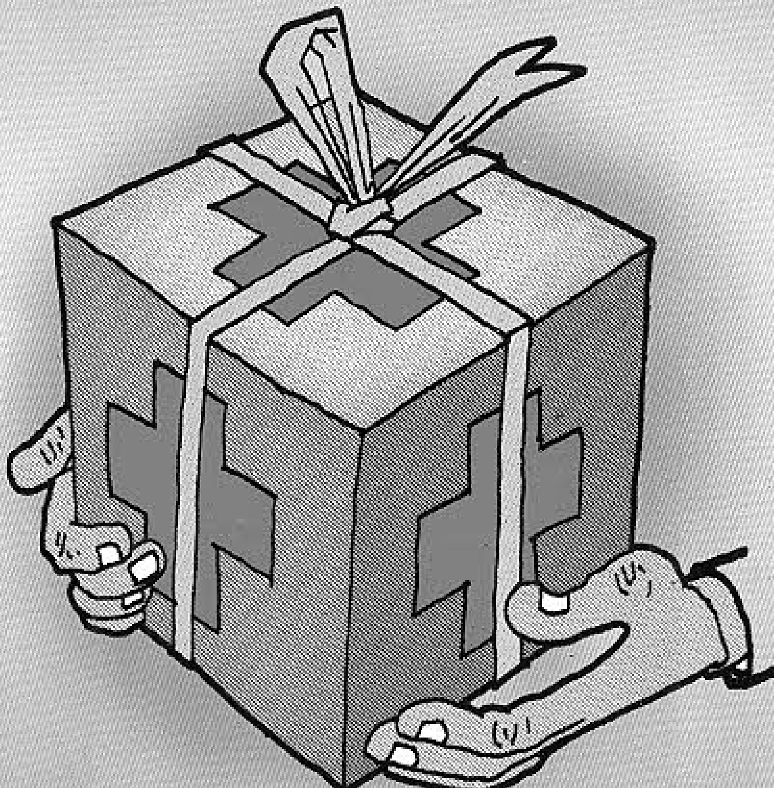
ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣವನ್ನು ಎದುರಿಸುವುದು



ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ ಪುಸ್ತಕ ಮಾಲಿಕೆ - 5

06703

Community Health Cell
Library and Documentation Unit
367, "Srinivasa Nilaya"
Jakkasandra 1st Main,
1st Block, Koramangala,
BANGALORE-560 034.
Phone : 5531518

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣವನ್ನು ಎದುರಿಸುವುದು

ತಯಾರಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರಕಟಣೆ

'ಜನಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಸಭಾ' ದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮನ್ವಯ ಸಮಿತಿ

ಕನ್ನಡಾನುವಾದ : ಡಾ|| ಪ್ರಕಾಶ್ ಸಿ. ರಾವ್

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆಯತ್ತ - ಪುಸ್ತಕ 5

Arogyapalaneya Vyaparikaranavannu Edurisuvudu, a book prepared by NCC, PHA and translated by Dr. Prakash C. Rao

First edition : 2000

Pages : 98 + VI

Rate : Rs. 25/-

Published by
E. Basavaraju
Secretary,
Bharath Gyan Vigyan Samithi
IISc Campus, Bangalore - 560 012
Ph: 3600384
email : bgvs_kar@hotmail.com

DTP :
Ankita Graphics, S.R.Nagar, Bangalore-27

Printed at :
Vinay Printers,
No. 74, 3rd Cross, Sriramapuram
Bangalore-21 Ph. 3426014

COM H 340
03708 O00
COMMUNITY HEALTH CELL LIBRARY

ಮುನ್ನುಡಿ

'2000ದ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಗುರಿಯನ್ನು ಸರಕಾರಗಳು ಮರೆತಂತಿದೆ. ಐವತ್ತು ಮೂರು ವರ್ಷಗಳ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ನಂತರವೂ, ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಲ್ಲ. ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ರೋಗಗಳು ಇಂದಿಗೂ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸದೇ ಇರುವುದು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಜನರ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಇತ್ತೀಚೆಗಿನ ಹೊಸ ಧಾಳಿಯಾದ ಖಾಸಗೀಕರಣ, ಉದಾರೀಕರಣ ಹಾಗೂ ಜಾಗತೀಕರಣ ನೀತಿಯಿಂದಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸಿಲ್ಲ. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆ ಜನರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಒಂದು ಆದ್ಯತೆಯ ವಿಷಯ.

ಭಾರತೀಯರೆಲ್ಲರಿಗೆ ಅರ್ಥವಾಗಬಹುದಾದ ಇತ್ತೀಚೆಗಿನ ಐತಿಹಾಸಿಕ ಘಟನೆ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಹೋರಾಟ, ಎಲ್ಲ ವರ್ಗಗಳ ಜನರು ಭಾಗಿಯಾಗಿ ಹೋರಾಡಿದ್ದುದರಿಂದ ಆ ಮಹಾನ್ ಜನಾಂದೋಲನ ಸಾಫಲ್ಯವಾಯಿತು ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಎರಡು ಮಾತಿಲ್ಲ. ಇಂದಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ನಾವು ಜನಾಂದೋಲನವನ್ನೇ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಜನರು ನಿರುತ್ಸಾಹ ಹಾಗೂ ತಮ್ಮೊಳಗಿನ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ತೊರೆದು, ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸಲು ಮುಂದಡಿ ಇಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಜನಾಂದೋಲನದ ಮುಂದಾಳತ್ವವನ್ನು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆಗಳು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿವೆ. ಭಾರತವಷ್ಟೇ ಏಕೆ, ಇಡೀ ಜಗತ್ತಿನಾದ್ಯಂತ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ನಾವು ಅದರ ಭಾಗವಾಗಿ ಹೋರಾಟ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಇಂದಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಕಾರಣವನ್ನು ಹುಡುಕಿ, ಜನರ ಸಹಾಯದಿಂದ ಅದನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ಸರಕಾರವನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಸಬೇಕಾದ ಧ್ಯೇಯ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ್ದಾಗಿದೆ.

ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಈ ಪುಸ್ತಕ ಮಾಲೆ ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾವು ನಂಬಿದ್ದೇವೆ. ಈ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಭಾಷಾಂತರಿಸಿಕೊಟ್ಟ ಡಾ. ಪ್ರಕಾಶ್ ಸಿ. ರಾವ್‌ರವರಿಗೆ ಡಿಟಿಪಿ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟ ಶ್ರೀ ರಾಜಶೇಖರ್ ಅವರಿಗೆ, ಮುಖಪುಟ ವಿನ್ಯಾಸ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟ ಶ್ರೀ ಗುಜ್ಜಾರ್, ಶ್ರೀ ರವಿಶಂಕರ್ ಅವರಿಗೆ, ಅಂದವಾಗಿ ಮುದ್ರಿಸಿಕೊಟ್ಟ ವಿನಯ್ ಪ್ರಿಂಟರ್ಸ್‌ರವರಿಗೂ, ಪುಸ್ತಕ ಮುದ್ರಣಕ್ಕೆ ಧನ ಸಹಾಯ ನೀಡಿದ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಗೆ ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗೂ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಯ ಪರವಾಗಿ ಅಭಿನಂದನೆಗಳನ್ನು ಕೋರುತ್ತೇವೆ.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ - ಕರ್ನಾಟಕ

ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ - ಈಗ ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಜನಾಂದೋಲನ

ಅಧ್ಯಕ್ಷರು	ಡಾ|| ಹೆಚ್. ಸುದರ್ಶನ್
ಉಪಾಧ್ಯಕ್ಷರು	ಶ್ರೀಮತಿ ರೂತ್ ಮನೋರಮ
ಸಂಚಾಲಕರು(ತಾಂತ್ರಿಕ)	ಡಾ|| ಪ್ರಕಾಶ್ ಸಿ.ರಾವ್
ಸಂಚಾಲಕರು(ಸಂಘಟನೆ)	ಈ. ಬಸವರಾಜು
ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕಾರಿ ಸಮಿತಿಯ ಸದಸ್ಯರು	ಡಾ|| ರವಿ ನಾರಾಯಣ್

ಸಂಘಟನಾ ಸಮಿತಿ

ಅಖಿಲ ಭಾರತ ಜನವಾದಿ ಮಹಿಳಾ ಸಂಘಟನೆ (AIDWA)
ಭಾರತ ಜ್ಞಾನ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಮಿತಿ(BGVS)
ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ(CHC)
ಕ್ಯಾಥೋಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ(CHAI-KA) ಕರ್ನಾಟಕ
ಕ್ಯಾಂಪೇನ್ ಎಗೆನಸ್ಟ್ ಚೈಲ್ಡ್ ಲೇಬರ್ (CACL)
ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ (CMAI) ಕರ್ನಾಟಕ
ಔಷಧಿ ಕ್ರಿಯಾ ವೇದಿಕೆ (DAF-K) ಕರ್ನಾಟಕ
ದಲಿತ ಸಂಘರ್ಷ ಸಮಿತಿ (DSS)
ಭಾರತ ಪ್ರಜಾಸತ್ತಾತ್ಮಕ ಯುವಜನ ಫೆಡರೇಶನ್(DYFI)
ಫೋರಮ್ ಫಾರ್ ಸ್ಟ್ರೀಟ್ ಚಿಲ್ಡ್ರನ್
ಭಾರತೀಯ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಸಂಘ(FPAI)
ಕರ್ನಾಟಕ ಗ್ರಾಮಾಭ್ಯುದಯ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಒಕ್ಕೂಟ(FEVORD-K) ಕರ್ನಾಟಕ
ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಂಪರೆಗಳ ಪುನರುತ್ಥಾನ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನ (FRLHT)
ಜಾಯಿಂಟ್ ವುಮೆನ್ಸ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಂ (JWP) ಕರ್ನಾಟಕ
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಮಾರಾಟ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳ ಸಂಘ(KSMSRA)
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ರೈತ ಸಂಘ(KRRS)
ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಾಂತ ರೈತ ಸಂಘ(AIKS)
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಪರಿಷತ್ (KRVP)
ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆ (VHAK)
ಮಹಿಳಾ ಸಾಮಖ್ಯ-ಕರ್ನಾಟಕ (MS-K)
ನ್ಯಾಷನಲ್ ಅಲಿಯೆನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಪೀಪಲ್ಸ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್ (NAPM) ಕರ್ನಾಟಕ
ನ್ಯೂ ಎಂಟಿಟಿ ಫಾರ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಆಕ್ಷನ್ (NESA)
ವಿವೇಕಾನಂದ ಫೌಂಡೇಶನ್ (VF)

ಭಾಗವಹಿಸುವ ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು

ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಕಳಕಳಿಯುಳ್ಳ ಮೇಲಿನ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಜಾಲದಲ್ಲಿರುವ ಮತ್ತು ಹೊರಗಿರುವ ಅನೇಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಸಂಪರ್ಕ ವಿಳಾಸ :

ಭಾರತ ಜ್ಞಾನ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಮಿತಿ, ಭಾರತೀಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಮಂದಿರದ ಆವರಣ, ಬೆಂಗಳೂರು- 560 012
ದೂರವಾಣಿ: 3600384, ಇ-ಮೇಲ್ : bgvs_kar@hotmail.com
ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ, ನಂ. 367, ಶ್ರೀನಿವಾಸ ನಿಲಯ, ಜಕ್ಕಸಂದ್ರ ಮೊದಲ ಮುಖ್ಯ ರಸ್ತೆ,
ಮೊದಲನೇ ಬ್ಲಾಕ್, ಕೋರಮಂಗಲ, ಬೆಂಗಳೂರು-560 034
ದೂರವಾಣಿ: 5531518, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: 5525372 ಇ-ಮೇಲ್: sochara@vsnl.com

ಪರಿವಿಡಿ

ಅಧ್ಯಾಯ 1: ಭಾರತೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ------------------ 1-9

ಅಧ್ಯಾಯ 2: ಸಮಂಜಸ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಾಲನೆ -------------------------- 10-44

ಅಧ್ಯಾಯ 3: ಭಾರತದ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರ ---------------------- 45-63

ಅಧ್ಯಾಯ 4: ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿಸೂತ್ರ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ, ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ಹಾಗೂ ಸವಾಲು -------------------------- 64-85

ಅನುಬಂಧ-1 -- 86-87

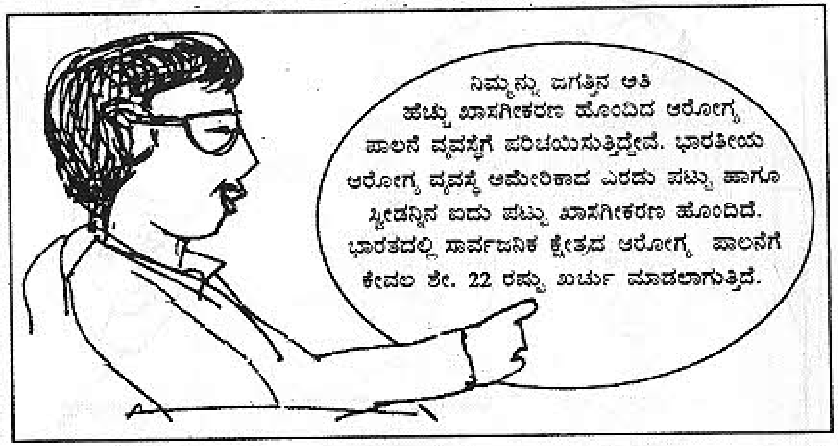
ಅನುಬಂಧ-2 -- 88-89

ಅನುಬಂಧ-3 -- 90-95

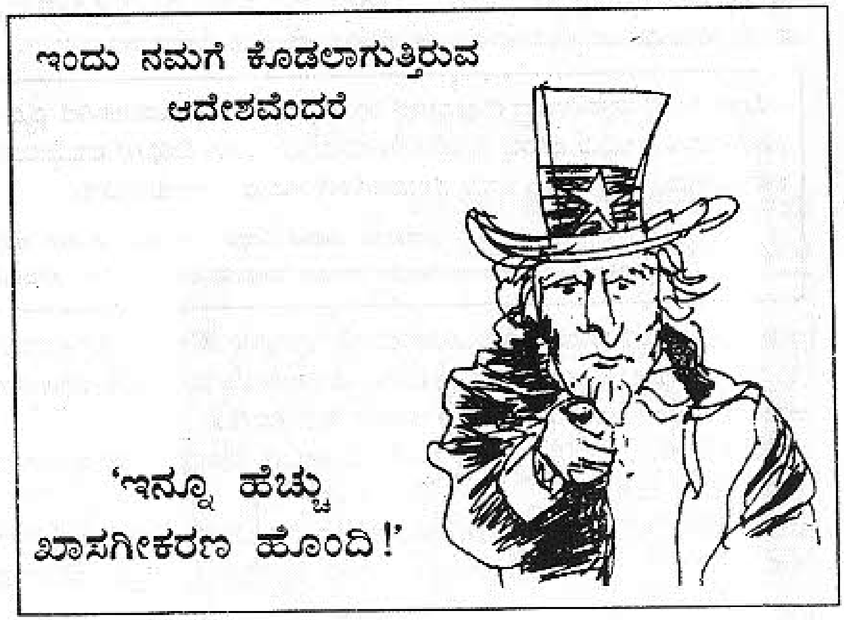
ಅಧ್ಯಾಯ 1

ಪರಿಚಯ

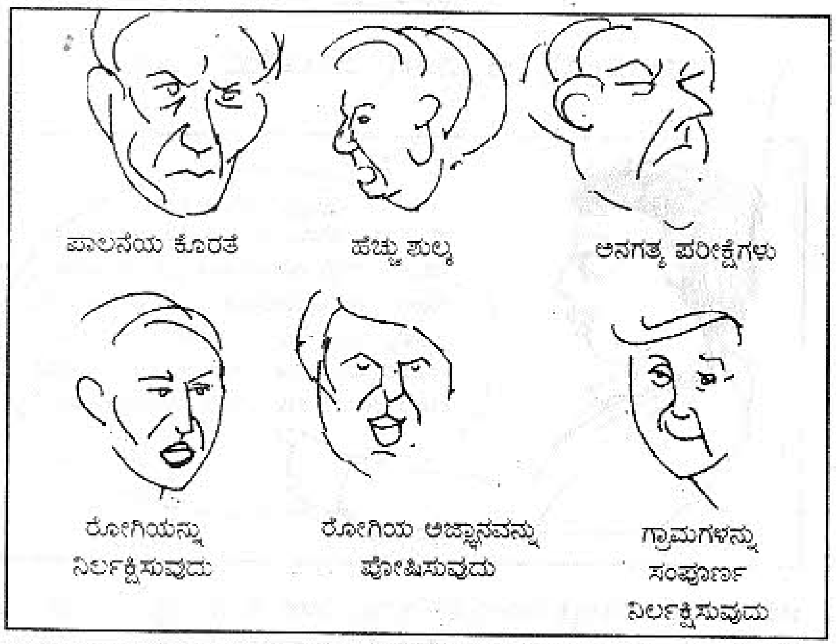
ಭಾರತೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ



ಅಮೇರಿಕಾದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಖರ್ಚು ಶೇ. 44 ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, ಸ್ವೀಡನ್ ನಲ್ಲಿ ಶೇ. 95 ರಷ್ಟು ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲ ಪಶ್ಚಿಮದ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. 75 ರಷ್ಟು.



ಆದರೆ ಇಂತಹ ಸುಲಭ ಪರಿಹಾರದಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ತೊಂದರೆಗಳಾಗಲು ಸಾಧ್ಯ : ಭಾರತದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಇರುವ ಅಸಮಾಧಾನಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೇನು?



ಈ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಸಮುದಾಯ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯವರಿಂದ ದೂರ ಸರಿಯುತ್ತಿದೆ, ಇದೊಂದು ಅಹಿತಕರ ಬೆಳವಣಿಗೆ. ಹಲವಾರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯವರ ಸಂಘಟನೆಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ಕೊಡುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಈ ರೋಗ ಎಷ್ಟು ಆಳವಾಗಿದೆಯೆಂದು ಊಹಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

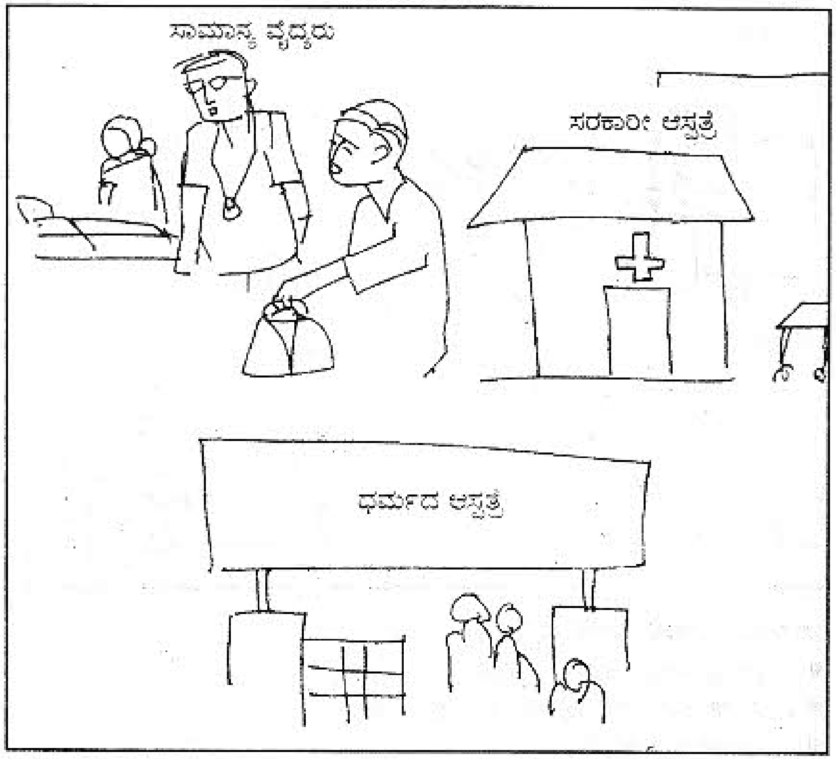
> ***ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣ ಹೊಂದದಂತೆ ನಿರಂತರ .ಜಾಗರೂಕತೆ ವಹಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ, ವೈದ್ಯ- ಔಷಧಿ- ಹಾಗೂ ಉದ್ದಿಮೆ ಜನರನ್ನು ಶೋಷಣೆ ಮಾಡದಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಗಳ ಸಮೃದ್ಧಿಯಿಂದ ಅನಾರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಆಸಕ್ತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಜನರು ಶೋಷಣೆಗೊಳಗಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.***
>
> *ಭಾರತೀಯ ಸಮಾಜ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಶೋಧನಾ ಮಂಡಳಿ ಹಾಗೂ*
> *ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಮಂಡಳಿ 'ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ವರದಿಯಲ್ಲಿ*

ಅನೇಕ ವೈದ್ಯರು ಪ್ರಾಮಾಣಿಕರಾಗಿದ್ದು ನೈತಿಕ ಹಾಗೂ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಚೌಕಟ್ಟಿಗೆ ಬದ್ಧರಾಗಿದ್ದರೂ, ಇಂದಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಹಾಗೂ ರಾಜಕಾರಣ ಆಧಾರಿತ ಭ್ರಷ್ಟ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಅನೇಕರು ಪ್ರಾಮಾಣಿಕರಾಗಿರದೇ ಇದ್ದುದು ಆತಂಕಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ವೈದ್ಯರ ಶಿಸ್ತು ಕಾಪಾಡುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಜನತೆ, ನ್ಯಾಯಾಂಗ, ಮಾಧ್ಯಮ ಹಾಗೂ ನಾಗರೀಕ ಸಮಾಜ ವಿಫಲವಾಗಿವೆ.

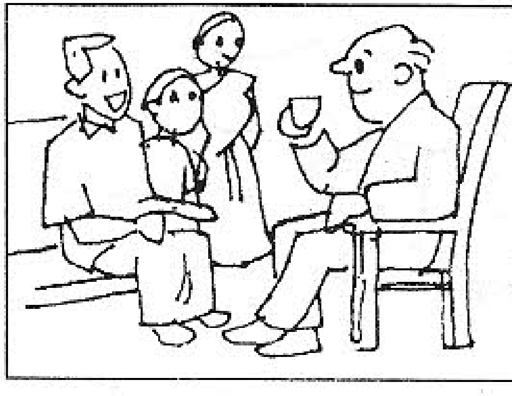
ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಅವರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಸಂಘಗಳೂ ವೈದ್ಯರ ಶಿಸ್ತು ಕಾಪಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದೆ ಇದ್ದುದರಿಂದ ಅವರ ಇಚ್ಛೆಗೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ಅವರನ್ನು ಗ್ರಾಹಕ ರಕ್ಷಣಾ ಕಾಯ್ದೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ತರಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಶತಮಾನದ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಈ ರೀತಿ ಇತ್ತು.

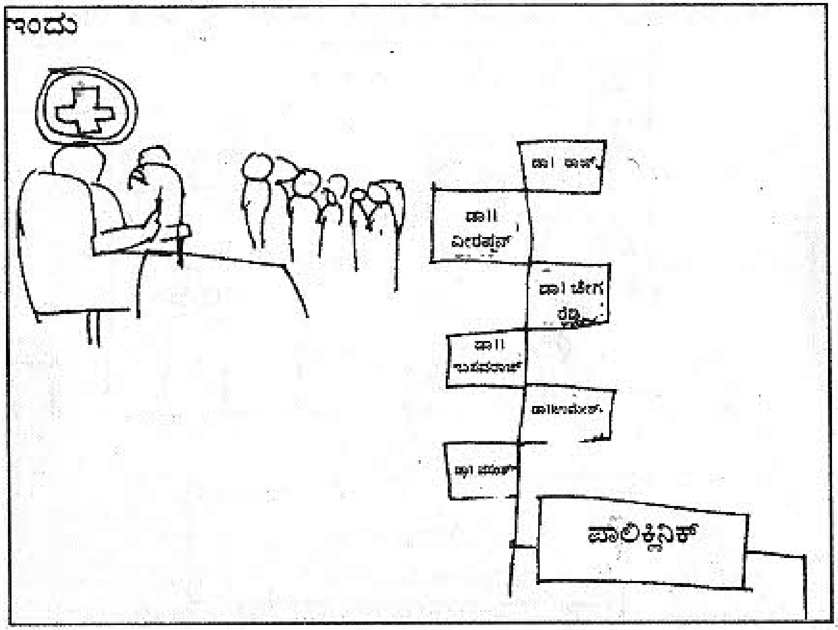


ಸಾಮಾನ್ಯ ವೈದ್ಯರೆಂದರೆ

ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯ, ಕುಟುಂಬದ ಗೆಳೆಯ
ಮನೆಗೆ ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಭೇಟಿ



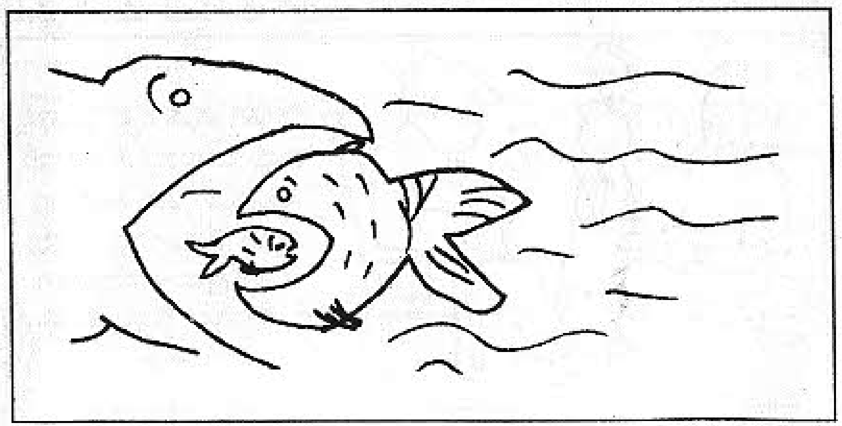
ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ವೈದ್ಯ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತಾನೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಶುಲ್ಕರಹಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡುತ್ತಾನೆ. ಕೆಲವೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಬರೆದು ಕೊಡುವುದು-ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಂಪೌಂಡರ್ ಔಷಧಿ ಕೊಡುವ ಪದ್ಧತಿ

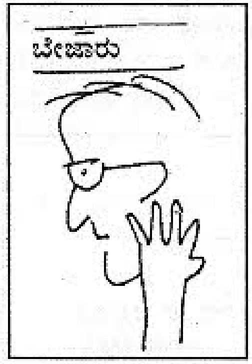


ಖಾಸಗೀ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಭೀಕರ ಪೈಪೋಟಿ

- ಗಲ್ಲಿ ಗಲ್ಲಿಯಲ್ಲೂ ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರು
- ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂಗಳು ಹಾಗೂ ಪಾಲಿಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗಳು
- ಕಾರ್ಪೋರೇಟ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು
- ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ

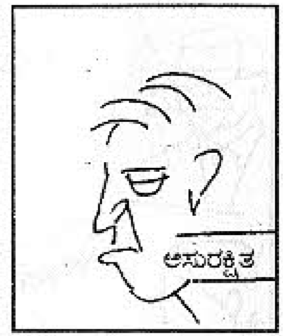
ಇಂದಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಚಿತ್ರದ ಮೂಲಕ ಸುಲಭವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ದೊಡ್ಡ ಮೀನು ಸಣ್ಣ ಮೀನನ್ನು, ಆ ಮೀನು ಇನ್ನೂ ಸಣ್ಣ ಮೀನನ್ನು ನುಂಗಿದಂತೆ.
ಇಂದಿನ ಸಾಮಾನ್ಯ ವೈದ್ಯನ (General Practitioner) ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಹೀಗೆ ವಿವರಿಸಬಹುದು





ನಾನು ಒಂದು ದಿವಸವೂ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯವನ್ನು ಮುಚ್ಚಿ ವಿಶ್ರಮಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ

ನಾನು ಬೇಗ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಹಾಕಬೇಕು



ನಾನು ಕಮೀಶನ್ ಕೊಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ

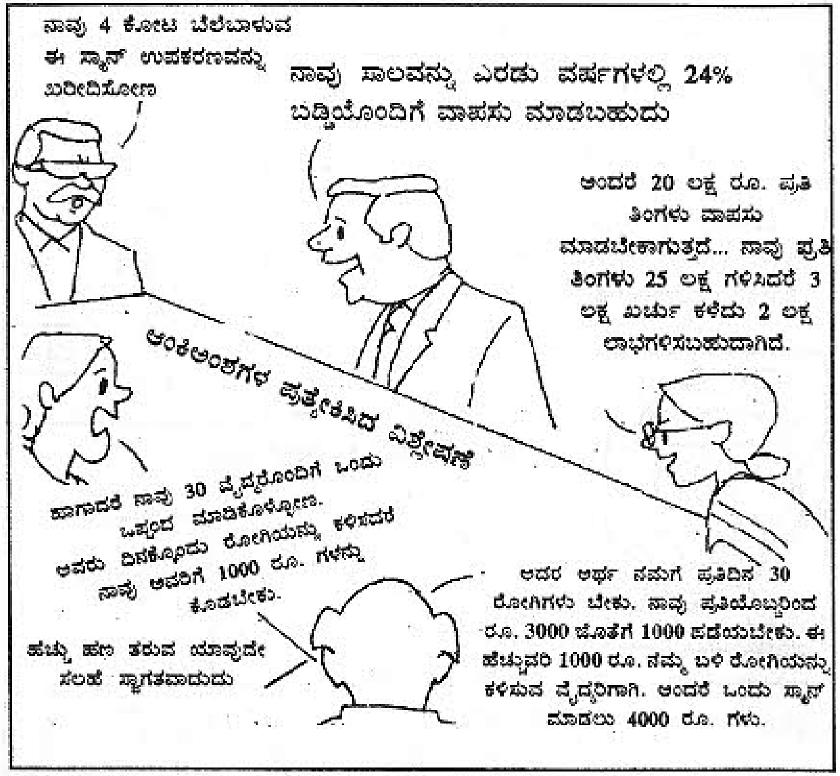
ರೋಗಿಯು ಸಾವಿಗೆ ನಾನು ಕಾರಣನಲ್ಲ, ಆದರೂ ಅವರು ನನ್ನನ್ನು ಹಿಂಸಿಸಿ, ಹೆದರಿಸಿ ಹೊಡೆದಿದ್ದಾರೆ .

ನೋಡಿ ಎಲ್ಲೆಲ್ಲೂ ಖೊಟ್ಟಿ ವೈದ್ಯರಿದ್ದಾರೆ

ಆದರೂ ಈ ಸಾಮಾನ್ಯ ವೈದ್ಯ ಜನರ ವೈದ್ಯನಾಗಿದ್ದಾನೆ

ಕಾರ್ಪೋರೇಟ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಇನ್ನೊಂದು ಕಥೆ:

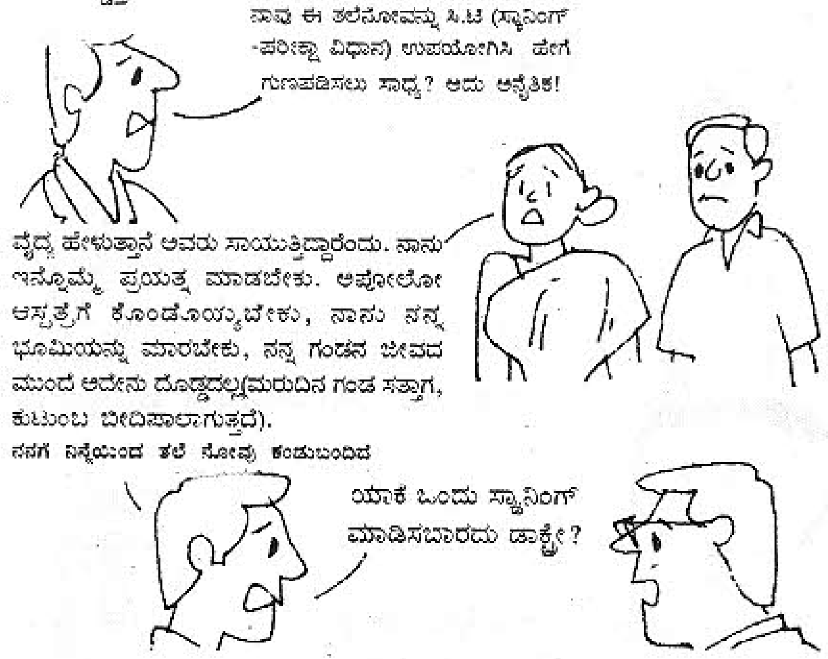
ಇಂದು ಸಂಯುಕ್ತ ಆಸ್ಪತ್ರೆ (Corporate Hospital)ಯನ್ನು ಉದ್ಯಮದಂತೆ ನಡೆಸುತ್ತಾರೆ. ಹಣ ಹೂಡಿಕೆಗೆ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಲಾಭ ಗಳಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಪರೀಕ್ಷೆ(Investigation) ಅಗತ್ಯವಿರುವವರು, ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲ್ಪಡುವವರಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿರುತ್ತಾರೆ, ಕಾರಣ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ತೆರೆಯಲ್ಪಡುತ್ತಿವೆ. ಯಾವ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಧನಲಾಭವಿದೆಯೋ ಆ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನವನ್ನು

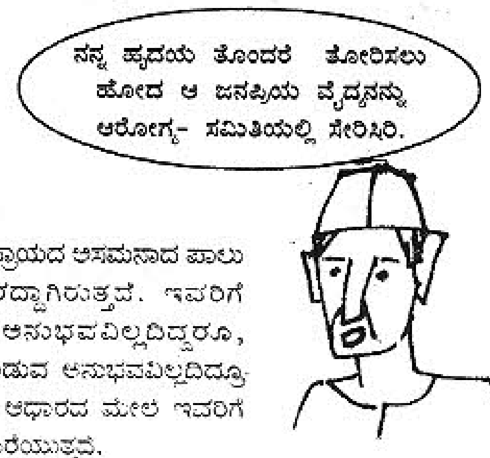


ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಆದರೂ ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ಖರ್ಚೇನು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟವೇನೂ ಸುಧಾರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಇದರಿಂದ ಅನಗತ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸುವುದು, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು, ಸಲಹೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ದುರಾಚಾರ(Medical Malpractice)ವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅದಲ್ಲದೆ ಈ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ದಾಖಲುಗಳು, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತ ಬಂದು, ಇದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನವೆಂಬ ಭ್ರಮೆ ಉಂಟುಮಾಡಲು ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಬೇರೆ ಇನ್ನಾವ ವಸ್ತುವಿನ ಮಾರಾಟದಲ್ಲಿ ಪೈಪೋಟಿ ಉಂಟಾದರೆ ಆ ವಸ್ತುವಿನ ಬೆಲೆ ಸ್ಥಿರಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯಾಪಾರದಲ್ಲಿ ಮಾನವನಿಗೆ ಬೆಲೆ ಕಟ್ಟಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲದ್ದರಿಂದ, ಮಾನವ ಏಳ್ಗೆಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಪದಾರ್ಥದ ಗರಿಷ್ಠ ಬೆಲೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿಯೇ ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಿಗೆ ಆ ಪದಾರ್ಥ(ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯ) ಎಟುಕದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ನಾವು ಸಂಯುಕ್ತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಹಿವಾಟಿನ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತಿತರಾಗಬೇಕೇ? ಇಲ್ಲಿ ಶ್ರೀಮಂತರಿಗಷ್ಟೇ ಹಣ ಕೊಡಲು ಸಾಧ್ಯವಲ್ಲವೆ?

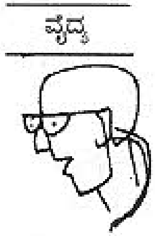
ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸಂಸ್ಕೃತಿ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನವನ್ನೇ ಪುನಃ ನಿರೂಪಿಸಲು ಮುಂದಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಬೆಲೆಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತವೆ, ರೋಗಿಗೆ ಅತೃಪ್ತಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸದೇ ಜನರಿಗೆ ದಾರಿದ್ರ್ಯ ಹೆಚ್ಚಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಹಿರಿಯ ವೈದ್ಯರು ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದರಿಂದ, ಅವರ ತೀರ್ಮಾನಗಳೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಅಪಾಯ ತಂದೊಡ್ಡುತ್ತವೆ.





ತೀರ್ಮಾನದ ಹಾಗೂ ಜನಾಭಿಪ್ರಾಯದ ಅಸಮನಾದ ಪಾಲು ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಪ್ರಮುಖರದ್ದಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಇವರಿಗೆ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ಅನುಭವವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ, ಬಡಜನರೊಂದಿಗೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಅನುಭವವಿಲ್ಲದಿದ್ದೂ ಇವರಿಗಿರುವ ಮರ್ಯಾದೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಇವರಿಗೆ ತೀರ್ಮಾನಿಸುವ ಅವಕಾಶ ದೊರೆಯುತ್ತವೆ.

ಈಗಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆ ನಾವು ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಅಸಹಾಯಕರಾಗಿದ್ದೇವೋ ಅಥವಾ ಸಾಮುದಾಯಕವಾಗಿ ಅಸಹಾಯಕರಾಗಿದ್ದೇವೋ?



ಎಲ್ಲರೂ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್ ಹಾಗೂ ಟಾನಿಕ್ ಬರೆದುಕೊಡುವಾಗ
ನಾನು ಎಲ್ಲರಂತೆಯೇ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ನಾನು ವೈದ್ಯನಲ್ಲಿಗೆ ಹೋದಾಗ ನಾನು ಹೇಗೆ
ಪ್ರಶ್ನೆ ಕೇಳಲು ಸಾಧ್ಯ

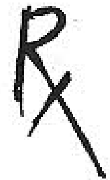
ನೋಡಿ, ಜನಾರೋಗ್ಯ (ಸರಕಾರಿ) ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇನ್ನೂ ಕೆಟ್ಟದ್ದಾಗಿದೆ.

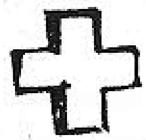
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಜ್ಞಾನವಿಲ್ಲದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ
ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ

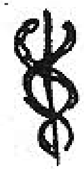
ಸ್ವನಿಯಂತ್ರಣ, ದರಿದ್ರ ದಾಖಲೆ ....

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವಾಣಿಜ್ಯೀಕರಣವನ್ನು ಎದುರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವೇ?

ಸಾಧ್ಯ ಈ ಆರು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿ







1. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಔಷಧಿ ಉದ್ಯಮವನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಿ
2. ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರೋಗಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ, ವೈದ್ಯ-ರೋಗಿಯ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿರುವ ನಿಗೂಢತೆಯನ್ನು ಬಯಲು ಮಾಡಬೇಕು.
3. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಜನರ ಅಗತ್ಯತೆಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಬದಲಿಸಬೇಕು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿ ಹೆಚ್ಚು ನೈತಿಕತೆ ಹಾಗೂ ಸಮಗ್ರತೆಗೆ ಗಮನಕೊಡಬೇಕು.
4. ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಬೇಕು.
5. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚೆಮಾಡಿ, ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು.
6. ಸಮಾಜದ ಎಲ್ಲರೂ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿ, ಒಂದು ನೀತಿ ಸಂಹಿತೆ, ಆದರ್ಶಪಾಲನೆ ಹಾಗೂ ವೃತ್ತಿಯ ಪಾರದರ್ಶಕತೆ ಬಗ್ಗೆ ತೀರ್ಮಾನಕ್ಕೆ ಬರಬೇಕು.

ಈ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣದ ಬಗ್ಗೆ ಮುಖ್ಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗುವುದು. ಈ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿಯ ಅಧ್ಯಾಯಗಳು, ಈ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಬರೆದ ಪ್ರಬಂಧಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿವೆ. ಈ ಪ್ರಬಂಧಗಳನ್ನು ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಾದ ಡಾ.ಕೆ.ಆರ್.ಸೇತೂರಾಮನ್, ಡಾ. ರವಿ ದುಗ್ಗಲ್ (ಸೇಹತ್), ಡಾ.ರವಿನಾರಾಯಣ(ಸಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ), ಡಾ. ಫ್ರಾನ್ಸಿಸ್ ಹಾಗೂ ಡಾ. ಎನ್.ಆರ್. ಮಾಧವ ಮೆನನ್ ಅವರು ಬರೆದಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ನಾವು ಅವರಿಗೆ ಆಭಾರಿಯಾಗಿದ್ದೇವೆ.

ಈ ಪುಸ್ತಕ. ಈ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚೆಗೆ ಸಹಾಯವಾಗಿಬೇಕೇ ಹೊರತು ಒಂದು ಸಿದ್ಧಾಂತವನ್ನು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಲು ಅಲ್ಲ.

ಅಧ್ಯಾಯ 2

ಸಮಂಜಸ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಾಲನೆ

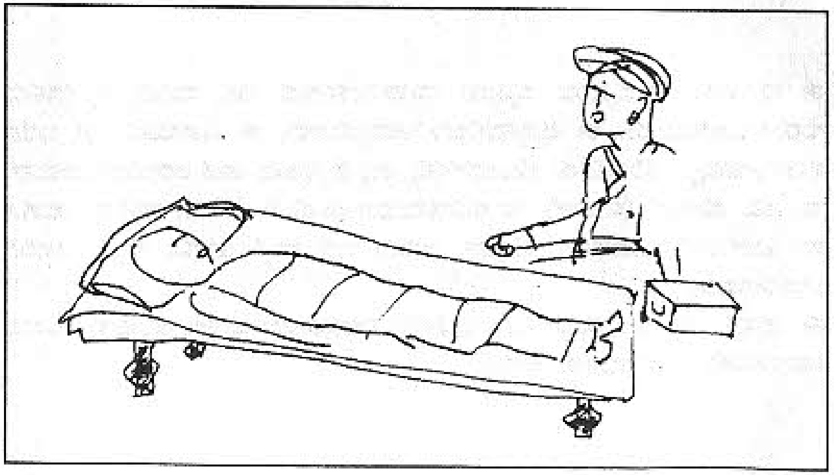
ಪರಿಚಯ

ಯಾವ ವೈದ್ಯ, 'ಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ದೀಪಿಗೆ ಹಿಡಿದು
ರೋಗಿಯ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಪ್ರವೇಶಿಸುವುದಿಲ್ಲವೋ ಅವನು ರೋಗಿಗೆ
ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ'.

ಚರಕ ಕ್ರಿ.ಶ. 120-162

ಭಾರತೀಯರು ಸುಮಾರು 15,000 ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಖರ್ಚುಮಾಡಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೊಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ(1999) ಹಾಗೂ ಬಹುತೇಕ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಹಣ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿ ಪರೀಕ್ಷಾ ಹಾಗೂ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದರ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ ಸುಮಾರು 35,000 ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳೂ ಹಾಗೂ ಇದನ್ನು ಬೇರೆ ರೀತಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ ಪ್ರತಿ ಕುಟುಂಬ 2000 ರೂ. ಗಳನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದಂತೆ. ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ಕಂಡುಬಂದ ಅಂಶವೆಂದರೆ ಈ ರೀತಿ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚಿನ ಶೇಕಡಾ 50 ರಷ್ಟು ಹಣ ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳು, ಪರೀಕ್ಷಾ ಹಾಗೂ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು ಕೊಂಡುಕೊಳ್ಳಲು ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಂದರೆ ಸುಮಾರು 15,000 ದಿಂದ 20,000 ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳು ಅನಗತ್ಯವಾಗಿ ಸೋರಿ ಹೋಗಿ ಪ್ರತಿ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಸುಮಾರು ಸಾವಿರ ರೂ.ಗಳಷ್ಟು ನಷ್ಟವಾಗಿದೆ!

ಅಸಮಂಜಸತೆಯ ದುರದೃಷ್ಟಕರ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ, ಅದು ವರದಕ್ಷಿಣೆ ತರಹದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕೆಡಕು. ಅದನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುವುದು ಕಷ್ಟ. ಇದಕ್ಕೆ

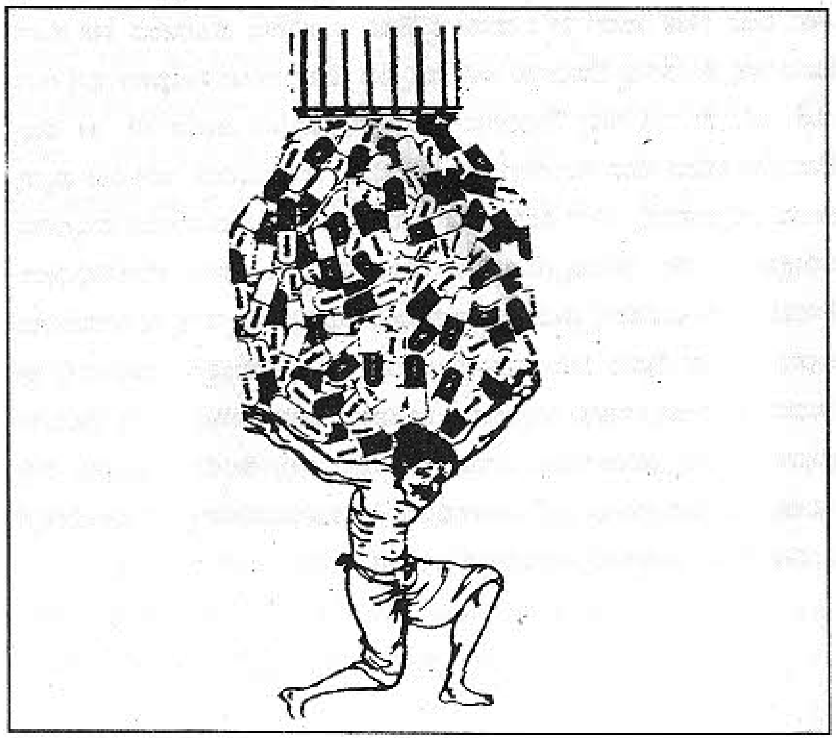


ಕಾರಣ ದುರಾಸೆ ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಅಸಾಧ್ಯ, ತಡೆಗಟ್ಟದಿದ್ದರೆ ಮರಣಾಂತಿಕ. ಎಲ್ಲ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕೆಡಕಿಗೆ ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿರುತ್ತವೆ ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನ ಮಾಡಲು ಎಲ್ಲಾ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಸಮಂಜಸತೆಗೆ ಪ್ರಥಮ ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ, ಅನಗತ್ಯವಾದ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಬರೆದುಕೊಡುವುದು. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ(WHO) ಪ್ರಕಾರ ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿ ಬರೆದುಕೊಡುವುದು ಅಂದರೆ, ಔಷಧಿಯಿಂದ ಪ್ರಯೋಜನ ಕಡಿಮೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು. ಉಪಯೋಗಕ್ಕಿಂತ ಅಪಾಯವೇ ಹೆಚ್ಚಾಗುವುದು ಹಾಗೂ ಔಷಧಿ ಬೆಲೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು. ಯಾವಾಗ ಬರೆದುಕೊಟ್ಟ ಔಷಧಿ ಸರಿ ಇಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ, ಹೆಚ್ಚಿದ್ದಾಗ, ಅನಗತ್ಯವಾಗಿದ್ದಾಗ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಿದ್ದಾಗ ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿ ಬರೆದುಕೊಟ್ಟಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಸಮಂಜಸವಾಗಿ ಔಷಧಿ ಕೊಡುವುದು

ತಪ್ಪು ಔಷಧಿ ಬರೆದುಕೊಡುವುದು: ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ಔಷಧಿ ಬರೆದುಕೊಡುವುದು, ಅನುಚಿತ ಔಷಧಿ ಬರೆದುಕೊಡುವುದು, ರೋಗಿಗೆ ಸರಿಯಲ್ಲದ ಔಷಧಿ ಬರೆದುಕೊಡುವುದು, ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಗೆ ಬರೆದುಕೊಟ್ಟ ಔಷಧಿ ಗರ್ಭಕ್ಕೆ ಅಪಾಯ ಉಂಟುಮಾಡುವ ಔಷಧಿ,



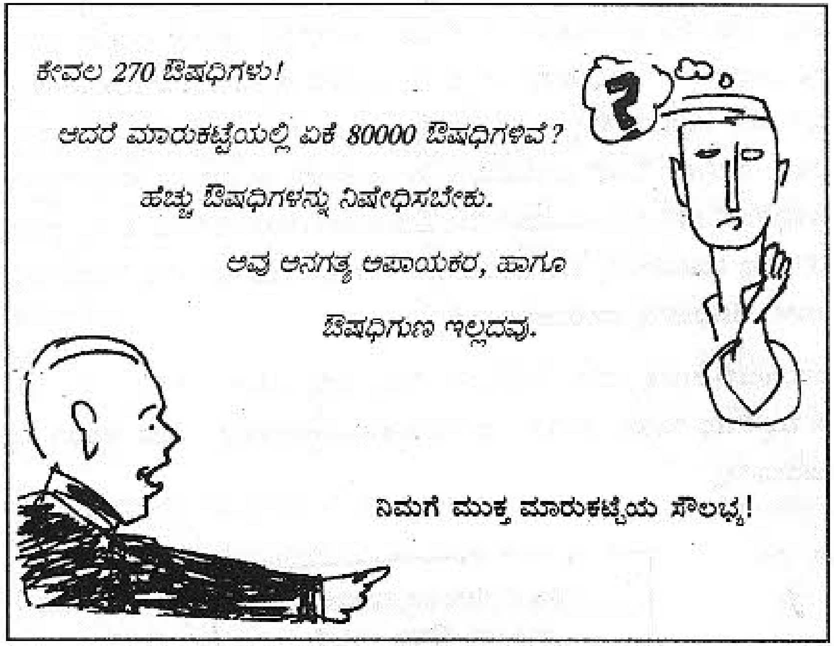
ಹೆಚ್ಚು ಔಷಧಿ ಬರೆದುಕೊಡುವುದು: ಕೆಲವೇ ಔಷಧಿಗಳಿಂದ ಗುಣವಾಗುವಾಗ, ಅನಗತ್ಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಬರೆದು ಕೊಡುವುದು ಹಾಗೂ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯವೇ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕಾದ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯದವರೆಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಲು ಬರೆದುಕೊಡುವುದು.

ಒಂದೇ ಬಗೆಯ ಹಲವಾರು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಬರೆದುಕೊಡುವುದು: ಎರಡು ಮೂರು ತರಹದ ವಿಟಮಿನ್ ಅಥವಾ ನೋವು ನಿವಾರಕಗಳನ್ನು ಬರೆದು ಕೊಡುವುದು.

ಕಡಿಮೆ ಔಷಧಿ ಬರೆದುಕೊಡುವುದು: ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಕಡಿಮೆ ಸಮಯದವರೆಗೆ ಔಷಧಿ ಬರೆದುಕೊಡುವುದು

ಸಮಂಜಸವಲ್ಲದ ಹಾಗೂ ಉಪಯುಕ್ತವಲ್ಲದ ಔಷಧಿಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಎಲ್ಲ ಅಸಂಬದ್ಧವಾದ ವ್ಯವಹಾರ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿದೆ. ಕಾರಣಗಳು ಹಲವಾರು. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳು ಭಾರತದ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿವೆ. ವಿಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಬೆಳೆದಂತೆಲ್ಲಾ ಹೊಸ ಹೊಸ ಔಷಧಿಗಳು ಲಭ್ಯಬಾಗಿವೆ. ಆದರೆ ಕೆಲವೇ ಔಷಧಿಗಳು ಈಗಿರುವ ಔಷಧಿಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಯೋಜಕವಾಗಿವೆ: ಅಮೆರಿಕಾದಲ್ಲಿ 1981 ರಿಂದ 1988 ರವರೆಗೆ 25 ಬಹುದೊಡ್ಡ ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಗಳು ಹೊರತಂದ 348 ಹೊಸ ಔಷಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. 3ರಷ್ಟು ಔಷಧಿಗಳು ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ಔಷಧಿಗಳಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಭಿನ್ನ ಗುಣ ಹೊಂದಿವೆ, ಶೇ. 13 ರಷ್ಟು ಔಷಧಿಗಳು ಸ್ವಲ್ಪವೇ ಭಿನ್ನವಾಗಿವೆ ಹಾಗೂ ಶೇ. 84 ರಷ್ಟು ಔಷಧಿಗಳು ಯಾವ ಹೊಸ ಗುಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲವೆಂದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದೇ ರೀತಿ ಫ್ರಾನ್ಸ್ ದೇಶದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ 1975 ರಿಂದ 1984 ರವರೆಗಿನ 508 ಹೊಸ ರಾಸಾಯನ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿ, ಶೇ. 70 ರಷ್ಟು ಔಷಧಿಗಳು ಯಾವ ವಿಶಿಷ್ಟ ಗುಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇದೇ ರೀತಿ ಅಥವಾ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಗಂಭೀರವಾಗಿಲು ಕಾರಣ ಭಾರತದ ಔಷಧಿ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಂಡಳಿಯ ಸಡಿಲ ನಿಯಂತ್ರಣ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ತರಹದ ಯಾವ ಅಧ್ಯಯನವೂ ಇಲ್ಲ. ಕಾರಣ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯ ಹಾಗೂ ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳ ಉಪಯೋಗವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವ ಯಾವ ಸಂಸ್ಥೆಯೂ ಇಲ್ಲ. ಕೆಲವೇ ಔಷಧಿಗಳು ಇಲ್ಲಿ ಆವಿಷ್ಕಾರಗೊಂಡಿವೆ. ಹಾಗೂ ಆ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಕಂಡುಹಿಡಿದರೂ ಪಶ್ಚಿಮದ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಗೆ ಬಂದನಂತರವೇ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಗೆ ಬರುತ್ತವೆ.

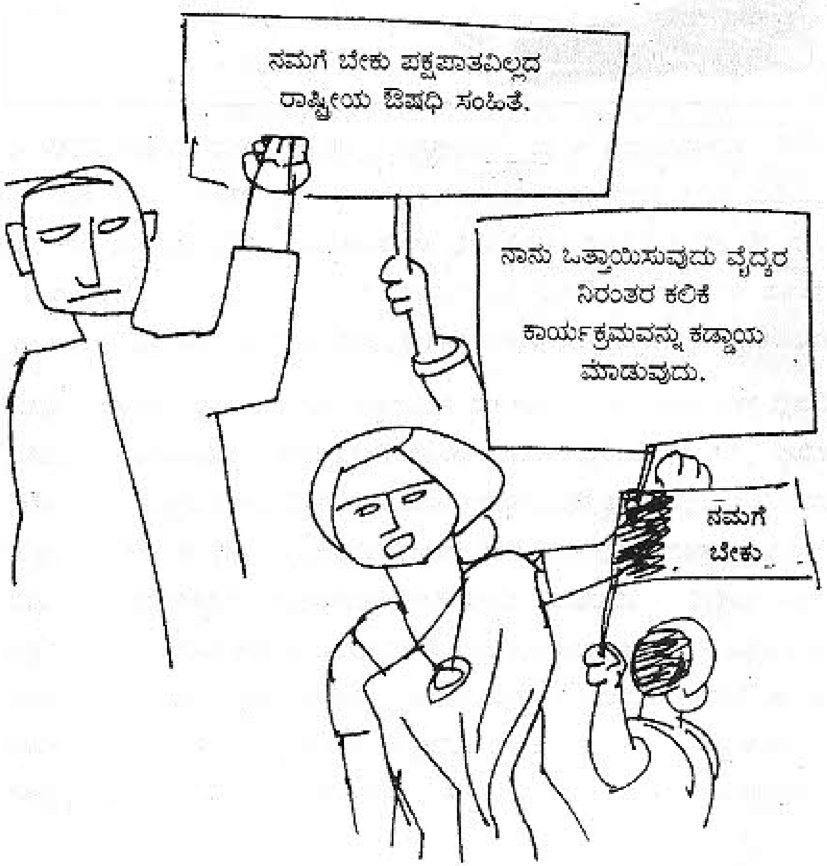


ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಇಂದು ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ 60,000 ದಿಂದ 80,000 ಔಷಧಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ತದ್ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಕೇವಲ 270 ಔಷಧಿಗಳು ಸುಮಾರು ಎಲ್ಲಾ (ಶೇ. 95) ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಸಹಾಯವಾಗುವುದೆಂದು ತಿಳಸುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಔಷಧಿ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಕೆಲಸ ಅಸಾಧ್ಯವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಔಷಧಿಗಳು ಅನಗತ್ಯ, ಅಪಾಯಕರ ಹಾಗೂ ಔಷಧಿ ಗುಣವಿಲ್ಲದ್ದು.

ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಗಳು ಹಾಗೂ ಸರಕಾರದ ನಿಯಂತ್ರಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ತಪ್ಪು ನೀತಿಯೇ ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಕಾರಣವೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಇವರೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯೂ ಸೇರಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಮರೆಯುವಂತಿಲ್ಲ. ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಲು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯು ಮುಂದಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ನೇರವಾಗಿ ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಖಚಿತ, ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಆಧಾರಯುಕ್ತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿ ದೊರಕದೆ ಇರುವುದೇ ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಿದೆ. ಇಂದು ದೊರಕುತ್ತಿರುವ ಅಪಾರ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಔಷಧಿಗಳಿಂದ ವೈದ್ಯರು ಗೊಂದಲಕ್ಕೀಡಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಗಳ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಿಳಿಯದಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಇಂದು ಅತಿವೇಗದಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಹಾಗೂ ಅತಿಹೆಚ್ಚು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಚಯಿಸಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಹೊಸ ಔಷಧಿಗಳ ವಿಷಯವಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ತಮ್ಮ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ವೈದ್ಯರಿಗೆ

ಅಗತ್ಯವಿರುವ ನಿರಂತರ ಕಲಿಕೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿಲ್ಲ. ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪವೂ ಬಿಡುವು ಸಿಗದೇ ಇದ್ದುದರಿಂದ ಇತ್ತೀಚಿಗಿನ ಪುಸ್ತಕ ಹಾಗೂ ನಿಯತಕಾಲಿಕೆಗಳನ್ನು ಓದಿ ತಮ್ಮ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಇಂದು ಸುಮಾರು ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯರು ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಗಳ ಔಷಧಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಂಬಬೇಕಾಗಿದೆ. ಈ ಮಾಹಿತಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನವಾಗುವಂತ ವಿಷಯಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ತಪ್ಪು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಮಾರಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಸಮಂಜಸ-ಅನಗತ್ಯ, ಹಾಗೂ ಅಪಾಯಕರ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಪಟ್ಟಿಮಾಡಿ ಕೆಳಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಪಟ್ಟಿ ಔಷಧಿ ಗುಂಪನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿರುವ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಬಳಸುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿಲ್ಲ.



ಅನಾಲ್‌ಜಿನ್ : ಈ ಔಷದಿಯು ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ಬಿಳಿಕಣಗಳನ್ನು ನಾಶಮಾಡಿ, ಮರಣಾಂತಿಕ ರೋಗವನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಪ್ರಜ್ಞಾಹೀನತೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿದಾಗ ಮೂತ್ರಕೋಶದಲ್ಲಿನ ನಳಿಕೆಗಳ ಸಾವು ಉಂಟುಮಾಡಿ ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ - ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಮಾಮೂಲು ನೋವುಗಳಿಗೂ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ, ಹಾಗೂ ಔಷಧಿ ಅಂಗಡಿಗಳಿಂದ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ವೈದ್ಯರ ಆದೇಶ ಚೀಟಿ ಇಲ್ಲದೆಯೇ ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ.

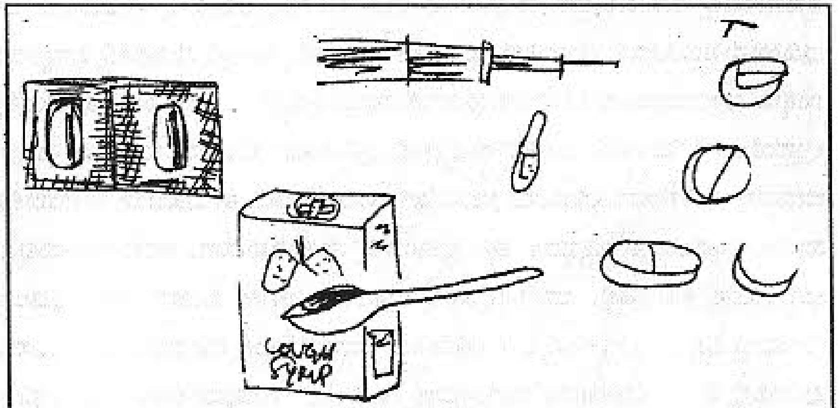
ಕ್ಲಿಯೋಕ್ವಿನಾಲ : ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಭೇದಿ ರೋಗಕ್ಕೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವರು ಹೆಲೋಜಿನೇಟಡ್ ಹೈಡ್ರಾಕ್ಸಿಕ್ವಿನೂಲಿನ್ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರಿದ ಈ ಔಷಧಿ ಸ್ಮಾನ್(SMON) ಎಂಬ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಬಲಹೀನತೆ, ನರಗಳ ದುರ್ಬಲತೆ ಹಾಗೂ ದೃಷ್ಟಿ ಹೀನತೆ ಮುಂತಾದ ತೊಂದರೆಗಳು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಜಗತ್ತಿನ ಅನೇಕ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ನಿಷೇಧಿಸಲಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ತಯಾರಿಸುವ ಸೀಬಾಗೈಗೀ ಕಂಪನಿಯು ಜಗತ್ತಿನ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಿಂದ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಹಿಂದಕ್ಕೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದೆ. ಈ ಔಷಧಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈಗಲೂ ದೊರಕುತ್ತಿದೆ. ಉದಾ: 'ಎಂಟರೊಕ್ವಿನಾಲ್'

ಓರಲ್ ರೀಹೈಡ್ರೇಶನ್ ಸಾಲ್ಟ (ಓ.ಆರ್.ಎಸ್.): ಇದೊಂದು ಪುಡಿಯ ರೂಪದಲ್ಲಿನ ಔಷಧಿಯೆಂದು ಹೇಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ಸೋಡಿಯಂ ಸಿಟ್ರೇಟ್, ಸೋಡಿಯಂ ಬೈಕಾರ್ಬೋನೇಟ್ ಅಥವಾ ಟ್ರೈಸೋಡಿಯಂ ಸಿಟ್ರೇಟ್, ಪೊಟ್ಯಾಶಿಯಂ ಕ್ಲೋರೈಡ್ ಹಾಗೂ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಪುಡಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಬೇಧಿಯಿಂದ ಉಂಟಾದ ನಿರ್ಜಲತೆಯನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ಈ ಪುಡಿಯನ್ನುಪಯೋಗಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಮೂರನೇ ಜಗತ್ತಿನ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಲಕ್ಷಾಂತರ ಮಕ್ಕಳು ಬೇಧಿಯಿಂದಾದ ನಿರ್ಜಲತೆಯಿಂದಾಗಿ ಸಾಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಓ.ಆರ್.ಎಸ್. ಪುಡಿಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಮೂರನೇ ಜಗತ್ತಿನ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಸುಮಾರು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ಮಕ್ಕಳ ಜೀವವನ್ನು ಉಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೆಂದು ಯುನಿಸೆಫ್ ವರದಿ ಮಾಡಿದೆ. ಈ ಔಷಧಿಯ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಇಷ್ಟಿದ್ದರೂ ಈ ಪುಡಿಯನ್ನು ತಯಾರಿಸುವಾಗ, ಅದರ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನ ಕೊಡುತ್ತಿಲ್ಲ. ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಅನೇಕ ಓ.ಆರ್.ಎಸ್. ಪುಡಿಯ ಗುಣಮಟ್ಟ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸೂತ್ರದಂತಿಲ್ಲ. ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಓ.ಆರ್.ಎಸ್. ಪುಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಸೋಡಿಯಂ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚು ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಗ್ಲೂಕೋಸ್‌ನಿಂದ ಬೇಧಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಕಡಿಮೆ ಸೋಡಿಯಂ ನಿರ್ಜಲತೆಯಿಂದಾದ ಸೋಡಿಯಂ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸದೇ ಇರುವುದರಿಂದ ಸಾವು ಉಂಟಾಗಬಹುದಾಗಿದೆ. ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾಲ್ ಎಂಬ ಜನಪ್ರಿಯ ಓ.ಆರ್. ಎಸ್. ಪುಡಿಯು ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸೂತ್ರವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ.

ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಂಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿಗಳು :

ಸಂಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿಗಳಿಂದಾಗಿ ಭಾರತದ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡು ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು ಔಷಧಿ ಘಟಕಗಳಿರುತ್ತದೆ. ಔಷಧಿ ಮಿಶ್ರಣಕ್ಕೆ ಯಾವ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಆಧಾರವೂ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಹಣ ಮಾಡುವುದೊಂದೆ ಆದರ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. - ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೀಗೆ ಹೇಳುತ್ತದೆ ''ಹೆಚ್ಚಿನ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳು ಒಂದೇ ಘಟಕದ ಔಷಧಿಯಾಗಿರಬೇಕು. ಔಷಧಿ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದಕ್ಕಿಂತ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಮಾಡಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿದಾಗ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಯೋಜನ ಎಂದು ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಸಮ್ಮಿಶ್ರಣ ಪ್ರಯೋಜಕ" (ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ತಾಂತ್ರಿಕ ವರದಿ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ 722). ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಿಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿಯ 270 ಔಷಧಿಗಳ ಪೈಕಿ ಕೇವಲ ಏಳು ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿಗಳಿವೆ!

ಎಲ್ಲಾ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಉಪಯುಕ್ತ ವಿಷ ಎಂದು ಕರೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಆದರೂ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಬೆಲೆ ತೆತ್ತಿ ಅನಗತ್ಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಗೆ ಲಾಭದಾಯಕವೆಂದು ಹೇಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಭಾರತದ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಿಂದ ಎಲ್ಲಾ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನಿಷೇಧಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. **ಈ ಒಂದು ಹೆಜ್ಜೆಯಿಂದ ಭಾರತೀಯ ಔಷಧಿ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿಯ ಅರಾಜಕತೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.**



ಬಳಸುವ ಔಷಧಿಗಳು - ಮಾತ್ರೆ, ಕ್ಯಾಪ್ಸೂಲ್, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಇತ್ಯಾದಿ

ಕೆಲವು ಕೂಡಲೇ ನಿಷೇಧಿಸಬೇಕಾಗಿರುವ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿಗಳು :

ಕೆಮ್ಮಿನ ದ್ರಾವಣಗಳು- ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕೆಮ್ಮಿನ ಔಷಧಿಗಳು ಅಸಂಮಜಸವಾಗಿವೆ.

ಅನೇಕ ಕೆಮ್ಮಿನ ದ್ರಾವಣದಲ್ಲಿ ಕೆಮ್ಮು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಹಾಗೂ ಕಫ ಹೊರಗೆ ಹಾಕುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಎರಡೂ ಗುಣಗಳು ತದ್ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಕೆಮ್ಮು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ, ಕೆಮ್ಮು ಕ್ರಮೇಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದರಿಂದ ಕೆಮ್ಮಿನ ಔಷಧಿಯಿಂದ ಕೆಮ್ಮು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಉಂಟಾಗಿ, ಕೆಮ್ಮಿನ ದ್ರಾಣಗಳನ್ನು ರೋಗಿಯೇ ಕೇಳುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗಿದೆ. ಬ್ರಿಟಿಶ್ ನ್ಯಾಷನಲ್ ಫಾರ್ಮುಲರಿ ಪ್ರಕಾರ ಕೆಮ್ಮು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವಾಗ ಉಂಟಾಗುವ ಆತಂಕವೆಂದರೆ, ಅದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸದೇ ಇರುವುದು - ಈ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೆಮ್ಮಿನಿಂದ ನಿದ್ದೆ ಕೆಟ್ಟಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು. ಅದೇ ವೇಳೆಗೆ ಕಫಯುಕ್ತ ಕೆಮ್ಮಿದ್ದಾಗ ಈ ಕೆಮ್ಮಿನ ಔಷಧಿಗಳಿಂದ ಅಪಾಯ ಉಂಟಾಗುವುದು. ಕೆಮ್ಮಿನ ಔಷಧಿಯಲ್ಲಿರುವ ಕಫ ಹೊರಹಾಕುವ ಔಷಧಿಗಳು ಅನುಮಾನಾಸ್ಪದ ಔಷಧಿಗಳು. ಇಂದು ದೊರಕುವ ಎಲ್ಲಾ ಕೆಮ್ಮಿನ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೂಲಂಕುಷವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು.

ವಿಟಮಿನ್ ಬಿ$_1$ ಬಿ$_6$ ಬಿ$_{12}$ ಸಂಮಿಶ್ರಗಳು: ನ್ಯೂರೋಬಿಯಾನ್: ಬಹುತೇಕ ಇನ್ನಾವ ಸಂಯುಕ್ತ ಔಷಧಿಯೂ ವಿಟಮಿನ್ ಬಿ$_1$ (ಥಯಾಮಿನ್) ಬಿ$_6$ (ಪೈರಿಡಾಕ್ಸಿನ್) ಹಾಗೂ ಬಿ$_{12}$ (ಸೈನಕೊಬಾಲ್ಮಿನ್)ನಷ್ಟು ಅಸಮಂಜಸವಿರಲಾರದು.

ಈ ವಿಟಮಿನ್‌ಗಳ ಕೊರತೆ ಇದ್ದಾಗ ಉಪಯೋಗ ಸಮಂಜಸ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ಮೂರು ವಿಟಮಿನ್‌ಗಳ ಕೊರತೆ ಒಂದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಸಮಯ ಉಂಟಾಗುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಈ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿ ಅಸಮಂಜಸ ಹಾಗೂ ಅಪ್ರಯೋಜಕ. ಈ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿಯ ಉಪಯೋಗವನ್ನು ಯಾವ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿಯೂ ತಿಳಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಈ ಸಮ್ಮಿಶ್ರಣದ ಅನೇಕ ಮಾತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದುಗಳು ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ದೊರಕುತ್ತವೆ. ಈ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ವೃದ್ಧಿಸುವ ಟಾನಿಕ್‌ಗಳೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗೂ ಅನೇಕ ನರರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇದು ಸಂಪೂರ್ಣ ಆಧಾರ ರಹಿತ.

ಬಾರ್ಬಿಚುರೇಟ ಹಾಗೂ ಆಸ್ತಮಾ ಔಷಧಿ (ಆಸ್‌ಮ ಪ್ಯಾಕ್ಸ್) : ಬಾರ್ಬಿಟುರೇಟ್ಸ ಎಂಬ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಹಿಂದೆ ನಿದ್ದೆ ಬರಿಸುವ ಔಷಧಿಗಳೆಂದು ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇಂದು ಹೊಸ ಔಷಧಿಗಳು ದೊರಕುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ, ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಕೇವಲ ಅಪಸ್ಮಾರ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಹಾಗೂ ಅರವಳಿಕೆಗೆ (ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮುನ್ನ) ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅದಲ್ಲದೆ ಈ ಔಷಧಿ ಉಪಯೋಗ ಔಷಧಿ ದುಶ್ಚಟ ಉಂಟು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಇಂದಿಗೂ

'ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ' ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಈ ಔಷಧಿ ಉಪಯೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಔಷಧಿ ವ್ಯಾಪಾರಿಗಳು ಜಾಗರೂಕತೆ ವಹಿಸಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ಈ ಔಷಧಿ ಅಷ್ಟು ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರಕುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಆಸ್ತಮಾ ಔಷಧಿಯೊಂದಿಗೆ ಬೆರೆಸಿ ಮಾರುತ್ತಿರುವುದು ವಿಪರ್ಯಾಸ. ಆಸ್ತಮಾ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿದಾಗ, ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಅಪಾಯ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಜೀವ ವಿರೋಧಕಗಳು: ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಜೀವವಿರೋಧಕಗಳು ಅಪಾರ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ದೊರಕುತ್ತವೆ. ಎರಡು ವಿಧವಾದ ಸಮ್ಮಿಶ್ರಣ, ಸಮಂಜಸ: 1 ಟ್ರೆಮೆಥೊಪ್ರಿಮ್ ಮತ್ತು ಸಲ್ಫಾ ಮೆಥಾಕ್ಸಝೋಲ್ (ಕೋಟ್ರೆಮೊಕ್ಸಝೋಲ್) 2. ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಔಷಧಿಗಳು. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲೂ ಈ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿಗಳು ಇವೆ. ಬೇರೆಲ್ಲ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಜೀವವಿರೋಧಕಗಳು ಅಪಾಯಕರ ಹಾಗೂ ದುಬಾರಿ. ಅನಗತ್ಯವಾಗಿ ಜೀವವಿರೋಧಕಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದರಿಂದ ಔಷಧಿ ಪ್ರತಿರೋಧ ಶಕ್ತಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದೊರಕುವ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಜೀವವಿರೋಧಕ: ಕ್ಲಾಕ್ಸಾಸಿಲಿನ್ ಹಾಗೂ ಅಮಾಕ್ಸಿಸಿಲಿನ್ ಅಥವಾ ಆಂಪಿಸಿಲಿನ್ ಔಷಧಿ.

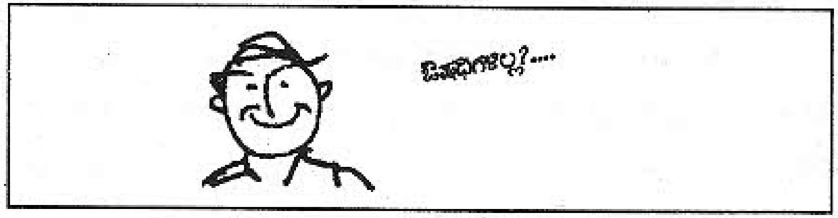
ಬೇರೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಯ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿಗಳು: ಬೇರೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಯಾದ ಆಯುರ್ವೇದ, ಸಿದ್ಧ, ಯುನಾನಿ ಹಾಗೂ ಕೋರಿಯನ್ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಆಧುನಿಕ ಔಷಧಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸೇರಿಸಿ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಇದು ಅಸಮಂಜಸ, ಅವೈಜ್ಞಾನಿಕ. ಈ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೂಡಲೆ ನಿಷೇಧಿಸಬೇಕು.

ಅಸಮಂಜಸ ಔಷಧಿ ಆದೇಶ

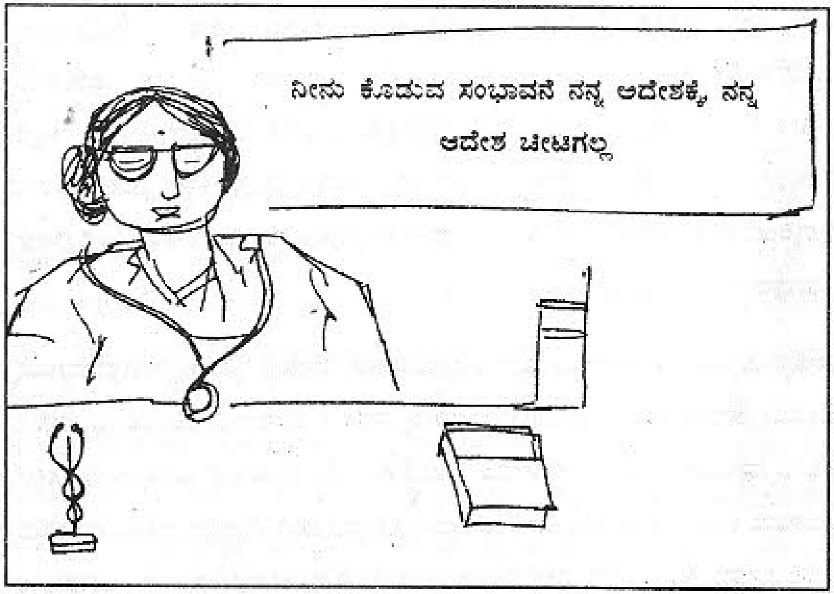
ಇಂದು ಅಸಮಂಜಸತೆ, ಅಪಾಯಕರ, ಅಸಂಮಸಜ ಔಷಧಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ, ಸಮಂಜಸ ಹಾಗೂ ಜೀವ ಉಳಿಸುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತಪ್ಪು ಬಳಸಿದರೂ ಅದರ ಉಪಯೋಗ ಅಸಮಂಜಸವೇ. ಇಂದು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ಸೋಂಕುರೋಗಗಳಿಗೆ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಉದಾ: ದುಬಾರಿ ಜೀವರೋಧಕಗಳು. ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿಯಲ್ಲದೆ ತಪ್ಪು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಒಂದೇ ಔಷಧಿಯ ಬದಲು ಹಲವಾರು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದೂ ಸಾಮನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ರೋಗದ ಕಾರಣವನ್ನು ವೈದ್ಯ ಅರಿಯದಿದ್ದಾಗ. ಜ್ವರವಿದ್ದ ರೋಗಿಗೆ ಟೈಫಾಯಿಡ್ ಹಾಗೂ ಮಲೇರಿಯಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಒಂದೇ ಬಾರಿಗೆ ಕೊಟ್ಟಂತೆ; ಆದರೂ ರೋಗಿಯ ವೈರಲ್ ಸೋಂಕು ತಂತಾನೆಯೇ ವಾಸಿ ಆಗುತ್ತದೆ. ಅನಗತ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಖರ್ಚು ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆ.

ಎಲ್ಲಾ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಔಷಧಿಗಳ ಅಗತ್ಯತೆ ಇಲ್ಲ, ಆದ್ದರಿಂದ ವೈದ್ಯರು ಔಷಧಿಯನ್ನು ಬರೆದುಕೊಡದಿದ್ದರೂ, ಕೇವಲ ಆದೇಶ ಕೊಟ್ಟರೂ, ರೋಗಿ ಸಂತೋಷ ಪಡಬೇಕು. ಅನೇಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ತಂತಾನೆ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಅಂದರೆ ದೇಹವೇ ಔಷಧಿ ಇಲ್ಲದೆ ಗುಣಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು, ದುಬಾರಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಬರೆದುಕೊಡುವ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಪ್ರಭಾವಿತರಾಗಬೇಡಿ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ತರಹ ಬರೆದುಕೊಡುವ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ರೋಗ ಯಾವುದೆಂದು ತಿಳಿದಿರುವುದೇ ಇಲ್ಲ.

ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ರೋಗಿಗೂ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯರಿಗೂ ಪ್ರಿಯವಾಗಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಕೊಡುವ ಅಗತ್ಯತೆ ಇಲ್ಲ, ಎಲ್ಲ ಔಷಧಿಗಳು ಮಾತ್ರೆ, ದ್ರಾವಣ ರೂಪದಲ್ಲಿ ದೊರಕುತ್ತದೆ. ಮಾತ್ರೆ ಅಥವಾ ದ್ರಾವಣದ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ಔಷಧಿ 15 ನಿಮಿಷದಿಂದ ಎರಡು ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ, ಆದರೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಿನ ಔಷಧಿ ಬೇಗ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದಾಗಿದೆ. ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಬೇಗ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಎಲ್ಲ ಬಾರಿಯೂ ಅದರ ಅಗತ್ಯತೆ ಇಲ್ಲ. ಆದರೆ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದಿನಿಂದ ನಷ್ಟವೇ ಜಾಸ್ತಿ. ದುಬಾರಿ, ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳಾದ (ಕೆಲವು ಮರಣಾಂತಿಕ), ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಕೊಟ್ಟ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಕೀವು ತುಂಬುವುದು. ಏಡ್ಸ್ ಹಾಗೂ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ರೋಗ ಹರಡುವುದು ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಲ್ಲವೇ?



ಇನ್ನೊಂದು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಲ್ಪಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆಂದರೆ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಸೇರಿಸುವ ಗ್ಲುಕೋಸ್ ನೀರು, ಉಪ್ಪಿನ ನೀರು ಇತ್ಯಾದಿ. ಸುಸ್ತು, ಜ್ವರ, ಬೇಧಿ ಉಂಟಾದಾಗ (ನಿರ್ಜಲತೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ರೂ) ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯನ್ನು ಜ್ಞಾನತಪ್ಪಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ(ರೋಗಿಗೆ), ವಾಂತಿ ಇದ್ದಲ್ಲಿ, ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಕೊಡಬಹುದಾಗಿದೆ.



ರೋಗಿಗೆ ನಿರ್ಜಲತೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ಅಂತರಿಕ ಆಘಾತವಾದಾಗ, ಕಾಲರಾ ರೋಗವಿದ್ದಾಗ, ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ತುರ್ತಾಗಿ ಕೊಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ರೋಗಿಗೆ ಜ್ಞಾನವಿದ್ದು, ಅಷ್ಟೇನು ನಿರ್ಜಲತೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗೆ ವಾಂತಿ ಇಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ರಕ್ತನಾಳದ ಮೂಲಕ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಕೊಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಏನೂ ಇಲ್ಲ. ವೈದ್ಯರು ಒಂದು ಬಾಟಲಿ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ರಕ್ತನಾಳದ ಮೂಲಕ ಕೊಡಲು 100 ರಿಂದ 200 ರೂ.ಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಈ ಬಾಟಲಿನಲ್ಲಿ ನೀರು, ಸಕ್ಕರೆ ಹಾಗೂ ಉಪ್ಪು ಇರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಅದರ ಒಟ್ಟು ಬೆಲೆ ಒಂದರಿಂದ ಎರಡು ರೂಪಾಯಿಗಳು ಮಾತ್ರ. ಬಾಯಿಯ ಮೂಲಕ ಸಕ್ಕರೆ ಉಪ್ಪು ದ್ರಾವಣವನ್ನು ಕುಡಿಯಲು ಸಾಧ್ಯವಿದ್ದಾಗ, ರಕ್ತನಾಳದ ಮೂಲಕ ಕೊಡುವುದು "ದುಬಾರಿ ತಪ್ಪು" ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು!

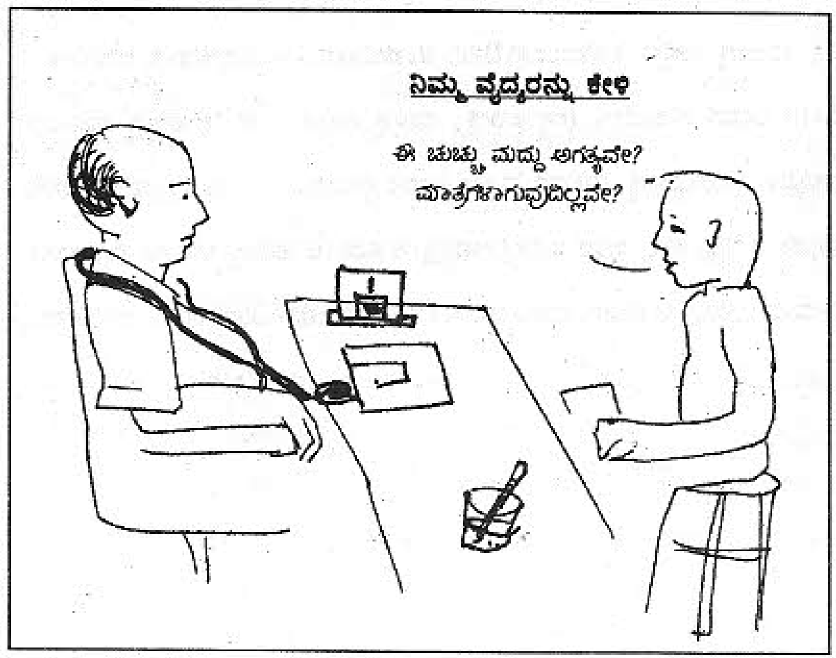
ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯನ ಹತ್ತಿರ ರೋಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಾಗ ರೋಗಿಗೆ, ಕೊಡುವ ಆದೇಶ ಚೀಟಿ ಕೆಲವು ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೊಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

1. ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು, ವಯಸ್ಸು, ಲಿಂಗ, ಇತ್ಯಾದಿ.
2. ರೋಗಿಗೆ ಇರಬಹುದಾದ ಕಾಯಿಲೆ ಮಾಹಿತಿ, ನಾಡಿ ಹೊಡೆತ, ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ, ಇತ್ಯಾದಿ.
3. ರೋಗಿಯ ಕಾಯಿಲೆ.

4. ಔಷಧಿಯ ಹೆಸರು, ಪ್ರಮಾಣ, ಎಷ್ಟು ದಿನದವರೆಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು(ವೈದ್ಯನೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೊಟ್ಟರೂ ಈ ಮಾಹಿತಿ ಕೊಡಬೇಕು), ಇತ್ಯಾದಿ.
5. ವೈದ್ಯನ ಸಹಿ.

ಅನೇಕ ಬಾರಿ ವೈದ್ಯ ಆದೇಶ ಚೀಟಿ ಕೊಡುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಹಾಗೂ ಕೊಟ್ಟರೂ ಆ ಚೀಟಿ ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಹೊಂದಿರುವದೇ ಇಲ್ಲ. ರೋಗಿಯ ಹತ್ತಿರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ದಾಖಲೆ ಇಲ್ಲದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗೆ ತುರ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡಬೇಕಾದರೆ, ರೋಗಿಯ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ತೀರ್ಮಾನಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಲು ದಾಖಲೆ ಅತ್ಯಗತ್ಯ ಹಾಗೂ ದಾಖಲೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಅಪಾಯಕರವೂ ಆಗಬಹುದಾಗಿದೆ. ದಾಖಲೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಬೇರೆ ವೈದ್ಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಇನ್ನೊಂದು ಅಪಾಯಕರ ಪರಿಪಾಠವೆಂದರೆ ಔಷಧಿ ಆದೇಶ ಚೀಟಿ ಇಲ್ಲದೆ, ಔಷಧಿ ಅಂಗಡಿಗಳಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳು ಪಡೆಯುವುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೆಲವೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು (ಪೆರಸಿಟಮಾಲ್/ಆಸ್ಪಿನ್)



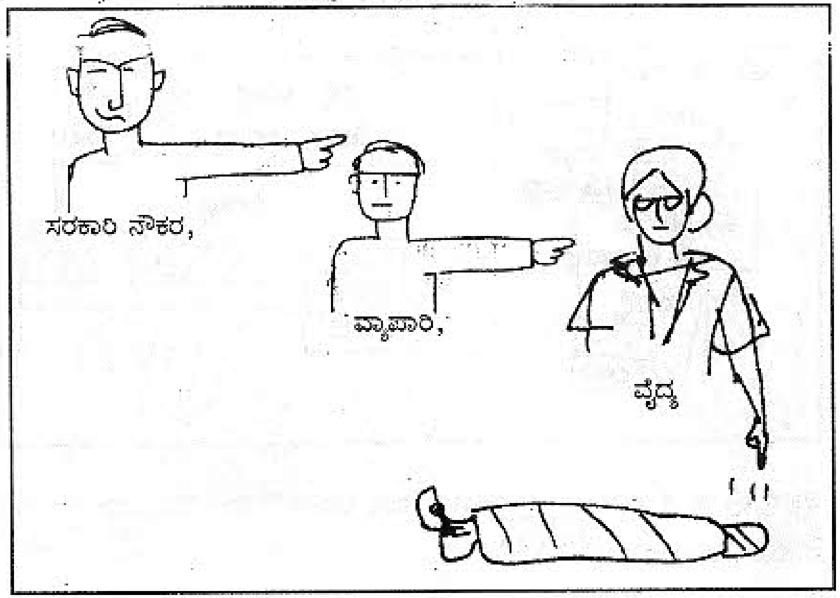
ಆದೇಶ ಚೀಟಿ ಇಲ್ಲದೆ ಮಾರಬಹುದಾದರೆ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಮಾರಾಟ ಮಾಡಲು ಕಾನೂನಿನ ಪ್ರಕಾರ ನೊಂದಣಿ ಹೊಂದಿದ ವೈದ್ಯನ ಆದೇಶ ಚೀಟಿ ಅಗತ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಔಷಧಿ ಆದೇಶ ಚೀಟಿ ಇಲ್ಲದೆ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೊಂಡುಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಪಾಯಕರ. ಕಾರಣ ಔಷಧಿಯಿಂದಾಗುವ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು. ಔಷಧಿ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಕೆಲವು ನಿಯಮಗಳು ಇರುತ್ತವೆ, ಹಾಗೂ ಔಷಧಿ ವ್ಯಾಪಾರಿ ಇವುಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ತಿಳಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಸಮಂಜಸ ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮುಂದುವರೆಯಲು ಕಾರಣ ಸರಕಾರ, ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಗಳು, ವೈದ್ಯರು, ಔಷಧಿ ವ್ಯಾಪಾರಿಗಳು, ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸದೇ ಇರುವುದರಿಂದ. ಔಷಧಿಗಳು ಜೀವ ಉಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ ಹಾಗೂ ಉಪಯೋಗಿಸಲು ಬೇಜವಾಬ್ದಾರಿ ತೋರಿಸಿದಲ್ಲಿ ಅಪಾಯ ಉಂಟುಮಾಡಲೂ ಸಾಧ್ಯ. ವೃದ್ಧರಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ 20-30 ಪ್ರತಿಶತ ರೋಗಗಳು ಔಷಧಿ ದುರುಪಯೋಗದಿಂದ ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ರೋಗ ನಿಧಾನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಸಮಂಜಸ ಉಪಯೋಗ :

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಅಸಮಂಜಸ ಔಷಧಿ ಉಪಯೋಗದ ನಿರೂಪಣೆಯನ್ನು ಅಸಮಂಜಸ ರೋಗ ನಿಧಾನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ (ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಎಕ್ಸ್‌ರೇ ಪರೀಕ್ಷೆ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಇತ್ಯಾದಿ) ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬಳಸಿದರೆ 'ರೋಗ ನಿಧಾನ ಸೌಲಭ್ಯದ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಲಾಭ ಇಲ್ಲದೇ ಇದ್ದಲ್ಲಿ, ಅಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇದ್ದಲ್ಲಿ, ಅಥವಾ ಆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅಪಾಯಕರ ಹಾಗೂ ದುಬಾರಿಯಾದಲ್ಲಿ, ಆ ರೋಗ ನಿಧಾನ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಸಮಂಜಸ ಎಂದು ಕರೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ.

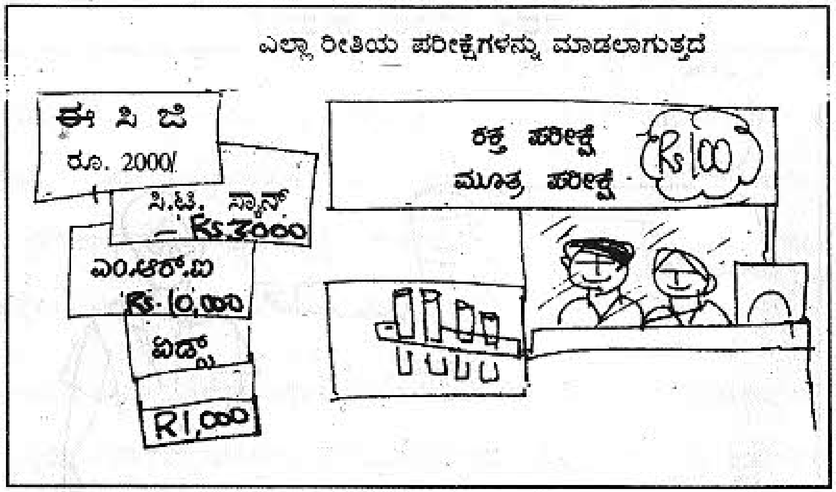
ಇದಕ್ಕೆ ಯಾರು ಕಾರಣ?



ಜನರಿಗೆ ಅಸಮಂಜಸ ಔಷಧಿ ಉಪಯೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾಹಿತಿ ಇದೆ. ಆದರೆ ಅಸಮಂಜಸ ರೋಗ ನಿಧಾನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಉಪಯೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ವಲ್ಪವೂ ಮಾಹಿತಿ ಇರದೇ ಇರುವುದು ವಿಷಾದಕರ.

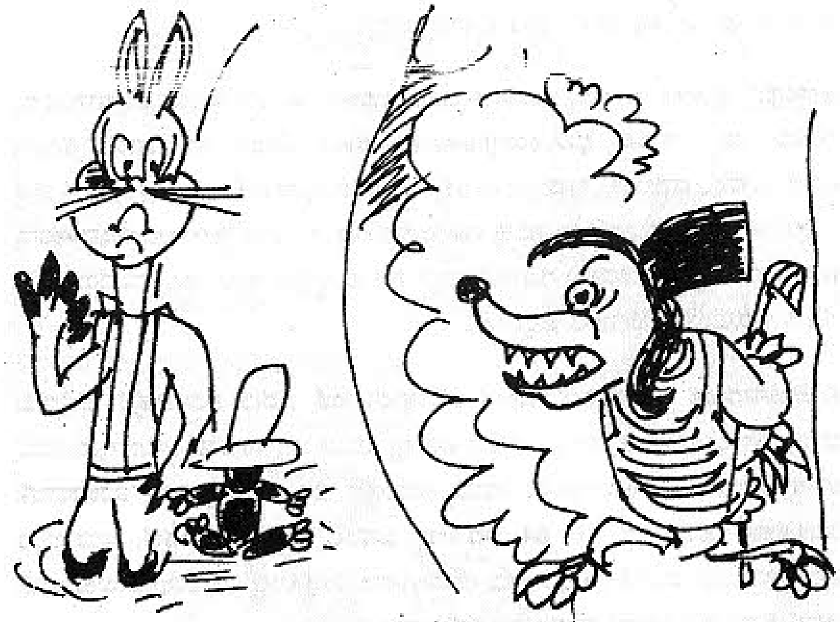
ಒಂದು ಅನಗತ್ಯ ಸಿ.ಟಿ.ಸ್ಕ್ಯಾನ್ ಮಾಡಿಸುವುದು ಸುಮಾರು 200 ಬಾಟಲಿ ಅನಗತ್ಯದ ಟಾನಿಕ್ ಉಪಯೋಗಿಸಿದಂತೆ ಎಂದು ಜನರು ತಿಳಿಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಪಟ್ಟಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಎಷ್ಟೆಂದು ಅರಿಯ ಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಇಷ್ಟೊಂದು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಏಕೆಂದರೆ, ವೈದ್ಯರು ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಕೂಲಂಕುಷವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ. ವೈದ್ಯರೂ ಟಾರ್ ಮಗುವಿನ ಲಕ್ಷಣಕೂಟದಲ್ಲಿ (Tar Baby Syndrome) ಭಾಗಿಗಳಾಗುತ್ತಾರೆ.

ಏನಿದು ಟಾರ್ ಮಗುವಿನ ಲಕ್ಷಣಕೂಟ? (ಟಾರ್ ಅಂದರೆ ಡಾಂಬರ್) ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳು ಟಾರ್ ಮಗುವಿನ ಲಕ್ಷಣಕೂಟದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು 1986 ರಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ನ್ಯೂ ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಮೆಡಿಸನ್ ಎಂಬ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪತ್ರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಒಂದು ಘಟನೆ ಹಲವಾರು ಘಟನೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿ, ಜಲಪಾತದಂತೆ ತಂತಾನೇ ಮುಂದೆ ಹೋಗುವ, ಅಥವಾ ಹಿಮವಾಗಿ ಗುಡ್ಡದಿಂದ ಕೆಳಗುರುಳುವಂತೆ ಇರುವ



ಘಟನೆ ಈ ಟಾರ್ ಮಗುವಿನ ಲಕ್ಷಣಕೂಟ. ಇದಕ್ಕೆ ಆಧಾರ "ಬ್ರೆರ್ ಮೊಲ ಹಾಗೂ ಟಾರ್ ಮಗುವಿನ ಜಾನಪದ ಕಥೆ".

ಕಥೆ: ಒಂದು ದಿನ ಬ್ರೆರ್ ನರಿ ಟಾರ್ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಂಡು ಒಂದು ಟಾರ್ ಮಗುವಿನ ಬೊಂಬೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿತು. ಆ ಬೊಂಬೆಗೆ ಒಂದು ಟೋಪಿ ಹಾಕಿ ಅದನ್ನು ಹಾದಿಯ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಇಟ್ಟಿತು. ಹಾಗೂ ತಾನು ಒಂದು ಗಿಡದ ಹಿಂದೆ ಬಚ್ಚಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ತಮಾಷೆ ನೋಡುತ್ತಾ ನಿಂತಿತು. ಅದೇ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಬ್ರೆರ್ ಮೊಲ ಬಂದಿತು. ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ನಿಂತಿದ ಮಗುವನ್ನು ನೋಡಿ ನಮಸ್ಕರಿಸಿತು. ಆದರೆ ಆ ಮಗು ಉತ್ತರಿಸಲಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಮೊಲ ಆ ಮಗುವಿಗೆ ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ನಮಸ್ಕರಿಸಿತು. ಕೊನೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ಉತ್ತರ ಬರದೇ ಇದ್ದುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ ಆ ಮಗುವಿನ ಅಸಭ್ಯ ವರ್ತನೆಯಿಂದ ಬೇಸರಗೊಂಡು, ಆ ಮಗುವಿನ ಮುಖಕ್ಕೆ ಗುದ್ದಿತು. ಆದರೆ ಮೊಲದ ಕೈಗೆ ಟಾರ್ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿತು. ಮೊಲ ಇನ್ನೊಂದು ಕೈಯಿಂದ ಮುಖಕ್ಕೆ ಗುದ್ದಿದಾಗ ಇನ್ನೊಂದು ಕೈಗೂ ಟಾರ್ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿತು. ನಂತರ ಕಾಲಿನಿಂದ ಆ ಮಗುವಿನ ಗೊಂಬೆಗೆ ಒದ್ದಾಗ, ಕಾಲಿಗೂ ಟಾರ್ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿತು. ಮೊಲಕ್ಕೆ ಆ ಟಾರ್ ಬಿಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಆಗಲಿಲ್ಲ.



ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ ಹೇಗೆ ಈ ಪ್ರವಾಹ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ? ವೈದ್ಯ ಅಥವಾ ರೋಗಿಗೆ ನಿರಾಶೆಯಾದಾಗ ಅವನ ಮನಸ್ಸು ಬೊಂಬೆಗೆ ಒದ್ದು ಗೊಂದಲಕ್ಕೀಡಾದ ಮೊಲದ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೋಲುತ್ತದೆ. ಆಗ ಮಾನಸಿಕ ನೆಮ್ಮದಿ ಹೊಂದಲು ವೈದ್ಯ ಅನೇಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಬರೆದುಕೊಡುತ್ತಾನೆ. ಅಥವಾ ರೋಗಿ ಅನೇಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಬರೆಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ. ನಂತರ ಅದು ಇನ್ನೂ ಅನೇಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಎಡೆ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಅನುಪಯುಕ್ತ ಹಾಗೂ ದುಬಾರಿಯಾಗಿರಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಸಿದ್ಧ ಪಡಿಸುವ ಮಿಥ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಅದರಲ್ಲೂ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಅರಿವಿರಬೇಕು. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ವೈದ್ಯರು ವಿಶೇಷ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ, ಹೊಸ ಖಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವ ನೆಪದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

ಕೆಲವೇ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ರೋಗವಿದೆಯೆಂದು ಸಿದ್ಧ ಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಹೆಚ್ಚಿನ ರೋಗ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ರೋಗವಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಸೂಚಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಪ್ರತಿಶತ 95 ಜನರಲ್ಲಿ ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದಾಗ 'ಸಾಮಾನ್ಯ ಫಲಿತಾಂಶ' ಉಂಟು (Normal) ಎಂದು ವರದಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿದಾಗಲೂ

ಸಾಮಾನ್ಯ ಫಲಿತಾಂಶಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವ ಕೊಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ಅದರರ್ಥ ಪ್ರತಿಶತ 5 ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಜನರಲ್ಲಿ ಈ ಫಲಿತಾಂಶ ಭಿನ್ನವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಹುಸಿ ಸಕಾರ ಫಲಿತಾಂಶ(False Positive) ಎಂದು ಕರೆಯುವರು. ರೋಗ ವಿರಳವಾಗಿದ್ದು, ದಶಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ಕೇವಲ ಒಬ್ಬರಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವುದಾದರೆ, ಅವರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಈ ತರಹದ ಮಾಮೂಲು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ, ಸುಮಾರು 5000 ಆರೋಗ್ಯವಂತರನ್ನು (ಒಂದು ದಶಲಕ್ಷದ ಶೇ.5ರಷ್ಟು) ರೋಗಿಗಳನ್ನಾಗಿ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುತ್ತದೆ. ಇದು ಹುಲ್ಲು ಮೆದೆಯಲ್ಲಿಯ ಸೂಜಿ ಇರುವಂತಹ ಜೀವಂತ ಸನ್ನಿವೇಶ!

ವಿವೇಚನಾರಹಿತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ರೋಗ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವಂತೆ ವರದಿ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಹನ್ನೆರಡು ಜೀವ ರಾಸಾಯನ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದ ಪರೀಕ್ಷಾ ಯಂತ್ರ ಶೇ. 46 ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯವಂತರಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಟ ಒಂದು ಹುಸಿ ಸಕಾರ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. **20 ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದಾಗ, ಹುಸಿಸಕಾರ ಫಲಿತಾಂಶ ಶೇ. 64 ಆರೋಗ್ಯ ಜನರಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ.** ಇದು ಬೇರೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಎಡೆ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತವೆ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆಯ ಉದ್ಯಮಕ್ಕೆ ಲಾಭದಾಯಕವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಅದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ಜನರಿಗೆ ಅಪಾಯ.

ಸರಳ ಸತ್ಯವೇನೆಂದರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿ, ಟಾರ್ ಕಥೆಯಲ್ಲಿಯಂತೆ ಒಂದು ಟಾರ್ ಮಗುವಿನ ಬೊಂಬೆಯ ಸಂಭಾವ್ಯವುಳ್ಳ ಅಪಾಯಕರ ಹಾದಿ. ಒಮ್ಮೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದರೆ ಅನಗತ್ಯವಾಗಿ ಹಲವಾರು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಪರೀಕ್ಷೆ ಯಾವಾಗಲೂ ಒಳ್ಳೆಯದು ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಅರ್ಥವಿಲ್ಲದ್ದು.

ವಿವೇಕ ಹಾಗೂ ದೂರದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಕೂಡಿದ ರೋಗ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು

ರೋಗಿಯನ್ನು ರೋಗಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಕಳಿಸುವ ಮುನ್ನ ವೈದ್ಯ ತನಗೆ ತಾನೇ ಕೆಲವು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು

1. ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶ ನನಗೆ ಸಹಾಯಕವಾಗಬಹುದೇ?

   ಅ. ರೋಗವನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಲು/ಸ್ಥಾಪಿಸಲು ಸಹಾಯಕವೇ?

   ಆ. ರೋಗ ಇಲ್ಲವೆಂದು ತೀರ್ಮಾನಿಸಲು ಸಹಾಯಕವೇ?

   ಇ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಸಾಧ್ಯವೆ?

   ಈ. ಗುಣಹೊಂದುವಿಕೆಯನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವೇ?

   ಉ. ರೋಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು/ರೋಗ ಇರಲು ಸಾಧ್ಯವೇ ಎಂದು ಊಹೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವೇ?

2. ನಾನು ಈ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಅಪೇಕ್ಷಿಸುವ ವೈಪರಿತ್ಯ ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆಯೇ?

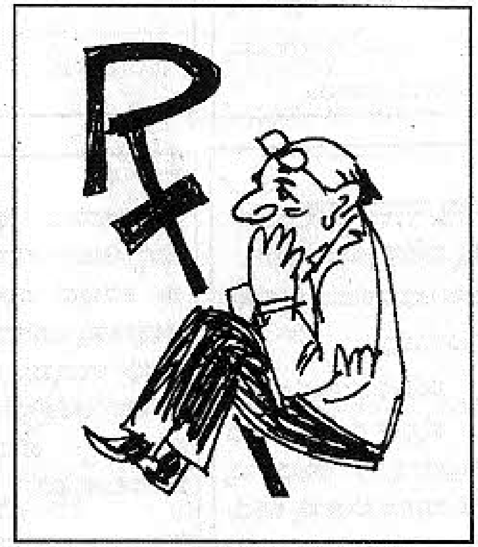
   ಅ. ರೋಗಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಕಂಡುಬರದೇ, ದೇಹದಲ್ಲಿದೆಯೇ ಇರುವ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಕಂಡು ಹಿಡಿಯಲು ಸಾಧ್ಯವೇ?

   ಆ.ರೋಗಿಯ ದೇಹದಲ್ಲಿದ್ದು ರೋಗಿಗೆ ಅಪಾಯ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತಿದೆಯೇ?

   ಇ. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡದೇ ಕೇವಲ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿಡಬಹುದಾಗಿದೆಯೇ?

   ಈ ಪರೀಕ್ಷೆ ದುಬಾರಿ ಹಾಗೂ ಅಪಾಯಕರವಾದ್ದರಿಂದ, ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಯೋಗ್ಯವೇ?

3. ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಸುರಕ್ಷಿತ, ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನ ಉಪಾಯ ಇದೆಯೇ?



ಈ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನೆಲ್ಲ ಗಮನಿಸಿದ ನಂತರ, ಉತ್ತರ ನಕಾರವಿದ್ದಲ್ಲಿ ರೋಗ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಲ್ಲ. ಉತ್ತರ ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾದಲ್ಲಿ, ಪರೀಕ್ಷೆ ಲಭ್ಯವಿದ್ದು, ರೋಗಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾದಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಸಮಂಜಸತೆ ಹಾಗೂ ಖರ್ಚು-ಅಪಾಯ-ಲಾಭದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ

ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆಯ ವಿಧಾನದ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಅದರ ಲಾಭ, ಅಪಾಯ ಹಾಗೂ ಖರ್ಚಿನ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು. ಲಾಭವನ್ನು ಅಪಾಯವನ್ನು ಹೋಲಿಸಿ ತೀರ್ಮಾನಿಸಬಹುದು. ತಿಳುವಳಿಕೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿ(ರೋಗಿ)ಯೂ ಈ ತೀರ್ಮಾನಕ್ಕೆ ಬರಲು ಸಾಧ್ಯ. ವೈದ್ಯರು ರೋಗಿಗೆ ತೀರ್ಮಾನಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಬೇಕೆ ಹೊರತು ಅಧಿಕಾರದಿಂದ ಒತ್ತಾಯಿಸಬಾರದು.

ವರ್ಗ 1

ಅ. ಕಡಿಮೆ ಅಪಾಯ ಕಡಿಮೆ ಲಾಭ

ಆ. ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಲಾಭ

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ವರ್ಗದಲ್ಲಿ ಇರುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಮಾಮೂಲಾಗಿ ಮಾಡುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು 'ಏಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬಾರದು' ಹಾಗೂ 'ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಲ್ಲೇನೂ ಅಪಾಯವಿಲ್ಲ' ಹಾಗೂ 'ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚಾಗುವುದಿಲ್ಲ' ಎಂದು ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಜನರು, ರೋಗಿಯನ್ನು ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಪುಸಲಾಯಿಸುತ್ತಾರೆ.

ವರ್ಗ 2

ಅ. ಕಡಿಮೆ ಅಪಾಯ- ಹೆಚ್ಚು ಲಾಭ

ಆ. ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚು-ಹೆಚ್ಚು ಲಾಭ

ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವುದು ಸುರಕ್ಷ ಹಾಗೂ ಪ್ರಯೋಜಕ.

ವರ್ಗ 3

ಹೆಚ್ಚು ಅಪಾಯ - ಹೆಚ್ಚು ಲಾಭದಾಯಕ

ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು - ಹೆಚ್ಚು ಲಾಭದಾಯಕ

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ಆಧುನಿಕ ಚಮತ್ಕಾರಗಳು ಈ ವರ್ಗದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವವು.

ಕಸಿ ಮಾಡುವುದು ನೆರವಿನ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ

ಭ್ರೂಣದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಔಷಧಿ

ಜಾಹೀರಾತಿನಲ್ಲಿ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಲಾಭವನ್ನು ವೈಭವೀಕರಿಸಿ, ಅಪಾಯ ಹಾಗೂ ಖರ್ಚನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿ ತೋರಿಸುವರು. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವವರು, ಈ ಪರೀಕ್ಷೆ/ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಅಪಾಯದ ಹಾಗೂ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆಂದು ತಪ್ಪಾಗಿ ಗುರುತಿಸುವರು. ಒಮ್ಮೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಖರ್ಚು ಹಾಗೂ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳುಂಟಾದಾಗಲೇ ರೋಗಿಗೆ ಅದರ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗುವುದು.

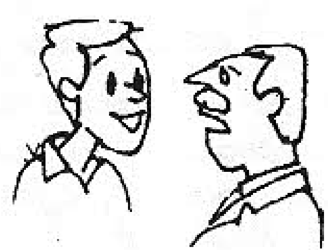
ಕೋರ್ಟ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡಬರುವ ಮೊಕದ್ದಮೆಗಳು ಈ ರೀತಿ ತಪ್ಪಾಗಿ ಗುರುತಿಸುವುದರಿಂದಲೇ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಪರೀಕ್ಷೆಗಿಂತ ಮೊದಲೇ ರೋಗಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಕೊಟ್ಟಲ್ಲಿ ಈ ಅನಾಹುತಗಳನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಬಹುದು

ವರ್ಗ 4

ಹೆಚ್ಚು ಅಪಾಯ - ಕಡಿಮೆ ಲಾಭ

ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು- ಕಡಿಮೆ ಲಾಭ

ಈ ತರಹದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನಿಷೇಧಿಸಬೇಕು ಔಷಧಿ ಉದ್ಯಮ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಇಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಜನರಿಗೆ ನೀಡುತ್ತಾ ಹೆಚ್ಚು ಲಾಭ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ.



ನಾಲ್ಕನೇ ವರ್ಗದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲೇಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸಕ ಬೇರೆ ಯಾವ ವಿಧಾನವಿದೆ ಎಂದು ಪ್ರಶ್ನಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಸಮರ್ಥಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ಅಸಾಧ್ಯದ ಮನವೊಲಿಸಿ, ತಾಂತ್ರಿಕ ಅಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. (ಡಬ್ಲು. ಎ. ಸಿಲ್ವರ್ ಮನ್, ಪರ್‌ಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್ ಇನ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಅಂಡ್ ಬಯಾಲಜಿ 1995;38; 48-95). ಇದರಿಂದ ಕೆಟ್ಟ ನೀತಿಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತವೆ. **ಅನೇಕ ರೋಗಗಳ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ತಳ್ಳಿಹಾಕಲು ಅನಗತ್ಯವಾಗಿ ಅನೇಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ರೋಗ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಮಾಡುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕೂಲಂಕುಶವಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದರ ಬದಲು ರೋಗ ಇರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ತಳ್ಳಿಹಾಕುವುದು ಅನೈತಿಕ.**

ಅಸಮಂಜಸ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಅಂಶಗಳು

ಯಾಕೆ, ಇಷ್ಟೊಂದು ತರಬೇತಿಯಾದ ವೈದ್ಯರಿಂದಲೂ ಅಸಮಂಜಸ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿವೆ? ಸಮಂಜಸ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಏನು ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ? ಕೆಳಗೆ, ಅಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಆರು ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಹೇಗೆ ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

1. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾದರಿಗಳು ಸಮಂಜಸತೆಯನ್ನು ನಾಶಮಾಡುತ್ತವೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಮಾಡುವವರು, ಆಗಾಗ ಕೆಲವು ರೋಗದ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ರೋಗಿಯ ಮೇಲೆ ಹೇರುತ್ತಾರೆ. ಇತರೇ ವೈದರು ಹೀಗೆ ಮಾಡುವಾಗ, ತಾವು ಮಾಡದಿರುವುದು ಸಂಪ್ರದಾಯದ ವಿರುದ್ಧ ಎಂದು ಅವರು ನಂಬುತ್ತಾರೆ. ಡಾ. ಬಿರಮ್ ಖ್ಯಾತಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಸ ಪತ್ರಿಕೆಯಾದ ನ್ಯೂ ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಮೆಡಿಸಿನ್‌ನಲ್ಲಿ (New England Journal of Medicine 1987 317; 1220, 1987) ಕೆಲವು ಉದಾಹರಣೆಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.

ಅ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು - ನಿಮೋನಿಯಾ ರೋಗಕ್ಕೆ ಮೂರನೇಯ ಸಂತತಿಯ ಸೆಫೆಲೋಸ್ಪೋರಿನ್ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದು ಅನಗತ್ಯ, ದುಬಾರಿ.

ಆ. ಕಾಯಿಲೆಗಳು - ಕ್ರಾನಿಕ್ ಫಟೀಗ್ ಸಿಂಡ್ರೋಮ್ (Chronic Fatigue Syndrome) ಇಂದು ಈ ಹೆಸರಿನ ರೋಗವನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಗುರುತಿಸುವುದಿಲ್ಲವಾದರೂ ಕೆಲವರು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ರೋಗ ಆಗಿದೆಯೆಂದು ಹೇಳುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

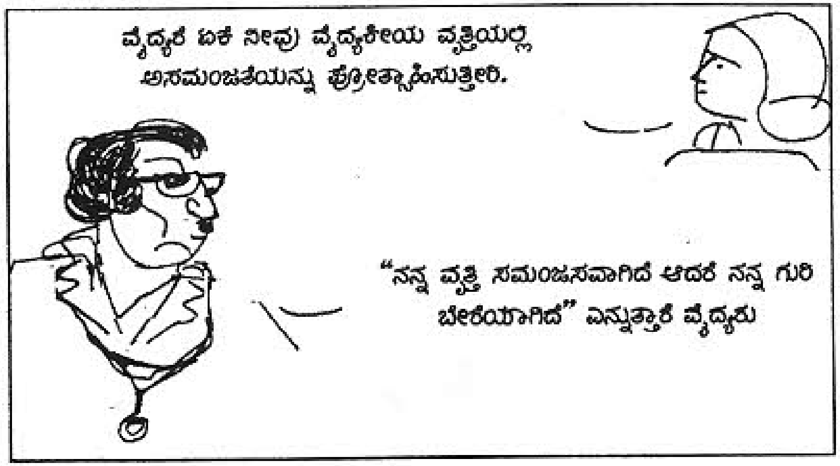
೯. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ - ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಗ್ರಂಥಿಯನ್ನು(Tonsillectomy) ತೆಗೆದು ಹಾಕುವುದು. ಇಂದಿನ ಸಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಹೊಸ ಜಗತ್ತಿನ ಸಾಮೂಹಿಕ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

2. ಆರ್ಥಿಕ ಒತ್ತಡಗಳು ಸಮಂಜಸತೆಯನ್ನು ನಾಶ ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ಬರ್ನಾರ್ಡ್ ಷಾ ಒಬ್ಬ ತತ್ವಜ್ಞಾನಿ. ಅವರಿಗೆ ವೈದ್ಯನ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆ ಬಗ್ಗೆ ಪರಿಜ್ಞಾನವಿದ್ದಿತು. ಅವರು 1906ರಲ್ಲಿ ಬರೆದ ಪುಸ್ತಕವಾದ: ವೈದ್ಯನ ಗೊಂದಲದಲ್ಲಿ (Doctor's Dilemma) ಹೀಗೆ ಮುನ್ನುಡಿ ಬರೆದಿದ್ದಾರೆ·

> *''ಮರ್ಯಾದೆ ಹಾಗೂ ಆತ್ಮಸಾಕ್ಷಿ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಇತರರಷ್ಟೇ, ಹೆಚ್ಚಲ್ಲ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆ ಇಲ್ಲ''*
>
> *''ವೈದ್ಯರು ಅನಗತ್ಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಹಣ ಬರುವಾಗ, ಕಾಯಿಲೆಯ ಸಮಯವನ್ನು ಅನಗತ್ಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ನಂಬುವುದು ಹಾಗೂ ಆರೋಪಿಸುವುದು, ಅವೈಜ್ಞಾನಿಕವಲ್ಲ''*

ಅನೈತಿಕವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಹಣ ಗಳಿಸುವ ಆತಂಕ, ವ್ಯಾಪಾರಸ್ಥರ ಹಣ ಹೂಡಿಕೆಯಿಂದ ನಡೆಸಲಾಗುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಡಾ। ಸೇತೂರಾಮನ್ ಪಾಂಡಿಚೆರಿಯ ಜಿಪಮರ್‌ನಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರದ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು. ಅವರ ಶಿಷ್ಯ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗೆ ತಿಳಿಸಿದ ವಿಷಯವನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ."ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ಮಹಿಳೆಗೂ ತಿಂಗಳ ನಂತರದ ಹದಿನೈದು ದಿವಸದಲ್ಲಿ ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆಯಾಗಲು ಸಾಧ್ಯವಿರಲಿಲ್ಲ. ಕಾರಣ ಆಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಬ್ಯಾಂಕಿಗೆ ಕೊಡಬೇಕಾದ ಕಂತನ್ನು ಕೊಡಲು ಹಣ ಸಂಗ್ರಹಣೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ, ಇದೇ ತರಹದ ಯಾವುದೇ ರೋಗಿಗೆ ಎದೆ ನೋವು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ಅವರನ್ನು ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಕನಿಷ್ಟ ಐದು ದಿನ ದಾಖಲಿಸಿ ರೋಗಿಯ ಹತ್ತಿರ ಹಣ ಇಲ್ಲದಾಗುವವರೆಗೂ ಅಥವಾ ಅವರೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಹೊರಗೆ ಬರುವವರೆಗೆ ಅವರನ್ನು ಇಡಲಾಗುತ್ತದೆ" ಈ ನೀತಿಯನ್ನು ವೈದ್ಯ ಪ್ರಶ್ನಿಸಿದಾಗ, ಆಡಳಿತ ಅವನನ್ನು ಸುಮ್ಮನಿರಲು ಅಥವಾ ಬಿಟ್ಟು ಹೋಗಲು ಆಜ್ಞಾಪಿಸಿತು. ಆ ವೈದ್ಯ ಅಲ್ಲಿಯ ಆ ನೀತಿಯನ್ನು ತಡೆಯಲಾರದೆ ಹೊರಬಂದ. ಇಂದು ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರು ಹೇಳುವುದೇನೆಂದರೆ "ರೋಗಿಗೆ ವೈದ್ಯನ ಗಮನ ಸೆಳೆಯಲು ಆಸೆ, ನಮಗೆ ನಮ್ಮ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಆಸೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಉದ್ಯಮಕ್ಕೆ ತಮ್ಮಲ್ಲಿ ಹಣಹೂಡಿದವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಲಾಭಾಂಶವನ್ನು ಗಿಟ್ಟಿಸುವ ಆಸೆ. ಇದು ಎಲ್ಲರೂ ಗೆಲ್ಲುವ ಸನ್ನಿವೇಶ". ಇದೊಂದು ವಿಷ ವರ್ತುಲದ ವಾದ. ಅಂದ ಮೇಲೆ ಒಬ್ಬ ದುಶ್ಚಟದ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಮಾರುವವನೂ ಹಾಗೂ ತಲೆಹಿಡುಕನೂ ಇದೇ ವಾದವನ್ನು ಮಾಡಿ ಇದು ಎಲ್ಲರೂ ಗೆಲ್ಲುವ ಸನ್ನಿವೇಶ ಎನ್ನುತ್ತಾನೆ. ಇದನ್ನು ನೀವು ಅಥವಾ ಸಮಾಜ ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರೋ ?



ಕಟುಸತ್ಯವೆಂದರೆ ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮೂರನೇ ಎರಡು ಭಾಗದಷ್ಟು ಕುಟುಂಬಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಾ ಸಾಲದಲ್ಲಿ ಮುಳುಗಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಗ್ರಾಮೀಣ ಸಾಲದ ಸರಪಳಿಯನ್ನು ಕಡಿದು ಹಾಕಲು ಯೋಜನಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಸೇರಿ ಒಂದು ಶಾಶ್ವತ ಯೋಜನೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಒಬ್ಬ ಪ್ರಮಾಣಿಕ ವೈದ್ಯನಿಗೆ ನೀತಿ ಅಗತ್ಯ "ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವಾಗ ನಾನು ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಹತ್ತಿರದವರನ್ನು ಹೀಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬಹುದೇ?" ಎಂದು ಅವನು ಪ್ರಶ್ನಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

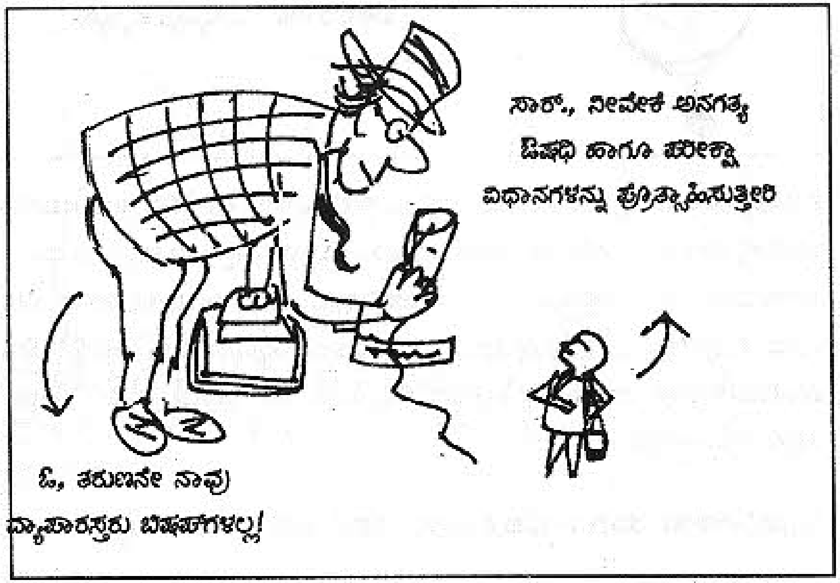
3. ಜಾಹೀರಾತು ಹಾಗೂ ಭ್ರಷ್ಟತೆಯಿಂದ ಸಮಂಜಸತೆ ನಾಶವಾಗುತ್ತದೆ

ಅಸಮಂಜಸತೆ ವ್ಯಾಪಾರೀ ಮನೋಭಾವದ ಜಾಹೀರಾತಿನಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದಲ್ಲದೆ, ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತದೆ. ಔಷಧಿ ಉದ್ಯಮ ವಾರ್ಷಿಕ ಮಾರಾಟದ ಶೇ. 20ರಷ್ಟು ಅಂದರೆ ಸುಮಾರು 3000 ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಜಾಹೀರಾತಿಗೆ ಖರ್ಚುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಪ್ರತಿ ವೈದ್ಯನಿಗೆ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ರೂ. 50,000 ಗಳನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದು, ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಸುಮಾರು 2,50,000 ರೂಗಳಷ್ಟು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಬರೆದುಕೊಡಲು ಔಷಧ ಉದ್ಯಮ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಪ್ರೇರೇಪಿಸುತ್ತದೆ.. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ರೋಗ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುವ ಪರೀಕ್ಷಾಲಯಗಳು ಜೀವಂತವಾಗಿರಲು ಲಂಚವೇ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ. ಮುಂಬೈನಲ್ಲಿ 70 ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣ ಮನೋಭಾವನೆ ಇಡೀ ದೇಶದ ತುಂಬ ಹರಡಿದೆ. ಹಾಗೂ ಇಂದು ಅನಗತ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ 2000(ಪಿ.ಹೆಚ್.ಎ. 2000) ಈ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತರಹದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲು ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ ವಹಿಸಬೇಕು.

COMH 340
06708
COMMUNITY HEALTH C...
LIBRARY AND DOCUMENTATION UNIT

ದಲ್ಲಾಳಿ ಅಂದರೇನು?

ವೈದ್ಯ ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಗೆ ಸಿ.ಟಿ. ಸ್ಕ್ಯಾನ್ ಮಾಡಿಸಲು ಹೇಳಿದಾಗ ಆ ರೋಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್ ಮಾಡಿಸಲು 3000 ರೂ. ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ 1000 ರೂ. ಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಕಳಿಸಲು ವೈದ್ಯನಿಗೆ ಕೊಟ್ಟ ಲಂಚ ಇದು. ಇಂದು ಈ ಲಂಚ ಇತರೇ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೂ ಹರಡಿದೆ. ಉದಾ: ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ. ಆನೇಕ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ತರಹದ ಹಣಗಳಿಕೆ ನ್ಯಾಯ ಸಮ್ಮತವಲ್ಲ. ಎಲ್ಲ ದೇಶಗಳಲ್ಲೂ ಅದು ನೀತಿ ಬಾಹಿರ ಎನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.



4. ರೋಗಿಯನ್ನು ಹೊರಹಾಕುವುದು(Case dumping) ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸುವುದು (case grabbing) ಸಮಂಜಸತೆಯನ್ನು ನಾಶ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಅನೇಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಲಾಭ ಮಾಡುವುದೊಂದೇ ಉದ್ದೇಶ. ಲಾಭ ಮಾಡುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಕೆಲವು ದಲ್ಲಾಳಿಗಳನ್ನು ಇಟ್ಟುಕೊಂಡು, ಅವರಿಂದ ಇತರೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂಗಳಿಂದ ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ರೋಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಹೊರ ಹೋಗಲು ಇಚ್ಛಿಪಟ್ಟಾಗ "ರೋಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆದೇಶಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ಹೊರ ಹೋಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ" ಎಂದು ಬರೆದು ಅವನನ್ನು ಕಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಹೊರಹಾಕಲು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಒಳಗಿರುವ ಇತರರಿಗೆಲ್ಲ ಹಣ ಕೊಡಲಾಗುವುದು.

ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸುವುದು ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಕಂಡು ಬಂದರೆ, ರೋಗಿಯನ್ನು ಹೊರಹಾಕುವುದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಮೇರಿಕದಲ್ಲಿ 2,50,000 ತುರ್ತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು, ಹಣ ಕೊಡಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲದ್ದರಿಂದ, ಲಾಭ ಮಾಡುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸಲಾಯಿತು. ಇವರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 10ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಅಂದರೆ 25,000 ರೋಗಿಗಳು ವರ್ಗಾಯಿಸಲು ಉಂಟಾಗುವ ವಿಳಂಬದಿಂದ ಮರಣ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ(ಲ್ಯಾನ್ಸೆಟ್ 1991 337 -35). ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಹಕ್ಕುಗಳ, ನಾಗರೀಕ ಸನ್ನದ್ದನ್ನು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿರುವುದು(ಅನುಬಂಧ 3, 4 ನೋಡಿ) ಒಂದು ಸರಿಯಾದ ಹೆಜ್ಜೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಆದರೆ ಅದನ್ನು ಯಾರು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುತ್ತಾರೆ, ಯಾವಾಗ?

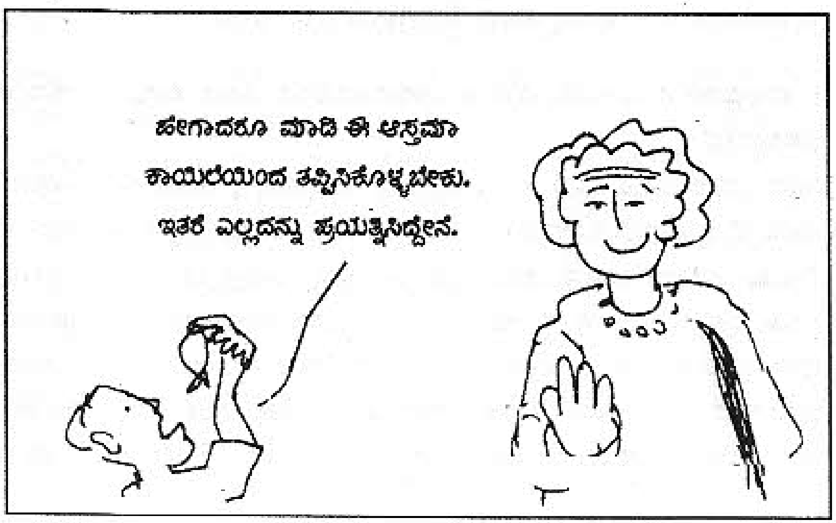
5. ಸುಲಭವಾಗಿ ನಂಬುವವರು, ಮೋಸಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುವವರಿಂದ, ಮೋಸ ಹಾಗೂ ಮೋಸಗಾರಿಕೆ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ

ಇಂದು ಆನೇಕ ಜನರು ಗಾದೆ, ಹಲ್ಲಿ, ಕಪ್ಪು ಬೆಕ್ಕು, ಜೋತಿಷಿ, ಕೈ ನೋಡುವವರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಸಂಖ್ಯಾ ಜೋತಿಷಿಗಳಿಗೆ ಮೋಸ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಜನರ ನಂಬಿಕೆ ಹಾಗೂ ಹೆದರಿಕೆಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿ, ಕೆಲವರು ಅವರನ್ನು ಮೋಸ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಜನರಲ್ಲಿಯ ಅಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ಹೆದರಿಕೆಗಳನ್ನು ಅರಿತು, ವೈದ್ಯರು ತಮ್ಮ ಲಾಭಕ್ಕೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಅನಗತ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ರೋಗಿಯ ಮೇಲೆ ಹೇರುತ್ತಾರೆ. ನಂಬಿಕೆ ಹಾಗೂ ಸುಲಭವಾಗಿ ಮೋಸಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. ಯಾರಿಗಾದರೂ ರೋಗಬಂದಾಗ ಅವರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲು ಒತ್ತಡವಿರುತ್ತದೆ, ಆಗ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸದ ವಸ್ತುವಿನಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸದ ಅನಗತ್ಯ

ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಮೋಸ ಎನ್ನಬಹುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ಮೋಸ ಮುಂದುವರೆದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲೂ ಒಂದು ವ್ಯಾಪಾರವಾಗಿದೆ. ಅನೈತಿಕ ಜಾಹೀರಾತು, ವಿಮರ್ಶೆ ರಹಿತ ಮಾಧ್ಯಮದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಹಾಗೂ ಮಾನವನ ಸುಲಭವಾಗಿ ನಂಬುವ ಸ್ವಭಾವದಿಂದ ಮೋಸಗಾರಿಕೆ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ಮಾನವನ "ಸ್ವಭ್ರಮೆ" ಹೊಂದುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಬಾರದು. ದೃಢ ನಿಶ್ಚಯದಿಂದ ಅವನ ಅಭಿಪ್ರಾಯದ ಮೇಲೂ ಪ್ರಭಾವ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ನೀವು ಸರಿ ಎಂದು ದೃಢವಾಗಿ ನಂಬಿದಾಗ, ರೋಗಿಯನ್ನು ನೀವು ಸರಿಯೆಂದು ನಂಬಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನ ಪಡುವಾಗ, ನೀವು ಸರಿಯೇ ತಪ್ಪೇ ಅನ್ನುವುದು ಅಷ್ಟು ಮುಖ್ಯವಲ್ಲ.

(ಆರ್. ಆ್ಯಷ್‌ರ್: ಟಾಕಿಂಗ್ ಸೆನ್ಸ್, ಪಿಟ್‌ಮನ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಪಬ್ಲಿಷರ್ 1972)

ಆ್ಯಷರ್, ಹೇಗೆ ನಂಬಿಕೆ, ಜ್ಞಾನದ ಮೇಲೆ ತನ್ನ ಹಕ್ಕು ಸಾಧಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿದ್ದಾನೆ '**ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ದಿವಾಳಿತನವನ್ನು ಒಪ್ಪುದಕ್ಕಿಂತ ಅರ್ಥವಿಲ್ಲದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಂಬುವುದು ಲೇಸು**' ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತಾನೆ ಆ್ಯಷರ್. "80 ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರ ಏಡ್ಸ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ದಿವಾಳಿತನವನ್ನು ಒಪ್ಪಿ ಭೀಕರ ತಪ್ಪು ಮಾಡಿತು. ಆಗ ಅಮೇರಿಕಾ ಹಾಗೂ ಮೆಕ್ಸಿಕೋನಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಖೊಟ್ಟಿ ವೈದ್ಯರು ಏಡ್ಸ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿ ಜನರಿಂದ ಹಣವನ್ನು ಸುಲಿದು, ಕಾಣದಂತಾದರು" ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತಾನೆ. ಇಂದು ಇದೇ ರೀತಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಭಾರತದಲ್ಲಿಯೂ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿದೆ. ಉದಾ: ಏಡ್ಸ್, ಕಾಮಾಲೆ, ಸಕ್ಕರೆ ಕಾಯಿಲೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣಪಡಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ. ಜನರು ಇಂತಹ ಮೋಸಗಾರರಿಂದ ಮೋಸ ಹೋಗದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಹಕ ಚಳುವಳಿಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಜವಾಬ್ದಾರಿ ವಹಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.



ಮೋಸ ಹಾಗೂ ನಕಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸಕರನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು ಹತ್ತು ಸಲಹೆಗಳು

ರಾಜಕೀಯದಂತೆಯೇ, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯೂ ಹಲವಾರು ರಾಕ್ಷಸರಿಗೆ ಕೊನೆಯ ರಕ್ಷಣೆಯಾಗಿದೆ.

ಜೆ.ಹೆಚ್. ಯಂಗ್, ಇತಿಹಾಸದ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ನಕಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವ ಕೆಲವು ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ.

1. ಭಯ ಹಾಗೂ ಹೆದರಿಕೆಯನ್ನು ತಮ್ಮ ಲಾಭಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸುವುದು ಅಥವಾ ಪವಾಡ ತೋರಿಸುವುದಾಗಿ ಭರವಸೆ ಕೊಡುವುದು.
2. ಪವಾಡಮಯ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವ ಭರವಸೆ ಕೊಡುವುದು.
3. ನೋವುರಹಿತ ಸುರಕ್ಷಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವುದಾಗಿ ಹಾಗೂ ಅದರಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣಹೊಂದುವುದಾಗಿ ಭರವಸೆ ಕೊಡುವುದು (ಈಗಾಗಲೇ ಅನೇಕ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಗುಣಪಡಿಸದೇ ಇರುವಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗೆ).
4. ದಂತ ಕಥೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿಷ್ಠಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪ್ರಸಂಶಾ ಪತ್ರವನ್ನು ತೋರಿಸುವುದು. (ಇವುಗಳು ಸತ್ಯ ಹಾಗೂ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಲಾರವು, ಕಾಕಾತಾಳೀಯ ವಿಷಯದ ಕಾರಣ ಹಾಗೂ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾರವು.)
5. ಜಾಹೀರಾತಿನ ಮೂಲಕ ಶ್ರೇಷ್ಟತೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು.
6. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ಹೆಚ್ಚು ಹಣ ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹೇಳುವುದು.
7. ಸರಳ ವಿಜ್ಞಾನದ ಬಳಕೆ- ರೋಗಕ್ಕೆ ಒಂದೇ ಕಾರಣ, ನೀರು, ನೀರಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಲ್ಲಾ ರೋಗಗಳನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಂಬಿಸುವುದು.
8. "ವಿಜ್ಞಾನ ಕುರುಡಾಗಿದೆ, ನಾನು ವಿಜ್ಞಾನಕ್ಕಿಂತ ಎತ್ತರದಲ್ಲಿದ್ದೇನೆ ಹಾಗೂ ಮುಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಎಲ್ಲರೂ ಅರಿಯುತ್ತಾರೆ" ಏಡ್ಸ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸಕ ಹೇಳಿದ ಮಾತು.
9. ತತ್ವವನ್ನು ಸಮಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಬದಲಿಸುತ್ತಾ ಜನರನ್ನು ನಂಬಿಸುವುದು.
10. ವ್ಯಕ್ತಿ 'ತಿಳುವಳಿಕೆ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ', 'ಆಯ್ಕೆಯ ಸ್ವಾತಂತ್ರ'ವನ್ನು ಕೇಳುತ್ತಾ 'ಮೋಸ ಹೋಗುವ' ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

6. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅನುಸರಿಸದಿರುವುದರಿಂದ ಸಮಂಜಸತೆಗೆ ಅಡ್ಡಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ವೈದ್ಯರು, ಸಾಮನ್ಯವಾಗಿ ರೋಗಿಗಳು ತಾವು ಬರೆದುಕೊಟ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಖಂಡಿತವಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಭರವಸೆ ಇಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ನಾರೆಲ್ ಎಸ್.ಇ, ಸೋಸ್ಕೈ ಮೆ. 1981: 15E: 57-61) ತಮ್ಮ ರೋಗಿಗಳು ಎಲ್ಲಾ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಆದೇಶದಂತೆ, ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿ ತೆಗೆದು ಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನಂಬುತ್ತಾರೆ. ಅದನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಆದರೆ ರೋಗಿಗಳು ಆನೇಕ ಬಾರಿ ವೈದ್ಯರ ಆದೇಶವಾದ ಜೀವನದ ಶೈಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯಿಂದ ವೈದ್ಯರು ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಅಹಿತಕಾರಿಕ ವಿಧಾನದಿಂದ, ಔಷಧಿಯಿಂದ ಬೇಸತ್ತು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿಬಿಡುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರೋಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾರನೆಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಮಂಜಸವಾಗಲು "ನೀವು ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇದು ನಿಮ್ಮ ಒಳಿತಿಗೆ" ಎಂದು ವೈದ್ಯರು ರೋಗಿಗೆ ಹೇಳಿ ಒತ್ತಾಯಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅನುಸರಿಸದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಕೆಲವು ಕಾರಣಗಳು

ಅ. ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿಯದಿರುವುದು :

ಸಕ್ಕರೆ ಖಾಯಿಲೆ ಹಾಗೂ ರಕ್ತದ ಏರೊತ್ತಡದ ರೋಗಿಗಳು ಪ್ರತಿ ದಿವಸ ಔಷಧಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿದಲ್ಲಿ ರೋಗಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣಮುಖ ಹೋದುತ್ತಾನೆಂದು ಭಾವಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಸಕ್ಕರೆ ಪ್ರಮಾಣ ಮೊದಲಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಆದರೆ ಗುಣಹೊಂದಿದೆ ಎಂದು ನಂಬುತ್ತಾರೆ ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿಬಿಡುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಈ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ದೀರ್ಘಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಕೊಟ್ಟರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಆ. ಹತೋಟಿಯೇ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣಹೊಂದಿದೆ ಎಂಬ ತಪ್ಪು ಭಾವನೆ: ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಸರಿಯಾಗುವವರೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂದುವರೆಸಿ ಗುಣವಾಗಿದೆಯೆಂದು ಊಹಿಸಿ ನಂತರ ಎಲ್ಲಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇಲ್ಲಿ ರೋಗ ಹತೋಟಿಗೆ ಬಂದಿದೆ, ರೋಗ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಇರಬೇಕಾದರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸಬೇಕೆಂದು ಹೇಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಇ. ಔಷಧಿಯ ಹೆಸರು ಉಪಯೋಗದ ಪ್ರಮಾಣ, ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕಾದ ದಿನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಪ್ಪು ನಂಬಿಕೆ.

ತಪ್ಪು ನಂಬಿಕೆ ಉಂಟಾಗದಿರಲು ರೋಗಿಗೆ ಅರ್ಥವಾಗುವ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಲಿಖಿತರೂಪದಲ್ಲಿ ಆದೇಶವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಗೆ ಇರುವ ಅನುಮಾನವನ್ನು ವೈದ್ಯರಿಂದ ಕೇಳಿ ಸರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಎಂದು ತಿಳಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ. ಔಷಧಿಯ ದುಷ್ಟಟ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಔಷಧಿ ಪ್ರಬಲವಾದದ್ದು ಎಂಬ ಭಯ. ಇಂದು ಔಷಧಿಗಳ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮದ ಬಗ್ಗೆ ಕೆಲವರಿಗೆ ತಪ್ಪು ನಂಬಿಕೆಗಳಿವೆ. ಅದನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ವೈದ್ಯರು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು.

ಉ. ಡಿಸೀಸ್(Disease) ಹಾಗೂ ಇಲ್ನೆಸ್(Illness): ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಗೊಂದಲ:

ಈ ಎರಡೂ ಆಂಗ್ಲ ಪದಗಳ ಅರ್ಥವನ್ನು ಅನಾರೋಗ್ಯ, ಹಾಗೂ ಬೇನೆ ಎಂದು ಅದಲು ಬದಲಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ವೈದ್ಯರೂ ಇದೇ ತರಹ ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಮಾನವ ಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರು ಇವೆರಡಕ್ಕೂ ಬೇರೆ ಅರ್ಥಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ, ಕಂಡು ಹಿಡಿದಿದ್ದನ್ನು ರೋಗ ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ಅದು ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ರೋಗವಾಗಿರಬಹುದು. ದೇಹದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಅಂಗಾಂಗದಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿ ತೋರಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇಲ್‌ನೆಸ್ ಅಂದರೆ ರೋಗಿ ಅನುಭವಿಸಿದ್ದು. ಅಂಗಾಂಗದಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಬಹುದು ಅಥವಾ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದೇ ಇರಬಹುದು. ಇದು ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾದದ್ದು. ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಸಕ್ಕರೆ ಖಾಯಿಲೆ ಹಾಗೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ಏನೂ ಅನ್ನಿಸದಿರಲು ಸಾಧ್ಯ. ಆದರೆ ಅಪಾಯರಹಿತ ರೋಗಗಳಾದ ಒತ್ತಡದ ತಲೆನೋವು (Tension Headache) ಇರಿಟೆಬಲ್ ಬವೆಲ್ ಸಿಂಡ್ರೋಮ್ (Irritable Bowel Syndrome)ನಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಭೀಕರ ಖಾಯಿಲೆ ಇದೆಯೆಂದು ಅನ್ನಿಸಬಹುದು. ಆದರೆ ವೈದ್ಯರು ನಿಮಗೆ ಯಾವ ಕಾಯಿಲೆ ಇಲ್ಲ, ಎಲ್ಲ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಸರಿಯಾಗಿವೆ ಎಂದು ಹೇಳಲು ಸಾಧ್ಯ. ಈ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ರೋಗಿಗಳು ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅನೇಕ ವೇಳೆ ಹಳೇ ಖಾಯಿಲೆ ಇದ್ದು ರೋಗಿಗೆ ಏನೂ ಅನ್ನಿಸದಿರಬಹುದು. ಆದರೆ ಖಾಯಿಲೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ರೋಗಿ ತನಗೆ ಭೀಕರ ಖಾಯಿಲೆ ಇದೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿ ಅನೇಕ ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ಹೋಗಿ ಅನಗತ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಈ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಾಹಿತಿ ಕೊಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಊ. ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ, ಧಾರ್ಮಿಕ ಅಡೆತಡೆಗಳು:

ಕೆಲವು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾರ. ಸಂತೋಷದ ಸಂದರ್ಭಗಳಾದ ಮದುವೆ ಹಾಗೂ ದುಃಖದ ಸಂದರ್ಭವಾದ ಸಾವು ಉಂಟಾದಲ್ಲಿ, ರೋಗಿ ಕಾರ್ಯ ಮುಗಿಯುವವರೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾರ. ರೋಗಿಗೆ ಆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅನುಸರಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ ಎಂದು ಅನ್ನಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಡಾ. ಸೇತೂರಾಮನ್ ಅವರು ಒಬ್ಬ ಮುಸ್ಲಿಂ ರೋಗಿಯ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆ ರೋಗಿ ಸಕ್ಕರೆ ಖಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದು, ಎಲ್ಲಾ ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಹಂದಿಯಿಂದ ಸಂಗ್ರಹ ಮಾಡಿದ್ದೆಂದು ನಂಬಿದ್ದರು. ಆ ನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ಅವರು ಎರಡು ವರ್ಷ ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರಲಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಯಾರೊಂದಿಗೂ ತಮ್ಮ ಅನುಮಾನವನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸಿಕೊಂಡಿರಲಿಲ್ಲ. ಎರಡು ವರ್ಷದ ನಂತರ ಅವರು ಡಾ. ಸೇತೂರಾಮನ್ ಅವರಲ್ಲಿಗೆ ಬಂದು ಹೇಳಿ ತಮ್ಮ ಅನುಮಾನವನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸಿಕೊಂಡು ಸರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಪಡೆದಿದ್ದರು. ಇದೇ ತರಹ ಅನೇಕ ಆಳವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಧಾರ್ಮಿಕ ಅಡೆತಡೆಗಳಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸದಿರಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಋ. ನಿರಾಕರಣೆಯೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸದಿರಲು ಕಾರಣ:

ರೋಗಿ, ರೋಗ ಇದೆಯೆಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅದು ನಿರಾಕರಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರ ಪರಿಣಾಮ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಭೀಕರ. ರೋಗಿಯೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯನ ಸಂಬಂಧ ಗೌರವ ಪೂರ್ಣವಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯ ರೋಗಿಗೆ ತಿಳಿಸಿಹೇಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಈ ನಿರಾಕರಣೆಯನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಿ ರೋಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಅಂಶಗಳು

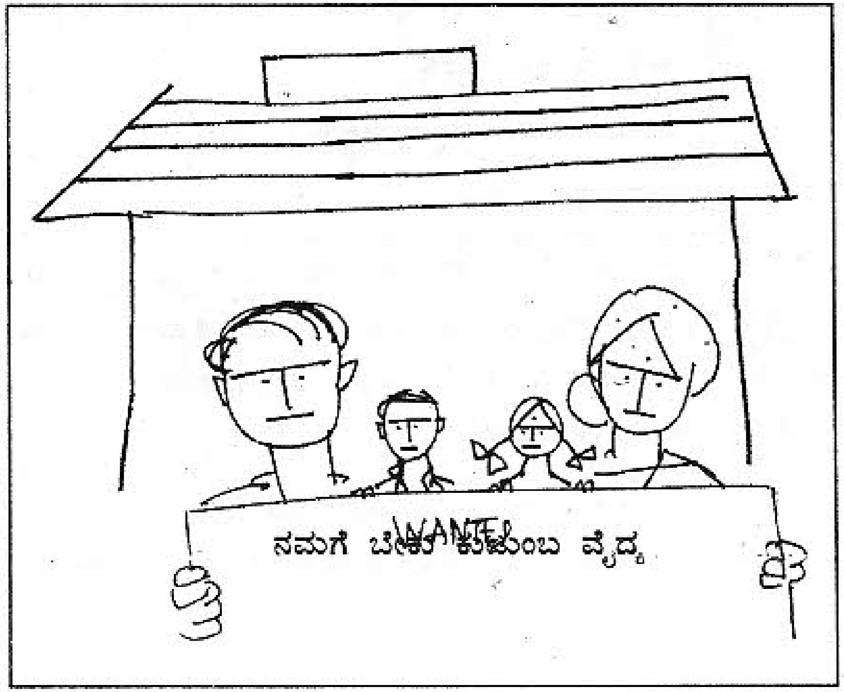
ಸಮಗ್ರತಾ ಸಿದ್ಧಾಂತದ (Holistic) ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಸಮಂಜಸತೆ: ಸಮಗ್ರ ಸಿದ್ಧಾಂತ (Holistic) ಎಂಬುದು ಎಲ್ಲರೂ ಮಾತನಾಡುವ ಆದರೆ ಕೆಲವೇ ಜನರು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಶಬ್ದವಾಗಿದೆ(Buzz word). ಎಲ್ಲರೂ ಅದನ್ನು ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅದು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮಿಶ್ರಣವಲ್ಲ. ಪುರಾತನ ವೈದ್ಯರಾದ ಹಿಪೊಕ್ರೆಟಿಸ್ ಹಾಗೂ ಚರಕ ಅವರು ಸಂಪೂರ್ಣ ಸಮಗ್ರತಾ ಸಿದ್ಧಾಂತವನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತಿದ್ದರು.

ಹಿಪೋಕ್ರೆಟಿಸ್ ಪ್ರಕಾರ **"ಯಾವ ರೋಗ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿದೆ ಎಂಬುದಕ್ಕಿಂತ, ಯಾವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗವಿದೆ ಎಂಬುದು ಮುಖ್ಯ"**. ಇವತ್ತಿಗೂ ಇದೇ ಸಮಗ್ರತಾ ಸಿದ್ಧಾಂತದ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಸರಳ ಸತ್ಯ. ರೋಗಿಯ ಸ್ವಭಾವ, ಜೀವನದ ಬಗ್ಗೆ ಅವನ ಮನೋಭಾವನೆ, ಜ್ಞಾನ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯನ್ನು ಅರಿತಲ್ಲಿ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಮಗ್ರವಾಗಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಸಮಗ್ರತಾ ದೃಷ್ಟಿಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರದಲ್ಲಿ ಇದ್ದರೂ ಇಂದು ಯಾಕೆ ಅದು ಅಧೋಗತಿಗೆ ಇಳಿದಿದೆ? ಅಮಾನವೀಯ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಇಳಿದಿದೆ? ವೈದ್ಯಜ್ಞಾನ ಬೆಳೆದಂತೆಲ್ಲಾ ಸಂಶೋಧನೆಯಿಂದ ರೋಗದ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ತಿಳಿದಿದ್ದೇವೆ. ವಿಜ್ಞಾನ ಬೆಳೆದಂತೆಲ್ಲಾ ಜೈವಿಕ ಕಾರಣಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನಹರಿಸುತ್ತಾ, ಮನೋವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಿದ್ದೇವೆ. ಈವತ್ತಿನ ವಿಜ್ಞಾನದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷೀಕರಣವಾಗಿದೆ(Specialisation). ಒಬ್ಬ ಸಿನಿಕ ವ್ಯಕ್ತಿ ಹೇಳಿದಂತೆ "ವಿಶೇಷಜ್ಞರು ಶೂನ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಎಲ್ಲವನ್ನೂ ತಿಳಿಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾ, ಕಡಿಮೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ತಿಳಿಯುತ್ತಾರೆ. ಡಾ. ಕೆ. ವೈಟ್ ಎಂಬವರು ವಿಶೇಷಜ್ಞನನ್ನು 'ಪ್ರಸಿದ್ಧ ಅಜ್ಞಾನಿ' (Ignorant Savant) ಎಂದು ಕರೆದಿದ್ದಾರೆ. ಕಾರಣ ಅವನು ತನ್ನ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಪರಿಣಿತನಾದರೂ ರೋಗಿಯ ಜೀವನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಜ್ಞಾನಿ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಸಮಗ್ರತಾ ದೃಷ್ಟಿಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ (Primary Health Care) ಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವವರಿಗೆ, ರೋಗಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಗ್ರ ದೃಷ್ಟಿ ಇರಬೇಕು. ರೋಗಿಯ ಜೀವನದ ವಿವಿಧ ಆಯಾಮದ (ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ) ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆದು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗದ ವಿಶೇಷ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಾಗ, ವಿಶೇಷಜ್ಞರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಕಳಿಸಬೇಕು. 70 ರ ಹಾಗೂ 80 ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಅಮೇರಿಕಾದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷಜ್ಞರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಲಭ್ಯವಾಯಿತು. ಅದು ರೋಗ ಆಧಾರಿತ, ತಾಂತ್ರಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ ಆಧಾರಿತ ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ (Piece meal) ಬಿಡಿ-ಬಿಡಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನವಾಗಿತ್ತು. ಅದು ದುಬಾರಿಯಾದ್ದರಿಂದ, ವಿಮಾ ಉದ್ಯಮದ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿ ಬಂದಿತು. ಈಗ ಮುಂದುವರಿದ ಸಮಾಜಗಳು ಈ ಹೊಸ ಮಾದರಿಯ ತಪ್ಪುಗಳನ್ನು ಅರಿತು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಹಿಂತಿರುಗುತ್ತಿವೆ. ಈ ವಿಧಾನ ರೋಗಿ ಕೇಂದ್ರಿತ, ಸಂಪೂರ್ಣ ದೃಷ್ಟಿಯ ನಿರಂತರ ಹಾಗೂ ಸಮಗ್ರ, ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ. ಇಂದು ಹೊಸ ವಿಧಾನ ಮೂರನೇ ಜಗತ್ತಿನ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿಲ್ಲ. ಒಬ್ಬ ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್. ವೈದ್ಯ ತನ್ನ ಹೊಸ ವಿಧಾನವನ್ನು ಮರೆತು ಸಂಕೋಚವನ್ನು ಬದಿಗಿಟ್ಟು, ಸಮಂಜಸ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಇಂದಿನ ಕೀಳು ಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಹೊರಬರಲು ಸಾಧ್ಯ



ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವೈದ್ಯರು, ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ತಜ್ಞವೈದ್ಯರೇ ವೈದ್ಯರು ಎಂಬ **ಭ್ರಮೆಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಬೇಕು.** ಕಾರಣ ಸಾಮಾನ್ಯ ರೋಗಗಳಿಗೆ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ದುಬಾರಿ, ಅಸಗತ್ಯ ಹಾಗೂ ಸಮಯ ನಷ್ಟ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಜನರ ಗಮನವನ್ನು ಸೆಳೆಯುತ್ತದೆ. (ಹಾರ್ಟ್ ಜೆ. ಟಿ. ಲ್ಯಾನ್ಸೆಟ್1992:340:772-775)

ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಿಂದ ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡುವವರು, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವವರು, ಔಷಧಿ ವಿಮೆ, ರೋಗನಿಧಾನದ ಉದ್ಯಮ, ಮಾಧ್ಯಮ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಹಾಗೂ ಸರಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಜನಾರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಲುಗಾರರು. ಇವರೆಲ್ಲರೂ "ಎಲ್ಲರಿಗೂ ನೈತಿಕ ಹಾಗೂ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ" ಸಾಧಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದಲ್ಲಿ, ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸಧೃಡಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರೂ ತಮ್ಮತಮ್ಮ ಗುರಿಸಾಧನೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದರೆ, ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಕುಂಠಿತಗೊಂಡು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಾಧನೆ ಗುರಿಮುಟ್ಟಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ.

ಉದಾ: ಅನೈತಿಕ (ಭ್ರಷ್ಟ) ಅಜ್ಞಾನಿ ಚಿಕಿತ್ಸಕ
ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಾಲಿಸದ ವ್ಯಕ್ತಿ
ಶೋಷಣೆ ಮಾಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಉದ್ಯಮ
ಪಕ್ಷಪಾತದ ಮಾಧ್ಯಮ

ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತ ಪೂರ್ವಾಗ್ರಹ ಪೀಡಿತನಾದರೆ ಸರ್ಕಾರ ಜನರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಬದಲು ಲಾಭಕ್ಕೆ ಮಹತ್ವ ಕೊಟ್ಟರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಮಂಜಸವಾಗಲಾರದು. ಸಮಂಜಸತೆ ಹಾಗೂ ನಂಬಿಕೆಯೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಅತಿ ಮುಖ್ಯವಾದುದು, ಲಾಭ ಅಥವಾ ತಾಂತ್ರಿಕತೆಯಲ್ಲ. ನಂಬಿಕೆ ಕಡಿಮೆಯಾದಲ್ಲಿ (ಅಮೇರಿಕದಲ್ಲಿರುವಂತೆ) ಎಲ್ಲರಿಗೂ ನಷ್ಟ.

ಆರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಲಾಭ ಹಾಗೂ ಪೈಪೋಟಿಯ ಮೇಲೆ ನಿಂತಾಗ ನಂಬಿಕೆ ಹಾಗೂ ಪರಹಿತದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹೇಗೆ ಬೆಳೆಯಲು ಸಾಧ್ಯ? ಈ ಆಧಾರದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಶ್ರೇಷ್ಠ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಲು ಸಾಧ್ಯವೇ? ಈ ಕೆಲವು ಮೂಲ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ನಾವು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಲು ಇತರೆ ವಿಧಾನಗಳು

ಅನೇಕ ಉದ್ದಿಷ್ಟ ಗುಂಪುಗಳನ್ನು ಉದ್ದೇಶಿಸಿ ಬಹುವಿಧದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

1. ಸರಕಾರದ ನಿಯಂತ್ರಣದಿಂದ ಎಲ್ಲ ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು, ಅನಗತ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು (ಭ್ರೂಣದ ಲಿಂಗ ಪರೀಕ್ಷೆ ಇತ್ಯಾದಿ) ನಿಷೇಧಿಸಬೇಕು. ಔಷಧಿ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಬೇಕು.
2. ಗ್ರಾಹಕ ರಕ್ಷಣೆ ಹಾಗೂ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ವೇದಿಕೆಗಳು ಸರಕಾರ ಹಾಗೂ ಔಷಧಿ ಉದ್ದಿಮೆಗಳ ಮೇಲೆ ಅನೈತಿಕ ವ್ಯವಹಾರಗಳನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲು ಒತ್ತಡ ತಂದು, ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು.
3. ವೈದ್ಯರು ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬೇಕು. ನಿರಂತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಲಿಕೆಯನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಕೊಡಬೇಕು.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ನಿಯತಕಾಲಿಕವಾದ ಲ್ಯಾನ್ಸೆಟ್‌ನ ಸಂಪಾದಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಗ್ಗೆ ಹೀಗೆ ಬರೆದಿದೆ:

"ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ವಿಜ್ಞಾನವನ್ನು ಜನರ ಗಂಟಲೊಳಗೆ ಹಾಕುವುದೊಂದು ಬಿಟ್ಟರೆ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಒಳ್ಳೆಯ ವೃತ್ತಿ ಎಂದರೇನು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ" (ಲ್ಯಾನ್ಸೆಟ್‌ನ 1885ರ ಸಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿ, 1995 ರ ಸಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಲ್ಲ!) – ಅಂದೇ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿತ್ತು, ಇಂದೇನು?

ನಿಜ ಜೀವನದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಕೀರ್ಣ ಹಾಗೂ ಸಮಂಜಸ ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದು ಅಷ್ಟು ಸುಲಭವಲ್ಲ. ವೈದ್ಯ ರೋಗಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಮಾನವಶಾಸ್ತ್ರದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯನ್ನು ತಿಳಿದು, ರೋಗಿಯು ತನ್ನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿರುವ ಕಾರಣವನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಠ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೊಟ್ಟು ಈ ವಿಜ್ಞಾನಗಳಿಗೆ(ಸಾಮಾಜಿಕ, ಮಾನವ ಶಾಸ್ತ್ರ) ಮಹತ್ವ ಕೊಡಲಾಗಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು ಹೇಗೆ ರೋಗದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ವೈದ್ಯನ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಯ ಸಿಗದ ಕಾರಣ ಈ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. **ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಾಸ್ತ್ರ ಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ರಹಸ್ಯವಾದರೆ, ಬೇರೆಲ್ಲ ವಿಷಯವೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ವೈದ್ಯನಿಗೆ ರಹಸ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.** (Milton Mayer) ಭಾರತದಲ್ಲಿ ನಡವಳಿಕೆ ವಿಜ್ಞಾನವನ್ನು ಪಠ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಬೇಕು. ಕೇವಲ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ಪುಸ್ತಕಗಳಿಂದ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡದೆ, ಮೂರನೇ ಜಗತ್ತಿನ ಸತ್ಯತೆಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ರೂಪುಗೊಂಡ ನಡವಳಿಕೆ ವಿಜ್ಞಾನ ಪ್ರಸ್ತುತ. ಕೊನೆಯದಾಗಿ ಗ್ರಾಹಕ ಶಿಕ್ಷಣದೊಂದಿಗೆ, ಜನರನ್ನು ಗುಣಮಟ್ಟ ಆಧಾರಿತ ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಅವರ ಹಕ್ಕು ಎಂದು ಕೇಳಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಬೇಕು. ಇದು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಸಾಮಾಜಿಕ-ರಾಜಕೀಯ ತಂತ್ರ, ಹಾಗೂ ಕಷ್ಟಕರವೂ ಹೌದು. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ 2000 ಇದೇ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ಚಲಿಸುವ ಆಶಾದಾಯಕ ಪ್ರಯತ್ನ.

ಕಾಳಜಿ ತೋರದ(ಅಸಮಂಜಸ) ವೈದ್ಯನನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಎಂಟು ಸಲಹೆಗಳು

ಈ ಎಂಟು ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ವೈದ್ಯ, ರೋಗಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ಹೊಂದಿದ್ದಾನೆಯೇ ಎಂದು ಪರೀಕ್ಷಿಸಬಹುದು.

ಅವನು /ಅವಳು

1. ನೀವು ಹೇಳಿದ್ದನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಕೇಳುವುದಿಲ್ಲ.
2. ನಿಮ್ಮ ತೊಂದರೆ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಶ್ನಿಸುವುದಿಲ್ಲ (ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವೈದ್ಯ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಿ ನಿಮ್ಮ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಅರಿತು, ತೀರ್ಮಾನಕ್ಕೆ ಬರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ)
3. ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನ ಹರಿಸದಿರುವುದಿಲ್ಲ.
4. ನಡವಳಿಕೆ ಸರಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು- ಅನಗತ್ಯವಾಗಿ ಮುಗುಳ್ನಗೆ ಬೀರುವುದು, ಕೋಪ ತೋರಿಸುವುದು!
5. ಎಲ್ಲವೂ ಅರಿತಿರುವಂತೆ ನಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು, ಅದನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು 'ಒಂದು ಮಾರ್ಗವಿದೆ' ಎಂದು ಹೇಳುವುದು.
6. ರೋಗ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡದಿರುವುದು
7. ಪರೀಕ್ಷೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಹಾಗೂ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಮಾಡದೇ ಇರುವುದು. ಇವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡದಿರುವುದು.
8. ರೋಗಿ ಇನ್ನೊಬ್ಬ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕಂಡು, ಇನ್ನೊಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದಲ್ಲಿ ಕೋಪದಿಂದ, ಸ್ವರಕ್ಷಣೆಯಿಂದ(Defensive Behaviour) ವರ್ತಿಸುವುದು.

ಒಬ್ಬ ಜಾಣ ರೋಗಿ ವೈದ್ಯನಿಗೆ ಏನು ಕೇಳಬೇಕು?

ವೈದ್ಯನ ಆದೇಶವನ್ನು ಒಪ್ಪಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವ ಮುನ್ನ, ರೋಗಿ ವೈದ್ಯನಿಂದ ಈ ಕೆಲವು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಕೇಳಿ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

1. ನನ್ನ ಕಾಯಿಲೆಯೇನು? ಕಾಯಿಲೆಯ ಹೆಸರನ್ನು ಕೇಳಬಹುದು
2. ಈ ರೋಗ ಎಷ್ಟು ಅಪಾಯಕರ?
3. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸದಿದ್ದರೆ, ನನಗೇನಾಗಬಹುದು?
4. ಏನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವಿರಿ?
5. ನೀವು ಮಾಡುವ ವಿಧಾನ ಪರೀಕ್ಷೆಗೋ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೋ?
6. ಈ ವಿಧಾನದ ಅಪಾಯವೇನು?
7. ಈ ವಿಧಾನ ನನಗೆ ಎಷ್ಟು ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿ?
8. ಪ್ರಯೋಜನ ಕಂಡು ಬರುವುದು ಕೆಲವೇ ದಿನಗಳಲ್ಲೋ ಅಥವಾ ನಿರಂತರವೋ?
9. ಇನ್ನಾವುದಾದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಲಭ್ಯವಿದೆಯೋ/ ಇಲ್ಲವೋ?
10. ಯಾವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನನಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿ, ಏಕೆ?
11. ಯಾವುದಾದರೂ ಪುಸ್ತಕ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿಯ ಸಂಗ್ರಹವನ್ನು ಓದಲು ತಿಳಿಸುವಿರೋ?

ಸಮಂಜಸ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ಜನರ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು

- **ಕೇರಳ ಶಾಸ್ತ್ರ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಿಷತ್** ಜನಜಾಗೃತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡು ಅನಗತ್ಯ, ಅಪಾಯಕರ ಔಷಧಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ತಿಳಿಸಿದೆ. ಕೆಲವು ಅಪಾಯಕರ ಔಷಧಿಗಳ ವ್ಯಾಪಾರ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದ್ದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

- **ಸೇಹತ್ ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ** ಜಿಲ್ಲಾ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಘಟನೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸೇರಿಕೊಂಡು, ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಅನಗತ್ಯವಾಗಿ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಅಥವಾ ಸಲೈನ್(ಉಪ್ಪು ನೀರು) ಹಾಕುವುದನ್ನು ಖಂಡಿಸುವ ಪೋಸ್ಟರ್‌ಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲ ಖಾಸಗೀ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂ ಹಾಗೂ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಕಿ ಪ್ರದರ್ಶನ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಸ್ಥಳೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೂ, ಖಂಡಿಸುವ ವಿಷಯ ಸರಿಯೆಂದು ಹೇಳಿದವು.

- **ಅಖಿಲ ಭಾರತ ಔಷಧಿ ಕ್ರಿಯಾ ಜಾಲದ** ಅನೇಕ ಸದಸ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಅನಗತ್ಯ ಹಾಗೂ ನಿಷೇಧಿಸಲು ಯೋಗ್ಯವಾದ ಔಷಧಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಶೋಧನೆ ಮಾಡಿ ಆ ವಿಷಯವನ್ನು ಮಾಧ್ಯಮದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ. ಈ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು, ಸರಕಾರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಯಾವ ಆಸಕ್ತಿಯನ್ನು ತೋರಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಔಷಧಿ ಉದ್ಯಮಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಕೊಡುತ್ತಾ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ.

- **ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿ ಕ್ರಿಯಾವೇದಿಕೆ** ಎಂಬ ಸಂಸ್ಥೆ ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಿ, ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿ, ಅಪಾಯಕರ ಔಷಧಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಪ್ರಚಾರ ಮಾಡುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ. ರಾಜ್ಯದ ಅನೇಕ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಜನಸಾಮನ್ಯರಿಗೆ, ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ. ಅದೂ ಅಲ್ಲದೆ 'ಕ್ವಿನಕ್ರಿನ್' ಎಂಬ ಅಪಾಯಕರವಾದ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಮುಗ್ಧ ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ ಬೆಂಗಳೂರಿನ ವೈದ್ಯನ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯದ ಮುಂದೆ ಮಹಿಳಾ ಸಂಘಟನೆಯವರೊಂದಿಗೆ ಧರಣಿ ಹೂಡಿ, ಆ ಔಷಧಿ ಉಪಯೋಗವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲಾಯಿತು. ಅನಗತ್ಯ ಹಾಗೂ ಅಪಾಯಕರ ಔಷಧಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸುದ್ದಿ ಮಾಧ್ಯಮಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಾರವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಜನರ ಸಹಕಾರವೂ ದೊರಕಿದೆ. 1996 ರಲ್ಲಿ ಇನ್ನೆರಡು ದೆಹಲಿಯ ಸಂಘಟನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸೇರಿ ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನಿಷೇಧಿಸಲು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಹಿತಾಸಕ್ತಿ ಮೊಕದ್ದಮೆಯನ್ನು ಹಾಕಲಾಗಿದೆ. ಅದರ ನಂತರ ಸುಪ್ರಿಂ ಕೋರ್ಟ್ ಅನೇಕ ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನಿಷೇಧಿಸಲು ಔಷಧಿ ನಿಯಂತ್ರಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಆದೇಶ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೇವಲ ಔಷಧಿ ಕ್ರಿಯಾವೇದಿಕೆಗಳ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯ ಗಂಟೆಯಿಂದ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಔಷಧಿಗಳೂ ನಿಷೇಧಿಸಲಾಗಿದೆಯೆಂಬುದು ಸ್ಪಷ್ಟ.

ಅಧ್ಯಾಯ - 3

ಭಾರತದ ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರ ವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕ ಪರಿಶೀಲನೆ

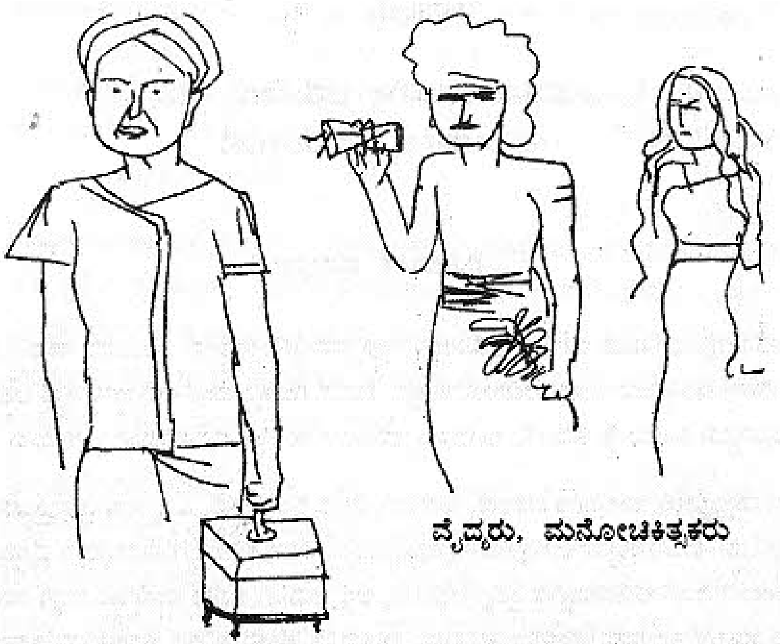
ಐತಿಹಾಸಿಕ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಾವು ಹೇಗೆ ಅವಲೋಕಿಸಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ ಎಂಬುದು ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿಸುತ್ತದೆ. ನಮಗೆ ಗೊತ್ತಿರುವಂತೆ ಆರೋಗ್ಯರಕ್ಷಣೆ ಆರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಒಂದು ಕ್ಷೇತ್ರದಂತೆ, ಸಾಮ್ರಾಜ್ಯ ಶಾಹಿಯ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿ ಬೆಳೆಯಿತು.

ಸಾಮ್ರಾಜ್ಯಶಾಹಿ ಕಾಲಕ್ಕಿಂತ ಮುಂಚೆ, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಕೊಡುವವ, ಒಬ್ಬ ಸ್ವತಂತ್ರ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ, ಸ್ಥಳೀಯ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯ ಅಗತ್ಯತೆಯನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತಿದ್ದ. ಅವನ ಕೌಶಲ್ಯ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವೈಯುಕ್ತಿಕ ಸಂಪರ್ಕದಿಂದ ಪಡೆದದ್ದಾಗಿರುತ್ತಿತ್ತು. ಆದಾಗ್ಯೂ ಅಲ್ಲಿ ಅವನಿಗೆ ಅನೇಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ವೃತ್ತಿಯ ಕೌಶಲ್ಯವನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಡುತ್ತಿದ್ದವು. ಅದರಲ್ಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಲಿಕೆಗೆ ಸರಕಾರವೂ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಿತ್ತು. ಅಂದಿನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಕ ಹೊರಗಿನ ತರಬೇತಿ, ಹಾಗೂ ಔಷಧಿ ತಯಾರಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿಸಿರಲಿಲ್ಲ. ಇಂದಿನ ಕಥೆಯೇ ಬೇರೆ. ಇಂದಿನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಒಂದು ಗ್ರಾಹಕ ವಸ್ತುವಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಅದು ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣದ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ. ಇದು ಸಾಧ್ಯವಾದದ್ದು ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ.

ಬ್ರಿಟಿಷರ ಆಗಮನಕ್ಕೆ ಮೊದಲು

ಸಿಂಧೂ ನದಿಯ ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಸಮಯದಿಂದಲೂ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಸರಕಾರದ ಸಹಾಯ ದೊರಕುತಿತ್ತೆಂದು ಆಧಾರಗಳು ತಿಳಿಸುತ್ತವೆ. ಪಟ್ಟಣ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯಗಳೂ ಆಯುರ್ವೇದ, ಸಿದ್ಧಾ ಹಾಗೂ ಯುನಾನಿ ಪದ್ಧತಿಗಳಾಗಿದ್ದವು. ಅಂದಿನ ವೈದ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮೇಲೆ ಸಾಕಷ್ಟು ವರದಿ, ಚರ್ಚೆ ಹಾಗೂ ತಾತ್ವಿಕ ವಿಷಯಗಳು ದೊರಕಿದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಖರ್ಚು, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಆಡಳಿತ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ. ಬಾಯಿ ಮಾತಿನಿಂದ ಹಾಗೂ ಜನ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯಿಂದ ತಿಳಿಯುವುದೇನೆಂದರೆ ಆಗಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ವೈದ್ಯವೃತ್ತಿಯವರು ಅಂದರೆ ವೈದ್ಯರು, ಗಿಡಮೂಲಿಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು, ಹಾವು ಕಚ್ಚಿದ್ದನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವವರು, ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರು, ಗರ್ಭಪಾತ ಮಾಡಿಸುವವರು, ಮನೋ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು, ನಂಬಿಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಇದ್ದರು. ಈ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ವಸಾಹತು ಪೂರ್ವ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಆರೋಗ್ಯದ ರಕ್ಷಣೆ ಸ್ಥಾಪಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿತು. ಅದರ ವೈಶಿಷ್ಟವೆಂದರೆ,



ವೈದ್ಯರು, ಮನೋಚಿಕಿತ್ಸಕರು

ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಒಂದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದರಿಂದ, ಸರಕಾರ ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ಜನಹಿತ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಇದರ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಹೊಂದಿದ್ದವು. ಎರಡನೆಯದಾಗಿ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಕೊಡಲ್ಪಟ್ಟರೂ ಅದರಲ್ಲಿ ಜಾತಿ, ವರ್ಗ ಹಾಗೂ ಇತರೆ ಪಕ್ಷಪಾತಗಳಿದ್ದವು. ಮೂರನೇಯದಾಗಿ ಈ ಸೌಲಭ್ಯಗಳೆಲ್ಲವೂ ಪಟ್ಟಣಗಳಲ್ಲಿ ಇದ್ದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಅಲಕ್ಷಿಸಿದ್ದವು.

ಬ್ರಿಟಿಷರ ಆಳ್ವಿಕೆಯಲ್ಲಿ

ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ಆಡಳಿತದಲ್ಲಿ ಭಾರತೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದಲ್ಲಿ ಅವನತಿ ಕಂಡು ಬಂದಿತು. ಆಯುರ್ವೇದದ ಸಂಕುಚಿತ ಮನೋಭಾವನೆಯಿಂದ, ಸಮಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಹೊಂದದೇ ಹೋಗದಿದ್ದರಿಂದ, ಯುನಾನಿ ಟಿಬ್ ಪದ್ಧತಿಗೆ ಮಧ್ಯಕಾಲದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಬೆಂಬಲ ದೊರಕಿದ್ದರಿಂದ, ಆಯುರ್ವೇದಕ್ಕೆ ಪೆಟ್ಟು ಬಿದ್ದು ಅದು ಬೆಳಕು ಕಾಣಲಿಲ್ಲ. ಯುರೋಪಿಯನ್ನರು ಯುನಾನಿ ಪದ್ಧತಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ಬೆಂಬಲ ಕೊಟ್ಟರು. ವಸಹಾತುಶಾಹಿಯ ಪರಿಣಾಮ ದೀರ್ಘಕಾಲದವರೆಗೆ ಉಳಿಯಿತು. ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕೆಟ್ಟಿದ್ದರಿಂದ, ಸ್ಥಳೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದ್ಧತಿಗಳು ನಾಶವಾಯಿತು.ಇದೇ ವೇಳೆಗೆ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದ್ಧತಿ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದರೂ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಭಾವ ಕಂಡು ಬರಲಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಯಾವುದು ಲಭ್ಯವಿತ್ತೋ ಅದನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಹಾಗೂ ಈಗ ಅದನ್ನು ರೂಢಿಗತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಜನವೈದ್ಯ ಎನ್ನುವರು.

1864 ರಲ್ಲಿ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು ಹಾಗೂ ಅದು ರಕ್ಷಣಾದಳದವರಿಗೆ ಮೀಸಲಾಗಿದ್ದಿತು. ಕ್ರಮೇಣ 20ನೇ ಶತಮಾನದ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು. ನಂತರ ಸಾಮ್ರಾಜ್ಯಶಾಹಿ ಸರಕಾರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಿತು.

ಈ ಸೇವೆಗಳು ಪಟ್ಟಣಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವೇ ಜನಜಾತಿಗಳಿಗೆ ಲಭ್ಯವಾದವು. ಕೆಲವು ಉದ್ಯೋಗ ಹಾಗೂ ಜನಜಾತಿಗಳಿಗೆ ಇತರೇ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕೊಡಲಾಯಿತು. ಕೆಲವು ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಅಧಿಕಾರದಲ್ಲಿರದ ಯುರೋಪದ ನಾಗರಿಕ ನೌಕರರಿಗೆ, ಮೀಸಲಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಲಭ್ಯವಾಯಿತು. ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳನ್ನು ಬೇರೆಯೇ ಇರಿಸಲಾಯಿತು. 1919ರ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಕಾಯಿದೆ ಬಂದಮೇಲೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಂತಗಳಿಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸಲಾಯಿತು ಹಾಗೂ ಆಗಿನಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ದೊರಕುವಂತಾದವು. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಎಂದರೆ ಕೇವಲ ಪ್ರತಿಬಂಧಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಅಂದರೆ ಜನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಮಹತ್ವವಿತ್ತು. ಹಾಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳನ್ನು ತೆರೆಯಲಾಗಲಿಲ್ಲ. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಿಂದ ಕೇವಲ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಯಲು ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ರೂಢಿಗತ ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳನ್ನು ಅವಲಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ಇದೇ ಬೆಳವಣಿಗೆ ವಸಾಹತು ಸಾಮ್ರಾಜ್ಯದ ನಂತರವೂ ಮುಂದುವರಿದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕವಾಗಿ ಬೇರ್ಪಡಿಸಲಾಯಿತು.

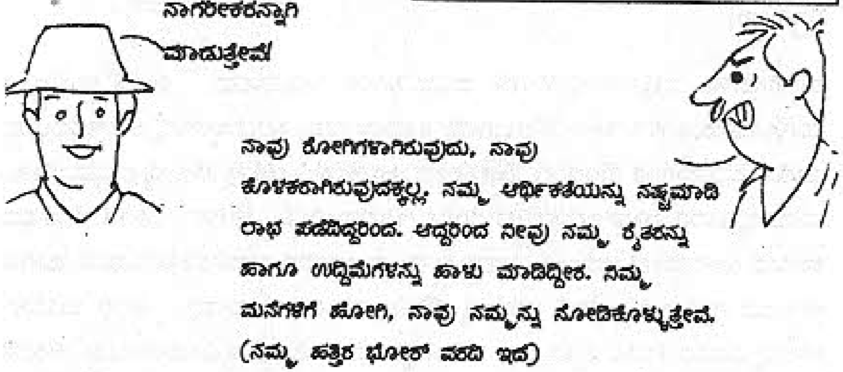
ಇದು ಮುಖ್ಯ ಐತಿಹಾಸಿಕ ಸತ್ಯ. ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅಂತರ್ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಒತ್ತಡ ಹಾಗೂ ಹಣಕಾಸಿನ, ಆಕ್ರಮಣ ನೀತಿಯಿಂದ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಹಾಗೂ ನಗರದ ವಾಸಿಗಳಿಗೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರಕುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಸ್ವಾತಂತ್ರ ಪೂರ್ವ ಸಮಯ

1890 ರಿಂದ 1920 ರವರೆಗಿನ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬರಗಾಲ ಹಾಗೂ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಸುಮಾರು 20ದಶ ಲಕ್ಷ ಜನರ ಜೀವವನ್ನು ಆಹುತಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡವು. ಪ್ಲೇಗ್, ಮೈಲಿ ಬೇನೆ, ಕಾಲರಾ, ಮಲೇರಿಯಾ, ಕ್ಷಯರೋಗ ಜನರ ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣಗಳಾಗಿದ್ದವು.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಅನಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಇತಿಹಾಸದ ದ್ವಂದ್ವದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಇಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ಸಾಮ್ರಾಜ್ಯಶಾಹಿ ಸರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿತಾದರೂ, ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸಲು ಅದು ಸಾಕಾಗಲಿಲ್ಲ. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸಲು ಜನಾಂಗದ ಹಾಗೂ ಪಟ್ಟಣದ ಪಕ್ಷಪಾತ ಮಾಡುವುದಲ್ಲದೆ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅಕ್ರಮ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಲಾಯಿತು. ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು

> ಭಾರತದ ಇತಿಹಾಸದಲ್ಲಿ ಅತಿಕೆಟ್ಟ ಬರಗಾಲ
> ಬಂಗಾಲದ ಬರಗಾಲದಲ್ಲಿ
> ದಶಲಕ್ಷ ಜನರು ಸತ್ತಿದ್ದಾರೆ.



ಯಾವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನೂ ಮಾಡಲಿಲ್ಲ, ಆದ್ದರಿಂದ ಅನರ್ಹ ವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಾ ಹೋಯಿತು. ವಸಹಾತುಶಾಹಿ ಆಡಳಿತಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟವರಿಗೆ ಆಧುನಿಕ ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳು ಸೌಲಭ್ಯವಿತ್ತು, ಆದರೆ ಇತರರಿಗೆ ಖಾಸಗೀ ಅನರ್ಹವೈದ್ಯರ ಸೌಲಭ್ಯ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿತ್ತು. ಸ್ವಾತಂತ್ರದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ 50,000 ಹಾಗೂ ಅನರ್ಹವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ 150,000 ಆಗಿತ್ತು.

> ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರ ಆರ್ಥಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅತಿಕೊಡ್ಡ ಉಪಕ್ಷೇತ್ರ. ಆರ್ಥಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಇನ್ನಾವ ಕ್ಷೇತ್ರವೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಷ್ಟು ದೊಡ್ಡ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ. ಬಂಡವಾಳಶಾಹಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿ, ಅತ್ಯಧಿಕ ಲಾಭಗಳಿಸಲು ಎಲ್ಲಾ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಐತಿಹಾಸಿಕವಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಕ, ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ತರಬೇತಿ ಇಲ್ಲದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ. ಆಧುನಿಕ, ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ವೃತ್ತಿಗಳಿಂದ, ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಹಾಗೂ ಪದಾರ್ಥವನ್ನು ಆಧರಿಸಿದ ಸೇವೆಯನ್ನು ಕೊಡುವ ಅಥವಾ ಕೇವಲ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಕೊಡುವ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗಿದೆ.

ಸ್ವಾತಂತ್ರದ ನಂತರದ ಬದಲಾವಣೆ

ಸ್ವತಂತ್ರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ದೊರಕುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ(ಭೋರ್ ಸಮಿತಿ ವರದಿ) ಇನ್ನೂವರೆಗೆ ಮೂಲ ಸ್ವರೂಪದ ಬದಲಾವಣೆ ಕಂಡಿಲ್ಲ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ಸ್ವಾತಂತ್ರ ಪಡೆದ ದಿನದಿಂದಲೂ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಇದ್ದರೂ, ಅದನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಿಲ್ಲ. ಭೋರ್ ಸಮೀತಿಯು ಭಾರತದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಆಳವಾಗಿ ಅಭ್ಯಸಿಸಿದ ನಂತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸಲು ಒಂದು ಸಮಗ್ರ ಸೂಕ್ತ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿತು. ಆ ಯೋಜನೆ ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಆಧಾರ ರಚನೆಯನ್ನು ಬದಲಿಸಲು ಹಾಗೂ ಅದಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದ ಮೂರು ಪಟ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಲು ಸಲಹೆ ನೀಡಿತು. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಜಾರಿಯಾದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸ್ವತಂತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ದೊರಕುವಂತೆ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿತ್ತು. ಭೋರ್ ಸಮೀತಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಮಹತ್ವ ಕೊಟ್ಟು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ನಿರ್ಲಕ್ಷವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿತು. ಭೋರ್ ಸಮಿತಿಯ ವರದಿಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ, 25-30 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ 40ನೇ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಹತ್ತು ಪಟ್ಟು ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಅಪೇಕ್ಷಿಸಬಹುದಾಗಿತ್ತು.(1 ಲಕ್ಷ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ - 567 ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಸಿಗೆ, 62.3 ವೈದ್ಯರು, 150.8 ದಾದಿಯರು). ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಂದ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ತಂತಾನೇ ಮೊಟಕುಗೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಿತ್ತು!

ಸ್ವಾತಂತ್ರದ ವರ್ಷ 1947	ಭಾರತ ಇಂದು 50ವರ್ಷದ ನಂತರ
ಜನಸಂಖ್ಯೆ : 34.4 ದಶಲಕ್ಷ	900ದಶಲಕ್ಷ
ಜೀವನಾಪೇಕ್ಷೆ : 33ವರ್ಷ	61ವರ್ಷ
ಶಿಶು ಮರಣ ಸಂಖ್ಯೆ: 149/1000	74/1000
5 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಶಿಶು ಮರಣ ಸಂಖ್ಯೆ : 246	115
ಮಲೇರಿಯಾ : 70 ದಶಲಕ್ಷ ರೋಗಿಗಳು 2 ದಶಲಕ್ಷ ಸಾವುಗಳು	9 ದಶಲಕ್ಷ ರೋಗಿಗಳು 10 ಸಾವಿರ ಸಾವುಗಳು
ಕ್ಷಯ : 2.5 ದಶಲಕ್ಷ ರೋಗಿಗಳು, 5 ಲಕ್ಷ ಸಾವುಗಳು	12.7 ದಶಲಕ್ಷ ರೋಗಿಗಳು 5 ಲಕ್ಷ ಸಾವು
ಮೈಲೀ ಬೇನೆ : 70,00 ಮರಣ	ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿದೆ
ಕಾಲರಾ : 1,17000 ಸಾವುಗಳು (ಕೇವಲ ಮದ್ರಾಸ್ ಪ್ರಾಂತ್ಯದಲ್ಲಿ)	ಬಹುತೇಕ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿದೆ ಬೇಧಿ ವಾಂತಿ ರೋಗ ವ್ಯಾಪಕ
ಕುಷ್ಟ ರೋಗ: 1 ದಶ ಲಕ್ಷರೋಗಿಗಳು	ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ
	ಇದು ಸಂತೋಷಪಡುವ ಸನ್ನಿವೇಶವೇನಲ್ಲ!

ಐತಿಹಾಸಿಕವಾಗಿ ನೋಡಿದಲ್ಲಿ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ಹಣ ಹೂಡಿಕೆ, ಹಾಗೂ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಪೂರ್ವದಂತೆಯೇ ಇದೆ. ಅದೇ ತರಹ ಕೆಲವೇ ಜನರಿಗೆ ದೊರಕುವ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾದ ಸೇವೆಗಳು, ಲಭ್ಯವಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಹಾಗೂ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮಾತ್ರ ಬದಲಾಗಿವೆ. ಇತ್ತೀಚಿಗಿನ ಎರಡು ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹಾಗೂ ದವಾಖಾನೆಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದಿವೆ. (ಅನುಬಂಧ-2)

ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಸ್ತು ಆಧಾರಿತ ಕ್ರಿಯೆ ಆಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಮುಂದುವರೆದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಹಣ ಹೂಡಿಕೆ ಪ್ರಬಲವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಹಣ ಹೂಡುತ್ತಿದೆ. ಹೊಸ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವೈಶಿಷ್ಟತೆಯಾದ ಸೇವೆ ಇಂದು ನಾಶವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ವಿವಿಧ ರೋಗ ಹಾಗೂ ರೋಗ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ, ಸಾಮಾನ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಸರಕಾರೀ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳೂ ದೇಶದ ಎಲ್ಲೆಡೆಯೂ ಕಂಡುಬಂದರೂ, ಆ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಜನರಿಗೆ ಅಗತ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡದಾಗಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅತಿಹೆಚ್ಚು ಹಣಹೂಡಿಕೆ ಇಂದು ವ್ಯರ್ಥವಾಗುತ್ತದೆ. ಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಮುಖ್ಯಕಾರಣ. ಇಂದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಖರ್ಚು 20 ಸಾವಿರ ಕೋಟಿ ರೂ.ಗಳು (1999-2000) ಈ ಹಣವನ್ನು 5000 ಆಸ್ಪತ್ರೆ, 5,50,000 ರೋಗಿಯ ಹಾಸಿಗೆ, 11,000 ದವಾಖಾನೆಗಳು, 23,000 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, 14,0000 ಉಪ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಇತರೆ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಆರೋಗ್ಯವರ್ಧನೆಯ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುವುದು. ಸರಕಾರ ಸುಮಾರು 1,40,000 ವೈದ್ಯರನ್ನು ಹಾಗೂ 103 ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಹೊಂದಿವೆ. ಆದರೆ ಸರಕಾರ ಜನರ ಅಪೇಕ್ಷೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ಜನರು ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವಂತಾಗಿದೆ.

ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯಗಳು

ಗ್ರಾಮೀಣ ಹಾಗೂ ಪೌರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ, ಅತಿಹೆಚ್ಚು ಉಪಯೋಗಿಸಲ್ಪಡುವ ಸೇವೆಗಳೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು. ಇದು ಗೊತ್ತಿದ್ದ ವಿಷಯ, ಅಲ್ಲದೆ, 80 ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಹಾಗೂ ಎನ್‌ಸಿಎಇಆರ್ ಗಳ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಈ ವಿಷಯ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸುಮಾರು 60 ರಿಂದ 80 ಪ್ರತಿಶತ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿದ್ದು ಪ್ರತಿ ಕುಟುಂಬವು ಆದಾಯದ ಪ್ರತಿಶತ 4 ರಿಂದ 6 ರಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಖರ್ಚುಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಅಂದರೆ ಖಾಸಗೀ

ಕ್ಷೇತ್ರದ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯು 60,000-80,000 ಕೋಟಿ ರೂ. ಗಳಷ್ಟು ಆಗಿದೆ. ಇದು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. **ಸರಕಾರೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವಿಫಲತೆಯಿಂದ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ.** ಸರಕಾರೀ ಕ್ಷೇತ್ರ, ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅಸ್ತಿತ್ವವನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸುತ್ತದೆ. ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಇದೊಂದೇ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗೀಕ್ಷೇತ್ರ ಸರಕಾರೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದು ಸರಕಾರೀ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದೆ ಹಾಗೂ ಅದರಿಂದಾದ ಲಾಭಾಂಶವನ್ನು ತಿರುಗಿಕೊಡಲು ಹೋಗಿಲ್ಲ.

ಅದು ಎಷ್ಟು ದೊಡ್ಡದಿದೆ ?

ಎಲ್ಲ ವೈದ್ಯರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೌನ್ಸಿಲ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಸರು ನೊಂದಾಯಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲಿ ನೊಂದಾಯಿಸಿದ ವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಇಂದು ಸರಕಾರೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಕಳೆಯಲಾಗಿ ಬರುವ ಅಂಕೆಯೇ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ವೈದ್ಯರ ಅಂದಾಜು ಅಂಕಿ ಸಂಖ್ಯೆ. ಇಂದು ಸುಮಾರು 12,00,000 ವೈದ್ಯರು ದೇಶದ ವಿವಿಧ ಕೌನ್ಸಿಲ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ನೊಂದಾಯಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 1,40,000 ವೈದ್ಯರು ಸರಕಾರಿ ಸೇವೆ (ಆಡಳಿತ, ಕೇಂದ್ರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ, ರಕ್ಷಣೆ, ರೈಲ್ವೇ, ರಾಜ್ಯ ವಿಮಾ ಇತ್ಯಾದಿ)ಯಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ 10,60,000 ವೈದ್ಯರು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪದ್ಧತಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ಶೇ. 80 ರಷ್ಟು ವೈದ್ಯರು (8,50,000) ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಪ್ರಬಲರಾಗಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ಅವರಲ್ಲಿ ಶೇ. 80ರಷ್ಟು ಜನ (6,80,000) ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ಇವರಷ್ಟೇ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಅನರ್ಹ ವೈದ್ಯರು ಇದ್ದಾರೆಂದು ಯುನಿಸೆಫ್/ಶ್ರೀ ಐಎಮ್‌ಆರ್‌ಬಿ , ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಅಂದರೆ ಒಟ್ಟು ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ 14,00,000. ಅಂದರೆ 700 ಜನರಿಗೆ ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯ. ಕೇವಲ ಅರ್ಹವೈದ್ಯರನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೂ 1160 ಜನರಿಗೆ ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯ. ಈ ವೈದ್ಯ- ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಅನುಪಾತ ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ!

ಅದು ಎಲ್ಲಿದೆ?

ವೈದ್ಯರು ಪಟ್ಟಣಗಳಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ. 59 ರಷ್ಟು ವೈದ್ಯರು ಪಟ್ಟಣದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ, ಅವರಲ್ಲಿ ಶೇ. 73 ರಷ್ಟು ವೈದ್ಯರು ಆಧುನಿಕ ಪದ್ಧತಿಯವರು (1981 ಜನಗಣತಿ). ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದಲ್ಲಿಯ ಎಲ್ಲಾ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಶೇ.55 ರಷ್ಟು ಜನ ಮುಂಬೈ ನಗರದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಮುಂಬೈ ನಗರದ ಜನ ಸಂಖ್ಯೆ ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಶೇ. 12ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ.

ಈ ರೀತಿ ವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ಒಂದೇ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾದರೆ ಅದರಿಂದ ಬೇರೆ ತೊಂದರೆಗಳು ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಉಂಟಾದಾಗ ಅವರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿಯ ಖೊಟ್ಟಿ ವೈದ್ಯನನ್ನು ಅಥವಾ ದೂರದ ಪಟ್ಟಣದಲ್ಲಿರುವ ವೈದ್ಯನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ

COMMUNITY HEALTH CELL LIBRARY AND DOCUMENTATION UNIT

COMH340
06708 Ooo

ಕಂಡು ಬಂದ ವಿಷಯವೇನೆಂದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪಟ್ಟಣದ ಜನರಷ್ಟೇ ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಪಟ್ಟಣದ ಅರ್ಹವೈದ್ಯರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಹೋದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಉಳಿತಾಯವಾಗಬಹುದೇ?

ಯಾವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇದೆ?

ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಗಳಿವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾದವು ಅಲೋಪತಿ ಅಥವಾ ಅಧುನಿಕ ಪದ್ಧತಿ, ಆಯುರ್ವೇದ, ಯುನಾನಿ ಹಾಗೂ ಸಿದ್ಧ. ಇದಲ್ಲದೆ ಇತರೆ ಪದ್ಧತಿಗಳೂ ಇವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಪ್ರಕೃತಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಯೋಗ, ಬೆನ್ನೆಲುಬು ನೀವಿ ರೋಗ ಗುಣಪಡಿಸುವುದು ಇತ್ಯಾದಿ. ಅನೇಕರಿಗೆ ಯಾವ ಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲಿಯೂ ಅರ್ಹತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸಂಕೀರ್ಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತತೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ, ಗುಣಮಟ್ಟ ನಿಯಂತ್ರಣ ಅಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ಥತೆಯನ್ನು ದೂರ ಮಾಡಲು ಈ ವಿವಿಧ ಪದ್ಧತಿಯ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸಮಾನವಾಗಿ ಸ್ಥಳಾಂತರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ರೂಪಿಸುವವರಿಗೆ ಇದೊಂದು ಸವಾಲಾಗಬಹುದು. ಇದನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಲೋಪತಿ ಪದ್ಧತಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಆಯುರ್ವೇದ ಹಾಗೂ ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ಅಥವಾ ಅಲೋಪತಿಗೆ, ಇತರೆ ಪದ್ಧತಿಗಳು ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದು ಹಾಗೂ ಗುಣಮಟ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಅರ್ಹತೆ, ನೊಂದಣಿ ಇಲ್ಲದ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ವೃತ್ತಿ ಮುಂದುವರೆಸಲು ಹೇಗೆ ಪರವಾನಗಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆ?

ನೊಂದಣಿ ಮಾಡಿದಾಗ, ಅರ್ಹವೈದ್ಯನಿಗೆ, ವೃತ್ತಿ ಮುಂದುವರೆಸಲು ಪರವಾನಗಿ ಸಿಕ್ಕಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅನೇಕರು ಅರ್ಹತೆ ಹಾಗೂ ನೊಂದಣಿ ಇಲ್ಲದೆ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಇದ್ದಾರೆ. ನೊಂದಣಿ ಇಲ್ಲದವರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿರದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದುದು, ಸಂಬಂಧ ಪಟ್ಟ ಅಧಿಕಾರಿಗಳದ್ದು. ಇಂದು ಅನೇಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೌನ್ಸಿಲ್‌ಗಳ ಸಡಿಲ ನೀತಿ ಹಾಗೂ ಬೇಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿಂದ ನೊಂದಣಿ ಇಲ್ಲದ ಅನರ್ಹ ವೈದ್ಯರು ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅಪಾಯಕರವಾಗಲು ಸಾಧ್ಯ. ಆದ್ದರಿಂದ ಕಾಯಿದೆಯಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಉಲ್ಲಂಘನೆ ಮಾಡಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಯಾವ ಚಿಕಿತ್ಸಾಪದ್ಧತಿಗೆ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ? ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ರೋಗ ಉಂಟಾದಾಗ, ಹತ್ತಿರದ ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯ ಅಥವಾ ಸರಕಾರಿ ದವಾಖಾನೆ ಅಥವಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೈದ್ಯನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯ ಇಂದು ಅತ್ಯಧಿಕ ಬೇಡಿಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ವೈದ್ಯ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ ಹಾಗೂ ಶೇ. 60ರಿಂದ 85 ರಷ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹೊರಗಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯನೇ ಮಾಡುತ್ತಾನೆ. ಹತ್ತರಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಯನ್ನು (ಅಥವಾ ಇನ್ನೂ ಕಡಿಮೆ

ಪ್ರಮಾಣ), ವಿಶೇಷಜ್ಞನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂದು ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿ, ರೋಗ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಸರಳೀಕರಿಸಿದರೂ, ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣ ನೀತಿಯಿಂದಾಗಿ ಈ ಸರಳೀಕರಣ ನೀತಿ ಇದ್ದರೂ ಲಾಭಕ್ಕಿಂತ ನಷ್ಟವೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಔಷಧಿ ಉದ್ಯಮ ಹಾಗೂ ಉಪಕರಣ ಉದ್ಯಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಗೆ ಅಪಾಯ ಉಂಟುಮಾಡಿವೆ. ಅವುಗಳ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ನೀತಿಯಿಂದಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿ, (ಖೊಟ್ಟಿ ವೈದ್ಯನೊಬ್ಬನೇ ಅಲ್ಲ) ಅನಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು, ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಅದರಲ್ಲೂ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಇಸಿಜಿ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಅನಗತ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವಂತಾಗಿದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ವಿಶೇಷಜ್ಞ ಹಾಗೂ ಅತಿ ವಿಶೇಷಜ್ಞರು ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಕಮೀಶನ್ ಪದ್ಧತಿಯೂ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿದೆ!

ಖಾಸಗಿಯಿಂದ ಸಂಯುಕ್ತ ಪದ್ಧತಿಯೆಡೆಗೆ!

ಸರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಬೆಳವಣಿಗೆಯತ್ತ ಗಮನ ಹರಿಸಿಲ್ಲ. ಯೋಜನಾ ನಿಯೋಗದ ಕಾಳಜಿ ಕೇವಲ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದತ್ತ. ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಷೇತ್ರ ದೊಡ್ಡದು ಹಾಗೂ ಪ್ರಬಲ. ಆದರೂ ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ ಯೋಜನೆಗೆ ಅರ್ಥ ಇಲ್ಲದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ದೊರೆಯದಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯೆಂದರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾತ್ರ. ಇತರ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದ ವಿಷಯವೇನೆಂದರೆ ಈ ವಿಷಯವೂ ಕಡಿಮೆ ಅಂದಾಜಾಗಿದೆಯೆಂದು.

ನಮಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಪ್ರಕಾರ 70ನೇ ದಶಕದಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಾ ಬಂದಿತು ಎಂದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಅಂದರೆ 1974 ರಿಂದ 1995 ರವರೆಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ. 14ರಿಂದ ಶೇ. 68ರವರೆಗೆ ಏರಿದೆ. ಇದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೊಸ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಾಲೆಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ತಜ್ಞವೈದ್ಯರು ತರಬೇತಿ ಹೊಂದುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ.

ಈ ತೀವ್ರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಇನ್ನೊಂದು ಬದಲಾವಣೆ ಉಂಟಾಗಿದೆ. ಸುವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಸಂಯುಕ್ತ ಕ್ಷೇತ್ರ(Organised Corporate Sector) ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಾಲಿಟ್ಟಿರುವುದು! ಹೊಸ ತಂತ್ರ ಜ್ಞಾನಗಳು, ಬಂಡವಾಳವನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸಿ, ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗೊಳಿಸಿದೆ. ಈಗ ಖಾಸಗೀಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ, ಈ ಸಂಯುಕ್ತ ಕ್ಷೇತ್ರ ಹತೋಟಿ ಸಾಧಿಸಿದೆ ಹಾಗೂ ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು ತೆಗೆದು ಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದೆ. ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲಕರ (ಸರಕಾರಿ) ನಿರ್ಣಯಗಳು ಕಡೆಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿವೆ, ಸಂಯುಕ್ತ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಾಲೀಕರು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತೀರ್ಮಾನವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ, ಹಾಗೂ ಸರಕಾರದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ನೀತಿ ನಿಯಮಗಳೇ ಬದಲಾಗುವಂತಿವೆ. ಇದರೊಂದಿಗೆ ವಿಮಾ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಸೇರಿಕೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ಇಂದು ಏಕಸ್ವಾಮ್ಯ ಬಂಡವಾಳವಾಗಿದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಉತ್ಪತ್ತಿ ಹಾಗೂ ಬೆಳವಣಿಗೆ

ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯರ ತರಬೇತಿ ಹಾಗೂ ಶಿಕ್ಷಣ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿದೆ. ಕೊನೆಯ ದಶಕದವರೆಗೆ, ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರ, ವೈದ್ಯರ ತರಬೇತಿ ಬಗ್ಗೆ ಕಡಿಮೆ ಆಸಕ್ತಿ ತೋರಿಸಿತ್ತು. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ತರಬೇತಿಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಸರಕಾರದ ಮೇಲಿತ್ತು. ಈಗ ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಲಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೌನ್ಸಿಲ್‌ನ (Medical Council of India) ಪರವಾನಗಿ ಇಲ್ಲದೆಯೇ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿವೆ. ಆದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಆಗತ್ಯವಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಲ್ಲ. ಇದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲು ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ಯಾವ ತರಹದ ನಿಯಂತ್ರಣವಿಲ್ಲದೇ ಇರುವುದು, ಸರಕಾರದ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು, ಮಧ್ಯ ಪ್ರಾಚ್ಯ ಹಾಗೂ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಆಗತ್ಯತೆ ಇರುವುದು. ವೈದ್ಯರು ಬೇರೆ ದೇಶಕ್ಕೆ ವಲಸೆ ಹೋಗದಂತೆ ಮಾಡಲು ಅನೇಕ ತಡೆಗಳಿದ್ದರೂ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಸುಮಾರು 4000 ದಿಂದ 5000 ವೈದ್ಯರು ಹೊರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರತಿ ವೈದ್ಯನ ತರಬೇತಿಗೆ 10 ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳು ಖರ್ಚಾಗುವುದಾದರೆ ಆದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ 400-500 ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಯಷ್ಟು ನಷ್ಟವನ್ನು ಸರಕಾರಿ ಬೊಕ್ಕಸ ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ಆಯುರ್ವೇದ, ಹೋಮಿಯೋಪತಿ, ಯುನಾನಿ, ಸಿದ್ಧ ಪದ್ಧತಿ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರ ತರಬೇತಿಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಸರಕಾರದ ಯಾವ ಸಹಾಯವೂ ಇಲ್ಲ. ಈ ವೈದ್ಯರನ್ನೂ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇಂದು ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಣವಿಲ್ಲದೇ ಇದ್ದುದರಿಂದ ಈ ಇತರೇ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ವೈದ್ಯರು ತಮ್ಮ ಪದ್ಧತಿಯೊಂದಿಗೆ ಆಧುನಿಕ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಾ(Cross Practice) ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಇಂದು ಆಧುನಿಕವಲ್ಲದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದು, ಆಧುನಿಕ ಔಷಧಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿ ವೃತ್ತಿ ನಡೆಸುವುದು, ಒಂದು ಬಹಿರಂಗ ರಹಸ್ಯವಾಗಿದೆ.

ದಾದಿಗಳ ಕಥೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಭಿನ್ನವಾಗಿದೆ. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ನಾವು ನಮ್ಮ ಆಗತ್ಯತೆಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ದಾದಿಯರನ್ನು ತಯಾರಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ತಯಾರಾದ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಸರ್ಕಾರೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಕೆಲವರು ಹೊರ ದೇಶಗಳಿಗೆ ವಲಸೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ನಾವು ದಾದಿಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವೈದ್ಯರನ್ನು ತರಬೇತಿಗೊಳಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಹಾಸ್ಯಾಸ್ಪದ. ದಾದಿಗಳ ಆಗತ್ಯತೆ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ, ಕಾರಣ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಕಡಿಮೆ ದಾದಿಗಳನ್ನು ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದಾದಿಯಿಂದ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದದವರನ್ನು ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್, ಮೆಡಿಕಲ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹಾಗೂ ಸರಕಾರ ಈ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಣ ತರಲು ಯಾವ ಆಸಕ್ತಿಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಇಂದು ಭಾರತದಲ್ಲಿ 7,00,000 ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ವೈದ್ಯರು, ಅಷ್ಟೇ ಪ್ರಮಾಣದ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದದ ವೈದ್ಯರಿದ್ದು ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಣವಿಲ್ಲದ ಜಗತ್ತಿನ ಅತಿ ದೊಡ್ಡ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವಿದ್ದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರ ಕೇವಲ 'ಹಣಕ್ಕೆ ಸೇವೆ'ಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕೇವಲ ಗುಣಪಡಿಸುವ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಕೊಡುತ್ತಿದೆ.

ಔಷಧಿ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಉಪಕರಣದ ಉತ್ಪತ್ತಿ

ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರ ಶೇ. 90 ರಿಂದ 95 ಬಳಸುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ.

16,000 ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಯ ಔಷಧಿ ವಹಿವಾಟಿನಲ್ಲಿ ಶೇ. 90ರಷ್ಟು ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿದ್ದು, ಖಾಸಗೀ ಔಷಧಿ ಉದ್ಯಮ, ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಯಂತ್ರವಾಗಿದೆ. (Engine) ಅದು ದೇಶದ ದೂರದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ (Remote Village) ಅನರ್ಹ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ತಮ್ಮ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಂಡಿವೆ. ಇಂದು ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಇರುವವರು, ಈ ಖಾಸಗೀ ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಯವರು. ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಯ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಒಳ ಹಾಗೂ ಹೊರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಲ್ಲವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಆಯುರ್ವೇದ ಹಾಗೂ ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ಔಷಧಿಗಳ ಉದ್ದಿಮೆಯೂ ಸಾಕಷ್ಟು ದೊಡ್ಡದಾಗಿದೆ, ಆದರೆ ಆ ಉದ್ದಿಮೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಮಾಹಿತಿ ದೊರಕುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಕೆಲವು ಆಯುರ್ವೇದ ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಗಳ ವಾರ್ಷಿಕ ವಹಿವಾಟು ನೂರಾರು ಕೋಟಿಗಳಷ್ಟಿವೆ ಹಾಗೂ ಆ ಕಂಪನಿಗಳು ಖಾಸಗೀಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಗ್ರಾಹಕನಿಗೆ ಔಷಧಿ ಬೆಲೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ಇರುತ್ತದೆ. ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಎರಡು ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಔಷಧಿಗಳ ಬೆಲೆಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿವೆ ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ಆಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳ ಬೆಲೆಗಳು ಎರಡು ಪಟ್ಟಾಗಿವೆ. ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವಲ್ಲದೆ ಸರಕಾರಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ದುಬಾರಿಯಾಗುತ್ತಿದೆ. ಕಾರಣ ಗ್ರಾಹಕನ ಹಣಕಾಸಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬದಲಾಗದೇ ಇರುವುದರಿಂದ, ಇಂದು ಚಿಂತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಉಪಕರಣಗಳ ಉದ್ದಿಮೆ, ಔಷಧಿ ಉದ್ದಿಮೆಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಇನ್ನೂ ಸಣ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ. ಭಾರತ ಇಂದಿಗೂ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಆಮದು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಈ ಉದ್ದಿಮೆಯೂ ಕೂಡಲೇ ವೃದ್ಧಿಹೊಂದುವ ಚಿನ್ಹೆಗಳಿವೆ. ಈ ಉದ್ಯಮ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಮರೆಯುವಂತಿಲ್ಲ.

ಸರಕಾರಿ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರ

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಕಟ್ಟು ಕಥೆಗಳಿವೆ. ಮುಖ್ಯವಾದುವು ಹೀಗಿದೆ:

- ☐ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರ ತನ್ನರ್ಹತೆ ಹಾಗೂ ಪರಿಶ್ರಮದಿಂದ ಮುಂದೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರ ಕುಸಿಯಲು ಕಾರಣ ಜನರ ಬೆಂಬಲವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಸ್ವಯಂ ಪ್ರೇರಣೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ. ಸತ್ಯವೇನೆಂದರೆ ಸರಕಾರದ ನೀತಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅವನತಿಗೆ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗೀಕ್ಷೇತ್ರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರತ್ಯಕ್ಷ ಹಾಗೂ ಪರೋಕ್ಷವಾದ ಸರಕಾರದ ಬೆಂಬಲದಿಂದ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇಂದು ಖಾಸಗೀಕರಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಪ್ರಬಲವಾಗುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ.

- ಸರಕಾರಿ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಇಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರ ಲಾಭಪಡೆದವರು ವೈದ್ಯರಾಗಿ ಖಾಸಗೀ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಆರಂಭಿಸುತ್ತಾರೆ. ಸರಕಾರ ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ರಿಯಾಯಿತಿ, ಸಹಾಯ ಧನ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಅದೇ ತರಹ ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಉಪಕರಣದ ಉದ್ದಿಮೆಗೂ ರಿಯಾಯಿತಿ ಕೊಡುತ್ತದೆ. ಸರಕಾರ ಮೂಲ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಿ ಕಡಿಮೆ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಔಷಧಿ ತಯಾರಿಸುವ ಕಂಪನಿಗಳಿಗೆ ಮಾರುತ್ತದೆ. ಲಾಭದಾಯಕ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನಡೆಸಲು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳು ನಿಕ್ಷೇಪದಂತೆ ಕೆಲಸಮಾಡಲು ಸರಕಾರ ಕರ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಕೊಡುತ್ತಿದೆ. ಈ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ರೋಗಿಯಿಂದ ಸಾಕಷ್ಟು ಹಣ ಪಡೆದರೂ ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಕೊಡಬೇಕಾದ ಲಾಭಾಂಶದ ಪಾಲನ್ನು ಕೊಡುತ್ತಿಲ್ಲ.

- ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರೀ ಸೇವೆಗಳು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿರದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಸರಕಾರ, ಸರಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಕೊಡುತ್ತಿವೆ. ಇದು ಸರಕಾರೀ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅವಿಶ್ವಾಸ ಮೂಡಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

- ಸರಕಾರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ಮಹತ್ತರ ಸಾಧನೆ ಮಾಡಿದೆ. ಆದರ ಈ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ದಕ್ಷತೆ ಇಲ್ಲದ್ದರಿಂದ, ಸರಕಾರ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಸರಕಾರೀ ಕೇಂದ್ರದ ವೈದ್ಯ ತನ್ನ ಖಾಸಗೀ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಅದೇ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸುತ್ತಾನೆ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗೀ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತ ತನ್ನ ಲಾಭವನ್ನು ಗಿಟ್ಟಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ!

- ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟಲು, ಖಾಸಗೀ ಗುತ್ತಿಗೆದಾರರನ್ನು ನೇಮಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಗುತ್ತಿಗೆದಾರರು ಸಾಕಷ್ಟು ಹಣಮಾಡುತ್ತಾರೆ ಹಾಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಕಟ್ಟಲು ಹೆಚ್ಚು ಹಣ ಖರ್ಚಾಯಿತೆಂದು ಲೆಕ್ಕ ತೋರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ರೀತಿ ಹಣ ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆಯೇ ಹೊರತು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

- ಸರಕಾರ ಸಂಯುಕ್ತ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲು ಭೂ ಸ್ವಾಧೀನ ನಿಯಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಭೂಮಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಜನಹಿತ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ, ಮಾರುಕಟ್ಟೆಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಭೂಮಿಯನ್ನು ಕೊಡುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಈ ಸಂಯುಕ್ತ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಜನಹಿತ ದೃಷ್ಟಿ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವ ವಚನಬದ್ಧತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಸಂಯುಕ್ತ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಾಗಿ ಕೋಟ್ಯಾಂತರ ರೂಪಾಯಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಉಪಕರಣ ಆಮದು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸರಕಾರ ಆಮದು ಕರವನ್ನು ವಜಾ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಇದರ ಬದಲಿಗೆ ಅವರು ಶೇ. 40 ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ

ಹಣವಿಲ್ಲದೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಸಂಯುಕ್ತ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಈ ವಚನಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ಮರೆತು ಬಿಡುತ್ತವೆ. ಇದರಿಂದಾದ ಸರಕಾರದ ನಷ್ಟ ಸುಮಾರು 500 ಕೋಟಿಗಳಷ್ಟು.

- ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಗೂ ಔಷಧಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸಂಶೋಧನೆಗಳನ್ನು ಸರಕಾರೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ, ಆದರೆ ಅದರ ಲಾಭವನ್ನು ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರ ಪಡೆಯುತ್ತದೆ. ಔಷಧಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಗೂ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹೊಸ ಹೊಸ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಹಿಡಿಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣ, ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಲಾಭ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರ ಸೀಮಿತಗೊಂಡಿದೆ. ಅನೇಕ ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸರಕಾರೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಗೌರವ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿರಿಸಿದರೂ ಅವರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಒಳಿತಿಗೆ ಬದಲು ತಮ್ಮ ಲಾಭಕ್ಕೆ ದುಡಿಯುತ್ತಾರೆ!

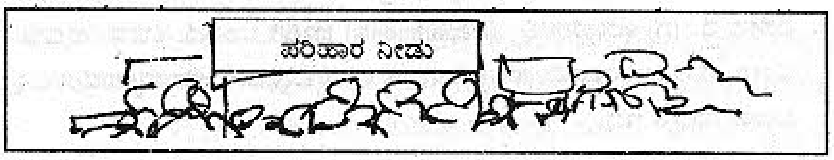
- ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಸರಕಾರೀ ಸೇವೆಗಳಿಗ "ಸೇವೆಗೆ ಹಣ" ನೀತಿಯ ಉಪಯೋಗ ಶುಲ್ಕ ವಿಧಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಸರಕಾರಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ಖಾಸಗೀಕರಣ ಮಾಡಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಕೆಲವೇ ಜನರು ಇದರ ಲಾಭ ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಈಗಾಗಲೇ ಇದು ಸರಕಾರೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿಶೇಷ ರೋಗ ಇಲಾಖೆಗಳಲ್ಲಿ (Departments) ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿದೆ. ಉದಾ: ಹೃದಯ ರೋಗ, ನರರೋಗ, ಇತ್ಯಾದಿ. ಕಾಲಕ್ರಮೇಣ ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲೂ ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ.

- ಸರಕಾರ, ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ನಿಯಂತ್ರಣ ರಹಿತ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಪರವಾನಗಿ ನೀಡಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಸರಕಾರ ಹಾಗೂ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ (Medical Council of India) ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯ ನೀತಿ, ಸಮಂಜಸತೆ ಹಾಗೂ ಲಾಭ ಕೋರ ನೀತಿಯ ಮೇಲೆ ಯಾವ ಹತೋಟಿ ತರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಮೇಲೆ ಕೊಟ್ಟ ಕೆಲವು ಉದಾಹರಣೆಗಳಿಂದ ಹೇಗೆ ಸರಕಾರ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಇಂದಿನ ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಉದಾರೀಕರಣ ನೀತಿಯಿಂದ ಸರಕಾರ ಕೇವಲ 'ಆಯ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ' (Selective Health Care) ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ, ಕೆಲವು ರೋಗಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯ. ಇದರರ್ಥ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಕೈಬಿಟ್ಟಂತೆ ಹಾಗೂ ಸಮಾಜದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನರಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಆಪತ್ತು ಹೆಚ್ಚಾದಂತಾಗುತ್ತದೆ!

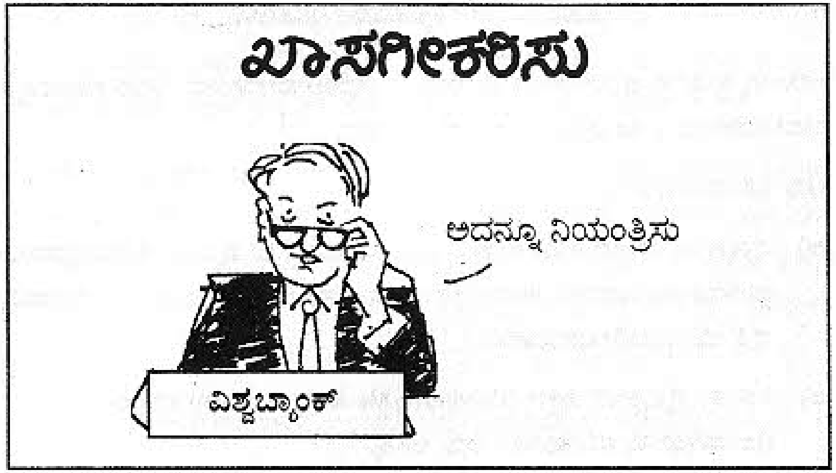
ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದು

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ. 75 ರಷ್ಟು ಪಾಲು ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿದೆ. ಹಾಗೂ ಅನೇಕ ನಿಯಮಗಳಿದ್ದಾಗ್ಯೂ, ಅನಿಯಂತ್ರಿತವಾಗಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಕೌನ್ಸಿಲ್‌ಗಳು ಕೇವಲ ಅರ್ಹ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಹಾಗೂ ನೊಂದಣೀ ಹೊಂದಿದ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ವೃತ್ತಿ ಮುಂದುವರೆಸಲು ಪರವಾನಗಿ ಕೊಡುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಇಂದು ಅನರ್ಹ ಹಾಗೂ ನೊಂದಣೀ ಹೊಂದದವರೂ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ದುರಾಚಾರ, ಹಾಗೂ ಮಿಶ್ರ ವೃತ್ತಿ (ಅಂದರೆ ಅಲೋಪತಿ ವೈದ್ಯರು ಆಯುರ್ವೇದ ಔಷಧಿ ಬರೆಯುವುದು)ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿದೆ. ಎಲ್ಲ ಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಆಧುನಿಕ ಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲಿ ಅಸಮಂಜಸತೆ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಶುಲ್ಕದಲ್ಲಿ ಅಜಗಜಾಂತರ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹಾಗೂ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂಗಳು ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಟ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಪಾಲಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಸರಕಾರೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅಧಿಕಾರಿಶಾಹಿ ನಿರ್ವಹಣೆಯಿಂದ ಕನಿಷ್ಟ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತವೆ(ಅಂದರೆ ಅರ್ಹ, ನೋಂದಣಿ ಹೊಂದಿದ ವೈದ್ಯರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಇರಿಸುವುದು ಇತ್ಯಾದಿ). ಆದರೆ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಇವುಗಳಿಗೂ ಗಮನಹರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.



ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿ ಈಗ ಸಾಕಷ್ಟು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಯಾವ ನಿಯಂತ್ರಣವಿಲ್ಲದೆ ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತಿದೆ. ಕಳೆದ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಸಾಕಷ್ಟು ಒತ್ತಡಗಳು ಬಂದಿವೆ. ರೋಗಿಗಳು, ಗ್ರಾಹಕ ವೇದಿಕೆಗಳೂ ಹಾಗೂ ಜನಹಿತಾಸಕ್ತಿ ಗುಂಪುಗಳು ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದುರಾಚಾರ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಸಮಾಧಾನ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿ, ಈ ಕ್ಷೇತ್ರವಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಟ ಗುಣಮಟ್ಟ, ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಹಾಗೂ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಬೇಡುತ್ತಾ ಹೋರಾಟ ನಡೆಸಿವೆ. ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿಂದ ವರ್ತಿಸಿ, ಈಗಿರುವ ನಿಯಮಗಳನ್ನು

ಉಪಯೋಗಿಸುವುದಲ್ಲದೆ, ಹೊಸ ಸಮಗ್ರ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿ ಮಾಡಲು ಕರೆಕೊಟ್ಟಿವೆ. ಇತರೇ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪ್ರಾಬಲ್ಯವಿರುವ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿಯಂತೇ ಸಮಗ್ರ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಮಾಡಿ, ಅಲ್ಲಿಯಂತೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಲು ಕರೆಕೊಟ್ಟಿವೆ. ಅಂದರೆ ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣ ಬದಲಿಸಲು, ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ತೆಗೆದುಹಾಕುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಲ್ಲ, ಆದರೆ ಖಾಸಗೀ ಹಾಗೂ ಸರಕಾರೀ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳೆರೆಡೂ ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಹೊತ್ತು ಕೆಲಸ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ.



ಹೊಸತಂತ್ರದ ಉದ್ದೇಶ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು, ಅದೇ ವೇಳೆಗೆ ನಿಯಂತ್ರಿತ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ತೊಡಗಿಸುವುದು: ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರ ದೊಡ್ಡದಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಸರಕಾರೀ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕಿಂತ ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಕಾರ್ಯಜಾಲವಿದೆ. ಈ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸಹಾಯದಿಂದ ಖಾಸಗಿ ಸರಕಾರಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ, ಸಮಗ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಇಂದು ಎಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಿ, ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕನಿಷ್ಟ ಅಗತ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಯಾವುದು ಎಂದು ತೀರ್ಮಾನಿಸಿ, ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಹಣ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದೇ ತಲುಪುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾಸಗೀಕರಣ ನೀತಿಯನ್ನು ನೀಡಿದೆ, ಆದರೆ ಅದರ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಬಗ್ಗೆ ಮೌನತಾಳಿದೆ. ಎಲ್ಲ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಸಗೀಕ್ಷೇತ್ರವಿದ್ದರೂ ಅಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಣವೂ ಇರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಇಂದು ಇನ್ನೊಂದು ಬದಲಾವಣೆಯ ಹೊಸ್ತಿಲಲ್ಲಿ ನಾವಿದ್ದೇವೆ. ಉದಾ: ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಣ. ಬೆಲೆ ನಿಯಂತ್ರಣ, ಸಮಂಜಸತೆ ಇತ್ಯಾದಿ. ಖಾಸಗೀ ವಿಮೆ, ಈ ಎಲ್ಲಾ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು

ತರಲಿದೆ. ವಿಮೆಗೆ ಲಾಭ ಮುಖ್ಯವಾಗುವುದರಿಂದ, ನಿಯಂತ್ರಣ ತರಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಬಡಜನರಿಗೆ ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ್ದರಿಂದ ಯಾವ ಪ್ರಯೋಜನವೂ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಜಗತ್ತಿನಾದ್ಯಂತ ಖಾಸಗೀ ವಿಮೆಯಿಂದ ಬೆಲೆಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿವೆ ಹಾಗೂ ಶ್ರೀಮಂತರಿಗೆ ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಎಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಬಡವರು ಇರುವರೋ ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ, ಸರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯದ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಆಶ್ಚರ್ಯಕರ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ ಬಡಜನರ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆಯಾದರೂ, ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಕೂಡಲೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ನೀತಿಗಳು

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಪುನರ್ ಸಂಘಟನೆ ಮಾಡಲು ಸಮಯ ಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ತರುವುದು ಅವಶ್ಯಕ ಹಾಗೂ ಸಾಧ್ಯ

ಅವು ಯಾವುವೆಂದರೆ:

ಅ) ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಗಳು ಅನರ್ಹ, ನೊಂದಣಿ ಹೊಂದದ ವೈದ್ಯರು ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿರದಂತೆ ಜಾಗರೂಕತೆವಹಿಸಬೇಕು. ಕೇವಲ ಅರ್ಹ ಹಾಗೂ ನೊಂದಣಿ ಹೊಂದಿದ ವೈದ್ಯರು ಮಾತ್ರ ವೃತ್ತಿ ಮುಂದುವರೆಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಆ) ನಿರಂತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ (Continuing Medical Education) ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಬೇಕು. ನೊಂದಣಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸಲು ಅದು ಅಗತ್ಯ.

ಇ) ವೈದ್ಯ ಪದವೀಧರರು ಕನಿಷ್ಠ ಐದು ವರ್ಷ ಕಡ್ಡಾಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಅದರಲ್ಲಿ ಮೂರುವರ್ಷ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ. ಇದನ್ನು ಕೇವಲ ಬಾಂಡ್ ಅಥವಾ ಹಣ ಕೊಡುವುದರ ಮೂಲಕ ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಡದೆ, ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಅನುಮತಿ ಮೂಲಕ ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಡಬೇಕು. ಸ್ನಾತಕೊತ್ತರ ಪದವೀ ಅಥವಾ ವೃತ್ತಿ ಆರಂಭಿಸುವುದಕ್ಕಿಂತ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಇದನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು.

ಈ) ಖಾಸಗೀ ಕ್ಲಿನಿಕ್, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಎಷ್ಟು ವೈದ್ಯರ ಅಗತ್ಯತೆ ಇದೆ ಎಂದು ಗುರುತಿಸಿ, ಅವರಿಗೆ ಪರವಾನಗಿ ಕೊಡಲು ಸ್ಥಳೀಯ ಆಡಳಿತ ತಯಾರಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗೀ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗಳ ಕನಿಷ್ಠ ಅಗತ್ಯತೆ, ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯಕೀಯಕ್ಕೆ ಕನಿಷ್ಠ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ನಿರ್ಧರಿಸಿ ಅದನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಜನಸಂಖ್ಯೆ-ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು-ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಸಿಗೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸುವಾಗ ಸಮಂಜಸತೆ ಇರುವಂತೆ ಜವಾಬ್ದಾರಿವಹಿಸಬೇಕು. ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಹಾಗೂ ದೂರದ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ (Rimote Places) ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲು ಹಣಕಾಸಿನ ಸಹಾಯ, ಪಟ್ಟಣಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕರ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನ ಹರಿಸಬೇಕು.

ಉ) ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಾಡಬೇಕು. ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕಾರ್ಮಿಕನಿಗೆ ಕಡ್ಡಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕು.

ಊ) ಇ.ಎಸ್.ಐ. ನ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪುನರ್ ರಚನೆಗೊಳಿಸಿ, ಆ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದಿಗೆ ವಿಲೀನಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಈ ಹೊಸ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಮಿಕನಿಗೆ ಸಮಾನ ಹಕ್ಕು ರಕ್ಷಣೆ ಇರುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಅವನ ದುಡಿಯುವ ಶಕ್ತಿಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಅವನು ತನ್ನ ಚಂದಾ ಕೊಡುತ್ತಾನೆ. ಉದಾ: ಕಾರ್ಮಿಕ ಶೇ. 2 ರಷ್ಟು ಚಂದಾ ಕೊಟ್ಟರೆ ಹಾಗೂ ಮಾಲಿಕ ಶೇ. 5ರಷ್ಟು ಹಣ ಕೊಟ್ಟು, ನೂರು ಶತಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಬಹುದು. ಇದಲ್ಲದೆ ವಿಶೇಷ ಕರ ಹಾಗೂ ಸರಾಯಿ, ಸಿಗರೇಟ್ , ಗಾಡಿ ಹಾಗೂ ಆಸ್ತಿಯ ಮೇಲು ಆರೋಗ್ಯ ಕರ ಹಾಕಿ ಇನ್ನಷ್ಟು ಹಣ ಸೇರಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಋ) ಸರಕಾರೀ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಇರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡುವುದಲ್ಲದೆ(ಸಂಬಳ ಹಾಗೂ ಇತರ ಖರ್ಚುಗಳಾಗಿ), ರೋಗಿಗಳನ್ನು ದ್ವಿತೀಯ ಹಾಗೂ ತೃತೀಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಕಳಿಸುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ವಿಶೇಷಜ್ಞ, ಪರೀಕ್ಷೆ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಕೇವಲ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಜ್ಞರಿಂದ (ತುರ್ತು ಸನ್ನಿವೇಶವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ) ಕಳಿಸಿದ ರೋಗಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಪ್ರವೇಶವಿರಬೇಕು.

ಸಮಗ್ರ ಕಾಯಿದೆಯನ್ನು ಬಯಸುವ ನಿಯಂತ್ರಣ ಹೇಗಿರಬೇಕು.

ಕೆಳಗೆ ತಿಳಿಸಿರುವ ಕೆಲವು ನಿಯಂತ್ರಣ, ಸಲಹೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ವ್ಯಾಪಿಸಿವೆ. ಇವುಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಲ್ಲವಾದರೂ, ಕೆಲವು ಪ್ರಮುಖ ಸಲಹೆಗಳಾಗಿವೆ.

I ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು

- ಕನಿಷ್ಠ ಯೋಗ್ಯ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹಾಗೂ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು. ಸಾಮಾನ್ಯ ಹಾಗೂ ವಿಶೇಷ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ (ಹೆರಿಗೆ, ಹೃದ್ರೋಗ, ತೀವ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇತ್ಯಾದಿ) ಅಗತ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸಿ ಅಳವಡಿಸುವುದು. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳ, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಉಪಕರಣಗಳೂ, ಸಿಬ್ಬಂಧಿ (ವೈದ್ಯ ದಾದಿ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯ- ಹಾಸಿಗೆ ಅನುಪಾತ, ವೈದ್ಯರ ಹಾಗೂ ದಾದಿಯರ ಅರ್ಹತೆ) ಮುಖ್ಯವಾಗಿವೆ.
- ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಗೂ ಇತರೆ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸುರಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಇಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡುವುದು ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ತನಿಖಾ ತಂಡಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಕೂಡಲೇ ತೋರಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರಬೇಕು.

- ರೋಗಿಯನ್ನು ದ್ವಿತೀಯ ಹಾಗೂ ತೃತೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಕಳಿಸುವ (Referal for Secendary & Tertiary care) ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರಬೇಕು.
- ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕದಲ್ಲಿ ಔಚಿತ್ಯತೆ ಇರಬೇಕು.
- ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ, ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಕಳಿಸುವುದು ಉದಾ: ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ತಿಳಿಸಬೇಕಾದ ರೋಗಗಳ ವಿವರ, ಜನನ ಹಾಗೂ ಸಾವಿನ ವಿವರ, ರೋಗಿ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿವರ ಹಣಕಾಸಿನ ವಿವರ ಇತ್ಯಾದಿ.
- ನಿಯತಕಾಲಿಕವಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಗೂ ಆದೇಶ ಚೀಟಿಯ ವಿಚಾರಣೆ (Audit) ಯನ್ನು ಸಂಬಂದಪಟ್ಟ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ತಿಳಿಸುವುದು.
- ಪ್ರಾಪ್ತ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ತನಿಖೆ (Inspectiion) ಹಾಗೂ, ಗುಣಮಟ್ಟ ಅನುಸರಿಸದಕ್ಕಾಗಿ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ಹಾಗೂ ಅಗತ್ಯಬಿದ್ದಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷೆ.
- ನಿಯತಕಾಲಿಕವಾಗಿ ನೊಂದಣಿ, ಪರವಾನಗಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು.

II ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವವರು:

- ಕೇವಲ ಅರ್ಹ ವೈದ್ಯರೇ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಬೇಕು.

  ರೋಗಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಇಡಲು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಆದೇಶಗಳ ನಿಯತಕಾಲಿಕ ತನಿಖೆ ಮಾಡುವುದು(Audit)
- ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸುವುದು.
- ಎಲ್ಲಾ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲೂ ವೈದ್ಯರಿದ್ದಾರೆಂಬುದನ್ನು ಖಚಿಪಡಿಸುವುದು.
- ರೋಗಿ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಅಧಿಕಾಂಗಳಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಕೊಡುವುದು.
- ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಮುಂದುವರಿದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುವುದು ಹಾಗೂ ಆದರ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ವೈದ್ಯ ವೃತ್ತಿ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಅನುಮತಿ ಕೊಡುವುದು.

III ರೋಗ ನಿಧಾನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

- ರೋಗ ನಿಧಾನ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಗುಣಮಟ್ಟ ಹಾಗೂ ಅರ್ಹ ತಾಂತ್ರಿಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡುವುದು.

- ರೋಗ ನಿಧಾನ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು.
- ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೇ ಎಂದು ತನಿಖೆ ಮಾಡುವುದು.
- ಎಲ್ಲ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲೂ ಈ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರಕುವಂತೆ ಗಮನ ವಹಿಸುವುದು.

IV ಔಷಧಿ ಉದ್ಯಮ ಹಾಗೂ ಔಷಧ ಅಂಗಡಿಗಳು

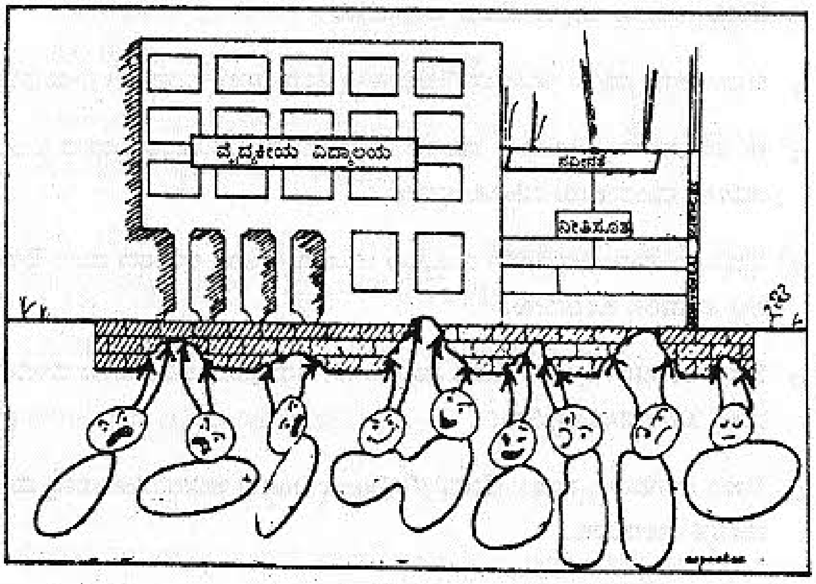
- ಕೇವಲ ಅಗತ್ಯ ಹಾಗೂ ಸಮಂಜಸ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಲು ಪರವಾನಗಿ ನೀಡುವುದು.
- ಈ ಉದ್ಯಮವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಾಡದೆ ರಸಾಯನ ವಸ್ತುವಿನ ಮಂತ್ರಾಲಯದ ಬದಲು ಆರೋಗ್ಯ ಮಂತ್ರಾಲಯ ವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.
- ವೈದ್ಯರಿಗೂ ಹಾಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಔಷಧಿ ಪಟ್ಟಿ ತಯಾರಿಸಿ ಕೊಡಬೇಕು.
- ಔಷಧಿ ಅಂಗಡಿಗಳಲ್ಲಿ ಅರ್ಹ ಔಷಧಿ ವ್ಯಾಪಾರಿಗಳೇ ಇರುವುದನ್ನು ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಖಚಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.
- ಔಷಧಿ ಅಂಗಡಿಗಳು ಮೂಲ ಔಷಧಿಗಳ(Generic Drugs) ಆದೇಶ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಮಾನ್ಯತೆ ಮಾಡಬೇಕು.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಯಾರು ನಿಯಂತ್ರಿಸಬೇಕು

ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿ ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತವಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಲು ರಾಷ್ಟ್ರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಾಡಬೇಕು. ಈ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಾಡಲು ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಂಡಳಿ ರಚಿತವಾಗಬೇಕು. ಹಾಗೂ ಆದರಲ್ಲಿ ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಜನಪರ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಇರಬೇಕು. ಈ ಮಂಡಳಿ ಜನಹಿತ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಾಡುತಿತ, ಅಗತ್ಯಬಿದ್ದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ 4

ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿಸೂತ್ರ (Ethics), ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ, ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ಹಾಗೂ ಸವಾಲು



1. ವೈದ್ಯರ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆಯ ವಿರುದ್ಧ ಜನರಿಗಿರುವ ಅಸಂತೋಷಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳೇನು?

- ನಿರ್ಲಕ್ಷ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚು ಶುಲ್ಕ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆಂದು ದೂರುಗಳಿವೆ.
- ವೈದ್ಯರು ಅನಗತ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಬರೆದುಕೊಡುತ್ತಾರೆ
- ವೈದ್ಯರು ರೋಗಿಯ ಅಜ್ಞಾನದ ದುರುಪಯೋಗ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ, ರೋಗಿಯ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆಗೆ ಧಕ್ಕೆ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತಾರೆ
- ವೈದ್ಯರು ಕೇವಲ ಗುಣಪಡಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದು, ರೋಗ ಪ್ರತಿಬಂಧನೆ ಹಾಗೂ ರೋಗದ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಗಮನ ಕೊಡುತ್ತಿಲ್ಲ.
- ವೈದ್ಯರು ಪಟ್ಟಣಗಳಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತರಾಗಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಹಾಗೂ ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶಗಳು ನಿರ್ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿವೆ

- ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಇತರೇ ಸಿಬ್ಬಂಧಿಗಳು ರೋಗಿಯನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುವುದು, ರೋಗಿಯೊಂದಿಗೆ ದುರ್ನಡತೆ, ಅನೈತಿಕ ಹಾಗೂ ಅಪರಾಧಿ ನಡುವಳಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವುದು,

ಆನೇಕ ವೈದ್ಯರು ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ನೀತಿ ಹಾಗೂ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೂ ಇಂದಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಿಂದ ಪ್ರಭಾವಿತರಾಗಿ ಭ್ರಷ್ಟರಾಗುತ್ತಾರೆ. ಈ ಅಹಿತಕರ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಕಾಳಜಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ನ್ಯಾಯ ಹಾಗೂ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಪರಿಹಾರ ಅಗತ್ಯ. ಇದನ್ನು ನಾವು ಹಿಂದಿನ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದೇವೆ. ಕೇವಲ ಗ್ರಾಹಕ ರಕ್ಷಣಾ ಕಾಯ್ದೆ ಹಾಗೂ ಇತರೇ ಇದೇ ತರಹದ ಕಾಯಿದೆಯಿಂದ ಪರಿಹಾರ ದೊರಕುವುದಿಲ್ಲ. ಅದಲ್ಲದೇ ಇತರೇ ತೊಂದರೆಗಳು (ತನ್ನ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಅನಗತ್ಯವಾಗಿ ಔಷಧಿ ಬರೆದುಕೊಡುವುದು, ಮೊಕದ್ದಮೆಗೆ ಹಣ ಖರ್ಚು) ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಇದು ಮೂಲ ತೊಂದರೆಗೆ ಪರಿಹಾರವಲ್ಲ.

ಈಗ ನಾವು ಪ್ರಶ್ನಿಸಬೇಕಾದ್ದು - ಈ ರೀತಿ ಆಗಲು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಕುಂದುಕೊರತೆಗಳೇ ಕಾರಣವೇ? ವೈದ್ಯರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು, ಬಡವರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಲು ಹಾಗೂ ನೀತಿಯಿಂದ ವೃತ್ತಿ ಮುಂದುವರೆಸಲು ತರಬೇತಿ ಪಡೆದಿಲ್ಲವೇ?

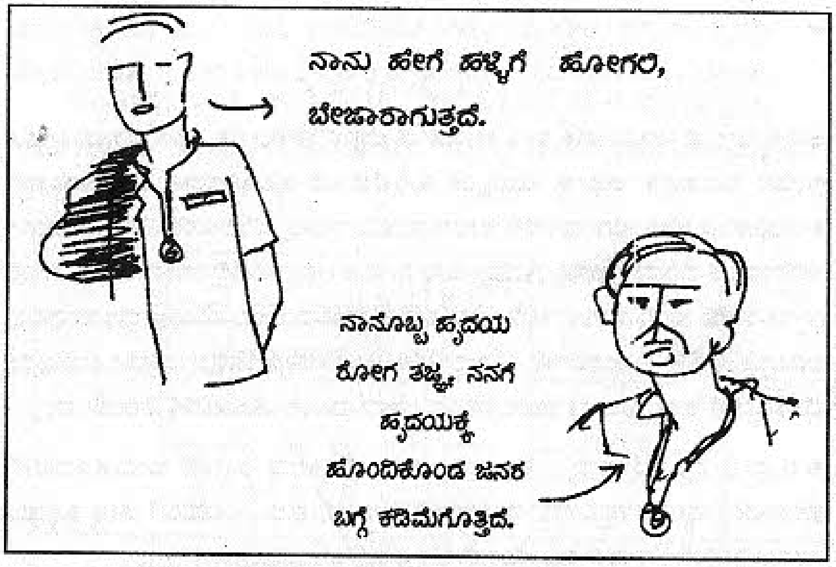
ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂಘಟನೆಗಳು ಏನು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ ?

ನೀತಿ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾಳಜಿ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಯಾರು ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ?

ಇಂದಿನ ಗೊಂದಲಮಯ ಸನ್ನಿವೇಶ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ನಂಬಿಕೆ ಹಾಗೂ ವೃತ್ತಿಗೆ ಮರ್ಯಾದೆ ತರಲು ಸಹಾಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ನೀತಿ ಬದ್ಧವಾದ, ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ವೈದ್ಯನಿಗೆ ವೃತ್ತಿ ಮುಂದುವರಿಸಲು ತೊಂದರೆ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ತೊಂದರೆಗಳೇನು ಎಂದು ತೀರ್ಮಾನಿಸಿ, ಪರಿಹಾರ ಕಂಡುಹಿಡಿಯ ಬೇಕಾಗಿದೆ. ನೈತಿಕತೆಯ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಹೇಗೆ ಕೊಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ತೀರ್ಮಾನಿಸಿ ಅದನ್ನು ಜನರ ಅಗತ್ಯತೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಬದಲಿಸಬೇಕು. ಇತ್ತೀಚಿಗಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಬದಲು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಕೆಡಸುತ್ತಿದೆ.

2. ಜನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ತರಬೇತಿಗೊಳಿಸುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕೆಡಲು ಕಾರಣವೇನು ?

- ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಾಗಿ ಬರುವವರು ಶ್ರೀಮಂತ ವರ್ಗದ ಜನರು ಹಾಗೂ ಪಟ್ಟಣದ ಜನರು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕವಾಗಿ ಬಡಜನರಿಂದ ಭಿನ್ನವಾದ ಹಾಗೂ ಅವರ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದುದರಿಂದ ಆನೇಕ ತೊಂದರೆಗಳಾಗುತ್ತಿವೆ. ಇನ್ನೊಂದು ತೊಂದರೆಯೆಂದರೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಕರು ರೋಗ ಹಾಗೂ ತೃತೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನ ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಎರಡು ಕಾರಣಗಳಿಂದ ನಮ್ಮ ವೈದ್ಯರು ಅಗತ್ಯತೆಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

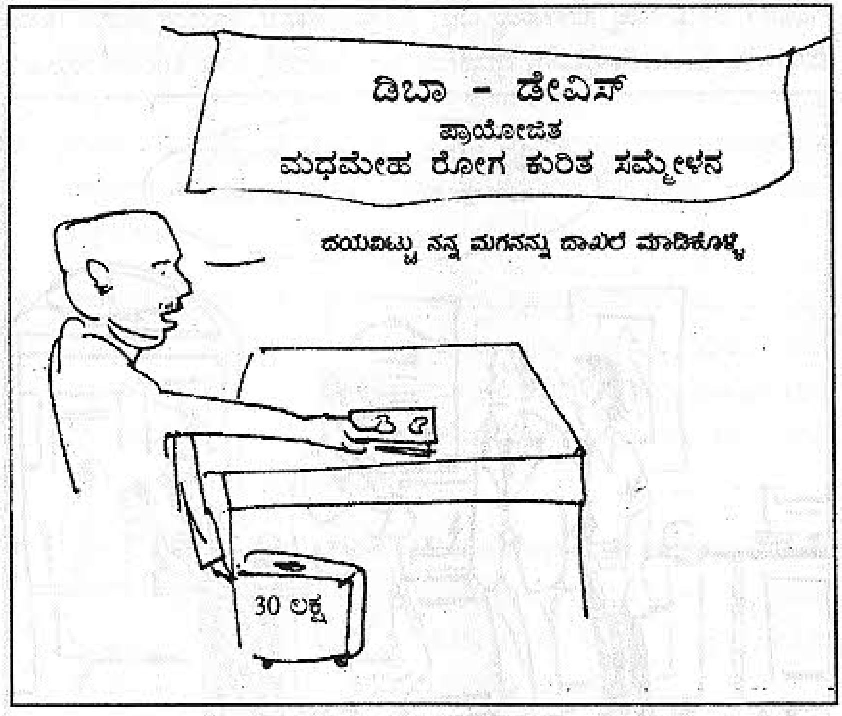


- ನಡವಳಿಕೆ ವಿಜ್ಞಾನ (Behavioural Science), ನೈತಿಕ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಆರ್ಥಿಕ ಒತ್ತಡಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅಗತ್ಯ. ಈ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದ್ದರಿಂದ ರೋಗಿ ವೈದ್ಯನ ಸಂವಹನ ಅಪೂರ್ಣ. ಆದರೆ ಇವೆಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಠ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವಾಗಿವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ವೈದ್ಯನಿಗೆ ತಾಂತ್ರಿಕತೆ ಆಧಾರಿತ, ಕೇವಲ ರೋಗವನ್ನು ಗಮನಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಯು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ ಹೊರತು ಸಮಗ್ರತೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲ.

ಹಿಂದಿನ ಎರಡು ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ ಈ ತರಹದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು ಬಂದಿರಲು ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿವೆ.

- ಖಾಸಗೀ, ತಲೆಗಂದಾಯದ (Capitation Fee), ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದ್ದು, ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣವನ್ನು ವೈಭವೀಕರಿಸುತ್ತಿವೆ.
- ಜಾತಿಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಖಾಸಗೀ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಆಧಾರಿತ ಪರೀಕ್ಷಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಇಂದು ಮಾಧ್ಯಮಗಳಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಜಾಹೀರಾತು ಕೊಟ್ಟು ಪೈಪೋಟಿ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತಿವೆ.
- ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯಗಳ, ಪೂರ್ಣಾವಧಿ ಶಿಕ್ಷಕರು ಖಾಸಗೀ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿ ಪೈಪೋಟಿ ಉಂಟುಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.
- 'ವೈದ್ಯ-ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಗಳ' ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಿಂದ ರೋಗಿ- ವೈದ್ಯ ಸಂಬಂಧಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಾರೀ ಮನೋಭಾವನೆ ತಂದಿದೆ.

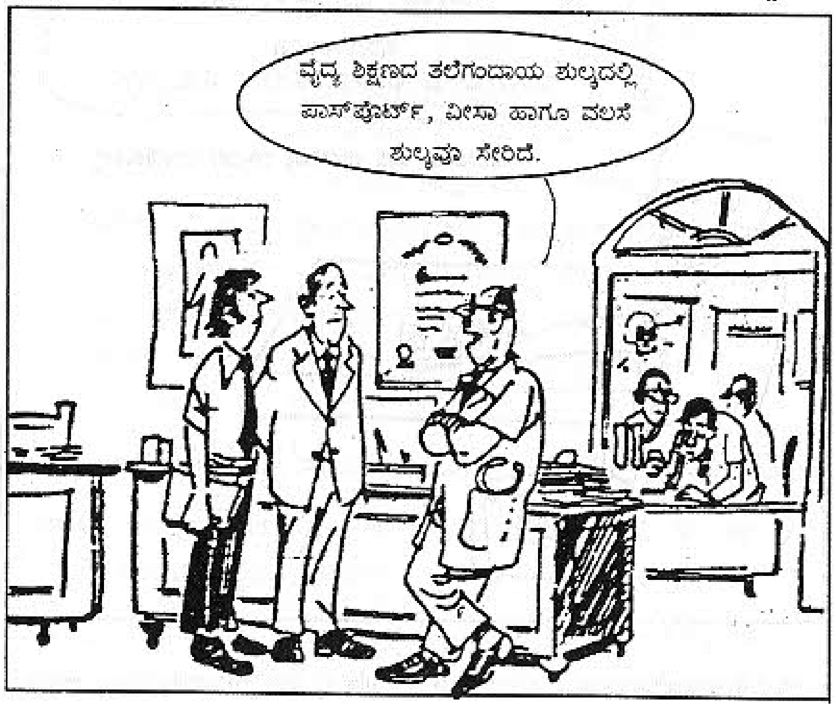
- ಇಂದು ಭ್ರಷ್ಟತೆ ಎಷ್ಟು ವ್ಯಾಪರೀಕರಣವಾಗಿದೆಯೆಂದರೆ ಅದು 'ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಇದೆಲ್ಲಾ ಸಾಮಾನ್ಯ' ಎಂಬ ಮನೋಭಾವನೆ ಎಲ್ಲರಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿದೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ನೈತಿಕತೆ ಸವೆದು ಹೋಗುತ್ತಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದುರಾಚಾರ ಹೆಚ್ಚಿದೆ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯದ ಶಿಕ್ಷಕರೂ ಇದಕ್ಕೆ ಹೊರತಾಗಿಲ್ಲ.
- ಇಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಗಳ ಸೀಟುಗಳ ಭರ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಅವ್ಯವಹಾರ ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದು ಅನೇಕಬಾರಿ ಕೋರ್ಟಿನ ಸಹಾಯ ಪಡೆಯುವ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿವೆ. ಈ ಅವ್ಯವಹಾರದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರ ಹಾಗೂ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಗಳ ಕೈವಾಡವಿರುವುದು ಶೋಚನೀಯ.



ಒಟ್ಟಾರೆ ಹೇಳುವುದಾದರೆ ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಹಿತಕರ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿದೆ. ತರುಣ ವೈದ್ಯನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಅದು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿ, ಅವನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಜ್ಞಾನ, ಮನೋಭಾವನೆ ಹಾಗೂ ವೃತ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯದ ಮೇಲಲ್ಲದೆ ನರ್ಸಿಂಗ್, ಫಾರ್ಮಸಿ, ಡೆಂಟಲ್ ಇತ್ಯಾದಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೂ ಉಂಟಾಗಿದೆ.

3. ತಲೆಕಂದಾಯ ಶುಲ್ಕದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯದಿಂದ ವೈದ್ಯ ವೃತ್ತಿಗೇನು ತೊಂದರೆ?

ತಲೆಗಂದಾಯ ಶುಲ್ಕದ ಕಾಲೇಜುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹಾಗೂ ಎನ್.ಆರ್.ಐ(ವಿದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಭಾರತೀಯರು) ಪ್ರವೇಶ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ವ್ಯಾಪಾರೀ ಮನೋಭಾವನೆಯಿಂದ ತುಂಬಿದೆ. ಅನೇಕರು ಕೇಳುವುದೇನೆಂದರೆ, ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯು ತಲೆಗಂದಾಯ ಶುಲ್ಕ ಕೊಡಲು ತಯಾರಾಗಿದ್ದಾಗ ಖಾಸಗೀ ತಲೆಗಂದಾಯದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯದ ತಪ್ಪೇನು? ಇದು ಸ್ವ ಹಣ ಹೂಡಿಕೆಯ ಒಳ್ಳೆಯ ಉದಾಹರಣೆಯಲ್ಲವೇ? ಖಾಸಗೀಕ್ಷೇತ್ರ ಉನ್ನತ ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಪ್ರವೇಶ ಹೊಂದುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಲ್ಲವೇ? ಜನರು ಹೆಚ್ಚು ಹಣಕೊಟ್ಟು ಬಟ್ಟೆ, ವಿಶೇಷ, ಆಹಾರ, ಪಾದರಕ್ಷೆ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಹಕ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಕೊಂಡುಕೊಳ್ಳುವಾಗ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯದಲ್ಲಿ ಸೀಟು ಕೊಂಡರೆ ತಪ್ಪೇನು?



- ಆಂಧ್ರದ ಒಂದು ವಿಶೇಷ ಮೊಕದ್ದಮೆಯಲ್ಲಿ ತಲೆಗಂದಾಯ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸಿದ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯದ ತೀರ್ಪನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು.
- ತಲೆಗಂದಾಯ ಸ್ವೇಚ್ಛಾನುಸಾರವಾದ ಶುಲ್ಕ
- ಸಂವಿಧಾನಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾದದ್ದು, ಕಲಮು-14 ಪ್ರಕಾರ ನ್ಯಾಯದ ಮುಂದೆ ಅಸಮಾನತೆ,

ಕೆಟ್ಟ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಅನ್ಯಾಯವಾದದ್ದು ಹಾಗೂ ಸರಿಹೊಂದದೇ ಇರುವಂತಹದ್ದು.

ಕೇವಲ ಶ್ರೀಮಂತನಿಗೆ ಪ್ರವೇಶ ಪಡೆಯಲು ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತಿದೆ ಹಾಗೂ ಹಣದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಬಡವನಿಗೆ ಪ್ರವೇಶ ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಆದ್ದರಿಂದ ತಲೆ ಗಂದಾಯ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಬಾರದು.

- ಮಾಧ್ಯಮಗಳಲ್ಲಿಯ ವರದಿಯಂತೆ ಹಾಗೂ ಜನರ ಬಾಯಿಮಾತಿನ ಪ್ರಕಾರ ತಲೆಗಂದಾಯ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯಿಂದ ಗುಣಮಟ್ಟ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಆಯ್ಕೆ, ಈ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಇರುವ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ, ಹಣದ ಶಕ್ತಿ ಹಾಗೂ ಪರೀಕ್ಷೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಇತರರ ಪ್ರಭಾವ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಂದ ಗುಣಮಟ್ಟ ಇನ್ನೂ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಸರಕಾರೀ ವಿದ್ಯಾಲಯಗಳಲ್ಲೂ ಇಂದು ತೊಂದರೆಗಳು ಇರುತ್ತಿರುವಾಗ ಈ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದು ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಲ್ಲ.

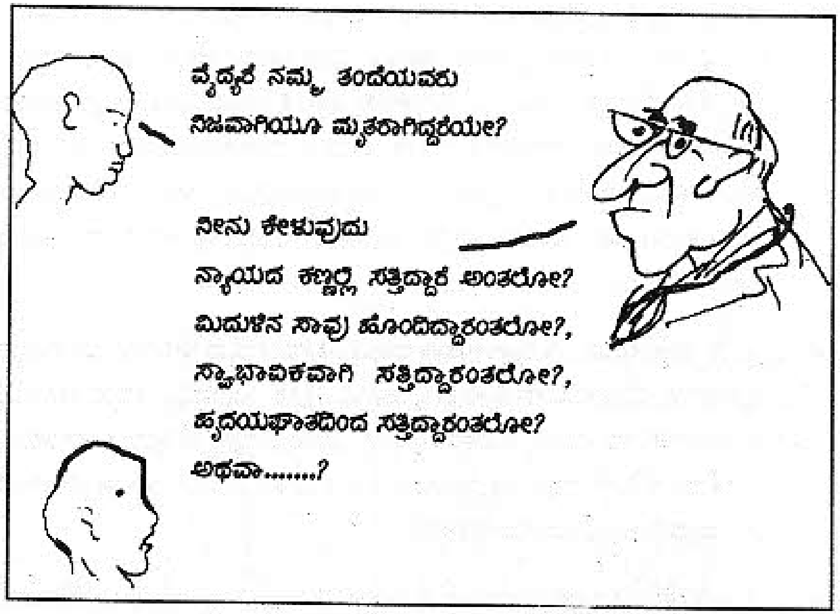
- ಇಂದು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ, ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅನಿಯಂತ್ರಿತವಾಗಿರುವ ತಲೆಗಂದಾಯ ಶುಲ್ಕದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ನೈತಿಕ ಗುಣಮಟ್ಟ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣದ ವಿರುದ್ಧ ಸರಕಾರದ(ಕೇಂದ್ರ, ರಾಜ್ಯ), ವೈದ್ಯ ವೃತ್ತಿಯ ಸಂಘಟನೆಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯದ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನವಿದ್ದರೂ ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿದ್ದುದು ಶೋಚನೀಯ.

- ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ನ್ಯಾಯಾಲದಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲತೆ(Judicial Activism) ಉಂಟಾದರೂ, ನರ್ಸಿಂಗ್, ಫಾರ್ಮಸಿ ಹಾಗೂ ಡೆಂಟಲ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣ ಅನಿಯಂತ್ರಿತವಾಗಿವೆ. ನ್ಯಾಯಾಂಗ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ತಲೆಗಂದಾಯ ಶುಲ್ಕದ ಗರಿಷ್ಠ ಮಿತಿಯನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸಿದರೂ ಇಂದಿಗೂ ಆ ತೀರ್ಮಾನವನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿಲ್ಲ.

- ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇನ್ನೂ ಕೆಟ್ಟು ಹೋಗಲು ಕಾರಣ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಾಗೂ ಅಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಹಿರಿಯ ಮುಖಂಡರು. ತಲೆಗಂದಾಯ ಶುಲ್ಕದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಲಾಭಕ್ಕೆ ತಪ್ಪ ನಿಲುವು ತಳೆದಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ತಲೆಗಂದಾಯ ಶುಲ್ಕದ ವಿಷಯದ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ಯಾವ ನಿಲುವನ್ನು ಘೋಷಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಹಾಗೂ ಘೋಷಿಸಿದರೂ ಅದು ಇಬ್ಬಗೆ ನೀತಿಯಾಗುತ್ತಿದೆ.

4. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕು ಉಂಟೇ?

ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರ, ರೋಗ ನಿಧಾನಶಾಸ್ತ್ರ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಬೃಹತ್ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪಾಲನೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟ, ಮಾನವ ಹಕ್ಕು ರಕ್ಷಣೆ, ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳುಂಟಾಗಿವೆ. ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಗುಣಮಟ್ಟ, ನೈತಿಕ ಮಟ್ಟ, ರೀತಿ ರಿವಾಜುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಆಧುನಿಕ ಜ್ಞಾನದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳುಂಟಾಗಿವೆ.



ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ ವೈದ್ಯಕೀಯವಾಗಿ ಸತ್ತಿದ್ದಾನೆಯೇ ಅಥವಾ ನ್ಯಾಯದ ಕಣ್ಣಲ್ಲಿ ಸತ್ತಿದ್ದಾನೆಯೆಂಬುದು ಎಂಬುದನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸುವುದು, ನ್ಯಾಯ ಧರ್ಮದ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಗೊಂದಲಮಯವಾಗಬಹುದಾಗಿದೆ.

- ಉಸಿರಾಟದ ಯಂತ್ರ (Respirator) ಪೇಸ್ ಮೇಕರ್ (Pace maker)ರಕ್ತನಾಳದ ಮೂಲಕ ಆಹಾರ ಒದಗಿಸುವುದು, ಅಂಗಾಂಗ ಕಸಿ, ರೀನಲ್ ಡಯಾಲಿಸಿಸ್ (Renal Dialysis) ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಂದ ದೇಹದ ಕಾರ್ಯ ಮುಂದುವರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಆದರೆ ಈ ವಿಧಾನಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಅನೇಕ ನ್ಯಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯಗಳಾದ ನರಹತ್ಯೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಲಕ್ಷ್ಯ, ವಿಮೆ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸಿ ಗೊಂದಲಮಯ ಸನ್ನಿವೇಶ ಉಂಟುಮಾಡಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

- ಕೃತಕ ವೀರ್ಯಧಾರಣೆ ಹಾಗೂ ಬದಲೀ ತಂದೆ ತಾಯಿಗಳು (Surrogete Parenthood) ಬಲಾತ್ಕಾರ (Rape), ವ್ಯಭಿಚಾರ, ಮಕ್ಕಳ ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತಿ ಬಗ್ಗೆ ಅನೇಕ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ಎಳುತ್ತವೆ.
- ಗರ್ಭದಲ್ಲಿಯ ಮಗುವಿನ ಲಿಂಗ ಕಂಡು ಹಿಡಿಯುವ ಒಂದು ವಿಧಾನ (ಅಮ್ನಿಯೋಸೆಂಟೆಸಿಸ್) ಹಾಗೂ ಗರ್ಭಪಾತ ಮಾನವ ಹಕ್ಕು ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ಉಂಟು ಮಾಡಿದೆ. ಹೆಣ್ಣು ಭ್ರೂಣದ ಗರ್ಭಪಾತ ಇಂದು ನಿಷೇಧವಾದರೂ ಇಂದಿಗೂ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ.
- ಮಾನಸಿಕ ರೋಗಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ನ್ಯಾಯಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ನೀತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿಷಯಗಳಿವೆ: ಉದಾ: ಸೆರೆಮನೆಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಔಷಧಿಗಳಿಂದ ಮನೋಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇತ್ಯಾದಿ. ನೈತಿಕ ವಿಷಯಗಳು ಹಾಗೂ ಗೊಂದಲಮಯ ತೀರ್ಮಾನಗಳು ವೈದ್ಯ ಹಾಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಿಬ್ಬಂಧಿಗಳ ಗಮನವನ್ನು ಸೆಳೆಯುತ್ತಿವೆ.
- ಸಾವಿಗೆ ಸಮೀಪವಾದ ರೋಗಿಯನ್ನು ಜೀವಂತ ಮುಂದುವರೆಸಲು ದುಬಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಕೊಟ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಇರಿಸಬೇಕೆ?
- ಅಂಗವಿಕಲ ಭ್ರೂಣ ಜನ್ಮತಾಳಬಹುದೇ? ಇಂತಹ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯ ತಾನೇ ತೀರ್ಮಾನ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕೇ? ಅಥವಾ ತೀರ್ಮಾನಿಸಲು ಇತರೇ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯಬೇಕೆ?
- ಕೆಲವು ವಿಶೇಷ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ 'ರೋಗಿಯ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಒಪ್ಪಿಗೆ' (Informed Consent)ಯೊಂದೇ ಸಾಕೇ?
- ಹಿಪ್ಪೋಕ್ರೆಟಿಕ್‌ನ ಶಪಥ (Hippoeratic oath) ಮಾಡಿದ ವೈದ್ಯನಿಂದ ಏನನ್ನು ಅಪೇಕ್ಷಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ ?

ವಿಜ್ಞಾನ ಪ್ರಗತಿಯಾದಂತೆ, ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಮಾನವ ಹಕ್ಕು ಹಾಗೂ ನೈತಿಕ ಗೊಂದಲಗಳು ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ.

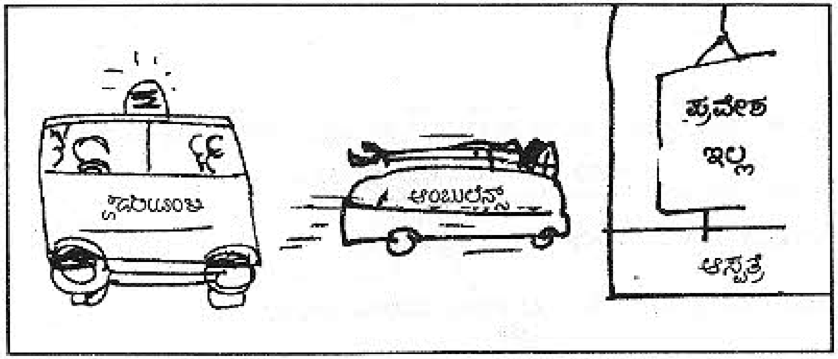
ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗೀಕರಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅನೇಕ ನೀತಿಯ ವಿಷಯಗಳಿವೆ.

ತುರ್ತುಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ತಂದಾಗ, ರೋಗಿಗೆ ಹಣ ಕೊಡಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ವಾಪಸು ಕಳಿಸಬಹುದೇ? ಕೂಡಲೇ ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಿದರೂ, ಯಾರು ಯಾವಾಗ ರೋಗಿಯನ್ನು ವಾಪಾಸು ಕಳಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಸರ್ವೋಚ್ಛ ನ್ಯಾಯಾಲಯದ ಹೇಳಿಕೆಯೇನೆಂದರೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡುವ ಸೌಕರ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಹತ್ತಿರದ ಸೌಕರ್ಯವಿರುವ ಇನ್ನೊಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ತುರ್ತು

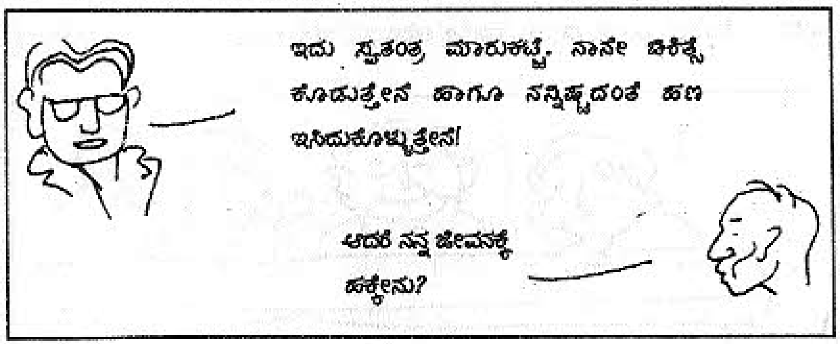
ವಾಹನದಲ್ಲಿ ಕಳಿಸುವುದು ಕಡ್ಡಾಯ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹಣಗಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದಲೇ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂಗಳು ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್ (AMBULANCE) ಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ.

ಸರ್ಕಾರದ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಎಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಇರುತ್ತದೆ? ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಲ್ಲರ ಹೇಳಿಕೆಯಂತೆ, ಸರಕಾರ ಜಟಿಲ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ, ಹೆರಿಗೆ ಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು ಹಾಗೂ ಹಣವನ್ನು ಅಪೇಕ್ಷಿಸಬಾರದು. ಇದನ್ನು ಒದಗಿಸಿದದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರೇ ದೇಶದಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಸರಕಾರ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕಸಿ ಹಾಗೂ ಹಿಮೋಡಯಾಲಿಸಿಸ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಹಣ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕು ಎಂದು ಸರಕಾರವನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸಬಹುದೇ?



ಮುಖ್ಯ ಪ್ರಶ್ನೆ ಏನೆಂದರೆ, ಈ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಯಾರು ತೀರ್ಮಾನಿಸುತ್ತಾರೆ ಹಾಗೂ ತೀರ್ಮಾನಿಸಲು ಯಾವ ವಿಷಯವನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

5 ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿಯ ಈ ಕೆಲವು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಹೇಗೆ ತೀರ್ಮಾನಿಸುವುದು?



ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿದ ವಿಷಯಗಳು ಸಂಕೀರ್ಣವಾಗಿವೆ. ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಬದಲಾಗಲು ತಾಂತ್ರಿಕ ಪ್ರಗತಿಯೊಂದಿಗೆ, ಖಾಸಗೀಕರಣ, ಉದಾರೀಕರಣ, ಜಾಗತೀಕರಣ ನೀತಿಯೇ ಕಾರಣ. ಈ ನೀತಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯರೋಗಿ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ನಾಶಮಾಡುತ್ತವೆ- ಈ ನೀತಿಯಿಂದಾಗಿ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಾ ಬರುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಣ ಹೂಡಿದವರಿಗೆ ಲಾಭ ಉಂಟಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ "ಜನರಿಗೆ ಸಹಾಯಕವಾಗುವ (People Friendly) ಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತೇವೆ" ಎಂದು ಈ ನೀತಿ ಹೇಳಿದರೂ, ಇದು ಕೇವಲ ಮಾತಾಗಿ ಉಳಿದಿದೆ.

ಈ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ಅರ್ಥೈಸಿ, ಬದಲೀ ವಿಧಾನವನ್ನು ಸೂಚಿಸಲು, ನಾವು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ರಾಜಕೀಯ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ, ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಷಯಗಳನ್ನು

ಆಳವಾಗಿ ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಕೆಲವು ನಿಯಂತ್ರಣಗಳು ಕೂಡಲೆ ಅಗತ್ಯವಿದೆ ಎಂದು ಎಲ್ಲರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ.

6. ಹೇಗೆ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಬೇಕು ನಿಯಂತ್ರಣದಿಂದ ಶಿಕ್ಷಿಸಬೇಕೋ ಅಥವಾ ನೀತಿ ಬದಲಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕೋ?

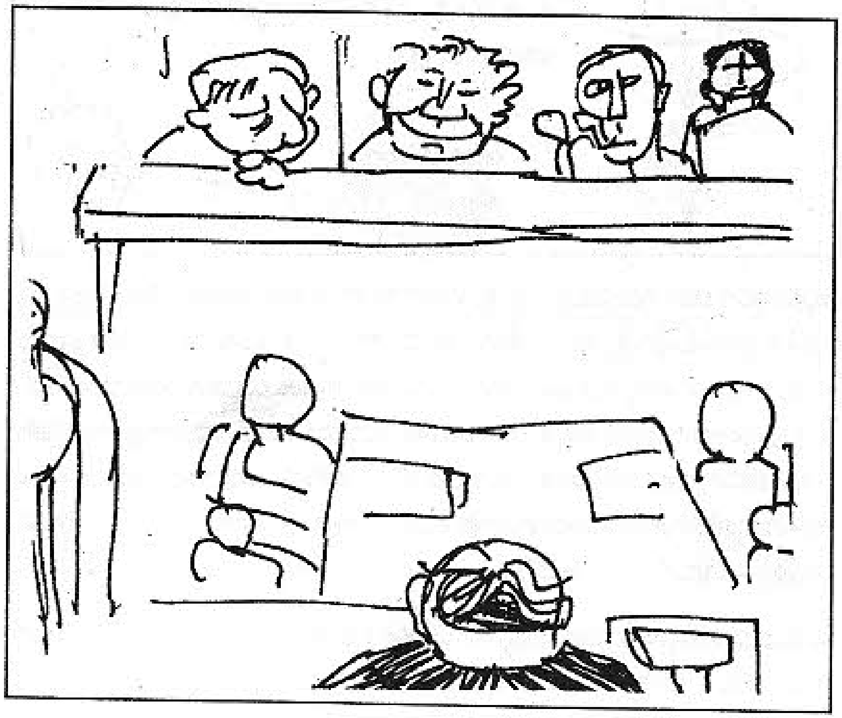
ಯಾವುದೇ ಜನಪರ ಚಟುವಟಿಕೆಗೆ ನಿಯಂತ್ರಣ ಅಗತ್ಯ.

ಆದರೆ ನಿಯಂತ್ರಣದಿಂದ ಗೊಂದಲ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವೇ?

ನಿಯಂತ್ರಣ, ಶಾಸನ ಹಾಗೂ ನ್ಯಾಯದ ಮೂಲಕವೇ ಸಾಧ್ಯ. ಹಾಗೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ಮೂಲಕ ಶಿಕ್ಷೆ ವಿಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಇನ್ನಾವುದಾದರೂ ಬದಲೀ ಮಾರ್ಗವಿದೆಯೇ? ಮೊದಲಿನ ಕೆಲವು ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರದ ನಿಯಂತ್ರಣ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆ ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ ಯಾರು ನಿಯಂತ್ರಿಸ ಬೇಕು ಹಾಗೂ ಹೇಗೆ ನಿಯಂತ್ರಿಸಬೇಕು ಎಂದು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಾರ್ಗದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ತೊಂದರೆಗಳಿವೆ.

ಇಂದು ನಿಯಂತ್ರಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ನ್ಯಾಯ ಹಾಗೂ ಆಡಳಿತದ ವರ್ಗದವರಿಂದ ಆಗುತ್ತಿದೆ. ನ್ಯಾಯಕ್ಕೆ



ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು, ಗ್ರಾಹಕ ಕಾನೂನಿನ ವಿಷಯಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ತೀರ್ಮಾನಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದೇ ರೀತಿ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಮುಂದುವರೆಯಲು ಬಿಟ್ಟರೆ, ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಪರಿಪಾಠ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ, ಇದು ದುರಾಚಾರಕ್ಕೆ ದಾರಿಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ವಿಮೆಯ ವ್ಯಾಪಾರಕ್ಕೆ ಲಾಭವಾಗುತ್ತದೆ ಹೊರತು, ವೈದ್ಯರಿಗೆ, ರೋಗಿಗಳಿಗಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ನಾವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯರ ತರಬೇತಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ತಂದು, ನೈತಿಕ ವಷಯಗಳನ್ನು 'ಅಂತರ್ಗತ' ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು. ನಾವು ಕೆಲವು ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ನೈತಿಕ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗುವಂತೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು.

ವೈದ್ಯವೃತ್ತಿಯಿಂದ ನಿಯಂತ್ರಣ

ವೈದ್ಯವೃತ್ತಿ, ಆಂತರಿಕವಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ನೈತಿಕ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಏರಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿದರೆ, ಪ್ರಯೋಜಕ. ನೈತಿಕ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಕೆಲವು ಹಂತಗಳು ಹೀಗಿವೆ.

- ಗ್ರಾಹಕ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದು
- ವೈದ್ಯ ವೃತ್ತಿಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು
- ವೈದ್ಯ-ರೋಗಿಯ ಸಂಬಂಧದ ಗೌರವವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದು
- ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವೈಯುಕ್ತಿಕ ಹಕ್ಕು ಹಾಗೂ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆಯನ್ನು ಗೌರವಿಸುವುದು

ಸಂಕೀರ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತೀರ್ಮಾನಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡು ಅಂಶಗಳಿರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲನೆಯದು ವೈದ್ಯಕೀಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟವು. ಎರಡನೇಯದು ನೀತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟವು. ಇಲ್ಲಿ ನೀತಿ ಸಂಹಿತೆ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಅದರ ಸಹಾಯದಿಂದ ವೈದ್ಯ ಸರಿಯಾದ ತೀರ್ಮಾನವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ವೃತ್ತಿಗೆ, ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ತನ್ನ ಮನಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಾನೆ ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಇಂದು ಅನೇಕ ಮುಖ್ಯ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ.

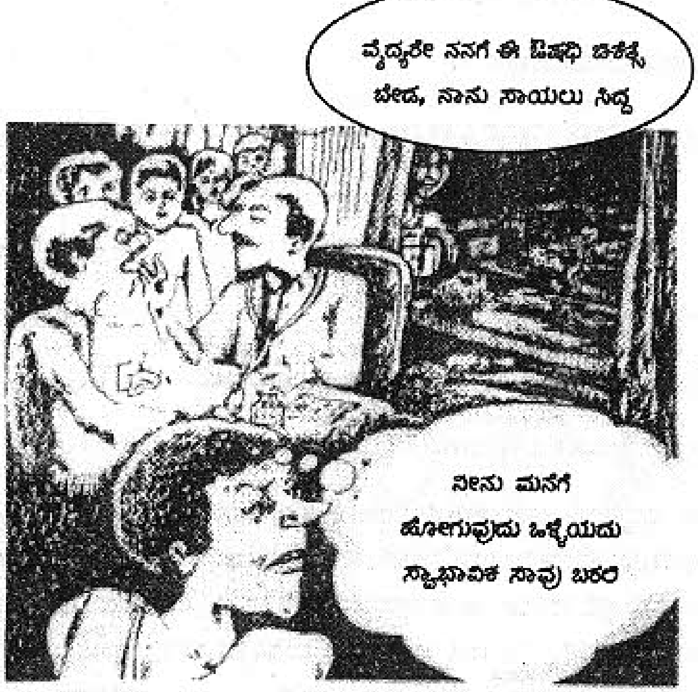
ಲೋಕೋಪಕಾರ
ಎಲ್ಲ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು
ರೋಗಿಯ ಒಳ್ಳೆಯದಕ್ಕೆ
(ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸಮಾಜಕ್ಕೆ)

ಯಾವ ಅಪಾಯವನ್ನು ಮಾಡಬಾರದು(Non Malficence)

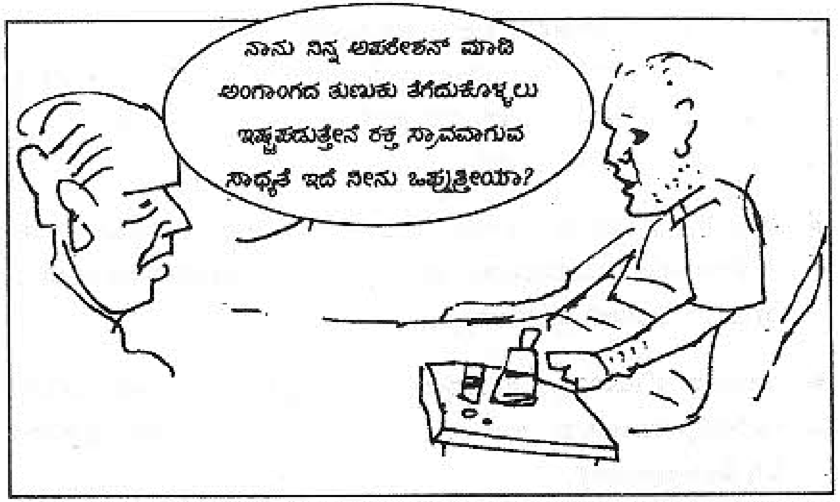
ಯಾವುದಾದರೂ ಅಪಾಯವಾಗುವುದಾದರೆ, ಅದು ಕನಿಷ್ಟ ಪ್ರಮಾಣದ್ದಾಗಬೇಕು; ಲಾಭ ಹೆಚ್ಚು, ಅಪಾಯ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದ್ದಾಗಿರಬೇಕು, ಇತ್ಯಾದಿ.

ಸ್ವಾಯತ್ತತೆ

ರೋಗಿಗೇನಾದರೂ ಆದರೆ ಅದನ್ನು ತಾನೇ(ರೋಗಿಯೇ) ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬೇಕು



ಎಲ್ಲಾ ವಿಶೇಷ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ(ಉದಾ: ಅಪರೇಷನ್) ರೋಗಿಯ 'ತಿಳುವಳಿಕೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ' (Informed Concent) ಅಗತ್ಯ. ರೋಗಿಗೆ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದ ನಂತರ, ರೋಗಿಯು ಸ್ವತಃ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಕೊಡಬೇಕು.



ನ್ಯಾಯ : ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ನ್ಯಾಯವಾಗಿ ಸಮನಾಗಿ ವಿತರಣೆ ಮಾಡಬೇಕು, ಗುಣಮಟ್ಟ ಹಾಗೂ ಸರ್ವಸಮಾನತೆಯೂ ಅಗತ್ಯ,

7 ಭಾರತದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ನೀತಿಯುತವಾದ ನಿಯಂತ್ರಣೆಗೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಇದೆಯೇ?

ಹಿಂದಿನ ಪುಟಗಳಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಭ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಅನೇಕ ಭೀಕರ ಚಿತ್ರಣಗಳು ಹಾಗೂ ಗೊಂದಲಗಳು ಕಂಡು ಬಂದವು. ಇತ್ತೀಚಿಗಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ನೋಡೋಣ.

- ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯ ಮಂಡಳಿ, ಇತ್ತೀಚೆಗಿನ ಪಠ್ಯ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ (1997) ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಗ್ರಾಹಕ ರಕ್ಷಣಾ ಕಾಯಿದೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ತರಲಾಗಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿ ತನ್ನ ಹಿಂದಿನ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಇದು ಸವಾಲಾಗಿದೆ.

- ಮುಂಬೈನಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುವ ಕೆಲವು ವೈದ್ಯರು 'ಇಶ್ಯೂಸ್ ಇನ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಎಥಿಕ್ಸ್' ಎಂಬ ನಿಯತಕಾಲಿಕವನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮೊದಲಬಾರಿಗೆ ಈ ವಿಷಯದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿರುವ ನಿಯತಕಾಲಿಕ ಇದು.

- ಜಿಪ್‌ಮರ್*ನ ಹೊಸ ವೈದ್ಯರಿಗೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಆರಂಭಿಸಲು ಕೊಡುವ ತರಬೇತಿ ಶಿಬಿರದಲ್ಲಿ, ಸಮಂಜಸ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಾಲನೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ನೀತಿಯ ಆಯಾಮದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಸಿ ಕೊಡುತ್ತಾರೆ.

- ಕರ್ನಾಟಕದ ರಾಜೀವ ಗಾಂಧಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದಲ್ಲಿ(ಬೆಂಗಳೂರು) ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿ ಶಾಸ್ತ್ರವನ್ನು ಪಠ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯದ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜಿನಲ್ಲಿ ಹೇಳಿಕೊಡಲಾಗುವುದು. ವಿಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಪ್ರಗತಿ ಹೊಂದಿದಂತೆಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಅನೇಕ ನೈತಿಕ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಈ ವಿಷಯಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಲೇ ಇವೆ. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವೈದ್ಯರು ಈ ವಿಷಯವನ್ನು ತಿಳಿದಿರಬೇಕು.

'ವೈದ್ಯರು ನೈತಿಕ ವಿಷಯಗಳು ಎದುರಾದಂತೆ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿ ಅದನ್ನು ಎಲ್ಲರೂ ಒಪ್ಪುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಹರಿಸಬೇಕು. ಆದ್ದರಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿಶಾಸ್ತ್ರವನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಾಗುವವರಿಗೆ ಹಂತ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪರಿಚಯ ಮಾಡಬೇಕು".

ರಾಜೀವ ಗಾಂಧಿ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೈನ್ಸ್, ವಿಶೇಷಾಜ್ಞೆ 1997-98

- ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಸೇಂಟ್‌ಜಾನ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜಿನಲ್ಲಿ 1965 ರಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿಶಾಸ್ತ್ರವನ್ನು ಒಂದು ವಿಷಯವಾಗಿ ಪಠ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ರಾಜೀವ್ ಗಾಂಧಿ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪಠ್ಯ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿ ಶಾಸ್ತ್ರದ ಕೆಲವು ಅಧ್ಯಾಯಗಳು ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿ ಶಾಸ್ತ್ರಕ್ಕೆ ಪರಿಚಯ
ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿ ಶಾಸ್ತ್ರದ ನಿರೂಪಣೆ
ವ್ಯಕ್ತಿಯ ನೈತಿಕತೆ

* ಜಿಪ್‌ಮರ್ (Jipmer) ಜವಹರಲಾಲ್ ಇನ್‌ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಆಫ್ ಪೋಸ್ಟ್ ಗ್ರಾಜುಯೇಟ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಎಜುಕೇಶನ್ ಅಂಡ್ ರೀಸರ್ಚ್. ಇದು ಪಾಂಡಿಚೇರಿಯಲ್ಲಿದ್ದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುವಲ್ಲಿ ಅಖಿಲ ಭಾರತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸಿದ್ಧಿ ಪಡೆದ ಒಂದು ಮುಖ್ಯಸಂಸ್ಥೆ.

ನೀತಿಶಾಸ್ತ್ರದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ
ಮನುಷ್ಯ ಜೀವನದ ನೈತಿಕತೆ
ಕುಟುಂಬ ಹಾಗೂ ಸಮಾಜದ ನೈತಿಕತೆ
ಸಾವು ಹಾಗೂ ಮರಣದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿಶಾಸ್ತ್ರ, ನೀತಿ ಶಾಸ್ತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧನೆ

ಇಲ್ಲಿ ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿರುವ ವಿಷಯವೆಂದರೆ, ಇವು ಸಣ್ಣ ಉದಾಹರಣೆಗಳು ಆದರೂ ಕೆಲವು ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ತರಲು ಸಾಧ್ಯ. ಇದೇ ತರಹದ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಸಾಗಿದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕ ಬದಲಾವಣೆ ಸಾಧ್ಯ.

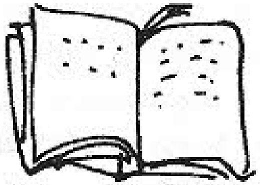
8. ನೀತಿಶಾಸ್ತ್ರದ ಮುಖ್ಯ ತತ್ವಗಳೇನು?

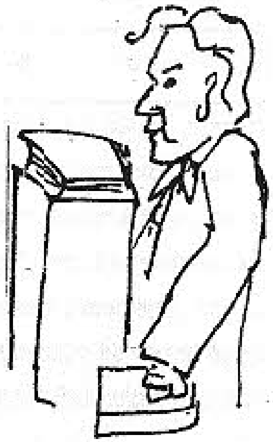
ಸಾಮಾನ್ಯ ಜ್ಞಾನವನ್ನಾಧರಿಸಿದ ಐದು ಮುಖ್ಯ ತತ್ವಗಳು ನೀತಿಯ ತತ್ವಗಳಾಗಿವೆ. ಇವುಗಳು ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತವೆ. ಇಂದಿನ ತಾಂತ್ರಿಕ ಪ್ರಗತಿಯಲ್ಲೂ ಬದಲಾದ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲೂ ಇವುಗಳು ಪ್ರಸ್ತುತ ಎಂದು ಪ್ರೊ. ಎನ್.ಆರ್. ಮಾಧವ ಮೆನನ್ ಅವರು ರಾಜೀವಗಾಂಧೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿ ಎಂಬ ಕಾರ್ಯಾಗಾರದಲ್ಲಿ (ಏಪ್ರಿಲ್ 1999ರಂದು) ಮಾಡಿದ ಪ್ರಧಾನ ಭಾಷಣದಲ್ಲಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸವಾಲಾಗಿ ಚರ್ಚೆ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯವಾಗಬೇಕು, ಮಾಧ್ಯಮ ನಾಗರೀಕ ಸಮಾಜದ ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ತೀರ್ಪು ಕೊಡುವಾಗಲೂ ಸಹಾಯವಾಗಬೇಕು.

I. ಮೊದಲಿಗೆ ವೈದ್ಯ ತಾನು ಜನರಿಗೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಇದ್ದೇನೆಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಯಬೇಕು. 'ಜನರಿಗಾಗಿ ವೃತ್ತಿಗಳು' ಎಂಬುದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚರ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದುವಾಗಬೇಕು.

II. ರೋಗಿಯ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆಗೆ ಮಾರ್ಯಾದೆ ಕೊಡುವುದೆಂದರೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕಿಗೆ ಕೊಟ್ಟಂತೆ. ಮಾನವನಿಗೆ ಕನಿಷ್ಟ ಹಕ್ಕು, ಸಂವಿಧಾನ ಹಾಗೂ ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕು ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಮಾನವ ಹಕ್ಕಿನ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯನು ಕಾಳಜಿ ತೋರಿಸದಿದ್ದಲ್ಲಿ 'ತಿಳುವಳಿಕೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ, ಗೌಪ್ಯತೆ ಹಾಗೂ ರೋಗಿ ಕೇಂದ್ರಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ' ಬಗ್ಗೆ ಆಸಕ್ತಿ ತೋರಿಸಲಾರ.

III. ಜೀವವನ್ನು ಉಳಿಸುವುದು, ನೋವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು, ಹಿಪ್ಪೋಕ್ರೆಟಿಕ್ ಶಪಥದ ಮುಖ್ಯ ಅಂಶ. ಉಪಕಾರ ಮಾಡುವುದೆಂದರೆ ಅಪಾಯ ಉಂಟುಮಾಡದಿರುವುದು, ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗೆ ಅಪಾಯವಾಗದಂತೆ ನಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು. ಇಂದು ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಉಳಿಸಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಗೊಂದಲಕ್ಕೀಡಾಗಬಹುದಾಗಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯದಲ್ಲಿ ಉಪಕಾರ ಮಾಡುವ ನೀತಿ ಇದೆಯೆಂದರೆ, ಲೈಂಗಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಹಾಗೂ ಭಾವನೆಗಳ ಶೋಷಣೆ ಮಾಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡದಿರುವುದು.





IV. ನ್ಯಾಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು, ಇದು ಎಲ್ಲ ನಾಗರಿಕ ಸಮಾಜದ ನ್ಯಾಯದ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶ. ಇದು ನ್ಯಾಯದ ಮುಖ್ಯ ತತ್ವ, ಮಾನವ ಸಂಬಂಧಗಳಲ್ಲಿ ಗೋಚರನಾದರೂ ಅದನ್ನು ನಿರೂಪಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

V. ವೈದ್ಯ-ರೋಗಿ ಸಂಬಂಧದ ನೈತಿಕತೆಯ ಕೊನೆಯ ನಿಯಮ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕತೆ

9. ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯ ನಿಯಂತ್ರಣದಾಚೆಗೆ ಸರಕಾರ ಹಾಗೂ ನಾಗರೀಕ ಸಮಾಜ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣ ಹಾಗೂ ಅನೀತಿಯನ್ನು ಹೇಗೆ ಬದಲಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ?

ಬಹಳ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು, ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಂದಲೇ ನಿಯಂತ್ರಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಿತ್ತು. ಇಂದು ಈ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ, ಗ್ರಾಹಕ ಹಾಗೂ ಜನರು ಭಾಗವಹಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

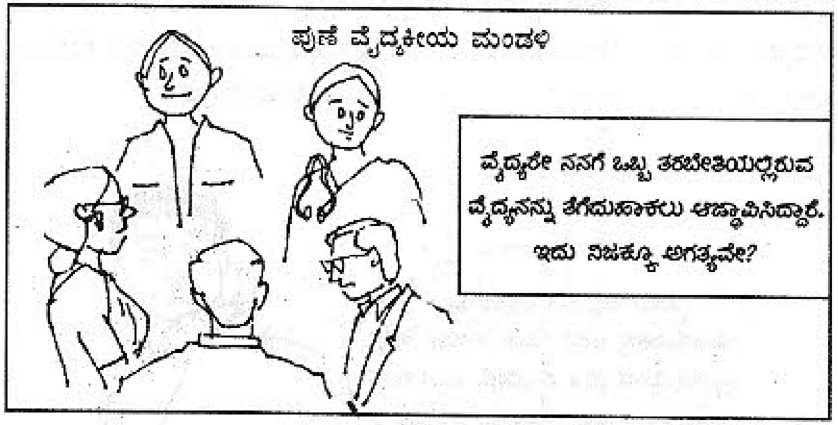
ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯ ಹಿತದೃಷ್ಟಿಯಿಂದಲೂ ಈ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚೆ ಉಪಯುಕ್ತ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನದಲ್ಲಿನ ಗುಣಪಡಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗಿಂತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ಅಪೇಕ್ಷೆಗಳು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಈ ಅಪೇಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣ, ವ್ಯಾಪಾರ ಕೊಡುವ ಉತ್ತೇಜನ (ಜಾಹೀರಾತು) ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯ ನಿಘೂಡತ್ವವೂ(Mystification) ಇಂತಹ ಅಪೇಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣ.

ಸಾವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ, ಅನಾಹುತಗಳು ಹಾಗೂ ತಪ್ಪುಗಳು ಆಗುತ್ತವೆ. ವೈದ್ಯರೂ ಮನುಷ್ಯರೇ. ವೃತ್ತಿ ನಿಗೂಢವಾದಾಗ ಅಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ವೃತ್ತಿಯವರೇ ಮಾತನಾಡಲು ಹಾಗೂ ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದಾಗ, ನಿಗೂಢತೆ ಹೆಚ್ಚು ಅಪಾಯ ಉಂಟು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ.ಆದ್ದರಿಂದ ಈ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿಯ ನಿಗೂಢತೆಯನ್ನು ಬಯಲು ಮಾಡಲು ಸಮಾಜದ ಎಲ್ಲಾ ಜನರು ಸೇರಿ ನೀತಿ ಹಾಗೂ ನಿಯಂತ್ರಣಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಹಾಗಾದರೆ ಏನು ಮಾಡಬೇಕು?

ರೋಗಿಗೆ ಸಹಾಯವಾಗುವ ಕೆಲವು ಸೂತ್ರಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬೇಕು.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಗ್ರಾಹಕ ಕಾಯ್ದೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ತರುವುದು ಮೊದಲನೇ ಅಗತ್ಯತೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯನ್ನು ರಚಿಸುವ ಅಗತ್ಯತೆ ಇದೆ. ಅಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ರೋಗಿಯು ಅನುಭವಿಸಿದ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರದ ಬದಲು ರೋಗಿಯ ಎಲ್ಲಾ ಅನುಮಾನಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರ ದೊರಕಬೇಕಾಗಿದೆ.



ನಾಗರಿಕ ಕಾರ್ಯಕಲಾಪ

- ಜನರಲ್ಲಿ ಚರ್ಚೆ, ಪುನರಾವಲೋಕನ, ನೀತಿ ನಿಯಮಗಳ ಪರಿಶೀಲನೆ, ನಿಯಂತ್ರಣದ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚೆ ಮುಂತಾದವುಗಳು ಮುಂದಿನ ಹೆಜ್ಜೆ, ಜನರು, ಗ್ರಾಹಕ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳನ್ನು (ಕೆಲಸ, ತರಬೇತಿ, ಹಾಗೂ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿರುವವರು) ಈ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ತೊಡಗಿಸಬೇಕು.
- ರೋಗಿಗೆ ಸಂಬಂಧ ಪಟ್ಟ ವಿಷಯಗಳ ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರನ್ನು ತೊಡಗಿಸುವುದು

ಯಾವುದಾದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೂತ್ರಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆಯೇ?

ಯಾವಾಗ ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು (Laboratory Investigation) ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನವಿದೆಯೇ?

ಹೊಸ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಆಧಾರಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ನೈತಿಕ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನವಿದೆಯೇ?

ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಸರಕಾರ, ವೃತ್ತಿ ಸಂಘಟನೆಗಳ, ಜನಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚೆ ಮಾಡಿ ಸೂತ್ರಗಳನ್ನು

ಗುರುತಿಸಬೇಕು. ಹಾಗೂ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮಾಡಬೇಕು. ಸೂತ್ರಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಾಗ ಸಮಾಜದ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆ ಹಾಗೂ ಬಡಜನರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು?

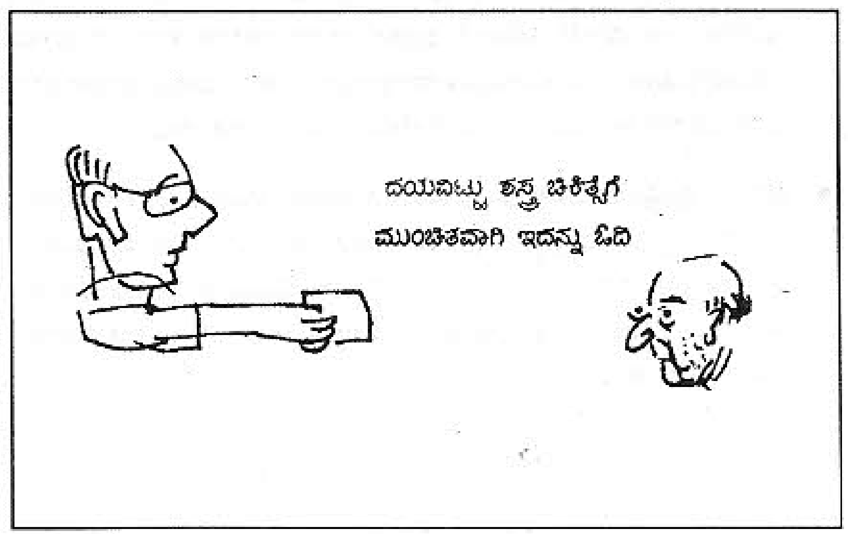
ಈ ತರಹದ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಿಂದ ವೈದ್ಯರು ಸ್ವರಕ್ಷಣೆಗೆ ಅನಗತ್ಯವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಬರೆದು ಕೊಡುವುದು (Defensive Medicine) ತಪ್ಪುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಕೊಡುವ ಸಾಮಾಗ್ರಿಗಳಿವೆಯೇ (ಭಿತ್ತಿಪತ್ರ, ಇತ್ಯಾದಿ)? ಇದು ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಕೊಡಲು ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆಯೇ?

ನಾಗರೀಕ ಸಮಾಜ ಹಾಗೂ ನೀತಿ ಪರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯವರು, ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಮಟ್ಟವೇನು? ಈಗಿನ ನೀತಿಗಳೇನು? ಇವುಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಜನರ ಗಮನಕ್ಕೆ ತಂದು ಅದರಲ್ಲಿ ಗೊಂದಲವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಚರ್ಚೆಯನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸಿ, ಒಂದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಉಂಟುಮಾಡಬೇಕು.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಸಮಾಜವನ್ನು ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ಇಳಿಸುವುದು

ಇಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅದರ ಪರಿಣಾಮ ಭೀಕರ. ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಜನ ವಿಜ್ಞಾನ ಚಳುವಳಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಗ್ರಾಹಕ ಚಳವಳಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಜನಪರ ಸಂಘಟನೆಗಳು ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿಯನ್ನು ರಾಜಕೀಯದ ಮುಖ್ಯ ಧ್ಯೇಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿ, ಬದಲಾವಣೆ ತರಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾ, ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ದೊರಕಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸ ಬೇಕಾಗಿದೆ.



ಸಾರಾಂಶವೇನೆಂದರೆ

ನಾಗರೀಕ ಸಮಾಜದ, ಜನಪರ ಹೋರಾಟದಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೆಲವು ಮುಖ್ಯ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಕೊಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

- ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಬಡತನ ಹಾಗೂ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕಿರುವ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು. ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣ, ಅಸಮಾನತೆ, ಅಸಮಾನತೆ ಆಧಾರಿತ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಹಂಚಿಕೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮಾನವ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹಾಗೂ ಬಡತನ ನಿರ್ಮೂಲನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಭಾಗವಾಗಬೇಕು. ಕೇವಲ ಬಡಜನರ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಒತ್ತಡ ತಂದರೆ ಈ 'ವಿಷಯ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ.

- ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣ, ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಆಧಾರಿತ ಆರ್ಥಿಕತೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ, ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಅವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕು ಹಾಗೂ ದೂರ ಮಾಡಬೇಕು. ನಾವು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಹುಡುಕುತ್ತಾ ಕೇವಲ ಮೇಲಿನಿಂದ ಆದೇಶಗೊಂಡ ಕೆಲವೇ ತಾಂತ್ರಿಕತೆ ಆಧಾರದ, ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯ ಆರ್ಥಿಕತೆಯನ್ನು ಪುಷ್ಟಿಗೊಳಿಸುವ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಹುಡುಕಬಾರದು.

- ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಜನಪರ ಹಾಗೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಾಗಬೇಕು. ಪಠ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಅಗತ್ಯ.

- ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯ ನಿಯಂತ್ರಣಗಳು, ತಲೆಗಂದಾಯ , ಶುಲ್ಕ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ವಿದ್ಯಾಲಯಗಳು ಹಾಗೂ ರಾಜಕೀಯ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರಸ್ಪರ ಸಹಾಯ ನೀತಿಯಿಂದ ಉಂಟಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ವೃತ್ತಿಯ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣವನ್ನು ಎದುರಿಸಿ, ಬದಲಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ

- ಖಾಸಗೀಕರಣ ನೀತಿ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣಗಳತ್ತ ಗಮನ ಕೊಡಬೇಕು.

  ಇಂದು ತುರ್ತಾಗಿ ಬದಲಾಗಬೇಕಾದುದೆಂದರೆ ವೈದ್ಯನಿಗೆ ಕೊಡಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ದಾದಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತ, ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರಿಗೆ ಕೊಡುವುದು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸುಧಾರಿಸಲು ಇವರಿಗೆ ತರಬೇತಿ, ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಅವಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಹಾಗೂ ರೂಢಿಗತ ಚಿಕಿತ್ಸಕರಿಗೆ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮುಂತಾದ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಮಾಹಿತಿ ಕೊಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

  ಢಾಕಾ, ಕಲ್ಕತ್ತಾ ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲೆಡೆ ನಡೆಯುವ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆಗಳು ಈ ಎಲ್ಲ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆಯು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ವಿಷಯಗಳು

- ಸರಕಾರ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ವೈದ್ಯವೃತ್ತಿಯ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣವನ್ನು ತಡೆಯಲು ಅಗತ್ಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಲಹೆ ನೀಡುವುದು, ಸುರಕ್ಷೆ, ಅಗ್ಗ ಹಾಗೂ ಸಮಗ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು.

- ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಸಬೇಕು ಹಾಗೂ ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸಾವಿಧಾನಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯರಿಂದ ಪಡೆಯಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಬೇಕು.

ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಅಥವಾ ಜನರೇ? ನಮ್ಮ ನೈತಿಕ ಆಯ್ಕೆ ಯಾವುದು?

ಅನುಬಂಧ I

ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ತಳರಚನೆ ಹಾಗೂ ಹಣ ಹೂಡಿಕೆ 1880 -1940

	1880	1890	1900	1910	1920	1930	1940
I ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹಾಗೂ ದವಾಖಾನೆಗಳು (ಸರಕಾರಿ ಮಾತ್ರ)	1212	1736	2313	4262	5067	6448	7441
1. ಸರಕಾರೀ ಮಾಲಿಕತ್ವದ	ಇಲ್ಲ	ಇಲ್ಲ	ಇಲ್ಲ	68.5	72.2	72.0	87.3
2. ಸರಕಾರಿ ಹಣ ಹೂಡಿಕೆಯ	ಇಲ್ಲ	ಇಲ್ಲ	ಇಲ್ಲ	74.5	78.0	81.9	92.4
3. ಒಟ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಸಿಗೆಗಳು	ಇಲ್ಲ	ಇಲ್ಲ	ಇಲ್ಲ	45639	55772	67245	74111
4. ಒಟ್ಟು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ರೋಗಿಗಳು(ದಶಲಕ್ಷಗಳಲ್ಲಿ)	ಇಲ್ಲ	12.98	20.49	35.06	45.53	67.87	ಇಲ್ಲ
5. ಸರ್ಕಾರೀ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದವರು (ಶೇಕಡಾವಾರು)	ಇಲ್ಲ	ಇಲ್ಲ	ಇಲ್ಲ	80.4	82.7	84.6	ಇಲ್ಲ
II ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಒಟ್ಟು ಖರ್ಚು- ಸ್ಥಳೀಯ ಸರಕಾರದ ಖರ್ಚು ಸೇರಿ ದಶಲಕ್ಷ ರೂ.ಗಳಲ್ಲಿ ಕಳೆದ ದಶಕದ ವಾರ್ಷಿಕ ಸರಾಸರಿ	18.5	23.3	38.8	53.5	76.3	143.4	145.3
- ಸ್ಥಳೀಯ ಸರಕಾರದ ಖರ್ಚು (ಶೇಕಡಾವಾರು)	43.8	45.1	51.8	58.3	61.6	63.7	60.8
- ಸರಕಾರದ ಖರ್ಚು(ಶೇಕಡಾವಾರು)	3.14	2.92	3.78	4.73	4.54	5.35	5.47
III ವೈದ್ಯರು (ಜನಗಣತಿ ಆಧಾರಿತ)	91607					304544	
- ಅರ್ಹವೈದ್ಯರು (ಶೇಕಡಾವಾರು) ಆಧುನಿಕ ಪದ್ಧತಿ	14.51					25.58	

ಆಧಾರ:

The Politics and Health in India, University of california

Hospital Data-Statistics of British India. Part V area Populations & Public Health . Directorate General of commerce Intelligence, Govt.

ಅನುಬಂಧ II

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ತಳರಚನೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ -1951-1998

			1951	1961	1971	1981	1991	1995	1996	1997	1998
1,	ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು	ಒಟ್ಟು	2694	2654	3862	6805	11174	15097			
		ಶೇ. ಗ್ರಾಮೀಣ	39	34	32	27		31			
		ಶೇ. ಖಾಸಗೀ									
2.	ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಸಿಗೆ	ಒಟ್ಟು	117000	229634	348655	504538	664135	870161			
		ಶೇ. ಗ್ರಾಮೀಣ	23	22	21	17		20			
		ಶೇ. ಖಾಸಗೀ				28	32	36			
3.	ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು		6600	9406	12180	18745	27431	28225			
		ಶೇ. ಗ್ರಾಮೀಣ	? ?	80	78	69		43			
		ಶೇ. ಖಾಸಗೀ				13	60	61			
4.	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ		725	2695	5131	5568	22243	21693	21917	22446	
5.	ಉಪ ಕೇಂದ್ರ				27929	51192	131098	131900	13493	136379	
6.	ವೈದ್ಯರು ಅಲೋಪತಿ		60840	83070	153000	26614	395600	459670	475780	522634	503950
	ಎಲ್ಲಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ		156000	184606	450000	665340	920000				1155000
7.	ದಾದಿಯರು		16550	35584	80620	150399	311235	562966	565700		

8.	ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಅಲೋಪತಿ		30	60	98	111	128		165	165	
9.	ಔಷಧಿ ಉತ್ಪಾದನೆ ಶತಕೋಟಿ ರೂ.		2	8	3	14.3		60.5			160.0 1999
10.	ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮ	ಶಿಶು ಮರಣ ಸಂಖ್ಯೆ/000		134	146	138	110	80	74/69	72	71
	ಜೀವನಾಪೇಕ್ಷ		32.08	41.22	45.55	54.4	59.4	62	62.4	63.5	
11.	ತರಬೇತಿ ಹೊಂದವರಿಂದ ಹೆರಿಗೆ	1000ಕ್ಕೆ ಜೀವಂತ ಹೆರಿಗೆ				18.5	21.9		28.5		
12.	ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚುಗಳು	ಶತಕೋಟಿ ರೂ ಸರಕಾರೀ	.22	1.08	3.35	12.86	50.78	82.17	101.65	113.13	126.27
		ಖಾಸಗೀ	1.05	3.04	8.15	43.82					

ಆಧಾರ: ಭಾರತ ಸರಕಾರದ ಮಾಹಿತಿಯಿಂದ

ನಾಗರಿಕರ ಮಾದರಿ ಸನ್ನದ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ

ಪತ್ರ ನಂ. 22801/131/96 - ಎಚ್ ದಿನಾಂಕ 13.12.1996 (ಆಯ್ದ ಭಾಗ) ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಹೊಸದಿಲ್ಲಿ.

ಅನುಬಂಧ III

ನಾಗರೀಕ ಮಾದರಿ ಸನ್ನದು (ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ)

ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ ಜೆಡ್ 2801/131/96-ದಿನಾಂಕ 13.12.1996 (ಆಯ್ದ ಭಾಗ)
ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ, ನವದೆಹಲಿ

1. ಪೀಠಿಕೆ

ಸರಕಾರೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಭಾರತದ ನಾಗರಿಕರಿಗೆ ತಮ್ಮಲ್ಲಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಹಾಗೂ ಸೌಲಭ್ಯ ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಮಾಡಲು ಬದ್ಧರಾಗಿವೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಯಸ್ಸು, ಲಿಂಗ, ಧರ್ಮ, ಜಾತಿ, ರಾಜಕೀಯ ಒಲವು, ಆರ್ಥಿಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗಳಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪ್ರಭಾವಿತವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಯಾವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಗುಣ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಿದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕಡಿಮೆ ಮಟ್ಟದ್ದಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಯಾರಿಗೆ ದೂರು ಕೊಡಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ.

2. ಉದ್ದೇಶಗಳು

2.1 ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ಇತರೇ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಜನರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು

2.2 ಸಲಹೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಕೊಟ್ಟು ರೋಗವನ್ನು ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಲ್ಲಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವಷ್ಟು ಗುಣಪಡಿಸುವುದು.

2.3 ವೈದ್ಯನ ತೀರ್ಮಾನದ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಯ ಒಪ್ಪಿಗೆಯ ನಂತರವೇ ಒಳ್ಳೆಯ ಹಾಗೂ ಸಮಗ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ.

2.4 ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಉಪಯೋಗಿಸುವವರಿಗೆ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಗತಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಧಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಣಾಮ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾಗುವುದು.

2.5 ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಅಸಮಾಧಾನವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸುವುದು

3 ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇವೆಗಳ ಘಟಕಗಳು

3.1 ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಲಭ್ಯ

3.2 ಮುಖ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ-ವೇಳೆಯ ನಂತರ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ದೊರಕುವ ಸೌಕರ್ಯ

3.3 ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವವರಿಗೆ ದೊರಕುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಖರ್ಚು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ರೋಗಿಯಿಂದ ಏನು ಅಪೇಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದು, ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಹಾಗೂ ಸರಳವಾಗಿ ಹೇಳಬೇಕು.

3.4 ಉಪಕರಣ ಕೆಲಸ ಮಾಡದೇ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ರೋಗಿಗೆ ತಿಳಿಸಬೇಕು

3.5 ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವವರು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟೀಕರಣ ಪಡೆಯಬಹುದು ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ಸಹಾಯ ಕೇಳಬಹುದು

3.6 ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು (ಜನರಿಗೆ ಸರಿ ಎನಿಸಿದ ಹಾಗೂ ಸಾಧ್ಯವಾದ)

3.7 ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಲೋಪದೋಶಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ ಏನು ಮಾಡಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಬೇಕು

4. ಸನ್ನದಿಗೆ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕತೆ

4.1 ಬೇಧಭಾವವಿಲ್ಲದೆ ಸೌಲಭ್ಯ ಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು

4.2 ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ತಲುಪಿದ ಕೂಡಲೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದು

4.3 ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಷ್ಟು ಸೂಚನಾ ಫಲಕಗಳನ್ನು ಇರಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ದೊರಕುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ನಮೂದಿಸುವುದು

4.4 ರೋಗಿ, ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿ ಕೊಡುತ್ತಾ, ಒಳರೋಗಿಯಾದಲ್ಲಿ (Inpatients) ಪ್ರತಿ ದಿನಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಬೇಕು

4.5 ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಪಡೆದ ಹಣಕ್ಕೆ ರಸೀತಿ ಕೊಡಬೇಕು

4.6 ದೂರುಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿ ತನಿಖೆ ಮಾಡಿ ಕಂಡ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಉತ್ತರಿಸಬೇಕು. (ಒಳರೋಗಿಗಳ ದೂರುಗಳಿಗೆ ಅದೇ ದಿವಸ, ಹೊರ ರೋಗಿಗಳ ದೂರುಗಳಿಗೆ ಮರುದಿವಸ).

5 ಅಸಮಾಧಾನ, ವಿಚಾರಣೆ

5.1 ಜನರಿಗೆ ಇದ್ದ ಅಸಮಾಧಾನವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು

5.2 ಅಸಮಾಧಾನಕ್ಕೆ ತುರ್ತು ಪರಿಹಾರ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಯೇ ಅದನ್ನು

ಈಡೇರಿಸುತ್ತಾನೆ

5.3 ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅಸಮಾಧಾನ ಉಂಟಾದಲ್ಲಿ ಅವರ ದೂರುಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಬೇಕು ಹಾಗೂ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ಅದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಎರಡನೆಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ದೊರಕಿಸಿಕೊಡಬೇಕು.

5.4 ಜನತಾ ದೂರುಗಳ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಒಳಗೆ ಪರಿಹರಿಸದ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಹೊರಗಡೆ ಪರಿಹರಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು.

6. ಯಾವ ಹೆಜ್ಜೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು

6.1 ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಿಬ್ಬಂಧಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಹಾಗೂ ಜನರ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಈ ಸನ್ನದಿನ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಿ ನಂತರ ಜಾರಿಗೆ ತರಬೇಕು

6.2 ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಿದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸುವಾಗ, ಒಂದು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಸಮಿತಿ ಜನರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಚರ್ಚಿಸಬೇಕು.

6.3 ಸನ್ನದು ದೊರಕುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಿಳಿಸಬೇಕು.

6.4 ಸನ್ನದನ್ನು ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ತಯಾರಿಸಿ, ಜನರ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬರುವಂತೆ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಬೇಕು.

7. ಉಪಯೋಗಿಸುವವರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳು

7.1 ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವವರು, ಸನ್ನದಿನಲ್ಲಿ ಏನನ್ನು ಹೇಳಲಾಗಿದೆಯೋ ಅದನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬೇಕು.

7.2 ಸನ್ನದಿನಲ್ಲಿ ಹೇಳುವುದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸೇವೆಯನ್ನು ಅಪೇಕ್ಷಿಸಬಾರದು. ಹಾಗೆ ಮಾಡಿದಲ್ಲಿ ಇತರರಿಗೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುವ ಸಂಭವವಿದೆ.

7.3 ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿ ಅನುಸರಿಸಬೇಕು.

7.4 ಅಸಮಾಧಾನವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಕೂಡಲೇ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲು ಕ್ರಮ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

8. ಉಪಯೋಗಿಸುವವರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ

8.1 ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವವರು, ತಮ್ಮ ಅನಿಸಿಕೆ, ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿ, ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

9. ನಿರ್ವಹಣೆ ಪರಿಶೋಧನೆ(Andit) ಹಾಗೂ ಸನ್ನದಿನ ಪುನರ್ವಿಮರ್ಶೆ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕು.

9.1 ವರ್ಷಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಅಥವಾ ಎರಡು ವರ್ಷಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಪುನರ್ವಿಮರ್ಶೆಯಾಗಬೇಕು.

9.2 ಈ ಪರಿಶೋಧನೆ, ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ, ಗುಣಮಟ್ಟ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಪುನರ್ವಿಮರ್ಶೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

9.3 ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು, ಖರ್ಚನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು ಹಾಗೂ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

9.4 ಪ್ರತಿ ಐದುವರ್ಷಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಸನ್ನದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪುನರ್ವಿಮರ್ಶೆ ಮಾಡುವುದು.

ಅನುಬಂಧ IV

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ತುರ್ತುಸೇವೆಗಳು

(ಪತ್ರ ನಂ. Z28015/131/96-H ತಾರೀಖು 13-17-1999 ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ, ಹೊಸ ದೆಹಲಿ - ಆಯ್ದ ಭಾಗ)

ಗೌರವಾನ್ವಿತ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯ 6.5.96ರಂದು (ಎಸ್‌ಎಲ್‌ಓ(ಸಿ) ನಂ. 799/92) ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಲ ಖೇತ್ ಮಜ್ದೂರ್ ಸಮಿತಿ ಮತ್ತು ಇತರರ ವಿರುದ್ಧ(versus) ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಲ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಮೊಕದ್ದಮೆಯ ತೀರ್ಮಾನ ಕೊಡುತ್ತಾ ಅಗತ್ಯವಿರುವವರಿಗೆ ಕೂಡಲೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಲು ನಿರ್ದೇಶಿಸಿದೆ. ಉಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯವು, ರಾಜ್ಯಗಳು ಈ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯದ ತೀರ್ಮಾನವನ್ನು ತಮ್ಮ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ತರಲು ಅಗತ್ಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ನಿರ್ದೇಶಿಸಿದೆ.

ಕೆಳಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿರುವ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನವನ್ನು ತುರ್ತುರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಿರುವಾಗ ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

1. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ತುರ್ತುಪರಿಸ್ಥಿತಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಜೀವಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವಿರುವ ರೋಗಿಯನ್ನು ದಾಖಲೆ ಮಾಡಬೇಕು ಹಾಗೂ ವಿಶೇಷಜ್ಞರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಬೇಕು.

2. ರೋಗಿಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಲು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಸಿಗೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಗೆ ಅಗತ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ಗಮನವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು.

3. ನಂತರ ರೋಗಿಯನ್ನು ಇನ್ನಾವುದಾದರೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸ್ಥಳಾಂತರಿಸಲು ಅಗತ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು. ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಪದ್ವಾಹನದಲ್ಲಿ(Ambulance) ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯು

ತೆಗೆದುಕೊಂಡುಹೋಗಬೇಕು, ರೋಗಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗುವ ಮುನ್ನ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಸಿಗೆ ಖಾಲಿ ಇದೆಯೇ ಎಂದು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

4. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಿಸಲು ಹಾಸಿಗೆ ಇಲ್ಲವೆಂದು ರೋಗಿಯನ್ನು ಆರೈಕೆ ಮಾಡದೆ ಬಿಡಕೂಡದು.

5. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಭಾಗದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥ ವಹಿಸಿಕೊಂಡು ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು.

6. ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಇಟ್ಟಿರಬೇಕು.

7. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೂಪರಿಂಟೆಂಡೆಂಟ್, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಎಲ್ಲರೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡು ಒಳ್ಳೆಯ ತುರ್ತುಸೇವೆಗಳನ್ನು ಕೊಡಲು ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಬೇಕು.

8. ರೋಗಿಗಳ ದಾಖಲು ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಇರಬೇಕು.

ಅ. ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು, ಲಿಂಗ, ವಿಳಾಸ, ರೋಗದ ಹೆಸರು

ಆ. ದಾಖಲಿಸಿದ ತಾರೀಖು, ಸಮಯ, ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವಿವರಗಳು

ಇ. ರೋಗಿಯನ್ನು ಎಲ್ಲಿ ದಾಖಲಿಸಲಾಯಿತು? ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡಲಾಯಿತು? ವಿಶೇಷ ಪರೀಕ್ಷಣೆಗೆ ಕಳಿಸಲಾಯಿತೆ? ಇತ್ಯಾದಿ.

ರೋಗಿಯ ದಾಖಲು ಪುಸ್ತಕದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯರು ವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅದನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೂಪರಿಂಟೆಂಡೆಂಟ್ ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಪರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಿರಬೇಕು. ಆ ದಾಖಲು ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಸುರಕ್ಷಿತ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿಡಬೇಕು.

8. ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ತುರ್ತು ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ವೈದ್ಯರ ಬಗ್ಗೆ ನ್ಯಾಯಾಲಯ ಈ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಆದೇಶಿಸಿದೆ.

ಅ. ತುರ್ತು ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಎಲ್ಲ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಹಾಜರಾತಿಯನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಸೂಪರಿಂಟೆಂಡೆಂಟ್ ಕಛೇರಿಯಲ್ಲಿ ಇಟ್ಟಿರಬೇಕು. ಹಾಗೂ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿಟ್ಟು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಮೊದಲೇ ತಿಳಿಸಿಬೇಕು.

ಆ. ಪ್ರತಿ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿಯೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಬಂದ ಹಾಗೂ ಹೋಗುವ ಸಮಯದ ದಾಖಲಾತಿ ಇರಬೇಕು.

ಇ. ರೋಗಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿ, ಚಿಕಿತ್ಸಾ ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಹೆಸರನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಬರೆದು, ಹಸ್ತಾಕ್ಷರ ಮಾಡಬೇಕು.

ಈ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸೂಪರಿಟೆಂಡೆಂಟ್‌ರು ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ತಮ್ಮ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಲ್ಲಿ ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಉ. ರೋಗಿಗೆ ಕೊಡುವ ದಾಖಲೆ ಚೀಟಿಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ತಿಳಿಸಬೇಕು.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೂಪರಿಟೆಂಡೆಂಟ್, ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು, ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ತೊಂದರೆಯಾಗಬಹುದು. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ, ಅನಿಸಿಕೆ ಬಗ್ಗೆ ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ತಿಳಿಸಬೇಕು. ಆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರ ಅದನ್ನು ಗಮನಹರಿಸಿ, ಬದಲಾವಣೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಪುಸ್ತಕ ಮಾಲಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಿರುವ ಪುಸ್ತಕಗಳು

1. ಜಾಗತೀಕರಣದಿಂದ ಜನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೇನಾದೀತು? ರೂ. 15
2. ಕ್ರಿ.ಶ. 2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರವೇನಾಯ್ತು? ರೂ. 20
3. ಬದುಕಲು ಯೋಗ್ಯವಾದ ಬದುಕಿಗಾಗಿ ರೂ. 20
4. ನಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವವೂ ಪ್ರಮುಖವಾಗುವ ಜಗತ್ತು ರೂ. 20
5. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣವನ್ನು ಎದುರಿಸುವುದು ರೂ. 25

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ - ಕರ್ನಾಟಕ

‘ಕ್ರಿ. ಶ. 2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ’ ಎಂಬ ಗುರಿಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಹಾಗೂ ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮರೆತಿವೆ. ಆದರೆ ನಾವು ಅದನ್ನು ಮರೆಯಲಾರೆವು. ಜನಕೇಂದ್ರಿತ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಿ ವರ್ಧಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಈಗ ಸಕಾಲ. ಇದರಿಂದ ನವೀನ ಪರಿಹಾರಗಳು ಮೂಡಿ ನೀತಿ-ನಿರ್ಣಾಯಕರನ್ನು ಈಬಗ್ಗೆ ಒತ್ತಾಯಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾದೀತು.

ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದೆಂದರೆ ಜನರಿಗೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಕರ್ಯ, ಶುದ್ಧವಾದ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಪೋಷಕಾಂಶಭರಿತ ಆಹಾರ, ಉಡುಪು, ವಸತಿ ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು. ಜಾತಿ, ವರ್ಗ, ಜನಾಂಗ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗಾಧಾರಿತ ಭೇದ ಭಾವ ಇರದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಇದರ ಅಂಗವೇ. ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಹದಗೆಡುತ್ತಿರುವುದಕ್ಕೂ ಜಾಗತೀಕರಣಕ್ಕೂ ಸಂಬಂಧವಿದೆ ಎಂಬುದು ಜನರಿಗೆ ತಿಳಿಯಬೇಕು. ರಾಚನಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ನೀತಿಗಳು ಅಲ್ಪಕಾಲದ ದೂರದೃಷ್ಟಿಯನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸುತ್ತಿರುವಾಗ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಆಶಯದ ನವೀಕರಣ ಅನಿವಾರ್ಯ. ಈ ಸಲುವಾಗಿ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆಯೆಂಬ ಹೆಸರಿನಡಿ ಪ್ರಚಾರಾಂದೋಲನವನ್ನು ಅನೇಕ ಜನಪರ ಸಂಘಟನೆಗಳು ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಕೈಗೊಂಡಿವೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮೂರು ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶಗಳೆಂದರೆ:

➤ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಸಮವಿತರಣೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಪ್ರಥಮಾದ್ಯತೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಗಣಿಸುವಂತೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಪುನಃಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು.

➤ ಸ್ಥಳೀಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಹಾಗೂ ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವ ಶಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಿ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ನಿರಂತರ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಕುರಿತಂತೆ ರೂಪಿಸುವುದು.

➤ ಅಂತರ ವಲಯದ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ತತ್ವವನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುವುದು.

ಈ ಆಂದೋಲನಕ್ಕೆ ನಾಲ್ಕು ಸ್ತರದ ರಚನೆಯಿದೆ. ‘ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಈಗಲೇ’ ಕುರಿತು ಜನರನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಯುವುದು. ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೂ ಒಂದು ಜಿಲ್ಲಾಮಟ್ಟದ ಸಂಘಟನೆಯ ಮೂಲಕ ವಿಚಾರಸಂಕಿರಣ ಏರ್ಪಡಿಸಲಾಗುವುದು. ಈ ಎಲ್ಲವೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಾವೇಶದ ರೂಪದಲ್ಲಿ 2000ನೇ ನವೆಂಬರ್ 30 ಮತ್ತು ಡಿಸೆಂಬರ್ 1 ರಂದು ಕಲ್ಕತ್ತಾದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವುದು. ಈ ಸಮಾವೇಶವು ರಾಚನಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗಳ ನೀತಿಯನ್ನು ಹಿಂದಕ್ಕೊಯ್ಯಲು ಮತ್ತು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರತಿಜ್ಞೆಗೆ ಬದ್ಧರಾಗಲು ಕರೆನೀಡುವುದು. 2000ನೇ ಡಿಸೆಂಬರ್ 4-8ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಢಾಕಾದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಮಾವೇಶಕ್ಕೆ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಕಳುಹಿಸಿಕೊಡುವುದು.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆಯನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರದ ಹದಿನೈದು ಪ್ರಮುಖ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮನ್ವಯ ಸಮಿತಿಯು ಆಯೋಜಿಸುವುದು. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಉಪನ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಹೊರತರುತ್ತಿರುವ ಪುಸ್ತಕ ಮಾಲಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಇದು ಐದನೆಯದು.