



चीन और भारत में स्वास्थ्य कर्मियों के विरुद्ध हिंसा: एक गहरे संकट का लक्षण

मधुरिमा नंदी

एसोसिएट फ़ेलो, चीन अध्ययन संस्थान, दिल्ली

madhurima.nundy@gmail.com

चीन में पिछले कुछ वर्षों में डॉक्टरों और अन्य स्वास्थ्य कर्मियों के विरुद्ध हिंसा की कई घटनाएं घटी हैं, जिन्हें मीडिया में भी बहुत कवरेज मिला है। ऐसा प्रतीत होता है कि इन प्रकरणों की संख्या में हाल के दिनों में वृद्धि हुई है। कुछ मामलों में रोगियों और/या उनके परिजनों द्वारा डॉक्टरों या अन्य स्वास्थ्य कर्मियों पर शारीरिक हमले किये गए हैं, जबकि अन्य मामलों में घातक हमले की घटना भी सामने आई है। ज्यादातर खबरों में तो त्वरित हल की ही बात की गई, जैसे कि डॉक्टरों की सुरक्षा

बढ़ा देनी चाहिए (Xinhua 2015; Woodhead 2015), लेकिन बहुत कम खबरों में इस तथ्य को बताया गया कि हमलावर अपने आप में शिकार हैं और यह कि स्वास्थ्य सेवाओं में खुद ही संकट है, जिस पर ध्यान देने और उसे दूर करने की ज़रूरत है (Beam 2014)।

भारत में भी स्वास्थ्य कर्मियों के खिलाफ हिंसा आम बात है, लेकिन यहाँ इसे ज़्यादा मीडिया कवरेज नहीं मिलता। भारतीय चिकित्सा संघ (इंडियन मेडिकल एसोसिएशन) के एक ताज़ा अध्ययन में पता

चला है कि भारत में 75 फ़ीसदी डॉक्टरों को अपने मरीज़ों से धमकियाँ, मौखिक और/या शारीरिक उत्पीड़न जैसी हिंसा का सामना करना पड़ा है (Dey 2015; Pant 2015)। इस प्रकार की हिंसा के लिए दोनों देशों के सरकारी अस्पतालों पर रोगियों का हद से ज़्यादा बोझ और उनकी देखभाल में उपेक्षा को स्पष्ट रूप से ज़िम्मेदार ठहराया गया।

व्यवसायीकरण, अधिकतम लाभ उठाने की मंशा, प्रलोभन और एक न्यूनतम निधि वाली सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली का सिस्टम के समग्र कामकाज पर गंभीर परिणाम देखने को मिला है।

चीन के विपरीत भारत में निजी क्षेत्र अत्यंत विषम और अनियमित है, जहाँ अनैतिक तरीकों को अपनाना आम बात है (Nandraj 2015; Kay 2015), जिसके कारण देखभाल के इच्छुक लोगों की ओर से दुश्मनी और अविश्वास को बढ़ावा मिलता है।

बहुत से रोगियों और उनके परिवार वालों को ऐसे चिकित्सा संस्थानों के संपर्क में आने के बाद स्पष्ट रूप से ऐसा लगता है कि उनके साथ धोखा हुआ है, यही वजह है कि इलाज कराने वालों और स्वास्थ्य संस्थानों के बीच विश्वास की कमी पाई जाती है। ऐसा प्रतीत होता है कि इस प्रकार का अविश्वास दोनों

में व्याप्त है। सवाल यह है कि स्वास्थ्य कर्मियों और मरीज़ों के बीच हिंसा, टकराव और ज़बरदस्त आक्रोश हाल के दिनों में एक नियमित घटना क्यों बन गई है।

पिछले तीन दशकों में, चीन की कम्युनिस्ट पार्टी (सीपीसी) के साथ ही भारत सरकार ने भी स्वास्थ्य क्षेत्र, विशेष रूप से वित्त पोषण और प्रावधान में सुधार की तरफ़ कदम बढ़ाया है। इन सुधारों से स्वास्थ्य क्षेत्र में सर्वांगी तथा संरचनात्मक परिवर्तन देखने को मिला है। दोनों देशों ने 1980 और 1990 के दशकों में स्वास्थ्य क्षेत्र के खर्चों में कटौती करने का फैसला लिया और बाज़ार तंत्र को फलने-फूलने का मौक़ा दिया।

सोच यह थी कि नीति में इस तरह के बदलाव से प्रभावशाली सिस्टम तैयार होगा। चीन ने जहाँ अपने सरकारी संस्थानों के व्यवसायीकरण पर ज़ोर दिया, वहीं भारत ने द्वितीयक और तृतीयक स्तर पर प्रावधान (प्रोविज़निंग) में निजी क्षेत्रों को स्थान देने के साथ-साथ सार्वजनिक क्षेत्र में बाज़ार के कुछ सिद्धांतों को शुरू करके अपने बाज़ार का विस्तार किया।

इस प्रकार के बदलाव से वे परिणाम नहीं निकल सके जो कि इन सुधारों का मूल मकसद था, जैसे एक कुशल, सुलभ और न्यायसंगत प्रणाली तैयार करना। इसके बजाय, वे विकृतियाँ पैदा करने में सफल रहे और एक ऐसा सिस्टम नहीं बना सके, जहाँ

तक सभी की पहुँच हो, इस बात की परवाह किये बिना कि उसके अंदर भुगतान करने की क्षमता है या नहीं। व्यवसायीकरण, अधिकतम लाभ उठाने की मंशा, प्रलोभन और एक न्यूनतम निधि वाली सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली का सिस्टम के समग्र कामकाज पर गंभीर परिणाम देखने को मिला है। हिंसक हमलों को उस सुधार प्रक्रिया के एक लक्षण के रूप में समझा जाना चाहिए, जिससे सेवाओं में अंतराल तथा सभी क्षेत्रों और हर प्रकार की आय वालों तक पहुँच के मामले में असमानताएं उत्पन्न हुई हैं।

देखभाल में निष्पक्षता, पहुँच और गुणवत्ता के मौलिक सिद्धांतों से कैसे समझौता किया गया है और क्यों इस प्रकार बनाये गये सिस्टम मरीजों के लिए नागवार अनुभव तथा चिकित्सा को अपना पेशा बनाने वालों के लिए पेशेवर खतरा हैं, इसे समझने के लिए स्वास्थ्य सेवा प्रणाली को संपूर्णता के साथ देखने की ज़रूरत है।

स्वास्थ्य वित्तपोषण में असमानता

चीन में, कुल स्वास्थ्य व्यय के प्रतिशत के रूप में राष्ट्रीय स्वास्थ्य खर्च की केंद्र सरकार की हिस्सेदारी 1980 और 1999 के बीच में 36 प्रतिशत से घट कर 15 प्रतिशत पर पहुँच गई (Rose-Ackerman and Tan, 2014)। इसकी वजह से लोगों को अधिकतर खर्चें बर्दाश्त करने पड़े, क्योंकि स्थानीय

सरकारों को रियायती चिकित्सा मुहैया कराने में परेशानी हो रही थी। यह रिफ़ार्म्स (सुधारों) से पहले की अवधि से एक बड़ा बदलाव था, क्योंकि तब जेब से बहुत ही कम खर्च करना पड़ता था। चिकित्सा की लागत, जो कि ख़ास कर ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले लोगों के असंतोष का कारण बनी, उसने वर्ष 2000 के आरंभ में पूरे चीन में एक के बाद एक तीन सामाजिक बीमा स्वास्थ्य योजनाओं को शुरू करने पर मजबूर किया - ग्रामीण आबादी के लिए, शहरी कर्मचारियों के लिए तथा शहरी निवासियों के लिए।

हालांकि चीन गर्व से यह कहता है कि उसने अपनी आबादी के 95 प्रतिशत हिस्से को बीमा-योजना में शामिल कर लिया है, लेकिन बीमा कवरेज में अभी ज़्यादा गहराई नहीं आई है और सेवाओं तक सबकी पहुँच अभी भी एक चुनौती बनी हुई है।

चीन ने पिछले 15 वर्षों के दौरान जिस प्रकार के सामाजिक स्वास्थ्य बीमा मॉडल शुरू किये, उन्हें कवरेज में व्यापक विस्तार के कारण प्रगतिशील समझा गया। स्वास्थ्य सेवाओं तक वित्तीय पहुँच की सफलता पर ज़्यादा ध्यान केंद्रित किया गया, क्योंकि पहले की तुलना में जेब से होने वाले खर्च में कमी आई है, लेकिन यह स्पष्ट है कि

वित्तपोषण ढाँचा अभी भी असमानता की चिंताओं को दूर करने में असमर्थ रहा है। हालांकि चीन गर्व से यह कहता है कि उसने अपनी आबादी के 95 प्रतिशत हिस्से को बीमा-योजना में शामिल कर लिया है, लेकिन बीमा कवरेज में अभी ज़्यादा गहराई नहीं आई है और सेवाओं तक सबकी पहुँच अभी भी एक चुनौती बनी हुई है।

सभी योजनाओं और प्रांतों तक लाभ वितरण में असमानता बरकरार है। कम कवरेज और उच्च सह-भुगतान के कारण खुद बीमा की संरचना टेढ़ी है जिसका बुनियादी मतलब यह है कि व्यक्ति विशेष को अपनी जेब से बहुत अधिक खर्च करना पड़ रहा है। ग्रामीण स्वास्थ्य बीमा योजना, कम प्रीमियम और अधिक जेब खर्च के कारण सबसे कम प्रगतिशील है।

जो लोग वित्तीय पहुँच के मामले में सबसे अधिक प्रभावित हुए और प्रगतिशील बीमा प्रणाली से बाहर छूट गये, वे देहातों के गरीब और शहरी प्रवासियों की बढ़ती हुई संख्या है।

ऐसा प्रतीत होता है कि प्रतिपूर्ति की दरें और बीमा योजना की बारीकियाँ एक प्रांत के भीतर भी भिन्न-भिन्न हैं। ग्रामीण स्वास्थ्य बीमा के तहत औसतन एक व्यक्ति अभी भी 55 प्रतिशत से अधिक जेब से भुगतान

कर रहा है, जबकि शहरी कर्मचारी योजना के तहत एक व्यक्ति को अपनी जेब से 30 फीसदी का भुगतान करना पड़ता है (Tian, Zhou and Pan 2015, p. 63)।

जो लोग वित्तीय पहुँच के मामले में सबसे अधिक प्रभावित हुए और प्रगतिशील बीमा प्रणाली से बाहर छूट गये, वे देहातों के गरीब और शहरी प्रवासियों की बढ़ती हुई संख्या है। *Hukou* सिस्टम में पिछले वर्षों के दौरान भले ही ढील दी गयी हो, लेकिन ग्रामीण आबादी के साथ अभी भी भेदभावपूर्ण नीति अपनाई जा रही है। समकालीन चीन में मौजूदा *hukou* की वजह से आय, आवास, भोजन, शिक्षा और स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण में अभी भी असमानता पाई जाती है।

अब शहरी रोज़गार बीमा योजना में प्रवासियों के लिए नई स्कीमें शुरू की जा रही हैं, लेकिन इनकी संख्या बहुत कम है। क्रॉस-सब्सिडी (cross-subsidy) के लिए कोई तंत्र मौजूद नहीं है, क्योंकि तीन बीमा योजनाएं तीन अलग-अलग बीमा पूल हैं, जिन्हें विभिन्न मंत्रालयों द्वारा चलाया जाता है। गाँवों के गरीब लोग और शहरी प्रवासी, जिनके बीमार पड़ने का हमेशा खतरा बना रहता है, इसीलिए, जब मेडिकल सेवाओं तक पहुँच की बात आती है, तो उन्हें वित्तीय बोझ का सामना सबसे अधिक करना पड़ता है (Ying 2014)।

भारत में भी स्वास्थ्य वित्तपोषण संरचना के कारण सभी राज्यों और आय वर्गों में भारी असमानता देखने को मिलती है, जहाँ गरीबों को किसी प्रकार का कवरेज न मिलने से अत्यधिक बोझ का सामना करना पड़ता है, जबकि उच्च आय वर्ग के लोग ज्यादातर निजी बीमा कवरेज की तरफ भाग रहे हैं। स्वास्थ्य के क्षेत्र में सरकारी निवेश चीन के 3.1 प्रतिशत की तुलना में सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) का मात्र 1.3 प्रतिशत है (World Bank 2015)। भारत में कुल स्वास्थ्य व्यय पर जेब से होने वाले खर्च का प्रतिशत 60 प्रतिशत से अधिक है।

कोई समान बीमा योजना नहीं है, बल्कि सरकारी और निजी स्कीमों का मिश्रण है, इसीलिए क्रॉस-सब्सिडी के लिए कोई गुंजाइश नहीं है। कुल मिलाकर केवल 17 प्रतिशत लोगों को ही किसी न किसी प्रकार का स्वास्थ्य बीमा कवरेज मिला हुआ है (Mehra 2014)। गरीबी रेखा से नीचे जीवन व्यतीत करने वालों के लिए बहुचर्चित राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत अस्पताल में भर्ती कराने की सुविधा बहुत ही सीमित है। भयावह बीमारियों और बाहरी मरीज सेवाओं के लिए कोई वित्तीय सुरक्षा नहीं है। ऐसे मामलों में अधिकतर निजी क्षेत्र की सेवाएं लेनी पड़ती हैं, क्योंकि सरकारी स्तर पर इस प्रकार की संस्थाएं अपर्याप्त हैं (Nandi et al 2015)।

प्रलोभन, भ्रष्टाचार और चिकित्सा पद्धति की संस्कृति

चीन में, 1980 के दशक में सरकारी अस्पतालों में चिकित्सकों के लिए प्रलोभन सीधे तौर पर सरकारी सब्सिडी हटा लेने से जुड़ा हुआ था, जिसने स्वास्थ्य वित्तपोषण की संरचना को बदल दिया। जिन अस्पतालों को स्वायत्त संस्थाओं का दर्जा दिया गया, उन्हें अपना राजस्व खुद ही उत्पन्न करना था। सामूहिक संरचना के तहत 1980 के दशक से पहले जिन रोगियों का बीमा किया गया, अब अस्पताल का दौरा करने पर उन्हें पैसे देने पड़ते थे। और सबसे बढ़कर यह कि वे प्रलोभन की परंपरा के शिकार बन गये। दवाओं तथा इलाज के लिए सेक्टर हॉस्पिटल में रेफर करने पर डॉक्टरों को बोनस दिये जाते थे, क्योंकि इससे उन अस्पतालों की आमदनी बढ़ रही थी। अस्पतालों को 15 फ्रीसदी अधिक दर से दवाएं बेचने की अनुमति दी गई।

*बड़ी दवा और चिकित्सा कंपनियां
अपनी दवाएं और उपकरणों को खरीदने
संबंधित नुसखा लिखने के लिए
अस्पतालों और डॉक्टरों को रिश्वत देती
थीं।*

इस अवधि में ऐसा माहौल बना, जिसने विकृतियों और गहरी समस्याओं को जन्म दिया, जिससे चीन अब भी जूझ रहा है और

उन्हें दूर करने की कोशिशों में लगा हुआ है। सरकारी अस्पतालों के डॉक्टरों का मूल वेतन कई कुशल श्रमिकों से कम है और 2011 के आंकड़ों के अनुसार, डॉक्टरों की आय का लगभग 80 प्रतिशत, अस्पतालों को होने वाले मुनाफे से, बोनस के रूप में आता है। ये प्रलोभन गलत थे, इसके बावजूद उन्हें वैधता हासिल थी, जिसकी वजह से अनैतिक तरीकों और भ्रष्टाचार को बढ़ावा मिला।

प्रौद्योगिकी के क्षेत्र में तेज़ी से होने वाले विकास ने इलाज की कीमत बढ़ा दी है और चिकित्सा पद्धति की संस्कृति को बदल दिया है।

अधिक आमदनी के चक्कर में डॉक्टर हद से ज़्यादा मरीज़ों को भरती कर लेते थे। बड़ी दवा और चिकित्सा कंपनियां अपनी दवाएं और उपकरणों को खरीदने संबंधित नुसखा लिखने के लिए अस्पतालों और डॉक्टरों को रिश्वत देती थीं। आपूर्तिकर्ता अस्पतालों के साथ अपने अनुबंध को सुरक्षित बनाने के लिए भारी रिश्वत दिया करते थे। इनके अलावा, चीन में डॉक्टर अपने मरीज़ों से 'लाल लिफाफ़ा' (*hongbao*) लेने के लिए भी जाने जाते हैं, जो उन्हें बेहतर देखभाल को 'सुनिश्चित' बनाने के लिए रिश्वत देते हैं (Woodhead 2014)।

अतः सीपीसी ने नई बीमा योजनाओं को लागू करके पहुँच में सुधार की कोशिश तो की है, लेकिन प्रलोभन की नीति द्वारा निर्धारित प्रावधानीकरण चित्र तथा प्रदाताओं का व्यवहार, पहुँच में सुधार के लक्ष्य के विरुद्ध काम कर रहा है।

चीन में, सरकारी अस्पतालों को बहुत से सवाल के जवाब देने हैं, क्योंकि उनपर 90 प्रतिशत बाहरी तथा आंतरिक रोगियों का बोझ है। भारत में, मरीज़ों को - कम निधीयन वाले सार्वजनिक क्षेत्र के संस्थानों तथा विविध और अनियमित निजी क्षेत्र के अस्पतालों - दोनों का ही सामना करना है। निजी क्षेत्र 80 फीसदी बाहरी मरीज़ों और 60 फीसदी आंतरिक मरीज़ों की देखभाल करते हैं (Sharma 2015)। अनैतिक और भ्रष्ट क्रियाएं दोनों ही जगह व्याप्त हैं। यहाँ भी निजी सेटिंग के तहत डॉक्टरों को दवा कंपनियों और चिकित्सा केन्द्रों से रिश्वत मिलती है।

प्रौद्योगिकी के क्षेत्र में तेज़ी से होने वाले विकास ने इलाज की कीमत बढ़ा दी है और चिकित्सा पद्धति की संस्कृति को बदल दिया है। नतीजा है हद से ज़्यादा चिकित्साकरण और तर्कहीन सेवाओं में वृद्धि, जो ये बताता है कि लोगों को अनावश्यक सेवाओं के लिए भुगतान करना पड़ रहा है, जो कि महंगी हैं। सुधारों की अवधि के दौरान निजीकरण और व्यावसायीकरण का पहुँच पर हानिकारक

प्रभाव पड़ा, खासकर उन कम और मध्यम आय वर्ग के लिए, जिनमें से ज्यादातर का बीमा नहीं हुआ था।

इसके अलावा, कई मामलों में मरीजों के प्रति डॉक्टरों का सामान्य व्यवहार और रवैया नीचा दिखाने वाला तथा तिरस्कारी है। भारत में इस बात के पर्याप्त प्रमाण मौजूद हैं कि कैसे गर्भवती महिलाओं के साथ प्रसव के दौरान गाली-गलौज किया जाता है और कैसे स्वास्थ्य कर्मी निचली जातियों के साथ भेदभावपूर्ण और अपवर्जनात्मक रवैया अपनाते हैं। अशोभनीय देखभाल का मतलब है देखभाल से इनकार, जिसने एक ऐसी प्रणाली को विकसित किया है, जहाँ हिंसा को बढ़ावा मिलता है (Chattopadhyay 2015; Deshpande 2006)।

एक अन्य पहलू जो चिकित्सा पद्धति में इस प्रकार की संस्कृति को बढ़ावा देता है, वह खुद चिकित्सा शिक्षा है। भारत में पिछले तीन दशकों में प्राइवेट मेडिकल एजुकेशन के क्षेत्र में उछाल ने निजी मेडिकल कॉलेजों में लाइसेंसिंग (licensing), उच्च प्रतिव्यक्ति शुल्क, ढांचागत कमियों, कम गुणवत्ता वाली शिक्षा और भ्रष्टाचार से संबंधित समस्याओं को जन्म दिया है। मध्य प्रदेश में हाल ही में व्यापम ऐडमिशन और भर्ती घोटाले ने इन मेडिकल कॉलेजों में अपनी सीट सुरक्षित कराने के लिए किस हद तक भ्रष्टाचार किया गया है, उसे उजागर किया है।

साथ ही इसने प्राथमिक स्तर पर राजनेताओं, नौकरशाहों, व्यापारियों, डॉक्टरों और कई अन्य मानव संसाधनों के बीच सांठगांठ पर से भी पर्दा उठाया है (Baru and Diwate 2015)। हम केवल अनुमान ही लगा सकते हैं कि ऐसी शिक्षा प्रणाली से निकल कर लोगों की सेवा करने के लिए अस्पतालों में प्रवेश करने वाले डॉक्टरों का कौशल या गुणवत्ता क्या होगी।

रिफ़ार्म्स के दौर में द्वितीयक और तृतीयक स्तर के अस्पतालों पर ज़्यादा ध्यान केंद्रित किया गया था और इन अस्पतालों ने प्राथमिक स्तर के अस्पतालों के साथ अपना रिश्ता तोड़ लिया था।

प्राथमिक स्तर पर स्वास्थ्य की देखभाल में गिरावट

चीन ने रिफ़ार्म्स के पहले दो दशकों में, अपनी रेफरल प्रणाली में लगातार गिरावट का सामना किया, जिसने उसकी निवारक तथा प्राथमिक स्तर की स्वास्थ्य सेवाओं को सबसे अधिक प्रभावित किया। 1960 के दशक में उसकी सहकारी चिकित्सा प्रणाली के तहत बनाई गई तीन-स्तरीय रेफरल प्रणाली, 1970 के दशक के दौरान दुनिया भर में स्वास्थ्य सेवाओं के लिए एक मॉडल बन गई थी।

रेफरल सिस्टम को समाप्त करने के जो परिणाम हुए, उसे 2003 में सार्स (SARS) के प्रकोप के दौरान मान्यता दी गई, जब सीपीसी ने यह माना कि प्राथमिक स्तर के अस्पतालों की असम्यककार्ता, तमाम संस्थाओं में निगरानी और संचार प्रणालियों में गिरावट की वजह से मामलों में तेज़ी से वृद्धि हुई थी। रिफ़ार्म्स के दौर में द्वितीयक और तृतीयक स्तर के अस्पतालों पर ज़्यादा ध्यान केंद्रित किया गया था और इन अस्पतालों ने प्राथमिक स्तर के अस्पतालों के साथ अपना रिश्ता तोड़ लिया था।

हमला करने वाले रोगी एक तरह से खुद ही ऐसी प्रणाली के शिकार हैं, जो देखभाल की खराब गुणवत्ता, इलाज से इनकार, सेवा के लिए ऊँची फ़ीस और भ्रष्ट आचरण जैसी विभिन्न प्रकार की हिंसा को बढ़ावा देती हैं।

हालांकि, नए सुधारों के द्वारा सामूहिकीकरण के दौरान मौजूद तीन-स्तरीय संरचना को बहाल करने की कोशिश की जा रही है, लेकिन यह देखभाल के इच्छुक मरीज़ों को हर स्तर की सेवाएं समानता के साथ प्रदान करने में नाकाम रही है। काउंटी और बस्ती के स्तर पर प्राथमिक स्वास्थ्य संस्थानों के कमज़ोर होने से सारा बोझ माध्यमिक और ज़्यादातर देखभाल के तृतीयक स्तर पर पड़ा है। ऐसे मरीज़

जिनका इलाज प्राथमिक स्तर पर किया जा सकता है, उन्हें सशर्त स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग करने के लिए लंबी दूरी तय करनी पड़ती है। तृतीयक अस्पतालों में मरीज़ों की संख्या हद से ज़्यादा होने से उन्हें वहाँ देर तक इंतज़ार करना पड़ता है और डॉक्टर भी उन्हें बहुत थोड़े समय के लिए देख पाते हैं। निवारक सेवाओं पर कम ध्यान और प्राथमिक स्तर पर मानव संसाधन की कमी से एक अस्थिर सिस्टम बन गया है।

भारत में रेफरल सिस्टम काल्पनिक अर्थों में मौजूद तो है, लेकिन उसे भी चीन की ही तरह विरोधाभास का सामना करना पड़ रहा है। धन और मानव संसाधन की कमी सार्वजनिक प्रावधानीकरण के सभी स्तरों पर है, लेकिन प्राथमिक स्तर पर यह और भी बदतर है और इसीलिए, इलाज कराने के लिए बहुत से लोग सबसे पहले महंगे निजी क्षेत्र का रुख करते हैं, लेकिन जब यहाँ भी काम नहीं बनता, तो जिलों के या बड़े शहरों के तृतीयक स्तर के सार्वजनिक अस्पतालों का सफ़र करते हैं, जहाँ पहले से ही भारी संख्या में मरीज़ मौजूद होते हैं।

अपराधी या पीड़ित?

दोनों देशों में मेडिकल रिफ़ार्म्स के तीन दशकों के दौरान संबंधित स्वास्थ्य सेवा प्रणालियों में गंभीर दीर्घकालिक प्रभाव वाले कई संरचनात्मक परिवर्तन देखने को मिले। सभी हित समूहों को संतुष्ट रखने के लिए,

जिनके हित प्राथमिकता की श्रेणी में नहीं आए, वह है, जिनके लिए इन संरचनाओं का अस्तित्व है - मरीज़ या जिसे देखभाल की ज़रूरत है।

चीन ने 2009 के बाद ही, स्वास्थ्य सेवा प्रणाली में आ चुकी विकृतियों को स्वीकार कर लिया है और परिशोधन तथा प्रणालीगत सुधार की दिशा में प्रयास कर रहा है। भारत ने हाल के दिनों में इस तरह का कोई कदम नहीं उठाया है और बद से बदतर होता जा रहा है। सार्वजनिक स्वास्थ्य बजट में 20 प्रतिशत की कमी वर्तमान राजनीतिक परिवेश के तहत सुधारों की दिशा को दर्शाती है (Kalra 2014)।

हिंसा किसी भी रूप में उचित नहीं है। चीन और भारत, दोनों ही देशों में स्वास्थ्य कर्मियों और मरीज़ों के बीच होने वाली हिंसा और आक्रोश की रिपोर्टिंग में वृद्धि स्वास्थ्य सेवाओं में गहरे संकट का संकेत है। हमला करने वाले रोगी एक तरह से खुद ही ऐसी प्रणाली के शिकार हैं, जो देखभाल की खराब गुणवत्ता, इलाज से इनकार, सेवा के लिए ऊँची फ़ीस और भ्रष्ट आचरण जैसी विभिन्न प्रकार की हिंसा को बढ़ावा देती है।

स्वास्थ्य कर्मों कम निधेयन वाली प्रणाली का भाग हैं, व्यावसायिक ढंग से बर्ताव करते हैं और दोनों देशों में खंडित हैं। सुधार परिवर्तनकारी होने चाहिए, लेकिन यह बहुत कुछ हित समूहों की राजनीति पर निर्भर

करता है, जो तब सुधारों की दिशा तय करता है. स्पष्ट रूप से समानता, पहुँच और सामर्थ्य के प्राथमिक स्वास्थ्य लक्ष्यों की अनदेखी की गई है।

नोट: ये निष्कर्ष भारतीय सामाजिक विज्ञान अनुसंधान परिषद (ICSSR) द्वारा वित्त-पोषित (2014-2016) भारत और चीन में स्वास्थ्य क्षेत्रों के तुलनात्मक अनुसंधान पर एक बड़ी आईसीएस परियोजना का हिस्सा हैं।

REFERENCES

Baru, Rama and Archana Diwate. 2015. 'Vyapam is the Symptom, Criminalisation of Medical Education is the Disease', 12 July, <http://thewire.in/2015/07/12/vyapam-is-the-symptom-criminalisation-of-medical-education-is-the-disease-6170/> (accessed on 25 September 2015).

Beam, Christopher. 2014. 'Under the Knife: Why Chinese patients are turning against their doctors', *The New Yorker*, <http://www.newyorker.com/magazine/2014/08/25/under-the-knife> (accessed 20 September 2015).

Chattopadhyay, Sohini. 2015. 'I can't take it anymore': Sights and awful sounds from the labour room of an Indian public hospital', 30 May, <http://scroll.in/article/729784/does-better-healthcare-for-indian-mothers-mean-abusing-and-hitting-them> (accessed on 20 September 2015).

Deshpande, Mita. 2006. 'The Social Construction of Dignity and its Relevance to Public Health: An Exploratory Study among Dalit Women'. Unpublished M. Phil. Dissertation submitted in Jawaharlal Nehru University, New Delhi.

Dey, Sushmi. 2015. 'Over 75% of doctors have faced violence at work, study finds', *Times of India*, 4 May, <http://timesofindia.indiatimes.com/india/Over-75-of-doctors-have-faced-violence-at-work-study-finds/articleshow/47143806.cms> (accessed on 20 September 2015).

Kalra, Aditya. 2014. 'India slashes health budget, already one of the world's lowest', 23 December, <http://in.reuters.com/article/2014/12/23/india-health-budget-idINKBN0K10Y020141223> (accessed on 20 September 2015).

Kay, Meera. 2015. 'The unethical revenue targets that India's corporate hospitals set their doctors', *The British Medical Journal*, 3 September, <http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4312> (accessed on 28 December 2015).

Mehra, Puja. 2014. 'Only 17% have health insurance cover', *The Hindu*, 22 December, <http://www.thehindu.com/news/national/only-17-have-health-insurance-cover/article6713952.ece> (accessed on 5 October, 2015).

Nandi, Sulakshana, Madhurima Nundy, Vandana Prasad, Kanica Kanungo and Hasim Khan. 2015. 'Implementing of RSBY in Chhattisgarh, India: A Study of Durg District', in Rama Baru (ed.) *Medical Insurance Schemes for the Poor: Who Benefits?* (New Delhi: Academic Foundation, 2015), 111-150.

Nandraj, Sunil. 2015. 'Private healthcare providers are above the law, leaving patients without protection', *The British Medical Journal*, 24 February, <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h675> (accessed on 28 December 2015).

Pant, Shubham. 2015. 'Why Are Physical Attacks On Doctors Commonplace In India', 20 May, http://www.huffingtonpost.in/dr-shubham-pant/ek-doctor-ki-maut-india-a_b_7288100.html, (accessed on 20 September 2015).

Rose-Ackerman, Susan and Yingqi Tan. 2014. 'Corruption in the Procurement of Pharmaceuticals and Medical Equipment in China: The Incentives Facing Multinationals, Domestic Firms and Hospital Officials', *Pacific Basin Law Journal*, 32(1), <https://escholarship.org/uc/item/5742d68k> (accessed on 25 September 2015).

Sharma, Dinesh C. 2015. 'Concern over private sector in India's new health policy', *The Lancet*, Vol. 385, pp. 317, [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)60103-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)60103-9.pdf) (accessed on 5 October 2015).

Tian, Sen Qin Zhou and Jay Pan. 2015. 'Inequality in social health insurance programmes in China: A theoretical approach', *Journal of Asian Public Policy*, Vol. 8, No. 1, p. 56-68.

Woodhead, Michael. 2014. 'Why the ban on 'red envelopes' for doctors won't work', 24 February, <http://www.chinesemedicalnews.com/2014/02/why-ban-on-red-envelopes-for-doctors.html> (accessed on 12 October 2015).

Woodhead, Michael. 2015. 'What are hospitals like in China? (Answer: congested)', 19 July, <http://www.chinesemedicalnews.com/2015/07/what-are-hospitals-like-in-china-answer.html> (accessed on 20 September 2015).

World Bank. 2015. Health expenditure, total (% of GDP), <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS> (accessed on 29 September 2015).

Xinhua. 2015. 600,000 Chinese doctors sign petition against hospital violence, 19 July, http://www.chinadaily.com.cn/china/2015-07/19/content_21326495.htm (accessed on 20 September 2015).

This article has been translated from English by Mohd. Qamar Tabrez. The views expressed here are those of the author and not necessarily of the Institute of Chinese Studies.

The ICS is an interdisciplinary research institution which has a leadership role in promoting Chinese and East Asian Studies in India. The *ICS Analysis* aims to provide informed and balanced inputs in policy formulation based on extensive interactions among wide community of scholars, experts, diplomats and military personnel.



ICS ANALYSIS BACK ISSUES

No. 37 Dec 2015	Violence Against Health Personnel in China and India: Symptom of a Deeper Crisis
No. 36 Nov 2015	चीन का अध्ययन
No. 36 Nov 2015	Studying China
No. 35 Oct 2015	चीन की वैश्विक आर्थिक रणनीति: एशिया, भारत और विश्व पर असर
No. 35 Oct 2015	What does China's global economic strategy mean for Asia, India and the World?
No. 34 Sept 2015	नरेंद्र मोदी के पहले साल में भारत की चीन-नीति का आँकलन
No. 33 Aug 2015	China's Role in Afghan-Taliban Peace Talks: Afghan Perspectives
No. 32 Aug 2015	India's Myanmar Strike: The China Factor
No. 31 July 2015	Deconstructing the Shanghai Stock Exchange Crash
No. 30 May 2015	China and Vietnam: Neither Thick Friends nor Constant Antagonists
No. 29 Mar 2015	Applying the 'Going Out' Strategy: Chinese Provinces and Cities Engage India
No. 28 Mar 2015	China, the Debt Trap and the Future Prospects for its Economy
No. 27 Feb 2015	वह होंगे या नहीं होंगे? दलाई लामा के अवतार पर चीन और तिब्बत के बीच ताजा बहस
No. 27 Feb 2015	Will he or Won't he? Recent Sino-Tibetan Exchanges over the Dalai Lama's Reincarnation
No. 26 Jan 2015	China-Sri Lanka Ties Post-Rajapaksa: Major Changes Unlikely
No. 25 Jan 2015	Chinese Combat Troops Join UN Peacekeeping Operations in South Sudan: A New Beginning?
No. 24 Dec 2014	China's 'Going Out' Policy: Sub-National Economic Trajectories
No. 23 Dec 2014	The Ebola Crisis: Responses from India and China
No. 22 Nov 2014	18th CPC Central Committee Fourth Plenum: Rule of Law with Chinese Characteristics



8/17, Sri Ram Road, Delhi - 110054, INDIA
Tel: +91-11-2393 8202 | Fax: +91-11-2383 0728
info@icsin.org | <http://icsin.org>
[@ics_delhi](https://www.facebook.com/icsin.delhi) | [facebook.com/icsin.delhi](https://www.facebook.com/icsin.delhi)