নিকট রিপ্রেজেন্টেটিভ প্রেরণ সম্পূর্ণ নিষিদ্ধ করা,
- ৯) ঔষধ কোম্পানী কর্তৃক চিকিৎসকগণকে যে কোন প্রকার সুবিধাদি প্রদান করা নিষিদ্ধ করা,
- ১০) প্রয়োজনে ঔষধ কোম্পানী যাতে তাদের প্রস্তুতকৃত ঔষধ সম্পর্কে সংশ্লিষ্ট সকল চিকিৎসকগণের সম্মুখে বিস্তারিতভাবে উপস্থাপন করতে পারে এমন ব্যবস্থা চালু করা,
- ১১) ঔষধ উৎপাদন, বিভিন্ন পর্যায়ে ইহার বিতরণ প্রভৃতির জন্য একটি স্বাধীন regulatory body স্থাপন।

১৪. চিকিৎসকদের নিরাপত্তা

চিকিৎসকদের নিরাপত্তা সম্পর্কিত সমস্যাবলীঃ

- ১। উপজেলা পর্যায়ে স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স-এ কর্মরত চিকিৎসকগণকে প্রায়শই স্থানীয় জনসাধারণ কর্তৃক লাঞ্ছিত হতে হয়,
- ২। এ ধরনের অনভিপ্রেত অবস্থা সার্বিকভাবে চিকিৎসকদের মাঝে এক ধরনের নিরাপত্তাহীনতা সৃষ্টি করে, যার ফলে অনেক সময় চিকিৎসকগণ স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সের সীমিত ঔষধ কিংবা যন্ত্রপাতি দিয়ে মরণাপন্ন রোগীকে চিকিৎসা সেবা দিতে দ্বিধা বোধ করেন,
- ৩। নিরাপত্তাহীনতার এই ব্যক্তিগত অনুভূতির প্রাতিষ্ঠানিক প্রভাব অত্যন্ত গভীর, ফলে একজন চিকিৎসকের এ ধরনের পরিস্থিতির শিকার হওয়ার বিষয়টি সারা দেশের চিকিৎসকদের মধ্যে সেবা প্রদান সংক্রান্ত নেতিবাচক প্রতিক্রিয়া সৃষ্টি করে এবং সার্বিকভাবে দেশের চিকিৎসা সেবার মানের অবদমন ঘটায়,
- ৪। উপজেলা পর্যায়ে চিকিৎসকগণ চাপের মুখে পড়ে অনেক সময়ই মিথ্যা মেডিকেল সার্টিফিকেট দিতে বাধ্য হন,
- ৫। সামগ্রিকভাবে দেশের চিকিৎসা সেবা প্রদান সংক্রান্ত ব্যবস্থাপনায় বিদ্যমান প্রাতিষ্ঠানিক ব্যর্থতা; যেমন,
 - i. স্বাস্থ্য খাতে প্রয়োজনের তুলনায় স্বল্প সংখ্যক চিকিৎসক নিয়োজিত থাকা,
 - ii. চিকিৎসা সেবা প্রদানে অতি প্রয়োজনীয় ঔষধ ও যন্ত্রপাতির অভাব,
 - iii. চিকিৎসা সেবার মানোন্নয়নে সুষ্ঠু পরিকল্পনার অভাব,
 - iv. চিকিৎসা সেবার যুগোপযোগীকরণে বিভিন্ন প্রকার প্রশাসনিক শিথিলতা।
 - v. চিকিৎসা সেবার সহিত সংশ্লিষ্ট আনুসাংগিক সহায়তার অভাব, যেমন, এম্বুলেন্সের অভাব, চালকের অভাব ইত্যাদি।

সুপারিশঃ

- ১) চিকিৎসা সেবায় বিদ্যমান উপর্যুক্ত প্রাতিষ্ঠানিক ব্যর্থতা রোধে কার্যকর পদক্ষেপ গ্রহণ,
- ২) দেশের সকল পর্যায়ের সরকারি হাসপাতালে যথেষ্ট নিরাপত্তা ব্যবস্থা নিশ্চিত করা,
- ৩) কোন চিকিৎসক লাক্ষিত হলে যতদ্রুত সম্ভব ফৌজদারী কার্যবিধি ও দণ্ডবিধি অনুযায়ী প্রয়োজনীয় তড়িৎ ব্যবস্থা গ্রহণ,
- ৪) উপজেলা পর্যায়ে মহিলা চিকিৎসকগণের বাসভবন নির্মাণ ও নিরাপত্তার ব্যবস্থা করা,
- ৫) এ সংক্রান্ত জনসচেতনতা তৈরী করা।

১৫. হাসপাতাল ব্যবস্থাপনা

হাসপাতাল ব্যবস্থাপনা সম্পর্কিত সমস্যাঃ

বাংলাদেশের স্বাস্থ্য সেবার মান কাল্পিত পর্যায়ে উন্নীত না হওয়ার অন্যতম কারণ বিভিন্ন প্রশাসনিক পদে নিয়োজিত চিকিৎসকগণের অন্তর্দ্বন্দ্ব। সর্বোচ্চ চিকিৎসা বিদ্যাপীঠসমূহে এইরূপ মতবিরোধ এবং এই কারণে উদ্ভূত প্রশাসনিক ব্যর্থতা অনপ্রিভেত এবং তা সারা চিকিৎসা সেবা প্রদানে নেতিবাচক প্রভাব তৈরী করে।

তাছাড়া অধিকাংশ হাসপাতালে সংক্রমন প্রতিরোধ ব্যবস্থা অত্যন্ত দুর্বল। রোগ সংক্রমন প্রতিরোধে সকল হাসপাতালে টিম থাকার কথা থাকলেও অনেক হাসপাতালেই তা নেই, থাকলেও কার্যকর ভূমিকা রাখতে ব্যর্থ। নোংরা পরিবেশ, অপরিষ্কার বর্জ্য ব্যবস্থাপনা, অপরিচ্ছন্ন টয়লেটকে রোগ সংক্রমনের প্রধান কারণ হিসেবে বিবেচনা করা হয়ে থাকে।

সুপারিশঃ

- ১) এ ধরনের সংকট হতে উত্তরণের লক্ষ্যে উন্নত হাসপাতাল ব্যবস্থাপনা ও কার্যকর চিকিৎসা শিক্ষা ব্যবস্থাপনা চালু করা প্রয়োজন। পাশাপাশি এ সংক্রান্ত যুগোপযোগী দিক নির্দেশনা প্রদানের লক্ষ্যে জাতীয় পর্যায়ে একটি পর্যবেক্ষণ সেল তৈরী করা যেতে পারে।
- ২) দেশের চিকিৎসা সেবার গুণগত মান বৃদ্ধির লক্ষ্যে উন্নত গণস্বাস্থ্য, তৃণমূল পর্যায়ে সামাজিক সেবার আওতা বৃদ্ধি, দক্ষ ও কার্যকর হাসপাতাল ব্যবস্থাপনা, উন্নত চিকিৎসা নীতিমালা প্রভৃতি বিষয়ে গবেষণা কার্যক্রম পরিচালনাপূর্বক সুনির্দিষ্ট লক্ষ্যমাত্রা স্থির করে তা বাস্তবায়নে কার্যকর পরিকল্পনা গ্রহণ করা প্রয়োজন।
- ৩) রোগ সংক্রমন বিষয়ে সচেতনতা বৃদ্ধির লক্ষ্যে ন্যাশনাল ইনস্টিটিউট অব প্রিভেনটিভ অ্যান্ড সোশ্যাল মেডিসিন (নিপসম) কে আরো সক্রিয় ভূমিকা পালন করতে হবে।

১৬. বিবিধ

বঙ্গবন্ধু শেখ মুজিব মেডিকেল বিশ্ববিদ্যালয় সংযুক্ত প্রস্তাবিত মাল্টি ডিসিপ্লিনারী হাসপাতালটিতে Respiratory Problem, Thoracic Surgery, Haematology (Thalassemia), Palliative Care Unit, Elderly Care Unit ও Rehabilitation Centre অন্তর্ভুক্ত করা উচিত এবং ১৩ তলার পরিবর্তে সম্ভব হলে হাসপাতালটি উর্ধ্বমুখে সম্প্রসারণ করার ব্যবস্থা রাখা উচিত।

১৭. উপসংহার

এ কথা অনস্বীকার্য যে, বিগত তিন দশকে বাংলাদেশ স্বাস্থ্যখাতে উল্লেখযোগ্য অগ্রগতি অর্জন করেছেন। এক সময়ে যে রোগসমূহের চিকিৎসা গ্রহণের জন্য বিদেশ গমন অবধারিত ছিল, তেমন অনেক রোগের চিকিৎসা সেবা এখন দেশেই গ্রহণ করা সম্ভব হচ্ছে।

এ প্রসঙ্গে একটি বিষয় স্পষ্ট করা জরুরী। বর্তমান লেখনী পড়ে মনে হতে পারে যে, হয়ত বাংলাদেশের স্বাস্থ্যখাতের কোন উজ্জ্বল দিক নাই। মূলত বিভিন্ন সীমাবদ্ধতা সত্ত্বেও বাংলাদেশের স্বাস্থ্যসেবা কাজিত মান অর্জনের যে দৃঢ় যাত্রা শুরু করেছে তার পথে যে অন্তরায়সমূহ বিরাজমান সে সকল সমস্যাসমূহকে চিহ্নিত করা স্বাস্থ্যখাতের অগ্রযাত্রার অন্যতম নিয়ামক বলে আইন কমিশন মনে করে।

তাই, একটি আধুনিক আইনী কাঠামোর মাধ্যমে দেশের স্বাস্থ্যসেবাকে আন্তর্জাতিক মানে উন্নীত করার লক্ষ্যে উপর্যুক্ত বিষয়সমূহ সম্পর্কে কার্যকর পদক্ষেপ গ্রহণ করা একান্ত জরুরী।
