

Concise guide to primary health care

Table of Contents

1. Alma Ata Declaration
2. Concept of primary health care
3. Essential components of primary health care
4. Diagram of PHC personnel
5. Job responsibilities of Chief Medical Officer
6. Job responsibilities of Male Health Assistant
7. Job responsibilities of Female Health Assistant
8. Job responsibilities of Male Health Worker
9. Job responsibilities of Female Health Worker
10. NHRC recommendations & Karnataka Government's Response

I. Alma Ata Declaration

The international conference on Primary Health Care meeting in Alma-Ata this twelfth day of September in the year nineteen hundred and seventy eight, expressing the need for urgent action by all governments all health and development workers and the worked community to protect and promote the health of all people of the world, hereby makes the following Declaration:

1. The conference strongly reaffirms the that health, which is a state of complete physical mental and social well being and not merely the absence of diseases of infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.
2. The existing gross inequality in the health status of the people, particularly between developed and developing countries as well as within countries, is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore of common concerns of all countries.
3. Economic and social development, based on New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace.
4. The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.
5. Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organization and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of the level of health that will permit them to lead a

- socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.
6. Primary health care is essential health care based on practical scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self reliance and self-determination. IT forms as integral part, both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of the continuing health care process.
 7. Primary health care should:
 - a. reflect and evolve from the economic conditions and socio-cultural and political characteristics of the country and its communities, and is based on the application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience.
 - b. Address the main health problems of the community, providing promotive, preventive, curative and public health experience.
 - c. Includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them, promotion of food supply and proper nutrition, an adequate supply of safe water and basic sanitation, maternal and child health care, including family planning, immunization against the major infectious diseases prevention and control of locally endemic diseases appropriate treatment of common diseases and injuries and provision of essential drugs.
 - d.
 8. All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.
 9. All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country, In this context the joint WHO/UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.
 10. An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and I particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part should be allotted its proper **share**.

II. Concept of Primary health care

1. The concept and dimension of primary health care and also those of health were clearly defined at the international conference held at Alma Ata in 1978. Health development should be considered as an integral part of social and economic development.
2. Health is defined as a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity. Health is also a fundamental human right, and therefore the attainment of the highest level of health is a most important social goal.
3. Its availability should be at a cost which the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in a spirit of self-reliance and self-development.
4. The primary health care, an integral part of the country's health system should be a central function and the main agent for delivering health care. It is the first level of contact of the individuals, the family and the community with the national health system, bringing health care nearer to people. This should get full support in the following areas from the rest of the health system:
 - a. consultation on health problems
 - b. referral of patients to local or other specialized **institutions**
 - c. supportive supervision and guidance; and
 - d. logistic support and supplies

III. Essential components of primary health care

For effective primary health care the following eight essential components are to be implemented in an integrated manner.

- a. Education of the people about prevailing health problems and methods of preventing and controlling them.
- b. Promotion of food supply and proper nutrition.
- c. Adequate supply of safe water and basic sanitation.
- d. Maternal and child health care and family planning.
- e. Immunization against major infectious diseases.
- f. Prevention and control of locally endemic diseases.
- g. Appropriate treatment of common diseases and injuries.
- h. Provision of essential drugs.

IV. Flow chart

V. Job responsibilities of Chief Medical Officer

The medical officer of primary health care centre is responsible for providing direction and guidance in all the health activities radiating from his health centre. His main responsibilities are divided into five main categories: curative work, preventive work, promotive work, training and Administrative responsibilities.

Curative Work

1. Organize dispensary, out-patient department and in-patient wards and allot duties.
2. Make arrangements for the distribution of work in the treatment of emergency cases which come outside the normal OPD hours.
3. Organize laboratory services for proper diagnosis of doubtful cases.
4. Make arrangements for rendering services for the treatment of minor ailments at community level and at the PHC through the agency of health assistants, health workers and health guides, and trained dais.
5. Attend cases referred by health assistants, health workers, health guides and trained dais.
6. Screen cases needing specialized medical attention and nursing care and refer them to referral institutions.
7. Provide guidance to the health assistants, health workers, and health guides in the treatment of minor ailments.
8. Cooperate and/or coordinate with other institutions providing health services in the Block

Preventive Work

1. Ensure that health assistants, health workers, health guides and trained dais are fully conversant with the health programs to be implemented in the villages where they work.
2. Supervise their work regularly, both in the clinics and in the community setting, and will give them necessary guidance and direction.
3. Visit each sub-centre at least once a week on a fixed day not only to check the work of the staff but also to provide services and guidance to health assistants, health workers, health guides and trained dais.
4. During field visits, provide technical guidance to health guides and encourage them to participate in promotive and preventive health activities.
5. Visit schools in the catchment area at least once a year for medical check-up, immunizations, health education and follow up treatments.
6. Carry out MCH services by involving health assistants, health workers, health guides and trained dais in the effective implementation of MCH, family planning and nutrition programmes.
7. Ensure that all steps are being taken for the control of communicable diseases and proper improvement of sanitation in the villages.
8. Take necessary action in case of any outbreak in the catchment area.

Promotive Work

1. Organize/participate in village health committee/village panchayat meetings to discuss health programmes with the public and enlist their cooperation.
2. Keep close liaison with the block development officer and his staff, community leaders and various social welfare agencies in his area and involve them to the best advantage in the promotion of health programmes.
3. Organize camps, meetings, health education talks and demonstrations, display of posters, exhibitions and films with the assistance of the block extension educator, health assistants and health workers.

4. Whenever possible, he will conduct field surveys to identify local health problems, and then, based on these health problems he will devise a strategy for effective delivery of health services in his area.

Training

1. He will organize training programmes, including continuing education, with the assistance of the block extension educator and under the guidance of the district health authorities and Health and Family Welfare Training Centres under the multipurpose worker scheme.
2. He will educate the community as to the selection of health guides and will take necessary steps to train health guides from his area.
3. He will also provide assistance to the health assistants and health workers in organizing training programmes for indigenous dais practicing in the area.

Administrative

1. Supervise the work of staff working under him.
2. Ensure general cleanliness inside and outside the primary health centre and also proper maintenance of all the equipment under his charge.
3. Keep the inventory and stock register of all the stores and equipments supplied to him up-to-date and will be responsible for its correct accounting.
4. Prepare indents for drug, instruments, linen, etc., sufficiently in advance and will submit them to the appropriate health authorities.
5. Scrutinize the programmes of her staff and suggest changes, if necessary, to suit the priority of work.
6. Ensure the proper maintenance of vehicles under his charge.
7. Prepare and display charts in his office to explain clearly and geographical area, location of peripheral health units, morbidity and mortality, health statistics and other important information about his area.
8. Hold monthly staff meetings with his staff for evaluating the progress of work and suggesting steps to be taken for the further improvements.
9. Ensure the regular supply of medicines to health guides and disbursement of honorarium to trained dais.
10. Maintain the prescribed records at the PHC level.
11. Receive reports from the periphery, get them complied and submit the returns regularly to the district health authorities.
12. Keep notes of the field visits he makes in his area and submit every month his tour reports to the CMO.
13. Discharge all the financial duties entrusted to him.
14. Discharge the day-to-day administrative functions pertaining to the primary health center.

VI. Job Responsibilities of the Male Health Assistant

The responsibilities of the male health assistant are divided into 13 main categories:

A. Supervision and Guidance

1. Supervise and guide the health worker <male> in the delivery of health center services to the community.
2. Strengthen the knowledge and skills of the health worker <male>.
3. Help the health worker <male> in improving his skills in working in the community.
4. Help and guide the health worker <male> in planning and organizing his programme of activities.
5. Visit each health worker <male> at least once a week on a fixed day to observe and guide him in his day-to-day activities.
6. Assess periodically the progress of work of the health worker <male> and submit an assessment report to the medical officer of the primary health centre.
7. Carry out supervisory home visits in the area of the health worker <male>.

B. Team Work

1. Help the health workers to work as part of the health team.
2. Coordinate his activities with those of the health assistant <female> and other health personnel.
3. Coordinate the health activities in his area with the activities of workers of other department and agencies, and attend meetings at block level.
4. Conduct regular staff meeting with the health workers in coordination with the health assistant <female>.
5. Attend staff meetings at the primary health centre.
6. Assist the medical officers of the primary health centre in the organization of the different health services in the area.
7. Participate as a member of the health team in camps and campaign in health programmes.

C. Supplies and Equipment

1. In collaboration with the health assistant <female>, check at regular intervals the stores available at the sub-center and indent for and procure the supplies and equipment in good time.
2. Check that the drugs at the sub-centre are properly stored and that the equipment is well maintained.
3. Ensure that the health worker <male> maintains his kit in the proper way.

D. Records and Reports

1. Scrutinize the maintenance of records by the health worker <male> and guide him in their proper maintenance.
2. Maintain the prescribed records and prepare the necessary reports.
3. Review reports received from the health worker <male>, consolidate them, and submit periodical reports to the medical officer of the primary health center.

E. Malaria

1. Give radical treatment to all cases when blood smears are positive for malaria.
2. Supervise the spraying of insecticides during local spraying.

F. Communicable Diseases

1. Be alert to the sudden outbreak of epidemics of diseases such as diarrhoeal diseases, poliomyelitis, infective hepatitis, encephalitis, plague and take all necessary remedial measures.
 2. Take necessary control measures when any notifiable disease is reported.
 3. In cases with continued fever, or prolonged cough, or spitting of blood, take sputum smears and send them for examination.
 4. In cases suspected of having leprosy, take skin smears and send them for examination.
 5. Carry out destruction of stray dogs.
- G. Environmental Sanitation
1. Help the community in the construction of a) soakage pits; b) kitchen gardens; c) manure pits; d) compost pits; e) sanitary latrines; f) smokeless chulhas.
 2. Supervise the chlorination of water sources including wells.
- H. Immunization
1. Conduct immunization of all school going children with the help of the health worker <male>.
 2. Supervise the immunization of all children from one to five years.
- I. Family Welfare
1. Personally motivate resistant cases for family planning.
 2. Guide the health worker <male> in establishing male depot holders for the distribution of conventional contraceptives and train the depot holders with the assistance of the health worker <male>.
- J. Nutrition
1. Identify case of malnutrition among infants and young children <zero to five years>, give the necessary treatment and advice and refer various cases to the primary health center.
- K. Vital events
1. Report births and deaths occurring in his area to the medical officer of the primary health center.
- L. Primary Medical Care
1. Provide treatment for minor ailments, provide first-aid for accidents and emergencies, and refer cases beyond his competence to the primary health center or nearest hospital.
 2. Attend to case referred by the health workers and refer cases beyond his competence to the primary health center or nearest hospital.
- M. Health education
1. Carry out educational activities for control of communicable diseases, environmental sanitation, MCH, family planning, nutrition, immunization, and the need for registration of vital events.
 2. Arrange group meetings with leaders and involve them in spreading the message for various health programmes.
 3. Organize and conduct training of community leaders with the assistance of health worker <male>.

VII. Job responsibilities of female Health Assistant

The responsibilities of the female Health Assistant are divided into 11 main categories.

A. Supervision and Guidance

1. Supervise and guide the health worker <female> in the delivery of health center services to the community.
2. Strengthen the knowledge and skills of the health worker <female>.
3. Help the health worker <female> in improving her skills in working in the community.
4. Help and guide the health worker <female> in planning and organizing her programme of activities.
5. Visit each health worker <female> at least once a week on a fixed day to observe and guide her in her day-to-day activities.
6. Assess periodically the progress of work of the health worker <female> and submit an assessment report to the medical officer of the primary health centre.
7. Carry out supervisory home visits in the area of the health worker <female>.

B. Team Work

1. Help the health workers to work as part of the health team.
2. Coordinate her activities with those of the health assistant <male> and other health personnel including dais.
3. Coordinate the health activities in her area with the activities of workers of other department and agencies, and attend meetings at block level.
4. Conduct regular staff meeting with the health workers in coordination with the health assistant <male>.
5. Attend staff meetings at the primary health centre.
6. Assist the medical officers of the primary health centre in the organization of the different health services in the area.
7. Participate as a member of the health team in mass camps and campaigns in health programs.

C. Supplies, Equipment and maintenance of sub-center

1. In collaboration with the health assistant <male>, check at regular intervals the stores available at the sub-center and help in the procurement of supplies and equipment.
2. Check that the drugs at the sub-center are properly stored and that the equipment is well maintained.
3. Ensure that the health worker <female> maintains her general kit and midwifery kit in the proper way.
4. Ensure that the sub-center is kept clean and is properly maintained.

D. Records and Reports

1. Scrutinize the maintenance of records by the health worker <female> and guide her in their proper maintenance.
2. Maintain the prescribed records and prepare the necessary reports.
3. Review reports received from the health workers <female> consolidate them, and submit periodical reports to the medical officer of the primary health center.

E. Training

1. Organize and conduct training for dais with the assistance of the health worker <female>.

F. Maternal and child health

1. Conduct weekly MCH clinics at each sub-center with the assistance of the health worker <female>.
2. Respond to calls from the health worker <female> and trained dais, and from the health worker <male> in the twilight area and render necessary help.

G. Family welfare and medical termination of pregnancy

1. Conduct weekly family welfare clinics <along with the MCH clinics> at each sub-center with the assistance of the health worker <female>
2. Personally motivate resistant cases for family planning.
3. Provide information on the availability of services for medical termination of pregnancy and refer suitable cases to the approved institutions.
4. Guide the health worker <female> in establishing female depot holders for the distribution of conventional contraceptives and train the depot holders with the assistance of the health worker <female>.

H. Nutrition

1. Identify case of malnutrition among infants and young children <zero to five years>, give the necessary treatment and advice and refer various cases to the primary health center.

I. Immunization

1. Supervise the immunization of all pregnant women, and infants <zero to one year>.

J. Primary Medical Care

1. Provide treatment for minor ailments, provide first-aid for accidents and emergencies, and refer cases beyond his competence to the primary health center or nearest hospital.
2. Attend to case referred by the health workers and refer cases beyond his competence to the primary health center or nearest hospital.

K. Health education

1. Carry out educational activities for MCH, family planning, nutrition, immunization with the assistance of the health worker <female>.
2. Arrange group meetings with leaders and involve them in spreading the message for various health programmes.
3. Organize and conduct training of community leaders with the assistance of health worker <female>.
4. Organize and utilize mahila mandals, teachers and other women in the community in the family welfare programmes.

VIII. Job responsibilities of Male Health Worker

The responsibilities of the male health worker are divided into 12 categories.

A. Malaria

1. Identify fever cases.
2. Make thick and thin blood films of all fever cases.
3. Send the slides for laboratory examination.
4. Administer presumptive treatment to all fever cases.
5. Record the results of examination of blood films.
6. Refer all cases of positive blood films to the health assistant <male> for radical treatment.

Dear Abhay & Renuka,

Greetings from Community Health Cell!

1. I personally feel that it is better to have a larger number of state representatives for the July JSA meeting. I would therefore ~~find~~ ^{give} preference to a one way reimbursement, where it is possible for 3 or 4 participants from a state to come. JSA has been built over all these years through a great degree of contributions of time, human resources. However there could be a flexibility and where necessary a two way fare as suggested could be made available. The National Secretariat could make the decisions in consultation with the state groups.

2. As we have been talking of developing a younger generation to tackle the tasks before us, in addition to those mentioned I would like to introduce Shekar Saha ^{earlier} currently working with CINI in Murshidabad district, West Bengal. He did ^a One Year community health fellowship with us, during which he showed a great enthusiasm for JSA/PHM. He worked in Assam for a few months.

3. We have just come back from a meeting of Civil Society Facilitators, Knowledge Network members and the country stream partners of the WHO Commission on Social Determinants of Health. This process has started generating a fair degree of thinking and some action towards reduction of inequalities in health. Civil Society ^{largely} ^y ^{serious} ^{charging} PHM inputs were fairly sharp and challenging, keeping the views on the deeper distal determinants of health such as trade issues, IPR, food securities and also on the need for strong public sector health systems. Some countries such as Chile, Brazil, Iran, Norway, Sweden, New Zealand etc are doing services work in this regard. The Government of India really needs to be pushed much more. Ms Ganga Murthy, Economic Advisor, Ministry of Health, attended on behalf of the Government of India. However she had not been ^{briefed} ^T ^{am} benefited showing the lack of seriousness by Ministry of Health. Though she was defensive. Narendra and Amrit ^{serious} ^h are sure could persuade her and others to initiate something at least at state level.

During the Pre-NHA II phase, we need to do more ^{serious} ^h service engagement with government and the public sector.

Best wishes,

Dr. Thelma Narayan.

and financial support from member institutions. These contributions should be encouraged.

7. Educate the community on the importance of blood film examination for fever cases, treatment of fever cases, insecticidal spraying of houses, larviciding measures, and other measures to control the spread of malaria.

B. Communicable Diseases

1. Identify cases of notifiable diseases, i.e., cholera, plague, poliomyelitis, and persons with continued fever, or prolonged cough, or spitting of blood, which he comes across during his home visits and notify the health assistant <male> and primary health center about them.
2. Carry out control measures until the arrival of the health assistant <male>.
3. Educate the community about the importance of control and preventive measures against such communicable diseases including tuberculosis.
4. Report the presence of stray dogs to the health assistant <male>.

C. Environmental Sanitation

1. Chlorinate public water sources including wells at regular intervals.
2. Educate the community on a) the method of disposal of liquid wastes; b) the method of disposal of solid wastes; c) home sanitation; d) advantages and use of sanitary type of latrines; e) construction and use of smokeless chulhas.
3. Help the community in the construction of a) soakage pits; b) kitchen gardens; c) manure pits; d) compost pits; e) sanitary latrines

D. Immunization

1. In the intensive area, administer DPT vaccination, BCG vaccination and, wherever available, oral poliomyelitis vaccine to all children aged one to five years.
2. In the twilight area, administer DPT vaccination, BCG vaccination and, wherever available, oral poliomyelitis vaccine to all children aged zero to five years.
3. Assist the health assistant <male> in the school immunization programmes.
4. Educate the people in the community about the importance of immunization against the various communicable diseases.

E. Family Planning

1. Utilize the information from the Eligible Couple Register for the family planning programme.
2. Spread the message of family planning to the couples in his area and motivate them for family planning individually and in groups.
3. Distribute conventional contraceptives to the couples.
4. Provide facilities and help to prospective acceptors of vasectomy in obtaining the services.
5. Provide follow-up services to make family planning acceptors in the intensive area all family planning acceptors in the twilight area, identify side-effects, give treatment on the spot for side-effect and minor complaints, and refer those cases that need attention by the physician to the PHC/hospital.
6. Build rapport with the satisfied acceptors, village teachers and others and utilize them for promoting family welfare programmes.
7. Establish male depot holders in the intensive area and male and female depot holders in the twilight area. Help the health assistant <male> and health assistant

Dear Abhay & Renuka,

Greetings from Community Health Cell!

1. I personally feel that it is better to have a larger number of state representatives for the July JSA meeting. I would therefore give preference to a one way reimbursement, where it is possible for 3 or 4 participants from a state to come. JSA has been built over all these years through a great degree of contributions of time, human resources and financial support from member institutions. These contributions should be encouraged. However there could be a flexibility and where necessary a two way fare as suggested could be made available. The National Secretariat could make the decisions in consultation with the state groups.

2. As we have been talking of developing a younger generation to tackle the tasks before us, in addition to those mentioned earlier, I would like to introduce Shekar Saha, currently working with CINI in Murshidabad district, West Bengal. He did a One Year community health fellowship with us, during which he showed a great enthusiasm for JSA/PHM. He worked in Assam for a few months.

3. We have just come back from a meeting of Civil Society Facilitators, Knowledge Network members and the country stream partners of the WHO Commission on Social Determinants of Health. This process has started generating a fair degree of thinking and some action towards reduction of inequalities in health. Civil Society (largely PHM) inputs were fairly sharp and challenging, *focus* keeping the *Serious* views on the deeper distal determinants of health such as trade issues, IPR, food security and also on the need for strong public sector health systems. Some countries such as Chile, Brazil, Iran, Norway, Sweden, New Zealand etc are doing service work in this regard. The Government of India really needs to be pushed much more. Ms Ganga Murthy, Economic Advisor, Ministry of Health attended on behalf of the Government of India. However she had not been briefed showing the lack of seriousness by Ministry of Health. Though she was defensive. Narendra and Amit, I am sure could persuade her and others to initiate something at least at state level.

During the Pre-NHA II phase, we need to do more serious engagement with government and the public sector.

Best wishes,
Thelma Narayan.

<female> in training them, and provide a continuous supply of conventional contraceptives to the depot holders.

8. Identify male leaders in each village in the intensive area and the male and female leaders in the twilight area.

9. Assist the health assistant <male> in training the leaders in the community, and in educating and involving the community in female welfare programmes.

F. Medical termination of pregnancy

1. Identify the women in the twilight area requiring help for medical termination of pregnancy and refer them to the nearest approved institution.

2. Educate the community on the availability of services for medical termination of pregnancy.

G. Maternal and child health

1. Identify and refer women with abnormal pregnancy to the health worker <Female>.

2. Identify and refer women with medical and gynecological problem to the health worker <female>.

3. Immunize pregnant women with tetanus toxoid.

4. Refer case of difficult labour and newborns with abnormalities to the health worker <female>.

5. Educate the community about the availability of maternal and child health services and encourage them to utilize the facilities.

H. Nutrition

1. Identify cases of malnutrition among pre-school children <one to five years> in the intensive area and refer them to Balwadis/Primary Health Centre for nutrition supplements.

2. Identify case of malnutrition among pre-school children <zero to five years>, in the twilight area and refer them to Balwadis/Primary Health Center for nutrition supplements.

3. Distribute iron and folic acid as prescribed to children from one to five years in the intensive area and to pregnant and nursing mothers, children from zero to five years, and family planning acceptors in the twilight area.

4. Administer Vitamin A solution as prescribed to children from one to five years in both the intensive and the twilight areas.

5. Educate the community about nutritious diet for mothers and children.

I. Vital Events

1. Enquire about births and deaths occurring in the intensive and twilight areas, record them in the births and deaths register and report them to the health assistant <male>.

2. Educate the community on the importance of registration of births and deaths and the method of registration.

J. Record Keeping

1. Survey all the families in his area and collect general information about each village/locality in his area.

2. Prepare, maintain and utilize family records and village registers.

3. With the assistance of the health worker <female> prepare the Eligible Couple Register from the family records and maintain it ~~up-to-date~~.

4. Prepare and submit periodical reports in time to the health assistant <male>.
5. Prepare and maintain maps and charts for his area and utilize them for planning his work.

I. Primary Medical Care

1. Provide treatment for minor ailments, provide first-aid for accidents and emergencies, and refer cases beyond his competence to the primary health centre or nearest hospital.

J. Team Activities

1. Attend and participate in the staff meeting at primary health center, community development block or both.
2. Coordinate his activities with the health worker <female> and other health worker, including the dais in the twilight area.
3. Meet with the health assistant <male> each week and seek his advice and guidance whenever necessary.

IX. Job responsibilities of Female Health Worker

The responsibilities of the female health worker are divided into 11 categories.

A. Maternal and child health

1. Register and provide care to pregnant women throughout the period of pregnancy.
2. Test urine of pregnant women for albumen and sugar and estimate hemoglobin level during her home visits and at the clinic.
3. Refer cases of abnormal pregnancy and cases with medical and gynecological problems to the health assistant <female> or the primary health center.
4. Conduct about 50 per cent of total deliveries in her intensive area and whenever called in the twilight area.
5. Supervise deliveries conducted by dais and assist them whenever called in.
6. Refer cases of difficult labour and newborns with abnormalities and help them to get institutional care and provide follow-up care to patients referred to or discharged from hospital.
7. Make at least three postnatal visits for each delivery conducted in the intensive area and render advice regarding care of the mother and care and feeding of the newborn.
8. Assess the growth and development of the infant and take any necessary action.
9. Help the medical officer and health assistant <female> in conducting MCH and family planning clinics at the sub-center.
10. Educate mothers individually and in groups for better family health including MCH, family planning, nutrition, immunization, control of communicable diseases, personal and environmental hygiene and care of minor ailments.

B. Family Planning

1. Utilize the information from the Eligible Couple Register for the family planning programme.
2. Spread the message of family planning to the couples in his area and motivate them for family planning individually and in groups.
3. Distribute conventional contraceptives to the couples, provide facilities and help the prospective acceptors in getting family planning services, if necessary by accompanying them or arranging for the dais to accompany them to hospital.

4. Provide follow-up services to female family planning adopters, identify side-effects, give treatment on the spot for side-effect and minor complaints, and refer those cases that need attention by the physician to the PHC/hospital.

6. Build rapport with the satisfied acceptors, village teachers and others and utilize them for promoting family welfare programmes.

7. Establish female depot holders, help the health assistant <female> in training them, and providing a continuous supply of conventional contraceptives to the depot holders.

8. Identify female leaders and help the health assistant <female> to train them.

9. Participate in mahila mandal meetings, and utilize such gatherings for educating women in family welfare programmes.

C. Medical Termination of pregnancy

1. Identify the women requiring help for medical termination of pregnancy and refer them to the nearest approved institution.

2. Educate the community of the availability of services for medical termination of pregnancy.

D. Nutrition

1. Identify cases of malnutrition among infants and young children (0 to 5 years), give the necessary treatment and advice and refer serious cases to the PHC.

2. Distribute iron and folic acid tablets as prescribed to pregnant and nursing mothers, infants and young children (0 to 5 years) and family planning acceptors.

3. Administer Vitamin A solution as prescribed to children from 1 to 5 years.

4. Educate the community about nutritious diet for mothers and children.

E. Communicable Diseases

1. Identify cases of notifiable diseases, i.e., cholera, plague, poliomyelitis, and persons with continued fever of prolonged cough, or spitting of blood, which she comes across during her home visits and notify the health worker <male> about them.

F. Immunization

1. Immunize pregnant women with tetanus toxoid.

2. Administer BCG vaccination to all newborn infants, and DPT vaccination, oral poliomyelitis vaccine <where available> and BCG vaccine <if not given at birth> to all infants (0 to 1 years).

G. Dai training

1. List dais in the intensive and twilight areas and involve them in promoting family welfare.

2. Help the health assistant <Female> in the training program of dais.

H. Vital Events

1. Record births and deaths occurring in the intensive area in the births and deaths register and report them to the health worker <male>.

I. Record Keeping

1. Register a) pregnant women from three months of pregnancy onwards; b) infants zero to one year of age; and c) women aged 15 to 44 years through systematic home visits in the intensive area and at the clinic.

2. Maintain the prenatal and maternity records and child care records.

3. Assist the health worker (male) in preparing the Eligible Couple Register and maintaining it up-to-date.
4. Prepare and submit the prescribed periodical reports in time to the health assistant(female).
5. Prepare and maintain maps and charts for her area and utilize them for planning her **work**.

J. Primary Medical Care

1. Provide treatment for minor ailments, provide first-aid for accidents and emergencies, and refer cases beyond her competence to the primary health centre or nearest hospital.

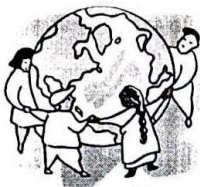
K. Team Activities

1. Attend and participate in staff meetings at primary health centre community development block or both.
2. Coordinate her activities with the health worker (male) and other health workers including the health guides and dais.
3. Meet with the health assistant (female) each week and seek her advice and guidance whenever necessary.
4. Maintain the cleanliness of the sub centre.
5. Participate as a member of the team in camps and campaigns.

10. NHRC Recommendations for PHC

1. The sitting and distribution and physical accessibility of PHCs and sub centers must be ensured. They should provide good quality services during the prescribed timings. They should provide good quality services during the prescribed timings. Indications and mechanisms for monitoring quality of care need to be developed and used. No money should be taken for services that are to be provided free. The **Citizens charger** for services at PHCs should be prominently displayed and implemented. Staff vacancies need to be filled up and staff needs such as quarters, toilets, water supply and electricity need to be insured. Adequate provision of medicines, laboratory equipment and consumables, registers etc is a basic requirement. Maintaining staff motivation through good management practices will help improve the quality of services and to foster a relationship of mutual respect and trust between providers and people.
2. State and Central health budgets would need to be increased as per the National Health Policy 2002 and the Common Minimum Programme commitments. Distribution of the health budget between the primary, secondary and tertiary level of care would also need to follow norms such as 65%, 20% and 15% respectively.
3. The urban poor should have access not just to family welfare services but to comprehensive primary healthcare through health centers, which cater to 50,000 people.
4. The camp approach should not be used for tubectomies/sterilizations. Good quality, safe contraceptives need to be available in health centers at different levels, with adequate facilities for screening follow-up and discussion about possible side-effects. Patient feedback on quality of care should be regularly taken and acted upon.
5. Medical and health care should be made available to women and children as close to their residence as possible.
6. The department of health at state and central level needs to have structural mechanisms through which it can function along with other agencies like the **pollution control board, Ministry of Environment and forests etc.**, to implement regulatory and preventive measures, and to provide for occupational health and safety, as well as access to medical care where environmental injury has occurred. In short there is need for a public health response to environmental health problems.
7. Rational drug policies, essential drug lists standard treatment guidelines and formularies need to be adopted in the public and private sector, and more importantly they should be used and regularly updated.
8. With the rising number of traffic and other accidents early trauma care using standard protocols need to be ensured through provision of infrastructure and training. Preventive measures such as use of helmets and seat belts should be mandatory.
9. Medical and Psychosocial care and support for persons with mental illness should be available in decentralized manner. This will require adequate training and continuing education. Public awareness and sensitivity also needs to be increased.

10. National guidelines regarding public health issue need to be followed increasing community involvement and feeling of community ownership of health institutions and programme would help in better outreach and quality. Training and involvement of community health work/social health activities would provide a valuable link.



JANAAROGYA ANDOLANA – (JAAK)

People's campaign towards "Health for all Now!"

CHAIR PERSON

Dr. Prakash Rao

Joint Convenors

Mr. T. Basavaraju-BGVS
Mr. S. Chander - CHC
Mr. Joyce Charles - FEVORD K
Mrs. R. Neerajakshi - VHAK
Mr. Obalesha-NESA
Ms. Roopa Batti-FRLHT

PARTNERS

All India Janvadi Mahila Sanghatane (AIDWA)
Community Health Cell (CHC)
Bharat Gyan Vigyan Samithi (BGVS)
Catholic Health Association of Karnataka (CHA-Ka)
Christian Medical Association of India (CMAI)
Datta Action Forum - Karnataka (DAF-K)
National Planning Association of India (NPAI)
National Association of Voluntary Organizations Working for Rural Development - Karnataka (FEVORD-K)
Foundation for Revitalization of Local Traditions (FRLHT)
Janodaya
Joint Women's Programme (JWP)
Karnataka State Medical & Sales Representatives Association (KSMSRA)
Karnataka Kolegeri Nivasigala Samyuktha
Sanghatane (KKNSS)
Mahila Samakhyas - Karnataka (MSK)
New Entity for Social Action (NESA)
Vivekananda Foundation (VF)
Voluntary Health Association of Karnataka (VHAK)

PARTICIPATING ORGANISATIONS

Organizations concerned with Health Care & Health Policy from within and outside the network.

ಮೈಸೂರು,

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿ - ಕರ್ನಾಟಕದ 'ಆರೋಗ್ಯಕರ
ಹಕ್ಕಿನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ' ವಕ್ರೋದದ ನಮಸ್ಕಾರಗಳು.
ಜುಲೈ 25, 2006 ರಂದು ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ 'ಆರೋಗ್ಯಕರ
ಹಕ್ಕಿನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ' ಎಂಬ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಒಂದು ಚಾಲನೆ
ಕ್ರಮವನ್ನು ಎಂಬ ವಿಷಯದ ಮೇಲೆ ಚರ್ಚಿಸಿ ವಿಷಯ
ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಇದ್ದುಕೊಂಡು ಜನತೆಗೆ ಇರಬಹುದಾದ ವಿಷಯ
ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ, ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಜನಜನಗಳಿಗೆ ಈ ಕೆಲಸವನ್ನು
ಮುಂದುವರಿಸಿಕೊಂಡು ಬರುವುದು ಎಂದು ನಂಬಿದ್ದೇವೆ.
ಈ ಹತ್ತಿರದ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಲಸದ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು
ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ

① 25-6-06 ರ ವರೆಗೆ

② ವತವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ -

③ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿ

ಈ ಕೆಲಸದ ಜನಜನಗಳಿಗೆ
ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವುದು.

ಜುಲೈ 18 - ಕುಮಾರನಗರ

ಜುಲೈ 19 - ಚಾಮರಾಜನಗರ

ಜುಲೈ 20 - ಶಿವಮೊಗ್ಗ

ಜುಲೈ 21 - ರಾಮನಗರ

ಜುಲೈ 27 - ಬೆಂಗಳೂರು (ನಗರ)

ಇತರರೂ ತಮ್ಮ ಜನಜನಗಳಿಗೆ
ನಡೆಸಲು ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಲು ಬಯಸಿದರೆ.

ಜುಲೈ 2006 ರಂದು ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ

1. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಲನಿ

2. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿ

3. ವತವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ

4. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ
(ಸಮೀಕ್ಷಣೆ)

5. ಎಲ್ಲ ಕೇಂದ್ರ ಸಮೀಕ್ಷಣೆ ಹತ್ತಿರ

6. ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ನಿರೀಕ್ಷಣೆ
ದಾಖಲೆ/ಕಾರ್ಡ್

7. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಉದ್ದೇಶ
- ವರ್ತಮಾನದ ಜೀವನ ಶೈಲಿ

ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿದೆ.

ಇಂತಿ,

S. J. Chander, Naveen, Prasanna, Premda Basava
ಎಸ್. ಜಿ. ಚಂದರ್, ನವೀನ್, ಪ್ರಸನ್ನ, ಪ್ರದೀಪ್, ಬಸವರಾಜ್

Address for Correspondence

Community Health Cell, 367, Srinivasa Nilaya, Jakkasandra, I main, I Block, Koramangala, Bangalore - 560 034

Phone : 080 - 2553 1518 Telefax: 2552 5372- E-mail : chc@sochara.org

Bharat Gyan Vigyan Samithi, IISC Campus, Bangalore - 560 012, Phone : 080 293 2395 E-mail: bgvs_kar@hotmail.com

(ಸೂಚನೆ: ಮುಂದಿನ ದಿನಾಂಕಗಳಿಗೆ ಸಂಖ್ಯೆ: 25-08-06, CMAI, ಬೆಂಗಳೂರು).

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ-ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಸಭೆ

ದಿನಾಂಕ 27.06.2006ರ ಭಾನುವಾರ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಸಭೆ ನಡೆಯಿತು.
ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಜರಿದ್ದವರು:

1. ಅನುಸೂಯ.ಬಿ ಆಕ್ಟನ್ ಏಡ್ ಇಂಡಿಯಾ, ಬೆಂಗಳೂರು
2. ಪ್ರಸನ್ನ.ಎಸ್, ಎ.ಐ.ಡಿ ಇಂಡಿಯಾ, ಬೆಂಗಳೂರು
3. ಈ.ಬಸವರಾಜು, ಬಿಜಿವಿಎಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು
4. ಶಿವಪ್ರಸನ್ನ, ಬ್ರಿಡ್ಜ್ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್, ಬೆಂಗಳೂರು
5. ಚಂದರ್.ಎಸ್.ಜೆ, ಸಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ, ಬೆಂಗಳೂರು
6. ನವೀನ್, ಸಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ, ಬೆಂಗಳೂರು
7. ಪ್ರೇಮದಾಸ್.ಇ, ಸಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ, ಬೆಂಗಳೂರು
8. ಓಬಳೇಶ.ಕೆ.ಬಿ, ಹೆಚ್.ಆರ್.ಎಫ್.ಡಿ.ಎಲ್-ಕೆ, ಬೆಂಗಳೂರು
9. ~~ಪ್ರೇಮದಾಸ್.ಇ~~ ಗಣಪತಿ, ಬೆಳಕು, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ
10. ಸಂಗಮೇಶ್ ಎಸ್.ಚೌರ್, ಭೋರುಕ ಚಾರಿಟೆಬಲ್ ಟ್ರಸ್ಟ್, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ
11. ಮೀನಾಕ್ಷಿ ಎಸ್.ಶಿಂಗಿ, ಇನ್ಸಾಫ್/ಸ್ವರಾಜ್ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್, ಬಿಜಾಪುರ
12. ಪುಟ್ಟಿ.ಎಸ್, ಪಿ.ಎಂ.ಎಸ್.ಆರ್/ಸ್ವರಾಜ್ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್, ಚಾಮರಾಜನಗರ
13. ಶಂಕರ ನಾರಾಯಣ, ಎಸ್.ಐ.ಆರ್.ಇ, ಗುಲ್ಬರ್ಗ
14. ಚೈತ್ರ.ಕೆ.ವಿ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳಾ ಒಕ್ಕೂಟ (ಜಿ.ಎಂ.ಒ), ಕೋಲಾರ
15. ಗೌರಮ್ಮ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳಾ ಒಕ್ಕೂಟ (ಜಿ.ಎಂ.ಒ), ಕೋಲಾರ
16. ಪಾಪಮ್ಮ.ಎಂ.ಜಿ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳಾ ಒಕ್ಕೂಟ (ಜಿ.ಎಂ.ಒ), ಕೋಲಾರ
17. ಅಭಯ್, ಎನ್.ಜಿ.ಎಂ.ಒ, ರಾಯಚೂರು
18. ನರಸಿಂಹಮೂರ್ತಿ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ತುಮಕೂರು

ಮುಂದೆ ಬರಲಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಅಧಿವೇಶನಕ್ಕೆ ಪೂರ್ವಭಾವಿಯಾಗಿ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಲು ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ಅಭಿಯಾನ (Right to health care campaign) ನಡೆಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಯಿತು.

ಕಳೆದ ಸಭೆಯ ನಂತರ ಆಗಿರುವ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳನ್ನು ಶ್ರೀ ಪ್ರಸನ್ನ, ಅಭಯ್, ಚಂದರ್ ಹಾಗೂ ಪ್ರೇಮದಾಸ್ ಸಭೆಯ ಮುಂದಿಟ್ಟರು.

ಹಾಜರಿದ್ದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ತಮ್ಮ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಭೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿ ಅದನ್ನು ವಾರ್ಷಿಕ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆ ಸೇರಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ವರದಿ ಮಾಡಿದರು. ವರದಿ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಗತಿ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದಷ್ಟಿರಲಿಲ್ಲ. ರಾಯಚೂರು, ಗುಲ್ಬರ್ಗ, ತುಮಕೂರು, ಕೋಲಾರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಗಳಾಗಿವೆ.

ಅಭಯ್ ಮಾತನಾಡಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಂಯೋಜನಾ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸಿ ಅದನ್ನು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲಗೊಳಿಸಬೇಕೆಂದು ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದರು. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೊಬ್ಬರು ಜವಾಬ್ದಾರಿ

• ಸ್ಥಳೀಯ: ಮುಂ.ಸಂ

ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಸಭೆ : 25/8/06 -
(E.M.A.I., ಬೆಂಗಳೂರು)

ವಹಿಸಿ ಸಭೆ ಕರೆಯಲಿ, ಸಾಕಷ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸಿದ ನಂತರ ಅದಕ್ಕೊಂದು ಸಂಘಟನೆಯ ಸ್ವರೂಪ ನೀಡಬಹುದೆಂದು ಅಭಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿ ಅಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗಬೇಕಾದ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಯ್ತು. ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಿ ಆಸಕ್ತರಿಗೆ ಒದಗಿಸಲು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಯ್ತು. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಕೆಲವು ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಜುಲೈ 18ರೊಳಗೆ ಸಂಗ್ರಹಿಸಬೇಕೆಂದು ಇದರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಚಂದರ್ ಅವರಿಗೆ ವಹಿಸಲಾಯ್ತು. ಏಡ್ಸ್ ಸೇರಿದಂತೆ ಇತರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಈ ಆಂದೋಲನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ತರಬೇಕೆಂದು ಪ್ರೇಮದಾಸ್ ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದರು.

ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಒಮ್ಮತಕ್ಕೆ ಬಂದ ಅಂಶಗಳು

- ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದ 10 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸುವುದು
- ಈ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭದ ಸಭೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿ ಒಂದು ಸಂಯೋಜನಾ ಸಮಿತಿ ರಚಿಸುವುದು. ಈ ಸಮಿತಿ ಕುಳಿತು ಸುಮಾರು 50-60 ಜನರಿಗೆ (ವಿವಿಧ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸಿ) ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಕಾರ್ಯಾಗಾರ ನಡೆಸುವುದು.
- ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಕಾರ್ಯಾಗಾರದ ವಿನ್ಯಾಸವನ್ನು ತಯಾರಿಸಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಸಂಯೋಜನಾ ಸಮಿತಿಗಳಿಗೆ ಕಳಿಸುವುದು. ಇದನ್ನು ಜೂನ್ 30ರೊಳಗೆ ತಯಾರಿಸುವುದು
- ಜಿಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಾಗಾರದ ನಂತರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ/ಘಟಕಗಳ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸುವುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ನಿರಾಕರಣೆ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸುವುದು. ನಂತರ ನವೆಂಬರ್/ಡಿಸೆಂಬರ್ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹಿಯರಿಂಗ್ ನಡೆಸುವುದು.

ಹಣಕಾಸು

ಇಡೀ ಪ್ರಯತ್ನಕ್ಕೆ ಹಣಕಾಸಿನ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದು ಇದನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚೆ ನಡೆಯಿತು.

ಸಲಹೆಗಳು: 1. ಇಡೀ ಪ್ರಯತ್ನಕ್ಕೆ ಒಂದು ವರ್ಷದ ಯೋಜನೆ ತಯಾರಿಸಿ ಸಂಗ್ರಹಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುವುದು.

2. ಶಿಬಿರಗಳಿಗೆ, ಸಾಮಗ್ರಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ನೆರವು ಪಡೆದು ಸಂಘಟನಾ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ನಾವೇ ಭರಿಸುವುದು.

3. ಒಂದೊಂದು ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಒಂದೊಂದು ಸಾಮಗ್ರಿ ತಯಾರಿಸುವುದು

4. ಸಂಘಟನಾ ವೆಚ್ಚ ಹಾಗೂ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗಾಗಿ ಪ್ರತಿ ಸಂಸ್ಥೆ ಇಂತಿಷ್ಟು ನೆರವು ನೀಡುವುದು.

ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚೆ ನಡೆದು ಮುಂದಿನ ಫೆಬ್ರವರಿ ತನಕ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಹಣಕಾಸಿನ ಯೋಜನೆ ತಯಾರಿಸಲು ತೀರ್ಮಾನಿಸಲಾಯ್ತು. ಇದರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಈ.ಬಸವರಾಜು, ಚಂದರ್ ವಹಿಸಿಕೊಂಡರು. ತಯಾರಾದ ನಂತರ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಿ ಅಂತಿಮಗೊಳಿಸುವುದು.

ಆಂದೋಲನಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಆಕರ್ಷಕ ಹಾಡುಗಳ ಕ್ಯಾಸೆಟ್ ತಯಾರಿಸಲು ತೀರ್ಮಾನಿಸಿ ಈ ಬಗ್ಗೆ ತಯಾರಿ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸನ್ನ ಬಸವರಾಜು ಅವರಿಗೆ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ನೀಡಲಾಯ್ತು. ಒಂದು ವಿಡಿಯೋ ಚಿತ್ರ ತಯಾರಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಪ್ರೇಮದಾಸ್ ವಹಿಸಿಕೊಂಡರು.

ಪ್ರೇಮದಾಸ್

ರಾಜ್ಯ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಇತರ ವಿಷಯಗಳು

ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶಗಳು

೧. ಎರಡನೇ ಸುತ್ತಿನ ಜಿಲ್ಲಾ ಸಭೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗುವುದು: ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಜುಲೈ ೬; ರಾಯಚೂರು ಜುಲೈ ೧೫ ಮತ್ತು ೨೧; ತುಮಕೂರು ಜುಲೈ ೧೮ ಮತ್ತು ಕೋಲಾರ ಜುಲೈ ೨೦
೨. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ, ಧಾರವಾಡ, ಬಿಜಾಪುರ, ಬೀದರ್ ಮತ್ತು ಚಾಮರಾಜನಗರ ಜಿಲ್ಲಾ ಸಭೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲು ದಿನಾಂಕಗಳನ್ನು ಇನ್ನೂ ನಿರ್ಧರಿಸಿಲ್ಲ.
೩. ಎಲ್ಲಾ ಸಂಘ-ಸಂಸ್ಥೆ/ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್‌ಗಳು ತಮ್ಮ ಸಂಪರ್ಕದ ವಿಳಾಸಗಳನ್ನು ಜುಲೈ ೩ರ ಒಳಗಾಗಿ ಸಿ. ಎಚ್. ಸಿ ಗೆ ಕಳುಹಿಸಿಕೊಡುವುದು.
೪. ಮುಂದಿನ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ ಸಭೆ - ಕರ್ನಾಟಕ ಸಭೆಯು ಆಗಸ್ಟ್ ೨೫ ರಂದು ಜರುಗುವುದು.

ಜಿಲ್ಲಾಮಟ್ಟದ ವರದಿ

ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ಅಭಿಯಾನಕ್ಕೆ ಮೂಲ ಹಾಗೂ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಾಗಲು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ:

ರಾಯಚೂರು (ಎನ್. ಜಿ. ಎಂ. ಓ.), ಕೋಲಾರ (ಜಿ.ಎಂ.ಓ.); ತುಮಕೂರು (ಅಭಿವೃದ್ಧಿ) ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ (ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ), ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ (ಬೆಳಕು / ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ/ಭೋರುಕಾ ಟ್ರಸ್ಟ್), ಧಾರವಾಡ (ಜಾಗೃತಿ), ಬಿಜಾಪುರ (ಇನ್ಸಾಫ್ ?), ಬೀದರ್ (ಸ್ವರಾಜ್ ನೆಟ್ ವರ್ಕ್) ಮತ್ತು ಚಾಮರಾಜನಗರ (ಸ್ವರಾಜ್ ನೆಟ್ ವರ್ಕ್)

ಆ. ಹ. ಅಭಿಯಾನದ ಆದ್ಯತೆಯ ವಿಷಯಗಳು:

೧. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಎನ್.ಜಿ.ಓ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೊಡುವುದು.
೨. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಸರ್ಕಾರದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎನ್.ಜಿ.ಓ. ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೊಡುವುದು.
೩. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ನಿರಾಕರಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ದಾಖಲಾತಿ
೪. ತಾಲ್ಲೂಕು/ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಹವಾಲುಗಳನ್ನು ನಡೆಸುವುದು
೫. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನೇರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಧರಣಿ, ಚರ್ಚೆ, ಇತ್ಯಾದಿ)

ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಗತ್ಯವಾದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

೧. ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ
೨. ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಹಣಕಾಸು ಮತ್ತು ಬಜೆಟ್
೩. ಪಂಚಾಯತ್‌ಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಇರುವ ಹಣಕಾಸು ಮತ್ತು ಬಜೆಟ್
೪. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಪಡೆಯ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು
೫. ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

ಸಂಪರ್ಕ ಮತ್ತಿತರ ವಿಷಯಗಳು

- ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಯು ಸದ್ಯದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆಯಬೇಕು ಎಂದು ಸಮ್ಮತದ ತೀರ್ಮಾನವಾಯಿತು.
- ಹಣಕಾಸಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಆಗುವವರೆಗೆ ಎಲ್ಲರೂ ಸಭೆಯ ಖರ್ಚನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಸಭೆಗಳನ್ನು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನದ ಸಹ-ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸಬಹುದು. ಶನಿವಾರ/ಭಾನುವಾರ ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಯಲ್ಲಿಯೂ ಮಾಡಬಹುದು.

೬. ಒತ್ತವರಾಜ್ (ಎ.ಎ.ಎಸ್) ಮತ್ತು
• ಶ್ರೀಮದಾನ್ (ಸಿ.ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ).
(ಜನಾರೋಗ್ಯ ಗ್ರಂಥಾಲಯ - ತನಗಾಡ
ಗ್ರಂಥಾಲಯದ ದೃಷ್ಟಿ ನಿರ್ವಹಣೆ).

ಮುಂದಿನ ತಾರೀಖು : 25/8/06

ಸ್ಥಳ : CMAI,
HVS Court, III Floor,
21, Cunningham Road,
Bangalore - 560052.
ph: 22205464.

ಏತಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕು?

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಬಂದು 58 ವರ್ಷಗಳೇ ಕಳೆದಿದ್ದರೂ ಸಹ ಭಾರತದ ಸರ್ಕಾರ ತನ್ನ ಜನತೆಗೆ ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆ, ಕುಡಿಯಲು ನೀರು, ಶಿಕ್ಷಣ, ಮನೆ ಇತ್ಯಾದಿ ಮನುಷ್ಯನ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ವಿಫಲವಾಗಿವೆ. ಬಡತನ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ದೇಶದ ಬಹುಪಾಲು ಜನತೆ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಬೇಕಾಗಿರುವ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ, ಸ್ವಚ್ಛ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ಮೂಲಭೂತ ಶಿಕ್ಷಣ, ಇರಲು ಮನೆ, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯಕರ ವಾತಾವರಣ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕಾರಣ ಈವತ್ತಿನ ದಿನ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು “ಕೊಳ್ಳಲಾಗದವರು” ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. 1983ರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯು “ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ 2000 ಇಸವಿ ವೇಳೆಗೆ” ಎಂದು ತನ್ನ ಧೈಯವಾಕ್ಯವನ್ನಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿತ್ತು. ಆದರೆ ಸರ್ಕಾರ ಈ ಧೈಯವಾಕ್ಯವನ್ನು ಆಚರಣೆಗೆ ತರಲು ವಿಫಲವಾಯಿತು. ತದನಂತರದ 2002ರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಸಗೀಕರಣವನ್ನು ಸ್ವಾಗತಿಸಿ, ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಿತು. ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯ ಹಾಗೂ ಸಮಾನತೆ ತರಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳು ವಿಫಲವಾಗಿರುವ ಒನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಶೋಷಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುವ ಬಡಜನತೆಯ ಸಬಲೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಜೀವನದ ಹಕ್ಕಿಗಾಗಿ ಹೋರಾಡುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಂದಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿನ ಪ್ರಸ್ತುತ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳೇನು?

2002ರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವಂತೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ತನ್ನ ನಿಗದಿತ ವಸ್ತುನಿಷ್ಠ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿದೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿಲ್ಲದೆ ಸಾಧಾರಣ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದಾದ ರೋಗಗಳಿಂದ ಮೃತಪಡುತ್ತಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿಯೇ ಇದೆ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ನಿಗದಿ ಪಡಿಸಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳೂ ಸಹ ಅತ್ಯಲ್ಪವಾಗಿವೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಕೇವಲ ತನ್ನ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯದ (GDP) 0.9% ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಇದನ್ನು ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಖರ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವ 5%ಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 17% ಮಾತ್ರ. ಮಿಕ್ಕ 83% ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರ ಜೇಬಿನಿಂದ ಖರ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆ. ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಖರ್ಚಿನ ಕಾರಣ ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಜನತೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ. ಆದ ಕಾರಣ ಭಾರತದಲ್ಲಿ 5 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರುವ ಮಕ್ಕಳು ಸಾಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ 1000ಕ್ಕೆ 95. ಇದನ್ನು ನಮ್ಮ ನೆರೆಯ ರಾಷ್ಟ್ರವಾದ ಶ್ರೀಲಂಕಾಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದಲ್ಲಿ ಶ್ರೀಲಂಕಾವು ತನ್ನ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯದ (GDP) 3% ರಷ್ಟು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೂ ಸಹ ಅಲ್ಲಿ 5 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರುವ ಮಕ್ಕಳು ಸಾಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ 1000ಕ್ಕೆ 19! ಈ ವ್ಯತ್ಯಾಸಕ್ಕೆ ಮೂಲ ಕಾರಣವೇನೆಂದರೆ ಶ್ರೀಲಂಕಾದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ಖರ್ಚಿನ ಪಾಲು 45.4%! |

ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವ ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಾಗಿ ನವೆಚ್ಚ ಹಾಗೂ ಕ್ಷೇತ್ರಸುಸ್ಥಿತಿ ಸರ್ಕಾರಿ ವೆಚ್ಚ

ಭಾರತ ದೇಶವು ಪ್ರಪಂಚದ ಅತ್ಯಂತ ಖಾಸಗೀಕೃತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ದೇಶಗಳಲ್ಲೊಂದು. ಆದ ಕಾರಣ ದೇಶದ ಬಡಜನತೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಕಳೆದ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕಡಿವಾಣವಿಲ್ಲದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. 1993-94ರಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಖರ್ಚಿಗಿಂತ 1.5 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು 2002-03ರ ವೇಳೆಗೆ ಅದು ಸುಮಾರು 5.4 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿತ್ತು! ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಾಗಿ ಖರ್ಚಿನ ಹೊರೆಯನ್ನು ದೇಶದ ಜನತೆಯ ಮೇಲೆ ಹೊರಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಈ ದೇಶದ ಜನರು ತಮ್ಮ ಕಿಸಿಯಿಂದ ಭರಿಸಬೇಕಾಗಿ ಬಂದು ಅದು ಇಂದು ಶೇ. 83ರ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ತಲುಪಿದೆ. ಆದರೆ 2002ರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯು ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪಾಲುಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಸ್ವಾಗತಿಸುತ್ತದೆ - ಪ್ರಾಥಮಿಕ, ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಹಾಗೂ ತೃತೀಯ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ. ಇದು 1983ರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಾದ "ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ, ಸಮಗ್ರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ"ಗೆ ತದ್ವಿರುದ್ಧವಾಗಿದೆ.

ಭಾರತವು ಅತೀ ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಹಾಗೂ ಅನಿಯಂತ್ರಿತವಾದ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಒಂದು ನೆಲೆ

2001ನೇ ಇಸವಿಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಎಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ 72.52% ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲೂ ಹಾಗೂ ಕೇವಲ 27.47% ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿದ್ದವು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಸರ್ಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಾಗಿ ತಮಗೆ ನೀಡಿರುವ ಕೈಪಿಡಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಸ್ವಲ್ಪವಾದರೂ ಪರಿಪಾಲಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಯಾವುದೇ ನಿರ್ಬಂಧಗಳಿಲ್ಲದೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅನಿಯಂತ್ರಿತವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಡೆಸುತ್ತಿವೆ. ವೃತ್ತಿಪರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ಐ.ಎಮ್.ಎ ಮುಂತಾದವುಗಳು) ಯಾವುದೇ ನಿತಿತತ್ವ ಹಾಗೂ ಸ್ವಯಂ ನಿಯಂತ್ರಣಗಳಿಗೆ ಕಾಳಜಿ ಮಾಡಿ ಒಂದು ಕನಿಷ್ಠ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಕಡೆ ಗಮನ ಹರಿಸಿಲ್ಲ. ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯ, ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಭುತ್ವ. ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಗಮನವೆಲ್ಲಾ ಬರೀ ರೋಗ ಪರಿಹಾರದ ಕಡೆಯಷ್ಟೇ ವಿನಃ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆಯಲ್ಲ. ದೇಶದಲ್ಲಿ ಜರುಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ 70%ನಷ್ಟು ಹಾಗೂ 50%ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಪಟ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತದೆ ಎಂದು ವಿವಿಧ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿವೆ. ಇದು ಭಾರತದಂಥ ದೇಶಕ್ಕೆ, ಯಾವ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ 3/4 ಭಾಗದಷ್ಟು ತಮ್ಮ ಹೊಟ್ಟೆಪಾಡಿಗೆ ಆಗುವಷ್ಟು ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಇರುವಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯಕರ ಲಕ್ಷಣವಲ್ಲ.

ಸಮತೋಲನವಿಲ್ಲದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ನಗರ-ಗ್ರಾಮಗಳ ನಡುವಿನ ಅಸಮತೆ

ಈಗ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 17,000 ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿವೆ ಅದರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 34% ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿವೆ. ಒಟ್ಟು 25,670 ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು ಇವೆ ಅದರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 40% ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ. ನಗರದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮಾಂತರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ತಾಳೆ ಹಾಕಿ ನೋಡಿದಲ್ಲಿ ಅಸಮತೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ 100,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ 4.48 ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, 6.16 ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು ಹಾಗೂ 308 ಹಾಸಿಗೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಇದೇ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಪ್ರತಿ 100,000

ಜನತೆಗೆ 0.77 ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, 1.37 ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು, 3.2 PHCಗಳು ಹಾಗೂ ಕೇವಲ 44 ಹಾಸಿಗೆಗಳು ಮಾತ್ರ!

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿರುವ ಕಾರಣ ಅಸಮಾನ ಲಭ್ಯತೆ

ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಮಟ್ಟದ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿರುವುದರಿಂದ (ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣ, ಖಾಸಗೀಕರಣದ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ) ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕೆಳ, ಅತಿ ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವ ಜನತೆಗೆ (ಯಾರ ಕೂಡೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಾವು ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತೇವೋ, ಯಾರನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತೇವೋ) ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ, ಆದಕಾರಣ ಇವರುಗಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಸೂಚಕಗಳು ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಮೇಲ್ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವವರಿಗಿಂತ ಕಳಪೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. 5 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳ ಸಾಯುವ ಪ್ರಮಾಣ ಶ್ರೀಮಂತರ ಮಕ್ಕಳಿಗಿಂತ 2 1/2 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು, ಮಲೇರಿಯ ಸಂಭವಿಸುವಿಕೆ 3 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು, ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಸಂಭವಿಸುವಿಕೆ 4 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು, ಗರ್ಭಿಣಿ ಹೆಂಗಸರಿಗೆ ಸೇವೆಯ ಅಲಭ್ಯತೆ 4 ಪಟ್ಟು, ಸಂಪೂರ್ಣ ಲಸೀಕರಣ 2 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ, ತಾಯಿಯಾಗುವ ವಯಸ್ಸಿನ ಹೆಂಗಸರಲ್ಲಿ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ 3 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು.

ಒಂದು ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಒಂದು ಕುಟುಂಬವು ತಮ್ಮ ಆದಾಯದ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಭಾಗ (50%) ಬರೀ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೇ (ಡಾಕ್ಟರ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಔಷಧಿ) ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಾಗಿನ ಖರ್ಚು ಸಾಲಕ್ಕೆ ಎರಡನೇ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಒಣಗಿ ನಾವುಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ/ಕುಟುಂಬಗಳ ಸಬಲೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಎಷ್ಟೇ ಸ್ವಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳನ್ನು ಹುಟ್ಟು ಹಾಕಿದಾರೂ, ಅದರಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಜನ ಸಾಲ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಾಗಿ, ಹಾಗಾಗಿ ನಾವುಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಶ್ರಮಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬ ಮಾನವ ಹಕ್ಕು

ಈ ಮೇಲೆ ಕಂಡಂತೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹಣಕಾಸು “ಕೊಂಡುಕೊಳ್ಳುವಂತಹ” ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಂದೊದಗಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಬಡವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವ ಹಕ್ಕಾಗಿ ಉಳಿಯದೆ ಕೇವಲ ವ್ಯಾಪಾರದ ವಸ್ತುವಾಗಿ ಮಾರಾಟಾಗಿದೆ. ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಒಂದು ಮಾನವ ಹಕ್ಕು ಎಂದು ಮರುಸ್ಥಾಪನೆ ನೀಡಿ ಆ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹೋರಾಟ ನಡೆಸಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಂದೊದಗಿದೆ. ಆದರೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗೆ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸ್ಥಳವಿಲ್ಲ ಏಕೆಂದರೆ ಅಲ್ಲಿ ಬರಿ ಇರುವುದು ಲಾಭದ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ. ಹಾಗಾಗಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚಲಾವಣೆ ಕೇವಲ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಸಾಧ್ಯ. ಆದರೆ ಜನರೂ ಸಹ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದಿಂದ ಮುಖ ತಿರುಗಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ನಾವುಗಳು ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಜನರ ಹಿತಾಸಕ್ತಿ ಬಯಸುವ ನಾವುಗಳು ಮೊದಲ ಹೆಜ್ಜೆಯಾಗಿ ಜನರನ್ನು ಮತ್ತೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಮತ್ತೆ ಕರೆತರಬೇಕಾದ

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನದ ಘಟಕ ಸಂಘಟನೆಗಳು/ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಪುನಶ್ಚೇತನಗೊಳಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಮೊದಲ ಹೆಜ್ಜೆಯಾಗಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ವಿವಿಧ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಪುನಶ್ಚೇತನಗೊಳಿಸಲು ಒಂದು ವರ್ಷದ ಜನಜಾಗೃತಿ ಆಂದೋಲನವನ್ನು ನಡೆಸಲು ನಿಶ್ಚಯಿಸಿದೆ.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ

೧೯೭೮ ರಲ್ಲಿ ಜಗತ್ತಿನ ೧೩೬ ದೇಶಗಳ ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ಉತ್ಸಾಹದಿಂದ ಸಭೆ ಸೇರಿ ೨೦೦೦ ನೇ ಇಸ್ವಿಯೊಳಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದು ಘೋಷಿಸಿದವು. ಅಂದರೆ ಜಗತ್ತಿನ ಎಲ್ಲಾ ಜನರಿಗೂ ಅವರಿಗೆ ಹಣ ಕೊಡಲು ಸಾಧ್ಯವಿರಲಿ, ಬಡಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅವರಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವುದು ಈ ಘೋಷಣೆಯ ಮೂಲ ಗುರಿಯಾಗಿತ್ತು.

ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಆರಾಮದಿಂದ ಇರುವುದು.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ಆಯಾ ಪ್ರದೇಶದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಒಪ್ಪಿಗೆಯಾಗುವಂಥ ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ. ಅದು ವಿಶ್ವದ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಜನರಿಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂಥ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವಿರಬೇಕು. ಜನರಿಗೆ ಅದು ಅವರ ಪೂರ್ಣ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಿಂದ ಸಾಗುವಂತಾಗಬೇಕು. ಆಯಾ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಆಯಾ ದೇಶದ ಸರಕಾರಕ್ಕೆ, ಅವರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಯಾವುದೇ ಹಂತದಲ್ಲಿರಲಿ, ಸ್ವಯಂ ನಿರ್ಧಾರದಿಂದ, ಬೇರೆಯವರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸದೆ ಅದು ಅವರ ಕೈಗಿಡುತ್ತಿರಬೇಕು.

ಮಲೇಶಿಯಾ, ಕ್ಯಾನ್ಡಾ, ಕೊಸ್ಟಾರಿಕಾ, ಚೈನಾ ಮತ್ತು ತ್ರಿಲಂಕಾಗಳಲ್ಲಿ ಜನಸಮುದಾಯದ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿ ಈ ಸಮಗ್ರವಾದ, ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಲುಪಬಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ, ಶಿಕ್ಷಣ, ನೀರು, ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಆಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ಆರೋಗ್ಯವು ತನ್ನಿಂದ ತಾನೇ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಈ ದೇಶಗಳು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿದ್ದವು. ಈ ಉದಾಹರಣೆಗಳಿಂದ ಕಲಿತ ಪಾಠವನ್ನು ವಿಶ್ವಕ್ಕೆಲ್ಲ ಅನ್ವಯಿಸಬೇಕೆಂಬುದೇ ಈ ಘೋಷಣೆಯ ಹಿಂದಿನ ಉದ್ದೇಶ.

ಅಲ್ಲಾ ಅಟಾ ಘೋಷಣೆಯು ಒಂದು ಕ್ರಾಂತಿಕಾರಿ ಯೋಜನೆಯಾಗಿತ್ತು. ಈ ಘೋಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕೆಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷಿ ಯೋಜನೆಯ ಗುರಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಾಕಲಾಯಿತು. ಇದರ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ಜನರ ಎಲ್ಲಾ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನೂ ಪೂರೈಸುವುದು. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಕೇಂದ್ರಬಿಂದು ಜನರೇ ಆಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಂದ ಹಿಡಿದು ಮಂತ್ರಿಗಳವರೆಗೆ ಎಲ್ಲರೂ ಜನರಿಗೆ ಜವಾಬ್ದಾರರಾಗಿರಬೇಕು. ಆಹಾರದ ಬೇಡಿಕೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಎಲ್ಲಾ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪೂರೈಕೆ ಆಗಬೇಕು.

ಇದಕ್ಕೆ ಎಲ್ಲಾ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳೂ ಸಹ ಹಾಕಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಕೆಲವೇ ದೇಶದ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಜನರ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವತ್ತ ದೃಷ್ಟಿ ಹಾಯಿಸಿದವು. ಉಳಿದಲ್ಲ ಕಡೆ ಸಮುದಾಯದೊಂದಿಗೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮಾತ್ರ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದವು.

ಇಂಥದೊಂದು ಮಹತ್ವ ಪೂರ್ಣ ಯೋಜನೆಗೆ ಸಹ ಮಾಡಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಮುಂದುವರಿದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಇದು ಒಪ್ಪಿಗೆಯಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಬಡದೇಶಗಳ ಮೇಲೆ ಹೊಸ ಆರ್ಥಿಕ ನೀತಿ, ಖಾಸಗೀಕರಣ, ಜಾಗತೀಕರಣ ಹಾಗೂ ಉದಾರೀಕರಣ ನೀತಿಗಳನ್ನೆಲ್ಲ ಹೇರಿ ಅವು ಜನಪರ ನೀತಿಯಿಂದ ಸರಕಾರಗಳನ್ನು ದೂರ ಎಳೆದವು. ವಿಶ್ವ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಗೆ ಎಲ್ಲ ದೇಶಗಳನ್ನೂ ಎಳೆದು ತಂದು ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯ ನೀತಿಯು ದೇಶಗಳನ್ನು ಆಳುವಂತೆ ಮಾಡಿದವು. ಹಳ್ಳಿಗಳಿಂದ ರೈತರು ಶಹರದ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಸೇರಿದರು. ಶಹರದಲ್ಲೂ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಜನರು ಕೆಲಸ ಕಳೆದುಕೊಂಡು ನಿರುದ್ಯೋಗಿಗಳಾದರು. ತ್ರೀಮಂತ ಇನ್ನಷ್ಟು ತ್ರೀಮಂತನಾದ, ಬಡವ ಮತ್ತಷ್ಟು ಬಡವನಾದ. ನಿರುದ್ಯೋಗ, ಬಡತನ, ನಿರ್ವಸತಿ ಹಾಗೂ ಹಸಿವೆ ಇವು ಆರೋಗ್ಯದಿಂದ ಜನರನ್ನು ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಅನಾರೋಗ್ಯದತ್ತ ದೂಡಿದವು. ಹಲವಾರು ದೇಶಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸೂಚಿಗಳಾದ ಖಿನ್ನತೆ, ಕಾಲರಾ ಹಾಗೂ ಅಪೊಪ್ಪಿಕತೆಗಳು ಒಂದೇ ಸಮ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿವೆ.

ಜಗತ್ತಿನ ಬಡ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವು ಒಂದೇಸಮ ಹದಗೆಡುತ್ತಿರುವ ಈ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಜನಪರ ಸಂಘಟನೆಗಳೂ ಸೇರಿಕೊಂಡು, ನವೆಂಬರ್ ೨೦೦೦ ರಲ್ಲಿ, ಥಾಕಾದಲ್ಲಿ (ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶ) ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸತ್ವವನ್ನು (ದಿಕ್ಸೂಚಿ)

ತಯಾರಿಸಿ ಅದನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಏಕೀಕರಿಸಿ, ಸ್ಥಾನತ್ರ ಮಾರ್ಗವನ್ನು ಮುನ್ನಡೆಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗಲು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸನ್ನದು (ದಿಕ್ಸೂಚಿ) ಕೆಲವು ಮುಖ್ಯ ನೀತಿ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಂಡು ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತಿದೆ. ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯವೆಂಬ ಗುರಿ ಮುಟ್ಟಬೇಕೆಂದರೆ ಸಮಾನತೆ, ಬದ್ಧತೆ ಹಾಗೂ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯುಳ್ಳ ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವಗಳಿಗಾಗಿ ಜನರ ಸತತ ಹೋರಾಟವೊಂದೇ ದಾರಿ ಎನ್ನುತ್ತದೆ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸನ್ನದು.

ಇದು ಜನರೇ ರಚಿಸಿಕೊಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಸನ್ನದು (ದಿಕ್ಸೂಚಿ). ಇದರ ಧ್ಯೇಯಗಳು ಇಂತಿವೆ;

೧. ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಬಣ್ಣ, ಜಾತಿ, ಹಿನ್ನೆಲೆ, ಮತ, ಲಿಂಗ, ವಯಸ್ಸು, ವರ್ಗ ಹಾಗೂ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಇವೆಲ್ಲ ಏನೇ ಇದ್ದರೂ ಅವರು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಡೆಯುವುದು.
೨. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ನೀತಿ ರೂಪಿಸುವಾಗ ಆಲ್ಪಾ ಆಜಾದ್ನಲ್ಲಿ ಘೋಷಿತ ಸಮಗ್ರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತತ್ವಗಳು ಮೂಲಭೂತವಾಗಿರಬೇಕು. (ಹಿಂದಂದಿಗಿಂತಲೂ ಅದರ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಂದು ಅದು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ).
೩. ಜನರಿಗೆ ದುಡ್ಡುಕೊಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿರಲಿ, ಬಿಡಲಿ ಆನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ, ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುವುದು ಸರಕಾರದ ಆದ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯ.
೪. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ನೀತಿ ಸಂಹಿತೆ ರೂಪಿಸುವಾಗ ಮತ್ತು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿ ತರುವಾಗ ಅದರಲ್ಲಿ ಜನರು ಮತ್ತು ಜನ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯು ಇರಲೇಬೇಕು.
೫. ಸ್ಥಳೀಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಾಗ ಆರೋಗ್ಯವು ಅವುಗಳ ಅದ್ವಿತೀಯಾಗಿರಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ವಂಸ್ಥಿತಿ ಜನರ ಜೀವನ ಮಟ್ಟದ ಒಂದು ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಎಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಆಗತ್ಯಗಳ ಪೂರೈಕೆಯಾಗುತ್ತದೆಯೋ ಅಲ್ಲಿ ಜೀವನ ಮಟ್ಟ ಉತ್ತಮವಾಗಿದ್ದು ಜನರು ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಎಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಆಗತ್ಯಗಳು ಪೂರೈಕೆಯಾಗುವದಿಲ್ಲವೋ, ಅಲ್ಲಿ ಜೀವನ ಮಟ್ಟ ಕಳಪೆಯಾಗಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯವು ಕೈಗೊಳಿಸಿದಂತಿರುತ್ತದೆ.

ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯವಿಲ್ಲದೆ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯವಿಲ್ಲ. ಅದು ದೊರೆಯಬೇಕೆಂದರೆ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ಆಹಾರ, ಉದ್ರಾ, ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಿಗಬೇಕು. ಆರ್ಥಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಿಂದ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದಾಗ ಮಾತ್ರ ಅದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದು. ನಿರುದ್ಯೋಗವು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಸದಾ ಇರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರುವವರೆಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಜನರ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಸಾಧ್ಯವೇ ಇಲ್ಲ. ಎಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಲಿಂಗ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲವೋ, ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಗುವುದೂ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ.

ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುವುದು ನಮ್ಮ ಸರಕಾರಗಳ ಗುರಿಯಂತೂ ಅಗಿ ಉಳಿದೇ ಇಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದಲೇ ನಾವು ಪರ್ಯಾಯ ಮಾರ್ಗಕ್ಕಾಗಿ ಹುಡುಕಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಚಳುವಳಿಯು ಅಂತಹ ಹುಡುಕಾಟದ ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ಪ್ರಯತ್ನವಾಗಿದೆ.

**ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ (PHC) ಪುನಶ್ಚೇತನಕ್ಕಾಗಿ 25.04.2006
ರಂದು ನಡೆದ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ ಸಭೆಯ ಮುಖ್ಯ ಅಂಶಗಳು**

ಮುಖ್ಯ ವಿಷಯ: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮುದ್ದೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲೂ
ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆ

ತುರ್ತಾದ ಗುರಿಗಳು: ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ (PHC) ಪುನಶ್ಚೇತನ

ಭಾಗವಹಿಸಿದ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು:

ಶ್ರೀ ಎಡ್ಡಿ ಪ್ರೇಮದಾಸರವರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಹಾಡುಗಳ ಮೂಲಕ ಶುರು ಮಾಡಿದರು. ತದನಂತರ ಭಾಗವಹಿಸಿದವರೆಲ್ಲರೂ ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಪರಿಚಯ ಮಾಡಿಕೊಂಡರು. ಶ್ರೀ ಅಭಯರವರು ಈ ಸಭೆಯ ಉದ್ದೇಶ ಹಾಗೂ ಅವಶ್ಯಕತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮನದಟ್ಟು ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟರು. ಶ್ರೀ ಚಂದರ್ ಮತ್ತು ಶ್ರೀ ಪ್ರಸನ್ನರವರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಧಿಕ ಮಾಹಿತಿ ಕೊಟ್ಟರು. ಧಾರವಾಡದ ಶ್ರೀ ಗೋಪಾಲ್ ದಾಬಡೆಯವರು ಬೆಳಗಾಂ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ.ಗಳ ವಿರುದ್ಧ “ಜಾಗೃತಿ” ಸಂಸ್ಥೆ ನಡೆಸಿದ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತಾವು ತಂದಿದ್ದ ಸಿ.ಡಿ. ಯಲ್ಲಿದ್ದ ಚಲನಚಿತ್ರದ ಮೂಲಕ ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟರು ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಒಂದು ಚಿಕ್ಕ ತರಬೇತಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡರು. ಈ ತರಗತಿಯ ಮೂಲಕ ನೆರೆದಿದ್ದ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ತಾವುಗಳು ಸ್ವತಃ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಎಷ್ಟು ತಿಳಿಯುವುದಿದೆ ಹಾಗೂ ತರಬೇತಿ ಪಡೆಯುವುದಿದೆ ಎಂದು ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟರು.

ಮುಕ್ತ ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ ಹೊರಬಂದಂಥ ಮುಖ್ಯ ಅಂಶಗಳು:

1. ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ.ಗಳ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆ
2. ತರಬೇತಿಯ ಮೂಲಕ ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ.ಗಳ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆ, ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳ, ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆಗಿನ ನಮ್ಮಗಳ (NGO) ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು
3. ಸರ್ಕಾರ ಹಾಗೂ ಜನರ ನಡುವಿನ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸುವುದು
4. ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು
5. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಸೇವೆ ಸಿಗದ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸಲು ನೆರವಾಗುವಂತೆ ಜನರನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು
6. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ವಿವಿಧ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ತರಬೇತಿ
7. ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದ ಕುಂದು ಕೊರತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ದಾಖಲೀಕರಣ
8. ಬಜೆಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಅನುದಾನ ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಆಗ್ರಹ

9. ಬೇರೆ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಇದೇ ತರಹದ ಅಂದೋಲನಗಳ ಜೊತೆ ಸಮಾವೇಶ

10. ಈ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದಾದ ವಿಧಾನಗಳು:

- ಪತ್ರ ಅಂದೋಲನ
- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲು, ಜನ ಸುನ್ವಾಯಿ (Public Hearing)
- ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲೂ ಒಮ್ಮೆಲೇ ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿಗಳ ಮುಂದೆ ಧರಣಿಗಳು, ಮುಷ್ಕರಗಳು
- ಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಬರೆಯುವುದು ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಉಪಯೋಗ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು
- ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯತಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಿಕೆ
- ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಜಂಟಿ ಉಸ್ತುವಾರಿ ಸಮಿತಿಗಳು
- ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಬೀದಿ ನಾಟಕಗಳು, ಹಾಡುಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ
- ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ “ಆರೋಗ್ಯ ಯಾತ್ರೆ”

11. ಈ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ಬೇಕಾದ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು:

- ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಸಂಪನ್ಮೂಲ ತಂಡ
- ಈಗಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳ ಕನ್ನಡ ಅನುವಾದ
- ಪರಿಣಿತರಿಂದ ಅಂದೋಲನಕ್ಕೆ ಬೇಕಾಗುವ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ಯೋಜನೆ

ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಈಗಿರುವ ಮುಖ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೇನು?

- ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ತೀವ್ರ ಕೊರತೆ
- ಔಷಧಗಳ ಅಭಾವ
- ವೈದ್ಯರ ಕೊರತೆ / ಗೈರು ಹಾಜರು
- ಭ್ರಷ್ಟಾಚಾರ
- ಸೇವೆಗಳ ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟ ಹಾಗೂ ಸಬ್ಬ ನಡತೆಗಳ ಕೊರತೆ

ಈ ಮೇಲಿನ ಮುಕ್ತ ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ ಬಂದಂಥ ಎಲ್ಲ ವಿಷಯಗಳಿಗೂ ಕೈ ಹಚ್ಚುವುದು ಕಷ್ಟವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಮೂಡಿದಾಗ ಸಭೆಯು ಮೊದಲಿಗೆ ಯಾವ ಯಾವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ ಎಂದು ಸಭೆ ತೀರ್ಮಾನಿಸಿತು. ಅದರಂತೆ ಕನಿಷ್ಠ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ನಡೆಸಬೇಕೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಯಿತು:

- ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿಗಳ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆ
- ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ನಿರಾಕರಣೆಗಳ ದಾಖಲಾತಿ
- ಪತ್ರ ಅಂದೋಲನ
- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಸ್ಥೆ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ತರಬೇತಿ

- e) ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು
- f) ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲು, ಜನ ಸುನ್ವಾಯಿ (Public Hearing)
- g) ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ ಜೊತೆಗಿನ ಸಂಪರ್ಕ (ಧರಣಿ, ಮಾತುಕತೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಹವಾಲು ಇತ್ಯಾದಿ)

ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಲು ಮೈಲುಗಲ್ಲುಗಳು

1. ಎಲ್ಲಾ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿ ಇದಕ್ಕೆ ತಮ್ಮ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪಡೆದು ಇದನ್ನು ತಮ್ಮ ಸಂಸ್ಥೆಯ ವಾರ್ಷಿಕ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸುವಂತಾಗಬೇಕು
2. ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಒಟ್ಟಾಗಿ ಒಂದು ಒಂದು ಮೊದಲನೆ ಸಭೆಯನ್ನು ಕರೆಯುವುದು ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ಹೇಗೆ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ತರಬೇಕೆಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚೆ ನಡೆಸಬೇಕು (ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶವು ತನ್ನ ಬಳಿ ಇರುವ ಆಂದೋಲನದ ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳ ವಿಳಾಸವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು)
3. ತದ ನಂತರ ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲೂ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಂದ ಈ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಉದ್ದೇಶ ಹಾಗೂ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದ ಬಗ್ಗೆ ಒಂದು ದಿನದ ಸಮ್ಮೇಳನ
4. ಒಂದು ವರ್ಷದ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗಾಗಿ ರೂಪರೇಷೆಗಳನ್ನು ಹಾಕಲು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಎರಡನೇ ಸಭೆ
5. [ಕಡ್ಡಾಯವಲ್ಲದ್ದು] ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದೋ ಅಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸುವುದು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ನಿರಾಕರಣೆ ಆಗಿರುವಂಥ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ದಾಖಲು ಮಾಡುವುದು (ಗೋಪಾಲ್ ದಾಖಲೆಯವರು ನಿರಾಕರಣೆ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸುವ ಕರಡು ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಕಳುಹಿಸುವರು)
6. ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಬಗ್ಗಿನ ಮೂಲಭೂತ ಮಾಹಿತಿಯ ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಕೈಪಿಡಿಯನ್ನು NJMO ಸಂಸ್ಥೆ (ರಾಯಚೂರು) ಗೋಪಾಲ್ ದಾಖಲೆಯವರಿಗೆ ಕಳುಹಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ದಾಖಲೆಯವರು ಒಂದು ತಿಂಗಳೊಳಗೆ ಅದರ ಕನ್ನಡ ಅನುವಾದವನ್ನು ತಯಾರು ಮಾಡುವುದು
7. ಈ ಮೇಲೆ ಸೂಚಿಸಿರುವ ಮೈಲುಗಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತಂದು ಜೂನ್ 25ನೇ ತಾರೀಖು ಮತ್ತೆ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆ ಸಹಿತ ಮತ್ತೆ ಸಭೆ ಸೆರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತೀರ್ಮಾನವಾಯಿತು

ಈ ಎರಡು ತಿಂಗಳ ಅವಧಿಗೆ ಸಂಚಾಲನಕ್ರಿಯೆ (logistics) ಏನು?

1. ಈ ಎರಡು ತಿಂಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲ ಸಂಪರ್ಕವೂ ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿಯ ಚಂದರ್‌ವರರು ಎಡ್ವೀ ಪ್ರೇಮದಾಸ್, ನವೀನ್, ಪ್ರಸನ್ನರ ಸಹಾಯದಿಂದ ನಡೆಸುವರು. ಜೂನ್ 25ರ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನೂ ಕೂಲಂಕುಶವಾಗಿ ಚರ್ಚೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು

ಹಣಕಾಸಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹೇಗೆ?

ಈ ವಿಷಯವನ್ನು ಜೂನ್ 25ರ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗುವುದು.

ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ - 2
ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಮಾಹಿತಿ

ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆದ ದಿನಾಂಕ ತಿಂಗಳು ವರ್ಷ
ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆದುಕೊಂಡ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ :

ಸೂಚನೆ : ನೀಡಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಸೂಚಿಸಿದ ಪರ್ಯಾಯ ಉತ್ತರದ ಬಳಿ (✓) ಟೆಕ್‌ಮಾರ್ಕ್‌ನ್ನು ಮಾಡಿ. ಅಗತ್ಯಬಿದ್ದರೆ ಇಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸಲ್ಪಡದೇ ಇರುವ ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಉತ್ತರ ದೊರತರೆ ಅದನ್ನು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ತಲೆಬರಹದ ಬಳಿ ದಾಖಲಿಸಿ

I. ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಾಹಿತಿ

- ಗ್ರಾಮದ ಹೆಸರು
- ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೆಸರು
- ಈ ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ
- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಿಂದ ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರ ಎಷ್ಟು ದೂರದಲ್ಲಿದೆ?

II. ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿವರ್ಗ

- ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಿದ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗವನ್ನು ಈ ಘಟಕದಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಮವಾಗಿ ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆಯೇ?
- | | |
|---|-------------|
| 1) ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತ - ಹೆಣ್ಣು (ಎ.ಎನ್.ಎಮ್.) | ಹೌದು / ಇಲ್ಲ |
| 2) ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತ - ಗಂಡು (ಎಮ್.ಪಿ.ಡಬ್ಲ್ಯು) | ಹೌದು / ಇಲ್ಲ |
| 3) ಅರೆಕಾಲಿಕ ಸಹಾಯಕ - ರೋಡ್ | ಹೌದು / ಇಲ್ಲ |

III. ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳು

- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ನಿಯೋಜಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಕಟ್ಟಡ ಇದೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸದಾಕಾಲ ನೀರಿನ ಲಭ್ಯತೆ ಇದೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ವಿದ್ಯುಚ್ಛಕ್ತಿ ಸದಾಕಾಲ ಲಭ್ಯವಿದೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

- ಈ ಉಪ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ಪರಿಕರ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆಯೇ?
ಹೌದು / ಇಲ್ಲ / ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ
- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವ ಮೇಜು ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದೆಯೇ?
ಹೌದು / ಇಲ್ಲ / ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ
- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸ್ಟೆರೈಸ್ ಮಾಡುವ ಉಪಕರಣಗಳು ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿವೆಯೇ?
ಹೌದು / ಇಲ್ಲ / ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ
- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ತೂಕ ಮಾಡುವ ಉಪಕರಣ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆಯೇ?
ಹೌದು / ಇಲ್ಲ / ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ
- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಬಳಸಿ ಬಿಸಾಡುವ ಹೆರಿಗೆ ಕಿಟ್ ಲಭ್ಯವಿದೆಯೇ?
ಹೌದು / ಇಲ್ಲ / ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ

IV. ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೇವಾಸೌಲಭ್ಯಗಳು

- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ವೈದ್ಯರು ವಾರದಲ್ಲೊಂದು ದಿನ ಭೇಟಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಈ ಭೇಟಿಯ ದಿನ ಮತ್ತು ವೇಳೆಯ ನಿಗದಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಗ್ರಾಮ ನಿವಾಸಿಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯರ ಭೇಟಿ ಮತ್ತು ಸಮಯದ ಬಗೆಗೆ ಪೂರ್ವಭಾವಿ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಇದೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯರಿಗೆ ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರ ಎ.ಎನ್.ಎಮ್. ಮೂಲಕ ಅಗತ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದೆಯೇ (ಟಿ.ಟಿ. ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು, ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರಗಳು, ತೂಕ ಮತ್ತು ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆ) ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಪ್ರಸವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಎ.ಎನ್.ಎಮ್. ಅವರು / ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ದಾಯಿ / ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ದಾಯಿ ಇವರುಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯ ನೀಡುತ್ತಾರೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ದಾಯಿ/ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ದಾಯಿ ಇವರುಗಳಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಳಸಿ ಬಿಸಾಡುವ ಹೆರಿಗೆ ಕಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ದಿನದ 24 ಗಂಟೆಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ, ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ, ಗರ್ಭಿಣಿ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇವೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಪ್ರಸವದ ನೋವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಬೇರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅವಳೊಂದಿಗೆ ಎ.ಎನ್.ಎಮ್. ಅಥವಾ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಯಾವುದೇ ದಾದಿ ಚೊತಗಿದ್ದು ಕರೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗುತ್ತಾರೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಪು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಮತ್ತು ಇತರೆ, ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

- ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ನ್ಯೂಮೋನಿಯಾ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಇದೆಯೆ ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಅತಿಸಾರಭೇದಿ, ಡಿಹೈಡ್ರೇಷನ್ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಇದೆಯೆ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ-ಪುಟ್ಟ ಕಾಯಿಲೆಗಳು-ಜ್ವರ, ಕೆಮ್ಮು, ನೆಗಡಿ ಇತ್ಯಾದಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಇದೆಯೆ ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಮಲೇರಿಯಾ ರೋಗವನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ರಕ್ತದ ಲೇಪನ (Blood-Smear) ಸೌಲಭ್ಯವಿದೆಯೆ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಹಾಗೆ ಕಾಪರ್-ಟಿ ಹಾಕುವುದು, ನಿರೋಧ ಅಥವಾ ಮಾತ್ರಗಳನ್ನು ವಿತರಿಸುವ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಿದೆಯೆ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ-ಕರ್ನಾಟಕ

ಚಿತ್ರದುರ್ಗ ಜಿಲ್ಲಾ ಸಮಿತಿ



ಪ್ರತಿಭಟನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ವರದಿ

ಸ್ಥಳ :- ಪ್ರವಾಸಿ ಮಂದಿರದಿಂದ ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್‌ವರೆಗೆ ದಿನಾಂಕ:- 30.07.2010

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು
ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಿಂದ ನಿರಾಕರಣೆ ಗೊಳಗಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು
ಒಳಗೊಂಡ ಸಮೀಕ್ಷಾ ವರದಿ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ -ವಿಜಾಪುರ

ಜಲ್ಲೆ :- ಚಿತ್ರದುರ್ಗ

ತಾಲ್ಲೂಕು:- ಚಿತ್ರದುರ್ಗ

ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಾಹಿತಿ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಹೆಸರು :- ವಿಜಾಪುರ

ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ :- 4

ಹಳ್ಳಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ :- 4

ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಗಳು :- 6

ಕಟ್ಟಡ :- ಬಾಡಿಗೆ (ಹೆಂಚಿನದು)

ಜನ ಸಂಖ್ಯೆ :-22048

ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳ ಕೊರತೆ

ಇಲ್ಲಿ ಒಂದುವರೆ ವರ್ಷದಿಂದ ವೈದ್ಯರು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಇತರೆ ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳ ಕೊರತೆ ಇದೆ ಇಲ್ಲಗೆ ಭರಮನಾಗರದ ವೈದ್ಯರನ್ನು ನಿಯೋಜಿಸಿದರು ಸಹ ಇನ್ನು ಹಾಜರಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಯಾವಾಗಲೂ ಫಾರ್ಮಲಿನ್ಸ್, "ಡಿ" ಗ್ಲೂಸ್ ಮತ್ತು ಸ್ಲಾಪ್ ನರ್ಸ್ ಚಿಟ್ಟರೆ ಬೇರೆ ಯಾರು ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ಔಷಧಿಗಳು

ಫಾರ್ಮಲಿನ್ಸ್ ಗೀತಲಕ್ಷ್ಮಿ ತಿಳಿಸಿರುವ ಪ್ರಕಾರ ಮತ್ತು ನಾವು ಕಂಡಂತೆ ಔಷಧಿಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ಇದ್ದು ಅವುಗಳಿಗೆ ಗೆದ್ದಲು ಹಿಡಿದಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದ್ದು ಉಪಯೋಗವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳು

ಇಲ್ಲಿ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆಯು ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಉಳಿದ ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರದ ಸೇವೆಗಳು ಇಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ. ಎಕೆಂದರೆ ಅದನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ದೊರೆಯದೇ ಇರುವ ಕಾರಣ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲಿನ ಪರಿಸರ ಸ್ವಚ್ಛವಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

1996 ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿ ಮೇಲ್ದರ್ಜೆಗೆ ಎಲಿಸಿದ್ದರು ಸಹ ಸಣ್ಣ ಬಾಡಿಗೆ ಕಟ್ಟಡದಲ್ಲಿ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವಿದೆ. ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ವಸತಿ ಗೃಹಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಕೇವಲ 2 ಬೆಡ್‌ಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಮಳೆ ಬರುವಾಗ ಇತಿ ಕಟ್ಟಡ ನೋರುತ್ತಿದೆ. ಹಂಚುಗಳು ಒಡೆದು ಹೋಗಿದ್ದು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ 1 ರಿಂದ 2 ಹೆರಿಗೆಗಳು ಮಾತ್ರ ನಡೆಯುತ್ತವೆ. ವಿದ್ಯುತ್ ಸೌಕರ್ಯ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಕೇವಲ ಒಂದೇ ಶೌಚಾಲಯ ವಿರುವುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಮೀಸಲಾಗಿದೆ. ದೂರವಣಿ ಸಂಪರ್ಕವಿದ್ದು ಸರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಕನಿಷ್ಠ ಮಟ್ಟದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು

ಒಟ್ಟಾರೆ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ತಕ್ಕ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಅಂದರೆ ಜವ್ವ ಮತ್ತು ಮೈಕ್ಕೆ ನೋವುಗಳಿಗೆ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಈ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಅವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಮತ್ತು ಜನ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳ ಗಮನಕ್ಕೆ ತಂದರು ಸಹ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಯೋಜನವಾಗಿಲ್ಲ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಅಲ್ಲಿನ ಸಾರ್ವಜನಿಕರು 40 ಕಿ.ಮೀ ದೂರದ ದಾವಣಗೆರೆ ಮತ್ತು 20 ಕಿಮೀ ದೂರದ ಚಿತ್ರದುರ್ಗದ ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಉದ್ಭವಿಸುವ ದೊಡ್ಡದಳು

- ವೈದ್ಯರು ಬೇಕು ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ವಾಸವಾಗಿರ ಬೇಕು
- ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಭರ್ತಿಯಾಗಬೇಕು ಮತ್ತು ಅವರಿಗೆ ವಸತಿ ಗೃಹಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿ ಕೊಡಬೇಕು.
- ಹೆಚ್ಚಿನ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇಲ್ಲಿಯೇ ದೊರೆಯಬೇಕು (ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಪರಿಕ್ಷೆ)
- ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಸ್ವಂತ ಕಟ್ಟಡ ಬೇಕು.
- ಸರ್ಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳು ನಮಗೆ ಸಿಗುವಂತಾಗಬೇಕು.
- ರಾತ್ರಿಯ ವೇಳೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ದೊರಕುವಂತೆ ಆಗಬೇಕು.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ -ಕಾಲ್ಗರೆ

ಜಿಲ್ಲೆ :- ಚಿತ್ರದುರ್ಗ

ತಾಲ್ಲೂಕು : ಚಿತ್ರದುರ್ಗ

ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಾಹಿತಿ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ:- ಕಾಲ್ಗರೆ

ಉಪ ಕೇಂದ್ರ : 4

ಹಳ್ಳಿಗಳು : 6

ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಗಳು :- 2

ಕಟ್ಟಡ :- 3 ಕೊಠಡಿ ಹೊಂದಿರುವ ಕಟ್ಟಡ , ಆರ್.ಪಿ.ಸಿ

ಜನ ಸಂಖ್ಯೆ :- 28000

ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳ ಕೊಠಡಿ

ಇಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಕಳೆದ ವರ್ಷ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಮೇಲ್ದರ್ಜೆಗೆ ಏರಿಸಿದ್ದು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳ ಕೊಠಡಿಯನ್ನು ಏದಲಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಔಷಧಿಗಳು

ಔಷಧಿಗಳ ಕೊಠಡೆ ಕಾಣುತ್ತಿದ್ದು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸರಬರಾಜು ಆಗುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದರು.

ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳು

ರೋಗಿಗಳು ಬಂದರೆ ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳಲು ಆಸನದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಅತಿ ಚಿಕ್ಕದಾದ ಮೂರು ಕೊಠಡಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳು, ಅಂಗವಿಕಲರು ಮತ್ತು ಅಸ್ತಸ್ಥರನ್ನು ಎತ್ತಿಕೊಂಡು ಹೋಗಬೇಕು. ಬೀಲ್ ಚೇಲಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲ, ಒಂದೇ ಒಂದು ಹಾಸಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ನೀರಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲ, ಶೌಚಾಲಯದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

ಸರ್ಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಗೋಡೆ ಬರಹವಾಗಲಿ, ಐತಿ ಪತ್ರಗಳು, ಚಾರ್ಟ್, ನಾಗರಿಕ ಸನ್ನದ್ಧ, ಔಷಧಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಇಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯರು ತಾಲ್ಲೂಕು ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯಾಗಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯರ ಜಾಗವನ್ನು ಫಾರ್ಮಿಸ್ಟ್ ಲೋಕಶ ತುಂಬುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇಲ್ಲಿಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ 50 ರಿಂದ 60 ಜನ ಸಾರ್ವಜನಿಕರು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬರುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಸಮುದಾಯದವರಿಗೆ ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಎಂದು ಕೇಳಿದಾಗ ನಮ್ಮ ಕಾಂಪೌಂಡರ್ ವೈದ್ಯರು , ಅವರ ಎಲ್ಲಾ ನೋಡುತ್ತಾರೆ, ಗುಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಸೂಜಿಯನ್ನು ಅವರ ನೀಡುತ್ತಾರೆ, ರೂ.10/- ಕೊಡಬೇಕು ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದರು. ಫಾರ್ಮಿಸ್ಟ್ ಹತ್ತಿರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಗರ್ಭಿಣಿಯರು, ಮಕ್ಕಳು, ಮುದುಕರು ಜನರು ನೂಕು-ನುಗಲು ಮಾಡುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ತಾವು ಮೊದಲಿಗೆ ಬಂದಿದ್ದು ಮತ್ತು ನಾವು ಮೊದಲಿಗೆ ಬಂದಿದ್ದು ಎಂಥ ಜಗಳ ಮಾಡುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಹೆರಿಗೆಗಳು ನಡೆದಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು

- ವೈದ್ಯರು ಸರಿಯಾಗಿ ಬರುವುದಿಲ್ಲ.

- ಇನ್ನೊಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ 10 ಕಿ.ಮಿ ದೂರ ಹೋಗಬೇಕು
- ಇಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ನೋಡಲು ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ.
- ಯಾವುದೇ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ

ಉದ್ಭವಿಸುವ ಬೇಡಿಕೆಗಳು

- ನಮಗೆ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಗಳು ಬೇಕು
- ನಿಬ್ಬಂಧಿ ವಸತಿ ಗೃಹ ಬೇಕು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಹಾಸಿಗೆಗಳು ಬೇಕು
- ವಾಃನದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಬೇಕು
- ಹೆಲಿಗೆ ಮತ್ತು ಬೇರೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಬೇಕು
- ನಮಗೆ 24*7 ಸೇವೆ ನಿಗಬೇಕು.

ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರದ ಮಾಹಿತಿ

ತಾಲ್ಲೂಕು :- ಚಿತ್ರದುರ್ಗ ಜಿಲ್ಲೆ :- ಚಿತ್ರದುರ್ಗ

ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಾಹಿತಿ

ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರ :- ನೆಹರು ನಗರ, 2 ನೇ ಕ್ರಾಸ್

ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ :- 27, ಆದರೆ ನಿತ್ಯ ದಾಖಲಾತಿ 15 ಮಕ್ಕಳು

ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ 13 ಜನ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು 11 ಜನ ಬಾಣಂತಿಯರು ಇದ್ದು ಅವರಿಗೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಸರಬರಾಜು ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲಿನ ಅಂಗನವಾಡಿ ಸಹಾಯಕಿಯನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸಿದಾಗ ತಿಂಗಳಿಗೆ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ 2 ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಪ್ಯಾಕೆಟ್ ನೀಡಲಾಗುವುದೆಂದು ತಿಳಿಸಿದರು , ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ರೀತಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಸಿಗದೇ ಇರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ - ಹಿರೇಕೆರೆಹಳ್ಳಿ

ಜಿಲ್ಲೆ :- ಚಿತ್ರದುರ್ಗ

ತಾಲ್ಲೂಕು : ಮೋಳಕಾಲ್ಮೂರು

ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಾಹಿತಿ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ:- ಹಿರೇಕೆರೆಹಳ್ಳಿ

ಉಪ ಕೇಂದ್ರ : 3

ಹಳ್ಳಿಗಳು : 26

ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಗಳು :- 3

ಕಟ್ಟಡ :- ಸ್ವಂತ

ಜನ ಸಂಖ್ಯೆ :- ನಿಖರ ವರದಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ.

ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳ ಕೊಠಡಿ

ಇಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದುವರೆಗೂ ಒಬ್ಬ ಮರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತನಿದ್ದು ಅವರೇ ಎಲ್ಲಾ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಆದರೆ ಈವಾಗ ಅವರು ವಿದೇಶಕ್ಕೆ ಹೋಗಿದ್ದಾರೆ.

ಔಷಧಿಗಳು

ಇಲ್ಲಿ ವಿಷ ಜಂತುಗಳು ಹಾಗೂ ನಾಯಿ ಕಡಿತಕ್ಕೆ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಇತರೆ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಔಷಧಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದರು.

ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳು

ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಲ್ಲ. ಒಂದು ಶೌಚಾಲಯವಿದ್ದು ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳು ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪರಿಸರ ಸ್ವಚ್ಛವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದಕೀಯ ಉಪಕರಣಗಳ ಕೊಠಡಿ ಇದೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

ಇಲ್ಲಿ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆ ಅನುಷ್ಠಾನವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ಟು ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆಗಳು ಪರವಾಗಿಲ್ಲ. ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳಿಗೆ ವಸತಿ ಗೃಹಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಬಾಡಿಗೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿದ್ದಾರೆ. ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಮೋಳಕಾಲ್ಮೂರು ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿದ್ದಾರೆ. ತುರ್ತು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಆಗಮಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದು 24*7 ಸೇವೆ ಹೊಂದಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿದ್ದು ಅಗತ್ಯ ವಾಹನ ಸೌಕರ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಭ್ರಷ್ಟಾಚಾರ

ಇದನ್ನು ಕುರಿತು ಸಾರ್ವಜನಿಕರನ್ನು ಕೇಳಿದಾಗ ನಾವೇ ಕೊಟ್ಟರೇ ಮಾತ್ರ ರೂ.10 ರಿಂದ ರೂ.20 ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ ಬಲವಂತವಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದರು.

ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು

- ಈ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಗಿಂತ ಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಉತ್ತಮವಾಗಿ ನೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ
- ವೈದ್ಯರು ಸರಿಯಾಗಿ ಬರುವುದಿಲ್ಲ.
- ಕೆಲವೊಂದು ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ

ಉದ್ಭವಿಸುವ ತೊಂದರೆಗಳು

- ವೈದ್ಯರು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ವಾಸ ಮಾಡಬೇಕು.
- ಖಾಲಿ ಇರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಭರ್ತಿಯಾಗಬೇಕು
- ವಸತಿ ಗೃಹಗಳ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಬೇಕು.
- 24*7 ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸ ಬೇಕು
- ವಿಷ ಜಂತುಗಳು ಮತ್ತು ನಾಯಿ ಕಡೆತಕ್ಕೆ ಔಷಧಿಗಳ ಸರಬರಾಜು ಆಗಬೇಕು.

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ -ರಾಂಪುರ

ಜಿಲ್ಲೆ :- ಚಿತ್ರದುರ್ಗ

ತಾಲ್ಲೂಕು : ಮೊಳಕಾಲ್ಮೂರು

ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಾಹಿತಿ

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ:- ರಾಂಪುರ

ಉಪ ಕೇಂದ್ರ : 3

ಹಳ್ಳಿಗಳು : 44

ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಗಳು :- 3

ಕಟ್ಟಡ :- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಟ್ಟಡವಿದ್ದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಕಟ್ಟಡ ಬೇಕು

ಜನ ಸಂಖ್ಯೆ :- 29600

ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳ ಕೊರತೆ

ಇಲ್ಲಿ ಮರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಇಲ್ಲ. ಉಳಿದ ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳು ಇದ್ದಾರೆ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ಸ್ವಂತ ಕಟ್ಟಡದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶದನ್ವಯ ಕೇವಲ ಒಬ್ಬರು ವೈದ್ಯರು ಮಾತ್ರ ಇದ್ದಾರೆ.

ಜಿಷದಿಗಳು

ಜಿಷದಿಗಳ ಕೊರತೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿರುವುದು.

ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳು

ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲ. ಒಂದೇ ಶೌಚಾಲಯವಿದ್ದು ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಾರೆ. ವಸತಿ ಗೃಹಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಪರಿಸರ ಸ್ವಚ್ಛವಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಸ್ವಂತ ಕಟ್ಟಡವಾಗಬೇಕು, 10 ಹಾನಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ 30 ಹಾನಿಗಳಿಗೆ ಮೇಲ್ದರ್ಜೆಗೆ ಎಲಿಸಿದ್ದರು ಯಾವುದೇ ಸೌಕರ್ಯ ಇಲ್ಲ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ಟು, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆಯಂತಹ ಸರ್ಕಾರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮೊರೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು

ಹಿಂದಿನ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ನಿಬ್ಬಂಧಿಗಳಿಗೆ ಪರಸ್ಪರ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಇರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ದಿನಾಂಕ:-27.07.2010 ರಿಂದ ಹೊಸದಾಗಿ ವೈದ್ಯರಾದ ಡಾ||ಆನಂದ್ ಪ್ರಕಾಶ ರವರು ಬಂದ ಮೇಲೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದು ಸಾರ್ವಜನಿಕರು ತಿಳಿಸಿದರು.

ಉದ್ಭವಿಸುವ ಬೇಡಿಕೆಗಳು

- ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಸ್ವಂತ ಕಟ್ಟಡಬೇಕು

- ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ವಸತಿ ಗೃಹಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿ ಕೊಡಬೇಕು
- ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಬೇಕು
- ಈ ಅರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ 44 ಹಳ್ಳಿಗಳು ಬರುವುದರಿಂದ 108 ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಿಂದ ನಿರಾಕರಣೆ

ಹೆಸರು : ಲಕ್ಷ್ಮೀ

ಗ್ರಾಮ : ತಿಮ್ಮಲಾಪುರ

ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ : ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ರಾಂಪುರ

ವಯಸ್ಸು : 24

ಗಂಡನ ಹೆಸರು : ಮಲಿನ್ಯಾಮಿ

ಶ್ರೀಮತಿ.ಲಕ್ಷ್ಮೀ ರವರು ಏಪ್ರಿಲ್ 2010 ರಲ್ಲಿ ಎರಡನೇ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಬೆಳಗಿನ 11.30 ಕ್ಕೆ ರಾಂಪುರದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಆಗಮಿಸಿದ್ದು ವೈದ್ಯರು ಇಲ್ಲದಿದ್ದರಿಂದ ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಗಳು ಕರೆದಿದ್ದರು ಸಹ ಅವರುಗಳ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ನೀಡಲು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ತೋರಿ ಶ್ರೀಮತಿ. ಲಕ್ಷ್ಮೀ ಅವರ ಕಡೆಯವರಿಗೆ ಗದರಿದ್ದಾರೆ. ಆದಾದನಂತರ ಸಾಯಂಕಾಲ 4.30 ಕ್ಕೆ ಹೆರಿಗೆ ನೋವು ತೀವ್ರವಾಗಿದ್ದು ಆಗ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಡಾ||ಫರಾನ್ ರವರು ಆಗಮಿಸಿ ಪರಿಶ್ಚೆ ನಡೆಸಿ ನಮ್ಮಿಂದ ಆಗುವುದಿಲ್ಲಾ ಬಳಾಳಿಯ ವಿಮ್ಸ್ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಹೋಗಿ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ತದಾನಂತರ ಬಳಾಳಿಗೆ ಹೋಗಿ ಅಡ್ಮಿಟ್ ಆದರು ಸಹ ಸಮಯ ವಿಳಂಬದಿಂದಾಗಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗು ಮರಣ ಸಂಭವಿಸಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದಿಂದ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಾಲ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಜರ್ಜರಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

ಹೆಸರು : ಓಂಕಾರಮ್ಮ

ಗ್ರಾಮ : ತಿಮ್ಮಲಾಪುರ

ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ : ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ರಾಂಪುರ

ವಯಸ್ಸು : 28

ಗಂಡನ ಹೆಸರು : ರಾಮಾಂಜನಯ್ಯ

ಶ್ರೀಮತಿ.ಓಂಕಾರಮ್ಮ ರವರು ಮೇ 2010 ರಂದು ಎರಡನೇ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ರಾಂಪುರದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದು ಅಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯರಾದ ಡಾ||ಫರಾನ್ ರವರು ಇಲ್ಲಿ ಆಗುವುದಿಲ್ಲಾ ಬಳಾಳಿಯ ವಿಮ್ಸ್ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಹೋಗಿ ಬೇಕೆಂದು ತಿಳಿಸಿದಾರೆ. ಆದರೆ ಸಮಯ ವಿಳಂಬದಿಂದ ಹಾಗೂ ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡದೇ ಹೆರಿಗೆ ನಂತರ ತಾಯಿ ಮರಣ ಸಂಭವಿಸಿದೆ (ಅವಳಿ-ಜವಳಿ ಮಕ್ಕಳು). ಇದಾದನಂತರ ಅವಳಿ-ಜವಳಿ ಮಕ್ಕಳು ಸಹ ಮೃತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಗಂಡ ರಾಮಾಂಜನಯ್ಯ ರವರು ಸಾಕಷ್ಟು ಸಾಲ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.