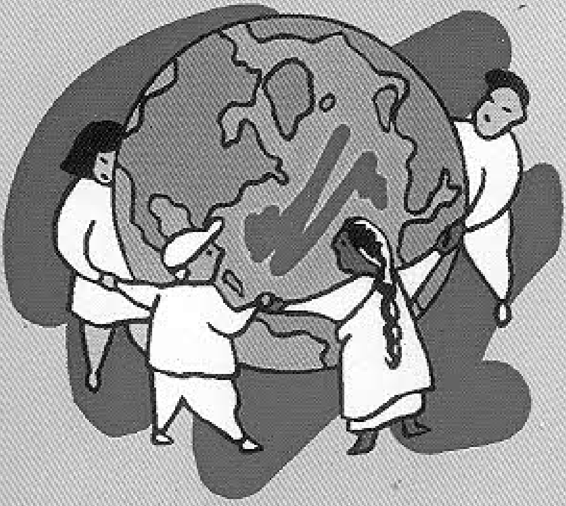
சந்தை பொருளாகும் நல்வாழ்வு
- சில கேள்விகள்



மக்கள் நல்வாழ்வு சபை நோக்கி நூல் **5**

சந்தைப் பொருளாகும் நல்வாழ்வு
சில கேள்விகள்

வெளியீடு:
மக்கள் நல்வாழ்வு சபை
தமிழ்நாடு ஒருங்கிணைப்புக் குழு

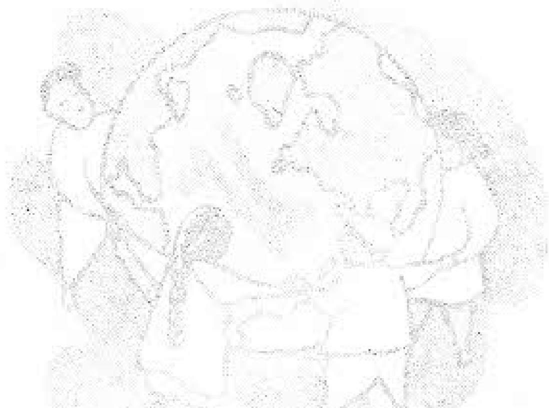
மக்கள் நல்வாழ்வு சபை நோக்கி நூல்-5

சந்தைப் பொருளாகும் நல்வாழ்வு சில கேள்விகள்

முதற் பதிப்பு : ஜூலை 2000

மக்கள் நல்வாழ்வு சபையின் தேசிய ஒருங்கிணைப்பு குழு
வெளியிட்ட Confronting Commercialization in Health Care!
என்கிற ஆங்கில புத்தகத்தின் தமிழாக்கம்
தமிழ்நாடு ஒருங்கிணைப்புக் குழுவால் வெளியிடப்படுகிறது.

படங்கள் : ஆர். குமரகுருபரன்
லேசர் அச்சு : ஆதவ் கிராபிக், சென்னை - 600 0014.
அச்சு : மணிஆப்செட், சென்னை-600 005.



தயாரிப்பு, இருப்பு, விநியோகம்.
சவுத் விஷன்

6, தாயார் சாகிப் 2வது சந்து, சென்னை- 600 002.

தேசிய ஒருங்கிணைப்புக் குழுவிலுள்ள அமைப்புகள்

1. அனைத்திந்திய மக்கள் அறிவியல் இயக்கங்களின் கூட்டமைப்பு (AIPSN)
2. பாரத் ஞான் விஞ்ஞான் சமிதி (BGVS)
3. தேசிய மக்கள் இயக்கங்களின் கூட்டமைப்பு (NAPM)
4. சிறு குழந்தைகள் பராமரிப்பு சேவைக்கான கூட்டமைப்பு (FORCES)
5. மருத்துவ நண்பர்கள் குழாம் (MFC)
6. ஆல் இந்தியா டிரக் ஆக்ஷன் நெட்வர்க் (AIDAN)
7. மக்கள் ஆரோக்கியத்துக்கான விழிப்புணர்வு, ஆய்வு மற்றும் செயல்பாடு (SOCHARA)
8. இந்திய மருந்து விற்பனைப் பிரதிநிதிகள் சங்கம் (FMRAI)
9. கத்தோலிக்க நல்வாழ்வு மையம் (CHAI)
10. கிறிஸ்டியன் மெடிக்கல் அசோசியேஷன் (CMAI)
11. ராம்கிருஷ்ணா மிஷன்
12. இந்திய நலக் குழுமம் (VHAI)
13. ஆசியன் கம்யூனிட்டி ஹெல்த் நெட்வர்க் (ACHAN)
14. அனைத்திந்திய ஜனநாயக மாதர் சங்கம் (AIDWA)
15. இந்திய மாதர் தேசிய சம்மேளனம் (NFIW)
16. தேசிய பெண்கள் அமைப்புகளின் கூட்டணி (NAWO)
17. பெண்கள் கூட்டுத் திட்டம் (JWP)
18. அனைத்திந்திய பெண்கள் மாநாடு (AIWC)

நல்வாழ்வு கொள்கையில் அக்கறையுள்ள ஆயிரத்திற்கும் மேற்பட்ட அமைப்புகள் மக்கள் நல்வாழ்வு சபையின் பிரச்சாரத்தில் இணைந்து செயல்படுகின்றன.

தமிழ்நாடு ஒருங்கிணைப்புக் குழுவிலுள்ள அமைப்புகள்

1. அனைத்திந்திய ஜனநாயக மாதர் சங்கம் (தமிழ்நாடு) (AIDWA)
2. அனைத்திந்திய சர்வ சேவா பண்ணைகளின் சங்கம் (ASSEFA)
3. பெண்சிசுக் கருக் கலைப்புக் எதிரான பிரச்சாரம் (CASSA)
4. தமிழ்நாடு கத்தோலிக்க நல்வாழ்வு மையம் (CHAI)
5. இந்திய கிறிஸ்துவ மருத்துவ மையம் (CMAI)
6. க்ரை (CRY)
7. பிரஜை. நுகர்வோர். குடிமை நடவடிக்கைக் குழு (CAG)
8. தாஹன் ஃபவுண்டேஷன் (DHAN Foundation)
9. தமிழ்நாடு நுகர்வோர் அமைப்புகளின் கூட்டணி (FEDCOT)
10. கிராமபுற ஆரோக்கியம் மற்றும் குடும்ப நலனுக்கான காந்திகிராம் நிறுவனம்
11. இந்திய குழந்தைகள் நலச் சங்கம் (ICCW)
12. மதுரை பல்கலைக் கழக ஆசிரியர் கூட்டணி (MUTA)
13. நலவொளி இயக்கம்.
14. மக்கள் இயக்கங்களின் தேசிய கூட்டணி (NAPM)
15. இந்திய மாதர் தேசிய சம்மேளனம் (NFIW)
16. பெண்ணுரிமை இயக்கம்
17. பாண்டிச்சேரி அறிவியல் இயக்கம் (PSF)
18. பிரிப்பேர் (Prepare)
19. ஸ்கோப் (SCOPE)
20. சாம் (SAM)
21. ஸிஸ்டர்ஸ் - டாக்டர்ஸ் பாரம் ஆப் இந்தியா (SDFI)
22. சோக்கோ டிரஸ்ட் (Soco Trust)
23. தமிழ்நாடு சிறு குழந்தைகள் பராமரிப்பு சேவைக்கான கூட்டமைப்பு (TN-FORCES)
24. தமிழ்நாடு நல்வாழ்வு வளர்ச்சிக்கான அமைப்பு (TNHDF)
25. தமிழ்நாடு மருந்து விற்பனைப் பிரதிநிதிகள் சங்கம் (TNMSRA)
26. தமிழ்நாடு பெண்கள் எழுச்சி மையம்
27. தமிழ்நாடு ஆரம்பக் கல மேம்பாட்டு பிரச்சாரம் (TanPIC)
28. தமிழ்நாடு சமூக நலப்பணி மையம் (TASSOS)
29. தமிழ்நாடு அறிவியல் இயக்கம் (TNSF)
30. தமிழ்நாடு தன்னார்வ நலக் குழுமம் (TNVHA)
31. தன்னார்வ சுகாதார நிலையம் (VHS)
32. தமிழக பெண்கள் ஒருங்கிணைப்புக் குழு (Women's Collective)

மக்கள் நல்வாழ்வு சபையின் நோக்கம் என்ன?

மருத்துவ உலகில் வியத்தகு முன்னேற்றங்கள் பல ஏற்பட்டுள்ளன. மனிதனின் சராசரி ஆயுட்காலம் அதிகரித்துள்ளது. ஆயினும் மக்களுக்கு மருத்துவ வசதி கிடைப்பதில் உலக அளவில் தற்போது நெருக்கடி ஏற்பட்டுள்ளது.

ஏழை - பணக்காரர் இடையிலான ஏற்ற-தாழ்வு அதிகரித்துக் கொண்டு செல்வதும், ஏழை நாடுகளுக்கும் பணக்கார நாடுகளுக்கும் இடையே இடைவெளி கூடிக் கொண்டு செல்வதும்தான் இதற்குக் காரணங்கள். மக்களுக்கு ஓரளவு கிடைத்திருந்த சுகாதார (மருத்துவ) வசதிகளையும்கூட பெருகிவரும் வறுமை அரிக்கத் தொடங்கிவிட்டது. எச்.ஐ.வி. வைரஸின் தாக்குதல், அதனால் ஏற்படும் எய்ட்ஸ் நோய், மற்றும் அது தொடர்பான பிரச்சினைகளாலும் மக்கள் நல்வாழ்வுத் தரம் சரிந்து கொண்டு செல்கிறது.

வருவாய் ஏற்ற-தாழ்வு மட்டுமல்லாமல், சமூக சேவை வசதிகள் சுருங்கிக் கொண்டு செல்வது, இனரீதியிலும் ஆண்-பெண் பால் ரீதியிலும் பாரபட்சம் காட்டப்படுவது ஆகிய காரணங்களாலும் நல்வாழ்வுத் தரம் சரிகிறது. தெற்காசியா, ஆப்பிரிக்காவின் சகாராப் பகுதி, லத்தீன் அமெரிக்கா, மத்திய மற்றும் கிழக்கு ஐரோப்பா ஆகிய பகுதிகளில் உள்ள நாடுகளில் வாழும் ஏழை எளிய மக்களும் பூர்வ குடிகளும்தான் பெரும் பாதிப்புக்கு ஆளாகின்றனர். மருத்துவ வசதி கிடைக்காமையால் அவர்களிடையே இறப்பு விகிதம் அதிகரித்துள்ளதை ஆய்வறிக்கைகள் காட்டுகின்றன. வளர்ந்த நாடுகளின் பாரம்பரிய மருத்துவ அறிவு மற்றும் சிகிச்சை முறைகளும் சமூக அமைப்பு முறைகளும் அச்சுறுத்தலுக்கு உள்ளாகியுள்ளன.

உலகப் பொருளாதார அமைப்பு முறையைச் சீரழித்ததன் விளைவாகத்தான் மேற்சொன்ன கேடுகள் ஏற்பட்டு வருகின்றன. பொருளாதார உலகமயமாக்கல் காரணமாக ஏழை நாடுகளின் கடன் சுமை மேலும் அதிகரித்துக்கொண்டே செல்கிறது; பணக்கார நாடுகளுக்கு சாதகமான மற்றும் ஏழை நாடுகளுக்குப் பாதகமான உலக வர்த்தக நடைமுறைகள் திணிக்கப்படுகின்றன. இவற்றால் உலகப் பொருளாதார அமைப்பு முறைக்கு

மேலும் சீரழிவு ஏற்பட்டுள்ளது. அதோடு, நல்வாழ்வுத் துறையில், ஆரம்ப சுகாதாரப் பாராமரிப்புத் திட்டங்களைச் செயல்படுத்துவதில் ஏற்பட்ட தோல்வியும் உலக மக்களின் மருத்துவ வசதிப் பிரச்சினையை மேலும் நெருக்கடிக்கு உள்ளாக்கிவிட்டது.

1. மக்கள் நல்வாழ்வில் தேசிய இலக்கை அடையத் தவறியது; மருந்துக் கொள்கையைக் கிடப்பில் போட்டது; ஒட்டுமொத்த சமூகக் கொள்கையின் அங்கமாக மக்கள் நல்வாழ்வைப் பார்க்கத் தவறியது.

2. சமுதாயத்தின் பல்வேறு துறைகளுடன் மக்கள் நல்வாழ்வுத் துறை பின்னிப் பிணைந்துள்ளதை அரசு காணத் தவறியமை; அனைத்துத் துறைகளிலும் மக்கள் நல்வாழ்வுக்கு முன்னுரிமை கொடுக்கத் தவறியமை;

3. நல்வாழ்வுத் திட்டங்களில் உண்மையான ஈடுபாட்டுடன் மக்கள் சமுதாயத்தைப் பங்கேற்கச் செய்வதில் ஏற்பட்ட தோல்வி.

4. மருத்துவ சேவைத் துறையில் தனியாரை அனுமதித்தது; அதனால் ஏற்பட்ட ஏற்ற-தாழ்வு மற்றும் மருத்துவ சேவையின் அனைத்து நிலைகளிலும் அரசு தன் கடமைகளிலும் பொறுப்பிலும் இருந்து விலகிக் கொண்டமை;

5. மருத்துவ வசதியை வெறும் தொழில் நுட்ப ரீதியிலான வசதியாகப் பார்க்கும் குறுகிய கண்ணோட்டம் ஆகிய குறைபாடுகளாலும் உலக அளவில் மருத்துவ சேவையானது நெருக்கடியில் சிக்கிக் கொண்டிருக்கிறது.

மக்கள் நல்வாழ்வு மாநாட்டின் நோக்கம் என்ன?

வட்டார, தேசிய, சர்வதேச அளவில் கொள்கைகள் வகுக்கும்போது, மக்கள் நல்வாழ்வுக்கும் சமத்துவமான வளர்ச்சிக்கும் முன்னுரிமை கொடுக்கப்பட வேண்டும்; இக்குறிக்கோளை ஆரம்ப சுகாதாரப் பராமரிப்பு வாயிலாக எட்ட வேண்டும். மக்கள் நல்வாழ்வுப் பிரச்சினைகளுக்கு தொலைநோக்குடன்கூடிய நிரந்தரத் தீர்வு காணப்பட வேண்டும். மேற்கூறிய இலக்குகளை அடைவதே மாநாட்டின் இலட்சியம். இதற்காக மக்கள் நடத்தும் இயக்கங்களுக்கு இம்மாநாடு ஆதரவளிக்கும்.

டாக்கா மாநாட்டை முன்னிட்டு, பல நாடுகளில் மக்கள் நல்வாழ்வை முன்னிறுத்திப் பல பிரச்சார இயக்கங்கள் நடைபெற்று வருகின்றன. இந்தியாவிலும் பல்வேறு தொண்டு நிறுவனங்கள் மற்றும் அவற்றின் கூட்டமைப்புகள், மக்கள் இயக்கங்களுடன் சேர்ந்து பிரச்சார இயக்கங்களை நடத்துகின்றன. இந்திய அரசின் தாராளமயமாக்கல் மற்றும் உலகமயமாக்கல் பொருளாதாரச் சீர்திருத்த நடவடிக்கைகளால் நாட்டு மக்களின் நல்வாழ்வுக்கு ஏற்பட்டுள்ள கேடுகள் குறித்து அவை பிரச்சாரம் செய்ய உள்ளன. மக்கள் நல்வாழ்வுக் கொள்கை குறித்த விவாதத்தில் சாமானிய மக்களையும் ஈடுபடுத்துவது; உடனடியாக அனைத்து மக்களுக்கும் நல்வாழ்வை உறுதி செய்ய நடவடிக்கையில் இறங்குமாறு அரசாங்கத்தை நிர்பந்திப்பது; இதற்கு மக்களின் கருத்தைத் திரட்டுவது ஆகியன இப்பிரச்சாரத்தின் நோக்கங்கள். அதோடு, மக்களின் உடனடிப் பிரச்சினைகளுக்குத் தீர்வு காண ஏழை மக்களை பல்வேறு இயக்கங்கள் மூலம் அணிதிரட்டுவது, அடிப்படையில் ஒரு மாற்றத்தை ஏற்படுத்த வலுவான மக்கள் இயக்கத்தைக் கட்டியமைப்பது ஆகியவையும் மேற்கூறிய தேசியப் பிரச்சாரத்தின் நோக்கங்களாகும்.

இந்தியப் பிரச்சாரத்தின் ஆறு அம்சங்கள்

'மக்கள் கையில் அவர்களது நல்வாழ்வு' என்ற இலக்கை அடைய செய்ய வேண்டியவை'

1. பெரும்பான்மை மக்களின் வாழ்க்கையைச் சீரழிக்கும் புதிய பொருளாதாரச் சீர்திருத்தம் மற்றும் உலகமயமாக்கல் கொள்கையை நாட்டை விட்டு விரட்டுவது;

2. சுகாதார சேவைத் திட்டமிடலைப் பரவலாக்குதல்; ஜனநாயகப்படுத்துதல்; அத்திட்டங்களைச் செயல்படுத்தத் தேவையான நிதி ஒதுக்கீட்டை உறுதி செய்தல்;

3. மக்களை மையப்படுத்திய நல்வாழ்வுத் திட்டங்கள்; அவற்றின் செயல்பாட்டில் அவர்களது பங்கேற்பை உறுதி செய்தல்.

4. திட்டமிடுதலைப் பரவலாக்குதல் மூலமும் பொருத்தமான தொழில்நுட்பங்கள் மூலமும் அனைத்து மக்களின் அடிப்படைத் தேவைகளை நிறைவேற்றுதல்.

5. மருத்துவ சேவையை கட்டுப்பாடற்ற, நெறியற்ற முறையில் வணிகமயமாக்குவதைக் கட்டுப்படுத்துதல்; அறிவுபூர்வமான, நெறி சார்ந்த, திறமையான மருத்துவ சேவையை ஊக்குவித்தல்;

6. ஏழை எளியோரின் அமைப்புகளை உருவாக்கவும், சமுதாயத்தில் நிலவும் ஏற்ற-தாழ்வுகளைக் குறைக்கவும் மக்களின் செயல்திறனை வளர்க்கவும் பாடுபடுவதற்காக மக்கள் இயக்கங்களையும் தன்னார்வத் தொண்டு நிறுவனங்களையும் ஓரணியில் திரட்டுதல்.

பொருளடக்கம்

அத்தியாயம் - 1

அறிமுகம் 9

அத்தியாயம் - 2

அறிவியல் பூர்வமான மருத்துவ பராமரிப்பு 18

அத்தியாயம் - 3

இந்தியாவில் தனியார் நல்வாழ்வு துறை
ஒரு கண்ணோட்டம் 45

அத்தியாயம் - 4

மருத்துவ நன்னெறி, மருத்துவக் கல்வி,
நல்வாழ்வுப் பராமரிப்பு 65

இணைப்பு - 1 89

இணைப்பு - 2 90

இணைப்பு - 3 91

இணைப்பு - 4 94

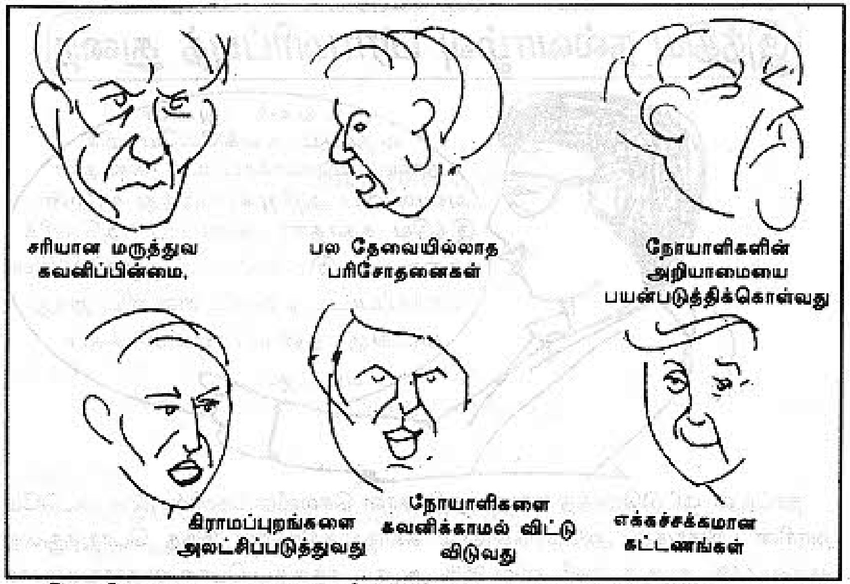
அத்தியாயம் -1

அறிமுகம்

நாட்டின் ஒட்டுமொத்த சுகாதாரத்திற்கான செலவீனங்களில், 22% மட்டுமே அரசின் பங்காகும். அமெரிக்காவில் சுகாதாரத்திற்கான இந்த பொதுத்துறை செலவு 44% ஆகும். ஸ்வீடனில் 95% ஆகும். சந்தைப் பொருளாதாரங்களைக் கொண்ட மேற்கத்திய நாடுகள் அனைத்தையும் எடுத்துக்கொண்டால், பொதுத்துறையின் பங்கு 75% ஆகும்.

இந்தச் சூழலில், நமக்கு போதிக்கப்படுவது!...

ஆனால் இந்த சுலபமாகத் தோன்றும் தீர்வில் பல பிரச்சனைகளும், சிக்கல்களும் உள்ளன. இந்தியாவில் இன்று டாக்டர்களுக்கு எதிராகவும், நமது சுகாதாரப் பராமரிப்பு முறைக்கு எதிராகவும் தோன்றியுள்ள அதிருப்திக்கான காரணங்கள் என்ன?



மேற்சொன்ன காரணங்களே மக்கள் மருத்துவத் துறையிலிருந்து அன்னியமாக்கப்படுவதற்கு ஒரு முக்கியக் காரணமாக அமைகிறது. மருத்துவத் தொழில் ரீதியான அமைப்புகள் கூட இந்த போக்கைப் பற்றி கவலைப்படத் தொடங்கிவிட்டன என்பது அவர்கள் அவ்வப்போது விடுகின்ற அறிக்கைகளிலிருந்து தெளிவாகின்றது.

> ***நல்வாழ்வு பராமரிப்பு மருத்துவமயமாக்கப்படாமல் இருப்பதற்கும், டாக்டர் - மருந்து உற்பத்தியாளர் கூட்டணி மக்களைச் சுரண்டாமல் இருப்பதற்கும், மருந்து விற்பனையாளர்களின் வியாபாரத் தேவையே ஆரோக்கியமின்மை யின் ஒரு காரணமாக மாறாமல் இருப்பதற்கும் மக்களின் தொடர்ச்சியான கண்காணிப்பு என்பது மிகவும் அவசியமாகும்.***
>
> ICSSR / ICMR - ***"அனைவருக்கும் ஆரோக்கியம்" அறிக்கை.***

'இன்று பல டாக்டர்கள் நேர்மையாகவும், நெறிமுறையுடனும், அறிவுபூர்வமான முறையிலும் பணிபுரிவதற்கு தயாராக இருந்தாலுமே, இன்றைய ஊழல் மிகுந்த சமூக - அரசியல் பொருளாதார அமைப்பில், இன்னும் பல டாக்டர்கள் நேர்மையாக பணிபுரிவதற்குத் தயாராக இல்லை. இந்தப் போக்கு வளர்ந்து வரும் ஒரு சமூக பிரச்சனையாகும்.

பொது மக்கள், நீதித் துறை மற்றும் தகவல் தொடர்புத் துறை மருத்துவத் தொழில் ரீதியான ஒழுங்குமுறை கட்டுப்பாடுகளில் நம்பிக்கை இழந்து வருவதால்தான், டாக்டர்களையும் நுகர்வோர் பாதுகாப்புச் சட்டத்தின் கீழ் கொண்டுவர வேண்டும் என்று முடிவெடுத்து, அதற்கான முயற்சிகளில் ஈடுபட தொடங்கி விட்டனர்.

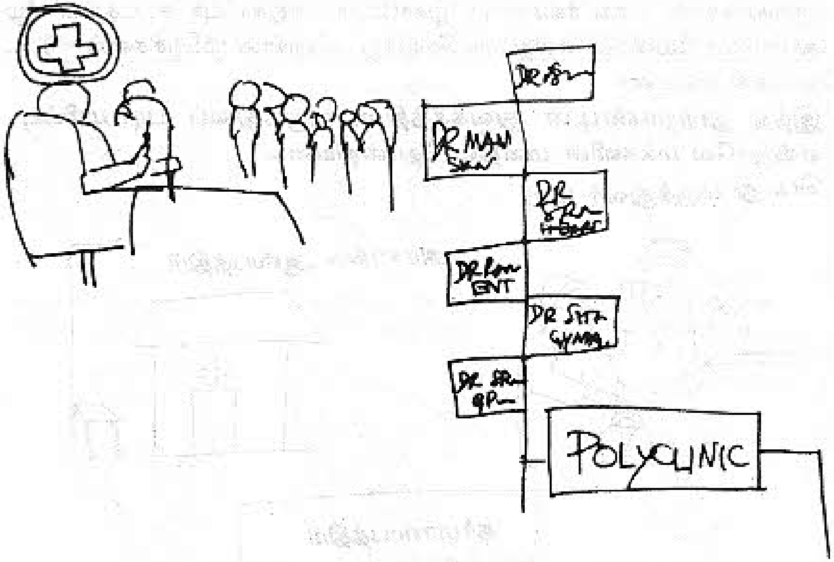
இந்த நூற்றாண்டின் துவக்கத்தில், மருத்துவப் பராமரிப்பு என்றாலே மக்களின் மனதில் தோன்றியவை

பொது மருத்துவர் (GP)

பொது மருத்துவர் என்பவர் -

குடும்ப டாக்டர் மற்றும் குடும்ப நண்பர்;
அடிக்கடி வீட்டிற்கு வருவார்;
கட்டணத்தை நமது வசதிக்கு ஏற்றவாறு தாமதமாகக் கூடக் கொடுக்கலாம்;
ஒரு சில மருந்துகளை மட்டும் பரிந்துரைப்பார் -
இதில் பலவற்றை மருந்தகரே தயாரிப்பார்.

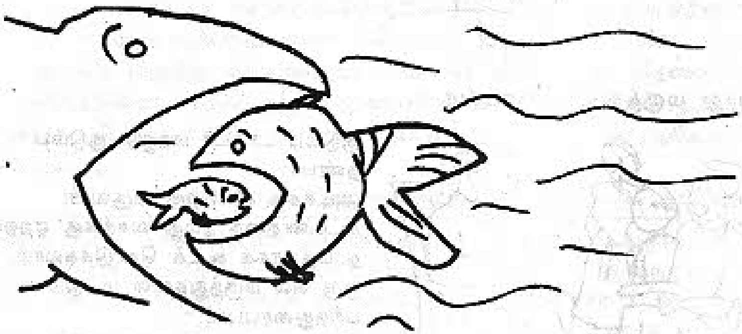
இன்று



மிகுந்த போட்டி மனப்பான்மையுடன் இயங்கும் தனியார் மருத்துவம்

★ இது பல ஆஸ்பத்திரிகளாலும், பல் நோய் சிகிச்சை மருத்துவமனைகளாலும் (Polyclinics) அச்சுறுத்தப்படுகிறது.

★ இவை கார்பரேட் ஆஸ்பத்திரிகளாலும், இன்சூரன்ஸ் கம்பெனிகளாலும் விழுங்கப்படுகின்றன ஏழைகளுக்கு மிக பலவீனமாக்கப்பட்ட பொதுத்துறை



பொது மருத்துவர் எதிர்நோக்கும் இன்றைய பிரச்னைகள்

ஆர்வமிழந்துள்ளார்

இந்த கிளினிக்கை என்னால் ஒரு நாள் கூட மூட முடிவதில்லை.

தொழில் பாதுகாப்பின்மையை உணர்கிறார்.

நான் ஊசி போட வேண்டும். உடனடி பலனை காட்ட வேண்டும். இல்லையென்றால் நோயாளிகள் என்னை விட்டு போய் விடுவார்கள்.

லஞ்ச ஊழலில் மூழ்கியுள்ளார்

அச்சுறுத்தப்பட்டுள்ளார்

நான் லஞ்சத்தை கொடுக்கவும் வேண்டும், வாங்கவும் வேண்டும், இல்லையென்றால் கேஸ் எதுவும் கிடைக்காது.

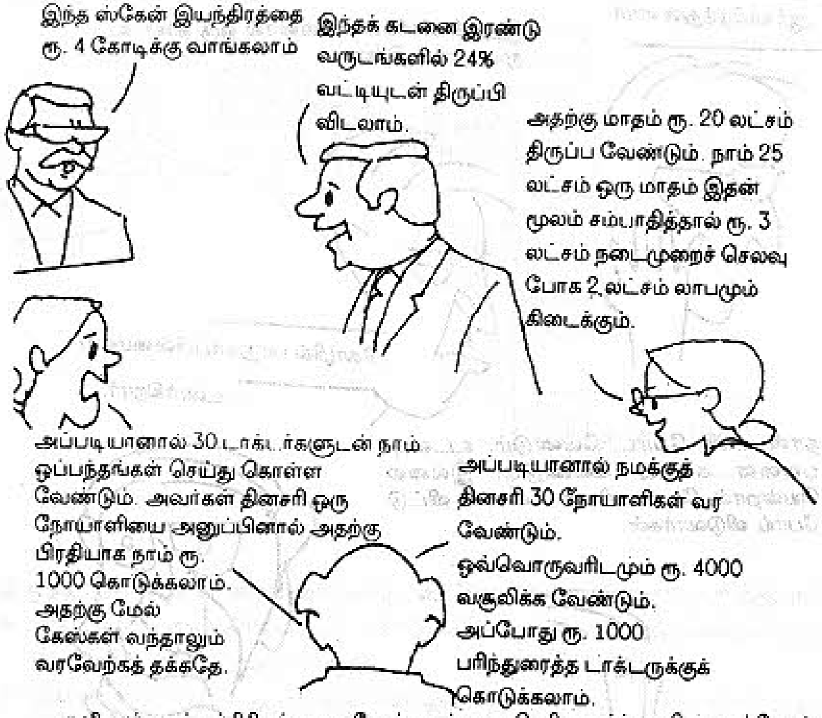
இந்த நோயாளியின் மரணத்திற்கு நான் பொறுப்பில்லை. ஆனாலும், என்னை போட்டு அடித்துவிட்டார்களே.

பாருங்கள்! எவ்வளவு பேர் போலி மருத்துவர்கள். இப்ப இந்த மாற்று மருத்துவம் வேற.

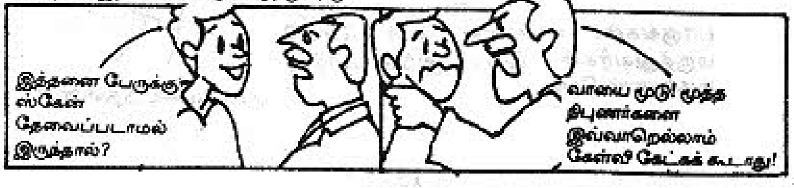
குழப்பமடைந்துள்ளார்.

தனியார் துறையும் நவீன மருத்துவமனையும்

(முதலீட்டில் நஷ்டம் உண்டாகாமல் இருக்க ஆராய்ச்சி அலசல் (The Breakeven analysis)

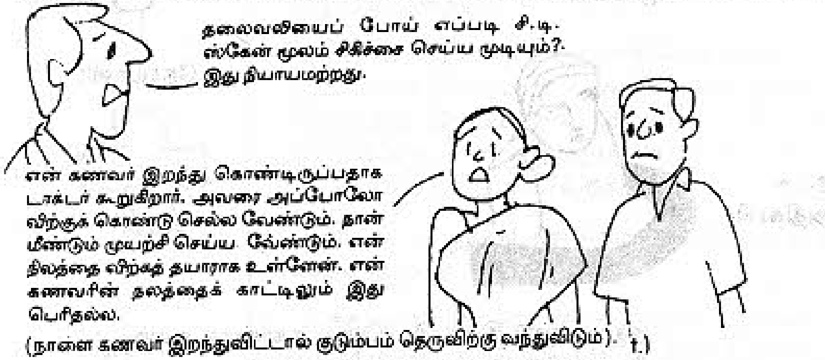


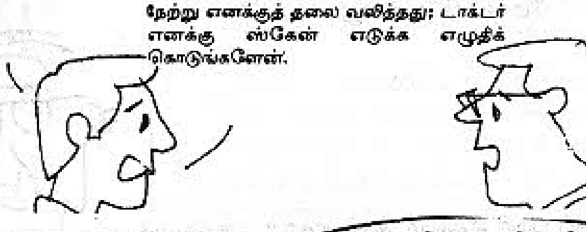
தனியார் ஆஸ்பத்திரிகள் லாப நோக்குடன் ஒரு பெரிய வர்த்தக நிறுவனம்போல் நடத்தப்படுகின்றன. ஸ்கேன் போன்ற பரிசோதனைகள் தேவைப்படும் நோயாளிகள் குறைந்த அளவிலேயே இருப்பர்; ஆகவே தாங்கள் முதலீடு செய்த பணத்திற்குத் தகுந்த லாபம் கிடைக்க பலவிதங்களில் முயற்சிக்கிறார்கள். நல்ல லாபம் கிடைக்கின்ற காரணத்தால் பல மருத்துவப் பரிசோதனை நிலையங்கள் தோன்றுகின்றன. இதனால் பரிசோதனைகளின் கட்டணம் குறையவோ அல்லது தரம் கூடவோ செய்வதில்லை. மாறாக, தேவையற்ற நோயாளிகளுக்கு, தேவையற்ற பரிசோதனைகளைச் சிபாரிசு செய்வது. அதற்காகத் தேவையற்றவர்களையும் ஆஸ்பத்திரிகளில் சேரச் செய்வது என்று வருமானத்தைப் பெருக்கும் முறைகள் - பெரும்பாலும் தவறான முறைகள் - கையாளப்படுகின்றன. நவீன மருத்துவ விஞ்ஞானத்தை இத்தகைய தேவையற்றவைகளுக்கு முக்கியத்துவம் கொடுக்கும்படி கொண்டு செல்கிறார்கள். போட்டி உள்ள எந்த ஒரு பொருளுக்கும், அதன் உண்மையான மதிப்பின் அடிப்படையிலேயே அதன் விலை அமைகிறது. ஆனால் மனித உயிருக்கு இத்தகைய மதிப்பீடு செய்ய முடியாததால், வரையறையின்றி கட்டணம் கறக்கப்படுகிறது. நுகர்வோரின் பணம் 'கொடுக்கும் திறன்' மட்டுமே இதனைக் கட்டுப்படுத்துகிறது.



தனியார் ஆஸ்பத்திரிகளைப் பற்றி நாம் கவலைப்பட வேண்டுமா? பணக்காரர்கள் மட்டும்தானே செலவு செய்கிறார்கள்

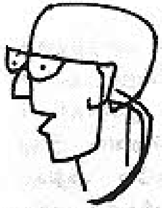
தனியார் ஆஸ்பத்திரிகள் மருத்துவ விஞ்ஞானத்திற்கு புதிய அர்த்தத்தை கொடுத்து வருகின்றார்கள். செலவினங்களை மிகவும் அதிகமாக்குகின்றன; ஆயின் நோயாளிகளைத் திருப்தியடையச்செய்வதில்லை; அவர்கள் தேக ஆரோக்கியம் சரிவரத் திரும்ப பெறாததுடன் அதிக பண நஷ்டமடைகின்றனர். இந்த ஆஸ்பத்திரிகளில் நீண்ட கால அனுபவமுடைய டாக்டர்களே அதிகம் பணியாற்றுகின்றனர். மருத்துவத்தைப் பற்றிய இவர்கள் அளிக்கும் புதிய வியாக்யானமே இந்த ஆஸ்பத்திரிகளின் மிகப் பெரிய ஆபாயமாகும்.





முக்கியமான முடிவுகளை எடுப்பதிலும், மக்களின் அபிப்ராயங்களை உருவாக்குவதிலும், இந்த கார்ப்பரேட் ஆஸ்பத்திரிகளில் வேலைச் செய்யும் டாக்டர்களே முக்கிய பாத்திரத்தை செலுத்துகின்றனர். ஆனால் இவர்களுக்கு சுகாதார திட்டமிடுதலிலும், ஏழை மக்களின் மத்தியில் பணி புரிதலிலும் சிறிதளவு கூட அனுபவம் இல்லை.

நாம் இங்கு எழுப்ப வேண்டிய முக்கியக் கேள்வி என்னவென்றால் - தனிப்பட்ட அளவிலும் சமூக அளவிலும் நாம் செயலிழந்து போய்விட்டோமா?



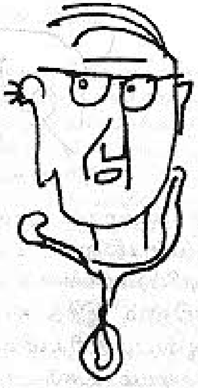
எல்லா டாக்டர்களும் ஊசியும். கரைசல்களும் கொடுக்கும்போது. நான் மட்டும் எப்படி வித்தியாசமாக இருக்கமுடியும்?

நான் ஒரு டாக்டரிடம் செல்லும்போது. அவரை எப்படி கேள்வி கேட்க முடியும்?

நோயாளி:

அரசு அதிகாரி:

இது என்ன? இதைவிட பொது சுகாதாரத் துறை மோசமாக உள்ளது.

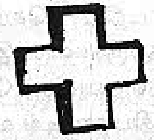


மருத்துவத்தைப் பற்றி எதுவும் தெரியாதவர் மருத்துவத் துறையை கட்டுப்படுத்தவும், ஒழுங்குப்படுத்தவும் முயற்சிக்கக்கூடாது. முடியாது.

ஆனால் சுய கட்டுப்பாடு என்பது இந்தத் துறையில் இதுவரை சுத்தமாக இல்லவே இல்லையே. குறைகளோ வளர்ந்து கொண்டே இருக்கின்றனவே.

நல்வாழ்வு பராமரிப்பு சந்தைப்பொருளாகுவதை எதிர்ப்பதற்கான வழிகள் ஏதேனும் உள்ளனவா?

நல்வாழ்வு சந்தை பொருளாவதை தடுப்பதற்கான 6 வழிமுறைகள்:



1. நல்வாழ்வு பராமரிப்பில் பொதுத் துறையின் பங்கை வலிமைப்படுத்துவது.
2. நோயாளிக்கான கல்வி - அறிவுப்பூர்வமான மருத்துவ பராமரிப்பு பற்றியும். டாக்டர்-நோயாளி உறவுகளைச் சார்ந்த புதிர்களையும், மாயைகளையும். ஒழிப்பது பற்றியும்.
3. மக்களின் தேவையைப் பூர்த்திசெய்யுமாறு மருத்துவக் கல்வியை மாற்றி அமைப்பது. மருத்துவத் தொழிலை நேர்மையான முறையில். நெறிமுறைகளைக் கடைப் பிடித்து, ஒருங்கிணைந்தப் பார்வையுடன் செயல்படுத்த ஊக்குவிப்பது.
4. தனியார் மருத்துவத்துறையை கட்டுப்பாட்டிற்குள்ளாக்குவது.
5. மருத்துவத் தொழில் ரீதியான அமைப்புகளுடன் கலந்துரையாடல்கள் மூலமாக மருத்துவத் துறையில் மாற்றத்திற்கான முன்முயற்சிகளை ஊக்குவிப்பது.
6. சமூகத்தின் அனைத்து பிரிவுகளுடன் மருத்துவ நெறிமுறைகளை உருவாக்குவது பற்றியும். சமூகப் பொறுப்புள்ள மருத்துவத் துறையை வளர்ப்பது பற்றியும் உரையாடல்களைக் கொள்வது.

இப்புத்தகம். சந்தை பொருளாகிவரும் நல்வாழ்வு பராமரிப்பின் மய்ய விஷயங்களைப் பற்றியும் அது தொடர்பான கேள்விகளையும் எழுப்புகிறது. இக்கட்டுரைகள். இந்த நோக்கத்துடன் மருத்துவ. சட்டத் தொழில் வல்லுனர்களால் இதற்கென்றே எழுதப்பட்டன. டாக்டர் கே. ஆர். சேதுராமன் (JIPMER) டாக்டர் ரவி துக்கல் (CEHAT) டாக்டர் ரவி நாராயண் (CHC), டாக்டர் என். ஆர். மாதவ மேனன் மற்றும் டாக்டர் பிரான்ஸஸ் அவர்களுக்கு நன்றியை தெரிவித்துக் கொள்கிறோம். இப்புத்தகத்தின் நோக்கம் ஒரு உரையாடலை தொடங்குவதேயன்றி ஒரு முடிவான கருத்தாக்கத்தை திணிப்பதாக கொள்ள கூடாது.

அத்தியாயம் -2

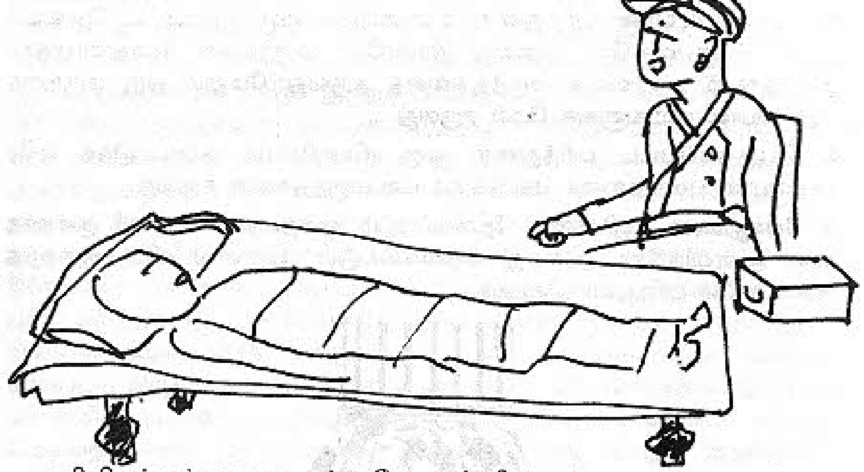
அறிவியல் பூர்வமான மருத்துவ பராமரிப்பு

"அறிவு மற்றும் புரிந்து கொள்ளுதல் இவற்றை விளக்காக ஏந்திக் கொண்டு எந்த மருத்துவன் நோயாளியின் உடலுக்குள் நுழையத் தவறுகிறானோ, அவனால் வியாதிகளுக்கு அறிவுபூர்வமான சிகிச்சை அளிக்க முடியாது."

- சரகா. (120-162 கி.பி.)

மருந்துகளை வாங்குவதற்கு மட்டும், கடந்த ஆண்டு இந்தியர்கள் பதினைந்தாயிரம் கோடி ரூபாய்கள் (15,000,00,00,000) செலவழித்துள்ளனர். இதைவிட அதிகமான தொகையினை, நோய் கண்டறியச் செய்யும் சோதனைகளுக்கும், அறுவை சிகிச்சைகளுக்கும் செலவழித்திருக்கலாம். இவை எல்லாம் சேர்த்தால் ஏறுத்தாழ ரூ. (35,000,00,00,000) முப்பத்தையாயிரம் கோடி ரூபாய் வருகிறது. இன்னொரு வகையாகச் சொன்னால் இந்திய நாட்டில் உள்ள ஒவ்வொரு குடும்பமும் கடந்த ஆண்டு ரூ. 2000/- மருத்துவத்திற்காக செலவழித்துள்ளது. இத்தொகையில் குறைந்தபட்சம் 50 சத மானம் பகுத்தறிவிற்கு ஒத்து வராத வகையில் தேவையற்ற மருந்துகளுக்காகவும், தேவையான சோதனைகளுக்காகவும், தேவையற்ற அறுவை சிகிச்சைகளுக் காகவும் செலவிடப்பட்டுள்ளது என்று கணக்கிடப்பட்டுள்ளது. இப்படி தேவையில்லாமல் அநியாயமாக ஆண்டு தோறும் ரூ. 15000 கோடியிலிருந்து ரூ. 20000 கோடி ரூபாய் வரை வீணாக்கப்படுகிறது. அதாவது ஒவ்வொரு குடும்பமும் ரூ. 1000/- இவ்வாறு தேவையில்லாமல் செவு செய்கிறது.

பகுத்தறிவின்மை என்பது வரதட்சணையைப் போன்றே துரதிருஷ்டமான ஒன்று. ஒரு சமூகக்கேடு. கண்டுபிடிப்பதற்கு எளிதான ஆனால் குறிப்பிட்ட நபரை பாதிக்கும்போது விளக்கமளிக்க கடினமாக உள்ள ஒரு சமூகத் தீமை; மனிதனைத் தொடர்ந்து துரத்தி வரும் பேராசை. ஒழிப்பது என்பது சாத்தியமில்லாதது. கவனிக்காமலே விட்டு விட்டால் மிக மோசமான அழிவை ஏற்படுத்தக்கூடியது இதர சமூகத் தீங்குகள் போலவே இதற்கு பல காரணங்கள் உள்ளன. இத்தகைய காரணங்கள் அனைத்தையும் நாம் அணுகி ஆராய வேண்டும். அப்போதுதான் நல்வாழ்வுப் பராமரிப்பு பணியில் உள்ள பகுத்தறிவிற்குப் பொருத்தமில்லாத நடவடிக்கைகளுக்கு நாம் ஒரு மரண அடி கொடுக்க முடியும்.



அறிவியல் பூர்வமானது எல்லாமே பகுத்தறிவு உள்ளதுதான். ஆனால் பல சந்தர்ப்பத்தில் மக்கள் அறிவியலையே ஒரு மாயையாக பார்ப்பதை பயன்படுத்திக் கொண்டு, அறிவியல் என்ற பெயரில் பகுத்தறிவிற்கு புரம்பான பல பழக்கங்களுக்கு ஆட்படுகிறார்கள். இந்தக் கட்டுரை நவீன மருத்துவம் அல்லது அலோபதியைப் பற்றி மட்டுமே. அலோபதி என்றாலே விஞ்ஞானத்தை அடிப்படையாகக் கொண்டது. இந்தக் கட்டுரையில் விஞ்ஞான மருத்துவத்தில் இருக்கும் விஞ்ஞானம் இல்லாத செயல் அதாவது பகுத்தறிவுக்கு உட்படாத மருத்துவப் பழக்கங்கள் பற்றி விளக்குகிறது.

அறிவியல் பூர்வமற்ற மருத்துவ பரிந்துரைகள்

மருத்துவப் பணியில், பகுத்தறிவிற்குப் புறம்பான நடவடிக்கைகளில் முதன்மையானதும் நன்கு அறியப்பட்டதுமான நடவடிக்கை அறிவியல் பூர்வமற்ற வகையில் மருந்துகளைப் பரிந்துரைப்பதுதான்.

தவறான, பொருத்தமில்லாத, அதிகப்படியான அளவுள்ள, தேவையற்ற, போதுமான அளவற்ற மருந்துகள் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. இவைகளெல்லாம் பகுத்தறிவிற்கு புறம்பான மருத்துவ பரிந்துரை என்று அழைக்கலாம்.

1. **தவறான பரிந்துரை:** தவறான மருந்துகளைத் தந்து நோய்க்கு சிகிச்சை அளிப்பது. அல்லது, மருந்தே தேவையில்லாமல் குணப்படுத்தக்டிய வியாதிக்கு மருந்து தருவது.

2. **பொருத்தமில்லாத பரிந்துரை:** குறிப்பிட்ட நோயாளிக்கு பொருந்தாத மருந்துகளை பரிந்துரை செய்வது (எ.கா) தாய்மையின் போது கெடுதல் விளைவிக்கக் கூடிய மருந்து சிறியவர்க்கு, அல்லது முதியவர்களுக்கு தீமை விளைவிக்கும் மருந்து.

3. அதிகப்படியான பரிந்துரை: உண்மையில் ஒரு குறிப்பிட்ட நோயைக் குணப்படுத்த ஒன்றோ அல்லது இரண்டோ மருந்துகள் போதுமானதாக இருந்தாலும் பல வகை மருந்துகளைத் தருவது மேலும் ஒரு மருந்தை தேவையான நாட்களுக்கு மேல் தருவது.

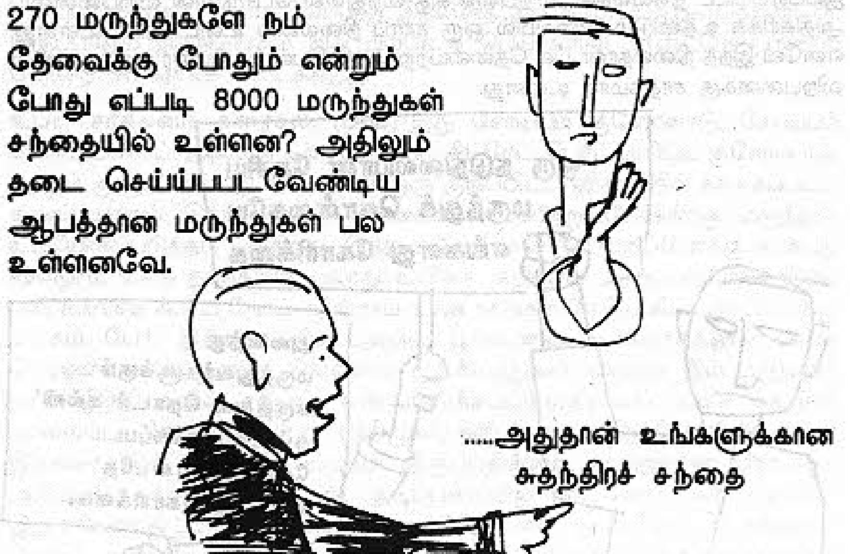
4. பெருக்கப்பட்ட பரிந்துரை: ஒரு வியாதியைக் குணப்படுத்த, ஒரே மாதிரியான பலன்களைக் கொடுக்கும் பல மருந்துகளை தருவது.

5. போதுமான அறிவுரை: தேவைப்படும் காலத்தை விட மிகக் குறைந்த கால அளவிற்கோ அல்லது தேவைப்படும் அளவை விட குறைந்த அளவிற்கோ பரிந்துரை செய்வது.

பெருகிவரும் அறிவியல் பூர்வமில்லாத, மற்றும் பயனற்ற மருந்துகள்

பகுத்தறிவிற்கு புறம்பான நடவடிக்கைகள் இன்று இந்தியாவில் கட்டுக்கடங்காது உள்ளன. இதற்கு பல காரணங்கள் உள்ளன. இன்று இந்தியச் சந்தையில் பல்கிப் பெருகிவரும் பல மருந்துகள் இதற்கு ஒரு காரணம். இவற்றில் பல அறிவியல் பூர்வமற்றது. தேவையற்றதும் ஆகும். விஞ்ஞானம் மற்றும் தொழில்நுட்ப வளர்ச்சினால், இன்று சந்தைக்கு வரும் மருந்துகளின்

எண்ணிக்கை மிகப் பெரிய அளவில் உயர்ந்துள்ளது. ஆனால துரதிருஷ்ட வசமாக ஏற்கனவே உள்ள மருந்துகளை விட அதிகமான, நல்ல பலன் தரக்கூடிய அளவில் வரும் மருந்துகள் மிகக் குறைவே. அமெரிக்காவில் நடந்த ஆய்வு ஒன்றின்படி, 1981இல் இருந்து 1988க்குள் 25 மிகப் பெரிய நிறுவனங்கள் 348 புதிய மருந்துகளை அறிமுகப்படுத்தியுள்ளன. இவற்றில் 3% மட்டுமே ஏற்கெனவே உள்ள சிகிச்சை முறைக்கு குறிப்பிடத்தக்க அளவு ஆற்றல் அளிக்கும் வகையில் உள்ளன. 13% சுமாரான அளவில் ஆற்றல் அளித்துள்ளது. 84% மிகக் குறைவாகவோ, இன்னும் கூறப்போனால், ஆற்றலுக்கு எந்த விதமான பங்களிப்பும் தராமலேயே உள்ளன. 1975 முதல் 1984 வரை பிரான்சில் நடத்தப்பட்ட ஆய்வு ஒன்றின்படி சந்தைக்கு வரும் புதிய மருந்துகளில் 70% ஏற்கனவே உள்ள சிகிச்சை முறைக்கு எந்தவிதமான முன்னேற்றமும் தராத அளவில்தான் உள்ளன. இந்தியாவின் நிலையும் மாறுபட்டு இருக்காது. கூறப்போனால் அதைவிட மோசமாகத்தான் இருக்கும். ஏன்எனில், நம்முடைய மருந்துக் கட்டுப்பாட்டு முறைகள் எல்லாம், மற்றைய மேலைநாடுகளை விட பலவீனமாகத்தான் உள்ளது. மேலும் இந்தியாவில், மருந்துகளை அப்படி கண்காணிக்க கூடிய அளவில் ஆய்வுகள் என்பது நடத்தப்படவில்லை - அதற்கான ஏற்பாடுகள் நம்மிடம் இல்லை.



ஆகவே இந்திய சந்தையில் இன்றைக்கு 60,000 முதல் 80,000 வணிகப் பெயரின் கீழ் மருந்துகள் கிடைக்கின்றன. ஆனால் உலக சுகாதார அமைப்பின் மதிப்பீட்டின் படி 270க்கு சற்று அதிகமான மருந்துகளே போதும், 95 சதமான உடல் நலப் பிரச்சனைகளை தீர்த்து விட முடியும் எனப் பட்டியலிட்டுள்ளது.

இங்கு மதிப்பிடப்பட்டுள்ள பல்வேறு வணிக முத்திரையுடன் வரும் 80000 மருந்துகளில் பல ஆபத்தானவை; அறிவியல் பூர்வமற்றவை; சிறிதும் பயனற்றவை.

இப்படி ஒரு நிலை உருவானவதற்குப் பிறகும் மருந்துக் கட்டுப்பாட்டு நிர்வாகம் இதில் ஒரு ஒழுங்குக் கட்டுப்பாட்டை கொண்டு வர இயலாத நிலையில் உள்ளது. இந்த நிலைக்குக் காரணம் மருந்துக் கம்பெனிகள் என்று சொல்லலாம். ஆனாலும் பகுத்தறிவுக்கு புறம்பான மற்றும் பயனற்ற பல மருந்துகளை அறிவுறுத்தும் மருத்துவர்கபலர் உள்ளதால்தான் இது சாத்தியமாகி உள்ளது. நம்நாட்டில் கிடைக்கக்கூடிய மருந்துகள் பற்றிய ஒரு உண்மையான நடுநிலையோடு கூடிய தகவல்களைத் தரும் அமைப்பு என்பது இல்லை என்பது ஒரு காரணம். சிகிச்சை முறையில் ஏற்பட்டுள்ள வேகமான முன்னேற்றங்கள் பல புதிய மருந்துகளின் அறிமுகம், போன்ற இன்றைய பின்னணியில், மருத்துவர்கள் தங்களின் மருத்துவ அறிவினை மேலும் மேலும் வளர்த்துக் கொண்டு தற்காலத்தில் முன்னேற்றத்திற் கேற்ப தயாராய் இருக்க வேண்டிய சூழ்நிலை உள்ளது. இப்படிப்பட்ட, மருத்துவருக்கான தொடர்கல்வி ஏற்பாடு என்பது நம் நாட்டில் இல்லை. மேலும் பல மருத்துவர்களுக்கு தங்களின் இடைவிடாத மருத்துவப் பணி காரணமாக, இன்றைய முன்னேற்றங்களை கூறும் மருத்துவ நூல்களைப் படிப்பதற்கு போதிய கால அவகாசம் இருப்பதில்லை. எனவே இன்று பல மருத்துவர்கள் மருந்து உற்பத்தி நிறுவனங்கள் தரும் தகவல்கள் மட்டுமே நம்பியுள்ள சூழ்நிலையில் உள்ளனர். இப்படிப்பட்ட தகவல்கள், விற்பனைக்கு வந்துள்ள பொருளின் விற்பனையை அதிகரிக்க உதவிடும் வகையில் ஒரு சார்பு நிலையை உடையதாய் உள்ளது. எனவே இந்த நிலைதான், பல தேவையற்ற, அறிவியல் பூர்வமற்ற மருந்துகளின் விற்பனைக்கு சாதகமாக் உள்ளது.

பொதுவாகக் காணப்படும் அறிவியல் பூர்வமற்ற முற்றிலும் பயனில்லாத தீங்கு விளைவிக்கக் கூடிய சில மருந்துகளைப் பற்றி கீழே பார்ப்போம். இது ஒரு குறுகிய பட்டியல்தான்; ஒரு சிறு எடுத்துக்காட்டு மட்டுமே. இதைப் போன்ற பல்வேறு மருந்துகள் உள்ளன என்பதனை நாம் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும்.

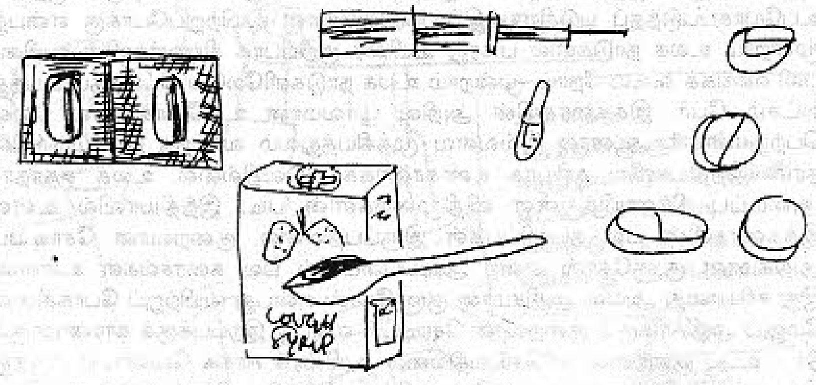
அனால்ஜின் : உயிரைப் பறிக்கக் கூடிய ஆபத்தான இரத்த நோய் மற்றும் ஈரல் நோயை உண்டாக்கக் கூடியது. கொப்புளங்களையும் மேலும் உயிருக்கே ஆபத்தான அசாதாரண மூளை மயக்கத்தையும் (கோமா) ஏற்படுத்தக்கூடியது. அனால்ஜினின் அதிகப்படியான அளவு என்பது சிறுநீரகத்தைப் பாதிக்கிறது. இந்தியாவில் அனால்ஜின் மிகச் சாதாரண நோய்க்குக் கூட கொடுக்கப்படு கிறது. மேலும் மருத்துவரின் சீட்டு இல்லாமலேயே கூட, நம்மால் எளிதில் வாங்கி விடக் கூடிய நிலையில் உள்ளது.

கிளையோகுயினால்: ஹலோஜெனேட்டட் ஹைட்ரக்ஸி குயினால் எனும் மருந்து வகையினைச் சேர்ந்ததுதான் கிளையோகுயினால் சதைகளை பலமிழக்கச் செய்துவிடும். நரம்பு தளர்ச்சி, ஏற்படுத்தும். கண்பார்வையினை அழித்துவிடும் தன்மை இதற்கு உள்ளது என்பது அறுபதுகளில் கண்டுபிடிக்கப்பட்டது. அதன் விளைவாக உலகின் பல நாடுகளில் இம் மருந்து தடை செய்யப்பட்டது. முதன் முதலில் இதனைத் தயாரித்த 'சிபா கெய்ஜி' என்பவரே. உலக சந்தையிலிருந்து இதனைத் திரும்பப் பெற்றுக் கொண்டார். இருப்பினும் இந்தியாவில் இது பல்வேறு பெயர்களில், (என்ட்ரோகுயினால் போன்ற) எளிதாகக் கிடைக்கிறது.

உப்பு சர்க்கரை கரைசல்: (ORS) இது சோடியம் குளோரைடு, சோடியம் பைகார்பனைட், அல்லது டிரைசோடியம் சிட்ரேட், பொட்டாசியம் குளோரைடு, மற்றும் குளுகோஸ் ஆகியவற்றின் ஒரு குறிப்பிட்ட விகிதத்தில் கலக்கப்பட்ட கலவையாகும். இந்த கரைசல் கடுமையான வயிற்றுப்போக்கிற்கு மருந்தாக உபயோகப்படுத்தப் படுகிறது. இந்த கடுமையான வயிற்றுப்போக்கு என்பது மூன்றாம் உலக நாடுகளில் பலரது உயிரை குறிப்பாக சிறுவர்களின் உயிரை பலி வாங்கக் கூடிய நோய். மூன்றாம் உலக நாடுகளிலேயே கிட்டத்தட்ட பத்து லட்சம் பேர். இக்கரைசலின் அறிவு பூர்வமான உபயோகத்தால் பலன் பெற்றுள்ளனர். ஆனால் இவ்வளவு முக்கியத்துவம் வாய்ந்த இம் மருந்தின் தரம். இந்தியாவில் சரியாக கண்காணிக்கப்படுவதில்லை. உலக சுகாதார அமைப்பு நிர்ணயித்துள்ள விதிமுறைகளின் படி. இந்தியாவில் உள்ள இக்கரைசலின் பல தயாரிப்புகள் இருப்பதில்லை. குறைவான சோடியம் அதிகமான குளுகோஸ் என்ற அடிப்படையில் பல கரைசல்கள் உள்ளன. இது சரியானது அல்ல. அதிகமான குளுகோஸ் என்பது வயிற்றுப் போக்கினை மேலும் அதிகரிக்கும் குறைவான சோடியம் என்பது இறப்புக்குக் காரணமாகும் நீர் - உப்பு குறைவை சரிசெய்வதில்லை. உயிரைக் காக்க வேண்டிய மருந்து இப்படிப்பட்ட கலவையால் உண்மையில் உயிரைப் பறித்து விடுகிறது. இந்த வகையில் அதிகமாக விற்பனையாகும் எலெக்ட்ரால் கூட உலக சுகாதார அமைப்பின் விதி முறைகளுக்கேற்ப அமையவில்லை.

இணைப்பு மருந்துகள்: இந்தியச் சந்தையில், மருந்துகளின் எண்ணிக்கை பல்கிப் பெருகி வருவதற்கு ஒரு முக்கியமான காரணம் இணைப்பு மருந்துகளே அதாவது இரண்டும் அல்லது இரண்டுக்கு மேற்பட்ட மருந்துகளை ஒரு குறிப்பிட்ட விகிதத்தில் கலவையாக்கி ஒரே மாத்திரையாக்கி தருவது. இந்த கலவைகளில் பலவும் அறிவு பூர்வமற்றவையே. லாபம் என்ற குறிக்கோளைத் தவிர வேறு எதுவுமில்லை. "மிகப் பெரும்பான்மையான பல நோய்களுக்கு தரும் மருந்து என்பது ஒரே மருந்தாக இருப்பதை விதி முறையாக்க வேண்டும். தனித்தனியாகக் கொடுக்கும் பொழுது ஏற்படக்கூடிய பலனை விட இணைந்திருக்கும்போது அதிகமாக பலன் இருந்தால்தான் அதை இணைப்பாக விற்பனை செய்யலாம். அதே சமயம் பாதுகாப்பானதாகவும் இருக்கும்பொழுது இணைப்பு மருந்துகளை நாம் ஏற்றுக் கொள்ளலாம்" என உலக சுகாதார அமைப்பு கூறுகிறது. 270 மருந்துகளில் இணைப்பாக விற்பனை செய்ய பொருத்தமானது 7 மருந்துகள் மட்டுமே என உலக சுகாதார அமைப்பு கூறுகிறது.

பெரும்பாலான இணைப்பு மருந்துகள் தேவையற்ற, பாதகமான விளைவுகளை நோயாளிகளிடம் ஏற்படுத்துகிறது; மேலும் சிகிச்சைக்கான செலவும் கூடுகிறது. இதனால் பயன் அடைபவர் யார் என்றால் இந்த மருந்தினைத் தயாரிக்கும் உற்பத்தியாளர்கள் மட்டுமே. இந்தப் பின்னணியில், நாம் தீவிரமாகப் பரிசீலனை செய்யவேண்டும்." தேவையற்ற இந்தக் கலவைகளை, இணைப்பு மருந்துகளை சந்தையை விட்டு விலக்க வேண்டும். இந்த நடவடிக்கை மூலமே ஒரு பெரிய அளவிற்கு இந்திய மருத்துவச் சந்தையில் உள்ள அராஜகத்தை ஒழிக்க முடியும். உடனடியாக சந்தையிலிருந்து வெளியேற்றப்பட வேண்டிய சில இணைப்பு மருந்துகளை கீழே பார்ப்போம்.



இருமல் மருந்து : இன்று சந்தையில் பல இருமல் மருந்துகள் கிடைக்கின்றன. இவற்றில் பெரும்பான்மையானவை அறிவியல் பூர்வமற்றவையே. இருமலைக்

கட்டுப்படுத்தும் மருந்தும், சளியினை வெளியேற்றும் மருந்தும் கலந்துதான் பல இருமல் மருந்துகளில் உள்ளன. இந்த இருமல் மருந்துகள் இல்லாமலேயே பலவிதமான இருமல்கள் குணமாகி விடும். இருமல் மருந்துகள் மூலமான சிகிச்சை என்பது எப்போதாவது பயன் உள்ளதாய் இருக்கிறது. வறட்டு இருமலினால், தூக்கம் வராமல் தவிக்கும் பொழுது, தூக்கத்திற்கு அது உதவிடும். மேலும் இருமல் மருந்துகளினால் சில சமயம் சளி தங்கி விடுகிறது. இது ஆஸ்த்துமா போன்ற நோயினால் அவதிப்படுகிறவர்களுக்கு அதிகமான தீங்கினை ஏற்படுத்திவிடும்.

எனவே இருமல் மருந்துகள், அறிவியல் பூர்வமற்றவை மட்டுமல்ல. அது எந்த சிகிச்சைக்காக தரப் படுகிறதோ அதனை நிறைவேற்றுமா என்பதும் சந்தேகமே. இந்தப் பின்னணியில் இந்த இருமல் மருந்துகளை நாம் தவிர்க்க வேண்டும்.

வைட்டமின் பி1, பி6, பி12 ஆகியவைகளின் இணைப்பு (எ.கா) நியூரேபியான் : விட்டமின் பி1 - தயாமின் பி6 - பைரிடாக்ஸின், பி12 - சியான கோபால் அமீன். இந்த மூன்றின் இணைப்பு என்பது முழுக்க முழுக்க அறிவியல் பூர்வமற்றதாகும். இந்த மூன்றின் இணைப்பு எந்த ஒரு நோய்க்கும் தேவையில்லை. இது எந்த மருத்துவப் புத்தகத்திலும் இல்லை. பி1 மற்றும் பி12 ஆகியவை இரண்டிற்கும் சில குறிப்பிட்ட பயன்கள் உள்ளன. இந்த விட்டமின் குறைபாடுகளால் ஏற்படும் வியாதிகளுக்கான சிகிச்சையினை அவை செய்கின்றன. ஆனால் இவை இரண்டும் ஏன் பி6 உடன் இணைக்கப் பட்டுள்ளன என்பது யாருக்கும் புரியாத ஒரு புதிர். இருப்பினும் இந்த மூன்றின் கலவையில் உருவான மாத்திரைகளும், ஊசி மருந்துகளும் அறிவுறுத்தப் படுகிறது. இது சத்து ஊசிகளாக அல்லது நரம்புத் தளர்ச்சிக்கான ஊசிகளாக பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. ஆனால் அதற்கு எந்தப் பலனும் கிடையாது.

ஆஸ்த்மா எதிர்ப்பு மருந்துடன் பார்பிச்சுரேட் இணைப்பு (எ.கா- ஆஸ்மா பாக்ஸ்) தூக்கத்திற்கான மருந்தாகத்தான் முன்பு பார்பிட்சுரேட் உபயோகப் படுத்தப்பட்டது. புதிய புதிய தூக்க மருந்துகளின் அறிமுகங்களுக்குப் பின் இம் மருந்து வலிப்பு நோய் மற்றும் சில மயக்க மருந்து ஆகிய சில குறிப்பிட்ட வகைகளுக்கு மட்டுமே உபயோகப்படுத்த வரையறுக்கப்பட்டது. இதற்கு முக்கிய காரணமே தொடர்ந்து இம்மருந்தை உபயோகிப்பது அதற்கு அடிமையாக்கி விடும். மேலும் அது தற்கொலைக்கு ஒப்பாகும் என்பதால்தான் வரையறுக்கப்பட்டது.

இருந்த போதிலும், இம்மருந்து கலந்த இணைப்பு மருந்துகள் பல நாடெங்கும் வெகு எளிதாகக் கிடைக்கிறது. ஆஸ்த்துமாவிற்கு எதிரான மருந்துடன் இது சாதாரணமாக கலந்து தரப்படுகிறது. இது மிகவும் அபாயகரமானதாகும். ஏனெனில் பார்பிசுரேட், ஆஸ்த்மா நோயாளிகளின் சுவாசத்தை குறைத்து உயிருக்கு ஆபத்து உண்டாக்கலாம்.

கிருமி எதிர்ப்பு மருந்துகளின் இணைப்புக்கள் : வேறுபட்ட கிருமிஎதிர்ப்பு மருந்துகளின் இணைப்பு மருந்துகள் பல இன்று சந்தையில் கிடைக்கின்றன. ட்ரைமதோபிரிம் மற்றும் சல்பா மீதோக்ஸசோல் ஆகியவற்றின் கலவையும், காசநோய்க்கு எதிரான மருந்துகளின் கலவையும் - ஆகிய இந்த இரண்டு இணைப்பு மருந்துகள்தான் அறிவியல் பூர்வமான இணைப்பு மருந்துகளாகும். மேலும் உலக சுகாதார அமைப்பால் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள முக்கிய மருந்துகளில் இடம் பெற்றுள்ளவை இந்த இரு கலவை மருந்துகளே. மற்ற இணைப்பு மருந்துகளில் பல அபாயகரமானவை. கிருமி எதிர்ப்பு மருந்துகளின் இணைப்பின் பாதிப்புகள் பல. முதலாவதாக அவை ஏற்படுத்தும். பக்க விளைவுகள், இரண்டாவது விலை அதிகம். மூன்றாவது நோய் எதிர்ப்பு சக்தி என்பது குறைவது.

வெவ்வேறு மருத்துவ முறைகளின் இணைப்பில் உருவாகும் மருந்துகள். அலோபதி முறையுடன், ஆயுர்வேதம், சித்தா, யுனானி ஆகிய முறைகளில் உள்ள மருந்துகளையோ அல்லது சீன மற்றும் கொரிய மருத்துவமுறைகளில் உள்ள மருந்துகளைக் கலந்தோ, உருவாக்கும் இணைப்பு மருந்துகள் இன்று சந்தையில் கிடைக்கின்றன. இவை பகுத்தறிவிற்கு சற்றும் ஒத்துவராதது. இவை ஒவ்வொன்றும் நோயை அணுகும் முறையிலும் சிகிச்சை அளிக்கும் முறையிலும் மாறுபட்டு இருக்கும். மேலும், எந்த ஒரு மருத்துவரும், இரண்டு வேறுவிதமான மருத்துவ முறைகளில் நல்ல ஞானம் பெற்றவராக இருக்கும் வாய்ப்பு குறைவே. இப்படிப்பட்ட மருந்துகள் உடனடியாக தடை செய்யப்பட வேண்டும்.

பகுத்தறிவில்லாத பரிந்துரை

அறிவுபூர்வமற்ற பயன் ஏதுமில்லாத மற்றும் அபாயகரமான மருந்துகள் என்பதோடு பிரச்சினைகள் சுருங்கி நிற்பதாக நாம் புரிந்து கொள்ளக்கூடாது. அறிவு பூர்வமான மருந்தும் ஏன் உயிர்காக்கும் மருந்தும்கூட பகுத்தறிவிற்கு பொருந்தாத வகையில் உபயோகப்படுத்தப்படலாம். தேவையேயில்லாமல் மருந்து சாப்பிடுவது என்பது மிகச் சாதாரணமாகவும் மிக அதிகமாகவும் காணப்படுகிறது. மிக மிகச் சாதாரணமான நோய்களுக்குக்கூட விலைஉயர்ந்த கிருமி எதிர்ப்பு மருந்துகளை சாப்பிடுவதை நாம் பார்க்கிறோம். மேலும் இது தவறான அளவுகளில் பயன்படுத்தப் படுவதையும் காண முடியும். ஒரு சாதாரண நோய்க்கு பல மருந்துகளை மருத்துவர் கூறுவதையும் நாம் பார்க்க முடிகிறது. தாக்கியுள்ள நோய் என்ன என்பதை சரியாக நிர்ணயிக்க முடியாத சூழ்நிலயில் மருத்துவர்கள் அனைத்து சாத்தியங்களுக்குமான மருந்துகளை எழுதித் த்ந்து விடுகிறார்கள். ஒரு சாதாரண ஜுரத்திற்காக வரும் நோயாளிக்கு, மலேரியா, டைபாய்டு, போன்ற நோய்களுக்குரிய மருந்துகளைத் தந்து விடுகின்றனர். இதன் மூலம் அந்த நோயாளிக்கு அதிகமான செலவு ஆகிறது என்பதுடன் இப்படிப்பட்ட மருந்துகளால் ஏற்படும் பக்க விளைவுகளையும் அவர் அனுபவிக்க வேண்டியுள்ளது. மேலும் இப்படிப்பட்ட மருத்துவத்தால், நோய் எதிர்ப்பு மருந்து என்பது ஒரு கட்டத்தில் அந்த நோயாளியிடம் வேலை

செய்யாது போய்விடும். எப்போது கிருமி எதிர்ப்பு மருந்தின் பணி தேவையோ அப்போது அது செயலற்று போய்விடும் அபாயமும் உள்ளது.

மருத்துவர் ஏதேனும் மருந்து தரவில்லை என்றால் அவர், பல மருந்துகளை எழுதித் தரும் மருத்துவருக்கு இணையாக உங்களுக்கு ஒரு நல்ல காரியம்தான் செய்துள்ளார் என்பதனை நோயாளி உணர வேண்டும். எல்லா நோய்களக்கும் மருந்து தேவையில்லை. உண்மையில் பல நோய்கள் தானாகவே குணமாகி விடும் தன்மை உடையவை. எனவே, விலை உயர்ந்த பல மருந்துகளை எழுதித் தரும் மருத்துவரைப் பார்த்து நாம் மயங்கி விடக்கூடாது. இப்படிப்பட்ட பல மருத்துவர்கள், தாக்கியுள்ள நோயினை சரியாக நிர்ணயிக்க முடியாமல் போவதை மறைக்க, எல்லாவிதமான சாத்தியக் கூறுகளுக்குமான மருந்தினை தருகிறார்கள்.

வேறு சில பொதுவான அறிவியல் பூர்வமற்ற நடவடிக்கைகளும் உள்ளன. உதாரணத்திற்கு நோயாளிக்கும், மருத்துவருக்கும் ஊசி போடுவதில் உள்ள விருப்பம். சாதாரணமாக ஊசி என்பது தேவை இல்லாத ஒன்றுதான் ஊசி மூலம் மட்டுமே கொடுக்கப்பட வேண்டிய இன்சுலின் சில பென்சிலின் மற்றும் ஸ்டெப்ரோமைசின் போன்றவற்றை தவிர மற்றவைகளை வாய் வழியாக சாப்பிடச் சொல்வதுதான் சரி. வாய் வழியாக எடுக்கப்படும் மருந்தகள் தன் வேலையைச் செய்ய சிலவற்றிற்கு 15 நிமிடம் போதும் சிலவற்றிற்கு 2 மணி நேரம் வரை ஆகலாம். ஆனால் ஊசி வழியாக அம்மருந்து செலுத்தப்படும் போது சில நிமிடங்களில் வேலை ஆரம்பித்து விடுகிறது. மற்றப்படி பலன் என்பது இரண்டுக்கும் ஒன்றே. எனவே நோயாளிக்கு உடனடியாகத் தேவை

என்ற சூழ்நிலை ஏற்படும் பொழுது மட்டுமே, அதாவது மிகவும் மோசமாக நோய் வாய்ப்பட்டிருக்கும் போது மட்டுமே. இன்னும் அரை மணி நேரம் கூட அவரைத் தாமதிக்க வைக்கக்கூடாது என்ற சூழ்நிலையில் மட்டுமே ஊசி போடப்பட வேண்டும். ஊசியின் பாதகமான அம்சங்கள் என்பவை பல. செலவு என்பது அதிகம்; ஏற்படுத்தக் கூடிய பக்க விளைவுகளும் அதிகம். கிருமி தாக்கலும், சிரங்கும், ஒவ்வாமையும் அதிகம் ஏற்படுத்தும் அபாயம் உள்ளது. மேலும் அஜாக்கரதையான நிலை இருந்தால் விபத்தில் தினம் உயிர்க்கொல்லி நோய்களான ஹெப்பாட்டீஸ் மற்றும் எய்ட்ஸ் போன்ற நோய்க்கிருமிகள் பரவலாம்.

உங்கள் மருத்துவரைக் கேளுங்கள்

அடுத்து பரவலாக நாம் பார்க்கக்கூடிய மற்றுமொரு நடைமுறை என்பது நரம்புகள் மூலமாக ஏற்றப்படும் குளுக்கோஸ் சலைன் போன்றவை பலவீனமாக இருக்கிறார். மிகவும் தளர்ந்து விட்டார் என்ற விளக்கங்களோடு இது நடைபெறுகிறது. இந்த சிகிச்சை என்பது நோயாளியால், வாய் வழியாக எந்தவிதமான மருந்தும் உட்கொள்ள முடியாது என்ற சூழ்நிலை ஏற்படும்பொழுது மட்டுமே உபயோகப்படுத்தப்பட வேண்டும். அதாவது சுயநினைவின்றி இருக்கும் ஒருவருக்கோ மிகச் சமீபத்தில் அறுவை சிகிச்சை நடைபெற்றவருக்கோ. மாத்திரையைக்கூட விழுங்க முடியாத அளவு பலவீனமாய் இருப்பவருக்கோ அல்லது தொடர்ந்து வாந்தி எடுத்துக் கொண்டிருப்பவருக்கோ. இப்படிப்பட்ட சூழ்நிலைகளில் இருப்பவர்களுக்கு மட்டும்தான். நரம்பு மூலம் குளுக்கோஸ் போன்றவை ஏற்றப்பட வேண்டும்.

உடலிலிருந்து அதிகமான அளவில் நீர் வெளியேறி விட்ட ஒருவருக்கு நீர் குடிக்க முடியாத நிலை இருந்தால் அவருக்கு இப்படிப்பட்ட சிகிச்சை தேவைப்படலாம். மற்றபடி நினைவுடன், நீர்குடிக்கும் நிலையில் உள்ளவர்களுக்கு இப்படி சலைன், குளுக்கோஸ் ஏற்றுவது என்பது பணத்தை வீணாக்குவதாகும். இப்படிப்பட்ட திரவங்களை ஏற்ற கட்டணமாக ரூ. 100 முதல் 200 வரை வசூலிக்கப்படுகிறது. இந்த திரவத்தில் என்ன உள்ளன? அரை லிட்டர் நீர், சிறிது உப்பு, சிறிது சர்க்கரை. இந்த உட் பொருட்கள் யாவும் வாய் வழியாக எடுக்கப்பட்டால் ஆகும் செலவு என்ன தெரியுமா? வெறும் 2 ரூபாய்கள் மட்டுமே. இரண்டு முறைகளிலும் ஏற்படும் பலன் ஒன்றுதான்.

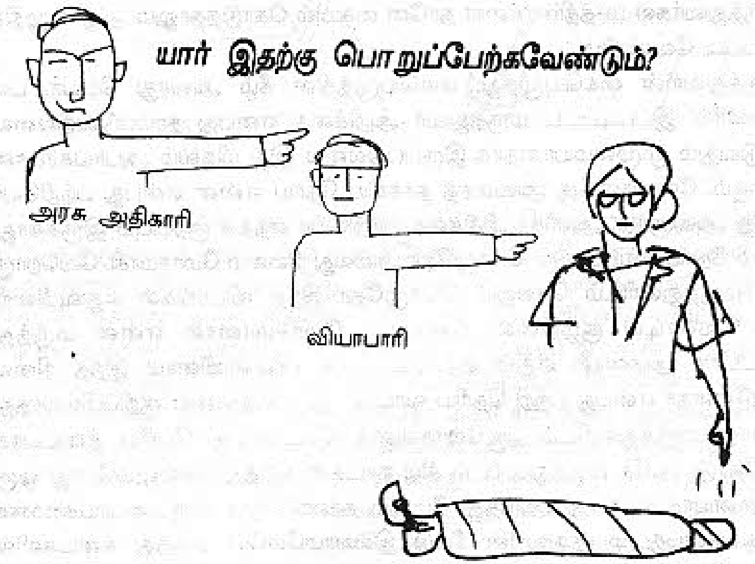
நோயாளியை பரிசோதிக்கும் எந்த ஒரு மருத்துவரும், அந்த நோயாளிக்கு கீழ்க்கண்ட விபரங்கள் அடங்கிய சீட்டினைத் தர சட்டபூர்வமாக கடமைப்பட்டுள்ளார்கள்.

1. நோயாளியின் பெயர், வயது, ஆணா, பெண்ணா.
2. நோயாளியைப் பரிசோதித்த பின் மருத்துவர் உணர்ந்துள்ள விபரங்கள் (ரத்த அழுத்தம், நாடித்துடிப்பு இதய சம்பந்தப்பட்ட விபரம் போன்றவை)
3. நோய் நிர்ணயிப்பு - தற்காலிகமாக இருந்தாலும், மாற்றப்பட வேண்டியதாக இருந்தாலும்.
4. பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்தகள், சாப்பிட வேண்டிய அளவுகள், எவ்வெப்பொழுது எவ்வளவு நாட்களுக்கு சாப்பிட வேண்டும் என்பது போன்ற அறிவுரைகள்.
5. மருத்துவர்கள் மாத்திரைகளை தானே கையில் கொடுத்தாலும் அது எழுதித் தரப்பட வேண்டும்.

மருத்துவரின் கையெழுத்து, கையெழுத்தின் கீழ் அவரது பெயர். பல நேரங்களில், இப்படிப்பட்ட மருத்துவர் அறிக்கை எனப்து தரப்படுவதில்லை. தரப்படுவதும் முழுமையானதாக இருப்பதில்லை. இது மிகவும் அபாயகரமான ஒன்றாகும். நோயாளிக்கு அவரைத் தாக்கிய நோய் என்ன என்பது பற்றியோ அல்லது அவருக்கு அளித்த சிகிச்சை பற்றியோ எந்தக் குறிப்பும் இருக்காது. மீண்டும் நோய் வாய்ப்படும் பொழுதோ அல்லது நிலமை மோசமாகி, வேறொரு சிறப்பு மருத்துவரிடம் செல்லும் பொழுதோ இந்த விபரங்கள் எதுவுமின்றி போக வேண்டிய சூழ்நிலை. நிலைமை மோசமானால் என்ன மருந்து சாப்பிட்டார். அதனால் ஏதும் ஏற்பட்ட பக்க விளைவினால் இந்த நிலை ஏற்பட்டுள்ளதா என்பது பற்றி தெரிய வாய்ப்பு இருப்பதில்லை. குறிப்பில்லாதது வேறொரு மருத்துவரிடம் ஆலோசனைக் கேட்பதற்கு பெரிய தடையாக உள்ளதோடு, அதே மருத்துவரிடம் சில நாட்கள் கழித்து செல்லும்போது ஒரு பிரச்சினையாக உள்ளது. அடுத்து மேலும் காணப்படும் ஒரு அபாயகரமான போக்கு என்பது மருத்துவரின் சீட்டு இல்லாமலேயே மருந்து கடைகளில் மருந்துகள் தரப்படும் போக்காகும்.

மருந்துக் கடையில் மருத்துவச் சீட்டுக் கொடுத்தால்தான் மருந்துகள் தரப்பட வேண்டும். பாரசிட்டமால். ஆஸ்பிரின் போன்ற ஒருசில சாதாரணமான மருந்துகள் மட்டுமே. மருத்துவரின் சீட்டின்றி விற்கப்படலாம். மற்ற எல்லா மருந்துகளிலுமே "பதிவு பெற்ற மருத்துவரின் மருந்துச் சீட்டின் அடிப்படையில் தான் விற்கப்படவேண்டும்" எனக் குறிப்பிடப் பட்டிருக்கும். மருத்துவரின் சீட்டு இல்லாமல் மருந்து வாங்கி சாப்பிடுவது என்பது மிகவும் அபாயகரமான ஒன்றாகும். ஏனெனில் ஒவ்வொன்றிற்கும் ஒவ்வொருவிதமான பக்க விளைவுகள் இருக்கும். மேலும் ஒவ்வொரு மருந்திற்கும். என்ன செய்யவேண்டும். என்ன செய்யக்கூடாது என்பது பற்றிய பிரத்தியேகத் தன்மைகளும் இருக்கும்.

இப்படிப்பட்ட பகுத்தறிவிற்கு பொருந்தாத அறிவியல் பூர்வமற்ற நடவடிக்கைகள் அதிகரிக்க காரணம் ஐவரே. கட்டுப்படுத்தும் அரசு அதிகாரிகள், மருந்து உற்பத்தி நிறுவனங்கள், மருத்துவர்கள், விற்பனையாளர்கள், மேலும் நுகர்வோராக மக்கள் என ஐந்து பெரும் நடிகர்கள் கொண்ட நாடகம் இது. இதில் பாத்திரம் வகிக்கும் இந்த ஐவரில் யாராவது ஒருவர் தங்களின் (பாத்திரத்தை) பொறுப்பை ஏதாவது ஒரு கட்டத்தில் சரியாக நிறைவேற்றாமல் போவதும் பொருத்தமில்லாத மருந்துகள் ஏற்படுத்தும் தீமையினை கண்டு கொள்ளாமல் இருப்பதும்தான் இப்படி அறிவு பூர்வமற்ற நடைமுறைகள் பெருகுவதற்கு காரணமாகும். மருந்துகள் உயிரைக் காக்க வல்லவை! அதே சமயம் அதன் பொருத்தமற்ற உபயோகம் உயிரை எடுக்கவும் கூடியதே. 20%இல் இருந்து 30% வரையான நோய்கள் - குறிப்பாக முதியோர் மத்தியிலும். சிறியவர் மத்தியிலும் ஏற்படும் நோய்கள் - இப்படிப்பட்ட மருந்துகளால் ஏற்படுபவை என்று கணக்கிடப்படுகிறது.



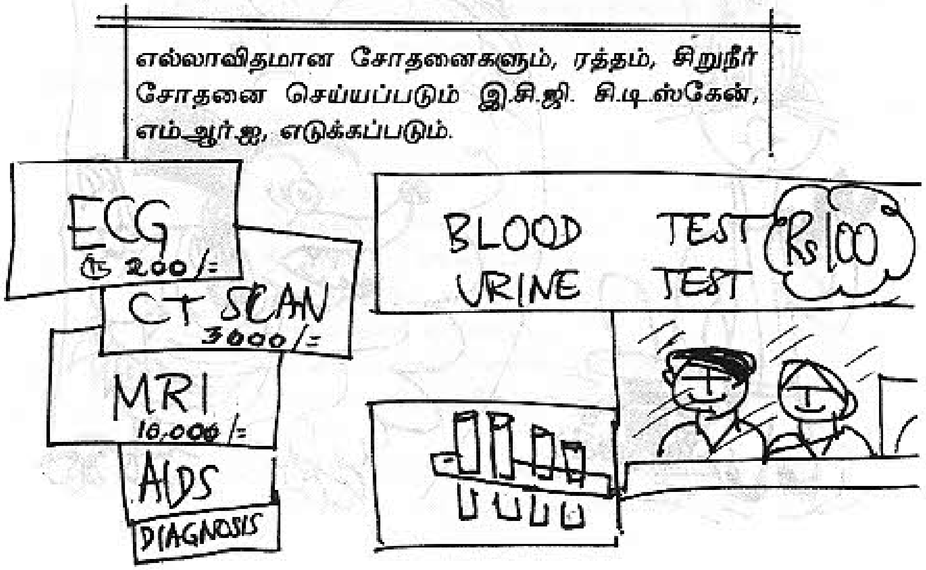
நோய் நிர்ணயிப்பு சாதனங்களின் விஞ்ஞான பூர்வமான உபயோகம்:

உலக சுகாதார அமைப்பு எவ்வாறு அறிவியல் பூர்வமற்ற மருந்துகளை விளக்கியுள்ளதோ அதே போல் நோய் கண்டறிய உதவிடும் சாதனங்களை (ரத்த, சிறுநீர், சளி சோதனைகள் உள்ளிட்ட, எக்ஸ்ரே மற்றும் ஸ்கேன் போன்றவை) கீழ்க்கண்டவாறு விளக்கலாம்.

எதிர்பார்க்கக்கூடிய பலன் என்பது மிகவும் குறைவாகவோ அல்லது இல்லை என்ற நிலையிருந்தாலோ அல்லது ஆகக்கூடிய செலவிற்கேற்ப மதிப்பில்லாதிருந்தாலோ. இந்த நோய் நிர்ணய சோதனைகள் அறிவு பூர்வமற்றவையாகும்.

விஞ்ஞானபூர்வமற்ற மருந்து உபயோகத்திற்கு எதிராக ஓரளவு விழிப்புணர்வு இருக்கிறது: ஆனால் நோய் கண்டறியும் சாதனங்களை அறிவியல் பூர்வமற்று உபயோகிப்பது குறித்து போதுமான விழிப்புணர்வு ஏற்படவில்லை. ஒரு தேவையற்ற சி.டி.ஸ்கேன் என்பது செலவில் ஒரு 100 பாட்டில் தேவையில்லாத டானிக்குகளை குடிப்பதற்கு சமம் என்பதை உணர்ந்து கொண்டால் இந்த சாதனங்களை அறிவியல் பூர்வமற்று நாம் உபயோகிப்பதின் தன்மை தெரியவரும்.

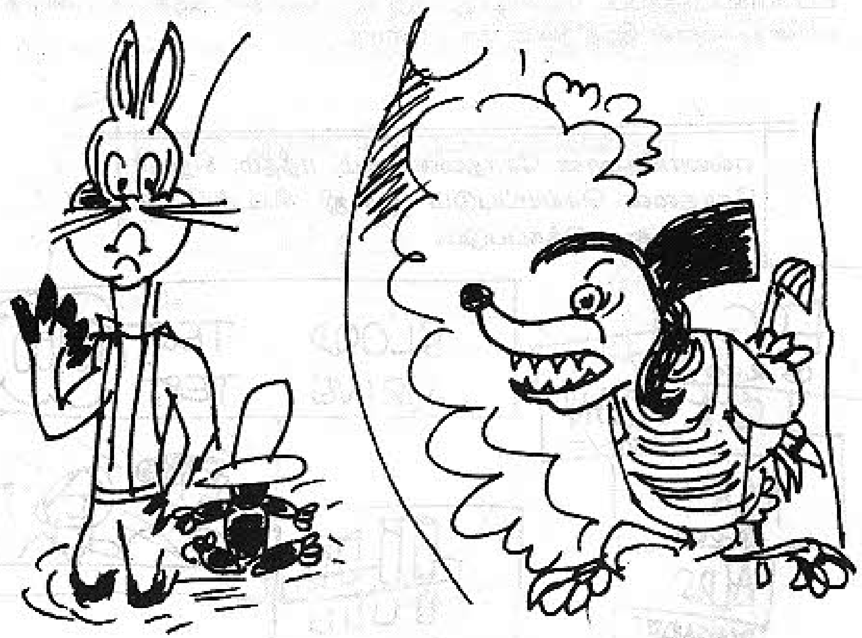
இத்தகைய நோய் நிர்ணயிப்பு சாதனங்களில் தேர்ந்தெடுத்து உபயோகப்படுத்தப்பட வேண்டியது பற்றி மருத்துவர்கள் அதிகமாக உணராத காரணத்தால்தான் இந்த நிலை ஏற்பட்டுள்ளது.



"தார் குழந்தை கதை" அதிலிருந்து நமக்கு படிப்பினை.

இது ஒரு குழந்தைகளுக்கான கதை. ஒரு மருத்துவப் பத்திரிக்கையில் 1986ல். இந்தக் கதை சொல்லப்பட்டது.

குள்ளநரிக்கு முயலை பிடிக்கவேண்டும். எவ்வளவுதான் முயற்சி செய்தும் குள்ளநரியிடமிருந்து முயல் தப்பிவிட்டது. திடீரென்று குள்ள நரிக்கு புதிய யோசனை வந்தது. தாரினால் ஒரு குழந்தை உருவத்தை செய்து, அதன் தலையில் ஒரு தொப்பியை வைத்து சாலையின் மத்தியில் வைத்தது. புதர்களின் மறைவில் அமர்ந்து நடப்பதைக் கவனித்தது. சிறிது நேரத்தில் முயல் அந்த வழியாக வந்தது. அதைத் தாண்டி சென்றபோது ஒரு வணக்கம் வைத்தது. வணக்கத்திற்கு பதில் கிடைக்கவில்லை என்றவுடன் ஆச்சரியத்தோடு மீண்டும் வணக்கம் வைத்தது. மீண்டும் பதில் இல்லை என்றவுடன், கையால் அதைக்குத்தியது. கை சிக்கிக் கொண்டது. கோபத்துடன் இன்னொரு கையால் குத்தியது. அந்தக் கையும் சிக்கிக் கொண்டது. கோபத்துடன் உதைத்தது. கால்களும் சிக்கிக்கொண்டது. குள்ளநரிக்கு மகிழ்ச்சி.



பலமுறை தன்னுடைய கவலையைப் பொறுத்துக் கொள்ளமுடியாமல், விரக்தியை சகித்துக் கொள்ள முடியாமல், நாம் செய்யும் செயல் நம்மை சிக்கவைக்கும். பலமுறை மருத்துவர், நோயாளிகளை மேலும் மேலும் பரிசோதனை செய்வது முயலுக்கு தார் குழந்தைகள் போல் முடிவடைகிறது. மிகச்சிறிய பரிசோதனைகள்தான் நோய் இருக்கிறதா? இல்லையா? என்பதை நிச்சயமாக தெரிவிக்க முடியும். பெரும்பாலான பரிசோதனைகளில் 100 நோயில்லாதவர்களை எடுத்துக்கொண்டால் 5 நபர்களுக்கு நோய் இருப்பதாக தெரிவிக்கும். ஏன் இப்படி?

பரிசோதனைக்கு குறியிட்டு அளவு, நிர்ணயிப்பதே, பெரும்பாலானவருக்கு பொருந்துவதைப் பொறுத்தே இருக்கும். ஆனால், சிலருக்கு பொருந்தாது என்பதை மறக்கக்கூடாது. உதாரணமாக, 1000 நோயில்லாதவருக்கு எய்ட்ஸுக்காக பரிசோதனை செய்தால் அது 15 பேருக்காவது அந்நோய் இருப்பதாக தவறாக காண்பிக்கும். பலமுறை பெரிய மருத்துவமனைக்கு செல்லும்போது அவர்கள் நமக்கு 20 பரிசோதனைகள், சிகிச்சை தொடங்கும் போதே செய்கிறார்கள். ஒவ்வொரு சோதனையிலும் 5% தவறுக்கான வாய்ப்பு என்றால் 20 சோதனைகள் செய்யும் போது, 100ல் 64 நபருக்கு ஏதாவது ஒரு சோதனையிலாவது தவறு ஏற்படும். இப்போது ஏன், தேவையில்லாமல் சோதனை செய்யக்கூடாது என்பது புரிகிறதா?

அதிக சோதனைகள் செய்வது அதிக நலனுக்கு வழியில்ல தார்க்குழந்தையாகவும் முடியலாம்.

பரிசோதனை எப்பொழுது செய்யவேண்டும்?

ஒரு பரிசோதனையை செய்வதற்கு முன்னால் மருத்துவர் கீழ்க்கண்ட கேள்விகள் கேட்கவேண்டும்.

1. இப்பரிசோதனையில் முடிவு உதவுமா?
   - அ. நான் சந்தேகிக்கும் நோயை நிச்சயமாக்க.
   - ஆ. நான் சந்தேதிக்கும் நோய் இல்லையென்று சொல்ல.
   - இ. நான் கொடுக்கும் சிகிச்சையின் பலனை அறிய.
   - ஈ. நான் நிர்ணயித்த நோயின் பாதிப்பை அளவிட.
   - உ. நோய் நன்குதெரிகிற வரையில், நோய் இருக்கிறதா என்று முதல் சந்தேகத்தை உருவாக்க.
2. இந்தப் பரிசோதனையில் வரும் விளைவு, நோயிருப்பதாக தெரிவித்தால்
   - அ. நோய்க்கு எவ்வித அறிகுறியும் இல்லாமலும் நோய் இருக்க முடியுமா?
   - ஆ. நோய் இருந்தாலும், நோயாளிக்கு ஏதேனும் உயிருக்குக்கோ, உடலுக்கோ கவலை தரக்கூடிய பாதிப்புண்டா?

இ. அதற்கு சிகிச்சை, கட்டுப்படுத்த முறை இருக்கிறதா?

ஈ. பரிசோதனைக்கான செலவும், ஆபத்தைவிட, நன்மை அதிகமா?

3. இந்தப் பரிசோதனைகளைவிட அதிகப்பாதுகாப்புள்ள குறைந்த செலவுள்ள பரிசோதனை இருக்கிறதா?

மேற்கண்ட அனைத்து பிரசினைகளுக்கும் இல்லை என்ற பதில் இருந்தால் பரிசோதனை செய்யலாம். சில கேள்விகளக்கு ஆம் என்ற பதில் இருந்தால், அவருக்கு செலவு செய்கிற வசதி, பரிசோதனையின் தன்மை, சிகிச்சை முறை முதலியவற்றை ஆழமாக கணக்கில் கொண்டு பரிசோதனைகள் மேற்கொள்ள வேண்டும்.

பகுத்தறிவற்ற முடிவுகளுக்கான காரணங்கள்:

1. மருத்துவ ஃபேஷன்!

சில மருத்துவ பரிசோதனைகள் அல்லது சிகிச்சைகள் போதுமான காரணமில்லை என்றாலும் எல்லோரது விருப்பமாக பரவுகிறது. (உம்) எந்த நோயாக இருந்தாலும் ஸ்கேன் எடுத்துப் பார்க்க வேண்டும் என்கிற ஃபேஷன் அல்லது வயிற்றுவலி என்றாலே உடனடி அறுவை சிகிச்சை தேவை என்கிற ஃபேஷன் ஒரு காலத்தில் நிலவியது. நரம்புத் தளர்ச்சி என்ற நோயும் அதற்கு சத்து ஊசி போடுவது என்பதற்கும் ஒரு விஞ்ஞானப் பின்னணி என்பது கிடையாது. அதையும் ஒரு ஃபேஷனாகக் கொள்ளலாம்.

2. லாபத்திற்கான பேராசை:

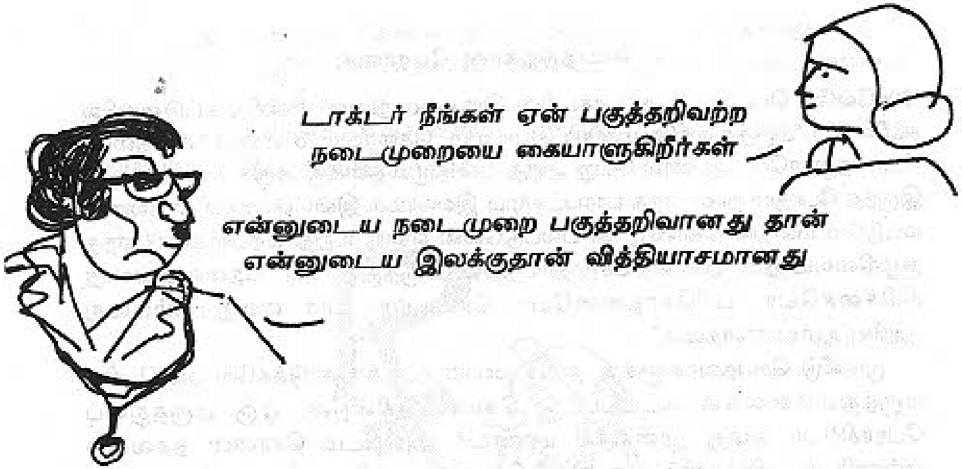
1906லேயே பெர்னாட்ஷா "டாக்டரின் இருதலை நிலை" என்கிற கட்டுரையில் கூறினார்." "மருத்துவரின் மனசாட்சியையும், கௌரவமும் எல்லா மனிதரைப் போன்றதுதானே, ஆனால் வேறு அந்த மனிதரும் தனக்கு அதிக லாப வாய்ப்பு இருந்த போதும் நான் எந்த பாரபட்சமும் இல்லாமல் இன்னொருவரின் நலனை மட்டுமே மனதில் கொண்டு செயல்படுவேன் என்று உறுதி ஏற்பார்களா? எந்த சூழ்நிலையிலும் இன்றையசமுதாயத்தில் மருத்துவர்கள் தேவையில்லாத சிகிச்சையோ, பரிசோதனையோ செய்யமாட்டார் என்று நம்புவது அறிவுப்பூர்வமானதல்ல."

முதலீடு செய்தவர்களுக்கு அதிக லாபம் ஈட்டிக் கொடுக்கவே பல பெரிய மருத்துவமனைகள் கட்டப்பட்டு செயல்படுகின்றன. ஒரு மருத்துவப் பேராசிரியர் தனது முன்னால் மாணவர் அவரிடம் சொன்ன தகவலை எங்களிடம் பகிர்ந்தார்." மாத இறுதியில் நான் பணியாற்றிய மருத்துவமனை எந்தத் தாய்க்கும் சுகப் பிரசவம் இருந்திருக்க முடியாது அறுவை சிகிச்சை மூலம் பிரசவம் அதிகரிக்கும். வங்கிக்கு அந்த மாதம் செலுத்த வேண்டிய அடுத்தத் தவணையின் நிர்பந்தம் எங்களை இப்படிச் செய்ய வைத்தது. யாராவது நெஞ்சுவலி என்று சிக்கினால் ஐந்து நாட்களாவது தீவிர சிகிச்சைப் பிரிவில் வைக்காமல் இருப்பது குறைவு. நான் இது பற்றிய கேள்வி எழுப்பினால் இப்படிப்பட்ட மருத்துவமனையை நடத்த வேறு வழியில்லை. இதில் நீயும் சேர்ந்து கொள் அல்லது வெளியே போ என என்னிடம் கூறப்பட்டது - நான் வெளியே வந்து விட்டேன்.

தனியார் மருத்துவத்தில் செயல்படும் பல மருத்துவர் வாதிடுகிறார்கள்" அதிக கவனம் கிடைப்பதனால் எங்களிடம் வரும் நோயாளி மகிழ்ச்சியுடன் இருக்கிறார். எங்களுக்கு நல்ல வருமானம் கிடைப்பதனால் நாங்கள் மகிழ்ச்சியுடன் இருக்கிறோம். எங்கள் மருத்துவமனையில் முதலீடு செய்த பங்குதாரர்கள் மகிழ்ச்சியுடன் இருக்கிறார்கள். எல்லோருக்கும் நல்லதுதானே, நீங்கள் ஏன் தலையிடுகிறீர்கள்." பதில் கொடுப்பது கடினம். ஆனால் சிந்தித்துப் பாருங்கள், போதை மருந்து கொடுப்பவரும் இதைச் சொல்லலாமல்லவா? ஒரு சமுதாயம் இந்த வாதங்களை ஏற்றுக் கொள்ள முடியுமா?

உண்மை என்ன என்றால் ஏழைகளின் குடும்பத்தில் மூன்றில் இரண்டு பகுதி கடன் பிரச்சினையில் சிக்கியுள்ளனர். இந்தக் கடனுக்கு இன்று மருத்துவ செலவுதான் முதல் காரணமாக இருக்கிறது. இந்த வாதத்தை திட்டமிடுபவர்களும், தன்னார்வலர் இயக்கங்களும், மக்கள் இயக்கங்களும் உடைக்கவில்லையென்றால் மக்களின் பிரச்சினை மேலும் அதிகரிக்கும்.

மருத்துவருக்கு சரி எது தவறு எது என்று தெரிந்து கொள்ள ஒரு சிறு உதவி, எனக்கோ என் செல்லக் குழந்தைக்கோ ஒரு நோய் வந்து இப்படி அணுகப்பட்டால் நான் பொறுத்துக் கொள்வேனா என கேட்டுப்பார். பொறுத்துக் கொள்ள முடியாது என்றால் அது செய்யக்கூடாததுதானே.

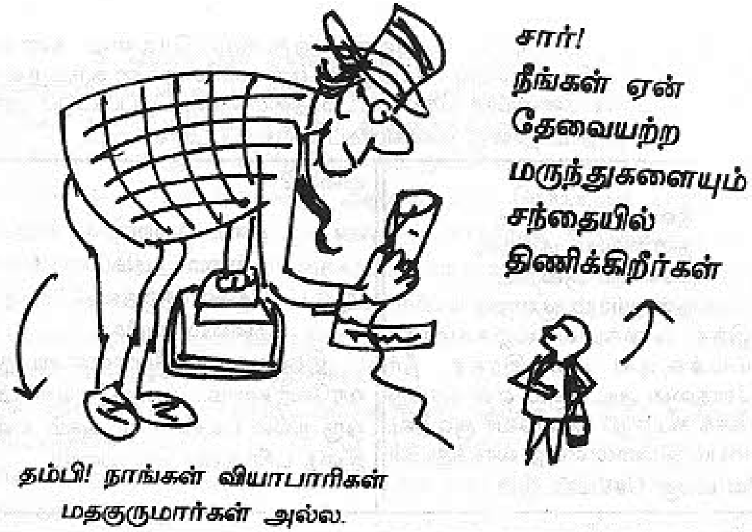


அக்கறையில்லாத மருத்துவரை அடையாளம் காண

1. நீங்கள் சொல்வதை கேட்பதில்லை
2. நீங்கள் சொல்லும் நோய் அறிகுறி பிரச்சினைகள் பற்றி மேலும் கேள்விகள் வைப்பது இல்லை.
3. உங்கள் உடலில் பாதித்த பகுதியை பரிசோதித்துப் பார்ப்பதில்லை.
4. அவர் பழகுவது கோபத்துடனோ, நகைப்புடனோ இருந்தால்.
5. உங்கள் நோயின் தன்மை பற்றியோ, பரிசோதனையின் நோக்கத்தைப் பற்றியோ. சிகிச்சை பற்றியோ விளக்கமளிக்கவில்லை என்றால்
6. உங்கள் கேள்விக்கு பதில் கொடுக்க மறுப்பதோ (நீ டாக்டரா அல்லது நான் டாக்டரா என்று கேட்டு) நீங்கள் வேறு மருத்துவரை சந்திப்பதைக் கண்டு கோபம் கொண்டால்.
7. சிகிச்சை பரிசோதனையின் நன்மையும் தீமையும் பற்றி விளக்கமளிக்க மறுத்தால்.

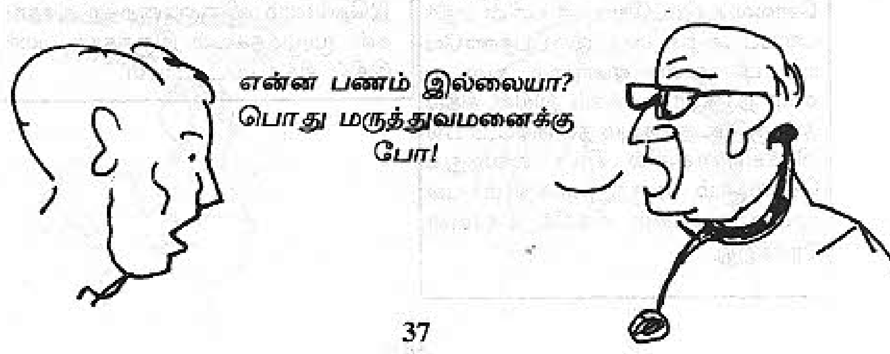
3. விளம்பரமும் ஊழலும் பகுத்தறிவை அரிக்கிறது.

பல பகுத்தறிவற்ற செயலுக்கு மருத்துவ தொழிற்சாலைகள் செய்யும் விளம்பரம்தான் ஒரு காரணம். மருத்துவ தொழிற்சாலைகள் அவர்களின் விற்பனையில் மொத்த அளவில் 20 சதவீதம் விளம்பரத்திற்கே செலவழிக்கிறது. அது சுமார் ஒரு மருத்துவருக்கு ஒரு ஆண்டுக்கு ரூபாய் 50,000 செலவாகும். ஒரு மருத்துவர் ஒரு ஆண்டிற்கு 2.5 லட்சம் ரூபாய் மருந்துகள் பரிந்துரை செய்கிறார் எனக் கணக்கிடப்பட்டுள்ளது. தேவையில்லாத பரிசோதனை பரவுவதற்கு ஒரு காரணம். ஒவ்வொரு பரிசோதனைக்கும் மருத்துவருக்குக் கிடைக்கும் கமிஷன் ஒரு காரணம். மும்பையில் 1970ல் ஆரம்பித்த இந்தப் பழக்கம், சி.டி.ஸ்கேன் பரிசோதனைகளுடன் வளர்ந்து இன்று நாடு முழுவதும் எல்லா பரிசோதனைகளுக்கும் ஒரு புற்றுநோய் போல் பரவி இருக்கிறது. இதை எதிர்ப்பது மக்கள் நல்வாழ்வு இயக்கத்தின் ஒரு முக்கிய நோக்கமாகும்.



4. நோயாளிகளை பிடிப்பதும் அவர்களைத் தள்ளுவதும் பகுத்தறிவை அரிக்கிறது

பல மருத்துவமனைகள் தரகர்களையும் பல மருத்துவப் பணியாளர்களையும் கேஸ் பிடிப்பதற்கு பயன்படுத்துகிறாகள். பல முறை ஒரு மருத்துவமனையிலிருந்து விடுவித்து வேறொரு மருத்துவமனைக்கு எடுத்துச் செல்கிறார்கள். இதைவிட கவலையான பழக்கம் கேஸ் தள்ளுவது. ஒரு நோயாளியை தனியார் மருத்துவமனையில் சிலநாள் சிகிச்சை பெற்ற பிறகு அவரிடம் மேலும் பணம் இல்லை என்றதும் அவரை விடுவித்து அரசாங்க மருத்துவமனைக்கு அனுப்பப்படுகிறார். அதில் 10ல் ஒருவர் இறந்து போவதாகக் கணக்கிடப்படுகிறது. பலமுறை வேறொரு மருத்துவமனைக்கு செல்லும் வழியிலேயே மரணம் நிகழ்வதுண்டு. இந்தப் பழக்கங்களை எதிர்த்து சில அரசாங்க விதிகள் உள்ளன. ஆனால் அது அமுல்படுத்தப்படுவதில்லை.



பரிசோதனை பரிந்துரை செய்வதில் ஏற்படும் செலவை கணக்கில் கொள்ளும் விதம். இதை முடிவு செய்வதற்கு ஒரு பரிசோதனை தரும் நன்மையை அந்தப் பரிசோதனையின் செலவையும், தீமையையும் ஒப்பிட்டுப் பார்க்க வேண்டும். இதை நாம் நான்கு வகையாகப் பிரித்துப் பார்க்கலாம்.

வகை -1

அ. தீமையும் குறைவு.
நன்மையும் குறைவு.

ஆ. செலவும் குறைவு.
நன்மையும் குறைவு.

இந்த வகையில் வழக்கமாகச் செய்யக்கூடிய பல இரத்த, நீர் பரிசோதனை அடங்கும். ஏன் செய்து பார்க்கக் கூடாது? செலவோ குறைவு. தீமையும் இல்லை என்ற வாதத்துடன் இதில் பலது செய்யப்படும்.

வகை-2

அ. தீமை குறைவு.
நன்மை அதிகம்

ஆ. செலவு குறைவு.
நன்மை அதிகம்

இத்தகைய பரிசோதனையை நாம் வரவேற்கலாம். குறைந்த செலவில், ஒரு நல்ல பலன் கிடைக்கும் என்று இதை பரிந்துரை செய்யலாம்.

வகை - 3

அ. தீமை அதிகம்.
நன்மையும் அதிகம்.

ஆ. செலவு அதிகம்,
நன்மையும் அதிகம்

நவீன மருத்துவத்தில் பல அற்புதங்கள் இந்த வகையைச் சேர்ந்தது. சிறுநீரக மாற்று அறுவை சிகிச்சை, சோதனைக் குழாய் குழந்தைகள், புற்று நோய்க்கான பல மருத்துவச் சிகிச்சை கள் இதில் இடம் பெறும். பலமுறை செய்தித்தாள்களாலும், மருத்துவராலும் இதன் நன்மைகளை அதிகமாக எடுத்துச் சொல்லப்படும். ஆனால் அதன் எதிர்விளைவுகளையும் செலவு களையும் குறைத்துச் சொல்லப்படும். நோயாளிகளின் எதிர் பார்ப்பு அதிக மாக இருப்பதனாலேயும், பல முறை ஏமாற்றம் அடையலாம் நடுத்தர வர்க்கம் இதில் சிக்கி தன் குடும்பத்தையும் தன்னையும் பல பிரச்சினைகளில் சிக்க வைத்துக் கொள்ளும். மருத்துவர்களும் பல முறை வழக்கில் சிக்கிக் கொள்ள நேர்கிறது.

வகை - 4

அ. தீமை அதிகம்
நன்மை குறைவு

ஆ. செலவு அதிகம்
நன்மை குறைவு

இந்த மாதிரி பரிசோதனைகளுக்கு பகுத்தறிவுள்ள மருத்துவப் பராமரிப்பில் இடம் தரக்கூடாது. ஆனால் லாப நோக்கத்தினால் இதில் பலது தொடர்கிறது. உனக்கு வேறு எந்த வாய்ப்பும் இல்லையே என்று சொல்லி நோயாளியை சிக்கிவிட முடியும். அல்லது உன் குழந்தையின் உடல் நலப் பிரச்சினையின் போது பணத்தைப் பற்றி யோசிக்கலாமா என்று கூறி சிக்க வைப்பது? ஆனால் இதெல்லாம் விஞ்ஞானமற்ற வாதங்கள். முழுத்தகவல் இருந்தால் பலர் இதில் சிக்க மாட்டார்கள்.

5. ஏமாளிகள் ஏமாற்றத்திற்கு வழிவகுப்பவர்கள்

எதையும் நம்பக் கூடிய பலர் உண்டு. பள்ளிகள் பூனைகள், சோதிடர்கள், கைரேகை பார்ப்பவர்கள், இவை அனைத்திலிருந்தும் அவர்கள் பலனை எதிர்பார்ப்பார்கள். இந்த மனித இயல்பை நவீன மருத்துவம் என்ற பெயரில் லாபத்திற்காகப் பயன்படுத்தலாம். அதுவும் நாம் நேசிப்பவர் யாருக்காவது ஏதேனும் உயிருக்கு அபாயம் என்றால் சாதாரண நேரத்தில் பகுத்தறிவுள்ளவர்கள் கூட பல நம்பிக்கைக்கு ஆளாகலாம். இந்த மனித இயல்பை வைத்துக் கொண்டு பலவிதமான போலி சிகிச்சைகள் தொடர்ந்து வருகின்றன. பல போலி மருத்துவரும் வளர்கிறார்கள்.

போலி மருத்துவர்களின் இரகசியம்

அ. நோய்களின் 80 சதவீதம் தானே குணமாகும். உடலுக்குத் தன்னையே குணப்படுத்திக் கொள்ள ஒரு பெரிய சக்தி உண்டு. உதாரணத்திற்கு பாம்புக் கடியில் 90 சதவீத கடிக்கு விஷம் கிடையாது. ஒரு நபர் சரியாக விஷக்கடியை மருத்துவரிடம் அனுப்பிவிட்டு மீதி பாம்புக்கடிகளுக்கு அவர் வைத்தியம் செய்தால் அவர் நல்ல மருத்துவராக பெயர் வாங்க முடியாதா?

ஆ. குணமடையும் 20 சதவீத நோய்களுக்குக் கூட அந்த மருந்தால்தான் குணமடைந்தது என்று எல்லோருக்கும் சொல்லமுடியாது. பலருக்கு நம்பிக்கையினாலேயே (மருத்துவர் மீதோ, மருத்துவச் செயல் மீதோ, தன்மேல் உள்ள நம்பிக்கையினாலேயோ அல்லது தெய்வீக நம்பிக்கையினாலேயோ) நோய் குணமடைவது உண்டு.

எந்த நபருக்கு, சிகிச்சை தர வேண்டிய நோய்க்கும், நம்பிக்கை மூலமோ அல்லது தன்னாலேயே குணமாகும் நோய்க்கும் வேறுபாடு தெரியுமோ அவர் நல்ல மருத்துவராக எளிதில் பெயர் வாங்க முடியும்.

போலி மருத்துவத்தைக் கண்டறிய சில குறிப்புக்கள்

1. பய உணர்வையும், கவலையையும் பயன்படுத்தியோ, அவரின் எதிர்பார்ப்பைப் பயன்படுத்தியோ அற்புதம் மூலமாக குணப்படுத்துவார்.
2. தானாகவே ஒரு அற்புதமான விஞ்ஞான கண்டுபிடிப்பு நிகழ்த்தியிருப்பதாகக் கூறுபவர் (விஞ்ஞானக் கண்டு பிடிப்பு பலர், இணைந்து பல ஆண்டுகள் உழைத்துத்தான் கண்டறிய முடியும்)
3. பல மருத்துவர்தள் ஒன்றும் செய்ய முடியாது என்று கூறிய நோயாளிக்கு நான் நிச்சயமாக முழுமையாகக் குணப்படுத்திவிடுவேன் என்பவர்.
4. ஒரு சிகிச்சைக்கு பெரிய அளவில் விளம்பரங்கள் இருந்தால்
5. ஒரு சிகிச்சைக்கு பெரிய அளவு செலவு முன்னதாகவே செய்ய வேண்டுமென்றால்
6. அந்த நபருக்கு நான் வெற்றிகரமாக செய்தேன் அல்லது எனக்கு குறிப்பிட்ட முக்கிய நபர் கொடுத்த சான்றை தன் திறமைக்கு ஆதாரமாகப் பயன்படுத்துபவர் (ஒரு குறிப்பிட்ட நபரின் வெற்றியில் இருந்து அந்த சிகிச்சை எல்லோருக்கும் பயன்படும் என்று சொல்லுவது கடினம்.
7. "வெகுளி அறிவியல்" ஒரு சிகிச்சையை சர்வரோக நிவாரணியாக அறிவிப்பது.
8. விஞ்ஞானிகள் எல்லோரும் சதி செய்து என் திறமைகளை மறுக்கிறார்கள் என்று சொல்பவர் நான் கண்ட அற்புதத்தை வரும் தலைமுறைதான் அங்கீகாரம் செய்யும் என்று சொல்லுகிற கதாநாயகன்.
9. சந்தர்ப்பத்திற்கு தகுந்தார்போல் தான் சொல்லுவதை மாற்றிக் கொண்டே இருக்கும் விஞ்ஞானி.
10. பலமுறை முடிவு செய்யும் உரிமை எங்களுக்கு வேண்டும். அதை செய்துதான் பார்ப்போமே எனத் துவங்குவது ஏமாந்து போவதற்கு வழியாக முடியும்.

6. நோயாளிகள் பரிந்துரையை பயன்படுத்தாததும் பிரச்சினைக்குக் காரணம்:

நோயாளிகள் பரிந்துரையைப் பயன்படுத்தாதற்கு பல காரணங்கள் உண்டு. அவர் பரிந்துரையை தவறாகவோ அல்லது அரைகுறையாகவோ புரிந்திருக்கலாம். உதாரணத்திற்கு பல இரத்தக் கொதிப்புக்கு மாத்திரை சாப்பிட்டுவிட்டு. இரத்தக் கொதிப்பு சரியானவுடன் மாத்திரையை நிறுத்தி விடுவார். தொடர்ந்து நிறுத்தாமல் சாப்பிட்டால்தான் தொடர்ந்து ரத்தக் கொதிப்பு கட்டுப்பாட்டில் இருக்கும் என்பதை சரியாக புரிந்திருக்கமாட்டார். மருத்துவர் சொல்வதை நோயாளிகள் புரிந்து கொள்ளாமல் இருப்பதற்கு பல காரணங்கள் உள்ளன. ஏதேனும் சொல்ல முடியாத பயம் இருக்கலாம். அல்லது தனது கலாச்சாரத்தில் பொருந்தாததாக இருக்கலாம். நோய் என்ற புரிதலிலேயே வித்தியாசம் இருக்கலாம். ஒரு நோயாளி தனது இருமல் போன்ற தொந்தரவை நீக்க வருகிறார். அதை நீக்கியதும் அவர் பிரச்சினை தீர்ந்ததாகக் கணக்கிடலாம். ஆனால் மருத்துவருக்கு இருமல் என்பது ஒரு அறிகுறிதான். அந்த அறிகுறிக்குக் காரணம் சில உயிரணுக்களில் ஏற்பட்டுள்ள பாதிப்பைத்தான் அவர் நோய் என்கிறார். அவருக்கு இருமல் நின்றுவிட்டால் நோய் சரியானதாக ஆகாது. உயிரணுக்களில் ஏற்பட்டுள்ள பாதிப்பை சரி செய்ய வேண்டும். இதுபோன்ற கலாச்சார இடைவெளிகள் பகுத்தறிவுடன் கூடிய பரிந்துரைகளையும் பயனில்லாமல் ஆக்கி விடும்.

முழுமையான மருத்துவக் கண்ணோட்டம் விஞ்ஞான மருத்துவத்திற்கு அடிப்படை

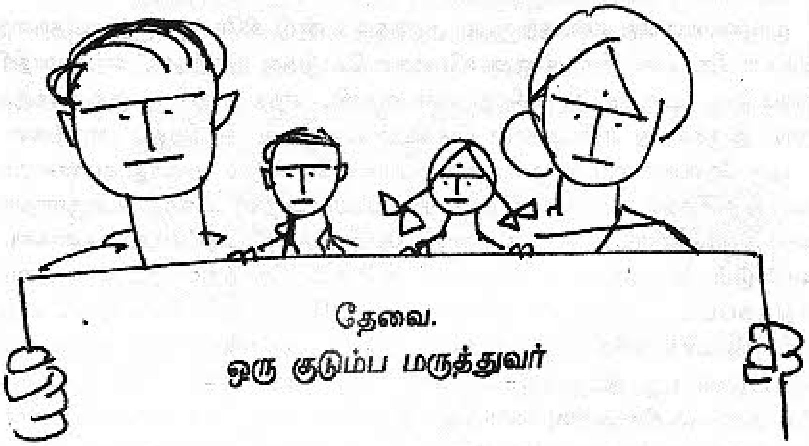
முழுமையானது என்பதற்கு பல அர்த்தம் உண்டு. கிரேக்க் மருத்துவ தந்தை 'ஹிப்பா கிரட்டீஸ்' இதற்கு ஒரு விளக்கம் கொடுத்து இருந்தார்." எந்த மாதிரி நோய் ஒரு நபருக்கு இருக்கிறது என்பதைவிட எந்த மாதிரி நபருக்கு அந்த நோய் இருக்கிறது என்பதுதான் முக்கியம் வாய்ந்தது" சிந்தித்துப் பாருங்கள்.

ஒரு நோயாளியை முழுமையாகப் பார்க்க வேண்டும். அவரது கலாச்சாரம். அவரது தனித்தன்மை. அவரது தத்துவம். அவரது அறிவு. அவரது பொருளாதார நிலை இவைகளையெல்லாம் இணைத்துத்தான் அவரது பாதிப்பையும் கணக்கிட வேண்டும். மருத்துவ விஞ்ஞானம் வளரும் நேரத்தில் நமது கவனம் பாதிக்கப்பட்ட அணுக்களுக்கும், கிருமிகளுக்கும் செல்லும்போது துரதிருஷ்டமாக அந்த அணுக்களால் கட்டப்பட்ட மனிதரில் இருந்து நம் கவனம் விடுபட்டுவிட்டது. நிபணுத்துவம் வளர, வளர மேலும் சிறிய சிறிய துறைகள் பற்றி அதிக அதிக அறிவு வளர்ந்தது. இது தொடர ஒரு கோணங்கி கூறினார், "அவர்களுக்கு இன்று சூன்யத்தைப் பற்றி (ஒன்றுமேயில்லாததைப் பற்றி) எல்லாம் தெரியும்" மிஸ்ட்டன் மேயர் என்று ஒரு பேராசிரியர் மருத்துவரைப் பற்றி சொன்னதைச் சற்று கேட்போம். "பெரும்பாலான மருத்துவர்களுக்கு தான்

கல்லூரியில் சொல்லித்தராததைக் கற்றுக் கொள்ள நேரம் இருப்பதில்லை. மருத்துவம் சாதாரண மனிதனுக்கு மர்மமாக இருக்கலாம் ஆனால் சாதாரண டாக்டருக்கு மருத்துவத்தைத் தவிர மனிதனும் சமுதாயமும் ஒரு மர்மமாகவே இருந்து விடுகிறது." மருத்துவக்கல்லூரியில் மருத்துவத்தைத் தவிர மனிதக் கலாச்சாரத்தைப் பற்றியும், சமுதாயத்தைப் பற்றியும் சொல்லித்தர வேண்டிய ஒரு அவசியம் உள்ளது.

ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு முழுமையான மருத்துவத்திற்கு வழி.

1970-80களில் அமெரிக்காவில் நிபுணரைச் சார்ந்த மருத்துவம் என்பது ஒரு பெரிய அளவில் வளர்ந்தது. அது நோயை மையமாக வைத்து பரிசோதனைகளை வளர்த்துக் கொண்டு செலவை அதிகரித்துக்கொண்டு காப்பீட்டு நிறுவனங்களினால் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட மருத்துவப் பராமரிப்பாக மாறியது. தற்போது அந்த நாட்டில் பலர் தவறை உணர்ந்து ஆரம்ப மருத்துவத்திற்கு முக்கியத்துவம் கொடுக்க விரும்புகிறார்கள். துரதிருஷ்டமாக நம் நாட்டில் நாம் நிபுணர் மருத்துவத்தில் சிக்கும் அபாயம் இருக்கிறது. ஒரு "சாதாரண எம்.பி.பி.எஸ். டாக்டரின்" தன் நம்பிக்கையும், சமுதாயத்தின் நம்பிக்கையையும் வளர்ப்பது ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பைப் பலப்படுத்தும் இந்த ஆரம்ப சுகாதார மருத்துவம் பகுத்தறிவுள்ள மருத்துவத்திற்கு அடிப்படை.



நிபுணர்கள் தேவையில்லை என்று நாம் வாதிடவில்லை. ஆனால் எப்போது நிபுணரிடம் செல்ல வேண்டும் என்று ஆரம்ப சுகாதார மருத்துவர் தீர்மானிக்க வேண்டும். நிபுணரை ஒரு முறை ஆலோசனைக்காகவோ, பரிசோதனைக்காக வோ அணுகிய பின்பு, தொடர்ந்து பார்ப்பது ஆரம்ப சுகாதார மருத்துவராக இருக்க வேண்டும்.

இந்த முறையை கடைபிடித்தால் மருத்துவ செலவும் குறையும், சிகிச்சையின் தீமைகளும் குறையும். மேலும் நோயாளிக்கு ஒரு முழுமையான, பொருத்தமானத் தீர்வும் கிடைக்கும். நிபணரும் தன் பணியை மேலும் சிறப்பாகச் செய்ய இது உதவும்.

கூட்டுமுயற்சி பகுத்தறிவு மருத்துவப் பராமரிப்புக்கு வழிவகுக்கும்.

சுகாதாரப் பணியாளர்கள், மருத்துவர்கள், நல்வாழ்வு விரும்பும் மக்கள், மருத்துவத்தொழில் நிறுவனங்கள், மருத்துவ தன்னார்வ இயக்கங்கள், தகவல் தொடர்பு சாதனங்கள், அரசாங்கம் இவை எல்லோருக்கும் சுகாதாரப் பராமரிப்பில் ஒரு பங்குண்டு. இவைகள் அனைத்தும் போட்டியில் ஈடுபட்டு தனது நலனுக்காக மட்டுமே செயல்பட்டால் குழப்பம்தான் ஏற்படும். ஆனால் இவைகள் அனைத்தும் ஒன்றாக இணைந்து நல்வாழ்வைத் தனது இலக்காக வைத்து செயல்பட்டால் நமது வாழ்க்கையை மகிழ்ச்சியுடையதாக மாற்றி அமைக்கலாம். நாம் நினைவில் கொள்ள வேண்டியது என்னவென்றால் லாபநோக்கமும், உயர்ந்த தொழில் நுட்பமும் நல்வாழ்விற்கு அடிப்படை இல்லை. பகுத்தறிவு உள்ள சுகாதார பராமரிப்புக்காக ஒரு கூட்டு முயற்சியோடு செயல்படுவதுதான் அடிப்படை. இவர்களுக்குள் போட்டி இருந்தால் தோல்வி எல்லோருக்கும். பலருக்குள் இருக்கும் மனித உறவுகள்தான் இதை சரியான முறையில் செயல்படுத்தும்.

டாக்டரிடம் கேட்க வேண்டிய 10 கேள்விகள்

ஒவ்வொரு முறை நோயாளி தன் மருத்துவரைச் சந்திக்கும் போது கீழ்கண்ட கேள்விகளைக் கேட்டு தெரிந்து கொண்டால்தான் மருத்துவம் ஒரு விஞ்ஞானப்பூர்வமான செயலாக இருக்கும்.

1. என் உடல் நலக் குறைவுக்கு என்ன காரணம்?/
2. எவ்வளவு கவலைக்குரியது?
3. நான் சிகிச்சை எடுத்துக் கொள்ளவில்லை என்றால் என்ன விளைவுகள் ஏற்படும்?
4. நீங்கள் எத்தகைய செய்முறைகளை (பரிசோதனை / சிகிச்சை) பின்பற்றுவதாக உள்ளீர்கள்?
5. இந்த செய்முறை நோய் என்ன என்று கண்டறியவா? அல்லது சிகிச்சைக்கா, அல்லது இரண்டிற்குமா?
6. இந்த செய்முறையினால் ஏற்படும் பாதக விளைவுகள் என்ன?
7. இது சாதகமாக அமைய வாய்ப்புக்கள் என்ன?
8. இதன் பலன் சில நாட்களுக்கா அல்லது தொடர்ந்து இருக்குமா?
9. இதற்கு மாறாக வேறு என்ன சிகிச்சை முறைகள் உள்ளன? அதில் இந்த சிகிச்சை முறையை நீங்கள் பரிந்துரைக்கக் காரணம் என்ன?
10. நான் இதைப் பற்றி மேலும் தெரிந்து கொள்ள எதைப் படிக்க அல்லது அணுக வேண்டும்?

பகுத்தறிவுடன் கூடிய மருத்துவப் பராமரிப்புக்காக முயற்சிகள்

1. சில மருததுவக் கல்லூரிகளில் பகுத்தறிவுப் பூர்வமான மருத்துவப் பரிந்துரை பாடத்திட்டத்தில் இணைக்கப்பட்டுள்ளது. இதில் முன்னுதாரணமாக புதுச்சேரியில் இருக்கும் ஜிப்மர் மருத்துவமனையும், வேலூரிலுள்ள சி.எம்.சி. மருத்துவமனையும் உள்ளன. மருத்துவத் துறையில் இந்தக் கருத்துக்களைப் பரப்ப சில சிறிய முற்போக்கு மருத்துவர்களின் குழுக்கள் செயல்படுகின்றன.
2. தமிழ்நாட்டிலும், கேரளத்திலும் அவசிய மருந்து பட்டியல் வெளியிடப் பட்டிருக்கின்றன. கேரளாவில் முதல் முறையாக அங்கிருக்கும் அரசாங்கம் ஒரு மாநில மருந்துகள் குறிப்பேடை அச்சிட்டு வெளியிட்டுள்ளது.
3. கேரள சாஸ்த்திர சாகித்ய பரிஷத், தமிழ்நாடு அறிவியல் இயக்கம் மற்றும் ஃபெட்காட், சி.ஏ.ஜி. போன்ற நுகர்வோர் அமைப்புக்கள் பகுத்தறிவுள்ள மருத்துவப் பரிந்துரைக்காக பல கருத்தரங்கங்களை நடத்தி, பல பிரசுரங் களை விநியோகித்துள்ளன. இதற்காக கண்காட்சி, தெருமுனைக்கூட்டம், கலைப் பயணம் மூலமும் பிரச்சாரம் செய்துள்ளன. கேரள சாஸ்த்திர சாகித்ய பரிஷத்தின் பிரச்சாரத்தினால் பல தடை செய்யப்பட வேண்டிய மருந்து களின் வியாபாரம் பெரிய அளவிற்கு குறைந்தது என்பது குறிப்பிடத் தக்கதாகும். (தேவையில்லாத ஊசிகள், குளுக்கோஸ், சலைன் நரம்பு ஊசிகள் போன்றவற்றிற்கு எதிராக மருந்துவமனைக்கு எதிரில் சுவரொட்டிகள் ஒட்டி விழிப்புணர்வு ஏற்படுத்தப்பட்டுள்ளது.
4. பல தொண்டு நிறுவனங்கள். உயர்நீதி மன்றத்தில் வழக்குகள் மூலமாக அபாயகரமான மருந்துகளில் பலவற்றை தடைசெய்ய நிர்பந்தித்துள்ளன. இதில் வந்த பல உச்சநீதிமன்ற தீர்ப்புகள் இந்தக் கோரிக்கையின் நியாயத்திற்கு பெரிய துணையாக அமைந்திருக்கிறது.

   ஆனால் இவைகளெல்லாம் போதாது. மக்களின் மருத்துவச் செலவை குறைப்பதற்கும், ஒரு முறையான நல்வாழ்வுப் பராமரிப்பு ஏற்படவும் இது போன்ற முயற்சிகளை மேலும், மேலும் அதிகரிக்க வேண்டும். இந்த முயற்சிகளில் கவனம் செலுத்தப்பட வேண்டிய மூன்று முக்கிய அம்சங்கள் என்னவென்றால்,

   1. அரசாங்கம் சரியான நெறிமுறைகளை உருவாக்குவது, அதை அமுல்படுத்துவது.
   2. மருத்துவர்களின் ஸ்தாபனத்திற்குள் இது குறித்த விரிவான விவாதங் களை அதிகப்படுத்தி இது குறித்த கூடுதல் புரிதலையும், விழிப்புணர்வை யும் அவர்களுக்கு ஏற்படுத்துவது.
   3. மக்களுக்குச் சரியான தகவல்களை அளிப்பதன் மூலம் தேவையற்ற செலவிலிருந்தும், தீமை தரும் மருந்திலிருந்தும் அவர்களைப் பாது காப்பது மேலும் மருத்துவக் கொள்கையில் ஒரு மாற்றத்திற்காக விழிப் புணர்வை உண்டாக்குவது.

அத்தியாயம்-3
இந்தியாவில் தனியார் நல்வாழ்வு துறை ஒரு கண்ணோட்டம்

சரித்திர அறிமுகம்:

இன்றைய பொருளாதார சூழ்நிலைகளுடன் இணைத்துப் பார்த்தால்தான் இன்றைய சுகாதாரத் துறையைப் பற்றி புரிந்து கொள்ள முடியும். முதலாளித்துவத்தில் பொருளாதாரத்தின் இதர துறைகளை போன்றே நல்வாழ்வு என்பதும் நிறுவனமயமாக்கப்பட்டுள்ளது. முதலாளித்துவத்திற்கு முந்தைய கால கட்டங்களில் நலவாழ்வு அளிக்கக்கூடியவர் மருந்து பொருட்களை உற்பத்தி செய்யக்கூடியவராகவும் மருத்துவ சிகிச்சை அளிக்கக்கூடிய ஒரு தனி நபராகவும் இருந்தார்.

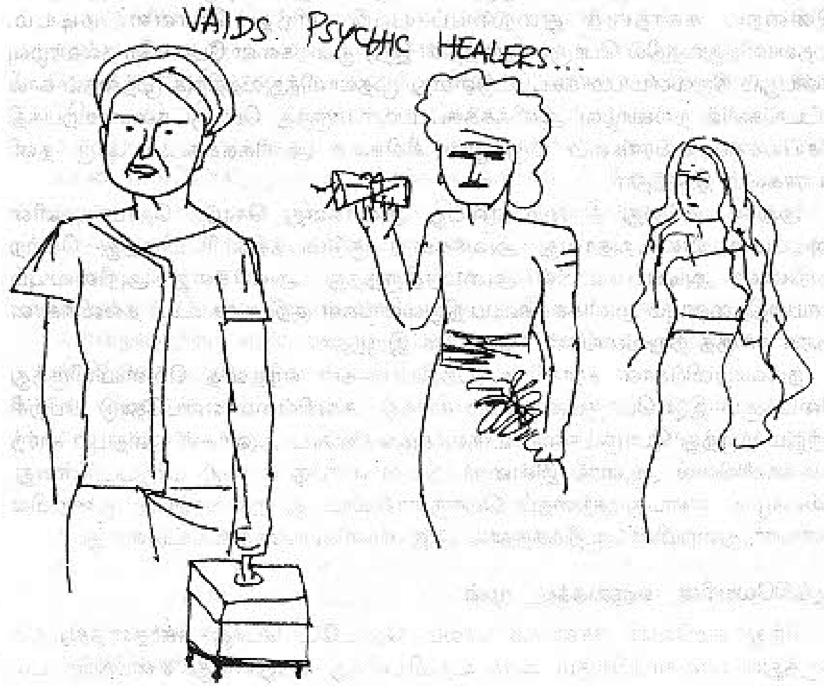
அறிவு அல்லது திறமை என்பது அவர்களது சொந்த தொடர்புகளின் அடிப்படையில் அதாவது அவர்களது குடும்பத்தினரிடமிருந்து பெற்ற அறிவின் அடிப்படையில் அமைந்திருந்தது. அவர்களது அறிவையும் செயல்திறனையும் அளிக்கக்கூடிய நிறுவனங்கள் குறிப்பாக உயர் கல்விக்கான அரசு சார்ந்த நிறுவனங்கள் சிலதுதான் இருந்தன.

நல்வாழ்விற்கான சராசரி உற்பத்தியாளாகள் எந்தவித வெளியிலிருந்து கிடைக்கும் இடு பொருட்களையும் சார்ந்திருக்கவில்லை என்பதோடு பயிற்சி மற்றும் மருந்து பொருட்களை உருவாக்குவதில்கூட அவர்கள் எதையும் சார்ந் திருக்கவில்லை. ஆனால் இன்றைய நிலை என்பது மிகவும் மாறுபட்டுள்ளது. நல்வாழ்வு என்பது சந்தைப் பொருளாகிவிட்டது. நல்வாழ்வுத் துறையில் தனியார் துறையின் ஆதிக்கத்தால் அது வணிகமயமாக்கப்பட்டுள்ளது.

ஆங்கிலேயரின் வருகைக்கு முன்:

சிந்து சமவெளி நாகரிகம் காலம் தொட்டே பொது சுகாதாரத்திற்கும் மருத்துவ பாதுகாப்பிற்கும் அரசு உதவியளித்து வந்துள்ளது. என்பதற்கு பல சான்றுகள் உள்ளன. நன்கு திட்டமிடப்பட்ட நகர்ப்புற சுகாதார மையங்கள். பல்கலைகழகங்கள். ஆயுர்வேத சித்த, அதனைத் தொடர்ந்து வந்த யுனானி முறை மருத்துவர்களுக்கான மருத்துவ நூல்கள் இருந்ததற்கான பல ஆதாரங்கள் உள்ளன. ஆனால் எவ்வளவு மருத்துவர்கள் இருந்தனர் அவர்கள் எவ்வகையான சிகிச்சை அளித்தார்கள். அதற்கான செலவு என்ன? அரசு தலையீடு என்ன? என்பதை பற்றி நமக்கு எந்த ஆதாரமும் இல்லை. வைத்தியர்கள். மூலிகை வைத்தியர்கள், பாம்புக்கடி நிபுணர்கள். பிரசவம் பார்ப்பவர்கள். கருக்கலைப்பு புரிபவர்கள் மனநோய் தீர்ப்பவர்கள் எனப் பலர் அந்தந்த துறையில் தனித்தனியாக பணிபுரிந்து வந்தனர் என்பதை நாட்டுப்புற பரம்பரை இலக்கியங்களில் இருந்தும் தொன்றுதொட்டு வாய் மொழியாக வரும்

சரித்திரங்களில் இருந்தும் நமக்கு தெரிய வருகிறது. காலனியாதிக்கத்திற்கு முற்பட்ட கால கட்டத்தின் மருத்துவப் பாதுகாப்பு என்பது மூன்று குணங்களை உள்ளடக்கியிருந்தது. முதலாவதாக நல்வாழ்வு அளிப்பது என்பது ஒரு சமூகப் பொறுப்பாக கருதப்பட்டு, அதில் அரசு, மற்றும் சமூக நல விரும்பிகளின் தலையீடு முக்கியமாக இருந்தது. ஜாதீய மற்றும் வர்க்க கண்ணோட்டங்கள் சில இடங்களில் இருந்த போதும், இச் சேவை என்பது இலவசமாக இருந்தது இரண்டாவது அம்சம். மூன்றாவதாக, பெரும்பாலும் இச்சேவை நகர்ப்புறங்களில் மட்டுமே இருந்தது. கிராமப் புறங்கள் புறக்கணிக்கப்பட்டிருந்தன.



ஆங்கிலேயரின் ஆட்சியின் போது:

ஆங்கிலேய ஆட்சியின் போது இந்திய மருத்துவ விஞ்ஞானம் என்பது வேகமாக் சீரழியத் துவங்கியது மாறும் காலத்திற்கேற்ப, தன்னை மாற்றத்திற்கு உட்படுத்த மறுத்ததாலும் மேலும் இக்காலத்தில் யுனானி மருத்துவம் என்பது பரவலாக பின்பற்ற பட்டதாலும் ஆயுர்வேத மருத்துவ முறைக்கு அரசின் ஆதரவு குறைந்தது.

ஆங்கிலேயர்களின் வருகையின் விளைவாக யுனானி மருத்துவத்திற்கும் ஆதரவு குறைந்தது. உள்ளூர் பொருளாதாரம் படிப்படியாக சீரழிக்கப்பட்டதைத் தொடர்ந்து உள்ளூர் மருத்துவ பணிகளும் சீரழிக்கப்பட்டன. இருப்பினும் நவீன

மருத்துவ வசதிகள் கிராமப்புற மக்களை சென்றடையாத சூழலில் அவர்கள் மிச்சம் மீதி இருந்த பாரம்பரிய கிராமப்புற சேவையினையே பெறக்கூடிய சூழ்நிலைக்குத் தள்ளப்பட்டனர். 1764இல் உருவாக்கப்பட்ட இந்திய மருத்துவ துறை ஆயுத படைகளுக்கான தேவைகளை மட்டுமே பெரும்பாலும் பூர்த்தி செய்து வந்தது. 19ஆம் நூற்றாண்டின் ஆரம்பத்தில்தான், நிர்வாக தலைமையகங்கள் நீங்கலாக உள்ள ஏனைய பெரிய நகரங்களில் பொது மக்களுக்காக மருத்துவமனைகள் ஏற்படுத்தப்பட்டன. மாவட்ட நிர்வாக அலுவலகங்கள் நகராட்சிகள் என 1880களில் ஆரம்பிக்கப்பட்ட பின் தான் மருத்துவ வசதிகள் ஓரளவு விரிவாக்கப்பட்டது.

ஒரு குறிப்பிட்ட பகுதி மக்களுக்கும், நகர்புறங்களுக்கும் மட்டுமே மருத்துவ சேவை இருந்தது. அதில் ஐரோப்பியர்களுக்கும் அவர்களுடன்' பணியாற்றியவர்களுக்கும் சிறந்த வசதிகளும் மற்றவர்களுக்கு குறைந்த வசதிதான் இருந்தது. இந்த குறைந்த அளவு வசதிகளுக்குக் கூட கிராமப்புறங்கள் 1919 வரை காத்திருக்க வேண்டியிருந்தது.

சுதந்திரத்திற்கு முன்னால்:

பஞ்சமும், தொற்று நோய்களும் நாட்டைச் சீரழித்த பயங்கரமான காலக் கட்டம். 1890 - 1920 வருடங்களுக் கிடையே 2 கோடி மக்களுக்கு மேல் ப்ளேக், பெரியம்மை, காலரா மற்றும் மலேரியா போன்ற நோய்களுக்குப் பலியானார்கள் என மதிப்பிடப்பட்டுள் ளது; இது டி.பி.யாலும் மற்ற நோய் களாலும் இறந்தவர்களைக் கணக்கில் கொள்ளாமலேயே.

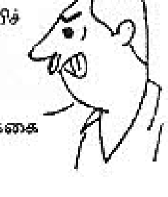
இந்திய சரித்திரத்திலேயே மிகவும் மோசமான பஞ்சம்:

வங்காளத்தில் ஏற்பட்ட பஞ்சம்;

40 லட்சம் பேருக்கு மேல் இறந்தனர்.

"அதனால்தான் உங்களுக்கு எங்களது உதவி தேவை. நீங்கள் அசுத்தமானவர்களாகவும் வியாதிக்காரர்களாகவும் இருக்கிறீர்கள். நாங்கள் உங்களை நாகரீகமுள்ளவர்களாக்குவோம்."

"இதற்குக் காரணம் எங்களது அசுத்தம் இல்லை. எங்களது தொழில்களையும் விவசாயத்தையும் நீங்கள் அழித்துவிட்டீர்கள். நீங்கள் உங்கள் நாட்டிற்குத் திரும்பிச் செல்லுங்கள். நாங்கள் எங்களை நன்றாகவே கவனித்துக் கொள்வோம் (எங்களிடம் 'போரே அறிக்கை உள்ளது')."



இதிலும்கூட மருத்துவமனைகளோ மருந்தகங்களோ ஆரம்பிக்கப்பட வில்லை. மாறாக நோய்தடுப்பு சிகிச்சை என்பது மட்டுமே இருந்தது. கிராமப் புறங்களுக்கு பொது சுகாதாரம் என்பது மட்டுமே வழங்கப்பட்டது. மருத்துவ சிகிச்சையை பொருத்தவரை நாட்டு மருந்தே போதுமானது என்கிற இனிப்பான வார்த்தையோடு நிறுத்திக்கொண்டது. அரசின் மருத்துவ பராமரிப்பு நடவடிக்கை கள் நகர்ப்புறங்களிலேயே வளர்க்கப்பட்டது. கிராமப்புறங்களுக்கு மருத்துவ உதவி மற்றும் பராமரிப்பு மறுக்கப்பட்டது. இது ஒரு குறிப்பிடத்தக்க வரலாற்று உண்மை. ஏனெனில் காலனி ஆதிக்கத்துக்கு பின்னும் கூட கிராமபுறங்களை நகர்ப்புறங்களில் இருந்து பாரபட்சமாக நடத்தும் நிலை தொடர்ந்தது. இன்றும்கூட பல்வேறு சர்வதேச அமைப்புக்கள் இத்தகைய பாரபட்ச அணுகுமுறையை (நகரப்புறங்கள் மற்றும் கிராமப்புறங்கள் இடையே) தொடர வலியுறுத்தி நிதி மற்றும் கருத்து ரீதியிலான உதவிகளைச் செய்து வருகின்றனர்.

இப்படிப்பட்ட முன்னேற்றத்திற்கும் - முன்னேற்றமின்மைக்கும் அடிப்படையாக விளங்குவது இந்த இரட்டைத் தனமேயாகும். தன் முன் உள்ள பிரச்சினைகளைத் தீர்க்க போதுமான நடவடிக்கைகளை எடுக்காமலேயே அன்றைய ஆங்கில ஏகாதிபத்திய அரசு செயல்பட்டது. மக்களின் நல்வாழ்வு வசதிகளை மேம்படுத்துவதில் இன மற்றும் நகர்ப்புறத்தை அடிப்படையாகக் கொண்டிருந்த அவர்கள். தனியார் மருத்துவம் வளர்ந்து வரும் விதத்தைப் பற்றியும் கண்டு கொள்ளவே இல்லை. தனியார் நல்வாழ்வுத் துறையை நெறிப்படுத்துவது குறித்து அக்கறையின்மை நிலவியது.

இதன் விளைவாக பயிற்சி பெறாத நாட்டுப்புற மருத்துவர்களின் எண்ணிக்கை அதிகமாகியது. காலனியாதிக்க நிர்வாகத்தோடு தொடர்பு உடையவர்களுக்கும், வசதிபடைத்தவர்களுக்கும். சிறந்த மருத்துவ வசதி கிடைத்தது. மறுபுறம் கிராமப்புற மக்களோ மேலே கூறப்பட்ட பயிற்சியற்ற வைத்தியர்களின் கருணைக்கு உட்பட்டவர்கள் ஆனார்கள். இதில் நாட்டுப்புற வைத்திய முறைகளை அறிந்தவர்களும். எதுவுமே தெரியாமல் ஏமாற்றிக் கொண்டிருந்தவர்களும் அடங்குவர். சுதந்திரம் அடைந்த போது 50.000 பயிற்சி பெற்ற மருத்துவர்கள் இருந்தார்கள் என்றால், முறையான பயிற்சி பெறாத மருத்துவர்களின் எண்ணிக்கை 150000 ஆக இருந்தது. (அட்டவணை - 1 காண்க)

தனியார் நல்வாழ்வு துறையின் குணங்கள்

உலகளாவிய அளவில் பொருளாதாரத்தின் மிகப் பெரும் உட்பிரிவாக விளங்குவது சுகாதாரத்துறையே. பொருளாதாரத் தில், சுகாதாரத்துறை போன்ற வீச்சு உள்ள துறைகள் வேறு எதுவும் இல்லை. இத்துறையின் சந்தை என்பது. பல இடையூறுகள் இருந்தாலும் உத்திரவாதமான ஒன்று. முதலாளித்துவ அமைப்பில். இன்றைய நவீன மருத்துவம் என்பது நல்வாழ்வுப் பாதுகாப்பை வைத்துக்கொண்டு லாபம் செய்யும் வாய்ப்பை முழுமையாக பயன்படுத்தியிருக் கிறது. பழமையான. தொன்றுதொட்டு வந்த பாரம்பரிய. அனுபவ வைத்தியத்திலிருந்து. பயிற்றுவிக்கப்பட்ட. மற்றும் நிறுவனமயமாக்கப்பட்டுவிட்ட நவீன சூழ்நிலைக்கு நல்வாழ்வு பாதுகாப்பு அல்லது பொது சுகாதாரம் என்பது மாறிவிட்டது. இப்படி நல்வாழ்வுப் பராமரிப்பு சந்தைப் பொருளாக மாறிவிட்டபடியால். இந்தியா உள்ளிட்டு. உலகம் முழுவதும். இத்துறையில் தனியார் ஆதிக்கம் என்பது மேலோங்கி நிற்கிறது.

புதிய மருத்துவ தொழில்நுட்பமும் இத்தகைய முன்னேற்றத்திற்கு உதவியுள்ளது. மேலும் நல்வாழ்வுப் பராமரிப்பு என்பது ஒரு சேவை என்கிற கருத்து வெகு வேகமாக அரிக்கப்பட்டு வருகிறது.

பலதரப்பட்ட வியாதிகளுக்கும். அறிகுறிகளுக்குமான மருத்துவ பராமரிப்புக்கான வாய்ப்புக்கள் தனியார் மருத்துவ துறையில் அதிகம் உள்ளது. இன்று நாடு முழுவதும் அரசு சுகாதார நிலையங்கள் வியாபித்திருந்தாலும். மக்களின் எதிர்பார்ப்பிற்கேற்ப அவைகள் அடிப்படை மருத்துவ வசதியை அளிக்கவில்லை. பொதுத்துறை மூலமாக நல்வாழ்வுத் துறையில் மிகப் பெரும் அளவில் முதலீடு செய்யப்பட்டிருந்தாலும். அவை சரியான திட்டமிடலின்மை யின் காரணமாக அவை அனைத்தும் விரயமாகிக் கொண்டிருக்கிறது. அரசின் பொதுத்துறையில் நல்வாழ்விற்காக ரூ. 20.000 கோடி செலவழிக்கப்படுகிறது (1999-2000) 1.40.000 மருத்துவர்கள் அரசு மருத்துவமனைகளில் பணியாற்று கிறார்கள். 103 மருத்துவக் கல்லூரிகள் அரசால் நடத்தப்படுகின்றன. இவை எல்லாம் இருந்தாலும். மக்களின் எதிர்பார்ப்பிற்கு ஏற்ற சேவை இதனால் கிடைக்காததால் மக்கள், தனியார் மருத்துவமனைகளை - அவற்றின் தரம். திறமை பற்றியெல்லாம் கவலைப்படாமல் அவைகளை பயன்படுத்துகின்றனர்.

சுதந்திரத்திற்குப் பின் மாற்றங்கள்:

பெரும்பாலான மக்களுக்கு குறிப்பாக கிராமப் புறங்களில் வாழும் மக்களுக்கு நல்வாழ்வு பராமரிப்பு வசதிகளை வழங்குவதில் சுதந்திர இந்தியா இன்னும் பெரிய அடிப்படையான மாற்றங்களைக் காணவில்லை. சுதந்திரம் அடைந்ததும் தேசிய நலத்திட்டம் என்று ஒன்று உருவாக்கப்பட்டும் இந்த நிலை தொடர்கிறது. நன்கு ஆராய்ந்து விவாதித்து எழுதப்பட்ட "போரே" குழுவினரின் விரிவானத் திட்டம் இந்திய சூழ்நிலைகளுக்கு பொருந்தக்கூடிய வகையில் வடிவமைக்கப்பட்டிருந்தது நல்வாழ்விற்கான உள்கட்டுமானப் பணிக்காக அரசின் மூலதனங்கள் அன்றிருந்ததைவிட மூன்று மடங்கு அதிகமாக ஒதுக்கப்பட வேண்டும் என அக்குழு கூறியது. எல்லா இடங்களுக்கும், அனைத்து மக்களுக்கும், முழுநேர ஊழியர்கள், மூலமாக இலவச மருத்துவ சேவை கிடைத்திட வேண்டும் என அக்குழு தனது திட்டத்தில் கூறியது.

போரே குழுவின் அத்திட்டம், கிராமப்புற மக்களின் நலன்களை அடிப்படையாகக் கொண்டிருந்தது. அதுவரை கிராமப்புற, நகர்ப்புற நல்வாழ்வு பராமரிப்பில் இருந்துவந்த ஏற்றத்தாழ்வுகளை மிகக் குறுகிய காலத்தில்

1947: சுதந்திரம் கிடைத்த வருடம்

ஜனத்தொகை: 34.4 கோடி
சராசரி வாழ்நாள்: 33 வருடங்கள்
குழந்தை இறப்பு : 1000க்கு 149
5 வயதுக்குள் இறப்பு: 1000-ல் 240
மலேரியா: 7 கோடி பேர் பாதிப்பு; வருடத்தில் 20 லட்சம் பேர் இறப்பு.
டி.பி: 25 லட்சம் பேர் பாதிப்பு; வருடத்தில் 5 லட்சம் பேர் இறப்பு.
பெரியம்மை: வருடத்தில் 70,000 பேர் இறப்பு. 15 சதவீதம் பச்சிளம் குழந்தைகள் பலி.
காலரா: 1,70,000 பேர் மதராஸ் ராஜதானியில் மட்டும் இறப்பு.
தொழுநோய்: 10 லட்சம் பேர் பாதிப்பு.

இன்றைய இந்தியா: 51 வருடங்களுக்குப் பின்னர்

ஜனத்தொகை : 90 கோடி
சராசரி வாழ்நாள்: 61 வருடங்கள்
குழந்தை இறப்பு: 1000-க்கு 74
5 வயதுக்குள் இறப்பு: 1000-க்கு 115
மலேரியா: 90 லட்சம் பேர் பாதிப்பு; வருடத்தில் 10,000 பேர் இறப்பு
டி.பி: 1 கோடி 27 லட்சம் பேர் பாதிப்பு; வருடத்தில் 5 லட்சம்பேர் இறப்பு.
பெரியம்மை: முழுவதுமாக ஒழிக்கப்பட்டு விட்டது.
காலரா: பெரும்பாலும் ஒழிக்கப்பட்டு விட்டது. இப்போது சில இடங்களில் மீண்டும் பரவுகிறது.
காஸ்ட்ரோ என்டரைடிஸ்: அதிகமாகக் காணப்படுகிறது.
தொழுநோய்: குறைந்து வருகிறது

அகற்றிட வேண்டும் என்ற அடிப்படையில் இருந்தது. அந்தத் திட்டம் அமுல்படுத்தப்படும்பொழுது 30 வருடங்களுக்குள் அன்றிருந்ததைவிட பத்து மடங்கு அதாவது 100000 பேருக்கு 567 மருத்துவமனை படுக்கைகள் 62.3 மருத்துவர்கள், 150.8 செவிலியர்கள் என்ற விகிதத்தில் நாடு முழுவதும் நல்வாழ்வு சேவை அதிகரிக்கும். இப்படிப்பட்ட முன்னேற்றம் இருந்திருந்தால் - சுகாதாரத்துறையில் தனியார்துறை ஆதிக்கம் தவிர்க்கப்பட்டிருக்கும்.

வரலாற்றுப்பூர்வமாக பார்க்கும்பொழுது மருத்துவ சேவைகளும், அதற்கான நிதிஉதவியும் விடுதலைக்குப் பிறகும், காலனியாதிக்கக் காலத்தைப் போன்று தான் உள்ளது மேல்தட்டு மக்களை மையமாகக் கொண்ட சேவையே தொடர்கிறது. சுதந்திரத்திற்குப் பின்பு தனியார் மருத்துவமனைகள் மற்றும் மருத்துவ வசதிகளின் விகிதாச்சாரத்தில் மட்டுமே மாறுதல்கள் ஏற்பட்டு உள்ளன. குறிப்பாக கடந்த 20 ஆண்டுகளில் தனியார் மருத்துவமனைகளும், மருந்தகங்களும், மிகப்பெரிய அளவில் அதிகரித்துள்ளன.

தனியார் நல்வாழ்வுத் துறையின் அம்சங்கள்

பொதுவாக கிராமப்பு புறங்களிலும், நகர்ப்புறங்களிலும் மருத்துவ தேவை என்று வருகிறபோது தனியாரின் சேவைதான் அதிகமாகப் பயன்படுத்தப்படுகிறது.

எவ்வளவு பெரியது:

அரசமருத்துவர்கள் தவிர, மற்ற அனைவரும் தனியார் துறையினைச் சார்ந்த மருத்துவர்கள் என்ற நிர்ணயிப்பின் அடிப்படையில், 12 லட்சம் பதிவு பெற்ற மருத்துவர்களில் 1.4 லட்சம் டாக்டர்கள் அரசுத் துறையில் (அதாவது நிர்வாகம், மத்திய நல்வாழ்வுத் துறை, பாதுகாப்பு, ரயில்வே மற்றும் காப்பீட்டுத் துறை போன்றவற்றில் பணியாற்றுபவர்கள் உட்பட) பணியாற்றுகின்றனர். மீதமுள்ள 10,60,000 பேர் தனியார் துறைகளில் உள்ளனர். இவர்களில் 80 சதமானோர் பொருளாதார ரீதியாக நல்ல நிலையில் உள்ளனர் என்று வைத்துக் கொண்டால் அதன் எண்ணிக்கை 8.5 லட்சம், அவர்களிலும் 80 சதமானோர் 6.8 லட்சம் மருத்துவர்கள் சொந்தமாகப் பணிபுரியும் மருத்துவர்களாக உள்னர். இவை அல்லாமம் பதிவு பெறாமலேயே மருத்துவப் பணிபுரியும் மருத்துவர்களையும் கணக்கில் எடுத்துக் கொண்டால் மொத்த மருத்துவர்களின் எண்ணிக்கை 14 லட்சங்கள் ஆகும். அதாவது நம் மக்கள் தொகைப்படி, 700 பேருக்கு ஒரு மருத்துவர் என்ற நிலை, பதிவு பெற்ற மருத்துவர்கள் என்ற அடிப்படையில் பார்த்தால் 1160 பேருக்கு ஒரு மருத்துவர் என்று உள்ளது. இது ஒன்றும் மோசம் இல்லை.

எங்கே உள்ளது?

நகர்ப்புறங்களிலேயே பெரும்பாலான மருத்துவர்கள் உள்ளனர் என்பது நன்கு உணரப்பட்ட உண்மையாகும். 1981-ன் மக்கள் தொகைக்

கணக்கெடுப்பின்படி - நாட்டிலுள்ள பதிவு செய்த மருத்துவர்களில் 59 சதமானோர்ந கர்ப்புறங்களில்தான் இதுவும் குறிப்பாக பெரு நகரங்களில் மட்டுமே உள்ளனர். அலோபதி மருத்துவர்களை எடுத்துக் கொண்டால் இக் கனக்கெடுப்பின்படி 73 சதமானோர் நகரங்களில் குறிப்பாக பெரும் நகரங்களில் உள்ளனர். உதாரணமாக, மராட்டிய மாநிலத்தில், மும்பையில் மட்டும், அம் மாநிலத்தில் உள்ள மருத்துவப் பட்டதாரிகளில் 55 சதமானோர் உள்ளனர். ஆனால் அம் மாநில மக்கள் தொகையில் 12 சதம் மட்டுமே மும்பையில் உள்ளனர். இதன் விளைவாக நோய்வாய்ப்படும் எவரும், இவர்கள் குவிந்து கிடக்கும் இந்த இடங்களையே நாடிச் செல்ல வேண்டியுள்ளது. கிராமப்புற மக்கள் இருப்பதைக் கொண்டே திருப்தியடைய வேண்டியிருக்கிறது. அல்லது இவர்களைத் தேடி நகர்ப்புறங்களை நோக்கி செல்ல வேண்டியுள்ளது. நகர்ப்புற மக்களும் செலவு செய்கிறார்கள் என பல ஆய்வுகள் தெரிவிக்கின்றன. எனவே கிராமப்புறங்களை நோக்கி பயிற்சி பெற்ற மருத்துவர்கள் செல்வது, பொருளாதார ரீதியாக பயன் அளிக்கக்கூடியதே.

இந்திய மருத்துவத்தில் பலவித பிரிவுகள் உள்ளன. அலோபதி அல்லது நவீன மருத்துவ முறை, ஹோமியோபதி, ஆயுர்வேதம், யுனானி, சித்த வைத்தியம் என்பவை ஒரு சில முக்கியமான அங்கீகரிக்கப்பட்ட முறைகளாகும். இவை தவிர இயற்கை மருத்துவமான யோகா, சிரோபிராக்டிக் போன்ற இதர பிரிவுகளும் உள்ளன. மேலும், எந்தவிதமான முறையான பயிற்சியுமின்றி எந்தவித சான்றுமின்றி மருத்துவ சிகிச்சை செய்பவர்களும் அதிக அளவில் உள்ளனர். இதன் காரணமாக எழும் முக்கியமான கேள்விகள் - இப்படி பல்வேறு பிரிவுகளில் சிகிச்சை செய்யும் மருத்துவர்களின் பால் நமது கண்ணோட்டம் எப்படி இருக்க வேண்டும், அவர்களது தரத்தை எப்படி உறுதி செய்வது, மக்கள் தொகைக்கேற்ப இவர்களை எவ்வாறு பிரித்து மருத்துவ சேவைக்கு அனுப்புவது, எத்தகைய நல்வாழ்வுப் பராமரிப்பில் அவர்களை ஈடுபடுத்துவது போன்றவையாகும். நம்மைப் பொருத்தவரை அரசின் கொள்கைகளை வகுப்பவர்கள் இவைகளை கவனத்தில் கொண்டிருக்க வேண்டும். இப்படிப்பட்ட விஷயத்தில், ஒரு சரியான ஆலோசனை நடைமுறைப்படுத்தப்படாவிட்டால் இன்றைய நிலை தொடரும். இன்று அலோபதி மேலோங்கிய முறையாகும். ஹோமியோபதி ஆயுர்வேத சான்றுகள் வைத்துக் கொண்டு அலோபதி செய்வது பெரும்பாலானவர்கள். அலோபதியில் பலன் கிடைக்காதபோது மட்டுமே ஹோமியோபதி, ஆயுர்வேதத்தை நாடவேண்டிய நிலை வளர்கிறது. எல்லோருக்கும் குறைந்தபட்ச தரமான மருத்துவ சிகிச்சை கிடைக்க வேண்டுமெனில், பல்வேறு மருத்துவமுறைகளை ஒழுங்குபடுத்தி இணைக்க வேண்டிய கட்டாயம் உள்ளது.

மருத்துவப் பயிற்சி பெற உரிமம் எவ்வாறு தரப்படுகிறது?

பதிவு செய்யப்பட்ட பிறகுதான் ஒருவர் சட்ட ரீதியாக மருத்துவராக பணியாற்ற முடியும். பதிவு செய்யாத எவரும் நோயாளிகளுக்கு சிகிச்சையளிக்க வில்லை என்கிற உத்திரவாதத்தை உபயோகிப்பாளருக்கு வழங்க வேண்டிய

பொருப்பும், கடமையும் சம்மந்தப்பட்ட அதிகாரிகளுக்கு உள்ளது. ஆனால் பல மருத்துவக் குழுக்கள் இதில் அலட்சியமாக உள்ளதை நாம் பார்க்கிறோம். இதன் விளைவாக பதிவு செய்யாமலும், முறையான பயிற்சி பெறாமலும், சரியான தகுதி இல்லாமலும் பலர் மருத்துவப் பணியில் ஈடுபடுவதும் உள்ளது. இப்படியாக சட்டமும், இதனை அமுல்படுத்தும் நிர்வாகமும் இருந்த போதிலும், இவை அலட்சியப்படுத்தப்படுகின்றன.

எவ்விதமான பாதுகாப்புக்களை அது தருகிறது?

மக்கள் பொதுவாக நோய்வாய்ப்படும்போது முதலில் அருகில் உள்ள ஒரு மருத்துவரையோ, அல்லது ஒரு ஆரம்ப சுகாதார நிலையத்தையோ அல்லது ஒரு பொது மருத்துவமனையையோ அணுகுகிறார்கள். அருகில் உள்ள பொது மருத்துவரைத் தான் பலர் - அதாவது 60 சதவீதம் முதல் 85 சதவீதம் வரை அணுகுகிறார்கள் என்று பல்வேறு ஆய்வுகள் கூறுகின்றன. அப்படி அணுகுகிறவர்களில் பத்தில் ஒருவர்தான் சிறப்பு மருத்துவரை, அல்லது ஒரு குறிப்பிட்ட பிரிவில் விஷேசத் தகுதி பெற்றவரை அணுகுமாறு அனுப்பி வைக்கத் தேவைப்படுகிறது. தற்காலத்திய மருந்துகள் பலதரப்பட்ட நோய்களுக்கான சிகிச்சையை மிகவும் எளிதாக்கியுள்ளது. ஆனால் அதே சமயம் அது வணிகமயமாக்கப்பட்டதன் காரணமாக, நன்மைகளைவிட பிரச்சினைகளையே அதிகமாக்கிவிட்டது. மருந்து உற்பத்தித் தொழிலும், மருத்துவ உபகரண உற்பத்தித் தொழிலும் மருத்துவப் பணிக்குரிய சில தீய பாதிப்புக்களை ஏற்படுத்தியுள்ளன. இன்றைய சந்தைப் பொருளாதாரத்தில் மருந்து உற்பத்தியாளர்கள் மருத்துவர்கள் உதவியுடன், மருந்து விற்பனையை அதிகரிக்கச் செய்துள்ளனர். தேவையற்ற பல மருந்துகளை உட்கொள்ளச் சொல்வது, அதேபோல் தேவையில்லாமல் நவீன CT ஸ்கேன், ECGபோன்ற பலவிதமான மருத்துவப் பரிசோதனைகளுக்கு உட்படுத்துவது, மேலும் தேவையில்லாதபோதே சிறப்பு மருத்துவர்களை குறிப்பிட்டத் துறையில் விசேஷத் தகுதி பெற்றவர்களை அணுகச் சொல்வது என்பது போன்ற நிகழ்வுகளும் ஏற்படுகின்றன. இப்படி மருத்துவர்களுக்கிடையேயும் மருத்துவப் பொருட்களை விற்பனை செய்யும் வர்த்தகர்களுக்கிடையேயும் ஒரு ஒருங்கிணைப்பும் கமிஷன் பெறும் ஏற்பாடும் உள்ளது.

தனிநபர் மருத்துவமளிக்கும் நிலையிலிருந்து பெரும் லாபகர நிறுவனமாதல்

சுகாதாரத் துறையில் திட்டமிட்ட மேம்பாட்டிற்கு என எந்தவிதமான அணுகுமுறைகளையும் சுகாதார அமைச்சகம் மேற்கொள்வதில்லை. திட்டக் குழுவின் கவனம் பொதுத்துறையின் மீது மட்டுமே உள்ளது. மருத்துவத் துறையைப் பொருத்தவரை தனியார் துறையின் ஆதிக்கமே அதிகம் உள்ளது என்பதை புரிந்துகொண்ட போதிலும் அதனையும் கனக்கிலெடுத்து திட்டமிடப்படவில்லையென்றால் அத்திட்டம் அர்த்தமற்றதே. ஆனால்

நிலைமை என்ன? தனியார் துறை பற்றிய புள்ளி விபரம் கிடைப்பதே கடினம். இதற்கு அடுத்தபடியாக நமக்குக் கிடைக்கக் கூடிய ஓரளவு சரியான புள்ளி விபரம் என்பது மருந்து உற்பத்தியைப் பற்றியதே. இதில் தனியார் நிறுவனங்களே 90–95% மருந்துகளை உற்பத்தி செய்கிறது.

இந்தியாவில் தனியார் மருத்துவமனைகளும், அதில் உள்ள படுக்கைகளும் வேகமாக அதிகரித்தது எழுபதுகளின் மத்தியில்தான், 1974ல் 14% ஆக இருந்த தனியார் மருத்துவமனைகளின் எண்ணிக்கை 1995ல் 68% ஆக உயர்ந்தது. இந்த வளர்ச்சி என்பது இடைவிடாது தொடர்ந்து நிகழ்ந்து வருகிறது. மருத்துவத் துறையின் புதிய தொழில்நுட்பங்களின் வளர்ச்சியும், சிறப்புத் தகுதி பெற்று மருத்துவக் கல்லூரிகளிலிருந்து வெளி வந்த மருத்துவர்களின் எண்ணிக்கை அதிகரிப்பும், மருத்துவமனை எண்ணிக்கை வளர்ச்சியோடு இணைந்து செல்கின்றன.

இந்தத் தனியார் மருத்துவமனைகளும் அதனுடைய வளர்ச்சியுனூடே மற்றுமொரு மாற்றத்தை நோக்கி வேகமாகச் செல்கின்றன. பெரிய முதலாளிகள் குழுமங்களின் பங்கேற்பு என்பதே இம்மாற்றமாகும். மருத்துவத் தொழிலில் ஏற்பட்டுள்ள தொழில்நுட்ப வளர்ச்சி என்பது, இங்கும் மூலதனக் குவியலை ஏற்படுத்தி உள்ளது. தனி மருத்துவரின் பிடிப்பு குறைய, புதிய தொழில்நுட்பங் களின் பாதிப்பு அதிகரிக்க, இந்தக் குழுமங்களின் பிடி இனி உறுதியாகும். புதிய தொழில்நுட்பங்கள் இப்படிப்பட்ட குழுமங்களின் முதலீடுகளுக்கு உதவி புரிகின்றன. அடுத்து இத்துறையில் நுழைய இருக்கும் தனியார்துறை காப்பீடும் சேர்ந்து மூலதன மேலாதிக்கத்தை உறுதி செய்யும்.

மருத்துவத் துறையில் மனித சக்தி வளர்ச்சி

நவீன உலகின் மருத்துவக் கல்வியும், பயிற்சியும் பெரும்பாலும் பொதுத்துறை மூலம்தான் வழங்கப்படுகிறது. கடந்த பத்தாண்டுகளுக்கு முன்பு வரை, தனியார் துறை எதுவும் மருத்துவக் கல்வியிலும் பயிற்சியிலும் அதிக நாட்டம் காட்டவில்லை. எனவே மருத்துவர்களையும், செவிலியர்களையும் உருவாக்க வேண்டிய முழுப் பொறுப்பும் அரசாங்கத்தின் தோள்களில் இருந்தது. ஆனால் சப்ப காலமாக தனியார் மருத்துவக் கல்லூரிகளின் எண்ணிக் கைப் பெருகிக் கொண்டே இருக்கிறது. அவற்றில் பல மருத்துவக் கல்வியை போதிப்பதற்குரிய போதிய வசதிகளும் தரமும் இல்லாமல் உள்ளதோடு இந்திய மருத்துவக் குழுவின் அங்கீகாரம் பெறாமலேயே இயங்கி வருகின்றன. தனியார் துறையின் வளர்ச்சியைக் கட்டுப்படுத்துவதற்கு உரிய நெறிமுறைகள் அரசிடம் இல்லை என்பதோடு அதனைக் கட்டுப்படுத்தும் விருப்பமும் அரசிடம் அறவே இல்லை. இதன் காரணமாக இப்படிப்பட்ட தனியார் மருத்துவக் கல்வி நிறுவனங்கள் அதிகரித்திருக்கின்றன. மேலும் பொதுத் துறையில் மருத்துவப் பயிற்சிக்கான இடங்களை அதிகரிக்காததும், வெளிநாடுகளில் மருத்துவர் களுக்கான தேவை அதிகமாக இருப்பதாலும் இப்படிப்பட்ட நிறுவனங்களின் எண்ணிக்கை அதிகமாகி வருகிறது. பல கட்டுப்பாடுகள் இருந்தபோதிலும், அயல் நாடுகளுக்குச் செல்லும் மருத்துவர்களின் எண்ணிக்கை ஆண்டுதோறும்

அதிகமாகி வருவதை நாம் கவனிக்க வேண்டும். ஆண்டுதோறும் 4000லி ருந்து5000 வரையான மருத்துவர்கள் அயல்நாடு சென்று விடுகின்றனர். ஒரு மருத்துவரை உருவாக்க இன்றைய மதிப்பில் ரூ. 10 லட்சம் செலவாகிறது என்று வைத்துக் கொண்டால் ஆண்டு ஒன்றுக்கு நாம் சுமார் நானூறில் இருந்து ஐநூறு கோடி ரூபாய் வரை இழக்கிறோம்.

இதற்கு மாறாக ஆயுர்வேதம், ஹோமியோபதி, மற்றும் யுனானி மருத்துவத்திற்கான கல்லூரிகள் பெரும்பாலும் தனியார் துறையில்தான் உள்ளன. அவற்றிற்கு அரசின் உதவித் தொகை மிகவும் குறைவே. தனியார் சந்தைக் கென்றே உருவாக்கப்பட்ட இந்த மருத்துவர்கள், போதிய கட்டுப்பாடுகள் இல்லாததால் அலோபதி மருத்துவ முறையில் ஈடுபட ஆரம்பித்து விடுகின்றனர். லாபகரமான, நவீன, அலோபதி மருத்துவத்தில் தொழில் புரிய நீங்கள் அலோபதி அல்லாத வேறு எந்தப் பிரிவிலாவது பட்டம் வாங்கினால் போதும் என்பது அனைவரும் அறிந்த ரகசியம்.

செவிலியர்கள் பற்றிய கதையோ மருத்துவர்களிலிருந்து சற்று மாறுபட்டது. முதலில் போதுமான அளவு செவிலியர்கள் பயிற்றுவிக்கப்படவில்லை என்பதோடு, அப்படி பயிற்றுவிக்கப்பட்டவர்களும் அரசாங்கத்தால் பணிக்க மர்த்தப்படுகிறார்கள் அல்லது வெளிநாடு சென்று விடுகிறார்கள். இந்தியாவில் செவிலியர்களைவிட மருத்துவர்கள்தான் அதிகம் உருவாக்கப்படுகிறார்கள் என்பதுதான் வேடிக்கை. தனியார் மருத்துவமனைகளில் பயிற்றுவிக்கப்பட்ட செவிலியர்களுக்கானத் தேவை என்பது குறைவு. ஏனெனில் அவர்கள் அரைகுறை பயிற்சி பெற்றவர்களையோ, அல்லது பணியில் சேர்ந்தபின் பயிற்சி பெறுபவர்களையோ நியமித்துக் கொள்கின்றனர். இவற்றை நெறிப்படுத்துவது குறித்தும்அரசாங்கமோ அல்லது மருத்துவக் கவுன்சிலோ, அல்லது செவிலி யர் கவுன்சிலோ அக்கரை கொள்வதில்லை.

கிட்டத்தட்ட 700000 அங்கீகாரம் பெற்ற மருத்துவர்களையும், அதற்கிணை யான எண்ணிக்கையில் உள்ள அங்கீகாரம் பெறாத, சொந்தமாக தொழில் செய்யும் வைத்தியர்களையும் சேர்த்தால், உலகிலேயே மிகப்பெரிய தனியார் சுகாதாரத் துறை என்பது இந்தியாவில்தான் உள்ளது. அது எந்தவிதமான கட்டுப்பாடுகளும் இல்லாமல் உள்ளது. இந்தத் தனியார் மருத்துவத் துறை என்பது நோய் சிகிச்சையை மட்டும் அதுவும் கட்டணத்திற்கு மட்டுமே அளிக்கும் துறையாக உள்ளது.

மருந்து மற்றும் மருத்துவ சாதன உற்பத்தி

தனியார் மருந்து உற்பத்தி தொழில்தான். இன்று மருத்துவத் தொழிலை இழுத்துச் செல்லும் என்ஜின் போன்று உள்ளது. மருந்து உற்பத்தியில் ஈடுபட்டுள்ள நிறுவனங்களின் ஒட்டுமொத்த வியாபாரம் என்பது ஆண்டு ஒன்றுக்கு 16,000 கோடி ரூபாய்களாகும். இதில் 90 சதமானது மருந்து உற்பத்தி யில் உள்ள தனியார் நிறுவனங்களைச் சேரும். மிகச் சிறிய கிராமப்புறங்களைக் கூட மருந்து உற்பத்தியாளர்கள் விட்டு வைக்கவில்லை. அங்கீகாரம் இல்லாத பாரம்பர்ய வைத்தியர்களைக் கூட தங்களின் விற்பனைச் சந்தையை விரிவாக்க

தனியார் மருத்துவத்துறை பயன்படுத்துகிறது. தனியாகவும் மருத்துவத் தொழில்புரியும் மருத்துவர்களைப் பற்றிய புள்ளி விபரங்கள் ஒருவரிடம் உண்டு என்றால், அது மருந்து உற்பத்தியாளர்களிடம் மட்டுமே. மருந்து விற்பனை, பிரதிநிதிகள் மூலம் ஏற்படுத்தியுள்ள தொடர்புகளால், தனியார் மருத்துவத் துறையின் அனைத்து அம்சங்கள் பற்றியும், மருந்து உற்பத்தித் தொழில் அறிந்துள்ளது. அலோபதி அல்லாத, குறிப்பாக ஹோமியோபதி, மற்றும் ஆயுர்வேத மருந்து உற்பத்தி தொழிலும் சற்று பெரியதுதான். ஆனால் அது பற்றிய ஒரு முறையான, முழுமையான தகவல் என்பது இல்லை. ஆயுர்வேத மருந்து தயாரிப்புகளும் கோடிக்கணக் கான ரூபாய்க்கு வியாபாரம் செய்யப்படுகிறது. அவற்றிலும் பெரும்பாலானவை தனியார் துறையைச் சார்ந்தவையே.

நுகர்வோரின் முக்கியப் பிரச்சினை என்பது விலை அதிகரிப்பதுதான். கடந்த 2-3 ஆண்டுகளில் அத்தியாவசியமான மருந்துகளின் விலை இரு மடங்கிற்கு மேல் உயர்ந்து விட்டது. இது தனியார் மருத்துவத் துறையில் மட்டுமல்லாது, அரசுத் துறையில் அரசின் உதவி பெறும்போதும் செலவுகளை அதிகரித் துள்ளது. காரணம், அரசின் பொதுத்துறை, மருந்தின் விலையேற்றத்திற்கேற்ப தங்களின் பட்ஜெட் தொகையை உயர்த்தவில்லை.

மருத்துவ சாதன உற்பத்தி தொழில் என்பது, மருந்து உற்பத்தித் தொழிலோடு பார்த்தால், சிறிய அளவில்தான் ள்ளது. இந்தியா இந்தத் தொழிலின் உற்பத்தியைவிட நவீன தொழில்நுட்ப கருவிகளின் இறக்குமதியைத்தான் அதிகமாக எதிர்பார்த்து உள்ளது. ஆனால் உற்பத்தியை அதிகரிப்பதற்கான அறிகுறிகள் தென்படுகிறது. 1986-87ல் இறக்குமதி 65 கோடி ரூபாயாக இருந்தது. ஏழாவது ஐந்தாண்டு திட்டத்தின் எதிர்பார்ப்பு என்பது, ரூ. 900 கோடிக்கான தேவை இருக்கும் என்பதே இன்று இதைவிட பல மடங்கு அதிகரித்துள்ளது.

பொதுத் துறையும் தனியார் துறையும்

தனியார் துறை அதன் திறமையினால் நன்கு வளர்கிறதென்றும், பொதுத்துறை திறமையின்மையினாலும் மக்களின் ஆதரவை இழந்துள்ளதாலும் வளரவில்லை என்றும் உள்ள மாயையை நாம் உடைக்க வேண்டும். உண்மையில் பொதுத் துறையினை சீரழித்து தனியார் துறையினை வளர்ப்பதே அரசாங்கத்தின் கொள்கையாக உள்ளது. நேரடியாகவும், மறைமுகமாகவும் தனியார் துறைக்கு அளிக்கப்படும் அரசின் ஆதரவால்தான் நல்வாழ்வுத் துறையிலும் தனியார்மய நடவடிக்கைகள் ஊக்குவிக்கப்படுகின்றன. உதாரணத்திற்கு சில நிகழ்வுகள் பின் வருமாறு.

- ஏற்கனவே கூறியுள்ளபடி மருத்துவக் கல்வி என்பது அரசு நிதி உதவியுடன் நடக்கிறது. இந்த அரசின் கல்வியினால் அதிக பலன் அடையும் மருத்துவர்கள் படித்து முடித்து வெளியே வரும்போது தனியாக தனது தொழிலைத் தொடங்குகிறார்கள். அவர்களுக்கு அரசு பல சலுகைகளையும் மானியங்களையும் தனியாக தொழில் துவங்கவும், மருத்துவமனைகள் அமைக்கவும் வழங்குகிறது. மேலும் ஊக்கத் தொகைகள், வரிச்சலுகைகள், வரியிலிருந்து விதிவிலக்குக் காலங்கள், எனப் பல்வேறு சலுகைகளை மருந்து உற்பத்தித் தொழிலுக்கும் மற்றும் மருத்துவ சாதன உற்பத்தித் தொழிலுக்கும் அரசு வழங்குகிறது.
- அரசே மருந்துக்கான கச்சாப் பொருட்களை உற்பத்தி செய்து, அவற்றை தனியார் துறையிலுள்ள மருந்து உற்பத்தி நிறுவனங்களுக்கு மிகக்குறைந்த விலைக்கு விற்பனை செய்கிறது. அது மட்டுமல்ல புதிய மருத்துவத் தொழில்நுட்பத்தால் உருவாக்கப்பட்ட விலையுயர்ந்த மருந்து மற்றும் மருத்துவ சாதனங்கள் இறக்குமதிக்கு இறக்குமதி வரி மற்றும் ஏனைய வரிச் சலுகைகள் அளிக்கப்படுகிறது.
- மிக லாபகரமாக இயங்கும் பல தனியார் மருத்துவமனைகள் இன்று அறக்கட்டளைகள் என்ற பெயரில் இயங்க அரசு அனுமதித்துள்ளது. இதன் மூலம் பல வரிச் சலுகைகள் அவர்களுக்குக் கிடைக்கின்றன. அவர்கள் எவ்வளவுதான் நோயாளிகளிடம் வசூலித்தாலும் அரசிற்கு எதுவும் செலுத்துவதே இல்லை.
- பல கிராமப்புறங்களில் அரசு செய்ய வேண்டிய பல சுகாதார நடவடிக்கைகளை, அரசு சாரா நிறுவனங்களை ஒப்பந்த அடிப்படையில் பணிபுரிய அரசு அனுமதிக்கிறது. இதன் மூலம் மக்கள் மத்தியில் அரசுத் துறை மீது அவநம்பிக்கை ஏற்படுவது மட்டுமல்ல, தனியார்மயத்தை ஆதரிக்கும் மனப்பான்மை வளரவும் வழிவகுக்கிறது.
- கிராமப்புறங்களில் அங்குள்ள மக்களுக்கு நவீன மருத்துவ உதவி கிடைக்க வேண்டும் என்பதற்காக அங்கு ஆரம்ப சுகாதார நிலையங்கள் திறக்கப்பட்டன. ஆனால் போதிய வசதி ஏற்படுத்திக் கொடுக்காததால், அதுவும் தனியார் துறை நுழைவதற்கு மட்டுமே வழி வகுக்கிறது. ஆரம்ப சுகாதார நிலையங்களில் பணிபுரியும் மருத்துவர்களே அப்பகுதியிலேயே தனியாக மருத்துவப்பணி புரிய ஆரம்பித்து விட்டனர்.
- மருத்துவமனைகள் மற்றும் ஆரம்ப சுகாதார நிலையங்கள் கட்டுவதற்கான பணிகளை ஒப்பந்தக்காரர்களிடம் அரசு ஒப்படைக்கிறது. இதன் மூலம் அவர்கள் கோடிக்கணக்கில் பணம் சம்பாதிக்க வழி செய்யும் அரசு, அந்த மருத்துவமனைகளிலும், ஆரம்ப சுகாதார நிலையங்களிலும் போதுமான உபகரணங்கள் மருந்துகள், போன்ற உட்கட்டமைப்புக்களை வழங்காததன் மூலம் இவை அனைத்தும் நன்கு பயன்படுத்த முடியாத அளவில் சில சமயம் வீணாக்கப்பட்டு வருகிறது.
- பெரிய மருத்துவமனைகள் கட்டுவதற்காக அரசு கையகப்படுத்தி வைத்திருந்த நிலங்களை தனியார் மருத்துவமனைகள் கட்ட எந்தவித பிரதிபலனும் இல்லாமல் தனியாரிடம் வழங்குகிறது.
- மருத்துவ மற்றும் மருந்து ஆராய்ச்சிகள் பெரும்பாலும் அரசு நிறுவனங்களில்தான் நடைபெறுகின்றன. இருந்தபோதிலும் இதனால் பெருமளவில் பயன்பெறுபவர்கள் தனியார்களே. மருந்து, மருத்துவம், மற்றும் அறுவை சிகிச்சை முறைகள் கருவிகள் மேம்பாடு முதலியவற்றை

அரசு நிறுவனங்களே மேற்கொள்கிறது. ஆனால் அவற்றின் விற்பனை, வாணிபம், அதன் லாபம் ஆகியவற்றை தீர்மானிப்பது தனியார்துறையே.

- அரசு மருத்துவமனைகளில் பல உயர்ந்த நிலையில் கௌரவப் பணிபுரியும் பலர் தனியாக மருத்துவத் தொழில் புரிகின்றவர்களாக உள்ளனர். அவர்கள் இப்பதவியினை வகிப்பதே, இதன் மூலம் தங்கள் சொந்த நலனைப் பெருக்கிக் கொள்வதற்குத்தான்.
- சமீபகாலமாக அரசு நல்வாழ்வு சேவையில் சில குறிப்பிட்ட சிகிச்சைகளுக்கு மருத்துவ வசதிகளைப் பயன்படுத்த கட்டண முறையை அறிமுகப்படுத்தியுள்ளது. இது ஒரு வகையில் பொதுத் துறையில் தனியார் துறையை நுழைப்பதேயாகும். ஏன் எனில் படிப்படியாக இப்படிப்பட்ட சிகிச்சை நுகர்வோரின் பணபலத்தை ஒட்டியே அமைந்து விடும். வசதியற்றவர்களுக்கு இது கிடைக்காமலே போய்விடும். பொதுச் சேவையில் இத்தகைய வருமானத்தை ஏற்படுத்துவது அது வசதி படைத்தவர்களுக்கான சேவையாக மாற வழி வகுக்கும். சில விஷேஷ துறைகளில் அல்லது சிறப்புப் பிரிவுகளில் இப்படிப்பட்ட முறை அமுலில் உள்ளதும், அதன் நடைமுறையுமே இதற்கு ஆதாரமாகும்.
- மருத்துவப் பணிகளில் தனியாரின் ஆதிக்கம் பெருகுவதை அரசாங்கம் கட்டுப்படுத்தவில்லை மருத்துவ பராமரிப்பிலோ, மருத்துவ ஒழுக்கத்திலோ, அதனுடைய பகுத்தறிவற்ற தன்மையிலோ, அதனுடைய லாபம் குறித்த அம்சங்களிலோ துரதிருஷ்டவசமாக மருத்துவச் கவுன்சிலோ, அல்லது அரசாங்கமோ எந்தவித கட்டுப்பாடுகளையும் கொண்டிருக்கவில்லை.

மேலே கூறப்பட்டவை எல்லாம். எவ்வாறு மருத்துவத்தில் தனியார் துறை, அரசாங்கத்தாலேயே பயன்படுத்தப்படுகிறது என்பதற்கான உதாரணங்களாகும் தாராளமயமாக்கல் எனும் இன்றைய சூழலில் உலகவங்கியின் அறிவுரைப்படி ஒரு குறிப்பிட்ட சேவைகளை, குறிப்பிட்ட மக்களுக்கு மட்டுமே வழங்கலாம். என அதன் வரம்பு நிர்ணயிக்கப்பட்டுள்ளது. இனி மருத்துவ உலகில் தனியார் துறை என்பது தாவிக்குதித்து முன்னேறிச் செல்லும். இதன் விளைவாக மிகப்பெரும்பான்மை மகக்களுக்கு நல்வாழ்வுப் பாதுகாப்பு என்பது பிரச்சினையாகி மேலும் மோசமாகும்.

தனியார் நல்வாழ்வு துறையினை நெறிப்படுத்துதல்

நாட்டின் நல்வாழ்வுப் பராமரிப்பில் நான்கில் மூன்று பங்கு இன்று தனியார் துறையில்தான் உள்ளது. இருப்பினும் தனியார் மருத்துவத்துறையை நெறிபடுத்த பல விதிகள் இருந்தும் அவை இன்னும் நெறிபடுத்தப்படாமலே உள்ளன. எடுத்துக்காட்டாக, மருத்துவ முறையில் பல்வேறு பிரிவுகளில், மருத்துவப் பணி மேற்கொள்வோர் மருத்துவக் கவுன்சிலின் சம்மந்தப்பட்ட துறையில் தங்களது தகுதியை பதிவு செய்து கொண்ட பின்னரே அவர்களுக்குரிய துறையில் மருத்துவத்தை தொடரலாம் என உறுதிப்படுத்த வேண்டும். ஆனால் நடைமுறை அப்படி இல்லை என்பதுதான் உண்மை. பதிவு செய்யாமலேயே தகுதியற்ற பலர் மருத்துவப் பணியில் ஈடுபடுகின்றனர். மேலும் ஒரு மருத்துவ

முறையில் பட்டம் பெற்றுவிட்டு, வேறு ஒரு மருத்துவ முறை சிகிச்சை அளிப்பவர்கள் உள்ளனர் என்பதனையும் நாம் காணமுடிகிறது.

பகுத்தறிவிற்கு ஒவ்வாத பல செயல்களும், பல தவறான நடவடிக்கைகளும் பரவிக் கிடப்பதையும் நாம் காண முடிகிறது. ஒவ்வொரு மருத்துவ முறைக்கும் முறையான சீரான கட்டணம் என்பதும் இல்லை, பல தனியார் மருத்துவமனைகளின் சேவையில் தேவையான தரம் இருப்பதில்லை. மாறாக பொதுத் துறையில் இயங்கும் மருத்துவ துறையில் அங்கு இயங்கும் அதிகார அமைப்பினால் குறைந்தபட்ச தேவைகளையாவது, நெறிமுறைகளையாவது அவை கொண்டுள்ளன. தகுதிற்ற நபர்கள். மருத்துவ தொழில்நுட்ப பிரிவுகளில், அல்லது மருத்துவராக நியமிக்கப்படுவதில்லை. மேலும் சில அடிப்படையான வசதிகளும், சூழ்நிலைகளும் இல்லாதபோது சிகிச்சை முறை அளிக்கப்படு வதில்லை. மேலும் பொதுத் துறையில் இயங்கும் மருத்துவப் பிரிவு என்பது தணிக்கைக்கு உட்பட்டது. ஆனால் தனியார் துறையில் இது எதுவும் இல்லை.

தனியாக மருத்துவம் பார்க்கும் முறை எந்தவிதமான கட்டுப்பாடும், நெறிமுறையும் இல்லாமல் நீண்ட காலமாக இயங்குகிறது. கடந்த 10 ஆண்டுகளாக இவற்றை சரிசெய்யும் வகையில் நிர்பந்தம் அதிகரித்து வருகிறது. நோயாளிகள், நுகர்வோர் அமைப்புக்கள் மற்றும் பல பொதுநலக் குழுக்கள் போன்றவை தனியார் மருத்துவத்தை கண்காணித்து அதற்குரிய நஷ்ட ஈடு கோருவதோடு அவர்களுக்கெதிரான ஏனைய நடவடிக்கைகளையும் மேற் கொள்கிறார்கள், குறைந்தபட்ச தரம் நிர்ணயிக்கப்பட முயற்சிக்கின்றனர். ஏற்கெனவே இருக்கக்கூடிய சட்ட திட்டங்களை அமுல்படுத்தவும், தேவைப்

இப்படிப்பட்ட
கட்டுப்பாடுகள்
ஒரு தேசிய
நல்வாழ்வு
இலக்கின் ஒரு
பகுதியாகத்தான்
இருக்க முடியும்

பட்டால் இப்படி நல்வாழ்வுத் துறையில் தனியார் அதிகமாக வியாபித்துள்ள நாடுகளில் உள்ளது போன்ற சட்டதிட்டங்களை பரிசீலித்து புதிய நெறிமுறைகளை உருவாக்கவும் முயல்கிறார்கள். நல்வாழ்வுக் கொள்கையில் ஒரு மிகப்பெரிய மாற்றமும் - மறு சீரமைப்பும் ஏற்பட உள்ளது. என்பதுதான் இதன் அர்த்தம். தனியார் பங்கு என்பது கிட்டத்தட்ட ஒரு கட்டுக்குள் வந்துள்ளது. இனி தனியார் மற்றும் பொதுத்துறை முறையாக ஒருங்கிணைக்கப்பட்டு அவற்றின் சேவை அனைவருக்கும் கிடைக்க வகை செய்ய வேண்டும்.

புதிய கொள்கை என்பது - அரசுத் துறையினை பலப்படுத்தும்

புதிய திட்டமிடல் என்பது அரசின் மருத்துவத் துறையை பலப்படுத்துவதிலும். தனியார் மருத்துவத் துறையை நெறிப்படுத்தி ஈடுபடுத்துவது குறித்தும் கவனம் செலுத்த வேண்டும். தனியார் துறை என்பது மிகப்பெரிய அளவில் உள்ளது. தரம் எப்படி இருப்பினும் அதன் வலைப் பின்னல் பரந்துப்பட்டு உள்ளது. அரசுத் துறையை விட பன்மடங்கு பெரியது என்பதனை நாம் அங்கிகரித்தே ஆக வேண்டும். நெறிப்படுத்துவதன் மூலமாகவும். ஒரு ஈடுபாட்டை ஏற்படுத்துவதன் மூலமும் இந்தத் தனியார் துறையும் பொதுத்துறையும் இணைந்து செயல்பட்டு அனைவருக்கும் பயன்படும் வகையில் நல்வாழ்வுப் பாதுகாப்புப் பணியில் ஈடுபட வேண்டும். தேசிய அளவிலான, ஒரு சீரான, சமமான நல்வாழ்வுப் பாதுகாப்பு முறை வரவேண்டும் என்பதைத்தான் நாம் சொல்ல விரும்புகிறோம். இந்த இரண்டு

தனியார்மயப்படுத்து

அதைக் கட்டுப்படுத்து

துறைகளும் அனைவருக்கும் பயன்படும் வகையில் ஒரே குடையின் கீழ் வரவேண்டும். மக்களின் குறைந்தபட்ச அடிப்படை மருத்துவத் தேவை குறித்து அறிந்து அது அனைத்து மக்களுக்கும் அவர்களது தேவையின் போது இலவசமாகக் கிடைக்கச் செய்யவேண்டும். உலகவங்கி தனியார்மயத்தை வேகமாகப் புகுத்த நிர்பந்தித்தாலும். நெறிப்படுத்தல் பற்றி ஏதும் சொல்லவில்லை. இருப்பினும் மேலை நாடுகளில் மருத்துவத்துறையைப் பொருத்தவரை முறைப்படுத்தப்பட்ட நெறிமுறைகள் உள்ளன.

நெறிப்படுத்துதல். தர உத்திரவாதம். கட்டுப்படுத்தப்பட்டவிலை. தொழிலில் பகுத்தறிவோடு கூடிய அணுகுமுறை போன்ற மாற்றங்கள் ஏற்படக்கூடிய காலத்தின் வாயிலில் நாம் நிற்கிறோம். நல்வாழ்வுத் துறையில் நுழையவிருக்கும் தனியார் காப்பீட்டு நிறுவனங்கள் தங்களது லாப நோக்கத்திற்கான பல விதிகளை ஏற்படுத்தும். இது தரத்தை சற்று உயர்த்த உதவினாலும், சில நிபந்தனைகளுக்கு உட்படுத்தினாலும், இது ஏழை எளிய மக்களுக்கு. மிகப் பெரிய உதவி ஏதும் செய்திடப் போவதில்லை. தனியார் காப்பீட்டு நிறுவனங்கள் வசதி படைத்தவர்களுக்குத்தான் உதவிகரமாக உள்ளது. மேலும் தனியார் காப்பீட்டு நிறுவனங்களின் நுழைவுக் கட்டணத்தை உயர்த்த வழி வகுக்கும். தனியார் காப்பீட்டுத்துறை சேவைக் கட்டணத்தை அதிகரிப்பதோடு வசதிபடைத்தவர்களுக்கே உதவுகிறது என்பதே உலகம் முழுவதும் உள்ள அனுபவம். அரசு நல்வாழ்வுப் பாதுகாப்பு அளிக்க வேண்டிய அவசியம் இருக்காது. அதற்காக அரசுத்துறைக்கு. சுகாதாரத்தில் எந்தவிதமான பொறுப்பும் இல்லை என்றும் கூறிவிட முடியாது. எளி யமக்கள் உள்ள வரை அரசுத் துறையானது குறிப்பிடத்தக்க பாத்திரம் வகிக்க வேண்டும். அதைவிட சுவாரஸ்யமான விஷயம் என்னவென்றால். எளிய மக்கள் தொகைக் குறையக் குறைய அரசுத் துறையின் பாத்திரம் மேலும் பலமாகிறது என்பதுதான் வளர்ந்த நாடுகளில் உள்ள அனுபவம்.

உடனடியாகத் தேவைப்படும் கொள்கை நடவடிக்கைகள்

நல்வாழ்வுத்துறை மாற்றி அமைக்கப்படுவதற்கு. அதற்கே உரிய கால அவகாசத்தை எடுத்துக் கொண்டாலும் இருக்கக்கூடிய அதே அமைப்புக் குள்ளேயே, சில கொள்கை முயற்சிகளை மேற்கொண்டால் பல சாதகமான நிலை ஏற்பட வாய்ப்புள்ளது. அவைகள் வருமாறு

அ. தகுதி பெற்று பதிவு செய்தவர்கள் மட்டுமே மருத்துவத் தொழில் பார்க்க வேண்டும் என்பதில் கண்டிப்பான கவனம் செலுத்தி. அதனை உத்திரவாதப்படுத்த மருத்துவர் உயர் மட்டக் குழுவுக்கு ஆணையிடப்பட வேண்டும்.

ஆ. தொடர் மருத்துவக் கல்வி என்பது கட்டாயமாக இருக்க வேண்டும். பதிவு செய்யப்படுவது அதனோடு இணைக்கப்பட வேண்டும்.

இ. மருத்துவப் பட்டம் பெற்று வெளியே வரும் மாணவர்கள் குறைந்த பட்சம் 5 வருடங்களாவது அர்சுத் துறையில் பணியாற்ற வேண்டும். அதிலும் குறைந்தது 3 வருடம் ஆரம் பசுகாதார மையங்களில் பணியாற்ற வேண்டும்.

கட்டாயமாக்கப்பட்ட ஒப்பந்தங்கள் மூலமாக இதனைச் செய்வது கடினம். மாறாக, தற்காலிக உரிமம் மட்டுமே தரப்பட வேண்டும். இந்த காலத்தில் அவர்கள் அரசு மருத்துவமனைகளில் பணிபுரிய வேண்டும். மேலும் மருத்துவ உயர் கல்வி பெறுவதற்கு இதனை அடிப்படைத் தேவையாக ஆக்கிட வேண்டும்.

ஈ. தனியார் மருத்துவமனைகள் அமையவிருக்கும் இடங்கள், எங்கெங்கு இருக்க வேண்டுமென்பதில் கட்டுப்பாடு கொண்டுவரப்பட வேண்டும். இதன் மூலம் ஒரே இடத்தில் பல மருத்துவமனைகள் குவிவதைத் தடுக்க முடியும். மருத்துவமனை இல்லாத இடங்களில் மருத்துவமனை அமைப்பதையும், மருத்துவமனை குறைவாக உள்ள இடங்களில் தேவைக்கேற்ப மருத்துவ மனைகள் அமைவதையும் உறுதி செய்ய உள்ளாட்சி அமைப்புக்களுக்கு அதிகாரம் தர வேண்டும். மேலும் எத்தனை மருத்துவர் இருக்க வேண்டும், எத்தனைப் படுக்கைகள் இருக்க வேண்டும் என்பதை நிர்ணயிக்கும் அதிகாரமும் அவர்களுக்குத் தரப்பட வேண்டும்.

மருத்துவமனை மற்றும் மருத்துவர்களால் அளிக்கப்படும் பராமரிப்பை நெறிப்படுத்தி, குறைந்தபட்ச தரத்தின் அடிப்படையில் அவை கண்காணிக்கப்பட வேண்டும்.

ஊ. அனைத்து நிறுவனங்களில் பணிபுரியும் ஊழியர்கள் அனைவருக்கும் நல்வாழ்வுப் பராமரிப்பு காப்பீட்டினை கண்டிப்பாக்குவது. தற்போதுள்ள ESI திட்டத்தை சீரமைத்து அதனை ஒரு தேசிய பொது நல்வாழ்வுத் திட்டத்தோடு இணைப்பது, அனைத்துத் தொழிலாளரும் தங்களது ஊதியத்திற்கேற்ப இத்திட்டத்தில் பங்கு செலுத்துவது. உதாரணமாக தொழிலாளி 2 சதமும், நிர்வாகம் 3 சதமும் கட்டுவது. அரசாங்கத்திற்கு இதன் மூலம் மட்டுமே ஏறத்தாழ 100 பில்லியன் ரூபாய் கிடைக்கும். கூடுதல் நிதி ஆதாரமாக சிறப்புவரி, மதுபான வகைகள் மீது, அதேபோல் சொத்து வரி, வாகன வரி - வசூலிப்பதன் மூலம் திரட்டமுடியும். இதுத் தவிர மொத்த விற்பனையில் ஒரு சதமும், சொத்து மதிப்பின் மீது ஒரு சதமும் வரி வசூலித்தால் கணிசமான தொகை கிடைக்கும்.

இவை அனைத்தும் சில உதாரணங்களே

பொதுத்துறைக்கு போதுமான நிதி ஒதுக்கீடும், முறையான செயல் வடிவமும், செயல்பாடும் ஏற்படுத்தினாலே, தனியார் துறையை ஓரளவுக்குக் கட்டுப்படுத்த உதவும்.

ஒழுங்கு முறைக்கான ஒரு பரந்த சட்டம். எவை எவற்றை சேர்ப்பது?

நலவாழ்வுத்துறை முழுவதற்கும் ஒழுங்கு படுத்தக்கூடிய ஆலோசனைகள் சில கீழே தரப்பட்டுள்ளன. இவை முழுமையானது அல்ல. மாறாக, ஒழுங்குபடுத்தப்படவேண்டிய, முக்கியமான ஒரு சில பகுதிகளைக் குறிப்பிடுவதாகும்.

1. மருத்துவமனைகள்:

ஒவ்வொன்றிற்கும் குறைந்த பட்ச தரமும் அடிப்படை தேவைகளையும் நிர்ணயிப்பது: - சில பொதுவான குறியீடுகள் அனைத்து மருத்துவ மனை களுக்கும் - சில சிறப்பு அம்சங்கள் - பல விசேஷ மருத்துவமனைகளுக்கு எடுத்துக்காட்டு, பிரசவம், இதயநோய், தீவிர கண்காணிப்பு சிகிச்சை போன்றவை. போதிய இடவசதி, சரியான சுகாதார சூழல் தேவையான மருத்துவ உபகரணங்கள் - போதுமான அளவு மருத்துவர், செவிலியர், படுக்கைகள் போன்றவையும் கணக்கில் எடுத்துக் கொள்ளப்பட வேண்டும்.

- மருத்துவ மற்றும் இதர ஆவணங்களை முறையாக பராமரிப்பது நோயாளி கேட்கும்பொழுதோ அல்லது தணிக்கை அதிகாரிகள் கேட்கும் பொழுதோ உடனயாக தரப்படக் கூடிய அளவில் இது இருக்கவேண்டும்.
- நியாயமான கட்டணம் - (மருத்துவமனைக் கட்டணம் மருத்துவர் கட்டணம், சேவைக் கட்டணம் அனைத்தும் சேர்ந்தது)
- சம்மந்தப்பட்ட அதிகாரிகளுக்கு அவ்வப்போது முறையான தகவல்கள் தரப்பட வேண்டும். (எ.கா - பிறப்பு - இறப்பு விபரம் நோயாளிகள் பற்றிய தகவல்கள், சிகிச்சை முறைப்பற்றி, குறிப்பிடதக்க வியாதிகள் பற்றி)
- முறையான மருத்துவ மற்றும் கொடுக்கப்படும் மருந்துகள் பற்றிய தணிக்கை அறிக்கைகள், சம்மந்தப்பட்ட மருத்துவ அதிகாரிகளுக்கும் அறிவிக்கப்பட வேண்டும்.
- மருத்துவமனை வசதிகளை கண்காணிக்க முறையான ஆய்வு மற்றும் மீறுபவர்கள் மீது கடுமையான நடவடிக்கைகள் எடுக்கும் தணிக்கை அதிகாரிகள்.
- சரியான கால இடைவெளியில் தணிக்கையின் அடிப்படையில் மருத்துவமனைப் பதிவினை மீண்டும் புதுப்பித்தல்.

மருத்துவமனையில் சேர்ப்பதற்கும், இரண்டாம் நிலை, உயர்நிலை மருத்துவ சிகிச்சைக்கும் ஒரு முறையான பரிந்துரை ஏற்பாடு இருக்க வேண்டும்.

2. தனி மருத்துவர்கள்

- தனி முறையான தகுதி பெற்றவர் மட்டுமே மருத்துவ தொழில் புரிவதை உத்திரவாதப்படுத்த வேண்டும்.
- நோயாளிகள் பற்றியும், பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்துகள் பற்றியும், ஆவணங்கள் பராமரிக்கப்பட்டு முறையான தணிக்கைக்கு உட்படுத்தப்பட வேண்டும்.
- நியாயமான, நிலையான கட்டணம் நிர்ணயிக்கப்படவேண்டும் அவர்கள் பணிபுரியும் இடங்கள், முறையாக பரவலாக இருப்பதை நெறிபடுத்தி உத்திரவாதப்படுத்த வேண்டும்.
- சிகிச்சையளிக்கப்பட்ட நோயாளிகள் / அளிக்கப்பட்ட சிகிச்சை சம்பந்தமான புள்ளி விபரங்கள் அடங்கிய பட்டியலை சமர்பிக்க வேண்டும்.

- தொடர்ந்து மருத்துவக் கல்விக்கான ஏற்பாடும் அதனையொட்டி உரிமங்களை முறையாக புதுப்பிப்பதும்.

3. நோய் கண்டறியும் வசதிகள்

- பரிசோதனைக்கு போதுமான தரமும் பரிசோதனை செய்பவருக்கு போதுமான தகுதிகளையும் உறுதிப்படுத்தப்படவேண்டும்.
- சோதனைகளுக்கு நிலையான நியாயமான கட்டணம்.
- நடத்தப்பட்ட சோதனைகள் பற்றிய தணிக்கை முறை. தேவையற்ற சோதனைகள் இதன் மூலம் தவிர்க்கப்படும்.
- ஒரு குறிப்பிட்ட இடத்திலேயே அனைத்து பரிசோதனைச் சாலைகளும் குறைந்திருப்பதை தடுத்து பரவலாக அமைய ஏற்பாடு செய்வது.

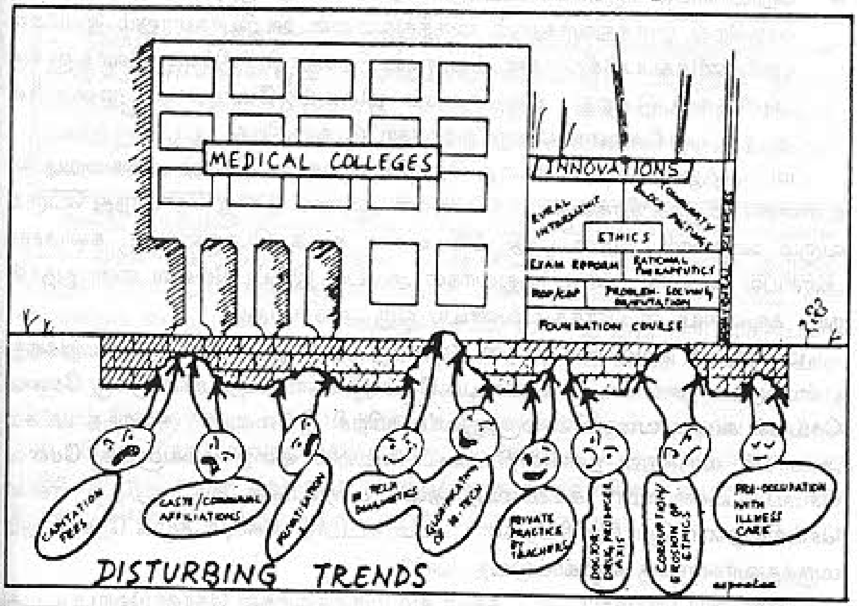
4. மருந்து உற்பத்தி தொழிலும் மருத்துவ விற்பனை இடங்களும்

- அத்தியாவசியமான மற்றும் காரண காரியங்களை ஆராய்ந்து பின் தேவைப்படும் மருந்துகளை மட்டுமே தயாரிக்க அனுமதி அளிப்பது.
- மருந்து உற்பத்தி தொழில் தற்சமயம் இரசாயன அமைச்சகத்தின் கீழ் உள்ளது. இதனை சுகாதார அமைச்சகத்திற்கு மாற்றுவது.
- தேசிய அளவில் இருக்கும் மருந்துகளையெல்லாம் ஒரு பொதுவான குறிப்பேட்டில் தொகுப்பது - அவைகளையே மருத்துவர்கள் பரிந்துரைப்பது; மருத்துவமனைகளிலும் அவற்றையே வழங்குவது.
- முறையான தகுதி பெற்ற மருந்தாளர்கள் மூலமாக மட்டுமே மருந்து விற்பனைக் கடைகள் நடத்தப்படுவதை அவசியமாக்குவது; அவ்வப்போது அவைகளை சம்பந்தப்பட்ட அதிகாரிகள் தணிக்கை செய்வது.
- பொதுவான மருந்துகளுக்கான மருத்துவர்களின் பரிந்துரை சீட்டுகளை மட்டுமே வாங்கிக் கொண்டு மருந்து விற்பனை செய்வது அச்சீட்டுகளின் நகல்களை பத்திரமாக பராமரித்து ஆய்வுக்கு உட்படுத்துவது.

ஒப்புக்கொண்டு ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்ட நியமங்களின் அடிப்படையில் மட்டுமே நல்வாழ்வு பாதுகாப்புத் துறை இயங்குகிறதா என்பதைக் கண்காணிக்க மாநில அளவிலும், தேசம் தழுவிய அளவிலும் ஒரு ஆணையம் அமைக்கப்பட வேண்டும். இப்படிப்பட்ட அமைப்பில் இருப்பவர்கள் சிறப்பு தகுதி பெற்ற மருத்துவ வல்லுனர்களாக இருக்க வேண்டும். ஆனால் அந்த அமைப்பில் மருத்துவர்கள் மட்டுமே இருக்காது. மேலும் அதிலிருக்கும் மருத்துவர்கள் எல்லோரும் மருத்துவர்களின் பிரதிநிதியாகவும் இருக்கக்கூடாது. மக்களுக்குப் பதில் சொல்ல கட்டமைப்பட்டுள்ள அரசு நிறுவனங்களும், இத்தகைய நெறிப்படுத்தும் அமைப்பில் பங்கேற்க வேண்டும். மருத்துவத்துறை சீரமைப்புக்காக பாடுபடும் சமுதாய அமைப்புகளும் பங்கேற்க வேண்டும்.

அத்தியாயம் -4

மருத்துவ நன்னெறி, மருத்துவக் கல்வி, நல்வாழ்வுப் பராமரிப்பு



நம்மை கவலைக்குள்ளாக்கும் போக்குகள்

1. மக்கள் பார்வையில் மருத்துவர்களின் மீதும் நல்வாழ்வுப் பராமரிப்பின் மீதும் மக்களுக்கு அவநம்பிக்கை ஏற்படக் காரணங்கள் என்ன?

- போதுமான கவனிப்பு இல்லை என்றும் அதிகப்படியான கட்டணம் வசூலிக்கப்படுகிறது என்றும் குற்றச்சாட்டுகள் உள்ளன.
- தேவையற்ற சோதனைகளுக்கும் சிகிச்சைகளுக்கும் மருத்துவர்கள் கட்டணம் வசூலிக்கின்றனர் என்கிற குற்றச்சாட்டு.
- நோயாளிகளின் அறியாமை காரணமாக அவர்கள் சுரண்டப்படுகிறார்கள். என்ற குற்றச்சாட்டுகள் மருத்துவர்கள் மீது உள்ளது. நோயாளிகளின் சுயமாக முடிவெடுக்கும் உரிமையையும் மீறுவதாகவும் குற்றச்சாட்டுகள் உண்டு.
- நோய்த்தடுப்பு முயற்சிகளை விட நோய் தீர்க்கும் சிகிச்சையின் மீதுதான் முக்கியத்துவம் தரப்படுகிறது.

- உடல்நலப் பாதுகாப்புப் பணிகள் / சேவைகள் என்பது நகர்ப்புறங்களையே மையமாகக் கொண்டுள்ளது. கிராமப்புறங்களும், ஆதிவாசி மக்கள் வாழும் பகுதிகளும் புறக்கணிக்கப்படுகின்றன.
- நோயாளிகள் புறக்கணிக்கப்படுகின்றனர் என்ற குற்றச்சாட்டு அடிக்கடி வருகிறது. மருத்துவர்களும், மருத்துவமனை ஊழியர்களாலும் இவர்கள் புறக்கணிக்கப்படுகிறார்கள். சில சமயம் தவறான சிகிச்சை இவர்களுக்கு அளிக்கப்படுகிறது. சில சமயம் மிகவும் மோசமான முறையில் நடத்தப்படுகின்றனர். என்று குற்றச்சாட்டு வருகிறது.

பல மருத்துவர்கள் அவர்களது தொழில் தர்மத்தில் மிகவும் அக்கறையுடன் உள்ளனர். மிகுந்த சிரத்தை எடுக்கின்றனர். ஆனால் இன்று தொடர்ந்து பெருகி வரும் ஊழலால் அதன் பாதிப்பில் உள்ள சமூக பொருளாதார, கலாச்சார அரசியல் சூழலில் பல மருத்துவர்கள் அப்படி இருப்பதில்லை என்பதுதான் நாம் கவலையுடன் பார்க்க வேண்டிய ஒரு அம்சமாகும்.

மருத்துவக் கல்வியில் என்ன கோளாறு? ஏன் இவ்வாறு நடைபெறுகிறது என்பதுதான் நாம் கேட்க வேண்டிய கேள்வி. கிராமப்புற மக்களுக்கு சேவை செய்யக் கூடிய வகையில் மருத்துவப் பயிற்சி இல்லையா? குறைந்த பட்சம் அவர்கள் மருத்துவ நன்னெறி அடிப்படையில் ஏழை மக்களுக்கு சேவை செய்ய வேண்டாமா? கல்வியைத் தவிர மற்றவர்கள் இது குறித்து என்ன செய்கின்றனர். தொழில் நியதிகள் படியும், சட்டரீதியாகவும், சமூக நோக்கிலும் மருத்துவர்களுக்கு வழிகாட்டுவது யார்?

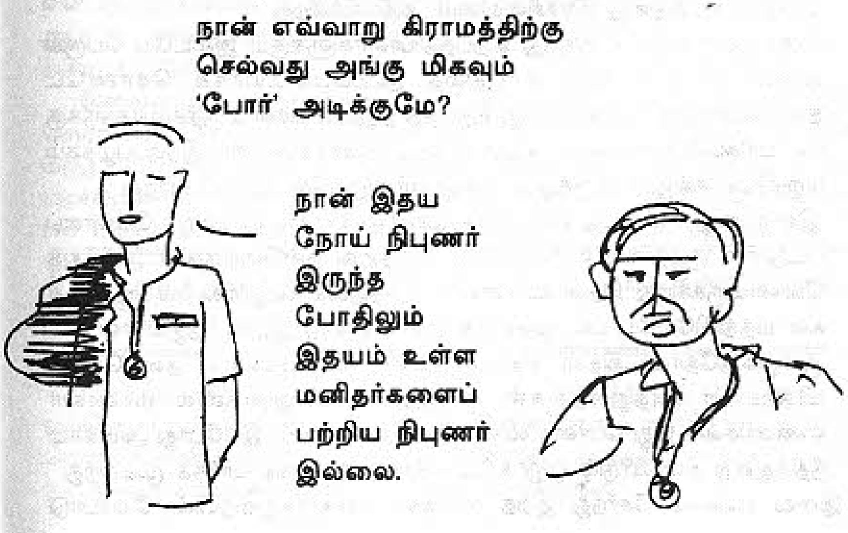
நுகர்வோர் பாதுகாப்பு சட்டத்தின் கீழ் மருத்துவர்கள் கொண்டுவரப்பட்டது என்பதே, ஒரு விதத்தில் - மருத்துவர்கள் மீது பொதுமக்கள் வைத்திருந்த நம்பிக்கை குறைந்துவிட்டது என்பதைக் காட்டுகிறது. பொது மக்கள் மத்தியில் மட்டுமல்ல, நீதித் துறையிலும், தகவல் தொடர்பு சாதனங்கள் மத்தியிலும், நம்பிக்கை குறைந்து விட்டது. நுகர்வோர் பாதுகாப்பு சட்டத்தின் கீழ் இவர்கள் கொண்டு வரப்பட்டதாலேயே பிரச்சினைக்குத் தீர்வு வந்து விட்டதாக கருத முடியாது. இந்தத் தீர்வினாலே பல பிரச்சினைகள் உண்டு. ஒரு உடனடியாக நடவடிக்கை என்பதனை ஏற்றுக்கொண்டாலும் அது அடிப்படைப் பிரச்சினைகளுக்கு தீர்வாகாது.

இப்படிப்பட்ட கஷ்டமானதொரு ஒப்பந்தம் - மருத்துவத் தொழில் மீதான நம்பிக்கையை மேம்படுத்தவோ அல்லது மனசாட்சியுடன் கூடிய ஒரு மருத்துவர் தனது தொழிலை திருப்தியாக நடத்தக்கூடிய சூழ்நிலை உருவாகுவதற்கோ உறுதுணையாய் இல்லை. மருத்துவக் கல்வியில் உள்ள பிரச்னைகள் என்ன? அவற்றிற்கு நாம் என்ன செய் யவேண்டும் என்பதனை நாம் பார்க்க வேண்டும். மருத்துவ நன்னெறிக்கான வழிகாட்டுதல் எவ்வாறு உருவாக்கப்படுகின்றன அவை எவ்வாறு மேம்படுத்தப்படுகின்றன

என்பதனையும் மக்கள் மத்தியில் அது எவ்வாறு பிரதிபலிக்கிறது என்பதனையும் பார்க்க வேண்டும். தற்போதைய நிகழ்ச்சிப் போக்குகள் அதனை மேம்படுத்துவதற்குப் பதிலாக சூழ்நிலைகளை எவ்வாறு மேலும் சீரழிக்கின்றன என்பதனையும் பார்க்க வேண்டும்.

2. இந்தியாவில் நல்வாழ்வுப் பராமரிப்பு நல்குவதற்கு என மருத்துவர்களையும், செவிலியர்களையும் மற்றும் இதர மருத்துவ தொழிலோடு சம்பந்தம் உள்ளவர்களையும் பயிற்றுவித்து உருவாக்கும் கல்வி நிறுவனங்களில் ஏற்பட்டுள்ள கவலையான போக்குகள் என்ன?

இன்று மருத்துவர் கல்லூரிகளில் பயிலும் மாணவர்களில் பெரும்பாலோனர், நகர்ப்புறத்தில் இருந்தும், மேலும் வசதிபடைத்த குடும்பங்களில் இருந்தும் வந்துள்ளனர். இவர்களுக்கு கிராமப்புற எளிய மக்களுக்கு, சேவை புரிய வேண்டும் என்ற மனப்பாங்கு குறைவாகவே உள்ளது இது ஒரு முக்கியமான காரணமாகும். மற்றொன்று இங்கு பணிபுரியும் மருத்துவ கல்வி போதனையாளர்களுக்கு, நோய்த்தடுப்பு என்பது அதிக முக்கியத்துவமில்லாததாய் உள்ளது. மேலும் இவர்களுக்கு ஆரம்ப சுகாதார மையங்கள் மீதும் சமுதாய மருத்துவ ஏற்பாடுகள் மீதும் அவநம்பிக்கை உடையவர்களாய் பெரும்பாலும் உள்ளனர். இந்த இரண்டு காரணங்களால்தான் இங்கிருந்து உருவாகி வரும் மருத்துவர்கள் நமது தேவைகளுக்கு பொருத்தமற்றவர்களாய் உள்ளனர்.



தொழில்நுட்ப வளர்ச்சிகள், மாறும் சமுதாய இலக்குகள், பொருளாதார மாற்றங்கள் போன்றவை மருத்துவ விஞ்ஞானத்தை உருமாறச் செய்கின்றன. ஆனால் இதைப் பற்றி பாடத்திட்டத்தில் ஒன்றும் கிடையாது. கலாச்சார இடைவெளி மருத்துவருக்கும் நோயாளிக்கும் மத்தியில் இருக்கும்.

அவர்கள் தொடர்பில் பல முட்டுக்கட்டைகளை ஏற்படுத்துகிறது. ஆனால் இதை மீறுவதற்கும் எந்தப் பயிற்சியும் கிடையாது. வெறும் நோயும், அதற்கான சிகிச்சையும் என்ற தொழில் கண்ணோட்டத்துடனேயே மருந்துவர் உருவாக்கப்படுகிறார். கடந்த இரு பத்தாண்டுகளில், மேலே கூறப்பட்ட பிரச்னைகள் எரிச்சல் ஊட்டக்கூடிய அளவில் மிகவும் மோசமாகி உள்ளது. அதில் முக்கியமானது.

* கட்டாய நன்கொடை வசூலிக்கும் தனியார் கல்லூரிகள் இன்று பெருமளவு அதிகரித்து விட்டன. அவை மருத்துவக் கல்வியின் அனைத்து அம்சங்களையும் வணிகமயமாக்கி விட்டன.
* ஜாதிய அடிப்படையிலும் குறிப்பிட்ட மதப்பிரிவினர் என்ற அடிப்படையிலும் என்று அவர்கள் சார்புடைய என்ற அளவிலான கல்வி நிறுவனங்கள் புற்றீசல் போல் கிளம்பி உள்ளன. அதேபோல் தனியாரின் உயர் தொழில்நுட்ப நோய் பரிசோதனை மையங்கள், பலவும் இதேபோல் கிளம்பியுள்ளன. மருத்துவக் கல்வியில் உயர்தொழில் நுட்பம் என்ற அளவில் இன்று தகவல் தொழில்நுட்ப சாதனங்கள் மூலம் பெருமளவில் நடைபெறும் விளம்பரங்களின் தாக்கமும் உள்ளது.
* மருத்துவக் கல்லூரி ஆசிரியர் மாலை நேரத்தில் தனியார் மருத்துவர்களாக தொழில் நடத்துவது பிரச்சினையை அதிகரிக்கிறது.
* மருத்துவருக்கும் - மருந்து உற்பத்தியாளர்களுக்கும் இடையே பெருகி வரும் உறவு - இது லாபத்தை அடிப்படையாகக் கொண்டே நடைபெறுகிறது. இந்த மருந்து உற்பத்தி நிறுவனங்கள் மருத்துவர்களுக்கு பல பரிசுப்பொருட்களும் சலுகைகளும் அளிக்கின்றனர். இந்தப்பழக்கம் மருத்துவ கல்லூரி மருத்துவ மனைகளிலிருந்தே ஆரம்பிக்கிறது.
* இன்று ஊழல் என்பது ஒரு வழக்கமான ஒன்று என்று ஏற்றுக் கொள்ளப் பட்டுள்ள சூழ்நிலை உள்ளது இது மருத்துவ நன்னெறிகளை அரித்துக் கொண்டிருக்கிறது. இதன் விளைவாக மருத்துவக் கல்லூரிகளின் ஆசிரியர் கள் மத்தியிலேயே பல முறைகேடுகள் தோன்ற ஆரம்பித்துள்ளன.
* நுழைவுத்தேர்வு அதன் தொடர்ச்சியான விஷயங்களில் நடைபெறும் விதிமுறை அத்துமீறல்கள் மருத்துவக் கல்லூரிகளில் மாணவர் எண்ணிக்கை இது போன்ற விஷயங்களில் எல்லாம். இப்போது அடிக்கடி நீதித்துறை தலையிடும் ஒரு கட்டாயத்தை அடிக்கடி பார்க்க முடிகிறது.

இவை எல்லாம் சேர்ந்து இந்த நாட்டின் சுகாதாரத்துறையின் மேம்பாடு

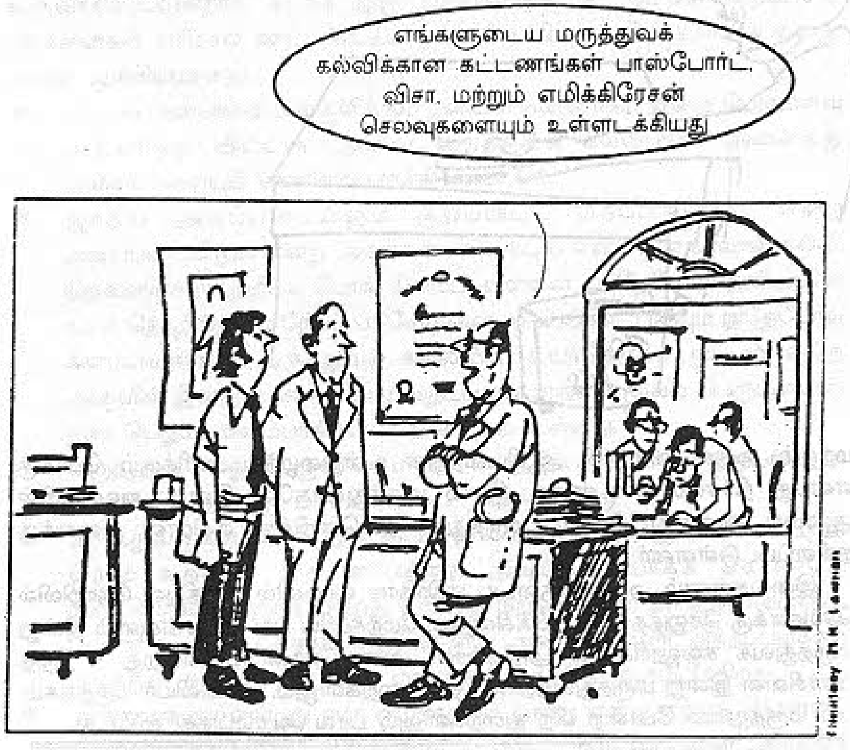
மற்றும் அதன் வளர்ச்சி ஆகியவற்றுள் உள்நுழைந்து அரிக்கும் போக்கு என்பது நிச்சயமாக உள்ளது. இளம் மருத்துவர்களே இன்று அவர்களின் ஆரம்ப காலங்களிலேயே மருத்துவ நன்னெறிக்கு எதிரான நிலைக்கு தள்ளப்பட்டுள்ளனர்.

இவைகள்தாம் அவர்களுடைய எதிர்கால வாழ்வில் மருத்துவ தொழிலில் செல்வாக்கு செலுத்த ஆரம்பிக்கின்றன. மேற்கூறிய பல அம்சங்களும் இன்று மருத்துவக் கல்லூரிகளில் அதிகமான அளவு காணப்படுகின்றது - இந்த பிரச்சினை இன்று மருத்துவத்தின் இதர துறைகளிலும், செவிலியர் மருந்தகம், பல் மருத்துவம் போன்ற பிற துறைகளிலும் பரவ ஆரம்பித்து விட்டது.

3. மருத்துவக் கல்லூரிகளில் கட்டாய நன்கொடை வசூலிப்பது ஏன் தவறு?

மேற்கூறிய நிகழ்ச்சிப் போக்குகளில் அதிக ஆபத்தானது என்பது கட்டாய நன்கொடை வசூலிக்கும் கல்லூரிகளின் எண்ணிக்கை வளர்ச்சிதான். அவையும் வெளிநாடுகளில் வாழும் இந்தியருக்கான இட ஒதுக்கீடு என்பவை இன்று மருத்துவக் கல்வியை வணிகமயமாக்கி வருகின்றன.

வசதி படைத்தவர்கள், தங்களது குழந்தைகளை அதிக கட்டணம் கொடுத்து சேர்க்க விரும்புவதில், இடம் உறுதி என்கிற போது கொடுப்பதில் என்ன தவறு எனப் பலர் இன்று கேட்கின்றனர். சுய நிதிக் கல்லூரிகளுக்கு இது ஒரு சரியான எடுத்துக்காட்டல்லவா? உயர் கல்வியில் தனியார் துறையின் பங்கு தேவையில்லையா? சிறப்பான உணவு, சிறப்பான உடை சிறந்த செருப்பு இது தவிர மற்றும் பல சிறப்பான நுகர்பொருட்கள் வாங்க நாம் அதிகப் பணம் கொடுப்பதில்லையா அதேபோல் மருத்துவக் கல்லூரியில் இடம் வாங்குவதற்கும் அதிகப்பணம் கொடுப்பதில் என்ன தவறு?



ஆந்திராவிலிருந்து போடப்பட்ட ஒரு சிறப்பு வழக்கில் இந்தியாவின் உச்சநீதிமன்றம் வழங்கியுள்ள தீர்ப்பைப் பார்ப்போம்.

கட்டாய நன்கொடை கட்டணம் என்பது

* முற்றிலும் அறிவுக்குப் பொருந்தாத ஒன்றாகும்.
* இந்திய அரசியலமைப்புச்சட்டம் வழங்கியுள்ள உரிமையான சட்டத்தின் முன் சமத்துவமின்மை என்பது நியாயம் அற்றது. அநீதியானது, கொடுமையானது -" என்ற அரசியல் சட்டத்திற்கு எதிரானது.

* வசதி படைத்தவர்களுக்கு கல்லூரிகளில் இடம் கிடைக்க வழி வகுக்கிறது. ஏழை மக்கள், பொருளாதார வசதியின்மையின் படிக்க முடியாதபடி ஆகிறது.
* எனவே இதனை இந்த வடிவிலும் அனுமதிக்க முடியாது.

தகவல் தொடர்பு சாதனங்கள் தரும் விபரங்கள் அடிப்படையிலும் மருத்துவ உலகில் உள்ளவர்கள் கூறும் நிகழ்ச்சிகளின் அடிப்படையிலும் பார்த்தால் இன்றைய மருத்துவர்களின் தரம் வீழ்ச்சியடைய அடிப்படைக் காரணமாய் இருப்பது இப்படிப்பட்ட சுயநிதிக் கல்லூரிகளே மாணவர் தேர்வு, இந்த கல்லூரிகளில் மருத்துவப் படிப்புக்கேற்ற வசதிகள் இல்லாதிருத்தல் தேர்வுகளின்போது நடக்கும் பணபலம் அதன் ஆதிக்கம் இவை எல்லாம் சேர்ந்து, படித்து முடித்து வெளியேறுபவர்களிடம் பிரதிபலிக்கிறது. அரசுக்கல்லூரிகளிலும் இத்தகைய பிரச்னைகள் உள்ள போதிலும் தனியார் கல்லூரிகளில் இதன் அளவு என்பது அளவுக்கு அதிகமாக உள்ளது.

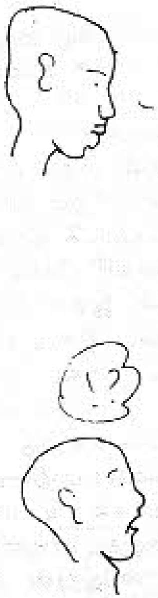
இத்தகைய சுயநிதிக் கல்லூரிகளுக்கு எதிரான கொள்கைகள், மாநில மத்திய அரசு மற்றும் மருத்துவத் தொழிலில் உள்ளவர்கள் உயர்மட்ட கண்காணிப்புகுழு இவர்களால் எழுப்பப்பட்டபோதும் இத்தகைய கல்லூரிகளின் எண்ணிக்கை மீண்டும் மீண்டும் அதிகமாகி வருவது என்பதுதான் மிகவும் கவலை அளிக்கக்கூடிய விஷயமாகும்.

நீதித் துறையில் தலையீடு என்பது சமீபகாலத்தில் இருந்ததன் விளைவாக மருத்துவக் கல்லூரிகளில் சில கட்டுப்பாடுகள் ஏற்பட்டுள்ளன. ஆனால் செவிலியர், மருந்தகம், பல் மருத்துவம் போன்ற இதர துறைகள் இன்றும் கட்டுப்படுத்தப்பட முடியாத நிலையில்தான் உள்ளன. மருத்துவக் கல்லூரிகள் கூட நீதி மன்றம் தலையிட்டு கட்டுப்பாடு விதித்த கட்ட ணவிதிப்பில் ஒரு உயர்ந்த பட்ச நிர்ணயம் போன்ற பல அம்சங்கள் மீறப்படுகின்றன.

மருத்துவ தொழிலில் உள்ள மூத்தவர்கள் - நீண்ட கால பணிப்பயிற்சி உள்வர்கள், பல சமயங்களில் இப்படிப்பட்ட மருத்துவக் கல்லூரிகளோடு சமரசம் செய்து கொண்டு போய் விடுவதால், இந்த நிலை என்பது மேலும் மோசமாகி விடுகிறது. அப்படியே அவர்களில் சிலர் எதிர்க்க முன்வந்தாலும் அது முழு மனதாக இல்லை.

4. உடல் நலப் பாதுகாப்பில் மனித உரிமைப் பிரச்னைகள்:

நவீன மருந்துகளின் வளர்ச்சி நோய் கண்டறியும் முறைகளில் வளர்ச்சி, அறுவை சிகிச்சைகளில் ஏற்பட்டுள்ள வளர்ச்சிகள் இவை எல்லாம் உடல் நலப் பாதுகாப்பு பணிகளில் தரத்தில் பல பிரச்னைகளை ஏற்படுத்தியுள்ளன. மனித உரிமைப் பாதுகாப்பு சமுதாயத்திற்கு பதில் சொல்ல வேண்டிய பொறுப்புகள் போன்றவற்றில் சில பிரச்னைகள் உள்ளன. காலத்தால் நிரூபிக்கப்பட்ட தரம், மருத்துவநெறி, பழக்க வழக்கங்கள் போன்றவை, இன்றைய புதிய அறிவு வளர்ச்சியில் பல கேள்விகளுக்கு உட்படுகின்றன.



டாக்டர், எனது அப்பா உண்மையிலேயே இறந்து விட்டாரா?

நீங்கள் எதைக் குறிப்பிடுகிறீர்கள் சட்ட பூர்வமாக இறந்து விட்டாரா? அல்லது மூளைச் சாவு ஏற்பட்டுள்ளதா? அல்லது இயற்கை மரணமா? சுவாசத் தடையா? என்று இதில் நீங்கள் எதைக் குறிப்பிடுகிறீர்கள்?

? ? ? ? ? ?

* ஒருவர் மருத்துவ விஞ்ஞானப்படி இறந்து விட்டாரா, அல்லது சட்டபூர்வமான இறப்பா என்பதனை உறுதி செய்வதில் சட்டரீதியாக, தொழில்முறை ரீதியாக எனப் பல்வேறு பிரச்னைகள் உள்ளன.
* செயற்கை முறை சுவாசத்தின் மூலம் ஒரு உடலை இயங்க வைப்பது.
* இதயத்துடிப்பைச் சீராக உதவும் கருவியை உபயோகிப்பது உதிர நரம்புகள் மூலம் உணவு செலுத்துவது. செயற்கை முறையில் சிறுநீரைப் பிரித்து வெளியேற்றுவது போன்ற பலவற்றை செய்யும்பொழுது அது பல்வேறு சட்டப் பிரச்னைகளை கொண்டு வருகிறது. அலட்சியத்தால் ஏற்படும் விளைவுகளுக்கான நஷ்ட ஈடு. காப்பீடு கோரிக்கை மாற்று உறுப்பு பொருத்துவதில் உள்ள சட்ட சிக்கல் எனப் பல்வேறு பிரச்னைகள் உள்ளன.
* செயற்கை முறை கருத்தரிப்பு இதுவும் பல பிரச்னைகளை ஏற்படுத்தியுள்ளது. நாட்டில் ஏற்கனவே உள்ள சட்டங்களான பாலியல் பலாத்காரம். கள்ளத் தொடர்பு. வாரிசுகளின் சட்டபூர்வ உரிமை பற்றிய சட்டப் பிரச்னைகள் இது தவிர எழுப்பப்படும் ஒழுக்கம் நெறி போன்ற பிரச்னைகள் உள்ளன.
* பாலின அடிப்படையில் கருக்கலைப்பு என்பது மருத்துவ உலகில் நடைமுறையில் உள்ள ஒன்று. ஆனால் இது இப்போது அடிப்படையில் மனித உரிமை சம்பந்தப்பட்டது என்று பல்வேறு பிரச்னைகள் எழுகின்றன.

கருக்கலைப்பிலேயேகூட பலப் பிரச்சினைகள் உள்ளன. பெண் கருக்கொலை என்பது முறையற்ற செயல் என்பது மட்டுமல்ல அது சட்டவிரோதமானது. சட்டரீதியாக நடவடிக்கை எடுக்கப்படக் கூடியது. ஆனாலும் இப்போது அது அதிகமாகப் பரவி வருகிறது.

* மனநிலை சரியில்லாதவர்கள் நலன் காப்பதிலும் சட்டப் பிரச்னைகள் உள்ளன. அதேபோன்றுதான் சிறையில் உள்ளவர்கள், பாதுகாப்பில் உள்ளவர்கள் ஆகியோரது உடல் நலப் பாதுகாப்பு பணியிலும் சில பிரச்னைகள் வருகின்றன.

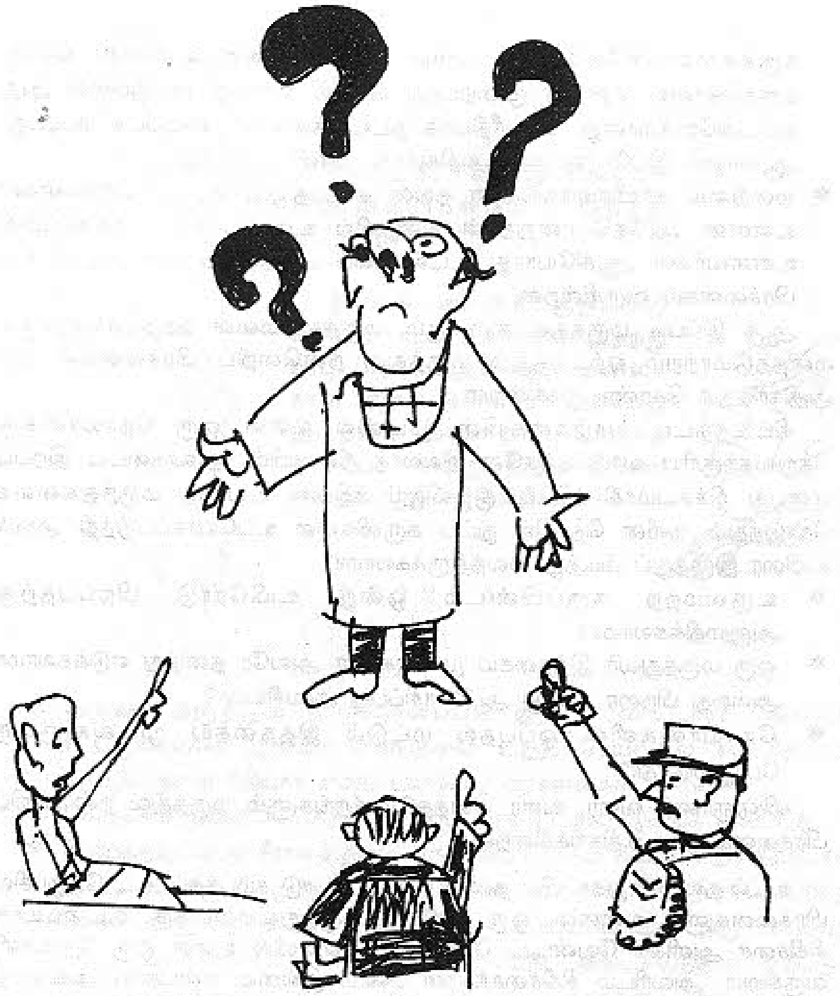
ஆக இப்படி மருத்துவர்களுக்கும், மருத்துவமனை ஊழியர்களுக்கும் மனத்தடுமாற்றம் ஏற்படுத்தும் மருத்துவ நன்னெறிப் பிரச்னைகள் பல அதிகரித்துக் கொண்டிருக்கின்றன.

கிட்டத்தட்ட வாழ்க்கையின் முடிவில் உள்ள ஒரு நோயாளிக்கு தேறுவதற்குரிய வாய்ப்புக்களே இல்லாத நிலையில், அவருடைய இறப்பு என்பது நிச்சயமாகி விட்ட சூழலிலும் விலை உயர்ந்த மருந்துகளைக் கொடுத்தும், நவீன தொழில் நுட்ப கருவிகளை உபயோகப்படுத்தி அவர் உயிரை இழுத்துப் பிடித்து வைத்திருக்கலாமா?

* உருவமற்ற கருப்பிண்டம் ஒன்று உயிரோடு பிறப்பதற்கு அனுமதிக்கலாமா?
* ஒரு மருத்துவர் இத்தகைய முடிவுகளை அவரே தனித்து எடுக்கலாமா அல்லது பிறரை கலந்து ஆலோசிப்பது அவசியமா?
* நோயாளிகளின் ஒப்புதல் மட்டும் இத்தகைய முடிவுகளுக்கு போதுமானதா?

விஞ்ஞானம் வளர. வளர மனத்தடுமாற்றங்களும் மருத்துவ நன்னெறிப் பிரச்னைகளும் அதிகரிக்கின்றன.

உடல் நலப் பாதுகாப்பில் தனியார் துறையோடு சம்பந்தப்பட்ட வேறு சில பிரச்னைகளும் உள்ளன. ஒரு தனியார் மருத்துவமனைக்கு. உடனடியாக சிகிச்சை அளிக்க வேண்டிய மோசமான நிலையில் உள்ள ஒரு நோயாளி வருகிறார். அவரிடம் சிகிச்சைக்கான பணம் இல்லை என்பதால் அவரைத் திருப்பி அனுப்ப முடியுமா? அப்படியே சிகிச்சை அளித்தாலும். அவரை எப்போது அனுப்புவது என்பதை யார் முடிவு செய்வது? ஒரு நோயாளிக்கு சிகிச்சை அளிப்பதற்கான போதுமான வசதிகள் இல்லை என எந்த மருத்துவமனையும் அவரை திருப்பி அனுப்பக்கூடாது. குறிப்பிட்ட வசதி எங்கு உள்ளதோ அங்கு அனுப்பி வைக்கும் பொறுப்பையும். அப்படி அனுப்பி வைப்பதற்கு ஆகும் போக்குவரத்துச் செலவையும். அந்த மருத்துவமனையே ஏற்றுக்கொள்ள வேண்டும். என உச்சநீதிமன்றத் தீர்ப்பு ஒன்று உள்ளது. ஆனால் இது நடைமுறையில் நடப்பதில்லை தனியார்துறை இப்படிப்பட்ட பொறுப்புகளை ஏற்பதில்லை. ஆம்புலன்ஸ் வண்டி வைத்திருப்பது ஒரு அதிகமான செலவு என்பதுதான் பல மருத்துவமனைகளில் நிலை.



அரசாங்கத்தின் அதிகாரம் எவ்வளவு தூரம் உள்ளது. சில சிக்கலான சூழ்நிலையில் உள்ள நோயாளிக்கு பிரசவத்திற்கு அரசு ஏற்பாடு செய்யக்கூடிய நிலையில் இருக்கவேண்டும் என எதிர்பார்ப்பதுண்டு - எப்போது அவரால் கட்டணம் செலுத்த முடியாத சூழ்நிலையிலும் அப்படிப்பட்ட வசதி அளிக்கப்படவில்லையானால், அது உடல்நலப் பாதுகாப்பு மறுக்கப்படுகிறது என்பதாகும். சிறுநீரகம் பாதிக்கப்பட்ட அனைவருக்கும் மேலைநாடுகளில் அரசே செய்வது போன்று செயற்கை முறை சிறுநீர் வெளியேற்றமோ அல்லது மாற்று சிறுநீரகமோ அரசே பொருத்த வேண்டும் என நாம் வலியுறுத்த

முடியுமா? அதை முடிவு செய்வது யார்? அந்த முடிவினை எடுக்க தூண்டிய சூழ்நிலை என்ன என்பது மையக் கேள்வியாகிவிடும்.

5. மருத்துவ நன்னெறியில் மருத்துவக் கல்வியில் சுகாதாரப் பராமரிப்பில் இப்பிரச்சினைகளை எவ்வாறு கையாள்வது?

இதுவரை நாம் பார்த்த பிரச்சனைகள் எல்லாம் மிகவும் சிக்கலானது. மேலும் காலங்களும் தொடர்ந்து மாறிக்கொண்டே உள்ளன. தொழில்நுட்பம் மாற்றம் மட்டுமல்ல இக்காலத்தில் ஏற்பட்டது. பொருளாதாரக் கொள்கைகளிலும் மாற்றம் ஏற்பட்டுள்ளது. தாராளமயம், தனியார்மயம், உலகமயம் என்ற புதிய பொருளாதாரக் கொள்கையும் வந்துள்ளது. இந்த புதிய கொள்கை பொது சுகாதாரப் பராமரிப்புக் கொள்கைகளை சீரழித்து வருகிறது. மேலும் நோயாளிகளுக்கும் மருத்துவர்களுக்கும் இடையேயான உறவையும் பாதிக்கும் தன்மையினை கொண்டுள்ளது. அது கட்டுப்பாடுகளை மேலும் மேலும் தளர்த்துகிறது.

உடல்நலப் பாதுகாப்புத் துறையில் முதலீடு செய்பவரின் லாபம் கருதி என்ன செய்தாலும் அவை நியாயப்படுத்தபடுகின்றன.

லாபம் மட்டுமே முதன்மையாகவும் மற்றவை எல்லாம் இரண்டாம் பட்சமாகவும் ஆக்கப்பட்டுள்ளது. நுகர்வோர், மிகச்சிறந்ததையே தேர்வு செய்வர், எனவே மக்களுக்கிடையேயான நட்பு முறையிலான பழக்கம் என்பது அதிகரிக்கும் என எண்ணப்பட்டது. ஆனால் இப்படி எதுவும் நடக்கவில்லை என்பதைத்தான் நாம் பார்த்தோம்.

இப்படிப்பட்ட பிரச்னைகளை ஒருவர் விரிவாகப் புரிந்து கொண்டு அதற்குரிய மாற்று ஆலோசனையினைக் கூற வேண்டும் என்றால், இவை மாறியதற்கான சமூக, பொருளாதார அரசியல் கலாச்சார மற்றும் தத்துவக் காரணங்களை அறிவித்திருக்க வேண்டும். அது இந்த புத்தகத்திற்கு அப்பாற்பட்ட விஷயமாகும். ஆனாலும் கட்டுப்படுத்தப்பட வேண்டிய சில

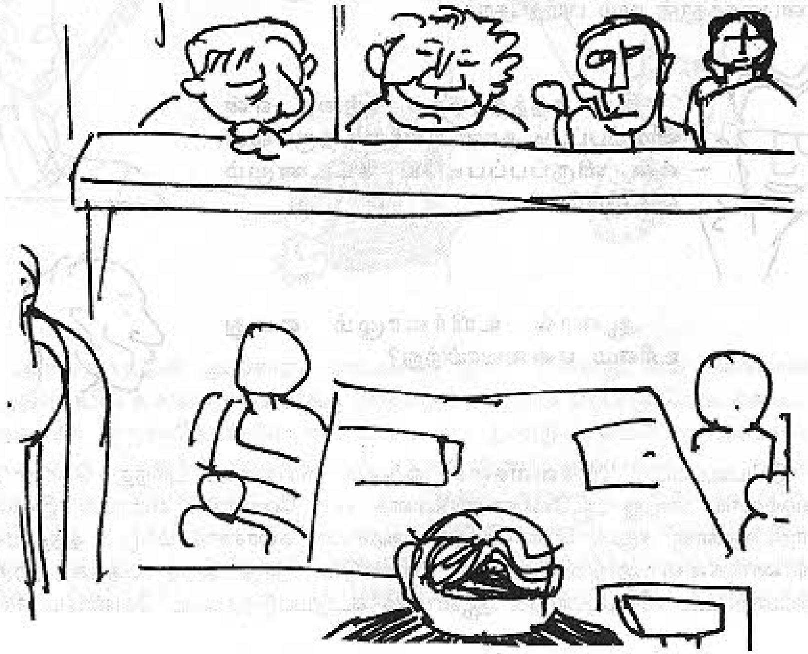
அவசியமான விஷயங்கள் உள்ளன. இது பற்றிய கருத்தொற்றுமைகள் பலவும் உள்ளன.

6. கட்டுப்பாடுகள் எப்படி ஏற்படுத்தப்பட வேண்டும்? தண்டனைக் கண்ணோட்டத்திலா அல்லது நன்னெறி அடிப்படையிலா?

எந்தவொரு பொது நடவடிக்கைக்கும் கட்டுப்பாடு என்பது அவசியம். ஆனாலும் எந்த ஒரு கட்டுப்பாடும் அது விதிக்கப்படும் பொழுது சில அடிப்படை கேள்விகள் எழுகின்றன இந்த கட்டுப்பாடு என்பது தண்டனைகளை கருவாகக் கொண்ட சட்டங்களின் அடிப்படையில் இருக்கவேண்டுமா அல்லது வேறுவிதமான அணுகு முறையில் அமைய வேண்டுமா?

தனியார் துறையில் கட்டுப்பாடுகள் - அதன் பல்வேறு அம்சங்கள் பற்றி முந்திய அத்தியாயத்தில் பார்த்தோம். எவ்வாறு கட்டுப்படுத்துவது, அது யாரால் என்ற கேள்விகளும் அதில் அடக்கம்.

எந்தவிதமான கட்டுப்பாட்டு அணுகலிலும் அதன் உள்ளார்ந்த பிரச்னைகள் இருக்கும் என்றுதான் நாம் இப்போது கருதுகிறோம். எனவேதான் பொதுமக்கள் நலன் காக்கும் சில குறைந்தபட்ச கட்டுப்பாடுகளை ஏற்படுத்தும் அதேநேரத்தில் மருத்துவத்துறையில் சில நன்னெறிகளை பலப்படுத்த வேண்டும் என்பதை உறுதிப்படுத்த வேண்டும்.



இன்றைய சட்ட அடிப்படையில் மட்டுமே கட்டுப்பாடுகளை பலப்படுத்தும்பொழுது சுகாதாரப் பராமரிப்புக்கான செலவும் சிரமங்களும் அதிகமாகும். தன்னை தேவையில்லாத சிலகுற்றச்சாட்டுகளிலிருந்து பாதுகாத்துக் கொள்ள, தேவையில்லாத பல பரிசோதனைகளையும் சிகிச்சைகளையும் செய்யத் தொடங்குவார்.

இதனால் நோயாளிக்கு எந்தவித லாபமும் கிடையாது. சட்டத்தொழிலில் இருப்பவருக்கும் மருத்துவத்துறையில் இருப்பவருக்கும் இன்ஷூரன்ஸ் தொழிலில் இருப்பவருக்கும்தான் லாபம்.

மருத்துவத் தொழிலில் தன்னைத்தானே கட்டுப்படுத்திக் கொள்வது:

சில நன்னெறிக் கூறுகளின் அடிப்படையில் மருத்துவத் தொழில், தனக்குள்ளாகவே, சில நெறிமுறைகளை வகுத்துக் கொண்டால், அதன் அடிப்படையில், அந்த தொழில் ஒழுக்கம் நிறுவப்படுமேயானால் - அதுவே ஒரு மிகச்சிறந்த அம்சமாகி விடும். மருத்துவதொழிலின் அதன் தொழில்முறை நியதிப்படியான கட்டுப்பாடுகளின் அடிப்படையில், நாம் எட்ட வேண்டிய இலக்குகளில் சில.

* நுகர்வோர் உரிமை பாதுகாப்பு
* மருத்துவத் தொழிலில் உள்ளவர்களின் கௌரவம் உயர்தல்
* தன் செயலுக்கும் தவறுகளுக்கும் பதில் சொல்லியாக வேண்டும் என்ற பொறுப்புடன் செயல்படும் மருத்துவர்களை உருவாக்கும் பொறுப்பு.
* அதாவது தனிமனித உரிமைகள் பாதுகாக்கப்படல் அவர்கள் உடல்நலன் மீது அவர்களுக்குள்ள முழு அதிகாரம்.
* நோயாளி - மருத்துவர் உறவு - ஒரு உன்னதமான ஒப்பந்தம் என்ற நிலை.

சில சிக்கலான மருத்துவ முடிவுகளில் இரண்டு விதமான பிரச்னைகள் எழலாம் - முதலாவது தொழில் நுட்பம் சார்ந்தது. அதற்கு மருத்துவ ஞானத்தின் அடிப்படையிலும் திறமையின் அடிப்படையிலும் முடிவு எடுக்கப்படவேண்டும்.

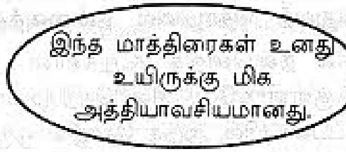
இரண்டாவதோ - ஒழுக்கநெறி சார்ந்தது. இங்கே - நன்னெறி முறைகளில் கருத்தொருமை உருவாக்கப்பட்டு அதன் அடிப்படையில் மருத்துவர்கள் முடிவு எடுக்கவேண்டும்.

அந்த சரியான முடிவு என்பது அவரது தொழிலுக்கும், சமூகத்திற்கும் அவரது மனசாட்சிக்கும் பதில் சொல்லக்கூடிய முறையில் இருக்கவேண்டும்.

இப்படிப்பட்ட சில முக்கியமான நன்னெறி அடிப்படை கோட்பாடுகள் மேல் கருத்தொற்றுமை உள்ளது.

பயன்பாடு:

எல்லாவிதமான மருத்துவ நடவடிக்கைகளும் நோயாளியின் நலனுக்காகவே (அவரது குடும்ப நலனுக்காகவே) அல்லது சமுதாய நலனுக்காகவே இருக்கவேண்டும்.



கெடுதல் செய்யாமை:

எந்தவிதமான தீங்கும் செய்யாதது. பக்க விளைவுகள் ஏதேனும் ஏற்படுமானால் - அது மிகக் குறைவாகவே இருக்க வேண்டும் - நன்மை, தீமையைக் காட்டிலும் அதிக அளவில் இருக்க வேண்டும்.

தன்னாட்சி:

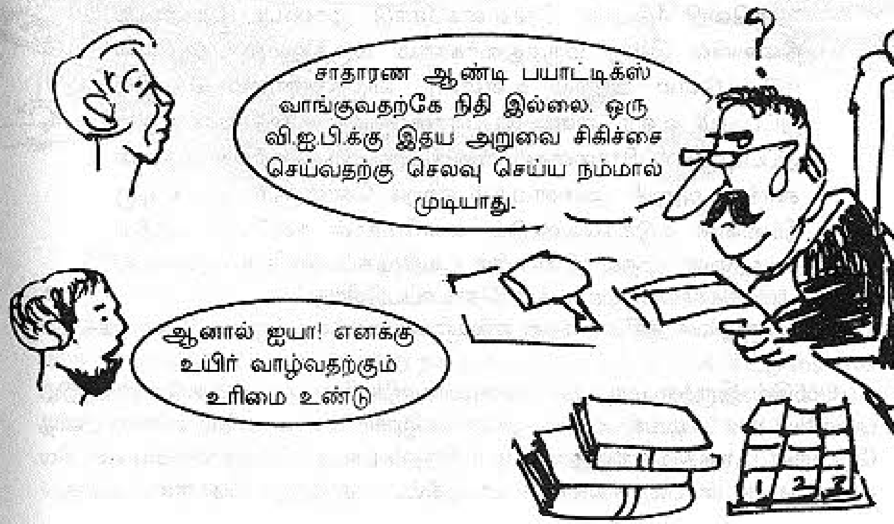
அவர்களுக்கும் அவர்களது உடலுக்கும் என்ன நடக்கிறது என்பதனை உணர்ந்து ஒரு முடிவு எடுக்கும் உரிமை நோயாளிகளுக்கு வேண்டும்

தகவலுடன் ஒப்புதல்

எல்லாவிதமான சிகிச்சை முறைகளுக்கும் / நடவடிக்கைகளுக்கும் நோயாளியின் ஒப்புதல் என்பது மிக அவசியம். நோயாளியிடம் எல்லாவற்றையும் கூறவேண்டும். அவருடைய ஒப்புதல் என்பதும் தன்னிச்சையாக இருக்கவேண்டும்.

நீதி:

பகிர்ந்தளிக்கப்படும் நீதி என்பது அவசியமாகிறது. வசதிகளை நியாயமாகவும் சமமாகவும் பகிர்ந்தளிக்க வேண்டும். சமத்துவம் என்பது உறுதிப்படுத்தப்பட வேண்டும். அதில் தரத்தையும் பாதுகாக்கவேண்டும்.



7. மருத்துவ குடும்பத்தின் உள்ளேயே கட்டுப்பாட்டை நோக்கிய - ஒரு நன்னெறியால் ஏற்படுத்தப்பட்டுள்ள சாதகமான நிகழ்வுப் போக்குகள் ஏற்பட்டுள்ளனவா?

கவலை தரக்கூடிய மற்றும் பல மனத்தடுமாற்றங்களைக் கொடுக்கக் காரணமாய் இருந்த சந்தைச் சக்திகளையும், கொள்கைகளையும், கட்டுரையின் முந்தைய பகுதிகளில் நாம் கூர்ந்து ஆராய்ந்துள்ளோம்.

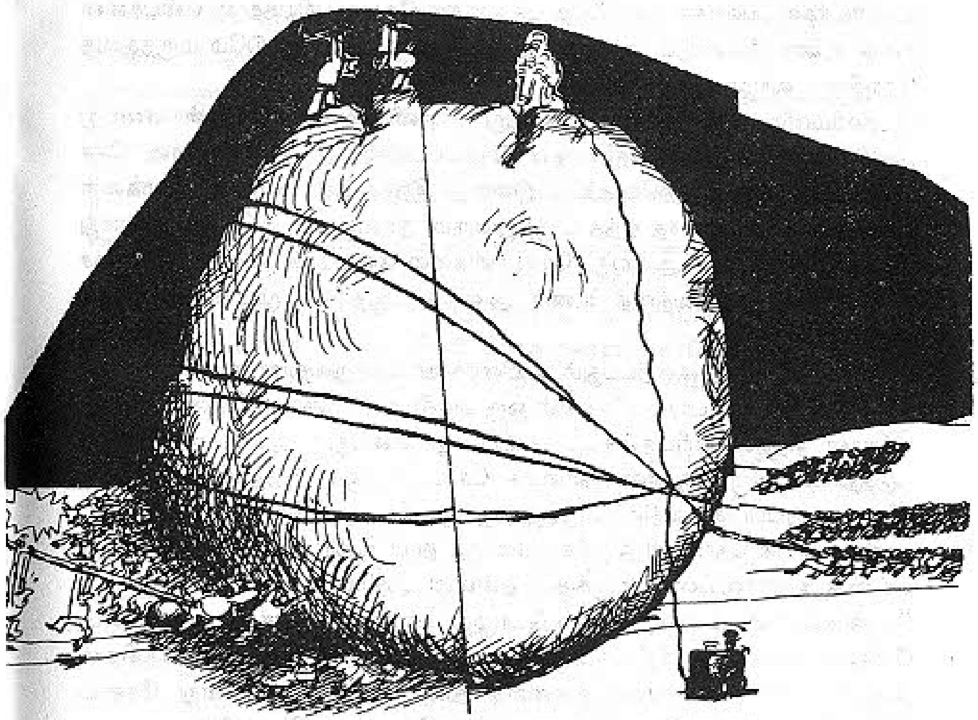
* 1997இல் வெளியிடப்பட்ட கல்லூரி பாடத்திட்டத்தில், இந்திய மருத்துவர்க் கழகம் - மருத்துவக் கல்வியில் நன்னெறியின் முக்கியத்துவம் பற்றி வலி யுறுத்தியுள்ளது.
* மருத்துவத் தொழிலானது நுகர்வோர் பாதுகாப்பு சட்டத்தின் வரையறைக்குள் கொண்டு வரப்பட்டுள்ளது. இது பற்றி பெருமளவில் விவாதங்கள் நடைபெற்றுள்ளன. அதனால் நன்னெறி பற்றி மருத்துவக்குடும்பம் பின்னோக்கிப் பார்க்க ஒரு கட்டாயம் ஏற்பட்டுள்ளது.
* மும்பையில் உள்ள சில தொழில் பற்றுள்ள சில மருத்துவர்கள் சேர்ந்து மருத்துவ நன்னெறிக்கு ஒரு அமைப்பு ஏற்படுத்தியுள்ளனர். அதன் சார்பில் தொடர்ந்து பிரசுரங்களை வெளிக்கொண்டு வருகின்றனர். இதன்மூலம் பல விவாதங்களும் விமர்சனங்களும் பெருமளவில் வருவதற்கு வழிகோலியுள்ளனர்.

கர்நாடகாவில் உள்ள "ராஜீவ் காந்தி உடல் நலவிஞ்ஞானப் பல்கலைக்கழகம்" - தனது கட்டுப்பாட்டில் உள்ள அனைத்துக் கல்லூரிகளிலும் 'மருத்துவ நன்னெறி பற்றிய பாடத்திட்டத்தினை முதன் முறையாக அறிமுகப்படுத்தி யுள்ளது.

> "நன்னெறி ரீதியான பிரச்னைகளோடு முரண்பட வேண்டிய நிலையில் இன்று மருத்துவர்களும், மருத்துவத் தொழிலில் ஈடுபட்டுள்ள பிறரும் உள்ளனர். விஞ்ஞானமும் தொழில் நுட்பமும் வளர, வளர இப்பிரச்னைகளும் அதிகமாகின்றன. இப்படிப்பட்ட பிரச்னைகள் எழும்போது மருத்துவர்கள் அதனை கூர்ந்து அணுகி, அனைவரும் ஏற்றுக் கொள்ளும்படியாக ஒரு தீர்வினை எடுக்கவேண்டும். எனவேதான் நன்னெறி பற்றிய போதனை முதல் நிலையில் அறிமுகப்படுத்தப்பட்டுள்ளது. பயிற்சிக்காலம் முழுவதும் தொடரப்படுகிறது."
>
> *-ராஜீவ்காந்தி உடல்நல விஞ்ஞான பல்கலைக்கழக விதிகள் 1997-98.*

1965இல் இருந்து மருத்துவ மாணவர்களுக்கு மருத்துவ நன்னெறி பற்றிய பயிற்சியினை வழங்கி வரும் ஒரே கல்லூரி பெங்களூரில் உள்ள புனித யோவான் மருத்துவக் கல்லூரியாகும் இந்தப் பாடத்திட்டம்தான் பின்னர் சில மாறுதல்களுடன் பல்கலைக்கழக பாடத்திட்டமாக ஏற்றுக் கொள்ளப்பட்டது.

ராஜீவ் காந்தி உடல் நல விஞ்ஞானப் பல்கலைக்கழகத்தின் இப் பாடத்திட்டம் மிகவும் விரிவான ஒன்றாகும். இது முக்கியமான பத்துப் பகுதிகளைக் கொண்டது. மருத்துவ நன்னெறிக்கான அறிமுகம், மருத்துவ நன்னெறி விளக்கம், மருத்துவ நன்னெறியின் பல்வேறு கோணங்கள் தனிமனித ஒழுக்க நன்னெறிகள் மனித வாழ்வின் தர்மம், மருத்துவ நன்னெறியில் குடும்பமும் சமூகமும், (இறந்து விட்ட, இறந்து கொண்டிருக்கும்) தொழில் நன்னெறி, மருத்துவ ஆராய்ச்சியில் நன்னெறி.



இந்த முறைகள் எல்லாம் சிறிய உதாரணங்கள் தான் - ஆனால் இந்த சமுதாயத்திற்குள்ளேயே மாற்றங்களை உருவாக்க முயற்சிக்கலாம் என்று எடுத்துக்காட்டுகளாகும். இந்த முயற்சிகளை பலரும் தொடங்கி இதன் வீச்சை நாடு முழுவதும் எடுத்துச் செல்வது நமது கடமையாகும். **இந்தக் கட்டுரையின் முந்தைய பகுதிகளில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள பிரச்னைகளைக் கையாள, நாம் முக்கியத்துவம் அளிக்க வேண்டிய அடிப்படைக் கோட்பாடுகள்.**

திரு. மாதவமேனன் அவர்கள் 1999 ஏப்ரலில் கர்நாடகாவில் மருத்துவ பல்கலைக் கழகத்தில் "மருத்துவர் கல்வியும் - மருத்துவ நன்னெறியும் என்றும்

தலைப்பில் நடத்திய கருத்தரங்கத்தில் கலந்து கொண்டு முக்கிய உரையாற்றினார்.

புதிய பொருளாதாரக் கொள்கையினாலும் தொழில் நுட்ப வளர்ச்சியினாலும் ஏற்படக்கூடிய சிக்கலான பிரச்னைகள் குறித்தும், அவற்றை எதிர்கொள்ள தேவையான 5 முக்கிய அடிப்படைக் கூறுகள் பற்றியும் அவர் விளக்கியுள்ளார்.

"மருத்துவத் தொழில் என்பதே மக்களுக்காகத்தான்" என்பதுதான் எப்போதும் மையமாக அமைய வேண்டும். முதலில், மருத்துவத் தொழிலில் உள்ளவர்கள் அவர்கள் வாழ்வதே மக்களுக்கு சேவை புரியத்தான் என்பதனை நன்கு உணர வேண்டும் மக்களின் திருப்தியும், நலனும் மட்டுமே மருத்துவத் தொழிலை வாழவைக்க முடியும்.

தனிமனித உரிமைகளை மதிப்பது - தனிமனித உரிமைகள் என்பது அரசியல் சட்டத்தில் உத்தரவாதப்படுத்தப்பட்டுள்ளது. மேலும் சர்வ தேச அளவிலும் அது உறுதிசெய்யப்பட்டுள்ளது. இந்தத் தனி மனித உரிமைகளை உள்வாங்கிக் கொள்ளாத எந்த மருத்துவரும் "தகவலுடன் ஒப்புதல்" அல்லது "ரகசியப் பாதுகாப்பு" அல்லது "நோயாளிகளை மையமாக் கொண்ட சிகிச்சை முறை என்ற தத்துவத்தை உணர அல்லது ஆதரிக்க முடியாதவர்களாகி விடுகின்றனர்.

சிரமப்படுவதை குறைப்பதும், உயிரைக் காப்பாற்றுவதுமான பணி என்பது ஹிப் போகிரட்டிய பாரம்பரியத்தின் ஒரு பகுதியாகும். நோயாளியின் நலனுக்கு எதிரான எந்தக் காரியத்தையும் தவிர்ப்பது என்பதும், அவர்களை காயப் படுத்தாமல் இருப்பதுதான் நன்மைக் கோட்பாடாகும். இந்தக்கோட்பாட்டை நடைமுறைப்படுத்துவதில் மருத்துவருக்கு சில பிரச்சினைகள் உயிரைப் பாதுகாத்தபின் நோயாளி இருக்கப் போகும் தரம் (உயிர் மட்டுமே - இருக்கும். எவ்வித உணர்வுமின்றி இருக்கும் தன்மை) அல்லது உயிரைப் பாதுகாக்க வேண்டிய மனிதம் என்று வரும் பொழுது மனத் தடுமாற்றங்கள் ஏற்படலாம். மேலும் பாலியல் ரீதியான, பொருளாதார ரீதியான உணர்ச்சிகள் அடிப்படையிலான சுரண்டல்களைத் தவிர்த்து ஒதுங்கி நின்று சேவை செய்வதும் நன்மைக்கோட்டின் அடிப்படையில் உணர வேண்டும்.

ஒரு நவீன சமுதாயத்தின் சின்னமாகும். அதன் சட்டம் கோட்பாடுகளுக்கு நியாயம்தான் இலக்கு.

நியாயமாக நடப்பது' - இதுதான் மருத்துவத் தொழிலை ஒளிமயமாக்கும் நான்காவது நன்னெறியாகும். 'நியாயம்' இதனை எல்லாச் சூழ்நிலைகளுக்கும் விளக்குவது சாதனமாக இருந்தாலும் மனித உரிமைகளின் பலவிதத்தில் இந்தக் கோட்பாடுதான் அடிப்படையாக உள்ளது.

இந்த ஐந்தாவது கோட்பாடு என்பது, மருத்துவர் நோயாளி உறவை விளக்குவது. தவறுகள் நடைபெறும் போது ஏற்கனவே சொன்ன நியாயத்தை

உட்கொண்டு செயல்பட ஆதாரமாகும். சர்ச்சைக்குள்ளாகும் பொழுது பதிலளிக்க வேண்டிய நிலமை என்பது இருக்கவேண்டும். எப்போதெல்லாம் வரம்பு மீறப்படுகிறதோ அப்போதெல்லாம் நீதி, நியாயம் என்பது தெளிவுபடுத்தப்படவேண்டும். நன்னெறி வழிமுறைகளைக் கட்டுவதற்கு பலவிதமான மருத்துவ முறைகேடுக்கு எதிராக நடந்த பல்வேறு வழக்குகள் பயன்படும் இந்த வழக்கு தீர்ப்புகளுக்கு ஒரு முக்கிய அடிப்படை மருத்துவதுறைக்கு இருக்கும் பதில் அளிக்க வேண்டிய கோட்பாடுதான்.

(பதிலளிக்க வேண்டியது என்றால் தனி நபர் நோயாளிக்கு மட்டுமல்ல - சமுதாயத்துக்கும் பதிலளிப்பது என்று பொருள்)

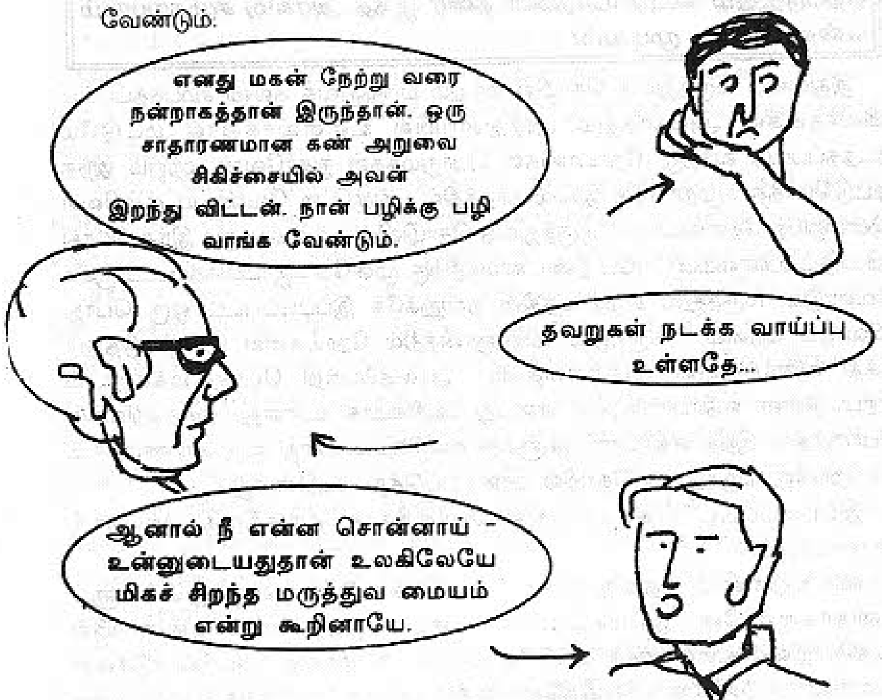
8. வணிக மயமாகிவரும் மருத்துவக்கல்வி மற்றும் உடல்நலப் பாதுகாப்புக்கு எதிராக மருத்துவத் தொழில் உள்ளவர்கள் ஏற்படுத்தும் கட்டுப்பாடுகள் தவிர இந்த அரசும், சமுதாயமும் என்ன செய்ய முடியும்?

இதுவரை, மருத்துவத் தொழில் மற்றும் மருத்துவக் கல்வி சம்பந்தப்பட்ட விவாதங்கள் அனைத்தும் அத்துறையில் உள்ளவர்களால் மட்டுமே நடத்தப்பட்டு வந்தது. நோயாளிகள் பொதுமக்கள் நுகர்வோர், மற்றும் இந்த ஒட்டுமொத்த சமுதர்யமே இவ்விவாதத்தில் பங்குபெற வேண்டிய சூழ்நிலை இன்றையத் தேவையாகும். மருத்துவத் தொழிலின் நலன்காக்கும் இந்த பொது விவாதம் உண்மையிலேயே நீண்டகாலத்திற்கு முன்பே ஆரம்பிக்கப்பட்டிருக்க வேண்டும். மருத்துவ சமுதாயத்தின் நலனுக்கே இப்படிப்பட்ட ஒரு பொது விவாதம் தேவை . மருத்துவ விஞ்ஞானத்தில் நோய்களை குணப்படுத்தும் சக்தி வளர்ந்துள்ள விகிதத்தைவிட, அதைப்பற்றி பொது மக்களிடம் ஏற்பட்டுள்ள எதிர்பார்ப்புகள் என்பது அதிகமாக உள்ளது. பகுத்தறிவுக்கு பொருந்தாத இந்த எதிர்பார்ப்புகளுக்கு வணிகமயமானது ஒரு காரணமாகும். மற்றொன்று மருத்துவத் தொழில் மாயைப்படுத்தப்பட்டுள்ளது.

இப்படிப்பட்ட பகுத்தறிவுக்கு பொருந்தாத கருத்திற்கு மற்றொரு காரணமாகும்.

விபத்துகளும் தவறுகளும் நடக்கக்கூடும். மருத்துவர்களும் மனிதர்கள்தானே. இப்படிப்பட்ட மாயைப்படுத்தப்பட்ட தன்மையில் அத்தொழிலில் உள்ளவர்கள் மட்டுமே விவாதம் நடத்துவதும் கட்டுப்பாடுகளை அவர்கள் மட்டுமே ஏற்படுத்திக்கொள்வதும் அவர்களே சிக்கிக் கொள்வதற்கு வழி வகுக்கும். எனவேதான், இந்த மக்களை விவாதத்தில் பங்கு பெறச் செய்வதன் மூலம் மாயைப்படுத்தப்படுவதை அகற்றுவதன் மூலம் மட்டுமே. நன்னெறி வழிமுறைகளையும் சட்டக் கோட்பாடுகளையும் கட்டமுடியும்.

* மருத்துவத் 'தொழிலை நுகர்வோர் பாதுகாப்பு சட்டத்தின் கீழ் கொண்டு வந்தது என்பது தேவைப்படும் மாற்றத்தை நோக்கிய முதல் கட்டமாகும்.
* தனக்கு அளிக்கப்பட்டு வரும் சிகிச்சை சரிதானா என்பது பற்றிய சந்தேகம் ஒருவருக்கு வரும்பொழுது. அந்த சந்தேகத்தை நிவர்த்தி செய்து கொள்ள வழி வகுக்கும் வகையில் ஒரு இரண்டாவது ஆலோசனை கேட்க வசதியாய். இப்படி பலரின் சந்தேகங்களைப் போக்கும் வகையில் ஒரு மருத்துவ குழு அமைக்கலாம்.
* பொது சமுதாயத்தின் நடவடிக்கை மருத்துவத் துறையின் புதிய இலக்குகளை அடைவது ஆகும். பொது விவாத்த்தை ஆரம்பிப்பது. அடுத்த கட்ட நடவடிக்கையாகும். பயிற்சி, அல்லது. சேவை அல்லது ஆய்வு இதில் எதுவேண்டுமானாலும் இருக்கலாம். அதில் பல பகுதி மக்கள் பங்கேற்கும் வகையிலான ஒரு பொது விவாதம் நடத்தப்பட வேண்டும்.
* மருத்துவ வழிகாட்டுதல்களில் மக்களின் பங்கேற்பை ஊக்கப்படுத்த வேண்டும்.



கண்காணிப்பு பாத்திரம்

பொது சமுதாயத்தில் செயல்படும் பல ஸ்தாபனங்கள் மருத்துவ சீர்திருத்துத்துக்காக பாடுபடும் மருத்துவர்களுடன் இணைந்து நம்நாட்டு நல்வாழ்வுத்துறையின் செயலை கண்காணிக்க வேண்டும் நல்வாழ்வு பிரச்சனைகள் என்றால் என்ன? இருக்கும் கொள்கைகளும் வரவிருக்கும் கொள்கைகளும் அதை எப்படி பாதிக்கின்றன எந்தப் பிரச்சினைகளில் ஒரு நலவாழ்வுக்கான சமுதாய விவாதம் தேவை உதாரணத்திற்கு. இப்போது மரபணு தொழிற்நுட்பத்தால் மாற்றம் செய்யப்பட்ட உணவுகள் அனுமதிக்கலாமா? மருத்துவ முறை கேடுகள் நடப்பதை பொதுமக்கள் கவனத்துக்கு கொண்டுவருவது (உதாரணம் பெண்குழந்தைக்கருவை முன்னரே கண்டறிந்து கருக்கலைப்பது) இதுக்கெல்லாம் கண்காணிப்பதற்கு பல தன்னார்வ இயக்கங்கள், மக்கள் இயக்கங்கள் செயல்பட வேண்டும்.

மருத்துவத்துறையின் சீர்திருத்தத்துக்கான மக்களைத் திரட்டுவது - மருத்துவத்தை வணிகமயமாக்குவதற்காக ஸ்தாபன ரீதியாக பல சக்திகள் தொடர்ந்து செயல்படுகின்றன. அதற்கான கொள்கை மாற்றம் - அதற்கான நிதி உதவி பொது விளம்பரம், பண்பாட்டு மாற்றங்கள், திட்டம்போட்டு செயல்படுகின்றனர். ஆனால் ஏழைக்கு மருத்துவ வசதிக்காக மருத்துவத்தில் நன்னெறிக்காக மக்களுக்கு மருத்துவ கோட்பாடுகளை நிர்ணயிப்பதால் ஒரு பங்கேற்புக்காக செயல்படும் சக்திகள் மிகவும் குறைவு. இதைப் பலப்படுத்த சுகாதார இயக்கங்கள் மக்கள் அறிவியல் இயக்கங்கள் நுகர்வோர் இயக்கங்கள் தன்னார்வ இயக்கங்கள் செயல்படவேண்டும். அப்பொழுதுதான் இன்றைய அரசியலில் இந்தக் கருத்துக்கள் இடம்பெறும் அப்பொழுதுதான் எல்லோருக்கும் நல்வாழ்வு ஏற்படும்.

சாதாரணத் தலைவலிக்கு சி.டி.ஸ்கேன் தேவையே இல்லை. ஆனால் லட்சத்தில் ஒருவருக்கு அதுமூளையில் கட்டிக்கு அறிகுறியாக இருக்கலாம். அந்த ஒருவர் சி.டி. ஸ்கேன் எடுக்காததால் தன் நோயைக் கண்டுபிடிப்பதில் தாமதம் ஏற்பட்டு டாக்டர் மேல் வழக்குப் போட்டால் டாக்டர் என்ன செய்வது?

இப்படிப்பட்ட கேள்விகள் மருத்துவத்துறையில் எல்லாத் துறைகளிலும் நோய்களிலும் எழும்பும். தேவையில்லாமல் லாபத்துக்காக ஆயிரக்கணக்கான பரிசோதனை செய்வதை இது நியாயப்படுத்தும் - இந்தப் பிரச்சினையைத் தவிர்க்க ஒவ்வொரு மருத்துவமனையும் ஒவ்வொரு மருத்துவத் தொழில் ஸ்தாபனமும் மாநில அரசும் செய்ய வேண்டியது என்ன?

ஒவ்வொரு நோய்க்கும் எவ்விதமான சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும் எப்போது பரிசோதனை செய்ய வேண்டும் போன்ற கேள்விகளுக்கு சில வழிகாட்டிகள் தயார் செய்யவேண்டும். இந்த வழிகாட்டிகள் தயாரிப்பில் மருத்துவர்களின் முக்கிய பங்கேற்பு இருந்தாலும் அரசு பங்கேற்பு

சமுதாயத்தின் பிற பகுதிகளின் பங்கேற்பும் ஓரளவாவது இருக்கவேண்டும். அதில் குறிப்பாக பெண்கள். ஏழைமக்கள் ஸ்தாபனத்தின் பிரதிநிதிகள் பங்கேற்க வேண்டும் ஒவ்வொரு நோய் சிகிச்சை அல்லது பரிசோதனை பற்றிய விளக்கங்கள் எளிதான தமிழில் எழுதிய அப் புத்தகங்கள் மருத்துவ மனையிலும் டாக்டரிடமும் கிடைக்க வேண்டும். இது தகவலுடன் ஒப்புதலுக்கு வழி வகுக்கும். டாக்டர்களை தேவையில்லாத வழக்குகளில் இருந்து பாதுகாக்கும்.

முடிவாக மக்களாலும் அவர்கள் இயக்கங்களாலும் இதர பிரிவு சமூக சேவை இயக்கங்களாலும் அழுத்தம் தரப்படவேண்டிய மையமான கருத்துகள் என்பது:

* வறுமைக்கும் நோய்க்கும் இடையேயான நெருக்கமான உறவுமுறை யினை அடித்தளமாக கொண்ட நல்வாழ்வுத் திட்டமிடல் நடக்கவேண்டும். எனவே அனைத்து உடல்நல பாதுகாப்பு நிகழ்ச்சிகளும் வறுமை ஒழிப்பு மற்றும் மனித மேமபாடு ஆகியவற்றின் ஒரு அங்கமாக இருக்கவேண்டும். ஏழை மக்களின் பிரதிநிதிகள் மத்தியில் இருந்து தொடர்ந்து இது வலியுறுத்தப்பட்டு வந்தால்தான் இப்பிரச்னை மையமாக இருப்பதை உறுதிப்படுத்த முடியும்.
* தொடர்ந்து வணிகமயமாகி வரும் மருத்துவ தொழிலும் சந்தைப் பொருளாதாரத்தால் சீரழிந்து விட்ட உடல்நலப் பாதுகாப்பும், கவனமாக எதிர்கொள்ளப்படவேண்டும். விரிவான தீர்வுகளை நோக்கி நாம் தொடர்ந்து போராட வேண்டும். பன்னாட்டு தொழில் நுட்பங்களால் உடல்நலப் பாதுகாப்பு என்பது சந்தைப் பொருளாக மாற்றப்படுவதை எதிர்க்க வேண்டும்.

* மருத்துவக் கல்லூரிகளிலும் கல்வி நிலையங்களிலும் சமுதாயக் கண்ணோட்டமும் ஆரம்ப சுகாதாரமும் உத்வேகப்படுத்தப்பட வேண்டும். மாணவர்களும் ஆசிரியர்களும் ஆரம்ப சுகாதாரத்தைப் பற்றி முழுக் கவனம் செலுத்தி அதனை பாதுகாக்க தங்களை முழுமையாக ஈடுபடுத்திக் கொள்ளத்தக்க வகையில் பாடத்திட்டங்கள் அமைந்தால் மட்டுமே இது சாத்தியமாகும்.
* கேபிடேஷன் கட்டணம் வசூலிக்கும் தனியார் கல்லூரிகளுக்கும் இந்தக் கல்லூரிகளை நெறிப்படுத்துவதில் பல்கலைக் கழகத்துக்கும் மருந்துவ கவுன்சிலுக்கும் இருக்கும் பாத்திரத்தை பலப்படுத்தவேண்டும்.
* மருத்துவத் துறையில் தனியார் துறைப் போக்குகள் பற்றியும் மருத்துவ தொழிலில் உள்ள தனியார் துறையினைப் பற்றியும் உடனடியான ஒரு தெளிவான பார்வை பெறவேண்டும். கட்டுப்பாடற்ற சந்தைப் பொருளாதாரத்தால் இந்த உடல்நலப் பாதுகாப்புத் துறையும் மருத்துவக் கல்வியும் சீரழிவதை தடுக்க வேண்டும்.
* மருத்துவத்துறை வளர்ப்பதில் மருத்துவரின் பயிற்சிக்கு மட்டுமே முக்கியத்துவம் கொடுக்காமல் செவிலியர் பயிற்சி. கிராமப்புற சுகாதார ஊழியரின் பயிற்சி கிராமப்புற தாதிகளின் பயிற்சி இதற்கெல்லாமும் முக்கியத்துவம் வழங்க வேண்டும். அப்பொழுது தான் ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு எல்லோருக்கும் அளிக்க முடியும்.

டாக்காவில் உள்ள சர்வதேச மக்கள் நல்வாழ்வு சபையும் கல்கத்தாவில் உள்ள தேசிய நல்வாழ்வு சபையும் மாநிலங்களில் உள்ள நல்வாழ்வு சபைகளும் தங்கள் கூட்டங்கள் அனைத்திலும் மருத்துவத் துறையின் சீர்திருத்த கருத்துக்களை விவாதத்தில் சேர்த்துக் கொள்ள வேண்டும். இதில் ஏராளமாக - நல்லெண்ணம் கொண்ட மருத்துவர்களையும் பொதுமக்களையும் செவிலியர் சுகாதார ஊழியரையும் ஈடுபடுத்த வேண்டும். நல்வாழ்வு சபைகள் இரண்டு விதமான செயல்களில் தனது கவனத்தை செலுத்த வேண்டும்.

✶ மருத்துவத் தொழில் வணிகமயமாவதை கட்டுப்படுத்த அரசாங்கங்களுக்கும் மருத்துவ தொழில் ஸ்தாபனங்களுக்கும் ஆலோசனையும் வேண்டுகோளும் அளிக்க வேண்டும்.

மருத்துவதொழில் சிறப்பான தகுதி உடையதாக பாதுகாப்பானதாக அனைவரக்கும் கிட்டும் வகையில் ஆலோசனை தரவேண்டும்.

✶ மக்களைத்திரட்டி, அவர்களது உரிமைகளை அவர்களுக்கு கற்பித்து, மருத்துவத் தொழில் வணிகமயமாவதை அவர்களுக்கு உணர்த்துவது; வணிகமயமாவதால் ஏற்படும் விளைவுகளை சந்திக்க அவர்களை தனியாகவும், சமூக ரீதியாகவும் தயார்படுத்துவது. மருத்துவத் துறையினை சீரமைக்க வேண்டிய விழிப்புணர்வை அவர்களிடம் ஏற்படுத்துவது.

எழுந்து வரும் இப்பிரச்சினையினை எதிர்கொள்ள, இந்தப் புதிய ஆயிரமாவது ஆண்டின் தொடக்கத்தில் அனைவரையும் தயார் செய்வோம். மக்களுக்காக மருத்துவமா, சந்தைப் பொருளாதாரத்தில் ஒரு விபத்துக்கான ஒரு பொருளாக சிக்கி சீரழிய மருத்துவமா என்பதனை நமது முயற்சிகள் தீர்மானிக்கும்.

சந்தையா? மக்களா?

நமது நன்னெறி எதனைத் தேர்வு செய்யப்போகிறது.

இணைப்பு -1

நல்வாழ்வு பாதுகாப்பிற்கான கட்டமைப்பும் - நிதியும் 1880-1940

	1880	1890	1900	1910	1920	1930	1940
1. மருத்துவமனைகளும், மருந்தகங்களும் (அரசு நிதி பெற்றவை மட்டும்)	1212	1736	2313	4262	5067	6448	7441
(i) அரசுக்கு சொந்தமானவை - சதவீதம்	த.இ.	த.இ.	த.இ.	68.5	72.2	72.0	87.3
(ii) அரசு நிதி பெற்றவை - சதவீதம்	த.இ.	த.இ.	த.இ.	74.5	78.0	81.9	92.4
(iii) மொத்த படுக்கைகள்	த.இ.	த.இ.	த.இ.	45639	55772	67245	74111
(iv) சிகிச்சை பெற்ற நோயாளிகள் (மில்லியனில்)	த.இ.	12.98	20.49	35.06	45.53	67.87	த.இ.
(v) அரசு நிதி உதவியுடன் செயல்பட்ட							
(vi) மருத்துவமனைகளில் சிகிச்சை பெற்றவர் %	த.இ.	த.இ.	த.இ.	80.4	82.7	84.6	த.இ.
2. பொது சுகாதாரத்திற்கான மொத்த செலவு உள்ளூர் அரசாங்க செலவு உட்பட (ரூ. மில்லியனில் - கடந்த பத்தாண்டுகளில் ஆண்டு சராசரி)	18.5	23.3	38.8	53.5	76.3	143.4	145.3
- உள்ளூர் அரசாங்கம் செய்த செலவு சதவீதம்	43.8	45.1	51.8	58.3	61.6	63.7	60.8
- மொத்த அரசாங்க செலவில் பொதுச்சுகாதார செலவின் சதவீதம்	3.14	2.92	3.78	4.23	.4.54	5.35	5.47
3. மக்கள் தொகை கணக்கெடுப்பின்படி மருத்துவர்கள் எண்ணிக்கை	91607					304544	
- பயிற்சி பெற்றவர் சதவீதம் அலோபதி மட்டும்	14.51					25.58	

ஆதாரம்: செலவு புள்ளி விபரம் - ரோஜர் ஜெப்ரி : தி. பாலிடிக்ஸ் ஆப் ஹெல்த் இன் இண்டியா

கலிபோர்னியா பல்கலைக்கழக அச்சகம், பொக்லி 1988

மருத்துவமனை புள்ளி விபரம் - பிரிட்டிஷ் இந்தியாவின் புள்ளிவிபரங்கள் - பகுதி -5 மொத்தபரப்பு, மக்கள் தொகை பொது சுகாதாரம் - வர்த்தக உளவுத்துறை இயக்குநர், இந்திய அரசு.

மருத்துவர் புள்ளி விபரம் - மக்கள் தொகை கணக்கெடுப்பு 1881 தொகுதி 3 1931, தொகுதி 1, பகுதி -3 மத்திய அரசு பர்மா உள்ளிட்டது.

இணைப்பு -2

இந்தியாவில் மருத்துவத் துறையின் வளர்ச்சி 1951-1998

		1951	1961	1971	1981	1991	1995	1996	1997	1998
1. மருத்துவ மனைகள்	மொத்தம்	2694	3054	3862	6805	11174	15097			
	%கிராமப்புறம்	39	34	32	27		31			
	%தனியார்				43	57	68			
2.படுக்கைகள்	மொத்தம்	117000	229634	348655	504538	5664135	870161			
	%கிராமப்புறம்	23	22	21	17		20			
	%தனியார்				28	32	36			
3.மருந்தகங்கள்		6600	9406	12180	16745	27431	28225			
	%கிராமப்புறம்	79	80	78	69		43			
	%தனியார்				13	60	61			
4.ஆரம்ப சுகாதாரம்		725	2695	5131	5568	22243	21693	21917	22446	
5.துணை மையங்கள்				27929	51192	131098	131900	13493	136379	
6.மருத்துவர்	அலோபதி	60840	83070	153000	266140	395600	459670	475780	522634	503950
	அனைத்து முறைகளும்	156000	184606	450000	665340	920000	-	-	-	115500
7.செவிலியர்		16550	35584	80620	150399	311235	562966	565700		
8.மருத்துவ கல்லூரிகள்	அலோபதி	30	60	98	111	128		165	165	
9.வெளியேறும் மாணவர்கள்	பட்டபடிப்பு	1600	3400	10400	12170	12086				
	பட்டமேற் படிப்பு		397	1396	3833	3139				
10. மருந்து தயாரிப்பு	பில்லியனில் ரூபாய்	0.2	0.8	3	14.3		60.5	-	-	160 (1999)
11. நல்வாழ்வு பலன்கள்	IMR/000	134	146	138	110	80	74/69	72	71	
	CBR/000	41.7	41.2	37.2	33.9	29.5	29	25	24	
	CDR/000	22.8	19	15	12.5	9.8	10	9	9	
	உயிர்வாழ்தல் வயது	32.08	41.22	45.55	54.4	59.4	62	62.4	63.5	
பயிற்சி பெற்றோர் பார்த்த பிரசவங்கள்	1000 பிறப்புகள்				18.5	21.9		28,5		
12., சுகாதாரத்திற்கு செலவு ரூ. பில்லியனில்	பொது	0.22	1.08	3.35	12.86	50.78	82.17	101.65	113.13	126.27
	தனியார் @ CSO	1.05	3.04	8.15	43.82					
			2.05	6.18	29.70	82.61				

@Data from - 1951: NSS 1st Round 1949-50; 1961: SC Seals All India District Surveys, 1958; 1971: NSS 28th Round 1973-74; 1981: NSS 42nd Round 1987; 1991 and 1995: NCAER - 1990 and 1994.

Source :
1. Health Statistics / Information of India, CBHI, GOI, Varius years
2. Census of India Economic Tables, 1961, 1971, 1981, GOI
3. OPPI Bulletins for data on Pharmaceutical Production
4. Budget Papers of Central and State Governments, various years
5. National Accounts Statistics, CSO, GOI, various years

இணைப்பு -3

MODEL CITIZEN'S CHARTER FOR GOVERNMENT HOSPITALS

(Extract of letter No. Z28015/131/96-H, dated 13-12-1996 from the Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India, New Delhi)

1. Preamble

Government hospitals exist to provide every citizen of India with health care within resources and facilities available. Such care is to be made available without discrimination by age, sex, religion, caste, political affiliation, economic and social status. This Charter seeks to provide a framework which enables citizens to know what services are available, the quality of services they are entitled to and to inform them about the means through which complaints regarding denial or poor quality of service will be addressed.

2. Objectives :

2.1 To make available medical treatment and related facilities, for citizens who seek treatment at the hospital.

2.2 To provide the appropriate advice, treatment and support that would help cure the ailment to the extent medically possible.

2.3 To ensure that treatment is based on well considered judgement, is timely and comprehensive and with the consent of the citizen being treated.

2.4 To ensure users are aware of the nature of ailment, progress of treatment, duration of treatment and impact on their health and lives, and

2.5 To redress any grievance in this regard.

3. Components of service at hospitals :

3.1 Access to hospital and professional medical care to all.

3.2 Making provision for emergency care after main treatment hours, whenever needed,

3.3 Informing users about available facilities, costs involved, and requirements expected of them with regard to treatment as well as use of hospital facilities, in clear and simple terms,

3.4 Informing users of equipments out of order,

3.5 Ensuring that users can seek clarifications on and assistance in making use of medical treatment and hospital facilities,

3.6 Collecting fees and charges that are reasonable and well known to public, and

3.7 Informing users about steps to be carried out in case of most of the common deficiencies in service.

4. Commitments of the Charter :

4.1. To provide access to available facilities without discrimination,

4.2 To provide emergency care, if needed, on reaching the hospital,

4.3 To provide adequate number (to be defined) of notice boards detailing location of all facilities,

4.4 To provide written information on diagnosis, treatment being administered, and costs that will be recovered, each day in case of in-patients,

4.5 To provide a receipt of all payments made for medical care,

4.6 To record complaints round the clock, and designate Medical Officers who will respond at an appointed time the same day in case of in-patients and the next day in case of out-patients.

5. Grievance redressal :

5.1 Grievances that citizens have will be recorded round the clock.

5.2 There will be a designated medical officer to respond to requests deemed urgent by the person recording the grievances.

5.3 Aggrieved users would, after having their complaint recorded be allowed to seek a second opinion from within the hospital.

5.4 Have a Public Grievances Committee outside the hospital to deal with grievances that are not resolved within the hospital.

6. Steps that will be taken :

6.1 Hospital staff, Department of Health and citizens representatives will discuss the utility and content of the Charter before it is formulated.

6.2 The areas on which standards are prescribed will be selected on the basis of feedback from users of problems and deficiencies, collected by an independent body.

6.3 Systematic efforts will be made to create wide awareness that a Charter exists, among the users of the hospital, and

6.4 Performance in areas where standards have been specified in the Charter will be compiled and displayed publicly.

7. Responsibilities of the Users :

7.1 Users of hospitals would attempt to understand the commitments made in the Charter and demand adherence,

7.2 Users would not insist on service above the standards set in the Charter, particularly because it could negatively affect the provision of the minimum acceptable level of service to another user;

7.3 Instructions of the hospital personnel would be followed sincerely, and

7.4 In case of grievances, the redressal machinery would be used by users without delay.

8. Feedback from the users :

8.1. The perceptions of users on the quality of service of hospitals would be systematically collected and analysed by an independent agency, and

8.2 The feedback, would cover areas where standards have been specified as well as other areas where standards are proposed to be set up.

9. Performance audit and Review of the Charter :

9.1 Performance audit may be conducted through a peer review every year or every two years.

92. The audit would look at user feedback, records on adherence to committed standards, the performance on parameters where standards have not yet been set, and other indicators of successful goal realisation.

9.3 Identify areas where standards can be introduced, tightened, etc., opportunities for cost reduction, and areas where capacity building is required, and

9.4 Through re-assessment of the contents of the Charter every five years.

இணைப்பு -4

EMERGENCY SERVICES IN HOSPITALS

(Extract of letter No. Z28015/131/96-H, dated 13-12-1996 from the Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India, New Delhi)

The Honourable Supreme Court in their judgement dt 6-5-96 in SLO (C) No. 796/92 - Paschim Banga Khet Mazdoor Samity and others Vs State of West Bengal and another suggested remedial measures to ensure immediate medical attention and treatment to persons in real need. The State Government of West Bengal alone was a Party in the proceedings of the case. The Hon. Court has given directions that other States though not parties should also take necessary steps in the light of recommendations made by the Enquiry Committee which was set up by the State Government of West Bengal and further directions as given by the Court.

The following guidelines may also be kept in view while dealing with emergency cases in addition to the existing guidelines :-

i) In the hospital, the Medical Officer in the Emergency/Casualty services should admit a patient whose condition is morbid/serious in consultation with the specialist concerned on duty in the emergency department.

ii) In case the vacant beds are not available in the concerned department to accommodate such patient, the patient has to be given all necessary attention.

iii) Subsequently, the Medical Officer will make necessary arrangement to get the patient transferred to another hospital in the Ambulance. The position as to whether there is vacant bed in the concerned department has to be ascertained before transferring the patient. The patient will be accompanied by the resident Medical Officer in the Ambulance.

iv) In no case the patient will be left unattended for want of vacant beds in the Emergency/Casualty Department.

v) The services of CATS should be utilised to the extent possible in Delhi.

vi) The effort may be made to monitor the functioning of the Emergency department periodically by the Heads of the institution.

vii) The Medical records of patients attending the emergency services should be preserved in the medical record department.

viii) The Medical Superintendent may coordinate with each other for providing better emergency services.

3. With regard to maintenance of admission register of patients, following may be kept in view :-

a) Clear recording of the name, age, sex, address and disease of the patient by the attending Medical Officer;

b) Clear recording of the date and time of attendance, examination/ admission of the patient;

c) Clear indication whether and where the patient has been admitted, transferred, referred;

d) Safe custody of the Registers;

e) Periodical inspection of the arrangement by the Superintendent;

f) Fixing of responsibility of maintenance and safe custody of the Registers.

4. With regard to identifying the individual medical officer attending to the individual patient approaching OPD/emergency department of a hospital on the basis of consulting the hospital records, it has been directed by the Court that the following procedure should be followed in future :-

a) A copy of the Duty Roster of Medical Officers should be preserved in the Office of the Superintendent incorporating the modifications done for unavoidable circumstances;

b) Each Department shall maintain a register for recording the signature of attending medical officers denoting their arrival and departure time;

c) The attending medical officer shall write his full name clearly and put his signature in the treatment document;

d) The Superintendents of the hospital shall keep all such records in safe custody.

e) A copy of the ticket issued to the patient should be maintained or the relevant date in this regard should be noted in an appropriate record for future guidance.

It is appreciated the Hospital Superitendent/Medical Officers-in-charge may have difficulty in implementing these guidelines due to various constraints at the ground level and as such, feedback is vital to enable Government to refine and modify the order as it will ensure a valid working plan to regulate admission on a just basis. Detailed comments are, therefore, requested with constructive suggestions.

இந்த வரிசை நூல்கள்

1. உலகமயமாக்கல் சூழலில் நல்வாழ்வு

2. கி.பி. 2000 தில்
அனைவருக்கும் நல்வாழ்வு
என்னவாயிற்று?

3. ஒரு தரமான வாழ்க்கை

4. நம்மீது அக்கறையுள்ள ஓர் உலகம் ...

5. சந்தை பொருளாகும் நல்வாழ்வு
- சில கேள்விகள்

மேற்குறிப்பிட்ட நூல்கள் ஒவ்வொன்றும் ரூ. 20/-

ரூ. 20.00