

## औषधि कीमत निर्धारण को लेकर आइडैन का नीतिगत नज़रिया

### दवाइयों की कीमतें और खरीदने की क्षमता

**सार:** इस नीतिगत वक्तव्य में दवाइयों के कीमत निर्धारण और भारत के आम लोगों के लिए उन्हें खरीदने की क्षमता के मुद्दे पर संक्षेप में विचार किया गया है। इस दस्तावेज़ में बढ़ा-चढ़ाकर भाव तय करने के विशिष्ट उदाहरण दिए गए हैं। एक ह्लासोन्मुख सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र और बढ़ी-चढ़ी कीमतों वाली, बेतुकी और अवैज्ञानिक दवाइयों से पटे बाज़ार की वजह से पहुंच व सामर्थ्य की समस्या और भी गंभीर हो जाती है। भारत सरकार द्वारा गठित कई समितियों ने किसी न किसी रूप में औषधि मूल्य नियंत्रण के सुझाव दिए हैं। जैसा कि इस दस्तावेज़ में बताया गया है, पश्चिम के तथाकथित विकसित देशों में भी किसी न किसी रूप में सरकारी नियमन लागू है। स्वास्थ्य एक अनमोल है जिसे बाज़ार के भरोसे नहीं छोड़ा जा सकता। यहां तक कि यू.एस. जैसी मुक्त बाज़ार व्यवस्था और उसके नव निर्वाचित राष्ट्रपति भी इसी सोच की ओर बढ़ रहे हैं। ताज़ा मंदी ने साफ कर दिया है कि स्वास्थ्य तक पहुंच एक बुनियादी मानव अधिकार है।

**अखिल भारतीय औषधि कार्रवाई नेटवर्क (All-India Drug Action Network - AIDAN)**

तर्कसंगत औषधि चिकित्सा व नीति के लिए अभियान समूह

(<http://aidanindia.wordpress.com>)

दिसंबर 2008

## **औषधि की कीमतें और क्रय शक्ति, दिसंबर 2008**

इस नीतिगत दस्तावेज़ का प्रकाशन ऑल इण्डिया ड्रग एक्शन नेटवर्क द्वारा किया गया है।

दिसंबर 2008

### **अखिल भारतीय औषधि कार्रवाई नेटवर्क**

#### **(All-India Drug Action Network - AIDAN)**

तर्कसंगत औषधि चिकित्सा व नीति के लिए अभियान समूह

#### **सह-समन्वयक**

डॉ. गोपाल दाबाडे (drdabade@gmail.com)

डॉ. मीरा शिवा (mirashiva@gmail.com)

#### **संयुक्त समन्वयक**

एस. श्रीनिवासन (sahajbrc@youtele.com)

डॉ. अनुराग भार्गव (anuragb17@gmail.com)

#### **संपर्क का पता**

डॉ. गोपाल दाबाडे

57, तेजस्वी नगर,

धारवाड़ 580 002

टेलीफोन व फ़ैक्स 0836 2461722; Cell: (91) 9448862270

एस. श्रीनिवासन और अनुराग भार्गव ने इस नीतिगत वक्तव्य का पहला मसौदा तैयार किया। एस. श्रीनिवासन लो कॉस्ट स्टैण्डर्ड थेराप्यूटिक्स (LOCOST - [www.locostindia.com](http://www.locostindia.com)), बड़ौदा के साथ कार्यरत हैं और अनुराग भार्गव जन स्वास्थ्य सहयोग (JSS - [http://www.geocities.com/jss\\_ganiyari/](http://www.geocities.com/jss_ganiyari/)), बिलासपुर के साथ हैं। इस वक्तव्य को तैयार करने में डॉ. अनंत फड़के और डॉ. मीरा शिवा के फीडबैक से भी योगदान मिला है।

## दवा की कीमतें और सामर्थ्य का सवाल

भारत में एक फलता-फूलता दवा उद्योग है और इसने कम कीमत पर जिनेरिक दवाइयां बनाकर दुनिया भर में योगदान दिया है। हमें इस पर गर्व है। मगर स्वयं भारत में दवाइयों की कीमतें बहुत अधिक हैं और लोगों की सामर्थ्य से बाहर हैं। यह मानव अधिकारों का स्पष्ट मगर खामोश उल्लंघन है। इसके चलते कई मरीजों की रातों की नींद हराम है और यह अंततः उनकी गरीबी व दुर्दशा का सबब बन जाता है।

दवाइयों में मुनाफे का मार्जिन बहुत अधिक है और प्रायः 1000-4000 प्रतिशत है। ज़्यादा 'खिलाड़ियों' की उपस्थिति के परिणामस्वरूप दवाइयों की कीमतें कम नहीं हुई हैं और न ही स्वास्थ्य सेवाओं की लागत पर कोई असर हुआ है। मांग सप्लायर द्वारा प्रेरित है। सेहत का बाज़ार ज़रूरतें पैदा करता है और उन्हें बढ़ावा देता है।

भारत की कम कीमत की दवाइयां किस हद तक भारत के लोगों की सामर्थ्य के भीतर हैं? कुछ तथ्यों पर गौर कीजिए:

- बहु-औषधि प्रतिरोधी टी.बी. की दवाइयों (मेन्टेनेंस अवधि) की कीमत भारत के एक दैनिक श्रमिक की 737 दिन की मज़दूरी के बराबर है।
- दैनिक मज़दूरी औसत 60 रुपए है।
- कोरोनरी हार्ट रोग: 209 दिन की मज़दूरी
- हिपेटाइटिस ए की रोकथाम: 30 दिन की मज़दूरी
- लौह की कमी से उत्पन्न एनीमिया (डेक्सॉरेंज का उपयोग करने पर): 6 माह में 3744 रुपए
- कोरोनरी धमनी के रोग: 12,541 रुपए प्रति वर्ष (महंगे ब्रांड का उपयोग करने पर)
- मधुमेह यानी डायबिटीज़ (मुंह से ली जाने वाली ग्लाइमिपिराइड के साथ): 3660 रुपए प्रति वर्ष
- औषधि प्रतिरोधी टी.बी.: दो वर्ष में 1,000,00 रुपए।
- यू.एस. या यू.के. के एक अकुशल मज़दूर को पैरासिटामॉल की 10 गोलियां खरीदने के लिए 10 मिनट काम करना होगा।
- भारत में एक मज़दूर को इसके लिए पूरे 1 घण्टे काम करना होगा।
- और हमारी पैरासिटामॉल दुनिया में सबसे सस्ती है!

### एक कप चाय से भी सस्ती

यह कहना एक क्रूर मज़ाक है कि कुछ दवाइयां तो चाय से भी सस्ती हैं, इसलिए उनकी कीमत पर कोई नियंत्रण नहीं होना चाहिए। कई मामलों में दवाइयां दिन में कई बार लेनी होती हैं और कई तकलीफों के लिए लेनी होती हैं। कोई डॉक्टर एक अकेली दवाई नहीं लिखता। फिर कई दवाइयां महीनों तक या बरसों तक लेनी होती हैं। शहरी क्षेत्रों में चाय का एक कप 2 रुपए या उससे भी ज्यादा का होता है। और चाय की बात तो दूर, एक जून का भोजन भी जुटाना मुश्किल होता है।

### जैव टेक्नॉलॉजी आधारित दवाइयों से इलाज की लागत'

- एबसिक्सिमैब (दिल के दर्द के लिए, एलि लिली): 60 किलोग्राम वजन वाले व्यक्ति के लिए: 39,480 रुपए प्रतिदिन

- एपोऐटिन (गुर्दे की लाइलाज नाकामी के मामलों में एनीमिया का इलाज, वेपॉक्स/वोकहार्ट): 60 किलोग्राम वजन के व्यक्ति के लिए पहले 8 सप्ताह तक 10,200 रुपए, और
- उसके बाद प्रति सप्ताह 1912 से लेकर 11,475 रुपए प्रति सप्ताह तक।
- इंटरफेरॉन अल्फा-2ए (ल्यूकेमिया के उपचार में, रोफेरान-ए/निकोलस पिरामल): उपचार की शुरुआती कीमत 43,552 से लेकर 1,30,656 रुपए तक होती है और उसके बाद रख-रखाव उपचार की कीमत 1,06,158 से लेकर 3,18,474 रुपए (6-18 माह तक tt लागत)
- एटेनर्सेप्ट (गंभीर गठिया के मामले में, एन्ब्रेल/व्येथ): 18,131 रुपए प्रति सप्ताह, उपचार लंबे समय तक लेना होता है।

### एक कैंसर-रोधी दवाई ग्लाइवैक की कीमत

नोवार्टिस: 1,30,000 प्रति माह

समतुल्य भारतीय जिनेरिक की कीमत: 10,000 रुपए प्रति माह

फिर भी सामर्थ्य से बाहर है

### प्रचुरता में गरीबी की समस्या

- भारत में दवाइयों की कीमतें बहुत ज़्यादा हैं और ये लोगों की सामर्थ्य से बाहर हैं।
- भारत में स्वास्थ्य सेवा की कुल लागत में दवाइयों का हिस्सा 50-80 प्रतिशत तक होता है।
- ग्रामीण भारत में दहेज़ के बाद कर्ज़ का दूसरा सबसे बड़ा कारण स्वास्थ्य है।
- भारत में सबके लिए स्वास्थ्य बीमा नहीं है, यदि होता तो भी दवाइयों की कीमतों पर नियंत्रण से काफी बचत होती।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र के ध्वस्त होते जाने के साथ, मरीज़ की पहली पसंद निजी डॉक्टर होता है, जिसका मतलब यह है कि जेब और खाली होगी। मज़दूरी का नुकसान तो होगा ही।

कीमतों में अति-निर्धारण की मात्रा कितनी है? नीचे हम लोकोस्ट, बड़ौदा और बाज़ार की कीमतों की एक तुलना प्रस्तुत कर रहे हैं। लोकोस्ट छोटे पैमाने का एम प्रमाणित निर्माता है।

दवा का नाम	उपयोग	लोकोस्ट द्वारा बिक्री की कीमत प्रति गोली (रुपए)	बाज़ार में बिक्री की कीमत प्रति गोली (रुपए)
अल्बेंडेज़ोल 400 मि.ग्रा.	कृमि के लिए	1.10	9-12
एम्लोडिपीन 5 मि.ग्रा.	उच्च रक्त चाप में एंजाइना-रोधी	0.25	1.40-5.00
एटेनोलॉल 50 मि.ग्रा.	उच्च रक्त चाप में एंजाइना-रोधी	0.20	4-22
एनालाप्रिल 5 मि.ग्रा.	(हल्के से मध्यम) उच्च रक्त चाप में	0.30	1.60-2.30
फ्लूकोनेज़ॉल 150 मि.ग्रा.	एड्स व अन्य स्थितियों में फफूंद संक्रमण	3.50	28-32
सेट्रिज़िन	एलर्जी-रोधी	0.20	0.50-3.00

स्रोत: वर्ष 2008, एम.आई.एम.एस. और सी.आई.एम.एस. वगैरह से।

## बाज़ार की नाकामी और भारत में दवा बाज़ार

जिस बाज़ार में प्रतिस्पर्धा काम करती है, वहां सबसे अधिक खरीदा जाने वाला ब्रांड सबसे सस्ता होता है। कई उत्पादक हों, तो कीमतें कम हो जाती हैं। बेचवाल और खरीदार, दोनों ही वस्तु खरीदने से पहले जानकारी से लैस होते हैं।

आइए, भारत में दवा उद्योग के कुछ तथ्यों पर गौर करें।

- भारत में औषधि के नुस्खों के मामले में प्रतिस्पर्धा काम नहीं करती।<sup>2</sup> औषधि और स्वास्थ्य के क्षेत्र में मुक्त बाज़ार की धारणा ही विरोधाभासी है (देखें तालिका 1)।
- अलबत्ता, भारत का दवा बाज़ार लंबे समय से एक अलग अर्थ में मुक्त बाज़ार रहा है: आप तमाम किस्म की बेतुकी दवाइयां बनाकर मनमानी ऊंची कीमतों पर बेच सकते हैं। इनमें मानव आंवल, पशुओं के लीवर और ढोरों के रक्त से बनाई गई दवाइयां और विभिन्न दवाइयों के मनमर्जी से बनाए गए मिश्रण शामिल हैं।
- भारत में एक ही दवाई को विभिन्न नामी कंपनियां बहुत अलग-अलग दामों पर बेचती हैं। कभी-कभी तो एक ही कंपनी ऐसा करती है।<sup>3</sup>
- अग्रणी ब्रांड अक्सर कुल बिक्री में और कीमतों में भी अग्रणी होता है। अर्थात् दवा का सबसे लोकप्रिय ब्रांड प्रायः सबसे महंगा भी होता है। (कारों के संदर्भ में देखें तो इसका मतलब यह होगा कि अधिकांश लोग मारुती 800 न खरीदकर मर्सिडीज़ खरीदने लगे।)

**दवाई ही एक ऐसी चीज़ है जिसमें अंतिम खरीदार (भुगतान करने वाला मरीज़) यह तय नहीं करता कि क्या खरीदे और किस कीमत पर। डॉक्टर पर्ची लिखता है और मरीज़ भुगतान करता है। इसके अलावा, भारत में हर डॉक्टर खुद ही तय करता है कि किस दवाई का कौन-सा ब्रांड लिखा जाए।**

- दवा बाज़ार में उपभोक्ता के सामने कोई विकल्प नहीं होता। अन्य चीज़ों के विपरीत, दवाइयों का खरीदार दवा खरीदने का निर्णय करते समय निहायत कमज़ोर स्थिति में होता है - वह तकलीफ से राहत की तलाश में होता है।
- जानकारी में इस तरह के असंतुलन - यानी जानकारी में इस गैर-बराबरी से मरीज़ को जानकारी-आधारित, सोचा-समझा निर्णय लेने में कोई मदद नहीं मिलती। जानकारी में यह असंतुलन डॉक्टर-मरीज़ के बीच तो होता ही है, डॉक्टर-दवा कंपनी के बीच और दवा कंपनी व मरीज़ के बीच भी होता है। यही बाज़ार की नाकामी का कारण है। दवा क्षेत्र की इस खासियत के चलते ही बाज़ार अर्थ व्यवस्थाओं तक में सरकारें दवाइयों की कीमत तथा दवा सम्बंधी सारे मुद्दों का नियमन करती हैं। इसका एकमात्र अपवाद यू.एस.ए. है - मगर वहां भी दवाइयों की कीमतों पर स्वास्थ्य देखभाल संगठनों का नियंत्रण होता है जो दवाइयों की कीमतों की सौदेबाज़ी करते हैं। (सरकार की अपनी समितियों ने रिपोर्ट किया है कि इन तथाकथित मुक्त बाज़ार अर्थ व्यवस्थाओं में भी किसी न किसी रूप में मूल्य नियंत्रण होता है।)
- दवा उद्योग भारत में (और संभवतः समूची दुनिया में) एकमात्र ऐसा क्षेत्र है जिसमें सरकारी निविदा के ज़रिए की जाने वाली खरीदारी की कीमतें बाज़ार में फुटकर कीमतों के 1-3 प्रतिशत से ज़्यादा नहीं होतीं। इससे पता चलता है कि दवाइयों की कीमतें कितनी बढ़ा-चढ़ाकर रखी जाती हैं।<sup>4</sup> एक उदाहरण: तमिलनाडु सरकार के लिए एक दवा कंपनी ने कृमिनाशी एल्बेंडेज़ोल 400 मि.ग्रा. की गोलियों के लिए मात्र 35 पैसे प्रति गोली की दर से निविदा प्रस्तुत की थी जबकि बाज़ार में यही ब्रांड 12 रुपए प्रति गोली की दर से बेचा जाता है।
- भारत का दवा बाज़ार अनावश्यक, अवैज्ञानिक और औषधीय दृष्टि से अनुपयोगी दवाइयों से भरा पड़ा है। इसकी वजह से बाज़ार में और विसंगतियां पैदा होती हैं और बाज़ार की नाकामी और बढ़ जाती

है - डॉक्टरी पर्ची महंगी हो जाती है और स्वास्थ्य लाभ में दिक्कतें होती हैं वे अलग। हमें इन दवाइयों को तत्काल बाहर का रास्ता दिखाने की ज़रूरत है और इसके लिए हमें सिर्फ उन्हीं दवाइयों की अनुमति देनी चाहिए जो विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्लू.एच.ओ.) की ज़रूरी दवा सूची (मार्च 2007) में शामिल हैं।

- यदि आप 300 सर्वाधिक बिकने वाली दवाइयों (जिनकी कुल बिक्री 35,000 करोड़ रुपए से अधिक है, जो फुटकर बाज़ार के 90 प्रतिशत से ज़्यादा है) की ओआरजी-निएल्सन सूची पर गौर करें, तो इनमें कम से कम 60 प्रतिशत दवाइयां राष्ट्रीय ज़रूरी दवा सूची में नहीं हैं। अर्थात भारत में बेची जा रही दो-तिहाई दवाइयां खुद सरकार की परिभाषा के तहत ज़रूरी दवाइयां नहीं हैं।

**तालिका 1: ब्रांड दवाइयों के 'मुक्त' बाज़ार की एक बानगी  
जब मूल्य नियमन न हो, तो क्या होता है?**

क्र	दवा का नाम	मूल्य नियंत्रण के अधीन?	न्यूनतम कीमत/ब्रांड का नाम/निर्माता	सर्वोच्च कीमत/ब्रांड का नाम/निर्माता	सर्वोच्च मूल्य ब्रांड/ न्यूनतम मूल्य ब्रांडX100
<b>निमोनिया, मूत्र मार्ग संक्रमण जैसे बैक्टीरिया संक्रमण में उपयोगी दवाइयां</b>					
1.	ऑफ्लॉक्सेसिन 200 मि.ग्रा.	नहीं	Rs. 3.20/Zo/FDC	Rs 31.00/ Tarivid/ Aventis	969%
2.	लीवोफ्लॉक्सेसिन 500 मि.ग्रा.	नहीं	Rs. 6.82/Levoflox./ Cipla	Rs 95.0/Tavanic/ Aventis	1392%
3.	सिप्रॉफ्लॉक्सेसिन 500 मि.ग्रा.	हां	Rs. 3.90/Zoxan/ FDC	Rs. 8.90/Cifran/ Ranbaxy	228%
4.	एज़िथ्रोमायसिन 250 मि.ग्रा.	नहीं	Rs 8.50/Zathrin, FDC	Rs.39.14/ Vicon/Pfizer	460%
<b>वायरस संक्रमण (एच.आई.वी.-एड्स समेत) में उपयोगी दवाइयां</b>					
5.	ज़िडोव्यूडिन 100 मि.ग्रा.	नहीं	Rs. 7.70/Zidovir/ Cipla	Rs. 20.40/Retrovir/ GSK	265%
<b>हृदय रोग, उच्च रक्तचाप, उच्च कोलेस्ट्रॉल में उपयोगी दवाइयां</b>					
6.	एम्लोडिपीन 5 मि.ग्रा.	नहीं	Rs. 1.51/Amlodac/ Zydus Cadila	Rs. 6.00/Amlogard/ Pfizer	397%
7.	एटेनोलॉल 50 मि.ग्रा.	नहीं	Rs. 0.40/Ziblok./ FDC	Rs. 2.45/Tenormin/ Nicholas Piramal	612%
8.	वेलसार्टन 80 मि.ग्रा.	नहीं	Rs. 5.90/Valzaar/ Torrent	Rs. 41.00/Diovan/ Novartis	694%
<b>मधुमेह में उपयोगी दवाइयां</b>					
9.	पायोजिलिटेज़ोन 15 मि.ग्रा.	नहीं	Rs. 0.99/Pio/ Systopic	Rs 6.00/Piozone/ Nicholas Piramal	606%
10.	ग्लाइमप्राइड 1 मि.ग्रा.	नहीं	Rs. 0.80/ Glimestar/Discovery /Mankind	Rs 5.30/Amaryl/Aventis	696%
<b>कैंसर में उपयोगी दवाइयां</b>					
11.	टैमॉक्सिफेन 10 मि.ग्रा.	नहीं	Rs. 2.70/Tamodex/ Biochem	Rs. 20.00/Nolvadex/ ICI	741%

12. लेट्रोजॉल 2.5 मि.ग्रा.	नहीं	Rs. 9.90/Oncolet/ Biochem	Rs. 181.50/ Femara/Novartis	1833%
<b>मनोचिकित्सा में उपयोगी दवाइयां</b>				
13.रिसपेरिडोन 2 मि.ग्रा.	नहीं	Rs.1.69/ Respidon/Torrent	Rs. 27.00 /Risperdal/Ethnor	1598%
<b>चयापचय की गड़बड़ियों में उपयोगी दवाइयां</b>				
14.रिसड्रोनेट 35 मि.ग्रा.	नहीं	Rs 50.12/Risofos/ Cipla	Rs500.00/Actonel/ Aventis	997 %
<b>गठिया की दवाइयां</b>				
15. लेफ्लूनोमाइड 10 मि.ग्रा.	नहीं	Rs 8.00/Rumalet/ Zydus/Cadila	Rs 44.00/Arava/ Aventis	550%
<b>लिंग उत्थान सम्बंधी दवाइयां</b>				
16. सिल्डेनफिल 100 मि.ग्रा. साइट्रेट	नहीं	Rs 29.16/ Penegra/ Zydus Alidac	Rs 584.00/ Viagra/ Pfizer	2002%

कीमतों का स्रोत: डॉ. अनुराग भार्गव, जन स्वास्थ्य सहयोग बिलासपुर और सी.आई.एम.एस./एम.आई.एम.एस. 2007 के अंक

### मूल्य नियंत्रण का इतिहास

दवाइयों के संदर्भ में प्रशासनिक मूल्य निर्धारण व्यवस्था की शुरुआत 1962 में चीनी आक्रमण तथा आपात काल की घोषणा के बाद हुई थी। दवाइयों की आसमान छूती कीमतों पर अंकुश लगाने के लिए डीफेंस ऑफ इण्डिया कानून का सहारा लिया गया था। औषधि (मूल्य का प्रदर्शन) आदेश 1962 और औषधि (मूल्य नियंत्रण) आदेश 1963 जारी किए गए थे। इन आदेशों का प्रभाव यह हुआ था कि दवाइयों की कीमतें 1 अप्रैल 1963 के मान पर थम गई थीं। मूल्यों के नियमन के अन्य प्रयास औषधि मूल्य (प्रदर्शन व नियंत्रण) आदेश 1966; औषधि (मूल्य नियंत्रण) आदेश 1970 के ज़रिए किए गए थे। ये आदेश अनिवार्य वस्तु अधिनियम 1955 के तहत जारी किए गए थे। इसके अलावा औषधि (मूल्य नियंत्रण) आदेश 1979 में 1978 की दवा नीति के तहत जारी किया गया था। यह नीति हाथी समिति की अहम रिपोर्ट (1975) का परिणाम थी। इस समिति की 224 सिफारिशों का ज़ोर इस बात पर था कि सार्वजनिक क्षेत्र की भूमिका पर फिर से ज़ोर दिया जाए, एक राष्ट्रीय औषधि प्राधिकरण की स्थापना की जाए, विदेशी क्षेत्र की बजाय देशी क्षेत्र को बढ़ावा दिया जाए, कच्चे माल का स्वदेशी उत्पादन हो और दवाइयों की कीमतों पर चुनिंदा नियंत्रण किया जाए। अलबत्ता, वास्तव में दवाइयों की कीमतें कम करने में सबसे अधिक योगदान पेटेंट कानून 1970 का रहा है और इसी कानून ने भारतीय दवा उद्योग को एक मज़बूत उद्योग बनाने में भी मदद की है।

औषधि मूल्य नियंत्रण आदेश 1979 के बाद से मूल्य नियंत्रण लगातार कम होता गया है (देखें *तालिका 2: विभिन्न औषधि मूल्य नियंत्रण आदेशों में मूल्य नियंत्रण की तुलनात्मक स्थिति*)। उद्योग को नियंत्रण न तब सुहाते थे, न आज सुहाते हैं और सबसे बड़ी समस्या थी कि जिस ढंग से मूल्य नियंत्रण लागू किए गए थे। इसके अलावा 1990 के बाद से व्यापार व उद्योग को लेकर नीतिकारों के मूल सोच में उल्लेखनीय परिवर्तन आया है। आर्थिक सुधारों का मतलब यह हुआ कि लायसेंस-कोटा-परमिट राज से स्वागत-योग्य मुक्ति मिली। उम्मीद थी कि इसके साथ जुड़ा भ्रष्टाचार भी दूर हो जाएगा।<sup>5</sup> उदारीकरण के साथ सरकार की भूमिका कमज़ोर पड़ती गई है - यहां तक कि स्वास्थ्य व शिक्षा के क्षेत्र में भी यही दिखता है। यह इस भोली-भाली आशा में किया जा रहा है कि बाज़ार स्थिति को संभाल लेगा।<sup>6</sup> मूल्य नियंत्रण तो है मगर बहुत कमज़ोर रूप में। 2002 की दवा नीति (आगे इसे द.नी. 2002 कहा जाएगा) का घोषित लक्ष्य 'मूल्य नियंत्रण की सख्ती' को कम करना था। उद्योग को आम तौर पर उम्मीद थी कि मात्र 30-34 दवाइयां ही मूल्य नियंत्रण के अधीन रह जाएंगी।<sup>7</sup>

तालिका 2: विभिन्न औषधि मूल्य नियंत्रण आदेशों में मूल्य नियंत्रण की तुलनात्मक स्थिति

	औषधि मूल्य नियंत्रण आदेश			
	1979	1987	1995	वर्तमान मार्च 2008
1. मूल्य नियंत्रण के अधीन दवाइयों की संख्या	347	142	76	74
2. उक्त दवाइयां कितनी श्रेणियों में वर्गीकृत हैं	3	2	1	1
3. उत्पादन उपरांत खर्च की पूर्ति तथा निर्माता के लिए मार्जिन उपलब्ध कराने हेतु मानक/राष्ट्रीय फैक्ट्री लागत पर 5s विपणन व पैकेजिंग खर्च				
श्रेणी I	40	75	100	100
श्रेणी II	55	100	लागू नहीं	
श्रेणी III	100	लागू नहीं	लागू नहीं	
(एकल घटक अग्रणी उत्पाद)				
4. मूल्य नियंत्रण के अधीन कुल घरेलू दवा बिक्री	90 %	70 %	50 %	--

### अन्य देशों में औषधि मूल्य नियंत्रण

युरोपीय संघ के देशों और यू.के. जैसे तथाकथित मुक्त बाज़ार देशों में भी किसी न किसी रूप में औषधि मूल्यों, उत्पादन की मात्रा और लागत-प्रभाविता सम्बंधी नियंत्रण हैं। पश्चिमी युरोप के 16 में से 12 देश तो सीधे-सीधे दवाइयों के मूल्यों पर नियंत्रण रखते हैं।

दरअसल, दवाइयों पर मूल्य नियंत्रण पूरी दुनिया में एक आम बात है, सिवाय यू.एस.ए. के और बदकिस्मती से भारत उसी का अनुसरण करने में लगा है। बल्कि लगता तो यह है कि भारतीय नीति निर्माता मूल्य नियंत्रण को तिलांजलि देने पर आमादा हैं। यू.एस.ए. में भी दवा कंपनियां और स्वास्थ्य बीमा कंपनियां हमेशा दवा की कीमतों की सौदेबाज़ी करती हैं। मगर इस पूरी व्यवस्था में गरीबों की बड़ी तादाद बाहर ही रहती है और खास तौर से बुजुर्ग लोगों के लिए दवाइयां बहुत महंगी हो जाती हैं।<sup>8</sup> प्रत्येक तीन में से एक गैर-बुजुर्ग अमरीकी - यानी कुल 7.47 करोड़ लोगों - को वर्ष 2001-02 की पूरी या आंशिक अवधि के लिए कोई स्वास्थ्य कवरेज उपलब्ध नहीं था।<sup>9</sup>

यू.के. में अपनी एक औषधि मूल्य नियंत्रण योजना है।<sup>10</sup> युरोपीय संघ के समस्त देशों में किसी न किसी प्रकार का मूल्य नियंत्रण है। कीमतें निर्धारित करते समय ये देश औषधीय तुलनाओं (therapeutic comparators) और युरोपीय संघ के अन्य बाज़ारों में कीमतों का उपयोग करते हैं। डेनमार्क, यूनान, फिनलैण्ड, आयरलैण्ड, इटली, नेदरलैण्ड, पुर्तगाल और स्वीडन पड़ोसी देशों की कीमतों के हिसाब से अपने देश में अधिकतम कीमत तय करते हैं। बेल्जियम, फ्रांस और इटली उत्पादन की तुलनात्मक लागत और युरोपीय संघ में अन्यत्र मूल्यों तथा राष्ट्रीय अर्थ व्यवस्था में योगदान के आधार पर कीमतें निर्धारित करते

हैं। ऑस्ट्रिया, फ्रांस और स्पेन में उत्पादन की मात्रा की लागत (volume-cost) और अन्य रियायतों की व्यवस्था है। स्पेन व यू.के. में कीमतें इस आधार पर तय की जाती हैं कि मुनाफे की एक सीमा के अंदर निर्माता को मुनाफे की एक दर सुनिश्चित की जा सके।<sup>11</sup>

कनाडा में एक पेटेन्टेड मेडिसिन प्राइस रिव्यू बोर्ड है, फ्रांस में ट्रांसपेरेंसी कमीशन एण्ड इकॉनॉमिक कमिटी ऑन मेडिसिन है। मिस्र में सारी दवाइयां मूल्य नियंत्रण के अधीन हैं, इटली में थोक लाभांश पर सीमा है, जर्मनी में अपनी रेफरेंस प्राइसिंग प्रणाली है। जापान, नेदरलैण्ड, चीन, इण्डोनेशिया, कोलंबिया वगैरह में भी किसी न किसी रूप में मूल्य निगरानी व नियमन व्यवस्था मौजूद है। इनमें से एक देश ऐसा है जहां दवाइयों की कीमतों को राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली में किए जाने वाले प्रतिपूर्ति भुगतान और/या बीमा योजनाओं से जोड़ा गया है। इन उपायों के जवाब में बड़ी-बड़ी दवा लॉबियां (जैसे फार्मा) शोरगुल करती हैं कि “विदेशी कीमतें और पहुंच पर नियंत्रण दवाइयों के अंतर्राष्ट्रीय व्यापार को विकृत करते हैं और उसमें बाधा पहुंचाते हैं”। दवा उद्योग की लॉबी चाहती है कि यू.एस. सरकार ‘कार्रवाई’ करे, अर्थात किसी तरह से बाहें उभे।<sup>12</sup> वास्तव में यह सोचने की बात है कि क्यों विकसित मुक्त बाज़ार वाली अर्थ व्यवस्थाओं में दवाइयों की कीमतों के मामले में मुक्त बाज़ार नहीं है। और वहां की दवा कंपनियां अपनी बिक्री में से ही अनुसंधान व विकास के लिए भी धन खर्च करती हैं।

भारत में न तो सबको मुफ्त स्वास्थ्य बीमा उपलब्ध है और न ही ठीक-ठाक मूल्य नियंत्रण है, तो इस बात की कल्पना की जा सकती है कि बहुसंख्य आबादी पर क्या गुज़र रही होगी।

मुक्त बाज़ार के हिमायती जिस ढंग से नियंत्रण से पूरी तरह मुक्ति चाहते हैं वह दूसरी अति है और इसका घातक असर न सिर्फ गरीबों पर बल्कि देश के मध्यम वर्ग पर भी होता रहा है और होगा।

### **मूल्य निर्धारण नीतियों में गड़बड़ियां**

दरअसल, भारत सरकार की दवा मूल्य नियंत्रण समीक्षा समिति ने अपनी रिपोर्ट में कहा है:<sup>13</sup>

...अधिकांश अन्य देशों में दवाइयों के मूल्यों का नियमन ज़रूरी समझा जाता है ताकि सार्वजनिक खर्च को सीमित किया जा सके क्योंकि सरकार सामाजिक स्वास्थ्य व बीमा योजनाओं का वित्त-पोषण करती हैं जिसमें से अस्पताल व बाह्य मरीजों के लिए दवाइयों का खर्च पूरा होता है। वे अपना स्वास्थ्य बजट एक उपयुक्त सीमा में रखने के लिए मूल्य नियंत्रण का इस्तेमाल करते हैं। इन देशों में आबादी के एक बड़े हिस्से को स्वास्थ्य बीमा और सार्वजनिक स्वास्थ्य योजनाओं का कवरेज प्राप्त है। नतीजतन, दवाइयों की ऊंची कीमतों या चिकित्सा सेवा की ऊंची कीमतों का सीधा असर उपभोक्ताओं को नहीं झेलना पड़ता। बहरहाल, उन्हें बढ़ती कीमतों/लागतों का भुगतान बढ़ती बीमा किशतों के रूप में करना पड़ता है। इसके विपरीत, भारत की आबादी का एक बड़ा हिस्सा बाज़ार पर निर्भर है और इस मद में उसे सारे खर्च अपने जेब से करना होते हैं। इसलिए बाज़ार में औषधि उत्पादों का मूल्य नियंत्रण अपरिहार्य हो जाता है।

मगर वास्तविकता में सरकार ने इस सलाह को (और कई अन्य हालिया सलाहों को) अनसुना करने का निर्णय कर लिया है। इसका सबसे ताज़ा प्रमाण दवा नीति 2002 में ‘मूल्य नियंत्रण की सख्ती को कम करने’ के इरादे से मिलता है।<sup>14</sup> 2002 की नीति पर बेतुकापन हावी है, जैसा कि आइडैन व अन्य ने सर्वोच्च न्यायालय में दाखिल एक याचिका में स्पष्ट किया है।<sup>15</sup> संक्षेप में कहें तो दवा नीति 2002 व समस्त पूर्ववर्ती नीतियों (शायद 1978 की प्रथम नीति एक अपवाद थी) में कुछ आम समस्याएं रही हैं: दवाइयों को मूल्य नियंत्रण के दायरे से बाहर रखने के लिए उत्पादन-आधारित, और बाज़ार में हिस्से पर आधारित मापदण्ड का इस्तेमाल करना दोषपूर्ण है और इसकी वजह से कई गड़बड़ियां पैदा होती हैं।

□ अधिकांश ज़रूरी व उपयोगी दवाइयों को मूल्य नियंत्रण से बाहर रखा जाता है।

□ गैर-ज़रूरी व हानिकारक दवाइयां (जैसे एनाल्जिन, फिनाइलब्यूटाज़ोन, विटामिन ई, सल्फाडिमिडीन, मेबहायड्रोलिन, डायोस्मीन पेन्थोनेट और पेन्थीनॉल्स, बीकेम्पिसिलिन वगैरह) मूल्य नियंत्रण के दायरे में हैं।

□ एच.आई.वी./एड्स, कैंसर, उच्च रक्तचाप, कोरोनरी हृदय रोग, बहु-औषधि प्रतिरोधी टी.बी., मधुमेह,

लौह की कमी वाला एनीमिया, ओ.आर.एस., टिटेनस, हाथीपांव, रैबीस, हिपेटाइटिस बी के नए टीके, टिटेनस में प्रयुक्त सीरम, डिप्थीरिया, आरएच आइसोइम्यूनाइजेशन, मिर्गी-रोधी दवाइयां, सर्पदंश की दवाइयां, वगैरह मूल्य नियंत्रण से बाहर हैं (देखें बॉक्स)।

□ चूंकि मूल्य नियंत्रण बाज़ार में हिस्से के मापदण्ड पर आधारित है, इसलिए यह आंशिक नियमन ही कर पाता है। जहां मलेरिया की दवा क्लोरोक्वीन मूल्य नियंत्रण में होगी वहीं मलेरिया की उतनी ही कारगर अन्य दवाइयां इससे बाहर होंगी।<sup>16</sup> यही बात कुष्ठ की दवाइयों और दर्द निवारकों पर भी लागू होती है।

□ अक्टूबर 2003 की ओआरजी-निएल्सन सूची के 300 सर्वाधिक बिकने वाले ब्रांड्स में से मात्र 36 (यानी सिर्फ 12 प्रतिशत) ही मूल्य नियंत्रण के अधीन थे।

□ शेष 88 प्रतिशत मूल्य नियंत्रण के दायरे में नहीं थे।<sup>17</sup>

दवा नीति 2002 और राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 के लक्ष्यों में भी बहुत अंतर हैं।<sup>18</sup> जहां दवा नीति दवा उद्योग लॉबी के हितों की पूर्ति करती लगती है, वहीं स्वास्थ्य नीति देश की वास्तविक स्वास्थ्य समस्याओं पर ज़्यादा केंद्रित है। यह एक त्रासद उदाहरण है जहां सरकार का बायां हाथ (रसायन व उर्वरक मंत्रालय) उसके दाएं हाथ (स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय) से कोई वास्ता नहीं रखता और इसे परिणामस्वरूप लोग कष्ट झेलते हैं।<sup>19</sup>

14वीं लोक सभा की रसायन व उर्वरक मंत्रालय की स्थायी समिति की रिपोर्ट 2005-06 में कहा गया है:\*

छानबीन करने पर समिति ने पाया कि हालांकि इस बात का प्रावधान है कि मूल्यों की स्थिति पर सख्त नज़र रखी जाएगी और सरकार एक सीमा तय कर सकती है जिसके ऊपर कीमतें नहीं बढ़ने दी जाएंगी, मगर इस प्रावधान का उपयोग शायद ही कभी किया गया हो। इस संदर्भ में, कुछ राज्य सरकारों ने भी सूचित किया है कि जब कैसर-रोधी, जीवाणु-रोधी, न्यूट्राश्यूटिकल्स व सेट्रिज़िन की बढ़ती कीमतों के मामले राष्ट्रीय औषधि मूल्य प्राधिकरण के समक्ष लाए गए, तो प्राधिकरण ने कीमतों पर अंकुश लगाने में अपनी असमर्थता जताई। समिति इस असंतोषजनक स्थिति से नाराज़ है और चाहती है कि स्थिति में सुधार लाया जाए। अतएव समिति की अनुशंसा है कि एक ही चिकित्सकीय उपयोग की दवाइयों की श्रेणी के लिए सरकार को एक उपयुक्त सीमा निर्धारित करनी चाहिए जिसके ऊपर कीमतें न जाने दी जाएं।

### अन्य विशेषज्ञ समितियों की सिफारिशें

भारत सरकार द्वारा उदारीकरण के बाद के दौर में गठित कई अन्य विशेषज्ञ समितियों ने भी मूल्य नियंत्रण के महत्व को रेखांकित किया है। उदाहरण के लिए: 1999 में गठित दवा मूल्य नियंत्रण समीक्षा समिति, 2004 की संघू समिति, प्रधान मंत्री कार्यालय द्वारा 2005 में योजना आयोग के डॉ. प्रणब सेन की अध्यक्षता में गठित टास्क फोर्स, कमीशन ऑन मैक्रोइकॉनॉमिक्स एण्ड हेल्थ वगैरह। अलबत्ता, उद्योग किसी भी किस्म का नियंत्रण नहीं चाहता और दवा उद्योग की इच्छाओं के अनुरूप, मूल्य नियंत्रण के दायरे में आने वाली दवाइयों की संख्या घटती गई है; 1979 में 347 से घटकर यह संख्या 1995 में 74 रह गई - यदि सर्वोच्च न्यायालय द्वारा औषधि नीति 2002 पर रोक न लगाई गई होती तो यह संख्या मात्र 30 रह जाती। सर्वोच्च न्यायालय ने भारत सरकार को निर्देश दिया था कि पहले वह यह फैसला करे कि कौन-सी ज़रूरी दवाइयों को मूल्य नियंत्रण के अधीन रखा जाना है और उसके तौर-तरीके तय करे।

\* समिति की सिफारिशें/टिप्पणियां, पैरा 10, औषधियों की उपलब्धता व मूल्य नियमन वाले खण्ड में, रसायन व उर्वरक मंत्रालय की स्थायी समिति की सातवीं रिपोर्ट, 2005-06, चौदहवीं लोक सभा, लोक सभा सचिवालय, नई दिल्ली, सितंबर 2005।

### टास्क फोर्स की रिपोर्ट ने औषधि नुस्खों पर मूल्य सीमा की सिफारिश की

भारत सरकार ने योजना आयोग के प्रमुख सलाहकार प्रणब सेन की अध्यक्षता में एक टास्क फोर्स का गठन किया था। इस टास्क फोर्स का काम “उचित मूल्यों पर जीवन रक्षक औषधियों की उपलब्धता सुनिश्चित करने हेतु मूल्य नियंत्रण के अलावा अन्य विकल्पों की छानबीन” करना था।<sup>20</sup> टास्क फोर्स ने अपनी रिपोर्ट सितंबर 2005 में प्रस्तुत कर दी थी। यदि इसे लागू किया जाता तो औषधि मूल्य निर्धारण की कई बड़ी-बड़ी विकृतियां दूर हो जातीं।

टास्क फोर्स की सिफारिश थी कि ज़रूरी दवाइयों की राष्ट्रीय सूची 2003 को दवाइयों के मूल्य नियंत्रण/निगरानी का आधार बनाया जाना चाहिए।<sup>21</sup>

इस प्रक्रिया को समर्थन देने हेतु सरकार को चाहिए कि वह ज़रूरी दवा सूची में शामिल समस्त दवाइयों का अधिकतम मूल्य घोषित कर दे। इसके लिए इकलौते घटक वाले तीन सबसे ज़्यादा बिकने वाले ब्रांड्स की 1.4.2005 की कीमतों के वेटेड औसत को आधार बनाया जाए। जिन मामलों में तीन से कम ब्रांड हों, वहां सारे ब्रांड्स का औसत लिया जाएगा। शुरुआत में इसके लिए ओआरजी-निएल्सन के आंकड़ों का उपयोग किया जा सकता है जिसमें 20 प्रतिशत फुटकर लाभांश रखा जा सकता है। जो दवाइयां ओआरजी-निएल्सन में शामिल न हों, उनके लिए एनपीपीए बाज़ार से ज़रूरी आंकड़े एकत्रित कर सकता है। ऐसे नुस्खे जिनमें ज़रूरी दवा सूची के एक से अधिक घटक हों, उनके मामले में अधिकतम मूल्य उसके घटकों के निर्धारित अधिकतम मूल्य का वेटेड औसत होगा। उत्पाद शुल्क पहले की तरह अलग-अलग दवाइयों के वास्तविक अधिकतम फुटकर मूल्य के हिसाब से देय होगा। जो दवाइयां ज़रूरी दवा सूची में नहीं हैं, उनके मामले में गहन निगरानी की जानी चाहिए, कोई भी नया नुस्खा जो वर्तमान एपीआई (सक्रिय औषधि घटक) पर आधारित हो, उसके मामले में सम्बंधित निर्माता द्वारा नियामक को विपणन स्वीकृति के लिए आवेदन के साथ अपेक्षित कीमत बतानी होगी, जिसे स्वीकृति दी जाएगी बशर्ते कि अपेक्षित कीमत सम्बंधित अधिकतम कीमत से मेल खाती हो। राष्ट्रीय ज़रूरी दवा सूची को हर तीन वर्ष में संशोधित किया जाना चाहिए।

### मूल्य नियंत्रण : ट्रिप्स के विरुद्ध?

ट्रिप्स मूल्य नियंत्रण के बारे में खामोश है।

दोहा घोषणा पत्र और ट्रिप्स के अनुच्छेद 7 (उद्देश्य) तथा अनुच्छेद 8 (सिद्धांत) में सदस्य देशों द्वारा ट्रिप्स/विश्व व्यापार संगठन से आगे जाकर जन स्वास्थ्य की हिफाज़त करने के अधिकार को रेखांकित किया गया है।

“हर सदस्य को अनिवार्य लायसेंस जारी करने का अधिकार है और यह अधिकार है कि वह तय कर सके कि ऐसा लायसेंस देने का आधार क्या होगा।” (दोहा घोषणा पत्र)

स्वास्थ्य व मानव अधिकारों की तुलना में व्यापार को प्राथमिकता नहीं दी जा सकती।

भारत के पेटेन्ट कानून के मुताबिक अनिवार्य लायसेंस जारी करने का एक आधार यह है कि जब पेटेन्टशुदा दवाई “लोगों को उचित दाम पर न मिल रही हो।”

### सिफारिशें

उदारीकरण के बाद के दौर में राज्य की भूमिका स्पष्ट तौर पर कल्याणकारी व हस्तक्षेप-आधारित होगी, खास तौर से स्वास्थ्य, शिक्षा तथा भूख मिटाने के मामलों में। इस बात पर ज़ोर देने की ज़रूरत है कि राज्य की वैधता स्वास्थ्य सेवा का अधिकार और वितरण के संदर्भ में न्याय सुनिश्चित करने के एक उपकरण के

रूप में है।

□ भारत के बहुसंख्य लोगों की सेहत की दृष्टि से दवाइयों पर मूल्य नियंत्रण एक प्रमुख नीतिगत उपाय है। सिर्फ भारत सरकार ही यह कर सकती है। जैसा उसने सेल फोन की दरों, बीमा की किशतों, बिजली की दरों, बैंक की ब्याज दरों के संदर्भ में किया है।

□ बाज़ार को विकृत करने वाले सारे कारक हटा दिए जाने चाहिए, जैसे मिश्रित दवाइयां, खतरनाक व प्रतिबंध के काबिल दवाइयां वगैरह।

□ दवा कंपनियों के अनुचित व अनैतिक तौर-तरीकों पर रोक लगाने की ज़रूरत है, जैसे दवाइयों का प्रचार-प्रसार जिसके अंतर्गत कई बार महंगे तोहफे दिए जाते हैं, विदेश यात्राएं करवाई जाती हैं। इन पर रोक लगाने से स्वास्थ्य पर होने वाले खर्च में काफी कमी आएगी।

□ सारे सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों में केंद्रीकृत खरीद व्यवस्था होनी चाहिए, जैसी कि तमिलनाडु और दिल्ली सरकार ने अपनाई है।

□ प्रयोगशाला जांच, चिकित्सकीय प्रक्रियाओं और शल्य क्रिया की कीमतों पर सख्ती से निगाह रखी जानी चाहिए। जब मदुरै के विश्व स्तरीय अरविंद आई हॉस्पिटल में मोतियाबिंद के लिए इंट्रा ऑक्यूलर लेंस इम्प्लांट सर्जरी 600 रुपए में की जा सकती है, तो क्यों अन्य 'प्रतिष्ठित' निजी अस्पताल इसके लिए 20,000 रुपए या उससे भी ज़्यादा वसूल करते हैं? वास्तव में सरकार अपने कर्मचारियों को इसके लिए प्रतिपूर्ति भुगतान भी करती है।

*इतना और जोड़ दें कि ये चीज़ें ट्रिप्स के खिलाफ नहीं हैं।*

### दवाइयों को लोगों की पहुंच में लाने के लिए आईडैन की मांगें

1. ज़रूरी दवा सूची की दवाइयों पर अलग-अलग दवाइयों की बजाय श्रेणी के आधार पर, सुझाए गए सिद्धांतों के अनुरूप मूल्य नियंत्रण। इस सूची में समस्त टीके तथा रीकॉम्बिनेन्ट टेक्नॉलॉजी आधारित उत्पादों को शामिल किया जाए।
2. गुणवत्ता के प्रति सजग, सामूहिक खरीद व्यवस्था के ज़रिए सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र में दवाइयों की बेहतर उपलब्धता सुनिश्चित की जाए।
3. ट्रिप्स में उपलब्ध सुरक्षा के उपायों और लचीलेपन का पूरा उपयोग किया जाए।
4. सार्वजनिक क्षेत्र में उत्पादन को बढ़ावा, खास तौर से एंटीबायोटिक, टी.बी. व बहु-औषधि प्रतिरोधी टी.बी., एच.आई.वी. और गैर संक्रामक रोगों की दवाइयों के मामले में।
5. बाज़ार से सारी बेतुकी व खतरनाक दवाइयों को हटाया जाए।
6. नई दवाइयों की मंजूरी सिर्फ उन मामलों में दी जाए जब उनके चिकित्सकीय मूल्य, सुरक्षा अथवा लागत में स्पष्ट फायदा नज़र आए।
7. क्लिनिकल ट्रायल्स के नैतिक दिशा निर्देशों पर सख्ती से अमल हो और एक राष्ट्रीय रजिस्ट्री तैयार की जाए।
8. दवाइयों के मूल्य निर्धारण, स्वीकृति और गुणवत्ता सम्बंधी मुद्दों के लिए एक नियामक संस्था हो।
9. ब्रिटिश नेशनल फॉर्मूलरी के समान एक भारतीय राष्ट्रीय फॉर्मूलरी हो जिसमें नियमित रूप से संशोधन किए जाएं। इससे डॉक्टरों को दवाइयां लिखने हेतु पूर्वाग्रह से मुक्त जानकारी मिलेगी और दवाइयों के तर्कसंगत उपयोग के दिशानिर्देश उपलब्ध हो सकेंगे।
10. दवाइयों के अनैतिक व महंगे प्रचार प्रसार पर रोक लगाने हेतु निर्माताओं के लिए एक आचार संहिता लागू की जाए और चिकित्सा परिषद की आचार संहिता में दिशानिर्देश शामिल किए जाएं।
11. हर 2-3 साल में राष्ट्रीय ज़रूरी दवा सूची में नियमित संशोधन हो और मूल्य नियंत्रण के दायरे में आने वाली दवा सूची की समीक्षा की जाए।

दिल्ली बहुत दूर है - मगर शुरुआत के लिए सबसे आसान कदम मूल्य नियंत्रण का होगा।

## टिप्पणियां

1. इन आंकड़ों (सितंबर 2007) के लिए जन स्वास्थ्य सहयोग, बिलासपुर के डॉ. अनुराग भार्गव को शुक्रिया।
2. ए.पी.आई. या बल्क दवाइयों का बाज़ार इस चीज़ का बेहतर उदाहरण है कि कैसे कई खिलाड़ी होने से कीमतें कम होती हैं - वहां भी रिफेम्पिसिन और इथेम्ब्यूटॉल जैसी टी.बी. प्रतिरोधी दवाइयों के मामले में एकाधिकार के चलते बाज़ार असफल रहता है। भारत में दवाइयों के संदर्भ में बाज़ार की नाकामी की विस्तृत चर्चा के लिए देखें: **Impoverishing the Poor: Pharmaceuticals and Drug Pricing in India**, लोकॉस्ट, बड़ौदा, जन स्वास्थ्य सहयोग, बिलासपुर, दिसंबर 2004।
3. एक ही शक्ति की एक ही दवाई दो अलग-अलग निर्माता बनाएं, तो उनकी कीमतों में 2 से 20 गुना तक का अंतर हो सकता है। मुनाफाखोरी के अलावा इसकी कोई व्याख्या नहीं है। संक्रमणों की दवाई लेवोफ्लॉक्सेसिन को सिप्ला 7 रुपए प्रति गोली की दर से बेचती है जबकि एवेन्टिस यही दवाई 95 रुपए प्रति गोली के भाव से बेचती है। दुखद बात यह है कि कई बार महंगी दवाई ज़्यादा बिकती है क्योंकि उसका ज़ोरदार प्रचार-प्रसार किया जाता है। इसीलिए यह बात कही गई है कि अग्रणी ब्रांड कीमत में अगुआ होता है।
4. उदाहरण के लिए देखें: श्रीनिवासन, एस. **How Many Aspirins to the Rupee? Runaway Drug Prices**, इकॉनॉमिक एण्ड पोलिटिकल वीकली, फरवरी 27-मार्च 5, 1999।
5. भ्रष्टाचार गया तो नहीं मगर शायद कम है क्योंकि सरकारी कर्मचारियों ने वसूली के नए-नए तरीके निकाल लिए हैं। आज भी नई दवा की स्वीकृति के लिए हथेली गर्म करनी पड़ती है। बेतुकी व खतरनाक दवाइयों का बने रहना भी शायद भ्रष्टाचार का एक बड़ा कारण है। यह शायद ठेका अनुसंधान संगठनों तथा दवा निर्माताओं व फुटकर विक्रेताओं के हित में है कि ढीला-ढाला राज्य ऐसा ही बना रहे।
6. मगर सुधार अब ज़्यादा संतुलित ढंग से चल रहे हैं। राज्य, या शायद उसके एक हिस्से, ने समझ लिया है कि स्वास्थ्य सेवाओं को सक्रियता से ढालने के अलावा उसके पास कोई चारा नहीं है।
7. नीति के उस हिस्से पर कर्नाटक उच्च न्यायालय ने रोक लगा दी है जो मूल्य नियंत्रण को कमज़ोर करता। अब भारत सरकार की अपील के चलते यह मामला सर्वोच्च न्यायालय में लंबित है। दवा नीति 2002 की एक समीक्षा के लिए देखें: **Missing the Woods for the Trees: Drug Price Control and Pharmaceutical Policy 2002** का अध्याय 1, लोकॉस्ट, बड़ौदा, जन स्वास्थ्य सहयोग, बिलासपुर, 2004।
8. “बुजुर्गों के लिए सबसे लोकप्रिय दवाइयों की कीमत पिछले वर्ष मुद्रा स्फीती की दर की अपेक्षा साढ़े तीन गुना बढ़ी” - [www.familiesusa.org/site/PageServer?pagename=Media\\_Out\\_of\\_Bounds](http://www.familiesusa.org/site/PageServer?pagename=Media_Out_of_Bounds), 9 जुलाई 2003
9. देखें [http://www.familiesusa.org/site/DocServer/Going\\_without\\_report.pdf?docID=273](http://www.familiesusa.org/site/DocServer/Going_without_report.pdf?docID=273)
10. देखें <http://www.doh.gov.uk/pprs/index.htm>
11. विभिन्न देशों में दवा मूल्य निर्धारण सम्बंधी जानकारी निम्न वेबसाइट से प्राप्त की जा सकती है:  
नेदरलैण्ड  
<http://www.netherlands-embassy.org/article.asp?articleref=AR00000251EN>  
<http://pharmacos.eudra.org/F3/g10/docs/tse/Netherlands.pdf>  
ऑस्ट्रेलिया  
<http://www.health.gov.au/pbs/general/pricing/pbparpt.htm>  
<http://pharmacos.eudra.org/F3/g10/docs/tse/Australia.pdf>  
कनाडा  
<http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/english/home.asp?x=1>  
यूरोपीय संघ  
<http://pharmacos.eudra.org/>  
न्यूज़ीलैण्ड  
<http://pharmacos.eudra.org/F3/g10/docs/tse/NewZealand.pdf>

फिनलैण्ड

<http://pharmacos.eudra.org/F3/g10/docs/tse/Finland.pdf>

स्वीडन

<http://pharmacos.eudra.org/F3/g10/docs/tse/Sweden.pdf>

विश्व स्वास्थ्य संगठन की वेबसाइट

<http://www.who.int/medicines/organization/par/ipc/drugpriceinfo.shtml>

डी.पी.सी.आर.सी. की रिपोर्ट के सम्बंधित अंश के लिए इस रिपोर्ट का परिशिष्ट 1 देखें।

12. “फिर भी सरकार द्वारा लगाए गए मूल्य नियंत्रण व बाज़ार तक पहुंच के नियंत्रण व्यापार में एक अवरोध का काम करते हैं जो उस प्रोत्साहन को कम या खत्म कर देते हैं जो लगातार नए-नए व सुरक्षित दवाइयां बनाने में मदद करते हैं और साथ ही ये नवीनतम औषधियों के पेटेन्टिंग को रोकते हैं। इसके अलावा, ऐसे नियंत्रण अमरीकी कंपनियों व कामगारों को विदेशी बाज़ारों में उचित व समानतापूर्वक प्रतिस्पर्धा करने की क्षमता से वंचित करते हैं और बौद्धिक संपदा अधिकारों को भी कमज़ोर करते हैं।” पूरे वक्तव्य के लिए देखें PhRMA "Special 301" Submission Appendix C, "U.S. Government Needs To Take Action To Address Foreign Price Controls" at <[http://www.phrma.org/international/Appendix\\_C\\_Market\\_Access.pdf](http://www.phrma.org/international/Appendix_C_Market_Access.pdf)>

13. दवा मूल्य निर्धारण समीक्षा समिति की रिपोर्ट, रसायन व पेट्रो रसायन विभाग, नई दिल्ली, अक्टूबर 1999।

14. ज़्यादा हाल में यह भी देखें, “दवा नीति 2005 में मूल्य नियंत्रण को कम करके मात्र 35 दवाइयों तक लाया जाएगा, जबकि अन्य 319 की निगरानी की जाएगी।” यह बात [www.pharmabiz.com](http://www.pharmabiz.com) पर 25 नवंबर 2005 को कही गई थी। यह दस्तावेज़ प्रकाशित होने के समय (जनवरी 2006 में) एक मसौदा नीति टिप्पणियों के लिए वितरित हो चुकी है। इसे एन.पी.पी.ए. की वेबसाइट पर देखा जा सकता है।

15. सर्वोच्च न्यायालय में आईडैन व अन्य बनाम भारतीय संघ - WP (Civil 423/ 2003)। दलीलों के लिए देखें लोकोस्ट/जे.एस.एस. 2004।

16. किसी भी श्रेणी की दवाइयों के लिए मूल्य नियंत्रण आंशिक ही रहता है क्योंकि उस श्रेणी की एक-दो दवाइयां ही मूल्य नियंत्रण की सूची में रहती हैं। जैसे गैर-स्टीरॉइड दर्द निवारकों के मामले में सिर्फ़ इबुप्रोफेन, एस्पिरिन और फिनाइल ब्यूटाज़ोन ही मूल्य नियंत्रण की सूची में हैं जबकि इस श्रेणी की 21 दवाइयां उपलब्ध हैं। दवा श्रेणियों का यह आंशिक प्रतिनिधित्व मूल्य नियंत्रण को बहुत कमज़ोर कर देता है। होता यह है कि मांग को अन्य दवाइयों पर स्थानांतरित कर दिया जाता है।

17. सर्वाधिक बिकने वाले 300 ब्रांड्स में से मात्र 115 ही राष्ट्रीय ज़रूरी दवा सूची में थे। यानी 62 प्रतिशत दवाइयां वे थीं जिन्हें विशेषज्ञों ने ज़रूरी नहीं माना था। ये दवाइयां ज़रूरी दवाइयों के महंगे विकल्प, बेतुके मिश्रण और बेतुकी दवाइयां थीं।

18. राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के लिए देखें <http://mohfw.nic.in/np2002.htm>

19. देखें भार्गव, अनुराग, Pharmaceutical Policy (PP)2002 and National Health Policy (NHP) 2002: Discordance in Perspectives and Content, लोकोस्ट/जे.एस.एस. 2004।

20. देखें एस. श्रीनिवासन और टी. श्रीकृष्णा, Making Available Life-saving Drugs at Reasonable Prices: the Task Force Report, इकॉनॉमिक एण्ड पोलिटिकल वीकली, अक्टूबर 2005।

21. उद्धरण The Strategic Approach से है।