ನೆಮ್ಮದಿಯ ನಾಳೆ ನಮ್ಮದು

ಹೊಸತು

ಅಕ್ಟೋಬರ್ ೨೦೧೮

ಬೆಲೆ : ₹ ೨೫

ISSN 2319-7307

ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ

ಬರಲಿರುವ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯಭಾಗ್ಯ

ಸೀಮಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿ, ಇನ್ನುಳಿದ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸುವ ದಲ್ಲಾಳಿ ಕಚೇರಿಗಳಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಬಾಗಿಲನ್ನೇ ತೆರೆಯದಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು; ಬಗೆಬಗೆಯ ನಿಯಮಗಳ ಏಟನ್ನು ಸಹಿಸಲಾಗದೆ ಮುಚ್ಚಿಕೊಂಡ ಸಣ್ಣ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ಗಾತ್ರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು; ಎಲ್ಲರನ್ನೂ ಕುಣಿಸಿ, ಎಲ್ಲೆಡೆ ಆಕ್ರಮಿಸಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನೂ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಶಪಡಿಸಿಕೊಂಡ ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು; ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮಾತಾಡಿಸುವುದಕ್ಕೂ ತಿಳಿಯದೆ ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಆಣತಿಯಂತೆ ಸಾವಿರಗಟ್ಟಲೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿ ಇನ್ನೊಂದಷ್ಟು ಸಾವಿರದ ಔಷಧಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರು; ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಆಧಾರ್ ಜೋಡಿತ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಸಿ ಬೇರೇನೂ ಮಾಡಲಾಗದೆ ಒದ್ದಾಡುವ ರೋಗಿಗಳು; ಎಲ್ಲೆಡೆಗಳಿಂದ ಹಿಂಡಿ ಪಡೆದ ಆ ಅಗಾಧ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿ, ಬಗೆಬಗೆಯ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಹೆಣೆದು ಎಲ್ಲರನ್ನೂ ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಕಂಪೆನಿಗಳು – ಭಾರತದ ಭವಿಷ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಚಿತ್ರಣ ಇದು.

ಕಳೆದ ಮೂರು ದಶಕಗಳ ಹೊಸ ಆರ್ಥಿಕ ನೀತಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪುಡಿಗೈದು ಖಾಸಗಿ ಬಂಡವಳಿಗರನ್ನು ಕೊಬ್ಬಿಸುವ ಮಹಾ ಯೋಜನೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು, ಔಷಧ ತಯಾರಿಕೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಹೂಡಿಕೆಯು ಇಳಿಯುತ್ತಾ, ಖಾಸಗಿ ಬಂಡವಾಳದ ಆಕ್ರಮಣವು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಲೇ ಸಾಗಿದೆ.

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಕ್ಕೆ ಸ್ವಲ್ಪವೇ ಮೊದಲು, ೧೯೪೩ರಲ್ಲಿ, ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಸರಕಾರವು ರಚಿಸಿದ್ದ ಸರ್ ಜೋಸೆಫ್ ಭೋರ್ ಅವರ ಅಧ್ಯಕ್ಷತೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿಯು ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾದ ರೂಪುರೇಷೆಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಟ್ಟಿತು. ಗ್ರಾಮೀಣ ಹಾಗೂ ಬಡ ಜನತೆಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಒತ್ತು ನೀಡಿದ ಸಮಿತಿಯು, ಪ್ರತಿ ೧೦–೨೦ ಸಾವಿರ ಜನತೆಗೆ ಇಬ್ಬರು ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ೭೫ ಹಾಸಿಗೆಗಳಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ೩೦ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ೬೫೦ ಹಾಸಿಗೆಗಳ, ೧೪೦ ವೈದ್ಯರ ದ್ವಿತೀಯ ಸ್ತರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೂ ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೊಂದು ೨೫೦೦ ಹಾಸಿಗೆಗಳ, ೨೬೯ ವೈದ್ಯರ ತೃತೀಯ ಸ್ತರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿರಬೇಕೆಂದು ಸೂಚಿಸಿತು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಉತ್ಪನ್ನದ ಶೇ. ೧೫ನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂದು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿತು. ವಿಷಾದದ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ, ಈ ೭೦ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ಬೆಳೆದಿದ್ದರೂ ಕೂಡ, ಭೋರ್ ಸಮಿತಿಯ ಆಶಯಗಳನ್ನು ತಲುಪುವುದಕ್ಕೆ ಇನ್ನೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ.

ಡಾ॥ ಶ್ರೀನಿವಾಸ ಕಕ್ಕಿಲ್ಲಾಯ ಬಿ.

ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆ ಸಿಗದೆ ಶವವನ್ನು ಸಾಗಿಸುತ್ತಿರುವುದು

ನೆಹರು ಸರಕಾರವು ಮೊದಲ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಉತ್ಪನ್ನದ ಶೇ. ೩.೩ರಷ್ಟನ್ನು ಒದಗಿಸಿತ್ತು, ಆದರೆ ಮೂರನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಆದ್ಯತೆಗಳು ಬದಲಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಅನುದಾನವು ಶೇ. ೨.೬ಕ್ಕಿಳಿಯಿತು. ನೆಹರು ನಂತರದ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಪಾಲು ಇಳಿಯುತ್ತಲೇ ಹೋಗಿ, ಹನ್ನೊಂದನೇ ಯೋಜನೆಯ ವೇಳೆಗೆ ಕೇವಲ ಶೇ. ೦.೯ ಆಯಿತು. ನಡುವಲ್ಲಿ ೨೦೦೨ರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ, ೨೦೦೫-೧೦ರ ನಡುವೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಕೇಂದ್ರೀಯ ಅನುದಾನವು ೧೦ ಸಾವಿರ ಕೋಟಿಯಿಂದ ೩೦ ಸಾವಿರ ಕೋಟಿಗೆ ಏರಿ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಉತ್ಪನ್ನದ ಶೇ. ೧.೩ನ್ನು ತಲುಪಿತು; ಇದರಲ್ಲಿ ಬಹು ಪಾಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನಕ್ಕೆ ಮೀಸಲಾಯಿತು. ಈಗ ಮೂಲೆಗೆ ಬಿದ್ದಿರುವ ಹನ್ನೆರಡನೇ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲೂ, ಈಗಿನ ಸರಕಾರವು ೨೦೧೫ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳ ಬಳಿಕ ಅಂತಿಮಗೊಳಿಸಿದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಉತ್ಪನ್ನದ ಶೇ. ೨.೫ರಷ್ಟನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳಲಾಗಿದ್ದರೂ, ಅದಕ್ಕೆ ಹನ್ನೆರಡನೇ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ೨೦೧೭ರ ಗಡುವಿದ್ದುದು, ಹೊಸ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ೨೦೨೫ಕ್ಕೆ ಮುಂದೂಡಲ್ಪಟ್ಟು ಮೂಗಿಗೆ ಸವರಿದ ಬೆಣ್ಣೆಯಂತಷ್ಟೇ ಆಗಿದೆ.

ಈಗ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಆಡಳಿತ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವ ಭಾಜಪ ಮತ್ತು ಪ್ರಧಾನಿ ಮೋದಿ ತಾವು ೨೦೧೪ರ ಚುನಾವಣೆಗೆ ಮುನ್ನ ಪ್ರಣಾಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿದ್ದ ಆಶ್ವಾಸನೆಗಳನ್ನು ಮರೆತಿರುವುದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ಅದಕ್ಕೆ ತದ್ವಿರುದ್ಧವಾದುದನ್ನೇ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಕಡು ಬಡತನ ಹಾಗೂ ಕುಪೋಷಣೆಯನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆದ್ಯತೆಗಳಾಗಿ ಮಾಡುವುದು; ಕಡಿಮೆ ದರದಲ್ಲಿ, ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸುಲಭದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವನ್ನು ಆಮೂಲಾಗ್ರವಾಗಿ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಿ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಖಾತರಿ ಅಭಿಯಾನವನ್ನು ಆರಂಭಿಸುವುದು, ಹೊಸ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ತರುವುದು, ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಆಧುನಿಕ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ಸೌಲಭ್ಯಗಳೊಂದಿಗೆ ಸುಸಜ್ಜಿತಗೊಳಿಸುವುದು, ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಪೋಷಣೆಗೆ ಒತ್ತು ನೀಡುವುದು, ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ೧೦೮ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಯನ್ನು ಎಲ್ಲೆಡೆಗೂ ವಿಸ್ತರಿಸುವುದು, ವೈದ್ಯ ವೃತ್ತಿಯ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಸಣ್ಣ ಗಾತ್ರದ ಸಂಸ್ಥೆಯನ್ನು ರಚಿಸುವುದು ಇತ್ಯಾದಿ ಹಲವಾರು ಭರವಸೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ, ರಾತೋರಾತ್ರಿ ನೋಟುಗಳೆರಡನ್ನು ರದ್ದು ಮಾಡಿ ಚಲಾವಣೆಯಲ್ಲಿದ್ದ ೮೫% ಹಣವನ್ನು ಕಿತ್ತುಕೊಂಡು ಅರ್ಥ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನೇ ನಾಶ ಮಾಡಿದ್ದಲ್ಲದೆ, ನಡು ರಾತ್ರಿಯಲ್ಲಿ ಸರಕು ಹಾಗೂ ಸೇವಾ ತೆರಿಗೆಯನ್ನು ಹೇರಿ, ಇಡೀ ವ್ಯವಹಾರ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಮರ್ಮಾಘಾತ ನೀಡಿದ್ದರಿಂದ ವಹಿವಾಟು ಶೇ. ೪೫-೮೦ ರಷ್ಟು ಕುಸಿಯಿತು, ಲಕ್ಷಗಟ್ಟಲೆ ಉತ್ಪಾದನಾ ಘಟಕಗಳು ಮುಚ್ಚಿಹೋದವು, ಶೇ. ೬೦ರಷ್ಟು ಉದ್ಯೋಗಗಳು ನಶಿಸಿ, ಲಕ್ಷಗಟ್ಟಲೆ ಕಾರ್ಮಿಕರು ಬೀದಿಪಾಲಾದರು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಉತ್ಪನ್ನವು ಶೇ. ೨.೨ಕ್ಕೆ ಕುಸಿಯಿತು, ಬ್ಯಾಂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಮರಳಿ ಬಾರದ ಸಾಲಗಳು ಸಾವಿರಗಟ್ಟಲೆ ಕೋಟಿಗಳಾಗಿ ಹಸಿವು, ಬಡತನ, ನಿರುದ್ಯೋಗಗಳು ವಿಪರೀತವಾದವು.

ಮೊದಲೇ ಶೇ. ೩೮ರಷ್ಟು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕುಂಠಿತ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೂ, ಪ್ರತೀ ಗಂಟೆಗೆ ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ೧೦೦ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವುಗಳೂ ಸಂಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಈ ದೇಶದಲ್ಲಿ, ಮೋದಿ ಸರಕಾರವು ತನ್ನ ಮೊದಲ ಆಯವ್ಯಯ ಪತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳ ಶಿಕ್ಷಣ, ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅನುದಾನವನ್ನು ೮೧೦೦೦ ಕೋಟಿಯಿಂದ ೫೮೦೦೦ ಕೋಟಿಗೆ ಇಳಿಸಿತು, ಮಹಾತ್ಮಾ ಗಾಂಧಿ ಉದ್ಯೋಗ ಖಾತರಿ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಿತು. ನಂತರದ ಆಯವ್ಯಯ ಮಂಡನೆಗಳಲ್ಲೂ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ಅವಗಣನೆಯು ಹಾಗೆಯೇ ಮುಂದುವರಿಯಿತು.

ಚುನಾವಣೆಗೆ ಮೊದಲು ಆಧಾರ್ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಬಾಯಿಗೆ ಬಂದಂತೆ ಬೈದಿದ್ದವರು ಅಧಿಕಾರಕ್ಕೇರಿ ತಿಂಗಳಾಗುವಾಗ ಎಲ್ಲದಕ್ಕೂ ಆಧಾರ್ ಚೀಟಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಯಿತು, ಅದಕ್ಕೆ ಹಿಂಬಾಗಿಲಿನಿಂದ ಅರೆಬರೆ ನಿಯಮಗಳೂ ಬಂದವು; ಆಧಾರ್ ಗುರುತಿಲ್ಲದೆ ಪಡಿತರವಿಲ್ಲ, ಶಾಲೆಯಿಲ್ಲ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಲ್ಲ, ಹೆರಿಗೆಯಿಲ್ಲ, ಗರ್ಭಪಾತವಿಲ್ಲ, ಬ್ಯಾಂಕಿಲ್ಲ, ವಹಿವಾಟಿಲ್ಲ, ಫೋನಿಲ್ಲ, ಬದುಕೂ ಇಲ್ಲ, ಶವ ಸಂಸ್ಕಾರವೂ ಇಲ್ಲ ಎಂಬಂತಾಯಿತು. ಆಧಾರ್ ಇಲ್ಲದೆ ಪಡಿತರ ತಪ್ಪಿ ಕೆಲವರು ಸತ್ತರೆಂಬ ವರದಿಗಳೂ ಆದವು. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕೆಲಸವೂ ಇಲ್ಲದೆ, ಪಡಿತರವೂ ಇಲ್ಲದೆ, ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳೂ ಇಲ್ಲದೆ ಈ ನಾಲ್ಕು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಹಸಿವು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಲೇ ಸಾಗಿದೆ; ೨೦೧೭ರ ಜಾಗತಿಕ ಹಸಿವಿನ ಸೂಚ್ಯಂಕದಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ಸ್ಥಾನವು ೧೧೯ರಲ್ಲಿ ೧೦೦ಕ್ಕಿಳಿದಿದೆ. ಈ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶ, ಶ್ರೀಲಂಕಾ, ನೇಪಾಲ, ಮ್ಯಾನ್ಮಾರ್‌ಗಳು ಕ್ರಮವಾಗಿ ೯೦, ೮೫, ೭೫ ಹಾಗೂ ೭೭ನೇ ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿದ್ದರೆ, ಬ್ರಿಕ್ಸ್ ಗುಂಪಿನ ದಕ್ಷಿಣ ಆಫ್ರಿಕಾ, ಚೀನಾ, ರಷ್ಯಾ, ಬ್ರೆಜಿಲ್‌ಗಳು ಇನ್ನೂ ಮೇಲೆ, ಕ್ರಮವಾಗಿ ೫೫, ೨೯, ೨೨ ಮತ್ತು ೧೮ನೇ ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿವೆ; ೨೦೦೭ರಲ್ಲಿ ೪೭ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದ ಚೀನಾವು ಈಗ ೨೯ಕ್ಕೇರಿದರೆ, ಭಾರತವು ೯೪ರಿಂದ ೧೦೦ಕ್ಕಿಳಿದಿದೆ.

ಹೊಸ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಉತ್ಪನ್ನದ ಶೇ. ೨.೫ರಷ್ಟನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ೨೦೨೫ರವರೆಗೆ ಗಡುವನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಿದ್ದಲ್ಲದೆ, ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸುಧಾರಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತ ಭರವಸೆಗಳನ್ನೇನೂ ನೀಡದೆ ಮರೆತುಬಿಡಲಾಗಿದೆ. ಬದಲಿಗೆ, ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಂದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಬೊಕ್ಕಸದ ಹಣವೊದಗಿಸುವ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳಲಾಗಿದ್ದು, ಅದರ ಬೆನ್ನಿಗೆ, ನೀತಿ ಆಯೋಗವು ಜಿಲ್ಲಾಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ೩೦ ವರ್ಷಗಳಿಗೆ ಖಾಸಗಿ ಗುತ್ತಿಗೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಸುವ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ಪಾಲು ಇಳಿಯುತ್ತಲೇ ಹೋದಂತೆ, ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗಷ್ಟೇ ಸೀಮಿತಗೊಂಡು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹೊಣೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಾ ಹೋಯಿತು. ವರ್ಷದಿಂದ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಹೊರಬರುತ್ತಿರುವ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಂತಿರಲಿ, ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳೂ ಸರಿಯಿಲ್ಲದೆ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಸೊರಗತೊಡಗಿದವು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಹಾಗೂ ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತೀರಾ ಕಡೆಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟವು. ಕೇರಳ, ತಮಿಳುನಾಡುಗಳಂತಹ ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ ಉಳಿದೆಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸ್ಥಿತಿಯು ತೀರಾ ಹೀನಾಯಗೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ಸಾಗಿದೆ. ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ, ಬಿಹಾರದಂಥ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಲ್ಲದೆ ನೂರಾರು ಮಕ್ಕಳು ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿರುವುದು, ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಭುಜಗಳಲ್ಲೋ, ಸೈಕಲುಗಳಲ್ಲೋ ಸಾಗಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಪ್ರತಿನಿತ್ಯವೆಂಬಂತೆ ವರದಿಯಾಗುತ್ತಲೇ ಇವೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಯಾರೂ ಇಲ್ಲದೆ ದಾರಿ ಬದಿಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಳಾದ ಘಟನೆಗಳೂ ವರದಿಯಾಗುತ್ತಿವೆ. ವೈದ್ಯರಿಗಾಗಲೀ, ಅರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಾಗಲೀ ಆಕರ್ಷಕ ಸಂಬಳ ಹಾಗೂ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸರಕಾರಗಳು ವಿಫಲವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ೧೫ ಸಾವಿರದಷ್ಟು ವೈದ್ಯರ ಕೊರತೆಯಿದೆ, ೫೦೦೦ ಹೆರಿಗೆ ತಜ್ಞರಿರಬೇಕಾದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ೧೦೦೦ದಷ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಸಾವಿರ ಜನರಿಗೊಬ್ಬ ವೈದ್ಯರಿರಬೇಕೆಂದು ಸೂಚಿಸಿರುವುದಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಕರ್ನಾಟಕ, ತಮಿಳುನಾಡು, ಕೇರಳ, ದಿಲ್ಲಿ, ಗೋವಾ ಮತ್ತು

ಪಂಜಾಬುಗಳಲ್ಲಿ ಸಾವಿರಕ್ಕೆ ೨-೪ರಷ್ಟು ವೈದ್ಯರಿದ್ದಾರೆ, ಆದರೆ ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ, ಬಿಹಾರ, ಜಾರ್ಖಂಡ್, ಚತ್ತೀಸಗಢ ಮುಂತಾದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲೂ, ಕರ್ನಾಟಕವೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ರಾಜ್ಯಗಳ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲೂ ೩೦೦೦-೮೦೦೦ ಜನರಿಗೊಬ್ಬ ವೈದ್ಯರಷ್ಟೇ ಇದ್ದಾರೆ. ಶೇ. ೮೦ರಷ್ಟು ವೈದ್ಯರು, ಶೇ. ೭೫ರಷ್ಟು ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು, ಶೇ. ೬೦ರಷ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲೇ ತುಂಬಿದ್ದು, ಶೇ. ೨೮ರಷ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಸೇವೆಯೊದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ!

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯೊದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ವೈದ್ಯರಿಗೂ, ಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಸಂಬಳ-ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ಆಕರ್ಷಿಸುವ ಬದಲಿಗೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯ ಸೇವೆ ಮಾಡುವಂತೆ ಸರಕಾರಿ ಕಾಲೇಜುಗಳ ಕಿರಿಯ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಬೆದರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಲವು ಸರಕಾರಗಳು ಯತ್ನಿಸಿವೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನೊದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ವೈಫಲ್ಯಕ್ಕೆ ಈ ಪ್ರತಿಭಾವಂತ ಕಿರಿಯ ವೈದ್ಯರನ್ನಷ್ಟೇ ಹೊಣೆಯಾಗಿಸುವುದು ಅನ್ಯಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಜೊತೆಗೆ, ಖಾಸಗಿ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ಕೋಟಿಗಟ್ಟಲೆಗೆ ಸೀಟು ಪಡೆದು ವೈದ್ಯರಾಗುವವರಿಗೆ ಈ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಅನ್ವಯಿಸದಿರುವುದರಿಂದ, ಸರಕಾರಿ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ಕಲಿತ ಪ್ರತಿಭಾವಂತರನ್ನು ಹಳ್ಳಿಗಳಿಗೆ ಅಟ್ಟಿ, ಕೋಟಿ ಕೊಟ್ಟವರಿಗೆ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ವ್ಯಾಸಂಗದ ದಾರಿಯನ್ನು ಸುಗಮಗೊಳಿಸುವ ಹುನ್ನಾರವೂ ಇದರ ಹಿಂದಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ.

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಪೂರ್ವದಿಂದಲೇ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿಯಾಗಿ ವೃತ್ತಿ ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದ ವೈದ್ಯರಿದ್ದರು, ಕೆಲವೆಡೆ ಸಣ್ಣ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೂ ಇದ್ದವು; ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ದತ್ತಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದ ಸೇವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೂ ಇದ್ದವು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರದ ನಾಲ್ಕೈದು ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ ದೇಶದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ಕಲಿತವರಲ್ಲಿ ಹಲವರು ತಮ್ಮ-ತಮ್ಮ ಊರುಗಳಿಗೆ ಮರಳಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳನ್ನೂ, ಸಣ್ಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನೂ ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಹೊಣೆಯನ್ನು ಹೊತ್ತಿದ್ದರು. ಇಂದು ದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. ೮೦ರಷ್ಟು ವೈದ್ಯರು, ಶೇ. ೭೮ರಷ್ಟು ಹೊರರೋಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹಾಗೂ ಶೇ. ೬೦ರಷ್ಟು ಒಳರೋಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲೇ ಇದ್ದು, ಶೇ. ೭೦ರಷ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಸಣ್ಣ ಮಟ್ಟದವುಗಳೇ ಆಗಿವೆ ಮತ್ತು ಆ ಸಣ್ಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. ೭೫ರಷ್ಟನ್ನು ಒಬ್ಬರೇ ವೈದ್ಯರು ಯಾ ವೈದ್ಯ ದಂಪತಿಗಳು ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ತಾಲೂಕು ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೂ ಸಣ್ಣದಾದ ಊರುಗಳಲ್ಲಿರುವ ಇಂತಹ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅಲ್ಲಿನ ಜನತೆಗೆ ಹಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆಯನ್ನೊದಗಿಸಿರುವುದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಜನರ ಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಂಡು, ಸಹಾನುಭೂತಿಯಿಂದ ಸೇವೆಯೊದಗಿಸಿ ಜನರ ಪ್ರೀತಿ-ವಿಶ್ವಾಸಗಳಿಗೆ ಪಾತ್ರವಾಗಿವೆ. ತೊಂಬತ್ತರ ದಶಕದ ಆರಂಭದವರೆಗೆ ಇಂತಹ ಸಣ್ಣ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಾಗೂ ದ್ವಿತೀಯ ಸ್ತರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಉನ್ನತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸರಕಾರಿ ಜಿಲ್ಲಾಸ್ಪತ್ರೆಗಳೂ, ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೂ ಒದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದವು.

ಕಳೆದ ಮೂರು ದಶಕಗಳ ಹೊಸ ಆರ್ಥಿಕ ನೀತಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಇವೆಲ್ಲವೂ ಬದಲಾಗುತ್ತಿವೆ. ಎಲ್ಲ ಸ್ತರದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ದುರ್ಬಲಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಂತೆ ಉನ್ನತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ಬಂಡವಾಳದ ದೊಡ್ಡ ಆಕ್ರಮಣವೇ ನಡೆದಿದೆ. ಈ ದೊಡ್ಡ ಬಂಡವಾಳವನ್ನು ಸರಕಾರಗಳೇ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಿ, ಬಡವರಿಗೆ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಹೆಸರಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದಿಂದ ಭೂಮಿಯನ್ನೂ, ಬಗೆಬಗೆಯ ತೆರಿಗೆ ವಿನಾಯಿತಿಗಳನ್ನೂ ನೀಡಿವೆ. ಆದರೆ ಆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಬಡವರಿಗೆ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡುವಂತೆ ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸುವ ಬದಲು, ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ರೋಗಿಗಳನ್ನೇ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಕಳಿಸಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನೂ ನೀಡುವ ಬಗೆಬಗೆಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸರಕಾರಗಳು ಆರಂಭಿಸಿವೆ; ಕಾರ್ಮಿಕರ ವಿಮೆ, ಯಶಸ್ವಿನಿ, ನಗರ ಯಶಸ್ವಿನಿ, ವಾಜಪೇಯಿ ಆರೋಗ್ಯಶ್ರೀ, ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ, ಬಾಲ ಸಂಜೀವಿನಿ, ರಾಜೀವ ಆರೋಗ್ಯ ಭಾಗ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಕರ್ನಾಟಕ, ಮತ್ತೀಗ ಆಯುಷ್ಮಾನ್ ಭಾರತ ಇತ್ಯಾದಿ ಹೆಸರುಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಖಾಸಗಿ ಮಹಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸರಕಾರಿ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಕಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಕೊಬ್ಬಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಮಿತದರದಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯೊದಗಿಸುವ ಸಣ್ಣ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ಗಾತ್ರದ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆಯೊಡ್ಡಿ, ಅವನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಆಯುಷ್ಮಾನ್ ಭಾರತವೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಈಗಾಗಲೇ ಆರಂಭಿಸಲಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ಮಟ್ಟದ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಹೊರಗುಳಿಸುವ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಹೆಣೆಯಲಾಗಿದೆ. ಆಯುಷ್ಮಾನ್ ಭಾರತದಡಿಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಾಗಲಿರುವ ೧೩೫೪ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ರೂ. ೧೦೦೦ದಿಂದ ರೂ. ೧.೬ ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ದರವನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ; ಅವುಗಳಲ್ಲಿ, ಸಣ್ಣ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ಗಾತ್ರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಖರ್ಚಿನ ಶೇ. ೧೦-೩೦ರಷ್ಟನ್ನು ಮಾತ್ರ ನೀಡಿದರೆ, ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ಮತ್ತು ದೊಡ್ಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುವ ಉನ್ನತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಖರ್ಚಿನ ಶೇ. ೬೦-೧೦೦ರಷ್ಟನ್ನು ಮರಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗಿಯಾಗುವ ಸಣ್ಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ನಷ್ಟಕ್ಕೀಡಾಗಿ, ಬಾಗಿಲು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುವ ಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾಗಲಿದೆ, ಈಗಾಗಲೇ ಇಂತಹ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದಾಗಿ ದೇಶದ ಹಲವೆಡೆ ಸಣ್ಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮುಚ್ಚಿಹೋಗಿರುವ ವರದಿಗಳಾಗಿವೆ.

ಜೊತೆಗೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಕಡಿವಾಣ ಹಾಕುವ ಹೆಸರಲ್ಲಿ ಕಠಿಣವಾದ ಕಾನೂನುಗಳನ್ನು ತರಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ನಕಲಿ ವೈದ್ಯರ ಹಾವಳಿಯನ್ನು ತಡೆಯುವುದಕ್ಕೆಂದು ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ೨೦೦೭ರಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದ ಕರ್ನಾಟಕ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ (ಕೆಪಿಎಂಇ) ಕಾಯಿದೆಯಿಂದ ನಕಲಿ ವೈದ್ಯರು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವ ಬದಲು ಆ ಕಾನೂನಿನಡಿಯಲ್ಲೇ ನೋಂದಣಿ ಪಡೆದಿರುವ ವರದಿಗಳಾಗಿವೆ; ಅದಾಗಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿದ್ದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕಾನೂನಿನಲ್ಲಿ ವಿನಾಯಿತಿಯಿದ್ದರೂ, ಅದೇ ಕಾರಣಕ್ಕೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಉಪಟಳ ಹಾಗೂ ಭ್ರಷ್ಟಾಚಾರಗಳಿಗೆ ಅವಕಾಶವೊದಗಿ, ಪ್ರಾಮಾಣಿಕತೆಯಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದವರು ಕಷ್ಟಕ್ಕೀಡಾಗಿದ್ದಾರೆ, ಗಿರಿಜನರ ಹಾಡಿಯೊಳಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಮಿತದರದಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯೊದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಪ್ರತಿಭಾವಂತ ವೈದ್ಯರೊಬ್ಬರು ತಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನೇ ಮುಚ್ಚಿಬಿಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಸಣ್ಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಕಂಟಕವಾಗುವ ಇಂತಹ ಯಾವುದೇ ಕಾನೂನುಗಳು ದುಡ್ಡಿನ ಗೋಣಿಗಳ ಮೇಲೆ ಕೂತಿರುವ ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ಧಣಿಗಳ ಕೂದಲನ್ನೂ ಅಲುಗಾಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಈಗ ಇವೇ ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ಕುಳಗಳು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಮಾನ್ಯತಾ ಸಂಸ್ಥೆ, ಎನ್‌ಎಬಿಎಚ್, ಎಂಬುದನ್ನು ಹುಟ್ಟಿಸಿ, ಎಲ್ಲಾ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೂ ಅದರಡಿ ಮಾನ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಬಗೆಬಗೆಯ ಕುತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಹೆಣೆಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಎನ್‌ಎಬಿಎಚ್ ಮಾನ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕಾದರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಲಕ್ಷಗಟ್ಟಲೆ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ, ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ಅದರ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ೨-೩ ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯಯಿಸುತ್ತಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಮಾನದಂಡಗಳಿಗಾಗಿ ಅಷ್ಟೊಂದು ವ್ಯಯಿಸಿದ ಬಳಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಇದುವರೆಗೆ ಯಾವ ಅಧ್ಯಯನಗಳಲ್ಲೂ ಆಧಾರಗಳು ದೊರೆತಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಈ ಖಾಸಗಿ ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ಮಾನದಂಡಗಳ ದುರುದ್ದೇಶವು ಸಣ್ಣ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಮೇಲೆ ಅನಗತ್ಯವಾದ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೇರಿ, ಅವು ತಮ್ಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ವಿಧಿಸುವ ದರಗಳನ್ನು ಮೂರ್ನಾಲ್ಕು ಪಟ್ಟು

ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆ ಸಿಗದೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕರೆದೊಯ್ಯುತ್ತಿರುವುದು

ಹೆಚ್ಚಿಸುವಂತೆ ಬಲಾತ್ಕರಿಸಿ, ಆ ಮೂಲಕ ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ವಿಧಿಸುತ್ತಿರುವ ವಿಪರೀತ ದರಗಳಿಗೆ ಸಮವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿ, ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ದರಗಳಿಗೆ ಸಮರ್ಥನೆಯೊದಗಿಸುವುದು, ಮತ್ತು ಅಂತಹ ವಿಪರೀತ ದರಗಳಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಊರುಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯೊದಗಿಸಲಾಗದಂತೆ ಮಾಡಿ ಈ ಸಣ್ಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಸುವುದು ಆಗಿದೆ. ಕಳೆದ ವರ್ಷ ಕೆಪಿಎಂಇ ಕಾಯಿದೆಯನ್ನು ಪರಿಷ್ಕರಿಸಹೊರಟಾಗ ಅದರೊಳಗೆ ಈ ಎನ್‌ಎಬಿಎಚ್ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ನುಗ್ಗಿಸುವ ಹಾಗೂ ಎನ್‌ಎಬಿಎಚ್ ನೋಂದಾಯಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಕೆಪಿಎಂಇ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳಿಂದ ಹೊರಗುಳಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳಾಗಿದ್ದವು; ರಾಜ್ಯದ ವೈದ್ಯರ ಹೋರಾಟದಿಂದ ಅವನ್ನು ಕೈಬಿಡಬೇಕಾಯಿತು. ನಂತರ ಕೆಪಿಎಂಇ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ರಚಿಸುವಾಗ ಮತ್ತೆ ಎನ್‌ಎಬಿಎಚ್ ನುಸುಳಲು ಯತ್ನಿಸಿತ್ತು, ಅದನ್ನೂ ತಡೆಯಲಾಗಿತ್ತು. ಕೆಪಿಎಂಇ ಕಾಯಿದೆಯೊಳಕ್ಕೆ ಎನ್‌ಎಬಿಎಚ್ ಪ್ರಾಯೋಜಿತ ರೋಗಿಗಳ ಸನದನ್ನು ತೂರಿಸಲು ನಡೆಸಿದ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯದ ವೈದ್ಯರು ವಿರೋಧಿಸಿದ್ದರೂ, ಕೆಲವು ಚಳುವಳಿಗಾರರ ಹಠದಿಂದ ಅದು ಕಾಯಿದೆಯಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಿತು; ಈಗ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರವೂ ಅದೇ ಎನ್‌ಎಬಿಎಚ್ ಸನದನ್ನು ಆಧರಿಸಿರುವ ಕರಡನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿದೆ. ತಮಗೆ ಪ್ರತಿಸ್ಪರ್ಧಿಗಳೆನಿಸಿದವರನ್ನು ಮಟ್ಟ ಹಾಕುವ ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ತಂತ್ರಗಳು ಹೀಗೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹಾದಿಗಳಲ್ಲಿ ನುಸುಳಲು ಯತ್ನಿಸುತ್ತವೆ, ಸರಕಾರಗಳು ಅವಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ನೀಡುತ್ತವೆ, ಗೂಢಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಅರಿಯದವರು, ಅಥವಾ ಅರಿತಿದ್ದರೂ ಸೋಗು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುವವರು ಅವುಗಳ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ನಿಲ್ಲುತ್ತಾರೆ. ಈ ತಂತ್ರಗಳ ಭಾಗವಾಗಿ ಈಗ ಆರೋಗ್ಯ ಕರ್ನಾಟಕ ಯೋಜನೆಯ ನಿಯಮಗಳೊಳಕ್ಕೆ ಎನ್‌ಎಬಿಎಚ್‌ಅನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ತೂರಿಸಲಾಗಿದ್ದು, ಎನ್‌ಎಬಿಎಚ್ ಮಾನ್ಯತೆಯಿಲ್ಲದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕರ್ನಾಟಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಸೇರದಂತೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ, ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ನಿಯಮಗಳಲ್ಲೂ ಎನ್‌ಎಬಿಎಚ್ ಅನ್ನು ತೂರಿಸಿ, ಅದಿಲ್ಲದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ನಗದುರಹಿತ ವಿಮಾ ಸೌಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಂತೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಕುತಂತ್ರಗಳಿಗೆ ಸಿಲುಕಿದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಒಂದೋ ಈ ಎನ್‌ಎಬಿಎಚ್ ಮಾನ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಲಕ್ಷಗಟ್ಟಲೆ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಿ, ತಮ್ಮ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ದರಗಳನ್ನು ಮೂರ್ನಾಲ್ಕು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು, ಅಥವಾ ವಿಮೆಯುಳ್ಳ ತಮ್ಮ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಅವಕಾಶದಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಬೇಕು; ಇವೆರಡರಲ್ಲಿ ಯಾವುದನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಂಡರೂ ಕೆಲವೇ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅವು ಬಾಗಿಲು ಮುಚ್ಚುವ ದುಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸಿದ್ಧರಾಗಿರಬೇಕು.

ತೊಂಬತ್ತರ ದಶಕದಿಂದೀಚೆಯ ಖಾಸಗೀಕರಣದ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವೂ ಖಾಸಗೀಕರಣಗೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಸಾಗಿದೆ; ಆ ಬಳಿಕ ಆರಂಭಗೊಂಡಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. ೭೦ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲೇಜುಗಳು ಖಾಸಗಿ ರಂಗದಲ್ಲೇ ಇವೆ. ಈಗ ದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ೪೯೭ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ೨೫೫ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಹಾಗೂ ಒಟ್ಟು ೬೦೬೮೦ ಎಂಬಿಬಿಎಸ್ ಸೀಟುಗಳಲ್ಲಿ ೨೭೫೨೦ ಸೀಟುಗಳು ಖಾಸಗಿ ಆಡಳಿತಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿವೆ. ಈ ಖಾಸಗಿ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಲಕ್ಷಗಟ್ಟಲೆ ಕೊಟ್ಟವರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೀಟುಗಳನ್ನು ಮಾರುವುದಕ್ಕೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದು, ಪ್ರತಿಭಾವಂತರಿಗಷ್ಟೇ ಸೀಟುಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ ಎಲ್ಲಾ ಬಗೆಯ ಅಡ್ಡಿಗಳನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪ್ರವೇಶ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಬಂದಾಗ ಅವಕ್ಕೆ ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ ತಾವೇ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿ ಸೀಟು ಹಂಚಿಕೆ ಮಾಡಿದ್ದ ಈ ಕಾಲೇಜುಗಳು, ಈಗ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯದ ಆಣತಿಯಂತೆ ನೀಟ್ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಆಧಾರದಲ್ಲೇ ಸೀಟು ಹಂಚಿಕೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಸೀಟುಗಳ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ವಿಪರೀತವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸಿ ದುಡ್ಡಿದ್ದವರಿಗಷ್ಟೇ ಸೀಟು ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಈ ವರ್ಷ ಎಂಬಿಬಿಎಸ್ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ವಾರ್ಷಿಕ ೬ರಿಂದ ೩೦ ಲಕ್ಷದಷ್ಟು (ಪೂರ್ಣ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ೩೦ಲಕ್ಷದಿಂದ ಒಂದೂವರೆ ಕೋಟಿ) ಶುಲ್ಕವನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಗಿದ್ದು, ನೀಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಅತಿ ನಿಕೃಷ್ಟ ಶ್ರೇಣಿಯಿರುವ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು ಈ ವಿಪರೀತ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ತೆತ್ತು ಸೀಟು ಪಡೆಯಬಹುದಾದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಈ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಮಾಡಿವೆ. ಸರಕಾರವೂ ಕೂಡ ಇದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾದ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಿದೆ; ನೀಟ್ ಆಧಾರಿತ ಪ್ರವೇಶಾತಿಗೆ ಅರ್ಹತೆಯನ್ನು ಶೇ. ೫೦ ಅಂಕಗಳ ಬದಲಿಗೆ ಉನ್ನತ ಶ್ರೇಯಾಂಕಗಳಿರುವ ಶೇ. ೫೦ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು ಎಂದು ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದು, ಈ ವರ್ಷ ಮೀಸಲಾತಿಯಿಲ್ಲದ ವರ್ಗದಲ್ಲಿ ೭೨೦ಕ್ಕೆ ಕೇವಲ ೧೧೯ ಅಂಕಗಳನ್ನು ಪಡೆದವರೂ ಪ್ರವೇಶ ಪಡೆಯುವಂತಾಗಿದೆ, ಪದವಿಪೂರ್ವ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಅಂಕಗಳನ್ನು ಪಡೆದವರೂ, ಪ್ರವೇಶ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಸೊನ್ನೆ ಸಂಪಾದಿಸಿದವರೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರವೇಶವನ್ನು ಗಿಟ್ಟಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಂದು ವರದಿಗಳಾಗಿವೆ. ಪ್ರತಿಭಾವಂತರು ವಂಚಿತರಾಗಿ, ಸೊನ್ನೆ ಪಡೆದವರೇ ವೈದ್ಯರಾಗುವ ಇಂಥ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಾಗುವವರ ಗುಣಮಟ್ಟಗಳು ಕಳಪೆಯಾಗಿರುತ್ತವೆ ಎಂದು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಹೇಳುವ ಅಗತ್ಯವೇ ಇಲ್ಲ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಖಾಸಗಿ ಆಡಳಿತಗಳ ಕೈಗಿತ್ತು ಬೆಳೆಸುವಲ್ಲಿ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಷತ್ತು (ಎಂಸಿಐ) ಮತ್ತು ಬಹುತೇಕ ಎಲ್ಲಾ ಸರಕಾರಗಳಿಗೂ ಪಾಲಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರವೇಶಾತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತೀ ವರ್ಷ ಹತ್ತು ಸಾವಿರ ಕೋಟಿಗೂ ಹೆಚ್ಚು ಕಪ್ಪು ಹಣದ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವರದಿಗಳಾಗಿದ್ದವು; ಜೊತೆಗೆ, ಕಳೆದ ಎರಡು ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತೀ ವರ್ಷ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳ ಪ್ರವೇಶಾತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಒಂದಿಲ್ಲೊಂದು ಪ್ರಕರಣಗಳು ನಡೆದಿದ್ದು, ಹತ್ತು ಹಲವು ಹೆಸರಾಂತ ವಕೀಲರು ಈ ಖಾಸಗಿ ಕಾಲೇಜುಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆಂದರೆ ಈ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳ ವ್ಯವಹಾರವೆಷ್ಟು, ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಅವು ಪಡುತ್ತಿರುವ ಪಾಡೆಷ್ಟು ಎನ್ನುವುದು ಅರ್ಥವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೊಂದು ಮೌಲ್ಯವುಳ್ಳ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಲಾಭದಾಯಕವಾಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ, ಇನ್ನಷ್ಟು ದೊಡ್ಡ ಬಂಡವಾಳವುಳ್ಳವರಿಗೆ ಅದರಲ್ಲಿ ಅವಕಾಶ ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ ಈಗಿನ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರವು ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಂಡಿದೆ. ಇಷ್ಟು ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಎಂಸಿಐ ಅನ್ನು ತಮ್ಮಿಷ್ಟದಂತೆ ಬಳಸಿಕೊಂಡು, ಬಯಸಿದ ರಾಜಕಾರಣಿ-ವ್ಯಾಪಾರಸ್ಥರೆಲ್ಲರೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳನ್ನು ತೆರೆದಾದ ಬಳಿಕ, ಅದೇ ಎಂಸಿಐ ಮೇಲೆ ಭ್ರಷ್ಟಾಚಾರದ ಆರೋಪ ಹೊರಿಸಿ, ಚುನಾಯಿತ ಸಂಸ್ಥೆಯಾದ ಅದನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸಿ, ಅದರ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರದಿಂದಲೇ ನೇಮಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಸದಸ್ಯರುಳ್ಳ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಷತ್ತನ್ನು (ಎನ್‌ಎಂಸಿ) ರಚಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಮಸೂದೆಯನ್ನು ಸಂಸತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಮಂಡಿಸಲಾಗಿತ್ತು. (ಅದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಎಂಸಿಐಯಲ್ಲಿ ಭ್ರಷ್ಟಾಚಾರವೆಸಗಿದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ಸಿಬಿಐ ತನಿಖೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಡಾ॥ ಕೇತನ್ ದೇಸಾಯಿ ಅವರ ಮೇಲೆ ಮೊಕದ್ದಮೆ ಹೂಡುವುದಕ್ಕೆ ಗುಜರಾತ್ ಸರಕಾರವು ಅನುಮತಿ ನೀಡದೆ, ದಿಲ್ಲಿ ನ್ಯಾಯಾಲಯದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನೀಗ ಕೈಬಿಡಲಾಗಿದೆ) ಈ ಮೊದಲು, ಲಾಭದಲ್ಲಿ ಆಸಕ್ತಿಯಿಲ್ಲದ ದತ್ತಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಷ್ಟೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಬಹುದು, ಹಾಗೂ ಶುಲ್ಕವು ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಮಿತಿಯ ಒಪ್ಪಿಗೆಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿರಬೇಕು ಎಂಬ ನಿಯಮಗಳು ಕಾಗದದಲ್ಲಾದರೂ ಇದ್ದವು; ಆದರೆ, ಈ ಹೊಸ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಡಿ ಲಾಭ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಉದ್ದೇಶವುಳ್ಳವರೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಬಹುದು ಹಾಗೂ ಶೇ. ೪೦ರಷ್ಟು ಸೀಟುಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಶುಲ್ಕ ನಿಯಂತ್ರಣವಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ನೇರವಾಗಿಯೇ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ, ಆಯುಷ್ ಪದ್ಧತಿಗಳನ್ನು ಕಲಿತವರಿಗೆ ಕೆಲವು ತಿಂಗಳ ತರಬೇತಿ ನೀಡಿ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯರಾಗಿ ವೃತ್ತಿ ನಡೆಸುವುದಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ನೀಡುವ ಪ್ರಸ್ತಾಪವೂ ಕರಡು ಮಸೂದೆಯಲ್ಲಿತ್ತು. ದೇಶದ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರತಿಭಟನೆಗಳು ಹಾಗೂ ಬಹುಶಃ ಆಯುಷ್ಮಾನ್ ಭಾರತ ಯೋಜನೆಗೆ ತೊಡಕಾಗಬಹುದೆಂಬ ಆತಂಕಗಳಿಂದಾಗಿ ಸದ್ಯಕ್ಕೆ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರವು ಆ ಮಸೂದೆಯನ್ನು ಬದಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟಿದೆ.

ಆಧುನಿಕ, ನುರಿತ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಸಂಬಳ-ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಕೊಡುವ ಬದಲು

ಆಯುಷ್ ಪದ್ಧತಿಗಳಲ್ಲಿ ತರಬೇತಾದವರನ್ನು ನೇಮಿಸುವ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಕೆಲಸವನ್ನು ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳು ಕಳೆದೊಂದು ದಶಕದಿಂದ ಮಾಡುತ್ತಿವೆ; ಕರ್ನಾಟಕವೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳು ಆಯುಷ್ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಆಧುನಿಕ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಬಳಸಬಹುದೆಂಬ ನ್ಯಾಯಬಾಹಿರವಾದ ಸುತ್ತೋಲೆಗಳನ್ನೂ ಹೊರಡಿಸಿದ್ದವು, ಪ್ರತಿಭಟನೆ ಹಾಗೂ ನ್ಯಾಯಾಲಯಗಳ ವ್ಯಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲೂ, ಇತರ ಹಲವೆಡೆಗಳಲ್ಲೂ ಅವನ್ನು ತಡೆಯಲಾಗಿತ್ತು. ಆಯುಷ್ ತರಬೇತಾದವರನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಸಂಬಳಕ್ಕೆ ನೇಮಿಸಿ ಹಣವುಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವು ಆಧುನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೂ ಭಾಗಿಯಾಗಿವೆ. ಎನ್‌ಎಂಸಿ ಮಸೂದೆಯಲ್ಲಿ ಆಯುಷ್ ಪದ್ಧತಿಗಳವರಿಗೆ ಸೇತು–ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡಿ ಅಧುನಿಕ ವೈದ್ಯರಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವ ಯೋಜನೆಯು ಈ ಆಯುಷ್ ಪದ್ಧತಿಗಳವರನ್ನು ಹೀಗೆ ಅಲ್ಪ ಸಂಬಳಕ್ಕೆ ದುಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ನ್ಯಾಯಬದ್ಧಗೊಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶವನ್ನೇ ಹೊಂದಿತ್ತೆನ್ನಬಹುದು. ಯೋಗ, ಗೋಮೂತ್ರ, ಸೆಗಣಿ ಇತ್ಯಾದಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೇ ಅಲ್ಲದವುಗಳನ್ನು ಸರ್ವರೋಗ ನಿವಾರಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳೆಂದು ಭರ್ಜರಿ ಪ್ರಚಾರ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವುದು ಕೂಡ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗದ ವೈಫಲ್ಯವನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಹಾಕಿ ಜನರನ್ನು ಮರುಳುಗೊಳಿಸುವ ಹುನ್ನಾರವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾದ ಮೂಲಭೂತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖಾತರಿಪಡಿಸುವ ಬದಲು ಆಯುಷ್ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು, ದಾದಿಯರು ಮೊದಲಾದವರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ನೀಡಿ ನಿಯೋಜಿಸುವ ಯೋಜನೆಯು ಅಪಾಯಕಾರಿಯಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ಆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ದೇಶದ ಶೇ. ೭೦ರಷ್ಟು ಜನತೆಗೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಅವಮಾನವೂ ಆಗಿದೆ. ಈಗ ಅಲ್ಲಿರುವ ಒಂದೂವರೆ ಲಕ್ಷ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಅತ್ಯಲ್ಪ ಹಣವೊದಗಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ–ಸೌಖ್ಯಾಲಯಗಳಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲಾಗುವುದೆಂಬ ಭರವಸೆಯೂ ಕೂಡ ಮರುಳು ಮಾಡುವ ತಂತ್ರವಷ್ಟೇ ಆಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ, ಹತ್ತು ಕೋಟಿ ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ತಲಾ ೫ ಲಕ್ಷ ಮೊತ್ತದ ಆರೋಗ್ಯ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯು ಕೂಡ ಕಾಗದದ ಘೋಷಣೆಯಾಗಿಯೇ ಉಳಿಯಲಿದೆ ಮತ್ತು ಮೇಲೆ ಹೇಳಿರುವಂತೆ ಸಣ್ಣ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ಮಟ್ಟದ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅದರಲ್ಲಿ ಭಾಗಿಯಾದರೆ ಮುಚ್ಚಿಹೋಗುವ ಸ್ಥಿತಿಯೊದಗಲಿದೆ. ಆದರೆ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಆಧಾರ್ ಜೋಡಣೆಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಡಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಿದರೆ, ಇವುಗಳ ಹಿಂದೆ ಬೇರೆಯೇ ಉದ್ದೇಶವಿರುವ ಸಂಶಯಗಳೂ ಏಳುತ್ತವೆ.

ಈ ಸರಕಾರವು ಫೆಬ್ರವರಿ ೨೦೧೮ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಿಂದಾಖಲೆಗಳ ಮಾನದಂಡಗಳು, ಕಳೆದ ವರ್ಷ ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ, ಮತ್ತು ಅದರೊಳಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗಣಕೀಕೃತ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ಇತ್ಯಾದಿ ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಧಾರ್ ಜೋಡಣೆಗೆ ಪ್ರಾಧಾನ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಗಿದ್ದು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಂದ, ವೈದ್ಯರಿಂದ, ಧರಿಸುವ ಸಾಧನಗಳು ಮತ್ತು ಬಳಸುವ ಫೋನ್‌ಗಳಿಂದ, ಹೀಗೆ ಎಲ್ಲೆಡೆಗಳಿಂದ ದೇಶದ ಎಲ್ಲಾ ನಾಗರಿಕರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ, ಮತ್ತು ಈ ಅಗಾಧ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಖಾಸಗಿ ಕಂಪೆನಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶವನ್ನೂ ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈಗೆರಡು ತಿಂಗಳ ಹಿಂದೆ ನೀತಿ ಆಯೋಗವು ಪ್ರಕಟಿಸಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಬಣವೆ (National Health Stack) ಎಂಬ ಕರಡಿನಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಭಯಾನಕವಾದ ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ನೀತಿ ಆಯೋಗದ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಭಾಗದ ಸದಸ್ಯ ಡಾ॥ ವಿನೋದ್ ಪಾಲ್ ಅವರು ಕರಡಿನ ಮೊದಲ ಪುಟದಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಬಣವೆಯು ದೂರದರ್ಶಿತ್ವದ, ಗಣಕೀಯ ಚೌಕಟ್ಟಾಗಿದ್ದು, ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳು ಅದನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಸಬಹುದೆಂದೂ, ಕ್ಷಿಪ್ರವಾದ, ವಿಚ್ಛಿದ್ರಕಾರಿಯಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನೂ, ಅನಿರೀಕ್ಷಿತವಾದ ತಿರುವುಗಳನ್ನೂ ಕಾಣಲಿರುವ (ಆರೋಗ್ಯ) ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಅದು ಭವಿಷ್ಯದ ಮಾಹಿತಿ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಿದೆ ಎಂದೂ ಬರೆದಿದ್ದರೆ, ಕರಡಿನ ಎರಡನೇ ಪುಟದಲ್ಲಿ ಆಯೋಗದ ಮುಖ್ಯ ಆಡಳಿತಾಧಿಕಾರಿ ಅಮಿತಾಭ್ ಕಾಂತ್ ಅವರು ಇನ್ನೂ ಒಂದಷ್ಟು ಮುಂದೆ ಹೋಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಬಣವೆಯು ಶಕ್ತಿಶಾಲಿ ಸಾಧನ–ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಅಗಾಧ ಮಾಹಿತಿಯ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ, ಯಂತ್ರಕಲಿಕೆ, ಕೃತಕ ಬುದ್ಧಿಮತ್ತೆ, ಮತ್ತು ಮುಂದಕ್ಕೆ, ನೀತಿ ನಿರೂಪಣೆ ಮಾಡಬಲ್ಲ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಗಣಕೀಯ ಭಾಷೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವವರೆಗೆ ಬೆಳೆಯಲಿದೆ ಎಂದೂ, ಆ ಮೂಲಕ, ಜನತೆ, ಹಣ ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿಗಳ ಹರಿವನ್ನು ಮರುವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಿ, ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರವಾದ ತಳಹದಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿ, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಇಳಿಸಿ, ನಗದುರಹಿತವಾಗಿಸಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ನೆರವಾಗಲಿದೆ ಎಂದೂ ಬರೆದಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ, ಎಲ್ಲೆಡೆಗಳಿಂದ ಒತ್ತಾಯಪೂರ್ವಕವಾಗಿ, ಅಥವಾ ಗುಟ್ಟಾಗಿಯೇ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಎಳೆದು ಪಡೆಯುವುದು, ಆ ಅಗಾಧ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಖಾಸಗಿಯವರಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಸುವುದು, ಅವರ ಮೂಲಕ ಯಂತ್ರಕಲಿಕೆಯ ಕೃತಕ ಬುದ್ಧಿಮತ್ತೆಯಿಂದ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಮತ್ತು ಕೊನೆಗೆ, ಆ ಯಂತ್ರಗಳಿಗೆ ನೀತಿ ನಿರೂಪಣೆಯ ಗಣಕೀಯ ಭಾಷೆಯನ್ನೂ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿ, ಅವುಗಳ ಮೂಲಕವೇ ನೀತಿಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಿ, ಸಂಸತ್ತು ಹಾಗೂ ವಿಧಾನಮಂಡಲಗಳ ಜಾಣ್ಮೆಯನ್ನೇ ನಿರಾಕರಿಸಿ, ಈ ಕೃತಕ ಬುದ್ಧಿಮತ್ತೆಯ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಹೇರುವ ಮೂಲಕ ಸಂಸದೀಯ ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವವನ್ನು ಧ್ವಂಸಗೊಳಿಸುವುದು ಇವೆಲ್ಲದರೊಳಗೆ ಅಡಗಿರುವ ತೀರಾ ಅಮಾನವೀಯವಾದ ಮಹಾ ಯೋಜನೆಯಂತೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಕಲಿತವರಾರೂ ಕಾಣಲೊಲ್ಲದ ಸರಕಾರಗಳು ಇಂಥ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪೆದ್ದುತನದಿಂದ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆಯೇನೋ ಅನಿಸುತ್ತದೆ.

ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಇಂಥ ಬರ್ಬರತೆಯಿಂದ ರಕ್ಷಿಸಬೇಕಾದರೆ ಮೊತ್ತಮೊದಲು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಂದ ಹಿಡಿದು ಪ್ರಜಾಸತ್ತೆಯ ಉಳಿವಿಗಾಗಿ ದನಿಯೆತ್ತುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಂಘಟನೆಗಳು ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತವರ ಎಲ್ಲಾ ಸಂಘಟನೆಗಳವರೆಗೆ ಎಲ್ಲರೂ ಎಚ್ಚೆತ್ತುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಉತ್ಪನ್ನದ ಕನಿಷ್ಠ ಶೇ. ೬ರಷ್ಟನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸುವುದು; ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ, ಸಣ್ಣ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ಮಟ್ಟದ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಮಿತದರದಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯೊದಗಿಸಲು ಅಡ್ಡಿಯಾಗದಿರುವುದು, ಸಾಧ್ಯವಿದ್ದರೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಹಾಗೂ ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದು; ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಕರಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿ, ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿಯಂತ್ರಿಸಿ ಪ್ರತಿಭಾವಂತರಿಗಷ್ಟೇ ಅವಕಾಶವೊದಗಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣದ ಗುಣ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸುವುದು; ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲೂ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲೂ ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ವಲಯದ ದಾಳಿಯನ್ನು ತಡೆಯುವುದು; ಆಯುಷ್ಮಾನ್ ಭಾರತ, ಆರೋಗ್ಯ ಕರ್ನಾಟಕ ಮುಂತಾದ ಸರಕಾರಿ ಹಣದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಪರೇಟ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೀಮಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನೊದಗಿಸುವ ಯೋಜನೆಗಳ ಹೆಸರಲ್ಲಿ ಜನರನ್ನು ಮರುಳು ಮಾಡದೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲೇ ಹಣ ಹೂಡಿ, ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನಿಜಾರ್ಥದಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವುದು ಎಲ್ಲರ ಆದ್ಯತೆಯಾಗಬೇಕು.

ಡಾ॥ ಶ್ರೀನಿವಾಸ ಕಕ್ಕಿಲ್ಲಾಯ ಬಿ.
"ಅಕ್ಷಯ", ಕದ್ರಿ ಕೈಬಟ್ಟಲ್, ಅಲ್ವಾರಿಸ್ ರಸ್ತೆ, ಮಂಗಳೂರು – ೫೭೫ ೦೦೨