आई एस एस एन : 0971-9873

आई सी एम आर पत्रिका

वर्ष – 22, अंक – 1-3

जनवरी – मार्च, 2008

भारतीय संदर्भ में गरीबी, स्वास्थ्य और बौद्धिक सम्पदा अधिकार

विश्व में अत्यधिक गरीब लोगों की संख्या वर्ष 1987 से वर्ष 2001 के बीच 10.4 प्रतिशत की दर से बढ़कर 27.35 मिलियन हो गई है। जोकि लगभग विश्व की कुल आबादी का आधा हिस्सा है। इसके बावजूद भी ये आंकड़े सही अर्थों में विश्व की समूची भुखमरी नहीं दर्शाते। करोड़पति लोगों की संख्या के दृष्टिकोण से भारत विकासशील देशों में प्रथम स्थान पर है। वर्तमान में भारत में अनुमानतः 1,00,015 लोग ऐसे हैं जिनकी आय कम से कम 10 लाख अमरीकी डॉलर है। केवल टर्की, रूस, जर्मनी और संयुक्त राज्य अमरीका में करोड़पति लोगों की संख्या इससे अधिक है। भारत में वर्तमान वृद्धि दर 9.0 से अधिक होने के साथ ऐसे व्यक्तियों की संख्या संभवतः और बढ़ जाएगी। गैर संगठित क्षेत्र में उद्यम हेतु गठित राष्ट्रीय आयोग की ताजा रिपोर्ट के अनुसार 836 मिलियन भारतीय अथवा भारत की 77 प्रतिशत आबादी की दैनिक आय 20 रुपए से कम है। अर्थात् उन्हें भारतीय आबादी का निर्धन और संवेदनशील वर्ग माना गया है। संयुक्त राज्य अमरीका, इण्डोनेशिया, ब्राज़ील और रूस जैसे देशों की संयुक्त आबादी के बराबर भारत की यह आबादी दैनिक न्यूनतम कैलोरी अन्तर्ग्रहण और अन्य दैनिक आवश्यकताओं पर होने वाले व्यय का वहन बड़ी मुश्किल से कर पाती है। इस प्रकार भारत में गरीबी बढ़ती जा रही है जिसमें अधिकांश राज्यों के ग्रामीण इलाकों में गरीबी में तेजी से वृद्धि हुई है जहां गरीब महिलाएं और बच्चे अत्यधिक प्रभावित होते हैं। दूसरी तरफ कुपोषण, शुद्ध पेय जल की कमी, स्वच्छता और घरेलू धुएं से प्रभावित होने जैसी स्थितियों के कारण निर्धन लोगों को स्वास्थ्य संबंधी प्रमुख खतरों की आशंका रहती है। इनके कारण निर्धन देशों में रोगियों की संख्या बढ़ती जाती है। विश्व में रोगियों की संख्या केवल विशाल ही नहीं बल्कि बढ़ती जा रही है। एक करोड़ से अधिक बच्चों की मृत्यु ऐसे रोगों से हो जाती है जिन्हें वैक्सीन के प्रयोग से रोका जा सकता है, प्रति वर्ष लगभग 1.4 करोड़ लोग संक्रामक रोगों की चपेट में आकर मौत का शिकार बनते हैं जिनमें 90-95 प्रतिशत लोग गरीब देशों के होते हैं। विश्व की अनुमानतः एक तिहाई आबादी को आवश्यक दवाइयां बिल्कुल नहीं अथवा बहुत कम उपलब्ध होती हैं। एक तरफ निर्धन और रोगी व्यक्तियों की संख्या बढ़ती जा रही है, वहीं सरकार द्वारा स्वास्थ्य पर किए जाने वाले व्यय में कटौती की जा रही है। निर्धन व्यक्तियों के अधिकांश रोगों के लिए नई दवाइयों की आवश्यकता पड़ती है। परन्तु इन संक्रमणों पर अनुसंधान एवं विकास कार्यक्रमों में कमी होने के कारण एक भी नवीन औषधि तैयार नहीं हो पा रही है। मौजूदा एवं खोज की गईं नवीन औषधियों के उपलब्ध होने में अनेक बाधाएं आती हैं। एक प्रमुख कारण निर्धन लोगों के रोगों हेतु दवाइयों की खोज करने में फार्मा उद्योग की रुचि में कमी होना है। क्योंकि विकासशील देशों में बाज़ार बहुत ही सीमित है। इसके अलावा, नई औषधियों की अनुपलब्धता का कारण है - व्यापार संबद्ध बौद्धिक सम्पदा अधिकार (ट्रेड *रिलेटेड इंटलेक्चुअल प्रॉपर्टी राइटस* अर्थात ट्रिप्स) और इस कारण विश्व के बौद्धिक सम्पदा अधिकार की सुरक्षा प्रणालियों को एक प्रमुख बाधा के रूप में माना जाता है। दवाइयों की क्रय क्षमता और उपलब्धता को बेहतर बनाने के लिए विश्व स्तर पर कुछ पहल की गई है। निर्धन लोगों का स्वास्थ्य एक विश्वस्तरीय समस्या है जिसके लिए विश्व स्तर पर भागीदारी और प्रतिबद्धता के साथ विश्वस्तरीय हलों को ढूंढने की आवश्यकता है।

प्रकाशन एवं सूचना प्रभाग, भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद, नई दिल्ली - 110029

यह माना जा रहा है कि विश्व स्तर पर स्वास्थ्य को बेहतर बनाना व्यापक और बढ़ती निर्धनता से निपटने की चुनौती से संबद्ध है। निर्धन वर्ग को स्वास्थ्य के प्रमुख खतरों की संभावना होती है क्योंकि निर्धन वर्ग के देशों में अपर्याप्त एवं अनुपयुक्त कुपोषण, असुरक्षित पेयजल की आपूर्ति, अपर्याप्त स्वच्छता एवं सफाई, विषाक्त घरेलू धुएं से प्रभावित होने और स्वास्थ्य शिक्षा एवं सुविधाओं में कमी जैसी स्थितियां रोग के भार को बढ़ाती हैं। कमाई करने वाला निर्धन व्यक्ति बीमारी की स्थिति में मज़दूरी नहीं कर पाता, बच्चे स्कूल नहीं जा पाते जिससे उन्हें आवश्यक शिक्षा नहीं मिल पाती।

विश्व में संचारी और असंचारी दोनों श्रेणी के रोगों के भार में निरन्तर वृद्धि होती जा रही है। उच्च आय वर्ग के देशों की तुलना में निर्धन वर्ग के देशों में संचारी रोगों की घटनाएं (अशक्तता संबद्ध स्वास्थ्यमय वर्षों की क्षति अर्थात DALYS के % के रूप में) काफी अधिक (5.6% की तुलना में 53.5%) होती हैं, वहीं असंचारी रोगों की घटनाएं कम (85.7% की तुलना में 53.0%) होती हैं। क्षेत्रीय आधार पर आंकड़ों से पता चलता है कि अफ्रीका में संचारी रोगों की घटनाएं असंचारी रोगों की तुलना में काफी अधिक (क्रमश: 71.7% एवं 19.2%), हैं, वहीं, भारत सहित दक्षिण पूर्व एशियाई क्षेत्रों में इनका दोहरा स्वरूप (39.3% एवं 47.1%) देखने को मिलता है (सारणी I)। लोगों के स्वास्थ्य को बेहतर बनाने की दिशा में गरीबी घटाने को एक अत्यन्त महत्वपूर्ण कारक माना जाता है। इसलिए, आर्थिक एवं सामाजिक विकास को बढ़ावा देने तथा गरीबी को घटाने में स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य सुविधाओं पर व्यय करने को प्रमुख माना जाता है। आर्थिक वृद्धि लोगों के स्वास्थ्य से संबद्ध है। उदाहरण के तौर पर अफ्रीका में केवल मलेरिया के कारण प्रतिवर्ष अनुमानतः सकल घरेलू उत्पाद में होने वाली क्षति 12 बिलियन अमरीकी डॉलर तक पहुंच गई है।

सितम्बर 2000 में संयुक्त राष्ट्र सहस्त्राब्दि सम्मेलन के अवसर पर आठ विकास उद्देश्यों पर सहमति की गई। अब 190 से अधिक देशों ने उन पर हस्ताक्षर किए हैं। इन उद्देश्यों में 18 लक्ष्यों की पहचान की गई जिससे विकासशील देशों में भेदभाव को समाप्त करने के प्रति अन्तर्राष्ट्रीय समुदाय को प्रोत्साहित किया जा सके और इस विषय में कुछ शुरुआत करने के लिए शक्तियों को संगठित किया जा सके। इन उद्देश्यों में सम्मिलित हैं-

- अति गरीबी और भूख का उन्मूलन
- व्यापक प्राथमिक शिक्षा प्रदान करना
- लिंग समानता को बढ़ावा देना और महिलाओं को सशक्त बनाना
- *शिशु मर्त्यता को कम करना*
- *मातृ स्वास्थ्य को बेहतर बनाना*
- *एच आई वी एवं एड्स, मलेरिया और अन्य रोगों का मुकाबला करना*
- पर्यावरणी अखण्डता को सुनिश्चित करना
- विकास हेतु एक वैश्विक भागीदारी विकसित करना

इन लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए 2015 तक की अवधि निर्धारित की गई है

यह महत्वपूर्ण है कि इन आठ उद्देश्यों में तीन में स्वास्थ्य संबंधी पहलू शामिल किए गए हैं। कुछ प्रभावित देशों में इन लक्ष्यों की प्राप्ति की दिशा में कुछ महत्वपूर्ण प्रगति हुई है परन्तु कई मामलों में अपूर्ण, बहुत मन्द अथवा नगण्य स्थिति में है।

सारणी I. रोग वर्ग 2005 द्वारा अशक्तता संबद्ध स्वास्थ्यमय वर्षों की क्षति का अनुपात (क्षतिग्रस्त कुल दिनों का प्रतिशत)

कारण	उच्च आय वाले देश	निम्न आय वाले देश	वि. स्वा. सं. क्षेत्र द्वारा निर्धारित निम्न एवं मध्यम आय वाले देश					
			अफ्रीकी	अमरीकी	दक्षिण पूर्व एशिया	यूरोपीय	पूर्वी भूमध्यसागरीय	पश्चिमी पैसिफिक
संचारी रोग	5.6	53.5	71.7	21.8	39.3		43.6	18.7
असंचारी रोग	85.7	35.0	19.2	62.4	47.1	71.5	43.3	67.0
चोटें	8.7	11.5	9.1	15.8	13.6	16.4	13.1	14.3

स्रोत : सी आई पी आई एच (2006)

रोग की रूपरेखा

वैक्सीन द्वारा निवारणशील रोग : प्रत्येक वर्ष, जन्म लिए एक चौथाई बच्चों का टीकाकरण नहीं हो पाता और अभी भी पांच वर्ष से कम आयु के अनुमानतः 14 लाख बच्चों की मौत उन रोगों से हो जाती है जिनसे वैक्सीन के प्रयोग से बचा जा सकता है। यदि आगामी कुछ वर्षों में घातक अतिसार के लिए जिम्मेदार रोटावाइरस और न्यूमोनिया के लिए जिम्मेदार न्युमोकॉक्कस के लिए नवीन

वैक्सीनें उपलब्ध हो जाती हैं तो 11 लाख अतिरिक्त बच्चों को मौत से बचाया जा सकता है। जहां 103 देश अपने 90 प्रतिशत बच्चों को उन रोगों से सुरक्षा प्रदान कर रहे हैं जिन्हें वैक्सीन से रोका जा सकता है, वहीं अन्य 16 देशों में धीमी परन्तु नियमित प्रगति हो रही है। परन्तु अभी हमें एक लम्बा रास्ता तय करना है। नई वैक्सीन विकसित करने के लिए अत्याधुनिक विज्ञान और भारी मात्रा में धनराशि की आवश्यकता होती है परन्तु फार्मा उद्योग के लिए यह फायदेमन्द नहीं है, क्योंकि वैक्सीनें सार्वजनिक क्षेत्र द्वारा क्रय की जाती हैं और दूसरे औषधियों के विपरीत वैक्सीनें एक बार प्रयोग की जाती हैं। ऐसी वैक्सीनों का विकास अभी भी अपर्याप्त है जो मात्र एकल खुराक में प्रभावी हों, ताप स्थाई हों, ऐसे रोगों से सुरक्षा प्रदान करें जिनके लिए फिलहाल वैक्सीन उपलब्ध नहीं हैं और अत्यधिक जरूरतमन्द लोगों के लिए महंगी न हों। इनको ध्यान में रखते हुए अनुसंधान और विकास संबंधी सहायता अभी भी अपर्याप्त मानी जाती है।

गरीब लोगों के अन्य संक्रामक रोगः विश्व में रोगों की 90 प्रतिशत से अधिक बीमारियां एच आई वी और एड्स, मलेरिया और क्षयरोग के कारण होती हैं। जबकि ट्रिप्नोसोमारुग्णता, चगास रोग, लीशमैनियता और डेंगी जैसे अन्य अधिक उपेक्षित रोगों के कारण भी भारी संख्या में मौतें होती हैं।

मलेरियाः विश्व में मलेरिया के कारण प्रतिवर्ष अनुमानतः 10 लाख लोगों की मृत्यु होती है ? 80 प्रतिशत से अधिक मौतें सहारा के समीपस्थ अफ्रीकी देशों में होती हैं और जिनमें अधिकांशतः 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों की मौतें होती हैं। मलेरिया से भारी संख्या में गरीब लोग निरन्तर प्रभावित होते हैं जिन्हें संक्रमण का अत्यधिक खतरा होता है और स्वास्थ्य सुविधाएं बहुत कम होती हैं। मलेरिया के कारण गरीब देशों का आर्थिक और सामाजिक विकास भी पीछे हो रहा है। गंभीर मलेरिया की उपस्थिति वाले देशों में वर्ष 1965 से वर्ष 1990 के बीच वार्षिक आर्थिक वृद्धि प्रति व्यक्ति सकल घरेलू उत्पाद की 0.4 प्रतिशत दर्ज की गई जबकि विश्व के शेष देशों में यह वृद्धि 2.3 प्रतिशत पाई गई। मलेरिया की अधिकांश दवाइयां 40 वर्ष अथवा इससे अधिक पुरानी हैं, साथ ही औषध प्रतिरोधी मामले भी प्रकाश में आ रहे हैं और नवीन औषधियां नहीं हैं, इसके कारण मलेरिया नियंत्रण गंभीर रूप से प्रभावित हो रहा है। ऐसे उत्पादों को विकसित करने हेतु पर्याप्त अनुसंधान और विकास नहीं है जैसे औषधियों, किसी वैक्सीन, नैदानिक विधियों, लम्बी अवधि तक प्रभावी कीटनाशी संसिक्त मच्छरदानियों, आदि के रूप में जो प्रयोग करने हेतु सस्ती और सरल हों।

क्षयरोगः वर्तमान में विश्व की एक तिहाई आबादी क्षयरोग के दण्डाणु (बैसिलस) से संक्रमित है, जिनमें अधिकांश निर्धन हैं जिन्हें इसके संक्रमण का अधिक खतरा होता है और वे इसके दुष्परिणामों से अधिक प्रभावित होते हैं। प्रत्येक सेकण्ड एक नया व्यक्ति क्षयरोग की चपेट में आ जाता है और प्रत्येक 15 सेकण्ड में कोई न कोई इस रोग के कारण मौत का शिकार बन जाता है क्षयरोग का निदान और उसकी चिकित्सा अभी भी और पुराने अपूर्ण प्रौद्योगिकियों पर निर्भर हैं। हाल के दिनों में एच आई वी संबद्ध क्षयरोग और बहुऔषध प्रतिरोधी क्षयरोग का उभरना एक नवीन चिन्ता का विषय हो गया है। एच आई वी/ एड्स के विस्तार को कम करने से क्षयरोग घटाने में सहायता मिलेगी। औषध और बहुऔषध प्रयोग के प्रति क्षयरोग में प्रतिरोधशक्ति का उभरना अनियमित अथवा आंशिक इलाज के कारण होता है क्योंकि अधिकांशतः रोगी 6 माह के लम्बे चिकित्सा विधान को बीच में ही बन्द कर देते हैं। वर्ष 2004 में लगभग 80 लाख नए लोग क्षयरोग की चपेट में आए जिनमें 7,41,000 लोग एच आई वी से भी संक्रमित थे, कुल 17 लाख मौतें हुईं जिनमें 2,48,000 मृतक एच आई वी से भी ग्रस्त थे। इसलिए नवीन प्रौद्योगिकियों पर आधारित हल खोजने की आवश्यकता है, ऐसी नवीन औषधियां जिनसे चिकित्सा अवधि कम की जा सके। साथ ही एक बेहतर वैक्सीन की भी आवश्यकता है क्योंकि वर्तमान बी सी जी वैक्सीन बच्चों में संदेहजनक रूप से प्रभावी और महंगी है। दूसरी तरफ, नवीन औषधियों और क्षयरोग की वैक्सीन की खोज प्रक्रिया नियमित नहीं है और उस पर वित्तीय सहायता पर्याप्त नहीं है।

एच आई वी/एड्सः विगत दो वर्षों में विश्व के प्रत्येक क्षेत्र में एच आई वी सहित व्यक्तियों की संख्या बढ़ी है, वर्ष 2006 में एच आई वी सहित लोगों की संख्या 3.95 करोड़ थी जिनमें दो तिहाई लोग सहारा के समीपस्थ अफ्रीकी देशों में थे। कुल 43 लाख नए लोग इसकी चपेट में आए और इस दौरान 2006 में 29 लाख से अधिक लोग एड्स के कारण मृत्यु का शिकार हुए। इन आंकड़ों में गरीब देशों में रोगियों की संख्या सर्वाधिक है : दक्षिण अफ्रीका में 55 लाख; नाइजीरिया में 29 लाख, भारत में 21 लाख। एच आई वी/ एड्स संक्रमण की संख्या और दरों में अभी भी वृद्धि होती जा रही है जो वर्ष 2004 में 3.69 करोड़ से बढ़कर वर्ष 2006 में 3.95 करोड़ हो गई है। वर्ष 2006 में 43 लाख नए लोग संक्रमित हुए जिनमें 40 प्रतिशत व्यक्तियों की आयु 15 से 24 वर्ष के बीच थी। एड्स संबद्ध कारणों से होने वाली मौतें भी बढ़कर 29 लाख हो गईं, क्योंकि अभी भी बड़ी संख्या में लोगों को रेट्रोवाइरल रोधी चिकित्सा और बेहतर सेवाएं उपलब्ध नहीं हैं। और यदि उपलब्ध हैं तो बहुत सीमित हैं। इस महामारी का प्रमुख केन्द्र सहारा के नीचे स्थित अफ्रीकी देश बने हुए हैं जहां विश्व की 10 प्रतिशत से अधिक आबादी स्थित है और इस क्षेत्र में एच आई वी / एड्स प्रभावित लोगों की संख्या लगभग 63 प्रतिशत है। विगत दो वर्षों के दौरान पूर्व एशिया, मध्य एशिया और पूर्वी यूरोप में भी एच आई वी की व्यापकता में अत्यधिक वृद्धि हुई है। इन क्षेत्रों में एच आई वी की उपस्थिति वाले लोगों की संख्या वर्ष 2004 की तुलना में वर्ष 2006 में पांचवे हिस्से तक बढ़ गई।

एच आई वी/एड्स संक्रमित व्यक्तियों के लिए औषधियां प्राप्त करना निरन्तर एक गंभीर समस्या होती जा रही है। एच आई वी सहित गरीब लोगों के लिए रेट्रोवाइरल रोधी औषधियों की उपलब्धता के संबंध में बौद्धिक सम्पदा अधिकारों को लेकर कुछ वैधानिक समस्याएं हैं। इस रोग से मुकाबला करने के लिए कुछ महत्वपूर्ण आवश्यकताएं हैं जिनमें से प्रमुख हैं - प्रथम पंक्ति की चिकित्सा के लिए सस्ती औषधियां, द्वितीय पंक्ति की चिकित्सा की उपलब्धता हेतु साधनों का पता लगाना, कम इतर प्रभावों सहित नवीन प्रकार के रेट्रोवाइरल रोधी चिकित्सा का विकास, एड्स वैक्सीनों का विकास।

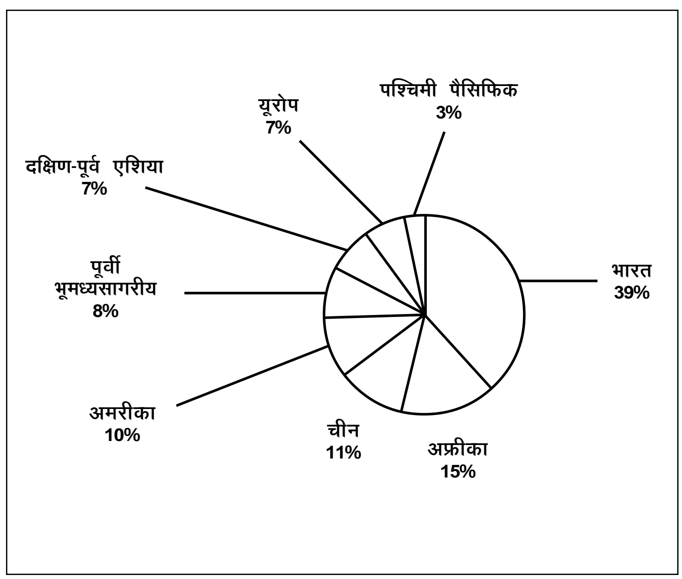
सर्वाधिक उपेक्षित रोग : कुछ ऐसे रोग हैं जिनसे निपटने की दिशा में से अधिक ध्यान नहीं दिया गया है, उन्हें सर्वाधिक उपेक्षित रोग कहा गया है। उनमें सम्मिलित हैं-निद्रा रोग, चगास रोग, लीशमैनियता और डेंगी।

निद्रा रोग : अफ्रीका में अनुमानतः 5 करोड़ लोगों को निद्रा रोग से पीड़ित होने का खतरा है, प्रति वर्ष 3 लाख नए रोगी चपेट में आते हैं और प्रतिवर्ष 1,50,000 मौतें होती हैं। बाजार में असफल होने के कारण इसकी प्रमुख औषधि-इफ्लोर्नीथीन के उत्पादन और वितरण को बन्द कर देना पड़ा। इस समय निजी क्षेत्र द्वारा इस रोग के लिए नवीन औषधि पर सक्रिय शोध बहुत कम अथवा बिल्कुल नहीं किए जा रहे हैं। हालांकि, इस रोग से संबधित बौद्धिक सम्पदा अधिकार को विश्व स्वास्थ्य संगठन को सौंपने के बावजूद अभी तक कोई औषधि तैयार नहीं हो सकी है। नई औषधियों के विकास और अनुसंधान के लिए गेट्स फाउण्डेशन ने भी वित्तीय सहायता के रूप में नये कदम उठाए हैं। परन्तु इसमें भी काफी समय लगेगा। निजी कम्पनियों का उदासीन रवैया भी एक महत्वपूर्ण कारण है। निद्रा रोग की औषधियों में निजी क्षेत्र की कम्पनियों की रुचि नहीं होने के कारण इस रोग के लिए वैक्सीनों की खोज की दिशा में किसी प्रकार की रुचि होना कठिन प्रतीत होता है, क्योंकि बाज़ार में वैक्सीनें असफल पाई गई हैं।

चगास रोग : चगास रोग की उपस्थिति मध्य और दक्षिण अमरीका में है जिससे अनुमानतः 10 लाख लोग प्रभावित होते हैं। इस रोग से प्रति वर्ष 45,000 से अधिक मौतें होती हैं। इसके इलाज की कोई प्रभावी औषधि नहीं है। नाइफर्टीमॉक्स और बेंज़नीडाज़ोल नामक औषधियां जो आजकल बाज़ार में उपलब्ध हैं, के गंभीर इतर प्रभाव देखे गए हैं और साथ ही इन औषधियों से लम्बी अवधि के रोग का इलाज भी नहीं हो पाता। इसलिए एक सुरक्षित और प्रभावी औषधि की आवश्यकता है। परन्तु फार्मा उद्योग को इसकी औषधि से अच्छा लाभ मिलने की संभावना कम होती है। और वैक्सीन की भी ऐसी स्थिति है। अतः औषधियां और वैक्सीन तैयार करने के लिए अधिक अनुसंधान और विकास कार्यक्रम की आवश्यकता है।

लीशमैनियता : यह रोग महामारियों के रूप में फैलता है और एशिया, लैटिन अमरीका, दक्षिणी यूरोप और उत्तरी अफ्रीका में एक अथवा अपने जैसे अन्य रूप में मिलता है। इससे अनुमानतः 1.2 करोड़ लोग संक्रमित पाए गए हैं और 35 करोड़ लोगों को इस रोग की चपेट में आने का खतरा है। वर्ष 1991-1992 के दौरान सूडान में फैली इसकी महामारी में 40,000 से 60,000 लोगों की मृत्यु हुई थी। लीशमैनियता की प्रमुख औषधि पेंटावैलेंट एंटीमनी है, जो बड़ी महंगी है। हालांकि, भारत में भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद द्वारा हाल ही में मिल्टेफोसिन और पैरामोमाइसिन नामक दो औषधियों पर तृतीय प्रावस्था के चिकित्सीय परीक्षण पूर्ण हुए हैं और अत्यन्त उत्साहजनक परिणाम मिले हैं। इस रोग के लिए वैक्सीन का विकास बहुत जरूरी और वांछित है और विश्व स्तरीय सहायता से प्रयास किए जा रहे हैं परन्तु इसके उपलब्ध होने में अनेक वर्ष लग जाएंगे।

दवाइयों की उपलब्धता : दवाइयों की उपलब्धता संक्रामक रोगों से निपटने का बहुत महत्वपूर्ण साधन है। ऐसे संक्रामक रोग जिनका इलाज उपलब्ध है। और बहुत बड़ी मात्रा में दवाइयों की आवश्यकता होती है। विश्व स्वास्थ्य संगठन का अनुमान है कि विश्व की लगभग एक तिहाई आबादी को अत्यन्त आवश्यक दवाइयां नहीं मिल पाती और यदि अफ्रीका, एशिया और निर्धन क्षेत्रों को देखें तो अनुपलब्धता की सीमा बढ़ कर आधी हो गई है। यद्यपि, विश्व में वर्ष 1975 और वर्ष 1999 के बीच आवश्यक औषधियों की उपलब्धता 2.4 बिलियन से बढ़कर 4.3 बिलियन लोगों तक हो गई परन्तु वास्तविक संख्या अभी भी 1.7 बिलियन तक ही है। आवश्यक दवाइयों की कमी विशेषतया अफ्रीका और भारत में गंभीर और केंन्द्रित है (चित्र)। वास्तव में आवश्यक औषधियों से वंचित 39 प्रतिशत लोग



चित्र . आवश्यक दवाइयों की उपलब्धता रहित लोगों का क्षेत्रवार वितरण, 1999
स्रोतः वि. स्वा. सं. (2004)

भारत और 15 प्रतिशत अफ्रीका में रहते हैं। भारत और अफ्रीका के लोगों को मिलाकर विश्व की 54 प्रतिशत आबादी को आवश्यक दवाइयां उपलब्ध नहीं हैं। किसी व्यक्ति को आवश्यक औषधियों की उपलब्धता अभी भी उसके आय स्तर द्वारा प्रभावित होती है। यद्यपि, निवारणशील अथवा उपचार योग्य रोगों से होने वाली मर्त्यता और रोग भार अफ्रीका में सर्वाधिक है परन्तु गरीबी के कारण इस महाद्वीप में विश्व के फार्मास्युटिकल बाज़ार का हिस्सा केवल 1 प्रतिशत से थोड़ा अधिक है। विश्व में दवाइयों का अधिकांश क्रय विकासशील देशों द्वारा किया जाता है। जिसमें संयुक्त राज्य अमरीका में सर्वाधिक अर्थात लगभग आधा हिस्सा क्रय किया जाता है (सारणी II)। विश्व बाज़ार का 86 प्रतिशत बाजार अमरीका, जापान और यूरोप में केन्द्रित है। भारत और अफ्रीका जैसे विकासशील देशों में कुल मिलाकर यह हिस्सा केवल 2.3 प्रतिशत पाया गया। इसके विपरीत, अमरीकी लोग प्रत्येक वर्ष चिकित्सक की सलाह पर आधारित दवाइयों पर लगभग 200 बिलियन अमरीकी डॉलर व्यय करते हैं, और यह संख्या प्रत्येक वर्ष लगभग 12 प्रतिशत की दर से बढ़ती जा रही है।

सारणी II. विश्व में फार्मा का क्षेत्रवार बाज़ार (बिलियन अमरीकी डॉलर)

क्षेत्र	2004	2005	2005 में विश्व में विक्रय का हिस्सा (%)
उत्तर अमरीका	249.0	268.8	44.4
यूरोप	169.2	180.4	29.8
जापान	66.1	69.3	11.4
ओसियाना	7.1	7.7	1.3
सी आई एस	4.2	5.0	0.8
दक्षिण-पूर्व एशिया	25.3	28.8	4.6
लैटिन अमरीका	24.4	26.6	4.4
भारतीय उपमहाद्वीप	6.6	7.2	1.2
अफ्रीका	6.3	6.7	1.1
मध्य पूर्व	4.7	4.9	0.8
कुल विश्व बाज़ार	562.9	605.4	100

स्रोत : सी आई पी आई एच (2006)

विकासशील देशों में रोगों का इलाज भी समस्याजनक हो गया है, क्योंकि मौजूदा दवाइयों का मूल्य काफी बढ़ गया है, प्रतिरोध के कारण वे प्रभावहीन हो गई हैं, अथवा वे स्थानीय स्थितियों और बाधाओं से निपटने हेतु पर्याप्त रूप से अनुकूल नहीं हैं। अत्यधिक रोग भार के बावजूद निर्धन देशों में संक्रामक और परजीवी रोगों की औषधियों की खोज और विकास का कार्यक्रम बिल्कुल रुक गया है, क्योंकि फार्मा उद्योग अनुसंधान एवं विकास पर होने वाले व्यय से लाभ प्राप्त नहीं होने के कारण इच्छुक नहीं हैं। वर्ष 1975 और 1997 के बीच कुल 1,223 नई औषधियों को मंजूरी प्रदान की गई जिनमें केवल 1 प्रतिशत (13) दवाइयां विशेष रूप से उष्णकटिबंधीय रोगों के इलाज में प्रयोग की जा रही हैं।

दवाइयों की उपलब्धता के प्रति महत्वपूर्ण बाधाएं

यू एन मिलेनियम परियोजना के द्वारा स्वास्थ्य की उपलब्धता के विरुद्ध 6 अत्यन्त महत्वपूर्ण बाधाओं की पहचान की गई है, इनमें से चार मौजूदा दवाइयों और दो बाधाएं नई दवाइयों और वैक्सीनों के विकास से संबद्ध हैं।

1. मौजूदा दवाइयों की उपलब्धता बढ़ाने के प्रति सबसे बड़ी बाधा स्वास्थ्य सुरक्षा को राष्ट्रीय स्तर से स्थानीय स्तर तक प्राथमिकता देने की राष्ट्रीय प्रतिबद्धता में कमी होना है।
2. स्वास्थ्य के लिए भेषजज्ञों, फार्मेसी तकनीशियनों सहित मानव संसाधनों की कमी एक बढ़ती समस्या है जिसे यदि दूर नहीं किया गया तो अधिकांश विकासशील देशों में स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ एवं बेहतर बनाने की दिशा में सभी प्रयासों के प्रति खतरा उत्पन्न हो जाएगा।
3. अंतर्राष्ट्रीय समुदाय ने विकासशील देशों को पर्याप्त वित्तीय सहायता प्रदान नहीं की है और न ही अपने मौजूदा वचनों को पूरा किया है। साथ ही प्रस्तावित गतिविधियां प्रभावी ढंग से संचालित नहीं की गईं।
4. अंतर्राष्ट्रीय सहायता के समन्वयन में लगातार कमी के कारण औषधियों की उपलब्धता में कमी आई है।
5. ट्रिप्स समझौता के अन्तर्गत भारत जैसे देशों में विशेषतया नवीन औषधियों और वैक्सीनों की उपलब्धता बाधित हो सकती है। वर्ष 2005 में ट्रिप्स के पूर्ण पालन के बाद भविष्य में उत्पादक क्षमता रहित विकासशील देशों में कई महत्वपूर्ण मौजूदा दवाइयों की उपलब्धता बाधित हो सकती है।
6. नई दवाइयों और वैक्सीनों के अनुसंधान एवं विकास को बढ़ावा देने के लिए वर्तमान प्रेरक ढांचा पर्याप्त नहीं है जो विकासशील देशों में तथाकथित रोगों की प्राथमिकता वाली स्वास्थ्य समस्याओं को दूर कर सके।

राज्य द्वारा स्वास्थ्य सुरक्षा में निवेश

वर्ष 1980 और 1998 के बीच स्वास्थ्य व्यय में सरकार के योगदान में आधे से अधिक की कमी आई है। आंकड़ों के अनुसार विश्व में सरकार द्वारा किए जाने वाले व्यय की तुलना में निजी क्षेत्र द्वारा अधिक व्यय किया जा रहा है (सारणी III)।

सारणी III. कुछ चयनित देशों द्वारा स्वास्थ्य पर किया गया व्यय (2003)

देश	एच डी आई श्रेणी	स्वास्थ्य पर व्यय		
		सार्वजनिक (जी डी पी का %)	निजी (जी डी पी का %)	प्रति व्यक्ति (पी पी पी अमरीकी डॉलर)
संयुक्त राज्य अमरीका	8	6.8	8.4	5711
कोरिया गणराज्य	26	2.8	2.8	1074
ब्राज़ील	69	3.4	4.2	597
थाईलैण्ड	74	2.0	1.3	260
चीन	81	2.0	3.6	278
भारत	126	1.2	3.6	82

स्रोतः विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट 2006; राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रोफाइल 2006

भारत में भी इसी तरह की स्थिति दिखाई देती है। कालान्तर में सकल घरेलू उत्पाद के प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य पर होने वाले कुल व्यय में तेजी से गिरावट आ रही है क्योंकि केन्द्र सरकार द्वारा भी स्वास्थ्य पर व्यय किया जाता है (सारणी IV)।

सारणी IV. भारत में स्वास्थ्य पर किया गया व्यय (1997-2003)

चयनित राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा संसूचक	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
सकल घरेलू उत्पाद % के रूप में स्वास्थ्य पर किया गया पूर्ण व्यय	5.3	5.0	5.1	5.0	5.0	4.9	4.8
स्वास्थ्य पर सम्पूर्ण व्यय के % के रूप में सरकार द्वारा किया गया व्यय	15.7	18.4	24.6	24.6	24.2	23.7	24.8
स्वास्थ्य पर कुल व्यय के % के रूप में स्वास्थ्य पर निजी व्यय	84.3	81.6	75.4	75.4	75.8	76.3	75.2
सरकार के कुल व्यय के % के रूप में स्वास्थ्य पर सरकार का सार्वजनिक व्यय	3.2	3.5	4.5	4.3	4.2	3.9	3.9
स्वास्थ्य पर सार्वजनिक सरकार व्यय के % के रूप में स्वास्थ्य पर बाह्य संसाधन	2.3	2.4	1.2	2.2	2.0	1.3	1.6
स्वास्थ्य पर सरकार के सार्वजनिक व्यय के % के रूप में स्वास्थ्य पर सामाजिक सुरक्षा व्यय	*	*	4.4	4.4	4.4	4.4	4.2
स्वास्थ्य पर व्यक्तिगत व्यय के % के रूप में सामर्थ्य से अधिक किया गया व्यय	100.0	100.0	96.6	96.4	96.3	96.2	97.0
स्वास्थ्य पर निजी व्यय के % के रूप में निजी प्रीपेड प्लान	*	*	0.6	0.7	0.8	0.9	0.9

* = उपलब्ध नहीं

स्रोतः विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट (2006); राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रोफाइल (2006)

स्वास्थ्य सुरक्षा पर निरन्तर अधिक व्यय किया जा रहा है। सकल घरेलू उत्पाद के प्रतिशत के अनुसार स्वास्थ्य पर किया गया व्यय प्रदर्शित है जिसमें वर्ष 1990-91 तक तीव्र वृद्धि देखी गई और उसके बाद से लगभग स्थिर स्थिति पाई गई। यहां तक कि वर्ष 2000-01 से स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति व्यय भी लगभग समान ही रहा है।

इलाज पर आय और बचत के पैसे समाप्त हो जाने के कारण निर्धन लोगों की संख्या में वृद्धि हुई है। स्वास्थ्य सुरक्षा पर किए गए व्यय का केवल 18 प्रतिशत भाग सरकार द्वारा किया जाता है, शेष उपभोक्ता द्वारा वहन किया जाता है। अधिकांश देशों में व्यक्तिगत रूप से दवाइयों पर सबसे अधिक घरेलू व्यय किया जाता है- 50 से 90 प्रतिशत दवाइयों का विक्रय इसके अन्तर्गत होता है। जन स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता निम्न और खराब है। संभ्रान्त आबादी के पांचवे हिस्से की तुलना में निर्धन आबादी के पांचवे हिस्से में शिशु मर्त्यता दर 2.5 गुणा अधिक है और निर्धन वर्ग के बच्चों की बालकाल में मृत्यु होने का लगभग 4 गुणा अधिक खतरा होता है।

निर्धन वर्ग के घरों में स्वास्थ्य पर किए जाने वाले व्यय का 60-90 प्रतिशत हिस्सा दवाइयों के क्रय पर व्यय किया जाता है। जिनमें उधार लेना एक सामान्य बात है । इसके अलावा, सार्वजनिक और निजी तौर पर स्वास्थ्य सुरक्षा पर किया जाने वाला 25 से 65 प्रतिशत व्यय दवाइयों पर किया जाता है। विकासशील देशों में दवाइयों का अन्तिम मूल्य निर्माता अथवा आयातक की तुलना में 2 से 5 गुणा बढ़ जाता है जिसमें कर भी जुड़ा हुआ होता है। भारत में निजी तौर पर स्वास्थ्य सुरक्षा का 99 प्रतिशत व्यय किया जाता है जो मुख्यतया निर्धन वर्गों द्वारा किया जाता है। अनुमानतः अमरीकी लोगों द्वारा प्रति वर्ष 200 अमरीकी डॉलर से अधिक व्यय

सारणी v. रोग भार एवं वित्तीय सहायता की तुलना (2001-2002)

रोग की स्थिति	वैश्विक रोग भार (मिलियन DALYs)	% कुल वैश्विक रोग भार	मृत्यु (मिलियन)	% कुल वैश्विक रोग मृत्यु	R&D वित्तीय सहायता (US$ मिलियन)	R&D वित्तीय सहायता प्रति DALY
ह्द्वाहिकीय	148.190	9.9	16.733	29.3	9402	63.45
एच आई वी/एड्स	88.458	5.7	2.777	4.9	2049	24.26
मलेरिया	46.486	3.1	1.272	2.2	288	6.20
क्षयरोग	34.736	2.3	1.566	2.7	378	10.88
मधुमेह	16.194	1.1	0.988	1.7	1653	102.07
डेंगी	0.616	0.0	0.019	0.0	58	94.16

स्रोतः ग्लोबल फोरम फॉर हेल्थ रिसर्चः मॉनीटरिंग फाइनेन्शियल फ्लोज़ फॉर हेल्थ रिसर्च (2004) (जेनेवा, ग्लोबल फोरम फॉर हेल्थ रिसर्च)

R&D = अनुसंधान एवं विकास; DALY= अशक्तता सम्बद्ध स्वास्थ्यमय वर्षों की क्षति

निर्धारित औषधियों पर किया जाता है जो प्रति वर्ष 12 प्रतिशत बढ़ जाता है।

निम्न और निम्न-मध्यम वर्ग के देशों को यदि अपनी आबादी को आवश्यक स्वास्थ्य सुरक्षा प्रदान करनी है तो प्रत्येक वर्ष प्रति व्यक्ति कम से कम 30-40 अमरीकी डॉलर (वर्ष 2002 के मूल्य) व्यय करने की आवश्यकता होती है। यह राशि वर्तमान में विकासशील देशों द्वारा स्वास्थ्य सुरक्षा पर किए जाने वाले व्यय से 3 गुणा अधिक है। वर्ष 2000 में उच्च आय वर्ग के देशों द्वारा प्रति व्यक्ति द्वारा दवाइयों पर वार्षिक 396 अमरीकी डॉलर व्यय किया गया जबकि निम्न आय वर्ग के देशों में यह व्यय राशि केवल 4 डॉलर थी। उसी दौरान निम्न आय एवं मध्यम आय वर्ग के देशों में स्वास्थ्य पर किए गए कुल व्यय का काफी प्रतिशत (क्रमशः 19 प्रतिशित और 25 प्रतिशत) दवाइयों के क्रय पर करना पड़ा जबकि उच्च आय वाले देशों में इस पर केवल 14 प्रतिशत व्यय किया गया। संचारी रोगों के साथ-साथ असंचारी रोगों और जीवन शैली से जुड़े रोगों में एक स्पष्ट वृद्धि देखी जा रही है (सारणी V)। जीवन शैली से जुड़े रोगों के लिए अनुसंधान और विकास तथा अशक्तता संबद्ध स्वास्थ्यमय वर्षों की क्षति दोनों पर होने वाला व्यय काफी अधिक होता है। उदाहरण के तौर पर मधुमेह की स्थिति में अशक्तता संबद्ध स्वास्थ्यमय वर्षों की क्षति पर औसतन 102.07 डॉलर का व्यय होता है। जबकि मलेरिया की स्थिति में केवल 6.2 डॉलर व्यय होता है। संभवतः डेंगी जैसे रोगों पर अधिक ध्यान होना चाहिए। स्वास्थ्य सुरक्षा पर किए गए व्यय से जीवन बचाया जाता है। जैसे संयुक्त राज्य में विगत तीन वर्षों के दौरान दवाइयों और एंटीरेट्रोवाइरल एवं उसके सम्मिश्रण के प्रयोग से मर्त्यता दर में 75 प्रतिशत की गिरावट देखी गई है।

उपलब्धता में कमी क्यों ?

विकास हेतु स्वास्थ्य अनुसंधान आयोग का अनुमान है कि विश्व में स्वास्थ्य अनुसंधान संसाधनों पर व्यय होने वाले 30 बिलियन डॉलर का 10 प्रतिशत से कम हिस्सा विकासशील देशों की स्वास्थ्य समस्याओं को दूर करने पर व्यय किया गया, जहां विश्व की 90 प्रतिशत से अधिक स्वास्थ्य समस्याएं हैं। यह असंतुलन '10/90 अन्तराल के' नाम से जाना गया। वहीं विश्व स्वास्थ्य संगठन के आकलन के अनुसार वर्ष 1992 में विश्व में स्वास्थ्य अनुसंधान एवं विकास पर व्यय बढ़कर 55.8 बिलियन डॉलर हो गया फिर भी '10/90 अन्तराल' की स्थिति यथावत रही। वर्ष 2001 में विश्व में स्वास्थ्य अनुसंधान एवं विकास पर अनुमानतः 105.9 बिलियन डॉलर व्यय किया गया जिसका 44 प्रतिशत भाग सार्वजनिक क्षेत्र, 48 प्रतिशत निजी क्षेत्र तथा 8 प्रतिशत भाग लाभ रहित निजी क्षेत्र द्वारा व्यय किया। अनुसंधान एवं विकास पर किए जाने वाले कुल व्यय का 96 प्रतिशत हिस्सा उच्च आय वर्ग के देशों द्वारा सम्मिलित रूप से व्यय किया जाता है जबकि निम्न मध्यम आय वर्ग के देशों का हिस्सा केवल 4 प्रतिशत ही होता है। जहां सार्वजनिक एवं निजी क्षेत्रों की भागीदारी बराबर होती है।

विश्व की बौद्धिक सम्पदा अधिकार प्रणालियां और दवाइयों की उपलब्धता

अभी तक पेटेंट सुरक्षा का अधिकार सरकार के पास उसके औद्योगिक विकास के स्तर के अनुसार होता था। वर्ष 1995 से ट्रिप्स पर बहुपार्श्विक समझौते के साथ बौद्धिक सम्पदा अधिकार प्रणालियां वैश्विक हो गईं जिनमें फार्मा उद्योग को प्रमुखता मिल गई।

ट्रिप्स में अंतर्राष्ट्रीय व्यापार के लिए बौद्धिक सम्पदा से संबंधित न्यूनतम मापदण्ड सम्मिलित हैं। ये मापदण्ड उरुग्वे राउण्ड में श्रृंखलाबद्ध रूप से वैचारिक हैं। विकासशील देशों में विशेषतया निर्धन देशों में दवाइयों की उपलब्धता के सन्दर्भ में ट्रिप्स के कार्यान्वयन का प्रभाव विवादास्पद रहा है। वास्तव में वर्ष 1995 में ट्रिप्स समझौते के लागू होने के बाद से विकासशील देशों के विश्व

व्यापार संगठन के सदस्य राज्यों के साथ-साथ स्वतंत्र पर्यवेक्षकों ने समृद्ध देशों द्वारा व्यापार से होने वाले कुल लाभों के संदर्भ में इस समझौते में काफी अन्तराल का पूर्वानुमान किया जिससे गरीब देश पेटेंट सुरक्षा के माध्यम से अत्यधिक प्रभावित होंगे और विशेषतया नवीन खोज़ों की कम क्षमता वाले देशों में जीवन रक्षक दवाइयां बहुत सीमित हो जाएंगी। कालान्तर में इन समस्याओं को दूर करने में हुई धीमी प्रगति से विकसित एवं विकासशील देशों के बीच एक बैठक करने पर गरीब देशों में निराशा बढ़ गई है। वास्तव में चिकित्सा के क्षेत्र में नवीन खोज़ों पर ट्रिप्स के अनुकूल प्रभाव पर कोई अध्ययन नहीं किया गया है, हालांकि, समझौते के कार्यान्वयन का व्यय विकासशील देश भी वहन करते हैं।

गरीब देशों के लिए दवाइयों की उपलब्धता एवं ट्रिप्स से संबद्ध कुछ चिन्ताजनक विषय

- बढ़ती पेटेंट सुरक्षा के परिणामस्वरूप औषधियों का मूल्य बढ़ जाता है। पेटेंट सुरक्षा के अन्तर्गत नवीन आवश्यक दवाइयों की संख्या बढ़ जाएगी, और विकासशील देशों में वे महंगी दवाइयां गरीब लोगों तक नहीं पहुंच पाएगी। उसके परिणामस्वरूप विकसित एवं विकासशील देशों के बीच उनकी उपलब्धता का अन्तराल बढ़ जाएगा। विश्व व्यापार संगठन के लागू होने से स्थानीय उत्पादन क्षमता पर एक प्रतिकूल प्रभाव पड़ेगा और जेनेरिक, नवीनकारी, उत्तम दर्जे की दवाइयों का स्रोत बन्द हो जाएगा जिन पर विकासशील देश निर्भर करते हैं।
- संभवतः ट्रिप्स से विकासशील देशों में मलेरिया और क्षयरोग जैसे रोगों के लिए पर्याप्त अनुसंधान एवं विकास को बढ़ावा नहीं मिल सकेगा, क्योंकि गरीब लोगों के इन रोगों हेतु दवाइयां तैयार करने के लिए अनुसंधान एवं विकास में निवेश करने के लिए फार्मा कम्पनियों के लिए पर्याप्त बाज़ार नहीं है।

ट्रिप्स की निम्नलिखित व्यवस्थाओं से जनस्वास्थ्य पर प्रभाव पड़ेंगे:

- परिवर्तन अवधि (अनुच्छेद 65.2, 27 और 33, 65.4, 70.8 और 70.9, 7.8,66)
- अनिवार्य लाइसेंस प्रक्रिया (अनुच्छेद 31),
- पेटेंट का सार्वजनिक और गैर व्यापारिक उपयोग (अनुच्छेद 316)।
- समानान्तर आयातन (अनुच्छेद 6)।
- पेटेंट अधिकारों का अपवाद (अनुच्छेद 30)।
- पेटेंट प्रक्रिया से छूट (अनुच्छेद 27.1,27.3)।
- आंकड़ों की सुरक्षा की सीमाएं (अनुच्छेद 39.3)।

यहां गरीबों के लिए दवाइयों की उपलब्धता को प्रभावित करने वाले कुछ पहलुओं का उल्लेख किया जा रहा है।

हालांकि, ट्रिप्स 1 जनवरी,1995 से प्रभावित हो गया परन्तु विश्व व्यापार संगठन के सदस्यों ने माना कि विकसित देशों को लागू करने के लिए एक वर्ष का समय दिया गया। विकासशील और परिवर्तनशील आर्थिक स्थिति सहित देशों को 1 जनवरी, 2000 तक का समय दिया गया, हालांकि विकासशील देशों में फार्मास्युटिकल जैसे नवीन क्षेत्रों में उत्पाद पेटेंट सुरक्षा को बढ़ाने की आवश्यकता थी इसलिए उत्पाद पेटेंट की अवधि 5 साल और बढ़ा दी गई। अल्प विकसित देशों को वर्ष 2006 तक ट्रिप्स का अनुपालन करने की अपेक्षा थी, परन्तु दोहा घोषणा में फार्मास्युटिकल उत्पादों के संबंध में उन्हें और 10 वर्षों तक की छूट दी गई।

आवश्यक लाइसेंस एक ऐसा लाइसेंस है जिसके अन्तर्गत किसी तीसरे पक्ष द्वारा अनुरोध करने पर राज्य द्वारा स्वीकृत किसी पेटेंट पर बिना अनुमति के पेटेंट प्राप्त खोज का उपयोग किया जा सकता है। ऐसे लाइसेंस सरकारी अनुमोदन के माध्यम से प्रदान किए जाते हैं और पेटेंट धारक को पारिश्रमिक प्रदान किया जाता है। ऐसे लाइसेंसिंग प्रावधान स्वास्थ्य संबंधी संवेदनशील कानून के महत्वपूर्ण अंग हैं। इसके द्वारा औषधियों की कीमतें घटाने के लिए प्रतिस्पर्धा को बढ़ावा मिलता है। ऐसी आवश्यक लाइसेंस प्रक्रिया सार्वजनिक नीति का एक महत्वपूर्ण एवं सशक्त साधन होती है। इस प्रावधान से पेटेंट धारक को क्षति पूर्ति भी की जाती है यदि उसका पेटेंट आगे अनुसंधान के लिए प्रयोग हो रहा है। दवाइयों का मूल्य घटाने के लिए प्रतिस्पर्धा एक महत्वपूर्ण रणनीति है। यह स्पष्ट देखा गया है कि जहां कहीं भी अधिक प्रतिस्पर्धा है, वहां औषधियों के औसत मूल्य में 60 प्रतिशत तक की गिरावट आती है।

प्रतिस्पर्धा बढ़ाने के लिए ट्रिप्स के अन्तर्गत दी गई नम्यताओं में समानांतर आयात भी एक महत्वपूर्ण साधन है। इस साधन के द्वारा अन्तरायिक मूल्यनिर्धारण के आधार पर गरीबों को सस्ती दवाइयां उपलब्ध कराने में मदद मिल सकती है। इस प्रावधान के अन्तर्गत पेटेंट धारक की बगैर अनुमति से कम लागत से उपलब्ध दवाइयों का समानांतर रूप से आयात किया जाता है। दूसरे शब्दों में पेटेंट धारक का अधिकार निरस्त हो जाता है। ट्रिप्स में उल्लिखित बोलर प्रावधान एक अन्य प्रावधान है जिसके अन्तर्गत पेटेंट धारक की अनुमति के बिना पेटेंट में उल्लिखित अनुसंधान का उपयोग केवल अनुसंधान और विकास के लिए किया जाता है ताकि अनुसंधान कार्य में और प्रगति हो और नए उत्पाद को विकसित करने में मदद मिले। ट्रिप्स केवल अनुसंधान पर एकाधिकार का न्यूनतम मापदण्ड तय करता है जैसे कि ट्रिप्स केवल उन्हीं अनुसंधानों को पेटेंट योग्य मानता है जो नवीन, आविष्कारशील कदम और लाभकारी हो और इस दिशा में सदस्य देश को अपना नियम कानून बनाने को सक्षम बनाता हो। ट्रिप्स के अन्तर्गत किसी ज्ञात कम्पाउण्ड के नवीन उपयोग संबंधित अनुसंधान पर पेटेंट की अनुमति का प्रावधान नहीं है। इस तथ्य पर आधारित धारा को सदस्य राज्य द्वारा अपने कानून में सम्मिलित करने की स्थिति में बहुराष्ट्रीय कम्पनियों

की प्रभुता से बचा जा सकता है और परोक्ष रूप से सस्ती दवाइयां उपलब्ध कराने की समस्या पर काबू पाने में उल्लेखनीय कदम होगा। और इस तरह देश में बहुराष्ट्रीय कंपनी द्वारा निरंतर और तुच्छ पेटेंट की प्रक्रिया को रोका जा सकता है। ट्रिप्स समझौते में ऐसा प्रावधान है जो कुछ शोध कार्यों को एकाधिकार के प्रावधान से मुक्त करते हैं। विकासशील देश इस प्रावधान को अपने अनुकूल उपयोग कर सकते हैं।

आंकड़ा संरक्षण

फार्मास्युटिकल उत्पादों के पंजीकरण हेतु आवेदक किसी फार्मास्युटिकल उत्पाद को बाजार में उतारने के लिए सामान्यतया उनकी गुणवत्ता, सुरक्षा और प्रभावकारिता के साथ-साथ बाज़ार में उस उत्पाद को मंजूरी दिलाने के लिए उसकी भौतिक, रासायनिक विशेषताओं और संघटक से संबंधित जानकारी देने की आवश्यकता होती है। आंकड़ों का संरक्षण एक सम्पदा अधिकार नहीं है। और न ही यह अधिकार जेनेरिक कंपनी को बाज़ार में दवाएं उतारने के लिए रुकावट पैदा करता है बशर्ते जेनेरिक कंपनी इसका गलत इस्तेमाल न करे। ट्रिप्स समझौते के अन्तर्गत किसी भी अवधि में आंकड़ों के संरक्षण का उल्लेख नहीं है। और यदि आंकड़ों के संरक्षण की स्वीकृति होती है तो इन परिस्थितियों - जैसे पेटेंट अवधि बीत जाने अथवा पेटेंट प्राप्त नहीं होने की स्थितियों में बाज़ार में जेनेरिक्स के प्रवेश करने में विलम्ब हो सकता है। क्योंकि औषध नियामक प्राधिकरण किसी उत्पाद को मंजूरी देने हेतु संरक्षण अवधि के आंकड़ों का प्रयोग न करने की आज्ञा देता है। इन स्थितियों में सस्ती दवाएं उपलब्ध कराने के लिए जेनरिक कम्पनी के पास दूसरा विकल्प यह होगा कि चिकित्सीय परीक्षण पुनः किए जाएं, जो महंगा होने के साथ-साथ व्यर्थ की प्रक्रिया होगी, और नीति विषयक पहलू भी उठेंगे, क्योंकि जिसकी प्रभावकारिता पहले ही ज्ञात है उसे प्रदर्शित करने हेतु मानवों पर पुनः परीक्षण किए जाएंगे। भारत जैसे देशों में, जहां एक मजबूत जेनरिक उद्योग है, अभी इस दिशा में नीति तैयार करने की आवश्यकता है। विकासशील देशों में जेनेरिक औषधियां जन स्वास्थ्य प्रणाली का महत्वपूर्ण हिस्सा होती हैं अतः उनके द्वारा ऐसे आंकड़ों को प्रयोग करने अथवा उन पर भरोसा करने पर प्रतिबंध नहीं लगाया जाना चाहिए। यह सर्वविदित है कि दवाइयों की कीमत घटाने के पीछे जेनरिक उद्योग में प्रतिस्पर्धा एक महत्वपूर्ण कारक है।

इसके अतिरिक्त, यह भी एक विचारणीय पहलू है जब कुछ विकासशील देश बहुधा द्विपक्षीय अथवा क्षेत्रीय व्यापार समझौतों में कुछ ऐसी धाराएं जोड़ देते हैं जिससे विकासशील देशों को ट्रिप्स के अन्तर्गत प्रदान करने की मौजूदा लचीली स्थितियां सीमित हो जाती हैं। द्विपक्षीय और क्षेत्रीय व्यापार समझौतों के माध्यम से बौद्धिक संपदा सुरक्षा प्रणालियां कठोर बनाई जा रही हैं।

जन स्वास्थ्य पर दोहा घोषणा

वर्ष 2005 में ट्रिप्स समझौते के लागू होने के बाद से अधिकांश विकासशील देशों और गैर सरकारी संगठनों ने विश्व व्यापार संगठन के सदस्यों से अपेक्षा व्यक्त की है कि दवाइयों की उपलब्धता बेहतर बनाई जाएं। क्योंकि निर्धन देश क्षयरोग, मलेरिया और एच आई वी/एड्स जैसे रोगों के विरुद्ध लड़ाई बड़ी तेजी से हारते जा रहे थे, इसलिए उनके द्वारा विश्व व्यापार संगठन के भीतर संरचनात्मक और परिचालानात्मक दोनों प्रकार के परिवर्तनों के लिए सक्रिय अभियान चलाया गया। यद्यपि, वर्ष 1999 में सिएटल में संपन्न तृतीय मंत्री स्तरीय सम्मेलन में कुछ प्रयास किए गए परन्तु वर्ष 2001 में दोहा में संपन्न अगले सम्मेलन तक प्रमुख स्वास्थ्य समस्याओं को दूर करने की प्रक्रिया की शुरुआत नहीं की जा सकी। अंतरिम अवधि में ट्रिप्स और दवाइयों की उपलब्धता पर विवाद उठ खड़े हुए जिनके लिए विशेषतया सहारा के नीचे स्थित अफ्रीकी देशों में एच आई वी/एड्स की घटनाओं के साथ-साथ रेट्रोवाइरलरोधी चिकित्सा के लिए पेटेंटयुक्त महंगी औषधियां बहुत महंगी होने के कारण निरन्तर भारी संख्या में मौतें होने जैसे कारक जिम्मेदार पाए गए। इसके अलावा, एच आई वी/एड्स की औषधियों पर पेटेंट सुरक्षा पर शोध आधारित दवा कंपनियों के साथ दक्षिण अफ्रीका का विवाद और 11 सितम्बर की घटना के उपरांत एंथ्रैक्स पहलू पर संयुक्त राज्य अमरीका द्वारा एक अनिवार्य लाइसेंस प्रक्रिया अपनाने का खतरा आदि जैसे कारक सम्मिलित पाए गए। वर्ष 2001 में संपन्न चतुर्थ दोहा मिनिस्टेरियल सम्मेलन (दोहा चक्र) में ट्रिप्स और जन स्वास्थ्य घोषणा को अनुकूल बनाया गया जिसमें पुनः यह व्यक्त किया गया कि जन स्वास्थ्य से बौद्धिक संपदा अधिकारों का हनन होता है और सदस्य राज्य उस दिशा में सभी आवश्यक उपाय अपना सकते हैं।

बौद्धिक संपदा अधिकार, नवाचार और जनस्वास्थ्य आयोग (सी आई पी आई एच)

विश्व स्वास्थ्य संगठन के महानिदेशक द्वारा फरवरी 2004 में बौद्धिक संपदा अधिकार, नवाचार और जनस्वास्थ्य आयोग *(सी आई पी आई एच)* की स्थापना की गई जिसका उद्देश्य विभिन्न क्षेत्रों से प्रस्तावों और आंकड़ों को एकत्र करना और बौद्धिक संपदा अधिकार, नवाचार और जनस्वास्थ्य संबंधी विषयों का विश्लेषण करना है। इन विषयों में विकासशील देशों को गंभीर रूप से प्रभावित करने वाले रोगों के विरुद्ध नई दवाइयों और अन्य उत्पादों को तैयार करने हेतु उपयुक्त वित्तीय सहायता और प्रेरक प्रक्रियाएं सम्मिलित हैं। स्विट्ज़रलैण्ड की पूर्व राष्ट्रपति सुश्री रुथ ड्रीफस की अध्यक्षता में इस आयोग में विकसित एवं विकासशील देशों से बराबर की संख्या में कुल 10 सदस्य थे। प्रथम रिपोर्ट में इस आयोग ने विभिन्न सहभागियों के परिदृश्य तथा उपलब्ध प्रमाण

और विश्लेषण की सहायता से बौद्धिक संपदा अधिकार, नवाचार और जनस्वास्थ्य के बीच संबंधों का विश्लेषण किया है। इस आयोग ने बहस को प्रेरित करने हेतु इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से चर्चा के अलावा जेनेवा स्थित विश्व स्वास्थ्य संगठन में एक खुला मंच का आयोजन किया तथा विश्वव्यापी स्तर पर परामर्श प्राप्त किया। सी आई पी आई एच ने इस विषय पर मौजूदा 22 अध्ययनों की शुरुआत करने के अलावा व्यक्तियों एवं संगठनों से भी लगभग 50 प्रस्ताव प्राप्त किए। अप्रैल 2006 में इसकी रिपोर्ट विश्व स्वास्थ्य संगठन के महानिदेशक को सौंप दी गई।

इस आयोग द्वारा अनेक सिफ़ारिशें की गईं जिनका उद्देश्य विकासशील देशों में नवीन नैदानिकी, वैक्सीनों और दवाइयों के रूप में बीमार लोगों के लिए प्रासंगिक नई खोजों को बढ़ावा देना और सुरक्षा उत्पादों की उपलब्धता को बेहतर बनाना है। यह रिपोर्ट विकासशील देशों को यह सुनिश्चित करने को प्रेरित करती है कि वे अनिवार्य औषध लाइसेंस प्रक्रिया द्वारा अंतर्राष्ट्रीय पेटेंट समझौते के अन्तर्गत अपने सम्पूर्ण विकल्पों पर कार्य करें। इसमें विश्व स्वास्थ्य संगठन से भी आग्रह किया गया है कि एक व्यापक कार्य योजना तैयार की जाए जो उपेक्षित रोगों के लिए उत्पादों को विकसित करने तथा इन उत्पादों को जरूरतमन्द लोगों तक सस्ते दामों में पहुंचाने के लिए अधिक और निरन्तर वित्तीय सहायता प्रदान करे। हालांकि, इस आयोग ने अन्तर्राष्ट्रीय पेटेंट प्रणाली में किसी महत्वपूर्ण परिवर्तनों की सिफारिश नहीं की है, इसके विपरीत, देश के स्तर पर क्षमता एवं आवश्यकता पर आधारित कार्य पर बल दिया गया है।

उसके बाद, आयोग की सिफारिश के आधार पर विश्व स्वास्थ्य संगठन ने एक मध्य कालिक ढांचा प्रदान करने हेतु एक विश्वव्यापी नीति एवं कार्य योजना तैयार करने के लिए इंटरगवर्नमेंटल कार्यकारी दल का गठन किया है।

बौद्धिक सम्पदा अधिकार और नवाचार

विश्वव्यापी बौद्धिक सम्पदा संरक्षण के लिए न्यूनतम मानकों के अनुपालन से ट्रिप्स विकसित और विकासशील दोनों श्रेणी के देशों में नवाचार के लिए एक प्रकार का प्रोत्साहन प्रतीत होता है, जैसा कि सी आई पी आई एच रिपोर्ट में भी कहा गया है। गैट समझौतों के अन्तर्गत यह चर्चा की गई थी कि मजबूत बौद्धिक सम्पदा अधिकार प्रणालियां आर्थिक वृद्धि को प्रेरित करेंगी जिसके परिणामस्वरूप निर्धन देशों में गरीबी में कमी आएगी। खोजों और नवीन प्रौद्योगिकियों को प्रोत्साहन देने के परिणामस्वरूप कृषि अथवा औद्योगिक उत्पादन में वृद्धि होगी, घरेलू एवं विदेशी निवेश को बढ़ावा मिलेगा, प्रौद्योगिकी हस्तांतरण की प्रक्रिया सरल बनेगी और निर्धन देशों में रोगों से मुकाबला करने के लिए आवश्यक दवाइयों की बेहतर उपलब्धता होगी।

विकसित और विकासशील देशों में प्रौद्योगिकी की स्थिति में भारी विषमता है। निम्न और मध्यम आय वर्ग के विकासशील देशों में विश्व के सकल घरेलू उत्पाद का हिस्सा 27 प्रतिशत है परन्तु विश्व में अनुसंधान और विकास पर किए जाने वाले व्यय का केवल 10 प्रतिशत भाग ही उनके द्वारा व्यय किया जाता है। विश्व के 60 प्रतिशत से अधिक निर्धन लोग ऐसे देशों में रहते हैं जहां कुछ वैज्ञानिक एवं प्रौद्योगिकीय क्षमता की उपस्थिति है और उनमें से अधिकांश लोग भारत और चीन में रहते हैं। चीन और भारत के साथ-साथ कुछ और विकासशील देश हैं जहां अंतरिक्ष, परमाणु ऊर्जा, कंप्यूटर, जैवप्रौद्योगिकी, फार्मास्युटिकल, सॉफ्टवेयर विकास और उड़ान जैसे कुछ महत्वपूर्ण क्षेत्रों की विश्वस्तरीय क्षमता में उच्च दक्षता विद्यमान है। फिर भी, विकासशील देश प्रौद्योगिकी के वास्तविक आयातक हैं। कुल मिलाकर, इस समय स्वास्थ्य संबंधी नवीन उत्पादों को तैयार करने हेतु इन देशों की नवाचारी क्षमता बहुत ही सीमित है, क्योंकि, भारत जैसे देशों द्वारा अभी तक किसी नवीन अणु की खोज नहीं की जा सकी है। भारत जैसे कुछ देशों ने सरकार की मदद से दवाइयों और फार्मा उद्योग में नवाचारी अनुसंधान एवं विकास कार्यक्रम को सहायता देना शुरू कर दिया है। इसके बावजूद, भारत, ब्राज़ील अथवा चीन जैसे विकासशील देशों को बाज़ार में नई दवाइयां उपलब्ध कराने में अभी एक लम्बा रास्ता तय करना है। यहां तक कि अनेक विकासशील और लगभग सभी अल्पविकसित देशों में जेनरिक दवाइयां तैयार करने की भी प्रौद्योगिकीय क्षमता नहीं है।

निर्धन देशों में रोगों की घटनाएं तेजी से बढ़ने, मौजूदा उपलब्ध दवाइयां जरूरतमन्द लोगों तक पर्याप्त मात्रा में नहीं पहुंचने तथा गरीबों के लिए निकट भविष्य में नई दवाइयों के उपलब्ध होने की उम्मीद नहीं होने जैसी स्थितियां निरन्तर चिन्ता का प्रमुख विषय बनी हुई हैं। सी आई पी आई एच द्वारा दवाइयों के लिए एक दूसरे से संबद्ध चार घटकों की पहचान की गई (i) पर्याप्त मात्रा में उपलब्धता; (ii) प्रयोग और उपयुक्तता जैसे दोनों संदर्भों में स्वीकार्यता; (iii) प्रभावी और उच्च गुणवत्ता और (iv) सहज उपलब्धता हेतु न्यूनतम मूल्यनिर्धारण। यदि त्वरित निदान और उपयुक्त इलाज की व्यवस्था हो जाए तो अनुमानतः 40 लाख लोगों का जीवन बचाया जा सकता है।

कुल मिलाकर, नवाचार और बौद्धिक सम्पदा की एक महत्वपूर्ण भूमिका होती है। उदाहरण के तौर पर उपलब्धता का आशय ऐसे उत्पादों की उपस्थिति से है जिसका नवाचार के माध्यम से उत्पादन किया जा सके। ट्रिप्नोसोमारुग्णता, चगास अथवा डेंगी जैसे अधिकांश उपेक्षित रोगों के लिए कोई उत्पाद नहीं हैं, औषध प्रतिरोधी क्षयरोग और मलेरिया के लिए प्रभावी दवाइयां नहीं हैं, अथवा क्षयरोग के लिए 6 माह की उपचार अवधि कम करने वाली उपयुक्त दवाइयां उपलब्ध नहीं हैं। नए उत्पादों की आवश्यकता है। स्वीकार्यता के लिए ऐसे उत्पाद होने चाहिए जो लम्बी अवधि तक क्रियाशील,

उपयोग करने, भण्डारण एवं परिवहन में आसान हों और गरीब देशों की प्रतिकूल जलवायु परिस्थितियों में प्रयोग किए जा सकें। ऐसे उत्पादों को विकसित करने हेतु उच्च प्रौद्योगिकीय दक्षता की भी आवश्यकता होती है। उच्च दर्जे के प्रभावी स्वास्थ्य उत्पादों को उपलब्ध कराने से पहले उनका कठोर चिकित्सीय परीक्षण किया जाना चाहिए। अंततः गरीब देशों की जरूरत वाले उत्पादों की उपलब्धता के लिए मौजूदा दवाइयां बड़े पैमाने पर तैयार की जानी चाहिए।

निर्धन वर्ग के रोगों हेतु अनुसंधान और विकास को प्रोत्साहन

अनुसंधान एवं विकास पर अधिक व्यय किए जाने की आवश्यकता है। वर्तमान प्रणाली में जहां उत्पाद के लिए पर्याप्त बाज़ार नहीं हैं वहां पेटेंट के अन्तर्गत शोध को पर्याप्त प्रोत्साहन नहीं मिलता, इसलिए उद्योग द्वारा कोई अनुसंधान और विकास की व्यवस्था नहीं है। इस कमी को कई दृष्टिकोण से दूर करने की आवश्यकता है। प्रथम यह कि मूलढांचा, प्रौद्योगिकीय क्षमता और फार्मा उद्योग की उपस्थिति वाले देश जैसे भारत, ब्राज़ील और दक्षिण अफ्रीका में दवाइयों पर नवीनकारी अनुसंधान और विकास को ठोस बढ़ावा दिया जाना चाहिए। वास्तव में, इस दिशा में भारत द्वारा पहले ही अनेक कदम उठाए जा चुके हैं। विकासशील देशों को भी निर्धन वर्ग के रोगों हेतु अनुसंधान और विकास कार्यक्रम पर अपने बजट को बढ़ाना चाहिए। जी आई पी आई एच रिपोर्ट के अनुसार संयुक्त राज्य अमरीका के *नेशनल इंस्टीट्यूट्स ऑफ हेल्थ (एन आई एच)* द्वारा मुख्यतया विकासशील देशों को प्रभावित करने वाले रोगों पर केवल 4 प्रतिशत व्यय किया जाता है। वर्ष 2003 में एन आई एच का वित्तीय बजट कुल 29.87 बिलियन डॉलर था जिसमें 2.7 बिलियन डॉलर घरेलू और अन्तर्राष्ट्रीय स्तर पर एच आई वी/एड्स अनुसंधान पर व्यय किए गए, विश्व स्तर पर स्वास्थ्य पर अनुमानतः 683 मिलियन डॉलर व्यय किए गए। एन आई एच द्वारा क्षयरोग, मलेरिया जैसे रोगवाहक जन्य रोगों पर अनुसंधान एवं विकास पर केवल 122 मिलियन डॉलर व्यय किए गए।

यह सभी जानते हैं कि निर्धन लोगों के रोगों हेतु आवश्यक दवाइयों से जुड़ी व्यापारिक अनुसंधान एवं विकास की व्यवस्था लगभग नहीं है। इन दवाइयों पर अनुसंधान एवं विकास के लिए निजी क्षेत्र को आकर्षित करने के लिए *पुश* और *पुल* (प्रेरण एवं आगे बढ़ाना) प्रक्रिया अपनाई जानी चाहिए। *पुश* प्रक्रिया के अन्तर्गत अनुसंधान एवं विकास पर आने वाले व्यय और खतरों को कम किया जाना चाहिए इसके लिए कर में छूट, अनुसंधान एवं विकास के लिए वित्तीय सहायता और चिकित्सीय परीक्षणों में सहायता उपलब्ध कराना सम्मिलित हैं। इसके विपरीत *पुल* प्रक्रिया के अन्तर्गत औषधियों के लिए बाज़ार तैयार करना और उनके लाभांश को बढ़ाना सम्मिलित है।

***चिकित्सा नवाचार (इनोवेशन) पुरस्कार मॉडेल*:** इसके अन्तर्गत दवाइयों के मूल्य से प्राप्त प्रोत्साहन को अलग करके केवल सफल परिणामों को ही पुरस्कृत किया जाना चाहिए। इससे नवीन योजनाओं पर कार्य करने वाले किसी भी व्यक्ति के कार्य को पुरस्कृत किया जा सकेगा।

***आयुर्विज्ञान नवाचार पुरस्कार फण्ड - यू एस कांग्रेस*:** मेडिकल इनोवेशन प्राइज़ फण्ड ऐक्ट की शुरुआत वर्ष 2005 में की गई थी। इसके अन्तर्गत नवीन खोजकर्ताओं को पुरस्कृत करने के लिए एक फण्ड तैयार किया जाएगा। ये पुरस्कार 10 वर्षों की अवधि तक प्रदान किए जाएंगे और पुरस्कार इन प्रमाणों पर आधारित होंगेः (i) किसी दवाई, जैविक उत्पाद से रोगमुक्त हुए रोगियों की संख्या; (ii) समान रोग और स्थिति की चिकित्सा के लिए मौजूदा दवाइयों, जैविक उत्पादों और उपलब्ध उत्पादन प्रक्रियाओं की तुलना में किसी दवाई, जैविक उत्पाद अथवा उत्पादन प्रक्रिया से मिलने वाले लाभ में वृद्धि; (iii) प्राथमिकता सहित स्वास्थ्य सुरक्षा विशेषतया विकासशील देशों में निर्धन वर्ग को चपेट में लेने वाले उपेक्षित रोगों के लिए औषधि, जैविक उत्पाद अथवा उनकी निर्माण गुणवत्ता; और (iv) औषधियों के उत्पादन अथवा जैविक प्रक्रियाओं की बेहतर दक्षता। इस बिल के अन्तर्गत यदि एक बार किसी औषधि को एफ डी ए की व्यापारिक मंजूरी मिल जाए तो जेनरिक कंपनियां उसे तैयार करने और बेचने के लिए लाइसेंस प्राप्त कर सकती हैं। बाज़ार में प्रतिस्पर्धा होने से कीमते घटती हैं।

उद्योग अनुसंधान एवं विकास सरलीकरण फण्ड (आई आर एफ एफ)

सार्वजनिक नीति निर्माताओं द्वारा आसान कार्यान्वयन के दृष्टिकोण से आई आर एफ एफ की प्रस्तावना की गई है। इसके कार्यान्वयन से जी 8 देश एड्स, मलेरिया, क्षयरोग और अन्य उपेक्षित रोगों के लिए दवाइयों के निर्माण को प्रोत्साहित करने हेतु सार्वजनिक- निजी भागीदारी के अन्तर्गत सीधे निवेश को बढ़ाने के अपने वचन का तेजी से अनुपालन कर सकेंगे।

***आवश्यक शोध दायित्व*:** उपेक्षित रोगों हेतु दवाइयों पर कार्यकारी दल ने सलाह दी है कि आवश्यक शोध दायित्व को पूरा करने के लिए एक नवीन संधि की मंजूरी की जाए जिसके अन्तर्गत फार्मास्युटिकल कंपनियां अपने विक्रय का कुछ प्रतिशत उपेक्षित रोगों हेतु अनुसंधान एवं विकास कार्यक्रम पर व्यय करें। जैसा कि जी 8 के वचन में प्रत्यक्ष-परोक्ष रूप से सार्वजनिक-निजी भागीदारी की मदद से उपेक्षित रोगों पर शोध कार्य को प्रोत्साहन देने की बात की गई है।

***पेटेंट क्रम*:** यह उतना ही महत्वपूर्ण है जितना पुरस्कार परन्तु इसके लिए खोज के महत्व पर पर्याप्त जानकारी होनी चाहिए। इसे

स्वैच्छिक एवं गैर स्वैच्छिक सौदों के जरिए कार्यान्वित किया जा सकता है और अभी हाल में मानव पैपिलोमा विषाणु वैक्सीन के पेटेंट के प्रति देश के अधिकारों को विकसित करने का प्रस्ताव रखा है।

चिकित्सा अनुसंधान एवं विकास संधिः इस संधि के अन्तर्गत प्रत्येक देश को इसका समर्थन देना चाहिए। अनुसंधान एवं विकास पर व्यय देशों की उच्च, मध्यम और निम्न दर्जे के अन्तर्गत प्रति व्यक्ति की आय पर आधारित होगा। देशों को अनुसंधान एवं विकास पर वित्तीय व्यवस्था करने और उसके प्रबंधन के संदर्भ में छूट होगी।

अनुसंधान एवं विकास संधि की प्रमुख धारणाओं में सम्मिलित हैंः (i) विश्व व्यापक आवश्यकताओं पर आधारित एक ऐसा अनुसंधान एवं विकास कार्यक्रम जिसके अन्तर्गत नीति निर्माताओं, वित्तीय एजेंसियों और अन्य शोध समुदाय के लिए सुरक्षित, प्रभावी और सस्ती दवाइयां विकसित करने हेतु प्राथमिकताओं का निर्धारण होता है; (ii) उपेक्षित रोगों के लिए प्राथमिकता का निर्धारण ताकि ऐसे जानलेवा रोगों के लिए नवीन साधनों का पता लगाना सुनिश्चित किया जा सके जिनका निदान और इलाज कठिन अथवा असंभव है; (iii) उपेक्षित रोगों पर अनुसंधान एवं विकास को सहायता प्रदान करने हेतु सरकार द्वारा अन्तर्राष्ट्रीय स्तर पर वित्तीय सहायता की व्यवस्था करना; (iv) सरकारें यह सुनिश्चित करें कि सरकार की वित्तीय सहायता अथवा विश्वविद्यालय में संपन्न अनुसंधान के माध्यम से संपन्न नवाचार से निर्धन वर्ग भी लाभान्वित हो सके; (v) सार्वजनिक अनुसंधान के परिणामस्वरूप प्राप्त यौगिकों और साधनों की उपलब्धता सरकार को होनी चाहिए जिससे अन्य स्थानों पर भी नवाचार प्रक्रिया प्रेरित की जा सके; और (vi) प्रौद्योगिकी हस्तांतरण की प्रक्रिया को व्यापक स्तर पर सुदृढ़ करके अन्तर्राष्ट्रीय स्तर पर आदान-प्रदान करना जिससे सूचना और धारणाओं की बेहतर उपलब्धता द्वारा तथा विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी की विकास प्रक्रिया को बढ़ाकर विकासशील देशों को काफी सहायता मिलेगी।

उन्नत क्रय अथवा उन्नत विपणन दायित्वः

वैक्सीन विकास मुख्यतया वैक्सीन विकास के अंतिम चरण में इनकी भूमिका होती है। इन्हें उद्योग और समुदाय का भारी समर्थन मिलता है, क्योंकि उत्पाद के लिए अनुदान की व्यवस्था होती है। वितरण प्रक्रिया के साथ प्रोत्साहन जुड़ा होता है।

राजनैतिक निर्देश और राजनैतिक इच्छाशक्ति

ट्रिप्स समझौते के अन्तर्गत राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य नीति के निष्पादन और कार्यान्वयन के प्रमुख कारकों में राजनैतिक निर्देश और राजनैतिक इच्छाशक्ति सम्मिलित हैं। इसका एक उदाहरण संयुक्त राज्य अमरीका द्वारा एंथ्रैक्स के खतरे के कारण जैवसुरक्षा पर व्यय का बढ़ाया जाना है जिसके अन्तर्गत नेशनल इस्टीट्यूट्स ऑफ हेल्थ के लिए वित्तीय सहायता वर्ष 2001 में 35 मिलियन डॉलर से बढ़ाकर वर्ष 2004 में 1.6 बिलियन डॉलर कर दी गई। दवाइयों की उपलब्धता से जुड़ी समस्या से निपटने के लिए राजनैतिक इच्छाशक्ति से प्रेरित इसी प्रकार के ठोस उपायों की आवश्यकता है।

वित्तीय सहायता की विश्वव्यापी प्रक्रिया

रोगों से निपटने में विकसित देशों की अनेक भूमिकाएं होती हैं जिनमें एड्स, क्षयरोग और मलेरिया जैसे चिकित्सा कार्यक्रमों को आंशिक वित्तीय सहायता प्रदान करना सम्मिलित हैं। लक्षित और दीर्घकालिक सहायता में वृद्धि करके जनस्वास्थ्य की समस्याओं को दूर करने की दिशा में एक लम्बा सफर तय करना है।

विकासशील देशों की क्षमता का उपयोगः सस्ती दवाइयां उपलब्ध कराने के लिए विकासशील देशों की स्थानीय औषध निर्माण क्षमता को बढ़ाने की आवश्यकता है जिससे विश्वस्तरीय और मानक दवाइयों की उपलब्धता विशेषतया अन्य विकासशील देशों में बढ़ाई जा सके।

ट्रिप्स की नम्यता का प्रभावी प्रयोगः दोहा घोषणा के अनुसार सभी विकासशील देशों को ट्रिप्स की नम्य स्थितियों को प्रभावी ढंग से प्रयोग में लाना चाहिए। पेटेंट कानूनों में ट्रिप्स की आवश्यक जरूरतों को जोड़कर उनमें संशोधन की आवश्यकता है। उन्हें ट्रिप्स समझौते के अन्तर्गत अनिवार्य लाइसेंसिंग और समानांतर आयात कार्यक्रमों जैसी नम्य स्थितियों को जोड़ने में झिझक नहीं होनी चाहिए।

सार्वजनिक-निजी क्षेत्रों की भागीदारी : सार्वजनिक और निजी क्षेत्रों की परस्पर भागीदारी के परिणामस्वरूप जन स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याएं बेहतर तरीके से दूर की जा सकती हैं। इसके लिए बौद्धिक सम्पदा प्रणालियों में सुधार करने की आवश्यकता नहीं है। इस भागीदारी से दवाइयों के व्यय के वहन करने की क्षमता और उनके विकास से जुड़ी समस्याएं दूर होती हैं। सार्वजनिक निजी भागीदारी के अन्तर्गत निजी कंपनियां प्रौद्योगिकी, विकास और वितरण में अपना योगदान देती हैं, जबकि सार्वजनिक क्षेत्र की भूमिका विकास कार्यक्रम को वित्तीय सहायता प्रदान करना और जरूरतमन्द लोगों तक उन दवाइयों की उपलब्धता सुनिश्चित करनी होती है। इस प्रकार की कुल प्रमुख सफल भागीदारी में सम्मिलित हैं- ड्रग्स फॉर नेगलेक्टेड डिसीज़ेज़ इनीशिएटिव (DNDi); (ii) इंस्टीट्यूट ऑफ वन वर्ल्ड हेल्थ; (iii) इंटरनेशनल एड्स वैक्सीन इनीशिएटिव (IAVI); (iv) एरियाज़ फाउण्डेशन; (v) मेडिसिंस फॉर मलेरिया वेंचर (MMV); (vi) इंटरनेशनल पार्टनरशिप फॉर माइक्रोबीसाइड; और (vii) ग्लोबल एलाएंस फॉर टी बी ड्रग डेवलपमेंट।

यदि उपेक्षित रोग के लिए अनुसंधान एवं विकास कार्यक्रम को सार्वजनिक निधियों से सहायता की जाती है तो नीति निर्माताओं

को चाहिए कि वे सस्ती और प्रभावी प्रक्रिया अपनाएं। इसे औषध विकास में उपयोग की दक्षता और उपेक्षित रोगों के लिए सार्वजनिक क्षेत्र की दक्षता को मिलाकर प्राप्त किया जा सकता है।

वैकल्पिक बौद्धिक सम्पदा नीतियां

चिकित्सा क्षेत्र की नवीन खोजों को सार्वजनिक क्षेत्र में सम्मिलित करने, बौद्धिक सम्पदा अधिकारों,पेटेंट समूहों, पेटेंट की मंजूरी देने वाली संस्थाओं, सार्वजनिक डाटाबेसों पर सूचना के आदान-प्रदान जैसी बौद्धिक सम्पदा नीतियों पर और अध्ययन किया जाना चाहिए और उन्हें कार्यान्वित किया जाना चाहिए। मानव जीनोम परियोजना के लिए प्रयुक्त सार्वजनिक क्षेत्र की वित्तीय सहायता से सहयोगी "पब्लिक गुड्स मॉडेल" को उभरते संक्रमणों के लिए अनुसंधान एवं विकास के लिए एक विकल्प का दर्जा माना गया है। मिलेनियम परियोजना में यह भी सिफ़ारिश की गई है कि विश्व व्यापार संगठन और अन्य व्यापारिक संस्थाओं के समन्वयन में विश्व स्वास्थ्य संगठन को दवाइयों की उपलब्धता पर ट्रिप्स के अनुपालन के प्रभाव को ज्ञात करना चाहिए।

ट्रिप्स समझौते में संशोधन

ट्रिप्स के माध्यम से व्यापक पेटेंट सुरक्षा का कठोर होना विकासशील देश में जनस्वास्थ्य समस्या के और गंभीर होने का कारण नहीं है, इस बात पर सर्वसम्मति नहीं है। विश्व स्तर पर बौद्धिक सम्पदा अधिकारों के नियमन में अभी भी अंतर है, जिसे दूर करने की आवश्यकता है। ट्रिप्स समझौते पर पुनः देखने के लिए कदम उठाए जाने चाहिए और प्रबंधन प्रक्रिया व्यापार से स्वास्थ्य की ओर हस्तांतरित की जानी चाहिए। हालांकि, सभी जानते हैं कि विश्व व्यापार संगठन में सर्वसम्मति से लिए गए निर्णय प्रगति में बाधक होते हैं। उदाहरण के तौर पर दोहा घोषणा के अन्तर्गत छठे पैरा में व्यक्त मुद्दे पर सर्वसम्मति से हल प्राप्त करने में सदस्यगण 2 वर्षों से अधिक अवधि तक समझौता करते रहे और ट्रिप्स में किसी प्रकार का संशोधन आसान नहीं होगा। इसके अतिरिक्त, निर्धन वर्ग के देशों को ट्रिप्स जैसे अन्तर्राष्ट्रीय समझौतों और दवाइयों की उपलब्धता पर पड़ने वाले उनके प्रभाव को समझने के लिए अपनी विशेषज्ञता को सुदृढ़ बनाने की आवश्यकता है।

निष्कर्ष

निर्धन वर्ग के देशों को आवश्यक दवाइयां क्यों उपलब्ध नहीं हो पातीं, अभी यह कहना संभव नहीं है । आवश्यक दवाइयों की उपलब्धता को बढ़ाने के लिए सम्पूर्ण नीतियों के माध्यम से एकीकृत स्वास्थ्य प्रणाली पर ध्यान देने की आवश्यकता है । आज के वैश्विक युग में विकसित अथवा विकासशील किसी भी श्रेणी के देश में किसी भी जन स्वास्थ्य समस्या का हल विश्व स्तर पर सभी देशों द्वारा प्रयोग किया जाना चाहिए । सबसे महत्वपूर्ण यह है कि विकसित देशों को न केवल मानवता के प्रति अपने उत्तरदायित्वों के कारण बल्कि अपने वित्तीय, तकनीकी स्रोतों में समर्थ होने के कारण इस समस्या के हल की दिशा में मुख्य भूमिका निभानी चाहिए।

आज विश्व स्तरीय स्वास्थ्य की कार्य सूची में निर्धन लोगों का स्वास्थ्य वास्तव में शीर्ष पर है। आवश्यकता यह है कि विकसित एवं विकासशील दोनों श्रेणी के देशों के सरकारी और निजी क्षेत्र के अनुसंधान एवं विकास कार्यक्रम से जुड़ी एजेंसियों और विश्व स्वास्थ्य संगठन, विश्व व्यापार संगठन, आदि जैसी अन्तर्राष्ट्रीय एजेंसियों द्वारा प्रतिबद्धता और निवेश में वृद्धि की जाए। रोग भार बहुत बड़ा है, मृत्यु से बचा तो जा सकता है परन्तु वह भी काफी कष्टदायक है। कार्य बहुत विशाल है और इन सभी स्थितियों से निपटने के लिए किसी भी एक एजेंसी के लिए यह उत्तरदायित्व निभाना अत्यन्त दूभर है।

यह लेख भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद मुख्यालय के प्रकाशन एवं सूचना प्रभाग के वैज्ञानिक 'जी' एवं अध्यक्ष डॉ के. सत्यनारायण और वैज्ञानिक 'डी' डॉ साधना श्रीवास्तव द्वारा *इंडियन जर्नल ऑफ मेडिकल रिसर्च* के अक्टूबर, 2007 अंक में *"पावर्टी, हेल्थ ऐण्ड इंटेलेक्चुअल प्रॉपर्टी राइट्स विद स्पेशल रेफरेंस टु इंडिया"* शीर्षक से प्रकाशित समीक्षा लेख पर आधारित है।

परिषद के समाचार

विभिन्न अंतर्राष्ट्रीय वैज्ञानिक गतिविधियों में परिषद के वैज्ञानिकों की भागीदारी :

भुवनेश्वर स्थित क्षेत्रीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान केन्द्र के निदेशक डॉ एस.के.कार ने विश्व स्वास्थ्य संगठन एवं ग्लोबल एलाएन्स केट्स ग्रांट के संयुक्त प्रयासों द्वारा स्विटज़रलैण्ड में आयोजित "जी पी ई एल एफ में गंभीर चुनौतियों के समाधान" पर सम्पन्न बैठक में भाग लिया (9-10 जनवरी, 2008)।

चेन्नई स्थित यक्ष्मा अनुसंधान केन्द्र के उपनिदेशक (सीनियर ग्रेड) डॉ वी. कुमारस्वामी ने लसीका फाइलेरियारोग द्वारा उत्पन्न रोग में सामूहिक औषधि उपचार (MDA) के प्रभाव के पुनरीक्षण हेतु जेनेवा, स्विटज़रलैण्ड में सम्पन्न विश्व स्वास्थ्य संगठन की बैठक में भाग लिया (9-10 जनवरी,2008) ।

कोलकाता स्थित राष्ट्रीय हैज़ा तथा आन्त्ररोग संस्थान के निदेशक डॉ जी.बी. नायर एवं उपनिदेशक डॉ (श्रीमती) दीपिका सूर

ने सियोल, कोरिया में सम्पन्न IVI एवं NICED के बीच "सांस्थानिक सहयोगी बैठ्क" में भाग लिया (10-11 जनवरी, 2008)।

चेन्नई स्थित यक्ष्मा अनुसंधान केन्द्र के निदेशक डॉ पी.आर. नारायणन ने जेनेवा, स्विटज़रलैण्ड में सम्पन्न "स्टाप टी.बी. पार्टनरशिप फीटूलिंग" टास्क फोर्स बैठक में भाग लिया (15-16 जनवरी, 2008)।

नई दिल्ली स्थित राष्ट्रीय आयुर्विज्ञान सांख्यिकी संस्थान की उपनिदेशक डॉ आभा रानी अग्रवाल ने होनोलूलू, हवाई, यू एस ए में सम्पन्न सांख्यिकी, गणित एवं सम्बद्ध क्षेत्रों पर 7वें वार्षिक हवाई अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन में भाग लिया (17-19 जनवरी,2008)।

नई दिल्ली स्थित राष्ट्रीय आयुर्विज्ञान सांख्यिकी संस्थान के निदेशक प्रोफेसर अरविन्द पाण्डेय ने एशिया एवं पैसिफिक में एच आई वी तथा एड्स अनुक्रिया को बढ़ाने के लिए सामरिक महत्व सूचना के बेहतर प्रयोग पर क्षेत्रीय सलाहकार दल की बैंकाक, थाईलैण्ड में सम्पन्न बैठक में भाग लिया (21 जनवरी, 2008)।

नोएडा स्थित कौशिकी एवं निवारक अर्बुदशास्त्र संस्थान के निदेशक डॉ बी.सी. दास ने "एच पी वी आमापन के मानकीकरण तथा वैक्सीन प्रयोग के सहयोग में एच पी वी-लैबनेट में उनकी भूमिका" पर जेनेवा, स्विटज़रलैण्ड में सम्पन्न विश्व स्वास्थ्य संगठन की बैठक में भाग लिया (23-25 जनवरी, 2008)।

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद के अपर महानिदेशक डॉ एस.के. भट्टाचार्य ने ओकायामा विश्वविद्यालय, जापान में "कालाजार उन्मूलन पर चिकित्साविज्ञान एवं फार्मास्युटिकल विज्ञान फैकल्टीज़" की बैठक में भाग लिया (24-25 जनवरी, 2008)।

चेन्नई स्थित, राष्ट्रीय जानपदिकरोगविज्ञान संस्थान, के निदेशक डॉ एम.डी. गुप्ते ने फुकेट, थाईलैण्ड में सम्पन्न एशिया उप-क्षेत्र में FETP क्षमता निर्माण की बैठक में भाग लिया (24-25 जनवरी, 2008)।

अपर महानिदेशक डॉ एस.के. भट्टाचार्य ने जेनेवा में सम्पन्न टी डी आर वैज्ञानिक एवं तकनीकी सलाहकार समिति (STAC 30) की बैठक में भाग लिया (25-28 फरवरी, 2008)।

कोलकाता स्थित राष्ट्रीय हैज़ा तथा आंत्ररोग संस्थान के निदेशक डॉ जी.बी.नायर, उपनिदेशक द्वय डॉ टी. रामामूर्ति एवं डॉ दीपिका सूर, सहायक निदेशक डॉ एन.एस. चटर्जी एवं वरिष्ठ अनुसंधान अधिकारी डॉ ममता चावला सरकार ने ओकायामा विश्वविद्यालय, ओकायामा एवं ओसाका, जापान में सम्पन्न 2 बैठकों क्रमशः आंत्रीय संक्रमणों पर इण्डो-जापान संगोष्ठी तथा संक्रामक रोगों पर एशियन फोरम में भाग लिया (25-29 जनवरी,2008)।

परिषद मुख्यालय के संचारी रोग प्रभाग के अध्यक्ष एवं वैज्ञानिक 'जी', डॉ ललित कांत, चेन्नई स्थित राष्ट्रीय जानपदिक रोगविज्ञान संस्थान के निदेशक डॉ एम.डी. गुप्ते, कोलकाता स्थित राष्ट्रीय हैज़ा तथा आन्त्र रोग संस्थान के वैज्ञानिक 'ई' डॉ एम.के भट्टाचार्य तथा पुणे स्थित राष्ट्रीय विषाणु विज्ञान संस्थान के उपनिदेशक डॉ एन.एस. वैरागकर ने खसरा एरोसॉल वैक्सीन हेतु विश्व स्वास्थ्य संगठन, उत्पाद विकास दल की जेनेवा, स्विटज़रलैण्ड में सम्पन्न 9वीं बैठक में भाग लिया (29-30 जनवरी,2008)।

नई दिल्ली स्थित विकृतिविज्ञान संस्थान की वैज्ञानिक 'बी' डॉ एस.ए. बगाडी ने फ्लोरिडा, यूएस ए में सम्पन्न मियामी 2008 शीत (विन्टर) संगोष्ठी : जीवविज्ञान एवं मानव स्वास्थ्य में नियमनकारी आर एन एज़ में भाग लिया (2-6 फरवरी,2008)।

डिब्रूगढ़ स्थित क्षेत्रीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान केन्द्र के वरिष्ठ अनुसंधान अधिकारी डॉ जी.के. मेधी ने दुबई, यू ए ई में सम्पन्न यौन संचारित संक्रमणों के प्रति 15वीं अंतर्राष्ट्रीय यूनियन तथा द्वितीय वार्षिक अंतर्राष्ट्रीय संक्रामक रोग कांग्रेस में भाग लिया (3-5 फरवरी, 2008)।

पुणे स्थित राष्ट्रीय एड्स अनुसंधान संस्थान के निदेशक डॉ आर.एस. परांजपे तथा चेन्नई स्थित यक्ष्मा अनुसंधान केन्द्र की उपनिदेशक (सीनियर ग्रेड) डॉ सौम्या स्वामीनाथन ने बॉस्टन, यू एस ए में सम्पन्न रोटा विषाणुओं एवं अवसरवादी संक्रमणों (CROI), 2008 पर 15वें सम्मेलन में भाग लिया (3-6 फरवरी,2008)।

दिल्ली स्थित राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान के निदेशक प्रोफेसर ए.पी. दाश, उपनिदेशक (सीनियर ग्रेड) डॉ नीना वलेचा तथा उपनिदेशक डॉ एस.के. घोष ने भारत मे DHA- पाइपराक्वीन (आर्टीकेन) फेज़ III परीक्षणों हेतु परिणामों एवं प्रकाशन नीति की बैंकॉक, थाईलैण्ड में सम्पन्न बैठक में भाग लिया (5 फरवरी, 2008)।

चेन्नई स्थित यक्ष्मा अनुसंधान केन्द्र के निदेशक डॉ पी.आर. नारायणन ने "स्टॉप टी.बी. पार्टनरशिप सचिवालय" की लंदन में सम्पन्न बाहरी मूल्यांकन पर कार्यशाला बैठक में भाग लिया (7-8 फरवरी, 2008)।

पुणे स्थित राष्ट्रीय विषाणुविज्ञान संस्थान के निदेशक डॉ ए.सी. मिश्रा ने उत्तरी गोलार्द्ध हेतु इंफ्लुएंजा वैक्सीन के घटक, 2008-2009 पर विश्व स्वास्थ्य संगठन, मुख्यालय, जेनेवा में संपन्न विश्व स्वास्थ्य संगठन परामर्श में भाग लिया (11-14 फरवरी, 2008)।

परिषद मुख्यालय के मौलिक आयुर्विज्ञान प्रभाग की अध्यक्ष एवं वैज्ञानिक 'जी' डॉ वसन्ता मुथुस्वामी ने डकार, सेनेगल, पश्चिमी अफ्रीका में जैवनीतिविषयक पर यूनेस्को कोलोकियम में भाग लिया (13-18 फरवरी, 2008)।

चेन्नई स्थित यक्ष्मा अनुसंधान केन्द्र के वैज्ञानिक 'एफ' डॉ अल्मेलू राजा ने यूरोपियन यूनियन परियोजना "FASTEST-TB" की ब्राउनस्विग, जर्मनी में सम्पन्न वार्षिक बैठक में भाग लिया (28 फरवरी, 2008)।

परिषद मुख्यालय के प्रकाशन एवं सूचना प्रभाग के अध्यक्ष एवं वैज्ञानिक 'जी' डॉ के. सत्यनारायण ने सेन डिएगो, कैलीफोर्निया, यू एस ए में सम्पन्न एसोसिएशन ऑफ यूनिवर्सिटी टेक्नोलॉजी मैनेजर्स (AUTM) की वार्षिक बैठक में भाग लिया (29 फरवरी-1 मार्च, 2008)।

हैदराबाद स्थित राष्ट्रीय पोषण संस्थान की वैज्ञानिक 'ई' डॉ वीना शत्रुघ्न ने भारत एवं तीन वर्ष से कम आयु के बच्चों में तीव्र कुपोषण विषय पर हनोई, वियतनाम में सम्पन्न UNSCN सेटेलाइट बैठक में भाग लिया (1-5 मार्च, 2008)।

डॉ के. सत्यनारायण ने आई सी एम आर एवं कॉरनेल विश्वविद्यालय के बीच प्रौद्योगिकी हस्तांतरण अवसरों का पता लगाने एवं प्रौद्योगिकी हस्तांतरण कार्यालयों के भ्रमण के लिए इथियाका, न्यूयॉर्क स्थित कॉरनेल विश्वविद्यालय का दौरा किया (2-4 मार्च, 2008)।

दिल्ली स्थित राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान के निदेशक प्रोफेसर ए.पी. दाश ने राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान एवं रोग नियंत्रण केन्द्र (CDC) अटलान्टा, यू एस ए के बीच जारी सहयोगी गतिविधियों पर चर्चा करने के लिए सी डी सी, अटलान्टा में सम्पन्न बैठक में भाग लिया (2-5 मार्च, 2008)।

जबलपुर स्थित क्षेत्रीय जनजातीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान केन्द्र के वैज्ञानिक 'ई' डॉ तपस चकमा ने फ्लोरोसिस पर इथोपिया की राष्ट्रीय संचालन समिति के सदस्यों के साथ फ्लोरोसिस नियंत्रण में पोषण की भूमिका पर इथोपिया में सम्पन्न मूल्यांकन में भाग लिया (2-6 मार्च, 2008)।

पुणे स्थित राष्ट्रीय एड्स अनुसंधान संस्थान के वैज्ञानिक 'एफ' डॉ एस.पी. त्रिपाठी तथा वैज्ञानिक 'डी' डॉ स्मिता कुलकर्णी ने कोलोराडो, यू एस ए में सम्पन्न एड्स चिकित्सीय परीक्षण वर्ग (ACTG) नेतृत्व रीट्रीट में भाग लिया (3-6 मार्च, 2008)।

आयुर्विज्ञान कीटविज्ञानी अनुसंधान केन्द्र, मदुरई के वैज्ञानिक 'एफ' एवं प्रभारी अधिकारी डॉ बी.के. त्यागी ने क्वालालाम्पुर, मलेशिया में सम्पन्न मलेशियन परजीवीविज्ञानी एवं उष्णकटिबन्धीय चिकित्साविज्ञानी सोसाइटी की 44वीं वार्षिक वैज्ञानिक सेमिनार में भाग लिया (4-5 मार्च,2008)।

जबलपुर स्थित क्षेत्रीय जनजातीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान केन्द्र की निदेशक डॉ नीरू सिंह ने बॉस्टन, यू एस ए में सम्पन्न सगर्भता अवस्था मे मलेरिया परियोजना, पुनरीक्षण एवं परिणामों की प्रगति की बैठक में भाग लिया (4-8 मार्च, 2008)।

परिषद मुख्यालय के संचारी रोग प्रभाग के अध्यक्ष एवं वैज्ञानिक 'जी' डॉ ललित कांत ने इंफ्लुएंज़ा पर एशिया पेसिफिक सलाहकार समिति की जकार्ता में सम्पन्न बैठक में भाग लिया (8-9 मार्च, 2008)।

यक्ष्मा अनुसंधान केन्द्र, चेन्नई के निदेशक डॉ पी.आर. नारायणन ने अंतर्राष्ट्रीय एड्स वैक्सीन इनीशिएटिव की न्यूयार्क, यू.एस.ए. में सम्पन्न बैठक में भाग लिया (12-14 मार्च, 2008)।

पुणे स्थित राष्ट्रीय विषाणुविज्ञान संस्थान की वैज्ञानिक 'ई' डॉ (श्रीमती) एम.एस. चड्ढा ने सी डी सी, अटलांटा, यू एस ए में सम्पन्न इंफ्लुएंजा प्रभाग अध्ययन दौरे एवं उभरते संक्रामक रोगों पर अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन में भाग लिया (13-19 मार्च,2008)।

अहमदाबाद स्थित राष्ट्रीय व्यावसायिक स्वास्थ्य संस्थान की वैज्ञानिक 'डी' डॉ अंजली नाग ने चोट की रोकथाम एवं सुरक्षा बढ़ावे (सेफ्टी 2008) पर मेरिडो, मेक्सिको में सम्पन्न 9वीं विश्व कांग्रेस में भाग लिया (15-18 मार्च, 2008)।

डॉ के. सत्यनारायण ने जेनेवा स्थित विश्व स्वास्थ्य संगठन पर अंर्त-शासकीय कार्यकारी दल हेतु ड्राफ्ट प्लान पर बल देने के लिए ड्राफ्टिंग दल के उप-कार्यकारी दल में भाग लिया (17-19 मार्च, 2008)।

कोलकाता स्थित राष्ट्रीय हैज़ा तथा आन्त्ररोग संस्थान के निदेशक डॉ जी.बी. नायर ने जापानी जीवाणुविज्ञानी सोसाइटी की क्योटो, जापान में सम्पन्न 2008 हेतु वार्षिक बैठक में भाग लिया (24-26 मार्च, 2008)।

दिल्ली स्थित राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान के निदेशक प्रोफेसर ए.पी. दाश ने कीटनाशी प्रतिरोधी रोगवाहकों वाले क्षेत्रों में मलेरिया रोगवाहक नियंत्रण इंटरवेशन्स की प्रभावशीलता पर रोगवाहक प्रतिरोध के प्रभाव पर विश्व स्वास्थ्य संगठन, मुख्यालय जेनेवा पर सम्पन्न विश्व स्वास्थ्य संगठन समन्वयन बैठक में भाग लिया (25-28 मार्च, 2008)।

पुणे स्थित, राष्ट्रीय विषाणुविज्ञान संस्थान के निदेशक डॉ ए.सी. मिश्रा ने प्रकोप आकलन की दिशा में फ्लैवीविषाणुओं, कोशिकीय प्रणाली एवं पारिस्थतिकीय प्रणाली अध्ययन पर लिब्रिविले, गेबॉन में सम्पन्न चौथी अंतर्राष्ट्रीय संगोष्ठी में भाग लिया (26-28 मार्च, 2008)।

हैदराबाद स्थित राष्ट्रीय पोषण संस्थान के वैज्ञानिक एफ डॉ के. पोलासा ने न्यूट्रासिटिकल्स एवं कार्यात्मक खाद्यों पर न्यूवेल्स, आस्ट्रेलिया में सम्पन्न इण्डो-आस्ट्रेलिया कार्यशाला में भाग लिया (27-28 मार्च, 2008)।

डॉ वसन्ता मुथुस्वामी ने ताइपी, ताइवान में नीतिविषयक समिति प्रशिक्षण FERCAP संचालन समिति के सर्वेक्षण एवं मूल्यांकन में भाग लिया (4-9 अपैल, 2008)।

*** *** ***

श्री एम.राजामणि, आई ए एस ने दिनांक 1 फरवरी, 2008 को भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद, मुख्यालय के वरिष्ठ उपमहानिदेशक (प्रशासन) का पदभार ग्रहण किया।

समाचार पत्रों के पंजीकरण नियम 1956 के नियम 8 के अन्तर्गत अपेक्षित आई सी एम आर बुलेटिन के स्वामित्व तथा अन्य मुद्दों से सम्बन्धित विवरण.

प्रकाशन का स्थान	:	भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परि-ाद, अन्सारी नगर, नई दिल्ली - 110 029
प्रकाशन की अवधि	:	मासिक
मुद्रक का नाम	:	श्री जगदीश नारायण माथुर
रा-ट्रीयता	:	भारतीय
पता	:	प्रेस प्रबन्धक भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परि-ाद, अन्सारी नगर, नई दिल्ली - 110 029
प्रकाशक का नाम		
रा-ट्रीयता	:	उपर्युक्त
पता		
सम्पादक का नाम	:	डॉ कृ-णानन्द पाण्डेय
रा-ट्रीयता	:	भारतीय
पता	:	भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परि-ाद, अन्सारी नगर, नई दिल्ली - 110 029

मैं, जगदीश नारायण माथुर, यह घो-ाणा करता हूं कि ऊपर दिए गए तथ्य मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य हैं.

ह. जे. एन. माथुर
प्रकाशक

सम्पादक मण्डल

अध्यक्ष
डॉ एस.के. भट्टाचार्य
अपर महानिदेशक

प्रमुख, प्रकाशन एवं सूचना
डॉ के. सत्यनारायण

सदस्य
डॉ ललित कान्त
डॉ बेला शाह
डॉ वसन्ता मुथुस्वामी

सम्पादन
डॉ कृष्णानन्द पाण्डेय
डॉ रजनी कान्त

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद, नई दिल्ली के लिए श्री जगदीश नारायण माथुर द्वारा आई सी एम आर ऑफसेट प्रेस, नई दिल्ली से मुद्रित एवं प्रकाशित
पं. सं. 47196/87