

सामाजिक अवसंरचना, रोजगार और मानव विकास

अर्थशास्त्रियों को बहुत पहले से ही ज्ञात है कि लोग राष्ट्रों की संपदा के जरूरी घटक हैं।

—टी.डब्ल्यू. शल्ट्ज

भारत में समावेशी और सतत् विकास लाने के लिए, सामाजिक अवसंरचना जैसे कि शिक्षा, स्वास्थ्य और सामाजिक सुरक्षा को सरकार द्वारा सर्वोच्च प्राथमिकता प्रदान की जा रही है। सरकार मानव संसाधन पर व्यय भी बढ़ाती रही है और साथ ही योजनाओं का विलय करके व्यय की कार्यक्षमता को बढ़ाने के उपाय भी करती रही है। रोजगार सृजन के अवसर पैदा करने तथा अनौपचारिक अर्थव्यवस्था में बड़े पैमाने पर कार्यरत जनता को स्थायी आजीविका प्रदान करने के लिए विधायी सुधार तथा श्रम सुधार के अनेक उपाय लागू किए जा रहे हैं। शिक्षा, कौशल विकास, रोजगार, आमदनी में स्त्रियों से जुड़े अनानुपातिक अंतरालों को पाटना और समाज में व्याप्त सामाजिक विषमता को कम करना मानव सामर्थ्य को संवर्धित करने की विकासपरक कार्यनीति के मूल लक्ष्य रहे हैं।

10.1 मानव संसाधन में निवेश राष्ट्र-निर्माण करने वाली स्वस्थ और उत्पादक जनता के लिए पूर्व अपेक्षा है। विकासशील अर्थव्यवस्था होने के कारण, भारत में शिक्षा और स्वास्थ्य जैसी महत्वपूर्ण सामाजिक अवसंरचना पर व्यय बढ़ाने की पर्याप्त वित्तीय गुंजाइश नहीं है। तथापि, सीमित संसाधनों को देखते हुए, सरकार ने जनता की शैक्षिक और स्वास्थ्य-विषयक स्थिति के सुदृढीकरण को लगातार प्राथमिकता दी है। चूंकि भारत ज्ञान की अग्रणी अर्थव्यवस्थाओं में से एक के रूप में उभरने की स्थिति में है अतः शिक्षा, कौशल विकास एवं स्वास्थ्य जैसे मामले सरकार की प्राथमिकताएं बने रहेंगे।

सामाजिक क्षेत्रक व्यय की प्रवृत्तियां

10.2 स्वास्थ्य और शिक्षा जैसी समाजिक अवसंरचना में सरकारी निवेश किसी अर्थव्यवस्था के विकास में महत्वपूर्ण रहते हैं। तथापि, केन्द्र और राज्यों द्वारा समाज-सेवाओं पर व्यय जीडीपी के अनुपात के रूप में 2012-13 से 2014-15 के दौरान 6 प्रतिशत के दायरे में बना रहा है। 2015-16 में 5.8 प्रतिशत के साथ इसमें मामूली गिरावट हुई है, जो 2016-17 के लिए (ब.अ.), यह बढ़कर 6.6

प्रतिशत हो गया है (सारणी 1)। स्टेट फाइनेन्सेज: अ स्टडी ऑफ बजट ऑफ 2016-17 (आरबीआई) से प्राप्त 29 राज्यों के आंकड़ों ने वर्ष 2014-15 से 2016-17 के दौरान सामाजिक सेवाओं संबंधी व्यय (जीएसडीपी के प्रतिशत के रूप में) में 6.0 प्रतिशत से 6.9 प्रतिशत की बढ़ती गति दर्शायी है।

सर्वजन शिक्षा

10.3 भारत सरकार “समाज की सभी श्रेणियों के छात्रों के लिए समावेशी और गुणवत्तायुक्त शिक्षा सुनिश्चित करने तथा आजीवन शिक्षा प्राप्ति को बढ़ावा देने” के मामले में 2030 तक शिक्षा के लिए धारणीय विकासपरक लक्ष्य (एसडीजी-4) प्राप्त करने के लिए प्रतिबद्ध है। प्रारंभिक शिक्षा के व्यापकीकरण के लक्ष्य को हासिल करने के उद्देश्य से, 2010 में निःशुल्क और अनिवार्य शिक्षा अधिकार अधिनियम, 2009 अधिनियमित किया गया था जो न्यायोचित विधिक रूपरेखा का प्रावधान करता है और 6-14 वर्ष की आयु के सभी बच्चों को प्रारंभिक शिक्षा के लिए मुफ्त और अनिवार्य दाखिला, उपस्थिति और प्रारंभिक शिक्षापूर्णाता का हक देता है। यह बच्चों को समता और

सारणी 1. सामान्य सरकार (केन्द्र और राज्यों) द्वारा सामाजिक सेवा व्यय की प्रवृत्तियां

मद	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17 सं.अ.	2017-18 ब.अ.
	(₹ लाख करोड़)					
कुल व्यय	26.95	30.00	32.85	33.78	40.60	43.96
सामाजिक सेवाओं पर व्यय	6.58	7.46	7.68	7.90	9.84	10.94
i) शिक्षा	3.13	3.48	3.54	3.31	3.95	4.41
ii) स्वास्थ्य	1.26	1.39	1.49	1.52	2.26	2.25
iii) अन्य	2.20	2.59	2.65	3.07	3.63	4.27
जीडीपी के प्रतिशत के रूप में						
कुल व्यय	27.1	26.7	26.4	24.7	26.7	26.4
सामाजिक सेवाओं पर व्यय	6.6	6.6	6.2	5.8	6.5	6.6
i) शिक्षा	3.1	3.1	2.8	2.4	2.6	2.7
ii) स्वास्थ्य	1.3	1.2	1.2	1.1	1.5	1.4
iii) अन्य	2.2	2.3	2.1	2.2	2.4	2.6
कुल व्यय के प्रतिशत के रूप में						
सामाजिक सेवाओं पर व्यय	24.4	24.9	23.4	23.4	24.2	24.9
i) शिक्षा	11.6	11.6	10.8	9.8	9.7	10.0
ii) स्वास्थ्य	4.7	4.6	4.5	4.5	5.6	5.1
iii) अन्य	8.2	8.6	8.1	9.1	8.9	9.7
सामाजिक सेवाओं के प्रतिशत के रूप में						
i) शिक्षा	47.5	46.7	46.1	41.9	40.2	40.3
ii) स्वास्थ्य	19.1	18.7	19.4	19.2	22.9	20.6
iii) अन्य	33.4	34.7	34.6	38.9	36.9	39.1

स्रोत: केंद्रीय एवं राज्य सरकारों तथा भारतीय रिजर्व बैंक के बजट प्रपत्र।

टिप्पणी: 1. सामाजिक सेवाओं के अंतर्गत शिक्षा, खेल (क्रीड़ा), कला एवं संस्कृति, चिकित्सा एवं लोक स्वास्थ्य, परिवार कल्याण, जल आपूर्ति तथा स्वच्छता, आवास, शहरी विकास, अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों तथा अन्य पिछड़ी जातियों का कल्याण, श्रम एवं श्रम कल्याण, सामाजिक सुरक्षा एवं कल्याण, पोषण, प्राकृतिक आपदाओं से संबंधित राहत कार्य आदि संबंधी विषय आ जाते हैं।

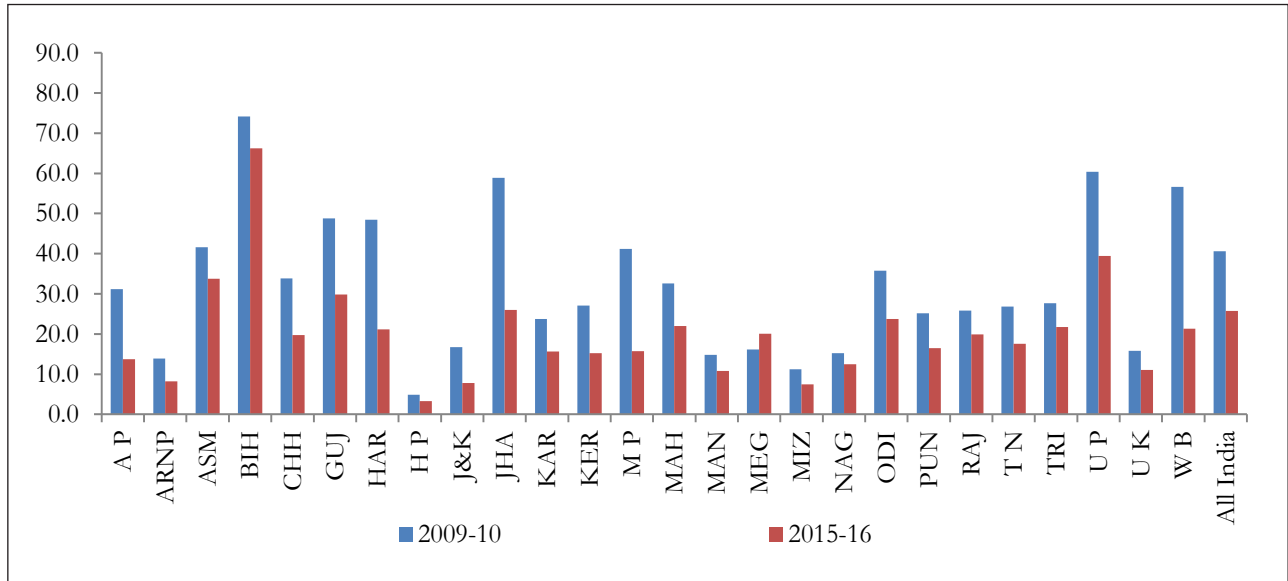
2. 'शिक्षा' पर व्यय का संबंध शिक्षा, क्रीड़ा, कला एवं संस्कृति पर व्यय से है।

3. 'स्वास्थ्य' पर व्यय के अंतर्गत चिकित्सा एवं लोक स्वास्थ्य, परिवार कल्याण तथा जल आपूर्ति तथा स्वच्छता पर किया जाने वाला व्यय शामिल है।

4. 2011-12 से जी.डी.पी. आंकड़े नए आधार वर्ष 2011-12 के अनुसार हैं। 2016-17 तथा 2017-18 के लिए जीडीपी के क्रमशः अनंतिम अनुमान और अग्रिम अनुमान हैं।

5. आंकड़े केंद्रीय सरकार एवं 26 राज्यों से संबंधित हैं।

चित्र 1. छात्र कक्षा अनुपात >30 वाले राज्य-वार प्राथमिक विद्यालय (प्रतिशत)



स्रोत: भारत में प्रारंभिक शिक्षा और फ्लैश सांख्यिकी (यूडीआईएसई)

गैर-विभेदकारी सिद्धांतों के आधार पर उचित गुणवत्ता की शिक्षा का अधिकार प्रदान करता है।

10.4 भारत ने प्रारंभिक स्तर पर नामांकन स्तरों, समापन दरों और विद्यालय भवन/कक्षा, पेयजल सुविधाओं, शौचालय सुविधाओं जैसी अन्य भौतिक अवसंरचना तथा शिक्षकों की नियुक्ति आदि जैसे परिमाणात्मक सूचकांकों में महत्वपूर्ण प्रगति की है।

10.5 परिमाणात्मक संकेतकों के अलावा, शिक्षा की गुणवत्ता का अनुवीक्षण और मूल्यांकन भी किए जाने की ज़रूरत है। अधिगम के परिणाम मूल्यांकन के ऐसे मानक हैं जो किसी कक्षा के विद्यार्थी द्वारा प्राप्त करने योग्य शिक्षा के प्रत्याशित स्तर दर्शाते हैं। प्रारंभिक विद्यालय स्तर पर अधिगम के परिणाम में सुधार लाने के लिए, आरटीई अधिनियम के तहत केंद्रीय नियमावली में परिभाषित कक्षा-वार, विषय-वार अधिगम-परिणामों को सम्मिलित करने के लिए इसे फरवरी, 2017 में संशोधित किया गया है।

10.6 निशुल्क और अनिवार्य शिक्षा का अधिकार अधिनियम, 2009 प्राथमिक और उच्च प्राथमिक दोनों विद्यालयों में छात्र-शिक्षक अनुपात, इमारत और अवसंरचना, विद्यालय कार्य दिवसों, शिक्षकों के कार्य घंटों से संबंधित मानक और मानदण्ड बनाए रखने हेतु मार्गनिर्देश निर्धारित करता है। अधिगम प्राप्ति संबंधी छात्र शिक्षक अनुपात के प्रभाव पर व्यापक विचार-विमर्श से संबंधित कुछ अध्ययनों

में यह दावा किया गया है कि एससीआर और पीटीआर से स्कूल में भागीदारी और ग्रेड प्राप्ति पर सकारात्मक प्रभाव पड़ा है। आगामी भाग विद्यालय प्रणाली की प्रभाविता और समावेशिता का आकलन करने के लिए एससीआर, पीटीआर और लैंगिक समानता सूचकांक (जीपीआई) जैसे कुछ चुनिंदा सूचकांकों पर दृष्टिपात करता है।

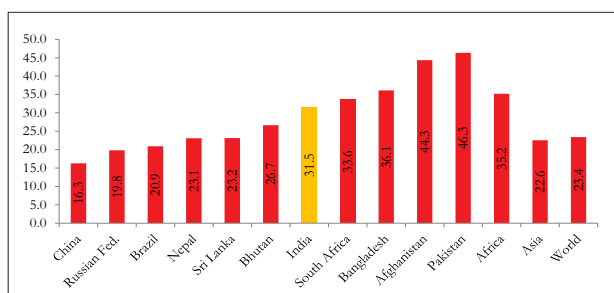
छात्र कक्षा अनुपात

10.7 किसी दिए गए विद्यालय-वर्ष में किसी विद्यालय में कक्षा अनुसार छात्रों (विद्यार्थियों) की औसत संख्या के रूप में एससीआर को परिभाषित किया गया है। आदर्श आकार 30 छात्र प्रति कक्षा होना चाहिए। अखिल भारतीय स्तर पर, 30 छात्रों से अधिक एससीआर वाले विद्यालयों का प्रतिशत 2009-10 में 43 प्रतिशत से घटकर 2015-16 में 25.7 प्रतिशत रह गया है। यद्यपि, एससीआर में लगभग सभी राज्यों में सुधार हुआ है, फिर भी राज्यों में सुधार में भिन्नता मौजूद है (चित्र 1)।

छात्र शिक्षक अनुपात

10.8 प्राथमिक स्तर और उच्च प्राथमिक स्तर पर छात्र शिक्षक अनुपात क्रमशः 30:1 और 35:1 होना चाहिए। शिक्षा हेतु एकीकृत जिला सूचना प्रणाली (यूडीआईएसई) के अनुसार, वर्ष 2015-16 में प्राथमिक विद्यालयों के लिए राष्ट्रीय स्तर पर शिक्षक अनुपात 23:1 है। वैश्विक तौर पर, किसी कक्षा विशेष में पढ़ाए गए छात्रों की इष्टतम संख्या

चित्र 2: प्राथमिक शिक्षा में पीटीआर 2015



स्रोत: 18 जनवरी, 2018 को <http://data.uis.unesco.org/> से लिया गया डाटा।

टिप्पणी: भूटान, ब्राजील, रूसी परिसंघ और दक्षिण अफ्रीका के संबंध में 2014 का डाटा।

में अन्तर है इसलिए आंकड़े एकसमान रूप से तुलनीय नहीं हैं। प्राथमिक विद्यालयों में छात्र शिक्षक अनुपात के संबंध में यूनेस्को इंस्टिट्यूट ऑफ स्टैटिक्स से प्राप्त आंकड़े यह दर्शाते हैं कि भारत का राष्ट्रीय छात्र शिक्षक अनुपात समान सामाजिक-आर्थिक संकेतकों वाले देशों के साथ तुलनात्मक है (चित्र 2)।

10.9 चित्र 3 यह दर्शाता है कि वर्ष 2009-10 से 2015-16 के दौरान निःशुल्क और अनिवार्य शिक्षा का अधिकार अधिनियम के छात्र शिक्षक अनुपात मानक का अनुपालन करने वाले विद्यालयों में ज्यादातर राज्यों ने सुधार की सूचना दी है। तथापि, अन्य राज्यों की तुलना में बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश और उत्तर प्रदेश जैसे

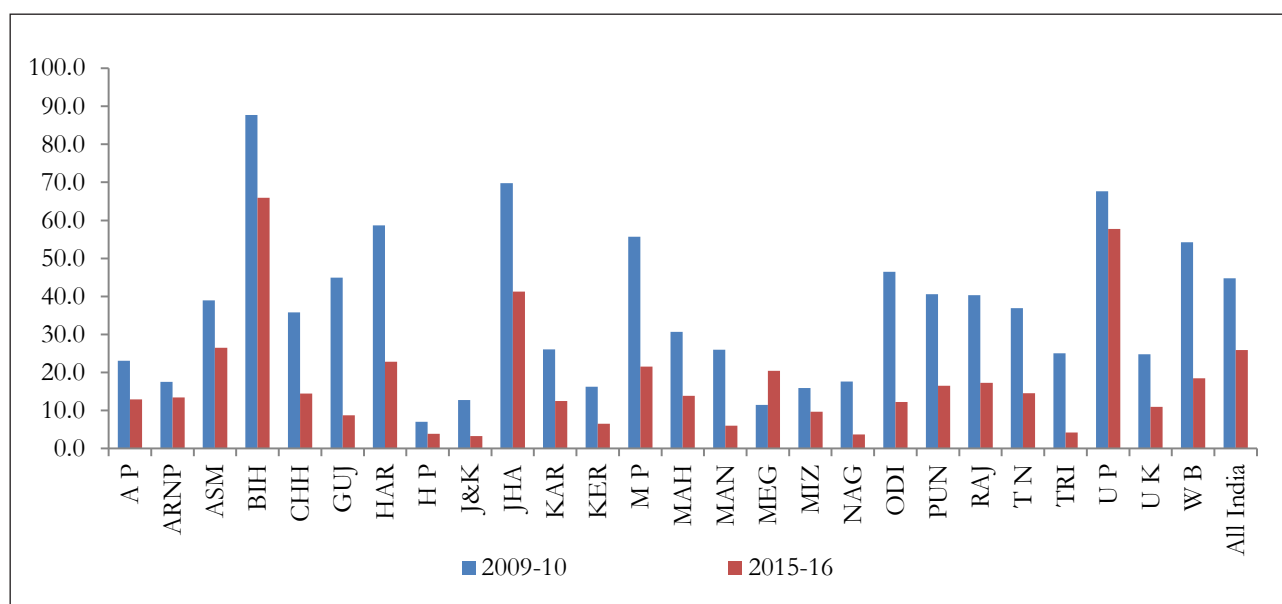
राज्यों में पीटीआर का अनुपालन करने वाले स्कूलों की संख्या में सुधार के बावजूद, यहां विद्यालयों का पीटीआर >30 प्रतिशत है। इस बात का मूल्यांकन किए जाने की जरूरत है कि क्या उपर्युक्त 4 राज्यों में पीटीआर >30 वाले विद्यालयों की उच्चतर संख्या का कारण शिक्षकों की कमी है या शिक्षकों की तैनाती का मुद्दा है।

10.10 शिक्षकों की भर्ती, सेवा-शर्तों, और पुनः तैनाती मुख्य रूप से संबंधित राज्य सरकारों और संघ राज्य क्षेत्र के प्रशासनों के कार्यक्षेत्र में आती हैं। तथापि, केंद्रीय सरकार प्रारंभिक स्तर पर सर्वशिक्षा अभियान (एसएसए) और माध्यमिक स्तर पर राष्ट्रीय माध्यमिक शिक्षा अभियान (आरएमएसए-एकीकृत) के महत्वपूर्ण कार्यक्रमों के ज़रिए राज्य सरकारों और संघ राज्य क्षेत्रों को अतिरिक्त शिक्षकों के लिए सहायता प्रदान करती है ताकि समुचित पीटीआर को शिक्षण के विभिन्न स्तरों से संबंधित विहित मानदंडों के अनुसार बनाए रखा जा सके। केंद्रीय सरकार शिक्षकों की शीघ्र भर्ती और पुनर्नियोजन के मामले का राज्यों और संघ शासित क्षेत्र के साथ विभिन्न मंचों पर लगातार अनुशीलन करती रही है।

लैंगिक समानता सूचकांक (जीपीआई)

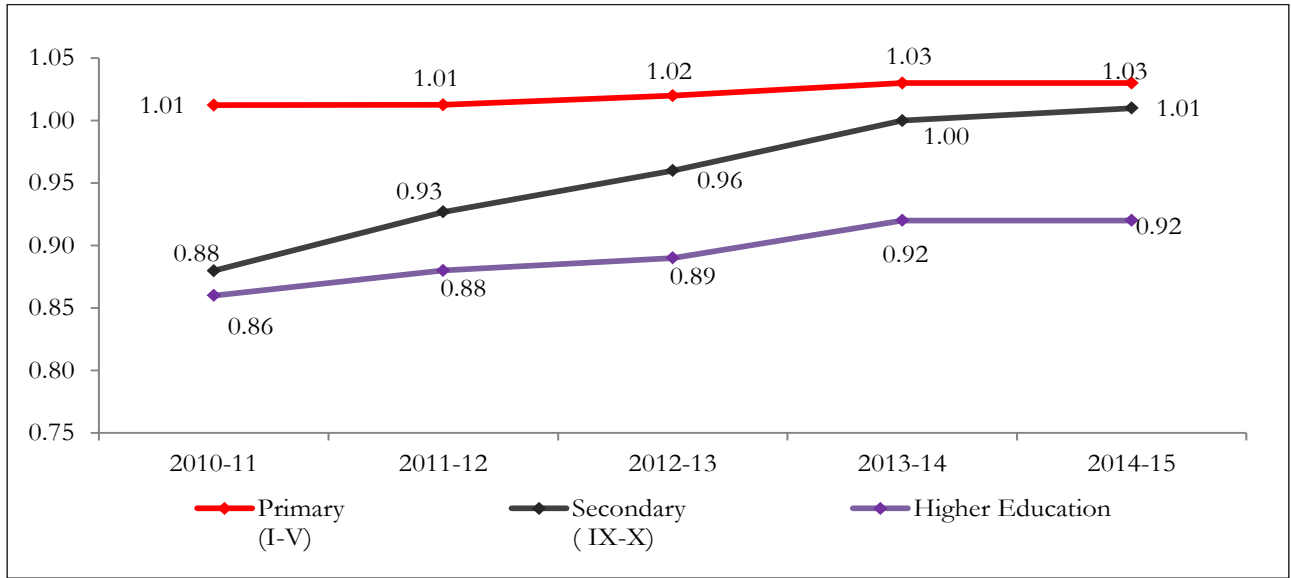
10.11 लैंगिक समानता सूचकांक विद्यालयी शिक्षा में ऐसा उपयोगी संकेतक है जो शैक्षिक अवसरों की प्राप्ति में बालिकाओं के साथ भेदभाव को दर्शाता है। उच्च शिक्षा

चित्र 3. छात्र कक्षा अनुपात >30 वाले राज्य-वार प्राथमिक विद्यालय (प्रतिशत)



स्रोत: भारत में प्रारंभिक शिक्षा और फ्लैश सांख्यिकी (यूडीआईएसई)

चित्र 4: नामांकन में लैंगिक समानता सूचकांक



स्रोत: शैक्षिक सांख्यिकी एक नजर में, 2016, मानव संसाधन विकास मंत्रालय, भारत सरकार। (वेबसाइट: <http://mhrd.gov.in/statist>)
टिप्पणी: *विद्यालयी शिक्षा संबंधी आंकड़े अनंतिम हैं।

में, नामांकन में लैंगिक विषमताएं अभी भी बनी हुई हैं जिनके बारे में सरकार उच्च शिक्षा में महिलाओं की निवल प्रवेश दर को सुधारने का निरंतर प्रयत्न कर रही है। बेटी पढ़ाओ, बेटी बचाओ जैसे कार्यक्रमों के ज़रिए किए जाने वाले सरकार के निरंतर प्रयत्नों के परिणामस्वरूप, प्राथमिक और माध्यमिक स्तरों के नामांकन पर जीपीआई में पर्याप्त रूप से सुधार हुआ है (चित्र 4)।

10.12 बेटी बचाओ, बेटी पढ़ाओ (बीबीबीपी) योजना बच्चियों के जीवन धारण, रक्षण और शिक्षण को बढ़ावा देने के लिए प्रारंभ की गई है। इसका मकसद मामले की गंभीरता के प्रति जागरूकता उत्पन्न करने और सामाजिक मानसिकता बदलने पर लक्षित व्यापक अभियान के ज़रिए घटते शिशु लिंग अनुपात (सीएसआर) के मामले का निराकरण करना है। 2015 में शुरू की गई यह योजना महिला और बाल विकास, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण तथा मानव संसाधन विकास जैसे तीन मंत्रालयों का एकनिष्ठ प्रयत्न है जिसमें बालिका शिक्षा तथा गर्भाधान पूर्व एवं प्रसव पूर्व नैदानिक तकनीक (पीसी एंड पीएनडीटी) अधिनियम के प्रभावी प्रवर्तन को समर्थ बनाते हुए चुनिंदा 161 जिलों में (100 जिले चरण-1 में और 61 जिले चरण-II में) जागरूकता और हिमायत अभियान कार्रवाई पर ध्यान केन्द्रित करते हुए बहुक्षेत्रीय कार्य पर जोर दिया गया है। इस स्कीम को देश

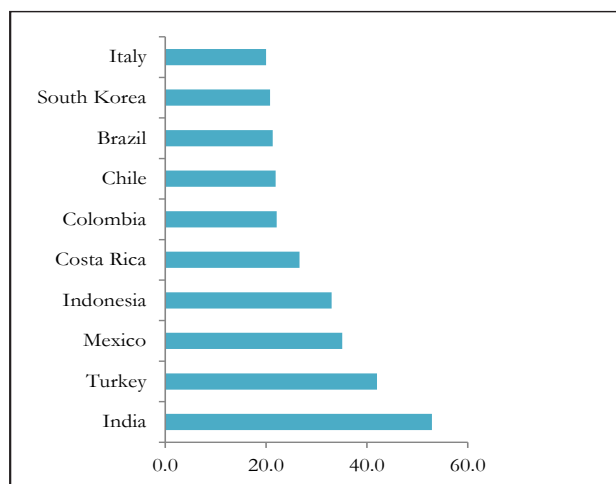
के सभी 640 जिलों में विस्तार हेतु अनुमोदित किया गया है।

श्रम सुधारों में प्रगति

10.13 सरकार 4 श्रम संहिताओं नामतः मजदूरी संहिता, सुरक्षा और कार्य दशाएं संहिता, औद्योगिक संबंध संहिता और सामाजिक सुरक्षा एवं कल्याण संहिता में मौजूदा कानूनों के संगत उपबंध बनाकर 38 केन्द्रीय अधिनियमों को युक्तिसंगत बनाने की कार्रवाई कर रही है। मजदूरी संहिता विधेयक, 2017 का प्रारूप लोक सभा में अगस्त, 2017 में प्रस्तुत किया गया और उसे जांच हेतु श्रम संबंधी स्थायी समिति को भेज दिया गया। अन्य तीन संहिताएं पूर्व-विधायी परामर्श की अवस्था में हैं। श्रम विधियों के संहिताकरण से परिभाषाओं की बहुलता समाप्त होने और प्राधिकारियों द्वारा कामगारों के लिए मजदूरी सुरक्षा और सामाजिक सुरक्षा से समझौता किए बिना अनुपालन को सुगम बनाने की आशा है।

10.14 सरकार ने अनेक प्रौद्योगिकी समर्थ कार्याकल्प करने वाली पहलें यथा श्रम सुविधा पोर्टल, विभिन्न श्रम विधियों/नियमों के अंतर्गत रजिस्टर रखने के लिए अनुपालन को सुगम बनाना, प्रारम्भ की हैं। अनुपालन में जटिलता को कम करने और श्रम विधियों के बेहतर प्रवर्तन हेतु परदर्शिता

चित्र 5. श्रम बल भागीदारी दर 2015 में लिंग आधारित अंतर (प्रतिशतांक) (आयु 15-64 वर्ष)



स्रोत: द पर्सूट ऑफ जेंडर इक्विटी: एन अपहिल बैटल, ओईसीडी 2017।

और जवाबदेही लाने के उद्देश्य से सार्वभौमिक खाता संख्या प्रभावी की गई है। इसके अलावा, सरकार ने रोजगार तलाशने वालों के लिए रोजगारों के ऑनलाइन पंजीकरण और तैनाती को सुकर बनाने और कौशल विकास पाठ्यक्रमों तथा इंटरनशिप के संबंध में कैरियर परामर्श, व्यावसायिक मार्गदर्शन, सूचना प्रदान करने के लिए देश के सभी रोजगार कार्यालयों को संबद्ध करके नेशनल कैरियर सर्विस पोर्टल (www.ncs.gov.in) प्रारम्भ किया।

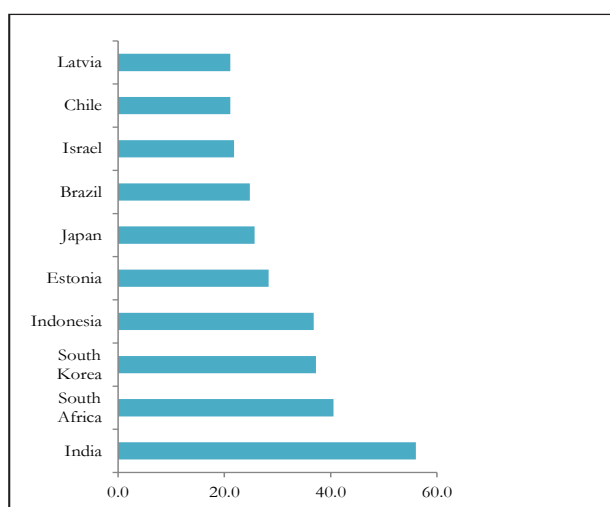
10.15 इसके अतिरिक्त, समस्त 325 पूर्ण जिलों तथा 93 जिला मुख्यालय क्षेत्रों में कर्मचारी राज्य बीमा (ईएसआई) लागू कर दिया गया है। यह सकीम 85 जिलों के केन्द्रों में आंशिक रूप से उपलब्ध है। इस स्कीम को वर्ष 2022 तक पूरे देश में लागू करने के लिए व्यवस्थाएं की जा रही हैं। इस स्कीम के अंतर्गत, बीमित व्यक्ति रुग्णता, अस्थायी अशक्तता, स्थाई अशक्तता के कार्य से अनुपस्थित रहने की दशा में अनेक नकद लाभ, आश्रितजन लाभ, बेरोजगारी भत्ता, प्रसूति लाभ आदि के पात्र होते हैं। बीमित व्यक्तियों के परिजन चिकित्सा प्रसुविधा के भी हकदार होते हैं। 31.03.2017 की स्थिति के अनुसार, कर्मचारी राज्य बीमा योजना के अधीन शामिल किए गए बीमित व्यक्तियों की संख्या 3.19 करोड़ और कुल लाभार्थी उनके परिवारों सहित, 12.40 करोड़ हैं। कर्मचारी राज्य बीमा के नेटवर्क में देश भर में 152 अस्पताल, 1467 औषधालयों, 628 शाखा कार्यालय और 62 क्षेत्रीय/उपक्षेत्रीय कार्यालय शामिल हैं।

श्रम बल भागीदारी दर और अर्जन में लिंग पर आधारित अंतर: वैश्विक तुलना

10.16 विकासशील देशों में श्रम बल भागीदारी दरों में लिंग अंतर मौजूद है, जिसे नीचे दिए गए चित्र 5 में देखा जा सकता है। भारत के मामले में, श्रम बल भागीदारी दर में लिंग अंतर 50 प्रतिशतांक से अधिक है। आर्थिक कार्यकलापों में स्त्रियों की कम भागीदारी से अर्थव्यवस्था की संभावित संवृद्धि पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है। सरकार, कामकाजी महिलाओं को सहायक सेवाएं प्रदान करने की स्कीमों द्वारा और मातृत्व प्रसुविधाओं में वृद्धि करने के लिए विधायी उपायों के जरिए भी लाभकारी आर्थिक कार्यकलापों में महिलाओं की भागीदारी बढ़ाने के लिए उपाय करती रही है।

10.17 श्रम बाजार में महिला कामगार सबसे खराब स्थिति में है, क्योंकि, न्यून कौशल अनौपचारिक कामगार श्रेणी में इनका अनुपात काफी अधिक है और वे कम-उत्पादकता और अल्प मजदूरी वाले कार्यों में लगी हैं। इसके चलते, महिलाएं काफी कम मजदूरी अर्जित कर पाती हैं, जो उन्हें अत्यधिक असुरक्षित कार्यों से ज्यादातर नग दर पर प्राप्त होती है। वर्ष 2015 में, दक्षिण अफ्रीका, ब्राजील और चिली जैसे देशों के मुकाबले, भारत में पूर्णकालिक कर्मचारियों के औसत अर्जन में सबसे अधिक लिंग अंतर था, जैसाकि चित्र 6 में देखा जा सकता है।

चित्र 6: पूर्णकालिक कर्मचारियों के लिए औसत अर्जन 2015 में लिंग आधारित अंतर (प्रतिशत)



स्रोत: द पर्सूट ऑफ जेंडर इक्विटी: एन अपहिल बैटल, ओईसीडी 2017।

10.18 महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी अधिनियम (मनरेगा) एक ऐसी महत्वपूर्ण योजना है जो महिलाओं की न्यूनतम 33 प्रतिशत भागीदारी निर्धारित करके आर्थिक कार्यकलाप में महिलाओं की भागीदारी सुनिश्चित करती है। वर्ष 2017-18 के दौरान, महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी अधिनियम (मनरेगा) के अधीन अभी तक का 48000 करोड़ रुपये का उच्चतम आबंटन किया गया है। 14 जनवरी, 2018 की जानकारी के अनुसार, वर्ष 2017-18 के दौरान, लगभग 4.6 करोड़ परिवारों को रोजगार प्रदान किया गया था, जिसका कुल योग 177.8 करोड़ व्यक्ति दिवस बैठता है। इसमें महिलाओं की 54 प्रतिशत, अनुसूचित जाति की 22 प्रतिशत और अनुसूचित जनजाति की 17 प्रतिशत भागीदारी थी। वर्ष 2013-14 से 2017-18 की प्रवृत्तियां यह दर्शाती हैं कि कुल सृजित व्यक्ति दिवस में महिलाओं की भागीदारी 50 प्रतिशत से अधिक रही है। इसके अलावा, एडब्ल्यूसी के निर्माण हेतु यह योजना आईसीडीएस के साथ जोड़ दी गई है।

10.19 स्व-रोजगार उद्यमों के सृजन की भावना के संवर्धन के जरिए महिलाओं के आर्थिक सशक्तीकरण के लिए, महिला उद्यमियों की आकांक्षाएं और जरूरतें पूरी करने के लिए महिला ई-हाट नामक एक पहल शुरू की गई है जिसका उद्देश्य महिला उद्यमियों/स्व-सहायता समूहों/गैर-सरकारी संगठनों द्वारा निर्मित/विनिर्मित/बेचे गए उत्पादों

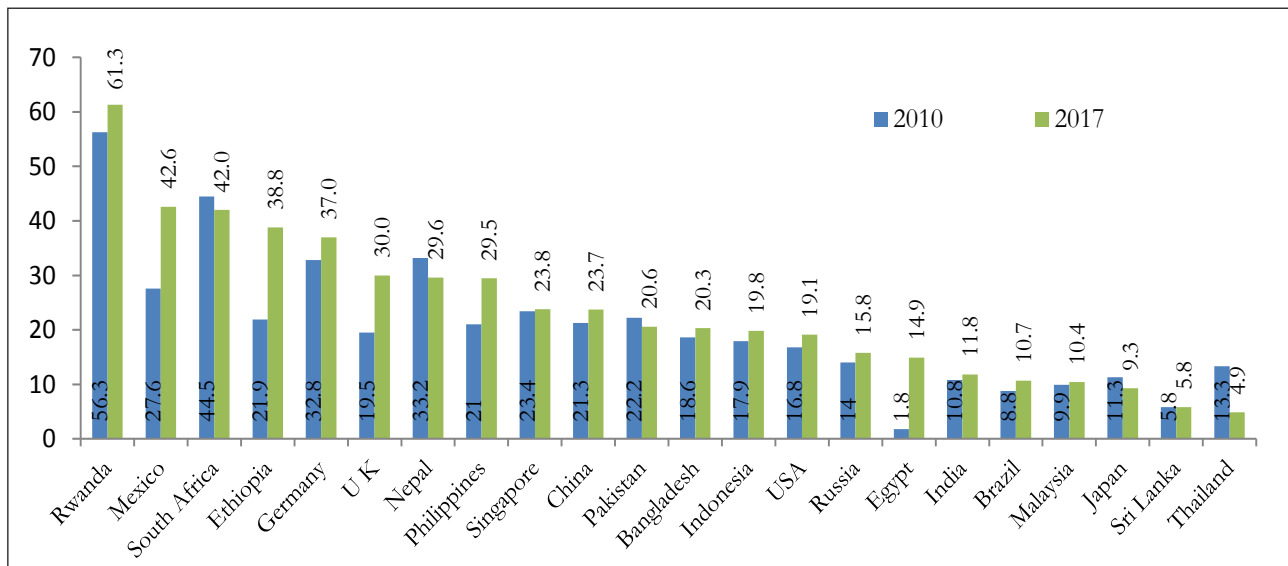
को दर्शाने के लिए प्रौद्योगिकी के प्रयोग द्वारा ई-विपणन प्लेटफार्म उपलब्ध करना है। इससे 26000 स्व-सहायता समूह और 3.75 लाख लाभार्थी प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष रूप से प्रभावित हो रहे हैं।

10.20 प्रसूति प्रसुविधा (संशोधन) अधिनियम, 2017 के अनुसार, किसी केन्द्रीय या राज्य विधि के तहत पंजीकृत प्रतिष्ठान में कार्यरत महिलाएं 26 सप्ताह (6 माह) की अवधि तक बढ़ी हुई प्रसूति छुट्टी प्राप्त करने की पात्र हैं। 50 या इससे अधिक कर्मचारियों को नियोजित करने वाले प्रतिष्ठानों के लिए यह अनिवार्य कर दिया गया है कि वे एक निर्धारित दूरी के भीतर या तो अलग से या सामान्य सुविधाओं के साथ क्रेच सुविधा उपलब्ध करवाएं।

महिलाओं का राजनीतिक सशक्तीकरण

10.21 संसद और सार्वजनिक पटल पर निर्णायक भूमिकाओं में महिलाओं का प्रतिनिधित्व सशक्तीकरण के प्रमुख संकेतकों में से एक है। 'राजनीति में महिलाएं 2017 (आईपीयू एण्ड यूएन)' नामक रिपोर्ट के अनुसार, लोक सभा में 64 (542 संसद सदस्यों का 11.8 प्रतिशत) और राज्य सभा में 27 (245 संसद सदस्यों का 11 प्रतिशत) महिला संसद सदस्य थीं। अक्टूबर, 2016 की स्थिति के अनुसार, देश भर में कुल 4118 विधान सभा सदस्यों में से, केवल 9 प्रतिशत महिलाएं थीं। राज्य विधान सभाओं

चित्र 7: चुनिंदा देशों की संसद में महिलाओं का प्रतिनिधित्व



स्रोत: इंटर-पार्लियामेंट यूनिशन (आईपीयू) और यूएन वूमन द्वारा प्रकाशित वूमन इन पॉलिटिक्स 2010 एंड 2017।

सारणी: 2 पुरुषों और महिलाओं को राजनीति में आने से रोकने वाले शीर्ष 5 कारक

महिलाओं के लिए अवरोधक	पुरुषों के लिए अवरोधक
1. घरेलू जिम्मेदारियां	निर्वाचक वर्ग से समर्थन की कमी
2. समाज में महिलाओं की भूमिका संबंधी प्रचलित सांस्कृतिक नज़रिया	वित्त की कमी
3. परिवार से समर्थन की कमी	राजनैतिक दलों के समर्थन की कमी
4. विश्वास की कमी	प्रतिनिधिक कार्यों, भाषण देने, निर्वाचन-क्षेत्र के संबंध में अनुभव की कमी
5. वित्त की कमी	विश्वास की कमी

स्रोत: आईपीयू, इक्वेलिटी इन पॉलिटिक्स: ए सर्वे ऑफ वूमन एंड मेन इन पॉलिटिक्स, 2008

में, महिलाओं का सर्वोच्च प्रतिशत 14 प्रतिशत के साथ बिहार, हरियाणा और राजस्थान से था इसके बाद 13 प्रतिशत के साथ मध्य प्रदेश और पश्चिम बंगाल तथा 12 प्रतिशत के साथ पंजाब का स्थान था (वूमन एंड मेन इन इंडिया)-2016 एमओएसपीआई)।

10.22 भारत में, वर्ष 2010 और 2017 के बीच निचले सदन में महिलाओं का हिस्सा 1 प्रतिशतांक बढ़ा (चित्र 7)। रवांडा जैसे विकासशील देश भी हैं जहां वर्ष 2017 में संसद में 60 प्रतिशत महिला प्रतिनिधि हैं जबकि मिस्र, भारत, ब्राजील, मलेशिया, जापान, श्रीलंका और थाइलैंड में संसद में महिलाओं का प्रतिनिधित्व 15 प्रतिशत है।

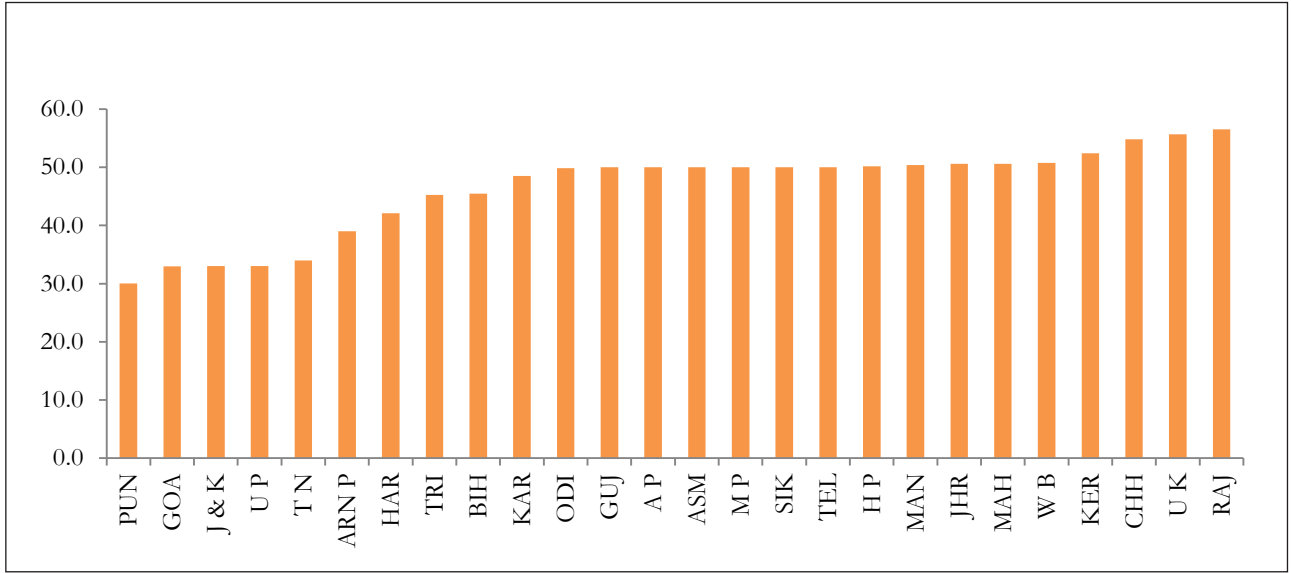
10.23 भारत जैसे देश में, जहां महिलाओं की आबादी लगभग 49 प्रतिशत है, राजनीति में महिलाओं की भागीदारी कम रही है। विशेषकर पुरुष-प्रधान मानकों का अनुसरण करने वाले और पक्षपाती समाज में विभिन्न कारक लोक सेवा में महिलाओं की भागीदारी निर्धारित करते हैं। आईपीयू द्वारा किए गए महिलाओं और पुरुषों के सर्वेक्षण में महिलाओं और पुरुषों को राजनीति में आने से रोकने वाले कारकों में अंतरों को मुख्य रूप से दर्शाया गया था (सारणी 2)। समाज में महिलाओं की निर्णय लेने संबंधी भूमिका के महत्व को स्वीकार करते हुए, सभी नागरिकों के बीच अवसरों की समानता के साथ प्रगतिशील समाज का निर्माण करने के लिए महिलाओं की बृहतर भूमिका को सुदृढ़ करना महत्वपूर्ण हो जाता है।

10.24 चूंकि महिलाओं की राजनीतिक भागीदारी और

नेतृत्व की भूमिका को बढ़ावा देने के लिए समानता संबंधी नीतियों के लिए व्यापक मायने हैं, भारत के संविधान के अनुच्छेद 243घ(3) में यह प्रावधान है कि महिलाओं के लिए आरक्षित सीटों की संख्या कुल संख्या के 1/3 से कम न होंगे। इसके अतिरिक्त, भारत के संविधान के अनुच्छेद 243घ(4) में यह प्रावधान है कि प्रत्येक स्तर पर पंचायतों में अध्यक्षों के कुल पदों के 1/3 से अनधिक पद महिलाओं के लिए आरक्षित होंगे। स्थानीय शासन स्तरों पर महिलाओं का पर्याप्त प्रतिनिधित्व रहा है किन्तु यह राज्य दर राज्य भिन्न है (चित्र 8)। दिसम्बर, 2017 तक पंचायती राज संस्थाओं में निर्वाचित महिला प्रतिनिधियों की संख्या 13.72 लाख है जो कुल निर्वाचित प्रतिनिधियों का 44.2 प्रतिशत बैठती है। देश भर में कुल ग्राम पंचायतों में 43 प्रतिशत महिला सरपंच होना स्थानीय शासन में महिलाओं के सक्रिय नेतृत्व को दर्शाता है (चित्र 9)।

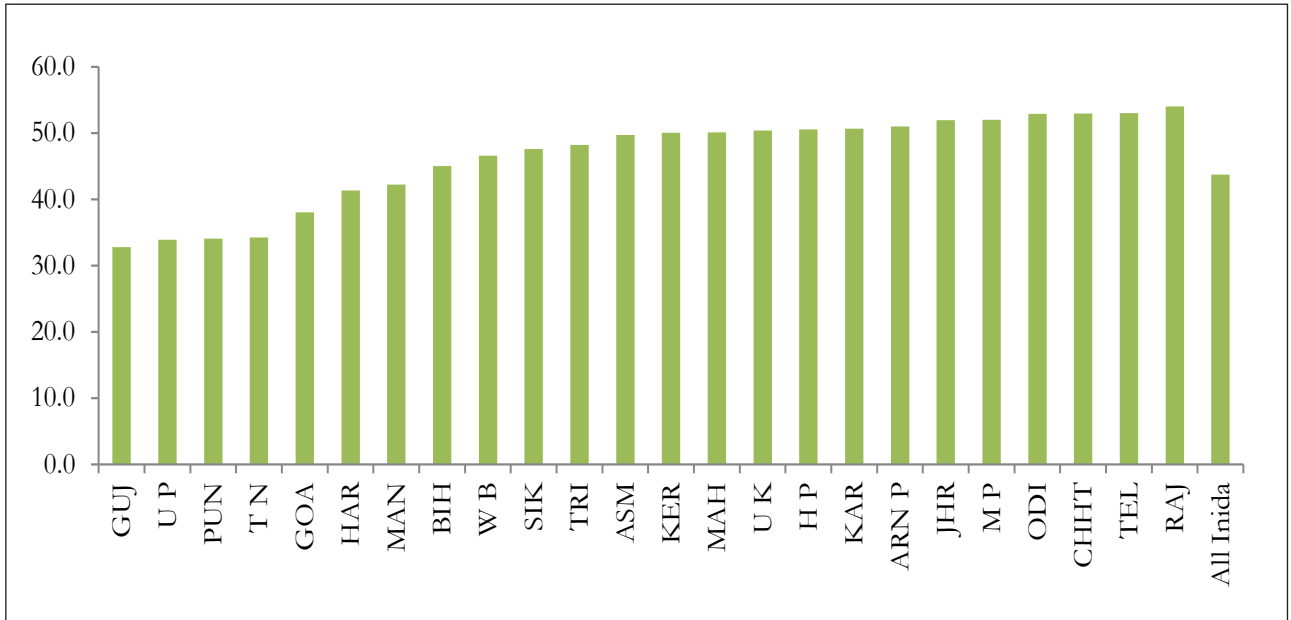
10.25 इसके अतिरिक्त, नेतृत्व विकास और ग्राम स्तर पर महिलाओं की समस्याओं का निराकरण करने के लिए ग्राम स्तर पर महिला शक्ति केन्द्र स्कीम प्रारम्भ की गई है। इस स्कीम के तहत 300 हजार छात्र स्वयं-सेवक 115 अति पिछड़े जिलों में भेजे जा रहे हैं। इस स्कीम के अंतर्गत 640 जिलों में महिलाओं के लिए जिला स्तरीय केन्द्र भी स्थापित किए जा रहे हैं, जो महिलाओं से संबंधित सभी पहलों के लिए जिला स्तर पर कन्वर्जेंस प्रदान करेंगे। इसके अलावा, अल्पसंख्यक समुदायों से संबंधित महिलाओं के लाभार्थ नई रश्मि नामक एक नेतृत्व विकास कार्यक्रम भी प्रारंभ किया गया है।

चित्र 8: पंचायती राज संस्थाओं में निर्वाचित महिला प्रतिनिधि (प्रतिशत)



स्रोत: पंचायती राज मंत्रालय (31.12.2007 की स्थिति के अनुसार)

चित्र 9: ग्राम पंचायतों में राज्य-वार महिला सरपंच (प्रतिशत)



स्रोत: पंचायती राज मंत्रालय (31.12.2017 की स्थिति के अनुसार महिला सरपंचों की संख्या) और <http://lgdirectory.gov.in> (16.01.2018 की स्थिति के अनुसार 26 राज्यों में सक्रिय ग्राम पंचायतों की संख्या)

सर्वजन स्वास्थ्य

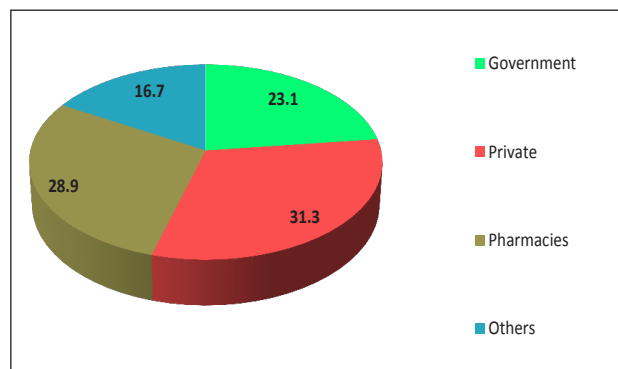
10.26 सभी आयु के सभी लोगों के लिए स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करना और स्वस्थता को बढ़ावा देना धारणीय विकास (एसडीजी-3) के लिए आवश्यक है। एसडीजी-3 के अंतर्गत लक्ष्यों, जिनमें से कुछ राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 के अनुरूप भी हैं, को प्राप्त करने की भारत की

प्रतिबद्धता से स्वास्थ्य सेवा प्रणाली को सुदृढ़ करने और सर्वव्यापी स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करने में मदद मिलेगी।

स्वास्थ्य पर व्यय

10.27 चित्र 10 यह दर्शाता है कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा-जोखा 2014-15 के अनुसार सरकारी स्वास्थ्य देख-रेख प्रदाताओं द्वारा व्यय, चालू स्वास्थ्य व्यय (सीएचई)

चित्र 10. स्वास्थ्य प्रदाताओं द्वारा किए गए वर्तमान स्वास्थ्य खर्च 2014-15 (प्रतिशत)



स्रोत: राष्ट्रीय भारतीय स्वास्थ्य लेखा, आकलन, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय

टिप्पणी: सरकारी व्यय में सामान्य और विशिष्टीकृत अस्पताल, परिवार कल्याण और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र आदि शामिल हैं। निजी व्यय में सामान्य और विशिष्टीकृत अस्पताल और क्लीनिक शामिल हैं।

का लगभग 23 प्रतिशत बैठता है जो यह प्रतिबिम्बित करता है कि स्वास्थ्य देख-रेख प्रदाताओं में निजी अस्पतालों और क्लिनिकों की प्रधानता है। दोनों ही स्वास्थ्य देख-रेख प्रदाताओं (सरकारी और निजी) द्वारा चालू स्वास्थ्य व्यय का 29 प्रतिशत फार्मसियों पर बैठता है।

10.28 भारत जैसे विकासशील देश में, स्वास्थ्य पर जेब से खर्च (ओओपीई) का आवर्ती उच्चतर स्तर निर्धनतम वर्गों पर प्रतिकूल प्रभाव डालता है और इससे असमानताएं बढ़ती

हैं। हालांकि स्वास्थ्य पर जेब से खर्च वर्ष 2004-05 से 2014-15 की अवधि के दौरान लगभग 7 प्रतिशतांक घटा है। एनएचए 2014-15 के अनुसार इसका हिस्सा अभी भी 62 प्रतिशत है।

10.29 निदान स्वास्थ्य देख-रेख प्रणाली का महत्वपूर्ण अंग है जो उपचार और प्रबंधन से संबंधित स्वास्थ्य देख-रेख प्रावधान के बारे में सोच समझकर निर्णय लेने के बारे में जानकारी प्रदान करते हैं। सीमित सामर्थ्य और गुणवत्तापरक चिकित्सा सेवाओं तक पहुंच ऐसी बड़ी चुनौतियां हैं जो रोग नियंत्रण और रोगी प्रबंधन के प्रति विलम्बित या अनुचित प्रतिक्रिया में योगदान कर रहे हैं। भारत में पारिवारिक स्वास्थ्य खर्च सर्वेक्षण के निष्कर्षों से यह संकेत मिलता है कि स्वास्थ्य पर जेब से खर्च का लगभग 10 प्रतिशत परिवारों द्वारा निदान (पैकेज के भाग रूप में दवाओं और नैदानिक जांच सहित) पर खर्च किया गया था।

10.30 भारत के विभिन्न शहरों में नैदानिक जांच की कीमतों का विश्लेषण यह दर्शाता है कि न केवल नैदानिक जांचों की औसत कीमतों में काफी अंतर है अपितु कीमतों में काफी अंतर है (सारणी 3)। देश में नैदानिक प्रतिष्ठानों की गुणवत्ता और प्रत्यायन संबंधी आंकड़े भी अपर्याप्त हैं।

10.31 समुचित गुणवत्ता आश्वासन रूपरेखा और विनियामक तंत्र विकसित करके दरों के मानकीकरण को प्राथमिकता दिए जाने की आवश्यकता है। यद्यपि, सरकार पहले ही

सारणी 3: भारत के संपूर्ण नगरों में नैदानिक जांचों के मूल्यों/औसत लागत की सीमा 2017

नैदानिक जांच का नाम	निदान की लागत (रु. में)		निदान की औसत लागत (रु. में)	
	न्यूनतम (सभी नगर)	अधिकतम (सभी नगर)	न्यूनतम (नगर में औसत मूल्य)	अधिकतम (नगर में औसत मूल्य)
लिपिड प्रोफाइल जांच (125)	90	7110	217	759
एएनसी जांच (74)	110	6500	389	2396
अल्बुमिन जांच (120)	20	1810	100	203
2 डी इको जांच (51)	500	5200	856	2412
इलेक्ट्रोलाइट जांच (121)	30	3000	245	627
लिवर फंक्शन जांच (117)	100	2500	210	1186
थॉयराइड जांच (123)	100	3100	300	721
ईएसआर जांच (103)	10	1100	35	116
डेंगू आईजीजी जांच (114)	100	3600	314	1312

स्रोत: 12 दिसम्बर, 2017 को www.medifec.com से लिए गए।

टिप्पणी: कोष्ठक में आंकड़े नगरों की संख्या है। ईएसआर (इलेक्ट्रोसाइट सेडिमेंटेशन रेट)।

बॉक्स 1: औषधियों और निदानों की कीमतों को विनियमित करने के लिए सरकार द्वारा किए गए उपाय

- राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के अधीन, सरकार जन स्वास्थ्य सुविधाओं में आवश्यक निदान सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए *राष्ट्रीय निशुल्क निदान सेवा* जरिए राज्यों को सहायता प्रदान कर रही है। भारत सरकार ने राज्यों को निशुल्क औषध पहल के क्रियान्वयन के लिए व्यापक संरचना उपलब्ध कराने के लिए जुलाई, 2015 में मार्गनिदेश जारी किए हैं। जांचों की संख्या राज्य दर राज्य अलग-अलग है। 2017-18 में 29 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को एनएचएम के अधीन निशुल्क निदान सेवा पहल के लिए 759 करोड़ रुपए की धनराशि अनुमोदित की गई है।
- *राष्ट्रीय निशुल्क औषध पहल* के अधीन एनएचएम का उद्देश्य सभी जन स्वास्थ्य सुविधाओं में निशुल्क औषध उपबंध की उपलब्धता का विस्तार करना है। यह पहल औषध की खरीद के लिए राज्यों को न केवल सहायता प्रदान करेगी परंतु राज्यों को खरीद की पारदर्शी प्रणाली और गुणवत्ता आश्वासन, आपूर्ति प्रबंधन और संचार-तंत्र को सुदृढ़ करने के लिए समर्थ बनाएगी, जिससे सुरक्षा का उच्चतम स्तर और औषधि की गुणवत्ता सुनिश्चित होगी। सभी राज्यों ने निशुल्क औषध नीति अधिसूचित की है। 25 से अधिक राज्य आईटी आधारित आपूर्ति श्रृंखला प्रबंधन का क्रियान्वयन कर रहे हैं।
- नैदानिक प्रतिष्ठान (पंजीकरण और विनियमन) अधिनियम, 2010 और नैदानिक प्रतिष्ठान (केंद्रीय सरकार) नियमावली, 2012 के अधीन नैदानिक प्रतिष्ठान (ऐसे राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में जहां यह अधिनियम लागू हैं) राज्य सरकारों के परामर्श से समय-समय पर केंद्रीय सरकार द्वारा निर्धारित दरों की रेंज में प्रत्येक प्रक्रिया और सेवा के लिए दर प्रभारित करेंगे। नैदानिक प्रतिष्ठानों को स्पष्ट रूप से दिखाई देने वाले स्थान पर स्थानीय भाषा और अंग्रेजी दोनों में प्रदान की जाने वाली प्रत्येक सेवा के प्रकार और उपलब्ध सुविधाओं के लिए प्रभारित की जाने वाली दरों को दर्शाना भी अपेक्षित होगा। नैदानिक प्रतिष्ठानों के लिए राष्ट्रीय परिषद् ने चिकित्सीय प्रक्रियाओं की मानक और चिकित्सीय प्रक्रियाओं की कीमत के लिए मान सूचना-पत्र अनुमोदित किया है और इसे राज्यों तथा संघ राज्य क्षेत्रों के साथ साझा किया है।
- भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद् (एमसीआई) ने भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद् (पेशेवर आचरण, शिष्टाचार और नीति) विनियमन, 2002 में तारीख 21.09.2016 की अधिसूचना के जरिए संशोधन किया है, जो यह निर्धारित करता है कि 'प्रत्येक चिकित्सक को साफ-साफ और तरजीही तौर पर स्पष्ट अक्षरों में जेनेरिक नामों के साथ औषध विहित करनी चाहिए और वह यह सुनिश्चित करेगा कि औषध का औचित्यपूर्ण निर्धारण और प्रयोग हो।' भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद् (आईएमसी) अधिनियम के अधीन सभी पंजीकृत आयुर्विज्ञान चिकित्सकों को उक्त उपबंधों का अनुपालन करने का निर्देश दिया गया है।

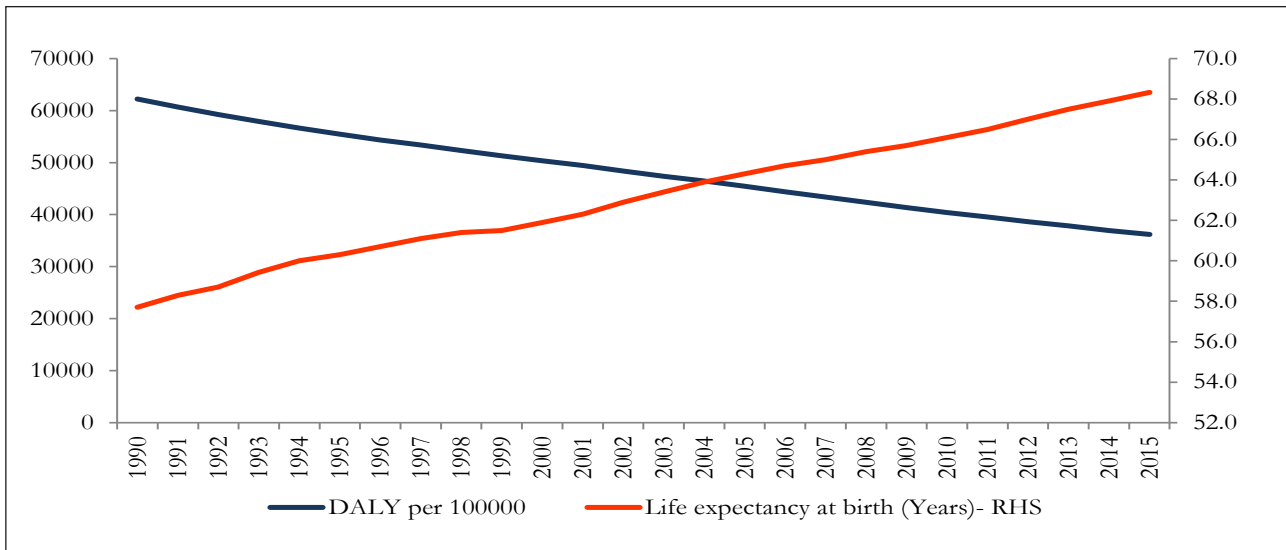
नैदानिक प्रतिष्ठान (पंजीकरण और विनियमन) अधिनियम को अधिनियमित और नैदानिक प्रतिष्ठान (केंद्रीय सरकार) नियमावली, 2012 को अधिसूचित कर चुकी है, ताकि देशभर के नैदानिक प्रतिष्ठानों को विनियमित किया जा सके, वर्तमान में, यह अधिनियम 10 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में लागू है। इसका कड़ाई से अनुपालन सुनिश्चित करते हुए, बाकि राज्यों द्वारा लागू किए जाने की आवश्यकता है। इस अधिनियम और जेब खर्च को कम करने के लिए किए गए विभिन्न अन्य उपायों की विस्तृत जानकारी बॉक्स 1 में दी गई है।

रोगों का बोझ: भारत और राज्य

10.32 'इण्डिया: हेल्थ ऑफ द नेशन्स स्टेट्स', 2017 की रिपोर्ट से 1990 से 2016 तक देश के सभी राज्यों के बीमारियों और जोखिम संबंधी कारकों के वितरण से संबंधित परिणामों का प्रथम व्यापक संग्रह प्राप्त होता है। समायोजित अशक्तता वाले जीवन वर्षों (डीएएलवाई)¹ की संकल्पना रोग बोझ और जोखिम कारकों का विश्लेषण करने के लिए संरचना का उपबंध करती है। डीएएलवाई समयपूर्व मृत्यु के कारण समाप्त संभावित जीवन के वर्षों और अशक्तता के चलते नष्ट उत्पादनकारी जीवन के वर्षों का योग है।

¹ डीएएलवाई किसी विशेष कारण से असामयिक मृत्यु एवं अशक्तता को व्यक्त करता है और यह दो घटकों: जीवन वर्ष हानि (वाईएलएल) और अशक्तता के साथ यापित जीवन वर्ष (वाईएलडी) से बना है। जीवन वर्ष हानि हर समय ऐसे लोगों की मृत्यु का आंकलन करता है जिनकी अपनी आदर्श जीवन प्रत्याशा प्राप्त करने से पूर्व असामयिक मृत्यु हो जाती है। आदर्श जीवन प्रत्याशा उस व्यक्ति के आयु समूह के लिए मानी गई अधिकतम जीवन प्रत्याशा पर आधारित है। वाईएलडी जीवन के ऐसे वर्षों का आंकलन करता है जिनमें लोग ऐसी अल्पकालीन अथवा दीर्घकालीन स्थिति में जीवन व्यतीत करते हैं जिसमें व्यक्ति पूर्ण स्वास्थ्य से वंचित रहता है। इनका आंकलन समय की मात्रा (वर्षों में व्यक्त) का अशक्तता भार (एक संख्या जो किसी अशक्तता की गंभीरता को दर्शाती है) से गुणा करके किया जाता है। वाईएलएल और वाईएलडी दोनों को जोड़ने से डीएएलवाई प्राप्त होता है, जो किसी व्यक्ति द्वारा उसके जीवन में कुल स्वास्थ्य क्षति के मापन को दर्शाता है। उपर्युक्त पैरा 10.32 में उल्लिखित रिपोर्ट इंडियन कार्डिसल ऑफ मेडिकल रिसर्च (आईसीएमआर), पीएचएफआई और आईएचएमई, यूनिवर्सिटी आफ वाशिंगटन का संयुक्त प्रयास है।

चित्र 11: एल.ई.बी. और डीएलवाई संबंधी अखिल भारतीय प्रवृत्तियां



स्रोत: <http://thelancet.com>, और महारजिस्ट्रार एवं जनगणना आयुक्त, भारत

एक डीएलवाई पूर्ण रूप से स्वस्थ जीवन के एक वर्ष के समकक्ष हानि को दर्शाता है। डीएलवाई का प्रयोग करके, ऐसे रोगों के बोझ की तुलना की जा सकती है, जो अशक्तता में कम और समयपूर्व मृत्यु में अधिक परिणामी होते हैं तथा जिनके कारण मृत्यु नहीं अपितु अशक्तता होती है। एकल, तुलनात्मक मानक से कैंसर और अवसाद जैसी अत्यंत भिन्न स्थितियों से उत्पन्न समस्या की शीघ्र तुलना करने के लिए रोग के बदलते स्वरूप बदलती प्रवृत्तियों की जानकारी और आंकड़ा आधार तथा डीएलवाई का उपयोग निर्णय लेने, प्रभावी संसाधन आबंटित करने नीति निर्माण करने के लिए महत्वपूर्ण जानकारी होते हैं।

10.33 व्यक्ति के स्वास्थ्य की स्थिति में महत्वपूर्ण सुधार हुआ है क्योंकि वर्ष 1990 से 2015 की अवधि के दौरान जन्म के समय जीवन प्रत्याशा में लगभग 10 वर्ष की बढ़ोतरी हुई है। एक महत्वपूर्ण स्वास्थ्य नीति संकेतक के रूप में डीएलवाई का महत्व जीवन प्रत्याशा तथा डीएलवाई दर के बीच विपरीत संबंध के रूप में दर्शाया जाता है। वर्ष 1990 से 2015 की अवधि के दौरान एलईबी और डीएलवाई में अखिल भारतीय प्रवृत्तियां इनके बीच विपरीत संबंध को अभिव्यक्त करती हैं। (चित्र 11)

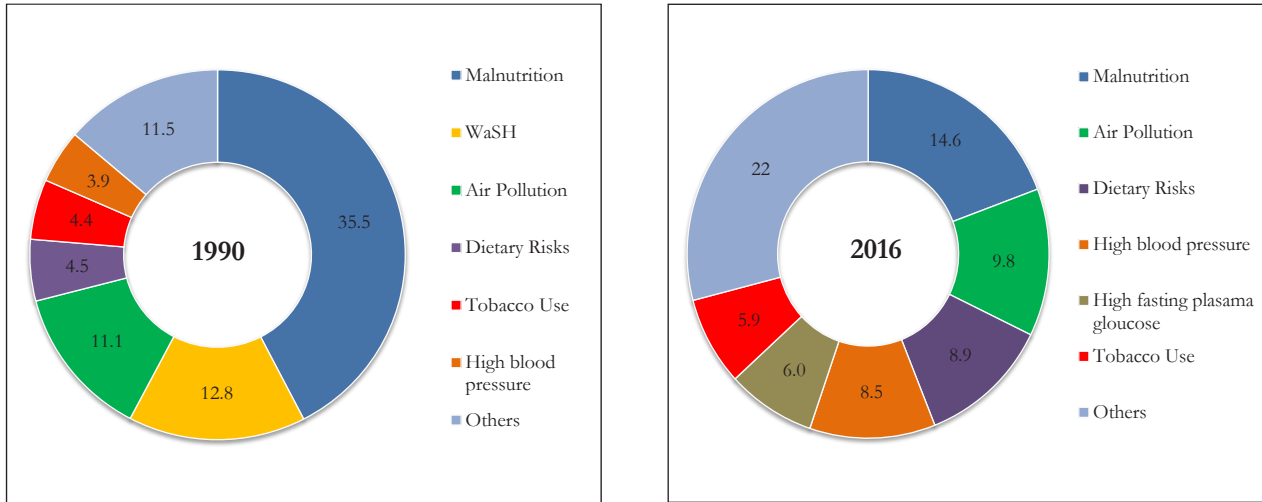
10.34 डीएलवाई दर के रूप में आकलित प्रति व्यक्ति रोग भार भारत में वर्ष 1990 से 2016 के दौरान जनसंख्या की आयु संरचना में परिवर्तनों को समायोजित करने के

पश्चात् 36 प्रतिशत कम हो गया है। डीएलवाई के अनुसार आकलित, 1990 में भारत में कुल बीमारियों के बोझ का 61 प्रतिशत बीमारियां संक्रामक, मातृ संबंधी, नवजात शिशु संबंधी और पोषण संबंधी बीमारियों (सीएमएनएनडी) के कारण थी जो 2016 में गिरकर 33 प्रतिशत रह गई। असंक्रामक बीमारियों (एनसीडी) का तदनु रूप योगदान जो 1990 में कुल बीमारी बोझ का 30 प्रतिशत था, 2016 में बढ़कर 55 प्रतिशत हो गया और आकस्मिक चोट का योगदान 9 प्रतिशत से बढ़कर 12 प्रतिशत हो गया।

10.35 जोखिम संबंधी कारक ऐसी बीमारियों और जख्मों के संवाहक होते हैं जिनसे असामयिक मृत्यु और अशक्तता होती है। भारत में वर्ष 1990 और वर्ष 2016 के संबंध में स्वास्थ्य क्षति के प्रमुख जोखिम संबंधी कारकों (डीएलवाई के प्रतिशत के रूप में) को चित्र 12 में देखा जा सकता है। बीमारी के बोझ पर नजर रखने के लिए भारत की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 द्वारा डीएलवाई का उपयोग करने की भी सिफारिश की गई है। भारत में बीमारियों के बोझ को काफी कम किया जा सकता है, यदि स्वास्थ्य क्षति से संबंधित जोखिम संबंधी कारकों का प्रभावी ढंग से समाधान किया जाए।

10.36 वर्ष 2016 में, कुपोषण अभी भी सर्वाधिक महत्वपूर्ण जोखिम संबंधी कारक (14.6 प्रतिशत) बना हुआ है जिसके परिणामस्वरूप देश में बीमारी का बोझ

चित्र 12: भारत में डीएलवाई संख्या और जोखिम कारकों के चलते दर में परिवर्तन (प्रतिशत)



स्रोत: इंडिया: हेल्थ ऑफ नेशन्स स्टेट रिपोर्ट, 2017

टिप्पणी: 1. प्रत्येक जोखिम कारक के प्रति दिए गए आंकड़े कुल डीएलवाई में से उस जोखिम कारक के चलते डीएलवाई हैं।

2. डब्ल्यूएसएच अस्वच्छ जल, स्वच्छता और हाथ-धोने से संबंधित है। अन्य में व्यावसायिक जोखिम, उच्च कुल कॉलेस्ट्रॉल, एल्कोहल और ड्रग उपयोग, क्षीण किडनी कार्यप्रणाली, उच्च बॉडी मास इंडेक्स, अन्य पर्यावरणीय, कम शारीरिक कार्यकलाप, असुरक्षित यौन-संबंध, कम अस्थि खनिज घनत्व, यौनाचार और हिंसा शामिल है।

बॉक्स 2: महिलाओं एवं बच्चों के लिए सरकारी कार्यक्रम

वर्तमान वित्त-वर्ष (2017-18) में अनेक मौजूदा कार्यक्रमों और योजनाओं का विस्तार किया गया है और अनेक नए कार्यक्रम आरंभ किए गए हैं ताकि देश में महिलाओं एवं बच्चों के सर्वांगीण विकास को संपोषित किया जा सके। कुछ योजनाओं का उल्लेख नीचे किया गया है।

एकीकृत बाल विकास सेवा (आईसीडीएस): आईसीडीएस योजना का लक्ष्य 6 वर्ष तक की आयु के शिशुओं का समग्र विकास करना और गर्भवती महिलाओं एवं स्तनपान करवाने वाली माताओं की पोषण विषयक जरूरतें पूरी करना है। हाल में 'एक छत के नीचे एकीकृत बाल विकास सेवा' योजना के तहत मंत्रालय की शिशु केंद्रित चार योजनाएं जैसे (क) आंगनवाड़ी सेवा (आईसीडीएस के स्थान पर); (ख) किशोरी कन्या योजना (एसएबीएलए) के स्थान पर; (ग) शिशु रक्षण सेवा (एकीकृत बाल रक्षण योजना के स्थान पर) और (घ) राष्ट्रीय शिशु सदन योजना (राजीव गांधी राष्ट्रीय शिशु सदन योजना के स्थान पर) के औचित्य-स्थापन, पुनर्निर्माण एवं सातत्य का अनुमोदन सरकार द्वारा किया गया है। स्वच्छ भारत अभियान से संगति बनाते हुए, पुनर्सृजित आंगनवाड़ी सेवा योजना के तहत प्रत्येक आंगनवाड़ी केंद्र पर शौचालय एवं स्वास्थ्यप्रद पेयजल सुविधा की उपलब्धता पर विशेष जोर दिया गया है। यह योजना 7076 परियोजनाओं एवं 20,000 आंगनवाड़ियों की मांग सहित 14 लाख आंगनवाड़ी केंद्रों (एडब्ल्यूसी) के संचयी अनुमोदन से व्यापक बनाई गई है। आंगनवाड़ी केंद्रों का डिजिटल जेशन आंगनवाड़ी कार्यकर्ता और पर्यवेक्षक को स्मार्ट फोन/टैब्लेट प्रदान करने के जरिए योजनाओं के आईसीटी आधारित सामर्थ्यवान अनुवीक्षण से 8 राज्यों में पहले ही प्रारंभ हो गया है। एक नया वेब-पोर्टल राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों द्वारा एमआईएस डेटा प्रविष्टि को समर्थ बनाने के लिए सृजित किया गया है। मंत्रालय ने देश में महिलाओं एवं शिशुओं के बीच सूक्ष्म पोषक न्यूनताओं के निराकरणार्थ पहलकदमी ली है। इस संबंध में अनिवार्य सूक्ष्म पोषक तत्वों से खाद्य पदार्थों का पुष्टीकरण सरकारी निधि प्रदत्त पोषण विषयक योजनाओं में अनिवार्य बनाया गया है।

प्रधानमंत्री मातृत्व वंदना योजना (पीएमएमवीवाई): पात्र गर्भवती महिलाओं और स्तनपान करानेवाली माताओं (पीडब्ल्यू एंड एलएम) के लिए पूर्ववर्ती मातृत्व लाभ कार्यक्रम का नाम जनवरी, 2017 में अब प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना (पीएमएमवीवाई) रख दिया गया है जो नकदी प्रोत्साहन की दृष्टि से पगार नुकसान के कारण आंशिक क्षतिपूर्ति कराने वाली केंद्र प्रायोजित योजना है। इससे महिलाएं प्रथम संतान के प्रजनन से पूर्व और पश्च पर्याप्त आराम कर सकती हैं। प्रदत्त नकदी प्रोत्साहन की परिणति पीडब्ल्यू एंड एलएम के बीच बेहतर स्वास्थ्य अनुपालक रवैये में होगी। इस योजना में गर्भावस्था और स्तन-पान की अवधि में डीबीटी मोड में 5000/- ₹ तक की नकदी प्रोत्साहन रकम प्रदान करने का उल्लेख है। मातृत्व लाभ हेतु 1000/- ₹ का शेष नकदी प्रोत्साहन संस्थागत प्रसव के बाद जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) के तहत प्रदान किया जाता है जिससे औसत रूप में कोई महिला 6,000/- ₹ प्राप्त करेगी।

राष्ट्रीय पोषण मिशन (एनएनएम): भारत सरकार ने 2017-18 से प्रारंभ हो रहे राष्ट्रीय पोषण मिशन (एनएनएम) की स्थापना करने का अनुमोदन किया है। एनएनएम, शीर्ष निकाय के रूप में, विभिन्न मंत्रालयों के बीच पोषण विषयक पहल कदमियों का अनुवीक्षण, पर्यवेक्षण करेगा, इनके लिए लक्ष्य तय करेगा, और मार्गदर्शन करेगा। लक्ष्यों पर चलने वाला यह कार्यक्रम अविकसित, कुपोषित, रक्ताल्पता-वाले और कम वजन के पैदा हुए शिशुओं का स्तर कम करने का प्रयत्न करता है। इससे सहक्रिया सृजित होगी, बेहतर अनुवीक्षण सुनिश्चित होगा, नियत लक्ष्य प्राप्ति हेतु सामयिक कार्रवाई के प्रति चेतावनी जारी होगी।

प्रधानमंत्री उज्ज्वला योजना (पीएमयूवाई): यह योजना बीपीएल परिवारों की पांच करोड़ महिलाओं को 2016-17 से तीन वर्ष की अवधि में एलपीजी कनेक्शन प्रदान करने के लिए मई 2016 में प्रारंभ की गई थी। इस योजना का लक्ष्य महिलाओं और उनकी संतानों के स्वास्थ्य को स्वच्छ रसोई ईंधन-एलपीजी-उपलब्ध करवाकर सुरक्षित रखना है ताकि उन्हें धुएँदार रसोई घर में स्वास्थ्य का नुकसान न हो या अस्वच्छ क्षेत्रों में ईंधन एकत्र करते हुए खाक न छाननी पड़े। अपनी प्रारंभिक अवधि से, लगभग 3.3 करोड़ एलपीजी कनेक्शन 18.01.2018 तक की स्थिति के अनुसार पहले ही मुहैया करवा दिए गए हैं।

बढ़ता है, यद्यपि, इसके कारण भारत में 1990 से बीमारी का बोझ काफी कम हुआ है। नवजात बच्चों से संबंधित बीमारियों और पोषकतत्वों की कमी एवं अतिसार, निचला श्वसन संक्रमण तथा अन्य सामान्य बीमारियां बाल एवं मातृ-कुपोषण को प्रदर्शित करती हैं। सरकार इनके लिए अनेक कार्यक्रम कार्यान्वित कर रही है और महिलाओं तथा बच्चों के स्वास्थ्य एवं पोषण की स्थिति में सुधार लाने के लिए नए नीतिगत कार्यक्रम भी आरंभ किए गए हैं। कुछ कार्यक्रम बॉक्स 2 में प्रदर्शित हैं।

10.37 वर्ष 1990 (11.1 प्रतिशत) और 2016 (9.8 प्रतिशत) की अवधि के बीच भारत में बीमारियों के बोझ में वायु प्रदूषण का हिस्सा उच्च बना रहा है। यह विश्व के उच्चतम भार स्तरों में से रहे हैं। यह बोझ गैर-संचारी और संक्रामक रोगों, मुख्य रूप से कार्डियोवेस्क्यूलर रोगों, पुराने श्वसन रोगों तथा निचले श्वसन तंत्र संक्रमणों जैसी विभिन्न बीमारियों के कारण होता है। प्रधानमंत्री उज्ज्वला योजना जैसी स्कीमों के माध्यम से सरकारी हस्तक्षेप के जरिए रसोई ईंधन के लिए ठोस ईंधन के उपयोग से जुड़े घरेलू वायु प्रदूषण के बोझ का समाधान किया जा रहा है (बॉक्स 2)।

10.38 गैर-संचारी रोगों (एनसीडी) संबंधी बढ़ते बोझ से जुड़े व्यवहारिक एवं मैटाबॉलिक जोखिम कारक भारत में काफी अधिक हो गए हैं। वर्ष 2016 में आहार संबंधी कारक भारत के जोखिम कारकों में तीसरा सबसे बड़ा अग्रणी कारक था जिसमें कम फलों, सब्जियों और साबुत अनाज लेकिन अधिक नमक और तेल वाले आहार शामिल है जिसके बाद उच्च रक्तचाप और उच्च रक्त मधुमेह (हाई

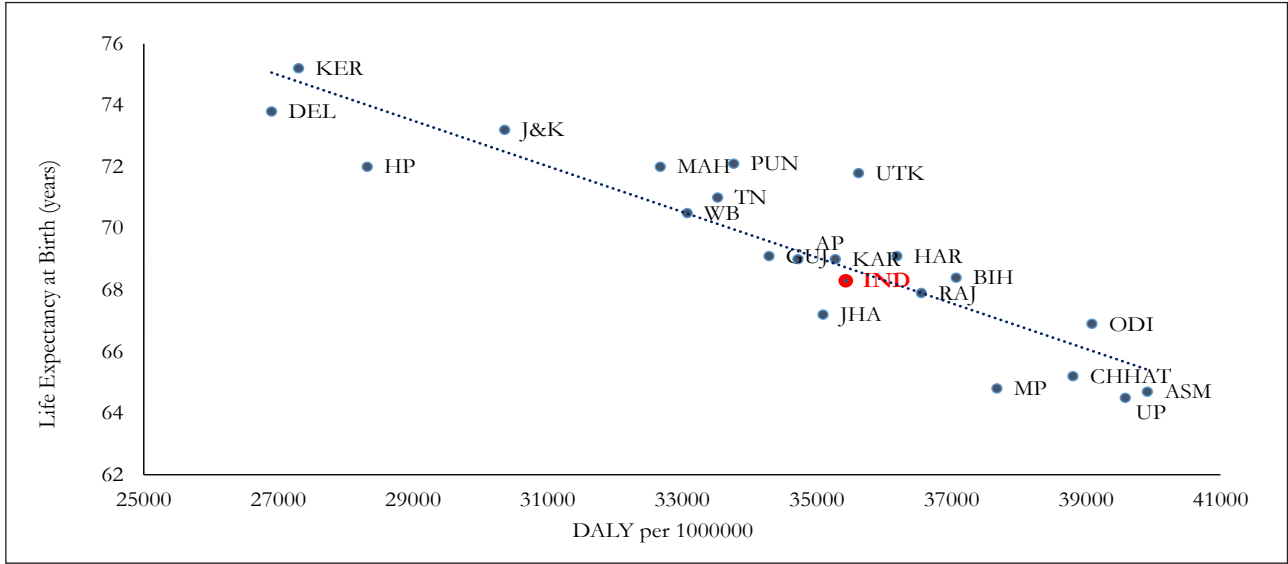
फास्टिंग प्लाज्मा ग्लूकोज) के कारक आते हैं।

10.39 पेयजल, स्वच्छता और हाथ धोने के प्रति सुरक्षा न बरतना 1990 में जोखिम का दूसरा अग्रणी कारण था लेकिन वर्ष 2016 में इसका स्थान घटकर सातवां रह गया है। स्वास्थ्य को होने वाली लगभग 5 प्रतिशत क्षति को अब भी इस कारक से जोड़ा जाता है जिसका सफलतापूर्वक निराकरण स्वच्छ भारत मिशन (एसबीएम) के माध्यम से सरकार द्वारा किया जा रहा है, इसके ब्यौरे एसबीएम खंड में विस्तृत रूप से दिए गए हैं।

(डीएएलवाई): एक राज्य स्तरीय विश्लेषण

10.40 चित्र 13 में, सभी राज्यों में एलईबी और डीएएलवाई के बीच इसी प्रकार का संबंध देखा जा सकता है। उच्च जीवन प्रत्याशा वाले राज्य निम्न डीएएलवाई दर दर्शा रहे हैं अर्थात् यहां बीमारियों की कम घटनाएं हैं जबकि दूसरी परिस्थिति में स्थिति इसके विपरीत है। यद्यपि सीएमएनएनडी में अप्रत्याशित गिरावट आई है, तथापि उच्च डीएएलवाई दर वाले राज्य एनसीडी में अपेक्षाकृत अधिक वृद्धि दर्शा रहे हैं। अग्रणी एनसीडी राज्यों में, वर्ष 1990 से 2016 की अवधि के दौरान सबसे अधिक रोग संबंधी बोझ अथवा डीएएलवाई दर बढ़ोतरी मधुमेह के लिए 80 प्रतिशत तथा हृदय को रक्त प्रवाह की अल्पता के लिए 34 प्रतिशत देखी गई थी। दिल्ली, आंध्र प्रदेश, उत्तर प्रदेश और असम को छोड़कर जहां यह अपेक्षाकृत कम है, अधिकांश राज्यों में संक्रामक और इससे जुड़े रोगों की तुलना में गैर संचारी रोगों तथा चोटों की प्रमुखता अधिक है। वर्षों बाद भारत में समग्र जीवन प्रत्याशा में सुधार के बावजूद राज्यों के बीच असमानताओं का स्तर अभी भी मौजूद है। जहां

चित्र 13: राज्यों की अशक्तता समायोजित जीवन वर्ष (डीएएलवाई) दर (2016) तथा जन्म के समय जीवन प्रत्याशा (2015)



स्रोत: <http://thelancet.com> और महारजिस्ट्रार तथा जनगणना आयुक्त, भारत

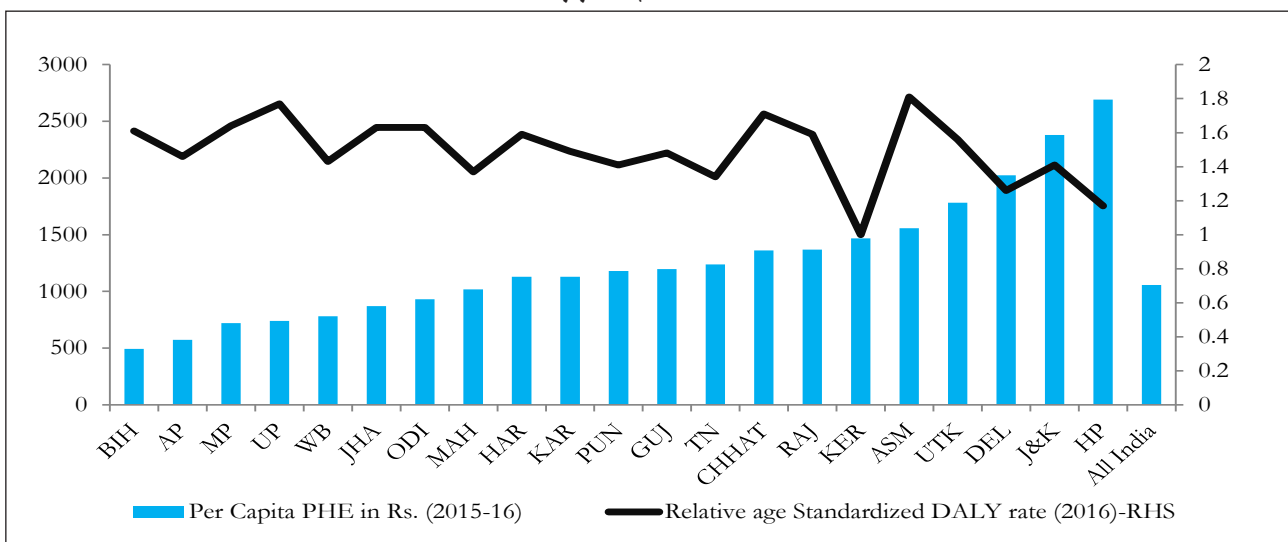
वर्ष 2015 में उत्तर प्रदेश में यह 64.5 वर्ष थी वहीं केरल में यह 75.2 वर्ष थी (चित्र 13)।

राज्यों द्वारा लोक स्वास्थ्य संबंधी व्यय और डीएएलवाई

10.41 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 ने राज्य क्षेत्र के स्वास्थ्य खर्च को वर्ष 2020 तक राज्य सरकार के बजट के

8 प्रतिशत से अधिक तक बढ़ाए जाने की सिफारिश की है। प्रमुख राज्यों में डीएएलवाई के निष्पादन पर सरकारी व्यय की सार्थकता को समझने एवं क्या राज्य द्वारा स्वास्थ्य पर उच्च व्यय करने से बेहतर स्वास्थ्य परिणाम प्राप्त होते हैं, जैसी बातों का जायजा लेने की आवश्यकता है। स्वास्थ्य पर अधिक व्यय करने वाले राज्यों की तुलना में स्वास्थ्य पर निम्न प्रति व्यक्ति व्यय करने वाले राज्यों में उच्च

चित्र 14: प्रमुख राज्यों में लोक स्वास्थ्य व्यय (पीएचई) और सापेक्ष आयु मानकीकृत डीएएलवाई दर 2016



स्रोत: केन्द्र और राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों द्वारा स्वास्थ्य क्षेत्र का वित्तपोषण, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय

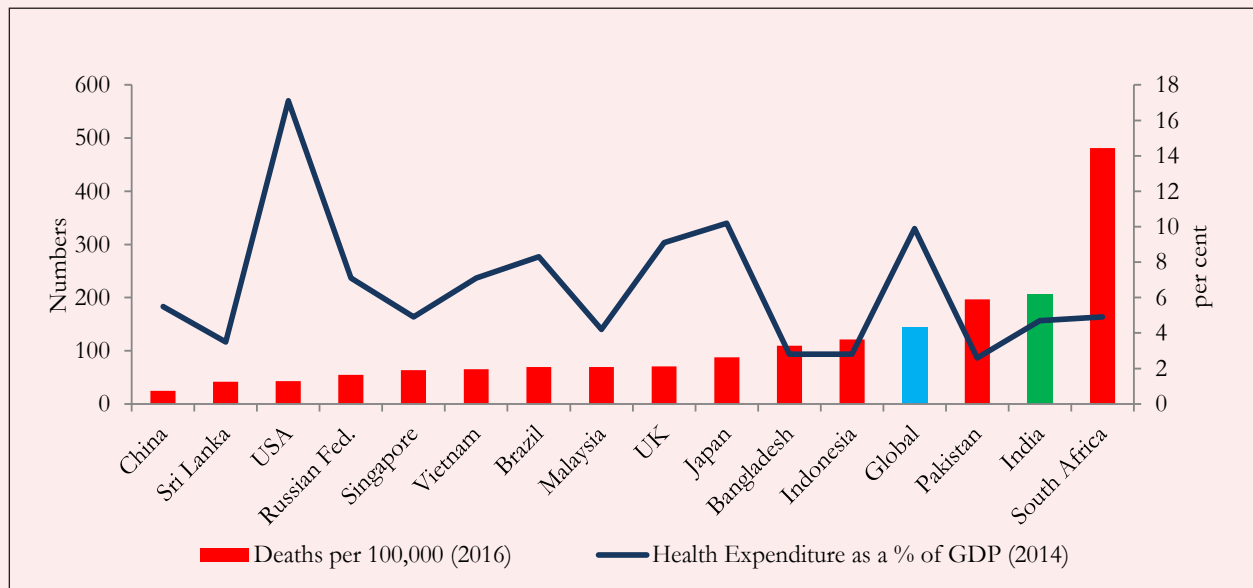
टिप्पणी: प्रति व्यक्ति लोक स्वास्थ्य व्यय (पीएचई) 2015-16 की गणना राज्य-वार लोक स्वास्थ्य व्यय 2015-16 और 2015 के अनुमानित जनगणना आंकड़ों का उपयोग करके की गई है।

बॉक्स 3 भारत में एंटीमाइक्रोबीयल प्रतिरोधकता (ए एम आर) की रोकथाम

एंटी माइक्रोबायल प्रतिरोधकता (एएमआर) तब उत्पन्न होती है जब बैक्टीरिया, वायरस, फंगी और पैरासाइट्स जैसे सूक्ष्म जीवी अपने को इस प्रकार बदल लेते हैं कि उनके संक्रमण की रोकथाम करने वाली दवाएं उन पर निष्प्रभावी हो जाती हैं। यह स्वाभाविक रूप से उत्पन्न होती है लेकिन दवाइयों के अनुचित उपयोग से इसमें मदद मिलती है, उदाहरण के लिए सर्दी अथवा फ्लू जैसे वायरल संक्रमण के लिए एंटीबायोटिक्स का इस्तेमाल करना अथवा एंटीबायोटिक्स साझा करना। घटिया दवाइयां, दवाओं का गलत परामर्श तथा संक्रमण रोकथाम एवं नियंत्रण के घटिया उपाय भी दवा प्रतिरोधकता के विकास और फैलाव को बढ़ावा देते हैं।

वर्ष 2014 में एएमआर पर विश्व स्वास्थ्य संगठन की प्रथम रिपोर्ट में यह जानकारी दी गई कि यह किसी देश विशेष की समस्या नहीं बल्कि एक वैश्विक चिंता का विषय है जो विश्व की स्वास्थ्य सुरक्षा को खतरे में डाल रहा है। भारत सहित उन विकासशील देशों में एएमआर चिन्ता का एक मुख्य विषय है जहां संक्रामक रोगों का बोझ उच्च है तथा स्वास्थ्य देखरेख पर व्यय निम्न है (चित्र 1)। हमारा देश विश्व के बैक्टीरिया जनित रोग के उच्च बोझ वाले देशों में से एक है। इसलिए, देश में रुग्णता दर और मृत्यु दर को कम करने के लिए एंटीबायोटिक्स की महत्वपूर्ण भूमिका है।

चित्र 1 चुनिंदा देशों में संक्रामक, मातृ, नवजात एवं पोषण संबंधी रोगों के कारण होने वाली मृत्यु की घटना (2016) तथा स्वास्थ्य पर व्यय (2014)



स्रोत: <http://thelancet.com> और विश्व बैंक डाटाबैंक से उद्धृत लैसेट मेडिकल जनरल में प्रकाशित द ग्लोबल बर्डन ऑफ डीसीज़ 2016 स्टडी ग्रुप रिपोर्ट

एंटीबायोटिक प्रतिरोधकता की रोकथाम से जुड़ी चुनौतियां, विशेषकर भारत में अनेक और बहुआयामी हैं। एक तरफ जहां बहुत से जान को खतरे वाले मामलों में एंटीबायोटिक आवश्यक होते हैं वहीं दूसरी ओर एंटीबायोटिक का अधिक उपयोग दीर्घावधि में भयावह हो सकता है। अतः एंटीबायोटिक के सूझबूझ से उपयोग किए जाने की आवश्यकता है परन्तु इस लक्ष्य को हासिल करने और इस चुनौती से निपटने के लिए स्वीकार्य कार्यनीतियां तैयार करना आवश्यक है और लोगों में इसके प्रति जागरूकता लाए जाने की जरूरत है।

वैश्विक लोक स्वास्थ्य के लिए एएमआर को एक गंभीर खतरा मानते हुए, भारत ने वैश्विक कार्य योजना के अनुरूप एक व्यापक और बहुक्षेत्रीय राष्ट्रीय कार्य योजना को अंतिम रूप दिया है तथा ए एम आर से बचाव एवं रोकथाम के लिए यू एन, डब्ल्यू एच ओ, एफ ए ओ तथा अन्य यूएन एजेंसियों जैसे सभी भागीदारों को शामिल करके एक समग्र और सहयोगात्मक कार्यरिती अपनायी है। वैश्विक कार्य योजना के अनुरूप विभिन्न भागीदारों के साथ राष्ट्र स्तरीय गहन परामर्श के माध्यम से राष्ट्रीय कार्य योजना को तैयार किया गया है जिसके उद्देश्य भारत में जागरूकता बढ़ाना, निगरानी तंत्र को मजबूत बनाना, एंटीबायोटिक के सूझबूझ भरे उपयोग को बढ़ावा देना, संक्रमण को घटाना तथा अनुसंधान को प्रोत्साहित करना है। इसके अलावा, भारत का लक्ष्य संक्रामक रोगों के विरुद्ध साझा लडाई में पड़ोसी देशों को सहायता प्रदान करना है। भारत सरकार द्वारा कार्यों में एएमआर के लिए राष्ट्रीय निगरानी प्रणाली स्थापित करने सहित एक श्रृंखला की शुरुआत की है एंटीबायोटिक के विक्रय को विनियमित करने के लिए विनियमन (शेड्यूल-एच-1) अधिनियमित किया है तथा एंटीबायोटिक के उपयोग हेतु राष्ट्रीय दिशानिर्देशों को प्रकाशित किया है।

तथापि, हमारे देश के विशाल आकार, समस्या की गंभीरता और और इस तथ्य पर कि 'एक स्वास्थ्य कार्यरीति' के तहत एमआर की व्यापक रूप से निराकरण करने की जरूरत है, ध्यान में रखते हुए और ज्यादा प्रयास किए जाने की आवश्यकता है। एंटीबायोटिक्स के उपयोग के संबंध में सभी स्तरों पर एक समन्वित दृष्टिकोण के जरिए इसका प्रभावी कार्यान्वयन अब मुख्य चुनौती है जिसके लिए सभी राज्य सरकारों को राज्य-विशिष्ट कार्य योजनाएं तैयार करने की आवश्यकता है।

डीएएलवाई की स्थिति है (चित्र 14)। तथापि, स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति उच्च व्यय करने के बावजूद असम, उत्तराखंड, दिल्ली और जम्मू एवं कश्मीर में डीएएलवाई उच्च है।

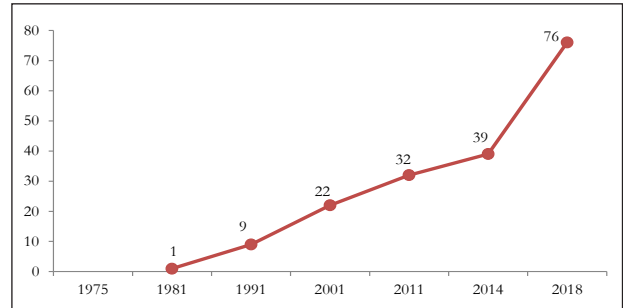
10.42 बढ़े हुए व्यय को बेहतर स्वास्थ्य परिणामों में परिवर्तित करने के लिए निवारक एवं उपचारात्मक स्वास्थ्य देखभाल के उपायों सहित संसाधनों के उपयोग में कुशलता जरूरी है। इस संदर्भ में, भारत जैसे विकासशील देशों में जहां स्वास्थ्य देखरेख व्यय निम्न है, एंटीबायोटिक्स के उपयोग में वृद्धि चिंता का कारण है (बॉक्स 3)। इसके अलावा, लोगों का स्वास्थ्य, स्वच्छता की उपलब्धता, स्वच्छ पेयजल और ऐसे ही अन्य जीवन संकेतकों की गुणवत्ता से गहराई से जुड़ा है जो लोगों के बीमारी संबंधी बोझ में गिरावट ला सकते हैं। इसलिए सरकार का स्वच्छ भारत मिशन (एसबीएम) के माध्यम से स्वच्छता उपलब्धता को बेहतर बनाने के लिए बल देना विशेष महत्व रखता है। स्वच्छ भारत मिशन के स्वास्थ्य एवं आर्थिक प्रभावों का विस्तृत ब्यौरा अगले भाग में दिया गया है।

स्वच्छ भारत मिशन (ग्रामीण)

10.43 जैसाकि पहले उल्लेख किया गया है, राष्ट्र का स्वास्थ्य स्वच्छ पेयजल, स्वच्छता और जीवन के अनुकूल वातावरण से घनिष्ठ रूप से जुड़ा है। स्वस्थ जीवन जीने में स्वच्छता की भूमिका को ध्यान में रखते हुए तथा व्यापक स्वच्छता कवरेज को हासिल करने के प्रयासों में तेजी लाने और स्वच्छता पर ध्यान केन्द्रित करने के लिए, भारत के प्रधानमंत्री ने दिनांक 2 अक्टूबर, 2014 को स्वच्छ भारत मिशन की शुरुआत की थी।

10.44 पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय (एमओडीडब्ल्यूएस) द्वारा आयोजित आधारभूत सर्वेक्षण के अनुसार अक्टूबर, 2014 में ग्रामीण क्षेत्रों में खुले में शौच करने वाले लोगों की संख्या 55 करोड़ थी जो वर्ष 2014 से पहले देखी गई प्रवृत्ति की तुलना में काफी तेज गति से घटकर जनवरी,

चित्र 15: पिछले कुछ वर्षों में भारत में ग्रामीण स्वच्छता का दायरा (प्रतिशत)



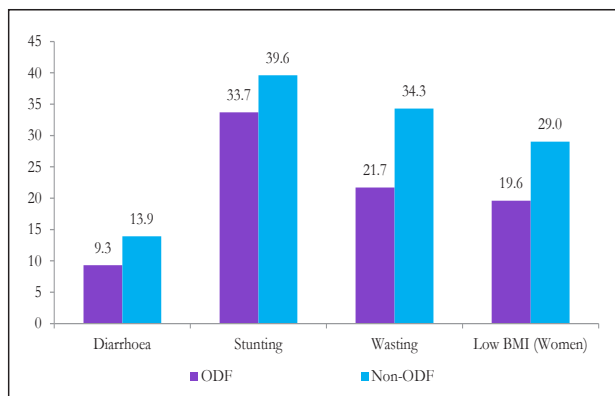
स्रोत: पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय (10.01.2018 की स्थिति के अनुसार)

2018 में 25 करोड़ रह गई। विगत समय में भारत में ग्रामीण स्वच्छता कवरेज को चित्र 15 में दर्शाया गया है। अब तक, सम्पूर्ण भारत में 296 जिलों और 307349 गांवों को खुले में शौच मुक्त (ओडीएफ) के रूप में घोषित किया जा चुका है। आठ राज्य और दो संघ राज्य क्षेत्र अर्थात् सिक्किम, हिमाचल प्रदेश, केरल, हरियाणा, उत्तराखण्ड, छत्तीसगढ़, दमण एवं दीव, अरूणाचल प्रदेश, गुजरात और चंडीगढ़ को पूर्णतः ओडीएफ घोषित किया जा चुका है। शौचालयों की सुविधा वाले लोगों द्वारा शौचालय के प्रयोग के संबंध में राष्ट्रीय प्रतिदर्श सर्वेक्षण कार्यालय (एनएसएसओ, 2016) और भारतीय गुणवत्ता परिषद (क्यूसीआई, 2017) द्वारा आयोजित सर्वेक्षण में 2016 और 2017 में 90 प्रतिशत से ज्यादा लोग शौचालयों का प्रयोग कर रहे थे।

स्वच्छता के स्वास्थ्य संबंधी और आर्थिक प्रभाव

10.45 सफाई और स्वच्छता की गुणवत्ता का स्वास्थ्य संबंधी निष्कर्षों को बेहतर बनाने पर अत्यधिक प्रभाव पड़ता है। यह एक सु-स्थापित तथ्य है। यूनिसेफ के अनुसार, स्वच्छता की कमी भारत में वार्षिक रूप से 100,000 से अधिक बच्चों की मृत्यु और 48 प्रतिशत बच्चों के विकास में रूकावट के लिए उत्तरदायी है। स्वास्थ्य की स्थिति पर

चित्र 16: चुनिंदा स्वास्थ्य संकेतकों में ओडीएफ और ओडीएफ-भिन्न जिलों का निष्पादन (प्रतिशत)



स्रोत: पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय

स्वच्छता कार्यक्रम के प्रभाव का मूल्यांकन करने के उद्देश्य से, बिल एण्ड मेलिन्डा गेट्स फाउंडेशन (बीएमजीएफ) द्वारा चुनिंदा ओडीएफ और ओडीएफ भिन्न जिलों में एक प्रायोगिक अध्ययन शुरू किया गया था। बीएमजीएफ का अनुमान था कि भारत में खुले में शौच से मुक्त गांवों के परिवार महत्वपूर्ण रूप से बेहतर स्वास्थ्य संकेतक वाले हैं (चित्र 16)।

10.46 पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय द्वारा 10 जिलों, नामतः उडुपी, चित्रदुर्ग (कर्नाटक), नदिया, वीरभूम (पश्चिम बंगाल), चुरू, अलवर (राजस्थान), हर्दा, देवास (मध्य प्रदेश) और शामली, सहारनपुर (उत्तर प्रदेश) में 4000 परिवारों (2000 ओडीएफ और 2000 ओडीएफ भिन्न परिवार) को शामिल करके, मई 2017 से जून 2017 के सर्वेक्षण में सीएपीआई (कम्प्यूटर सहायित व्यक्तिगत साक्षात्कार) तकनीक के आधार पर प्रायोजित दूसरे प्रायोगिक अध्ययन से जो निष्कर्ष प्राप्त हुए हैं। उनका सार नीचे सारणी 5 में दिया गया है।

10.47 ओडीएफ भिन्न जिलों में माध्यमिक शिक्षा पूरी करने के निम्न अनुपात डायरिया, कुपोषण से शारीरिक विकास में रूकावटों, अत्यधिक कमजोर और शारीरिक भार सूचकांक का उच्चतर स्तर प्रदर्शित होते हैं। तथापि, माध्यमिक स्तर तक शिक्षित लोगों के ज्यादा प्रतिशत वाले ओडीएफ क्षेत्रों में, ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियों (वीएचएससी) की व्यापक विद्यमानता और सकारात्मक कार्य की वजह से व्यक्तियों के व्यवहार में बदलाव का स्पष्ट साक्ष्य रहा है। ओडीएफ क्षेत्रों में सामान्य बीएमआई

सारणी 5: 15 मई, 2017 से 22 जून, 2017 के दौरान ओडीएफ और ओडीएफ भिन्न क्षेत्रों की तुलना

सूचकांक	ओडीएफ क्षेत्र	ओडीएफ भिन्न क्षेत्र
विगत एक माह पूर्व सर्वेक्षण में डायरिया फैलना	15.1	22.1
छोटे रह गए बच्चे (आयु से कम लंबाई-2एसडी विश्व स्वास्थ्य संगठन मानक) वजन घटने वाले बच्चे (लंबाई की तुलना में कम वजन-2 एसडी विश्व स्वास्थ्य संगठन मानक) कम वजन वाले बच्चे (आयु की तुलना में कम वजन-2 एसडी विश्व स्वास्थ्य संगठन मानक)	28.3	41.2
महिलाएं जिनका शारीरिक भार सूचकांक (बीएमआई) सामान्य से कम है (शा. भा.सू. 18.5 कि.ग्रा./वर्ग मी.)	62.9	57.5
कोई शिक्षा नहीं माध्यमिक की पढ़ाई पूरी की	27.1	22.8

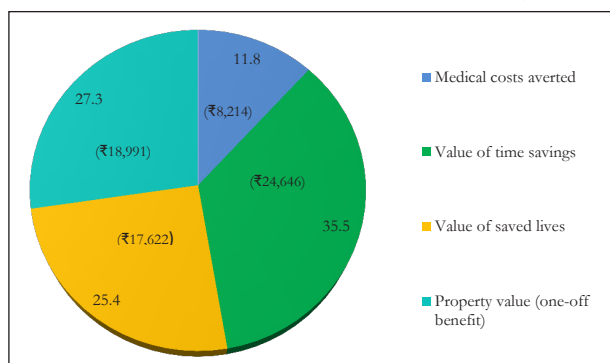
स्रोत: चुनिंदा ओडीएफ और ओडीएफ-भिन्न जिलों में स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों की समीक्षा, पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय द्वारा प्रायोजित अध्ययन

टिप्पणी: निर्दिष्ट तारीख (28 अप्रैल, 2017) से कम-से-कम एक वर्ष पूर्व खुले में शौच मुक्त (ओडीएफ) के रूप में घोषित गांव को खुले में शौच मुक्त गांव के चयन के लिए शामिल किया गया था।

वाली माताओं का अनुपात 62.9% है जबकि ओडीएफ भिन्न क्षेत्रों में यह 57.50% है। इससे स्पष्ट हो जाता है कि बच्चे ही नहीं, माताएं भी ओडीएफ क्षेत्रों में अधिक स्वस्थ पाई गई हैं।

10.48 अध्ययनों में दर्शाया गया है कि स्वास्थ्य संबंधी

चित्र 17 : 100 प्रतिशत शौचालय उपयोग के वार्षिक लाभ (प्रतिशत और रुपये में)



स्रोत: यूनिसेफ

प्रभावों के अतिरिक्त, ओडीएफ क्षेत्र बनने पर आर्थिक लाभ भी हैं। विश्व बैंक के आकलन के अनुसार, स्वच्छता संबंधी सुविधाओं की कमी की लागत भारत की जीडीपी के 6 प्रतिशत से अधिक है। 'फायनेंशियल एंड इकोनोमिक इम्पेक्ट ऑफ एसबीएम इन इंडिया (2017)' नामक रिपोर्ट में यूनिसेफ ने यह आकलन किया था कि ग्रामीण भारत में एक ओडीएफ गांव में एक परिवार हर वर्ष 50,000/- रुपये (800 डॉलर) बचाता है (चित्र 17)।

भावी मार्ग

10.49 समावेशी विकास के लिए, भारत शैक्षणिक उपलब्धियों, स्वास्थ्य संबंधी निष्कर्षों और रोजगार अवसरों में अंतरालों को पाटने के लिए महिलाओं और जनता के सीमांत वर्गों को शामिल करने हेतु शिक्षा और स्वास्थ्य जैसे सामाजिक क्षेत्रों के लिए कार्यक्रम कार्यान्वित करता रहा है। हालांकि समष्टि आर्थिक विकास और सक्षम बाजार आवश्यक

हैं, परंतु यह सुनिश्चित करना भी उतना ही आवश्यक है कि विकास के लाभ सभी नागरिकों को समान रूप से प्राप्त हो सकें ताकि विकास को व्यापक आधार प्रदान किया जा सके।

10.50 अंततः "नीतिगत और संस्थागत पारिस्थिति समर्पित समावेशी विकास के सुदृढीकरण को देशों, चाहे वे मंद गति के विकास, उच्च असमानता का अनुभव कर रहे हों, या दोनों से गुजर रहे हों, के लिए सर्वोच्च नीतिगत प्राथमिकता होनी चाहिए। यह चौथी औद्योगिक क्रांति में उन्नति करने की चाह रखने वाले देशों के लिए अनिवार्य होना चाहिए (डब्ल्यूईएफ, 2017)"। भारत सरकार द्वारा अधिशासन का कायापलट करने के लिए डिजिटাইजेशन और वित्तीय समावेशन, जेंडर को मुख्य धारा में लाने और भारतीय समाज में अंतर्निहित सामाजिक असमानताओं के सभी स्वरूपों में कमी लाने से संबंधित उपायों के माध्यम से सामाजिक समावेशन प्राप्त करने के रूप में समावेशी विकास के लिए उत्तरोत्तर नीतियां और संस्थागत प्रणालियां तैयार की जा रही हैं।