ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶದ ಬೆಳ್ಳಿಹಬ್ಬದ ಪ್ರಕಾಶನ

ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕು

ಹಕ್ಕುಗಳಾಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ
-ಒಂದು ಸಂಕಲಿತ ಪರಾಮರ್ಶೆ

ಮೂಲ ಲೇಖಕರು : ಡಾ॥ ಅಭಯ್ ಶುಕ್ಲಾ

ಪ್ರಕಾಶಕರು
ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ
COMMUNITY HEALTH CELL

ನಂ.359, 1ನೇ ಮುಖ್ಯರಸ್ತೆ, 1ನೇ ಬಡಾವಣೆ, ಕೋರಮಂಗಲ, ಬೆಂಗಳೂರು – 560 034.
ದೂರವಾಣಿ : 080-25531518 ಟೆಲಿಫ್ಯಾಕ್ಸ್ : 080-25525372
ಈಮೇಲ್ : chc@sochara.org ವೆಬ್‌ಸೈಟ್ : www.sochara.org

CHC Silver Jubilee
1984-2009

ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕು ಹಕ್ಕುಗಳಾಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ – ಒಂದು ಸಂಕಲಿತ ಪರಾಮರ್ಶೆ

ಲೇಖಕರು : ಡಾ|| ಅಭಯ್ ಶುಕ್ಲಾ

ಮೂಲ ಕೃತಿ : The Rights Approach to Health and Health Care : A Compiled Review

ಲೇಖಕರ ಪರಿಚಯ

ಡಾ.ಅಭಯ ಶುಕ್ಲಾ, ಎಂ.ಡಿ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದು ನವದೆಹಲಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅಖಿಲ ಭಾರತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ (AIIMS) ಯಿಂದ 'ಕಮ್ಯುನಿಟಿ ಮೆಡಿಸಿನ್' (ಸಮುದಾಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ) ನಲ್ಲಿ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಪದವಿ ಪಡೆದಿರುತ್ತಾರೆ. ವೃತ್ತಿ ಸಂಬಂಧ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅವರು ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ್ದು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ತರಬೇತಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ತರಬೇತಿ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ತಯಾರಿಕೆ ಮತ್ತು ಜನ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ವಕಾಲತ್ತಿಗಾಗಿ ಶ್ರಮಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಪುಣೆಯ ಸಾಥಿ–ಸೇಹತ್ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸಂಯೋಜಕರಾಗಿದ್ದು ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ಚಳುವಳಿಯಾದ ಜನ–ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಅಭಿಯಾನ್‌ನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಯೋಜಕರಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

2002 ರಿಂದ 2007 ರವರೆಗೆ ಜನ–ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಅಭಿಯಾನ್ ಇದರ ಕಾರ್ಯಾಲಯದ ನೇತೃತ್ವವನ್ನು ಡಾ. ಅಭಯ್‌ಶುಕ್ಲ ಅವರು ವಹಿಸಿದ್ದು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ಮಹತ್ತರವಾದ ವಿಚಾರವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಎತ್ತಲು ಅವರು ಶ್ರಮಿಸಿದ್ದಾರೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗದೊಂದಿಗೆ ಜೊತೆಗೂಡಿ ಮಾಡಿದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲುಗಳು, 2004 ರ ಚುನಾವಣಾ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಡೆದ ರಾಜಕೀಯ ವಕಾಲತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಡಾ. ಅಭಯ್‌ರವರ ಮುಂದಾಳುತನ ಬಹಳಷ್ಟು ಇದೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗಳ ಅನುಭವವು ಈ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಅಡಗಿದೆ.

ಮೂಲ ಪ್ರಕಾಶಕರು :
Beyond the Circle and Masum
(Mahila Sarvangeen Utkarsh Mandal)
Flat No. 46, Kubera Vihar B-1, Gadital, Hadapsar, Pune - 411028

ಅನುವಾದ ಮತ್ತು ಪ್ರಕಾಶನ : ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ, (SOCHARA ದ ಪರವಾಗಿ), ಕೋರಮಂಗಲ, ಬೆಂಗಳೂರು–34

ಅನುವಾದ ಮತ್ತು ಸಾಹಿತ್ಯಕ್ಕೆ ಸಹಾಯ : ಶ್ರೀಮತಿ ಶಾರದಾ ದಾಬಡೆ

ಮೊದಲ ಆವೃತ್ತಿ : ಡಿಸೆಂಬರ್ 2008

ಸೂಚಿತ ಕೊಡುಗೆ :

We are thankful to Sir Ratan Tata Trust, Mumbai, for the support towards the publication of this book.

ಮುನ್ನುಡಿ

ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಬರೀ ಕಾಯಿಲೆ–ವೈದ್ಯರು–ಆಸ್ಪತ್ರೆ–ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆ ಈ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಈವರೆಗೆ ನೋಡಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಮರೆತುಬಿಟ್ಟಿದ್ದು, ಜಾಗತೀಕರಣದ ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಕೈತಪ್ಪಿಹೋಗಲು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಯಾವುದೇ ಜನ ಸಂಘಟನೆಯಗಲೀ, ಚಳುವಳಿಗಳಾಗಲೀ, ಸಂಘ–ಸಂಸ್ಥೆಗಳಾಗಲೀ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ಕೊಟ್ಟಿರದೇ ಇರುವುದು ದುರಾದೃಷ್ಟ. ಈ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದಿಂದ ಜಾಗತೀಕರಣ –ಉದಾರೀಕರಣ–ಖಾಸಗೀಕರಣದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಅತಿಯಾದ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣ–ವಾಣಿಜ್ಯೀಕರಣ ಆದದ್ದನ್ನು ಎದುರಿಸಲು ಯಾರು ಇಲ್ಲದೇ ಇರುವಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಭಾರತ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಕಾಣುತ್ತಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ **‘ಜನಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಅಭಿಯಾನ್’** (ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ) ಈ ಕೊರತೆಯನ್ನು ತುಂಬಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದೆ.

"ಹಕ್ಕುಗಳಾಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ " ಈ ಪುಸ್ತಕವು ಆರೋಗ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕು, ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ಘಟಕಾಂಶಗಳು, ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯಗಳು, ಆರೋಗ್ಯದ ಹಿಂದಿರುವ ರಾಜಕೀಯ–ಆರ್ಥಿಕ ಮಹಾನ್ ಶಕ್ತಿಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯವೆಂಬುದು ಮಾನವ ಹಕ್ಕೆಂದು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುವಾಗ, ಈ ಚೌಕಟ್ಟಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವಕಾಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ಮೂಡಿಸುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ಮೇಲೆ ಆಗಿರುವ ದಾಳಿಯನ್ನು ಎದುರಿಸಲು ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಗತ್ಯವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಚರ್ಚೆಗಳು ನಡೆಯಬೇಕು, ವಿಚಾರಧಾರೆಗಳು ಬೆಳೆಯಬೇಕು. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಶ್ರಮಿಸುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯದ ಹೊಸ ಆಯಾಮವನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು ಜನ ಚಳುವಳಿ ಕಟ್ಟಲು ಮತ್ತು ಆರೋಗವ್ಯ ಜನಚಳುವಳಿಯಾದರೆ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರಿತು, ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು 1984ರ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬುದು ಇನ್ನೂ ಬಾಲ್ಯಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ (CHC) ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತು. ಹಲವಾರು ಸಮುದಾಯಗಳೊಂದಿಗೆ ಬೆರೆತು ತರಬೇತಿ, ಸಂಶೋಧನೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ವಕಾಲತ್ತುಗಳೊಂದಿಗೆ 25 ವರ್ಷಗಳ ಹಾದಿ ತುಳಿದು ರಾಜ್ಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದ **‘ಪೀಪಲ್ಸ್ ಹೆಲ್ತ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್’**ನ ಭಾಗವಾಗಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ ಬೆಳೆದದ್ದು ಒಂದು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಮೈಲಿಗಲ್ಲು ಆಗಿದೆ. ಈ ಕಾಲು ಶತಕದ ಪ್ರಯಾಣದಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಸ್ನೇಹಿತರನ್ನು, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಹಿರಿಯರನ್ನು, ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ವಿಶಾಲವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಲ್ಲಿ ನೋಡಲಿಚ್ಛಿಸುವ ಯುವಜನರನ್ನು, ತಳ ಸಮುದಾಯದ ಹಲವಾರು ಜನ–ಸಂಘಟನೆಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಘಟಿತ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡುವುದೇ ಒಂದು ಧ್ಯೇಯ ಮತ್ತು ತಂತ್ರವನ್ನಾಗಿರಿಸಿದ್ದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶದ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯ.

1984–1989 ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನ –ಮನನ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ಮಾಡುವ ಸಣ್ಣ ತಿರುಳು ಗುಂಪಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಿದ್ದು, 1990 ರಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಹಿರಿಯರ ಸಲಹೆಯಂತೆ, ಎಲ್ಲರನ್ನೊಳಗೊಂಡ **‘ಸೊಸೈಟಿ ಫಾರ್ ಕಮ್ಯುನಿಟಿ ಹೆಲ್ತ್ ಅವೇರ್‌ನೆಸ್, ರಿಸರ್ಚ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಆ್ಯಕ್ಷನ್’** (SOCHARA) ಆಗಿ ರೂಪುಗೊಂಡಿತು. ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಎಲ್ಲಾ ಸಂಸ್ಥೆ–ಸಂಘಟನೆಗಳು, ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಂಘಟನಾ–ಒಕ್ಕೂಟಗಳ ಜೊತೆ ಸಂಪರ್ಕ ಬೆಳೆಸಿದ್ದು, 1994–1997 ರಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಭಾರತದ ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವಂತಹ ತಂಡವೆನಿಸಿಕೊಂಡಿತು. 1998–2006ರ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವೇ ಜಾಗತೀಕರಣ, ಖಾಸಗೀಕರಣ ಮತ್ತು ಉದಾರೀಕರಣದ ಸುಳಿಯಲ್ಲಿ ತತ್ತರಿಸುತ್ತಿರುವಾಗ, ಆರೋಗ್ಯ

CHC silver Jubilee
1984-2009

ನೀತಿಗಳನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಜನಪರ/ಶೋಷಿತರ ಪರ ನೀತಿಗಳನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಲು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ (CHC)ವು ಶ್ರಮಿಸಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಇರುವ ಕೆಲವೇ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯವು "ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ"ಯನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಿದ ಮೊದಲ ರಾಜ್ಯವಾಗಿದ್ದು, ಈ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಲು CHCಯ ಕೊಡುಗೆಯೂ ಬಹಳಷ್ಟು ಇದೆ. ಇದೇ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಇನ್ನೊಂದೆಡೆ ಜನ ಸಂಘಟನೆಯಲ್ಲಿ ನಂಬಿಕೆಯನಿಟ್ಟು ತಳ-ಸಮುದಾಯಗಳನ್ನು, ಶೋಷಿತ ಮತ್ತು ದಲಿತ ಸಮುದಾಯಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯ ಮಾಡುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಜನ ಸಂಘಟಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುವ "ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ-ಕರ್ನಾಟಕ" ದ ಬೆನ್ನೆಲುಬಾಗಿ ನಿಂತಿದೆ.

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ (CHC) ವು ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 1000 ಸಂಘ / ಸಂಸ್ಥೆ – ಸಂಘಟನೆಗಳ ಕಾರ್ಯಜಾಲವಾದ ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದ "ಜನ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಅಭಿಯಾನ" ದ ಸಂಯೋಜನ ಸದಸ್ಯರಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 18 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ 200ಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಸಂಘ / ಸಂಸ್ಥೆ ಹಾಗೂ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರೊಂದಿಗೆ "ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ-ಕರ್ನಾಟಕ"ಆಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಒಕ್ಕೂಟದ ಒಂದು ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿದೆ.

ಬೆಳ್ಳಿ ಹಬ್ಬದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ (CHC)ವು **‘ಹಕ್ಕುಗಳಾಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ’** ಎಂಬ ಈ ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಹೊರತರುತ್ತಿದೆ. ಈ ಪುಸ್ತಕದ ವಿಚಾರಧಾರೆಯು ಎಲ್ಲಾ ಜನಸಂಘಟನೆಗಳಿಗೆ / ಜನಪರ ಚಳುವಳಿಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ಬಗ್ಗೆ ವಿಚಾರ ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳುವತ್ತ ಉಪಯೋಗವಾಗಲಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಚಳುವಳಿಗೆ ಇದು ಮುನ್ನಡೆ ಕೊಡುವಂತಾಗಲಿ.

ಡಿಸೆಂಬರ್, 2008
ಬೆಂಗಳೂರು

ಇ. ಪ್ರೇಮ್‌ದಾಸ್
ಸಂಯೋಜಕರು,
ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ (CHC)

ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು

ಈ ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಅನುವಾದಿಸಿ ಹೊರತೆಗೆಯಲು ಅನುಮತಿ ಕೊಟ್ಟ 'ಮಾಸೂಮ್' ಸಂಸ್ಥೆಯವರಿಗೆ.

ಮೂಲಕ ಕೃತಿಯು ಬಹಳ ಉನ್ನತಮಟ್ಟದ ಆಂಗ್ಲ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿದ್ದು, ಅದನ್ನು ಸರಳವಾದ ಕನ್ನಡ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಅರ್ಥವಾಗುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಇಡೀ ಸಾಹಿತ್ಯವನ್ನು, ಭಾಷಾ -ಸಂರಚನೆಯನ್ನು ಶ್ರೀಮತಿ ಶಾರದಾ ದಾಬಡೆಯವರು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶದ ತಂಡದಿಂದ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು.

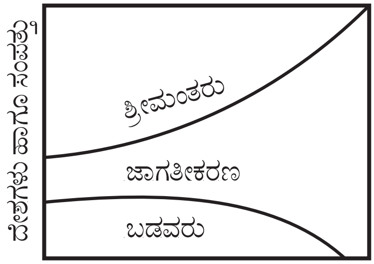
CHC silver Jubilee
1984-2009

ಪರಿವಿಡಿ

1.	**ಪರಿಚಯ**	**1**
	ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಾವೀಗ ಏಕೆ ಮಾತನಾಡುತ್ತಿದ್ದೇವೆ?	
2.	**'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು' ನಾವು ಹೇಗೆ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿ ಅರ್ಥೈಸುತ್ತೇವೆ?**	**3**
3.	**ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ**	**5**
	ಎಲ್ಲಾ ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕಿನ ನಿಭಾವಣೆ	
	ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದು	
4.	**ಆರೋಗ್ಯ/ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿನ ಸಮರ್ಥನೆ**	**10**
	ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಕುರಿತ ಟಿಪ್ಪಣಿ ಹಾಗೂ ಆಧಾರಭೂತ ವಿಶ್ವ ಶಕ್ತಿ ರಚನೆಗಳು	
5.	**ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ಅಪಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳು**	**15**
	ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಎದುರಾಗಬಹುದಾದ ಕೆಲವು ಸಂಭವನೀಯ ಅಪಾಯಗಳು	
	ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವಲ್ಲಿರುವ ಕೆಲವು ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳು	
6.	**ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿನ ಸಂಭವನೀಯ ಹಂತಗಳು**	**20**
7.	**ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚಾಲಕ ಶಕ್ತಿ ಕುರಿತ ವಿಚಾರಗಳು**	**22**
	ರೋಗಿಗಳು	
	ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತಿತರ ಆರೈಕೆಗಾರರು	
8.	**ಮೊದಲ ಮತ್ತು ಎರಡನೇ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ತಿರುಳು; ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿರುವ ಜನಭಾಗಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳು.**	**28**
	ಮೊದಲನೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ತಿರುಳು	
	ಎರಡನೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ತಿರುಳು – ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಯಿದೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸುಲಭಲಭ್ಯತೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ	
	ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿರುವ ಅಥವಾ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ನೀಡಿಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಜನಭಾಗಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು	
9.	**ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳ ನಡುವಿನ ಭಾಜಕ – ನೀತಿ ವಿಮರ್ಶೆಯ ಮೂಲಾಧಾರವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು**	**38**
10.	**ಭಾರತೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಹಕ್ಕು ಅಭಿಯಾನದ ಮೊದಲ ಹಂತ ಮತ್ತು ತದನಂತರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು; ಭವಿಷ್ಯದ ಯೋಚನೆ**	**44**
11.	**ಆರೋಗ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದ ಬಗ್ಗೆ ಮರುಚಿಂತನೆ – ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸಿದ್ಧಮಾದರಿಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟಿನಾಚೆ ಹೋಗುವುದು**	**53**
12.	**ಕೊನೆಮಾತು: ಹಕ್ಕುಗಳಾಚೆಗೆ**	**57**

1. ಪರಿಚಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಾವೀಗ ಏಕೆ ಮಾತನಾಡುತ್ತಿದ್ದೇವೆ ?

ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಚರ್ಚೆ ಕೇವಲ ಅಕೆಡೆಮಿಕ್ ವಾಗ್ವಾದವಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಕೇವಲ ಕುತೂಹಲಕಾರಿ ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ವಾಗ್ವಾದವಾಗಲೀ ಮಾತ್ರ ಅಲ್ಲ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಭಾರತವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಅನೇಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟುಮಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವುನ್ನು, ಕನಿಷ್ಠ ಯೋಗ್ಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನೂ ಪಡೆಯಲಾರದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಜನರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವುದನ್ನೂ ಹಾಗೂ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಕನಿಷ್ಠ ಮಟ್ಟದ ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯೂ ಬರುಬರುತ್ತ ಕೈಗೆಟುಕದಿರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ನವ-ಉದಾರವಾದಿ ಜಾಗತೀಕರಣದ ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಅಸಮಾನತೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳು ತೀಕ್ಷ್ಣವಾಗಿ ಹದಗೆಡುತ್ತಿದ್ದು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಆಮೂಲಾಗ್ರವಾಗಿ ಸರಿಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ತುರ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ರಿಯೆಯ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಈ ಗಂಭೀರ ವಾಸ್ತವತೆಯೇ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿನ ಬಗೆಗಿನ ನಮ್ಮೆಲ್ಲ ಚರ್ಚೆಗಳ ಮತ್ತು ಆಕ್ಷೇಪಗಳ ಹಿಂದಿರುವ ಮೂಲಾಧಾರವಾಗಿದೆ. ಈ ಚರ್ಚೆಯ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶವೇನೆಂದರೆ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅನುಕೂಲ ಮಾಡಿಕೊಡುವುದು.



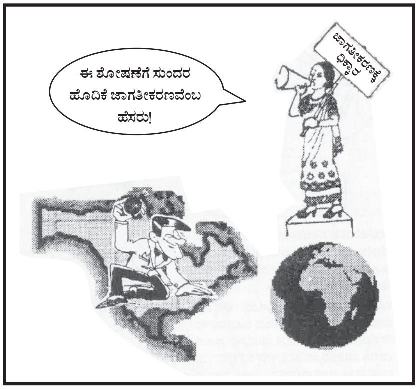
ಈ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ, ಭಾರತದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲೂ ಕೂಡ ಹಕ್ಕುಗಳಾಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದ ಅಗತ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವುದು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೊಸತೇನಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಐಸಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಆರ್/ಐಸಿಎಂಆರ್: 1981ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿತಗೊಂಡ 'ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ವರದಿಯು 'ಬಡ ಮತ್ತು ವಂಚಿತ ಜನಸಮುದಾಯಗಳು ತಮ್ಮ ಮೂಲ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಹೋರಾಡಲು ಸಮರ್ಥರಾಗುವಂತೆ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಅವರನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವೋ' ಎಂಬುದರ ಮೇಲೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಒದಗಿಸುವುದು ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದೆ. ಆದರೂ ಕಳೆದ ದಶಕದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿಯಿರುವ ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವೃತ್ತಿನಿರತರು ಮುಂತಾದವರು 'ಹಕ್ಕುಗಳಾಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ'ವನ್ನು ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ನಿಭಾವಣೆಗೆ ಬೇಕಿರುವ ವ್ಯೂವತಂತ್ರಗಳಲ್ಲೊಂದನ್ನಾಗಿ ಅಂಗೀಕರಿಸಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ಅಭಿಯಾನ'ವನ್ನು ಜನ್ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಅಭಿಯಾನ್ (ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ - ಭಾರತ) ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಪೀಪಲ್ಸ್ ಹೆಲ್ತ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್ (ಪಿ.ಹೆಚ್.ಎಂ-ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ) ಈಗ 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ವಿಶ್ವ ಆಂದೋಲನ' ವನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಲು ಯೋಜಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಈ ಒಂದು ವಿಶಾಲ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು' ಮತ್ತು 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕು'ಗಳನ್ನು ಯೋಗ್ಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕನಿಷ್ಠ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿರುವ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ಜನತೆಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿನ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳನ್ನಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಪ್ರಸ್ತುತ ಪ್ರಬಂಧವು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತದೆ.

ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ, ಲೇಖಕರ ಈ ಹಿಂದಿನ ಅನೇಕ ಬರಹಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಬರೆಯಲಾದ ಪ್ರಸ್ತುತ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ ನಾವು ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಪರಾಮರ್ಶಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿದ್ದೇವೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ಅದು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗಳಿಗೂ

ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ನಾವು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುವ ಹಾಗೂ 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು' ಮತ್ತು 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕು' ಎರಡಕ್ಕೂ ನಡುವಿರುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಅರಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ನಂತರದಲ್ಲಿ, 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು' ಮತ್ತು 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕು'ಗಳ ಸಮರ್ಥನೆಯ ಕಡೆಗೆ ಕಣ್ಣು ಹಾಯಿಸೋಣ. ಈ ರೀತಿಯ ಸಮರ್ಥನೆಯ ವಾದವನ್ನು ಕಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನೂ ವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ನಂತರದಲ್ಲಿ, ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯಕ್ಕೆ ಅನ್ವಯಿಸಿದಾಗ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ಅನ್ವಯಿಸುವುದರಲ್ಲಿನ ಸಂಭವನೀಯ ಹಂತಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸೋಣ. ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗೆಗಿನ 'ಚಾಲಕ ಶಕ್ತಿ'ಯ ವಿಚಾರವನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಿ, ನಂತರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿನ ವಿಶಾಲ ತಿರುಳಿನ ಕಡೆ ಎರಡು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ದೃಷ್ಟಿ ಹಾಯಿಸೋಣ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸುಲಭಗಮ್ಯತೆಯ ಒಂದು ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇವೆರಡರ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ ಹಾಗೂ ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿರುವ ಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಗಳ ಕಡೆಗೆ ದೃಷ್ಟಿ ಹಾಯಿಸುವುದನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ತದನಂತರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವಲ್ಲಿನ ಭಾರತೀಯ ಅನುಭವವನ್ನು ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೊಳಪಡಿಸಿ, ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಪುನರ್‌ನಿರ್ಮಾಣದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಮುಂದಿನ ಸಾಧ್ಯಯೋಗ್ಯ ಹಾದಿಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸೋಣ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಿದ್ಧ ಚೌಕಟ್ಟನು ಅನ್ವಯಿಸುವಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ಮಿತಿಗಳನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರೊಂದಿಗೆ ಸಮಾಪ್ತಿಗೊಳಿಸೋಣ.

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವು ನವ-ಉದಾರವಾದಿ ಜಾಗತೀಕರಣದ ವಿಸ್ತೃತ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದ ಮೇಲಿನ ಅದರ ಗಂಭೀರ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು, ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಂರಚನೀಯ ಅಡೆತಡೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಜ್ಜುಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಕೇಂದ್ರ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರಬೇಕು ಎಂಬುದು ನಮ್ಮ ವಾದ. ಹಾಗಾಗಿ, ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಮೀರಿ ಹೋಗಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯ ಬರಬಹುದು; ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ 'ಹಕ್ಕುಗಳಾಚೆ'ಗೂ ಯೋಚಿಸಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕಾಗಬಹುದು.



2. 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕ'ನ್ನು ನಾವು ಹೇಗೆ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿ ಅರ್ಥೈಸುತ್ತೇವೆ?

'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು' ಎಂದರೆ ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ 'ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿರುವ ಹಕ್ಕು' ಎಂದೇನಲ್ಲ. ಒಬ್ಬ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯು 'ಬುದ್ಧಿವಂತನಾಗಿರುವ ಹಕ್ಕು' ಅಥವಾ 'ತೃಪ್ತಿಪಡುವ ಹಕ್ಕು'ಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣವಾಗಿರುವ ಆದರ್ಶ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂದು ಸರ್ಕಾರವನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೂ, ಸಮರ್ಥನೀಯವಾಗಿ ಏನನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸಬಹುದೆಂದರೆ, ನಾವು ಶಿಕ್ಷಣದ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿ ಅಥವಾ ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆಯ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವಂತೆಯೇ ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಜೀವನ ಸಾಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗುವ ಮೂಲ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂದು ಒತ್ತಾಯಿಸಬಹುದು.

ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸಿಇಎಸ್‌ಆರ್‌ನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೇಳಿಕೆ 14 ಈ ರೀತಿ ಹೇಳುತ್ತದೆ: ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿರುವ ಹಕ್ಕನ್ನಾಗಿ ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತಿಲ್ಲ...

> ಅನೇಕ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಕೇವಲ ಪ್ರಭುತ್ವ ಮತ್ತು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧದೊಳಗೇನೇ ಚರ್ಚಿಸಲು ಬರುವುದಿಲ್ಲ; ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ, ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನೀಡಲು ಪ್ರಭುತ್ವಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಮಾನವ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಎಲ್ಲ ಸಂಭವನೀಯ ಅಂಶಗಳ ವಿರುದ್ಧ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುವುದಕ್ಕೂ ಅದರಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಹೀಗೆ, ಅನುವಂಶಿಯತೆಯ ಅಂಶಗಳು, ಬಿಡಿಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸುಲಭವಾಗಿ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೀಡಾಗುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಅನಾರೋಗ್ಯಪೂರಿತ ಅಥವಾ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಜೀವನ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು – ಮುಂತಾದವುಗಳೂ ಕೂಡ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಹಾಗಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಾಧನೀಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ವಿವಿಧ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು, ವಸ್ತುಗಳನ್ನು, ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವ ಹಕ್ಕನ್ನಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. (ಒತ್ತು ನಮ್ಮದು)[1*]

ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ, ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ (WHO) 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ಕುರಿತು' ಎಂಬ ಪ್ರಕಟಣೆಯು ಈ ರೀತಿ ಹೇಳುತ್ತದೆ:

'ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಕಾನೂನಿನಲ್ಲಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಾಧನೀಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕು ಸಾಮಾಜಿಕ ಏರ್ಪಾಡುಗಳ/ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಒಂದು ಸಮುಚ್ಚಯಕ್ಕಾಗಿ – ರೂಢಿಗಳು, ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಥರನ್ನಾಗಿಸುವ ವಾತಾವರಣ – ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದೇ ಆಗಿದೆ; ಇದು ಈ ಹಕ್ಕನ್ನು ಬಹುಚೆನ್ನಾಗಿ ಅನುಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅನುಕೂಲಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ'[2]

ಸೇವೆಗಳ ಮತ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಈ ಸಮುಚ್ಚಯಕ್ಕಾಗಿನ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಏರ್ಪಾಡುಗಳ ಈ ಸಮುಚ್ಚಯಕ್ಕಾಗಿನ ಒತ್ತಾಯವು ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ಬಹಳಷ್ಟು ವಿಶಾಲವೂ ಮತ್ತು ಸಮಗ್ರವೂ ಆದದ್ದಾಗಿದೆ. ಈ ವಿಚಾರವನ್ನು ಮುಂದಿನ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ವಿವರವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸೋಣ.

ಆದರೂ, ಮುಂದೆ ಸಾಗುವ ಮೊದಲು, ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟೊಂದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದಕ್ಕಿರುವ (ಹಲವಾರು ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳಲ್ಲಿ) ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಮಾತ್ರ ಎಂಬುದನ್ನೂ ನಾವು ಇಲ್ಲಿಯೇ ಗಮನಿಸಬೇಕಿದೆ. ಈ ಹಿಂದಿನ ಮತ್ತು ಇಂದಿನ ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಘರ್ಷಗಳು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳದೆಯೇ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಕೆಲವು ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂದು ಒತ್ತಾಯಪಡಿಸಿವೆ

ಅಲ್ಮಾ ಆಟ ಘೋಷಣೆ

ಅಗತ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ.... ಸಮುದಾಯದ ಎಲ್ಲ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ, ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ತಂತ್ರ ಮತ್ತು ವಿಧಾನಗಳ ಬಳಕೆ ಆಧಾರಿತವಾಗಿ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. ಸ್ವಾವಲಂಬನೆ ಹಾಗೂ ಸ್ವನಿರ್ಧಾರದ ಮೂಲಕ ಮುನ್ನಡೆಯ ಪ್ರತಿ ಹಂತದಲ್ಲೂ ಜನರು ಭರಿಸಬಲ್ಲ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿಯೇ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಭಾಗವಲ್ಲದೆ, ಇದರ ಕಾರ್ಯ ಹಾಗೂ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಜನರ ಸಮೀಪಕ್ಕೆ ಅವರ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ತಲುಪುವುದು ನಿರಂತರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಅಂಶವಾಗಿರುವುದು.

*ಈ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಸೂಚಿತ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು ಈ ಪುಸ್ತಕದ ಕೊನೆಯಲ್ಲಿವೆ.

(ಕಾರ್ಮಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳು, ಮಹಿಳೆಯರ ಹಕ್ಕುಗಳು, ದಲಿತರ ಹಕ್ಕುಗಳು, ಆದಿವಾಸಿಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳು, ಒಕ್ಕಲೆಬ್ಬಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಜನರ ಹಕ್ಕುಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ). 'ಹಕ್ಕುಗಳಾಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ'ವನ್ನು ಚರ್ಚಿಸುವಾಗ ಜನತೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯಕ್ಕಾಗಿ ನಡೆದಿರುವ ಮತ್ತು ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಈ ಚಾರಿತ್ರಿಕ ಹೋರಾಟಗಳ ವಿಶಾಲ ದೃಶ್ಯಾವಳಿಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡೇ ಮುಂದುವರಿಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; ಅವು ಇಂದು ಬಳಸುತ್ತಿರುವ ಆಧುನಿಕ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗಿಂತ ಹಿಂದೆಯೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿದ್ದವು. ಈಗಲೂ ಕೂಡ ಅವು ಈ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಜೊತೆಜೊತೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಸಾಗುತ್ತಿವೆ. ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸದೆಯೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ನೆಲೆಗಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ 'ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿ'ಗಾಗಿ ಮನವೊಲಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿದೆ. ಹೀಗಿದ್ದಾಗಲೂ, ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಬಳಸುವುದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳಿಗೆ ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ಮತ್ತಷ್ಟು ಪೂರಕವಾಗಿರುತ್ತದಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿನ ಒತ್ತಾಯವನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಬಲಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.

3. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧವು ಆಗಾಗ ಪರಿಕಲ್ಪನಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಆಚರಣಾತ್ಮಕ ಗೊಂದಲಗಳಿಗೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯುವ ಕೆಲವು ಮೂಲ ವಿಚಾರಗಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ನಾವು ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ನಡುವಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಗುರುತಿಸಬೇಕು. ಪರಿಕಲ್ಪನಾತ್ಮಕ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು ಎಂಬುದು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳ ಒಂದು ವಿಶಾಲ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ ಎಂಬುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿರುವ ವಿಚಾರ. ಸಿಇಎಸ್‌ಸಿಆರ್‌ನ 14ನೇ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೇಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ವಿಧಿಬದ್ಧವಾಗಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಾಧನೀಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ವಿವಿಧ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು, ವಸ್ತುಗಳನ್ನು, ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವ ಹಕ್ಕನ್ನಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.... ಈ ಸಮಿತಿಯು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಲಂ 12.1ರಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿರುವಂತೆ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಸೂಕ್ತ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ಶುದ್ಧ ಮತ್ತು ಬಳಕೆಯೋಗ್ಯ ನೀರು, ಸಮರ್ಪಕ ಶೌಚ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಅಗತ್ಯ ಪ್ರಮಾಣದ ಉತ್ತಮ ಆಹಾರ, ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಮತ್ತು ವಸತಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಕೆಲಸದ ಪರಿಸರ ಹಾಗೂ ಲೈಂಗಿಕ ಮತ್ತು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ವಿಚಾರಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಶಿಕ್ಷಣ – ಮುಂತಾದ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದೂ ಕೂಡ ಆಗಿರತ್ತದೆಂದು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ.[3]

ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ನಡುವಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಪರಿಕಲ್ಪನಾತ್ಮಕ ಹಂತದಲ್ಲೇನೋ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಆಚರಣಾತ್ಮಕ (ಅನುಷ್ಠಾನಾತ್ಮಕ) ಹಂತದಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ನಡುವೆ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಗೊಂದಲ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಲಿಚ್ಛಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಅದು ಒಂದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ಜನಾಂದೋಲನವನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಲು ಯೋಜಿಸುತ್ತಿರುವ 'ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ಆಂದೋಲನ'ವು ಈ ಆಚರಣಾತ್ಮಕ ವಿಚಾರವನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಿದೆ. ಅದು ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಾರ್ಹವಾಗಿದೆ.

'ಇಡೀ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತೇಜನವನ್ನು PHM (People's Health Movement – ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ)ವು ತನ್ನ ಒಟ್ಟಾರೆ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಮತ್ತು ಗುರಿಯನ್ನಾಗಿ ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಗೊಂದಲವಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಪುನರುಚ್ಚರಿಸುತ್ತೇವೆ. ಆದರೂ, ಆಚರಣೆಯಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನಕ್ಕೆ ಇದು ಎರಡು ವಿಧದ ಕರ್ತವ್ಯಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. (i) ಎಲ್ಲಾ ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕಿನ ನಿಭಾವಣೆ (ii) ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದು.

i. ಎಲ್ಲಾ ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕಿನ ನಿಭಾವಣೆ

ಕೀಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಭಿಯಾನಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು (ಉದಾಹರಣೆಗೆ: ನೀರು,

ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆ, ವಸತಿ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಗಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಆಂದೋಲನಗಳು) ಬೆಂಬಲಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಜಂಟಿಯಾಗಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವುದು ಪ್ರಮುಖವಾದದ್ದು ಮಾತ್ರವಲ್ಲ ಅದು ಸಮರ್ಥನೀಯವಾದದ್ದು ಕೂಡ. ಈ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಸುತ್ತಿರುವ ಅನೇಕ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು, ಆಂದೋಲನಗಳು ಈಗಾಗಲೇ ನಮ್ಮಲ್ಲಿವೆ; ಅವುಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರೇ ನೇತೃತ್ವ ವಹಿಸಿರಬೇಕೆಂದೇನೂ ಇಲ್ಲ. ಈ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ: ನೀರು, ಆರೋಗ್ಯ ಭದ್ರತೆ, ವಸತಿ, ಪರಿಸರ ಇತ್ಯಾದಿ) ಶ್ರೀಮಂತ ಅನುಭವ ಮತ್ತು ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಸಂಘಟನೆಗಳೇ ಈ ಪ್ರತಿಯೊಂದೂ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಕೇಂದ್ರ ನಾಭಿಬಿಂದುಗಳಾಗಿರಬೇಕು ಎಂಬುದು ನಮ್ಮ ಬಲವಾದ ಅಭಿಪ್ರಾಯ. ಇದರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಎಂದರೆ ತಮ್ಮೆಲ್ಲಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ವಿನಿಯೋಗಿಸಿ ಅಂತಹ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು, ಆಂದೋಲನಗಳನ್ನು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ಬೆಂಬಲಿಸಿ ಬಲಗೊಳಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಮೇಲಿದೆ ಎಂದೇ ಅರ್ಥ; ಅಂದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಅಂತಹ ಗುಂಪುಗಳ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ನಾಯಕತ್ವವನ್ನುವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದೇನೂ ಅಲ್ಲ. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನವು (ಪಿಎಚ್‌ಎಂ) ಅಂತಹ ಗುಂಪುಗಳೊಂದಿಗೆ ವ್ಯವಹರಿಸುತ್ತಾ ಅವುಗಳ ಅಭಿಯಾನಗಳಿಗೆ ಒಂದು ಆರೋಗ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ತಂದುಕೊಡುತ್ತದೆ.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ (ಪಿಎಚ್‌ಎಂ) ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾದ ಮತ್ತೊಂದು ಬಹುಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರ ಎಂದರೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕು ಉಲ್ಲಂಘನೆಯಾದಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಅದನ್ನು ದಾಖಲೀಕರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಕರಿಸುವುದು. ಅಂತಹ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸಿಕೊಡುವುದು ಅವರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ: ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸುವುದು ಹೇಗೆ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯನ್ನು, ರೋಗ ಹರಡುವಿಕೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸುವುದು. ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತ ಚರ್ಚೆಗಳು, ವಾದಗಳು ಈ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ನೋಡುವುದಕ್ಕೆ ಒತ್ತಾಯಿಸುವವರ ಬೇಡಿಕೆಗಳನ್ನು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಬಲಗೊಳಿಸಬಲ್ಲವು.

ii. **ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದು**

ಈ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಮುಂದಡಿ ಇಟ್ಟು ಮುನ್ನಡೆಯುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಪ್ರಶ್ನಾತೀತ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ವಿಶ್ವ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನಕ್ಕಿದೆ ಎಂಬುದು ನಮ್ಮ ಬಲವಾದ ಅಭಿಪ್ರಾಯ. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಕ್ಷೇತ್ರದೊಳಗೇನೇ ನಡೆಯಬೇಕಾದ ತುರ್ತು ಕೆಲಸದ ಬಗ್ಗೆ ಈಗಾಗಲೇ ಹೇಳಿಯಾಗಿದೆ. ಸಮರ್ಪಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ ಕೊರತೆ ಮತ್ತು ಬಡತನದ ಸಂಕೋಲೆಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ತಡೆಗಟ್ಟಬಲ್ಲ ರೋಗಗಳೂ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಹಬ್ಬುವಂತಹ ಮತ್ತು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದರ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುವಂತಹ ಮಹಾದುರಂತಮಯ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳಿಗೆ ನಾವೆಲ್ಲರೂ ಸಾಕ್ಷಿಗಳಾಗಿದ್ದೇವೆ.[4]

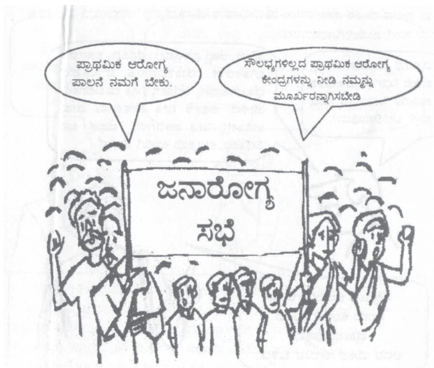
ಹೀಗೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಆಂದೋಲನ ನಡೆಸುವವರ ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಆಚರಣಾತ್ಮಕ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ನೋಡುವುದಾದರೆ, ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಮೊದಲುಗೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ದ್ವಿಮುಖ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳಿವೆ; ಅವೆರಡರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವದ್ದು, ಇನ್ನೊಂದು ಕಡಿಮೆ ಮಹತ್ವದ್ದು ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಅವರಿಗೆ **ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿದೆ** (ಯಾಕೆಂದರೆ, ಅವರೇ ಅತೀ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯ ಈ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊತ್ತುಕೊಳ್ಳಲು ಮೊದಲ ಹೆಜ್ಜೆ ಇಡದಿದ್ದರೆ ಮತ್ತಿನ್ಯಾರು ಆ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ?). **ಜೊತೆಗೆ, ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು (ಉದಾರಣೆಗೆ: ನೀರು, ಆಹಾರ, ಶುದ್ಧ ಪರಿಸರ ಇತ್ಯಾದಿ) ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಇನ್ನಿತರ ಸಂಘಟನೆಗಳ ನೇತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಚಳವಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸುವ ಮತ್ತು ಅಂತಹ ಚಳುವಳಿಗಳನ್ನು ಜಂಟಿಯಾಗಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನಾಪೂರ್ವಕ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯೂ ಅವರ ಮೇಲಿದೆ.**

- ಮೊದಲನೆಯದನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಂಡಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಅವಶ್ಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆ/ಸರಕನ್ನಾಗಿ (Public Good) ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕೆಂದೂ, ಅದನ್ನು ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಿಂದ ಹೊರಗೆಳೆದು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ತರಬೇಕೆಂದೂ ಅವರು ಬಲವಾಗಿ ವಾದಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುತ್ತದೆ.

- ಎರಡನೆಯದನ್ನು ಮಾಡುವಾಗ, ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಜಾಗತೀಕರಣ-ಖಾಸಗೀಕರಣ ನೀತಿಗಳ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸರಬರಾಜು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ದುರ್ಬಲಗೊಳಿಸುವುದರಿಂದಾಗಿ ಉಂಟಾಗುವ ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆ, ನೀರಿನ ಖಾಸಗೀಕರಣದಿಂದಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಜಲಜನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ) ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಜಾಗತೀಕರಣ-ಖಾಸಗೀಕರಣಗಳ ದಾಳಿಯಿಂದಾಗಿ ಮೂಲಾವಶ್ಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವೆಗಳು (ಉದಾಹರಣೆಗೆ: ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ, ನೀರು, ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆ, ವಸತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಸರ ರಕ್ಷಣೆ) ತೀವ್ರವಾಗಿ ಹಾನಿಗೊಳಗಾಗಿದ್ದು ಅವುಗಳನ್ನು ಮತ್ತೆ ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಒಂದು ಬಲಿಷ್ಠ ಐಕ್ಯ ಚಳವಳಿಯ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಈ ಐಕ್ಯ ಚಳವಳಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಅವಶ್ಯವಿರುವ 'ಸಾಮಾಜಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೈತ್ರಿ'ಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ ಸಂಚಾಲನೆ ನೀಡುವತ್ತ ಮೊದಲ ಹೆಜ್ಜೆ ಹಾಕುವಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಲು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರೇ ಬಹಳ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯ ಮತ್ತು ಅಪೂರ್ವ(Unique) ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆಂದು ಇಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ಸಾಧ್ಯಾಸಾಧ್ಯತೆ:

ನಂತರದಲ್ಲಿ, ನಾವು ಅಲ್ಪಾವಧಿಯ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮಾವಧಿಯ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸುವಾಗ, 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕ'ನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವ ಸಾಧ್ಯಾಸಾಧ್ಯತೆ ಹಾಗೂ 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕ'ನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವ ಸಾಧ್ಯಾಸಾಧ್ಯತೆಗಳ ನಡುವಿನ ಅಂತರವನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಮುಖ್ಯವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಡಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಪ್ರಾಯಶಃ 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕ'ನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಬಹುದು. ಆದರೆ, ಶಾಲಾರ್ಥದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಾದ 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು' ಎಂಬುದು ಒಂದು ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಮತ್ತು ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಗುರಿಯಾಗಿದ್ದು ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುತ್ತಾ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಅದರೆಡೆಗೆ ಸಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; ಆದರೆ, ನವಉದಾರವಾದಿ ಜಾಗತಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ಇಂದಿನ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ವಾಸ್ತವತೆಯೂ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುತ್ತಾದ್ದರಿಂದ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಲು ಪ್ರಾಯಶಃ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ, ಆಮೂಲಾಗ್ರ ಮತ್ತು ಮೂಲಭೂತ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಮೂಲಕವೇ ಈ ಹಕ್ಕನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ವಿಚಾರವನ್ನು ಕೊನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯವಾದ 'ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಪರಾಮರ್ಶೆ'ಯಲ್ಲಿ ವಿವರವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸೋಣ.



ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಶೋಷಣೆಯು ಅಗಾಧ ಪ್ರಮಾಣದ ಬಡತನಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಸಂರಚನೀಯ (structural - ರಾಚನಿಕ) ಅಸಮಾನತೆಗಳನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕಿರುವ ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ವ್ಯಾಪಾರ ಸಂಬಂಧಗಳ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಯ ಪ್ರಭಾವದ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ವಿಶ್ವ ಹಣಕಾಸು ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಬೆಂಬಲದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ವಿಶ್ವಮಟ್ಟದ ಶೋಷಣೆಯ ವಿಶಾಲ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು, ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇಂದಿನ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಳಗೆ 'ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ

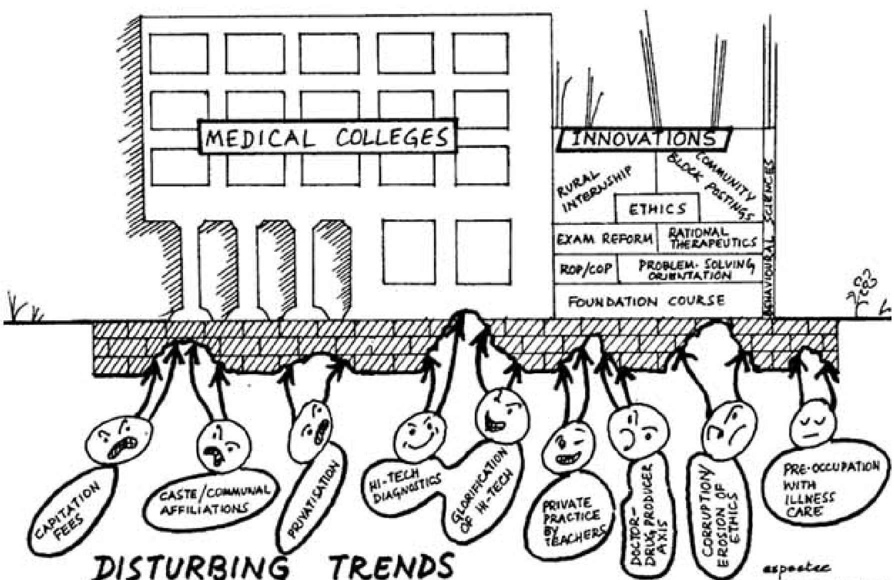
ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವೆ? ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಒಂದು ಉತ್ತರ:

> ಇನ್ನಿತರ ಎಲ್ಲಾ ಷರತ್ತುಗಳ ಜೊತೆಗೆ, ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆ (ಜೀವನ ಭದ್ರತೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧವಿರುವಂತಹದ್ದು) ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸುಲಭ ಲಭ್ಯತೆ ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ವಸತಿ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಪರಿಸರಗಳ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾದ ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಕೆಲಸದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ವಚ್ಛ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರಿಸರ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿಯ ಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಸಮಾನತೆ, ಲಿಂಗಸಮಾನತೆಗಳಿರುವ ಹಿಂಸೆಯಿಂದ ಮುಕ್ತವಾಗಿರುವ ಒಂದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸರ – ಇವುಗಳೆಲ್ಲವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತಹ ಪರಿಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಅತ್ಯಂತ ಮಾನವೀಯ ಅರ್ಥದಲ್ಲಿಯೇ 'ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬುದು ನಮ್ಮ ವಿಶಾಲ ದೃಷ್ಟಿ / ಗುರಿಯಾಗಿರಬೇಕು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೊಳಗೆ ಈ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಬಹುದಾದರೂ ವಿಶ್ವಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿತಗೊಳ್ಳುವ ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಚೌಕಟ್ಟಿನೊಳಗಡೆಯೇ ಭಾರತವೂ ಇರುವುದರಿಂದ ಈ ಚೌಕಟ್ಟಿನೊಳಗೆ ಅದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಸಾಮಾನ್ಯ ನಾಗರೀಕರಿಗೆ ಉತ್ತರದಾಯಿಯಾಗಿರುವ (accountable) ಬಲಿಷ್ಠ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವುದು ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಳಗೆ ಸಾಧಿಸಬಲ್ಲ ಗುರಿಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ನಾವು ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಹೋರಾಡಬೇಕು. ಅಂತೆಯೇ, ಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆ, ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ಶೌಚ ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷಿತ ಪಾರಿಸರಿಕ ಮತ್ತು ಕೆಲಸದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು – ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಒಂದಿಷ್ಟು ಮಟ್ಟಿಗೆ ಗಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸುಧಾರಣೆಗಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಚಳವಳಿಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಯು ತನ್ನ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ದನಿಯನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಅಂತಹ ಹೋರಾಟಗಳು ದುಡಿಯುವ ಜನಸಮುದಾಯಗಳ ಮತ್ತು ಸಮಾಜದ ಇನ್ನಿತರ ವಂಚಿತ ಮತ್ತು ದಮನಿತ ಜನಸಮುದಾಯಗಳ ಜೀವನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ತರಬಲ್ಲವು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ತಮಗಾಗಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕು ಎಂದು ಒತ್ತಾಯಿಸುವ ಮೂಲಕ ಜನರು ತಮ್ಮ ಶಕ್ತಿಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು ತೋರುವುದಕ್ಕೆ ಇದು ಒಂದು ಉತ್ತಮ ಮಾಧ್ಯಮ ಕೂಡ ಹೌದು. ಸಾರ್ವಜನಿಕರನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಿ, ಅಣಿನೆರೆಸಿ, ಒಗ್ಗೂಡಿಸುವ, ಪ್ರಜಾಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಎತ್ತಿತೋರಿಸುವ ರಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಇದೂ ಒಂದು. ಈ ವಿಶಾಲ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕು' ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಾಮಾಜಿಕ ಚೌಕಟ್ಟಿನೊಳಗೆ ಸಾಧಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ಕನಿಷ್ಠಪಕ್ಷ ಆಂಶಿಕವಾಗಿ ಸಾಧಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಿದೆ.

ಆದರೆ, ನಮ್ಮ ವಿಸ್ತೃತ ಮುನ್ನೋಟವಾದ ಪರಿಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಸಮಗ್ರ ಅರ್ಥದ 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕ'ನ್ನು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸಿಗುವಂತೆ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕಿಳಿಸುವುದು ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿವರ್ತನೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಬಿಡಿಸಲಾಗದಂತೆ ತಳಕುಹಾಕಿಕೊಂಡಿರುವಂತಹ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ, ವಿರ್ಚೋ (ಎಂಬ ಚಿಂತಕ) ಆಲೋಚಿಸುವಂತೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿನ ಹೋರಾಟವು ತನ್ನ ಆಳ ಅರ್ಥದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರೂ ಕೂಡ ಅಂತಹ ವಿಸ್ತೃತ ಮುನ್ನೋಟ ಮತ್ತು ವಿಶಾಲ ಆಶಯಗಳ ಹೋರಾಟಗಳಲ್ಲಿ ತಮ್ಮನ್ನು ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಅತ್ಯವಶಕವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಈ ವಿಚಾರವನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವು ಆಹಾರ, ನೀರು, ಶಿಕ್ಷಣ, ವಸತಿ, ಜೀವನೋಪಾಯ, ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯ ಇನ್ನಿತರ ಅನೇಕ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಹಲವಾರು ರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಹೋರಾಟಗಳೊಂದಿಗೆ ತನ್ನನ್ನು ಬೆಸೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ಹೋಗಬೇಕು; ನಾವು ಹಾಗೆ ಮಾಡಬೇಕಿರುವುದು ಈ ಹೋರಾಟಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳು ಎಂಬ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವು ಪ್ರಬಲ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಸವಾಲೊಡ್ಡಿ ಎದುರುಗೊಳ್ಳುವಂತಹ ವಿಶಾಲ ಚಳವಳಿಯೊಂದನ್ನು ಕಟ್ಟಬೇಕು ಎಂಬ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಕೂಡ. ಆಂಶಿಕವಾಗಿಯೇ ಆಗಲಿ, ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪ್ರತಿಷ್ಠಾಪಿಸುವುದು ಜನಜಾಗೃತಿಯನ್ನು, ಜನಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಭವಿಷ್ಯದ ಕೆಲವು ಮುಮ್ಮೊದಲ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ವರ್ತಮಾನದಲ್ಲಿಯೇ ರೂಪಿಸಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಉತ್ತಮ ವೇದಿಕೆಗಳಲ್ಲೊಂದಾಗಿದೆ. ಆದರೆ, ಅದಕ್ಕೂ ಮುಂದೆ ಸಾಗುವುದಾದರೆ, ಇಂದಿನ ಕಠೋರ ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲೂ ಕೂಡ ಜೀವನದ ಅಸಂಖ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸುಸಂಬದ್ಧ ಪರ್ಯಾಯಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟಿಕೊಡುವುದಕ್ಕೆ, ಜನತೆಗೆ ಶಕ್ತಿಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು, ಭರವಸೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ, ಪ್ರಬಲವಾದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಸವಾಲೊಡ್ಡಿ ಎದುರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಭವಿಷ್ಯದ ಹಸುಳೆಗಳನ್ನು ಪೋಷಿಸಿ ಬೆಳೆಸುವುದಕ್ಕೆ ವಿಶಾಲ ಜನಾಂದೋಲನ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಕೇವಲ ಅಂತಹ ಚಳವಳಿ ಮಾತ್ರವೇ ನಾಳಿನ ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲಿ ಇಂದಿನ ಅನಾರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಅಸಮಾನ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕಿತ್ತೆಸೆದು ಅದರ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ನ್ಯಾಯಯುತವಾದ, ಮಾನವೀಯವಾದ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣವಾದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕಟ್ಟುವ' ಕನಸನ್ನು ಕಾಣಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.[5]



Source: Community Health Cell

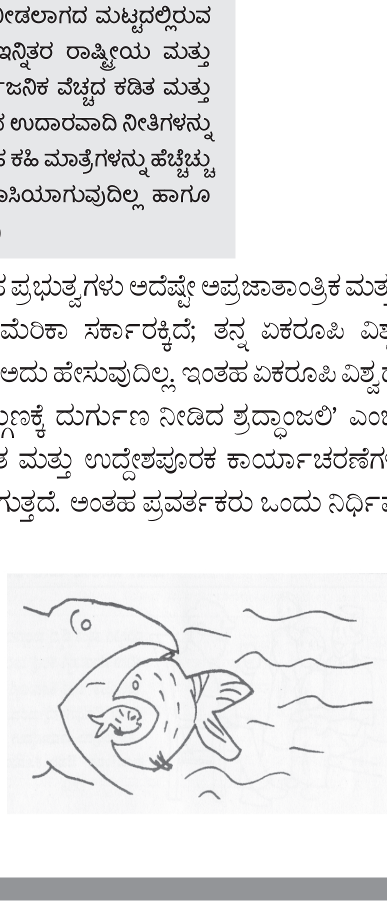
4. ಆರೋಗ್ಯ/ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿನ ಸಮರ್ಥನೆ

ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟು ಹಾಗೂ ಆಧಾರಭೂತ ವಿಶ್ವಶಕ್ತಿ ರಚನೆಗಳ ಕುರಿತ ಟಿಪ್ಪಣಿ

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಮರ್ಥನೆಯ ವಿಚಾರವನ್ನು ಚರ್ಚಿಸುವ ಮೊದಲು ಒಂದು ಸ್ಪಷ್ಟೀಕರಣವನ್ನು ನೀಡಬೇಕಿದೆ. ಈಗ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಇರುವ ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಒಡಂಬಡಿಕೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ನಾವು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದರೂ, ಪ್ರಬಲ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ-ರಾಜಕೀಯ ಸಂರಚನೆಗಳು ಈ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟುಗಳನ್ನು ಹಲವಾರು ಬಾರಿ ಸಮರ್ಥಿಸಿದರೂ ಈ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಯಥಾವತ್ತಾಗಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕಿಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅವು ತಕ್ಕುದಾಗಿವೆ ಎಂದು ಹೇಳಲು ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಮುಂದೆ ಚರ್ಚಿಸಿರುವಂತೆ, ದೇಶಗಳೊಳಗೆ ಪ್ರಬಲ ಜನವರ್ಗಗಳು ತಮ್ಮ ಹಿಡಿತವನ್ನು ಮಾನ್ಯಮಾಡಿ ಮುಂದುವರೆಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಕೆಲವು ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಔಪಚಾರಿಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬಿಟ್ಟುಕೊಡುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗಿರುತ್ತದೆ (ಈ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವ ವಿಚಾರವನ್ನು ಅವರೆಂದೂ ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿಲ್ಲ); ಅದೇ ರೀತಿಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳೇ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲೂ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತವೆ.

> ಅಮೆರಿಕ ಸರ್ಕಾರದಂತಹ ದೇಶ-ಸರ್ಕಾರಗಳು ಮತ್ತು ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕಿನಂತಹ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಶ್ನಾರ್ಹವಾಗಿ ತೀರ್ಮಾನಿಸಲಾದ, ವಾಪಾಸ್ಸು ನೀಡಲಾಗದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವ ಸಾಲ ವಾಪಸಾತಿಗೆ, ಅಸಮಾನ ವಾಣಿಜ್ಯ ಅಧಿಪತ್ಯಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ಇನ್ನಿತರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿರೂಪಣೆಗಳಿಗೆ ತಳಕು ಹಾಕಿ ಖಾಸಗೀಕರಣ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವೆಚ್ಚದ ಕಡಿತ ಮತ್ತು ದುರ್ಬಲ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಸೃಷ್ಟಿ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ನವ ಉದಾರವಾದಿ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಪಟ್ಟು ಹಿಡಿದು ಜಾರಿಗೆ ತರುತ್ತಿವೆ. (ನವ ಉದಾರವಾದಿ ಜಾಗತೀಕರಣದ ಇಂತಹ ಕಹಿ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ನಂತರ ರೋಗ ಮತ್ತಷ್ಟು ತೀವ್ರಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆಯೇ ವಿನಃ ವಾಸಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಕೊನೆಗೆ ಬಾಯಲ್ಲಿ ಕಹಿ ರುಚಿಯನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ನಮಗೆ ಏನೂ ಉಳಿದಿರುವುದಿಲ್ಲ.)

ತನ್ನ ಬಂಡವಾಳದ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಕಾಪಾಡಲು, ಉತ್ತೇಜಿಸಲು ಸಿದ್ಧವಿದ್ದರೆ ಸಾಕು ಅಂತಹ ಪ್ರಭುತ್ವಗಳು ಅದೆಷ್ಟೇ ಅಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕ ಮತ್ತು ದಮನಕಾರಿಯಾಗಿದ್ದರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಿ ಬೆಳೆಸಿದ ಸುದೀರ್ಘ ಚರಿತ್ರೆ ಅಮೆರಿಕಾ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕಿದೆ; ತನ್ನ ಏಕರೂಪಿ ವಿಶ್ವ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಸಹಕರಿಸದ ದೇಶಗಳ ಮೇಲೆ ಯುದ್ಧ ಸಾರಿ ಸರ್ವನಾಶ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೂ ಅದು ಹೇಸುವುದಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಏಕರೂಪಿ ವಿಶ್ವದ ಪ್ರವರ್ತಕರು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಪದೇಶ ಮಾಡಿದಾಗ 'ಕಪಟತನ ಎಂಬುದು ಸದ್ಗುಣಕ್ಕೆ ದುರ್ಗುಣ ನೀಡಿದ ಶ್ರದ್ಧಾಂಜಲಿ' ಎಂಬ ಗೋಮುಖ ವ್ಯಾಘ್ರದ ಮಾತಂತಿದೆ. ಅವರ ಮಾತುಗಳಿಗೂ ಮತ್ತು ಅವರ ಯೋಜಿತ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶಪೂರಕ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಗೂ ನಡುವಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಬಹಳ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರವರ್ತಕರು ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಬಗೆಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು (ಬಹುತೇಕವು ತೀರಾ ಸಂಕುಚಿತವಾಗಿ ಹೆಣೆದ ನಾಗರೀಕ-ರಾಜಕೀಯ ಹಕ್ಕುಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ) ತಮಗೆ ಸಹಕಾರ ನೀಡದ ತೃತೀಯ ಜಗತ್ತಿನ ಸರ್ಕಾರಗಳ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಡ ತರುವುದಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ಪ್ರಪಂಚದ ಮೇಲಿನ ತಮ್ಮ ಅಧಿಪತ್ಯವನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸುವ ಸಾಧನಗಳನ್ನಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.



ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ, ಮುಂದುವರಿದ ಬಲಿಷ್ಠ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ಅನುಕೂಲಕರವಾಗಿರುವ ಕೆಲವು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಟ್ಟುಪಾಡುಗಳನ್ನು, ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಜಾಗತಿಕವಾಗಿ

- UDHR : ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಘೋಷಣೆ
- ICESCR: ಆರ್ಥಿಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಒಡಂಬಡಿಕೆ
- ICCPR :ನಾಗರೀಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಒಡಂಬಡಿಕೆ

ಪ್ರಬಲವಾಗಿರುವ ಶಕ್ತಿಗಳು ಹೇಗೆ ಹೇರುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ತೃತೀಯ ಜಗತ್ತಿನ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಇನ್ನಿತರ ದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ಚಾಚೂತಪ್ಪದೇ ಹೇಗೆ ಪಾಲಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನೂ ಹಾಗೂ ಹೇಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು 'ಐಚ್ಛಿಕ'ವಾಗಿ ಮಾಡಿ, ವ್ಯಾಪಾರ, ವಾಣಿಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಟ್ಟುಪಾಡುಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸಿ ನಿರ್ದಾಕ್ಷಿಣ್ಯವಾಗಿ ಹೇರಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನೂ ಗಮನಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು ಎರಡು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಒಪ್ಪಂದಗಳನ್ನು – ವಿಶ್ವ ವ್ಯಾಪಾರ ಸಂಘಟನೆ (World Trade Organisation - WTO) ಮತ್ತು ಐಸಿಇಎಸ್‌ಸಿಆರ್‌ಗಳ (ICESCR) ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಒಪ್ಪಂದಗಳು – ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಬಹುದು. ವಿಶ್ವ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂಘಟನೆಯು 2005ರ ಕೊನೆಯ ವೇಳೆಗೆ ಹೊಸ 'ಪೇಟೆಂಟ್' (ಹಕ್ಕು ಸ್ವಾಮ್ಯತೆ) ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು ಜಾರಿಮಾಡುವ ಕಟ್ಟುಪಾಡನ್ನು ಹೇರಿತು; ಈ ಒಪ್ಪಂದವು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಪೇಟೆಂಟ್‌ಗಳಿಗೆ ಅವಕಾಶ ಕೊಡದಿರುವುದರಿಂದ ಎ.ಆರ್.ವಿ (anti-retroviral) ಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಎಲ್ಲ ಹೊಸ ಜೀವರಕ್ಷಕ ಔಷಧಿಗಳ ಬೆಲೆಗಳು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಏರಿಕೆಯಾದವು; ಈ ಒಪ್ಪಂದದ ವಿರುದ್ಧ ಭಾರಿ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ವಿಮರ್ಶೆಗಳು, ಟೀಕೆಗಳು ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ವ್ಯಕ್ತವಾದರೂ ಕೂಡ 'ನಮ್ಮ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ನಾವು ಮೀರಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ' ಎಂಬ ನೆಪವೊಡ್ಡಿ ಭಾರತದ ಸಂಸತ್ತಿನ ಮೂಲಕ ಪಾಸುಮಾಡಿಸಲಾಯಿತು. ಆದರೆ, ಐಸಿಇಎಸ್‌ಸಿಆರ್ (ICESCR) ಅಡಿಯಲ್ಲಿರುವ 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು' ಕುರಿತಂತೆ ಭಾರತಕ್ಕಿರುವ ತನ್ನ ಬದ್ಧತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ ಮಾತನಾಡಿದ್ದನ್ನು ಎಂದೂ ಯಾರೂ ನೋಡಿಲ್ಲ; ಈ ವಿಚಾರವನ್ನು ನಾಗರಿಕ ಸಮಾಜ ಎತ್ತಿದಾಗಲೂ ಕೂಡ ಸರ್ಕಾರ ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಿತೇ ವಿನಃ 'ನಮ್ಮ ಜನತೆಗೆ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯವಾಗಿ ನಾವು ಕೊಟ್ಟ ಮಾತನ್ನು ಈಡೇರಿಸುತ್ತೇವೆ' ಎಂಬಂತಿರಲಿಲ್ಲ . ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ–ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಸುವ ವಿಚಾರವನ್ನು ಆಯಾ ದೇಶಗಳ ಸರ್ಕಾರಗಳ ಸಾರ್ವಭೌಮ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಬಿಟ್ಟುಬಿಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ (ಅದು ಪರವಾಗಿಲ್ಲ); ಆದರೆ, ವಿಶ್ವ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂಘಟನೆಯ ಅನುಕೂಲಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಇರುವ ಕಡ್ಡಾಯ ಹೇರಿಕೆಯ ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳು ಕಠೋರವಾಗಿ, ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಇದ್ದು ಅವುಗಳನ್ನು ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕಿಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ವಿಶ್ವ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂಘಟನೆಯ ಒಪ್ಪಂದಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವ ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಯನ್ನೂ ಕೂಡ ಆಯಾ ದೇಶಗಳ ಸಾರ್ವಭೌಮ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಯಾಕೆ ಬಿಟ್ಟುಬಿಡುವುದಿಲ್ಲ? ವಿಶ್ವ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂಘಟನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿರುವ ಭಾರತದ ಒಪ್ಪಂದಗಳು ಸ್ವಲ್ಪವೂ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಮಾಡಕೂಡದ ಸರ್ವಶ್ರೇಷ್ಠ ಒಪ್ಪಂದಗಳಾಗಿದ್ದು ಅವುಗಳನ್ನು ಜಾರಿ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಡಿಸೆಂಬರ್ 31, 2005ಕ್ಕಿಂತ ಆಚೆಗೆ ಒಂದು ದಿನವೂ ತಡಮಾಡುವಂತಿರಲಿಲ್ಲ. ವಿಶ್ವ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂಘಟನೆಯ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳಿಂದುಂಟಾದ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಕಡೆ ನೋಡುವುದಾದರೆ, ಶ್ರೀಮಂತ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡದೊಡ್ಡ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಜಾರಿಗೆ ತಂದ ಪೇಟೆಂಟ್ ಹಕ್ಕುಗಳು ಬಡ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಪೇಟೆಂಟ್ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಬಹುತೇಕವಾಗಿ ತುಳಿದು ಹಾಕುತ್ತವೆ – ಹೀಗೆ ಇದು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಶಕ್ತಿ ರಚನೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಇರುವ ತಾರತಮ್ಯಯುತ ಇಬ್ಬಗೆಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಬಯಲುಗೊಳಿಸಿದೆ.

ಹೀಗಿದ್ದಾಗಲೂ, ಈ ಇಬ್ಬಗೆಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಾಗ ಹಾಗೂ ಇಂದಿನ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಅವುಗಳ ಪರಿಪೂರ್ಣ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಈಡೇರಿಸಲು ಪ್ರಾಯಶಃ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಂಬುವಾಗ ಕೆಲವು ಸುಧಾರಣೆಗಳಿಗೋಸ್ಕರ ಹಾಗೂ ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಈಡೇರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವೋ ಅಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮನ್ನಣೆಯನ್ನು ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ಪ್ರಶ್ನಿಸುವುದಕ್ಕೋಸ್ಕರ ಜನರನ್ನು ಅಣಿನೆರಸಿ ಒಗ್ಗೂಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು (ರಾಜಕೀಯ–ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮತ್ತು ಸಂದರ್ಭಾಧಾರಿತ, ಸಮಸ್ಯೆಯಾಧಾರಿತ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯಗಳ ಸಂಯೋಗದೊಂದಿಗೆ) ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಪ್ರಸ್ತುತದಲ್ಲಿರುವ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಚೌಕಟ್ಟುಗಳು ಮಾನ್ಯಮಾಡಿರುವ (ಗೊತ್ತು ಮಾಡಿರುವ) ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲೆಡೆಯೂ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು

ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವಂತೆ ನಾವು ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ಒತ್ತಾಯಿಸಬೇಕು. ಆದರೂ, ಈ ಚೌಕಟ್ಟಿನ ಮಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಈಗಿನ ನವ ಉದಾರವಾದಿ ಜಾಗತೀಕರಣದ ರಾಜಕೀಯ– ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು (political economy) ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ನಿರಾಕರಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುವ ಶೋಷಣಾಮಯ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಎದುರು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಲು (confront) ಈ ಚೌಕಟ್ಟಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮನಸ್ಸಿಲ್ಲದಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆಯೂ ನಮಗೆ ಗೊತ್ತಿರಬೇಕು. ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ಹೇಳಬೇಕೆಂದರೆ, ವಿಶ್ವಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿರ್ಮಾಣಗೊಂಡಿರುವ ರಾಜಕೀಯಾರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಸಮರ್ಥಿಸದೆಯೇ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಒಂದು ಹಂತದ ತನಕ ಆಚಾರಾರ್ಥವಾಗಿ ನಾವು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಈ ಪರಿಮಿತಿಗಳನ್ನು ಹೇಳಿದ ಮೇಲೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿನ ಕೆಲವು ಸಮರ್ಥನೆಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸೋಣ – ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಅವಕಾಶಗಳು, ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಒಡಂಬಡಿಕೆಗಳು ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ವಾದಗಳು (ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕುರಿತ ಲೇಖಕರ ಬರಹದಿಂದ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ[6]).

ಸಾಂವಿಧಾನಿಕ ಮತ್ತು ಶಾಸನಾತ್ಮಕ ಸಮರ್ಥನೆ

ಬದುಕುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಭಾರತ ಸಂವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕನ್ನಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ (ಪರಿಚ್ಛೇದ 21) ಹಾಗೂ ಈ ಹಕ್ಕನ್ನು ವಿವಿಧ ತೀರ್ಪುಗಳಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ತಪ್ಪಿಸಬಲ್ಲ ರೋಗೋತ್ಪಾದನೆಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಬದುಕನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಮೂಲಾಧಾರವಾಗಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಭುತ್ವದ ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಿರುವ ಪರಿಚ್ಛೇದ 47ನ್ನು ಭಾರತೀಯ ಸಂವಿಧಾನದ ರಾಜ್ಯನೀತಿ ನಿರ್ದೇಶಕ ತತ್ವಗಳು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ:

ಭಾರತದ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯವು ತನ್ನ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ತೀರ್ಪೊಂದರಲ್ಲಿ (ಪಶ್ಚಿಮ್ ಬಂಗಾ ಖೇತ್ ಮಜ್ದೂರ್ ಸಮಿತಿ ಮತ್ತು ಇತರರು ಹಾಗೂ ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ಇತರರ ನಡುವಿನ ಪ್ರಕರಣ, 1996) ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ಹೇಳಿದೆ:

> ಸಂವಿಧಾನದ ಪರಿಚ್ಛೇದ 47: ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಮತ್ತು ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಭುತ್ವದ ಪಾತ್ರ ತನ್ನ ಜನತೆಯ ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಮತ್ತು ಜೀವನಮಟ್ಟಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದನ್ನು ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದನ್ನು ಪ್ರಭುತ್ವವು ತನ್ನ ಆದ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದನ್ನಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸತಕ್ಕದ್ದು....

ಕಲ್ಯಾಣ ರಾಜ್ಯವೊಂದರಲ್ಲಿ ಜನಕಲ್ಯಾಣವೇ ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಸಮರ್ಪಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಕಲ್ಯಾಣ ರಾಜ್ಯವೊಂದರಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರ ಹೊತ್ತುಕೊಂಡ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳ ಪ್ರಮುಖ ಭಾಗವಾಗಿರುತ್ತದೆ... ಸಂವಿಧಾನದ 21ನೇ ಪರಿಚ್ಛೇದವು ಪ್ರತೀ ನಾಗರಿಕನ ಬದುಕುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾಪಾಡುವಂತೆ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ತಾಕೀತು ಮಾಡುತ್ತದೆ..... ಪ್ರಭುತ್ವ ನಡೆಸುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಅದರಲ್ಲಿ ನೇಮಿಸಲಾಗಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಮಾನವ ಜೀವವನ್ನು ಸಂರಕ್ಷಿಸುವುದಕ್ಕೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಹಾಯ ಹಸ್ತ ಚಾಚುವ ಕರ್ತವ್ಯಬದ್ಧತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬನಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ವಿಫಲವಾದರೆ ಅದು ಆ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಸಂವಿಧಾನದ 21ನೇ ಪರಿಚ್ಛೇದದಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಲಾದ ಬದುಕುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಉಲ್ಲಂಘಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ, ಬಂಧುವಾ ಮುಕ್ತಿ ಮೋರ್ಚಾ ಮತ್ತು ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ ಹಾಗೂ ಇತರರ ನಡುವಿನ ಜೀತದಾಳು ಕಾರ್ಮಿಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ, (1982) ಭಾರತದ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯವು ಸಂವಿಧಾನದ 21ನೇ ಪರಿಚ್ಛೇದವನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸುತ್ತಾ ಕಾರ್ಮಿಕರಿಗೆ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂದು ಆದೇಶಿಸುತ್ತದೆ.

ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕನ್ನಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಸಂವಿಧಾನಕ್ಕೆ 86ನೇ ತಿದ್ದುಪಡಿ ತರುವ ಮೂಲಕ ಮೂಲಾವಶ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಮಸೂದೆಯಲ್ಲಿನ ಸಮಸ್ಯೆ, ವಾದವಿವಾದಗಳೇನೇ ಇದ್ದರೂ ಶಿಕ್ಷಣದಂತಹ ಅವಶ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸಂಧಾನದ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕುಗಳಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಬಹುದೆಂದು ಈಗ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಸಾಂವಿಧಾನಿಕವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕನ್ನಾಗಿ ಊರ್ಜಿತಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಒಂದು ಸೂಕ್ತ ಸಂದರ್ಭವನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುತ್ತದೆ.

ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಥನೆ

ಜನತೆಗೆ ಸಮರ್ಪಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಕೇವಲ ಮಾನವ ಹಕ್ಕು ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ದೀರ್ಘಕಾಲ ಉಳಿಯಬಲ್ಲ ಮತ್ತು ಸಮಾನತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಬೇಕಾದ ಅತ್ಯವಶ್ಯ ಪೂರ್ವ ಷರತ್ತು ಕೂಡ ಎಂಬುದನ್ನು ಈಗ ಎಲ್ಲೆಡೆಯೂ ಗುರುತಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. 'ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೇ ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮಿಗಿಲು' ಎಂದು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುವವರು ನೊಬೆಲ್ ಪ್ರಶಸ್ತಿ ಪುರಸ್ಕತ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞ ಅಮರ್ತ್ಯ ಸೇನ್ ಅವರ ಮಾತುಗಳ ಕಡೆ ಗಮನವಹಿಸುವುದು ಸೂಕ್ತ:

> ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆಗೆ ಕೊಡುಗೆ ನೀಡಬಲ್ಲ ಭಿನ್ನ ಸ್ವರೂಪಗಳ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ತುಂಬಾ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಸುತ್ತದೆ.... ಅತ್ಯಂತ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿರುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆಯ ಆಶಯಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅತ್ಯವಶ್ಯ ಕೊಡುಗೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.
>
> .... ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಾಧನಗಳೂ ಆಗಿರುವ ಮಾನವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳ ಮಹತ್ವಕ್ಕೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗಮನ ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ ನಮಗೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ಸಕಾರಣಗಳಿವೆ.... ಮೂಲ ಶಿಕ್ಷಣ, ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಇತರ ಮಾನವ ಸಾಧನೆಯ ಸಿದ್ಧಿಗಳು ನೇರವಾಗಿ ಮೌಲ್ಯಯುತವಾದವುಗಳು ಮಾತ್ರವಲ್ಲ.... ಈ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳು ಅತ್ಯಂತ ಉತ್ಕೃಷ್ಟ ಆರ್ಥಿಕ ಯಶಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುವುದಕ್ಕೂ ಸಹಾಯ ಮಾಡಬಲ್ಲವು .... (ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಮತ್ತು ಜಾನ್ ಡ್ರೆಜ್ ಅವರ 'India:Economic Development and Social Opportunity' ಪುಸ್ತಕದಿಂದ)

ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಮರ್ಥನೆ

ಮೂಲಾವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ, ಒಪ್ಪಂದದ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಒಂದು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕನ್ನಾಗಿ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ 'ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳ ಕುರಿತ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಒಡಂಬಡಿಕೆ' (CESCR) ಗೆ ಭಾರತವೂ ಸಹಿ ಹಾಕಿದೆ[7]. ಈ ಒಡಂಬಡಿಕೆಯು ತನ್ನ 12ನೇ ಪರಿಚ್ಛೇದದಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿ ಹೇಳುತ್ತದೆ:

ಅತ್ಯಂತ ಉನ್ನತ ಸಾಧನೀಯ ಮಟ್ಟದ ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವುದು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬನ ಹಕ್ಕು ಎಂಬುದನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತ ಒಡಂಬಡಿಕೆಯ ರಾಷ್ಟ್ರ, ಸದಸ್ಯರುಗಳು ಗುರುತಿಸುತ್ತವೆ.... ನಾವು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ .... ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಗಳನ್ನು ಖಾತ್ರಿಯಾಗಿ ಒದಗಿಸಬಲ್ಲ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಕ್ರಮಗಳೂ ಸೇರಿವೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕುರಿತಾದ ಈ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ಲೇಖನವನ್ನು ಸಿಇಎಸ್‌ಸಿಆರ್‌ನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೇಳಿಕೆ 148ರಲ್ಲಿ ವಿವರವಾಗಿ ವಿಷದೀಕರಿಸಲಾಗಿದ್ದು ಅದರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ವಿವರಗಳು, ಈ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವುದಕ್ಕಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳ ಹರವನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

- **ಮಹಿಳೆಯರು**: ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ, 'ಸೀಡೊ'–ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಸ್ವರೂಪದ ತಾರತಮ್ಯ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಮ್ಮೇಳನವು (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women - CEDAW)[9] ತನ್ನ

12ನೇ ಕಲಂನಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕಟ್ಟುಪಾಡುಗಳನ್ನು ವಿಧಿಸುತ್ತದೆ:

1. ಪುರುಷ-ಮಹಿಳೆಯರ ಸಮಾನತೆಯನ್ನಾಧರಿಸಿ, ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಾಗುವುದನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗುವ ತಾರತಮ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲಿಸಲು ಸದಸ್ಯ ದೇಶಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ಸಮರ್ಪಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳತಕ್ಕದ್ದು.
2. ಈ ಕಲಮಿನ ಮೊದಲನೇ ಅನುಚ್ಛೇದದಲ್ಲಿ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳು ಇದ್ದರೂ ಸಹ ಸದಸ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಗರ್ಭ, ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಶಿಶುಜನನದ ತರುವಾಯದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದೆಡೆಯಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಉಚಿತ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಗರ್ಭ ಮತ್ತು ಮಗುವಿಗೆ ಹಾಲುಣಿಸುವ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸಮರ್ಪಕ ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ಸೂಕ್ತ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳ ನೀಡಿಕೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

- **ಮಕ್ಕಳು:** ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ, **ಮಕ್ಕಳ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಸಮ್ಮೇಳನವು (ಸಿಆರ್‌ಸಿ)**[10] ತನ್ನ 24ನೇ ಕಲಂನಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಕೆಲವು ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಟ್ಟಿದೆ:

    1. ಸದಸ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಾಧನೀಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವ ಮತ್ತು ರೋಗಗ್ರಸ್ಥವಾದಾಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪುನರ್ವಸತಿಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಮಕ್ಕಳ ಹಕ್ಕನ್ನು ಗುರುತಿಸುತ್ತವೆ. ಯಾವುದೇ ಮಗು ಇಂತಹ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ತನ್ನ ಈ ಹಕ್ಕಿನಿಂದ ವಂಚಿತವಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸದಸ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ

- **ಭಾರತ ಸಹಿ ಹಾಕಿದ ಘೋಷಣೆಗಳು:** ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿವಿಧ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು ಮಾತುಕೊಟ್ಟಿರುವ ಅನೇಕ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮ್ಮೇಳನಗಳನ್ನೂ ಕೂಡ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಬಹುದು. ಉದಾಹರಣೆಗೆ: '2000ದ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಆಲ್ಮಾ-ಆಟ ಉದ್ಘೋಷಣೆ, ಕೈರೋ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ಬೀಜಿಂಗ್ ಘೋಷಣೆ ಇತ್ಯಾದಿ.

- **ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗವು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ಘೋಷಿಸಿದೆ:**

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ನಿಶ್ಚಯವಾಗಿ ಒಂದು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕನ್ನಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸಿ ಘೋಷಿಸಲಾಗಿದ್ದು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಸಾಂವಿಧಾನಿಕ ತಿದ್ದುಪಡಿಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಿದೆ.... ಇದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಶಾಸನಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಾತ್ಮಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯು ಪ್ರಭುತ್ವದ ಮೇಲಿದೆ[11]

ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ಬಹುಸಂಖ್ಯಾತ ಜನರಿಗೆ ಮೂಲ ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತಿರುವ ಅಪಾಯವನ್ನು ಹಾಗೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸುಲಭಗಮ್ಯತೆಯ ಮೌಲ್ಯವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಸ್ವತಂತ್ರ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮರ್ಥನೆಯ ಮೇಲೂ ಇಡೀ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವಾದವು ಆಧರಿಸಿರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ಗುರುತಿಸುತ್ತೇವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಹಕ್ಕಿನ ವಾದವು ಪ್ರತಿಬಂಧಕ, ಉತ್ತೇಜಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಪುನರ್ವಸತಿ ನೀಡಬಲ್ಲ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವ ಮತ್ತು ಪುನರ್‌ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ನೀಡುವ ವಿಚಾರದೊಂದಿಗೆ ಹಾಸುಹೊಕ್ಕಾಗಿ ಬೆಸೆದುಕೊಂಡಿದೆ (ಕೆಳಗೆ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸುಲಭಗಮ್ಯತೆ ಕುರಿತ ಭಾಗವನ್ನೂ ನೋಡಿ).

5. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ಅಪಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳು

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಬಳಸುವಾಗ ಎದುರಾಗಬಹುದಾದ ಸಂಭವನೀಯ ಕೆಲವು ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ನಾವೀಗ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸೋಣ. ಆನಂತರ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಅನ್ವಯಿಸಿದಾಗ ಸಿಗಬಹುದಾದ ವಿಶೇಷ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳ ಕಡೆ ಕಣ್ಣು ಹಾಯಿಸೋಣ (ಲೇಖಕರ ಲೇಖನದಿಂದ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ[12]).

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಅನ್ವಯಿಸುವಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ಸಂಭವನೀಯ ಅಪಾಯಗಳು

ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಅನ್ವಯಿಸಿದಾಗ ಕೆಲವು ಅನಾಹುತಗಳಂತೂ ಖಂಡಿತವಾಗಿ ಎದುರಾಗುತ್ತವೆ. ಎಲ್ಲೆಲ್ಲಿ ಈ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆಯೋ ಅಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಈ ಅಪಾಯಗಳನ್ನೂ ಗುರುತಿಸಿ ಸಾಧ್ಯವಿದ್ದಷ್ಟು ಮಟ್ಟಿಗೆ ಅವು ಸಂಭವಿಸದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

✍ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿನ ಸಂಘರ್ಷವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಕೆಲವು ಸ್ಥಳೀಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿದ್ದರೆ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ: ಕೆಲವು ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ, ಔಷಧಿಗಳಿಗಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಸಂಘರ್ಷ) ಅದು ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸರಬರಾಜುಗಾರರನ್ನು ಉದಾಹರಣೆಗೆ: ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವೈದ್ಯ ಅಥವಾ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿ (ಎಎನ್‌ಎಂ) ಬಾಧಿಸಿ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ನೀತಿ ನಿರೂಪಕರನ್ನು ಹಾಗೂ ವಿಶ್ವಮಟ್ಟದ ಕಾರಣಕರ್ತರನ್ನು ಹಾಗೇಯೇ ಬಿಟ್ಟುಬಿಡಬಹುದು. ಈ ವಿಚಾರವನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಂಡು, ಪ್ರತಿರೋಧದಿಂದ ಸಮಗ್ರ ನೀತಿ ವಿಮರ್ಶೆಯ ಕಡೆಗೆ ಸಾಗುವುದು ಮಹತ್ವವಾಗುತ್ತದೆ (ಈ ಕೆಳಗೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ). ನಿರಂತರವಾಗಿ ವಿಶಾಲ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿತೋರುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯಗಳನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಬೇಡಿಕೆಗಳಾಚೆಗೆ ಕೊಂಡೊಯ್ದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಬೇಡಿಕೆಯನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ತೀರ್ಮಾನ/ನೀತಿ ರೂಪಕರು ಕ್ರಮೇಣವಾಗಿ ಮುನ್ನೆಲೆಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ತಳಮಟ್ಟದ ಉದ್ಯೋಗಿಗಳ ಜೊತೆ ಬಾಂಧವ್ಯವೇರ್ಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ, ಉತ್ತಮ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಅವರು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಅಡಚಣೆಗಳನ್ನು ದಾಖಲೀಕರಿಸುವುದಕ್ಕೆ, ಎಲ್ಲ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅವರನ್ನೇ ಗುರಿಮಾಡುವುದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ನಮ್ಮ ನೋಟವನ್ನು ನೈಜ ತೀರ್ಮಾನರೂಪಕರೆಡೆ ಹಾಯಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾವು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು.

✍ ಹಕ್ಕಿನ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಕೇವಲ ಒಂದೇ ಹಕ್ಕಿನ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಷ್ಟೇ ಸೀಮಿತಗೊಂಡುಬಿಟ್ಟರೆ (ನಾವು ಹೇಳುತ್ತಿರುವುದಿಷ್ಟೇ: ಆರೋಗ್ಯ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಕೊಡಿ ಎಂದು), ಅದು 'ರಾಜಕೀಯೇತರ' ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಎಂದೆನಿಸಬಹುದು. ಇಡೀ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹಾಗೆಯೇ ಬದಿಗಿಟ್ಟು ಕೇವಲ ಒಂದು ಕ್ಷೇತ್ರದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸುಧಾರಣೆಗಳಿಗಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯ ಎಂದು ಜನರು ಇದನ್ನು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಬಹುದು. ಇಲ್ಲಿಯೂ ಕೂಡ, ವಿವಿಧ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟಗಳು ಒಂದೆಡೆ ಬಂದು ಸೇರಿ, ಒಂದನ್ನೊಂದು ಬಲಗೊಳಿಸುತ್ತಾ, ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ವಿಭಿನ್ನ ಕಡೆಗಳಿಂದ ಪ್ರಶ್ನಿಸಲಾರಂಭಿಸುವ ಪ್ರತಿ–ಅಧಿಪತ್ಯಿಕ (ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ವಿರುದ್ಧದ) ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯತ್ತ ಸಾಗುವುದು ಒಂದಿಷ್ಟು ಸಮಯದ ನಂತರವಷ್ಟೇ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬಹುದಾದ ಹಾಗೂ ಹುಟ್ಟಿಬರಬಹುದಾದ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.

✍ ಈ ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದಂತೆ, ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಒತ್ತಾಯಗಳನ್ನು ಕೆಲವು ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸುವ ಮೂಲಕ ಆಂಶಿಕವಾಗಿ ಈಡೇರಿಸಬಹುದು ಹಾಗೂ ಅದನ್ನೇ 'ಉತ್ತಮ ಆಡಳಿತ' ಎಂಬುದಾಗಿ ಬಿಂಬಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲೂಬಹುದು. ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕಿನಂತಹ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಯೂ ಕೂಡ ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವವನ್ನು ವೃದ್ಧಿಸುವ, ಭ್ರಷ್ಟಾಚಾರವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಹಾಗೂ ಮತ್ತಿತರ ಸ್ವರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಸೀಮಿತ, ಸ್ಥಳೀಯ ''ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು' ಬೆಂಬಲಿಸಬಹುದು. ಸರ್ಕಾರದ ಆಂಶಿಕ ಈಡೇರಿಕೆಗಳನ್ನು, ಕೆಲ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಂಕೇತಿಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೇ ಅಥವ ಬೇಡವೇ ಎಂಬ ವಿಚಾರದ ಮೇಲೆಯೇ ಹಕ್ಕುಗಳ ಒತ್ತಾಯಕ್ಕಾಗಿ ನಿರ್ಮಾಣಗೊಂಡ ವಿವಿಧ ಶಕ್ತಿಗಳ ಮೈತ್ರಿಯು ಒಡೆದುಹೋಗಬಹುದು. ಇಲ್ಲಿಯೂ ಕೂಡ, ಸಾಂಕೇತಿಕತೆಯನ್ನು ಬಯಲುಗೊಳಿಸುತ್ತಾ, ಹಕ್ಕುಗಳ ನೈಜ, ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ಅನುಷ್ಠಾನವನ್ನು ವಿವೇಕಯುತವಾಗಿ ಅಂಗೀಕರಿಸಬೇಕು ಹಾಗೂ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರದ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕ ಮಾರ್ಪಾಡುಗಳಿಗಾಗಿ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತಿರಬೇಕು. ಒಂದೊಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗನುಗುಣವಾಗಿಯೂ ಈ ಕುರಿತ ಚರ್ಚಿಸಿ ಕೂಲಂಕುಷ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಅಳವಡಿಸುವಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳು

ಈ ಎಲ್ಲಾ ಸಂಭವನೀಯ ಅಪಾಯಗಳಿದ್ದರೂ, ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಅಳವಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳಿವೆ; ಅವು ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಗೆ, ಜನರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಸಾಧನವಾಗಬಲ್ಲವು. ಅಂತಹ ಕೆಲವು ಲಕ್ಷಣಗಳೆಂದರೆ:

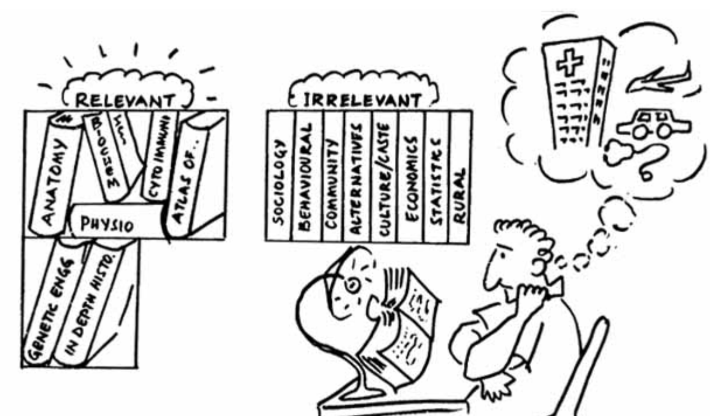
- 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು' ಎಂಬ ಸರಳ ಘೋಷಣೆಯ ಅರ್ಥವನ್ನು ತೀರಾ ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ 'ಹಾದಿ-ಬೀದಿಯಲ್ಲಿನ ಒಬ್ಬ ಸಾಮಾನ್ಯ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ' ಹಿಡಿದು ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ (ಡಬ್ಲ್ಯೂಎಚ್‌ಓ) ಅಧಿಕಾರಿಯ ತನಕ ಯಾರು ಬೇಕಾದರೂ ಗ್ರಹಿಸಬಲ್ಲರು. ಹಕ್ಕುಗಳ ಪರಿಭಾಷೆಗೆ ಒಂದು ಬಲವಾದ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಮನಃಶಕ್ತಿಯಿದೆ; ಅದು ಆರೋಗ್ಯ ತಜ್ಞರ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಆಚೆಗೂ ಬಹಳಷ್ಟು ದೊಡ್ಡ ಮಟ್ಟದ ಜನಸಮೂಹಗಳಿಗೆ ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಚಾರಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧವೇರ್ಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಅವರನ್ನು ಹೋರಾಟದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಅನುಕೂಲ ಮಾಡಿಕೊಡಬಲ್ಲದು. ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಸಂಕೀರ್ಣ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಜನರು ಎಲ್ಲಿ ಬೇಕಾದಲ್ಲಿ ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯದೊಂದಿಗೆ (ಬೇಡಿಕೆ) ಬೆಸೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಯನ್ನು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ವಿಶಾಲಗೊಳಿಸಿ ಬಲಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಬಲ್ಲದು.
- ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯವನ್ನು ಮಂಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಬಿಡಿಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು, ಸಮುದಾಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಂಘಟನೆಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಥರನ್ನಾಗಿಸುತ್ತದೆ. ಒಮ್ಮೆ ಈ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದ ಮೂಲಾಂಶಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಗ್ರಹಿಸಿಬಿಟ್ಟರೆ ಇದನ್ನು ಯಾವ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಸಮುದಾಯ ಬೇಕಾದರೂ ಆತ್ಮಸ್ಥೈರ್ಯದಿಂದ ಬಳಸಬಹುದು; ಆಗ ಇದು ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ವ್ಯವಹಾರಿಕ ಶಕ್ತಿಯಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡುತ್ತದೆ.
- ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಕಾರ್ಯವೈಖರಿಯ ಫಲಶೃತಿಗಳ ಮೇಲೆ ಗಮನವಹಿಸಿ ಜನರು ನೈಜವಾಗಿ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ಅರ್ಥದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ನೀತಿನಿಯಮಾವಳಿಗಳ ಮಾರ್ಪಾಡುಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಅಳೆಯುತ್ತದೆ. ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಯು ಎಲ್ಲಿಯ ತನಕ ನಡೆಯುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತದೆಯೋ ಅಲ್ಲಿಯ ತನಕ ಅವುಗಳನ್ನು ಗುರ್ತಿಸಿ ಎತ್ತಿತೋರುತ್ತಾ ನಾವು ಸಾಕಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೇವೆ, ಸಾಕಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದೇವೆ, ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ನೀತಿನಿಯಮಾವಳಿಗಳಿವೆ ಎಂದು ಹೇಳುವ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಪೊಳ್ಳು ಸಮರ್ಥನೆಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಸವಾಲೊಡ್ಡುತ್ತದೆ.
- ಯಾವಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಪದಗುಚ್ಛವು ಒಟ್ಟಾರೆ ಎಲ್ಲಾ ಚರ್ಚೆಯ ಭಾಗವಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತದೆಯೋ ಆಗ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಎಂದರೆ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗಬೇಕಾದ ಹಾಗೂ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಖರೀದಿಸುವ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸರಕುಗಳಿಗಿಂತ

ಭಿನ್ನವಾದ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆ/ಸರಕುಗಳು ಎಂಬುದಾಗಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಸಹಜ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅರ್ಥೈಸಲು ಆರಂಭಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದ ಪ್ರಾಬಲ್ಯವನ್ನು ಹಿಂದೆ ಸರಿಸುವಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಇದೊಂದು ಮಾದರಿ ರೂಪಾವಳಿಯ ಸ್ಥಾನಪಲ್ಲಟವಾಗಿ ಬಿಡುತ್ತದೆ.

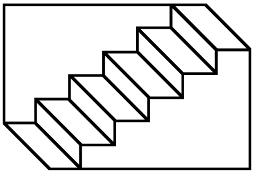
- ಹಕ್ಕುಗಳು ತಮ್ಮಿಂದ ತಾವೇ ವಿಶಾಲಗೊಂಡು ಸಾರ್ವತ್ರೀಕರಣಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಒಮ್ಮೆ ಕೆಲವು ಹಕ್ಕುಗಳು ಪ್ರತಿಷ್ಠಾಪಿತಗೊಂಡರೆ, ಅವು ಇನ್ನಿತರ ಜನಸಮುದಾಯಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ತೀರಾ ದುರ್ಬಲವರ್ಗಗಳ ಜನರಿಗೆ ಅದೇ ರೀತಿಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸಲು ಪೂರ್ವನಿದರ್ಶನಗಳಾಗಿಬಿಡುತ್ತವೆ. ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಸಹಜವಾಗಿ ಸಮಾಜದ ಅತ್ಯಂತ ಅನಾನುಕೂಲಕ್ಕೊಳಗಾಗಿರುವ ಮತ್ತು ಅತ್ಯಂತ ದುರ್ಬಲ ವರ್ಗಗಳ ಬೇಡಿಕೆಗಳಿಗೆ ಶಕ್ತಿ ತುಂಬುತ್ತದೆಯಲ್ಲದೆ, ತಾರತಮ್ಯಕ್ಕೆ ಸವಾಲೊಡ್ಡುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಸಮಾಜದ ಅತ್ಯಂತ ವಂಚಿತ ಸಮುದಾಯಗಳ ಕಡೆ ಗಮನ ವಹಿಸುವಂತೆ ಆಗ್ರಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಮಗದು ಸಹಕರಿಸುತ್ತದೆ.

- ಒಮ್ಮೆ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲಾದ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ವಾಪಸ್ಸು ಪಡೆಯಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ನೀತಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹೊಸ ಹೊಸ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಬದಲಾಯಿಸುತ್ತಾ ಹೋಗಬಹುದುದು, ಇದರಿಂದ ಸೇವೆಗಳ ಪರಿಣಾಮ ದುರ್ಬಲವೂ ಆಗಬಹುದು; ಆದರೆ, ಕೆಲವು ಸೇವೆ ಅಥವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ ಒಮ್ಮೆ ಹಕ್ಕನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿದರೆ ಅದನ್ನು ಅಷ್ಟು ಸುಲಭವಾಗಿ ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಬರುವುದಿಲ್ಲ.

- ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಮತ್ತು ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳ ಪರಿಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಮಾತನಾಡುತ್ತದೆ; ಈ ಮೂಲಕ ಅದು ಪ್ರಭುತ್ವದ ಮೇಲೆ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊರಿಸುತ್ತದೆ. ಹಕ್ಕುಗಳ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಪಡೆಯುವವರನ್ನು 'ಯಾಚಕ' (ಬೇಡುವವನು) ಸ್ಥಾನದಿಂದ 'ಅಧಿಕಾರಯುತವಾಗಿ ಕೇಳುವವನ' ಸ್ಥಾನಕ್ಕೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯುತ್ತದೆ. ಹಕ್ಕು ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಅಧಿಕಾರವಾದಾಗ ಈ ಹಕ್ಕಿನಿಂದ ವಂಚಿತವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಸಮುದಾಯ ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಕ್ರಮವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದು; ಎಲ್ಲಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ನೀಡಿಕೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅಂತಹ ಕೆಲವೇ ಕ್ರಮಗಳೂ ಕೂಡ ವಿಸ್ತೃತ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರಬಲ್ಲವು.



Source: Community Health Cell



6. ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿನ ಸಂಭವನೀಯ ಹಂತಗಳು

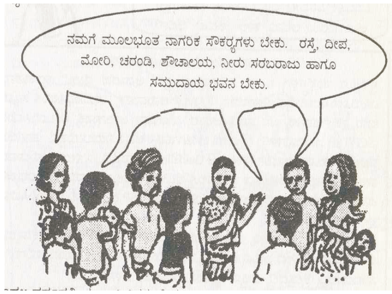
ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿನ ಚಳವಳಿಯು ಮೂರು ಅನುಕ್ರಮ ಹಂತಗಳ ಮೂಲಕ (ಒಂದರ ಮೇಲೊಂದು ಅತಿಕ್ರಮದಂತಿದ್ದರೂ) ಬೆಳೆಯಬೇಕೆಂದು ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

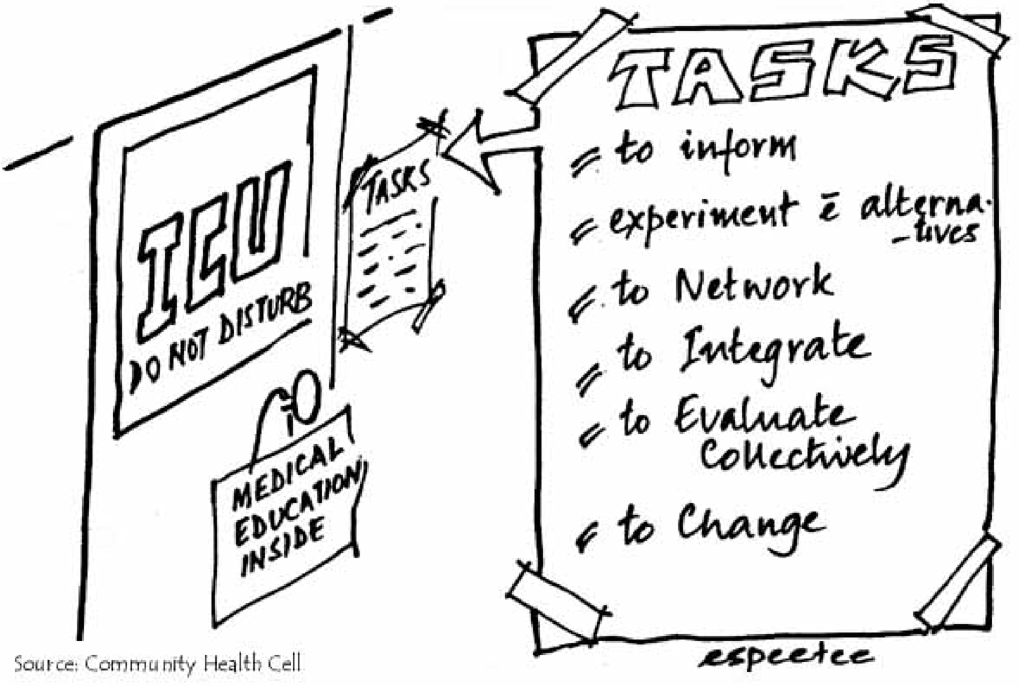
✍ **ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವು ಪ್ರಾಥಮಿಕವಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಹಿಂಪಡೆಯುಕೆ ಮತ್ತು ದುರ್ಬಲಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯ ವಿರುದ್ಧದ ಪ್ರತಿರೋಧದ ರೂಪದಲ್ಲಿದೆ.** ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಒತ್ತಾಯವು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಅಡ್ಡಿಯುಂಟುಮಾಡುವ ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆಯ ನಿರಾಕರಣೆ ಮತ್ತು ಬಳಕೆದಾರನ ಶುಲ್ಕಗಳ ವಿರುದ್ಧ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಹೋರಾಟಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಒಂದು ತಳಹದಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ. ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಒತ್ತಾಯವು ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವಿರುದ್ಧ ಪ್ರತಿಭಟಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಅನೇಕ ಸ್ವರೂಪದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ತಾರತಮ್ಯಗಳನ್ನು ವಿರೋಧಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಜನರಿಗೆ ಅನುಕೂಲ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಇನ್ನಿತರ ಹಲವು ತಂಡಗಳಲ್ಲಿ, ಸೆಹತ್ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಾಥಿ ತಂಡ (The SAATHI team of CEHAT) ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ (Community Health Cell) ದೇಶಾದ್ಯಂತ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಹಲವಾರು ಪ್ರಯತ್ನಗಳ ಭಾಗವಾಗಿ ಇಂತಹ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಪ್ರಜಾಸಂಘಟನೆಗಳ ಜೊತೆಗೂಡಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಲೇ ಇದೆ.

✍ **ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟು ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ನವ-ಉದಾರವಾದಿ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಬಯಲುಗೊಳಿಸುತ್ತಾ ಒಂದು ಸಮಗ್ರ ನೀತಿ ವಿಮರ್ಶೆಯನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದಕ್ಕೂ ಕೂಡ ಅಡಿಪಾಯ ಹಾಕಬೇಕು.** ಕಲ್ಯಾಣ ರಾಜ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಾಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಸಾಗುತ್ತಿರುವುದಕ್ಕೆ ಹೇಗೆ ಈ ನೀತಿಗಳೇ ಕಾರಣ ಎಂಬುದನ್ನು ಹಾಗೂ ಇದರಿಂದಾಗಿ ಹೇಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ನಿರಾಕರಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ತೋರ್ಪಡಿಸಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಒಂದು ಒಪ್ಪಂದದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸುಲಭಗಮ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದನ್ನು (A system of Universal Access to Health Care) ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಒಂದು ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ತಳಹದಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ.

✍ **ಮುಂದುವರಿದು ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ 'ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಪ್ರಚೋದಿತ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ'ದ ಇಡೀ ಪ್ರಾಬಲ್ಯಯುತ ಕಲ್ಪನೆಗೆ ಸವಾಲೊಡ್ಡುತ್ತಾ 'ಪ್ರತಿ-ಅಧಿಪತ್ಯಿಕ'** (Counter-Hegemony; **ಪ್ರಾಬಲ್ಯಯುತ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ವಿರೋಧಿ) ಚಟುವಟಿಕೆಗೆ ತಳಹದಿಯನ್ನಾಗಿ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ನಾವು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.** ಪ್ರತಿ-ಅಧಿಪತ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವುದು ಎಂದರೆ ದಮನಿತ ಸಮೂಹಗಳು ಅಥವಾ ವರ್ಗಗಳು ಪ್ರಾಬಲ್ಯಯುತ ಸಾಮಾಜಿಕ ಚೌಕಟ್ಟಿಗೆ ಸವಾಲೊಡ್ಡುವುದು ಮಾತ್ರವಲ್ಲ ಇಡೀ ಸಮಾಜವನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಲ್ಲ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪರ್ಯಾಯವನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯೂ ಆಗಿರುತ್ತದೆ.

ಈ ಕೆಳಗೆ ಚರ್ಚಿಸುವಂತೆ, ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲವೋ ಅಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪ್ರತಿಭಟನೆಯ ಹಂತವೂ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೂ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ಅಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುವುದನ್ನು ನೀತಿಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಒಮ್ಮೆ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಪುನರ್‌ಸಂಘಟನೆಯು ಯಾವುದೋ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚೆಗೆ ಬಂದರೆ ಮುಂದಿನ ಹಂತವಾದ ಸಮಗ್ರ ನೀತಿ ವಿಮರ್ಶೆ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ–ಅಧಿಪತ್ಯಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾಗುತ್ತವೆ. ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದಾಗಿನಿಂದ ನಾವು ಪ್ರತಿರೋಧದ ಹಂತದಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಪುನರ್‌ಸಂಘಟನೆ ಹಂತಕ್ಕೆ ಸಾಗಿಬಂದಿದ್ದೇವೆ; ಇಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿದ ನೀತಿ ವಿಮರ್ಶೆಗಳು ಮತ್ತು ಪರ್ಯಾಯಗಳು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.





Source: Community Health Cell

7. ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚಾಲಕ ಶಕ್ತಿ ಕುರಿತ ವಿಚಾರ

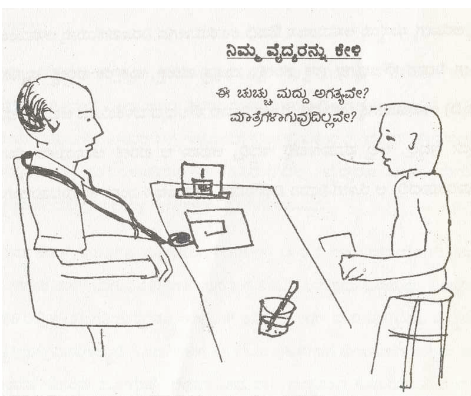
ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನಾವು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿನ ಯಾರು ಚಾಲಕ ಶಕ್ತಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ಆಚರಣಾತ್ಮಕ ವಿಚಾರವನ್ನು ಚರ್ಚೆಗೆ ಎತ್ತಿಕೊಳ್ಳೋಣ (ಲೇಖಕರ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತ (Global Equity Gauge Alliance - CEGA[13]) ಎಂಬ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಪುಸ್ತಕದ ಕರಡಿನಿಂದ ಮಾರ್ಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ)

ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕೆಲವು ಮೂಲ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವಿವಿಧ ಜನಸಮುದಾಯಗಳು ಇರುವುದರಿಂದಲೇ ಹಲವಾರು ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳು ಬಲಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಅರಣ್ಯದ ಮೇಲಿನ ಆದಿವಾಸಿಗಳ ಹಕ್ಕು, ಭೂರಹಿತ ರೈತರ ಭೂಮಿಗಾಗಿನ ಹಕ್ಕು, ಒಕ್ಕಲೆಬ್ಬಿಸಲಾದ ಅಥವ ಒಕ್ಕಲೆಬ್ಬಿಸುವ ಅಪಾಯದಲ್ಲಿರುವ ಜನರ ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಕೃತಿಕವಾಗಿ ತಪ್ಪಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಬೃಹತ್ ಅಣೆಕಟ್ಟುಗಳನ್ನು ವಿರೋಧಿಸುವ ಹಕ್ಕು, ಮಹಿಳೆಯರ ಲಿಂಗತಾರತಮ್ಯ ವಿರೋಧಿ ಹಕ್ಕು, ಇತ್ಯಾದಿ. ಆದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ಕುರಿತಂತೆ ಹೇಳುವುದಾದರೆ ಅದಕ್ಕೆ ಅಂತಹ ಮೂಲ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳಿರುವ ಜನಸಮೂಹವಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಚಾಲಕ ಶಕ್ತಿಯಾಗಲೀ ಇಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ನೇರವಾಗಿ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿರುವ ಎರಡು ಜನಭಾಗಗಳು – ರೋಗಿಗಳು, ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಒದಗಿಸುವವರು – 'ಚಾಲಕ ಶಕ್ತಿ'ಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಹೇಗೆ ತಮ್ಮದೇ ಆದ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಮಿತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸೋಣ. 'ಎಲ್ಲರಿಗೂ' ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಳಜಿಯಾಗಿ 'ಯಾರಿಗೂ' ಸಂಬಂಧಿಸಿರದ ವಿಚಾರವಾಗಿ ಹೋಗುವ ಅಪಾಯವಂತೂ ಇದ್ದೇ ಇದೆ.

ರೋಗಿಗಳು

ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೇ ಕಾಣುವಂತೆ ರೋಗಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಪಾಲುದಾರರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ, ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಬಹುತೇಕ ರೋಗಿಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತಮ್ಮಿಂದ ತಾವೇ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಹೋರಾಡುವುದಿಲ್ಲ (ಎಚ್‌ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಜೊತೆ ಬಾಳುವವರ ಚಳುವಳಿಯೊಂದು ಇದಕ್ಕೆ ಅಪವಾದ)

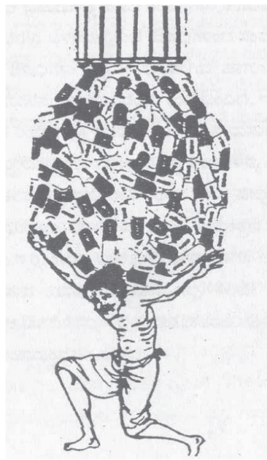
ರೋಗಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವಾಗ ಅನೇಕ ಬಗೆಗಳಲ್ಲಿ ತೀರಾ ದೌರ್ಬಲ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನರಸಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋದ ಒಬ್ಬ ರೋಗಿ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೋ ಅಥವಾ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೊಂದಿಗೋ ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಬಲವಾಗಿ ವಾದ ಮಾಡಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ; ಅಧಿಕಾರ ಮತ್ತು ಜ್ಞಾನ ಎರಡೂ ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿಯೂ ವೈದ್ಯ–ರೋಗಿಯ ಸಂಬಂಧವು ತೀರಾ ಅಸಮತೋಲನದಿಂದ ಕೂಡಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಈಗಾಗಲೇ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹಲವಾರು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಂಬಂಧಗಳು ಅಥವಾ 'ಆರೈಕೆ'ಯ ನಿರೀಕ್ಷೆಯು ವೈದ್ಯ–ರೋಗಿಯ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಹೆಣೆದುಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ.



ಇದರಿಂದಾಗಿ, ಬಲವಾಗಿ ಪ್ರಶ್ನಿಸುವ ಮತ್ತು ವಿಮರ್ಶಿಸುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದಕ್ಕೆ ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಒಬ್ಬ ರೋಗಿ ಅಥವಾ ಅವನ/ಅವಳ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸೇವೆಗಳು ಸೀಮಿತವಾಗಿದ್ದು ಆಯ್ಕೆಗಳೇ ಇಲ್ಲದಿರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ (ಉದಾ. ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ) ಬಹಳ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳಿಲ್ಲದಿಲ್ಲ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ಜಾಗರೂಕ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಅಜಾಗರೂಕ ಆರೈಕೆ, ಅಷ್ಟೇ ಏಕೆ ಬದುಕು ಮತ್ತು ಸಾವುಗಳೇ ನಿರ್ಧಾರವಾಗುವುದದಿಂದ ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ದೃಢವಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅವರು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ.

ನಂತರದಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಹೋರಾಟ ನಡೆಸುವುದಕ್ಕೆ ಜನರು ಸಮರ್ಥರಾಗಿರಬೇಕೆಂದರೆ ಅವರಿಗೆ ಕನಿಷ್ಠ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಜ್ಞಾನವಿರಬೇಕಿರುವುದು ಪೂರ್ವಷರತ್ತಾಗಿರುತ್ತದೆ. ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವಾಗ ಅಥವಾ ಅವುಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವಾಗ ಅನೇಕ ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಚಾರಗಳು ಮತ್ತು ಗುಣಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳು ಗೊತ್ತಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಎಷ್ಟು ಎಕರೆ ಭೂಮಿ ಹಂಚಿಕೆಯಾಗಿದೆ, ಎಷ್ಟು ಮೊತ್ತದ ಕೂಲಿಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿದೆ, ಎಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದ ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯವಿದೆ ಎಂಬಂತಹ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಯಾರು ಬೇಕಾದರೂ ಸುಲಭವಾಗಿ ಲೆಕ್ಕ ಹಾಕಿ ಕಡಿಮೆ ಎನಿಸಿದರೆ ಸೂಕ್ತ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸಬಹುದು. ಆದರೆ, ಒಬ್ಬವೈದ್ಯ ನಿಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟಮತ್ತು ತಾರ್ಕಿಕತೆಯನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಿ ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಉತ್ತಮವಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡಿ ಎಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದು ಬಹಳ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದೆಂದರೆ ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ 'ಕಡಿಮೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳನ್ನು' ಕೊಟ್ಟು, ಅಥವಾ 'ಕಡಿಮೆ ಸಂಶೋಧನೆಗಳನ್ನು' ಮಾಡಿ ಅಥವಾ 'ಅನಗತ್ಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ' ಮಾಡದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ನೀಡುವವರು ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೈಕೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೌಶಲ್ಯತೆಯನ್ನು ಕೊಡಬೇಕೆಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸುವುದೆಂದೇ ಅರ್ಥವಾಗುತ್ತದೆ; ಒಬ್ಬ ಸಾಮಾನ್ಯ ರೋಗಿ ಇದನ್ನೆಲ್ಲಾ ಅರ್ಥೈಯಿಸಿಕೊಂಡು ತನಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಜ್ಞಾನ ಹೊಂದಿದ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಬಲವಾಗಿರುವ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದು ಬಹಳ ಕಷ್ಟಕರವಾದ ವಿಚಾರವೇ ಸರಿ.

ರೋಗಿಯೊಬ್ಬನಿಗೆ ಜ್ಞಾನವಿರಬೇಕಾದುದು ಅಗತ್ಯವಾದರೂ ಅದಷ್ಟೇ ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ; ತಾರ್ಕಿಕವಾದ ಮತ್ತು ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ಉತ್ತಮವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಬೇಕೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ನೀಡುವವನ ಸಂಭಾವನೆ – ಇವೆರಡನ್ನೂ ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ ನೋಡಬಲ್ಲ 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವಿಸ್ತೃತ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ'ಯೊಂದರ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. (ಹೀಗೆ, ಅಗತ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಸಲಹೆ ಮಾಡುವ, ಅಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳನ್ನು ನಿಗದಿ ಮಾಡುವ, ಅವಶ್ಯಕತೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸಂಶೋಧನೆ ನಡೆಸುವ, ಅವಶ್ಯಕತೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವ ಎಲ್ಲಾ ವಕ್ರ / ಅಸಂಬದ್ಧ ಪ್ರೇರಣೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲಿಸಬಹುದು)



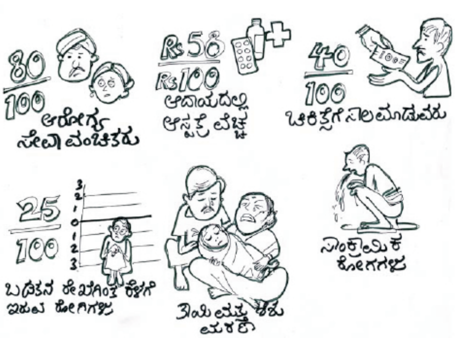
ಇನ್ನೂ ಮುಂದೆ ಹೋಗಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಬಿಡಿಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದರಿಂದ (ಇದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಾಗಿಲು ಮುಚ್ಚಿದ ಕೋಣೆಯೊಳಗೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಾಚೆಗೆ ನಡೆಯುತ್ತದೆ) ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ನೇರ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ, ಬಿಡಿಬಿಡಿ ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನವನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸುವ ಬೃಹತ್ ಚಳವಳಿಯ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಆರಂಭ ಬಿಂದುವೆಂದು ಅಥವಾ ಅದರ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗವೆಂದು ಮಾತ್ರವೇ ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು; ಈ ಚಳವಳಿಯು ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಮೇಲೆ, ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳ ಮೇಲೆ, ಮತ್ತು ತೀರ್ಮಾನ ರೂಪಕರ ಮೇಲೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನೇರವಾಗಿ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬೇಕೆಂದೇನೂ ಇಲ್ಲ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಬಜೆಟ್‌ಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ನೀತಿಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ವರೂಪಗಳು). ಹೀಗಿದ್ದಾಗಲೂ, ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಬಾಧಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಸಂಘಟಿತರಾಗಿ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಸುವುದಕ್ಕೆ ನೆರವಾದ ಹಲವು ಯಶಸ್ವೀ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳೂ ಇವೆ, ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಎಚ್‌ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಜೊತೆ ಬಾಳುವವರು ಎ.ಆರ್.ವಿ (anti-retroviral) ಔಷಧಿಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯ ವಿಚಾರವಾಗಿ ಮತ್ತು ತಾರತಮ್ಯವನ್ನು ಕೊನೆಗಾಣಿಸುವ ವಿಚಾರವಾಗಿ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ಅಭಿಯಾನಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಿರುವುದು. ಆದರೂ, ಈ ಉದಾಹರಣೆಗಳು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಪ್ರಾಣಾಪಾಯವನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡುವ ಎಚ್‌ಐವಿ ಸೋಂಕಿನ ಒಂದು ಅನನ್ಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದಾದರೂ ಅವರು ಎಚ್‌ಐವಿ ಸೋಂಕಿತ ರೋಗಿಗಳೆಂದು ಗೊತ್ತಾದ ನಂತರವೂ ಹಲವಾರು ವರ್ಷಗಳ ತನಕ ಸಾಮಾನ್ಯರಂತೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಸುವ ಅವರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ. ಇದು ಎಚ್‌ಐವಿ ಜೊತೆ ಬಾಳುವವರೇ ಖುದ್ದಾಗಿ ಬಹುಕಾಲ ಮುಂದುವರೆಸಬಲ್ಲ ಬಲಿಷ್ಠ

ಚಳುವಳಿಗಾಗಿನ ಅವರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಯುತ ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ, ಈ ನಿರಾಕರಿಸಲಾಗದ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಸ್ಫೂರ್ತಿದಾಯಕ ಉದಾಹರಣೆಗಳು ಒಂದು ರೀತಿಯ ಅಸಾಧಾರಣ ನಿದರ್ಶನಗಳಾಗಿಯೇ ಉಳಿದುಬಿಡುತ್ತವೆ. (ಮುಂದುವರಿದು ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಅಂತಹ 'ಏಕ–ವಿಚಾರ'ದ ಚಳವಳಿಗಳು ತಮ್ಮದೇ ಆದ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಆಯ್ದ ಅತ್ಯುನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರವೇ ಸೀಮಿತವಾಗಿರದೇ ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೋಸ್ಕರ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೋಸ್ಕರ ನಡೆಯುವ ವಿಸ್ತೃತ ಚಳವಳಿಗಳ ಭಾಗವಾಗಿ ಒಂದು ಸಮಷ್ಠಿ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.)

ರೋಗಿಗಳು ಆಗಾಗ ಬದಲಾಗುವಂತಹ ಗುಂಪಾಗಿದ್ದು, ಶಾಶ್ವತ ಸಮುದಾಯ ಅಲ್ಲ. ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಡಿಮೆ ಆದ್ಯತೆಯ ವಿಚಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಕೆಲವರು ವಾದಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಸೂಕ್ತವಾದ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದಾದರೆ ಆರೋಗ್ಯವು 'ಅಗತ್ಯವಿರುವಾಗ ಬೇಕು–ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲದಾಗ ಬೇಡ' ಎಂಬ ಆದ್ಯತೆಯ ವಿಚಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ; ಬಹಳಷ್ಟು ಸಮಯ ಅದು ಬೇಡವಾಗಿಯೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಪ್ರಮುಖವಾದ ಕಾಯಿಲೆ–ಕಸಾಲೆಗಳು ಇಲ್ಲದಿರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಚಾರಕ್ಕೆ ಕಡಿಮೆ ಆದ್ಯತೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ, ಯಾವಾಗ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಅಘಘಾತಗಳು ಬಂದೆರಗುತ್ತವೆಯೋ ಆಗ ಅದು ಕುಟುಂಬದ ನಂಬರ್ 1 ಆದ್ಯತೆಯಾಗಿಬಿಡುತ್ತದೆ. ಇದೇ ರೀತಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೇ ಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲೂ ಇರುತ್ತದೆ. 'ಬೇಕು' ಎಂಬ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಕ್ರಮರಹಿತವಾಗಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಊಹಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ; ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ ಕುಟುಂಬಕ್ಕಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಸಮುದಾಯಕ್ಕಾಗಲೀ ಆರೋಗ್ಯವು ಕಡಿಮೆ ಆದ್ಯತೆಯ ವಿಚಾರವಾಗಿದ್ದು ಜನರು ಬಹಳಷ್ಟು ದೂರದೃಷ್ಟಿಯುಳ್ಳವರಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಚಾರದ ಬಗ್ಗೆ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಪ್ರಯತ್ನ ಹಾಕುವುದಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾದ / ಸಾಕಷ್ಟು ಗಂಭೀರವಾದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ಆರೈಕೆಗಾರರು
(Doctors and other Care Givers)

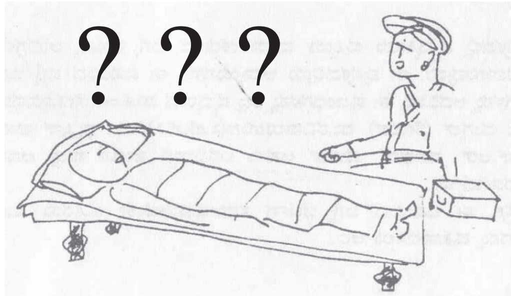
ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ಆರೈಕೆದಾರರು ಒಂದು ವಿಶೇಷ ವರ್ಗವಾಗಿ (ಗಮನಾರ್ಹ ಅಪವಾದಗಳನ್ನು ಬದಿಗಿರಿಸಿ) ಬಹಳಷ್ಟು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ತಮ್ಮದೇ ಆದ ಅತಿಯಾದ ಪಟ್ಟಭದ್ರ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ; ಅಥವಾ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಸಂರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಘರ್ಷವನ್ನು ಮುನ್ನೆಡೆಸುವುದಕ್ಕಾಗಿನ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಒತ್ತಾಯವನ್ನು ಅವರು ಬಹುತೇಕವಾಗಿ ತಮ್ಮ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿಯೇ ಗುರಿಯಾಗಿಟ್ಟುಕೊಂಡ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನಾಗಿ ಪರಿಭಾಸುತ್ತಾರೆ; ಹಾಗಾಗಿ, ಅಂತಹ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ ಅವರು ಪ್ರತಿರೋಧವನ್ನೂ ಒಡ್ಡುತ್ತಾರೆ. ವೈದ್ಯರು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಹಣಕಾಸಿನ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಯ ಜೊತೆಗೆ ಸಂಕುಚಿತ ವೃತ್ತಿಪರ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಯನ್ನೂ ಹೊಂದಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುವುದರಿಂದ ಅದು ಅವರನ್ನು ಜನಸಮೂಹದ ವಿಶಾಲ ಬೇಡಿಕೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕುರುಡರನ್ನಾಗಿಸಿಬಿಡುತ್ತದೆ; ಬಹುತೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ವೃತ್ತಿಪರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಔಷಧಿ ಕಂಪೆನಿಗಳು ಈ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತವೆ. ಮುಂದುವರಿದು ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಇಡೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ 'ಸಮರ್ಥ ತಾಂತ್ರಿಕ ವೈದ್ಯರು' ಎಂಬ ಸ್ವಪ್ರತಿಷ್ಠೆಯನ್ನು ತುಂಬುತ್ತಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ರೋಗದ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕತಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಮಸುಕುಗೊಳಿಸಿಬಿಡುತ್ತದೆ. ಇದು ವೈದ್ಯರು ರೋಗಿಯ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಹಾಗೂ ಅನನ್ಯವಾಗಿರುವ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಹೊಂದಿರುವ ಎರಡು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ನಡುವಿನ (ವೈದ್ಯ ಮತ್ತು



ರೋಗಿ) ಸಮಾನ ವ್ಯವಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುವ ಪರಿಪಾಠವನ್ನು ಬೆಳೆಸುವ ಬದಲು ವೈದ್ಯರು ತಮ್ಮನ್ನು 'ತಾಂತ್ರಿಕ ನಿಪುಣ'ರನ್ನಾಗಿಯೂ ರೋಗಿಗಳನ್ನು 'ವಸ್ತು'ಗಳನ್ನಾಗಿಯೂ ನೋಡುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಬೆಳೆಸುತ್ತದೆ. ಇದರ ಜೊತೆಗೆ, ಅಧಿಕಾರ ಸಂಬಂಧಗಳ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ಭಾರತೀಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿರುವ ವೈದ್ಯರು – ಸದ್ಭಾವನೆ ಮತ್ತು ಪರೋಪಕಾರಿ ಸ್ವಭಾವವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವೈದ್ಯರೂ ಕೂಡ – ತಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಬಂಧ ಹೇಗಿರಬೇಕು ಎಂಬ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಶ್ರೇಣೀಕೃತ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಅವರು ಒಂದಿಷ್ಟು ಪರೋಪಕಾರಿ ಧರ್ಮಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಲೀ ಅಥವಾ 'ಕೆಲವು ಬಡ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಲೀ' ಹಿಂಜರಿಯುವುದಿಲ್ಲ; ಅವರು 'ಸೌಮ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿ'ಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ, ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಅಚಲವಾಗಿ ಚಲಾಯಿಸಲು ಮುಂದಾದರೆ ಅಥವಾ ಅವರೊಂದಿಗೆ ಸರಿಸಮಾನ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿಂತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲಾರಂಭಿಸಿದರೆ ಅಂಥ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿನ ಬಹುತೇಕರು ಆಗಬಾರದ ಅವಘಡವೇನೋ ಆಗಿಹೋದಂತೆ ಅವಾಕ್ಕಾಗಿ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಶ್ರೇಣಿಯಲ್ಲಿನ ತಮ್ಮ ಭಿನ್ನ ಸ್ಥಾನಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ನರ್ಸ್‌ಗಳು ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗಿನ ತಮ್ಮ ವ್ಯವಹಾರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಗಿಂತ ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಿಶೀಲವಾಗಿಯೂ, ಮೃದುವಾಗಿಯೂ, ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಒತ್ತಾಸೆಯಾಗಿಯೂ ಇರಬೇಕಾದದ್ದೇನೋ ಸರಿ; ಆದರೆ, ದುರಾದೃಷ್ಟವೆಂದರೆ, ಅವರೂ ಕೂಡ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ವ್ಯವಹರಿಸುವಾಗ ಅಂತಹ ಶ್ರೇಣೀಕೃತ (ಮತ್ತು ಪುರುಷಾಧಿಪತ್ಯಿಕ) ವರ್ತನೆಯನ್ನೇ ಪ್ರದರ್ಶಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅವರು ಒಂದೆಡೆ ವೈದ್ಯರ ಆದೇಶಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಪಾಲಿಸಬೇಕೆಂಬ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶ್ರೇಣೀಕರಣದಿಂದ ಶೋಷಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ (ಬಹುತೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ವರ್ಗ ಮತ್ತು ಪುರುಷಾಧಿಪತ್ಯ ಶೋಷಣೆಗಳೆರಡೂ ಮಿಳಿತಗೊಂಡಿರುವ ಸಂಯೋಜಿತ ಶೋಷಣೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ), ಇನ್ನೊಂದೆಡೆಗೆ, ರೋಗಿಗಳ ಮೇಲೆ ಹತೋಟಿ ಸಾಧಿಸುವ ಮೂಲ ವೈದ್ಯರ ಅಧೀನ ಶೋಷಕರಾಗಿಯೂ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವನ್ನು ಮುನ್ನೆಡೆಸುವಲ್ಲಿ ಇಡೀ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸರಬರಾಜುದಾರರ ಸ್ತರಶ್ರೇಣಿಯು ಹೊಂದಿರುವ ಮಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಇಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗಿರುವ ಈ ಸಾಮಾನ್ಯೀಕರಣದಿಂದ (genaralisation) ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸರಬರಾಜುದಾರರಲ್ಲಿಯೇ ಇರುವ ಕೆಲವು ಬಿಡಿಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಅಥವಾ ಸಣ್ಣಸಣ್ಣ ಗುಂಪುಗಳು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಶೀಘ್ರಪರಿವರ್ತನಾ ಪೂರಕ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗೆ ಒತ್ತಾಸೆ ನಿಡುವ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಿದಂತಾಗುವುದಿಲ್ಲ, ಅದನ್ನೂ ಕೂಡ ಇಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಭಾರತದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಕೆಲವು ಸಂವೇದನಾಶೀಲ ವೈದ್ಯರ ನಡುವಿನಿಂದ ಹುಟ್ಟಿಬಂದ 'ವೈದ್ಯ ಸ್ನೇಹಿ ವಲಯ' (medico friend circle) ಎಂಬ ವೈದ್ಯರ ಜಾಲವು ಇದಕ್ಕೊಂದು ಉತ್ತಮ ಉದಾಹರಣೆ (ಇದು ಇಂದು ಗಣನೀಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತ ಸದಸ್ಯತ್ವ ಬಲವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ). ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಒಂದು ವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕ ಆಲೋಚನೆಯನ್ನು ಬೆಳೆಸುವಲ್ಲಿ ಅನನ್ಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಇದು ನಿರ್ವಹಿಸಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವವರದ್ದು ಒಂದು ಸ್ತರಶ್ರೇಣಿಯಾಗಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಈ ಸಾಮಾನ್ಯೀಕರಣದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಅಪವಾದಗಳಿರುತ್ತವೆ (exceptions). ಉದಾಹರಣೆಗಾಗಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಎಲ್ ಸಾಲ್ವಡಾರ್‌ನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖಾಸಗೀಕರಿಸುವುದರ ವಿರುದ್ಧ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಕಾರ್ಮಿಕರು ನಡೆಸಿದ 'ಶ್ವೇತ ಪಯಣ' (White March) ಹಾಗೂ 'ಸಾನ್ ಸಾಲ್ವಡಾರ್'ನ ಮುಖ್ಯ ಚರ್ಚ್ ಆಕ್ರಮಣದ ವಿರುದ್ಧ ಅವರ ಚಾರಿತ್ರಿಕ ಹೋರಾಟ.[14] ಹೀಗಿದ್ದರೂ, ಈ ಗಮನಾರ್ಹ ಚಳವಳಿಯಲ್ಲಿ, ಟ್ರೇಡ್ ಯೂನಿಯನ್ (ಕಾರ್ಮಿಕ ಸಂಘ) ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯಗಳೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬೆಳಕಿಗೆ ಬಂದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುವ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯಗಳು ಕಡೆಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದವು; ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಕಾರ್ಮಿಕರು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಮಿಕ ಸಂಘದ ಪರವಾಗಿ ಹೋರಾಡುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಅದರ ಜೊತೆಜೊತೆಗೆ ಅವರು ಇಡೀ ಸಮಾಜದ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನೂ ಕೂಡ ಉತ್ತೇಜಿಸಿದ್ದರು. ಇದೇ ರೀತಿಯ ಉದಾಹರಣೆಗಳನ್ನು ಪಾಕಿಸ್ತಾನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆ (Pakistan Medical Association - PMA) ಹಾಗೂ ಶ್ರೀಲಂಕಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರರ ಸಂಘರ್ಷದಿಂದಲೂ ಕೊಡಬಹುದು. ಈ ಎರಡೂ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರರು ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯಗಳ ಖಾಸಗೀಕರಣವನ್ನು ವಿರೋಧಿಸಿ ಪ್ರತಿಭಟನೆ ನಡೆಸುವ ಮೂಲಕ ವಿಶಾಲ ಜನಸಮೂಹದ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಮುನ್ನೆಲೆಗೆ ತಂದಿದ್ದರು.

ಹಾಗಿದ್ದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚಾಲಕ ಶಕ್ತಿಗಳು ಯಾರಾಗುತ್ತಾರೆ?



ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವನ್ನು ಮುನ್ನೆಡೆಸುವಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರು/ಇನ್ನಿತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸರಬರಾಜುಗಾರರಿಬ್ಬರಿಗೂ ಇರುವ ಕೆಲವು ಮಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದೇವೆ (ಕೆಲವು ಪ್ರಮುಖ ಅಪವಾದಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅಂತಹ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಅವರು ನಿರ್ವಸುವ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತಾ). ಹಾಗಿದ್ದ ಮೇಲೆ, 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವನ್ನು ಯಾರು ಮುನ್ನೆಡೆಸುತ್ತಾರೆ?' ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆ ನಮ್ಮ ಮುಂದೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವನ್ನು ಮೂಲ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳಿರುವ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಜನವರ್ಗ ಮುನ್ನಡೆಸುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವುದಕ್ಕಿಂತ ಅದಕ್ಕೆ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಜನಸಮುದಾಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ವಿಶಾಲ ಮೈತ್ರಿಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ ಎಂದು ನಾವು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಬೇಕು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೀಲಕ ಜನಭಾಗಗಳನ್ನು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬುದು ನಮ್ಮ ಸಲಹೆ:

ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ, ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ಅನಾನುಕೂಲ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಪೂರ್ವಷರತ್ತುಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಶೋಷಕ/ಅಸಂವೇದನೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಅನ್ಯಾಯಯುತ ಆರೋಗ್ಯ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುವ ಜನಸಮುದಾಯಗಳ ಗುಂಪುಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಂಘಟನೆಗಳನ್ನು ಈ ಹೋರಾಟದಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇದರಲ್ಲಿ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ದುಡಿಯುವ ಜನತೆ, ಶ್ರಮಿಸುವ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಮಹಿಳೆಯರು, ಆದಿವಾಸಿ ಅಥವಾ ಮೂಲನಿವಾಸಿಗಳು, ದಲಿತರು, ವೃದ್ಧರು ಮುಂತಾದ ಜನವರ್ಗಗಳ ಸಮೂಹ ಸಂಘಟನೆಗಳೂ ಇದರಲ್ಲಿ ಬರುತ್ತವೆ. ಎಚ್‌ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಜೊತೆ ಬಾಳುವವರ ಸಂಘಟನೆ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ 'ಪರಸ್ಪರ–ಸಹಾಯ ಗುಂಪು'ಗಳಂತಹ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಘಟನೆಗಳೂ ಕೂಡ ಈ ಚಳವಳಿಯಲ್ಲಿ ಸಮರ್ಥ ಮತ್ತು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾ ಚಳವಳಿಯಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಭಾಗಿಗಳಾಗಬಲ್ಲರು.

ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಆದರೆ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಸಮಾನ, ನೈತಿಕವಾದ ಮತ್ತು ಮಾನವೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಯಸುವ ಗುಂಪುಗಳು ಅಥವಾ ಬಿಡಿಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು. ಆದರೆ, ಇಂತಹ ಜನವರ್ಗಗಳು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಪರ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಯಾವಾಗಲೂ ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರಾಗಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳೇ ಹೆಚ್ಚು. ನಾವು ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಘಟನೆಗಳನ್ನು (NGOs), ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಸುತ್ತಿರುವ ವಿಶಾಲ ಜನಸಮೂಹಗಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಂಘಟನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ಅಂತಹ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಘಟನೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ನೇರ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವವರಾಗಿಲ್ಲದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದಿಗೆ ಒಂದಿಷ್ಟು ಅಂತರವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರಾದ್ದರಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಹರಿತವಾದ ಮತ್ತು ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ನಿಲುವುಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ; ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಳಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಸುವ ವೃತ್ತಿಪರರಿಗೆ ಅದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಭಿನ್ನವಾದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ನೋಡುವುದಾದರೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರ, ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಸಂವೇದನಾಶೀಲವಾಗಿರುವ ವೈದ್ಯರ, ನರ್ಸ್‌ಗಳ ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದ ವೃತ್ತಿಪರರ ಸಂಘಟನೆಗಳು ಅಥವಾ ಗುಂಪುಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಹೋರಾಟಕ್ಕಾಗಿ ನಿರ್ಮಿತಗೊಂಡ ವಿಶಾಲ ಮೈತ್ರಿಯಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ತೀರಾ ವಂಚಿತವಲ್ಲದ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಿರದ ಆದರೆ ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಸಮಾನತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರುವಂತೆ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿರುವಂತೆ ಪುನರ್ರೂಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾತೊರೆಯುವ ಇನ್ನಿತರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಜನವರ್ಗಗಳನ್ನೂ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಜನವರ್ಗಗಳಲ್ಲಿ

ನಾಗರಿಕರ ಗುಂಪುಗಳು, ಗ್ರಾಹಕ ಸಂಘಟನೆಗಳು, ಅಭಿವದ್ಧಿಪರ ಸಂಘಟನೆಗಳು, ಪ್ರಜಾ ವಿಜ್ಞಾನ ಗುಂಪುಗಳು, ಪರಿಸರ ಗುಂಪುಗಳು ಮುಂತಾದವುಗಳೆಲ್ಲವೂ ಬರುತ್ತವೆ. ಈ ಗುಂಪುಗಳು ಅನಾನುಕೂಲ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಜನಸಮೂಹಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರ ಮೇಲೂ ಆಂಶಿಕವಾಗಿ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿರುತ್ತದೆ (ಉದಾಹರಣೆಗಾಗಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಪರಿಸರವನ್ನು ಅಧೋಗತಿಗಿಳಿಸುತ್ತಿರುವುದರ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಶಸ್ತ್ರಾಸ್ತ್ರ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಹೋರಾಟಗಳು).

ಈ ವಿಚಾರವನ್ನು ಇನ್ನೊಂದು ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ನೋಡುವುದಾದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ಒಂದು ಅನನ್ಯ ವಲಯವಾಗಿದ್ದು ಮೂರು ಬಗೆಯ ಗ್ರಾಹಕರನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ – ನೇರ (Direct) ಗ್ರಾಹಕರು (ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಅಗತ್ಯವಿರುವವರು), ಮಧ್ಯಸ್ತಿಕೆಯ (instrumental) ಗ್ರಾಹಕರು (ನೇರ ಗ್ರಾಹಕರಾದ ರೋಗಿಗಳ 'ಪರವಾಗಿ' ಅನೇಕ ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ವೃತ್ತಿಪರ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ದಾತರು) ಹಾಗೂ ಸಂಭವನೀಯ (potential) ಗ್ರಾಹಕರು (ಸಧ್ಯಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಅದರ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುವವರು ಅಥವಾ ಒಂದು ಹಂತದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಹತ್ತಿರದವರಿಗೆ ಪಾಲನೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವವರು). ಈ ಮೂರು ಗುಂಪುಗಳಲ್ಲಿ, ಒಂದೊಂದು ಗುಂಪಿನ ಹತ್ತಿರವೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಪುನರ್ರೂಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ಪರಿಹಾರದ ಒಂದೊಂದು ಭಾಗವಿದೆ – ಅದರಲ್ಲೂ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಮೊದಲನೇ ಗುಂಪು (ರೋಗಿಗಳು–ನೇರ ಗ್ರಾಹಕರು) ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ನಿರಾಕರಣೆಯ ಬಲಿಪಶುಗಳಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಅದರ ಹತ್ತಿರ ಪ್ರೇರಣೆಯಿದೆ, ಎರಡನೇ ಗುಂಪಿನ (ವೈದ್ಯರು)ಹತ್ತಿರ ಕೆಲವೊಂದು ಬಗೆಯ ತಾಂತ್ರಿಕ ಜ್ಞಾನವಿದೆ ಹಾಗೂ ಮೂರನೇ ಗುಂಪಿನ ಹತ್ತಿರ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಶಕ್ತಿಯಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಒಂದು ರಾಜಕೀಯ ವಿಚಾರವನ್ನಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಈಡೇರಿಕೆಗೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತರುವುದಕ್ಕೆ ಈ ಮೂರೂ ಗುಂಪುಗಳ ಸಂಘಟಿತ ಜನವರ್ಗಗಳು ಯಾವುದಾದರೊಂದು ರೀತಿಯ ಮೈತ್ರಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗೂಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

ಈ ಮೇಲೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾದ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಮಾರ್ಪಡಿಸಬಹುದು ಅಥವಾ ಇನ್ನಷ್ಟು ಶ್ರೀಮಂತಗೊಳಿಸಬಹುದು; ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ವಿಚಾರವನ್ನು ಎತ್ತುವಾಗ ಈ ಕೀಲಕ (constituent) ಜನವರ್ಗಗಳನ್ನು ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಶ್ರಮಿಸಬಲ್ಲ ವಿಶಾಲ ಮೈತ್ರಿಯನ್ನು ಕಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು.

8. ಮೊದಲ ಮತ್ತು ಎರಡನೇ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ತಿರುಳು; ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿರುವ ಜನಸಮುದಾಯಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳು

ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನಾವು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ಸಂಭವನೀಯ ಹುರುಳೇನಾಗಿರಬೇಕು ಎಂಬ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸೋಣ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ನೀತಿ-ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಾಧಾರಿತ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಶಾಸನಾತ್ಮಕ- ನಿಯಮಾವಳಿಗಳೆರಡನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದು ನಿಶ್ಚಿತ; ಈ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವುದಕ್ಕೆ ಇವೆರಡೂ ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ (ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕುರಿತ ಲೇಖಕರ ಲೇಖನದಿಂದ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ[15]).

i. ಮೊದಲನೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ತಿರುಳು – ಅವಶ್ಯಕ ಹಕ್ಕುಗಳು, ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಯತ್ರಾಂಗ

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪ್ರತಿಷ್ಠಾಪಿಸುವ ಕಡೆಗಿನ ಪಯಣವು ಹಲವು ಹಂತಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ. ಮೊದಲನೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ಅಲ್ಪಾವಧಿ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮಾವಧಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಆಚರಣಾನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವ ಈ ಹಕ್ಕಿನ ಮೂಲ ತಿರುಳೇನಾಗಿರಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ಮೊದಲು ನೋಡೋಣ.

1. ಮೂಲಾವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಹಕ್ಕು

(Right to a Set of Basic Public Health Services)

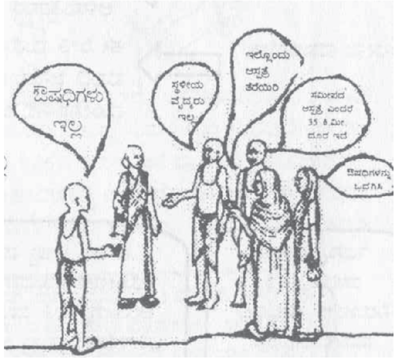
'ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಗುರಿಯನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿರುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (NRHM) ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಸೇವೆಗಳ ಇಡೀ ಸಮುಚ್ಚಯ ಹಳ್ಳಿ ಮಟ್ಟದಿಂದ ಹಿಡಿದು ತೃತೀಯ ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ತನಕ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು. ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಬೇಕಾದ ಖಾತ್ರಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಚೌಕಟ್ಟು ಹಾಕಿಕೊಟ್ಟಿದೆ. ಹಾಗಿದ್ದರೂ, ಇಂದು ಈ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ, ನಿರಂತರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಅವಶ್ಯ ಗುಣಮಟ್ಟಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಒದಗಿಸುತ್ತಿರುವುದು ತೀರಾ ವಿರಳ. ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿದ ಚೌಕಟ್ಟೊಂದರಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕಾದ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳೂ ಸೇರಿರುತ್ತವೆ:

- ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಸಮರ್ಪಕ ಭೌತಿಕ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳು
- ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಮರ್ಪಕ ತಜ್ಞ ಮಾನವಶಕ್ತಿ
- ಎಲ್ಲಾ ಅವಶ್ಯ ಔಷಧಿಗಳ ಮತ್ತು ಸರಬರಾಜುಗಳ ಲಭ್ಯತೆ

ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲವುಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿ, ಆಯಾಯ ಹಂತಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತವಾದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸೇವೆಗಳ ಪರಿಪೂರ್ಣ ಸಮುಚ್ಚಯದ ಲಭ್ಯತೆ.

ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನೂ (Indian Public Health Standards) ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (NRHM)ನ ಭಾಗವಾಗಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಈಗ ಬಹಳ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ (ಈ ಚೌಕಟ್ಟಿಗೆ ತನ್ನದೇ ಆದ ಮಿತಿಗಳಿದ್ದು ಅವುಗಳನ್ನು ಮೀರಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವಿದೆಯಾದರೂ). ಜನರಿಗೆ ಒದಗಿಸಲೇಬೇಕಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತಂದು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಬೇಕು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳನ್ನು

ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಜಾರಿಮಾಡಬಲ್ಲ ಒಂದು ಹಕ್ಕನ್ನಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡಿಸಿ ಅದನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸೂಕ್ತ ಯಂತ್ರಾಂಗವನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಸಮರ್ಥನೀಯ ಚೌಕಟ್ಟೊಂದರಲ್ಲಿ, ಮೂಲಾವಶ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ದ್ವಿತೀಯ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ, ಯಾರಿಗೂ ನಿರಾಕರಿಸಕೂಡದು. (ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವೊಂದು ನಿರಾಕರಿಸಕೂಡದು), ಅಥವಾ ತುರ್ತು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದು ನಿರಾಕರಿಸಕೂಡದು. ಕೆಲವೊಂದು ಅಗತ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವುದು) ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಿರುವ ತಜ್ಞ ಮಾನವಶಕ್ತಿಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದೇ ಹೋದರೆ ಅಂತಹ ತಜ್ಞರನ್ನು ಹೊರಗಿನಿಂದ ಕರೆಸಿಕೊಂಡು ಜನರಿಗೆ ನೀಡಲಾಗಿರುವ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖಾತ್ರಿಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಅಂತಹ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖಾತ್ರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವುದು ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾನವಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವುದನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ವಿಸ್ತೃತ ಸುಧಾರಣೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿದೆ ಎಂಬುದೇನೋ ನಿಜವೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಪಡೆ ಮತ್ತು ಛತ್ತಿಸ್‌ಘಡ್‌ನ ಎನ್‌ಎಚ್‌ಆರ್‌ಸಿ (NHRC)ಗಳು ರಾಜ್ಯಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಬಹುದಾದ ಇಂತಹ ಕೆಲವು ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿವೆ.



ಇನ್ನಷ್ಟು ಚಿಂತನೆ ಬೇಕಾಗಿರುವ ಎರಡನೇ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಎಂದರೆ ಒಬ್ಬ ರೋಗಿ ಹತ್ತಿರದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳಿಂದ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅಸಮರ್ಥನಾದರೆ ಆತ ನಿಯಂತ್ರಿತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ಕೊಡಬೇಕು. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ನಿಗದಿತ ಸಮಯದೊಳಗೆ ರೋಗಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ತಗುಲಿದ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಒಂದು ಮನ್ನಿತ ದರದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರ ಭರಿಸಬೇಕು. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿಯು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಅವಶ್ಯವಿದ್ದಾಗ ತನ್ನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಲ್ಲದೇ ಪಡೆಯುತ್ತಾನೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಒಂದು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯನ್ನು ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅದೇನೆಂದರೆ, ಕೆಲವು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಒಂದು ಅಲ್ಪಕಾಲೀನ ಕ್ರಮ ಎಂಬುದಾಗಿ ಮಾತ್ರವೇ ನೋಡಬೇಕೆ ವಿನಃ ಅದೇ ಒಂದು ಪರಿಪಾಠವಾಗಿಬಿಡಬಾರದು ಹಾಗೂ ಇಂತಹ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಅವಕಾಶವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕೂ ಗೌಣಗೊಳಿಸಬಾರದು. ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸಿ ಅದಕ್ಕೆ ಪುನಶ್ಚೇತನ ತಂದುಕೊಡುವುದೇ ಮಧ್ಯಮ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಗುರಿಯಾಗಿರಬೇಕು (ಈ ಕೆಳಗೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿರುವ 'ಸಾರ್ವಜನಿಕ-ಖಾಸಗಿ ಪಾಲುದಾರಿಕೆ – ಪಿಪಿಪಿ' ಕುರಿತ ಭಾಗವನ್ನೂ ನೋಡಿ).

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮೂಲ ಕಾರ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಣೆಗಳನ್ನು ಯಾವ ಕಾರಣಕ್ಕೂ ಖಾಸಗೀಯವರಿಗೆ ವಹಿಸಬಾರದು. ಏಕೆಂದರೆ ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ದುರ್ಬಲಗೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿನ ತಳಹದಿಯನ್ನೇ ಶಿಥಿಲಗೊಳಿಸಿಬಿಡುತ್ತದೆ. ಬೇರೆ ಮಾತಿನಲ್ಲಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ ಖಾತ್ರಿಗೊಳಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅಲ್ಪಕಾಲೀನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವನ್ನೂ ಸಹ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಇಡೀ ಪುನರ್‌ರಚನಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯುದ್ದಕ್ಕೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ಸಂಘಟಿತವಾದ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣದಿಂದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವಿಸ್ತರಣೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಗೊಳಿಸುವ ಅಗತ್ಯದ ವಿಸ್ತೃತ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿಟ್ಟು ನೋಡಬೇಕು. ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ಸಂಘಟಿತವಾದ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣದಿಂದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಮಾತ್ರವೇ ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ

ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ, ಪ್ರತಿಬಂಧಕ ಮತ್ತು ಉತ್ತೇಜನಾತ್ಮಕ ಸೇವೆಗಳ ಹಾಗೂ ಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಂಡು ಹೋಗಬೇಕಾದ ಸ್ಪಷ್ಟ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಪ್ರಭುತ್ವದ ಮೇಲಿದೆ. ಈ ಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಬಂಧಕ ಲಸಿಕೆಯ ರಕ್ಷಣೆ, ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದು, ಗುರುತಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡುವುದು ಕೂಡ ಸೇರಿರುತ್ತವೆ. ಆದರೂ, ಪ್ರತಿಯೊಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಭಾಗಕ್ಕೆ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಬ್ಲಾಕ್, ಹೋಬಳಿ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ರೋಗಗಳ ಕುರಿತ ಬಹುಹಂತದ ಕಣ್ಗಾವಲನ್ನು ಸಂಘಟಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಆವಿರ್ಭವಿಸಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಹರಡದಂತೆ ಮೊದಲೇ ಅದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು – ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನೂ ಕೂಡ ಅವು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು. ನಂತರ, ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಜೀವನ ಶೈಲಿಗಳನ್ನು ರೂಢಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವ ಅವಶ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಪ್ರಮುಖ ಉತ್ತೇಜಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ವಿಸ್ತರಣೆಯನ್ನೂ ನಾವಿಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸುತ್ತೇವೆ. ಸಾರಾಂಶೀಕರಿಸಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪ್ರತಿಷ್ಠಾಪಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿನ ಚಳವಳಿಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಬಲಗೊಳಿಸುವ, ಪುನರ್‌ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ನೀಡುವ ಹಾಗೂ ಅದು ಜನತೆಗೆ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಉತ್ತರದಾಯಿಯಾಗಿರುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.

2. ಪರೀಕ್ಷಕ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವ ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳ ಹಕ್ಕು

(Right to Monitoring and Accountability Mechanism)

ಜನಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಸಮಿತಿಗಳ ಮೂಲಕ ಹಳ್ಳಿ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ತಾಲ್ಲೂಕು, ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಘಟಿಸಬಹುದಾದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮೇಲಿನ ಸಮುದಾಯ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ/ಪರೀಕ್ಷಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಬೇಕೆಂಬ ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಚೌಕಟ್ಟು ಮುಂದಿಡುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಪರೀಕ್ಷಣೆಯಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವ (accountability) ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಯೋಜನಾ ರೂಪಣೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಜನತೆಯ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯೂ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಂಡು ಹೋಗುವುದಕ್ಕಾಗಿ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಘಟಿಸಬಹುದಾದ 'ನಿರಂತರ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲು' ಅಥವ 'ಜನ್ ಸುನ್‌ವಾಯಿ'ಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನೂ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

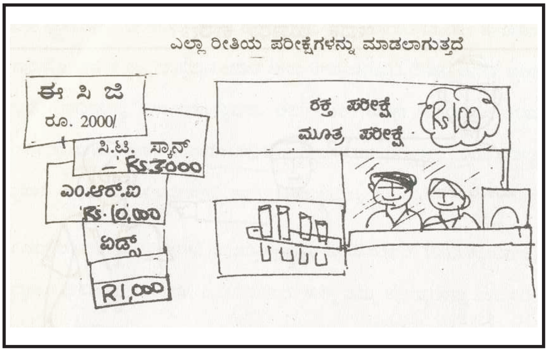
ಈ ಇಡೀ ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಪರಿವೀಕ್ಷಣೆಯ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಶಾಲ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದೊಂದಿಗೆ ಬೆಳಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ನಂತರದಲ್ಲಿ , ಸೇವೆಗಳ ಖಾತ್ರಿ ಮತ್ತು ಇಡೀ ಪರಿವೀಕ್ಷಣೆಯ ಚೌಕಟ್ಟುಗಳಿದ್ದಾಗಲೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಿಂದ ತಿರಸ್ಕೃತಗೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ಸಮುದಾಯಗಳಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೈಗೆಟುಕುವಂತಹ 'ಅನ್ಯಾಯ / ಕುಂದು ಕೊರತೆಯ ಸರಿಪಡಿಕೆಯ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳನ್ನು' (specific redressal mechanisms) ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಬೇಕೆಂದು ಕೇಳಬಹುದು.

3. ರೋಗಿಯ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಅನ್ಯಾಯ ಸರಿಪಡಿಕೆಯ ಹಕ್ಕು

(Right to Patient Information and Redressal)

ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವಾಗಿರಲಿ ಅಥವಾ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವಾಗಿರಲಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ರೋಗಪತ್ತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಗೆ ದೊರೆಯುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರವೊಂದರಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವ ಮುಂಚೆಯೇ ಆ ಕೇಂದ್ರಲ್ಲಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಗಳ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ತಗುಲುವ ಶುಲ್ಕ ಹಾಗೂ ಅಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಗೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಮುಖ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಸಂಭವನೀಯ ಅಪಾಯಗಳ ಮತ್ತು ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಂದು ಸಿದ್ಧ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ

ಎಲ್ಲಾ ರೋಗಿಗಳಿಗೂ ಒದಗಿಸಬೇಕು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಜನರು ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಒತ್ತಾಯಿಸಿ ಕೇಳಬಹುದಾದ ವಿವಿಧ ಸೇವೆಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಬೇಕು ಹಾಗೂ ಅದು ಸಾಧ್ಯವಿದ್ದಷ್ಟೂ ಜನರ ನಡುವೆ ಹರಡುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು. ದೂರು ಸಲ್ಲಿಸುವ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಅನಧಿಕೃತ ಹಣವಸೂಲಿಯಿಂದ ರೋಗಿಗಳಿಗಾದ ಅನ್ಯಾಯವನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸುವ ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳನ್ನೂ ಸಹ ಈ ಮಾಹಿತಿಯು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು.



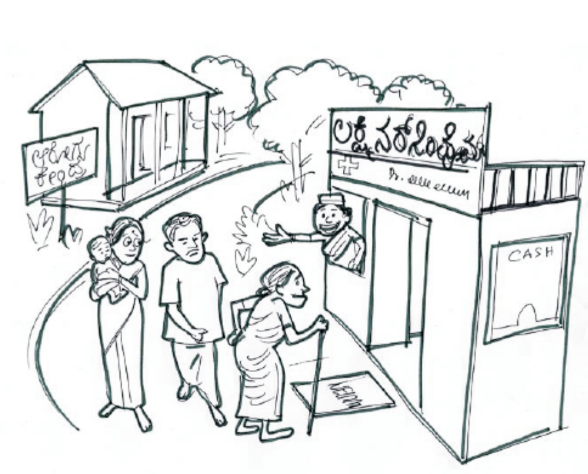
ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ರೋಗಿ–ಸ್ನೇಹಿ ಕುಂದುಕೊರತೆ ಸರಿಪಡಿಕೆಯ ಯಂತ್ರಾಂಗವನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ; ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಳಸುವವರಿಗೆ ತಾಂತ್ರಿಕ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮತ್ತು ಕಾನೂನು ಸಹಾಯಗಳು ದೊರೆಯುವಂತೆ ಅದನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕು. ಇದರಿಂದ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದುರಾಚಾರಗಳಿಗೆ ಕಡಿವಾಣ ಹಾಕಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಶೀಘ್ರ, ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮತ್ತು ಮಾದರಿ ಕ್ರಮವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಗ್ರಾಹಕ ಮತ್ತು ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಿರುವ ಇಂಥ ಒಂದು ಕುಂದುಕೊರತೆ ನಿವಾರಣಾ ಯಂತ್ರಾಂಗಕ್ಕೆ ಅಧಿಕಾರ ಕೊಡಬೇಕು.

4. ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳಿಂದ ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಕನಿಷ್ಠ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನಾಧರಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕು

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇಂದು 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕು' ಒಂದು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕಾಗಿಲ್ಲವಾದರೂ, 'ಬದುಕುವ ಹಕ್ಕು' ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಜೀವರಕ್ಷಣೆ ಮಾಡುವ 'ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆ'ಯನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ನಾಗರಿಕನ ಹಕ್ಕಾಗುತ್ತದೆ. ತುರ್ತುಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನಾಗರೀಕನಿಗೆ ತಾನು ಪಡೆಯುವ ಆರೈಕೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಶುಲ್ಕ ಪಾವತಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿರಲಿ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲದಿರಲಿ, ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿರುವವರನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯನಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಾಗಲೀ ಆತನಿಗೆ ಕನಿಷ್ಠ ಮನ್ನಿತ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಈ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಬೇಕಾದರೆ ತುರ್ತು ಆರೈಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಸ್ಪಷ್ಟ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳನ್ನು ನಿಗಧಿಗೊಳಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಆಫ್ರಿಕದಲ್ಲಿ ಸಾಂವಿಧಾನಿಕ ತಿದ್ದುಪಡಿಗಳನ್ನು ತಂದು ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಿರುವ ಕ್ರಮವನ್ನು ಇದಕ್ಕೆ ಒಂದು ಸಾದೃಶ್ಯವನ್ನಾಗಿ ನೋಡಬಹುದು.

ಅದೇ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ, ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ರೋಗಪತ್ತೆ, ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಿರ್ವಹಣಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕನಿಷ್ಠ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಪ್ರಮಾಣಕಗಳನ್ನು (ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳು, ಸಲಕರಣೆಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾನವ ಶಕ್ತಿ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ) ಹಾಗೂ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸುವಂತಹ ಒಂದು ಸಮಗ್ರ ಕಾನೂನನ್ನು ಜಾರಿಮಾಡಬೇಕಾದ ತುರ್ತು ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಸಂಶೋಧನೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ (therapy) ಹಾಗೂ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾತ್ಮಕ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಸಿದ್ಧಮಾದರಿಯ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡು ಅನುಸರಿಸಬೇಕು; ಈ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಕೆಲವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ದುರಾಚಾರಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಜಾರಿಯಾಗಿರುವ ಶಾಸನಾತ್ಮಕ ಕಟ್ಟುಪಾಡುಗಳನ್ನೂ ಜೊತೆಜೊತೆಯಾಗಿಯೇ ಅನುಸರಿಸಬೇಕು. ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಲಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದನ್ನು, ಕೆಲವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಕಟಿಸುವುದನ್ನು ಹಾಗೂ ಶುಲ್ಕಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಏರುಮಿತಿಯನ್ನು ನಿಗದಿಮಾಡುವುದನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಬೇಕಿರುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ

ಸರ್ಕಾರವು ಪರಿಷ್ಕೃತ ಬಾಂಬೆ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಮ್ಸ್ ನೊಂದಣಿ ಕಾಯಿದೆಗೆ (Bombay Nursing Homes Registration Act) ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅನುಬಂಧ ಪರಿಕರವಾಗಿ ಕೆಲವು ನಿಯಮಾವಳಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ್ದು ಅದರಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಕನಿಷ್ಠ ಮಟ್ಟದ ಗುಣಮಟ್ಟಗಳ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸುವ ನಿರೀಕ್ಷೆಯಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯು (2002) 2003ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಇಡೀ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಮನ್ನಿತ ಗುಣಮಟ್ಟಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸೂಕ್ತ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದು ಎಂದು ಭರವಸೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಈ ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್‌ನ ಭಾಗವಾಗಿ ಮತ್ತೆ ಪುನರುಚ್ಚರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೂ, ಇದನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವುದಕ್ಕೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಕೆಲಸಗಳು ಮಾತ್ರ ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಬಹಳ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ, ಅಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಬೃಹತ್ ಮತ್ತು ಅನಿರ್ಬಂಧಿತ ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಟ್ಟಳೆಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ವಿಸ್ತೃತ ಮತ್ತು ಸಮಗ್ರ ಚೌಕಟ್ಟಿನೊಳಗೆ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವ ತುರ್ತು ಅಗತ್ಯವಿದೆ.



ಖಾಸಗಿಯಲ್ಲೂ ನಮಗೆ ತುರ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಹಕ್ಕು ಇದೆ

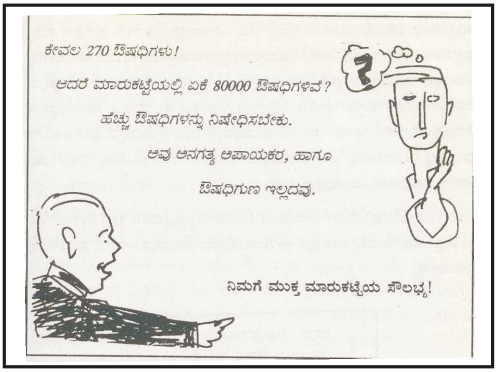
5. ಅತ್ಯವಶ್ಯ ಔಷಧಿಗಳ ಹಕ್ಕು *(Right to Essential Drugs)*

ಈ ಹಕ್ಕಿನ ಸಾಧನೆಯು ಎರಡು ಭಾಗಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ :

- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮೂಲಕ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು (ಈ ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿರುವಂತೆ).
- ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಉತ್ಪಾದಿಸಿ, ಅವುಗಳು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಕೈಗೆಟುಕುವ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಬಲ್ಲ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯ ಔಷಧಿ ನೀತಿಯನ್ನು (National Essential Drug Policy) ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವುದು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿ ನೀತಿಯನ್ನು ತರ್ಕಬದ್ಧವಾಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಔಷಧಿ ನೀತಿಯನ್ನು ಕುರಿತ ಅಖಿಲ ಭಾರತ ಔಷಧಿ ಕ್ರಿಯಾ ಜಾಲ (All India Drug Action Network - AIDAN) ಗಳಿಂದ ಮೊದಲುಗೊಂಡು ತೀರಾ ಇತ್ತೀಚಿನ ಎಮ್‌ಎಫ್‌ಸಿ (medico friend circle- mfc) ಮತ್ತು ಜೆಎಸ್‌ಎ (Jan Swasthya Abhiyan - JSA) ಗಳ ಪ್ರಯತ್ನಗಳ ತನಕ ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ, 'ಔಷಧಿ ಬೆಲೆ ನಿಯಂತ್ರಣಾ ಆದೇಶ'ದ (Drug Price Control Order) ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತರಬೇಕೆಂದು ಒತ್ತಾಯಿಸುವ ಅರ್ಜಿಯೊಂದನ್ನು ಭಾರತದ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯವು ವಿಚಾರಣೆ ನಡೆಸುತ್ತಿದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ,

ಅತ್ಯಾವಶ್ಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಯಾರು ಎಷ್ಟು ಉತ್ಪಾದನೆ ಮಾಡಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಮತ್ತು ಔಷಧೋತ್ಪತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ವಸ್ತುಗಳ ಅತಾರ್ಕಿಕ (ಅಸಮಂಜಸ, irrational) ಸಂಯೋಜನೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಅನಗತ್ಯ ವಸ್ತುಗಳ ಸೇರ್ಪಡೆಯನ್ನು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ನಿಷೇಧಿಸುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಈ ಔಷಧಿಗಳ ಬೆಲೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ, ಅದಕ್ಕೆ ಸ್ವಲ್ಪವೂ ಚ್ಯುತಿಬಾರದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಪಾಲಿಸಬೇಕು. ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲೂ ಕೂಡ ಇಲ್ಲಿಯ ತನಕ ತೀರಾ ಮಂದವೇಗದ ಪ್ರಗತಿ ನಡೆದಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಮತ್ತು ತುಂಬಾ ಪ್ರಭಾವಶೀಲ ಖಾಸಗೀ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ಬಂಧಿಸುವ ವಿಚಾರಕ್ಕೆ ಬಂದಾಗ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳದಂತೆ ಪ್ರಭುತ್ವವು ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ.



ii. ಎರಡನೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ತಿರುಳು – ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಯಿದೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸುಲಭಗಮ್ಯತೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ

ಈ ಮೇಲಿನ ಮೊದಲ ಕ್ರಮಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ, ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ನಿಬಂಧನೆಗೊಳಪಡಿಸಲು ಸಹಕರಿಸುತ್ತವೆ ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲಾ ನಾಗರೀಕರಿಗೆ ಕೆಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅಂಶವನ್ನು ತಂದುಕೊಡುತ್ತವೆ. ಆದರೂ, ನಾಗರೀಕರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹಣ ಕೊಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿರಲಿ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲದಿರಲಿ, ಎಲ್ಲಾ ನಾಗರಿಕರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಯಾಗಿ ಒದಗಿಸುವ ಒಂದು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಲ್ಲದೇ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕನ್ನು ಅದರ ಪರಿಪೂರ್ಣ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ, ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ, ಸಮರ್ಪಕ, ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಖಾಸಗೀ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಇಡೀ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಪುನರ್ರೂಪಿಸುವ, ಬಲಗೊಳಿಸುವ ಮತ್ತು ಪುನರ್‌ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ನೀಡುವ ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿನ ಬಗ್ಗೆ ಒಂದು ಹಂತದಿಂದಾಚೆಗೆ ವಾದ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. 'ಮೊದಲನೇ ಹಂತ' ಮತ್ತು 'ಈ ಹಂತ'ದ ನಡುವೆ ನಿಸ್ಸಂಶಯವಾದ ಒಂದು ನಿರಂತರತೆ ಇದ್ದು ಮೊದಲನೇ ಹಂತದ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯಗಳು ಈಡೇರಿದ ನಂತರವೇ ಎರಡನೇ ಹಂತಕ್ಕೆ ಹೋಗೋಣವೆಂದು ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಕಾಯುತ್ತಾ ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳದೇ ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ತ್ವರಿತವಾಗಿ 'ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸುಲಭಗಮ್ಯತೆ' ಯ ಈ ಎರಡನೇ ಹಂತದೆಡೆಗೆ ಸಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಮಾಡಬೇಕು.

ಇಂತಹ ಒಂದು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಬಹುದೇ, ತರಬಹುದಾದರೆ ಹೇಗೆ ತರಬಹುದು ಎಂಬುದು ಒಂದು ಚರ್ಚಾವಿಷಯ ಕೂಡ ಆಗಬಹುದು. ಆದರೆ, ಈ ಎರಡನೇ ಹಂತದ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಯಿದೆ (National or State Public Health Acts) ಗಳಂತಹ ಹೊಸ ಶಾಸನಾತ್ಮಕ ಚೌಕಟ್ಟುಗಳು ಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ. ಸಾಂವಿಧಾನಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಈ ಕಾನೂನುಗಳಿಗೆ ಶಕ್ತಿ ತುಂಬಬಹುದು. ಇದರ ಜೊತೆಗೆ, ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇಡೀ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು (ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳೆರಡನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ) ಪುನರ್ರಚಿಸುವುವುದೂ ಅವಶ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ನಾಗರಿಕನಿ/ಳಿಗೆ, ಆತ/ಆಕೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಭರಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿರಲಿ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲದಿರಲಿ, ಅತ್ಯಾವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದೇ 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು' ಎಂದು ನಾವು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುವುದಾದರೆ, 'ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಕೆನಡಿಯನ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ' ಮತ್ತು ಬ್ರಿಟನ್‌ನ (National Health system) ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಮೊದಲುಗೊಂಡು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ನಾಗರಿಕನಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಕ್ಯೂಬಾದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ತನಕ ಪ್ರಪಂಚದ ಅನೇಕ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ನೋಡಬಹುದು. ಭಾರತದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಇಂದಿನ ಸಂಕೀರ್ಣ ವಾಸ್ತವಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಲ್ಲ ಒಂದು 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸುಲಭಗಮ್ಯತೆ'ಯ (Universal Access to Health Care) ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ.

ದೇಶದ ಒಟ್ಟು ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಮುಕ್ಕಾಲು ಭಾಗವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಮತ್ತು ಅಷ್ಟೇ ಪ್ರಮಾಣದ ಹೊರಗೋಗಿ ಆರೈಕೆ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವ ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕಡೆ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ಕೊಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೊಂದು ರೂಪದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಈ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಒಂದು ಸಾಧನೀಯ ಕ್ರಮ ಎಂದರೆ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅನುಷ್ಠಾನ. ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ನಿಬಂಧನೆಗೊಳಪಟ್ಟ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸಿನ ನೆರವಿನಿಂದ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಕೆಲವು ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯಧಾತರ ಜೊತೆಜೊತೆಗೆ, ಗಮನಾರ್ಹ ಬಲಿಷ್ಠತೆ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಗಳೆರಡೂ ಒಂದೇ ಛತ್ರಿಯ ಕೆಳಗೆ ಸಮ್ಮಿಳಿತಗೊಂಡಿರುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಮೂಲಕ ವಿಮಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬಹುದು. ಈ ಇಡೀ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸು ನೀಡಿಕೆ (ವಿಮೆಯನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ) ಮತ್ತು ಕ್ರಾಸ್/ಪರಸ್ಪರ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು (cross-subsidy) ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಸೇವೆಗಳು ನೀಡಿಕೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ಉಚಿತವಾಗಿದ್ದು ಪ್ರಭುತ್ವವು ಸಮಾಜದ ದುರ್ಬಲ ವರ್ಗವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಬಹುಸಂಖ್ಯಾತ ಜನಸಮೂಹದ ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚನ್ನು ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚು ಆದಾಯ ಗಳಿಸುತ್ತಿರುವ ಉನ್ನತ ವರ್ಗದ ಜನತೆಗೆ ಕೈಗೆಟುಕುವ ದರದ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್‌ಗಳನ್ನು (ಇವುಗಳನ್ನು ತೆರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದಿಗೆ ಮಿಳಿತಗೊಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು) ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ.

ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಹಾಗೂ ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ
ಎಲ್ಲರ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕು

ಒಂದು ಕೀಲಕ ಅಂಶ ಎಂದರೆ, ಇದು ಇಡೀ ಜನಸಮೂಹವವನ್ನು ತನ್ನ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯೊಳಗೆ ಖಾತ್ರಿಯಾಗಿ ತರಬಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿನ ಬಲಿಷ್ಠ ಆಂತರಿಕ ಬೇಡಿಕೆಯನ್ನು ಭದ್ರವಾಗಿ ಉಳಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗಬಲ್ಲ ಒಂದು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿರಬೇಕು (ಕೆಲವರಿಗೆ ಮಾತ್ರವೇ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲ). ಕೆಲವು ಶ್ರೀಮಂತರು ತಮ್ಮ ಪಾಲಿನ ತೆರಿಗೆಗಳನ್ನು/ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳನ್ನು ಪಾವತಿ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಹಾಗೂ ದುಬಾರಿಯಾದ ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ಸರಬರಾಜುಗಾರರಿಂದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು ಎಂಬುದೂ ನಿಜವೆ). ಮತ್ತೊಂದು ವಿಚಾರವೆಂದರೆ, ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಶುಲ್ಕಗಳು ಇರಬಾರದು, ಒಂದು ವೇಳೆ ಇದ್ದರೂ ಅದು ಅತ್ಯಲ್ಪ ಮೊತ್ತದ ನೋಂದಣಿ ಶುಲ್ಕ ಮಾತ್ರ ಆಗಿರಬೇಕು. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ರೋಗಿಯು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಪಡೆಯಲಿ ಅಥವಾ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣದಿಂದ ನಡೆಯುವ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ನಿಬಂಧನೆಗಳಿಗೊಳಪಟ್ಟ ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ

ನೀಡುವವರಿಂದ ಪಡೆಯಲಿ, ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆ ರೋಗಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮೂಲಾವಶ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುವುದೆಂದು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಬೇಕು. ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ಸುಲಭಲಭ್ಯತೆ ಮೇಲೆ ಗ್ರಾಹಕರ ಪರೀಕ್ಷಣೆ ಇರುವಂತೆ ಇಡೀ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಈ ಇಡೀ ಮಾದರಿಯು ಸಹಜವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮೇಲಿನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ, ಒಟ್ಟಾರೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆದಾಯ ಕೇಂದ್ರಿಕೃತ ನಿರ್ವಹಣೆ ಹಾಗೂ ತಾರ್ಕಿಕ/ ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ (Rational Therapy) ಕಡೆ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ಕೊಟ್ಟರೆ, ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಜಿಎನ್‌ಪಿ ಶೇಕಡ 3ರಷ್ಟನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ವ್ಯಯಿಸುವ ಮೂಲಕ ಇಂತಹ ಒಂದು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸಂಘಟಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಿದೆ. ನಂತರದಲ್ಲಿ, ಪರಿಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಈ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ಜಿಎನ್‌ಪಿಯ ಶೇಕಡ 5ಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾನಿಕಾರವಾದ ಉದ್ದಿಮೆಗಳ ಮೇಲೆ ಸೂಕ್ತ ಪ್ರಮಾಣದ ತೆರಿಗೆ ವಿಧಿಸುವ ಮೂಲಕ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದೊಳಗೆ ಪುನರ್ವಿಂಗಡನೆ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ (ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಕಾರ್ಮಿಕರ ವಿಮಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ (ESI) ನಂತಹ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪುನರ್‌ಸಂಘಟಿಸುವುದನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ) ಹಾಗೂ ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ನೀಡಲಾಗುವ ಸಹಾಯಧನವನ್ನು (subsidy) ಕೊನೆಗೊಳಿಸುವ ಮೂಲಕ ಈ ಹಂತದ ಹಣವನ್ನು ಆಂಶಿಕವಾಗಿ ಸಂಗ್ರಸಬಹುದು. ಅಂತೆಯೇ, ಇದನ್ನು ಬಜೆಟ್‌ನ ಆದ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಮಾರ್ಪಾಡು ಮಾಡಿ ಇಡೀ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಣ ಮೀಸಲಿಡುವುದರ ಜೊತೆ ಬೆಸೆಯಬೇಕು. ಸಾಮಾನ್ಯ ಕನಿಷ್ಠ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು (Common Minimum Programme) ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನಿವ್ವಳ ಆದಾಯ (ಜಿಡಿಪಿ)ಯ ಶೇಕಡ 2-3ಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಗುವುದು ಎಂಬ ಭರವಸೆ ಕೊಟ್ಟಿರುವುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಈ ಆಶಯವನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನಾಗಿ ಆಚರಣೆಗಿಳಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಅದು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಬರಬೇಕೆಂದರೆ, ನಾಗರಿಕ ಸಮಾಜದ ವಿವಿಧ ಜನಸಮುದಾಯಗಳ ಬಲಿಷ್ಠ ಮತ್ತು ಸದೃಢ ಒತ್ತಡ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; ಜತೆಗೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸುಲಭಗಮ್ಯತೆಯನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕಿಳಿಸುತ್ತಾ, ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಜನರಿಗೆ ನೀಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಈ ಅನುದಾನವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದ (cost effective) ಬಳಸಲಾಗುವುದೆಂಬುದನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರಸ್ತಾವಗಳನ್ನು ಮುಂದಿಡಬೇಕು.

ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿರುವ ಅಥವಾ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ನೀಡಿಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಜನವಿಭಾಗಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು

ಶುದ್ಧ ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಸ್ಪಷ್ಟಗೊಳಿಸಿದರೆ, ಸಂದರ್ಭೋಚಿತ ಶಿಸ್ತುಗಳು ಅವುಗಳನ್ನು ಅಧಿಕಾರದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನಾಗಿ ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಬುಡಕಟ್ಟು ಅಥವಾ ಜನಾಂಗೀಯತೆ, ಲಿಂಗ, ಧಾರ್ಮಿಕ ಮತಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು, ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ವರ್ಗಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳೇ ಬಹುತೇಕ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳ ಹಿಂದಿರುವ ಪ್ರಧಾನ ಪ್ರೇರಕ ಶಕ್ತಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಬೇರೆ ಮಾತಿನಲ್ಲಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಬಿಡಿಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಮೇಲೆ ನಡೆಯುವ ಹಿಂಸೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಭದ್ರವಾಗಿ ತಳವೂರಿರುವ ಸಂರಚನೀಯ ಹಿಂಸೆಯಲ್ಲಿ ಆಳವಾಗಿ ಹೂತುಕೊಂಡಿದೆ.[16]

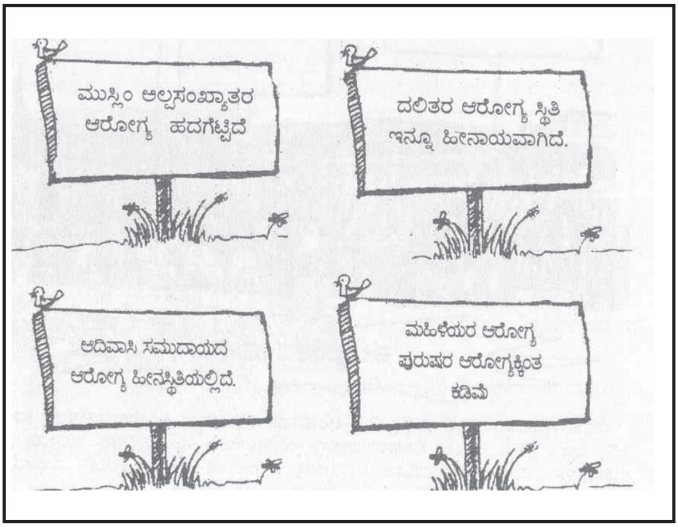
ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುವಾಗ ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಜನಸಮುದಾಯಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮೊದಲ ಹಂತದಿಂದಲೇ ಗಮನ ನೀಡುವುದೂ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಒತ್ತಿಹೇಳಬೇಕಿದೆ: ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕುಗಳು ಸಮಾಜದ ಜನವರ್ಗದ ಅತ್ಯಂತ ದುರ್ಬಲ ಮತ್ತು ವಂಚಿತ ಜನಸಮುದಾಯಗಳಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನವಾದಾಗ ಹಾಗೂ ತಮಗೆ ಮೂಲ, ಅತ್ಯಾವಶ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನೇ ನಿರಾಕರಿಸುತ್ತಿರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಬದುಕುತ್ತಿರುವ ಜನಸಮೂಹದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾದಾಗ ಮಾತ್ರವೇ ಆ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗೆ ಒಂದು ಔಚಿತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಅದೇ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ, ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸುಲಭಗಮ್ಯತೆಯನ್ನು ಆಗು ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ಒಂದು ದೃಢ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ

ಜನಭಾಗಗಳಿಗೆ ಸಮರ್ಪಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಅಸಂಭವವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ನಾವು ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತಿರುವುದು ದುರ್ಬಲ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮೇಲೆ ಕಸಿ ಮಾಡಿದ ವಿಶೇಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗಾಗಿಯಲ್ಲ (ಪ್ರಸ್ತುತ ಬಾರತದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಹೀಗೆ ಇರುವಂತೆ ತೋರುತ್ತದೆ, ಉದಾಹರಣೆಯಾಗಿ, ಎಚ್‌ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಯತ್ನ), ಬದಲಾಗಿ ತಾರತಮ್ಯರಹಿತತೆ ಮತ್ತು ಸಂವೇದನಾಶೀಲತೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಈ ವಿಶೇಷ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ದೃಢ ಮತ್ತು ಪ್ರಭಾವಶೀಲ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಏಕೀಭವಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ. ಆದ್ದರಿಂದ, ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ನೀಡಿಕೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುವ ದುರ್ಬಲ ಜನವರ್ಗಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡೇ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸುಲಭಗಮ್ಯತೆಯ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಈ ಜನವರ್ಗಗಳನ್ನು ವಿಶಾಲವಾಗಿ ಮೂರು ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು (ಈ ಮೂರು ಜನವರ್ಗಗಳ ನಡುವೆ ಒಂದಿಷ್ಟು ಸಾಮ್ಯತೆಯಿರುವುದೂ ನಿಜವೆ):

1. 'ಜೈವಿಕ (biological) ಅಂಶ'ವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಚೌಕಟ್ಟುಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುವ ವಿಶೇಷ ಅಗತ್ಯಗಳಿರುವ ಜನವರ್ಗಗಳು – ಮಹಿಳೆಯರು, ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ವೃದ್ಧರು

2. ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಜನವರ್ಗಗಳು – ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಎಚ್‌ಐವಿ/ ಏಡ್ಸ್ ಜೊತೆ ಬಾಳುತ್ತಿರುವವರು, ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಜೊತೆ ಬಾಳುವವರು ಇತ್ಯಾದಿ.

3. ಸಾಮಾಜಿಕ ಬಹಿಷ್ಕರಣ ಅಥವಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಜನಸಮುದಾಯಗಳು – ದಲಿತ ಸಮುದಾಯಗಳು, ಆದಿವಾಸಿ ಸಮುದಾಯಗಳು, ಒಕ್ಕಲೆಬ್ಬಿಸುವಿಕೆಯಿಂದ ಬಲಿಪಶುಗಳಾದವರು, ಸಂಘರ್ಷಮಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಬದುಕುತ್ತಿರುವವರು, ಅಸಂಘಟಿತ ವಲಯದ ಕಾರ್ಮಿಕರು, ನಗರದ ವಂಚಿತ ಸಮುದಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕ ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರು.



ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಇಂತಹ ಒಂದು ಸಮಗ್ರ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಕೆಲವು ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ:

- **ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕು:** ಮಹಿಳೆಯರು ಸೂಕ್ತ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮತ್ತು ಸಂತೋನೋತ್ಪತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಸುಟ್ಟಗಾಯಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ (Anaemia, Burns, etc), ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಬೇಕಾಗಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು.

- **ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕು:** ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಪಡೆಯುವುದರ ಕಡೆಗೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಿಂದ ರಕ್ಷಣೆ ಪಡೆಯವುದರ ಕಡೆಗೆ ಹಾಗೂ ಶಿಶು ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಇಳಿಸುವುದರ ಕಡೆಗೆ ವಿಶೇಷ ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾ ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಕ್ಕಳ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದು.

- **ಎಚ್‌ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಜೊತೆ ಬಾಳುವವರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು:** ರೋಗಪತ್ತೆ, ರೋಗಸಂಬಂಧಿ ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚನೆ (Counselling), ತಾರತಮ್ಯರಹಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ Anti-retrovial ಔಷಧಿಗಳ ಲಭ್ಯತೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಎಚ್‌ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಜೊತೆ ಬಾಳುವವರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳು.

- **ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕು:** ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದು, ತಾರತಮ್ಯ ರಹಿತ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ , ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಪುನರ್ವಸತಿಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು – ಮುಂತಾದವುಗಳ ಮೇಲೆ ವಿಶೇಷ ಒತ್ತು ಕೊಡುತ್ತಾ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು.

- **ವಿಕಲಚೇತನರೊಂದಿಗೆ ಬಾಳುವ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು:** ದೈಹಿಕವಾಗಿ ವಿಕಲಚೇತನ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಆರೈಕೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ವಿಶೇಷ ಸೇವೆಗಳು (ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಕೀಲು, ಮೂಳೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ನೇತ್ರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಕಣ್ಣು, ಮೂಗು ಮತ್ತು ಕಿವಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುವ ಸೇವೆಗಳು – (Orthopaedic, Ophthalmic, ENT) ಮತ್ತು ಪುನರ್ವಸತಿಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯವುದು, ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕಿರುವ ಅಡ್ಡಿಗಳನ್ನು ತೊಡೆದುಹಾಕುವುದು ಮುಂತಾದ ವಿಕಲಚೇತನರ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳು.

- **ದಲಿತರು ಮತ್ತು ಆದಿವಾಸಿಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳು:** ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಸ್ವರೂಪಗಳ ಪಾರಂಪರಿಕ ತಾರತಮ್ಯವನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ದಲಿತರಿಗೆ ಮತ್ತು ಆದಿವಾಸಿಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿರುವ ತಾರತಮ್ಯಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಇಲ್ಲಿ ಒತ್ತಿಹೇಳಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಬದುಕುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಚಾರಿತ್ರಿಕವಾಗಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪಡೆದಿರುವ ಈ ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಜನಸಮೂಹಗಳ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಒಂದು 'ವಿಶಾಲ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ'ವು ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡಬಲ್ಲದು.

- **ಅಸಂಘಟಿತ ಕಾರ್ಮಿಕರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳು:** ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಹಾಗೂ ಬಹಳ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಕೆಲಸಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವ ಅಸಂಘಟಿತ ಕಾರ್ಮಿಕರ

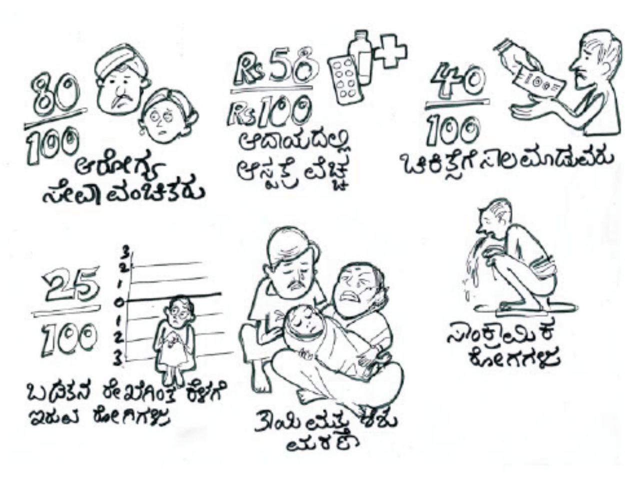
ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಅವರ ಮಾಲಿಕರ ಮೇಲೆ ಹೊರಿಸುವುದೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳು.

- **ನಗರದ ವಂಚಿತ ಜನಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು:** ನಗರದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿಷ್ಠಾಪಿಸಿ ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ನಡೆಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗುವುದೂ ಸೇರಿದಂತೆ ನಗರದ ವಂಚಿತ ಜನಸಮೂಹಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು.

- **ಸಂಘರ್ಷಮಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಬದುಕುತ್ತಿರುವ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು:** ಕೋಮುಗಲಭೆಗಳಿಂದಾಗಿ ಅಥವಾ ಇನ್ನಿತರ ಸ್ವರೂಪದ ಹಿಂಸಾತ್ಮಕ ಸಂಘರ್ಷಗಳಿಂದಾಗಿ ಆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಮುದಾಯಗಳಿಗೆ ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಬಹುದು ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ತಾರತಮ್ಯ ಮಾಡಬಹುದು. ಅಂತಹ ಪ್ರದೇಶದ ಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು.

- **ಒಕ್ಕಲೆಬ್ಬಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು:** ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳಿಗಾಗಿ ತಮ್ಮ ಪಾರಂಪರಿಕ ಪರಿಸರ ಮತ್ತು ಬದುಕನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡು ಒಕ್ಕಲೆಬ್ಬಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಅಥವಾ ಬಲವಂತ ಪುನರ್ವಸತಿಗೆ ದೂಡಲ್ಪಟ್ಟ ಜನಸಮುದಾಯಗಳು; ಇಂಥಹ ಸಮುದಾಯಗಳನ್ನು ಬಹುತೇಕವಾಗಿ ತೀರ ಕಳಪೆ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗಳಿರುವ ಮತ್ತು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಪ್ರಾಣಾಪಾಯ ತಂದೊಡ್ಡುವ ಹೊಸ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿಟ್ಟಿರಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಜನಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳು.

ಈ ಜನವರ್ಗಗಳಲ್ಲದೇ, ವೃದ್ಧರು, ವಲಸಿಗರು ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ದುರ್ಬಲ ಜನವರ್ಗಗಳನ್ನೂ ಇದರಡಿಯಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ಈ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದು. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಜನವರ್ಗಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಸೇರಿಸಿದರೆ ಅದೇ ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಬಹುಸಂಖ್ಯಾತ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಾಸ್ತವವನ್ನು ಪರಿಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಪುನರ್ರೂಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಭಾವಶೀಲ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಬಲ್ಲದು ಎಂಬುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಒತ್ತಿಹೇಳಬೇಕು. ಅಂತಹ ಒಂದು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ವಿವಿಧ ವಿಶೇಷ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಸ್ವರೂಪದ ತಾರತಮ್ಯಗಳ ವಿರುದ್ಧದ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಸಾಂಸ್ಥಿಕರಣಗೊಳಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.



9. ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳ ಪರಸ್ಪರ ಹೆಣೆಯುವಿಕೆ ಆರೋಗ್ಯ- ನೀತಿ ವಿಮರ್ಶೆಯ ಮೂಲಾಧಾರವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು

ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಸಮಗ್ರ ನೀತಿ ವಿಮರ್ಶೆಗೆ ಹೇಗೆ ಮೂಲಾಧಾರವಾಗಬಲ್ಲದು ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವೀಗಾಗಲೇ ನೋಡಿದ್ದೇವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಹುರುಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಬಹುದಾದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ನೀತಿಕ್ರಮಗಳ ಒಂದೆರಡು ಉದಾಹರಣೆಗಳ ಮೂಲಕ ವಿಚಾರವನ್ನು ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ನಾವು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಬಹುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿರುವ ಎರಡು ಪ್ರಮುಖ ನೀತಿಕ್ರಮಗಳನ್ನು ನಾವಿಲ್ಲಿ ನೋಡೋಣ – ಒಂದನೇಯದು, ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳು ಹಾಗೂ ಎರಡನೇಯದು, 'ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಗಳು'. ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಇವೆರಡೂ ನೀತಿಕ್ರಮಗಳನ್ನು ವಿಮರ್ಶಿಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

ಸೇವಾ ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಯಲ್ಲವೆ?

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ (CHCs) ಮತ್ತು ಇದೇ ರೀತಿಯ ಇನ್ನಿತರ ದ್ವಿತೀಯ ಗಾಮೀಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ವಸೂಲಿ ಮಾಡುವ ಕ್ರಮವನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಬೇಕೆಂದು 'ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿ'ಗಳನ್ನು ಕುರಿತಾದ ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಂ ದಸ್ತಾವೇಜು ಬಲವಾಗಿ ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುತ್ತದೆ:

ಈ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿರುವಂತೆ, ಸಮರ್ಪಕ ಹಣಕಾಸು ಸರಬರಾಜಿಲ್ಲದೇ ಅತ್ಯುತ್ಕೃಷ್ಟ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಒದಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಸೇವಾ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ವಿಧಿಸಬೇಕು.

ಇಂತಹ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಕ್ರಮವನ್ನು ಯಾವುದೇ ಚರ್ಚೆ, ಪರ್ಯಾಲೋಚನೆ ಅಥವಾ ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಸಮರ್ಥನೆಗಳಿಲ್ಲದೇ ದೇಶಾದ್ಯಂತವಾಗಿ ಪರಿಚಯಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅದೇ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ, ಸೇವಾ ಶುಲ್ಕಗಳು ಖಂಡಿತವಾಗಿ ಬಡಜನತೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆ ಮಾಡುತ್ತವೆಯೆಂದು ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪರಿಭಾವಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ; ಏಕೆಂದರೆ, ಈ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ವಿಧಿಸುವುದರಿಂದ 'ವಿನಾಯಿತಿ ಬಹಿಷ್ಕರಣ ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳು' (Exclusion Mechanisms) ಸರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡದೇ ಇರುವುದರಿಂದ ಬಡಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಸಿಗಲಾರದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆ ಸಹಜವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. (ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ, ಈ ಬಹಿಷ್ಕರಣ ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳ ಮೂಲಕ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮತ್ತು ಆ ರೀತಿಯ ಬಡತನವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಜನರು ಉಚಿತ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಬೇಕು). ಆದರೆ ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ಕಾರ್ಡಿನ ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ಅಸಮರ್ಪಕತೆ, ಅವ್ಯವಹಾರ ಆಗಿ ಅವರಿಗೆ ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ಕಾರ್ಡು ಸಿಗದೇ ಇದ್ದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬಡಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕಿನ ಉಲ್ಲಂಘನೆ ಆಗುವುದು ಸಾಧ್ಯವಲ್ಲವೆ? ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಆಫ್ರಿಕಾದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಸೃಷ್ಟಿಸುತ್ತಿರುವ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಸಿರುವ ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿವೆ; ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯ ಇಳಿಮುಖವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಘಾನಾ, ಝೈರೆ, ತಾಂಜೇನಿಯ, ಕೀನ್ಯಾ ಮತ್ತು ಸ್ವಿಟ್ಜರ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿವೆ. ಇವೆಲ್ಲವುಗಳಿಗಿಂತ ಉಗಾಂಡಾ ದೇಶದ ಉದಾಹರಣೆ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಾರ್ಹವಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ

ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಲಾಗಿತ್ತಾದರೂ ಅವುಗಳ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಕಾರಣದಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಲಾಯಿತು; ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ರದ್ದುಪಡಿಸಿದ ನಂತರ ಹೊರರೋಗಿ ಆರೈಕೆಯ ಉಪಯೋಗದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 117 ರಷ್ಟು ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿಬಂಧಕ ಸೇವೆಗಳ ಉಪಯೋಗದಲ್ಲಿ ಶೇ. 102 ರಷ್ಟು ಏರಿಕೆಯಾಯಿತು; ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳಿಂದಾಗಿ ಕಡುಬಡವರ ಅಗತ್ಯಗಳು ನಿರ್ದಾಕ್ಷಿಣವಾಗಿ ನಿಗ್ರಹಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದವು ಹಾಗೂ ಆ ಮೂಲಕ ಅವರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿನಿಂದ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ವಂಚಿತರಾಗಿದ್ದರು ಎಂಬುದು ಇದರಿಂದ ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ.

ಭಾರತ ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಂಡಿರುವ ಕೆಲವು ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನೂ ಕೂಡ ಇಲ್ಲಿ ಉದಾಹರಿಸಬಹುದು.

1. ಸಮಗ್ರ-ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆಯೋಗದ ವರದಿಯಲ್ಲಿ (The Report of the National Commission on Macroeconomics and Health) ಸಾರಾಂಶೀಕರಿಸಿರುವ ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾದ ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಅಧ್ಯಯನವು ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಹೊರಗೆಡವಿದೆ:

   ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಹಣಕಾಸು ಬಿಕ್ಕಟ್ಟಿನಿಂದಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳಿಗೆ ಬಜೆಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಹಣಕಾಸಿನ ಪ್ರಮಾಣವು ಇಳಿಮುಖಗೊಂಡು ಸಾರ್ವಜನಿಕ (ಸರ್ಕಾರಿ) ಹಣಕಾಸು ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಿದ್ದ ಬೆಂಬಲದ ಪಾತ್ರವನ್ನು (ಒಂದಷ್ಟು ಮಟ್ಟಿಗೆ) ಬಳಕೆದಾರರ ಸೇವಾಶುಲ್ಕಗಳೇ ನಿರ್ವಹಿಸಿದವು. ಇದು, ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಆದಾಯದ ಮೂಲಗಳಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತವೆ ಎಂಬ ತರ್ಕಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾದದ್ದಾಗಿದೆ.

   ಈ ರಾಜ್ಯದ ಆಂಧ್ರಭಾಗವನ್ನು ಮತ್ತು 2003-2004ನೇ ವರ್ಷವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ, ಒಟ್ಟಾರೆ ಬಳಕೆದಾರರ / ಸೇವಾ ಶುಲ್ಕಗಳಿಂದ ಬಂದ ಹಣದ ಉಪಯೋಗವು ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿತ್ತು.

   ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಗಮನಾರ್ಹವಾದದ್ದೆಂದರೆ, ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ಹೇರಿದ ನಂತರದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ , ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಒಳರೋಗಿ ಸೇವೆಗಳ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ , ಬಡವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಇಳಿದುಬಿಟ್ಟಿತು.

> ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ವಿಧಿಸುವುದರ ವಿರುದ್ಧ ವಿಶಾಲ ಬಡಜನತೆಯ ಅಸಮಧಾನ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ವ್ಯಕ್ತಗೊಂಡ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ ಸರ್ಕಾರವು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ವಿಧಿಸುವ ನೀತಿಯನ್ನು ಹಿಂಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಯಿತು.

2. ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದಲ್ಲಿ ಟಾಟಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ (Tata Institute of Social Sciences) ನಡೆಸಿದ ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕ ಯೋಜನೆಯ ಬಾಹ್ಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ (External Evaluation of User Fee Scheme) ಎಂಬ ಅಧ್ಯಯನವೂ ಕೂಡ ಇಂತಹುದೇ ಸತ್ಯವನ್ನು ಹೊರಗೆಡವಿದೆ.

- ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಬಡತನದ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ (ಬಿಪಿಎಲ್) ರೋಗಿಗಳ ಅನುಕೂಲಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾಗಿದ್ದ 'ವಿನಾಯಿತಿ ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳನ್ನು' (Exemption Mechanisms) ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿರುವ ಒಟ್ಟು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ (ಅಧಿಕೃತವಾಗಿ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿರುವ ಬಡವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಇದಕ್ಕಿಂತ ಎಷ್ಟೋ ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೂ) ಕೇವಲ ಶೇಕಡ 5.6ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಾತ್ರವೇ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರು.

- ಇನ್ನೊಂದೆಡೆ, 'ಇನ್ನಿತರ' ಜನಭಾಗದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ (ಬಿಪಿಎಲ್ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರದವರು) ನೀಡಲಾದ ವಿನಾಯ್ತಿಗಳು ಶೇಕಡ 11.3 ರಷ್ಟಿದ್ದವು. ಹೇಗೆ ವಿನಾಯಿತಿ ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳು ನೈಜವಾಗಿ ಬಡವರಿಗೆ ಅನುಕೂಲಮಾಡಿಕೊಡದೇ, ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಪ್ರಾಬಲ್ಯವಾಗಿರುವ ಇತರ ಜನಭಾಗಗಳಿಗೆ ಅನುಕೂಲ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತವೆ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಇದೊಂದು ಉತ್ತಮ ಸಾಂಕೇತಿಕ ಉದಾಹರಣೆ;

✍ ಇದನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗಮನಿಸಿದರೆ ವಿನಾಯಿತಿ ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳು ಕಾಗದದ ಮೇಲಿರುವಾಗ ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತವೆಯಾದರೂ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕಿಳಿಸುವಾಗ ತೀರಾ ಪ್ರಶ್ನಾರ್ಹವಾಗಿರುತ್ತವೆ ಎಂಬುದು ಇದರಿಂದ ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ.

ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಜಾಗೃತಿಯ ಜೊತೆಗೆ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ 'ಅಭಿವೃದ್ಧಿ' ಹೊಂದಿದ ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದಂತಹ ರಾಜ್ಯದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೇ ಹೀಗಿದ್ದರೆ ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಗಮನ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿರುವ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಬಡವರು ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿನ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಊಹಿಸಬಹುದು.

ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸುವುದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ನೀತಿ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಸಾರಾಂಶೀಕರಿಸಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸುವುದು ಎಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗಾಗಿನ ಹಣಕಾಸು ನೀಡಿಕೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿನ ಒಂದು ತಿರೋಗಾಮಿ ಹೆಜ್ಜೆ (ಹಿಂದಕ್ಕೆ ಹೋಗುವುದು) ಎಂದೇ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಬಡವರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ಅವರ ಮೇಲೆ ವಿಧಿಸುವ ಬಳಕೆದಾರರ ಸೇವಾಶುಲ್ಕಗಳು ಯಾವ ರೀತಿಯ ಸಂಭವನೀಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಆ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡದೇ ಈ ವಿಚಾರವಾಗಿ ಸಹಭಾಗಿ ಚರ್ಚೆ ನಡೆಸುವ ಮೂಲಕ ಅದನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಬಗೆಹರಿಸದೇ ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸರ್ವವ್ಯಾಪಿ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಪರಿಚಯಿಸಬಾರದು. ಏಕೆಂದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಭವನೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಈಗಾಗಲೇ ನೋಡಿಯಾಗಿದೆ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ-ಖಾಸಗಿ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಗಳ ಪ್ರಾಬಲ್ಯಯುತ ಸ್ವರೂಪ- ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಗಮನಾರ್ಹ ಕ್ಷೀಣಿಸುವಿಕೆಯ ಸಾಧ್ಯತೆ

ಇಂದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ-ಖಾಸಗಿ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ನೀಡಿಕೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದಕ್ಕಿರುವ ಮಂತ್ರಗಳೆಂದೇ ಪ್ರಚಾರಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಇಲ್ಲಿ 'ಪಾಲುದಾರಿಕೆ' ಎಂಬ ಪದವೇ ವಿಷಮ ಸಂಬಂಧವುಳ್ಳದ್ದಾಗಿದೆ; ಏಕೆಂದರೆ, ತದ್ವಿರುದ್ಧವಾದ ಭಿನ್ನ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳನ್ನು, ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಕಾರ್ಯಧಾನಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಇಬ್ಬರು ವ್ಯವಹಾರಿಕರು ಅದ್ಹೇಗೆ 'ಪಾಲುದಾರರಾಗಲು' ಸಾಧ್ಯ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದೇ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ; ಈಗ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗುತ್ತಿರುವ ವಿವಿಧ ಸ್ವರೂಪದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖಾಸಗಿ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಸವೆಸಿಹಾಕುವ ಎಲ್ಲ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ.

ಮೊದಲನೇಯದಾಗಿ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ (Reproductive and Child Health - RCH) ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ–ಖಾಸಗಿ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವಾಲಯವು ಹೊರತಂದ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳು 'ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಈಗಾಗಲೇ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದೆ' ಎಂಬ ಕಲ್ಪನೆಯ ಮೇಲೆಯೇ ಆಧಾರಪಟ್ಟಿರುವಂತೆ ಕಾಣುತ್ತವೆ. ಆದರೂ, ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ ಎಂಬಂತಿರುವ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಹೇಗೆ ಮನಸ್ಸಿಗೆ ಬಂದಹಾಗೆ ತೀರಾ ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮತ್ತು ಅತಾರ್ಕಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು

ನೀಡುತ್ತಿದೆ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದಷ್ಟು ಸಾಕ್ಷ್ಯಾಧಾರಗಳಿವೆ. ಅಷ್ಟೇ ಏಕೆ, ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಪದೇ ಪದೇ ಅಸಮಂಜಸ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೊಡುತ್ತಿರುವುದಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಅಸಮಂಜಸ ರೋಗಪತ್ತೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿರುವುದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದಷ್ಟು ಸಾಕ್ಷ್ಯಾಧಾರಗಳು ಇವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, **ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ನಡುವೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಸಂಬಂಧವೇರ್ಪಡುವುದಕ್ಕೆ ಬೇಕಿರುವ ಪೂರ್ವಶರತ್ತು ಎಂದರೆ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ಗುಣಮಟ್ಟ, ತರ್ಕಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಗೆ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ನಿಬಂಧನೆಗಳು.** ಕಳೆದ ಐವತ್ತು ವರ್ಷಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂ-ನಿಯಂತ್ರಣದ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಮಾಡಿದ ನೀರಸ ಸಾಧನೆಯನ್ನು ನೋಡಿದರೆ ಸ್ವಯಂ-ನಿಯಂತ್ರಣರುವ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸರಬರಾಜುಗಾರರ ಮೇಲಷ್ಟೇ ಅವಲಂಬನೆಯಾಗುವುದು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ತೀರಾ ಕಳಪೆ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಸುವ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾನೀಡಿಕೆದಾರರ ಕೈಯಲ್ಲಿ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಮೇಲೆ ಕೆಟ್ಟ ರೀತಿಯ ಪರಿಣಾಮಗಳುಂಟಾಗುವುದು ಕಟ್ಟಿಟ್ಟ ಬುತ್ತಿ.

'ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಹೇಗೆ ನಿಯಂತ್ರಿಸಬೇಕು ಎಂದು ಸಲಹೆ ಕೊಡಲು ಖಾಸಗಿ ಕಂಪನಿಯ ಸಲಹೆಗಾರರೊಬ್ಬನನ್ನು ಆಮಂತ್ರಿಸಿದ್ದೇನೆ !!?'

ಎರಡನೇಯದಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕ-ಖಾಸಗಿ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಗಳ ಕೆಲವು ಸ್ವರೂಪಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ, 'ವಿಶೇಷ ಸವಲತ್ತುಗಳು,' 'ಬ್ರಾಂಡೆಡ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗಳು' ಮತ್ತು ಕೆಲ ಮಾದರಿಯ 'ಹೊರಗುತ್ತಿಗೆಗಳು') ಅಂತಹ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಗಳು ಒದಗಿಸುವ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಜನರು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಹಣ ಪೀಕುತ್ತಲೇ ಹೋಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗಾಗಿದ್ದೇ ಆದರೆ, ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಂ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಲಾದ ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಮೂಲ ಆಶಯಕ್ಕೆ ತದ್ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ಹೋದಂತೆಯೇ ಸರಿ; ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ನೋಡಿದರೆ ಇದೊಂದು ತಿರೋಗಾಮಿ ಹೆಜ್ಜೆ (ಹಿಂದಕ್ಕಿಡುವ ಹೆಜ್ಜೆ).

ಮೂರನೇಯದಾಗಿ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ - ಖಾಸಗಿ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಈವರೆಗೆ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣವನ್ನು ಸುಲಿಗೆ ಮಾಡಿದ ಎದ್ದುಕಾಣುವ ಅನುಭವಗಳಿವೆ. ನ್ಯಾಯಮೂರ್ತಿ ಎ.ಎಸ್. ಖುರೇ ಅಧ್ಯಕ್ಷರಾಗಿದ್ದ ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಸಮಿತಿಯು ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಬೆಲೆಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಭೂಮಿಯನ್ನು ಗಿಟ್ಟಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಹಾಗೂ ಉಚಿತ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಬದ್ಧವಾಗಿದ್ದ ದೆಹಲಿಯ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಶೋಧನ-ವರದಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದಾರೆ:

ಸರ್ಕಾರಿ ರಿಯಾಯ್ತಿ ದರದಲ್ಲಿ ಭೂಮಿಯನ್ನು/ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದ ಧರ್ಮಾರ್ಥ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಒದಗಿಸುತ್ತಿರುವ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಕರ್ಯಗಳು ಅಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಯೂ, ಅವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿಯೂ ಹಾಗೂ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದಕ್ಕಿಂತ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯೂ ಇವೆ....

ಈ ವಿಚಾರವನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಈ ಸಮಿತಿಯು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತದೆ:

ಸರ್ಕಾರವು ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶ ಮಾಡಿ ಭೂಹಂಚಿಕೆಯ ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲಂಘಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕರಣಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಶಿಸ್ತುಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಭೂಹಂಚಿಕೆಯ ಒಪ್ಪಂದಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಗುತ್ತಿಗೆಗಳನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿ ಹೊಸ ಏಕರೂಪಿ ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ನಿಗದಿಗೊಳಿಸಿ ಅದರ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಹೊಸ ಒಪ್ಪಂದಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ರಿಯಾಯ್ತಿ ಬೆಲೆಗಳು ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದ್ದು ಅವುಗಳನ್ನು ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ದರದಲ್ಲಿ ವಸೂಲಿ ಮಾಡಬಹುದೆಂದೂ ಈ ಸಮಿತಿಯು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಎಲ್ಲಾ ಆಡಳಿತ ಮಂಡಳಿಗಳಲ್ಲಿ ದೆಹಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ಕನಿಷ್ಠ ಮೂವರು ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿರುವ ಹಾಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಆಡಳಿತ ಮಂಡಳಿಗಳನ್ನು ಪುನರ್‌ಸಂಘಟಿಸುವ ಕುರಿತಂತೆಯೂ ಹೊಸ ಒಪ್ಪಂದವು ಗಮನ ವಹಿಸಬೇಕು. ಎಲ್ಲಾ ತಪ್ಪಿತಸ್ಥರಿಂದಲೂ ಪರಿಹಾರ ಹಣವನ್ನು ವಸೂಲಿ ಮಾಡಿ ಅದನ್ನು ಬಡವರಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬಡವರ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿಧಿಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಯೋಗಿಸಬೇಕು.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ರಿಯಾಯ್ತಿಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಯಾವುದೇ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ತಮ್ಮ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಕೆಲವು ನಿಯಂತ್ರಣಾ ಚೌಕಟ್ಟುಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುತ್ತದೆ; ಅಂತಹ ಯಾವುದೇ ಚೌಕಟ್ಟುಗಳಿಲ್ಲದೇ ಇಂಥಹ 'ಪಾಲುದಾರಿಕೆ'ಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲೆಡೆಯೂ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತಂದುಬಿಟ್ಟರೆ ಬಡ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೇಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ದೇಶದ ರಾಜಧಾನಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಈ ಬೃಹತ್‌ಪ್ರಮಾಣದ ಕರ್ತವ್ಯಲೋಪವು ಎತ್ತಿ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ-ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಬಹುತೇಕ ಸ್ವರೂಪಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಖಾಸಗೀ ವಲಯಕ್ಕೆ ವಹಿಸಿಕೊಡುವ ಮೂಲಕ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಗೌಣಗೊಳಿಸಿಬಿಡುತ್ತವೆ ಎಂದು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಈಗ ಸಧ್ಯಕ್ಕೆ ಖಾಸಗೀ ವಲಯದಲ್ಲಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುತ್ತಾ ಅವುಗಳನ್ನು ಒಂದು ಚಾಲಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನಾಗಿ ಬಳಸುವುದನ್ನೂ ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು; ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಯಾವುದೇ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಗೌಣವಾಗಿಸಿದರೆ ಅದು ನಿಶ್ಚಿತವಾಗಿಯೂ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಮೇಲೆ ವ್ಯತಿರಿಕ್ತ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ-ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವಗಳ ಬದಲಾಗಿ ನಮಗೆ ಪ್ರಾಯಶಃ ಬೇಕಿರುವುದೇನೆಂದರೆ, **'ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಈಡೇರಿಕೆ'**

Source: Community Health Cell

10. ಭಾರತೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಹಕ್ಕು ಅಭಿಯಾನದ ಮೊದಲ ಹಂತ ಮತ್ತು ತದನಂತರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು- ಭವಿಷ್ಯದ ಯೋಚನೆಯತ್ತ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಅಭಿಯಾನವು ಆವಿರ್ಭಸಲಾರಂಭಿಸಿದ್ದು ಎರಡು ರೀತಿಯ ಸಮಾನಾಂತರ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳಿಗೆ ಆಧಾರಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಆಗಿದೆ.

- ಒಂದೆಡೆ, 1990ರ ದಶಕದ ಆರಂಭದಿಂದಲೇ ತೀವ್ರಗೊಂಡ ಜಾಗತೀಕರಣ, ಖಾಸಗೀಕರಣಗಳಗ ನೀತಿಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಂದಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಹರಿಯುತ್ತಿದ್ದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸು ಕ್ರಮೇಣವಾಗಿ ನಿಂತುಹೋಯಿತು; ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಗುಣಮಟ್ಟಗಳು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹದಗೆಟ್ಟುಹೋಗಿದ್ದಲ್ಲದೆ, ಅದು ಜೊತೆಜೊತೆಗೆ ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಲಯದ ಅಗಾಧ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೂ ಕಾರಣವಾಯಿತು; ಇವೆರಡು ಪರಿಣಾಮಗಳಿಂದಾಗಿ ಮೂಲಾವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳೂ ಸಹ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಿಗೆ ಕೈಗೆಟುಕದಂತಾಗಿ ಹೋದವು.

ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕು – ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕು

- ಇನ್ನೊಂದೆಡೆಗೆ, ಯಾವಾಗ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಿಗೆ ಕನಿಷ್ಠ ಮೂಲಭೂತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳೂ ನಿಲುಕದಂತಾಗಿ ಹೋದವೋ ಆಗ ಅದಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿಯಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯೂ ಬೆಳೆಯಲಾರಂಭಿಸಿತ್ತು; 1980ರ ದಶಕದ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಬಂದ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಸಮಿತಿ (Indian Council for Medical Research - ICMR) / ಭಾರತೀಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳ ಸಂಶೋಧನಾ ಸಮಿತಿ (Indian Economical Social Sciences) ವರದಿಯಿಂದ ಮೊದಲುಗೊಂಡು, 1980 ಮತ್ತು 1990ರ ದಶಕಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ವಲಯದಿಂದ ಬಂದ ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳ ಸ್ಪಷ್ಟ ವಿಮರ್ಶೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟಿಗೆ ಒಂದು ಸಮನ್ವಯುತ ಸಮಷ್ಠಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ 2000ದಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟುಹಾಕಲಾದ ಜನ್ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಅಭಿಯಾನ್ (ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ) ತನಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪ್ರತಿರೋಧವು ತೀಕ್ಷ್ಣವಾಗಿ ಕಾವೇರುತ್ತಿತ್ತು. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳ ಆಧಾರದಲ್ಲಿಯೇ ಮೊದಲ ಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿನ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವನ್ನು 2003-2004 ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು;

  'ಜನ್ ಸುನ್ವಾಯಿ' ಗಳು, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲುಗಳು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಿಚಾರಣೆಗಳ ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ಈ ಆಂದೋಲನ 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು' ಕುರಿತ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಯೊಂದಿಗೆ ಕೊನೆಗೊಂಡಿತು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಸ್ಥಗಿತತೆ ಮತ್ತು ಅವನತಿಗಳು ತಮ್ಮ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತಲುಪಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರಂಭಗೊಂಡ ಈ ಚಳವಳಿಯು ಒಂದು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಆರಂಭಿಕ ಹಂತವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ನಿರಾಕರಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತಾದರೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಸುಧಾರಣೆಯ ಕಡೆ ಯಾವುದೇ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರಲಿಲ್ಲ; ಇಂತಹ ಒಂದು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಈ ಚಳವಳಿಯು ಅತ್ಯವಶ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಈ (ಪ್ರತಿರೋಧದ) ಹಂತವು ಸ್ಥಗಿತತೆಗೆ ಸವಾಲೊಡ್ಡುವುದಕ್ಕೆ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗವು (ಎನ್‌ಎಚ್‌ಆರ್‌ಸಿ)

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ವಿವರಣಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಗುರುತಿಸುವುದಕ್ಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಒಂದು ಮಟ್ಟದ ಜನಜಾಗೃತಿ ಮೂಡುವುದಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಇಡೀ ದೇಶಾದ್ಯಂತ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಯಿತು. (ಬಾಕ್ಸ್ ನೋಡಿ).

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿನ ಅಭಿಯಾನ

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸೇವೆಗಳು ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತಿರುವುದರ ಕಾಳಜಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಿದ್ಧತಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನವು 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿನ ಅಭಿಯಾನ'ವನ್ನು 2003ರ ಸೆಪ್ಟೆಂಬರ್ 6ರಂದು 'ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಆಲ್ಮಾ ಆಟ ಘೋಷಣೆಯ 25ನೇ ವರ್ಷಾಚರಣೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಡೆದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಮಾಲೋಚನೆಯಲ್ಲಿ (National Public Consultation) ಭಾರತದ 16 ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಬಂದ ಸುಮಾರು 250ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಭಾಗವಹಿಸಿ ಸುಮಾರು 60ಕ್ಕೂ 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ನಿರಾಕರಣೆಯ' ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಮಂಡಿಸಿದರು. ಅತ್ಯಾವಶ್ಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಅಲಭ್ಯತೆಯಿಂದಾಗಿ ರಕ್ಷಿಸಬಹುದಾಗಿದ್ದ ಹಾವು ಕಡಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಸತ್ತುಹೋಗಿರುವುದು, ಅಂಡನಾಳ ಕತ್ತರಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕ್ಯಾಂಪುಗಳಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಸೌಕರ್ಯ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಲ್ಲದೇ ಮಹಿಳೆಯರು ಸತ್ತಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರಕದೇ ತೀರಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಮಕ್ಕಳು ಸತ್ತಿರುವುದು – ಇಂತಹ ಕೆಲವು ಆಯ್ದ ಸಾಕ್ಷ್ಯಾಧಾರಗಳನ್ನು/ ಕೈಫಿಯತ್ತುಗಳನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗದ ಅಧ್ಯಕ್ಷರಿಗೆ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಇವೆಲ್ಲವುಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ಇವು ಗಂಭೀರ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಈ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಕ್ರಮ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಭರವಸೆ ಕೊಟ್ಟರು.

ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗ ಮತ್ತು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ ಜಂಟಿ ಆಶ್ರಯದಲ್ಲಿ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲಾದ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರಾಕರಣೆಯ ವಿಷಯದ ಮೇಲೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲು (2003-04)

ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಆಂದೋಲನದ ಭಾಗವಾಗಿ, ಅನೇಕ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಅನನ್ಯ 'ಜನ್ ಸುನ್ವಾಯಿ'ಗಳನ್ನು (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲುಗಳನ್ನು /ಸಂವಾದಗಳನ್ನು) ಸಂಘಟಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ, ನೂರಾರು, ಸಾವಿರಾರು ಸಂಖ್ಯೆಯ ಜನಸಮೂಹದ ಎದುರಿನಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಜನಪರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡು ಒಂದು ಸಮಿತಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಲಾಗಿರುವ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಮಂಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರವೊಂದರಲ್ಲಿಯೇ, 2004ರ ಒಂದೇ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಯ ಮೇಲೆ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿದ್ದ ಅಂತಹ ಆರು ಪ್ರಜಾನ್ಯಾಯಾಲಯಗಳನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ನವೀನ ಮಾದರಿಯ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರವು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ನಿರಾಕರಣೆಯ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿತೋರುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಕರಿಸಿದೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಸುಧಾರಣೆಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮತ್ತು ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಉತ್ತರದಾಯಿಯಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವಂತೆ ಅದರ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಹೇರಿದೆ, ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಲ್ಲಿ ಜಾಗೃತಿಯನ್ನು ಮೂಡಿಸಿದೆ.

ಮುಂದುವರಿದಿದೆ.....

ಜುಲೈ 2004ರ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನವು (ಜೆಎಸ್ಎ) ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗದ (ಎನ್ಎಚ್ಆರ್ಸಿ) ಸಹಯೋಗದಲ್ಲಿ ದೇಶದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರದೇಶಗಲ್ಲಿ 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲುಗಳನ್ನು' ನಡೆಸಿದೆ. ವಿವಿಧ ಜಿಲ್ಲೆ, ರಾಜ್ಯಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸಿದ ನೂರಾರು ಸಂಖ್ಯೆಯ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಭಾಗವಸಿಹಿದ ಈ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲುಗಳನ್ನು ದೇಶದ ಪಶ್ಚಿಮ ವಲಯ (ಭೂಪಾಲ್, ಜುಲೈ 2004), ದಕ್ಷಿಣ ವಲಯ (ಚೆನ್ನೈ, ಆಗಸ್ಟ್ 2004), ಉತ್ತರ ವಲಯ (ಲಕ್ನೋ, ಸೆಪ್ಟೆಂಬರ್ 2004), ಪೂರ್ವ ವಲಯ (ರಾಂಚಿ, ಅಕ್ಟೋಬರ್ 2004) ಹಾಗೂ ಈಶಾನ್ಯ ವಲಯ (ಗುವಹಾತಿ, ನವೆಂಬರ್ 2004) ಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಘಟಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಿಚಾರಣೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ವೃತ್ತಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಜಾಹೀರಾತುಗಳ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ವರದಿಗಳ ಮೂಲಕ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಪ್ರಚಾರ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ; ಈ ವಿಚಾರಣೆಗಳ ಒತ್ತಾಸೆಯಿಂದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಎಂಬುದು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾದ ಒಂದು ಅಧಿಕಾರ ಎಂಬ ಜಾಗೃತಿಯು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ದೇಶಾದ್ಯಂತ ಜನರು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ನಿರಾಕರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ತಮ್ಮ ಅಹವಾಲುಗಳನ್ನು ತೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಚಾಲನೆ ದೊರೆತಿದೆ. ಈ ಆಂದೋಲನದ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೇ 200ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಸೇವೆಗಳ ನಿರಾಕರಣೆಯ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅತ್ಯುನ್ನತ ಅಧಿಕೃತ ಅಂಗವಾದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯೂ ಕೂಡ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣವಾದದ್ದು.

ಈ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಿಚಾರಣೆಗಳು 2004ರ ಡಿಸೆಂಬರ್ 16-17ರಂದು ನಡೆದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ಕುರಿತ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಿಚಾರಣೆಯೊಂದಿಗೆ ಮುಕ್ತಾಯಗೊಂಡವು. ಈ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವಿಚಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವರು, ದೇಶದ 22 ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಬಂದಿದ್ದ ಅತ್ಯುನ್ನತ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು/ಸರ್ಕಾರಗಳ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಹಾಗೂ 20ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾದ 100ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನದ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಭಾಗವಸಿದ್ದರು. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನದ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಐದು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಿಚಾರಣೆಗಳ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ವರದಿಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳ ಆಳ, ಹರವು ಮತ್ತು ವ್ಯಾಪಕತೆಯನ್ನು ಬಹು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಮಂಡಿಸಿದರಲ್ಲದೇ, ಈ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳ ಸಂರಚನೀಯ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿತೋರಿಸುವ ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನೂ ಮಾಡಿದರು.

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳಾಗುತ್ತಿರುವ ಕೀಲಕ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ಕುರಿತಾದ ಒಂದು ವಿಶೇಷ ಗೋಷ್ಠಿಗಳನ್ನೂ ಏರ್ಪಡಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಒಂದೊಂದು ಗೋಷ್ಠಿಯ ನೇತೃತ್ವವನ್ನು ಆಯಾ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ಚಳವಳಿಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ವಿಶೇಷ ತಜ್ಞ ಭಾಷಣಕಾರರು ವಹಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರು

- ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು,
- ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳು,
- ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳು,
- ಎಚ್ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಜೊತೆ ಬಾಳುವವರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು,
- ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಅಸ್ವಸ್ಥರಾಗಿರುವವರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು,
- ಸಂಘರ್ಷಮಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಬದುಕುತ್ತಿರುವವರ ಹಾಗೂ ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಮೂಲಸ್ಥಾನದಿಂದ ಒಕ್ಕಲೆಬ್ಬಿಸಲ್ಪಟ್ಟವರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು
- ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಲಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು,
- ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಮತ್ತು ಪರಿಸರಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು
- ಅತ್ಯಾವಶ್ಯ ಔಷಧಿಗಳ ಹಕ್ಕು.

ಅಂತಿಮವಾಗಿ 'ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವುದಕ್ಕೆ ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆ'ಯನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗ (ಎನ್‌ಎಚ್‌ಆರ್‌ಸಿ) ಮತ್ತು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ (ಜೆಎಸ್‌ಎ) ಉದ್ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ಈ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪರಾಮರ್ಶನವು ಮುಕ್ತಾಯವಾಯಿತು. ಈ ಉದ್ಘೋಷಣೆಯ ಕರಡನ್ನು ಕೇಂದ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವಾಲಯದ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗದ ಅಧ್ಯಕ್ಷ ಇಬ್ಬರೂ ಭಾಗವಹಿಸಿ ಭಾಷಣ ಮಾಡಿದ ಬೀಳ್ಕೊಡುಗೆ ಸಮಾರಂಭದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗ ಮತ್ತು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನಗಳು ಜಂಟಿಯಾಗಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ್ದವು.

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ನೀಡಿಕೆಯನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಗುರುತಿಸುವಿಕೆ, ಹುರಳಿನ ರೂಪಣೆ, ಶಾಸನಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾಪನೆ, ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಅನುಷ್ಠಾನ ಹಾಗೂ ನಾಗರಿಕ ಸಮಾಜದ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯ ಮೂಲಕ ಬಹುಹಂತದ ಪರೀಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆಗಳಿಗಾಗಿನ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಈ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಯ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ನಾಗರಿಕರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಕಾಯಿದೆ', ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣಾ ಕಾಯಿದೆ', 'ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣಾ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ'ಗಳನ್ನು ಜಾರಿಮಾಡುವುದು, ಆರೋಗ್ಯ ಬಜೆಟ್‌ನ್ನು (ದೇಶದ ಆದಾಯದ) ಜಿಡಿಪಿಯ ಶೇಕಡ 3ರಷ್ಟಕ್ಕೆ ಏರಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ನಾಗರಿಕ ಸಮಾಜದ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯಿರುವ 'ಕೇಂದ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಪರೀಕ್ಷಣಾ ಮತ್ತು ಸಮಾಲೋಚನಾ ಸಮಿತಿ'ಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು – ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಈ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸುವ ಕಡೆಗಿನ ಒಂದು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಹೆಜ್ಜೆಯಾಗಿದೆ.

> ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿನ ಅಭಿಯಾನವು ಈತನಕ ಕೇವಲ ತನ್ನ ಮೊದಲನೇ ಹೆಜ್ಜೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಇಟ್ಟಿದೆ; ಆದರೂ, ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು ಉಲ್ಲಂಘನೆಯಾಗುತ್ತಿವೆಯೋ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಅವರಿಗೆ ಒಂದು ಮಾರ್ಗವನ್ನು ತೆರೆದಿಟ್ಟಿದೆ; ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರೆದುರು ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳು, ಅಧಿಕಾರಗಳು ಮತ್ತು ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಹೊಸ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಮುಂದಿಟ್ಟಿದೆ. ಇಲ್ಲಿಯ ತನಕ ಬಹುಮುಖ್ಯವಾಗಿದ್ದರೂ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವಿಚಾರವನ್ನೂ ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಂಡ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗವು ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಿದ್ದು ವಿಶೇಷವಾಗಿದೆ. ಆದೇನೇ ಇದ್ದರೂ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕುರಿತ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಜಾಡುಹಿಡಿದು ಬೆಂಬತ್ತುತ್ತಾ ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಾ ಈ ಅಭಿಯಾನವು ಮುಂದುವರೆದು ಬೆಳೆಯಲೇಬೇಕು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಪ್ರಜೆಗೂ ಪರಿಪೂರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಒಂದು ಅವಶ್ಯ 'ಮಾನವ ಹಕ್ಕಾಗಿ' ಖಾತ್ರಿಗೊಳಿಸುವ ತನಕ ಈ ಅಭಿಯಾನವು ಎತ್ತಿರುವ ವಿಚಾರಗಳು ಔಚಿತ್ಯಪೂರ್ಣವಾಗಿಯೇ ಉಳಿದಿರುತ್ತವೆ.

ತದನಂತರದಲ್ಲಿ, ಕೇಂದ್ರದ ಯುಪಿಎ ಸರ್ಕಾರವು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (NRHM) ಅನ್ನು 2005ರ ಏಪ್ರಿಲ್‌ನಲ್ಲಿ ಘೋಷಿಸಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಒಂದು ಮಟ್ಟದ ನವೀಕೃತ ವಾಗ್ದಾನಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದರೊಂದಿಗೆ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ಮಾರ್ಪಾಡು ಕಂಡುಬಂದಿತು. 2005-2006ರಲ್ಲೀಗ ನಾವು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕುಗಳ ಕುರಿತಾದ ಮೊದಲ ಹಂತದ ಅಭಿಯಾನದ ತದನಂತರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳನ್ನು ನೋಡಲಾರಂಭಿಸಿದ್ದೇವೆ (ಅದರಲ್ಲಿನ ಕೆಲವನ್ನು ಚಳವಳಿಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಎಂದು ಆಂಶಿಕವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು). ಇತ್ತೀಚಿನ 'ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕಾಗಿನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (NRHM) ಚೌಕಟ್ಟು'[19] ಎಂಬ ದಸ್ತಾವೇಜು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದಕ್ಕೋಸ್ಕರ ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಕ್ರಿಯೆಯ ಅಗತ್ಯದ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಒಂದು ಭಾಗವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ; ಇದರಿಂದಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ

ಸೌಕರ್ಯಗಳ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ನಿರಂತರವಾಗಿ ನಡೆಯುವ 'ಜನ್ ಸುನ್ವಾಯಿ'ಗಳಿಗೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಬಂದಂತಾಗಿದೆ. ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಖಾತ್ರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತೊಂದು ಭಾಗವೂ ಇದೆ; ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ನಡೆದ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಅವತರಿಸಿಬಂದದ್ದು. ಆದರೆ, ಶಾಸನಾತ್ಮಕ ಅರ್ಥದಲ್ಲಿ ಈ 'ಖಾತ್ರಿಗಳ' ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಏನು ಎಂಬುದು ಮಾತ್ರ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿಲ್ಲ. ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಮಾಣಕಗಳನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯೊಂದು ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದು ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯವಶ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳು, ಅಗತ್ಯ ಮಾನವಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳು ದೊರೆಯುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಸಹಕರಿಸಬಹುದು (ಇದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ಒಂದು ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಅಂಗ ಎಂದು ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಲಾಗಿದೆ). ಮುಂದುವರಿದು, ಎಲ್ಲಾ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಪರೀಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಈಗ ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯವಾಗಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿತಗೊಂಡ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ (ಗುಜರಾತ್‌ನ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ ನೀಡಿರುವ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿ, ವಿಚಾರಗಳೊಂದಿಗೆ) ಮೊಮ್ಮೊದಲ ಹೆಜ್ಜೆಗಳನಿಟ್ಟಿರುವ ಗುಜರಾತ್ ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯು ಸಮಗ್ರ 'ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಯಿದೆ'ಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರಲು ಹೊರಟಿದೆ. ಈ ಕಾನೂನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಹಕ್ಕನ್ನು ಯಾವುದಾದರೊಂದು ರೂಪದಲ್ಲಿ ಅಂತರ್ಗತ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಪುನರ್ರಚಿಸುತ್ತಿರುವ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಯ ಮುಂದಿರುವ ಸವಾಲು ಎಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ವಿವಿಧ ಸ್ವರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ರೂಪಿಸಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಒತ್ತಡ ಹೇರುತ್ತಲೇ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಸ್ಥೆಯ ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಪುನರ್ರಚನೆಗೆ (ಇದರ ಕೇಂದ್ರ ಚಟುವಟಿಕೆ ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಆಗಿರುತ್ತದೆ) ಜನರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಹೇಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಖಾಸಗೀಕರಣ ಆಧಾರಿತ ಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಎದೆಯೊಡ್ಡಿ ನಿಲ್ಲುವುದು. ಇದನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಆದರೂ, ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಸ್ವರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಮೊದಲುಗೊಂಡಿರುವ 'ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸುಧಾರಣೆಗಳು' ವಿವಿಧ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಎರಡೂ ರೀತಿಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಈಗ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಪುನರ್‌ರಚನೆಯ ಅವಧಿಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿರುವುದನ್ನು ಹಾಗೂ ಈ ಪುನರ್‌ಸಂಘಟನೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಈಗ ತ್ವರಿತಗೊಳಿಸಿ, 2005ರ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ನೋಡುತ್ತೇವೆ. ಪುನರ್ರಚನೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕಿರುವ ಕೆಲಸಗಳ ಈ ಪಟ್ಟಿಯು ಸಹಜವಾಗಿ ವೈವಿಧ್ಯಮಯವಾದ ಹಾಗೂ ಕೆಲ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ವೈರುಧ್ಯಮಯವಾದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ; ಆದರೆ, ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಸರಳಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಚಾರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮೂರು ಪ್ರಮುಖ ಜನಭಾಗಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ನಿರ್ವಾಹಕರು ಮತ್ತು ಸೇವಾನೀಡಿಕೆದಾರರು, ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ನೀಡಿಕೆದಾರರು ಹಾಗೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನತೆ.

ಇದಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ನಾವು ಈ ಪುನರ್‌ರಚನಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಮೂರು ಎಳೆಗಳನ್ನು ನೋಡಬಹುದು:

ಎ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಸಬಲೀಕರಣ ಮತ್ತು ಆಂತರಿಕ ಪುನರ್‌ಸಂಘಟನೆ: ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸು ನೀಡಿಕೆ, ಲಂಬಾಕಾರದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಮಗ್ರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದು, ತೀರ್ಮಾನ-ರೂಪಣೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆ.

ಬಿ. ಕೆಲವು ಸ್ವರೂಪದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ-ಖಾಸಗೀ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಯನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ, ಖಾಸಗೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ/ ಅರೆಖಾಸಗೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಕೆಲವು ಕ್ರಮಗಳು.

ಸಿ. ಸೇವೆಗಳ ಖಾತ್ರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಮುದಾಯಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಪಂಚಾಯತ್‌ಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವವನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸುವುದು.

ಖಾಸಗೀಕರಣಕ್ಕೆ ವಿವಿಧ ರೂಪಗಳಲ್ಲಿ (ಬಿ) ತೀಕ್ಷ್ಣ ಪ್ರತಿರೋಧ ಒಡ್ಡುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸುವ ಭರದಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಮತ್ತೆ ಕೇಂದ್ರಿಕೃತ, ಅಧಿಕಾರಶಾಹಿ ಮತ್ತು ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯಿಲ್ಲದ ಆಡಳಿತ ಮಾದರಿಗೆ ಹಿಂತಿರುಗುವುದಕ್ಕಾಗಲೀ ಅಥವ ಪುನರ್‌ರಚನೆಯ ಜನಪರ ಸ್ವರೂಪಗಳ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಲೀ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮಿಗಿಲಾಗಿ, ವಿಮರ್ಶೆಯ ಜೊತೆಜೊತೆಗೆ ನಾವು ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವ ಹಾಗೂ ಪರಿವೀಕ್ಷಣೆಯ (ಮೇಲುಸ್ತುವಾರಿ) ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು (ಸಿ) ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕಿಳಿಸುವಂತೆ ನಾವು ಬಲವಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸಬೇಕು; ನಾವು ಅವುಗಳನ್ನು ಪಟ್ಟು ಹಿಡಿದು ಅವಿಚ್ಛಿನ್ನವಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತಾ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕಿಳಿಸದೇ ಹೋದರೆ ಅವು ಕೇವಲ ಕಾಗದದ ಮೇಲೆ ಮಾತ್ರವೇ ಉಳಿದುಬಿಡುತ್ತವೆ. ಇದನ್ನು ಆಗು ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಆಂತರಿಕ ಪುನರ್‌ರಚನಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುತ್ತಾ ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಪರ್ಯಾಯಗಳನ್ನು ವಿಮರ್ಶಿಸಿ ತೋರಿಸುತ್ತಾ ಈ ಆಂತರಿಕ ಪುನರ್‌ರಚನಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು (ಎ) ನಿಕಟವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಬಹು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಗಮನಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಅಭಿಯಾನದ ಸಂಕಲ್ಪ ಮತ್ತು ಆಚರಣೆಗಳೆರಡನ್ನೂ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿ ವಿಮರ್ಶಿಸುವುದಕ್ಕೆ 'ಜನರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾವಲು' (People's Rural Health Watch) ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿರುತ್ತದೆಯಲ್ಲದೆ, ಆಶಾದಾಯಕವಾಗಿ ಸಂಭವನೀಯ ಪರ್ಯಾಯ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳ ಕುರಿತಾದ ಒಳನೋಟಗಳನ್ನೂ ಕೊಡುತ್ತದೆ. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನವು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಇಂತಹ ಒಂದು ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಅತಿರೇಕಗಳನ್ನು ತಪ್ಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ(NRHM)ದ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸಾರಾಸಗಟಾಗಿ ತಿರಸ್ಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ; ಏಕೆಂದರೆ, ಈ ರೀತಿ ತಿರಸ್ಕರಣೆಯು ನಮ್ಮನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿತ ಜಡತ್ವಕ್ಕೆ ದೂಡಿ ಈ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಸುದೀರ್ಘ ಪ್ರಕ್ರಿಯಯನ್ನು ಪ್ರಭಾವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅಸಮರ್ಥರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಬಹುದು. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನವು ನಿರಂತರ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮತ್ತು ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ಜನರ ವಾಸ್ತವಿಕ ಅನುಭವಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ವಿಮರ್ಶಿಸಿ ಬಯಲುಗೊಳಿಸುತ್ತಿರುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರಾಬಲ್ಯಯುತ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಸೆಳೆತಕ್ಕೆ ಸಿಕ್ಕು ತಾನೂ ಅದರ ಭಾಗವಾಗಿ ಹೋಗುವ ಅಪಾಯದಿಂದ ದೂರವಿರುತ್ತದೆ.[20]

ನೀತಿ ರೂಪಣೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಈ ಹೊಸ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವು ಹೊಸ ಹೋರಾಟ ರೂಪಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನೂ ಅದು ಈಗ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುತ್ತದೆ:

ಈ ಮೇಲೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವಂತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿನ ಆಂದೋಲನವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಪ್ರಮುಖ ದೌರ್ಬಲ್ಯಗಳಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ, ಅಪಾಯಕಾರಿ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದ ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಮಗೆ ಸಲ್ಲಬೇಕಾದ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತಾ ಬೆಳೆದುಬಂದದ್ದಾಗಿದೆ. ಇದರ ಒಂದು ಫಲಿತಾಂಶವಾಗಿ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಪುನರ್ ರಚನೆಯ ಮೇಲೆ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿದ ಸಮಗ್ರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೊಂದನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಅಭಿಯಾನವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಸುಧಾರಿತ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಗಾಗಿ ಒಂದಿಷ್ಟು ಒತ್ತಡವನ್ನು ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ಸೃಷ್ಟಿಸಿತ್ತು. ಜೊತೆಗೆ, ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ

ಚರ್ಚೆಯನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕಿದ್ದಲ್ಲದೇ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲು ವಿಚಾರಣೆಗಳ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿದ್ದನ್ನು ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್‌ನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಪರಿಗಣಿತವಾದ ಹಲವಾರು ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ (ವಿವಿಧ ದಿಕ್ಕುಗಳಲ್ಲಿ ಹೊರಟ) ಒಂದೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಆದರೂ, ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಈವರೆಗಿನ ಎರಡು ನಿಯಮಿತ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನೂ (ಅವೂ ಕೂಡ ಭವಿಷ್ಯದ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳ ಭವಿಷ್ಯವನ್ನು ಗುರುತಿಸುತ್ತವೆ) ಕೂಡ ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬಹುದು.

- ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ, ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನವು ಈವರೆಗೆ ಬಹುತೇಕ ಚರ್ಚೆಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅನುಷ್ಠಾನಕರ ಜೊತೆ ಚರ್ಚೆ ನಡೆಸಿತ್ತು – ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಿಂದ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟಗಳ ತನಕ, ರಾಷ್ಟ್ರ ಮಟ್ಟಗಳ ತನಕ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು. ಕೆಲವು ಸ್ವರೂಪದ ವಿಚಾರಗಳು, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಸೌಕರ್ಯಗಳ (ಅ) ಲಭ್ಯತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಅಂತಹ ಚರ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ ಎತ್ತಲಾಗಿದೆ; ಕೆಲ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಚರ್ಚೆಗಳು ವೈದ್ಯರಂತಹ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ವೈಫಲ್ಯಗಳನ್ನೂ ಗುರಿಯಾಗಿಸಿವೆ. ಅದೇನೇ ಇರಲಿ, ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ತೀರ್ಮಾನ-ರೂಪಕರನ್ನು ಗುರಿಯಾಗಿಸುವ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ನಾವೀಗ ಗುರುತಿಸುತ್ತೇವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳ ಒಟ್ಟಾರೆ ನುಗ್ಗುದಾಳಿಗಳಿಗೆ ಸವಾಲೊಡ್ಡುವ ಏಕೈಕ ಮಾರ್ಗವೆಂದರೆ – ಖಾಸಗೀಕರಣದ ಅಜೆಂಡಾವನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಲೇ ಗಣನೀಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತಾ – ರಾಜಕೀಯ ತೀರ್ಮಾನ ರೂಪಣಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪ್ರಭಾವಿಸುವುದು. ಈವರೆಗೆ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನವು ನಡೆಸಿದ ಅಂತಹ ಒಂದು ಯೋಜಿತ ಪ್ರಯತ್ನವೆಂದರೆ 2004ರ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಚುನಾವಣೆಗಳಿಗಿಂತ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ರಾಜಕೀಯ ಪಕ್ಷಗಳೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚೆ ನಡೆಸಿದ್ದು; ಇದೊಂದು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಯಾಗಿತ್ತೆಂದೇ ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಇಂದು ಈ ರೀತಿಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸುವ, ಮತ್ತಷ್ಟು ಆಳಗೊಳಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಇಂದು ಎಡ ಪಕ್ಷಗಳು ಬಲಿಷ್ಠ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದು ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗಾಗಿ ಅಥವ ಕನಿಷ್ಠಪಕ್ಷ, ತಿರೋಗಾಮಿ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಅಗತ್ಯ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ರಾಜಕೀಯ ಅಜೆಂಡಾದಲ್ಲಿಟ್ಟು ಒತ್ತಾಯಪಡಿಸುವ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವುದು ಈಗ ಒಂದು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅನುಕೂಲವಾಗಲಿದೆ. ಈ ರಾಜಕೀಯ ಅವಕಾಶದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಾಜಕೀಯವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಚರ್ಚೆಯ ವಿಷಯವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವುದು ಇಂದಿನ ತುರ್ತು ಅವಶ್ಯಕತೆಯಾಗಿದೆ.

- ಎರಡನೇಯದಾಗಿ, ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಇಡಬೇಕಾದ ಮುಂದಿನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಹೆಜ್ಜೆಯೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಸಾಂಸ್ಥೀಕರಣಗೊಳಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದು; ಇದು ಪದೇಪದೇ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಿಚಾರಣೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುವ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ನಿವಾರಿಸುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅಧಿಕಾರಯುತವಾಗಿ ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವಂತೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಡ ಹೇರುವುದಕ್ಕೆ ಜನರನ್ನು ಸಮರ್ಥರನ್ನಾಗಿಸುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ, ಪ್ರತೀ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಯಿದೆಗಳು

(ಪ್ರಾಯಶಃ ಮಾದರಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾಯಿದೆಯನ್ನಾಧರಿಸಿದ) ಮಹತ್ವ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಯೋಗದ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಯ ಶಿಫಾರಸ್ಸಿನ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಗುಜರಾತ್ ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯು ಇಂತಹ ಒಂದು ಕಾಯಿದೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರುವ ಕುರಿತು ಚರ್ಚೆ ನಡೆಸುತ್ತಿದೆ; ಕೇಂದ್ರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವಾಲಯವೂ ಕೂಡ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ಮಾದರಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾಯಿದೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಆಸಕ್ತಿ ತೋರುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಈ ಸಮಗ್ರ ಕಾಯಿದೆಯ ಅಪೇಕ್ಷಣೀಯ ಹುರುಳು (desirable content) ಏನಾಗಿರಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ಹಾಗೂ ಇಡೀ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶಾಸನವನ್ನು ಜಾರಿ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಜನಾಂದೋಲನದೊಳಗೆ ಚರ್ಚಿಸಬಹುದು.

ಇದಕ್ಕೆ ಸಮಾನಾಂತರವಾಗಿ, 'ಜನರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾವಲು' (People's Rural Health Watch) ತನ್ನ ವಿವಿಧ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳ ಮೂಲಕ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಒದಗಿಸುವ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಸೌಕರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅಸಮರ್ಪಕ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ದಾಖಲೀಕರಿಸುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸುವುದಕ್ಕೆ ಒಂದು ವೇದಿಕೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ಅಭಿಯಾನದ ಆಶ್ವಾಸನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಒತ್ತಡ ಹೇರಲು ಸಹಕರಿಸುತ್ತದೆ.

ಆದರೂ, ಮುಂದುವರೆದು ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಯೋಜನೆಗಾಗಿ ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಅವಕಾಶವನ್ನೂ ನಾವು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ (PHCs), ತಾಲ್ಲೂಕು, ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಯೋಜನಾ ಮತ್ತು ಪರೀಕ್ಷಣಾ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಚೌಕಟ್ಟಿನ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಸ್ತಾವೇಜಿನಲ್ಲಿ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಿಕೊಡಲಾಗಿದೆ; ಈ ಎಲ್ಲಾ ಸಮಿತಿಗಳಲ್ಲಿ, ಪಂಚಾಯತ್ ಮತ್ತು ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಲ್ಲದೆ ನಾಲ್ಕನೇ ಒಂದು ಭಾಗದಿಂದ ಹಿಡಿದು ಐದನೇ ಒಂದು ಭಾಗದ ತನಕ ಸದಸ್ಯರು ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ (ಎನ್‌ಜಿಓ) / ಸಮುದಾಯಾಧಾರಿತ ಜನ ಸಂಘಟನೆಗಳ (ಸಿಬಿಓ)ಗಳ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಾಗಿರುವುದಲ್ಲದೇ, ಇದರ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಯು ಎನ್‌ಜಿಓ/ಸಿಬಿಓಗಳ ಪ್ರತಿನಿಧಿಯಾಗಿರಬೇಕು ಎಂಬ ಅವಕಾಶವಿದೆ. ನಾವು ಈ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಸ್ಥಳೀಯ, ಜಿಲ್ಲಾ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಸುವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ಯೋಜಿಸಿದ ಪ್ರಜಾ-ಪರ್ಯಾಯಗಳನ್ನು ಮುಂದಿಟ್ಟು ಅವುಗಳ ಜಾರಿಗಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯೂ ಇದೆ. ಇಲ್ಲಿ (National Health Assembly -2) ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಭೆ-2 ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು (People's Health Plans) ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸುವ ಆಲೋಚನೆಯು ಮಹತ್ವ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಪುನರ್ರಚನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಯೋಜನೆಗಾಗಿನ ಕನಿಷ್ಠ ಮಟ್ಟದ ಅವಕಾಶದ ಜೊತೆಗೆ (ಸೀಮಿತ ಅವಕಾಶ, ಅದನ್ನು ನಂತರದಲ್ಲಿ ಬೇಕಾದರೆ ವಿಸ್ತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು) ನಾವು ನಮ್ಮ ವಿಮರ್ಶೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಯೋಚಿಸಿದ ಪರ್ಯಾಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿ ಮಂಡಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಸ್ಥಳೀಯ, ಸೂಕ್ತ ಜನತಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಯೋಜನೆಯ ಮೂಲಕ ಆಧಿಪತ್ಯಿಕ ಜಾಗತೀಕರಣಕ್ಕಿದಿರಾಗಿ ಅತ್ಯಂತ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಸವಾಲನ್ನು ಒಡ್ಡಬಹುದು ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನೂ ನಾವು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಕೇರಳವು ಈಗಾಗಲೇ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಉದಾಹರಣೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿದ್ದು ಈ ಅನುಭವದ ಮೇಲೆ ಮುಂದಿನ ಹೆಜ್ಜೆ ಇಡುವುದು ಸೂಕ್ತ; -ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಂ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ರಾಜಕೀಯ ಸ್ಥಳಾವಕಾಶವು ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆಯಿರುವುದು ನಿಜವಾದರೂ, ನಾವು ಸಿಕ್ಕಿರುವ ಅವಕಾಶವನ್ನೇ ಬಳಸಿಕೊಂಡು ನಂತರದಲ್ಲಿ ಚಳುವಳಿ ಮತ್ತು ಪರ್ಯಾಯವಾದ ಪ್ರಸ್ತಾವಗಳ ಸಂಯೋಜಿತ ಒತ್ತಡದ ಮೂಲಕ ಆ ಸ್ಥಳಾವಕಾಶವನ್ನು ಕ್ರಮೇಣವಾಗಿ ವಿಸ್ತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು. (ಅಂತಹ ಯೋಜನೆಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ತೀರ್ಮಾನ ರೂಪಣೆಯನ್ನು ಬಹುವಾಗಿ ಪ್ರಭಾವಿಸುವ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ವರ್ಗ, ಜಾತಿ, ಲಿಂಗ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ತಾರತಮ್ಯಯುತ ಶ್ರೇಣಿಗಳನ್ನು ಮೀರುವ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ ಮುನ್ನೆಡೆಯುತ್ತಾ ವಿವಿಧ ಜನವರ್ಗಗಳ ನಡುವೆ ಪರಸ್ಪರ ಒಡನಾಟದ ಸಂವಾದವನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸಬಲ್ಲ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ಸಹಯೋಗವಾಗಿರಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ಸಂಕೀರ್ಣ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ, ಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಬಹು ಹಂತಗಳ ಸಂವಾದಗಳನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಸಂಘರ್ಷಮಯ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಸಾಮರಸ್ಯಮಯವನ್ನಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ.)

ಅಂತಹ 'ಜನಾರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ'ಗಳನ್ನು (People's Health Plans) ತಾಲ್ಲುಕು, ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಷ್ಟು ಸಮಯದ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಸಬಹುದು. ಮೊದಲ ಸ್ಥೂಲಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಆ ಯೋಜಿತ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಆಯಾ ರಾಜ್ಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸಭೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಂಡಿಸಬಹುದು. ಅಂತಹ ಯೋಜನೆಗಳೆಲ್ಲವನ್ನೂ ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ' (National People's Health Plans) ರೂಪದಲ್ಲಿ ವಿಷದವಾಗಿ ಮಂಡಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವೇ ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆಯೂ ನಾವು ಚರ್ಚಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಇದು, ಸಮಗ್ರ ಪರ್ಯಾಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಚರ್ಚಾ ವಿಷಯವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳಿರುವ ವಿವಿಧ ಜನವರ್ಗಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಎಲ್ಲ ವಿಚಾರಗಳನ್ನೂ ಚರ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಒಂದು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ನಮ್ಮ ಪ್ರಜಾರೋಗ್ಯ ಸನ್ನದಿನ (People's Charter for Health) ತಾರ್ಕಿಕವಾದ ಮತ್ತು ಆಚರಣಾತ್ಮಕವಾಗಿ ವಿಷದೀಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಸಾರಾಂಶೀಕರಿಸಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, 2000ನೇ ವರ್ಷ-ಪ್ರಥಮ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಭೆ (ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎ-1) ಮತ್ತು ಮುಂಬರುವ 2007ನೇ ವರ್ಷದ (ಎನ್‌ಎಚ್-2) ನಡುವೆ, ನಾವು ಒಂದಷ್ಟು ದೂರವನ್ನು ಕ್ರಮಿಸಿರುವಂತೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿದ್ದ ಸ್ಥಗಿತತೆ ಮತ್ತು ದಿಕ್ಕುದೆಸೆಯಿಲ್ಲದ ಅವಸಾನಗಳ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಹೊರಟು ಸಂಕೀರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಪುನರ್‌ನಿರ್ಮಾಣದ ಹಂತಕ್ಕೆ ಬಂದು ತಲುಪಿ ಹೊಸ ಸವಾಲುಗಳಿಗೆ ಎದೆಯೊಡ್ಡಿ ನಿಂತಿದ್ದೇವೆ. ಆರಂಭದಲ್ಲಿ 'ನಮ್ಮ ನಮ್ಮೊಳಗೇ ಮಾತನಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ' ಹಂತದಿಂದ (ಅದು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನವನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಹುಮುಖ್ಯವಾಗಿತ್ತು ಹಾಗೂ ಈಗ ಮುನ್ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲೂ ಅದು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ) ಹೊರಟು 'ಅನುಷ್ಠಾನ ಮಾಡುವ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಮಾತನಾಡುವ' ಹಂತಕ್ಕೆ (ಸಂವಾದ ಮತ್ತು ವಿಚಾರಣೆಗಳ ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿ) ಸಾಗಿಬಂದು ಈಗ 'ರಾಜಕೀಯ ತೀರ್ಮಾನ-ರೂಪಕರ ಜೊತೆ ಮಾತನಾಡುವ' ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಎದುರುಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕುಂದುಕೊರತೆಗಳ ವಿಮರ್ಶೆ ಹಾಗೂ ಒಂದು ವಿಶಾಲ ಪರ್ಯಾಯ ಮುನ್ನೋಟಗಳಿಂದ (ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸನ್ನದು) ಹೊರಟು ನಾವೀಗ ಸಮಗ್ರ ಮತ್ತು ವಿವರವಾದ ಪರ್ಯಾಯ ಬೇಡಿಕೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳನ್ನು (ಪ್ರಜಾರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು) ಮುಂದಿಡುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ನ್ಯಾಯೋಚಿತ ಅವಲಂಬನೆಯಿಂದ ಹೊರಟು ನಾವೀಗ ಆರೋಗ್ಯದ ಕೀಲಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಲು ಅನುಕೂಲ ಮಾಡಿಕೊಡುವುದಕ್ಕೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಆಚರಣಾತ್ಮಕ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ.[21]

ಕೊನೆಯ ವಾಕ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿರುವಂತೆ, ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು (ನೀರು, ಆಹಾರ, ವಸತಿ, ಶುದ್ಧ ಪರಿಸರ ಇತ್ಯಾದಿ) ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಚಳವಳಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಬಲವಾದ ಸಂಪರ್ಕವೇರ್ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಎಲ್ಲಾ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಛಿದ್ರಮಾಡುತ್ತಿರುವ ನವ-ಉದಾರವಾದಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಾದರಿಗೆ ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ಸವಾಲೊಡ್ಡುತ್ತಿರುವುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತಿದೆ. 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿನ' ಅಭಿಯಾನವನ್ನು 'ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು' ಬಲಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನಡೆಯುವ ವಿಶಾಲ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯೊಂದಿಗೆ ಬೆಸೆಯುವುದು ಒಂದು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರವಾಗಬಲ್ಲದು.

11. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದ ಬಗ್ಗೆ ಮರುಚಿಂತನೆ – ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಿದ್ಧಮಾದರಿಯ ಚೌಕಟ್ಟಿನಾಚೆ ಹೋಗುವತ್ತ

> ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳು ಆಕಸ್ಮಿಕ ಘಟನೆಗಳೇನಲ್ಲ; ಅವು ಹಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಪರಿಣಾಮದಲ್ಲಿ ಯಾದೃಚ್ಛಿಕವಾಗಿ ಇಲ್ಲ.
>
> ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳು ಅಧಿಕಾರಗಹನ ರೋಗದ ಆಳ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಾಗಿದ್ದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಾಸುಹೊಕ್ಕಾಗಿ ಹೆಣೆದುಕೊಂಡಿವೆ.... ಇಂದು ವಿಶ್ವದ ಬಡವರೇ ಸಂರಚನೀಯ ಹಿಂಸೆಯ ಪ್ರಧಾನ ಬಲಿಪಶುಗಳಾಗಿದ್ದಾರೆ.... ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ಅಂದಾಜು ಕೂಡ ಸಂರಚನೀಯ ಹಿಂಸೆಯನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆಯುವಂತಿಲ್ಲ....[22]

'**ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ** ಪ್ರಮಾಣಕ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ' ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವುದನ್ನೇ ವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿ ಮೀರುವುದಕ್ಕೆ ಈ ಕೊನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತವೆ. **ಇಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಒಂದು ಪ್ರಯತ್ನವು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಇಂದು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ವಿಶಾಲ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳ ಮತ್ತು ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಅತಿಸರಳೀಕರಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಯಶಃ ರೂಢ ಮಾದರಿಯಾಗಿ ಕಾಣಿಸಬಹುದು. ಹಾಗಾಗಿ ಒಂದು ವಿಷಯವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಬೇಕು: ಇಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ 'ಸಿದ್ಧ ಪ್ರಮಾಣಕ' ಅಥವ 'ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ' ಚೌಕಟ್ಟು ಎಂದರೆ ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಸುತ್ತ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾದ ಆಚರಣೆ ಹಾಗೂ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನೇ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಕೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಇರುವ ಏಕೈಕ ಪ್ರಧಾನ ಸಾಧನಗಳು ಎಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿರುವುದು.** ಸಂಘಟನೆಗಳು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ತಮ್ಮ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳ ಆಯ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಸಿದ್ಧಮಾದರಿಯ ಆಚರಣೆಗಳಾಚೆಗೆ ಹೋದಷ್ಟು ಅವರು ನಾನಿಲ್ಲಿ ಹೇಳಿರುವ 'ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ'ಗಿಂತ ವಿಶಾಲವಾದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಇಲ್ಲಿ ಅತ್ಯವಶ್ಯವಾಗಿ ಯಾವುದಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂದರೆ ಹೋರಾಟ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಒಂದು ಅತ್ಯವಶ್ಯ ಆಚರಾಣಾತ್ಮಕ ಸಾಧನ ಎಂಬುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ಇನ್ನಷ್ಟು ವಿಶಾಲವಾದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಕ್ಕೆ ಒತ್ತು ಕೊಟ್ಟು ಅದನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ.

ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಹೋರಾಟಗಳು:

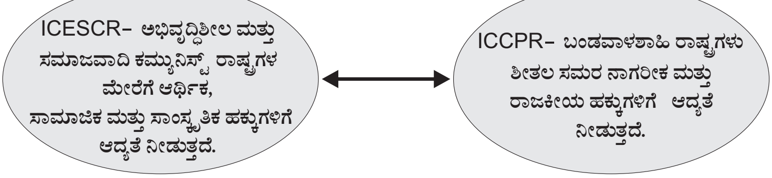
ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಈ ಸಿದ್ಧ ಮಾದರಿಯು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಶಾಸನಾತ್ಮಕ ಚೌಕಟ್ಟಿನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿದ್ದು ಬಹಳಷ್ಟು ಸಲ ಆದರ್ಶ ಹಕ್ಕುಗಳ ನೈತಿಕ ಮತ್ತು ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಹಂತಗಳ ಪ್ರತಿಪಾದನೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಸುತ್ತದೆ; ಇದು ಬಹಳಷ್ಟು ಸಲ ಚಾರಿತ್ರಿಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಘರ್ಷಗಳಿಗೂ (ಕಾರ್ಮಿಕರು, ಗ್ರಾಮೀಣ ದುಡಿಯುವ ಜನರು, ದಲಿತರು, ಆದಿವಾಸಿಗಳು, ಪರಿಸರವಾದಿಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ ಜನಸಮೂಹಗಳು ನಡೆಸಿದ) ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು ಹೋರಾಟಗಳಿಗೂ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಒಪ್ಪಂದ, ಒಡಂಬಡಿಕೆಗಳ ಕಲಮುಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಾಧಿಯಾಗಿರುವ ನೋವುಗಳನ್ನು (ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಜರ್ಮನಿಯಲ್ಲಿ ನಾಜಿಗಳು ನಡೆಸಿದ ದೌರ್ಜನ್ಯಗಳು) ಹಾಗೂ ಹೋರಾಟಗಳನ್ನು (ವಿವಿಧ ದಮನಿತ ಮತ್ತು ಬಡ ಜನಸಮುದಾಯಗಳು ನಡೆಸಿದ) ಇದು ಅದೃಷ್ಯಗೊಳಿಸಿಬಿಡುತ್ತದೆ. ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅನೇಕ ವಿವರಣೆಗಳೂ ಕೂಡ ಐಸಿಇಎಸ್‌ಸಿಆರ್ ಅನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಮುಖ ರಾಜಕೀಯ ಸಂದರ್ಭಕ್ಕಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. 1960ರ

ದಶಕದಲ್ಲಿ, (ಅಮೆರಿಕ ಮತ್ತು ಸೋವಿಯತ್ ಒಕ್ಕೂಟಗಳ ನಡುವಿನ ಶೀತಲ ಸಮರ ಉತ್ತುಂಗದಲ್ಲಿದ್ದಾಗ) ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ, ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ಸೇವೆಗಳ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉದಾಹರಣೆ ಎಂದರೆ ಈ ಹಿಂದಿನ ಸಮಾಜವಾದಿ ದೇಶಗಳೇ ಎಂಬುದರಲ್ಲಿ ಅನುಮಾನವಿಲ್ಲ . ಅನೇಕ ಹೊಸ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ಈ ಮಾದರಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ ತುಂಬಾ ಆಕರ್ಷಕವಾಗಿ ಕಂಡಿದ್ದವು; ಸಮಾಜವಾದಿ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಮತ್ತು ವಸಾಹತು ತರುವಾಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ದೇಶಗಳು ಒಟ್ಟಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕತಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರುವುದಕ್ಕೆ ಒತ್ತಾಯ ಮಾಡಿದವು; ಆದರೆ, ಅಮೆರಿಕದಂತಹ ಪ್ರಮುಖ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಹೊಂದಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು (ಅದು ಕೇವಲ ಬಾಯ್ಮಾತಿನಲ್ಲಿ ನಾಗರಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾತನಾಡುತ್ತಲೇ ಇದೆ) ಈವತ್ತಿನ ತನಕ ಈ ಒಡಂಬಡಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ನಿರಾಕರಿಸುತ್ತಿವೆ. ತನ್ನ ಎಲ್ಲಾ ಮಿತಿಗಳ ನಡುವೆಯೂ, ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಶಕ್ತಿಯಾಗಿ ಸಮಾಜವಾದಿ ಬಣ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರದೇ ಇದ್ದರೆ ಚರಿತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಐಸಿಇಎಸ್‌ಸಿಆರ್‌ನ ಹಣೆಬರಹವೇ ಆಮೂಲಾಗ್ರವಾಗಿ ಭಿನ್ನವಾಗಿರುತ್ತಿತ್ತು ಎಂದು ಹೇಳಿದರೆ ಪ್ರಾಯಶಃ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಾಗಲಾರದು.

> ಆದ್ದರಿಂದ, ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಅವು ಬಂದ ಸಂದರ್ಭ, ಹಿನ್ನೆಲೆ ಮತ್ತು ತಮ್ಮ ಮೂಲದಿಂದ 'ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಿದಾಗ' ಅವು ಅಚಾರಿತ್ರಿಕವಾಗಿ, ಸಂದರ್ಭಹೀನವಾಗಿ ಮತ್ತು (ಸಂಘರ್ಷದ ವಾಸನೆ ಇಲ್ಲದೆ) ಕಾಣುತ್ತವೆ'; ಈ ಹಕ್ಕುಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬಾರದೇ ಇರುವ ಅಗಾಧ ಮಾನವ ಯಾತನೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಯಾಸಗಳು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮಾಯವಾಗಿ ಹೋಗುವ ಅಪಾಯವಿರುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಒಂದು ವಿಮರ್ಷಾರಹಿತ/ವಿಶ್ಲೇಷಣಾರಹಿತ 'ಅರಾಜಕೀಯ' ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ (depoliticised view) ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟು ಸದುದ್ದೇಶ ಹೊಂದಿರುವ ಕೆಲವು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಆಶೀರ್ವಾದದ/ದೇಣಿಗೆಯ ಫಲಿತಾಂಶವೆಂಬಂತೆ ಕಾಣುತ್ತದೆಯೇ ವಿನಃ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿನ ಕೋಟ್ಯಾನುಕೋಟಿ ನೈಜ ಜನರ ದಶಕ/ಶತಕಗಳ ಹೋರಾಟ, ವೇದನೆ, ತ್ಯಾಗ ಮತ್ತು ಆಶಯಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟದ ತಾರ್ಕಿಕ ಫಲಿತಫಲ ಎಂಬುದಾಗಿ ಅಲ್ಲ.

ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ, ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಸದುದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆಯೆಂದೂ, ಅದು ಯಾವುದೇ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಿಪ್ಲವ ಅಥವ ರೋಚಿತ ಹೋರಾಟಗಳಿಲ್ಲದೆ ತನ್ನಿಂದ ತಾನೇ ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರುತ್ತದೆಂದೂ ಈ ಚೌಕಟ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ಭ್ರಮೆಯನ್ನು ಬಿತ್ತುವ ಅಪಾಯವಿರುತ್ತದೆ; ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್/ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಹಣಕಾಸು ನಿಧಿಗಳ (WB/IMF) ಆಜ್ಞೆಯಂತೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದ ಹಣಕಾಸು ಪ್ರಮಾಣವು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಅಥವ ಇಂತಹ ಇನ್ಯಾವುದೇ ಸಮಕಾಲೀನ ರಾಜಕೀಯ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಘೋರ ಸತ್ಯಗಳನ್ನು ಅದು ಕಡೆಗಣಿಸುವ ಅಥವಾ ಮಸುಕುಗೊಳಿಸುವ ಅಪಾಯವಿರುತ್ತದೆ; ಇಂತಹ ಚೌಕಟ್ಟು ಬಹಳಷ್ಟು ಸಲ ಆಧಿಪತ್ಯಿಕ ನವ-ಉದಾರವಾದಿ ಜಾಗತೀಕರಣವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ವಿಮರ್ಶಿಸಿ ಎದುರುಗೊಳ್ಳುವ ಧೈರ್ಯ ತೋರುವುದಿಲ್ಲ.

ಸಾರಾಂಶದಲ್ಲಿ, ಇಂದು ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳದಂತೆ ತಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಅಗಾಧ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಂರಚನೀಯ ನಿರ್ಬಂಧಗಳನ್ನು ಈ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಎಂದೂ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವುದಿಲ್ಲ; ಈ ಸಂರಚನೀಯ ನಿರ್ಬಂಧಗಳಿಗೆ ಸವಾಲೊಡ್ಡಿ ನಿಲ್ಲುವುದಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಒಗ್ಗೂಡಿಕೆಯ ಪ್ರಧಾನ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಅದು ಒತ್ತಿಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ. ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ, ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಕಾರ್ಯಗತವಾಗಬೇಕಾದರೆ ಮತ್ತು ನಿಜವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಕಡೆಗೆ ಸಾಗಬೇಕೆಂದರೆ ಈ ಸಂರಚನೀಯ ನಿರ್ಬಂಧಗಳಿಗೆ ಸವಾಲೊಡ್ಡುವುದು ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಅತ್ಯವಶ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ಮರೆಯಬಾರದು.



ಇದು ಕನಿಷ್ಠಪಕ್ಷ ಕೆಲವು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಲ್ಲಿಯಾದರೂ ಇಬ್ಬಗೆಯ ಆಲೋಚನೆಗಳು ಹುಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ: ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಶಬ್ದಾವಳಿಗಳಲ್ಲಿ ವರ್ಣನೆ ಮಾಡಲಾದ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಮತ್ತು ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಒಪ್ಪಂದಗಳ (ಇವು ಆಚರಣೆಗಿಳಿಸಬಹುದಾದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಎನ್ನುವುದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ನಮ್ಮ ಬಯಕೆಗಳ ಪಟ್ಟಿಯಂತೆ ಇರುತ್ತವೆ) ಶಾಸನಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ತತ್ವಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ನೋಡಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಒಂದು ರೀತಿಯ ಅವಾಸ್ತವ ಆಶಾವಾದದ ಪ್ರಜ್ಞೆಯನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ (ಸ್ವಭಾವಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ, ಒಪ್ಪಂದಗಳು ಅಥವಾ ಅಧಿಕೃತ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಈ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗಿ ನಿಲ್ಲುವ ಅಡೆತಡೆಗಳ ಬಗ್ಗೆಯಾಗಲೀ ಅಥವ ಬಲಿಷ್ಠ ಪಟ್ಟಭದ್ರ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆಯಾಗಲೀ ಬಹಳ ವಿರಳವಾಗಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸುತ್ತವೆ). ನಂತರ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವಾಸ್ತಕ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟು ಮತ್ತು ಅಗಾಧ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳ ನಿರಾಕರಣೆಗಳ ಕಡೆ ಕಣ್ಣು ಹಾಯಿಸಿದರೆ ಅದು ನಮ್ಮನ್ನು ನಿರುತ್ಸಾಹದಾಯಕ ವಾಸ್ತವತೆಯ ಕಡೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯುತ್ತದೆ; ಈ ಹತಾಶೆಯ ವಾಸ್ತವತೆಯು ಆದರ್ಶ ಬಯಕೆಗಳ–ಪಟ್ಟಿಗಿಂತ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಭಿನ್ನವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆಫ್ರಿಕನ್ ಕಾರ್ಯಕರ್ತನೊಬ್ಬ ಹೇಳಿದ್ದನ್ನಿಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸುವುದು ಅರ್ಥಪೂರ್ಣ.

> ಆಫ್ರಿಕಾದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರುವುದು ನಿಜಕ್ಕೂ ಒಂದು ಗಂಭೀರವಾದ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ. ಅನೇಕ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ಸಾವು–ಬದುಕಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಯೂ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಬಾಲ ಕಾರ್ಮಿಕನಿಂದ ಹಿಡಿದು, ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಿಂದ ವಂಚಿತನಾಗಿರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ವಾಸಿಯಿಂದ ಹಿಡಿದು, ಮುಂದಿನ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯು ನಿಷ್ಠುರ ವಿಧಿಯಾಟವಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರಿಯದ ತಾಯಿಯಿಂದ ಹಿಡಿದು, ಕನ್ನಗಳ್ಳತನದ ಭೀತಿಯಲ್ಲೇ ಬದುಕುವ ನಗರವಾಸಿಯಿಂದ ಹಿಡಿದು, ಹಲವು ತಿಂಗಳುಗಳ ಬಾಕಿ ಕೂಲಿ ಹಣವೂ ಸಿಗದೇ ಪರದಾಡುತ್ತಿರುವ ಕಾರ್ಮಿಕನಿಂದ ಹಿಡಿದು ಹಾಗೂ ಕೆಟ್ಟ ಸರ್ಕಾರದ ವಿರುದ್ಧ ಜನಸಂಘಟನೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತನಿಂದ ಹಿಡಿದು, ಭೂಮಿಯಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟೋ ಇಷ್ಟೋ ಬೆಳೆದು ಅದರ ಆದಾಯದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಶಾಲೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಬಹುದೆಂಬ ಯೋಚನೆಯಿಂದ ತುಂಡು ಭೂಮಿಗಾಗಿ ಪರದಾಡುವ ಮಹಿಳೆಯರ ತನಕ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಮ್ಮ ಮೇಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಘೋರ ಅ ನ್ಯಾಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಗೊತ್ತಿದೆ. 'ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಉದ್ಘೋಷಣೆ'ಯ (Universal Declaration) ಅಡಕವಾಗಿರುವ ವಿಚಾರಗಳು ಈ ಜನರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಎಳ್ಳಷ್ಟೂ ಸುಧಾರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅವರಿಗೆ ಬೇಕಿರುವುದೇನೆಂದರೆ ಅವರ ಈ ಹತಾಶೆಗಳನ್ನು ರಾಜಕೀಯ ವಲಯವು ತ್ವರಿತವಾಗಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸುವಂತಹ ಸುವ್ಯವಸ್ಥಿತ ರಾಜಕೀಯ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯಗಳನ್ನಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವ ಒಂದು ಚಳುವಳಿ. ಇದನ್ನು ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚಳವಳಿಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಮಾಡಲು ಮನಸ್ಸಿಲ್ಲ. ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ, ತಮ್ಮ ಬದುಕಿನ ವಾಸ್ತವಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಆಶಯಗಳನ್ನು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಂಘಟನೆಗಳಿಗೆ ಅಥವ ಅವುಗಳ ಭಾಷೆಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಗ್ರಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಡುವ ಜನರು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಗುಂಪುಗಳಿದ್ದಾಗ್ಯೂ ಸಹ – (ಅವರ ಸಹಾಯ ಇಲ್ಲದೇನೆ)– ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯಕ್ಕಾಗಿನ ನೈಜ ಬದುಕಿನ ಹೋರಾಟಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.
>
> –ಚಿಡಿ ಅನ್ಸೆಲ್ಮ್ ಒಡಿಂಕಾಲು, **"Why More Africans Don't Use Human Rights Language"**
> (ಹೆಚ್ಚು ಆಫ್ರಿಕನ್ನರು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಭಾಷೆಯನ್ನು ಏಕೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದಿಲ್ಲ)

ಈ ಅಂತರವನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಈ ದ್ವಂದ್ವದಾಚೆಗೆ ಹೋಗುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ; ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಳವಳಿಗಳ ಪ್ರಧಾನ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಬಲ್ಲ, ನವಉದಾರವಾದಿ ಜಾಗತೀಕರಣ–ಖಾಸಗೀಕರಣಗಳ ಹರಿತ ರಾಜಕೀಯಾರ್ಥಿಕ ವಿಮರ್ಶೆಯನ್ನು ಮಾಡಬಲ್ಲ ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿ ಈಡೇರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿನ ಮಾರ್ಗವಾಗಿ ಪರ್ಯಾಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬಲ್ಲ ದೃಢವಾಗಿ ನೆಲೆಯೂರಿದ ಹಕ್ಕುಗಳ ಕ್ರಾಂತಿಕಾರಿ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಕಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ವಿವಿಧ ಸ್ವರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ಸಂರಚನೀಯ ಹಿಂಸೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಜನರ ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತ ಆಕಾಂಕ್ಷೆಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವುದಾದರೆ, ಈ ಸಂರಚನೀಯ

ಹಿಂಸೆಯ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಡುವುದಕ್ಕೆ, ಶೋಷಕರನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದಕ್ಕೆ, ಸಂರಚನೀಯ ಹಿಂಸೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುವ ನವ-ಉದಾರವಾದಿ ನೀತಿಗಳ ಮೇಲೆ ಆಧಾರ ಪಟ್ಟಿರುವ ಜಾಗತಿಕ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣ ಪಕ್ಕಾ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿರವಾದ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾಪಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿನ ತಾರ್ಕಿಕ ಮಾರ್ಗವನ್ನಾಗಿ ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಈಗ ಕಾಲ ಕೂಡಿ ಬಂದಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿಗೆ ಪೂರಕವಾದ ಮಾನವಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ

ಆರೋಗ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಪುನರ್‌ರೂಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಯೋಚಿಸುವುದಾದರೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೆಲವು ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳುಳ್ಳ ಒಂದು ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅವಶ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ:

- ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಮೇಲೆ ಜಾಗತೀಕರಣ-ಖಾಸಗೀಕರಣಗಳ ರಾಜಕೀಯಾರ್ಥಿಕ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ, ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ತೀವ್ರಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅದಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾದ ವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿರಬೇಕು.

- ಅದು ಸಮುದಾಯಗಳ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲಿ ಅಥವ ನಗರದ ಕೊಳೆಗೇರಿಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಜನಸಮುದಾಯಗಳು) ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ಕಡೆ ವಿಶೇಷ ಒತ್ತು ನೀಡುತ್ತಾ ಸಮಷ್ಠಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳ (ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಹಕ್ಕುಗಳ ಜೊತೆಗೆ) ಮೇಲೆ ಆಧರಿಸಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಬಲಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಮುದಾಯ ಸಂಘಟನೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಬೇಕು.

- ಪೂರ್ಣದೃಷ್ಟಿಯ ಭಾಗವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಸಮ್ಮಿಳಿತಗೊಳಿಸಬೇಕು; ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿನ ವಿಚಾರವನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಸಂಕುಚಿತ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳಾಚೆಗೆ ಹೋಗಬೇಕು ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿಬಂಧಕತೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತೇಜಕತೆಗಳಿಗಾಗಿ ಮಾಹಿತಿ ಹಕ್ಕನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಜೊತೆಗೆ ಪ್ರತಿಬಂಧಕ, ಉತ್ತೇಜಕ, ಚಿಕಿತ್ಸಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಪುನರ್ವಸತಿಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು.

- ಹಂಚಿಹೋಗಿರುವ ಹಾಗೂ ಮೌನವಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಬಿಡಿಬಿಡಿ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳನ್ನು ಜನ್ ಸುನ್ವಾಯಿಗಳ (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲುಗಳ) ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಭೆಗಳ ಮೂಲಕ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಕಾಣುವಂತೆ ಬಹಿರಂಗಗೊಳಿಸಬೇಕು.

- ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಖಾಸಗೀಕರಣ ಅಥವ ಅರೆಖಾಸಗೀಕರಣಗಳನ್ನು (ಬಳಕೆದಾರರ ಸೇವಾ ಶುಲ್ಕಗಳು, ಹೊರಗುತ್ತಿಗೆ, ಗುತ್ತಿಗೆ ಮತ್ತು ಹಲವು ಸ್ವರೂಪಗಳ ಸಾರ್ವಜನಿಕ-ಖಾಸಗೀ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಗಳು) ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ಕ್ರಮಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ವಿವಿಧ ಕ್ರಮಗಳ ನೀತಿಗಳನ್ನು ವಿಮರ್ಶಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಇದು ಸಹಕರಿಸಬೇಕು; ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಹೋರಾಟಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಾದ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಕರಿಸಬೇಕು.

- ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಉದ್ಯಮ ಮತ್ತು ಔಷಧಿ ಉದ್ಯಮವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಅಡ್ಡಿ ಮಾಡುವ ಎಲ್ಲ ಬಲಿಷ್ಠ ಪಟ್ಟಭದ್ರ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಿಂಜರಿಯಬಾರದು.

- ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸುಲಭಗಮ್ಯತೆಗಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸಬಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕಿನ ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಮತ್ತು ವಿಸ್ತೃತ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು; ಜೊತೆಗೆ ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿರುವ ಜನಸಮುದಾಯಗಳ/ವರ್ಗಗಳ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನೂ ಇದರೊಳಗೆ ಸೇರಿಸಿರಬೇಕು; ಇದು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ವಿಶಾಲ ಮೈತ್ರಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ತಳಹದಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಬಲ್ಲದು.

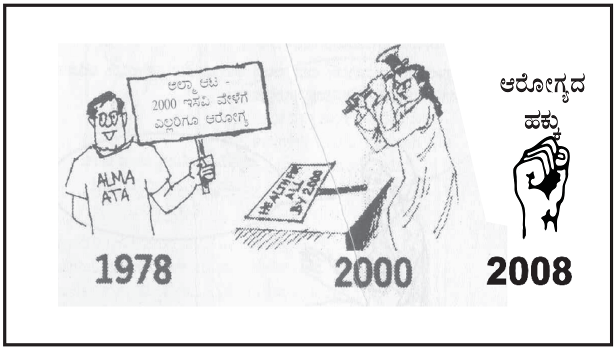
- ಇದು ಇತರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಳವಳಿಗಳೊಂದಿಗೆ (ನೀರಿನ ಹಕ್ಕು, ಆಹಾರದ ಹಕ್ಕು, ವಸತಿ ಹಕ್ಕು, ಪರಿಸರದ ಹಕ್ಕು, ಲಿಂಗ-ತಾರತಮ್ಯ ವಿರೋಧಿ ಹಕ್ಕು ಇತ್ಯಾದಿ) ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಯ ಮೈತ್ರಿಯನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸಿ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಆಮೂಲಾಗ್ರ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು. ಇದಿಲ್ಲದೇ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪರಿಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ.

ಸಾರಾಂಶದಲ್ಲಿ, ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಒಂದು ಸಿದ್ಧಾಂತವಾಗಿ ಅನುಮೋದಿಸಿದರೆ, ಅದಕ್ಕೆ ಈ ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿರುವಂತೆ ಅನೇಕ ಗಂಭೀರ ಮಿತಿಗಳಿವೆ; ಅಂತಹ ಒಂದು ಸೀಮಿತ ಸಿದ್ಧಾಂತಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತಗೊಂಡರೆ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ನಮ್ಮಿಂದ ಬದಲಾಯಿಸುವುದರ ಕಡೆ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಸಾಗುವುದು ಅಸಂಭವವಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗಿದ್ದಾಗ್ಯೂ, ಒಟ್ಟಾರೆ ಬದಲಾವಣೆಗಾಗಿನ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರದ ಭಾಗವಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಹೋರಾಟದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳೂ ಕೂಡ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಸಾಧನಗಳಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬಲ್ಲವು; ಈ ಆಮೂಲಾಗ್ರ ಬದಲಾವಣೆಯಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳಲ್ಲದೇ ರಾಜಕೀಯಾರ್ಥಿಕತೆಯ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮತ್ತು ವಿಮರ್ಶೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಘಟನೆ ಮತ್ತು ದಮನಿತರ ಒಗ್ಗೂಡಿಸುವಿಕೆ ಹಾಗೂ ಸಮಾನತೆ, ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಜಾತಂತ್ರ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿದ ಪರ್ಯಾಯ ಸಮಾಜದ ವಾಸ್ತವಿಕ ದೂರದೃಷ್ಟಿಗಳೂ ಸೇರಿರುತ್ತವೆ.

12. ಕೊನೆಮಾತು: ಹಕ್ಕುಗಳಾಚೆಗೆ

"ನಮಗೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚಾರಿತ್ರಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಂದರ್ಭಿಕ ಸ್ವಭಾವದ ಅರಿವಿರದಿದ್ದರೆ ಹಾಗೂ ದಬ್ಬಾಳಿಕೆ/ ದಮನಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಜನತೆಯ ಹೋರಾಟಗಳಿಂದ ಮಾತ್ರವೇ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರಲು ಸಾಧ್ಯ ಎಂಬುದರ ಅರಿವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಈ ದಮನಗಳನ್ನು ಹರಿಬಿಡುತ್ತಿರುವವರಿಗೆ /ತಂತ್ರಗಳಿಗೆ ಸಾಧನಗಳಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಸಾಂಕೇತಿಕವಾಗಿ ಬಹಳ ಸುಲಭವಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುವುದು"[23]

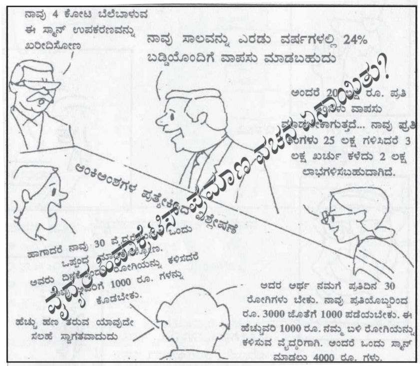
– ಎ. ಚಿಲ್ಡ್ರನ್ ಮತ್ತು ವುಲ್ಫ್‌ಡೀಟರ್ ನಾರ್–ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಮಗ್ರ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ



ಮಾನವೀಯ ಸ್ಪಂದನೆ:

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸುವಲ್ಲಿನ ಸಂಕೀರ್ಣತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸುವಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ಮಾನವೀಯ 'ಅಗ್ರಾಹ್ಯಗಳ (intangibles)' ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಪಾತ್ರದ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಚರ್ಚಿಸಬಹುದು. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ದೂರುಗಳನ್ನು ಕೇಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ದೇಹ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮಾಡುವುದು, ಬಹು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಒಬ್ಬೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ಅಗತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ–ಆರ್ಥಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಗಳ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು, ತಾಳ್ಮೆಯಿಂದ ಔಚಿತ್ಯಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವುದು, ಅನುಮಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟನೆ ನೀಡುವುದು ಮತ್ತು ಭಯ–ಆತಂಕಗಳನ್ನು ಉಪಶಮನ ಮಾಡುವುದು, ರೋಗಿಗಳ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಗಮನ ಕೊಡುವುದು ಹಾಗೂ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಚಿಕ್ಕಪುಟ್ಟ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸುವುದು – ಇವೆಲ್ಲವೂ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ 'ಮಾನವ ಸ್ಪಂದನೆ ಅಥವಾ ಮಾನವೀಯ ಸ್ಪಂದನೆ' ಎಂದು ಸಾರಾಂಶೀಕರಿಸಬಹುದು; ಇವು 'ಅನ್ಯೋನ್ಯವಲ್ಲದ ವೈದ್ಯ' ಮತ್ತು 'ಉತ್ತಮ ವೈದ್ಯ'ರ ನಡುನ ಭಿನ್ನತೆಯನ್ನು ಎತ್ತಿತೋರಿಸುತ್ತವೆ; ತಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ನಿಪುಣನಾಗಿರುವ, ಆದರೆ ಭಾವಶೂನ್ಯ, ಸಹಾನುಭೂತಿರಹಿತರಾಗಿರುವವರನ್ನು ಎದುರ್ಗೊಳ್ಳುವುದು ಹಾಗೂ ಆರೈಕೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ತೃಪ್ತಿಕರ ಒಡನಾಟಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವುದರ ನಡುವಿನ ಭಿನ್ನತೆಯನ್ನು ತೋರುತ್ತವೆ. ಈ ವಿಚಾರವು ಸಹಜವಾಗಿ ನರ್ಸ್‌ಗಳಿಗೆ, ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚಕರಿಗೆ ಅಥವಾ ಇನ್ನಿತರ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ನೀಡುವವರಿಗೆ ಅಷ್ಟೇ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಈ 'ಸನ್ನದು'ಗಳಲ್ಲಿ ಅಥವಾ 'ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ'ಗಳಲ್ಲಿ ಪಟ್ಟಿಮಾಡಿ ಪ್ರದರ್ಶಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಬಹುದಾದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಈ ಸ್ಪಂದನೆಯ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅಧಿಕಾರಯುತವಾಗಿ ಕೇಳುವುದಕ್ಕಾಗಲೀ ಅಥವ 'ಹಕ್ಕುಗಳು' ಎಂದು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಲೀ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದಂತೂ ಸ್ಪಷ್ಟ; ಎಲ್ಲಿಯ ತನಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ವಾಣಿಜ್ಯೀಕರಣಗೊಂಡ, ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಕೇಂದ್ರಿತ ಉದ್ಯಮವಾಗಿ ಅಥವಾ ಒಂದು ಅಧಿಕಾರಶಾಹಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿ ಉಳಿದಿರುತ್ತದೆಯೋ ಅಲ್ಲಿಯ ತನಕ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಈ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ 'ಅಳೆಯಲಾಗದ' ಅಂಶವನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಲಾಭದ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿರ್ಮೂಲಿಸುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಇಡೀ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಳಿಸುವ ಮೂಲಕ, ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು, ಸಮುದಾಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಮತ್ತು ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ವಿಶಾಲ, ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಮಾನವೀಯ, ಸಾಮಾಜಿಕ ನೀತಿಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾ

(ಇದಕ್ಕೆ ವಿಸ್ತೃತ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿವರ್ತನೆಗಳು ಪೂರ್ವಷರತ್ತಾಗಿರುತ್ತವೆ) ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ನೀಡಿಕೆದಾರರಲ್ಲಿ ಗಹನವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪ್ರೇರಣೆಯನ್ನು, ಕಳಕಳಿಯನ್ನು ಮೈಗೂಡಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮಾತ್ರವೇ ಪ್ರಾಯಶಃ ಇದನ್ನು ಖಾತ್ರಿಗೊಳಿಸಬಹುದು.



ಆರೋಗ್ಯವು ವ್ಯಾಪಾರವಾಗದೆ ಮಾನವೀಯತೆಯ ಸೇವೆಯಾಗಲಿ

ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ, ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುವ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರ ಪಾತ್ರವೂ ಬಹಳ ಪ್ರಮುಖವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ, ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಇದು ಹಕ್ಕುಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ, ತಾಂತ್ರಿಕೇತರ ಹಿತವಾದ ಬಹುತೇಕ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು, ಹತ್ತಿರದ ಬಂಧುಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರೇ ಮಾಡುವಂತಹ ಭಾರತದಂತಹ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟಿನ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಅಂಶವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಇದನ್ನು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುವುದು ಯೋಗ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಮತ್ತು ಸ್ವಾಯತ್ತತೆ:

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗೆ 'ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳು' ಹಾಗೂ 'ಸ್ವಾಯತ್ತತೆ'ಗಳ ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಆಯಾಮಗಳು ಇರುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೈಗೆಟುಕುವಂತೆ ಮಾಡಿದ ಮೇಲೂ ಅದನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುತ್ತದೆ; ಇಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಮೇಲೆ, ಕುಟುಂಬಗಳ ಮೇಲೆ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯಗಳ ಮೇಲೆ ಕೆಲವು ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಅದೇ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ, ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬ ಅಥವ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವಿವಿಧ ರೂಪಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವಾಗ ತನಗೆ ಇಷ್ಟ ಬಂದದ್ದನ್ನು ಸೇವೆಯನ್ನು ಪ್ರಜ್ಞಾಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಅನುಭವಿಸುವ ರೋಗಿಗಳ ಹಕ್ಕನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವವರು ಗೌರವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆಹಾರ ಅಥವ ನೀರನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿದಂತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ತನ್ನಿಂದ ತಾನೇ ಬರುವ ಸಹಜ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯೇನಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಈ ಎರಡೂ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಕೊಡುವ ಒತ್ತು ಭಿನ್ನ ಭಿನ್ನವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಮತ್ತು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಒಬ್ಬೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಹೊರಿಸುವ ಅಪಾಯವನ್ನು ಆದಷ್ಟೂ ತಪ್ಪಿಸಬೇಕು; ಈ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಮತ್ತು ಸ್ವಾಯತ್ತತೆ ಎರಡಕ್ಕೂ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಸಾಮಾಜಿಕ/ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಆಯಾಮದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವಾಗ ಅದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಸ್ಪಂದಿಸಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಮತ್ತು ಆಯ್ಕೆಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬರದೇ ಅಲ್ಲ,ಅದೂ ಕೂಡ ಸಾಮುದಾಯಿಕ/ಸಮಾಜದ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಕೂಡ

ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಹಕ್ಕುಗಳು ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಿಕಾಸದಲ್ಲಿ ಚಾರಿತ್ರಿಕವಾಗಿ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗಿ ಬಂದಿವೆ ಎಂಬ ವಿಶಾಲ ದೃಷ್ಟಿಯನ್ನು ನಾವು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಊಳಿಗಮಾನ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ರಾಜ ಮತ್ತು ರೈತರಿಬ್ಬರಿಗೂ, ಬ್ರಾಹ್ಮಣ ಮತ್ತು ಶೂದ್ರರಿಬ್ಬರಿಗೂ ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪಾತ್ರ ಮತ್ತು ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಧರ್ಮ ಮತ್ತು ರೂಢಿ-ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳೇ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದವು. ಬಹುತೇಕವಾಗಿ ಬದಲಾವಣೆರಹಿತವಾಗಿದ್ದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂರಚನೆಗಳಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವಿರುವ ವಿವಿಧ

ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳ ಮತ್ತು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ರೂಢಿ–ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಧಾರ್ಮಿಕ ಕಾನೂನುಗಳು ಸಾಕಾಗಿದ್ದವು. ಆದರೆ, ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಲನೆಯನ್ನು, 'ಸ್ವತಂತ್ರ ವಾಣಿಜ್ಯೋದ್ಯಮಗಳನ್ನು' ಹಾಗೂ ಊಳಿಗಮಾನ್ಯ ದೊರೆಯ ಆಧಿಪತ್ಯಕ ಬಂಧನವನ್ನು ಮುರಿದು ಹಾಕಿ ಸ್ವತಂತ್ರಗೊಂಡ ಶ್ರಮಿಕರುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಹೊಸ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಹುಟ್ಟುವುದರೊಂದಿಗೆ 'ಮಾನವನ ಹಕ್ಕುಗಳ' ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುವ ವಿಚಾರವು ಮಹತ್ವ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿತು. ಪ್ರವರ್ಧಮಾನಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಿದ್ದ ಆಳುವ ವರ್ಗಗಳ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಅವಶ್ಯ ಸಾಧನವಾಗಿ 'ಸ್ವಾಭಾವಿಕ/ನೈಸರ್ಗಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳ' ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಹುಟ್ಟಿಕೊಂಡಿತು; ಈ ವರ್ಗವು ಆಸ್ತಿಯ ಒಡೆಯನಾಗಿ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ, ಖಂಡಗಳಾದ್ಯಂತ ವಾಣಿಜ್ಯ ವ್ಯವಹಾರಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ ವಿವಿಧ ಬಗೆಯ ಊಳಿಗಮಾನ್ಯ ನಿರ್ಬಂಧಗಳನ್ನು ತೊಡೆದುಹಾಕುವುದು ಅದಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗಿತ್ತು.

ಬಂಡವಾಳವು ಆವಿರ್ಭವಿಸುವುದರೊಂದಿಗೆ ಹಕ್ಕುಗಳೂ ಹುಟ್ಟಿಕೊಂಡಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಯಾಮರ್ಸ್ ಗುರುತಿಸಿದ್ದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಬಹುದು:

> **'ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಮತ್ತು ಮಾನವನ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವ ಯೋಚನೆಯು ಅಧಿಕಾರ ಸಂಬಂಧಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ಸಂರಚನೆಗಳಿಗೆ – (ನಿರಂಕುಶವಾದಿ ಪ್ರಭುತ್ವಗಳಿಗೆ) – ಸವಾಲೊಡ್ಡುವ, ಸಾಮಾಜಿಕ–ಚಾರಿತ್ರಿಕ ರಚನೆಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದಾಗಿ ಬಂದದ್ದು ಎಂಬುದರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವಾದವಿವಾದಗಳಿಲ್ಲ.'**[24]

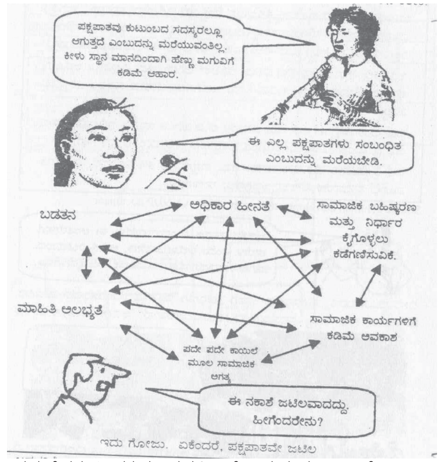
ಅದೇ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ, ಹೊಸ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ದಮನಕ್ಕೊಳಗಾಗಿರುವ ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳು ನಡೆಸಿದ ಹೋರಾಟಗಳ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಕೆಲವು ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಸಮಾಜದ ದುರ್ಬಲ ಮತ್ತು ಶೋಷಿತ ಜನವರ್ಗಗಳೇ ಈ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಹೋರಾಟ ನಡೆಸಿ ಶೋಷಣೆಯು ಒಂದು ಮಿತಿಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಮಾಡಿವೆ.

ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವ ಆಲೋಚನೆಯು ಹತ್ತೊಂಬತ್ತನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಉಕ್ಕೇರಿ ಬರುತ್ತಿದ್ದ ಸಮಾಜವಾದಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಮಿಕ ಚಳವಳಿಗಳ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದ್ದು ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಯಾವುದೇ ಗೊಂದಲಗಳಿಲ್ಲ. ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ತಿಯ ಅನಿರ್ಬಂಧಿತ ಕ್ರೋಢೀಕರಣ ಹಾಗೂ ಲಂಗುಲಗಾಮಿಲ್ಲದ ಆರ್ಥಿಕ ಅಧಿಕಾರ ಚಲಾವಣೆಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಈ ಚಳುವಳಿಗಳು ಬಂಡವಾಳಶಾಹಿ ಸಮಾಜದ ಮೂಲಭೂತ ಅಧಿಕಾರ ಸಂಬಂಧಗಳಿಗೇ ಸವಾಲೊಡ್ಡಿ ನಿಂತವು.[23]

> ಆದ್ದರಿಂದ ಹಕ್ಕುಗಳು ಹುಟ್ಟಿನಿಂದಲೇ ದ್ವಿಮುಖ ಸ್ವಭಾವಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ – ಅವು ಒಂದೆಡೆ ಬಂಡವಾಳವಾದಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಇದರ ಜೊತೆಜೊತೆಗೇ ವಿಶೇಷ ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾ ಬೆಳೆದುಬಂದಿರುವ ಜನವರ್ಗಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತವೆ, ಇನ್ನೊಂದೆಡೆಗೆ, ಶೋಷಣೆಯಿಂದ ರಕ್ಷಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ದಮನಿತ ಜನಸಮೂಹಗಳ ಕೈಯಲ್ಲಿನ ಸಾಧನಗಳಾಗಿಯೂ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಅದೇನೇ ಇದ್ದರೂ, ಹಕ್ಕುಗಳು ಶೋಷಣೆಯನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಿ ನಿಯಂತ್ರಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬುದು ನಿಜವಾದರೂ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟು ತನ್ನಿಂದ ತಾನೇ ಶೋಷಣೆಯನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಹುಟ್ಟುಹಾಕುವ ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಇದನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಹತ್ತೊಂಬತ್ತನೇ ಶತಮಾನದ ಆರಂಭಿಕ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅಮೆರಿಕಾದಲ್ಲಿ 'ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಥವಾ ಗುಲಾಮರ' ಬಗ್ಗೆ ಮಾತನಾಡುವುದನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳೋಣ. ಗುಲಾಮರ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಚಳವಳಿ ಒಂದು ಹಂತಕ್ಕೆ ತಲುಪಿದ ನಂತರವೂ ಗುಲಾಮರಿಗೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕೊಡಬೇಕೆಂದು ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತಾ ಗುಲಾಮಿ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸುತ್ತಾ ಹೋಗುವುದೇನಲ್ಲ, ಬದಲಾಗಿ ಗುಲಾಮಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನೇ ತಲಸ್ಪರ್ಶಿಯಾಗಿ ನಿರ್ಮೂಲಿಸುವುದೇ ಈ ಚಳವಳಿಯ ಮುಂದಿನ ತಾರ್ಕಿಕ ಹೆಜ್ಜೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ; ಗುಲಾಮಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗೊಂಡು ಹುಟ್ಟಲಿರುವ ಹೊಸ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಗುಲಾಮರೇ ಇರುವುದಿಲ್ಲವಾದ್ದರಿಂದ 'ಗುಲಾಮರ ಹಕ್ಕುಗಳೇ' ಅಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿಬಿಡುತ್ತವೆ. ಹೊಸ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಮಾನವರಿಗೂ ಸಮಾನತೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಅತ್ಯವಶ್ಯ ಮಾನವ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಗಳು ಮುಂತಾದ ಕೆಲವು ತತ್ವಗಳನ್ನು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಖಂಡಿತ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆಯಲ್ಲದೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲರ 'ಸಾಮಾನ್ಯ ಜ್ಞಾನ'ದ ಅಸ್ತಿಭಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಹೊಸ ಹಕ್ಕುಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಹಿಂದಿನ ಹಕ್ಕುಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಆಧಾರಪಟ್ಟಿಯ ಮೇಲೆ ಬೆಳೆದಿರುತ್ತದೆ.

ಆದ್ದರಿಂದ, ಈ ಹಕ್ಕುಗಳ ದ್ವಿ-ಸ್ವಭಾವಗಳ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿಸುವಾಗ ನಾವು ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ವೇಗ-ನಿಯಂತ್ರಕಗಳಾಗಿ ಬಳಕೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು 'ಸುಧಾರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ' ಮಾತ್ರವೇ ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಅಥವ ಇಡೀ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಸವಾಲೊಡ್ಡಿ ಅದನ್ನು ಪರಿವರ್ತಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಒಂದು ಸಾಧನವನ್ನಾಗಿ (ಇನ್ನಿತರ ಹಲವಾರು ಸಾಧನಗಳ ಜೊತೆಗೆ) ವಿಸ್ತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಇಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಸಲಹೆ ಏನೆಂದರೆ, ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಅಸಮಾನ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಶಾಶ್ವತವಾಗಿ ಹೀಗೆಯೇ ಉಳಿದಿರಲು ಬಿಟ್ಟು, ಕೇವಲ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ವಿಸ್ತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಅವುಗಳನ್ನು ಸಂಖ್ಯಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರವೇ ಕನಸು ಕಾಣಬಾರದು. ದೇಶದ ಒಳಗೆ ಹಾಗೂ ಶ್ರೀಮಂತ ಮತ್ತು ಬಡ ದೇಶಗಳ ನಡುವೆ ಆಗಾಧ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳು ಇದ್ದುದ್ದರಿಂದಲೇ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾವು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವಾದರೆ, ಈ ಅಸಮಾನತೆಗಳನ್ನು ತೀವ್ರಗೊಳಿಸುತ್ತಿರುವ, ಶಾಶ್ವತಗೊಳಿಸುತ್ತಿರುವ ಜಾಗತಿಕ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಸಂರಚನೆಯನ್ನೇ ಬದಲಾಯಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾವು ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನ ಕೊಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆಗ ದಮನಿತ ಜನಸಮೂಹಗಳನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಿ ಒಗ್ಗೂಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತೊಂದು ವೇದಿಕಾಗುತ್ತವೆ; ದಮನಿತ ಜನರು ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಸಾಂಘಿಕವಾಗಿ ಹೋರಾಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಮೇಲಿನ ಶೋಷಣೆಯನ್ನು ಸಾಂಸ್ಥೀಕರಣಗೊಳಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನೇ ಪ್ರಶ್ನಿಸಿ ಅದನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುವುದಕ್ಕೆ ತೊಡಗುತ್ತಾರೆ.



ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಈ ಚಕ್ರವ್ಯೂಹದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿ ಹೋರಾಟ ಎಲ್ಲಿಂದ ಶುರು ಮಾಡೋಣ?

ನಾವು ಈ ಎರಡನೇ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವಾದರೆ, ಪ್ರಾಯಶಃ ನಮ್ಮ ಅಂತಿಮ ಗುರಿ 'ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು' ಕೊನೆಯಿಲ್ಲದೇ ವಿಸ್ತರಿಸುತ್ತಾ ಹೋಗುವುದಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ (ಈ ಹಕ್ಕುಗಳ ಮೇಲುಸ್ತುವಾರಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶ ಮಾಡುವ ಪ್ರಭುತ್ವ ವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ). ಬದಲಾಗಿ, ಒಂದು ಹಂತದ ನಂತರ ಹೊಸ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಳ್ಳುವುದೇ ನಮ್ಮ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತದೆ; ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಹೊಸ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಈ ಹಕ್ಕುಗಳೆಲ್ಲವನ್ನೂ ಅಂತರ್ಗತ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ; ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಾನತೆ ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಸಂರಚನೀಯವಾಗಿ ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ದೀರ್ಘ ಸಂಕ್ರಮಣ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಅವಧಿಯ ನಂತರ ಹಾಗೂ ಇಂತಹ ಉನ್ನತ ರೂಪದ ಸಮಾನ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲೂ ಕೂಡ ಹಕ್ಕುಗಳು ರಕ್ಷಣಾ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಹಾಗೂ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಪ್ರಭುತ್ವವಾಗಲೀ ಮೀರಲಾರದ 'ಗಡಿಗಳನ್ನು' ರೂಪಿಸಲು ಇನ್ನೂ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; ಇಂತಹ ಒಂದು ದೃಷ್ಟಿಯು ನಾವು ಹಕ್ಕುಗಳೆಡೆಗೆ ನೋಡುವ ರೀತಿಯನ್ನೇ ಬದಲಿಸುತ್ತದೆ; ಈ ಹಕ್ಕುಗಳು ನಮಗೆ ಚಾರಿತ್ರಿಕವಾಗಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿತಗೊಂಡ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಲ್ಪನೆಯಾಗಿ ಹಾಗೂ ಹೋರಾಟದ ಹಲವು ಸಾಧನಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತವೆ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಮುಂದೊಂದು ದಿನ ಮಾಸಿಹೋಗಿರುವ ನೆನಪುಗಳಾಗಿ, ಗತಕಾಲದ ಅವಶೇಷವಾಗಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ (ಈ ಗತಕಾಲದ ಸಮಾಜವು ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಅನ್ಯಾಯ, ಅಸಮಾನತೆಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ್ದರಿಂದ ಹಕ್ಕುಗಳ ರಕ್ಷಣೆಯ ಯಂತ್ರಾಂಗಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕಾದದ್ದು ಅವಶ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ). ಬೇರೆ ಮಾತಿನಲ್ಲಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಮುಂದಿನ ಒಂದಿಷ್ಟು ಸಮಯ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದೇ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಕನಸಿರಬಹುದು, ಆದರೆ, ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಆಗ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅಗತ್ಯವೇ ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕೊನೆಯದಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತುತ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಆಶಾವಾದವನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕುತ್ತದೆಯೋ ಅಥವಾ ನಿರಾಶಾವಾದವನ್ನು ಹುಟುಹಾಕುತ್ತದೆಯೋ? ಈ ಪರ್ಯಾಯ ಲೋಚಕವಾದ ಮತ್ತು ಒಂದು ರೀತಿಯ ವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕವಾದ ಈ ಲೇಖನವು ಇಂದಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಬಹಳ ನಿರಾಶಾದಾಯಕವಾಗಿದೆ, ಸಂಕೀರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆಯನ್ನು ಕೊಡದಿರಲಿ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಒಂದು ಅಂತಿಮ ಸ್ಪಷ್ಟನೆ

ನೀಡಬೇಕಿರುವುದು ಅವಶ್ಯ. ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಲ್ಲಿ, ಇಂದಿನ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟಿನ ಇತಿಮಿತಿಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ, ಇಪ್ಪತ್ತೊಂದನೇ ಶತಮಾನದ ಆರಂಭದಲ್ಲಿನ ವಿಶಾಲ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ನವ-ಉದಾರವಾದಿ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಜನರು ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕೇಂದ್ರ ಸ್ಥಾನಕ್ಕೆ ತರುವ ಮೂಲಕ ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಿಸಬಹುದು ಎಂಬ ಭರವಸೆಯನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕುತ್ತದೆ. ಲ್ಯಾಟಿನ್ ಅಮೆರಿಕದಾದ್ಯಂತ ಎದ್ದಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಘಟನೆ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಅಲೆಯು ಬರಲಿರುವ ಮಹತ್ತರ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಮುನ್ಸೂಚನೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು; ನವ-ಉದಾರವಾದಿ ನೀತಿಗಳು ಧ್ವಂಸಗೊಳಿಸಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಪುನಶ್ಚೇತನ ನೀಡುವುದೇ ಈಗಿನ 'ಬದಲಾವಣೆಯ ಅಜೆಂಡಾ'ದ ಕೇಂದ್ರ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ. ಜನಶಕ್ತಿಯು ಹೇಗೆ ಪ್ರಾಚೀನ ದಮನಕಾರಿ ಸಂರಚನೆಗಳನ್ನು ತೊಡೆದು ಹಾಕಬಲ್ಲದು ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಪಕ್ಕದ ಹಿಮಾಲಯದ ಚಿಕ್ಕ ದೇಶ (ನೇಪಾಳ) ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿದೆ. ಇರಾಕ್ ಮೇಲಿನ ದಾಳಿಯನ್ನು ವಿರೋಧಿಸಿ ಮುಂದುವರಿದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿಯೇ ನಡೆದ ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಪ್ರತಿಭಟನೆಗಳು ವಿಶ್ವಾಧಿಪತ್ಯಿಕ ಧಾಳಿಗೆ ಒಡ್ಡುವ ಪ್ರತಿರೋಧವು 'ಮುಂದುವರಿದ ಮತ್ತು ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿರುವ' ಎಂಬ ಭಾಜಕವನ್ನು ತೊಡೆದುಹಾಕಿ ಇಡೀ ಜಗತ್ತನ್ನು ಒಗ್ಗೂಡಿಸಬಲ್ಲವು ಎಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸಿವೆ. ಈ ಹೋರಾಟಗಳು ಹಾಗೂ ಸಿಯಾಟಲ್ ನಿಂದ ಹಿಡಿದು ಕ್ಯಾನ್‌ಕುನ್ ತನಕ ನಡೆದ ವಿಶ್ವ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂಘಟನೆಯ (WTO) ಸಭೆಗಳ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯವಾಗಿ ಸಂಘಟಿಸಲಾಗಿದ್ದ ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಪ್ರತಿಭಟನೆಗಳು ನಮಗೆ ಆಮೂಲಾಗ್ರವಾಗಿ ಭಿನ್ನವಾದ ಮಾದರಿಯ 'ಜಾಗತೀಕರಣ'ದ ಮಿನುಗುನೋಟವನ್ನು ಕೊಡುತ್ತವೆ. ಭಾರತದೊಳಗೆ, 2004ರಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಚುನಾವಣೆಗಳು ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ರಾಜಕೀಯ ಅಜೆಂಡಾದಲ್ಲಿ ಒಂದು ತಿರುವನ್ನೇ ತಂದುಕೊಟ್ಟವು – ಕೋಮುದ್ವೇಶವನ್ನೇ ಜಪಿಸುವುದರ ಜಾಗದಲ್ಲೀಗ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ವಿಚಾರಗಳು ಮರಳಿ ಚರ್ಚಾ ವಿಷಯವಾದವು. ಹಿಂದಿನ ಕಟ್ಟಾ ನವ-ಉದಾರವಾದಿ ರಾಜಕೀಯ ನಾಯಕರು ಈಗ 'ಸಾಮಾನ್ಯ ಮನುಷ್ಯನ' ಬಗ್ಗೆ ಮಾತನಾಡುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆ; ಅಂತರಾರ್ಥದಲ್ಲಿ ಆಳವಾಗಿ 'ಅಮಾನವೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ' ಎಂದು ಭಾವಿಸಲಾಗಿರುವ ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ 'ಮಾನವೀಯ ಮುಖ' ತೊಡಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೂ ವಿವಿಧ ರಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಜನಹೋರಾಟಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ನವ-ಉದಾರವಾದಿ ನೀತಿಗಳ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮೂಡುತ್ತಿರುವ ಜನಜಾಗೃತಿಯನ್ನು ಅಷ್ಟು ಸುಲಭವಾಗಿ ದಾರಿತಪ್ಪಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ, ಹತ್ತಿಕ್ಕಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಒಂದು ದಶಕದ ನಿರ್ಬಂಧರಹಿತ/ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ಜಾಗತೀಕರಣ ಈ ದೇಶದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಹಾಳುಮಾಡಿಹಾಕಿದೆ. ಆದರೂ, ವಿರೋಧಬಾಸಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಈ ದುರ್ಬಲಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರವೇ ಜನರಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಜಾಗೃತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ, 'ನೀತಿಗಳು ದುರ್ಬಲಗೊಂಡಾಗ, ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಒತ್ತಾಯವು ಪ್ರಬಲಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ'. ಅದೃಷ್ಟವಶಾತ್ ಭಾರತದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನತೆ ತಮ್ಮನ್ನಾಳುವವರಿಗೆ 'ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನತೆಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಅನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಕಾಲದ ವರೆಗೆ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ' ಎಂಬ ಪಾಠವನ್ನು ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಕಲಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅನೇಕ ಚಿಕ್ಕ-ದೊಡ್ಡ ಘಟನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಉದಾರಿಕರಣದ ಅದೃಷ್ಯ ಉಬ್ಬರದಲೆಗಳ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆ ಸಣ್ಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿಯೇ ಆದರೂ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿರಬಹುದು. ಜಾಗತೀಕರಣದ ರಾಕ್ಷಸನೆದುರು (ಗೋಲಿಯತ್) ಕೊನೆಗೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ನಾಗರಿಕ ಎದ್ದುನಿಂತಿರಬಹುದು.

ಹಾಗಾಗಿ, ಮುಂದಿನ ಹಾದಿ ಕಷ್ಟಕರವಾಗಿದೆ, ಆದರೆ ಅದರ ಸ್ಥೂಲಚಿತ್ರಣವನ್ನು ನಾವು ಈಗಲೇ ನೋಡಬಹುದಾಗಿದೆ – ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸಬೇಕು ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ಇನ್ನಿತರ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟಗಳೊಂದಿಗೆ ಅದನ್ನು ಬೆಸೆಯಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿನ ಹೋರಾಟವು ವಿವಿಧ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಹೋರಾಟಗಳ ಜೊತೆ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಬೆಳೆಯಬೇಕು; ಇವೆರಡೂ ಒಟ್ಟಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಂಡೇ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಗುರಿಗೆ ದಾರಿ ತೋರಬಲ್ಲವು. ಏಕೆಂದರೆ, ಕೆಲವು ಯೋಗ್ಯ ವಿದ್ವಾಂಸರು ಏನೇ ಘೋಷಿಸಿದ್ದರೂ 'ಇತಿಹಾಸದ ಕೊನೆ' ಎಂಬುದೊಂದಿಲ್ಲ, ನಾವು ಕಲಿಯಬೇಕಾದ ಪಾಠಗಳು, ಹೋರಾಡಬೇಕಾದ ಹೋರಾಟಗಳು ಬೇಕಾದಷ್ಟಿವೆಯಾದರೂ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಚರಿತ್ರೆ ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗುವ ಸಮಯಕ್ಕಾಗಿ ಕಾತುರದಿಂದ ಎದುರು ನೋಡಬಹುದು.[26]

ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು

1. *Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14 (2000),Sections 8 and 9 http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(E.C.12.2000.4.En?OpenDocument*
2. *25 Questions and Answers on Health and Human Rights, World Health Organisation, 2002*
3. *CECR General Comment 14 (2000), section 9 and 11*
4. *Proposal for a Global 'Right to Health and health Care Campaign' to be Launched by Health Movement, December 2005. Draft by Abhay Shukla and Claudio Schuftan*
5. *Abhya Shukla, Conclusion, Review of Healthcare in India, Leena Gangolli, Ravi Duggal, Abhay Shukla (eds), CEHAT 2005*
6. *Abhay Shukla, Tight to Health Care, Moving from Idea to Reality in Proceedings of Seminar on Tight to Health Care, CEHAT*
7. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, http://www.unhcr.ch/html.menu3/b/a_cescr.htm*
8. *Committee on Economic, Social and Cultural Rights, ibid*
9. *Convention on the Elimination of All Forms of Discriminations Against Women, http://www.ohchr.org/english/law/cedaw.htm*
10. *Convention on the Rights of the Child, http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm*
11. *NHRC, Recommendations of Workshop on Health and Human Rights with Special Reference to Maternal Anaemia, 2000*
12. *Abhay Shukla, Exploring 'Rights based Approach for Renewal of Public Health, Medico Friend Circle Bulletin No. 306, Aug – Sep 2004*
13. *Abhay Shukla and Alexandra Bambas, Draft Guide Book on Advocacy fro Health Equity, For Global Equity Gauge Alliance*
14. *Doctors for Global Health Reporter, 2003, Vol. 7, Issue 1, http://dghonline.org/pdfreporters/DGH_Reporter_7-1.pdf*
15. *Abhay Shukla, Right to Health Care, Moving from Idea to Reality, CEHAT Publication*
16. *Paul Farmer, Pathologies of ower, University of California Press, 2005*
17. *Adapted from "Health System in India: Crisis and Alternatives" Booklet by National Coordination Committee of Janswasthya Abiyan, 2005 (Primary Drafting by Abhay Shukla and Ravi Duggal)*
18. *Adopted from NRHM – Action Alert, Jan Swasthya Abhiyan, 2005. Edited by Abhay Shukla and Joe Varghese*
19. *National Rural Health Mission – Framework for Implementation 2005-2012, Ministry of Health and Family Welfare, 2006*
20. *Abhya Shukla, Note for Jan Swasthya Abhiyan on Strategy for NHA-II*
21. *Abhya Shukla, Note for Jan Swasthya Abhiyan on Strategy for NHA-II*
22. *Paul Farmer, Pathologies of Power, 2005*
23. *A. Belden Fields & Wolf-Dieter Narr, Human Rights as a Holistic Concept, Human Rights Quarterly, Vol. 14, No.1 (1992)*
24. *Neil Stammers. Social Movements and the Social Construction of Human Rights, Human Rights Quarterly, Vol. 21, No.4 (1999)*
25. *Ibid*
26. *Abhay Shukla, Exploring 'Rights based Approach' for Renewal of Public Health, Medico Friend Circle Bulletin No. 306, Aug-Sep. 2004*