ಫೆಬ್ರವರಿ 2016 ಸಂಚಿಕೆ – 7 ಸಂಪುಟ – 31

ಯೋಜನಾ

ಮುಖ್ಯ ಸಂಪಾದಕಿ
ದೀಪಿಕಾ ಕಚ್ಚಲ್

ಹಿರಿಯ ಸಂಪಾದಕಿ
ಬಿ.ಕೆ. ಕಿರಣ್ಮಯಿ

ವಿಳಾಸ
ಯೋಜನಾ – ಕನ್ನಡ,
ಪ್ರಕಾಶನ ವಿಭಾಗ,
ಸಮಾಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯ,
ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ,
ಮೊದಲನೆಯ ಅಂತಸ್ತು, 'ಎಫ್'ವಿಂಗ್,
ಕೇಂದ್ರೀಯ ಸದನ, ಕೋರಮಂಗಲ,
ಬೆಂಗಳೂರು – 560 034.
ದೂರವಾಣಿ : 080 – 25537244.
E-mail : yojanakannada@yahoo.com

ಈ ಸಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿ ....

ಸಂಪಾದಕೀಯ 2

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸವಾಲು; ಮುನ್ನೋಟ 3
* **ಟಿ. ಸುಂದರರಾಮನ್**

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ವಿಕಾಸದ ಹಾದಿ 11
* **ಜೆ.ವಿ.ಆರ್. ಪ್ರಸಾದ ರಾವ್**

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ – ವೃದ್ಧಿಸುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಮತೆ 13
* **ಅಲೋಕ್ ಕುಮಾರ್**

ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ : ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ 16
* **ಡಾ. ಸುಭಾಷ್ ಶರ್ಮ**

ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸುರಕ್ಷೆ 21
* **ಅಭಯ್ ಭಂಗ್**

ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ 24
* **ಚಂದ್ರಕಾಂತ್ ಲಹಾರಿಯಾ**

ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯುಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಪಾತ್ರ 26
* **ಕೆ ಶ್ರೀನಾಥ ರೆಡ್ಡಿ**

ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆ: ಸ್ವರೂಪ, ಆರೈಕೆ ನಿರ್ವಹಣೆ 29
* **ಡಾ. ಸತೀಶ್ ಗಿರಿಮಾಜಿ** ** **ಡಾ. ಎನ್. ಜನಾರ್ಧನ**
*** **ಡಾ. ಸುಜ್ಞಾನಿ**

ಆಯುರ್ವೇದ ಮತ್ತು ಪಶ್ಚಿಮ ವೈದ್ಯಪದ್ಧತಿಗಳ ಸೂತ್ರ ಸಾರ 34
* **ಡಾ. ಕಿಶೋರ್ ಕುಮಾರ್ ಆರ್.** ** **ಡಾ. ಶ್ರೀಲಕ್ಷ್ಮೀ ಜಿ. ವಿ.**
*** **ಡಾ. ಸುಲೋಚನಾ ಭಟ್**

ಸಂಗೀತ ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ 38
* **ಡಾ. ಶಾಂತಲಾ ಹೆಗಡೆ**

ಆಹಾರವೇ ಆರೋಗ್ಯ 41
* **ಡಾ. ಭಾರತಿ ಚಿಮ್ಮಡ್** ** **ಚೈತ್ರಾ ಅಸುಂಡಿ**

ಅಧಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ನಿರೀಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕ 43
ಡಾ. ತೇಜಸ್ವಿನಿ ಬಿ. ಯಕ್ಕುಂಡಿಮಠ

ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಯೋಜನೆಗಳು 47
* **ಮಾಧವ**

ಮಕ್ಕಳ ಸುರಕ್ಷತೆ ಸರಕಾರದ ಬದ್ಧತೆ 49
* **ಪರಮೇಶ್ವರಯ್ಯ ಸೊಪ್ಪಿಮಠ**

ನಿಮಗಿದು ತಿಳಿದಿದೆಯೇ? 71

ವಾರ್ತಾ ವಿಶೇಷ 72

ಮುಖಪುಟ ವಿನ್ಯಾಸ : ಗಜಾನನ ಪಿ. ದೋಪೆ

ಯೋಜನೆಯ ಸಂದೇಶವನ್ನು ಎಲ್ಲ ಜನಗಳಿಗೆ ಮುಟ್ಟಿಸಲು, ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಎಲ್ಲ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ಚರ್ಚೆ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಯೋಜನಾ ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತದೆ. ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಸಮಾಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯದಿಂದ ಪ್ರಕಟಿತವಾದರೂ, ಯೋಜನಾ ಕೇವಲ ಅಧಿಕೃತ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಬಿಂಬಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ. ಕನ್ನಡ, ಇಂಗ್ಲೀಷ್, ಹಿಂದಿ, ಅಸ್ಸಾಮಿ, ಗುಜರಾತಿ, ಬಂಗಾಲಿ, ಮಲಯಾಳಂ, ಮರಾಠಿ, ತಮಿಳು, ತೆಲುಗು, ಒರಿಯಾ, ಪಂಜಾಬಿ ಮತ್ತು ಉರ್ದು ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಯೋಜನಾ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಚಂದಾ ವಿವರ

ಒಂದು ವರ್ಷಕ್ಕೆ	100.00
ಎರಡು ವರ್ಷಗಳಿಗೆ	180.00
ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಿಗೆ	250.00

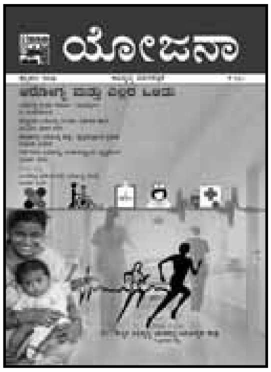
ಚಂದಾ ಹಣವನ್ನು ಮನಿಯಾರ್ಡರ್ ಮೂಲಕವೇ ನಮ್ಮ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಕಳಿಸಿರಿ.

ಒಂದು ಪಕ್ಷ ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ ಕಳಿಸುವುದಾದರೆ ಅದನ್ನು PUBLICATIONS DIVISION, MINISTRY OF I & B, GOVERNMENT OF INDIA ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ CHENNAI ನಲ್ಲಿ ಸಂದಾಯವಾಗುವಂತೆ ಪಡೆದು ಅದನ್ನು ನಮ್ಮ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಕಳುಹಿಸಬೇಕು.

ಲೇಖನಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತವಾದ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ಲೇಖಕರವು. ಅವರು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುವ ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರದ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಲ್ಲ. ಯೋಜನಾ ಪತ್ರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಜಾಹಿರಾತುಗಳ ಯಥಾರ್ಥತೆ ಆಯಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಚಿತ್ರಗಳು ಸಾಂದರ್ಭಿಕ.

ಮುಖ್ಯ ಸಂಪಾದಕರ ಲೇಖನಿಯಿಂದ

ಆರೋಗ್ಯ; ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಯಲ್ಲಿ ಆದ್ಯತೆ



ದೇಶ, 1983ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಾಗಿನಿಂದಲೂ ನಮ್ಮ ಎಲ್ಲ ಚಿಂತನೆಗಳಲ್ಲಿ "ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ" ಅಗ್ರಸ್ಥಾನ ಪಡೆದಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಷೇತ್ರ, ನೀತಿ ನಿರೂಪಕರಿಗೆ ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಸವಾಲೆನಿಸುವ ರಂಗವಾಗಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಮಿತಿಗಾಗಿ ಅಗತ್ಯವೆನಿಸುವ ಹಣಕಾಸು ಬೇಡಿಕೆ ವರ್ಷದಿಂದ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಲೇ ಹೋಗುತ್ತಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯವಂತ ದೇಶಕ್ಕೂ ಆರ್ಥಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೂ ನೇರ ಸಂಬಂಧವಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಎಲ್ಲರೂ ಒಪ್ಪುತ್ತಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುವ ಸಮಾಜ, ದೇಶದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಕೊಡುಗೆ ನೀಡಲಾರದು; ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮೇಲೆ ನೇರ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಲ್ಲುದು.

ಸಹಸ್ರಮಾನದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ ಹಾಗೂ ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ ಎರಡರಲ್ಲೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಹತ್ವ ಮನಗಾಣಲಾಗಿದ್ದು ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖಸ್ಥಾನ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಸಹಸ್ರಮಾನದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ ಘೋಷಣೆಗೆ ಸಹಿ ಹಾಕಿರುವ ಭಾರತ, ಈ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ನೀತಿ, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜಾರಿಗೆ ಸನ್ನದ್ಧವಾಗಬೇಕಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ರಂಗದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಉದ್ದೇಶಗಳು ಉಳಿದ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಫಲಿತವಾಗಿ ಸಮ್ಮಿಳಿತಗೊಳ್ಳಲು ಶ್ರಮಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅನೇಕ ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಸತತವಾಗಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿರುವ ವಿವಿಧ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಫಲ ಈಗ ಕಾಣತೊಡಗಿದೆ.

ರೋಗನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆ ನೀಡಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಫಲವಾಗಿ ಬಾಣಂತಿ, ನವಜಾತ ಶಿಶು ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯ ಇಳಿಕೆ, ಅದರಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಪೋಲಿಯೊ ಹಾಗೂ ಮಾರಕ ಸಿಡುಬು ವಿರುದ್ಧದ ಸಮರೋಪಾದಿ ಕ್ರಮಗಳು ಫಲಪ್ರದವೆನಿಸಿದೆ. ನಮ್ಮಲ್ಲಿರುವ ವೈದ್ಯೋಪಚಾರಗಳು ಜಗತ್ತಿನ ಯಾವುದೇ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸರಿಸಾಟಿಯಾಗಿವೆ.

ಆರೋಗ್ಯ, ಆರೈಕೆ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಣಕಾಸು ಹೂಡಿಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಿನ ಒಟ್ಟು ವೆಚ್ಚ ಜಿಡಿಪಿ ಶೇ.4ರಷ್ಟಿದೆ. ಸರ್ಕಾರ, ಬೃಹತ್ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಜಾಲವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಆದರೂ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬಹುತೇಕರು ತಮ್ಮ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗಾಗಿ ಈ ಜಾಲದ ಹೊರಗಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಮೊರೆ ಹೋಗುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದೆ. ಕೆಳ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮವರ್ಗದವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಅತಿ ದುಬಾರಿ ಸೇವೆ ಎನಿಸುತ್ತಿದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವ ಜತೆಗೆ 'ಬೃಹತ್ತಾಗಿರುವ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಬೇಕು. ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಜನತೆಗೂ ಸುಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸದಿರಬಾರದು. ಭಾರತದ ಎಲ್ಲ ಜನತೆಗೆ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಕೈಗೆಟಕುವ ದರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಲು ಸಮ್ಮಿಶ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಚಾರ ನೀತಿ ಅನುಸರಿಸಬೇಕು. ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯರಕ್ಷೆ ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯವಿಮಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆ ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದು ಉತ್ತಮ ಮಾರ್ಗವಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆಯ ವಿಮೆಗಳು ಜನರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಆರ್ಥಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸುರಕ್ಷತೆ ಒದಗಿಸುವಂತೆ ನಿಯಂತ್ರಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ರೂಪಿಸುವುದು ಸರ್ಕಾರದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದ ವಿವಿಧ ನೀತಿಗಳಲ್ಲಿರುವ ಕುಂದುಕೊರತೆಗಳನ್ನು ನೀಗಲು 2015ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಕರಡಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕುಟುಂಬವೊಂದಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಿನ ವೆಚ್ಚ ದುರ್ಭರವಾಗಿದ್ದು, ಇದು ಬಹುತೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಬಡತನಕ್ಕೀಳಿಸಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಬಡ ಮತ್ತು ಕಡುಬಡವರಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟದ ವಿರುದ್ಧ ಸಂರಕ್ಷಣೆ ಒದಗಿಸುವ ಜೊತೆ, ರೋಗನಿದಾನ, ಪತ್ತೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಔಷಧೋಪಚಾರ ನೀಡುವ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಬಗ್ಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನತೆಯ ಜತೆಗೆ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನರು, ಹದಿಹರೆಯದವರು, ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕ್ಷೇತ್ರ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಲಕ್ಷ್ಯವಹಿಸಬೇಕಿದೆ. ಜನರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಜ್ಞಾನ ಮೂಡಿಸಲು ಹಾಗೂ ಜ್ಞಾನ–ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳ ನಡುವಿನ ಅಂತರ ನಿವಾರಿಸಲು ಸೂಕ್ತ, ವ್ಯಾಪಕ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರ ರೂಪಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿರುವ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಕೊರತೆ, ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮಗುವಿನ ಜನನಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಕಾರಣ, ಅಶಕ್ತತೆ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಆದ್ಯತೆ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬಹುಪಾಲು ಮಂದಿ ಅಶಕ್ತತೆಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ ಅವರಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ನಿರೀಕ್ಷಿಸುವುದಾದರೂ ಹೇಗೆ?

ಭಾರತಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಚಾರದ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಿದೆ. ಧನ್ವಂತರಿ, ಜೀವಿಕ, ಚರಕ, ಶುಶ್ರೂತ ಹೀಗೆ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳ ಪರಂಪರೆ ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಸರ್ಕಾರ ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಸದ್ಯದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರತರವಾದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಸೇವೆ ಹಾಗೂ ವಿಸ್ತೃತ ಕಾರ್ಯಪಡೆ ಲಭ್ಯತೆ ಅತ್ಯಂತ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ.

'ಆರೋಗ್ಯವೇ ಭಾಗ್ಯ' ಎಂಬ ಮಾತಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯವಂತ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮಾತ್ರ ತನ್ನನ್ನು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬವನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬಲ್ಲ; ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಸಮಾಜಕ್ಕೆ, ಏಳಿಗೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಲ್ಲ; ಹಾಗೆಯೇ ದೇಶದ ಉನ್ನತಿ ಕಾರಣವಾಗಬಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯವಂತ ದೇಹ, ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮನಸ್ಸು, ದೇಶವನ್ನು ನಿಜವಾದ ಸಮೃದ್ಧಿಯತ್ತ ಕೊಂಡೊಯ್ಯಬಲ್ಲದು.

❑

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸವಾಲು; ಮುನ್ನೋಟ

* ಟಿ. ಸುಂದರರಾಮನ್

ದೇಶದ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುವ ತಲಾ ಆದಾಯ ಆಧರಿತ ಜಿಡಿಪಿ ಮತ್ತು ಮನುಷ್ಯನ ಜೀವತಾವಧಿಯ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕವಾಗಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ ಅತ್ಯಂತ ಕುತೂಹಲಕರವಾದದು. 1975ರಲ್ಲಿ ಸ್ಯಾಮುವೆಲ್ ಪ್ರಿಸ್ಟನ್ ಈ ಕುತೂಹಲಕರ ಅಂಶವನ್ನು ಪೀಟರ್ ಕರ್ವ್ (ತಿರುವು) ಮೂಲಕ ತೋರಿಸಿದರು. ಜೀವಿತಾವಧಿ ಅಳೆಯುವಂತೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹಾಗೂ ತಲಾವಾರು ಜಿಡಿಪಿಯಲ್ಲಿ ಅಳೆಯುವಂತೆ ದೇಶದ ಸಂಪತ್ತನ್ನು ಸಂಬಂಧವಿದ್ದು ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ತಲಾವಾರು ಜಿಡಿಪಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಏರಿಕೆ ಕಂಡು ಬಂದಾಗಲೂ ಜೀವಿತಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ಹೆಚ್ಚಳ ಕಂಡಿತು. ಆದರೆ ನಂತರ ದಿಢೀರಾಗಿ ಈ ತಿರುವು ಸಪಾಟಾಗುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಅಲ್ಪ ಜೀವಿತಾವಧಿ ಏರಿಕೆಗೂ ಅಪಾರ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣ ವೆಚ್ಚ ಅಗತ್ಯವೆಂಬುದು ವ್ಯಕ್ತವಾಯಿತು. (ಡೀಟನ್ 2013). ಪ್ರಿಸ್ಟನ್ ತಿರುವು ಬಾಗಿದ್ದರೂ ಜಿಡಿಪಿಯ ತಲಾವಾರು ಆದಾಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ನಡುವೆ ಪರಸ್ಪರ ಅಗತ್ಯ ಕ್ರಮಾವಳಿಯ ಸಂಬಂಧ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ವರ್ಷದ ನೊಬೆಲ್ ಪುರಸ್ಕೃತ ಆರ್ಥಿಕ ತಜ್ಞ ಆಂಗಸ್ ಡೀಟನ್ ತಮ್ಮ 'ದಿ ಗ್ರೇಟ್ ಎಸ್ಕೇಪ್' ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಸಂಬಂಧ ದ್ವಿಮುಖವಾದುದು. ಇದು ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ಸೋಂಕುಶಾಸ್ತ್ರದ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಅಂಶವನ್ನೂ ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತದೆ. ಸಾವು ಮತ್ತು ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣವಾದ ಮಕ್ಕಳ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆ, ಅವುಗಳ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಕೈಗೊಂಡ ಮುಂಜಾಗೃತಾ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಯಿಂದಾಗಿ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವೂ ಇಳಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸದ್ಯದ ಕೆಲವು ನೀತಿಗಳಿಂದಾಗಿ ತಿರುವಿನಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಬಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು 2010ರ ಪ್ರಿಸ್ಟನ್ ತಿರುವು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಹಿಂದಿದ್ದ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ, ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸೋಂಕುಕಾಯಿಲೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ ಆಗಿದೆ. ಆದರೆ ಹೊಸ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಅದರಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆ ಏರಿಕೆ ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಖಾಸಗಿ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆಯ ನಿರೀಕ್ಷೆ ಇದೆ. ಆದರೆ ಇವನ್ನೆಲ್ಲ ದಾಟಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರ ಉತ್ತಮ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾಣುತ್ತಿದೆ ಎಂಬ ಭರವಸೆ ಮೂಡಿಸಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಎರಡು ಆಯ್ಕೆಗಳಿಗೆ ಅವಕಾಶವಿದೆ. ಮೊದಲನೆಯದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿ ಬಲಗೊಳಿಸುವುದು. ಎರಡನೆಯದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಖಾಸಗಿ ವಲಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸುವುದು. ಅಥವಾ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಜೊತೆಗೆ ಒಡಂಬಡಿಕೆಯ ವ್ಯವಹಾರ ನಡೆಸುವುದು. ಒಂದು ವೇಳೆ ಎರಡನೆಯದನ್ನೇ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡರೆ ಪ್ರತಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪ್ರಸ್ತುತ ತಲಾ ಆದಾಯದ ಜಿಡಿಪಿ ಮೇಲೆ ಶೇ 2.5ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೇರಿ ಕೆಲವು ಕಠಿಣ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯ. ಇದನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ (ಸುಂದರರಾಮನ್, ಮುರಳೀಧರನ್ ಮತ್ತು ಮುಖ್ಯೋಪಾಧ್ಯಾಯ 2016)ಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಈ ಎಲ್ಲ ಅತ್ಯಂತ ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರ ನಿರ್ಧಾರಗಳು, ಪೂರಕವಾದ ವಿಚಾರಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಸವಾಲುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿಸ್ತೃತ ಚರ್ಚೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ

ದಶಕಗಳ ಹಿಂದೆ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ ವಿಭಿನ್ನವಾಗಿತ್ತು. 5 ವರ್ಷದ ಒಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿತ್ತು. ಅದೇ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತಿತ್ತು. ಅದಲ್ಲದೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿತ್ತು. ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಸಾವು ಆತಂಕಕಾರಿಯಾಗಿತ್ತು. ನಂತರ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ನಿರೀಕ್ಷೆಗೂ ಮೀರಿ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಇಳಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶಿಶು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಇಳಿಕೆಯ ಕಾರ್ಯ ಯೋಜನೆಯ ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ಹಲವು ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಸುಮಾರು 25 ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಶಿಶು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಸಾವಿನ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಒತ್ತು ನೀಡಿ, ಜನರಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿ, ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣವಾದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಪರಿಹಾರ

* ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ಸ್ಕೂಲ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸಿಸ್ಟಮ್ಸ್ ಸ್ಟಡೀಸ್. ಟಾಟಾ ಸಂಸ್ಥೆ, ಮುಂಬಯಿ. E-mail : sundararaman.t@gmail.com

ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿದ್ದು ಇದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿದೆ. 1990ರ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯ್ತನದ ಯೋಜನೆ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಆ ದಶಕದ ಕೊನೆಗೆ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಯೋಜನೆಗಳತ್ತ ಗಮನ ಹರಿಸಲಾಯಿತು. 2005ರಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯ್ತನಕ್ಕೆ (ಆರ್‌ಸಿಎಚ್) ಪರಿಷ್ಕೃತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ರೂಪಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಎಂದು ನಾಮಕರಣಗೊಂಡಿತು. ಕಳೆದ ಶತಮಾನದ 90ರ ದಶಕದ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟ ಮತ್ತು ರಚನಾತ್ಮಕ ಯೋಜನೆಗಳ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯ ನಡುವೆಯೂ ಆರ್‌ಸಿಎಚ್ ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಬಂದಿತ್ತು. ಸಮಗ್ರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ ಮತ್ತು ಆ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಗುರಿ ತಲುಪಲು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಮಹತ್ವದ ಯೋಜನೆಗಳು ಘೋಷಣೆಯಾದವು. ಇದು ಗುರಿ ಸಾಧನೆಗೆ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ನೆರವಾಯಿತು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಕರಡು ಹೇಳುವಂತೆ, ಸಹಸ್ರಮಾನದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳ (ಎಂಡಿಜಿ) ಪ್ರಕಾರ ಒಂದು ಲಕ್ಷ ಮಕ್ಕಳ ಜನನಕ್ಕೆ ತಾಯಂದಿರ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು 140ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸಬೇಕು. ಇದೇ ಪ್ರಮಾಣ 1990ರಲ್ಲಿ 560 ಇದ್ದುದು, 2010–12ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ 178ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿತ್ತು. ಇದೇ ದರ ಮುಂದುವರೆದರೆ 2015ರ ವೇಳೆಗೆ 141ಕ್ಕೆ ಇಳಿಯುವ ನಿರೀಕ್ಷೆ ಇದೆ. ಎಂಡಿಜಿ ಗುರಿಯಂತೆ 5 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಒಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿನ ಪ್ರಕರಣ (ಯು5ಎಂಆರ್) 1990ರಲ್ಲಿ 126 ಇದ್ದುದು, 2012ರಲ್ಲಿ 52ಕ್ಕೂ ಮತ್ತು 2015ರ ವೇಳೆಗೆ 42ಕ್ಕೆ ಕುಸಿಯುವ ನಿರೀಕ್ಷೆ ಇದೆ. (ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ 2015). ಇನ್ನು 2015ರ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳು ಮುಂದಿನ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಲಭ್ಯವಾಗಲಿವೆ. ನಾವು ಈ ಗುರಿ ತಲುಪಿದೆವೋ, ಇಲ್ಲವೋ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಗೆ ಸನಿಹದಲ್ಲಿದ್ದೇವೆ. 1990ರಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶೇ 40ರಷ್ಟಿದ್ದ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವು ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ತೀರಾ ದೂರದಲ್ಲಿತ್ತು. 2015ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಈ ಪ್ರಮಾಣ ಜಾಗತಿಕ ಸರಾಸರಿಗಿಂತ ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಭಾರತವು ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಗುರಿ ತಲುಪಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸರಾಸರಿ ಸಾವಿನ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದ ಭಾರತದ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಗೆ ಪರಿಸರ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿಯೂ ಇದು ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಬಹುತೇಕ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅಸಮಾನತೆ ಮತ್ತು ಬಡತನಕ್ಕೂ ಶಿಶುಗಳ ಸಾವಿಗೂ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವಿದೆ. ಈ ಎರಡೂ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಬಡತನ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಗೆ ಗಮನ ಹರಿಸಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಎಷ್ಟೇ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಡೆತಡೆಗಳಿದ್ದರೂ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಇಳಿಕೆ ಆಗಿರುವುದು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಆಗಿರುವ ಮಹತ್ತರ ಸಾಧನೆ ಎನ್ನಬಹುದು. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಕೆಲವು ಕಠಿಣ ನಿಲುವು ಕೈಗೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ ಭಾರತಕ್ಕೆ ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದ ಸರಾಸರಿಯ ಹಂತ ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದ್ದು. ಎದುರಾಗಿದ್ದ ಸಾಮಾಜಿಕ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಿ ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಮುಂದಡಿ ಇಟ್ಟಿದೆ.. ಅದರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ತೀರಾ ನಿರ್ಲಕ್ಷಿತ ಕೊಪ್ಪಲು ಪ್ರದೇಶವೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಶೇ 94ರಷ್ಟು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಪೂರೈಕೆ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತಂದಿದೆ (ಡಬ್ಲ್ಯು ಎಚ್‌ಓ 2015). ಇನ್ನೊಂದು ಮಹಿಳಾ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿಸಿದ್ದು. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿ ಜಾಗೃತಗೊಳಿಸಿದ್ದು. ಹೀಗಾಗಿ 2011ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ 65.04ರಷ್ಟಾಗಿದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಮಹಿಳಾ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಸುಧಾರಣೆಯ ಕ್ರಮಗಳು ಪರಸ್ಪರ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಇವು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕವಾಗಿಯೂ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದವು. ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಳ ತಪ್ಪಿಸಿ ನಿಯಂತ್ರಿಸುವಲ್ಲಿ ಇದು ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಿತು. ಡೆಕಾಡಲ್ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ದರದ ಪ್ರಕಾರ ಬಹುತೇಕ ರಾಜ್ಯಗಳು ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಾಧನೆ ಮಾಡಿದ್ದರಿಂದ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ ಪ್ರತಿ 1000ಕ್ಕೆ 21ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಗತಿ ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೆಯೇ ಮುಂದುವರಿದಿದ್ದು, ಅದು ಸಂಪೂರ್ಣ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಬರಲು ಇನ್ನೂ ಕೆಲ ಕಾಲ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಇನ್ನೂ ಸಂತಾನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹೊಂದಿದ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಅತ್ಯಂತ ಬಡ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿಯೂ ಮನೆ ಬೆಳಗಲು ಮಕ್ಕಳು ಬೇಕು ಎಂಬ ಪಾರಂಪರಿಕ ಅಂಶದ ಭಾವನೆ ಇರುವುದು ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಎನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಈ ಸಮಸ್ಯೆ ಉತ್ತರ ಭಾರತದ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಬಿಹಾರ, ರಾಜಸ್ಥಾನ, ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ, ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದರೆ, ಜಾರ್ಖಂಡ, ಛತ್ತೀಸಗಢ ಮತ್ತು ಮೇಘಾಲಯದಲ್ಲಿ ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಯೋಜನೆ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಇಲ್ಲೂ ಜನ ಜಾಗೃತಿಗೊಂಡು ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ ಆಗುತ್ತಿದೆ (ಎಂಓಎಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯು 2011).

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬಲವರ್ಧನೆಗೆ ಒತ್ತು ನೀಡಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ್ದು ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ಪೂರಕವಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ಜೆಎಸ್‌ಐ, ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ, ಆಶಾ, 108 ಮತ್ತು 104ರಂತಹ ಅಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು, ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾರಿಯರು ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂಗಳ ಸೇವೆಗಳ ಹೆಚ್ಚಳ, ತಾಯ್ತನ ಮೌಲ್ಯ ಹೆಚ್ಚಿಸಿ, ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಗಮನ ನೀಡಿದ್ದರಿಂದ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಸುರಕ್ಷಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಅನುಕೂಲವಾಯಿತು. ಸಂತಾನ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಆರೋಗ್ಯದ ಸವಾಲುಗಳು ಇಲ್ಲಿಗೆ ಮುಗಿಯಿತು ಎಂಬುದು ಇದರ

ಪಟ್ಟಿ 1 : ಭಾರತ ಮತ್ತು ಇತರ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಸಂಭವಿಸುವ ಸಾವಿನ ವಿವರ					
ಮಾರ್ಗಸೂಚಿ	ಲಿಂಗ	ಸ್ವೀಡನ್	ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್	ಥಾಯ್ಲೆಂಡ್	ಭಾರತ
ನಾಲ್ಕು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳಿಂದ 70 ವರ್ಷ ವಯೋಮಿತಿ ಒಳಗಿನವರ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ	ಪುರುಷ ಮಹಿಳೆ	23.4 14.7	29.1 19.2	45.5 38.8	62.0 52.2
ಎಲ್ಲ ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಕಾಯಿಲೆ ಯಿಂದಾಗುವ ಸಾವು (ವಯೋಮಿತಿ ಮಾನದಂಡ ಆಧಾರಿತ	ಪುರುಷ ಮಹಿಳೆ	390.3 286.3	425.9 302.2	559.6 358.3	785 586
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ	ಪುರುಷ ಮಹಿಳೆ	124.9 100.5	133.9 112.5	127.8 82.6	79 66.3
ಉಸಿರಾಟ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆ ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ	ಪುರುಷ ಮಹಿಳೆ	17.4 13.8	37.2 23.7	87.7 29.1	188.5 124.9
ಹೃದ್ರೋಗ ಕಾಯಿಲೆ ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ	ಪುರುಷ ಮಹಿಳೆ	162.8 105.7	140.6 86.7	215.8 156.9	348.9 264.6
ಸಕ್ಕರೆ ಕಾಯಿಲೆ ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ	ಪುರುಷ ಮಹಿಳೆ	10.6 6.1	5.0 3.6	23.5 27.9	30.2 22.7
(ಆಧಾರ : ಡಬ್ಲ್ಯುಎಚ್‌ಒ 2014)					

ಅರ್ಥವಲ್ಲ. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸಾಧನೆಯ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ದೂರ ಇದ್ದೇವೆ. ಈಗಲೂ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ 46500 ತಾಯಂದಿರು ಮತ್ತು ಐದು ವರ್ಷ ಒಳಗಿನ 1.5 ದಶಲಕ್ಷ ಶಿಶುಗಳ ಸಾವು ಸಂಭವಿಸುತ್ತಿದೆ. ಇದು ಜಾಗತಿಕ ತಾಯಂದಿರು ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿನ ಸರಾಸರಿಗಿಂತ ಸಾಕಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಜನನಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯಕರ ವಾತಾವರಣ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಿಲ್ಲ. ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸವಾಲಿದೆ. ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆ ಕಾಡುತ್ತಿದೆ. ಗರ್ಭ ನಿರೋಧಕ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಬೇಡಿಕೆ ಇದೆ. ಅದಾಗ್ಯೂ ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆ ವಿಚಾರ ಇನ್ನೂ ಸವಾಲಾಗಿದೆ. ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಬಿಲಾಸಪುರದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಛತ್ತೀಸಗಡದಲ್ಲಿ ಸಂತಾನಶಕ್ತಿ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕ್ರಮದಿಂದ ಸಂಭವಿಸಿದ ಕರಾಳ ಘಟನೆಗಳು ಕಣ್ಮುಂದೆ ಇವೆ. ಇವೆಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ವೈಫಲ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಅಂಶಗಳು. ಈ ಎಲ್ಲ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ 11ನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್‌ಗೆ ಗಮನ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಮಿಷನ್ ಸಂಚಾಲಕತ್ವದಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಬಜೆಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಎರಡುಪಟ್ಟು ಅನುದಾನವನ್ನು ಮೀಸಲಿಡಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಸಾಮಾನ್ಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ ಮೂರು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಇಲಾಖೆಯ ಯೋಜನಾ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ ಶೇ 40ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಬಡತನ, ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಈ ಪ್ರಮುಖ ಮೂರು ಮಹತ್ವದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನುದಾನ ಮೀಸಲಿಡಲಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಸಬಲವಾದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸಿ ಸುಧಾರಣೆ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿರುವುದರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸಂಶಯವಿಲ್ಲ.

ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ

ಹಿಂದಿನ ಎರಡು ದಶಕಗಳ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಪದ್ಧತಿ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿ ಮಿಶ್ರ ಫಲಿತಾಂಶ ವ್ಯಕ್ತವಾಯಿತು. ಏಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಯೋಜನೆ ನಿಜವಾಗ್ಯೂ ಉತ್ತಮ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿತು. ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣ, ಅದರಿಂದಾಗುವ ಅಪಾಯ ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷತಾ ಕ್ರಮಗಳು, ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ವಿಧಾನ ಸೇರಿದಂತೆ ಎಲ್ಲ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಸಮರ್ಪಕ ಮತ್ತು ಸಾಂದರ್ಭಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಜನರಿಗೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ತಳಮಟ್ಟದಲ್ಲೂ ಜನರಿಗೆ ಏಡ್ಸ್ ಅರಿವು ಮೂಡುವಂತಾಯಿತು. ಆದರೆ ಇದರ ಸಂಭ್ರಮ ಆಚರಿಸುವ ಕಾಲವಲ್ಲ. ಆದರೆ ಸಹಾರನ್ ಆಫ್ರಿಕಾದ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪಿಡುಗಾಗಿದ್ದ ಈ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಕೈಗೊಂಡ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆ ಕ್ರಮಗಳಷ್ಟೇ ಆದ್ಯತೆ ಮೇಲೆ ಮತ್ತು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿಯೂ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಿದ್ದು, ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿದ್ದು ಗಮನ ಸೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪೋಲಿಯೊ ಸಂಪೂರ್ಣ ನಿರ್ಮೂಲನೆಯಲ್ಲಿನ ಸಾಧನೆಯೂ ಇನ್ನೊಂದು ಮಹತ್ವದ್ದು. ಆದರೆ ಆದರೆ ಇದೇ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಅರಿವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗಬೇಕು ಎನ್ನುವ ಜಾಗೃತಿ ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸವಾಲಾಗಿದೆ. ಕುಷ್ಠ ರೋಗ ಸಂಪೂರ್ಣ ನಿಯಂತ್ರಿಸಿದ್ದೇವೆ ಎಂಬುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಆಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಒಂದೆಡೆ ನಿಯಂತ್ರಿಸುವಾಗ ಮತ್ತೊಂದೆಡೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಮತ್ತು ನಿರ್ಮೂಲನಾ ಕ್ರಮಗಳ ನಂತರವೂ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಮತ್ತಿತರ ಕಾರಣಗಳು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿದ್ದವು. ಈ

ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ವೆಕ್ಟರ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಾಪನದ ಪ್ರಗತಿ ಮಿಶ್ರವಾಗಿದೆ. ವಿಷಮಶೀತ ಜ್ವರ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಆನೆಕಾಲು ರೋಗದ ಹೊಸ ಪ್ರಕರಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ತೀರಾ ವಿರಳವಾಗಿದೆ. ಮಲೇರಿಯಾ ಸಹ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಮಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಕೆಲವು ಹೊಸ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. 10 ರಿಂದ 15 ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಇವುಗಳ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗೆ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾದ ಪ್ರಯತ್ನಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವಂತಹದ್ದು. ಉತ್ತರ ರಾಜ್ಯಗಳ ಕೆಲವು ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಕಾಡುತ್ತಿರುವ ಕಾಲಾ ಜ್ವರಕ್ಕೂ ಸಾಕಷ್ಟು ನಿಯಂತ್ರಣಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಅದು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕಾಡುತ್ತಿದೆ. ತೀರಾ ಒಳ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಲೆ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಸಕಲ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಮುಂದುವರಿದಿವೆ. ಎರಡು ಮೂರು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ಗಂಭೀರವಾಗಿದೆ. ಅದು ದೊಡ್ಡ ತೊಡಕಾಗಿದೆ. ನಾಲ್ಕು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಸುಮಾರು 20 ಸಾವಿರ ಇಂಥ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಪತ್ತೆಯಾಗುತ್ತಿವೆ. ಆದರೆ ಇದು ಬಿಹಾರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು. ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಡೆಂಗ್ಯು ಮತ್ತು ಚಿಕುನ್‌ಗುನ್ಯದಂತಹ ಹೊಸ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಹುಟ್ಟಿಕೊಂಡಿವೆ. ಆದರೆ ಇವುಗಳಿಂದ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳಿಂದ ಸಾವು ಸಂಭವಿಸದಿರುವುದು ಅಲ್ಲದೆ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಆ ಪ್ರಕರಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆ ಆಗಿರುವುದು ಸಂತಸದ ಸಂಗತಿ (ಎಂಓಎಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲು 2011). ದೇಶದ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಮೇಲೆ ಕಾಡುವ ಇನ್ನೊಂದು ಸಮಸ್ಯೆ ಎಂದರೆ ಕ್ಷಯ ರೋಗ (ಟಿ.ಬಿ). ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಸಂಭವಿಸುವ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ ಆಗಿದೆ. ಹೊಸ ಪ್ರಕರಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯೂ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ಬಹುವಿಧದ ಔಷಧ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿ ಮೂಲಕ ಕ್ಷಯರೋಗ ಮತ್ತೆ ತಲೆ ಎತ್ತದಂತೆ ತಡೆಯುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಇವು ನೆರವಾಗುತ್ತಿವೆ (ಎಂಓಎಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲು 2011). ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದಾಗಿ ಎಲ್ಲ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಸಂಭವಿಸಿದ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ 6ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಆಗಿದೆ. ಬಹುತೇಕ ಸಾವಿನ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಕಾಡುವ ಕಾಲರಾ, ಅತಿಸಾರ, ಉಸಿರಾಟ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆ ಮತ್ತು ಅಂಟು ಜಾಡ್ಯಗಳಿಂದ ಸಂಭವಿಸುತ್ತಿವೆ. ಈ ಎಲ್ಲ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿದರೂ ಇವುಗಳಿಂದ ಸಂಭವಿಸಬಹುದಾದ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ 30ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇದೆ.

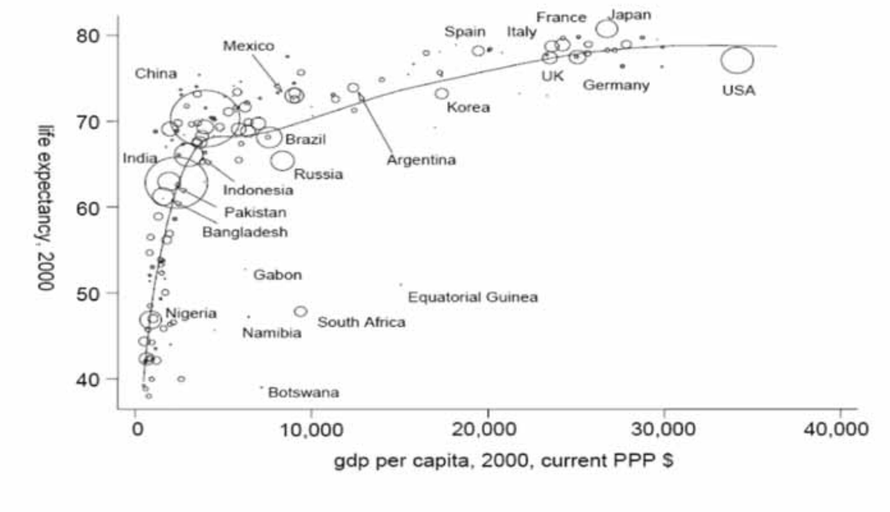


Figure 1: The Millennium Preston curve

ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಸವಾಲು

ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ-ವಲ್ಲದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಸಂಭವಿಸುವ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟು ಸಾವಿನ ಪ್ರಕರಣಗಳಿಗೆ ಶೇ. 60ರಷ್ಟು ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳೇ ಕಾರಣ. ಉಳಿದ ಶೇ. 12ರಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳು ಅಪಘಾತದಿಂದಾಗುತ್ತಿವೆ (ಡಬ್ಲ್ಯುಎಚ್‌ಓ 2014). ಅದರಲ್ಲಿ 30ರಿಂದ 70 ವರ್ಷ ವಯೋಮಿತಿ ಒಳಗಿನವರ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ 26ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಎನ್‌ಸಿಓ ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿದೆ. ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿದಾಗ ಸ್ವೀಡನ್‌ನಲ್ಲಿ (ಶೇ. 10ರಷ್ಟು) ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಇದೆ. ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ. 12ರಷ್ಟು ಇದ್ದರೆ ಥಾಯ್ಲೆಂಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ. 17ರಷ್ಟಿದೆ. ಆದರೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ಪ್ರಮಾಣ 70 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಒಳಗಿನ ಪುರುಷರ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ. 62ರಷ್ಟಿದೆ. ಆದರೆ ಸ್ವೀಡನ್‌ನಲ್ಲಿ ಪುರುಷರ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ. 24ರಷ್ಟು ಇದ್ದರೆ, ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ. 29 ಮತ್ತು ಥಾಯ್ಲೆಂಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ. 45ರಷ್ಟು ಇದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವೂ ಇತರ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಾನವಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ. 52ರಷ್ಟಿದೆ. ಸ್ವೀಡನ್‌ನಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಕೇವಲ ಶೇ. 15ರಷ್ಟು ಇದೆ. ವಯಸ್ಸು ಆಧರಿತ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯೂ ಇದನ್ನೇ ಹೇಳುತ್ತದೆ. ನಾಲ್ಕು ಪ್ರಮುಖ ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಿಂದ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಒಂದು ಲಕ್ಷ ಜನರಲ್ಲಿ 785 ಜನ ಪ್ರಾಣ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅದರಲ್ಲಿಯೂ 80 ಜನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ, 30 ಜನ ಸಕ್ಕರೆ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ 189 ಜನ ಜನ ಉಸಿರಾಟದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಮತ್ತು 349 ಜನರು ಹೃದಯಾಘಾತದಿಂದ ಸಾಯುವರು. ಸ್ವೀಡನ್‌ನಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಸಾಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಭಾರತಕ್ಕಿಂತ ಶೇ 50ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚು. ಆದರೆ ಇತರ ಉಸಿರಾಟ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ಸಂಭವಿಸುವ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ 10ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ. ಮೂರನೇ ಒಂದಂಶದಷ್ಟು ಜನ ಸಕ್ಕರೆ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಜನ ಹೃದ್ರೋಗದಿಂದ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಬಹುತೇಕ ಕೈಗಾರಿಕೀಕರಣಗೊಂಡ ಜಗತ್ತಿನ ವಿವಿಧ ದೇಶಗಳು ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಸ್ವೀಡನ್ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ನಡುವಿನ ಆಸುಪಾಸಿನಲ್ಲಿವೆ. ಅಂಟು ಜಾಡ್ಯಗಳಿಂದಾಗಿಯೇ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ತೀರಾ ಗಂಭೀರವಾಗಿದೆ. ಇದು ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಬಹುದೊಡ್ಡ ತೊಡಕಾಗಿದೆ. ಆಡಳಿತ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ದೊಡ್ಡ ಸವಾಲಾಗಿದ್ದರೆ, ಅಪಘಾತಗಳಿಂದ ಸಂಭವಿಸುವ ಸಾವುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವುದು ಆತಂಕ ಕಾಡುತ್ತಿದೆ.

ತಿಳಿವಳಿಕೆಯ ಸವಾಲು

ಭಾರತದ ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳುವುದು ಮತ್ತು

ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ, ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಸೋಂಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳುವ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿವೆ. ಈ ಜಾಗೃತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅನುಷ್ಠಾನ ಮತ್ತು ಸಮರ್ಪಕ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ದೊಡ್ಡ ಮೊತ್ತದ ಹಣಕಾಸಿನ ನೆರವು, ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಅದಕ್ಕಿಂತ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಇವೆಲ್ಲ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಎರಡು ದಶಕಗಳಿಂದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಜಾರಿಗೊಳಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಅಲ್ಲಿರುವ ಇತಿಮಿತಿಗಳ ನಡುವೆ ಕೆಲಸ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಆಗುತ್ತಿರುವ ತೊಡಕುಗಳಿಂದ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಗುರಿ ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಐಎಂಆರ್, ಎಂಎಂಆರ್ ಲಸಿಕೆ, ಸಂತಾನಶಕ್ತಿಹರಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತಿತರ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇವೆಲ್ಲ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಚಾರವಾಗಿದ್ದು, ಬೇರೆಯವರಿಂದ ಹೇಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವಿಚಾರವನ್ನೂ ತಿಳಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಇಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವಾಗಿದೆ.

ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗಾಗಿ ಸರ್ಕಾರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸಿದೆ. ಆದರೆ ಅದು ಏಡ್ಸ್, ಎಚ್‌ಐವಿ, ಕ್ಷಯರೋಗ, ಕುಷ್ಠರೋಗ ಮತ್ತಿತರ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ದೂರ ಇದ್ದವು. ಆದರೆ ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿಯಾಗಿ ಆರ್‌ಸಿಎಚ್ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ ಯೋಜನೆ ಕೈಗೊಂಡಿತು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಗರ್ಭಿಣಿ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸಿತು. ಅವರ ಅಗತ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಭರವಸೆ ನೀಡಿತು. ಶಿಶುಗಳ ಪೋಷಣೆ, ಸಕಾಲಿಕವಾಗಿ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆ ಹಾಕಲಾಯಿತು. ಕ್ಷಯ ರೋಗವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣಪಡಿಸುವ ಭರವಸೆ ನೀಡಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದು ಸೇರಿದಂತೆ ಇನ್ನಿತರ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಿತು. ಆದರೆ ಕೆಲವೇ ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಪೂರಕವಾದ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಇದುವರೆಗೂ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರುವಲ್ಲಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ. ಇನ್ನು ಮುಂದೆ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರಬೇಕಾಗಿದೆ. ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಂತೆ ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ

ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಮಾತನಾಡಲು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಪಟ್ಟಿ ಸಹ ದೊಡ್ಡದಿದೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಿ ಹೇಳುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸಿ ಕಾರ್ಯಾನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರಬೇಕು. ಆದರೆ ಇದರಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ತೊಡಕುಗಳಿವೆ. ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ತಿಳಿಸಬಹುದು. ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಬಹುದು. ಇದಕ್ಕೆ ಏಕರೂಪದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ರೂಪಿಸಿದ್ದು, ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಯಿತು. ಇಂಥದೇ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಪಾಲಿಸಲು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೇಂದ್ರ ಬೇಕು. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿ ಪೂರಕ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಿ ಇಡಬೇಕು. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ ಬೇರೆ ಆಗಿರುವುದರಿಂದ ಎಲ್ಲವನ್ನೂ ಒಗ್ಗೂಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿ, ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿ, ವೈಯಕ್ತಿಕ ಕಾಳಜಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕು. ಇವೆಲ್ಲ ಸುಲಭವಲ್ಲ. ಆದರೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ಬಲಗೊಳಿಸಿದರೆ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಾಧ್ಯ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಕೊನೆಯ ಹಂತದ ವ್ಯಕ್ತಿಯೂ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಂ ಮೂಲಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಈಗ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಜೊತೆ ವಿಲೀನವಾಗಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಎಂಬುದಾಗಿ ನಾಮಕರಣಗೊಂಡಿದೆ. ಇದೇನೆ ಇರಲಿ. ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಚಾರಕ್ಕೆ ಬಂದಾಗ ಅದು ರಾಜ್ಯಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಾನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವ ಯೋಜನೆ. ಹಣಕಾಸಿನ ನೆರವು, ಯೋಜನೆಯ ರೂಪು ರೇಷೆ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿ, ಅದರ ಕುರಿತು ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಅದನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಿಸಿ, ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರುವುದು, ಸುಧಾರಣೆ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳ ಜವಾಬ್ದಾರಿ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ರಾಜ್ಯವೂ ತನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಬಲಗೊಳಿಸಲು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ವಾರ್ಷಿಕ ಅನುದಾನಕ್ಕಾಗಿ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಪ್ರಸ್ತಾವ ಸಲ್ಲಿಸಿ, ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯಗಳ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಾನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಯೋಜನೆ ಅನುಷ್ಠಾನದ ನಿಯಮಗಳು ಅತ್ಯಂತ ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರವಾಗಿವೆ. ಆದರೂ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳು ತಮ್ಮ ಯೋಜನೆ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಕೆಲವು ಉದಾರ ನೀತಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸುಧಾರಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸುಧಾರಣೆಗಾಗಿ ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳ ತೀರಾ ಆಸಕ್ತಿ ವಹಿಸಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿವೆ. ತಳಹಂತದ ವರೆಗಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸುಧಾರಣೆಗಾಗಿ 9 ಲಕ್ಷ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಅವರು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ನಿಕಟವಾಗಿದ್ದು, ಸರ್ಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ನೀಡುವರು. ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಸದ್ಬಳಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡಿ, ಜನರನ್ನು ಜಾಗೃತಗೊಳಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ದಶಕಗಳ ಕಾಲ ಜನರನ್ನು ಕಾಡುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಹೆಚ್ಚುವಾರಿ 1.78 ಲಕ್ಷ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಿ ಜಾಗೃತಿ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯ ಕೈಗೊಂಡಿದೆ. ತುರ್ತು ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಎ ಸಾರಿಗೆ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ 18 ಸಾವಿರ ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುತ್ತಿದೆ. ಈ ಸುಧಾರಣಾ ಕ್ರಮಗಳಿಂದಾಗಿ ದೇಶದ ಎಲ್ಲೆಡೆ, ಎಲ್ಲರ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಆರ್‌ಸಿಎಚ್ ಸೇವೆಗಳ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

ಶೇ 20ರಷ್ಟು ಸೀಮಿತವಾಗಿದ್ದು, ಶೇ 80ರಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಈ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅಂತರ ನಿವಾರಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್

ದೇಶದಲ್ಲಿ 2012ರ ನಂತರ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹಣಕಾಸಿನ ನೆರವು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ತುರ್ತು ಅಗತ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಅನುದಾನ ಸದ್ಬಳಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳು ವಿಫಲವಾದವು. ಅನುದಾನದ ಸದ್ಬಳಕೆಯ ವೈಫಲ್ಯ ಒಂದೆಡೆಯಾದರೆ ಇನ್ನೊಂದೆಡೆ ದುರ್ಬಲ ಆಡಳಿತ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಅನುದಾನದ ಸೋರಿಕೆಯು ಕಾರಣವಾಯಿತು. ಈ ವೈಫಲ್ಯದಿಂದಾಗಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್‌ಗೆ ಕಳಂಕ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿತು. ಮಿಷನ್ ಇಂಥ ಹಲವು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಯಿತು. ಆದರೆ ಇವೇನೂ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವಾಗ ಹೊಸತೇನೂ ಅಲ್ಲ. ಆಡಳಿತ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ದೌರ್ಬಲ್ಯವನ್ನು ಇವೆಲ್ಲ ಎತ್ತಿ ಹಿಡಿಯುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನೂ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲೇ ಬೇಕು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸಲು ಹೆಚ್ಚು ಹೂಡಿಕೆ ಮಾಡದಿರುವುದೂ ಸಹ ವೈಫಲ್ಯಕ್ಕೆ ಇನ್ನೊಂದು ಕಾರಣ ಎನ್ನಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಸಹಭಾಗಿತ್ವಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆ ಸಿಕ್ಕಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ಖಾಸಗಿ ವಲಯವು ಹೆಚ್ಚು ಸಮೃದ್ಧವಾಗಿ ಬೆಳೆಯಲು ಇದರಿಂದ ಪೂರಕವಾಗಿ ನೆರವಾಯಿತು. ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ತಲೆ ಎತ್ತಿ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ನಿಂತವು. ಇದರರ್ಥ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ, ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಣಕಾಸಿನ ವಿನಿಯೋಗ ಮಾಡಲಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಯೋಜನೆ ಅನುಷ್ಠಾನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಯೋಜನೆ ವಿಫಲವಾಯಿತು. ಇನ್ನೊಂದೆಡೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಜನರಿಂದ, ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರ ಮಟ್ಟದಿಂದ ಸಹಕಾರವೂ ಸಿಗಲಿಲ. ಆದರೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಕರಡು ಮಾತ್ರ, ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ಮಿಷನ್ ಕೈಗೊಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿದ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು, ಯೋಜನೆಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನವನ್ನು ಶ್ಲಾಘಿಸಿದೆ.

2013ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಸ್ಥಾಪಿತವಾಯಿತು. ಆದರೆ ಅದೂ ಸಹ ಕೇಂದ್ರದಿಂದ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅನುದಾನ ಪಡೆದು ಯೋಜನೆ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿದರೆ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸದೃಢಗೊಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ ಎಂಬುದನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಕರಡು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಂ ಯೋಜನೆಗಳ ಸಮಗ್ರ ಅನುಷ್ಠಾನ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳ ಉನ್ನತೀಕರಣಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಒಟ್ಟು ಅನುದಾನದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಶೇ 40ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸಿ, ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ರಾಜಕೀಯ ಇಚ್ಛಾಶಕ್ತಿಯ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಕೆಲವು ಸಾಮಾಜಿಕ ತೊಡಕುಗಳ ನಿವಾರಣೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಮಂಜೂರಾಗುವ ಅನುದಾನವನ್ನು ರಾಜ್ಯದ ಬಜೆಟ್ ಮತ್ತು ತಳ ಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸದ್ವಿನಿಯೋಗ ಆಗಬೇಕು. ಕೇಂದ್ರದಿಂದ ಮಂಜೂರಾದ ಅನುದಾನ ನೇರವಾಗಿ ಅರ್ಹ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ತಲುಪಬೇಕು. ಖಜಾನೆ ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರಗಳು ನೇರವಾಗಿ ಅನುದಾನ ತಲುಪಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಾಧಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಯಶಸ್ವಿ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ರಾಜಕೀಯ ಸಹಕಾರವೂ ಬೇಕು. ಆದರೆ ತಳಹಂತದಲ್ಲಿ ಆಡಳಿತ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ರಾಜಕೀಯ ಒತ್ತಡ ಅಥವಾ ಪ್ರಭಾವ ಅನುಕೂಲಕರವಾಗಿರಬೇಕು. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಎಷ್ಟೇ ಅನುದಾನ ಪಡೆದರೂ ಯೋಜನೆ ಸಾಫಲ್ಯ ಕಾಣಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದು.

ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ತಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಲು ಹಲವು ಹಂತದ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕು. ಅನುದಾನದ ಬಳಕೆ ಮತ್ತು ಸಮರ್ಪಕ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಅಡ್ಡಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ. ಎರಡನೆಯದಾಗಿ, ತಳಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸುವಾಗ ಅವುಗಳ ವೆಚ್ಚ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮತ್ತು ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಮರ್ಪಕತೆಯಲ್ಲಿ ಅನುದಾನದ ಸದ್ಬಳಕೆ ಆಗಿರುವುದು ಇನ್ನೊಂದು ತೊಡಕು. ಈ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಥಾಯ್ಲೆಂಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಅತ್ಯುನ್ನತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮಾಡಿ ಸುಧಾರಣೆ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಮೂರನೆಯದು ಮತ್ತು ಅತ್ಯಂತ ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರವಾದುದು ಎಂದರೆ ಸಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವ ಕೌಶಲಯುಕ್ತ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಶೇ 30ರಷ್ಟು ಹಣವು ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ವೇತನಕ್ಕೆ ವೆಚ್ಚವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ರಸ್ತೆ, ಸಾಕಷ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ ಉತ್ತಮ ಕೌಶಲವುಳ್ಳ ಮತ್ತು ವೇತನ ಆಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಎಲ್ಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಮುನ್ನಡೆ ಇಟ್ಟಿವೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಖಾಸಗಿ ವಲಯಕ್ಕೆ ವಹಿಸಿದರೆ ಅವರು ಕಡಿಮೆ ವೇತನ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಸೇವೆ ಪಡೆಯಲು ಕಾರ್ಯ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸುವರು.

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸಂಕಷ್ಟ

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆಯ ವೈಫಲ್ಯದಿಂದಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದ ಕಾರಣ ಅಗತ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವೆಚ್ಚ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಅದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯು ದುಬಾರಿಯಾಗಿ ದುರ್ಬಲರಿಗೆ ನಿಲುಕದ ಹಂತ ತಲುಪುವಂತಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ 2015ರ ಕರಡಿನಲ್ಲಿ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸೇವೆಗೆ ಒಳಪಡದ ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವೆಚ್ಚ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಮೇಲೆ ಹೊರೆಯಾಗಿದೆ.

ಕಿಕ್ಕಿರಿದು ತುಂಬಿದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿ ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಪ್ರವೇಶವೇ ಈ ಸ್ಥಿತ್ಯಂತರಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಪರಿಣಾಮಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಬಹುತೇಕ ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯರ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲವೇ ಸಣ್ಣ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿರುವವರು ಮಾಲಿಕರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನು, ಹಾಕಿದ ಬಂಡವಾಳಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿಯಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಆದಾಯ ನಿರೀಕ್ಷೆಯೊಂದಿಗೆ ಅವರು ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಯ ನಿರ್ವಹಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವವರಿಗೆ ನೀಡುವ ಸಂಬಳಕ್ಕೂ ಹಾಗೂ ಲಾಭಾಂಶಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ವಲಯ ಪ್ರವೇಶವಾದನಂತರ ಕಂಡು ಬಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಎನ್ನಬಹುದು.

ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಶೇ 15ರಷ್ಟು ಸಿಎಜಿಆರ್ (ಕಂಪೌಂಡೆಡ್ ಆ್ಯಯನುವಲ್ ಗ್ರೋಥ್ ರೇಟ್) ದರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿ ಹೊಂದುತ್ತಿದೆ. ಇದು ದೇಶದ ಸೇವಾ ವಲಯದ ವಾರ್ಷಿಕ ಪ್ರಗತಿ ದರದ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹಾಗೂ ಒಟ್ಟಾರೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪ್ರಗತಿ ದರದ ಮೂರುಪಟ್ಟು ಎಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಹೂಡಿಕೆಯನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸುವ ವಿದ್ಯಮಾನ ಕಾಣಬಹುದು. ಇದರ ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಹ ಖಾಸಗಿ ವಲಯ ಸಹ ಕ್ಷಿಪ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸುತ್ತಿದೆ. ಈ ವಲಯದಲ್ಲಿ ವಿದೇಶಿ ನೇರ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆಗೆ ಈ ಮೊದಲು ಇದ್ದ ಮಿತಿಯನ್ನು ಸಡಿಲ ಮಾಡಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಪ್ರಗತಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸಕ್ತ ದಿನದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೌಲ್ಯ 40 ಶತಕೋಟಿ ಡಾಲರ್ ನಷ್ಟಿದೆ ಎಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದ್ದರೆ, 2020ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಈ ಮೌಲ್ಯ 280 ಶತಕೋಟಿ ಡಾಲರ್ ನಷ್ಟು ಆಗಲಿದೆ ಎಂದು ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಮೂಲಗಳು ವಿಶ್ವಾಸ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ಪೈಕಿ ಶೇ 50ರಷ್ಟು ಹಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಸಲುವಾಗಿ ವ್ಯಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಇನ್ನುಳಿದ ಮೊತ್ತ ಔಷಧ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಉಪಕರಣ ಹಾಗೂ ವಿಮಾ ವಲಯಕ್ಕೆ ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬಹುತೇಕ ವರ್ಗಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಸಿಗುವ ಖಾತ್ರಿ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ದೇಶದಲ್ಲಿನ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಸ್ಪರ್ಧಾತ್ಮಕ ದರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಹೀಗಾಗಿ ದೇಶದ ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ವಿದೇಶಗಳ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸುತ್ತವೆ. ಇದೇ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರು ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳತ್ತ ಮುಖ ಮಾಡುವುದು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ, ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರದಿದ್ದರೂ ಸಹ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಬೇಕು ಎನ್ನುವ ಜನರು ಇಂತಹ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನೇ ಹುಡುಕುತ್ತಾರೆ. ಈ ಎಲ್ಲ ವಿದ್ಯಮಾನಗಳ ಫಲವಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಬಹಳ ವೆಚ್ಚದಾಯಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ದೇಶದ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರ ಯುರೋಪಿನ ದೇಶದಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕಿಂತ ಬೃಹದಾಕಾರವಾಗಿ ಬೆಳೆದಿದೆ. ಇನ್ನೊಂದೆಡೆ, ಆಂತರಿಕವಾಗಿ ಪ್ರತಿಭಾ ಪಲಾಯನಕ್ಕೆ ಎಡೆ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿದೆ. ಉತ್ತಮ ವೇತನ ಹಾಗೂ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕೊಡಲು ಸರ್ಕಾರ ಮುಂದಾಗಿದ್ದರೂ, ತಜ್ಞವೈದ್ಯರು ಮಾತ್ರ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಬದಲಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿಯೇ ತಮ್ಮ ಭವಿಷ್ಯ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವುದು, ಆ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಎಂಬುದು ವ್ಯಾವಹಾರಿಕ ರೀತಿ ಆಗಿರುವುದು ಕಳವಳಕಾರಿ ವಿಷಯ. ಇದು ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ಕೆಟ್ಟ ಸಂದೇಶವನ್ನು ರವಾನಿಸುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಜನ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಇಂತಹ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡುವ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು, ಇಲ್ಲವೇ, ಕೆಲವೊಂದು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬರೆದುಕೊಡುವ, ರೋಗ ಪತ್ತೆ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡುವ ಪರಿಪಾಠವೇ ಮುಂದೊಂದು ದಿನ

ವೃತ್ತಿಪರತೆ ಎನಿಸಿಕೊಂಡು, ಇಂತಹ ವಿಧಾನವೇ ನಿಜವಾದ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಎಂಬಂತಹ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಲ್ಲಿ ಮೂಡುವ ಅಪಾಯ ಇದ್ದೇ ಇದೆ.

ವಿತ್ತೀಯ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು

ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಭರಿಸಲಾಗದೇ ಜನರು ಕಷ್ಟಪಡುತ್ತಿರುವ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಸರ್ಕಾರ ಹೇಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ನೀಡುತ್ತಿದೆ? ಎಂಬುದು ಮುಖ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಕನಿಷ್ಠ ಪಕ್ಷ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿ ನೀಡಲಾಗುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಎಲ್ಲ ಜನರಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ಸಿಗುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಸರ್ಕಾರ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಿದ್ಧಗೊಂಡಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿಯ ಕರಡಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವ ಈ ಅಂಶ ಗಮನಾರ್ಹ. 'ಎಚ್ಐವಿ ಸೋಂಕಿತರಿಗೆಎಆರ್‌ಟಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸರ್ಕಾರದ ಅನುದಾನದಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ದೇಶದ ಅತಿದೊಡ್ಡ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿದೆ. ಇನ್ನು, ಕ್ಷಯರೋಗ, ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಈ ರೋಗಗಳ ಪತ್ತೆ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ಬಳಸುವ ಕಿಟ್‌ಗಳು ಹಾಗೂ ಮೂರನೇ ತಲೆಮಾರಿನ ಮೈಕ್ರೋಬಿಸಿಡೈಲ್ ವಿರೋಧಿ ಔಷಧಿಗಳು, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಹರಡುವುದನ್ನು ತಡೆಯಲು ಕ್ರಿಮಿನಾಶಕ ಲೇಪಿತ ಸೊಳ್ಳೆಪರದೆಗಳ ವಿತರಣೆಯಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಸಹ ಸರ್ಕಾರ ಭಾರಿ ಹಣ ಖರ್ಚು ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಈ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಇಂತಹ ರೋಗಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಇಂತಹ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದ ಕೊಡುಗೆ ಅತ್ಯಲ್ಪ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು' ಎಂದೂ ಈ ಕರಡಿನಲ್ಲಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡಲಾಗಿದೆ.

ಇದಲ್ಲದೇ, ಉಚಿತವಾಗಿ ಔಷಧಿ ವಿತರಣೆ ಹಾಗೂ ರೋಗ ನಿದಾನ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಸಲುವಾಗಿ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳಿಗೆ ನೆರವು ನೀಡುವ ಸಲುವಾಗಿ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರವು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಆರಂಭಿಸಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲರಾಗಿರುವವರು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ತೆರಳಿದರೂ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಕಡಿವಾಣ ಹಾಕಲಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಪಡೆಯುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಾಡುವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿನ ವೆಚ್ಚ ತೀರ ಕಡಿಮೆ ಎನಿಸಿದರೂ, ಈ ಮೊತ್ತವನ್ನೂ ಭರಿಸಲಾಗದ ಜನರು ತೊಂದರೆ ಅನುಭವಿಸುವುದು ತಪ್ಪಿಲ್ಲ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಚಿತವಾಗಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ರೋಗ ನಿದಾನ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕು ಎಂಬ ಕೂಗು ಬಲವಾಗಿ ಕೇಳಿ ಬರುತ್ತಿದೆ.

ಸರ್ಕಾರದ ವಿಮಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

ಬಡವರು ಪಡೆಯುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಭರಿಸುವ ಸಂಬಂಧ ಸರ್ಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿದೆ. ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರ ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿರುವ ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷೆಯ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಬಿಮಾ ಯೋಜನೆ ಜನರಿಗೆ ಎರಡನೇ ಹಂತದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ಅನುಕೂಲಕರವಾಗಿದೆ. ಇದರ ಜೊತೆಗೆ 8ಕ್ಕೂ ಅಧಿಕ ರಾಜ್ಯಗಳು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿರುವ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳು ಜನರಿಗೆ ಮೂರನೇ ಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿವೆ. 2014ರಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ಜನಸಂಖ್ಯೆ 370 ದಶಲಕ್ಷ. ಅಂದರೆ ದೇಶದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ನಾಲ್ಕನೇ ಒಂದರಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗಿದೆ. ಈ ಪೈಕಿ 180 ದಶಲಕ್ಷ ಜನರು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗೆ ಇರುವವರು ಎಂಬುದು ಗಮನಾರ್ಹ. ಆದರೆ, ಇಂತಹ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವ ಜನರಿಗೆ ನಿಜವಾಗಿಯೂ ಅವರಿಗೆ ಅವಶ್ಯವಿದ್ದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿಯೇ ವೆಚ್ಚರಹಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಲಭಿಸಿದೆಯೇ ಎಂಬುದು ಅಷ್ಟೇ ಮುಖ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಬಗ್ಗೆ ಹಲವು ತಜ್ಞರು ಸಂಶಯವನ್ನೂ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಿಸಬೇಕು ಎಂಬ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಸರ್ಕಾರವು ಎಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಒಂದೇ ವೇದಿಕೆಯಡಿ ತರಲು ಯೋಚಿಸುತ್ತಿದೆ. ಸರ್ಕಾರದ ಅನುದಾನದಲ್ಲಿ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುವ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಿ, ಆ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಾಗಿ ಇರುವ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ ಅಲ್ಲ, ಬದಲಾಗಿ ಪೂರಕವಾಗುವಂತೆ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಬೇಕು, ತೆರಿಗೆ ಆಧರಿತ ಯೋಜನೆಯೂ ಆಗಿರಬೇಕು ಎಂಬ ಬೇಡಿಕೆಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿಯೂ ಇರಬೇಕು ಎಂಬ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಚಿಂತನೆ ನಡೆಸಿದೆ.

ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಹೂಡಿಕೆ

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ತುರ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಹೂಡಿಕೆಗೆ ಆದ್ಯತೆ ಸರ್ಕಾರ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿದೆ. ವಿಮಾ ಯೋಜನೆ ಇದರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಆದರೆ ಅದರ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಅರ್ಹ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಯೋಜನೆಯ ಉದ್ದೇಶ ತಲುಪಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನ ನೀಡುವುದು ಅವಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ಜಗತ್ತಿನ ಬಹುತೇಕ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಸಹ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಲು ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಸಹಭಾಗಿತ್ವಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿವೆ. ಸಾಕಷ್ಟು ನಿಯಂತ್ರಣ ಕ್ರಮಗಳನ್ನೂ ಕೈಗೊಂಡು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿವೆ. ಈ ಕ್ರಮ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ಸವಾಲಿನ ವಿಚಾರ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಅದನ್ನು ಮಾದರಿ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತಂದಿವೆ. ಅದಾಗ್ಯೂ ಅನುಷ್ಠಾನದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ತಲುಪಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹತೆ ಗಳಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಇನ್ನೂ ಮುಂದುವರಿದಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಸಮರ್ಪಕ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡು ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ವಿಮೆ ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಣ ಕ್ರಮಗಳ ಹೊರತಾಗಿ ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಮಾರ್ಗಗಳು ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿಯಾಗಿವೆ. ದೂರುಗಳಿಗೆ ತಕ್ಷಣ ಪರಿಹಾರ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವುದು ಖಾಸಗಿ ವಲಯಕ್ಕೆ ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತದೆ. ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂ ಮತ್ತು ಸಣ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪೂರೈಕೆದಾರರು, ವೃತ್ತಿ ಕೌಶಲಗಳ ಸುಧಾರಣೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಲಾಭದಾಯಕವಲ್ಲದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಿಂದಲೂ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಲು ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮುಂದಾಗಿವೆ. ಇವುಗಳ ನಡುವೆ 108ರ ಕರೆ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಕೈಗೊಂಡ ಪ್ರಮುಖ ಕ್ರಮಗಳಾಗಿವೆ. ಇವೆಲ್ಲವುಗಳ ಒಟ್ಟು ಉದ್ದೇಶವೂ ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವುದೇ ಆಗಿದೆ.

ನಿರ್ಣಾಯಕ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್‌ನಲ್ಲಿ ಆರಂಭಿಸಿರುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಂಡು, ವಿಸ್ತರಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಸಾಧಿಸಿರುವ ಈ ಪ್ರಗತಿಯ ಯಥಾಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಜನರ ಆಯ್ಕೆಗಳಿಗೆ ಮನ್ನಣೆ ನೀಡಿ, ವಿವಿಧ ರೂಪದ ಅಸಮಾನತೆ ಮತ್ತು ಸಂಘರ್ಷಗಳಿಗೆ ಅವಕಾಶ ಇಲ್ಲದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿ ವಿನಿಮಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವುದು ಮುಖ್ಯ. ಈ ಪ್ರಯತ್ನ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯಬೇಕು. ನಿಯಂತ್ರಿತ ಆಡಳಿತ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ರಾಜಕೀಯ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ದೂರ ಉಳಿದು ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಹೂಡಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಅಪಾಯ ತಪ್ಪಿದ್ದಲ್ಲ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಕೌಶಲಯುಕ್ತ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಕಾರ್ಯ ಪಡೆಯ ವಿಸ್ತರಣೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಮತ್ತು ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ, ಆಡಳಿತ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಸವಾಲುಗಳಿವೆ. ಇದರಿಂದ ಅಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಜನರಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿ ಯೋಜಿತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ತರಲು ಸಾಧ್ಯವಿದೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಿ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಾಡುವುದು ಅತ್ಯವಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ❑

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ವಿಕಾಸದ ಹಾದಿ

* ಜೆ.ವಿ.ಆರ್. ಪ್ರಸಾದ ರಾವ್

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ 2014ರ ಕರಡು, ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಆರು ದಶಕಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಘೋಷಿಸಲಾದ 3ನೇ ಕರಡು ನೀತಿಯಾಗಿದೆ. ಆಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಘೋಷಣೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ, 1983 ನೇ ಇಸ್ವಿಯಲ್ಲಿ "2000 ನೇ ಇಸ್ವಿಯ ಒಳಗಾಗಿ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ" ಎಂಬ ಜಾಗತಿಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಹೊಂದಿದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಯಿತು. ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ತರಬೇತುಗೊಳಿಸಲಾದ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರ ಗುಂಪು/ ವೃಂದ ಬಲದ ರಚನೆ – ಇವುಗಳ ರೂಪಿಸುವಿಕೆ ಬಗ್ಗೆ ಈ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು ನೀಡಲಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ, ಸಾಧಿಸಬಹುದಾದ ಗುರಿಯ ಸ್ಪಷ್ಟತೆ ಹಾಗೂ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಗಾಗಿ ಬೇಕಾದ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಇದು ಕೇವಲ ಒಂದು ದಾಖಲೆಯಾಗಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿತು. ಅಲ್ಲದೇ 2000ನೇ ಇಸ್ವಿಯ ಒಳಗಾಗಿ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಯ ಹತ್ತಿರವೂ ಸುಳಿಯಲು ನಮಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ. "ಸಹಸ್ರಮಾನದ ಘೋಷಣೆ 2000" ಹಾಗೂ ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಹಸ್ರಮಾನದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳ ಅಳವಡಿಕೆಯ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ 2002 ರಲ್ಲಿ ಹೊಸ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ರಚನೆಗೆ ಪ್ರೇರಣೆಯಾಯಿತು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ–2002, ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯ ಸಾಕಾರಕ್ಕಾಗಿ ಇದ್ದ ನ್ಯೂನ್ಯತೆಗಳು ಹಾಗೂ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ನಿಖರವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿತಲ್ಲದೇ, ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟ ಸುಧಾರಣೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯಾವಹಾರಿಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿತು.

ಇದರಿಂದಾಗಿ ಜನರಿಗೆ ಕನಿಷ್ಠ ಆರೋಗ್ಯ ಭದ್ರತೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಸಂಪನ್ಮೂಲಕ್ಕೆ ತೊಡಕಾಗಿರುವ ಮೂಲ ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ಹೊಸ ನೆಲೆಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವಂತಾಯಿತು. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಖರ್ಚನ್ನು ಒಟ್ಟು ನಿವ್ವಳ ಉತ್ಪನ್ನದ ಅನುಪಾತದಂತೆ ಶೇ. 1 ರಿಂದ ಶೇ. 2ಕ್ಕೆ ಮುಂಬರುವ ಹತ್ತು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ದ್ವಿಗುಣಗೊಳಿಸಬೇಕೆಂದು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಹಾಗೆಯೇ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ನೀಡುತ್ತ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಒಟ್ಟು ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಶೇ. 50ರಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ಹೇಳಿತು. ಮುಂದಿನ ಹತ್ತು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದ ಗುರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ನಿಖರವಾದ ಪಟ್ಟಿ ತಯಾರಾಯಿತು. ಆದರೆ, ಇಷ್ಟೆಲ್ಲ ಬಲವಾದ ಆಗ್ರಹ ಹಾಗೂ ಒತ್ತಾಯದ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ವೆಚ್ಚದ ಪ್ರಮಾಣ ಮುಂದಿನ 10 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಯಥಾಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರೆದು, ಒಟ್ಟು ನಿವಳ ಉತ್ಪನ್ನ (ಜಿಡಿಪಿ) ಶೇ.1 ಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿತ್ತು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ –2002 ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ, ತಾಯಿ– ಮಗು ಆರೋಗ್ಯ ಮುಂತಾದ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾದ ಗುರಿ ತಲುಪುವಲ್ಲಿ ದೇಶವು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದ್ದರೂ ಕೂಡ, ಇನ್ನು ಅನೇಕ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಾದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಲ್ಲದ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ, ಬಡ ಮತ್ತು ಕಡೆಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಜನತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಸಮಾನ ಅವಕಾಶ ಹಾಗೂ ಅರ್ಹ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ವೃತ್ತಿಪರರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ನೀಗಿಸುವಲ್ಲಿ ನಿಗದಿತ ಗುರಿಯನ್ನು ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ. 2014ರಲ್ಲಿ ರೂಪಿತವಾದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೂತನ ಕರಡು ನೀತಿ, ತುಂಬ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಮೈಗೂಡಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕರು, ತಜ್ಞರು ಹಾಗೂ ಕ್ಷೇತ್ರ ಪರಿಣತರಾದಿಯಾಗಿ ಎಲ್ಲರೂ ತಮ್ಮ ಅನಿಸಿಕೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಂಡ ಪರಿಣಾಮ, ಸರ್ಕಾರ ತುಂಬ ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿ ಜನರನ್ನು ತಲುಪುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಹೆಜ್ಜೆ ಇಡಲು ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಷ್ಟೇನೂ ದುಬಾರಿ ಎನಿಸದಿದ್ದರೂ, ತೃತೀಯ ಹಂತದ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಶುಶ್ರೂಷೆ ತುಂಬ ವೆಚ್ಚದಾಯಕ ಎಂಬುದು ಅನುಭವ ವೇದ್ಯ ವಿಚಾರ ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಜೀವಮಾನದ ಗಳಿಕೆಯ ದುಡ್ಡು ಇಂತಹ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ವ್ಯಯಗೊಂಡು, ಕುಟುಂಬಗಳು ಬೀದಿಗೆ ಬಿದ್ದ ಅನೇಕ ಉದಾಹರಣೆಗಳು ಬೆಳಕಿಗೆ ಬಂದಿವೆ. ಇಳಿಗಾಲ ಮತ್ತು ನಿಡುಗಾಲದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚ ಭರಿಸಲಾಗದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಕುಟುಂಬಗಳು ತಲುಪಿದವು. (2004 ರಲ್ಲಿ ಶೇ. 15 ರಷ್ಟಿದ್ದದ್ದು 2011–12ರಲ್ಲಿ ಶೇ. 18ಕ್ಕೆ ಏರಿತ್ತು!) ಕೇವಲ ಪ್ರಸೂತಿ ಪೂರ್ವ, ಪ್ರಸೂತಿ ಹಂತ ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ನಂತರದ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಆರೈಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ

* ಮಾಜಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರಸ್ತುತ ಏಷ್ಯಾ ಪೆಸಿಫಿಕ್ ವಲಯಕ್ಕೆ ವಿಶ್ವ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮಹಾಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಯ ವಿಶೇಷ ದೂತರಾಗಿದ್ದಾರೆ.
E-mail : raojvrp@unaids.org

ಒತ್ತು ನೀಡಿ ರೂಪಿಸಲಾಗಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ, ಸೋಂಕು ಮತ್ತು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು, ತಾಯಿಯಿಂದ ಮಗುವಿಗೆ ಹರಡ ಬಹುದಾದ– ಹರಡಲಾರದ ರೋಗಗಳು ಸಹ ನೂತನ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಜಾಗೆ ಪಡೆದವು. ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯ, ಸರ್ವಸ್ಪರ್ಷಿ ಮತ್ತು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸಮಾಜದ ತಲಸ್ಪರ್ಷಿ ಹಾಗೂ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದ ತತ್ವಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿ ಅನುಸರಿಸುತ್ತ, ಸುಸ್ಥಿರ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ 'ವಿಶೇಷ ಉದ್ದೇಶದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ – ಎಸ್‌ಪಿವಿ'ಗಳ ರಚನೆ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟತೆ ಮತ್ತು ಆದ್ಯತೆ ಬಗ್ಗೆ ಹೊಸ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಕರಡು ಹೆಚ್ಚು ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲಿದೆ.

ಆದರೆ 'ವಿಜನ್ ಡಾಕ್ಯೂಮೆಂಟ್' ಹಾಗೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಮಧ್ಯೆ ಮೂಲಭೂತ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಪರಿಣಾಮ ಕೇಂದ್ರಿತವಾಗಿದ್ದು, ನಿಗದಿತ ಕಾಲಮಿತಿಯ ಚೌಕಟ್ಟು ಹಾಗೂ ಅಗತ್ಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಕ್ರೋಢೀಕರಣ ಮತ್ತು ಬಳಕೆ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಕ್ರಿಯಾಯೋಜನೆ ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಣ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರ ಹೇಗೆ ಮುಂದಡಿ ಇಡಬಯಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿರಬೇಕು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಕರಡು ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾದ ಉದ್ದೇಶಗಳು 'ವಿಜನ್ ಡಾಕ್ಯೂಮೆಂಟ್'ನಲ್ಲಿ ಇರುವಂತೆ ಅಗತ್ಯದಷ್ಟೇ ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷಿಯಾಗಿವೆ. ನಿಖರವಾದ ಲಕ್ಷ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದ ಗುರಿ, ಇವುಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದ ಕಾಲಮಿತಿಯ ಚೌಕಟ್ಟು ಹಾಗೂ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ ಹಾಗೂ ತಾಂತ್ರಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ನೀತಿಯನ್ನಾಗಿ ರೂಪಾಂತರಗೊಳಿಸಬೇಕಿದೆ. ಈ ನೂತನ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯು, ಸೆಪ್ಟೆಂಬರ 2015 ರ ವಿಶ್ವ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸಹಿತ ಇತರೆ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡ ಸುಸ್ಥಿರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಾಧನೆಯ ಗುರಿ (Sustainable Development Goal - SDG 3) ಯಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಲಾದ ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದ ಗುರಿ ಮತ್ತು ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಗೆ ಸುಸಂಗತವಾಗುವಂತೆ ಮುಂದಿನ 10 ರಿಂದ 15 ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲಾವಧಿಯ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸಬೇಕಿದೆ. 2030ರ ಒಳಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವಿವಿಧ ಆಯಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದ ಲಕ್ಷ್ಯಗಳಿಗೆ ಎಸ್‌ಡಿಜಿ3 ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಮೂಲವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇಕ್ವಿಟಿಯನ್ನು ಮೂಲಭೂತ ತತ್ವವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು ನೀಡಬೇಕು. ಜಾಗತಿಕ ತತ್ವವಾದ "ಯಾರೂ ಕೂಡ ಸೌಲಭ್ಯದಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಬಾರದು" ಎಂಬ 2015ರೋತ್ತರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಧ್ವನಿಸಬೇಕು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ 2002ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಥಮ ಬಾರಿಗೆ ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಲು ಬೇಕಾಗುವ ಬಂಡವಾಳದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಜಿಡಿಪಿಯ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸಿತು. ಇದನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದ್ದೇಂ ಆದಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ಕೂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಜಿಡಿಪಿಯ ಶೇ. 2 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡುವ ಶ್ರೀಲಂಕಾ, ಬ್ರೆಜಿಲ್ ಮುಂತಾದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಸಮಾನಾಂತರವಾಗಿ ಹೋಲಿಕೆಯಲ್ಲಿರುತ್ತಿತ್ತು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಕರಡು ನೀತಿಯು ಈ ಅಸಮತೋಲನವನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ಒಳ್ಳೆಯ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ನೀತಿಯು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬಂಡವಾಳವನ್ನು ಜಿಡಿಪಿಯ ಶೇ. 2.5ಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ತನ್ನ ಪ್ರತಿಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ಪುನರುಚ್ಚರಿಸಿದ್ದರೂ ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಕಾಲಮಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಅಂತೆಯೇ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳಿಗೂ ಕೂಡ ಒಟ್ಟು ಸರ್ಕಾರಿ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಬೇಕಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಆರ್ಥಿಕತೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೆಯೇ ನೆರೆಯ ಶ್ರೀಲಂಕಾ ಮತ್ತು ನಮ್ಮದೇ ಆದ ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ವೆಚ್ಚದ ಶೇ.11ನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಗಿದ್ದು ಇದು ಸೂಕ್ತವಾದದ್ದು ಎಂದೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಗೆ ಪೂರಕ ವಾತಾವರಣ ಸೃಷ್ಟಿಗಾಗಿ ಸುಧಾರಿತ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ಕಾನೂನು ಚೌಕಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿರುವಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಬೇಕಿದೆ. ಭಾರತದ ಸಂವಿಧಾನದ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯವು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಆಡಳಿತ ವಿಷಯ. ಆದರೂ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರ ಕೂಡ ಅನಾರೋಗ್ಯ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಜೊತೆಗೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಸ್ಥಿರೀಕರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿ ಸಮಾನಾಂತರವಾಗಿ

ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳ ಪರಸ್ಪರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳ ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚು ಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟತೆ ಇರಬೇಕು. ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳಿಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸುವ ಕಾರಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ತಲಪಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನದು. ಆದರೆ, ಇವೆಲ್ಲವು ಮಸಕು–ಮುಸುಕಾಗಿದ್ದು ಇನ್ನೂ ಸರಿಯಾಗಿ ಅರ್ಥೈಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ವಿವಿಧ ರಾಜ್ಯಗಳ ಜನತೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ, ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಶ್ರೀಸಾಮಾನ್ಯನಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ0ಯ ಕೊರತೆಯ ನೇರ ಪರಿಣಾಮ ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ನೀತಿಯು ಎಸ್‌ಡಿಜಿ 3ರಲ್ಲಿ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾದ ಭೌತಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಕನಿಷ್ಠ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ಮಾನದಂಡವನ್ನು ನಿಗದಿಗೊಳಿಸಿದಲ್ಲಿ ಅದು "ಟ್ರೆಂಡ್ ಸೆಟ್ಟರ್" ಆಗಲಿದೆ. ಅತ್ಯಂತ ತಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಸೇವೆಗಳು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ತಲುಪುವಂತಾಗಲು ಯೋಜನೆಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನದ ವಿಕೇಂದ್ರಿಕರಣಕ್ಕೆ ಹೊಸ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಪ್ರಮುಖ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯವಾಗಿರಬೇಕು. ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ದೊಡ್ಡ ಹೆಜ್ಜೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದಾದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್, ಕೇವಲ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ವಿಕೇಂದ್ರಿಕರಣಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ತನ್ನನ್ನು ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸದೇ, ಕ್ಷೇತ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಸಂವರ್ಧನಗೊಳಿಸುತ್ತ ಅವುಗಳು ವಿಕೇಂದ್ರಿತ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಮಾಡುವಂತ ಹಾಗೂ ಉತ್ತರದಾಯಿಗಳನ್ನಾಗಿಸಬೇಕು.

(15 ನೇ ಪುಟಕ್ಕೆ)

ಬೆಂಬಲ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ – ವೃದ್ಧಿಸುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಮತೆ

* ಅಲೋಕ್ ಕುಮಾರ್

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕುರಿತಾದ ಯಾವುದೇ ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಿರುವ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆ ಕುರಿತು ಪ್ರಸ್ತಾಪವಾಗದಿದ್ದರೆ ಅದು ಪೂರ್ಣವಾಗಲಾರದು. ಕಳೆದ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಹೂಡಿಕೆ ಕುರಿತಂತೆ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಪದೇಪದೇ ಟೀಕೆಗೆ ಗುರಿಯಾಗಿವೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರ ಅದರಲ್ಲೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಿರುವ ಅನುದಾನದ ಕುರಿತು ತಿಳಿದಂತಹ ವಿಶ್ಲೇಷಕರೂ ಸಹ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ವೆಚ್ಚ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ ಎಂಬಂತಹ ಟೀಕೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಲೇ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಬಜೆಟ್‌ನಲ್ಲಿನ ಇಂತಹ ವೆಚ್ಚ ಕಡಿತದಿಂದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ವ್ಯತಿರಿಕ್ತ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬಂತಹ ಆತಂಕವನ್ನೂ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅಂತಹ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ಸತ್ಯಾಂಶಗಳಿಂದ ರೂಪುಗೊಂಡಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೇ ಆರೋಗ್ಯ, ಪೌಷ್ಟಿಕಾಹಾರ, ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಮುಂತಾದ ಸಂವಿಧಾನಬದ್ಧ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಹೊಣೆ ಹೊತ್ತುಕೊಂಡಿರುವ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳಿಗೆ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಹಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿರುವ ಹೆಚ್ಚಳವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ನೋಡದೇ ಬಂದಂತಹ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳಾಗಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ಲೇಖನ ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಮುಂದಿನ ಪಟ್ಟಿಯು ಕೇಂದ್ರ ಅನುದಾನದಲ್ಲಿನ ಬಜೆಟ್ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿವಿಧ ಬಜೆಟ್ ಶೀರ್ಷಿಕೆಗಳ ಅಡಿ ಮುಂದಿಡುತ್ತದೆ. (ಪಟ್ಟಿ 1) ಪಟ್ಟಿಯ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತವು (ಪೂರಕ ಅನುದಾನ ಮತ್ತು ಸ್ವಚ್ಛ ಭಾರತ ಆಂದೋಲನ ತೆರಿಗೆಯನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡು) 2015–16ಕ್ಕೆ ಹಣಹಂಚಿಕೆಯು 2014–15ರ ಪರಿಷ್ಕೃತ ಮೊತ್ತದಷ್ಟೇ ಇದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ, ಒಟ್ಟು ಬಜೆಟ್ ಅಂದಾಜನ್ನು ಕೇಂದ್ರ–ರಾಜ್ಯ ಅನುದಾನ ಹಂಚಿಕೆ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ 70:30/75:25 ರಿಂದ 60:40 ಕ್ಕೆ ಆಗಿರುವ ಬದಲಾವಣೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ರಾಜ್ಯಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನುಪಾತದಲ್ಲಿ ಹಣ ಒದಗಿಸಬೇಕಾಗಿರುವುದನ್ನು ಇದು ಸೂಚಿಸುವುದಲ್ಲದೆ ಈ ಅಂಶವು ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಫಲಿತಗೊಂಡಿಲ್ಲ. 14ನೇ ಹಣಕಾಸು ಆಯೋಗದ ಶಿಫಾರಸುಗಳಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿದ ಪ್ರಕಾರ ರಾಜ್ಯಗಳು ರೂ.1.78 ಲಕ್ಷ ಕೋಟಿಗಳಷ್ಟು ಅಧಿಕ ಹಣವನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಂಡಿವೆ. ಈ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರ ಪ್ರಾಯೋಜಿತ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ತಮ್ಮ ಪಾಲನ್ನೂ ಸೇರಿಸುವ ರಾಜ್ಯಗಳು ನೀಡುವ ಅನುದಾನವೂ ಸೇರಿರುತ್ತದೆ. ಬಾಕಿ ಮೊತ್ತವು ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರ ಸೂಚಿಸುವುದರ ಬದಲಾಗಿ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯಗಳು ತಮ್ಮ ಆದ್ಯತೆಗಳನ್ನು

ಪಟ್ಟಿ 1 : ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಗೆ ಬಜೆಟ್ ಹಂಚಿಕೆ

	ವಿಭಾಗ	ಕಂದಾಯ ಅಂದಾಜು 2014–15	ಬಜೆಟ್ ಅಂದಾಜು 2015–16
1.	ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯ (ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಶೋಧನೆ, ಏಯ್ಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣ)	31274.00	32068.17
	ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್	17627.82	18295.00
2.	ಆಯುಶ್	691.00	1214.00
3.	ಪೌಷ್ಟಿಕಾಹಾರ	17529.74	8883.56*
4.	ಸ್ವಚ್ಛ ಭಾರತ್ ಅಭಿಯಾನ (ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಡಿಯುವ ನೀರು)	12107.31	6243.87#
	ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ (ಆರೋಗ್ಯ+ಪೌಷ್ಟಿಕಾಹಾರ +ನೀರು ನೈರ್ಮಲ್ಯ)	**61602.05**	**48409.6** ಪೂರಕ ಬಜೆಟ್ ಬಿಟ್ಟು

ಆಧಾರ: ಬಜೆಟ್ ವೆಚ್ಚ, GoI. 2015–16.

* ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಪುನರಚಿಸಲಾದ ಐಸಿಡಿಎಸ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ರೂ.9000 ಕೋಟಿಗಳೊಂದಿಗೆ ರೂ.7100 ಕೋಟಿಗಳಷ್ಟು ಅಧಿಕ ಹಣವನ್ನು ಪೂರಕ ಬಜೆಟ್ ಕೆಳಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು.

ಸ್ವಚ್ಛಭಾರತ್ ತೆರಿಗೆಯು ರೂ 3700 ಕೋಟಿಗಳಷ್ಟು ಅಧಿಕ ಆದಾಯವನ್ನು 2015–15ರ ಹಣಕಾಸು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ತರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ.

* ಸಲಹೆಗಾರರು, ನೀತಿ ಆಯೋಗ. E-mail : alokkumar.up@nic.in

ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸಲು ವಿನಿಯೋಗಿಸುವ ಸಂಯುಕ್ತ ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ತಮಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿದ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಶೇಕಡಾ 10 ರಷ್ಟನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಗೆ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಹಂಚಿಕೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆಂದರೂ ಸಹ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕಡಿತ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಆಗಬೇಕಿರುವುದೇನೆಂದರೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿದ ಸಂಯುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ರಾಜ್ಯಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ ಆದ್ಯತೆ ಮೇಲೆ ಹಣವನ್ನು ವಿನಿಯೋಗಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು. ಹೀಗಾಗಿ ಅನುದಾನದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕಡಿತವಾಗಿಲ್ಲ ಆದರೆ ಅನುದಾನ ಹಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ವಿಧದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಇಷ್ಟೇ ಮುಖ್ಯವಾದ ಮತ್ತೊಂದು ವಿಷಯವೇನೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ತಕ್ಕನಾಗಿ ಬರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಲಾಭದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ. ಭಾರತದಷ್ಟೇ ಆದಾಯ ಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಂತ ಇರುವ ದೇಶಗಳೊಂದಿಗೆ ಒಂದು ಹೋಲಿಕೆ ಮಾಡಿ ನೋಡಿದರೆ ಅಂತಹ ದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಫಲಿತಾಂಶದ ಮಟ್ಟ ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ.

ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶಿಶುಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು 1990–2012ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ 50% ಇಳಿದಿದೆ. ಆದರೆ ನೆರೆಯ ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶ (67%), ನೇಪಾಳ (66%) ಮತ್ತು ಕಾಂಬೋಡಿಯಾ (60%) ದಂತಹ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತೂ ಇಳಿದಿದೆ. ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶ ಮತ್ತು ಭಾರತ ಎರಡೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವೆಚ್ಚ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ನೋಡಿದರೆ ತಮ್ಮ ಜಿ.ಡಿ.ಪಿಯ 1.3%ನಷ್ಟು ವೆಚ್ಚ ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಆದರೆ ಫಲಿತಾಂಶ ಮಾತ್ರ ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶದಲ್ಲಿಯೇ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ 5 ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ದರದ ವಾರ್ಷಿಕ ಇಳಿಕೆ 1990ರಿಂದ (144ನೇ ಸ್ಥಾನ) 2013ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ 5.4% (41ನೇ ಸ್ಥಾನ) ಆಗಿದೆ. ಅದೇ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ದರ ಇದೇ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ 3.8% ಮಾತ್ರವಿದೆ (1990ರ 126ನೇ ಸ್ಥಾನದಿಂದ 2013ರಲ್ಲಿ 53ನೇ ಸ್ಥಾನಕ್ಕಿಳಿದಿದೆ). ಹೀಗಾಗಿ ವೆಚ್ಚ, ಸಾಧನೆ, ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹೋಲಿಕೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಭಾರತ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿರುವುದು ತೋರುತ್ತದೆ. ಕೇವಲ ಅನುದಾನವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಫಲಿತಾಂಶ ದಕ್ಕುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಇದು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸಿನೊಳಗೆ ವಿಭಾಗೀಕರಣವನ್ನು ತಪ್ಪಿಸುವ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಾಗೂ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆ ಕ್ರಮಗಳ ಮೇಲಿನ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಅನುದಾನ ಹಂಚಿಕೆ ಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದು ರೋಗದ ಹೊರೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾದದ್ದು ಹಾಗೂ ಜನರನ್ನು ಆರೋಗ್ಯವಂತರನ್ನಾಗಿ ಇಡುವಲ್ಲಿ ಹೂಡಿಕೆಗೆ ಗರಿಷ್ಠ ಪ್ರಮಾಣದ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಸುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನುದಾನವನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸಲು ಸ್ವಾಯತ್ತತೆಯನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಅವು ತಮ್ಮ ಹಣವನ್ನು ತಮ್ಮ ಅಗತ್ಯಕ್ಕನುಸಾರವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಬೇಕಾದ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಬೇಕಿದೆ.

ಇದರೊಂದಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕೆಲಸಗಾರರಿಗೆ ಸಂಭಾವನೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಹಣಕಾಸನ್ನು ಫಲಿತಾಂಶಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ ಏರ್ಪಡಿಸುವ ಕ್ರಮಗಳನ್ನೂ ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಗರಿಷ್ಠ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರೇರಿತಗೊಂಡ ಕೆಲಸಗಾರರ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿರುವ ಇತ್ತೀಚಿನ ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಓ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಇದ್ದಾಗಲೂ ಸಹ ಜನರು ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯಸೇವೆಗಳನ್ನೇ ನೆಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಇದಕ್ಕಿರುವ ಕಾರಣಗಳೆಂದರೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಕೊರತೆ (45%), ಸುದೀರ್ಘ ಸಮಯ ಕಾಯುವಿಕೆ (27%), ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆ (9%) ಮುಂತಾದವು . ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಲು ಬಜೆಟ್ ಪಾವತಿ ಕ್ರಮಗಳು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಪ್ರತಿಸ್ಪಂದನೆಯನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ. ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನ ಪಾವತಿ/ ಕಾರ್ಯಶೈಲಿ ಆಧರಿತ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನ ಮುಂತಾದ ಪ್ರತಿಸ್ಪಂದಿಸುವ ಪಾವತಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವ ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ನಿರ್ವಾಹಕರು ಮತ್ತು

ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆ ಸೂಚಕ/ ಸೇವೆಗಳ ಉತ್ತಮ ಬಳಕೆ/ ಅಳತೆ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಸಾಧನೆಗಳನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿ ಬಳಸಬಹುದು.

ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವವರಿಗೆ ಕ್ಯಾಪಿಟೇಶನ್ ಪಾವತಿ ವಿಧಾನವು ಸೇವಾ ಖಾತ್ರಿಯನ್ನಾಧರಿಸಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನ ಒದಗಿಸುವುದನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸುತ್ತದೆ. ಉದಾ: ಘಾನಾ ದೇಶವು ತನ್ನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಯಡಿ 22% ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಕ್ಯಾಪಿಟೇಶನ್ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಲು ನಿರ್ಧರಿಸಿತು. ರೆಫರಲ್ ಅಗತ್ಯ ಇರುವ ಗಂಭೀರ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರವೇ ಡಿಆರ್‌ಜಿ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಲು ನಿರ್ಧರಿಸಿತು. ಬಲವಾದ ಗುಣಮಟ್ಟ ನಿಯಂತ್ರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಆಡಿಟ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಸೇವೆಗಳ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಘಾನಾದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸೇವೆಗಳಳನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸದೇ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು.

ಮೂರನೆಯದಾಗಿ, ಭಾರತವು ತನ್ನ ಜಿಡಿಪಿಯ 4% ರಷ್ಟನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ವ್ಯಯಿಸುತ್ತಿದೆ. ಇದು ಗಣನೀಯ ಮಟ್ಟದ ಮೊತ್ತವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಹಣಕಾಸು ಹಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ಛಿದ್ರೀಕರಣ ಮತ್ತು ಅನುಪಯುಕ್ತ ವಿಧಾನಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯದ ಖಾಸಗಿ ಹೂಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ 86% ಇರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಚಾರದ ಸಂದರ್ಭದ ದೊಡ್ಡ ಮಟ್ಟದ ನಗದು ಪಾವತಿಯು ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ 37 ಮಿಲಿಯನ್ ಜನರನ್ನು ಬಡತನಕ್ಕೆ ತಳ್ಳುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಹಣವನ್ನು ಪೂರ್ವಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಅನುದಾನವನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸುವ

ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪುನರ್‌ಸಂಘಟಿಸುವ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯೋಪಚಾರ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಈ ದೊಡ್ಡಮೊತ್ತದ ಹಣದಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಗತಿಪರವಾದ ಮತ್ತು ಕ್ಷಮತೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡಿಸಬಹುದು.

ಕುಟುಂಬಗಳು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಡುವ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾದದ್ದು ಲಾಭಕ್ಕಾಗಿ ಖಾಸಗಿಯವರು ನಡೆಸುವ ಆರೋಗ್ಯಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ವೆಚ್ಚ. ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿರುವ ಇತ್ತೀಚಿನ ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಓ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ 72–29% ಹೊರರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು 58–68% ಒಳರೋಗಿಗಳು ಸೇವೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಇದು ಆರೋಗ್ಯಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಪಾಲುದಾರ ಎಂಬುದನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಕಡೆಗಣಿಸಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಸರ್ಕಾರವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸಿನ ಸಹಾಯದಿಂದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯೋಪಚಾರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬೃಹತ್ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸುತ್ತಾ ಸಾಗಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಸೂಕ್ತ ನಿಯಂತ್ರಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಪರಸ್ಪರ ಸಹಕಾರದ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸಿ, ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ನೋಡಿ ಭಾರತ ಮಿಶ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯುವಂತಾಗಬೇಕು. ಈ ಮೂಲಕ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸುತ್ತಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನದಲ್ಲಿ ಸಾಗಬೇಕು.

ನವೀನ ಹಣಕಾಸು ಹಂಚಿಕೆ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಸಂಯೋಜಿಸುವ ಮುಂಚೂಣಿ ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ಆದ್ಯತೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಆ ಮೂಲಕ ಆಯಾ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವೆಚ್ಚದ ಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿ ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸುವಂತಾಗಬೇಕು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ

ಈಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಸರಿಸಮನಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಸಂಗತಿ ಅವಜ್ಞೆಗೊಳಗಾಗಿದೆ. ಇದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕ್ರಮೇಣವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಇದು ಕಡೆಗಣಿಸಿ ಹೇಳಿದಂತೆನೂ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸು ಹೂಡಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶ ಸಾಧ್ಯವೇ ಮತ್ತು ಹಣಹಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ಕೊರತೆಗಳೇನು ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಇದು ಮುಂದೆ ತರುತ್ತದೆ. ❑

(12ನೇ ಪುಟದಿಂದ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ವಿಕಾಸದ ಹಾದಿ

ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಲಕ್ಷ್ಯವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ತಾತ್ವಿಕವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿದ್ದರೂ ಕೂಡ, ಇದನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಅವಶ್ಯಕವಾದ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಇನ್ನೂ ಒದಗಿಸಬೇಕಿದೆ.

ಬಡವರು ಹಾಗೂ ಬಡತನ ರೇಖೆಯ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿರುವ ಜನತೆಗಾಗಿ ರೋಗ ಪತ್ತೆ ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪ್ರಾಯೋಜಿತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಕೆಳ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಜನತೆಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಅಪಾಯಗಳಿಂದ ಸಂರಕ್ಷಣೆ ಒದಗಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಸೇರ್ಪಡಿಸುವ ಮಿಶ್ರ ಸೂತ್ರದ ಮೂಲಕ ಇಡೀ ಜನ ಸಮುದಾಯವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ತರಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಕರಡು ನೀತಿಯು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸುಸ್ಥಿರತೆಯ ರಾಜತಾಂತ್ರಿಕತೆಯ ಏಕತ್ರಿಕರಣದ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳುತ್ತಿರುವುದು ಭರವಸೆದಾಯಕ. ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಯ ಮುಂಚೂಣಿ ದೇಶವಾಗಿ, ಆಫ್ರಿಕಾ ಮತ್ತು ಏಷ್ಯಾದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಜೀವ ರಕ್ಷಕ ಔಷಧಿಗಳ ಪ್ರಮುಖ ಸರಬರಾಜುದಾರನಾಗಿ, ಹಾಗೆಯೇ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರ್ಥಿಕ ವಿಕಾಸ ಮತ್ತು

ಸುಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾನದಂಡಗಳಿಗೆ ಬೆಂಬಲವಾಗಬಹುದಾದ ವ್ಯಾಪಾರಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಬೌದ್ಧಿಕ ಆಸ್ತಿ ಪ್ರಭುತ್ವದ ಪ್ರಬಲ ಪ್ರತಿಪಾದಕವಾಗಿ ಭಾರತ ತನ್ನ ಪಾತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಪುನರ್ ಪರಿಶೀಲಿಸಬೇಕಿದೆ. ಬಾಹ್ಯ ನೆರವು ಪಡೆವ ದೇಶಗಳಿಂದ, ದಕ್ಷಿಣದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ದಾನ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ಹಾಗೂ ತಾಂತ್ರಿಕ ನೆರವು ನೀಡುವ ದೇಶವಾಗಿ ಭಾರತದ ಪರಿವರ್ತನೆ ಈಗ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದೆ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲೂ ಪ್ರತಿಫಲಿಸಬೇಕಿದೆ.

ಹೊಸ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಭಾರತದ ಈ ಹೊಸ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ನೀತಿ ದಸ್ತಾವೇಜಿನಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲು ಇದು ಸಮಯ ಸೂಕ್ತ. ಆರ್ಥಿಕ ವಿಕಾಸ, ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ತರಗಳ ಸೇರ್ಪಡೆ ಹಾಗೂ ಸುಸ್ಥಿರ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸರ ಎಂಬ ಮೂರು ಸ್ತಂಭಗಳ ಅಧಾರದಲ್ಲಿ ರಚಿತವಾದ ಭಾರತದ ವಿಕಾಸದ ಪಥ ಸದ್ಯ ಸಂಕ್ರಮಣ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಹೊಸ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯು ತನ್ನ ಉದ್ದೇಶಗಳ ಈಡೇರಿಕೆಗಾಗಿ ದಾರ್ಶನಿಕ ವಿಧಾನ ಅನುಸರಿಸುವ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಉದ್ದೇಶಗಳ ಈಡೇರಿಕೆಗಾಗಿ ಲಕ್ಷ್ಯ ನಿರ್ಧಾರ, ಆರ್ಥಿಕ, ತಾಂತ್ರಿಕ ಮತ್ತು ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ವ್ಯವಹಾರಿಕವಾಗಿರಬೇಕು ಎಂಬುದು, ಅನುಭವದ ಮಾತು. ❑

ಸ್ವೀಕಾರ

ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ : ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ

* ಡಾ. ಸುಭಾಷ್ ಶರ್ಮ

ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ (ಹೆಚ್‌ಎಫ್‌ಎ) ಎನ್ನುವ ಕಲ್ಪನೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಮಗ್ರ ಮಾದರಿಯ ಮೇಲೆ ಆಧರಿತವಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಮನುಷ್ಯರ ಆರೋಗ್ಯವು ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವುದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಗ್ರ ಮತ್ತು ಪರಿವರ್ತಕ ಗುಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮೂರು ಮುಖ್ಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ವೈಯುಕ್ತಿಕ ಆದಾಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ, ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ (ದೀರ್ಘಾಯಸ್ಸು). ಇದು 'ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ' – ಯುಹೆಚ್‌ಸಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಸಮಗ್ರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಇವೆರಡರ ನಡುವೆ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲೂ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿದರೆ ಹೆಚ್‌ಎಫ್‌ಎ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕಾಳಜಿಯ ಕಡೆಗೆ ಗಮನ ಹರಿಸುತ್ತದೆ. ಎರಡನೆಯದಾಗಿ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿಯು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಹಣಕಾಸು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವತ್ತ ಒತ್ತು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ, ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಜಂಟಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ಹಣಕಾಸು ನಿಧಿಯನ್ನು (ಇದರಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ವೈಯುಕ್ತಿಕ ದೇಣಿಗೆಯೂ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಸೇರಿರುತ್ತದೆ) ಬಳಸಿಕೊಂಡು ದೇಶದ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಒತ್ತುಕೊಡುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್‌ಎಫ್‌ಎಯ ಕಲ್ಪನೆಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸು ನಿಧಿ (ರಾಜ್ಯದಿಂದ)ಯನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ಎಲ್ಲರ ಆರೋಗ್ಯದತ್ತ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುವುದರ ಮೇಲೆ ಆಧರಿತವಾಗಿದೆ. ಮೂರನೆಯದಾಗಿ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ವಿಮಾಕಂಪನಿಗಳಿಂದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಪ್ಯಾಕೇಜನ್ನು ಬಳಸುತ್ತದೆ. ಮುಕ್ತಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿನ ಪೈಪೋಟಿಯಿಂದಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ಕಂಪನಿಗಳ ಸೇವೆಯನ್ನು ಬಳಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಹೆಚ್‌ಎಫ್‌ಎಯು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸರ್ಕಾರದ ಮೂಲಕವೇ ವಿವಿಧ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಹಂತಗಳ ಮುಖೇನ ಜನರಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ತಲುಪಿಸುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್‌ಎಫ್‌ಎ ಕಲ್ಪನೆ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವ ಹಿಂದೆ ಒಂದು ಐತಿಹಾಸಿಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವಿದೆ. ವಿಶ್ವಸಂಸ್ಥೆ 1978ರಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರಿಗಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವ ಸಮಗ್ರ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಇರಿಸಿಕೊಂಡು ಆಲ್ಮಾ ಅಟದಲ್ಲಿ ರೂಪುರೇಷೆಗಳನ್ನು ಘೋಷಿಸಿತು. ಇದರ ಉದ್ದೇಶ ಸಮುದಾಯದ ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸಮಾನವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಲಭಿಸಬೇಕು ಎನ್ನುವುದಾಗಿತ್ತು.

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಂವಿಧಾನದಲ್ಲಿ 'ಆರೋಗ್ಯ, ಯೋಗಕ್ಷೇಮ, ಜೀವನಮಟ್ಟ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವು, ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷತೆ ಹಾಗೂ ತಾಯಂದಿರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಕಾಳಜಿ ಮತ್ತು ನೆರವು ನೀಡುವುದು ಅತ್ಯಗತ್ಯ' ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್‌ಎಫ್‌ಎಯಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಇದೆಲ್ಲವೂ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಇದರೊಂದಿಗೆ ಯುಡಿಹೆಚ್‌ಆರ್‌ನ ಉಲ್ಲೇಖ 3ರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬನಿಗೂ ಬದುಕುವ, ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿರುವ ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷಿತವಾಗಿರುವ ಹಕ್ಕಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಭಾರತದ ಉಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯವು ಅರ್ಥೈಸಿರುವಂತೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬನ ಬದುಕುವ ಹಕ್ಕು ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. 1978ರಲ್ಲಿ ಘೋಷಿಸಲಾದ ಆಲ್ಮಾ ಅಟಾ ರೂಪುರೇಷೆ ಯುಡಿಹೆಚ್‌ಆರ್ ಮತ್ತು ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಂವಿಧಾನದೊಂದಿಗೆ ಸಾಮ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅಲ್ಮಾ ಅಟಾವು (ಈಗ ಅದನ್ನು ಕಜ್ಕೈಕಿಸ್ತಾನದಲ್ಲಿ ಅಲ್ಮೆಟಿ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ) ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ' ಸಮ್ಮೇಳನದಲ್ಲಿ 'ಎಲ್ಲ ಸರ್ಕಾರಗಳು, ಎಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ವಿಶ್ವ ಸಮುದಾಯವು ವಿಶ್ವದೆಲ್ಲರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಲು ತುರ್ತು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ಒತ್ತಾಯಿಸಿತು'. ಆ ಸಮ್ಮೇಳನದ ಮುಖ್ಯ ನಿರ್ಣಯಗಳು ಮುಂದಿನಂತಿವೆ:

1. ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ 'ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವನ್ನು' ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಅದು ಕೇವಲ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಅಥವ ದೌರ್ಬಲ್ಯ ಮುಕ್ತವಾಗಿರುವುದಲ್ಲ ಬದಲಿಗೆ ಅದು ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬನ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕು. ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಈ ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುರಿಯನ್ನು ತಲುಪುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆಯಬೇಕು.

2. ಜನರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ತಾರತಮ್ಯಗಳಿವೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಪ್ರತಿ ದೇಶದೊಳಗೂ ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ, ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಕೂಡ ತಳಮಟ್ಟದಿಂದಲೇ ತಾರತಮ್ಯಗಳಿವೆ. ಇದು ಒಪ್ಪತಕ್ಕದ್ದಲ್ಲ.

* ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಹಣಕಾಸು ಸಲಹೆಗಾರರು, ವಾರ್ತಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯ, ನವದೆಹಲಿ. E-mail : sush84br@yahoo.com

3. ಎಲ್ಲರಿಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸಾಧಿಸಲು ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದದ್ದು ಮೂಲಭೂತವಾದ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಇದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಹೊಂದಿದ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ನಡುವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯಸ್ಥಿತಿ ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವ ಮಟ್ಟದ ನಡುವಿನ ಅಂತರವನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.

4. ಜನರು ವೈಯುಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಒಟ್ಟಾಗಿ ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸಲು ಹಾಗೂ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಲು ಮುಂದಾಗಬೇಕು. ಇದು ಅವರ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು ಕರ್ತವ್ಯ.

5. 2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಸರ್ಕಾರಗಳು ತಮ್ಮ ಪ್ರಜೆಗಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಹೊಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

6. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಜನರ ಅತ್ಯಂತ ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದ್ದು ಅದು ಎಲ್ಲ ಸಮುದಾಯಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ದೇಶಗಳಿಗೆ ಕೈಗೆಟುಕುವಂತಿರಬೇಕು.

7. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯು ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ, ವಾಸಿಮಾಡುವ, ಅವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಹಾಗೂ ವ್ಯಸನಮುಕ್ತಗೊಳಿಸುವ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಸಮುದಾಯ ಮತ್ತು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ, ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಭಾಗಿಯಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಸಾಧ್ಯಗೊಳಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ, ದೇಶೀಯ ಮತ್ತಿತರ ಲಭ್ಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

8. ಎಲ್ಲ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ತಮ್ಮ ದೇಶೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಭಾಗವಾಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇದರ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕಾಗಿ ಹಾಗೂ ಯಶಸ್ಸಿಗಾಗಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಯೋಜನೆಗಳು, ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕು.

9. ಎಲ್ಲ ದೇಶಗಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಮುಟ್ಟಿಸುವಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ಕೈಜೋಡಿಸಿ ಕಾರ್ಯಗತರಾಗಬೇಕು. ಒಂದು ದೇಶದಲ್ಲಿ ಈ ಸೇವೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾದಲ್ಲಿ ಅದು ಉಳಿದ ದೇಶಗಳನ್ನು ಪ್ರಭಾವಿಸುತ್ತದೆ.

10. 2000ದ ವೇಳೆಗೆ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಎಲ್ಲರಿಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಈ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ವಿಶ್ವದ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಬಳಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಸಾಧಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಆಯುಧಗಳು ಮತ್ತು ಮಿಲಿಟರಿಗಾಗಿ ಈಗ ಈ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ, ಶಾಂತಿ, ಸಹಕಾರ ಮತ್ತು ನಿಶಸ್ತ್ರೀಕರಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸೂಕ್ತ ನೀತಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಂಡಲ್ಲಿ ಸಮಾಜೋ–ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ವ್ಯಯಿಸಬಹುದು. ಇದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಎಲ್ಲರಿಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವುದನ್ನು 2005 ಮತ್ತು 2011ರಲ್ಲಿ ಪುನರುಚ್ಚರಿಸಿತು. ಅದನ್ನು 'ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ' ಎಂದು ಘೋಷಿಸಿತು. ಅದರಡಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಣಕಾಸು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಿತು. ಅಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಹಣಕಾಸನ್ನುಪೂರ್ವಪಾವತಿ ಮಾಡಿರುವುದು. ಇದರಿಂದ ಜನರು ಎದುರಿಸಬಹುದಾದ ಅಪಾಯಗಳಿಗೆ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಂತಾಯಿತು. ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಪ್ರಭಾವಿಸಿದ್ದು ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕು ಮತ್ತು ಉದಾರೀಕರಣ, ಖಾಸಗೀಕರಣ ಮತ್ತು ಜಾಗತೀಕರಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು. ವಿಶ್ವಸಂಸ್ಥೆಯ ಡಿಸೆಂಬರ್ 2012ರ ತಿದ್ದುಪಡಿಯು (A/67/ಐ3) ಇದನ್ನು ಸರ್ವತೋಮುಖ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಅಗತ್ಯ ಎಂದು ಹೇಳಿತು ಮತ್ತು 2015ರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಅಜೆಂಡಾದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಿತು. ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್ (1993)ರ ವಿಶ್ವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ವೆಚ್ಚಾಧರಿತವಾಗಿ ಶ್ರೇಣೀಕರಣಗೊಳಿಸಿತು. ಅದರಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ಯಾಕೇಜನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಆದಾಯವಿರುವ ದೇಶಗಳಿಗೆ ನೀಡಿತು. ಅಂದರೆ 1.3ರಷ್ಟು ಆದಾಯವಿರುವ ದೇಶಗಳು. 1/5ರಷ್ಟಿರುವುದನ್ನು ಮಧ್ಯಮ ಆದಾಯವಿರುವ ದೇಶಗಳೆಂದು ಗುರುತಿಸಿತು. ಆದರೆ ದುರದೃಷ್ಟವಶಾತ್ ಹಲವು ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ರೋಗಗಳನ್ನು (ತೀವ್ರತರ ಗಾಯಗಳು, ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ಕಣ್ಣಿನಪೊರೆ, ಬಿಪಿ, ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಮತ್ತು ಸರ್ವಿಕಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್) ಕಡಿಮೆ ಆದಾಯದ ದೇಶಗಳ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಕೈಬಿಡಲಾಯಿತು (ಎಂ.ಸೆಗಲ್ ಅವರು 2003ರಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದರು). ಇದರೊಂದಿಗೆ 1980ರಲ್ಲಿ ಆದ ಆರ್ಥಿಕ ಸುಧಾರಣೆಗಳ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ 37 ಬಡದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಡುವ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಕಡಿತವಾಯಿತು. ಉದಾ: ಮೆಕ್ಸಿಕೊ ದೇಶದಲ್ಲಿ 1982–87ರಲ್ಲಿ ಶೇ.60ರಷ್ಟು ಕಡಿತವನ್ನು ಕಂಡಿದೆ.

1980 ಮತ್ತು 1990ರಲ್ಲಿನ ಉದಾರೀಕರಣ, ಖಾಸಗೀಕರಣ ಮತ್ತು ಜಾಗತೀಕರಣಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದಾಗಿ ಸುಮಾರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿದವು:

ಅ. ಸರ್ಕಾರದ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಯು ಕಡಿಮೆಯಾದದ್ದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಉಳಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯಗಳಲ್ಲಾದಂತೆ (ಶಿಕ್ಷಣ, ಹಿಂದುಳಿದವರ ಕ್ಷೇಮ ಇತ್ಯಾದಿ) ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹೂಡಿಕೆಯು ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಉದಾ: 1991ರಲ್ಲಿ ಪೆರು ಒಟ್ಟು ಆದಾಯದಲ್ಲಿ 12 $ ನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕಾಗಿ ವಿನಿಯೋಗಿಸಿತು. ಅದೇ 1980ರಲ್ಲಿ $ 50 ಮತ್ತು 1991ರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ $ 25ನ್ನು ಸಾಲಮರುಪಾವತಿಗಾಗಿ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ಬ್ಯಾಂಕುಗಳಿಗೆ ಸಂದಾಯಮಾಡಿತು.

ಆ. ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಸಹಾಯಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಕೊರತೆಯ ಹೆಚ್ಚಳದಿಂದಾಗಿ ರೋಗಿಗಳು ಖಾಸಗಿ ದವಾಖಾನೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವಂತಾಯಿತು.

ಇ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು, ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಪರೀಕ್ಷಾ

ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯುಂಟಾಯಿತು. ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಕೇವಲ ಔಷಧಿಯ ಚೀಟಿಗಳನ್ನು ಬರೆದುಕೊಡಲಷ್ಟೇ ಸೀಮಿತವಾಯಿತು. ರೋಗಿಗಳು ಮುಕ್ತಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲೇ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಬೇಕಾಯಿತು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಣ ತೆತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಬೇಕಾಯಿತು. ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರು ಅನಗತ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಬರೆದುಕೊಟ್ಟದಲ್ಲದೆ ದುಬಾರಿ ಬೆಲೆಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಬರೆದುಕೊಡಲಾರಂಭಿಸಿದರು.

ಈ. ಸಾಮಗ್ರಿ ಮತ್ತು ಔಷಧಿಗಳ ಕೊರತೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಸಹಾಯಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದವರು ಕೂಡ ತಮ್ಮ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಯವನ್ನು ಖಾಸಗಿ ದವಾಖಾನೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಳೆಯಲಾರಂಭಿಸಿದರು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಲಾಭದ ಆಸೆಯಿಂದ ತಮ್ಮ ಕೆಲಸದ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಹೊರಗೆ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸಮಾಡಲಾರಂಭಿಸಿದರು.

ಉ. ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರವು ರಿಯಾಯ್ತಿದರದಲ್ಲಿ ಪೋಷಕಾಂಶಯುಕ್ತ ಆಹಾರ, ಶುದ್ಧ ನೀರು ಮತ್ತು ಒಳಚರಂಡಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಸೋತದ್ದರಿಂದ ಹಲವು ಬಗೆಯ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಲ್ಲದ ರೋಗಗಳು ಬಡಜನರಲ್ಲಿ ಹರಡಲಾರಂಭಿಸಿತು. ಅವರು ಅಗತ್ಯವಿದ್ದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗದೆ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿತು.

ಊ. ಮುಕ್ತಮಾರುಕಟ್ಟೆಯ ಸಿದ್ಧಾಂತವು 'ವೈಯುಕ್ತಿಕ ಕಾಳಜಿ'ಯ ಮೇಲೆ ರೂಪಿತವಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಲ್ಯಾಟಿನ್ ಅಮೆರಿಕದ ಚಿಲಿ ಮತ್ತು ಕೊಲಂಬಿಯಾ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ವೈಫಲ್ಯವನ್ನು ಕಂಡಿತು. ಅಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ, ಸಮಾನತೆ ಮತ್ತು ದಕ್ಷತೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅಲ್ಲಿನ ಜನಗಳಿಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಬದಲಿಗೆ ಖಾಸಗಿ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಗಳು, ಕನ್ಸಲ್ಟೆನ್ಸಿ ಪೋರಂಗಳು, ಖಾಸಗಿ ಔಷಧಿ ಕಂಪೆನಿಗಳು ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಲಾಭ ಮಾಡಿಕೊಂಡವು.

ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ–ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ, ಆಧುನೀಕರಣ, ಹಣಕ್ಕೆ ತಕ್ಕ ಬೆಲೆ, ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಇತ್ಯಾದಿ ಬಹುತೇಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಧ್ಯೇಯ ಮಂತ್ರವಾಗಿದೆ. ಕ್ಯೂಬಾ, ಚೀನ, ಕೋಸ್ಟರಿಕ, ಮಲೇಶಿಯಾ, ಶ್ರೀಲಂಕಾ, ರುವಾಂಡ, ವೆನಿಜ್ಯುಲ ಮತ್ತು ಥಾಯ್ಲ್ಯಾಂಡುಗಳಲ್ಲಿ ಪರ್ಯಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. 2002ರಿಂದ ಥಾಯ್ಲ್ಯಾಂಡಿನಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರಿಗಾಗಿ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ಶುಲ್ಕವಿಲ್ಲದೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಈಗ ಅಲ್ಲಿನ 77% ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯಕ್ಕೆ ಸೇರಿದೆ. ಕ್ಯೂಬಾ ದೇಶವು ತನ್ನ ದೇಶದ ಎಲ್ಲ ವೃದ್ಧರಿಗೆ ಕಣ್ಣಿನಪೊರೆಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಆ ದೇಶ ಈ ಸೇವೆಗಾಗಿ ಹೆಸರುವಾಸಿಯಾಗಿದೆ. ಥಾಯ್ಲ್ಯಾಂಡಿನಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ದಾದಿಯರಿಗೆ ಮೂರು ವರ್ಷ ಗ್ರಾಮೀಣ ಸೇವೆಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗೂ ಅಲ್ಲಿ ನಗರಕೇಂದ್ರಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗಿಂತ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹಣಕಾಸು ನೆರವು ಹರಿದುಬರುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವು ಜಿಡಿಪಿಯಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ 2001ರಲ್ಲಿ 1.7%ರಷ್ಟು ಇದ್ದದ್ದು 2008ರ ವೇಳೆಗೆ 2.7%ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿತ್ತು. ಆದರೂ ಈ ಹೆಚ್ಚಳವು ಕಡಿಮೆ. ಪ್ರತಿ ಹತ್ತು ಸಾವಿರ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ 3 ವೈದ್ಯರಿದ್ದಾರೆ. ಮಲೇಶಿಯಾದಲ್ಲಿ 9.4, ಫಿಲಿಪ್ಪೈನ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ 11.5, 12.2 ವಿಯೆಟ್ನಾಂನಲ್ಲಿ ಮತ್ತು 18.3 ಸಿಂಗಪೂರಿನಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಕಡಿಮೆ ಸಂಬಳದ ಕಾರಣದಿಂದ ದಾದಿಯರ ಕೊರತೆ ಕಾಡುತ್ತಿದೆ (ಆಕರ್ಷಕ ಸಂಬಳದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿಯೇ ಅವರು ಸಿಂಗಪೂರಿಗೆ ಹಾರಿಹೋಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ). ಇವೆಲ್ಲವುಗಳ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ವಿಶ್ವಸಂಸ್ಥೆಯ ಸದಸ್ಯ ದೇಶಗಳು ಒಮ್ಮತದಿಂದ ಸಹಸ್ರಮಾನದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಗುರಿಗಳೆಂದು ಕೆಲವನ್ನು ಅಂಗೀಕರಿಸಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು ಹೀಗಿವೆ:

ಅ. 1990 ಮತ್ತು 2015ರ ನಡುವೆ ಹಸಿವಿನಿಂದ ನರಳುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವುದು.

ಆ. 1990–2015ರ ನಡುವೆ ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗೆ ಸಾಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು 2/3ರಷ್ಟು ಕಡಿತಗೊಳಿಸುವುದು.

ಇ. 1990–2015ರ ನಡುವೆ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು 3/4ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವುದು.

ಈ. 2015ರ ವೇಳೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.

ಉ. 2015ರ ವೇಳೆಗೆ ಏಡ್ಸ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು.

ಊ. 2015ರ ವೇಳೆಗೆ ಮಲೇರಿಯಾ ಮತ್ತಿತರ ಪ್ರಮುಖ ರೋಗಗಳ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆಗೆ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು.

ಎ. 2015ರ ವೇಳೆಗೆ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಅರ್ಧದಷ್ಟಾದರೂ ಜನಕ್ಕೆ ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಮತ್ತು ಮೂಲಭೂತ ಒಳಚರಂಡಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಪ್ರಕಾರ (2015) ಐದು ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.45% ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಅಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ. 1990–2013ರ ನಡುವೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆತೂಕದ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ 28% ಇಂದ 17% ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ. 2015ರ ವೇಳೆಗೆ 16% ಆಗಬಹುದು ಎನ್ನುವ ನಿರೀಕ್ಷೆಯಿದೆ (ಜಾಗತಿಕವಾಗಿ 1990ರಲ್ಲಿ 25% ಇದ್ದದ್ದು 2013ರಲ್ಲಿ 15%ಗೆ ಇಳಿದಿತ್ತು). ಸಹಸ್ರಮಾನದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ ಅನ್ವಯ ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ದಕ್ಷಿಣ ಅಮೆರಿಕ, ಯುರೋಪು ಮತ್ತು ಪೆಸಿಫಿಕ್ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಧಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಪೂರ್ವ ಮೆಡಿಟರೇನಿಯನ್ ಪ್ರದೇಶಗಳು, ಏಷ್ಯನ್ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಮತ್ತು ಆಫ್ರಿಕನ್ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 47% ಮಂದಿ ಮಕ್ಕಳು ಕಡಿಮೆತೂಕದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ವೈಕಲ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ 257 ಮಿಲಿಯನ್ನಿಂದ 161 ಮಿಲಿಯನ್ನಷ್ಟು ಅಂದರೆ 37% ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ನಾವಿನ್ನೂ ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ಮುಟ್ಟಿಲ್ಲ.

ಎರಡನೆಯದಾಗಿ 1990–2013ರಲ್ಲಿ ಐದು ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ 49%ನಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. 1000 ಮಕ್ಕಳು ಹುಟ್ಟಿದರೆ ಅದರಲ್ಲಿ 90 ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದವು. ಈಗ ಪ್ರತಿ 1000 ಹುಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ 46 ಸಾವನಪ್ಪುತ್ತಿವೆ. ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ 1900ರಲ್ಲಿ 4.7 ಮಿಲಿಯನ್ ಇದ್ದದ್ದು 2013ರ ವೇಳೆಗೆ 2.8 ಮಿಲಿಯನ್ ಅಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿ 1000 ಮಕ್ಕಳಿಗೆ 33 ಮಕ್ಕಳು ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದದ್ದು ಇದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ 22ಕ್ಕೆ (39%) ಇಳಿಯಿತು. 2013ರ ವೇಳೆಗೆ ಐದು ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಆಫ್ರಿಕನ್ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ (47 ದೇಶಗಳು) 6 ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 2/3ರಷ್ಟು ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. 25 ದೇಶಗಳು ಗುರಿಮುಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಹಾದಿಯನ್ನು ಕ್ರಮಿಸಿದ್ದರೆ 14 ದೇಶಗಳು ಅರ್ಧಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಯಶ ಕಂಡಿವೆ. ಅಮೆರಿಕೆಯ ಎರಡೂ ಖಂಡಗಳಲ್ಲಿ (35 ದೇಶಗಳು) 5 ದೇಶಗಳು ಆಗಲೇ ಗುರಿಮುಟ್ಟಿದ್ದರೆ, 3 ದೇಶಗಳು ಗುರಿ ತಲುಪುವ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿದೆ, 24 ದೇಶಗಳು ಅರ್ಧ ಹಾದಿಯನ್ನು ಕ್ರಮಿಸಿದ್ದು 3 ದೇಶಗಳು ಅರ್ಧಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಹಾದಿಯನ್ನು ಕ್ರಮಿಸಿವೆ.

ಆಗ್ನೇಯ ಏಷ್ಯಾ ಭಾಗದಲ್ಲಿ (11 ದೇಶಗಳು) 5 ದೇಶಗಳು ಗುರಿ ತಲುಪಿದೆ. 2 ಹಾದಿಯಲ್ಲಿವೆ, 4 ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಹಾದಿಯನ್ನು ಕ್ರಮಿಸಿದೆ. ಉಳಿದವು ಅದೇ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಪೂರ್ವ ಮೆಡಿಟರೇನಿಯನ್ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ (21 ದೇಶಗಳು) 6 ಗುರಿ ತಲುಪಿದ್ದು, 2 ಗುರಿ ತಲುಪುವ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ ಉಳಿದವುಗಳಲ್ಲಿ 12 ಸುಮಾರು ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಹಾದಿ ಕ್ರಮಿಸಿದೆ. 1 ಇನ್ನೂ ಅರ್ಧ ಹಾದಿಯನ್ನೂ ಕ್ರಮಿಸಿಲ್ಲ. ಪಶ್ಚಿಮ ಫೆಸಿಫಿಕ್ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ (27 ದೇಶಗಳು) 3 ಗುರಿ ತಲುಪಿದ್ದು, 18 ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಗುರಿ ಸಾಧಿಸಿದ್ದು, 6 ಇನ್ನೂ ಅರ್ಧ ಹಾದಿಯನ್ನು ಕೂಡ ಕ್ರಮಿಸಿಲ್ಲ. ಒಟ್ಟಾರೆ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ (194 ದೇಶಗಳು) 48 (25%) ಗುರಿ ಸಾಧಿಸಿವೆ, 13 (7%) ತಲುಪುವ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿವೆ, 109 (56%) ಅರ್ಧಹಾದಿ ಕ್ರಮಿಸಿವೆ, 24 (12%) ಅರ್ಧಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಹಾದಿ ಸವೆಸಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಬಹುತೇಕ ದೇಶಗಳು (133) ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಐದು ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣಗಳು: (ಅ) ಅವಧಿಗೆ ಮೊದಲು ಜನಿಸಿದಾಗ ಉಂಟಾದ ಜನನ ಸಮಯದಲ್ಲಿನ ತೊಂದರೆಗಳು (17%) (ಆ) ನ್ಯುಮೊನಿಯ (15%) (ಇ) ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಉಸಿರುಗಟ್ಟುವಿಕೆ (11%) (ಈ) ಅತಿಸಾರ ಭೇದಿ (9%), ಮಲೇರಿಯಾ (7%), ಜನ್ಮಜಾತ ಅಸಹಜತೆಗಳು (7%), ನವಜಾತ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿನ ಸೋಂಕು (7%). ಜನಿಸಿದ ಮೊದಲ 28 ದಿನಗಳು ಮಗುವಿನ ಜೀವದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮದ ಅವಧಿ. 1990ರಲ್ಲಿ 37% ಇದ್ದ ನವಜಾತಶಿಶು ಮರಣವು 2013ರ ವೇಳೆಗೆ 44% ಆಯಿತು. ಆದರೂ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆಗಳು ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚಿವೆ. ಉದಾ: 2000–2013ರಲ್ಲಿ ದಢಾರದ ಪ್ರಕರಣಗಳು 72%ನಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿವೆ. (146 ರಿಂದ 40 ಕೇಸುಗಳು ಪ್ರತಿ ಮಿಲಿಯನ್ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ). 2000–2013ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ದಢಾರದಿಂದಾದ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ 5 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ 74%ನಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ (4,81,000 ದಿಂದ 1,24,000).

ಮೂರನೆಯದಾಗಿ, 1990–2013ರಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲುಂಟಾದ ತಾಯಂದಿರ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ಲೆಕ್ಕ ಹಾಕಿದಾಗ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ 45%ರಷ್ಟಿದೆ. ಈ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಬೇಕೆಂದುಕೊಂಡಿದ್ದ 2/3ರಷ್ಟು ಗುರಿಗಿಂತ ಹಿಂದೆ ಇದೆ. ದುರದೃಷ್ಟವಶಾತ್ 89 ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 1990ರಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿತ್ತು (100 ಅಥವ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು), 13 ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಧಿಸಿದ ಪ್ರಗತಿ ಕಡಿಮೆ ಅಥವ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ ಅನ್ನುವಂತಿತ್ತು ಅಂದರೆ ತಾಯಂದಿರ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ತಗ್ಗಿದ್ದು 2%ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣವಾದದ್ದು ಅಧಿಕ ರಕ್ತಸ್ರಾವ (27%), ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು (14%), ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸೇರುವ ನಂಜು (11%). ಆದ್ದರಿಂದಲೇ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಇನ್ನೂ ತಲುಪಲಾಗಿಲ್ಲ.

ನಾಲ್ಕನೆಯದಾಗಿ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನಗಳ ಬಳಕೆ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ (15–49 ವರ್ಷಗಳು) 55% ನಿಂದ 64% ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಈ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಬಳಸದಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ 15% ನಿಂದ 12%ಕ್ಕೆ

ಇಳಿದಿದೆ. ಆದರೆ ಆಫ್ರಿಕನ್ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಈ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಬಳಸದಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ 24%ನಷ್ಟಿದೆ. ಶೇ. 83% ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಕನಿಷ್ಠ ಒಮ್ಮೆಯಾದರೂ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ. 64% ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಕನಿಷ್ಠ ನಾಲ್ಕು ಬಾರಿ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಆಫ್ರಿಕನ್ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ಆದಾಯವಿರುವ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 51% ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಪ್ರಸವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪರಿಣಿತ ಶ್ರುಶುಷಾ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ನಾವು ಇದರಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಅಂದುಕೊಂಡ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ.

ಐದನೆಯದಾಗಿ 2013ರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 12.9 ಮಿಲಿಯನ್ ಏಡ್ಸ್ ಪೀಡಿತರು ಆ್ಯಯಂಟಿರಿಟ್ರೊವೈರಲ್ ಥೆರಪಿ (ART) ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ (ಇವರಲ್ಲಿ 11.7 ಮಿಲಿಯನ್ ಜನ ಕಡಿಮೆ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ಆದಾಯದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿದ್ದಾರೆ) ಇರುವ ಏಡ್ಸ್ ಪೀಡಿತರ ಸಂಖ್ಯೆ 32.6 ಮಿಲಿಯನ್. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದಿಂದ ಈ ಖಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ 2005ರಲ್ಲಿ 2.4 ಮಿಲಿಯನಷ್ಟಿದ್ದು 2013ರ ವೇಳೆಗೆ 1.5 ಮಿಲಿಯನ್ ಅಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಆದ್ದರಿಂದ 2015ರ ವೇಳೆಗೆ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಗುರಿಯನ್ನು ಮುಟ್ಟಲಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಾಧಿಸಲಾಗಲಿಲ್ಲ.

ಆರನೆಯದಾಗಿ, ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ 3.20 ಬಿಲಿಯನ್ ಜನರು ಮಲೇರಿಯಾ ಮತ್ತಿತರ ಪ್ರಮುಖ ರೋಗಗಳ ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇವರಲ್ಲಿ 1.2 ಬಿಲಿಯನ್ ಮಂದಿ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಸ್ಥಿತಿ ತಲುಪಿದ್ದಾರೆ. 2013ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ 198 ಮಿಲಿಯನ್ ಮಲೇರಿಯಾ ಕೇಸುಗಳು ದಾಖಲಾಗಿವೆ

(2000ದಲ್ಲಿ 227 ಮಿಲಿಯನ್ ಇತ್ತು). ಇವುಗಳಲ್ಲಿ 5,84,000 ಸಾವು ಸಂಭವಿಸಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ 90% ಆಫ್ರಿಕನ್ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸಿದೆ. ಮಲೇರಿಯಾದಿಂದ ಸಾವನ್ನಪ್ಪಿದ ಐದು ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳು 78%ರಷ್ಟು. 2000–2013ರಲ್ಲಿ ಮಲೇರಿಯಾದಿಂದ ಸಾವನ್ನಪ್ಪಿದವರ ಸಂಖ್ಯೆ 47%ನಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ, ಆಫ್ರಿಕಾ ಭಾಗದಲ್ಲಿ 54%ರಷ್ಟು, 5 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ 53%ರಷ್ಟಿದೆ. ಆಫ್ರಿಕಾದ ಉಪಖಂಡದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ 44% ಮಂದಿ ಸೊಳ್ಳೆ ನಿವಾರಕ ಪರದೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದರೆ 2004ರಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಖ್ಯೆ 2%ನಷ್ಟಿತ್ತು. ಒಟ್ಟು 64 ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಲೇರಿಯಾ ಕುರಿತಾದ ಸಹಸ್ರಮಾನದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಗಿದೆ.

2000–2013ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಕ್ಷಯರೋಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕೇಸುಗಳು ವಾರ್ಷಿಕ 1.5%ನಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾದವು. 1990–2013ರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಸಂಖ್ಯೆ 41%ನಷ್ಟಾದರೆ ಇದರಿಂದ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದವರ ಸಂಖ್ಯೆ 45%ನಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. 2007ರಿಂದ ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಯಶಸ್ವಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ (85%) ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು ಆದರೆ 2013ರಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದಿಂದಾಗಿ ಸಾವನ್ನಪ್ಪಿದವರ ಸಂಖ್ಯೆ 1.5 ಮಿಲಿಯನ್. 2020ರ ವೇಳೆಗೆ ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು 2005ರಲ್ಲಿ ಯೋಜಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಅದರಂತೆ 75%ನಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ಸು ಗಳಿಸಲಾಗಿದೆ. 2000ದಿಂದ ಸುಮಾರು 5 ಬಿಲಿಯನ್ ಜನರಿಗೆ ಲಿಂಫ್ಯಾಟಿಕ್ ಫಿಲಾರಿಸಿಸ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ರೋಗ ಹರಡುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. 73 ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ಥ ದೇಶಗಳ ಪೈಕಿ 39 ದೇಶಗಳು ಈ ರೋಗವನ್ನು 2020ರ ವೇಳೆಗೆ ನಿರ್ಮೂಲನಗೊಳಿಸುವ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆದಿದೆ.

ಏಳನೆಯದಾಗಿ ಎಂಡಿಜಿ ಅನ್ವಯ 2015ರ ವೇಳೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಶುದ್ಧಕುಡಿಯುವ ನೀರನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಗುರಿಯಿತ್ತು. 2010ರ ವೇಳೆಗೆ ಇದನ್ನು ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಸಾಧಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನೋಡಿದಾಗ 116 ದೇಶಗಳನ್ನು ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಿವೆ. 45 ದೇಶಗಳು ಇದನ್ನು ತಲುಪುವ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿವೆ. 2012ರಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ 748 ಮಿಲಿಯನ್ ಮಂದಿಗೆ ಶುದ್ಧಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಸಿಕ್ಕಿರಲಿಲ್ಲ. ನೀರು ಹಂಚುವಿಕೆಯಲ್ಲೂ ವಿವಿಧ ಪ್ರದೇಶಗಳು, ಸಮಾಜೋಆರ್ಥಿಕ ವರ್ಗಗಳ ನಡುವೆ ತಾರತಮ್ಯಗಳಿವೆ. ಮತ್ತೊಂದೆಡೆ ಅನ್ವಯ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳಲ್ಲೊಂದಾದ ಒಳಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಸುಮಾರು 1 ಬಿಲಿಯನ್ ಮಂದಿಗೆ (ಅಂದರೆ ಒಟ್ಟು ವಿಶ್ವದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ 14%) ಶೌಚಗೃಹ/ಪಾಯಿಖಾನೆಗಳಿಲ್ಲ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 55% ಮಂದಿ ಬಹಿರ್ದೆಶೆಗೆ ಬಯಲಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಪರಿಸರಮಾಲಿನ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಜೊತೆಗೆ ವೈರಲ್ ಸೋಂಕು, ಕಾಲರಾ, ಟ್ರಕೋಮಾ, ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಮತ್ತು ಸ್ಕಿಸ್ಟೊಸೊಮಿಯಾಸಿಸ್ನಂತಹ ರೋಗಗಳ ಹರಡುತ್ತವೆ. ಬಹಿರ್ದೆಶೆಗೆ ಬಯಲನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಿರುವವರಲ್ಲಿ 90% ಮಂದಿ ಹಳ್ಳಿಗಾಡುಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಎಂಟನೆಯದಾಗಿ, ಎಂಡಿಜಿ ಅನ್ವಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಾದ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸುಲಭ ಬೆಲೆಗೆ ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಕಡಿಮೆ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ಆದಾಯವಿರುವ 21 ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಅತ್ಯಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳು ಕೇವಲ 55% ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಈ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳು ಔಷಧಿಗಳಿಗಾಗಿ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಬೆಲೆಗಿಂತ ದುಪ್ಪಟ್ಟು ಬೆಲೆಯನ್ನು ತೆರುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಭಾರತದಂತಹ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಸರ್ಕಾರಿ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರು ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಗಳ ಕಮಿಷನ್ನಿನ ದುರಾಸೆಯಿಂದಾಗಿ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಬೆಲೆಯುಳ್ಳ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅನಗತ್ಯ ರೋಗಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಬರೆದುಕೊಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿಯೇ ಈ ವಿಷಯವಾಗಿ ಹಲವು ಕೇಸುಗಳು ಗ್ರಾಹಕರ ಕೋರ್ಟಿನಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿವೆ.

ಈ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟು–ಕೊಂಡು ನೋಡಿದಾಗ ಭಾರತದಂತಹ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು 'ಎಲ್ಲರಿಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕು. ಇದರಿಂದ ಮಾನವಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೇ ನಮ್ಮ ಮುಂದಿನ ಪೀಳಿಗೆಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಯಾವುದೇ ಲಿಂಗ, ಜಾತಿ, ವರ್ಗ, ಶ್ರೇಣಿ, ಪ್ರದೇಶಗಳ ಭೇದವಿಲ್ಲದೆ ಕಾಪಾಡಲು ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಆದ್ದರಿಂದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ದೇಶಗಳು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ತಮ್ಮ ಬಜೆಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಮೊತ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದಿರಿಸಬೇಕು.

ನಮ್ಮ ಒಟ್ಟು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವೆಚ್ಚ 30%. ಜಪಾನಿನಲ್ಲಿ 82%, ಕೆನಡದಲ್ಲಿ 70%, ಸ್ವಿಟ್ಜರ್ಲ್ಯಾಂಡಿನಲ್ಲಿ 65%, ಯುಎಸ್ನಲ್ಲಿ 48% ಮತ್ತು ಥಾಯ್ಲ್ಯಾಂಡಿನಲ್ಲಿ 72% ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಜಪಾನಿನಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವಿತಾವಧಿಯ ನಿರೀಕ್ಷೆ (82.7 ವರ್ಷಗಳು), ಕೆನಡದಲ್ಲಿ (80.4), ಸ್ವಿಟ್ಜರ್ಲ್ಯಾಂಡಿನಲ್ಲಿ (82.8), ಯುಎಸ್‌ನಲ್ಲಿ (78.7), ಥಾಯ್ಲ್ಯಾಂಡಿನಲ್ಲಿ (74.3) ಭಾರತದಲ್ಲಿ (66.3) ಮಾತ್ರ. ಮತ್ತೊಂದೆಡೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ನವಜಾತಶಿಶು ಮರಣ ಸಂಖ್ಯೆ (ಪ್ರತಿ ಸಾವಿರಕ್ಕೆ 43.8) ಇದ್ದು ಇದು ಜಪಾನಿಗಿಂತ (ಪ್ರತಿ ಸಾವಿರಕ್ಕೆ 2.3), 20 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು. ಕೆನಡಕ್ಕಿಂತ (4.4) 10 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು, ಸ್ವಿಟ್ಜರ್ಲ್ಯಾಂಡಿಕ್ಕಿಂತ (3.8) 11 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು, ಯುಎಸ್‌ಕ್ಕಿಂತ (6.1) 7.5 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಮತ್ತು ಥಾಯ್ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಕ್ಕಿಂತ (9.9) 4.5 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು. ಕೇರಳವು ಮಾತ್ರ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯಕ್ಕೆ ಹಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡುತ್ತ ಬಂದಿರುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಸಾಧನೆಯನ್ನು ಸರಿಗಟ್ಟಿದೆ. ಭಾರತದ ಉಳಿದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಯಾಕೆ ಇದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ? ❑

ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸುರಕ್ಷೆ

* ಅಭಯ್ ಭಂಗ್

ದೇಶದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ (2011) ಶೇ.8.6 ರಷ್ಟು ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯದವರಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದಾಜು 10 ಕೋಟಿ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಂಚಿತ ಹಾಗೂ ದುರ್ಬಲ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅವರೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾಳಜಿಯ ಮುಖ್ಯವಾಹಿನಿಗೆ ಬರಬೇಕಿದೆ. ಅವರ ಸಮಾಜೋ ಆರ್ಥಿಕ ಹಾಗೂ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯಂತೂ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಿಳಿದಿರುವ ವಿಷಯ. ಆದರೆ, ಅವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಏನು? ಕಳೆದ ದಶಕದ ಅವಧಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನ ಸಮುದಾಯದವರಿಗಿಂತಲೂ, ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದಲ್ಲಿನ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚುತ್ತ ಸಾಗಿದೆ.

	ಎಸ್‌ಟಿ	ಇತರೆ	ವ್ಯತ್ಯಾಸ
1. ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ	62	49	27%
2. ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ	96	59	39%

ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ

ಇತರ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಪ. ಬುಡಕಟ್ಟು ಶಿಶು ಹಾಗೂ ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಮೂರನೆಯ ಒಂದು ಭಾಗದಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಇದು ರಾಜ್ಯಗಳ ನಡುವೆ ಬಹು ದೊಡ್ಡ ರೂಪಾಂತರ ಹೊಂದಿದ್ದು, ವಿಶೇಷವಾಗಿ 7 ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸ್ಥಿತಿ ಇದೆ ಎನ್ನಬಹುದು.

ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಚಿತ್ರಣ

ಎ) ಪೂರ್ವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವಯಸ್ಸಿನ 53% ಬಾಲಕರು ಮತ್ತು 50% ಬಾಲಕಿಯರು ಕಡಿಮೆ ತೂಕ ಹಾಗೂ 57% ಬಾಲಕರು ಮತ್ತು 52% ಬಾಲಕಿಯರು ಎತ್ತರ ಕುಂಠಿತಗೊಂಡವರಿದ್ದಾರೆ. ಬಿ) 49.0% ಬುಡಕಟ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು 18.5 ಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ದೈಹಿಕ ಶಕ್ತಿ ಸೂಚ್ಯಾಂಕ ಹೊಂದಿದ್ದು, ಇದು ದೀರ್ಘಕಾಲದ ದೈಹಿಕ ಶಕ್ತಿಯ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಸಿ) ಬುಡಕಟ್ಟು ಮನೆಯ ಮಹಿಳೆಯರು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರದಲ್ಲಿ, ಪ್ರೋಟಿನ್, ಕೊಬ್ಬು, ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ, ವಿಟಾಮಿನ್ ಎ ಹಾಗೂ ರಿಬೋಫ್ಲೇವಿನ್ ಕೊರತೆ ಅಂಶ ಎದ್ದು ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. ಡಿ) 1985–87 ರಿಂದ 2007–08 ಅವಧಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುವ ಮಕ್ಕಳು ಹಾಗೂ ವಯಸ್ಕರ ಪ್ರಮಾಣ ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ಇಳಿಮುಖವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ, ಆಹಾರದಲ್ಲಿನ ಸೇವನೆಯಲ್ಲಿ ಕೊರತೆ ಹಾಗೂ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಸ್ವೀಕಾರಾರ್ಹವಾಗಿಲ್ಲ.

ರೋಗ ವರ್ಗೀಕರಣ

ಎ) ವಿಕಸನ ಕೊರತೆಯ ಹಿಂದುಳಿಯುವಿಕೆಯ ರೋಗ (ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು, ತಾಯಿ ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು). ಬಿ) ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಾಧಿಸುವ ರೋಗ (ಸಿಕಲ್ ಸೆಲ್, ಪ್ರಾಣಿಗಳ ಕಚ್ಚುವಿಕೆ, ಅಪಘಾತ) ಸಿ). ಆಧುನಿಕತೆ ರೋಗಗಳು (ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ, ಚಟ)

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ: ಲೋಪದೋಷ

ಎ) ಬುಡಕಟ್ಟೇತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆಂದು ರೂಪಿಸುವ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾದರಿ, ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತವಾದುದಾಗಿಲ್ಲ. ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ನಂಬುಗೆಗಳು, ವಿಭಿನ್ನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬಾಧಿಸುವ ರೋಗಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾದ ಅಂಶಗಳು, ಅವನ್ನು ಭೌಗೋಳಿಕವಾಗಿ ಹರಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ತಲುಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಇರಬಹುದಾದ ಅಡ್ಡಿಗಳು, ಅರಣ್ಯ ಹಾಗೂ ಪ್ರಾಕೃತಿಕವಾಗಿ ಹೊಂದಿರುವ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ವಿಭಿನ್ನತೆಯನ್ನು ನೂತನ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ. ಅದರಲ್ಲೂ ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿಗೆಂದು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸದೇ ಇರುವುದು ವಿಪರ್ಯಾಸ. ಬಿ). ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿನ ಬಹುಮುಖ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಎಂದರೆ, ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಕೊರತೆ. ಅಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವಲ್ಲಿ ಇಚ್ಛಿಸುವವರೇ ಕಡಿಮೆ. ಖಾಲಿ ಉಳಿಯುವ ಹುದ್ದೆಗಳು, ಗೈರು ಉಳಿಯುವ ಅಥವಾ ಅರೆ ಹೃದಯದ (ಮನಸ್ಸಿನ) ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಗಳು, ತಂತ್ರಜ್ಞರು ಮತ್ತು ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ ಕೊರತೆಯೂ ಕಾಡುತ್ತದೆ. ಸಿ). ಸಾಕಷ್ಟು ಕಟ್ಟಡಗಳು ನಿರ್ಮಾಣಗೊಂಡಿವೆ ಅಲ್ಲದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಅನೇಕ ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸಿವೆ. ಆದರೆ ಉದ್ದೇಶ ಮಾತ್ರ ಸಫಲವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ,

* ಅಧ್ಯಕ್ಷರು, ಬುಡಕಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ತಜ್ಞರ ಸಮಿತಿ, ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ. E-mail : search.gad@gmail.com

ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟ ಹಾಗೂ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರದಲ್ಲಿನ ಲೋಪದೋಷ, ನಿಷ್ಕ್ರಿಯತೆಯ ಪರಿಣಾಮ ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ದೊರಕುತ್ತಲೇ ಇಲ್ಲ. ಡಿ). ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಜನಸ್ನೇಹಿಯಾಗಿರದ ವರ್ತನೆ, ಭಾಷಾ ತೊಂದರೆ, ಬಹಳ ದೂರದ ದಾರಿ, ಅಸಮರ್ಪಕ ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಅನಕ್ಷರತೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳೂ ಸಹ, ಇದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸದುಪಯೋಗ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿಯಲು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿವೆ. ಇ). ಗಂಭೀರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಾದಾಗ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯ ದೊರಕುವುದು ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ದುರ್ಲಭವಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಫಲಿತಾಂಶವೂ ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದು, ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟ ಹಾಗೂ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಇರುವ ತಪ್ಪು ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯಗಳು ನಿಗದಿತ ಉದ್ದೇಶ ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಮರು ರಚನೆ ಮಾಡಿ ಅವುಗಳಿಗೆ ಬಲ ತುಂಬುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ಕೇಂದ್ರ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಚಿವಾಲಯದ ಹೆಗಲ ಮೇಲಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ರೂಪಿಸಿರುವ ಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿನ ದೋಷಗಳಿಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವೆಂದರೆ, ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗ ಅಥವಾ ಅವರ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು. ಇದು ಗ್ರಾಮ ಮಟ್ಟದಿಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದವರೆಗೂ ಈ ಸಮಸ್ಯೆ ಇದೆ ಎಂಬುದು ಗಮನಾರ್ಹ. ಈ ಲೋಪದೋಷಗಳೊಂದಿಗೆ, ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆಂದು ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುವ ಅನುದಾನದ ದುರ್ಬಳಕೆ, ಅನುದಾನವನ್ನು ಅನ್ಯ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಅಸಮರ್ಪಕ ಬಳಕೆ ಹಾಗೂ ಭ್ರಷ್ಟಾಚಾರ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಉದ್ದೇಶ ಈಡೇರುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಲು ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಿವೆ.

ಪುನಾರಚನೆ ಹೇಗಿರಬೇಕು..?

1. ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ನೀತಿ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಇರಲೇಬೇಕು. ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗ ಅಷ್ಟೊಂದು ಪ್ರಾಧಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದಿಲ್ಲ. ಅವರು, ವಿಭಿನ್ನ ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಪರಿಸರ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯಲ್ಲೂ ವಿಭಿನ್ನತೆ ಇದ್ದು, ಅದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಬೇಡಿಕೆಗಳು ಭಿನ್ನವಾಗಿವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಅವರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಗೆ ಆದ್ಯತೆ ಕೊಡುವುದು ಅಗತ್ಯ

2. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅಗಾಧ ವೈವಿಧ್ಯತೆಯುಳ್ಳ 700 ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗಗಳಿದ್ದು, ಆ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ನೋಡಿದಾಗ, ಎರಡನೇ ತತ್ವವಾದ, ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕು. Panchayats (Extension to Scheduled Areas) Act PESA ಇದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಆಧಾರವನ್ನೂ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಸ್ಥಳೀಯ ಬುಡಕಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಸಭೆಗಳು, ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಲಹಾ ಕೌನ್ಸಿಲ್ಸ್ ಇವು ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಇರುವ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಆಧಾರಗಳಾಗಿವೆ.

3. ಸಾಕ್ಷರತೆ, ಆದಾಯ, ನೀರು, ಶೌಚಾಲಯ, ಇಂಧನ, ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ವೈವಿಧ್ಯತೆ, ಲಿಂಗ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆ, ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕಗಳು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಬಹು ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ.ಆದ್ದರಿಂದ ಇತರ ವಲಯಗಳಲ್ಲಿರುವಂತೆ, ಆಂತರಿಕ ಸಮನ್ವಯತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಬಹುಮುಖ್ಯ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಲಹೆ

1. ಒಳಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಗ್ರಾಮ ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ವೈಯಕ್ತಿಕ, ಶೌಚಾಲಯಗಳು ಮತ್ತು ಸೊಳ್ಳೆಗಳ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಪರಿಸರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕ್ರಮಗಳು, ಉದ್ಯೋಗ ಖಾತರಿ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ನಿಗದಿತ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆದ್ಯತೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸುವುದು.

2. ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಅಶುದ್ಧ ಇಂಧನದ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವುದು, ಸೌರಶಕ್ತಿ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸೌರ ಕುಕ್ಕರ್, ವಾಟರ್ ಹೀಟರ್ ಮತ್ತು ಸೌರ ವಿದ್ಯುತ್ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಬೇಕು. ಇದು ಗಿಡ ಮರಗಳ ರಕ್ಷಣೆಗೂ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

3. ಮಕ್ಕಳ, ಹದಿಹರೆಯದವರ, ಗರ್ಭಿಣಿ ಹಾಗೂ ಹಾಲುಣಿಸುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಸುಧಾರಣೆಯು ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗಕ್ಕೆ ತುಸು ಕಷ್ಟದಾಯಕವಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜೀವನೋಪಾಯ ಮಿಷನ್ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಉಳಿತಾಯ ಗುಂಪುಗಳ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿಗೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಕುರಿತು ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವುದು ಉತ್ತಮ.

4. ಮದ್ಯ ಹಾಗೂ ತಂಬಾಕು ಸೇವನೆ ನಿಯಂತ್ರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಆದಾಯ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ.

5. ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದ ಸಬಲೀಕರಣವೂ ಇನ್ನೊಂದು ಪ್ರಧಾನ ತತ್ವ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿ ಅವರೇ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಅವರಲ್ಲಿನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ವೃದ್ಧಿಸುವುದು ಶಾಶ್ವತ ಪರಿಹಾರವಾಗಿದೆ. ಅಂದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಸರ್ಕಾರ ಅಥವಾ ಸಮಾಜದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿಂದ ಮುಕ್ತ ಎಂದರ್ಥವಲ್ಲ. ಇದೊಂದು ರೀತಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ನೀಡುವ ಬದಲು, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವಲ್ಲಿ ಅವರ ಸ್ವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನೇ ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು. ಈ ತತ್ವವು ಆರೋಗ್ಯ ಸುರಕ್ಷತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿಯಾಗಿದೆ.

6. ಶತಮಾನಗಳ ಅಂತರವಿರುವ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಮನೋಭಾವದ ಸೇತುವೆ ನಿರ್ಮಿಸಲು, ಹಾಗೂ ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ವಿಶೇಷ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕು.

ಸಮೂಹ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀತಿ, ಜಾನಪದ, ಆದುನಿಕ ಮಾಧ್ಯಮ ಹಾಗೂ ಶಾಲಾ ಪಠ್ಯಕ್ರಮದ ಮೂಲಕ ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಬೇಕು. ಆಡುಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಂವಹನ ಹಾಗೂ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಬಳಕೆಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಅವಕಾಶವಿದೆ.

4. ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದ ಬಹುಸಂಖ್ಯೆಯ ಮಕ್ಕಳು ಹಾಗೂ ಯುವಜನತೆ ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿ. ಇದು ಅವರ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಪದ್ಧತಿ ತಿಳಿಯಲು ದೊಡ್ಡ ಅವಕಾಶ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ, ಮಾಧ್ಯಮಿಕ, ಆಶ್ರಮ ಶಾಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿಗಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಜ್ಞಾನ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡಬೇಕಿದೆ.

5. ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಪಾಡುವಲ್ಲಿ ಪರಂಪರೆಯಿಂದ ಬಂದ ವೈದ್ಯರು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅವರನ್ನು ದೂರ ಮಾಡುವ ಅಥವಾ ತಿರಸ್ಕರಿಸುವ ಬದಲು, ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಅವರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಅವರ ಸಹಕಾರವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವಲ್ಲಿ ಪಡೆಯುವುದು ಸೂಕ್ತ.

6. ಭೌತಿಕ ಅಂತರ ಹೊರತು ಪಡಿಸಿ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕವಾಗಿ ಇತರರಿಂದ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗವು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿದೆ. ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆ ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಈ ಅಂತರವನ್ನು ನಿವಾರಿಸಬಹುದು.

7. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪೂರೈಕೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಚೈನಾದ ಮಾಕ್ಸಿಮ್ ನ ನೀತಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬೇಕಿದೆ. ಅದೆಂದರೆ, How far a mother on foot can walk with a sick baby? ರೋಗ ಪೀಡಿತ ಮಗುವನ್ನು ಹಿಡಿದು ತಾಯಿಯು ಎಷ್ಟು ದೂರ ನಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯ ? ಎಂಬ ಮಾತು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಎನಿಸುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆಯು ನಿಗದಿತ ಅಂತರದಲ್ಲೇ ಸಿಗುವಂತಾಗಬೇಕು. ಇದು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಅರಣ್ಯದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯಕ. ಅಂದರೆ, ಅವರು ಇರುವ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲೇ ಅವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಿಗುವಂತಾಗಬೇಕು. 60 ವರ್ಷದ ವೈಫಲ್ಯ ನಮಗೆ ಪಾಠ ಕಲಿಸಿದ್ದು, ಹೊರ ಅಥವಾ ದೂರ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಲಭ್ಯವಾಗುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಪ್ರಯೋಜನಕ್ಕೆ ಬಾರವು ಎಂದು ಗೊತ್ತಾಗಿದೆ.

8. ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆಂದೇ ರೂಪಿಸಿದ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಚಾರ ಮತ್ತು ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ ಹಾಗೂ ಪರಿಹಾರ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ರಚಿಸಿದ್ದು, ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲೇ ಗಣನೀಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ.

9. ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗವನ್ನು ಬಹು ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಕಾಡುತ್ತಿರುವ ಸಂಗತಿಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಸನವೂ ಕೂಡಾ ಒಂದು. ಇದು ಕೇವಲ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೇ, ಉತ್ಪಾದಕತ್ವ, ಕೌಟುಂಬಿಕ ಆರ್ಥಿಕತೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಾಮರಸ್ಯ ಹಾಗೂ ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮೇಲೆ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಎ) ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆಂದೇ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಲಾದ ಅಬಕಾರಿ ನೀತಿಯು 1976ರಲ್ಲೇ ಕೇಂದ್ರ ಗೃಹ ಸಚಿವಾಲಯದಿಂದ ಒಪ್ಪಿಗೆ ದೊರೆತಿದ್ದು, ರಾಜ್ಯಗಳು ಅದನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದು, ಅದು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಜಾರಿಯಾಗಬೇಕಿದೆ. ಬಿ)ತಂಬಾಕು ಹಾಗೂ ಮಾದಕ ವಸ್ತುಗಳ ದೊರೆಯುವಿಕೆನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಬೇಕಿದೆ. ಈ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದ ಉಪ ಯೋಜನೆಯ ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರ ಭಾಗಗಳಾಗಿವೆ. ಸಿ) ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರು ತಂಬಾಕು ಹಾಗೂ ಮದ್ಯ ಉತ್ಪನ್ನಗಳು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳ ಬಳಕೆ, ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಣಾ ನೀತಿಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನವನ್ನು ರಾಜ್ಯಗಳು ಆಯ್ದ ಸೂಚಕಗಳ ಮೂಲಕ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡಬೇಕು.

10. ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮೀಸಲಿಡುವ ಬುಡಕಟ್ಟು ಉಪ ಯೋಜನೆ, ಬಜೆಟ್, ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಬಜೆಟ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿರಬೇಕೆ ಹೊರತು, ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿರಬಾರದು. ಟಿಎಸ್ಪಿ ಬಜೆಟ್‌ನ ಕನಿಷ್ಠ 15% ಆದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯಕ್ಕೆ ಮೀಸಲಿರಬೇಕು.

11.ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಯೋಜನೆ, ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕೆ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನರ ಗಣತಿಯೇ ಮೂಲ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸಲು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಹಾಗೂ ಮೇಲ್ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಕಗಳ ಆಧಾರವನ್ನು ಎಲ್ಲ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ದತ್ತಾಂಶ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು–ಸೆನ್ಸಸ್, SRS, NFHS, NSSO, DLHS ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಕೇಳಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗಕ್ಕೆಂದು ತೆಗೆದಿಡುವ (TSP) ಬಜೆಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಿಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದ ವರೆಗೂ ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹತೆ, ಸಮಯಕ್ಕೆ, ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ದತ್ತಾಂಶಕ್ಕಾಗಿ 1% ಹಂಚಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ನಿರ್ವಾಹಕರಿಗೆ, ನೀತಿ ರೂಪಿಸುವವರಿಗೆ ಮತ್ತು ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನರಿಗೆ ಇದು ಅವಶ್ಯಕ ಸಲಹೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಸಾಧನವಾಗಿದೆ.

ಆಶಾದಾಯಕ ಮಾರ್ಗ

ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದ ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿ ಕುರಿತು ಅಸಮಾಧಾನ ಹೊಂದಿರುವ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಹಾಗೂ ಬುಡಕಟ್ಟು ವ್ಯವಹಾರ ಸಚಿವಾಲಯ ಜಂಟಿಯಾಗಿ ಒಂದು ತಜ್ಞರ ಸಮಿತಿ ರಚಿಸಿದವು. ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನರ ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಪರಾಮರ್ಶೆ, ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಹಾರೋಪಯಗಳನ್ನು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡುವಂತೆ ಸಮಿತಿಗೆ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೇ ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಯೋಜನೆಗಾಗಿ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ರೂಪುರೇಷೆ ಹಾಕಿಕೊಡುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಹೊರಿಸಲಾಯಿತು. ತಜ್ಞರ ಸಮಿತಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದು, ಸಂಭವನೀಯ ಪರಿಹಾರೋಪಾಯಗಳನ್ನು ಅನ್ವೇಷಿಸುತ್ತಿದೆ. ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಆಚರಣೆಗಳು ಕುರಿತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದ ಕಾರ್ಯಾಗಾರವನ್ನು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಸರ್ಚ ನಲ್ಲಿ ಆಯೋಜಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಬಹುಶಃ ಇದು ಈ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿಯೇ ಮೊದಲನೆಯದು ಎನಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 23 ಉತ್ತಮ ಆಚರಣೆ ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿಸಲಾಯಿತು. ನಾವೀಗ ತಜ್ಞರು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ವರದಿ ಮುಂದುವರಿಕೆಯನ್ನು ನೋಡೋಣ. ಬಹುಶಃ ಇದೊಂದು ಬದಲಾವಣೆಗೆ ದಾರಿ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಆಶಾಭಾವನೆ ಇದೆ. ❑

ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ

* ಚಂದ್ರಕಾಂತ್ ಲಹಾರಿಯಾ

ಪ್ರತಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ವಾಸಿಮಾಡುವಂತಹ ಅಗತ್ಯ ಮುಂಜಾಗ್ರತಾ ಹಾಗೂ ಪುನರ್ವಸತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದುವಂತಾಗಬೇಕು ಎನ್ನುವುದು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ (ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ) ಗುರಿಯಾಗಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ, ಈ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಹಣ ಪಾವತಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವರ್ಗದ ಜನರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ "ಆರ್ಥಿಕ ಮುಗ್ಗಟ್ಟು" ಎದುರಾಗಬಾರದು ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಇದು ಖಾತರಿಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಭೆಯ 2005 ರ ನಿರ್ಣಯದ ಕಲ್ಪನೆ ಮತ್ತು ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷೆಯಾಗಿ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಜಾಗತಿಕ ಗಮನ ಸೆಳೆಯಿತು (WHA58.33). ಇದು ತನ್ನ ಸದಸ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಹಣಕಾಸು ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವ ಜೊತೆಗೆ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿಗೆ ಪರಿವರ್ತಿಸುವಂತೆ ಒತ್ತಾಯಿಸಿದೆ.

ಅನಂತರ "ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ: ಎಂದಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು' ಎನ್ನುವ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯಡಿ 2008ರ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ವರದಿ ಮತ್ತು ನಂತರದ "ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಹಣಕಾಸು: ಜಾಗತಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಒಂದು ಹಾದಿ" ಮೇಲಿನ 2010ರ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ವರದಿಯನ್ನು ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತಷ್ಟು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ಇದೇ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ, ಹಲವು ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ (ಅಂದರೆ ಬ್ರೆಜಿಲ್, ಮೆಕ್ಸಿಕೊ, ಕಿರ್ಗಿಸ್ತಾನ್, ಥೈಲ್ಯಾಂಡ್ ಮತ್ತು ಚೀನಾ) ಆರೋಗ್ಯ ಹಣಕಾಸಿನ ಸುಧಾರಣೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ, ಎಲ್ಲಾ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದವು.

ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಜಾಗತಿಕ ವೇದಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸಿತು ಮತ್ತು ಹಾಗೆಯೇ ಅವು 2011ರಲ್ಲಿ ಡಬ್ಲುಎಚ್‌ಒ ವತಿಯಿಂದ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿದ್ದವು. ಅನಂತರ ಸಂಯುಕ್ತ ರಾಷ್ಟ್ರ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು 2012 ಡಿಸೆಂಬರ್ 12ರಂದು ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಮೇಲೆ ಒಂದು ನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಯುಎನ್‌ಜಿಎ ನಿರ್ಣಯ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖವಾದ ಮೈಲಿಗಲ್ಲು ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಏಕೆಂದರೆ ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಧಿಯಿಂದ (ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡವರು) ರಾಜ್ಯಗಳ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು ಮತ್ತು ವಿದೇಶಾಂಗ ಸಚಿವರ ಪರಿಧಿವರೆಗಿನ (ಯುಎನ್‌ಜಿಎ ಯಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡವರು) ಯುಹೆಚ್‌ಸಿಯ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ವಿಸ್ತರಿಸಿತು.

ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಮೇಲಿನ UNGA ನಿರ್ಣಯದ ನೆನಪಿನಲ್ಲಿ, 2014ರಿಂದ ಡಿಸೆಂಬರ್ 12ನ್ನು ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸ್ಮರಣಾರ್ಥ ಘಟನೆಗಳನ್ನು ಸಂಘಟಿಸುವ ಒಂದು ದಿನವನ್ನಾಗಿ ಮತ್ತು 2014ರ ಡಿಸೆಂಬರ್ 12ನ್ನು ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ದಿನವನ್ನಾಗಿ ಅಥವಾ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ದಿನವನ್ನಾಗಿ ಆಚರಿಸಲಾಯಿತು. ಕಳೆದ 10 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಮೇಲಿನ ಕಾನೂನು ಸಲಹೆ ಮತ್ತು ಚಲನಗತಿಯನ್ನು ಪುಷ್ಟೀಕರಿಸಿಕೊಂಡು ಬರಲಾಗಿದೆ. ವಿವಿಧ ವೇದಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ (WHA, UNGA, ಸ್ಥಳೀಯ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ) ಉಪನ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ನಿರ್ಣಯಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿಕೊಂಡು ಬರಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಬಹುತೇಕ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯ ಕುರಿತಾದ ಒಂದು ಒಟ್ಟಾಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತದೆ. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮಹಾನಿರ್ದೇಶಕರಾದ ಡಾ. ಮಾರ್ಗರೇಟ್ ಚಾನ್ ಹೇಳುವಂತೆ "ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯು ಒಂದು ಏಕೈಕ ಶಕ್ತಿಶಾಲಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಾಗಿದ್ದು, ಅದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತದ್ದಾಗಿದೆ"

ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಮೂರು ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ – ಜನಸಂಖ್ಯೆ ವ್ಯಾಪ್ತಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಹಣಕಾಸು ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿ.

ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಭಾರತ

ಒಂದು ಸದಸ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರವಾಗಿ ಭಾರತ 2005 ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಮೇಲಿನ ನೀತಿಯ ಒಂದು ಭಾಗವಾಗಿತ್ತು. ಯುಹೆಚ್‌ಸಿಯನ್ನು ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಿಲ್ಲ, ಆದಾಗ್ಯೂ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸುವ ಹಾಗೂ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಭಾರತ, 2005ರ ಏಪ್ರಿಲ್ 12 ರಂದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗೆ ಇರುವ

* ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವೃತ್ತಿಪರ ಅಧಿಕಾರಿ, ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ. E-mail : c.lahariya@gmail.com / lahariyac@who.int

ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಬೀಮಾ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಲಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೇ, ಇತರೆ ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಇತರ ಹಣಕಾಸು ಸಂರಕ್ಷಣಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು 2007–08ರಲ್ಲಿ ಭಾರತೀಯ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. 2010ರ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ವರದಿಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ಅನಂತರ ಶೀಘ್ರದಲ್ಲೇ, ಭಾರತದ ಹಿಂದಿನ ಯೋಜನಾ ಆಯೋಗವು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ತಜ್ಞರ ಗುಂಪನ್ನು ರಚನೆ ಮಾಡಿತು. ಇದು ಅಕ್ಟೋಬರ್ 2011ರಲ್ಲಿ ತನ್ನ ವಿವರವಾದ ಶಿಫಾರಸುಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ವರದಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿತು. ಅದನ್ನು ಭಾರತದ 12ನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ (2012–17) ಕರಡು ಸಿದ್ದಪಡಿದಲು ಬಳಸಲಾಯಿತು.

12ನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಭಾರತದ ಪ್ರತಿ ರಾಜ್ಯದ 2 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಪೈಲಟ್‌ಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ದೇಶದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಕಲಿಕೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಉದ್ದೇಶಿತ ಪೈಲಟ್‌ಗಳ ಉಡಾವಣೆಯ ಕೆಲಸವೂ ಆರಂಭವಾಗಿದೆ. ಮೇ 2013ರಲ್ಲಿ, ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಆರಂಭಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಎರಡು ಉಪ ಮಿಷನ್‌ಗಳು ವಿಲೀನಗೊಂಡವು.

ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳು

ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಸೆಪ್ಟೆಂಬರ್ 25, 2015 ರಂದು ಯುಎನ್ ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮ್ಮೇಳನದಲ್ಲಿ ಅನುಮೋದನೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ಸಹಸ್ರಮಾನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ

ನಡೆದ ಕೆಲಸಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲು ಮತ್ತು ಮುಂದಿನ 15 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಜಾಗತಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡಲು ಈ ಸಮ್ಮೇಳನದಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಗಳ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು ಹಾಜರಿದ್ದರು.

17 ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳ ಒಂದು ಗುಂಪು ಹಾಗೂ 169 ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಗುರಿಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಔಪಚಾರಿಕವಾಗಿ ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸುಸಂಯೋಜನಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಪರಿವರ್ತಕ 2030 ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. 17 ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳು ಈ ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗುತ್ತದೆ:

ಬಡತನ, ಹಸಿವು, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ, ಲಿಂಗ ಸಮಾನತೆ, ನೀರು ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಇಂಧನ, ಕೆಲಸ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಕೈಗಾರಿಕೆ ಹಾಗೂ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳು, ಅಸಮಾನತೆ, ನಗರಗಳು, ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ಉಪಭೋಗ, ಹವಾಮಾನ, ನೀರಿನ ಕೆಳಗಿನ ಜೀವನ, ಭೂಮಿ ಮೇಲೆ ಜೀವನ, ಶಾಂತಿ ಮತ್ತು ಸದೃಢ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಹಾಗೂ ಪಾಲುದಾರಿಕೆ.

ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ 2030 ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯ ಅಂತಿಮ ಪಠ್ಯದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಹೇಳಿಕೆಗಳೆಂದರೆ: "ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಯೋಗಕ್ಷೇಮವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದು, ಎಲ್ಲರ ಜೀವಿತಾವಧಿಯನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುವುದು, ನಾವು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಇದರಲ್ಲಿ ಯಾರೊಬ್ಬರೂ ಹಿಂದೆ ಬೀಳಬಾರದು" ಎನ್ನುವುದೇ ಆಗಿದೆ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟಾರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಸ್ತುತತೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಎಸ್‌ಡಿಜಿನ ಗುರಿಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಗುರಿ– 3 (ಎಸ್‌ಡಿಜಿ-3). ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಕುರಿತಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನವನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಿನ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ಯೋಗಕ್ಷೇಮವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ಗುರಿ ಹೊಂದಿದೆ. 3.8ನ ಉದ್ದೇಶಿತ ಗುರಿ ಎಂದರೆ "ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುಸುವುದು, ಹಣಕಾಸಿನ ಅಪಾಯವನ್ನು ರಕ್ಷಣೆ ಮಾಡುವುದು ಸೇರಿದಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಅಗತ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು, ಔಷಧ ಮತ್ತು ಲಸಿಕೆಗಳು ಲಭ್ಯವಾಗುವುದು.

ಉಪಸಂಹಾರ

ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯಾವುದೇ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಸಂವಾದದ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ರಾಷ್ಟ್ರದ ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಒಂದು ಅಡಿಗಲ್ಲಾಗಿ ಅದನ್ನು ನೋಡಲಾಗುತ್ತದೆ– ಬಡತನ ನಿವಾರಣೆಗೆ ತನ್ನದೇ ಆದ ಕೊಡುಗೆ ನೀಡಬಲ್ಲದು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರ ಒಂದರ ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ಪಾದಕ ಮತ್ತು ಹಣಕಾಸು ಸುರಕ್ಷಿತ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ದಾರಿಯಾಗಬಲ್ಲದು ಎಂದು ನಂಬಲಾಗಿದೆ. ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ, ಒಟ್ಟಾರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕದ ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯಕ್ಕೆ ಒಂದು ಹೊಸ ಏಕೀಕೃತ ಶಕ್ತಿಯಾಗಿದೆ.

ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಹಿಂದಿನ ಕಲಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ನಿರ್ಮಿತವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಎಮ್‌ಡಿಜಿ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳು ಮತ್ತು ಉಪಕ್ರಮಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುತ್ತದೆ. ಸುಮಾರು 100 ದೇಶಗಳು ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಕಡೆಗೆ ಸಾಗಲು ಕೆಲವು ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ. ಭಾರತ ನೀತಿ ಅನುಬಂಧದಲ್ಲಿ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿದೆ ಹಾಗೂ ಈಗಾಗಲೇ ಕೆಲವು ಹಿನ್ನೆಲೆ ಕೆಲಸಗಳನ್ನೂ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದೆ. ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ ಕಡೆಗೆ ಒಂದು ದೈತ್ಯ ಮುನ್ನಡೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಿದ್ಧವಾದಂತೆ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಹಾಗೂ ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಎಸ್‌ಡಿಜಿ3 ಹಾಗೂ ಎಸ್‌ಡಿಜಿಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಕೊಡುಗೆ ನೀಡುವಂತೆ ತೋರುತ್ತದೆ. ❑

ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯುಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಪಾತ್ರ

* ಕೆ ಶ್ರೀನಾಥ ರೆಡ್ಡಿ

ದೇಶದ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಪಾತ್ರ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಲಾಭದಾಯಕವೇ? ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಜನಸಮುದಾಯ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಅತಿಉಪಯುಕ್ತವೇ? ಸಂಪೂರ್ಣ್ಮೂಲ ವೃದ್ಧಿಗೂ ಸ್ಪರ್ಧೆಮಾಡುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಇತರ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಹೇಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ? ಜಾಗತಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ನೀಡಿರುವ ಅಂಶಗಳು ಪ್ರಸಕ್ತ ಭಾರತಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಸೂಕ್ತ? ಈ ಅಂಶಗಳು ಹಲವಾರು ದಶಕಗಳಿಂದ ಚರ್ಚಿತವಾಗುತ್ತಲೆ ಇದ್ದರೂ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಇದಕ್ಕೊಂದು ಸ್ಪಷ್ಟತೆ ದೊರೆತಿದೆ. ಅಮೆರಿಕ ಸಂಯುಕ್ತ ಸಂಸ್ಥಾನ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒತ್ತು ನೀಡಿರುವ ಸಹಸ್ರ ಮಾನಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಧ್ಯೇಯ ಅಥವಾ ಗುರಿ (2000–2015) ಮತ್ತು ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ (2016–2030) ಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಇತರ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಗೂ ಆಂತರಿಕವಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ದೇಶದ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೊಂದಿಗೆ ಜನಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯವೂ ಸುಧಾರಿಸುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ದೇಶವಿರಲಿ ಅದರ ತಲಾ ಆದಾಯ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ ಆ ದೇಶದ ಜನರ "ಸರಾಸರಿ ಜೀವಿತಾವಧಿ" ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ ಎಂದು ಪ್ರಿಸ್ಟನ್ ಗ್ರಾಫ್ ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಲಾಭ ಸಹ ಉತ್ತಮ ತಲಾ ಆದಾಯವಿರುವ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಲಾಭದಾಯಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತಿದೆ. ಕೇಟಪಿಕೆಟ್ ಮತ್ತು ವಿಲ್‌ಕಿನ್‌ಸನ್‌ರ ಪ್ರಕಾರ ತಲಾ ಆದಾಯದಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ "ಸರಾಸರಿ ಜೀವಿತಾವಧಿಯ" ಪ್ರಮಾಣ, ವಾರ್ಷಿಕ ವರಮಾನದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಇರುವ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ. ಅವರು ತಮ್ಮ ಪುಸ್ತಕ 'ದಿ ಸ್ಪಿರಿಟ್ ಲೆವೆಲ್'ನಲ್ಲಿ ಶ್ರೀಮಂತ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು (ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯ ಹೆಚ್ಚಿರುವ) ತಮ್ಮದೆ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ಬರುವ ಇತರ ಶ್ರೀಮಂತ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು (ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯ ಕಡಿಮೆ ಇರುವ) ಭಿನ್ನವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಸಾಕ್ಷಿ ಸಮೇತ ನಿರೂಪಿಸಿದ್ದಾರೆ. 20ನೇ ಶತಮಾನ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಪಾರಂಪರಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಜಾಣ್ಮೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಠಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಂಶ ಗಮನಿಸಿತು. ನಂತರ 20ನೇ ಶತಮಾನದ ಉತ್ತರಾರ್ಧದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ವೇಗವರ್ಧಕಗಳಾದವು. ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞ ರಾಬರ್ಟ ಪೋಗಲ್ ಅವರು 1993ನೇ ಸಾಲಿನ ನೊಬೆಲ್ ಪ್ರಶಸ್ತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಿ ಭಾಷಣ ಮಾಡಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬ್ರಿಟನ್ 1790–1980ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ದೇಶದ 50% ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಹೇಗೆ ತಾರಕವಾಯಿತು ಎಂದು ವಿವರಿಸಿದ್ದರು. ಇದರಲ್ಲಿ 1790–1930ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಬಿಂಬಿತವಾಗಿದ್ದವು. 1993ರಲ್ಲಿ ಜಾಗತಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಯಲ್ಲಿ 'ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆ ಎಂಬ ಶೀರ್ಷಿಕೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾದ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕಾಗಿ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆ ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಲಾಭದಾಯಕ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಬಲವಾಗಿ ಸಮರ್ಥಿಸಿಕೊಂಡಿತ್ತು

1990ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ನೇಮಿಸಿದ್ದ 'ಬೃಹತ್ ಗಾತ್ರದ ಅರ್ಥ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ' ಆಯೋಗ ತನ್ನ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದಮಿತಿ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆ ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕತೆಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಕೊಡುಗೆ ನೀಡಿದೆ ಎನ್ನುವದನ್ನು ಪುರಾವೆ ಸಹಿತ ವಿವರಿಸಿತ್ತು. ಈಗ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕ ಎನ್ನುವುದು ಸಾಬೀತಾಗಿದೆ. 'ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಬಂಡವಾಳ'ಹೂಡಿಕೆ ಎಂಬ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ 2013ರ ಲಾನ್ಸೆಟ್ ಆಯೋಗ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡುವುದರಿಂದ ಮಧ್ಯಮ ಪ್ರಮಾಣದ ಆದಾಯವಿರುವ ದೇಶಗಳು 9ರಿಂದ 20 ರಷ್ಟು ಪ್ರತಿಫಲ ಪಡೆಯಬಹುದು ಎನ್ನುವದನ್ನು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಿತು. ಬಡತನ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಸಂಬಂಧ ಒಟ್ಟಾರೆ ವರಮಾನ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಗಳ ಸಂಬಂಧಕ್ಕಿಂತ ತೀಕ್ಷ್ಣವಾಗಿದೆ. ಶ್ರೀಮಂತರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬಡಜನ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ವಿಧವಿಧದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಸಾವು, ಶಿಶು ಮರಣಗಳಿಗೆ. ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳು, ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ತಂಬಾಕು ಸೇವನೆ ಮತ್ತು ವಾಯುಮಾಲಿನ್ಯದ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಜೀವಿಸುವುದು ಕಾರಣ. ದೇಶ ಮಧ್ಯಮ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ವರಮಾನ ಹೊಂದುವ ಪಥದಲ್ಲಿ ಸಾಗುತ್ತಿರುವಾಗಲೆ, ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಶ್ರೀಮಂತರಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತಿದ್ದ ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳು, ಮಧುಮೇಹ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರಗಳಂತಹ

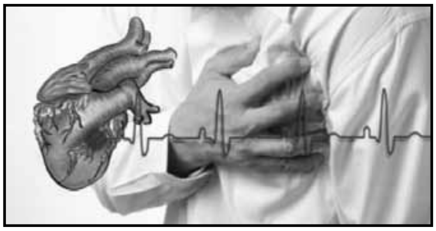
* ಪದ್ಮಭೂಷಣ ಪುರಸ್ಕೃತರು, ಅಧ್ಯಕ್ಷರು, ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಫೌಂಡೇಶನ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ. E-mail : ksrinath.reddy@phfi.org

ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬಡಜನರಲ್ಲಿಯೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ಎನಿಸುವಂತೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಇದು ಪ್ರಗತಿ ಪಥ ವಿರುದ್ಧ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ ಚಲಿಸುವ ಲಕ್ಷಣ. ಈ ಸ್ಥಿತಿ ಈಗ ಅಮೆರಿಕ, ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯ ಮತ್ತು ಯುರೋಪ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರದಲ್ಲಿದೆ, ಅಲ್ಲದೆ ಚೀನಾದ ಪಟ್ಟಣ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಹಾಗೂ ಭಾರತದ ಪಟ್ಟಣಗಳೂ ಸಹ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಇದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಡವರ್ಗದಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಅಂಶಗಳೆಂದರೆ ಅಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ತಂಬಾಕು ಸೇವನೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆ. ಸಾಕಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲದಿರುವದು, ಸಾಕಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಸಿಗದೆ ಇರುವುದು, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚ ಭರಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಬಡವರ್ಗದ ಜನರ ವರಮಾನ ಪರಿಗಣಿಸದೆ ಇದ್ದರೂ ಸಹ ಅವರಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲ್ಲದೆ ಇರುವುದು ಅವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಕಾರಣ ಎನ್ನುವುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶ.

ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲವಾದ ವರ್ಗಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಮುಗ್ಗಟ್ಟಿಗೆ ಅವರಲ್ಲಿರುವ ಅನಾರೋಗ್ಯವೆ ಕಾರಣ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಕುಟುಂಬಗಳು ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ನಿರ್ವಹಣೆಗಾಗಿ ತೆಗೆದಿರಿಸಿದ ಹಣದಿಂದಲೇ ವೈದ್ಯಕೀಯವೆಚ್ಚ ಭರಿಸುತ್ತವೆ. ಒಂದು ಅಂದಾಜಿನ ಪ್ರಕಾರ ವಿಶ್ವದಲ್ಲಿ ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಮಾಡಲೇಬೇಕಾದ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಸಹ ಭರಿಸಲಾಗದೆ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ 100 ಮಿಲಿಯನ್ ಕಡು ಬಡತನಕ್ಕೆ ತಳ್ಳಲ್ಪಡುತ್ತಾರೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಅರ್ಧಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಭಾರತೀಯರು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿಯೆ ತಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ಅಥವಾ ಆದಾಯ ಕಳೆದು ಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ, ಇದರಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಕೆಟ್ಟು, ಕುಟುಂಬ ಮಕ್ಕಳ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಸಲುವಾಗಿ ಮಾಡುವ ಖರ್ಚಿನ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಆರೋಗ್ಯವಿರದ ಮಕ್ಕಳು ಶಿಕ್ಷಣದ ಪೂರ್ಣ ಲಾಭ ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ನಂತರ ಇದೇ ಅಂಶ ಆ ಮಗುವಿನ ಉದ್ಯೋಗ ಮತ್ತು ಆದಾಯದ ಮೇಲೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಆದಾಯ, ಶಿಕ್ಷಣ,ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ಪರಿಸರ, ಲಿಂಗ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಾನಮಾನ ದಂತಹ ಅಂಶಗಳೂ ಸಹ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿವೆ. ಕೃಷಿ, ಆಹಾರ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ಮತ್ತು ನಗರ ವಿನ್ಯಾಸ, ಸಾರಿಗೆ, ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಗಾಗಿ ಇರುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳೂ ಸಹ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಗಂಭೀರವಾದ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಇಂಧನದ ಕೊರತೆ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಭಾರತದಂತಹ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿನ ವಾಯುಮಾಲಿನ್ಯ, ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ನೈಸರ್ಗಿಕ ಇಂಧನಗಳಾದ ಸಗಣಿ, ಕಟ್ಟಿಗೆಯನ್ನು ಬಳಸುವಿಕೆಯಿಂದೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯವರು ಇಂತಹ ಸಾಕಷ್ಟು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸವಿವರವಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. (ಆರೋಗ್ಯದ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳ) ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ 2015ರಲ್ಲಿ ಅವರು ತಿಳಿಸಿದಂತೆ ಒಂದೆ ತಲೆಮಾರಿನಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ನಡುವಿನ ಅಂತರ ನಿವಾರಿಸಬೇಕು.

ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ 'ಸಮಾಜದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಧ್ಯೇಯ ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಧ್ಯೇಯಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಯಿತು ಆದರೆ ಈ ಎರಡರ ದೃಷ್ಟಿ ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿವೆ. ಎಮ್‌ಡಿಎನ್‌ನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಅಮೆರಿಕದ ಪಾತ್ರ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿದ್ದು ಇದರಲ್ಲಿ ತಂತ್ರಜ್ಞರು (ತಾಂತ್ರಿಕ ಪರಿಣಿತರು) ಇದ್ದರು. ಇದನ್ನು 2000ನೇ ವರ್ಷದ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲ ದೇಶಗಳು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡವು. ಇದರಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ದೇಶಗಳ ವಿಚಾರಗಳು ಕಡೆಮೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ಆದಾಯ ಇರುವ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿಬಡತನ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು, ಬಡತನದಿಂದ ಬರುವ ಕಾಯಿಲೆ, ಹಸಿವು, ಇಂತಹ ವಿಚಾರಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿದ್ದವು. ಇದರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ಆದಾಯದ ದೇಶಗಳನ್ನು ಗುರಿಯಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ಇದರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೆ ಸಂಘಟಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ದೃಷ್ಟಿಯಾಗಲಿ ಬಹು-ವಲಯಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಬದ್ಧತೆಯಾಗಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸುಧಾರಣೆ ಅಂಶಗಳಾಗಲಿ ಇರಲಿಲ್ಲ. ಎಂಟು ಎಮ್‌ಡಿಜಿಗಳ ಪೈಕಿ ಮೂರರಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣದ ಮತ್ತು ಬಡತನ ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವ ಅಂಶ ನೇರವಾಗಿ ಇದಕ್ಕೆ ಸಂಭಂದಿಸಿದಾಗಲೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ



ಗುರಿಯಾಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಮೂರು ಎಮ್‌ಡಿಜಿಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮರಣ, ಶಿಶು ಮರಣ ಮತ್ತು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಾದ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ., ಏಡ್ಸ್, ಟಿಬಿ ಮತ್ತು ಮಲೇರಿಯಾ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಉದ್ದೇಶಿಲಾಗಿತ್ತು. ಇವು ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ಆದಾಯದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಸವಾಲುಗಳು ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಆಗ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿ 20ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ 100 ಲಕ್ಷ ಜನರ ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದ್ದ ತಂಬಾಕಿನ ಅಪಾಯವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿರಲಿಲ್ಲ. ಹಠಮಾರಿತನದಿಂದ ಮತ್ತು ಸಾಕಷ್ಟು ವಿರೋಧಗಳ ನಡುವೆಯೂ "ಇದು ಬಡವರ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಲ್ಲ" ಎಂದು ನಿರ್ಣಯಿಸಲಾಯಿತು. ಮೂರು ಎಮ್‌ಡಿಜಿಗಳು ಪ್ರಮುಖ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳತ್ತ ರಾಷ್ಟ್ರದ ಗಮನ ಸೆಳೆದು ಅದನ್ನು ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕವಾಗಿಸುವಲ್ಲಿ, ಹಾಗೆಯೇ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಗುರಿ ಸಾಧಿಸಲು ಪ್ರಚೋದಿಸುವಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟು ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯಾಗಲಿಲ್ಲ ಅವು ಏಡ್ಸ್, ಟಿಬಿ ಮತ್ತು ಮಲೇರಿಯಾಗಳಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗೆ ನಿಧಿ ಸೃಷ್ಟಿಸುವಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಶಿಶು ರಕ್ಷಣೆ ಯಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಬಲ್ಲ ಪಾಲುದಾರರನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸಿದವು, ಅವು ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ವಯೋಮಾನ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ವಿಭಾಗ ಮಾಡಿದವು. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪ್ರಮುಖ ಆತಂಕಗಳಾದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗ, ಮಾನಸಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಇದರಲ್ಲಿ ಪರಿಗಣಿಸಿರಲಿಲ್ಲ. ಇದರಲ್ಲಿ ಅಸಹಜ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಮಕ್ಕಳು, ಹರೆಯದ ಹುಡುಗಿಯರ ಸಮಸ್ಯೆ, ಮಹಿಳೆಯರು ಇದರಲ್ಲಿ ಸೇರಿರಲಿಲ್ಲ ಇದರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿತ್ತು ಆದರೆ ರೋಗ ಹರಡುವಿಕೆ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಎಮ್‌ಡಿಜಿ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬಂದಿರಲಿಲ್ಲ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಈ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳು ಇತರ ಯಾವುದೆ ಆರೋಗ್ಯ

ಸಂಬಂಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸದೆ ಸುಭದ್ರವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿರಲಿಲ್ಲ. ಈ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳು ಎಷ್ಟೇ ಉತ್ತಮ ಉದ್ದೇಶ ಮತ್ತು ವಿವರ ವಿನ್ಯಾಸ ಹೊಂದಿದ್ದರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಅಷ್ಟು ಶಕ್ತವಲ್ಲದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸುವುದು ಕಷ್ಟ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇವು ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ಆದಾಯವಿರುವ ಸಾಕಷ್ಟು ಮೂರನೆಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮಿತಿ ಇರುವ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ನೇರವಾಗಿ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿದ್ದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ತೊಂದರೆಯಾಯಿತು. ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಾನತೆ ಗುರಿ ಹೊಂದಿದ್ದ ಎಮ್‌ಡಿಜಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಕೇವಲ ರಾಷ್ಟ್ರದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಬಗ್ಗೆ ಪರಿಹಾರ ಹುಡುಕಿದವೆ ವಿನಃ ವರಮಾನ, ಶಿಕ್ಷಣ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗ, ಪಟ್ಟಣ ಭಾಗ, ಲಿಂಗ ಅಲ್ಲದೆ ದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಅದರಲ್ಲಿನ ವಿಭಾಗಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿರಲಿಲ್ಲ. ಸಂರಕ್ಷಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಗುರಿಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವಿಭಿನ್ನವಾಗಿದ್ದವು ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ಅದರಲ್ಲಿನ ಅಂಶಗಳು ಸ್ಪಷ್ಟ ಮತ್ತು ಜನಪರವಾಗಿದ್ದವು ಎರಡನೆಯದಾಗಿ ಅವು ಎಲ್ಲ ದೇಶಗಳಿಗೂ ಪ್ರಸುತವಾಗಿದ್ದವು ಅದರಲ್ಲಿ ಗುರಿಗಳು ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸುವಂತಿದ್ದು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವಲಯಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದವು ಪರಿಸರ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ವಿಶೇಷ ಒತ್ತು ನೀಡಲಾಗಿತ್ತು. ಅಲ್ಲದೆ ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿ ಮತ್ತು ಜಾಗತಿಕ ಪ್ರಗತಿ ಭೂಗ್ರಹದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮಾರಕವಾಗಬಾರದು ಎಂಬ ವಿಚಾರ ನೆನಪಿಸುವ ಅಂಶ ಅದರಲ್ಲಿತ್ತು. ಎಮ್‌ಡಿಜಿಯಲ್ಲಿನ ನ್ಯೂನ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಎಸ್‌ಡಿಜಿಯಲ್ಲಿ ಇಡಿ ಜೀವಿತ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯ ಪಾತ್ರ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಮಾನ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಆಗುವ ಖರ್ಚುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಒತ್ತು ನೀಡಲಾಗಿತ್ತು. ಏಕೈಕ ಮತ್ತು ಉನ್ನತ ಗುರಿ ಹೊಂದಿದ್ದ 17 ಸುರಕ್ಷಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಧ್ಯೇಯಗಳಲ್ಲಿ 'ಎಲ್ಲ ವಯಸ್ಸಿನವರೂ ಆರೋಗ್ಯವಂತರಾಗಿರಬೇಕು' ಎನ್ನುವ ಅಂಶ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿತ್ತು. ಈ ಅಂಶ ಸ್ವಲ್ಪ ಅಸ್ಪಷ್ಟತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ್ದರೂ ಇದು ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಅಂಶವನ್ನು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುತ್ತು ಇದರಲ್ಲಿ 9 ಉದ್ದೇಶಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕ್ರೀಯಾಶೀಲವಾಗುವ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕವಾಗಿದ್ದವು. ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮರಣವನ್ನು 70 (ಪ್ರತಿ 100000 ಜನನಗಳಿಗೆ) ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವು ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು (ಪ್ರತಿ 1000 ಜನನಗಳಿಗೆ) 2030 ವೇಳೆಗೆ 25ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವುದು, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಾದ, ಏಡ್ಸ್, ಮಲೇರಿಯಾ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗೊಳಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗ ತಗಲುವಿಕೆಯಿಂದ ಹೆರಿಗೆ ಪೂರ್ವ ಮರಣ ರಸ್ತೆ ಅಪಘಾತಗಳಿಂದ ಸಂಭವಿಸುವ ಮರಣ, ಮಾನಸಿಕ ವ್ಯಥೆಯಿಂದ, ವಾಯುಮಾಲಿನ್ಯದಿಂದ, ನೀರು ಮತ್ತು ಮಣ್ಣು ಮಾಲಿನ್ಯದಿಂದ ಮರಣ ಇತ್ಯಾದಿ. ಇದು ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ, ಆರ್ಥಿಕ ಭದ್ರತೆ, ಅವಶ್ಯಕ ಔಷಧ ಮತ್ತು ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು ಪೂರೈಕೆ ಅಲ್ಲದೆ ಸಂತಾನ ಹೀನತೆ ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಬಂಧಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಹಾಗೆಯೆ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ತಂಬಾಕು ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಒತ್ತು ನೀಡಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಎಸ್‌ಡಿಜಿಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂರಕ್ಷಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿದೆ. ಅವು ಬಡತನ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿವೆ. ಹಸಿವು ನಿರ್ಮೂಲನೆ, ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಪಸರಿಸುವದು, ಲಿಂಗಸಮಾನತೆ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದು, ಪಟ್ಟಣಗಳ ಯೋಜಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಶುದ್ಧ ಇಂಧನ ಪೂರೈಕೆ, ಸಮುದ್ರ ಜೀವಗಳು ಮತ್ತು ಅರಣ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳ ದುರ್ಬಳಕೆ ತಡೆಯುವುದು, ವಿಶ್ವ ಶಾಂತಿ ಪಸರಿಸುವುದು, ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಭೂಗ್ರಹದ ರಕ್ಷಣೆ. ಪರಿಸರ ಮಾಲಿನ್ಯತೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಹರಡುತ್ತಿರುವ ವಾಯುಮಾಲಿನ್ಯ ಮತ್ತು ರಾಸಾಯನಿಕಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದಾಗುವ ಮಾಲಿನ್ಯ ಇದು ನೀರು ಮತ್ತು ಮಣ್ಣಿನ ಫಲವತ್ತತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಭೂಗ್ರಹದ ತಾಪಮಾನ ಏರಿಕೆಯಿಂದ ಹವಾಮಾನದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ, ಎತ್ತರದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸೊಳ್ಳೆಗಳಿಂದ ಹರಡುವ ರೋಗಗಳು, ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥ ಮತ್ತು ಬೆಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತಿರುವ ಗುಣ ಮಟ್ಟ, ಒತ್ತಡದಿಂದ ಬರುವ ಮಾನಸಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳು, ಹವಾಮಾನ

ಬದಲಾವಣೆಗಾಗಿ ವಲಸೆ ಹೋಗುವುದು ಆರೋಗ್ಯದ ಸಂಬಂಧ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ವಿವಿಧ ವಲಯಗಳಿಗೆ ಆಂತರಿಕವಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ. ಆದರೆ ವಿಭಿನ್ನ ಉದ್ದೇಶಿತ ಗುರಿ ಸಾಧಿಸಲು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮಾರ್ಚ್ 2016ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಲಿದೆ. ಕಾರಣ ಎಲ್ಲ ದೇಶಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಂದಾಗುವ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಲು ಸಶಕ್ತವಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಭಾರತ ಸಪ್ಟೆಂಬರ್ 2015ರಂದು ಅಮೆರಿಕದಲ್ಲಿ 'ಸಂರಕ್ಷಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಧ್ಯೇಯಗಳಿಗೆ' ಸಹಿ ಹಾಕಿದೆ. ಎಸ್‌ಡಿಜಿ ಯಲ್ಲಿನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ವಿಶಾಲ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಕೂಡಿದ್ದು ಭಾರತದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿವೆ. ಎಮ್‌ಡಿಜಿಯ ಉದ್ದೇಶಿತ ಗುರಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ತಡೆಗೆ ಹೊಸ ಅಂಶ ಅಳವಡಿಸುವುದು, ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತರಿಸುವುದು ಆಗಿದ್ದು ಇವು ಭಾರತದ ಸಂರಕ್ಷಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಹೋಲಿಕೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ದೇಶ ಈಗ ನಾವು ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಚುರುಕುಗೊಳಿಸಿ ಆ ಗುರಿಗಳನ್ನು ತಲುಪಬೇಕಾಗಿದೆ. ಇದೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ವಿವಿಧ ವಲಯಗಳಲ್ಲಿರುವ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿ ಆ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೂ ಯಾವುದೇ ತೊಂದರೆ ಆಗದಂತೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ರೂಪಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಆಗ ಮಾತ್ರ ಅವು ನಮಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರ್ಣ ಭವಿಷ್ಯ ನೀಡುತ್ತವೆ. 2016 ಅಧಿಕ ವರ್ಷವಾಗಿದ್ದು ನಮ್ಮ ಸುರಕ್ಷಿತ ಮತ್ತು ಸಮತೋಲನದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅವಕಾಶ ನೀಡಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಎಲ್ಲ ಸುರಕ್ಷಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳ ಕ್ರೋಢೀಕೃತ ಯಶಸ್ವಿ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಸುರಕ್ಷಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಈ ಯುಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ನಮ್ಮ ಜನತೆಗೆ ರಕ್ಷಾಕವಚವಾಗಲಿ.

❑

ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆ: ಸ್ವರೂಪ, ಆರೈಕೆ ನಿರ್ವಹಣೆ

* ಡಾ. ಸತೀಶ್ ಗಿರಿಮಾಜಿ
** ಡಾ. ಎನ್. ಜನಾರ್ಧನ
*** ಡಾ. ಸುಜ್ಞಾನಿ

ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯು ಮಗುವಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದ್ದು, ಇಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವಿವಿಧ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ದೈಹಿಕ ಹತೋಟಿ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಭಾಷೆ ಬೌದ್ಧಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಮಕ್ಕಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ನಿಧಾನವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಕುಂಠಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವಯಸ್ಸಿಗೆ ತಕ್ಕ ಹಾಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ, ಬುದ್ಧಿವಂತಿಕೆ ಇಲ್ಲದೆ, ಸಾಕಷ್ಟು ಹಿಂದುಳಿದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆ ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತೇವೆ. ಈ ಮುಂದೆ ನೀಡಿರುವ ದೃಷ್ಟಾಂತದಲ್ಲಿ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯಿರುವ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಾಣುವ ಕೆಲವು ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಬಹುದು.

ರಾಜು 10 ವರ್ಷದ ಬಾಲಕ, ಅವನು ಹುಟ್ಟಿದಾಗಿನಿಂದಲೂ ಅವನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ನಿಧಾನವಾಗಿದ್ದು, ಆತನು ತನ್ನ ಸಮವಯಸ್ಕರಿಗಿಂತ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದನು. ತನ್ನ ದಿನನಿತ್ಯದ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಅಂದರೆ ಸ್ನಾನ ಮಾಡಲು, ಬಟ್ಟೆ ಧರಿಸಲು, ಶೌಚಕ್ಕೆ ಹೋಗಲು ಇತ್ಯಾದಿ ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ಅಮ್ಮನ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಅವಲಂಬಿತನಾಗಿದ್ದನು. ಹೊಸ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಕಲಿಯಲು ತುಂಬಾ ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ. ಅಂಗಡಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿದರೆ ಹೇಳಿದ್ದನ್ನು ಮರೆತು,ಕೆಲವನ್ನು ಮಾತ್ರ ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಬರುತ್ತಿದ್ದನು. ಕೆಲವು ವಸ್ತುಗಳ ಬಳಕೆಯ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಆತನಿಗೆ ತಿಳಿದಿರಲಿಲ್ಲ. ಹಾಗೆಯೇ ಬಣ್ಣಗಳ, ವಸ್ತುಗಳ ಹೆಸರನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಹೇಳಲು ಬರುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಸಣ್ಣ ವಿಷಯಗಳನ್ನೂ ಸಹ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹೇಳಿದ ಮೇಲೆ ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ.ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಕರು ಹೇಳಿದ್ದನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಅವನು ಓದುವುದರಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದ.ಹೀಗಾಗಿ ಬೇರೆ ಮಕ್ಕಳು ಇವನ್ನು ನೋಡಿ ದಡ್ಡ ಎಂದು ಚುಡಾಯಿಸುತ್ತಿದ್ದರು.

ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯನ್ನು ಇಂದು ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆ (Intellectual disability -ID) ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರ ಲಕ್ಷಣಗಳೆಂದರೆ ಸರಾಸರಿಗಿಂತ ಕೆಳಮಟ್ಟದ ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹಾಗೂ ದಿನನಿತ್ಯದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಅವಶ್ಯಕವಾದ ಕೌಶಲ್ಯಗಳ ಕೊರತೆ. ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಹೊಸ ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲಿಯಲು ಸಮರ್ಥರಾದರೂ ಅವರ ಕಲಿಯುವಿಕೆ ತುಂಬಾ ನಿಧಾನವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯ ಸ್ವರೂಪ

❖ ಕಡಿಮೆ ಬೌದ್ಧಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ– ಯಾವುದೇ ಪರಿಗಣಿತ ಬೌದ್ಧಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಅಳತೆಮಾಪನದಲ್ಲಿ ಬೌದ್ಧಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವು (Intelligence Quotient -IQ) 70ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದು ❖ ದಿನನಿತ್ಯದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಕೊರತೆ ಎಂದರೆ, ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಇರಬೇಕಾದಂತಹ ಕಾರ್ಯ ಕೌಶಲ್ಯಗಳು ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ❖ 18 ವರ್ಷದ ಕೆಳಗೆ ಈ ತೊಂದರೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣಗಳು

❖ ಅಲ್ಪಪ್ರಮಾಣದ ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆ (ಐಕ್ಯೂ 50 ರಿಂದ 70) ❖ ಮಧ್ಯಮ ಪ್ರಮಾಣದ ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆ (ಐಕ್ಯೂ 35 ರಿಂದ 49) ❖ ತೀವ್ರ ಪ್ರಮಾಣದ ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆ (ಐಕ್ಯೂ 20 ರಿಂದ 34) ❖ ಅತೀ ತೀವ್ರ ಪ್ರಮಾಣದ ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಐಕ್ಯೂ (<20)

ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯು ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಸುಮಾರು ಶೇಕಡಾ 2ರಷ್ಟು ಭಾಗದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಬಾಧಿಸುತ್ತಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡಾ 85 ರಷ್ಟು ಜನರು ಅಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಿಂದಲೂ, ಶೇಕಡಾ 10ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಧ್ಯಮ ಪ್ರಮಾಣದ ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಿಂದಲೂ, ಶೇ.4ರಷ್ಟು ಜನರು ತೀವ್ರ ಪ್ರಮಾಣದ ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಿಂದಲೂ ಹಾಗೂ ಶೇಕಡಾ 1ರಿಂದ 2ರಷ್ಟು ಜನರು ಅತೀ ತೀವ್ರ ಪ್ರಮಾಣದ ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಿಂದ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿವರಣೆ

ಇದರ ಲಕ್ಷಣಗಳು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಶೈಶವಾಸ್ಥೆಯಲ್ಲೇ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಅಥವಾ ಮಗುವು ಶಾಲಾ ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಬಂದಾಗ ಕಲಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ದಿನಚರಿಗಳಲ್ಲಿಕೊರತೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ತಿಳಿಯುವುದು.ಬೌದ್ಧಿಕ

* ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಹದಿಹರೆಯದವರ ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಭಾಗ, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್. E-mail : drgirimaji@gmail.com ** ಮನೋ ವೈದ್ಯರು, ಮಾನಸಿಕ ಸಮಾಜಸೇವೆ ವಿಭಾಗ, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್. *** ಮಕ್ಕಳ ಮನೋವೈದ್ಯರು, ಧಾರವಾಡ.

ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಕೆಲವೊಂದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳೆಂದರೆ,

❖ ಮಗು ಹೊರಳುವುದು, ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ನಡೆಯುವುದು– ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೈಲಿಗಲ್ಲುಗಳು ನಿಧಾನವಾಗುತ್ತವೆ ❖ ಮಗುವಿಗೆ ಮಾತು ಬರುವುದು ನಿಧಾನವಾಗುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಭಾಷೆಯ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ❖ ಶೌಚಾಲಯದ ತರಬೇತಿ, ಬಟ್ಟೆ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಸ್ನಾನ ಮಾಡುವುದು ಹಾಗೂ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಮುಂತಾದ ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಕರಗತ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಲ್ಲಿ ನಿಧಾನವಾಗುತ್ತದೆ. ❖ ನೆನಪಿನ ಶಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಗಳಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿನ ಕೊರತೆ. ❖ ಅವರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಕಡಿಮೆ. ❖ ಮಗುವಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಪರಿಹಾರದ ಕೌಶಲ್ಯ ಮತ್ತು ತಾರ್ಕಿಕವಾಗಿ ಯೋಚಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ❖ ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಇರುವ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮತ್ತು ವರ್ತನೆ/ನಡತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಇತರೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದುದೆಂದರೆ ಮೂರ್ಛೆರೋಗ, ದೈಹಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆ, ದೃಷ್ಟಿದೋಷ, ಶ್ರವಣದೋಷಗಳು ಹಾಗೂ ನಡತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೊಂದರೆಗಳಾದ ಅತಿಯಾದ ಹಠ, ಅತಿಯಾದ ಚಟುವಟಿಕೆ, ತನಗೆ ಮತ್ತು ಇತರರಿಗೆ ಹೊಡೆಯುವುದು ಮತ್ತು ಕಚ್ಚುವುದು.

ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಕಾರಣಗಳು

ಮಿದುಳಿನ ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಅಡಚಣೆಯಾದರೂ ಅದು ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗಿದ್ದರೂ ಸುಮಾರು ಅರ್ಧ ಭಾಗದಷ್ಟು ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರವೇ ಇದರ ಕಾರಣವನ್ನು ನಿಖರವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಜೈವಿಕ ಮತ್ತು ಪರಿಸರದ ಕಾರಣಗಳೆಂದರೆ,

❖ ಜನನಪೂರ್ವ ಕಾರಣಗಳು: ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಮದ್ಯಪಾನ ಸೇವನೆ, ಇತರ ಮಾದಕ ವಸ್ತುಗಳ ಸೇವನೆ ಮಾಡುವುದು, ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ರೋಗ ರುಜಿನಗಳು, ಅತಿಯಾದ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಮತ್ತು ಮಧುಮೇಹದಂತಹ ಖಾಯಿಲೆಗಳು ಮಗುವು ಭ್ರೂಣಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಅದರ ಮಿದುಳಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಪರಿಣಾಮವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ❖ ಜನನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿನ ಕಾರಣಗಳು ಹೆರಿಗೆಯು ಕಷ್ಟಕರವಾದಾಗ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಸಲಕರಣೆಗಳಿಂದಾಗುವ ಪೆಟ್ಟು, ಜನನ ಅಥವಾ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಗುವಿಗೆ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರತೆಯುಂಟಾದರೆ ಮಗುವು ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗೆ ಒಳಗಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು. ❖ ಮಿದುಳಿಗೆ ಆಗುವ ಆಘಾತ ಅಥವಾ ಸೋಂಕುಗಳು: ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಖಾಯಿಲೆ, ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ನಾಯಿ ಕೆಮ್ಮು, ದಡಾರ (ಬ್ಯಾಕ್ಟೀರಿಯಾದ ಸೋಂಕು) ಮುಂತಾದವುಗಳಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗದಿದ್ದರೆ, ಅವು ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ. ಮಿದುಳನ್ನು ಆವರಿಸಿರುವ ಪೊರೆಗೆ ತಗುಲುವ ಸೋಂಕು (ಮೆನಿಂಜೈಟಿಸ್) ಮತ್ತು ಮಿದುಳಿನ ಊತಗಳು ಮಿದುಳಿಗೆ ಹಾನಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಅದು ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು. ❖ ಇತರೆ ಅಂಶಗಳಾದಮಿದುಳಿಗಾಗುವ ಬಲವಾದ ಪೆಟ್ಟು, ಮಿದುಳಿನ ಅಸಮರ್ಪಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಆನುವಂಶಿಕವಾಗಿ ಬರುವ ಹಲವಾರು, ಜೆನೆಟಿಕ್ ತೊಂದರೆಗಳು ಜೀವತಂತುಗಳಲ್ಲಿನ ನ್ಯೂನ್ಯತೆಗಳು ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಡೌನ್ ಸಿಂಡ್ರೋಮ್ ಮುಂತಾದವು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಪರಿಹಾರ

ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯು ಪುನಃ ಸರಿಪಡಿಸಲಾಗದಂತಹ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದ್ದು ಮಿದುಳಿಗೆ ಆಗಿರುವಂತಹ ಹಾನಿಯು ಶಾಶ್ವತವಾದುದಾಗಿದೆ. ಇದುವರೆಗೂ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಜ್ಞಾನ, ಆವಿಷ್ಕರಿಸಿರುವ ನಿರ್ವಹಣಾ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಲ್ಲಿ ಮಿದುಳಿಗೆ ಆಗಿರುವ ಹಾನಿಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಯಿಂದ ಸರಿಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ. ಬೌದ್ಧಿಕ ಶಕ್ತಿ/ಬುದ್ಧಿ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಔಷಧಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿದ್ದಿದ್ದರೆ ಇಂದು ನಾವು ಜೀವಿಸುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಪಂಚವು

ಬೇರೆಯ ರೀತಿಯದ್ದೇ ಆಗಿರುತ್ತಿತ್ತು ಅಂದರೆ, ಪ್ರಪಂಚವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಹಾ ಬುದ್ಧಿವಂತರಿಂದಲೇ ತುಂಬಿಹೋಗಿರುತ್ತಿತ್ತು. ಆದರೆ ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಪ್ರಚೋದನೆ, ತರಬೇತಿ ವಿಶೇಷ ಶಿಕ್ಷಣ, ವೃತ್ತಿ ತರಬೇತಿ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಮೂಲಕ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ ಖಂಡಿತ ಸಾಧ್ಯ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಕೊಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಮೂರ್ಛೆರೋಗ, ಥೈರಾಯಿಡ್ ಖಾಯಿಲೆ ಮತ್ತಿತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ನಡವಳಿಕೆಯ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಬೇಗ ಗುರುತಿಸುವ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಕೆಲಸವು ತುಂಬಾ ಮುಖ್ಯವಾದುದು.

ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಹಾಗೂ ಆರೈಕೆ

ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಇರುವ ಒಂದು ಮಗುವಿಗೆ ಈ ಮುಂದಿನ ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು/ಆರೈಕೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ತುಂಬಾ ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ

ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಈ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಗಳನ್ನು ಮಗುವಿನ ವಯಸ್ಸು, ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಮಟ್ಟ ಹಾಗೂ ಮಗುವಿನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಇತಿಮಿತಿಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮಗುವಿನ ವಯಸ್ಸು ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದರೆ ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳ ಮತ್ತು ಅರಿವಿನ ಉದ್ದೀಪನ, ಫಿಸಿಯೋಥೆರಪಿ, ಮಾತು ಮತ್ತು ಭಾಷಾ ತರಬೇತಿ ಇವುಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ದೊಡ್ಡಮಕ್ಕಳಾದರೆ ಸ್ವ–ಸಹಾಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಕೌಶಲ್ಯಗಳ ತರಬೇತಿ,

ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು, ಪೂರ್ವ–ವೃತ್ತಿಪರ ತರಬೇತಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳ ಉದ್ದೀಪನ

ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳ ಉದ್ದೀಪನ ಎಂದರೆ, ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ನಿಧಾನವಾಗಿರುವ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ (ಕುತ್ತಿಗೆ ನಿಂತುಕೊಳ್ಳುವುದು, ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳುವುದು, ನಿಂತುಕೊಳ್ಳುವುದು, ನಡೆಯುವುದು, ಮಾತನಾಡುವುದು ಇತ್ಯಾದಿ) ಅವರು ತಮ್ಮನ್ನು ತಾವು ಗುರುತಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು, ಮಾತನಾಡಲು ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜೀಕರಣಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಲು ಸಹಾಯವಾಗುವಂತಹ ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಪೂರಕವಾದ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವ ತಂತ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಒಂದು ಗುಂಪು ಎಂದು ಕರೆಯಬಹುದು.

ಈ ಉದ್ದೀಪನವು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದುದು. ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳ ಉದ್ದೀಪನದ ಅಲಭ್ಯತೆ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆ ಉದ್ದೀಪನವು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ಮಗುವಿನ ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳನ್ನು ಉದ್ದೀಪನ ಮಾಡಿದ ನಂತರ ನರಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಕವಲೊಡೆದಿರುವುದನ್ನು ಮತ್ತು ಮಿದುಳಿನ ಜೀವಕೋಶ (ನ್ಯೂರಾನ್)ಗಳ ನಡುವೆ ಸಂಪರ್ಕಗಳು ಹೆಚ್ಚಿರುವುದನ್ನು ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದ ಮಕ್ಕಳು ಕಡಿಮೆ ಉದ್ದೀಪನಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ಉದ್ದೀಪನದಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗುವ ಅಪಾಯಗಳೇ ಹೆಚ್ಚು. ಆದ್ದರಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದ ಮಕ್ಕಳ ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳ ಉದ್ದೀಪನಕ್ಕೆ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವ ಕೊಡುವುದು ತುಂಬಾ ಮುಖ್ಯ.

ಎಲ್ಲಾ ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳನ್ನು ಉದ್ದೀಪನಗೊಳಿಸಲು ಇರುವ ಪ್ರಮುಖ ತಂತ್ರಗಳು

ಕಣ್ಣುಗಳಿಗೆ: ಮಗುವಿನ ತೊಟ್ಟಿಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮೇಲೆ ಎಡಕ್ಕೆ /ಬಲಬಾಗಕ್ಕೆ ಬಣ್ಣ ಬಣ್ಣದ ಆಟಿಕೆಯನ್ನು ಅಥವಾ ವಸ್ತುವನ್ನು ನೇತುಹಾಕುವುದು. ಆಗ ಮಗುವು ತನ್ನ ತಲೆಯನ್ನು ಅದೇ ಕಡೆಗೆ ವಾಲಿಸುತ್ತದೆ. ಅಥವಾ ಒಂದು ಹೊಳೆಯುವ ಪೆನ್ನು ಅಥವಾ ಒಂದು ವಸ್ತುವನ್ನು ಮಗುವಿನ ದೃಷ್ಟಿರೇಖೆಯ ದೂರದಲ್ಲಿ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಅತ್ತಿಂದಿತ್ತ ಚಲಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.

ಕಿವಿಗಳಿಗೆ: ಪದ್ಯಗಳು, ಹಾಡುಗಳು, ಜೋಗುಳ, ಪ್ರಾಸಪದಗಳು ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಮಗುವಿಗೆ ಹೇಳುವುದು, ಹೇಳುವಾಗ ಧ್ವನಿಯ ಏರಿಳಿತವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಕಾಲುಗೆಜ್ಜೆಗಳನ್ನು ಮಗುವಿನ ಕಾಲಿಗೆ ಕಟ್ಟುವುದು, ಸದ್ದು ಮಾಡುವ ಕಾಗದವನ್ನು ಮತ್ತು ಆಟಿಕೆಯನ್ನು ಮಗುವಿನ ಕಿವಿಯ ಬಳಿ ಇಚುಕುವುದು. ರೇಡಿಯೋವನ್ನು ಮತ್ತು ಧ್ವನಿಮುದ್ರಣವನ್ನು ಕಿವಿಯ ಹತ್ತಿರ ಕೇಳಿಸುವುದು.ಮಗುವಿನ ಮುಂದೆ ವಿವಿಧ ಶಬ್ಧವನ್ನು ಮಾಡುವುದು ನಂತರ ವಸ್ತುವನ್ನು ಅತ್ತಿತ್ತ ಆಡಿಸುವುದು.ಚಪ್ಪಾಳೆ ತಟ್ಟುವುದು, ಶಿಳ್ಳೆ ಹೊಡೆಯುವುದು, ಗಂಟೆ ಹೊಡೆಯುವುದು, ಮಗುವಿನ ಹೆಸರನ್ನು ಕರೆಯುವುದು ಮುಂತಾದುವುಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದು.

ಸ್ಪರ್ಶಕ್ಕೆ (ಚರ್ಮಕ್ಕೆ): ಮಗುವನ್ನು ಪ್ರೀತಿಯಿಂದ ಮತ್ತು ಕೋಮಲವಾಗಿ ಮುಟ್ಟುವುದು/ಆಡಿಸುವುದು. ಮಗುವಿನ ದೇಹದ ಭಾಗಗಳನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಮುಟ್ಟುವ ಮೂಲಕ ಮಗುವು ನಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು, ಮಗುವನ್ನು ನಯವಾದ ಮತ್ತು ಒರಟಾದ ಮೇಲ್ಮೈ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಎಣ್ಣೆಯಿಂದ ದೇಹದ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳನ್ನು ನೀವುವುದು

ಮೂಗಿಗೆ: ಹೂವಿನ, ಊದುಬತ್ತಿ ಮತ್ತು ಇತರ ಸುಗಂಧ ದ್ರವ್ಯಗಳ ಸುವಾಸನೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು

ನಾಲಗೆಗೆ: ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ರುಚಿಗಳ (ಉಪ್ಪು, ಉಳಿ, ಸಿಹಿ) ಅನುಭವವನ್ನು ನೀಡುವುದು.

ತನ್ನ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು: ಮಗುವು ಅಳುವಾಗ ಮತ್ತು ನಗುವಾಗ ಕನ್ನಡಿಯನ್ನು ಅವನ/ಅವಳ ಮುಂದೆ ಹಿಡಿಯುವ ಮೂಲಕ ಮಗುವಿಗೆ ಅದರ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಅದಕ್ಕೆ ತೋರಿಸುವುದು

ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳ ಉದ್ದೀಪನವನ್ನು ಹೇಗೆ ಮಾಡುವುದು?

ಮಗುವನ್ನು ನಗುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮೊಡನೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವ ವಿಧವಿಧವಾದ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ನೀವು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಬೇಕು.ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳ ಉದ್ದೀಪನ ಎಂಬುದು ಇಂದ್ರಿಯಗಳ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕಾರದ ಮಾಧ್ಯಮಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಮಗುವಿನ ತಾಯಿಯು ಮನೆಯ ಕೆಲಸಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದಾಗ ಶಬ್ದವನ್ನು ಮಾಡುವ ವಿವಿಧ ಆಟಿಕೆಗಳು, ಬಣ್ಣಬಣ್ಣದ ವಸ್ತುಗಳು, ಬೊಂಬೆಗಳು, ಬೆಲೂನುಗಳು ಮುಂತಾದುವು ಮಗುವಿಗೆ ಉದ್ದೀಪನವನ್ನು ಒದಗಿಸುವಂತಿರಬೇಕು.

ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳ ಮತ್ತು ಕೈಕಾಲುಗಳ ಉದ್ದೀಪನದಲ್ಲಿ ಪಾಲಿಸಬೇಕಾದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸೂತ್ರಗಳು

❖ ಮಗುವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಎಚ್ಚರವಾಗಿರುವ ಮತ್ತು ಅದು ಆಡುವ ಮನಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಸಮಯವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ❖ ತಾಯಿಯು ಮಗುವಿನ ಕಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ ಕಣ್ಣಿಟ್ಟು ನೋಡುವ ಮುಖಾಂತರ, ಮುಟ್ಟುವ ಮೂಲಕ, ಶಬ್ದಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಮುಂದೆ ಚಲಿಸುವ ಮೂಲಕ ಅದರ ಗಮನವನ್ನು ತನ್ನ ಕಡೆಗೆ ಸೆಳೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ❖ ತಾಯಿಯು ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮತ್ತೆ ಮತ್ತೆ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಮಗುವು ತನಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸುವಂತೆ ಮತ್ತು ತನ್ನ ಕಡೆ ಹಿಡಿದಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು. ❖ ಉದ್ದೀಪನ ಎಂಬುದು ಮಗುವಿಗೆ ಉಲ್ಲಾಸದಾಯಕವಾದಂತಹ ಅನುಭವವನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡು–ವಂತಿರಬೇಕು. ❖ ಸೂಕ್ತವಾದ ಆಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಇತರ ಸಾಮಾನುಗಳನ್ನು ಬಳಸಬೇಕು. ❖ ಉದ್ದೀಪನದ ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ಪ್ರಕಾರಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಹೊಸ ಪ್ರಕಾರಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡಬೇಕು. ❖ ಈ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಕಲಿಯಲು ವೃತ್ತಿಪರರ ಸಹಾಯವನ್ನು ಪಡೆಯಿರಿ

ಕೈಕಾಲುಗಳ ಉದ್ದೀಪನ

❖ಮಗುವನ್ನು ಅತ್ತಿಂದಿತ್ತ ತೂಗುವುದು. ❖ ಮಗುವನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ತಿರುಗಿಸುವುದು. ❖ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕಾಲುಗಳನ್ನಿರಿಸಿ ನೀರನ್ನು ಒದೆಯುವುದು. ❖ ಮಗುವನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಮೇಲಕ್ಕೆಸೆದು ಹಿಡಿದುಕೊಳ್ಳುವುದು. ❖ ನೀವು ಒಂದು ಕುರ್ಚಿಯಲ್ಲಿ ಕುಳಿತುಕೊಂಡು

ನಿಮ್ಮ ಎರಡೂ ಕಾಲುಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಜೋಡಿಸಿ ಮತ್ತು ಕಾಲುಗಳ ಮೇಲೆ ಮಗುವನ್ನು ಕುಳ್ಳಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಮೇಲಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಕೆಳಕ್ಕೆ ಆಡಿಸುವುದು. ❖ ಮಗುವನ್ನು ನೆಲದ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸಿ ಮತ್ತು ಎರಡೂ ಕೈಗಳನ್ನು ಹಿಡಿದುಕೊಂಡು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಮೇಲಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಕೆಳಕ್ಕೆ ಎಳೆಯುವುದು ಮತ್ತು ಬಿಡುವುದು. ❖ ಮಗುವನ್ನು ನೆಲದ ಮೇಲೆ ಅಂಗಾತ ಮಲಗಿಸಿ ಮಗುವಿನ ಎರಡೂ ಪಾದಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಎರಡೂ ಕೈಗಳಲ್ಲಿ ಹಿಡಿದುಕೊಂಡು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಒತ್ತುವುದು ಮತ್ತು ಬಿಡುವುದು. ❖ ಮಗುವು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮೇಲೆಮಾಡಿ ಮಲಗಿರುವಾಗ ಅದರ ಮುಂದೆ ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಎರಡೂ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಆಕರ್ಷಕ ಆಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಇಟ್ಟು ಮಗುವು ಆ ಆಟಿಕೆಯ ಕಡೆಗೆ ಚಲಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು

ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯಿರುವ ಮಕ್ಕಳೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವಾಗ ನೀಡುವ ಮನೋಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೈಕೆಯ ಸಾರಾಂಶವನ್ನು ಈ ಮುಂದೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಆರೈಕೆ

- ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳು ಮತ್ತು ಅರಿವಿನ ಉದ್ದೀಪನ
- ಸ್ವ-ಸಹಾಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಕೌಶಲ್ಯಗಳ ತರಬೇತಿ
- ಮಾತು ಮತ್ತು ಭಾಷಾ ತರಬೇತಿ
- ಫಿಸಿಯೋಥೆರಪಿ (ವ್ಯಾಯಾಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ) ಮತ್ತು ಔದ್ಯೋಗಿಕ ತರಬೇತಿ
- ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು – ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಾಲೆಗಳು ಅಥವಾ ವಿಶೇಷ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಗುವನ್ನು ಸೇರಿಸುವುದು
- ಪೂರ್ವ ವೃತ್ತಿಪರ ತರಬೇತಿ
- ವೃತ್ತಿಪರ ತರಬೇತಿ ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು

ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆ

- ಪೋಷಕರ ಸಮಾಲೋಚನೆ – ಒತ್ತಡದ ನಿವಾರಣೆ, ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಕೌಶಲ್ಯದ ತರಬೇತಿ
- ಗೃಹ ಆಧಾರಿತ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಪೋಷಕರ ತರಬೇತಿ

ಸಮುದಾಯಮಟ್ಟದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳು

- ಶಾಸನಗಳು, ನೀತಿಗಳು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು
- ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತಾ ಸವಲತ್ತುಗಳು
- ವಿಶೇಷ ಶಾಲೆಗಳಿಗೆ ನೀಡಲಾಗಿರುವ ಅನುದಾನಗಳ ಸಮರ್ಪಕ ಬಳಕೆ
- ಕೌಟುಂಬಿಕ ಜಾಲವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವುದು. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಪೋಷಕರ ಸಂಘಗಳು, ಆ ಮೂಲಕ ಪೋಷಕರಿಗೆ ಸಮುದಾಯದ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುವುದು

ಸ್ವಸಹಾಯ ಕೌಶಲ್ಯಗಳ ತರಬೇತಿ

ದಿನನಿತ್ಯ ಜೀವನದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ತರಬೇತಿಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದಾದ ತಂತ್ರಗಳೆಂದರೆ,

❖ ಪ್ರತಿ ಕೆಲಸವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವುದು – ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಕೆಲಸವನ್ನು ಹಲವಾರು ಅನುಕ್ರಮವಾದ ಹಂತಗಳಾಗಿ ವಿಭಜಿಸುವುದು, ಎಷ್ಟು ಹಂತಗಳಾಗಿ ವಿಭಜಿಸಬೇಕು ಎಂಬುದು ಮಗುವಿನ ಕಲಿಕೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ❖ ಚೈನಿಂಗ್ (ಜೋಡಿಸುವುದು) – ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕೆಲಸವನ್ನು ಹಲವಾರು ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಹಂತಗಳಾಗಿ ವಿಭಜಿಸಿ ಒಂದಾದ ನಂತರ ಒಂದರಂತೆ ಮಗುವಿಗೆ ಕಲಿಸಿಕೊಡುವುದು. ಬ್ಯಾಕ್ ಚೈನಿಂಗ್ (ಹಿಮ್ಮುಖ ಜೋಡಣೆ) ಎಂಬುದು ಒಂದು ಕೆಲಸವನ್ನು ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಾಗಿ ವಿಭಜಿಸಿ ಕೊನೆಯ ಹಂತವನ್ನು ಮೊದಲು ಕಲಿಸಿ ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಹಿಮ್ಮುಖವಾಗಿ ಹಂತಗಳನ್ನು ಕಲಿಸಿಕೊಡುವುದು. ಮುಮ್ಮುಖ ಜೋಡಣೆ (ಫಾರ್ವರ್ಡ್ ಚೈನಿಂಗ್) ಎಂದರೆ, ಕೆಲಸದ ಮೊದಲ ಹಂತವನ್ನು ಮೊದಲೇ ಕಲಿಸುವುದು. ❖ ಮಾದರಿಯನ್ನು ತೋರಿಸುವುದು – ಕೆಲಸವನ್ನು ಹೇಗೆ ಮಾಡಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ತಾಯಿಯು ತಾನು ಮಾಡಿ ತೋರಿಸುವುದು, ಆಗ ಮಗುವು ಅದನ್ನು ನೋಡಿ ಅದೇ ರೀತಿ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಕಲಿಯುತ್ತದೆ. ❖ ಹೇಳಿಕೊಟ್ಟು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು – ಮಗುವಿಗೆ ಬಾಯಿಯಲ್ಲಿ ಹೇಳಿಕೊಡುವ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಕೈಯಿಂದ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕೆಲಸವನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುವುದು ಹಾಗೂ ನಿಧಾನವಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ಸಹಾಯದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತಾ ಹೋಗುವುದು. ❖ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು – ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಸಂಗತಿಗೆ ಮೆಚ್ಚುಗೆ ದೊರೆತರೆ ಅದು ಮತ್ತೆ ಮತ್ತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ; ಅದೇ ರೀತಿ ಮಗುವು ಮಾಡಿದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪ್ರಯತ್ನಕ್ಕೂ, ಪ್ರತಿ ಕೆಲಸಕ್ಕೂ/ಹಂತಕ್ಕೂ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು. ಈ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳು ವಸ್ತುಗಳ (ಇಷ್ಟವಾದ ತಿಂಡಿ) ರೂಪದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ (ಹೊಗಳುವುದು, ಮೆಚ್ಚುಗೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುವುದು, ನಿಮ್ಮ ಗಮನವನ್ನು ಮಗುವಿನ ಕಡೆಗೆ ಕೊಡುವುದು) ರೂಪದಲ್ಲಿ ಇರಬಹುದು. ಈ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳನ್ನು ಮಗುವು ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ ತಕ್ಷಣವೇ ಒದಗಿಸಬೇಕು, ಮತ್ತು ಅದು ಸೂಕ್ತವಾದುದಾಗಿರಬೇಕು, ಪ್ರತಿ ಸಾರಿ ಅದನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಅದು ಮಗುವಿಗೆ ಖುಷಿಯನ್ನು ಕೊಡುವಂತಿರಬೇಕು

ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆ

ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯ-ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಅದರಲ್ಲೂ ಪೋಷಕರ ಸಕ್ರಿಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲು ಸಹಕರಿಸುತ್ತದೆ.ಪೋಷಕರಿಗೆ ನೀಡುವ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆಯು ಪೋಷಕರಿಗೆ ಮಗುವಿನ ಖಾಯಿಲೆಯ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು

ಮತ್ತು ವಿವರಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತವಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸುವುದನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆಯು ಪೋಷಕರು ಖಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಿರುವಂತೆ ತುಂಬಾ ಸರಳವಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಅವರಲ್ಲಿನ ತಪ್ಪುಕಲ್ಪನೆಗಳನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಿ ಅವರು ವಾಸ್ತವಿಕ ನಂಬಿಕೆಗಳನ್ನು ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಬೇಕು. ಅವರು ತಮ್ಮ ಮನಸ್ಸಿನ ದು:ಖ ದುಮ್ಮಾನಗಳನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಂಡು ಮನಸ್ಸನ್ನು ಹಗುರ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಬೇಕು.

ಸರಿಯಾದ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತವಾದ ಕಡೆ ಸಹಾಯ/ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಗತ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಕಳುಹಿಸಿಕೊಡುವುದು/ ಮಾಹಿತಿ ಕೊಡುವುದು ಹಾಗೂ ಮಗುವಿಗೆ ಕನಿಷ್ಠಮಟ್ಟದ ಜೀವನ ನಡೆಸುವ ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲಿಸಿಕೊಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಪೋಷಕರಲ್ಲಿ ತುಂಬಬೇಕು.

ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳು

ಸಮುದಾಯದೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯ–ನಿರ್ವಹಿಸುವಾಗ, ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಅವರ ಬೆಂಬಲದೊಂದಿಗೆ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯ ಮಗು/ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸುವುದು ಪ್ರಮುಖವಾದವುಗಳಾಗಿವೆ. ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಹಾಗೂ ಸರ್ಕಾರಿ/ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸವಲತ್ತುಗಳು ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.

ಶಾಸನ/ಕಾಯ್ದೆಗಳು

ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯನ್ನು ಕುರಿತಾಗಿ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು ಎರಡು ಪ್ರಮುಖವಾದ ಕಾಯ್ದೆಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ,

❖ 1995ರ ಅಂಗವಿಕಲ ಕಾಯ್ದೆ: ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕಾರದ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಲು, ಜನರಲ್ಲಿ ಈ ಕುರಿತಾಗಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲು ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣಕ್ಕಾಗಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣ, ಉದ್ಯೋಗ ಮತ್ತಿತರ ಅಗತ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು 1995ರಲ್ಲಿ ಈ ಕಾಯ್ದೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ಸಮಾನ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಈ ಕಾಯ್ದೆಯು ಅವರಿಗೆ ವಿಶೇಷವಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವ ಮತ್ತು ಭೇದಭಾವವನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಈ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಈ ಕಾಯ್ದೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕೇಂದ್ರಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ಹಲವಾರು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳು ವಿವಿಧ ಪ್ರಕಾರದ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ಒದಗಿಸುತ್ತಿವೆ ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪಿಂಚಣಿ, ಕುಟುಂಬ ಪಿಂಚಣಿ, ವಿಶೇಷ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನ, ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ವಿನಾಯಿತಿ, ಆದಾಯ ತೆರಿಗೆಯಿಂದ ವಿನಾಯಿತಿ, ಮತ್ತು ವಿಶೇಷ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳು (ನಿರಾಮಯ) ಇತ್ಯಾದಿ.

ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ 2001 ಜೂನ್ 13ರ ಗೆಜೆಟ್ ಅಧಿಸೂಚನೆಯಲ್ಲಿ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯ ಶೇಕಡಾವಾರು ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಈ ಮುಂದಿನಂತೆ ಸೂಚಿಸಿದೆ. ಅಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆ –50% ಅಂಗವಿಕಲತೆ, ಮಧ್ಯಮ ಪ್ರಮಾಣದ ಅಂಗವಿಕಲತೆ –75% ಅಂಗವಿಕಲತೆ, ತೀವ್ರ ಪ್ರಮಾಣದ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆ –90% ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಹಾಗೂ ಅಗಾಧ ಪ್ರಮಾಣದ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆ –100% ಅಂಗವಿಕಲತೆ.

❖ 1999ರ ಆಟಿಸಂ, ಸೆರೆಬ್ರಲ್ ಪಾಲ್ಸಿ, ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆ, ಮತ್ತು ಬಹುಮುಖ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಳಿಂದ ನರಳುತ್ತಿರುವ ಅಂಗವಿಕಲರ ನ್ಯಾಶನಲ್ ಟ್ರಸ್ಟ್ ಕಾಯ್ದೆ: ಇದು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚೆಗಿನ ಧನಾತ್ಮಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಕಾಯ್ದೆಯ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶವೆಂದರೆ, ಈ ಅಂಗವಿಕಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ತಮ್ಮ ಸಮುದಾಯದೊಳಗೆ ಎಷ್ಟು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆಯೋ ಅಷ್ಟು ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಜೀವನ ನಡೆಸುವುದನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಅಂಗವಿಕಲರ ಪೋಷಕರು ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲರಿಗಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಂಘಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣಕ್ಕಾಗಿ ಆದಷ್ಟು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದೇ ಆಗಿದೆ. ಈ ಕಾಯ್ದೆಯು ಪೋಷಕರ ಬಹುಮುಖ್ಯವಾದ ಪ್ರಶ್ನೆ ಮತ್ತು ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಬಲ್ಲದು ಎಂದು ಆಶಿಸಲಾಗಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ನಾವು ತೀರಿಹೋದ ನಂತರ ನಮ್ಮ ಅಂಗವಿಕಲ ಮಗುವಿನ ಗತಿಯೇನು? ಅವರನ್ನು ಯಾರು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ?

ಈ ಕಾಯ್ದೆಯ ಮತ್ತೊಂದು ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣವೆಂದರೆ ವಯಸ್ಕ ಅಂಗವಿಕಲ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಯಾರಾದರೂ ಪೋಷಕರು ಕಾನೂನಿನ ಪ್ರಕಾರ ಭಾಗಶ: ಅಥವಾ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪೋಷಕತ್ವದ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ❖ ಪೋಷಕರ ಸ್ವಸಹಾಯ ಸಂಘಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು ❖ ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು – ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಪಿಂಚಣಿ, ನಿರಮಯ ವಿಮೆ ಸೌಲಭ್ಯ, ಪ್ರಯಾಣ ದರದಲ್ಲಿ ರಿಯಾಯಿತಿ ಇತ್ಯಾದಿ. ❑

ಆಯುರ್ವೇದ ಮತ್ತು ಪಶ್ಚಿಮ ವೈದ್ಯಪದ್ಧತಿಗಳ ಸೂತ್ರ ಸಾರ

* ಡಾ. ಕಿಶೋರ್ ಕುಮಾರ್ ಆರ್.

** ಡಾ. ಶ್ರೀಲಕ್ಷ್ಮೀ ಜಿ. ವಿ.

*** ಡಾ. ಸುಲೋಚನಾ ಭಟ್

ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವನ್ನು ಸುಶ್ರುತ ಈ ರೀತಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ ಮಾಡುತ್ತಾನೆ

ಸಮದೋಷಃ ಸಮಾಗ್ನಿಶ್ಚ ಸಮಧಾತು ಮಲಕ್ರಿಯಾಃ ಪ್ರಸನ್ನಾತ್ಮೇಂದ್ರಿಯಮನಾಃ ಸ್ವಸ್ಥಇತ್ಯಭಿಧೀಯತೇ॥

ಸಮದೋಷ ಎಂದರೆ ಶರೀರದ ಮತ್ತು ಮನಸ್ಸಿನ ಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ದೋಷಗಳು (ಶಾರೀರಿಕ ದೋಷಗಳಾದ ವಾತ, ಪಿತ್ತ, ಕಫ ಹಾಗೂ ಮನಸ್ಸಿನ ದೋಷಗಳಾದ ರಜಸ್ಸು ಮತ್ತು ತಮಸ್ಸು) ಸಮಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿದ್ದು, ಸಮಾಗ್ನಿ ಎಂದರೆ ಅನ್ನವನ್ನು ಜೀರ್ಣಿಸುವ ಜಠರಾಗ್ನಿ ಮತ್ತು ಶರೀರವನ್ನು ಪೋಷಿಸಲು ಬೇಕಾಗುವ ಧಾತ್ವಾಗ್ನಿಗಳ ಸಮಾವಸ್ಥೆ, ಸಮಧಾತು ಎಂದರೆ ಶರೀರವನ್ನು ಪೋಷಿಸಲು ಬೇಕಾಗುವ ರಸ ರಕ್ತಾದಿ ಧಾತುಗಳ ಮತ್ತು ಮಲ ಮೂತ್ರ ಇತ್ಯಾದಿ ಶರೀರದ ಕಶ್ಮಲಗಳ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಾವಸ್ಥೆ, ಹಾಗೂ ಪ್ರಸನ್ನವಾಗಿರುವಂತಹ ಆತ್ಮ ಇಂದ್ರಿಯ ಮತ್ತು ಚಿತ್ತ. ಇವೆಲ್ಲವೂ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಮನುಷ್ಯನನ್ನು ಸ್ವಸ್ಥ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುವುದು. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯದ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವನ್ನು 1998 ರಲ್ಲಿ ಪರಿಶೋಧನೆ ಮಾಡಿತು. ಹಿಂದೆ ಮಾತ್ರ ದೈಹಿಕ ಮಾನಸಿಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಾವಸ್ಥೆಯು ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳಾಗಿದ್ದವು. ಪರಿಶೋಧನೆಯ ನಂತರ ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಸಮಾವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿತು. ಇದು ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಪಶ್ಚಿಮದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ವೈಚಾರಿಕ ಸಾಮರಸ್ಯದ ಒಂದು ಉದಾಹರಣೆ.

ಆಯುರ್ವೇದದ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಸ್ಥನ (ಆರೋಗ್ಯವಂತನ) ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದು ಮೊದಲನೆಯದಾದರೆ ರೋಗಿಯ ರೋಗೋಪಶಮನವು ಎರಡನೆಯದಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ನಮಗೆ ತಿಳಿಯುವುದೇನೆಂದರೆ ಆಯುರ್ವೇದವು ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೇ ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನಿತ್ತಿದೆ ಎಂದು. ಅಂತೆಯೇ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ದಿನಚರ್ಯೆ, ಋತುಚರ್ಯೆ, ಸದ್ವೃತ್ತಗಳಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಆಚಾರ್ಯರು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ರೋಗ ಕಾರಣಗಳು

ನಮಗೆ ಬೆಂಕಿಯು ಸುಡುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜ್ಞಾನವಿರುವುದರಿಂದ ಬೆಂಕಿಯಿಂದ ದೂರವಿದ್ದು ಸುಡುವುದರಿಂದ ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ. ಅಂತೆಯೇ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿದು ಅದರಿಂದ ದೂರವಿದ್ದಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ಬಾರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಿದಂತಾಗುವುದು. ಆದ್ದರಿಂದ ಆಯುರ್ವೇದದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಲ್ಲ ರೋಗಗಳಿಗೂ ಮೂರು ಕಾರಣಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ,ಅಸಾತ್ಮ್ಯ ಇಂದ್ರಿಯಾರ್ಥ ಸಂಯೋಗ, ಪ್ರಜ್ಞಾಪರಾಧ, ಪರಿಣಾಮ. ಇವುಗಳ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯು ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿದೆ.

ಅಸಾತ್ಮ್ಯ ಇಂದ್ರಿಯಾರ್ಥ ಸಂಯೋಗ : ಇಂದ್ರಿಯಗಳೆಂದರೆ, ಬಾಹ್ಯ ಪ್ರಪಂಚದ ಅರಿವು/ಅನುಭವ ನಮಗೆ ಮಾಡಿಸುವ ಸಾಧನಗಳು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕಣ್ಣು, ಮೂಗು, ಕಿವಿ, ನಾಲಿಗೆ ಮತ್ತು ಚರ್ಮಗಳು ಜ್ಞಾನೇಂದ್ರಿಯಗಳು. ಹಸ್ತಗಳು, ಪಾದಗಳು, ವಾಗೀಂದ್ರಿಯ, ಜನನೇಂದ್ರಿಯ, ಗುದ ಇವುಗಳು ಕರ್ಮೇಂದ್ರಿಯಗಳು. ಇವುಗಳ ಮೂಲಕ ಶರೀರವು ಕಾರ್ಯಪ್ರವೃತ್ತವಾಗುವುದು. ಮನಸ್ಸು ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಕರ್ಮ ಎರಡನ್ನೂ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಉಭಯೇಂದ್ರಿಯ ಎನ್ನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಇವುಗಳ ಸರಿಯಾದ ಬಳಕೆಯು ಆರೋಗ್ಯಕರ. ಇವುಗಳ ದುರ್ಬಳಕೆಯು ಅಸಾತ್ಮ್ಯ ಇಂದ್ರಿಯಾರ್ಥ ಸಂಯೋಗ ಎಂದು ಆಯುರ್ವೇದದಲ್ಲಿ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮೂಲ ಕಾರಣವು. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ/ಹೆಚ್ಚು ಬೆಳಕಿನಲ್ಲಿ ಓದುವುದು ಕಣ್ಣಿನ ತೊಂದರೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ನಾಲಿಗೆಗೆ ರುಚಿಸುವುದೆಂದು ರುಚಿಯಾದ ಆಹಾರವನ್ನು ಅತಿಯಾಗಿ ಸೇವಿಸಿದರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವಾಗದಿರದು. ಅತಿಯಾದ ಮದ್ಯ ಸೇವನೆಗೆ ತೊಡಗುವುದು ಮಾರಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಕಾರಣ. ಅತಿಯಾದ ಚಿಂತೆ, ಉದ್ವೇಗ ಹಲವು ಮಾನಸಿಕ, ದೈಹಿಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಮೂಲವು.

ಪ್ರಜ್ಞಾಪರಾಧ : ತಪ್ಪು ಎಂದು ತಿಳಿದರೂ ಅದನ್ನೇ ಮಾಡುವುದು.

* ಹಸಿವು, ಬಾಯಾರಿಕೆ, ನಿದ್ದೆ, ಕೆಮ್ಮು, ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ, ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ,

* ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧಿಕಾರಿ (ಆಯು.), ** ಜೂನಿಯರ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಫೆಲೋ, *** ಪ್ರಭಾರ ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧಿಕಾರಿ – ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆಯುರ್ವೇದ ಆಹಾರ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆ , ಕೇಂದ್ರೀಯ ಔಷಧ ಕಾರ್ಯಾಗಾರ, ಬೆಂಗಳೂರು 560011. E-mail : ayurkishore@yahoo.com

ಅಧೋವಾತ, ವಾಂತಿ, ಸೀನು, ತೇಗು, ಆಕಳಿಕೆ, ಅಶ್ರು, ಶ್ರಮದಿಂದ ಉಂಟಾದ ಉಸಿರಾಟದ ವೈಪರೀತ್ಯ, ಹಾಗೂ ರೇತಸ್ಸು ಇವುಗಳು ಶಾರೀರಿಕ ಕರೆಗಳು. ಇಂತಹ ಶಾರೀರಿಕ ಕರೆಗಳನ್ನು ತಡೆಯುವುದೂ ಹಾಗು ಕರೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಅದನ್ನು ಪ್ರವೃತ್ತಿಸುವುದು ತಿಳಿದೂ ಮಾಡುವ ತಪ್ಪುಗಳು. ಇವು ಅನಾರೋಗ್ಯಕರ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಹಸಿವಾದರೂ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸದೇ ಇರುವುದು, ರಾತ್ರಿ ನಿದ್ರೆಗೆಡುವುದು, ಹಗಲು ನಿದ್ದೆ ಬಾರದಿದ್ದರೂ ನಿದ್ರಿಸುವುದು, ಮಲಪ್ರವೃತ್ತಿಯಾಗಲೆಂದು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಬಿಸಿ ನೀರು, ಕಾಫಿ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದು ಪ್ರಜ್ಞಾಪರಾಧಗಳೇ! * ಸಿಟ್ಟು, ಭಯ, ಮೋಹ, ಅವಮಾನ, ದುರಾಸೆ, ಅಸೂಯೆ, ಶೋಕ, ಮೋಸ, ಸುಳ್ಳು ಇವುಗಳು ಎಲ್ಲರ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ವಿಕಾರಗಳು. ಇವುಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಪ್ರವೃತ್ತಿ ಮಾಡುವುದು ಹಲವು ಶಾರೀರಿಕ ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಮೂಲ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ದುರಾಸೆಯಿಂದುಟಾಗುವ ಲಂಚಕೋರತನ ಕೇವಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಲ್ಲದೇ ಸಮಾಜದ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವನ್ನೂ ಹಾಳುಮಾಡುತ್ತದೆ. * ಅಂತೆಯೇ ನಮ್ಮ ಸುತ್ತಲಿನ ಪರಿಸರವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದೂ ಬುದ್ಧಿಜೀವಿಗಳಾದ ನಾವು ಮನುಷ್ಯರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದ್ದರೂ ಅರಣ್ಯ, ಪ್ರಾಣಿ, ಜಲ ಮುಂತಾದ ನೈಸರ್ಗಿಕ ಸಂಪತ್ತನ್ನು ದುರಾಸೆಯಿಂದ ಹಾಳುಮಾಡುವುದು ಪ್ರಜ್ಞಾಪರಾಧಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು. ಇದು ವ್ಯಕ್ತಿ ಹಾಗೂ ಸಮಷ್ಟಿಯ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯಕ್ಕೆ ಅನಾರೋಗ್ಯಕರ. ಆದರೆ ಇವುಗಳನ್ನು ನಿಗ್ರಹಿಸಿ/ತಡೆದು ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ವ್ಯವಹರಿಸುವುದು ಆರೋಗ್ಯಕರವಲ್ಲವೇ? * ಮದ್ಯ, ಸಿಗರೇಟು, ತಂಬಾಕು ಮುಂತಾದ ಉತ್ತೇಜಕಗಳು ಮಾರಕಗಳೆಂದು ತಿಳಿದರೂ ಅಂಥಹುದರ ಚಟಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳುವುದೂ ಪ್ರಜ್ಞಾಪರಾಧವೇ ಸರಿ.

ಪರಿಣಾಮ : ಕಾಲದ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಉದಾಹರಣೆಗೆ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ರೋಗಗಳು. ಹಾಗೂ ಋತುಗಳ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಂದ ಶರೀರದಲ್ಲಿ ಏರುಪೇರುಗಳು ಉಂಟಾಗಿ ರೋಗಗಳು ಸಂಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಚಳಿಗಾಲದಲ್ಲಿ ಅತಿಯಾದ ಗಾಳಿಗೆ ಚರ್ಮ ಬಿರುಕಾಗುವುದು, ಕೀಲುಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ತಬ್ಧತೆ, ನೋವು ಉಂಟಾಗುವುದು, ಬೇಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಬೆವರುಸಾಲೆ, ಮಳೆಗಾಲದಲ್ಲಿ ಬಾಧಿಸುವ ನಾನಾ ರೀತಿಯ ಜ್ವರಗಳು.ಇವು ಕಾಲದ ಪರಿಣಾಮದಿಂದಾಗುವ ತೊಂದರೆಗಳು. ಆಯುರ್ವೇದದಲ್ಲಿ ಋತುಚರ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಆಯಾ ಋತುವಿಗನುಸಾರವಾಗಿ ಹೇಳಿರುವ ಆಹಾರಾಚಾರಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸುವುದರಿಂದ ಋತುವೈಪರೀತ್ಯವು ಬಾಧಿಸದು.

ಕೆಲವು ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯರಕ್ಷಣಾ/ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವರ್ಧನ ವಿಧಾನಗಳು

ಒಂದು ಮೊಳಕೆಯು ಗಿಡವಾಗಿ, ಮರವಾಗಿ ಫಲವತ್ತಾಗಲು ನಾವು ಗಾಳಿ, ನೀರು, ಬೆಳಕು, ಗೊಬ್ಬರಗಳನ್ನು ಹಾಕುತ್ತೇವೆ. ಅಂತೆಯೇ ಕ್ರಿಮಿಕೀಟಗಳು ಬಾಧಿಸದಿರಲೆಂದು ಔಷಧಿಗಳನ್ನೂ, ಪ್ರಾಣಿಪಕ್ಷಿಗಳಿಂದ ಹಾಳಾಗದಂತೆ ಬೇಲಿಯನ್ನೂ ಹಾಕುತ್ತೇವೆಯೋ ಹಾಗೆ ಆಯುರ್ವೇದದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿರುವ ದಿನಚರ್ಯಾ ವಿಧಾನಗಳು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ವರ್ಧಿಸುವ ಮತ್ತು ರಕ್ಷಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳಾಗಿವೆ. ಅವುಗಳು ಇಂತಿವೆ

ಪ್ರಾತರುತ್ಥಾನ : ಉತ್ತಮವಾದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಬಯಸುವವರು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಬ್ರಾಹ್ಮೀ ಮುಹೂರ್ತದಲ್ಲಿ ಏಳಬೇಕು. ಬೆಳಗಿನ 5 ಗಂಟೆಯಿಂದ 6 30ರ ಸಮಯವನ್ನು ಬ್ರಾಹ್ಮೀ ಮುಹೂರ್ತವೆಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರಶಾಂತವಾದ ಈ ಸಮಯವು ಜ್ಞಾನಾರ್ಜನೆಗೂ ಪ್ರಶಸ್ತವು. ಎಳೆಯಮಕ್ಕಳು, ವೃದ್ಧರು, ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವವರು ಬ್ರಾಹ್ಮೀ ಮುಹೂರ್ತದಲ್ಲಿಯೇ ಏಳಬೇಕೆಂಬ ನಿಯಮವಿಲ್ಲ.

ಶರೀರ ಚಿಂತನ : ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಎದ್ದ ನಂತರ ನಮ್ಮ ಇಡೀ ದಿನದ ಕೆಲಸಗಳ ಮನನವೇ ಶರೀರ ಚಿಂತನ. ನಾನು ಇಂದು ಯಾವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು? ಹೇಗೆ ಮಾಡಬೇಕು? ಯಾವ ರೀತಿ ಮಾಡಿದಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಎಂಬ ವಿವೇಚನೆಯೇ ಶರೀರ ಚಿಂತನ. ಒಂದು ಉತ್ತಮವಾದ ಮನೆಯನ್ನು ಕಟ್ಟಿಸುವ ಮುನ್ನ ಅಚ್ಚುಕಟ್ಟಾದ ನಕ್ಷೆಯನ್ನು ತಯಾರಿಸಿದಲ್ಲಿ ಅದರಂತೆ ಹೇಗೆ ಮುಂದಿನ ಕೆಲಸಗಳು ಸುಗಮವಾಗಿ ಸಾಗುತ್ತವೆಯೊ ಅಂತೆಯೇ ನಮ್ಮ ಇಡೀ ದಿನದ ಕೆಲಸವು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ, ಸುವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತದ. ಈ ವಿಧಾನವು ನಮ್ಮ ಇಂದಿನ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವ ಸರಳ ವಿಧಾನವಲ್ಲವೇ?

ಮಲಪ್ರವೃತ್ತಿ : ನಮ್ಮ ಶರೀರವು ಸ್ವಸ್ಥವಾಗಿರಬೇಕಾದರೆ ಶುದ್ಧವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಬಹುಪಾಲು ಈ ದೈನಂದಿನ ಶಾರೀರಿಕ ಶುದ್ಧಿಯು ಮೂತ್ರ ಹಾಗೂ ಮಲಗಳನ್ನು ಹೊರಹಾಕುವುದರಿಂದ ಆಗುತ್ತದೆ. ಇವು ಶರೀರದ ಸಹಜ ಕರೆಗಳು. ಇವುಗಳನ್ನು 'ವೇಗ'ಗಳೆನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಎದ್ದ ನಂತರ ಅನಾಯಸವಾಗಿ ಮೂತ್ರ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗುವುದು ಆರೋಗ್ಯದ ಲಕ್ಷಣ. ನೀರು, ಕಾಫಿ, ಟೀ, ಸಿಗರೇಟು, ಕವಳ, ಅಂಗಡಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಗುವ ಮಲಪ್ರವರ್ತಕ ಔಷಧಗಳ ಸೇವನೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಮೂಲಕ ಇಲ್ಲದ ವೇಗವನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುವುದು ಅನಾರೋಗ್ಯಕರ. ಮಲವು ನಮ್ಮ ಆಹಾರದ ಗುಣ, ಪ್ರಮಾಣ, ಕಾಲ, ನಾವು ಮಾಡುವ ಕೆಲಸ, ನಿದ್ದೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮಲಪ್ರವೃತ್ತಿಯಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ ತಜ್ಞ ಆಯುರ್ವೇದ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ಉತ್ತಮ.

ದಂತಧಾವನ (ಹಲ್ಲು ಉಜ್ಜುವಿಕೆ): ಕಹಿ, ಒಗರು ಹಾಗೂ ಖಾರ ರಸಗಳುಳ್ಳ ಮರದ ಕಡ್ಡಿಗಳನ್ನು 12 ಅಂಗುಲದಷ್ಟು ಉದ್ದವಾಗಿಯು, ಕಿರುಬೆರಳಿನಷ್ಟು ಅಗಲವಾಗಿಯೂ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಅದರ ತುದಿಯನ್ನು ಕಚ್ಚಿ ಕೂರ್ಚದಂತೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಇದರಿಂದ ಹಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಮೇಲಿನಿಂದ ಕೆಳಗೆ ದಂತಮಾಂಸಗಳಿಗೆ ಹಾನಿಯಾಗದಂತೆ ಉಜ್ಜಬೇಕು. ಮರದ ಕಡ್ಡಿಗಳು ದೊರೆಯದೇ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಇವುಗಳ ತೊಗಟೆಯ ಪುಡಿಯನ್ನು ಬಳಸಬಹುದು.

ಕಹಿ ರಸದ ಬೇವು, ಖಾರ ರಸದ ಹೊಂಗೆ, ಒಗರು ರಸದ ಖದಿರವನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಳಸಬಹುದು. ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಹಲ್ಲುಗಳು ಸ್ವಚ್ಛವಾಗಿ, ಗಂಟಲಿನ ಕಫವೂ ನಿವಾರಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ದಂತಕ್ರಿಮಿ, ದಂತಕ್ಷಯವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು.

ಬಾಯಿಯ ದೌರ್ಗಂಧ್ಯವು ನಿವಾರಣೆಯಾಗಿ, ಆಹಾರವು ರುಚಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಬಾಯಿ ಹುಣ್ಣು, ಜ್ವರ, ಅಜೀರ್ಣ, ವಾಂತಿ, ಕೆಮ್ಮು, ಉಬ್ಬಸ, ಗಂಟಲು ಹಾಗೂ ಶಿರೋರೋಗವಿರುವವರು ಹಲ್ಲಿನಕಡ್ಡಿಯಿಂದ ಉಜ್ಜದಿರುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಎದ್ದ ನಂತರ, ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿದ ನಂತರ, ರಾತ್ರಿ ಮಲಗುವ ಮುನ್ನ ಹಲ್ಲುಜ್ಜುವುದು ಒಳಿತು. ರಾಸಯನಿಕಗಳ ಬಳಕೆಯು ಹಲ್ಲಿನ ಹಾಗೂ ದಂತಮಾಂಸಗಳ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯಕ್ಕೆ ಉಚಿತವಲ್ಲ.

ಜಿಹ್ವಾನಿರ್ಲೇಖನ : ಚಿನ್ನ, ಬೆಳ್ಳಿ, ತಾಮ್ರ, ಲೋಹದಿಂದದಿಂದ ತಯಾರಿಸಿದ ತೆಳುವಾದ ಪಟ್ಟಿಯಿಂದ ನಾಲಿಗೆಯ ಮೇಲಿನ ಮಲವನ್ನು ಶುಚಿಗೊಳಿಸುವ ವಿಧಾನವೇ ಜಿಹ್ವಾನಿರ್ಲೇಖನವು. ಇದರಿಂದ ನಾಲಿಗೆ ರುಚಿಯೂ ಹೆಚ್ಚಿ, ಬಾಯಿಯ ದೌರ್ಗಂಧ್ಯವು ನಿವಾರಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಕವಲ, ಗಂಡೂಷ : ತಣ್ಣನೆಯ ಅಥವಾ ಬೆಚ್ಚಗಿನ ನೀರಿನಿಂದ ಬಾಯಿಯನ್ನು ಮುಕ್ಕಳಿಸುವುದೇ ಗಂಡೂಷ ವಿಧಾನವು. ಹಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಉಜ್ಜಿದ ನಂತರ, ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸಿದಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಬಾಯಿಯನ್ನು ಮುಕ್ಕಳಿಸುವುದು ಹಲ್ಲಿನ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯಕ್ಕೆ ಸಹಕಾರಿಯೂ ಆಗಿದೆ.

ಅಂಜನ : ಕಾಡಿಗೆ ಹಚ್ಚುವುದು ಕೇವಲ ಕಣ್ಣಿನ ಸೌಂದರ್ಯವರ್ಧನೆಗೆ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ಕಣ್ಣಿನ ಮಲಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಿ ಕಣ್ಣಿನ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ದೈನಂದಿನ ವಿಧಾನವು. ಇದರ ತಯಾರಿಕಾ ಹಾಗೂ ಬಳಸುವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ತಜ್ಞ ಆಯುರ್ವೇದ ವೈದ್ಯರುಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಆಚರಿಸುವುದು ಒಳಿತು.

ಅಭ್ಯಂಗ : ಅಭ್ಯಂಗಮಾಚರೇನ್ನಿತ್ಯಂ' ಎಂದು ಆಯುರ್ವೇದದಲ್ಲಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರತಿ ದಿನ ಮೈಯಿಗೆ ಎಣ್ಣೆಯನ್ನು ತಿಕ್ಕುವುದೇ ಅಭ್ಯಂಗವು. ಇದು ಶರೀರದ ಆಯಾಸವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿ ಮಾನಸಿಕ ಉದ್ವೇಗವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ, ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ನಿದ್ದೆಯನ್ನು, ಶರೀರ ಹಾಗೂ ಕಣ್ಣಿಗೆ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಪುಷ್ಟಿಯನ್ನು ಕೊಡುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮದ ಕಾಂತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿ ಚರ್ಮದ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡುತ್ತದೆ. ಶರೀರಕ್ಕೆ ದಾರ್ಢ್ಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಎಳ್ಳೆಣ್ಣೆ ಅಥವಾ ಋತು ಹಾಗೂ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕನುಸಾರ ಕೊಬ್ಬರಿ ಎಣ್ಣೆ, ಸಾಸಿವೆ ಎಣ್ಣೆ, ತುಪ್ಪಗಳನ್ನೂ ಬಳಸಬಹುದು. ಜ್ವರ, ಅಜೀರ್ಣ, ವಾಂತಿ, ಕಫಜ ರೋಗವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಭ್ಯಂಗವನ್ನು ಮಾಡಬಾರದು.

ಶಿರೋಭ್ಯಂಗ : ತಲೆಗೆ ಎಣ್ಣೆಯನ್ನು ತಿಕ್ಕುವುದು ಶಿರೊಭ್ಯಂಗವು. ಇದು ನಮ್ಮೆಲ್ಲ ಇಂದ್ರಿಯಗಳನ್ನು ಪೋಷಿಸಿ ರಕ್ಷಿಸುತ್ತದೆ.

ಕರ್ಣಪೂರಣ : ಬೆಚ್ಚಗಿನ ಎಣ್ಣೆಯನ್ನು, ಕಿವಿಗಳಿಗೆ ಹಾಕುವುದೇ ಕರ್ಣಪೂರಣ ವಿಧಾನವು. ಇದರಿಂದ ಕಿವಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಚಿತ ಮಲವು ಮೃದುವಾಗಿ ಹೊರಹಾಕಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಶ್ರವಣ ಶಕ್ತಿಯು ವೃದ್ಧಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಬೆಚ್ಚನೆಯ ಎಣ್ಣೆಯನ್ನು ಕಿವಿಯಲ್ಲಿ ಹಾಕಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೊತ್ತಿನ ನಂತರ ಶುದ್ಧವಾದ ಹತ್ತಿಬಟ್ಟೆಯಿಂದ ಅದನ್ನು ಹೊರಹಾಕುವುದರಿಂದ ಕಿವಿಯು ಸ್ವಚ್ಛವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಪಾದಾಭ್ಯಂಗ : ಅಂಗಾಲುಗಳಿಗೆ ಎಣ್ಣೆಯನ್ನು ಹಚ್ಚುವುದು ಪಾದಾಭ್ಯಂಗವು. ಇದರಿಂದ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಕಣ್ಣಿಗೆ ಪುಷ್ಟಿಯು ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಕಾಲು ನೋವು, ಕಾಲು ಜುಮ್ಮೆನ್ನುವಿಕೆ, ಕಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ದೌರ್ಬಲ್ಯ, ಒಡಕುಗಳು ಇದರಿಂದ ನಿವಾರಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ವ್ಯಾಯಾಮ : ಶರೀರಕ್ಕೆ ಆಯಾಸವಾಗುವಂಥ ಕೆಲಸವೇ ವ್ಯಾಯಾಮವು. ಶರೀರದ ಅಲ್ಲಾ ಅಂಗಗಳೂ ವ್ಯವಸ್ಥಿಥವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವುದೇ ವ್ಯಾಯಾಮ. ಇದರಿಂದ ಶರೀರವು ಹಗುರಾಗುವಿಕೆ, ಉತ್ಸಾಹ, ಜೀರ್ಣಶಕ್ತಿಯು ಹೆಚ್ಚುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಶರೀರದಲ್ಲಿಯ ಮೇದಸ್ಸನ್ನು ಕಡಿಮೆಮಾಡುವ ಸುಲಭ ಸಾಧನವೂ ಹೌದು. ಪ್ರತಿ ದಿನ ವ್ಯಾಯಾಮ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಆಲಸ್ಯ ನಿವಾರಣೆಯಾಗಿ ಉಷ್ಣ, ಶೀತ, ಆಯಾಸವನ್ನು ಸಹಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ, ಹಾಗೂ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವು ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ. ಏದುಸಿರು, ಕಂಕಳು, ನೆತ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ಬೆವರುವಿಕೆ, ಬಾಯಿ ಒಣಗುವಿಕೆಯು ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಯಾಮವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕು. ಇದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಮಾಡಲೇಬಾರದು. ವ್ಯಾಯಾಮವನ್ನು ಮಿತಿಮೀರಿ ಮಾಡಿದಲ್ಲಿ ದೌರ್ಬಲ್ಯ, ಆಯಾಸ, ಕೆಮ್ಮು, ಉಬ್ಬಸ, ವಾಂತಿ, ತಲೆತಿರುಗುವಿಕೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ವಯಸ್ಸು, ಋತು, ಪ್ರದೇಶ, ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ, ಮಾಡುವ ಕೆಲಸ ಇವುಗಳನ್ನು ವಿವೇಚಿಸಿ ವ್ಯಾಯಾಮದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಸೂಕ್ತ.

ಸ್ನಾನ : ಋತು ಹಾಗೂ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕನುಸಾರ ತಣ್ಣೀರು ಅಥವಾ ಬೆಚ್ಚಗಿನ ನೀರಿನ ಸ್ನಾನವು ಆರೋಗ್ಯದಾಯಕ ನಿತ್ಯಕರ್ಮವು. ವಿಶೇಷವಾಗಿ ತಲೆಗೆ ಬಿಸಿಯಾದ ನೀರನ್ನು ಹಾಕಬಾರದು. ಇದು ಕಣ್ಣಿನ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಸ್ನಾನವು ಕೇವಲ ಬಾಹ್ಯ ಶರೀರದ ಮಲವನ್ನು ತೆಗೆಯುವುದು ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ಆಲಸ್ಯವನ್ನು ನೀಗಿ ಉಲ್ಲಾಸವನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಸ್ನಾನವು ಹಸಿವೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿ ಜೀರ್ಣಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ವರ್ಧಿಸುತ್ತದೆ. ನಿದ್ದೆಯನ್ನು ನಿಯಮಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಬೆವರು, ಆಯಾಸ, ದಾಹ, ತುರಿಕೆ ಕೊಳೆಯನ್ನು ದೂರಮಾಡಿ, ರಕ್ತ ಸಂಚಾರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಎಲ್ಲ ಇಂದ್ರಿಯಗಳೂ ಚುರುಕಾಗುತ್ತವೆ.

ಭೋಜನ ವಿಧಾನ : ನಮ್ಮ ಶರೀರವು ಸರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಬೇಕಾಗುವ ಇಂಧನವೇ ಆಹಾರ. ಈ ಆಹಾರವು ನಮ್ಮ ಅಭ್ಯಾಸ, ವೃತ್ತಿ ಹಾಗೂ ನಾವು ವಾಸಿಸುವ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಕ್ರಮಬದ್ಧವಾಗಿ ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರವೇ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯಕರ. ನಮಗೆ ಅಭ್ಯಾಸವಿರುವ ಆಹಾರವನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಅಥವಾ ಮೂರು ಬಾರಿ ಸೇವಿಸುವುದು ಒಳಿತು. ಪದೇ ಪದೇ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದು ಜೀರ್ಣ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕುಂದಿಸಿ ಅಜೀರ್ಣವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಇದು ಹಲವಾರು ರೋಗಗಳಿಗೆ ಮೂಲ ಕಾರಣವೂ ಹೌದು.

* ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರವು ಶುದ್ಧವಾಗಿಯೂ, ಬೆಚ್ಚನೆ ಇದ್ದು (ತಣ್ಣಗಿನ, ಹಿಂದಿನ ದಿನದ ತಯಾರಿಸಿದ ಆಹಾರ ಕೂಡದು), ಸ್ವಲ್ಪ ಜಿಡ್ಡಿನಿಂದ (ಎಣ್ಣೆ, ತುಪ್ಪ) ಕೂಡಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಜೀರ್ಣವಾಗುವಂತಿರಬೇಕು. * ಶುದ್ಧವಾದ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ, ಅತಿಯೂ ಅಲ್ಲದೆ, ಅತಿ ಕಡಿಮೆಯೂ ಅಲ್ಲದೆ ಸರಿಯಾದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕು. * ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವಾಗ ಮನಸ್ಸು ಆಹಾರದಲ್ಲಿಯೇ ಇರಬೇಕು. ಟೀ ವಿ, ಮುಂತಾದ ಮಾಧ್ಯಮಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಾ, ಜಗಳ, ಸಿಟ್ಟು, ಅಳು, ಅಸಹ್ಯಗಳನ್ನು ಊಟಮಾಡುವಾಗ ವರ್ಜಿಸಬೇಕು.

ಸಹೃದಯರು, ಮನೆಯವರೊಂದಿಗೆ ಆಹಾರವನ್ನು ಹಂಚಿ ಸೇವಿಸಬೇಕು. * ಅತಿ ಅವಸರದಿಂದಲೂ, ಅತಿ ನಿಧಾನವಾಗಿಯೂ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸಬಾರದು. * ಹಿಂದೆ ಸೇವಿಸಿದ ಆಹಾರವು ಜೀರ್ಣವಾದ ನಂತರವೇ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕು. ತೇಗು ಬರುವಿಕೆ, ಉತ್ಸಾಹ, ಮಲಮೂತ್ರಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗುವುದು, ಶರೀರದಲ್ಲಿ ಲಘುತ್ವ, ಹಸಿವೆ, ಬಾಯರಿಕೆಗಳು ಆಹಾರವು ಜೀರ್ಣವಾಯಿತೆಂದು ತಿಳಿಸುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು. * ಆಹಾರ ಸಿಹಿ, ಹುಳಿ, ಉಪ್ಪು, ಖಾರ, ಕಹಿ, ಒಗರು ಈ ಎಲ್ಲಾ ರಸಗಳಿಂದ ಕೂಡಿರಬೇಕು ಇದೇ ಆರೋಗ್ಯಕರವೂ ಹೌದು. ಕೇವಲ ಸಿಹಿ, ಖಾರವಾದ ಆಹಾರಾಭ್ಯಾಸವು ಒಳ್ಳೆಯದಲ್ಲ. ಅತಿಯಾಗಿ ಜಿಡ್ಡಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ಆಹಾರ, ಹೆಚ್ಚು ರಾಸಾಯನಿಕಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ತಯಾರಿಸಿದ ಆಹಾರವು ಅಹಿತಕರ. * ತುಪ್ಪ ಹಾಗೂ ಹಾಲು ಎಲ್ಲರೂ ಬಳಸಬಹುದಾದ ನಿತ್ಯ ರಸಾಯನಗಳು. * ಮೊಸರನ್ನು ರಾತ್ರಿ ಸೇವಿಸುವುದು ಒಳಿತಲ್ಲ.

ನಿದ್ರಾ: ದಿನದ ಎಲ್ಲಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯೇ ನಿದ್ದೆಯು. ಇದು ಇಡೀ ದಿನದ ಆಯಸವನ್ನು ಕಳೆಯುವ ಸಾಧನವು. ರಾತ್ರಿ ಕಾಲವು ನಿದ್ರೆಗೆ ಪ್ರಶಸ್ತವಾದುದು. ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ನಿದ್ದೆಯು ಶ್ರಮವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಿ ಉತ್ಸಾಹವನ್ನು ಕೊಡುತ್ತದೆ. ಆಹಾರವು ಸರಿಯಾಗಿ ಜೀರ್ಣವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ನಿದ್ರೆಯೇ ಆರೋಗ್ಯಕರ. ಅಂತೆಯೇ ರಾತ್ರಿ ನಿದ್ರೆಗೆಡುವುದೂ ಹೃದಯದ ಸಮಸ್ಯೆ, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ, ಚರ್ಮದ ತೊಂದರೆ ಮುಂತಾದ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಮೂಲ ಕಾರಣವೂ ಹೌದು. ಅನಿವಾರ್ಯ ಕಾರಣಗಳಿಗೆ ರಾತ್ರಿ ನಿದ್ದೆಗೆಡುವ ಸಂದರ್ಭ ಬಂದಲ್ಲಿ ರಾತ್ರಿ ನಿದ್ರೆಗೆಟ್ಟ ಸಮಯದ ಅರ್ಧಭಾಗದಷ್ಟು ಸಮಯ ಹಗಲು ಆಹಾರ ಸೇವಿಸದೆ ನಿದ್ರಿಸುವುದು ಆ ಕೊರತೆಯನ್ನು ನೀಗುತ್ತದೆ. ಹಗಲು ನಿದ್ರೆ ಸ್ಥೌಲ್ಯ, ಮಧುಮೇಹ, ಹೃದಯದ ತೊಂದರೆ ಮುಂತಾದ ಕಫಜ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಮೂಲ ಕಾರಣವು.

ಪ್ರತಿ ದಿನ ತಾನು ಇಡೀ ದಿನ ಮಾಡಿದ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಮನನ ಮಾಡಿ ತಪ್ಪುಗಳನ್ನು ತಿದ್ದಿಕೊಳ್ಳುವವನು ಸುಖವಾಗಿಯೂ ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿಯೂ ಬದುಕುತ್ತಾನೆಂಬುದು ಆರ್ಷವಾಣಿ.

ಸದ್ವೃತ್ತ: ನಮ್ಮ ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಕೆಲವು ಉತ್ತಮವಾದ ಆಚರಣೆಯನ್ನು (ಸದಾಚಾರಗಳನ್ನು) ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೇ ಸದ್ವೃತ್ತ.

* ಸಜ್ಜನರ ಸ್ನೇಹವನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದು, ದುಷ್ಟರಿಂದ ದೂರವಿರುವುದು. * ನಂಬಿದ ದೇವರನ್ನು ಪೂಜಿಸುವುದು. * ತನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದವರನ್ನು (ತಂದೆ, ತಾಯಿ, ಮಕ್ಕಳು, ಬಂಧುಗಳು, ಪ್ರಾಣಿಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ) ಸರಿಯಾಗಿ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು. * ಹಿರಿಯರನ್ನು, ಜ್ಞಾನವೃದ್ಧರನ್ನು ಗೌರವಿಸುವುದು. * ಉಪಕಾರಸ್ಮರಣೆ, ಅಸೂಯೆ ಪಡದಿರುವಿಕೆ, ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವಿಕೆಯನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. * ಸುಳ್ಳು, ಮೋಸ ವಂಚನೆಗಳಿಂದ ದೂರವಿರಬೇಕು. * ಯಾರಲ್ಲಿಯೂ ಅತಿಯಾದ ನಂಬಿಕೆ ಅಥವಾ ಅವಿಶ್ವಾಸವನ್ನು ಪಡಬಾರದು. * ತಾನೊಬ್ಬನೇ ಸುಖ ಪಡಬಾರದು. ದುಃಖ, ಶೋಕದಲ್ಲಿಯೇ ಕಾಲವನ್ನು ವ್ಯರ್ಥಮಾಡಬಾರದು. * ಬುದ್ಧಿವಂತನಿಗೆ ಸಮಾಜವೇ ಗುರುವು. ಆದ್ದರಿಂದ ದಿನ ನಿತ್ಯದ ವ್ಯವಹಾರದಲ್ಲಿ ವಿವೇಚಿಸಿ ನಡೆಯುವುದೇ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯಕರ.

ಉಪಸಂಹಾರ

ಆರ್ಷ ಗ್ರಂಥಗಳಲ್ಲಿ ಹೇಳಿರುವ ಈ ದಿನಚರ್ಯಾ, ಋತುಚರ್ಯಾ, ಸದ್ವೃತ್ತಗಳು ಎಲ್ಲಾ ಕಾಲದಲ್ಲೂ ಅನುಸರಿಸಬಲ್ಲ ಸರಳ, ಶಿಸ್ತುಬದ್ಧ ಜೀವನಕ್ರಮ. ಮಣ್ಣಿಲ್ಲದೆ ಮಡಿಕೆಯನ್ನು ತಯಾರಿಸಲು ಹೇಗೆ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವೊ ಹಾಗೆಯೇ ಒಂದು ರೋಗವು ಉದ್ಭವಿಸಬೇಕಾದರೆ ಅದಕ್ಕೆ ಅನುಕೂಲಕರವಾದ ಕಾರಣಗಳು ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಇರಲೇಬೇಕು. ಈ ಮೂಲಕ ನಮಗೆ ತಿಳಿಯುವುದೇನೆಂದರೆ ಶಿಸ್ತು ಬದ್ಧ ಜೀವನಕ್ರಮ, ಸರಿಯಾದ ಆಹಾರ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸುವುದರಿಂದ ರೋಗೋತ್ಪತ್ತಿಗೆ ಕಾರಣವೇ ಇಲ್ಲದಂತಾಗಿ ಹಲವಾರು ರೋಗಗಳಿಂದ ದೂರವಿರಬಹುದು. ಈ ರೀತಿಯ ಜೀವನ ಪದ್ಧತಿಯು ನಮ್ಮ ಶರೀರದಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹಲವು ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಸಂಶೋಧನೆಗಳೂ ದೃಢೀಕರಿಸಿವೆ. ಇನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಮಧುಮೇಹದಂಥ ರೋಗಗಳು ಕೆಲವು ಮನೆತನಗಳಲ್ಲಿ ಪರಂಪರೆಯಾಗಿ ಬರುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಅಂಥ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿಯೂ ಈ ಶಿಸ್ತುಬದ್ಧ ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಂಡಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಭೀತಿಯು ಬಾಧಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಐ.ಸಿ.ಸಿ.ಒ.ಎನ್. ಎಸ್ ಎಂಬ ಸಂಸ್ಥೆಯು 1998 ನಂತರ 10, 000 ಮಾನಸಿಕ ವೈಕಲ್ಯವಿರುವ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ 1500 ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಆಟಿಸಮ್ ಸ್ಪೆಕ್ಟ್ರಮ್ ತೊಂದರೆಯಿಂದ (ಸ್ವಲೀನತೆ) ಬಳಲುತ್ತಿರುವವರನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಇಂತಹ ಮಕ್ಕಳ ಮಾನಸಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಕುಂಠಿತವಾಗಿದ್ದು, ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರೊಂದಿಗೆ ಬದುಕಲು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಅವರು ಜೀವನವಿಡೀ ತಮ್ಮೆಲ್ಲಾ ದೈನಂದಿನ ಕೆಲಸಗಳಿಗೆ ಪರರ ಆಶ್ರಯದಲ್ಲಿಯೇ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಜೆನೆಟಿಕ್ ಇಂಜಿನೀಯರಿಂಗ್ ಯುಗದಲ್ಲಿ ವಿಕೃತವಾದ ಜೀನ್‌ಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸುವ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವು ಈಗಾಗಲೇ ಇದ್ದರೂ ವಿಕೃತವಾದ ನರಗಳನ್ನು ಇಂದಿಗೂ ಸರಿಪಡಿಸುವುದು ವಿಜ್ಞಾನಕ್ಕೆ ಸವಾಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸಿದ್ಧ ನರಶಸ್ತ್ರತಜ್ಞರಾದ ಡಾ. ಎಂ. ಸಾಂಬಶಿವನ್ ಅವರು ಈ ಸ್ವಲೀನತೆಗೆ ತಂದೆ ತಾಯಿಯರ ಒತ್ತಡದ ಜೀವನ, ಅನಾರೋಗ್ಯಕರ ವಿಕಿರಣಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದು, ನಂತರ 'ಫಾಸ್ಟ್‌ಫುಡ್'ಗಳಿಗೆ ಮೊರೆಹೋಗುವಿಕೆ, ತುಂಬು ಕುಟುಂಬದ ಬಾಂಧವ್ಯಗಳಿಲ್ಲದ ಸಂಬಂಧಗಳು, ಇವುಗಳನ್ನು ಕಾರಣಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೂ ಕ್ರಮ ಬದ್ಧ ಶಿಸ್ತಿನ ಜೀವನವನ್ನು ತಂದೆ ತಾಯಿಯರು ಪಾಲಿಸುವುದರಿಂದ ಮಗುವಿನ ಉತ್ತಮ ಮಾನಸಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಕಾರಣವೆಂದೂ ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಈ ಸರಳ ವಿಧಾನಗಳನ್ನೇ ಇಂದು ಎಲ್ಲ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಗಳೂ ಒಪ್ಪುತ್ತವೆ ಅಲ್ಲವೇ? ❑

ಸಂಗೀತ ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ

* ಡಾ. ಶಾಂತಲಾ ಹೆಗಡೆ

ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವೆಂದರೆ 'ವ್ಯಕ್ತಿ ತನ್ನದೇ ಅಂತಃಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಅರಿವು ಪಡೆಯುವಂತೆ, ಜೀವನದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಒತ್ತಡಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ಎದುರಿಸುವುದಕ್ಕೆ, ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯಾಗಿ, ಫಲಕಾರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ತನ್ನ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ, ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ತನ್ನ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡಲು ಸಮರ್ಥ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಇರತಕ್ಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯದ ಒಂದು ಅವಸ್ಥೆ' ಎಂದು, ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ವ್ಯಾಖ್ಯೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವು ನಮ್ಮ ಭಾವನಾತ್ಮಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ನಾವು ವಿಚಾರ ಮಾಡುವ, ಅನುಭೂತಿ ಪಡೆಯುವ ಕಾರ್ಯಗೈಯುವ ರೀತಿಯನ್ನು ಅದು ಪ್ರಭಾವಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಒತ್ತಡವನ್ನು ನಾವು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ರೀತಿ, ಇತರರೊಂದಿಗೆ ನಾವು ಹೊಂದುವ ಸಂಪರ್ಕ –ಸಂಬಂಧ ಹೇಗೆ, ನಮ್ಮ ಮತ್ತು ನಾವು ನಮ್ಮ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ರೀತಿಯಮೇಲೂ ಅದರ ಪ್ರಭಾವ ಇದ್ದೇಇದೆ. ಬಾಲ್ಯ – ಯೌವನ – ಪ್ರೌಢ – ಹೀಗೆ ಎಲ್ಲ ಜೀವನ ಘಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಅತ್ಯಂತ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣವಾದುದು.

ಸಂಗೀತವನ್ನಾಲಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಸಂಗೀತದ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸುವದು, ಇವುಗಳೆರಡೂ ನಮ್ಮ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯದ ಮೇಲೆ, ಅಷ್ಟೇಕೆ ನಮ್ಮ ಒಟ್ಟಿನ ಶಾರೀರಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆಕೂಡ ಅನೇಕ ವಿಧದಲ್ಲಿ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವುದೆಂಬುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಒಪ್ಪಲಾದ ಸಂಗತಿ. ನಮ್ಮ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಸಂಗೀತವನ್ನು ಒಂದು ಅಂಗವಾಗಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ನಮ್ಮ ಉತ್ಸಾಹ –ಉಲ್ಲಾಸಗಳನ್ನು ವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸಿ ನಿತ್ಯದ ಜಂಜಾಟದಿಂದ ನಮ್ಮ ಸಮಯವನ್ನು ಮುಕ್ತಗೊಳಿಸಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಒಂದು ಸರಳ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ.

ಸಂಗೀತವು ನಮ್ಮ ಭಾವೋದ್ರೇಕಗಳನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯಲು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಅನ್ವಯವಾಗುವಂಥ ಬಲವಾದ ಕಾರಕ ಶಕ್ತಿ ಕೂಡ. ಅದಕ್ಕೆ, ಅದನ್ನು 'ಭಾವನೆಗಳ ಭಾಷೆ' ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಮ್ಮ ಅನುಭೂತಿ ಹಾಗೂ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಸಂವಹಿಸಲು ಅನೇಕಸಾರಿ ಭಾಷೆಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಶಕ್ತಿಶಾಲಿ ಎಂದೆನಿಸಿದೆ. ಅನಾದಿಕಾಲದಿಂದಲೂ, ಎಲ್ಲ ಸಂಸ್ಕೃತಿಗಳಲ್ಲಿಯೂ ನಮ್ಮ ಮಾನಸಿಕ ಅವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಮುಕ್ತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸರಿಹೊಂದಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂಗೀತದ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವೇನೆಂಬುದನ್ನು ಮಾನ್ಯ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಭಾವೋದ್ರೇಕ ಮತ್ತು ಮನಃ ಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಅದು ನಿಯಮನಗೊಳಿಸುವುದೇ ಜನರು ಸಂಗೀತಾಸ್ವಾದದಲ್ಲಿ ಮಗ್ನರಾಗುವ ಕಾರಣಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಭಾವೋದ್ರೇಕಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ನಮ್ಮ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಯುಕ್ತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಗೊಳಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವು ನಮ್ಮ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯದ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗವಾಗಿದೆ. ನ್ಯೂರೊ ಮ್ಯೂಸಿಕೊಲೋಜಿ ಅಂದರೆ ನರವ್ಯೂಹವನ್ನು ಸಂಗೀತದ ಹಿನ್ನಲೆಯಿಂದ ಸಂಶೋಧಿಸುವುದು, ಅಥವಾ ಮಸ್ತಿಷ್ಕಾಧಾರಿತ ಸಂಗೀತಗ್ರಹಣವನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸುವ ಶಾಸ್ತ್ರದ, ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಅನ್ವೇಷಣೆಗಳು, ಸಂಗೀತವು ಒಂದು ಜೈವಿಕ ವಿದ್ಯಮಾನ ಹಾಗೂ ನಮ್ಮ ಜೈವಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮೇಲೆ ಸಂಗೀತವು ಗಣನೀಯ ಪ್ರಭಾವ ಹೊಂದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ರುಜುವಾತು ಒದಗಿಸಿವೆ. ಭಾವೋದ್ರೇಕ, ಮನಃಸ್ಥಿತಿಗಳ ನಿಯಮನಗೊಳಿಸಲು, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ಕಡಿಮೆಮಾಡಲು, ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿವರ್ಧನೆಗೆ ಹಾಗೂ ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಬಾಂಧವ್ಯಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗುವಂತೆ ಸಂಗೀತದ ನೆರವು ಪಡೆದು ಮಾಡಿದ ನಾರ–ಜೈವಿಕ (Neurobiological) ಮತ್ತು ನಾರ–ರಾಸಾಯನಿಕ (Neurochemical) ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿವರಗಳನ್ನು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ದಾಖಲಿಸಿವೆ. ಅನೈಚ್ಛಿಕ /ಸ್ವಯಂನಿಯಂತ್ರಿತ ನರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ (Autonomic Nervous System ಮೇಲೆ ಸಂಗೀತವು ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಈ ಸ್ವಯಂನಿಯಂತ್ರಿತ ನರವ್ಯೂಹವು ನಮ್ಮ ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ, ಹೃದಯದ ಬಡಿತ, ಮೆದುಳಿನ ಕಾರ್ಯ ಮತ್ತು ನಮ್ಮ ಅನುಭೂತಿ ಭಾವೋದ್ರೇಕಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಮೆದುಳಿನ ಭಾಗವಾದ ಲಿಂಬಿಕ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ (Limbic system) ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಕಾರಕವಾಗಿದೆ. ಹಾಗೂ ಸೈಟೋಕೈನ್ಸ್, ಇಮ್ಯುನೋ ಗ್ಲೋಬಿನ್ – ಎ ಮತ್ತು ನರ ನಿರೋಧಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಬೇಕಾದ ಇತರ

* ಸಹಾಯಕ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ನರಮನೋವಿಜ್ಞಾನ ವಿಭಾಗ, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು. Email : shantala.hegde@gmail.com

ಘಟಕಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆ – ಇವುಗಳನ್ನು ಸಂಗೀತವು ವ್ಯತಾಸಗೊಳಿಸಬಲ್ಲದೆಂಬುದನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ರುಜುವಾತುಪಡಿಸಿವೆ. ಸ್ವಪ್ರಜ್ಞೆ, ಒಳನೋಟ ಮತ್ತು ಭಾವನೆಗಳ ತಾದಾತ್ಮ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಂಗೀತದ ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಿ–ಸ್ವರೂಪವು ಒಂದು ಸೇತುವೆಯಾಗಿ ಸಲ್ಲುತ್ತದೆ. ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಿ ಮತ್ತು ವೈಚಾರಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣಾತ್ಮಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯಗಳಿಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗದಂಥ ಅನೇಕ ರೀತಿಗಳಲ್ಲಿ, ಸಂಗೀತವು ಸಂಬಂಧ–ಸಂಪರ್ಕಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ರೂಪಕಾತ್ಮಕ ಕಲ್ಪನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸಬಲ್ಲದು, ಪ್ರಭಾವಿತಗೊಳಿಸಬಲ್ಲದು. ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಅಥವಾ ರೋಗಿಗಳ ನಡುವೆ ಸಮೂಹ –ಸಂಗೀತದ ಅನುಭವವು ಒಂದು ರೀತಿಯ ಬಾಂಧವ್ಯ, ಸಾಮುದಯಿಕ ಭಾವನೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಜೀವನದುದ್ದಕ್ಕೂ ಬರುವ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಸವಾಲುಗಳೆನಿಸುವ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮನಃಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸ್ಥಿರವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದುದು ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶ. ಸಂಗೀತವು ಭಾವವೇಗಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ನಿಯಮನಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿದ ಬಲವಾದ ಸಂಬಂಧದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಅದನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಮಗ್ರ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವರ್ಧನೆಯ ಒಂದು ಚಿಕಿತ್ಸಾವಿಧಾನವಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ತಲೆಗೆ ತಗುಲಿದ ಪೆಟ್ಟು (head injury), ಅಪಘಾತ, ಆಘಾತ (stroke) ಅಂತೆಯೆ ಖಿನ್ನತೆ ಮುಂತಾದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗಳಿಂದ ಹಾನಿಗೀಡಾಗುವ ಗ್ರಹಣ ಶಕ್ತಿಯ ಕಾರ್ಯ (cognitive functions) ಗಳನ್ನು ಸುಸ್ಥಿತಿಗೆ ತರಲು, ವರ್ಧಿಸುವಲ್ಲಿ, ಸಂಗೀತದ ಪ್ರಭಾವವೇನೆಂಬ ಬಗ್ಗೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧನೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ.

ಭಾವೋದ್ವೇಗದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ

ನಾವು ಬುದ್ಧಿಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಆಲಿಸದೆ ಇದ್ದಾಗಲೂ, ನಮ್ಮ ಸುತ್ತಲ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಸಂಗೀತವಿದ್ದಾಗ ಅದು ನಮ್ಮ ಭಾವನೆಗಳ ಮೇಲೆ, ಮನಃಸ್ಥಿತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ಅದು ಮೌಲಿಕ ಭಾವೋದ್ವೇಗಗಳಾದ ಸಂತೋಷ, ದುಃಖ, ಮ್ಲಾನತೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಅಭೀಪ್ಸೆ, ಅತೀವ ಶಾಂತಿ ಮುಂತಾದ ಸಂಕೀರ್ಣ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಸಂವಹಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಸಂಗೀತವಾಗಿರಬಹುದು. ನಮ್ಮ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ನಾವು ಲಕ್ಷ್ಯಪೂರ್ವಕ ಗಮನಿಸಿದರೆ, ನಾವು ಸಂಗೀತದ ಸರ್ವವ್ಯಾಪಕತೆಯನ್ನು ಮನಗಾಣಬಹುದು. ಜೀವನದ ಉದ್ದಕ್ಕೂ ಈ ಮಾತು ಹೊಂದಿಕೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ಹಾಡುವ ಲಾಲಿಗಳಲ್ಲಿ, ಪಾರಂಪರಿಕ ಧಾರ್ಮಿಕ ಆಚರಣೆ, ರೂಢಿಗಳಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಮೊಬೈಲ್ ಗಂಟೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ದೂರದರ್ಶನದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಹಿನ್ನಲೆ ಸಂಗೀತದವರೆಗೆ, ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಂಗ್ರಹಗಳಿಂದ ಹಿಡಿದು ಅಂತರ್ಜಾಲದಲ್ಲಿಯ ಎಲ್ಲ ಪ್ರಕಾರದ ಸಂಗೀತ ಮುಂತಾದವುಗಳೆಲ್ಲವೂ ಇದರಲ್ಲಿ ಅಡಕಗೊಂಡಿವೆ.

ಜಗತ್ತಿನಾದ್ಯಂತ ತಾಯಂದಿರು ತಮ್ಮ ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ಲಾಲಿ ಹಾಡುತ್ತಾರೆ. ಶಿಶುಗಳ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ರೂಪಣದಲ್ಲಿ, ಅವರನ್ನು ಶಾಂತಿಗೊಳಿಸಲು, ಅವರನ್ನುದ್ದೇಶಿಸಿ ಆಡುವ ಮಾತಿನಂತೆಯೆ, ಹಾಡುವ ಹಾಡುಗಳಿಗೆ ಅವರು ಹೆಚ್ಚು ಸಂವೇದನಶೀಲರಾಗಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿ ಶಿಶು–ಗಾನದ ಪಾತ್ರ ಮಹತ್ವವಾದುದು. ದಣಿವು ನಿವಾರಿಸಲು, ಪುನರುತ್ಸಾಹಿತರಾಗಲು, ಮಧುರ ಸ್ಮೃತಿಗಳನ್ನು ಮನಸ್ಸಿಗೆ ಮತ್ತೆ ತಂದುಕೊಳ್ಳಲು, ಭಾವೋದ್ವೇಗಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಂಗೀತವು ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

ಸಂಗೀತದ ಬಹುವಿಧ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು

ಸಂಗೀತವು ಮೂಲತಃ ಮನೋರಂಜನೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಮನೆಗೆಲಸ ಮುಂತಾದ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದಾಗ, ಪ್ರಯನಮಾಡುತ್ತಿರುವಾಗ, ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆಯ್ಕೆಯ ಸಂಗೀತವು ಉತ್ತಮ ಸಂಗಾತಿಯಗಬಲ್ಲದು. ಅದು ನಮ್ಮ ಮನಸ್ಸು ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗಿರುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಸಂಗಡ ಗುಣುಗುನಿಸುತ್ತಲೇ ನಾವು ಹೊಸ ಗೀತೆಗಳನ್ನು ಕಲಿಯಬಲ್ಲೆವು ಸಂಗೀತದಲ್ಲಿರುವ ‘ಲಯ’ ಕೂಡ ಮನೋರಂಜನೆ ಕೊಡುವುದಲ್ಲದೆ, ನಮ್ಮೊಳಗೆ ಅಂತರ್ಗತವಾಗಿ ಇರುವ ಜೈವಿಕ ಲಯವನ್ನು ಪ್ರಭಾವಿಸುತ್ತದೆ. ನಾವು ನಡೆಯುವಾಗ, ಮಾತನಾಡುವಾಗ ಕೂಡ ಅದರಲ್ಲಿ ಒಂದು ಲಯ ಇದ್ದೇಇರುತ್ತದೆ. ಲಯವೇ ಸಂಗೀತದ ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ಅಂಗವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅದು ನಮ್ಮ ಹೃದಯ ಬಡಿತದ ಮೇಲೆ ಮತ್ತು ಆಮೂಲಕ ನಮ್ಮ ಭಾವ–ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ.

ಪುನಶ್ಚೈತನ್ಯ ದಾಯಕ

ಸಂಗೀತಕ್ಕೆ ನಮ್ಮ ಮನಃಸ್ಥಿತಿ ಯನ್ನು ಪುನಶ್ಚೇತನಗೊಳಿಸುವ ಶಕ್ತಿಯುಂಟು. ಶಾಂತತೆ –ವಿರಾಮ ಉಂಟುಮಾಡುವಂಥಹ ನಮ್ಮ ಆಯ್ಕೆಯ ಸಂಗೀತವನ್ನು ಮುಂಜಾವಿನ ಹೊತ್ತು ಹಾಗೂ ಸಂಜೆಯ ಹೊತ್ತು ಕೇಳುವುದು ಮನಸ್ಸು ಪುನಶ್ಚೇತನಗೊಳ್ಳಲು ನೆರವಾಗಬಲ್ಲದು. ಮಂದ ಅಥವಾ ಮಧ್ಯ ಲಯದ ಸಂಗೀತ ಆಲಿಸುವುದು, ವಾದ್ಯ ಸಂಗೀತ ಒಳ್ಳೆಯ ನಿದ್ರೆಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಮಿದುಳಿನ ರಾಸಾಯನಿಕ ಹಾಗೂ ವಿದ್ಯುತ್ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೇಲೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಪ್ರಭಾವ ಉಂಟುಮಾಡುವುದು.

ಒತ್ತಡ ನಿವಾರಕ

ಅವಾಂಛಿತ ವಿಚಾರಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ಔಷಧೋಪಚಾರಕ್ಕೆ ಅತ್ಯಲ್ಪ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಕೊಡುವಂತಹ ಕಿರಿ ಉಂಟುಮಾಡುವಂತಹ ನೋವುಗಳಿಂದ ಮನಸನ್ನು ಬೇರೆಡೆ ಸೆಳೆದು ನೆಮ್ಮದಿ ಉಂಟುಮಾಡಲು ಸಂಗೀತ ಶ್ರಾವಣ ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನ. ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಸಂಗೀತವನ್ನು ಕೇಳುವುದರಲ್ಲಿ ಮನಸನ್ನು ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಪ್ರಾಕೃತಿಕ ನೋವು ನಿವಾರಕಗಳಾದ ಎಂಡಾರ್ಫಿನ್ಸ್ (endorphins)ಗಳನ್ನು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪತ್ತಿ ಯಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಕಾರ್ಟಿಸಾಲ್ (cortisol) ಎಂದು ಕರೆಯಲಾದ, ಒತ್ತಡ ಉಂಟುಮಾಡುವ ಹಾರ್ಮೋನುಗಳ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸಂಗೀತ ಶ್ರವಣವು ತಗ್ಗಿಸುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ, ಬೆನ್ನುಹುರಿಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಬೇಕಿದ್ದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಗೀತವನ್ನು ಒಂದು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಸೇರಿಸಿ ಕೊಂಡಾಗ, ಒತ್ತಡ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದೆಂಬುದು ಸಿದ್ಧವಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ರೋಗಿಗಳ ಸ್ವಾನುಭವ ಕಥನ

ಹಾಗೂ ರಕ್ತದ್ರವದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಟಿಸಾಲ್ ಮಟ್ಟದ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಮೂಲಕ ಅಳೆಯಲಾಗಿತ್ತು.

ಭಾವೋದ್ರೇಕ ಶಾಮಕ

ರೋಗಿಯ ತತ್ಕಾಲದ ಭಾವೋದ್ರೇಕ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೆಯಾಗುವಂತಹ ಸಂಗೀತದ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡರೆ ಅದು ಶಾಮಕ ವಾಗಿ ಅಥವಾ ಭಾವೋದ್ರೇಕ ವಿರೇಚಕವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ನೆರವಾಗಬಲ್ಲದು. ಶಬ್ದಗಳ ಮೂಲಕ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲು ಕಷ್ಟಕರವಾದ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲಾಗದ ವಿಚಾರಗಳು ಮತ್ತು ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಸಂಗೀತದ ಮೂಲಕ ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಗೊಳಿಸಬಹುದು ಅಥವಾ ಅನುಭವ ಪಟ್ಟು ನಿವಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಗತ ಸ್ಮೃತಿಗಳನ್ನು ಹೊರಹಾಕುವುದು

ಸಂಗೀತ ಹಳೆಯ ನೆನಪುಗಳನ್ನು ಹೊರಹಾಕಬಲ್ಲದು. ಅವು ಸಂತೋಷಕರವಾದವುಗಳಿರಲಿ ಸುಖದವಲ್ಲವುಗಳಾಗಿರಲಿ ಇರಬಹುದು. ಕುಟುಂಬ, ಮಿತ್ರರು ಮತ್ತು ಬೇರೇ ಜನರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಂಡ ಸ್ಮೃತಿಗಳಾಗಿರಬಹುದು. ಗತ ಘಟನೆಗಳನ್ನು ನೆನಪಿಗೆ ತಂದು ಹೊರಹಾಕುವುದು ಅಂತರ್ನಿರೀಕ್ಷಣೆಯ ವಿಧಾನಗಳ ಒಂದು ಭಾಗ. ಹಳೆಯ ನೆನಪುಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧವಾದ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಸಂಗೀತವು ಚಾಲಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.

ಮಸ್ತಿಷ್ಕದ ವ್ಯಾಯಾಮ

ವಾದನ, ಗಾಯನ ಮುಂತಾದವುಗಳಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ತೊಡಗಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಗಾಢ ರೋಮಾಂಚನ ಮತ್ತು ಸಾಧನೆಯ ತೃಪ್ತಿ ಕೊಡುತ್ತದೆ. ಆಳವಾದ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಉದ್ದೀಪನಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ ಸಂಗೀತದಲ್ಲಿ ಮಗ್ನನಾಗುವುದು ಗಾಢ ಸಂವೇದನೆಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ನಮ್ಮ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಬೇಕಾದ ಮುಖ್ಯ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಚಾಲಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ (motor-processes) ಹಾಗೂ ಗ್ರಹಣ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳೂ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಲಯಗಳ ಗ್ರಹಣ, ಮಾತ್ರಾ ಪ್ರಸಾರದ ಗ್ರಹಣ (beat perception) ಮುಂತಾದ ಲಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಅನೇಕ ಅಂಶಗಳೊಂದಿಗೆ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿರುವುದು ಪಾರ್ಕಿನ್ಸನ್ ಕಾಯಿಲೆಯ (Parkinson's disease) ರೋಗಿಗಳ ಮೇಲೆ, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್ ಡಾ. ಹೆಗಡೆ ಮತ್ತು ಸಂಗಡಿಗರು ನಡೆಸಿದ ಪ್ರಯೋಗಗಳಿಂದ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಲಯ ಗ್ರಹಣ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಅನೇಕ ಪ್ರಯೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಲಕ್ಷ್ಯಕೊಡುವುದು, ಸ್ಮರಣೆ ಮುಂತಾದ ಗ್ರಹಣ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರ್ವಭಾವಿಯಾಗಿ ಹೇಳುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಮಿದುಳಿನ ಆಘಾತಕ್ಕೆ (stroke) ಒಳಗಾದ ರೋಗಿಗಳು ಪ್ರತಿದಿನ ಎರಡು ಗಂಟೆ ಕಾಲ ಸಂಗೀತ ಆಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅವರ ಸ್ಮರಣ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಲಕ್ಷ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆಯಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಸಂಗೀತ ಶ್ರಾವಣ ಮಾಡದಿರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಮನಃಪ್ರವೃತ್ತಿ ಉಂತಾದುದು, ಫಿನ್ಲ್ಯಾಂಡ್‌ನಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾದ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ.

ಯಾವುದೊಂದು ಸಂದರ್ಭ-ದಲ್ಲಿಯೂ, ಸಂಗೀತವನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಬಳಸುವುದರಿಂದ, ಈ ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ದೇಶ ಸಾಧನೆಗೆ ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದೇ ಸಂಗೀತದ ಬಳಕೆಯ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯವಾಗಿದೆ. ಸ್ವತಃ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಸಂಗೀತ ಮನೋರಂಜನೆ ಕೊಡಬಲ್ಲದು, ಪುನಶ್ಚೇತನ ಉಂಟು ಮಾಡಬಲ್ಲದು, ಅವಾಂಚಿತ ವಿಚಾರಗಳಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಕೊಡಬಲ್ಲದು, ನೆಮ್ಮದಿ ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳ ಒಂದು ಸರಣಿಯನ್ನೇ ಏಕ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಶೀಲಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಸಂಗೀತ ಶ್ರವಣಕ್ಕಿಂತ ಸಂಗೀತದಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಸ್ವತಃ ತೊಡಗಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಅದಕ್ಕೆ ವಯೋಮಿತಿಯೂ ಅಡ್ಡಿಯಾಗದು. ಹಾಗೆನ್ನುವುದಾದರೆ ಸಂಗೀತವನ್ನು ವೃತ್ತಿಯಾಗಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬನ ಗುರಿ ಆಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಯಾವುದಾದರೊಂದು ಸಂಗೀತ ಭಾಗವನ್ನು ಕಲಿಯುವುದನ್ನು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬನೂ ತನ್ನ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಯಾಗಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಮೆದುಳು ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಸ್ವಸ್ಥವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲು ಸಂಗೀತ ಒಂದು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ವ್ಯಾಯಾಮ. ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕು ಅಭಿವೃದ್ದಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕು ಸಂಗೀತ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಸಾಧನೋಪಾಯ.

ಸ್ಮರಣೆಯಲ್ಲಿಡತಕ್ಕ ಅಂಶಗಳು

* ಸಂಗೀತವು ಅನೇಕ ಮಾನಸಿಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. * ನಮಗೆ ಪರಿಚಿತವಿರುವ ಸಂಗೀತ ಒಳ್ಳೆಯದೇ ಆದರೂ ಪರಿಚಿತವಿರದ ಸಂಗೀತ ಪ್ರಕಾರಗಳೂ ಧನಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟುಮಾಡ ಬಲ್ಲವು. ಸಂಗೀತದ ವಿವಿಧ ಅಂಶಗಳಾದ ಧ್ವನಿ ಗಾತ್ರ, ಸ್ವರಗಳ ತೀವ್ರತೆ, ಲಯ, ಪ್ರಧಾನ ಸ್ವರಗಳು ಮುಂತಾದವು ನಮ್ಮ ಸಂಗೀತಾನುಭವದ ಮೇಲೆ ಬಲವಾದ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. * ಸ್ವತಃ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಸಂಗೀತದಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ತೊಡಗಿಕೊಳ್ಳುವುದು ನಿಷ್ಕ್ರಿಯ ಶ್ರಾವಕರಾಗಿರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಒಳ್ಳೆಯದು. * ಹೊಸತಾದುದನ್ನು ಕಲಿಯಲು ವಯೋಮಿತಿಯಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಸಂಗೀತದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಳ್ಳಿರಿ ಮತ್ತು ಅದರಿಂದ ಲಾಭನ್ವಿತರಾಗಿರಿ. ❑

ಯೋಜನಾ

ಮಾರ್ಚ್ 2016 ವಿಶೇಷ ಸಂಚಿಕೆಯ ವಿಷಯ

ಬಜೆಟ್ – 2016-17

ಆಹಾರವೇ ಆರೋಗ್ಯ

* ಡಾ. ಭಾರತಿ ಚಿಮ್ಮಡ್
** ಚೈತ್ರಾ ಅಸುಂಡಿ

ಆಹಾರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತದೆ ಅಸಮರ್ಪಕ ಆಹಾರ ನಮ್ಮನ್ನು ಅನಾರೋಗ್ಯದೆಡೆಗೆ ಕರೆದೊಯ್ಯುತ್ತದೆ. ಯಾವ ಆಹಾರ ದೇಹದ ಬೇಡಿಕೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಪೋಷಕಾಂಶಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದಿಲ್ಲವೊ, ತಯಾರಿಕಾ ಪದ್ಧತಿ ಸೂಕ್ತವಾಗಿಲ್ಲವೊ, ಸೇವನಾ ಕ್ರಮ ಅಥವಾ ಪ್ರಮಾಣ ಸರಿಯಾಗಿಲ್ಲವೊ ಅದುವೇ ಅಸಮರ್ಪಕ ಆಹಾರ. ಆಹಾರವನ್ನು ಅವಶ್ಯಕತೆಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಪುಷ್ಟಿಗೊಳಿಸಲು ವಿಶೇಷ ಸಾಮಗ್ರಿಯಾಗಲಿ, ತಯಾರಿಕಾ ಪದ್ಧತಿಯಾಗಲಿ ಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಸಾಮಾನ್ಯ ಆಹಾರಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಸುಲಭ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಆಹಾರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಸತ್ವಪೂರ್ಣವಾಗಿಸಬಹುದು. ಆದರೆ ಶ್ರಮರಹಿತ ಜೀವನಶೈಲಿಯಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ಅತಿಯಾದ ಸೇವನೆ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಂದು ಕಾರಣವಾಗಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ಮರೆಯಬಾರದು. ಯಾವ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಎಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ, ಯಾವ ಬಗೆಯ ಮತ್ತು ಯಾವಾಗ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕೆಂಬುದುರ ಜ್ಞಾನವಿದೆಯೊ, ಅವನಿಗೆ ರೋಗ ರುಜಿನಗಳ ಕಾಟವಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಆಚಾರ್ಯ ಚರಕ ಸಾವಿರಾರು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆಯೇ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಅದನ್ನೇ ಸರಳವಾಗಿ ಒಪ್ಪೊತ್ತುಂಡವ ಯೋಗಿ, ಎರಡ್ಪೊತ್ತುಂಡವ ಭೋಗಿ, ಮೂರ್ಪೊತ್ತುಂಡವ ರೋಗಿ, ನಾಲ್ಕೊತ್ತುಂಡುವವನನ್ನು ಹೊತ್ತುಕೊಂಡು ಹೋಗಿ ಎಂದಿದ್ದಾರೆ ಹಿರಿಯರು. ಆಧುನಿಕತೆಯ ಬೆಡಗಿನಲ್ಲಿ ನೈಸರ್ಗಿಕ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಆಹಾರಗಳು ಮರೆಯಾಗುತ್ತ ಸಂಸ್ಕರಿಸಿದ ಅಹಾರಗಳು ಅಡುಗೆ ಮನೆಗಳನ್ನು ಅಲಂಕರಿಸುತ್ತಿವೆ. ಅನೇಕ ಒತ್ತಡಗಳ ಇಂದಿನ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಸಂಸ್ಕರಿಸಿದ ಆಹಾರಗಳು ಅನುಕೂಲಕರ ಆಹಾರಗಳಾಗಿ, ಬದುಕಿನ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗತೊಡಗಿವೆ. ಬೇಕರಿ ಪದಾರ್ಥಗಳು, ನೂಡಲ್ಸ್, ಜಾಮ್, ಜೆಲ್ಲಿ, ಕೆಚಪ್ ಸಾಸ್, ಸ್ಕ್ವಾಷ್, ಚಿಪ್ಸ್, ಉಪ್ಪಿನ ಕಾಯಿ, ಚಟ್ನಿ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ನಮ್ಮ ದೈನಂದಿನ ಆಹಾರದ ಮುಖ್ಯ ಘಟಕದಂತೆ ಮಾರ್ಪಟ್ಟಿವೆ. ಇಂಥ ಅನುಕೂಲಕರ ಆಹಾರಗಳು ಗೃಹಿಣಿಯರ, ಅದರಲ್ಲೂ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿವೆ.

ವಿಪರ್ಯಾಸವೆಂದರೆ ಹೊಸ ಪೀಳಿಗೆ ಇಂಥ ಆಹಾರಗಳಿಗೇ ಕಟ್ಟುಬಿದ್ದು, ಅತ್ಯಮೂಲ್ಯ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳುಳ್ಳ ನೈಸರ್ಗಿಕ ಆಹಾರಗಳನ್ನು ಮರೆಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಸಂಸ್ಕರಿಸಿದ ಆಹಾರಗಳು ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ರುಚಿಯಲ್ಲಿ ಸಿಗುತ್ತವೆ ನಿಜ. ಆದರೆ ಅವು ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಪುಷ್ಟಿದಾಯಕ ಎಂಬುದನ್ನೂ ಯೋಚಿಸಬೇಕು. ಮಾನವ ಸೇವನೆಗೆ ಯೋಗ್ಯವಾದ ಸಾವಿರಾರು ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ನಿಸರ್ಗದಲ್ಲಿವೆ. ಆದರಿಂದು ಬಹಳಷ್ಟನ್ನು ಕಡೆಗಾಣಿಸಿ ಕೆಲವೇ ಕೆಲವು ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ದಿನವೂ ಬಳಸುವ ಧಾನ್ಯಗಳೊಂದಿಗೆ ಮರೆಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಕಿರುಧಾನ್ಯಗಳು, ಬೇಳೆಕಾಳುಗಳು, ಎಣ್ಣೆಕಾಳು, ಸೊಪ್ಪು, ತರಕಾರಿ, ಗಡ್ಡೆ ಗೆಣಸು ಹಾಗೂ ಹಣ್ಣು ಹಂಪಲುಗಳಿಂದ ಪ್ರತಿ ದಿನವೂ ಆಹಾರವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕವಾಗಿರುವ ಈ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ರುಚಿಯನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತವೆಯಲ್ಲದೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಆರೋಗ್ಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕೊಡುತ್ತವೆ. ಇನ್ನೊಂದು ವಿಷಯವೇನೆಂದರೆ ಬೇಗನೆ ಕೆಡುವ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ತಾಜಾ ಇರುವಾಗಲೇ ಅಡುಗೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮಾಡಿದ ಅಡುಗೆ ಬಿಸಿಯಿದ್ದಾಗಲೇ ತಿನ್ನುವುದು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೊಳ್ಳೆಯದು. ಮೊದಲು ತಯಾರಿಸಿದ ಆಹಾರ ಕೆಟ್ಟು ಹೋಗುತ್ತದೆಯೆಂದು ಬಿಸಿಯಾಗಿರುವ ಆಹಾರವನ್ನು ಕೆಲವು ಗೃಹಿಣಿಯರು ಬದಿಗಿಡುತ್ತಾರೆ. ಇದು ತಪ್ಪು. ಅವಶ್ಯವಿದ್ದಷ್ಟೆ ಆಹಾರವನ್ನು ತಯಾರಿಸುವುದು ಜಾಣತನ.

ಸುರಕ್ಷಿತ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಸಂಸ್ಕರಿಸಿ ದೈನಂದಿನ ಆಹಾರವನ್ನು ಪುಷ್ಟಿದಾಯಕಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಹಲವಾರು ದಶಕಗಳ ಹಿಂದೆ ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಒದಗುವ ಹಿಟ್ಟನ್ನು ಬೀಸುವಕಲ್ಲಿನಲ್ಲಿ ಮನೆಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತಯಾರಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಇದು ಉರುಟಾಗಿದ್ದು, ಈಗಿನಂತೆ ಗಿರಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಬೀಸಿದ ಹಿಟ್ಟಿನಂತೆ ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿರುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಈ ಕ್ರಮ ಆರೋಗ್ಯಕಾರಿಯಾದರೂ ಇಂದಿನ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯಲ್ಲಿದು ಅಸಾಧ್ಯ. ಉರುಟಾಗಿರುವ ಹಿಟ್ಟಿನ ಕಣಗಳು ತಡವಾಗಿ ಪಚನವಾಗುತ್ತವೆಯಾದ್ದರಿಂದ ಹಸಿವೆಯೂ ತಡವಾಗುತ್ತದೆ. ಗೋಧಿಯನ್ನು ಪಾಲಿಷ್ ಮಾಡಿ ತೌಡನ್ನು ತೆಗೆದು ರವಾ, ಮೈದಾ ತಯಾರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಇಡೀಧಾನ್ಯದ ಹಿಟ್ಟಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಪೋಷಕಾಂಶಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ಇದು ಪಾಲಿಷ್ ಮಾಡಿದ ಅಕ್ಕಿಗೂ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಉತ್ತರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ದಪ್ಪ ರವೆಗಿಂತಲೂ

* ಪ್ರೊಫೆಸರ್, ಆಹಾರ ವಿಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಪೋಷಕಾಂಶ ವಿಭಾಗ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಗೃಹ ವಿಜ್ಞಾನ ಕಾಲೇಜು, ಕೃಷಿ ವಿಜ್ಞಾನ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಧಾರವಾಡ.
Email : bvchimmad@gmail.com

ದೊಡ್ಡದಾದ ಕಣಗಳಿರುವ "ದಲಿಯಾ" ದ ಅನ್ನ/ಕಿಚಡಿ ತಯಾರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಬೊಜ್ಜುಳ್ಳವರಿಗೆ ಮತ್ತು ಮಧುಮೇಹಿಗಳಿಗೆ ಒಳ್ಳೆಯದು. ಆದ್ದರಿಂದ ಇಂತಹವುಗಳನ್ನು ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸುವುದೊಳ್ಳೆಯದು. ಎಲ್ಲ ಅಕ್ಕಡಿ ಕಾಳುಗಳಲ್ಲಿ ಉದಾ. ಹುರುಳಿ, ಅಲಸಂದೆ, ಅವರೆ, ಗೊಂಚಲವರೆ, ಬಟಾಣಿ, ಹೆಸರು, ಕಡಲೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಲ್ಲಿ ಪೋಷಕಾಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಒಂದೇ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿವೆ. ಇನ್ನು ಸಿಪ್ಪೆ ತೆಗೆದ ಮೇಲೆ ಬೇಳೆಗಳಲ್ಲಿ ನಾರಿನಂಶ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಮೊಳಕೆ ತರಿಸುವುದರಿಂದ ಇವು ಸುಲಭವಾಗಿ ಜೀರ್ಣವಾಗುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ರುಚಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತವೆ.

ಮಾರ್ಕೆಟ್ಟಿನಿಂದ ಖರೀದಿಸಿದ ಗೋಧಿ ಹಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳು ಸೇರಿರುತ್ತವೆ. ವಿದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಸಂಸ್ಕರಣೆ ಅತಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದ್ದರೂ ಅಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ಗುಣಮಟ್ಟಗಳನ್ನು ಕಾಯುವ ಕಾನೂನುಗಳು, ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಬಹಳ ಶಿಸ್ತಿನಿಂದ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಕ್ರಮಗಳು ವಿರಳ. ಕಲಬೆರಕೆಯಾಗದ, ಸ್ವಚ್ಛವಾದ, ಸುರಕ್ಷಿತ ಅಹಾರಗಳನ್ನೇ ಬಳಸಬೇಕು. ಧಾನ್ಯಗಳನ್ನು ಹಿಟ್ಟು ಮಾಡಿದ ನಂತರ ಅದರಲ್ಲಿಯ ತೌಡನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಿದರೆ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅಮೂಲ್ಯವಾದ ನಾರಿನಂಶವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಹಿಟ್ಟು ಸಾಣಿಸಲೇಬೇಕಾದ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ ದಪ್ಪ ಕಣ್ಣಿನ ಸಾಣಿಗೆಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿರಿ. ಇದೇ ರೀತಿ ಹುರಿದ ಶೇಂಗಾ ಸಿಪ್ಪೆ ತೆಗೆದು ಚೆಲ್ಲುವುದರಿಂದ ಸಿಪ್ಪೆಯಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯಕಾರಿ ಫಿನೊಲಿಕ್ಸಗಳ ನಷ್ಟವಾಗುತ್ತವೆ.

ನಮ್ಮ ಮಸಾಲೆಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಆರೋಗ್ಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳು ಇದ್ದು ಯಾವದೂ ಅತಿಯಾಗದಂತೆ ಬಳಸಬೇಕು. ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಬಗೆಯ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳಿರಲಿ. ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಸಿಗುವ ಎಲ್ಲ ಬಗೆಯ ದವಸ ಧಾನ್ಯ, ಹಣ್ಣು, ತರಕಾರಿಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಒಂದು ಬಗೆಯ ಧಾನ್ಯದಲ್ಲಿರುವ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಇನ್ನೊಂದರಲ್ಲಿರುವ ಅಂಶಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿರಬಹುದು. ಏಕದಳ ಧಾನ್ಯಗಳಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರೋಟೀನು ದ್ವಿದಳ ಧಾನ್ಯದ ಪ್ರೋಟೀನಿನ ಜೊತೆಗೂಡಿದಾಗ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಬೇಳೆಯ ಜೊತೆ ತಪ್ಪಲು ಪಲ್ಲೆಗಳು ಒಳ್ಳೆಯ ಪ್ರೋಟೀನನ್ನು ಕೊಡುತ್ತವೆ. ಕೊಬ್ಬರಿ, ಎಳ್ಳು, ಶೇಂಗಾಗಳನ್ನು ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸುವುದರಿಂದ ರುಚಿಯಲ್ಲದೆ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ.

ಅಡುಗೆ ಎಣ್ಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅನೇಕ ತಪ್ಪು ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿವೆ. ಎಣ್ಣೆಯನ್ನು ಖಳನಾಯಕನಂತೆ ಚಿತ್ರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ದೊಡ್ಡವರ ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಇವು ಇರಬೇಕೆ ಬೇಡವೆ ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಶಯಗಳಿದ್ದರೂ, ಉಳಿದ ಗುಂಪಿನವರಿಗೆ ಇವು ಶಕ್ತಿಯಲ್ಲದೆ ಅನೇಕ ಜೀವಸತ್ವಗಳನ್ನು ಕೊಡುತ್ತವೆ. ತಪ್ಪಲು ಪಲ್ಲೆಗಳಿಂದ ಸಿಗುವ ಏ ಜೀವಸತ್ವವು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಹೀರಲ್ಪಡಲು ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿಯಾದರೂ ಅಡುಗೆಯಲ್ಲಿ ಎಣ್ಣೆಯಿರಬೇಕು.

ಅನೇಕ ಕಂಪನಿಗಳು ತಮ್ಮ ಬ್ರಾಂಡಿನ ಎಣ್ಣೆಯಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟಿರಾಲ್ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತಾ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಹಿಗ್ಗಿಸಲು ತಪ್ಪು ಮಾಹಿತಿಯ ಜಾಹಿರಾತುಗಳನ್ನು ಚಾಣಕ್ಯ ನೀತಿಯಿಂದ ಗ್ರಾಹಕರನ್ನು ಮರುಳು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ಸಸ್ಯ ಜನ್ಯ ಎಂದರೆ ಕುಸುಬೆ, ಶೇಂಗಾ, ಸೂರ್ಯಕಾಂತಿ ಅಥವಾ ಪಾಮೆಣ್ಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟಿರಾಲ್ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಯಾರಿಗೆ ಗೊತ್ತು?

ಇನ್ನು ಕೊಲೆಸ್ಟಿರಾಲ್ ದೇಹಕ್ಕೆ ಅತಿ ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗಿರುವ ಘಟಕ. ಇದು ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸುಭದ್ರತೆಗೆ, ಕೊಬ್ಬನ್ನು ಜೀರ್ಣಿಸಲು, ಹಾರ್ಮೋನುಗಳ ತಯಾರಿಕೆಗೆ ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಅವಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ದೇಹ ತನಗೆ ಬೇಕಾದ ಶೇಕಡ 80 ರಷ್ಟನ್ನು ಇತರ ಪೋಷಕಾಂಶಗಳಿಂದ ತಯಾರಿಸಿಕೊಂಡರೂ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ ಮಿತಿಮೀರಿದಾಗ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಇತ್ಯಾದಿ ತೊಂದರೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅತಿಯಾದ, ನಾರಿನಂಶವಿಲ್ಲದ, ಪ್ರಾಣಿಜನ್ಯ ಆಹಾರಗಳ ಸೇವನೆ, ಶ್ರಮರಹಿತ ಜೀವನಶೈಲಿ, ಧೂಮ್ರಪಾನದಂತಹ ದುಶ್ಚಟಗಳಿಂದ ಕೊಲೆಸ್ಟಿರಾಲ್ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ನಾರಿನಂಶವಿರುವ ಇಡಿಯಾದ ಧಾನ್ಯಗಳು, ಹಣ್ಣು ತರಕಾರಿ, ಸೊಪ್ಪುಗಳು ಇದನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುತ್ತವೆ. ಯಾವ ಎಣ್ಣೆ, ಎಷ್ಟು ಬಳಸಬೇಕೆಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಉತ್ತರ ಸುಲಭವಾದರೂ ಕಟುವಾಗಿದೆ. ವಯಸ್ಕರ ದೇಹಕ್ಕೆ ಕೇವಲ 20 ಗ್ರಾಂ/ ಪ್ರತಿ ದಿನ ಬೇಕು.

ಇದು ದಿನವೂ ಆಹಾರದ ರೂಪದಲ್ಲಿರುವ ಗೋಧಿ, ಜೋಳ, ಅಕ್ಕಿ ಬೇಳೆಗಳಿಂದಲೇ ಸಿಗುತ್ತದೆ.

ಅಡುಗೆಗೆ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಎಣ್ಣೆಯನ್ನು ಅಡುಗೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ನಾಲಿಗೆಯ ರುಚಿಗಾಗಿ ರೂಢಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಎಣ್ಣೆಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಎಲ್ಲ ಎಣ್ಣೆಗಳು ಪೋಷಣಾ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಸರಾಸರಿ ಒಂದೇ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಇವೆ. ಆದರೆ ವನಸ್ಪತಿ ಮಾತ್ರ ಯಾರಿಗೂ ಯಾವುದೇ ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಬೇಡ. ಬೆಳೆಯುವ ಮಕ್ಕಳ ದೈಹಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಕೊಬ್ಬಿನಂಶವಿದ್ದರೆ ಸಾಕು. ಈಗಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಹೊರಾಂಗಣದಲ್ಲಿ ಆಡುವ ಬಿರುಸಿನ ಆಟಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ ಬೊಜ್ಜು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ಸಿಹಿ ತಿನಿಸುಗಳ ಸೇವನೆಯೂ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ. ಇದು ದೊಡ್ಡವರಿಗೂ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ನಾಲ್ಕು ಸದಸ್ಯರಿರುವ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಅಡುಗೆಗೆ ಒಂದು ತಿಂಗಳಿಗೆ ಎರಡು ಕಿಲೊ ಎಣ್ಣೆ ಸಾಕೆನ್ನುತ್ತಾರೆ ತಜ್ಞರು. ಅನಾರೋಗ್ಯಕಾರಿ ಆಹಾರಗಳ ಸೇವನೆಯ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯನ್ನು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತಡೆಯಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಬೇಕರಿ ತಿನಿಸುಗಳು ಮಕ್ಕಳ ಆಹಾರದಲ್ಲಿ, ಊಟದ ಡಬ್ಬಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವತ್ತಿಗೂ ಬೇಡ. ಆದ್ದರಿಂದಲೇ ಇರಬಹುದು ಸರ್ವಜ್ಞನು ಜೋಳವನು ತಿಂಬುವನು ತೋಳದಂತಾಗುವನು, ಬೇಳೆ ಬೆಲ್ಲಗಳ ನುಂಬವನು ಬಹುಕಾಲ ಬಾಳನೆಂದರಿಗು ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾನೆ. ತುಟ್ಟಿಯಾದ ಹಣ್ಣು ತರಕಾರಿಗಳಲ್ಲಿ ಪೋಷಕಾಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ತಪ್ಪು. ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಸಿಗುವ ಅಗ್ಗದ ಬಾರೆ ದುಬಾರಿಯಾದ ಸೇಬಿಗಿಂತಲೂ ಪೌಷ್ಟಿಕ. ಹಾಗೆಯೇ ಕಿರಕಸಾಲಿಯಲ್ಲಿ ಮೆಂತೆ ಮತ್ತು ಪಾಲಕ್ ಸೊಪ್ಪುಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಬೀಟಾ ಕೆರೊಟೀನ್ ಇರುವುದು. ಯಾವುದೇ ಹಣ್ಣು ತರಕಾರಿಯಾಗಲಿ ತಾಜಾ ಇರುವಾಗಲೇ ಸೇವಿಸುವುದು ಉತ್ತಮ. ❑

ಅಧಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ನಿರೀಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕ

ಡಾ. ತೇಜಸ್ವಿನಿ ಬಿ. ಯಕ್ಕುಂಡಿಮಠ

"ಪ್ರತಿಯೊಂದು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದರೆ ಅವುಗಳ ಹಿಂದುಳಿಯುಕೆಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ನೀಡಬಹುದಾಗಿದೆ.

ನವ್ಹೆಂಬರ್ 01, 1956 ರಂದು ಭಾಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮೈಸೂರುರಾಜ್ಯ (ಕರ್ನಾಟಕ) ಉದಯವಾದಾಗಿನಿಂದ ಇಂದಿನವರೆಗೂ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದ ಬಹುಪಾಲು ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದರೆ, ಉತ್ತರಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದ ಅನೇಕ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸಾಧನೆ ಸಮಾಧಾನಕರವಾಗಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ, ಭಾಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಹೊಸ ರಾಜ್ಯ ಉದಯವಾದಾಗ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಹಾಗೂ ಬಾಂಬೆ ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಮೈಸೂರು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಂಡ ಬಹುಪಾಲು ಪ್ರದೇಶಗಳು ಹಳೆಯ ಮೈಸೂರು ಭಾಗದ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದವು. ರಾಜ್ಯದ ಉತ್ತರ ಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷ ಗಮನಹರಿಸದೇ ಇದ್ದುದರಿಂದ ಉತ್ತರ ಮತ್ತು ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕದಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಂತರ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಾ ಹೋಯಿತು. ಇದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಸಮತೋಲನವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಖ್ಯಾತ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರಾದ ಡಾ. ಡಿ. ಎಂ. ನಂಜುಂಡಪ್ಪ ನವರ ನೇತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ಒಂದು ಉಚ್ಚಸ್ತರದ ಸಮಿತಿ ರಚಿಸಿತು. 2002 ರಲ್ಲಿ ಈ ಸಮಿತಿ 175 ತಾಲೂಕುಗಳ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು 35 ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ – ಆರ್ಥಿಕ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕೈಗೊಂಡು ವರದಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿತು. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ತಾಲೂಕುಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿರುವ, ಹಿಂದುಳಿದ, ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಮತ್ತು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಎಂದು ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆ ಕುರಿತಾದ ವಿವರ ಪಟ್ಟಿ 1 ರಲ್ಲಿದೆ.

ಈ ಪಟ್ಟಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಅತೀ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲೂಕುಗಳು ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕಕ್ಕಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿದೆ. ಈ ವರದಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಿ ಸುಮಾರು 14 ವರ್ಷಗಳು ಕಳೆದಿದ್ದರೂ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮತೋಲನವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಖೇದಕರ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಕುರಿತು ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿಆಧುನಿಕಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಕಳೆದ ಎರಡು ಶತಮಾನಗಳಿಂದ ಲಭ್ಯವಿವೆ. 1887 ರಲ್ಲಿ ಅಂದಿನ ಮೈಸೂರುರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿಆರೋಗ್ಯಇಲಾಖೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು. ಇಲಾಖೆಯ ಸೇವೆಗಳು ದೊಡ್ಡ ನಗರಗಳು, ಪಟ್ಟಣಗಳು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೂ ಲಭ್ಯವಿತ್ತು 1930 ರಲ್ಲಿ ಮೈಸೂರು ಮಹಾರಾಜರು ಬೆಂಗಳೂರಿನ ವಾಣಿ ವಿಲಾಸ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಮೈಸೂರಿನ ಚೆಲುವಾಂಬಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿಜನನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆದರು. ಮಲೇರಿಯಾ, ಪ್ಲೇಗ್ ಸ್ಮಾಲ್ ಪಾಕ್ಸ್ ಇವೇ ಮೊದಲಾದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರ

ಪಟ್ಟಿ 1 : ಕರ್ನಾಟಕರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ

ಸಂ	ವಿಭಾಗ	ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿರುವ	ಹಿಂದುಳಿದ	ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ	ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ	ಒಟ್ಟು
1	ಬೆಂಗಳೂರು	18	9	13	11	51
2	ಮೈಸೂರು	22	10	10	2	44
3	ಬೆಳಗಾವಿ	18	14	12	5	49
4	ಕಲಬುರ್ಗಿ	3	2	5	21	31
5	ಉ. ಕ	21	16	17	26	80
6	ದ. ಕ	40	19	23	13	95
	ಒಟ್ಟು	61	35	40	39	175

ವಿವಿಧ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಡಿ ವಿವಿಧ ನೀತಿಗಳನ್ನು, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ತರುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿಯೂ ಈ ಮುಂದಿನ ಉದ್ದೇಶಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನುರೂಪಿಸಲಾಯಿತು.

* ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಮೂಲಭೂತವಾದ, ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸುರಕ್ಷತೆಯ ಹಾಗೂ ಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಕಲ್ಪಿಸುವುದು

 ತಾಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಉನ್ನತ ದರ್ಜೆಗೇರಿಸುವುದು

 ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಪುನರ್ ನಿರ್ಮಿಸುವುದು

 ತಾಲೂಕು ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸುವುದು

 ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಹಾಸಿಗೆ–ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಅನುಪಾತದಲ್ಲಿ ಧನಾತ್ಮಕ ಬದಲಾವಣೆ ತರುವುದು

 ಪ್ಯಾರಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತರಬೇತಿಯ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸುವುದು

 ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು

 ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿಗಾಗಿ ವಿಶಿಷ್ಟ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸುವುದು

 2000 ನೇ ಇಸ್ವಿಯ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಇವೇ ಮೊದಲಾದುವು

ಈ ಮೇಲಿನ ಉದ್ದೇಶಗಳ ಸಾಕಾರಕ್ಕಾಗಿ ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಪಟ್ಟಿ 2 ರಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಹಾಗೂ

ಪಟ್ಟಿ 2: ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಸಾರ್ವಜನಿಕಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳು (ಡಿಸೆಂಬರ್ 2014)

ಅ.ಸಂ	ಸಂಸ್ಥೆಯ ವಿಧ	ಸಂಖ್ಯೆ
1	ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು	20
2	ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತುಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯ ಕೆಳಗೆ ಬರುವ ಇತರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು	11
3	ಸ್ವಾಯತ್ತ ಹಾಗೂ ಬೋಧನಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು (Autonomous & Teaching Hospitals)	29
4	ತಾಲೂಕ/ಜನರಲ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು	146
5	ಸಮುದಾಯಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು (CHC)	206
6	ಪ್ರಾಥಮಿಕಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು (PHC)	2355
7	ನಗರ ಪ್ರಾಥಮಿಕಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು	27
8	ಖಕಕಯ ಕೆಳಗೆ ಬರುವಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು	108
9	ಸಂಚಾರಿಆರೋಗ್ಯ ದವಾಖಾನೆಗಳು (MobileHealthClinic)	130
10	ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು (SC)	8871

ಪಟ್ಟಿ 3 : ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿರುವಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳು

	ಸಂಖ್ಯೆ
ಆಲೋಪಥಿಕ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗಳು	8775
ಆಯುಶ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗಳು	7777
ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂಗಳು	2322
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು	36
ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು	205
ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ನಡೆಸುವ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗಳು	31
ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಒದಗಿಸುತ್ತಿರುವಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು	38

http://karhw.gov.in/nrhm/PIP/karnataka%20NHM%20PIP%202014-15%20writeup.pdf

ಪಟ್ಟಿ 3 ರಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ದೇಶದ ಕೆಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಟ್ಟಿ 4 ರಲ್ಲಿ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ ಅದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯವು ಹಲವು ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಸಾಧನೆ ಮಾಡಿರುವುದಕ್ಕೆ ಶಿಶು ಮರಣದರ, ದಶವಾರ್ಷಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ ದರ, ತಾಯಂದಿರ ಮರಣದರ, ಒಟ್ಟು ಗರ್ಭದಾರಣ ದರ, ಜನನ ದರ, ಮರಣ ದರ ಮತ್ತು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ ದರಗಳು ದೇಶದ ಸರಾಸರಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದು ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಹಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆ

ರಾಜ್ಯವು ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೇ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿಯೂ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಹಾಗೂ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರವಾಸೋದ್ಯಮ ಇಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿದೆ. ಆದರೆ ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆ ರಾಜ್ಯದ ಕೆಲವೇ ಕೆಲವು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತಿದ್ದು, ಹಲವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಅನೇಕ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳಿಂದಲೂ ವಂಚಿತವಾಗಿರುವುದು ದಾಖಲಾಗಿದೆ.

ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು 2011 ರ ಜನಗಣತಿಯನ್ನಾಧರಿಸಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ

ಪಟ್ಟಿ 5 ರಂತೆ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿನ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹಂಚಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು (1), ಹಾಸನ (2), ಶಿವಮೊಗ್ಗ (3), ಉಡುಪಿ (4), ಮತ್ತು ಉತ್ತರ ಕನ್ನಡ (5) ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಮೊದಲ 5 ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿದ್ದು, ಅಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾರ್ಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆಯಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಮೇಲಿರುವ ಹೊರೆ ತನ್ಮೂಲಕವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಉತ್ತರ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯೊಂದೇ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ್ದರೆ, ಉಳಿದವೆಲ್ಲ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾಗಿವೆ. ಇನ್ನು ಕೊನೆಯ 5 ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿರುವ ಬಾಗಲಕೋಟೆ (30), ರಾಯಚೂರು (29), ವಿಜಯಪುರ (28), ಬೆಳಗಾವಿ (27) ಮತ್ತು ಧಾರವಾಡ (26) ಜಿಲ್ಲೆಗಳೆಲ್ಲಾ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾಗಿರುವುದು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಹಿಡಿದಕೈಗನ್ನಡಿಯಾಗಿದೆ.

ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು 2011 ರ ಜನಗಣತಿಯನ್ನಾಧರಿಸಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ

ಪಟ್ಟಿ 4 : ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು

ಸಂ.	ಸೂಚ್ಯಂಕ	ಕರ್ನಾಟಕ	ಭಾರತ
1	ಒಟ್ಟುಜನಸಂಖ್ಯೆ (ಕೋಟಿಗಳಲ್ಲಿ) 2011 ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ	6.11	121.01
2	ದಶವಾರ್ಷಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ (%) 2011 ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ	15.67	17.64
3	ಶಿಶು ಮರಣದರ(ಖಖಖ–2013)	31	40
4	ತಾಯಂದಿರ ಮರಣದರ(ಖಖಖ–2010–12)	144	178
5	ಒಟ್ಟುಗರ್ಭಧಾರಣದರ(ಖಖಖ–2012)	1.9	2.4
6	ತಲಾ ಸಾವಿರಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆಜನನದರ(ಖಖಖ – 2013)	18.3	21.4
7	ತಲಾ ಸಾವಿರಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆಮರಣದರ(ಖಖಖ–2013)	7	7
8	ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ ದರ(ಖಖಖ 2013)	11.3	14.4

ಪಟ್ಟಿ 6 ರಂತೆ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿರುವ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಹಂಚಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗಲೂ ಪ್ರಥಮ 5 ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಡಗು (1), ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು (2), ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ(3), ಉಡುಪಿ(4) ಹಾಗೂ ಉತ್ತರ ಕನ್ನಡ (5) ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿವೆ. ಉತ್ತರ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ ಉಳಿದ ನಾಲ್ಕು ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕಕ್ಕೆ ಸೇರಿವೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಕೊನೆಯ 5 ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿರುವ ಬೆಳಗಾವಿ(30), ರಾಯಚೂರು (29), ಕೊಪ್ಪಳ (28), ಬಳ್ಳಾರಿ (27) ಹಾಗೂ ಬಾಗಲಕೋಟೆ (26) ಜಿಲ್ಲೆಗಳೆಲ್ಲಾ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಇಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಇದೆ. ಇದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ ಸರ್ಕಾರ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡು ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಮೇಲಿರುವ ಹೊರೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

ಪಟ್ಟಿ 5: ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹಂಚಿಕೆ (ಮೇ 2012ರನ್ವಯ)

ಅ.ಸಂ	ಜಿಲ್ಲೆ	ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಸ್ಥಾನ
ಮೊದಲನೆಯ 5 ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿರುವ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು					
1	ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	898079	92	9762	1
2	ಹಾಸನ	1399214	134	10442	2
3	ಶಿವಮೊಗ್ಗ	1132286	103	10993	3
4	ಉಡುಪಿ	843829	71	11885	4
5	ಉ. ಕನ್ನಡ	1018216	83	12268	5
ಕೊನೆಯ 5 ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿರುವ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು					
1	ಬಾಗಲಕೋಟೆ	1292936	49	26368	30

ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು 2011 ರ ಜನಗಣತಿಯನ್ನಾಧರಿಸಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ

ಪಟ್ಟಿ 7 ರಂತೆ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಅಲ್ಪಮಟ್ಟದ ಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದ ಉತ್ತರ ಕನ್ನಡ ಹಾಗೂ ಕಲಬುರ್ಗಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಕ್ರಮವಾಗಿ 3 ಹಾಗೂ 4 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿವೆ.

ಉಪಸಂಹಾರ

ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಾನವಾಗಿ ಸ್ಥಾಪಿಸಿದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರ್ಣ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸ್ಥಾಪನೆಯಕನಸನ್ನು ನನಸಾಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರವು ಅಧಿಕ ಆದ್ಯತೆಯ ಜಿಲ್ಲೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದು ಅವುಗಳ ಬಗೆಗೆ

ವಿಶೇಷ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಅದರ ವಿವರವನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಮೇಲಿನ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಸರ್ಕಾರ ಗುರುತಿಸಿರುವ ಅಧಿಕಆದ್ಯತಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳೆಲ್ಲಾ ಉತ್ತರಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯ ನಿರ್ಮೂಲನೆಯೆಡೆಗೆ ಇದೊಂದು ಉತ್ತಮ ಹೆಜ್ಜೆ ಆಗಿದೆ. ಡಾ. ಡಿ. ಎಂ. ನಂಜುಂಡಪ್ಪ ಸಮಿತಿಯ ವರದಿಯನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಸುಧಾರಣೆಗಳಾಗಿವೆ. ಹಾಸನ, ಮಂಡ್ಯ, ಶಿವಮೊಗ್ಗ, ರಾಯಚೂರು, ಬೆಳಗಾವಿ ಮತ್ತು ಬೀದರ್‌ನಲ್ಲಿ 6 ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಹಾವಿದ್ಯಾಲಯಗಳು ಸ್ಥಾಪಿಸಲ್ಪಟ್ಟವೆ. ಧಾರವಾಡ ಮಾನಸಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಉನ್ನತ ದರ್ಜೆಗೇರಿಸಲಾಗಿದೆ. 38 ಸುಟ್ಟಗಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಹಾಗೂ ಡಯಾಲಿಸಸ್ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿತವಾಗಿವೆ. ಈ ಪ್ರಯತ್ನ ಹೀಗೆಯೇ ಮುಂದುವರೆದು 'ಸರ್ವರಿಗೂ ಸಮಬಾಳು; ಸರ್ವರಿಗೂ ಸಮಪಾಲು' ಎಂಬ ಮಹಾನ್‌ಆಶಯ ಸಾಕಾರವಾಗಲಿ. ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದ ಜನತೆಯ ಬಾಳಲ್ಲಿ ನೆಮ್ಮದಿ ಮೂಡಲಿ.

ಪಟ್ಟಿ 6: ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಹಂಚಿಕೆ (ಮೇ 2012ರನ್ವಯ)

ಅ.ಸಂ ಜಿಲ್ಲೆ ಗ್ರಾಮೀಣಜನಸಂಖ್ಯೆ ಉಪಕೇಂದ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ ಪ್ರತಿಉಪಕೇಂದ್ರದವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬರುವಜನಸಂಖ್ಯೆ ಸ್ಥಾನ

ಮೊದಲನೆಯ 5 ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿರುವ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು

1 ಕೊಡಗು 473659 2 0 6 2299 1

2 ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು 8 9 8 0 7 9 375 2395 2

3 ದಕ್ಷಿಣಕನ್ನಡ 1 0 9 1 8 8 8 440 2482 3

4 ಉಡುಪಿ 843829 3 0 1 2803 4

ಪಟ್ಟಿ 7: ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಸಮುದಾಯಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹಂಚಿಕೆ (ಮೇ 2012ರನ್ವಯ)

ಅ.ಸಂ ಜಿಲ್ಲೆ ಗ್ರಾಮೀಣಜನಸಂಖ್ಯೆ ಸಮುದಾಯಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಪ್ರತಿಸಮುದಾಯಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬರುವಜನಸಂಖ್ಯೆ ಸ್ಥಾನ

ಮೊದಲನೆಯ 5 ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿರುವ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು

1 ಕೊಡಗು 473659 8 59207 1

2 ಹಾಸನ 139921419 73643 2

3 ಉ. ಕ 1018216 13 78324 3

4 ಕಲಬುರ್ಗಿ 1732298 22 78741 4

5 ಚಿತ್ರದುರ್ಗ 133201215 88801 5

ಕೊನೆಯ 5 ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿರುವ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು

1 ಧಾರವಾಡ 797430 3 265810 30

2 ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ 719564 4 179891 29

3 ಕೋಲಾರ 1056953 6 176159 28

4 ತುಮಕೂರು 2078665 13 159897 27

5 ರಾಯಚೂರು 14373599 159707 26

ಆಧಾರ: ಆಡಿಜಭಿಣಂಡಿ ಠಜಿ ಊಜಚಿಟಣು & ಈಚಿಟುಟಥಿ ಘಜಡಿತುಭಿಞ ಉಔಏ

ಪಟ್ಟಿ 8: ಅಧಿಕಆದ್ಯತೆಯ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು

2011 ರಜನಗಣತಿಯನ್ವಯಅಧಿಕಆದ್ಯತಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಊಕಆ ಹೆಸರು ಜನಸಂಖ್ಯೆ

ಊಕಆ 1 ಬಾಗಲಕೋಟೆ 1889752

ಊಕಆ 2 ವಿಜಯಪುರ 2177331

ಊಕಆ 3 ಬಳ್ಳಾರಿ 2452595

ಊಕಆ 4 ಗದಗ 1064570

ಊಕಆ 5 ಕಲಬುರ್ಗಿ 2566326

ಊಕಆ 6 ಕೊಪ್ಪಳ 1389920

ಊಕಆ 7 ರಾಯಚೂರು 1928812

ಊಕಆ 8 ಯಾದಗಿರಿ 1174271

ಽಣಣಠಿ://ಇಚಿಡುತಿ.ಠಠತ.ಎಟ/ಟಡುಟ/ಕಖಕ/ಇಚಿಡಿಟಿಚಿಣಚಿಇಚಿ%20ಓಊಒ%20 ಕಖಕ%202014–15%20ತಿಡುಣಜಣಠಿ.ಠಜಜ

ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಯೋಜನೆಗಳು

* ಮಾಧವ

ನವ್ವೆಂಬರ್ 01, 1956 ರಂದು ಭಾಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮೈಸೂರುರಾಜ್ಯ (ಕರ್ನಾಟಕ) ಉದಯವಾದಾಗಿನಿಂದ ಇಂದಿನವರೆಗೂ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದ ಬಹುಪಾಲು ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದರೆ, ಉತ್ತರಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದ ಅನೇಕ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸಾಧನೆ ಸಮಾಧಾನಕರವಾಗಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ, ಭಾಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಹೊಸ ರಾಜ್ಯ ಉದಯವಾದಾಗ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಹಾಗೂ ಬಾಂಬೆ ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಮೈಸೂರು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಂಡ ಬಹುಪಾಲು ಪ್ರದೇಶಗಳು ಹಳೆಯ ಮೈಸೂರು ಭಾಗದ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದವು. ರಾಜ್ಯದ ಉತ್ತರ ಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷ ಗಮನಹರಿಸದೇ ಇದ್ದುದರಿಂದ ಉತ್ತರ ಮತ್ತು ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕದಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಂತರ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಾ ಹೋಯಿತು. ಇದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಸಮತೋಲನವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಖ್ಯಾತ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರಾದ ಡಾ. ಡಿ. ಎಂ. ನಂಜುಂಡಪ್ಪ ನವರ ನೇತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ಒಂದು ಉಚ್ಛಸ್ತರದ ಸಮಿತಿ ರಚಿಸಿತು. 2002 ರಲ್ಲಿ ಈ ಸಮಿತಿ 175 ತಾಲೂಕುಗಳ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು 35 ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ – ಆರ್ಥಿಕ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕೈಗೊಂಡು ವರದಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿತು. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ತಾಲೂಕುಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿರುವ, ಹಿಂದುಳಿದ, ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಮತ್ತು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಎಂದು ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆ ಕುರಿತಾದ ವಿವರ ಪಟ್ಟಿ 1 ರಲ್ಲಿದೆ.

ಈ ಪಟ್ಟಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಅತೀ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲೂಕುಗಳು ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕಕ್ಕಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿದೆ. ಈ ವರದಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಿ ಸುಮಾರು 14 ವರ್ಷಗಳು ಕಳೆದಿದ್ದರೂ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮತೋಲನವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಖೇದಕರ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಕುರಿತು ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿಆಧುನಿಕಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಕಳೆದ ಎರಡು ಶತಮಾನಗಳಿಂದ ಲಭ್ಯವಿವೆ. 1887 ರಲ್ಲಿ ಅಂದಿನ ಮೈಸ ಊರುರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿಆರೋಗ್ಯಇಲಾಖೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು. ಇಲಾಖೆಯ ಸೇವೆಗಳು ದೊಡ್ಡ ನಗರಗಳು, ಪಟ್ಟಣಗಳು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೂ ಲಭ್ಯವಿತ್ತು 1930 ರಲ್ಲಿ ಮೈಸೂರು ಮಹಾರಾಜರು ಬೆಂಗಳೂರಿನ ವಾಣಿ ವಿಲಾಸ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಮೈಸೂರಿನ ಚೆಲುವಾಂಬಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿಜನನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆದರು. ಮಲೇರಿಯಾ, ಪ್ಲೇಗ್ ಸ್ಮಾಲ್ ಪಾಕ್ಸ್ ಇವೇ ಮೊದಲಾದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರ ನವ್ವೆಂಬರ್ 01, 1956 ರಂದು ಭಾಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮೈಸೂರುರಾಜ್ಯ (ಕರ್ನಾಟಕ) ಉದಯವಾದಾಗಿನಿಂದ ಇಂದಿನವರೆಗೂ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದ ಬಹುಪಾಲು ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದರೆ, ಉತ್ತರಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದ ಅನೇಕ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸಾಧನೆ ಸಮಾಧಾನಕರವಾಗಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ, ಭಾಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಹೊಸ ರಾಜ್ಯ ಉದಯವಾದಾಗ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಹಾಗೂ ಬಾಂಬೆ ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಮೈಸೂರು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಂಡ ಬಹುಪಾಲು ಪ್ರದೇಶಗಳು ಹಳೆಯ ಮೈಸೂರು ಭಾಗದ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದವು. ರಾಜ್ಯದ ಉತ್ತರ ಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷ ಗಮನಹರಿಸದೇ ಇದ್ದುದರಿಂದ ಉತ್ತರ ಮತ್ತು ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕದಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಂತರ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಾ ಹೋಯಿತು. ಇದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಸಮತೋಲನವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಖ್ಯಾತ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರಾದ ಡಾ. ಡಿ. ಎಂ. ನಂಜುಂಡಪ್ಪ ನವರ ನೇತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ಒಂದು ಉಚ್ಛಸ್ತರದ ಸಮಿತಿ ರಚಿಸಿತು. 2002 ರಲ್ಲಿ ಈ ಸಮಿತಿ 175 ತಾಲೂಕುಗಳ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು 35 ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ – ಆರ್ಥಿಕ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ

* ಪತ್ರಕರ್ತರು.

ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕೈಗೊಂಡು ವರದಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿತು. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ತಾಲೂಕುಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿರುವ, ಹಿಂದುಳಿದ, ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಮತ್ತು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಎಂದು ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆ ಕುರಿತಾದ ವಿವರ ಪಟ್ಟಿ 1 ರಲ್ಲಿದೆ.

ಈ ಪಟ್ಟಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಅತೀ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲೂಕುಗಳು ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕಕ್ಕಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿದೆ. ಈ ವರದಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಿ ಸುಮಾರು 14 ವರ್ಷಗಳು ಕಳೆದಿದ್ದರೂ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮತೋಲನವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಖೇದಕರ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಕುರಿತು ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿಆಧುನಿಕಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಕಳೆದ ಎರಡು ಶತಮಾನಗಳಿಂದ ಲಭ್ಯವಿವೆ. 1887 ರಲ್ಲಿ ಅಂದಿನ ಮೈಸೂರುರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿಆರೋಗ್ಯಇಲಾಖೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು. ಇಲಾಖೆಯ ಸೇವೆಗಳು ದೊಡ್ಡ ನಗರಗಳು, ಪಟ್ಟಣಗಳು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೂ ಲಭ್ಯವಿತ್ತು 1930 ರಲ್ಲಿ ಮೈಸೂರು ಮಹಾರಾಜರು ಬೆಂಗಳೂರಿನ ವಾಣಿ ವಿಲಾಸ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಮೈಸೂರಿನ ಚೆಲುವಾಂಬಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿಜನನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆದರು. ಮಲೇರಿಯಾ, ಪ್ಲೇಗ್ ಸ್ಮಾಲ್ ಪಾಕ್ಸ್ ಇವೇ ಮೊದಲಾದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರನವ್ಹೆಂಬರ್ 01, 1956 ರಂದು ಭಾಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮೈಸೂರುರಾಜ್ಯ (ಕರ್ನಾಟಕ) ಉದಯವಾದಾಗಿನಿಂದ ಇಂದಿನವರೆಗೂ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದ ಬಹುಪಾಲು ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದರೆ, ಉತ್ತರಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದ ಅನೇಕ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸಾಧನೆ ಸಮಾಧಾನಕರವಾಗಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ, ಭಾಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಹೊಸ ರಾಜ್ಯ ಉದಯವಾದಾಗ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಹಾಗೂ ಬಾಂಬೆ ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಮೈಸೂರು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಂಡ ಬಹುಪಾಲು ಪ್ರದೇಶಗಳು ಹಳೆಯ ಮೈಸೂರು ಭಾಗದ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದವು. ರಾಜ್ಯದ ಉತ್ತರ ಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷ ಗಮನಹರಿಸದೇ ಇದ್ದುದರಿಂದ ಉತ್ತರ ಮತ್ತು ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕದಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಂತರ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಾ ಹೋಯಿತು. ಇದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಸಮತೋಲನವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಖ್ಯಾತ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರಾದ ಡಾ. ಡಿ. ಎಂ. ನಂಜುಂಡಪ್ಪ ನವರ ನೇತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ಒಂದು ಉಚ್ಚಸ್ತರದ ಸಮಿತಿ ರಚಿಸಿತು. 2002 ರಲ್ಲಿ ಈ ಸಮಿತಿ 175 ತಾಲೂಕುಗಳ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು 35 ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ – ಆರ್ಥಿಕ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕೈಗೊಂಡು ವರದಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿತು. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ತಾಲೂಕುಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿರುವ, ಹಿಂದುಳಿದ, ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಮತ್ತು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಎಂದು ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆ ಕುರಿತಾದ ವಿವರ ಪಟ್ಟಿ 1 ರಲ್ಲಿದೆ.

ಈ ಪಟ್ಟಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಅತೀ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲೂಕುಗಳು ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕಕ್ಕಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿದೆ. ಈ ವರದಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಿ ಸುಮಾರು 14 ವರ್ಷಗಳು ಕಳೆದಿದ್ದರೂ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮತೋಲನವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಖೇದಕರ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಕುರಿತು ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿಆಧುನಿಕಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಕಳೆದ ಎರಡು ಶತಮಾನಗಳಿಂದ ಲಭ್ಯವಿವೆ. 1887 ರಲ್ಲಿ ಅಂದಿನ ಮೈಸೂರುರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿಆರೋಗ್ಯಇಲಾಖೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು. ಇಲಾಖೆಯ ಸೇವೆಗಳು ದೊಡ್ಡ ನಗರಗಳು, ಪಟ್ಟಣಗಳು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೂ ಲಭ್ಯವಿತ್ತು 1930 ರಲ್ಲಿ ಮೈಸೂರು ಮಹಾರಾಜರು ಬೆಂಗಳೂರಿನ ವಾಣಿ ವಿಲಾಸ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಮೈಸೂರಿನ ಚೆಲುವಾಂಬಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿಜನನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆದರು. ಮಲೇರಿಯಾ, ಪ್ಲೇಗ್ ಸ್ಮಾಲ್ ಪಾಕ್ಸ್ ಇವೇ ಮೊದಲಾದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರ ನವ್ಹೆಂಬರ್ 01, 1956 ರಂದು ಭಾಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮೈಸೂರುರಾಜ್ಯ (ಕರ್ನಾಟಕ) ಉದಯವಾದಾಗಿನಿಂದ ಇಂದಿನವರೆಗೂ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದ ಬಹುಪಾಲು ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ 14 ವರ್ಷಗಳು ಕಳೆದಿದ್ದರೂ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಎಂಬುದು ಖೇದಕರ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಕುರಿತು ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿಆಧುನಿಕಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಕಳೆದ ಎರಡು ಶತಮಾನಗಳಿಂದ ಲಭ್ಯವಿವೆ. 1887 ರಲ್ಲಿ ಅಂದಿನ ಮೈಸೂರುರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿಆರೋಗ್ಯಇಲಾಖೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು. ಇಲಾಖೆಯ ಸೇವೆಗಳು ದೊಡ್ಡ ನಗರಗಳು, ಪಟ್ಟಣಗಳು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೂ ಲಭ್ಯವಿತ್ತು 1930 ರಲ್ಲಿ ಮೈಸೂರು ಮಹಾರಾಜರು ಬೆಂಗಳೂರಿನ ವಾಣಿ ವಿಲಾಸ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಮೈಸೂರಿನ ಚೆಲುವಾಂಬಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿಜನನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆದರು. ಮಲೇರಿಯಾ, ಪ್ಲೇಗ್ ಸ್ಮಾಲ್ ಪಾಕ್ಸ್ ಇವೇ ಮೊದಲಾದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರ

❑

ಬದ್ಧತೆ

ಮಕ್ಕಳ ಸುರಕ್ಷತೆ ಸರಕಾರದ ಬದ್ಧತೆ

* ಪರಮೇಶ್ವರಯ್ಯ ಸೊಪ್ಪಿಮಠ

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರ ಕಂಡು ಬಂದ ಪ್ರಮುಖ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣದ ಸಾರ್ವತ್ರೀಕರಣವೂ ಒಂದು. ಈ ಉದ್ದೇಶ ಈಡೇರಿಕೆಗಾಗಿ ಸರಕಾರ ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ಜಾರಿಗೆ ತಂದು ಯಶಸ್ವಿಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಶ್ರಮಿಸಿರುವುದು ಮಹತ್ತರ ಸಂಗತಿ.

ಶಾಲೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಎಲ್ಲಾ ಮಕ್ಕಳು ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿಯೆ ಉಳಿಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಸವಾಲಿನ ಕೆಲಸ. ಆದರೂ ಹಲವಾರು ಮಕ್ಕಳು ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಹಾಗೂ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿಯೆ ಶಾಲೆಯನ್ನು ಬಿಡುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಇಂತಹ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಉಳಿಸಿ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಶಿಕ್ಷಣ ಒದಗಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಸರಕಾರ ಅನೇಕ ಯೋಜನೆ, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವಿವಿಧ ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಯಾವುದೇ ಸರಕಾರಿ ಶಾಲೆಗೆ ಸೇರುವ ಬಾಲಕ-ಬಾಲಕಿಯರು ನಿಗದಿಯಾದ ಎಲ್ಲಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ಪಡೆಯಬಹುದು. ಅದರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೂ ವಿಶಿಷ್ಟ ಸ್ಥಾನ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ವಿಶ್ವಸಂಸ್ಥೆಯ ಮಕ್ಕಳ ಹಕ್ಕುಗಳ ಒಡಂಬಡಿಕೆಯ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ಘೋಷಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವಂತೆ ಮಗುವಿನ ಸರ್ವತೋಮುಖ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಪೂರಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರಬೇಕು. ಹಾಗಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪ್ರಜೆಗಳನ್ನಾಗಿ ರೂಪಿಸುವುದು ಸಮಾಜ ಮತ್ತು ಸರಕಾರದ ಜವಾಬ್ದಾರಿ. ನಮ್ಮ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳು ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯಗಳನ್ನು ಮನಗಂಡು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಡೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿವೆ. ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಪಠ್ಯವನ್ನಲ್ಲದೇ ಪಠ್ಯೇತರದ ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯವಂತರನ್ನಾಗಿ ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಗಳು ಮೌಲ್ಯಯುತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿವೆ. ಮಕ್ಕಳ ಅಭ್ಯುದಯಕ್ಕಾಗಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಮೇಲಿನ ಹಂತದಿಂದ ಶಾಲಾ ಹಂತದ ಶಿಕ್ಷಕರವರೆಗೂ ಎಲ್ಲರೂ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತಮ್ಮ ಕೈ ಜೋಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದರ ಫಲವಾಗಿ ಹೂವಿನಂತ ಮಕ್ಕಳು ಸದೃಢರಾಗಿ ಎಲ್ಲೆಡೆ ಅರಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಶಾಲೆಗೆ ಬರುವ ಮಗು ಕಲಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮವಾಗುವುದರ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯವಂತನಾಗಿ ಹೊರಹೊಮ್ಮಲಿ ಎನ್ನುವ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಮಧ್ಯಾಹ್ನದ ಬಿಸಿಯೂಟ ಸುವರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಚೈತನ್ಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಬಾಲ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಮಾತ್ರೆಗಳ ವಿತರಣೆ, ವಿಶೇಷ ಅಗತ್ಯತೆಯುಳ್ಳ ಮಕ್ಕಳ ತಪಾಸಣೆ, ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ವಿತರಣೆ ಸೇರಿದಂತೆ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಚಾಲನೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಯೋಗಾಸನ ತರಬೇತಿ, ಆಟೋಟ ಪಿರಿಯಡ್‌ಗಳು ಮಕ್ಕಳ ದೇಹದಾರ್ಢ್ಯತೆ ವರ್ಧಿಸುವ ಜತೆಗೆ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಸ್ಥೈರ್ಯವುಳ್ಳವರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿನ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ಬಲ ಹೀನತೆಯ ಕೊರತೆ ನೀಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಕೊಡುಗೆ ನೀಡಿವೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳ ದಾಖಲಾತಿ ಮತ್ತು ಹಾಜರಾತಿಯ ಪ್ರಮಾಣ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ವರ್ಷದ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಶಾಲೆಯನ್ನು ತೊರೆಯದಂತೆ ತಡೆಯುತ್ತಿವೆ. ಮಕ್ಕಳ ಅಕ್ಷರ ಕಲಿಕೆಗೆ ಬೆಂಬಲವಾಗುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಸರಕಾರದ ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ಸಾರುತ್ತವೆ.

ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮಗು ದೇಶದ ನಗು

ಹಿಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಟುರೋಗಗಳು ಹರಡುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಮತ್ತು ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವ ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮಾತ್ರ ಇದ್ದುವು. ಮೊದಲಿಗೆ ಕೇವಲ ಆರೋಗ್ಯ ಜೀವನದ ಕಟ್ಟುಪಾಡುಗಳು, ಆಚರಣೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ತಿಳಿಸಿಕೊಡಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಆರೋಗ್ಯಶಾಸ್ತ್ರ ಎನ್ನುವುದರ ಬದಲು ಆರೋಗ್ಯ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಎನ್ನುವುದು ಜಾರಿಗೆ ಬಂತು. ಎಲ್ಲೆಲ್ಲೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಭಾವನೆಯನ್ನು, ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಪರಿಸರವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದರಿಂದ ಒಳ್ಳೆಯ ಶಾಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಾಧಿಸಬಹುದು. ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಶಾಲೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಜೀವಶಾಸ್ತ್ರ, ಗೃಹ ವಿಜ್ಞಾನ, ಆಟಪಾಟಗಳ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಕೊಡುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಂತರ ಪ್ರಾರಂಭವಾದವು.

ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸುರಕ್ಷತೆಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ವೈದ್ಯರಿಂದ ಉಚಿತವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಕೆಲ ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ, ಶಿಕ್ಷಕರು ಸ್ಥಳೀಯ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕರೆದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಒಮ್ಮೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿ, ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕು ಎಂಬುದಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಅದು ನಿರೀಕ್ಷಿತ

* ಕ್ಷೇತ್ರ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಕ್ಷೇತ್ರ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಕೇಂದ್ರ, ಹಗರಿಬೊಮ್ಮನಹಳ್ಳಿ- -583212.

ಯಶಸ್ಸು ಪಡೆಯಲಿಲ್ಲ. ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಗ್ರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ನಿಜವಾದ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು ಎಂಬ ಆಶಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ಯೋಜನೆಯೆ ಸುವರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಚೇತನ ಯೋಜನೆ. ಇದರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಶಾಲೆಯ ಪ್ರತಿ ಮಗುವಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಡ್ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಅದರಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಶಾಲೆಯ ಮಗು 1 ನೇ ತರಗತಿಯಿಂದಲೇ ಪ್ರತಿ ಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಮಗುವಿನ ಎತ್ತರ, ತೂಕ, ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಕುರಿತು ಇಲಾಖೆ ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ನೇಮಿಸಿಕೊಂಡ ವೈದ್ಯರು ಮಕ್ಕಳ ತಪಾಸಣಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿ ನಮೂದಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ರೆಕಾರ್ಡ್ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟನೆಗಳ ವಿವರಗಳು ಅಳವಡಿಸಲು ಒಂದು ಸಮಗ್ರ ದಾಖಲೆಯಾಯಿತು. ಇದು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತು ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಯಿತು. ಸುವರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಚೇತನ ನಿರೀಕ್ಷೆಗೂ ಮೀರಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದ್ದರಿಂದ 2013–14 ರಿಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಬಾಲ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಇದರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ, ಅನುದಾನಿತ, ಅನುದಾನ ರಹಿತ ಶಾಲೆಗಳ 1 ರಿಂದ 10ನೇ ತರಗತಿಯ ಎಲ್ಲಾ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವರ್ಷ ಪೂರ್ತಿ ತಪಾಸಣೆ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ತಾಲೂಕಿಗೆ ಇಬ್ಬರು ವ್ಯದ್ಯರು ಮತ್ತು ಒಬ್ಬ ನರ್ಸ್‌ರಂತೆ ಎರಡು ತಂಡಗಳನ್ನು ನೇಮಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿ ತಂಡ ಪ್ರತಿ ದಿನ ಒಂದು ಶಾಲೆಗೆ ಹೋಗಿ ಮಕ್ಕಳ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ತಪಾಸಣೆಯನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತದೆ. ತಪಾಸಣೆ ನಂತರ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಸಲಹೆ – ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮಕ್ಕಳ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ ನಡೆಸಿ ಸಣ್ಣ ಪುಟ್ಟ ಆರೋಗ್ಯ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯಾನುಸಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುವ ಗುರುತರ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ವಿವಿಧ ಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ತೀವ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿರುವ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರಾಜ್ಯದಾದ್ಯಂತ ಇರುವ 454 ಯಶಸ್ವಿನಿ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ 850ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಹೋಗಿ ಬರಲು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಹಾಗೂ ಅವರ ಪೋಷಕರಿಗೆ ಗರಿಷ್ಠ ರೂ. 1,000 ಗಳ ಪ್ರಯಾಣ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಅನೇಕ ಸಂಕಷ್ಟದ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸಬಲರಲ್ಲದ ಕುಟುಂಬದ ಮಕ್ಕಳ ಬದುಕಲ್ಲಿ ಆಶಾಕಿರಣ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮಗು ದೇಶದ ನಗು ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆ ಅಕ್ಷರ ಸಹ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತಂದಿದೆ.

ಮಕ್ಕಳ ಬಲವರ್ಧನೆಯ ಮಾತ್ರೆಗಳು

ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ನಿಃಶ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಕುಗ್ಗಿಸಿ ಶಕ್ತಿ ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶವಿರುವ ಫೋಲಿಕ್ ಆಮ್ಲ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ದಿನ ಬಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಮಕ್ಕಳಿಗೂ ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಅನೇಕ ಮಕ್ಕಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸಿ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಇದು ಹೆಚ್ಚು ಫಲ ನೀಡಿದೆ. ಇದರ ಜೊತೆಗೆ ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳು ಮಣ್ಣಿನ ಜೊತೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒಡನಾಟ ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಅದರಿಂದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಜಂತುಹುಳುಗಳಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಕುಗ್ಗಿಸುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿ 6 ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಆಲ್ಬೆಂಡೋಜಲ್ ಎಲ್ಲಾ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ರಕ್ತಹೀನತೆಯೂ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಕಾಡುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಅನೇಕ ಮಕ್ಕಳು ತೊಂದರೆಗೆ ಒಳಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದರ ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ ವಿಟಮಿನ್ ಎ ಮತ್ತು ಡಿ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅದರ ಫಲವಾಗಿ ಮಕ್ಕಳ ಕಣ್ಣಿನ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಬಲವರ್ಧನೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಈ ಮಾತ್ರೆಗಳು ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ನೇರವಾಗಿ ಶಾಲೆಗೆ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಸರಬರಾಜಾಗುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳನ್ನು ಬಿಸಿ ಊಟದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವಿತರಣೆ ಮಾಡುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಶಿಕ್ಷಕರಿಗೆ ವಹಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅನುಕಂಪ ಬೇಡ ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡಿ

ದೇವರ ಸೃಷ್ಟಿ ವಿಚಿತ್ರ. ಕೆಲ ಸಾರಿ ಯಾವ ತಪ್ಪೂ ಮಾಡದ ಮಕ್ಕಳು ವಿಶೇಷ ಅಗತ್ಯಯುಳ್ಳ ಮಕ್ಕಳಾಗುತ್ತಾರೆ. ದೇಹದ ಯಾವುದಾದರೂ ಭಾಗ ತೊಂದರೆ ಕೆಲ ಮಕ್ಕಳು ಅನುಭವಿಸಿದರೆ, ಇನ್ನೂ ಕೆಲ ಮಕ್ಕಳು ಎರಡು, ಮೂರು ವಿಕಲತೆಯಿಂದ ಸಂಕಷ್ಟಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಅದನ್ನೆ ನೆಪ ಮಾಡಿ ಆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ಸೇರಿದಂತೆ ಇತರೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಮಕ್ಕಳ ಹಕ್ಕು ಒಪ್ಪುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಮಕ್ಕಳೂ ಇತರೆ ಮಕ್ಕಳೊಡನೆ ಸಮಾನ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಅವಕಾಶ ಪಡೆವ ವಾತಾವರಣ ನಿರ್ಮಿಸುವ ಸಮನ್ವಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಸರಕಾರ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿದೆ.

ಶಾಲೆಗೆ ಮಗು ದಾಖಲಾದರೆ ಸಾಕು, ಅಂತಹ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಆ ಕ್ಷೇತ್ರದ ನುರಿತ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಉಚಿತವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಣ್ಣು, ಕಿವಿ, ಅಂಗವಿಕಲತೆ, ಹೃದಯ, ಮೆದುಳು ಹೀಗೆ ನಾನಾ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಗೆ ಒಳಗಾದ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ತಾಲೂಕಾ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಇಲಾಖೆ ವತಿಯಿಂದ ಉಚಿತವಾಗಿ ವಿಶೇಷ ಅಗತ್ಯತೆಯ ಶೇಕಡವನ್ನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಮಾಡಿಸಿ ತಲುಪಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಆ ಮಕ್ಕಳ ಭವಿಷ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ನೆರವಾಗುತ್ತದೆ. ವಿಶೇಷ ಅಗತ್ಯವುಳ್ಳ ಮಕ್ಕಳ ತಪಾಸಣೆ ನಂತರ ಅವರ ಕಲಿಕೆಗೆ ನೆರವಾಗುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸರಕಾರ ಅವರಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಒಂದು ಪಕ್ಷ ಮಕ್ಕಳು ಬಹು ವಿಕಲತೆ ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಅವರಿಗೆ ಗೃಹಾಧಾರಿತ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸ್ವಯಂ ಸೇವಕರನ್ನು ನೇಮಿಸಿಕೊಂಡು ಅವರಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವಿಶೇಷ

(51ನೇ ಪುಟಕ್ಕೆ)

ನಿಮಗಿದು ತಿಳಿದಿದೆಯೇ?

ದಕ್ಷಿಣ ಏಶಿಯಾ ಕ್ರೀಡಾಕೂಟ 2016

ದಕ್ಷಿಣ ಏಶಿಯಾ ಕ್ರೀಡಾಕೂಟ – 2016 ಇದೇ ಫೆಬ್ರವರಿ 6 ರಿಂದ 16ರವರೆಗೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ನಡೆಯಲಿದೆ. ಈ 12ನೇ ಕ್ರೀಡಾಸಮಾವೇಶದ ಸ್ಪರ್ಧೆಗಳು. ಅಸ್ಸಾಮಿನ ಗುವಾಹತಿ ಹಾಗೂ ಮೇಘಾಲಯದ ಶಿಲ್ಲಾಂಗ್‌ನಲ್ಲಿ ನಡೆಯಲಿವೆ. ಈ ಬಾರಿಯ ಕ್ರೀಡಾಕೂಟದ ಆಶಯ ಗಾಯನದ ಶೀರ್ಷಿಕೆ "ಈ ಪೃಥ್ವಿ ಒಂದು ಕ್ರೀಡಾಂಗಣ" ಇದು ಭಾರತದ ಸುಪ್ರಸಿದ್ಧ ಕವಿ, ಸಂಗೀತಗಾರ, ಗಾಯಕ, ನಿರ್ಮಾಪಕ, ದಿವಂಗತ ಭೂಪೆನ್ ಹಜಾರಿಕಾ ವಿರಚಿತ ಗೀತೆಯಾಗಿದೆ. ತಿಖೋರ್ (ಅಂದರೆ ಚೂಟಿಯಾದ ಕ್ರೀಡಾಪಟು). 12ನೇ ಕ್ರೀಡಾಕೂಟದ ರಾಯಭಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕ್ರೀಡಾಲಾಂಛನ ಎಂಟು ಪುಷ್ಪ ದಳಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು ಕ್ರೀಡಾ ಸದಸ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ. ಗಡಿಯಾರದ ಮುಳ್ಳಿನಂತೆ ಸುತ್ತುವ ಈ ದಳಗಳು ಕ್ರೀಡೆಯ ರಚನಾತ್ಮಕ ಸ್ಫೂರ್ತಿಯನ್ನು ಬಿಂಬಿಸುತ್ತವೆ.

1983ರಲ್ಲಿ ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಬಂದ ದಕ್ಷಿಣ ಏಶಿಯಾ ಒಲಂಪಿಕ್ ಮಂಡಳಿ ನಡೆಸುವ ಈ ಕ್ರೀಡೆಗಳು ಪ್ರತಿ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಆಯೋಜಿತವಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ಕ್ರೀಡೆಗಳು ಒಲಂಪಿಕ್ ಕ್ರೀಡೆಗಳು ದಕ್ಷಿಣ ಏಶಿಯಾದ ಒಲಂಪಿಕ್ ಅವತರಣಿಕೆ ಎಂದೇ ಪ್ರಸಿದ್ಧವಾಗಿವೆ.

ಕ್ರೀಡೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಮನೋಭಾವ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಈ ಕ್ರೀಡಾಕೂಟ ಕ್ರೀಡಾಪಟುಗಳಿಗೆ ತಮ್ಮ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಪ್ರದರ್ಶಿಸಲು ಅವಕಾಶವೀಯುವ ವೇದಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಏಶಿಯಾ ಒಲಂಪಿಕ್ ಮಂಡಳಿಯಲ್ಲಿರುವ ಎಂಟು ಸದಸ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳೆಂದರೆ, ಅಫಘಾನಿಸ್ತಾನ್, ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶ, ಭೂತಾನ್, ಭಾರತ, ಮಾಲ್ಡವೀಸ್, ನೇಪಾಳ, ಪಾಕಿಸ್ತಾನ ಮತ್ತು ಶ್ರೀಲಂಕಾ.

ದಕ್ಷಿಣ ಏಶಿಯಾ ಕ್ರೀಡಾಕೂಟ ಮೊದಲ ಬಾರಿ ನಡೆದಿದ್ದು ನೇಪಾಳದ ಕಠ್ಮಂಡುವಿನಲ್ಲಿ; 1984ರಲ್ಲಿ. ಆಗ ದಕ್ಷಿಣ ಏಶಿಯಾ ಒಕ್ಕೂಟ ಕ್ರೀಡಾಕೂಟ ಎಂಬ ಹೆಸರಿತ್ತು. 2004ರಲ್ಲಿ ನಡೆದ 32ನೇ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಏಶಿಯಾ ಒಲಂಪಿಕ್ ಮಂಡಳಿ ಇದರ ಹೆಸರನ್ನು ದಕ್ಷಿಣ ಏಶಿಯಾ ಕ್ರೀಡಾಕೂಟ ಎಂದು ಬದಲಿಸಿತು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಫೆಬ್ರವರಿ 6 ರಿಂದ ಹತ್ತು ದಿನಗಳ ಕಾಲ ನಡೆಯಲಿರುವ ಈ ಕ್ರೀಡಾಕೂಟ ನಿರ್ವಹಣೆಗಾಗಿ ಸಂಘಟನಾ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ಕೇಂದ್ರ ಕ್ರೀಡಾ ಸಚಿವರ ನೇತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಒಟ್ಟು 23 ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಪರ್ಧೆ ನಡೆಯಲಿದ್ದು ಎಂಟು ದೇಶಗಳ 4500 ಕ್ರೀಡಾಪಟುಗಳು, ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವ ನಿರೀಕ್ಷೆ ಇದೆ. ❑

(50ನೇ ಪುಟದಿಂದ)

ಮಕ್ಕಳ ಸುರಕ್ಷತೆ ಸರಕಾರದ ಬದ್ಧತೆ

ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ವೇತನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆದ ಅನೇಕ ಮಕ್ಕಳು ತಮ್ಮ ಭವಿಷ್ಯವನ್ನು ಸುಂದರವಾಗಿ ರೂಪಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಮಕ್ಕಳ ನ್ಯೂನ್ಯತೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ವಿಕಲ ಚೇತನರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಸರ್ಜಿಕಲ್ ಶೂ, ಎಂ.ಆರ್. ಕಿಟ್, ಸಿಪಿಚೇರ್, ಟ್ರೈಸಿಕಲ್, ವೀಲ್ ಚೇರ್, ಸ್ಟಿಕ್ಟಿಕಲ್ ಮುಂತಾದ ಸಾಧನ ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು, ಕೆಲವು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಫಿಜಿಯೊ ಥೆರಫಿಯನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಮಕ್ಕಳ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕರಿಂದಲೆ ಪೂರೈಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಮಕ್ಕಳ ಕಲಿಕೆಗೆ ನೆರವಾಗಲು ವಿಶೇಷ ಶಿಕ್ಷಕರನ್ನು ನೇಮಿಸಿಕೊಂಡು ಈ ಮಕ್ಕಳ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಆ ಮಕ್ಕಳು ಸುಂದರ ಭವಿಷ್ಯ ನಿರ್ಮಿಸಲು ಸರಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳು ನಿಜವಾಗಿ ಆ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಸುಂದರ ಭವಿಷ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಾಕಾರವಾಗಿವೆ.

ಶಿಕ್ಷಕರಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ

ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವುದು ಶಿಕ್ಷಕರ ಆದ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿದೆ. ಈ ಹಿನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲಾಖೆ ವಿವಿಧ ಹಂತದಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿಯನ್ನೂ ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ, ಜೀವನ ಕೌಶಲ್ಯ ಮತ್ತು ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತ ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಪಾಠಗಳ ಕುರಿತ ವಿವಿಧ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ಆಯೋಜಿಸಿದೆ. ಜೀವನ ಕೌಶಲ ಶಿಕ್ಷಣ ತರಬೇತಿ ಇದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವ ನೀಡಿದೆ ಎನ್ನಬಹುದು. ಅದರಲ್ಲೂ ಬಾಲಕಿಯರಿಗೆ ತಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಾಗುವ ಬದಲಾವಣೆ ಕುರಿತಾಗಿ ಕಿಶೋರಿ ತರಬೇತಿ ನೀಡಿ ಸ್ವಚ್ಛತೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವನ್ನು ಮೂಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇಂದಿನ ಮಕ್ಕಳು ನಾಳಿನ ಪ್ರಜೆಗಳು ಎಂಬುದನ್ನು ಮನಗಂಡಿರುವ ಸರಕಾರಗಳು ಅವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತು ನಿರ್ಲಕ್ಷವಹಿಸದೆ ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿವೆ. ಅವು ಇನ್ನಷ್ಟು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಬೇಕಾದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಯುವಕ ಮಂಡಳಿಗಳು, ಸಮುದಾಯಗಳು ತಮ್ಮ ಕೈ ಜೋಡಿಸಬೇಕು. ಆಗ ಎಲ್ಲರ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳು ಸಫಲವಾಗುವುದರಲ್ಲಿ ಅನುಮಾನವಿಲ್ಲ. ಆ ನಿಟ್ಟಿನತ್ತ ಎಲ್ಲರೂ ಸಾಗುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡೋಣ.

ಅವು ಇನ್ನಷ್ಟು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಬೇಕಾದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಯುವಕ ಮಂಡಳಿಗಳು, ಸಮುದಾಯಗಳು ತಮ್ಮ ಕೈ ಜೋಡಿಸಬೇಕು. ಆಗ ಎಲ್ಲರ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳು ಸಫಲವಾಗುವುದರಲ್ಲಿ ಅನುಮಾನವಿಲ್ಲ. ಆ ನಿಟ್ಟಿನತ್ತ ಎಲ್ಲರೂ ಸಾಗುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡೋಣ. ್ಲರ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳು ಸಫಲವಾಗುವುದರಲ್ಲಿ ಅನುಮಾನವಿಲ್ಲ. ಆ ನಿಟ್ಟಿನತ್ತ ಲ್ಲರೂ ಸಾಗುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡೋಣ.

❑

❑

ವಾರ್ತಾ ವಿಶೇಷ

ಬೀಜಿಂಗ್ : ವಿಶ್ವದ ಎರಡನೇ ದೊಡ್ಡ ಆರ್ಥಿಕ ಶಕ್ತಿಯಾಗಿರುವ ಚೀನಾದ ಒಟ್ಟಾರೆ ದೇಶೀಯ ಉತ್ಪಾದನೆ (ಜಿಡಿಪಿ) 25 ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದಿನ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಕುಸಿದಿದೆ.

ಚೀನಾದ ಜಿಡಿಪಿ ಶೇ 6.9ಕ್ಕೆ ಕುಸಿದಿರುವುದು ಜಾಗತಿಕ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಮೇಲೆ ತೀವ್ರ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುವ ಕಾರಣ ಹೂಡಿಕೆದಾರರನ್ನು ಆತಂಕಕ್ಕೆ ದೂಡಿದೆ. ವಿಶ್ವದ ಅತಿ ದೊಡ್ಡ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಾಗಿರುವ ಚೀನಾದ ಆರ್ಥಿಕ ತಳಮಳದ ಬಿಸಿ ಭಾರತ ಸೇರಿದಂತೆ ಅನೇಕ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೂ ತಟ್ಟುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ರಫ್ತು ವಹಿವಾಟಿನ ಮೇಲೆ ಪೆಟ್ಟು ಬೀಳಲಿದೆ ಎಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈಗಾಗಲೇ ಭಾರತದ ರಫ್ತು–ವಹಿವಾಟು 13 ತಿಂಗಳಿನಿಂದಲೂ ಇಳಿಮುಖವಾಗಿದೆ. ಇದೀಗ ಚೀನಾದ ಜಿಡಿಪಿ 25 ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದಿನ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಇಳಿಕೆಯಾಗಿರುದರಿಂದ ಭಾರತ ರಫ್ತು ಉದ್ಯಮ ಇನ್ನಷ್ಟು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಬಹುದು ಎಂದು ತಜ್ಞರು ಆತಂಕ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

* * *

ಪ್ರಸಕ್ತ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಜನವರಿ 15ರವರೆಗೆ 111 ಲಕ್ಷ ಟನ್ ಸಕ್ಕರೆ ಉತ್ಪಾದನೆ ಆಗಿದೆ. ಕಳೆದ ವರ್ಷದ 104 ಲಕ್ಷ ಟನ್‌ಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಈ ಬಾರಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ 7ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದು ಭಾರತೀಯ ಸಕ್ಕರೆ ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳಿಗೆ ಒಕ್ಕೂಟ (ಐಎಸ್‌ಎಂಎ) ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿದೆ. ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶದಂತೆ ಸಕ್ಕರೆ ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳು ಪ್ರತಿ ವರ್ಷವೂ ಕನಿಷ್ಠ 9 ಲಕ್ಷ ಟನ್ ಸಕ್ಕರೆ ರಫ್ತು ಮಾಡಲೇಬೇಕು. ಇದರಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೇ 7 ಲಕ್ಷ ಟನ್‌ಗಳಷ್ಟು ರಫ್ತು ಮಾಡಿವೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದೆ. ಸತತ ಆರನೇ ವರ್ಷದಲ್ಲಿಯೂ ಬೇಡಿಕೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸಕ್ಕರೆ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ. 2015–16ರಲ್ಲಿ 270 ಲಕ್ಷ ಟನ್ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗಿದೆ.

* * *

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ 25 ಜಿಲ್ಲಾ ಮತ್ತು 175 ತಾಲ್ಲೂಕು ಪಂಚಾಯಿತಿಗಳಿಗೆ ಫೆಬ್ರುವರಿ 13 ಮತ್ತು 20 ರಂದು ಎರಡು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಚುನಾವಣೆ ನಡೆಯಲಿದೆ. ಮತ ಎಣಿಕೆ ಫೆ.23 ರಂದು ನಡೆಯಲಿದೆ.

* * *

ಭಾರತೀಯ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಪಥ ದರ್ಶಕ ಉಪಗ್ರಹ ವ್ಯವಸ್ಥೆ (ಐಆರ್‌ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್) ಸರಣಿಯ 5ನೇ ಉಪಗ್ರಹ 1ಇ ಅನ್ನು ಭಾರತೀಯ ಬಾಹ್ಯಾಕಾಶ ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಉಡಾವಣೆ ಮಾಡಿದೆ.

ಶ್ರೀಹರಿಕೋಟದ ಸತೀಶ್ ಧವನ್ ಉಡಾವಣಾ ಕೇಂದ್ರದಿಂದ ಪಿಎಸ್‌ಎಲ್‌ವಿಸಿ31 ಧ್ರುವೀಯ ಉಪಗ್ರಹ ಉಡಾವಣಾ ವಾಹನ ಈ ಉಪಗ್ರಹ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ಹಾರಿ ಬಿಟ್ಟಿತು. ಈ ಮೂಲಕ ಭಾರತ ತನ್ನದೇ ಸ್ವಂತ ಪಥದರ್ಶಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹೊಂದಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಸಾಲಿಗೆ ಸೇರುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಂದು ಯಶಸ್ವಿ ಹೆಜ್ಜೆ ಇರಿಸಿದೆ. ❑

New Subscription Rates will come into effect from April - 2016 Issue.

New Rates for Subscription of Journals

S.No	Name of the Journal	Subscription Price Per Copy Rs	Subscription Price for 1 Year Rs	Subscription Price for 2 Years Rs	Subscription Price for 3 Years Rs	Subscription Price for Special Issue Rs
1	Yojana *	22	230	430	610	30
2	Kurukshetra *	22	230	430	610	30
3	Ajkal *	22	230	430	610	30
4	Bal Bharti *	15	160	300	420	20
5	Employment News #	12	530	1000	1400	NA

* The prices of Journals are being revised from April 2016 issue onwards
# The price of Employment News is being revised from 6th February 2016 issue onwards