

**13 SCOB [2020] HCD**

**HIGH COURT DIVISION**

**SPECIAL ORIGINAL JURISDICTION**

WRIT PETITION NO. 1509 OF 2016

**Syed Saifuddin Kamal, son of SM Kamal Pasha, of House 419, Road 30, Mohakhali, DOHS, Dhaka- 1206 and another**

..... Petitioners

-VERSUS-

**Bangladesh, represented by the Secretary, Ministry of Health, Bangladesh Secretariat, P.S. Ramna, Dhaka and others.**

..... Respondents.

Ms. Sara Hossain, Advocate  
Ms. Anita Ghazi Rahman,  
Ms. Rashna Imam and  
Ms. Sharmin Akter, Advocates  
... For the Petitioners.

Ms. Kazi Zinat Hoque, DAG with  
Mr. Amit Talkder, DAG,  
Mr. Zakir Hossain Ripon, AAG,  
Ms. Nazma Afreen, AAG

... For the Respondent No. 1

Mr. Khaled Hamid Chowdhury, Advocate  
with

Mr. Shafayat Ullah, Advocate

... For the Respondent No. 2

Heard on: 28.2.2017, 5.4.2017, 7.5.2017,  
23.8.2017, 3.1.2018, 27.3.2018, 28.3.2018  
and 7.8.2018.

Judgment on: 8.8.2018

**Present:**

**Mr. Justice Syed Refaat Ahmed**

**And**

**Mr. Justice Farid Ahmed**

**To provide Emergency Medical services for accidental injured persons and protecting Good Samaritan.**

**In substantiating the significance of the role of Good Samaritans the Petitioners draw on a similar exercise previously undertaken under the aegis of the Supreme Court of India in *Save Life Foundation and another vs. Union of India and another* in Writ Petition (Civil) No. 235/2012 in which the Ministry of Road Transport and Highways (Road Safety) issued necessary directions by gazette notifications with regard to the protection of Good Samaritans to be followed by hospitals, police and all other authorities until appropriate legislation by the Union Legislature. ... (Para 24)**

**This Court, hereby, further directs, and as per the prayer of all parties concerned agreed on the same, that the নীতিমালা in its entirety be deemed enforceable as binding by judicial sanction and approval pending appropriate legislative enactments incorporating entrenched standards objectives, rights and duties. This Court further directs a wide dissemination of the নীতিমালা through publication variously in the Official Gazette and through electronic and print media as shall serve both public interest and secure a broader objective of social mobilization of views and perception of the necessity of such guidelines as indeed anticipated in Clause 15 of the নীতিমালা. Such dissemination shall positively be initiated within a period of 2 (two) months from the date of receipt of**

**a certified copy of this Judgment and Order by the Respondent No. 1, Ministry of Health reflecting preferably all textual amendments as observed upon above by this Court and declare specifically and expressly in its preambular provisions the approval and sanction granted by this Judgment and Order of today's date clothing the নীতিমালা with legal enforceability up until necessary legislative enactments are brought forth.**

... (Para 45)

## JUDGMENT

### SYED REFAAT AHMED, J:

1. In this Application under Article 102 of the Constitution a Rule Nisi was issued on 10.2.2016 calling upon the Respondents to show cause as to why the failure to ensure the provision by existing hospitals and clinics, whether governmental or private, of emergency medical services to critically injured persons should not be declared to be without lawful authority and violative of the fundamental rights as guaranteed under Articles 27, 31 and 32 of the Constitution and why the Respondent Nos. 1 and 3 should not be directed to require hospitals, clinics and doctors to render immediate emergency medical services as and when critically injured persons are brought to them and if any hospital/clinic does not have such emergency medical service, why they should not be directed to ensure that those critically injured persons are sent to the nearest available hospital with an emergency service, and/or to incorporate such a requirement in the licence issued to any private hospital or clinic, and to set up a complaint-system to receive reports regarding any such denial of services and/or such other or further Order or Orders passed as to this Court may seem fit and proper.

2. Accompanying the Rule were an initial set of directions which have since formed the basis of successive Orders leading finally to the formulation of the guidelines anticipated therein. The guidelines that are now placed before this Court for its sanction and approval are in the form of the সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তির জরুরী স্বাস্থ্য সেবা নিশ্চিতকরণ ও সহায়তাকারীর সুরক্ষা প্রদান নীতিমালা, ২০১৮ (“নীতিমালা” )।

3. It is noted that apart from an initial teething problem regarding due compliance with this Court's initial directions the ensuing two-year period has witnessed a mobilization of efforts of both the Petitioners and the concerned Respondents that have led to the নীতিমালা emerging as the product of a concerted effort overseen crucially at all material dates by this Court. Such effort is duly reflected in a series of Orders issued by this Court and bear reference in this Judgment in charting and explaining the process through which the formulation of the নীতিমালা has evolved from a mere aspiration to a ground-breaking reality.

4. On 6.6.2016 this Court was constrained to issue a notice to show cause for contempt on the concerned Respondents on their perceived failure to duly submit a progress report as anticipated in the Rule issuing Order. An Order of 26.7.2016 records the Affidavit-of-Compliance being filed on the part of the concerned Respondents with an apology sought for any unwitting delay and upon satisfaction of which the Respondents were exonerated by this Court.

5. The process thereafter has essentially been a tripartite one with the Court at all material dates issuing extensive directions to both sides and monitoring the progress and compliance with the same. This Court will be remiss in not acknowledging specifically the effort put in on behalf of the Petitioners by Ms. Anita Ghazi Rahman, Ms. Rashna Imam and Ms.

Sharmin Akhtar, and on behalf of the concerned Respondents by Ms. Kazi Zinat Hoque, the learned Deputy Attorney General and Mr. Zakir Hossain Ripon, the learned Assistant Attorney General. It is acknowledged that the *নীতিমালা* as discussed below would not have seen the light of day without the good efforts of these individuals and the assistance extended to this Court at all material times.

6. The Petitioner No. 1, Syed Saifuddin Kamal, is a citizen of Bangladesh and the founder and managing director of Toru, a company incorporated under the Companies Act, 1994, which works with youth across the country to transform innovations to social enterprises. The Petitioner No. 2, Bangladesh Legal Aid and Services Trust (BLAST) is a national non-governmental legal services organization which has a substantial track record of extending legal aid to the poor and disadvantaged as well as initiating public interest litigation for ensuring access to justice and protection of the fundamental rights of all citizens.

7. The Respondent Nos. 1 to 4 are Bangladesh, represented by the Secretary, Ministry of Health and Family Welfare, the Secretary, Ministry of Road Transport and Bridges, the Director General of the Directorate General of Health Services, and the Bangladesh Medical and Dental Council respectively.

8. The Petitioners are aggrieved by the failure to ensure emergency medical care by hospitals and clinics in derogation of the constitutional and statutory duties owed to the citizenry of this country ensuring the availability of emergency medical care at all hospitals and by doctors as and when needed.

9. The facts in the context of which this Petition arises are that at 8.26 pm on Thursday, 21 January 2016, the Petitioner No. 1 was driving his car on Airport Road near Road No. 23, Banani, Dhaka when he was shocked to see a man slip and fall under the wheels of a bus just as he was trying to board it. The Petitioner No. 1, horrified at what he witnessed, immediately stopped his car, got out and ran to assist the man. On seeing that he was critically injured, the Petitioner No. 1 and another bystander together put the victim in the Petitioner's car and drove to the nearest private hospital in Gulshan. However, a guard at the hospital refused admission on learning that the man in question was an emergency patient. The Petitioner accompanied by the other man then drove on to two other private hospitals in the area but was turned away each time, first by a security guard, and then by a doctor. The doctor in this latter instance checked the patient but refused to treat him, even when the Petitioner stated that he would bear the costs of treatment, and instead advised the Petitioner to take the man to the Dhaka Medical College Hospital. The hospital also refused to provide an ambulance when requested for this purpose despite the Petitioner No. 1 being willing to pay for this service.

10. The Petitioner No. 1 then went to the Gulshan Police Station, from where a Sub-Inspector accompanied him to a government hospital, the Kurmitola General Hospital, where the critically injured man was declared dead on arrival at around 9.45 pm. The Petitioner No. 1 was informed subsequently by the Sub-Inspector that the victim had been identified as one Arafat, aged about 18 years, and that he had worked as a bus helper and lived with his maternal uncle, Alam, in Tongi. A report on this incident was published in a national newspaper, The Daily Star on 24.1.2016. Arafat's sad demise, and a loss of a precious life that was wholly avoidable, thus proved to be a catalyst for both a systemic change and legal redress to address the fate similarly suffered until now by countless others at the hands of an unresponsive emergency medical service delivery system in this country. Arafat's story

alerted all concerned to shrug off the sense of the all prevailing resigned acceptance of the status quo where such unresponsive system operates defiantly without accountability and with impunity.

11. In addition to the facts above germane to Arafat's story, it is asserted further that the situation and predicament faced by the Petitioner No. 1 as a conscientious citizen is in fact one experienced by thousands of persons, victims and their aiders, across the country on a regular basis, in seeking to obtain emergency medical services following critical injuries inflicted.

12. It is stated that effective emergency medical services, which require that every person has access to emergency care regardless of his/her ability to pay, are simply currently not available in Bangladesh. The reasons for this are manifold. First, the numbers of state hospitals or health centres with available emergency facilities are inadequate. Second, even where private hospitals have emergency facilities, they often deny admission to emergency patients, a situation which is aggravated by the fact that there is no accountability for hospitals or doctors who refuse such services. Thirdly, there is a lack of proper coordination of such services among both Government and private hospitals. The National Road Safety Strategic Action Plan ("NRSSAP") 2014-2016 which has been adopted by the National Road Safety Council, under the aegis of the Respondent No. 2, Ministry of Road Transport and Bridges, Road Transport and Highways Division, provides for measures to be taken regarding administering first aid and also for transporting those injured in highways and for collection by hospitals of casualty data. However, the Petitioners assert, the NRSSAP contains no clear directions regarding the exact nature, kind and extent of services to be provided or indeed how to regulate or monitor compliance by hospitals and doctors with their duties to provide emergency services.

13. This Court has also been taken through the existing body of laws which the Petitioners contend to be inadequate but which nevertheless provide the essential tools for evaluating a comprehensive body of the rules and standards as prayed for. In this regard the learned Advocate, Ms. Rashna Imam, for the Petitioners submits that the failure to provide emergency medical services may be primarily attributed to there being no specific legal framework for provision of emergency medical services in Bangladesh.

14. The law applicable to medical and dental practitioners and medical assistants in general, the Bangladesh Medical and Dental Council Act 2010 ("BMDC Act"), *inter alia*, mandates registration of medical and dental practitioners and medical assistants by the Bangladesh Medical and Dental Council (Sections 18-20), lays down criteria to be fulfilled for registration and circumstances in which registration may be cancelled (Section 23), and makes false pretence, use of fake titles, use of banned medicines, etc, criminal offence punishable with fines and/or imprisonment.

15. In exercise of the powers conferred by the predecessor Act being the Medical and Dental Council Act, 1980, Bangladesh Medical Dental Council on 24.3.1983 adopted the Code of Medical Ethics ("Code") to be followed by all registered medical and dental practitioners. Clause 5 of the Code states that, "*Gross negligence in respect of his professional duties to his patient may be regarded as misconduct sufficient to justify the suspension or the removal of the name of a Medical/Dental practitioner from the Register*".

16. The law applicable to private hospitals and clinics in general, the Medical Practice and Private Clinics and Laboratories (Regulation) Ordinance 1982, mandates licensing of private clinics, hospitals, nursing homes (Section 8), lays down the conditions that must be fulfilled before a licence may be granted (Section 9 read with Schedules B and C), empowers Director-General Health Services to inspect any chamber of a registered medical practitioner, private clinics, hospitals, nursing homes and laboratories to monitor compliance with the provisions of the Ordinance. Upon inspection, the Ordinance empowers the DGHS to cancel the licence of a private clinic, hospital or nursing home and in the case of a registered medical practitioner or a laboratory, recommend to the Government to debar the former and close down the latter, if found to be non-compliant (Section 11).

17. The closest provision that one can argue that the Ordinance has to mandating the establishment of an emergency department in every private clinic and hospital can be found in section 9(d) and (e) which provides that in order to get a licence, the clinic must have “such essential equipments as are specified in Schedule B” and “adequate supply of life-saving and essential medicines”. Ms. Imam submits that on the face of it this is inadequate and nothing short of expressly making emergency departments a condition of the licence of a private clinic will suffice.

18. In exercise of the powers conferred by section 6 of the Ordinance, the Ministry of Health framed the Private Clinics and Laboratories License Rules, 1982 which contains the forms in which a private clinic shall apply for a licence and in which a licence shall be granted, upon satisfaction of all the conditions specified in the Ordinance.

19. Ms. Rashna Imam further submits that the general laws discussed above are inadequate, at best, insofar as mandating, laying down standards for and regulating the provision of emergency medical services are concerned inasmuch as integral to the provision of emergency medical services in Bangladesh are, *inter alia*, the following matters and none of the said matters have been provided for by the general laws discussed above:

- mandate the provision of emergency medical services irrespective of financial inability or legal complications of the patient.
- mandate hospitals and clinics to have emergency departments if they are to be licensed.
- lay down standards for emergency departments of hospitals and clinics, in terms of infrastructure, equipment, manpower, etc.
- lay down structural and functional requirements of ambulances.
- legal protection of good Samaritans against police questioning and harassment.
- legal obligations of medical practitioners providing emergency medical services, e.g. consent to surgery if patient is a minor and unattended by an adult or unconscious or of unsound mind and unattended by an adult.

20. It is argued, consequentially, that for any legal framework on emergency medical services to be considered adequate, it must provide for the above matters at the very least. The Ordinance read with the Rules and the BMDC Act read with the Code are completely silent on all of the aspects of emergency medical services stated above.

21. The intent and objective behind this Writ Petition and the scope of the proposed set of guidelines came to be considered by this Court as reflected in its Order of 18.1.2017

*“It appears that the underlying Writ Petition has been filed with the primary intent of ensuring the easy accessibility to emergency medical care and intervention as*

*prevents the undue loss of life of road accident victims. Concomitantly, the intent also is of preparing a set of back-up action plans, policy formulations and, in all likelihood, statutory enactments to facilitate the assured availability of such services and intervention in the best feasible manner. It is in that context further that the Petitioners concomitantly bring forth the notion of a “Good Samaritan” being a bystander unreservedly coming to the aid of such road accident victims and taking on the responsibility of access to emergency medical care and intervention. The Court’s aid is sought in this regard to bring about a mechanism ensuring further the personal safety of such “Good Samaritans” made possible by the assured and ready availability of assistance of law enforcement agencies and medical service providers both in the public and the private sectors.”*

22. That Order threw light on the entire gamut of stakeholders who must necessarily have identified roles in the formulation of the guidelines and would be assigned specific tasks and responsibilities thereunder. Indeed, the issue of the proposed guidelines serving to secure the status and role of “Good Samaritans” emerged at this point as a cornerstone of the Petitioners’ Application.

23. In this regard, the Petitioners highlight the absence of legal protection of a Good Samaritan i.e., someone who renders aid in an emergency to an injured person on a voluntary basis. This Court is told that it is an all too common occurrence to see an injured person lying on the road with passers-by just watching, expressing their pity or walking away without intervening. In many cases people are afraid to act as Good Samaritans for fear that they will become involved in police questioning or giving evidence in courts. Currently in Bangladesh there is no law that offers protection to such Good Samaritans, that is, those who come forward to help accident victims. While no such study appears to be in place in Bangladesh as yet, it may be noted that in a survey done in India 2013 by Save LIFE Foundation, an NGO focused on improving road safety and emergency care, it was found that 74% bystanders in India are unlikely to assist a seriously injured person on the road, irrespective of whether they are alone at the spot or in the presence of others, with the finding that 88% of bystanders who were unlikely to assist cited legal hassles like police questioning and court appearances as a deterring factor while 77% of those unlikely to assist said lack of cooperation from hospitals is also a reason. It is submitted that the percentage of such apathy may be safely assumed to be similar and as abysmal in Bangladesh.

24. In substantiating the significance of the role of Good Samaritans the Petitioners draw on a similar exercise previously undertaken under the aegis of the Supreme Court of India in *Save Life Foundation and another vs. Union of India and another* in Writ Petition (Civil) No. 235/2012 in which the Ministry of Road Transport and Highways (Road Safety) issued necessary directions by gazette notifications with regard to the protection of Good Samaritans to be followed by hospitals, police and all other authorities until appropriate legislation by the Union Legislature. In this regard this Court has had the benefit of the said Gazette notifications dated 13.5.2015 and 21.1.2016 placed before it for its perusal.

25. As early as in January 2017 this Court, seized of the above facts and apprised of judicial interventions elsewhere, noted that the existing Article 9 of the NRSSAP constituted a starting point for requisite action to be taken further by the lead agents/agencies as stakeholders in this venture of formulation of guidelines of whom the Respondent No. 1, Ministry of Health appeared to have already taken a lead role. It was also noted that the NRSSAP, with an implementation period culminating in December, 2016 appeared to have,

however, been revisited halfway due to this Court's intervention as early as in February, 2016 through its Rule issuing Order and accompanying direction. That exercise, spurred by this Court's successive directives and Orders since January, 2017, bore testament to the need for a more comprehensive approach to the issues at hand and the formulation of a broad-based response and intervention mechanism to be devised. On that date this Court took note of an Affidavit-of-Compliance filed by the Respondent No. 1, Ministry of Health on 1.9.2016 apprising of a stakeholders' meeting of 23.8.2016. Documents brought on record suggest an Action Blueprint devised by specific reference to the Orders and directions of this Court and assigning sector specific roles and responsibilities to various stakeholders and implementing authorities. Chief among the decisions taken and roles assigned at that meeting, in this Court's view, was the assumption of responsibility by the Respondent No. 1, Ministry of Health itself to formulate guidelines with regard to the provision of emergency medical services to victims of road accidents. As emphasized further by Ms. Rashna Imam representing the Petitioners, this Court deemed fit to also require the Respondent No. 1 to additionally consider bringing the protection of Good Samaritans under the purview of the proposed guidelines.

26. At that time there was concern expressed by this Court of an absence of co-ordinated activity between the two major stakeholders and lead implementation agencies being the Respondent No. 1 and Respondent No. 2, Ministry of Road Transport and Bridges given the initial intent and objective behind the Court's Order for these two stakeholders to work together. The Respondent No. 2 in that light was asked to bring to the Court its own proposal on the issues at hand and this was complied with duly. It suffices to note here that two years on, with the drafting of the *নীতিমালা* the Respondent No. 2 now raises no objection to a judicial sanction being granted it, thereby, expressing the Ministry of Road, Transport and Bridge's acceptance in principle of the sufficiency of the *নীতিমালা*.

27. On 29.1.2017 this Court recorded an initiative taken by the Respondent No. 1 on 26.1.2017 to form a Special Committee for drafting the guidelines within a reasonably short period of time. The complexion of the Committee so formed was brought on record through a compliance filed by the Respondent No. 1 and as recorded by this Court's Order on 19.2.2017. It is evident from Annexure-'1' of the Respondent No. 1's Supplementary Affidavit-in-Compliance of 31.1.2017 that the Respondent No. 1, Ministry by a memo being No. 45.156.116.00.00.011.2011-37 dated 26.1.2017 constituted a four-member Committee headed by the Joint Secretary (Hospital) of the Respondent No.1, Ministry to formulate the guidelines. The other members of the Committee are the Joint Secretary (Hospital) of the Respondent No. 1, Ministry, the Director (Hospital and Clinic), Directorate of Health, Mohakhali, Dhaka and Senior Assistant Secretary, (Hospital-3) Section, Ministry of Health.

28. An Affidavit-in-Compliance of 23.3.2017 filed on behalf of the Respondent No. 1 was further in evidence of a Core Committee formed on 16.3.2017 to formulate the guidelines. A perusal of the minutes of the Ministry meeting of 15.3.2017 chaired by the Additional Secretary (Hospital) reveals that the Core Committee would comprise of the Joint Secretary (Hospital), Ministry of Health acting as the chair with membership drawn from the Director (Hospital and Clinic), Health Directorate, the Line Director, NCDC, Directorate of Health and the Senior Assistant Secretary (Hospital -3) of the Ministry. The Core Committee was given a fortnight's time to report back on the best practices deduced from a study of prevalent standards in India, Thailand, Singapore and Malaysia in particular. Noted further was the need for a broad-based approach in this regard and for dissemination of standards of services available with specific rules assigned to various stakeholders as stressed at the

meeting by Mr. Md. Mutahar Hossain Saju, the Deputy Attorney General representing the Attorney General's Office at the said meeting. The extract of the minutes recording his proposals are reproduced hereinbelow:

“জনাব মোঃ মোতাহার হোসেন সাজু, ডেপুটি অ্যাটর্নি জেনারেল, মহামান্য হাইকোর্ট ডিভিশন বলেন, জনগনের মধ্যে সচেতনতা বৃদ্ধির লক্ষ্যে সরকারি ও বেসরকারি প্রেস ও ইলেকট্রনিক্স মিডিয়াগুলো দুর্ঘটনায় আহত রোগীদের জরুরী চিকিৎসা সেবা প্রদানের বিষয়ে ব্যাপক প্রচারণা চালাতে হবে। সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতালসহ সংশ্লিষ্ট সকল কর্তৃপক্ষ যাতে সড়ক দুর্ঘটনা আহত ব্যক্তিদের Good Samaritan নীতি অনুসরণপূর্বক তা বাস্তবায়ন করে এবং বেসরকারি হাসপাতাল কর্তৃপক্ষকর্তৃক তাদের চিকিৎসা সেবা নিশ্চিতকরনেদায়বদ্ধতা নির্ধারণ করা যায় সে বিষয়ে নীতিমালায় উল্লেখ থাকতে হবে। তিনি গতানুগতিক নীতিমালা প্রণয়ন না করে পার্শ্ববর্তী অন্যান্য দেশ যেমন ভারত, থাইল্যান্ড, সিঙ্গাপুর, মালয়েশিয়ার জরুরী স্বাস্থ্য সেবা সংক্রান্ত নীতিমালা পর্যালোচনা করে একটি যুগোপযোগি নীতিমালা প্রনয়নের উপর গুরুভারোপ করেন। এছাড়াও তিনি প্রতিটি জেলা ও উপজেলা পর্যায়ে প্রতিমাসে সড়ক দুর্ঘটনার বিষয়ে আর টি এ এর সমন্বয় সভার ব্যবস্থা করণ এবং পুলিশ ও দুর্ঘটনাস্থান থেকে প্রাপ্ত তথ্য প্রদানের নিমিত্ত রোগীসেবার জন্য সকল হাসপাতালে একটি হটলাইন চালু এবং জোরালো মনিটরিং ব্যবস্থার সংস্থান রেখে নীতিমালা প্রণয়ন করা যায় বলে মর্মে অভিমত ব্যক্ত করেন।”

29. It suffices to note that the position so adopted by the Attorney General's Office set the pace and tone for enquiry to be undertaken by the Core Committee.

30. A distinct feature of the Court's various Orders parallel to these developments on the ground is the stress paid on the necessity for any future guidelines not only covering the matter of urgent medical care to victims of accidents or offences but also the status of their aiders or Good Samaritans and their protection from undue harassment consequent upon their interventions in aid of victims. One such reminder was addressed by this Court to the Respondent No. 1 on 7.5.2017 along with a directive to revert with definite information of either completion of formulation of guidelines or the stage at which the process then stood.

31. On 2.7.2017 the Respondent No. 1 through an Affidavit-in-Compliance of 4.6.2017 apprised of draft guidelines already formulated and at the time undergoing a process of further evaluation and amendment as necessary with the prayer for time to produce in Court the finalized set of guidelines. The first draft of the guidelines was brought on record through an Affidavit-in-Compliance dated 9.8.2017 by the Respondent No. 1 eliciting a broad set of recommendations placed by the Petitioners as an outcome of an expert consultation that had already previously taken place. This Court's Order of 17.10.2017 noted that the Petitioners had placed for the Court's consideration the set of recommendation as were the outcome of two expert consultations held in August and September, 2017 under the auspices of the Petitioner No. 2, BLAST. The Court deemed imperative at the time for all Respondents to peruse and evaluate such recommendations as well as the established good practices, particularly in India, pertaining to Good Samaritans as a prerequisite to any finalization of the guidelines previously placed before this Court and set the time-frame for the Respondent No. 1 within which to revert to this Court. It suffices to note further the expert consultations held on 8.8.2017 and 29.7.2017 at BLAST premises do indicate the active participation of medical practitioners who contributed greatly to the conceptual clarification and expansion of the kinds of specialized services to be provided by service providers.

32. This Court is satisfied that the নীতিমালা as now placed before this Court revolves around certain core concepts that were refined through these expert consultations and thereafter placed before the Respondent No. 1, Ministry. Indeed, the Petitioners' learned Advocate Ms. Rashna Imam attests to the fact that these concepts have figured duly in the নীতিমালা now awaiting this Court's approval. Fundamental to the নীতিমালা are, therefore, the notions of an Emergency Medical Services Authority (EMSA), the kind and range of

emergency medical services that the নীতিমালা seeks to regulate, the extent of first aid as is envisaged to be administered, the essential components of basic life support as well as advanced life support, Emergency Medical Technicians or EMTs and last but not the least, that of Good Samaritans. These concepts and notions as recommended for inclusion by the experts and as explained to this Court, bear recording in the text and body of this Judgment and are being reproduced from the Petitioner No. 2's compliance of 10.10.2017 as hereunder-

*“(i) A new definition of **“Emergency Medical Services Authority or EMSA”** should be inserted in the Draft Guidelines, which names the authority responsible for regulation and management of Emergency Medical Services in Bangladesh, including implementation of the Draft Guidelines. EMSA could be a department of the Directorate General of Health Services (DGHS);*

*“(ii) The definition of **“Emergency Medical Services”** in Clause 5.2 should include basic life support services by Emergency Medical Technicians and emergency departments of all hospitals and advanced life support services at district level hospitals and medical college hospitals; the scope of the definition should include pre-hospital care, care during inter-hospital transfer and while in the emergency department of a hospital;*

*“(iii) **“First Aid”** in Clause 5.5 should be replaced with comprehensive definitions of **“basic life support”** and **“advanced life support”**;*

*“(iv) **“Basic Life Support”** should be defined as initial assessment and treatment using the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach, including but not limited to emergency first aid and cardiopulmonary resuscitation procedures which, as a minimum, include recognizing respiratory and cardiac arrest and starting the proper cardiopulmonary resuscitation to maintain life without invasive technique until the victim may be transported or until life support is available;*

*“(v) **“Advanced Life Support”** should be defined as basic life support services and cardiac monitoring, cardiac defibrillation, advanced airway management, intravenous therapy, administration of specified drugs and other medicinal preparations, and other specified techniques and procedures administered by authorized personnel under the direct supervision of a hospital as part of a local emergency medical services system, while in the emergency department of a district level hospital and a medical college hospital;*

*“(vi) Definition of **“Individuals Providing Health Service”** in Clause 5.8 should be replaced with a definition of **“Emergency Medical Technicians or EMT”**; an EMT should be defined as an individual who belongs to any one of the three levels of EMTs, having received training according to standards prescribed by the Emergency Medical Services Authority (EMSA) for each level, and who holds a valid certificate issued by the EMSA; the three levels should include:*

- Primary care EMT- able to measure vital signs, perform basic life support techniques.*
- Advanced care EMT-builds on EMT-1, provide ECG monitoring, application of the laryngeal mask and pneumatic anti-shock garment, and operate automatic external defibrillators and some medications.*
- Critical care EMT- provides skills such as advanced airway management, advanced cardiac life support, trauma life support, pediatric advanced life support, obstetric life support, disaster management and procedures for dealing with hazardous materials.*

*“(vii) The term **“Good Samaritan”** should be included in the Draft Guidelines. The following definition is proposed:*

*“Good Samaritan means any bystanders and/or passers-by who render help to the victims of accidents in view of the fact that these individuals can play a significant role in order to save lives of the victims by either immediately rushing them to the hospital or providing immediate life saving first aid”.*

33. Also brought forth through these expert consultations was another component of the *নীতিমালা* that was absent in the guidelines as initially prepared. These are the provisions relating to ambulance services. Extensive deliberations are found recorded under this head on the categories of ambulances that would be called into operation as needed with a consensus arrived at on the need for rapid response vehicles, general ambulances and cardiac ambulances.

34. At this juncture, this Court feels that the provisions on the protection of Good Samaritans require some elaboration. It is noted that the Rule Nisi dated 10.2.2016 directed framing of a separate set of guidelines *“for the protection of Good Samaritan to be followed by the hospitals, police and all other relevant authorities”*. The draft guidelines only sparingly acknowledged a need for a “Good Samaritan *নিতি*” guarding against harassment of Good Samaritans by hospital authorities and the police. To fill in that obvious lacuna in this regard, a comparative evaluation of prevailing standards and practices in other jurisdictions was suggested by the Petitioners. Of these were highlighted the separate and specific laws promulgated in India, Canada and Ireland such as the Indian Good Samaritan Guidelines, the Canadian Good Samaritan Act, 2001 and the Civil Law (Open Miscellaneous Provisions) Act, 2011 of Ireland. The range and breadth of best practices worldwide that the experts considered and brought forth in their recommendation led this Court to dwell on the feasibility of drawing on practices prevalent in medical systems that are relatively more developed than ours and as operate in social settings where sensitivity to emergency medical needs and the institutional capacity to respond effectively are for more heightened and advanced than ours. Accordingly, this Court has been of the view that a sustainable response and delivery mechanism in this regard may draw on social settings relatively similar to ours in terms of crises settings and situations and standards and capacities which may realistically be adopted by and added to our system. In that regard, the Indian experience provided the best example to study and evaluate.

35. It is predicated on these developments and points of view that a working draft of the guidelines eventually surfaced in early 2018. An Affidavit-in-Compliance on behalf of the Respondent No. 1 of 14.11.2017 revealed that by that date a *“working draft”* of the guidelines had been uploaded on the website of the Respondent No. 1 creating some consternation among the Petitioners who apprehended that the said draft ran the risk of being mistakenly and prematurely treated as a final set of guidelines agreed upon by all stakeholders.

36. The Petitioners at that juncture initiated two consultations to which favourable responses were received from the Respondent No. 1 and was actively participated by all stakeholders. A Supplementary Affidavit of 28.3.2018 on behalf of the Petitioner No. 2 records that the Respondent No. 1 organized two meetings at the Ministry on 29.1.2018 and 5.2.2018 pursuant to this Court’s Order of 17.10.2017 to review the Petitioners’ recommendations with the following stakeholders on board-

a. Meeting dated 29.1.2018-

(i) Md. Habibur Rahman Khan, Additional Secretary, Hospital, Ministry of Health and Family Welfare;

- (ii) Rehana Yasmin, Deputy Secretary, Ministry of Health and Family Welfare;
  - (iii) Jakia Sultana, Joint Secretary, Government Health Administration, Ministry of Health and Family Welfare;
  - (iv) Zakir Hossain Ripon, Assistant Attorney General for Bangladesh;
  - (v) Dr. Md. Ashraf Uddin Ahmed, Resident Physician, Head, Department of Emergency, BIRDEM General Hospital;
  - (vi) Advocate Sharmin Akter, Senior Staff Lawyer, BLAST;
  - (vii) Barrister Anita Ghazi Rahman, Advocate for BLAST and Saif Kamal;
  - (viii) Barrister Rashna Imam, Advocate for BLAST and Saif Kamal;
  - (ix) Mahbuba Akhter, Deputy Director, Advocacy and Communications, BLAST.
- b. Meeting dated 5.2.2018-
- (i) Dr. Md. Faruk Hossain, Junior Consultant (Casualty), Dhaka Medical College Hospital;
  - (ii) Jakia Sultana, Joint Secretary, Government Health Administration, Ministry of Health and Family Welfare;
  - (iii) Rehana Yasmin, Deputy Secretary, Ministry of Health and Family Welfare;
  - (iv) Advocate Sharmin Akter, Senior Staff Lawyer, BLAST;
  - (v) Barrister Anita Ghazi Rahman, Advocate for BLAST and Saif Kamal;
  - (vi) Barrister Rashna Imam, Advocate for BLAST and Saif Kamal;

37. These meetings yielded a consensus on how the draft guidelines could be modified emphasizing further the content and the language of the modifications. The Petitioners through the Affidavit of 28.3.2018 stressed further additions to a future more comprehensive text of guidelines. One such issue has to do with the application of establishing international standards regarding consent to surgical procedure in a emergency situation to save lives as is reflected in Clause 9.1 of both the draft guidelines and the *নীতিমালা*. The Petitioners proposal herein were two fold. In case of an unconscious patient or a minor not accompanied by an attendant and/or family member, the consent to a surgical procedure would necessarily have to be implicit in instances where the procedure is imminently and unavoidably necessary to save the patient's life. Secondly, in case of a conscious person of sound mind not accompanied by an attendant family member prior informed personal consent to a surgical procedure would be required. However, if in the latter scenario such person proves to be incapable of accurately comprehending his or her own medical condition, and thus incapable of expressly providing informed consent, consent to a surgical procedure shall be implicit should such procedure be imminently and unavoidably necessary to save the patient's life.

38. The other notable recommendations of the Petitioners' at this juncture have to do with the time frame within which supplementary directions are to be issued by the Government to implement the guidelines. In this regard it is submitted that Clause 6.1, as deals with the infrastuctural and manpower requirements for feasibly and sustainably providing emergency medical services, would have to be complemented by the Government issuing detailed information on the requisite and available infrastructure, manpower and equipments for emergency hospital services no later than three months from the date that the guidelines would come into force. Concomitantly, the requirement would also be of a Government prescription in the form of a National Ambulance Code that lays down detailed structural and functional requirements for road ambulances in Bangladesh no later than three months from the date that the guidelines "*Emergency Medical Services for Road Accident Victims and Protection of Good Samaritans Guidelines, 2018*" would come into force.

39. It has since transpired that all these recommendations, for the most part have been favourably received and considered by the Respondent No. 1, Ministry of Health. An Affidavit-in-Compliance on behalf of the said Ministry dated 11.3.2018 has finally brought on record the finalized text of the নীতিমালা, the outcome of input and consideration by various stakeholders concerned. This Court on 27.3.2018 on noting such fact additionally observed that in the Supplementary Affidavit on behalf of the Petitioner No. 2, BLAST dated 27.3.2018 there is indeed a satisfaction of the Petitioners' proposals being for the most part incorporated into the নীতিমালা.

40. Additionally, and by way of abundant caution and prudence, and as reflected in this Court's Order of 3.7.2018, this Court reminded all stakeholders concerned that the process of finalization of the guidelines would always be a consultive and participatory exercise, as had been the case thus far, to its satisfaction and as attested to by the information already brought on record. As stressed upon at the very initial stages, this Court in reiteration highlighted that the parties concerned, including the Respondent No. 2, Ministry of Roads and Highways, would coordinate their activities and efforts towards such finalization process and revert to this Court within an assigned time with the text of the finalized draft. Mr. Khaled Hamid Chowdhury, the learned Advocate for the Respondent No. 2 affirms that the Ministry of Roads, Highways and Bridges having so reverted with due instructions from his client presently sees no objection to either the content or feasibility of implementing the guidelines in the form of the নীতিমালা and prays that this Court may now place its final stamp of approval subject to any observations and further directions as necessary.

41. The learned Deputy Attorney General, Ms. Kazi Zinat Hoque, being the latest in several Officers of the Attorney General's Office (being Mr. Mutahar Hossain Saju, DAG, Mr. Amit Talukder DAG and Mr. Zakir Hossain Ripon AAG) assigned to this case, has discharged the responsibility on behalf of the Respondent No. 1, Ministry of Health to bring on record the finalized guidelines in the form of নীতিমালা through an Affidavit-in-Compliance dated 5.8.2018.

42. The নীতিমালা reads as under in its entirety:

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়  
স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ  
সরকারি স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা-২ অধিশাখা  
বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা

**সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তির জরুরী স্বাস্থ্য সেবা নিশ্চিতকরণ ও সহায়তাকারীর সুরক্ষা প্রদান নীতিমালা, ২০১৮**

সড়ক মহাসড়ক নির্মাণে কারিগরি ত্রুটি, যানবাহন চলাচলে অনিয়ম, চালকের অদক্ষতা, সড়ক মহাসড়কে অবৈধভাবে স্থাপিত হাটবাজার ও স্থাপনা, অবৈধ ও অযান্ত্রিক যানবাহনের উপস্থিতি, জনসচেতনতার অভাব ও সড়ক-মহাসড়কে চলাচল উপযোগী নিরাপদ যানবাহনের অভাবে নাগরিকগণ প্রতিনিয়ত সড়ক দুর্ঘটনার শিকার হন। এ সকল দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তি যথাসময়ে উপযুক্ত চিকিৎসার অভাবে কর্মক্ষমতা হারিয়ে ফেলেন, বিকলাঙ্গ বা পঞ্জুত বরণ করেন এমনকি তাদের মৃত্যুর আশংকাও থাকে। এ ধরনের দুর্ঘটনার শিকার ব্যক্তির জরুরী চিকিৎসা আবশ্যিক। সে বিবেচনায় জাতীয় স্বাস্থ্য নীতি, ২০১১-এ জরুরী চিকিৎসা সেবাকে অগ্রাধিকার প্রদান করা হয়েছে। এছাড়া টেকসই উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা ২০৩০ এর ৩.৬ নং সিদ্ধান্তে সড়ক দুর্ঘটনায় আহত বা মৃত্যুর সংখ্যা অর্ধেকে নামিয়ে আনার লক্ষ্য নির্ধারণ করা হয়েছে। একইসাথে জাতীয় সড়ক নিরাপত্তা স্ট্র্যাটেজিক প্লান, ২০১৪-১৬ এর অনুচ্ছেদ ৯(১) এ জরুরী স্বাস্থ্য সেবা প্রদানের লক্ষ্যে কার্যক্রম গ্রহণের সুপারিশ করা হয়েছে। এছাড়া, মহামান্য হাইকোর্ট বিভাগে দায়েরকৃত রীট পিটিশন নং-১৫০৯/২০১৬ এর ১০/২/২০১৬ তারিখের আদেশে সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তির জরুরী স্বাস্থ্য সেবা প্রদান ও সহায়তাকারীর (Good Samaritan) সুরক্ষা প্রদানের লক্ষ্যে নীতিমালা প্রণয়নের নির্দেশনা রয়েছে। এ পরিপ্রেক্ষিতে নিম্নোক্ত নীতিমালা প্রণয়ন করা হ'লঃ

## ২.০. শিরোনামঃ

এ নীতিমালা ‘সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তির জরুরী স্বাস্থ্য সেবা নিশ্চিতকরণ ও সহায়তাকারীর সুরক্ষা প্রদান নীতিমালা, ২০১৮’ নামে অভিহিত হবে।

## ৩.০ প্রযোজ্যতাঃ

দেশের সকল সড়ক মহাসড়কে সংঘটিত দুর্ঘটনার ক্ষেত্রে এ নীতিমালা প্রযোজ্য হবে।

## ৪.০ উদ্দেশ্যঃ

৪.১ সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তিকে দ্রুততম সময়ে জরুরী চিকিৎসা সেবা প্রদানের মাধ্যমে সম্ভাব্য স্বাস্থ্য ঝুঁকি ও প্রাণহানি হ্রাস করা; এবং

৪.২ সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তিকে সহায়তাকারীর (Good Samaritan) সুরক্ষা প্রদান।

## ৫.০ সংজ্ঞাঃ

৫.১ ‘উন্নত জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা’ অর্থ প্রশিক্ষিত জনবল দ্বারা মৌলিক লাইফ সাপোর্ট, কার্ডিয়াক নিরীক্ষণ, ডিফিব্রিলেশন, এ্যাডভান্স এয়ারওয়ে ম্যানেজমেন্ট, ইন্ট্রাভেনাস থেরাপী এবং উপযুক্ত ঔষধ ব্যবহার করে চিকিৎসা প্রদান।

৫.২ ‘মৌলিক জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা’ অর্থ রোগীর প্রাথমিক মূল্যায়ন ও কার্ডিওপ্যালমোনারী রিসাসিটেশনের মধ্যে সীমাবদ্ধ না থেকে লাইফ সাপোর্ট না পাওয়া পর্যন্ত ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) পদ্ধতি ব্যবহার করে চিকিৎসা প্রদান।

৫.৩ ‘সড়ক দুর্ঘটনা’ অর্থ সড়কে সংঘটিত কোন আকস্মিক বা অপ্রত্যাশিত বা অবহেলাজনিত ঘটনা, যার ফলে কোন ব্যক্তির আহত হওয়াসহ শারীরিক সক্ষমতা হ্রাস বা মৃত্যু ঝুঁকি সৃষ্টি হয়;

৫.৪. ‘জরুরী চিকিৎসা সেবা’ অর্থ দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তিকে তাৎক্ষণিক চিকিৎসা প্রদানের লক্ষ্যে প্রদত্ত প্রাথমিক চিকিৎসা (First aid), পরামর্শ (Advice) অথবা সহায়তা (Assistance) এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে মৌলিক ও উন্নত জীবনরক্ষাকারী চিকিৎসা;

৫.৫. ‘চিকিৎসক’ অর্থ বাংলাদেশ মেডিকেল এবং ডেন্টাল কাউন্সিল আইন, ২০১০ (২০১০ সনের ৬১ নং আইন) এর অধীনে নিবন্ধিত চিকিৎসক;

৫.৬. ‘আহত ব্যক্তি’ অর্থ সড়ক দুর্ঘটনার ফলে শারীরিক বা মানসিকভাবে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি;

৫.৭. ‘প্রাথমিক চিকিৎসা’ অর্থ সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তির জীবন রক্ষার্থে প্রদত্ত জরুরী চিকিৎসা সেবা;

৫.৮. ‘Good Samaritan’ অর্থ কোন প্রকার পুরস্কার বা আর্থিক সহায়তার প্রত্যাশা না করে স্বতঃপ্রণোদিতভাবে দুঃস্থ ব্যক্তির সাহায্যার্থে এগিয়ে আসা ব্যক্তি;

৫.৯. ‘হাসপাতাল’ অর্থ কোন সরকারি বা সরকার অনুমোদিত কোন বেসরকারি হাসপাতাল, ক্লিনিক, নার্সিং হোম, মেডিকেল সেন্টার অথবা চিকিৎসা সেবা প্রদানের উদ্দেশ্যে স্থাপিত কোন মেডিকেল বিশ্ববিদ্যালয় কলেজ, ইনস্টিটিউট বা প্রতিষ্ঠান, তা যে নামেই অভিহিত করা হোক না কেন;

৫.১০. ‘স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী ব্যক্তি’ অর্থ স্বাস্থ্য সেবা সংশ্লিষ্ট সংবিধিবদ্ধ সংস্থার অধীনে নিবন্ধিত চিকিৎসক, মেডিকেল এ্যাসিস্টেন্ট, নার্স, মিডওয়াইফ, প্রশিক্ষণরত ইন্টার্ন চিকিৎসক বা নার্স ও চিকিৎসা সহায়তাকারী অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠানে স্বাস্থ্য সেবায় নিয়োজিত ব্যক্তি যারা নিম্নরূপ তিন স্তরের সেবা প্রদানে সক্ষম:

- (ক) প্রাথমিক সেবা প্রদানকারী ব্যক্তি: প্রাথমিক নিরীক্ষণ ও মৌলিক লাইফ সাপোর্ট প্রদানে সক্ষম;
- (খ) এ্যাডভান্স কেয়ার টেকনিশিয়ান: বেসিক লাইফ সাপোর্ট প্রদানসহ ইসিজি পর্যবেক্ষণ, ল্যারিঞ্জিয়াল মাস্ক ও এন্টি শক এয়ার গার্মেন্টস প্রয়োগে সক্ষম এবং স্বয়ংক্রিয় অটো এক্সটারনাল ডিফিব্রিলেটর পরিচালনাসহ ঔষধ প্রয়োগে সক্ষম; এবং
- (গ) ক্রিটিক্যাল কেয়ার টেকনিশিয়ান: উন্নত এয়ারওয়ে ম্যানেজমেন্ট, কার্ডিয়াক লাইফ সাপোর্ট, পেডিয়াট্রিক এ্যাডভান্স লাইফ সাপোর্ট, অবসট্রেটিক লাইফ সাপোর্ট প্রদান ও যেকোন জরুরি অবস্থা মোকাবেলাসহ দুর্যোগ ব্যবস্থাপনায় সক্ষম।

৫.১১. ‘জরুরি স্বাস্থ্য সেবা সেল’ অর্থ সংশ্লিষ্ট ‘সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তির জরুরী স্বাস্থ্য সেবা ও সহায়তাকারী সুরক্ষা প্রদান নীতিমালা, ২০১৭’ বাস্তবায়ন ও পরিবীক্ষণের লক্ষ্যে স্বাস্থ্য অধিদপ্তরে গঠিত সেল;

৫.১২. ‘অসদাচরণ’ অর্থ সংশ্লিষ্ট নিবন্ধন প্রদানকারী কর্তৃপক্ষ নির্ধারিত অসদাচরণ।

#### ৬.০. সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তির জরুরী চিকিৎসা সেবা প্রদান—

৬.১. হাসপাতাল স্থাপনের অনুমতি প্রদানের ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয় অবকাঠামো, জনবল ও জরুরি চিকিৎসা সরঞ্জামাদিসহ জরুরি বিভাগ স্থাপনের শর্ত আবশ্যিকভাবে পরিপালন করতে হবে। ইতোমধ্যে স্থাপিত হাসপাতালের অনুমতি/নিবন্ধন/লাইসেন্স নবায়নের ক্ষেত্রে উক্ত শর্ত পালন নিশ্চিত করতে হবে;

৬.২. সড়ক দুর্ঘটনায় আক্রান্ত ব্যক্তির জীবন রক্ষার্থে তাৎক্ষণিকভাবে (Golden Hour এর মধ্যে) তাকে নিকটতম হাসপাতালে প্রেরণ এবং মৌলিক জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা প্রদান করতে হবে;

৬.৩. আইনী জটিলতার সম্ভাবনা বিবেচনায় চিকিৎসা সেবা প্রদানে বিলম্ব করা যাবে না; এবং

৬.৪. আহত ব্যক্তির আর্থিক সক্ষমতার বিষয় বিবেচনা না করে বেসরকারি হাসপাতালসমূহ Corporate Social Responsibility (CSR) এর আওতায় চিকিৎসা সেবা প্রদান করবে।

#### ৭.০. চিকিৎসা সেবা প্রদানে স্থানান্তর (Refer)-

৭.১. গুরুতর আহত ব্যক্তিকে মৌলিক জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা প্রদানের লক্ষ্যে মেডিকেল স্কিনিং এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে স্থিতিশীল (Stable) করতে হবে;

৭.২. সংশ্লিষ্ট হাসপাতালের পূর্ণাঙ্গ (Integrated) চিকিৎসা সেবা সুবিধা বা সক্ষমতা না থাকলে রোগীর শারীরিক অবস্থা এবং প্রাথমিক চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যাবলী লিপিবদ্ধ করে Golden Hour এর মধ্যে হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ তাঁকে উন্নত জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা প্রদানের লক্ষ্যে উপযুক্ত চিকিৎসা সুবিধা সম্বলিত হাসপাতালে নিজ দায়িত্বে স্থানান্তর (Refer) করবে।

#### ৮.০. উপযুক্ত সুবিধাসম্পন্ন হাসপাতাল কর্তৃক চিকিৎসা প্রদানের বাধ্যবাধকতা-

আহত ব্যক্তির চিকিৎসা প্রদানে সক্ষমতা সম্পন্ন হাসপাতাল কোন অবস্থাতেই রোগীর চিকিৎসা প্রদান ব্যতিরেকে ফেরৎ বা স্থানান্তর (Refer) করতে পারবে না।

#### ৯.০. চিকিৎসাধীন ব্যক্তির সম্মতি গ্রহন-

৯.১. আহত ব্যক্তির জরুরী শল্য চিকিৎসার প্রয়োজন হলে উপযুক্ত অভিভাবক বা আত্মীয়ের অনুপস্থিতিতে কোন আত্মীয় বা অভিভাবকের সম্মতি ব্যতিরেকেই প্রয়োজনীয় শল্য চিকিৎসার প্রস্তুতি গ্রহণ সাপেক্ষে চিকিৎসা প্রদান করা যাবে;

৯.২. উক্তরূপ জরুরী শল্য চিকিৎসার ফলে আহত ব্যক্তির জীবন নাশের আশঙ্কা থাকলে বা জীবন হানি ঘটলে উক্ত চিকিৎসকের বিরুদ্ধে কোনরূপ আইনগত ব্যবস্থা গ্রহন করা যাবে না।

#### ১০.০. অবহেলা বা শৈথিল্য প্রদর্শন-

১০.১. জরুরী চিকিৎসা সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে কোন চিকিৎসক বা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী ব্যক্তি অবহেলা বা শৈথিল্য প্রদর্শন করলে তা অসদাচরণ হিসেবে বিবেচিত হবে;

১০.২. জরুরী চিকিৎসা সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে কোন হাসপাতাল অবহেলা বা শৈথিল্য প্রদর্শন করলে নিবন্ধন বা লাইসেন্স বা অনুমোদন প্রদানকারী কর্তৃপক্ষ উক্ত হাসপাতালের বিরুদ্ধে বিধিমতে প্রয়োজনীয় প্রশাসনিক ব্যবস্থা গ্রহণ করবে।

#### ১১.০. জরুরি স্বাস্থ্য সেবা সেল গঠন-

১১.১. সরকার এ নীতিমালা বাস্তবায়ন ও পরিবীক্ষণের লক্ষ্যে স্বাস্থ্য সেবা বিভাগের আওতাধীন স্বাস্থ্য অধিদপ্তরে একটি জরুরি স্বাস্থ্য সেবা সেল গঠন করবে;

১১.২. জরুরি স্বাস্থ্য সেবা সেল এ নীতিমালার কার্যকারিতা নিশ্চিতকরণের লক্ষ্যে উপযুক্ত সুপারিশ প্রণয়ন ও মনিটরিং করবে;

১১.৩. জরুরি স্বাস্থ্য সেবা সেলের মনিটরিং-এর ফলে কোন ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠান কর্তৃক চিকিৎসা সেবা প্রদানে অবহেলা/শৈথিল্য চিহ্নিত হলে প্রচলিত আইন অনুযায়ী তা বিচার্য হবে।

#### ১২.০. আহত ব্যক্তির তথ্য সংরক্ষণ ও সরবরাহকরণ-

সকল হাসপাতাল সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তিকে চিকিৎসা সেবা প্রদান সংক্রান্ত তথ্য নির্ধারিত ছক অনুযায়ী ত্রৈমাসিক ভিত্তিতে স্বাস্থ্য সেবা বিভাগের আওতাধীন স্বাস্থ্য অধিদপ্তরে প্রেরণ করবে। স্বাস্থ্য অধিদপ্তর তাৎক্ষণিকভাবে তা মন্ত্রণালয়ে প্রেরণ করবে।

#### ১৩.০. সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তিকে সহায়তাকারীর (Good Samaritan) সুরক্ষা-

১৩.১. একজন সহায়তাকারী (Good Samaritan) কোন কর্মের জন্য দায়ী হবেন না, যদি তিনি-

১৩.১.১. গুরুতর অসুস্থ/আহত/বিপদাপন্ন/বিপদগ্রস্ত ব্যক্তিকে সহায়তা করেন, উপদেশ প্রদান করেন বা তাঁর প্রতি যত্নশীল আচরণ করেন।

১৩.১.২. যেকোন যোগাযোগ মাধ্যম ব্যবহার করে তাঁকে যৌক্তিক পরামর্শ প্রদান করেন;

১৩.২. আহত ব্যক্তিকে হাসপাতালে আনয়নকারী ব্যক্তি/সহায়তাকারী (Good Samaritan)-কে নীতি অনুসরণপূর্বক হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ কোন প্রকার আটক বা অন্য কোন প্রকার হয়রানি করতে পারবে না;

১৩.৩. আহত বা বিপদগ্রস্ত ব্যক্তির সহায়তাকারীকে নিজ পরিচয় বা টেলিফোন নম্বর প্রদানে বাধ্য করা যাবে না। তবে তিনি স্বেচ্ছায় এতদসংক্রান্ত তথ্য প্রদান করলে তা লিপিবদ্ধ করে প্রয়োজনে ব্যবহার করা যাবে;

১৩.৪. আহত ব্যক্তিকে হাসপাতালে পৌঁছানোর পর হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ সহায়তাকারী ব্যক্তির নাম, ঠিকানা ও প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে টেলিফোন নম্বর লিপিবদ্ধ করে সংরক্ষণ করবে;

১৩.৫. সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তিকে হাসপাতালে আনয়ন পরবর্তী স্বাস্থ্য সেবা প্রদানের দায়িত্ব হাসপাতাল কর্তৃপক্ষের উপর বর্তাবে;

১৩.৬. কোন বেসরকারী হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ আহত ব্যক্তির আত্মীয় ব্যতীত অন্য কোন সহায়তাকারীকে চিকিৎসা ব্যয় সংশ্লিষ্ট কোনরূপ অর্থ পরিশোধে বাধ্য করতে পারবে না;

১৩.৭. আহত বা বিপদগ্রস্ত ব্যক্তিকে চিকিৎসা প্রদানে সহায়তাকারীকে কোনরূপ দায়বদ্ধতার সাথে সংশ্লিষ্ট করা হবে না মর্মে হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ দৃষ্টিগোচর স্থানে ঘোষণামূলক বিজ্ঞপ্তি প্রকাশ করবে;

১৩.৮. কোন সহায়তাকারীকে সাক্ষ্য প্রদানে বাধ্য করা যাবে না;

১৩.৯. কোন প্রত্যক্ষদর্শী সহায়তাকারীর (Good Samaritan) নিকট হতে দুর্ঘটনা সংশ্লিষ্ট তথ্য সংগ্রহের জন্য তাকে আইন প্রয়োগকারী সংস্থার নিকট একাধিকবার উপস্থিত হওয়ার বিষয়টি নিবুৎসাহিত করতে হবে এবং তার প্রতি জন্ম, জাতীয়তা, বর্ণ, লিঙ্গ বা অন্য কোনরূপ বৈষম্য প্রদর্শন বা হয়রানি করা যাবে না।

১৩.১০. সরল বিশ্বাসে বিপদগ্রস্ত/ আহত ব্যক্তির জীবন রক্ষাকল্পে সহায়তা প্রদানকালে কোনরূপ ক্ষতি হলে সহায়তাকারীর নিকট থেকে কোন ক্ষতিপূরণ আদায়যোগ্য হবে না।

#### **১৪.০ আহত ব্যক্তিকে জরুরী চিকিৎসা প্রদানের ক্ষেত্রে আইন প্রয়োগকারী সংস্থা বা অন্য কোন ব্যক্তি কর্তৃক করণীয়-**

১৪.১. সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তি সড়ক দুর্ঘটনার সাথে জড়িত থাকলে চিকিৎসা সেবা প্রদানের পূর্বে তাকে কোনরূপ হয়রানি বা আইনগত ব্যবস্থা গ্রহণের লক্ষ্যে কোন পুলিশ স্টেশনে প্রেরণ/আনয়ন করা যাবে না;

১৪.২. একজন পুলিশ কর্মকর্তা কোন প্রকার আইনী (Medico-Legal) প্রক্রিয়া শুরু করার পূর্বে আহত ব্যক্তির চিকিৎসার্থে প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণ করবেন;

১৪.৩. পুলিশ কর্মকর্তা আহত ব্যক্তির জখমের প্রকৃতি এবং আঘাতের বিস্তারিত বিবরণ প্রদানের জন্য কোন চিকিৎসক বা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী ব্যক্তিকে কোন প্রকার বল প্রয়োগ করতে পারবেন না;

১৪.৪. আহত ব্যক্তিকে প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সুবিধা সম্বলিত হাসপাতালে স্থানান্তরের ক্ষেত্রে কোন এ্যাম্বুলেন্স পাওয়া না গেলে সংশ্লিষ্ট এলাকার আইন প্রয়োগকারী সংস্থার দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তা উপযুক্ত যানবাহন অধিযাচনের ব্যবস্থা করবেন;

#### **১৫.০ জনসচেতনতা ও প্রচার-**

১৫.১. আহত ব্যক্তির জরুরী স্বাস্থ্য সেবা প্রদান বিষয়ে সরকার প্রিন্ট ও ইলেক্ট্রনিক মিডিয়ায় নিয়মিত প্রচার ও বিভিন্ন পর্যায়ে কর্মশালা আয়োজনের মাধ্যমে জনসচেতনতা বৃদ্ধি করবে;

১৫.২. শিক্ষা প্রতিষ্ঠানসমূহ শিক্ষার্থীগণকে সড়ক দুর্ঘটনায় আহত ব্যক্তির প্রাথমিক চিকিৎসা সেবা প্রদান বিষয়ে নিয়মিত মহড়া ও প্রশিক্ষণ প্রদান করবে;

১৫.৩. আহত ব্যক্তিকে জরুরী চিকিৎসা প্রদানের লক্ষ্যে জরুরী বিভাগে দায়িত্বরত চিকিৎসক ও স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী ব্যক্তিকে আইনী প্রক্রিয়াসহ সংশ্লিষ্ট বিষয়ে দক্ষতা বৃদ্ধির লক্ষ্যে নিয়মিত প্রশিক্ষণ প্রদান করতে হবে।

১৫.৪. সড়ক দুর্ঘটনায় আহত বা মৃত্যুবরণকারী পরিচয়হীন ব্যক্তির পরিচয় সন্ধানে সকল ইলেক্ট্রনিক ও প্রিন্ট মিডিয়া বিনামূল্যে প্রয়োজনীয় প্রচারণার সহায়তা প্রদান করবে।

১৫.৫. স্বাস্থ্য শিক্ষা ও পরিবার কল্যাণ বিভাগ ইন্টার্ন চিকিৎসকদের প্রশিক্ষণ কারিকুলামে জরুরি চিকিৎসা সেবা সংক্রান্ত বিষয়াদি অন্তর্ভুক্ত করবে;

১৫.৬. আহত/বিপদগ্রস্ত ব্যক্তিকে সহায়তা প্রদানে স্বেচ্ছায় উদ্বুদ্ধ হওয়ার জন্য সামাজিক সচেতনতা বৃদ্ধির লক্ষ্যে উপযুক্ত পুরস্কার বা ক্ষতিপূরণের মাধ্যমে এ ধরনের কার্যক্রমকে উৎসাহিত করতে হবে।

#### **১৬.০ সরকারের ক্ষমতা-**

১৬.১. সরকার সময়ে সময়ে এ নীতিমালা বাস্তবায়নে প্রয়োজনীয় নির্দেশনা জারি করতে পারবে।

স্বাক্ষরিত/-  
তারিখঃ ০৪-০৩-২০১৮ ইং  
(মোঃ হাবিবুর রহমান খান)  
অতিরিক্ত সচিব(হাসপাতাল)  
স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

43. This Court has gone through the *নীতিমালা* with a fine tooth comb and notes with some satisfaction that it is an outcome of strident, bold and trail-blazing efforts of all stakeholders concerned and chiefly the two Petitioners and the Respondent No. 1, Ministry of Health. That is not to say, however, that the *নীতিমালা* may not be revisited further and improved upon with greater reflection. It is in that context and in the spirit of delivering to the people a comprehensive set of guidelines that the Court, therefore, makes two observations which the Respondent No. 1, Ministry of Health in a spirit of co-operation and goodwill, it is thought, shall duly consider in making the guidelines more comprehensive and effective:

(a) Clause 9.1 may be revisited to reflect to the fullest extent possible the recommendations of the Petitioners as earlier recorded to bring that Clause in line with established international standards concerning consent to surgical procedure in an emergency situation. Clause 9.1, this Court believes, shall, accordingly, be better served by reserving to any adult accident victim, fully conscious and of sound mind, the right to provide an informed consent to any surgical intervention in preference to such consent sought instead from next of kin;

(b) The effective implementation of the guidelines is dependent on both the capacity and range of services to be made available crucially under Clause 6.1 read with Clause 6.2. In this regard, Clause 16.1 assigns to the Government the authority to ensure the availability of the same. It is this Court's opinion that the objective of the *নীতিমালা* shall be better served with Clause 16.1 being reformulated as a time bound task assigned the Government to attain specific targets identified under Clauses 6.1 and 6.2. In that regard, Clause 16.1 should ideally incorporate a time frame which, in this Court's opinion, should be a period of 6 (six) months computed from the date that the *নীতিমালা* comes into force, for the purpose of producing a full list detailing infrastructure and manpower requirements and targets for emergency medical services envisaged in Clause 6.1. Furthermore, Clause 6.2 shall equally benefit from a 6(six) month period similarly computed and assigned for the Government to issue requisite directives for road ambulance services to be provided within the ambit of the *নীতিমালা*.

44. Predicated on the above, and with this Court's satisfaction and appreciation already recorded of the concerted efforts of all concerned, this Court resultantly approves and sanctions the official publication of the *নীতিমালা* as reproduced hereinabove by Gazette notification subject to the observations made.

45. This Court, hereby, further directs, and as per the prayer of all parties concerned agreed on the same, that the *নীতিমালা* in its entirety be deemed enforceable as binding by judicial sanction and approval pending appropriate legislative enactments incorporating entrenched standards objectives, rights and duties. This Court further directs a wide dissemination of the *নীতিমালা* through publication variously in the Official Gazette and through electronic and print media as shall serve both public interest and secure a broader objective of social mobilization of views and perception of the necessity of such guidelines as indeed anticipated in Clause 15 of the *নীতিমালা*. Such dissemination shall positively be initiated within a period of 2 (two) months from the date of receipt of a certified copy of this Judgment and

Order by the Respondent No. 1, Ministry of Health reflecting preferably all textual amendments as observed upon above by this Court and declare specifically and expressly in its preambular provisions the approval and sanction granted by this Judgment and Order of today's date clothing the *নীতিমালা* with legal enforceability up until necessary legislative enactments are brought forth.

46. It is hoped that the *নীতিমালা* shall henceforth serve as an eulogic ode to Arafat and countless other victims of road accidents whose ultimate sacrifice will not have been in vain but rather have served a higher purpose.

47. Resultantly, the Rule is made absolute with the observations and directions above.

48. There is no Order as to costs.

49. Communicate this Order at once.