

சுகாதாரம்: தேசிய வளர்ச்சி இலக்குகளில் முன்னுரிமைத் துறை



இந்திய அரசு தேசிய சுகாதார கொள்கை அறிக்கையை 1983ஆம் ஆண்டு வெளியிட்டு ஏற்றுக்கொண்டது. அன்று முதல் இன்று வரை அனைவருக்கும் சுகாதாரம் என்ற தத்துவமே மத்திய அரசின் கொள்கை வழிகாட்டியாக உள்ளது. இந்தியாவின் சுகாதாரத்துறை கொள்கை வகுப்பாளர்களுக்கு எப்போதுமே பெரும் சவாலாகத் தான் இருந்து வருகிறது. இந்தியாவை சுகாதார நாடாக மாற்றுவதற்காக ஒவ்வொரு ஆண்டும் சுகாதாரத்துறைக்கு அதிக நிதி ஒதுக்கீடு செய்ய வேண்டியிருப்பது தான் இதற்கு காரணமாகும். பொருளாதார வளர்ச்சிக்கும், சிறப்பான நலவாழ்வுக்கும் இடையே வலிமையான உறவு உள்ளது என்பதும், இந்த உறவு இருவழி உறவு என்பதும் வல்லுனர்களால் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்ட உண்மை ஆகும். சுகாதாரப் பிரச்சினை கொண்ட மக்களால் நாட்டின் வளர்ச்சி நடைமுறையில் அங்கமாக இருக்க முடியாது. மற்றொருபுறம் சுகாதாரப் பிரச்சினைகளால் பாதிக்கப்பட்ட நாடு வளர்ச்சி இலக்குகளை எட்டுவதில் பின்னடைவையே சந்திக்கும்.

புத்தாண்டு வளர்ச்சி இலக்குகளும் அண்மையில் வெளியிடப்பட்ட நீடித்த வளர்ச்சி இலக்குகளும் இந்த உண்மையை பாராட்டியுள்ளன. அதுமட்டுமின்றி சுகாதார இலக்குகளை தங்களின் செயல்திட்டத்தில் அவை இணைத்துள்ளன. நீடித்த வளர்ச்சி இலக்குகளை எட்டுவதற்கான ஒப்பந்தத்தில் இந்தியாவும் கையெழுத்திட்டுள்ளது. அதனால், இந்த இலக்குகளை எட்டும் வகையில் அதன் கொள்கைகளை மாற்றியமைப்பதுடன் சுகாதாரத் துறை முன்னுரிமைகளையும் தீர்மானிக்க வேண்டும். அதுமட்டுமின்றி சுகாதாரத் துறை கொள்கைகள் மற்றும் செயல்பாடுகளை பிற துறை வளர்ச்சி திட்டங்களுடன் இணைந்து செயல்படும் வகையில் ஒருங்கிணைப்பை ஏற்படுத்துவதும் மிகவும் முக்கியம் ஆகும். இந்தியாவின் கொள்கை வகுப்பாளர்கள் இந்த உண்மையை உணர்ந்து பல்வேறு சுகாதாரத் திட்டங்களை அறிவித்திருக்கின்றனர். அத்திட்டங்கள் கடந்த பல ஆண்டுகளில் மிகப்பெரிய அளவில் வெற்றி பெற்றுள்ளன. இந்தியாவின் தாய்சேய் இறப்பு விகிதம் வெற்றிகரமாக குறைக்கப்பட்டிருக்கிறது. இதற்கு காரணம் இந்தியாவில் செயல்படுத்தப்படும் தடுப்பூசித் திட்டங்கள் ஆகும். இந்தியாவில் செயல்படுத்தப்பட்டு வரும் போலியோ சொட்டு மருந்து திட்டம் உலகம் முழுவதும் பாராட்டப்படுகிறது. ஒரு காலத்தில் உயிர் கொல்லி நோயாக கருதப்பட்ட தட்டம்மைக்கு எதிரான போரில் நாம் கிட்டத்தட்ட வெற்றி பெற்றிருக்கிறோம். உலகளவில் தலைசிறந்து விளங்கும் மருத்துவ அமைப்புகளுடன் இந்தியாவின் மருத்துவ அமைப்பு வெற்றிகரமாக போட்டியிட முடியும் என்பது குறிப்பிடத்தக்கது.

சுகாதார சேவையை வழங்குவதற்கான முக்கியமான அம்சங்களில் ஒன்று, சுகாதாரத் திட்டங்களுக்கு நிதி ஒதுக்கீடு செய்வதாகும். இந்தியாவில் மருத்துவத்திற்காக ஒட்டுமொத்தமாக செலவிடப்படும் தொகை நாட்டின் ஒட்டுமொத்த உற்பத்தி மதிப்பில் 4 விழுக்காடு ஆகும். இந்தியாவில் அரசாங்கமே மிகப்பெரிய அளவில் சுகாதார சேவை வழங்கி வருகிறது. எனினும், இந்திய மக்களில் பெரும்பான்மையானோர் அரசு மருத்துவக் கட்டமைப்புகளைத் தாண்டி தனியார் மருத்துவமனைகளில் சிகிச்சை பெற வேண்டிய கட்டாயத்திற்கு ஆளாகின்றனர். அடித்தட்டு மற்றும் நடுத்தர மக்களுக்கு சுகாதார சேவை பெறுவது தான் மிகப்பெரிய செலவாக அமைகிறது. எனவே, அரசு சார்பில் வழங்கப்பட்டுவரும் ஆரம்ப சுகாதார சேவைகளை மேம்படுத்துவதற்காக தொடர்ந்து நடவடிக்கைகளை மேற்கொண்டு வரும் அதேநேரத்தில், தனியார் மருத்துவ சேவைகளை அரசு கண்டுகொள்ளாமல் இருந்து விடக் கூடாது. இந்திய மக்களுக்கு கட்டுப்படியாகும் விலையில் மருத்துவ சேவைகள் வழங்கப்படுவதை உறுதி செய்ய அரசு மற்றும் தனியார் இணைந்த மருத்துவ சேவை வழங்கும் கொள்கை தான் சாத்தியமாகும் வாய்ப்பு ஆகும். இதற்கான நடைமுறைகளில் சுகாதார காப்பீட்டுத் திட்டம் குறிப்பிடத்தக்க ஒன்றாகும். அதேநேரத்தில் இத்தகைய மருத்துவக் காப்பீட்டுத் திட்டங்கள், போதிய நிதி பாதுகாப்பு வழங்குவதையும், மருத்துவ வசதி கிடைப்பதை எளிமைப்படுத்துவதையும் அரசு உறுதி செய்ய வேண்டும். அனைவருக்கும் ஒரே மாதிரியாக சுகாதார சேவை வழங்க முடியாது. வளர்இளம் பருவத்தினர், இளைஞர்கள், பெண்கள் மற்றும் வடகிழக்கு மாநிலங்களைச் சேர்ந்த மக்களுக்கு மருத்துவம் வழங்குவது மற்ற பிரிவினருக்கு மருத்துவம் வழங்குவதை விட சற்று சவாலான விஷயமாகும். இப்பிரிவினருக்கு மருத்துவம் வழங்குவதற்கு சற்று மாறுபட்ட அணுகுமுறையை கடைபிடித்தாக வேண்டும். அந்தந்த பகுதிகளுக்கு தேவையான வகையில் மருத்துவசேவை வழங்குவதை மாற்றியமைப்பதுடன், இப்பணியில் உள்ளூர் மக்களையும் இணைத்துக் கொள்ள வேண்டியது அவசியம் ஆகும். அதேபோல், பாலின மருத்துவமும் முன்னுரிமை அளிக்கப்பட வேண்டிய விஷயமாகும். பாரம்பரியமாகவே மருத்துவத் துறையில் இந்தியா தலை சிறந்து விளங்கி வருகிறது. பழங்காலத்தில், தன்வந்திரி, ஜீவிகா, சராகா, சுஸ்ருதா உள்ளிட்ட புகழ்பெற்ற மருத்துவர்கள் இருந்துள்ளனர். இந்த பாரம்பரியத்தை இந்தியா பல்வேறு அரசுத் திட்டங்கள் மூலம் பாதுகாத்து வருகிறது.

நோயற்ற வாழ்வே குறைவற்ற செல்வம் என்பார்கள். இதுதான் யதார்த்தம் ஆகும். ஆரோக்கியமான மனிதர்களால் மட்டும் தான் தங்களுக்கும் கவனித்துக் கொண்டு, தங்கள் குடும்பத்தினர் மற்றும் நாட்டையும் கவனிக்க முடியும். ஆரோக்கியமான மக்களைக் கொண்ட சமுதாயத்தால் தான், அதன் தாய்நாட்டின் வளர்ச்சி இலக்குகளுக்கு அதிகளவில் பங்களித்து வளமான நாடாகவும், வலிமையான நாடாகவும் மாற்ற முடியும்.

- முதன்மை ஆசிரியர்



திட்டம்

மாத இதழ்

மலர்: 47
இதழ்: 6

பிப்ரவரி 2016
மாக - பல்குண - 1937

முதன்மை ஆசிரியர்
தீபிகா கச்சல்
முதுநிலை ஆசிரியர்
ஆ. இளங்கோவன்

கட்டுரையாளர்களின் கருத்துகள் அவர்களுடையதே. எல்லாக் கருத்துகளும் அரசின் கருத்துகளை ஒட்டி இருக்கும் என்று கூற இயலாது.

திட்டமிடுதல் மற்றும் நாட்டின் வளர்ச்சியைப் பற்றியது இந்த ஏடு. மொத்தம் 13 மொழிகளில் இது வெளியாகிறது. திட்டத்தினால் ஏற்படும் நன்மைகளை இது விளக்குகிறது என்றாலும் அரசின் கருத்துக்களை மட்டுமே தெரிவிப்பது இதன் நோக்கமல்ல.

சந்தா விவரம்

தனிப்பிரதி	:	ரூ. 10.00
ஓர் ஆண்டு	:	ரூ. 100.00
இரண்டாண்டு	:	ரூ. 180.00
மூன்றாண்டு	:	ரூ. 250.00

சந்தா (DD அல்லது MO) அனுப்ப வேண்டிய முகவரி:

உதவி இயக்குநர்

திட்டம்

சாஸ்திரி பவன், ஹாடோஸ் சாலை
சென்னை - 600 006.
தொலைபேசி: 2827 2382

- ❖ இந்தியாவின் தேசிய சுகாதாரக்கொள்கை: தோற்றமும் வளர்ச்சியும்
- ஜே.வி.ஆர்.பிரசாத் ராவ்
- ❖ அனைவருக்கும் சுகாதார சேவை வழங்குதலும் நிலைபெறு வளர்ச்சி இலக்குகளும்
- டாக்டர் சந்திரகாந்த் லஹரியா
- ❖ இந்திய சுகாதார துறைக்கான செலவு: திறமை மேம்படும்
- அலோக் குமார்
- ❖ ஊட்டச்சத்தின்மையை குறைக்க: பெண்கள் நலன் மூலக் காரணம்
- மீராமிஷ்ரா
- ❖ சுகாதாரத் தொடர்பியலின் ஆற்றலையும் வாய்ப்பையும் புரிந்து கொள்வதற்கான திட்டம்
- டாக்டர் சஞ்சீவ்குமார்
- ❖ ஜிப்மரில் பக்கவாத சிகிச்சை மையம்
- முனைவர் தி.சிவக்குமார்
- ❖ இந்தியாவில் மருத்துவம்: உடல்நல விழிப்புணர்வுப் புரட்சிக்கான தேவை
- டாக்டர் மனிஷ்குமார்
- ❖ தரமான கல்விக்கான ஒரு பார்வை
- கிரண்பட்டி
- ❖ HIV திட்டங்களிலிருந்து பெறப்பட்ட பாடம்
- அல்கா நரங், UNDP
- ❖ அனைவருக்கும் சுகாதாரம்: இன்றியமையாத சர்வதேசப் பார்வை
- டாக்டர் சுபாஷ் சர்மா
- ❖ இந்தியாவில் முதலீட்டுக்கு சாதகமான சூழலை ஏற்படுத்துதல்
- சந்தீப் தால்
- ❖ நடப்பு நிகழ்வுகள் 2015-2016
- முனைவர் கா.செல்வகுமார்

இந்தியாவின் தேசிய சுகாதாரக்கொள்கை: தோற்றமும் வளர்ச்சியும்

- ஜே.வி.ஆர்.பிரசாத் ராவ்

இந்தியாவில் முதன்முதலாக தேசிய சுகாதாரக் கொள்கை 1983ஆம் ஆண்டு அறிவிக்கப்பட்டது. அல்மா அடா (Alma Ata) பிரகடனத்தை அடுத்து 2000ஆவது ஆண்டில் அனைவருக்கும் நலவாழ்வு அளிக்க வேண்டும் என்ற உலக நாடுகளின் தொலைநோக்குத் திட்டத்தை அடுத்து நமது சுகாதாரக் கொள்கை வரையப்பட்டது. அனைவருக்கும் நலவாழ்வு கிடைப்பதற்காக சுகாதாரத்துறையில் கட்டமைப்புகளை வலுப்படுத்தவும், பயிற்சி பெற்ற சுகாதாரப் பணியாளர்களை உருவாக்கவும், பயிற்சி பெற்ற சுகாதாரப் பணியாளர்களை உருவாக்கவும், ஆரம்ப சுகாதார வசதிகளைப் பரவலாக்கவும் அந்தக் கொள்கையில் முன்னுரிமை அளிக்கப்பட்டது. எனினும், புதிதாக உருவாக்கப்படும் சுகாதார வசதிகளினால், அடையக்கூடிய இலக்குகள் பற்றித் திட்டவாட்டமாக ஏதும் குறிப்பிடப்படாமல் இருந்ததால் அது தொலைநோக்கு ஆவணமாகவே இருந்துவிட்டது. 2000ஆவது ஆண்டில், அனைவருக்கும் நலவாழ்வு என்ற இலக்கினை எட்டும் தூரத்தில்கூட நமது சேவைகள் இருக்கவில்லை.

பின்னர், புத்தாயிரம் ஆண்டில் உலக அரங்கில் மேற்கொள்ளப்பட்ட வளர்ச்சி இலக்குகள், மக்களின் நலவாழ்வுத் திட்டங்கள் ஆகியவற்றின் காரணமாக, 2002ஆம் ஆண்டில் புதிய தேசிய சுகாதாரக் கொள்கையை அரசு அறிவித்தது. அனைவருக்கும் நலவாழ்வு உறுதி செய்யப்படுவதற்கு முட்டுக்கட்டையாக உள்ளவற்றைச் சரியாக அடையாளம்

கண்டு, அவற்றைத் தகர்த்து, இலக்குகளை அடைவதற்கு ஏற்ற சாத்தியமான வழிமுறையைப் புதிய கொள்கை அறிவித்தது. நாட்டின் ஒட்டுமொத்த வருவாயில் அப்போது ஒரு சதவீதம் மட்டுமே சுகாதாரப் பணிகளுக்குச் செலவிடப்பட்டு வந்தது. அதனை பத்தாண்டுகளுக்குள் இரண்டு சதவீதமாக உயர்த்த வேண்டுமென புதிய கொள்கை பரிந்துரைத்தது. மேலும் சுகாதாரப் பணிகளுக்கான அரசின் செலவில் குறைந்தபட்சம் ஐம்பது சதவீதமாவது ஆரம்ப சுகாதாரத் திட்டங்களில் செலவிடப்பட வேண்டும் என்று அது கூறியது. மேலும், அடுத்த பத்தாண்டுகளில் சுகாதாரத்துறையில் எட்டவேண்டிய இலக்குகளையும் தெளிவாக வரையறுத்துக் கூறியது.

சுகாதாரத் துறைக்கான அரசின் செலவு, மொத்த வருவாயில் இரண்டு சதவீதமாக உயர்த்தப்பட வேண்டும் என்று புதிய கொள்கை வலியுறுத்தியபோதும், அடுத்த பத்தாண்டுகளில் சுகாதாரத்துறைக்கான அரசின் செலவு பழையபடி ஒரு சதவீத அளவிலேயே இருந்துவந்தது. எனினும் மக்களிடையே நோய் பரவுதலைக் கட்டுப்படுத்துவதிலும், தாய்-சேய் நலத்திலும் குறிப்பிட்ட இலக்குகள் எட்டப்பட்டன. ஆனால், தொற்றா நோய்க் கட்டுப்பாடு, தகுதிபெற்ற சுகாதாரப் பணியாளர் பற்றாக்குறை ஆகிய விஷயங்களிலும், ஏழைகளுக்கும் விளிம்புநிலை மக்களுக்கும் சுகாதார வசதிகள் எளிதாகக் கிடைப்பதிலும் இலக்குகள் அடையப்படவில்லை.

ஜே.வி.ஆர்.பிரசாத் ராவ், முன்னாள் செயலர், மத்திய சுகாதாரத் துறை.
தற்போது ஐ.நா. சிறப்புத்தூதர், ஆசிய பசிபிக் மண்டலத்திற்கான தலைமைச் செயலர்.

அண்மையில் 2014ஆம் ஆண்டில் அறிவிக்கப்பட்ட தேசிய சுகாதாரக் கொள்கை வரைவு, முந்தைய இரு கொள்கைகளைக் காட்டிலும் வேறுபட்ட அணுகுமுறையைக் கொண்டது. கொள்கை வரைவில் வெளிப்படாத தன்மை பின்பற்றப்பட்டுள்ளது. இதனால், நிபுணர்களும், மக்களும் அரசின் கொள்கை வரைவிற்கு ஆலோசனைகளையும் திருத்தங்களையும் கூறுவதற்கு ஏதுவாக, மக்கள் எதிர்பாராத மருத்துவச் செலவுகள் அதிகரித்து வரும் வறுமைக்கு ஒரு காரணம் என ஒப்புக் கொள்ளப்பட்டுள்ளது. வறுமையை ஒழிப்பதற்காக அரசு செலவிடுகின்ற தொகையால் மக்களுக்குக் கிடைக்கும் ஆதாயம், மருத்துவச் செலவுக்குச் சரியாகிவிடுகிறது. எதிர்பாராத பெரும் மருந்துச் செலவுகளை எதிர்கொள்ளும் குடும்பங்களின் எண்ணிக்கை 2004-05ல் 15 சதவீதமாக இருந்தது. இதுவே 2011-12ல் 18 சதவீதமாக உயர்ந்துவிட்டது. இதுவரை அரசு மேற்கொண்ட சுகாதார சேவைத் திட்டங்கள் மகப்பேறு, குழந்தைகள் நலம், நோய்த்தடுப்புத்திட்டம் போன்றவற்றிலேயே கவனம் செலுத்தின. பொதுவாக மக்களின் நல்வாழ்வு நிலையை மேம்படுத்துவதற்கான சிறப்புத்திட்டங்கள் மேற்கொள்ளப்படவில்லை. ஆனால் தற்போதைய தேசிய சுகாதார வரைவுக்கொள்கை, தொற்றா நோய்கள், விபத்துக் காயங்கள் உள்ளிட்ட அனைத்து விதமான மருத்துவத் தேவைகளையும் கவனத்தில் கொண்டுள்ளது.

புதிய சுகாதாரக்கொள்கை அனைவருக்கும் நலவாழ்வு, அனைவருக்கும் சமவாய்ப்பு, அனைவரையும் உள்ளடக்கிய சேவை போன்ற கோட்பாடுகளை முன்னிறுத்தி, சுகாதாரக் கொள்கையின் முழுப் பரிணாமத்திற்கும் உருக்கொடுப்பதில் அரசின் பணியை முன்னிறுத்துகிறது.

தொலைநோக்கு ஆவணம் என்பதற்கும், தேசியக்கொள்கை என்பதற்கும் வேறுபாடு

உண்டு. தேசியக் கொள்கை என்பது என்ன பயன் அல்லது விளைவு ஏற்படவேண்டும் என்பதையும் அதற்கான ஆதார வளங்கள் யாவை என்பதையும் கூறும். அரசாங்கம் தனது வளர்ச்சித்திட்ட இலக்குகளையும், கட்டுப்பாடு நடவடிக்கைகளையும் எடுத்துரைப்பதாக தேசியக் கொள்கை அமையும்.

ஆனால் தற்போதைய தேசியக் கொள்கை, தொலைநோக்கு ஆவணம் போல், இலக்குகளைப் பற்றிய விருப்பங்களை மட்டுமே எடுத்துரைக்கிறது. குறிப்பிட்ட காலக்கெடுவை நிர்ணயித்து அதற்குள் எட்டவேண்டிய இலக்குகளை வரையறுத்து, அவற்றுக்கான நிதிவளம், தொழில்நுட்ப ஆதாரங்கள், கட்டமைப்பு வசதிகள் பற்றியும் வரையறுக்க வேண்டும்.

ஐ.நா. பொதுப்பேரவையில் 2015 செப்டம்பரில் உலக நாடுகளோடு சேர்ந்து இந்தியாவும் சுகாதார இலக்கினை நோக்கிய நிலைபெறு வளர்ச்சித் திட்டத்தை ஏற்றுக்கொண்டது. அதற்கு ஏற்ப, 10-15 ஆண்டு காலத்திற்கான சுகாதாரத் திட்டங்களை அரசு செயல்படுத்த வேண்டும். 2030க்குள் சுகாதாரத்துறையில் “எவரும் விடப்படவில்லை” என்ற நிலையை எட்டுவதாகத் திட்டங்கள் அமைய வேண்டும்.

அரசின் மொத்த வருவாயில் சுகாதாரத்துறைக்கு எத்தனை சதவீதம் செலவிட்டால் உத்தமமாக இருக்கும் என்று 2002ஆம் ஆண்டு தேசிய சுகாதாரக் கொள்கை அறிவித்தது. பிரேஸில், இலங்கை போன்றவை தமது வருவாயில் இரண்டு சதவீதத்தை நலவாழ்வுப் பணிகளுக்காகச் செலவிடுகின்றன. புதிய கொள்கையில் இந்திய அரசின் சுகாதாரத்துறை செலவு மொத்த வருவாயில் 2.5 சதவீதமாக உயரவேண்டும் என்று கூறப்பட்டிருந்தாலும் எவ்வித காலக்கெடுவும் நிர்ணயிக்கப்படவில்லை. மேலும், மாநில அரசுகளின் சுகாதாரத்துறை செலவுகளை அதிகரிக்கவும் இலக்கு நிர்ணயிக்க வேண்டும். கேரள மாநில அரசு தனது வருவாயில் சுமார் 11 சதவீதத்தைச்

சுகாதாரச் சேவையில் செலவிடுகிறது என்பதை இங்கே குறிப்பிடலாம்.

நமது அரசிலமைப்பின்படி, சுகாதாரம் பொதுப்பட்டியலில் இருக்கிறது. மாநில அரசுகளும் மத்திய அரசும் இணைந்து செயல்படும் துறை இது. எனினும் மத்திய-மாநில அரசுகளுக்கு உரிய கடமைகள், பொறுப்புகள் இன்னின்ன என்று வரையறுக்கப்படவில்லை. சமூக நலத்திட்டங்களுக்காக மத்திய அரசு அதிக அளவில் நிதியை மாநிலங்களுக்கு வழங்கி வந்தாலும், அவற்றைச் செயல்படுத்துவதில் மாநிலங்கள் மிகுந்த பொறுப்புணர்வைக் காட்டவேண்டும். வெவ்வேறு மாநிலங்களில் வாழும் மக்களின் சுகாதார நிலையில் உள்ள வேறுபாடான நிலைமைகளைப் பார்க்கும் போது, குறைந்தபட்ச நலவாழ்வுச் சேவைகளை மக்களுக்கு வழங்குவதில் மாநிலங்கள் எவ்வாறு செயல்பட்டுள்ளன என்பது புரியும்.

மக்களுக்கு சுகாதார சேவைகளை வழங்குகின்ற கடைசி நிலையில் உள்ள அமைப்புவரை அமலாக்கத்தைப் பரவலாக்குவது அவசியம். அண்மையில் அரசு மேற்கொண்டு வரும் மிகப்பெரும் திட்டமான “தேசிய சுகாதார இயக்கம்”, மத்தியில் இருந்து நிதி வளங்களை பகிர்ந்து அளிப்பதோடு நில்லாமல் கடைசி நிலையில் உள்ள சுகாதார அமைப்பு வரை அதிகாரங்களையும் பரவலாக்கியுள்ளது.

சுகாதார சேவைகளை வழங்குவது பற்றிய, நடைமுறையில் உள்ள பல சட்டங்கள், குழப்பத்தை ஏற்படுத்துகின்றன. ஏழைகளுக்கும், விளிம்புநிலை மக்களுக்கும் சுகாதார சேவைகள் எவ்வித பாரபட்சமும் இன்றிக் கிடைப்பதற்கு ஏதுவாக, சட்ட முரண்கள் களையப்பட வேண்டும். தற்போதைய சுகாதாரக் கொள்கை வரைவில், சுகாதாரச் சேவையை ஓர் அடிப்படை உரிமையாக்கலாம் என்றும், அவ்வுரிமையைச் செயல்படுத்தும் விருப்பத்தை மாநிலங்களுக்கு அளிக்கலாம் என்றும் சொல்லப்பட்டுள்ளது. இத்தகைய கொள்கை

முடிவுகள் மாநில அரசுகளோடு மட்டுமின்றி, சமுதாயத் தலைவர்கள், சட்ட நிபுணர்கள் போன்றவர்களோடும் விரிவாக விவாதிக்கப்பட வேண்டும். இதனைச் செயல்படுத்தும்போது ஏற்படும் சவால்கள் குறித்தும் அவற்றை எதிர்கொள்ளும் வழிவகைகள் குறித்தும் மிகக் கவனமாக மதிப்பிட்டு, பின்னரே முடிவுக்கு வரவேண்டும்.

‘அனைவருக்கும் சுகாதார வசதி’ என்ற இலட்சியத்தை ஏற்றுக்கொள்வதென கொள்கை அளவில் இந்திய அரசு ஒப்புக் கொண்டுள்ளது. எனினும் கீழ்மட்டத்தில் அதனைச் செயல்படுத்துவதற்கான ஏற்பாடுகள் செய்யப்படவில்லை. நோய் கண்டறிதல் முதற் கொண்டு இலவச மருந்துகள் வழங்குதல், நோயுற்ற காலத்திற்குப் பராமரிப்பு நிதி உதவி உள்ளிட்ட அனைத்தும் வழங்கும் மருத்துவக் காப்பீட்டுத் திட்டங்களைச் செயல்படுத்துவது அவசியமானது.

புதிய வரைவில், சர்வதேச சுகாதார நிலைமை, சுகாதாரத் துறை ராஜ்யத் தொடர்புகள் போன்றவற்றையும் ஒருங்கிணைக்க வேண்டும் என்று கூறப்பட்டுள்ளது. உலக அரங்கில் முன்னணி மருந்துத் தயாரிப்பாளர், ஆசிய-ஆப்பிரிக்க நாடுகளுக்கு உயிர்காக்கும் மருந்துகளைப் பெருமளவு வழங்கும் நாடு என்ற தனது சிறப்புகளை இந்தியா சீர்தூக்கிப் பார்த்து, தேசியப் பொருளாதார வளர்ச்சிக்கும், அதன்வழியாக மக்களின் சுகாதார மேன்மைக்கும் தக்க நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்வதும் அவசியம். மேலை நாடுகளில் இருந்து நிதி உதவி பெற்ற நிலைமையில் இருந்துமாறி தற்போது இந்தியா, வளரும் நாடுகளுக்கு நிதி உதவிகளையும், தொழில்நுட்ப உதவிகளையும் வழங்கி வருகிறது. இந்தப் பின்னணியில், சுகாதாரத் துறையிலும் இந்தியா நன்கு பரிமளிக்க வேண்டும். இதற்கேற்ப சுகாதார வரைவுக் கொள்கையில் மாற்றங்கள் செய்ய வேண்டும். ●

அனைவருக்கும் சுகாதார சேவை வழங்குதலும் நிலைபெறு வளர்ச்சி இலக்குகளும்

- டாக்டர் சந்திரகாந்த் லஹரியா

“மக்கள் அனைவரும் தமக்குத் தேவையான நோய் தீர்க்கும், நோய் வராமல் தடுக்கும், ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்தும், தரமான மருத்துவச் சேவைகளைப் பெறுவதும், அவற்றைப் பெறுவதற்காக நிதிநிலை சிரமங்கள் ஏற்படாமலும் இருப்பதே” அனைவருக்குமான சுகாதார சேவை என்று வரையறுக்கலாம். உலக சுகாதார அமைப்பு 2005ஆம் ஆண்டில் தனது பேரவைக்கூட்டத்தில், உறுப்பு நாடுகள் தனது சுகாதார நிதியளிப்புத் திட்டங்களை ‘அனைவருக்குமான சுகாதார சேவை’ என்று படிப்படியாக மாற்றிக்கொள்ள வேண்டும் என தீர்மானம் இயற்றியது. பின்னர் 2008ஆம் ஆண்டில் வெளியிடப்பட்ட, “ஆரம்ப சுகாதார நலம் - முன்னெப்போதையும் விட மேம்பட்டதாக” என்ற தலைப்பிலான உலக சுகாதார அறிக்கையும், 2010ஆம் ஆண்டில் வெளியிடப்பட்ட “சுகாதாரத் திட்டங்களுக்கு நிதி உதவி அளித்தல்; அனைவருக்கும் சுகாதார சேவை வழங்குவதை நோக்கி” என்ற தலைப்பிலான அறிக்கையும் இவ்விஷயத்தை மேலும் கவனக்குவிமையமாக மாற்றியது. இந்தக் காலக்கட்டத்தில் பிரேஸில், மெக்ஸிகோ, கிரிகிஸ்தான், தாய்லாந்து, சீனா போன்ற நாடுகள் தமது கூடுதலான மக்கள் தொகையினருக்கு சுகாதார வசதிகள் கிடைக்க வழி செய்ததுடன், சுகாதார நிதி ஆதாரங்களில் சீர்திருத்தங்களையும் செய்தன.

அனைவருக்குமான சுகாதார சேவை என்ற விஷயம் உலக அரங்கில் பெரிதும் கவனம் பெற்றது. 2011ஆம் ஆண்டில் உலக சுகாதாரப் பேரவை கூடுதல் தீர்மானம் இயற்றியது. 2012

டிசம்பர் 12ல், ஐ.நா. பொதுப்பேரவையும் இவ்விஷயத்தில் தீர்மானம் இயற்றியது. ஐ.நா. பேரவையின் தீர்மானம் இயற்றப்பட்டதைக் குறிக்கும் விதமாக 2014ஆம் ஆண்டு முதல் டிசம்பர் 12ஆம் தேதியை அனைவருக்குமான சுகாதார சேவை தினமாகக் கொண்டாடும் வழக்கமும் நடைமுறைக்கு வந்தது. உலக சுகாதார அமைப்பின் தலைமை இயக்குநரான டாக்டர் மார்கரெட் மான், பொது சுகாதாரத் துறையில் மக்களுக்குப் பெரும் பயன் அளிக்கும் கருத்துதான் அனைவருக்குமான சுகாதார சேவை என்று கூறியுள்ளது.

‘அனைவருக்கும் சுகாதார சேவை’ என்ற கருத்து முப்பரிமாணங்களைக் கொண்டது. மக்கள் தொகை, சுகாதார சேவை அளிப்பு, நிதிப்பாதுகாப்பு அம்சம் என்பன அந்த மூன்று பரிமாணங்கள். இதனை ஒரு கனசதுர வடிவமாகக் கொண்டால், கனசதுரத்தின் உட்பகுதி நாடுகளின் தற்போதைய சுகாதார சேவை அளிப்பு நிலையைக் குறிக்கும். அங்கே மக்களின் ஒரு பகுதியினர் மட்டும், ஒருசில சேவைகளை மட்டும் பெறுகிறார்கள். அவ்வாறு சேவைகளைப் பெறுகிறவர்கள் அனைவரும் அதற்குரிய கட்டணத்தைச் செலுத்த இயலாமல் இருக்கின்றனர். கனசதுரத்தின் புறப்பகுதி, நாடுகள் எட்ட விழைகின்ற இலக்குகளைக் குறிக்கும். எல்லா நாடுகளும் தம் மக்கள் அனைவருக்கும் தரமான சேவைகளை வழங்கி முற்படுவதால், கனசதுரத்தை நிரப்ப முயலுகின்றன. மேம்பட்ட சேவைகள் மக்களுக்குக் கிடைக்கின்ற அதே சமயத்தில் நோய்களின் தன்மைகள்

டாக்டர் சந்திரகாந்த் லஹரியா, தேசிய அதிகாரி, அனைவருக்கும் மருத்துவ சேவைத் திட்டம், உலக சுகாதார நிறுவனம், புதுதில்லி.

மாறி, அவற்றுக்கென புதிய புதிய நுட்பங்கள் தேவைப்படும். எனவே உள்ளூர்க்கும் வெளிக்கும் தொடர்ந்து ஓர் இடைவெளி இருந்துகொண்டே இருக்கும். அதனால்தான் அனைவருக்கும் சுகாதார சேவை என்பது ஒரு தொடர் பயணம் என்றே கருதப்படுகிறது. உலக நாடுகளின் அனுபவங்களைக் கொண்டு பார்க்கும்போது அனைவருக்குமான சுகாதார சேவை என்பதை ஓரிரு ஆண்டுகளில் வழங்கிட முடியாது என்றும், அதற்கு 10-15 ஆண்டுகள் ஆகலாம் என்று தெரிகிறது.

நம் நாட்டில்:

உலக சுகாதாரப் பேரவையின் ஓர் உறுப்பு நாடாக இந்தியா 2005-ல் இயற்றப்பட்ட தீர்மானத்தில் பங்கேற்றுள்ளது. அப்போது நம் நாட்டில் அனைவருக்கும் சுகாதார சேவை அளிப்பது பற்றி விவாதிக்கப்படாவிட்டாலும், 2005 ஏப்ரல் 12ல், தேசிய ஊரக சுகாதார இயக்கத்தை (NRHM) மத்திய அரசு தொடங்கியது.

ராஷ்டிரிய ஸ்வாஸ்த பீமா யோஜனா என்ற காப்பீட்டுத் திட்டம் 2007-2008 முதல் மாநிலங்களில் அமல்படுத்தப்பட்டது. வறுமைக் கோட்டுக்குக் கீழ் உள்ள மக்களுக்கு மருத்துவமனைகளில் உள் நோயாளிகளாச் சேர்ந்து மருத்துவம் செய்ய வேண்டிய நிலையில் அம்மருத்துவ வசதியை வழங்கும் காப்பீட்டுத் திட்டமாக அது தொடர்கிறது. (தமிழ்நாட்டில் முதலமைச்சரின் விரிவான மருத்துவக்காப்பீட்டுத் திட்டம் என்று அதற்கு பெயர்). 2010ஆம் ஆண்டு உலக சுகாதார அறிக்கை வெளியிட்ட பின்னர், அனைவருக்கும் சுகாதார சேவை வழங்குவதற்காக உயர்மட்ட நிபுணர் குழுவை மத்திய அரசு நியமித்தது. அந்தக் குழுவும் தனது விரிவான அறிக்கையை 2011 அக்டோபரில் வழங்கியது. 12ஆவது ஐந்தாண்டுத் திட்டத்தை (2012-17) வரையும்போது அந்த அறிக்கையில் கூறப்பட்டவை சேர்த்துக் கொள்ளப்பட்டன.

அதன்படி ஒவ்வொரு மாநிலத்திலும் இரண்டு மாவட்டங்களில் முதற்கட்டமாக அனைவருக்கும் சுகாதார சேவைத் திட்டத்தைச் செயல்படுத்தும் வேலைகள் தொடங்கின. 2013ஆம் ஆண்டு மே மாதத்தில், நகர்ப்புறங்களில் சுகாதார சேவைகளை வழங்க தேசிய நகர்ப்புற சுகாதார இயக்கம் (NUHM) தொடங்கப்பட்டது. பின்னர் தேசிய ஊரக சுகாதார இயக்கம், நகர்ப்புற சுகாதார இயக்கம், இரண்டும் தேசிய சுகாதார இயக்கமாக ஒருங்கிணைக்கப்பட்டன. இதனையடுத்து, மக்கள் அனைவருக்கும் தரமான, மருத்துவ சேவைகள் எளிதாகவும், செலவின்றியும் கிடைப்பதற்கான வேலைகள் முடுக்கி விடப்பட்டன. தேசிய சுகாதார உத்தரவாத இயக்கம் (NHAM) ஒன்றும் தொடங்கப்பட்டது. மத்திய தொழிலாளர் அமைச்சகத்தின் கீழ் செயல்பட்டுவந்த ராஷ்டிரிய ஸ்வாஸ்த பீமா யோஜனா 2015 ஏப்ரல் முதல் மத்திய சுகாதார - குடும்ப நல அமைச்சகத்தின் கீழ் கொண்டுவரப்பட்டது. தற்போது புதிய தேசிய சுகாதாரக் கொள்கைக்கான வரைவும் சுற்றுக்கு விடப்பட்டுவிட்டது. சுருங்கச் சொல்வதானால், அனைவருக்கும் சுகாதார சேவை வழங்கும் திட்டத்திற்கானப் பூர்வாங்கப் பணிகள் யாவும் நிறைவேற்றப்பட்டுவிட்டன.

நிலைபெறு வளர்ச்சியும் சுகாதார சேவையும்

புத்தாயிரம் ஆண்டின் வளர்ச்சி இலக்குகளை நோக்கி உலக நாடுகள் ஆற்றிய பணிகளைத் தொடர்ந்து முன்னெடுத்துச் செல்வது குறித்து 2015 செப்டம்பர் 25ல், நிலைபெறு வளர்ச்சிக்கான இலக்குகளுக்கு உலக நாடுகள் ஏற்பளித்தன. அடுத்த 15 ஆண்டுகளில் உலக வளர்ச்சிக்கு வழிகாட்டுவனவாக அந்த இலக்குகள் ஏற்கப்பட்டுள்ளன. வறுமை, பசி, சுகாதாரக் கல்வி, பாலின சமத்துவம், குடிநீர், கழிவுநீர், ஆற்றல், வேலைவாய்ப்பு, பொருளாதார வளர்ச்சி, தொழில்துறை, கட்டமைப்புகள், சமத்துவமின்மைகள், நகரங்கள்,

பொறுப்புடைய நுகர்வு, பருவநிலை, வாழ்வும் நிலமும், அமைதி, கூட்டுறவு உள்ளிட்ட 17 நிலைபெறு வளர்ச்சி இலக்குகளை உலக நாடுகள் ஏற்றுக்கொண்டுள்ளன.

2030ஆம் ஆண்டுக்கான நிலைபெறு வளர்ச்சிக்கான நிகழ்ச்சித்திட்ட வாசகத்தின் முகப்புரை கூறுவதாவது; “மனநலம் மற்றும் உடல் நலத்தைப் பேணிக்காத்தல், வாழ்நாள் நீடிக்கும் வாய்ப்பை அனைவருக்கும் வழங்குதல் ஆகியவற்றுக்காக அனைவருக்கும் சுகாதார சேவை என்பதை நாம் உறுதிசெய்ய வேண்டும். யாரும் விடுபட்டுவிடக்கூடாது. மேலும் எல்லா வயதினருக்கும் ஆரோக்கிய வாழ்வு எப்போதும் கிடைக்க வேண்டும்.”

வளர்ச்சி குறித்த விவாதங்களில் சுகாதாரம் என்பது முக்கியக் கருப்பொருளாகிவிட்டது.

எந்த ஒரு நாட்டின் முன்னேற்றத்திற்கும் சுகாதாரம் ஒரு முக்கியமான அளவீடு ஆகவும் திகழ்கிறது. சுகாதாரமான மக்கள் வாழும் நாட்டிலே வறுமை மறையும்; உற்பத்திப் பெருகும்; சமூக நிலைமை மேம்படும். அனைவருக்கும் சுகாதார சேவை என்பதே சுகாதாரத் துறையின் பல்வேறு பிரிவுகளையும் ஒருங்கிணைக்கும் சக்தியாகத் திகழ்கிறது.

நூற்றுக்கும் மேற்பட்ட உலக நாடுகளில் அனைவருக்கும் சுகாதார சேவை வழங்கும் திட்டங்கள் குறித்த விவாதங்கள் தொடர் கின்றன. இந்தக் கொள்கையைச் செயல்படுத்தும் முனைப்பில் இந்தியா முன்னிற்கிறது. அதற்கான ஆயத்தப் பணிகள் நிறைவேறிவிட்டன. நிலைபெறு வளர்ச்சி இலக்கினை நோக்கி நீளமான அடியெடுத்து முன்னேறிச் செல்கிறது நம் நாடு. ●

New Rates for Subscription of Journals

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

* The prices of Journals are being revised from April 2016 issue onwards

The price of Employment News is being revised from 6th February 2016 issue onwards

இந்திய சுகாதார துறைக்கான செலவு: திறமை மேம்படும்

- அலோக் குமார்

சுகாதார துறைக்கு எவ்வாறு செலவிடப் படுகிறது என்பதை பற்றி பேசாமல் இந்தியாவின் சுகாதார துறையைப் பற்றி விவாதிக்க முடியாது. கடந்த சில ஆண்டுகளாக அரசுகள் சுகாதார துறைக்கு போதிய அளவு செலவு செய்யவில்லை என்று குற்றச்சாட்டுகள் எழுந்துள்ளன. இது அல்லாமல் இந்திய அரசு சுகாதார துறைக்கும், பொதுவாக சமூக நலத் திட்டங்களுக்கும் குறைவாகவே ஒதுக்கீடு செய்வதாக அறிவார்ந்தவர்கள்கூட குறைகூறி வருகிறார்கள். இந்த செலவு குறைப்பினால் இந்திய சுகாதாரம் பெரிதும் பாதிக்கப்படும் என்று கவலை வெளியிடப்பட்டுள்ளன. ஆனால், இந்தக் கூற்று ஆதாரமற்றது. மேலும் மாநில அரசுகள் அரசியல் சாசன சட்டத்தின் படி மக்களுக்கு சுகாதார, ஊட்டச்சத்து குடிநீர், கழிவுநீர் வசதிகளை ஏற்படுத்திக் கொடுக்க அவர்களுக்கு அளிக்கப்படும் மத்திய தொகுப்பு நிதியை மத்திய அரசு

உண்மையில் அதிகரித்துத்தான் வருகிறது. கீழ்வரும் அட்டவணையில் வரவு செலவு திட்டங்களில் சுகாதார சேவை உள்ளிட்ட பலவற்றிற்கான மத்திய அரசின் ஒதுக்கீடு கொடுக்கப்பட்டுள்ளது. (அட்டவணை 1)

அட்டவணையில் 2015-16க்கு மொத்த செலவாக (கூடுதல் ஒப்புதல் மற்றும் சுத்தமான பாரத திட்ட தீர்வை உள்ளிட்ட) தெரிவிக்கப்பட்டிருப்பது 2014-15க்கான திருத்தியமைக்கப்பட்ட பட்ஜெட் தொகைக்கு இணையாகவே உள்ளதைக் காணலாம். இருப்பினும் மொத்த பட்ஜெட் மதிப்பீடு, மத்திய மாநில நிதி பங்கீட்டு விகிதமான, 70 : 30 லிருந்து 75 : 25 என்று மாறி தற்போது 60 : 40 என்ற நிலையிலிருப்பதைக் கணக்கில் கொண்டு இதனால் மாநிலங்கள் அதிக செலவு செய்ய வேண்டிய நிலைமை உள்ளதையும் கணக்கில் கொள்ள வேண்டும். இது அல்லாமல், 14வது

அட்டவணை 1 - சுகாதாரம் - இதர சேவைகளுக்கான பட்ஜெட் ஒதுக்கீடு

	சேவை திட்டம்	திருத்தப்பட்ட மதிப்பீடு 2014-15	பட்ஜெட் ஒதுக்கீடு 2015-16
1.	மொத்த சுகாதார ஒதுக்கீடு (சுகாதாரம் மற்றும் குடும்ப நலத்துறை, சுகாதார ஆய்வுத்துறை, எய்ட்ஸ் கட்டுப்பாடு துறை)	31274.00	32068.17
	தேசிய சுகாதார முனைப்புத் திட்டம்	17627.82	18295.00
2.	ஆயுஷ்	691.00	1214.00
3.	ஊட்டச்சத்து	17529.74	8883.56*
4.	சுத்தமான பாரதம் திட்டம் (கழிவுநீர் வடிகால் மற்றும் குடிநீர்)	12107.31	6243.87#
	மொத்தம் (சுகாதாரம் + ஊட்டச்சத்து + கழிவுநீர் வடிகால்)	61602.05	48409.6

ஆதாரம்: செலவினங்களுக்கான பட்ஜெட், இந்திய அரசு 2015-16.

* ஐந்து ஆண்டுகளில் ஒருங்கிணைந்த சிறார் மேம்பாட்டுத் திட்டத்திற்காக உலக வங்கி உதவியுடன் ரூ.9000 கோடிக்கு கூடுதல் ஒப்புதல் அளித்ததோடு நடப்பு ஆண்டில் துணை பட்ஜெட்டில் ரூ.7100 கோடி ஒதுக்கப்பட்டுள்ளதாக நாங்கள் அறிகிறோம்.

சுத்தமான பாரதம் தீர்வை மூலம் 2015-16ல் மேலும் ரூ.3700 கோடி வரும் என்று எதிர்பார்க்கப்படுகிறது.

அலோக் குமார், ஆலோசகர், நிதி ஆயோகர்.

நிதிக்கமிஷன் பரிந்துரையின்படி அனைத்து மாநிலங்களுக்கும் கூடுதலாக ரூ.1.78 லட்சம் கோடி ஒதுக்கப்பட்டுள்ளது. இந்த கூடுதல் நிதி வரவிலிருந்து மாநில அரசுகளும் மத்திய அரசின் திட்டங்களுக்கு செலவிட வேண்டும். மீதமுள்ள தொகையில் மாநில அரசுகள் தாங்கள் முக்கியமாக கருதப்படும் திட்டங்களுக்கு ஒதுக்கீடு செய்வார்கள். இந்தத் தொகையிலிருந்து மாநில அரசுகள் 10 சதவிகிதம் செலவழித்தாலும், இது ஒன்றும் மிகையான தொகையல்ல, அதன்படி ஒட்டுமொத்த சுகாதார சேவை திட்டங்களுக்கு ஒதுக்கீடு குறையவில்லை என்பதைக் காணலாம்.

ஆகவே, தற்போதுள்ள நடைமுறைத்தேவை, மாநிலங்கள் அவர்களுக்குண்டான திட்டங்களோடு இணைக்கப்படாத மொத்த தொகையிலிருந்து சுகாதாரம் மற்றும் சமூக மேம்பாட்டிற்காக அதிகத் தொகையை ஒதுக்க வேண்டும். ஆகவே, மொத்த நிதி அளிப்பு குறையவில்லை. அது பகிர்ந்தளிக்கும் முறை மட்டும் மாற்றியமைக்கப்பட்டு மாநிலங்களுக்கு அதிக சுயாட்சி அதிகாரங்கள் வழங்கப்பட்டுள்ளன.

உண்மையில் நாம் கவனிக்க வேண்டியது தற்போதுள்ள செலவு அளவுகளிலேயே எவ்வகையான சுகாதார நல பயன்கள் கிடைத்துள்ளது என்பதுதான். இந்தியாவைப் போலவே, வருமானமுள்ள மற்றும் வளர்ச்சி நிலையில் உள்ள மற்ற நாடுகளை ஒப்பிட்டு பார்க்கும் போது நாம் பெற்றுள்ள பலன்கள் இந்த நாடுகளைவிட குறைவாகத்தான் உள்ளது. உதாரணமாக 1990-2012ஆம் ஆண்டுகளில் இளம் சிறார் மரண விகிதம் 50 சதவிகிதம் குறைந்துள்ளது. ஆனால், இது வங்க தேசத்தில் 67 சதவிகிதமும், நேபாளத்தில் 66 சதவிகிதமும் கம்போடியாவில் 60 சதவிகிதமும் இதே காலகட்டத்தில் குறைந்துள்ளது. மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் சுகாதாரத்திற்கான அரசு செலவை கணக்கிடும் போது இந்தியாவும் வங்க தேசமும் தற்போது 1.3 சதவிகிதம் செலவிடுகின்றன. ஆனால், பயன்களைப் பார்க்கும் போது வங்க தேசம் சிறப்பாக செயல்பட்டிருக்கிறது. ஐந்து வயதுக்குள்ளான

குழந்தைகளின் மரண விகிதம் வங்க தேசத்தில் 1990லிருந்து 2013 வரை ஒப்பிடும் போது 5.4 சதவிகிதம் குறைந்துள்ளது. ஆனால், இந்தியாவில் இது 3.8 சதவிகிதம்தான் குறைந்திருக்கிறது. ஆகவே, இரு நாடுகளும் செலவு செய்ததை ஒப்பிட்டு பார்க்கும்போது இந்தியாவில் பெறப்பட்ட பயன்கள் குறைவே. ஆகவே, செலவினத்தை அதிகமாக்குவதன் மூலம் மட்டும் நாம் சிறப்பான சுகாதார பயன்களை பெற முடியாது. அரசு செலவினங்களில் ஒதுக்கீடுகளை மேம்படுத்தி பல சிறு சிறு திட்டங்களுக்கு சிறு அளவு செலவழிப்பதைவிட ஆரம்ப மற்றும் நோய் தடுப்பு மருத்துவத்திற்கு மிகுந்த கவனம் செலுத்துவதன் மூலம் நோய்களையும் குறைத்து மக்களின் சுகாதாரத்தை மேம்படுத்த செலவு செய்யும் பணத்திற்கு மிகுந்த பலனை பெற முடியும். பொது சுகாதார சேவை வழங்கும் அமைப்புகளுக்கு சுயாட்சி அளிக்கப்பட்டு அவர்களுக்கு தேவையான கூடுதல் வருவாயை அவர்களே பெருக்கிக் கொள்ளும் வண்ணம் ஊக்கமளிக்கப்பட வேண்டும்.

மேலும், சுகாதார ஊழியர்களின் செயல்பாட்டிற்கு ஏற்ப நிதி வசதி அளிப்பதைப் பற்றியும் யோசிக்க வேண்டும். பொது சுகாதார செயல்களில் முழுமையாக ஊக்கப்படுத்தப்படாத ஊழியர்கள் உள்ளனர். சமீப கால தகவல்களின்படி பொதுத்துறையில் சுகாதார சேவைகள் இருந்த போதிலும் அவைகளின் தரமற்ற சேவைகளினாலும் (45 சதவிகிதம்) நீண்டநேரம் காத்திருப்பதாலும் (25 சதவிகிதம்) தொலை தூரத்தில் அமைந்திருப்பதாலும் (9 சதவிகிதம்), மக்கள் தனியார் மருத்துவ வசதிகளையே விரும்புகின்றனர். பொதுவான ஒதுக்கீட்டினால் பொதுத்துறை சுகாதார சேவைகளில் திறமை வெளிப்படுவதில்லை. ஆகவே, ஒவ்வொரு சுகாதார சேவையையும் மதிப்பீடு செய்து அவர்களின் செயல்பாடுகளையும் பெறப்படக்கூடிய பயன்களையும் அளவிட்டு அதற்கு தகுந்த அளவில் பொதுத்துறை சுகாதார மேலாளர்களுக்கும், இதர பணியாளர்களுக்கும் செயல்பாட்டிற்குத் தக்க ஊக்கத்தொகைகளை அறிவித்து செயல்படுத்தி பார்க்க வேண்டும். மருத்துவ சேவை வழங்கு

தலை உறுதிபடுத்தும் வண்ணம் நிதி ஒதுக்கப்பட வேண்டும். உதாரணமாக, கானாவின் தேசிய சுகாதார காப்பீட்டு திட்டத்திற்கு இந்த முறை பயன்படுத்தப்பட்டு மிகவும் தீவிர சிகிச்சைகளுக்கு மட்டும் வல்லுனர்களுக்கு பரிந்துரைக்கப்பட்டு சிகிச்சைக்கு ஏற்பட்ட செலவு அளிக்கப்பட்டது. இதன் மூலம், சேவைகளைக் குறைத்தோ அல்லது அதிகரித்தோ வழங்குவதை தொடர்ந்து கண்காணித்து தரக் கட்டுப்பாடுகளை ஏற்படுத்தி தணிக்கை செய்து அதற்குண்டான தகவல் பரிமாற்றத் தையும் ஏற்படுத்த முடிந்தது. இந்த முறையில், தேவையான மருத்துவ சேவைகளை அளித்து அதற்குண்டான ஒதுக்கீடு மட்டும் செலவிடப்பட்டது.

மூன்றாவதாக இந்தியாவில் சுகாதார வசதிக்காக நாட்டின் மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் நான்கு சதவிகிதம் செலவிடப்படுகிறது. இதுவே ஒரு பெரிய தொகையாகும். ஆனால், இந்தத் தொகை பல வகையான திட்டங்களுக்கு சிறு சிறு அளவில் செலவிடப்படுவதால் பயன்பெறும் மக்கள் தங்கள் கையிலிருந்து செலவு செய்ய வேண்டியதால் தான் பிரச்சினை உருவாகிறது.

மக்கள் மருத்துவ சிகிச்சையை பெறும் நிலையில் அவர்கள் தங்கள் கையிலிருந்து செலவிடப்படும் தொகை மொத்த சுகாதார செலவினத்தில் 86 சதவிகிதமாக இருப்பதால் 3,73,00,000 லட்சம் பேர் ஏழ்மையில் தள்ளப்படுகிறார்கள். இதை மாற்றியமைத்து ஒவ்வொரு சேவைக்கும் சிலபகுதி முன்பணமாக அளிக்கப்பட்டு நிதியை ஒருங்கிணைத்தால் இந்த பெரும் செலவு ஒரு முன்னோடியான முறையில் திறமையாக செயல்பட்டு சுகாதார சேவை அளிக்க முடியும்.

இப்படிக்கூறுவதன் மூலம் சுகாதாரத்திற்கான மொத்த செலவை கூட்ட வேண்டிய அவசியம் இல்லை என்று கூற முடியாது. பேரழிவு ஏற்படும் வண்ணம் மக்கள் செலவு செய்யும் மருத்துவ செலவு குறிப்பாக லாபத்திற்காக செயல்படும் தனியார் மருத்துவத் துறையில் செலவு செய்யப்படுகிறது.

சமீபத்திய தேசிய மாதிரி ஆய்வு நிறுவனத்தின் தகவல்களின்படி இந்த தனியார் துறையில் வெளி நோயாளிக்கான சிகிச்சையில் மொத்தத்தில் 72-79 சதவிகிதமும் உள் நோயாளிகளின் சிகிச்சையில் 58-68 சதவிகிதம் செய்யப்பட்டு வருகிறது. இந்த வகையில் பொது சுகாதாரத்திற்கு பொறுப்பு ஏற்க வேண்டிய அரசு ஒதுக்கி வைக்கப்பட்டுள்ளது.

இதன் விளைவாக ஒரு அரசு தலைமையற்ற நிலையில் வந்த நோய்க்கு தனியார் துறையில் மிக அதிக அளவில் செலவு செய்யப்பட்டு வந்துள்ளது.

ஆகவே, அரசு பொது செலவினங்கள் மூலம் ஆரம்ப சுகாதாரத்தை வலுப்படுத்த முயற்சித்தாலும், பெரிய அளவில் தனியார் துறை செயல்படுவதை ஏற்றுக்கொள்ளாமல் இருக்க முடியாது. ஆகவே, இந்திய மக்களின் சுகாதாரத்தை மேம்படுத்தவும் வளர்ச்சி குறியீட்டுக்கு தகுந்த அளவு அதை வளர்க்கவும் பொதுத்துறை, தனியார் துறை இரண்டும் இணைந்து பயனளிக்கும் வகையில் மருத்துவ சேவையை அளிக்க உத்திகள் உருவாக்கப்பட வேண்டும். மாநிலங்கள் அளவில் செலவினத்தை திறமைப்படுத்தி நமக்கு தேவைப்படும் சுகாதார நிலைமைகளை அடைய முன்னோடியான மாதிரி திட்டங்களை செயல்படுத்தி பார்க்கவேண்டும்.

முடிவாக, அரசு தற்போது செலவிடும் அளவிற்கு ஏற்ற சுகாதார சேவைகள் பெறப்படவில்லை என்பது மறக்கப்பட்டுள்ளது. இது இப்படி இருந்தாலும், சுகாதார துறைக்காக பொதுச் செலவு கூட்டப்பட வேண்டும் என்பதில் வேறு கருத்து இருக்க முடியாது. ஆனால், இப்போது நமக்குள்ள சவால் என்னவென்றால் அதிகப்படியாக செலவு செய்வதால் மட்டுமே சுகாதார சேவைகளை மேம்படுத்த முடியுமா அல்லது நிதிகளை திறமையாக ஒதுக்கீடு செய்து திட்டங்களை செயல்படுத்துவதில் திறமையைக் கையாள வேண்டுமா என்பதே ஆகும்.

ஊட்டச்சத்தின்மையை குறைக்க: பெண்கள் நலன் மூலக் காரணம்

- மீராமிஷ்ரா

நோய்களுக்கும், ஊட்டச்சத்தின்மைக்கும் நெருங்கிய தொடர்புகள் உள்ளன. ஊட்டச் சத்திற்கான உலக நாடுகள் அமைப்பின் நிலைக்குழுவின்படி (UNSCN) பல வகைகளில் உலகளவில் பெரும்பான்மையான வியாதிகளுக்கு ஊட்டச்சத்தின்மையே காரணியாக உள்ளது. சில நிகழ்வுகளில் ஊட்டச்சத்தின்மையே உடல் நலக்கேட்டிற்கும், வியாதிகளுக்கும் காரணியாக உள்ளது. பிற நிலைமைகளில் அது ஒரு முக்கிய காரணியாக உள்ளது.

ஊட்டச்சத்தின்மையினால் ஏற்படும் தாக்கம்

இளம் வயதில் ஊட்டச்சத்தின்மை உள்ளவர்களுக்கு உடல் மற்றும் மூளை வளர்ச்சி குன்றியிருக்கும். உதாரணமாக வளரும் நாடுகளில் பள்ளிக்கு செல்வதற்கு முந்தைய வயது குழந்தைகளில் 14 கோடியே 70 லட்சம் பேர் உயரம் குறைவாக காணப்பட்டார்கள். (UNSCN-5) உலகளவில் ஏற்பட்ட குழந்தைகள் இறப்பு விகிதத்தில் 45 சதவிகிதம் சத்துணவு குறைவால் ஏற்பட்டதாகும். இது மரணங்களுக்கான காரணங்களில் நேரடியாகவும் சில சமயம் சத்துணவு குறைவினால் மற்ற வியாதிகள் தோன்றியதாலும் ஏற்பட்டன. ஓரளவு குறைந்த எடையளவு உள்ள குழந்தைகள் கூட நன்றாக ஊட்டச்சத்து பெற்ற குழந்தைகளைக் காட்டிலும் இரண்டு மடங்கு அதிகமாக இறப்பை சந்திக்கும் நிலைமை உள்ளது. நுண் ஊட்டச்சத்துக்களை எடுத்துக்கொண்டால் வைட்டமின்-ஏ சத்துகுறைவு காரணமாக நோய் எதிர்ப்புத்தன்மை குறைந்து ஒவ்வொரு ஆண்டும் சுமார் 10 லட்சம் குழந்தைகள் இறப்பதற்கு காரணமாக உள்ளது. உலகளவில் இரும்புச்சத்து குறைபாட்டினால் கர்ப்பகாலத்தில் 60,000 பெண்கள் ஆண்டொன்றிற்கு இறக்கிறார்கள். அதைப்போலவே, கர்ப்பக் காலத்தில் தாய்மார்களுக்கு ஃபோலேட் குறைபாட்டினால் இரண்டு லட்சத்து 56 ஆயிரம் குழந்தைகள் குறைபாடோடு பிறக்

கின்றன. கர்ப்பக்காலத்தில் அயோடின் குறைவு காரணமாக ஆண்டொன்றிற்கு ஒரு கோடியே 80 இலட்சம் குழந்தைகளுக்கு மூளை வளர்ச்சி பாதிக்கப்பட்டுள்ளன. இதனால், பள்ளிக்குழந்தைகளின் அறிவுத்திறமையும் 15 சதவிகிதம் வரை பாதிக்கப்பட்டுள்ளது.

இரும்புச்சத்து பற்றாக்குறையினால் தாயினுடைய நலம் பாதிக்கப்பட்டு கர்ப்பப்பையில் குழந்தை வளர்வது பாதிக்கப்பட்டு தாயும் சேயும் நோய் வாய்ப்படுவதற்கும், மரணத்திற்கும் காரணமாகிறது (உலக சுகாதார நிறுவனம் 2000a) ஊட்டச்சத்துக் குறைவினால் பல வகையான பொருளாதார விளைவுகளும் ஏற்படுகின்றன. இரத்த சோகை சம்மந்தப்பட்ட நோய்களால் குழந்தைகளின் அறிவுத்திறன் குறைந்தும், மற்றவர்களின் உழைப்புத்திறன் குறைந்தும், தெற்கு ஆசியாவில் மட்டும் ஆண்டொன்றிற்கு 500 கோடி அமெரிக்க டாலர் அளவிற்கு விரயம் ஏற்படுகிறது.

சுகாதாரம் மற்றும் ஊட்டச்சத்து குறைவினால் இரு தலைமுறைக்கும் இடையே உள்ள மற்றும் பல முனை பிரச்சினைகள்

1992ல் முதன்முதலாக விளக்கியபடி ஒரு தாயின் சுகாதாரத்தின் அடிப்படையில் ஒரு தலைமுறைக்கும் அடுத்த தலைமுறைக்கு மிடையே எப்படி வளர்ச்சி குறைபடுகிறது; ஆகவே, ஊட்டச்சத்து குறைபாட்டை நீக்கி பெண்களின் உடல் நலத்தை மேம்படுத்தினால் எப்படி இதை தீர்க்க முடியும் என்று கூறப்பட்டுள்ளது. ஊட்டச்சத்து குறைவான குழந்தைகள் குறைபாடான உடல் நலத்தோடு இளம் பருவத்தில் வளர்ந்து அவர்களுடைய ஒட்டுமொத்த உடல்நலம் பாதிக்கப்படுகிறது. குறிப்பாக மிக இளம் வயதில் ஏற்படும் கர்ப்பகாலங்களில் குறைந்த வளர்ச்சியுள்ள மற்றும் இரும்புச்சத்து குறைவான இளம் தாய்மார்களுக்கு குழந்தை பிறக்கும்போதும், பிறகும் பல பிரச்சினைகள் ஏற்பட்டு குறைப்பிரசவமும், குறைந்த எடையுள்ள குழந்தை பிறப்பும் ஏற்பட வாய்ப்புகள் உள்ளன. அடிக்கடி கர்ப்பம் ஏற்படு

மீராமிஷ்ரா, உலகளவில் சுகாதாரம் மற்றும் சமூக வளர்ச்சி ஆகிய துறைகளில் 25 ஆண்டுகள் பணிபுரிந்தவர்.

வதாலும், குழந்தை பிறப்பாலும் அதோடு அதிக அளவிலான வேலைப்பளுவாலும் குறைபாடான உணவாலும் மற்ற இழப்புகளாலும் உடல் நலம் பெரிதும் பாதிக்கப்பட்டு பல பெண்களின் ஊட்டச்சத்து மிகவும் பாதிக்கப்பட்டு அது அவர்களையும் அடுத்த சந்ததியினரின் உடல் நலத்தையும் பெருமளவு பாதிக்கிறது.

ஒருவரின் வாழ்க்கை சுற்றில் ஏற்படும் ஊட்டச்சத்து குறைவுகள்

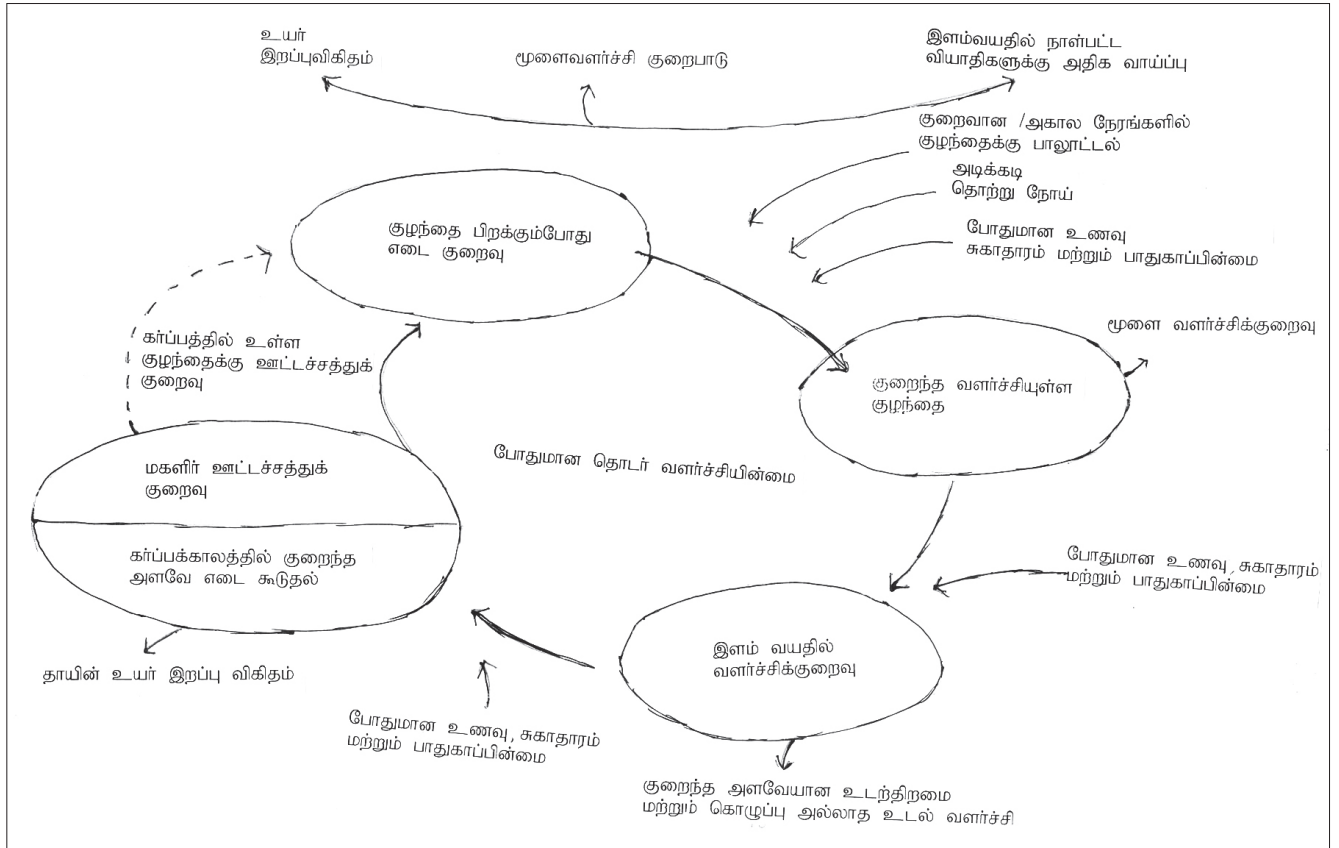
முதல் ஆயிரம் நாட்களின் முக்கியத்துவம்

ஒரு தாய் கருவுற்றதிலிருந்து அடுத்த ஆயிரம் நாட்களில் அதாவது குழந்தையின் இரண்டாவது ஆண்டு பிறந்த தினம் வரை குழந்தைக்குக் கிடைக்கும் ஊட்டச்சத்து அக்குழந்தைகளின் பிற்காலங்களில் உடல் நலத்தை நிர்ணயிக்கும். இந்த காலக்கட்டத்தில் குழந்தைக்கு நல்ல சத்துணவு கிடைத்தால் அது குழந்தைக்கு நெடுநாளைக்கு பயன்தந்து நன்றாக வளர்ந்து, கற்று, செழிப்பாக இருந்து நாட்டின் நலத்திற்கும் நல்வாழ்விற்கும் பெரும் பங்கு அளிக்கும். மகப்பேறு காலத்திலும் குழந்

தையின் முதல் சில ஆண்டுகளிலும் கிடைக்கும் நல்ல ஊட்டச்சத்து மூளை வளர்ச்சிக்கும் பொதுவான உடல் வளர்ச்சிக்கும் வலுவான நோய் எதிர்ப்புத் தன்மைக்கும் உதவும். முதல் ஆயிரம் நாட்களில்தான் ஒரு குழந்தை வாழ் நாள் முழுவதும் நல்ல சுகாதாரமும், உடல் பருமன் மற்றும் பிற நாள்பட்ட வியாதிகள் அந்த குழந்தைக்கு ஏற்படுமா என்பது பற்றிய அடித்தளம் அமைகிறது.

இந்தியா : நிலைமையும் நடவடிக்கையும்

ஊட்டச்சத்தின்மையை குறைப்பதற்கு இந்தியா தீர்மானமாக இருந்தாலும் தொடர்ந்து வளர்ச்சி ஏற்பட்ட நிலையிலும் முக்கியமான ஊட்டச்சத்து குறியீடுகளில் நாடு பின் தங்கியே உள்ளது. குழந்தைகள் பற்றிய ஒரு விரைவான ஆய்வில் ஐந்து வயதுக்கு குறைந்தவர்களில் 38.7 சதவிகிதம் பேர் உடல் உயர வளர்ச்சிக் குன்றியும், 19.8 சதவிகிதம் வீணாகியும் 42.5 சதவிகிதம் எடைக் குறைந்தும் காணப்பட்டனர். ஒரு குழந்தையின் குறைவான உடல் வளர்ச்சி நாள்பட்ட ஊட்டச்சத்தின்மையைக் காட்டுகிறது. வீணான உடல்நிலை தீவிர ஊட்டச்



முதல் 1000 நாட்களின் சரியான சத்துணவு

- குழந்தையின் சிறப்பான மூளை வளர்ச்சி மற்றும் பொதுவான வளர்ச்சிக்கு உந்து சக்தி.
- குழந்தை பள்ளி செல்வதற்கும் நன்றாக படிப்பதற்கும் இயலும்.
- குழந்தைகளின் உடல்நலம் கல்வி மற்றும் உற்பத்தி திறனில் உள்ள வேறுபாடுகள் குறையும்.
- வாழ்நாளில் சர்க்கரை மற்றும் இதயநோய் போன்ற நாள்பட்ட நோய்களிலிருந்து பாதுகாப்பு.
- ஆண்டுக்கு 10 லட்சம் உயிர்கள் காக்கப்படும்.
- நாட்டின் மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தி 12 சதவிகிதம் வரை உயர்வாய்ப்பு.
- ஒரு தலைமுறைக்கும் அடுத்த தலைமுறைக்கும் உள்ள ஏழ்மை தொடர்பு துண்டிப்பு.

சத்தின்மையையும், குறைந்த எடை இந்த இரண்டு நிலைகளின் சேர்க்கையையும் காட்டுகிறது. 2006ஆம் ஆண்டு வரை இந்த நிலைமைகளில் முன்னேற்றம் மிகவும் குறைவாகவே காணப்பட்டது. ஆனால், 1992-2006 காலக்கட்டத்தில் குறைந்த உடல் வளர்ச்சி 1.2 சதவிகிதமாக குறைந்ததைக் காட்டிலும் 2006-14 காலக்கட்டத்தில் 2.3 சதவிகிதமாக குறைந்தது.

நாட்டில் ஊட்டச்சத்தின்மையைக் குறைக்க பல முயற்சிகள் மேற்கொள்ளப்பட்டு வருகின்றன. அரசின் பல துறைகள் அமைச்சகங்கள், ஊட்டச்சத்தை உயர்த்த உதவும் நேரடி, மறைமுக பல முயற்சிகளை எடுத்துவருகின்றன. அங்கன்வாடி மையங்களின் மூலம் சிறந்த பணியாளர்களைக் கொண்டு குழந்தைகள் மற்றும் கருவுற்ற தாய்மார்களுக்கு கூடுதல் ஊட்டச்சத்து, நோய்களிலிருந்து பாதுகாக்க தடுப்பூசிகள், உடல்நலப் பரிசோதனைகள் மற்ற சேவைகளை அளித்து அவர்களின் ஊட்டச்சத்தையும் பொதுவான உடல்நலத்தையும் பேணும் முயற்சிகளை பெண்கள் மற்றும் சிறார் நலத்துறை அமைச்சகம் செயல்படுத்தும். ஒருங்கிணைந்த குழந்தைகள் நல திட்டமான

அரசின் முக்கிய திட்டத்தின் மூலம் செயல்படுத்தப்படுகிறது. உணவு மற்றும் சிவில் சப்ளைஸ் அமைச்சகம் பொது விநியோக திட்டத்தின் மூலம் எல்லாக் குடும்பங்களுக்கும் குறைந்த விலையில் உணவை வழங்குகிறது. ஊரக வளர்ச்சித் துறை, மகாத்மா காந்தி தேசிய ஊரக வேலை உத்தரவாத திட்டத்தின் எல்லா குடும்பங்களுக்கும் ஓரளவு வருமானமும் அதனால் உணவுக்கு வழிவகையும் செய்கிறது. மனித வள மேம்பாட்டு அமைச்சகம் செயல்படுத்தும் மத்திய உணவு திட்டத்தின் மூலம் பள்ளிக்கூழந்தைகளுக்கு உணவு அளிக்கப்படுகிறது. மலை ஜாதி மக்கள் நல அமைச்சம் அம்மக்களின் வாழ்க்கையை மேம்படுத்தி பசிப்பினியையும் ஊட்டச்சத்தின்மையையும் போக்குகிறது. இது தவிர மற்ற தனியார் துறைகள், சமூக நல அமைப்புகள் மற்றும் ஐக்கிய நாடுகள் நிறுவனங்கள் உள்ளிட்ட பிற அமைப்புகளும் இந்த முயற்சியில் ஈடுபட்டுள்ளன.

மாநில அளவில் முன் மாதிரி நடவடிக்கைகள் : உத்தராகண்டில் ஒரு முயற்சி

உத்தராகண்டில் மூன்று மாவட்டங்களில் ஒருங்கிணைந்த குழந்தைகள் மேம்பாட்டு திட்டத்தின் கீழ் பெண்கள் அமைப்புகள் மக்களுக்கு கேழ்வரகு மற்றும் பிற பாரம்பரிய உணவு தானியங்களையும் பருப்புகளையும் வழங்குகின்றன. இந்த அமைப்புகள் இந்த பொருட்களை தரம் பிரித்து சுத்தம் செய்து பாக்கெட்டில் அடைத்து கொடுக்கின்றன. அதற்காக ஒரு பாக்கெட்டிற்கு ஒரு ரூபாய் பெறுகின்றனர். ஒவ்வொருவரும் ஐந்து மணி நேரம் வேலை செய்து 150 முதல் 200 பாக்கெட்டுகளை நிரப்புகிறார்கள். இப்படி செய்வதன் மூலம் ஒருங்கிணைந்த குழந்தைகள் மேம்பாட்டு திட்டத்தின் கீழ் விநியோகிக்கப்படும் பொருட்களில் 10 சதவிகிதம் லாபம் பெற்று இந்த பெண்களின் அமைப்புகள் பயன்பெறுவதோடு தரமான பொருட்கள் மக்களுக்குப் போய் சேருகிறது. இந்த பெண்கள் அமைப்புகள் விவசாயிகளுக்கு கேழ்வரகுக்கு முன்பு ஒரு கிலோவுக்கு ரூபாய் 5 முதல் ரூபாய் 8 வரை கொடுத்ததற்கு மிகுதியாகவே ரூபாய் 10 முதல் ரூபாய் 15 வரை கொடுக்கிறார்கள். ஆகவே, விவசாயிகளும் பாரம்பரிய தானியங்களை உற்பத்தி செய்வதில் ஆர்வம் காட்டுகிறார்கள். இந்த தானியங்களுக்கான விதைகளுக்கான

தேவை அதிகமாக இருக்கிறது. இது அல்லாமல், இவற்றை சுத்தம் செய்து பாக்கெட்டுகளில் அடைப்பதால் இந்த குழுக்களில் உள்ள பெண்களுக்கு நல்ல வேலை கிடைக்கிறது. 2014-15ல் ஒருங்கிணைந்த குழந்தை மேம்பாட்டு திட்ட அமைப்பிற்கும் இந்த பெண்கள் அமைப்பிற்கும் இடையே ஒரு புரிந்துணர்வு ஒப்பந்தம் ஏற்பட்டு ஆண்டொன்றிற்கு ரூ.2,53,00,000 வியாபாரம் ஏற்பட்டு 23,00,000 ரூபாய் லாபம் கிடைத்தது. ஏப்ரல் 2014 முதல் டிசம்பர் 2014 வரை இந்த பெண்கள் அமைப்புகளினால் 7500 கருவுற்ற மற்றும் பாலூட்டும் தாய்மார்களும், 22,430 குழந்தைகளும் பயனடைந்தனர். இந்த முயற்சி உத்தராகண்ட் அரசின் ஒருங்கிணைந்த வாழ்வாதார ஆதரவு திட்டம் மூலம் செயல்படுத்தப்படுகிறது. (இந்த திட்டம் விவசாய வளர்ச்சிக்கான பன்னாட்டு நிதியத்திலிருந்து நிதி உதவி பெறுகிறது).

சமீபத்தில் வெளிவந்த ஊட்டச்சத்து பற்றிய இந்திய சுகாதார அறிக்கையில் 6 முக்கிய செய்திகள் கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.

- கடந்த 10 ஆண்டுகளில் குழந்தைகளின் குறைவான உயர் வளர்ச்சி, வீணான வளர்ச்சி மற்றும் குறைந்த எடையுள்ள குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை குறைந்துள்ளது; ஆனாலும் நம்மைப்போலவே வருமானமுள்ள மற்ற நாடுகளின் நிலைமையைக் காட்டிலும் இது மோசமானதாகும்.
- கடந்த பல ஆண்டுகளாக நாட்டில் ஏற்பட்டுள்ள பொருளாதார வளர்ச்சியையும் விவசாய உற்பத்தி திறன் மேம்பாட்டையும் இந்த ஊட்டச்சத்து நிலைமை பிரதிபலிக்கவில்லை. பொருளாதார முன்னேற்றத்தோடு உயரம் குறைந்த வளர்ச்சியுள்ள குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை குறைந்தாலும், இதனால் ஊட்டச்சத்து குறைபாடு குறையாமல், உடல் பருமனுக்கும் வழிவகுக்கலாம்.
- உடல் உயர் வளர்ச்சி குறைபாடு மற்றும் ஊட்டச்சத்து திட்ட செயல்பாடு மாநிலத்திற்கு மாநிலம் வேறுபடுகிறது. ஆகவே, ஒரு மாநிலத்திற்கு ஏற்ற திட்டங்களை செயல்படுத்த வேண்டும்.
- இந்தியாவில் உடல் உயரக்குறைவுக்கான காரணங்களும் மாநிலங்களுக்குள்ளே

உள்ள வேறுபாடுகளும் மிகவும் சிக்கலான பிரச்சினையாகும். கூடுதல் உணவு வழங்கல், பெண்களின் நிலைமை மற்றும் சுகாதாரம் பிற சுகாதார வசதிகள் மற்றும் சமூக ஜாதி சார்ந்த ஏற்றத் தாழ்வுகள் ஆகியன மிகப்பெரிய சவால்களாகும்.

- ஊட்டச்சத்தின்மையும் அதனால் குழந்தைகள் பாதிக்கப்படுபவையும் இந்தியா குறைத்து மதிப்பிட்டால் அதனால் பெரிய அளவிலான பொருளாதார மற்றும் சுகாதார, சமூக பிரச்சினைகள் அடுத்து வரும் தலைமுறைக்கு ஏற்படலாம்.
- இந்தியாவின் ஊட்டச்சத்துக்குறைவு பிரச்சினை குழந்தைகளின் மேம்பாட்டிற்கு சீரிய சவாலாகும். இந்தியாவின் எதிர்கால குழந்தைகளின் நலனைக் காக்க மாநில அளவில் திட்டங்கள் துரிதப்பட வேண்டும்.

இந்தியாவில் தாய்மார்களின் உயரம் குறைந்து, உடல் இளைத்து இருப்புச் சத்து குறைந்து காணப்படுவதால் அவர்கள் ஊட்டச்சத்து குறைபாடுகள் மிகுந்து மெலிந்த குழந்தைகளையே பெற்றெடுப்பார்கள். கடந்த 10 ஆண்டுகளாக சுகாதார சேவைகள் வழங்குவதன் மூலம் தாய் சேய் உயர் பாதுகாப்புப் பற்றி அதிக கவனம் செலுத்தப்பட்டு வருகிறது. ஆகவே, குழந்தைகள் பிறக்கும் போது, நல்ல எடையுடன் இருப்பதை உறுதி செய்யும் வண்ணம் இந்த பகுதிகளில் பெண்கள் கரு பெறுவதற்கு முன்பும், மகப்பேறு காலத்திலும் எடை கூடும் வண்ணம் அவர்களுக்கு ஊட்டச்சத்து அளிக்கப்பட வேண்டும். ஒரு தாயின் வாழ்நாள் முழுவதும் அவர் பெறும் ஊட்டச்சத்தை அதிகமாக்க வேண்டும். பெண்களின் ஊட்டச்சத்து நிலைமையை மேம்படுத்த அது பற்றி தகவல்களை சேகரிக்க வேண்டும். இந்தத் தகவல்கள் ஊட்டச்சத்து நிலைமை பற்றியும் அதனால் ஏற்படும் விளைவை பற்றியும் தொடர்ந்து பெறப்பட்டு ஆய்வு செய்யப்பட்டு சம்மந்தப்பட்டவர்களுக்கு வழங்கப்பட வேண்டும். தாயின் ஊட்டச்சத்து மேம்பட்டால், தாய்மார்களின் சுகாதாரமும் நல்வாழ்வும் உயர்ந்து குழந்தைகளின் நலமும் உயர்ந்து அது நாட்டிற்கே பயனளிக்கும். இப்போதுள்ள குழந்தைகளின் நிலைமையை விட ஆண்டொன்றிற்கு பிறக்கும் 2,60,00,000 குழந்தைகளின் நிலைமை மேலும் வளமாக இருக்க வேண்டும்.

சுகாதாரத் தொடர்பியலின் ஆற்றலையும் வாய்ப்பையும் புரிந்து கொள்வதற்கான திட்டம்

- டாக்டர் சஞ்சீவ்குமார்

மக்களின் ஆரோக்கிய நிலையை மேம்படுத்தவும் சுகாதாரத் திட்டங்களின் செயல்திறனை அதிகப்படுத்தவும் தேவைப்படுகின்ற முக்கியமான உத்திகளுள் ஒன்றாக சமூக மற்றும் நடத்தை மாற்றங்களுக்கான தொடர்பியல் ஏற்றுக் கொள்ளப்பட்டு உள்ளது. சுகாதாரம் மற்றும் குடும்பநலத் துறையின் திட்டங்கள், செயல்பாடுகளில் ஆரம்பகாலம் முதலே தொடர்பியலின் ஆற்றலும் வாய்ப்பும் முக்கியம் என்பது உணரப்பட்டு வந்துள்ளது. பல்வேறு சுகாதாரத் திட்டங்கள் (எ.டு. போலியோ, பெரியம்மை) மற்றும் இடையீட்டு செயல்பாடுகளில் கடந்த சில ஆண்டுகளாக எண்ணற்ற சாதனைகள் எட்டப்பட்டு உள்ளன. எனினும் முக்கியமான சுகாதாரப் பிரிவுகளிலும் குறிகாட்டிகளிலும் இந்தியா இப்பொழுதும் பெரிய சவால்களை சந்தித்துக் கொண்டுதான் இருக்கின்றது. தற்போதைய சூழலுக்கு காரணமான “விநியோக தரப்பு” என்பதோடு தொடர்புடைய பல்வேறு கூறுகளை பட்டியல் இடலாம். உள்கட்டமைப்பு வசதிகளின் போதாமை, மனிதவள ஆற்றல் தேவையை நிறைவு செய்ய முடியாதது, நிதி விடுவித்தல் மற்றும் பயன்படுத்துதலில் உள்ள சவால்கள், சேவைகளின் தரம், சேவைகள் எல்லோருக்கும் கிடைத்தல், நிர்வாகம் மற்றும் செயலாக்கப் பிரச்சனைகள், சுகாதாரம் மாநில அரசு சார்ந்ததாக இருத்தல் ஆகியவற்றை இக்கூறுகளுக்கு உதாரணமாகக் கூறலாம். இதேபோன்று “தேவை தரப்பில்” இருந்தும் பல சவால்கள் ஏற்படுகின்றன. மிகப்பெரும் மற்றும் பலதரப்பட்ட மக்கள்தொகை, பாரம்பரியம் மற்றும் வழக்காறுகள், புனைவுகள் மற்றும் தவறான கருத்தாக்கங்கள், நம்பிக்கைகள் மற்றும் பார்வை, பழக்கவழக்கங்கள் மற்றும் மனப்பாங்குகள், மதிப்பீடுகள் மற்றும் விதிகள்

ஆகிய கூறுகளோடு தகவல் மற்றும் அறிவு இடைவெளி, விழிப்புணர்வு நிலை ஆகியவற்றையும் “தேவை தரப்பின்” சவால்களாகக் குறிப்பிடலாம். தற்போது பரிசீலிக்கப்பட்டு வரும் புதிய சுகாதாரக் கொள்கை, எஸ்.டி.ஜி.யின் அறிமுகம் ஆகியன சுகாதாரத் தொடர்பியலின் அவசியத்தை மேலும் நன்கு உணர உதவும். அதாவது விழிப்புணர்வு என்பதில் இருந்து நடத்தை மாற்றம் என்பதை நன்கு புரிந்து கொள்ள இக்கூறுகள் உதவும். அதேபோன்று விநியோகத் தரப்பு மற்றும் தேவை தரப்பு என இரண்டு தரப்பிலும் முக்கிய பிரச்சனைகளை கண்டறியவும் உதவும். உண்மையான மாற்றத்தை மாபெரும் மாற்றத்தை ஏற்படுத்துவதற்கான திட்டத்தை வகுத்து நடைமுறைப்படுத்தவும் உதவும்.

ஐம்பதுகளின் தொடக்கத்தில் அறிமுகப் படுத்தப்பட்ட சுகாதாரத் தொடர்பியல் திட்டங்கள் நீண்ட காலத்திற்கு விழிப்புணர்வு என்ற அம்சத்தில்தான் கவனம் செலுத்தின. அதாவது அறிவு, தகவல் மற்றும் கல்வி ஆகியவற்றை அதிகரிக்கவே அழுத்தம் தரப்பட்டது. ஒரு விஷயத்தை “செய்வதில்” இருந்து மக்களைத் தடுக்க அல்லது கட்டுப்படுத்துவதில் அல்லது நடத்தையை மாற்றுவதில் “அறிந்து கொள்ளுதலை”விட கூடுதலான அம்சங்கள் உள்ளன என்பது கவனத்தில் எடுத்துக் கொள்ளப்படவில்லை. “அறிந்து கொள்ளுதல்” மற்றும் “செய்தல்” ஆகியவற்றில் இருந்து தொடங்கும் பயணம்தான் சமூக மற்றும் நடத்தை மாற்றத்துக்கான தொடர்பியல் புதிராகும். சுகாதாரத் தொடர்பியல் சிக்கல் உணரப்பட்டுள்ளது. ஆனால் இந்தியச் சூழலில் அதன் பரிமாணங்கள் மற்றும் அடுக்குகள் முறையாக முழுமையாக இன்னமும் புரிந்து கொள்ளப்படவில்லை என்றே நான்

டாக்டர் சஞ்சீவ்குமார், கௌரவ பேராசிரியர், இந்திய மக்கள் தொடர்பியல் நிறுவனம், புதுதில்லி.

நம்புகிறேன். ஏனென்றால் மாற்றங்கள் பற்றிய கோட்பாடுகளை நாம் மேற்குலகம் மற்றும் பொருளாதாரத்தில் வளர்ச்சி அடைந்த நாடுகளில் இருந்து அப்படியே எடுத்து பின்பற்றுகிறோம். எனவே இது இந்தியச் சூழலோடு பொருந்தாமல் போகின்றது. சுகாதாரக் கல்வி மற்றும் சுகாதார மேம்பாடு ஆகியவற்றின் மீது கவனம் செலுத்திய தொடக்ககால மாதிரிகள் மற்றும் சட்டகங்களில் தனிநபர் வாதத்திற்கும் சமூக உறுப்பினர் என்ற கருத்தாக்கத்திற்குமான அடிப்படை வித்தியாசம் எடுத்துக் கொள்ளப்படவில்லை. விநியோகிக்கும் தரப்பினருக்குத் “தெரியும்”. மக்களுக்குத் தெரியாது. எனவே தொடர்பியலின் போக்கு என்பது ஒருவழிப்பட்டதாகவே இருந்தது. அதாவது அமைப்பிடம் இருந்து மக்களுக்கு என்ற ஒரு வழிப்பயணமாக தொடர்பியல் என்பது இருந்தது. மக்கள் தெரிந்து கொள்வார்கள், தங்களது சொந்த நலனுக்காக அவர்கள் புதிய நடத்தைகளையும் நடைமுறைகளையும் மேற்கொள்வார்கள் என்ற தர்க்கமும் பகுத்தறிவுமே இந்த தொடர்பியல் முறையில் செயல்பட்டது. அந்தக் காலகட்டத்தில் நடந்த வற்றை முயற்சிகளை குறைத்து மதிப்பிடுவது என்பது இங்கு நோக்கமல்ல. உண்மையில் சுகாதார மேம்பாட்டு திட்டங்களும் மக்களும் அக்கறையுடன்தான் இருந்தனர். கடினமான உழைப்பும் மேற்கொள்ளப்பட்டு இருந்தது. தொடர்பியல் பணிக்கு அடுத்த கட்டத்தில் தகவல்கல்விதொடர்பியல் (IEC) எனப் பெயரிடப்பட்டது. ஆனால் மீண்டும் அதிகப்படியான கவனம் தகவல் என்பதிலேயே செலுத்தப்பட்டது. அதிலும் விநியோகத் தரப்பில் இருந்தே கவனம் குவிக்கப்பட்டது. மக்கள் தங்களுக்காக தங்கள் நலனுக்காக “காண்பார்கள்” என்றும் எந்த நடத்தை வேண்டும் என்று சொல்கின்றோமோ அந்த நடைத்தையை மேற்கொள்ளும் பிறரை உதாரணங்களாக எடுத்துக் கொள்வார்கள் என்றும் கருதி இத்தகைய பார்வை முன் வைக்கப்பட்டது. அளவீடு மற்றும் பல முக்கியமான சுகாதார நடத்தைகள் (குடும்பக் கட்டுப்பாடு மற்றும் ஊட்டச்சத்து சார்ந்த நடத்தைகள்) ஆகியவற்றில் பெருமளவு மாற்றங்களை ஏற்படுத்த முடியாத நிலையில் உள்ள சவால்களில் இருந்து பாடம் கற்றுக்கொண்ட

பிறகு இப்போது தொடர்பியல் செயல்கள் மடைமாற்றம் பெற்றுள்ளன. தற்போதைய கவனம் நடத்தை மாற்றத் தொடர்பியல் (B.C.C) என்பதில் உள்ளது. இந்த அணுகுமுறையில் பல்வேறு சாதகங்களும் பலன்களும் உள்ளன. ஒரு குறிப்பிட்ட நடத்தையில் குறிப்பிட்ட மாற்றத்தை ஏற்படுத்த வேண்டும் என்பதுதான் இலக்காகும். சான்றாதாரத்தின் அடிப்படையிலும் சுற்றுச்சூழல் பார்வையிலும் நடத்தையில் மாற்றம் ஏற்படுத்த இந்த அணுகுமுறை முயல்கின்றது. இந்த அணுகுமுறை பின்னர் விரைவில் உள்ளார்ந்து மறைமுகமாக இருக்கின்ற “சமூகம்” என்ற கருத்தாக்கத்தை வெளிப்படையாகச் சேர்த்து விரிவாக்கப்பட்டது. பிறகு இது சமூக மற்றும் நடத்தை மாற்றத் தொடர்பியலில் (S.B.C.C.) எனப்பட்டது. இந்த எஸ்.பி.சி.சி அணுகுமுறையானது விதிகள், மதிப்பீடுகளின் முக்கியத்துவத்தைக் கவனத்தில் எடுத்துக் கொள்ளும் அதே நேரத்தில் சூழலியல் மாறிலிகளையும் கவனத்தில் கொள்கின்றது.

இவ்வாறு கருத்தாக்கச் சட்டகங்கள், அணுகுமுறைகள், மாதிரிகள், கோட்பாடுகள் ஆகியன தங்களது பெயர்களை, வடிவத்தை, கவனத்தை மாற்றிக் கொண்டுள்ளன. ஆனால் இன்று வரை முக்கியமான கேள்விக்கு விடை காணப்பட்டுள்ளதா? தொடர்பியலின் ஆற்றலையும் தொடர்பியலுக்கான கருவிகளையும் நாம் புரிந்து கொள்வதில் மாற்றம் ஏற்பட்டுள்ளதா? இதில் நாம் கவனத்தையும் முதலீட்டையும் செலுத்தி உள்ளோமா? தொடர்பியல் என்பது மாற்றத்துக்கான துணைக்கருவி இல்லை; அதுதான் முக்கியமான மையக்கருவி என்பதை நாம் நிரூபித்து உள்ளோமா? பொருட்களையும் நடவடிக்கைகளையும் எடுத்துக் காட்டுவதற்கான சிறந்த உபகரணம் என்பதையும் பிரச்சார முகாம் என்பது இதனோடு சேர்ந்ததாக இருக்க வேண்டும் என்பதையும் நாம் புரிந்து கொண்டுள்ளோமா? அளவீடுகளின் அடிப்படையில் மக்களின் வாழ்வியல் மாற்றத்தின் தரத்தை மேம்படுத்தவும் மாற்றம் ஏற்படும் கால அளவை விரைவுபடுத்தவும் நம்மால் முடிந்துள்ளதா? மக்கள், குடும்பங்கள் மற்றும் சமுதாயங்கள் ஆகியவற்றை ஆழமாகவும் பரந்துபட்ட

அளவிலும் புரிந்து கொண்டு அதன் அடிப்படையில் புதிய உபகரணங்களையும் உத்திகளையும் கண்டடையும் வகையில் தொடர்பியல் வடிவமைப்பு மற்றும் விநியோக அமைப்புகள் தூண்டிவிடப்பட்டுள்ளனவா? சொல்லாக்கப் பிரச்சனைகளில் இருந்து நாம் விடுபட்டுவிட்டோமா? உலகை மாற்றவும் உலகோடு பொருந்திப் போகவும் நமது களப் பணியாளர்களுக்கு நாம் அதிகாரம் அளித்துள்ளோமா? கொள்கை அளவில் மாற்றங்கள் வெளித்தெரியும்படி ஏற்பட்டுள்ளன. ஆனால் அந்த மாற்றங்கள் நிறுவனங்களைச் சென்று சேரவில்லை. களஅளவில் இவை சென்று சேரவில்லை. கடைசி எல்லை மக்களைச் சென்று சேரும்போதுதான் தொடர்பியலின் ஆற்றல் புரியவரும். அதிகாரம் உடையவராகவும், தகுதி பெற்றவராகவும் தொடர்பியல் பணியாளர் ஆகும்போதுதான் குடிமக்கள் தகவல் தெரிந்தவர்களாகவும் ஆகும்போதுதான் தொடர்பியலின் ஆற்றல் வெளித்தெரியும்.

சுகாதாரத் தொடர்பியலுக்கான திட்டம் வரும் ஆண்டுகளில் கீழ்வரும் ஆறு தெளிவான வழிமுறைகளில் கவனம் செலுத்த வேண்டும்.

1. மத்திய மற்றும் மாநில அரசு நிலைகளில் தொடர்பியல் செயல்பாடுகளுக்கு பட்ஜெட் ஒதுக்குகின்ற முறையில் மாற்றம் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும். தொடர்பியல் முயற்சிகளுக்காகத் தரப்படும் நிதியானது போதுமான அளவில் இல்லை. ஒதுக்கப்படும் பட்ஜெட்டை அரசே முழுமையாகப் பயன்படுத்த முடியாதபோது கூடுதலான நிதியைக் கேட்க முடியாமல் கொள்கை வகுப்பவர்கள் தடுமாறுகிறார்கள். இது ஓரளவிற்கு உண்மையாக இருந்தாலும் சுகாதாரத் தொடர்பியலுக்கான நிதியை பயன்படுத்துவதில் அரசு அல்லது நிறுவனங்கள் எதிர்கொள்ளும் சவால்களை பரிசீலிப்பதற்காக அமைப்புக்கு தரப்படும் ஒரு எச்சரிக்கையாகவே இது இருக்கிறது. தேவை அடிப்படை அல்லது செயல்திறன் அடிப்படை என்ற இரண்டு அம்சங்களில் எந்த அடிப்படையில் நிதி ஒதுக்கப்பட்டது என்பது முக்கியமானதாகிறது. செயல்திறன் அடிப்

படையிலான தொடர்பியலுக்கு ஒதுக்கப்படும் நிதி ஒதுக்கீடு இரண்டு இடைவெளிகளை இட்டு நிரப்புவதாக உள்ளது. ஒன்று பொறுப்புடைமை; மற்றொன்று தொடர்பியல் செயல்பாடுகளின் தரம். பணத்தை செலவு செய்தல் என்பதில் கவனம் செலுத்துவது முக்கியமல்ல. தேவையான விளைவுகளுக்கு ஏற்ப சரியாக செலவு செய்வது என்பதுவே முக்கியம் ஆகும். தொடர்பியல் துறைக்கு செயல்திறன் சார்ந்த ஊக்கம் அளிக்கப்பட வேண்டும்.

2. தொடர்பியல் துறை ஊழியர்களின் திறனும் பயிற்சி நிறுவனங்களின் திறனும் மேம்படுத்தப்பட வேண்டும். அவைதான் மாற்றத்துக்கான உந்து சக்தியாகும். புதிய, புத்தாக்க கருவிகள் மற்றும் தொழில் உத்திகளுடன் அவை மேம்படுத்தப்பட வேண்டும். இல்லையென்றால் இவற்றால் விரைவாகவும் சிறப்பாகவும் சேவையை வழங்க இயலாமல் போய்விடும். இது ஒரு அவசர மற்றும் பேரளவு நடவடிக்கை ஆகும். இதற்கு தொடர்பியல் நிபுணர்கள் தேவை. மேலும் என்.ஐ.ஹெச்.எஃப்.டபிள்யூ.எஸ்.ஐ.ஹெச்.எஃப்.டபிள்யூ.ஏ.என்.டி.சி மற்றும் ஏ.டபிள்யூ.டி.சி போன்ற பயிற்சி நிறுவனங்கள் வடிவமைக்கும் தொடர்பியல் பாடத்திட்டமும் முக்கியமானதாகும். தொடர்பியல் தகுதிநீன்கள் மீது கவனம் செலுத்தும் வகையிலான புதிய ஆற்றல் மற்றும் துடிப்பு இந்த பயிற்சி நிறுவனங்களில் ஏற்படுத்தப்பட வேண்டியது அவசரத் தேவையாகும். தேவையான விளைவுகளை ஏற்படுத்தும் வகையில் செயல்திறனை மேம்படுத்தும் வகையில் இந்தப் பயிற்சிகள் அமைய வேண்டும். எளிமையான நேர்முகத் தொடர்பியலைத் தாண்டியும் கவனம் செலுத்த வேண்டியது தேவையாகின்றது. இந்த நேர்முகத் தொடர்பியலில் இணங்க வைத்தல், பேச்சுவார்த்தை, ஆதிக்கம் செலுத்துதல் ஆகிய உத்திகளை இணைக்க வேண்டும். இதற்கு ஆலோசனை மற்றும் ஊக்கப்படுத்துதல் மட்டுமே போதாது. கள விளம்பர இயக்குனரகம், இசைநாடகப் பிரிவு, தொலைக்காட்சி, வானொலி, விளம்பரம் மற்றும் கண்காட்சி இயக்குனரகம் போன்ற தகவல் ஒலிபரப்பு அமைச்சகத்தின் பிரிவுகளோடு இணைந்தும் பணியாற்ற வேண்டும்.

3. சுகாதாரத் தொடர்பியலுக்கான கண் காணிப்பு, தடம் காணுதல், மதிப்பிடுதல் மற்றும் ஆராய்ச்சி ஆகியன சிறப்பான முடிவுகளைப் பெற சரியான முறையில் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும். இந்த அம்சம் தீவிரமான கவனத்துடன் எடுத்துக் கொள்ளப் படுவதில்லை. நிதிப் பயன்பாட்டு சான்றிதழ் வழங்குவதோடு இது முடிந்து விடுகின்றது. சிலசமயங்களில் புகைப்படங்கள் மற்றும் செய்தித்தாள் அறிக்கைகளை சாட்சியங்களாகத் தருவதோடு முடிந்து விடுகின்றது. இத்தகைய திறமைகள் கொண்டவர்களாக திட்ட மேலாளர்களும் அலுவலர்களும் மாற்றப்படுவதோடு இந்தவகை ஆராய்ச்சிகளையும் மதிப்பீடுகளையும் விரைவாகவும் தரமாகவும் செய்தவற்கு பங்குதாரர்களையும் ஏஜென்சிகளையும் நியமிக்க வேண்டும். சுகாதாரத் தொடர்பியல் செயல்பாடுகளுக்கான கண்காணிப்பு குறிகாட்டி அளவுகள் என்பது மற்றொரு அம்சமாகும். இன்று வரை இவற்றில் பெரும்பாலானவை உள்ளீடு அல்லது செயல்முறை அல்லது வெளியீடு குறிகாட்டிகளாகவே உள்ளன. அதேபோன்று சுகாதாரத் தொடர்பியல் செயல்பாடுகளுக்கான மின்னூட்டம் மற்றும் தொடர் கவனிப்பு முறை மேலும் வலுப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

4. படைப்பு ரீதியிலான கருத்துருவாக்கம், சுகாதாரத் தொடர்பியலுக்கான பொருட்கள் மற்றும் செயல்பாடுகள் ஆகியவற்றில் பெருமளவில் மாற்றம் ஏற்பட வேண்டும். தொடர்பியலுக்கான பொருட்களை அலுவலகத்துக்குள்ளேயே வடிவமைப்பதில் தனிநபருக்கும் நிறுவனத்திற்கும் ஓரளவே திறமைகள் உள்ளன. தொடர்பியலுக்கான உட்செய்தியின் தரம், வடிவமைப்பு, லேஅவுட், பிராண்ட் செய்தல் ஆகியவை இந்தப் பிரிவில் சவாலாக உள்ளன. தொடர்பியலுக்கான பிரச்சாரப் பொருட்களை வடிவமைத்து விநியோகிப்பதில் இரண்டு வழிகள் உள்ளன. அவை, அலுவலகத்துக்கு உள்ளேயே தயாரிப்பது மற்றும் பிற நிறுவனங்களிடம் கொடுத்து அவுட்சோர்ஸ் ஆகச் செய்வது ஆகும். அவுட்சோர்சிங்கில் அதற்கென பிரச்சனைகளும் சவால்களும் உள்ளன. கொள்முதல், நிர்வாகம்,

செலவு ஆகியவற்றில் பிரச்சனைகள் உள்ளன. அவுட்சோர்சிங் ஏஜென்சிக்கு ஆடியன்சோடு தொடர்பு இருக்கிறதா என்பதும் மக்கள்திரளின் தேவைகளையும் நாடித்துடிப்பையும் இந்த ஏஜென்சி தெரிந்து வைத்துள்ளதா என்பதும் இங்கு கவனத்தில் கொள்ள வேண்டியது முக்கியம் ஆகும். அரசுக்கான விளம்பரம் மற்றும் பிரச்சாரத்துக்காக இவை பயன்படுத்தப்படுகின்றன என்பதும் பத்திரிகையில் முக்கியமான இடம் வலுக்கட்டாயமாக எடுத்துக் கொள்ளப்படுகின்றது என்பதும் கூடுதல் பிரச்சனைகள் ஆகும். இத்தகைய அதிகாரத் தொனியானது தவிர்க்கப்பட வேண்டும். வர்த்தகத் தொடர்பியல் நடவடிக்கைகளோடு ஒப்பிட்டால், சமூகத்தொடர்பியல் (அரசாங்கத் தொடர்பியல் என்றே எடுத்துக் கொள்ளலாம்) பழக்கமானதாக அல்லது அலுப்பூட்டுவதாக உள்ளது.

5. மத்திய மற்றும் மாநில அரசுகளில் செயல்பட்டு வரும் சுகாதார தொடர்பியல் அமைப்பு முறையை மாற்ற வேண்டும். மத்திய அரசில் உள்ள ஐ.இ.சி டிவிஷன் (அல்லது பிரிவு), மாநில அரசுகளில் உள்ள ஐ.இ.சி வாரியங்கள் அல்லது பி.சி.சி அலகுகள் ஆகியன சிறிய அமைப்புகள் ஆகும். இங்கு ஒரு சில அலுவலர்களே இருப்பர். மூலவளங்களும் மிகக் குறைவாகவே இருக்கும். இந்த டிவிஷன்கள் அல்லது பிரிவுகள் பெரும்பாலும் ஐ.இ.சிக்கான பொருட்களைத் தயாரித்து விநியோகிக்கும் அலுவலகப் பிரிவுகளாகவே பார்க்கப்படுகின்றன. மத்திய அரசில் உள்ள தொடர்பியல் டிவிஷன் ஆரம்பிக்கப்பட்ட போது எந்த நிலையில் இருந்ததோ அதே நிலையிலேயே பலபத்தாண்டுகள் கழித்தும் அமைப்பு ரீதியிலும் செயல்பாட்டு ரீதியிலும் உள்ளது. பிரச்சாரப் பொருட்களைத் தயாரித்தல், கொள்முதல் செய்தல், விநியோகித்தல் ஆகியவற்றைச் சார்ந்து நபர்கள், பணியின் போக்கு முதலானவை மாறாமல் அப்படியே உள்ளன. இவர்கள் பத்திரிகைத் தொடர்பு மேலாளர்கள், நிகழ்ச்சி மேலாளர்களாகவே பார்க்கப்படுகிறார்கள். செய்தியாளர் சந்திப்பு நிகழ்ச்சிகள், அறிக்கைகளை மேற்பார்வை செய்தல், அதிகாரிகளுக்கும் துறைகளுக்கும் செய்தியைத் தயாரித்தல் போன்ற பணிகளையே

இவர்கள் மேற்கொள்கின்றனர். சமூக மற்றும் நடத்தை மாற்றத்துக்கான தொடர்பியலின் முக்கியமான, தொழில்நிபுணத்துவம் சார்ந்த அம்சங்கள் சில சமயங்களில் பின்னுக்குத் தள்ளப்பட்டு விடுகின்றன. அதற்குப் பதிலாக நிர்வாக, செயலாக்க அம்சங்கள் முன்னணியில் நின்று விடுகின்றன. தொடர்பியல் பிரிவுகளுக்கு போதுமான மூலவள ஆதாரங்கள் அளிக்கப்பட்டு அவை தொழில்நிபுணத்துவத்துடனும் நவீன உபகரணங்களுடனும் பொறுப்புடைமையுடனும் தொடர்பியல் பொருட்களை விநியோகிக்க வேண்டும். இதற்கு முன்பு கூறிய நான்கு பிரச்சனைகளையும் இது கவனத்தில் கொள்ளும்.

6. சுகாதாரத் தொடர்பியல் செயல்பாடுகளுக்கு அனைத்து நிலைகளிலும் பங்குதாரர்கள் தேவை. சமூகத்தோடு நெருங்கிய தொடர்புடைய தன்னார்வத் தொண்டு நிறுவனங்கள் (என்.ஜி.ஓ) மற்றும் சமுதாயம் சார்ந்த நிறுவனங்கள் (சி.பி.ஓ) பங்குதாரர்களாக இருக்கலாம். ஏனெனில் மக்களை எளிதில் அணுகுபவர்களாகவும் மக்களின் நம்பிக்கையை பெற்றவர்களாகவும் உள்ள இத்தகைய அமைப்புகளோடு பங்குதாரர்களாக செயல்படுவது நல்ல பலனைத் தரும். ஊடகத்துடன் பங்குதாரராகச் சேர்வது என்பது ஊக்கப்படுத்தப்பட வேண்டும். இந்த உறவு சாதகமான செய்தி அறிக்கைகள் வெளிவரவும் முறையான செய்தி கவரேஜ் கிடைக்கவும் உதவுவதாக இருக்க வேண்டும். ஊடகம் தகவல் பரப்புநராக இருப்பதோடு கருத்துருவாக்க சாதனமாகவும் செயல்படும். பெரும்பான்மையான மக்களுக்கு ஊடகத்தின் பலன் கிடைக்கச் செய்யலாம். இதேபோன்று தனியார் துறை மற்றும் கார்ப்பரேட் நிறுவனங்களுடன் பங்குதாரர்களாகச் சேர்ந்து செயல்படலாம். நிர்வாகம், செயலாக்கம், தொழில்நுட்ப நிபுணத்துவம் ஆகியவற்றில் அவர்கள் உதவுவார்கள். மேலும் தொடர்பியல் முகாம்களுக்கு கார்ப்பரேட் சமூகப் பொறுப்புடைமையின் கீழ் நிதியுதவியும் பெறலாம். பரஸ்பர நம்பிக்கை அடிப்படையில் செயல்படும் நிறுவனம், கருத்துருவாக்கத் தலைவர்கள், கல்வி நிலையங்கள், ஆராய்ச்சி நிறுவனங்கள், சர்வதேச அமைப்புகள், ஐ.நா.

சபை, அறக்கட்டளைகள் ஆகியவற்றுடன் இணைந்து செயல்படலாம். இதன் மூலம் உரையாடலை வளர்த்தெடுக்கவும் நடத்தை மாற்றத்துக்காக மக்கள் மீது செல்வாக்கு செலுத்தவும் இத்தகைய பங்குதாரர்கள் உதவுவார்கள். தேவை தரப்பின் மீது கவனம் செலுத்துவது என்பது விநியோகத் தரப்பை புறக்கணித்து விடுவதாக மாறிவிடக் கூடாது. அதாவது விநியோகத் தரப்பில் தோல்வியும் செயல்முறையும் ஏற்பட்டுவிடக் கூடாது. நிறைவு செய்ய முடியாத வகையில் தேவை தரப்பில் எழும் எதிர்பார்ப்புகள் சேவை வழங்குபவர்கள் மற்றும் பயன்படுத்துபவர்கள் என இரு தரப்பினருக்குமே வெறுப்பு மனப்பான்மையைத் தூண்டுவதாக இருந்துவிடக் கூடும். இதற்கு எளிய வழி தேவை தரப்பு உபகரணங்களை சுகாதார அமைப்பு சீர்திருத்தங்களுக்கான மாற்றாகப் பார்க்க வேண்டும். விநியோக தரப்பு இடையீட்டாக பார்க்கும் அணுகுமுறையைவிட இது சிறப்பானதாக இருக்கும்.

நிறைவாக, சுகாதார இயக்கத்தின் செயல்பாடுகளின் சாதகமான விளைவுகளை விரைவுபடுத்தும் வகையில் முக்கியமான தொடர்பியல் முயற்சிகள் இந்தியாவில் வலுப்படுத்தப்பட வேண்டும். தொற்றும் நோய்கள் மற்றும் தொற்றாத நோய்கள் பெருகிவருவது குறைக்கப்பட வேண்டும். முன்தடுப்பு மற்றும் நடத்தை மாற்றத் தொடர்பியல் நிகழ்ச்சிகள் படைப்பாக்க அம்சத்துடன் சாட்சி அடிப்படையில் தொழில்நிபுணத்துவத்துடன் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும். சாதகமான நடத்தை மாற்றங்களுக்கான இவர்களின் பங்களிப்பை கண்காணிக்க வேண்டும். தடம்காண வேண்டும். சுகாதாரத் தொடர்பியலின் ஆற்றலும் நம்பிக்கையும் சொல் அலங்காரத்திலும் உள்ளூறைந்த ஆற்றலைப் பேசுவதிலும் மட்டுமே நிறைவடைந்துவிடக் கூடாது. இதற்கு மாறாக, 12வது திட்ட இலக்குகளையும் மில்லினியம் வளர்ச்சி இலக்குகளையும் அடையும் வகையில் மிகப் பெரிய வித்தியாசத்தில் உண்மையாகவே சாதித்துக் காட்ட வேண்டும்.

ஜிப்மரில் பக்கவாத சிகிச்சை மையம்

- முனைவர் தி.சிவக்குமார்

புதுச்சேரியில் உள்ள ஜிப்மர் மருத்துவமனை மத்திய அரசின் சுகாதாரம் - குடும்பநல அமைச்சகத்தின் கீழ் செயல்படும் ஒரு நிறுவனமாகும். மருத்துவக் கல்வி, சிகிச்சை, ஆராய்ச்சிக்கான உயர்நிலை நிறுவனமாக இது விளங்குகின்றது. இங்கு பலவிதமான நோய்களுக்கு விசேஷ சிகிச்சை மையங்கள் இயங்கி வருகின்றன. அதில் முக்கியமானது பக்கவாத சிகிச்சை மையமாகும்”.

பக்கவாதம் என்றால் என்ன?

பக்கவாதம் என்பது நோயின் விளைவுதான். நோய் என்பது மூளை பாதிப்பு அல்லது மூளை செயலிழப்பு ஆகும். Brain Stroke என்பதையே அறிவியல் ரீதியில் மூளை செயலிழப்பு என்கிறார்கள். பொது வழக்கில் இது பக்கவாதம் அல்லது பாரிசுவாதம் எனப்படுகின்றது. மூளையில் கோடிக்கணக்கான நரம்பணுக்கள் (நியூரான்கள்) உள்ளன. இந்த நரம்பணுக்கள் மூலமாகத்தான் உடலுக்கான கட்டளைகள் அனுப்பப்படுகின்றன / பெறப்படுகின்றன. இந்தத் தொடர்பியல் ஒழுங்கான முறையில் நடைபெறாவிட்டால் உள்ளூறுப்புகள்/உடல் உறுப்புகள் இயங்குவதில் பிரச்சனைகள் ஏற்படும். நரம்பணுக்கள் உயிர்வாழவும் செயல்படவும் ஆக்சிஜன் தேவை. தமனிகளும் (Artery) சிரைகளும்(Vein) மூளைக்கு ரத்தத்தை எடுத்துச் செல்கின்றன. இதில் ஆக்சிஜனை நரம்பணுக்கள் பெற்றுக் கொள்கின்றன. மூளைக்குச் செல்லும் நரம்பில் ரத்தம் பயணிக்காதவாறு அடைப்பு ஏற்பட்டால் அல்லது குழாயில் இருந்து வெளியில் ரத்தம் கசிந்தால் “மூளை செயலிழப்பு” ஏற்படும். மூளையின் எந்தப்பகுதியில் உள்ள நரம்பணுக்கள் பாதிக்கப்படுகின்றதோ அந்த நரம்பணுக்கள் உடலின் எந்தப் பகுதியைக் கட்டுப்படுத்துகின்றனவோ அந்த உடல்பகுதி பாதிக்கப்படும்.

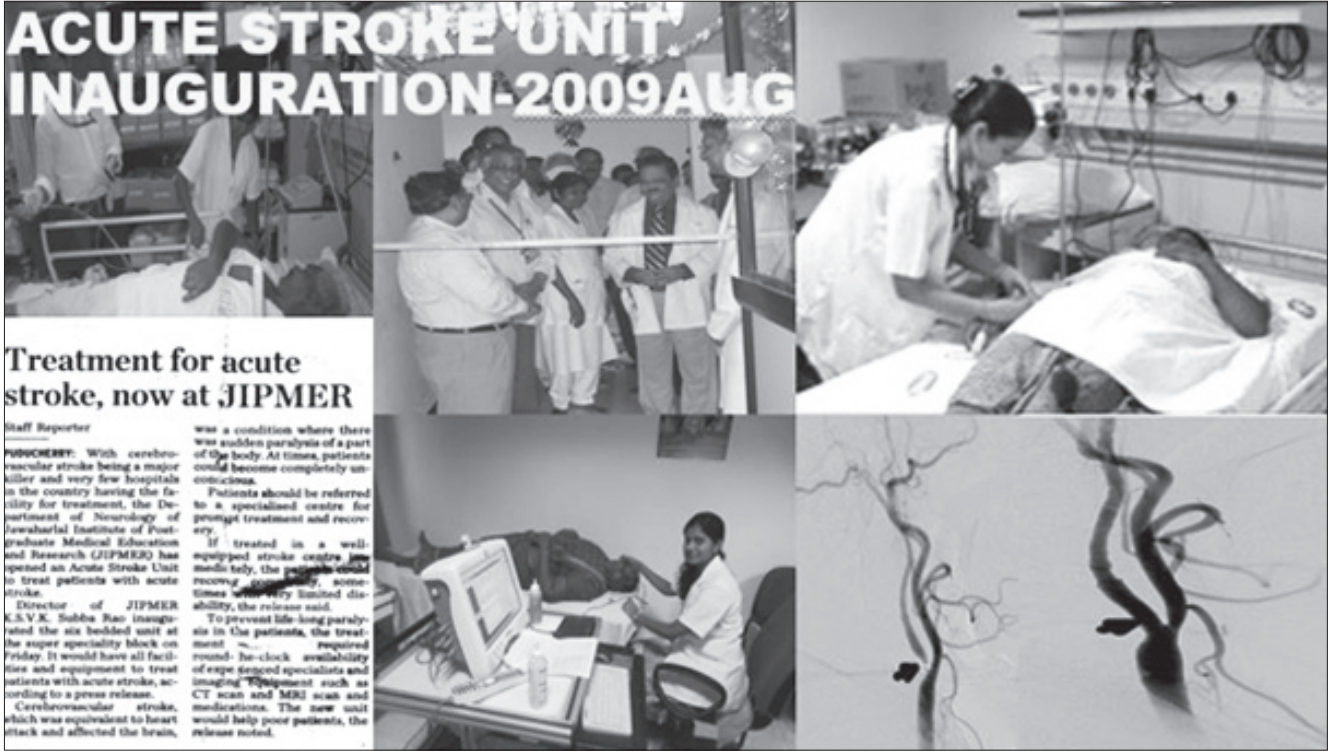
மாரடைப்பும் மூளை அடைப்பும்

மாரடைப்பு என்பது இதயத்தில் உள்ள தமனியில் ரத்த ஓட்டம் தடைபடும் அளவுக்கு அடைப்பு ஏற்படுவதால் உண்டாகின்றது. மூளையடைப்பும் இதேபோன்றுதான். ஆனால் மூளையில் தமனி, சிரை இரண்டிலும் அடைப்பு ஏற்பட வாய்ப்பு உள்ளது. மாரடைப்புக்கான அறிகுறிகள் வெளிப்படையாகத் தெரியும். நெஞ்சுவலி, மூச்சுத் திணறல், தோள்பட்டை வலி ஆகியன மாரடைப்புக்கான அறிகுறிகள் ஆகும். அதில் “வலி” முக்கியம். ஆனால் மூளை அடைப்பில் வலி இருக்காது. அதாவது வெளிப்படையான அறிகுறிகள் உடனடியாக மூளை அடைப்பில் தெரியாது. மாரடைப்பால் உயிர் போகும். மூளை அடைப்பில் நிரந்தர உடல்குறைபாடு ஏற்பட்டுவிடும். வாழ்நாள் முழுவதும் இத்தகைய ஊனங்களோடுதான் வாழ வேண்டியது இருக்கும்.

பக்கவாதம் ஏற்படக் காரணங்கள்

பக்கவாதம் ஏற்பட முதன்மைக் காரணம் மிகை ரத்த அழுத்தமே ஆகும். கட்டுப்பாடு இல்லாமல் அளவுக்கு அதிகமாக மிகை ரத்த அழுத்தம் தொடர்ந்து இருப்பது என்பது மூளைச் செயலிழப்புக்கு முக்கிய காரணமாகின்றது. இதேபோன்று சர்க்கரை நோயைக் கட்டுப்பாட்டில் வைத்திருக்காவிட்டாலும் ஆபத்துதான். கொலஸ்ட்ராலையும் கட்டுப்பாட்டுக்குள் வைத்திருக்க வேண்டும். ரத்த அழுத்தம், சர்க்கரை, கொலஸ்ட்ரால் இவை மூன்றும் மருந்தினால், உடற்பயிற்சியினால், உணவால் கட்டுப்பாட்டுக்குள் இருந்தால், மூளை செயலிழப்பு ஏற்படுவதற்கான வாய்ப்பு குறைவாகும். புகைபிடித்தலும் அதிகமான குடிப்பழக்கமும் கூட மூளையடைப்புக்குக் காரணமாகலாம். தூக்கத்தில் குறட்டைவிடும் பழக்கம் உள்ளவர்களுக்குக்கூட இது ஏற்பட வாய்ப்பு உள்ளது.

முனைவர் தி.சிவக்குமார், உதவி இயக்குனர், களவிளம்பர அலுவலகம், புதுச்சேரி.



Treatment for acute stroke, now at JIPMER

Staff Reporter

PURCHERY: With cerebrovascular stroke being a major killer and very few hospitals in the country having the facility for treatment, the Department of Neurology of Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research (JIPMER) has opened an Acute Stroke Unit to treat patients with acute stroke.

Director of JIPMER, K.V.K. Subba Rao inaugurated the six bedded unit at the super speciality block on Friday. It would have all facilities and equipment to treat patients with acute stroke, according to a press release.

Cerebrovascular stroke, which was equivalent to heart attack and affected the brain,

was a condition where there was sudden paralysis of a part of the body. At times, patients could become completely unconscious.

Patients should be referred to a specialised centre for prompt treatment and recovery.

If treated in a well-equipped stroke centre promptly, the patients could recover completely, sometimes with very limited disability, the release said.

To prevent life-long paralysis in the patients, the treatment required round-the-clock availability of expert specialised and imaging equipment such as CT scan and MRI scan and medications. The new unit would help poor patients, the release noted.

கடும் மூளை செயலிழப்பு நோய்க்கான விசேஷ வார்டு திறப்பு விழா.

பக்கவாதத்திற்குச் சிகிச்சை

மூளைக்கு ரத்தம் பாய்வது தடைபடும்போது நரம்பணுக்கள் ஆக்சிஜன் கிடைக்காமல் இறக்கத் தொடங்குகின்றன. மூளையில் ரத்தம் பாயாத நிலையில் ஒரு நொடிக்கு 32,000 நியூரான்கள் இறக்கின்றன. இது மனித உயிர்வாழும் காலத்தில் 9 மணிநேர இழப்புக்குச் சமமானதாகும். ஒரு நிமிடத்துக்கு 19 லட்சம் நியூரான்கள் இறக்கின்றன. இது 22 நாட்கள் இழப்புக்குச் சமமாகும். ஒரு மணி நேரத்தில் 12 கோடி நியூரான்கள் மடிகின்றன. இது சுமார் 3½ (மூன்றரை) ஆண்டுகள் இழப்புக்குச் சமமாகும். எனவே மூளையடைப்புக்கு உரிய அறிகுறிகள் தெரிந்த உடனேயே மிக மிக விரைவாக நோயாளியை மருத்துவமனைக்கு அழைத்துச் செல்ல வேண்டும். இங்கு “வேகம்” என்பது மிக முக்கியமானதாகும். அறிகுறிகள் தெரிந்த 4½ (நாலரை) மணி நேரத்துக்குள் உரிய சிகிச்சையை ஆரம்பித்துவிட்டால் பாதிப்புகளை பெருமளவில் குறைத்துவிடலாம்/ தடுத்துவிடலாம். இங்கு வேகம்தான் மூளை.

ஜிப்மரில் பக்கவாதத்திற்கு சிகிச்சை

ஜிப்மர் நரம்பியல் துறைத் தலைவரும்

பேராசியருமான டாக்டர் சுனில் நாராயணனைச் சந்தித்து பக்கவாதத்திற்கு ஜிப்மரில் தரப்படும் சிகிச்சை முறை குறித்து கேட்டோம். “ஜிப்மரில் கடும் மூளை செயலிழப்பு நோய்க்கு சிகிச்சை அளிப்பதற்காகவே விசேஷ வார்டு இயங்குகின்றது. கணினித் திரை, வென்ட்டிலேட்டர், ஆல்ஃபா படுக்கை உட்பட நவீன உபகரணங்கள் கொண்ட ஆறு படுக்கைகள் உள்ளன. ரத்தப் பாய்வை தொடர்ந்து கண்காணிக்க டாப்ளர் மானிட்டர்களும் உள்ளன. இதேபோல் மறுவாழ்வுப் பயிற்சி வார்டும் உள்ளது. மூளை செயலிழப்பு நோயால் பக்கவாதம் ஏற்பட்டவருக்கு முடிந்த அளவு உடலின் இயக்கத்தை மீட்டெடுக்க இந்த வார்டு உதவியாக உள்ளது” என்றார் டாக்டர் சுனில் நாராயணன்.

ஸ்ட்ரோக் ஹெல்ப்லைன்

இங்கு செயல்படும் தீவிர சிகிச்சை பிரிவு அனைத்து நாட்களிலும் இயங்குகின்றது. ஒரு நாளின் 24 மணிநேரமும் இந்தப் பிரிவு செயல்பாட்டில் உள்ளது. பக்கவாதத்தால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு அவசர சிகிச்சை அளிக்க இரண்டு உதவித் தொலைபேசி

நோய்களில் மாரடைப்பு முதலிடத்திலும் மூளையடைப்பு இரண்டாமிடத்திலும் உள்ளது. இந்தியாவைப் பொறுத்தளவில் 45 வயது மற்றும் அதற்கும் மேற்பட்டவர்களுக்கு மூளை செயலிழப்பு நோய் வர வாய்ப்புகள் உள்ளன.

மறுவாழ்வும் உதவிகளும்

ஜிப்மரில் நரம்பியல் துறையில் ஒவ்வொரு வியாழக்கிழமையும் பக்கவாதத் தடுப்பு - தொடர் கவனிப்பு கிளினிக் நடைபெறுகின்றது. ஒவ்வொரு வாரமும் 250 முதல் 300 பேர் இந்த கிளினிக்கிற்கு வருகின்றனர். அதேபோன்று ஆண்டுதோறும் அக்டோபர் 29ஆம் தேதி உலக மூளை செயலிழப்பு தினம் அனுசரிக்கப் படுகின்றது. இதில் சிகிச்சை பெற்ற நோயாளிகள், அவர்களுக்கு உதவுபவர்கள் கலந்து கொள் வார்கள். தொடர் கவனிப்பின் முக்கியத்துவம் இரண்டாவது மூளையடைப்பு வராமல் தடுப் பதற்காகத்தான் என்றால் அது மிகையன்று. ஏனெனில் ஒருமுறை மூளை செயலிழப்பு ஏற்பட்டவர்களுக்கு இரண்டாவது தாக்குதல் ஏற்படும் வாய்ப்பு அதிகமாகும். மருத்துவச் சமூகப் பணியாளர்கள் பக்கவாதத்தால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு மாற்றுத்திறனாளி சான்றிதழ் வாங்கித் தர உதவுகின்றார்கள். இதர சலுகைகளைப் பெறவும் உதவுகின்றார்கள். கைவிடப்பட்ட, யாருமே உதவிக்கு இல்லாத பக்கவாத நோயாளிகளை காப்பு இல்லம் கண்டுபிடித்து அதில் சேர்க்கவும் இந்தப் பணியாளர்கள் உதவுகின்றார்கள்.

டாக்டர் சுனில் நாராயணனின் அறிவுரை

இரவில் மூளை செயலிழப்பு அறிகுறிகள் தெரிந்தால், விடிந்த பிறகு மருத்துவமனைக்குப் போகலாமே என்று இருந்துவிடக் கூடாது. எந்த நேரமானாலும் யாருக்காக என்றாலும் உடனடியாக மருத்துவமனைக்குச் செல்ல வேண்டும். தெரிந்த டாக்டர், குடும்ப டாக்டர் என முதல் அபிப்பிராயம் கேட்பதற்கு நேரம் இல்லை. எனவே அறிகுறிகள் தெரிந்தவுடன் 1. நரம்பியல் நிபுணர், 2. சி.டி.ஸ்கேன் வசதி, 3. TPA மருந்து ஆகிய மூன்றும் உள்ள மருத் துவமனைக்கு மிக விரைவாகச் செல்ல வேண்டும். இதற்கு ஒவ்வொருவருக்கும் மூளை செயலிழப்பு நோய் குறித்த அடிப்படைத் தகவல்களும் சிகிச்சை மையங்கள் குறித்த

தகவல்களும் தெரிந்திருக்க வேண்டியது அவசியம் என டாக்டர் சுனில் நாராயணன் அறிவுறுத்தினார். மூளை செயலிழப்பு நோய்க்கு முழுமையான சிகிச்சை உள்ளது என்பதைப் பொதுமக்கள் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும் என அவர் மேலும் தெரிவித்தார்.

தொற்றா நோய்களும் வாழ்க்கை முறைகளும்

இந்திய அரசு தொற்றாத நோய்களுக்கு (Non-Communicable Diseases-NCD) முக்கியத்துவம் அளித்து வருகின்றது. 2010-11ல் இருந்து புற்றுநோய், இருதய ரத்தநாள நோய்கள், நீரிழிவு, மூளை செயலிழப்பு நோய் ஆகிய வற்றை வராமல் தடுத்தல் மற்றும் கட்டுப் பாட்டில் வைத்திருத்தலுக்கான தேசிய திட்டம் (NPCDCS) செயல்பாட்டில் உள்ளது. இந்த நான்கு நோய்களும் உணவுமுறை - வாழ்க்கை முறை சார்ந்தது ஆகும். சரிவிகித உணவு, உடற்பயிற்சி இரண்டும் இருந்தாலே இந்த தொற்றாத நோய்களை வராமல் தடுத்துவிட முடியும்.

நமது சமூக அமைப்பின் அலகான குடும்ப அமைப்பு முறை மாறி வருகின்றது. கூட்டுக்குடும்ப அமைப்பு முறை மாறி முதியவர்கள் விளம்பு நிலைக்குத் தள்ளப் படுகின்றார்கள். அதிலும் பக்கவாதம் பாதித்த முதியவர் என்றால் நிலைமை மிக மோசமானதாகி விடுகின்றது. கவனிப்பாளின்றி இவர்கள் ஒதுக்கப்பட்டு விடுகின்றார்கள். பக்கவாதத்தால் பாதிக்கப்பட்டவரை பரா மரிப்பது என்பது மிகவும் சிரமமான செயல் தான். எனவே இத்தகைய பக்கவாத நோயாளிகளைப் பராமரிக்க “சமுதாய இல்லங்கள்” அமைக்கப்பட வேண்டும். மாநில அரசாங்கம் குறிப்பிட்ட அளவில் இத்தகைய “சமுதாய இல்லங்களை” அமைத்தால் கைவிடப்பட்ட நோயாளிகளுக்கு உதவிகரமாக இருக்கும். வயது முதிர்வால் ஏற்படும் தளர்ச்சி மற்றும் சீரழிவு நோய்களோடு பக்கவாதமும் வந்து விட்ட தாத்தா, பாட்டிகளை கடைசி மூச்சு வரை பராமரிப்பது குடும்பத்தின் பொறுப்பு மட்டுமல்ல; சமுதாயத்தின் பொறுப்பும் ஆகும். அனைத்து பக்கவாத நோயாளிகளுக்கும் சமுதாய பராமரிப்பு என்பது மிகவும் அவசியம்.

இந்தியாவில் மருத்துவம்: உடல்நல விழிப்புணர்வுப் புரட்சிக்கான தேவை

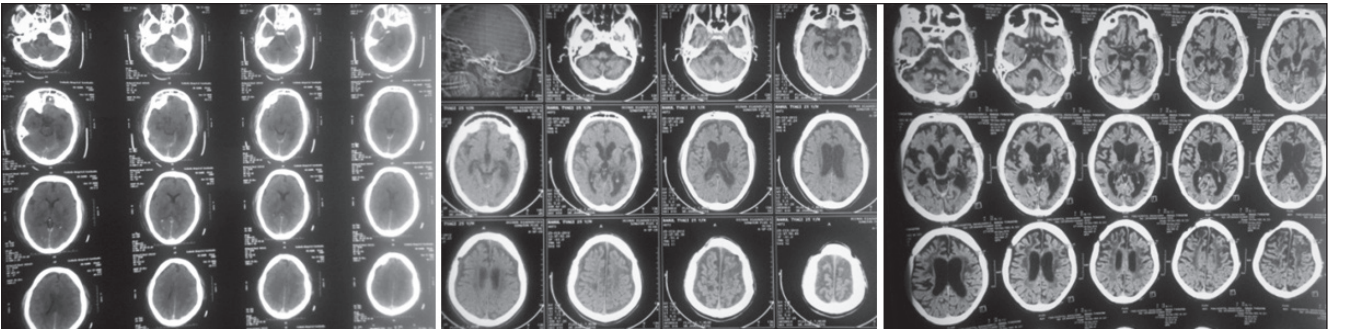
- டாக்டர் மனிஷ்குமார்

தடுப்பூசித் திட்டங்கள், ஆரம்ப சுகாதார அக்கறைகள், வரும்முன் காக்கும் திட்டங்கள் போன்றவற்றால் கடந்த 10 ஆண்டுகளில் இந்தியா குறிப்பிட்ட சில சுகாதாரக் குறியீடுகளில் உறுதியான வளர்ச்சிகளை எட்டியிருக்கிறது. ஆயினும், நடுத்தர வருமானம் உடைய பிற நாடுகளுடனும், நமது அண்டை நாடுகளுடனும் சுகாதாரக் குறியீடுகளை ஒப்பிட்டுப் பார்க்கும்போது உலக நோய்ச்சுமையில் இந்தியாவின் பங்கு என்பது இன்னமும் பொருத்தப்பாடு கொண்டதாக இல்லை. மாநிலங்களுக்கு இடையேயும், ஊரக நகர்ப்புறப்பகுதிகளுக்கு இடையேயும், சமூகத்திலுள்ள வெவ்வேறு வகுப்பினர்களுக்கும் மத்தியிலும் சுகாதார சமத்துவ மின்மை அதிகமாக நிலவுகிறது. சுகாதாரமும், சுகாதாரச் சேவைகளும் ஆழ்ந்த அக்கறையோடு விவாதிக்கப்பட வேண்டிய பொது விவாதமாக ஆகி இருக்கிறது. சுகாதாரச் சேவையின் வெவ்வேறு கூறுகளில் திருப்தி அடையாதவர்களாக மக்கள் இருக்கின்றனர்.

நமது விவாதத்தை ஒரு உதாரணத்துடன் ஆரம்பிக்கலாம். 2010இல் புறநிலை அதிர்ச்சியின் காரணமாக மூளைக்காயம் அடைந்த ஒரு இளைஞரின் CT SCAN படம் காட்டப்பட்டுள்ளது. நமது நாட்டின் தலை

நகரத்தில் ஒரு பகுதியைச் சேர்ந்தவர் இந்த இளைஞர். அவரது மூளையின் CT SCAN படம் மூளையில் நீர் கோர்த்திருப்பதைக் காட்டுகிறது. இவருக்கு உடனே VP Shunt செய்யப்படவில்லை (இதற்காகத்தான் இந்த படம் வெளியிடப்பட்டுள்ளது). தொடர்ந்து உணர்வற்ற நிலையில் இவர் இருந்து வருகிறார். இவருக்கு ஒரு VP Shunt எனப்படும் ஒரு படத்தையும் எடுத்திருந்தால் நிச்சயமாக சொல்லமுடியாது என்றாலும் அவரது நிலையில் மாற்றம் நேர்ந்திருக்கக்கூடும். ஒரு நோயாளியின் உடல் நலத்தில் இதற்கு ஒரு மிக முக்கியமான இடமிருக்கிறது என்பதை மறுக்க இயலாது.

நமது நாட்டில் தினந்தோறும் நடந்து வருவனவற்றுள் இதுவும் ஒன்று. மேல்நிலை கவனம் தேவைப்படக்கூடிய இத்தகைய நிகழ்வுகளில் வி.பி.ஷன்ட் (VP Shunt) ஏன் எடுக்கப்பட்டிருக்கக் கூடாது? என்ற கேள்வி எழுகிறது. பெற்றோருக்கு ஒரே பிள்ளை, ஒரு குழந்தைக்குத் தகப்பன், ஒரு இளம் பெண்ணின் கணவன் என்ற நிலையில் உள்ள இளைஞன் ஒருவனுக்கு இதுவரையிலும் 25 லட்ச ரூபாய் மருத்துவச் செலவாக செய்யப்பட்டுள்ளது. ஆனபோதிலும், அவனது ஆரோக்கியம் மேலும் மேலும் நசிந்துகொண்டே வருகிறது.



ஏன் இப்படி? ஆக, நமது சுகாதாரத்திற்கு ஏற்பட்டிருக்கக்கூடிய நோய் என்ன?

இந்தத் தருணத்தில் நான் ஒன்றை விளக்கியாக வேண்டும். தவிர்ப்பு நடவடிக்கைகள் அனைத்தும் தோற்றுவிட்ட நிலையில், ஆயுஷ் (AYUSH)இன் பிற மருத்துவமுறைகளில் முயற்சித்துப் பார்த்துவிட்ட நிலையில் நவீன மருத்துவம் என்று அழைக்கப்படும் ஆங்கில மருத்துவத்தின் கதவைத் தட்டக்கூடிய மனிதர்களுடன் தொடர்புடைய ஒரு பிரச்சனையை நாம் இப்போது விவாதிக்கிறோம்.

மக்கள் ஒருவரை ஒருவர் குற்றம்சாட்டி பேசும் நிலையிலும் மிக முக்கியமான இரண்டு பிரச்சனைகளில் அவர்கள் ஒன்று படுகின்றனர். 1. பயிற்சி பெற்ற மருத்துவர்கள், செவிலியர், மருத்துவமனைப் பணியாளர்கள், படுக்கைகளின் பற்றாக்குறை. 2. மருத்துவச் செலவு.

இந்தியாவில் அனைவருக்கும் உடல் நலப் பாதுகாப்பு பற்றிய உயர்மட்ட நிபுணர்குழுவின் அறிக்கையின்படி (2011) தொழில்முறை நிபுணத்துவம் உடையவர்களும், கட்டமைப்பு வசதிகளும் நமக்கு மிக அதிகமாகத் தேவைப்படுகின்றன. நிதி பற்றி பேசும் வேளையில், தனியார் நிறுவனங்களையும் அரசின் செலவினத்தில் ஈடுபடுத்திக் கொள்வது பற்றி சில குறிப்பிட்ட யோசனைகள் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளன. அவர்களின் பரிந்துரைகளிலும் கூட மாநிலத்திற்கு மாநிலம், வெவ்வேறு நில அமைப்புகள் ஆகியவற்றிற்கிடையில் நிலைமைகள் வேறுபடுகின்றன. அவர்களின் பரிந்துரையையும், தற்போதைய சூழலையும் பார்க்கும் போது, நம்பிக்கை உணர்ச்சியை அதிகமாக கொண்டிருப்போரும் கூட ஒருசில இலக்குகளை ஒருபோதும் அடையவே முடியாது என்ற நிலைமையை ஏற்றுக்கொள்வார்கள். குறிப்பாக, மருத்துவர்கள், செவிலியர்களின் எண்ணிக்கையை ஒருசில பகுதிகளில் அதிகரிக்கவே இயலாது. இவை அனைத்திற்கும்

மேலான கவலை ஒன்று உண்டு. சில பகுதிகளில் உடல் நலப்பராமரிப்புப் பணிகளில் ஈடுபட்டுவரும் மருத்துவர்கள், மருத்துவப்பணியாளர்கள் ஆகியோரின் மனப்பான்மை பற்றியது அந்தக் கவலை இதனை நாம் எப்படி மாற்றியமைப்பது?

மருத்துவ ஆலோசனை பெறுவதற்காக மருத்துவருக்குத் தரப்படும் கட்டணத்தில் ஆரம்பித்து, மருந்துகளின் விலை, மருத்துவ மனைக் கட்டணங்கள், உடல் நலச்சேவைக் கான கட்டணம் ஆகியவை வரை விவாதிக்கப்படுகின்றன. இவற்றையெல்லாம் நம்மால் ஒரு சீராகக் கட்டுப்படுத்த முடியுமா?

இந்த விஷயங்களைப் பார்க்கும்போது காட்சி மங்கலாகவும், இருண்ட நிலையிலும் தெரிகிறது. ஆக, என்னதான் வழி? கண்ணுக்கு புலப்படக்கூடிய அண்மைத் தருணத்தில் அரசாங்கத்தின் முயற்சிகள் பயனளிக்காமல் போய் விடக்கூடிய ஒரு சூழலில் ஒரு சாதாரண குடிமகன் தனது உடல்நலத்தை எப்படி கவனித்துக் கொள்ளமுடியும்? விடைகளைக் காட்டிலும் கேள்விகளே இதுவரையிலும் அதிகமாக இருக்கின்றன. இரண்டு விஷயங்களை நாம் புரிந்துகொள்ள வேண்டும். 1. வேறுபட்ட சமூகப் பொருளாதார நிலை, கல்வி, நிலவியல், பண்பாட்டு, அரசியல் நிலைமைகளைக் கொண்ட மிகப்பெரிய மக்கள் தொகை நம்மிடம் இருக்கிறது. இது வளர்ச்சிக்கு உதவக்கூடிய ஆற்றலைக் கொண்டதாக, ஏராளமான வாய்ப்புகளைப் பெறக்கூடியதாக இருக்க வேண்டும். ஒரு தடையாக இது இருந்துவிடலாகாது. 2. தேவைக்கும் அதனை பூர்த்தி செய்வதற்குமான இடைவெளி மிக அதிகமானதாக இருக்கிறது. தற்போதைய திட்டங்களின் மூலம் இதனைத் தீர்ப்பது கடினம்.

சாதாரண மக்களுக்கு அதிகமான வாய்ப்புகள் இருப்பதை தற்போதைய சூழலில் நான் கண்ணுறுகிறேன். தகவல்களையும், அறிவையும் சமூகத்திற்கு வெள்ளம்போல வாரி

வழங்குவதில் தான் தீர்வு அடங்கியிருக்கிறது. பொது மக்களின் விழிப்புணர்வு எந்த அளவிலேனும் தேவைப்படுகிறது. தனிநபர்கள், தொழில் சார்ந்தவர்கள், அரசாங்கம் ஆகிய அனைத்திற்கும் ஒருசேர உதவக்கூடியது இது ஒன்றுதான். சமூகங்கள் என்பவை வெறுமனே பாதுகாப்பைப் பெறக்கூடியவை மட்டுமல்ல. அவை ஆக்கத்தின் கொண்டவை. சமூக, குடும்ப ஆதரவு கட்டமைப்புகள் முலமும், உடல் நலம் பற்றிய உள்நூர் புரிதலின் மூலமும் உடல் நடத்தை மேம்படுத்திக்கொள்ளக் கூடியவை. உடல் நலச்சேவை, நிர்வாகம், பொறுப்பேற்பு ஆகியவற்றில் சமூகத்தின் பங்கேற்பை மிகுவிப்பதன் மூலமாக உடல் நலப் பாதுகாப்பை அதிகரிக்க முடியும். சமுதாய பங்கேற்பும், குடிமக்கள் ஈடுபாடும் ஜனநாயகம் ஆழவேறென்றுவதைப் பிரதி நிதித்துவப்படுத்துகிறது.

விழிப்புணர்வினால் விரைவான மாற்றங்கள் ஏற்படக்கூடிய பகுதிகளாவன:

1. உடல்நலக் காப்பீடு - இந்தியாவில் உடல்நலக் காப்பீட்டின் ஊடுருவல் 18% மட்டுமே இருக்கிறது.

2. தனியார் காப்பீடுகளை உடல்நல பராமரிப்பில் சேர்த்துக்கொள்ள வேண்டாம் என்று, இந்தியாவில் அனைவருக்கும் உடல் நலச் சேவைக்கான மேல்நிலை நிபுணர் குழு அறிக்கை 2011(1) குறிப்பிட்டுள்ள போதிலும் இந்தியாவில் உள்ள வெவ்வேறு அரசாங்கங்கள்

தனியார் காப்பீட்டை ஒரு குறுக்கு வழியாகப் பயன்படுத்தி வருகின்றன. 100 விழுக்காடு அரசாங்கமே உடல் நலக்காப்பீடு வழங்கக் கூடிய நாடுகளும் இருக்கின்றன.

வளர்ந்த நாடுகளில் அரசாங்கங்கள் தங்களின் ஒட்டுமொத்த உள்நாட்டு வருவாயிலிருந்து (GDP) 6 விழுக்காடுக்கும் மேலாக உடல் நலத்திற்காக செலவிடுகின்றன. பொருளாதார வளத்தில் சிறியதாக இருந்தபோதிலும் இந்தியா இன்னமும் தனது GDP-இல் 2 விழுக்காடு அளவுக்கும் கீழாகவே செலவிட்டு வருகிறது.

செலவிடுவது குறைவாக இருக்கும்போது சேவைகளின் தன்மையும் அதற்கேற்பத்தான் இருக்கும் என்பது நாம் புரிந்துகொள்ள வேண்டிய அம்சமாகும்.

செலவை நிர்வகிப்பது என்பது விவரம் தெரிந்தவர்களுக்கே சாத்தியப்படும் செயல். உடல் நலச் சேவைக்காப்பீடு பற்றிய நில வரத்தை அறியக்கூடிய நடைமுறை அனுபவம் ஒன்று எனக்குக் கிடைத்தது. எங்கள் மருத்துவ மனையைச் சேர்ந்த பெண் பாதுகாவலர் ஒருவர், வேறு ஒரு சிறிய மருத்துவமனைக்குச் சென்று அறுவை சிகிச்சை செய்து கொண்டார். ஏன் என்று வினவியபோது இது போன்ற பெரிய மருத்துவமனைகளில் சிகிச்சை எடுத்துக்கொள்வது தனக்கு கட்டுப்படியாகாத செயல் என்று பதில் கூறினார். நீங்கள் ஏன்

அட்டவணை - 1	
நாடு	தனிநபர் உடல் நலச்செலவினம் (டாலர்களில் 2013)
இந்தியா	61
இலங்கை	102
ஐக்கிய அரபு எமிரேட்ஸ்	1,569
இங்கிலாந்து	3,598
அமெரிக்கா	9,146

சில நாடுகளின் தனிநபர் சுகாதாரச் செலவினம் (2013) விவரங்கள் உலக வங்கி இணையதளத்தில் உள்ளபடி.

அட்டவணை - 2

தேசம்	ஒட்டுமொத்த உள்நாட்டு வருவாய் GDPஇல் சுகாதாரத்திற்கான செலவினம் (சராசரி)
இந்தியா	1.3%
இலங்கை	1.4%
ஐக்கிய அரபு எமிரேட்ஸ்	2.3%
இங்கிலாந்து	7.6%
அமெரிக்கா	8.1%

உடல்நல பராமரிப்புச் செலவினம் (2013) உள்நாட்டு மொத்த வருவாய் விழுக்காட்டில் செலவின சதவீதம் உலக வங்கி இணைய தளத்தில் உள்ளபடி.

சுகாதாரக் காப்பீடு வைத்துக்கொள்ளவில்லை என்று கேட்டபோது, இதைப்பற்றி தனக்கு முன்பே தெரியாது என்றார்.

(2) மருத்துவ அறிவு பொது அறிவைப் போல - இந்தியாவில் ஒவ்வொருவரும் ஒரு மருத்துவர்! நினைவுக்கு எட்டாத காலம் தொட்டு இந்தியாவில் மருத்துவ வசதிகள் குறைவாக இருப்பதே இதற்குக் காரணம். இந்த அறிவை பாதுகாப்பானதாகவும் சமூகத்திற்கும் தனி நபர்களுக்கும் பயனுள்ளதாகவும் மாற்றி அமைத்து ஒவ்வொருவரும் ஒரு மருத்துவர் என்ற அளவுக்கு முடியுமோ அந்த அளவிற்கு, எப்போதெல்லாம் இயலுமோ அப்போதெல்லாம் மருத்துவ அறிவு அதிகாரப் பூர்வமான முறையில் பயிற்றுவிக்கப்பட வேண்டும். ஒரு குறிப்பிட்ட சூழலில் மக்கள் எதிர்வினையாற்றுவதற்கு இது உதவும். இத் தகைய அறிவின் நோக்கமும் தகவலும் இவை போன்று அமைய வேண்டும்.

1. உங்களுக்கு ஏற்பட்டிருக்கும் உடல் நல பிரச்சனையை நீங்கள் புரிந்துகொண்டு மருத்துவரும் புரிந்துகொள்ள உதவுவது.
2. நோயறியியல் வழிமுறைகளையும் சிகிச்சை முறைகளையும் பற்றித் தெரிந்துகொள்வது.
3. மருத்துவச் செலவு மதிப்பீட்டை நிர்ணயிப்பதில் நோயாளியின் பங்கு.

4. கிடைக்கக்கூடிய மருத்துவ வசதிகள் அதற்காகும் செலவு பற்றி தெரிந்து கொள்வது.

5. பரிந்துரைக்கப்படும் மருந்துகள் பற்றிய விழிப்புணர்வு.

ஏன் தெரிய வேண்டும்?

1. தற்போதிருக்கும் மருத்துவமுறையில் மருத்துவ நிபுணர்களுக்கு உதவுவது அவசியம். அவர்கள் மிகுந்த பணிச் சுமைக்கும், மன அழுத்தத்திற்கும் ஆளாகி இருக்கின்றனர்.
2. மருத்துவ ஆலோசனைகளும், நடவடிக்கைகளும் சரியானவைதானா என்று குறுக்கீட்டுப் பார்த்து புரிந்துகொள்வது.
3. நேரம் வீணாவதைத் தவிர்ப்பது, சமூக விரோத நடவடிக்கைகளைத் தவிர்ப்பது.
4. தங்கள் வாழ்க்கை, உடல்நலம் ஆகியவை பற்றி மக்கள் கவலை கொள்வதில்லை. உடல் நலம் பின்னோக்கித் தள்ளப்படுகிறது. வாழ்க்கை கேள்விக் குள்ளாகும்போது அத்தகைய சூழ்நிலைக்கான திட்டம், யோசனைகள் பற்றி யாரும் கருதுவது இல்லை. விழிப்புணர்வை அதிக அளவில் செயல்படச் செய்யும்போது உடல் நலத்தை மற்ற எதனைவிடவும் உயரிய பிரச்சனையாக

இந்திய சமூகத்தில் நாம் உருவாக்கிக் காட்டமுடியும்.

இவற்றில் (அ) ஊடகங்களின் பங்களிப்பு (செய்தித்தாள், தொலைக்காட்சி போன்றவை) மிக பிரம்மாண்டமானது. இவை மருத்துவர் அல்லது மருத்துவமனையின் அறியாமையை வெளிப்படுத்தக்கூடிய, மன எழுச்சியைத் தூண்டுகிற சிறுசிறு சம்பவங்கள், செய்திகளையோ மட்டும் வெளிப்படுத்தாமல், நோய் தீர்க்கும் சாமியார்கள் பற்றிய செய்திகளை தெரிவிக்காமல் மருத்துவ அறிவை அறிவியல் பூர்வமாக வளர்த்தெடுக்கும் முயற்சிகளில் போதுமான நேரத்தைச் செலவிட வேண்டும். (ஆ) நீதிமன்றங்களும் இந்திய மருத்துவக் கவுன்சில் போன்ற பிற அதிகார அமைப்புகளும் சமூகத்திற்கு உதவிடும் வகையில் சர்வாதிகார விதிமுறைகளைத் தளர்த்திட வேண்டும். இதன் மூலம் மருத்துவக்கல்வி நிறுவனங்களை மிக அதிக எண்ணிக்கையில் நாம் பெற முடியும். இத்தகைய மருத்துவ அறிவைப் பெறும் இளைஞர்களை சமூகத்திற்கும், தங்களுக்கும் பயன்படும்படிச் செய்ய வேண்டும்.

நான் மூளையில் அடிபட்ட இளைஞர் ஒருவரைப் பற்றி ஆரம்பத்தில் தெரிவித்திருந்தேன். அவரைப் பொருத்தவரை பணம் ஒன்று மட்டுமே அவருக்கு இடையூறாக இருந்திடவில்லை. மோசமான மருத்துவ யுகம் பயனில்லாத, தெளிவற்ற சிகிச்சை முறைக்கும் பணச் செலவிற்கும் காரணமாகிவிட்டது (இது மருத்துவத் தொழிலில் ஈடுபட்டிருப்போரின் இரக்கமற்ற மனப்போக்கா?) அந்த இளைஞனின் தந்தை தன் உடைமைகளை விற்று செலவழித்தார் (மூன்றாம் நிலை மருத்துவ பராமரிப்பிற்கு இதெல்லாம் அதிகம்). ஒருசில ஆயிரங்கள் பணம் மட்டும் இத்தகைய நிலைமைகளை மாற்றி அமைத்து விடாது. மிகவும் சாதாரண ஒரு அறுவை சிகிச்சை இதற்குத் தேவை என்பது அவர்களுக்குத் தெரிந்திருக்கவில்லை. மருத்துவரும் கூட நிச்சயமற்று இருந்திருப்பாரோ? இருக்கலாம். அறுவைச் சிகிச்சைக்குப்பிறகு நோயாளி உயிர்

பிழைப்பதற்கான உத்திரவாதத்தை அவர்கள் கேட்டிருந்தால் மருத்துவரால் உறுதியான பதிலைச் சொல்லி இருக்க முடியாது.

இதுதான் நமது வழக்கமான புரிதலாக இருந்து வருகிறது, அதுவும் நீண்ட காலத்திற்கு நீளக்கூடிய ஏமாற்றமளிக்கும் சிகிச்சை முறைகளில். ஆனால், அறுவை சிகிச்சையின் தேவை பற்றி விளக்கப்பட்டதாக நோயாளியின் உறவினர்கள் கூறுகின்றனர். முடிவு எடுப்பதில் உறவினர்கள் தவறி இருப்பார்களேயானால் பல நிலைகளில் ஏற்பட்ட தவறுகளின் காரணமாக ஏற்பட்டதாகத்தான் இருக்கும். இந்த நிகழ்வு நமது புரிதலுக்கு கொஞ்சமாவது உதவும் என்று நம்புகிறேன்.

இதுபோன்ற நடப்புகளில் அறியாமையும், புரிதல் இன்மையும், தயாரிப்பின்மையும் மக்களிடம் பரவலாக காணப்படுகிறது என்பது, மனத்துயரும் பெருங்கவலையும் ஏற்படக்கூடிய தருணங்களில் மருத்துவமனையை நாடும் போது - அங்குள்ள வசதிகளை ஏதோ ஒரு காரணத்தால் பயன்படுத்திக்கொள்ள இயலாமல் போகும்போது பிரச்சனைகள் உருவாகின்றன என்பதும் ஒட்டுமொத்தமாகப் பார்க்கும்போது தெரியவருகிறது.

உலகளாவிய நிலையில் மருத்துவ சேவைகள் செயல்பட்டு வரும் விதத்தைப் பார்க்கும்போது அதிலும் குறிப்பாக அமெரிக்காவில் மருத்துவ சேவை பற்றி அறியும் போது பிரமிப்பு மேலிடுகிறது. நம் நாட்டில் ஒரு மாபெரும் மருத்துவப் புரட்சி தேவைப்படுகிறது. இந்தப் புரட்சியில் ஒவ்வொரு தனி நபரும் குறைந்த பட்சம் தன்னுடைய உடல் நலத்தைப் பற்றி யேனும் அக்கறை கொண்டவராக, விவரம் அறிந்தவராக இருக்க வேண்டும். விஞ்ஞானப் பூர்வமான மருத்துவம் பற்றிய பொது அறிவில் இப்படியொரு எழுச்சி ஏற்படாதவரை நோயற்ற வாழ்வே குறைவற்ற செல்வம் என்னும் முழக்கம் இந்தியாவில் அர்த்தமற்ற ஒன்றாகவே நீடித்திருக்கும்.

தரமான கல்விக்கான ஒரு பார்வை

- கிரண்பட்டி

பள்ளிகளில் அதிலும் குறிப்பாக அரசாங்கப் பள்ளிகளில் போதிக்கப்படும் கல்வியின் தரம் பற்றிய கவலை சமீப ஆண்டுகளில் அதிகரித்து வருகிறது. ASER அறிக்கையானும், NCERTஇன் தேசிய சாதனை அளவாய்வு அல்லது பன்னாட்டுத் தேர்வாய்வு (PISA) இவை போன்ற ஒவ்வொரு அளவாய்வும் மாணவர்களுக்கு படிப்பதிலும், கணிதத்திலும் தேவைப்படும் அடிப்படைத்திறன்கள் இருக்க வேண்டிய அளவைக்காட்டிலும் மிகவும் குறைவான அளவிலேயே இருப்பதாகத் தெரிவிக்கின்றன. எச்சரிக்கை மணியை ஒலிக்கும் தகவல்கள் கல்வித்தரம் வீழ்ச்சி காண்பதற்கான காரணங்கள், அதற்கான தீர்வுகள் பற்றிய சூடான விவாதங்களைக்கிளப்பி இருக்கின்றன. கல்விக்கு இன்றியமையாத கூறுகளுடன் தொடர்புடைய பிரச்சனைகளோடு கூட அரசாட்சி பற்றிய கவலைகளும் சேர்ந்து பள்ளிகளிலும், கல்லூரிகளிலும் கல்வித்தரம் சரிந்து வருவதற்குப் பங்களிக்கக் கூடிய கூறுகளாக எழும்பி நிற்கின்றன. தேர்வு முறைகள், கற்றலின் அளவை அறுதிசெய்வது, மதிப்பீட்டு முறைகள் ஆகியவை பற்றிய கேள்விகளும் எழுப்பப்படுகின்றன. ஆயினும், ஆராய்ச்சிகளின் அடிப்படையிலான போதுமான ஆதாரங்கள் இல்லாத நிலையில், இந்தப் பிரச்சனையை வெவ்வேறு நிலைப்பாடுகளுடன் வாதப்பிரதிவாதங்கள் நடைபெற்று வருகின்றன.

சூடு பறக்கும் விவாதங்களுக்கு மத்தியில், கல்வியைப் பற்றிய மையமான பார்வையில் இருந்து கவனம் திரும்பிவிடும் உண்மையான ஒரு ஆபத்தும் ஒளிந்திருக்கிறது. கல்விக்கும்,



குழந்தைகளுக்கும், தேசத்திற்கும் இது கேடு பயக்கக்கூடியது. தீர்வுகளை நோக்கி ஓடும் அவசர ஓட்டத்தில் பரந்துபட்ட பார்வையை நாம் இழந்துகொண்டிருக்கிறோமா? கல்வி அமைப்பின் கூறுகளில் ஈடுபாடு காட்டுவதைத் தவிர்த்து வருகிறோமா? சாதித்துக் காட்டும் வேகத்தை விரைவுபடுத்த வேண்டும் என்பதற்காக கல்வியின் நீடித்த தன்மையையும், கல்வி அவாவையும் பற்றிய கவலைகளை மறந்துவிட்டு சுற்றி வளைத்துப் பயணிக்கிறோமா? கல்வியின் நோக்கம் பற்றிய பார்வையை இழந்துவிட்டு பொருளாதார அக்கறைகளுக்காக கல்வியை வழிநடத்த அனுமதிக்கிறோமா?

சச்சரவுகளுக்கு இடமளிக்கக்கூடிய இத்தகைய விவாதங்களில் இருந்து பின் வாங்கிக்கொண்டு கல்வி பற்றிய நம்முடைய மெய்யான பார்வையில் எந்த இடத்தில் நாம் நிற்கிறோம் என்பதை நோக்கி நமது கவனத்தைத் திருப்புவதற்கு இது ஒரு சரியான தருணமாகும். நம்முடைய பரந்து பட்ட நோக்கங்களுக்கும், பார்வைக்கும் அச்சுறுத்தலை ஏற்படுத்தக்கூடிய தற்போதைய

கிரண்பட்டி, மூத்த பேராசிரியர், கொள்கை ஆராய்ச்சி மையம், புதுதில்லி.

நடப்புகளில் தென்படும் மூன்று அம்சங்கள் இந்தக் கட்டுரையில் விவாதிக்கப்படுகின்றன.

திறன்மேம்பாடா கல்வியா?

கல்வியை நாம் எப்படிப் பார்க்கிறோம் என்கிற மிகவும் அடிப்படையான கூறு நம்முடைய விரிவான உரையாடல்களில் அவ்வப்போது உருவாக்கம் பெறுகிறது. கல்வி ஒரு கருவியாகப் பயன்படுத்தப்படவேண்டுமா? அல்லது அது உள்ளார்ந்த மதிப்பீடுகளுக்கானதா? என்பதே இத்தகைய உரையாடல்களின் தளமாகும் (டிர்ஸ், சென் 1996) இவர்களில் டிர்ஸ் என்பவர், சமுதாயப் பொருளாதார இடப்பெயர்வு ஆற்றலைப் பெறுவதற்கான ஒரு வழியாக கல்வியைக் காண்கிறார். வேலைவாய்ப்பு, வருமான அதிகரிப்பு ஆகியவற்றைக் கொண்டு இது அளவிடப்படுகிறது. சென் என்பவரோ, கல்வி தரக்கூடிய அளவிட்டு அறியத்தக்க ஆதாயங்களை அதிகரித்துக் கொள்வதைக் காட்டிலும் கல்வி என்பது வாழ்க்கையின் தரத்தைக் குறிப்பதாக இருக்க வேண்டும் என்கிறார். இரண்டுமே முக்கியம்தான் என்று சொல்லக்கூடிய வாதங்கள் மிகச்சிறு அளவிலேயே இருக்கின்றன. சமீபகாலங்களில் கருவியாகப் பயன்படக்கூடிய கல்வியைப் பற்றிய கவனமே அதிக அளவில் இருக்கிறது. அதிலும் குறிப்பாக, அரசுப் பள்ளிகளில் சேர்ந்து பயிலும் ஏழைக் குழந்தைகளும் கூட அதிக மதிப்பெண்களை நாடியே இயங்கக் கூடியதாகவே கல்வி இருக்கிறது. உயிரணைய உள்ளார்ந்த மதிப்பீடுகளுக்கு மிகக்குறைவான கவனமே செலுத்தப்படுகிறது. தற்போதைய சூழலில், இந்தப் போக்கு பள்ளிக்கல்வியின் இயங்குசக்தியாக, திறன்களை மேம்படுத்துவதில் கவனம் செலுத்துவதாக உருவெடுத்திருக்கிறது. இவ்வாறு தரப்படும் உந்துகை இளம் குழந்தைகளை எவ்வளவு சீக்கிரம் முடியுமோ அவ்வளவு சீக்கிரமாக தொழிலாளர் சந்தைக்கு தயார்படுத்தும் துரதிருஷ்டவசமான நோக்கத்திலிருந்து வருகிறது. தனி நபர்களாக தங்களின்

முழு ஆற்றலையும் அவர்கள் தெளிவாக உணர்வதற்கு வாய்ப்பளிக்கும் நோக்கத்திலிருந்து இது வருவதில்லை.

ஒருவரின் கல்வி வாழ்வில் சீக்கிரமாகவே திறன்களைப் பயில்வது என்பது கற்றுக் கொள்வதற்கும், வளர்வதற்குமான அவர்களின் வாய்ப்பைத் தட்டிப் பறிப்பதோடு மட்டுமின்றி ஒரு தனிநபரை குறைந்த ஊதியத்திற்கு வேலை பார்க்கக்கூடியவனாக மாற்றும் பாதகமான முடிவை எடுக்கும் ஆபத்தையும் கொண்டதாக இருக்கிறது. திறன்களின் அடிப்படையில் தான் வேலைத் தரப்படுகிறது. கல்வியின் அடிப்படையில் அல்ல. வேலை வாய்ப்புச் சந்தையின் தேவைக்கு ஏற்ப திறன்களைக் கற்றுக்கொள்வது கல்வியை ஒரு குறுகிய நோக்கத்தோடு பார்ப்பது ஆகும். இது ஒரு சிலரின் குறுகியகால ஆதாயங்களுக்குத்தான் பயன்படும். அதோடு கூட, திறன்களை வளர்த்துக்கொள்வதற்கும் அடிப்படை அளவிடலான கல்வி தேவைப்படுகிறது என்ற உண்மையை இது மறுதலிக்கிறது. தொடக்கக்கல்வி கூட அனைவருக்கும் கிடைக்காத எட்டாக்கனியாக இருக்கும்போது திறன்களின் மீது மட்டும் கவனத்தைச் செலுத்துவது என்பது அனைவருக்கும் தரமான கல்வி தேவை என்ற நோக்கத்தில் இருந்து மாறுவதாக இருக்கிறது.

குழந்தையின் வாழ்க்கையிலோ, பள்ளிப் பாடத்திட்டங்களிலோ திறன்களுக்கு இடமே இல்லை என்று மறுப்பதற்காக இதைச் சொல்லவில்லை. அவை தேவைதான், ஆனால் அவைகளின் இயல்பு வேறுவிதமாக இருக்க வேண்டும். அவை வேறு விதமாக பங்கினைச் செய்ய வேண்டும். வாழ்க்கைக்குத் தேவைப்படக்கூடிய திறன்கள் குழந்தைகளின் பாடத்திட்டத்தில் முக்கியமான பங்கினை வகிக்கக் கூடியதாக உருவாகி இருக்கிறது. கல்வி சாராத, அறிந்துகொள்ளும் ஆற்றலுடன் தொடர்பில்லாத பிற வகையான பங்கினை

வகிக்கின்றன. பிரச்சனை எப்போது எழுகிறது என்றால், பள்ளிக்கல்வி அளவில் ஒரு சிலருக்கு வாழ்க்கைத் திறன்களும், வேறு சிலருக்குத் தொழில் திறமைகளும் தேவை என்ற கொள்கைத் திட்டம் வரும்போதுதான் இப்படிச் செய்வது சமவாய்ப்பு என்ற அரசியல் சட்ட நோக்கத்திற்கு முரணாகப் போவது மட்டுமின்றி, நீண்டகால பொருளாதார நோக்கங்களை நிறைவேற்ற உதவாமலும் போய் விடுகிறது.

அறிவியல் மனப்பாங்கு அல்லது சமூக அறிவியல் இயல்பு:

கல்வி என்பது தேச நிர்மாணத்திற்கான கருவியாக இருக்கிறது என்று உலகம் முழுவதும் ஏற்கப்பட்டுள்ளது. தேசத்தின் எதிர்கால வளர்ச்சிக்கு குழந்தைகள் ஆற்றக்கூடிய பங்கினுக்காக அவர்களைத் தயாரிப்பதன் மூலம் இது சாத்தியப்படுகிறது. இந்தப் பங்களிப்புகள் பலவிதமான தளங்களையும் உள்ளடக்கியவை என்பதில் ஐயமில்லை. இந்தத் தளங்கள் மென்மேலும் விரிவடைந்து கொண்டே போகக்கூடியவை. புதிதாகப் பெறப்படும் அறிவு, அரசியல் சட்டத்தில் பொதிந்திருக்கும் குடிமக்களின் மதிப்பீடுகள் போன்றவை எந்த ஒரு தனி மனிதனின் கல்வி வளர்ப்பிலும் அடிப்படையாக ஒரு பங்கினை ஆற்றுகின்றன. மக்களாட்சி, சமூகநீதி, சமத்துவம் ஆகிய இந்த மதிப்பீடுகள் வயது வந்தோரின் வாழ்க்கையில் அவர்களின் தனிப்பட்ட வாழ்விலும், பணிகளிலும் விளைவுகளை ஏற்படுத்தக்கூடியவை. இவற்றை நன்கு உருவாக்கப்பட்ட சமூக அறிவியல் பாடத் திட்டத்தின் மூலமாக நாம் கற்பிக்க முடியும். இப்போதைய பேச்சுக்களின் அறிவியல் மனப்பாங்கைக் கட்டமைப்பதன் மூலமே கல்வியின் தரத்தை உயர்த்துவது சாத்தியப்படும் என்கிற அதிகபட்சமான பார்வை துரதிருஷ்டவசமாக தென்படுகிறது. சமூக அறிவியலின் மூலம் பயிற்றுவித்துப் பழக்கக் கூடிய, ஊட்டி வளர்க்கக்கூடிய மதிப்பீடுகள்

பற்றிய பேச்சுக்கள் மிகவும் குறைவாகவோ அல்லது அறவே இல்லாமலோ இருக்கின்றன. சமூக அறிவியலை ஒரு செயற்களமாக, ஒரு முழுக்காட்சித்தளமாகப் பயன்படுத்திக் கொள்ளத் தவறுவது சிந்தனையின் மையக்கூறு களுடனான மிக முக்கியமான இணைப்பைத் தடுக்கிறது. அறிவாராய்ச்சி, வரலாற்று ஆய்வு, கட்டமைப்புகள் பற்றிய பகுப்பாய்வு ஆகியவற்றிற்கு இது இடர் உண்டாக்கிவிடும். ஒரு தனி நபரின் கல்வி வளர்ச்சிக்கு அறிவியலையும், கணிதத்தையும் போலவே சமூக அறிவியலும் முக்கியமான தேவையாகும். இவ்விரு அறிவாற்றல்களுக்கு இடையே சம நிலையை உருவாக்க முயற்சிப்பதன் மூலமும், கல்விக்கொள்கை பற்றிய திட்டங்களில் சமமான உந்துதலைத் தருவதன் மூலமும் தரமான கல்வியை உருவாக்குவது பற்றிய பார்வை அமையவேண்டும்.

நிறுவனங்களைக் கட்டமைப்பது அல்லது உடனடித்தீர்வுகளைக் கண்டறிவது:

தரத்தை மேம்படுத்தவும், பேணவும் தவறான செயலை முற்றுவிப்பதில் நேரும் தோல்விகளே காரணமாக பெருமளவு சொல்லப்படுகின்றன. பொது நிறுவனங்கள் இடர்நீக்கக் காக்கத் தவறிவிடுவதோடு தொடர்புடையதாக இது இருக்கிறது. நிறுவனங்களின் செயல்பாட்டில் உள்ள அனைத்துக் கூறுகளையும் இது உள்ளடக்கி இருக்கிறது. விதிமுறைகள், கட்டளைச் சட்டங்கள் (நியமனம், திட்டமிடல், மேற்பார்வை) தொடங்கி உள்ளமைப்பில் நிலவும் ஒத்திசைவற்ற நிலை (முகமைகளுக்கு இடையேயான ஒருங்கிணைப்பு, தகவல் தொடர்பு, அதிகார அமைப்பு) வரையிலும் பள்ளிகள் தொடங்கி மேல்நிலை நிர்வாகம் வரையிலும் அனைத்தையும் இந்த முரண்பாடு பாதிக்கிறது.

கல்வியில் இன்று காணப்படும் நெருக்கடி களுக்கு இது மிக அதிக அளவிலான பங்களிப்பைச் செய்கிறது. நெருக்கடி என்ற



சொல்லை நான் தெரிந்தே பயன்படுத்துகிறேன். இந்த வார்த்தை எச்சரிக்கை மணியை ஒலிக்கும் என்பதால், துரதிருஷ்டவசமாக, இந்தப் பொருத்தக்கேடுகளுக்கு எதிரான நடவடிக்கை மேற்கொள்ளத் தவறி, வலிமையான நீடித்து நிலவக்கூடிய கல்வி அமைப்புகளைக் கட்டி அமைப்பதில் கவனம் செலுத்தத்தவறி இக் கட்டான நிலைமைகள் ஏதுமில்லை என்ற பாவனையை மேற்கொண்டு சுற்றிச்சென்று விடுவதற்கான வழிவகைகளைக் காண்பதற்கே தீர்வுகள் சொல்லப்படுகின்றன. வேறுவார்த்தைகளில் சொல்வதானால் அமைப்புகள் அல்லது ஆளுகை தொடர்புடைய பிரச்சனைகள் தான் சீர்திருத்தங்களுக்கு உண்மையான தடையாக உள்ளன. இத்தகைய பிரச்சனைகளை அடையாளம் காண்பதற்கான தீவிரமான முயற்சிகள் மிகவும் குறைவாகவே உள்ளன. இதற்கு மாறாக அப்போதைக்கான தீர்வுகளைக் காண்பதில்தான் கவனம் செலுத்தப்படுகிறது. உதாரணமாக, ICT மீதான கவனம் தேசத்தின் பெரும்பாலான பகுதிகளுக்கு பொருந்தாத தன்மை உடையதாக இருக்கிறது. இங்கு வசிக்கும் மக்கள் கணினி அறிவில் மிகவும் பின்தங்கியோ, கணினிகளே இல்லாதவர்களாகவோ இருக்கின்றனர். கணினிகள் தரப்பட்டுள்ள பள்ளி

களில் அவை வீணாகிவிடும் என்ற அச்சம் காரணமாகவோ, மின்சார வசதி இல்லாமை யாலோ பூட்டியே கிடக்கின்றன. மின் கட்டணம் செலுத்துவதற்கு பண ஒதுக்கீடு இல்லாமையால் ஆசிரியர்கள் தங்கள் சொந்தப் பணத்தைக் கொண்டே மின் கட்டணத்தைச் செலுத்துகின்றனர். அதைப்போலவே, பணி நியமன விதிகளோடு ஆசிரியர்களின் தகுதிகள் ஒருங்கிணைக்கப்படாமல் இருப்பது ஆசிரியர்களின் ஆர்வத்தைக் குறைக்கிறது. ஆக, பயிற்றுவிக்கும் முறைகளில் உள்ள ஓட்டைகளை அடைப்பது மட்டும் உதவாது. எந்த ஒரு பள்ளியை எடுத்துக்கொண்டாலும் அவர்களில் பலருக்கு ஆசிரியர் கல்விப் பயிற்சி முறைகளில் இடமளிக்கப்படாமல் இருப்பதைக் காணமுடியும். அசிரியப்பணியாளர்களுக்கு நிறுவனச் சிக்கல்கள் இருக்கும். இவைகளை சரிசெய்யாமல் நீண்டகாலப் பயன்களைப் பெறமுடியாது. ஆசிரியர்கள்மீது பொறுப்பைச் சுமத்துவது என்பதை பள்ளியின் சுயாட்சி, முகமைகளில் உள்ள பிரச்சனைகள், ஒட்டு மொத்தக் கல்விமுறையின் பதில் சொல்லும் பொறுப்பு ஆகியவற்றிலிருந்து தனியாகப் பிரித்துக் காணமுடியாது. அரைகுறையான தீர்வுகளைக் காண்பது பல சமயங்களில் முரண்பாடுகளை அதிகரிக்கவே உதவுகிறது.

மேற்பார்வை, திட்டமிடல், கொள்கை உருவாக்கம் போன்ற நிறுவனக் கூறுகள் பற்றி அதிகம் பேசப்படுவது இல்லை. இவை செயலாக்கத்தின் அனைத்துக் கூறுகளிலும் பாதிப்பை உண்டாக்கும் தன்மை உடையவை. திட்டமிடுதலைப் பரவலாக்குவது விரும்பப்படும் ஒரு நோக்கமாயினும் பரவலாக்குவதை ஒருங்கிணைத்து வழிப்படுத்தும் நடைமுறைகள் யதார்த்தத்தில் இல்லை. ஆகவே DISE படிவங்கள் ஒரே மாதிரியாகவே சமர்ப்பிக்கப்படுகின்றன. மாவட்டங்களிலும் பள்ளிகளிலும் வள ஆதாரங்கள் விருப்பம்போல பகிர்ந்தளிக்கப்படுகின்றன. திட்டங்கள், தேவைகள் பற்றிய பார்வை ஏதுமின்றி இந்தப் பகிர்ந்தளிப்பு செய்யப்பட்டுவிடுகிறது. மேற்பார்வை முறைகள், திட்டமிடல், கொள்கை ஆகியவற்றிற்குத் தேவையான தகவல்களைக் கொடுப்பதில்லை. மேற்பார்வை இடுவோர் சேகரிக்கும் தகவல்கள் திட்டமிடுபவர்களாலும், கொள்கை உருவாக்குபவர்களாலும் பயன்படுத்தப்படுவதில்லை. தரவுகளும், தகவல் முறைகளும் பொதுவாக ஏராளமான குறைகளை உடையதாக இருக்கின்றன. வரையரைகள், மதிப்பிடும் முறைகள், நிர்வாகம் போன்றவற்றோடு தொடர்புடைய குறைகள் இவை. இதன் விளைவாக ஏராளமான தரவுகள் உருவாகும் போதிலும் அப்போதைக்குத் தேவையான தரவுகள் கிடைப்பதில்லை. திரட்டப்பட்டத் தகவல்களும் கூட பயன்படுத்தப்பட வேண்டிய இடத்தை அடைவதில்லை. தரவு சேகரிக்கும் முறைகளும் அவற்றை வழங்கும் முறைகளும் திறனை மேம்படுத்துவதில் பெருமளவு உதவ முடியும். உள்ளூர் அளவில் உருவாக்கப்பட்ட தரவுகளுக்கு தரமான ஒரு மாதிரியை உருவாக்குவது, பரவலாக்கப்பட்ட மேற்பார்வை திட்டமிடல், அமலாக்கம் ஆகியவற்றிற்கு வழிவகுக்கும். இது நிர்வாகிகள், ஆசிரியர்கள், சமூகங்கள் ஆகியவற்றிற்கு உதவும்.

பரவலாக்குதல் போன்ற சமூகத்தை உள்ளடக்கம் முறைகள் கல்விக்கான பார்வையில் ஒரு முக்கியமான கூறாக நீண்டகாலமாக இருந்து வந்துள்ளன. இந்தத் திசையில் மேற்கொள்ளப்பட்ட முயற்சிகள் தேவையான அளவுக்கு அக்கறை காட்டப்படாதனவாக இருந்துவிட்டன. இதன் காரணமாக சமூக உள்ளடக்கம் என்பது பரவலாக்கம்போலவே மறக்கப்பட்ட ஒன்றாகிவிட்டது. எனவே PTAக்கள் MTAக்கள் VEசிக்கள் SDMCகள் இப்போது SMCகள் ஆகியவை உருவாக்கப்பட்டுள்ளன. அதிகாரத்திலும், தாக்கத்திலும் வெகு சிறிது மாற்றம் மட்டுமே வந்துள்ளது. இந்தக் கூறுகளுக்கு தேவைப்படும் அளவுக்கு அழுத்தம் தர கல்விமுறை விரைந்தாலன்றி நிதி முதலீடு, மனித ஆற்றல் ஆகியவற்றைக் கொண்டு செயல்திறத்தை அதிகரித்தாலன்றி SMCயும் கூட மற்ற அமைப்புகளைப் போலவே அதே வழியில்தான் போகும்.

நிறுவனங்களைக் கட்டியமைப்பது என்பது தெளிவான பார்வையும், திறமையும் தேவைப்படுகிற ஒரு வழிமுறை. குறுகிய கால நோக்கங்களினால், அவ்வப்போதைக்கு எடுக்கப்படும் தீர்வுகளால், தொழில்நுட்ப ஓட்டைகளை அடைப்பது ஆகியவற்றால் இது நிறைவேறாது. கல்வி முறையின் அடித்தளங்கள் வலுப்படுத்தப்பட்டு நீண்டகால நீடித்த வளர்ச்சிக்கு வழி செய்வதாக அமைய வேண்டும். இந்த மூலதனத்தை உருவாக்க நம்மில் இயலாதவரை கல்வி வாய்ப்பிலும், வளர்ச்சியிலும் இன்னும் பல தலைமுறைகள் விளிம்பு நிலையில் தொடரும் நிலை இருக்கும்.

புதிய கல்விக்கொள்கை வெளிவர இருக்கிறது. இதை உருவாக்குபவர்கள் கல்விக்கும், அதற்கான கொள்கைத் திட்டங்களுக்குமான பார்வையை நினைவில் கொண்டிருப்பார்கள். இந்தப் பார்வையைப் பலவீனப்படுத்தி விடாமல் வலுசேர்க்கும் விதத்தில் இருக்க வேண்டும் என்று அவர்கள் கருதி இருக்கவே செய்வார்கள். ●

HIV திட்டங்களிலிருந்து பெறப்பட்ட பாடம்

- அல்கா நரங், UNDP

21.17 இலட்சம் இந்தியர்கள் HIV தொற்றுடன் வாழ்ந்து வருகின்றனர். இது 2015ஆம் ஆண்டு தேசிய அளவில் செய்யப்பட்ட மதிப்பீடாகும். HIV தொற்று கொண்டிருந்த முதல் நபர் 1987ஆம் ஆண்டு சென்னையில் கண்டு பிடிக்கப்பட்டது முதற்கொண்டு, இந்தியா அசாதாரணமான அரசியல் மன உறுதியையும் அவசர உணர்வையும் கைக்கொண்டு புதிதாக முளைத்திருந்த இந்தச் சிக்கலுக்கு எதிர்வினையாற்றியது. உலகம் முழுவதும் வெளிப்பட்ட பரந்துபட்ட செயல்பாடுகளில் ஒன்றாக HIVக்கு எதிரான இந்தியாவின் ஒரு முகப்பட்ட, அர்ப்பணிப்புணர்வுடைய செயல்பாடு வெளிப்பட்டது. காச நோய், மலேரியா, தொழுநோய் போன்ற நோய்களோடு ஒப்பிடும் போது HIV தொற்று அளவில் குறைவுதான் என்றபோதிலும், அரசியல் மாற்றங்களுக்கு இடையிலும் முன்னுரிமை தரப்பட்டு மனத்திட்டத்துடன் HIV எதிர்கொள்ளப்பட்டது.

இதன் விளைவாக, HIV தொற்றும் பரவலும் வெகுவாக தொடர்ந்து குறைந்த வண்ணம் இருந்தது. கடந்த 10 ஆண்டுகளில் 0.41 விழுக்காடு என்ற அளவில் இருந்த HIV தொற்று அளவு 2015இல் 0.26 விழுக்காடாக குறைந்திருந்தது. தேசிய எய்ட்ஸ் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டத்தில் இந்தியா இதுவரை மூன்று ஐந்தாண்டுப் படிநிலைகளை நிறைவு செய்துள்ளது. நான்காம் ஐந்தாண்டுப் படிநிலை இப்போது செயல்பட்டு வருகிறது. தேசியத் திட்டத்தின் அடுத்தடுத்த ஒவ்வொரு படிநிலைகளின் போதும் அவ்வப்போது எதிர்வினையாற்றுவதில் மாற்றங்கள் செய்யப்பட்டன.

தேசிய எய்ட்ஸ் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டத்தின் வெற்றியிலிருந்து கற்றுக்கொள்ள வேண்டிய பாடங்கள் பல இருக்கின்றன. HIV தொற்றையும், பரவலையும் இதனால் வெற்றிகரமாகத் தடுக்க முடிந்தது. திகைக்க வைக்கும் இன்னல்கள் மிகுந்த சூழல், வேற்றுமைகள் மிகுந்த சூழல் ஆகியவற்றிலும்கூட HIV எதிர்வினையின் வெற்றிக்குப் பின்னால் பல அடிப்படைகள் இருக்கின்றன என்பது தெரியவந்தது.

இந்திய தேசிய எய்ட்ஸ் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டம் (NACP) வழிகாட்டி நெறிமுறைகளைத் தெளிவாக அறிவித்து தனது எதிர்வினைக்கான அடித்தளத்தை அமைத்தது. இந்த நெறிமுறைகள் தேசிய அளவிலான எதிர்வினையை கடந்த காலங்களில் வழி நடத்தியது. உரிமைகள், நடுநிலை தவறான பண்பு, அனைவரையும் உள்ளடக்கிய தன்மை, பலவித கூறுகளுக்குமான எதிர்வினை, உண்மையான மரியாதைக்கு உத்தரவாதம், விளிம்பு நிலையினருக்கும் வாக்குரிமையைப் பறி கொடுத்தோருக்கும் மரியாதை ஆகிய நெறிமுறைகள் மிகவும் பின்பற்றக்கூடிய சிறந்த முன்னுதாரணத் திட்டமாக இதனை உருவாக்கின.

HIVயினால் ஏற்பட்ட பிரச்னைகளுக்கு பரந்துபட்ட ஒரு அணுகுமுறை தேவைப்பட்டது. மாநில எய்ட்ஸ் கட்டுப்பாட்டு மையங்கள் முதலில் உருவாக்கி அமைக்கப்பட்டன. நகரங்களிலிருந்து கிராமங்களுக்கும் HIV தொற்று பரவியபோது மாவட்ட எய்ட்ஸ் தடுப்பு மையங்களும், வடகிழக்கு மாநில கட்டுப்பாட்டு அலகுகளும் (NERO) உருவாக்கப்பட்டன. இவை அந்தந்தப் பகுதிகளுக்கு உரித்தான பிரச்னைகளுக்குத் தீர்வுகண்டன. வள ஆதாரத் தேவைகளையும், கட்டமைப்புத்

அல்கா நரங், UNDP, இந்தியாவுக்கான உதவி இயக்குநர், ஐக்கிய நாடுகள் வளர்ச்சித் திட்டம், புதுதில்லி.

தேவைகளையும் நிறைவேற்றிக்கொள்வதற்கு அவை தங்களை ஈடுபடுத்திக் கொண்டன.

HIVயின் மிக முக்கியமான மையப்புள்ளிகளில் ஒன்று ஒரு குறிப்பிட்ட வகை மக்கள் கூட்டத்தினரிடையில் இது அதிகமாக காணப்பட்டதுதான். பாலியல் தொழிலில் ஈடுபட்டிருப்போர், ஓரினச் சேர்க்கையாளர்கள், திருநங்கைகள், போதை ஊசிகளைப் பயன்படுத்துவோர் முக்கியமான மக்கள் திறங்களாக அறியப்பட்டனர். அமைதியாக இருந்துகொண்டு ஆதாயம் பெறக்கூடியவர்களாக இவர்களை நடத்தாமல் சமமான உரிமை கொண்ட சமூக அங்கத்தினர்களாகக் கருதி நடத்தி இந்திய தேசம் ஒரு முக்கியமான திசைவழியைக் கண்டது. பாதிப்புக்கு உள்ளாகி இருந்த இந்தக்குழுவின் எய்ட்ஸ் தடுப்புத் திட்டத்தில் மிக முக்கியமான பங்குப்பணியை ஆற்றவேண்டி இருந்தது. பாதிக்கப்பட்டவர்களையும் ஈடுபடுத்திக்கொண்டு தேவை இருப்பவர்களை நாடியும் ஓடியும் மருத்துவ உதவிகளும், சேவைகளும் செய்யப்பட்டன. “எங்களுக்காக எதுவுமில்லை, எங்களையன்றி எதுவும் இல்லை” என்பது இந்த சமூகங்களை ஈடுபடுத்திக் கொள்வதற்கான தாரக மந்திரமாக மாறியது. முடிவுகள் எடுப்பதற்கான வழிமுறைகளில் ஒருங்கிணைந்த ஒரு பகுதியினராக இவர்களைச் சேர்த்துக் கொள்ளலாம், இவர்களின் மன ஊக்கம், திறமை ஆகியவற்றை கட்டமைத்து சக்திமிக்கவர்களாக ஆகும் வகையிலும் சரியான பல முயற்சிகள் மேற்கொள்ளப்பட்டன. இத்தகைய சமூகத்தினரை வலுப்படுத்தக்கூடிய உபாயங்கள் நிறைந்த அரசின் அணுகுமுறை, HIV தடுப்புத் திட்டத்தின் சிக்கலான பன்முகப்பட்ட அணுகுமுறையை மேம்படுத்தி மேலே கூறிய காரணிகளில் மிக முக்கியமான ஒன்றாக அமைந்தது.

வளர்ச்சிக்கு தடை ஏற்படுத்தக்கூடிய, சிக்கல்கள் அதிகம் கொண்ட சவால்களை சந்திப்பதற்கு பன்னோக்கு அணுகுமுறை தேவைப்படுகிறது. இந்தத் தேவையை தேசிய

AIDS தடுப்புத்திட்டம் வெகு முன்னதாகவே உணர்ந்துவிட்டது. அரசாங்க மேல்மட்டத்தில் இதன் தேவை உணரப்பட்டது. தேசிய AIDS கட்டுப்பாட்டுத் திட்டத்தில் இது வெறுமனே வெறும் பேச்சாக ஒலிக்கவில்லை. ஊரக வளர்ச்சி, தொழிலாளர் வேலைவாய்ப்பு, பெண்கள், குழந்தைகள் மேம்பாடு அவர்களுக்கு அதிகாரமளித்தல் ஆகிய துறைகள் உட்பட 22 அமைச்சகத் துறைகளை உள்ளடக்கிக் கொண்டு பன்னோக்கு அணுகுமுறை மிக கவனமாக நடைமுறைப்படுத்தப்பட்டது. எய்ட்ஸ் ஒழிப்பு தேசியக் குழுமம் 2005இல் அமைக்கப்பட்டது. பல்வேறு அமைச்சகங்களைச் சேர்ந்த பிரதிநிதிகளும் இதில் இருந்தனர். AIDS பரவலுக்கு எதிரான பன்முகப்பட்ட எதிர்வினைகளை இந்த அமைப்பு உறுதிப்படுத்தியது. AIDS தடுப்புத் திட்டத்தின் நான்காவது கட்டமானது பங்குதாரர்களை சேர்த்துக்கொண்டும், நடத்துமுறைகளில் பெரும் பகுதி மக்களை உள்ளடக்கிக் கொண்டும் அமைந்திருந்தது. இந்த அணுகுமுறை மிகச் சிறந்த பயனைத் தந்தது. AIDS தொற்றுடன் வாழக்கூடிய மக்களுக்கு பல்வேறு அமைச்சகங்களின் மூலமாக வழங்கப்படக்கூடிய சமூகப் பாதுகாப்புத் திட்டங்களை மேம்படுத்தி அமைத்தது இதற்கு ஒரு உதாரணமாகும். 14 பிற அமைச்சகங்களையும் சேர்த்துக்கொண்டு புரிந்துணர்வு ஒப்பந்தங்களை ஏற்படுத்திக் கொண்டு AIDS எதிர்வினைக்கு சுகாதார அமைச்சகம் தலைப்பட்டது. அரசியல் ஆதரவை உருவாக்கவும், வளர்ச்சி தொடர்பான பிரச்சனைகளில் ஆர்வத்தை வளர்க்கவும், வாதங்கள் உதவின. இந்தியாவில் எய்ட்ஸ் எதிர்த்துப் போராடுவதற்கான விசாலமான பரந்துபட்ட ஆதரவு அரசியல் தலைவர்களிடமிருந்தும், கொள்கைகளை வகுத்தளிப்பவர்களிடமிருந்தும் சிறப்பாக வெளிப்பட்டது. முன் எப்போதும் இருந்திராத அளவுக்கு, கட்சி வேறுபாடுகளைக் கடந்த அரசியல் ஆதரவை NACP கண்டது. AIDS எதிர்ப்புக் கொள்கைத் திட்டங்களை வகுப்போரின் கூர்ந்தறியும் திறனை வெளிப்படுத்த AIDS தேசியக்குழுமம், நாடாளுமன்றக் குழு போன்ற அமைப்புகள்

உருவாக்கப்பட்டன. ஐந்தாண்டுத் திட்டங்களில் AIDS ஒழிப்புத்திட்டமும் சேர்க்கப்பட்டது. HIV / AIDSக்கு முன்னுரிமை அளித்து அதனை சந்திக்க விழைந்த அரசின் நோக்கம் குழப்பமில்லாமல் வெளிப்பட்டது. இத்தகைய பங்கேற்புகளும், நடவடிக்கைகளுக்கு ஆதரவான அழைப்புகளும் திறம்பட்ட எதிர்வினைக்கான தெளிவான பாதைகளை பல வழிகளில் ஏற்படுத்தித்தந்தன.

கண்டறிதல், மதிப்பிடுதல், கவனமாகக் கண்காணித்தல், ஆராய்ச்சி போன்ற தகவல்கள் தேசியத் திட்டத்திற்கு எப்போதுமே முன்னுரிமை உடையவனாக இருந்தன. ஆதாரங்களை அடிப்படையாகக் கொண்டு திட்டமிடுவதற்கு இவை அச்சாரமிட்டன. NACP அமைப்பு HIV காவல் கண்காணிப்பு முறைக்குப் பெயர் பெற்றது. HSS எனப்படும் இது உலகிலேயே மிகப்பெரிய கண்காணிப்பு முறையாகத் திகழ்ந்தது. வெவ்வேறு பிரதேசங்களிலும், மக்கள் குழுக்கள் மத்தியிலும் HIV பரவலை, அதன் போக்கை, அதன் அளவையின் தொடர்ந்து அறிந்துகொள்ள HSS உதவியது. நடத்தைக் கண்காணிப்பு (BSS) முறையும், ஒருங்கிணைக்கப்பட்ட உயிரியல், நடத்தை இயல் கண்காணிப்பும் இன்னும் பல முயற்சிகளும் ஆதாரங்களின் அடிப்படையில் திட்டங்கள் தீட்டுவதற்குத் துணை நின்றன.

முன்னோடித் திட்ட மாதிரிகளை வளர்ப்பதிலும், அதன் வெற்றி தோல்விகளிலிருந்து பாடம் கற்றுக் கொள்வதிலும் அழுத்தமான நம்பிக்கை கொண்டதாக எய்ட்ஸ் கட்டுப்பாட்டுக் கழகம் இருந்துவந்தது. இலக்கு நோக்கிய இந்தப் பயணத்தில், அனுபவ அறிவை கூர்மைப்படுத்துவதும், மென்மேலும் அறிவதற்கான முயற்சிகளும் திட்ட வடிவமைப்பில் நிறைய பயன்களை விளைவித்தன. அறிந்துகொண்டு செயல்படுவதற்கான மையங்களையும், சிறந்த நடத்தைக்கான மையங்களையும் நாடெங்கிலும் ஏற்படுத்தி கருத்தரங்குகள், பட்டறைகள், பயிலரங்கங்கள், மின்னணு மேடைகள் ஆகியவற்றையும் தொடர்ச்சியாக நடத்தி அவற்றின் வெளிப்

பாடுகளைப் பகிர்ந்து கொள்ளவும் ஏற்றுக் கொள்ளவும் செய்யப்பட்டது. ஆக, களத்தில் இருந்து பெறப்படும் தகவல்களையும், புரிதல்களையும் ஒழுங்குபடுத்தி ஒன்றிணைத்து செயல்படுவதன் மூலம் தரமான தலையீடு, வடிவமைப்பில் மேம்பாடு ஆகியவை எட்டப்பட்டன.

வெளிப்படைத்தன்மையையும், பதில் சொல்லும் பொறுப்பையும் தொடர்ந்து கடைபிடித்து வருவதற்கான நடவடிக்கைகளின் ஊடாக HIV எதிர்வினை செயல்பட்டது. தொழில்நுட்பப் பங்குதாரர்கள், நிதியளிப்போர், கல்வி, ஆராய்ச்சி அமைப்புகள் போன்றவை சேர்ந்து நடத்தக்கூடிய திறனாய்வுகளும் இதில் அடங்கும். இவைகளின் காரணமாக மிகச்சிறப்பாக செயல்படுவதற்கான தூண்டுதலை இந்தத்திட்டம் பெற்றது. இந்தியாவிற்கு நிதியுதவி அளித்திருக்கும் பலவிதமான அமைப்புகளின் பெயர்களைப் பார்த்தாலே இந்தியாவின் AIDS ஒழிப்பு முயற்சியில் சர்வதேச ஆர்வம் எப்படி இருந்தது என்பது புலப்படும். உலக நிதியம், கேட்ஸ் அறக்கட்டளை, உலக வங்கி, ஐக்கிய நாடுகள் சபை DFID, USAID போன்றவை மிக அதிக அளவில் நிதி உதவி அளித்த அமைப்புகளில் சிலவாகும்.

AIDS வழக்கத்துக்கு மாறான ஒரு தொற்று. வழக்கத்திற்கு மாறான கவனம் இதற்குத் தேவைப் படுகிறது. HIV கற்றுத்தந்திருக்கும் பாடங்கள் வளர்ச்சிக்கு சவால்விடக்கூடிய இன்ன பிறவற்றிற்கும் பொருத்தப்பாடு உடையது. வெற்றிகள் ஏராளமாக ஈட்டப்பட்டிருக்கும் அதேவேளையில் கவனம் செலுத்தப்பட வேண்டிய பகுதிகள் பலவும் இருக்கின்றன. குறிப்பாக, சட்டக் கருத்துருவாக்கத்தில் பல இடைவெளிகளை நிரப்பவேண்டி இருக்கிறது. இந்தியா தொடர்ந்து புதிய புதிய முயற்சிகளைப் புனையவும், அவற்றை செயல்படுத்திப் பார்க்கவும் வேண்டியுள்ளது. அப்போது தான் அது தனது 90-90-90 என்ற குறி இலக்கை 2020ஆம் ஆண்டின் இறுதிக்குள் எட்டமுடியும்.

அனைவருக்கும் சுகாதாரம்: இன்றியமையாத சர்வதேசப் பார்வை

- டாக்டர் சுபாஷ் சர்மா

“அனைவருக்கும் சுகாதாரம்” என்ற கருத்தாக்கமானது (ஹெச்.எஃப்.ஏ) சமூக வளர்ச்சிக்கான முழுமையான கருத்தியல் என்பதன் அடிப்படையிலேயே அமைந்துள்ளது. இதில் மனித நலவாழ்வுக்கே (நோயின்றி இருப்பதைவிட மேலான நிலை) முன்னுரிமை தரப்பட்டுள்ளது. “சமூகவளர்ச்சி” என்ற கருத்தாக்கத்தோடு ஒப்பிட்டால் “மனித வளர்ச்சி” என்பது விரிவான மற்றும் நிலை மாற்றம் கொண்ட கருத்தாக்கம் ஆகும். மனித வளர்ச்சியில் (1) தனிநபர் வருமான அதிகரிப்பு; (2) கல்வி நிலையில் மேம்பாடு; (3) ஆரோக்கியம் (நீண்ட ஆயுள்) என மூன்று கூறுகள் உள்ளன. அனைவருக்கும் சுகாதார வசதி கிடைத்தல்(யு.எச்.சி) என்பதைவிட இது பரந்துபட்ட விரிவான கருத்தாக்கம் ஆகும். மேலும் ஹெச்.எஃப்.ஏ யு.எச்.சியைவிட தரத்திலும் செழிவிலும் வித்தியாசப்பட்டு உள்ளது. ஏனெனில் யு.எச்.சி வசதி கிடைத்தலில் கவனம் செலுத்துகின்றது. அதேசமயம் ஹெச்.எஃப்.ஏ நலவாழ்விலும் பராமரிப்பிலும் கவனம் செலுத்துகின்றது. இரண்டாவது வித்தியாசம் யு.எச்.சியானது ஆரோக்கிய நிதி அமைப்புக்கு அதிக முக்கியத்துவம் கொடுக்கின்றது. அரசு, தனியார் மற்றும் கூட்டு நிறுவனங்கள் ஆகியவற்றில் இருந்து நிதியானது திரட்டப்பட்டு அது மொத்த பொதுநிதியாக மாற்றப்பட்டு பயன்படுத்தப்படுகின்றது. நாட்டில் உள்ள அனைத்து மக்களுக்கும் சுகாதார வசதியைத் தருவதற்கு இந்த நிதியானது பயன்படுத்தப்படுகின்றது. (மக்கள் தாங்களாகவே முன்வந்து தரும் சொந்த நிதியளிப்பும் இதில் மறைமுகமாக அடங்கி உள்ளது). அனைவருக்கும் சுகாதாரம் (ஹெச்.எஃப்.ஏ) என்பது பொது நிதியை (அரசு நிதி) மட்டும் பயன்படுத்தி அனைவருக்கும் சுகாதார பராமரிப்பைத் தருவதாகும். முன்றாவது வித்தியாசம், யு.எச்.சி

முறையானது முதன்மையாக தனியார் இன்சூரன்ஸ் நிறுவனங்கள் மூலமாக ஆரம்ப சுகாதார சேவைகளை அளிக்கும் உதவித் தொகுப்பாக உள்ளது. திறந்தநிலை சந்தையில் போட்டி மூலம் தனியார் இன்சூரன்ஸ் நிறுவனங்கள் பங்கேற்கின்றன. சிலசமயங்களில் பொதுத்துறை இன்சூரன்ஸ் நிறுவனங்களும் பங்கேற்கின்றன. ஆனால் ஹெச்.எஃப்.ஏவில் பல்வேறு நிர்வாக மட்டங்களில் அரசு வசதிகளின் மூலம் சேவையானது தரப்படுகின்றது.

வரலாற்று ரீதியிலான பார்வையில் ஹெச்.எஃப்.ஏ-வை பொருத்திப் பார்த்தால் 1978ல் ஐக்கியநாடுகள் சபை அல்மா ஆட்டா பிரகடனம் மூலம் அனைவருக்குமான விரிவான ஒருங்கிணைந்த ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு கிடைக்க வேண்டும் என்று கூறுகிறது. இது சமுதாயத்தின் தேவைகளின் அடிப்படையிலும் உந்துதலிலும் உருவாக்கப்பட்டது.

உலக சுகாதார நிறுவனத்தின் (WHO) அமைப்புச் சட்டமானது “ஆரோக்கியம், நலவாழ்வு, வாழ்க்கைத் தரம், மருத்துவக் கவனிப்பு, நோயுற்றபோது பாதுகாப்புக்கான உரிமை, தாய்மார்கள் மற்றும் குழந்தைகளுக்கான சிறப்பு கவனம் மற்றும் உதவி” ஆகியன மிக முக்கியமானவை என்று கூறுகின்றது. ஹெச்.எஃப்.ஏ சூழ்நிலையில் இவை குறிப்பிடத்தக்கவை ஆகும். இதனோடு யு.டி.ஹெச்.ஆர் ஷரத்து 3ஆனது “ஒவ்வொருவருக்கும் உயிர்வாழ உரிமை, தன்னுரிமை, பாதுகாப்பு உரிமை” உள்ளது என்று தெளிவாகக் குறிப்பிடுகின்றது. வாழ்வதற்கான உரிமை என்பதிலேயே உணவுக்கும் ஆரோக்கியத்துக்குமான உரிமையும் உள்ளடங்கி உள்ளது என்பது தெளிவாகத் தெரிகின்றது (இந்திய உச்ச நீதிமன்றம் இவ்வாறே குறிப்பிட்டுள்ளது). 1978ல் மேற்கொள்ளப்பட்ட அல்மா ஆட்டா பிரகடனம்

டாக்டர் சுபாஷ் சர்மா, நிதி ஆலோசகர், தகவல் மற்றும் ஒலிபரப்பு அமைச்சகம், புதுதில்லி.

இவ்விதமாக யு.டி.ஹெச்.ஆர் கூற்றுடனும் உலக சுகாதார நிறுவனத்தின் அமைப்புச் சட்டத்தோடும் பொருந்திப் போவதைப் பார்க்கலாம். உண்மையில் அல்மா ஆட்டா ஆரம்ப சுகாதாரம் குறித்த சர்வதேச கருத்தரங்கு (இப்போது கஜகிஸ்தானில் உள்ள அல்மாட்டி) “உலகின் அனைத்து மக்களுக்கும் சுகாதாரத்தை மேம்படுத்தவும் உறுதிப்படுத்தவும் பாதுகாக்கவும் அனைத்து அரசாங்கங்களும் அனைத்து சுகாதார மற்றும் வளர்ச்சிப் பணி ஊழியர்களும் அவசரமாகச் செயல்பட வேண்டும்” என்ற தேவையை வெளிப்படுத்தி உள்ளது. அக்கருத்தரங்கில் நிறைவேற்றப்பட்ட முக்கிய தீர்மானங்கள் கீழே தரப்படுகின்றன:

1. ஆரோக்கியம் என்பது நோய் இல்லாத மற்றும் குறைபாடு இல்லாத நிலைமை மட்டும் அல்ல. அது ஒரு முழுமையான உடல், மன, சமூக நலவாழ்வு நிலையாகும். ஆரோக்கியம் என்பது அடிப்படை மனித உரிமையாகும். “அதிகபட்சமான சாத்தியமாகும் ஆரோக்கிய நிலையை அடைதல்” என்பதே மிக முக்கியமான உலகளாவிய சமூக இலக்காகும்.

2. வளர்ந்த நாடுகளுக்கும் வளரும் நாடுகளுக்கும் இடையிலான, அதே போன்று ஒரே நாட்டுக்குள் நிலவும் மக்களின் ஆரோக்கிய நிலைமையில் உள்ள சமநிலையின்மையை அரசியல்நீதியாக, சமூகநீதியாக மற்றும் பொருளாதாரநீதியாக ஏற்றுக் கொள்ள முடியாது.

3. அனைவருக்குமான சுகாதாரத்தை முழுமையாக அடைவதற்கு பொருளாதார மற்றும் சமூக மேம்பாடு என்பது அடிப்படை தேவையாகும். அதேபோன்று வளரும் நாடுகளின் மற்றும் வளர்ந்த நாடுகளின் இடையில் நிலவும் ஆரோக்கிய நிலைமையின் இடைவெளியைக் குறைக்கவும் பொருளாதார மற்றும் சமூக மேம்பாடே அடிப்படைத் தேவையாகும்.

4. தங்களது சுகாதார பராமரிப்பு செயல்பாடுகளுக்கான திட்டமிடல் மற்றும் நடைமுறையாக்கலில் தனியாகவோ கூட்டாகவோ பங்கேற்கும் உரிமையும் கடமையும் மக்களுக்கு இருக்கிறது.

5. 2000ஆம் ஆண்டுக்குள் தங்களது குடிமக்களுக்கான போதுமான ஆரோக்கிய நிலைமையை அடைய வேண்டிய பொறுப்பு அரசாங்கங்களுக்கு உள்ளது.

6. ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு என்பது முக்கியமானதும் இன்றியமையாததும் ஆகும். சமுதாயமும் நாடும் தங்களால் செலவிடக் கூடிய அளவில் இது இருக்க வேண்டும்.

7. ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு என்பது மேம்பாடு, முன்தடுப்பு, சிகிச்சை மற்றும் மறுவாழ்வுச் சேவைகளைத் தருவதாகும். ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு செயல்களை நடைமுறைப்படுத்துவதிலும் கண்காணிப்பதிலும் திட்டமிடுதலிலும் ஒருங்கிணைப்பதிலும் சமுதாயமும் தனிநபரும் அதிகபட்சமாக ஈடுபடுவதை ஊக்குவிப்பதும் இதில் அடங்கும். இதற்கு உள்ளூர் நிலையிலான, தேசிய அளவிலான மற்றும் பிற வகைகளில் கிடைக்கக்கூடிய இதர மூலவளங்களை முழுமையாகப் பயன்படுத்திக் கொள்ள வேண்டும்.

8. விரிவான தேசிய சுகாதார அமைப்பின் ஒரு பகுதியாக ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பை நிறுவி நடத்துவதற்குத் தேவைப்படும் தேசிய அளவிலான கொள்கைகள், உத்திகள், செயல் திட்டங்களை அனைத்து அரசாங்கங்களும் ஏற்படுத்த வேண்டும்.

9. அனைத்து மக்களுக்கும் ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பை உறுதி செய்வதற்கு அனைத்து நாடுகளும் பங்குதாரர் என்ற முறையில் கூட்டுறவாகச் செயல்பட வேண்டும். ஏனெனில் ஒரு நாட்டில் உள்ள மக்கள் பெறும் சுகாதாரம் என்பது மீதியுள்ள ஒவ்வொரு நாட்டுக்கும் நேரடியாகப் பயன்களைத் தரும்.

10. 2000ஆம் ஆண்டுக்குள் உலக மக்கள் அனைவரும் ஏற்றுக்கொள்ளக் கூடிய அளவில் அனைவருக்கும் சுகாதாரம் என்பதை அடைவதற்கு உலகின் நிதி ஆதாரங்களை முழுமையாகவும் சிறப்பாகவும் பயன்படுத்திக் கொள்ள வேண்டும். உலகநிதியில் பெரும் பான்மையான அளவு இப்போது ஆயுதங்களுக்கும் இராணுவத்திற்குமே செலவிடப்படுகின்றது. சுதந்திரம், அமைதி, நெருக்கடி தராத நெகிழ்ச்சியான உறவு, ஆயுத துறப்பு

போன்றவைகளுக்கு சிறப்பான கொள்கையை உருவாக்குவதன் மூலம் கூடுதல் நிதி ஆதாரங்களை ஏற்படுத்த முடியும். இந்தக் கூடுதல் நிதியை ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு உள்ளிட்ட சமூக, பொருளாதார மேம்பாட்டுக்குப் பயன்படுத்தலாம்.

உலக சுகாதார நிறுவனம் அனைவருக்கும் கல்வி என்பதை மீண்டும் 2005லும் 2011லும் திரும்ப திரும்ப வலியுறுத்தி வருகின்றது. இதற்கு உலக சுகாதார நிறுவனம் சுகாதார நிதி அமைப்பின் மூலம் “அனைவருக்கும் சுகாதாரச் சேவைகளை வழங்குதல்” என்பதை பயன்படுத்தியது. சுகாதார பராமரிப்புக்கான நிதிப் பங்களிப்புகளை மீண்டும் திருப்பிச் செலுத்துதல் என்ற முறையைக் கடைபிடித்தது. உலக வங்கியின் தாக்கம் மற்றும் கட்டுப்பாட்டில்லாத வர்த்தகம், தனியார்மயமாதல், உலகமயமாதல் போன்ற தாக்கத்தின்கீழ் இந்த நிதியமைப்பு செயல்பட்டது. டிசம்பர் 2012ல் மேற்கொள்ளப்பட்ட ஐக்கிய நாடுகள் சபையின் தீர்மானம் (A/67/L3) இதனை ஒட்டுமொத்த மனித வளர்ச்சி என வலியுறுத்தியது. மேலும் 2015க்குப் பிறகான வளர்ச்சி செயல்பட்டத்தில் இதனை இணைக்கவும் வலியுறுத்தியது. உலக வங்கி தனது உலக அபிவிருத்தி அறிக்கையில் (1993) சிக்கனமான செலவின் அடிப்படையில் பொது சுகாதார பராமரிப்பு இடையீட்டுச் செயல்களை தரவரிசைப்படுத்தி உள்ளது. குறைந்த வருவாய் உள்ள நாடுகளில் குறைந்தபட்ச சுகாதாரச் சேவை தொகுப்பானது மதிப்பிடப்பட்டுள்ள நோய்ச்சமையில் 1/3 பங்கு நோய்நிலையை தவிர்த்தலாகும். மத்தியநிலை வருவாய் நாடுகளில் 1/5 பங்கு நோய்நிலையை தவிர்த்தலாகும். ஆனால் துரதிருஷ்டவசமாக குறைந்த வருவாய் உள்ள நாடுகளில் பல பொதுவான நோய்களுக்கு பொது நிதியில் இருந்து விலக்கு அளிக்கப்பட்டுள்ளது. (ஓரளவு தீவிரமான காயங்கள், நீரிழிவு, கண்புரை, மிகை ரத்தஅழுத்தம், மன நோய்கள், செர்விகல் புற்றுநோய் போன்றவை இத்தகைய நோய்கள் ஆகும்). 1980களில் ஏற்பட்ட “அமைப்பு சீராக்கம்” அல்லது “பொருளாதார சீர்திருத்தங்களின் விளைவாக”, உலகின் 37 ஏழை நாடுகளில் சுகாதாரத்துக்கென்று ஒரு தனிநபருக்காக அரசு செலவிடும் தொகை

யானது பாதி அளவாக குறைந்து விட்டது. உதாரணமாக 1982-87 காலகட்டத்தில் மெக்சிகோவில் அரசு செலவிடும் தொகையானது 60% குறைந்து விட்டது.

1980கள் மற்றும் 1990களில் கட்டுப்பாடுகள் தளர்வு, தனியார்மயமாதல், சர்வதேசமயமாதல் ஆகியவற்றின் பாதகமான விளைவுகளால் பெரும்பான்மையான வளரும் நாடுகள் கீழ் வரும் சுகாதாரப் பிரச்சனைகளை எதிர்கொண்டுள்ளன;

அ. வளர்ச்சிக்கான இடையீட்டுப் பணிகளில் இருந்து அரசு பின் வாங்கியதால், பிற சமூகப் பிரிவுகளில் (கல்வி, நல்வாழ்வு) ஏற்பட்டது போன்றே சுகாதாரத் துறையிலும் அரசு நிதி முதலீடு குறைந்தது. உதாரணமாக 1991ல் பெரு நாடு சுகாதாரம் மற்றும் கல்விக்கு தனிநபருக்காக \$12 செலவிட்டது. ஆனால் இத்தத்தொகை 1980ல் \$50 ஆக இருந்தது குறிப்பிடத்தக்கது. 1991ல் பெரு மேற்குலக வங்கிகளுக்கு கடனைத் திருப்பிச் செலுத்துவதற்காக ஒரு தனிநபருக்கு \$25 என செலுத்தியது.

ஆ. மருத்துவர்கள் மற்றும் மருத்துவ உதவிக் கான பிற மருத்துவ ஊழியர்களின் பற்றாக்குறையானது அதிக அளவில் ஏற்பட்டுள்ளது. இதனால் சேவையளிக்கும் மருத்துவர்கள் மற்றும் ஊழியர்களின் எண்ணிக்கை குறைந்தது. அதனால் நோயாளிகள் தனியார் மருத்துவமனைகளுக்குச் செல்ல வேண்டிய தேவை ஏற்பட்டது.

இ. மருத்துவ உபகரணங்கள், மருந்துகள், நோயறிதல் வசதிகள் ஆகியவற்றிலும் அரசு சார்ந்த சுகாதார நிலையங்களில் பெரும் பற்றாக்குறை ஏற்பட்டது. எனவே மருத்துவ மனைகள் என்பது மருந்துப் பட்டியல் எழுதித்தரும் நிலையமாகச் சுருங்கிவிட்டன. இதனால் தனியார் மருந்துக் கடைகளில் நோயாளிகள் மருந்துகள் வாங்க வேண்டிய கட்டாயம் ஏற்பட்டது. அதேபோன்று தனியார் பரிசோதனைக் கூடங்களில் அதிகக் கட்டணத்தில் பரிசோதனைகள் செய்து கொள்ளும் நிலைக்கும் நோயாளிகள் தள்ளப் பட்டார்கள்.

ஈ. தனியார் மருத்துவர்கள் அதிக அளவில் கட்டணம் வசூலித்ததோடு தேவையில்லாத கூடுதலான விலை அதிகமான மருந்துகளையும் எழுதித் தந்தனர். அதுமட்டுமல்லாமல் நோயாளிகளை தேவையில்லாத மற்றும் தவிர்த்துவிடக்கூடிய பரிசோதனைகளையும் செய்து கொள்ளுமாறு கட்டாயப்படுத்தினர்.

உ. அரசின் கண்காணிப்பு போதாமையால், அரசுத்துறை மருத்துவர்களும் ஊழியர்களும் தங்களுக்கு சொந்தமான கிளினிக்கில் அதிக நேரம் செலவழித்தனர். அதிலும் பணி நேரத்திலேயே தங்களது கிளினிக்கில் இருந்தனர். வர்த்தகம் மற்றும் லாப நோக்கமுமே இதற்குக் காரணமாகும்.

ஊ. மானிய விலையில் உணவு, ஊட்டச் சத்து, பாதுகாப்பான குடிநீர், சுத்திகரிப்பு வசதிகளை அரசு ஏற்படுத்தித் தராத சூழலில் ஏழை மக்களிடம் தொற்றும் மற்றும் தொற்றாத நோய்கள் அதிகரித்தன. இவர்களால் சிகிச்சைக்கு பணம் செலவழிக்க முடியாத சூழலில் நோய்ச் சூழலிலேயே அதிக நாட்கள் இருந்து இறுதியில் மரணத்தை தழுவவும் நேரிட்டது.

எ. கட்டுப்பாடில்லாத சந்தை என்ற நிகழ்வு “தனிநபர் பராமரிப்பு” என்பதன் அடிப்படையில் உருவானதாகும். தனியார் துறை நல்லது எனக் கருதப்பட்டது. சிலி மற்றும் கொலம்பியா போன்ற பெரும்பான்மையான லத்தின் அமெரிக்க நாடுகளில் உள்ள உள்ளூர் மக்களுக்கு சுகாதாரப் பராமரிப்பின் தரம், சமநிலை மற்றும் திறனில் முன்னேற்றம் ஏற்படவே இல்லை. ஆனால், தனியார் இன்சூரன்ஸ் நிறுவனங்கள், ஆலோசனை நிறுவனங்கள், தனியார் மருந்து கம்பெனிகள் மற்றும் தனியார் மருந்துவமனை போன்றவை அதே சமயம் அதிக அளவில் லாபம் சம்பாதித்தன.

இன்றைய நாட்களில் பொதுத்துறை தனியார் கூட்டுறவு, கொடுக்கும் பணத்திற்கு மதிப்பு, நவீனமயமாதல், மருத்துவ இன்சூரன்ஸ் ஆகியன வளர்ந்த மற்றும் வளரும் நாடுகளில் புழக்கத்தில் உள்ள ரீங்கார வார்த்தைகளாகவே உள்ளன. எனினும் கியூபா, சீனா, கோஸ்ட்டா ரிக்கா, மலேஷியா,

இலங்கை, ருவாண்டா, வெனிசூலா மற்றும் தாய்லாந்து போன்ற நாடுகளில் மாற்றுமுறை சுகாதார அமைப்புகள் உள்ளன. 2002ஆம் ஆண்டில் இருந்து தாய்லாந்தில் அனைத்து மக்களுக்கும் கட்டணம் இல்லாமல் சுகாதாரச் சேவை அளிக்கப்பட்டு வருகின்றது. அந்த நாட்டில் உள்ள மொத்த மருத்துவமனைப் படுக்கைகளில் 77 சதவிகிதம் அரசுத்துறையின் கட்டுப்பாட்டில் உள்ளது. அனைத்து முதியவர்களுக்கும் அரசு சார்ந்த மருத்துவமனைகளில் கண்புரை அறுவை சிகிச்சையை கியூபா அரசு பல ஆண்டுகளாகச் செய்து வருகின்றது. அங்கு மருத்துவர்கள் மற்றும் செவிலியர்கள் கிராமப்புறங்களில் மூன்று ஆண்டுகள் கட்டாயமாக சேவை செய்தாக வேண்டும், நகர்ப்புற மருத்துவமனைகளுக்கு நிதி ஒதுக்குவதைவிட நாடு முழுவதும் உள்ள ஆரம்ப சுகாதார நிலையங்களின் பராமரிப்புக்கு நிதி ஒதுக்குதல் தாய்லாந்தில் மேற்கொள்ளப்பட்டு வருகின்றன. இந்த நாட்டில் சுகாதாரத்துக்கான நிதி ஒதுக்கீடு 2001ல் ஜி.டி.பியில் 1.7 சதவிகிதமாக இருந்தது 2008ல் 2.7 சதவிகிதமாக அதிகரித்து உள்ளது. எனினும் இதுவும் குறைவான ஒதுக்கீடுதான் என்பதை மறுக்க முடியாது. தாய்லாந்தில் உள்ள ஒவ்வொரு 10,000 நபர்களுக்கும் 3 மருத்துவர்கள்தான் உள்ளனர். ஆனால் இந்த எண்ணிக்கை மலேஷியாவில் 9.4; பிலிப்பைன்சில் 11.5; வியட்நாமில் 12.2; சிங்கப்பூரில் 18.3 என உள்ளது. குறைவான ஊதியம் காரணமாக தாய்லாந்தில் செவிலியர் பற்றாக்குறையும் உள்ளது.

ஐக்கிய நாடுகள் சபையின் உறுப்பு நாடுகள் ஒருமித்த குரலுடன் புத்தாயிரம் ஆண்டின் வளர்ச்சி இலக்குகளை (MDG) அறிவித்துள்ளன. அதில் சுகாதாரம் தொடர்பான இலக்குகள் கீழே தரப்படுகின்றன:

1. பட்டினியால் வாடும் மக்களின் எண்ணிக்கையை 1990க்கும் 2015க்கும் இடைப்பட்ட காலகட்டத்தில் பாதி யாகக் குறைத்தல்
2. ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளின் இறப்பு எண்ணிக்கையை 1990க்கும் 2015க்கும் இடைப்பட்ட காலகட்டத்

தில் மூன்றில் இரண்டு பங்காகக் குறைத்தல்

3. பேறுகால தாய்மார்களின் இறப்பு விகிதத்தை 1990க்கும் 2015க்கும் இடைப்பட்ட காலகட்டத்தில் நான்கில் மூன்று பங்காகக் குறைத்தல்
4. 2015ஆம் ஆண்டின் இறுதிக்குள் பேறு கால ஆரோக்கியம் அனைவருக்கும் கிடைக்குமாறு செய்தல்
5. 2015ஆம் ஆண்டின் இறுதிக்குள் ஹெச்.ஐ.வி / எய்ட்ஸ் பரவலைத் தடுத்தல் மற்றும் தொற்றுக்கு ஆளாகும் நபர்களின் எண்ணிக்கையை குறைக்கத் தொடங்குதல்
6. மலேரியா மற்றும் இதர பெரும் நோய்ப் பரவலை 2015ஆம் ஆண்டின் இறுதிக்குள் தடுத்தல் மற்றும் தொற்றுக்கு ஆளாகும் நபர்களின் எண்ணிக்கையைக் குறைக்கத் தொடங்குதல்
7. பாதுகாப்பான குடிநீர் வசதியும் சுத்தி கரிப்பு வசதியும் தொடர்ச்சியாக கிடைக்காத மக்களின் எண்ணிக்கையை 2015ன் இறுதிக்குள் பாதிக்கக் குறைத்தல்

முதலாவது இலக்கான, உலக சுகாதார நிறுவனத்தின் 2015ஆம் ஆண்டு அறிக்கையின்படி 5 வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளின் மரணத்தில் 45% மரணங்களுக்கு முதன்மையான காரணம் குறைவான ஊட்டச்சத்தும் ஊட்டச்சத்துப் பற்றாக்குறையுமே காரணம். 1990-2013ஆம் ஆண்டுக்கு இடைப்பட்ட காலகட்டத்தில் வளரும் நாடுகளில் குறைவான எடை உள்ள குழந்தைகளின் பங்கு விகிதம் 28%ல் இருந்து 17%ஆகக் குறைந்துள்ளது. இது 2015ல் மேலும் 16%ஆகக் குறையும் என எதிர்பார்க்கப்படுகின்றது. உலக அளவில் இந்த பங்கு விகிதம் 1990ல் 25% என இருந்தது. 2013ல் 15%ஆகக் குறைந்துள்ளது. இந்த குறிகாட்டிக்கான எம்.டி.ஐ இலக்கு என்பது உலக சுகாதார நிறுவனத்தின் வடக்கு மற்றும் தெற்கு அமெரிக்க நாடுகள், ஐரோப்பிய பிராந்தியம், மேற்கு பசிபிக் பிராந்தியம் ஆகியவற்றில் பூர்த்தி செய்யப்பட்டு உள்ளது.

ஆனால் கிழக்கு மத்தியதரைக்கடல் பிராந்தியம், தென்கிழக்கு ஆசிய பிராந்தியத்தில் இந்த இலக்கு பூர்த்தி செய்யப்படவில்லை. இந்தியாவில் சுமார் 47% குழந்தைகள் எடை குறைவான குழந்தைகளாக உள்ளன. இதே போன்று 1990-2013 காலகட்டத்தில் உலக அளவில் உயரம் குறைவான குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை 257 மில்லியனில் இருந்து 161 மில்லியனாகக் குறைந்துள்ளது. இது 37% குறைந்துள்ளது. இந்த இலக்கையும் நாம் இன்னமும் அடையவில்லை.

இரண்டாவது, 1990-2013 காலகட்டத்தில் ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளின் இறப்பு விகிதம் 49% ஆகக் குறைந்துள்ளது (மூன்றில் இரண்டு பங்காக குறைக்க வேண்டும் என்பது இலக்கு). உயிருடன் பிறக்கும் 1,000 குழந்தைகளில் 90 குழந்தைகள் இறப்பு என்பது தற்போது 46ஆகக் குறைந்துள்ளது. (இந்தியாவில் 2013ல் ஐந்து வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளின் இறப்பு 1,000க்கு 42 ஆகும்.) உலக அளவில் 1990ஆம் ஆண்டைவிட 2013ஆம் ஆண்டில் தினசரி 17,000க்கும் குறைவான குழந்தைகள் இறக்கின்றன. உலக அளவில் பச்சிளம் குழந்தைகளின் இறப்பு 1990ல் 4.7 மில்லியனாக இருந்தது. இது 2013ல் 2.8 மில்லியனாகக் குறைந்துள்ளது. இதே கால கட்டத்தில் உயிருடன் பிறக்கும் 1,000 குழந்தைகளில் பச்சிளம் குழந்தை பருவத்திலேயே இறந்து போகும் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை 33ல் இருந்து 22 ஆகக் குறைந்துள்ளது (39%). பிராந்தியம் வாரியாக ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளின் இறப்பு விகிதத்தைக் குறைத்தல் என்ற இலக்கு எந்த அளவிற்கு எட்டப்பட்டுள்ளது எனப் பார்த்தால், 47 நாடுகளைக் கொண்ட ஆப்பிரிக்கப் பிராந்தியத்தில் 6 நாடுகள் 3ல் 2 பங்கு குறைப்பை நடைமுறைப்படுத்தி இலக்கை எட்டியுள்ளன. 2 நாடுகள் சாதனையை எட்டும் பாதையில் வெற்றிக்கோட்டைத் தொட இருக்கின்றன. 25 நாடுகள் பாதியளவு இலக்கை எட்டியுள்ளன. 14 நாடுகள் பாதியைவிடக் குறைந்த அளவில் தான் இலக்கை நோக்கி பயணித்துக் கொண்டு இருக்கின்றன.

35 நாடுகளைக் கொண்ட வட மற்றும் தென் அமெரிக்க நாடுகளில் 5 நாடுகள்

இலக்கை எட்டி உள்ளன. 3 நாடுகள் இலக்கை எட்டும் பயணத்தில் உள்ளன. 24 நாடுகள் பாதிளவு இலக்கை எட்டியுள்ளன. 3 நாடுகள் பாதிளவுகூட இலக்கை எட்டவில்லை. 11 நாடுகள் உள்ள தென்கிழக்கு ஆசியப் பிராந்தியத்தில் 5 நாடுகள் இலக்கை எட்டியுள்ளன. 2 நாடுகள் இலக்கை எட்டும் பயணத்தில் உள்ளன. 4 நாடுகள் பாதிளவு இலக்கை எட்டியுள்ளன. 53 நாடுகளைக் கொண்ட ஐரோப்பிய பிராந்தியத்தில் 23 நாடுகள் இலக்கை எட்டியுள்ளன. 4 நாடுகள் இலக்கை அடைய உள்ளன. 26 நாடுகள் இலக்கில் பாதிளவை எட்டியுள்ளன. கிழக்கு மத்தியதரைக்கடல் பிராந்தியத்தில் 21 நாடுகள் உள்ளன. இதில் 6 நாடுகள் இலக்கை எட்டியுள்ளன. 2 நாடுகள் இலக்கை விரையில் அடையவுள்ளன. 12 நாடுகள் இலக்கில் பாதிளவை அடைந்துள்ளன. ஒரு நாடு இலக்கில் பாதிளவைக்கூட எட்டவில்லை. 27 நாடுகளைக் கொண்ட மேற்கு பசிபிக் பிராந்தியத்தில் 3 நாடுகள் இலக்கை அடைந்து விட்டன. 18 நாடுகள் பாதிளவு இலக்கை அடைந்துள்ளன. 6 நாடுகள் பாதிளவுகூட இலக்கை அடையவில்லை. மொத்தமாகப் பார்க்கும் போது உலகில் உள்ள 194 நாடுகளில் 48 நாடுகள் அதாவது 25% நாடுகள் இலக்கை எட்டியுள்ளன. 13 நாடுகள் (7%) விரைவில் இலக்கை எட்டிவிடும். 109 நாடுகள் அதாவது 56% நாடுகள் இலக்கில் பாதிளவைதான் எட்டியுள்ளன. 24 நாடுகள் (12%) இலக்கில் பாதிளவைக்கூட எட்டவில்லை. அதாவது பெரும்பான்மையான நாடுகள் (133 நாடுகள்) 2015க்குள் 5 வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளின் இறப்பை மூன்றில் இரண்டு பங்காகக் குறைக்கும் இலக்கை இன்னமும் அடையவில்லை. 5 வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளின் இறப்புக்கான முதன்மைக் காரணங்கள் யாதெனில்:

1. குறைப்பிரசவ பிரச்சனைகள் (17%), 2. நிமோனியா (15%), 3. குழந்தை பிறப்பின் போது மூச்சடைப்பு (11%), 4.வயிற்றுப்போக்கு (9%), 5. மலேரியா (7%), 6. பிறவிக் குறைபாடுகள் (7%), 7. பச்சிளம் குழந்தைக்கு ஏற்படும் நோய்த் தொற்றுக்கள் (7%)

உண்மையில் பச்சிளம் குழந்தை காலகட்டம்

(முதல் 28 நாட்கள்) என்பது குழந்தையின் வாழ்வில் மிக அதிக அளவில் பாதிப்புக்கு ஆளாகும் காலகட்டமாகும். 2013ஆம் ஆண்டில் 5 வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளின் மரணத்தில் 44% மரணம் இந்தப் பச்சிளம் குழந்தை காலகட்டத்தில் ஏற்பட்டதே ஆகும். 1990ல் இந்த இறப்பு விகிதம் 37% ஆக இருந்தது இப்போது (2013ல்) அதிகரித்துள்ளது. உலகம் முழுவதும் முன்தடுப்பு மருந்து அளிப்பது அதிகரித்து வருகின்றது. உதாரணமாக 2000-2013 காலகட்டத்தில் பெரியம்மை பாதிப்பு 72% ஆகக் குறைந்துள்ளது. முன்தடுப்பு மருந்தினால் 10 லட்சம் மக்கள்தொகையில் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் எண்ணிக்கை 146 என்று இருந்தது தற்போது 40 எனக் குறைந்துள்ளது. அதேபோன்று 2000-2013 காலகட்டத்தில், 5 வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகள் பெரியம்மையால் இறப்பது என்பது 74% என குறைந்துள்ளது. அதாவது பெரியம்மையால் இறப்பவர்களின் எண்ணிக்கையானது 4,81,000ல் இருந்து 1,24,000 ஆகக் குறைந்துள்ளது.

மூன்றாவது, பேறுகால தாய்மார்களின் மரணம்: 1990-2013ஆம் ஆண்டுகளின் காலகட்டத்தில் உயிருடன் பிறக்கும் ஒரு லட்சம் குழந்தைகளுக்கு பேறு காலத்தில் இறந்து போகும் தாய்மார்களின் விகிதம் உலக அளவில் 45% குறைந்துள்ளது. அதாவது 5,23,000 பேறுகால தாய்மார்களின் மரணம் 2,89,000ஆகக் குறைந்துள்ளது. இறப்பு விகிதத்தை மூன்றில் இரண்டு பங்காக குறைக்க வேண்டும் என்பதே இலக்கு. ஆனால் இந்த இலக்கு இன்னமும் எட்டப்படவில்லை. 1990ல் அதிகபட்சமாக பேறுகால தாய்மார்கள் மரணம் இருந்த (அதாவது 100 மற்றும் அதற்கு மேல் மரணம்) 89 நாடுகளில் 13 நாடுகளில் குறிப்பிடத்தக்க முன்னேற்றம் எதுவும் ஏற்படவில்லை. இந்த நாடுகளில் ஆண்டுச் சராசரி இறப்பு விகிதக் குறைப்பு 2%க்குக் குறைவாகவே இருந்தது. பேறுகாலத் தாய்மார்கள் இறப்புக்கு முதன்மைக் காரணங்கள்:

1. ரத்தப்போக்கு (27%), 2. கர்ப்பம் தொடர்பான உயர் ரத்த அழுத்தம் (14%) மற்றும் 3. சீழ் பிடித்தல் (11%) ஆகும். நாம் இன்னமும் இந்த இலக்கை அடையவில்லை.

நான்காவது, இனப்பெருக்க மண்டல ஆரோக்கியம்: 1990-2012ஆம் ஆண்டுகளின் காலகட்டத்தில் இனப்பெருக்க மண்டல ஆரோக்கியம் அனைவருக்கும் கிடைத்ததா எனப் பார்ப்போம். பெண்கள் கர்ப்பத்தடை சாதனங்களை (15-49 வயதுப் பிரிவு பெண்கள்) பயன்படுத்தியது உலக அளவில் 55%ல் இருந்து 64%ஆக அதிகரித்துள்ளது. கர்ப்பத்தடை சாதனங்களைப் பயன்படுத்தாதது என்பது 15%ல் இருந்து 12% எனக் குறைந்துள்ளது. ஆனால் ஆப்பிரிக்கப் பிராந்தியத்தில் "பூர்த்தி செய்யாத தேவை" என்ற இந்த கர்ப்பத்தடை சாதனங்களைப் பயன்படுத்தாத நிலை 24%ஆக உள்ளது. மேலும் கர்ப்பக் காலத்தில் ஒரே ஒரு முறையாவது முன்கர்ப்ப கால கவனிப்பைப் பெற்ற கர்ப்பிணிகளின் எண்ணிக்கை உலக அளவில் 83%ஆக உள்ளது. ஆனால் 64% கர்ப்பிணிகள் மட்டுமே குறைந்தபட்சம் நன்கு கவனிப்புகளைப் பெற்றுள்ளார்கள். ஆப் பிரிக்கப் பிராந்தியத்திலும் குறைந்த வருவாய் உள்ள நாடுகளிலும் 51% கர்ப்பிணிப் பெண்களே பிரசவத்தின்போது பயிற்சி பெற்ற செவிலியர் உதவிகளைப் பெறுகிறார்கள். இந்த இலக்கையும் நாம் இன்னமும் அடையவில்லை.

ஐந்தாவது, 2013ல் உலக அளவில் 12.9 மில்லியன் ஹெச்.ஐ.வி/எய்ட்ஸ் பாதித்த நபர்கள் ஏ.ஆர்.டி (ART) சிகிச்சை பெற்றுள்ளனர். இதில் 11.7 மில்லியன் நபர்கள் குறைந்த வருவாய் மற்றும் நடுத்தர வருவாய் நாடுகளைச் சேர்ந்தவர்கள். ஆனால் மொத்த முள்ள ஹெச்.ஐ.வி/எய்ட்ஸ் பாதித்த நபர்களின் எண்ணிக்கை 32.6 மில்லியன் ஆகும். இத்தகைய சிகிச்சையின் காரணமாக ஹெச்.ஐ.வி.யால் ஏற்படும் மரணம் குறைந்துள்ளது. 2005ல் ஹெச்.ஐ.வி.யால் ஏற்பட்ட மரணம் 2.4 மில்லியன் ஆகும். இது 2013ல் 1.5 மில்லியனாக குறைந்துள்ளது. 2015ல் ஹெச்.ஐ.வி புதியத் தொற்றைத் தடுத்தல் என்ற இலக்கையோ அனைத்து ஹெச்.ஐ.வி/எய்ட்ஸ் பாதித்தோருக்கு சிகிச்சை என்ற இலக்கையோ நாம் எட்டவில்லை.

ஆறாவது, உலக அளவில் மலேரியா மற்றும் இதர பெரு நோய்களால் பாதிக்கப்படக் கூடிய ஆபத்தில் 3.20 பில்லியன் நபர்கள் உள்ளனர். அதிலும் 1.2 பில்லியன் நபர்கள்

இந்நோய்களுக்கு அதிக அளவில் ஆட்படக் கூடிய வாய்ப்புகள் உள்ளவர்களாக உள்ளனர். 2013ஆம் ஆண்டில் உலக அளவில் 198 மில்லியன் நபர்கள் மலேரியாவால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளனர். (2000 ஆம் ஆண்டில் 227 மில்லியன் நபர்கள் மலேரியாவால் பாதிக்கப்பட்டு இருந்தனர்). இதில் 5,84,000 மரணங்கள் மலேரியாவால் ஏற்பட்டுள்ளன. இந்த மரணத்தில் 90% மரணம் ஆப்பிரிக்க பிராந்தியத்தில் ஏற்பட்டுள்ளது. மலேரியாவால் ஏற்பட்ட மொத்த மரணத்தில் 78% மரணம் 5 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளின் மரணமாகும். 2000க்கும் 2013க்கும் இடைப்பட்ட கால கட்டத்தில் மலேரியா மரணங்களின் விகிதம் உலக அளவில் 47% குறைந்துள்ளது. சப்-சகாரன் ஆப்பிரிக்கா பிராந்தியத்தில் மலேரியா பாதிப்புக்கு உள்ளாகும் வாய்ப்புள்ள 44% மக்கள் தொகையினர் 2013ல் மருந்துபூச்சு கொண்ட கொசுவலையைப் பயன்படுத்தி உறங்குகின்றனர். 2004ல் இது வெறும் 2% ஆகும். மொத்தத்தில் 64 நாடுகள் மலேரியா நோய் பாதிப்பைக் குறைக்க வேண்டும் என்ற இலக்கை எட்டியுள்ளன. உலக அளவில் 2000-2013ஆம் ஆண்டுகளின் காலகட்டத்தில் புதிய காச நோயாளிகள் எண்ணிக்கை சராசரி ஆண்டு விகிதத்தில் 1.5% என குறைந்துள்ளது. மேலும் 1990-2013ஆம் ஆண்டுகளின் காலகட்டத்தில் மொத்த காசநோயாளிகளின் விகிதம் 41% என குறைந்துள்ளது. இறப்பு விகிதத்தில் இது 45% குறைப்பு ஆகும். என்றாலும் 2013ல் 1.5 மில்லியன் நபர்கள் காசநோயால் உலகம் முழுவதும் இறந்துள்ளனர். 2015க்குள் மலேரியா மற்றும் காசநோய்ப்பரவலைத் தடுக்க வேண்டும் என்ற எம்.டி.ஜி இலக்கு சர்வதேச அளவில் அடையப்பட்டுள்ளது. 2020க்குள் தொழுநோயை நாம் முற்றிலும் ஒழித்தாக வேண்டும். 2005ல் இத்திட்டம் தொடங்கப்பட்டதில் இருந்து தொழுநோய்ப் பரவல் 75% குறைக்கப்பட்டுள்ளது. யானைக் கால் நோயைப் பொருத்த அளவில் 2000ஆம் ஆண்டில் இருந்து அந்நோய்ப்பரவலைத் தடுக்க ஐந்து பில்லியன் நபருக்கு சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டுள்ளது. யானைக்கால் நோய் பாதிப்பு இருக்கக் கூடிய 73 நாடுகளில் 2020க்குள் இந்நோயை ஒழித்துவிட வேண்டும் என்ற இலக்கு 39 நாடுகளில் எட்டப்பட்டுவிடும்.

ஏழாவது, தொடர்ந்து பாதுகாப்பான குடிநீர் கிடைக்காத மக்கள்தொகையை 2015க்குள் பாதிக்கக் குறைக்க வேண்டும் என்ற இலக்கு உலக அளவில் 2010லேயே எட்டப் பட்டுவிட்டது. ஆனால் தேசிய அளவில் 116 நாடுகள்தான் இந்த இலக்கை பூர்த்தி செய்துள்ளன. 45 நாடுகள் இலக்கை பூர்த்தி செய்யாமல் உள்ளன. 2012ஆம் ஆண்டில் 748 மில்லியன் மக்களுக்கு பாதுகாப்பான குடிநீர் கிடைக்கவில்லை. பிராந்தியங்களுக்கு இடையில் வித்தியாசம் உள்ளது. கிராமப்புறம் மற்றும் நகரங்களுக்கு இடையிலும் வித்தியாசம் உள்ளது. அடிப்படை சுத்திகரிப்பு வசதி இல்லாத மக்கள்தொகை எண்ணிக்கையை பாதிக்கக் குறைக்க வேண்டும் என்ற எம்.டி.ஜி இலக்கும் இன்னமும் எட்டப்படவில்லை. ஒரு பில்லியன் மக்கள் (அதாவது உலக மக்கள் தொகையில் 14%பேர்) கழிப்பறை வசதி இல்லாத வர்களாக இருக்கின்றனர். எனவே இவர்கள் திறந்தவெளியில்தான் மலம் கழிக்கின்றனர். இந்தியாவில் 55% மக்கள் திறந்த வெளியில் மலம் கழிக்கின்றனர். இது சுற்றுச்சூழல் மாசுபட முக்கிய காரணமாகின்றது. இதனால் நுண்ணுயிர் தொற்று, காலரா, மஞ்சள் காமாலை, கண்ணிமைப்பு நோய், சிஸ்டோ சொரியாசிஸ் என்ற ஒட்டுண்ணி நோய் ஆகிய நோய்கள் ஏற்படுகிறது. உலக அளவில் கிராமப் புறங்களில் வசிப்பவர்களில் 90% நபர்கள் இப்பொழுதும் திறந்த வெளியில்தான் மலம் கழிக்கின்றனர்.

எட்டாவது, வளரும் நாடுகளில் குறைந்த விலையில் இன்றியமையாத மருந்துகளை வாங்கும் வசதி என்ற எம்.டி.ஜி இலக்கை நாம் இன்னமும் அடையவில்லை. குறைந்த வருவாய் மற்றும் மத்திய வருவாய் உள்ள நாடுகளில் உள்ள நோயாளிகள் சர்வதேச ஒப்பீட்டு விலையில் இரண்டு அல்லது மூன்று மடங்கு விலையை இன்றியமையாத மருந்துகளுக்காக செலவிடுகின்றனர். இந்தியா போன்ற வளரும் நாடுகளில் பல மருத்துவர்கள், அதிலும் குறிப்பாக தனியார் மருத்துவர்கள், மருந்துப் பிரதிநிதிகளுடன் கூட்டு சேர்ந்து விலை அதிகமான மருந்துகளைப் பரிந்துரைக்கிறார்கள். பல அரசு மருத்துவ

களும் இவ்வாறு செய்கிறார்கள். மேலும் இவர்கள் தேவையில்லாமல் கூடுதல் மருந்துகளையும் பரிசோதனைகளையும் பரிந்துரைக்கிறார்கள். இது தொடர்பாக நுகர்வோர் நீதிமன்றத்தில் பல வழக்குகள் நடந்து வருகின்றன.

இதுவரை கூறியவற்றை கவனத்தில் கொண்டு பார்த்தால், இந்தியா உட்பட வளரும் நாடுகள் அனைத்தும் “அனைவருக்கும் ஆரோக்கியம்” என்பதை எழுத்திலும் செயலிலும் நடைமுறைப்படுத்த அதிகபட்ச அளவில் முன்னுரிமை தந்தாக வேண்டும் என்று கூறலாம். இவ்வாறு சொல்வது ஏனென்றால் எதிர்காலத் தலைமுறையினரின் நல்வாழ்வுக்காக மட்டுமே ஆகும். ஜாதி, வர்க்கம், பாலினம், மதம், பிராந்தியம் என எந்தவிதமான வித்தியாசத்தையும் பொருட்படுத்தாமல் இதனை நாம் செயல்படுத்தியாக வேண்டும். எனவே வளரும் நாடுகள் சுகாதாரத்துக்கான தங்களது நிதி ஒதுக்கீடுகளை அதிகப்படுத்த வேண்டும். இந்தியாவில் சுகாதாரத்துக்காக ஜி.டி.பி.யில் வெறும் 1%தான் நாம் ஒதுக்கீடு செய்கிறோம். நமது பொதுத்துறை செலவு வெறும் 30%தான். ஆனால் ஜப்பானில் இது 82% ஆகும். கனடாவில் 70%, சுவீட்சர்லாந்தில் 65%, அமெரிக்காவில் 48%, தாய்லாந்தில் 72% ஆகும். பிறக்கும் ஒருவர் உயிர் வாழும் சாத்தியம் உள்ள ஆண்டுகள் ஜப்பானில் 82.7 ஆண்டுகள் ஆகும். இது கனடாவில் 80.4; அமெரிக்காவில் 78.7; தாய்லாந்தில் 74.3 ஆகும். இந்தியாவில் இது 66.3 ஆண்டுகள்தான். இந்தியாவில் குழந்தை இறப்பு விகிதம் 1000 குழந்தைகளுக்கு 43.8 ஆகும். ஜப்பானைவிட இந்த விகிதம் (ஆயிரத்துக்கு 2.3) 20 மடங்கு அதிகமாகும். சுவீட்சர்லாந்தைவிட (3.8) 11 மடங்கு, அமெரிக்காவைவிட (6.1) 7.5 மடங்கு, தாய்லாந்தைவிட (9.9) 4.5 மடங்கு அதிகமாகும். கடந்த பல ஆண்டுகளில் சமூகப் பிரிவுக்கு முன்னுரிமை கொடுத்ததால் கேரளா சுகாதாரம் மற்றும் கல்வியில் பல வளர்ந்த நாடுகளைப் போன்ற நிலையை எட்டியுள்ளது. கேரளாவைப் போன்று இந்தியாவின் பிற பகுதிகளும் ஏன் இந்த நிலையை அடையக்கூடாது? ●

இந்தியாவில் முதலீட்டுக்கு சாதகமான சூழலை ஏற்படுத்துதல்

- சந்தீப் தாஸ்

உலக முதலீட்டாளர்கள் அரங்கில் இந்தியா குறித்து முன்வைக்கப்படும் விமர்சனம் என்ன வெனில், இந்தியாவில் முதலீடு செய்வதற்கான விதிமுறைகள் மிகவும் சிக்கலானவையாக உள்ளன; அதிகார மட்டத்தில் நிலவும் சிவப்பு நாடா முறை காரணமாக முதலீட்டுத் திட்டங்களுக்கு அனுமதி பெறுவதில் தாமதம் ஏற்படுகிறது என்பது தான். உலகில் வணிகம் செய்வதற்கு ஏற்ற நாடுகள் பட்டியலை ஒவ்வொரு ஆண்டும் உலக வங்கி வெளியிடும். 2014ம் ஆண்டிற்கான பட்டியலில் மொத்தமுள்ள 189 நாடுகளில், இந்தியா 134வது இடத்தில் உள்ளது என்பது குறிப்பிடத்தக்கது. உலகளவில் ஏற்பட்ட பொருளாதார நெருக்கடியில் இருந்து இந்தியாவை மீட்க வேண்டும் என்ற நோக்கத்துடனும், உலக உற்பத்தி மையமாக இந்தியாவை உருவாக்க முடியுமா என்று பன்னாட்டு முதலீட்டாளர்கள் எழுப்பிய வினாவுக்கு பதிலளிக்கும் வகையிலும், இந்தியாவில் தயாரிப்போம் என்ற திட்டத்தை மத்திய அரசு கடந்த 2014ம் ஆண்டில் உருவாக்கியது.

இந்தியாவில் தயாரிப்போம் திட்டத்தை 2014ம் ஆண்டு செப்டம்பர் மாதம் இந்திய பிரதமர் தொடங்கி வைத்தார். இத்திட்டத்தின் நோக்கம் இந்தியாவில் தொழில் தொடங்குவதற்காக வெளிநாட்டு நிறுவனங்களை அழைப்பது மட்டும் அல்ல. மாறாக, உள்நாட்டு நிறுவனங்கள் உற்பத்தியை அதிகரிப்பதற்கான ஆதரவையும், ஊக்கத்தையும் அளிப்பதும் ஆகும். இந்தியாவின் ஒட்டுமொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தி, வரி வருவாய் ஆகியவற்றையும்

உயர்த்தும் நோக்குடன் தான் இந்த திட்டம் தயாரிக்கப்பட்டுள்ளது.

ஆட்டோ மொபைல்ஸ், விமானப் போக்குவரத்து, ரசாயனத் துறை, மருந்து துறை, கட்டுமானத் துறை, பாதுகாப்பு தளவாட உற்பத்தி, மின்சார இயந்திரங்கள், உணவு பதனத் துறை, ஜவுளி மற்றும் ஆடை உற்பத்தித் துறை, துறைமுகங்கள், தோல் பொருள் துறை, ஊடகம் மற்றும் பொழுதுபோக்கு துறை, சுற்றுலா மற்றும் உபசரிப்பு துறை, ரயில்வே துறை, புதுப்பிக்கவல்ல எரிசக்தி, சுரங்கத் துறை, உயிரி தொழில்நுட்பம், விண்வெளி, அனல் மின்சாரம், சாலைகள் மற்றும் நெடுஞ் சாலைகள், மின்னணு துறை உள்ளிட்ட 25 துறைகளில் திறன் மேம்பாட்டு பயிற்சிகளை அளித்து, வேலைவாய்ப்பை பெருக்குவதும், இந்தியாவில் தயாரிப்போம் திட்டத்தின் நோக்கமாகும்.

2014ம் ஆண்டு செப்டம்பர் மாதம், இத்திட்டத்தை தொடங்கி வைத்துப் பேசிய பிரதமர், “சாதாரண மனிதனின் வாங்கும் சக்தியை அதிகரிக்க வேண்டும். அதுதான் தேவையை அதிகரிக்கச் செய்யும். அதன்மூலம், முதலீட்டாளர்களுக்கு பயன் கிடைப்பது மட்டுமன்றி, நமது வளர்ச்சியும் பெருகும். வறுமைக்கோட்டிற்கு கீழ் உள்ள மக்களை எவ்வளவு விரைவாக மீட்டு நடுத்தர வர்க்கமாக மாற்றுகிறோமே, அந்தளவுக்கு உலக வணிகத்திற்கு கூடுதல் வாய்ப்புகள் ஏற்படும்” என்று கூறினார்.

சந்தீப் தாஸ், பத்திரிகையாளர், புதுதில்லி.

வணிகம் செய்வதற்கு ஏற்ற நாடுகள் பட்டியலில் இந்தியா மிகவும் பின்தங்கியிருப்பதை சுட்டிக்காட்டிய பிரதமர், இந்த நிலையை மாற்ற நடவடிக்கை எடுக்க வேண்டும் என்று அரசு அதிகாரிகளிடம் வலியுறுத்தி வருவதாகவும் கூறினார். உலக வங்கியின் தலைவர் ஜிம் யோங் கிம்-ஐ சந்தித்து பேசியதை நினைவு கூர்ந்த பிரதமர், “வணிகம் செய்வதற்கு ஏற்ற நாடுகள் பட்டியலில் இந்தியா பின்தங்கியிருப்பது குறித்து உலக வங்கி தலைவரும் என்னிடம் கவலை தெரிவித்தார். 2014ம் ஆண்டு பட்டியல் வெளியான நேரத்தில் இந்தியா, 135வது இடத்தில் இருந்தது. இந்த இடத்தில் இருந்து, 50வது இடத்திற்கு நாம் முன்னேற வேண்டுமானால், அதை அரசாங்கத்தால் மட்டுமே செய்ய முடியும். அரசாங்கம், அதன் முடிவுகள், விதிமுறைகள் ஆகியவற்றில் வெளிப்படாததன்மையை கொண்டு வந்து, நடைமுறைகளை எளிமைப்படுத்தினால், எளிதாக வணிகம் செய்வதற்கு ஏற்ற நாடுகள் பட்டியலில், 135வது இடத்தில் இருந்து, 50வது இடத்திற்கு எளிதாக முன்னேறி விடலாம்” என்றும் கூறினார்.

கவனம் செலுத்தப்பட வேண்டிய அம்சங்கள்

இந்தியாவில் தயாரிப்போம் திட்டம், நான்கு முக்கிய அம்சங்களில் கவனம் செலுத்த வேண்டும் என்று வலியுறுத்துகிறது. விரைவான மற்றும் வெளிப்படையான நடவடிக்கைகள் மூலம் இந்தியாவில் வணிகம் செய்வதை எளிமையாக்குதல், நேரடி அந்நிய முதலீடுகளை ஈர்ப்பதற்கான விதிகளை தளர்த்துதல், புதுமைகளை கண்டுபிடிப்பவர்கள்/ உற்பத்தியாளர்களின் அறிவுசார் சொத்துரிமையை பாதுகாத்தல், உள்நாட்டு உற்பத்தியை அதிகரித்தல் ஆகியவையே அந்த 4 முக்கிய அம்சங்கள் ஆகும்.



எளிதாக வணிகம் செய்வதை சாத்தியமாக்குவதற்காக தொழில் கொள்கை மற்றும் மேம்பாட்டுப் பிரிவின் மூலம் சில நடவடிக்கைகள் எடுக்கப்பட்டிருக்கின்றன. அதன்படி புதிய தொழில் தொடங்குவதற்கான விண்ணப்பங்களை இணையதளம் மூலமாக ஆன்லைனில் தாக்கல் செய்ய முடியும். இதுதவிர இணையதளம் மூலம் வருமானவரி கணக்குகளை தாக்கல் செய்தல், தொழில்துறை உரிமத்தின் செல்லுபடியாகும் காலத்தை 3 ஆண்டுகளாக அதிகரித்தல், காகித பதிவேடுகளுக்கு பதிலாக மின்னணு பதிவேடுகளை அறிமுகம் செய்தல், தொழிற்சாலைகளில் ஆய்வு செய்ய சம்பந்தப்பட்ட துறைத்தலைவரின் அனுமதி கட்டாயம் உள்ளிட்ட சீர்திருத்த நடவடிக்கைகள் மேற்கொள்ளப்பட்டுள்ளன.

அந்நிய நேரடி முதலீடுகளை ஈர்க்க வசதியாக விண்வெளித்துறை(74%), பாதுகாப்பு (49%), மின்னணு ஊடகங்கள்(26%) ஆகியவற்றைத் தவிர மீதமுள்ள அனைத்து துறைகளிலும் 100% நேரடி அந்நிய முதலீடு அனுமதிக்கப்படுகிறது. பாதுகாப்பு துறைக்கான அந்நிய முதலீட்டு உச்சவரம்பு 26 விழுக்காட்டில் இருந்து 49% ஆக அதிகரிக்கப்பட்டிருக்கிறது.

அதேபோல், அறிவுசார்ந்த சொத்துரிமையை பாதுகாக்க மத்திய அரசின் தொழில் கொள்கை மற்றும் மேம்பாட்டுப்

பிரிவு சில நடவடிக்கைகளை மேற்கொண்டிருக்கிறது. இதற்காக அதிநவீன தொழில் நுட்பம் பயன்படுத்தப்படுகிறது. உள்நாட்டு உற்பத்தியை பெருக்குவதற்காக இந்தியாவில் தயாரிப்போம் திட்டத்தின் கீழ் சில இலக்குகள் நிர்ணயிக்கப்பட்டிருக்கின்றன. உற்பத்தித்துறை ஆண்டுக்கு 12 முதல் 14% வளர்ச்சி அடைவதை உறுதி செய்வது அதில் முக்கியமான ஒன்றாகும். அதேபோல், இந்தியாவின் ஒட்டுமொத்த உற்பத்தி மதிப்புக்கு உற்பத்தித்துறையின் பங்களிப்பை வரும் 2022 ஆம் ஆண்டுக்குள் இப்போதுள்ள அளவான 16 விழுக்காட்டிலிருந்து 25% ஆக உயர்த்துதல், 10 கோடி கூடுதல் வேலைவாய்ப்புகளை உருவாக்குதல் ஆகியவை இந்தியாவில் தயாரிப்போம் திட்டத்தின் மற்ற இலக்குகள் ஆகும்.

இதுவரை ஏற்பட்ட முன்னேற்றம்

இந்தியாவில் தயாரிப்போம் திட்டம் அறிவிக்கப்பட்ட நாளில் இருந்து இன்று வரை இந்தியாவைச் சேர்ந்த பெரிய வணிக நிறுவனங்களும், பல பன்னாட்டு நிறுவனங்களும் இந்தியாவில் தொழிற்சாலைகளை அமைக்க முன்வந்துள்ளன. வாகனத்தயாரிப்புத்துறையில் இத்தாலிய நிறுவனமான பியட்கிரிஸ்லர் நிறுவனம் இந்தியாவில் ரூ.2500 கோடி முதலீட்டில் ஜீப் வடிவிலான உயர்ரக வாகனங்களை தயாரித்து ஆஸ்திரேலியா, தென் ஆப்பிரிக்கா, இங்கிலாந்து ஆகிய நாடுகளுக்கு ஏற்றுமதி செய்யவுள்ளது. ஸ்வீடன் நாட்டைச் சேர்ந்த டெட்ராபேக், ஸ்கானியா, எரிக்க்சன், வால்வோ ஆகிய நிறுவனங்களும் இந்தியாவில் தயாரிப்போம் திட்டத்தின் கீழ் புதிய தொழிற்சாலைகளை அமைக்க உறுதி அளித்துள்ளன. ஜப்பான், ரஷ்யா, ஜெர்மனி, பிரான்ஸ், ஸ்பெயின் ஆகிய நாடுகளைச் சேர்ந்த நிறுவனங்கள் பாதுகாப்பு தளவாடங்களை தயாரிக்கும் ஆலைகளை அமைக்க முன்வந்துள்ளன. இந்தியாவைச் சேர்ந்த

ரிஸையன்ஸ், மஹிந்த்ரா, டாட்டா குழுமம் ஆகியவையும் இந்த திட்டத்தின் கீழ் முதலீடு செய்ய முன்வந்துள்ளன.

எதிர்கொள்ள வேண்டிய சவால்கள்

உலகமயமாக்கல் காரணமாக போட்டி அதிகரித்து வருகிறது. இந்தியாவில் தயாரிக்கப்படும் பொருட்களை விட தரம் மிகுந்த, விலை குறைந்த பொருட்கள் பன்னாட்டு சந்தைக்கு வருவதால் அங்கும், உள்நாட்டு சந்தைகளிலும் அவற்றுடன் இந்திய தயாரிப்புகள் போட்டியிட வேண்டியிருக்கும் என்று பொருளாதார வல்லுனர்கள் கூறியுள்ளனர். இதற்கு வசதியாக இந்தியாவில் எந்த நிறுவனம் தொழிற்சாலை அமைத்தாலும் அவற்றுக்கு வரிச்சலுகை வழங்க வேண்டும் என்று அவர்கள் பரிந்துரைத்துள்ளனர்.

இந்தியாவில் தயாரிப்போம் திட்டம் தொடங்கப்பட்ட அதே காலத்தில் சீன அரசு சீனாவில் தயாரிப்போம் திட்டத்தை தொடங்கியுள்ளது. அங்கு உற்பத்தி செய்யப்படும் பொருட்கள் உள்நாட்டு சந்தையிலும், பன்னாட்டு சந்தையிலும் இந்திய தயாரிப்பு பொருட்களுக்கு கடும் போட்டியை ஏற்படுத்தும். அதை எதிர்கொள்வதற்கான நடவடிக்கைகளை நாம் மேற்கொள்ள வேண்டும்.

இந்த சவால்களை எதிர்கொள்வதில் இந்திய பிரதமர் நம்பிக்கையுடன் இருக்கிறார். “இந்தியாவில் மத்திய அரசும், மாநில அரசுகளும் இணைந்து சுமைகளை கூட்டாக தோள்களில் சுமக்க வேண்டும். அதன்மூலம் அனைத்து பிரச்சினைகளுக்கும் தீர்வு கண்டு முன்னேற வேண்டும்” என்று பிரதமர் கூறினார். மத்திய, மாநில அரசுகள் இணைந்து செயல்படும் பட்சத்தில் இந்தியாவில் தயாரிப்போம் திட்டம் வெற்றி பெறும் என்பது உறுதி. •

நடப்பு நிகழ்வுகள் 2015-2016

(டிசம்பர் 15 முதல் ஜனவரி 10 வரை)

- முனைவர் கா.செல்வகுமார்

1. கனடாநாட்டு நீதிபதியாக தமிழக பெண் வள்ளியம்மை நியமிக்கப்பட்டுள்ளார்.
2. எழுத்தாளர் ஆ.மாதவன் எழுதிய "இலக்கிய சுவடுகள்" என்ற நூல் 2014ம் ஆண்டுக்கான சாகித்திய அகாடெமி விருது பெற தேர்வு செய்யப்பட்டுள்ளது.
3. இந்தியாவில் முதன்முதலில் கர்நாடக மாநிலம் ஹுப்ளி மற்றும் பெங்களூரு இடையே பயோடீசல் இன்ஜின் மூலம் இயங்கும் விரைவு இரயில் போக்குவரத்து சேவை தொடங்கப்பட்டது.
4. முதலாவது இந்திய சர்வதேச அறிவியல் விழா (First India International Science Festival) டெல்லியில் நடைபெற்றது.
5. இந்தியா ரஷ்யா கடற்படைகள் 2003 ஆம் ஆண்டு முதல் இணைந்து நடத்தும் இந்திரா நேவி (INDRA NAVY) எனும் கடற்பயிற்சி ஒத்திகையின் எட்டாவது பயிற்சி ஆந்திர பிரதேசத்தின் விசாகப் பட்டினத்தில் துவங்கியது.
6. 24வது காமன்வெல்த் உச்சிமாநாடானது 2015ல் மத்தியத் தரைக்கடலில் அமைந்துள்ள மால்ட்டாவின் தலைநகர் வேலெட்டாவில் துவங்கியது. தற்போது 53 நாடுகள் உறுப்பினர்களாக இடம் பெற்றுள்ளன. இதன் தலைமையகம் லண்டனில் உள்ளது. இவ்வமைப்பின் தலைவராக இங்கிலாந்து அரசி உள்ளார்.
7. யுனெஸ்கோவின் படைப்பிற்கான குழுவால் (Creative Council) கைவினை, பாரம்பரிய கலைகள், திரைப்படம், ஊடககலை, வடிவமைப்பு, இலக்கியம், வானியல் மற்றும் இசை ஆகிய ஏழு துறைகளில் சிறப்பு வாய்ந்த நகரங்களை தேர்ந்தெடுத்து அந்நகரங்களுக்குள் ஒரு வலையமைப்பை ஏற்படுத்தியும் சிறப்பம் சங்களை பரிமாற்றம் செய்வதுடன் அந்நகரங்களை மேம்படுத்தி வருகிறது. யுனெஸ்கோவின் சிறப்பு வாய்ந்த நகரங்கள் பட்டியலில் இந்தியாவின் இரு நகரங்கள் தேர்வு செய்யப்பட்டுள்ளன. அவை உத்தரப்பிரதேசத்தின் வாரணாசி இசைநகரமாகவும் (City of Music) இராஜஸ்தானின் ஜெய்ப்பூரானது கைவினை நகரமாகவும் (City of Craft) தேர்வு செய்யப்பட்டுள்ளது.
8. ஐ.நா சபையின் 70வது ஆண்டுதினத்தில் உலகில் உள்ள அனைத்து நினைவுச் சின்னங்களும் நீலநிற விளக்குகளால் அலங்கரிக்கப்பட்டிருந்தது. அதேபோல் பெண்கள் மற்றும் பெண் குழந்தைகளுக்கு எதிரான வன்முறைகளைத் தடுக்க உலகில் உள்ள அனைத்து நினைவுச் சின்னங்களையும் ஆரஞ்சு மின்விளக்குகளால் அலங்கரித்துபாலின சமத்துவமின்மைக்கெதிரான பிரச்சாரத்தை சர்வதேச பெண் கொடுமைகளுக்கெதிரான நாளாக நவம்பர் 25 முதல் டிசம்பர் 10 வரை ஐ.நா.சபை உலகை ஆரஞ்சு நிறமாக்குங்கள் என பொருள்படும் 'Orange the World' என்ற பெயரில் மேற்கொள்ளப்பட்டன.
9. உலக அளவில் இயற்கை எரிவாயு இருப்பில் நான்காவது இடம் துர்க்மெனிஸ் தான். இந்தியா துர்க்மெனிஸ்தான் இடையே எரிவாயுக்

முனைவர் கா.செல்வகுமார், உதவிப்பேராசிரியர், அரசியல் அறிவியல் மையம், பெரியார் மணியம்மை பல்கலைக்கழகம், வல்லம், தஞ்சாவூர்.

குழாய் திட்டம் (TAPI) டிசம்பர் 13, 2015 அன்று கையெழுத்திட்டனர். அத் திட்டம் ஆப்கானிஸ்தான், பாகிஸ்தான் இந்தியாவுடன் இணைந்து துவக்கி வைக்கப்பட்டது (சுமார் 1800 கி.மீ நீளமுள்ள டாரி (TARI) எனும் இந்த எரிவாயுக்குழாய் திட்டமானது 2021 அல்லது 2022 இல் பயன்பாட்டிற்கு வரும் என எதிர்பார்க்கப்படுகிறது.

10. புதிதாக இந்திய தொழில்நுட்ப கல்லூரி (IIT) ஆந்திரா, சத்தீஸ்கர், கோவா, ஜம்மு காஷ்மீர், கேரளா மற்றும் கர்நாடகா மாநிலங்களில் அமைக்க மத்திய அமைச்சரவை ஒப்புதல் அளித்துள்ளது.
11. ஹரியானாவின் ஃபரிதாபாத்தில் உயிர் தொழில் நுட்ப பிராந்திய மையத் திணை (Biotechnology Regional Center) அமைப்பதற்கான உயிர் தொழில் நுட்ப பிராந்திய மைய மசோதா 2015ல் பாராளுமன்றத்தில் தாக்கல் செய்யப்பட்டு மத்திய அரசு அனுமதி அளித்துள்ளது.
12. ஐ.நா.விற்கான இந்தியாவின் புதிய நிரந்தர பிரதிநிதி சையத் அக்பாருதீன் நியமிக்கப்பட்டுள்ளார். (அசோக்குமார் முகர்ஜியின் பதவிக்காலம் 2013 முதல் 2015 டிசம்பர் வரை)
13. இங்கிலாந்தைச் சார்ந்த பெண் வழக்கறிஞரான பேட்ரிசியா ஸ்காட்லேண்ட் காமன்வெல்த் அமைப்பின் புதிய பொதுச்செயலாளராக தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டார்.
14. இந்திய விலங்கியல் ஆய்வு மையத்தின் (Zoological Survey) நூற்றாண்டு விழாவை முன்னிட்டு மத்திய அரசு டிசம்பர் 3 அன்று நினைவுத் தபால் தலையை வெளியிட்டது. (1916 ஜூலை 1ல் துவங்கப்பட்ட ஆய்வு மையம்)
15. கனடாவிலிருந்து இந்தியாவிற்கு முதல் கட்டமாக 250 டன் யுரேனியம் இறக்குமதி செய்யப்பட்டுள்ளது டிசம்பர்

2015ல் இந்தியா - கனடா இடையே ஏற்பட்ட அணுசக்தி ஒப்பந்தத்தின் வாயிலாக யுரேனியம் நடைமுறைப்படுத்தப்பட்டது.

16. மத்திய அரசு 2015 டிசம்பர் முதல் வாரத்தில் தமிழகத்தில் ஏற்பட்ட வெள்ளப் பெருக்கை கடுமையான இயற்கை பேரிடர் (Calamity of Severe Nature) என அறிவித்தது.
17. மத்திய அரசின் புராஜக்ட் P-28 எனும் திட்டப்படி கொல்கத்தாவின் கார்டன்ரீச் கப்பல் கட்டும் தொழிற்சாலை (GRSE) நான்கு நீர்மூழ்கி எதிர்ப்பு போர்க்கப்பல்களை தயாரித்து வழங்குகிறது. (ஐ.என்.எஸ் கமோர்ட்டா (INS Kamorta) 2014 இந்திய கடற்படையில் இணைக்கப்பட்டது) தற்போது இரண்டாவது 'ஐ.என்.எஸ் கத்மத்' எனும் நீர் மூழ்கி எதிர்ப்பு போர்க்கப்பல் உள்நாட்டிலே தயாரிக்கப்பட்டு இந்திய கப்பற்படையில் இணைக்கப்பட்டது.
18. சர்வதேச உடல் ஊனமுற்றோர் தினமான டிசம்பர் 3 அன்று மத்திய சமூகநிதி மற்றும் அதிகாரத்துறை சார்பில் இந்தியாவை ஊனமுற்றோருக்கு ஆதரவான (Disabled Friendly India) நாடாக மாற்றும் வகையில் 'சுகம்ய பாரத் அபியான்' என்ற திட்டம் துவங்கப்பட்டது. (இத்திட்டத்தின் இலக்கு அனைத்து வாய்ப்புகளையும் அளிப்பதன் மூலம் சுயமுன்னேற்றம், தற்சார்பு வாழ்க்கை போன்றவற்றை உருவாக்கித் தர இத்திட்டத்தில் இலக்கு நிர்ணயிக்கப்பட்டது)
19. ரஷ்யாவுடன் இந்தியா இணைந்து 200 'காமோவ் 226டி' ரக ஹெலிகாப்டர்களை தயாரிக்க உள்ளது. சுமார் ரூ.6600 கோடி மதிப்பிலான இத்திட்டம் இந்தியாவில் தயாரிப்போம் திட்டத்தின் கீழ் செயல்படும். இதற்காக ரஷ்யாவின் ராஸ்டெக் ஸ்டேட் கார்ப்

பரேஷன் நிறுவனத்துடன் இந்துஸ்தான் ஏரோ நாடிக்ஸ் நிறுவனம் ஒப்பந்தம் மேற்கொண்டுள்ளது. (முதல் ரஷ்யா இந்திய உயர் தொழில்நுட்ப திட்டமாகும்)

20. சென்சார் போர்டை சீரமைக்க பிரபல இயக்குநர் 'ஜீயாம்பெனகல்' தலைமையில் 6 பேர் கொண்ட சிறப்பு குழுவை மத்திய அரசு நியமித்தது.
21. இசைஞானி இளையராஜாவுக்கு கேரள அரசு நிஷாகாந்தி புரஸ்கரம் விருதுக்கு தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டுள்ளார். (இந்திய திரை இசைக்கு அற்புதமான பங்களிப்புக்காகவும் விருது வழங்கப்படுகிறது).
22. இந்திய ரஷ்யாவின் 16வது உச்சி மாநாடு மாஸ்கோவில் நடைபெற்றது. இதில் இந்திய பிரதமரும் ரஷ்ய அதிபரும் இருநாட்டு வர்த்தக உறவை மேம்படுத்தும், பாதுகாப்பு, அணுசக்தி, ஹைட்ரோகார்பன், வர்த்தகம், கூடங்குளம் அணுமின் நிலையத்தின் விரிவாக்கம் 5, மற்றும் அணுமின் நிலையத்தின் விரிவாக்கம் 6வது பிரிவு ஆந்திராவில் நிறுவப்பட உள்ளது.
23. பாகிஸ்தான் பாடகர் அட்னான் சமிக்கு இந்திய குடியுரிமை அளிக்கப்பட்டுள்ளது.
24. இங்கிலாந்தில் உள்ள கேன்சர் ரிசர்ச் யுனெடெட் கிங்டம் (சி.ஆர்.யுகே) அமைப்பின் தலைமை நிர்வாகியான இந்திய ஆராய்சியாளர் ஹர்பல்சிங்கு மாருக்கு இங்கிலாந்து ராணி இரண்டாம் எலிஸபெத் நைட்ஹூட் பட்டம் (சர்பட்டம்) அறிவித்துள்ளது.
25. ஆசியாவின் மிகப்பெரிய சுரங்க ரயில் நிலையம் சீனாவின் சென்ஜென் நகரில் கட்டப்பட்டுள்ளது.
26. சர்வதேச கால்பந்து போட்டிகளில் நடுவராக செயல்பட திண்டுகல்லை

சேர்ந்த ஜி. ரூபாதேவி தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டுள்ளார்.

27. நாடு முழுவதும் உள்ள ரயில் நிலையங்களில் 'ஜன் ஆஹார்' என்ற பெயரில் உணவகங்களை இந்திய ரயில்வே உணவு வழங்கல் மற்றும் சுற்றுலாக் கழகம் (ஐ.ஆர்.சி.டி.சி) தொடங்கியுள்ளது. இந்த உணவகத்தில் அனைத்து உணவு வகைகளும் ரூ.20க்கும் குறைவான விலையில் விற்பனை செய்யப்படுகின்றன.
28. தரமான விதைகளை வழங்குவதற்கான 'அம்மா விதை' திட்டம், (Seed) மாடியில் தோட்டம் அமைப்பதற்கான இடுபொருள்கள் அளிக்கும் திட்டம் மற்றும் நீங்களே செய்து பாருங்கள் ஆகிய இரண்டு புதிய வேளாண் திட்டங்களை தமிழக அரசு அறிவித்துள்ளது.
29. பெல்ஜியத்தில் நடந்த சர்வதேச வாள் வீச்சு போட்டியில் வெண்கலப் பதக்கம் வென்றவர் தமிழ்நாட்டின் வீராங்கனை சி.ஏ.பவானிதேவி.
30. 103வது இந்திய அறிவியல் மாநாடு கர்நாடக மாநிலம் மைசூரில் நடைபெற்றது.
31. விஜய்சர்மாவின் ஓய்வையடுத்து புதிய தலைமை தகவல் ஆணையராக ஆர்.கே. மாத்தூர் (8வது தலைமை தகவல் ஆணையராக பொறுப்பேற்றார்).
32. அணுகுண்டை விட அதிக சக்திவாய்ந்த ஹைட்ரஜன் வெடிகுண்டை வெற்றிகரமாக வடகொரியா சோதித்தது. (அணுகுண்டை விட பல மடங்கு சக்திவாய்ந்தது).
33. தஞ்சாவூர் மாவட்டம் ஆடுதுறையில் உள்ள தமிழ்நாடு நெல் ஆராய்ச்சி நிலையத்தில் சம்பா பருவத்துக்கு ஏற்ற ஏடி-09367 என்ற புதிய நெல் ரகம் அறிமுகப்படுத்தப்பட்டது. ●

வளர்ச்சிக்கான பாதை

2016 போலியோ சொட்டு மருந்து திட்டத்தை குடியரசுத் தலைவர் தொடங்கி வைத்தார்

2016 ஆம் ஆண்டிற்கான போலியோ சொட்டு மருந்து திட்டத்தை குடியரசுத் தலைவர் பிரணாப் முகர்ஜி அவர்கள் தொடங்கி வைத்தார். தேசிய தடுப்பூசி நாளான ஜனவரி 17 ஆம் தேதி குடியரசுத் தலைவர் மாளிகையில் நடைபெற்ற நிகழ்ச்சியில் 5 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளுக்கு போலியோ சொட்டு மருந்து வழங்கியதன் மூலம் இந்த திட்டத்தை அவர் தொடங்கி வைத்தார். இந்தியாவில் போலியோ நோய் ஒழிக்கப்பட்டுவிட்ட நிலையில், அதை தக்கவைத்துக் கொள்ளும் நோக்குடன் நடத்தப்படும் இத்திட்டத்தின்படி 5 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகள் 17.4 கோடி பேருக்கு போலியோ சொட்டு மருந்து வழங்கப்படவுள்ளது. தாய், சேய் டெட்டனசை 2015ஆம் ஆண்டு டிசம்பர் மாதத்திற்குள் ஒழிக்க வேண்டும் என இலக்கு நிர்ணயிக்கப்பட்டிருந்த நிலையில், 2015 ஆம் ஆண்டு மே மாதத்திலேயே இந்த இலக்கை இந்தியா எட்டிவிட்டது என்பது குறிப்பிடத்தக்கது. அனைவருக்கும் சுகாதாரம் வழங்க வேண்டும்; சுகாதாரம் வழங்குவதில் உள்ள ஏற்றத்தாழ்வுகளை களைய வேண்டும் என்பதற்கான இந்தியாவின் முயற்சியில் இது ஒரு வரலாற்று சாதனை என்பது குறிப்பிடத்தக்கது. போலியோ நோய் வெளியிலிருந்து பரவுவதை தடுப்பதற்காக உயர்தர கண்காணிப்பு மேற்கொள்ளப்படுவதுடன், தேசிய மற்றும் துணை தேசிய போலியோ சொட்டு மருந்து திட்டத்தின் மூலம் சொட்டு மருந்து வழங்கப்படுகிறது. அதுமட்டுமின்றி, பாகிஸ்தான், ஆப்கானிஸ்தான், நைஜீரியா, கேமரூன், சிரியா, எத்தியோப்பியா, சோமாலியா, கென்யா ஆகிய நாடுகளில் இருந்து இந்தியாவிற்கு வருவோர் அனைவருக்கும் போலியோ தடுப்பு மருந்து வழங்கப்பட வேண்டும் என்று உலக சுகாதார நிறுவனத்தின் விதிமுறைகளின்படி சுற்றுலா அறிவுரை வழங்கப்பட்டிருக்கிறது. வெளியில் இருந்து போலியோ வைரஸ் பாதிப்பு ஊடுருவினால் அதனால் ஏற்படும் சூழ்நிலையை சமாளிப்பதற்காக அனைத்து மாநிலங்கள் மற்றும் யூனியன் பிரதேசங்களில் நெருக்கடிகால தயாரிப்பை மற்றும் நடவடிக்கைத் திட்டம் தயாரிக்கப்பட்டு, அவற்றை செயல்படுத்துவதற்காக அதிவிரைவு நடவ

டிக்கை குழுக்கள் அமைக்கப்பட்டிருக்கின்றன.

போலியோ நோயிலிருந்து குழந்தைகளுக்கு இரட்டைப் பாதுகாப்பு வழங்கவும், போலியோ நோய் ஒழிப்பால் கிடைத்த பயன்களை தக்கவைத்துக் கொள்ளவும் வசதியாக போலியோ தடுப்பு ஊசியையும் போலியோ தடுப்புத் திட்டத்தில் கடந்த 30.11.2015 முதல் இந்திய அரசு சேர்த்திருக்கிறது. ஏற்கனவே வழங்கப்பட்டு வரும் போலியோ சொட்டு மருந்தும் தொடர்ந்து நடைமுறையில் இருக்கும். இந்த முறை முதல்கட்டமாக அஸ்ஸாம், குஜராத், பஞ்சாப், பிஹார், மத்திய பிரதேசம், உத்தரப் பிரதேசம் ஆகிய 6 மாநிலங்களில் அறிமுகம் செய்யப்பட்டிருக்கிறது. அதுமட்டுமின்றி, உலகம் முழுவதும் பின்பற்றப்படும் நடைமுறையுடன் இணையும் நோக்குடன் இந்தியாவில் இப்போது வழங்கப்படும் trivalent OPV-க்கு பதிலாக bivalent OPV சொட்டு மருந்தை வழங்கும் திட்டம் அடுத்த சில மாதங்களில் அறிமுகப்படுத்தப்படவுள்ளது.

‘எழுமின் இந்தியா’ திட்டத்தை பிரதமர் தொடங்கி வைத்தார்; புதிய நிறுவனங்களை ஊக்குவிப்பதற்கான செயல்திட்டத்தையும் வெளியிட்டார்

‘எழுமின் இந்தியா’ திட்டத்தை கடந்த 17.01.2016 அன்று பிரதமர் நரேந்திரமோடி தொடங்கி வைத்தார். புதிய நிறுவனங்களை ஊக்குவிப்பதற்கான செயல்திட்டத்தையும் அவர் வெளியிட்டார். அப்போது, புதிய நிறுவனங்களுக்கு நிதி உதவி செய்வதற்காக ரூ.10,000 கோடி கொண்ட தனி நிதியம் ஏற்படுத்தப்பட்டிருப்பதாகவும் பிரதமர் தெரிவித்தார். அதுமட்டுமின்றி, இந்த திட்டத்தின்கீழ் புதிதாக தொடங்கப்படும் நிறுவனங்கள் தாங்கள் ஈட்டும் லாபத்திற்கு முதல் மூன்று ஆண்டுகளுக்கு வருமான வரி கட்டுவதிலிருந்து விலக்கு அளிக்கப்படுவதாகவும் பிரதமர் தெரிவித்தார். புதிய நிறுவனங்களுக்கு காப்புரிமைக் கட்டணத்தில் 80% விலக்கு அளிக்கப்படுவதாகவும் அவர் அறிவித்தார். அதுமட்டுமின்றி, தொழிலாளர் நலன் மற்றும் சுற்றுச்சூழல் தொடர்பான 9 சட்டங்களை கடைபிடிப்பதில் சுய சான்று வழங்கும் முறை விரைவில் நடைமுறைப்படுத்தப்படும் என்றும் இந்த நிகழ்ச்சியில் பிரதமர் நரேந்திர மோடி அறிவித்தார்.

குடிமக்களுக்கான சுகாதார சேவைகள் குறித்த தகவல் தொழில்நுட்பம் சார்ந்த 4 புதிய முன் முயற்சிகள் அறிவிப்பு

மக்களுக்கு சுகாதாரம் தொடர்பான சேவைகளை வழங்குவதற்காக தகவல் தொழில் நுட்பத்தின் உதவியுடன் மொத்தம் 4 புதிய திட்டங்கள் தொடங்கப்பட்டிருக்கின்றன. அவற்றில் முதலாவது திட்டம் 'கீழ்காரி (Kilkari)' ஆகும். கருவுற்றிருக்கும் காலம், குழந்தை பிறப்பு, குழந்தை வளர்ப்பு ஆகியவை ஒலி வடிவிலான தகவல்களை செல்பேசி மூலம் வழங்குவது தான் இந்த திட்டத்தின் முக்கிய நோக்கம் ஆகும். கருவுற்ற அனைத்து பெண்கள் மற்றும் குழந்தைகளுக்கு அனைத்து வகையான சேவைகளையும் வழங்குவதற்காக தாய்-சேய் கண்காணிப்புத் திட்டம் தொடங்கப்பட்டுள்ளது. இணையதளம் சார்ந்த இந்த திட்டத்தில் பதிவு செய்துள்ள அனைத்து கருவுற்ற பெண்கள் மற்றும் குழந்தைகளின் தாய்மார்களுக்கு அவர்களின் கருவுற்ற நிலை மற்றும் குழந்தைகளின் வளர்ச்சி தொடர்பான தகவல்கள் ஒவ்வொரு வாரமும் செல்பேசி மூலம் வழங்கப்படும். ஒரு பெண்ணின் 4 மாத கர்ப்பத்தில் தொடங்கி குழந்தை பிறந்து ஒரு வயது ஆகும் வரை மொத்தம் 72 வாரங்களுக்கு 72 செய்திகள் அனுப்பப்படும். ஒவ்வொரு செய்தியும் சராசரியாக 2 நிமிடங்கள் கொண்டதாக இருக்கும். இந்த செய்திகள் தாய் மற்றும் சேய் நலனுக்கு ஏற்ற ஆரோக்கியமான சூழலை ஏற்படுத்துவதற்கான விழிப்புணர்வை ஏற்படுத்தி அதிகாரம் அளிப்பதற்கு உதவும். இந்த சேவை பயனாளிகளுக்கு இலவசமாக வழங்கப்படும். இத்திட்டத்தின் முதல்கட்டமாக ஜார்க்கண்ட், ஒரிஸா, உத்தரபிரதேசம், உத்தர்காண்ட், மத்தியப்பிரதேசம், ராஜஸ்தான் ஆகிய மாநிலங்களில் கருவுற்ற பெண்களுக்கும், தாய்மார்களுக்கும் ஆடியோ செய்திகள் செல்பேசி மூலம் வழங்கப்படும். முதல்கட்டமாக இந்தி, ஆங்கிலம், ஒரியா ஆகிய 3 மொழிகளில் இந்த செய்திகள் தயாரிக்கப்படுகின்றன. அடுத்தகட்டமாக நாடு முழுவதும் விரிவுபடுத்தும் வகையில் மேலும் பல மொழிகளில் இந்த செய்திகள் தயாரிக்கப்படவுள்ளன. இத்திட்டத்தால் இந்தியா முழுவதும் ஒவ்வொரு ஆண்டும் 2 கோடி தாய்மார்களும், 2 கோடி குழந்தைகளும் பயனடைவார்கள். மொபைல் அகாடமி என்ற பெயரில் செல்பேசி வழி செயலி உருவாக்கப்

பட்டிருக்கிறது. இதன்மூலம் ஏராளமான ஆஷாக்களுக்கு செல்பேசி வழியாக பயிற்சி அளிக்க முடியும். ஆஷாக்களின் திறனை மேம்படுத்துவதற்கு இது உதவும். ஆஷாக்கள் ஒரு முறை இத்திட்டத்தில் பதிவு செய்தால், 240 மணி நேரம் ஆலோசனைகள் வழங்கப்படும். ஆஷாக்கள் அவர்களுக்கு விருப்பமான நேரத்தில் இந்த பயிற்சியை நிறைவு செய்யலாம். மின்குறியீடு தொழில்நுட்பத்தின் மூலம் ஆஷாக்கள் அவர்களின் பயிற்சியை அவர்கள் விரும்பிய வேகத்தில் பெறலாம். 11 அத்தியாயங்களைக் கொண்ட இந்த பயிற்சி தலா 4 பாடங்களை உள்ளடக்கியது. ஒவ்வொரு அத்தியாயத்தின் இறுதியிலும் புதிர் போட்டிகள் இடம்பெறும். ஆஷா பயிற்சி யில் குறைந்தபட்ச மதிப்பெண்களை விட கூடுதலாக பெறும் பயிற்சியாளர்கள் அரசின் சான்றிதழை பெற தகுதியுடையவர்கள் ஆவர்.

திருத்தப்பட்ட தேசிய காசநோய் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டம் நோயாளிகளை மையப்படுத்திய ஒன்றாகும். இந்த நோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு சிகிச்சை அளிக்கவும், ஆலோசனை வழங்கவும் 24 மணி நேர இலவச அழைப்பு மையம் 1800-11-6666 என்ற எண்ணில் செயலாற்றி வருகிறது. இந்த மையத்தில் நோயாளிகளின் பின்னூட்டத்தை அறிய பயிற்சி பெற்ற பணியாளர்கள் இடம் பெற்றுள்ளனர். அவர்கள் நோயின் அறிகுறிகள் உள்ளவர்களை தேசிய காசநோய் கட்டுப்பாட்டு மையத்திற்கு பரிந்துரைப்பார்கள். இந்த முன்னெடுப்பில் அழைப்பாளர்கள் தவறிய அழைப்போ அல்லது அழைப்பின் மூலமாகவோ நோய் அறிதல், சிகிச்சை தொடர்பான அனைத்து சேவைகளையும் இலவச அழைப்பின் மூலம் பெறமுடியும். இந்த முன்முயற்சி பஞ்சாப், ஹரியானா, சண்டிகர் மற்றும் தில்லியில் தொடங்கப்பட்டிருக்கிறது.

புகையிலை பழக்கத்திற்கு அடிமையானவர்கள் அப்பழக்கத்திலிருந்து விடுபடுவதற்கு ஆலோசனை வழங்குவதற்காக தகவல் தொழில் நுட்பத்தின் அடிப்படையிலான M - Cessation என்ற சேவை தொடங்கப்பட்டிருக்கிறது. உதவி மையம் போன்று செயல்படும் இந்த சேவையில் பயனாளிகள் தவறிய அழைப்பின் மூலம் தங்களை பதிவு செய்துகொள்ளலாம். அவ்வாறு பதிவு செய்து கொண்டவர்களுக்கு இருவழி குறுஞ்சேதி மூலம் ஆலோசனைகள் வழங்கப்படும். ●

தெற்காசிய விளையாட்டுப் போட்டிகள்

தெற்காசிய விளையாட்டுப் போட்டிகள் பல்வேறு நாடுகள் பங்கேற்கும், பல்வேறு வகையான விளையாட்டுக்கள் கொண்ட போட்டியாகும். இரு ஆண்டுகளுக்கு ஒருமுறை நடைபெறும் இப்போட்டியில் தெற்காசிய நாடுகளைச் சேர்ந்த தடகள வீரர்கள் பங்கேற்பார்கள். இவை ஆசிய ஒலிம்பிக் கவுன்சில் சார்பில் நடத்தப்படும் பிராந்திய விளையாட்டுப் போட்டிகள் ஆகும். இப்போட்டிகளை தெற்காசிய ஒலிம்பிக் கவுன்சில் நிர்வகிக்கிறது. இந்த அமைப்பு 1983 ஆம் ஆண்டு தொடங்கப்பட்டது. இப் போட்டிகள் ஒலிம்பிக்கின் தெற்காசிய வடிவமாக கருதப்படுகிறது. தெற்காசிய நாடுகளில் உள்ள விளையாட்டு வீரர்கள் தங்கள் பிராந்தியத்தில் உயர்மட்ட அளவிலான விளையாட்டுப் போட்டிகளில் பங்கேற்கவும், விளையாட்டு மற்றும் ஆரோக்கியமான வாழ்க்கை முறையை வளர்த்தெடுக்கவும் இந்த போட்டிகள் வாய்ப்பளிக்கின்றன. முதல் தெற்காசியப் போட்டி 1984 ஆம் ஆண்டு நேபாளத் தலைநகர் காத்த்மண்டுவில் நடைபெற்றது. 2004 ஆம் ஆண்டு வரை இப்போட்டிகள் தெற்காசிய கூட்டமைப்பு விளையாட்டுப் போட்டிகள் என்று அழைக்கப்பட்டன. 2004 ஆம் ஆண்டு நடைபெற்ற தெற்காசிய ஒலிம்பிக் கவுன்சில் கூட்டத்தில் இப்போட்டியின் பெயரை தெற்காசிய விளையாட்டுப் போட்டிகள் என்று மாற்றம் செய்ய முடிவு செய்யப்பட்டது.



தெற்காசிய விளையாட்டுப் போட்டிகளில் இப்போது ஆப்கானிஸ்தான், வங்கதேசம், பூட்டான், இந்தியா, மாலத்தீவுகள், நேபாளம், பாகிஸ்தான், இலங்கை ஆகிய 8 நாடுகள் பங்கேற்கின்றன. 12-ஆவது தெற்காசிய விளையாட்டுப் போட்டிகள் வரும் பிப்ரவரி 6-ஆம் தேதி முதல் 16 ஆம் தேதி வரை அஸ்ஸாம் மாநிலத்திலுள்ள கவுகாத்தி, மேகாலயாவில் உள்ள ஷில்லாங் ஆகிய நகரங்களில் நடைபெறவுள்ளன. 12-ஆவது தெற்காசிய விளையாட்டுப் போட்டிகளுக்கான மையக்கரு பாடலாக “இந்த உலகம் ஒரு விளையாட்டுத் திடல்” (Ei Prithibi Ek Krirangan) என்ற பாடல் தேர்வு செய்யப்பட்டிருக்கிறது. இந்த பாடல் அஸ்ஸாம் மாநிலத்தைச் சேர்ந்த பாடலாசிரியர், இசையமைப்பாளர், பாடகர், கவிஞர் மற்றும் திரைப்படத் தயாரிப்பாளரான மறைந்த டாக்டர் பூபென் ஹசாரிகா இயற்றியிருக்கிறார். இந்த விளையாட்டுப் போட்டிகளுக்கான அடையாளச் சின்னம் TIKHOR (இதன் பொருள் புத்திக்கூர்மையும், குறும்பும், விளையாட்டுத் தன்மையும், நவீனமும் கொண்டவர் என்பது ஆகும்). இந்த போட்டிக்கான விளம்பர தூதராகவும் இதுவே இருக்கும். 12-ஆவது தெற்காசிய விளையாட்டு போட்டிகளின் இலச்சினை எட்டு இதழ்களை கொண்டதாகும். இந்த போட்டியில் எட்டு நாடுகள் பங்கேற்பதைக் குறிக்கும் வகையில் இந்த இலச்சினை உருவாக்கப்பட்டுள்ளது. விளையாட்டின் ஆக்கபூர்வமான தன்மையை குறிக்கும் வகையில் 8 இதழ்களும் கடிகாரச் சுற்று வாக்கில் சுழல்வதைப் போல அமைக்கப்பட்டிருக்கின்றன.

இந்த போட்டிகளுக்கான திட்டங்களை வகுத்து, நிர்வகித்து செயல்படுத்துவதற்காக அமைப்புக்குழு ஒன்றையும், செயற்குழு ஒன்றையும் இந்திய ஒலிம்பிக் சங்கத்துடன் கலந்து பேசி மத்திய அரசு அமைத்திருக்கிறது. இந்த விளையாட்டுப் போட்டிகளை நிர்வகிப்பதற்கான உயர்ந்தபட்ச அமைப்பு அமைப்புக்குழு ஆகும். இந்தக் குழுவுக்கு மத்திய விளையாட்டுத்துறை அமைச்சர் தான் தலைவர் ஆவார். 12 ஆவது தெற்காசியப் போட்டிகளில் மொத்தம் 23 வகையான விளையாட்டுக்கள் இடம் பெறுகின்றன. இதில் 8 நாடுகளைச் சேர்ந்த விளையாட்டு வீரர்கள் 4500 பேரும், அதிகாரிகளும் கலந்து கொள்வார்கள்.