



# യോജന

ഫെബ്രുവരി 2014

ഒരു വികസനപത്രിക

₹10

## പൊതുജനാരോഗ്യം

**സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിപാലനം**  
- ഡോ. സോമിൽ നാഗ്പാൽ

**പൊതു ജനാരോഗ്യ മേഖലയിലെ വെല്ലുവിളികൾ**  
- ഡോ. ജേക്കബ് പുലിയേൽ

**ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം**  
- ഡോ. എം. ബീന

**റീജണൽ കാൻസർ സെന്റർ**  
- സുരേന്ദ്രൻ ചുനക്കര





# INDIA 2014

## Book your Advance copies



Price 350/-

### Please contact our Sales Emporia & Sales Units

- **New Delhi**  
Soochna Bhavan, CGO Complex,  
Lodhi Road,  
Phone:011-24367260,  
Fax:011-24365609  
businesswng@gmail.com
- **Delhi**  
Hall No. 196, Old Secretariat,  
Phone: 011-23890205  
businesswng@gmail.com
- **Kolkata**  
8, Esplanade East,  
Phone:033-22488030  
bengaliyojana@gmail.com
- **Thiruvananthapuram**  
Press Road, Near Govt. Press  
Phone: 0471-2330650  
yojanamal50@yahoo.co.in
- **Bengaluru**  
1st Floor, 'F' Wing,  
Kendriya Sadan, Koramangala,  
Phone: 080-25537244  
yojanakannada@yahoo.com
- **Patna**  
Bihar State Co-operative Bank Building,  
Ashoka Rajpath,  
Phone:0612-2683407
- **Navi Mumbai**  
701, C-Wing, 7th Floor,  
Kendriya Sadan, Belapur,  
Phone: 022-27570686  
yngovt.patrika242@gmail.com
- **Chennai**  
'A' Wing Rajaji Bhawan  
Besant Nagar,  
Phone" 044-24917673  
editorthittam@yahoo.co.in
- **Hyderabad**  
Block 4, 1st Floor  
Grhakalpa Complex, M.G. Road,  
Nampally,  
Phone: 040-2460538  
yojana\_telugu@yahoo.co.in
- **Lucknow**  
Hall No. 1, 2nd Floor,  
Kendriya Bhawan, Sector-H,  
Aliganj,  
Phone: 0522-2325455
- **Guwahati**  
KKB Road, New Colony,  
House No. 7, Chenikuthi,  
Phone:0361-2665090  
yojanaasomia@yahoo.co.in
- **Ahmedabad**  
Ambica Complex,  
1st Floor, Paldi,  
Phone: 079-26588669  
yojanagujarati@gmail.com



**Publications Division**  
Ministry of Information & Broadcasting,  
Government of India

website: publicationsdivision.nic.in  
e-mail: dpd@sb.nic.in  
Now on Facebook at [www.facebook.com/publicationsdivision](http://www.facebook.com/publicationsdivision)



ചീഫ് എഡിറ്റർ:  
രാജേഷ് കെ. ത്യാ



മലയാളം പതിപ്പ്

എഡിറ്റർ:  
ആർ.കെ. പിള്ള



ഈ ലക്കത്തിൽ

## പൊതുജനാരോഗ്യം

മലയാളം പതിപ്പ് : റ്റി.സി 25/139, ഗവൺമെന്റ് പ്രസ്സ് റോഡ്, തിരുവനന്തപുരം - 695 001, ഫോൺ : 0471 - 2323826  
ഇ-മെയിൽ : yojanamal50@yahoo.co.in, yojanamalayalam@gmail.com

വെബ്സൈറ്റ് : publicationsdivision.nic.in

ഇ-മെയിൽ : ce.yojana48@yahoo.co.in, dpd@sbc.nic.in dpd@hub.nic.in

വരിസംഖ്യ/ബിസിനസ് സംബന്ധമായ വിവരങ്ങൾക്ക് : pdjucir\_jcm@yahoo.co.in

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

ഇംഗ്ലീഷ് യോജനയുടെ വരിസംഖ്യാ സംബന്ധമായ അന്വേഷണങ്ങൾക്ക് എഴുതേണ്ട വിലാസം:

അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ ആന്റ് സർക്കുലേഷൻ മാനേജർ, ഈസ്റ്റ് ബ്ലോക്ക് - 4, ലെവൽ - 7, ആർ.കെ.പുരം, ന്യൂഡൽഹി - 110066, ഫോൺ : 26105590

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

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

കവർ. പി.ജി യോപെ





## ലേഖനങ്ങൾ ക്ഷണിയ്ക്കുന്നു

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

## ലേഖനങ്ങൾ

വിദഗ്ദ്ധരിൽ നിന്നും ഗവേഷണ വിദ്യാർത്ഥികളിൽനിന്നും

## ക്ഷണിക്കുന്നു

വിലാസം:

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

ഫോൺ നമ്പർ : 0471 - 2323826

ഇ-മെയിൽ:

yojanamalayalam@gmail.com, yojanamal50@yahoo.co.in





### പൊതുജനാരോഗ്യം

- 5 സമഗ്ര ആരോഗ്യപരിപാലനവും സമ്പദ് വ്യവസ്ഥയും  
- ഡോ. സോമിൽ നാഗ്പാൽ
- 9 പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖലയിലെ വെല്ലുവിളികൾ  
- ഡോ. ജേക്കബ് പുലിയേൽ
- 13 ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം  
- ഡോ. എം. ബീന
- 18 റീജണൽ കാൻസർ സെന്റർ  
- സുരേന്ദ്രൻ ചുനക്കര
- 23 ഔഷധവില നിയന്ത്രണത്തിന്റെ പുതു രീതികൾ  
- ഡോ. അനന്ത് ഫാട്കേ
- 27 ഔഷധ നിർമ്മാണ വ്യവസായം പേറ്റന്റുകളും ഭാവിയിലും  
- ഡോ. റോനി ഹോർണർ
- 31 പേറ്റന്റ് മരുന്നുകളുടെ ഉയർന്ന വില  
- ഡോ. സുധീപ് ചൗധരി
- 34 എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണം ഫലപ്രാപ്തിയിലേക്ക്  
- സുനിൽകുമാർ
- 37 ആകാശവാണി ആരോഗ്യവാണി  
- എൻ. വാസുദേവ്
- 41 ഭാവി പരീക്ഷയ്ക്ക് സമയമായി  
- ആർ. സുരേഷ്
- 45 ഗ്രാമീണ ഇന്ത്യയും ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതികവിദ്യയും  
- ഡോ. ഉമാ ഗണേഷ്

### നല്ല ശീലങ്ങൾ

- 50 വികസനത്തിന് കാര്യങ്ങൾ

### നിങ്ങൾക്കറിയാമോ ?

- 52 ഇന്ത്യ ബാക്ക് ബോൺ ഇംപ്ലിമെന്റേഷൻ നെറ്റ് വർക്ക്

### വരും ലക്കങ്ങൾ

**മാർച്ച് 2014**

ഭരണ പരിഷ്കാരങ്ങൾ

**ഏപ്രിൽ 2014**

ഇന്ത്യൻ സമ്പദ് വ്യവസ്ഥ



# പത്രാധിപകുറിപ്പ്

ആരോഗ്യവാനായ ഒരു വ്യക്തിയിൽ നിന്നും രോഗിയായ ഒരു വ്യക്തിയെ തിരിച്ചറിയാൻ കഴിയുമോ എന്ന ചോദ്യം പൊതുവേ നിസ്സാരമായി തോന്നാം. എന്നാൽ ആരോഗ്യം, രോഗാവസ്ഥ എന്നിവ കാലാകാലങ്ങളായി മനുഷ്യരെ കൂഴയ്ക്കുന്ന ഒരു കാര്യമാണ്. രോഗം, ആരോഗ്യകരമായ അവസ്ഥ എന്നിവയ്ക്ക് ഒരു ജനതയുടെ സാമൂഹ്യ സാംസ്കാരിക ചുറ്റുപാടുമായി ആഴത്തിലുള്ള ബന്ധമാണുള്ളത്. ഒരു പ്രത്യേക സാമൂഹിക ചുറ്റുപാടിൽ ആരോഗ്യവാനായി കരുതപ്പെടുന്ന വ്യക്തിയെ മറ്റൊരു ചുറ്റുപാടിലുള്ളവർ രോഗിയായി പരിഗണിച്ചേക്കാം. ഈ പറയുന്നത് ആരോഗ്യകാര്യത്തിൽ അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള സാർവ്വദേശീയമായ ഘടകങ്ങളെ നിഷേധിക്കുന്നതിനല്ല. പകരം ആരോഗ്യ പ്രശ്നത്തിന്റെ സങ്കീർണ്ണതയും അതിന് വ്യക്തി, സമൂഹം, രാഷ്ട്രം എന്നിവയിലുള്ള സ്വാധീനം വ്യക്തമാക്കാനുമാണ്. ആധുനിക കാലത്ത് വിഷാദരോഗം, പൊണ്ണത്തടി തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങൾ ഇതിന് പുതിയ മാതൃക നൽകിയിട്ടുണ്ട്. അതുപോലെതന്നെ പണ്ടുകാലത്ത് അസുഖങ്ങളായി പരിഗണിച്ചിരുന്ന ശരീരത്തിന്റെ പല അവസ്ഥകളും ഇപ്പോൾ അസുഖമായി കരുതുന്നില്ല.

ആയുർവേദമനുസരിച്ച് പിത്തം, കഫം, വായു എന്നിവയിലുണ്ടാകുന്ന അസന്തുലിതാവസ്ഥയാണ് അസുഖ കാരണം. ചൈനക്കാരുടെ സിദ്ധാന്തം അനുസരിച്ച് മനുഷ്യ ശരീരത്തിലെ യിൻ യാങ് എന്നിവ തമ്മിലുള്ള സന്തുലിതാവസ്ഥ തകരുമ്പോഴാണ് രോഗം ഉണ്ടാകുന്നത്. നേരെമറിച്ച് ആധുനിക ആരോഗ്യ സമ്പ്രദായമനുസരിച്ച് അണുക്കളാണ് രോഗത്തിനു നിദാനം. ആരോഗ്യത്തെയും, രോഗാവസ്ഥയെയും കുറിച്ച് കൂടുതൽ ആഴത്തിൽ മനസ്സിലാക്കാൻ സെല്ലുലർ, ജനറ്റിക് തലങ്ങളിൽ സുപ്രധാന മുന്നേറ്റങ്ങൾ തുടങ്ങിയിട്ടുണ്ട്. ഇത് സമീപ ഭാവിയ്ക്കൽ, ആരോഗ്യത്തിനെക്കുറിച്ചുള്ള നമ്മുടെ അറിവിനെ മാറ്റിമറിച്ചേക്കാം.

അസുഖമെന്നത് ഒരു ദൃഷ്ടാന്തമാണ്. എന്നാൽ ഈ ദൃഷ്ടാന്തം വ്യക്തിയുടെ വൈകാരിക ചിന്തകളിൽ മാത്രം ഒതുങ്ങുന്നില്ല. അമേരിക്കയിലും മറ്റു നിരവധി വികസിത രാഷ്ട്രങ്ങളിലും ഉറക്കുലികകൾ, വിഷാദ രോഗത്തിനുള്ള മരുന്നുകൾ സമാനമായ മറ്റു ഔഷധങ്ങൾ എന്നിവ ചെലവിന്റെ ഒരു സുപ്രധാന പങ്കാണ്. അതേസമയം ഏഷ്യയിലേയും ആഫ്രിക്കയിലേയും വികസാര രാഷ്ട്രങ്ങളിൽ ദശലക്ഷക്കണക്കിനു കുട്ടികളാണ് വയറിളക്കം, പോഷകാഹാരക്കുറവ് എന്നിവയാൽ മരിക്കുന്നത്. ചെലവു കുറഞ്ഞതും ഫലപ്രദവുമായ ഔഷധങ്ങൾ ലഭ്യമായിട്ടും ഈ രാജ്യങ്ങളിൽ ക്ഷയരോഗം ഇപ്പോഴും ഒരു പ്രധാന മരണ കാരണമാണ്.

ഒരു രാഷ്ട്രത്തിന്റെ വിജയഗാഥ പരിശോധിക്കുന്നതിനുള്ള സുപ്രധാന അളവുകോലാണ് അവിടത്തെ ജനതയുടെ ആരോഗ്യ സ്ഥിതി. വ്യക്തികളുടെ ആരോഗ്യം രാഷ്ട്രത്തിന്റെ വളർച്ചയുമായി നേരിട്ട് ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. ആരോഗ്യപരിപാടികൾക്കായി ചെലവഴിക്കുന്ന പൊതുധനം രാജ്യത്തിന്റെ വളർച്ചയ്ക്ക് ആക്കം കൂട്ടുന്നതിന് നേരിട്ടു പങ്കുവഹിക്കുന്നു. ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ കണക്കനുസരിച്ച് ഇന്ത്യയിൽ 2006-15 കാലയളവിൽ പകർച്ചവ്യാധികളല്ലാത്ത രോഗങ്ങളാൽ (അകാല മരണം, അംഗവൈകല്യം എന്നിവയാൽ) മൊത്തം ആഭ്യന്തര ഉദ്പാദനത്തിൽ 237 ബില്യൺ അമേരിക്കൻ ഡോളറിന്റെ നഷ്ടം സംഭവിക്കും. ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിനായി ഖജനാവിൽ നിന്നും ധനം ചെലവഴിക്കുന്നത് മറ്റ് ഏതൊരു സാമ്പത്തിക നിക്ഷേപത്തിനെക്കാളും മെച്ചപ്പെട്ട നിക്ഷേപം തന്നെയാണ്.



# സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിപാലനവും സമ്പദ് വ്യവസ്ഥയും

ഡോ. സോമിൾ നാഗ്പാൽ

ആരോഗ്യമേഖലയിൽ ഇന്ത്യ വളരെ നാളുകളായി കുറഞ്ഞ തുക മാത്രമാണ് ചെലവഴിച്ചിരുന്നത്. 2008-09 ൽ ഇതിനായി നീക്കിവച്ചിരുന്നത് മൊത്തം ആഭ്യന്തര വരുമാനത്തിന്റെ 4.1 ശതമാനം മാത്രമായിരുന്നു. അതായത് ലോക ജനസംഖ്യയുടെ 17 ശതമാനം അധിവസിക്കുന്ന ഇന്ത്യ ആരോഗ്യ പരിപാലന മേഖലയ്ക്കായി ചെലവഴിച്ചിരുന്നത് മൊത്തം രാജ്യങ്ങൾ ചെലവഴിച്ചിരുന്നതിന്റെ ഒരു ശതമാനം മാത്രം.

അധിക സാമ്പത്തിക ഭാരം നൽകാതെതന്നെ ആവശ്യമുള്ള ആളുകൾക്ക് ആരോഗ്യ സംരക്ഷണം നൽകുക എന്നതാണ് സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്ന ആശയം കൊണ്ട് ഉദ്ദേശിക്കുന്നത്. പണത്തിന്റെ അഭാവംമൂലം ആരോഗ്യസംബന്ധിയായ കാര്യങ്ങൾ നടക്കാതെ പോകുന്നതു തടയുക, ആരോഗ്യപൂർണ്ണവും കൂടുതൽ ഉത്പാദനക്ഷമവുമായ ജീവിതം നയിക്കുന്നതിനു ജനങ്ങൾക്ക് സാഹചര്യം ഒരുക്കുക തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങളും ഇതിലുൾപ്പെടുന്നു.

അടുത്ത കാലത്തായി ലോകമെമ്പാടുമുള്ള ഒട്ടേറെ രാജ്യങ്ങൾ ജനങ്ങൾക്ക് സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ നൽകുന്നതിനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ തുടങ്ങിയിട്ടുണ്ട്. ഇന്ത്യയിലും കേന്ദ്ര സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റുകൾ സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ലക്ഷ്യമാക്കി ധാരാളം പണം ചെലവാക്കി വരുന്നു.

പൊതുജനാരോഗ്യ പദ്ധതികൾക്കായി പണം ചെലവഴിക്കുമ്പോഴും വ്യക്തികളുടെ ആരോഗ്യരക്ഷ, ദുരന്തനിവാരണം, ജനസംഖ്യാടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള ആരോഗ്യ ഇടപെടലുകൾ തുടങ്ങി ഇതര മേഖലകൾക്കായി തുക കണ്ടെത്താൻ ഇപ്പോൾ രാജ്യത്തിനു ബുദ്ധിമുട്ടുണ്ട്.

വളരെ വ്യക്തവും ദീർഘകാലാടിസ്ഥാനത്തിലുള്ളതുമായ ഒരു ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ സംവിധാനം നടപ്പാക്കുന്നതിന് പന്ത്രണ്ടാം പഞ്ചവത്സര പദ്ധതിയിൽ അടുത്തകാലത്ത് അംഗീകാരം നൽകുകയുണ്ടായി. പദ്ധതി അവസാനിക്കുമ്പോൾ പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖലയിൽ വലിയ പുരോഗതി ലക്ഷ്യമാക്കി ഓരോ വർഷവും ആഭ്യന്തര മൊത്ത വരുമാനത്തിന്റെ ഒരു ശതമാനം ചെലവഴിക്കാനാണ് തീരുമാനം. ഇതുവരെ ഇന്ത്യയുടെ പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖലയിൽ വളരെ കുറഞ്ഞ മുതൽ മുടക്കു മാത്രമാണ് ഉണ്ടായിരുന്നത്. ഇതുമൂലം ഉണ്ടായിട്ടുള്ള പ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെ കേന്ദ്ര സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റുകൾ നിരവധി സംരംഭങ്ങൾ നടപ്പിലാക്കി വരികയാണ്. ജനങ്ങൾക്ക് പ്രത്യേകിച്ച് പാവപ്പെട്ടവർക്കും പാർശ്വവത്കൃത വിഭാഗങ്ങൾക്കും കൂടുതൽ മെച്ചപ്പെട്ട ആരോഗ്യ സേവനം ലഭ്യമാക്കുക എന്നതാണ് ഇതുകൊണ്ട് ഗവൺമെന്റ് ഉദ്ദേശിക്കുന്നത്. ഈ ലേഖനത്തിൽ ചർച്ച ചെയ്യുന്ന ആശയവും ഇതുതന്നെ.

## ഇന്ത്യയുടെ ആരോഗ്യമേഖലയും സാമ്പത്തിക ലഭ്യതയും

ആരോഗ്യമേഖലയിൽ ഇന്ത്യ വളരെ നാളുകളായി കുറഞ്ഞ തുക മാത്രമാണ് ചെലവഴിച്ചിരുന്നത്. 2008-09 ൽ ഇതിനായി നീക്കിവച്ചിരുന്നത് മൊത്തം ആഭ്യന്തര വരുമാനത്തിന്റെ 4.1 ശതമാനം മാത്രമായിരുന്നു. അതായത് ലോക ജനസംഖ്യയുടെ 17



ശതമാനം അധിവസിക്കുന്ന ഇന്ത്യ ആരോഗ്യ പരിപാലന മേഖലയ്ക്കായി ചെലവഴിച്ചിരുന്നത് മൊത്തം രാജ്യങ്ങൾ ചെലവഴിച്ചിരുന്നതിന്റെ ഒരു ശതമാനം. ഇത് ഒരു തരത്തിലും ഇന്ത്യയുടെ സാമ്പത്തിക വളർച്ചയുടെ അനുപാതത്തിൽ ആയിരുന്നില്ല. 2001- 2002 ൽ ഇന്ത്യ ആരോഗ്യ പരിപാലനത്തിനായി ആഭ്യന്തര ഉത്പാദനത്തിന്റെ 4.8 ശതമാനം തുക ചെലവഴിച്ചിരുന്നു. പിന്നീടാണ് ഈ വിഹിതം കുറഞ്ഞു വന്നത്. കഴിഞ്ഞ രണ്ടു പതിറ്റാണ്ടായി ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ വളരെ തുച്ഛമായ വിഹിതം , ഏകദേശം ഒരു ശതമാനം മാത്രമാണ് രാജ്യം ചെലവഴിക്കുന്നത്. 2005 -ൽ കേന്ദ്ര സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റുകൾ വരുമാനത്തിന്റെ അഞ്ചിൽ ഒന്ന് ആരോഗ്യമേഖലയിൽ ചെലവഴിച്ചു. അപ്പോൾ മൊത്തം ചെലവ് 70 ശതമാനമായിരുന്നു. അടുത്ത കാലത്തെ ഔദ്യോഗിക കണക്കുകൾ ലഭ്യമല്ലെങ്കിലും ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ കണക്കുകൾ പ്രകാരം 2011 ൽ 30 ശതമാനമാണ് നാം ചെലവാക്കിയത്. ഇത് 2005 നെ അപേക്ഷിച്ച് കുറച്ചു കൂടുതലായിരുന്നു. പക്ഷെ രാജ്യത്തിന്റെ സാമൂഹിക സാമ്പത്തിക വികസനത്തിൽ ഇത് വൻ നേട്ടമായിരുന്നു.



ഇന്ത്യയിലെ ജനങ്ങൾ ആരോഗ്യമേഖലയിൽ പണം ചെലവഴിക്കുന്നത് പ്രധാനമായും നാലു വഴിയാണ്. ഒന്ന് കുടുംബങ്ങളിൽ നിന്നു മൊത്തത്തിൽ. സ്വകാര്യ ഡോക്ടർമാർക്കുള്ള ഫീസായിട്ടാണ് ഈ തുകയത്രയും ചെലവാകുന്നത്. ഇത് പാവപ്പെട്ട കുടുംബങ്ങൾക്ക് താങ്ങാനാവാത്ത ഭാരമാണ്. ഇന്ത്യയുടെ ദരിദ്രാവസ്ഥയ്ക്കുള്ള ഒരു പ്രധാന കാരണവും ഇതുതന്നെ. അതായത് **ഇന്ത്യൻ ഗ്രാമങ്ങളിലെ 80 ശതമാനം കിടപ്പുരോഗികളും 60 ശതമാനം സന്ദർശന രോഗികളും ഇന്നും രോഗങ്ങൾ വരുമ്പോൾ സ്വകാര്യ ആശു**

**പത്രികളെയാണ് ആശ്രയിക്കുന്നത്. അതായത് ഇന്ത്യയിലെ 77 ശതമാനം ആരോഗ്യപരിചരണവും സ്വകാര്യ മേഖലയിൽ കൂടിയാണ് ലഭിക്കുന്നത്. (ഇതിൽ ലാഭേച്ഛ കൂടാതെ പ്രവർത്തിക്കുന്ന സ്ഥാപനങ്ങളും ഉണ്ട്)**

രണ്ടാമത്തേത് നികുതി പണം കൊണ്ട് ഇന്ത്യയിലെ എല്ലാ ജനങ്ങൾക്കും ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കുന്ന പൊതു സംവിധാനം. ഇത് സംസ്ഥാനങ്ങളാണ് നടപ്പാക്കുന്നത്. ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യമാണ് ഇതിനുള്ള പണം നൽകുന്നത്. രാജ്യത്തെ 20 മുതൽ 40 ശതമാനം വരെ സന്ദർശന രോഗികളും കിടപ്പുരോഗികളും ഈ സംവിധാനം ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നു. മൂന്നാമത്തെ വിഭാഗം സ്വകാര്യ മേഖലയിലും ഗവൺമെന്റ് ഓഫീസുകളിലും ജോലി ചെയ്യുന്നവർക്കുള്ള സാമൂഹ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതികളാണ്. തൊഴിലാളികളും തൊഴിൽ ദാതാക്കളും ചേർന്നാണ് ഇതിനുള്ള പണം സമാഹരിക്കുന്നത്. ഒരു വിഹിതം തൊഴിലാളികൾ അവരുടെ വേതനത്തിൽ നിന്ന് നൽകുമ്പോൾ തൊഴിൽദാതാവ് ഒരു വിഹിതം അയാളുടെ ലാഭത്തിൽ നിന്നു നൽകുന്നു. ഗവൺമെന്റ് ചില ആനുകൂല്യങ്ങൾ നൽകി ഇതിനെ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നു.

നാലാമത്തെ മേഖല സ്വകാര്യ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയാണ്. 1980 കളിലായിരുന്നു ഇതിനു തുടക്കം. പക്ഷെ 2000 - ആയപ്പോഴേയ്ക്കും ഇത് ശീഘ്രം വളർച്ച പ്രാപിച്ചു. 2004-05 ൽ രാജ്യത്തെ മൊത്തം ആരോഗ്യമേഖലാ ചെലവിന്റെ 1.6 ശതമാനം സ്വകാര്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതികളിൽ നിന്ന് ആയിരുന്നു. 2009 ൽ എത്തുമ്പോൾ ഈ തുക മൂന്നു ശതമാനമായി ഉയരുന്ന കാഴ്ചയും നാം കാണുന്നു.

**ആരോഗ്യമേഖലയിൽ ചെലവഴിക്കുന്ന പണവും ഫലങ്ങളും**

മൊത്ത ആഭ്യന്തര വരുമാനത്തിന്റെ വിഹിതത്തിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യപ്രവർത്തനങ്ങൾക്കായി ഇന്ത്യ ചെലവഴിക്കുന്ന തുക താരതമ്യേന വളരെ കുറവാണ്. സമാന വരുമാനമുള്ള ദക്ഷിണാഫ്രിക്കൻ രാജ്യങ്ങൾ ഇന്ത്യയെക്കാൾ കൂടുതൽ തുക ആരോഗ്യ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കായി ചെലവഴിക്കുന്നു എന്നാണ് ലോകബാങ്കിന്റെ കണക്ക്.

ഇതുകൊണ്ടു തന്നെയാവണം വിവിധ സംസ്ഥാ

നങ്ങളിൽ, വിവിധ സമൂഹങ്ങളിൽ ആരോഗ്യനില വാരത്തിൽ വലിയ അന്തരം നിലനിൽക്കുന്നത്. പുരോഗതി ഉണ്ടായിട്ടുണ്ട് പക്ഷെ, അത് വളരെ ചെറിയ ശതമാനം മാത്രം. ആരോഗ്യമേഖല സമ്പന്ന വിഭാഗത്തിനു വേണ്ടി കൂടുതൽ തുക ചെലവഴിക്കുന്നു. 1990 കളിൽ പാവപ്പെട്ടവർക്കായി ഒരു രൂപ ചെലവഴിക്കുമ്പോൾ സമ്പന്ന വിഭാഗങ്ങൾക്ക് മൂന്നു രൂപ ചെലവഴിച്ചിരുന്നതായി പറയാൻ കഴിയുന്നു. ഈ പശ്ചാത്തലത്തിൽ നിന്നുകൊണ്ടു വേണം സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ പദ്ധതി നേരിടുന്ന അപര്യാപ്തത, ഫലപ്രാപ്തി, കാര്യക്ഷമത, വിഹിതം തുടങ്ങിയ പ്രശ്നങ്ങൾക്കു ഇന്ത്യ പരിഹാരം തേടാൻ.

**ആരോഗ്യ സേവനലഭ്യത വർദ്ധിപ്പിക്കൽ**

ഗ്രാമങ്ങളിലെ ദരിദ്രവിഭാഗങ്ങൾക്ക് പ്രഥമ പരിഗണന നൽകി ആരോഗ്യസേവനം അടിമുടി വ്യാപിപ്പിക്കുക, എല്ലാ ജനവിഭാഗങ്ങൾക്കും ചുരുങ്ങിയ സമയത്തിനുള്ളിൽ ഈ സേവനം ലഭ്യമാക്കുക എന്നിവയാണ് സമഗ്ര ആരോഗ്യ പദ്ധതിയിൽ ഇന്ത്യ പ്രാഥമിക പരിഗണന നൽകിയിരിക്കുന്ന ലക്ഷ്യങ്ങൾ. ഇതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് രണ്ടു പദ്ധതികൾ പ്രവർത്തിക്കുന്നു. ഒന്ന് കേന്ദ്ര ആരോഗ്യ മന്ത്രാലയത്തിനു കീഴിലുള്ള ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം. രണ്ട് തൊഴിൽ മന്ത്രാലയത്തിനു കീഴിൽ രാഷ്ട്രീയ സാമ്പന്യ ബീമ യോജന. ഇതു കൂടാതെ വിവിധ സംസ്ഥാനങ്ങൾക്കു സ്വന്തമായി മറ്റു പദ്ധതികളും നിലവിലുണ്ട്. രാജീവ് ആരോഗ്യശ്രീ പദ്ധതി (ആന്ധ്ര), വാജ്പേയി ആരോഗ്യശ്രീ (കർണാടക), മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ സമഗ്ര ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി (തമിഴ് നാട്), സമഗ്ര ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി (കേരളം), രാജീവ് ജീവൻദയി (മഹാരാഷ്ട്ര), മുഖ്യമന്ത്രി അമൃതം (ഗുജറാത്ത്), മേഘാ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി (മേഘാലയ), മുഖ്യമന്ത്രി സാമ്പന്യ ബീമയോജന (ഛത്തീസ്ഗഡ്), രാഷ്ട്രീയ സാമ്പന്യ ബീമ യോജന പ്ലസ് (ഹിമാചൽ പ്രദേശ്) തുടങ്ങിയവ ഇതിന് ഉദാഹരണങ്ങൾ. പാവപ്പെട്ടവർക്കും സമൂഹത്തിലെ അവശതയനുഭവിക്കുന്ന വിഭാഗങ്ങൾക്കുമായി വിഭാവനം ചെയ്തിരിക്കുന്ന പദ്ധതികളാണ് ഇതെല്ലാം.

കഴിഞ്ഞ 7-8 വർഷമായി ഒരേ സമയത്ത് തന്നെ വിവിധ സ്ഥാപനങ്ങളാണ് ഈ പദ്ധതികൾ സമാനമായി രൂപകല്പന ചെയ്ത് പ്രവർത്തിക്കുക

നത്. വിവിധ വകുപ്പുകളിൽ നിന്നാണ് ഇതിനുള്ള പണം കണ്ടെത്തുന്നതും ചെലവഴിക്കുന്നതും. എന്നാലും ഇതിനെല്ലാം പൊതുവായി ചില ഘടകങ്ങളുണ്ട്. രാജ്യത്തെ ഏറ്റവും പാവപ്പെട്ടവർക്കും ചൂഷണം അനുഭവിക്കുന്നവർക്കും തികച്ചും സൗജന്യമായി ചികിത്സാ സഹായം ലഭ്യമാക്കുക എന്നതാണ് ഈ പദ്ധതികളുടെ എല്ലാം പൊതു ലക്ഷ്യം. ചികിത്സക്കായി ആരിൽ നിന്നും പ്രതിഫലമോ ഫീസോ ഈടാക്കുന്നുമില്ല. മറിച്ച് അവർക്ക് സാമ്പത്തിക ആനുകൂല്യങ്ങൾ വിതരണം ചെയ്യുകയാണ് ഈ പദ്ധതികളിലൂടെ.

2005 ൽ ആരംഭിച്ച ദേശീയഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം കേന്ദ്ര ആരോഗ്യ ക്ഷേമ മന്ത്രാലയത്തിന്റെ ഏറ്റവും വലിയ ക്ഷേമ പദ്ധതികളിൽ ഒന്നാണ്. രാജ്യമെമ്പാടും ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ വ്യാപിപ്പിക്കുകയാണ് ഇതിന്റെ ലക്ഷ്യം. പൊതുജനാരോഗ്യ സംസ്ഥാനത്തിന്റെ ഉത്തരവാദിത്വമായി എവിടെയെല്ലാം പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ടോ, അവിടങ്ങളിൽ എല്ലാം പൊതുജനാരോഗ്യ പദ്ധതികൾക്കായി ഗ്രാമങ്ങൾ തോറും മരുന്നുകളും മറ്റു വിഭവങ്ങളും നൽകി സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ പരിപാലന സംവിധാനത്തെ ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം ശാക്തീകരിക്കുന്നു. ആശുപത്രികളുടെ വികസനത്തിനായി നേരിട്ട് സാമ്പത്തിക സഹായം അനുവദിച്ചുകൊണ്ടും, ആശുപത്രികൾക്ക് ഒരുപരിധിവരെ സാമ്പത്തിക സ്വയം ഭരണാവകാശം നൽകിക്കൊണ്ടും ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം ഈ മേഖലയിൽ ആവശ്യത്തിനുള്ള പണം വേഗത്തിൽ ലഭ്യമാക്കുന്നു. കൂടുതലായും ഈ പദ്ധതി ശ്രദ്ധ കേന്ദ്രീകരിക്കുന്നത് ഗ്രാമീണ മേഖലയിലെ പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളിലാണ്.

കൂടാതെ ആവശ്യത്തിന് ജീവനക്കാരെ ലഭ്യമാക്കുക, മരുന്നു വിതരണ ശൃംഖല പരിഷ്കരിക്കുക, അടിസ്ഥാനതലം മുതൽ ആരോഗ്യപ്രവർത്തകരുടെ സേവനം ലഭ്യമാക്കുക, പുതിയ സാമ്പത്തിക വരുമാന സ്രോതസ് കണ്ടെത്തുക, പൊതുജനാരോഗ്യ സംരക്ഷണ മേഖലയിൽ ആവശ്യത്തിനു പണം നേരിട്ടു നൽകുക തുടങ്ങിയവയാണ് ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യത്തെ അതിന്റെ തുടക്കം മുതൽ വ്യത്യസ്തമാക്കുന്നത്.

രാജ്യത്തെ ഏതു പൗരനും ദേശീയ ഗ്രാമീണ



ആരോഗ്യ ദൗത്യത്തിന്റെ ഈ സൗകര്യങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്താവുന്നതാണ്. രാജ്യത്തെ 833 ദശലക്ഷം പൗരന്മാരിൽ 490 ദശലക്ഷവും അതീവ ജാഗ്രത ആവശ്യമായ സംസ്ഥാനങ്ങളിലാണ് അധിവസിക്കുന്നത്. ഇവരാണ് ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യത്തിന്റെ ഗുണഭോക്താക്കൾ. ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യത്തിന്റെ ജനപ്രീതിയാർജ്ജിച്ച ഒരു പദ്ധതിയാണ് ജനനി സുരക്ഷ യോജന. ഒരു വർഷം ഒരു കോടി ഗർഭിണികളാണ് ഈ പദ്ധതിയിലൂടെ ആനുകൂല്യങ്ങൾ നേരിട്ട് പണമായി സ്വീകരിക്കുന്നത്. 22 ദശലക്ഷത്തിലധികം കുഞ്ഞുങ്ങൾക്ക് ഓരോ വർഷവും ഈ പദ്ധതി വഴി പൂർണ്ണമായും പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പ് ലഭ്യമാക്കുന്നു. എന്നാലും 80 ശതമാനം സന്ദർശന രോഗികൾക്കും 60 ശതമാനം കിടപ്പു രോഗികൾക്കും ഇന്നും ശരണം സ്വകാര്യ സ്ഥാപനങ്ങൾ തന്നെ എന്നതാണ് വസ്തുത.

2007 മുതൽ ഗവൺമെന്റ് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതികൾ ആവിഷ്കരിച്ചു നടപ്പാക്കി തുടങ്ങി. പാവപ്പെട്ടവരുടെ മുഴുവൻ ചികിത്സാ ചെലവുകളും വഹിക്കാവുന്ന രീതിയിലുള്ള പദ്ധതിയാണ് ഇതിനായി ആവിഷ്കരിച്ച് നടപ്പാക്കിയത്. ഇതിനു മാതൃകയായത് ആന്ധ്രയിൽ ഗവൺമെന്റ് നടപ്പാക്കിയ രാജീവ് ആരോഗ്യശ്രീ പദ്ധതിയായിരുന്നു. ആരോഗ്യ മേഖലയ്ക്കായി പൊതു സ്രോതസുകൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്തി പാവങ്ങളുടെ ആരോഗ്യപരിപാലന സംവിധാനം അടിമുടി നവീകരിക്കുകയാണ് ഇതിലൂടെ ആന്ധ്ര ഗവൺമെന്റ് ചെയ്തത്. ഈ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി വൻ വിജയമായിരുന്നു. 2010 ആയപ്പോഴേയ്ക്കും 240 ദശലക്ഷം പൗരന്മാർ ഈ പദ്ധതിയുടെ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയിൽ വന്നു. ഈ കാലയളവിൽതന്നെ ഏകദേശം 300 ദശലക്ഷം ആളുകൾ സ്വകാര്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികളുടെ ആരോഗ്യ പദ്ധതികളിലും അംഗങ്ങളായി.

ഗവൺമെന്റിന്റെ സാമ്പത്തികവും രാഷ്ട്രീയവുമായ സഹായം ലഭ്യമായാൽ ഇപ്പോഴത്തെ നിലയിൽ 2015 ആകുമ്പോഴേയ്ക്കും ജനസംഖ്യയുടെ 50 ശതമാനം ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുടെ കീഴിൽ വരും എന്നാണ് കണക്കുകൂട്ടൽ.

സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്ന പദ്ധതിക്ക് ഇന്ന് രാജ്യത്തിനകത്ത് വലിയ പ്രസക്തിയും രാഷ്ട്രീയ മാനവും കൈവന്നിട്ടുണ്ട്. സാധാരണ

ക്കാർക്കും പാവപ്പെട്ടവർക്കും മെച്ചപ്പെട്ട ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ലഭ്യമാക്കുന്നതിന് ഗവൺമെന്റ് കൂടുതൽ പണം ചെലവഴിക്കുന്നുമുണ്ട്. ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം , രാഷ്ട്രീയ സാമ്പദ്യ ബീമ യോജന എന്നീ പദ്ധതികൾ വഴി സംസ്ഥാന തലത്തിൽ കേന്ദ്ര ഗവൺമെന്റ് വലിയ തുകയാണ് ചെലവഴിക്കുന്നത്. ഇന്ത്യാഗവൺമെന്റ് ആവിഷ്കരിച്ച ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യവും ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയും സമാനതകളില്ലാത്ത ആരോഗ്യ സാമ്പത്തിക സഹായ പദ്ധതികളായി ലോകബാങ്ക് പ്രസിദ്ധീകരണം വിലയിരുത്തുന്നു.

**ഉപസംഹാരം**

ഈ ലേഖനത്തിൽ പ്രതിപാദിച്ച ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം, രാഷ്ട്രീയ സാമ്പദ്യ ബീമ യോജന പദ്ധതികൾക്ക് കൃത്യമായ പ്രവർത്തന മേഖലകൾ ഉണ്ട് എന്നതാണ് ഏറ്റവും ശ്രദ്ധേയമായ കാര്യം. മൂന്നാമത്തെ തലത്തിൽ വരുന്നത് രാജീവ് ആരോഗ്യശ്രീ തുടങ്ങിയ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതികളാണ്. ഇവയുടെ പ്രവർത്തന രീതികൾ വ്യത്യസ്തമാണെങ്കിലും അവ തമ്മിൽ ഒരു പാരസ്പര്യം നിലനിൽക്കുന്നുമുണ്ട്. അതിനാൽ ഇവ സംസ്ഥാനതലത്തിൽ ഏകോപിക്കപ്പെട്ടാൽ മുഴുവൻ പൗരന്മാർക്കും പ്രാഥമികവും ദ്വിതീയവും ത്രിതീയവുമായ തലങ്ങളിലുള്ള ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ലഭ്യമാക്കുന്നതിന് സാധിക്കും.

അതിനുമപ്പുറം പ്രതിരോധ നടപടികൾ വളരെ ഫലപ്രദമായി നടത്തുന്നതിനും പകർച്ചവ്യാധികളല്ലാത്ത രോഗങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രികളിൽ എത്താതെ പ്രാഥമിക തലത്തിൽതന്നെ ഫലപ്രദമായ ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനും ഇത്തരത്തിൽ ഗുണഭോക്താക്കളുടെ ആരോഗ്യ - ജീവിത നിലവാരം ഉയർത്തുന്നതിനും ഈ പദ്ധതികൾക്കു സാധിക്കുന്നു. അതിനാൽ ഭാവിയിൽ ഈ മൂന്നു പദ്ധതികളുടെയും പ്രവർത്തനം ഏകോപിപ്പിക്കുകയാണെങ്കിൽ വളരെ സുസജ്ജമായ ആരോഗ്യ പരിപാലന സംവിധാനം രാജ്യത്ത് നടപ്പാക്കാനാവും. അപ്പോൾ സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ എന്ന ലക്ഷ്യത്തിലേയ്ക്കുള്ള ഇന്ത്യയുടെ പ്രയാണം കൂടുതൽ എളുപ്പമാവുകയും ചെയ്യും.

**-ലോക ബാങ്ക് ദക്ഷിണേഷ്യ റീജിയന്റെ സീനിയർ ഹെൽത്ത് സ്പെഷ്യലിസ്റ്റാണ് ലേഖകൻ**

# പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖലയിലെ വെല്ലുവിളികൾ

ഡോ. ജേക്കബ് പുലിയേൽ

ഡോക്ടർ - രോഗീ സംവാദങ്ങൾ ഇപ്പോൾ കൂടുതൽ തുറന്നതും വിജ്ഞാനപ്രദവും കൃത്യമായി മനസിലാക്കുന്നതും പരസ്പരം ആശയങ്ങൾ പങ്കുവെച്ച് തീരുമാനങ്ങളെടുക്കാൻ ഇടം നൽകുന്നതുമാകുന്നു. മാത്രമല്ല ഇതു രോഗിയും ഡോക്ടറും പരസ്പര ധാരണകളിലെത്താൻ സഹായിക്കുന്നതുമാകുന്നു.

വൈദ്യശാസ്ത്രം പരമ്പരാഗതമായി പിതൃതൃപുത്ര മായ മേഖലയാണ്. വൈദ്യൻ രോഗിയോട് സുഖ പ്രാപ്തിക്കായി അയാൾ അനുവർത്തിക്കേണ്ട ചില കാര്യങ്ങൾ പറയുന്നു. രോഗിയുടെ ആഗ്രഹങ്ങളോ, വികാരങ്ങളോ, നിലയോ ഒന്നും പരിഗണിക്കുന്നില്ല. വൈദ്യർക്ക് എല്ലാം അറിയാം എന്നതാണ് വിശ്വാസം. രോഗികളുടെ മേൽ ആധിപത്യം പുലർത്തി തീരുമാനങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുന്നത് രോഗികൾക്ക് താല്പര്യമുള്ള കാര്യമല്ല എന്ന് വൈദ്യർക്കും അറിയാം. വൈദ്യരുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുമ്പോൾ അറിവിന്റെയും വിദ്യാഭ്യാസത്തിന്റെയും കാര്യത്തിലുള്ള അസമത്വം മൂലം രോഗികൾക്ക് അവരുടെ രോഗാവസ്ഥയെക്കുറിച്ചോ, അതിനുള്ള ചികിത്സയെ കുറിച്ചോ അഭിപ്രായം പറയാനും സാധ്യമല്ല. ജീവിതത്തിനു ഭീഷണിയായി നിൽക്കുന്ന രോഗത്തിന്റെ ഗുരുതരമായ അവസ്ഥയും അവരെ വല്ലാതെ അസ്വസ്ഥരാക്കുന്നു.

ഭാഗ്യവശാൽ ഈ സാഹചര്യത്തിലാണ് ആതുര സേവനം പുതിയ ഒരു കാലഘട്ടത്തിലേക്ക് - രോഗികളുടെ ശാക്തീകരണത്തിലേക്ക് രോഗികേന്ദ്രീകൃതമായ ഔഷധങ്ങളിലേക്ക് മാറിയിരിക്കുന്നത്. ഈ മാറ്റത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനം വളരെ വ്യാപകമായി അംഗീകരിക്കപ്പെട്ട രോഗികളുടെ അവകാശം എന്ന തത്വമാണ്. ഡോക്ടർ - രോഗീ സംവാദങ്ങൾ ഇപ്പോൾ കൂടുതൽ തുറന്നതും വിജ്ഞാനപ്രദവും, കൃത്യമായി മനസിലാക്കുന്നതും, പരസ്പരം ആശയങ്ങൾ പങ്കുവെച്ച് തീരുമാനങ്ങളെടുക്കാൻ ഇടം നൽകുന്നതുമാകുന്നു. മാത്രമല്ല ഇതു രോഗിയും ഡോക്ടറും തമ്മിൽ പര

സ്പര ധാരണകളിലെത്താൻ സഹായിക്കുന്നതുമാകുന്നു. ഈ ചോദ്യോത്തര മാതൃകയിൽ ഡോക്ടർ ഒരു കൗൺസിലറുടെ സ്ഥാനത്തേക്ക് ഉയരുന്നു. രോഗിയോട് അയാളുടെ രോഗാവസ്ഥയും അതിനു സ്വീകരിക്കുന്ന ചികിത്സാരീതിയും മറ്റും വ്യക്തമായി വിവരിച്ചു നൽകുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഈ മാറ്റങ്ങൾ ആശുപത്രികളിൽ വന്നുവെങ്കിലും നിർഭാഗ്യവശാൽ പൊതുജനാരോഗ്യമേഖലയിൽ ഇതിന് ഒരു സ്വാധീനവും ഉണ്ടാക്കാനായിട്ടില്ല. പ്രതിരോധകുത്തിവയ്പ്പിന്റെ കാര്യത്തിൽ ഈ മാറ്റം കാര്യങ്ങളെ എങ്ങനെ കുറെക്കൂടി വഷളാക്കി എന്നതാണ് ഈ ലേഖനം ചർച്ചചെയ്യുന്നത്. പൊതുജന വിശ്വാസ്യത വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് സഹായകരമായ കുറച്ചുകൂടി വ്യക്തവും പ്രാമാണികവും സുതാര്യവും യുക്തിഭദ്രവുമായി ഈ ശിശുസുരക്ഷാ സംവിധാനം നടപ്പാക്കാൻ പറ്റുന്ന മറ്റ് ഏതെങ്കിലും സാധ്യതകളുണ്ടോ എന്നും ഇവിടെ നാം അന്വേഷിക്കുന്നു.

## പൊതുജനാരോഗ്യവും വ്യക്തിസ്വാതന്ത്ര്യവും

പരമ്പരാഗത രീതിയിലുള്ള ചികിത്സാ സമ്പ്രദായത്തിൽ നിന്ന് അകന്നു പോകാനുള്ള അതിശക്തമായ ഒരു പ്രേരണ ഇന്ന് നമുക്കിടയിലുണ്ട്. ധർമ്മികവും പ്രായോഗികവുമായ പശ്ചാത്തലത്തിൽ നോക്കുമ്പോൾ പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖല വ്യക്തിസ്വാതന്ത്ര്യത്തിനു കുറച്ചുകൂടി പ്രാധാന്യം നൽകുന്ന രീതിയിലേക്ക് മാറേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്. എങ്കിൽ മാത്രമെ ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം മെച്ച



പ്പെടുകയുള്ളൂ. പഴയ രീതിയിലുള്ള ചികിത്സാ രീതികളെ പിന്താങ്ങുക എന്നാൽ പൊതുജനാരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെ വിശ്വാസ്യത തകർക്കുക എന്നതാണ് അതിനർത്ഥം. പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖലയിലെ പഴയരീതി വ്യക്തികളുടെ സ്വാതന്ത്ര്യം എന്ന ധർമ്മിക തത്വത്തെ സാവകാശത്തിൽ നശിപ്പിക്കുന്നു. രോഗനിർണയവും അത് അംഗീകരിക്കലുമാണ് പ്രധാനം എന്നാണ് ചൂണ്ടിക്കാണിക്കുന്നത്. രോഗിയുടെ സ്വാതന്ത്ര്യം എന്ന സങ്കല്പത്തിന് ധാരാളം ആരോഗ്യപരമായ ഗുണങ്ങളുണ്ട്. അതു പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കേണ്ടതുമാണ്. പക്ഷെ, പൊതുജനങ്ങളുടെ സമ്മതം ഉണ്ടെന്നു തെളിയിക്കേണ്ട ഉത്തരവാദിത്വം കൂടി.

പുറമെ പൊതുജന ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ ജനസാമാന്യത്തിനു മനസിലാക്കാനും അംഗീകരിക്കാനും വളരെ ബുദ്ധിമുട്ടുള്ളതുമായാൽ പൊതുസമൂഹത്തിന്റെ സമ്മതം തേടൽ ഒഴിവാക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നത് വിപരീത ഫലം ഉളവാക്കുകയും അതിലുള്ള വിശ്വാസം നഷ്ടപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യും. അതിനാൽ എപ്പോഴും കാര്യങ്ങൾ പൊതുജനത്തിനു വിശദീകരിച്ച് നല്കി അവരുടെ വിശ്വാസം ആർജ്ജിക്കുന്നതാണ് നല്ലത്.

**ദേശീയ ഉപദേശക സമിതി**

പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പു സംബന്ധിച്ച കാര്യങ്ങളിൽ ഉപദേശം നല്കുന്നതിനായി 2001-ൽ ഇന്ത്യാ ഗവൺമെന്റ് നാഷണൽ ടെക്നിക്കൽ അഡ്വൈസറി ഗ്രൂപ്പ് ഓൺ ഇമ്യൂണൈസേഷൻ എന്നപേരിൽ ഒരു സമിതി രൂപീകരിച്ചിരുന്നു. പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പുകൾ, പ്രത്യേകിച്ച് ദേശീയ രോഗപ്രതിരോധ പദ്ധതികൾക്ക് ഉപയോഗിക്കുന്ന പുതിയ കുത്തിവയ്പ്പുകൾ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതിനായി ആഗോളാടിസ്ഥാനത്തിൽ ഇത്തരം സമിതികൾ രൂപീകരിച്ചിരുന്നു. ഇതിനായി ലോകബാങ്കിൽ നിന്നും മറ്റ് അന്താരാഷ്ട്ര ഏജൻസികളിൽ നിന്നുമാണ് സമ്മർദ്ദങ്ങളുണ്ടാകുന്നത്.

രാജ്യത്ത് പ്രതിരോധിക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്ന രോഗത്തിന്റെ ഗുരുതരാവസ്ഥ, കുത്തിവയ്പിന്റെ സുരക്ഷിതത്വം, പ്രയോഗക്ഷമത, സാമ്പത്തിക ചെലവ് തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങൾ പഠിച്ച ശേഷമാണ് ദേശീയ പദ്ധതികളിൽ ഇത്തരം വാക്സിനുകൾ ഉപയോഗിക്കുന്നത്. ആളുകൾ ഇതിനെ അംഗീകരിക്കുന്നുണ്ടോ എന്ന വിഷയവും ഇത്തരം വാക്സിനുകളുടെ കാര്യത്തിൽ പരിഗണിക്കാറുണ്ട്. ലോക ആരോഗ്യ അസംബ്ലിയുടെ 45.17-ാം പ്രമേയം,

ദേശീയ രോഗപ്രതിരോധ പരിപാടികളിൽ ചെലവുകുറഞ്ഞ പുതിയ വാക്സിനുകൾ ഉപയോഗിക്കണമെന്ന് അംഗരാജ്യങ്ങൾക്കു മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശം നല്കുന്നു. എന്നാൽ, പ്രാദേശികമായ സാമ്പത്തിക ബാധ്യതയൊന്നും പരിഗണിക്കാതെയാണ് റൊട്ടാവൈറസ് പോലുള്ള പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പുകൾ നിർബന്ധമായും ഉപയോഗിക്കണമെന്ന് ലോക ആരോഗ്യ സംഘടന ശുപാർശ ചെയ്തത്. പക്ഷെ, സ്റ്റോബൽ അലയൻസ് ഫോർ വാക്സിൻ ആൻഡ് ഇമ്യൂണൈസേഷൻ പോലുള്ള സംഘടനകൾ വികസന രാഷ്ട്രങ്ങളെ പ്രേരിപ്പിക്കുന്നത് സാമ്പത്തിക സഹായങ്ങൾ പ്രയോജനപ്പെടുത്തി പുതിയ വാക്സിനുകൾ ഉപയോഗിക്കാനാണ്. വാക്സിൻ രാജ്യത്തെ രോഗ പ്രതിരോധ പരിപാടിയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയ ശേഷം സഹായം പിൻവലിക്കുമ്പോൾ മാത്രമെ മൊത്തം ചെലവു മനസിലാക്കാൻ സാധിക്കുകയുള്ളൂ. ദേശീയ രോഗപ്രതിരോധ പദ്ധതികളിൽ രാജ്യത്തിന്റെ സാമ്പത്തിക ഭാരമോ, സാംക്രമിക രോഗങ്ങളുടെ ഗുരുതരാവസ്ഥയോ പരിഗണിക്കാതെ പുതിയ വാക്സിനുകൾ ഉപയോഗിക്കാൻ ഗവൺമെന്റുകളുടെ മേലുള്ള ഇത്തരം സമ്മർദ്ദം ലോക ആരോഗ്യ അസംബ്ലിയുടെ 45.17-ാം പ്രമേയത്തിന്റെ ഉദ്ദേശ്യശുദ്ധിയെ തന്നെ ഫലത്തിൽ ഇല്ലാതാക്കുന്നു. അതിനാൽ പുതിയ വാക്സിനുകൾ വാങ്ങാൻ ഉദ്ദേശിക്കുമ്പോൾ അധികൃതർ തീർച്ചയായും അതിന്റെ സാമ്പത്തിക ചെലവു കൂടി നിശ്ചയമായും വിലയിരുത്തേണ്ടതുണ്ട്.

അടുത്തനാൾവരെ ഒരു വാക്സിൻ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുമ്പോൾ ഉപദേശകസമിതിയുടെ സബ്കമ്മിറ്റി അതു സംബന്ധിച്ച് ലഭ്യമായ എല്ലാ വിവരങ്ങളും ശേഖരിച്ച് പഠിക്കുകയും ദേശീയ രോഗപ്രതിരോധ പരിപാടിയിൽ അത് ഉപയോഗിക്കണമോ എന്നതു സംബന്ധിച്ച് വിദഗ്ധരുമായി ചർച്ച നടത്തുകയും ചെയ്യുമായിരുന്നു.

എന്നാൽ ഈ തുറന്ന നിലപാടിന്റെ അനന്തര ഫലം എന്നോണം ഉപദേശകസമിതിയുടെ തീരുമാനങ്ങൾ പുനപരിശോധനയ്ക്കു വിധേയമാക്കപ്പെടുകയും, പ്രത്യേക തെളിവുകൾ മാത്രം ചൂണ്ടിക്കാണിച്ചതിനെതിരെ നിശിതമായ വിമർശനങ്ങൾ ഉയരുകയും ചെയ്തിരുന്നു. ഉദാഹരണത്തിന് 1997 മുതൽ 1999 വരെ ഏകദേശം 6.5 ലക്ഷം ആളുകളിൽ പടർന്നു പിടിച്ച മുണ്ടിനിർ രോഗത്തിനെതിരെ വളരെ അത്ഭുതകരമായ ഫലം കണ്ട വാക്സിനാണ് മിൻസ് എത്അൽ. അഞ്ചു വയസിൽ താഴെ

പ്രായമുള്ള 100,000 കുട്ടികളിൽ ഒരാൾക്ക് എന്ന കണക്കിലായിരുന്നു മുണ്ടിനീർ. ഇതിനെതിരെ രാജ്യവ്യാപകമായി പ്രതിരോധകുത്തിവയ്പ്പ് നടത്തുകയുണ്ടായി. എന്നിട്ടും ഉപദേശകസമിതിയുടെ രേഖകളിൽ പ്രതിവർഷം 52,000 പുതിയ കേസുകൾ ആണ് രേഖപ്പെടുത്തപ്പെട്ടത്. ഇതിന്റെ അടിസ്ഥാനമാക്കട്ടെ, കേരളത്തിലെ ഒരു ജില്ലയിൽ മുണ്ടിനീർ ഉണ്ട് എന്ന സങ്കല്പത്തിൽ നടത്തിയ ഒരു സ്ഥിതിവിവര കണക്കു ശേഖരണവും.

**ഉപദേശക സമിതി പുനഃസംഘടന**

ഈ പശ്ചാത്തലത്തിലാണ് 2013 ജൂണിൽ നാഷണൽ ടെക്നിക്കൽ അഡ്വൈസറി ഗ്രൂപ്പ് ഓൺ ഇമ്യൂണൈസേഷൻ പുനഃസംഘടിപ്പിക്കുകയും ഇതിനെ സഹായിക്കാൻ പുതിയതായി ഒരു ഇമ്യൂണൈസേഷൻ ടെക്നിക്കൽ സപ്പോർട്ട് യൂണിറ്റ് രൂപീകരിക്കുകയും ചെയ്തത്. സപ്പോർട്ട് യൂണിറ്റിനുള്ള സാമ്പത്തിക സഹായം നൽകിയത് ബിൽ ആൻഡ് മെലിൻഡ ഗേറ്റ്സ് ഫൗണ്ടേഷനാണ്. പുതിയ വാക്സിനുകൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള സംവിധാനം ത്വരിതപ്പെടുത്തുന്നതിനു സാങ്കേതികവും നിർവഹണപരവുമായ സഹായങ്ങളാണ് ഫൗണ്ടേഷൻ നൽകിയത്. രഹസ്യാത്മകത സൂക്ഷിക്കുന്നതു സംബന്ധിച്ച് വിദ്യാഭ്യാസ, ഗവേഷണ, സാങ്കേതിക സ്ഥാപനങ്ങൾക്കു പുതിയ പെരുമാറ്റച്ചട്ടം നടപ്പിലാക്കുകയും ചെയ്തു. ഇതിൻ പ്രകാരം ഒരു അംഗവും, ഉപദേശകസമിതി യോഗങ്ങളിൽ ചർച്ചചെയ്ത വിഷയങ്ങൾ കമ്മിറ്റിയിൽ നിന്നു പുറത്തുപോയി 10 വർഷം കഴിഞ്ഞു പോലും പരസ്യപ്പെടുത്താൻ പാടില്ലാത്തതാകുന്നു. ഈ കമ്മിറ്റിയെ നിയമിക്കുന്നത് ഗവൺമെന്റാണ്. അത് ജനസംഖ്യാടിസ്ഥാനത്തിലോ, വിവിധ മേഖലകളിലെ വൈദഗ്ധ്യം മാനദണ്ഡമാക്കിയോ അല്ല. യോഗങ്ങളിൽ അംഗങ്ങൾക്ക് വോട്ടവകാശവും ഇല്ല. തീരുമാനങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുന്നത് മേശപ്പുറത്ത് വയ്ക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന തെളിവുകളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മാത്രമാകുന്നു. അല്ലാതെ അനുകൂലമായി ലഭിച്ച വോട്ടിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ അല്ല. രഹസ്യാത്മകത സംബന്ധിച്ച പുതിയ നിബന്ധനകൂടി നടപ്പിലായതോടെ പൊതുജനത്തിന് തീരുമാനങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച് ഒരു വിവിരവും ലഭിക്കില്ല എന്ന സ്ഥിതി വന്നു. ഇതുകൊണ്ടാണ് അവതരിപ്പിച്ച നിർണായകമായ വിവരങ്ങൾ, ഉപദേശകസമിതി വിശ്വാസയോഗ്യമായ രീതിയിൽ രേഖപ്പെടുത്തുകയും അതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ തീരുമാനങ്ങൾ എടുക്കുകയും ചെയ്യുന്നത്. ആദ്യയോഗ

ത്തിന്റെ തീരുമാനങ്ങൾ ഇതുവരെ പ്രസിദ്ധപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല. രേഖകളിൽ വേണ്ട വിശദീകരണങ്ങൾ ഇല്ലെങ്കിൽ പൊതുജനം അതിനെ സംശയത്തോടെ മാത്രമേ കാണുകയുള്ളൂ. മാത്രവുമല്ല ഇത്രവലിയ രഹസ്യ സ്വഭാവം ഏർപ്പെടുത്തിയതിനു പിന്നിൽ മറ്റെന്തെങ്കിലും കാനാതിരിക്കില്ല എന്നു ആളുകൾ തെറ്റിദ്ധരിക്കുകയും ചെയ്തേക്കാം. ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ മേൽ പൊതു സമൂഹത്തിനുള്ള വിശ്വാസ്യത തകരാനും ഇതു കാരണമായേക്കാം.

**മെച്ചപ്പെട്ട വിദേശ മാതൃകകൾ**

ഭാഗ്യവശാൽ പല വിദേശരാജ്യങ്ങളിലും വിവിധ തരത്തിലുള്ള വാക്സിൻ ഉപദേശക സമിതികൾ നിലവിലുണ്ട്. അവയിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് ഇന്ത്യയ്ക്കു മാതൃകയായി സ്വീകരിക്കാവുന്നതാണ്. കമ്മിറ്റിയെ തെരഞ്ഞെടുക്കുന്ന കാര്യത്തിൽ ആരോഗ്യമന്ത്രാലയത്തിന് എല്ലാ സ്വാതന്ത്ര്യവും നൽകിയത് വോട്ടിംങ്ങ് ഒഴിവാക്കാനാണ്. അമേരിക്കയിൽ ഈ കമ്മിറ്റി യുഎസ് അഡ്വൈസറി കമ്മിറ്റി ഓൺ ഇമ്യൂണൈസേഷൻ പ്രാക്ടീസ് എന്നാണ് അറിയപ്പെടുന്നത്. ഇതിലേക്ക് അംഗങ്ങളെ തെരഞ്ഞെടുക്കുന്നത് ഗവൺമെന്റ് വിജ്ഞാപനം വഴിയാണ്. നിശ്ചിതകാലയളവു കഴിയുമ്പോൾ ഈ അംഗങ്ങൾ സ്ഥാനം ഒഴിയും. അംഗങ്ങളുടെ ഒഴിവുണ്ടാകുമ്പോൾ നാമനിർദ്ദേശം ക്ഷണിക്കും. വെബ്സൈറ്റിലും ഫെഡറൽ രജിസറ്ററിലും ഇത് കാണാം. വർഷം തോറും അംഗങ്ങളെ നിർദ്ദേശിക്കുകയും ചെയ്യാം. പൊതുജനങ്ങൾക്കും സ്ഥാപനങ്ങൾക്കും ഇതിന് അവകാശമുണ്ട്. അംഗത്വത്തിനുള്ള അപേക്ഷാഫാറം സുതാര്യവും ലളിതവുമാണ്.

**തീരുമാനങ്ങൾക്ക് നിയമാവലി**

പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖലയെ പരമ്പരാഗതമായ ശൈലിയിൽ നിന്ന് മാറ്റാൻ ഉടൻ ചെയ്യേണ്ടത് തീരുമാനങ്ങളെ യുക്തിപരമായി വിശദീകരിക്കാനുള്ള നടപടി സ്വീകരിക്കുക എന്നതാണ്. കാര്യങ്ങൾ ഒരിക്കൽ വിശദീകരിച്ചാൽ പൊതുജനത്തിന് അതു മനസ്സിലാകും. അതിൽ താല്പര്യമുണ്ടാകും, അതിന് അവർ വേണ്ട പിന്തുണയും നൽകും. അതിനാൽ ഉപദേശകസമിതിയുടെ തീരുമാനങ്ങൾ സുതാര്യമാക്കേണ്ടതുണ്ട്. പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പുകൾ തെരഞ്ഞെടുക്കുമ്പോൾ ആ തീരുമാനം യുക്തി ഭദ്രവും ഗണിതശാസ്ത്ര പരവും ആണെങ്കിൽ മാത്രമേ അത് പൊതുജനത്തിനു മുന്നിൽ അവതരിപ്പിക്കാനും അവരുടെ പിന്തുണ നേടാനും എളുപ്പമാകൂ. ചുരുക്കത്തിൽ പൊതു



മാർഗ്ഗരേഖ ഇതാണ് - ഇടപാടുകളുടെ ചെലവ് മൊത്ത പ്രതിശീർഷ ദേശീയ ഉത്പാദനത്തേക്കാൾ കുറവായിരിക്കണം. ഗുണമേന്മയിൽ, എത്ര വർഷത്തേയ്ക്കാണ് ഇത്തരം കുത്തിവയ്പ്പുകൾക്ക് കാലാവധി എന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തണം. മുടക്കുന്ന പണത്തിനുള്ള മുല്യം ലഭിക്കണം. സൂക്ഷ്മ സമ്പദ്വ്യവസ്ഥയും ആരോഗ്യവും സംബന്ധിച്ച ലോകാരോഗ്യ സംഘടനാ കമ്മീഷന്റെ അഭിപ്രായത്തിൽ ഒരു വർഷത്തെയെങ്കിലും കാലാവധിയുള്ള കുത്തിവയ്പ്പുകൾക്കായി മൊത്ത ആഭ്യന്തര പ്രതിശീർഷ ഉത്പാദനത്തിന്റെ മൂന്ന് ഇരട്ടിവരെയുള്ള ഇടപാടുകൾ ഉചിതവും ചെലവഴിക്കുന്ന പണത്തിനു മുല്യമുള്ളതുമാണ്.

**ഉപയോഗ ഫലം**

കുത്തിവയ്പ്പ് എത്ര പേർക്ക് ആവശ്യമാണ് എന്ന കണക്ക് കൃത്യമായി രേഖപ്പെടുത്തണം. ഈ കണക്കു കൂട്ടലുകൾ കൃത്യമാവണം. അപകട - ആനുകൂല്യം കുറഞ്ഞതും, ചെലവഴിക്കുന്ന തുകയുടെ മുല്യമില്ലാത്തതും സാധാരണക്കാരനു ചെലവു താങ്ങാൻ സാധിക്കാത്തതുമായ കുത്തിവയ്പ്പുകൾ ഒരിക്കലും ശിപാർശ ചെയ്യരുത്. താങ്ങാവുന്നതും നൽകുന്ന പണത്തിന്റെ മുല്യമുള്ളതുമായാൽ പോലും പദ്ധതിയുടെ പ്രയോജനക്ഷമത വിലയിരുത്തപ്പെടണം. ഇത് ജനത്തിന് ഉപകാരപ്പെടുന്നുണ്ടോ എന്ന് പരിശോധിക്കണം. ഇതിനായി ചെലവഴിച്ച പണം പാഴായില്ല എന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തണം.

ഉദാഹരണത്തിന് പോളിയോ നിയന്ത്രണത്തിന് 350 കോടി ചെലവഴിച്ചു. ഓരോ 10000 രൂപ ചെലവഴിച്ചപ്പോഴും രക്ഷപ്പെടുത്താൻ സാധിച്ചത് ഒരു കുട്ടിയെ മാത്രമാണ് എന്നു കരുതുക. റോട്ടാവൈറസ് നിയന്ത്രണത്തിന് 200 കോടി ചെലവഴിക്കുന്നു, 20000 രൂപ ചെലവഴിക്കുമ്പോൾ ഒരാളെ രക്ഷപ്പെടുത്തുന്നു. ക്ഷയരോഗ നിയന്ത്രണത്തിനായി 700 കോടി ചെലവഴിക്കുന്നു, 5000 രൂപ ചെലവഴിക്കുമ്പോൾ ഒരാളെ രക്ഷപ്പെടുത്താൻ സാധിക്കുന്നു. ഇവിടെ ആദ്യം സ്വീകരിക്കേണ്ടത് ക്ഷയരോഗ നിയന്ത്രണത്തിനുള്ള പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പാണ്. 5000 രൂപ ചെലവഴിക്കുമ്പോൾ ഒരാളുടെയെങ്കിലും ജീവൻ രക്ഷിക്കാൻ സാധിക്കുന്നുണ്ടല്ലോ. ഇത് നടപ്പാക്കിയാൽ ബജറ്റിൽ ബാക്കി 300 കോടിയെ ബാക്കി കാണൂ. അടുത്തതായി സ്വീകരിക്കേണ്ടത് പോളിയോ നിയന്ത്രണ പരിപാടിയാ

ണ്. റോട്ടാവൈറസ് നിയന്ത്രണത്തിന് 200 കോടി മാത്രമെ ചെലവു വരുന്നുള്ളൂ. ഇതു പോളിയോ നിർമ്മാർജ്ജന പദ്ധതിയ്ക്കു വരുന്ന 350 കോടിയേക്കാൾ കുറവാണ്. എന്നാലും പോളിയോ നിർമ്മാർജ്ജന പദ്ധതിക്കാണ് മുൻഗണന നൽകേണ്ടത്. അതാണ് കൂടുതൽ പ്രയോജനകരം.

**പൊതുജന പങ്കാളിത്തം**

ഇംഗ്ലണ്ടിലെ നാഷണൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ കെയർ ആന്റ് ഹെൽത്ത് എക്സലൻസ് സ്വീകരിച്ചിരിക്കുന്ന നടപടികൾ ഇക്കാര്യത്തിൽ പിന്തുടരാവുന്നതാണ്. ഏതു പ്രതിരോധ മരുന്നാണ് ഉപയോഗിക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്നത് എന്ന് ആദ്യം ഗവൺമെന്റ് പരസ്യപ്പെടുത്തണം. ഗുണഭോക്താക്കൾ (രോഗികൾ, ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ, വിദ്യാഭ്യാസ സ്ഥാപനങ്ങൾ, മരുന്നു നിർമ്മാണ കമ്പനികൾ, തൊഴിലാളി യൂണിയനുകൾ, ലോകാരോഗ്യ സംഘടന പോലുള്ള സ്ഥാപനങ്ങൾ)ക്ക് അപ്പോൾ അഭിപ്രായം രേഖപ്പെടുത്താം. ഇവിടെ പൊതുജന പങ്കാളിത്തം അനിവാര്യമാണ്.

അടുത്ത ഘട്ടത്തിൽ ഉപദേശക സമിതിയുടെ ഉപസമിതി ഇതിന്റെ ഔഷധഗുണം, സാമ്പത്തിക വശം എന്നിവ വിലയിരുത്തണം. ഇതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശം തയ്യാറാക്കാം. കൂടുതൽ തെളിവുകൾ ഗുണഭോക്താക്കൾ നൽകുന്ന മുറയ്ക്ക് ഉപദേശക സമിതിക്ക് ഈ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശം പരിഷ്കരിക്കാവുന്നതാണ്. വളരെ വിലപ്പെട്ട നിർദ്ദേശങ്ങൾ ഗുണഭോക്താക്കളിൽ നിന്നുണ്ടാകുന്ന പക്ഷം ഒരു സ്വതന്ത്ര പാനൽ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ പുന: പരിശോധിക്കണം. അന്തിമ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശ രേഖ ഉപദേശക സമിതിയും ഗവൺമെന്റും സംയുക്തമായി പ്രസിദ്ധീകരിക്കണം. ഇത് പൊതുജനങ്ങൾക്കിടയിൽ വിശ്വാസ്യത സൃഷ്ടിക്കും.

**സാമ്പത്തിക സഹായം**

ഇതിന് വലിയ സാമ്പത്തിക ചെലവു വരുന്നില്ല. വിദേശ ഏജൻസികളിൽ നിന്നുള്ള സഹായം പരമാവധി ഒഴിവാക്കണം. അപ്പോൾ തീരുമാനങ്ങളിൽ അവരുടെ സമ്മർദ്ദവും ഒഴിവാകും. ഇതിന് ആവശ്യം ഉദ്യോഗസ്ഥരുടെ നിലപാടുകളിലുള്ള മാറ്റമാണ്.

**ഡൽഹി സെന്റ് സ്റ്റീഫൻസ് ഹോസ്പിറ്റലിൽ ശിശുരോഗ വിഭാഗം തലവനാണ് ലേഖകൻ**



# ആരോഗ്യമേഖലയ്ക്ക് പുത്തനുണർവ്വേകി ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം

ഡോ. എം. ബീന

പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനത്തെ വികേന്ദ്രീകരിക്കുന്നതിനും സാമൂഹ്യവൽക്കരിക്കുന്നതിനും വേണ്ടിയുള്ള സംവിധാനം ഒരുക്കുന്നതിലാണ് ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യത്തിന്റെ നൂതനത്വം ദർശിക്കുവാൻ കഴിയുന്നത്. മെച്ചപ്പെട്ട ഭൗതികശേഷി, മനുഷ്യവിഭവശേഷി, മികച്ച മെഡിക്കൽ ഉപകരണങ്ങൾ, വിവിധ മേഖലകളെ സംയോജിപ്പിക്കൽ എന്നിവയും ഇതിലൂടെ സാധ്യമാകുന്നു. എൻ.ആർ.എച്ച്.എം വഴി ഫണ്ടുകൾ വിനിയോഗിക്കുന്നതിൽ വന്ന വർദ്ധന ആരോഗ്യസംരക്ഷണ സംവിധാനത്തിന്റെ ശേഷി വർദ്ധിക്കുന്നതിന്റെ ശരിയായ സൂചകമാണ്.

ഏതൊരു സമൂഹത്തിന്റെയും സാമൂഹ്യ - സാമ്പത്തിക പുരോഗതിയിൽ കേന്ദ്രസ്ഥാനമാണ് ആരോഗ്യത്തിനുള്ളത്. സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക മേഖലകളിൽ കേരളത്തിനു കൈവരിക്കാൻ കഴിഞ്ഞ നേട്ടങ്ങൾ ആഗോളതലത്തിൽ തന്നെ ചർച്ചാ വിഷയമാണ്.

ആരോഗ്യ-വിദ്യാഭ്യാസ മേഖലകളിൽ സംസ്ഥാനത്തിനു കൈവരിക്കാൻ കഴിഞ്ഞ നേട്ടങ്ങൾ ശ്രദ്ധേയമാണ്. സാമ്പത്തികമായി ഏറെ പുരോഗതി നേടിയ പല രാജ്യങ്ങളുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുമ്പോൾ ആരോഗ്യമേഖലയിൽ കേരളത്തിനു കൈവരിക്കുവാൻ കഴിഞ്ഞ നേട്ടങ്ങൾ നിസ്തുലമാണ്. ആരോഗ്യമേഖലയിൽ കൂടുതൽ തുക ചെലവിടുന്നതും ജാഗ്രത്തായ പൊതുസമൂഹവുമാണ് ഈ പുരോഗതിയുടെ മുഖ്യ കാരണം.



ആതുരശുശ്രൂഷാ രംഗത്ത് മെച്ചപ്പെട്ട സേവനം ഉറപ്പാക്കാനുദ്ദേശിച്ച് 2005-12 കാലയളവിൽ ദേശീയതലത്തിൽ നടപ്പിലാക്കി വരുന്ന ഒരു കർമ്മപരിപാടിയാണ് ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം (എൻ.ആർ.എച്ച്.എം).

കേരളത്തിലെ പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖലയെ ശക്തിപ്പെടുത്തുന്നതിനും, ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ത്വരിതപ്പെടുത്തുന്നതിനുമായി ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യ പ്രകാരം വിവിധ പദ്ധതികൾ 2005-06 മുതൽ കേരളത്തിൽ നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു. ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ ഉയർച്ചയ്ക്ക് ഉൾപ്രേരകമായി പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ടെന്ന് നിസംശയം പറയാം. ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം തുടങ്ങിവച്ച പ്രവർത്തനങ്ങൾ ആശാവഹവും ഫലപ്രദവുമാണ്. ഈ ദൗത്യം വഴി സംസ്ഥാനത്ത് അത്യന്താപേക്ഷിതവും പ്രാധാന്യമുള്ളതുമായ വിവിധപരിപാടികളാണ് നടന്നു വരുന്നത്.

ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം പരിപാടിയുടെ നടത്തിപ്പിനായുള്ള ധനസഹായം ലഭിക്കുന്നത് സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ സൊസൈറ്റി വഴിയാണ്. സംസ്ഥാനത്ത് എൻ.ആർ.എച്ച്.എം പദ്ധതികൾ നടപ്പിലാക്കുന്നതിനു വേണ്ടി കേന്ദ്ര സർക്കാർ ഗ്രാന്റ് ഇൻ എയ്ഡ് ആയിട്ടാണ് ധനസഹായം സംസ്ഥാന സൊസൈറ്റിയ്ക്ക്

നൽകുന്നത്. ജില്ലാ സൊസൈറ്റികളുടെ കീഴിലെ പൊതുജനാരോഗ്യ സ്ഥാപനം വഴിയാണ് പ്രധാനമായും എൻ ആർ എച്ച് എം പരിപാടികൾ നടപ്പാക്കിവരുന്നത്.

**ഘടനാപരമായ തിരുത്തലുകൾ... ശരിയായ കാൽവയ്പ്പുകൾ...**

സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ ജീവനക്കാരുടെ വിന്യാസം 1965 ലെ ഉദ്യോഗസ്ഥ വിന്യാസചട്ട പ്രകാരമാണ്. വർദ്ധിച്ച് വരുന്ന രോഗികളുടെ എണ്ണത്തിന് (ചികിത്സതേടി പോകുന്നവർക്കും, ചികിത്സക്കായി ആശുപത്രികളിൽ പ്രവേശിക്കപ്പെടുന്നവർക്കും) ആനുപാതികമായി സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിന് ഇത് പര്യാപ്തമായിരുന്നില്ല. ഇതോടൊപ്പം കാലപ്പഴക്കം ചെന്ന കെട്ടിടങ്ങളും ഉപകരണങ്ങളും കൂടി ആയപ്പോൾ പൊതുജനാരോഗ്യമേഖലയിൽ നിന്നും രോഗികൾ അകലുകയും സ്വകാര്യ മേഖലയിൽ എത്തുകയും ചെയ്തു. സ്വകാര്യമേഖല അഭിവൃദ്ധിപ്പെടാൻ ഇടയാക്കി. 70% തോളും രോഗികളും സ്വകാര്യമേഖലയുടെ സേവനം തേടി. വാക്സിനേഷൻ സേവനങ്ങൾ തുടങ്ങി വളരെ കുറഞ്ഞ സേവനങ്ങൾ മാത്രമാണ് പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖല കൈകാര്യം ചെയ്തത്. അങ്ങനെ ചികിത്സാചെലവ് വളരെയേറെ വർദ്ധിക്കുന്നതിന് കാരണമാവുകയും പാവപ്പെട്ട രോഗികൾക്ക് ഗുണമേന്മയുള്ള സേവനങ്ങൾ അപ്രാപ്യമാവുകയും ചെയ്തു. ഈ സാഹചര്യത്തിന് മാറ്റം വരുത്തുന്നതിനായി എൻ.ആർ.എച്ച്.എം ആരോഗ്യസേവന മേഖലയിൽ ഊന്നൽ നൽകിയത് മനുഷ്യവിഭവശേഷി വർദ്ധിപ്പിക്കൽ, അടിസ്ഥാനസൗകര്യങ്ങൾ ഒരുക്കൽ, ചികിത്സാ ചെലവുകൾ ഗണ്യമായി കുറയ്ക്കുക എന്നിവയ്ക്കാണ്.

പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനത്തെ വികേന്ദ്രീകരിക്കുന്നതിനും സാമൂഹ്യവല്ക്കരിക്കുന്നതിനും വേണ്ടിയുള്ള സംവിധാനം ഒരുക്കുന്നതിലാണ് ദൗത്യത്തിന്റെ നൂതനത്വം ദർശിക്കുവാൻ കഴിയുന്നത്. മെച്ചപ്പെട്ട ഭൗതികശേഷി, മനുഷ്യവിഭവശേഷി, മികച്ച മെഡിക്കൽ ഉപകരണങ്ങൾ, വിവിധ മേഖലകളെ സംയോജിപ്പിക്കൽ എന്നിവയും ഇതിലൂടെ സാധ്യമാകുന്നു. എൻ.ആർ.എച്ച്.എം വഴി ഫണ്ടുകൾ വിനിയോഗിക്കുന്നതിലെ വന്ന വർദ്ധന ആരോഗ്യസംരക്ഷണ സംവിധാനത്തിന്റെ ശേഷി വർദ്ധിക്കുന്നതിന്റെ ശരിയായ സൂചകമാണ്. നിർവ്വഹണത്തിലെ കാര്യശേഷി, വികേന്ദ്രീകൃതമായ ഭരണസംവി

ധാനം, ധനവിനിയോഗത്തിലെ കാർക്കശ്യക്കുറവ് മുതലായവയാണ് ധനവിനിയോഗം വർദ്ധിക്കാനുള്ള കാരണങ്ങൾ. തീരുമാനങ്ങൾ കൈക്കൊള്ളുന്നതിലും ഭരണ നിർവ്വഹണത്തിലും വികേന്ദ്രീകരണം സാധ്യമാക്കിയതിലൂടെ പരിപാടികൾ അതിവേഗം നടത്തുവാനായി. തീരുമാനങ്ങൾ കൈക്കൊള്ളുന്ന അധികാരം കൈമാറ്റം ചെയ്യുക മാത്രമല്ല സാമ്പത്തിക സ്രോതസ്സ് വർദ്ധിക്കുകയും ഭരണപരമായ അനുമതി ലഭിക്കുന്നതിനുള്ള പരമ്പരാഗത വഴികളായ ഒരു ചെറിയ പ്രവൃത്തിക്കു പോലും സംസ്ഥാനതല അനുമതിവേണമെന്ന ആവശ്യമില്ലാതാവുകയും ചെയ്തു. ഇത് സുതാര്യത വർദ്ധിപ്പിക്കുകയും ധനവിനിയോഗത്തിൽ ഗണ്യമായ പുരോഗതി കൈവരുത്തുകയും ചെയ്തു. മുമ്പ് നിലനിന്നതിൽ നിന്നും വ്യത്യസ്തമായി ജില്ലാഭരണ നിർവ്വഹണ സംവിധാനത്തിന് ജനപങ്കാളിത്തത്തോടെ നടപ്പിലാക്കുന്ന പദ്ധതികൾക്ക് ആവശ്യമായ തുകക്കു അനുമതി നൽകാൻ കഴിയും.

**ആരോഗ്യം മുഖ്യധാരയിലേക്ക്**

ആരോഗ്യകേരളം സ്വീകരിച്ച പുരോഗമനാത്മകമായ നടപടികൾ പൊതുജനാരോഗ്യ സേവന സംവിധാനങ്ങളിൽ ജനങ്ങളുടെ വിശ്വാസം തിരികെക്കൊണ്ടുവരുന്നതിൽ മാത്രമല്ല അതിന്റെ സ്വീകാര്യത വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിലും സേവനങ്ങളുടെ ഗുണനിലവാരം കൂട്ടുന്നതിലും, ഉപഭോക്താക്കളുടെ പ്രതീക്ഷയും പ്രതികരണവും വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിൽ സഹായകമായി. പരമ്പരാഗതമായി ആരോഗ്യമേഖലയുടെ ഭാഗമല്ലാതിരുന്ന വിദ്യാഭ്യാസം, ശുദ്ധജല വിതരണം മുതലായവയെ മുഖ്യധാരയിലേക്ക് കൊണ്ടുവന്നു.

ഇതിനൊക്കെപുറമെ എൻ.ആർ.എച്ച്.എം പ്രത്യേക വിഭാഗങ്ങളുടെ ആരോഗ്യകാര്യത്തിൽ ഗണ്യമായ വ്യത്യാസം കൈവരിക്കാൻ സാധിക്കുന്ന നൂതന സംരംഭങ്ങൾ ആരംഭിക്കുന്നതിനു സഹായങ്ങൾ നൽകി. മൊബൈൽ ക്ലിനിക്കുകൾ വഴി ആദിവാസി മേഖലകളിലും ഏറണാകുളം ആലപ്പുഴ ജില്ലകളിൽ ഒഴുകി നടക്കുന്ന ഡിസ്പെൻസറികൾ വഴിയും അപ്രാപ്യരെന്നു കരുതിയിരുന്നവരുടെ അടുക്കലേക്ക് ആരോഗ്യസേവനം എത്തിക്കുന്നതിന് സാധിച്ചു.

ജീവിതശൈലീരോഗ പ്രതിരോധ പരിപാടികൾ, വിദ്യാലയ ആരോഗ്യ പരിപാടി ആരോഗ്യകിരണം (RBSK), സമഗ്ര ആരോഗ്യ പദ്ധതി, റേഡിയോ ഹെൽത്ത് തുടങ്ങിയവയ്ക്ക് ജനങ്ങളുടെ



വലിയ സ്വീകാര്യത ലഭിച്ചു. കേരള എമർജൻസി മെഡിക്കൽ സർവീസസ് പ്രോജക്ട് (KEMP), എന്ന പേരിൽ ആവിഷ്കരിച്ച 108 ആംബുലൻസ് പരിപാടിയിലൂടെ നൂറുകണക്കിന് ആളുകളുടെ ജീവൻ രക്ഷിക്കാനായി. ASHA പ്രവർത്തകരുടെ ഉത്തരവാദിത്വങ്ങൾ പുനർനിർണ്ണയം നടത്തി ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങളെ നിരീക്ഷിക്കുവാൻ ഏല്പിച്ചത് സംസ്ഥാനത്തെ സുപ്രധാന ചുവടുവയ്പാണ്.

ഭൗതിക സാഹചര്യം മെച്ചപ്പെടുത്തിയതിലൂടെയും മനുഷ്യവിഭവശേഷി വർദ്ധിപ്പിച്ചതിലൂടെയും ഇന്ന് ധാരാളം പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ 24 മണിക്കൂറും സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കി വരുന്നു. പ്രവർത്തനം നിലച്ചുകിടന്ന കുറച്ചു സ്ഥാപനങ്ങൾ പൂർണ്ണമായി പ്രവർത്തിക്കാനും തുടങ്ങി. സർക്കാർ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിലെ പ്രസവങ്ങളുടെ എണ്ണം വർദ്ധിച്ചു. ഒ.പി കേസുകളിലും വർദ്ധനയുണ്ടായി. മാതൃമരണനിരക്ക് 81 ൽ നിന്നും 66 ആയി കുറഞ്ഞത് ആരോഗ്യകേരളം പദ്ധതിയിലൂടെ രോഗപ്രധിരോധ ചികിത്സാ സംവിധാനങ്ങൾ മെച്ചപ്പെടുത്തിയതിലൂടെയാണ്.

അപ്രാപ്യ മേഖലകളിൽ സേവനങ്ങൾ നൽകുക എന്നത് എൻ.ആർ.എച്ച്.എമ്മിന്റെ പ്രധാന പരിപാടികളിൽ ഒന്നായിരുന്നു. ഈ രംഗത്ത് വളരെ വലിയ പുരോഗതിയാണ് ഉണ്ടാക്കാനായത്. പാലക്കാട് ജില്ലയിലെ കോട്ടത്തറയിൽ ട്രൈബൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ആശുപത്രിയിൽ ആയിരക്കണക്കിന് പട്ടികവർഗ്ഗ കുടുംബങ്ങൾ ചികിത്സ തേടുന്നു. അട്ടപ്പാടി മേഖലയിൽ പോഷകാഹാരക്കുറവുള്ള കുട്ടികൾക്കു വേണ്ടി പോഷക പുനരധിവാസ കേന്ദ്രങ്ങൾ ആരംഭിച്ചു.

മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ നിന്നും വ്യത്യസ്തമായി എൻ.ആർ.എച്ച്.എമ്മിന് ആരോഗ്യവകുപ്പുമായി ഇഴുകിച്ചേർന്നു പ്രവർത്തിക്കുവാൻ സാധിച്ചിട്ടുണ്ട്. എൻ.ആർ.എച്ച്.എമ്മിന്റെയും ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെയും യോജിച്ച പ്രവർത്തനങ്ങൾമൂലം പല മേഖലകളിലും മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ചു മുന്നേറാൻ സാധിച്ചു.

**സ്ഥാപന ശാക്തീകരണം**

പൊതുജനാരോഗ്യ സംരക്ഷണ സംവിധാനം ഇപ്പോൾ കൂടുതൽ പ്രവർത്തനക്ഷമവും ഗുണമേന്മയുള്ളതായും മാറിയിട്ടുണ്ട്. സൗകര്യങ്ങൾ വികസിപ്പിച്ചതും മനുഷ്യവിഭവങ്ങളുടെ ഗുണത്തിലും എണ്ണത്തിലും വർദ്ധന വരുത്തി

യുമാണ് ഇതു സാധിച്ചത്. നിരീക്ഷണത്തിനും അവലോകനത്തിനുമായി സംവിധാനമുണ്ടായി. അടുത്ത കാലത്ത് തുടക്കമിട്ട ഇലക്ട്രോണിക് ആരോഗ്യപദ്ധതിയിലൂടെ പൊതുജനാരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ രോഗികളുടെ സമ്പൂർണ്ണ രജിസ്ട്രി രൂപപ്പെടുത്തുന്നതിനും ആ സ്ഥാപനങ്ങളിലെ സേവന നിർവ്വഹണം ത്വരിതപ്പെടുത്തുന്നതിനും സാധിക്കും.

പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ തുടങ്ങി മിക്കവാറും എല്ലാ ആരോഗ്യ സേവന കേന്ദ്രങ്ങളും നിലവാരം ഉയർത്തുന്നതിനായി തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ടു. 2007 നും 2013 നും ഇടയ്ക്ക് NRHM 102 സി.എച്ച്.സി കളുടെ ഗ്രേഡ് ഉയർത്തുകയും 71 ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങളിലെ ജോലികൾ പൂർത്തിയാക്കുകയും ചെയ്തു. 100 സബ് സെന്ററുകളുടേയും 250 പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ മിനി ലാബുകൾ നിർമ്മിക്കാനുള്ള നടപടികൾ ആരംഭിച്ചു.

**മനുഷ്യവിഭവ ലഭ്യത**

ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ ബഡ്ജറ്റ് തുകയുടെ 90 ശതമാനവും ജീവനക്കാരുടെ ശമ്പളത്തിനു മാറ്റിവയ്ക്കേണ്ടി വന്ന സാഹചര്യത്തിലാണ് എൻ.ആർ.എച്ച്.എമ്മിന്റെ ഇടപെടൽ പ്രസക്തമാകുന്നത്. മനുഷ്യവിഭവശേഷിക്കും മറ്റു സേവന സംവിധാനങ്ങൾ ശക്തിപ്പെടുത്തുതിലും ഊന്നൽ നൽകി. കഴിഞ്ഞ കുറെ വർഷങ്ങളായി നിർബന്ധ ഗ്രാമീണ സേവനങ്ങൾ വഴി നിയമിച്ച കോൺട്രാക്ട് ഡോക്ടർമാരുടെ എണ്ണം വർദ്ധിക്കുകയാണ്. മാർച്ച് 2012 വരെ നിർബന്ധ ഗ്രാമീണ സേവനത്തിനായി 634 പേരും MBBS ഡോക്ടർമാർ 298 പേരും 80 സ്പെഷ്യാലിസ്റ്റ് ഡോക്ടർമാരും 532 AYUSH ഡോക്ടർമാരും 995 സ്റ്റാഫ് നഴ്സും 147 ലാബ് ടെക്നീഷ്യനും 137 ഫാർമസിസ്റ്റുകളും 889 ജൂനിയർ പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് നഴ്സുമാരും പല സ്ഥാപനങ്ങളിലായി NRHM ന്റെ കീഴിൽ ജോലി ചെയ്യുന്നു. ആരോഗ്യവകുപ്പിൽ നിലവിലുണ്ടായിരുന്ന ജീവനക്കാർക്കു പുറമേയുള്ളവരാണിവർ.

**ആരോഗ്യകിരണം**

18 വയസ്സുവരെയുള്ള കുട്ടികൾക്ക് അർബുദം, ഹൃദ്രോഗം, വൃക്കരോഗം തുടങ്ങിയ എല്ലാ രോഗങ്ങൾക്കും സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ വരുമാന ഭേദമന്യേ പൂർണ്ണമായും സൗജന്യ ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കുന്ന ബുഹത് പദ്ധതിയാണ് 'ആരോഗ്യകിരണം'. കേന്ദ്രപദ്ധതിയായ രാഷ്ട്രീയ

സ്വാസ്ഥ്യ കാര്യക്രമിലൂടെ 30 രോഗങ്ങൾക്കും, താലോലം, ആർ.എസ്.ബി.വൈ, ചിസ് പ്ലസ്, കാൻസർ സുരക്ഷാ പദ്ധതികളിലൂടെ കാൻസർ, വൃക്കരോഗങ്ങൾ തുടങ്ങിയ മറ്റു മാതൃകരോഗങ്ങൾക്കുമുള്ള ചികിത്സകൾ സംയോജിപ്പിച്ചു കൊണ്ടാണ് 'ആരോഗ്യകിരണം' എന്ന നൂതന പദ്ധതി കഴിഞ്ഞ വർഷം മുതൽ നടപ്പിലാക്കുന്നത്.

**അമ്മയും കുഞ്ഞും പദ്ധതി (JSSK)**

ഭാരത സർക്കാർ അമ്മയുടെയും കുഞ്ഞിന്റെയും ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിനായി രാജ്യത്ത് ഏർപ്പെടുത്തിയ സൗജന്യ ചികിത്സാ പദ്ധതിയാണ് JSSK. കേരളത്തിൽ ഇത് 'അമ്മയും കുഞ്ഞും പദ്ധതി' എന്ന പേരിൽ അറിയപ്പെടുന്നു. സംസ്ഥാനത്തെ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ പ്രസവ ചികിത്സയും ഒരു വയസ്സു വരെയുള്ള കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ആരോഗ്യപരിരക്ഷയും സൗജന്യമാക്കിക്കൊണ്ടുള്ള പ്രസ്തുത പദ്ധതി 2012 ആഗസ്റ്റ് 16 മുതൽ നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു. ചികിത്സാ ചെലവുകൾ മാത്രമല്ല സ്കാനിങ് ഉൾപ്പെടെയുള്ള പരിശോധനകൾ, മരുന്നുകൾ, വീട്ടിൽ നിന്നും ആശുപത്രിയിലേക്കും തിരിച്ചുമുള്ള യാത്ര, പ്രസവത്തോടനുബന്ധിച്ചുള്ള ആശുപത്രിയിലെ താമസം, ഭക്ഷണം, ഗർഭകാലത്തും പ്രസവശേഷം 42 ദിവസം വരെയുള്ള ചികിത്സാ ചെലവുകൾ എന്നിവയെല്ലാം ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം സൗജന്യമായി ലഭ്യമാക്കുന്നു.

**ദിശ: ആരോഗ്യ സംബന്ധമായ അന്വേഷണങ്ങൾക്കും കൗൺസിലിംഗിനും**

ആരോഗ്യസംബന്ധമായ അന്വേഷണങ്ങൾക്കും കൗൺസിലിംഗിനുമായി ആരോഗ്യകേരളവും ആരോഗ്യവകുപ്പും സംയുക്തമായി 24 മണിക്കൂർ ടെലി ഹെൽപ്പ് ലൈൻ (ദിശ) ആരംഭിച്ചു. ടോൾഫ്രീ നമ്പർ 1056. വിദഗ്ദ്ധ പരിശീലനം നേടിയ കൗൺസിലർമാരാണ് ഈ നമ്പരിലെ ഫോൺ കോളുകൾ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നത്. മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലെ മാനസികരോഗ ചികിത്സാ വിഭാഗം ഡോക്ടർമാരുടെ സേവനവും ലഭ്യമാക്കും.

**വിദ്യാലയാരോഗ്യ പദ്ധതി**

ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യത്തിന്റെയും ആരോഗ്യ-വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പുകളുടെയും സംയുക്ത സംരംഭമായ വിദ്യാലയാരോഗ്യ പദ്ധതി നടപ്പു സാമ്പത്തിക വർഷം എല്ലാ സർക്കാർ-എയ്ഡഡ് സ്കൂളുകളിലേക്കും വ്യാപിപ്പിച്ചു. 13763 സ്കൂളുകളിലെ 48 ലക്ഷത്തോളം കുട്ടികൾക്ക് ഈ

പദ്ധതിയുടെ പ്രയോജനം ലഭിക്കും.

**അമൃതം ആരോഗ്യം പദ്ധതി**

കേരളം നേരിടുന്ന ഏറ്റവും വലിയ വെല്ലുവിളി വർദ്ധിച്ചുവരുന്ന ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങളാണ്. പ്രമേഹരോഗത്തിന്റെ തലസ്ഥാനമായാണ് കേരളം അറിയപ്പെടുന്നത്. ഇവയെ ഫലപ്രദമായി നേരിടുന്നതിന് "അമൃതം ആരോഗ്യം" എന്ന ബൃഹത് പദ്ധതി സംസ്ഥാനത്ത് ആവിഷ്കരിച്ച് നടപ്പിലാക്കിവരുന്നുണ്ട്. ആരോഗ്യപരമായ ഭക്ഷണരീതി, ചിട്ടയായ വ്യായാമം, എന്നിവയും മദ്യപാനം, പുകവലി തുടങ്ങിയ ദുശ്ശീലങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള ബോധവൽക്കരണം, 30 വയസ്സിനു മുകളിൽ പ്രായമുള്ള എല്ലാവരിലും ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങൾ കണ്ടുപിടിക്കുന്നതിനുള്ള സ്ക്രീനിങ്, രോഗബാധിതർക്കുള്ള സൗജന്യചികിത്സയും മരുന്നും വിതരണവുമാണ് ഈ പദ്ധതിയിലൂടെ ഉദ്ദേശിക്കുന്നത്. സംസ്ഥാന സർക്കാരിന്റെ രണ്ടാം വാർഷികത്തോടനുബന്ധിച്ച് പ്രഖ്യാപിച്ച 7 ഇന കർമ്മപരിപാടികളിൽ ഒന്നായിരുന്നു ഊർജിത ജീവിതശൈലീ രോഗനിർണ്ണയ പദ്ധതി. പ്രസ്തുത പരിപാടിയിലൂടെ ഈ സാമ്പത്തികവർഷത്തിൽ ഒരു കോടി ജനങ്ങളെ ജീവിതശൈലീരോഗ നിർണ്ണയങ്ങൾക്ക് വിധേയരാക്കാൻ ലക്ഷ്യമിടുന്നു.

സംസ്ഥാനത്തെ വിദ്യാലയങ്ങളിൽ ആരോഗ്യവകുപ്പ്, ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ ദൗത്യം, വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പ് എന്നിവയുടെ സംയുക്താഭിമുഖ്യത്തിൽ ജീവിതശൈലീരോഗ നിയന്ത്രണ ബോധവൽക്കരണ പരിപാടിക്ക് തുടക്കം കുറിച്ചു. വിദ്യാർത്ഥികളിൽ ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങൾ വർദ്ധിക്കുന്നതായി കണ്ടെത്തിയ സാഹചര്യത്തിലാണിത്. സംസ്ഥാനത്തെ പത്ത് ലക്ഷത്തോളം സ്കൂൾ വിദ്യാർത്ഥികളിൽ, വിദ്യാലയാരോഗ്യപദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി നടത്തിയ സർവ്വേയിൽ 2.7 ശതമാനംപേർക്ക് അമിതഭാരവും, 0.8 ശതമാനംപേർക്ക് പൊണ്ണത്തടിയും ഉള്ളതായി സ്ഥിരീകരിക്കുകയുണ്ടായി. ഈ സാഹചര്യം കണക്കിലെടുത്താണ് ലീപ്പ് (LEAP) എന്ന ബൃഹത് പദ്ധതിക്ക് തുടക്കം കുറിച്ചത്. പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി, വിദ്യാലയങ്ങളിൽ തുടർച്ചയായി ബോധവൽക്കരണ ക്ലാസ്സുകൾ സംഘടിപ്പിക്കും.

**സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷാ പദ്ധതി**

ഇന്ത്യയിലാദ്യമായി സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷാനയം പ്രഖ്യാപിച്ചത് കേരളമാണ്. തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ നേതൃത്വത്തിൽ സാമൂഹി

കാടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള ഗൃഹപരിചരണ സംരംഭങ്ങൾ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുകയാണ് ഇതിന്റെ ലക്ഷ്യം. ഇതിനായി ആവിഷ്കരിച്ച ആരോഗ്യ കേരളം സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷാ പദ്ധതി കേരളത്തിന്റെ നാനാഭാഗങ്ങളിലും തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ വഴി വിജയകരമായി നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു. സഹായമാവശ്യമുള്ള രോഗികളെ കണ്ടെത്തി ശരിയായ ചികിത്സാ മാർഗനിർദ്ദേശം നൽകുക, കിടപ്പിലായ രോഗികൾക്കും മാറാരോഗമുള്ളവർക്കും ഗൃഹപരിചരണം നൽകുക, സാമൂഹികവും സാമ്പത്തികവുമായി പിന്നാക്കാവസ്ഥയിൽ കഴിയുന്ന രോഗികൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ളവർക്ക് മരുന്നും ശുശ്രൂഷയും നൽകാൻ പ്രാഥമികാരോഗ്യ പരിപാലന സംവിധാനത്തെ പ്രാപ്തമാക്കുക എന്നിവയാണ് പദ്ധതിയുടെ ഉദ്ദേശ്യലക്ഷ്യങ്ങൾ. കേരളത്തിൽ 1018 തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങളുമായി ചേർന്ന് രോഗികളുടെ വീടുകളിൽ പരിചരണം നൽകുന്ന ഹോം കെയർ സംവിധാനം നല്ല രീതിയിൽ നടപ്പിലാക്കിവരുന്നു. കോഴിക്കോട് ആസ്ഥാനമായി പ്രവർത്തിക്കുന്ന ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് പാലിയേറ്റീവ് മെഡിസിനാണ് പ്രോജക്ടിന് സാങ്കേതിക നിർദ്ദേശങ്ങൾ നൽകുന്നത്.

**ആശ (Accredited Social Health Activist-ASHA)**

ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾക്കായി ബുദ്ധിമുട്ടുന്ന ജനവിഭാഗങ്ങളുടെ, പ്രത്യേകിച്ചും സ്ത്രീകളുടെയും കുട്ടികളുടെയും ആരോഗ്യസംബന്ധമായ ആവശ്യങ്ങൾ നിർവഹിക്കുന്ന അംഗീകൃത സാമൂഹികാരോഗ്യ പ്രവർത്തകയാണ് ആശ. ജനസംഖ്യയിൽ ആയിരംപേർക്ക് ഒരാൾ എന്ന തോതിലാണ് ആശാപ്രവർത്തകരെ വിന്യസിച്ചിരിക്കുന്നത്. മുപ്പതിനായിരത്തോളം ആശാ പ്രവർത്തകരെ പ്രാഥമിക പരിശീലനത്തിനു ശേഷം സംസ്ഥാനത്തുടനീളം വിന്യസിച്ചു കഴിഞ്ഞു.

**റേഡിയോ ഹെൽത്ത്**

കേരളത്തിൽ എൻ ആർ എച്ച് എം ന്റെ ഒരു പ്രത്യേക പരിപാടിയാണ് റേഡിയോ ഹെൽത്ത്. റേഡിയോ മാധ്യമം ഉപയോഗിച്ച് ഗ്രാമീണ മേഖലയിലെ ജനങ്ങൾക്കിടയിൽ പ്രത്യേകിച്ചും സ്ത്രീകൾക്കും യുവാക്കൾക്കുമിടയിൽ എൻ ആർ എച്ച് എം ന്റെ സന്ദേശങ്ങൾ എത്തിക്കുക എന്നതാണ് ചെലവു കുറഞ്ഞ ഈ ആരോഗ്യ സാക്ഷരതാ പരിപാടിയുടെ ലക്ഷ്യം. 2008 ൽ ആരംഭിച്ച ഈ പരിപാടി 1000 ത്തോളം പ്രക്ഷേപണ ദിനങ്ങൾ പിന്നിട്ടു കഴിഞ്ഞു. 2011 ഡിസംബർ 31 വരെ ഈ പരിപാടി തിരുവനന്തപുരത്തെ

അനന്തപുരി എഫ് എം ലൂടെ മാത്രമാണ് പ്രക്ഷേപണം ചെയ്തിരുന്നത്. ആഴ്ചയിൽ 4 ദിവസം 30 മിനിട്ട് ദൈർഘ്യമുള്ള പരിപാടികളാണ് ഇത് തയ്യാറാക്കിയിരുന്നത്. തിരുവനന്തപുരം ജില്ലയിലും കൊല്ലം പത്തനംതിട്ട ജില്ലകളിൽ ഭാഗികമായെ ഇത് ലഭ്യമായിരുന്നുള്ളൂ. എന്നാൽ 2012 ജനുവരി 1 മുതൽ ആകാശവാണിയുടെ സംസ്ഥാനമൊട്ടാകെയുള്ള എച്ച് എഫ് എം, എ എം സ്റ്റേഷനുകൾ വഴി റേഡിയോ ഹെൽത്ത് പ്രക്ഷേപണം ചെയ്തു തുടങ്ങി. അതിനാൽ എല്ലാ ജില്ലകളിലും ഇപ്പോൾ പരിപാടി ലഭിക്കുന്നതാണ്. അനന്തപുരി എഫ് എം ൽ എല്ലാ ദിവസവും മറ്റു 7 സ്റ്റേഷനുകളിൽ ആഴ്ചയിൽ 5 ദിവസം വീതവുമാണ് പരിപാടി ഇപ്പോൾ ലഭ്യമാകുന്നത്. 2011-2012 ൽ അനന്തപുരി എഫ് എം വഴി 247 പരിപാടികളും 2012 ജനുവരി 1 ന് ആരംഭിച്ച കേരള പ്രക്ഷേപണത്തിന്റെ ഭാഗമായി 65 പരിപാടികളും നടത്തുകയുണ്ടായി. പരിപാടികളിൽ കൂടുതൽ ഊന്നൽ നൽകുന്നത് രോഗ പ്രതിരോധ വിഷയങ്ങൾക്കാണ്.

**സമഗ്ര ആരോഗ്യ പദ്ധതി**

വാർഡു മുതൽ ജില്ലാതലം വരെ ജനപങ്കാളിത്തത്തോടെ ആരോഗ്യ രംഗത്ത് നിലവിലുള്ള ചെറുതും വലുതുമായ എല്ലാ പ്രശ്നങ്ങളും കണ്ടെത്തി, മുൻഗണനാക്രമം നിശ്ചയിച്ച്, തദ്ദേശീയ തലത്തിൽ പരിഹരിക്കാവുന്ന പദ്ധതികൾ തയ്യാറാക്കി സമയബന്ധിതമായി നടപ്പാക്കുക എന്ന മഹനീയ ലക്ഷ്യമാണ് സമഗ്ര ആരോഗ്യ പദ്ധതി ലക്ഷ്യം വയ്ക്കുന്നത്.

ആരോഗ്യ സംരക്ഷണം എന്നതിനെ ആശുപത്രിയും മരുന്നും ചികിത്സയും എന്ന തലത്തിൽ മാത്രം ഒതുക്കി നിർത്തിയിരുന്ന മുൻകാല പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ നിന്നും വ്യത്യസ്തമായി ആരോഗ്യം എന്ന സംജ്ഞയെ അതിന്റെ പൂർണ്ണമായ അർത്ഥത്തിൽ യാഥാർത്ഥ്യമാക്കുന്നതിനുള്ള അടിസ്ഥാന പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് ഊന്നൽ നൽകിയാണ് പ്രസ്തുത പാക്കേജിന്റെ പ്രയാണം. ചുരുക്കത്തിൽ നമ്മുടെ സമൂഹത്തിന് തനതായ ആരോഗ്യ ശുചിത്വ ശീലങ്ങൾ രൂപപ്പെടുത്തി അത് വരും തലമുറയ്ക്ക് കൈമാറുക എന്നതാണ് ആത്യന്തികമായി ഈ പദ്ധതിയിലൂടെ ലക്ഷ്യമിടുന്നത്.

**എൻ.ആർ.എച്ച്.എം.  
പദ്ധതിയുടെ സംസ്ഥാനതല  
മേധാവിയാണ് ലേഖിക**





# റീജണൽ കാൻസർ സെന്ററും കാൻസർ നിയന്ത്രണ മാർഗ്ഗങ്ങളും

സുരേന്ദ്രൻ ചുനക്കര

ഇന്ത്യയിൽ ആദ്യമായി കുട്ടികളുടെ കാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കു മാത്രമായി പീഡിയാട്രിക് ഓങ്കോളജി വിഭാഗം സ്ഥാപിച്ചത് ആർസിസിയിലാണ്. ലോകോത്തര കാൻസർ ചികിത്സാ കേന്ദ്രങ്ങളോടു കിടപിടിക്കുന്ന തരത്തിലുള്ളതാണ് ഇവിടത്തെ രോഗശമന നിരക്ക്. ലൂക്കീമിയ, ലിംഫോമ തുടങ്ങി കുട്ടികളിൽ കാണുന്ന പ്രധാന രോഗങ്ങളിലെ ശമന നിരക്ക് 75 ശതമാനത്തിൽ കൂടുതലാണ്.

ചരിത്രാതീത കാലം മുതൽ മനുഷ്യരെ ഭയപ്പെടുത്തിയിരുന്ന രോഗമാണ് അർബുദം. ആധുനിക ചികിത്സാ സങ്കേതങ്ങളിൽ വൻ മുന്നേറ്റം ഉണ്ടായിട്ടും, മിക്ക കാൻസറുകളും ചികിത്സിച്ചു ഭേദമാക്കാൻ കഴിഞ്ഞിട്ടും പൊതുസമൂഹത്തിൽ നിന്ന് അർബുദ ഭീതി മാറിയിട്ടില്ല. ഇന്ത്യയിൽ മാത്രമല്ല ലോകമെമ്പാടും കാൻസർ ഒരു പൊതുജനാരോഗ്യപ്രശ്നമായി മാറിക്കഴിഞ്ഞു. കേരളത്തിലും സ്ഥിതി ഭിന്നമല്ല. കാൻസർ എന്ന മാർകരോഗത്തെ നിയന്ത്രിക്കാനും നേരത്തേ കണ്ടുപിടിച്ചു ചികി

ത്സിക്കാനും കഴിയണമെങ്കിൽ ഈ രോഗത്തെക്കുറിച്ച് പൊതുജനങ്ങൾക്കിടയിൽ വ്യക്തമായ അവബോധം സൃഷ്ടിക്കേണ്ടതുണ്ട്. അതുകൊണ്ടാണ് കാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കൊപ്പം കാൻസർ ബോധനത്തിനും റീജണൽ കാൻസർ സെന്റർ പ്രാധാന്യം നൽകുന്നത്.

കാൻസർ ബോധവൽക്കരണം, മുൻകൂർ കാൻസർ നിർണ്ണയ സൗകര്യങ്ങൾ, സമഗ്രവും അത്യാധുനികവുമായ ചികിത്സ, ഗവേഷണം, പരിശീലനം, സാന്ത്വന ചികിത്സ, സാമൂഹ്യാധിഷ്ഠിത പരിപാടികൾ തുടങ്ങി നിരവധി ഘടകങ്ങൾ സമന്വയിപ്പിച്ചുകൊണ്ടുള്ളതാണ് ആർ.സി.സി.യുടെ പ്രവർത്തന ശൈലി. സംസ്ഥാനത്തിനകത്തും പുറത്തുമുള്ള രോഗികൾക്ക് അതിനൂതനമായ രോഗനിർണ്ണയ, ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കാനും കേരളത്തിൽ കാൻസറിനെക്കുറിച്ച് അവബോധം സൃഷ്ടിക്കാനും റീജണൽ കാൻസർ സെന്ററിനു കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. ഇന്ന് ലോകത്തിലെ ഉന്നത കാൻസർ ചികിത്സാ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ ലഭിക്കുന്ന ചികിത്സകൾ ആർ.സി.സിയിലും ലഭ്യമാണെന്നതിൽ നമുക്ക് ആശ്വസിക്കാം.

കാൻസറും ജീവിതശൈലിയുമായുള്ള ബന്ധം വ്യക്തമായിട്ടുള്ളതിനാൽ ഇന്ന് കാൻസറിനെ ജീവിതശൈലിജന്യ രോഗങ്ങളിലൊന്നായാണ് പരിഗണി

ക്കുന്നത്. പുകയില, മദ്യം, കീടനാശിനികൾ, അണുവികിരണം, അൾട്രാവയലറ്റ് രശ്മികൾ, ചില രാസവസ്തുക്കൾ, കൊഴുപ്പു കൂടിയതും നാരുകൾ കുറഞ്ഞതുമായ ഭക്ഷണം, പൂപ്പൽ ബാധിച്ച ആഹാരം, ഫാസ്റ്റ്ഫുഡ്, രാസികങ്ങൾ അടങ്ങിയ ശീതളപാനീയങ്ങൾ, ചിലയിനം വൈറസുകൾ, ജനിതകമായ കാരണങ്ങൾ, വ്യായാമമില്ലായ്മ തുടങ്ങി നിരവധി കാരണങ്ങളാണ് കാൻസർ രോഗത്തിനു പിന്നിലുള്ളത്. അതായത് കാരണങ്ങൾ ഓരോരുത്തരിലും വ്യത്യസ്തമാകാമെന്നർത്ഥം. കാൻസറിനു ഹേതുക്കളായ ഇത്തരം വസ്തുക്കളിൽ നിന്നും പ്രക്രിയകളിൽ നിന്നും വിട്ടുനില്ക്കുക എന്നതാണ് കാൻസർ ബോധനത്തിന്റെ ആദ്യപാഠം. അതുകൊണ്ടാണ് കാൻസറിനെ ഒരു പരിധിവരെ പ്രതിരോധിക്കാൻ കഴിയുമെന്നു പറയുന്നത്.

ഇത്തരമൊരു ബോധനപ്രക്രിയയുടെ പ്രാധാന്യം ഉൾക്കൊണ്ടുകൊണ്ടാണ് ആർസിസിയിലെ കമ്മ്യൂണിറ്റി ഓങ്കോളജി വിഭാഗവും പബ്ലിക് റിലേഷൻസ് വിഭാഗവും പ്രവർത്തിക്കുന്നത്. കമ്മ്യൂണിറ്റി ഓങ്കോളജി വിഭാഗത്തിന്റെ ആഭിമുഖ്യത്തിൽ സംസ്ഥാനമൊട്ടാകെ കാൻസർ ബോധവൽക്കരണ ക്ലാസ്സുകളും അർബുദ നിർണ്ണയ ക്യാമ്പുകളും സംഘടിപ്പിക്കുന്നുണ്ട്. ആർസിസിയുടെ കൊല്ലം, എറണാകുളം, പാലക്കാട്, കണ്ണൂർ, കോഴഞ്ചേരി തുടങ്ങിയ സ്ഥലങ്ങളിലെ ഉപകേന്ദ്രങ്ങൾ മുഖേനയും ഇത്തരം പരിപാടികൾ സംഘടിപ്പിക്കുന്നുണ്ട്. പബ്ലിക് റിലേഷൻസ് വിഭാഗത്തിന്റെ ആഭിമുഖ്യത്തിൽ ക്ലാസ്സുകൾ സംഘടിപ്പിക്കുന്നതിനൊപ്പം ദുരദർശൻ, ആകാശവാണി, സ്വകാര്യ ടിവി ചാനലുകൾ, പത്രങ്ങൾ എന്നിവയിലൂടെ കാൻസറിനെക്കുറിച്ചുള്ള വിജ്ഞാനം പകർന്നു നൽകുന്നുണ്ട്. ദുരദർശനിലെ ആരോഗ്യഭാരതം പരിപാടിയിൽ ആഴ്ചയിൽ ഒരു ദിവസം കാൻസർ ബോധവൽക്കരണമാണ് നടത്തുന്നത്. പുകയിലയ്ക്കെതിരെയുള്ള പ്രചാരണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തുന്നതു കൂടാതെ പുകയില ശീലത്തിന് അടിമകളായവരെ രക്ഷിക്കാൻ പുകയില വിമോചന ക്ലിനിക്കും ആർസിസിയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നു.

ശ്വാസകോശം, വായ്, കണ്ഠനാളം, അന്നനാളം തുടങ്ങിയ ഭാഗങ്ങളിലെ കാൻസറുകൾക്ക് മുഖ്യകാരണം പുകയിലയാണ്. പുകയിലയിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന നൂറുകണക്കിനു രാസവ

സ്തൂക്കളിൽ മിക്കവയും അർബുദകാരികളാണ്. പുകവലിയോടൊപ്പം മദ്യവും കൂടിച്ചേരുമ്പോൾ കാൻസർ വരാനുള്ള സാധ്യത ഏറെ വർദ്ധിക്കുന്നു. അതുപോലെതന്നെ പുകയിലയുടെ മാന്ത്രികരൂപമായ പാൻമസാല ഉപയോഗിക്കുന്നവരിൽ സബ്മ്യൂക്സ് ഫൈബ്രോസിസ് എന്ന രോഗവും ക്രമേണ കാൻസറും ഉണ്ടാകുന്നതായി റിപ്പോർട്ടുകൾ ഉണ്ട്. പുകയിലയ്ക്കെതിരെ സന്ധിയില്ലാത്ത സമരത്തിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന ആർസിസി 'ടൂബാക്കോഫ്രീ കേരള' എന്ന പദ്ധതിയ്ക്കും നേതൃത്വം വഹിക്കുന്നുണ്ട്. കാൻസറുകളിൽ പകുതിയോളം പുകയില മൂലമാണ് ഉണ്ടാകുന്നത് എന്നറിഞ്ഞിട്ടും ഈ ശീലത്തിൽ നിന്നു മുക്തരാകാൻ സാധിക്കാത്തവർക്കുള്ള കൗൺസലിംഗ് ഉൾപ്പെടെയുള്ള വിമോചന മാർഗ്ഗങ്ങൾ ആർസിസിയിൽ ലഭ്യമാണ്.



കൊഴുപ്പുകൂടിയതും നാരുകൾ കുറഞ്ഞതുമായ ഭക്ഷണം, ചുവന്ന മാംസം, അച്ചാറുകൾ, ഉണക്കമത്സ്യം, രാസികങ്ങൾ അടങ്ങിയ ഫാസ്റ്റ്ഫുഡ്, അജിനാമോട്ടോ എന്ന അർബുദകാരിയായ ചൈന ഉപ്പിന്റെ അമിതമായ ഉപയോഗം, കീടനാശിനികലർന്ന പച്ചക്കറികളും പഴങ്ങളും എന്നിവയൊക്കെ അമിതമായി ഉപയോഗിക്കുന്നവരിൽ മറ്റുള്ളവരെ അപേക്ഷിച്ച് കാൻസർ സാധ്യത കൂടുതലാണ്. കേരളത്തിൽ സ്തനാർബുദ നിരക്ക് വർദ്ധിക്കുന്നു എന്നത് ഈയടിസ്ഥാനത്തിൽ വിലയിരുത്തേണ്ടതാണ്. നഗരങ്ങളിൽ താമസിക്കുന്ന സ്ത്രീകൾക്ക് വ്യായാമക്കുറവ്, കൊഴുപ്പുകൂടിയ ഭക്ഷണത്തിന്റെ അമിതോപയോഗം, ഫാസ്റ്റ് ഫുഡുകളുടെ നിത്യോപയോഗം എന്നിവ ഈ രോഗത്തിനുള്ള അനുകൂലാന്തരീക്ഷം കോശ സമൂഹത്തിൽ ഉണ്ടാക്കുന്നു എന്നാണ് വിലയിരുത്തൽ. മൂലയൂട്ടലിന്റെ ദൈർഘ്യം കുറഞ്ഞതും പ്രസവിക്കുന്നതി



നുള്ള പ്രായം കൂടുന്നതും സ്തനാർബുദത്തിനുള്ള സാധ്യതാകാരണങ്ങളിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. കൃത്രിമ ഹോർമോൺ കുത്തിവെച്ചു വളർത്തുന്ന കോഴിയുടെ മാംസം അധികമായി ഭക്ഷിക്കുന്നത് ശരീരത്തിലെ ഈസ്റ്റ്രജൻ ഹോർമോണിന്റെ സംതുലനത്തെ ബാധിക്കുന്നതും അഭിലഷണീയമല്ല. അടുക്കളയിൽ യന്ത്രസാമഗ്രികൾ കൂടിയതിനാൽ ശാരീരിക വ്യായാമത്തിനുള്ള അവസരം കുറഞ്ഞതും പൊണ്ണത്തടിയ്ക്കും അതു വഴി കാൻസർ സാധ്യതയ്ക്കും കാരണമായി വിലയിരുത്തപ്പെടുന്നു. കേരളത്തിലെ സ്ത്രീകളിൽ സ്തനാർബുദത്തിനാണ് ഒന്നാം സ്ഥാനം. രണ്ടാം സ്ഥാനം തൈറോയിഡ് കാൻസറിനാണ്. ഒരിക്കൽ ഒന്നാംസ്ഥാനത്തു നിന്നിരുന്ന ഗർഭാശയഗള കാൻസർ ഇന്ന് മൂന്നാംസ്ഥാനത്തേക്കു മാറിയിട്ടുണ്ട്. പാപ്സ്മിയർ ഉൾപ്പെടെയുള്ള പരിശോധനകളെക്കുറിച്ച് ബോധവൽക്കരണം നടത്തിയതും വ്യക്തി ശുചിത്വത്തിലൂടെ അണുബാധ നിയന്ത്രിച്ചതുമാകാം ഇത്തരമൊരു കുറവിനു കാരണമെന്ന് അഭിപ്രായമുണ്ട്.

**പുരുഷന്മാരിൽ ശ്വാസകോശാർബുദ നിരക്ക് കൂടിയത് പുകവലിയുടെ ഫലമാണെന്നതിൽ സംശയമില്ല. വദനാർബുദനിരക്കിൽ വ്യത്യാസമുണ്ടാകണമെങ്കിൽ പുകവലിയോടൊപ്പം പാൻമസാല, വെറ്റിലമുറുക്ക്, മൂക്കുപൊടി, നിഷ്ക്രിയ പുകവലി എന്നിവയിൽ നിന്നുമോചനം നേടേണ്ടതുണ്ട്. പുകവലിക്കാരല്ലാത്തവരെ അപകടപ്പെടുത്തുന്നതാണ് മറ്റുള്ളവരിൽ നിന്ന് അവർക്ക് ലഭിക്കുന്ന പുകയിലപ്പുക. ഇതാണ് നിഷ്ക്രിയ പുകവലി. പൊതുസ്ഥലങ്ങളിലെ പുകവലി നിരോധിച്ചതോടെ ഇതിൽ മാറ്റമുണ്ടായിട്ടുണ്ട്.**

ശുദ്ധമായ പച്ചക്കറികൾ, ഇലക്കറികൾ, പഴവർഗങ്ങൾ എന്നിവ പ്രധാന ഭക്ഷണമാക്കുകയും വ്യായാമം ശീലമാക്കി മാറ്റുകയും ചെയ്താൽ വലിയൊരളവുവരെ കാൻസറിനെ പ്രതിരോധിക്കാൻ കഴിയും. തെറ്റായ ജീവിതശൈലിയും പുകയില, മദ്യം തുടങ്ങിയ ദുഃശ്ശീലങ്ങളും ഉപേക്ഷിക്കുകയും പരിസ്ഥിതി ശുദ്ധമായി സൂക്ഷിക്കുകയും ചെയ്താൽ കാൻസറിനെ നല്ലതോതിൽ നിയന്ത്രിക്കാൻ സാധിക്കും.

അതുപോലെ മുൻകൂർ കാൻസർ നിർണ്ണയത്തിന്റെ പ്രാധാന്യം ജനങ്ങളിലെത്തിക്കാനാണ്

ആർസിസി കാൻസർ നിർണ്ണയ ക്യാമ്പുകൾ സംഘടിപ്പിക്കുന്നത്. താക്കീതുചിഹ്നങ്ങൾ എന്നറിയപ്പെടുന്ന ലക്ഷണങ്ങൾ ഒരു പക്ഷേ കാൻസറിനു മുന്നോടിയായേക്കാമെന്നതിനാൽ അത്തരം സൂചനകൾ അവഗണിക്കാതെ വൈദ്യപരിശോധനയ്ക്ക് വിധേയരാവുക എന്നത് കാൻസർ നിയന്ത്രണത്തിൽ സുപ്രധാനമാണ്.

കവിളിലും നാക്കിലുമുണ്ടാകുന്ന വെളുത്തതും ചുവന്നതുമായ പാടുകൾ, കരിയാത്ത വ്രണങ്ങൾ, നീണ്ടുനില്ക്കുന്ന ഒച്ചയടപ്പ്, മലമൂത്രവിസർജനത്തിലുണ്ടാകുന്ന അസ്വാഭാവികതകൾ, സ്തനത്തിൽ മുഴ, സ്തനത്തെട്ടിൽ നിന്നുള്ള രക്തം, ശരീരത്തിലെ ലസികാ ഗ്രന്ഥികളിലുണ്ടാവുന്ന വീക്കം, അകാരണമായ ഭാരക്കുറവ്, ആഹാരമിറക്കാനുള്ള പ്രയാസം, രക്തം പുരണ്ട കഫം തുടങ്ങിയ ലക്ഷണങ്ങൾ കാൻസർ മൂലമായിക്കൊള്ളണമെന്നില്ല. എന്നാൽ ഇത്തരം ലക്ഷണങ്ങൾ ശ്രദ്ധയിൽപ്പെട്ടാൽ ജാഗ്രതപൂർവ്വതയും തൊട്ടടുത്തുള്ള ഒരു വിദഗ്ദ്ധ ഡോക്ടറെക്കൊണ്ടു പരിശോധിപ്പിക്കുകയും വേണം.

ഈ അറിവുകൾ ജനങ്ങളിലെത്തിക്കാൻ നേരിട്ടുള്ള പരിപാടികൾ സംഘടിപ്പിക്കുന്നതു കൂടാതെ ടെലിമെഡിസിൻ സങ്കേതവും ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നുണ്ട്. ഇന്ത്യയിൽ എവിടെനിന്നും ടെലിമെഡിസിൻ വഴി ആർസിസി വിദഗ്ദ്ധരുടെ അഭിപ്രായം തേടാനുള്ള സൗകര്യവുമുണ്ട്. ഇതോടൊപ്പം ടെലിപതോളജി, ടെലിറേഡിയോളജി സൗകര്യങ്ങളും ഇവിടെ ലഭ്യമാണ്. തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ, സന്നദ്ധ സംഘടനകൾ, സർക്കാർ-സ്വകാര്യ സ്ഥാപനങ്ങൾ, റസിഡന്റ്സ് അസോസിയേഷൻ എന്നിവയുടെ സഹകരണത്തോടെയാണ് ആർസിസി ഇത്തരം ക്യാമ്പുകളും ക്ലാസ്സുകളും സംഘടിപ്പിക്കുന്നത്.

കാൻസർ നിയന്ത്രണ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏറ്റവും പ്രാമുഖ്യമുള്ളത് ചികിത്സയ്ക്കാണ്. ശാസ്ത്രീയവും സമഗ്രവും നൂതനവുമായ ചികിത്സാ സങ്കേതങ്ങളാണ് ആർ.സി.സി. ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നത്. ഇതിനായി ആർ.സി.സി.യിൽ അവയവാധിഷ്ഠിത മൾട്ടി ഡിസിപ്ലിനറി ക്ലിനിക്കുകളാണ് സജ്ജീകരിച്ചിട്ടുള്ളത്. ഓരോ അവയവത്തിലുമുണ്ടാകുന്ന കാൻസറുകൾക്ക് സജ്ജീകരിച്ചിരിക്കുന്ന ഈ ക്ലിനിക്കിൽ സർജിക്കൽ ഓങ്കോളജിസ്റ്റ്, റേഡിയേഷൻ ഓങ്കോളജിസ്റ്റ്, മെഡിക്കൽ ഓങ്കോ



ഉജിസ്റ്റ് എന്നീ കാൻസർ വിദഗ്ദ്ധരുടെ കൂട്ടായ്മയാണുള്ളത്. സക്രിയമായ കുടിയാലോചനകൾക്ക് ശേഷം രോഗിയ്ക്ക് ഏറ്റവും ഗുണകരമായ ചികിത്സ നിശ്ചയിക്കാൻ ഇത്തരം ക്ലിനിക്കുകളുടെ സമഗ്രസേവനം പ്രയോജനപ്പെടുന്നുണ്ട്.

അവയവ സംരക്ഷണം, അവയവ പുനർനിർമ്മാണം, മൈക്രോവാസ്കുലർ ടിഷ്യൂ ട്രാൻസ്ഫർ, ലേസർ സർജറി തുടങ്ങി നൂതന ശസ്ത്രക്രിയാ സങ്കേതങ്ങളും കോസ്മറ്റിക് പ്ലാസ്റ്റിക് സർജറി സമ്പ്രദായങ്ങളും ഉപയോഗപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ടുള്ള ശസ്ത്രക്രിയകളാണ് ആർ.സി.സിയിൽ നടത്തുന്നത്. അവയവങ്ങൾ നീക്കം ചെയ്യേണ്ടിവന്നാലും വൈകല്യങ്ങളും വൈരുദ്ധ്യങ്ങളും പരമാവധി കുറച്ചുകൊണ്ടുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താനും അങ്ങനെ രോഗികൾക്കു ആത്മവിശ്വാസം പകർന്നു കൊടുക്കാനും കഴിയുന്നുണ്ട്.

കാൻസറിന്റെ പ്രധാന ചികിത്സയായ റേഡിയേഷൻ ഏറ്റവും നൂതനമായ സാങ്കേതിക വിദ്യയുപയോഗിച്ച് ലഭ്യമാക്കുന്നതിനാൽ റേഡിയേഷന്റെ പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഗണ്യമായി കുറയ്ക്കാൻ കഴിയും. കമ്പ്യൂട്ടർ നിയന്ത്രിത 3ഡി പ്ലാനിംഗ് സംവിധാനത്തിലൂടെ കിറുകൃത്യമായി രോഗബാധിത ഭാഗത്തുമാത്രം റേഡിയേഷൻ നൽകാനും ആരോഗ്യമുള്ള കോശങ്ങളെ റേഡിയേഷനിൽ നിന്നും ഒഴിവാക്കാനും സാധ്യമാണ്. ഇന്റർസിറ്റി മോഡ്യൂലേറ്റഡ് റേഡിയോ തെറാപ്പി എന്ന, ഇമേജ് ഗൈഡഡ് റേഡിയോതെറാപ്പി, സ്റ്റീരിയോ ടാക്ടിക് റേഡിയേഷൻ, ഹൈഡോസ്റേറ്റ് ബ്രാക്കി തെറാപ്പി, ഇലക്ട്രോൺ ബീം തെറാപ്പി തുടങ്ങിയ അത്യന്താധുനിക റേഡിയോതെറാപ്പി സൗകര്യങ്ങളാണ് ആർസിസിയിൽ ഒരുക്കിയിട്ടുള്ളത്. പാർശ്വ ഫലങ്ങൾ കുറയ്ക്കുക മാത്രമല്ല, ചികിത്സാഗുണനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തി മിക്ക കാൻസറുകളെയും ചികിത്സിച്ചു ഭേദമാക്കാനും ഈ സാങ്കേതിക വിദ്യ ഉപകരിക്കുന്നുണ്ട്.

ലൂക്കീമിയ, ലിംഫോമ, മൾട്ടിപ്പിൾ മൈലോമ തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങൾക്കുള്ള പ്രത്യേക ചികിത്സയ്ക്കായി മെഡിക്കൽ ഓങ്കോളജി വിഭാഗം സർവസജ്ജമാണ്. ഹൈഡോസ് കീമോ തെറാപ്പി, പെരിഫെറൽ സ്റ്റെംസെൽ ട്രാൻസ്പ്ലാന്റേഷൻ, മജ്ജമാറ്റിവയ്ക്കൽ ചികിത്സ, ടാർജറ്റഡ് തെറാപ്പി തുടങ്ങി അതിനൂതനമായ ചികിത്സാസങ്കേതങ്ങൾ ഇവിടെ ഉപയോഗിക്കുന്നു. പൊതുവേലയിൽ

കേരളത്തിൽ സ്ഥാപിതമായ ആദ്യത്തെ മജ്ജമാറ്റിവയ്ക്കൽ ചികിത്സായൂണിറ്റാണ് ആർ.സി.സി.യിൽ ഉള്ളത്. ഇത്തരം ചികിത്സയ്ക്കു വിധേയരാകുന്ന രോഗികൾക്കുള്ള അണുവിമുക്ത വാർഡുകളും ആർസിസിയിൽ ഒരുക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഇന്ത്യയിൽത്തന്നെ ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ ചെലവിൽ മജ്ജമാറ്റിവയ്ക്കലിന് ആർ.സി.സിയിൽ സൗകര്യമുണ്ട്. തുച്ഛമായ ചെലവിൽ ഹൈടെക് ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങൾ സാധാരണക്കാർക്ക് ലഭ്യമാക്കുക എന്ന ആർസിസിയുടെ ലക്ഷ്യം സാക്ഷാത്ക്കരിക്കുന്നതിന്റെ ഭാഗമാണ് ഇത്തരം ആധുനിക സംവിധാനങ്ങൾ.

ഇന്ത്യയിൽ ആദ്യമായി കുട്ടികളുടെ കാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കു മാത്രമായി പീഡിയാട്രിക് ഓങ്കോളജി വിഭാഗം സ്ഥാപിച്ചത് ആർസിസിയിലാണ്. ചികിത്സയ്ക്കു പുറമേ റീഹാബിലിറ്റേഷനിലും ശ്രദ്ധ പതിപ്പിക്കുകയും ആരോഗ്യമുള്ള പുതിയ തലമുറയായി കുട്ടികളെ മാറ്റിയെടുക്കുകയും ചെയ്യുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെയാണ് കുട്ടികളുടെ ചികിത്സാ വിഭാഗം പ്രവർത്തിക്കുന്നത്. സർക്കാർ ആഭിമുഖ്യത്തിലുള്ള ക്ഷേമപരിപാടികളുടെ സഹായത്തോടെ കുട്ടികൾക്കു സൗജന്യ ചികിത്സ നൽകാനും ആർസിസിയ്ക്കു കഴിയുന്നു. ലോകോത്തര കാൻസർ ചികിത്സാ കേന്ദ്രങ്ങളോടുകൂടിപ്പിടിക്കുന്ന തരത്തിലുള്ളതാണ് ഇവിടത്തെ രോഗശമന നിരക്ക്. ലൂക്കീമിയ, ലിംഫോമ തുടങ്ങി കുട്ടികളിൽ കാണുന്ന പ്രധാന രോഗങ്ങളിലെ ശമന നിരക്ക് 75 ശതമാനത്തിൽ കൂടുതലാണ്. കുട്ടികളുടെ സർഗ്ഗവാസനയും പഠനനിലവാരവും സാമൂഹ്യബോധവും ഉയർത്തിക്കൊണ്ടുവരാനുള്ള പരിപാടികളും ഇവിടെ നടപ്പിലാക്കുന്നു.

കാൻസർ നിർണ്ണയിക്കാനും സ്ഥിരീകരിക്കാനുമുള്ള ഹൈടെക് സംവിധാനങ്ങൾ ആർസിസിയുടെ പ്രത്യേകതയാണ്. സിടിസ്കാൻ, എംആർഐസ്കാൻ, ഡിജിറ്റൽ മാമോഗ്രാഫി, പാക്സ് സംവിധാനം, ബോൺസ്കാനിംഗ്, തൈറോയിഡ് സ്കാൻ, റേഡിയോ ഇമ്മ്യൂണോ അനാലിസിസ്, ഡിഎൻഎ അനാലിസിസ്, മോളിക്യൂലാർ ബയോളജി, ഇമ്മ്യൂണോ പതോളജി, ഇമ്മ്യൂണോഹിസ്റ്റോകെമിസ്ട്രി, സൈറോ ജനിറ്റിക്സ് തുടങ്ങി കാൻസർ രോഗികൾക്കും മറ്റ് രോഗികൾക്കും ആവശ്യമായ രോഗനിർണ്ണയ പരിശോധനാ സൗകര്യങ്ങൾ ആർസിസിയുടെ ഗുണനിലവാരം ഉന്നതമാ

ക്കിയിട്ടുണ്ട്. തൈറോയിഡ് രോഗങ്ങൾക്കുള്ള പ്രത്യേക പരിശോധനകളും ചികിത്സകളും കൂടി ആർസിസിയിൽ ലഭ്യമാണ്.

അടിസ്ഥാന ഗവേഷണം, എപ്പിഡമോളജിക്കൽ ഗവേഷണം, ക്ലിനിക്കൽ ഗവേഷണം എന്നീ മേഖലകളിൽ ആർസിസി നടത്തുന്ന ഗവേഷണ പദ്ധതികൾ അന്താരാഷ്ട്ര തലത്തിൽ ശ്രദ്ധിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. ഇത്തരം ഗവേഷണ പ്രബന്ധങ്ങൾ അന്താരാഷ്ട്ര തലത്തിൽ അംഗീകരിക്കപ്പെട്ട ശാസ്ത്രജേർണലുകളിലാണ് പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നത്. കേരള യൂണിവേഴ്സിറ്റിയുടെയും മറ്റു പ്രമുഖ സർവകലാശാലകളുടെയും അംഗീകൃത റിസർച്ച് സെന്ററാണ് ആർ.സി.സി. പി.എച്ച്.ഡി, എം.ഡി. ഡി.എൻ.ബി. എം.സി.എച്ച്. ഡി.എം തുടങ്ങി ഉന്നത ബിരുദ കോഴ്സുകൾ ആർസിസിയിൽ നടത്തുന്നുണ്ട്. കേരള ഹെൽത്ത് സയൻസ് യൂണിവേഴ്സിറ്റിയുടെ കോഴ്സുകളാണ് മിക്കവയും. വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിൽ പോസ്റ്റ്ഗ്രാജുവേറ്റ് ബിരുദമുള്ളവർക്ക് നിരവധി ഹ്രസ്വകാല പരിശീലന പരിപാടികളും ആർസിസി സംഘടിപ്പിക്കുന്നുണ്ട്. ഓങ്കോനഴ്സിംഗിൽ പ്രത്യേക പരിശീലനത്തിനുള്ള നഴ്സിംഗ് കോഴ്സും, എം.എസ്.സി ബിരുദമുള്ളവർക്കു വേണ്ടി സൈറ്റോടെക്നോളജി കോഴ്സും ഇവിടെയുണ്ട്.

ഉന്നത സാങ്കേതിക വിദ്യ ഉപയോഗപ്പെടുത്തി ഗുണമേന്മയുള്ള ചികിത്സാ സേവനം നൽകുകമാത്രമല്ല ആർസിസി ചെയ്യുന്നത്. കാൻസർ ചികിത്സയുടെ ദുർവഹമായ ചെലവ് മൂന്നിൽ കണ്ടുകൊണ്ട് ജനങ്ങൾക്ക് കാൻസർ സുരക്ഷ സൗജന്യമായി നൽകുന്നതിനുള്ള അതുല്യവും ഭാവനാത്മകവുമായ കാൻസർ കെയർഫോർ ലൈഫ് എന്ന പദ്ധതിയും ആർസിസി ആവിഷ്കരിച്ചിട്ടുണ്ട്. കാൻസർ ചികിത്സാചെലവുമൂലം കുടുംബം അനാഥമായിത്തീരരുതെന്നും രോഗിയുടെയും കുടുംബത്തിന്റെയും സാമ്പത്തിക സ്ഥിതി നഷ്ടപ്പെടരുതെന്നുമുള്ള ചിന്തയുടെ ഫലമാണ് 1986-ൽ ആവിഷ്കരിച്ച ഈ പദ്ധതി. ഇപ്പോൾ കാൻസർ കെയർ ഫോർ ലൈഫിന്റെ മൂന്നാം ഘട്ട പദ്ധതി നിലവിലുണ്ട്. 500 രൂപയുടെ അംഗത്വമെടുക്കുന്നവർക്ക് 50,000 രൂപയുടെയും 2000 രൂപയുടെ അംഗത്വമെടുക്കു

ന്നവർക്ക് രണ്ടു ലക്ഷം രൂപയുടെയും 10,000 രൂപയുടെ അംഗത്വമുള്ളവർക്ക് 5 ലക്ഷം രൂപയുടെയും സൗജന്യ ചികിത്സ നൽകുന്ന ഈ പദ്ധതിയിൽ ഒറ്റത്തവണ മാത്രം പണമടച്ചാൽ മതി എന്ന പ്രത്യേകതയുണ്ട്. അംഗത്വമെടുത്ത് രണ്ടു വർഷത്തിനുശേഷം ആനുകൂല്യങ്ങൾക്ക് അർഹതയുണ്ടാവും.

കേരളത്തിൽ പ്രതിവർഷം 50,000 പേർക്ക് കാൻസർ കണ്ടുപിടിക്കപ്പെടുന്നു എന്നാണ് കണക്ക്. ഇതിൽ നല്ലൊരുഭാഗം രോഗികളും ആർസിസിയിലാണ് ചികിത്സ തേടി എത്തുന്നത്. 1981 ൽ പ്രവർത്തനം തുടങ്ങിയ ആർസിസിയിൽ രോഗികളുടെ എണ്ണത്തിൽ ക്രമാതീതമായ വർദ്ധനയാണ് ഉണ്ടായിരിക്കുന്നത്. കഴിഞ്ഞ വർഷം 15,000ൽ പരം പുതിയ രോഗികളും, 2 ലക്ഷത്തോളം പഴയ രോഗികളും ആർസിസി ചികിത്സ തേടി എത്തുകയുണ്ടായി.

വർദ്ധിച്ച ആയുർദൈർഘ്യം, കാൻസർ നിർണ്ണയ പരിശോധനകളുടെ ലഭ്യത, പകർച്ചവ്യാധികളുടെ നിയന്ത്രണം, രാസികങ്ങളുടെ ആധിക്യമുള്ള ആധുനിക ജീവിതശൈലി, ഭക്ഷണസംസ്കാരത്തിൽ വന്ന മാറ്റങ്ങൾ എന്നിവയൊക്കെ കാൻസർ രോഗികളുടെ എണ്ണം വർദ്ധിക്കുന്നു എന്ന പ്രതിഭാസത്തിൽ കാണാൻ കഴിയും. എന്നാൽ കാൻസർ വിജ്ഞാനീയം ഉപയോഗപ്പെടുത്തുകയും പ്രകൃതിയെ വിഷമയമാക്കാതെ ആരോഗ്യകരമായ ഭക്ഷണ-വ്യായാമ ശീലങ്ങൾ സ്വായത്തമാക്കുകയും ചെയ്താൽ ഒരു പരിധിവരെ ഈ രോഗത്തെ നിയന്ത്രിക്കാൻ സാധിക്കുമെന്നതിൽ സംശയമില്ല. ദുശ്ശീലങ്ങളിൽ നിന്ന്, പ്രത്യേകിച്ച് പുകയില ഉൽപ്പന്നങ്ങളിൽ നിന്ന് അകന്നു നിൽക്കുകയാണെങ്കിൽ ഇന്നു കാണുന്ന കാൻസറുകളുടെ എണ്ണം പകുതിയായി കുറയ്ക്കാൻ കഴിയും. നേരത്തെ കണ്ടുപിടിച്ചാൽ പൂർണ്ണമായി ചികിത്സിച്ചു ഭേദമാക്കാൻ കഴിയുന്ന ഈ രോഗം പ്രാരംഭദശയിൽ കണ്ടുപിടിക്കാനുള്ള പരിശോധനകൾക്ക് വിധേയമാവുക എന്നത് സുപ്രധാനമാണ്. അതിനുള്ള പ്രചോദനവും പ്രേരണയും നൽകുക എന്നതാണ് ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെ പ്രഥമ കർത്തവ്യം.

തിരുവനന്തപുരം  
റീജണൽ കാൻസർ സെന്ററിന്റെ  
പബ്ലിക് റിലേഷൻസ് ഓഫീസറാണ് ലേഖകൻ

# ഔഷധവില നിയന്ത്രണത്തിന്റെ പുതു രീതികൾ

ഡോ. അനന്ത് ഫാക്കേ

പേറ്റന്റ് നിയമങ്ങളുടെ അന്തസ്സത്തയെ ചോദ്യം ചെയ്തുകൊണ്ട് ബഹുരാഷ്ട്ര കമ്പനികൾ ഉൽപ്പന്നങ്ങളിൽ നേരിയ ഛാദം വരുത്തി കുത്തക അവകാശം തുടരാൻ ശ്രമിക്കുന്നതായി കാണാം. ദ്വിതീയ പേറ്റന്റ് എന്നറിയപ്പെടുന്ന ഈ രീതിയിലൂടെ നവീന ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ മരുന്നു വിപണിയിൽ എത്തുന്നില്ല. പഴയ മരുന്നുകൾ പുതിയ രൂപത്തിൽ എത്തിക്കുന്നത് പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുക ബൗദ്ധിക സ്വത്തവകാശ സംരക്ഷണത്തിന്റെ ലക്ഷ്യമല്ലാത്തതിനാൽ ഇത്തരം കേസുകളിൽ പേറ്റന്റ് നിഷേധിക്കാൻ രാജ്യങ്ങൾക്ക് അവകാശമുണ്ട്.

2013 മേയ് 15ലെ ഗസറ്റ് നോട്ടീഫിക്കേഷനിലൂടെ ഒരു പുതിയ ഔഷധ വില നിയന്ത്രണ ഉത്തരവ് നിലവിൽ വന്നിട്ടുണ്ട്. അത്യാവശ്യ മരുന്നുകളുടെ ദേശീയ പട്ടികയിൽപ്പെടുന്ന 348 മരുന്നുകളുടെ വില ഇതിലൂടെ ഗണ്യമായി കുറയ്ക്കുവാൻ കഴിയും എന്ന വിശ്വാസത്താൽ ഈ ഉത്തരവിനെ സ്വാഗതം ചെയ്യുന്ന ഒരു വിഭാഗം ഉണ്ട്. ചില മരുന്നുകളുടെ വില 80% വരെ കുറയുമെന്ന് പറയപ്പെടുന്നു. മരുന്ന് വില്പനയുടെ 17-18% വരെ മാത്രമേ നിയന്ത്രണപരിധിയിൽ കൊണ്ടുവരാൻ കഴിയുന്നുള്ളൂ. വിപണി വിലയെ നിർണ്ണായകമായി സ്വാധീനിക്കാൻ കഴിയുന്ന മരുന്നുകളുടെ 6.2% വിലകിഴിവ് മാത്രമേ യാഥാർത്ഥ്യമാകുന്നുള്ളൂ. പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് ഫൗണ്ടേഷൻ ഓഫ് ഇന്ത്യ നടത്തിയ പഠനങ്ങളും ഇതിന് ഉപോൽബലകമായ കണ്ടെത്തലുകളിൽ എത്തിച്ചേർന്നിരിക്കുന്നു; അനുവദനീയമായ ഉയർന്ന വില പ്രഖ്യാപിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള 339 മരുന്നുകളിൽ 47%ത്തിൽ വന്നിട്ടുള്ള വിലകിഴിവ് കേവലം 10% മാത്രമാണ്. 28% മരുന്നുകളുടെ വില വിപണിയിലെ പ്രമുഖ ഇനം മരുന്നിന്റേതിനെക്കാൾ കൂടുതലും ആണ്.

വിലനിയന്ത്രണം സൂചനാ സ്വഭാവം മാത്രമുള്ളതായിത്തീർന്നിരിക്കുന്നു. അനുവദനീയമായ

ഉയർന്ന വില നിശ്ചയിക്കുന്നകാര്യത്തിൽ മരുന്നിന്റെ യഥാർത്ഥ നിർമ്മാണചെലവ് അവഗണിക്കുകയും വിപണിയെ ആശ്രയിച്ചുള്ള വില നിശ്ചയിക്കൽ രീതി അവലംബിക്കുകയും ചെയ്തിരിക്കുകയാണ്. കൂടാതെ അത്യാവശ്യ മരുന്നുകളുടെ ദേശീയ പട്ടികയിലും പരിമിതികൾ ധാരാളമാണ്; അത്യാവശ്യ മരുന്നുകളുടെ പട്ടികയും കഴിക്കേണ്ട മരുന്നിന്റെ ഡോസേജും ഏറ്റവും യാഥാസ്ഥിതികമായി അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടിരുന്നത് അതേരീതിയിൽ തുടരുകയാണ് ചെയ്തിരിക്കുന്നത്. നിരവധി ജീവൻരക്ഷാ മരുന്നുകൾ പട്ടികയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലാത്ത അവസ്ഥയാണ്. നിശ്ചിത ഡോസ് മിശ്രണ നിബന്ധനകളും യുക്തിക്ക് നിരക്കാത്തവയാണ്. ഈ വിഷയങ്ങൾ വിശദമായി ചർച്ചചെയ്യുകയാണ് ലേഖനത്തിൽ.

### വില ലഘൂകരണത്തിന്റെ ലഘുവ സ്വഭാവം

അഖിലേന്ത്യാ ഡ്രഗ്സ് ആക്ഷൻ നെറ്റ്വർക്ക് എന്ന സംഘടന സുപ്രീംകോടതിയിൽ നൽകിയ ഒരു പൊതുതാൽപര്യ പരാതിയുടെ സമ്മർദ്ദത്തിന് വിധേയമായിട്ട് ഡി.പി.സി.ഒ. 2013 നിലവിൽ വന്നത്. ജീവൻ രക്ഷാ സ്വഭാവമുള്ള അത്യാവശ്യ മരുന്നുകളെ സംബന്ധിച്ച അവലോകനം നടത്തുന്നതിനും അവയെ വില നിയന്ത്രണനിയമത്തിന്റെ /



ഉത്തരവിന്റെ പരിധിയിൽ കൊണ്ടുവരണം എന്നും സുപ്രീംകോടതി ഗവൺമെന്റിന് നിർദ്ദേശം നൽകുകയുണ്ടായി. ഈ നിർദ്ദേശങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഡി.പി.സി.ഒ 2013 ലൂടെ നടപടികൾ കൈക്കൊള്ളുന്നതിന് 10 വർഷമാണ് ഗവൺമെന്റിന് വേണ്ടിവന്നത്.

കോടതി ഗവൺമെന്റിനോട് നിർദ്ദേശിച്ച ചില കാര്യങ്ങളുണ്ട്. 1995 മുതൽ വിലനിയന്ത്രണത്തിന് വിധേയമായ 74 മരുന്നുകളുടെ കാര്യത്തിൽ വിലനിശ്ചയിച്ചിട്ടുള്ളത് ഉല്പാദനചെലവിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലാണെന്നും അതിനാൽ ആ മാനദണ്ഡം ഭാവിയിലും നിലനിർത്തേണ്ടതുണ്ടെന്നുമാണ് ഇവയിൽ ഒന്ന്. ഉല്പാദന ചെലവിനോടൊപ്പം ന്യായമായ കച്ചവടലാഭം, ഗുണനിയന്ത്രണം, മാർക്കറ്റിംഗ് ചെലവുകൾ, ഗവേഷണവും വികസനവും, നികുതി തുടങ്ങിയ ഘടകങ്ങളും വില നിയന്ത്രണത്തിൽ പരിഗണിക്കപ്പെടണം. ഇതാണ് യുക്തിസഹമായ സമീപനം. വിലനിയന്ത്രണത്തിൽ ലോകത്തിൽ ഒരു ഗവൺമെന്റും വിപണിയെ അന്ധമായി ആശ്രയിക്കാറില്ല. ടെലഫോൺ, വിദ്യുച്ഛക്തി വാഹനങ്ങൾ ഇവയുടെ വില/കുലി നിർണ്ണയിക്കുന്നതും സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിന്റെ ചെലവിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലാണ്. വസ്തുത ഇതായിരിക്കെ 2013 ലെ ഡി.പി.സി.ഒ, വിപണി അധിഷ്ഠിത വിലശുപാർശചെയ്തത് യുക്തിക്ക് നിരക്കുന്ന കാര്യമല്ല.

നഗ്നമായ ലാഭക്കൊയ്ത്തിൽ പ്രമുഖ മരുന്ന് കമ്പനികളെല്ലാംതന്നെ ദീർഘകാലമായി ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുകയാണ്. ഫാർമസ്യൂട്ടിക്കൽ ഇൻഡസ്ട്രീസ് ഫെഡറേഷന്റെ നിഗമനം അനുസരിച്ച് കഴിഞ്ഞ ഒരു ശതാബ്ദകാലയളവിൽ വൻകിട ഔഷധനിർമാതാക്കൾ 1,01,1750 കോടി രൂപാ ലാഭം ഉണ്ടാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഇതിന് സഹായകമായ വസ്തുത ഡി.പി.സി.ഒ 2013 ന് മുൻപ് കേവലം 74 ഔഷധങ്ങൾ മാത്രമേ വിലനിയന്ത്രണത്തിന്റെ പരിധിയിൽപ്പെട്ടിരുന്നുള്ളൂ എന്നതാണ്.

ഡി.പി.സി.ഒ 2013 നോട്ടീഫിക്കേഷനുശേഷം ഔഷധങ്ങളുടെ വിലനിലവാരം ഗണ്യമായി കുറഞ്ഞതായി അവകാശവാദം ഉണ്ട്. ഈ

അവകാശവാദം നിലനിൽക്കുന്നതല്ല എന്ന മറുവാദം കൂടിയുണ്ട്. കേന്ദ്ര ഫാർമസ്യൂട്ടിക്കൽ ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റ് 600 ൽ അധികം ഇനം ഡോസ്റ്റേജ് - വില നിയന്ത്രിക്കാവുന്നവയിൽ 500 ഇനങ്ങളിൽ ആണ് അത് പ്രാവർത്തികമാക്കിയിട്ടുള്ളത്. ഡി.പി.സി.ഒ 2013, ഏറ്റവും ഉയർന്ന വിലയാണ് നിശ്ചയിക്കുക. എന്നാൽ ഇതിലൂടെ താരതമ്യേന ഉയർന്ന വില ഈടാക്കുന്ന നിരവധി ഉല്പന്നങ്ങൾ നിയന്ത്രിക്കപ്പെടാതെയും അതിലൂടെ ബന്ധപ്പെട്ട ഔഷധത്തിന്റെ ശരാശരി വില പഴയതുപോലെ തുടരുകയും ചെയ്യുന്നുണ്ട്. ഇതിനാൽ സാധാരണക്കാരന് ആശ്വാസം ലഭിക്കാത്ത സ്ഥിതിവിശേഷം ഉണ്ട്. ഡിപിസിഒ-2013 ന്റെ പരിധിയിൽ വരുന്ന 370 ഫാർമുലേഷൻസിന്റെ വിറ്റുവരവ് 11233 കോടി രൂപാ ആയിരുന്നെന്നും ഡി.പി.സി.ഒ-2013 ന്റെ ഫലമായി വിലപന മൂല്യത്തിൽ ഉണ്ടായ കുറവ് 1280 കോടി (11%) ആണെന്നും ചൂണ്ടിക്കാണിക്കപ്പെടുന്നു. വിലനിയന്ത്രണം ഉദ്ദേശിച്ച ലക്ഷ്യം കൈവരിച്ചിട്ടില്ല എന്ന വ്യക്തമാക്കുന്നതാണ് ഈ കണക്ക്. എല്ലാ ഏപ്രിൽ 1-ാംതീയതിയും സ്വാഭാവികമായി വില ഉയർത്താനുള്ള സംവിധാനവും നിലവിലുണ്ട്.

**വില നിയന്ത്രിത ഔഷധങ്ങളുടെ പട്ടിക അപൂർണ്ണം**

ജീവൻ രക്ഷാമരുന്നുകളുടെ കാര്യത്തിൽ സുപ്രീം കോടതിയുടെ നിർദ്ദേശം നിലനിൽക്കുന്നു എങ്കിലും പൂർണ്ണമായ ഒരു പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്ന കാര്യത്തിൽ ഗവൺമെന്റ് പരാജയപ്പെട്ടു. ഏറ്റവും കൂടുതൽ മരണ നിരക്കുള്ള DR-TB യുടെ ചികിത്സക്ക് ആവശ്യമായ ഈ മരുന്നുകളുടെ വില വലുതാണ്. ഒരു മാസത്തേക്കുള്ള ഔഷധവില 8340 രൂപയാണ്. രോഗബാധിതരിൽ 6% പേർ മാത്രമാണ്, രോഗനിർണ്ണയത്തിന് വിധേയരായിട്ടുള്ളത്. 5% പേർ മാത്രമാണ് ചികിത്സ തേടിയിട്ടുള്ളത്.

ലോക ആരോഗ്യ സംഘടനയുടെ “മോഡൽ ലിസ്റ്റ് ഓഫ് എസ്സെൻഷ്യൽ മെഡിസിൻസ്” എന്ന പ്രസിദ്ധീകരണത്തിൽ ഏറ്റവും ആവശ്യമായ മരുന്നുകളും അനുപുരക മരുന്നുകളും എന്ന രണ്ട് ശീർഷകങ്ങളിലാണ് ജീവൻ രക്ഷാ / അത്യാവശ്യ മരുന്നുകൾ എടുത്തു പറ

യുണിറ്റ്. കാതലായ മരുന്നുകളുടെ പട്ടികയിൽ പെടുന്നത് ഒരു മാതൃകാ ആരോഗ്യപരിപാലന വ്യവസ്ഥയ്ക്ക് ഒഴിവാക്കാനാകാത്ത ഏറ്റവും കുറച്ചു എണ്ണം/ഇനം മരുന്നുകളാണ്. ആ വ്യവസ്ഥയുടെ മുൻഗണനാ പദ്ധതിക്ക് അനുയോജ്യമായതും ചെലവ് കുറഞ്ഞതും സുരക്ഷിതവും ഫലപ്രദവും ആയ മരുന്നുകളാണ് അവ. ചികിത്സാ പദ്ധതിയിൽ മുൻഗണന ലഭിക്കേണ്ട മരുന്നുകൾ തന്നെയാണ് അനുപുരക പട്ടികയിലും ഉള്ളത്. ഇവിടെ മരുന്നിനെല്ലും, ഏതു തരം രോഗത്തിനുള്ളതാണ് എന്ന രീതിയിലാണ് പ്രസ്താവിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളത്. ഏതെല്ലാം രോഗങ്ങളുടെ നിർണ്ണയം, നിരീക്ഷണം ഇവയ്ക്ക് വിദഗ്ദ്ധരുടെ സേവനം ആവശ്യമുണ്ടോ, അത്തരം രോഗങ്ങൾക്ക് വേണ്ട ഔഷധങ്ങൾ എന്നാണ് വ്യക്തമാക്കപ്പെടുന്നത്. പ്രത്യേകമായി നിർവചിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു എങ്കിലും രണ്ടു വിഭാഗങ്ങളിൽപ്പെട്ട മരുന്നുകളും മുൻഗണന അർഹിക്കുന്നവതന്നെയാണ്. അതിനാൽ വിലനിയന്ത്രണം ഏർപ്പെടുത്തുമ്പോൾ രണ്ടു വിഭാഗങ്ങളിലുംപ്പെടുന്ന മരുന്നുകൾ തുല്യപ്രാധാന്യത്തോടെ പരിഗണിക്കപ്പെടേണ്ടതാണ്. എന്നാൽ ലോകാരോഗ്യ സംഘടന മുന്നോട്ടു വച്ചിട്ടുള്ള നിർവ്വചനങ്ങളുടെ അന്തസ്സത്ത ചോർന്നു പോയിരിക്കുന്നു. പകരം വീട്ടുവീഴ്ചയും ലാഘവ ബുദ്ധിയും കടന്നു കൂടിയിരിക്കുന്നതായി കാണാൻ കഴിയും.

ഇത്തരം തൊട്ടുംതൊടാതെയുള്ള സമീപനത്തിന് പുറമെ വേറെയും വീഴ്ചകൾ സംഭവിച്ചിട്ടുണ്ട്. ആസ്തമ രോഗചികിത്സയ്ക്കുള്ള ഔഷധങ്ങളിൽ 'സാൽബുട്ടാമോൾ' മാത്രമാണ് അത്യാവശ്യമരുന്നുകളുടെ ദേശീയ പട്ടികയിൽപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളത്. ഈ രോഗ ചികിത്സയിൽ ഫലപ്രദമായിട്ടുള്ള മറ്റ് പ്രമുഖ മരുന്നുകൾ പട്ടികയിൽ ഉൾപ്പെട്ടിട്ടില്ല. ജീവൻ രക്ഷ നിർണ്ണായകമാകുന്ന അവസരത്തിൽ പട്ടികയിൽ വരാത്ത ഈ മരുന്നുകളും ഉപയോഗിക്കാറുണ്ട്.

ഏറ്റവും കൂടുതൽ പ്രമേഹ രോഗികളുള്ള രാജ്യമാണ് നമ്മുടെത്. ഇന്ത്യയിൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ മരണത്തിന് വഴിവയ്ക്കുന്ന രോഗം കൂടിയാണ് പ്രമേഹം. NLEM 2011 ൽ പ്രമേഹ രോഗത്തിനുള്ള മരുന്നുകളിൽ ഇൻസുലിനും glimnclamideഉം metformin ഉം ആണ് ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളത്.

എന്നാൽ ഡോക്ടർമാർ glimperide, sulfonylurea തുടങ്ങിയ മരുന്നുകൾ വ്യാപകമായി പ്രയോജനപ്പെടുത്താറുണ്ട്. ബ്ലഡ് ഷുഗർ കുറയുന്ന സാഹചര്യങ്ങളിൽ ഈ മരുന്നുകൾക്കുള്ള പ്രത്യേക പ്രസക്തിയാണ് അതിനുള്ള കാര്യം. DPCO 2013 ഈ മരുന്നുകളെ ഒഴിവാക്കിയിരിക്കുന്നു. glimperide ന്റെ വ്യത്യസ്ത ബ്രാൻഡ് മരുന്നുകളുടെ വിലയിലുള്ള അന്തരം ശ്രദ്ധേയമാണ്.

NLEM ൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ഔഷധങ്ങളോട് രാസപരമായി പൂർണ്ണ സമാനതയുള്ള പല മരുന്നുകളും അത്യാവശ്യ മരുന്നുകളുടെ പട്ടികയിൽ ഉൾപ്പെടുത്താതെ മാറ്റിനിറുത്തിയിട്ടുണ്ട്. മോളിക്യൂൾ ഘടനയിലുള്ള നേരിയ വ്യത്യാസമാണ് അവയെ രാസപരമായി വേർതിരിച്ചുനിറുത്തുന്നത്. എന്നാൽ സാദൃശ്യം ഉണ്ടെങ്കിലും ലിസ്റ്റിൽപെടാത്ത ഔഷധ പദാർത്ഥത്തെ വ്യത്യസ്തമായ പുതിയ ഔഷധത്തിന്റെ പരിവേഷത്തോടെ അവതരിപ്പിക്കുകയും പ്രചരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന സമ്പ്രദായം ഉടലെടുത്തിട്ടുണ്ട്. ഇതും DPCO 2013 ലെ ഒരു പോരായ്മയാണ്.

അവശ്യ മരുന്നുകൾ തെരഞ്ഞെടുക്കുന്നതിനുള്ള മാനദണ്ഡങ്ങൾ ഉല്പാദന ചെലവ്, സുരക്ഷിതത്വം, ഫലവത്തത എന്നിവയാണ്. എന്നാൽ മേൽപറഞ്ഞ, ചിലതിനെ വിലനിയന്ത്രണത്തിന്റെ പരിധിയിൽ നിന്നും മാറ്റിനിറുത്തുന്നതിലൂടെ ഫലവത്തയിലും സുരക്ഷിതത്വത്തിലും തുല്യതയുള്ളതും ഉല്പാദന ചെലവിൽ മാത്രം വ്യത്യാസമുള്ളതുമായ മരുന്നുകൾ വില നിയന്ത്രണത്തിന്റെ പരിധിക്ക് പുറത്താകുന്നുണ്ട്. ഔഷധശേഷിയുടെ കാര്യത്തിൽ തുല്യതയുള്ള എല്ലാ മരുന്നുകളും ഒരേ രീതിയിൽ വിലനിയന്ത്രണത്തിന് വിധേയമാക്കപ്പെടണം എന്നും അല്ലെങ്കിൽ ഉല്പാദകർ ലാഭസാധ്യതയുള്ള ഔഷധങ്ങളിലേക്ക് കൂടിയേറും എന്നും പ്രൊണബ് സെൻ ടാസ്ക് ഫോഴ്സ് ചൂണ്ടിക്കാണിക്കുന്നു.

**നൂറുകണക്കിന് കൂട്ടുമരുന്നുകളാണ് വിപണിയിലുള്ളത്. ഇവയെല്ലാം വിലനിയന്ത്രണ നീതിയിൽ നിന്നും വിമുക്തമായിരിക്കുകയാണ്. ഇന്ത്യൻ വിപണിയിൽ കൂടുതൽ വിറ്റഴിയപ്പെടുന്നത് ഇങ്ങനെയുള്ളവയാണ്. പാരസെറ്റമോൾ 500 mg, 13 ബ്രാൻഡുകളിൽ വിലക്കുറുപ്പുവന്നുണ്ട്. അതിന്റെ**

വിറ്റുവരവ് 128 കോടി രൂപയാണ്. വിലനിയന്ത്രണത്തിലൂടെ 9 ബ്രാൻഡുകളുടെ വിറ്റു വരവിൽ വന്ന കുറവ് 7.59 കോടി രൂപയാണ് എന്നാൽ വിവിധ മാത്രയിലും ശക്തിയിലുള്ള മുഴുവൻ പാരസെറ്റമോളിന്റെയും സംയുക്തങ്ങളുടേയും വിറ്റുവരവ് 2571 കോടി രൂപയാണ്. ഇതിൽ DPCO 2013 ന്റെ സ്വാധീനത്താൽ ഉണ്ടായ കുറവ് 4% മാത്രമാണ്.

ഗവൺമെന്റ് സൂപ്രീം കോടതിൽ സമർപ്പിച്ച സത്യ വാങ്മൂലം പ്രകാരം 71246 കോടിയോളം വരുന്ന ഔഷധ വിപണിയിൽ 18% മാത്രമാണ് വിലനിയന്ത്രണത്തിൽ വന്നിട്ടുള്ളത്. അതായത് 82% DPCO 2013 ൽ നിന്നും സ്വതന്ത്രമാണ്. ഇതിൽ 11,197 കോടി രൂപാ ഏകഘടക ഔഷധങ്ങളും 1900 കോടി രൂപാ സംയുക്തങ്ങളും ആണ്.

**വിലനിയന്ത്രണം നിയുക്ത നിലവാരത്തിലുള്ള ഡോസേജുകൾക്കുമാത്രം.**

ഏറ്റവും അധികം വിൽക്കപ്പെടുന്ന 1000 ഉല്പന്നങ്ങളിൽ അടോർവാസ്റ്റാസിൻ 10 mg. ഇനത്തിലുള്ള 8 ഉല്പന്നങ്ങൾ മാത്രമേ NLEM ൽ പെട്ടിട്ടുള്ളൂ. മൊത്തത്തിൽ പറഞ്ഞാൽ പ്രത്യേക ഡോസേജ് മരുന്നുകളിൽ 50% മാത്രമേ വിലനിയന്ത്രണം ഉത്തരവിൽ ഉൾപ്പെടുന്നുള്ളൂ.

വില നിയന്ത്രിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള ഔഷധങ്ങളുടെ വില പൊതുവിലക്കയറ്റത്തിനനുസരിച്ച് ഉയരുന്നു.

വിലനിയന്ത്രണം ബാധകമായിട്ടുള്ള മരുന്നുകളുടെ

കാര്യത്തിൽ എല്ലാവർഷവും ഉല്പാദകർ മൊത്ത വ്യാപാര വില സൂചികയുടെ വർദ്ധനവിനനുസരിച്ച് സ്വതന്ത്രമായി വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നുണ്ട്. എന്നാൽ ഇങ്ങനെയുള്ള സ്വതന്ത്ര വില വർദ്ധനവിനെക്കാൾ സ്വീകാര്യമായിട്ടുള്ള ഉല്പാദന ചെലവിലെ വർദ്ധനവിനെ ആശ്രയിച്ചുകൊണ്ടുള്ള ഒന്നാണ്. അസംസ്കൃത വസ്തുക്കളുടെ വിലയാണ് മുഖ്യമായും പരിണിതപ്പെടേണ്ടത്. ഉല്പാദന പ്രക്രിയയിലുണ്ടാകുന്ന ചെലവ് ഇതിനെ അപ്കേക്ഷിച്ച് കുറവായിരിക്കും. ഈ രീതിയിലുള്ള വിലവർദ്ധനവ് നടപ്പിൽ വരുത്താൻ വേണ്ട കാര്യശേഷിയും മെയ്വഴക്കവും ഗവൺമെന്റിന് ഉണ്ടോ എന്നതും സംശയകരമാണ്. PPCO-2013 ഇത്തരം സംവിധാനത്തെക്കുറിച്ച് വ്യക്തമായ പരാമർശനങ്ങളും ഇല്ല. അനുവദിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള ഉയർന്ന വിലയുടെ എത്ര ശതമാനം വരെ വാർഷികാടിസ്ഥാനത്തിൽ വർദ്ധിപ്പിക്കാമെന്ന കാര്യത്തിലും വ്യക്തതയില്ല.

DPCO - 2013 പല കാരണങ്ങൾ കൊണ്ടും, ഉല്പാദകന് ഉപഭോക്താവിനെ ചൂഷണം ചെയ്യാൻ സഹായകരമായിട്ടാണ് കാണപ്പെടുന്നത്. ഉല്പാദന ചെലവിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ വില നിശ്ചയിക്കുക, കൂടുതൽ വിസ്തൃതമായ ദേശീയ നിയന്ത്രിത വിലയുടെ പട്ടിക ഏർപ്പെടുത്തുക എന്നീ സൂപ്രീം കോടതി നിർദ്ദേശങ്ങൾ ആത്യന്തികമായി നീതി ഉറപ്പാക്കുമോ എന്നതാണ് ചോദ്യം.

**-പീപ്പിൾസ് ഹെൽത്ത് മൂവ്മെന്റിന്റെ സജീവ പ്രവർത്തകനാണ് ലേഖകൻ**



# ഔഷധ നിർമ്മാണ വ്യവസായം: പേറ്റന്റുകളും ഭാവിയും

ഡോ. റോറി ഹോർണർ

പൊതുജനാരോഗ്യത്തിന് ഔഷധ നിർമ്മാണ പേറ്റന്റുകളുടെ പ്രസക്തിയെക്കുറിച്ച് വളരെക്കുറച്ചു പേർക്കു മാത്രമേ സംശയം ഉണ്ടാകിയിട്ടുള്ളൂ. ലോകവ്യാപാര സംഘടനയുടെ ബൗദ്ധിക സ്വത്തവകാശ ഉടമ്പടിയുടെ കീഴിൽ 1990 കളുടെ അവസാനത്തിലും 2000ത്തിന്റെ തുടക്കത്തിലും ഭേദഗതികൾ നമ്മുടെ പേറ്റന്റ് നിയമത്തിൽ വരുത്തി. ദക്ഷിണ ഭൂഗോളത്തിൽ കുറഞ്ഞ വിലയ്ക്കു ഔഷധ വിതരണം നടത്തുന്നതിനാൽ 'വികസ്വര ലോകത്തിന്റെ ഔഷധ വിതരണശാല' എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്ന ഇന്ത്യയുടെ ഔഷധ നിർമ്മാണ വ്യവസായത്തിൽ പ്രത്യേക ശ്രദ്ധ പതിപ്പിച്ചുകൊണ്ട് ആഗോള ചർച്ചകൾ നടന്നു. ഇന്ത്യയുടെ ഔഷധ നിർമ്മാണ വ്യവസായത്തിന്റെ പൊതുജനാരോഗ്യ ഫലങ്ങളിൽ പേറ്റന്റുകൾക്കുള്ള വലിയ പ്രാധാന്യം തുടരുന്നവെന്നാണു ഞാൻ ഇവിടെ സൂചിപ്പിക്കുന്നത്. ബൗദ്ധിക സ്വത്തവകാശങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള ആരവങ്ങൾക്കിടയിൽ, പേറ്റന്റുകളുടെ പ്രയോജനത്തെക്കുറിച്ച് സൂക്ഷ്മത പുലർത്തേണ്ടതു സുപ്രധാനമാണ്. ഒപ്പം, ആഭ്യന്തര ഔഷധ നിർമ്മാണ വ്യവസായത്തെയും ഔഷധങ്ങളുടെ ലഭ്യതയെയും അനുകൂലമായും പ്രതികൂലമായും ബാധിക്കുന്ന ഘടകങ്ങളെ വിസ്തരിപ്പിക്കാനും പാടില്ല.

## പൊതുജനാരോഗ്യവും ഔഷധ നിർമ്മാണ പേറ്റന്റുകളും

പേറ്റന്റുകളും വിപുലമായ ഫലത്തെക്കുറിച്ചുള്ള അവബോധത്തിൽ നിന്നും അതിനു അനുശ്രുതമായ നയരൂപീകരണത്തിൽ നിന്നും ഇന്ത്യയിലെ ഔഷധ നിർമ്മാണ രംഗത്തിനു ഗണ്യമായ പ്രയോജനം സിദ്ധിച്ചിട്ടുണ്ട്. 1950 ലെ പേറ്റന്റ്സ് എൻക്വയറി കമ്മറ്റി, 1954 ലെ ഫാർമസ്യൂട്ടിക്കൽ എൻക്വയറി കമ്മറ്റി, 1959 ലെ അയ്യങ്കാർ റിപ്പോർട്ട് എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള സ്വാതന്ത്ര്യാനന്തര ഗവൺമെന്റ് റിപ്പോർട്ടുകളെല്ലാം പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണം രാജ്യ

ത്തിന്റെ സാങ്കേതിക വികസനത്തിന് അനുയോജ്യമായിരിക്കണമെന്നു ശുപാർശ ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. പൊതുജനാരോഗ്യ രംഗത്തെ സ്വാധീനം മൂലമുള്ള സാമൂഹ്യ പ്രാധാന്യം പരിഗണിച്ചു ഔഷധ നിർമ്മാണ പേറ്റന്റുകൾക്ക് പ്രത്യേക ശ്രദ്ധ നൽകിയിരുന്നു. ഒടുവിൽ ഈ ശുപാർശകൾ 1970 ലെ പേറ്റന്റ്സ് നിയമത്തിൽ ചെന്നെത്തി. അതു 1972 ൽ നിലവിൽ വന്നു. അതനുസരിച്ച് ഉൽപന്ന പേറ്റന്റുകൾ എടുത്തു കളയുകയും പ്രക്രിയാ പേറ്റന്റുകൾക്കു ചെറിയ കാലാവധിയായ 5 വർഷം മാത്രം നൽകുകയും ചെയ്തു. ഏവർക്കും അറിയാവുന്നതു പോലെ, 1970 കളുടെ മധ്യം മുതൽ, ഗണ്യമായ ഔഷധനിർമ്മാണ വ്യവസായം ഉടലെടുക്കുകയും ഇന്ത്യയിൽ കുറഞ്ഞ ചെലവിൽ ഔഷധങ്ങൾ ലഭ്യമാകുകയും ചെയ്തു.

ഭരണകൂടത്തെയും പൗരസമൂഹ സംഘങ്ങളേയും ഉൾക്കൊള്ളിച്ചുകൊണ്ടുള്ള പേറ്റന്റുകളുടെ പൊതുജനാരോഗ്യ സ്വാധീനത്തെക്കുറിച്ചുള്ള അവബോധതലം അനുപമവും ആഗോള സ്വാധീനമുള്ളതുമാണ്. ലോകത്തിൽ പലയിടത്തും, വളരെക്കാലത്തേക്ക് പൊതുജനാരോഗ്യ ഫലത്തെ താരതമ്യേന അവഗണിച്ചിരുന്നു. എന്നാൽ ഇന്ത്യ ആഗോള പേറ്റന്റ് നിയമ ഉടമ്പടിക്ക് തീർത്തും എതിരായിരുന്നു. ഇതിന്റെ ഭാഗികമായ കാരണം കരുത്താർജ്ജിച്ചുവരുന്ന ആഭ്യന്തര ഔഷധനിർമ്മാണ വ്യവസായമായിരുന്നു. കൂടാതെ 1980 കളുടെ അവസാനത്തിലെ പ്രചരണവും പ്രത്യേകിച്ചു, പേറ്റന്റ് നിയമങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള നാഷണൽ വർക്കിംഗ് ഗ്രൂപ്പിന്റെ പ്രവർത്തനവും ആയിരുന്നു. അന്തിമമായി, ഈ പ്രതിരോധത്തിന്, 1994 ലെ ട്രിപ്സ് ഉടമ്പടി ഒപ്പു വെയ്ക്കുന്നതു തടയാൻ കഴിഞ്ഞില്ലെങ്കിലും, പിന്നീട് ദക്ഷിണാഫ്രിക്കയിലും ഇന്ത്യയിലും ഉണ്ടായ സംഭവ വികാസങ്ങൾ കൂടുതൽ വിശാലമായ അവബോധത്തിലേക്ക് നയിക്കുകയും ലോകാരോഗ്യ സംഘടന പേറ്റന്റുകളുടെ പൊതു

ജനാരോഗ്യ സ്വാധീനത്തിന് ഔഷധാധിക്യമായ അംഗീകാരം നൽകുകയും ചെയ്തു.

ഔഷധങ്ങളുടെ വില കുറയ്ക്കാനുള്ള ദക്ഷിണാഫ്രിക്കൻ ഗവൺമെന്റിന്റെ ശ്രമങ്ങൾക്കെതിരെ ഔഷധ നിർമ്മാണ രംഗത്തെ ബഹുരാഷ്ട്ര കമ്പനികൾ നടത്തിയ നിയമയുദ്ധം ആഗോള ശ്രദ്ധ ആകർഷിച്ചു. പിന്നീട്, 2001 ന്റെ തുടക്കത്തിൽ ഇന്ത്യയിലെ ഒരു പ്രമുഖ ഔഷധ നിർമ്മാണ കമ്പനി ഒരു വർഷത്തേക്കു 350 അമേരിക്കൻ ഡോളർ നിരക്കിൽ ആന്റിവിട്രൈറലുകൾ വിതരണം ചെയ്യാൻ മുന്നോട്ടു വന്നു. അതുവരെ അവർ വിലയിട്ടിരുന്നതു 10000 ഡോളർ ആയിരുന്നു. ഔഷധലഭ്യതയ്ക്കു വേണ്ടിയുള്ള ഗണ്യമായ ആഗോള കുട്ടായ്മയോടൊപ്പം, ഈ സംരംഭം ജനറൽ ഔഷധങ്ങളുടെ വിലവ്യത്യാസത്തിലേക്കു വിരൽ ചൂണ്ടി. കൂടാതെ അതു എയ്ഡ്സിനെ ഒരു മാതൃകരോഗം എന്നതിൽ നിന്നു ഒരു ദീർഘകാല പരിചരണ പ്രശ്നമാക്കി മാറ്റുകയും ചെയ്തു.

2001 നവംബറിൽ, ട്രിപ്സ് ഉടമ്പടിയേയും പൊതുജനാരോഗ്യത്തേയും കുറിച്ചുള്ള ദോഹാ പ്രഖ്യാപനം ഇങ്ങനെ വിശദീകരിച്ചു:- “ലോകവ്യാപാര സംഘടനയിലെ അംഗങ്ങളുടെ പൊതുജനാരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിനുള്ള അവകാശത്തെയും, പ്രത്യേകിച്ചു ഏവർക്കും ഔഷധങ്ങൾ ലഭിക്കുന്നതിനുള്ള പ്രോത്സാഹനത്തെയും പിൻതാങ്ങുന്ന തരത്തിൽ ആയിരിക്കണം ഉടമ്പടി വ്യാഖ്യാനിക്കേണ്ടതും നടപ്പാക്കേണ്ടതും.

ട്രിപ്സിനു അനുയോജ്യമായ വിധത്തിൽ ഇന്ത്യയുടെ പേറ്റന്റ് നിയമത്തിൽ 2005 ൽ വരുത്തിയ അന്തിമ ഭേദഗതികൾക്കു ശേഷവും പേറ്റന്റുകളുമായുള്ള പൊതുജനാരോഗ്യബന്ധം ആഗോള ശ്രദ്ധ ആകർഷിച്ചു പോന്നു. ട്രിപ്സിനു മുൻപ്, ഉല്പന്ന പേറ്റന്റുകളുടെ അഭാവംമൂലം ഇന്ത്യയ്ക്കു ലഭിച്ച പ്രയോജനം, മറ്റു വികസാര രാജ്യങ്ങളിൽ പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണത്തിന്റെ വിപുലീകരണത്തിനെതിരായ വാദഗതികളെ പിൻതുണക്കാനുള്ള തെളിവായി വ്യാപകമായി എടുത്തു കാണിച്ചിരുന്നു. ഇന്ത്യയിലും മറ്റുള്ളങ്ങളിലുമുള്ള നയം രൂപീകരിക്കുന്നവരും സജീവ പ്രവർത്തകരും ട്രിപ്സിലും അധികമായ സാധ്യതാ നടപടികൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നുണ്ടായിരുന്നു. ഉദാഹരണത്തിന് കൂടുതൽ വ്യാ

പകമായ പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണം വ്യവസ്ഥ ചെയ്യുന്ന നിർദ്ദിഷ്ട ഇ.യു- ഇന്ത്യ സ്വതന്ത്ര വ്യാപാര ഉടമ്പടിയിൽ ഉൾക്കൊള്ളിച്ചവ അടുത്തകാലത്തെ നയ തീരുമാനങ്ങളും ഇന്ത്യയുടെ ട്രിപ്സ് -ൽ നിന്നും ഭേദഗതി ചെയ്ത പേറ്റന്റ് നിയമത്തിലെ പൊതുജനാരോഗ്യ വ്യവസ്ഥകൾ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനുള്ള താല്പര്യം പ്രകടിപ്പിച്ചിരുന്നു. 2012- ൽ ഇന്ത്യയുടെ കൺട്രോളർ ഓഫ് പേറ്റന്റ്സ്, കരളിനും അർബുദത്തിനും ഉള്ള ഔഷധമായ നെക്സാവറിന്റെ ജനറൽ വെർഷൻ ഉല്പാദിപ്പിക്കുന്നതിന് ഒരു ഔഷധ നിർമ്മാണ സ്ഥാപനത്തിനു നിർബന്ധിത ലൈസൻസ് നൽകി. നേരത്തെ ഒരു മാസത്തെ ചികിത്സയ്ക്കു വേണ്ടിയിരുന്ന തുക 2,80,000 രൂപ ആയിരുന്നു. ഇപ്പോൾ, ഇന്ത്യൻ സ്ഥാപനത്തിനു ഈ ഔഷധം 8,800 രൂപയ്ക്ക് വിൽക്കാൻ കഴിയുന്നു. ഒരു ബഹുരാഷ്ട്ര സ്ഥാപനം ഉൾപ്പെട്ട, ദീർഘകാലം നീണ്ടുനിന്ന നൊവാർറ്റിസ് - ഗ്ലൈവെക് എന്ന മറ്റൊരു കേസിൽ, ഇന്ത്യയുടെ പേറ്റന്റ് നിയമത്തിന്റെ 3 (ഡി) വകുപ്പ് അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടു. അതനുസരിച്ച് സെക്കന്ററി പേറ്റന്റുകൾ നൽകുന്നതു കുറച്ചു. ഇത്, രക്താർബുദ ചികിത്സയ്ക്കുള്ള ഇമാറ്റിനിബ് എന്ന ഔഷധത്തിനു പേറ്റന്റ് നിഷേധിക്കാനുള്ള 2006 ലെ തീരുമാനത്തെ അരക്കിട്ടുറപ്പിച്ചു. തന്മൂലം, നേരത്തെ ഒരു മാസത്തെ ചികിത്സയ്ക്കുള്ള ഔഷധത്തിന് നൽകേണ്ടിയിരുന്ന 1,20,000 രൂപയ്ക്കു പകരം, ഇന്ത്യൻ ജനറൽ കമ്പനികൾക്ക് ഈ ഔഷധം 9,000-11,000 രൂപയ്ക്കു നൽകാൻ കഴിഞ്ഞു.

ഇന്ത്യയുടെ ഔഷധനിർമ്മാണ പേറ്റന്റ് നിയമത്തിന്റെ പൊതുജനാരോഗ്യ വ്യാഖ്യാനങ്ങൾ ലോകമൊട്ടാകെ അവലോകനം ചെയ്യപ്പെട്ടുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു. അതിൽ, കൂടുതൽ പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണത്തിനു വേണ്ടി വാദിക്കുന്നവരും കൂടുതൽ അയവുള്ള സമീപനം ആഗ്രഹിക്കുന്നവരും ഉണ്ട്. ഫൈസറിന്റെ ചീഫ് ഇന്റിലക്ചുൽ പ്രോപർട്ടി കൗൺസൽ ആയ റോയ് വാൽഡ്രൺ അമേരിക്കൻ ജനപ്രതിനിധി സഭയിൽ ഇങ്ങനെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി:- “മറ്റു പല രാജ്യങ്ങളും ഇന്ത്യയെ നേതാവായും മാതൃകയായും കരുതുന്നതിനാൽ ഇന്ത്യയുടെ നടപടികൾ അതിന്റെ അതിരുകൾക്കപ്പുറം പ്രതിപ്രവർത്തിക്കുന്നു. ഇന്ത്യയുടെ മാതൃകയിൽ

നിന്നും പഠിക്കുന്നതിന്റെ തെളിവ് മറ്റു ചിലയിടങ്ങളിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്നുണ്ട്. ദക്ഷിണാഫ്രിക്കയിലെ വ്യാപാര വ്യവസായ വകുപ്പ്, 2013 ലെ ബൗദ്ധികസ്വത്തിനെക്കുറിച്ചുള്ള ദേശീയ നയത്തിന്റെ നക്കലിൽ ഇന്ത്യയെ പിന്തുടർന്നു പേറ്റന്റ് അപേക്ഷകൾ നൽകുന്നതിനു മുൻപും പിൻപും പ്രതിരോധിക്കുന്നതിനുള്ള വ്യവസ്ഥകൾ ഉൾക്കൊള്ളിച്ചിട്ടുണ്ട്. ബ്രസീലിയൻ പേറ്റന്റ് നിയമം (ബ്രസീലിൽ സെന്റർ ഫോർ സ്ക്രാറ്റജിക് സ്റ്റഡീസ് ആന്റ് ഡിബേറ്റ്സ് 2013) പരിഷ്കരിക്കുമ്പോൾ ഇന്ത്യയുടേതിനു തുല്യമായ രീതിയിൽ, പേറ്റന്റുകൾ നീട്ടിക്കൊടുക്കുന്നതു ഒഴിവാക്കുന്നതിനുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങളും ഉൾക്കൊള്ളിച്ചിട്ടുണ്ട്.

**ഇന്ത്യ വികസാര രാജ്യങ്ങളുടെ ഔഷധശാലാ**

ഉല്പന്ന പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണ നിർമ്മാർജ്ജനത്തോടൊപ്പം ഒരു ആഭ്യന്തര ഔഷധനിർമ്മാണ വ്യവസായ സൃഷ്ടിയിൽ ഒട്ടേറെ വിപുലമായ ഘടകങ്ങളും നയങ്ങളും ഉൾപ്പെടുന്നു. മറ്റു പല രാജ്യങ്ങളിലും (ഉദ: ബ്രസീൽ) ഔഷധനിർമ്മാണ പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണം ഉണ്ടായിരുന്നില്ല. എങ്കിലും അവർ ഇന്ത്യയുടെ നിലവാരത്തിൽ ആഭ്യന്തര ഔഷധ നിർമ്മാണ വ്യവസായങ്ങൾ വികസിപ്പിച്ചില്ല. പൊതുമേഖലാ യൂണിറ്റുകൾ (പ്രധാനമായും ഇന്ത്യൻ ഡ്രഗ്സ് ആന്റ് ഫാർമസ്യൂട്ടിക്കൽ സ് ലിമിറ്റഡ്) വികസിപ്പിക്കാനുള്ള മുൻ കാലശ്രമങ്ങളിൽ നിന്നു ഉരുത്തിരിഞ്ഞ ആഭ്യന്തരശേഷിയുടെ സാന്നിധ്യം 1970 ലെ പേറ്റന്റ് നിയമത്തിന്റെ പ്രയോജനം നേടുന്നതിന് അത്യാവശ്യമായിരുന്നു. 1973 ലെ വിദേശ വിനിമയ നിയന്ത്രണ നിയമം (ഫെറ), പിന്നീടു വന്ന നവ ഔഷധനിയമം (1978) തുടങ്ങിയ വിദേശ ഔഷധനിർമ്മാണ ബഹുരാഷ്ട്ര കമ്പനികളുടെ ഇന്ത്യയിലെ പ്രവർത്തനങ്ങളെ പരിമിതപ്പെടുത്തുന്ന സംരംഭങ്ങളിൽ നിന്നു സംജാതമായ സ്ഥാപനാന്തരീക്ഷത്തിൽ നിന്ന് പല ചെറിയതും ഇടത്തരവുമായ സ്ഥാപനങ്ങൾക്കു പ്രയോജനം സിദ്ധിച്ചിട്ടുണ്ട്.

**ഔഷധ നിർമ്മാണവും പൊതുജനാരോഗ്യവും ട്രിപ്സിനു ശേഷം**

കഴിഞ്ഞ ദശാബ്ദത്തിൽ, പേറ്റന്റ് നിയമത്തിൽ വന്ന മാറ്റത്തിൽ നിന്നു നേരിട്ടു പൊതുജനാരോ

ഗ്യരംഗത്തുണ്ടായ ആശങ്കകൾ ഭയപ്പെട്ടതു പോലെ സംഭവിച്ചതായി കാണുന്നില്ല. പല ഔഷധങ്ങൾക്കും ഇപ്പോൾ തന്നെ ഇന്ത്യയിൽ പേറ്റന്റില്ല. പേറ്റന്റുകളുടെ വ്യാപകമായ ഫലത്തെക്കുറിച്ചുള്ള ഗണ്യമായ അവബോധവും ഭേദഗതി ചെയ്ത ഇന്ത്യൻ പേറ്റന്റ് നിയമത്തിന് പൊതുജനാരോഗ്യ സുരക്ഷകൾ കൊണ്ടുവരാൻ സഹായകമായിട്ടുണ്ട്. പൊതുസമൂഹത്തിന്റെ സമ്മർദ്ദം, ഇവ നടപ്പാക്കുന്നുവെന്നു ഉറപ്പാക്കിയിട്ടുണ്ട്. അതേ സമയം, ട്രിപ്സിനു മുൻപുള്ള കാലഘട്ടത്തിൽ സൃഷ്ടിച്ച സാങ്കേതിക ശേഷി ഔഷധനിർമ്മാണ വ്യവസായത്തിന് സഹായകവുമായിട്ടുണ്ട്.

ട്രിപ്സിനു ശേഷമുള്ള കാലഘട്ടത്തിലെ മറ്റു സംഭവ വികാസങ്ങൾ ഔഷധങ്ങളുടെ ലഭ്യതയെക്കുറിച്ചു ആശങ്കകൾ ഉയർത്തിയിട്ടുണ്ട്. ഇന്ത്യയും ഔഷധനിർമ്മാണരംഗത്തെ മൾടിനാഷണൽ കമ്പനികളും തമ്മിലുള്ള ബന്ധത്തിൽ വന്ന മാറ്റത്തിന്റെ ഫലം ഇതിന് ഒരു ഉദാഹരണമാണ്.

ഇന്ത്യയിൽ കൂടുതൽ വ്യാപകമായ ഉല്പന്ന പേറ്റന്റ് സുരക്ഷ നിലവിൽ വന്നതോടെ ബഹുരാഷ്ട്ര കമ്പനികൾക്ക് തങ്ങളുടെ സാങ്കേതികവിദ്യ നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനെക്കുറിച്ചുള്ള ആശങ്കകൾ കുറഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. അവർ ഇപ്പോൾ ഇന്ത്യൻ കമ്പനികളുമായി കൂടുതൽ സഹകരിച്ചു പ്രവർത്തിക്കുന്നു. വർദ്ധിച്ചുവരുന്ന വിപണന സാധ്യതയും പ്രാദേശിക വൈദഗ്ധ്യത്തിന്റേയും അടിസ്ഥാനസൗകര്യങ്ങളുടെയും ലഭ്യതയും മൂലം ഇന്ത്യയിലേക്ക് ആകർഷിക്കപ്പെട്ട കമ്പനികളുടെ സഹകരണത്തിന്, ഇന്ത്യക്കുള്ളിലുള്ള നിക്ഷേപങ്ങളുടെ നിയന്ത്രണം കുറഞ്ഞതുൾപ്പെടെയുള്ള വിശാലമായ ഉദാരവൽക്കരണ പ്രക്രിയകൾ സഹായകമായിട്ടുണ്ട്. ഈ വിഭവങ്ങൾ വിനിയോഗിക്കാനുള്ള ഒരു മാർഗ്ഗം, ഇന്ത്യൻ സ്ഥാപനങ്ങളുമായി പങ്കാളിത്തം വഹിക്കുക എന്നതാണെങ്കിൽ മറ്റൊരു മാർഗ്ഗം ഏറ്റെടുക്കലാണ്. കൂടുതൽ വരുമാനം ലഭിക്കാൻ അവസരം നൽകുന്ന, ആഗോള വിപണികളെ, പ്രത്യേകിച്ചും വടക്കേ അമേരിക്കയിലേയും യൂറോപ്പിലേയും വിപണികളെ ലക്ഷ്യമാക്കി ഇന്ത്യൻ കമ്പനികൾ മൾടിനാഷണൽ കമ്പനികൾക്കുള്ള ഔഷധവിതരണം വർദ്ധിപ്പിച്ചുണ്ട്. ഈ വിപണികളിൽ ഇതിനകം തന്നെ വ്യാപകമായ പേറ്റന്റ്



സുരക്ഷ നിലവിലുള്ളതിനാൽ, ഇന്ത്യയിലെ പേറ്റന്റ് നിയമത്തിലുണ്ടായ മാറ്റമാണ് ഈ ഒരു ചായ്‌വിനു കാരണമെന്നു കരുതാനാവില്ല. എന്നിരുന്നാലും, വികസിത ലോകത്തിന്റെ ഔഷധശാല ആകാനുള്ള ഇന്ത്യൻ ഔഷധ നിർമ്മാണകമ്പനികളുടെ വർദ്ധിച്ചുവരുന്ന അഭിലാഷം മൂലം ഇന്ത്യക്കുള്ളിലെ ജനറിക് മത്സരത്തിന്റെ തോതു കുറയാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. അതുമൂലം ആഭ്യന്തര വിപണിയിലും, ഒരുപക്ഷേ വികസന ലോകത്തോടുകൂടിയും ഔഷധവില വർദ്ധിക്കാൻ ഇടയായേക്കാം.

ഔഷധ നിർമ്മാണരംഗത്തെ ബഹുരാഷ്ട്ര കമ്പനികളുടെ അടുത്തകാലത്തെ ഏറ്റെടുക്കലുകളുടെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ, വിദേശ പ്രത്യക്ഷ നിക്ഷേപങ്ങളിൽ ഉണ്ടായിരുന്ന നിയന്ത്രണങ്ങൾ വീണ്ടും കൊണ്ടുവരേണ്ടതുണ്ടോ എന്ന രീതിയിലുള്ള ചർച്ച പുനരാരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. ആരോഗ്യമന്ത്രാലയം ഔഷധനിർമ്മാണ രംഗത്തെ വിദേശ പ്രത്യക്ഷ നിക്ഷേപ നയത്തിന്റെ പൊതുജനാരോഗ്യ പ്രാധാന്യത്തെക്കുറിച്ച് ചിന്തിക്കുന്നുവെന്നത് ആശാവഹമായ കാര്യമാണ്. ആഭ്യന്തരശേഷികൾ നിലനിർത്തുന്നതിന്റെ മൂല്യത്തെ ചരിത്രം അംഗീകരിക്കുന്നു. കൂടാതെ, വ്യവസായ വികസനത്തിനു മാത്രമല്ലാതെ, കൂടുതൽ പൊതുജനാരോഗ്യാധിഷ്ഠിതമായ ഒരു പേറ്റന്റ് നിയമം നിർമ്മിക്കുന്നതിനും വേണ്ടി ശ്രദ്ധാപൂർവ്വമായ സമീപനം നിർദ്ദേശിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഔഷധനിർമ്മാണ പേറ്റന്റുകളുടെ പൊതുജനാരോഗ്യഫലത്തെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള നയങ്ങൾ നടപ്പാക്കുന്നതിനും അവയെക്കുറിച്ചും അവബോധം സ്രഷ്ടിക്കുന്നതിനും ഗവൺമെന്റും വ്യവസായമേഖലയും പൗരസമൂഹങ്ങളും മുൻകൈ എടുത്തു വരുന്നു. എന്നിരുന്നാലും ഇന്ത്യൻ ഔഷധ നിർമ്മാണ വ്യവസായത്തിന്റെ ഗുണഫലങ്ങൾ വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് നയം രൂപീകരിക്കുന്നവർ ഒട്ടേറെ പ്രശ്നങ്ങൾ പരിഗണിക്കുകയും അതിനനുസരിച്ചു പ്രവർത്തിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതുണ്ട്.

പേറ്റന്റുകളുൾപ്പെടെ വളരെയേറെ ഘടകങ്ങൾ വ്യവസായ വികസനത്തിൽ ചരിത്രപരമായ പങ്കുവഹിച്ചിട്ടുണ്ട്. അവ സാമ്പത്തിക വികസനത്തിനും മെച്ചപ്പെട്ട ഔഷധലഭ്യതയ്ക്കും ഭീഷണികൾ ഉയർത്തുകയും ഒപ്പം അവസരങ്ങൾ നൽകുകയും ചെയ്തു കൊണ്ടിരിക്കുന്നു. ഇന്ത്യയിൽ നിന്നുള്ള ജനറിക് മത്സരത്തെ തടയുന്നതിന് പ്രമുഖ ഔഷധ നിർമ്മാണകമ്പനികൾ ഒരു വേദി-വ്യതിയാന നയം സ്വീകരിച്ചിരിക്കുന്ന പശ്ചാത്തലത്തിൽ, അത്തരം ഔഷധങ്ങളുടെ വിപണനം പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്നവർ പേറ്റന്റുകളുടെ ചുറ്റുവട്ടത്തിനപ്പുറം പോകേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. ഒരു ആഭ്യന്തര ഔഷധ നിർമ്മാണ വ്യവസായം നിലനിർത്തുന്നതിന്റെ പ്രത്യേക പ്രാധാന്യം കണക്കിലെടുക്കുമ്പോൾ, ഇന്നു ബഹുരാഷ്ട്ര ഔഷധ നിർമ്മാണകമ്പനികളുമായുള്ള ബന്ധത്തിന് പ്രത്യേക പ്രസക്തിയുണ്ട്.

പൊതുജനാരോഗ്യത്തിന്റെ യഥാർത്ഥ പ്രയോജനം സിദ്ധിക്കുന്നതിന്, ആഫ്രിക്കപോലുള്ള മറ്റു ചില രാജ്യങ്ങളിൽ പ്രാദേശിക ഔഷധനിർമ്മാണ വ്യവസായ വികസനം ഒരു പ്രധാന നയലക്ഷ്യമാണ്. പ്രാദേശിക കാര്യശേഷി പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതിന്, ഈ നയ നവീന സംരംഭങ്ങൾ കൂടുതൽ പൊതുജനാരോഗ്യ പേറ്റന്റ് നിയമത്തിൽ മാത്രം ഉന്നത നൽകാതെ, വളരെ വിപുലമായ വ്യാവസായിക നയ ഇടപെടലുകളും നടത്തേണ്ടതാണ്. ഇന്ത്യൻ ഔഷധ നിർമ്മാണ സ്ഥാപനങ്ങളിലെ കാര്യശേഷിക്ക് വിപുലമായ വ്യാവസായിക നയങ്ങളുടെ പ്രോത്സാഹനം ലഭിച്ചു. ഇതു 1970 നും 2005 നും ഇടയ്ക്കു വ്യവസ്ഥ ചെയ്ത പരിമിതമായ പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണം നൽകിയ അവസരം വിനിയോഗിക്കാനും പിന്നീടു ഉല്പന്ന പേറ്റന്റുകളുടെ പുനപ്രവേശനം അംഗീകരിക്കാനും അന്തിമമായി ഇന്ത്യയുടെ പൊതുജനാരോഗ്യരംഗത്തിനു മികച്ച സംഭാവന നൽകാനും ഉപകരിച്ചു.

**മാഞ്ചസ്റ്റർ യൂണിവേഴ്സിറ്റിയുടെ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ ഡവലപ്മെന്റ് പോളിസി & മാനേജ്മെന്റിൽ അധ്യാപകനാണ് ലേഖകൻ**

# പേറ്റന്റ് മരുന്നുകളുടെ ഉയർന്ന വില: എന്ത് നടപടി?

ഡോ. സുധീപ് ചൗധരി

പേറ്റന്റ് നിയമങ്ങളുടെ അന്തസ്സത്തയെ ചോദ്യം ചെയ്തുകൊണ്ട് ബഹുരാഷ്ട്ര കമ്പനികൾ ഉൽപന്നങ്ങളിൽ നേരിയ മാറ്റം വരുത്തി കുത്തക അവകാശം തുടരാൻ ശ്രമിക്കുന്നതായി കാണാം. ദ്വിതീയ പേറ്റന്റ് എന്നറിയപ്പെടുന്ന ഈ രീതിയിലൂടെ നവീന ഉൽപന്നങ്ങൾ മരുന്നു വിപണിയിൽ എത്തുന്നില്ല. പഴയ മരുന്നുകൾ പുതിയ രൂപത്തിൽ എത്തിക്കുന്നത് പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുക ബൗദ്ധിക സ്വത്തവകാശ സംരക്ഷണത്തിന്റെ ലക്ഷ്യമല്ലാത്തതിനാൽ ഇത്തരം കേസുകളിൽ പേറ്റന്റ് നിഷേധിക്കാൻ രാജ്യങ്ങൾക്ക് അവകാശമുണ്ട്.

മരുന്നുകളുടെ വിലയുടെ കാര്യത്തിൽ ഇന്ത്യ ഒരു സമയത്ത് ലോകത്ത് മുൻപന്തിയിലായിരുന്നു. എന്നാൽ 1972 ൽ ഉല്പന്നങ്ങളുടെ പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണം എടുത്തുകളഞ്ഞതോടെ സ്ഥിതിക്ക് മാറ്റം വന്നു. ഗുണമേന്മ കൂടിയ മരുന്നുകൾ കുറഞ്ഞ ചെലവിൽ ഉൽപാദിപ്പിച്ചുകൊണ്ട് ഇന്ത്യ ആഗോള മരുന്ന് വ്യവസായരംഗത്ത് അതികായനായി വളർന്നു. എന്നാൽ ലോക വ്യാപാര സംഘടനയുടെ ബൗദ്ധിക സ്വത്തവകാശ ഉടമ്പടിയിലെ നിബന്ധനകൾക്കനുസരിച്ചു 2005 ജനുവരി മുതൽ ഇന്ത്യയിൽ മരുന്നുകളുടെ പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണം വീണ്ടും ഏർപ്പെടുത്തിയതോടെ രാജ്യത്ത് പേറ്റന്റ് പരിരക്ഷയുള്ള മരുന്നുകളുടെ വിലപിടിച്ചാൽ കിട്ടാത്ത നിലയിലായി. ഉദാഹരണത്തിന് കാൻസർ ചികിത്സക്കുള്ള കുത്തിവയ്പ്പായ സനോഫി-അവെൻറിസ് കമ്പനിയുടെ ജെവ്റ്റന 60 മില്ലി 3,30,000 രൂപക്കും മെർക്ക്സ് എർബിറ്റക്സ് 92,000 രൂപക്കുമാണ് വിപണിയിൽ ലഭ്യമാകുന്നത്.

പുതിയ മരുന്നുകൾ വികസിപ്പിച്ചെടുക്കുന്നത് ചെലവേറിയതാണ് എന്നാണ് അനുമാനം. ഇതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ പുതിയ കണ്ടുപിടിത്തങ്ങൾക്ക് വേണ്ടിയുള്ള ഗവേഷണങ്ങൾ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കാനും നിക്ഷേപം ആകർഷിക്കാനും കഴിയും എന്നതാണ് പേറ്റന്റ് നൽകുന്നതിന് പിന്നിലെ

യുക്തി. പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണത്തിന്റെ അഭാവത്തിൽ പുതിയ ഉൽപന്നങ്ങൾ മറ്റുള്ളവർക്ക് അനുകരിക്കാൻ കഴിയുമെന്നും അതുവഴി ആ മരുന്ന് വികസിപ്പിച്ചെടുത്ത സ്ഥാപനം ഗവേഷണത്തിന് വേണ്ടി നടത്തിയ മുതൽമുടക്ക് തിരികെപിടിക്കാനുള്ള അവസരം പരിമിതപ്പെടുന്നുവെന്നും വാദമുണ്ട്. പേറ്റന്റ് നൽകുന്നതു വഴി അനുകരണത്തിനുള്ള സാധ്യതകൾ വൈകിപ്പിക്കുന്നത് ഗവേഷണങ്ങൾ ഏറ്റെടുക്കാൻ പ്രചോദനമാവുകയും ചെയ്യും. പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണത്തിന്റെ ഗുണഫലം എന്ന് പറയാവുന്നത് ഇതാണ്. എന്നാൽ അതേ ഉൽപന്നം നിർമ്മിച്ചു വിപണിയിൽ എത്തിക്കുന്നത് തടയപ്പെടുന്നത് കമ്പോളത്തിലെ അനിവാര്യ ഘടകമായ മത്സരത്തെ ഇല്ലാതാക്കുന്നു. ഫലമോ, ഉയർന്ന വിലയും പരിമിത പ്രാപ്യതയും. ഇതാണ് പേറ്റന്റിന്റെ ദോഷഫലം. പേറ്റന്റ് സംവിധാനത്തിന്റെ യഥാർത്ഥ ഗുണം എന്തെന്നത് പോലുള്ളവർഷങ്ങളിൽ ഏറെ വിവാദം സൃഷ്ടിച്ച ഒരു വിഷയമാണ്. പേറ്റന്റ് ഉടമയുടെ അവകാശങ്ങളുടെ സംരക്ഷണം പേറ്റന്റ് നിയമങ്ങളുടെ ഏക താൽപര്യമല്ല എന്നത് ലോകമാകെയുള്ള ഇത്തരം നിയമങ്ങളിലും ലോക വ്യാപാര സംഘടനയുടെ ബൗദ്ധിക സ്വത്തവകാശ ഉടമ്പടിയിലും എടുത്തു കാണുന്ന ഒന്നാണ്. മറിച്ച്, സാങ്കേതികവിദ്യയുടെ ഉല്പാദകർക്കും ഉപഭോക്താക്കൾക്കുമുള്ള പര

സ്പര നേട്ടം ട്രിപ്സ് ഉടമ്പടി എടുത്തുകൊടുക്കുന്നു. ഇവരുടെ അവകാശങ്ങളും കടമകളും തമ്മിലുള്ള സന്തുലനത്തിന് ഊന്നൽ നൽകുന്ന ഉടമ്പടി ബൗദ്ധിക സ്വത്തിന്മേലുള്ള അവകാശത്തിന്റെ ദുരപയോഗം തടയാൻ അംഗ രാജ്യങ്ങളെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നുമുണ്ട്.

ചില കേസുകളിൽ പേറ്റന്റ് നൽകാതിരിക്കുക, ലൈസൻസ് നിർബന്ധമാക്കുക എന്നിങ്ങനെ പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണത്തിന്റെ ദോഷഫലങ്ങൾ നേരിടാൻ ട്രിപ്സ് ഉടമ്പടിയിലും വകുപ്പുകളുണ്ട്. 2005 ൽ പേറ്റന്റ് സമ്പ്രദായം വീണ്ടും കൊണ്ടുവന്നപ്പോൾ ഇന്ത്യ ഇതിൽ ആദ്യത്തേത് ഫലപ്രദമായി ഉപയോഗിച്ചിരുന്നു. നൊവാർറ്റിസ് കമ്പനി ഉൾപ്പെട്ട പേറ്റന്റ് കേസ് അടുത്തിടെ സുപ്രീംകോടതി തള്ളിയത് ലോക ശ്രദ്ധ ആകർഷിക്കുകയുണ്ടായി. ഗ്ലിവേക് എന്ന കാൻസർ മരുന്നിനാണ് കമ്പനി പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണം തേടിയത്. ഇത്തരം മരുന്നുകളുടെ ഉയർന്ന വില നിയന്ത്രിക്കണമെങ്കിൽ, ലൈസൻസിംഗ് സമ്പ്രദായം ശരിയായ രീതിയിൽ നടപ്പാക്കേണ്ടതുണ്ട്. എന്നാൽ പേറ്റന്റ് നിയമത്തിലെ 2(ഡി) വകുപ്പു ഫലപ്രദമായി ഉപയോഗിക്കാൻ ഇന്ത്യക്ക് ഇനിയും കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല.

ട്രിപ്സ് ഉടമ്പടിയനുസരിച്ച് 20 വർഷത്തേക്കാണ് വിലയിൽ പേറ്റന്റ് നൽകുന്നത്. ഈ കാലാവധിക്ക് ശേഷം മറ്റു സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് ഉൽപന്നം വിപണിയിൽ എത്തിക്കാം. ഇത് മരുന്നിന്റെ വിലയും അതുവഴി പേറ്റന്റ് അവകാശിയുടെ ലാഭവും ഇടിയുന്നതിനു കാരണമാകുന്നു. എന്നാൽ പേറ്റന്റ് നിയമങ്ങളുടെ ഈ അന്തസ്തയെ ചോദ്യം ചെയ്തു കൊണ്ട് ബഹുരാഷ്ട്ര കമ്പനികൾ ഉൽപന്നങ്ങളിൽ നേരിയ മാറ്റം വരുത്തി തങ്ങളുടെ കുത്തക അവകാശം തുടരാൻ ശ്രമിക്കുന്നതായി കാണാം. ദ്വിതീയ പേറ്റന്റ് എന്നറിയപ്പെടുന്ന ഈ രീതിയിലൂടെ നവീന ഉൽപന്നങ്ങൾ മരുന്നു വിപണിയിൽ എത്തുന്നില്ല. പഴയ മരുന്നുകൾ പുതിയ രൂപത്തിൽ എത്തിക്കുന്നത് പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുക ബൗദ്ധിക സ്വത്തവകാശ സംരക്ഷണത്തിന്റെ ലക്ഷ്യമല്ലാത്തതിനാൽ ഇത്തരം കേസുകളിൽ പേറ്റന്റ് നിഷേധിക്കാൻ രാജ്യങ്ങൾക്ക് അവകാശമുണ്ട്. എന്നാൽ ഇത്തരം സന്ദർഭങ്ങളിൽ പോലും അമേരിക്ക പോലെയുള്ള ചില രാജ്യങ്ങൾ നവീന കണ്ടുപിടിത്തങ്ങളുടെ പേരിൽ പേറ്റന്റ് അനുവദിക്കുന്നത്

വികസര രാജ്യങ്ങൾ അനുസരിക്കാറുണ്ട്.

പേറ്റന്റ് സമ്പ്രദായത്തിന്റെ ഇത്തരത്തിലുള്ള ദുരുപയോഗം നിയന്ത്രിക്കാൻകൂടി കഴിയുന്ന 3(ഡി) വകുപ്പ് അനുസരിച്ച് ഒരു പദാർത്ഥത്തിന്റെ ഉദ്ദിഷ്ട ഫലപ്രാപ്തി മെച്ചപ്പെടുത്തിയതിനു കഴിയുന്നില്ലെങ്കിൽ അതിന്റെ മറ്റൊരു രൂപത്തിന്റെ കണ്ടുപിടിത്തം പേറ്റിനു അർഹമാക്കുന്നില്ല. 1994 ഏപ്രിലിൽ അമേരിക്കയിൽ നൊവാർറ്റിസ് കമ്പനി ഇമാസിനിബ് എന്ന മരുന്നിനു വിപണനാനുമതി നേടിയശേഷം ലൂകീമിയ ചികിത്സക്കായി ഗ്ലിവേക് എന്ന പേരിൽ വില്പനക്കെത്തിച്ചത് അതിന്റെ ഒരു വകഭേദമായ ഇമാസിനിബ് മിസിലെറ്റ് ആയിരുന്നു. ട്രിപ്സ് ഉടമ്പടി നിലവിൽ വരുന്നതിനു മുമ്പ് മറ്റിടങ്ങളിൽ ലഭിച്ച പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണം അംഗീകരിക്കാൻ ഇന്ത്യക്ക് ബാധ്യത ഇല്ലായിരുന്നു. ഉടമ്പടി പ്രാബല്യത്തിൽ വന്ന ശേഷം 1998 ജൂലൈയിലാണ് നൊവാർറ്റിസ് ഇമാസിനിബ് നിസിലെറ്റിന്റെ ബീറ്റാ ക്രിസ്റ്റലൈൻ രൂപത്തിന് പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണം ആവശ്യപ്പെട്ടത്. എന്നാൽ 3(ഡി) വകുപ്പ് വ്യവസ്ഥകൾ ബീറ്റാക്രിസ്റ്റലൈൻ രൂപത്തിന് പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണം അനുവദിക്കാൻ പര്യാപ്തമല്ലെന്നു സുപ്രീം കോടതി വിധിച്ചു. ഇമാസിനിബ് മിസിലെറ്റ് എന്ന മരുന്നിന്റെ ബീറ്റാക്രിസ്റ്റലൈൻ രൂപം അതിന്റെ ശേഷി വർദ്ധിപ്പിക്കാൻ സഹായിച്ചു എന്ന് തെളിയിക്കാൻ നൊവാർറ്റിസ് കമ്പനിക്ക് കഴിഞ്ഞിട്ടില്ലെന്ന് ചൂണ്ടിക്കാട്ടിയാണ് പരമോന്നത കോടതി പേറ്റന്റ് തള്ളിയത്.

**എവർഗ്രീനിംഗ് എന്നറിയപ്പെടുന്ന ദ്വിതീയ പേറ്റന്റ് രീതി ഇന്ത്യയിൽ ഒട്ടും എളുപ്പമല്ല. പേറ്റന്റ് ഇല്ലാത്തവയോ പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണ കാലാവധി അവസാനിച്ചതോ ആയ മരുന്നുകളുടെ രോഗശമനശേഷി തെളിയിക്കാത്ത പക്ഷം അവയ്ക്ക് ഇന്ത്യയിലെ പേറ്റന്റ് അപ്രാപ്യമാണ്. സുതാര്യവും അന്താരാഷ്ട്രതലത്തിൽ സ്വീകാര്യവുമായ നിയമ പ്രക്രിയയിലൂടെ എത്തിച്ചേരുന്ന സുപ്രീം കോടതി വിധി ട്രിപ്സ് ഉടമ്പടിക്ക് അനുസൃതവുമാണ്. അവശ്യ മരുന്നുകൾ താങ്ങാവുന്ന വിലക്ക് ലഭ്യമാക്കുന്നതിൽ സുപ്രീം കോടതി വിധിക്ക് അന്താരാഷ്ട്ര തലത്തിൽതന്നെ ദുരവ്യാപക ഫലങ്ങളുണ്ട്.**

പേറ്റന്റ് സംരക്ഷണമുള്ള മരുന്നുകൾ പേറ്റന്റ്



അവകാശിയുടെ സമ്മതമില്ലാതെ ഉല്പാദിപ്പിച്ചു വിൽക്കാൻ മറ്റു കമ്പനികൾക്ക് അധികാരം നൽകുന്നതാണ് ലൈസൻസിംഗ് രീതി. ഇതിനു പകരമായി പേറ്റന്റ് അവകാശിക്ക് റോയൽറ്റി നൽകുകയാണ് ചെയ്യുക. പേറ്റന്റ് സമ്പ്രദായത്തിൽ വില പിടിച്ചു നിർത്തുന്നതിൽ ലൈസൻസിംഗ് രീതിക്ക് സുപ്രധാന പങ്കുണ്ട്. വിപണിയിൽ മരുന്നുകൾ നിയന്ത്രിത വിലക്ക് ലഭിക്കുമ്പോൾ തന്നെ റോയൽറ്റിയിലൂടെ ഉല്പന്നം വികസിപ്പിച്ചെടുത്ത നിർമ്മാതാവിനും അർഹമായ പ്രതിഫലം ലഭിക്കുന്നു.



ഒരു ഡോസിന് 5000 രൂപയ്ക്ക് മുകളിൽ വിലയുള്ള മരുന്നുകൾ താങ്ങാവുന്നതല്ലെന്നു ഇനിയും സംശയമുണ്ടോ? എന്നാൽ കേൾക്കൂ ഫാർമസ്യൂട്ടിക്കൽ രംഗത്ത് പേറ്റന്റ് സമ്പ്രദായം ആരംഭിച്ചു ഒരു ദശാബ്ദത്തിനു ശേഷവും ഒരേയൊരു നിർബന്ധിത ലൈസൻസാണ് ഇന്ത്യയിൽ നൽകിയിട്ടുള്ളത്. - ബായെർ എന്ന ജർമൻ കമ്പനി വിറ്റുവന്ന കാൻസർ മരുന്നായ നെക്സാവെർ ഉല്പാദിപ്പിച്ചു വിതരണം ചെയ്യാൻ ഇന്ത്യൻ ജനൈറിക് കമ്പനിയായ നാറ്റ്കൊയ്ക്ക് നൽകിയത്.

കൃത്യതയാർന്നതും സുതാര്യവും ആയ നടപടികളിലൂടെ വേഗത്തിലുള്ള ലൈസൻസിംഗ് ആണ് ആവശ്യം. കാനഡ പോലെയുള്ള ചില രാജ്യങ്ങളുടെ കാര്യം ഉദാഹരണം ആയെടുത്താൽ ലൈസൻസിംഗ് കൊടുക്കുന്നത് തടയാൻ കുത്തക അവകാശിക്ക് ഒട്ടുംതന്നെ സാവകാശം ലഭിക്കുന്നില്ല എന്നു

കാണാം. എന്നാൽ ഇന്ത്യയിലെ കഥ അതല്ല. നിയമ കുരുക്കുകളിൽ പെടുത്തിക്കൊണ്ട് നിർബന്ധിത ലൈസൻസിംഗ് വൈകിപ്പിക്കാൻ പേറ്റന്റ് അവകാശികൾക്ക് യഥേഷ്ടം സാവകാശം ലഭിക്കും. ഭീമമായ ചെലവ് അവഗണിച്ച് ബഹുരാഷ്ട്ര കമ്പനികൾക്കെതിരെ നിയമയുദ്ധങ്ങൾ നടത്താൻ സ്വദേശി കമ്പനികൾ തയ്യാറായെന്നും വരില്ല. ഇത് സാധ്യതകൾ മാത്രമായി തള്ളാൻ വരട്ടെ, 1970 കൾക്ക് മുമ്പ് നടന്നതും 2005നു ശേഷം ഇപ്പോഴും നടക്കുന്നതും ഇതു തന്നെയാണ്. നിർബന്ധിത ലൈസൻസിംഗ് അനുവദിക്കുന്നതിനുള്ള ഇപ്പോഴത്തെ സങ്കീർണ്ണമായ നടപടിക്രമം 1970നു മുമ്പുള്ള കാലത്തിനു സമാനമാണ്. ഭേദഗതി വരുത്തിയ അതേ നിയമമാണ് ഇപ്പോഴും ബാധകമാക്കിയിട്ടുള്ളത്. നിർബന്ധിത ലൈസൻസിംഗ് അനുവദിക്കുന്നതിനു ട്രിപ്സ് ഉടമ്പടി ചില വ്യവസ്ഥകൾ മുന്നോട്ടു വയ്ക്കുന്നുണ്ട്. അതേ സമയം, അതതു രാജ്യങ്ങൾക്ക് സ്വന്തം സംവിധാനം വളർത്തിയെടുക്കാനും ട്രിപ്സ് അവസരം നൽകുന്നുണ്ട്. നിർബന്ധിത ലൈസൻസിംഗ് ശ്രമിക്കുന്നതിനു മുമ്പായി ന്യായമായ വ്യവസ്ഥകളോടെ സ്വമേധയായുള്ള ലൈസൻസിംഗ് ലഭിക്കാൻ പേറ്റന്റ് ഇല്ലാത്തവർ ശ്രമം നടത്തണം എന്ന് ട്രിപ്സ് ഉടമ്പടിയിൽ നിബന്ധനയുണ്ട്. ഇത് താരതമ്യേന എളുപ്പമാണ് താനും. വില നിയന്ത്രണം എന്നത് ട്രിപ്സിലോ ലോക വ്യാപാര സംഘടനയുടെ മറ്റു ഏതെങ്കിലും ഉടമ്പടിയിലെ, വിലക്കുറുപ്പുണ്ടല്ല. അതിനാൽ, പേറ്റന്റ് ഉള്ള മരുന്നുകളുടെയും വില നേരിട്ടു തന്നെ നിയന്ത്രിക്കാൻ സർക്കാരിന് കഴിയും. എന്നാൽ വില നിയന്ത്രണം, നിർബന്ധിത ലൈസൻസിംഗ് എന്നിവ തമ്മിലുള്ള രണ്ടു പ്രധാന വ്യത്യാസങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കേണ്ടതുണ്ട്. വില നിയന്ത്രിച്ചാൽ പേറ്റന്റ് കൈവശം വച്ചിരിക്കുന്ന ബഹുരാഷ്ട്ര കമ്പനികൾ ഇന്ത്യൻ വിപണിയിൽ ഉണ്ടെന്നുതന്നെ വരില്ല. ഉണ്ടായാൽ അവരുടെ മരുന്നുകൾ താങ്ങാവുന്ന വിലക്ക് ലഭിക്കുകയും ചെയ്യും. അവിടെ സ്വദേശി കമ്പനികൾക്ക് ഇടമില്ലാതെ വരും. മറിച്ച് നിർബന്ധിത ലൈസൻസിംഗിൽ വിലകൾ താങ്ങാവുന്നതാവുകയും ചെയ്യും.

**കൊൽക്കത്തയിലെ ഇന്ത്യൻ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് മാനേജ്മെന്റിൽ സാമ്പത്തിക ശാസ്ത്ര പ്രഫസറാണ് ലേഖകൻ**

# എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണം ഫലപ്രാപ്തിയിലേക്ക്

സുനിൽ കുമാർ



എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധ ആദ്യമായി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്തിട്ട് 33 വർഷം മാത്രമേ ആയിട്ടുള്ളൂ എങ്കിലും ലോകത്ത് ഇത്രയേറെ ചർച്ചചെയ്യപ്പെട്ട ഒരു അണുബാധ മറ്റൊന്നില്ല. കാൻസർ, ഹൃദയാഘാതം, ന്യുമോണിയ, ക്ഷയം, മഞ്ഞപ്പിത്തം തുടങ്ങിയ നിരവധി രോഗങ്ങൾ ഇന്ന് മനുഷ്യരാശിക്ക് ഭീഷണി ഉയർത്തുന്നുണ്ട്. ഇവയെല്ലാം തന്നെ നാം അറിയാതെ അഥവാ നമ്മുടെ അനുവാദമില്ലാതെ ശരീരത്തെ ബാധിക്കുന്നവയാണ്. എന്നാൽ കേവലം അവബോധം കൊണ്ട് തടയാൻ കഴിയുന്ന രോഗമാണ് എയ്ഡ്സ്. സുരക്ഷിതമല്ലാത്ത ലൈംഗികബന്ധം, അണുവിമുക്തമാക്കാത്ത സിറിഞ്ചുകളുടെ ഉപയോഗം, എച്ച്.ഐ.വി ബാധിതയായ അമ്മയിൽ നിന്ന് കുഞ്ഞിലേക്ക്, സുരക്ഷിതമല്ലാത്ത രക്തം സ്വീകരിക്കൽ എന്നിവയിലൂടെയാണ് എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധ ഉണ്ടാകുന്നത്. ഇത്തരം സാഹചര്യങ്ങൾ ഒഴിവാക്കാൻ സാധിച്ചാൽ എച്ച്.ഐ.വി അണുവ്യാപനത്തെ പ്രതിരോധിക്കാൻ കഴിയും. രോഗം വന്നിട്ട് ചികിത്സിക്കുന്നതിനെക്കാൾ രോഗം വരാതെ നോക്കുന്നതാണ് നല്ലത് എന്ന പഴമക്കാ



ദേശീയ എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണ ഓർഗനൈസേഷന്റെയും സംസ്ഥാന എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റിയുടെയും മറ്റ് സന്നദ്ധ സംഘടനകളുടെയും പ്രവർത്തനഫലമായി കഴിഞ്ഞ കുറെ വർഷങ്ങളിലായി പുതിയതായി എച്ച്.ഐ.വി ബാധിക്കുന്നവരുടെ എണ്ണം കേരളത്തിൽ ഗണ്യമായി കുറഞ്ഞിട്ടുണ്ട്.

രുടെ ചൊല്ലി ഇവിടെ ഏറെ പ്രസക്തമാണ്. എയ്ഡ്സ് ഒരു രോഗമല്ല. മറ്റ് രോഗങ്ങൾ അതിവേഗം ബാധിക്കുന്ന ശരീരത്തിന്റെ അവസ്ഥയാണ്. അതായത് എച്ച്.ഐ.വി വൈറസ് ശരീരത്തിന്റെ രോഗപ്രതിരോധ ശേഷിയെയാണ് തകരാറിലാക്കുന്നത്. തന്മൂലം എച്ച്.ഐ.വി ബാധിതരായിട്ടുള്ളവർക്ക് ന്യുമോണിയ, ക്ഷയം തുടങ്ങിയ അവസരജന്യരോഗങ്ങൾ ബാധിക്കുകയും അത് അവരുടെ മരണത്തിന് കാരണമായി തീരുകയും ചെയ്യും. ചുരക്കത്തിൽ എച്ച്.ഐ.വി ബാധിതർ മരിക്കുന്നത് മറ്റ് രോഗങ്ങൾ മൂലമാണ്. ആരോഗ്യകരമായ ജീവിത ശൈലികളിലൂടെയും നൂതന ചികിത്സാരീതിയായ ആന്റി റിട്രോ വൈറൽ തെറാപ്പിയിലൂടെയും (എ.ആർ.ടി)

എച്ച്.ഐ.വി ബാധിതരായിട്ടുള്ളവർക്ക് ദീർഘകാലം ആരോഗ്യത്തോടെ ജീവിക്കാൻ സാധിക്കുന്നു.

ലോകത്ത് എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധിതരായി 3.53 കോടി ജനങ്ങളുണ്ട്. ഇവരിൽ 33 ലക്ഷം കുട്ടികളാണ്. ദേശീയ എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണ ഓർഗനൈസേഷന്റെ 2013-ലെ കണക്കുകൾ പ്രകാരം ഇന്ത്യയിൽ 20.9 ലക്ഷം എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധിതരുണ്ടെന്ന് അനുമാനിക്കപ്പെട്ടു. ഇവരിൽ 39 ശതമാനം സ്ത്രീകളും 7 ശതമാനം കുട്ടികളുമാണ്. കേരളത്തിൽ ഏകദേശം 25090 പേർ എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധിതരാണെന്നാണ് കണക്കാക്കപ്പെടുന്നത്.

മേൽ വിവരിച്ച സ്ഥിതിവിവരക്കണക്കുകളിൽ നിന്നും എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധയുടെ വ്യാപ്തി നമുക്ക് മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിയും. ഇവിടെയാണ് സംസ്ഥാന എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണ സൊസൈറ്റിയുടെ പ്രധാന്യവും പ്രസക്തിയും. പുതിയതായി ഒരാളും എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധിതനാകില്ല എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെ യുവജനങ്ങൾ, സാധാരണ ജനങ്ങൾ, വിദ്യാർത്ഥികൾ എന്നിവർക്കിടയിൽ വിപുലവും നിരന്തരവുമായ ബോധവൽക്കരണ പരിപാടികൾ കേരള സംസ്ഥാന എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണ സൊസൈറ്റി നടത്തിവരുന്നു.



ശരിയായ ബോധവൽക്കരണത്തിലൂടെ ലഭിക്കുന്ന അറിവിനെ പ്രാവർത്തികമാക്കുകയാണെങ്കിൽ എച്ച്.ഐ.വിയെ ഫലപ്രദമായി പ്രതിരോധിക്കാൻ കഴിയും. കൂടാതെ, എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധിതരോടുള്ള വിവേചനവും ഒറ്റപ്പെടുത്തലും ഇല്ലാതാക്കാനും ബോധവൽക്കരണ പരിപാടികൾ സഹായിക്കും. എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധിതരുടെ

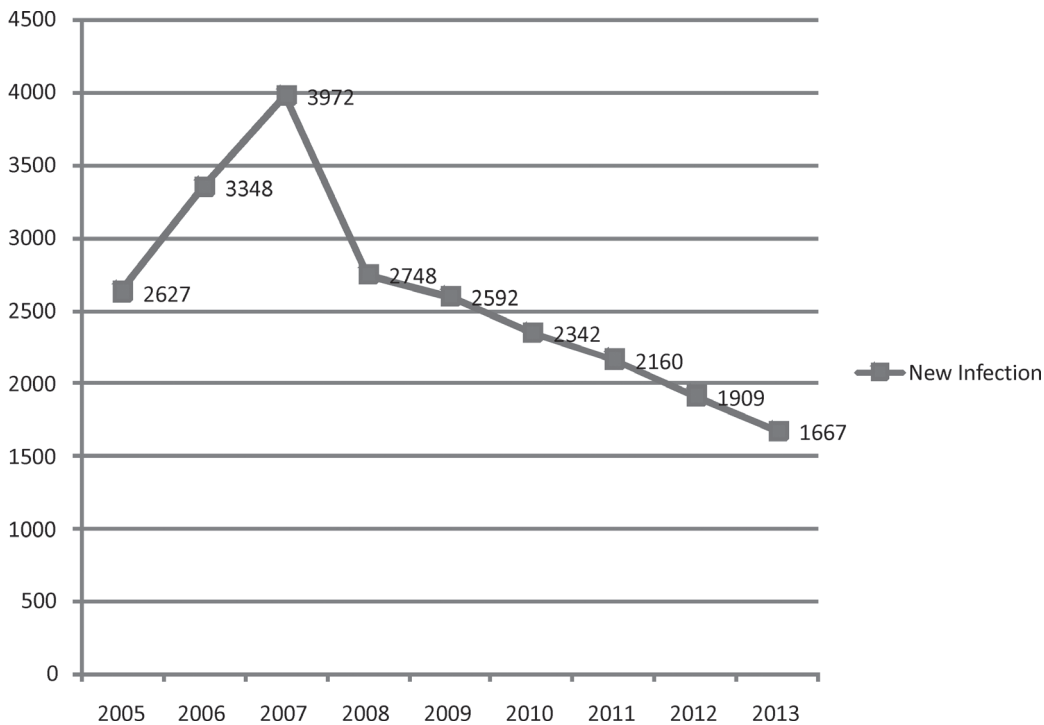
അടുത്തിരുന്നാലോ, സ്പർശിച്ചാലോ, അവർക്കൊപ്പം ആഹാരം കഴിച്ചാലോ എച്ച്.ഐ.വി പകരില്ലായെന്ന വസ്തുത മനസ്സിലാക്കി അവരെയും സമൂഹത്തിന്റെ ഭാഗമായി കണക്കാക്കി മുഖ്യധാരയിലേക്ക് കൊണ്ടുവരേണ്ടത് അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്. തനിച്ചല്ല എന്ന തോന്നൽ അവർക്ക് തുറന്നുകൊടുക്കുന്നത് പ്രതീക്ഷകളുടെയും സ്വപ്നങ്ങളുടെയും പ്രഭാമയമായ ഒരു ജീവിതമാണ്.



ദേശീയ എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണ ഓർഗനൈസേഷന്റെയും സംസ്ഥാന എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റിയുടെയും മറ്റ് സന്നദ്ധ സംഘടനകളുടെയും പ്രവർത്തനഫലമായി കഴിഞ്ഞ കുറെ വർഷങ്ങളിലായി പുതിയതായി എച്ച്.ഐ.വി ബാധിക്കുന്നവരുടെ എണ്ണം ഗണ്യമായി കുറഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. ഒരു എച്ച്.ഐ.വി ബാധിതൻപോലും ഇല്ലാത്ത ഒരു സമൂഹത്തിനുവേണ്ടി നിരന്തരം ബോധവൽക്കരണ പരിപാടികളും പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങളും സംഘടിപ്പിക്കേണ്ടത് ആവശ്യമാണ്.

എച്ച്.ഐ.വി പ്രതിരോധത്തിനും അണുബാധിതരുടെ സംരക്ഷണത്തിനും നിരവധി സേവന കേന്ദ്രങ്ങൾ കേരളത്തിലുടനീളം സംസ്ഥാന എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണ സൊസൈറ്റിയ്ക്കു കീഴിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ട്. സൗജന്യ എച്ച്.ഐ.വി പരിശോധനയും കൗൺസിലിംഗും നൽകുന്ന ജ്യോതിസ് (ഇന്റഗ്രേറ്റഡ് കൗൺസിലിംഗ് & ടെസ്റ്റിംഗ് സെന്റർ - ഐ.സി.ടി.സി). എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധിതർക്ക് തുടർ ചികിത്സയും മരുന്നും ലഭ്യമാക്കുന്ന ഉഷസ് (ആന്റി റിട്രോ വൈറൽ തെറാപ്പി സെന്റർ - എ.ആർ.ടി), ജനനേന്ദ്രിയ രോഗങ്ങൾക്ക് സൗജന്യ ചികിത്സ നൽകുന്ന പുലരി കേന്ദ്രങ്ങൾ തുടങ്ങിയവ അവയിൽ പ്രധാന





**കേരളത്തിൽ 2005 മുതൽ 2013 ഒക്ടോബർവരെ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്ത എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധയുടെ എണ്ണം.**

പ്പെട്ടവയാണ്. കൂടാതെ എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധ സാധ്യത കൂടിയ ജനവിഭാഗങ്ങളായ സ്ത്രീ ലൈംഗിക തൊഴിലാളികൾ, മയക്കുമരുന്നുകുത്തിവയ്ക്കുന്നവർ, പുരുഷ സ്വവർഗ്ഗരതിക്കാർ, ദീർഘദൂര സർവ്വീസ് നടത്തുന്ന ട്രക്ക് ഡ്രൈവർമാർ, അന്യസംസ്ഥാന കൂടിയേറ്റ തൊഴിലാളികൾ എന്നിവർക്കിടയിൽ സുരക്ഷ പ്രോജക്ട് വഴി എച്ച്.ഐ.വി അണുവ്യാപന പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തിവരുന്നു.

രക്തംസ്വീകരിക്കുന്നതുവഴി എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധ തടയുന്നതിന്റെ ഭാഗമായി സംസ്ഥാനത്തുടനീളം സന്നദ്ധ രക്തദാനം അതായത് പ്രതിഫലേച്ഛയില്ലാതെ ചെയ്യുന്ന രക്തദാനം പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതിനായി കേരള സംസ്ഥാന എയ്ഡ്സ് നിയന്ത്രണ സൊസൈറ്റി മറ്റ് സന്നദ്ധ സംഘടനകളുടെ സഹകരണത്തോടെ നിരവധി പരിപാടികൾ ആവിഷ്കരിച്ച് നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു. സന്നദ്ധരക്ത ദാനം പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതിനായി കേരളത്തിലെ കോളേജുകളിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന

റെഡ് റിബൺ ക്ലബ്ബുകളുടെ പങ്ക് എടുത്തു പറയേണ്ടതാണ്. സർക്കാർ അംഗീകൃത രക്തബാങ്കിൽ നിന്നും രക്തം സ്വീകരിക്കുന്നതുവഴി ഒരു പരിധിവരെ എച്ച്.ഐ.വി അണുവ്യാപനം തടയാൻ സാധിക്കും.

അറിവ് ഒരാളുടെ ജീവിതത്തിന് വെളിച്ചം പകരുന്നത് അത് സ്വന്തം ജീവിതത്തിൽ പ്രാവർത്തികമാക്കുമ്പോഴാണ്. എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധയെക്കുറിച്ചും പ്രതിരോധ മാർഗ്ഗങ്ങളെക്കുറിച്ചും നാം നേടിയ അറിവ് നമ്മുടെ ജീവിതത്തിൽ പ്രാവർത്തികമാക്കുമ്പോൾ പുതിയ എച്ച്.ഐ.വി അണുബാധയില്ലാത്ത, എയ്ഡ്സ് മരണങ്ങളില്ലാത്ത, എച്ച്.ഐ.വി ബാധിതരോട് വിവേചനമില്ലാത്ത പ്രകാശപൂരിതമായ ഒരു ലോകം നമുക്കു മുമ്പിൽ സൃഷ്ടിക്കപ്പെടുന്നു. ആരോഗ്യമുള്ള ജനത അതാകട്ടെ നമ്മുടെ ലക്ഷ്യം.

**കേരള സ്റ്റേറ്റ് എയിഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റിയുടെ ജോയിന്റ് ഡയറക്ടറാണ് ലേഖകൻ**



# ആകാശവാണി... ആരോഗ്യവാണി...

എൻ. വാസുദേവ്



നിരക്ഷരരും അജ്ഞരും ഉള്ളവരും കുടുംബാംഗങ്ങളും ഉൾക്കൊള്ളുന്നവരും തന്റെ കുടുംബത്തിന്റെയും രാജ്യത്തിന്റെയും ഭാവി ഭാഗ്യം ഉറപ്പാക്കുന്നതിന് സന്താന നിയന്ത്രണം അത്യാവശ്യമാണെന്നും റേഡിയോ എന്ന ചെറിയ പെട്ടിയിലൂടെ അറിഞ്ഞു. ഒരു രാജ്യത്തിന്റെ തലവൻ മാറ്റിവെയ്ക്കുന്നതിൽ റേഡിയോ പ്രത്യേക പങ്കും വഹിച്ചു പക്ഷെ എവിടെങ്കിലും കൃത്യമായി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടോയെന്ന് സംശയം!

മനുഷ്യന്റെ ഏറ്റവും വലിയ സ്വത്ത് അവന്റെ ആരോഗ്യവും സ്വഭാവവുമാണ് എന്നു പറയാറുണ്ട്. അത് സത്യവുമാണ്. ഒരു നല്ല സമൂഹം കെട്ടിപ്പിടുക്കാൻ വേണ്ടതും നല്ല സ്വഭാവവും ആരോഗ്യവുമുള്ള മനുഷ്യരാണ്. ആകാശവാണിയുടെ ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ പ്രക്ഷേപണത്തിന്റെ ലക്ഷ്യവും അതുതന്നെ. സാമൂഹികാരോഗ്യമെന്നു പറയുമ്പോൾ അതിലെ വ്യക്തികളുടെ ശാരീരികാരോഗ്യം മാത്രമല്ല അവരുടെ മാനസികാരോഗ്യവും ഉൾപ്പെടുന്നു. ഒരു സമൂഹത്തിലെ ഏവർക്കും ഇതേ അർത്ഥം ഉറപ്പുവരുത്താനാവുമോ?

ഒരു കുട്ടിയുടെ കാര്യമെടുക്കാം. അവന്റെ ആരോഗ്യം എന്നത് അവന്റെ അച്ഛനമ്മമാരുടെ

കൈകളിൽ മാത്രമല്ല, പഠിക്കുന്ന വിദ്യാലയത്തിൽ അവന്റെ വ്യക്തിത്വ വികസനത്തിനും സുരക്ഷയ്ക്കും വേണ്ട അന്തരീക്ഷം ഉണ്ടാവണം. അവന്റെ കായികശേഷി വളർത്താൻ കളിസ്ഥലങ്ങളും മറ്റു സൗകര്യങ്ങളും വേണം. രോഗങ്ങൾ വരാതിരിക്കാൻ അവന്റെ വീടിന്റെയും വിദ്യാലയത്തിന്റെയും പരിസരം വൃത്തിയാക്കണം. സർഗപരമായ കഴിവുകൾ വികസിക്കാനുള്ള അവസരം വേണം. ചുരുക്കത്തിൽ ആരോഗ്യമുള്ള, വ്യക്തിത്വമുള്ള ഒരു പൗരനെ വാർത്തെടുക്കാൻ സമൂഹത്തിലെ എല്ലാവർക്കും ചുമതലയുണ്ടെന്ന് പറയാം. ഈ തരത്തിൽ സമൂഹത്തിലെ ഓരോരുത്തരുടെയും ചുമതലകൾ ഓർമ്മപ്പെടുത്തുക എന്നത് ഒരു പൊതുജന മാധ്യമമായ ആകാശവാ

ണിയുടെ കർത്തവ്യം കൂടെയാണ്.

ആകാശവാണി ആരോഗ്യപ്രക്ഷേപണത്തിന്റെ തുടക്കം എന്നു പറയാവുന്നത് 1950 കളിലും 60 കളിലും പ്രക്ഷേപണം ചെയ്തിരുന്ന നാട്ടിൻപുറം എന്ന പരിപാടിയിൽ കേൾപ്പിച്ചിരുന്ന ബി.സി.ജി കുത്തിവയ്പ്പ്, വിഷുചിക തുടങ്ങിയ പ്രമേയങ്ങളായുള്ള ഗാനങ്ങളായിരുന്നു.

ആകാശവാണിയുടെ ആരോഗ്യപരിപാടികളുടെ ഏറ്റവും വലിയ വിജയം കുടുംബാസൂത്രണത്തിന്റെ പ്രാധാന്യം സാമാന്യ ജനങ്ങളിലെത്തിക്കുന്നതിലായിരുന്നു. 70 കളുടെ ആരംഭത്തോടെ ട്രാൻസിസ്റ്റർ റേഡിയോകൾ പ്രചാരത്തിൽ വന്നതും ഈ പ്രചരണ പരിപാടിക്ക് ആക്കം കൂട്ടി. ഗർഭപാത്രം, ലൈംഗികത തുടങ്ങിയ വാക്കുകൾ പോലും അശ്ലീലമായിക്കരുതിയിരുന്ന കാലത്ത് കുടുംബാസൂത്രണമാർഗ്ഗങ്ങളെക്കുറിച്ചും അതിന്റെ ഗുണഭോക്താക്കളുമായുള്ള മുഖാമുഖവുമൊക്കെ കേട്ടു തുടങ്ങിയ ശ്രോതാക്കൾ ആദ്യമൊന്ന് അമ്പരന്നെങ്കിലും പിന്നീട് അതിന്റെ സന്ദേശം മനസ്സിലാക്കി തുടങ്ങി. റേഡിയോയെ പലരും “ലുപ്പുപെട്ടി” എന്നുവരെ വിളിച്ചു. എന്തായാലും നിരക്ഷരരും അജ്ഞാതരായ ലക്ഷങ്ങൾ കുടുംബാസൂത്രണമാർഗ്ഗങ്ങൾ ലളിതമാണെന്നും തന്റെ കുടുംബത്തിന്റെയും രാജ്യത്തിന്റെയും ഭാവി ഭാസുരമാക്കുന്നതിന് സന്താന നിയന്ത്രണം അത്യാവശ്യമാണെന്നും റേഡിയോ എന്ന ചെറിയ പെട്ടിയിലൂടെ അറിഞ്ഞു. ഒരു രാജ്യത്തിന്റെ തലവര മാറ്റിവരയ്ക്കുന്നതിൽ റേഡിയോ പ്രക്ഷേപണം വഹിച്ച പങ്ക് എവിടെങ്കിലും കൃത്യമായി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടോയെന്ന് സംശയം.

കുടുംബാസൂത്രണ പ്രചരണത്തോടൊപ്പം തന്നെ ആരോഗ്യമേഖലയിലെ അടിസ്ഥാന ഘടകങ്ങളായ പകർച്ചവ്യാധി നിയന്ത്രണം, പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പ്, മാതൃശിശു ആരോഗ്യം, ശുചിത്വബോധം തുടങ്ങിയവയെക്കുറിച്ചുള്ള പരിപാടികളും ധാരാളമായി പ്രക്ഷേപണം ചെയ്തു തുടങ്ങി.

ഉച്ചയ്ക്ക് 12.40ന് പ്രക്ഷേപണം ചെയ്യുന്ന പ്രകാശധാരയാണ് അന്നും ഇന്നും ആകാശവാണി തിരുവനന്തപുരം നിലയത്തിന്റെ ഏറ്റവും പ്രചാരമുള്ള ശ്രദ്ധേയമായ ആരോഗ്യപരിപാടി. ഉച്ചക്കുള്ള പ്രാദേശിക വാർത്തക്കും ഡൽഹിയിൽ നിന്നുള്ള മലയാള വാർത്തക്കും ഇടയ്ക്കുള്ള 10 മിനിട്ട് പരി

പാടിയിൽ പങ്കുചേരാത്ത ദക്ഷിണ കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യ വിദഗ്ദ്ധർ തുലോം കുറവായിരിക്കും. 200 കെ.ഡബ്ല്യു ശേഷിയുള്ള ആലപ്പുഴ പ്രസരണയിലൂടെ ഈ പരിപാടി കേരളം മുഴുവൻ എത്തുന്നുവെന്നതും കൊച്ചി എഫ്.എം. സ്റ്റേഷൻ ഈ പരിപാടി റിലേ ചെയ്യുന്നുവെന്നതും ഇതിന്റെ ശ്രോതാക്കളുടെ എണ്ണം വർദ്ധിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നു. ഒരു മാറ്റവും കൂടാതെ വർഷങ്ങളായി രണ്ടു വാർത്തകൾക്കിടയിലുള്ള ഈ സമയം ആരോഗ്യപരിപാടിക്കുവേണ്ടി നീക്കിവച്ചിരിക്കുന്നതിൽ നിന്ന് ആകാശവാണി ഈ മേഖലയ്ക്ക് നൽകുന്ന പ്രാധാന്യത്തെക്കുറിച്ച് മനസ്സിലാക്കാവുന്നതാണ്.

വീടുകളിലും ചായക്കടകളിലും ഹോട്ടലുകളിലുമൊക്കെയാണ് ഈ സമയത്ത് റേഡിയോക്ക് അധികം ശ്രോതാക്കൾ ഉണ്ടാവുക. അതുകൊണ്ട് തന്നെ വീട്ടമ്മമാർക്കും സാധാരണ ജനങ്ങൾക്കും ആവശ്യമുള്ള, അവർ അറിയേണ്ട പ്രശ്നങ്ങളാലും ഈ പരിപാടിയിൽ വിഷയങ്ങളാകുന്നത്. കാലികമായ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങളും പ്രമേയമാക്കാൻ ശ്രദ്ധിക്കാറുണ്ട്. ഒരു വീട്ടമ്മ ആരോഗ്യത്തെക്കുറിച്ച് ബോധവതിയാണെങ്കിൽ ആ കുടുംബത്തിലെ എല്ലാ അംഗങ്ങളുടെയും ആരോഗ്യപരിപാലനത്തിൽ അത് പ്രതിഫലിക്കും എന്നതിൽ സംശയമില്ല.

കത്തുകളിലൂടെ ശ്രോതാക്കൾ ചോദിക്കുന്ന സംശയങ്ങൾക്ക് വിദഗ്ദ്ധരായ ഡോക്ടർമാർ മറുപടി പറയുന്നു. പരിപാടി വളരെ വർഷങ്ങൾക്കുമുമ്പ് തന്നെ ആകാശവാണി ആരംഭിച്ചിരുന്നു. ഈ പരിപാടിയിലൂടെ വിദൂര ദേശങ്ങളിലുള്ളവർക്കു പോലും വിദഗ്ദ്ധരുടെ സേവനം ലഭിച്ചിരുന്നുവെന്നത് ഒരു ചെറിയകാര്യമല്ല.

1980 കളുടെ അവസാനത്തോടെ വാർത്താവിനിമയരംഗത്ത് വൻ മാറ്റങ്ങൾ വന്നപ്പോൾ റേഡിയോ പ്രക്ഷേപണത്തിലും അതിന്റെ പ്രതിഫലനങ്ങൾ ഉണ്ടായി. ഫോൺ വഴി ഇഷ്ടഗാനങ്ങൾ മാത്രമല്ല മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങളും സംശയങ്ങളുമൊക്കെ വിദഗ്ദ്ധരോട് ചോദിച്ചറിയാൻ ഒരു അരങ്ങായി റേഡിയോ മാറി. കത്തുകൾ മുഖേനയുള്ള സംശയങ്ങളും ചോദ്യങ്ങളും ഫോൺ വഴിയായി. കാഴ്ചശക്തിക്ക് വൈകല്യമുള്ളവർക്കും അക്ഷരജ്ഞാനം കുറവായവർക്കും സഹായത്തിനാരുമില്ലാത്ത വ്യഭാർക്കുമൊക്കെ വിദഗ്ദ്ധരുമായി ആശ



യവിനിമയം നടത്താമെന്നായി. കത്തൈഴുതി കാത്തിരിക്കേണ്ട കാര്യമില്ല. ഇന്ന് പല ചാനലുകളും ചെയ്യുന്ന ഡോക്ടർമാർ പങ്കെടുക്കുന്ന തൽസമയ ഫോൺ പരിപാടി ആദ്യമായി തുടങ്ങിയത് ആകാശവാണി തന്നെയാണ്. ശ്രോതാക്കളുടെ ഇഷ്ടഗാനങ്ങൾ പ്രക്ഷേപണം ചെയ്യുന്ന ഫോൺ-ഇൻ പരിപാടി പോലും ഇതിനും എത്രയോ കഴിഞ്ഞാണ് ആരംഭിച്ചത് എന്നറിയുമ്പോൾ ആരോഗ്യപ്രക്ഷേപണത്തിന് ലഭിക്കുന്ന ഊന്നൽ മനസ്സിലാക്കാം.

ഇന്ന് ആഴ്ചയിൽ രണ്ടോ അതിലധികമോ തൽസമയ ഫോൺ-ഇൻ പരിപാടികൾ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങളെ അധികരിച്ചുണ്ടാകാറുണ്ട്. വിവിധ രോഗ വിഷയങ്ങൾ മാത്രമല്ല, കുട്ടികളുടെ പഠന പിന്നാക്കാവസ്ഥ, ഗാർഹിക പീഡനം, കൗമാര ആരോഗ്യം തുടങ്ങിയ സാമൂഹിക പ്രശ്നങ്ങളും പ്രമേയമാക്കാറുണ്ട്.

ആരോഗ്യകാര്യങ്ങളിൽ വളരെയധികം അവബോധമുള്ളവരാണ് കേരളീയർ. ആരോഗ്യമാസികളുടെ പ്രചാരവും ഇന്റർനെറ്റ് തുടങ്ങിയ സങ്കേതങ്ങളുടെ വരവും ഈ അറിവും അവബോധവും കൂട്ടാൻ ഉപകരിച്ചു. ഓരോ വിഷയത്തെക്കുറിച്ചും പൊതുവായ ഉപരിപ്ലമായ സംശയങ്ങളല്ല മറിച്ച് വളരെ സങ്കീർണ്ണമായ ചോദ്യങ്ങളാണ് പല ശ്രോതാക്കളും ഉന്നയിക്കുന്നത്. പലപ്പോഴും ഒരു മണിക്കൂർ നീളുന്ന ഫോൺ-ഇൻ പരിപാടി ആവിഷയത്തിൽ ആ വിദഗ്ദ്ധന്റെ പരിചയവും പരിജ്ഞാനവും പരീക്ഷിക്കുന്ന വേദി കൂടിയാകാറുണ്ട്. വളരെയധികം തിരക്കുള്ള ഡോക്ടറെ ഒരു ഡയൽതുമ്പിൽ ലഭിക്കുമെന്ന് ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങൾ കുറഞ്ഞ പ്രദേശങ്ങളിൽ താമസിക്കുന്നവർക്കും, യാത്രചെയ്യാൻ ബുദ്ധിമുട്ടുള്ളവർക്കും വ്യഭജനങ്ങൾക്കുമൊക്കെ വലിയൊരു അനുഗ്രഹമാണ്. ഇതിനെല്ലാമുപരി രോഗികളുടെ അല്ലെങ്കിൽ സംശയം ചോദിക്കുന്നവരുടെ സ്വകാര്യത ഉറപ്പുവരുത്തുന്നുവെന്നതിനാൽ ഇത്തരം പരിപാടികളിൽ പങ്കെടുക്കാൻ പല മേഖലകളിലുമുള്ള ശ്രോതാക്കളും ധാരാളമായി മുന്നോട്ടുവരുന്നു.

കാലം മാറുന്നതിനനുസരിച്ച് ആരോഗ്യരംഗത്ത് പുതിയ വെല്ലുവിളികളും ആവശ്യങ്ങളും പരിഗണിച്ചു തന്നെയാണ് പരിപാടികൾ ആസൂത്രണം ചെയ്യുന്നത്. രണ്ടു പതിറ്റാണ്ടുകൾക്ക് മുമ്പ് മാനവരാശിക്ക് ഭീഷണിയായി വന്ന എയിഡ്സ്/

എച്ച്.ഐ.വി. അണുബാധയെ പ്രതിരോധിക്കുന്നതിനും തെറ്റിദ്ധാരണകൾ മാറ്റുന്നതിനും എത്രയെത്ര പ്രക്ഷേപണ പരസ്യങ്ങൾ ആകാശവാണിയിലൂടെ ശ്രോതാക്കൾ ശ്രവിച്ചു. അതുപോലെ ചിക്ക്സെൻസൈറ്റിവിറ്റി, പക്ഷിപ്പനി, എലിപ്പനി തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങളെ പ്രതിരോധിക്കാനുള്ള പരിപാടികൾ ഒരുക്കുന്നതിനും അവ ജനലക്ഷങ്ങളിൽ എത്തിക്കുന്നതിനും ആകാശവാണി കാട്ടിയ ആത്മാർത്ഥതയും ആവേശവും മറ്റു മാധ്യമങ്ങൾക്ക് മാതൃകയാകേണ്ടതാണ്. ഇപ്പോഴും അത് തുടരുന്നു. പകർച്ചപ്പനിക്ക്ക്കെതിരെ, കേരളത്തെ ഗ്രസിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങളെ അകറ്റി നിർത്തുന്നതിൽ എല്ലാം ഈ പ്രതിബന്ധത തെളിയുന്നു.

മുതിർന്ന പൗരന്മാരുടെ എണ്ണം ഏറിവരുന്ന ഒരു സംസ്ഥാനമാണ് നമ്മുടെത്. അതുകൊണ്ട്തന്നെ അവരുടെ സുരക്ഷയും ക്ഷേമത്തിനും വേണ്ടിയുള്ള പരിപാടികൾ ധാരാളമായി ഇനി നടപ്പിലാക്കേണ്ടതുണ്ട് അന്യരാജ്യങ്ങളിലും സംസ്ഥാനങ്ങളിലും ജോലി നോക്കുന്ന കേരളീയരുടെ എണ്ണം കൂടുന്നതിനാൽ ഉറ്റവരുടെ സംരക്ഷണം ലഭിക്കാത്ത വ്യഭജനങ്ങളുടെ എണ്ണവും കൂടുന്നു. ഇവരുടെ ശാരീരിക, മാനസിക, വൈകാരിക പ്രശ്നങ്ങൾ ലഘൂകരിക്കേണ്ടത് ഒരു പരിഷ്കൃത സമൂഹത്തിന്റെ കടമയാണ്. ഇന്നത്തെ ഈ പ്രശ്നങ്ങൾ ഏകദേശം 25 കൊല്ലങ്ങൾക്കു മുമ്പ് തിരിച്ചറിഞ്ഞ് ആകാശവാണി തിരുവനന്തപുരം നിലയം 'സായന്തനം' എന്ന പേരിൽ അരമണിക്കൂർ ആഴ്ചതോറും ഒരു പരിപാടി ആരംഭിച്ചിരുന്നു. മുതിർന്ന പൗരന്മാരുടെ പ്രശ്നങ്ങൾ ഗൗരവമായി ചർച്ച ചെയ്യുന്ന പരിപാടികൾ ചെയ്യാൻ ഇന്നും വൈമുഖ്യം കാട്ടുന്ന മാധ്യമങ്ങൾ നിരവധിയാണ്.

ഇന്നത്തെ ഒരു സവിശേഷത ആധുനിക വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിലെമ്പോലെയെ നമ്മുടെ പരമ്പരാഗത ഭാരതീയ ചികിത്സയിലും സിദ്ധവൈദ്യത്തിലുമൊക്കെ ധാരാളം ഗവേഷണങ്ങളും പരീക്ഷണങ്ങളും നടക്കുന്നു. വിവിധ ചികിത്സാ മേഖലകളിൽ പ്രഗത്ഭരായ വൈദ്യന്മാർ രോഗചികിത്സ നടത്തുന്നു. അതുകൊണ്ട് പല രോഗങ്ങളോടുമുള്ള പ്രമുഖ വൈദ്യശാസ്ത്ര ശാഖകളുടെ സമീപനം ശ്രോതാക്കളിലെത്തിക്കാൻ ആകാശവാണി ശ്രദ്ധി

ക്കാറുണ്ട്. പലപ്പോഴും ഈ വീക്ഷണങ്ങളും നിരീക്ഷണങ്ങളും ശ്രോതാക്കളിൽ താൽപര്യവും കൗതുകവും ജനിപ്പിക്കാറുണ്ട് എന്നതാണ് അനുഭവം. ഉദാഹരണത്തിന് അൽഷീമേഴ്സ് ദിനാചരണവേളയിൽ ഈ രോഗാവസ്ഥയോടുള്ള അലോപ്പതിയുടെ സമീപനത്തോടൊപ്പംതന്നെ രോഗത്തെ കുറിച്ച് ഭാരതത്തിലെ ആയുർവേദ ആചാര്യന്മാർക്ക് അറിവുണ്ടായിരുന്നോ, അല്ലെങ്കിൽ പ്രകൃതി ജീവനത്തിലൂടെ ഈ മറവി രോഗത്തെ ചെറുക്കാൻ കഴിയുമോ തുടങ്ങിയ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം തേടാൻ ശ്രമിക്കാറുണ്ട്. 90 ശതമാനത്തിലേറെ സാക്ഷരതയുള്ള ഒരു സമൂഹത്തിന്

തങ്ങൾക്ക് വേണ്ടത് തെരഞ്ഞെടുക്കാനുള്ള വിവേചനബുദ്ധിയുണ്ട് എന്ന തിരിച്ചറിവാണ് എല്ലാവരെയും സന്തോഷിപ്പിക്കാൻ പര്യാപ്തമായത്. പ്രതിഫലമേയില്ലാത്ത ആകാശവാണിയെന്ന ആരോഗ്യപ്രവർത്തകൻ അറിവന്റെ അമൃത് പകർന്നുതന്നെ ജനലക്ഷങ്ങളെ ഇനിയുള്ള നാളുകളിലും ആയുരാരോഗ്യത്തിലേക്ക് നയിക്കുക തന്നെ ചെയ്യും.

**തിരുവനന്തപുരം ആകാശവാണി  
നിലയത്തിൽ പ്രോഗ്രാം  
എക്സിക്യൂട്ടീവ് വാസ് ലേഖകൻ**



## Cardamom facts

The parrot green queen of spices needs no explanation or description as such to put forth its intrinsic values. The pungent flavour has since time immemorial been delighting the palates of millions of food lovers around the globe. Indigenous to the lush green Western Ghats, cardamom had its impact in the history of spice trade. With its intense aromatic flavour, the spice, along with pepper, has been a predominant reason for attracting foreigners to the Indian soil, boosting the Indian economy.

Normally people tend to look up at the top of a tree or in certain cases, beneath the soil for fruits or seeds. But cardamom 'gently walks on top of the soil'. The pods are seen at the bottom of the plant, spread on top of the soil in capsules. The flowers of cardamom plants with the help of pollinators, the honey bees, turn into the very aromatic and intrinsic cardamom capsules. Cardamom needs the canopy of rich forests for its flourishing growth. This means that cardamom plant has a very important role in maintaining the ecosystem.

Cardamom is not a mere condiment; it is a compliment to the food delicacies. It seeks to bring together the east and the west. With its myriad capacities and capabilities, cardamom finds place in

beverages, confectioneries, bakery, perfumery, desserts and is also a major ingredient in garam masala, the foundation of many Indian dishes. Still, cardamom remains a mystery and a veiled treasure for the western soil. There are more curious facts.

Is it only the taste that matters? Obviously not! This evergreen produce has many medicinal and nutritional properties. From being a mouth freshener to a prestigious gift item, cardamom has stood the test of time for specific reasons.

According to Ayurveda, cardamom, an aphrodisiac and a stimulant, aids digestion and is useful against flatulence. It is used in South Asia to treat infections in teeth and gums, throat troubles, congestion of lungs and pulmonary tuberculosis, inflammation of eyelids and helps to break down kidney stones and gall stones. The phytochemicals in cardamom have anti-microbial and anti-cancer properties and can reduce blood pressure in stage one hypertensive individuals. So why are you keeping cardamom at bay? Go for it and make it a habit!

*Revathy S Mohan*



ADVT.





# ഭാവിപരീക്ഷയ്ക്ക് സമയമായി; ഇനി തപസിന്റെ നാളുകൾ

ആർ. സുരേഷ്

അഖിലേന്ത്യാതലത്തിൽ മെഡിക്കൽ, ഡെന്റൽ ബിരുദാനന്തര കോഴ്സുകൾക്ക് ഏകീകൃത പ്രവേശനപരീക്ഷ നടത്തേണ്ടതില്ലെന്ന് സുപ്രീംകോടതി വിധിയുള്ളതിനാൽ ഇക്കൂറി സംസ്ഥാനതലത്തിലാണ് പരീക്ഷയും ഫലപ്രാപനവും നടക്കുന്നത്. മൂൻ ചീഫ് ജസ്റ്റീസ് അൽത്തമാസ് കബീർ അധ്യക്ഷനായ മൂന്നാംഗ ബെഞ്ചായിരുന്നു കഴിഞ്ഞവർഷം സുപ്രധാനമായ ഈ വിധി പുറപ്പെടുവിച്ചത്.

ഒരു പരീക്ഷാകാലം കൂടി പിറക്കുകയാണ്. ഭാവി കരുപ്പിടിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള പരിശ്രമത്തിലാണ് നമ്മുടെ കുട്ടികളും അവരുടെ രക്ഷിതാക്കളും. വരും തലമുറയെ സുരക്ഷിതമായ ഒരു ജീവിതമാർഗ്ഗത്തിൽ എത്തിക്കുകയെന്ന ദൗത്യപൂർത്തീകരണത്തിനുവേണ്ടി ഊണും ഉറക്കവുമുപേക്ഷിച്ചുള്ള തപസിന്റെ കാലമാണ് ഇനി വരുന്ന മാസങ്ങൾ. ഈ പരിശ്രമത്തിന്റെ അന്തിമഫലമായി പരീക്ഷാപേപ്പറിൽ കുറിക്കുന്ന അക്ഷരങ്ങളിലും അക്കങ്ങളിലുമാണ് ഓരോരുത്തരുടെയും ഭാവി നിർണ്ണയിക്കപ്പെടുക. ഇന്ന് പഠനത്തിന്റെ അന്തിമലക്ഷ്യം ഒരു പ്രൊഫഷണൽ കോഴ്സിനുള്ള പ്രവേശന ടിക്കറ്റ് എന്നതിൽ എത്തിയിട്ടുണ്ട്. ഐ.എ.എസും ഐ.പി.എസുപോലുള്ള സിവിൽ സർവീസ് ആകർഷകമാകുന്നുണ്ടെങ്കിലും അവിടെ എത്തിപ്പെടാൻ കഴിയുന്നവരുടെ എണ്ണം വളരെ കുറവാണ്. ആ സാഹചര്യത്തിലാണ് നമ്മുടെ കുട്ടികൾ എൻജിനീയറിംഗ് മെഡിക്കൽ കോഴ്സുകളെ ഉറ്റുനോക്കുന്നത്. ഇതിലേതിലേക്കിലുമൊന്നിൽ കയറിപ്പറ്റിയാൽ ജീവിതം സുരക്ഷിതമായി എന്ന കണക്കുകൂട്ടലാണ് പരിശ്രമങ്ങൾക്ക് ആക്കം കൂട്ടുന്നതും.

പണ്ടുകാലത്ത് പഠനം തുടങ്ങുമ്പോൾ ലക്ഷ്യം 'പത്മനാഭന്റെ നാലു ചക്രം' ( അതായത് ഒരു സർ

ക്കാർ ജോലി). അന്ന് കുട്ടിയുടെ താൽപര്യപ്രകാരം മേഖലകൾ തിരഞ്ഞെടുത്തിരുന്നെങ്കിൽ ഇന്ന് പഠനം തുടങ്ങുന്നതുതന്നെ ഡോക്ടർ അല്ലെങ്കിൽ എൻജിനീയർ എന്ന് മനസിൽ കണ്ടുകൊണ്ടാണ്. അതാണ് ഈ കാലത്തിന്റെ പ്രത്യേകതകൾ വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതും.

ഇക്കൊല്ലത്തെ ആ അഗ്നിപരീക്ഷയുടെ നാളുകൾ അടുത്തുവരികയാണ്. കേരളത്തിലെ മെഡിക്കൽ, എൻജിനീയറിങ് പ്രവേശന പരീക്ഷകൾ ഏപ്രിൽ 21 മുതൽ 24 വരെ വിവിധ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ വെച്ച് നടത്താൻ തീരുമാനിച്ചുകഴിഞ്ഞു. ഏപ്രിൽ 21, 22 തീയതികളിൽ എൻജിനീയറിംഗിന്റെയും 23, 24 തീയതികളിൽ മെഡിക്കലിന്റെയും പ്രവേശന പരീക്ഷകൾ നടക്കും. കേരളത്തിലെ മൂന്നുറോളം കേന്ദ്രങ്ങൾക്ക് പുറമെ ഡൽഹി, മുംബൈ, ദുബൈ എന്നിവിടങ്ങളിലും മെഡിക്കൽ, എൻജിനീയറിങ് പ്രവേശന പരീക്ഷകൾക്ക് സെന്ററുകൾ ഉണ്ടാകും. മെഡിക്കൽ പരീക്ഷയുടെ ഫലം മെയ് 20 നു മുമ്പായും എൻജിനീയറിംഗിന്റേത് ജൂൺ 25 നു മുമ്പായും പ്രസിദ്ധീകരിക്കാനാണ് തീരുമാനിച്ചിരിക്കുന്നതും.

ജാർഖണ്ഡിലെ റാഞ്ചി, മേഘാലയിലെ ഷില്ലോങ്ങ് എന്നീ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ വെച്ചുകൂടി എൻജിനീയറിംഗിന്റെ പ്രവേശന പരീക്ഷ നടത്താനും തീരു



മാനിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഒപ്പം ഇക്കോളം മുതൽ ഇടുക്കി ജില്ലയിലെ കട്ടപ്പനയിലും പരീക്ഷകൾ നടക്കും. മെഡിക്കൽ, എൻജിനീയറിങ് പ്രവേശനത്തിനുള്ള അപേക്ഷയുടെ പ്രോസ്പെക്ടസും പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. അപേക്ഷ ഫെബ്രുവരി നാലുവരെ പ്രവേശന പരീക്ഷാ കമ്മീഷണറുടെ വെബ്സൈറ്റ് മുഖേന ഓൺലൈനായി സമർപ്പിക്കാം. പരീക്ഷയുടെ പ്രിൻ്റുടും അനുബന്ധരേഖകളും ഫെബ്രുവരി അഞ്ചിനു മുമ്പായി പ്രവേശനപരീക്ഷാ കമ്മീഷണറുടെ ഓഫീസിൽ എത്തിക്കുകയും വേണം. അപേക്ഷാ സമർപ്പണത്തിനാവശ്യമായ സെക്യൂരിറ്റി കാർഡുകൾ കേരളത്തിനകത്തും പുറത്തുമുള്ള 170 ഓളം തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട പോസ്റ്റ് ഓഫീസുകൾവഴി വിതരണം ചെയ്തു. 40,000 രൂപയിൽ കവിയാത്ത വരുമാനമുള്ള പിന്നാക്കവർഗ്ഗവിഭാഗം വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് ജില്ലാ പട്ടികവർഗ്ഗ വികസന ഓഫീസുകൾവഴി സൗജന്യമായി സെക്യൂരിറ്റി കാർഡും പ്രോസ്പെക്ടസും വിതരണം ചെയ്യും.

അഖിലേന്ത്യാതലത്തിൽ മെഡിക്കൽ, ഡെന്റൽ ബിരുദാനന്തര കോഴ്സുകൾക്ക് ഏകീകൃത പ്രവേശനപരീക്ഷ നടത്തേണ്ടതില്ലെന്ന് സുപ്രീംകോടതി വിധിയുള്ളതിനാൽ ഇക്കൂറി സംസ്ഥാനതലത്തിലാണ് പരീക്ഷയും ഫലപ്രാപനവും നടക്കുന്നത്. മുൻ ചീഫ് ജസ്റ്റിസ് അൽത്തമാസ് കബീർ അധ്യക്ഷനായ മൂന്നാംഗ ബെഞ്ചായിരുന്നു കഴിഞ്ഞവർഷം സുപ്രധാനമായ ഈ വിധി പുറപ്പെടുവിച്ചത്. എന്നാൽ തീരുമാനമെടുത്ത ബെഞ്ചിൽ തന്നെ ഇതു സംബന്ധിച്ച് അഭിപ്രായ വ്യത്യാസവുമുണ്ടായിരുന്നു. ചീഫ് ജസ്റ്റിസും ജസ്റ്റിസ് വിക്രംജിത്ത് സെനും പൊതുപ്രവേശന പരീക്ഷയെ എതിർത്തപ്പോൾ ജസ്റ്റിസ് അനിൽ ആർ . ദവെ പൊതു പ്രവേശനപരീക്ഷകൾ ആവശ്യമാണെന്ന നിലപാട് കൈക്കൊണ്ടു.

പൊതുപ്രവേശന പരീക്ഷ നടത്തണമെന്ന മെഡിക്കൽ കൗൺസിലിന്റെ ആവശ്യത്തിനെതിരെയും മാനേജ്മെന്റുകൾ സമർപ്പിച്ച ഹർജി അംഗീകരിച്ചുകൊണ്ടാണ് കോടതി ഉത്തരവ് പുറപ്പെടുവിച്ചത്.

ഈ വിധിയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ പൊതു പ്രവേശന പരീക്ഷയ്ക്ക് പകരം സംസ്ഥാനങ്ങൾക്കും മാനേജ്മെന്റ് സ്ഥാപനങ്ങൾക്കും പ്രവേശനപരീക്ഷ നടത്താം.

മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ മേഖല മെച്ചപ്പെടുത്തുക, മെഡിക്കൽ പ്രവേശനത്തിലെ അപാകതകളും തിരിമറികളും പരിഹരിക്കുക കോടികൾ കോഴ വാങ്ങുന്ന സമ്പ്രദായം അവസാനിപ്പിക്കുക തുടങ്ങിയ ലക്ഷ്യങ്ങളുമായി, ദേശീയതലത്തിൽ ആദ്യമായി ബിരുദ, ബിരുദാനന്തര മെഡിക്കൽ കോഴ്സുകൾക്ക് നാഷണൽ എലിജിബിലിറ്റി ആൻഡ് എൻട്രൻസ് ടെസ്റ്റ് (എൻ .ഇ.ഇ.ടി) എന്ന പേരിൽ പൊതുപ്രവേശന പരീക്ഷ നടത്താൻ മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ തീരുമാനിച്ചത് കഴിഞ്ഞ ജൂണിലാണ്. അതിനെ ചോദ്യംചെയ്ത് വിവിധ സ്വകാര്യ മാനേജ്മെന്റുകൾക്ക് പുറമെ തമിഴ്നാട്, ആന്ധ്രപ്രദേശ് തുടങ്ങിയ സംസ്ഥാനങ്ങളുമാണ് കോടതിയെ സമീപിച്ചത്.

എൻജിനീയറിങ് കോഴ്സുകളിലേക്കുള്ള പ്രവേശനത്തിന് മുൻവർഷത്തേതുപോലെ പ്രവേശന പരീക്ഷയുടെ സ്കോറും യോഗ്യതാപരീക്ഷയുടെ മാർക്കും തുല്യ അനുപാതത്തിൽ പരിഗണിച്ച് സ്റ്റാൻഡേർഡൈസേഷൻ പ്രക്രിയയ്ക്കു വിധേയമാക്കിയശേഷമായിരിക്കും റാങ്ക് ലിസ്റ്റ് തയ്യാറാക്കുക. സാമൂഹികമായും സാമ്പത്തികമായും പിന്നാക്കം നിൽക്കുന്ന വിദ്യാർത്ഥികളുടെ കുടുംബവാർഷിക വരുമാനപരിധി ഈ അധ്യയനവർഷം മുതൽ 4.5 ലക്ഷത്തിൽനിന്ന് ആറുലക്ഷം രൂപയായി ഉയർത്തിയ സാഹചര്യത്തിൽ പ്രോസ്പെക്ടസിൽ ആവശ്യമായ മാറ്റംവരുത്തിയതായി കമ്മീഷണർ വ്യക്തമാക്കി.

ഈവർഷത്തെ പ്രവേശനപരീക്ഷയ്ക്കു 1.5 ലക്ഷം അപേക്ഷകളാണ് പ്രതീക്ഷിക്കുന്നത്. 2013-ൽ ആകെ 1.33 ലക്ഷം അപേക്ഷകളാണു ലഭിച്ചത്. ഇക്കോളം എൻജിനീയറിംഗിന് 52,714 സീറ്റും എം.ബി.ബി.എസിന് 2,750 സീറ്റുമാണ് പ്രതീക്ഷിക്കുന്നത്. കഴിഞ്ഞവർഷം ഇത് യഥാക്രമം 50,444, 2,500 എന്നിങ്ങനെയാണിരുന്നത്.

കേരളത്തിലെ എൻജിനീയറിങ് കോളേജുകളിൽ 52,714 സീറ്റും ആർക്കിടെക്ചർ കോഴ്സിന് 720 സീറ്റുമാണ് ഈവർഷം നിലവിലുള്ളത്. എൻജിനീയറിങ് കോളേജുകളിൽ ആകെ 30,664 സീറ്റുകളിലും ആർക്കിടെക്ചർ കോഴ്സിന് 443 സീറ്റുകളിലും പ്രവേശന പരീക്ഷാ കമ്മീഷണർ അലേക്സ മെന്റ് നടത്തും. സർക്കാർ, എയ്ഡഡ് എൻജിനീയറിങ് കോളേജുകളിൽ 4231ഉം അഗ്രിക്കൾച്ചർ, വെ

റ്റിനറി സർവകലാശാലകൾക്കു കീഴിലുള്ള കോളജുകളിൽ 99ഉം സർക്കാർ നിയന്ത്രിത എൻജിനീയറിങ് കോളജിൽ 5694ഉം സ്വകാര്യ സ്വാശ്രയ എൻജിനീയറിങ് കോളജിൽ 20,640ഉം സീറ്റുകളാണ് കമ്മീഷണർ അലോട്ട്മെന്റ് നടത്തുന്നത്. ആർക്കിടെക്ചർ കോഴ്സുകളിൽ 183 സീറ്റ് സർക്കാർ, എയ്ഡഡ് മേലയിലും 260 സീറ്റ് സ്വകാര്യമേലയിലുമാണ്.

മെഡിക്കൽ സ്കീമിലുള്ള കോഴ്സുകളായ എം.ബി.ബി.എസിനുള്ള 2,750 സീറ്റിന് പുറമെ ബി.ഡി.എസ് (ഡെന്റൽ)-1,120 , ബി.എ.എം.എസ്(ആയുർവേദ)-910 സീറ്റും ബി.എച്ച്.എം.എസ്(ഹോമിയോ)-250 സീറ്റും ബി.എസ്.എം.എസ്(സിദ്ധ)-50 സീറ്റുകളും സംസ്ഥാനത്തുണ്ട്. കേരള കാർഷിക സർവകലാശാലയുടെ കീഴിലുള്ള കോഴ്സുകളായ ബി.എസ്സി അഗ്രിക്കൾച്ചറിന് 209ഉം ബി.എസ്സി ഫോറസ്റ്റ്രിക് 30 സീറ്റും കേരള വെറ്ററിനറി ആന്റ് ആനിമൽ സയൻസസ് സർവകലാശാലയുടെ കീഴിലുള്ള കോഴ്സായ ബി.വി.എസ്.സി ആന്റ് എ.എച്ച് (വെറ്ററിനറി)ന് 160 സീറ്റും കേരള യൂണിവേഴ്സിറ്റി ഓഫ് ഫിഷറീസ് ആന്റ് ഓഷ്യൻ സ്റ്റഡീസിനു കീഴിലുള്ള ബി.എഫ്.എസ്.സി (ഫിഷറീസ്) കോഴ്സിന് 50 സീറ്റുമുണ്ട്.

എം.ബി.ബി.എസിന് ആകെയുള്ള 2,750 സീറ്റിൽ 1,733 സീറ്റിലേക്ക് സംസ്ഥാന പ്രവേശനപരീക്ഷാ കമ്മീഷണറായിരിക്കും അലോട്ട്മെന്റ് നടത്തുക. ഇതിൽ സംസ്ഥാനത്തെ ഏഴു സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളജുകളിൽ 1,100 എം.ബി.ബി.എസ് സീറ്റിൽ നിന്ന് ഓൾ ഇന്ത്യാ ക്യാട്ട, ഗവൺമെന്റ് ഓഫ് ഇന്ത്യ നോമിനീസ് മുതലായ സീറ്റുകൾ ഒഴികെയുള്ള 908 സീറ്റുകളിലേക്കായിരിക്കും കമ്മീഷണർ അലോട്ട്മെന്റ് നടത്തുക. ഒരു സർക്കാർ നിയന്ത്രിത മെഡിക്കൽകോളജിലെ 50 സീറ്റുകളിലേക്കും 14 സ്വകാര്യ സ്വാശ്രയ മെഡിക്കൽകോളജുകളിലെ 775 സീറ്റുകളിലേക്കും കമ്മീഷണർ അലോട്ട്മെന്റ് നടത്തും.

സർക്കാർ ഡെന്റൽ കോളജിലെ 150 സീറ്റിൽ അലേന്ത്യാ ക്യാട്ടാ ഒഴികെയുള്ള 128 സീറ്റും സർക്കാർ നിയന്ത്രിത ഡെന്റൽ കോളജിലെ 30 സീറ്റും 15 സ്വകാര്യ സ്വാശ്രയ ഡെന്റൽ കോളജിലെ 455 സീറ്റും ഉൾപ്പെടെ 613 സീറ്റിലായിരിക്കും കമ്മീഷണർ

പ്രവേശനം നടത്തുന്നത്. അഞ്ചു സർക്കാർ, എയ്ഡഡ് ആയുർവേദ കോളജുകളിൽ 241ഉം 11 സ്വകാര്യ സ്വാശ്രയ ആയുർവേദ കോളജുകളിൽ 325 സീറ്റും അഞ്ചു സർക്കാർ, എയ്ഡഡ് ഹോമിയോ കോളജുകളിൽ 225 സീറ്റും സ്വകാര്യ സ്വാശ്രയ സിദ്ധ കോളജിൽ 25സീറ്റുമാണ് ഇതിനു പുറമെയുള്ളത്. ബി.എസ്സി അഗ്രിക്കൾച്ചർ കോളജിൽ 173 സീറ്റും ബി.എസ്സി ഫോറസ്റ്റ്രിക് കോളജിൽ 25 സീറ്റിലും കമ്മീഷണർ പ്രവേശനം നടത്തും. കേരള വെറ്ററിനറി ആന്റ് ആനിമൽ സയൻസസ് യൂണിവേഴ്സിറ്റി കോഴ്സുകൾക്ക് 134ഉം കേരള യൂണിവേഴ്സിറ്റി ഓഫ് ഫിഷറീസ് ആന്റ് ഓഷ്യൻ സ്റ്റഡീസ് കോഴ്സുകൾക്ക് 41ഉം സീറ്റുകളാണ് ലഭ്യമായിട്ടുള്ളത്. ഇതും കമ്മീഷണറുടെ നിയന്ത്രണത്തിലാണുള്ളത്. കൊച്ചി സഹകരണ മെഡിക്കൽ കോളജ് സർക്കാർ ഏറ്റെടുത്ത സാഹചര്യത്തിൽ ഈവർഷം മുതൽ അലേന്ത്യാ ക്യാട്ടാ സീറ്റുകൾ ഒഴികെയുള്ള മുഴുവൻ സീറ്റുകളിലേക്കും പ്രവേശന പരീക്ഷാ കമ്മീഷണർ അലോട്ട്മെന്റ് നടത്തും.

നിലവിൽ നമ്മുടെ സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളജുകളിലെ സീറ്റുകൾ പരമാവധിയാണ്. അവിടെ ഒന്നും കൂട്ടാൻ കഴിയില്ല. പിന്നെ ഈ സർക്കാർ അധികാരത്തിൽ വന്നപ്പോൾ അഞ്ചു പുതിയ മെഡിക്കൽ കോളജുകൾ തുടങ്ങാൻ തീരുമാനിച്ചിരുന്നു. അതിന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടക്കുകയാണ്. ഇതിൽ ഇടുക്കിയിലെ മെഡിക്കൽ കോളജിന് ഇക്കൊല്ലം 50 സീറ്റുകൾക്ക് അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുണ്ട്. അത് നടപ്പാക്കാൻ കഴിയുമോയെന്ന കാര്യത്തിലും സർക്കാരിന് ഉറപ്പില്ല. പിന്നെ കേന്ദ്രസർക്കാരിന്റെ തീരുമാനപ്രകാരം ജനറൽ ആശുപത്രികളെ മെഡിക്കൽ കോളജുകളായി ഉയർത്താൻ കഴിയും. പക്ഷേ അതിനും ചില പരിമിതികളുണ്ട്. ജനറൽ ആശുപത്രിക്ക് 20 ഏക്കർ സ്ഥലം ആവശ്യമാണ്. അത്തരത്തിൽ തിരുവനന്തപുരം ജനറൽ ആശുപത്രി മാത്രമേ ആ നിലയിലേക്ക് ഉയർത്താൻ കഴിയുകയുള്ളൂ. എന്നാൽ അടിസ്ഥാനസൗകര്യങ്ങൾ ഒരുക്കണമെന്നുള്ളതുകൊണ്ട് ഇക്കുറി അവിടെ എം.ബി.ബി.എസ് ആരംഭിക്കുന്നതിനെക്കുറിച്ച് ആലോചിക്കാൻ പോലുമായില്ല. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ പരമാവധി കുടിപ്പോയാൽ 50 സീറ്റുകൾ സംസ്ഥാനത്ത് വർദ്ധിച്ചേക്കാമെന്നാണ് ആരോഗ്യവകുപ്പ് വ്യക്തമാക്കുന്നത്. ഇവിടെ നിന്നും

പഠിച്ചിറങ്ങുന്ന 2,500ന് പുറമെ കേരളത്തിലെ നല്ലൊരു വിഭാഗം ചൈന, റഷ്യ എന്നിവിടങ്ങളിൽ നിന്ന് എം.ബി.ബി.എസ്. പൂർത്തിയാക്കുന്നുണ്ട്. അങ്ങനെ നോക്കിയാൽ നമ്മുടെ നാട്ടിൽ ഡോക്ടർമാരുടെ കുറവില്ലെന്നാണ് വകുപ്പിന്റെ വിശദീകരണം. എന്നാലും വരും കാലങ്ങളിൽ സൗകര്യങ്ങൾ മെച്ചപ്പെടുന്നതിനനുസരിച്ച് കൂടുതൽ സീറ്റുകൾ ലഭ്യമാക്കുമെന്നും അവർ വ്യക്തമാക്കുന്നുണ്ട്.

ചിട്ടയായി ശ്രദ്ധയോടെ ആത്മാർത്ഥമായ പ്രവർത്തനം നടത്തിയാൽ പ്രവേശന പരീക്ഷയിൽ വിജയം സുനിശ്ചിതമാകും. അതിന് സഹായകരമാകുന്ന ചില നിർദ്ദേശങ്ങൾ താഴെ പറയുന്നു.

1. പ്രവേശനപരീക്ഷയിൽ ഭൂരിഭാഗം ചോദ്യങ്ങളും നേരിട്ടുള്ളതും സൂത്രവാക്യങ്ങളെ അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തിയുള്ളതുമായിരിക്കും. മുൻ വർഷങ്ങളിലെ ചോദ്യപേപ്പറുകൾ പരിശോധിച്ച് ഇത്തരം ചോദ്യങ്ങളുടെ ഘടന മനസ്സിലാക്കിയാൽ അത് കുറഞ്ഞ സമയത്തിനുള്ളിൽ ഉത്തരം കണ്ടെത്തുന്നതിന് സഹായിക്കും. പ്രധാനപ്പെട്ട സൂത്രവാക്യങ്ങളും സമവാക്യങ്ങളുമെല്ലാം ഒരിക്കൽ കൂടി മറിച്ചുനോക്കുന്നതും നന്നായിരിക്കും.

2. ഓൾ ഇന്ത്യ പ്രീ മെഡിക്കൽ ടെസ്റ്റിന്റെ കഴിഞ്ഞ നാലോ അഞ്ചോ വർഷത്തെ ചോദ്യപേപ്പറുകൾ അവസാനഘട്ട തയ്യാറെടുപ്പിനായി പരിശോധിക്കുന്നതും ഗുണം ചെയ്യും.

3. എൻ.സി.ഇ.ആർ.ടിയുടെ ടെക്സ്റ്റ് ബുക്കുകളിലെ ചോദ്യങ്ങളും ഗണിതക്രിയകളും ചിത്രങ്ങളും (ഡയഗ്രാം) പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കണം. ഇവ അതുപോലെത്തന്നെ ചോദിക്കാനുള്ള സാധ്യത ഏറെയാണ്. പരീക്ഷക്കു മുമ്പായി എൻ.സി.ഇ.ആർ.ടി ടെക്സ്റ്റ് ബുക്കുകൾ ഓടിച്ചു വായിക്കുന്നതും നന്നായിരിക്കും.

4. ബയോളജിയിൽ ചിത്രങ്ങളെ അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തിയുള്ള ചോദ്യങ്ങൾ ഉണ്ടായിരിക്കും. മുൻ വർഷങ്ങളിൽ പ്ലസ് ഒൺ സിലബസിൽനിന്നാണ് കൂടുതൽ ചോദ്യങ്ങളും വന്നിട്ടുള്ളത്. ഫിസിക്സിൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ ചോദ്യങ്ങളുണ്ടാവുക മെക്കാനിക്സ്, ഇലക്ട്രിക്സ ഡൈനാമിക്സ് എന്നീ വിഷയങ്ങളിൽനിന്നായിരിക്കും. ഇവ പരോക്ഷ ചോദ്യങ്ങളുമായിരിക്കും. ഓപ്റ്റിക്സ്, മോഡേൺ ഫിസിക്സ് എന്നീ ഭാഗങ്ങളിൽനിന്നുള്ള ചോദ്യങ്ങൾ

നേരിട്ടുള്ളതും താരതമ്യേന എളുപ്പവുമായിരിക്കും. അതിനാൽ ഇത്തരം ചോദ്യങ്ങൾക്ക് വേഗത്തിൽ ഉത്തരം കണ്ടെത്തി പരോക്ഷ ചോദ്യങ്ങളെ നേരിടാൻ കൂടുതൽ സമയം ലഭിക്കുന്ന സമയക്രമീകരണം സ്വയം നടത്താൻ കഴിയണം.

പരീക്ഷ തുടങ്ങുന്നത് രാവിലെ 10 നാണെങ്കിലും 9.15നൂതന്നെ പരീക്ഷാഠാളിൽ പ്രവേശിച്ചിരിക്കണം. 9.30 മുതൽ 9.45 വരെ അഡ്മിറ്റ് കാർഡും മറ്റും പരിശോധിക്കാനുള്ള സമയമാണ്. 9.55ന് ചോദ്യപേപ്പർ വിതരണം ചെയ്യും. ഒരു മണിക്ക് പരീക്ഷ അവസാനിക്കും. അഡ്മിറ്റ് കാർഡ്, പോസ്റ്റ് കാർഡ് സൈസ് ഫോട്ടോഗ്രാഫ്, ബാൾ പോയന്റ് പേന, കാർഡ്/ ക്ളിപ്പ് ബോർഡ് എന്നിവ മാത്രമായിരിക്കും പരീക്ഷാഠാളിലേക്ക് കൊണ്ടുവരാൻ അനുവദിക്കുക. റഫ് വർക്കുകൾക്കും മറ്റുമായി ടെസ്റ്റ് ബുക്ലറ്റിൽ പ്രത്യേകം സ്ഥലം അനുവദിച്ചിരിക്കും.

ഇത്രയുമൊക്കെ പരിശ്രമം ചെയ്ത് ഒരു ഡോക്ടറോ എൻജിനീയറോ ആകാനുള്ള പ്രാഥമിക കടമ്പ കടന്നാൽ നിങ്ങൾ ഈ സമൂഹത്തിൽ നിന്നും അന്യരായെന്ന് കരുതരുത്. അതാണ് ഇന്ന് നമ്മുടെ സമൂഹം നേരിടുന്ന പ്രധാന പ്രശ്നം. കേരളത്തിൽ ഡോക്ടർമാരുടെ കുറവില്ലെങ്കിലും സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ ആളെ കിട്ടാനില്ല. ഇതിന്റെ കാരണം നാം നമ്മെ മറക്കുന്നുവെന്നാണ്. സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളജിൽ പഠിക്കുന്ന ഒരു വ്യക്തിയെ ഡോക്ടറായി പുറത്തിറക്കാൻ സർക്കാർ അഞ്ചുവർഷം കൊണ്ട് ചെലവഴിക്കുന്നത് 1.20 കോടി രൂപയാണ്. അതായത് നാളെ നമ്മുടെ സുരക്ഷിതം ഉറപ്പുവരുത്തുമെന്ന് കരുതി സമൂഹം ഒരു ഡോക്ടറിന് വേണ്ടി ഒന്നരക്കോടിയോളം മാറ്റിവെയ്ക്കുന്നു. അത്തരത്തിൽ സമൂഹം ചെയ്യുമ്പോൾ, അറിവ് സമ്പാദിച്ചു കഴിഞ്ഞ് അവരെ മറക്കാതെ അവർക്കുവേണ്ടി കൂടി എന്തെങ്കിലും ചെയ്യാൻ ശ്രമിക്കണം. അപ്പോൾ മാത്രമായിരിക്കും കഷ്ടപ്പെട്ട് തപസുചെയ്ത് നേടിയെടുക്കുന്ന ആ ബിരുദത്തിന്റെയും അറിവിന്റെയും അന്തസ്സത്ത ശരിക്കും മനസിലാകുക.

**മാഗളം ദിനപത്രത്തിന്റെ തിരുവനന്തപുരം കറസ്പോണ്ടന്റാണ് ലേഖകൻ**



# ഗ്രാമീണ ഇന്ത്യയും ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതിക വിദ്യയും

ഡോ. ഉമാ ഗണേഷ്

ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതിക വിദ്യകൾ ആഗോള രംഗത്തെ കൂടുതൽ അടുപ്പിക്കുക മാത്രമല്ല ചെയ്തിട്ടുള്ളത്. ഇത് ലോകത്തെ ഒരു ഗ്രാമമാക്കി തീർക്കുകയും ഏവരെയും ആ കൂടക്കീഴിൽ കൊണ്ടുവരികയും ചെയ്തു. പണ്ടുകാലത്ത് ചെറുഗ്രാമങ്ങളിൽ വ്യക്തികൾക്കിടയിലുണ്ടായിരുന്ന പരിചയവും അടുപ്പവുമാണ് ഇപ്പോൾ ആഗോള ഡിജിറ്റൽ ഗ്രാമങ്ങളിൽ അനുഭവപ്പെടുന്നത്. ഈ പശ്ചാത്തലത്തിൽ ഒരു സമൂഹത്തിലേക്ക് എത്തിച്ചേരുകയും അവരിൽ ആർക്കും സന്ദേശങ്ങളെത്തിക്കുകയും എളുപ്പമായിട്ടുണ്ട്. ശക്തമായ ആശയവിനിമയവും അതുവഴി ജനങ്ങളുടെ ഇടയിലെ സഹകരണവും ഡൽഹിയിൽ ഭരണസംവിധാനത്തെ എങ്ങനെ മാറ്റി മറിച്ചു എന്ന് നാം അടുത്തകാലത്ത് കണ്ടതാണ്. അഭിപ്രായ രൂപീകരണം, അനുഭവസമ്പത്തിന്റെ പങ്കുവയ്ക്കൽ, നേതാക്കളെ അതിവേഗം സൂഷ്ടിക്കൽ എന്നിവയൊക്കെയാണ് ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതിക വിദ്യകളിലെ അതിശയകരമായ പ്രവണതകൾ. ഗ്രാമീണ മേഖലയുടെ ഉന്നമനത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ പരസ്പര സഹകരണത്തിന് സഹായിക്കുന്ന സാങ്കേതിക വിദ്യകൾക്ക് സമഗ്രമായ സാമൂഹിക സാമ്പത്തിക മാറ്റങ്ങൾക്കായി വഴിയൊരുക്കാൻ കഴിയും.

അടുത്തകാലത്ത് സംഭവിച്ച അറബ് വസന്തം നമ്മുടെ ലോകത്തെ എങ്ങനെ മാറ്റിമറിക്കാം എന്നതിനുള്ള തുടക്കമായിരുന്നു. ലോകം കണ്ടിട്ടുള്ള ഏത് വിപ്ലവവും അതുവരെയുള്ള വിശ്വാസങ്ങളുടെയും വീക്ഷണത്തിന്റെയും മാറ്റത്തിന്റെ ഫലമാണ്. പുതിയ അറിവുകൾ വലിയൊരു ജനവിഭാഗത്തെ അപ്പോൾ വ്യത്യസ്തമായി ചിന്തിക്കാൻ പ്രേരിപ്പിക്കുന്നു. ടെലിവിഷനും, ഇന്റർനെറ്റും ലോകത്ത് മാറ്റത്തിന്റെ വലിയ തുടക്കം കുറിച്ചു. ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതികവിദ്യകൾ യഥാസമയം ഉള്ളതും ആശ്രയിക്കാവുന്നതുമായ അറിവുകളുടെ ജനത്തെ ശാക്തീകരിക്കുകയും ചെയ്തു. ഈ

അറിവുകൾ ശരിയാണോ എന്ന് പരിശോധിക്കാനുള്ള സംവിധാനവും ഇത്തരം സാങ്കേതിക വിദ്യകളിൽ ഉണ്ട്. അറിവിന്റെ ലോകത്ത് കൂടുതൽ അന്വേഷണങ്ങളിലൂടെയും പങ്കുവയ്ക്കലിലൂടെയും ഗ്രാമീണർക്ക് എപ്രകാരം പങ്കുചേരാമെന്നും അത് അവർക്ക് എങ്ങനെ മെച്ചപ്പെട്ട അവസരങ്ങൾ നൽകുമെന്നും വിഭാവനം ചെയ്യുക രസകരമായിരിക്കും.

ജനങ്ങളുടെ ആവശ്യങ്ങളുടെ ഘടന, ജീവിതരീതി എന്നിവയുമായ ബന്ധപ്പെട്ട് ഇന്ത്യയുടെ ഗ്രാമീണമേഖല അതിവേഗമുള്ള മാറ്റങ്ങളാണ് നേരിടുന്നത്. മെച്ചപ്പെട്ട അറിവുകളാണ് ഇതിന് വഴിതെളിക്കുന്നത്. ഗ്രാമീണ കമ്പോളങ്ങളിലെ വ്യാപാരത്തെക്കുറിച്ച് പഠിച്ച **റൂറൽ മാർക്കറ്റിംഗ് 3 ആർ ജി** യുടെ കണ്ടെത്തലനുസരിച്ച് ഇന്ത്യയിലെ 6.27 ലക്ഷം ഗ്രാമങ്ങളിലെ വ്യാപാരം കഴിഞ്ഞ ഒരു ദശകത്തിനുള്ളിൽ ഓരോ വർഷവും 11 ശതമാനം വർദ്ധിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇന്ത്യയിൽ നിത്യോപയോഗ സാധനങ്ങളുടെ കച്ചവടം 2015 ആകുമ്പോഴേക്കും 33 ബില്യൺ ഡോളറിന്റേതായിരിക്കുമെന്നാണ് തിട്ടപ്പെടുത്തലുകൾ. ഇതിൽ 22.1 ബില്യൺ ഡോളറിന്റെ കച്ചവടവും ഗ്രാമീണ മേഖലയിലായിരിക്കും. **പ്ലാനിംഗ് കമ്മീഷന്റെ റിപ്പോർട്ടുകൾ അനുസരിച്ച് രാജ്യത്ത് 2004 -05 ൽ 37.2 ശതമാനമായിരുന്ന ദാരിദ്ര്യനിരക്ക് 2011-12 ൽ 22 ശതമാനമായി കുറഞ്ഞു. ഇത് വളരെ നല്ല ഒരു മാറ്റം തന്നെയാണ്. എന്നാൽ യഥാർത്ഥ വെല്ലുവിളി എന്നു പറയുന്നത് ദാരിദ്ര്യനിരക്ക് വീണ്ടും കുറയ്ക്കുന്നതോടൊപ്പം ഇപ്പോൾ മെച്ചപ്പെട്ട നിലയിൽ ജീവിതം നയിക്കുന്നവർ അതു തുടരുന്നെന്നും അവർ രാജ്യത്തിന്റെ വിജയഗാഥയിൽ പങ്കാളികളാകുന്നു എന്നും ഉറപ്പാക്കുകയാണ്. ഈ ലക്ഷ്യം നേടാൻ മറ്റ് കാര്യങ്ങളോടൊപ്പം വിദ്യാഭ്യാസം, നൈപുണ്യ വികസനം എന്നിവയിൽ ശ്രദ്ധ കേന്ദ്രീകരിക്കണം. ഇത് മെച്ചപ്പെട്ട**

ജീവനോപാധിക്ക് വഴിതെളിക്കും.

ഗ്രാമീണ വികസനത്തിനും മാറ്റത്തിനും ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതിക വിദ്യകൾക്ക് അനന്തസാധ്യതകളാണ് ഉള്ളതെന്ന് പരക്കെ അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള കാര്യമാണ്. ഗ്രാമീണമേഖലയ്ക്കായുള്ള ഇത്തരം സാങ്കേതിക വിദ്യകളെ പൊതുവേ 3 വിഭാഗങ്ങളായി തിരിക്കാം. ഒന്നാമത്തെ വിഭാഗം അവരെ ശാക്തീകരിക്കാനുള്ളവയാണ്, രണ്ടാമതായി ഉള്ള സാങ്കേതിക വിദ്യകൾ ഗ്രാമീണരെ പ്രാപ്തരാക്കാനും മൂന്നാമത്തെ വിഭാഗം ഗ്രാമീണ വ്യാപാരമേഖലയെ വിപുലീകരിക്കാനും ഉള്ളതാണ്. ഇതിന്റെ ഓരോ തലങ്ങളും നമ്മുടെ ഗ്രാമീണ മേഖലയിൽ എപ്രകാരമുള്ള മാറ്റങ്ങളാണ് ചെലുത്തുന്നത് എന്ന് ചില ഉദാഹരണങ്ങളിലൂടെ നമുക്ക് പരിശോധിക്കാം.

ഇതിന്റെ ഒന്നാം തലമായ ശാക്തീകരണം പരിശോധിക്കുമ്പോൾ **ഇ-ചൗപാൾ** ഒരു നല്ല ഉദാഹരണമായി എടുത്തു കാട്ടാൻ കഴിയും. 10 സംസ്ഥാനങ്ങളിലെ 40 ലക്ഷം ജനങ്ങൾക്ക് പ്രയോജനം ലഭിക്കുന്ന **ഇ-ചൗപാൾ** രാജ്യത്തെ 40,000 ഗ്രാമങ്ങളിലാണ് ഇന്റർനെറ്റ് സൗകര്യങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്ന കിയോസ്കുകൾ പ്രവർത്തിപ്പിക്കുന്നത്. ഇത്തരം ചൗപാളുകൾ ഗ്രാമീണ കർഷകർക്ക് യഥാസമയം പ്രയോജനപ്രദമായ അറിവുകൾ ലഭ്യമാക്കുന്നു. ഇത് കാർഷിക ഉൽപ്പന്നങ്ങൾക്ക് മെച്ചപ്പെട്ട വില നേടിയെടുക്കാൻ അവരെ സഹായിക്കുന്നു. ഇത്തരം സ്ഥാപനങ്ങൾ സാമൂഹ്യാധിഷ്ഠിത പ്രവർത്തന കാര്യക്ഷമതയുടെയും ശാക്തീകരണത്തിന്റെയും നല്ല ഉദാഹരണമാണ്. കർഷകർക്ക് ഇൻഷുറൻസ് സൗകര്യം, മെച്ചപ്പെട്ട മാനേജ്മെന്റ് രീതികൾ തുടങ്ങി വിവിധ സൗകര്യങ്ങളാണ് ഇവിടെ കിട്ടുന്നത്.

രണ്ടാമത്തെ തലമായ പ്രാപ്തരാക്കലിന്റെ ഉദാഹരണമാണ് ഇ-ഗവേണൻസ് സംവിധാനം. വിവരസാങ്കേതിക വിദ്യകളുടെ സഹായത്താൽ സർഭരണവും സുതാര്യതയും ഉറപ്പാക്കാൻ കഴിയുന്നു. ഇതിലൂടെ മഹാരാഷ്ട്ര, ആന്ധ്രപ്രദേശ് എന്നീ സ്ഥലങ്ങളിൽ ഭൂമിയുടെ ഉടമസ്ഥാവകാശ രേഖകളിൽ വിജയകരമായി സുതാര്യത കൊണ്ടുവരാൻ കഴിഞ്ഞു. ഇത് കള്ളത്തരങ്ങൾ ഇല്ലാതാക്കുന്നതിനും പൗരന്മാർക്ക് ഭൂമിയിൽ അർഹമായ അവ

കാശം ഉറപ്പാക്കുന്നതിനും വഴിതെളിച്ചു. അടുത്ത കാലത്ത് ആധാർ പദ്ധതി ജനങ്ങൾക്ക് വ്യക്തമായ തിരിച്ചറിയൽ നൽകിയത് ശാക്തീകരണത്തിന്റെ മറ്റൊരു ഉദാഹരണമാണ്. ഇതിന് പ്രതികൂലമായി സുപ്രിം കോടതി വിധി ഉണ്ടെങ്കിലും ആധാർ വ്യക്തികളുടെ സ്വകാര്യത, സുരക്ഷിതത്വം എന്നിവയെ ബാധിക്കുമെന്ന എതിർപ്പുണ്ടെങ്കിലും ഈ പദ്ധതി വിവരസാങ്കേതിക വിദ്യയിലൂടെ ജനങ്ങൾക്ക് പ്രയോജനം ലഭ്യമാക്കുന്നതിന്റെ നല്ലൊരു ഉദാഹരണമാണ്.

ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതിക വിദ്യകളുടെ സഹായത്താലുള്ള കമ്പോള വിപുലീകരണം എന്ന മൂന്നാമത്തെ തലം വിവിധങ്ങളായ ഉദാഹരണങ്ങളാൽ സമാഹരിക്കാൻ കഴിയും. ഓൺലൈൻ പോർട്ടലുകൾ വഴിയുള്ള പ്രചാരണത്തിലൂടെ രാജ്യത്ത് വിദൂരപ്രദേശങ്ങളിൽപോലും വില്ലേജ് ടൂറിസം, സാംസ്കാരിക ടൂറിസം എന്നിവ വിപുലീകരിക്കപ്പെടുന്നുണ്ട്. ഇത്തരം വിനോദസഞ്ചാരികളുടെ എണ്ണം വളരെയധികം കൂടിയിട്ടുണ്ട്. നൂതന സാങ്കേതിക വിദ്യയുടെ സഹായത്താലുള്ള വ്യാപാരത്തിലൂടെ ഉപഭോക്താക്കളുമായി നേരിട്ട് ബന്ധം സ്ഥാപിക്കുന്നു. കരകൗശലം, ഗ്രാമങ്ങളിലെ കൃഷി അധിഷ്ഠിത ചെറുവ്യവസായങ്ങൾ എന്നിവയ്ക്ക് ഇതിലൂടെ കൂടുതൽ കച്ചവട സാധ്യതകൾ തുറന്നുകിട്ടിയിട്ടുണ്ട്. വടക്കുകിഴക്കൻ സംസ്ഥാനങ്ങളിലെ വനിതാ നെയ്ത്തു തൊഴിലാളികൾക്ക് ഇപ്രകാരം മെച്ചപ്പെട്ട കച്ചവട സാധ്യതകളാണ് ലഭിച്ചുവരുന്നത്. തങ്ങളുടെ ഉല്പന്നങ്ങൾ പ്രദർശിപ്പിക്കാൻ/വിൽക്കാൻ ഇപ്പോൾ ഈ വനിതകൾക്ക് നീണ്ട യാത്രകൾ ചെയ്യേണ്ടതില്ല. ഇത് ഇവരുടെ ജീവിതം സുഗമമാക്കി. സാങ്കേതിക വിദ്യയുടെ സഹായത്താൽ ഗ്രാമീണ ഇന്ത്യയിൽ മാറ്റങ്ങൾ സൃഷ്ടിച്ച് ഉല്പന്നങ്ങൾക്കും സേവനങ്ങൾക്കും ഗ്രാമത്തിന് പുറത്ത് കമ്പോളം ലഭ്യമാക്കാൻ നമുക്ക് പദ്ധതി ആവശ്യമാണ്. ഗ്രാമീണരുടെ കരകൗശല വസ്തുക്കൾ, കാർഷിക ഉല്പന്നങ്ങൾ എന്നിവ ആഗോളതലത്തിൽ തന്നെ വിറ്റഴിക്കാൻ അല്ലെങ്കിൽ വിദൂരസ്ഥലങ്ങളിൽ നിന്നും ഉപഭോക്താക്കളെ ഗ്രാമങ്ങളിൽ എത്തിക്കാനും ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതിക വിദ്യ പ്രയോജനപ്പെടുത്തണം.

ഇപ്രകാരം മുകളിൽ വിവരിച്ച മൂന്ന് തലങ്ങളിലും സാങ്കേതിക വിദ്യയുടെ പ്രയോജനങ്ങൾ ഉള്ള പ്ലോൾ കാര്യമായ ഉന്നമനവും നില നിൽക്കുന്ന വികസനവും ഉണ്ടാകും. ഇതിന് പൂർകമായി ഗ്രാമീണരുടെ സാധനങ്ങൾ വാങ്ങാനുള്ള ശേഷിയും കൂടേണ്ടതുണ്ട്. ഗ്രാമീണ ഇന്ത്യയിലെ വരുമാനം 2020 ഓടെ 1.8 ട്രില്ല്യൻ അമേരിക്കൻ ഡോളറാകുമെന്നാണ് പ്രവചനം. നമ്മുടെ മൊത്തം ജനസംഖ്യയുടെ 70 ശതമാനവും ഗ്രാമങ്ങളിലാണ് പാർക്കുന്നത്. ഇവർ മൊത്തം അഭ്യന്തര ഉല്പാദനത്തിന്റെ പകുതിയും സംഭാവന ചെയ്യുന്നു. 2000 മുതൽ ഗ്രാമങ്ങളിലെ പ്രതിശീർഷ വരുമാനം നഗരങ്ങളെക്കാൾ വേഗത്തിൽ കൂടുകയാണ്. അതിനാൽ കമ്പോളത്തിന്റെ നല്ലൊരു പങ്കും പിടിച്ചെടുക്കുന്നതിനായി മിക്ക കമ്പനികളും നഗരങ്ങളിൽ നിന്നും ഗ്രാമങ്ങളിലേക്ക് ശ്രദ്ധതിരിച്ചിട്ടുണ്ട്. രാജ്യമെമ്പാടും വ്യാപിച്ചുകിടക്കുന്ന, വ്യത്യസ്ത ഭാഷയും സംസ്കാരവുമുള്ള ഗ്രാമീണരിൽ എത്തിപ്പെടുക എന്നതാണ് ഉത്പാദക കമ്പനികൾ നേരിടുന്ന വലിയ വെല്ലുവിളി. ഇതിനുള്ള പരിഹാരം ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതിക വിദ്യയാണ്. ഗ്രാമീണ ഇന്ത്യയിൽ ഇത്തരം സാങ്കേതിക വിദ്യകളുടെ ലഭ്യത, ഉപയോഗം നമുക്ക് ഇതിനായി പരിശോധിക്കാം.

**ഇന്റർനെറ്റ് മൊബൈൽ ഫോൺ അസോസിയേഷൻ ഓഫ് ഇന്ത്യയുടെ 2012 ജൂണിലെ കണക്കനുസരിച്ച് രാജ്യത്തെ ഗ്രാമങ്ങളിൽ വസിക്കുന്ന 833 ദശലക്ഷം ജനതയിൽ 38 ദശലക്ഷം ഇന്റർനെറ്റ് സൗകര്യം ഉപയോഗിക്കുന്നു. ഇതിൽ 12 ശതമാനം ആൾക്കാർ മൊബൈൽ ഫോണിൽ ഇന്റർനെറ്റ് ഉപയോഗിക്കുന്നവരാണ്. രണ്ട് വർഷ കാലയളവിൽ തന്നെ മൊബൈലിൽ ഇന്റർനെറ്റ് ഉപയോഗിക്കുന്നവരുടെ എണ്ണം 7 ഇരട്ടിയായി. ഹാൻ്റ് സെറ്റുകളുടെ കുറയുന്ന വില, കൂടുതൽകാലം ഉപയോഗിക്കാവുന്ന ബാറ്ററി, കുറഞ്ഞ ഡേറ്റാ ചാർജുകൾ, മെച്ചപ്പെട്ട അടിസ്ഥാന സൗകര്യം എന്നിവയാണ് ഗ്രാമീണ മേഖലയിൽ മൊബൈൽ ഫോൺ ഉപയോഗം ഗണ്യമായി കൂടാൻ കാരണം. ഈ വളർച്ച തുടരുകയും ചെയ്യും. സെക്കൻ്റ് ഹാൻ്റ് സെറ്റുകൾ ഉപയോഗിക്കുന്ന വലിയൊരു വിഭാഗം ജനങ്ങളുമുണ്ട്. വാർത്താവിനിമയം, വിനോദം എന്നിവയ്ക്കായി മൊബൈൽ**

ഫോണിലൂടെ ഇന്റർനെറ്റ് ഉപയോഗിക്കുന്നവരുടെ എണ്ണമാണ് ഏറ്റവും കൂടുതൽ. ഓൺലൈൻ വ്യാപാരം, വിദ്യാഭ്യാസം, ജോലി എന്നിവയ്ക്കും സോഷ്യൽ മീഡിയയുടെ ഉപയോഗം അനുദിനം കൂടിവരികയാണ്.

ഇന്റർനെറ്റ്, മൊബൈൽ ഉപയോഗം ഗണ്യമായി വർദ്ധിക്കുന്ന വരുംവർഷങ്ങളിൽ ഗ്രാമങ്ങളിലെ കമ്പോളങ്ങളെ ലക്ഷ്യമിടുന്ന സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് നിലവിലുള്ളതിൽ നിന്നും ഏറെ വ്യത്യസ്തമായ വിപണന തന്ത്രങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്. നഗരങ്ങളിലെ കമ്പോളങ്ങളിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തമായി ഗ്രാമങ്ങളിൽ ഉപഭോക്താക്കളുടെ ശ്രദ്ധ പിടിച്ചുപറ്റുന്നതിലുപരിയായി നേരിട്ടുള്ള സമീപനവും ആവശ്യമാണ്. ഗ്രാമീണ ജനങ്ങൾക്കിടയിൽ ഏറെ വൈജാത്യങ്ങൾ ഉള്ളതിനാൽ ഒരു ഏകീകൃത സമീപനം പ്രാവർത്തികമാകില്ല. കൃത്യമായ സ്ഥിതിവിവരക്കണക്ക്, വ്യക്തിപരമായ അറിവുകൾ, ലക്ഷ്യാധിഷ്ഠിത മാർക്കറ്റിംഗ് സംവിധാനം എന്നിവയിലൂടെ ഗ്രാമീണ കമ്പോളങ്ങളിൽ വിജയം നേടാൻ കഴിയുന്നത്. ഗ്രാമീണർക്ക് സാധനങ്ങൾ വാങ്ങുന്നതിന് സ്വന്തം സമൂഹത്തിൽ നിന്നും ഉൽപന്നങ്ങളെക്കുറിച്ച് ലഭിക്കുന്നു അറിവ് പ്രധാനമാണ്. ചെറിയ സമൂഹങ്ങളെ ലക്ഷ്യമിടുന്നതിനായി സോഷ്യൽ മീഡിയ ഫലപ്രദമായി ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്. അവരുടെ താല്പര്യങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കി ഗ്രാമീണരെ ഉൽപ്പന്നങ്ങളും സേവനങ്ങളും പ്രചരിപ്പിക്കുന്നതിലും പ്രയോജനപ്പെടുത്താം. ഗവൺമെന്റേതര സ്ഥാപനങ്ങൾ, സാമ്പത്തിക സ്ഥാപനങ്ങൾ, ഗവൺമെന്റ് ഏജൻസികൾ എന്നിവയുമായി ചേർന്ന് സാമൂഹിക തട്ടകങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കി അത് ഉൽപന്നങ്ങളും, സേവനങ്ങളും വിൽക്കാൻ ഉപയോഗിക്കണം. ഉപഭോക്താക്കളിൽ എത്തിച്ചേരുന്നതിനായി സ്മാർട്ട് ഫോണുകൾ, ടാബ്ലെറ്റ് കമ്പ്യൂട്ടറുകൾ എന്നിവ ഫലപ്രദമായി ഉപയോഗിക്കാം.

ഗ്രാമീണ ഉപഭോക്താക്കളുടെ പ്രീതി പിടിച്ചുപറ്റുന്നതിനായി വ്യാപാര സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് വർഷത്തിലുടനീളം ആശയവിനിമയത്തിനായി ചെലവ് ചെയ്യേണ്ടിവരും. ഇത്തരം നിക്ഷേപത്തിന്റെ പ്രതിഫലം എപ്പോൾ തിരിച്ചുകിട്ടും എന്നതിനെക്കുറിച്ച് വ്യക്തമായി പറയാൻ കഴിയാത്തതുകൊണ്ട് പല



സ്ഥാപനങ്ങൾക്കും ഇത് പ്രയാസമുണ്ടാക്കുന്ന കാര്യങ്ങളാണ്. കൂടുതൽ ഉപഭോക്താക്കളിലേക്ക് എപ്രകാരം എത്തിച്ചേരാം എന്ന് അറിവുണ്ടെങ്കിൽ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതിക വിദ്യയിലൂടെ ഇവരിൽ എത്തിച്ചേരാവുന്നതാണ്. മൊബൈലിലൂടെ ഇന്റർനെറ്റ് ലഭ്യമായിട്ടുള്ള ഗ്രാമീണരിൽ മിക്കവരും ഇത് വാർത്താവിനിമയത്തിനും വിനോദ ഉപാധികൾക്കുമായാണ് ഉപയോഗിക്കുന്നത്. മൊബൈലിലെ മറ്റ് സൗകര്യങ്ങൾ ഇവർ ഉപയോഗിക്കാത്തതിന് കാരണം സ്വന്തം ഭാഷകളിൽ അവ ലഭ്യമല്ലാത്തതിനാലാണ്. രസകരമായ രീതിയിൽ പ്രാദേശികഭാഷകളിൽ ഇത്തരം സൗകര്യങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കിയാൽ ഉത്പാദകർക്ക് അത് വളരെയധികം ലാഭകരമായിരിക്കും.

ഗ്രാമീണ പ്രദേശങ്ങളിലെ ഏറ്റവും അവസാന കണ്ണിയിലും ആശയവിനിമയം എത്തിക്കുക എന്നത് വെല്ലുവിളിയാണെങ്കിലും ഒഡിഷയിൽ ഡാക്നെറ്റ്, ബസുകളിൽ ആധുനിക ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതിക വിദ്യ ഉപയോഗിക്കുന്ന ഗുജറാത്തിലെ അംബേദ്കർ ഓപ്പൺ സർവ്വകലാശാല എന്നീ നല്ല ശ്രമങ്ങൾ നമുക്ക് മുന്നിലുണ്ട്. ഇത് ഗ്രാമീണർക്ക് അവരുടെ ആവശ്യങ്ങൾക്ക് ഇന്റർനെറ്റ് സൗകര്യം പ്രാപ്യമാക്കുന്നു. വിവിധ സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റുകൾ സ്ഥാപിച്ചിരിക്കുന്ന കമ്പ്യൂട്ടർ അധിഷ്ഠിത പൊതുജനസേവന കേന്ദ്രങ്ങൾ ജനങ്ങൾക്ക് ഏറെ പ്രയോജനപ്രദമാണ്. പക്ഷെ ഏറെ ആഘോഷത്തോടെ ആരംഭിച്ച ഇത്തരം പല കേന്ദ്രങ്ങളിലും പൊതു-സ്വകാര്യ പങ്കാളിത്തം പരിമിതമാണ്. ഗ്രാമീണ കമ്പോളം ലക്ഷ്യമിടുന്ന സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് പൊതുജനസേവന കേന്ദ്രങ്ങളെ അവഗണിക്കാനാവില്ല. ഇത്തരം സ്ഥാപനങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനവും വിജയവും പഠിച്ച് സംസ്ഥാനങ്ങൾ സമാനരീതിയിലുള്ളവ നടപ്പാക്കേണ്ടതുണ്ട്. ഗ്രാമീണരുടെ ഇന്റർനെറ്റ് ഉപയോഗരീതി, അവരുമായി എപ്രകാരം ബന്ധം സ്ഥാപിക്കുകയും തുടരുകയും ചെയ്യാം എന്ന് തീരുമാനിക്കൽ, ഇന്റർനെറ്റ് സൗകര്യം ഉള്ളതും ഇല്ലാത്തതുമായ ഫോണുകളുടെ ഉപയോഗം, പ്രാദേശികഭാഷയിൽ ഉള്ളടക്കം തയ്യാറാക്കൽ എന്നിവയെല്ലാം ഗ്രാമങ്ങളിൽ ഇത്തരം സാങ്കേതിക വിദ്യ വിജയമാക്കാൻ സുപ്രധാനമാണ്.

വിവരസാങ്കേതിക വിദ്യ ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ സേവനങ്ങൾ എന്നിവയിൽ വളരെകുറച്ച് മാത്രമേ ഗ്രാമീണ ആവശ്യങ്ങൾ മുന്നിൽ കണ്ട് രൂപകല്പന ചെയ്തതായിട്ടുള്ളൂ. ഡിമാന്റ് വർദ്ധിപ്പിക്കാൻ ഉതകുന്ന രീതിയിലുള്ളവ അല്പ ഇത്. വിവരസാങ്കേതിക വിദ്യ സേവനങ്ങൾ പൊതുവായ സാധന സാമഗ്രിയുടെ ഡിമാന്റ് കൂട്ടുന്ന രീതിയിൽ ആകുമ്പോൾ മാത്രമാണ് ഗ്രാമീണ സമ്പദ്വ്യവസ്ഥയിൽ ഉണർവ് ഉണ്ടാകുന്നത്. സമൂഹത്തിലെ ഡിജിറ്റൽ വിടവ് നികത്തുന്നതിന് ഗവൺമെന്റ് ബദ്ധശ്രദ്ധമാണെങ്കിലും ഇതിനുവേണ്ടി നിരവധി പദ്ധതികൾ തുടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിലും ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിൽ ഇത്തരം സാങ്കേതിക വിദ്യാരംഗത്ത് പ്രകടമായ ഒരുമാറ്റം ഇപ്പോഴു ദൃശ്യമല്ല. ഇതിന് സഹായിക്കുന്ന ഉപകരണങ്ങളുടെയും സേവനങ്ങളുടെയും വലിയ ആവശ്യംതന്നെ ഉണ്ട്. ഇതിനായി നൂതന നീക്കങ്ങൾ രാജ്യത്ത് നടന്നുവരുന്നുണ്ട്. ഗ്രാമീണ ബി.പി.ഒ കൾ ചില സംരഭകരുടെ ഭാവനയെ തൊട്ടുണർത്തിയിട്ടുണ്ട്. അതേ സമയം ഇത്തരം സംരഭങ്ങൾ തുല്യ ഗുണനിലവാരത്തോടെ മറ്റ് പ്രദേശങ്ങളിൽ പകർത്തുക അത്ര എളുപ്പമല്ല. ഗ്രാമ-നഗര വ്യത്യാസം വളരെയൊന്നും പ്രകടമല്ലാത്ത കേരളം, തമിഴ്നാട്, ഗോവ എന്നിവിടങ്ങളിൽ ഇത്തരം ഉപകരണങ്ങൾ പ്രസക്തമാണ്. ഗ്രാമീണ മേഖലയിലെ അവസാന ഉപഭോക്താവിനും സേവനം ലഭ്യമാക്കാൻ ഗവൺമെന്റും സേവന ദാതാക്കളും നിരന്തരം ശ്രമിക്കുന്ന കാഴ്ചയാണ് നമുക്ക് മുന്നിലുള്ളത്. വൈകാതെ അവർ ഇത് സാക്ഷാത്കരിക്കുകയും ചെയ്യും. ഗ്രാമീണർക്ക് സ്വന്തമായി കമ്പ്യൂട്ടർ ഇന്റർനെറ്റ് സൗകര്യമില്ലെങ്കിലും സൈബർകഫേകളിലൂടെയും മറ്റും ഓൺലൈൻ ടിക്കറ്റ്, ഇലക്ട്രിസിറ്റി ബിൽ പേമെന്റ്, വിവാഹാലോചന പരസ്യങ്ങൾ എന്നിവ ജനങ്ങൾ കുറഞ്ഞ ചെലവിൽ ചെയ്യുന്നു.

വിവിധ ഡിജിറ്റൽ സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കാനായി പല സംസ്ഥാനങ്ങളും ആരംഭിച്ച സിറ്റി സൺ സർവ്വീസ് സെന്ററുകൾക്ക് ആകർഷകമായ ബിസിനസ് മോഡലുകൾ രൂപപ്പെടുത്താത്തതിനാൽ നിക്ഷേപകരെ ലഭിച്ചില്ല. ഇത്തരം കേന്ദ്രങ്ങളിൽ പലതും ഗ്രാമീണർക്ക് ആകർഷകമായി തോന്നിയില്ല. സാങ്കേതികവിദ്യയുടെ സഹായത്തോടെയുള്ള ഒരു വിദ്യാഭ്യാസരീതി ഗ്രാമങ്ങളിൽ വിക

സിപ്പിച്ചെടുക്കേണ്ടതുണ്ട്. ഇതിന്റെ പ്രയോജനം ഗ്രാമങ്ങളിലെ കുട്ടികളുടെ വിരൽ തുമ്പിലെത്തണം. കാരണം നഗരവാസികളായ കുട്ടികൾക്ക് മികവുറ്റ വിദ്യാഭ്യാസത്തിന് വിവിധങ്ങളായ മാർഗ്ഗങ്ങൾ ലഭ്യമാണ്. ഗ്രാമീണ വിദ്യാലയങ്ങളിലും ജനസേവനകേന്ദ്രങ്ങളിലും പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ വൈദഗ്ദ്ധ്യ വികസനത്തിനുള്ള പദ്ധതികൾ തുടങ്ങേണ്ടതുണ്ട്. ഇതിന് ഏറ്റവും നല്ല ഉദാഹരണമാണ് കേരളത്തിലെ 34 ഐ.ടി. ഐ. കളെ സംയോജിപ്പിച്ചുള്ള പദ്ധതി. തൊഴിൽ ലഭിക്കാൻ ഉതകുന്ന വൈദഗ്ദ്ധ്യം നൽകുന്ന ഇത്തരം ഐ.ടി.കളിൽ മിക്കവയും സംസ്ഥാനത്തിന്റെ വിദൂര പ്രദേശങ്ങളിലാണ്. വെബ് അധിഷ്ഠിത സാങ്കേതിക വിദ്യ ഉപയോഗിച്ചുള്ള ഈ പരിശീലനത്തിന്റെ ഉള്ളടക്കം ദിഭാഷയിലാണ്. ഗ്ലോബൽ ടാലന്റ് ട്രാക്കിലൂടെ ഉള്ള ഈ പരിശീലന പദ്ധതിക്ക് അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളിലെ അപര്യാപ്തത തടസ്സമാകുന്നില്ല.

വിവരസാങ്കേതിക വിദ്യ ഉപയോഗിച്ച് ഗ്രാമങ്ങളിൽ മാറ്റത്തിന്റെ പാത വെട്ടിത്തുറക്കുന്നതിന് ദീർഘകാല സമീപനം വേണം. വെല്ലുവിളി നേരിടാനും പരാജയങ്ങൾ ഏറ്റുവാങ്ങാനുമുള്ള സഹിഷ്ണുതയും അത്യാവശ്യമാണ്. ഇപ്പോഴത്തെ ചില സംരഭങ്ങൾ ഏവരെയും ഉൾക്കൊള്ളുന്ന രീതിയിലുള്ളവയാണെങ്കിലും ഗ്രാമീണ ഇന്ത്യയുടെ സവിശേഷ ആവശ്യങ്ങൾ മുന്നിൽ കണ്ടുകൊണ്ടുള്ള വിവരസാങ്കേതിക സംരഭങ്ങൾ വികസിപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്. കാരണം ഇവിടങ്ങളിലെ ഉപഭോക്താക്കളുടെ മനോഭാവവും ആവശ്യവും നഗരവാസികളിൽ നിന്നും തികച്ചും വ്യത്യസ്തമാണ്. രാജ്യത്തിന്റെ കാർഷികമേഖലയുടെ വളർച്ച ഏകദേശം 2 ശതമാനമായിരിക്കുകയും വിഭവങ്ങൾ അപൂർവ്വമായിരിക്കുന്നതിനാലും നമ്മുടെ ഗ്രാമങ്ങളെ അറിവിൽ അധിഷ്ഠിതമായ സമ്പദ്വ്യവസ്ഥയായി മാറ്റിയെടുക്കേണ്ടതുണ്ട്. അങ്ങനെ സുസ്ഥിര വികസന പദ്ധതിയ്ക്കായി ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതികവിദ്യ വിപുലമായി ഉപയോഗിക്കപ്പെടണം.

**ലേഖിക ഗ്ലോബൽ ടാലന്റ് ട്രാക്കിന്റെ ചീഫ് എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഓഫീസറാണ്.**

# CHRONICLE

## IAS ACADEMY

A Civil Services Chronicle Initiative

Hindi & English Medium

### IAS 2014 Programmes

Morning

Evening

Weekend

### GS Foundation

### Prelims / CSAT

### Current Affairs

### P.T. Test Series

**Optional Subjects :**  
**Public Administration & Sociology**

**Admission Open**

\* Limited Seats

*Civil Services*

# CHRONICLE

**24yrs of Guiding Success**

**DELHI / NCR CENTRES**

Rajinder Nagar  
18/4, Old Rajinder Nagar, New Delhi  
North Campus  
2520, Hudson Lane, Vijay Nagar Chowk, Delhi

Noida: D-108, Sector - 2, Noida

SMS: "CAMPUS YE" to 56677

**Call: 8800495544, 9582263947**

www.chronicleias.com

## വികസനത്തിന് കാതോർത്ത്

“ജോഹർ! മൊബൈൽ വാണിയിലേക്ക് താങ്കൾക്ക് സ്വാഗതം....! ഈ വാക്കുകൾ നാഗരികനായ ഒരാൾക്ക് അപരിചിതമായി തോന്നിയേക്കാം - എന്നാൽ ഡാർഖണ്ഡിലെ കുഗ്രാമങ്ങളിൽ താമസിക്കുന്ന ഒരു ലക്ഷത്തോളം വരുന്ന ജനങ്ങൾക്ക് അവരെ ഡാർഖണ്ഡുമായി ബന്ധിപ്പിക്കുന്നതിനും അവരുടെ പ്രശ്നങ്ങൾ പങ്കിടാനുള്ള ‘ശബ്ദാധിഷ്ഠിതമായ സാമൂഹ്യവേദിയാണ് മൊബൈൽ വാണി. ഗോത്ര ഗ്രാമമായ ‘സാന്താൾ പർഗാന’യിലെ 40 കാരനായ കർഷകനാണ് രാജീവ് മർമു. ഡാർഖണ്ഡ് മൊബൈൽ വാണിയിൽ അദ്ദേഹത്തിന് ഒരു സുഹൃത്തുണ്ട്; ഗ്രാമവാസികൾ നേരിടുന്ന പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് പരിഹാരം തേടുന്നതിനും അഴിമതികളെക്കുറിച്ച് പരാതി പറയുന്നതിനും ദിവസത്തിൽ എപ്പോൾ വേണമെങ്കിലും ബന്ധപ്പെടാവുന്ന ഒരാൾ - അതാണ് മൊബൈൽ വാണി.

ഡൽഹി ആസ്ഥാനമായുള്ള ഒരു സോഷ്യൽ ടെക്നോളജി കമ്പനിയായ ഗ്രാമവാണി (ഗ്രാമീണരുടെ ശബ്ദം) പ്രവർത്തന ശൈലി ചിട്ടപ്പെടുത്തിയത് രാജീവിന്റെയും കൂട്ടരുടെയും ഈ വിശ്വാസം കണക്കിലെടുത്താണ്. ഉയരങ്ങളിൽ നിന്ന് താഴേയ്ക്കല്ല, മറിച്ച് താഴെ തട്ടിൽ നിന്നും മുകളിലേക്ക്, വാർത്തകൾ എത്തിക്കുന്നതിനാണ് ഇവർ ശ്രമിക്കുന്നത്. 2009 ൽ ആദിത്യേശ്വർ സേത്ത് ആണ് ഗ്രാമവാണി സ്ഥാപിച്ചത്. 2008-ൽ കാനഡയിൽ പി.എച്ച്.ഡി ചെയ്യുന്ന സമയം ഡോ. സേത്ത് ഒരു മത്സരത്തിൽ പങ്കെടുത്തിരുന്നു. അപ്പോഴാണ് ഇങ്ങനെ ഒരാശയം അദ്ദേഹത്തിന് തോന്നിയത്. ‘ഇന്ത്യൻ കമ്മ്യൂണിറ്റി റേഡിയോ’യെക്കുറിച്ച് കൂടുതൽ അറിയുന്നതിനായി നിക്ക് ഫൗണ്ടേഷൻ സംഘടിപ്പിച്ച മത്സരമായിരുന്നു അത്. ശരിയായ നടപടി എടുത്തില്ലെങ്കിൽ ജനസംഖ്യയുടെ നല്ലൊരു ശതമാനം ഗ്രാമീണർ വികസനത്തിന്റെ മുഖ്യധാരയിൽ നിന്ന് പിന്തള്ളപ്പെടുമെന്ന് ഗവൺമെന്റ് തിരിച്ചറിഞ്ഞ സമയമായിരുന്നു അത്. അതിനാൽ കമ്മ്യൂണിറ്റി റേഡിയോ എന്ന ആശയം പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കാൻ തുടങ്ങിയിരുന്നു. ഈ സമയത്താണ് ‘നിക്ക് ഫൗണ്ടേഷൻ’ ഈ മത്സരം സംഘടിപ്പിച്ചത്. കമ്മ്യൂണിറ്റി

റേഡിയോ ആദ്യമായി ഉപയോഗിക്കുന്നവർക്കുപോലും എളുപ്പത്തിൽ ഉപയോഗിക്കാവുന്ന സോഫ്റ്റ്‌വെയർ നിർമ്മിക്കുന്നതിനുള്ള മത്സരമായിരുന്നു അത്. ഇന്ത്യൻ ഗ്രാമങ്ങളിലെ ഇന്റർനെറ്റ് സമ്പ്രദായം’ എന്ന വിഷയത്തിൽ റിസർച്ച് ചെയ്യുന്ന ഡോ. സേത്ത് ഈ വെല്ലുവിളി ഏറ്റെടുത്ത് ഒരു സോഫ്റ്റ് വെയർ ഉണ്ടാക്കുകയും മത്സരത്തിൽ വിജയിക്കുകയും ചെയ്തു. മത്സരവിജയിക്കു ലഭിച്ച ഗ്രാന്റ് ഉപയോഗിച്ചാണ് അദ്ദേഹം ഗ്രാമവാണി എന്ന ഈ സാമൂഹ്യ സംരംഭം തുടങ്ങിയത്. സാമൂഹ്യ വികസനത്തിനായുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കായുള്ള അദ്ദേഹത്തിന്റെ ആദ്യ ചുവടുവയ്പ്പായിരുന്നു അത്.

ഗ്രാമവാണിയുടെ ആദ്യ ഉല്പന്നമായിരുന്നു (ഗ്രാമീൺ റേഡിയോ ഇന്റർ-നെറ്റ് വർക്കിങ് സിസ്റ്റം). പ്രോഗ്രാം ഷെഡ്യൂളിങ്, ആവിഷ്കാരം, ടെലിഫോൺ, എസ്.എം.എസ്. സംയോജനം, ഇന്റർനെറ്റ്, വിഷയങ്ങളുടെ തെരഞ്ഞെടുപ്പ്, പ്രോഗ്രാമുകളുടെ അപഗ്രഥനം എന്നിവയെല്ലാം സമന്വയിച്ച സോഫ്റ്റ്‌വെയറാണ് ഇത്. രാജ്യമെമ്പാടും ഗ്രാമങ്ങൾതോറും 3000 മുതൽ 4000 വരെ കമ്മ്യൂണിറ്റി റേഡിയോ സ്റ്റേഷനുകൾ നിർമ്മിക്കുക എന്നതായിരുന്നു ആദ്യ പ്ലാൻ. പക്ഷേ, ഇത് നടപ്പിലായില്ല. 5 വർഷം കൊണ്ട് 125 റേഡിയോ സ്റ്റേഷനുകൾ പ്രവർത്തനമാരംഭിച്ചു. 12 സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ ഇവ നിലവിലുവന്നിട്ടുണ്ട്. ഗ്രീൻസ് സംവിധാനമുള്ള സ്റ്റേഷനുകളിൽ നിന്ന് ഗ്രാമതൊഴിലുറപ്പു പദ്ധതി (NREGA) യുടെ പരിപാടികളും പഞ്ചായത്ത് മീറ്റിംഗുകളും ലൈവ് പ്രക്ഷേപണം ചെയ്യുന്നുണ്ട്. സ്കൂളുകളിൽ നിന്ന് ‘അന്താക്ഷരി’ ഫോണിലൂടെ റെക്കോർഡ് ചെയ്ത് GRINS സമ്പ്രദായം വഴി റേഡിയോ പ്രക്ഷേപണം നടത്തുന്നു. ഒരു റേഡിയോ സ്റ്റേഷൻ നാടൻ പാട്ടുകളെ ആസ്പദമാക്കിയുള്ള ഒരു റിയാലിറ്റി ഷോ നടത്തി പ്രക്ഷേപണം ചെയ്യുകയും GRINS വഴി ശ്രോതാക്കളുടെ അഭിപ്രായ വോട്ട് എടുക്കുകയും ചെയ്തു. ഇത് പോലെയുള്ള മറ്റു പരിപാടികളും പ്രക്ഷേപണം ചെയ്യുന്നുണ്ട്.



ഒരു സാമൂഹിക സംരംഭമായ ഗ്രാമവാണിക്ക് വരുമാനം ലഭിക്കുന്നത് മറ്റ് ലാഭേതര സംഘടനകൾക്ക് കമ്മ്യൂണിറ്റി റേഡിയോ സ്റ്റേഷൻ, ഹെൽപ്പ്ലൈൻ, ഡാറ്റാ കലക്ഷൻ എന്നിവക്ക് ലൈസൻസ് നൽകുന്നതിലൂടെയാണ്. ലാഭേതര സംഘടനകളുമൊത്ത് പ്രവർത്തിക്കുന്നതിനാൽ മൂല്യനിർണ്ണയം, സോഷ്യൽ ഓഡിറ്റ് റിപ്പോർട്ട് എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് പ്രശ്നങ്ങൾ നേരിടാറുണ്ട്. ലൈസൻസ് നൽകുന്നവർക്ക് “10,000 കുടുംബങ്ങൾക്ക് ആനുക്യൂം കിട്ടി” എന്ന രീതിയിൽ വെറുതെ എഴുതി കൊടുക്കുന്ന റിപ്പോർട്ട് അല്ല വേണ്ടത്. അവർക്ക് ഓരോ കാര്യവും വിശദമായി തന്നെ അറിയേണ്ടതുണ്ട്. നിങ്ങൾ പ്രസ്തുത കുടുംബങ്ങളെ നേരിട്ട് കണ്ടിട്ടുണ്ടോ? ഓരോ ഉപഭോക്താവിന്റെയും വിശദ വിവരങ്ങളടങ്ങിയ റിപ്പോർട്ട് സമർപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടോ, എന്നിങ്ങനെ, ഇതൊന്നും പക്ഷേ നടപ്പിലാക്കാൻ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല. - ബിസിനസ്സ് ഡവലപ്മെന്റ് ആന്റ് സ്ക്രാറ്റജി വൈസ് പ്രസിഡന്റ് ആശിഷ് തമ്പാൻ പറഞ്ഞു.

സാമൂഹ്യ പ്രതിബദ്ധതയുള്ള ഒരു കമ്പനി ലാഭത്തിനു വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കുന്നതാണെങ്കിലും അതിന് ഒരു കാഴ്ചപ്പാടും ദൗത്യവും ഉണ്ടായിരിക്കണം. സമാന രീതിയിൽ ലാഭേച്ഛയില്ലാതെ പ്രവർത്തിക്കുന്ന സംഘടനകളുടെ പ്രശ്നങ്ങളും രമ്യമായി പരിഹരിക്കേണ്ടതെങ്ങനെ എന്ന് സംഘം മനസ്സിലാക്കി. ഈ വെല്ലുവിളിയാണ് ഡോ. സേത്തിന് വി-ഓട്ടോമേറ്റ് വോയ്സ് സൊല്യൂഷൻ കണ്ടെത്താൻ പ്രചോദനം നൽകിയത്. സർവ്വേകൾ സംഘടിപ്പിക്കുന്നതിനും ഗ്രാമീൺ കാൾസെന്ററുകൾ സ്ഥാപിക്കുന്നതിനും ആവശ്യമായ കാര്യങ്ങൾ V- ഓട്ടോമാറ്റിലുണ്ട്. ലാഭേച്ഛയില്ലാതെ പ്രവർത്തിക്കുന്നവയും അല്ലാത്തതുമായ ഒട്ടേറെ ഇടപാടുകാരെ V- ഓട്ടോമാറ്റിലൂടെ ഗ്രാമവാണിക്ക് ലഭിച്ചു.

V- ഓട്ടോമാറ്റ് സംവിധാനത്തിൽ കമ്മ്യൂണിറ്റി റേഡിയോ നല്ല രീതിയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിലും ‘ഡിജിറ്റൽ സമ്പ്രദായവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നു.

നഗരവാസികളായ ജനങ്ങൾക്ക് ഇന്റർനെറ്റ് വളരെ എളുപ്പത്തിൽ ലഭിക്കാവുന്ന ഒരു സംവിധാനമാണ്. എന്നാൽ ഗ്രാമീണരായ ആളുകൾക്ക്,

മിക്കപ്പോഴും ഒരു കുടുംബത്തിലുള്ള 7-ഓളം ആളുകൾക്ക് ആകെ മാസവരുമാനം 2000 മാത്രമുള്ള സാഹചര്യത്തിൽ ഇന്റർനെറ്റ് കണക്ഷൻ എന്നത് അപ്രാപ്യമാണ്; ഇത് ഇവർ വികസന മോഡലിൽ നിന്നും അകലാൻ കാരണമാകുന്നു.

വരുമാന പരിധി ഉയരാത്തതിടത്തോളം ഇന്റർനെറ്റ് എന്നത് സഹായകരമായ ഉപാധിയായി മാറാൻ സാധ്യതയില്ലെന്ന് സംഘത്തിന് അറിയാമായിരുന്നു. ഇന്റർനെറ്റ് ഉപയോഗിക്കാനുള്ള സാമ്പത്തികശേഷി ഇല്ലെങ്കിലും ‘മൊബൈൽ ഫോൺ സ്വന്തമാക്കാനും ഉപയോഗിക്കാനും ഇവർക്ക് സാധിച്ചിരുന്നു. ഇത് ‘മൊബൈൽ വാണിയുടെ വളർച്ചക്ക് വഴിയൊരുക്കി.

മൊബൈൽ വാണിയിൽ സർവ്വറുമായി ബന്ധിക്കപ്പെട്ട ഒരു നമ്പർ ഡയൽ ചെയ്യുമ്പോൾ നിങ്ങൾക്ക് ഷെയർ ചെയ്യുന്നതിന്, പരാതി പറയുന്നതിന്, പഠിക്കുന്നതിന്, അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ ഇഷ്ടാനുസരണമുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും ഓപ്ഷൻ എടുക്കുന്നതിനുള്ള സൗകര്യമുണ്ട്. ഉപഭോക്താവിന് തങ്ങളുടെ അഭിപ്രായങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തുന്നതിനും ഓൺലൈൻ സർവ്വേകളിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിനുമുള്ള സൗകര്യമുണ്ട്.

മൊബൈൽ വാണിയുടെ V- സർവ്വേ പരിപാടികളിൽ പങ്കെടുക്കുന്ന ഗ്രാമവാസികളെ ഉൾപ്പെടുത്തിയാണ് പ്രചാരണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തുന്നത്. ഏറ്റവും പ്രാചരത്തിലുള്ള പ്രശ്നങ്ങൾ ഒരു കാംപെയ്നാക്കി മാറ്റും - ഈ പ്രശ്നങ്ങളിൻമേൽ ചർച്ചകളും മറ്റും സംഘടിപ്പിക്കുന്നു- ഒരു പ്രോഗ്രാമിന്റെ ഉള്ളടക്കം അവരുടെ ഭാവിപരിപാടികളിലും ഉപയോഗിക്കുന്നു. ഡാർബണ്ഡിലെ വിവിധ ജില്ലകളിലായി 22 മൊബൈൽ വാണി പ്രതിനിധികൾ ജോലി ചെയ്യുന്നുണ്ട്. അവർ വില്ലേജുകൾ തോറും സഞ്ചരിച്ച് മീറ്റിംഗുകൾ സംഘടിപ്പിക്കുകയും സാമൂഹ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ ചർച്ച ചെയ്യുകയും ചെയ്യുന്നു. കൂടാതെ നാടൻ പാട്ടുകളും നാടോടികഥകളും പാടുന്നു. ഒരു ജനതയെ ഉയർത്താൻ സാങ്കേതിക വിദ്യയുടെ വികാസത്തിനു കഴിയും എന്ന് ബോധ്യപ്പെടുത്തുക എന്നതാണ് മൊബൈൽവാണി നേരിടുന്ന മുഖ്യ വെല്ലുവിളി. ധാരാളം വിജയകഥകളിലൂടെ തങ്ങളുടെ സാന്നിധ്യം രാജ്യമെമ്പാടും എത്തിക്കാം എന്നുതന്നെയാണ് മൊബൈൽ വാണി സംഘത്തിന്റെ പ്രതീക്ഷ.

# നിങ്ങൾക്കറിയാമോ?

## ഭൂപ്രദേശ സൂചിക

വിശിഷ്ട ഗുണങ്ങളും മേന്മകളും സവിശേഷതകളും ഉള്ള ചില പ്രത്യേക ഉത്പ്പന്നങ്ങളുടെ പൈതൃക പെരുമ സൂചിപ്പിക്കുന്ന സംജ്ഞയാകുന്നു ഭൂപ്രദേശ സൂചിക. പൊതുവെ ഭൂപ്രദേശ സൂചകങ്ങൾ ഓരോ ഉത്പ്പന്നങ്ങളുടെയും ഉത്ഭവസ്ഥല നാമവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടായിരിക്കും അറിയപ്പെടുക.

ഭൂപ്രദേശ സൂചകം വ്യാവസായിക സ്വത്തിന്റെ ഘടകമാണ്. പ്രത്യേക ഗുണമേന്മയും വ്യത്യസ്തതയും ഉറപ്പു നൽകുന്ന ഒരു ഉത്പ്പന്നത്തിന്റെ ഉത്ഭവസ്ഥലത്തെയോ രാജ്യത്തെയോ കുറിച്ചുള്ള സൂചനയാണ് ഇത്. ആ ഉത്പ്പന്നം തീർച്ചയായും അതിനോടു ബന്ധപ്പെട്ടു സൂചിപ്പിക്കപ്പെടുന്ന ഭൂപ്രദേശത്ത് നിന്നുള്ളതു തന്നെയാണ് എന്ന ഉറപ്പാണ് ഇത്. വ്യവസായ സ്വത്തു സംരക്ഷണത്തിനായി നടന്ന പാരീസ് കൺവൻഷന്റെ 1(2) 10 വകുപ്പുകൾ പ്രകാരം ഭൂപ്രദേശ സൂചകങ്ങൾ ബൗദ്ധിക സ്വത്തവകാശ നിയമത്തിന്റെ പരിധിയിൽ വരുന്നവയാണത്രെ. ബൗദ്ധിക സ്വത്തവകാശ കരാറിന്റെ വ്യാപാരാനുബന്ധ ഘടകങ്ങൾ ചർച്ച ചെയ്യുന്ന 22 മുതൽ 24 വരെ വകുപ്പുകൾക്കുള്ളിൽ വരും ഇത്. ഗാട്ട് കൂടിയാലോചനകൾ സമാപിച്ച ഉറുഗ്വേ ഉച്ചകോടിയിൽ ഒപ്പു വച്ച കരാറുകളുടെ ഭാഗമായിരുന്നു ഇതും. ലോക വ്യാപാര കരാറിൽ ഒപ്പു വച്ച അംഗമെന്ന നിലയിൽ ചില വസ്തുക്കളുടെ ഭൂപ്രദേശ സൂചക (രജിസ്ട്രേഷനും സംരക്ഷണവും),നിയമം 1999, 2003 സെപ്റ്റംബർ 15 മുതൽ ഇന്ത്യയിൽ പ്രാബല്യത്തിൽ വന്നു കഴിഞ്ഞു.

ഭൂപ്രദേശ സൂചകം ഉറപ്പു നൽകുന്നത് രജിസ്റ്റർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുകൾക്കു മാത്രമെ പേരുകൊണ്ടു തന്നെ പ്രശസ്തമായ ആ വസ്തുക്കളുടെ ഉത്പ്പന്നനാമം ഉപയോഗിക്കുന്നുള്ളൂ എന്നാണ്. ഇന്ത്യയിൽ ആദ്യമായി 2004 - 05 ലാണ് ഭൂപ്രദേശ സൂചക ഡാർജിലിംഗ് ചായ വിപണിയിലെത്തിയത്. അതേ തുടർന്ന് 194 ഉത്പ്പന്നങ്ങളാണ് ഈ പട്ടിക

യിൽ പേര് ചേർത്തിരിക്കുന്നത്. ആറന്മുള കണ്ണാടി, ചന്ദേരി തുണികൾ, കാഞ്ചീപുരം പട്ട് തുടങ്ങിയവ ഇതിൽ വരുന്നു.

## ലിബോർ

ലോകത്തിലെ തന്നെ ഏറ്റവും കൂടുതൽ പണ വ്യാപാരം നടക്കുന്ന ലണ്ടൻ നഗരത്തിലെ ഇന്റർബാങ്ക് മേഖലയിലെ ബാങ്കുകളിൽ നിന്ന് മറ്റു ബാങ്കുകൾക്ക് പണം വായ്പയായി നൽകുമ്പോൾ നിശ്ചയിക്കുന്ന പലിശ നിരക്കാണ് ലിബോർ അഥവാ ലണ്ടൻ ഇന്റർബാങ്ക് ഓഫേർഡ് റേറ്റ്. ലണ്ടനിലെ പ്രധാന ബാങ്കുകൾ സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന മേഖലയാണ് നഗരത്തിലെ ഇന്റർ ബാങ്ക്. ലോകത്തിലെ പ്രധാന ബാങ്കിംഗ് സ്ഥാപനങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം എല്ലാ ദിവസവും ബ്രിട്ടീഷ് ബാങ്കേഴ്സ് അസോസിയേഷൻ ആണ് ഈ നിരക്ക് നിശ്ചയിക്കുന്നത്. പലിശനിരക്ക് ആധികാരികമായി പരിശോധിക്കാൻ അമേരിക്ക, കാനഡ, സിറ്റ്സർലണ്ട്, യുകെ തുടങ്ങിയ വികസിത രാജ്യങ്ങൾ ആശ്രയിക്കുന്നത് ലിബോർ നിരക്കിനെയാണ്.

1986 മുതലാണ് ലിബോർ നിരക്കുകൾ പണ വിപണിയിലെ ബബ്ബിൾക്ക് നിരക്കായി പരിഗണിക്കുന്നത്. പിന്നീടങ്ങോട്ട് ലിബോർ കുതിക്കുകയായിരുന്നു. ഇന്ന് ലോകമെമ്പാടുമുള്ള 350 ലക്ഷം കോടി സാമ്പത്തിക ഉത്പ്പന്നങ്ങളും( ഓഹരകൾ, കടപ്പത്രങ്ങൾ തുടങ്ങിയവയുടെ വിലനിലവാരം ലിബോറിനെ ആശ്രയിച്ചാണ് നിൽക്കുന്നത്.

പതിനൊന്ന് കറൻസികളുടെയും ഒരു രാത്രി മുതൽ ഒരു വർഷം വരെയുള്ള 15 വായ്പാ കാലഘട്ടങ്ങളുടെയും നിരക്കുകളാണ് ലിബോർ ദിവസവും രാവിലെ 11.30 ന് പ്രസിദ്ധപ്പെടുത്തുക. 2012 ൽ ലിബോറിനെതിരെ വലിയ സാമ്പത്തിക ആരോപണങ്ങൾ ഉണ്ടായി. വ്യാപാരികളും ഇടനിലക്കാരും ചേർന്ന് ഇന്റർബാങ്കിന്റെ ബബ്ബിൾ മാർക്ക് വായ്പാനിരക്കുകളിൽ വ്യാപകമായ കൃത്രിമങ്ങൾ കാണിച്ചതായി 2013 ലും പരാതി ഉയരുകയുണ്ടായി.



നമ്മുടെ രാഷ്ട്രം ഒരാളാൽ നിർമ്മിക്കപ്പെടാതെ  
പങ്കുതെടുത്ത പ്രയത്നവും പാരസ്പര്യവും  
ഇവിടെ പരസ്പരം കൈകോർക്കുന്നു.  
പുരോഗതിയുടെയും സമൃദ്ധിയുടെയും  
പാതയിലേക്കുള്ള പ്രയാണത്തിലും  
നാം ഒന്നായി പരിശ്രമിച്ചു.  
എങ്കിൽ നമുക്കഭിമാനിച്ചു കൂടെ,  
നമ്മളൊന്നായി പടുത്തുയർത്തി, നമ്മുടെ

## ഭാരതം

65-ാമത്ത് റിപ്പബ്ലിക് ദിനം





# JEWELS

## FROM PUBLICATIONS DIVISION

Sales Centres : Sookna Bhawan, Lodhi Road, New Delhi-110003. Hall No.196, Old Secretariat, Delhi-110054. C-701, 7th Floor, Kendriya Sadan, CBD Belapur, Navi Mumbai -400614. 8, Esplanade East, Kolkata-700069. Rajaji Bhawan, F&G Block, A Wing, Besant Nagar, Chennai-600090. Press Road, New Govt Press, Thiruvananthapuram-695001. Block No. 4, 1st Floor, Gruhakalpa Complex, M.J. Road, Nampally, Hyderabad-500001. Bihar State Coop. Bank Bldg, Ashoka Rajpath, Patna-800001. 11nd Floor, Hall No.1, Kendriya Bhawan, Sector-H, Aliganj, Lucknow-226024. Ambika Complex 1st Floor, Paldi, Ahmedabad-380007. 1st Floor, F Wing, Kendriya Sadan, Koramangala, Bangalore-560034. KKB Road, New Colony, House No. 7, Chenikuthi, Guwahati-781003.

For further details please contact Business Manager, Publications Division  
 Sookna Bhawan CGO Complex, Lodhi Road, New Delhi-110003. Ph:011-24367260, Fax-011-24365609

PUBLICATIONS DIVISION  
 MINISTRY OF INFORMATION & BROADCASTING  
 GOVERNMENT OF INDIA

e-mail: [dpd@sb.nic.in](mailto:dpd@sb.nic.in), [dpd@hub.nic.in](mailto:dpd@hub.nic.in)  
 website: [publicationsdivision.nic.in](http://publicationsdivision.nic.in)

dwp-2221311/002/707-08

ഇന്ത്യാ ഗവൺമെന്റിന്റെ പബ്ലിക്കേഷൻസ് ഡിവിഷനുവേണ്ടി അഡീഷണൽ ഡയറക്ടർ ജനറൽ ഇറാ ജോഷി സെന്റ് ജോസഫ്സ് പ്രസിൾ അച്ചടിച്ച് തിരുവനന്തപുരത്തെ ഗവ. പ്രസ് റോഡിൽ നിന്ന് പ്രസാധനം ചെയ്യുന്നത്. ചീഫ് എഡിറ്റർ - രാജേഷ് കെ. ത്യാ, എഡിറ്റർ - ആർ.കെ.വിജ്