ISSN-0971-8397

യോജന

ഫെബ്രുവരി 2016 ഒരു വികസന പത്രിക ₹ 10

സർവാരോഗ്യം സമ്പൂർണ സൗഖ്യം

ദേശീയ ആരോഗ്യനയം കാലഘട്ടങ്ങളിലൂടെ
ജെ വി ആർ പ്രസാദ് റാവു

എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം: ഒരു അന്താരാഷ്ട്ര പരിപ്രേക്ഷ്യം
സുഭാഷ് ശർമ്മ

ആരോഗ്യ ബോധവത്കരണം നേരിടുന്ന വെല്ലുവിളികൾ
ഡോ. സഞ്ജീവ് കുമാർ

ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയും സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളും
ഡോ. ചന്ദ്രകാന്ത് ലഹാരിയ

ഫോക്കസ്
ആദിവാസി മേഖലയിലെ ആരോഗ്യ പരിപാലനം
ഡോ. അഭയ് ബാങ്

പ്രത്യേക ലേഖനം
ആരോഗ്യവും സുസ്ഥിര വികസനവും
കെ. ശ്രീനാഥ് റെഡ്ഡി

വികസന വീഥി

പൾസ് പോളിയോ യജ്ഞം – 2016 രാഷ്ട്രപതി ഉദ്ഘാടനം ചെയ്തു

ദേശീയ പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പു ദിനമായ ജനുവരി 17ന് രാഷ്ട്രപതിഭവനിൽ നടന്ന ചടങ്ങിൽ വച്ച് അഞ്ചു വയസിനു താഴെ പ്രായമുള്ള കുഞ്ഞുങ്ങൾക്ക് പോളിയോ തുള്ളി മരുന്നു നല്കിക്കൊണ്ട് 2016 ലെ പൾസ് പോളിയോ യജ്ഞം രാഷ്ട്രപതി ഉദ്ഘാടനം ചെയതു. പോളിയോ നിർമ്മാർജ്ജന പരിപാടിയുടെ ഭാഗമായി ഇന്ത്യ ഗവൺമെന്റ് രാജ്യത്തെ ഏകദേശം 17.4 കോടിയോളം കുഞ്ഞുങ്ങൾക്ക് പോളിയോ തുള്ളി മരുന്ന് നല്കുകയുണ്ടായി. രാജ്യത്ത് അമ്മമാരുടെയും നവജാതിശിശുക്കളുടെയും ടെറ്റ്നസ് നിർമ്മാർജ്ജന പദ്ധതി 2015 മെയ് മാസത്തിൽ പൂർത്തിയാക്കിക്കൊണ്ട് ഇന്ത്യ ആഗോളതലത്തിൽ ശ്രദ്ധ പിടിച്ചുപറ്റുകയുണ്ടായി. 2015 ഡിസംബറിലേയ്ക്ക് ലക്ഷ്യമിട്ട ആഗോള നേട്ടമാണ് രാജ്യം മുൻകൂട്ടി കൈവരിച്ചത്. ഇതിലൂടെ ചരിത്രപരമായ നേട്ടമാണ് ആരോഗ്യമേഖലയിൽ രാജ്യത്തിന് അടയാളപ്പെടുത്താൻ സാധിച്ചത്. ദേശീയ തലത്തിൽ പോളിയോ പ്രതിരോധത്തിന് അതീവ ജാഗ്രതയോടെയാണ് രാജ്യം പ്രവർത്തിക്കുന്നത്. ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ മാർഗരേഖ പ്രകാരം ഇന്ത്യയിലും പാക്കിസ്ഥാൻ, അഫ്ഗാനിസ്ഥാൻ, നൈജീരിയ, കാമറൂൺ, സിറിയ, എത്യോപ്പിയ, സൊമാലിയ, കെനിയ എന്നീ എട്ട് രാജ്യങ്ങളിലൂടെയും സഞ്ചരിക്കുന്ന എല്ലാ യാത്രക്കാർക്കും പോളിയോ പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ് നിർബന്ധമാക്കിയിട്ടുണ്ട്. യാത്രക്കാരെ പരിശോധാനാ വിധേയമാക്കാനും പോളിയോ വൈറസിന്റെ സാന്നിധ്യം കണ്ടെത്തുന്നതിനുമായി അടിയന്തിര പ്രതികരണ പദ്ധതി പ്രകാരം സംസ്ഥാനങ്ങളിലും കേന്ദ്രഭരണ പ്രദേശങ്ങളിലും ദ്രുത കർമ്മ സേനയെ രൂപീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. കുട്ടികൾക്ക് ഇരട്ടി സംരക്ഷ നല്കുന്നതിനും പോളിയോ നിർമ്മാർജ്ജന ലക്ഷ്യങ്ങൾ നേടുന്നതിനുമായി സാധാരണ പ്രതിരോധ പദ്ധതിയായ തുള്ളി മരുന്നിനൊപ്പം ഇന്ത്യാ ഗവൺമെന്റ് കുത്തിവയ്ക്കാവുന്ന ഇൻആക്ടിവേറ്റഡ് പോളിയോ വാക്സിൻ (ഇൻജെക്റ്റബിൾ ഇൻ ആക്ടിവേറ്റഡ് പോളിയോ വാക്സിൻ, IVP) കൂടി 2015 നവംബർ 30 മുതൽ നല്കി വരുന്നു. അസാം, ഗുജറാത്ത്, പഞ്ചാബ്, ബിഹാർ, മധ്യപ്രദേശ്, ഉത്തർപ്രദേശ് എന്നീ ആറു സംസ്ഥാനങ്ങളിലാണ് ആദ്യഘട്ടത്തിൽ ഇത് ആരംഭിച്ചിരിക്കുന്നത്.

സ്റ്റാർട്ട് അപ് ഇന്ത്യ സംരംഭം പ്രധാനമന്ത്രി ഉദ്ഘാടനം ചെയ്തു. സ്റ്റാർട്ട് അപ്പുകളെ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള പ്രവർത്തന പദ്ധതിക്കും തുടക്കമായി.

ഇന്ത്യയിലെ സ്റ്റാർട്ട് അപ് സംരംഭങ്ങൾ 2016 ജനുവരി 17 ന് പ്രധാനമന്ത്രി ഉദ്ഘാടനം ചെയ്തു. സ്റ്റാർട്ട് അപ്പുകൾക്കായി 10000 കോടിയുടെ സഹായ ധനം നീക്കി വയ്ക്കുന്നതായി ആക്ഷൻ പ്ലാനിലെ പ്രധാന പദ്ധതികൾ വിശദീകരിക്കവേ പ്രധാനമന്ത്രി പ്രഖ്യാപിച്ചു. ആദ്യത്തെ മൂന്നു വർഷം സ്റ്റാർട്ട് അപ്പുകളെ ആദായ നികുതിയിൽ നിന്ന് ഒഴിവാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും അദ്ദേഹം വ്യക്തമാക്കി.സ്റ്റാർട്ട് അപ്പുകളുടെ പേറ്റന്റ് ഫീസിന് 80 ശതമാനം സൗജന്യം അനുവദിക്കും.

പുകയില ഉപഭോഗം കുറയ്ക്കാൻ 'എം സെസ്സേഷൻ'

പുകയില ഉപയോഗ ദുശീലത്തിൽ നിന്നു മുക്തി നേടുന്നതിന് സഹായകമായി രൂപപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ഐടി സങ്കേതമാണ് എം സെസ്സേഷൻ. ഒരു ഹെൽപ് ലൈൻ രൂപത്തിലാണ് ഇത് പ്രവർത്തിക്കുക. താല്പര്യമുള്ളവർ പേരുകൾ രജിസ്റ്റർ ചെയ്യണം. അതിനു മിസ്ഡ് കാൾ നല്കിയാൽ മതി. കൗൺസിലിംഗ് പരസ്പരമുള്ള എസ് എം എസ് വഴിയാണ് നടക്കുക.

ഫെബ്രുവരി 2016

വാല്യം 44 | ലക്കം 7

യോജന

മലയാളം പതിപ്പ്

ചീഫ് എഡിറ്റർ:
ദീപിക കച്ചൽ

സീനിയർ എഡിറ്റർ:
ധന്യ സനൽ കെ.

എഡിറ്റർ ഇൻ ചാർജ്:
ജെ. മഹേഷ് കുമാർ

ഈ ലക്കത്തിൽ

സർവാരോഗ്യം സമ്പൂർണ സൗഖ്യം

മലയാളം പതിപ്പ് : റ്റി.സി 25/139, ഗവണ്മെന്റ് പ്രസ് റോഡ്, തിരുവനന്തപുരം - 695 001. ഫോൺ : 0471 - 2323826
ഇ-മെയിൽ : yojanamal50@yahoo.co.in

വെബ്സൈറ്റ് : www.yojana.gov.in

ഇ-മെയിൽ : yojanace@gmail.com

വരിസംഖ്യ/ബിസിനസ് സംബന്ധമായ വിവരങ്ങൾക്ക് : pdjucir@gmail.com

ആസൂത്രണവും വികസനവും ലക്ഷ്യമാക്കി മലയാളം, ഇംഗ്ലീഷ്, ഹിന്ദി, ബംഗാളി, തമിഴ്, അസമിയ, മറാഠി, തെലുങ്ക്, ഗുജറാത്തി, ഉറുദു, പഞ്ചാബി, കന്നട, ഒറിയ എന്നീ 13 ഭാഷകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നത്.

ഇംഗ്ലീഷ് യോജനയുടെ വരിസംഖ്യാ സംബന്ധമായ അന്വേഷണങ്ങൾക്ക് എഴുതേണ്ട വിലാസം:
ബിസിനസ് മാനേജർ (സർക്കുലേഷൻ ആന്റ് അഡ്വർടൈസ്മെന്റ്) പബ്ലിക്കേഷൻസ് ഡിവിഷൻ, റൂം നം. 48-53, സൂചനാ ഭവൻ, സിജിഒ കോംപ്ലക്സ്, ലോധി റോഡ് ന്യൂഡൽഹി 110 003

വരിസംഖ്യ: ഒരു വർഷം 100/-, രണ്ടു വർഷം 180/-, മൂന്നു വർഷം 250/-

യോജനയിൽ അച്ചടിച്ചു വരുന്ന ലേഖനങ്ങളിലെ അഭിപ്രായം ലേഖകരുടേതായിരിക്കും; അവ സർക്കാരിന്റേതാകണമെന്നില്ല. പരസ്യങ്ങളുടെ ഉള്ളടക്കത്തിലും യോജനയ്ക്ക് ഉത്തരവാദിത്തമില്ല.

യോജനയുടെ ഉദ്ദേശ്യം വികസനത്തിന്റെ സന്ദേശം നാടെങ്ങും എത്തിക്കുകയാണ്. പക്ഷേ ഇതിൽ ഔദ്യോഗികാഭിപ്രായങ്ങൾക്കു മാത്രമല്ല സ്ഥാനം നല്കപ്പെടുക. ജനാഭിലാഷങ്ങളുടെയും നൈരാശ്യങ്ങളുടെയും കണ്ണാടി കൂടിയാണ് യോജന.

കവർ : ജി.പി. ധോപെ

ലേഖനങ്ങൾ ക്ഷണിയ്ക്കുന്നു

സമ്പദ് വ്യവസ്ഥ, ആരോഗ്യ, വിദ്യാഭ്യാസ, സാമൂഹ്യക്ഷേമ മേഖലകളിലെ പ്രവണതകൾ എന്നിവ സ്ഥിതിവിവര കണക്കുകളോടെ വിശകലനം ചെയ്യുന്ന

ലേഖനങ്ങൾ

വിദഗ്ദ്ധരിൽനിന്നും ഗവേഷണ വിദ്യാർത്ഥികളിൽനിന്നും

ക്ഷണിക്കുന്നു

വിലാസം:

പത്രാധിപർ, യോജന, ഗവ. പ്രസ്സ് റോഡ്, തിരുവനന്തപുരം 695 001

ഇ-മെയിൽ :

yojanamal50@yahoo.co.in

യോജന
● ഫെബ്രുവരി 2016 ●വാല്യം 44 ●ലക്കം ഏഴ്

ഉള്ളടക്കം

സർവാരോഗ്യം സമ്പൂർണ സൗഖ്യം

7 ദേശീയ ആരോഗ്യ നയം കാലഘട്ടങ്ങളിലൂടെ
ജെ.വി.ആർ. പ്രസാദ് റാവു

10 എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം: ഒരു അന്താരാഷ്ട്ര പരിപ്രേക്ഷ്യം
ഡോ. സുഭാഷ് ശർമ്മ

16 ആരോഗ്യ ബോധവത്കരണം നേരിടുന്ന വെല്ലുവിളികൾ
ഡോ. സഞ്ജീവ് കുമാർ

20 ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയും സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളും
ഡോ. ചന്ദ്രകാന്ത് ലഹാരിയ

23 എച്ച്.ഐ.വി. നിവാരണ ദൗത്യം: ഒരു വികസന വിജയ മാതൃക
അൽക്കാ നാരംഗ്, ഏയ്ഞ്ചലാ ചൗധരി

26 ഫോക്കസ്

ആദിവാസി മേഖലയിലെ ആരോഗ്യ പരിപാലനം
ഡോ. അഭയ് ബാങ്

30 ആരോഗ്യഭാരതത്തിന്റെ അടിസ്ഥാന ശിലകൾ
മീരാ മിശ്ര

33 പ്രത്യേക ലേഖനം

ആരോഗ്യവും സുസ്ഥിര വികസനവും
കെ. ശ്രീനാഥ് റെഡ്ഡി

37 'എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം' ഇന്ത്യയിൽ: ഒരു പ്രായോഗിക വിശകലനം
ഡോ. മനീഷ് കുമാർ

40 ഭിന്നശേഷിക്കാരുടെ വികസനം
ഡോ. നന്ദകുമാർ നായർ

44 ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് മേഖലയുടെ പ്രാധാന്യം
അഭിലാഷ് പി.ആർ.

49 നഗരാസൂത്രണം: ചെന്നൈ പ്രളയം നൽകുന്ന പാഠങ്ങൾ
ഡോ. താര കെ.ജി.

54 നിങ്ങൾക്കറിയാമോ?

ദേശീയ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ പ്രഥമം ആരോഗ്യം

ദേശീയ ആരോഗ്യ നയം (1983) നടപ്പാക്കിയതിലൂടെയാണ് എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം എന്ന പ്രഖ്യാപനം ഇന്ത്യാ ഗവൺമെന്റിന്റെ പൊതു നയ പരിപാടിയായി മാറിയത്. ആരോഗ്യപൂർണമായ രാജ്യത്തിനായി നാം ചെലവഴിക്കുന്ന പണത്തിന് ആനുപാതികമായി സത്ഫലങ്ങൾ നമുക്കുണ്ടാവണം. സാമ്പത്തിക വളർച്ചയും ജനങ്ങളുടെ മെച്ചപ്പെട്ട ആരോഗ്യവും തമ്മിൽ ശക്തമായ ബന്ധം ഉണ്ട് എന്ന് വിദഗ്ധർ തന്നെ സമ്മതിച്ചിട്ടുള്ളതാണ്. അതൊരു ആദാന പ്രദാന ബന്ധമാണ്. ഗുരുതരമായ രോഗങ്ങളുള്ള ജനതയ്ക്ക് ഒരിക്കലും രാഷ്ട്രത്തിന്റെ വികസന പ്രക്രിയയിൽ പങ്കാളികളാകാൻ സാധിക്കില്ല. മറുവശത്ത് ആരോഗ്യ സുസ്ഥിരതയില്ലാത്ത ഒരു രാഷ്ട്രത്തിന് വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ കനത്ത തിരിച്ചടികൾ ഉണ്ടാവുകയും ചെയ്യും.

ആരോഗ്യപരിപാലനം ജനങ്ങളിലേയ്ക്ക് എത്തിക്കുന്നതിനുള്ള താക്കോൽ ഘടകം എന്നു പറയുന്നത് അതിനു ലഭ്യമാക്കുന്ന സാമ്പത്തിക സഹായം തന്നെ. രാജ്യത്തെ ഏറ്റവും വലിയ പൊതുജനാരോഗ്യ സേവന സംവിധാനം നടത്തിക്കൊണ്ടു പോകുന്നതു ഗവൺമെന്റു തന്നെയാണെങ്കിലും ജനസംഖ്യയുടെ വലിയ ശതമാനം പലേ കാരണങ്ങൾ കൊണ്ട് ചികിത്സയ്ക്കും മറ്റും സ്വകാര്യ മേഖലയെ ആശ്രയിക്കാൻ നിർബന്ധിതരാകുന്നു. രോഗ ചികിത്സ ഇടത്തരക്കാർക്കും താഴ്ന്ന വരുമാനക്കാർക്കും ഇന്ന് ഏറ്റവും ചെലവേറിയ ഒന്നായി മാറിയിട്ടുണ്ട്. അതുകൊണ്ടു തന്നെ പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ പരിപാലന സേവനം മെച്ചപ്പെടുത്താനുള്ള പരിശ്രമം ഗവൺമെന്റ് തുടരുമ്പോഴും, സ്വകാര്യ മേഖലയുടെ സേവനം തള്ളിക്കളയുന്നില്ല. ഇന്ത്യ പോലെ വിശാലമായ രാജ്യത്ത് രണ്ടു മേഖലകളും സഹകരിച്ചുകൊണ്ടുള്ള ഒരു ആരോഗ്യ പരിപാലന സംവിധാന നയമായിരിക്കും ഗുണപ്രദം. അതിലൂടെ മാത്രമെ രാജ്യത്തിന്റെ വിദൂരമായ ജനപഥങ്ങളിൽ ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ എത്തിക്കാൻ സാധിക്കുകയുള്ളൂ. സ്വകാര്യ മേഖലയെ ഫലപ്രദമായി പങ്കെടുപ്പിച്ചുകൊണ്ട് പൊതുജന ആരോഗ്യ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ കൈവരിക്കുന്നതിനുള്ള മാർഗ്ഗമാണ് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് മേഖല. ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസിലൂടെ ചികിത്സയ്ക്ക് ആവശ്യമായ പണം ലഭ്യമാക്കാൻ ഗവൺമെന്റ് കൃത്യമായ സംവിധാനം ആസൂത്രണം ചെയ്യണം. ആരോഗ്യനയം 2015 കരട് ഇക്കാര്യത്തിൽ മുൻ നയങ്ങളിൽ സംഭവിച്ച പിഴവുകൾ തിരുത്താൻ ശ്രമിച്ചിട്ടുണ്ട്. സാധാരണ കുടുംബത്തിലെ ഏതെങ്കിലും അംഗത്തിന്റെ ചികിത്സയ്ക്കായി വേണ്ടി വരുന്ന വലിയ സാമ്പത്തിക ഭാരം ആ കുടുബത്തിന്റെ എല്ലാ വിഭവങ്ങളും ചോർത്തി കൊണ്ടു പോവുകയും, അവരെ നിത്യ ദാരിദ്ര്യത്തിലേയ്ക്കും വൻ ഋണബാധ്യതയിലേയ്ക്കും തള്ളി വിടുകയും ചെയ്യുന്നു. അതിനാൽ ആരോഗ്യ നയം ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടത് സാർവത്രിക ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയ്ക്കുള്ള കരുതലിലാണ്. അതായത് പാവപ്പെട്ടവർക്കും പാർശ്വവത്ക്കരിക്കപ്പെട്ടവർക്കും ആവശ്യമായിവരുന്ന വൈദ്യ പരിശോധനകൾ, മരുന്നുകൾ, സാമ്പത്തിക സഹായം തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങൾ വലിയ മുൻഗണന അർഹിക്കുന്നു.

ആദിവാസികൾ, കൗമാരക്കാർ, യുവജനങ്ങൾ, വടക്കുകിഴക്ക് പ്രവിശ്യയിലെ സ്ത്രീകൾ എന്നിവർക്ക് ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ ഫലപ്രദമായി ലഭ്യമാക്കുക എന്നതാണ് മറ്റൊരു വെല്ലുവിളി. ആദിവാസി മേഖലയിലെ ആരോഗ്യ സേവനത്തിന് വ്യത്യസ്തമായ സമീപനമാണ് ആവശ്യം. അത് ഗോത്രവർഗ കേന്ദ്രീകൃതമായിരിക്കണം. ഇതിന് ആ മേഖലയിലെ ജനങ്ങളുടെ സഹകരണവും ശാക്തീകരണവും പൂർണമായി ഉറപ്പാക്കേണ്ടതുണ്ട്. കൂടാതെ ആശയവിനിമയത്തിലൂടെ അവരുടെ ആരോഗ്യ സാക്ഷരതാ നിലവാരം ഉയർത്തി അവരുടെ വിജ്ഞാനപരവും ശീലപരവുമായ മാറ്റത്തിലൂടെ ഈ പ്രതിസന്ധി തന്ത്രപരമായി തരണം ചെയ്യണം.

ധന്വന്തരിയുടെയും ചരകന്റെയും ശുശ്രുതന്റെയും അതി സമ്പന്നമായ വൈദ്യ ശുശ്രൂഷാ പാരമ്പര്യം സ്വന്തമായുള്ള രാജ്യമാണ് ഇന്ത്യ. വർഷങ്ങളായി ഗവൺമെന്റ് ഈ പാരമ്പര്യങ്ങൾ വിവിധ പദ്ധതികളിലൂടെ തുടർന്നു വരുന്നു. പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ സേവനം ശക്തമാക്കുക, ഈ മേഖലയിലെ ജീവനക്കാരുടെ എണ്ണം വർധിപ്പിക്കുക എന്നതാണ് ഇപ്പോഴത്തെ ആവശ്യം. സ്വകാര്യ മേഖലയെ വൻതോതിൽ ആശ്രയിക്കാത്ത രീതിയിൽ വേണം നയരൂപീകരണം. ശക്തമായ നിയമങ്ങൾ വഴി സ്വാർത്ഥ താല്പര്യങ്ങൾ നിയന്ത്രിക്കുകയും വേണം.

ആരോഗ്യം സമ്പത്ത് – നാം എപ്പോഴും ഉപയോഗിക്കുന്ന ആപ്തവാക്യമാണ്. കാരണം ആരോഗ്യമുള്ള വ്യക്തി സ്വന്തം കാര്യത്തിലും കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ കാര്യത്തിലും, രാജ്യത്തിന്റെ കാര്യത്തിലും ബദ്ധശ്രദ്ധനായിരിക്കും. ആരോഗ്യമുള്ള ജനസമൂഹമാണ് നേട്ടങ്ങളും, വികസനലക്ഷ്യങ്ങളും കൈവരിക്കുക, ഇന്ത്യയെ ഊർജ്ജസ്വലമാക്കി നിലനിർത്തുക.

ദേശീയ ആരോഗ്യനയം കാലഘട്ടങ്ങളിലൂടെ

ജെ.വി.ആര്‍ പ്രസാദ് റാവു

കഴിഞ്ഞ ആറ് ദശകങ്ങള്‍ക്കിടെ ഇന്ത്യയിലെ ദേശീയ ആരോഗ്യ ഭരണരംഗത്ത് പ്രഖ്യാപിച്ച മൂന്നാമത്തെ കരട് ദേശീയ ആരോഗ്യ നയമാണ് 2014 ല്‍ ഉണ്ടായത്. അല്‍മാ ആറ്റാ പ്രഖ്യാപനത്തിന്റെ തുടര്‍ച്ചയായി രണ്ടായിരാമാണ്ടോടെ ഏവര്‍ക്കും ആരോഗ്യം എന്ന ആഗോള വീക്ഷണത്തോടെ 1983ല്‍ ദേശീയ ആരോഗ്യനയത്തിന് രൂപം നല്‍കിയിരുന്നു. അടിസ്ഥാന സൗകര്യവികസനം, പ്രാഥമിക ആരോഗ്യരക്ഷ, മികച്ച പരിശീലനം ലഭിച്ച ആരോഗ്യ പ്രവര്‍ത്തകരുടെ ശ്രേണി എന്നിവയ്ക്ക് നയം ഊന്നല്‍ നല്‍കി. എന്നാല്‍ ആവശ്യമായ വിഭവങ്ങള്‍ക്ക് അനുസരിച്ച് നേടാവുന്ന ലക്ഷ്യങ്ങള്‍ വ്യക്തമായി നിര്‍വ്വചിക്കുന്നതില്‍ പരാജയപ്പെട്ടതോടെ പ്രസ്തുത നയം ഏതാണ്ട് ഒരു ദര്‍ശനരേഖയായി ചുരുങ്ങി എന്ന് പറയാം. ഏവര്‍ക്കും ആരോഗ്യം എന്ന ലക്ഷ്യത്തിന് അടുത്തെങ്ങും എത്താന്‍ 2000-ല്‍ രാജ്യത്തിന് കഴിഞ്ഞിരുന്നില്ല എന്ന കാര്യം നിസ്തര്‍ക്കമാണ്.

2000 ലെ സഹസ്രാബ്ദ പ്രഖ്യാപനവും ആഗോളതലത്തില്‍ നിരവധി വികസന ലക്ഷ്യങ്ങള്‍ ആരോഗ്യരംഗത്ത് ഏറ്റെടുത്തതും 2002 ല്‍ പുതിയ ദേശീയ ആരോഗ്യ നയത്തിന് രൂപം നല്‍കുന്നതിന് ആക്കം കൂട്ടി. ഏവര്‍ക്കും ആരോഗ്യം എന്ന ലക്ഷ്യം നേടുന്നതില്‍ ഉണ്ടായ പോരായ്മകളും വെല്ലുവിളികളും തിരിച്ചറിഞ്ഞ 2002 ലെ നയം ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് പ്രായോഗികമായ സമീപനം സ്വീകരിച്ചു എന്ന് പറയാം. ജനങ്ങള്‍ക്ക് ആരോഗ്യനിലവാരം നിശ്ചയിക്കുന്നതിലുള്ള തടസങ്ങള്‍ കണ്ടെത്താന്‍ നയം വിജയം കണ്ടു. ആരോഗ്യരംഗത്തെ ചെലവ് വിഹിതം 10 വര്‍ഷത്തിനകം ജി.ഡി.പി യുടെ ഒരു ശതമാനമെന്ന നിലയില്‍ നിന്ന് രണ്ട് ശതമാനമായി ഉയര്‍ത്തണമെന്ന് നയം ശുപാര്‍ശ ചെയ്തു. പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ സേവനത്തിന് ഊന്നല്‍ നല്‍കിയ നയം ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ മൊത്തം ചെലവിന്റെ പകുതിയും പ്രാഥമികാരോഗ്യ രംഗത്തായിരിക്കണമെന്നും നിഷ്കര്‍ഷിച്ചു. അടുത്ത 10 വര്‍ഷത്തിനകം കൈവരിക്കാവുന്ന ലക്ഷ്യങ്ങള്‍ നിശ്ചയിക്കുവാനും ഇതാദ്യമായി 2002 ലെ നയത്തിന് കഴിഞ്ഞു.

ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ ഗവണ്‍മെന്റ് ചെലവ് വര്‍ദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനായി ഏറെ ശ്രമം ഉണ്ടായെങ്കിലും തുടര്‍ന്നുള്ള 10 വര്‍ഷങ്ങളിലും അത് ജിഡിപിയുടെ ഒരു ശതമാനം എന്ന നിലയില്‍ ഏറെക്കുറെ സ്ഥിരമായ നിലയില്‍ത്തന്നെ തുടര്‍ന്നു. രോഗനിയന്ത്രണം, മാതൃശിശു ആരോഗ്യം തുടങ്ങി ചില രംഗങ്ങളില്‍ ലക്ഷ്യം നേടാനായെങ്കിലും മറ്റു പല രംഗങ്ങളിലും ലക്ഷ്യം നേടാനോ ദരിദ്ര-പാര്‍ശ്വവത്കൃത വിഭാഗങ്ങള്‍ക്ക് തുല്യ ആരോഗ്യ സേവനം ഉറപ്പുവരുത്താനോ യോഗ്യരായ ആരോഗ്യ പ്രവര്‍ത്തകരുടെ കുറവ് നേരിടാനോ രാജ്യത്തിന് കഴിഞ്ഞില്ല.

2014 ലെ കരട് ദേശീയാരോഗ്യനയം പല തരത്തിലും വിഭിന്നമായ സമീപനം സ്വീകരിക്കുന്നു എന്നത് ഉന്മേഷദായകമാണ്. നയരൂപീകരണങ്ങളില്‍ സുതാര്യതയാര്‍ന്ന സമീപനം സ്വീകരിച്ചുകൊണ്ട് കരട് നയം പൊതു ജനങ്ങള്‍ക്കും വിദഗ്ധര്‍ക്കും ചര്‍ച്ചക്ക് നല്‍കി പ്രതികരണങ്ങള്‍ ഗവണ്മെന്റ് പരിശോധിച്ചു. ആരോഗ്യമേഖലയില്‍ പല തരത്തിലുമുണ്ടാകുന്ന മാറ്റങ്ങള്‍ കരട് നയം കണക്കിലെടുത്തു. ആരോഗ്യ സേവന രംഗത്തെ ചെലവുകള്‍ ഭീമമായി ഉയര്‍ന്നുവെന്നതും ദാരിദ്ര്യത്തിന് അത് ഒരു പ്രധാന

കാരണമായി മാറി എന്നതും നയം തിരിച്ചറിഞ്ഞു എന്നതാണ് ഏറ്റവും പ്രധാനം. കുടുംബത്തിന്റെ വരുമാനത്തിലുണ്ടാകുന്ന വർദ്ധനയും ഗവൺമെന്റിന്റെ ദാരിദ്ര്യനിർമ്മാർജ്ജന പരിപാടികളും നിഷ്ക്രിയമാക്കാൻ ആരോഗ്യ സേവന ചെലവുകളിലെ ഭീമമായ വർദ്ധന ഇടയാക്കുന്നു. ആരോഗ്യ രംഗത്തെ കുതിച്ചുയരുന്ന ചെലവിന്റെ ഭാരം മൂലം വലയുന്ന കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം ഉയർന്നുവരികയുമാണ്. ജനങ്ങളുടെ മൊത്തത്തിലുള്ള ആരോഗ്യനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്ന ശ്രമങ്ങൾക്കോ ദേശീയ രോഗനിയന്ത്രണ പരിപാടികൾക്കോ അല്ല മറിച്ച് പ്രത്യുത്പാദന -ശിശു ആരോഗ്യസേവനങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ചെലവിലാണ് വൻ വർദ്ധന ഉണ്ടാകുന്നതെന്ന് നയം ചൂണ്ടിക്കാട്ടുന്നു.

നീതി, സാർവിക പങ്കാളിത്തം എന്നീ മുഖ്യതത്വങ്ങൾ പിന്തുടർന്ന് ആരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങൾക്ക് രൂപം നൽകുന്നതിൽ ഗവൺമെന്റിന്റെ പങ്ക് വ്യക്തമാക്കുന്നതിലും ശക്തിപ്പെടുത്തുന്നതിലും ആണ് കരട് ദേശീയ നയം ഊന്നൽ കൊടുത്തത്. എന്നാൽ ഒരു ദർശന രേഖയും ദേശീയ നയവും തമ്മിൽ കാതലായ വ്യത്യാസമുണ്ട്. ദേശീയ നയം ലക്ഷ്യപ്രാപ്തിക്ക് ആവശ്യമായ വിഭവങ്ങൾ എന്തെന്ന് നിശ്ചയിക്കുന്നതായിരിക്കണം. നിയന്ത്രണ-വികസന ഘട്ടങ്ങളിൽ ഗവൺമെന്റിന്റെ പങ്ക് എന്തായിരിക്കണം എന്നതിന് നയം ഊന്നൽ നൽകേണ്ടതുണ്ട്. ഇപ്പോഴത്തെ കരടിൽ പറയുന്ന ലക്ഷ്യങ്ങൾ നേട്ടങ്ങളാക്കി പരിവർത്തനം ചെയ്യേണ്ടതുണ്ട്. ഇതിനുള്ള സമയക്രമം നിശ്ചയിക്കേണ്ടതും ആവശ്യമായ സാമ്പത്തിക സാങ്കേതിക വിഭവങ്ങളുടെ ലഭ്യത ഉറപ്പാക്കേണ്ടതുമാണ്.

നയം നടപ്പാക്കുന്നതിനായി 10 മുതൽ 15 വർഷം വരെ സമയക്രമം നിശ്ചയിക്കണം. നേട്ടങ്ങളും ലക്ഷ്യങ്ങളും 2015 സെപ്തംബറിൽ ഐക്യരാഷ്ട്ര പൊതുസഭയിൽ മറ്റു രാജ്യങ്ങളോടൊപ്പം ഇന്ത്യ അംഗീകരിച്ച ആരോഗ്യ രംഗത്തെ സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യവുമായി ചേർന്നു പോകുന്നതുമാകണം. ഒരു അടിസ്ഥാനതത്വം എന്ന നിലയിൽ തുല്യതയ്ക്ക് ഊന്നൽ കൊടുക്കേണ്ടതുണ്ട്. 2015 ലെ വികസന അജൻഡക്കുശേഷം ആരും മാറ്റി നിർത്തപ്പെടരുത് എന്ന ആഗോളതത്വം ദേശീയ നയത്തിന്റെ രൂപീകരണത്തിലും പ്രതിഫലിക്കണം എന്ന് ചുരുക്കം.

ജിഡിപിയുടെ നിശ്ചിത ശതമാനം എന്ന നിലയിൽ ആരോഗ്യരംഗത്ത് സേവനം ലഭ്യമാക്കാൻ ആവശ്യമായ നിക്ഷേപത്തിന്റെ തോത് 2002 ലെ നയമാണ് ആദ്യമായി സൂചിപ്പിച്ചത്. ഇത് നേടാൻ ശ്രമിച്ചിരുന്നുവെങ്കിൽ ജിഡിപിയുടെ 2% ആരോഗ്യ രംഗത്ത് ചെലവഴിക്കുന്ന ബ്രസീൽ, ശ്രീലങ്ക തുടങ്ങിയ രാജ്യങ്ങളുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുവാൻ നമുക്കു കഴിയുമായിരുന്നു. ഈ അസന്തുലിതാവസ്ഥ നീക്കാൻ ലക്ഷ്യമിടുന്നതാണ് പുതിയ നയം. ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ ചെലവ് ചെയ്യേണ്ട വിഹിതം സംബന്ധിച്ച് സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റുകൾക്കും ലക്ഷ്യം നൽകണം. വികസിത സമ്പദ്‌വ്യവസ്ഥകളിലും നമ്മുടെ അയൽരാജ്യമായ ശ്രീലങ്കയിലും കേരളത്തിലും ഗവൺമെന്റ് ചെലവിന്റെ 11% വിനിയോഗിക്കുന്നത് ആരോഗ്യ മേഖലയിലാണ്. മെച്ചപ്പെട്ട ഭരണ സംവിധാനങ്ങളും ആരോഗ്യ സേവനം ലഭ്യമാക്കുന്നതിനുള്ള നിയമ ചട്ടക്കൂടും ഫലപ്രദമായ ആരോഗ്യ നയത്തിന്റെ സുപ്രധാന ഘടകങ്ങളാണ്.

ഭരണഘടനയനുസരിച്ച് ആരോഗ്യം സംസ്ഥാന വിഷയമാണ്. എന്നിരുന്നാലും ജനസംഖ്യാ നിയന്ത്രണം, രോഗ നിയന്ത്രണ-നിർമ്മാർജ്ജന പരിപാടികൾ തുടങ്ങിയവയുടെ നടത്തിപ്പിൽ കേന്ദ്രഗവൺമെന്റിനും തുല്യ ഉത്തരവാദിത്തമുണ്ട്. കേന്ദ്രസംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റുകളുടെ ചുമതലകളും ഉത്തരവാദിത്തങ്ങളും കൃത്യമായി നിർവചിക്കേണ്ടതും നിർവഹിക്കപ്പെടേണ്ടതുമുണ്ട്. സാമൂഹ്യ ക്ഷേമ പരിപാടികൾക്കായി കേന്ദ്രഗവൺമെന്റ് സംസ്ഥാനങ്ങൾക്ക് കൂടുതലായി സഹായം എത്തിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ ജനങ്ങളിലേക്ക് ആരോഗ്യസേവനം

എത്തിക്കേണ്ട സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റുകളുടെ ഉത്തരവാദിത്തം ഏറുകയാണ്. എന്നാൽ ഇവയെല്ലാം സംബന്ധിച്ച് അവ്യക്തത ഇപ്പോഴും തുടരുന്നു. വ്യത്യസ്ത സംസ്ഥാനങ്ങളിലെ ജനങ്ങൾക്കിടയിൽ ആരോഗ്യ നിലവാരത്തിൽ നിനനില്ക്കുന്ന വിടവ് കാണിക്കുന്നത് നിശ്ചിത ആരോഗ്യസേവനം അവിടുത്തെ ജനങ്ങൾക്ക് ഉറപ്പാക്കുന്നതിൽ സംസ്ഥാന തലത്തിലുള്ള ഉത്തരവാദിത്തമില്ലായ്മയാണ്. കേന്ദ്ര-സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റുകളുടെ ചുമതലകൾ വ്യക്തമായി നിർവചിക്കുവാൻ പുതിയ നയത്തിന് കഴിഞ്ഞാൽ അത് ഒരു വൻവിജയം തന്നെയായിരിക്കും.

പദ്ധതി നടത്തിപ്പിനു കൈവരുന്ന വികേന്ദ്രീകരണ സ്വഭാവം പുതിയ ദേശീയ ആരോഗ്യനയത്തിന്റെ പ്രധാന സവിശേഷതയാണ്. കേവലം വിഭവകൈമാറ്റത്തിൽ ഒതുങ്ങാതെ ഫീൽഡ് തല സംഘടനകളെ മികച്ച പ്രകടനം കാഴ്ചവയ്ക്കാൻ കെല്പുള്ളവരാക്കാനും ഉത്തരവാദിത്തം നിശ്ചയിക്കാനും ദൗത്യത്തിന് കഴിയേണ്ടതുണ്ട്.

ആരോഗ്യമേഖലയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട നിയമ അന്തരീക്ഷം നിലവിൽ ഏറെ സങ്കീർണ്ണമാണ്. ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ എല്ലാ വിഭാഗങ്ങൾക്കും പ്രത്യേകിച്ച് ദരിദ്ര-പാർശ്വവത്കൃത വിഭാഗങ്ങൾക്ക് എത്തിക്കാൻ തക്കവണ്ണം നിയമ സംവിധാനവും മാറണം. അടിസ്ഥാന ആരോഗ്യ സേവനം രാജ്യത്തെ ഓരോ പൗരന്റെയും പ്രാഥമികമായ അവകാശമാകണം. ആരോഗ്യം മൗലികാവകാശമായി പ്രഖ്യാപിക്കാനും സംസ്ഥാനങ്ങൾക്ക് അത് ഏറ്റെടുക്കാനും തക്കവിധം പുതിയൊരു ക്രമം നയത്തിൽ വിഭാവനം ചെയ്യുന്നുണ്ട്. പുതിയ നയത്തിന്റെ ഈ വശം വിശദമായി ചർച്ച ചെയ്യപ്പെടേണ്ടതുണ്ട്. സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റുകൾ മാത്രമല്ല, നിയമവിദഗ്ധരും പൊതുപ്രവത്തകരും ഇതിൽ ഭാഗഭാക്കാകണം എന്നത് സുപ്രധാനമാണ്. സൂക്ഷ്മമായി വിലയിരുത്തിയും മനസ്സിലാക്കിയും മാത്രമേ കേന്ദ്ര-സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റുകൾക്ക് ഇതിന്റെ ഫലപ്രദമായ നടത്തിപ്പിലേക്ക് കടക്കാനാവൂ.

സാർവത്രിക ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്നത് ആഗോള സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യത്തിന്റെ ഒരു ഭാഗമാണ്. ഇത് ഒരു ദേശീയ ലക്ഷ്യമായി കേന്ദ്ര ഗവൺമെന്റ് തത്വത്തിൽ അംഗീകരിച്ചു കഴിഞ്ഞു. എന്നാൽ ഇത് പ്രയോഗത്തിൽ കൊണ്ടുവരാൻ വേണ്ട ഫണ്ട് ഇനിയും വക യിരുത്തിയിട്ടില്ല. മരുന്നുകൾ, രോഗനിർണയം എന്നിവ ഉൾപ്പെടെ പൂർണ സാമ്പത്തിക സഹായത്തോടെയുള്ള ആരോഗ്യ സേവനം ദരിദ്ര-പാർശ്വവത്കൃത വിഭാഗങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ ഏവർക്കും എത്തിക്കുക എന്നത് ലക്ഷ്യത്തിന്റെ പ്രധാന ഭാഗമാണ്. താഴ്ന്ന ഇടത്തരം വരുമാനക്കാർക്ക് മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് സേവനവും ഇതിന്റെ ഭാഗമായി വരും.

ഫാർമസ്യൂട്ടിക്കൽ രംഗത്ത് ലോകത്ത് ഒന്നാം സ്ഥാനത്ത് നിൽക്കുന്ന രാജ്യമാണ് ഇന്ത്യ. അതോടൊപ്പം ആഫ്രിക്ക, ഏഷ്യ എന്നീ ഭൂഖണ്ഡങ്ങളിലെ രാജ്യങ്ങൾക്ക് ജീവൻ രക്ഷാ മരുന്നുകളും നൽകി വരുന്നു. ലോകവ്യാപാരം, ബൗദ്ധിക സ്വത്തവകാശം തുടങ്ങിയ രംഗങ്ങളിൽ സുപ്രധാന അഭിപ്രായവും നമ്മുക്കുണ്ട്. ഇതിന്റെയെല്ലാം അടിസ്ഥാനത്തിൽ രാജ്യാന്തര രംഗത്ത് നമ്മുടെ ചുമതല നാം പുനർ നിർണയിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. വിദേശസഹായം സ്വീകരിക്കുന്ന ഒരു രാഷ്ട്രം എന്ന നിലയിൽ നിന്നും മറ്റ് രാജ്യങ്ങൾക്ക് സാമ്പത്തിക സാങ്കേതിക സഹായം എത്തിക്കാൻ കഴിയുന്ന നിലയിലേക്ക് ഇന്ത്യ മാറിക്കഴിഞ്ഞു. ഇത് നമ്മുടെ ആരോഗ്യമേഖലയിലും പ്രതിഫലിക്കണം.

സാമ്പത്തിക വികസനം, സാമൂഹിക സുരക്ഷിതത്വം, പാരിസ്ഥിതിക സുസ്ഥിരത എന്നീ മൂന്ന് തൂണുകളിൽ നിന്നു കൊണ്ടുള്ള വികസന പാതയിലാണ് ഇന്ത്യയിന്ന്. ഈ ലക്ഷ്യങ്ങൾ നേടാൻ തക്ക സമീപനം പുതിയ ദേശീയ ആരോഗ്യനയം പ്രകടിപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്. ലക്ഷ്യം നിശ്ചയിക്കുന്നതിലും സാമ്പത്തിക, സാങ്കേതിക ഭരണ പിന്തുണ നൽകി അത് നേടുന്നതിലും പ്രായോഗിക സമീപനം കാട്ടുകയും വേണം.

(മുൻ കേന്ദ്ര ആരോഗ്യ സെക്രട്ടറിയായിരുന്ന ലേഖകൻ ഇപ്പോൾ എഷ്യാപെസഫിക് റീജണിലെ എച്ച്ഐവി/എയിഡ്സ് സംബന്ധ വിഷയങ്ങളിൽ യുഎന്നിന്റെ പ്രത്യേക ചുമതലക്കാരനായി പ്രവർത്തിച്ചുവരുന്നു.)

എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം: ഒരു അന്താരാഷ്ട്ര പരിപ്രേക്ഷ്യം

ഡോ.സുഭാഷ് ശർമ്മ

എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം എന്ന സങ്കല്പം സാമൂഹിക വികസനത്തിന്റെ സമഗ്ര മാതൃകയെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ളതാണ്. ഇവിടെ മനുഷ്യരുടെ സൗഖ്യത്തിനാണ് പ്രഥമ പരിഗണന. സാമൂഹിക വികസനത്തേക്കാൾ വളരെ ചുരുങ്ങിയതും പരിണാമവിധേയവുമായ മനുഷ്യവികസനം എന്ന സങ്കല്പത്തിൽ മൂന്നു ഘടകങ്ങൾ ഉണ്ട് - വ്യക്തിയുടെ സാമ്പത്തിക വളർച്ച, വിദ്യാഭ്യാസ ഉയർച്ച, ആരോഗ്യം (ആയുർദൈർഘ്യം). അന്താരാഷ്ട്ര ആരോഗ്യ പരിപാലനം കൂടുതൽ മേഖലകളെ ഉൾക്കൊള്ളാനാണ് ശ്രമിക്കുന്നത്. എന്നാൽ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം എന്ന പദ്ധതിയാകട്ടെ ജനങ്ങളുടെ സൗഖ്യത്തിനും പരിപാലനത്തിനുമാണ് ഊന്നൽ നൽകുന്നത്. അന്താരാഷ്ട്ര ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയിൽ ആരോഗ്യ പരിപാലനത്തിന് പണം സ്വരൂപിക്കുന്നതിനാണ് ഊന്നൽ. അതായത് രാജ്യത്തെ എല്ലാ ആളുകൾക്കും ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനായി പൊതുജനങ്ങളിൽ നിന്നും സ്വാകാര്യ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നും മറ്റ് പങ്കാളിത്ത മേഖലകളിൽ നിന്നുമെല്ലാം പണം സ്വരൂപിക്കുന്നു (വ്യക്തിപരമായ സംഭാവനകളും ഇതിൽ ഉൾപ്പെടും). എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം പദ്ധതിയാകട്ടെ, രാജ്യത്തിന്റെ പൊതു ഖജനാവിൽ നിന്ന് പണം കണ്ടെത്തി ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം സംരക്ഷിക്കുന്നു. അന്താരാഷ്ട്ര ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയിൽ ഒരു കൂട്ടം പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ സേവനങ്ങളാണ് ലഭിക്കുക. ഇത് പ്രധാനമായും സ്വകാര്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾ വഴിയാണ്. ചിലപ്പോൾ പൊതു - സ്വകാര്യ ഉടമയിലുള്ളവയും ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു. എന്നാൽ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം ഗവൺമെന്റ് സംവിധാനത്തിൽ വിവിധ ഭരണ തലങ്ങളിലൂടെ ഈ സൗകര്യങ്ങൾ ജനങ്ങളിലെത്തിക്കുന്നു.

ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ ഭരണഘടന സൂചിപ്പിക്കും പ്രകാരം ആരോഗ്യം, സൗഖ്യം, മെച്ചപ്പെട്ട ജീവിത നിലവാരം, വൈദ്യപരിചരണം, രോഗാവസ്ഥയിൽ സംരക്ഷയ്ക്കുള്ള അവകാശം, കുട്ടികൾക്കും അമ്മമാർക്കും പ്രത്യേക പരിചരണം തുടങ്ങിയവയാണ് എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം പദ്ധതിയുടെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ ലഭിക്കുന്ന പ്രധാനപ്പെട്ട സേവനങ്ങൾ. ഇതു കൂടാതെ ജീവിക്കാനും സ്വാതന്ത്ര്യത്തിനും സുരക്ഷയ്ക്കും എല്ലാവർക്കും അവകാശമുണ്ട് എന്ന് അന്താരാഷ്ട്ര മനുഷ്യാവകാശ പ്രഖ്യാപനത്തിന്റെ മൂന്നാം ഖണ്ഡികയിൽ വ്യക്തമായി നിർദ്ദേശിക്കുന്നു. ജീവിക്കാനുള്ള അവകാശം എന്നാൽ (സുപ്രീം കോടതിയുടെ വ്യാഖ്യാന പ്രകാരം) നന്നായി ആഹാരം ലഭിക്കാനും ആരോഗ്യ പരി

രക്ഷ ലഭിക്കാനുമുള്ള അവകാശം കൂടിയാണ്. എല്ലാ ദേശീയ ഭരണകൂടങ്ങളും ആരോഗ്യ വികസന വകുപ്പ് ഉദ്യോഗസ്ഥരും, അന്താരാഷ്ട്ര സമൂഹവും ലോക മെമ്പാടുമുള്ള ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ ത്തിനും പരിപാലനത്തിനുമായി അടിയന്തര നടപടി കൾ സ്വീകരിക്കണം എന്ന് അൽമാത്തയിൽ നടന്ന പ്രാഥമിക ആരോഗ്യപരിപാലനം സംബന്ധിച്ച അന്താ രാഷ്ട്ര സമ്മേളനം നിർദ്ദേശിക്കുകയുണ്ടായി. സമ്മേളനം പാസാക്കിയ പ്രമേയങ്ങൾ:

1. ആരോഗ്യം മൗലികാവകാശമാണ്. അത് രോഗമില്ലായ്മയല്ല, മറിച്ച് ശാരീരികവും മാനസി കവും സാമൂഹികവുമായ പൂർണസൗഖ്യ അവസ്ഥ യാണ്.
2. വികസിത രാജ്യങ്ങൾക്കും വികസ്വര രാജ്യ ങ്ങൾക്കും മധ്യേ, രാജ്യങ്ങൾക്കുള്ളിൽ തന്നെ ജ നങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ അവസ്ഥയിൽ ഇന്നു നില നിൽക്കുന്ന അസമത്വം, രാഷ്ട്രീയവും സാമൂഹി കവും സാമ്പത്തികവുമായി അസ്വീകാര്യമാണ്.
3. എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം അതിന്റെ പൂർണാവസ്ഥയിൽ നേടുന്നതിനും, വിക സ്വര-വികസിത രാജ്യങ്ങൾക്കിടയിൽ ആരോഗ്യ അവസ്ഥയിലുള്ള വിടവ് നികത്തുന്നതിനും സാമൂ ഹിക സാമ്പത്തിക വികസനം അടിസ്ഥാനപര മായി പ്രധാനപ്പെട്ടതാകുന്നു.
4. ആരോഗ്യപരിരക്ഷയുടെ ആസൂത്രണത്തിലും നട ത്തിപ്പിലും വ്യക്തിപരമായി പങ്കാളികളാകുക എന്നത് എല്ലാ ജനങ്ങളുടെയും അവകാശവും ഉത്തരവാദിത്തവുമാണ്.
5. എല്ലാ ഗവൺമെന്റുകൾക്കും അവരുടെ പൗരന്മാ രുടെ ആരോഗ്യം പരിരക്ഷിക്കുന്നതിനുള്ള ഉത്ത രവാദിത്തം ഉണ്ട്.
6. പ്രാഥമികാരോഗ്യ പരിരക്ഷയ്ക്ക് വേണ്ട ചെലവു കൾ മിതപ്പെടുത്തേണ്ടത് അത്യന്താപേക്ഷിതവും പൊതുസമൂഹത്തിനും രാജ്യമെമ്പാടുമുള്ള സാധാ രണ പൗരന്മാർക്കും താങ്ങാവുന്നതുമായിരിക്ക ണം.
7. രോഗ നിയന്ത്രണം, രോഗ ചികിത്സ, പോഷണം, പുന രധിവാസം എന്നീ മേഖലകളിലുള്ള സേവനങ്ങ ളാണ് പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ വഴി ലഭ്യ മാക്കുക. ഇതിന്റെ ആസൂത്രണത്തിനും സംഘാട നത്തിനും നടത്തിപ്പിനും കൂടാതെ പ്രാദേശികവും ദേശീയവുമായ വിഭവങ്ങൾ പൂർണമായി ഉപയോ ഗപ്പെടുത്തുന്നതിനും സമൂഹത്തിന്റെയും വ്യക്തി കളുടെയും പങ്കാളിത്തം ഉറപ്പാക്കേണ്ടതാണ്.
8. സമഗ്ര ദേശീയ ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിന്റെ ഭാഗ മായി എല്ലാ ഗവൺമെന്റുകളും പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയ്ക്ക് ആവശ്യമായ ദേശീയ നയങ്ങളും തന്ത്രങ്ങളും പ്രവർത്തന പദ്ധതികളും ആരംഭിക്കുകയും സുസ്ഥിരമായി തുടരുകയും വേണം.
9. എല്ലാ രാജ്യങ്ങളും പരസ്പരം സഹകരിക്കുകയും എല്ലാവർക്കും പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ഉറ പ്പാക്കുന്നതിനായി കൂട്ടായി പരിശ്രമിക്കുകയും ചെയ്യണം.
10. ലോകത്തുള്ള എല്ലാ ജനവിഭാഗങ്ങൾക്കും 2000 ത്തോടെ 'എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം' എന്ന പദ്ധ തിയുടെ നേട്ടങ്ങൾ ലഭ്യമാകണം. അതിനായി ലോകത്തുള്ള സമസ്ത വിഭവങ്ങളുടെയും സമ ഗ്രവും ഉത്കൃഷ്ടവുമായ വിഹിതം ഉപയോഗിക്ക ണം. ഇപ്പോൾ ഈ വിഭവങ്ങളുടെ നല്ല ശതമാ നവും ചെലവഴിക്കുന്നത് യുദ്ധസാമഗ്രികൾ വാങ്ങു ന്നതിനാണ്. അതിനാൽ സത്യസന്ധവും ആത്മാർത്ഥവുമായ ഒരു നയം വിഭവ വിനിയോഗ സംബന്ധിയായി അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്.

ലോകരോഗ്യ സംഘടന 2005, 2011 വർഷങ്ങ ളിൽ പോലും എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം എന്ന പദ്ധ തിയെക്കുറിച്ച് ആവർത്തിച്ച് ഓർമ്മിപ്പിക്കുന്നുണ്ടായി രുന്നു. അതിന് ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്ന വാക്കാണ് അവർ ഉപയോഗിച്ചതെങ്കിലും അതോ ടൊപ്പം ചികിത്സാസഹായ സംവിധാനം – അതായത് ആശുപത്രികളിലെ ചികിത്സയ്ക്ക് ചെലവഴിക്കുന്ന തുക മുൻകൂട്ടി ജനത്തിനു നല്കുന്ന സംവിധാനം – ലോക ബാങ്കിന്റെ ഉദാരവത്ക്കരണ, ആഗോളവത്ക്ക രണ, സ്വകാര്യവത്ക്കരണ പ്രക്രിയയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തി പൊതുവിൽ നടപ്പാക്കിയിരുന്നു. സമഗ്ര മനുഷ്യവി കസനത്തിൽ ഇത് അതീവ പ്രാധാന്യമുള്ളതാണെ ന്നും, 2015 നു ശേഷമുള്ള വികസന വിഷയത്തിൽ ഇക്കാര്യം ഉൾപ്പെടുത്തണമെന്നും ഐക്യരാഷ്ട്ര സഭ യുടെ 2012 ഡിസംബറിലെ പ്രമേയത്തിൽ അടിവര യിട്ട് പറയുന്നു. ലോകബാങ്ക് അതിന്റെ ലോകവിക

സന റിപ്പോർട്ടി (1993) ലും സാധാരണക്കാരുടെ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ ഇടപെടലുകൾ ലാഭ നഷ്ടമില്ലാത്തവിധം നടപ്പാക്കണമെന്ന് അക്കമിട്ട് രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. 1980 ലെ സാമ്പത്തിക പരിഷ്കാരങ്ങൾ മൂലം 37 ദരിദ്ര രാജ്യങ്ങൾക്ക് അവരുടെ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയ്ക്കുള്ള പൊതു ധനവിനിയോഗം പകുതി കണ്ട് വെട്ടിക്കുറയ്ക്കേണ്ടി വന്നു. ഉദാഹരണത്തിന് മെക്സിക്കോ 1982 -87 കാലഘട്ടത്തിൽ 60 ശതമാനം ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ ചെലവുകൾ വെട്ടിക്കുറച്ചു. ഉദാരവത്ക്കരണത്തിന്റെയും സ്വകാര്യവത്ക്കരണത്തിന്റെയും ആഗോളവത്ക്കരണത്തിന്റെയും വിപരീത ഫലങ്ങൾ മൂലം 1980ലും 1990 ലും മിക്ക വികസ്വര രാജ്യങ്ങൾക്കും ആരോഗ്യ സംബന്ധമായി നിരവധി പ്രശ്നങ്ങൾ നേരിടേണ്ടി വന്നു.

1. വികസന ഇടപെടലുകളിൽ നിന്ന് രാജ്യം പിൻവാങ്ങിയ ശേഷം (വിദ്യാഭ്യാസം, ദുർബല വിഭാഗങ്ങളുടെ ക്ഷേമം തുടങ്ങിയ) ഇതര സാമൂഹ്യ ഉപമേഖലകളിൽ എന്ന പോലെ ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ നിന്ന് പൊതു നിക്ഷേപം വൻ തോതിൽ പിൻവലിക്കപ്പെട്ടു. ഉദാഹരണത്തിന് 1991 ൽ പെറുവിൽ വിദ്യാഭ്യാസത്തിനും ആരോഗ്യപരിരക്ഷയ്ക്കും ആളോഹരി വിഹിതം 12 ഡോളറായിരുന്നു. എന്നാൽ 1980 ൽ ഇത് 50 ഡോളർ ആയിരുന്നു. പാശ്ചാത്യ രാജ്യങ്ങളിലെ ബാങ്കുകളിലേയ്ക്ക് വായ്പതിരിച്ചടവായി ആളോഹരി 25 ഡോളർ 1991 ൽ രാജ്യം ചെലവഴിച്ചു.
2. ഡോക്ടമാരുടെയും മെഡിക്കൽ ജീവനക്കാരുടെയും വലിയ കുറവു മൂലം സ്വകാര്യ ക്ലനിക്കുകളെ ആശ്രയിക്കേണ്ട ഗതികേടിലായി സാധാരണക്കാരായ രോഗികൾ.
3. പൊതുമേഖലാ ആശുപത്രികളിൽ ആവശ്യമായ ഉപകരണങ്ങൾ, മരുന്നുകൾ, പരിശോധാനാ സൗകര്യങ്ങൾ എന്നിവയുടെ വലിയ അഭാവം അനുഭവപ്പെടുകയും അവയെല്ലാം വെറും മരുന്നു കുറിപ്പടികൾ എഴുതുന്ന സ്ഥാപനങ്ങളായി മാറുകയും ചെയ്തു. രോഗികളാകട്ടെ, പൊതു വിപണിയിൽ നിന്ന് മരുന്നുകൾ വാങ്ങാനും സ്വകാര്യ ലാബുകളിൽ വിവിധ പരിശോധനകൾ നടത്താനും നിർബന്ധിതരായി.
3. സ്വകാര്യ ഡോക്ടർമാരാകട്ടെ വൻ തുകകൾ പരിശോധനാ ചാർജായി ഈടാക്കുക മാത്രമല്ല, ആവശ്യമില്ലാത്തതും വിലകൂടിയതുമായ മരുന്നുകളും പരിശോധനകളും കുറിക്കുകയും ചെയ്തു.
4. ആരോഗ്യ വകുപ്പിലെ സംവിധാനത്തിന്റെ അപര്യാപ്തത മൂലം ഗവൺമെന്റ് ഡോക്ടർമാർ പോലും ഔദ്യോഗിക ജോലി സമയത്തും സ്വകാര്യ ക്ലിനിക്കുകളിൽ കച്ചവട താല്പര്യത്തോടെ ജോലി ചെയ്തു.
5. സൗജന്യ നിരക്കിൽ ഭക്ഷ്യസാധനങ്ങൾ, പോഷകാഹാരം, കുടിവെള്ളം, ശുചീകരണ സംവിധാനങ്ങൾ തുടങ്ങിയവ ലഭ്യമാക്കുന്നതിൽ നിന്ന് ഭരണകൂടം പിൻവാങ്ങിയതോടെ സാധാരണക്കാരും പാവപ്പെട്ടവരുമായ ജനങ്ങൾക്കിടയിൽ സാംക്രമികവും അല്ലാത്തതുമായ രോഗങ്ങൾ കൂട്ടത്തോടെ വർധിച്ചു. വൻ തുക ചെലവിട്ട് ചികിത്സ നടത്താൻ കഴിവില്ലാതിരുന്ന ഇവർ, കാലക്രമേണ രോഗം ഗുരുതരമായി മരണത്തിനു കീഴടങ്ങുകയും ചെയ്തു.
6. സ്വതന്ത്ര വിപണി(അദൃശ്യ ഹസ്തം) എന്ന പ്രതിഭാസത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനം വ്യക്തിപരമായ പരിചരണമാണ്. ഇത് സ്വകാര്യ സേവനമാണ്. എന്നാൽ ചിലി,കൊളമ്പിയ തുടങ്ങിയ മിക്ക ലാറ്റിൻ അമേരിക്കൻ രാജ്യങ്ങളിലും സാധാരണക്കാരുടെ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയിൽ പുരോഗതിയോ നീതിയോ സമത്വമോ കാര്യക്ഷമതയോ ഉണ്ടായില്ല. ഇവിടെല്ലാം പാവങ്ങളെ ചൂഷണം ചെയ്ത് സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളും, ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികളും, മരുന്നു നിർമ്മാതാക്കളും, കൺസൾട്ടൻസികളും കൊഴുത്ത് വളർന്നു.

പൊതു - സ്വകാര്യ പങ്കാളിത്തം, ആധുനികവത്ക്കരണം, പണ മൂല്യം, ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് തുടങ്ങിയവയാണ് മിക്ക വികസിത-വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിലെയും ഇപ്പോഴത്തെ ബിസിനസ് പദാവലികൾ. എന്നാൽ ക്യൂബ,ചൈന, കോസ്റ്ററിക്ക, മലേഷ്യ, ശ്രീലങ്ക, റുവാണ്ട, വെനിസ്വേല, തായ്‌ലണ്ട് തുടങ്ങിയ രാജ്യങ്ങളിൽ ചില ബദൽ ചികിത്സാ ശാഖകൾ ഉണ്ട്. 2002 വരെ തായ്‌ലന്റിൽ എല്ലാവർക്കും സൗജന്യമായി സാർവത്രിക ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ഉണ്ടായിരുന്നു. ഇന്നും 77 ശതമാനം ആശുപത്രികളും പൊതു മേഖ

ലയിൽ തന്നെയാണ്. ക്യൂബയിൽ പ്രായമായ എല്ലാവർക്കും സൗജന്യമായി തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തി വരുന്നു. അവിടെ എല്ലാ ഡോക്ടർമാർക്കും നഴ്സുമാർക്കും മൂന്നു വർഷത്തെ നിർബന്ധിത ഗ്രാമീണ സേവനവും ഉണ്ട്. ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ 2001 ൽ ചെലവഴിച്ച മൊത്ത ആഭ്യന്തര ഉത്പാദനം നോക്കുമ്പോൾ 1.7 ശതമാനം വർധനവ് ഉണ്ടായിരുന്നു. 2008 ൽ ഇത് 2.7 ശതമാനമായി. 10000 രോഗികൾക്ക് ഒരു ഡോക്ടർ മാത്രമെ ഇവിടെ ഉള്ളു. മലേഷ്യയിലാകട്ടെ 10000 രോഗികൾക്ക് 9.4 ഡോക്ടർമാർ ഉണ്ട്. ഫിലിപ്പീൻസിൽ 11.5, വിയറ്റ്നാമിൽ 12.2, സിംഗപ്പൂരിൽ 18.3 എന്നിങ്ങനെയാണ് നിരക്ക്.

യുഎൻ അംഗരാഷ്ട്രങ്ങൾ ഒന്നിച്ച് നിന്ന് ആരോഗ്യമേഖലയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ പ്രഖ്യാപിച്ചിരുന്നു.

1. ദാരിദ്ര്യം അനുഭവിക്കുന്നവരുടെ സംഖ്യ 2015 ആകുമ്പോഴേയ്ക്ക് 1990 കാലത്തിന്റെ പകുതിയാക്കി കുറയ്ക്കുക
2. അഞ്ചു വയസിൽ താഴെയുള്ള കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ മരണനിരക്ക് 1990ന്റെ മൂന്നിൽ രണ്ടാക്കി കുറയ്ക്കുക
3. പ്രസവാനുബന്ധ മരണനിരക്ക് 1990 ലേതിൽ നിന്ന് നാലിൽ മൂന്നാക്കി കുറയ്ക്കുക
4. 2015 ആകുമ്പോഴേയ്ക്കും സാർവത്രികമായി പുനരുത്പാദന ആരോഗ്യം നേടുക
5. എച്ച് ഐവി എയ്ഡ്സ് വ്യാപനം 2015 ആകുമ്പോഴേയ്ക്ക് തടയുക, അവരുടെ സംഖ്യ കുറച്ചുകൊണ്ടുവരിക
6. മലേറിയ പോലുള്ള വലിയ രോഗങ്ങൾ തടയുക. 2015 മുതൽ അവരുടെ സംഖ്യ കുറച്ചുകൊണ്ടുവരിക
7. സുരക്ഷിതമായ കുടിവെള്ളം, അടിസ്ഥാന ശുചിത്വ സൗകര്യങ്ങൾ എന്നിവയുടെ സുസ്ഥിര ലഭ്യത ഇല്ലാത്തവരുടെ എണ്ണം 2015 ഓടെ പകുതിയായി കുറയ്ക്കുക.

ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ അഭിപ്രായത്തിൽ (2015) അഞ്ചു വയസിൽ താഴെയുള്ള കുട്ടികളിൽ 45 ശതമാനം പേരുടേയും മരണകാരണം പോഷകാഹാരക്കുറവോ പോഷകാഹാരമില്ലായ്മയോ

ആണ്. 1990 –2013 കാലഘട്ടത്തിൽ വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിലെ ഭാരം കുറഞ്ഞ കുട്ടികളുടെ സംഖ്യ 28 ശതമാനത്തിൽ നിന്ന് 17 ആയി കുറഞ്ഞു. ആഗോളതലത്തിൽ ഇത് 1990 ൽ 25 ശതമാനമായിരുന്നു. 2013 ൽ 15 ശതമാനമായി. ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ ഈ സൂചകം നേടാനായത് അമേരിക്കൻ രാജ്യങ്ങൾ, യൂറോപ്യൻ മേഖല, പടിഞ്ഞാറൻ പസഫിക് മേഖല എന്നിവിടങ്ങളിലാണ്. ദക്ഷിണ മെഡിറ്ററേനിയൻ രാജ്യങ്ങൾ, തെക്കു കിഴക്കൻ ഏഷ്യ, ആഫ്രിക്ക എന്നീ മേഖലകളിൽ ഇത് സാധിച്ചില്ല. ഇന്ത്യയിൽ 47 ശതമാനം കുഞ്ഞുങ്ങളും വേണ്ടത്ര ശരീരഭാരം ഇല്ലാത്തവരാണ്. ആഗോളതലത്തിൽ ഭാരക്കുറവുള്ള കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ സംഖ്യ 1990 – 2013 വരെയുള്ള 257 ദശലക്ഷത്തിൽ നിന്ന് 161 ആയി കുറഞ്ഞു. നിരക്ക് 37 ശതമാനം മാത്രം. ഈ ലക്ഷ്യം നേടാൻ നമുക്ക് സാധിച്ചില്ല.

1990 –2013 കാലത്ത് അഞ്ചു വയസിൽ താഴെയുള്ള കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ മരണ നിരക്ക് 49 ശതമാനമായി. 1000 കുഞ്ഞുങ്ങൾ ജനിക്കുമ്പോൾ അതിൽ 90 കുഞ്ഞുങ്ങൾ മരിച്ചിരുന്ന അവസ്ഥയിൽ നിന്ന് 46 ലെത്തി. (ഇന്ത്യയിൽ 2013 ൽ ഈ മരണ നിരക്ക് 42 ആയിരുന്നു). അതായത് 2013 ൽ പ്രതിദിനം 17000 കുഞ്ഞുങ്ങൾ മരിക്കുന്നു. ആഗോളതലത്തിൽ പ്രസവാനന്തര ശിശുമരണങ്ങൾ 1990 ൽ 4.7 ദശലക്ഷം എന്നത് 2013 ൽ 2.8 ദശലക്ഷം എന്ന സംഖ്യയിലേയ്ക്ക് എത്തി. 1000 കുഞ്ഞുങ്ങൾ ജനിക്കുമ്പോൾ അതിൽ 33 പേർ മരിച്ചിരുന്നത് 22 ആയി (39%) കുറഞ്ഞു. ആഫ്രിക്കൻ മേഖലയിലെ 47 രാജ്യങ്ങളിൽ ആറു രാജ്യങ്ങളിൽ അഞ്ചു വയസിൽ താഴെയുള്ള

കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ മരണനിരക്ക് 2013 ൽ മൂന്നിൽ രണ്ടായി കുറഞ്ഞു. രണ്ടു രാജ്യങ്ങൾ കൂടി ഈ ലക്ഷ്യം നേടാറായിട്ടുണ്ട്. 25 രാജ്യങ്ങൾ പാതി വഴിയിലെത്തിയിരിക്കുന്നു. ബാക്കി 14 രാജ്യങ്ങൾ അതിനും പിന്നിലാണ്. രണ്ട് അമേരിക്കകളിലുമായി (35 രാജ്യങ്ങൾ) അഞ്ചു രാജ്യങ്ങൾ ലക്ഷ്യം നേടി. മൂന്നു രാജ്യങ്ങൾ ലക്ഷ്യത്തോട് അടുക്കുന്നു. 24 രാജ്യങ്ങൾ പകുതി കഴിഞ്ഞു. ബാക്കി മൂന്നു രാജ്യങ്ങൾ അതിനും പിന്നിലാണ്. ദക്ഷിണ പൂർവ ഏഷ്യൻ മേഖലയിൽ (11 രാജ്യങ്ങൾ) അഞ്ചു രാജ്യങ്ങൾ ലക്ഷ്യത്തിലെത്തി. രണ്ടെണ്ണം ലക്ഷ്യത്തോട് അടുക്കുന്നു. ബാക്കി നാലെണ്ണം പാതി വഴി പിന്നിട്ടു. 53 രാജ്യങ്ങൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്ന യൂറോപ്യൻ മേഖലയിലാകട്ടെ 23 എണ്ണം ലക്ഷ്യം നേടി. നാലെണ്ണം ലക്ഷ്യത്തോട് അടുക്കുന്നു. ബാക്കി 26 രാജ്യങ്ങൾ പാതി വഴി പിന്നിട്ടിരിക്കുന്നു. മധ്യ മെഡിറ്ററേനിയൻ മേഖലയിൽ 21 രാജ്യങ്ങളുണ്ട്. അതിൽ ആറെണ്ണം ലക്ഷ്യം നേടി. 12 എണ്ണം പാതി വഴി പിന്നിട്ടു. ഒരെണ്ണം മാത്രം പിന്നിലാണ്. 1990 -2013ൽ മാതൃ മരണനിരക്ക് ആഗോളതലത്തിൽ മൂന്നിൽ രണ്ട് കുറയ്ക്കാൻ ലക്ഷ്യമിട്ടിരുന്നത് ഒരു ലക്ഷത്തിന് 45 ശതമാനത്തിൽ(523000 മുതൽ 289000) എത്തിക്കാനേ സാധിച്ചുള്ളു. അതിപ്പോഴും ലക്ഷ്യത്തിനു പിന്നിൽ ഇഴയുന്നു. ദൗർഭാഗ്യവശാൽ 89 രാജ്യങ്ങളിലാണ് 1990 ൽ ഏറ്റവും ഉയർന്ന മാതൃമരണ നിരക്ക് രേഖപ്പെടുത്തിയത് - 100 നും മുകളിൽ. 13 രാജ്യങ്ങൾ നിരക്ക് കുറയ്ക്കുന്നതിൽ ഒരു പുരോഗതിയും നേടിയില്ല. രണ്ടു ശതമാനം മാത്രമാണ് അവർക്ക് കുറയ്ക്കാൻ സാധിച്ചത്. മാതൃമരണങ്ങളിൽ മുഖ്യകാരണമായി ചൂണ്ടിക്കാണിക്കപ്പെടുന്നത് മസ്തിഷ്ക രക്തസ്രാവം(27%) ഗർഭത്തെക്കുറിച്ചുള്ള പിരിമുരുക്കം(14%) പിന്നെ രക്ത ദൂഷ്യവും. ഇതെല്ലാം മൂലം ലക്ഷ്യം നേടാൻ നമുക്ക് സാധിച്ചിട്ടില്ല.

ആഗോളതലത്തിലുള്ള പുനരുത്പാദന ആരോഗ്യത്തിൽ 1990 -2012 കാലത്ത് ഗർഭനിരോധന ഉപാധികളുടെ ഉപഭോഗം (15-49 പ്രായത്തിലുള്ള) സ്ത്രീകൾക്കിടയിൽ 55% മുതൽ 64% വരെ വർധിച്ചു. ഇത് ഉപയോഗിക്കാത്തവരുടെ നിരക്ക് 15 ശതമാനത്തിൽ നിന്ന് 12 ശതമാനമായി കുറയുകയും ചെയ്തു. പക്ഷെ ആഫ്രിക്കയിലാണ് ഗർഭനിരോധന ഉപാധികൾ സ്വീകരിക്കാത്തവരുടെ ഉയർന്ന സംഖ്യ 24%. ആഗോള തലത്തിൽ 83 ശതമാനം സ്ത്രീകൾക്കും ഒരിക്കലെങ്കിലും ഗർഭകാല പരിചരണം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. പക്ഷെ 64 % സ്ത്രീകൾക്കും നാലു തവണയെങ്കിലും ഇത് ലഭിച്ചിട്ടുള്ളവരാണ്. ആഫ്രിക്കൻ മേഖലയിലെ വരുമാനം കുറഞ്ഞ രാജ്യങ്ങളിൽ 51 % ഗർഭിണികൾക്കു മാത്രമെ പ്രസവസമയത്ത് പരിശീലനം നേടിയ നഴ്സുമാരുടെ സേവനം ലഭിക്കുന്നുള്ളു. ഈ മേഖലയിലും നാം നേട്ടങ്ങൾ കൈവരിച്ചിട്ടില്ല.

2013 ൽ 32.6 ദശലക്ഷം എയ്ഡ്സ് രോഗികളിൽ ഏകദേശം 12.9 ദശലക്ഷം ആളുകൾക്ക് ആഗോളതലത്തിൽ എച്ച്ഐവി/എയ്ഡ്സ് ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കി. (ഇതിൽ 11.7 ദശലക്ഷം താഴ്ന്ന വരുമാനമുള്ളതോ ഇടത്തരം വരുമാനമുള്ളതോ ആയ രാജ്യങ്ങളിലാണ്). ഈ ചികിത്സ മൂലം എയ്ഡ്സ് മൂലമുള്ള മരണ നിരക്ക് 2.4 ദശലക്ഷത്തിൽ നിന്ന്(2005) 1.5 ദശലക്ഷമാക്കി 2013 ൽ കുറയ്ക്കാൻ സാധിച്ചു. മരണനിരക്ക് പകുതിയാക്കുക എന്ന 2015 ലെ ലക്ഷ്യത്തിലെത്താൻ ഇനിയും നമുക്ക് സാധിച്ചിട്ടില്ല. ആഗോളതലത്തിൽ എയ്ഡ്സിനെതിരെ ചികിത്സ എത്തിക്കാനും സാധിച്ചിട്ടില്ല.

ആഗോളതലത്തിൽ 3.20 ശതലക്ഷം ആളുകളാണ് മലമ്പനിയുടെയും സമാന രോഗങ്ങളുടെയും ഭീഷണിയിൽ കഴിയുന്നത്. ഇതിൽ 1.2 ശതലക്ഷം ആളുകൾ ഗുരുതരമായ ഭീഷണിയിലുമാണ്. 2013 ൽ 198 ദശലക്ഷം മലമ്പനി രോഗികളാണ് രജിസ്റ്റർ ചെയ്തത്. ഇതിൽ 5,84000 പേർ മരിച്ചു. ഇതിൽ 98 ശതമാനവും ആഫ്രിക്കൻ മേഖലയിലായിരുന്നു. അതിൽ തന്നെ 78 ശതമാനം അഞ്ചു വയസിൽ താഴെ മാത്രം കുട്ടികളും. 2000 -2013 ൽ മലമ്പനി മൂലമുള്ള മരണനിരക്ക് ആഗോളതലത്തിൽ 47 ശതമാനമായി കുറഞ്ഞു. ആഫ്രിക്കൻ മേഖലയിൽ ഇത് 54 ശതമാനവും. അഞ്ചു വയസിൽ താഴെ പ്രായമുള്ള കുട്ടികളുടെ മരണ നിരക്ക് ആഗോളതലത്തിൽ 53 ശതമാനവുമായി. സഹാറ- ആഫ്രിക്കൻ മേഖലയിൽ 44 ശതമാനം ജനങ്ങളും പ്രാണികളുടെ ഉപദ്രവത്തിൽ നിന്ന് രക്ഷപ്പെടുന്നതിന് വലകൾക്കുള്ളിൽ ഉറങ്ങുന്നു. 2004 ൽ ഇവരുടെ സംഖ്യ വെറും രണ്ടു ശതമാനം മാത്രമായിരുന്നു. മലമ്പനിയുടെ കാര്യത്തിൽ 64 രാജ്യങ്ങളിൽ ഒന്നു പോലും സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യം

കണ്ടില്ല. എന്നാൽ മലമ്പനി, ക്ഷയം എന്നീ രോഗങ്ങളെ ആഗോള തലത്തിൽ തടയുക എന്ന സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യം നേടാൻ നമുക്ക് കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. 2020 ലക്ഷ്യമിട്ടു 2005 ൽ തുടങ്ങിയ കുഷ്ഠരോഗ നിർമ്മാർജ്ജന പദ്ധതിയിൽ 75 ശതമാനം നേട്ടം കൈവരിക്കാൻ സാധിച്ചിട്ടുണ്ട്. 2000 മുതൽ 73 രാജ്യങ്ങളിലായി അഞ്ചു ദശലക്ഷം മന്ത് രോഗികൾക്ക് വിദഗ്ധ ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുണ്ട്. 2020 ആകുന്നതോടെ മന്ത് രോഗം പൂർണമായും ഇല്ലായ്മ ചെയ്യാൻ 39 രാജ്യങ്ങളിൽ ശ്രമം നടക്കുന്നുമുണ്ട്.

സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ ശുദ്ധമായ കുടിവെള്ള സൗകര്യം ലഭിക്കാത്തവരുടെ സംഖ്യ 2010 ലേതിൽ നിന്നും പകുതിയായി കുറയ്ക്കണമെന്ന ലക്ഷ്യം 2015 ൽ ആഗോളതലത്തിൽ സാക്ഷാത്ക്കരിച്ചെങ്കിലും ദേശീയ തലത്തിൽ 116 രാജ്യങ്ങൾക്കു മാത്രമാണ് ലക്ഷ്യം നേടാനായത്. 45 രാജ്യങ്ങൾ പക്ഷെ ഈ വഴിക്കല്ല. 2012 ലും ശുദ്ധമായ കുടിവെള്ളം ലഭിക്കാത്ത 748 ദശലക്ഷം ആളുകൾ ഉണ്ട് എന്നത് വലിയ സത്യമായി അവശേഷിക്കുന്നു. ഇക്കാര്യത്തിൽ മേഖലകൾ തമ്മിൽ, നഗരങ്ങളും ഗ്രാമങ്ങളും തമ്മിൽ, വിവിധ സാമൂഹിക സാമ്പത്തിക വിഭാഗങ്ങൾ തമ്മിൽ അസമത്വം നിലനില്ക്കുന്നുണ്ട്. മറുഭാഗത്ത് അടിസ്ഥാന ശുചിത്വ സൗകര്യങ്ങൾ ഇല്ലാത്തവരുടെ സംഖ്യ പകുതിയാക്കി കുറയ്ക്കണമെന്ന സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യവും നേടാൻ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല.

വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിലെ സാധാരണക്കാർക്ക് താങ്ങാവുന്ന വിലയ്ക്ക് ജീവൻരക്ഷാ ഔഷധങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുക എന്നത് സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യമായി നാം മുന്നിൽ കണ്ടിരുന്നു. പക്ഷെ അവിടെയ്ക്ക് എത്താനും നമുക്ക് കഴിഞ്ഞില്ല. കാരണം താഴ്ന്ന വരുമാനം ഉള്ളതും ഇടത്തരം വരുമാനം ഉള്ളതുമായ 21 രാജ്യങ്ങളിൽ 55 ശതമാനംപേർക്കു മാത്രമേ പൊതുമേഖലാ സൗകര്യങ്ങൾ മാത്രമെ ലഭിക്കുന്നുള്ളു. ഈ രാജ്യങ്ങളിലെ സാധാരണക്കാരായ രോഗികൾ ഇത്തരം മരുന്നുകൾ അന്താരാഷ്ട്ര വിലയുടെ മൂന്നും നാലും ഇരട്ടി നല്കിയാണ് വാങ്ങുന്നത്. ഇന്ത്യയെ പോലെ വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിൽ ഡോക്ടർമാർ പ്രധാനമായും സ്വകാര്യ മേഖലയിൽ വിവിധ മരുന്ന് നിർമ്മാണ കമ്പനികളുടെ പ്രതിനിധികളുമായി ചേർന്ന് അനാവശ്യമായതും വലിയ വിലയുള്ളതുമായ ഔഷധങ്ങൾ രോഗികൾക്ക് ശുപാർശ ചെയ്യുകയും, രക്ത പരിശോധനകൾ നടത്താൻ ആവശ്യപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്നു. വളരെ അശ്രദ്ധമായും ഉത്തരവാദിത്ത രഹിതമായും ചെയ്യുന്ന ഇത്തരം പ്രവൃത്തികൾ അവരെ ഒടുവിൽ ഉപഭോക്തൃ കോടതികളിൽ എത്തിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഇന്ത്യ ഉൾപ്പെടെയുള്ള വികസ്വര രാജ്യങ്ങൾ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം എന്ന പദ്ധതിക്ക് വാക്കിലും പ്രവൃത്തിയിലും മുഖ്യ പരിഗണന നല്കണം. കാരണം അത് മനുഷ്യവിഭവ വികസനം മാത്രമല്ല ഉറപ്പാക്കുന്നത്, അതിനുപരി നമ്മുടെ ഭാവി തലമുറകളുടെയും സൗഖ്യമാണ്, ക്ഷേമമാണ്. വികസ്വര രാജ്യങ്ങൾ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കുള്ള അവരുടെ ബജറ്റ് വിഹിതം മൊത്ത ആഭ്യന്തര ഉത്പാദനത്തിനും പ്രതിശീർഷ മൊത്ത ചെലവിനും ആനുപാതികമായി ഉയർത്തണം. ഇന്ത്യയിൽ മൊത്ത ആഭ്യന്തര ഉത്പാദനത്തിന്റെ 1 ശതമാനവും മൊത്ത പൊതു ചെലവിന്റെ 3 ശതമാനവും ആരോഗ്യ മേഖലയ്ക്കായി മാറ്റി വയ്ക്കുന്നു. അതേ സമയം ജപ്പാൻ 82%, കാനഡ 70%, സ്വിറ്റ്സർലണ്ട് 65%, അമേരിക്ക 48%, തായ്‌ലന്റ് 72% എന്നിങ്ങനെ തുക മാറ്റി വയ്ക്കുന്നു. തത്ഫലമായി ജപ്പാനിലെ ശരാശരി ആയുസ് 82.7 വർഷമാണ്. കാനഡയിൽ 80.4, സ്വിറ്റ്സർലണ്ട് 82.8, അമേരിക്ക 78.7 തായ്‌ലന്റ് 74.3 എന്നിങ്ങനെയാണ. ഇന്ത്യയിലാകട്ടെ ഇത് 66.3 വർഷവും. ഇന്ത്യയുടെ ശിശുമരണ നിരക്ക് 1000ത്തിന് 43.8 ആണ്. ജപ്പാനിൽ ഇത് വെറും 2.3, കാനഡയിൽ 4.4, സ്വിറ്റ്സർലന്റിൽ 3.8, അമേരിക്കയിൽ 6.1, തായ്‌ലന്റിൽ 9.9 എന്നിങ്ങനെയാണ് കണക്കുകൾ.

ഇക്കാര്യത്തിൽ കേരളത്തിന്റെ സ്ഥാനം വളരെ മുന്നിലാണ്. കഴിഞ്ഞ ഏത്രയോ വർഷങ്ങളായി കേരളം ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസ മേഖലകളിൽ ലോകത്തിലെ വികസിത രാജ്യങ്ങളുടെ നിരയിലാണ്. എന്തുകൊണ്ട് ഇന്ത്യയിലെ ഇതര സംസ്ഥാനങ്ങൾക്കും ഈ നിലവാരത്തിൽ എത്തിക്കൂടാ?

(കേന്ദ്ര വാർത്താ വിതരണ പ്രക്ഷേപണ മന്ത്രാലയത്തിന്റെ സാമ്പത്തികകാര്യ ഉപദേശകനാണ് ലേഖകൻ)

ആരോഗ്യ ബോധവത്കരണം നേരിടുന്ന വെല്ലുവിളികൾ

ഡോ. സഞ്ജീവ് കുമാർ

രാജ്യത്തിന്റെ ആരോഗ്യ പുരോഗതി, ആരോഗ്യ പദ്ധതികളുടെ നിർവഹണം എന്നിവ മെച്ചപ്പെടുത്താനുള്ള ഒരു നിർണായക ഘടകമായി അംഗീകരിച്ചിരിക്കുന്നത് സമൂഹികവും ശീലപരവുമായ മാറ്റങ്ങളെയാണ്. അധികാരത്തിന്റെയും ആശയവിനിമയത്തിന്റെയും സാധ്യതകൾ വളരെ കാലം മുന്നേ തന്നെ ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ മന്ത്രാലയം മനസിലാക്കിയിട്ടുള്ളതാണ്. വർഷങ്ങളായി വിവിധ ആരോഗ്യ പദ്ധതികളിലൂടെയും (ഉദാ.പോളിയോ, അഞ്ചാംപനി) മറ്റും ഈ മേഖലയിൽ വളരെ നേട്ടങ്ങൾ നാം ഉണ്ടാക്കിയിട്ടുണ്ടെങ്കിലും ആരോഗ്യ അവസ്ഥാ സൂചകങ്ങൾ വിലയിരുത്തുമ്പോൾ ഇന്ത്യ ഇന്നും വലിയ വെല്ലുവിളികൾ നേരിടുകയാണ്. പലേ ഘടകങ്ങളാണ് ഈ വർത്തമാനകാല അവസ്ഥയ്ക്കു കാരണമായി ചൂണ്ടിക്കാണിക്കുന്നത്. അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളുടെ അപര്യാപ്തത, മനുഷ്യവിഭവശേഷിയിലെ വിടവ്, പണത്തിന്റെ വിടുതലിലും ഉപയോഗത്തിലുമുള്ള വെല്ലുവിളികൾ,നിലവാരമുള്ള സേവനങ്ങളുടെ അപര്യാപ്തത, നിർവഹണപരവും പ്രവർത്തന പരവുമായ വെല്ലുവിളികൾ തുടങ്ങിയവ കാരണങ്ങളായി നിലകൊള്ളുന്നു. ജനസംഖ്യാ വർധനവ്, ആചാരങ്ങൾ, ഐതിഹ്യങ്ങൾ, തെറ്റിദ്ധാരണകൾ, വിശ്വാസങ്ങൾ, ശീലങ്ങൾ, ചട്ടങ്ങൾ എന്നിവയും, വിവരങ്ങളുടെയും ബോധവത്ക്കരണത്തിന്റെയും കുറവും ഈ മേഖലയിലെ മറ്റു പ്രശ്നങ്ങളാണ്. ഇപ്പോൾ പരിഗണനയിലുള്ള ആരോഗ്യ നയത്തിന്റെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ ഈ മേഖലയിൽ നടക്കുന്ന ആശയവിനിമയ പരിശ്രമ ഫലമായി എത്രത്തോളം മാറ്റങ്ങൾ സംഭവിച്ചിട്ടുണ്ട് എന്ന അന്വേഷണമാണ് ഈ ലേഖനം. അതോടൊപ്പം ആവശ്യകതയും ലഭ്യതയും സംബന്ധിച്ച് വെല്ലുവിളികൾ ഏതൊക്കെയെന്നു കണ്ടെത്തുകയും ഭാവിയിൽ വളരെ വേഗത്തിൽ വലിയ മാറ്റങ്ങൾ വരുത്തുന്നതിനുള്ള മാർഗനിർദ്ദേശം മുന്നോട്ടു വയ്ക്കുകയുമാണിവിടെ.

അമ്പതുകളുടെ തുടക്കം മുതലേ, ആരോഗ്യ ആശയവിനിമയ പരിപാടികൾ ബോധവത്ക്കരണത്തിലധിഷ്ഠിതമായിരുന്നു. എന്നു വച്ചാൽ അറിവ്, വിജ്ഞാനം,വിദ്യാഭ്യാസം എന്നിവ വർധിപ്പിച്ചുകൊണ്ടായിരുന്നു ഇത് നടപ്പാക്കിയിരുന്നത്. പക്ഷെ അറിയുക എന്നതിനെക്കാൾ ശക്തമായ ചില ഘടകങ്ങൾ ആളുകളുടെ സ്വഭാവത്തെ സ്വാധീനിക്കുകയോ മാറ്റങ്ങൾക്ക് വിധേയമാകുന്നതിൽ നിന്ന് അവരെ തടയുകയോ ചെയ്യുന്നു എന്ന സത്യം നാം വിസ്മരിച്ചു. ഇന്ത്യൻ പശ്ചാത്തലത്തിൽ അതിന്റെ മാനങ്ങളും തലങ്ങളും കൃത്യമായി മനസിലാക്കാൻ സാധിച്ചില്ല. തികച്ചും പാശ്ചാത്യവും വികസിത രാജ്യങ്ങളിൽ നിന്ന് കൊണ്ടുവന്നതുമായ പരിവർത്തന തത്വങ്ങൾ അതേപടി നാം ഇവിടെ പ്രയോഗിച്ചു എന്നതാണ് ആശയവിനിമയത്തിന്റെ പ്രവാഹം ഒരു വശത്തുനിന്ന് - സംവിധാനത്തിൽ നിന്ന് ജനങ്ങളിലേയ്ക്ക് - മാത്രമായി ചുരുങ്ങിയതിൽ നിന്നും അനുമാനിക്കാവുന്നത്. പുതിയ പെരുമാറ്റങ്ങളും ശീലങ്ങളും തങ്ങളുടെ നന്മയ്ക്ക് ആണെന്ന് ജനം തിരിച്ചറിയുകയും അതിലെ യുക്തിയും കാര്യകാരണങ്ങളും അതിന്

അവരെ പ്രേരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. സത്യത്തിൽ അന്നത്തെ ആരോഗ്യ പ്രോത്സാഹന പ്രവർത്തനങ്ങൾ വളരെ ആത്മാർത്ഥവും പ്രവർത്തകർ വളരെ കഴിവുള്ളവരും കഠിനാധ്വാനികളും ആയിരുന്നു. വിദ്യാഭ്യാസവും ആശയവിനിയമയവും വികസിച്ചുവെങ്കിലും കേവലവിജ്ഞാനത്തിനു മാത്രം ഊന്നൽ നല്കി അത് അങ്ങനെ നിന്നു. മറ്റുള്ളവർ പെരുമാറുന്നതു കണ്ട് ആളുകൾ അത് മാതൃകയായി സ്വീകരിച്ചുകൊള്ളും എന്നതായിരുന്നു നിഗമനം. ഒരു പ്രത്യേക പെരുമാറ്റ രീതിയെയും പരിവർത്തനത്തെയും മാത്രം ലക്ഷ്യമാക്കിയതിനാൽ അത് പാരിസ്ഥിതിക കാഴ്ച്ചപ്പാടിൽ മാത്രമെ പ്രവർത്തിച്ചുള്ളു. ഈ സമീപനം വൈകാതെ കൂടുതൽ വികസിക്കുകയും ഔപചാരികമായി സാമൂഹിക അംശവുമായി ചേർന്ന് സാമൂഹിക പെരുമാറ്റ പരിവർത്തന ആശയവിനിമയ ചട്ടക്കൂട് എന്ന സങ്കല്പത്തിലേയ്ക്ക് ഉയരുകയും ചെയ്തു. നിയമങ്ങളുടെയോ മൂല്യങ്ങളുടെയോ പാരിസ്ഥിതിക ഘടകങ്ങളുടെയോ പ്രാധാന്യം ഈ ചട്ടക്കൂട് കണക്കിലെടുത്തില്ല.

ഇത്തരത്തിൽ ചട്ടക്കൂടുകളും മാതൃകകളും, സമീപനങ്ങളും സിദ്ധാന്തങ്ങളുമായി പേരുകൾ മാറിയെങ്കിലും ജല്പനങ്ങൾക്കതീതമായി നമ്മുടെ പ്രവർത്തന രംഗങ്ങളെ ശാക്തീകരിച്ച് ലോകത്തെ മാറ്റാൻ നമുക്ക് സാധിച്ചിട്ടില്ല. കാഴ്ചയിൽ നയപരമായ മാറ്റങ്ങൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടാവാം. പക്ഷെ അവ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ എത്തിയിട്ടില്ല. പ്രവർത്തകരിലും പ്രവർത്തന മേഖലകളിലും എത്തിയിട്ടില്ല. ആശയവിനിമയത്തിന്റെ ശക്തി നാം പൂർണമായും മനസിലാക്കുന്നത് അത് തൃണമൂലതലത്തിൽ എത്തുകയും ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ സമൂഹത്തിൽ ആവശ്യമാണ് എന്ന് പൗരന്മാർക്ക് ബോധ്യപ്പെടുകയും ചെയ്യുമ്പോഴാണ്. വരും വർഷങ്ങളിൽ ആരോഗ്യ ആശയവിനിമയത്തിനുള്ള യാത്രാ ഭൂപടത്തിന് വേണ്ടത് ദേശീയ ആരോഗ്യ നയത്തിൽ കൂടുതൽ ഗൗരവവും അർത്ഥപൂർണവുമായ പരിഗണനകളാണ്.

ആദ്യമായി ചെയ്യേണ്ടത് കേന്ദ്രത്തിലും സംസ്ഥാനങ്ങളിലും ആശയവിനിമയ പരിശ്രമങ്ങൾക്ക് വേണ്ടിയുള്ള ബജറ്റ് വിഹിതത്തിൽ ആവശ്യമായ ഭേദഗതികൾ വരുത്തുക എന്നതാണ്. നിലവിലുള്ള തുക ആശയവിനിമയ പരിശ്രമങ്ങൾക്ക് വളരെ അപര്യാപ്തമാണ്. ആസൂത്രകർ നേരിടുന്ന ഒരു പ്രതിസന്ധി പല സംസ്ഥാനങ്ങളും അവർക്ക് അനുവദിക്കുന്ന കേന്ദ്ര വിഹിതം പോലും യഥാവിധി ചെലവഴിക്കുന്നില്ല എന്നതാണ്. അപ്പോൾ കൂടുതൽ തുകയ്ക്കായുള്ള മുറവിളി എങ്ങനെ ന്യായീകരിക്കാനാവും. ഇത് ഒരു പരിധി വരെ സത്യമാണ്. എന്നാൽ ആരോഗ്യ ആശയവിനിമയത്തിനുള്ള തുക ന്യായമായി ചെലവഴിക്കുന്നതിൽ സംസ്ഥാനങ്ങളും സ്ഥാപനങ്ങളും അഭിമുഖീകരിക്കുന്ന പ്രശ്നങ്ങളും വെല്ലുവിളികളും കൂടി പഠനവിധേയമാക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

ഇവിടെ രണ്ടു ഘടകങ്ങളുണ്ട്. ഒന്ന് എന്ത് അടിസ്ഥാനത്തിലാണ് വിഹിതം വിനിയോഗിക്കുന്നത്, അത് ആവശ്യാധിഷ്ഠിതമോ അതോ പ്രവർത്തനാധിഷ്ഠിതമോ? ആശയവനിമയത്തിനുള്ള തുക പ്രവർത്തനാധിഷ്ഠിത വിനിയോഗത്തിലേയ്ക്കു മാറ്റുമ്പോൾ രണ്ടു വിടവുകൾ നികത്തപ്പെടുന്നു. ഒന്ന് ഉത്തരവാദിത്തം, രണ്ട്, ആശയവിനിമയ പരിശ്രമങ്ങളുടെ ഗുണനിലവാരം. വെറുതെ പണം ചെലവഴിക്കുന്നതിനല്ല, നമ്മുടെ ആശയവിനിമയ പരിശ്രമങ്ങൾക്ക് വ്യക്തമായ ഫലം ഉണ്ടാക്കുന്നതിലാണ് ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടത്. എന്നാൽ പദ്ധതിയുടെ എല്ലാ തലങ്ങളിലും വകുപ്പിലെ എല്ലാവർക്കും ആശയ വിനിമയ പ്രവർത്തനത്തിന്റെ അടി

സ്ഥാനത്തിൽ ആനുകൂല്യങ്ങളും പ്രോത്സാഹന ങ്ങളും നൽകണം.

രണ്ടാമതായി ആശയവിനിമയ വിഭാഗത്തിലെ എല്ലാ ഉദ്യോഗസ്ഥരുടെയും സ്ഥാപനങ്ങളുടെയും ശേഷി മൊത്തത്തിൽ വർധിപ്പിക്കണം. മാറ്റത്തിനുള്ള പ്രേരക സംവിധാനങ്ങൾ എല്ലായിടത്തും ഉണ്ട്. അവയെ ആധുനിക ഉപകരണങ്ങളും സാങ്കേതിക വിദ്യകളും കൊണ്ട് ശാക്തീകരിക്കുകയും, ചെത്തി മൂർച്ച വരുത്തുകയും ചെയ്യാത്ത പക്ഷം അവയ്ക്ക് മികച്ച പ്രകടനം നടത്താൻ സാധിക്കില്ല. ആശയവി നിമയ വിദഗ്ധരുടെയും ഈ മേഖലയിലെ പ്രശസ്ത സ്ഥാപനങ്ങൾ പ്രത്യേകമായി രൂപകല്പന ചെയ്തി ട്ടുള്ള പാഠ്യപദ്ധതിയുടെയും പിന്തുണയോടെ അടി യന്തരമായി ചെയ്യേണ്ട ബൃഹത്തായ പ്രവൃത്തിയാണി ത്. കാര്യക്ഷമതയുള്ള ആശയവിനിമയ പരിശീലന സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് പുത്തൻ ഊർജ്ജവും പ്രചോദ നവും നല്കി ആവേശം പകരണം. വെറും കൗൺസി ലിങ്ങിനുപരി, ആഴത്തിലുള്ള പരിശീലനമാണ് ലഭ്യ മാക്കേണ്ടത്. ഇതിന് വാർത്താവിനിമയ പ്രക്ഷേപണ മന്ത്രാലയത്തിലെ സോങ് ആൻഡ് ഡ്രാമാ വിഭാഗം, ദൂർദർശൻ, ആകാശവാണി, ഡയറക്ടറേറ്റ് ഓഫ് ഓഡിയോ വിഷ്വൽ പബ്ലിസിറ്റി തുടങ്ങിയ വിഭാഗ ങ്ങളെ കൂടി പങ്കെടുപ്പിക്കാവുന്നതാണ്.

മൂന്നാമതായി, മെച്ചപ്പെട്ട നിരീക്ഷണം, വിലയി രുത്തൽ, മൂല്യനിർണയം, ഗവേഷണം എന്നിവ ആരോഗ്യ ആശയവിനിമയ മേഖലയിലും ആവശ്യ മാണ്. ഇത് ഇപ്പോൾ കാര്യക്ഷമമായി നടക്കുന്നില്ല. യൂട്ടിലൈസേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റുകൾ, ഫോട്ടോഗ്രാഫു കൾ, പത്ര റിപ്പോർട്ടുകൾ തുടങ്ങിയവ തെളിവുകളായി സ്വീകരിക്കുക മാത്രമാണ് നിലവിൽ ചെയ്യുക. ഗവേ ഷണം വളരെ അകലെയാണ്. ഈ കഴിവുകൾ ആർജ്ജിക്കാൻ പ്രോഗ്രാം മാനേജർമാരെയും ഉദ്യോ ഗസ്ഥരെയും ശാക്തീകരിക്കണം. മാത്രവുമല്ല പങ്കാളി കളായ വിവിധ ഏജൻസികളെ ഗവേഷണങ്ങൾക്ക് പ്രേരിപ്പിക്കുകയും വേഗത്തിലും ഗുണപരമായും അവ വിലയിരുത്തുകയും ചെയ്യണം. ആരോഗ്യ ആശയവി നിമയ പ്രവർത്തന സൂചകങ്ങളുടെ നിരീക്ഷണമാണ് മറ്റൊരു മേഖല. ഇതിൽ മിക്ക സൂചകങ്ങളും മാനദ ണ്ഡങ്ങളും പരിഷ്കരിക്കേണ്ട കാലം എന്നേ കഴിഞ്ഞ താണ്. ആരോഗ്യ ആശയവിനിമയത്തിന്റെ ഫീഡ്ബാക്ക്, ഫോളോഅപ് എന്നിവയുടെ സംവിധാ നങ്ങളും ശക്തിപ്പെടുത്തേണ്ടതുണ്ട്.

നാലാമതായി, ആരോഗ്യ ആശയവിനിമയ ത്തിന്റെ ക്രിയാത്മകമായ ആവിഷ്കാരത്തിനുള്ള സാമ ഗ്രികളും പ്രവർത്തനങ്ങളും അടിമുടി മാറ്റേണ്ടതുണ്ട്. ആശയവിനിമയ സാമഗ്രികൾ ആഭ്യന്തരമായി രൂപക ല്പന ചെയ്യാൻ വ്യക്തികൾക്കും സ്ഥാപനങ്ങൾക്കും പരിമിതികളുണ്ട്. സന്ദേശത്തിന്റെ ഗുണനിലവാരം, അതിന്റെ രൂപകല്പന, വിന്യാസം തുടങ്ങിയവയെല്ലാം ഈ മേഖലയിൽ വെല്ലുവിളികൾ ഉയർത്തുന്നു. രണ്ടു മാർഗങ്ങളിലൂടെയാണ് ആശയവിനിമയ ഉത്പന്നങ്ങൾ രൂപകല്പന ചെയ്യുന്നതും വിതരണം ചെയ്യുന്നതും. ആഭ്യന്തരമായും ബാഹ്യ സേവനങ്ങൾ വഴിയും. ബാഹ്യസേവനങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്തുമ്പോൾ ക്രയം, നടത്തിപ്പ്, വില തുടങ്ങിയ പ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ട്. എന്തൊക്കെയായാലും പ്രധാനം അവ അനുവാചക രുടെ ആവശ്യങ്ങളുമായി ഒത്തു പോകുന്നുവോ എന്നു ള്ളതാണ്. മറ്റൊരു വെല്ലുവിളി ചിലപ്പോൾ ഇവയെ സംസ്ഥാനത്തിന്റെ പരസ്യപ്രചാരണാർത്ഥം ഉപയോ ഗപ്പെടുത്തുന്നു എന്നതാണ്. ഇക്കാര്യത്തിൽ ഔദ്യോ ഗികവും ആധികാരികവുമായ നിർദ്ദേശങ്ങൾ ഇല്ലെ ങ്കിൽ ഇത്തരം നടപടികൾ ഒഴിവാക്കണം. വ്യാവസാ യിക ആശയവിനിമയവുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുമ്പോൾ സാമൂഹിക ആശയവിനിമയം (സർക്കാർ ആശയവി നിമയം) വിരസവും വെറും ചടങ്ങും മാത്രമാണ്. ഇത് മാറണം. ഇത് ആശയവിനിമയത്തെ മാത്രമല്ല, ഗവൺമെന്റിന്റെ സേവന പ്രതിച്ഛായയെയും വ്യത്യ സ്തമാക്കും. ജനശ്രദ്ധ ആകർഷിക്കാൻ സന്ദേശ ങ്ങൾക്ക് പുതിയ ചട്ടക്കൂടും അവസ്ഥയും ആവശ്യമാ യിരിക്കുന്നു. ഇതിലൂടെ മാത്രമെ അവരെ മാറ്റത്തി ലേയ്ക്ക് ആകൃഷ്ടരാക്കാനാകൂ.

അഞ്ചാമതായി, കേന്ദ്രത്തിലെയും സംസ്ഥാ നങ്ങളിലെയും ആരോഗ്യ ആശയവിനിമയ സംവിധാ നങ്ങൾ പരിഷ്ക്കരിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. കേന്ദ്ര ത്തിലെ ഐഇസി (IEC) വിഭാഗവും സംസ്ഥാനങ്ങ ളിലെ ഐഇസി ബ്യൂറോകളും ജില്ലകളിലെ ഏതാനും ഉദ്യോഗസ്ഥർ മാത്രമുള്ള ബിസിസി സെല്ലുകളും ആണ് നിലവിലുള്ള സംവിധാനം. ഇവിടെയാണ്

ഐഇസി സാമഗ്രികളുടെ ഉത്പാദനവും വിതരണവും നടക്കുന്നത്. വർഷങ്ങൾക്കു മുമ്പ് ആരംഭിച്ച ആശയവിനിമയ വിഭാഗം അതിന്റെ ഘടനയും പ്രവർത്തന രീതിയും ഇതേ വരെ പരിഷ്കരിച്ചിട്ടില്ല. അവയിലെ പ്രവർത്തകരാകട്ടെ വാർത്തകൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നവരും റിപ്പോർട്ടുകൾ എഴുതുന്നവരും വിവിധ ഉദ്യോഗസ്ഥർക്കും വകുപ്പുകൾക്കുമായി പത്രക്കുറിപ്പുകൾ തയാറാക്കുന്നവരും മാത്രം. സാമൂഹിക മാറ്റത്തിനും പെരുമാറ്റ പരിവർത്തനത്തിനുമായുള്ള നയതന്ത്ര ആശയവിനിമയത്തിന്റെ പരമപ്രധാനമായ വിദഗ്ധ നടപടി പലപ്പോഴും എവിടെയോ മറഞ്ഞു കിടക്കുകയാവും. അതിനെ പിന്തള്ളി ഭരണപരവും സംഘടനാപരവും പ്രവർത്തന പരവുമായ ഘടകങ്ങൾ മുന്നേറുന്നതു കാണാം.

ആറാമതായി, ആരോഗ്യ ആശയവിനിമയ പരിശ്രമങ്ങൾ ചിട്ടപ്പെടുത്തുന്നതിന് എല്ലാ തലങ്ങളിലും പങ്കാളിത്തം ഉണ്ടാവണം. സന്നദ്ധ സംഘടനകൾ പോലെ പൊതു സമൂഹവുമായ അടുത്തു നില്ക്കുന്നതും അവരുടെ വിശ്വാസം ആർജ്ജിച്ചിട്ടുള്ളതുമായ ഏജൻസികൾക്ക് ഇതുമായി സഹകരിക്കാം.

മാധ്യമങ്ങളുമായി ഇക്കാര്യത്തിൽ ഒരു പങ്കാളിത്തം ആവശ്യമാണ്. ഇതിനോട് അനുകൂലമായ വാർത്തകൾക്ക് വലിയ പ്രചാരണം ലഭിക്കേണ്ടത് മാധ്യമങ്ങൾ വഴിയാണ്. വലിയവിഭാഗം ജനങ്ങൾ മാധ്യങ്ങളിലൂടെ ഇക്കാര്യങ്ങൾ അറിയുകയും മനസിലാക്കുകയും ചെയ്യും. അതിനാൽ മാധ്യമങ്ങളെ ഒപ്പം നിർത്തണം.അതുപോലെ കോർപ്പറേറ്റ് സ്വകാര്യ മേഖലയെയും സഹകരിപ്പിക്കണം. അവരുടെ നടത്തിപ്പ് അനുഭവം, സാങ്കേതിക വൈദഗ്ധ്യം തുടങ്ങിയവയ്ക്കൊപ്പം കോർപ്പറേറ്റ് സോഷ്യൽ റെസ്പോൺസിബിലിറ്റി വഴിയുള്ള ഫണ്ടുകളും ആശയവിനിമയ പരിപാടികൾക്ക് മുതൽക്കൂട്ടാകും. മതസംഘടനകൾ, രാഷ്ട്രീയ നേതാക്കൾ, വിദ്യാഭ്യാസ, ഗവേഷണ സ്ഥാപനങ്ങൾ, ഐക്യരാഷ്ട്ര സഭ പോലുള്ള അന്താരാഷ്ട്ര സംഘടനകൾ, ചാരിറ്റബിൾ സംഘടനകൾ എന്നിവയെയും പെരുമാറ്റ പരിവർത്തനത്തിനു സ്വാധീനിക്കാൻ പങ്കാളികളാക്കാം.

ഇന്ത്യയിലെ നയതന്ത്രപരമായ ആരോഗ്യ ആശയവിനിമയ പരിശ്രമങ്ങൾ അടിയന്തരമായി ശാക്തീകരിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. എങ്കിൽ മാത്രമേ ആരോഗ്യ ദൗത്യങ്ങൾക്ക് അത് വേഗത പകരുകയുള്ളൂ. സാംക്രമികവും അല്ലാത്തതുമായ രോഗങ്ങൾ വലിയ ബാധ്യതയായി രാജ്യത്തെ ഗ്രസിക്കുമ്പോൾ അതിനെ ലഘൂകരിക്കാൻ ക്രിയാത്മകവും നിർബന്ധിതവുമായ പെരുമാറ്റ പരിവർത്തനത്തിനു മാത്രമെ സാധിക്കുകയുള്ളൂ. മെച്ചപ്പെട്ട ആരോഗ്യ ശീലങ്ങൾ സമൂഹത്തിൽ ഉണ്ടാകുന്നതിന് ജനങ്ങളുടെ ബോധ്യങ്ങൾ ക്രിയാത്മകമായി മാറണം. ഇവിടെ, ആരോഗ്യ ബോധവത്ക്കരണത്തിന്റെ ശക്തിയും വാഗ്ദാനവും വെറും സാധ്യാതാ തലത്തിലും ആലങ്കാരിക തലത്തിലും അല്ല, മറിച്ച് 12-ാം പദ്ധതിയുടെ ലക്ഷ്യങ്ങൾ സാക്ഷാത്ക്കരിച്ചു കൊണ്ട് വലിയ പരിവർത്തനം സാധ്യമാക്കുന്നതിലാണ് നിലകൊള്ളുന്നത്.

(സീനിയർ കമ്മ്യൂണിക്കേഷൻ സ്പെഷ്യലിസ്റ്റും ന്യൂഡൽഹിയിലെ IIMCയിൽ പ്രൊഫസറുമാണ് ലേഖകൻ)

വിജ്ഞാനപാത

IRNSS-1E

ഇന്ത്യയുടെ പ്രാദേശിക ഗതിനിർണയ ഉപഗ്രഹ ശൃംഖലയുടെ (IRNSS) ഭാഗമായ അഞ്ചാമത്തെ ഉപഗ്രഹം IRNSS-1E 2006 ജനുവരി 20-ന് വിജയകരമായി ഭ്രമണപഥത്തിലെത്തി. ആകെ 7 ഉപഗ്രഹങ്ങളാണ് ഇന്ത്യയുടെ ഗതി നിർണയ ഉപഗ്രഹ ശൃംഖലയുടെ ഭാഗമായി ഉള്ളത്. 1425 കിലോ ഗ്രാം ഭാരമുള്ള പേടകത്തിനെ പിഎസ്എൽവി-സി 31 (PSLV-C31) റോക്കറ്റാണ് ഭ്രമണപഥത്തിൽ എത്തിച്ചത്. പി.എസ്.എൽ.വി.യുടെ 33-ാമത് വിജയകരമായ ദൗത്യമായിരുന്നു ഇത്. രണ്ട് പേലോഡുകളാണ് IRNSS-1E യിൽ ഉള്ളത്.

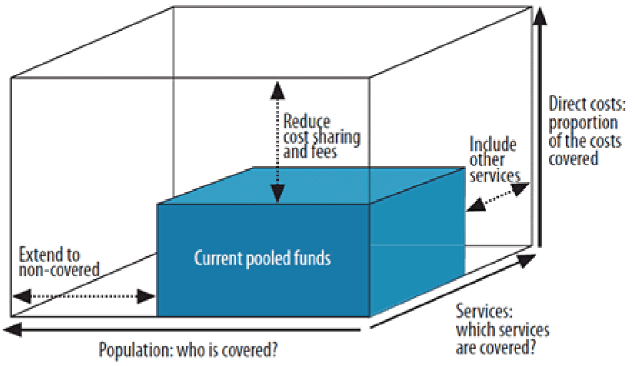
ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയും സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളും

ഡോ. ചന്ദ്രകാന്ത് ലഹാരിയ

രോഗ പ്രതിരോധം, രോഗ നിവാരണം, പുനഃരധിവാസം തുടങ്ങി ആരോഗ്യ പരിപാലനം സംബന്ധിച്ച വിവിധ മേഖലകളിലെ സേവനം ഏവർക്കും ലഭ്യമാക്കുക, അതേസമയം ഇത്തരം സേവനങ്ങൾക്കായി പണം മുടക്കുമ്പോൾ ജനങ്ങൾ സാമ്പത്തികമായ ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ അനുഭവിക്കാതിരിക്കുക എന്നീ ലക്ഷ്യങ്ങളാണ് ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ (Universal Health Coverage - UHC) എന്നതുകൊണ്ട് അർത്ഥമാക്കുന്നത്. ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ (UHC) എന്ന സങ്കല്പവും അഭിലാഷവും നടപ്പിലാക്കുവാനും, അതിലൂടെ ആരോഗ്യ രംഗത്ത് സമഗ്രമായ മാറ്റം കൊണ്ടുവരുവാനും അംഗരാജ്യങ്ങൾ അവരവരുടേതായ ആരോഗ്യ ധനവിനിമയ സംവിധാനങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കിയെടുക്കണമെന്ന് 2005ലെ ലോക ആരോഗ്യ അസംബ്ലിയിലെ പ്രതിജ്ഞ (WHA 58.33) നിർദ്ദേശിക്കുന്നു. 2008ലെയും, 2010ലെയും ലോക ആരോഗ്യ റിപ്പോർട്ട് (World Health Report) ലെ തലക്കെട്ടുകൾ യഥാക്രമം – "പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ സംരക്ഷണം : എല്ലാ കാലത്തിലേയ്ക്കും" (Primary Health Care : More than Ever), "ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ ധനവിനിയോഗം: ആഗോള പരിരക്ഷയിലേക്കുള്ള വഴി" (Health System Financing : The Path to Universal Coverage), എന്നിങ്ങനെ ആയിരുന്നു. ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്ന വിഷയത്തിൽ കൂടുതൽ ഗവേഷണങ്ങൾ വ്യാപിപ്പിക്കുവാനും ലക്ഷ്യം നിലനിർത്തുവാനും ഊന്നൽ നല്കി. ഈ കാലയളവിൽ ബ്രസീൽ, മെക്സിക്കോ, കിർഗിസ്ഥാൻ, തായ്‌ലൻഡ്, ചൈന തുടങ്ങിയ രാജ്യങ്ങൾ ആരോഗ്യ-സാമ്പത്തിക പരിഷ്കാരങ്ങൾ നടപ്പാക്കുന്നതിനോടൊപ്പം ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ കൂടുതൽപേർക്ക് നൽകി മുന്നേറി.

ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്ന വിഷയം വിവിധ ആഗോള ചർച്ചാവേദികളിൽ ശ്രദ്ധ പിടിച്ചുപറ്റുകയും അതിനനുബന്ധമായി ലോക ആരോഗ്യ അസംബ്ലി 2011ലും (WHA 64.9) ഐക്യരാഷ്ട്ര സഭയുടെ ജനറൽ അസംബ്ലി 2012 ഡിസംബർ 12 (A/67/L-36)ലും ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയെ സംബന്ധിച്ച പ്രതിജ്ഞ പാസ്സാക്കി. ഐക്യരാഷ്ട്ര സഭയുടെ ഈ പ്രതിജ്ഞ ഒരു നാഴികക്കല്ല് എന്ന് വിശേഷിപ്പിക്കുന്ന ഒന്നാണ്. കാരണം, ഈ പ്രതിജ്ഞയിലൂടെ ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്ന വിഷയത്തിന്റെ അജണ്ടയുടെ വ്യാപ്തി വിസ്തൃതമാക്കുകയും, അത് ലോക ആരോഗ്യ അസംബ്ലിയിൽ സംബന്ധിച്ച ആരോഗ്യ മന്ത്രിമാരിൽ നിന്നും ഐക്യരാഷ്ട്ര സഭയിൽ സന്നിഹിതരായ ലോക നേതാക്കളുടേയും വിദേശകാര്യ മന്ത്രിമാരുടേയും കൈകളിലെത്തിക്കു

കയും ചെയ്തു. UHCയെ കുറിച്ചുള്ള ഐക്യരാഷ്ട്ര സഭയുടെ പ്രതിജ്ഞയുടെ സ്മരണക്കായി 2014 ഡിസംബർ 12ന് ആദ്യമായി ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാദിനം (UHC Day) ആചരിക്കുകയും, തുടർന്ന് എല്ലാ വർഷവും ഡിസംബർ 12ന് UHC ദിനമായി ആചരിക്കുവാൻ തീരുമാനം കൈക്കൊള്ളുകയും ചെയ്തു. കഴിഞ്ഞ പത്തുവർഷക്കാലം കൊണ്ട് UHC എന്ന വിഷയത്തിൽ സ്ഥിരമായ ചർച്ചകളും പ്രതിജ്ഞകളും മറ്റും മേൽപറഞ്ഞ വിവിധ സംഘടനകൾക്ക് നടത്തുകയും ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്ന വിഷയത്തിന്റെ പ്രാധാന്യത്തെക്കുറിച്ച് ഒരു അഭിപ്രായ ഐക്യം രൂപീകരിക്കുവാൻ സാധിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ ഡയറക്ടർ ജനറൽ മാർഗരറ്റ് ചാനിന്റെ അഭിപ്രായ പ്രകാരം ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്നത് പൊതുജനാരോഗ്യത്തെ സംബന്ധിക്കുന്ന ഏറ്റവും ശക്തമായ ഒരു ആശയം ആണ്.



Three dimensions to consider when moving towards universal coverage

ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയ്ക്ക്, ജനങ്ങളുടെ പരിരക്ഷ, ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ, സാമ്പത്തിക പരിരക്ഷ എന്നിങ്ങനെ മൂന്ന് അളവുകോലുകൾ കൽപ്പിക്കപ്പെടുകയും, അവയെ 'UHC Cube' അഥവാ 'UHC കവറേജ് ബോക്സ്' എന്ന് അറിയപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ ക്യൂബ് നിരീക്ഷിക്കുന്നതിലൂടെ ഒരു രാജ്യത്ത് എത്രത്തോളം ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ നടപ്പിലാക്കി എന്ന മനസ്സിലാക്കുവാനാകും. ഒരു രാജ്യത്ത് ചെറിയ ഒരു വിഭാഗത്തിനു മാത്രമേ ആരോഗ്യ സേവനം ലഭ്യമായിട്ടുള്ളോ, വളരെ കുറച്ച് ആരോഗ്യ സേവനങ്ങളേ രാജ്യത്ത് ലഭ്യമായിട്ടുള്ളോ, സേവനം ലഭ്യമായിട്ടുള്ളവർക്ക് തന്നെ അത് താങ്ങാവുന്ന ചില വിലാണോ ആരോഗ്യ സേവനം ലഭ്യമാകുന്നത് തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങൾ UHC Cubeലൂടെ വ്യക്തമാകും. ആയതിനാൽ രോഗങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള യാഥാർത്ഥ്യത്തെ അഭിസംബോധന ചെയ്യുകയും ഈ UHC Cubeന് ഉള്ളിലും പുറത്തും കാണപ്പെടുന്ന ആരോഗ്യ മേഖലയിലുള്ള വിടവ് മനസ്സിലാക്കുകയും വേണം. ഇക്കാരണം കൊണ്ടു തന്നെ ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്നതിനെ ഒരു ലക്ഷ്യം എന്നതിലുപരി ആരോഗ്യരംഗത്തെ ഒരു പാത ആയി ആണ് കണക്കാക്കേണ്ടത്. ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്ന വിഷയത്തിൽ പുരോഗതി കൊണ്ടുവരാൻ ഒരു രാജ്യത്തിന് 10-15 വർഷം വരെ ന്യായമായും വേണ്ടിവരും എന്നാണ് കരുതപ്പെടുന്നത്.

ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയും ഇന്ത്യയും

2005ൽ ലോക ആരോഗ്യ അസംബ്ലിയിലെ അംഗം എന്ന നിലയ്ക്ക് ഇന്ത്യയും UHC പ്രതിജ്ഞയുടെ ഭാഗമാണ്. എന്നാൽ ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്ന വിഷയം അന്ന് രാജ്യത്ത് ചർച്ച ചെയ്തിരുന്നില്ലെങ്കിലും, ഇന്ത്യയിലെ ആരോഗ്യ രംഗത്തെയും ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യത്തെയും മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനു വേണ്ടി 2015 ഏപ്രിൽ 12ന് ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യമിഷന് (NRHM) രൂപം നൽകി.

രാഷ്ട്രീയ സ്വാസ്ത്യ ഭീമാ യോജന (RSBY)

ദ്വിതീയ തലത്തിലുള്ള ആശുപത്രിയിലെ ചിലവുകൾക്കായി ദാരിദ്രരേഖയ്ക്ക് താഴെ ഉള്ളവർക്ക് രാഷ്ട്രീയ സ്വാസ്ത്യ ഭീമാ യോജന (RSBY) യും, സാമ്പത്തിക സുരക്ഷിതത്വത്തിനായി മറ്റുചില പദ്ധതികളും ചില സംസ്ഥാനങ്ങൾ 2007-08 കാലയളവിൽ നടപ്പിലാക്കി. 2010ലെ ലോക ആരോഗ്യ റിപ്പോർട്ട് സമാരംഭിച്ചതോടെ, ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ഉറപ്പുവരുത്താനായി, പ്ലാനിംഗ് കമ്മീഷൻ ഉന്നതതല വിദഗ്ധ കമ്മറ്റിയെ നിയമിച്ചു. ഈ കമ്മറ്റി 2011 ഒക്ടോബറോടെ അവരുടെ ശുപാർശ അടങ്ങിയ റിപ്പോർട്ട് സമർപ്പിക്കുകയും ഈ റിപ്പോർട്ട് പന്ത്രണ്ടാമത് പഞ്ചവത്സര പദ്ധതി (2012-17) യുടെ ആസൂത്രണത്തിൽ ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്തു. പന്ത്രണ്ടാം പഞ്ചവത്സര പദ്ധതി പ്രകാരം ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്നത് സംസ്ഥാനങ്ങളിലെ 2 ജില്ലകളിൽ പൈലറ്റ്

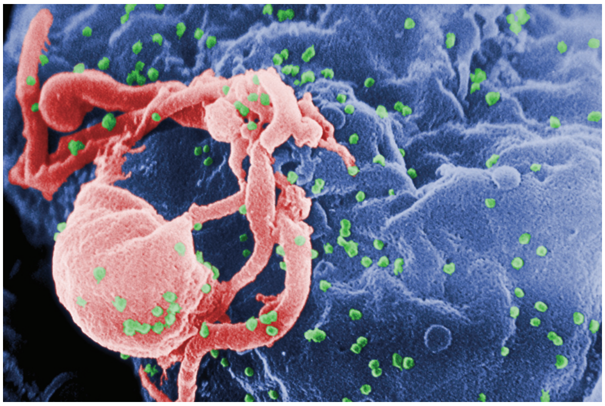
അടിസ്ഥാനത്തിൽ നടപ്പിലാക്കുവാൻ നിർദ്ദേശിച്ചു. നഗര പ്രദേശങ്ങളിൽ ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുവാൻ 2013 മേയിൽ നാഷണൽ അർബൻ ഹെൽത്ത് മിഷൻ (NUHM) നടപ്പിലാക്കി. പിന്നീട് NRHM ഉം, NUHMഉം സംയോജിപ്പിച്ച് നാഷണൽ ഹെൽത്ത് മിഷൻ (NHM) കൊണ്ടുവന്നു. "ആരോഗ്യം എന്ന ലക്ഷ്യത്തിനു വേണ്ടി എല്ലാവർക്കും പ്രാപ്യമായ, നിലവാരമുള്ള ആരോഗ്യസേവനം, വിവിധ ഗവൺമെന്റ് വിഭാഗങ്ങളെ സംയോജിപ്പിച്ചുകൊണ്ട് ജനങ്ങളുടെ ആവശ്യം അനുസരിച്ച് ഫലത്തിൽ ഉത്തരവാദിത്വത്തോടെ നടപ്പിലാക്കുക" - എന്ന നാഷണൽ ഹെൽത്ത് മിഷന്റെ കാഴ്ചപ്പാട് ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയുടെ കാഴ്ചപ്പാടിനോട് ചേർന്ന് നിൽക്കുന്നത് കാണാം. 2014 മധ്യത്തോടെ ആഗോള ആരോഗ്യം ഉറപ്പ് വരുത്താൻ (Universal Health Assurance, UHA) നിരവധി നടപടിക്രമങ്ങൾ നടപ്പിലാക്കി. UHAയും UHCയുമായുള്ള സാമ്യവും എടുത്തു പറയത്തക്കതാണ്. ആഗോള ആരോഗ്യം ഉറപ്പുവരുത്തുക (UHA) എന്ന ലക്ഷ്യം നടപ്പിലാക്കാൻ ദേശീയ ആരോഗ്യ അഷ്വറൻസ് മിഷൻ (NHAM) എന്ന ഒരു പദ്ധതിയുടെ ബ്ലൂപ്രിന്റും സർക്കാർ തയ്യാറാക്കി. 2015 ഏപ്രിലിൽ RSBY പദ്ധതി കേന്ദ്ര തൊഴിൽ മന്ത്രാലയത്തിന്റെ പരിധിയിൽ നിന്നും കേന്ദ്ര ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ മന്ത്രാലയത്തിന്റെ പരിധിയിലേക്ക് മാറ്റി. പുതിയ ദേശീയ ആരോഗ്യ നയത്തിന്റെ പുതിയ രൂപരേഖ ഇപ്പോൾ അതിന്റെ അവസാനഘട്ടത്തിലാണ്. ഇതിൽ ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയ്ക്ക് ഊന്നൽ നൽകിയിട്ടുണ്ട്. വിശാലമായ ഒരു കാഴ്ചപ്പാടിൽ ഇന്ത്യയിൽ ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്ന ലക്ഷ്യം നടപ്പിലാക്കുവാനുള്ള അടിത്തറ ഇതിനകം പാകിക്കഴിഞ്ഞു. ഇനി അതിനുവേണ്ടിയുള്ള അംഗീകാരവും, ദ്രുതഗതിയിൽ നടപ്പിൽ വരുത്തുന്നതിനുള്ള നടപടികളും വരാൻ അധികം കാത്തിരിക്കേണ്ടിവരില്ല.

സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളും UHCയും

വരുന്ന പതിനഞ്ചുവർഷ കാലയളവിലേക്ക് ആഗോള വികസനം ലക്ഷ്യമാക്കിയും, മില്ലേനിയം ഡവലപ്മെന്റ് ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ (MDG) ചെയ്തുവന്ന ജോലികൾ തുടരുന്നതിനു വേണ്ടിയും, ഐക്യരാഷ്ട്രസഭ, 2015 സെപ്റ്റംബർ 25ന് ലോക രാജ്യങ്ങളിലെ നേതാക്കന്മാരെ പങ്കെടുപ്പിച്ച് സുസ്ഥിര വികസന സമ്മേളനം (UN Sustainable Development Sumit) നടത്തുകയും സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾക്ക് (Sustainable Development Goals) അംഗീകാരം നൽകുകയും ചെയ്തു. സുസ്ഥിര വികസനത്തിനായി 2030 മാണ്ട് ലക്ഷ്യമിട്ടുകൊണ്ട് 17 സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളും 169 അനുബന്ധ ലക്ഷ്യങ്ങളും ഈ സമ്മേളനത്തിൽ അംഗീകരിച്ചു. ദാരിദ്ര്യം, പട്ടിണി, ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം, ലിംഗസമത്വം, വെള്ളവും ശുചിത്വവും, ഊർജ്ജം, തൊഴിലും സാമ്പത്തിക വളർച്ചയും, വ്യവസായവും അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളും, അസമത്വം, നഗരങ്ങൾ, കാലാവസ്ഥ തുടങ്ങിയവ 17 സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു. "ഏവർക്കും ശാരീരിക-മാനസിക ആരോഗ്യം ഉയർത്തുവാനും എല്ലാവരുടെയും ജീവിതദൈർഘ്യം വർദ്ധിപ്പിക്കുവാനും മികച്ച ആരോഗ്യ സേവനത്തിന്റെ ലഭ്യത ഉറപ്പുവരുത്തുകയും അതിലൂടെ ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ഉറപ്പാക്കുകയും വേണം" - എന്ന് സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യം 2030ന്റെ അജണ്ടയായി ആമുഖത്തിൽ പറയുന്നുണ്ട്.

ദാരിദ്ര്യത്തെ നിർമ്മാർജനം ചെയ്ത് രാജ്യത്തെ സമ്പദ്ഘടനയെ മുന്നോട്ട് നയിക്കുവാൻ ആരോഗ്യമുള്ള ജനത അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്. UHC എന്നത് എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം എന്ന ലക്ഷ്യത്തിനു വേണ്ടി വിവിധ മേഖലകളെ സംയോജിപ്പിക്കുന്നു. ഒരു രാജ്യം എന്ന നിലയ്ക്ക് സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ നേടിയെടുക്കാനും ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ മറ്റു രാജ്യങ്ങളോട് ചേർന്ന് പ്രവർത്തിക്കുവാനുള്ള അടിത്തറ ഇന്ത്യ പാകിക്കഴിഞ്ഞിരിക്കുന്നു. ഇനി അവ ഫലപ്രാപ്തിയിലെത്തിക്കാനുള്ള അർത്ഥവത്തായ കൂട്ടായ ശ്രമങ്ങളാണ് വേണ്ടത്.

(WHO യുടെ ആഗോള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ ദൗത്യത്തിലെ ഇന്ത്യൻ പ്രതിനിധിയാണ് ലേഖകൻ)



എച്ച്.ഐ.വി നിവാരണ ദൗത്യം: ഒരു വികസന വിജയ മാതൃക

അൽക്കാ നാരംഗ്, ഏയ്ഞ്ചലാ ചൗധരി

2015 ലെ ദേശീയ എച്ച്.ഐ.വി കണക്കു പ്രകാരം, രാജ്യത്ത് ഏകദേശം 21.17 ലക്ഷം ജനങ്ങൾ HIV ബാധയുമായി ജീവിക്കുന്നു. ഇത് ഇന്ത്യയെ HIV ബാധിതരുള്ള ഏറ്റവും വലിയ മൂന്നാമത്തെ രാജ്യമാക്കി മാറ്റുന്നു. 1987ൽ, ചെന്നൈയിൽ ആദ്യ HIV രോഗിയെ തിരിച്ചറിഞ്ഞതു മുതൽ, പ്രസ്തുത അടിയന്തര പ്രതിസന്ധിയോടു പ്രതികരിക്കുന്നതിൽ അസാധാരണ രാഷ്ട്രീയ ഇച്ഛാശക്തിയും ചടുലതയും ഇന്ത്യ പ്രകടിപ്പിക്കുകയുണ്ടായി. ഏകമനസ്സോടെ ഒത്തൊരുമിച്ചുള്ള ഇന്ത്യയുടെ ആത്മാർപ്പണം, മറ്റ് ലോക രാഷ്ട്രങ്ങളുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുമ്പോൾ, മികച്ച HIV പ്രതിരോധ മാർഗങ്ങൾക്ക് ഉദാഹരണമായി കണക്കാക്കാവുന്നതാണ്. ജനാധിപത്യ ഭരണം എന്ന നിലയ്ക്ക് മാറിമാറി വരുന്ന സർക്കാരുകളും HIV എന്ന പകർച്ച വ്യാധിയെ നേരിടാനുള്ള രാഷ്ട്രീയ ഇച്ഛാശക്തി പ്രകടമാക്കി. ക്ഷയം, മലേറിയ, കുഷ്ഠം തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങളുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുമ്പോൾ HIV ബാധിതരുടെ എണ്ണം തുലോം കുറവാണെങ്കിലും, ഗവൺമെന്റുകൾ ഇക്കാര്യത്തിൽ പ്രശംസനീയമായ നടപടികൾ ആണ് കൈകൊണ്ടിട്ടുള്ളത്. ഇക്കാരണം കൊണ്ടു തന്നെ കഴിഞ്ഞ ദശാബ്ദകാലത്ത് 0.41% രോഗബാധയും, പകർച്ചയും ഉണ്ടായിരുന്നുവെങ്കിൽ അത് 2015ൽ 0.26% ആയി കുറഞ്ഞതായി കാണുന്നു. അഞ്ചുവർഷം ദൈർഘ്യമുള്ള 3 ദേശീയ AIDS നിവാരണ പദ്ധതി ഇതിനോടകം തന്നെ ഇന്ത്യ പൂർത്തീകരിച്ചു. നാലാം ദേശീയ എയ്ഡ്സ് നിവാരണ പദ്ധതിയാണ് ഇപ്പോൾ നടപ്പാക്കിവരുന്നത്. ഇന്ത്യയിലെ എച്ച്.ഐ.വി.യോടുള്ള പ്രതികരണങ്ങൾ നിരീക്ഷിച്ചാൽ ധാരാളം പാഠങ്ങൾ പഠിക്കുവാനാകും. നിരവധി പ്രതിസന്ധി ഘട്ടങ്ങളും, രാജ്യത്തെ വൈവിധ്യമാർന്ന സാഹചര്യങ്ങളും ഉണ്ടായിരുന്നിട്ടും, HIV രോഗ വ്യാപനത്തിനു ഒരു പരിധിവരെ തടയിടാൻ ദേശീയ AIDS നിയന്ത്രണ പരിപാടിക്ക് സാധിച്ചിട്ടുണ്ട് എന്നത് ചാരിതാർത്ഥ്യം ഉണ്ടാക്കുന്നു.

ദേശീയ എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണ പരിപാടി (National AIDS Control Prgramme, NACP) വ്യക്തമായ മാർഗനിർദേശങ്ങൾ തത്വങ്ങൾ പുറപ്പെടുവിക്കുക വഴി എയ്ഡ്സ് പ്രതിരോധ പരിപാടിക്ക് ശക്തമായ അടിത്തറ ഉയർത്തികഴിഞ്ഞു. തുല്യത, എല്ലാവരേയും ഉൾപ്പെടുത്തൽ, ബഹുതല പ്രതികരണം എന്നതിൽ അധിഷ്ഠിതവും, പാർശ്വവത്ക്കരിക്കപ്പെട്ടവർക്ക് അന്തസ്സും ബഹുമാനവും ഉറപ്പാക്കൽ തുടങ്ങിയവയാണ് NACP യുടെ അടിസ്ഥാന തത്വങ്ങളായി കണക്കാക്കുന്നത്.

എച്ച്.ഐ.വി നേരിടുന്നതിൽ ഒരു വികേന്ദ്രീകൃത സമീപനം ആവശ്യമായിരുന്നു. അതിന്റെ ഭാഗമായി നേരത്തെ തന്നെ സംസ്ഥാന എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണ സൊസൈറ്റികൾ (State AIDS Control Society, SACS) സ്ഥാപിക്കുകയുണ്ടായി. എച്ച്.ഐ.വി ബാധ നഗരങ്ങളിൽ നിന്നും ഗ്രാമീണ മേഖലകളിലേക്കു നീങ്ങിയതോടെ ജില്ലാ എയ്ഡ്സ് പ്രതിരോധ

-നിയന്ത്രണ യുണിറ്റ് (District AIDS Preventive & Control Unit), വടക്കുകിഴക്കൻ പ്രാദേശിക കാര്യാലയം (NERO) തുടങ്ങിയവ രൂപീകരിക്കുന്നതിലൂടെ കൂടുതൽ വികേന്ദ്രീകരണം നടപ്പാക്കി. അടിസ്ഥാന സൗകര്യ വികസനത്തിൽ താരതമ്യേന പിന്നോക്കം നിൽക്കുന്ന വടക്കുകിഴക്കൻ മേഖലയിലെ വെല്ലുവിളികളെ പരിഹരിക്കുവാൻ വടക്കുകിഴക്കൻ മേഖലയിലെ പ്രാദേശിക കാര്യാലയത്തിന് സാധിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇന്ത്യയിലെ HIV ബാധിതരുടെ കണക്കെടുക്കുമ്പോൾ കാണുന്ന ശ്രദ്ധേയമായ ഒരു കാര്യം, അണുബാധ പ്രധാനമായും കണ്ടുവരുന്നത് സ്ത്രീ ലൈംഗിക തൊഴിലാളികൾ, പുരുഷന്മാരുമായി ലൈംഗിബന്ധം പുലർത്തുന്ന പുരുഷന്മാർ, ഭിന്നലിംഗക്കാർ, മയക്കുമരുന്ന് കുത്തിവയ്ക്കുന്നവർ എന്നിങ്ങനെയുള്ള ജനവിഭാഗങ്ങളിലാണ്. HIV പ്രതിരോധ പരിപാടികൾ വിവിധ മേഖലകളെ കൂടി ബന്ധിപ്പിക്കുന്നതിനുതകുന്നതു കൊണ്ടു തന്നെ ഗവണ്മെന്റിന്റെ തന്ത്രപ്രധാനമായ HIV പ്രതിരോധ പരിശ്രമങ്ങളിൽ എല്ലാം തന്നെ മേൽപ്പറഞ്ഞ ജനവിഭാഗങ്ങളെ മുഴുവൻ ഉൾക്കൊള്ളിച്ചുള്ള ഒരു രീതി ആയിരിക്കണം അവലംബിക്കേണ്ടത്.

HIV പ്രതിരോധം: ബഹുതല സമീപനം

HIV പ്രതിരോധം എന്ന ലക്ഷ്യത്തിനു വേണ്ടി നിരവധി സങ്കീർണ്ണമായ വെല്ലുവിളികൾ നേരിടേണ്ടി വരുന്നതു കൊണ്ട് ഒരു ബഹുതല സമീപനമാണ് ഈ വിഷയത്തിൽ സ്വീകരിക്കേണ്ടത്. ഈ ഒരു സമീപനം ദേശീയ AIDS പ്രതിരോധ നിയന്ത്രണ പരിപാടിയുടെ നയത്തിൽ പേരിനു വേണ്ടി കൂട്ടിച്ചേർക്കുക മാത്രമല്ല, മറിച്ച് ഗ്രാമീണ വികസന മന്ത്രാലയം, തൊഴിൽ മന്ത്രാലയം, സാമൂഹ്യനീതി ശാക്തീകരണ മന്ത്രാലയം തുടങ്ങി 22 വിവിധ മന്ത്രാലയങ്ങളെ ഈ ലക്ഷ്യത്തിനു വേണ്ടി ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം നിയോഗിക്കുകയായിരുന്നു. എയ്ഡ്സ് എന്ന ബാധ്യതയെ നേരിടുന്നതിനായി വിവിധ മന്ത്രാലയങ്ങളുടെ പ്രാധിനിധ്യത്തോടെ ദേശീയ എയ്ഡ്സ് സമിതി (National Council on AIDS) 2005ൽ രൂപീകരിച്ചു.

എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണ പരിപാടിയുടെ നാലാം ഘട്ടത്തിൽ സ്വകാര്യ മേഖലയെയും മറ്റ് ഗവണ്മെന്റ്

ഡിപ്പാർട്ടുമെന്റുകളെയും മുഖധാരയിലേക്ക് കൊണ്ടുവന്ന് നിയന്ത്രണ പരിപാടിയിൽ അവരുടെ പങ്കാളിത്തം ഉറപ്പുവരുത്തുന്ന ഒരു പ്രായോഗിക രീതിയാണ് അവലംബിച്ചിട്ടുള്ളത്. HIV ബാധിതരായ വ്യക്തികൾക്ക് വ്യത്യസ്ത മന്ത്രാലയങ്ങൾ നടപ്പിലാക്കിയിട്ടുള്ള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ പദ്ധതികളാണ് ഈ കൂട്ടായുള്ള പ്രവർത്തനത്തിന് ഉദാഹരണം. HIV പ്രതിരോധത്തിനും നിയന്ത്രണത്തിനും വേണ്ടി കേന്ദ്ര ആരോഗ്യമന്ത്രാലയം 14 വ്യത്യസ്ത മന്ത്രാലയങ്ങളുമായി ധാരണാ പത്രങ്ങളുടെ രൂപത്തിൽ പങ്കാളിത്ത കരാറുകളും ഒപ്പുവട്ടിച്ചുണ്ട്.

ഇത്തരം വികസന കാര്യങ്ങളിൽ രാഷ്ട്രീയ പിന്തുണയും താത്പര്യവും ഉണർത്തേണ്ടത് അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്. എച്ച്.ഐ.വിക്കെതിരെ പോരാടാൻ രാജ്യത്തെ എല്ലാ തലങ്ങളിലുമുള്ള രാഷ്ട്രീയ നേതാക്കളുടേയും നയസൃഷ്ടാക്കളുടേയും സമാധാനവും സംയോജിതവുമായ പിന്തുണ ലഭ്യമായി.

കക്ഷി ഭേദമന്യേ എല്ലാ രാഷ്ട്രീയ കക്ഷികളിൽ നിന്നും അഭൂതപൂർവമായ പിന്തുണയാണ് ദേശീയ എയ്ഡ്സ് പ്രതിരോധ നിയന്ത്രണത്തിന് ലഭിച്ചത്. പഞ്ചവത്സര പദ്ധതികളിൽ എച്ച്.ഐ.വി.യെ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നതു സംബന്ധിച്ച് നയരൂപീകരണം നടത്തുന്നവരിൽ ഈ നിയമത്തിൽ അവബോധം സൃഷ്ടിക്കുവാൻ ലക്ഷ്യമുള്ള പാർലമെന്ററി ഫോറമായ എയ്ഡ്സ് ദേശീയസമിതി പോലുള്ളവയുടെ രൂപീകരണം HIV/AIDS നെ മുൻഗണനയോടെ കൈകാര്യം ചെയ്യാനുള്ള സർക്കാരിന്റെ ഉദ്ദേശ്യത്തിനുള്ള മതി

യായ തെളിവാണ്. ദേശീയ എയ്ഡ്സ് പ്രതിരോധ നിയന്ത്രണ പരിപാടിയുടെ ഭാഗമായ HIV സെന്റിനൽ സർവൈലൻസ് (HIV Sentinel Serveillance System, HSS) പദ്ധതി ലോകത്തിലെ തന്നെ ഏറ്റവും ബൃഹത്തായ HIV നിരീക്ഷണ സംവിധാനം ആണ്. വിവിധ ജനവിഭാഗങ്ങളിലുള്ള രോഗത്തിന്റെ പ്രവണതയും അഴവും മനസ്സിലാക്കുവാൻ ഈ സംവിധാനത്തിലൂടെ സാധ്യമാകുന്നു.

ദേശീയ എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണ സംഘടന, പൈലറ്റ് മാതൃകകൾ വികസിപ്പിക്കുന്നതിലും, വിജയ പരാജയങ്ങളിൽ നിന്ന് പാഠങ്ങൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്നതിലും ദൃഢമായി വിശ്വസിക്കുന്നു. എയ്ഡ്സിനെതിരെ അവബോധം സൃഷ്ടിക്കുക എന്ന ദേശീയ ദൗത്യത്തിനായി രാജ്യമെമ്പാടും സമ്മേളനങ്ങൾ, ശില്പശാലകൾ, ഇ-ഫോറങ്ങൾ, സെമിനാറുകൾ എന്നിവ സംഘടിപ്പിക്കുന്നതും പദ്ധതി നടത്തിപ്പിന് ഏറെ ഗുണകരമായി. സാങ്കേതിക വിദഗ്ദ്ധർ, അക്കാദമിക്-ഗവേഷണ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടുകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള ബഹുതല പൗര സമൂഹവുമായും, സാങ്കേതിക പങ്കാളികൾ, ദേശീയ ഏകോപന സംവിധാനങ്ങൾ, സാങ്കേതിക പ്രവത്തന വിഭാഗങ്ങൾ എന്നിവയുമായും സഹകരിച്ച്, പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ സുതാര്യതയും ഉത്തരവാദിത്വവും പുലർത്താൻ എച്ച്.ഐ.വി പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ സുതാര്യതയും ഉത്തരവാദിത്വവും പുലർത്താൻ എച്ച്.ഐ.വി പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് സാധിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇത് ഈ പദ്ധതിയുടെ മികച്ച പ്രകടനത്തിലേക്ക് നയിച്ചു.

ഗ്ലോബൽ ഫണ്ട്, ഗേറ്റ്സ് ഫൗണ്ടേഷൻ, ലോകബാങ്ക്, ഐക്യരാഷ്ട്രസഭ, എന്നിങ്ങനെയുള്ള നിരവധി അന്താരാഷ്ട്ര ദാതാക്കളിൽ നിന്നുമുള്ള വിലപ്പെട്ട സംഭാവന എയ്ഡ്സ് പ്രതിരോധ പരിപാടിക്ക് ലഭിക്കുകയുണ്ടായി. 2020-ഓടെ നേടിയെടുക്കാൻ ഇന്ത്യയ്ക്കു മുന്നിലുള്ള ലക്ഷ്യമാണ് '90-90-90' ടാർജറ്റ്. എച്ച്.ഐ.വി ബാധിതരിൽ 90 ശതമാനത്തിനും അവർ അസുഖബാധിതരാണെന്ന് അറിവുണ്ടാകുക, അങ്ങനെ അറിഞ്ഞവരിൽ 90 ശതമാനം പേർക്കും വേണ്ട പ്രതിരോധ ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കുക, പ്രതിരോധ ചികിത്സ തേടുന്നവരിൽ 90 ശതമാനത്തിലും ചികിത്സ ഫലവത്താണെന്ന് ഉറപ്പുവരുത്തുക - ഇതാണ് 90-90-90 ടാർജറ്റ്. ഈ ലക്ഷ്യം കൈവരിക്കണമെങ്കിൽ സമഗ്രവും ആത്മാർത്ഥപൂർണവും ഫലാധിഷ്ഠിതവുമായ സമീപനം എല്ലാവരിൽ നിന്നും ഉണ്ടാകേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. സർക്കാരിന്റെ ഭാഗത്തു നിന്നുള്ള അർത്ഥവത്തായ ശ്രമങ്ങൾക്കൊപ്പം 'എയ്ഡ്സ് മുക്തമായൊരു രാജ്യ'ത്തിനായി നമുക്കോരോരുത്തർക്കും കൈകോർക്കാം.

(യു.എൻ.ഡി.പി.യുടെ എച്ച്.ഐ.വി നിവാരണം സംബന്ധിച്ച ദൗത്യത്തിൽ വികസന പ്രവർത്തകയാണ് ലേഖിക)

വിജ്ഞാനപാത

ഭാരത് നെറ്റ് (Bharat Net)

രാജ്യത്തെ 2.5 ലക്ഷം പഞ്ചായത്തുകൾക്ക് 2013 അവസാനത്തോടെ ബ്രോഡ്ബാന്റ് കണക്ഷനുകൾ നല്കാൻ ലക്ഷ്യമിട്ട് 2011ൽ ആവിഷ്കരിച്ച ദേശീയ ഓപ്റ്റിക്കൽ ഫൈബർ ശൃംഖല (National Optical Fibre Network, NOFN) യുടെ പുതിയ രൂപഭേദമാണ് ഭാരത് നെറ്റ് (Bharat Net) ഇതിനായി ഭാരത് ബ്രോഡ്ബാന്റ് നെറ്റ്വർക്ക് ലിമിറ്റഡ് സ്ഥാപിച്ചു. 2011ലെ NOFN പ്രോജക്ട് റിപ്പോർട്ട് പ്രകാരം 100 Mbps വേഗതയിലുള്ള കണക്ഷനുകൾ ഗ്രാമപഞ്ചായത്തുകൾക്ക് നൽകാൻ ആയിരുന്നു തീരുമാനം. ഇന്ന് ഡിജിറ്റൽ ഇന്ത്യ പദ്ധതിയുടെ ഒരു പ്രധാന ഭാഗമായ ഭാരത് നെറ്റ് 2017 ഓടെ 175 ദശലക്ഷം ബ്രോഡ്ബാന്റ് കണക്ഷനുകൾ നൽകുവാൻ ലക്ഷ്യമിടുന്നു.

ഫോക്കസ്

ആദിവാസി മേഖലയിലെ ആരോഗ്യ പരിപാലനം

ഡോ. അഭയ് ബാങ്

2011 ലെ കണക്കുകൾ പ്രകാരം രാജ്യത്തെ മൊത്തം ജനസംഖ്യയുടെ 8.6 ശതമാനം പട്ടികവർഗ ജനവിഭാഗമാണ്. അതായത് ഏകദേശം 10 കോടി. പാർശ്വവത്ക്കരിക്കപ്പെട്ടവരും അവശതയനുഭവിക്കുന്നവരുമായ ഈ പത്തു കോടി ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം പ്രധാനപ്പെട്ട ഒരു ദേശീയ വിഷയം തന്നെ ആകണം. അവരുടെ വളരെ പിന്നോക്കാവസ്ഥയിലുള്ള സാമൂഹിക - സാമ്പത്തിക വിദ്യാഭ്യാസ നിലവാരം എല്ലാവർക്കും അറിവുള്ളതാണ്. അവരുടെ ആരോഗ്യ അവസ്ഥ പരിശോധിക്കാം.

- പട്ടിക വർഗക്കർക്കിടയിലെ ശിശു മരണ നിരക്ക് കഴിഞ്ഞ ഏതാനും വർഷങ്ങളായി കുറച്ച് കുറഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. എന്നാലും പൊതു ജനവിഭാഗത്തെ അപേക്ഷിച്ച് മരണനിരക്ക് വളരെ കൂടുതലാണ്. നവജാതശിശുക്കളുടെ മരണനിരക്ക് പൊതുവിഭാഗത്തിൽ 49 ശതമാനം ആണെങ്കിൽ പട്ടിക വർഗ വിഭാഗത്തിൽ അത് 62 ശതമാനമാണ്. 5 വയസു വരെയുള്ളവരുടെ മരണത്തിന്റെ കാര്യമെടുത്താൽ പൊതുവിഭാഗത്തിൽ 59 ശതമാനവും പട്ടികവർഗ വിഭാഗത്തിൽ ഇത് 96 ശതമാനവുമാണ്. പട്ടികവർഗ വിഭാഗത്തിൽ കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ മരണനിരക്ക് മറ്റ് ജനവിഭാഗങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് മൂന്നിൽ ഒന്ന് കൂടുതലാണ്. രാജ്യത്തെ 7 സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ ഇത് സംബന്ധിച്ച് വലിയ അന്തരം നിലനില്ക്കുന്നു.
- പോഷകാഹാരത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ പട്ടിക വർഗക്കാരായ കുട്ടികളുടെ അവസ്ഥ മുതിർന്നവരുടെ പോലെ തന്നെ വളരെ ദയനീയമാണ്.
- പട്ടികവർഗ വിഭാഗത്തിൽ അഞ്ചു വയസിനു താഴെയുള്ള 53% ആൺകുട്ടികളും 50% പെൺകുട്ടികളും ശരീര ഭാരം കുറഞ്ഞവരാണ്. 57% ആൺകുട്ടികളും 52% പെൺകുട്ടികളും വളർച്ച മുരടിച്ച് ഉയരം കുറഞ്ഞവരാണ്.
- പോഷകാഹാര കുറവു മൂലം 49% പട്ടിക വർഗ സ്ത്രീകളുടെയും ശരീരത്തിന്റെ ഉയര - ഭാര അനുപാതം 18.5 നു താഴെയാണ്.
- ഗോത്രവർഗക്കാരുടെ ഗാർഹിക ആഹാരക്രമത്തിൽ അന്നജം, ഊർജ്ജം,കൊഴുപ്പ്, ഇരുമ്പ്, വിറ്റാമിൻ എ, റൈബോഫ്ളേവിൻ തുടങ്ങിയ അവശ്യ ഘടകങ്ങളുടെ വലിയ അപര്യാപ്തത ഉണ്ട്.

പോഷകാഹാര കുറവുവുള്ള പട്ടികവർഗ കുട്ടികളുടെയും മുതിർന്നവരുടെയും സംഖ്യ 1985-87 മുതൽ 2007 -08 കാലഘട്ടത്തിൽ കുറഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. എന്നാലും നിലവിലുള്ള ഭക്ഷ്യക്രമവും പോഷകാഹാര പോരായ്മയും അംഗീകരിക്കാവുന്നതല്ല. ഗോത്ര സമൂഹങ്ങൾക്കിടയിൽ സാധാരണ കണ്ടുവരുന്ന രോഗങ്ങളെ താഴെ പറയും പ്രകാരം തരംതിരിക്കാം.

- വളർച്ചയില്ലായ്മ (പോഷകാഹാരക്കുറവ്, സാംക്രമിക രോഗങ്ങൾ, മാതൃശിശു ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ മുതലായവ)
- ഗോത്രവർഗക്കാർക്കിടയിൽ മാത്രം കാണുന്ന രോഗങ്ങൾ(അരിവാൾ രോഗം, മൃഗ ദംശനം, അപകടങ്ങൾ) മുതലായവ
- ആധുനിക ജീവിത സാഹചര്യ രോഗങ്ങൾ (രക്ത സമ്മർദ്ദം, ലഹരി, മാനസിക പിരിമുറുക്കം മുതലായവ).

പട്ടികവർഗ ജനസമൂഹവുമായി വളരെ ദുർബല ബന്ധമേ പൊതുജനാരോഗ്യ സേവനത്തിനുള്ളു.അതിനു പല കാരണങ്ങളുമുണ്ട്.

1). സാധാരണക്കാർക്കായി രൂപകല്പന ചെയ്തിട്ടുള്ള ദേശീയ തല പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ പരിപാലന മാതൃക അതേപടി ഗോത്രവർഗ മേഖലകളിൽ ആവർത്തിക്കുന്നത് യോജിച്ചതല്ല. കാടും പ്രകൃതി ശക്തികളും കൊണ്ടു ചുറ്റപ്പെട്ട, സാംസ്കാരികമായി വ്യത്യസ്തരായ, ഭൂമിശാസ്ത്രപരമായി ചിതറിക്കിടക്കുന്ന ഒരു ജനക്കൂട്ടത്തിന് ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എത്തിക്കുക വളരെ ക്ലേശകരമാണ്. പട്ടികജാതി മേഖലകൾക്കായി പ്രത്യേക പൊതുജനാരോഗ്യ പരിരക്ഷാ പദ്ധതി രൂപകല്പന ചെയ്യുന്നതിനെ കുറിച്ച് ഇതുവരെ ആലോചിച്ചിട്ടില്ല എന്നത് നിർഭാഗ്യകരമായ വസ്തുതയാണ്.

2). ഗോത്ര വർഗ മേഖലകളിൽ പൊതുജനാരോഗ്യ പരിരക്ഷ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനുള്ള ഏറ്റവും വലിയ പ്രതിബന്ധം അവിടേയ്ക്ക് പോകുവാൻ സന്നദ്ധതയുള്ള, പരിശീലനം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള, ജോലിക്ക് സജ്ജരായ ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ജോലിക്കാരുടെ അഭാവമാണ്. പട്ടികവർഗ മേഖലകളിലേയ്ക്ക് പോകാൻ തയ്യാറുള്ള ഡോക്ടർമാർ, നഴ്സുമാർ, സാങ്കേതിക വിദഗ്ധർ തുടങ്ങിയവർ പൊതുജനാരോഗ്യ പരിപാലന വകുപ്പിൽ കുറവാണ്.

3). ആരോഗ്യ ഉപ കേന്ദ്രങ്ങൾ, പൊതുജനാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ, കുട്ടികൾക്കുള്ള ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ തുടങ്ങിയ സ്ഥാപനങ്ങളും ഉണ്ടെങ്കിലും ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ലഭ്യമാകുന്നില്ല. അപര്യാപ്തമായ നിരീക്ഷണ സംവിധാനം, ഉദ്യോഗസ്ഥ തലത്തിലെ ഉത്തരവാദിത്തമില്ലായ്മ എന്നിവ കൂടിയാകുമ്പോൾ പ്രശ്നം കൂടുതൽ സങ്കീർണമാകുന്നു.

4). ജോലിക്കാരുടെ പരുക്കൻ പെരുമാറ്റങ്ങൾ, ഭാഷാ പ്രശ്നം, ദൂരം, അപര്യാപ്തമായ ഗതാഗത സൗകര്യങ്ങൾ, നിരക്ഷരത, ആരോഗ്യ കാര്യങ്ങളിലെ താല്പര്യമില്ലായ്മ തുടങ്ങിയവയെല്ലാം പട്ടികവർഗ മേഖലകളിലെ നിലവിലുള്ള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ സംവിധാനങ്ങൾ വേണ്ടവിധം പ്രയോജനപ്പെടുത്തുന്നതിനും പ്രതിബന്ധമാകുന്നു.

5). ഗുരുതരമായ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ടാകുമ്പോൾ പോലും ആശുപത്രികളിലെത്തി വിദഗ്ധ സേവനം തേടുക എന്നത് ഗോത്രവർഗക്കാർക്കിടയിൽ വളരെ അപൂർവമാണ്.

തെറ്റായ മുൻഗണനകൾ ലക്ഷ്യമാക്കിയതു മൂലം പട്ടികജാതി മേഖലകളിലെ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ സംവിധാനവും വളരെ നിലവാരം കുറഞ്ഞതായിപ്പോയി. ഇത് ഉടച്ചു വാർത്ത് ശക്തിപ്പെടുത്തുക എന്നത് സംസ്ഥാനങ്ങളും കേന്ദ്രവും ഏറ്റവും പ്രധാന പരിഗണന നൽകേണ്ട വിഷയമാണ്. പട്ടികവർഗ മേഖലകളിൽ ഒട്ടും അനുയോജ്യമല്ലാത്ത ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ രീതി അതും വളരെ വികലമായി നടപ്പാക്കപ്പെട്ടതിന് ഒരു പ്രധാന കാരണം അവിടുത്തെ ആളുകളുടെ പങ്കാളിത്ത കുറവാണ്. ഒപ്പം നയരൂപീകരണത്തിൽ, പദ്ധതികളുടെ ആസൂത്രണത്തിൽ, ആരോഗ്യമേഖലയിൽ സേവനങ്ങൾ നടപ്പാക്കുന്നതിൽ അവരുടെ പ്രതിനിധികൾ വേണ്ടത്ര ശുഷ്കാന്തി കാണിച്ചില്ല എന്നതും കാരണമാകാം. ഇത് ഗ്രാമ തലം മുതൽ ദേശീയ തലം വരെ ശരിയാണ്.

മേൽ സൂചിപ്പിച്ച എല്ലാ പ്രതിബന്ധങ്ങൾക്കുമുപരി, പൊതുവെ ഒരു പരാതി കൂടിയുണ്ട്. അതായത് ആദിവാസി മേഖലകളിലേയ്ക്ക് നല്കപ്പെടുന്ന ഫണ്ടുകൾ മറ്റു മേഖലകളിലേയ്ക്ക് തിരിച്ചു വിടുന്നു, അല്ലെങ്കിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നില്ല, അല്ലെങ്കിൽ അതു ചോർത്തിക്കൊണ്ടു പോകുന്നു എന്നൊക്കെ.

എങ്ങനെ പുനർരൂപകല്പന ചെയ്യാം?

1. ആദിവാസികൾക്കുള്ള ഏതു പദ്ധതിയുടെയും നയത്തിന്റെയും പ്രഥമ തത്വം പങ്കാളിത്തമാണ്. രാഷ്ട്രീയമായി വാക്സാമർത്ഥ്യമില്ലാത്ത ഒരു ജനവിഭാഗമാണ് ആദിവാസികൾ. വ്യത്യസ്തമായ ഭൂമിശാസ്ത്രവും സാമൂഹിക സാമ്പത്തിക സാംസ്കാരിക ചുറ്റുപാടുകളും ആരോഗ്യ സംസ്കാരവും ഉള്ള അവർക്ക് വ്യത്യസ്തമായ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ സംവിധാനങ്ങളും ആവശ്യമുണ്ട്. അതുകൊണ്ട് അവർക്കായി ആസൂത്രണം ചെയ്യുന്ന ഏത് ആരോഗ്യ പദ്ധതിയിലും അവരുടെ വീക്ഷണങ്ങൾക്കും പരിഗണനകൾക്കും അർഹതപ്പെട്ട സ്ഥാനം ലഭിക്കണം.

2. ഏതാണ്ട് 700 ലധികം ആദിവാസി സമൂഹങ്ങൾ ഇന്ത്യയിലുണ്ട്. അതിനാൽ രണ്ടാമതായി പരിഗണിക്കേണ്ടത് ഭൂമിശാസ്ത്രപരവും ആദിവാസികൾക്ക് ഗുണപ്രദവുമായ പ്രദേശിക ആസൂത്രമാണ്. പ്രാദേശിക ആദിവാസി ആരോഗ്യ യോഗ

ങ്ങളും, ജില്ലാ ആദിവാസി ആരോഗ്യ സമിതികളും സംസ്ഥാന തല ആദിവാസി ഉപ ദേശക സമിതികളും സ്ഥാപിച്ച് പ്രവർത്തന ങ്ങൾക്ക് പ്രാദേശികമായ ആസൂത്രണം നടപ്പാക്കണം.

3. ആരോഗ്യ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ഫലപ്രാപ്തി നിർണയിക്കുന്നതിൽ ഗുണഭോക്താക്കളുടെ ആരോഗ്യം, സാക്ഷരത, വരുമാനം, കുടിവെള്ളം, ശുചിത്വ സംവിധാനം, ഇന്ധനം, ഭക്ഷ്യസുരക്ഷ, ഗതാഗതം, റോഡുകൾ തുടങ്ങിയ സാമൂഹിക ഘടകങ്ങൾക്ക് വളരെ പ്രാധാന്യം ഉണ്ട്. അതിനാൽ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ പോലെ മറ്റ് ഘടകങ്ങൾ കൂടി മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള ഏകോപന പ്രവർത്തനങ്ങൾ കൂടി നടക്കണം.

ആദിവാസികളുടെ ആരോഗ്യം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള ചില നിർദ്ദേശങ്ങൾ -

1. അഴുക്കുചാലുകളുടെ നിർമ്മാണം, ഗ്രാമീണരുടെ ശുചിത്വവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങൾ, ശുചിമുറികൾ, നിർദ്ദിഷ്ട മേഖലകളിൽ തൊഴിലുറപ്പു പദ്ധതിയിലൂടെ നടപ്പാക്കുന്ന കൊതുകു നിവാരണ യജ്ഞം എന്നിവ സംബന്ധിതമായി പൂർത്തീകരിക്കണം.

2. ആദിവാസി വീടുകളിൽ സൗരോർജ്ജം ഉപയോഗിച്ചുള്ള പാചകം പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കണം. ഇത് പരിസ്ഥിതിയെ കൂടി പരിരക്ഷിക്കും.

3. ആദിവാസി ഗ്രാമങ്ങളിൽ കുഞ്ഞുങ്ങൾക്കുള്ള പോഷകാഹാര വിതരണ പദ്ധതി മെച്ചപ്പെടുത്തണം. ആദിവാസി സമൂഹത്തിൽ കൗമാരക്കാരും ഗർഭിണികളും മുലയൂട്ടുന്ന അമ്മമാരും ഗുരുതരമായ പോഷകാഹാര രാഹിത്യ ഭീഷണി നേരിടുന്നവരാണ്. ഗ്രാമങ്ങൾ കേന്ദ്രീകരിച്ച് ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആജീവന ദൗത്യം, വനിതാ സംഘടനകൾ എന്നിവയുടെ സഹകരണത്തോടെ ഇവർക്കിടയിൽ ആരോഗ്യ ബോധവത്ക്കരണവും പോഷകാഹാര വിതരണവും നടത്തണം.

4. ആദിവാസികൾക്കിടയിലെ മദ്യം പുകയില എന്നിവയുടെ ഉപഭോഗം നിയന്ത്രിക്കുക വഴി കുടുംബങ്ങളുടെ ആരോഗ്യവും വരുമാനവും വർധിപ്പിക്കാൻ സാധിക്കും.

5. പട്ടികവർഗ സമൂഹത്തെ ശാക്തീകരിക്കുകയാണ് മറ്റൊരു പ്രധാന നടപടി. സ്ഥിരമായ ആശ്രയത്വത്തിനു പകരം അവരുടെ കഴിവുകൾ മെച്ചപ്പെടുത്തി സ്വന്തം ആരോഗ്യം സംരക്ഷിക്കുന്നതിന് അവരെത്തന്നെ പ്രാപ്തരാക്കുക എന്നതാണ് ഈ പ്രശ്നത്തിനുള്ള ദീർഘകാല പരിഹാരം. ആദിവാസി സമൂഹത്തോടുള്ള ഉത്തരവാദിത്തത്തിൽ നിന്ന് ഗവൺമെന്റോ പൊതു സമൂഹമോ മാറിനില്ക്കണം എന്ന് ഇതുകൊണ്ട് അർത്ഥമാക്കരുത്. അവരുടെ തന്നെ കഴിവുകൾ പരിപോഷിപ്പിച്ചുകൊണ്ട് ഈ ഉത്തരവാദിത്തം കുറച്ചുകൂടി മെച്ചപ്പെട്ട രീതിയിൽ നിറവേറ്റണം അത്രമാത്രം. അതായത് ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ നല്കുന്നതിനു പകരം അത് സ്വയം ആർജിക്കാൻ അവരെ പ്രാപ്തരാക്കുന്നു. ആരോഗ്യ സംരക്ഷണം ആസൂത്രണം ചെയ്യുമ്പോൾ ഈ തത്വമാണ് വിദഗ്ധരെ നയിക്കേണ്ടത്.

6. നൂറ്റാണ്ടുകളായി ആദിവാസികൾക്കിടയിൽ പ്രബലമായി നില്ക്കുന്ന അബദ്ധ ധാരണകൾ മാറ്റുന്നതിന് അവരെ ആരോഗ്യ സാക്ഷരരാക്കണം. അതിനുവേണ്ടി വേറിട്ട ബോധന രീതികളും കലാരൂപങ്ങളും, മറ്റും ഉപയോഗിക്കണം. സാങ്കേതിക വിദ്യയിലൂടെയുള്ള ആശയവിനിമയത്തിന് ആദിവാസി ഭാഷകളിൽ വലിയ സാധ്യതയുണ്ട്.

7. ഇന്ന് ഒരു കോടിയിലധികം ആദിവാസി കുട്ടികൾ സ്കൂൾ വിദ്യാഭ്യാസം നേടുന്നുണ്ട്. അവരുടെ ആരോഗ്യം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനും ഗവൺമെന്റിന്റെ ആരോഗ്യ പോഷണ പദ്ധതികളിൽ അവരുടെ പങ്കാളിത്തം ഉറപ്പാക്കുന്നതിനും ഇത് വലിയ അവസരമാണ്. പ്രൈമറി, മിഡിൽ, സെക്കണ്ടറി വിദ്യാലയങ്ങൾ , അംഗൻവാടികൾ എന്നിവ പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ വിജ്ഞാന കേന്ദ്രങ്ങളായി മാറണം.

8. ഗോത്രഗ്രാമങ്ങളിലെ പ്രാദേശിക ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിൽ ഇപ്പോഴും ഏറ്റവും പ്രധാന പങ്ക് വഹിക്കുന്നത് നാട്ടുവൈദ്യന്മാരാണ്. അവരെ മാറ്റി നിർത്താതെ അവരെ കൂടി സഹകരിപ്പിച്ചുകൊണ്ട് ശാസ്ത്രീയമായ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ പദ്ധതി നടപ്പാക്കുക.

9. ഭൂമിശാസ്ത്രപരമായ ദൂരത്തിനുമപ്പുറം സാം

സ്കാരികമായ ഒരു അകൽച്ചകൂടി ആദിവാസി സമൂഹവും മറ്റുള്ളവരും തമ്മിൽ നിലനില്ക്കുന്നു. അവരുടെ ഭാഷയിൽ വൈദഗ്ധ്യം നേടിക്കൊണ്ടു മാത്രമെ ഈ അകൽച്ച കുറയ്ക്കാനും ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ അവർക്ക് നല്കാനും സാധിക്കുകയുള്ളു.

10. രോഗിയായ കുഞ്ഞിനെയുംകൊണ്ട് ഒരു അമ്മയ്ക്ക് എത്ര ദൂരം നടക്കാനാവും? ആ ദൂര പരിധിക്കുള്ളിൽ തന്നെ അവർക്കുള്ള ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കണം. ആദിവാസി സമൂഹങ്ങൾ ജീവിക്കുന്നത് കാടുകൾക്കുള്ളിലാണ്. അതായത് ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ അവിടെ അവരുടെ ഗ്രാമങ്ങളിൽ ലഭ്യമാക്കണം. പുറത്തുനിന്നുള്ള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ഒരിക്കലും ശാശ്വത പരിഹാരമല്ല എന്ന് അതിനുവേണ്ടിയുള്ള അറുപതു വർഷത്തെ നിരന്തര ശ്രമങ്ങൾ നമ്മെ പഠിപ്പിക്കുന്നു. അതിനാൽ ചികിത്സ, രോഗ നിയന്ത്രണം, രോഗ പ്രതിരോധം തുടങ്ങിയ എല്ലാവിധ ആധുനിക സംവിധാനങ്ങളോടുംകൂടിയ, ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ ആദിവാസി ഗ്രാമങ്ങളിൽ തന്നെ സ്ഥാപിക്കപ്പെടണം.

11. ലഹരിയുടെ ഉപഭോഗമാണ് ആദിവാസികൾക്കിടയിലെ ഏറ്റവും വലിയ വിപത്ത്. അത് ആരോഗ്യത്തെ മാത്രമല്ല, കുടുംബത്തിന്റെ സമ്പത്ത്, സാമൂഹിക കെട്ടുറപ്പ്, എല്ലാറ്റിനുമുപരി വികസനം എന്നിവയെ എല്ലാം പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കുന്നു. അതിനാൽ 1976 ൽ സംസ്ഥാനങ്ങൾ ചേർന്ന് അംഗീകരിച്ച ആദിവാസി മേഖലകളിലേയ്ക്കുള്ള മദ്യ നയം അടിയന്തിരമായി നടപ്പാക്കണം. കൂടാതെ പുകയില, മയക്കു മരുന്നുകൾ തുടങ്ങിയവയുടെ ലഭ്യതയും ആദിവാസി മേഖലകളിൽ നിയന്ത്രിക്കണം. ആദിവാസി മേഖലകൾക്കായുള്ള പദ്ധതി ആസൂത്രണത്തിൽ ഇതിന് ഊന്നൽ നല്കണം. ഇത് നിരീക്ഷിക്കാനുള്ള സംവിധാനവും വേണം.

12. ബജറ്റിൽ ആദിവാസി മേഖലകളിലെ സമഗ്രവികസനത്തിനായി ഓരോ പദ്ധതികൾക്കും പ്രത്യേകം പ്രത്യാകം തുക നീക്കി വയ്ക്കണം. ആരോഗ്യ വകുപ്പിന്റെ പതിവ് പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കുള്ള പണം മാത്രം പോര. ആദിവാസികൾക്കുള്ള വിഹിതത്തിൽ 15 ശതമാനമെങ്കിലും ആരോഗ്യപ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് മാത്രമായി നീക്കി വയ്ക്കണം.

13. പട്ടികവർഗ മേഖലകളിലെ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് അത്തരം സമൂഹങ്ങളുടെ കൃത്യമായ വിവരശേഖരണം അത്യാവശ്യമാണ്. ജില്ലാ തലം മുതൽ മുകളിലേയ്ക്ക് ഇത്തരത്തിലൊരു കണക്കെടുപ്പ് ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. ഇത്തരം വിവരശേഖരണത്തിന്റെ ചെലവിലേയ്ക്കായി ആദിവാസികൾക്കുള്ള ബജറ്റ് വിഹിതത്തിന്റെ ഒരു നിശ്ചിത ശതമാനം തുക മാറ്റിവയ്ക്കണം. ആദിവാസി പട്ടികവർഗ സമൂഹങ്ങളെ കുറിച്ചുള്ള കൃത്യമായ വിവരശേഖരണം അവർക്കിടയിലുള്ള പ്രവർത്തനം എളുപ്പമാകും.

മുന്നിലുള്ള വഴികൾ

നിലവിലുള്ള ആദിവാസി ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ നടപടികളിൽ ഇന്ത്യാ ഗവൺമെന്റിന്റെ ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ, പട്ടികവർഗ കാര്യ മന്ത്രാലയങ്ങൾ അസംതൃപ്തരാണ്. അതിനാൽ ഈ മേഖലയുടെ വളർച്ചയ്ക്ക് എന്തുചെയ്യാനാവും എന്ന് അന്വേഷിക്കാൻ ഒരു വിദഗ്ധ സമിതിയെ ഇതിനകം നിയോഗിച്ചിട്ടുണ്ട്. പ്രസ്തുത സമിതി ആദിവാസി സമൂഹത്തിന്റെ നിലവിലുള്ള ആരോഗ്യ അവസ്ഥ പഠിക്കും. അതിനുശേഷം ആദിവാസി മേഖലകൾക്കു മാത്രമായി ജില്ലാതല ആരോഗ്യ പദ്ധതി ഉൾപ്പെടെയുള്ള ശുപാർശകൾ നിർദ്ദേശിക്കും. നിലവിലുള്ള അവസ്ഥ അപഗ്രഥിച്ച ശേഷം വിദഗ്ധ സമിതി സാധ്യമായ പരിഹാരങ്ങളും നിർദ്ദേശിക്കും. ഇതിനു മുന്നോടിയായി രാജ്യത്ത് ആദ്യമായി ഗഡ്ച്ചിറോളിയിൽ ഒരു ദേശീയ ശില്പശാല സംഘടിപ്പിക്കുകയുണ്ടായി. ആദിവാസികളുടെ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ സംബന്ധിച്ച് 23 മികച്ച നടപടിക്രമങ്ങൾ ശില്പശാലയിൽ ചർച്ച ചെയ്യപ്പെട്ടു. ഇനി ഇതു സംബന്ധിച്ച വിദഗ്ധ സമിതിയുടെ ശുപാർശകൾക്കായി രാജ്യം കാത്തിരിക്കുകയാണ്. അതാവും മുന്നിലുള്ള വഴിവിളക്ക്.

(ആദിവാസി വികസനത്തിനായി കേന്ദ്രം നിയോഗിച്ചിട്ടുള്ള വിദഗ്ധ സമിതിയുടെ ചെയർമാനാണ് ലേഖകൻ)

ആരോഗ്യ ഭാരതത്തിന്റെ അടിസ്ഥാന ശിലകൾ

മീരാ മിശ്ര

രോഗവും പോഷകക്കുറവും തമ്മിൽ അടുത്ത ബന്ധമുണ്ട്. പോഷകാഹാരക്കുറവാണു ലോകത്തു രോഗങ്ങൾക്കുള്ള പ്രധാന കാരണമെന്ന് ഐക്യരാഷ്ട്രസഭയുടെ സ്റ്റാൻഡിംങ് കമ്മിറ്റി ഓൺ ന്യൂട്രീഷ്യൻ (യു.എൻ.എസ്.സി.എൻ.) ചൂണ്ടിക്കാട്ടുന്നു. ചില സാഹചര്യങ്ങളിൽ പോഷകാഹാരക്കുറവുകൊണ്ടു മാത്രം ആരോഗ്യക്കുറവോ രോഗങ്ങളോ ഉണ്ടാകും. മറ്റു ചില സാഹചര്യങ്ങളിലാകട്ടെ, പോഷകക്കുറവ് രോഗങ്ങൾക്കു പ്രധാന കാരണമായിത്തീരുകയും ചെയ്യുന്നു.

പോഷകക്കുറവിനാലുള്ള പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ

ബാല്യകാലത്തു വേണ്ട രീതിയിൽ പോഷകാംശം ലഭിക്കാത്തതു ശാരീരികവും മാനസികവുമായ വികാസം കുറയ്ക്കുന്നു. ഉദാഹരണത്തിന്, വികസ്വര രാഷ്ട്രങ്ങളിൽ ശരാശരി 14.7 കോടി പിഞ്ചുകുട്ടികളെ വളർച്ചക്കുറവു ബാധിക്കുന്നു. ലോകത്താകമാനമുള്ള ശിശുമരണത്തിന്റെ കണക്കെടുത്താൽ അതിൽ 45 ശതമാനവും സംഭവിക്കുന്നത് പോഷകാഹാരക്കുറവു നിമിത്തമോ പോഷകക്കുറവു മൂലമുള്ള രോഗങ്ങൾ നിമിത്തമോ ആണെന്നു കാണാം. നല്ല പോഷകാംശമുള്ള കുട്ടികളെ അപേക്ഷിച്ച്, ചെറിയ തൂക്കക്കുറവുള്ള കുട്ടികൾ പോലും മരണത്തെ നേരിടാനുള്ള സാധ്യത ഇരട്ടിയാണെന്നോർക്കണം. മൈക്രോ ന്യൂട്രിയന്റുകളിൽ വിറ്റാമിൻ എയുടെ കുറവ് പ്രതിരോധവ്യവസ്ഥയെ ബാധിക്കുകയും പ്രതിവർഷം ഏകദേശം പത്തു ലക്ഷം കുട്ടികളുടെ മരണത്തിനു വഴിവെക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ആഗോളതലത്തിൽ, ശരീരത്തിൽ ഇരുമ്പിന്റെ അംശത്തിന്റെ കുറവു നിമിത്തം അറുപതിനായിരത്തിലേറെ ഗർഭിണികൾക്കു ജീവൻ നഷ്ടപ്പെടുന്നുണ്ട്. അമ്മയുടെ ശരീരത്തിൽ മതിയായ അളവ് ഫോളേറ്റ് (Folic Acid) ഇല്ലാത്തതിനാൽ രണ്ടര ലക്ഷത്തോളം പ്രസവങ്ങളിൽ പ്രശ്നങ്ങളുണ്ടാകുന്നു. ഗർഭിണികളുടെ ശരീരത്തിൽ അയഡിൻ കുറയുന്നതു നിമിത്തം ഒരു വർഷം മാനസികവൈകല്യത്തോടെ പിറക്കുന്നത് 1.8 കോടി നവജാതശിശുക്കളാണ്. പഠനകാലത്തു കുട്ടികളുടെ ഐ.ക്യു. താഴാനും ഇതു വഴിവെക്കുന്നു. (ഇന്ത്യ ഹെൽത്ത് റിപ്പോർട്ട്: ന്യൂട്രീഷ്യൻ, 2015)

ശരീരത്തിൽ ഇരുമ്പിന്റെ അംശം കുറയുന്നതു ഗർഭികണികളുടെ ശരീരത്തെ ദുർബലമാക്കിത്തീർക്കുകയും ഗർഭസ്ഥ ശിശുവിന്റെ വളർച്ചയെ ബാധിക്കുകയും അത് ഒരുപക്ഷേ അമ്മയുടെയും കുഞ്ഞിന്റെയും ജീവനുതന്നെ ഭീഷണിയായിത്തീർന്നേക്കുമെന്ന് 2000ലെ വേൾഡ് ഹെൽത്ത് ഓർഗനൈസേഷൻ റിപ്പോർട്ട് ചൂണ്ടിക്കാട്ടുന്നു. പോഷകാഹാരക്കുറവിനു വ്യാപകമായ സാമ്പത്തിക പ്രത്യാഘാതങ്ങളുമുണ്ട്. പോഷകാഹാരക്കുറവു നിമിത്തം കുട്ടികളിലുണ്ടാകുന്ന മാനസികവളർച്ചക്കുറവും മുതിർന്നവരിലുണ്ടാകുന്ന ഉൽപാദന ശേഷിക്കുറവും നിമിത്തം ദക്ഷിണേഷ്യയിൽ മാത്രം ചെലവിടേണ്ടിവരുന്നത് പ്രതിവർഷം 500 കോടി യു.എസ്. ഡോളറാണ്.

ആരോഗ്യവും പോഷകാംശവും

1992ലാണ് തലമുറകൾക്കിടയിലെ വളർച്ചയുടെ താരതമ്യം വ്യക്തമാക്കുന്ന ചക്രം അവതരിപ്പിക്കപ്പെട്ടത്. വളർച്ചയിലുണ്ടാകുന്ന പാകപ്പിഴകൾ എങ്ങനെയാണ് അമ്മയിലൂടെ തലമുറകളിലേക്കു വ്യാപിക്കുന്നതെന്ന് ഇതിൽ വ്യക്തമാക്കുന്നു. പോഷകാഹാരക്കുറവിനു ശാശ്വത പരിഹാരം കാണുന്നതിനായി സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യവും സന്തോഷവും നിലനിർത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകത ഇതിൽ ചൂണ്ടിക്കാട്ടുകയും ചെയ്യുന്നു. ശരിയായ ശാരീരിക വളർച്ചയെത്താതെയാകും പോഷകാഹാരക്കുറവുള്ള പെൺകുട്ടികൾ കൗമാരത്തിലേക്കു പ്രവേശിക്കുക. ഇത് അവരുടെ ആരോഗ്യത്തെ മൊത്തത്തിൽ പ്രതികൂലമാക്കിത്തീർ

ക്കും. ചെറിയ പ്രായത്തിൽ ഗർഭം ധരിക്കുകകൂടി ചെയ്യുന്നതോടെ പ്രശ്നങ്ങൾ ഇരട്ടിക്കും. വളർച്ച മുരടിച്ചതും പോഷകാഹാരക്കുറവു നേരിടുന്നതുമായ അമ്മമാർക്കാണു ഗർഭകാലത്തും പ്രസവിച്ച ഉടനെയുള്ള കാലത്തും കൂടുതൽ ബുദ്ധിമുട്ടു നേരിടേണ്ടിവരിക. മാസം തികയാതെയുള്ള പ്രസവവും വളരെ കുറഞ്ഞ ഭാരം മാത്രമുള്ള കുഞ്ഞിനെ പ്രസവിക്കുന്നതും ഇവരുടെ കാര്യത്തിൽ പതിവാണ്. ഇടവേളകളില്ലാതെ തുടർച്ചയായ പ്രസവങ്ങൾ, കഠിനാധ്വാനം, കുറഞ്ഞ അളവിൽ മാത്രമുള്ള ഭക്ഷണം, ആരോഗ്യം സംരക്ഷിക്കാതിരിക്കൽ എന്നിവയെല്ലാം സ്ത്രീകളുടെ ശരീരത്തിലെ പോഷകാംശത്തെ ബാധിക്കാമെന്നും അത് അവരുടേയും അടുത്ത തലമുറയുടെയും ആരോഗ്യത്തെയും പോഷണാവസ്ഥയെയും പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കാമെന്നും പഠനങ്ങൾ ചൂണ്ടിക്കാണിക്കപ്പെടുന്നു.

ആദ്യത്തെ ആയിരം ദിനങ്ങളുടെ പ്രാധാന്യം

ഒരു സ്ത്രീ ഗർഭം ധരിക്കുന്നതു മുതൽ പ്രസവിച്ച്, കുട്ടിയുടെ രണ്ടാം പിറന്നാൾ ആഘോഷിക്കും വരെയുള്ള ആയിരം ദിവസങ്ങൾ കുഞ്ഞിനു ലഭിക്കുന്ന പോഷകാംശമാണു ഭാവിയെ നിർണയിക്കുക. വളരാനും പഠിക്കാനും ജീവിക്കാനുമുള്ള കുഞ്ഞിന്റെ കഴിവിന് അടിസ്ഥാനം ഇക്കാലയളവിലെ യഥാർഥ പോഷണ ലഭ്യതയാണ്. ഒരർഥത്തിൽ, ഇതു രാഷ്ട്രത്തിന്റെ തന്നെ ആരോഗ്യം നിലനിർത്തുന്നതിൽ പ്രധാനമാണെന്നു കാണാം. ഗർഭകാലത്തും പിറന്ന ആദ്യവർഷവും ലഭിക്കുന്ന പോഷകാംശം കൊണ്ടാണു കുഞ്ഞിന്റെ ബുദ്ധിവികാസത്തിനും ആരോഗ്യകരമായ വളർച്ചയ്ക്കും ഫലപ്രദമായ പ്രതിരോധശേഷിക്കുമുള്ള അടിസ്ഥാന സംവിധാനം സജ്ജമാക്കപ്പെടുന്നത്. ഒരു മനുഷ്യന്റെ ആജീവനാന്ത ആരോഗ്യം- പൊണ്ണത്തടിക്കും മാരകരോഗങ്ങൾക്കുമുള്ള സാധ്യതകൾ ഉൾപ്പെടെ- ഈ ആയിരം ദിവസംകൊണ്ട് തീരുമാനിക്കപ്പെടുന്നു എന്നു ശാസ്ത്രീയമായ തെളിവുകൾ വെളിവാക്കുന്നു.

ഇന്ത്യയിലെ സാഹചര്യവും തയ്യാറെടുപ്പുകളും

പോഷകാഹാരക്കുറവു പരിഹരിക്കാനും സ്ഥായിയായ സാമ്പത്തികവളർച്ച നേടിയെടുക്കാനും ശ്രമം രാജ്യത്ത് നടക്കുന്നുണ്ടെങ്കിലും പ്രധാന പോഷകാംശങ്ങളുട ലഭ്യതയുടെ കാര്യത്തിൽ നമ്മൾ പിറകിലാണ്. അഞ്ചു വയസ്സിനു താഴെയുള്ള കുട്ടികളിൽ 38.7% പേർ വളർച്ച മുരടിച്ചവരാണെന്നും 19.8% പേർ മെലിഞ്ഞവരാണെന്നും 42.5% പേർ ഭാരക്കുറവുള്ളവരാണെന്നും ദ് റാപ്പിഡ് സർവേ ചൂണ്ടിക്കാട്ടുന്നു. വളർച്ച മുരടിക്കുന്നത് അതിഗുരുതരമായ പോഷകാംശക്കുറവു നിമിത്തമാണ്. പരിഹാരം കണ്ടെത്താനുള്ള ശ്രമങ്ങൾ നടക്കുന്നുവെങ്കിലും 2006 വരെ മേൽ പറഞ്ഞ നിരക്കുകൾ ഏറെക്കുറെ മാറ്റമില്ലാതെ തുടരുകയായിരുന്നു. എന്നാൽ 2006 മുതൽ 2014 വരെ വളർച്ചാമുരടിപ്പ് പ്രതിവർഷം 2.3% വീതം കുറഞ്ഞുതുടങ്ങി. 1992 മുതൽ 2006 വരെ ഇതു കേവലം 1.2% മാത്രമായിരുന്നു.

പോഷകാഹാരക്കുറവിനെ നേരിടാൻ പല ശ്രമങ്ങളും രാജ്യത്തു നടക്കുന്നുണ്ട്. പോഷകപ്രശ്നത്തിൽ പ്രത്യക്ഷമായും പരോക്ഷമായും ഇടപെടുന്നതിന് വേണ്ടി പ്രത്യേകം മന്ത്രാലയവും വകുപ്പുകളും രൂപീകരിച്ചു പ്രവർത്തിക്കുക വഴി ഗവൺമെന്റ് നേരിട്ടു തന്നെ ഈ രംഗത്തു സജീവമാണ്. മഹിളാ, ശിശു വികസന മന്ത്രാലയത്തിന്റ പ്രധാന പദ്ധതിയായ ഐ.സി.ഡി.എസ്. ഗർഭിണികളുടെയും കുട്ടികളുടെയും ആരോഗ്യവും പോഷകനിലയും ഉയർത്താനായി പ്രവർത്തിച്ചുവരുന്നു. അംഗൻവാടികളിലൂടെ പോഷകാംശങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുക, പ്രതിരോധ കുത്തിവെയ്പ്പുകൾ നൽകുക, ആരോഗ്യപരിശോധന നടത്തുക തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങളാണ് ഈ പദ്ധതിയിലൂടെ പ്രധാനമായി ചെയ്തുവരുന്നത്. ഭക്ഷ്യ, സിവിൽ സപ്ലൈസ് വകുപ്പ് ദേശീയതലത്തിൽ പൊതുവിതരണസമ്പ്രദായം നടപ്പാക്കുന്നതും കുടുംബങ്ങളിലെ ഭക്ഷ്യലഭ്യത ഉയർത്തുന്നതിനായി ഗ്രാമവികസന വകുപ്പ് എം.ജി.എൻ.ആർ.ഇ.ജി.എസ്. നടപ്പാക്കുന്നതും ഇതേ ഉദ്ദേശ്യത്തോടുകൂടിയാണ്. മനുഷ്യവിഭവശേഷി മന്ത്രാലയം നടപ്പാക്കുന്ന ഉച്ചഭക്ഷണപദ്ധതി സ്കൂൾ വിദ്യാർഥികൾക്കു ഭക്ഷണം നൽകുന്നതിനായുള്ള ലോകത്തിലെ തന്നെ ഏറ്റവും ബൃഹത്പദ്ധതിയാണ്. വിശപ്പ്, പോഷകക്കുറവ് എന്നിവ ഉൾപ്പെടെ ഗോത്രവിഭാഗങ്ങളുടെ വിവിധ പ്രശ്നങ്ങൾക്കു പരിഹാരമുണ്ടാക്കാൻ പട്ടികവർഗ മന്ത്രാലയം പല

പദ്ധതികളും നടപ്പാക്കുന്നുണ്ട്. ഇതിനൊക്കെ പുറമെയാണ്, സ്വകാര്യമേഖലയും സാമൂഹികസംഘടനകളും യു.എൻ. ഏജൻസികൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള വികസന ഏജൻസികളും നടത്തുന്ന ഇടപെടലുകൾ.

ഉപസംഹാരം

അടുത്തിടെ പുറത്തിറങ്ങിയ ഇന്ത്യ ഹെൽത്ത് റിപ്പോർട്ട് ഓൺ ന്യുട്രീഷൻ ആറു നിർണായക വസ്തുതകൾ മുന്നോട്ടുവയ്ക്കുന്നു.

- ഇന്ത്യയിൽ കുട്ടികളുടെ വളർച്ച മുരടിക്കുകയും മെലിഞ്ഞുപോകുകയും ഭാരക്കുറവു നേരിടുകയും ചെയ്യുന്ന പ്രശ്നം കുറഞ്ഞുവരികയാണ്; വിശേഷിച്ച് കഴിഞ്ഞ ദശാബ്ദത്തിൽ. എന്നാൽ ഇതേ വരുമാനശേഷിയുള്ള മറ്റു രാഷ്ട്രങ്ങളുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുമ്പോൾ ഇന്ത്യയുടെ വികസനം ഇക്കാര്യത്തിൽ പിന്നിലാണ്.
- സാമ്പത്തികവളർച്ച ആർജിക്കുന്നതിലോ കാർഷികോത്പാദനം വർധിപ്പിക്കുന്നതിലോ ഇന്ത്യ ഈ അടുത്ത ദശാബ്ദങ്ങളിൽ ഉണ്ടാക്കിയ നേട്ടത്തിന് ആനുപാതികമായ വളർച്ച പോഷണലഭ്യതക്കുറവു പരിഹരിക്കുന്നതിൽ നേടിയെടുക്കാനായിട്ടില്ല. വളർച്ച മുരടിക്കുന്നതു കുറച്ചുകൊണ്ടുവരാൻ സാമ്പത്തിക പുരോഗതി സഹായകമായേക്കാം. പക്ഷേ, പോഷണക്കുറവ് ഇല്ലാതാക്കാൻ സാമ്പത്തികവളർച്ചയ്ക്കു സാധിക്കില്ലെന്നു മാത്രമല്ല, അമിതഭാരത്തിനും പൊണ്ണത്തടിക്കും ഇതു കാരണമായിത്തീരാൻ ഇടയുണ്ടു താനും.
- പോഷകാഹാര ലഭ്യത വിവിധ സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ വിവിധ നിലയിലാണെന്നു കാണാം. ഇതു വ്യക്തമാക്കുന്നത് സംസ്ഥാനാടിസ്ഥാനത്തിൽ ഈ പ്രശ്നത്തെ സമീപിക്കുകവഴി വളർച്ചാമുരടിപ്പ് കുടുതൽ ഫലപ്രദമായി നേരിടാൻ സാധിക്കുമെന്നാണ്.
- ഇന്ത്യയിലുണ്ടാകുന്ന വളർച്ചാമുരടിപ്പ് പരിഹരിക്കാനുള്ള ശ്രമങ്ങൾ ഉദ്ദേശിച്ചവിധം ഫലപ്രദമാകാത്തതിനുള്ള കാരണങ്ങൾ സങ്കീർണവും കുഴഞ്ഞുമറിഞ്ഞതുമാണ്. ശരിയായ രീതിയിലുള്ള ഭക്ഷണം ലഭ്യമാക്കൽ, സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യം ഉറപ്പാക്കൽ, ശുചിത്വം, സാമൂഹിക-ജാതീയ അസമത്വം എന്നിവ പ്രധാന വെല്ലുവിളികളാണ്.
- പോഷകക്കുറവും അതു ശിശുവികാസത്തിനു മേൽ ഉണ്ടാക്കുന്ന പ്രത്യാഘാതവും രാജ്യത്തിന്റെ നാശത്തിനു തന്നെ വഴിവെച്ചേക്കും. അതു വരും തലമുറകളിൽ സാമ്പത്തിക, ആരോഗ്യ, സാമൂഹിക പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കും. ഈ പ്രശ്നത്തെ ഇന്ത്യക്ക് അവഗണിക്കാനാകില്ല.
- ഇന്ത്യയെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം പോഷകാഹാരക്കുറവ് ശിശുവികാസത്തിനു ഗൗരവമേറിയ ഭീഷണിയാണ്. ഇന്ത്യയിലെ കുട്ടികളുടെ ഉന്നമനത്തിനായുള്ള സംസ്ഥാനതല പദ്ധതികളുടെ വേഗം കൂട്ടേണ്ടത് അനിവാര്യമാണ്.

ഉയരക്കുറവും കുറഞ്ഞ ശരീരഭാരവും പോഷകക്കുറവും നിമിത്തം അനാരോഗ്യം നേരിടുന്ന ഇന്ത്യൻ സ്ത്രീകൾ ആരോഗ്യമില്ലാത്ത കുഞ്ഞുങ്ങളെ പ്രസവിക്കുന്നുവെന്ന ഭീഷണി രാജ്യത്ത് ഇപ്പോഴും നിലനിൽക്കുന്നു. കഴിഞ്ഞ ഒരു ദശാബ്ദമായോ അതിലേറെക്കാലമായോ അമ്മമാരുടെയും കുട്ടികളുടെയും ജീവൻ രക്ഷിക്കാൻ വേണ്ടുന്ന വിധത്തിലേക്ക് ആരോഗ്യമേഖലയിലെ സേവനങ്ങൾ മാറിയിട്ടുണ്ട്. ഇതു വിജയകരമാണെങ്കിലും, നവജാതശിശുക്കളുടെ ഭാരം വർധിപ്പിച്ചെടുക്കുന്നതിനായി ഗർഭകാലത്തും അതിനു മുൻപും അമ്മമാർക്കു പോഷകാംശമുള്ള ഭക്ഷണം ലഭ്യമാക്കുന്നതിൽ ഇനിയും ശ്രദ്ധ പുലർത്തേണ്ടതുണ്ട്. സ്ത്രീകളുടെ ജീവിതത്തിലുടനീളം അവരിലെ പോഷകാംശം ഉയർത്താൻ ലക്ഷ്യമിട്ടുള്ള ജീവിതചക്ര സമീപനം ആവശ്യമാണ്. സമൂഹത്തിലെ ഓരോ വിഭാഗത്തെയും ഭരണാധികാരികളെയും സ്ത്രീകളുടെ പോഷകക്കുറവിനെക്കുറിച്ചു വസ്തുതാപരമായി ബോധ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. ഇതുസംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ കൃത്യമായി ശേഖരിക്കുകയും വിലയിരുത്തുകയും പുറത്തുവിടുകയും വേണം. ഇന്ത്യയിൽ ഓരോ വർഷവും പിറക്കുന്ന 2.6 കോടി നവശാതശിശുക്കൾ അവർക്ക് ഇപ്പോൾ ലഭിക്കുന്നതിലും മെച്ചപ്പെട്ട ജീവിതസാഹചര്യങ്ങൾ അർഹിക്കുന്നവരാണെന്നതിൽ തർക്കമില്ല.

(ഇന്ത്യയിലെ കാർഷിക വികസനത്തിനായുള്ള യു.എൻ ഫണ്ടിന്റെ ദേശീയ കോ-ഓർഡിനേറ്ററാണ് ലേഖിക)

പ്രത്യേക ലേഖനം

ആരോഗ്യവും സുസ്ഥിര വികസനവും

കെ.ശ്രീനാഥ് റെഡ്ഡി

രാജ്യത്തിന്റെ സാമ്പത്തിക പുരോഗതിയ്ക്ക് ആരോഗ്യവ്യവസ്ഥിതി ഒരു മുതൽക്കൂട്ടാവുമോ? ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം മൂല്യവത്തായ ഒരു നിക്ഷേപമാണോ? മറ്റു മേഖലകളിലെ വളർച്ചയുമായി ആരോഗ്യം എങ്ങനെ ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു? ആരോഗ്യവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതൊക്കെ മേഖലകളാണ് ആഗോള വികസന പരിപാടികളിൽ ഇന്ത്യയ്ക്ക് പ്രസക്തമായിട്ടുള്ളത്? ഇത്തരം ചോദ്യങ്ങൾ ദശാബ്ദങ്ങളായി ചർച്ച ചെയ്യുന്നുണ്ടെങ്കിലും വലിയ രീതിയിൽ ഒരു വ്യക്തത കൈവന്നത് അടുത്തിടെയാണ്.

ഐക്യരാഷ്ട്രസഭ അവലംബിച്ച സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിലേയും (Millenium Development Goals-MDGs: 2000-2015), സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിലേയും (Sustainable Development Goals-SDGs: 2016-2030) ആരോഗ്യ മേഖലയുടെ പ്രാമുഖ്യം ചൂണ്ടിക്കാണിക്കുന്നത് ഉചിതവും, സുസ്ഥിരവുമായ വികസനത്തിന്റെ ആധാരം ആരോഗ്യമേഖലയാണെന്നും, ഇത് മറ്റു മേഖലകളിലെ വികസനങ്ങളുമായി ഏറെ ബന്ധപ്പെട്ടു കിടക്കുന്നു എന്നുമാണ്.

ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതിയിൽ രാജ്യത്തിന്റെ സാമ്പത്തിക വളർച്ചയ്ക്കനുസൃതമായി പുരോഗതിയുണ്ടാവുന്നുണ്ട്. തുടർച്ചയായി പുറത്തുവന്ന പെർസ്റ്റൺ കർവ് Preston Curve - ജീവിതനിലവാരവും പ്രതിശീർഷ വരുമാനവും തമ്മിലുള്ള ബന്ധം കാണിക്കുന്ന സൂചിക) സൂചിപ്പിക്കുന്നത് ഏതു രാജ്യത്തും ശരാശരി വരുമാന നിരക്കിന്റെ വർദ്ധനവിനനുസരിച്ച് ജീവിതനിലവാരവും ഉയരുന്നു എന്നാണ്. ഇത്തരത്തിൽ ധനനേട്ടത്തിന് അനുസരിച്ചുള്ള ജീവിതനിലവാരത്തിലെ ചെറിയ കുതിപ്പു പോലും പ്രതിശീർഷവരുമാനത്തെ അതിന്റെ ഉച്ചസ്ഥായിയിൽ എത്തിക്കും. പ്രതിശീർഷവരുമാനം അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തിയുള്ള കണക്കുകൾ വിലയിരുത്തുമ്പോൾ വരുമാന വ്യത്യാസം കുറഞ്ഞ രാജ്യങ്ങളിലെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി പ്രതിശീർഷവരുമാനത്തിൽ ഗണ്യമായ അന്തരമുള്ള രാജ്യങ്ങളേക്കാൾ മെച്ചപ്പെട്ടതാണെന്ന് പഠനങ്ങൾ ചൂണ്ടിക്കാട്ടുന്നു.

അതേസമയം ആരോഗ്യവും ഗുണമേന്മയുള്ള പോഷകാഹാരങ്ങളുടെ ഉപഭോഗവും ധനപുരോഗതിയ്ക്ക് ഗുണം ചെയ്യുമെന്നാണ് 20-ാം നൂറ്റാണ്ടിലെ പരമ്പരാഗത സാമ്പത്തിക ശാസ്ത്ര പഠനങ്ങൾ തുറന്നുകാട്ടാൻ ശ്രമിച്ചത്. തുടർന്നുള്ള വർഷങ്ങളാകട്ടെ അതിനെ ശരിവയ്ക്കുന്നതുമായിരുന്നു. 1993-ൽ നൊബേൽ ജേതാവായ സാമ്പത്തിക ശാസ്ത്രജ്ഞൻ റോബർട്ട് ഫോഗൽ 1790-1980 കാലഘട്ടങ്ങളിൽ ബ്രിട്ടൻ തങ്ങളുടെ സാമ്പത്തികലാഭത്തിന്റെ 50%

എങ്ങനെ പോഷകാഹാരങ്ങൾക്കായി ഫലവത്തായി ഉപയോഗിച്ചു എന്നും, അത് സാമൂഹിക നയങ്ങളിൽ എങ്ങനെ പ്രതിഫലിച്ചുവെന്നും പറഞ്ഞിരുന്നു. വൻ സാമ്പത്തിക നേട്ടങ്ങൾക്ക് ആരോഗ്യമേഖലയിലെ നിക്ഷേപം ഒരു മുതൽകൂട്ടാണെന്നതിനെ ഊട്ടിയുറപ്പിക്കുന്നതായിരുന്നു തുടർന്ന് 1993-ൽ ആരോഗ്യമേഖലയിലെ നിക്ഷേപം എന്ന തലക്കെട്ടോടെ വന്ന ആഗോളവികസന റിപ്പോർട്ട്.

1990-കളുടെ തുടക്കത്തിൽ സാമ്പത്തിക നേട്ടങ്ങൾക്ക് ആരോഗ്യമേഖല നൽകുന്ന സംഭാവനകളെപ്പറ്റി പഠിക്കുന്നതിന് ലോകാരോഗ്യ സംഘടന ഒരു കമ്മീഷനെ നിയോഗിച്ചിരുന്നു. വരുമാനം കുറവുള്ള രാജ്യങ്ങൾക്ക് അതിന്റെ 9 മുതൽ 20 മടങ്ങുവരെ വരുമാനം ആരോഗ്യമേഖലയിലെ നിക്ഷേപത്തിൽ നിന്ന് നേടാനാവുമെന്ന് 2013-ലെ ലാൻസെറ്റ് കമ്മീഷൻ നേരത്തേ ചൂണ്ടിക്കാട്ടിയിട്ടുണ്ട്.

ആരോഗ്യവും മൊത്തവരുമാനവും തമ്മിലുള്ള ബന്ധം പോലെ തന്നെ പ്രധാനപ്പെട്ടതാണ് ദാരിദ്ര്യവും-ആരോഗ്യവും, വിദ്യാഭ്യാസവും-ആരോഗ്യവും തമ്മിലുള്ള ബന്ധങ്ങൾ. സാമ്പത്തികമായി താഴേതട്ടിൽ നിൽക്കുന്ന ജനങ്ങൾ വിവിധതരം അസുഖങ്ങളാൽ ബുദ്ധിമുട്ടുന്നു. അവരിൽ മാതൃശിശുമരണം, പോഷകാഹാരകുറവ്, സാംക്രമിക രോഗങ്ങൾ, മാനസികരോഗങ്ങൾ, അപകടങ്ങൾ, പുകയിലയുടെ ഉപയോഗം, വായുമലിനീകരണം എന്നിവകൊണ്ടുള്ള ക്ലേശങ്ങൾ കൂടുതലാണ്. ഉയർന്ന സമ്പത്തിനോട് അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തി ധനികരെ ബാധിക്കുന്ന രോഗങ്ങൾ എന്നു പറയുന്ന ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങളായ ഹൃദ്രോഗം, പ്രമേഹം, കാൻസർ എന്നിവ യഥാർത്ഥത്തിൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ ബാധിക്കുന്നത് പാവപ്പെട്ട ജനങ്ങളെയാണ്. ഇന്ന് യു.എസ്.എ., ആസ്ട്രേലിയ, ദക്ഷിണ യൂറോപ്പ്, ചൈന എന്നിവിടങ്ങളിലും ഇത്തരത്തിലുള്ള ഒരു 'വിപരീതപ്രതിഭാസ'മാണ് കാണുന്നത്. ശുചിത്വമില്ലാത്ത കുടിവെള്ളം, പുകയിലയുടെ ഉപഭോഗം, പോഷകാഹാരകുറവ്, ആരോഗ്യത്തെപറ്റി മതിയായ അറിവില്ലായ്മ, ആരോഗ്യപരിപാലനത്തിനാവശ്യമായ സേവനങ്ങളുടെ ലഭ്യതകുറവ്, താങ്ങാനാവാത്ത ചികിത്സാ ചെലവ് എന്നിവ പാവപ്പെട്ടവരെ രോഗങ്ങളോട് അടുപ്പിച്ചു നിർത്തുന്ന ഘടകങ്ങളാണ്. അതുപോലെതന്നെ കുറഞ്ഞ വരുമാനവും, മതിയായ വിദ്യാഭ്യാസമില്ലാത്തതും ആരോഗ്യസ്ഥിതിയെ സാരമായി ബാധിക്കുന്നു.

ശരാശരിക്കാരനായ ഒരാൾക്ക് ഇന്നത്തെ ഒട്ടുമിക്ക ചികിത്സാ ചെലവുകളും താങ്ങാനാവാത്തതാണ്. ഏകദേശം പത്തുകോടി ജനങ്ങളെ ഓരോ വർഷവും ഇത് ദാരിദ്ര്യത്തിലേയ്ക്ക് തള്ളിവിടുന്നു. ഇതിൽ പകുതിയും ഇന്ത്യക്കാരാണ്. അസുഖങ്ങൾ ഒരു പരിധിവരെ ജോലി നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനും, വരുമാനം ഇല്ലാതാവുന്നതിനും, അതിലൂടെ കുട്ടികളുടെ വിദ്യാഭ്യാസത്തിനും, പോഷകാഹാരലഭ്യതയ്ക്കുമുള്ള തടസ്സത്തിനും കാരണമാവുന്നു.

വരുമാനം, വിദ്യാഭ്യാസം, ശുചിത്വം, പോഷകാഹാരം, ചുറ്റുപാട്, ലിംഗം, സാമൂഹികാവസ്ഥ എന്നിവയെ ആശ്രയിച്ചാണ് ഒരാളുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി. കാർഷികനയങ്ങൾ, ആഹാരരീതി, നാഗരികത, യാത്രാസൗകര്യങ്ങൾ എന്നിവയിലെ പോരായ്മകൾ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്നവയാണ്. ഊർജ്ജോത്പാദനത്തിലെ അരക്ഷിതാവസ്ഥയും, ജൈവ ഇന്ധനങ്ങൾ കത്തുന്നതു മൂലമുണ്ടാവുന്ന വായുമലിനീകരണവും സ്ത്രീകളേയും കുട്ടികളേയും കൂടുതലായി ബാധിക്കുന്നു. ആരോഗ്യകാര്യങ്ങളിലും, ചികിത്സാരീതികളിലും സാമൂഹികാവസ്ഥകളിലും സമത്വം കൊണ്ടുവരണമെന്നാണ് 2005-ൽ ലോകാരോഗ്യ സംഘടന ഏർപ്പെടുത്തിയ കമ്മീഷൻ അഭിപ്രായപ്പെട്ടത്. 80 വർഷങ്ങൾക്ക് മുമ്പ് ബ്രിട്ടീഷ് സാമ്പത്തിക വിദഗ്ദ്ധനായ ടാവ്നേയ് അദ്ദേഹത്തിന്റെ 'സമത്വം' എന്ന പുസ്തകത്തിൽ പറയുന്നത്, "ജനങ്ങൾക്കാവശ്യം ഒരു തുറന്ന വഴിമാത്രമല്ല, അതോടൊപ്പം ഒരുപോലെയുള്ള തുടക്കവും വേണമെന്നാണ്". അത്തരം തുല്യതയുള്ള ഒരു സമൂഹത്തിൽ മാത്രമേ സാമൂഹ്യനീതി ഉറപ്പാവൂ.

മേൽപ്പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ നയിച്ചത് സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളുടേയും തുടർന്ന് സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളുടെയും നിർമ്മാണത്തിലേയ്ക്കാണ്. മൂല്യങ്ങളിലും, കാഴ്ച്ചപ്പാടുകളിലു

മുള്ള വ്യത്യാസങ്ങൾ ഈ രണ്ട് ആഗോള വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിലും പ്രകടമാണ്. സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ ഐക്യരാഷ്ട്രസഭയിലെ സാങ്കേതിക വിദഗ്ദ്ധർ രൂപപ്പെടുത്തിയതും 2000-ന്റെ തുടക്കത്തിൽ എല്ലാ രാഷ്ട്രങ്ങളും സ്വീകരിച്ച നയങ്ങളുമാണ്. വികസിത രാഷ്ട്രങ്ങളുടെ കാഴ്ചപ്പാടിൽ നിന്നുകൊണ്ട് ശരാശരി വരുമാനമുള്ള രാജ്യങ്ങളിൽ പോലും ദാരിദ്ര്യവും അതിലൂടെ വരാനിടയുള്ള രോഗങ്ങളും ഉന്മൂലനം ചെയ്യുന്നതിനായാണ് ഇത് രൂപപ്പെടുത്തിയത്. എന്നാൽ ഈ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളാകട്ടെ ശരാശരി വരുമാനമുള്ള രാജ്യങ്ങളെ മാത്രം ഉദ്ദേശിച്ചുള്ളവയായിരുന്നു. അതിൽ ഒരു ദീർഘകാല വികസനകാഴ്ച്ചപ്പാടുകളോ ലക്ഷ്യങ്ങളോ ഉണ്ടായിരുന്നില്ല.

എട്ട് സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളുള്ളതിൽ മൂന്ന് എണ്ണവും ആരോഗ്യത്തെ പ്രതിപാദിക്കുന്നതായിരുന്നു. ദാരിദ്ര്യ നിർമ്മാർജ്ജനവും വിദ്യാഭ്യാസവും ഇതിനോട് ബന്ധപ്പെട്ടതാണ്. ആരോഗ്യവികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ, മാതൃ-ശിശു മരണനിരക്ക്, എയ്ഡ്സ്, ക്ഷയം, മലേറിയ എന്നിവയെ സൂചിപ്പിക്കുന്നതായിരുന്നു. എന്നാൽ ശ്രദ്ധചെലുത്തേണ്ടിയിരുന്ന പകർച്ചാവ്യാധികളല്ലാത്ത രോഗങ്ങളെയോ, 20-ാം നൂറ്റാണ്ടിൽ ദശലക്ഷം പേരെ മരണത്തിലേയ്ക്ക് തള്ളിവിട്ട പുകയില ഉപയോഗത്തെയോ ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിരുന്നില്ല. മതിയായ തെളിവുകൾ ഉണ്ടായിരുന്നിട്ടും ഇത് പാവപ്പെട്ടവർ നേരിടുന്ന പ്രശ്നങ്ങളായി ഉൾപ്പെടുത്താതെയാണ് വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ രൂപപ്പെടുത്തിയത്.

2015 സെപ്റ്റംബർ മാസത്തിൽ ഇന്ത്യ ഐക്യരാഷ്ട്രസഭയുമായി സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ ഒപ്പുവച്ചു. മുൻകാലത്തെ സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ തുടരുന്നതോടൊപ്പം പുതിയ ലക്ഷ്യങ്ങൾക്കും ഇന്ത്യ ഒരുപോലെ സ്ഥാനം നൽകുന്നു.

എന്നാൽ ലോകശ്രദ്ധയാകർഷിക്കുന്നതിനേക്കാളും, ദേശീയതലത്തിൽ ശ്രദ്ധ നേടാനും, പ്രാവർത്തികമാക്കാനും, മൂന്ന് സഹസ്രാബ്ദ ആരോഗ്യവികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾക്കും കഴിഞ്ഞു. എയിഡ്സ്, ക്ഷയം, മലേറിയ എന്നിവയെ നേരിടുന്നതിനും മാതൃ-ശിശുമരണ നിരക്ക് കുറയ്ക്കുന്നതിനായും ഉള്ള പണം ആഗോളതലത്തിൽ സ്വരൂപിക്കാനും കഴിഞ്ഞു. രോഗാവസ്ഥയുടെയും വയസിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ അവ വിതരണം ചെയ്യുകയും ചെയ്തു. എന്നാൽ മാനസികരോഗങ്ങൾ, അപകടങ്ങൾ, പകർച്ചാവ്യാധികളല്ലാത്ത അസുഖങ്ങൾ തുടങ്ങി പല പ്രധാനപ്രശ്നങ്ങളും വേണ്ടരീതിയിൽ പരിഗണിക്കപ്പെടാതെ പോയി. പ്രായപൂർത്തിയായ കുട്ടികൾ, യുവാക്കൾ, ഗർഭിണികളല്ലാത്ത സ്ത്രീകൾ, മുതിർന്നവർ എന്നിവർ അതിൽ ഒഴിവാക്കപ്പെട്ടു. മരണനിരക്ക് ഉൾപ്പെട്ടുവെങ്കിലും, മാരകമായ രോഗങ്ങളും, വൈകല്യങ്ങളും സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളുടെ പരിധിയിൽ പെട്ടില്ല. പ്രധാനമായും ഈ സമീപനം, ശക്തമായ ഒരു ആരോഗ്യസ്ഥിതി പ്രദാനം ചെയ്തില്ല. ഉദ്ദേശ്യശുദ്ധിയുണ്ടായിരുന്നിട്ടും, വിശദമായ രൂപരേഖയുണ്ടായിട്ടും പല കാര്യങ്ങളും ഉൾപ്പെടാതെപോയതുകൊണ്ട് ഈ നയങ്ങൾ അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടില്ല. ഇത് ചിലയിടങ്ങളിൽ മാത്രമായി ഒതുങ്ങിപ്പോയി.

സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളാകട്ടെ പലതരത്തിലുള്ള നേട്ടങ്ങളും കൊണ്ട് മുന്നിട്ടതായിരുന്നു. ഇത് തികച്ചും ജനാധിപത്യരീതിയ്ക്ക് യോജിച്ചതും, സർക്കാർ സഹായത്തിലൂടെ തുറന്നിടുകയും ചെയ്ത ഒരു പദ്ധതിയായിരുന്നു. എല്ലാ രാജ്യങ്ങൾക്കും ഒരുപോലെ ഉപകാരപ്പെടുന്നതായിരുന്നു നിരവധി വികസന തലങ്ങൾ ഉൾക്കൊണ്ടിരുന്ന ഈ ലക്ഷ്യങ്ങൾ. പരിസ്ഥിതി സംരക്ഷണത്തിനും, ആഗോള സാമ്പത്തിക പുരോഗതിയ്ക്കും ഇവ കൂടുതൽ ശ്രദ്ധനൽകി. ചുരുക്കിപ്പറഞ്ഞാൽ സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളുടെ ന്യൂനതകൾ പരിഹരിച്ച സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ ആഗോളതലത്തിൽ തന്നെ ആരോഗ്യസമത്വം ഉറപ്പാക്കാൻ ഉതകുന്നതായിരുന്നു.

ആരോഗ്യ സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ പ്രധാനമായും ശ്രദ്ധ കൊടുത്തത് 'ആരോഗ്യകരമായ ജീവിതം എല്ലാവർക്കും എല്ലാ പ്രായക്കാർക്കും' എന്നതിനാണ്. ഇത് ആഗോളതലത്തിൽ എല്ലാ ജനങ്ങൾക്കും നല്ലൊരു ആരോഗ്യസ്ഥിതി പ്രദാനം ചെയ്തു. 9 ലക്ഷ്യങ്ങൾ പ്രധാനമായും പ്രാവർത്തികമാക്കാൻ കഴിഞ്ഞു. 2030-ഓടെ മാതൃമരണനിരക്ക് 70 (100,000 ജനനത്തിന്) ആക്കി കുറയ്ക്കാനും, നവജാതശിശുമരണനിരക്ക് 12 (1000 ജനനത്തിന്) ആക്കി കുറയ്ക്കാനും പദ്ധതി ലക്ഷ്യമിടുന്നു. അതുപോലെ എയ്ഡ്സ്, മലേറിയ, ക്ഷയം എന്നിവ നിർമ്മാർജ്ജനം ചെയ്യുക, അകാലമരണം കുറയ്ക്കുക, റോഡപകടങ്ങൾ മൂലമുള്ള മരണം കുറയ്ക്കുക, വായു-ജലമലിനീകരണം തടയുക എന്നതും ഈ ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ ഉൾപ്പെട്ടിരുന്നു. ആവശ്യമായ മരുന്നുകളും, പ്രതിരോധ മരുന്നുകളും ആഗോളതലത്തിൽ വിതരണം ചെയ്യുക, സാമ്പത്തിക ഭദ്രത ഉറപ്പാക്കുക, പ്രത്യുത്പാദന ലൈംഗികാരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ ഉറപ്പാക്കുക എന്നിവയ്ക്കും സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ ശ്രദ്ധ കൊടുത്തു.

സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ ആരോഗ്യ ലക്ഷ്യങ്ങൾക്ക് മറ്റു വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളുമായുള്ള ബന്ധം വ്യക്തമാണ്. ദാരിദ്ര്യ നിർമ്മാർജ്ജനം, എല്ലാവർക്കും വിദ്യാഭ്യാസം നൽകുക, ലിംഗസമത്വം ഉറപ്പാക്കുക, നഗരവത്ക്കരണം, മലിനമല്ലാത്ത ഊർജ്ജം പ്രദാനം ചെയ്യുക, ജലസ്രോതസുകൾ സംരക്ഷിക്കുക, വനസംരക്ഷണം ഉറപ്പാക്കുക തുടങ്ങിയും സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ ഉൾപ്പെട്ടിരുന്നു.

പരിസ്ഥിതി സംരക്ഷണം എന്നത് ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ വളരെയധികം സ്വാധീനം ചെലുത്തി. ജലവും മണ്ണും മലിനമാക്കുന്ന രാസവസ്തുക്കളുടെ ഉപഭോഗം കുറയ്ക്കുക, കാലാവസ്ഥാ വ്യതിയാനത്തിന് കാരണമാകുന്ന ആഗോളതാപനം തടയുക, വെള്ളപ്പൊക്കം നിയന്ത്രിക്കുക, രോഗാണുക്കളുടെ വ്യാപനം തടയുക, പോഷകങ്ങൾ അടങ്ങിയ ഭക്ഷ്യവസ്തുക്കൾ ഉത്പാദിപ്പിക്കുക എന്നിവയും സുസ്ഥിരവികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ ഉൾപ്പെടുത്തി. ഇത്തരം കാര്യങ്ങളിലൂടെ ആരോഗ്യത്തെ വികസനത്തിന്റെ ഒരു ഭാഗമാക്കി നിർത്താൻ കഴിഞ്ഞു. 2015 സെപ്റ്റംബർ മാസത്തിൽ ഇന്ത്യ ഐക്യരാഷ്ട്രസഭയുമായി സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ ഒപ്പുവച്ചു. സഹസ്രാബ്ദ വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ തുടരുന്നതോടൊപ്പം പുതിയ ലക്ഷ്യങ്ങൾക്കും ഇന്ത്യ സ്ഥാനം നൽകുന്നു.

സുസ്ഥിര വികസനകാലഘട്ടത്തിൽ ലക്ഷ്യങ്ങൾ മുന്നിൽകണ്ടുള്ള നമ്മുടെ പ്രയത്നങ്ങൾ സഫലമാകുന്നതോടെ ആരോഗ്യം ജനങ്ങളുടെ വികസനത്തിന് മുതൽകൂട്ടാവുമെന്നതിൽ സംശയമില്ല.

(പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് ഫൗണ്ടേഷൻ ഓഫ് ഇന്ത്യയുടെ പ്രസിഡന്റാണ് ലേഖകൻ)

വിജ്ഞാനപാത

UDAY - Ujwal DISSCOM Assurance Yojana

വൈദ്യുതി വിതരണ കമ്പനികളുടെ പുനരുദ്ധാരണത്തെ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുവാനായി ഉദയ് പദ്ധതിക്ക് പ്രധാനമന്ത്രി അനുമതി നൽകി. രാജ്യത്തെ എല്ലാ ജനങ്ങൾക്കും താങ്ങാവുന്ന ചെലവിൽ, മുഴുൻ സമയവും വൈദ്യുതി പ്രാപ്യമാക്കുക എന്ന പ്രധാനമന്ത്രിയുടെ സ്വപ്നലക്ഷ്യത്തെ സാക്ഷാത്കരിക്കുന്നതാണ് ഈ പദ്ധതി. സംസ്ഥാനങ്ങൾക്ക് അവരുടൈ ഇച്ഛാനുസൃതമായി ഈ പദ്ധതിയുമായി യോജിച്ച് പ്രവർത്തിക്കാം. ഈ പദ്ധതിയുമായി കൈകോർത്ത ആദ്യ സംസ്ഥാനം ആന്ധ്രാപ്രദേശ് ആണ്. ഇതുവരെ 15 സംസ്ഥാനങ്ങൾ ഉദയ് പദ്ധതിയുമായി യോജിച്ചു പ്രവർത്തനങ്ങൾ തുടങ്ങിക്കഴിഞ്ഞു.

'എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം' ഇന്ത്യയിൽ: ഒരു പ്രായോഗിക വിശകലനം

ഡോ. മനീഷ് കുമാർ

പ്രാഥമികാരോഗ്യ കാര്യത്തിലും, രോഗനിവാരണത്തിലും രോഗപ്രതിരോധ പരിപാടികളിലും തുടങ്ങി കഴിഞ്ഞ പത്തുവർഷത്തിനിടയ്ക്ക് ആരോഗ്യരംഗത്ത് ഇന്ത്യയിൽ കാതലായ മാറ്റം തന്നെ ചൂണ്ടിക്കാണിക്കാൻ സാധിക്കും. എന്നാൽ മറ്റു പല വികസ്വര രാജ്യങ്ങളുമായും അയൽരാജ്യങ്ങളുമായും തട്ടിച്ചു നോക്കുമ്പോൾ ആരോഗ്യമേഖലയിലെ നേട്ടങ്ങൾ ആനുപാതികമായി ഇന്ത്യയിൽ കുറവാണ്. സംസ്ഥാനങ്ങൾ തമ്മിലും നഗര ഗ്രാമ പ്രദേശങ്ങൾ തമ്മിലും ആരോഗ്യകാര്യങ്ങളിൽ വലിയ അന്തരമാണ് നിലനിൽക്കുന്നത്.

നമ്മുടെ പൊതു ചർച്ചകൾ ഏറെ പരിഗണന നൽകുന്നത് ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾക്കാണെങ്കിലും ഭൂരിഭാഗം ജനങ്ങളും ലഭ്യമായ ആരോഗ്യസേവനങ്ങളിൽ അസംതൃപ്തരാണ്. ആധുനിക ആതുരസേവനത്തിന്റെയും രോഗനിവാരണ നടപടികളുടെയും ആയുഷ് പദ്ധതിയുടെയും വാതിൽക്കൽ ചെന്നു മുട്ടുന്ന സാധാരണക്കാരൻ നേരിടുന്ന പ്രശ്നങ്ങളെപ്പറ്റി ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.

പ്രധാനമായും ആളുകൾ കുറ്റപ്പെടുത്തുന്നത് രണ്ടു കാര്യങ്ങളെയാണ് (1) മതിയായ പരിശീലനം ഇല്ലാത്ത ഡോക്ടർമാർ, നഴ്സുമാർ, വേണ്ടത്ര ആശുപത്രി സൗകര്യങ്ങളില്ലാത്ത അവസ്ഥ എന്നിവ (2) ഭാരിച്ച ആശുപത്രി ചെലവ്.

2011-ലെ ആരോഗ്യ വിദഗ്ദ്ധരുടെ റിപ്പോർട്ടിലെ ശുപാർശകൾ പറയുന്നത് നമുക്ക് വലിയ തോതിൽ ആരോഗ്യ വിദഗ്ദ്ധരും മറ്റു ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങളും ആവശ്യമുണ്ടെന്നാണ്. അതുപോലെ തന്നെ സാമ്പത്തിക പ്രതിസന്ധികൾ തരണം ചെയ്യുന്നതിനായി സ്വകാര്യ സ്ഥാപനങ്ങൾ ഗവൺമെന്റിനൊപ്പം ചേർന്ന് പ്രവർത്തിക്കണമെന്ന നിർദ്ദേശവും അവർ മുന്നോട്ടു വച്ചു. വിവിധ സംസ്ഥാനങ്ങൾ തമ്മിലും ഭൂപ്രദേശങ്ങൾ തമ്മിലുമുള്ള ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ അന്തരങ്ങളും അവർ ചൂണ്ടിക്കാട്ടുന്നു. ആരോഗ്യ വിദഗ്ദ്ധരുടെ നിർദ്ദേശങ്ങളും സമകാലിക സാഹചര്യവും കണക്കിലെടുത്താൽ ചില നിർദ്ദേശങ്ങൾ പ്രാവർത്തികമാക്കാൻ ബുദ്ധിമുട്ടാണെന്നു തോന്നാം. മുകളിൽ പറഞ്ഞതൊക്കെ മാറ്റിനിർത്തിയാലും, പ്രധാന പ്രതിസന്ധി ഉദ്യോഗസ്ഥരുടെ രോഗികളോടുള്ള സമീപനത്തിന്റെ കാര്യത്തിലാണ്.

ഡോക്ടർമാരുടെ ഫീസ് മുതൽ മരുന്ന് മറ്റു സേവനങ്ങൾ തുടങ്ങി ആരോഗ്യ സംബന്ധമായ സേവനങ്ങളുടെ വിലയിലെ വർദ്ധനവ് സംബന്ധിച്ച തർക്കം നടക്കുകയാണ്. നമുക്കതിനെ ഒരേ തോതിൽ യുക്തിപൂർവ്വമായും, ഉചിതമായും നിയന്ത്രിക്കാനാവുമോ?

ഈ കാര്യങ്ങളെല്ലാം നോക്കുകയാണെങ്കിൽ ആരോഗ്യരംഗത്തെ സമകാലീന ചിത്രം വളരെ നിരുത്സാഹപ്പെടുത്തുന്നതാണെന്നു കാണാം. എന്നാൽ എന്താണ് ഇതിനുള്ള പോംവഴി? ഈയൊരു സാഹചര്യത്തിൽ സാധാരണക്കാരനായ ഒരാൾക്ക് എങ്ങനെ തന്റെ ആരോഗ്യം നിലനിർത്താനാവും. സമീപഭാവി

പട്ടിക 1 : രാജ്യങ്ങളുടെ ആരോഗ്യധന വിനിയോഗം പ്രതിശീർഷവരുമാനത്തിന്റെ കണക്കിൽ (2013)

രാജ്യം	പ്രതിശീർഷ ആരോഗ്യ ധനവിനിയോഗം (ഡോളറിൽ, 2013)
ഇന്ത്യ	61
ശ്രീലങ്ക	102
യു.എ.ഇ.	1569
യു.കെ.	3598
യു.എസ്.	9146

(ലോകബാങ്കിന്റെ കണക്കുകൾ പ്രകാരം)

പട്ടിക 2 : രാജ്യങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ ധനവിനിയോഗം മൊത്തവരുമാനത്തിന്റെ കണക്കിൽ (2013)

രാജ്യം	മൊത്തവരുമാനത്തിന്റെ വിഹിതം (ശതമാനത്തിൽ
ഇന്ത്യ	1.3
ശ്രീലങ്ക	1.4
യു.എ.ഇ.	2.3
യു.കെ.	7.6
യു.എസ്.	8.1

(ലോകബാങ്കിന്റെ കണക്കുകൾ പ്രകാരം)

യിൽ ഗവൺമെന്റ് പദ്ധതികളെല്ലാം തന്നെ പര്യാപ്തമാവുമോ? ഉത്തരം തേടേണ്ട ഒട്ടനവധി ചോദ്യങ്ങളുണ്ട്.

രണ്ടുകാര്യങ്ങൾ നാം മനസ്സിലാക്കേണ്ടതുണ്ട് (1) തടസ്സങ്ങളേക്കാൾ കൂടുതലായി നമ്മുടെ കാര്യശേഷിയ്ക്കും വളർച്ചയ്ക്കും പ്രാപ്തമായ വലിയൊരു ജനസംഖ്യ തന്നെ നമുക്കുണ്ട് (2) ഇന്നത്തെ ആസൂത്രണത്തിലൂടെ പോലും സാധ്യമാകാത്തത്ര ആവശ്യങ്ങളും വിതരണ മേഖലകളും നമുക്കുണ്ട്.

സമൂഹത്തെ അറിവുകൾകൊണ്ടു വിജ്ഞാനം കൊണ്ടും പ്രാപ്തരാക്കുന്നിടത്താണ് ഇതിന്റെ പരിഹാരം. മൊത്തത്തിലുള്ള ബോധവൽക്കരണത്തിലൂടെ മാത്രമേ ഇതിൽ നിന്നും വ്യക്തികളെയോ സമൂഹത്തെയോ രക്ഷിക്കാനാകൂ.

ബോധവൽക്കരണങ്ങളിലൂടെ അതിവേഗം മാറ്റം സാധ്യമാകുന്ന മേഖലകൾ ഇവയൊക്കെയാണ്:

(1) ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ് - ഇന്ത്യയിലെ ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസിന്റെ വ്യാപ്തി 18% മാത്രമാണ്.

(2) 2011-ലെ ആരോഗ്യ വിദഗ്ദ്ധരുടെ റിപ്പോർട്ടിലെ നിർദ്ദേശങ്ങൾ ഫലവത്തായില്ല, പകരം ഇന്ത്യയിലെ വിവിധ ഗവൺമെന്റുകൾ എളുപ്പത്തിൽ സ്വകാര്യ പങ്കാളിത്തമാണ് ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസിനായി വിനിയോഗിച്ചത്. എന്നാൽ 100% ഗവൺമെന്റ് സഹായത്തോടെ ആരോഗ്യസേവനം പ്രാപ്തമാക്കിയ രാജ്യങ്ങളുമുണ്ട്.

വികസിത രാജ്യങ്ങളിൽ മൊത്തവരുമാനത്തിന്റെ 6% ഗവൺമെന്റുകൾ ആരോഗ്യത്തിനായി ചിലവാക്കുന്നു. പകരം ഇന്ത്യയിലാകട്ടെ മൊത്തവരുമാനത്തിന്റെ 2 ശതമാനത്തിൽ താഴെ മാത്രവും.

ചെലവുകളുടെ ക്രമീകരണം ഒരു മുൻപരിചയമുള്ള ആൾക്കുമാത്രമേ പ്രാവർത്തികമാക്കാനാവൂ. ആരോഗ്യകാര്യങ്ങളിലെ അറിവും, അവയുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളും സംബന്ധിച്ച് ഉണ്ടായ ഒരു അനുഭവം പറയാം. ഞങ്ങളുടെ ആശുപത്രിയിലെ ഒരു വനിതാ സെക്യൂരിറ്റി ഗാർഡ് അവരുടെ സർജറി നടത്തിയത് മറ്റൊരു ചെറിയ ആശുപത്രിയിൽ വച്ചാണ്. അവരോട് കാരണം ചോദിച്ചപ്പോൾ പറഞ്ഞു, ഈ വലിയ ആശുപത്രിയിലെ ചിലവുകൾ താങ്ങാനാവില്ലെന്ന്. എന്തുകൊണ്ട് നിങ്ങൾ ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ് എടുത്തില്ല എന്ന ചോദ്യത്തിന് അവൾ പറഞ്ഞ മറുപടി അവർക്ക് അത്തരം കാര്യങ്ങളെ കുറിച്ച് അറിവില്ലായിരുന്നെന്നും.

(2) പൊതുവായി അറിയേണ്ട ആരോഗ്യ സംബന്ധിയായ അറിവുകൾ

ആരോഗ്യ ബോധവൽക്കരണം സാധ്യമാകുന്ന രീതിയിൽ എല്ലായിടത്തും ആധികാരികമായി ഉപയോഗിപ്പെടുത്തേണ്ടതുണ്ട്. അറിവം പങ്കുവയ്ക്കലിലൂടെയും ബോധവത്കരണം നടത്തുന്നതിലൂടെയും കൈവരുന്ന ഗുണങ്ങൾ ഇവയാണ്.

(എ) നമ്മുടെ പ്രശ്നങ്ങൾ അറിയാനും, നമ്മുടെ പ്രശ്നങ്ങൾ ഡോക്ടർമാരെ അറിയിക്കാനും സഹായിക്കും.

(ബി) രോഗലക്ഷണങ്ങളെക്കുറിച്ചും, ചികിത്സാരീതികളെക്കുറിച്ചും അറിയാനാകും.

(സി) ആരോഗ്യപരിശോധനകളിലെ രോഗലക്ഷണങ്ങളുടെ പ്രാധാന്യം മനസ്സിലാക്കാനാകും.

(ഡി) ലഭ്യമായ സേവനങ്ങളും അവയുടെ വിലയും സംബന്ധിച്ച അറിവ് ലഭിക്കും.

(ഇ) തരുന്ന മരുന്നുകളെ കുറിച്ച് അവബോധമുണ്ടാകും.

എന്തിനാണ് അറിയുന്നത്?

(എ) നിലനിൽക്കുന്ന ആരോഗ്യ സമ്പ്രദായത്തെയും വിദഗ്ദ്ധരേയും സഹായിക്കാൻ അവരുടെ ജോലി എളുപ്പമാക്കാൻ ഇതു സഹായിക്കും.

(ബി) അടിസ്ഥാന നിർദ്ദേശങ്ങളും, പ്രവർത്തനങ്ങളും പരിശോധിച്ച് ശരിയാണോ എന്ന് നമുക്ക് തന്നെ കുറേയൊക്കെ ഉറപ്പുവരുത്താനാകും.

(സി) സമയം അനാവശ്യമായി പാഴാക്കുന്നത് തടയാനാകും. സാമൂഹ്യവിരുദ്ധമായ പ്രവർത്തനങ്ങൾ തടയുക, തൊഴിലില്ലായ്മ ഇല്ലാതാക്കുക എന്നീ സാമൂഹിക ഇടപെടലുകൾ നടത്താനാകും.

(ഡി) ആരോഗ്യകാര്യങ്ങളെക്കുറിച്ച് അറിവുണ്ടാകുന്നതുവഴി അപകടകരമായ അവസ്ഥകളെ ഒരു പരിധിവരെ തരണം ചെയ്യാൻ ജനങ്ങളെ പ്രാപ്തരാക്കും. മറ്റെന്തിനെക്കാളും പ്രാധാന്യം ആരോഗ്യകാര്യങ്ങൾക്കാണെന്ന് സമൂഹത്തെ ബോധിപ്പിക്കാൻ ഇത്തരം ബോധവത്കരണങ്ങൾക്കാകും.

(ഇ) ഇത്തരം കാര്യങ്ങളിൽ മാധ്യമങ്ങളുടെ (പത്രങ്ങൾ, ടെലിവിഷൻ) പങ്ക് വളരെ വലുതാണ്. ശാസ്ത്രീയവും, പ്രാവർത്തികവുമായ അറിവ് മാധ്യമങ്ങൾ ജനങ്ങളിലേയ്ക്ക് എത്തിക്കണം.

(എഫ്) നീതിന്യായ വകുപ്പും, മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യ പോലുള്ള മറ്റ് അധികാര സ്ഥാപനങ്ങളും ഏകാധിപത്യ നടപടികൾ അവസാനിപ്പിച്ച് കൂടുതൽ സ്ഥാപനങ്ങളിലൂടെ ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം വ്യാപകമാക്കി യുവാക്കളെ കൂടുതലായി ആരോഗ്യ മേഖലയിലേയ്ക്ക് കൊണ്ടുവരണം. ഇത് സമൂഹത്തിന് ഏറെ ഉപകാരപ്രദമാവും.

ഇക്കാര്യങ്ങളിൽ പണം മാത്രമല്ല തടസ്സം. ഉപകാരപ്രദമായ നടപടിക്രമങ്ങളുടെ വ്യക്തതയില്ലായ്മയും, ധനമോഹം സൃഷ്ടിക്കുന്ന പ്രശ്നങ്ങളും (ആരോഗ്യ വിദഗ്ദ്ധരുടെ ദയാരഹിതമായ സമീപനം) തടസം സൃഷ്ടിക്കുന്നു.

ലോകത്താകമാനമുള്ള, പ്രത്യേകിച്ചും അമേരിക്കയിലെ ആരോഗ്യസേവനങ്ങളുമായി തട്ടിച്ചു നോക്കുമ്പോൾ ആരോഗ്യരംഗത്തെ പ്രതിസന്ധി തരണം ചെയ്യാൻ ഇന്ത്യയ്ക്ക് ഒരു വിപ്ലവത്തിൽ കുറഞ്ഞതായിട്ടൊന്നുമില്ല. കുറഞ്ഞത് ഓരോ വ്യക്തിയ്ക്കും അവന്റെ തന്നെ ആരോഗ്യത്തെ പറ്റി നല്ലവണ്ണം ധാരണയുണ്ടാവണം. ശാസ്ത്രീയ ചികിത്സകളെപ്പറ്റി ഒരു പൊതു ധാരണയിലൂടെ മാത്രമേ ആരോഗ്യം സമ്പത്ത് എന്ന ശൈലി അർത്ഥവത്താകുകയുള്ളൂ.

(ചെന്നാ അപ്പോളോ ആശുപത്രിയിൽ ന്യൂറോ ഐസിയു വിഭാഗം രജിസ്ട്രാറാണ് ലേഖകൻ)

ഭിന്നശേഷിക്കാരുടെ വികസനം

ഡോ. യു. നന്ദകുമാർ നായർ

ഭിന്നശേഷി, അംഗപരിമിതി തുടങ്ങിയവ ശരീരത്തിലെ അവയവങ്ങളുടെ ഘടനയിലോ, പ്രവർത്തനത്തിലോ ഉണ്ടാകുന്ന വ്യത്യസ്തകളെ പ്രതിപാദിക്കുന്ന സംജ്ഞകളാണ്. ഇംഗ്ലീഷിൽ ഡിസബിലിറ്റി (Disability) എന്ന വാക്കാണ് ഈ അവസ്ഥയെ സൂചിപ്പിക്കുവാൻ ഉപയോഗിക്കുന്നത്. അംഗപരിമിതരായവർക്ക് മറ്റുള്ളവരെപ്പോലെ തുല്യ രീതിയിൽ അവസരങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്തുവാനും, പരസഹായമില്ലാതെ ജീവിതം നയിക്കുവാൻ അവരെ പ്രാപ്തരാക്കുവാനും വേണ്ടിയുള്ള പദ്ധതി ഇക്കഴിഞ്ഞ ഡിസംബർ 5ന് കേന്ദ്ര സാമൂഹ്യനീതി ശാക്തീകരണ മന്ത്രാലയം നടപ്പിലാക്കി. 'സുഗമ്യ ഭാരത് അഭിയാൻ' (Accessible India Campaign) എന്ന പദ്ധതിയുടെ നടത്തിപ്പ് ചുമതല ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റ് ഓഫ് എംപവർമെന്റ് ഓഫ് പേഴ്സൺസ് വിത്ത് ഡിസബിലിറ്റീസ് (Department of Empowerment of Persons with Disabilities) നാണ്. അംഗപരിമിതർ ആയിരുന്നാലും, ബാഹ്യമായ കുറവുകൾ മറികടന്ന് ജീവിത വിജയം നേടിയ ഭിന്നശേഷിയുള്ളവരെ വികലാംഗർ എന്ന പദത്തിനു പകരം 'ദിവ്യാംഗർ' എന്ന് വിളിച്ചുകൂടേ എന്ന് മൻ കീ ബാത്ത് പരിപാടിയിൽ പ്രധാനമന്ത്രി സൂചിപ്പിക്കുകയുണ്ടായി. സ്കൂളുകൾ, ബസ് സ്റ്റേഷനുകൾ, റെയിൽവേ സ്റ്റേഷനുകൾ, സർക്കാർ ഓഫീസുകൾ, ആശുപത്രികൾ തുടങ്ങി വിവിധ മേഖലയിൽ എല്ലാവിധത്തിലുമുള്ള അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളും വികസിപ്പിച്ച് ഭിന്നശേഷി ഉള്ളവരുടെ ജീവിതം സുഗമമാക്കാൻ 'സുഗമ്യ ഭാരത് അഭ്യാൻ' ലക്ഷ്യമിടുന്നു.

പൊതുധാരണയിൽ പലപ്പോഴും അംഗപരിമിതി എന്നത് ഒരു രോഗാവസ്ഥയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. അതിനാൽ ഭിന്നശേഷിയുള്ള ഒരു വ്യക്തി പലപ്പോഴും എത്തിക്കപ്പെടുന്നത് ആശുപത്രിയിലോ, ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിലോ ആയിരിക്കും. ഇരുപതാം നൂറ്റാണ്ടിന്റെ ഉത്തരാർദ്ധം മുതൽ ഭിന്നശേഷിയെക്കുറിച്ചുള്ള ധാരണകൾ പലപ്പോഴായി ചോദ്യം ചെയ്യപ്പെട്ടിരുന്നു. 1980ൽ ലോകാരാഗ്യ സംഘടന ഭിന്നശേഷി എന്ന അവസ്ഥ സമൂലമായി പഠിച്ച് അതിന്റെ പല ഘട്ടങ്ങളെ വ്യത്യസ്തമായി കാണുകയും ഭിന്നശേഷി ഉള്ളവരെ സമൂഹത്തിന്റെ പൊതുധാരയിലേക്ക് കൊണ്ടുവരുന്നതിനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കു തുടക്കം കുറിക്കുകയും ചെയ്തു. പിൽക്കാലത്ത് 1980ലെ ഈ ആശയങ്ങളും ശക്തമായ വെല്ലുവിളികൾ നേരിടുകയുണ്ടായി. പല ചിന്തകരും സാമൂഹ്യ പ്രവർത്തകരും വികലാംഗതയെ ആരോഗ്യപ്രശ്നം എന്ന പരിമിതമായ ചട്ടക്കൂട്ടിൽ നിന്നും പുറത്തു കൊണ്ടുവരണമെന്ന ആശയം മുന്നോട്ടു വയ്ക്കുകയുണ്ടായി. ഇതേത്തുടർന്ന്, അംഗപരിമിതി എന്ന അവസ്ഥയ്ക്ക് അനേകം കാഴ്ചപ്പാടുകളുടെ സമ്മേളന ഫലമായി വാച്യാർത്ഥത്തിൽ രൂപമാറ്റം ഉണ്ടായി. അങ്ങനെ വൈദ്യശാസ്ത്ര (Medical Model) മാതൃക. ജൈവശാസ്ത്ര (Biological Model) മാതൃക, എന്നീ സാധ്യതകൾ മുന്നോട്ടു വയ്ക്കപ്പെട്ടു. ലോകാരാഗ്യ സംഘടന വൈദ്യശാസ്ത്ര, സാമൂഹിക മാതൃകകളെ സമന്വയിപ്പിച്ച് ഒരു പുതിയ മാതൃക 2000 -ാമാണ്ടിൽ പുറത്തിറക്കി. ഭിന്നശേഷിയെകുറിച്ചുള്ള

പല പഠനങ്ങൾക്കും അടിസ്ഥാനമായി ഉപയോഗിക്കുന്നത് 2000-ാമാണ്ടിലെ ഈ രേഖയാണ്.

വിദഗ്ധർക്കിടയിൽ ഇപ്പോഴും ചർച്ചാവിഷയമാണെങ്കിലും, ഈ മാതൃകകൾ എല്ലാം ഏതെങ്കിലും രീതിയിൽ ഗുണപ്രദമാണ് എന്നതിൽ തർക്കമില്ല. ഇതിനർത്ഥം അംഗപരിമിതി മനസ്സിലാക്കാനും പുനരധിവാസ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ദിശാബോധത്തോടെ നടപ്പിലാക്കാനും പറ്റാത്ത വിഷയമാണ് എന്നല്ല. മറിച്ച് മറ്റേതു മേഖലയും പോലെ ബഹുസ്വരത അംഗപരിമിതി ഉള്ളവരിൽ ഉണ്ടെന്നും അത് ഈ മേഖലയെ ചൈതന്യവത്താക്കും എന്നതാണ്.

ലോകാരോഗ്യ സംഘടന (WHO, 2000) യുടെ അഭിപ്രായത്തിൽ ഭിന്നശേഷിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ അനുഭവങ്ങളും ആശയങ്ങളും ഒരു കുടക്കീഴിൽ കൊണ്ടുവരണം എന്നാണ്. അതനുസരിച്ച് ഭിന്നശേഷി (Disability) പല അവസ്ഥാ വിശേഷങ്ങൾ ഉൾക്കൊണ്ടതാണ്. അംഗപരിമിതികൾ (Impairments), പ്രവർത്തന വൈഷമ്യങ്ങൾ (Activity Limitations), പങ്കെടുക്കലുകളിലെ കാര്യക്ഷമതാ ന്യൂനതകൾ (Participation Restrictions) എന്നിവയാണ് അവ. ഇതിൽ ആദ്യഘട്ടത്തിൽ (അംഗപരിമിതിയുടെ) രോഗവുമായി ബന്ധമുണ്ടാകാം എങ്കിലും, രോഗവിമുകതമായതിനു ശേഷവും വികലാംഗതയുടെ മറ്റു ഘടകങ്ങൾ നിലനില്ക്കും എന്നു കാണാം.

ഉദാഹരണത്തിന് പ്രമേഹബാധിതനായ ഒരു യുവാവിനെ നോക്കുക. അയാളുടെ അംഗപരിമിതി ഇൻസുലിൻ ഉത്പാദിപ്പിക്കുകയോ ഉപയോഗിക്കുകയോ ചെയ്യുന്ന കോശങ്ങളുടെ പ്രവർത്തന വൈകല്യമാണ്. നമുക്കു കാണാനാവില്ലെങ്കിലും ഈ impairment ഒരു അംഗപരിമിതി തന്നെയാണ്. പ്രമേഹം അയാളുടെ രക്തത്തിലെ പഞ്ചസാരയുടെ അളവ് ക്രമാതീതമായി കൂട്ടുകയോ കുറയ്ക്കുകയോ ചെയ്യുന്നതു മൂലം സമപ്രായക്കാരുടേതു പോലെ ശാരീരിക പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ അല്ലെങ്കിൽ സ്പോർട്സിൽ വ്യാപൃതനാകാനുള്ള അയാളുടെ അവസരം ഇല്ലാതാകുന്നു. ഇത് അയാൾക്ക് Activity Limitation സൃഷ്ടിക്കുന്നു. ഇതുമൂലം അയാൾക്ക് സ്വന്തമായി തൊഴിൽ ചെയ്യാനോ, ഉല്ലാസവേളകളിൽ പങ്കെടുക്കാനോ, കുടുംബബന്ധങ്ങളിൽ ഏർപ്പെടാനോ സാധിച്ചില്ലെങ്കിൽ participation restriction ഉണ്ടായിക്കഴിഞ്ഞു. ഈ രീതിയിൽ ഏതുതരത്തിലുള്ള പരിമിതിയേയും നമുക്ക് വികലാംഗതയുടെ പല തട്ടുകളായി പഠിക്കുവാനും പുനരധിവാസ പ്രവർത്തനങ്ങളെ കുറിച്ചുള്ള നിലപാടുകൾ സ്വീകരിക്കുവാനും സാധിക്കും. അതിനാൽ ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ വികലാംഗ മാതൃക സർക്കാർ, സർക്കാതിര മേഖലകളിലെ ആസൂത്രണത്തിനും പദ്ധതികൾ ആവിഷ്കരിക്കുന്നതിനും ഉതകുന്നതാണ്.

പല സാമൂഹ്യശാസ്ത്ര വിദഗ്ധരും ഈ മാതൃക പൂർണമായും അംഗീകരിക്കുന്നില്ല. അവർ പറയുന്നത്, ഒരു വ്യക്തിയുടെ അംഗപരിമിതി അയാളിൽ തുടങ്ങുന്നില്ല എന്നാണ്. അതായത് ഒരു വ്യക്തിക്ക് ഏതെങ്കിലും ശരീരാവയവത്തിന്റെ പ്രവർത്തനക്കുറവോ പരിമിതിയോ ഉണ്ടെങ്കിലും, സമൂഹത്തിൽ അത് ഏതെങ്കിലും രീതിയിലുള്ള പോരായ്മ സൃഷ്ടിക്കാൻ പാടുള്ളതല്ല എന്നാണ്. ഒരു വ്യക്തി എങ്ങനെയോ ആയിക്കൊള്ളട്ടെ, അയാളുടെ പൂർണ്ണമായ പ്രവർത്തനക്ഷമതയും സാമൂഹിക ഇടപെടലിനു കോട്ടംതട്ടാതെ ജീവിക്കാനുള്ള അവസരവും ഒരുക്കുക എന്നത് സമൂഹം ചെയ്യേണ്ട ധർമ്മമാണ്. ഇത്തരം സാമൂഹ്യാധിഷ്ഠിത കാഴ്ചപ്പാട് സാംസ്കാരികവും ആദർശപരവുമായ ഒരു പുതിയ സംവാദം മുന്നോട്ടു വയ്ക്കുന്നു. ഉദാഹരണത്തിന് കുട്ടിക്കാലത്ത് പോളിയോ രോഗം ബാധിച്ച് കൈകാലുകൾ തളർന്ന ഒരു കുട്ടിയെ സങ്കല്പിക്കുക. ഇങ്ങനെയുള്ള കുട്ടിക്ക് നടക്കാനാവില്ലെങ്കിൽ സ്കൂളിൽ പോകാനും വിദ്യാഭ്യാസം ലഭിക്കാനും തുടർന്ന് സമൂഹത്തിൽ സ്വതന്ത്രനായുള്ള ഒരു പൗരനായി പരിണമിക്കാനുമുള്ള സാധ്യത മങ്ങുന്നു. ഇങ്ങനെയുണ്ടാകാതിരിക്കാനുള്ള ശ്രദ്ധ സമൂഹത്തിന്റെ ഭാഗത്തു നിന്നും ഉണ്ടാകേണ്ടതുണ്ട്. കൃത്യമായ ഉപകരണങ്ങൾ, ചക്രകസേരകൾ (Wheel Chair) എന്നിവയിലൂടെ ഈ വിദ്യാർത്ഥിയെ സ്കൂളിലെത്തിക്കാൻ സാധിക്കും. മാത്രമല്ല, ഘടനാപരമായ പ്രതിബന്ധങ്ങൾ മൂലം സ്കൂളിലും മറ്റു പൊതു ഇടങ്ങളിലും പ്രവേശിക്കാനുള്ള അയാളുടെ വൈഷമ്യങ്ങളും ഇല്ലാതാക്കാൻ ഈ സാമൂഹ്യ പ്രതിബദ്ധത സഹായിക്കുന്നു.

സാമ്പത്തിക വിദഗ്ധരും ഭിന്നശേഷിയുടെ ഘടനാപരമായ ഉള്ളടക്കത്തിലേക്ക് ചിന്തിച്ചിട്ടുണ്ട്. ചില

വിദഗ്ധർ പറയുന്നത് ഏതെങ്കിലും ജോലിയിൽ അഥവാ തൊഴിലിൽ വ്യാപൃതനാകുന്നതിൽ ഉള്ള പരിമിതിയാണ് ഭിന്നശേഷി എന്നാണ്. ഇതനുസരിച്ച് ആസ്ത്മയോ വിഷാദരോഗമോ ഉള്ള വ്യക്തികൾ തൊഴിലിൽ നിന്നും വിട്ടുനില്ക്കുന്നുവെങ്കിൽ അവർക്ക് ഭിന്നശേഷിയുണ്ട് എന്ന് പരിഗണിക്കാം. ഉദാഹരണത്തിന് ഭാരതത്തിൽ തൊഴിൽ മേഖലയിൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ ദിനങ്ങൾ നഷ്ടപ്പെടുന്നത് നടുവേദന, കൈകാലുകൾ, നെഞ്ച് വേദന എന്നിവ മൂലമാണ്. കൂടാതെ കൈകാലുകൾ നഷ്ടപ്പെട്ടും പക്ഷാഘാതം വന്നും തൊഴിലിൽ നിന്നു വിട്ടുനില്ക്കേണ്ടി വന്ന അനവധിപേർ അംഗപരിമിതർ എന്ന വിഭാഗത്തിൽ ഉൾപ്പെടും. എന്നാൽ തൊഴിൽ മേഖലയിലേക്ക് കടന്നുവരാൻ യുക്തമായ വിദ്യാഭ്യാസമോ തൊഴിൽ നൈപുണ്യമോ ആവശ്യമാണ്. ജന്മനാലുള്ള അംഗപരിമിതി മൂലം വിദ്യാഭ്യാസം തടസ്സപ്പെട്ട കുട്ടികളെ അവരുടെ ബാല്യകാലത്ത് എങ്ങനെ കരുതണം എന്നതിൽ ഈ നിർവ്വചനം പോരാതെ വരുന്നു. ഭിന്നശേഷി എന്നതിന് അനേകം മാനങ്ങൾ ഉണ്ട് എങ്കിലും ഭാരതത്തിൽ ഇതു സംബന്ധിച്ച് വിവിധ ദിശയിലുള്ള ചർച്ചകൾ പരിമിതമാണ്. ഭാരതത്തിലെ ചിന്തകരും വിദഗ്ധരും അംഗപരിമിതരുടെ സാമൂഹ്യ പരിസരവും സമൂഹത്തിന്റേയും സർക്കാരിന്റേയും ഇടപെടലുകളേകുറിച്ചും പലപ്പോഴും ഗൗരവമായി ചർച്ചചെയ്തു കാണുന്നില്ല. സാധാരണക്കാർ പൊതുവെ ഏതെങ്കിലും മൂല്യ സങ്കല്പത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലാണ് ഭിന്നശേഷിയെ നോക്കിക്കാണുന്നത്. ഇതനുസരിച്ച് അംഗപരിമിതിയുള്ളവർ സഹാനുഭൂതിയും സമൂഹത്തിന്റെ ദയാദാക്ഷണ്യങ്ങൾ അർഹിക്കുന്നവരും ആണ്. ജന്മനാലുള്ള പരിമിതികൾ വിധിയായി കാണാൻ അവർ ശീലിക്കുന്നു. ആധുനിക കാലഘട്ടങ്ങളിലും ഇത്തരം വിശ്വാസങ്ങൾ നിലനിൽക്കുന്നുണ്ട്, ചില ഇടങ്ങളിലെങ്കിലും. ഇത് അവരുടെ പുനരധിവാസ പ്രവർത്തനങ്ങളേയും ഭിന്ന ശേഷിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ആസൂത്രണത്തേയും പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കുകയും ചെയ്യും.

അംഗപരിമിതി ഉണ്ടാകുന്നത് നിയന്ത്രിക്കുവാനും അത് അംഗപരിമിതി അനുഭവിക്കുന്നവരുടെ ജീവിത ഗുണമേന്മ (quality of life) ഉറപ്പുവരുത്താനും സമൂഹവും സർക്കാരുകളും നിരവധി ഇടപെടലുകൾ ചെയ്യേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്. വളരെ ലഘുവായ ഇടപെടലുകളാകാം, മറിച്ച് സങ്കീർണ്ണങ്ങളായ സാങ്കേതികവിദ്യ ആവശ്യമുള്ളതും ആകാം. അതിനാൽ ഇത്തരം ഇടപെടലുകളുടെ പിന്നിൽ നയപരവും സാമ്പത്തികവുമായ ആസൂത്രണം അനിവാര്യമാണ്.

കാഴ്ചയും കേൾവിയും ഉറപ്പാക്കാനുള്ള ഉകരണങ്ങൾ, വിവിധതരം പ്രത്യേക ചെരുപ്പുകൾ, കാലിപ്പറ്റുകൾ, ചക്രകസേരകൾ (wheel chair), ചലനസഹായികൾ, എഴുതുവാനും സംസാരിക്കുവാനും സഹായിക്കുന്ന ഉപകരണങ്ങൾ എന്നിവ ജില്ലാ തലത്തിൽ ലഭ്യമാണ്. എന്നാൽ വലിയൊരു വിഭാഗം അംഗപരിമിതരായ വ്യക്തികൾ ജീവിക്കുന്നത് നഗരങ്ങളിൽ നിന്നും അകലത്തായതിനാൽ ഇത്തരം ഉപകരണങ്ങൾ അവരിൽ എത്താറില്ല. മാത്രമല്ല, ഈ ഉപകരണങ്ങൾ കേടായാൽ പുതിയവ ലഭിക്കാനോ ഉള്ളത് കേടുതീർക്കാനോ ഉള്ള സംവിധാനങ്ങളും സാർവ്വത്രികമായി ലഭ്യമല്ലെന്നുള്ളതും ഒരു പോരായ്മയാണ്.

കൂടുതൽ സങ്കീർണ്ണമായ പുനരധിവാസ ഉപകരണങ്ങൾ ഇക്കാലത്ത് ആവശ്യമായി വന്നിരിക്കുന്നു. വിദ്യാഭ്യാസത്തിനും സ്പോർട്സിലും ആഘോഷങ്ങളിലും പങ്കെടുക്കാനും മറ്റും സഹായിക്കുന്ന ഉപകരണങ്ങളും, ഘടനാപരിവർത്തന ഉപകരണങ്ങളും ഇതിലുൾപ്പെടും. വീട്, പൊതുസ്ഥലങ്ങൾ, സാമൂഹ്യ കൂട്ടായ്മകളുടെ ഇടങ്ങൾ, റോഡുകൾ എന്നിവ അംഗപരിമിതി അനുഭവിക്കുന്ന വ്യക്തികൾക്ക് സുഗമമായി ഉപയോഗിക്കാനാകും വിധം നവീന രീതിയിൽ പുനരാവിഷ്കരിക്കേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്. ഇത് ഘട്ടംഘട്ടമായി ചെയ്യാവുന്നതാണെങ്കിലും, താമസംവിനാ ആരംഭിക്കേണ്ടതും സമയബന്ധിതമായി നടപ്പിലാക്കേണ്ടതും ആവശ്യമാണ്. ഇതിന് ആസൂത്രകർ, ഭരണാധികാരികൾ, സാങ്കേതിക വിദഗ്ധർ എന്നിവർ ഒന്നിച്ചണിനിൽക്കേണ്ടതായും ഉണ്ട്.

സ്കൂളുകൾ, സർക്കാർ കാര്യാലയങ്ങൾ, ഉദ്യാനങ്ങൾ, ആശുപത്രികൾ, സിനിമാശാലകൾ എന്നിവിടങ്ങളിൽ റാംപുകൾ നിർമ്മിക്കുകയും അംഗപരിമിതി അനുഭവിക്കുന്നവർക്ക് ഉപയോഗിക്കാനാവും വിധം ശൗചാലയങ്ങൾ, ഫർണ്ണിച്ചർ എന്നിവ ലഭ്യമാക്കുകയും ചെയ്യുന്നത് ഒരുദാഹരണമാണ്. അംഗപ

രിമിതിയുള്ള വ്യക്തികളുടെ പ്രധാന പ്രശ്നം കെട്ടിടങ്ങൾ, റോഡുകൾ, വാഹനങ്ങൾ എന്നിവ ഉപയോഗിക്കുന്നതിൽ ഉള്ള ഘടനാപരമായ പ്രതിബന്ധങ്ങളാണ്. പ്രതിബന്ധവിമുക്ത ഗ്രാമം, പ്രതിബന്ധവിമുക്ത പട്ടണം എന്നീ ആശയങ്ങൾക്ക് അംഗീകാരം ലഭിച്ചാൽ അത് ഒരു വലിയ ചുവടുവയ്പാകും.

അംഗപരിമിതരായ വ്യക്തികളുടെ ഉന്നമനത്തിനായി ഭാരിച്ച സാമ്പത്തികബാധ്യത ഉണ്ടാകുന്നുണ്ട്. ഭാരതത്തിൽ ഇത്തരം അധികബാധ്യതയും പുനരധിവാസത്തിന്റെ ഉപയോഗവും തമ്മിൽ താരതമ്യംചെയ്ത് പഠിച്ചിട്ടില്ല. പുനരധിവാസ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് നേതൃത്വം കൊടുക്കുന്നവർക്ക് പദ്ധതികൾ ആവിഷ്കരിക്കുമ്പോൾ ഇത്തരം അറിവുകൾ ഗുണപ്രദമാകും. ഭിന്നശേഷി എങ്ങനെയാണ് അധികബാധ്യത ഏല്പിക്കുന്നത് എന്നതിൽ ഏകദേശ ധാരണകൾ ലഭ്യമാണ്.

അംഗപരിമിതരായ വ്യക്തികൾക്ക് മറ്റുള്ളവർക്ക് സമാനമായ ജീവിതം നിലനിർത്തുന്നതിനു തന്നെ അധികച്ചെലവ് വേണ്ടിവരും. പലപ്പോഴും ഇത് പണ യാത്രാരീതികൾ, അധികമായി വേണ്ടിവരുന്ന ആശുപത്രി സന്ദർശനങ്ങൾ, ചലനസഹായികൾ, ഉപകരണങ്ങൾ, പ്രത്യേകതരം ഭക്ഷണങ്ങൾ എന്നിവയിലാണ് ഉണ്ടാകുക. യാത്രയിലും തൊഴിലിടങ്ങളിലും മറ്റു വ്യക്തികളെ ആശ്രയിക്കേണ്ടി വന്നാൽ പണച്ചെലവ് വീണ്ടും കൂടും. വികസിത രാജ്യങ്ങളിൽ ഇതേക്കുറിച്ച് വ്യക്തമായ ധാരണയില്ല. മാത്രമല്ല എന്തെല്ലാം മാർഗ്ഗമുപയോഗിച്ചാണ് ശരിയായ കണക്കുകൾ ലഭ്യമാകുക എന്നതിലും നമുക്ക് ഇനിയും ചിന്തിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

Persons with Disabilities Act പ്രകാരം നിരവധി മേഖലകളിൽ ഭിന്നശേഷിയുള്ളവർക്കു വേണ്ടി സാമ്പത്തിക ഇടപെടലുകൾ നടത്താൻ സർക്കാർ പ്രതിജ്ഞാബദ്ധമാണ്. അംഗപരിമിതി തടയാനുള്ള മാർഗങ്ങൾ, അംഗപരിമിതരായ കുട്ടികൾക്കുള്ള പരിചരണം, ഉപകരണങ്ങൾ, ഗവേഷണം എന്നിങ്ങനെ നിരവധി മേഖലകളിൽ സർക്കാരും മറ്റു പൊതുസ്ഥാപനങ്ങളും പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ട്. വികസിത രാജ്യങ്ങളിൽ ഇപ്രകാരമുള്ള ചെലവ് മറ്റു രാജ്യങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് വളരെ കൂടുതലായിരിക്കും.

ഇതൊന്നുമല്ലാതെയുള്ള മറ്റു ഭാരിച്ച സാമ്പത്തിക ബാധ്യതയും വികലാംഗത സമൂഹത്തിൽ സൃഷ്ടിക്കുന്നുണ്ട്.

അംഗപരിമിതിയുള്ള കുട്ടികൾ സ്കൂളിൽ പോകാതിരിക്കുകയോ, വളരെ വൈകി സ്കളിൽ എത്തുകയോ അല്ലെങ്കിൽ നേരത്തേ തന്നെ സ്കൂൾ വിട്ട് പോകയോ ചെയ്യും. ഇങ്ങനെ വേണ്ടത്ര വിദ്യാഭ്യാസം ലഭിക്കാതെ ജീവിക്കേണ്ടതായി വരുന്നുവെന്നുള്ളത് തന്നെ സമൂഹത്തിന് ഒരു ബാധ്യതയാകുന്നു. പിൽക്കാലത്ത് അവർക്ക് ലാഭകരമായ തൊഴിലിൽ ഏർപ്പെടാനുള്ള അവസരം ലഭിക്കാതെ പോകുകയും ഒരു വ്യക്തിയിൽ നിന്നും സമൂഹം പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന ഉത്പാദനക്ഷമത നഷ്ടമാകുകയും ചെയ്യുന്നു. ഇമ്മാതിരിയുള്ള പഠനങ്ങളും നമുക്ക് ഇപ്പോൾ ലഭ്യമല്ല.

ആഗോള രോഗഭാരം (Global Burden of Diseases), ലോക ആരോഗ്യ സർവ്വേ (World Health Survey) എന്നിവ കാണിക്കുന്നത് ഉദ്ദേശം നൂറുകോടി ജനങ്ങൾ ലോകത്തിൽ അംഗപരിമിതി അനുഭവിക്കുന്നുണ്ട് എന്നാണ്. ഇതിനർത്ഥം ജനസംഖ്യയുടെ 15% പേർക്ക് ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള വികലാംഗതയുടെ അനുഭവം ഉണ്ട് എന്നാണ്. ഭാരതത്തിൽ ഇത്രയും ഇല്ല എന്ന് പൊതുവെ കരുതപ്പെടുന്നു, ഇതിനു കാരണം ഭിന്നശേഷി എന്ത് എന്നതിൽ ചില പൊതുധാരണകൾ ഉണ്ടാവാത്തതിനാലാവണം.

ഭിന്നശേഷിയെക്കുറിച്ചുള്ള പഠനങ്ങൾക്കും ഗവേഷണങ്ങൾക്കും ഇനിയും സാധ്യതകളേറെയാണ്. അക്കാദമിക് തലത്തിലുള്ള സംവാദങ്ങളും കൂടുതൽ ആശയവിനിമയങ്ങളും ഉണ്ടാകേണ്ടതുണ്ട്. എങ്കിൽ മാത്രമേ സാമൂഹ്യ ജീവിത്തിന്റെ എല്ലാ മേഖലകളിലും ഭിന്നശേഷി പരിമിതപ്പെടുകയും പുനരധിവാസം സാധ്യമാക്കുകയും ചെയ്യാനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് ദിശാബോധവും ഊർജ്ജസ്വലതയും കൈവരിക്കുയുള്ളൂ.

(ശ്രീചിത്ര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് മെഡിക്കൽ സയൻസസിൽ പ്രൊഫസറാണ് ലേഖകൻ)

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് മേഖലയുടെ പ്രാധാന്യം

അഭിലാഷ് പി.ആർ.

അന്താരാഷ്ട്ര നിലവാരത്തിലുള്ള ആരോഗ്യ പരിചരണം ഇന്ന് ഇന്ത്യയിൽ ലഭ്യമാണെന്നുള്ളത് നിസ്തർക്കമാണ്. അതേ സമയം ചികിത്സാ ചെലവുകളിൽ വന്ന ക്രമാതീതമായ വർദ്ധനവ് പലപ്പോഴും സാധാരണ ജനങ്ങൾക്ക് വിദഗ്ധ ചികിൽസ അപ്രാപ്യമാകുന്ന നിലയിലേക്ക് കാര്യങ്ങളെ കൊണ്ടെത്തിച്ചിരിക്കുന്നു. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് എന്നത് പലപ്പോഴും മെച്ചപ്പെട്ട ചികിത്സ ലഭിക്കുന്നതിനും, സാമ്പത്തിക ഭദ്രതയ്ക്കും ഏറെക്കുറെ സായകമായി കണ്ടുവരുന്നുണ്ട്.

എന്താണ് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ്?

ആരോഗ്യ ഇൻഷുൻസ് എന്നാൽ ഒരു വ്യക്തിയും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയും തമ്മിലുള്ള കരാറാണ്. ഈ കരാർ പ്രകാരം, ഒരു വ്യക്തി നൽകുന്ന ഒരു പ്രത്യേക പ്രീമിയത്തിന്, നിർദ്ദിഷ്ട ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നൽകും എന്ന് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ഉറപ്പുനൽകുന്നു.

ഇന്ത്യയിൽ സർവസാധാരണമായുള്ള ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസികൾ, വ്യക്തികളുടെ ആശുപത്രി പ്രവേശനത്തിൽ ഉണ്ടാകുന്ന ചെലവുകളുടെ പരിരക്ഷയാണ്. ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ ആവശ്യവും താത്പര്യവും ആധാരമാക്കി, ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയുടെ ഒരു നിര തന്നെ വിവിധ പ്രോഡക്ടുകളുടെ പേരിൽ വ്യക്തികൾക്ക് ലഭ്യമാക്കുന്നുണ്ട്.

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസിൽ ഒരു പോളിസി കാലയളവിലെ എല്ലാ ക്ലെയിമുകൾക്കും ബാധകമായ പരിധിയിൽ ഇൻഷുർ ചെയ്ത ഓരോ വ്യക്തിക്കും സംഭവിച്ച ന്യായവും ആവശ്യവുമായ ചെലവുകളെയാണ് പരിരക്ഷിക്കുന്നത്. ഒരു പോളിസി കാലയളവിലെ എല്ലാ ക്ലെയിമുകൾക്കും ഇങ്ങനെയാണ് സാധാരണയായി പരിരക്ഷ നൽകുന്നത്. അവയിൽ പ്രധാനമായും ആശുപത്രിയിലെ മുറിവാടക; നഴ്സിങ് ചെലവുകൾ, ഫിസിഷ്യൻ, കൺസൾട്ടന്റ്സ്, സ്പെഷ്യലിസ്റ്റ്സ്, സർജൻ, അനസ്തെറ്റിസ്റ്റ്, എന്നിവർക്കുള്ള ഫീസ്; മരുന്നുകൾ, ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് മെറ്റീരിയൽസ്, അനസ്തേഷ്യ, രക്തം, ഓക്സിജൻ, ഓപ്പറേഷൻ തീയറ്റർ ചാർജുകൾ, എക്സ്റേ, ഡയാലിസിസ്, കീമോതെറാപ്പി, റേഡിയോ തെറാപ്പി, സർജിക്കൽ അപ്ലയൻസസ്, പേസ്മേക്കറിന്റെ വില, കൃത്രിമ അവയവങ്ങളുടെ വില തുടങ്ങി ഒരു വ്യക്തിക്ക് അസുഖം ചികിത്സിച്ച് മാറ്റാൻ ആവശ്യം വേണ്ട ചെലവുകൾ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് വഹിക്കുന്നു.

ആദ്യമായി ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടത്, നാം എടുത്തിരിക്കുന്ന ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി വീട്ടിനടുത്തുള്ള ഹോസ്പിറ്റലിൽ/രോഗി സാധാരണ പോകുന്ന ഹോസ്പിറ്റലിൽ ക്യാഷ്‌ലസ് സൗകര്യം ലഭ്യമാണോ എന്നുള്ളതാണ്. രണ്ട് കുറഞ്ഞ പ്രീമിയത്തിനു കൂടുതൽ സൗകര്യങ്ങൾ ലഭ്യമാണോ എന്നുള്ളതും പരിശോധിക്കേണ്ടതാണ്.

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി എടുക്കുമ്പോൾ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട വസ്തുതകൾ

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പ്ലാനുകളിൽ ഇന്ന് 5,000 മുതൽ 50 ലക്ഷം രൂപയോ അതിലധികമോ ഇൻഷുറൻസ് തുകയ്ക്ക് പോളിസികൾ ലഭ്യമാണ്. ഇങ്ങനെ ഇൻഷുറൻസ് തുക കൂടുന്നതിനനുസരിച്ച് മുറി വാടകയുടേയും മറ്റു ചിലവുകളുടെയും തുകയ്ക്കും വ്യത്യാസം വന്നിട്ടുണ്ട്. ആയതിനാൽ ചെറു പ്രായത്തിൽതന്നെ പര്യാപ്തമായ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്നതാണ് അനുയോജ്യം. പ്രത്യേകിച്ച്, ക്ലെയിം നടത്തിയ ശേഷം ഇൻഷുറൻസ്

തുക വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നത് എളുപ്പമല്ലെന്ന കാരണത്താൽ.

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസിൽ, ഒരു വർഷത്തിൽ കുറവായ കാലപരിധികൾക്ക് പോളിസികൾ നൽകപ്പെടുന്നതല്ല. വിവിധ തരത്തിലുള്ള ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പ്ലാനുകൾ വിപണിയിൽ ലഭ്യമാണ്. അവയെ തിരിച്ചറിഞ്ഞും അവയിലെ നിബന്ധനകളും നിയമങ്ങളും വായിച്ച് മനസ്സിലാക്കിയതിനു ശേഷവും പോളിസിയെടുക്കുന്നതാണ് കൂടുതൽ ഉചിതം. ഇൻഷുറൻസ് ഏജന്റുമാരുടെ കൈയിൽ നിന്ന് പോളിസി വാങ്ങുമ്പോൾ വ്യക്തികൾക്ക് യോജിച്ച ഉത്പന്നങ്ങൾ തന്നെയാണ് ശുപാർശ ചെയ്തിരിക്കുന്നത് എന്ന് ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടത് ഏജന്റുമാരുടെ ചുമതലയാണ്. ഇത് ഇൻഷുറൻസ് ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിനും പോളിസി പുതുക്കുന്നതിനും സഹായിക്കും.

ഓരോ വ്യക്തിയും ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്നതിന് മുൻപ് പോളിസിയിലെ പ്രോസ്പെക്ടസ് നിശ്ചയമായും വായിക്കേണ്ടതും അതിലെ നിബന്ധനകളും പോളിസിയിൽ ഉൾപ്പെടാത്തത് എന്തെന്ന് മനസ്സിലാക്കുകയും വേണം. സാമാന്യമായി വ്യക്തി പോളിസി എടുക്കുന്നതിന് മുൻപുള്ളതായ രോഗങ്ങൾ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിക്ക് കീഴിൽ വരുന്നതല്ല. അങ്ങനെയുള്ള രോഗമോ രോഗാവസ്ഥയോ ആദ്യ പോളിസി എടുത്തതിന് ശേഷമുള്ള 48 മാസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾ കവർ ചെയ്യുന്നതല്ല. അതായത്, തുടർച്ചയായി 48 മാസത്തെ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കു ശേഷം, മുൻപു നിലവിലുള്ള രോഗാവസ്ഥകളെ പ്രതിഫലം നൽകാൻ പരിഗണിച്ചേക്കാം.

ആശുപത്രിയിൽ കിടത്തി ചികിത്സ ആവശ്യമില്ലാത്ത അസുഖങ്ങൾ, ജൻമനായുള്ള ബാഹ്യ തകരാറുകൾ (കൺജെനിറ്റൽ എക്സ്റ്റേണൽ ഡിഫക്ട്സ്) മനപൂർവ്വം സ്വയം പരിക്കേൽപ്പിക്കൽ, ലഹരിപദാർത്ഥങ്ങളുടെ ഉപഭോഗം, മദ്യം, എയ്ഡ്സ്, ഗർഭാവസ്ഥയിലെ സിസേറിയൻ ഉൾപ്പെടെ കുഞ്ഞിനെ പ്രസവിക്കൽ എന്നിവയോട് ബന്ധപ്പെട്ട ചികിത്സ, പ്രകൃതി ചികിത്സ, ദന്തചികിത്സ, ശസ്ത്രക്രിയ, രോഗവുമായി ബന്ധമില്ലാത്ത എക്സ്-റേ അഥവാ ലാബ് പരിശോധനകൾ എന്നിവയ്ക്കായി ആശുപത്രിയിൽ കിടക്കേണ്ടിവരുന്നത്, കോൺടാക്ട് ലെൻസ്, ഹിയറിങ്ങ് എയ്ഡ്സ് എന്നിവയുടെ വില എന്നിവയും പോളിസിയുടെ ആദ്യവർഷത്തിൽ പരിരക്ഷ തുടങ്ങിയ തീയതി മുതൽ ആദ്യത്തെ 30 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ ഇവയ്ക്ക് വേണ്ടി നടത്തുന്ന ക്ലെയിമുകളും പോളിസിയിൽ പരിരക്ഷ നൽകുന്നില്ല. ഇതിൽ നിന്നും അത്യാഹിത പരിക്കുകൾക്കുള്ള ക്ലെയിമുകളെ ഒഴിവാക്കിയിട്ടുണ്ട്. പോളിസി കാലയളവിന്റെ ആദ്യത്തെ അല്ലെങ്കിൽ രണ്ടാമത്തെ പരിരക്ഷയുടെ വർഷത്തിൽ തിമിരം, ഹെർണിയ, ഫിസ്റ്റുല, മൂലക്കുരു, മൂത്രത്തിലെ കല്ല്, ബിനൈൻ പ്രോസ്റ്റാറ്റിക് ഹൈപ്പർ ട്രോഫി ഫൈബ്രോയിഡ്സിനു വേണ്ടിയുള്ള ഹിസ്റ്ററെക്റ്റോമി, എല്ലുകളുടെ തേയ്മാനം, ഹൈഡ്രോ സീൽ, സൈനസൈറ്റിസ് അതുപോലെയുള്ള അനുബന്ധ ചികിത്സകൾക്കു വേണ്ടി നടത്തുന്ന ക്ലെയിമുകളെയും ഒഴിവാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഇവയെല്ലാം പോളിസിയിൽ നിശ്ചയിച്ചിട്ടുള്ള കാലയളവിനു ശേഷം അതായത് ഒരു വർഷമോ രണ്ടു വർഷമോ തുടർച്ചയായി പ്രിമിയം അടച്ചതിനു ശേഷം ഇൻഷുറൻസ് വ്യക്തിക്ക് മറ്റു എക്സ്ട്രാ പ്രിമിയം അടയ്ക്കാതെ തന്നെ കവറേജ് ലഭിക്കുന്നതാണ്.

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസിൽ വ്യക്തികളുടെ പ്രായം അനുസരിച്ചാണ് പ്രിമീയം ഈടാക്കുന്നത്. പ്രായം കൂടുന്നതിനനുസരിച്ച് പ്രിമിയവും കൂടും. അസുഖങ്ങൾ ബാധിക്കുവാനുള്ള സാധ്യതയേറുന്നു എന്നതാണ് കാരണം. പ്രിമിയം നിർണയിക്കുന്നതിനുള്ള മറ്റൊരു പ്രധാന വസ്തുതയാണ് മുൻകാല വൈദ്യകീയ ചരിത്രം. മുൻകാല വൈദ്യകീയ ചരിത്രമില്ലെങ്കിൽ പ്രിമിയം അത്രകണ്ട് കുറവായിരിക്കും. ക്ലെയിം ഇല്ലാത്ത വർഷങ്ങൾ പ്രിമിയം തുക കുറയുവാനുള്ള മറ്റൊരു ഘടകമാണ്. ഇതുമൂലം തുടർന്നുള്ള പ്രിമിയത്തിൽ ഒരു നിശ്ചിത ശതമാനം ഡിസ്കൗണ്ട് ലഭിക്കുന്നതാണ്.

പോളിസി പുതുക്കാൻ കാലഹരണ തീയതി കഴിഞ്ഞ് 30 ദിവസമാണ് നൽകുന്നത്. ഇതിനെ ഗ്രെയ്സ് പിരീഡ് എന്നു പറയുന്നു. ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിക്ക് പ്രിമിയം ലഭിച്ചിട്ടില്ലാത്ത കാലത്തെ പിരിയേഡിനുള്ളിൽ പ്രിമിയം അടച്ചില്ലെങ്കിൽ പോളിസി കാലഹരണപ്പെട്ടു പോകും.

പുതുക്കൽ ആനുകൂല്യങ്ങൾ നഷ്ടപ്പെടാതെ തന്നെ ഒരു പോളിസിയെ ഒരു ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിൽ നിന്ന് മറ്റൊരു കമ്പനിയിലേക്ക് മാറ്റുവാൻ സാധിക്കും. മുൻപത്തെ പോളിസിയിൽ അനുഭവിച്ചു വന്നിരുന്നതും മുൻപു മുതൽ നിലനിൽക്കുന്നതുമായ രോഗാവസ്ഥകൾക്കുള്ള പുതുക്കൽ ക്രെഡിറ്റുകൾ ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട കമ്പനിയിൽ നിന്നും മറ്റൊന്നിലേയ്ക്കും, ഒരു പ്ലാനിൽ നിന്ന് മറ്റൊന്നിലേക്കും പരിവർത്തന സാധ്യത അനുവദിക്കാൻ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾക്ക് അധികാരം കൊടുത്തുകൊണ്ട് IRDA സർക്കുലർ ഇറക്കിയിട്ടുണ്ട്. എങ്കിലും ഈ ക്രെഡിറ്റ് മുൻപത്തെ പോളിസി പ്രകാരമുള്ള ഇൻഷ്യൂർഡ് തുകയോളം പരിമിതപ്പെട്ടിരിക്കും.

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്നതിന്റെ ഗുണങ്ങൾ

ഒരു വ്യക്തിയുടെ പോളിസി കാലയളവിൽ ആശുപത്രി പ്രവേശനങ്ങൾക്ക് ആകെ വരുന്ന ചികിത്സാ ചെലവിൽ ഭാഗികമായോ പൂർണമായോ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസിൽ പരിരക്ഷ ലഭിക്കും. ഒരു നിർദ്ദിഷ്ട കാലയളവിലെ ആശുപത്രി പ്രവേശനം സംബന്ധിച്ച ക്ലെയിമിൽ ആശുപത്രി പ്രവേശനത്തിന് മുൻപുള്ള നിശ്ചിത ദിവസങ്ങളിലും വിടുതൽ ലഭിച്ച തീയതിക്കു ശേഷമുള്ള നിശ്ചിത ദിവസങ്ങളിലും ഉണ്ടായ ചെലവുകളെ ക്ലെയിമിന്റെ ഭാഗമായി പരിഗണിച്ച് പ്രതിദിന ആനുകൂല്യമുള്ള പരിരക്ഷയും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾ നടത്തുന്നുണ്ട്. ഇതിനെ ഹോസ്പിറ്റൽ ഡെയിലി ക്യാഷ് ബെനഫിറ്റ് എന്നു പറയുന്നു. ഇത്തരം ചെലവുകൾ രോഗത്തോട്/അസുഖത്തോട് ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കേണ്ടതും ഇങ്ങനെ ലഭിക്കുന്ന തുക ഇൻഷേർഡ് തുകയിൽ നിന്ന് കുറയാത്തതുമാകുന്നു.

ഒരു നിർദ്ദിഷ്ട അസുഖം നിമിത്തം രോഗനിർണയം നടത്തിയെങ്കിൽ അഥവാ ഒരു നിർദ്ദിഷ്ട നടപടിക്രമത്തിന് വിധേയമാകുന്നുവെങ്കിൽ, ഇൻഷുറൻസ് വ്യക്തിക്ക് ഒരു ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ് ബനിഫിറ്റ് പോളിസി ഒരു നിശ്ചിത തുക നൽകുന്നു. ഒരു നിർണായക രോഗത്തിന്റെ നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ ഉള്ള വിവിധ സാമ്പത്തിക ഭാരങ്ങളെ താങ്ങുവാൻ ഈ തുക സഹായകമാണ്. സാധാരണയായി ഒരിക്കൽ ഈ തുക കൊടുത്താൽ, ഈ പ്ലാൻ പ്രാബല്യത്തിൽ തുടരുന്നത് നിന്നുപോകും. ഒരു നിർദിഷ്ട ശസ്ത്രക്രിയക്ക് വിധേയമാകുമ്പോൾ നിശ്ചിത തുക നൽകുന്ന മറ്റിനം പ്രോഡക്ടുകളും ഉണ്ട്. അതുപോലെ സീനിയർ സിറ്റിസൺസിനും ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി കഴിഞ്ഞവർക്കും പ്രമേഹം ഉള്ളവർക്കും വേണ്ടി മറ്റുതരം പ്ലാനുകളും ഇന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് മേഖലകളിൽ ലഭ്യമാണ്.

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസിൽ ക്യുമുലേറ്റീവ് ബോണസും നൽകിവരുന്നുണ്ട്. ഇതുമൂലം ക്ലെയിം ഇല്ലാത്ത ഓരോ വർഷത്തിനും, ഇൻഷുറൻസ് തുക ഒരു പ്രത്യേക ശതമാനം കണ്ട് പുതുക്കലിന്റെ സമയത്ത് വർദ്ധിക്കുന്നു. സാധാരണയായി 25%, 35%, 50% വെച്ചാണ് കൂടുന്നത്. അതുപോലെ തന്നെ ഒരു ക്ലെയിമെങ്കിലും പോളിസി കാലഘട്ടത്തിൽ വന്നിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അടുത്ത പുതുക്കലിൽ ക്യുമുലേറ്റീവ് ബോണസ് നിശ്ചിത ശതമാനം വെച്ച് കുറയ്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി പ്രകാരം ആശുപത്രിയിൽ കിടക്കേണ്ടി വരുന്ന ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ കാലയളവ് 24 മണിക്കൂർ ആണ്. എങ്കിൽ മാത്രമേ പോളിസി ക്ലെയിം ചെയ്യാൻ അർഹനാകൂ. അത്യാഹിത പരിക്കുകളുടെ ചികിത്സയും ചില പ്രത്യേക ചികിത്സകളും അതായത് 24 മണിക്കൂർ കാലയളവിനുള്ളിൽ ചികിത്സ കഴിഞ്ഞ് വീട്ടിലേക്ക് മടങ്ങാൻ കഴിയുന്ന അവസരങ്ങളിലും (ഉദാഹരണത്തിന് തിമിരത്തിന്റെ ശസ്ത്രക്രിയ, ഡയാലിസിസ്, കീമോതെറാപ്പി തുടങ്ങിയവ) പോളിസിയിലെ വകുപ്പും നിയമവും അനുസരിച്ച് ബാധകമാവണമെന്നില്ല.

ഇൻഷ്യുറൻസ് രണ്ട് വിധത്തിൽ ക്ലെയിം ചെയ്യാം, ആശുപത്രി ചികിത്സകൾ എല്ലാം കഴിഞ്ഞ്

അവയുടെ ഒറിജിനൽ ബില്ലുകളും ചികിത്സയ്ക്ക് വേണ്ടി നടത്തിയ പരിശോധനകളുടെ ഒറിജിനലുകളും ആശുപത്രിയുടെ വിടുതൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റുമായി ഒരു നിർദ്ദിഷ്ട ഫോം പൂരിപ്പിച്ച് ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കേഷനോടുകൂടി ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയെ നേരിട്ട് ഏൽപിച്ച് ക്ലെയിം വാങ്ങിക്കുകയോ ക്യാഷ്ലെസ് സൗകര്യം വഴിയോ ക്ലെയിം വാങ്ങിക്കാം.

ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾക്ക് ഈ രാജ്യത്തുള്ള ആശുപത്രികളുടെ ഒരു ശൃംഖലയുമായി ടൈ-അപ്പ് സംവിധാനങ്ങൾ ഉണ്ട്. ഇൻഷ്യൂർഡ് വ്യക്തി അത്തരം ശൃംഖലയിൽപ്പെട്ട ആശുപത്രികളിൽ നിന്ന് ചികിത്സ എടുക്കുകയാണെങ്കിൽ ഇൻഷുറൻസ് വ്യക്തിക്ക് ആശുപത്രിബില്ലുകൾ അടയ്ക്കേണ്ടതില്ല. ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയോ അതിന്റെ തേർഡ് പാർട്ട് അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റർ (TPA) വഴിയായോ ആശുപത്രിയിലേക്ക് പണമടയ്ക്കുവാൻ ഏർപ്പാട് ചെയ്യും. പോളിസിയിൽ പ്രതിപാദിച്ചിട്ടുള്ള പരിധികൾക്ക് അതീതമായ ചെലവുകൾ അഥവാ പോളിസിയിൽ പരിരക്ഷിതമല്ലാത്ത ഇനങ്ങൾക്ക് വരുന്ന ചെലവുകൾ ഇൻഷുറൻസ് വ്യക്തി ആശുപത്രിയിൽ നേരിട്ട് അടയ്ക്കണം. ക്ലെയിം ഫയൽ ചെയ്ത് സെറ്റിൽ ചെയ്തതിനു ശേഷം സെറ്റിൽമെന്റിൽ കൊടുത്ത തുക പോളിസിയുടെ പരിരക്ഷ കവറേജിൽ നിന്നു കുറയുകയും ചെയ്യും. ഏതെങ്കിലും പോളിസിയിൽ ഒരു നിർദ്ദിഷ്ട പരിധി നിശ്ചയിച്ചിട്ടില്ലാത്ത പക്ഷം പോളിസി കാലഘട്ടത്തിൽ എത്ര ക്ലെയിം വേണമെങ്കിലും അനുവദിക്കാവുന്നതാണ്. എങ്കിലും പോളിസി പ്രകാരം ഏറ്റവും കൂടിയ പരിധി ഇൻഷുർഡ് തുകയും ക്യുമുലേറ്റീവ് ബോണും കൂടി ചേരുന്ന തുകയായിരിക്കും.

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസും സാമ്പത്തിക ഭദ്രതയും

പോളിസിയുടെ തെരഞ്ഞെടുപ്പുകളിൽ ഫാമിലി ഫ്ളോട്ടർ പോളിസി മുഖ്യമായ പങ്കുവഹിക്കുന്നു. ഒരു വ്യക്തിയുടെയും കുടുംബത്തിന്റെയും ആശുപത്രി പ്രവേശന ചെലവുകൾ നടത്തുന്ന ഒരു സിംഗിൾ പോളിസിയാണ് ഫാമിലി ഫ്ളോട്ടർ. ഈ പോളിസിക്ക് ഒരു സിംഗിൾ ഇൻഷുറൻസ് തുക ഉണ്ടായിരിക്കും.

അതിനെ ഇൻഷ്യൂർഡ് വ്യക്തികൾക്ക് ഏത് അനുപാതത്തിലും അഥവാ ഇൻഷൂർഡ് പോളിസി തുകയുടെ മൊത്തം പരിധിക്ക് വിധേയ ഏതു തുകയിലും ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്. പലപ്പോഴും വെവ്വേറെ പോളിസികൾ വാങ്ങുന്നതിനെക്കാൾ നല്ലത് ഫാമിലി ഫ്ളോട്ടർ പ്ലാൻസ് ആണ്. പെട്ടെന്ന് അസുഖം ബാധിക്കൽ, ശസ്ത്രക്രിയ, അത്യാഹിതം എന്നിവയുടെ സമയത്ത് എല്ലാ ചികിത്സാ ചെലവുകളും ഫാമിലി ഫ്ളോട്ടർ പ്ലാൻസ് കൊടുക്കുന്നു.

ചില ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസികൾ സാമാന്യ ആരോഗ്യ പരിശോധനക്കുവേണ്ടിയുള്ള പണം കൊടുക്കുന്നുണ്ട്. ഇത് സാധാരണയായി മൂന്ന് അല്ലെങ്കിൽ നാല് വർഷത്തിൽ ഒരിക്കലാണ്. ഇതിനെ ഹെൽത്ത് ചെക്കപ്പ് ബെനിഫിറ്റ് എന്നു പറയുന്നു.

ഇന്ന് ഇന്ത്യയിൽ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസിനോടൊപ്പം ആകർഷകമായ നികുതി ആനുകൂല്യവും ലഭ്യമാണ്. ഇപ്പോൾ ക്യാഷ് അല്ലാതെ ഏത് പേമെന്റ് രീതിയിലും പോളിസി വാങ്ങുന്ന ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസിന്റെ ഉപഭോക്താക്കൾക്ക് അവരുടെ ടാക്സബൾ ആദായത്തിൽ വർഷത്തിൽ 25,000/- രൂപ വരെ വാർഷിക കിഴിവ് ലഭിക്കും. ഈ തുക തനിക്കു വേണ്ടിയോ ജീവിതപങ്കാളിക്കു വേണ്ടിയോ അല്ലേങ്കിൽ ആശ്രിതരായ കുട്ടികൾക്കു വേണ്ടിയോ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്നതിനായി ചെലവഴിച്ചതാകാം. ഈ കിഴിവ് സീനിയർ സിറ്റിസൺസിനു 30,000/- രൂപ വരെ ലഭിക്കും.

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് സംബന്ധമായ പരാതികൾക്കുള്ള പരിഹരിഹാരം

ഇൻഷുറൻസ് സംബന്ധമായ പരാതികൾക്കും രജിസ്ട്രേഷനും ട്രാക്കിംഗിനും വേണ്ടി ഒരു ഓൺലൈൻ സിസ്റ്റം ഇൻഷുറൻസ് റെഗുലേറ്ററി ഡെവലപ്മെന്റ് അതോറിറ്റിയുടെ (IRDA) കൺസ്യൂമർ അഫെയേഴ്സ് ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റിൽ ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഉപഭോക്താക്കളുടെ പരാതി കമ്പനിയിൽ ആദ്യം രജിസ്റ്റർ ചെയ്യണം. കമ്പനി നടത്തിയ നിവാരണത്തിൽ തൃപ്തനല്ലെങ്കിൽ www.igms.irda.gov.inൽ പ്രവേശിച്ച് IGMS വഴിയായി പരാതി IRDAയിലേക്ക് അയയ്ക്കാം. ഇൻഷുററുടെ ഗ്രീവൻസ് സിസ്റ്റവുമായി ഉപഭോക്താക്കൾക്ക് നേരിട്ട് ബന്ധപ്പെടുവാൻ കഴിയുന്നില്ലെങ്കിൽ, പരാതി ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിൽ രജിസ്റ്റർ

ചെയ്യുന്നതിനായി ഉപഭോക്താവിന് ഗേറ്റ് വേ കൂടി IGMS നൽകുന്നു.

ഇ-മെയിൽ (complaints@irda.gov.in), തപാൽ (കൺസ്യൂമർ അഫയേഴ്സ് ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റ്, ഇൻഷുറൻസ് റെഗുലേറ്ററി ആൻഡ്, ഡെവലപ്മെന്റ് അതോറിറ്റി - 3-ാം നില, പരിശ്രം ഭവൻ, ബഷീർബാഗ്, ഹൈദരാബാദ്-4) IRDRA ടോൾഫ്രീ നമ്പർ (155255) ഫോൺകോളിലൂടെയും ഇൻഷുറൻസ് സംബന്ധമായ എല്ലാ പരാതികളും രജിസ്റ്റർ ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

IRDAയിൽ പരാതി രജിസ്റ്റർ ചെയ്താൽ, ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിൽ അതിനെ ഉന്നയിച്ചുകൊണ്ട് പരാതിയിൻമേൽ തീർപ്പുണ്ടാക്കുന്നു. പരാതി പരിഹരിക്കുന്നതിന് കമ്പനിക്ക് 15 ദിവസം നൽകും. ആവശ്യമെങ്കിൽ IRDA അന്വേഷണങ്ങളും പരിശോധനകളും നടത്തും. കൂടാതെ ബാധകമായിടത്തെല്ലാം, റീഡ്രെസ്സൽ ഓഫ് പബ്ലിക് ഗ്രീവൻസ് റൂൾസ് 1998ന്റെ നിബന്ധനകൾ പ്രകാരം ഇൻഷുറൻസ് ഓംബുഡ്സ്മാനെ സമീപിക്കുന്നതിന് ഉപഭോക്താക്കളെ IRDA ഉപദേശിക്കാറുണ്ട്.

മനുഷ്യജീവിതത്തിലെ അനിശ്ചിതത്വം കൊണ്ടുള്ള ആശങ്കകളും പേറിയാണ് നാമോരോരുത്തരും ഓരോ ദിവസവും, ഓരോ മണിക്കൂറും എന്തിന് ഒരുനിമിഷം പോലും പിന്നിടുന്നത്. പ്രായഭേദമോ, ധനിക-ദരിദ്ര വ്യത്യാസമോ ഇല്ലാതെ ഏതവസരത്തിലും അപകടമോ രോഗമോ അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റുദുരിതങ്ങളോ നമ്മെ തേടിയെത്തിയേക്കാം. ആശുപത്രികൾ സുലഭമായുണ്ടെങ്കിലും അവ ഈടാക്കുന്ന ഭീമമായ ചികിത്സാചെലവ് നമ്മളിൽ എത്രപേർക്ക് താങ്ങാനാകും? ഒട്ടുമിക്ക അകാലമരണങ്ങൾക്കും മാറാ വ്യാധികൾക്കും മറ്റു കാരണങ്ങൾ തേടിപ്പോകേണ്ടതുണ്ടോ? എന്നാൽ ഇത്തരം പ്രതിസന്ധി ഘട്ടങ്ങളിൽ നമ്മുടെ ജീവന് താങ്ങും തണലുമാകാൻ കഴിയുന്നവയാണ് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതികൾ. ആരോഗ്യമുള്ള വ്യക്തി, ആരോഗ്യമുള്ള കുടുംബം, ആരോഗ്യമുള്ള സമൂഹം - അതാണ് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസികൾ നമുക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്യുന്നത്.

(സ്റ്റാർഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസിലെ ക്ലെയിം വിഭാഗം ഡെപ്യൂട്ടി മാനേജരാണ് ലേഖകൻ)

വിജ്ഞാനപാത

പ്രധാനമന്ത്രി വിള ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി

പ്രകൃതിദുരന്തങ്ങൾ മൂലവും, കമ്പോളത്തിലെ വിലയിടിവു മൂലവും രാജ്യത്തെ കർഷകർ അനുഭവിക്കുന്ന സാമ്പത്തിക ഭദ്രതക്കുറവിന് പരിഹാരമായി കേന്ദ്ര സർക്കാർ നടപ്പിലാക്കിയ പുതിയ പദ്ധതിയാണ് പ്രധാനമന്ത്രി വിള ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി.

പ്രധാന സവിശേഷതകൾ

- വിള ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതികളിൽ സർക്കാരിന്റെ ഏറ്റവും വലിയ സഹായ വാഗ്ദാനമാണ് ഇത്.
- ഇതുവരെയുള്ള ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ പ്രീമിയം തുക കർഷകർ അടച്ചാൽ മതി.
- ധാന്യവിളകൾ, പയർവർഗങ്ങൾ, എണ്ണക്കുരു തുടങ്ങിയവയ്ക്ക് ജില്ലാ അടിസ്ഥാനത്തിലും വിള അടിസ്ഥാനത്തിലുമുണ്ടായിരുന്ന തുക വ്യതിയാനം ഇനി മുതൽ നിലവിലില്ല.
- ഇൻഷുറൻസ് തുകയ്ക്ക് ഉയർന്ന പരിധി ഉണ്ടാകുന്നതല്ല. ആയതിനാൽ നഷ്ടപരിഹാര തുകയിൽ കുറവുണ്ടാകുകയില്ല എന്നതിനൊപ്പം സമ്പൂർണ്ണ സുരക്ഷയും ഉറപ്പുവരുത്തുന്നു.
- വെള്ളം കയറി ഉണ്ടാകുന്ന നാശത്തിനെ, പ്രാദേശിക നാശനഷ്ടത്തിന്റെ ഇനത്തിൽ ആദ്യമായി ഉൾപ്പെടുത്തി.
- വിളവെടുപ്പിനു ശേഷമുണ്ടാകുന്ന ചുഴലിക്കാറ്റ്, കാലം തെറ്റി പെയ്യുന്ന മഴ എന്നിവ പ്രാദേശിക നഷ്ടത്തിന്റെ ഇനത്തിൽ ഉൾപ്പെടുത്തി.
- നാശനഷ്ടങ്ങൾ കൃത്യമായി വിലയിരുത്തുവാനും ഉടനടി സഹായമെത്തിക്കുവാനുമായി ആദ്യമായി മൊബൈൽ-സാറ്റലൈറ്റ് സാങ്കേതിക വിദ്യ ഉപയോഗിക്കുന്നു.

നഗരാസൂത്രണം: ചെന്നൈ പ്രളയം നൽകുന്ന പാഠങ്ങൾ

ഡോ. താര കെ.ജി

2015 നവംബർ മാസത്തിൽ ചെന്നൈ നഗരത്തിൽ 1049 മി.മീ മഴയാണ് പെയ്തത്. 24 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ നഗരത്തിലെ പലഭാഗത്തും മഴവെള്ളം പൊങ്ങി. ഓരോ വർഷവും വടക്കു-കിഴക്കൻ മൺസൂൺ കാലത്ത് ആകെ കിട്ടിക്കൊണ്ടിരുന്നത് ശരാശരി 140 സെ.മീ മഴയായിരുന്നു. ഒരു കൊല്ലത്തിൽ പെയ്യുന്ന മഴയുടെ ഏഴ് ഇരട്ടി മഴയാണ് ഒരു മാസത്തിനുള്ളിൽ ചെന്നൈ നഗരത്തിൽ പെയ്തിറങ്ങിയത്. തമിഴ്നാട്, ആന്ധ്രാപ്രദേശ്, കേന്ദ്രഭരണ പ്രദേശമായ പുതുചേരി എന്നിവിടങ്ങളിൽ പെയ്ത അഭൂതപൂർവ്വമായ ഈ മഴയിൽ 400 ഓളം ജീവനുകളാണ് പൊലിഞ്ഞത്. 18 ലക്ഷത്തോളം ആളുകൾക്ക് കിടപ്പാടം നഷ്ടപ്പെട്ടു. മൊത്തം നാശനഷ്ടം 15 ബില്ല്യൺ ഡോളർ; അതായത് ഏകദേശം 1 ലക്ഷം കോടി രൂപ! ചെന്നൈയിൽ മാത്രം 50,000 കോടി രൂപയുടെ നഷ്ടമുണ്ടായി എന്നാണ് കണക്കുകൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നത്.

എന്താണ് ഈ വെള്ളപ്പൊക്കത്തിനു കാരണം ?

1. കാലാവസ്ഥാവ്യതിയാനം

ഓരോ കൊല്ലവും, അതാതു പ്രദേശങ്ങളിൽ കിട്ടുന്ന മഴയുടെ അളവ്, ശരാശരി കിട്ടുന്ന മഴയുടെ അളവിനേക്കാൾ കൂടിയോ, കുറഞ്ഞോ ഇരിയ്ക്കാം. എന്നാൽ, വർഷങ്ങളോളം കാലാവസ്ഥാ ഘടകങ്ങളുടെ സൂചിക, ദേശീയ ശരാശരിയേക്കാൾ കൂടുതലോ, കുറവോ സ്ഥിരമായി രേഖപ്പെടുത്തുമ്പോഴാണ് അതിനെ കാലാവസ്ഥാവ്യതിയാനം എന്നു വിളിക്കുന്നത്. അഗ്നിപർവ്വതസ്ഫോടനങ്ങൾ, കടലും അന്തരീക്ഷവും തമ്മിലുള്ള പരസ്പരകൈമാറ്റങ്ങൾ, തുടങ്ങിയ സ്വാഭാവികമായ കാരണങ്ങൾക്കു പുറമേ, മനുഷ്യന്റെ ഇടപെടലുകൾ കാരണം പണ്ടത്തേതിനേക്കാൾ കൂടുതൽ ഹരിത ഗൃഹവാതകങ്ങൾ അന്തരീക്ഷത്തിൽ കലർന്നു കൊണ്ടേയിരിക്കുന്നു. ഇത്തരം വാതകങ്ങളുടെ അളവ് കൂടുന്തോറും കാലാവസ്ഥയിൽ വൻ മാറ്റങ്ങളാണ് ഉണ്ടായിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നത്.

ഹരിതഗൃഹവാതകങ്ങളുടെ മുഖ്യസ്രോതസ് പെട്രോൾ, കൽക്കരി, പ്രകൃതിവാതകം തുടങ്ങിയ ഇന്ധനങ്ങളുടെ വ്യാപക ഉപഭോഗമാണ്. ഇത്തരം ഇന്ധനങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുന്ന വാഹനങ്ങളുടെ എണ്ണത്തിൽ തമിഴ്നാട് ഏഴാം സ്ഥാനത്തും, കേരളം പതിനൊന്നാം സ്ഥാനത്തുമാണ്. ഇന്ത്യയിൽ, വാഹനങ്ങളുടെ എണ്ണം കഴിഞ്ഞ വർഷത്തേതിനേക്കാൾ 8.68 ശതമാനമാണ് വർദ്ധിച്ചത്.

സിമന്റിന്റെ വ്യാപക ഉത്പാദനം, വന നശീകരണം, വ്യവസായശാലകളിൽ നിന്ന് പുറന്തള്ളുന്ന ഹൈഡ്രോഫ്ളൂറോ കാർബൺ, സൾഫർ ഹെക്സാഫ്ളൂറൈഡ്, ഖരമാലിന്യങ്ങൾ ചീഞ്ഞളിയുമ്പോൾ പുറത്തുവരുന്ന മീഥേൻ പോലുള്ള വാതകങ്ങൾ, പ്ലാസ്റ്റിക് തുടങ്ങിയ ഖരമാലിന്യങ്ങൾ കത്തിക്കു

മ്പോഴും എയർകണ്ടീഷണറുകൾ ഉപയോഗിക്കു മ്പോഴും പുറംതള്ളുന്ന വാതകങ്ങൾ, എന്നിവയും ഹരിതഗൃഹവാതകങ്ങളുടെ അളവു കൂടാൻ കാരണ മാകുന്നു. ഇപ്രകാരം പുറന്തള്ളുന്ന ഹരിത ഗൃഹവാ തകങ്ങളുടെ ആധിക്യം മൂലം ഭൂമിയുടെ ചൂട് കൂടുകയും മഴയുടെ അളവിലും മറ്റും വലിയ മാറ്റങ്ങൾ ഉണ്ടാവുകയും ചെയ്യുന്നു. ഇന്ത്യൻ കടലോരത്ത് അടിയ്ക്കുന്ന ചുഴലിക്കാറ്റിന്റെ ശക്തി വളരെയേറെ വർദ്ധിക്കാനും ഇത് ഇടയാക്കും. ചെന്നൈയിൽ പെയ്ത അഭൂതപൂർവ്വമായ മഴയുടെ ഒരു കാരണം കാലാവസ്ഥയിൽ ഉണ്ടായ ഈ മാറ്റമാണ്.

2. വൻതോതിലുള്ള നഗരവത്ക്കരണം

ജനസംഖ്യയുടെ കാര്യത്തിൽ ഇന്ത്യ ലോകത്ത് രണ്ടാം സ്ഥാനത്താണ്. ജനസംഖ്യാവർദ്ധനവിൽ തമിഴ്നാട് ആറാം സ്ഥാനത്തും കേരളം പതിമൂന്നാം സ്ഥാനത്തുമാണ്. 2001 നും 2011 നും ഇടയി ലുള്ള കാലയളവ് എടുത്താൽ, 15.6% വർദ്ധനയാണ് തമിഴ്നാട്ടിലെ ജനസംഖ്യയിൽ ഉണ്ടായത്. കേരളത്തിലാകട്ടെ, 4.9 ശതമാനവും. ചെന്നൈ നഗരത്തിലെ ആകെ ജനസാന്ദ്രത ഒരു ചതുരശ്ര കി.മീറ്ററിൽ 5922 പേർ ആണ്. ലോകത്തിലെ നഗരവത്ക്കരണത്തിന്റെ തോത് ഏകദേശം 5 ശതമാനം മാത്രമാണെങ്കിൽ ഇന്ത്യയിൽ ഇത് 9 ശതമാനമാണ്. കേരളത്തിലാകട്ടെ, നഗരവത്ക്കരണ ത്തിന്റെ തോത് ആഗോളനിരക്കിനേക്കാൾ മൂന്നിരട്ടി (15 ശതമാനം) ആണ്. 300 ലക്ഷം തൊഴിലാളികളും 2000 കോടി രൂപയുടെ ആസ്ഥിയുമുള്ള ഇന്ത്യയിലെ നിർമ്മാണമേഖലയിലാണ് വികസന പ്രവർത്തനങ്ങ ളുടെ 40 ശതമാനം മുതൽമുടക്കും ഉള്ളത് എന്നതും ശ്രദ്ധേയമാണ്.

എന്താണ് നഗവത്ക്കരണവും വെള്ളപ്പൊ ക്കവും തമ്മിലുള്ള ബന്ധം?

ലോകത്തിലെ ഏറ്റവും ജനസാന്ദ്രതയേറിയ പട്ടണങ്ങളിൽ ഒന്നാണ് ചെന്നൈ. നഗരങ്ങളിലെ ജനസംഖ്യ വർദ്ധിക്കുന്തോറും താമസത്തിനും, ഗതാഗതത്തിനും, വ്യവസായത്തിനും ഒക്കെ കൂടുതൽ സ്ഥലം ആവശ്യമായി വരും. ഇത്തരം ആവശ്യങ്ങൾക്കായി, കൃഷിക്ക് ഉപയോഗയോഗ്യമായ ഭൂമിയും കുളങ്ങളും ജലാശയങ്ങളും വനഭൂമിയും ഒക്കെ നികത്തേണ്ടി വരുന്നു.

പട്ടണങ്ങൾ ഗ്രാമങ്ങളേക്കാൾ കൂടുതൽ ഊർജ്ജം ഉപയോഗിക്കുന്നവയാണ്. പട്ടണങ്ങളിൽ ഗ്രാമങ്ങളിലുള്ളതിനേക്കാൾ കൂടുതൽ വ്യവസായങ്ങ ളും, വാഹനങ്ങളും മാലിന്യവും ഉണ്ടായിരിക്കും. കൂടുതൽ ഊർജ്ജം ഉപയോഗിക്കുമ്പോഴും വാഹന ങ്ങൾ പെരുകുമ്പോഴും, നിർമ്മാണ പ്രവർത്തന ങ്ങൾക്കായി വയലുകളും ചതുപ്പുനിലങ്ങളും കാടുകളും തണ്ണീർതടങ്ങളും കണ്ടൽക്കാടുകളും നികത്തുമ്പോഴും ഭൂമിയുടെ ചൂട് കൂടിക്കൊണ്ടേയി രിക്കും. ഇത് കാലാവസ്ഥാവ്യതിയാനത്തിന് ആക്കം കൂട്ടുന്നു. കാലംതെറ്റിയും, ക്രമാതീതമായ തോതിലും മഴ പെയ്യുന്നതിനും, മഴയില്ലാത്ത സമയത്ത് കഠിനമായ വരൾച്ച ഉണ്ടാകുന്നതിനും ഇത് വഴിതെളിയിക്കും.

അന്തരീക്ഷത്തിന്റെ ചൂട് വർദ്ധിക്കുന്തോറും സമുദ്രജലം വികസിച്ച് സമുദ്രത്തോട് അടുത്തു കിടക്കുന്ന തമിഴ്നാട്, കേരളം, ആന്ധ്രാപ്രദേശ് തുടങ്ങിയ സംസ്ഥാനങ്ങളിലെ കടലോര പ്രദേശങ്ങളിൽ വെള്ളപ്പൊക്കം ഉണ്ടാക്കും. കടൽ ചൂടാകുമ്പോൾ, ചൂടുള്ള നീരാവിയാണ് പുറത്തു വരിക. ചൂടുള്ള നീരാവിയിൽ കൂടുതൽ ഈർപ്പം തങ്ങിനിൽക്കും. കൂടുതൽ ശക്തിയേറിയ മഴയുണ്ടാകാൻ ഇതും ഒരു കാരണമാണ്. സമുദ്രത്തിലെ ജലം ചൂടുപിടിച്ച് മുകളിലേക്ക് ഉയരുമ്പോൾ ന്യൂനമർദ്ദ മേഖലകൾ കൂടുതലായി സൃഷ്ടിക്കപ്പെടാനും ചുഴലിക്കാറ്റിന്റെ ആവൃത്തി അഥവാ ഫ്രീക്വൻസി കൂടാനും ഇടയുണ്ട്. ചുഴലിക്കാറ്റുകൾ ശക്തമായ മഴയും, കാറ്റും ഉണ്ടാക്കുന്നതിനു പുറമെ കടൽജലം കയറി വന്ന് വെള്ളപ്പൊക്കം ഉണ്ടാക്കാനും ഇടയാക്കും.

3. ചതുപ്പുനിലങ്ങൾ, പാടങ്ങൾ എന്നിവയുടെ നികത്തൽ

1980കളിൽ ചെന്നൈ നഗരത്തിൽ, 650 പാടങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നത് ഇപ്പോൾ 27 ആയി ചുരുങ്ങി എന്നാണ് റിപ്പോർട്ട്. കുളങ്ങൾ, ചതുപ്പുനിലങ്ങൾ, പാടങ്ങൾ എന്നിവ നമ്മുടെ കാലാവസ്ഥ ക്രമീകരിക്കുന്നതിലും ദുരന്തങ്ങൾ ഒഴിവാക്കുന്നതിലും വലിയ പങ്ക് വഹിക്കുന്നുണ്ട്. മഴ

പെയ്യുമ്പോൾ അധികമുള്ള വെള്ളം ഒരു പരിധിവരെ ഇത്തരം കുളങ്ങളിലും ജലാശയങ്ങളിലും സംഭരിച്ചു വയ്ക്കപ്പെടും. ഒരു ഹെക്ടർ വിസ്തൃതിയുള്ള പാടത്തിന് 3000 ലിറ്റർ വെള്ളം വരെ സംഭരിക്കാൻ ആകും. ഒരു ചതുരശ്ര കി.മീ വനം, 30000 ഘന കി.മീറ്റർ വെള്ളം തടഞ്ഞു നിറുത്തും.

തമിഴ്നാട്ടിലെ വേളാച്ചേരി എന്ന സ്ഥലത്ത് 5500 ഓളം ഹെക്ടർ ചതുപ്പുനിലവും പാടങ്ങളും നികത്തിയാണ് വലിയ ഷോപ്പിംഗ് കോംപ്ലക്സുകൾ നലവിൽ വന്നത്. പള്ളിക്കരണൈ എന്ന സ്ഥലത്തെ ചുതുപ്പുനിലം നികത്തി ഐ.റ്റി കോറിഡോറും വന്നു. ഇവിടങ്ങളിലെ വീടുകളാണ് കൂടുതൽ വെള്ളത്തിലായത്. ജലപാതകളും ഓടകളും മറ്റും കയ്യേറിയും, തടാകങ്ങൾ നികത്തിയും, കെട്ടിട സമുച്ചയങ്ങൾ പൊന്തിവന്നു. 1980 കളിൽ ചെന്നൈ, കാഞ്ചീപുരം, തിരുവള്ളൂർ ജില്ലകളിലെല്ലാം കൂടി 3600 തടാകങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നത് ഇപ്പോൾ 3000 ആയി ചുരുങ്ങി. നിലവിലുണ്ടായിരുന്ന തടാകങ്ങളുടെ വിസ്തൃതി അനധികൃത കയ്യേറ്റം കാരണം 1130 ഹെക്ടറിൽ നിന്ന് 645 ഹെക്ടറായി ചുരുങ്ങി.

നദിയുടെ ഇരുകരകളിലും വെള്ളം കയറാൻ സാദ്ധ്യതയുള്ള പ്രദേശങ്ങളെയാണ് 'ഫ്ളഡ് പ്ലെയ്ൻ' എന്നു പറയുന്നത്. രൂക്ഷമായ വെള്ളപ്പൊക്കം അനുഭവപ്പെട്ട സൈദാപ്പെട്ടിലും മറ്റും നിർമ്മാണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തിയിരിക്കുന്നത് ഇത്തരം ഫ്ളഡ് പ്ലെയിനുകളിലാണ്. നദിയിൽ നിന്ന് 200 മീറ്റർ ദൂരത്തിൽ വലിയ നിർമ്മാണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ പാടില്ല എന്ന കേന്ദ്രനിയമം നിലവിലുള്ളപ്പോഴാണ് കേരളം ഉൾപ്പെടെയുള്ള സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ അനധികൃതമായി സ്വകാര്യ ടൂറിസ്റ്റു കേന്ദ്രങ്ങളും, സർക്കാർ ഓഫീസുകളും, മറ്റ് കെട്ടിട സമുച്ചയങ്ങളും പണിത് ഉയർത്തുന്നത്.

ചെന്നൈയിലെ വേളാച്ചേരിയിലെ എം.ഐ.ഒ.റ്റി (MIOT) എന്ന സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ആശുപത്രി പണിതുയർത്തിയിട്ടുള്ളത്, അവിടെയുണ്ടായിരുന്ന ചതുപ്പുനിലം നികത്തിയിട്ടാണ്. ഇത്തവണത്തെ വെള്ളപ്പൊക്കത്തിൽ അഡയാർ നദിയിൽ നിന്നുള്ള വെള്ളം കയറി ഈ സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ആശുപത്രിയുടെ താഴത്തെ നില മുഴുവനും വെള്ളത്തിനടയിലായി. വൈദ്യുതിബന്ധം വിച്ഛേദിക്കപ്പെട്ടു, ജനറേറ്ററും കേടായി. അത്യാസന്നനിലയിൽ ഉണ്ടായിരുന്ന 18 രോഗികൾ ഓക്സിജൻ കിട്ടാതെ പിടഞ്ഞു മരിച്ചു. ഇതിൽ, ഒരു വയസ്സുള്ള 'ജൂഡ് ഇമാനുവേൽ' എന്ന കുഞ്ഞും ഉൾപ്പെടുന്നു. ഡോക്ടർമാരും, രോഗികളും രണ്ടോ മൂന്നോ ദിവസം ഭക്ഷണവും വെള്ളവും കിട്ടാതെ ഈ ആശുപത്രി യിൽ കുടുങ്ങിപ്പോയി.

ചെന്നൈ മെട്രോപൊളിറ്റൻ ഡവലപ്മെന്റ് അതോറിറ്റിയുടെ കണക്കുപ്രകാരം 1,50,000 അനധി കൃത കെട്ടിടങ്ങൾ ചെന്നൈ നഗരത്തിലുണ്ട്. പാടങ്ങളും ചതുപ്പുനിലങ്ങളും കുളങ്ങളും മറ്റും നികത്തി വിമാനത്താവളവും ഫ്ളാറ്റ് സമുച്ചയങ്ങളും കെട്ടുന്നത് പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്ന വികസന നയ ത്തിന് കടിഞ്ഞാണിട്ടില്ലെങ്കിൽ നമ്മളേയും ഇതുപോലുള്ള ദുരന്തം ബാധിക്കും എന്നത് തീർച്ചയാണ്.

4. നഗരാസൂത്രണത്തിലെ പിഴവുകൾ

ജനസംഖ്യാ വർദ്ധനവിന് ആനുപാതികമായി കെട്ടിടങ്ങളുടേയും, റോഡുകളുടേയും മറ്റും നിർമ്മാണപ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തുമ്പോൾ മഴ പെയ്താൽ വെള്ളം താഴ്ന്നു പോകാനുള്ള പാടങ്ങൾ, ജലാശയങ്ങൾ, ചതുപ്പുനിലങ്ങൾ എന്നിവ നിർബന്ധ മായും ഉറപ്പുവരുത്തണം. കൂടാതെ, പ്രളയജലം ഒഴുകിപ്പോകാൻ പ്രത്യേകം ചാലുകളും ഓടകളും, ഡ്രെയ്നേജ്, സ്വിവറേജ് സംവിധാനങ്ങളും, ഓവു ചാലുകളും (storm water drains) വേണം. ഓരോ നഗരത്തിനും അതാതു സ്ഥലത്തിന്റെ പരിമിതിക്കക ത്തുള്ള ജനസംഖ്യ ഉൾക്കൊള്ളുന്ന രീതിയിൽ ശാസ്ത്രീയമായ ആസൂത്രണം നടത്തേണ്ടതുണ്ട്. താമ്പരം, ശ്രീപെരുമ്പതൂർ തുടങ്ങിയ സ്ഥലങ്ങളിൽ യാതൊരുവിധ ദീർഘവീക്ഷണവും ശാസ്ത്രീയ വിശകലനവും ഇല്ലാതെയാണ് വികസന പ്രവർത്ത നങ്ങൾ നടന്നത്. വെള്ളപ്പൊക്കത്തിൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ നഷ്ടമുണ്ടായതും ഇത്തരം പ്രദേശങ്ങളി ലാണ്.

ഓരോ നഗരത്തിലേയും വികസനം ആസൂത്രണം ചെയ്യുമ്പോൾ അതത് സ്ഥലത്ത് പെയ്യാൻ സാദ്ധ്യതയുള്ള മഴയുടെ അളവ് എത്രയാണ്?, എത്ര അളവ് വെള്ളത്തിന് താഴ്ന്നു

പോകാൻ സാധിക്കും?, മണ്ണിന്റെ ഘടന എന്താണ്? എന്നീ പഠനങ്ങൾ നടത്തേണ്ടതുണ്ട്. അധികമുള്ള വെള്ളം ഒഴുകിപ്പോകാൻ പര്യാപ്തമായ രീതിയിൽ ഓടകളും ചാലുകളും കെട്ടുകയും വേണം. ഇത് കാലാനുസൃതമായി പരിഷ്ക്കരിക്കാനും ശ്രദ്ധിക്കണം. കേരളത്തിലെ മിക്ക നഗരങ്ങളുടേയും നഗരാസൂത്രണ മാസ്റ്റർ പ്ലാനുകൾ കാലാനുസൃതമായി പരിഷ്ക്കരിച്ചില്ലെങ്കിൽ ചെന്നൈയിലുണ്ടായ അതേ ദുരന്തം ഇവിടെയും പ്രതീക്ഷിക്കാം.

5. ശാസ്ത്രീയമായ ഖരമാലിന്യസംസ്കരണ സംവിധാനങ്ങൾ

വ്യക്തമായ ഖരമാലിന്യ സംസ്കരണ സംവിധാനങ്ങൾ ഇല്ലാത്ത നഗരങ്ങളിലെ ജനങ്ങൾ ഓടകളിൽ പ്ലാസ്റ്റിക്കും മറ്റ് ഖരമാലിന്യങ്ങളും നിക്ഷേപിച്ച് അവയെ ഉപയോഗശൂന്യമാക്കാറുണ്ട്. മഴക്കാലത്ത് വെള്ളപ്പൊക്കമുണ്ടാകാൻ ഒരു പ്രധാനകാരണം ഇതാണ്.

ചെന്നൈ നഗരത്തിൽ 4500 ടൺ മാലിന്യമാണ് പ്രതിദിനം ഉണ്ടാക്കപ്പെടുന്നത്. ഖരമാലിന്യ നിർമ്മാർജ്ജനത്തിന് മതിയായ സംവിധാനങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നില്ല എന്നതും നിലവിലുണ്ടായിരുന്ന ഓടകൾ പ്ലാസ്റ്റിക്കും മറ്റും ഇട്ട് അടഞ്ഞുപോയി എന്നതും വെള്ളപ്പൊക്കത്തിന്റെ രൂക്ഷത കൂട്ടി. കേരളത്തിലും സ്ഥിതി വ്യത്യസ്തമല്ല. അശാസ്ത്രീയവും അപര്യാപ്തവുമായ ഓടകളും പ്രളയജലം ഒഴുകി പോകാൻ പ്രത്യേക ചാലുകൾ ഇല്ലാത്തതും കാരണമാണ് തലസ്ഥാന നഗരിയിലെ തമ്പാനൂരിൽ ചെറിയ മഴ പെയ്യുമ്പോൾ തന്നെ നഗരം മുഴുവനും വെള്ളത്തിലാകുന്നത്.

6. ദുരന്തനിവാരണ പ്രവർത്തനങ്ങളിലെ പോരായ്മ

പ്രളയം ബാധിച്ച ചെന്നൈയിൽ രക്ഷാപ്രവർത്തനങ്ങൾ ഏകോപിപ്പിക്കാൻ ഒരു സംവിധാനവും ഉണ്ടായിരുന്നില്ല. വെള്ളപ്പൊക്കത്തിൽ ഒറ്റപ്പെട്ടുപോയ ആയിരക്കണക്കിന് ആളുകൾക്ക് രക്ഷപ്പെടാൻ സ്വയം മാർഗങ്ങൾ തേടേണ്ടിവന്നു. നവംബർ 15 നു തുടങ്ങിയ മഴയിൽ, ചെന്നൈ കോർപ്പറേഷന് ദുരിത സഹായം കാര്യക്ഷമമായി എത്തിക്കാൻ കഴിഞ്ഞത് ഡിസംബർ 6-ാം തീയതിയോടെ മാത്രമാണ്.

ഓരോ സംസ്ഥാനവും വരാനിരിക്കുന്ന ദുരന്തങ്ങൾക്കായി സമഗ്രമായ ദുരന്തനിവാരണ പദ്ധതികൾ തയ്യാറാക്കേണ്ടതുണ്ട്. ദുരന്തസമയത്ത് ഹോസ്പിറ്റലുകളുടെ സുഗമമായ പ്രവർത്തനം ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടത് എങ്ങനെയെന്നും വൈദ്യുതിയും വാർത്താവിനിമയ സംവിധാനങ്ങളും തകരാറിലാകുമ്പോൾ പകരം സംവിധാനം എങ്ങനെ ഉറപ്പുവരുത്തണമെന്നും പ്രതിപാദിക്കുന്ന അടിയന്തിര പ്രതികരണ പ്ലാനുകൾ (Hospital Contingency Plan) തയ്യാറാക്കേണ്ടതുണ്ട്. വലിയൊരു ദുരന്തം ഉണ്ടാകുമ്പോൾ ആയിരക്കണക്കിന് ആളുകൾക്ക് അടിയന്തിര ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കേണ്ടിവരും എന്ന സാഹചര്യം മുൻനിർത്തി ഒരു അടിയന്തിര ചികിത്സ പ്ലാനും (Mass Casualty Management Plan) തയ്യാറാക്കേണ്ടതുണ്ട്. ചെന്നൈയിൽ ഇതൊന്നും നിലവിലുണ്ടായിരുന്നില്ല.

നമ്മുടെ സംസ്ഥാനത്തും ഇത്തരം തയ്യാറെടുപ്പുകൾ നടത്തേണ്ടതുണ്ട്. വലിയ ദുരന്തങ്ങൾ ഉണ്ടാകുമ്പോൾ ദേശീയ ദുരന്തനിവാരണ സേനയെ വിളിക്കുക എന്നതിനപ്പുറം പ്രാദേശികതലത്തിൽ തദ്ദേശവാസികളുടെ ഒരു കർമ്മസേന മുൻകൂട്ടി രൂപീകരിക്കുകയും എല്ലാ ജനങ്ങൾക്കും മുൻകൂറായി പരിശീലനം നൽകുകയും വേണം. ജനങ്ങളെ മാറ്റി പാർപ്പിക്കാൻ ഉതകുന്ന സുരക്ഷിത സ്ഥാനങ്ങൾ നേരത്തേ കൂട്ടി കണ്ടുപിടിക്കുകയും ആ വിവരം ജനങ്ങളെ അറിയിക്കുകയും വേണം.

7. വനനശീകരണം

ഒരു മരം, അതിന്റെ ശരീരഭാരത്തിന്റെ 96 ഇരട്ടി വെള്ളം സംഭരിച്ചു വയ്ക്കുകയും മേൽമണ്ണ് ഒലിച്ചു പോകാതെ സംരക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യും. മേൽമണ്ണ് ഉണ്ടെങ്കിൽ മാത്രമേ വെള്ളത്തിന് ഭൂമിയുടെ അടിയിലേക്ക് ഇറങ്ങാൻ സാധിക്കുകയുള്ളൂ. ഇങ്ങനെ ഭൂമിയുടെ അടിയിലേയ്ക്ക് ഇറങ്ങുന്ന വെള്ളം ആണ് ഭൂഗർഭജലമായി കിണറുകളിലും മറ്റും നിറയുന്നത്. ചെടികളും മരങ്ങളും നശിപ്പിക്കുമ്പോൾ അധികമുള്ള ജലം സംഭരിച്ചു വയ്ക്കാനുള്ള ഇടങ്ങൾ ആണ് നശിപ്പിക്കപ്പെടുന്നത്. അങ്ങനെ വെള്ളപ്പൊക്കം ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയും കൂടുന്നു.

2005 ൽ മുംബൈയിലും കഴിഞ്ഞ കൊല്ലം ശ്രീനഗറിലും ഉണ്ടായ വെള്ളപ്പൊക്കങ്ങൾ

ദീർഘവീക്ഷണമില്ലാത്ത ഇത്തരം വികസന പ്രവർത്തനങ്ങൾ കൊണ്ടുണ്ടായതാണ്. മാഹിം വെള്ളച്ചാലിന്റെ അടുത്തുള്ള നൂറുകണക്കിന് ഏക്കർ ചതുപ്പുനിലം നികത്തി നിരവധിയായി കെട്ടിടങ്ങൾ പണിതു. 1995 നും 2005 നും ഇടയിൽ മുംബൈ നഗരത്തിൽ ഉണ്ടായിരുന്ന കണ്ടൽകാടുകളുടെ 40 ശനമാനവും നശിപ്പിക്കപ്പെട്ടു എന്നാണ് കണക്ക്. 'മിത്തി'നദിയുടെയും 'മാഹിം' എന്ന വെള്ളച്ചാലിന്റെയും ഇരുകരകളിലും ഉണ്ടായിരുന്ന സമൃദ്ധമായ കണ്ടൽക്കാടുകൾ വെട്ടിനശിപ്പിച്ച് മുംബൈ നഗരത്തിന്റെ വിസ്തൃതി വർദ്ധിപ്പിക്കാൻ ശ്രമിച്ചതിന്റെ ഫലമാണ് അവിടെ 2005-ൽ ഉണ്ടായ വലിയ വെള്ളപ്പൊക്കം എന്നത് നമുക്ക് ഒരു പാഠമാണ്.

കേരളത്തിൽ ഇപ്പോൾ ആകെ 663 ഹെക്ടർ കണ്ടൽക്കാടുകളേ ഉള്ളൂ. ബാക്കിയെല്ലാം വികസനത്തിന്റെ പേരിൽ നശിപ്പിക്കപ്പെട്ടു. കണ്ണൂരിൽ മാത്രം 755 ഹെക്ടർ കണ്ടൽകാടുകൾ ഉണ്ടായിരുന്നു എന്ന് ഓർക്കുമ്പോഴാണ് പരിസ്ഥിതിയുടെ മേൽ എത്രത്തോളം കടന്നുകയറ്റമാണ് നാം നടത്തിയത് എന്ന് മനസ്സിലാവുക.

എന്താണ് ചെയ്യേണ്ടത്?

ചെന്നൈ നഗരത്തിനും കേരളത്തിലെ പ്രധാന പട്ടണങ്ങൾക്കും ഒരുപാട് സമാനതകളുണ്ട്. ഇതുപോലൊരു ദുരന്തം കേരളത്തിലും ഉണ്ടാകാതിരിക്കാൻ നമ്മൾ താഴെപറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ അടിയന്തിരമായി ചെയ്യേണ്ടതുണ്ട്.

1. ഓരോ നഗരത്തിനും ദീർഘവീക്ഷണത്തോടെയുള്ള നഗരവികസന മാസ്റ്റർ പ്ലാനുകൾ തയ്യാറാക്കണം.
2. വീടുകൾക്ക് മഴവെള്ള സംഭരണി നിർബന്ധമാക്കണം.
3. അധികജലം സംഭരിക്കാൻ ഓരോ സ്ഥാപനത്തിലും മഴക്കുഴികൾ നിർമ്മിക്കാൻ നിർദ്ദേശം നൽകണം
4. പാടങ്ങൾ, ചതുപ്പുനിലങ്ങൾ, കുളങ്ങൾ എന്നിവ നികത്തി നിർമ്മാണപ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തുന്നത് കർശനമായി നിരോധിക്കണം.
5. സംസ്ഥാനത്തെ ഓരോ ജില്ലയ്ക്കും സമഗ്രമായ ദുരന്തനിവാരണ പ്ലാനുകൾ തയ്യാറാക്കണം.
6. ദുരന്തങ്ങളെ നേരിടാൻ തദ്ദേശവാസികളുടെ കർമ്മസേന എല്ലാ ദുരന്തസാദ്ധ്യതാ പ്രദേശങ്ങളിലും രൂപീകരിക്കുകയും അവർക്ക് പരിശീലനം നൽകുകയും വേണം.
7. അഗ്നിശമനസേന, പോലീസ്, ആരോഗ്യം, മൃഗസംരക്ഷണം എന്നീ വകുപ്പുകൾക്ക് രക്ഷാപ്രവർത്തനത്തിനും അടിയന്തിര വാർത്താവിനിമയത്തിനുമുള്ള ബദൽ ഉപകരണങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കണം.
8. എല്ലാ ആശുപത്രികളും ദുരന്തങ്ങളെ നേരിടാനുള്ള അടിയന്തിര പ്രതികരണ പ്ലാനുകൾ രൂപീകരിക്കാൻ വേണ്ട നിർദ്ദേശം നൽകണം.
9. ഓടകളും ഡ്രെയ്നേജ് ചാലുകളും കയ്യേറുന്നതും അവ അടച്ച് നിർമ്മാണം നടത്തുന്നതും കർശനമായി നിരോധിക്കണം.
10. പ്രളയജലം ഒഴുകിപ്പോകാൻ പ്രത്യേകം ചാലുകൾ (Storm Water Drains) നിർമ്മിക്കണം.
11. വെള്ളം താഴ്ന്നുപോകുന്നത് തടയുന്ന രീതിയിൽ മുറ്റം കോൺക്രീറ്റ് ചെയ്യുന്നത് നിരുത്സാഹപ്പെടുത്തണം.

ഇനി അവശേഷിക്കുന്ന പാടങ്ങളും, കുളങ്ങളും, ചതുപ്പുനിലങ്ങളും, കാടുകളും, കണ്ടൽകാടുകളും കയ്യേറി വിമാനത്താവളങ്ങളും, ഫ്ളാറ്റ് സമുച്ചയങ്ങളും, ടൂറിസ്റ്റ് കേന്ദ്രങ്ങളും പണിയുമ്പോൾ ഓർക്കുക, ചെന്നൈ നഗരം കണ്ടതിനേക്കാൾ രൂക്ഷമായ വെള്ളപ്പൊക്കം നമ്മളെയും കാത്തിരിക്കുന്നു.

(കേരള സംസ്ഥാന ദുരന്ത നിവാരണ കേന്ദ്രം മേധാവിയാണ് ലേഖിക)

നിങ്ങൾക്കറിയാമോ?

ദക്ഷിണ ഏഷ്യൻ കായികമേള, 2016

ദക്ഷിണേഷ്യയിലെ വിവിധ രാജ്യങ്ങളെ പ്രതിനിധീകരിച്ചെത്തുന്ന കായികതാരങ്ങളെ പങ്കെടുപ്പിച്ചുകൊണ്ട് രണ്ടുവർഷം കൂടുമ്പോൾ നടത്തിവരുന്ന കായിക മാമാങ്കമാണ് ദക്ഷിണേഷ്യൻ കായികമേള. 1983-ൽ സ്ഥാപിതമായ സൗത്ത് ഏഷ്യാ ഒളിംപിക് കൗൺസിൽ (SAOC) ആണ് ദക്ഷിണ ഏഷ്യൻ ഒളിംപിക്സ് ഗെയിംസിന്റെ സംഘാടകർ. ഒളിംപിക്സ് മത്സരങ്ങളുടെ ദക്ഷിണ ഏഷ്യൻ വകഭേദമായാണ് ഇതിനെ കണക്കാക്കുന്നത്. 1984-ൽ നേപ്പാളിന്റെ തലസ്ഥാനമായ കാഠ്മണ്ഡുവിലാണ് ആദ്യ സൗത്ത് ഏഷ്യൻ ഗെയിംസ് നടന്നത്. 2004-ൽ നടന്ന SAOC യുടെ 32-ാമത് മീറ്റിംഗിലാണ് സൗത്ത് ഏഷ്യൻ ഫെഡറേഷൻ ഗെയിംസ് എന്ന പേരു മാറ്റി സൗത്ത് ഏഷ്യൻ ഗെയിംസ് എന്നാക്കിയത്.

അഫ്ഗാനിസ്ഥാൻ, ബംഗ്ലാദേശ്, ഭൂട്ടാൻ, ഇൻഡ്യ, മാലദ്വീപ്, നേപ്പാൾ, പാകിസ്ഥാൻ, ശ്രീലങ്ക എന്നിങ്ങനെ എട്ടു രാജ്യങ്ങളാണ് ഇപ്പോൾ SAG യിൽ അംഗമായിട്ടുള്ളത്. 12-ാം ദക്ഷിണേഷ്യൻ കായികമേള 2016 ഫെബ്രുവരി 6 മുതൽ 16 വരെ ഗുഹാവത്തി (ആസ്സാം), ഷില്ലോങ് (മേഘാലയ) എന്നിവിടങ്ങളിലായി നടക്കും. ഗെയിംസിന്റെ തീം സോങ്ങായ 'Ei prithvi Ek Krirangan' (ഈ ലോകം ഒരു കളിക്കളം) ന്റെ രചന നിർവഹിച്ചിരിക്കുന്നത് ആസാമിൽ നിന്നുള്ള പ്രസിദ്ധ സംഗീതജ്ഞനും ഗായകനുമായിരുന്ന പരേതനായ ഡോ. ഭൂപൻ ഹസാരികയാണ്. ഗെയിംസിന്റെ ഭാഗ്യചിഹ്നമായ 'TIKHOR' എന്നത് കുസൃതിയും ഉത്സാഹവും ബുദ്ധിയും കായികക്ഷമതയുമുള്ള ഒരാളെ സൂചിപ്പിക്കുന്നു. ഈ ലോഗോയിലുള്ള എട്ട് ദളങ്ങൾ ഗെയിംസിൽ പങ്കെടുക്കുന്ന എട്ട് രാജ്യങ്ങളെ പ്രതിനിധീകരിക്കുന്നു. ദക്ഷിണേഷ്യൻ രാജ്യങ്ങൾ ഒരുമിച്ച് മുന്നോട്ടു കുതിയ്ക്കുന്നു എന്ന് കാണിക്കുന്ന രീതിയിൽ ലോഗോയിലെ എട്ടു ദളങ്ങളും ക്ലോക്ക്വെയ്സ് രീതിയിൽ കറങ്ങുന്നതായാണ് രൂപകല്പന ചെയ്തിട്ടുള്ളത്.

കായിക മത്സരങ്ങളുടെ പ്ലാനിംഗ്, മാനേജ്മെന്റ്, നടത്തിപ്പ് എന്നിവക്കായി ഇന്ത്യാ ഗവണ്മെന്റ്, ഇന്ത്യൻ ഒളിംപിക് അസോസിയേഷനുമായി ചേർന്ന് ഒരു നിർവാഹകസമിതിയും എക്സിക്യൂട്ടീവ് സമിതിയും ഉണ്ടാക്കിയിട്ടുണ്ട്. കായികമന്ത്രി അധ്യക്ഷനായ ഓർഗനൈസിംഗ് കമ്മിറ്റിയ്ക്കായിരിക്കും ഗെയിംസ് നടത്തിപ്പിന്റെ പൂർണ ചുമതല. 23 വിഭാഗങ്ങളിലായി നടക്കുന്ന ഗെയിംസിൽ എട്ടു രാജ്യങ്ങളിൽ നിന്നുള്ള 4500-ൽ അധികം കായികതാരങ്ങൾ പങ്കെടുക്കുമെന്ന് പ്രതീക്ഷിക്കുന്നു.

വികസന വീഥി

കിൽക്കരി: പ്രസവ, ശിശുപരിപാലന വിവരങ്ങൾ ഇനി ശ്രവ്യരൂപത്തിൽ

മൊബൈൽഫോൺ വഴിയുള്ള ഈ സേവനത്തിലൂടെ ഗർഭധാരണം, കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ജനനം, ശിശുസംരക്ഷണം തുടങ്ങിയ വിഷയങ്ങളെ കുറിച്ചുള്ള ഫോൺ സന്ദേശങ്ങൾ ആഴ്ച്ച തോറും ലഭിക്കും. മദർ ആൻഡ് ചൈൽഡ് ട്രാക്കിംങ് സിസ്റ്റത്തിൽ പേര് രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുള്ള എല്ലാ ഗർഭിണികൾക്കും അമ്മമാർക്കും അവരുടെ ഗർഭാവസ്ഥ, കുഞ്ഞിന്റെ വളർച്ച തുടങ്ങിയ വിഷയങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച് ആഴ്ച്ച തോറും സന്ദേശങ്ങൾ ലഭിക്കും. ഗർഭധാരണത്തിന്റെ നാലാം ആഴ്ച്ച മുതൽ കുഞ്ഞിന് ഒരു വയസ് ആകുന്നതു വരെ ഇത്തരത്തിലുള്ള 72 സന്ദേശങ്ങൾ മുടങ്ങാതെ എത്തും. ഒരു സന്ദേശം ശരാശരി രണ്ടു മിനിറ്റാണ്. ഈ സന്ദേശങ്ങൾ മാതൃ ശിശു ആരോഗ്യത്തിന് അനുകൂലമായ സാഹചര്യങ്ങൾ ഒരുക്കുന്നതിന് സ്ത്രീകളെയും മാതാപിതാക്കളെയും ബോധവത്ക്കരിക്കുകയും ശാക്തീകരിക്കുകയും ചെയ്യും. ഈ സേവനം സൗജന്യമാണ്. ആദ്യ ഘട്ടത്തിൽ ജാർക്കണ്ഡ്, ഒഡിഷ, ഉത്തർപ്രദേശ്, ഉത്തരാഖണ്ഡ്, മധ്യപ്രദേശ്, രാജസ്ഥാൻ എന്നീ ആറു സംസ്ഥാനങ്ങളിലാണ് നടപ്പാക്കുക. ഹിന്ദി, ഇംഗ്ലീഷ്, ഒഡിയ എന്നീ ഭാഷകളിലാണ് സന്ദേശങ്ങൾ രൂപകല്പന ചെയ്തിരിക്കുന്നത്. പിന്നീട് ഇത് എല്ലാ ഇന്ത്യൻ ഭാഷകളിലേയ്ക്കും പരിഭാഷപ്പെടുത്തുന്നതാണ്. മൊത്തം രണ്ടു കോടി ഗർഭിണികൾക്കും ഗർഭസ്ഥ ശിശുക്കൾക്കും ഇത് പ്രയോജനകരമാകും എന്നാണ് കരുതപ്പെടുന്നത്.

ASHA വോളന്റിയേഴ്സിനായി 'മൊബൈൽ അക്കാദമി'

ആശ വർക്കർമാരെ മൊബൈൽ ഫോണുകൾ ഉപയോഗിക്കേണ്ടത് പഠിപ്പിക്കുന്നതിനായി രൂപകല്പന ചെയ്തിട്ടുള്ളതാണ് ഈ ആപ്ലിക്കേഷൻ. ഒരിക്കൽ രജിസ്റ്റർചെയ്താൽ 240 മിനിറ്റുള്ള ഈ കോഴ്സിൽ അവർക്ക് മൊബൈൽ ഫോണിലൂടെ തന്നെ പഠനം തുടങ്ങാം. പഠനം സൗകര്യം പോലെ പൂർത്തിയാക്കിയാൽ മതി. നാലു പാഠങ്ങളുള്ള 11 അധ്യായങ്ങളാണ് പാഠ്യപദ്ധതി. ഓരോ അധ്യായങ്ങളുടെയും അവസാനത്തിൽ ക്വിസ് പരിപാടിയുണ്ട്.നിശ്ചിത മാർക്കു വാങ്ങി വിജയിക്കുന്ന ആശ വോളന്റിയേഴ്സിന് ഗവൺമെന്റിന്റെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ലഭിക്കും.

പുതുക്കിയ ദേശീയ ക്ഷയരോഗ നിർമ്മാർജ്ജന പദ്ധതി കൂടുതൽ രോഗി കേന്ദ്രീകൃതമാകും.

ഇതിനായി പ്രവർത്തിക്കുന്ന ടോൾ ഫ്രീ നമ്പരായ 1800 – 11 – 6666 രോഗികൾക്ക് 24 മണിക്കൂറും കൗൺസിലിങ് ഉൾപ്പെടെയുള്ള സേവനം നൽകും. പരിശീലനം നേടിയിട്ടുള്ള ആളുകൾ സേവനം നടത്തുന്ന ഈ കോൾ സെന്ററുകളെ പദ്ധതിയുടെ കേന്ദ്രവുമായി ബന്ധിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്. സെന്ററിലേയ്ക്ക് മിസ്ഡ് കോൾ നല്കിയാൽ ചികിത്സാസംബന്ധമായ എല്ലാ വിവരങ്ങളും ഈ ദേശീയ കേന്ദ്രത്തിൽ നിന്നു ലഭിക്കും. പഞ്ചാബ്, ഹരിയാന, ഛണ്ഡിഗഡ്, ഡൽഹി എന്നീ സംസ്ഥാനങ്ങളിലാണ് ആദ്യം ഈ കേന്ദ്രത്തിന്റെ സേവനങ്ങൾ ലഭിക്കുക.

Yojana (Malayalam) February, 2016 Price Rs.10/- RNI No.22588/72 Postal Regn.KL/TV(S)/29/2015-17
Licensed to post without pre-payment : KL/TV(S)/WPP/172/2015-17
Published on 1st February 2016

KIMS®

Winning Hearts

CENTRE FOR HEART SCIENCES

- Treated over half a million hearts
- Over 25000 successful cardiac procedures
- 14 years of dedicated heart care

0471 3041400

© KIMS AUDIO VISUAL 8/2015

KIMS TRIVANDRUM
P.B No. 1, Trivandrum - 695 029, Tel: +91 471 3041000 | Email: relations@kimsglobal.com
Web: www.kimsglobal.com | CIN: U85110KL1995PLC009336

ഇന്ത്യാ ഗവണ്മെന്റിന്റെ പബ്ലിക്കേഷൻസ് ഡിവിഷനുവേണ്ടി **അഡീഷണൽ ഡയറക്ടർ ജനറൽ ഡോ. സാധനാ റാവുത്**
എസ്.ബി. പ്രസ്സ് (പ്രൈവറ്റ്) ലിമിറ്റഡിൽ അച്ചടിച്ച് തിരുവനന്തപുരത്തെ ഗവ. പ്രസ്സ് റോഡിലുള്ള യോജനഓഫീസിൽ നിന്ന് പ്രസാധനം ചെയ്യുന്നത്.
ചീഫ് എഡിറ്റർ – ദീപിക കച്ചൽ, സീനിയർ എഡിറ്റർ – ധന്യ സനൽ കെ.