കവർസ്റ്റോറി ●

ഡോ. കെ. അഹ്മദ് അൻവർ

മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് ജീവിതത്തിനും മരണത്തിനും മധ്യേ

വീട്ടിലാർക്കെങ്കിലും സുഖക്കേട് പിടിച്ചാൽ ഒറ്റ നടത്തമാണ്; ഒരു കുപ്പിയും കൈയിൽ പിടിച്ച്. നടക്കാൻ കഴിയാത്തയാളെ ഒരു 'മഞ്ചലി'ൽ നാലാൾ ഏറ്റിക്കൊണ്ട് പോകും. ലക്ഷ്യം; സ്ഥലത്തെ 'ചീക്ക്' (ധർമാശുപത്രി). അവിടെ അപ്പോത്തിക്കരി പരിശോധിച്ച് ഒരു കുപ്പിയിൽ 'മിക്സ്ചറും' ചെറിയ നാലഞ്ചു ഗുളികകളും തരും. ദുർലഭം ചിലപ്പോൾ ആശുപത്രിയിൽ കിടത്തും. എന്നെങ്കിലും ഓപ്പറേഷനുമുണ്ടാകും– ഒരു അപ്പന്റിക്സോ ഹെർണിയയോ ഹൈഡ്രോസിലോ സിസേറിയനോ പൈൽസോ. ഏതെങ്കിലും ഫ്രാക്ചർ പ്ലാസ്റ്ററിടേണ്ടി വരും. ഒരേ ഡോക്ടർ തന്നെ പലതും കൈകാര്യം ചെയ്യും. ചെലവ്? ഒന്നുമില്ല; തികച്ചും സൗജന്യം. പിന്നെ, ഏതെങ്കിലും വിഷമകരമായ കേസ് മെഡിക്കൽ കോളേജിലെത്തും. സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജിലും ചെലവില്ല; സേവനം സൗജന്യം. നാമമാത്ര ഫീസുകൾ നിയമാനുസൃതം ഒടുക്കേണ്ട 'ഉള്ളവൻ' പോലും കൊടുക്കാതെ രക്ഷപ്പെടും; കേസ്ഫയലിൽ വരുമാനം കുറച്ച് കാണിച്ചാൽ മതി. ചുരുക്കം ധനാഢ്യർ അങ്ങിങ്ങായുള്ള സ്വകാര്യ ഡോക്ടർമാരുടെ ആശുപത്രികളിലോ സർക്കാർ ഡോക്ടർമാരുടെ വീട്ടിലോ പോവും.

ഒരു നാലഞ്ച് ദശകങ്ങൾക്ക് മുമ്പ് നമ്മുടെ നാട്ടിലുണ്ടായിരുന്ന അവസ്ഥയായിരുന്നു ഇത്. പ്രസവങ്ങൾ 90 ശതമാനവും വീടുകളിൽ. പക്ഷേ, ഈ അവസ്ഥ അധികകാലം നിലനിൽക്കുകയില്ലായിരുന്നു എന്ന് അന്നേ ഊഹിക്കാമായിരുന്നു. കാരണം ഒന്നു രണ്ടെണ്ണം:

ഒന്നാമത്തേത് തികച്ചും സാമ്പത്തികം. അക്കാലത്ത് സർക്കാർ ചെലവുകളിൽ വലിയ ഒരു ശതമാനം ജനക്ഷേമ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കായി നീക്കി വെക്കാമായിരുന്നു. നെഹ്റുവിയൻ സോഷ്യലിസ്റ്റ്–ക്ഷേമരാഷ്ട്ര സങ്കൽപങ്ങളായിരുന്നല്ലോ നാടിനെ നയി

ച്ചിരുന്നത്. വിദ്യാഭ്യാസ രംഗത്തും ആരോഗ്യ മേഖലയിലും ചെലവാക്കുന്ന പണം ഒരു വലിയ നിക്ഷേപമായേ കണക്കാക്കപ്പെട്ടിരുന്നുള്ളൂ; അല്ലാതെ പാഴ്ച്ചെലവായല്ല (ഇന്ന് കാലം തകിടം മറിഞ്ഞു. ആരോഗ്യരംഗത്തെ ചെലവ് സഹിക്കാനാവാത്ത ഭരണകൂടത്തിന് തലമുറകളെ രോഗാതുരമാക്കുന്ന മദ്യത്തിൽനിന്നുള്ള വരുമാനം ക്രെഡിറ്റ് കോളത്തിലെ വരവായി). പതുക്കെ പതുക്കെ സർക്കാർ ചെലവുകൾ തന്നെ അതിഭീമമായി വർധിച്ചു. ധൂർത്തും അഴിമതിയും കെടുകാര്യസ്ഥതയും പാഴ്ച്ചെലവുകളും അരങ്ങുതകർത്തു. വരുമാനത്തിന്റെ സിംഹഭാഗം ജീവനക്കാരാകുന്ന വെള്ളാനകളെ തീറ്റിപ്പോറ്റാൻ വേണം. രാഷ്ട്രപതി–പ്രധാനമന്ത്രി മുതൽ ഗവർണർ– മുഖ്യമന്ത്രി–മന്ത്രിമാർ വഴിയേ, വാർഡുമെമ്പർ വരെയുള്ള രാഷ്ട്രീയക്കാർക്ക് വേണ്ടിയും, നിയമസഭാ കമ്മിറ്റികളും കോർപറേഷനുകളും അനുബന്ധ ഉദ്യോഗസ്ഥവൃന്ദങ്ങളും മറ്റും മറ്റുമായുള്ള യാത്രാപ്പടികൾ, ഉദ്ഘാടന മേളകൾ തുടങ്ങി ഭരണപരമായ ചെലവുകൾ വാണം പോലെ കുതിച്ചുയരുമ്പോൾ, കാർഷിക മേഖലയിലും മറ്റു ഉൽപാദന മേഖലകളിലും തുടർച്ചയായ ഗ്ലാനി ആയിരുന്നു ഫലം. ദേശീയ രംഗത്ത് രാജ്യരക്ഷാ ചെലവെന്ന വിശുദ്ധ പശുവിന് വേണ്ടിവരുന്നതിന് കൈയോ കണക്കോ വേണ്ടതേ ഇല്ലായിരുന്നു. മേമ്പൊടിയായി സ്വകാര്യവത്കരണവും ഉദാരവത്കരണവും ആഗോളവത്കരണവും കയറിവന്നു; ക്ഷേമരാഷ്ട്ര സങ്കൽപമേ സർക്കാർ കൈയൊഴിഞ്ഞു. അപ്പോൾ ചിന്ത ഇങ്ങനെ പോയി: റവന്യൂ, ട്രാൻസ്പോർട്ട്, എക്സൈസ് തുടങ്ങിയ വകുപ്പുകളിൽനിന്ന് സർക്കാറിന് വരുമാനമുണ്ട്. ആശുപത്രികളിൽനിന്നും ആരോഗ്യ മേഖലയിൽനിന്നും (കൂട്ടത്തിൽ വിദ്യാഭ്യാസ മേഖലയിൽനിന്നും) സർക്കാറിന് വരുമാനമില്ലെന്ന് മാത്രമല്ല, അങ്ങോട്ടു ചെലവിടേണ്ടിയും വരുന്നു. അങ്ങനെ സർക്കാറിന്റെ നിലപാട് ചിറ്റമ്മയുടേതിന് തുല്യമായി, ആരോഗ്യ–വിദ്യാഭ്യാസ സ്ഥാപനങ്ങളോട്. ആരും തിരിഞ്ഞു നോക്കാനില്ലാത്ത അനാഥ ശിശുക്കളെപ്പോലെ.

ഒപ്പത്തിനൊപ്പം, രണ്ടാമത്തെ കാരണമായി, മറ്റൊരു മാറ്റവും കൂടി ഉണ്ടാവുകയായിരുന്നു. ശാസ്ത്ര സാങ്കേതിക മുന്നേറ്റങ്ങൾ വൈദ്യമേഖലയിൽ അവിശ്വസനീയമായ മാറ്റങ്ങളാണ് സൃഷ്ടിച്ചത്. ഉദാഹരണങ്ങൾ പറയാം. ഹൃദ്രോഗ ബാധിതരിൽ ഒരമ്പത് കൊല്ലം മുമ്പ് മൂന്നിലൊന്ന് പേർ മരിക്കും; മൂന്നിലൊന്ന് പേർ വലിയ പ്രശ്നങ്ങളൊന്നുമില്ലാതെ രക്ഷപ്പെടും; ബാക്കിയുള്ള മൂന്നിലൊന്ന് രോഗ സങ്കീർണതാ ശേഷിപ്പുകളോടെ നിത്യ രോഗികളായി മാറും. ഇ.സി.ജി മാത്രമായിരുന്നു രോഗനിർണയ സങ്കേതത്തിലെ അവസാന വാക്ക്. ഇന്ന് കളർഡോപ്ലർ, ആൻജിയോ ഗ്രാം, കതീറ്ററൈഡേഷൻ, ബൈപ്പാസ്, വാൽവ് മാറ്റിവെക്കൽ തുടങ്ങിയവ നിത്യ സംഭവങ്ങളായി മാറി. ഹൃദ്രോഗി പ്രൈമറി ആൻജിയോ പ്ലാസ്റ്റിയോ ബൈപാസോ കഴിഞ്ഞ് ആശുപത്രിയിൽനിന്ന് മടങ്ങുകയായി. രോഗ സാധ്യതയുള്ളവനും ഇത്തരം ഇടപെടലുകൾ അനുഗ്രഹമായി. പക്ഷാഘാതം തുടങ്ങിയ മസ്തിഷ്ക രോഗങ്ങൾ, നേത്ര–അസ്ഥി, സ്ത്രീ–രോഗങ്ങൾ, കാൻസർ ചികിത്സ തുടങ്ങി എല്ലാ രംഗങ്ങളിലും വൻ കുതിപ്പുകളാണ് കാണാനിടയായത്. ദൈനംദിനേനയെന്നോണം സ്പെഷലൈസേഷൻ വളരുകയായിരുന്നു.

ഓടിക്കൊണ്ടേയിരുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിൽക്കുന്നിടത്ത് തന്നെയുള്ള സ്ഥാനം പോകുന്ന അവസ്ഥയിൽ, ഡോക്ടർമാരും വൈദ്യവിദ്യാർഥികളും വൈദ്യസ്ഥാപനങ്ങളും മറ്റു പാരാ–മെഡിക്കൽ വിഭാഗങ്ങളും തുടർ പഠന–ട്രെയ്നിംഗുകളിൽ ഏർപ്പെടുന്നില്ലെങ്കിൽ, പാർശ്വവത്കരണവും പിന്തള്ളപ്പെടലുമായിരിക്കും ഫലം. സ്വതേ ദുർബല, പിന്നെ ഗർഭിണിയും എന്നതുപോലെ പരാധീനതകളും ഫണ്ടില്ലായ്മയുമായി കഴിഞ്ഞിരുന്ന സർക്കാറാശുപത്രികളും മെഡിക്കൽ കോളേജുകളും മത്സരത്തിൽ പിന്തള്ളപ്പെട്ടു. കാശുള്ളവൻ സ്വകാര്യ മേഖലയിലേക്ക് തിരിഞ്ഞു; സ്വകാര്യ മേഖല മുന്നോട്ടടിച്ചു. ഒഴുക്ക് തിരിച്ചായി. മുമ്പ് ഗുരുതരമായതും സങ്കീർണതകളുള്ളതുമായ രോഗികൾ സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിൽനിന്നും ഡോക്ടർമാരിൽനിന്നും സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലേക്കും ആശുപത്രികളിലേക്കും ഒഴുകിക്കൊണ്ടിരുന്നപ്പോൾ, ഇപ്പോൾ മറിച്ചായി റഫറലുകൾ (ഇപ്പോഴും 'ഹോപ്‌ലസ്' കേസുകൾ സർക്കാറാശുപത്രികളിലേക്ക് പറഞ്ഞു വിടാനുള്ള വൈഭവം അവർ കൈവിട്ടില്ലെന്നത് മറ്റൊരു കാര്യം). മിടുക്കരായ ഡോക്ടർമാരും തിരിച്ചൊഴുകാൻ തുടങ്ങി. ഒരു ഉദാഹരണം പറയാം: തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയിലെ നൂതന സാങ്കേതിക വിദ്യയായിരുന്ന ഇൻട്രാ ഓക്കുലർ ലെൻസ് ട്രാസ്പ്ലാന്റ് സർജറി (ഇതിൽ തന്നെ നവംനവങ്ങളായ എന്തെല്ലാം മാറ്റങ്ങളുണ്ടായി! നേത്ര ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സുരക്ഷയും അപകടരാഹിത്യവും പതിന്മടങ്ങ് വർധിച്ചു; കാഴ്ച വീണ്ടെടുക്കുന്നതിലെ ഫലസിദ്ധിയും) സ്വകാര്യ മേഖലയിൽ ലഭ്യമാകാൻ തുടങ്ങി പതിറ്റാണ്ട് കഴിഞ്ഞശേഷമാണ് സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ അവ എത്തിപ്പെടുന്നത്. ബ്യൂറോക്രസിയുടെ അനങ്ങാപ്പാറ നയം,

രാഷ്ട്രീയമായ ഇച്ഛാശക്തിയുടെ അഭാവം, സ്വകാര്യ-നിക്ഷിപ്ത-യാഥാസ്ഥിതികതകൾ, താപ്പാനകളായി മുകളിൽ വിരാജിച്ചിരുന്ന സീനിയർമാർ, ശ്രേണിയിലെ ഉന്നതർ, ആവേശവും ഉത്സാഹവും കൈമുതലായുള്ള ചെറുപ്പക്കാരായ സർജന്മാരോട് കാണിച്ചിരുന്ന 'പെരുന്തച്ചൻ' നയം എല്ലാം കാരണമായിരുന്നു. ഇന്നും നേത്ര ചികിത്സാരംഗത്ത് സ്വകാര്യ മേഖലയെ വെല്ലാൻ, അഞ്ചാറ് നാഷ്നൽ ഓഫ്താൽമോളജി ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടുകൾക്ക് (ദൽഹിയിലെയും ഹൈദരാബാദിലെയും തിരുവനന്തപുരത്തെയും മറ്റും) മാത്രമാകില്ല.

കാരണം? പണ ലഭ്യതയില്ലായ്മ തന്നെ. മുതൽമുടക്കു വേണ്ടേ പുതിയ സാങ്കേതികവിദ്യകൾക്ക്? മന്ത്രിമാരുടെയും മറ്റു 'ഇസഡ്' കാറ്റഗറിക്കാരുടെയും സുരക്ഷാ പ്രശ്നങ്ങളോ സൈനിക-പോലീസ് ചെലവുകൾക്കോ ആണെങ്കിൽ പണം ഒഴുക്കാമായിരുന്നു. പക്ഷേ, ആരോഗ്യ-വിദ്യാഭ്യാസ രംഗങ്ങളിലോ; എങ്ങനെ വിഭവ സമാഹാരണം നടക്കും?!

മൂന്നാമതൊരു ഘടകവും കൂടി അവഗണിക്കപ്പെടാവതല്ല. വൈദ്യചികിത്സാ രംഗത്തെ വ്യാപാരവത്കരണ(മറ്റെല്ലായിടത്തും പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കപ്പെട്ടുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഒന്ന് ഇവിടെ മാത്രം പാടില്ലെന്ന് പറയുന്നത് അസംബന്ധവും അസാധ്യവും മാത്രം)മാണത്. പാവനമായ ഡോക്ടർ-രോഗീ ബന്ധം വെറും വണിക്ക്-ഉപഭോക്താവ് ബന്ധമായി. പുല്ലിന്നടിയിലെ പാമ്പായി മാറുമോ ഈ കയറിവരുന്ന രോഗി എന്ന് ഡോക്ടറും, തന്നെ കൊള്ളയടിക്കാനായി പിറന്ന ഷൈലോക്കുമാരാണോ ഈ ചികിത്സാ സംഘവും ആശുപത്രികളും എന്ന് രോഗിയും പരസ്പരം സംശയിച്ചിട്ടാണ് അന്യോന്യ ബന്ധം തുടങ്ങുന്നത്. കൂനിന്മേൽ കുരുവെന്ന പോലെ, പരമോന്നത കോടതിയും കൂടി ഡോക്ടർമാരെയും വൈദ്യരംഗത്തെയും ഉപഭോക്തൃ സംരക്ഷണ നിയമത്തിന്റെ വരുതിയിലാക്കാൻ പച്ചക്കൊടി കാട്ടി. മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീസ് 'ഡിഫെൻസീവ്' (പ്രതിരോധാത്മകം) ആയി. എന്നെങ്കിലും അവിചാരിത സന്ദിഗ്ധതകൾ ഉണ്ടായാൽ തങ്ങളുടെ തൊലി രക്ഷിക്കേണ്ടേ ഡോക്ടർമാർക്കും ആശുപത്രികൾക്കും? കണിശമായും ഗ്യാരണ്ടി ആയും ഒന്നും പറയാൻ കഴിയാത്ത ചികിത്സാ രംഗത്ത് കൂടുതൽ കൃത്യതയും അപകടരാഹിത്യവും ഉറപ്പാക്കാനുള്ള ശ്രമങ്ങൾ കൂടുതൽ കൂടുതൽ ടെസ്റ്റുകൾക്കും ഇൻവെസ്റ്റിഗേഷനുകൾക്കും വഴിതുറന്നു. ഉദാഹരണത്തിലൂടെ വ്യക്തമാക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയക്ക് വിധേയരാകാൻ പോകുന്ന എല്ലാ രോഗികളുടെയും എച്ച്.ഐ.വി സ്റ്റാറ്റസ് ടെസ്റ്റ് ചെയ്യാതെ സർജന്മാർക്ക് മനഃസമാധാനമുണ്ടാകില്ല. മുമ്പൊക്കെ തലവേദന എന്ന രോഗ ലക്ഷണത്തെക്കുറിച്ച് തന്റെ തലച്ചോറിനെക്കൊണ്ട് നന്നായി പണിയെടുപ്പിച്ച ശേഷം അത്യാവശ്യ ടെസ്റ്റുകൾ മാത്രം ചിലപ്പോൾ ചെയ്യിച്ച്, ആവർത്തിത നിരീക്ഷണങ്ങളിലൂടെ രോഗ നിർണയത്തിലെത്തിയിരുന്ന ഡോക്ടർക്ക്, ഇപ്പോൾ തലവേദന പ്രധാനമായും രണ്ട് തരമാണ്; ഒന്ന്, സി.ടി സ്കാൻ പോസിറ്റീവ്. രണ്ട്, സി.ടി സ്കാൻ നെഗറ്റീവ് (ഗുരുതര കാരണങ്ങൾ നേരത്തെ കണ്ടുപിടിക്കാമെന്ന സുരക്ഷിതത്വ ഗുണമുണ്ടിതിന്. മനുഷ്യനിലെ ഏറ്റവും സാധാരണമായ മൈഗ്രേയ്ൻ ഏത് ടെസ്റ്റാണ് കാണിച്ചു തരിക? മറ്റുള്ളവയുടെ സാധ്യതകൾ ഒന്നൊന്നായി ഒഴിവാക്കിയ ശേഷമല്ലാതെ?). നെഗറ്റീവായാൽ പിന്നെ മറ്റു കാരണങ്ങളെക്കുറിച്ച വിശകലനങ്ങളാവാം. അത് ബൗദ്ധിക വ്യായാമത്തിലൂടെയാകുന്നത് അഭികാമ്യമെങ്കിലും, കോടതികളിൽ തെളിവിന് ഇൻവെസ്റ്റിഗേഷൻ ടെസ്റ്റുകളുടെ മൂർത്ത രൂപങ്ങളായി കടലാസുകളും ചിത്രങ്ങളും ഗ്രാഫുകളും വേണ്ടേ? അങ്ങനെ പഴയകാലത്തെ 'ക്ലിനിക്കൽ മെഡിസിന്' പകരം 'എവിഡൻസ് ബേസ്ഡ് മെഡിസിൻ' രംഗത്ത് വരികയായി.

(രോഗീ-ഡോക്ടർ കൂടിക്കാഴ്ച; ആവുന്നത്ര സമയമെടുത്ത് സാവാധനം സമാശ്വാസദായകമായ അന്തരീക്ഷത്തിൽ. തന്റെ ജീവനാണ് ഇയാൾ തന്റെ കൈയിൽ 'അമാനത്തായി' ഏൽപിക്കുന്നതെന്ന് ഡോക്ടറും, എന്തു വന്നാലും മനഃപൂർവം ഇയാൾ തനിക്ക് നല്ലതല്ലാതെ ദോഷമൊന്നും വരുത്തില്ലെന്ന് രോഗിയും പരസ്പര വിശ്വാസമർപ്പിക്കുന്ന കൂടിക്കാഴ്ച. ശേഷം, 'കണ്ട് പരിശോധന', 'തൊട്ട് പരിശോധന', 'കൊട്ടിപ്പരിശോധന', 'കുഴലു പരിശോധന'- അവസാനത്തെ രണ്ടെണ്ണം വകഭേദങ്ങളോടെ- തുടങ്ങിയവക്ക് ശേഷം ശ്രദ്ധാപൂർവമായ ഗ്രാഹ്യ-ത്യാജ്യ സെലക്ഷനിലൂടെ ആവശ്യമായ ലബോറട്ടറി ടെസ്റ്റുകൾ മാത്രം നടത്തുക; തുടർന്ന് ചികിത്സയും. ഇതാണ് നൂറ്റാണ്ടുകളിലൂടെ തുടർന്ന് വന്ന 'ക്ലിനിക്കൽ മെഡിസിൻ'. അത് ചത്തു കഴിഞ്ഞു; അല്ലെങ്കിൽ ഇപ്പോൾ 'ഊർദ്ധൻ' വലിക്കുകയാണ്.

പകരം വന്നതിങ്ങനെ: ആദ്യം ഒരു പ്രിന്റഡ് ഫോർമാറ്റിലെ ടെസ്റ്റുകളെല്ലാം ചെയ്ത് വരൂ. എന്നിട്ട് ഡോക്ടറെ കാണാം. സമാനമായ കേസുകൾ ഇന്റർനെറ്റിൽ പരതി കൂടുതൽ ഫലപ്രദമായിരുന്നു എന്ന് തെളിഞ്ഞ രോഗ നിർണയ ചികിത്സാ സങ്കേതങ്ങളന്വേഷിക്കാം. അതിനാവശ്യമാ

യത്ര ബൗദ്ധിക വ്യായാമം മേമ്പൊടിയാകാം– എവിഡൻസ് ബേസ്ഡ് മെഡിസിൻ).

ഈ ഡിഫെൻസീവ് മെഡിസിൻ കാരണം ചികിത്സാ രംഗത്തെ ചെലവുകൾ ശതഗുണീഭവിക്കുകയേ ഉള്ളൂ. ഫലം? രോഗിയായാൽ രണ്ടേ രണ്ട് മാർഗം: ഒന്നുകിൽ ചാവുക, 'പടച്ചവൻ മാറ്റട്ടെ' എന്ന് കരുതി ചികിത്സക്ക് പോവാതിരിക്കുക. അല്ലെങ്കിൽ, വീടും പുരയിടവും വ്യാപാരവും ജോലിയും പണയം വെക്കുകയോ വിൽക്കുകയോ ചെയ്യുക. അതായത്, പണമില്ലാത്തവൻ പോയി തുലയട്ടെ. പണമുള്ളവന് പോലും എന്തെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് കൂടിയേ കഴിയൂ. സാമാന്യ ജനങ്ങളുടെ രക്ഷക്ക് സർക്കാറുണ്ടെന്ന മൗഢ്യം അങ്ങുപേക്ഷിച്ചേക്കുക. സർക്കാറിന്റെ വക്താക്കൾ പറഞ്ഞു കഴിഞ്ഞു, ഇതിനൊക്കെയുള്ള വഹകൾ കണ്ടെത്തുക ഞങ്ങളുടെ ജോലിയല്ല എന്ന്. 'അൺ ഇക്കണോമിക്' സ്കൂളുകളായാലും ആശുപത്രികളായാലും ഭരണകൂടത്തിന് അവയുടെ സംസ്ഥാപനവും പരിപാലനവും ആവില്ല. കാരണം ഭീമമായ നീക്കിയിരുപ്പാണാവശ്യം; അതിന് ഇതെന്താ വല്ല രാജ്യരക്ഷയോ വി.ഐ.പി സുരക്ഷയോ മറ്റോ ആണോ?

ഉള്ളവൻ അതിനാൽ മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസികളെടുക്കുന്നു; കനത്ത പ്രീമിയം നൽകിക്കൊണ്ട്. ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾക്ക് ചാകരയാണിത്. മറ്റു ഇൻഷുറൻസ് മേഖലകളേക്കാൾ സാധ്യതകളുണ്ടിവിടെ.

അപ്പോൾ പാവപ്പെട്ടവർ എന്തു ചെയ്യും? അവിടെയാണ് ജനകീയ സർക്കാറിന്റെ മറുപടി. ദാരിദ്ര്യരേഖക്ക് താഴെയുള്ളവരുടെ പ്രീമിയം സർക്കാർ അടച്ചോളും. നിങ്ങൾ സ്കീമുകളിൽ ചേർന്നാൽ മാത്രം മതി. രംഗത്തുള്ള ധാരാളം കമ്പനികളിൽനിന്ന് സെലക്ട് ചെയ്യപ്പെടുന്നത് കുറച്ചായിരിക്കും; അതിലൂടെ മറിയുന്ന കമീഷനുകൾ എന്നത് ദുരൂഹവും.

സംഗതി കേൾക്കുമ്പോൾ സുഖം തോന്നും. പക്ഷേ, ചില അസ്കിതകളുണ്ട്: ഒന്ന്, പ്രാരംഭഘട്ടങ്ങളിലെങ്കിലും ക്ലെയിമുകൾ ചുരുക്കവും പ്രീമിയം വരുമാനം എത്രയോ അധികവുമായിരിക്കും. രണ്ട്, എല്ലാതരം രോഗങ്ങൾക്കും അപകടങ്ങൾക്കും ആശുപത്രികൾക്കും ഇൻഷുറൻസ് കവറേജ് ഉണ്ടാകണമെന്നില്ല. ഏത് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിലെയും ആ 'ഫൈൻ പ്രിന്റുകളി'ലുള്ളത് ചതിക്കുഴികളായിരിക്കും. താൻ കാണുന്ന ഫയലിലെ അപേക്ഷ എങ്ങനെ തള്ളിക്കളയാം എന്ന പരിഗണനയായിരിക്കും ഓരോ 'ക്ലെയിമി'ന്മേലും കമ്പനിയുദ്യോഗസ്ഥർക്ക്; ചുരുങ്ങിയത് വെട്ടിച്ചുരുക്കുകയെങ്കിലും (ശരാശരി ബ്യൂറോക്രാറ്റിന്റെ താപ്പാന മനോഭാവം ശതഗുണീഭവിച്ച നിലയിൽ). പ്രീമിയച്ചെലവുകൾ പൊതുഖജനാവിൽ നിന്നാകുമ്പോൾ ഇത്തരം 'മാനിപ്പുലേഷൻ' സാധ്യതകൾ ധാരാളം. തുടർന്നുള്ള കോടതി കേസുകളുടെ ചെലവുകൾ സർക്കാർ വഹിക്കുമോ? അവ വരുത്തിവെക്കുന്ന കാലതാമസം മൂലം 'ക്ലെയിമുകൾ' പ്രയോജനപ്പെടുമോ?

ചില അംഗീകൃത പ്രത്യേക സ്ഥാപനങ്ങളിലെ ചികിത്സകൾക്കേ ഇത്തരം ക്ലെയിമുകൾക്കുള്ള അർഹതയുണ്ടാവൂ. സേവന ദാതാക്കളായ മെഡിക്കൽ സ്ഥാപനങ്ങളും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികളും തമ്മിലുണ്ടായേക്കാവുന്ന അവിശുദ്ധ കൂട്ടുകെട്ടുകളുടെ സാധ്യതയും തള്ളിക്കളഞ്ഞുകൂടാ. പെരുപ്പിച്ച മെഡിക്കൽ ബില്ലുകളും അനാവശ്യ രോഗനിർണയ–ഔഷധ–ചികിത്സാ ചെലവുകളും സംഭവ്യങ്ങളാവും. അർഹതപ്പെട്ട 'ക്ലെയിമുകൾ' സാങ്കേതിക കാരണങ്ങളാൽ തള്ളപ്പെടാം. ഒരു രോഗം പിടിപെട്ടതിനു ഇത്രമാത്രം പങ്കപ്പാടുകളും നൂലാമാലകളുമോ?

മെഡിക്കൽ ക്ലെയിമുകൾക്ക്– അതും പൊതുഖജനാവിൽനിന്ന് തുഛ വൈയക്തിക പ്രീമിയം അടക്കുന്നവ– തീർച്ചയായും ഒരു ഉയർന്ന പരിധി വെച്ചിരിക്കും; വർഷത്തിൽ ഇത്ര രൂപ വരെ എന്നൊക്കെ. രോഗങ്ങൾക്കും അപകടങ്ങൾക്കുമറിയുമോ ഇത്തരം ചട്ടവട്ടങ്ങൾ? ചിലർക്കെങ്കിലും അതിന്റെ എത്രയോ ഇരട്ടി ചെലവുകൾ ആവശ്യമായ ചികിത്സകൾ വേണ്ടിവന്നിട്ടുണ്ടാവാം. ബാക്കി സംഖ്യ കണ്ടെത്തേണ്ട ചുമതല അപ്പോഴും രോഗിക്ക് ബാക്കിയാവും. ഉദ്ദേശ്യ ലക്ഷ്യങ്ങളെ പരാജയപ്പെടുത്തുന്ന സന്ദിഗ്ധതകളാണിവയെല്ലാം.

ഇവയുടെ മേൽനോട്ട സംവിധാനങ്ങളിലും മെക്കാനിസത്തിലും സ്വകാര്യ വൈദ്യമേഖലയിലെ ഭീമൻ സ്രാവുകൾക്ക് ഇര പിടിക്കാൻ ധാരാളം കോപ്പുകളുണ്ടാവാം. ഈ സ്കീമുകളെയാകെ തങ്ങളുടെ കുത്തകവത്കരണത്തിനായി മാറ്റിമറിക്കുന്നത് ഒഴിവാക്കാനുള്ള സംവിധാനവും ആവശ്യമായേക്കാം.

പക്ഷേ, എന്തൊക്കെ കുറ്റങ്ങളും കുറവുകളുമുണ്ടെങ്കിലും, ഇതല്ലാതെ മറ്റെന്ത് പോംവഴി? ഏറെ പ്രശംസനീയമായി നടന്നുവന്നിരുന്ന ബ്രിട്ടണിലെ നാഷ്നൽ ഹെൽത്ത് സ്കീം (എൻ.എച്ച്.എസ്) മാതൃകയിലായിരിക്കും ഇത് നടക്കുക എങ്കിൽ നല്ലത് തന്നെ. പക്ഷേ, അതിന് പ്രാരംഭമായി

മെഡിക്കൽ രംഗം അപ്പാടെ ഉടച്ചുവാർക്കണം. 'ഫാമിലി ഫിസിഷ്യൻ സ്കീം' തുടങ്ങണം. എൻ.എച്ച്.എസിലെ പോലെ തങ്ങൾക്കിഷ്ടമുള്ള ഡോക്ടർമാരെയും ക്ലിനിക്കുകളെയും പ്രാഥമിക (ജനറൽ) പ്രാക്ടീഷനർമാരായി വരിക്കാനും വേണമെങ്കിൽ ഡോക്ടറെ മാറ്റി വേറെ ഒരാളെ തെരഞ്ഞെടുക്കാനും അതിനാവശ്യമായ ഗ്രൂപ്പ് (ജനറൽ) പ്രാക്ടീസുകളും അവർ റഫർ ചെയ്യുന്നവ മാത്രം കൈകാര്യം ചെയ്യുന്ന 'ദ്വിതീയ', 'തൃതീയ' റഫറൽ സംവിധാനവും ഇത്തരം സംരംഭങ്ങളുടെ പ്രയോജനക്ഷമത വർധിപ്പിച്ചേക്കാം.

എന്തായാലും ചികിത്സാരംഗം ഇനിയും മാറ്റത്തിന് വിധേയമാവും. വൈയക്തിക-ഗ്രൂപ്പ് മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസുകളാണ് മുന്നോട്ടുള്ള വഴിയായി സർക്കാർ തലത്തിൽ പരിഗണിക്കപ്പെടുന്നത്. അല്ലാതെ വേറൊരു വഴി ഇപ്പോൾ മുന്നിൽ കാണുന്നില്ല എന്നതാണ് യാഥാർഥ്യം. ■

മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസിന്റെ ജനകീയവത്കരണം കേരള പാഠങ്ങൾ

2008 ഒക്ടോബർ 2-ന് ആലപ്പുഴ ജില്ലയിലെ എസ്.എൽപുരത്തെ ചടങ്ങിൽവെച്ച്, CHIS (Comprehensive Health Insurance Scheme) എന്ന ചുരുക്കപ്പേരിൽ അറിയപ്പെടുന്ന കേരള സമഗ്ര ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് സ്കീം മുഖ്യമന്ത്രി വി.എസ് അച്യുതാനന്ദൻ ഔദ്യോഗികമായി ഉദ്ഘാടനം ചെയ്തു. അതിന്റെ രണ്ടാം ഘട്ടമായ 'സ്മാർട്ട് കാർഡ് വിതരണം' പങ്കാളി കുടുംബങ്ങൾക്ക് അടുത്തുതന്നെ നൽകാൻ തുടങ്ങുമെന്ന് 2010 മാർച്ച് 31-ന് തൊഴിൽ മന്ത്രി ഗുരുദാസൻ അറിയിച്ചു. സ്കീമിലെ ഉപയോക്താക്കൾക്ക് 'സ്മാർട്ട് കാർഡുകൾ' നൽകും. കേന്ദ്ര പദ്ധതിയായ 'രാഷ്ട്രീയ സ്വാസ്ഥ്യ ബീമാ യോജന'യിൽ ഉൾപ്പെടുത്താൻ പ്ലാനിംഗ് കമീഷൻ കണക്കാക്കിയ 11.79 ലക്ഷം ബി.പി.എൽ കുടുംബങ്ങൾക്കു പുറമെ, കേരള സർക്കാർ ദാരിദ്ര്യ രേഖക്ക് ചുവടെയായി കണക്കാക്കിയ 10 ലക്ഷം കുടുംബങ്ങളും ഏകദേശം 550 രൂപ വാർഷിക പ്രീമിയം അടക്കാൻ തയാറുള്ള എ.പി.എൽ കുടുംബങ്ങളും അടങ്ങിയതാണ് സ്കീം ലക്ഷ്യം വെക്കുന്ന ഉപയോക്താക്കൾ. ഈ സ്മാർട്ട് കാർഡുകൾ വിതരണം ചെയ്തുകഴിഞ്ഞാൽ ബി.പി.എൽ കുടുംബങ്ങൾക്ക് നിർണിത ആശുപത്രികളിൽ 'കാഷ് ലെസ്' ചികിത്സ ലഭ്യമാകും. ഒരു ബി.പി.എൽ കുടുംബത്തിന് (അഞ്ച് അംഗങ്ങൾ വരെ) 30,000 രൂപ വരെയുള്ള വാർഷിക ചികിത്സാ ചെലവിനാണ് കവറേജ് ലഭിക്കുക. ബി.പി.എൽ കുടുംബങ്ങൾക്ക് വാർഷിക ഫീസ് 30 രൂപ ആയിരിക്കും. ബാക്കി സർക്കാർ നൽകും.

ഇത് നടപ്പിലാക്കാൻ ഒരു സമഗ്ര ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് ഏജൻസിയായി (Comprehensive Health Insurance Agency of Kerala- CHIAK) ഒരു സൊസൈറ്റിയാണ് നിലവിൽ വരിക. ഇതിൽ സർക്കാരാശുപത്രികൾ, സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജാശുപത്രികൾ, ഇ.എസ്.ഐ സഹകരണാശുപത്രികൾ, നിശ്ചിത മാനദണ്ഡങ്ങൾക്കനുസരിച്ച് എംപാനൽ ചെയ്യപ്പെട്ട സ്വകാര്യ ആശുപത്രികൾ എന്നിവക്ക് പങ്കാളിത്തം ഉണ്ടാകും. സ്കീമിലുൾപ്പെട്ട കുടുംബങ്ങൾക്ക് ഒരു ദിവസത്തെ ചികിത്സക്ക് പരമാവധി 500 രൂപ വരെയും ഇന്റൻസീവ് കെയർ ചികിത്സക്ക് 1000 രൂപ വരെയും ലഭ്യമാക്കും. ഇ.എസ്.ഐ സ്കീം ഇതിലേക്ക് നിർണയിക്കപ്പെട്ട തങ്ങളുടെ സ്ഥാപനങ്ങളെ ഇതിനിടെ നിർദേശിച്ച് കഴിഞ്ഞു; ആവശ്യമായ വിഹിതങ്ങൾ ചെലവഴിക്കേണ്ട ചട്ടവട്ടങ്ങൾ പുറപ്പെടുവിക്കുകയും ചെയ്തു (കേരള സർക്കാർ, തൊഴിൽ വകുപ്പ്, ഉത്തരവ്, G.O (MS) No. 3/2009/LBR, തീയതി 3-1-2009).

ഏകദേശം 750 ഇനം മെഡിക്കൽ, സർജിക്കൽ ഇൻപേഷ്യന്റ് ചികിത്സകൾ സ്കീമിൽ ലിസ്റ്റ് ചെയ്യപ്പെട്ടു കഴിഞ്ഞു. 19 ഒ.പി ചികിത്സകളും. സംസ്ഥാന നിരക്കുകൾ കേന്ദ്രത്തിന്റേതിനേക്കാൾ താഴ്ന്നതാണ്. കേരളത്തിലെ 14 ജില്ലകളിൽ പൊതുമേഖലാ കമ്പനിയായ യൂനൈറ്റഡ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയാണ് ടെൻഡർ നേടിയത്.

പ്രീമിയങ്ങളിൽനിന്ന് ലഭ്യമാകുന്ന തുകയിൽനിന്ന് സർക്കാറാശുപത്രികളുടെ വികസനത്തിനും, കൂടുതൽ പ്രീമിയം സംഘടിപ്പിക്കുന്ന ഡോക്ടർമാരടക്കമുള്ള സർക്കാറാശുപത്രി ജീവനക്കാർക്ക് പ്രോത്സാഹന 'ബോണസ്' നൽകാനും ചെലവ് കണ്ടെത്താൻ വകുപ്പുകളുണ്ട്. 'ജനങ്ങൾക്ക് ആരോഗ്യ സംരക്ഷണം നൽകുന്നതിനുള്ള ഏറ്റവും നല്ലതിന് ചുവടെയുള്ള ഒരു വഴി' എന്ന് കേരള പ്ലാനിംഗ് ബോർഡ് ഉപാധ്യക്ഷൻ പ്രഭാത് പട്നായിക്കിനും (*പീപ്പിൾസ് ഡെമോക്രസി*, ജൂലൈ 13, 2008), 'പരി

മിതികൾക്കകത്ത് നിന്നുകൊണ്ട് ബദൽ മാർഗങ്ങൾ കണ്ടെത്താൻ സർക്കാർ നിർബന്ധിതമാകുന്ന തിനുദാഹരണ'മായി ധനകാര്യ മന്ത്രി തോമസ് ഐസക്കിനും (*ഫ്രണ്ട്‌ലൈൻ*, ഒക്ടോബർ 25, നവംബർ 27, 2008) സമ്മതിക്കേണ്ടി വന്നതിൽനിന്ന് തന്നെ ഇടത് സർക്കാറിന് പരിപൂർണ തൃപ്തിയല്ല ഉള്ളതെന്ന് വ്യക്തമാണ്. ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾക്ക് ഇറങ്ങിക്കളിച്ച് ലാഭമുണ്ടാക്കാൻ സഹായകമാകുന്നതിനേക്കാൾ അഭികാമ്യം ബൃഹത്തായ ഒരു ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ വ്യവസ്ഥ ആയിരിക്കും എന്നവർക്ക് ബോധ്യമുള്ളത് പോലെ. ഇതിന് മുമ്പ് യു.ഡി.എഫ് സർക്കാർ 'കുടുംബ സുരക്ഷാ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് സ്കീം' എന്നൊന്ന് പൊതു തെരഞ്ഞെടുപ്പിന് തൊട്ടു മുമ്പ് തട്ടിക്കൂട്ടി കൊണ്ടുവന്നിരുന്നു; പക്ഷേ, കാലഗതിയടഞ്ഞു.

വളരെ ആശങ്കകളോടെയും കുറെയൊക്കെ പ്രതീക്ഷകളോടെയുമാണ് സ്വകാര്യ ആരോഗ്യ ലോബികളും ആശുപത്രികളും CHIAKയെ സമീപിക്കുന്നത്. ഇടത് സർക്കാറിനോടുള്ള മനോഭാവമായിരിക്കും കാരണം. ഇത് ബീഹാറോ യു.പിയോ അല്ല; കേരളമാണെന്ന തിരിച്ചറിവും കാണും. അവിടങ്ങളിലൊക്കെ ഇൻഷുറൻസ് മേഖലയിൽനിന്ന് ലാഭം കൊയ്യാവുന്ന പോലെ ഇവിടെ നടന്നു എന്നു വരില്ല; നഷ്ട ബാധ്യതയുണ്ടാവാനും വഴിയുണ്ട്. രാഷ്ട്രീയ നിലപാടുകൾ മാത്രമല്ല കാരണം; കേരള സമൂഹം അത്രമാത്രം 'മെഡിക്കലൈസ്ഡ്' ആയി കഴിഞ്ഞു എന്നതുമാകാം. എന്തിനും ഏതിനും ഡോക്ടർമാരെയും ആശുപത്രികളെയും സമീപിക്കുക എന്നതാണല്ലോ നമ്മുടെ ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ വീക്ഷണം. ■

മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസിന്റെ ഭാരതീയ മുഖങ്ങൾ

ബറാക് ഒബാമയുടെ തെരഞ്ഞെടുപ്പ് വാഗ്ദാനങ്ങളിലൊന്നായ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് പരിഷ്കരണം നിയമനിർമാണത്തിലൂടെ നടപ്പിലാക്കാൻ അങ്ങോർ പെട്ടപാട് ഈയിടെ നാം കണ്ടു. പാശ്ചാത്യ-ഗൾഫ് രാജ്യങ്ങളിൽ, വിശേഷിച്ച് അമേരിക്കയിൽ ചികിത്സാരംഗം മുഴുവൻ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾ കൈയടക്കിയതിനാലാണ്, ഇന്ത്യയിലേക്ക് പ്രവഹിക്കുന്ന ഹെൽത്ത് ടൂറിസം മുതലെടുക്കാൻ ഇവിടത്തെ കൊച്ചു മുതലാളിമാർക്ക് അവസരം കിട്ടുന്നതുതന്നെ. വിദേശികൾക്ക് അസഹനീയമായ അവിടത്തെ ചെലവുകളിൽ നിന്ന് രക്ഷപ്പെടാൻ ഭാരതീയ ആരോഗ്യ-ചികിത്സാ രംഗത്തെ അവർ സഹനീയമായി കാണുന്നു. പക്ഷേ, കൂട്ടത്തിൽ സംഭവിക്കുന്നത് അവിടെയുള്ള സ്ഥിതിവിശേഷം ഇങ്ങോട്ടും പറിച്ച് നടേണ്ടിവരുന്ന ദുരന്തമാണ്-അതായത് എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കവറേജില്ലെങ്കിൽ ചികിത്സ നിഷേധിക്കപ്പെടാം എന്നിടത്തേക്ക്.

ഭാരതത്തിൽ ലഭ്യമായ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് സ്കീമുകളെ വിവിധ വിഭാഗങ്ങളായി തരംതിരിക്കാം:

1. ലാഭം ലക്ഷ്യമായ സ്വകാര്യ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് സംരംഭങ്ങൾ. ഐഛികമായി തെരഞ്ഞെടുക്കാവുന്ന ഇവയിൽ ചിലത്: പൊതുമേഖലാ ഇൻഷുറൻസ് കോർപറേഷനുകൾ: നാഷ്നൽ ഇൻഷുറൻസ്, ന്യൂ ഇന്ത്യാ അഷ്വറൻസ്, ഓറിയന്റൽ ഇൻഷുറൻസ്, യുണൈറ്റഡ് ഇൻഷുറൻസ്, ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കോർപറേഷൻ ഓഫ് ഇന്ത്യ (ആശാ ദീപ്, ജീവൻ ആശ പ്ലാൻ, ജന ആരോഗ്യ പോളിസി, രാജ രാജേശ്വരി പോളിസി, മെഡി ക്ലെയിം കാൻസർ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി, ഭവിഷ്യ ആരോഗ്യ പോളിസി, ഡ്രെഡഡ് ഡിസീസ് പോളിസി). സ്വകാര്യ മേഖല: ബജാജ് അലയൻസ്, ഐ.സി.ഐ.സി.ഐ, ലൊംബാർഡ്, റോയൽ സുന്ദരം ഗ്രൂപ്പ്, ചോളമണ്ഡലം ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ്.
2. തൊഴിൽ ദാതാക്കൾ നടത്തുന്ന സ്കീമുകൾ. ഉദാ: റെയിൽവേ, പട്ടാളം, പ്ലാന്റേഷനുകൾ, ഖനനം എന്നിവ അവരുടെ തൊഴിലാളികൾക്ക് വേണ്ടി ആവിഷ്കരിച്ചവ.
3. സന്നദ്ധ സേവാ സംഘങ്ങൾ ആവിഷ്കരിച്ചവ. ഉദാ: ഐ.എം.എ, അക്കോർഡ്, അശ്വിനി, അപ്പോളോ ആശുപത്രി അസോസിയേഷൻ, കേരളത്തിൽ തിരുവനന്തപുരം ജില്ലയിലെ ഫിഷർമെൻസ് ഫെഡറേഷന്റെ സ്കീമുകൾ. മറ്റനേകം അന്യ സംസ്ഥാനങ്ങളിലായി ഉണ്ട്.
4. ഇ.എസ്.ഐ, സി.ജി.എച്ച്.എസ് തുടങ്ങിയ പബ്ലിക് കോർപറേഷനുകൾ.
5. സംസ്ഥാന സർക്കാറുകളുടെ സ്കീമുകൾ. ■