



ট্রান্সপারেন্সি
ইন্টারন্যাশনাল
বাংলাদেশ

দুর্নীতিবিরোধী সামাজিক আন্দোলন

সার-সংক্ষেপ

স্বাস্থ্যখাতে সুশাসনের চ্যালেঞ্জ ও উত্তরণের উপায়

০৬ নভেম্বর, ২০১৪

স্বাস্থ্যখাতে সুশাসনের চ্যালেঞ্জ ও উত্তরণের উপায়

গবেষণা উপদেষ্টা

অ্যাডভোকেট সুলতানা কামাল
চেয়ারপারসন, ট্রাস্টি বোর্ড, ট্রান্সপারেন্সি ইন্টারন্যাশনাল বাংলাদেশ

ইফতেখারুজ্জামান

নির্বাহী পরিচালক, ট্রান্সপারেন্সি ইন্টারন্যাশনাল বাংলাদেশ

ড. সুমাইয়া খায়ের

উপ-নির্বাহী পরিচালক, ট্রান্সপারেন্সি ইন্টারন্যাশনাল বাংলাদেশ

মোহাম্মদ রফিকুল হাসান

পরিচালক, রিসার্চ অ্যান্ড পলিসি

গবেষণা তত্ত্বাবধান

শাহজাদা এম আকরাম, সিনিয়র প্রোগ্রাম ম্যানেজার, রিসার্চ অ্যান্ড পলিসি

তথ্য সংগ্রহ ও গবেষণা প্রতিবেদন প্রণয়ন

তাসলিমা আক্তার, প্রোগ্রাম ম্যানেজার, রিসার্চ অ্যান্ড পলিসি

সম্পাদনা

সাধন কুমার দাস, প্রোগ্রাম ম্যানেজার, রিসার্চ অ্যান্ড পলিসি

কৃতজ্ঞতা জ্ঞাপন

স্বাস্থ্য সংশ্লিষ্ট অংশীজন এবং মন্ত্রণালয়ের উর্ধ্বতন পর্যায়ের কর্মকর্তাদের মূল্যবান মতামত এই গবেষণা প্রতিবেদনটিকে সমৃদ্ধ করেছে। তাদের প্রতি আন্তরিক ধন্যবাদ ও কৃতজ্ঞতা। খসড়া প্রতিবেদন পর্যালোচনা ও মূল্যবান মতামত প্রদানে টিআইবি'র রিসার্চ অ্যান্ড পলিসি বিভাগের পরিচালক মোহাম্মদ রফিকুল হাসান, সিনিয়র প্রোগ্রাম ম্যানেজার শাহজাদা এম আকরাম এবং প্রোগ্রাম ম্যানেজার সাধন কুমার দাসের প্রতি কৃতজ্ঞতা। বিশেষ সহযোগিতার জন্য শরীফ আহমেদ চৌধুরী ও মোহাম্মদ হোসেনের প্রতি আন্তরিকভাবে কৃতজ্ঞতা প্রকাশ করছি। এছাড়া বিভিন্ন সময়ে গবেষণা ও অন্যান্য বিভাগের সহকর্মীরা মূল্যবান পরামর্শ প্রদান করেন। তাদের সকলকে জানাই আন্তরিক ধন্যবাদ।

যোগাযোগ

ট্রান্সপারেন্সি ইন্টারন্যাশনাল বাংলাদেশ

বাড়ি # ১৪১, সড়ক # ১২, ব্লক # ই

বনানী, ঢাকা ১২১৩

ফোন: ৮৮০-২-৮৮২৬০৩৬

ফ্যাক্স: ৮৮০-২-৯৮৮৪৮১১

ওয়েবসাইট: www.ti-bangladesh.org

স্বাস্থ্য খাতে সুশাসনের চ্যালেঞ্জ ও উত্তরণের উপায়^১

সার-সংক্ষেপ

১.১ প্রেক্ষাপট ও যৌক্তিকতা

স্বাস্থ্যসেবা উন্নয়নে বিভিন্ন আন্তর্জাতিক সনদ ও ঘোষণার লক্ষ্য অর্জনে স্বাক্ষরদাতা দেশ হিসেবে এবং জাতিসংঘের সদস্য রাষ্ট্র হিসেবে ২০১৫ সালের মধ্যে সহস্রাব্দ উন্নয়ন লক্ষ্য অনুসারে জনস্বাস্থ্যের কয়েকটি ক্ষেত্রে সুনির্দিষ্ট লক্ষ্য অর্জনে বাংলাদেশ সরকার অঙ্গীকারবদ্ধ। স্বাস্থ্যখাতের উন্নয়নে স্বাস্থ্যখাতকে প্রাধান্য দিয়ে নির্বাচনী ইশতেহারেও ধারাবাহিক রাজনৈতিক অঙ্গীকার করা হয়। স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় স্বাস্থ্যখাতের উন্নয়নে বিভিন্ন পদক্ষেপ (অবকাঠামো, স্বাস্থ্যসেবা সম্প্রসারণ, স্বাস্থ্য জনশক্তি, চিকিৎসা শিক্ষা ব্যবস্থা, চিকিৎসা সেবা ব্যবস্থায় প্রযুক্তির প্রবর্তন প্রভৃতি) গ্রহণ করে। এ প্রেক্ষিতে স্বাস্থ্যখাতের কয়েকটি সূচকে উল্লেখযোগ্য অগ্রগতি হয়েছে এবং বাংলাদেশ সরকার পুরস্কারও অর্জন করে। যেমন, শিশু মৃত্যুর হার প্রত্যাশিত পর্যায়ে কমিয়ে আনতে সক্ষম হওয়ায় (এমডিজি-৪) জাতিসংঘ কর্তৃক বাংলাদেশকে পুরস্কৃত, টিকাদানের মাধ্যমে শিশু মৃত্যুহার কমানোর কর্মসূচিতে অসামান্য সাফল্যে বাংলাদেশ গ্লোবাল এলায়েন্স ফর ভ্যাকসিনস অ্যান্ড ইমুনাইজেশন (গাভী) পুরস্কার লাভ করে।

এ খাতে সাফল্য থাকা সত্ত্বেও রয়েছে সুশাসনের বিভিন্ন চ্যালেঞ্জ যা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত টিআইবি^২র জরিপ প্রতিবেদন (বেইজলাইন, রিপোর্ট কার্ড, জাতীয় খানা জরিপের অধীনে স্বাস্থ্যসেবার ওপর জরিপ, জাতীয় পর্যায়ের হাসপাতালের ওপর ডায়াগনস্টিক ও ফলো-আপ গবেষণা), বিশেষজ্ঞদের মতামত, এবং গণমাধ্যমে প্রকাশিত প্রতিবেদনে ফুটে ওঠে। টিআইবি পরিচালিত জাতীয় খানা জরিপ ২০১২ অনুযায়ী সরকারি স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারী খানার ৪০.২% সেবা গ্রহণে অনিয়ম ও দুর্নীতির শিকার হয় এবং জাতীয়ভাবে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারী খানাগুলো বিভিন্ন সেবা পেতে মোট ৭০.৩ কোটি টাকা নিয়ম বহির্ভূতভাবে দেয় বা দিতে বাধ্য হয়। এছাড়া গণমাধ্যমে এবং অন্যান্য প্রকাশিত প্রতিবেদনে ডাক্তারদের উপস্থিতি, সেবার মান, শয্যা, ওষুধ প্রাপ্তি, পথ্যের মান, বেসরকারি চিকিৎসায় অনিয়ম, দালালের উপস্থিতি, হাসপাতাল সংশ্লিষ্টদের বিভিন্ন আর্থিক দুর্নীতি প্রভৃতি ধরনের তথ্য সম্পর্কে জানা যায়।

চিকিৎসাসেবায় সার্বিকভাবে সুশাসনের সমস্যা বিশেষত অনিয়ম ও দুর্নীতির ধরন, মাত্রা, কারণ, প্রভাব ও সেবার মান নিয়ে গবেষণার ঘাটতি এবং টিআইবি^২র কার্যক্রমে অগ্রাধিকারপ্রাপ্ত তিনটি খাতের একটি স্বাস্থ্য এবং এ খাতের ওপর ধারাবাহিক কার্যক্রমের অংশ হিসেবে বর্তমান গবেষণার উদ্যোগ নেওয়া হয়।

গবেষণার উদ্দেশ্য ও পরিধি

এ গবেষণার প্রধান উদ্দেশ্য স্বাস্থ্যখাতে সুশাসনের চ্যালেঞ্জ চিহ্নিত করা এবং তা থেকে উত্তরণে সুপারিশ প্রণয়ন করা। গবেষণার সুনির্দিষ্ট উদ্দেশ্য-

১. চিকিৎসাসেবা ও এর সাথে সংশ্লিষ্ট বিষয়ের আইনি, কাঠামোগত ও প্রাতিষ্ঠানিক সীমাবদ্ধতা চিহ্নিত করা; এবং
২. চিকিৎসাসেবায় বিরাজমান অনিয়ম ও দুর্নীতির ধরন ও মাত্রা চিহ্নিত করা, এবং তার কারণ ও প্রভাব বিশ্লেষণ করা।

উপরের উদ্দেশ্যকে সামনে রেখে স্বাস্থ্য অধিদপ্তরাদীন বিভিন্ন পর্যায়ের সরকারি হাসপাতালসমূহে চিকিৎসাসেবাদানকারী ও অন্যান্য সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠানের আর্থিক ও প্রাতিষ্ঠানিক সক্ষমতা (অবকাঠামো, বাজেট, জনবল), সরকারি স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের জনবল ব্যবস্থাপনা (নিয়োগ, বদলি, পদোন্নতি, প্রশিক্ষণ), সরকারি স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের ক্রয়, মেরামত ও রক্ষণাবেক্ষণ ব্যবস্থাপনা, সরকারি ও বেসরকারি চিকিৎসাসেবা প্রতিষ্ঠানের সেবা কার্যক্রম, এবং বেসরকারি চিকিৎসাসেবা প্রতিষ্ঠানের তদারকি ব্যবস্থাপনা পর্যালোচনা করা হয়েছে।

১.৩ গবেষণা পদ্ধতি

- এটি একটি গুণগত তথ্যভিত্তিক গবেষণা। পরোক্ষ ও প্রত্যক্ষ উভয় উৎস হতে তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে। প্রাথমিক উৎস হতে গুণগত তথ্য সংগ্রহ পদ্ধতি ব্যবহার করে তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে। গুণগত তথ্য সংগ্রহের পদ্ধতির মধ্যে ছিল মুখ্য তথ্যদাতার সাক্ষাৎকার ও দলীয় আলোচনা। গবেষণায় মুখ্য তথ্যদাতার ধরনের মধ্যে রয়েছে, চিকিৎসাসেবা প্রদানকারী ব্যক্তি, স্বাস্থ্য অধিদপ্তরাদীন বিভিন্ন প্রতিষ্ঠানের কর্মকর্তা-কর্মচারী, পেশাজীবী সংগঠনের প্রতিনিধি, এবং গণমাধ্যম কর্মী।

^১ ২০১৪ সালের ছয় নভেম্বর ঢাকায় অনুষ্ঠিত সাংবাদিক সম্মেলনে উপস্থাপিত গবেষণা প্রতিবেদনের সার-সংক্ষেপ

- পরোক্ষ উৎসের মধ্যে রয়েছে টিআইবি'র জাতীয় খানা জরিপ ২০১২; যেখানে ৬৪টি জেলায় সরকারি স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারী মোট খানা ছিল ৩,২০৮ এবং ২৮টি স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানের ওপর (উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স ৩টি, জেলা সদর হাসপাতাল ২৩টি, মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল ২টি) ২৮টি রিপোর্ট কার্ড জরিপ; যেখানে মোট উত্তরদাতা ছিল ১৪,২৭৬। এছাড়াও স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অন্যান্য গবেষণা প্রতিবেদন, টিআইবি'র স্বাস্থ্য বিষয়ক পরামর্শ সভা; যেখানে জেলা ও উপজেলা পর্যায়ের সংশ্লিষ্ট স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের কর্মকর্তা, স্থানীয় নাগরিক সমাজের প্রতিনিধি ও সাবেক স্বাস্থ্য মন্ত্রীসহ জাতীয় পর্যায়ের নীতি-নির্ধারক শীর্ষ কর্মকর্তাদের উপস্থিতি ছিল, স্বাস্থ্যখাত সংশ্লিষ্ট নীতি ও আইন, জাতীয় বাজেট, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর ও মন্ত্রণালয়ের প্রকাশিত প্রতিবেদন, ওয়েবসাইট, নিরীক্ষা প্রতিবেদন, গণমাধ্যমে প্রকাশিত প্রতিবেদন ইত্যাদি। এছাড়াও বিভিন্ন উৎস থেকে সংগৃহীত তথ্যের সত্যতা যাচাই করা হয়েছে। নভেম্বর ২০১৩-আগস্ট ২০১৪ পর্যন্ত এ গবেষণার তথ্য সংগ্রহ ও বিশ্লেষণের কাজ সম্পন্ন করা হয়।
- গবেষণার খসড়া প্রতিবেদনটি ২৮ আগস্ট, ২০১৪ তারিখে স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের সচিব, মন্ত্রণালয়ের অন্যান্য কর্মকর্তা ও স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের মহাপরিচালকের উপস্থিতিতে উপস্থাপন করা হয়। তাদের মূল্যবান মতামতের ভিত্তিতে খসড়া গবেষণা প্রতিবেদনটি হালনাগাদ করা হয়।

২ গবেষণার পর্যবেক্ষণ

২.১ আইনি কাঠামোতে সীমাবদ্ধতা ও প্রায়োগিক চ্যালেঞ্জ

- সকলের জন্য স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিতকরণে সরকার জাতীয় স্বাস্থ্যনীতি ২০১১ চূড়ান্ত করেন। জাতীয় স্বাস্থ্যনীতিতে উল্লিখিত মূল লক্ষ্যসমূহ বাস্তবায়নে কর্মকৌশল নির্ধারণ করা হয়েছে। এ সকল কর্মকৌশলের কিছু কিছু কৌশল বাস্তবায়নের লক্ষ্যে যুগোপযোগী আইন/বিধিমালা তৈরির ক্ষেত্রে ঘাটতি রয়েছে। যেমন, অনুচ্ছেদ ১৪ অনুযায়ী স্বাস্থ্যসেবার সাথে সম্পৃক্ত সকলের জবাবদিহিতা নিশ্চিত করার জন্য নীতিমালা বা আইন প্রণয়ন করার কথা বলা হলেও তা গ্রহণে উদ্যোগের অভাব রয়েছে, অনুচ্ছেদ ১৬ অনুযায়ী বেসরকারি পরীক্ষা-নিরীক্ষাসহ অন্যান্য চিকিৎসা ব্যয় সহনীয় পর্যায়ে রাখার ব্যবস্থা নেওয়ার কথা বলা হলেও এখনো কোনো উদ্যোগ নেওয়া হয় নি, এবং অনুচ্ছেদ ২৩ অনুযায়ী সকল স্তরের হাসপাতাল বর্জ্যের নিরাপদ, পরিবেশবান্ধব ও ব্যয়সাশ্রয়ী ব্যবস্থাপনা নিশ্চিত করা সম্পর্কে বলা হলেও এ বিষয়ে অগ্রগতি খুব সামান্য।
- চিকিৎসকের অবহেলার কারণে কোনো রোগীর মৃত্যু বা ক্ষতি হলে তাঁর বিরুদ্ধে কার্যকর ব্যবস্থা গ্রহণে আইনের যেমন সীমাবদ্ধতা রয়েছে, তেমনি কোড অব মেডিকেল এথিক্স-এর ধারা ৫ (এ) অনুযায়ী অভিযুক্ত ডাক্তারদের বিরুদ্ধে নিবন্ধন বাতিল সম্পর্কে নির্দেশনা থাকলেও এর বাস্তবায়ন খুবই সীমিত।
- দি মেডিকেল প্র্যাকটিস অ্যান্ড প্রাইভেট ক্লিনিক অ্যান্ড ল্যাবরেটরিজ (রেগুলেশন) (অর্ডিন্যান্স) ১৯৮২- আইনের ধারা ১১ (১)-এ নিবন্ধিত ডাক্তারদের চেম্বার ও বেসরকারি ক্লিনিক বিধি অনুযায়ী পরিচালিত হচ্ছে কিনা বা বিধি অনুসরণ করা হচ্ছে কিনা তা মহাপরিচালক (স্বাস্থ্য অধিদপ্তর) অথবা তার দ্বারা ক্ষমতাপ্রাপ্ত যে কোনো কর্মকর্তা কর্তৃক পরিদর্শনের কথা উল্লেখ থাকলেও পরিদর্শন কার্যক্রমের পর্যায়কাল সম্পর্কে উল্লেখ করা হয় নি। এতে ক্লিনিকগুলো নিয়মিত নির্দিষ্ট সময় অন্তর পরিদর্শন হয় না। উক্ত আইনের ধারা ৩, শিডিউল এ (২)-তে পরীক্ষা-নিরীক্ষার মূল্য সম্পর্কে বলা হলেও কিছু কিছু পরীক্ষার মূল্য বর্তমান সময়ের প্রেক্ষিতে বাস্তবসম্মত নয়। যেমন, ইএসআর-৮ টাকা, হিমোগ্লোবিন-৮ টাকা, ব্লাড ক্রিয়েটিনিন-৩০ টাকা। এই আইনের কয়েকটি ধারায় পরবর্তীতে সংশোধনী আনা হলেও পরীক্ষা-নিরীক্ষার মূল্য সম্পর্কিত কোনো সংশোধনী আনা হয় নি। এতে বেসরকারি স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানগুলো নিজ নিজ মর্জিমাফিক ফি নির্ধারণ করে রোগীর কাছ হতে অতিরিক্ত মূল্য আদায় করছে এবং প্রতিষ্ঠানভেদে মূল্যের ব্যাপক তারতম্য পরিলক্ষিত হচ্ছে। উক্ত আইনের ধারা ১৩ (২)-এ বেসরকারি ক্লিনিক আইনের কোনো ধারা লঙ্ঘনজনিত শাস্তি সর্বোচ্চ ছয় মাসের কারাবাস বা পাঁচ হাজার টাকা অথবা উভয়ই উল্লেখ করা হয়। এ প্রসঙ্গে বিশেষজ্ঞরা বলেন, যেহেতু আইনটি অনেক পুরাতন, সেহেতু শাস্তির পরিমাণ কম হওয়ায় আইনের বিভিন্ন ধারা লঙ্ঘনের প্রবণতা অব্যাহত থাকে এবং দুর্নীতি ও অনিয়মের সুযোগ সৃষ্টি হয়।
- দি মেডিকেল প্র্যাকটিস অ্যান্ড প্রাইভেট ক্লিনিকস্ অ্যান্ড ল্যাবরেটরিজ (অ্যামেন্ডমেন্ট) অর্ডিন্যান্স ১৯৮৪- সংশোধনীর ধারা ৫ এর মাধ্যমে ১৯৮২ সালের অর্ডিন্যান্সে নিবন্ধিত মেডিকেল প্র্যাকটিশনারদের পরামর্শ ফি বাতিল করা হয়। ফলে পরামর্শ ফি'র কোনো ঊর্ধ্বসীমা না থাকায় ডাক্তার ভেদে সুনির্দিষ্ট নিয়ম-কানুন ছাড়া উচ্চ ফি আদায়ের প্রবণতা লক্ষ করা যায়। সংশোধনীর ধারা ৪ এর দ্বারা ১৯৮২ সালের অর্ডিন্যান্সের ধারা ৭-এ বেসরকারি চিকিৎসায় পরামর্শ ফি ও পরীক্ষা-নিরীক্ষার মূল্যের তালিকা ক্লিনিকগুলোতে দৃষ্টিগোচর স্থানে প্রদর্শনে বাধ্যবাধকতার (ডিম্যান্ডেড আন্ডার দিস অর্ডিনেন্স) বিষয়টি

শিখিল (ডিম্যান্ডেড বাই হিম অর ইট) করা হয়। এতে পরামর্শ ফি ও পরীক্ষা-নিরীক্ষার মূল্য সম্পর্কে সেবাপ্রার্থীদের পূর্ব থেকে জানানোর সুযোগ থাকে না।

- গণকর্মচারী শৃঙ্খলা (নিয়মিত উপস্থিতি) অধ্যাদেশ, ১৯৮২-এই অধ্যাদেশের ধারা ৪, ৫, ও ৬-এ বিনানুমতিতে কাজে অনুপস্থিতির জন্য দণ্ড, অফিস ত্যাগের জন্য দণ্ড এবং বিনানুমতিতে বিলম্বে উপস্থিতির জন্য দণ্ড রয়েছে। বাস্তবে এই সকল ধারার প্রয়োগ সীমিত।

২.২ আর্থিক সীমাবদ্ধতা

- জাতীয় বাজেটে স্বাস্থ্যখাতে বরাদ্দের হার: স্বাস্থ্য খাতের কয়েক বছরের জাতীয় বাজেট পর্যালোচনায় দেখা যায়, শতকরা হিসাবে স্বাস্থ্য খাতে বরাদ্দের হার ক্রমান্বয়ে কমছে। ২০০৮-০৯ অর্থবছরে যা ছিল ৬.৫৮%, ২০১৩-২০১৪ অর্থ-বছরে তা কমে দাড়ায় ৪.৬০%।
স্বাস্থ্য খাতে জিডিপি'র সাপেক্ষে বরাদ্দ: বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থার মতে, ভালো মানের স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করার জন্য স্বাস্থ্যখাতে কমপক্ষে যেখানে জিডিপি'র ৫ শতাংশ বরাদ্দ করা প্রয়োজন, সেখানে বাংলাদেশের স্বাস্থ্য খাতে জিডিপি'র সাপেক্ষে বরাদ্দ এক শতাংশ বা তারও কম। ২০০৮-০৯ অর্থ-বছরে এই হার ছিল ১.০০%, ২০১৩-২০১৪ অর্থ-বছরে তা কমে দাড়ায় ০.৮৪%।
- স্বাস্থ্যসেবায় খরচ: সরকারের পক্ষ থেকে স্বাস্থ্যসেবায় জনপ্রতি বরাদ্দ বছরে ৩৯০ টাকা, যা বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার হিসাবে ২,৬৫২ টাকা হওয়া উচিত।
- উন্নয়ন ব্যয়ের হার: স্বাস্থ্যখাতে মোট বরাদ্দে উন্নয়ন ব্যয়ের হার ক্রমান্বয়ে কমছে। ২০০৮-০৯ অর্থবছরে মোট বরাদ্দের ৪১.৪% থেকে কমে ২০১৩-১৪ অর্থবছরে দাড়ায় ৩৮.৩%-এ।
- কর্মসূচিতে উন্নয়ন সহযোগী সংস্থার অবদান: স্বাস্থ্য ও জনসংখ্যা খাতের তিনটি কর্মসূচিতে (১৯৯৮-২০০৩, ২০০৩-২০১১, ২০১১-২০১৬) বরাদ্দকৃত তহবিলের বিপরীতে সরকারের বরাদ্দ ক্রমান্বয়ে বাড়লেও উন্নয়ন সহযোগী সংস্থার অবদান ক্রমান্বয়ে কমছে। উক্ত সময়ে সরকারের অবদান ৬২% থেকে বৃদ্ধি পেয়ে দাড়ায় ৭৬% এবং উন্নয়ন সহযোগী সংস্থার অবদান ৩৮% থেকে কমে দাড়ায় ২৪%।
- স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে অর্থ ব্যয়ের ক্ষমতা: সদর হাসপাতালের জন্য যে অর্থ বরাদ্দ দেওয়া হয় তার ব্যবহারের পূর্ণ ক্ষমতা হাসপাতাল কর্তৃপক্ষের নেই। হাসপাতালের চিকিৎসাসামগ্রী জরুরি প্রয়োজনে মেরামত ও রক্ষণাবেক্ষণ, অবকাঠামো সংস্কার ও পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা কার্যক্রম সুষ্ঠুভাবে পরিচালনার জন্য অর্থ খরচ করার ক্ষমতা সিভিল সার্জনেরও নেই। তাছাড়া হাসপাতালের লাইট, ফ্যান, সুইচ ইত্যাদি মেরামতের ক্ষমতা হাসপাতাল কর্তৃপক্ষের নেই।
- স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের দৈনন্দিন পরিচালনায় অর্থ: স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে দৈনন্দিন পরিচালনায় প্রয়োজনের তুলনায় বরাদ্দের স্বল্পতা রয়েছে যার নেতিবাচক প্রভাব পড়ে অ্যাম্বুলেন্স ও জেনারেটর, মেরামত ও রক্ষণাবেক্ষণে, পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা কার্যক্রমে।

২.৩ প্রাতিষ্ঠানিক সীমাবদ্ধতা

২.৩.১ প্রয়োজনের তুলনায় মানবসম্পদের স্বল্পতা

- স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের অধীন বিভিন্ন প্রতিষ্ঠানের জনবল পর্যালোচনায় দেখা যায়, মোট অনুমোদিত জনবলের (১,১৫,৯৩৫) বিপরীতে পদের শূন্যতা রয়েছে ২২,৬১৮ (২০%)। অনুমোদিত জনবলের বিপরীতে সবচেয়ে বেশি পদ শূন্য রয়েছে নন-ডাক্তার মর্যাদাসম্পন্ন কর্মকর্তাদের যা ৫৬% (২৭৪ জন)। এরপরেই রয়েছে প্রথম শ্রেণীর ডাক্তার মর্যাদায় যা ২৮% (৬,১৯৮ জন)। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে মেডিকেল টেকনোলজিস্ট এবং মাঠ পর্যায়ে ডিমিসিলিয়ারি স্টাফ অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ অংশীজন। মেডিকেল টেকনোলজিস্টদের অনুমোদিত পদের (৬,৪২৮) বিপরীতে শূন্য পদ ২১% (১,৩৩২) এবং ডিমিসিলিয়ারি স্টাফদের অনুমোদিত পদের বিপরীতে শূন্য পদ ৮.৯% (২,৩৫০)। বিভিন্ন পর্যায়ে জনবলের যেমন শূন্যতা রয়েছে, তেমনি বিদ্যমান জনবলের অনুপাত বিশ্ব মানদণ্ড অনুপাতে নয়। যেখানে আন্তর্জাতিকভাবে ডাক্তার ও নার্সের স্বীকৃত অনুপাত ১:৩, বাংলাদেশে এ অনুপাত ১:০.৪। বাংলাদেশে নার্স ও শয্যা সংখ্যার অনুপাত ১:১৩; যা স্বীকৃত অনুপাত প্রতি শিফটে সাধারণ শয্যায় ১:৪ ও স্পেশালাইজড শয্যায় ১:১। এছাড়া বাংলাদেশে প্রতি ৩,২৯৭ জনের জন্য একজন ডাক্তার (আন্তর্জাতিক স্বীকৃত অনুপাত ১:৬০০), প্রতি ১১,৬৯৬ জনের জন্য একজন নার্স, এবং প্রতি ২৭,৮৪২ জনের জন্য রয়েছে একজন মেডিকেল টেকনোলজিস্ট।

২.৩.২ জনবল পদায়ন সংক্রান্ত সীমাবদ্ধতা

- স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানগুলোতে জনবল পদায়ন দেওয়া হলেও কিছু ক্ষেত্রে অনুমোদিত পদগুলোতে পদায়ন দেওয়া হয় নি বলে গবেষণায় দেখা যায়। যেমন, এ শ্রেণীর ৬৪টি জেলার মধ্যে ২৬টি জেলায় ডেপুটি সিভিল সার্জন পদ তৈরী করা হলেও ছয়টি জেলায় উক্ত পদে পদায়ন নেই, জেলা পর্যায়ের হাসপাতালের জন্য তত্ত্বাবধায়ক পদ সৃষ্টি করা হলেও চারটি প্রতিষ্ঠানে উক্ত পদে পদায়ন নেই, এবং উপজেলা পর্যায়ে ৪৮৩টি ইউএইচএফপিও পদের মধ্যে ১১টি উপজেলায় উক্ত পদে পদায়ন দেওয়া হয় নি।

২.৩.৩ মানবসম্পদ ব্যবস্থাপনায় দীর্ঘসূত্রতা

- মানব সম্পদ ব্যবস্থাপনায় পদোন্নতির ক্ষেত্রে, সিলেকশন গ্রেড দেওয়ার ক্ষেত্রে, এবং চলতি দায়িত্ব পদটি নিয়মিতকরণে বিলম্ব হয়। প্রশাসনিক পর্যায়ে কর্মরত চিকিৎসকদের পদোন্নতিতে দীর্ঘসূত্রতা বিদ্যমান, তেমন প্রশাসনিক এবং শিক্ষকতা মর্যাদায় চলতি দায়িত্ব পদটি নিয়মিতকরণেও বিলম্ব হয়। চলতি দায়িত্ব পদটি ছয় মাসের মধ্যে নিয়মিতকরণ করা হবে বলা হলেও এটি নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে করা হয় না। আবার চলতি দায়িত্ব হিসেবে যে অভিজ্ঞতায় বেশি তাকে দেওয়ার কথা থাকলেও কিছু ক্ষেত্রে জুনিয়রকে এই দায়িত্ব দেওয়া হয়।
- স্বাস্থ্য অধিদপ্তরাধীন বিভিন্ন পর্যায়ে জনবল শূন্যতার পিছনে রয়েছে নিয়োগ প্রদানে দীর্ঘ প্রক্রিয়া। যেমন, স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানগুলোতে জনবলের অনুমোদন পেতে আমলাতান্ত্রিক দীর্ঘসূত্রতায় (স্বাস্থ্য, জনপ্রশাসন, এবং অর্থ মন্ত্রণালয়ের মধ্যে) অনুমোদন পেতে যেমন অনেক বেশি সময় লাগে, আবার কোনো ক্ষেত্রে অনুমোদন পাওয়া যায় না। এছাড়া নিয়োগে দলীয়করণ, অনিয়ম ও দুর্নীতি সংঘটনে রীট হলে শূন্য পদগুলো পূরণে বিলম্ব হয়। অধিকন্তু অবসর, মৃত্যু, চাকরি ছেড়ে দেওয়া, এবং নতুন পদ সৃষ্টি হওয়া প্রভৃতি ক্ষেত্রেও পদের শূন্যতা সৃষ্টি হয়।
- চাহিদা সাপেক্ষে হাসপাতালগুলোতে রোগী ও শয্যা অনুপাতে ডাক্তার, নার্সসহ অন্যান্য পদে জনবলের যেমন ঘাটতি রয়েছে, তেমন নতুনভাবে জনবল নিয়োগের বিষয়টি যাচাই না করে নতুন বিভাগ খোলা এবং শয্যা সংখ্যা বাড়ানো হচ্ছে।
- বাংলাদেশের সকল সরকারি হাসপাতালের মেডিকেল যন্ত্রপাতি মেরামত, রক্ষণাবেক্ষণ ও স্থাপনের দায়িত্বে রয়েছে নিমিউ। এ সকল যন্ত্রপাতি মেরামতে নিমিউতে যেমন জনবলের অপরিপূর্ণতা রয়েছে, তেমন দক্ষ জনবলেরও ঘাটতি রয়েছে।

২.৩.৪ প্রশিক্ষণে সীমাবদ্ধতা

চাহিদার প্রেক্ষিতে বিষয়ভিত্তিক বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের ঘাটতি: দেশে রাষ্ট্রীয় চাহিদার প্রেক্ষিতে কোন বিষয়ে কতজন বিশেষজ্ঞ ডাক্তার প্রয়োজন এটি মূল্যায়ন করা হয় নি। তাছাড়া চাহিদার প্রেক্ষিতে বিষয়ভিত্তিক বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের ঘাটতি রয়েছে। বিসিপিএস ২০১১-এর পরিসংখ্যান অনুযায়ী, দেশে অবসটেক্টিকস অ্যান্ড গাইনোকোলজিতে ৩৪৯ জন ডাক্তারের জন্য সিট থাকলেও অ্যানেসথেসিওলজিতে এই সংখ্যা ৪৫ জন। চিকিৎসা সেবায় অ্যানেসথেটিস্ট সংকটের কারণে হাসপাতালগুলোতে রোগীদের অপেক্ষা করতে হয়।

উচ্চশিক্ষায় প্রশিক্ষণ থাকাকালীন বেসরকারি চিকিৎসা চর্চা: উচ্চশিক্ষা অর্জনের জন্য চাকরি থেকে প্রেরণে থাকার সময় প্রাইভেট প্র্যাকটিস করা থেকে বিরত থাকার কথা বলা হলেও এর ব্যত্যয় ঘটে।

উচ্চতর প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত চিকিৎসকদের দক্ষতার উপযুক্ত ব্যবহারে দুর্বলতা: একজন চিকিৎসক জুনিয়র কনসালটেন্ট (সার্জারি) হওয়ার পর পদায়ন দেওয়া হয় উপজেলায়। কিন্তু উপযুক্ত লজিস্টিক ও সহায়ক জনবল না থাকার কারণে (যেমন- এনেসথেটিস্ট না থাকা, ওটিতে যন্ত্রপাতি পরিচালনায় দক্ষতাসম্পন্ন জনবল না থাকা ইত্যাদি) উপজেলা পর্যায়ে প্রশিক্ষণটি কাজে লাগানোর সুযোগ কম।

প্রশিক্ষণের অনুমতির ক্ষেত্রে মন্ত্রণালয়ের দীর্ঘসূত্রতা: কোনো ডাক্তার কোনো একটি বিশেষ বিষয়ে দেশের বাইরে প্রশিক্ষণ গ্রহণে অংশগ্রহণে অনুমতির জন্য মন্ত্রণালয়ে আবেদন করলে নির্ধারিত সময়ে তিনি ছুটি পান না। যখন ছুটির অনুমতি দেওয়া হয়, তখন ঐ প্রশিক্ষণের সময় শেষ হয়ে যায় এবং ডাক্তার উক্ত প্রশিক্ষণ গ্রহণের সুযোগ থেকে বঞ্চিত হয়।

২.৩.৫ তদারকি ও জবাবদিহি ব্যবস্থা

উচ্চশিক্ষায় তদারকি ব্যবস্থাপনায় দুর্বলতা: উচ্চশিক্ষায় প্রশিক্ষণার্থীদের তদারকি ব্যবস্থাপনায় দুর্বলতা রয়েছে। একজন প্রশিক্ষণার্থী নিয়মিত ক্লাশে উপস্থিত হচ্ছেন কিনা, প্রতিদিন কী কাজ করছেন, ওটিতে কতগুলো দক্ষতাসম্পন্ন কাজ করছেন সেগুলোর যথাযথ তদারকিতে শিক্ষকদের দিক থেকে যেমন ঘাটতি রয়েছে, অন্যদিকে শিক্ষক নিয়মিত ক্লাস নিচ্ছেন কিনা সে বিষয়গুলোও যথাযথভাবে তদারকি করার জন্য কোনো কর্তৃপক্ষ কার্যকর ভূমিকা পালন করে না।

উপস্থিতি কার্যক্রমে তদারকি ব্যবস্থাপনায় দুর্বলতা: ডাক্তারদের নির্দিষ্ট সময়ে হাসপাতালে উপস্থিত না হওয়া ও নির্দিষ্ট সময়ের পূর্বে হাসপাতাল ত্যাগ করলে তার জন্য কোনো জবাবদিহি করতে হয় না। অন্যদিকে, কর্মচারীদের উপস্থিতি ও কাজের ক্ষেত্রেও যথাযথ তদারকি ও জবাবদিহিতায় ঘাটতি রয়েছে।

বেসরকারি প্রতিষ্ঠানের তদারকি ব্যবস্থাপনায় দুর্বলতা: বেসরকারি স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানগুলো অর্ডিন্যান্সের শর্তাবলী পূরণ করে যথাযথভাবে পরিচালিত হচ্ছে কি না এক্ষেত্রে নিয়মিত ও যথাযথ তদারকি ব্যবস্থাপনায় যথেষ্ট দুর্বলতা দেখা যায়। স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের হাসপাতাল ও ক্লিনিক শাখায় ঢাকা এবং ঢাকার বাইরে প্রায় আট হাজারের অধিক প্রতিষ্ঠান তদারকির দায়িত্বে স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের হাসপাতাল ও ক্লিনিক শাখা জনবলের অপরিপূর্ণতা রয়েছে।

অবকাঠামো ও লজিস্টিকস

হাসপাতালগুলোতে চাহিদার তুলনায় শয্যার স্বল্পতা রয়েছে। যে কারণে রোগীরা অনেক ক্ষেত্রে ভর্তির সাথে সাথে শয্যা পায় না। জানা যায়, প্রতি ১,৬৯৯ জনের জন্য শয্যা রয়েছে একটি। ডাক্তারদের জন্য পর্যাপ্ত আবাসন সুবিধা নেই; যেগুলো আছে সেগুলোর অধিকাংশই বসবাসের উপযোগী নয়। উপজেলা পর্যায়ে এই সমস্যাটি প্রকট। উপজেলা পর্যায়ে ডাক্তারদের বসার জন্য কোনো কোনো ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয় স্থাপনা (চেয়ার, টেবিল, কক্ষ, টয়লেট ইত্যাদি) নেই। নার্স এবং কর্মচারীদের জন্য পর্যাপ্ত আবাসন ব্যবস্থা নেই, জরুরি প্রয়োজনে চিকিৎসকদের যানবাহনের সুবিধা নেই, অধিকাংশ ক্ষেত্রে নারী ও পুরুষের জন্য পৃথক টিকিট কাউন্টার, এবং নারী রোগীর জন্য বহির্বিভাগে পৃথক বসার ব্যবস্থা নেই। জেলা সদর হাসপাতালে সিসিইউ, আইসিইউ, সিটি স্ক্যান যন্ত্র, এবং লিফট নেই। নিরবচ্ছিন্ন বিদ্যুৎ সরবরাহের ব্যবস্থা নেই। বিশেষ করে উপজেলা পর্যায়ে এই সমস্যাটি প্রকট। জেনারেটর থাকলেও তা চালানোর জন্য জ্বালানী তেলের বরাদ্দ পর্যাপ্ত নেই।

২.৩.৭ ওষুধ ও চিকিৎসা উপকরণ: হাসপাতালে মজুদকৃত ষুধের তালিকা কোনো কোনো ক্ষেত্রে যেমন টানানো হয় না, তেমনি নিয়মিত তা হালনাগাদও করা হয় না। অধিকাংশ উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে এক্স-রে যন্ত্র সচল থাকে না। এছাড়াও আলট্রাসোনোগ্রাম, এক্স-রে ফিল্ম ও ইসিজি যন্ত্রের অভাব রয়েছে। জেলা সদর হাসপাতালগুলোতে প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সরঞ্জামের অভাব রয়েছে; বিশেষ করে ডিজিটাল এক্স-রে, ইকো-কার্ডিয়াক, মাইক্রোস্কোপ প্রভৃতি ধরনের যন্ত্র।

২.৩.৮ অ্যাম্বুলেন্স সুবিধা: হাসপাতালগুলোতে যেমন অ্যাম্বুলেন্সের অপরিপূর্ণতা রয়েছে, তেমনি অনুমোদিত অ্যাম্বুলেন্সের সবগুলো সচল নয়। পর্যালোচনা দেখা যায়, অধিকাংশ উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে একটি সচল অ্যাম্বুলেন্স এবং জেলা সদর হাসপাতালে দুটি সচল অ্যাম্বুলেন্স রয়েছে। সরকারি হাসপাতালগুলোতে অ্যাম্বুলেন্সের অপরিপূর্ণতায় রোগীদের একটি অংশ বেসরকারী অ্যাম্বুলেন্স সুবিধা গ্রহণ করে থাকে। এগুলোর বেশিরভাগের মালিকানা হাসপাতালে কর্মরত তৃতীয় ও চতুর্থ শ্রেণির কর্মচারীর। তারা তাদের বেসরকারি অ্যাম্বুলেন্স ভাড়া নেওয়ার জন্য রোগীদের উদ্ধুদ্ধ করে এবং নির্ধারিত ভাড়ার অতিরিক্ত আদায় করে থাকে।

২.৩.৯ স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানগুলোতে সৃষ্ট চিকিৎসার পরিবেশ ব্যাহত

ওষুধ কোম্পানির প্রতিনিধিদের নির্দিষ্ট সময়ের বাইরে হাসপাতালে উপস্থিতি: ওষুধ কোম্পানীর প্রতিনিধিদের হাসপাতালের অভ্যন্তরে ডাক্তারের কক্ষে প্রবেশে সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ নির্দিষ্ট দিন ও সময় বেধে দিলেও অধিকাংশ ক্ষেত্রেই তা মানা হয় না। এতে ডাক্তারের দিক থেকেও প্রশংসিত হয়।

বিভিন্ন ধরনের অপ্রীতিকর ঘটনায় হাসপাতালের সেবা কার্যক্রম মাঝে মাঝে বাধাগ্রস্ত হয়: হাসপাতাল অভ্যন্তরে রোগী মৃত্যুর ঘটনা নিয়ে রোগীর আত্মীয়-স্বজন এবং হাসপাতালের ডাক্তার ও কর্মীদের সাথে অপ্রীতিকর ঘটনা, স্থানীয় প্রভাবশালীর সাথে চিকিৎসকদের বিভিন্ন বিষয়ের বাকবিতণ্ডায় প্রভাবশালী কর্তৃক চিকিৎসক ও কর্মচারীদের ওপর হামলা, শিক্ষানবিশ চিকিৎসকের সাথে রোগীকে কেন্দ্র করে এবং সেবা সম্পর্কিত প্রতিবেদন সংগ্রহে গণমাধ্যম কর্মীদের সাথে শিক্ষানবিশ চিকিৎসকদের সংঘর্ষের ঘটনায় হাসপাতালে মাঝে মাঝে রোগীর চিকিৎসাসেবা কার্যক্রম বাধাগ্রস্ত হয়।

হাসপাতালে বিভিন্ন কর্মকাণ্ডে রাজনৈতিক হস্তক্ষেপ/প্রভাব: হাসপাতালগুলোতে কোনো কোনো ক্ষেত্রে রাজনৈতিক বা প্রভাবশালীদের হস্তক্ষেপ/প্রভাব বিদ্যমান রয়েছে। বিশেষ করে মারামারি করে আসা রোগীরা কেস করার জন্য তাদের পক্ষে মেডিকেল সার্টিফিকেট পেতে অনেক সময় রাজনৈতিক নেতৃবৃন্দ বা তাদের প্রভাবশালী আত্মীয়-স্বজন অনৈতিক হস্তক্ষেপ করে। অনেক ক্ষেত্রে রোগী স্থানীয় প্রভাব খাটিয়ে হাসপাতালের পেয়িং শয্যায় বিনা পয়সায় থাকেন।

হাসপাতাল অভ্যন্তরে দালাল দ্বারা হয়রানির শিকার: সব পর্যায়ের হাসপাতালেই দালালদের সক্রিয় উপস্থিতি রয়েছে। অনেকক্ষেত্রে রোগীরা আর্থিক বিনিময়ে দালালের নিকট হতে সহায়তা পেয়ে থাকে, আবার সহায়তার পরিবর্তে হয়রানিও হয়ে থাকে। পাশাপাশি কর্মচারীদের দোয়াত্নও অনেকক্ষেত্রে হাসপাতালগুলোতে চিকিৎসার পরিবেশ ব্যাহত করে।

রোগীর সাথে অধিক সংখ্যক ভিজিটর থাকায় হাসপাতালের ব্যবস্থাপনায় ব্যাঘাত সৃষ্টি হয়। অধিকাংশ ক্ষেত্রে নিরাপত্তা কর্মী না থাকায় হাসপাতালের সার্বিক নিরাপত্তাও বিঘ্নিত হয়।

২.৩.১০ তথ্য সরবরাহ ব্যবস্থা: রোগীদের তথ্য সরবরাহে তথ্য সরবরাহ ব্যবস্থাপনায় দুর্বলতা রয়েছে। অধিকাংশ ক্ষেত্রে তথ্য ও অনুসন্ধান কেন্দ্র নেই, অভিযোগ বাক্স নেই, কর্তব্যরত ডাক্তারদের তালিকা টানানো নেই, এবং নাগরিক সনদ টানানো নেই।

২.৩.১১ স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা কমিটির কার্যক্রম: হাসপাতালের সেবার মান উন্নয়নে হাসপাতালের বিভিন্ন সমস্যা চিহ্নিতকরণ এবং ডাক্তারদের কর্মস্থলে উপস্থিতি নিশ্চিতকরণে স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা কমিটি গঠন করা হয়। কিন্তু দেখা যায়, স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা কমিটির সভা অধিকাংশ ক্ষেত্রে নিয়মিত হয় না। যার প্রেক্ষিতে কমিটি স্বাস্থ্যসেবার মান উন্নয়নে কার্যকরী ভূমিকা রাখতে পারে না।

২.৩.১২ মেরামত, রক্ষণাবেক্ষণ, ও অন্যান্য: অ্যাম্বুলেন্স মেরামত ও রক্ষণাবেক্ষণে রয়েছে ট্রান্সপোর্ট অ্যান্ড ইকুইপমেন্ট মেইনটেনেন্স অর্গানাইজেশন (টেমো)। টেমোতে রাজস্ব খাতের সকল গাড়ি মেরামত করা হয়। দেখা যায়, জনবলের স্বল্পতায় বিকল অ্যাম্বুলেন্স মেরামত হতে দীর্ঘ সময় লাগে। অন্যদিকে চিকিৎসকদের আবাসন নিয়মিত রক্ষণাবেক্ষণ করা হয় না এবং পণ্য রক্ষণাবেক্ষণে স্টোরেজ ব্যবস্থাপনায় দুর্বলতা রয়েছে। বিশেষ করে উপজেলা পর্যায়ে এই সমস্যাটি প্রকট। ঠিকাদার কর্তৃক সরবরাহকৃত পথের গুণগত ও পরিমাণগত মান নিয়ন্ত্রণে হাসপাতালগুলোতে তদারকি ব্যবস্থাপনা কমিটি কার্যকর নয়।

৩.১ অনিয়ম ও দুর্নীতি: প্রাতিষ্ঠানিক কাজ সম্পাদন করার ক্ষেত্রে মানবসম্পদ ব্যবস্থাপনা অর্থাৎ নিয়োগ, বদলি, পদায়ন, পদোন্নতি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। এ সম্পর্কিত সীমাবদ্ধতা, দুর্নীতি ও অনিয়মের চিত্র নিম্নে তুলে ধরা হল।

৩.১.১ নিয়োগ সম্পর্কিত অনিয়ম ও দুর্নীতি

- অ্যাডহক চিকিৎসক ও কর্মচারী নিয়োগে দুর্নীতি ও অনিয়ম সংঘটিত হয়। নিয়োগে দলীয় তদবিরের পাশাপাশি নিয়ম-বহির্ভূত অর্থের লেনদেন হয়। তাছাড়া স্বাস্থ্য অধিদপ্তরধীন উপজেলা, জেলা, এবং মেডিকেল কলেজ হাসপাতালগুলোতে কর্মচারী নিয়োগেও দুর্নীতি ও অনিয়ম সংঘটিত হয়। এ সকল নিয়োগে কোনো কোনো ক্ষেত্রে অনিয়ম ও দুর্নীতির মাধ্যমে অতিরিক্ত নিয়োগ প্রদানের প্রচেষ্টা করা হয় এবং নিয়োগ প্রদানের আশ্বাসে নিয়ম-বহির্ভূত অর্থ আদায়ের অভিযোগ রয়েছে।
- অ্যাডহক চিকিৎসক ও কর্মচারী নিয়োগে সুপারিশ ও অর্থ লেনদেন হয় স্বাচিপ/স্থানীয় পর্যায়ে দলীয় নেতা, কর্মচারী ইউনিয়ন নেতা, অফিস প্রধান সহকারী, হিসাব রক্ষণ কর্মকর্তা, এবং প্রশাসনিক কর্মকর্তাদের একাংশের মধ্যে।

৩.১.২ বদলি সম্পর্কিত অনিয়ম ও দুর্নীতি: ডাক্তারদের প্রতি স্টেশনে চাকরিকাল তিন বছর এবং দুর্গম ও পার্বত্য অঞ্চলে দুই বছর থাকার নিয়মটি মানা হয় না। দলীয় রাজনৈতিক প্রভাব, তদবির ও নিয়ম-বহির্ভূত অর্থ লেনদেনের মাধ্যমে বদলি নেওয়া হয়। কর্মচারীদের মধ্যে বদলি নিতে আগ্রহী প্রার্থী তদবির এবং নিয়ম-বহির্ভূত অর্থ প্রদানের মাধ্যমে পছন্দমতো স্থানে বদলি নিয়ে থাকেন। অন্যদিকে, কর্মচারীরা দীর্ঘদিন একই জায়গায় অবস্থানের প্রেক্ষিতে তাদের মধ্যে শক্তিশালী নেটওয়ার্ক গড়ে ওঠে। পরবর্তীতে হাসপাতালের প্রশাসনিক কার্যক্রম থেকে শুরু করে চিকিৎসাসেবা কার্যক্রম প্রতিটি ক্ষেত্রে প্রভাব বিস্তার করে এবং দুর্নীতি ও অনিয়মের সাথে সম্পৃক্ত থাকে। বদলিতে অর্থের লেনদেন হয় সিভিল সার্জন অফিস ও অধিদপ্তর পর্যায়ে।

৩.১.৩ পদোন্নতি সম্পর্কিত অনিয়ম ও দুর্নীতি: ডিপিসি এবং এসএসবি'র মাধ্যমে পদোন্নতিতে দলীয় তদবির প্রাধান্য পায়। ডিপিসি'র মাধ্যমে পদোন্নতিতে কোনো কোনো ক্ষেত্রে ঘুষের লেনদেন হয়। পদোন্নতিতে নিয়ম-বহির্ভূত অর্থের পরিমাণ নির্ভর করে পদবী, পদবীর সংখ্যা, কোন বিষয়ে পদোন্নতিপ্রাপ্ত হবেন তার ওপর। ডিপিসির মাধ্যমে পদোন্নতিতে যে ধরনের অনিয়ম করা হয় - চাকরির অভিজ্ঞতা ও জ্যেষ্ঠতা বিবেচনা না করা, উচ্চতর শিক্ষাগত যোগ্যতা বিবেচনা না করা, প্রকাশনাকে যথার্থভাবে মূল্যায়ন না করা, সিনিয়র স্কেল পরীক্ষায় পাশ বিবেচনা না করা, বার্ষিক গোপনীয় প্রতিবেদন (এসিআর) সন্তোষজনক কিনা তা বিবেচনা না করা।

৩.১.৪ প্রশিক্ষণ সম্পর্কিত অনিয়ম: কোনো কোনো ক্ষেত্রে বিষয়ের সাথে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিকে প্রশিক্ষণের জন্য নির্বাচন করা হয় না। একই ব্যক্তির একাধিক প্রশিক্ষণ বা একই বিষয়ের প্রশিক্ষণে একই ব্যক্তি একাধিকবার সুযোগ পায়। এতে সকলে যেমন প্রশিক্ষণ গ্রহণের সুযোগ থেকে বঞ্চিত হয়, তেমনি একাধিক প্রশিক্ষণ গ্রহণকারী ব্যক্তি আর্থিকভাবে লাভবান হয়।

সারনি ৩.১: জনবল ব্যবস্থাপনার বিভিন্ন খাতে নিয়ম-বহির্ভূত অর্থ আদায়ের অভিযোগ	
নিয়োগ	টাকা
অ্যাডহক চিকিৎসক	৩-৫ লক্ষ
তৃতীয় ও চতুর্থ শ্রেণীর কর্মচারী	১-৫ লক্ষ
বদলি	
প্রশাসনিক কর্মকর্তাদের ঢাকা এবং ঢাকার পাশ্চাত্য জেলায়	৫-১০ লক্ষ
চিকিৎসকদের উপজেলা এবং সদর থেকে ঢাকায়	১-২ লক্ষ
দুর্গম এলাকা থেকে সদরে, এক উপজেলা থেকে অন্য উপজেলা, এবং উপজেলা থেকে সদরে	১০-৫০ হাজার
চতুর্থ শ্রেণীর কর্মচারীদের	৫০ হাজার-২ লক্ষ
সুবিধাজনক স্থানে দীর্ঘদিন অবস্থানের জন্য	২.৫ লক্ষ বা তার ওপরে
পদোন্নতি	
ডিপিসি'র মাধ্যমে পদে	৫-১০ লক্ষ

৩.১.৫ ক্রয়ে অনিয়ম ও দুর্নীতি

পথ্য ক্রয়ে: পথ্যের সরবরাহকারী বাছাইয়ে দলীয় রাজনৈতিক প্রভাব বিদ্যমান রয়েছে। এতে আগ্রহী সকল ঠিকাদারের দরপত্রে অংশগ্রহণের সুযোগ থাকে না। ঠিকাদার দরপত্র কমিটির সদস্যদের সাথে কোনো কোনো ক্ষেত্রে সমঝোতা আবার কোনো কোনো ক্ষেত্রে রাজনৈতিক প্রভাব খাটিয়ে কাজ আদায় করে থাকে। সর্বনিম্ন মূল্য প্রদানকারী ঠিকাদারকে দরপত্র দেওয়া হলেও দরপত্রে ঠিকাদার কিছু কিছু সামগ্রীতে যেমন বাজারমূল্য অপেক্ষা অধিক মূল্য প্রদান করে এবং অতিরিক্ত অর্থ ব্যয়ের সুযোগ সৃষ্টি হয়, তেমনি অন্যান্য দ্রব্যাদির মূল্যও বাজার মূল্য অপেক্ষা কম মূল্য প্রদান করা হয়। এতে দরপত্রে উল্লিখিত দ্রব্যের সকল ঠিকাদার যেমন সরবরাহ করে না, তেমনি সমপরিমাণের দ্রব্যও সরবরাহ করা হয় না।

ওষুধ ও চিকিৎসা যন্ত্রপাতি ক্রয়ে

- কোনো কোনো ক্ষেত্রে ইডিসিএল বরাবর নির্দিষ্ট ওষুধের চাহিদা পাঠানো হলেও তা সরবরাহ করা হয় না। ছয় মাস/এরও কম মেয়াদ আছে -এ ধরনের ওষুধ আকস্মিক স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠাগুলোতে কোনো কোনো ক্ষেত্রে সরবরাহ করা হয়। স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানে যন্ত্রপাতি সরবরাহে অধিদপ্তরের মাধ্যমে সিএমএসডি কর্তৃক যন্ত্রপাতি সরবরাহ করা হয়। কিছু ক্ষেত্রে চাহিদা না পাঠালেও কেন্দ্রীয় পর্যায়ে মন্ত্রণালয়ের সিদ্ধান্তে যন্ত্রপাতি ক্রয় করা হয়। এতে স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানগুলোতে যন্ত্রপাতি পরিচালনায় প্রয়োজনীয় এবং দক্ষ জনবল এবং অবকাঠামোগত সুবিধার অভাবে এ সকল যন্ত্রের সকল ব্যবহৃত হয় না। যদিও সাম্প্রতিক সময়ে চিকিৎসা যন্ত্রপাতি ও ওষুধ চাহিদার ভিত্তিতে ক্রয়ের বিভিন্ন শর্তাবলী উল্লেখ করে মন্ত্রণালয় কর্তৃক পরিপত্র জারি (২৪ জুন, ২০১৪) করা হয়।
- চিকিৎসা যন্ত্রপাতি মেরামতে রয়েছে নিমিউ। নিমিউতে দক্ষ জনবলের যেমন ঘাটতি রয়েছে, তেমনি অনেক ক্ষেত্রে সিএমএসডি'র সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তার সাথে যোগসাজশে নিমিউ-র কর্মকর্তা কমিশনের বিনিময়ে অনাপত্তিপত্র প্রদান করে এবং বাইরের প্রতিষ্ঠানকে কাজ দেওয়ার সুযোগ সৃষ্টি হয়। এছাড়া হাসপাতালের ভবন মেরামত ও সংস্কার কাজে রয়েছে স্বাস্থ্য প্রকৌশল অধিদপ্তর। সংস্কার কাজ যথার্থভাবে না করে কোনো কোনো ক্ষেত্রে সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের সাথে যোগসাজশ করে ঠিকাদার কর্তৃক বিল তুলে নেওয়ার অভিযোগ রয়েছে।

৩.১.৬ সরকারি স্বাস্থ্যসেবায় অনিয়ম ও দুর্নীতি

- হাসপাতাল হতে চিকিৎসাসেবা গ্রহণে রোগীদের কোনো কোনো ক্ষেত্রে অনিয়ম ও দুর্নীতির শিকার হতে হয়। এ প্রসঙ্গে ২০১১-২০১৩ পর্যন্ত সময়ে টিআইবি পরিচালিত বিভিন্ন জরিপ অনুযায়ী দেখা যায়, উপজেলা পর্যায়ে নির্দিষ্ট সময় পর্যন্ত অবস্থান করার নিয়ম থাকলেও চিকিৎসকদের অনেকে কর্মস্থলে যেমন নিয়মিত উপস্থিত থাকে না, তেমনি জেলা ও উপজেলা পর্যায়ের হাসপাতালে কোনো কোনো চিকিৎসক নির্ধারিত সময় পর্যন্ত থাকে না। রোগীদের কিছু ভর্তির সাথে সাথে শয্যা পায় না, একটি নির্দিষ্ট সময় পর্যন্ত তাদেরকে মেঝেতে থাকতে হয় এবং রোগীকে চিকিৎসকের ব্যক্তিগত চেম্বার/বেসরকারি ক্লিনিকে যাওয়ার পরামর্শ প্রদান করা হয়। হাসপাতাল হতে পথ্য গ্রহণকারীদের কেউ কেউ পথ্যের মান সম্পর্কে খারাপ মন্তব্য করে। এছাড়া হাসপাতাল হতে নির্দিষ্ট সেবা পেতে নিয়ম-বহির্ভূত অর্থও দিতে হয়। যেমন, টিকিট ক্রয়ে, শয্যা/ কেবিন পেতে, ট্রলি ব্যবহারে, পরীক্ষা-নিরীক্ষায়, ইনজেকশন ও স্যালাইন পুশে, অ্যাম্বুলেন্স সেবায়, আয়া ও

ওয়ার্ডবয়দের সেবায়, এবং ড্রেসিং সেবা প্রভৃতিতে। প্যাথলজি, রেডিওলজি বা অন্যান্য পরীক্ষা-নিরীক্ষাগুলো করতে রোগীকে কোনো কোনো ক্ষেত্রে পরামর্শ প্রদানকারী ব্যক্তির পছন্দের নির্দিষ্ট ডায়াগনস্টিক সেন্টারে পাঠানোর পরামর্শ দেওয়া হয়।

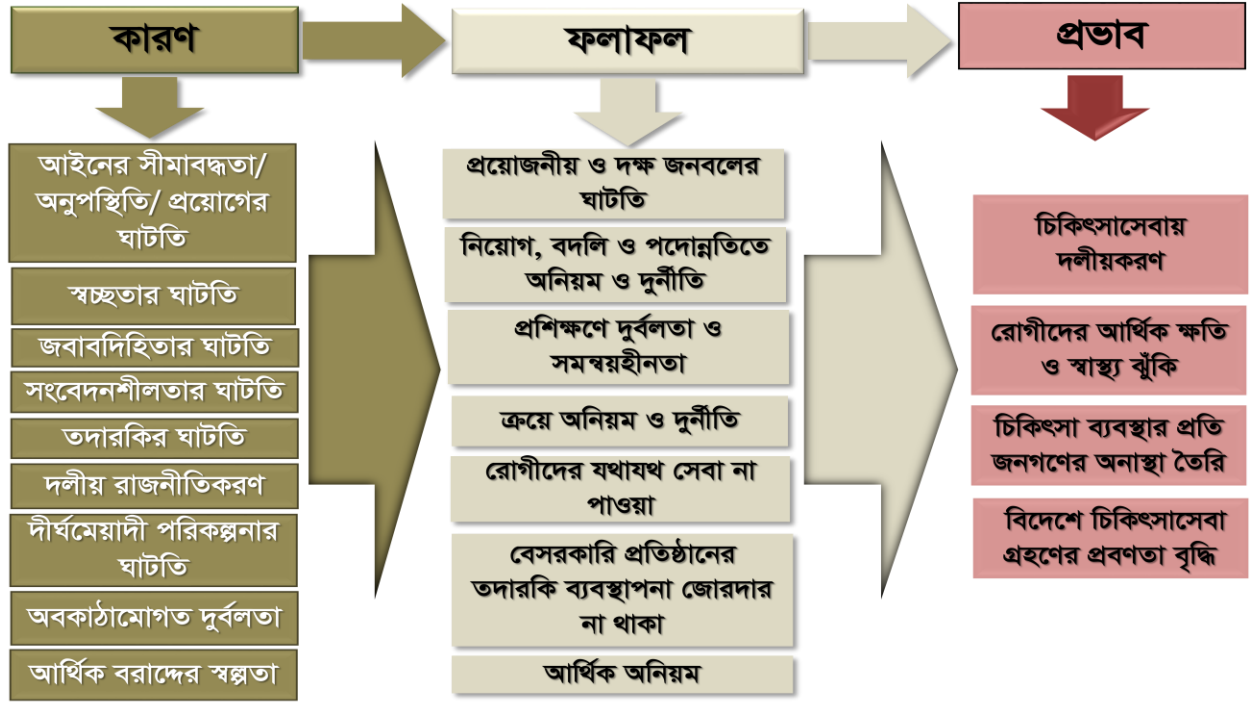
৩.১.৭ বেসরকারি স্বাস্থ্যসেবায় অনিয়ম ও দুর্নীতি

- অর্ডিন্যান্স ১৯৮২ অনুযায়ী বেসরকারি স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানে রোগীর অপারেশন, চিকিৎসা ও তত্ত্বাবধানের জন্য বিশেষজ্ঞ ডাক্তার এবং প্রতি ১০ শয্যার জন্য একজন সার্বক্ষণিক নিবন্ধিত চিকিৎসক, দুজন নার্স ও একজন সুইপারের কথা বলা হলেও অধিকাংশ ক্ষেত্রে তা মানা হয় না, অনেকক্ষেত্রে প্রশিক্ষিত ও যোগ্যতাসম্পন্ন টেকনিশিয়ান রাখা হয় না। ডাক্তার কর্তৃক পরামর্শ ফি'র রশিদ রোগীকে প্রদান করার কথা বলা হলেও তা মানা হয় না এবং পরামর্শ গ্রহণকারী ব্যক্তির নাম এবং ঠিকানা নিবন্ধন সম্পর্কে বলা হলেও নাম লিপিবদ্ধ করা হলেও ঠিকানা করা হয় না।
- চিকিৎসকদের সাথে ডায়াগনস্টিক সেন্টারের কমিশনভিত্তিক চুক্তি হয়ে থাকে। এ কমিশনের হার নির্ভর করে কোন ডাক্তার কত সংখ্যক রোগী পাঠায় তার ওপর। এ প্রসঙ্গে সংশ্লিষ্ট চিকিৎসকরা জানান, এ কমিশনের হার ৩০%-৫০% পর্যন্ত হয়। একইভাবে দালালদের কমিশন ১০%-৩০% পর্যন্ত হয়ে থাকে।
- অনেকক্ষেত্রে প্যাথলজিস্ট না রেখে তাদের সিল ব্যবহার করে বিভিন্ন পরীক্ষার প্রতিবেদন তৈরি করে রোগীদের রিপোর্ট প্রদান করা হয়
- নিবন্ধিত কোনো মেডিকেল/ডেন্টাল চিকিৎসক বিএমডিসি কর্তৃক স্বীকৃত নয় এমন কোনো নাম, পদবি, বিবরণ ব্যবহার বা প্রকাশ করে মেডিকেল প্র্যাকটিস করতে পারবে না বলা হলেও এটি মানা হয় না। চিকিৎসকদের অতিরিক্ত যোগ্যতা এবং ভুয়া পদবি ব্যবহার করে মেডিকেল প্র্যাকটিসের বিরুদ্ধে ব্যবস্থা গ্রহণে বাংলাদেশ মেডিকেল অ্যান্ড ডেন্টাল কাউন্সিল আইনের যথাযথ প্রয়োগে দুর্বলতা রয়েছে।

৩.২ স্বাস্থ্যখাতে সুশাসনের ঘাটতির কারণ ও প্রভাব বিশ্লেষণ

স্বাস্থ্যখাতে সুশাসনের ঘাটতির কারণ বিশ্লেষণে বলা যায়, আইনের সীমাবদ্ধতা/উপস্থিতি/প্রয়োগের ঘাটতি, স্বচ্ছতা, জবাবদিহিতা, সংবেদনশীলতা, ও তদারকির ঘাটতি। এছাড়াও রয়েছে দলীয় রাজনীতিকরণ, দীর্ঘমেয়াদী পরিকল্পনার ঘাটতি, অবকাঠামোগত দুর্বলতা, এবং আর্থিক বরাদ্দের স্বল্পতা। স্বাস্থ্যখাতে সুশাসন নিশ্চিতকরণে অনিয়ম ও দুর্নীতি প্রভাব ফেলে। যেমন, নিয়োগ, বদলি, পদায়ন, ও পদোন্নতি কার্যক্রমের প্রায় প্রতিটি ক্ষেত্রে দলীয়করণের প্রভাব পরিলক্ষিত হয়। দেশে ডাক্তারের ভুল চিকিৎসায় এবং ভুয়া চিকিৎসকদের প্রভাবে রোগীরা মৃত্যু ঝুঁকিতে পড়ছে। ফলশ্রুতিতে চিকিৎসাসেবার প্রতি জনগণের অনাস্থা তৈরি হচ্ছে এবং বিদেশে চিকিৎসাসেবা গ্রহণের প্রবণতা বৃদ্ধি পাচ্ছে। স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠান হতে চিকিৎসাসেবা নিতে গিয়ে কিছু কিছু ক্ষেত্রে রোগীদের নিয়ম-বহির্ভূত অর্থও দিতে হয়। এতে রোগীরা আর্থিক ক্ষতির শিকার হন।

একনজরে সুশাসনের ঘাটতি: কারণ-ফলাফল-প্রভাব



৩.৩ সুপারিশ

গবেষণার ফলাফলের প্রেক্ষিতে বিভিন্ন সমস্যা থেকে উত্তরণে নিচের সুপারিশ প্রস্তাব করা হল। এই সুপারিশ বাস্তবায়নের মাধ্যমে চিকিৎসাসেবার মান বৃদ্ধি পাবে; সর্বোপরি সুশাসন নিশ্চিত হবে বলে আশা করা যায়।

আইন ও নীতি-নির্ধারণী সম্পর্কিত

- প্রয়োজন অনুযায়ী নতুন আইন প্রণয়ন ও বিদ্যমান আইনের প্রয়োজনীয় সংস্কার করতে হবে-
 - বেসরকারি প্রতিষ্ঠানের আইন লঙ্ঘনের প্রেক্ষিতে শাস্তির পরিমাণ বৃদ্ধি;
 - প্রদত্ত সেবা ও প্রতিষ্ঠানের মান অনুযায়ী পরামর্শ ফি ও পরীক্ষা-নিরীক্ষার মূল্য নির্ধারণ;
- বেসরকারি চিকিৎসা সেবা বিষয়ক খসড়া আইন স্বাস্থ্য সংশ্লিষ্ট অংশীজনদের সাথে আলোচনা সাপেক্ষে চূড়ান্ত করতে হবে ও আইন হিসেবে প্রণয়ন করতে হবে।

আর্থিক বরাদ্দ সংক্রান্ত

- জাতীয় বাজেটে স্বাস্থ্যখাতে বরাদ্দ বৃদ্ধি করতে হবে
- মোট বরাদ্দের মধ্যে অনুন্নয়ন বাজেটের পাশাপাশি উন্নয়ন বাজেটের অনুপাতও বৃদ্ধি করতে হবে (উন্নয়ন বরাদ্দ বাস্তবায়নের ক্ষেত্রে সমস্যা বিদ্যমান থাকলে সেগুলো চিহ্নিত করে সমাধানের জন্যে বাস্তব উদ্যোগ গ্রহণ করতে হবে)

মানবসম্পদ ব্যবস্থাপনা সম্পর্কিত

- সিভিল সার্জন, ডেপুটি সিভিল সার্জন, তত্ত্বাবধায়ক, ইউএইচএফপিও, মেডিকেল টেকনোলজিস্ট, অ্যানেসথেটিস্ট, সিনিয়র কনসালটেন্ট প্রভৃতি শূন্য পদ পূরণে দ্রুত কার্যকর ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে।
- জনবল নিয়োগে দীর্ঘসূত্রতা দূর করতে হবে; প্রয়োজন অনুযায়ী চাহিদা যাচাই সাপেক্ষে জনবল নিয়োগে হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়, জনপ্রশাসন ও অর্থ মন্ত্রণালয় সমন্বিতভাবে একটি দ্রুত কার্যকর পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে।
- স্বাস্থ্যখাতের নিয়োগ, বদলি ও পদোন্নতিসহ সকল ধরনের কর্মকাণ্ডে পেশাজীবী সংগঠনগুলোর দলীয় হস্তক্ষেপ বন্ধ করতে হবে।
- মেধা, জ্যেষ্ঠতা ও কর্মদক্ষতার (পারফরমেন্স) ভিত্তিতে প্রশিক্ষণ গ্রহণের জন্য যোগ্য প্রার্থীর নিরপেক্ষ নির্বাচন নিশ্চিত করতে হবে।

৯. সরকারি ওষুধ চুরি বন্ধে, কমিউনিটি ক্লিনিকে স্বাস্থ্য সহকারীদের উপস্থিতি নিশ্চিতকরণে তদারকি কার্যক্রম জোরদার করতে হবে।

সেবা সম্পর্কিত

১০. রোগীর তথ্য প্রাপ্তি নিশ্চিত করার লক্ষ্যে প্রতিটি হাসপাতালে তথ্য ও অনুসন্ধান ডেস্ক কার্যক্রম চালু করতে হবে; নাগরিক সনদ, বিভাগ/ওয়ার্ড ও সেবা প্রদানের অবস্থান নির্দেশকসহ তথ্য বোর্ড টানাতে হবে।
১১. চিকিৎসকের অবহেলা বা ভুল চিকিৎসার ক্ষেত্রে কার্যকর আইন প্রণয়ন ও তার প্রয়োগ নিশ্চিত করতে হবে।
১২. বিএমডিসি'র ওয়েবসাইটে নিবন্ধিত চিকিৎসকদের ডিগ্রি/ যোগ্যতাসহ তালিকা প্রকাশ করতে হবে এবং নিয়মিত হালনাগাদ করতে হবে। এসএমএস-এর মাধ্যমে নিবন্ধিত ডাক্তারের অনুসন্ধানের ব্যবস্থা চালু করতে হবে।
১৩. কর্মস্থলে চিকিৎসকদের উপস্থিতি নিশ্চিত করার জন্য-
- বসবাসের উপযোগী আবাসন সুবিধা নিশ্চিত করতে হবে;
 - প্রত্যন্ত এলাকার জন্য এবং ছুটিকালীন দায়িত্ব পালনের জন্য বিশেষ প্রণোদনা ভাতা দিতে হবে;
১৪. স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা কমিটির সভা নিয়মিতকরণ করতে হবে এবং সভা নিয়মিতকরণে স্থানীয় সংসদ সদস্যদের সক্রিয় ভূমিকা পালন করতে হবে।

ক্রয়, মেরামত ও রক্ষণাবেক্ষণ সম্পর্কিত

১৫. ঠিকাদার নির্বাচনে স্বচ্ছতা নিশ্চিতকরণে সকল ক্ষেত্রে ই-টেন্ডারিং প্রক্রিয়া চালু করতে হবে।
১৬. বিভিন্ন পর্যায়ের হাসপাতালে সেবার ধরন ও সেবা প্রদানে জনবল, যন্ত্রপাতি, আনুষঙ্গিক স্থাপনা বা অন্যান্য প্রয়োজনীয় বিষয় নির্ধারণে একটি এসওপি (স্ট্যান্ডার্ড অপারেশন প্রসিডিউর) তৈরি করতে হবে।
১৭. সরকারি হাসপাতালে সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষকে সেবাহীনতা থেকে প্রাপ্ত আয়ের একটি অংশ (৫০%) জরুরি প্রয়োজনে (অ্যাম্বুলেন্স ও চিকিৎসা যন্ত্রপাতি মেরামত ও রক্ষণাবেক্ষণ) খরচের ক্ষমতা দিতে হবে।

তথ্যসূত্র ও সহায়ক গ্রন্থপঞ্জী

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশের সংবিধান, অনুচ্ছেদ ১৫ ও ১৮।

জাতীয় স্বাস্থ্য নীতি ২০১১, সুস্বাস্থ্য উন্নয়নের হাতিয়ার, গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়।

নির্বাচনী ইশতেহার ২০১৪, বাংলাদেশ আওয়ামী লীগ।

স্বাস্থ্য বুলেটিন ২০১১, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়।

স্বাস্থ্য বুলেটিন ২০১৩, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়।

বার্ষিক প্রতিবেদন ২০১২-২০১৩, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়।

বার্ষিক প্রতিবেদন (২০১০-২০১১ হতে ২০১১-২০১২), স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়।

বাংলাদেশ মেডিক্যাল এসোসিয়েশন, গঠনতন্ত্র, স্মারকলিপি, ধারা ও উপধারা সমূহ।

বাজেট বক্তৃতা (২০১৩-১৪ হতে ২০১৪-১৫), অর্থ মন্ত্রণালয়, গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার।

চাকরির বিধানাবলী, পঞ্চাশতম সংস্করণ, মোহাম্মদ ফিরোজ মিয়া।

চাকরির বিধিমালা, সপ্তম সংস্করণ, বিচারপতি ছিদ্দিকুর রহমান মিয়া।

জাতীয় সেমিনার (জাতীয় বাজেটে স্বাস্থ্যসেবা খাতের একটি পর্যালোচনা); উবিনীগ, স্বাস্থ্য অন্দোলন; ২৪/১১/২০১৩।

সরকার কর্তৃক স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়ের অধীন ইউনিয়ন, উপজেলা, জেলা ও বিভাগীয় পর্যায়ের প্রতিটি ১০, ২০, ৩১,

৫০, ১০০, ১৫০, ২০০, ২৫০, ৫০০ শয্যাবিশিষ্ট জেনারেল হাসপাতালের জন্য জনবলের Standard Setup, সংস্থাপন

মন্ত্রণালয়, ২৩/১২/২০০৮।

অর্থ বছর ১৯৯৮-১৯৯৯ হতে ২০০৫-২০০৬; বাংলাদেশ কম্পিউটার অ্যান্ড অডিটর জেনারেল এর কার্যালয়, বিশেষ অডিট রিপোর্ট, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়ের নিয়ন্ত্রণাধীন বঙ্গবন্ধু শেখ মুজিব মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয় ও হাসপাতাল, ঢাকা।

টিআইবি, সেবাখাতে দুর্নীতি, জাতীয় খানা জরিপ ২০১২।

টিআইবি, রিপোর্ট কার্ড জরিপ ২০১১, ২০১২ ও ২০১৩।

স্বাস্থ্যসেবায় সুশাসনের চ্যালেঞ্জ ও উত্তরণের উপায়: জেলা ও উপজেলা পর্যায়ের অভিজ্ঞতাভিত্তিক পরামর্শ সভা, ০৩/০৭/২০১৩, টিআইবি।

ঢাকা মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল: সুশাসনের অগ্রগতি, চ্যালেঞ্জ ও উত্তরণের উপায়, প্রকাশকাল: ০৭/১০/২০১৩, টিআইবি।

Addressing corruption in the health sector, securing equitable access to health care for everyone, Karen Hussmann, U4 Issue, January 2011 No 1.

Governance of Rural Health Service Delivery, Case Studies of Three Upazil, Health Complex of Bangladesh, Bangladesh Academy for Rural Development (BARD), Kotbari, Comilla, June 2013
Annual Report-2011, Office of the Comptroller and Auditor General of Bangladesh;
www.cag.org.bd; Special/ Issue based Audit.

www.govindicators.org (accessed on 12/06/2014)

www.mohfw.gov.bd (accessed on 20/11/2013)

www.dgfpbd.org, (accessed on 24/06/2014)

www.edcl.gov.bd, (accessed on 24/06/2014)

www.heu.gov.bd (accessed on 20/06/2014)

www.bmdc.org.bd (accessed on 23/06/2014)

www.smf.edu.bd (accessed on 11/06/2014)

www.bps-bd.org (accessed on 11/06/2014)

www.mof.gov.bd (accessed on 6/06/2013 & 10/06/2013)

www.dghs.gov.bd (accessed on 24/07/2013)

www.pbsc.gov.bd (accessed on 24/07/2013)

www.mopa.gov.bd (accessed on 24/07/2013)