

ಕರ್ನಾಟಕ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಚಲುವಳಿ

Karnataka Janaarogya Chaluvali

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು: ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾನೂನು ಈಗಿನ ತುರ್ತು ಅವಶ್ಯಕತೆಯೇ?

ಅಖಿಲಾ ವಾಸನ್, ಸಿಲ್ವಿಯಾ ಕರ್ಪಗಂ, ಟೀನಾ ಕ್ಲೇವಿಯರ್

ಹಿನ್ನೆಲೆ

ಭಾರತದ ಅತ್ಯಂತ ಶ್ರೀಮಂತ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲೊಂದಾಗಿದ್ದರೂ, ಕರ್ನಾಟಕವು ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಇತರ ದಕ್ಷಿಣ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗಿಂತ ದುರ್ಬಲ ಪ್ರದರ್ಶನ ನೀಡುತ್ತಲೇ ಬಂದಿದೆ (ಕೋಷ್ಟಕ 1 ನೋಡಿ). ಇದರ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವೆಂದರೆ ರಚನಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ನೀತಿ ಮಟ್ಟದ ವಿಫಲತೆಗಳು. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಕರ್ನಾಟಕವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸುಧಾರಣೆಯ 'ಮಾದರಿ' ರಾಜ್ಯವೆಂದು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಪ್ರಚಾರ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ರಾಜ್ಯವು International Monetary Fund (IMF) ಮತ್ತು World Bank ಭಾರತಕ್ಕೆ ವಿಧಿಸಿದ Structural Adjustment Programs (SAPs) ಎಂಬ ಆರ್ಥಿಕ ಸುಧಾರಣಾ ಪ್ಯಾಕೇಜ್‌ಗಳ ಆದೇಶಗಳನ್ನು ವೇಗವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ-ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವಗಳು (Public-Private Partnerships – PPPs), ಪ್ರಮುಖ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಗುತ್ತಿಗೆಕರಣ (contracting out) ಹಾಗೂ ವಿಮಾ ಆಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 1: ಕರ್ನಾಟಕ, ಕೇರಳ ಮತ್ತು ತಮಿಳುನಾಡು – ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ಹೋಲಿಕೆ

ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ	ಸೂಚ್ಯಂಕ	ಕರ್ನಾಟಕ	ಕೇರಳ	ತಮಿಳುನಾಡು
1	ಮಾತೃಮರಣಪ್ರಮಾಣ (ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷ ಜೀವ ಜನನಗಳಿಗೆ)	68	30	35
2	ಶಿಶುಮರಣಪ್ರಮಾಣ – ಪ್ರತಿ 1000 ಜೀವ ಜನನಗಳಿಗೆ	14	5	12
3	ನವಜಾತಮರಣಪ್ರಮಾಣ – ಪ್ರತಿ 1000 ಜೀವ ಜನನಗಳಿಗೆ	12	4	8
4	ಐದುವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣಪ್ರಮಾಣ – ಪ್ರತಿ 1000 ಜೀವ ಜನನಗಳಿಗೆ	21	8	14

ಕೋಷ್ಟಕ 2: ಕರ್ನಾಟಕದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು (NFHS-5)

1.	15-45 ವರ್ಷದ ಎಲ್ಲಾ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಶೇಕಡಾವಾರು	48%
2.	6-59 ತಿಂಗಳ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಶೇಕಡಾವಾರು	65%
3.	ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಕನಿಷ್ಠ ಒಬ್ಬ ಸದಸ್ಯ ಇರುವ ಕುಟುಂಬಗಳ ಶೇಕಡಾವಾರು	28%
4.	ವಯಸ್ಸಿಗೆ ತಕ್ಕ ತೂಕವಿಲ್ಲದ ಮಕ್ಕಳ ಶೇಕಡಾವಾರು	33%
5.	ವಯಸ್ಸಿಗೆ ತಕ್ಕ ಎತ್ತರವಿಲ್ಲದ ಮಕ್ಕಳ ಶೇಕಡಾವಾರು	35%

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾನೂನು ಹೇಗಿರಬೇಕು?

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳ ಸ್ವಯಂ ಅನುಸರಣೆ ವಿಫಲವಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕಾನೂನು ಅಗತ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಆದರೆ ಸರ್ಕಾರಗಳಿಗೆ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿಗೂ ಎದುರಾಗುವ ಅಪಾಯಗಳಿಂದ ಜನರನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುವ ರಾಜಕೀಯ ಮತ್ತು ನೈತಿಕ ಬದ್ಧತೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಕಾನೂನುಗಳು ಮಾತ್ರ ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಉತ್ತಮ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾನೂನುಗಳು ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು:

- ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ವಲಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಿಸಬೇಕು
- ಅಧಿಕಾರಗಳು, ಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ಕರ್ತವ್ಯಗಳನ್ನು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಬೇಕು
- ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಬೇಕು
- ಕಾನೂನಿನ ಆಳ್ವಿಕೆಯಲ್ಲಿ (rule of law) ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸಮಾನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅನ್ವಯವಾಗಬೇಕು
- ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿರಬೇಕು, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಚರ್ಚೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಎಲ್ಲರಿಗೆ ಅರ್ಥವಾಗುವಂತಿರಬೇಕು. ಸ್ವಾಯತ್ತತೆ (autonomy), ಗೌಪ್ಯತೆ (privacy), ಪಾರದರ್ಶಕತೆ (transparency), ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವ (accountability) ಮತ್ತು ಕನಿಷ್ಠ ಹಾನಿ (least harm) ತತ್ವಗಳನ್ನು ಅಡಕಗೊಳಿಸಬೇಕು
- ಸುರಕ್ಷಿತ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ಒಳ ಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಮತ್ತು ವಸತಿ ಮುಂತಾದ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರ್ಧಾರಕ ಅಂಶಗಳಿಗೆ (Social Determinants of Health) ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಮೂಹ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು
- ಯಾವುದೇ ಷರತ್ತುಗಳಿಲ್ಲದೆ, ಎಲ್ಲಾ ನಾಗರಿಕರಿಗೂ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೂ ಉಚಿತ ತಪಾಸಣೆ, ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (free treatment) ಮತ್ತು ಉಚಿತ ಔಷಧಿ (free drugs) ಸೇರಿದಂತೆ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಹಕ್ಕನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಒದಗಿಸಬೇಕು
- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಯೋಜನೆ, ನಿಯಂತ್ರಣ, ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಅಥವಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಯಾವುದೇ ಪಾತ್ರವಿರದಂತೆ ತಡೆಯಬೇಕು
- ನಾಗರಿಕರ ಆರೋಗ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಿ, ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳಿಗೆ ತಕ್ಕ ದಂಡಗಳೊಂದಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಪರಿಹಾರ ಮತ್ತು ದೂರು ನಿವಾರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು.
- ಅನಾವಶ್ಯಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು, ರೆಫರಲ್‌ಗಳು, ಲಂಚ, ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಗೈರುಹಾಜರಾತಿಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬೇಕು
- ಸೇವೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಲೋಪದೋಷಗಳು ಉಂಟಾದಾಗ ಸವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ವಿವಿಧ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ, ಚುನಾಯಿತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಬೇಕು
- ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಒಳಪಡುವವರಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ತಡೆಯಬೇಕು
- ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಲು [Siracusa principles](#) ಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಬೇಕು
- ಖಾಸಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವೆಚ್ಚಗಳಿಗೆ ಮಿತಿ ವಿಧಿಸಿ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮಹತ್ವದ ರೋಗಗಳಿಗೆ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಪುರಾವೆಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿದ, ಸರ್ಕಾರದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಪಾಸಿಸುವಂತೆ ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ ಹೇಗೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಮಾಲೋಚನೆ ನಡೆಸದೇ ಬಹುತೇಕವಾಗಿ Rajasthan Right to Health [Act](#) (2022) ನಿಂದ ನೇರವಾಗಿ ಪಡೆದಂತಿರುವ Karnataka Right to Health and Emergency Medical Services Bill 2025 ಎಂಬ [ಕರಡು ಮಸೂದೆ](#) ಸದ್ಯ ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ ಇದೆ. can we mention that it is a government document ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಕೆಲ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ನಮ್ಮ ರಾಜ್ಯದ ಅಗತ್ಯತೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಕಾನೂನಿನ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ ಎಂದು ಆಲಂಚಿಸದೇ, ರಾಜಸ್ಥಾನದ Right to Health Act ಅನ್ನು ನಕಲು ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಕರ್ನಾಟಕದ ಈ ಕರಡು ಮಸೂದೆಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ರಕ್ಷಣೆಯಾಗಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಹಕ್ಕುಗಳ ಭದ್ರತೆಯಾಗಲಿ ನೀಡುತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿಮರ್ಶೆ ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಬದಲಾಗಿ, ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು empanel ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ 'ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ'ವಾಗಿ ಮುಂದೆ ಬರುವ ಯಾವುದೇ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಗುತ್ತಿಗೆ ನೀಡುವುದರ ಕುರಿತು ವಿಶೇಷ ಒತ್ತು ನೀಡುವ ಈ ಮಸೂದೆಯು ವ್ಯಾಪಕ ಖಾಸಗೀಕರಣವನ್ನು ಕಾನೂನುಬದ್ಧಗೊಳಿಸಲು ಹೊರಟಿದೆ.

ಕರಡು ಮಸೂದೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಂವಿಧಾನದ Article 47 ಮತ್ತು Article 21 ಅನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿ, “ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸು-ಸ್ಥಿತಿಯ ಹಕ್ಕುಗಳ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಸುವಿಕೆ” “ರಾಜ್ಯದ ಎಲ್ಲಾ ನಿವಾಸಿಗಳಿಗೆ ಉಚಿತ ಮತ್ತು ಸುಲಭವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಜೀವಿನಿಂದ ಖರ್ಚಾಗುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕ್ರಮೇಣ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶ” ಮತ್ತು “ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಹಕ್ಕನ್ನು ಸಾಕಾರಗೊಳಿಸಲು, ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯೊಂದಿಗೆ, ಕರ್ನಾಟಕದ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು (ತುರ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಸೇರಿ) ಒದಗಿಸುವುದು” ಎಂಬ ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವಂತೆ ಹೇಳುತ್ತದೆ.

1989 ಆಗಸ್ಟ್ 28ರಂದು ನಡೆದ Pt. Parmanand Katara vs Union of India & Ors [ಪ್ರಕರಣದಲ್ಲಿ](#), ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯವು ಜೀವವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುವುದು ಸರ್ಕಾರಗಳ ಸಂವಿಧಾನ- ಬದ್ಧ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿದ್ದು, ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವೈದ್ಯರೂ (ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳೂ ಸೇರಿ) ಜೀವ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಬದ್ಧರಾಗಿರಬೇಕೆಂದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಹೇಳಿದೆ. Indian Medical Council Act (1860) ಮತ್ತು Indian Medical Council / Code of Medical Ethics ಕೂಡ ಎಲ್ಲ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿಯೂ ತಕ್ಷಣದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವಿನ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳುತ್ತವೆ. ಯಾವುದೇ ಕಾನೂನು ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಕ್ರಮಗಳು ವೈದ್ಯ ವೃತ್ತಿಯ ಈ ಪರಮ ಕರ್ತವ್ಯಗಳನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಅಥವಾ ವಿಳಂಬಗೊಳಿಸಲು ಮಧ್ಯೆ ಪ್ರವೇಶಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಮಾನದಂಡಗಳು ಮತ್ತು ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸಲೇಬೇಕು. ಶುಲ್ಕ ಪಾವತಿಗಾಗಿ ಕಾಯುತ್ತಾ ವೈದ್ಯರು ರೋಗಿಯ ಜೀವವನ್ನು ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. Karnataka Private Medical Establishments (KPME) Act ಕೂಡ ಈ ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು ಎಂದರೆ, ಅದು ತುರ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಹೀಗಿರುವಾಗ, Karnataka Right to Health and Emergency Medical Services Bill 2025 ನಲ್ಲಿ ತುರ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ವಿವರಿಸುವ ಅಗತ್ಯ ಏನಿದೆ ಎಂಬುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಲಿಲ್ಲ.

ಅಸ್ಪಷ್ಟ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಗಳು ಕಾನೂನಿನ ಉದ್ದೇಶವನ್ನೇ ವಿಫಲಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ಕರಡು ಮಸೂದೆ ಹಾಗೂ ರಾಜಸ್ಥಾನ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು ಕಾಯ್ದೆಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಜಾಗತಿಕವಾಗಿ ಅಂಗೀಕೃತವಾಗಿರುವ ಮಾನದಂಡಿತ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಲು ವಿಫಲವಾಗಿವೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ, ಈ ಪದಗಳನ್ನು ಹೇಗೆ ಬೇಕಾದರೂ ಅರ್ಥೈಸುವ ಅವಕಾಶ ನೀಡುತ್ತವೆ; ಇದು ಉತ್ತಮ ಕಾನೂನಿನ ಮೂಲ ತತ್ವಗಳಿಗೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿದೆ. “ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ”ವನ್ನು “ಸರ್ಕಾರದ ಮೂಲಕ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡಲ್ಪಡುವ, ನಿಯಂತ್ರಿಸಲ್ಪಡುವ ಮತ್ತು ಉತ್ತೇಜಿಸಲ್ಪಡುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ” ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುವುದು ಕೇವಲ ಅಪರ್ಯಾಯವಾಗಿರುವುದಲ್ಲ, ಅಪಾಯಕಾರಿ ಉದ್ದೇಶಪೂರಿತವೂ ಹೌದು. “ಸರ್ಕಾರ ನೀರವಾಗಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವ” ಎಂಬ ಅತ್ಯಂತ ಮುಖ್ಯವಾದ ಅಂಶವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೊರತುಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿಂದ ಸರ್ಕಾರ ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

“ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ (health care)” ಎಂಬ ಪದವನ್ನು, ರಾಜಸ್ಥಾನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಯ್ದೆಯಿಂದ ಪದಶಃ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಂತಿದೆ: “ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ, ಉತ್ತೇಜನಾತ್ಮಕ, ಚಿಕಿತ್ಸಾತ್ಮಕ, ನಿರ್ಣಯಾತ್ಮಕ, ನರ್ಸಿಂಗ್, ಪುನರ್ವಸತಿ, ಪ್ಯಾಲಿಯೇಟಿವ್, ಚೇತರಿಕೆ ಹಂತದ (convalescent), ಸಂಶೋಧನಾ ಹಾಗೂ/ಅಥವಾ ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಡೆಸಲಾಗುವ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಆರೈಕೆ, ವಿಧಾನಗಳು ಹಾಗೂ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಸೇವೆಗಳು - ಅಥವಾ ಇವುಗಳ ಸಂಯೋಜನೆ — ಇದರಲ್ಲಿ ಪ್ರಜನನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಹಾಗೂ ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಸೇರಿದ್ದು, ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದ್ಧತಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುವ ಸೇವೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ; ಜೊತೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದನ್ನಾದರೂ ಸಹ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.” ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಶೋಧನೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸುವುದು ಅನೇಕ ಗಂಭೀರ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ, “ಸರ್ಕಾರಿ ಅನುದಾನಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು (government funded healthcare services)” ಎಂಬ ಪದಪ್ರಯೋಗವು ಎನ್‌ಜಿಒಗಳು ಹಾಗೂ ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ತೆರಿಗೆ ಹಣವನ್ನು

ಹಸ್ತಾಂತರಿಸುವುದನ್ನು ಕಾನೂನಾತ್ಮಕಗೊಳಿಸಿ, ತನ್ನದೇ ಸಂವಿಧಾನಾತ್ಮಕ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳಿಂದ ಸರ್ಕಾರವು ಮತ್ತಷ್ಟು ನುಣುಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ.

ಕರಡು ಮಸೂದೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಕುಗ್ಗಿಸಿ, ಅದನ್ನು ಒಂದು ಯೋಜನೆಗೆ ಮಾತ್ರ (ಕರ್ನಾಟಕ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ) ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು (State Health Authority – SHA) ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಬೇಕೆಂಬ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ; ಬದಲಾಗಿ, ಉಚಿತವಾಗಿ “ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳು” ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅದೂ ಸಹ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಅಲ್ಲ, “ಅರ್ಹ ರೋಗಿಗಳು” ಎಂಬ ಸೀಮಿತ ವರ್ಗಕ್ಕಷ್ಟೇ. ನೀರು, ಒಳಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ, ವಸತಿ ಮುಂತಾದ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕಾಗಿದ್ದು, ಕೇವಲ ಚಿಕಿತ್ಸಾತ್ಮಕ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳಿಗಷ್ಟೇ ಸೀಮಿತವಾಗಿರಬಾರದು.

ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು (State Health Authority – SHA) ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಲೆಕ್ಕಪರಿಶೋಧನೆಗಳನ್ನು ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ; ಜಿಲ್ಲಾ/ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ತೀರ್ಮಾನಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಸಲ್ಲಿಸಲಾದ ಎಲ್ಲಾ ಅಪೀಲುಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸುವುದಕ್ಕೆ; ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಎಂಪ್ರಾನ್‌ಲ್ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೂ ಹಾಗೂ ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಹೊರಗುತ್ತಿಗೆ ನೀಡುವುದಕ್ಕೂ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ, ನಿಯಂತ್ರಣಾ ಸಂಸ್ಥೆಯಾದ ಒಂದು ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಎಂಪ್ರಾನ್‌ಲ್‌ಮೆಂಟ್‌ನಂತಹ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಏಕೆ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕು ಎಂಬುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿಲ್ಲ. ಇದೇ ರೀತಿ, ಸುವರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸುರಕ್ಷಾ ಟ್ರಸ್ಟ್ (Suvarna Arogya Suraksha Trust – SAST) ನ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ನಿರ್ದೇಶಕರನ್ನು ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಸದಸ್ಯ-ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಯಾಗಿ ನೇಮಿಸುವುದು ಗಂಭೀರ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಎಬ್ಬಿಸುತ್ತದೆ. SAST ಒಂದು ಸ್ವಾಯತ್ತ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿದ್ದು, ಅದರ ಆಡಳಿತ ಮಂಡಳಿಯಲ್ಲಿ ಎಂಪ್ರಾನ್‌ಲ್ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಸೇರಿರುವುದರಿಂದ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಹಿತಾಸಕ್ತಿ ಸಂಘರ್ಷ (conflict of interest) ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ, ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸದಸ್ಯ-ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಯಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯ ನಿರ್ದೇಶಕರೇ ಇರಬೇಕು.

ಇದಲ್ಲದೆ, ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಜಿಲ್ಲಾ/ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಲ್ಲಿ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಘ (Indian Medical Association – IMA) ಯ ಪ್ರತಿನಿಧಿಯನ್ನು ಸದಸ್ಯರಾಗಿ ಸೇರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜನರ ದೂರುಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸುವ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಂಸ್ಥೆಯಾದ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಲ್ಲಿ IMAನ್ನು ಏಕೆ ಒಳಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿಲ್ಲ. IMA ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲೇ ತಮ್ಮದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಇರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಹಿತಾಸಕ್ತಿ ಸಂಘರ್ಷ (conflict of interest) ಇರುವುದನ್ನು ತಿಳಿದಿದ್ದರೂ, ಕಾನೂನು ಇಂತಹ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಅವಕಾಶ ನೀಡುವುದು ಹೇಗೆ ಸಾಧ್ಯ?

ದೂರು ಪರಿಹಾರ ವ್ಯವಸ್ಥೆ

ಪೀಡಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಮೊದಲಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯೊಳಗಿನ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಬೇಕು. ಅವರ ದೂರು ಪರಿಹಾರವಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಕೈಗೊಂಡ ಕ್ರಮದಿಂದ ತೃಪ್ತಿ ಹೊಂದದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅವರು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದು. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಕ್ಕೆ (State Health Authority – SHA) ಅಪೀಲನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ; ಆದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯೊಳಗೆ ದೂರು ನಿವಾರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರಬೇಕೆಂದು ಮಸೂದೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ದಿಧಿಯೂ ಇಲ್ಲ.

ಅಮಸೂದೆಯ ವಿಧಿಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲಂಘಿಸಿದಲ್ಲಿ ವಿಧಿಸಲಾಗುವ ದಂಡಗಳು “ಮೊದಲ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗೆ ಗರಿಷ್ಠ ಹತ್ತು ಸಾವಿರ ರೂಪಾಯಿ ದಂಡ, ನಂತರದ ಉಲ್ಲಂಘನೆಗಳಿಗೆ ಗರಿಷ್ಠ ಇಪ್ಪತ್ತೈದು ಸಾವಿರ ರೂಪಾಯಿ” ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುವಂತೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ದೂರು ಪರಿಹಾರದ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಜೀವವನ್ನು ಕೆಲವು ಸಾವಿರ ರೂಪಾಯಿಗಳಿಗೆ ಇಳಿಸಲಾಗಿದೆ! ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ದಂಡವನ್ನು ಯಾರು ಕಟ್ಟಬೇಕು- ಆ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಬ್ಬಂದಿ

ಕಟ್ಟಬೇಕಾ, ಇಲಾಖೆಯ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಕಟ್ಟಬೇಕಾ, ಆರೋಗ್ಯ ಆಯುಕ್ತರು ಕಟ್ಟಬೇಕಾ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವರು ಕಟ್ಟಬೇಕಾ? ಏಕೆಂದರೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಲೋಪ ದೋಶಗಳು ಉಂಟಾದಲ್ಲಿ ಇವರೆಲ್ಲರ ಪಾತ್ರವಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇದರ ಕುರಿತು ಸ್ಪಷ್ಟನೆ ನೀಡಿಲ್ಲ.

ಹಣಕಾಸಿನ ನಿರ್ವಹಣೆ

ಕರಡು ಮಸೂದೆಯ ಅಧ್ಯಾಯಗಳು 6 ಮತ್ತು 8 ರ ಪ್ರಕಾರ, ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರವು ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಕ್ಕೆ (State Health Authority – SHA) ಕಾರ್ಪಸ್ ನಿಧಿಯಾಗಿ ಬಳಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ₹100 ಕೋಟಿ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಟೋಕನ್ ನಿಧಿಯಾಗಿ ನೀಡಲಿದೆ. SHA ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ಜಿಲ್ಲಾ/ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಗಳಿಗೂ ಸರ್ಕಾರದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ಯಾವುದೇ “ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಸಂಸ್ಥೆ” ಯಿಂದ “ದೇಣಿಗೆ” ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಅಥವಾ ಗುಂಪುಗಳು ನಿಧಿಗಳನ್ನು ದೇಣಿಗೆಯಾಗಿ ನೀಡಿದರೆ, ಆ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಅವರಿಗೆ ಹಿತಾಸಕ್ತಿ (stake) ಉಂಟಾಗುವುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಲ್ಲವೇ? ಇದಲ್ಲದೆ, ಈ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ತಮ್ಮ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲು ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಿಂದ ಸಾಲವನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅಂದರೆ, ಅನುದಾನವಿಲ್ಲದ ಒಂದು ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಂಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಸ್ಥಾಪಿಸಲು ಹೊರಟಿರುವಂತಾಗಿದೆ. ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಈ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮೇಲೆ ಸರ್ಕಾರ ಯಾವ ರೀತಿಯ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಹೊಂದಲಿದೆ? ಮತ್ತೊಂದೆಡೆ, ಈ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಲೆಕ್ಕಪತ್ರಗಳನ್ನು ಅವುಗಳೇ ನೇಮಿಸಿದ ಲೆಕ್ಕಪರಿಶೋಧಕರು (auditors) ಪರಿಶೀಲಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದೆ. ಲೆಕ್ಕಪರಿಶೋಧಿತ ವರದಿಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯ ವಿಧಾನಸಭೆಯ ಮುಂದೆ ಮಂಡಿಸಬೇಕೆಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದ್ದರೂ, ಅವುಗಳನ್ನು ಭಾರತದ ಮಹಾಲೇಖಪರಿಶೋಧಕ (Comptroller and Auditor General – CAG) ಅವರಿಂದ ಲೆಕ್ಕಪರಿಶೋಧಿಸಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ಎಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ವಿಧಿಗಳು ಸರ್ಕಾರದ ಉದ್ದೇಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಗಂಭೀರ ಅನುಮಾನಗಳನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ನಾಗರಿಕರ ಹಿತಾಸಕ್ತಿ ಹೊಂದಿಲ್ಲವೆಂದು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕು ಅಥವಾ ತುರ್ತು ಸೇವೆಗಳತ್ತ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ಬದ್ಧತೆ ಇಲ್ಲ

ಈ ಕರಡು ಮಸೂದೆಯಲ್ಲಿ, ಸರ್ಕಾರವು ಮೂಲತಃ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕು (Right to Information), ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಹೊರರೋಗಿ ವಿಭಾಗ (OPD) ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಒಳರೋಗಿ ವಿಭಾಗ (IPD) ಸೇವೆಗಳನ್ನು “ಈ ಕಾಯ್ದೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ರೂಪಿಸಲಾಗುವ ನಿಯಮಗಳ ಮೂಲಕ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಗೊಳಿಸಲಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ” ಒದಗಿಸುವ ಹಕ್ಕಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಬದ್ಧವಾಗಿರುವಂತೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ, “ಅಪಘಾತದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿ, ಸರ್ಪದ ಕಡಿತ/ಪ್ರಾಣಿಗಳ ಕಡಿತದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ನಿಯಮಿತ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಇತರ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ, ಅಗತ್ಯವಾದ ಶುಲ್ಕ ಅಥವಾ ದರಗಳನ್ನು ಮುಂಗಡವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಬೇಕೆಂಬ ಷರತ್ತು ಇಲ್ಲದೆ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಯನ್ನು — ಇದರಲ್ಲಿ ತ್ವರಿತ ಹಾಗೂ ಅಗತ್ಯ ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆ (critical care), ತುರ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆ ಸೇರಿದ್ದು — ಅಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಅರ್ಹವಾಗಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಸಂಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಎಂಪ್ಲಾನ್‌ಲ್ ಮಾಡಲಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ, ನಿಗದಿತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ತಕ್ಷಣ ಒದಗಿಸಬೇಕು; ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ-ಕಾನೂನು ಪ್ರಕರಣವಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಪೊಲೀಸ್ ಅನುಮತಿ ಅಥವಾ ಪೊಲೀಸ್ ವರದಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ನೆಪದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ವಿಳಂಬಗೊಳಿಸಬಾರದು” ಎಂದು ಕರಡು ಮಸೂದೆ ಹೇಳುತ್ತದೆ.

ಇನ್ನೂ ಮುಂದೆ, ಕರಡು ಮಸೂದೆಯಲ್ಲಿ, “ಯೋಗ್ಯವಾದ ತುರ್ತು ಆರೈಕೆ, ರೋಗಿಯನ್ನು ಸ್ಥಿರಗೊಳಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳಾಂತರಿಸಿದ ನಂತರ, ರೋಗಿಯು ಅಗತ್ಯವಾದ ಶುಲ್ಕಗಳು ಅಥವಾ ದರಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಒದಗಿಸುವವರು ನಿಗದಿತ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ, ಅನ್ವಯವಾಗುವಂತೆ, ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಅಗತ್ಯವಾದ ಶುಲ್ಕಗಳು ಅಥವಾ ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ” ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ “ರೋಗಿಯು ಪಾವತಿಸದಿದ್ದಲ್ಲಿ”

ಎಂಬ ವಾಕ್ಯಪ್ರಯೋಗವು, ರೋಗಿಗಳೇ ಪಾವತಿಸಬೇಕೆಂಬ ಅರ್ಥವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಉಯಿಂದ ಪಾವತಿಸಲಾಗದಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಪರಿಹಾರ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅರ್ಥವನ್ನು ಹೊತ್ತಿದೆ.

ಕಾಯ್ದೆಯಲ್ಲಿರುವ “ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳು” ಎಂಬ ವಿಧಿಯಲ್ಲಿ, ಅದನ್ನು “ಅಪಘಾತದಿಂದ ಗಾಯಗೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಅಥವಾ ಅಪರಾಧ ಘಟನೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಇತರ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಗಾಯಗೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಸಹಾಯವನ್ನು ನೀಡಲು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗುವ ಯಾವುದೇ ಯುಕ್ತವಾದ ಕ್ರಮ” ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿರುವುದು ಅತ್ಯಂತ ಆತಂಕಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿದ್ದು ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿದ್ದರೂ ಸಹ, ಕೇವಲ ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಸಹಾಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ತನ್ನ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿಂದ ಕೈ ತೊಳೆದುಕೊಳ್ಳಲು (ವ್ಯಾಖ್ಯಾನದ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ) ಈಗ ಅವಕಾಶ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಮೂಲಭೂತ ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮಾಡಬಲ್ಲ ಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನದೇನಲ್ಲ. ಇದು ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರರು ಹಾಗೂ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ನೈತಿಕ ಮತ್ತು ನೀತಿಬದ್ಧ ಕರ್ತವ್ಯಗಳಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮುಕ್ತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.

ಮಸೂದೆಯಲ್ಲಿ “ಸ್ಥಿರಗೊಳಿಸುವುದು (stabilise)” ಎಂಬುದನ್ನು, “ಗಾಯಗೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಒಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮತ್ತೊಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸ್ಥಳಾಂತರಿಸುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಅಗತ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಸೂಕ್ತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ವರ್ಗಾಯಿಸುವಾಗ, ಯುಕ್ತವಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಧ್ಯತೆಯ ಒಳಗೆ, ಆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಗಂಭೀರವಾದ ಏರುಪೇರು ನಡೆಯದಂತೆ ಅಥವಾ ಸಂಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಕಡಿಮೆ ಆಗುವಂತೆ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಅಗತ್ಯವಾಗಿರುವ ತಕ್ಷಣದ ತುರ್ತು ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು” ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದು 28 ಆಗಸ್ಟ್ 1989 ರಂದು ಪಂ. ಪರಮಾನಂದ ಕಟಾರಾ ವಿರುದ್ಧ ಯೂನಿಯನ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಮತ್ತು ಇತರರು (Pt. Parmanand Katara vs Union of India & Ors) ಪ್ರಕರಣದಲ್ಲಿ ಸುಪ್ರೀಂ ಕೋರ್ಟ್ ನೀಡಿದ ನಿರ್ದೇಶನಗಳಿಗೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿದೆ; ಅಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರು ಹಾಗೂ ಸರ್ಕಾರವು ಜೀವ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಪರಮೋಚ್ಚ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿ ನೋಡಬೇಕೆಂದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. “ಯುಕ್ತವಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಧ್ಯತೆಯ ಒಳಗೆ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಅಗತ್ಯವಿರುವಂತೆ” (as may be necessary to assure within reasonable medical probability) ಎಂಬಂತಹ ಪದಪ್ರಯೋಗಗಳು ನ್ಯಾಯಾಲಯದಲ್ಲಿ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯವನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಅವಕಾಶ ನೀಡುತ್ತವೆ. ಇದಲ್ಲದೆ, ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿರುವ ಯಾರಿಗಾದರೂ — ಪ್ರವಾಸಿಗಳು ಅಥವಾ ನಿವಾಸಿಗಳಿಗೆ — ಸಂಭವಿಸಬಹುದು. ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ “ಅರ್ಹ ವ್ಯಕ್ತಿ” ಮತ್ತು “ಅರ್ಹ ಕುಟುಂಬಗಳು” ಎಂಬ ಭಾಷೆಯನ್ನು ತುರ್ತು ಸೇವೆಗಳೊಳಗೆ ತರುವುದು ಅತ್ಯಂತ ಆತಂಕವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲೆಡೆ ಹೋಗುವಾಗ ಜನರು ಗುರುತಿನ ದಾಖಲೆಗಳು ಅಥವಾ ಹಣವನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಹೊತ್ತುಕೊಂಡಿರಬೇಕೆಂದು ಈಗ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೇ?

ಮಸೂದೆಯಲ್ಲಿನ ಇತರ ವಿಧಿಗಳು

ಕರ್ನಾಟಕ ಕರಡು ಮಸೂದೆಯಲ್ಲಿ ಎಂಪ್ರಾಸೆಲ್ ಮಾಡಲಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಕುರಿತು (ಅಧ್ಯಾಯ 9) ಹಾಗೂ ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್‌ಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳ ಕುರಿತು (ಅಧ್ಯಾಯ 10) ಎರಡು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಅಧ್ಯಾಯಗಳನ್ನು ಮೀಸಲಿಟ್ಟಿದೆ. ಅಧ್ಯಾಯ 9ರಲ್ಲಿ, “ಸರ್ಕಾರಿ ಅನುದಾನಿತ ಯೋಜನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ, ಜೀವಸಹಾಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ಸೀಮಿತ ಜೀವಸಹಾಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಅಥವಾ ನಿರ್ದೇಶಿಸಲು ಹಾಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುವ ಮುನ್ನದ ಆರೈಕೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು (pre-hospital care system) ಒದಗಿಸಲು” ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಎಂಪ್ರಾಸೆಲ್ ಮಾಡುವ ಕುರಿತು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ “ಜೀವಸಹಾಯವನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಿಸುವುದು (directing life support)”, “ಜೀವಸಹಾಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ (life-support system)”, “ಸೀಮಿತ ಜೀವಸಹಾಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ (limited life-support system)” ಮತ್ತು “ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೂ ಮುನ್ನದ ಆರೈಕೆ (pre-hospital care)” ಎಂಬ ಪದಗಳು ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಏನು ಅರ್ಥ ಹೊಂದಿವೆ ಎಂಬುದು ಎಲ್ಲಿಯೂ ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಸರ್ಕಾರದ ಅನುದಾನವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು, ಎಂಪ್ರಾಸೆಲ್ ಮಾಡಲಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ತುರ್ತು ವಿಭಾಗಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಬೇಕೆಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ; ಆದರೆ ಈ ಸಂಬಂಧ ಅವರ ಬದ್ಧತೆಗಳು ಹಾಗೂ ಜವಾಬ್ದಾರಿ (accountability) ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಏನೆಂಬುದನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ

ಹೇಳಲಾಗಿಲ್ಲ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಜಿಲ್ಲಾ/ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಗಳು ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್‌ಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಬೇಕು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ತುರ್ತು ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೈಗೆಟುವಂತೆ ಲಭ್ಯವಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು “ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ನೋಂದಾಯಿಸಲಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ” ಹಸ್ತಾಂತರಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನೂ ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ.

ಉಪಸಂಹಾರ

ಖಾಸಗೀಕರಣಕ್ಕೆ ಅನುಕೂಲಕರವಾದ ಹೊಸ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳ ಸರಣಿಯೊಂದಿಗೆ, ರಾಜ್ಯವು ತನ್ನ ಮೂಲ ಬದ್ಧತೆಗಳಿಂದ ದಿನೇ ದಿನೇ ಇನ್ನಷ್ಟು ದೂರ ಸರಿಯುತ್ತಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿದ್ದರೇ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ, ದ್ವಿತೀಯ, ತೃತೀಯ ಹಾಗೂ ಅತಿ-ವಿಶೇಷ ಸೇವಾ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ಹಾಗೂ ನೇರ ಹೂಡಿಕೆಗೆ ಬದ್ಧರಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ; ಅಂತಿಮ ರೆಫರಲ್ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹಾಗೂ ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಬೇಕು; ಶಾಶ್ವತ ಮತ್ತು ಸಮರ್ಪಕ ಬೆಂಬಲ ಹೊಂದಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿವರ್ಗವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಬೇಕು; ಖಾಸಗಿ ಸೇವಾ ಒದಗಿಸುವವರ ಮೇಲೆ ಕಠಿಣ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಬೇಕು; ಪಾರದರ್ಶಕ ಮಾಹಿತಿಯ ವರದಿಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಬೇಕು; ಹಾಗೂ ಸುಲಭವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವ ಮತ್ತು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಬಹುದಾದ ದೂರು ಪರಿಹಾರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಬೇಕು. ಆದರೆ, ಈ ಕರಡು ಮಸೂದೆಯಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರವು ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ ನಾಗರಿಕರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳು, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೂಲ ತತ್ವಗಳನ್ನು ದುರ್ಬಲಗೊಳಿಸುತ್ತಿದೆ.

2004ರಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಮತೆ, ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವ, ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯದ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಕೇಂದ್ರಬಿಂದುವಾಗಿಸಿಕೊಂಡು, ಕರ್ನಾಟಕದ ಎಲ್ಲಾ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದೊಂದಿಗೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿತ್ತು. ಈ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಆರೋಗ್ಯದ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳು ಮತ್ತು ಸಂವಿಧಾನಾತ್ಮಕ ಆದೇಶಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿತ್ತು.

ಖಾಸಗೀಕರಣವನ್ನು (ಸಾರ್ವಜನಿಕ-ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ, ಹೊರಗುತ್ತಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು) ಕಾನೂನಾತ್ಮಕಗೊಳಿಸುವ ಕಾಯ್ದೆಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಕಳೆದುಹೋಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ; ಜೊತೆಗೆ ರೋಗಿಗಳು ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯ ಅನಿಶ್ಚಿತತೆಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಾರೆ. ಸರ್ಕಾರವು ಈ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಮರುಪರಿಶೀಲಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಮೂಲಭೂತ ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ತೋರಿಸದೇ ಇದ್ದರೆ, ಯಾವುದೇ ಕಾಯ್ದೆಯು ಕೇವಲ ಹಲ್ಲಿಲ್ಲದ (toothless) ಮತ್ತು ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕಾಗಿ ರೂಪಿಸಲಾದ ಅಪ್ರಭಾವಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಪರಿಹಾರವಾಗಿಯೇ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯದ ನಾಗರಿಕರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಿಸುವ ಸಮಯ ಇದೀಗ ಬಂದಿದೆ.