

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना 2007-2012

भाग-II
सामाजिक क्षेत्रक



योजना आयोग
भारत सरकार

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना
(2007-2012)
सामाजिक क्षेत्रक

भाग II



सत्यमेव जयते

भारत सरकार
योजना आयोग

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना
(2007-2012)
सामाजिक क्षेत्रक

भाग II



सत्यमेव जयते

भारत सरकार
योजना आयोग

© योजना आयोग (भारत सरकार) 2008

लेखक के नैतिक अधिकार प्राख्यापित हैं।

प्रथम प्रकाशन 2008

सर्वाधिकार सुरक्षित हैं। इस प्रकाशन के किसी भी अंश का किसी भी रूप में अथवा किसी भी विधि, से इलेक्ट्रॉनिक अथवा यांत्रिक, फोटोप्रतिलिपि, रिकार्डिंग अथवा किसी अन्य सूचना भंडारण और पुनः प्रापण प्रणाली सहित योजना आयोग, भारत सरकार की लिखित अनुमति के बिना प्रतिलिपिकरण अथवा स्थानांतरण नहीं किया जा सकता है।

योजना आयोग, भारत सरकार,
योजना भवन, संसद मार्ग, नई दिल्ली-110001 के द्वारा प्रकाशित

विषय सूची

तालिका सूची	v
चित्र सूची	vii
बॉक्स सूची	viii
संलग्नक सूची	x
प्रथमाक्षर सूची	xi
1. शिक्षा	1
1.1 प्रारंभिक शिक्षा और साक्षरता	1
1.2 माध्यमिक शिक्षा और व्यावसायिक शिक्षा (वी ई)	15
1.3 उच्चतर एवं तकनीकी शिक्षा	23
2. युवा मामले और खेल तथा कला एवं संस्कृति	43
2.1 युवा मामले और खेल	41
2.2 कला और संस्कृति	50
3. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण तथा आयुष	58
3.1 स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण	58
3.2 आयुर्वेद, योग व नेचुरोपैथी, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी (आयुष)	111
4. पोषण और सामाजिक सुरक्षा तंत्र	134
4.1 खाद्य व पोषण	134
4.2 समाजिक सुरक्षा	156
5. पेय जल, सफाई व्यवस्था और स्वच्छ रहन-सहन	169
6. महिला अभिकरण और बाल अधिकारों की ओर	191

तालिका

1.1.1	प्राथमिक व उच्च प्राथमिक स्कूलों में जीईआर	3
1.1.2	प्रति 100 पुरुष अध्यापकों की तुलना में महिला अध्यापकों की संख्या	4
1.1.3	सामाजिक संरचना के अनुसार अधबीच में पढ़ाई छोड़ने वालों की दर 2004-05	4
1.1.4	प्रारम्भिक स्तर पर अधिगम उपलब्धियाँ	4
1.1.5	एसएसए का वितरण	6
1.1.6	बुनियादी सुविधा रहित स्कूल, 2005-06	8
1.1.7	प्रबन्धन के अनुसार प्रारम्भिक स्कूल	8
1.2.1	माध्यमिक शिक्षा - नामांकन और अधबीच में पढ़ाई छोड़ने वालों की संख्या 2004-05	14
1.3.1	उच्च शिक्षा प्रणाली का विकास	22
1.3.2	जीईआर में विषमता 2004-05	22
2.1.1	युवा मामले और खेल पर योजना खर्च	43
3.1.1	चुनिदा देशों में स्वास्थ्य संकेतक	55
3.1.2	दसवीं योजना के दौरान लक्ष्य और उपलब्धियाँ	55
3.1.3	शहरी/ग्रामीण स्वास्थ्य संकेतक	58
3.1.4	बीमारी भार अनुमान, 2005	58
3.1.5	स्वास्थ्य अवसंरचना में कमी - अखिल भारत	61
3.1.6	स्वास्थ्य कर्मिकों में कमी - अखिल भारत	62
3.1.7	विभिन्न राज्यों में स्वास्थ्य और दवाओं पर घरेलू व्यय का प्रतिशत हिस्सा	73
3.2.1	आयुष के अन्तर्गत पंजीकृत चिकित्सा प्रैक्टिशनर्स	108
3.2.2	शैक्षणिक संस्थानों के ब्यौरे और उनकी क्षमता	108
3.2.3	विनिर्माण यूनिटों के पद्धतिवार ब्यौरे	109
4.1.1	प्रोटीन कैलोरी औचित्य स्थिति के अनुसार बच्चों का वितरण	132
4.1.2	पिछले दशक में वास्तविक अर्थ में 15 राज्यों में औसत रूप में प्रति व्यक्ति खाद्यान्न उपयोग में बदलाव	134
4.1.3	खाद्य उपभोग की संरचना, अखिल भारत, ग्रामीण और शहरी, 1972-73 से 2004-05	134
4.1.4	बाल्यकाल में प्रवृत्तियां (0-3 वर्ष की आयु) - भारत में कुपोषण	135
4.1.5	कैलोरी और प्रोटीन का प्रतिव्यक्ति अन्तर्ग्रहण	135

vi तालिका

4.1.6	खरीफ विपणन मौसम के दौरान डीसीपी राज्यों में चावल का प्रापण	137
4.1.7	खाद्य सब्सिडी	137
4.1.8	पीडीएस उपलक्षित क्षरण-ऑफटेक की तुलना में उपभोग	142
5.1	जलापूर्ति सुविधाओं से कवर जनसंख्या का प्रतिशत	165
5.2	वर्ष 2003-04 में श्रेणी I शहरों/श्रेणी II कस्बों में जलापूर्ति, उत्सर्जित जल और उसके उपचार की स्थिति।	178
6.1	लिंग के अनुसार कार्य भागीदारी दर (1972 से 2005)	191
6.2	विभिन्न शैक्षणिक स्तरों के लिए 15-59 वर्ष की आयु के नियमित मजदूरी/वेतन भोगी कर्मचारियों द्वारा प्राप्त की जाने वाली औसत मजदूरी/वेतन (रूपये प्रति दिन)	191
6.3	सरकारी क्षेत्रक में महिलाएं	193
6.4	महिलाओं की राजनैतिक भागीदारी : वैश्विक परिदृश्य	194
6.5	केन्द्रीय बजट के प्रतिशत के रूप में बच्चों के लिए (बीएफसी) बजट में क्षेत्रकीय आबंटन और व्यय	207
6.6	दसवीं योजना हेतु मानीटरन योग्य लक्ष्य और उपलब्धियाँ	207
6.7	अन्य ई-9 देशों की तुलना में भारत में बच्चों के स्वास्थ्य की स्थिति।	208

चित्र

1.1.1	प्रारम्भिक शिक्षा में नामांकन	3
1.1.2	पढ़ाई न करने वाले बच्चों की संख्या में कमी	4
1.2.1	प्रबन्धन के अनुसार माध्यमिक स्कूल	16
2.1.1	योजना व्यय का केन्द्र बनाम राज्य हिस्सा	47
3.1.1	गर्भ-निरोधक प्रयोग में प्रवृत्तियाँ (%) 15-49 आयु वर्ग (वर्तमान समय में विवाहित महिलाएं)	60
3.1.2	भारत में एमएमआर : लॉग लिनियर माडल पर आधारित प्रवृत्तियाँ, 1997-2012	61
3.1.3	पूर्ण प्रतिरक्षण कवरेज में प्रवृत्तियाँ	61
3.1.4	भारत में शिशु मृत्यु दर	61
3.1.5	राज्यों में एडस के मामले, 2006	63
3.1.6	भारत में मलेरिया और पीएफ मामले	64
3.1.7	आईओएल सहित मोतियाबिंद आपरेशनों की संख्या	65
3.1.8	एनआरएचएम - चित्र आरेख संरचना	66
3.1.9	सीएचसीज में प्रति स्पेशलिस्ट व्यक्तियों की संख्या	67
3.1.10	ग्रामीण क्षेत्रों में अस्पताल के प्रकार के अनुसार अस्पताल में उपचार के मामलों का प्रतिशत	69
3.1.11	शहरी क्षेत्रों में अस्पताल के प्रकार के अनुसार अस्पताल में उपचार के मामलों का प्रतिशत	69
3.1.12	उपचारित बीमारियों का प्रतिशत जिनका सरकारी स्रोतों से अस्पताल-बिन उपचार किया गया है	70
3.1.13	प्रति अस्पताल मामले में औसत चिकित्सा व्यय (रूपये)	70
3.1.14	परिवार नियोजन हेतु पूरी न की गई जरूरतें (वर्तमान में विवाहित महिलाएं, उम्र 15-49)	97
3.1.15	भारत में स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण का स्रोत 2001-02	108
3.1.16	केन्द्र और राज्यों के संबंध में प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य व्यय की वृद्धि-नाममात्र और वास्तविक अर्थ में	109
6.1	बाल मजदूर	225

बॉक्स

1.1.1	एमडीएमएस के अंतर्गत बेहतर कार्य	8
1.1.2	राष्ट्रीय शिक्षा आयोग	9
1.1.3	ग्यारहवीं योजना लक्ष्य और विशेष ध्यान दिए जाने वाले क्षेत्र	14
1.3.1	उच्च शिक्षा में निजी क्षेत्र की भागीदारी	25
1.3.2	मॉडल सीयू की मूल विशेषताएं	29
1.3.3	मोहाली ज्ञान शहर - क्लस्टरिंग के लाभ	32
1.3.4	विज्ञान व प्रौद्योगिकी में संकाय वृद्धि और विकास	34
2.1.1	ग्यारहवीं योजना के लक्ष्य - युवा मामले	45
2.1.2	राष्ट्रमण्डल खेल (सीजी) 2010 और राष्ट्रमंडल युवा खेल (सीवाईजी) 2008	46
2.1.3	ग्यारहवीं योजना के लक्ष्य - खेल-कूद व शारीरिक शिक्षा	48
2.2.1	ग्यारहवीं योजना की कार्यनीतियां	54
2.2.2	कला एवं संस्कृति संबंधी कार्य की विशिष्ट योजना	55
3.1.1	सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की कमजोरियां	68
3.1.2	शीर्ष कार्यक्रम	68
3.1.3	सर्व स्वास्थ्य अभियान	71
3.1.4	एनआरएचएम के पांच फलक	72
3.1.5	अक्खा - आशा की नाव	75
3.1.6	सांस्कृतिक संलग्नता	76
3.1.7	अनिवार्य औषधि की आपूर्ति - तमिलनाडु का अनुभव	79
3.1.8	पीआरआईज की भूमिका	80
3.1.9	नागालैंड का समुदायीकरण	81
3.1.10	सार्वजनिक निजी भागीदारी (पीपीपी)	83
3.1.11	स्वास्थ्य सुरक्षा को खर्च करने योग्य बनाना - जन-स्वास्थ्य सहयोग (जेएसएस) का अनुभव	87
3.1.12	टेलिमेडिसिन	88
3.1.13	गृह आधारित नवजात सुरक्षा- गढ़चिरौली मॉडल	92
3.1.14	प्रतिरक्षण सुदृढीकरण	95
3.1.15	नवोन्मेषी विद्यालयी स्वास्थ्य कार्यक्रम - उदयपुर मॉडल	95
3.1.16	वृद्ध व्यक्तियों का स्वास्थ्य	96
3.1.17	जननी - आरएचपीज़ का उपयोग	97

3.1.18	निजी क्षेत्रक द्वारा कार्य को सुकर बनाना	98
3.1.19	स्वास्थ्य हेतु मानव संसाधन	99
3.1.20	एनआरएचएम में आरएमपीज़ की सहभागियों के रूप में भूमिका	100
3.1.21	कुछ नवोन्मेषी वित्तीय प्रक्रिया	107
3.2.1	एनआरएचएम के अंतर्गत आयुष - हस्तक्षेप	112
3.2.2	अनुसंधान पहलें	114
3.2.3	ग्यारहवीं योजना के दौरान महत्वपूर्ण नई पहलें	117
4.1.1	टीपीडीएस का निष्पादन मूल्यांकन	142
5.1	संधारणीयता में सफलता की कहानियां - ओरानिस-ग्रामीण तमिलनाडु की जीवन रेखाएं	171
5.2	शहरी स्लम जलापूर्ति	175
5.3	जनोपयोगी सेवा बोर्ड (पीयूबी) सिंगापुर	176
5.4	शहरी जलापूर्ति में सार्वजनिक निजी भागीदारी	177
5.5	राष्ट्रीय महासागर प्रौद्योगिकी संस्थान (एनआईओटी) चेन्नै द्वारा समुद्री जल विलवणीकरण पहल, शुद्ध जल छः पैसे प्रति लीटर	178
5.6	महाराष्ट्र के सतारा जिले में फाल्टन ब्लॉक में सुरावदी पंचायत ने कैसे निर्मल ग्राम पुरस्कार (एनजीपी) जीता।	181
5.7	एसडब्ल्यूएम में सफलता - सूरत का मामला	185
6.1	दृष्टिकोण का सार	192
6.2	दसवीं योजना के दौरान महिलाओं के लिए स्कीमें (बड़ी)	192
6.3	अधिक शिक्षा, आय, भेदभाव	194
6.4	साधारण महिलाएं जिन्होंने असाधारण कार्य किए	201
6.5	मुस्लिम महिलाओं के लिए समानता सुनिश्चित करना: एक बड़ी चुनौती	203
6.6	अल्पसंख्यक महिलाओं का नेतृत्व विकास: एक प्रस्तावित प्रायोगिक स्कीम	204
6.7	अकेली महिलाओं के लिए आशा	205
6.8	पंचायत में महिलाएं: आधारभूत वास्तविकताएं	207
6.9	बच्चों के लिए दसवीं योजना स्कीमें	211
6.10	आईसीडीएस की स्थिति	212
6.11	बच्चों की समाजार्थिक स्थिति	212
6.12	बाल रोग प्रतिरोधक टीकाकरण: दक्षिण एशिया का निष्पादन	215
6.13	बच्चों की पौषणिक स्थिति	216
6.14	बाल वाड़ी और फुलवारी तीन वर्ष से कम आयु वाले बच्चों पर ध्यान केन्द्रित करना	219
6.15	बाल सुरक्षा	221

संलग्नक

1.2.1.	मुख्य शिक्षा सांख्यिकी, 2004-05	39
1.3.1	राष्ट्रीय संस्थान	41
1.3.2	निरीक्षण समिति - क्षेत्रक-वार व्यय	42
2.1.1	युवा मामले और खेल-कूद - दसवीं योजना का परिव्यय और प्रत्याशित व्यय	57
2.2.1	संस्कृति - दसवीं योजना का परिव्यय और व्यय	57
3.1.1	स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग (एनआरएचएम के अतिरिक्त) दसवीं योजना के दौरान स्कीम-वार परिव्यय और वास्तविक व्यय	118
3.1.2	स्वास्थ्य (एच) और परिवार कल्याण (एफ डब्ल्यू) विभाग-एनआरएचएम	121
3.1.3	स्वास्थ्य - राज्य योजना परिव्यय और व्यय	123
3.1.4	मातृक मर्त्यता अनुपात - भारत और बड़े राज्य	125
3.1.5	लिंग अनुपात (0-6 वर्ष) (भारत और राज्य/संघ-राज्य क्षेत्र)	126
3.1.6	शिशु मर्त्यता दर-भारत और राज्य/संघ राज्य क्षेत्र	127
3.1.7	कुल प्रजनन दर - भारत और बड़े राज्य	128
3.1.8	स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के अंतर्गत स्कीमें	129
3.2.1	भारत में दिनांक 1.4.2007 की स्थिति के अनुसार आयुष अस्पतालों, उनकी बिस्तरों की संख्या सहित, की राज्य-वार/प्रणाली-वार संख्या	130
3.2.2	भारत में दिनांक 1.4.2007 की स्थिति के अनुसार आयुष डिस्पेंसरियों की राज्य-वार/प्रणाली वार संख्या	132
3.2.3	आयुष विभाग - स्कीम-वार दसवीं योजना परिव्यय और व्यय	133
3.2.4	आयुष विभाग के अंतर्गत स्कीमें	133
4.1.1	राज्यों के अनुसार बच्चों में कुपोषण (0-3 वर्ष)	163
4.1.2	विभिन्न आयु समूहों में बच्चों की राज्य-वार कुपोषण दर	164
4.1.3	महिलाओं में रक्ताल्पता (15-49 वर्ष)	165
4.1.4	गरीबों व गैर गरीबों में कार्डधारकों का वितरण	166
4.1.5	पीडीएस लाभ - चावल और गेहूँ	167
4.1.6	किसी भी कार्यक्रम के लाभार्थी (अन्नपूर्णा, एफएफडब्ल्यू, आईसीडीएस, एमडीएम)	168
5.1	विभिन्न राज्यों में जल जनित बीमारियों के मामले और उसके कारण होने वाली मृत्यु	189
5.2	विभिन्न राज्यों में प्रमुख संक्रामक बीमारियों का भार	190
6.1	महिलाओं से संबंधित चुनिंदा विकास सूचक	229

प्रथमाक्षर

ए एण्ड एन आईसलेंड्स	अण्डमान और निकोबार द्वीपसमूह	एएससी	एकेडमिक स्टाफ कालेज
एएबीवाई	बी आर सी ब्लाक संसाधन केन्द्र आम आदमी बीमा योजना	एएसएचए	सीआईसीटी साहित्यिक तमिल केन्द्रीय संस्थान
एएवाई	सीएसीपी कृषि लागत एवं मूल्य आयोग	एएसआई	प्रत्यायित समाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
एआईसीटीई	अन्त्योदय अन्न योजना	एएसयूएण्डएच	सीआईआईएल भारतीय भाषा केन्द्रीय संस्थान
एआईडीएस	अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद	एयूडब्ल्यूएसपी	भारतीय पुरातत्व सर्वेक्षण
एआईई	सीबीएसई केन्द्रीय माध्यमिक शिक्षा बोर्ड	एवीआई	सीआईपी केन्द्रीय निर्गम कीमत
एएनसी	एक्वायर्ड इम्यून डिफिसिएन्सी सिंड्रोम	एडब्ल्यूडब्ल्यू	आयुर्वेद सिद्धा यूनानी और होमियोपैथी
एएनएम	सीसीआईएम भारतीय केन्द्रीय औषधि परिषद	आयूष	सीएमई अनुवर्ती चिकित्सा शिक्षा
एपीएल	वैकल्पिक और नवीन शिक्षा	बीएफसी	त्वरित शहरी ग्रामीण जल आपूर्ति
एआरआई	सीसीआरएएस केन्द्रीय आयुर्वेद एवं सिद्ध अनुसंधान परिषद	बीआईटीएस	कार्यक्रम सीपी समुदाय पालीटेक्निक
एआरवी	प्रसव पूर्व देखभाल सीसीआरटी	बीएमआई	प्रत्यायित व्यावसायिक संस्थान
एआरडब्ल्यूएसपी	सांस्कृतिक संसाधन और प्रशिक्षण केन्द्र	बीपीएल	सीआरसीज क्लस्टर संसाधन केन्द्र
	आक्सिलरी नर्स मिडवाइफ	बी आर सी	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता सीएस
	सीईसी शैक्षिक संवाद केन्द्र हेतु अंतर्राष्ट्रीय सहयोग		केन्द्रीय क्षेत्रक स्कीम
	गरीबी रेखा से ऊपर सीईपी अनुवर्ती शिक्षा कार्यक्रम		आयुर्वेद, योग और नेचुरोपैथी यूनानी, सिद्धा और होमियोपैथी
	तीव्र श्वसन संक्रमण सीजी राष्ट्रमण्डल खेल		सीएसआईआर वैज्ञानिक एवं औद्योगिक अनुसंधान परिषद
	एंटी रेट्रोवाइरल सीजीएचएस केन्द्र सरकार स्वास्थ्य स्कीम		बच्चो हेतु बजट सीएसओ
	त्वरित ग्रामीण जलापूर्ति कार्यक्रम		सिविल सोसायटी संगठन
	सीएचसीज सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र		बिरला प्रौद्योगिकी एवं विज्ञान संस्थान
			सीएसओ केन्द्रीय सांख्यिकी संगठन
			बाड़ी मास इंडेक्स सीएसएस
			केन्द्र प्रायोजित स्कीम
			गरीबी रेखा से नीचे सीएसडब्ल्यूवी
			केन्द्रीय क्षेत्रक कल्याण बोर्ड
			ब्लाक संसाधन केन्द्र

सीएसीपी	कृषि लागत एवं मूल्य आयोग	डीओटीएस	प्रत्यक्ष लक्षी उपचार लघु कोर्स
सीबीएचआई	समुदाय आधारित स्वास्थ्य बीमा	डीपीए	दहेज रोकथाम अधिनियम
सीबीएसई	केन्द्रीय माध्यमिक शिक्षा बोर्ड	डीपीईपी	जिला प्राथमिक शिक्षा कार्यक्रम
सीसीआईएम	भारतीय केन्द्रीय औषधि परिषद	डीआरसी	जिला संसाधन केन्द्र
सीसीआरएस	केन्द्रीय आयुर्वेद एवं सिद्ध अनुसंधान परिषद	डीएसटी	विज्ञान और प्रौद्योगिकी विभाग
सीसीआरटी	सांस्कृतिक संसाधन और प्रशिक्षण केन्द्र		
सीईसी	शैक्षिक संवाद केन्द्र हेतु अंतर्राष्ट्रीय सहयोग	ईबीबी	शैक्षिक रूप से पिछड़े ब्लाक
सीईपी	अनुवर्ती शिक्षा कार्यक्रम	ईसीसीई	प्रारंभिक बाल्यावस्था देखभाल एवं शिक्षा
सीजी	राष्ट्रमण्डल खेल	ईसीजी	इलेक्ट्रोकाडियोग्राम
सीजीएचएस	केन्द्र सरकार स्वास्थ्य स्कीम	ईडीयूएसएटी	शिक्षा उपग्रह
सीएचसीज	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	ईएफए	सबके लिए शिक्षा
सीआईसीटी	साहित्यिक तमिल केन्द्रीय संस्थान	ईजीएस	शिक्षा गारंटी स्कीम
सीआईआईएल	भारतीय भाषा केन्द्रीय संस्थान	ईएमओसी	आपात प्रसव देखभाल
सीआईपी	केन्द्रीय निर्गम कीमत	ईपीएफओ	कर्मचारी भविष्य निधि संगठन
सीएमई	अनुवर्ती चिकित्सा शिक्षा	ईएसआईसी	कर्मचारी राज्य बीमा निगम
सीपी	समुदाय पालीटेक्निक		
सीआरसीज	क्लस्टर संसाधन केन्द्र	एफसीआई	भारतीय खाद्य निगम
सीएस	केन्द्रीय क्षेत्रक स्कीम		
सीएसआईआर	वैज्ञानिक एवं औद्योगिक अनुसंधान परिषद	एफपीएस	उचित मूल्य
सीएसओ	सिविल सोसायटी संगठन	एफआरयू	प्रथम रेफरल यूनिट
सीएसओ	केन्द्रीय सांख्यिकी संगठन		
सीएसएस	केन्द्र प्रायोजित स्कीम	जीबीएस	सकल बजटीय सहायता
सीएसडब्ल्यूबी	केन्द्रीय क्षेत्रक कल्याण बोर्ड	जीडीपी	सकल घरेलू उत्पाद
सीटीई	शिक्षक शिक्षा कालेज	जीईआर	सकल नामांकन अनुपात
सीटीएस	केन्द्रीय तिब्बती स्कूल	जीएलवी	हरी पत्तेवाली सब्जियाँ
सीयू	केन्द्रीय विश्वविद्यालय	जीएमपी	सफल विनिर्माण कार्य
सीवीडी	कार्डियोवेस्कुलर रोग	जीओ	सरकारी संगठन
सीडब्ल्यूएसएन	विशेष आवश्यकता वाले बच्चे	जीओआई	भारत सरकार
सीवाईजी	राष्ट्रमंडल युवा खेल		
सीवाईपी	राष्ट्रमंडल युवा कार्यक्रम	एचएमएम	हिन्दू एडाप्शन एण्ड मेंटेनेंस एक्ट
		एचबीएनसी	आवास आधारित नवजात देखभाल
डीएण्डएन हवेली	दादरा एवं नागर हवेली	एचआईवी	ट्यूमन इम्यूनोडिफिसिएन्सी वायरस
डीई	परमाणु उर्जा विभाग	एचएलसी	उच्च स्तरीय समिति
डीवीटी	जैव प्रौद्योगिकी विभाग	एचएमआईएस	स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली
डीसीपीयू	जिला बाल सुरक्षा एकक		
डीडीडब्ल्यूएस	पेय जल आपूर्ति विभाग	आईएसई	शिक्षा में आधुनिक अध्ययन संस्थान
डीआईईटी	जिला शिक्षा एवं प्रशिक्षण संस्थान	आईसीएआर	भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद
डीआईएसई	जिला शिक्षा सूचना प्रणाली	आईसीडीएस	एकीकृत बाल विकास सेवाएं
डीआईटी	सूचना प्रौद्योगिकी विभाग	आईसीएमआर	भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद
डीएलएचएस	जिला स्तर स्वास्थ्य सर्वेक्षण	आईसीपीएस	एकीकृत बाल सुरक्षा स्कीम
डीएमएचपी	जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम	आईसीटी	सूचना एवं संचार प्रौद्योगिकी
डीओसी	संस्कृति विभाग	आईडीए	आयरन डिफिसिएन्सी एनीमिया
डीओटी	दूरसंचार विभाग	आईडीडी	आयोडिन डिफिसिएन्सी डिसऑर्डर

आईडीएसपी आईईसी आईईडीसी आईईडीएसएस	एकीकृत रोग जांच परियोजना सूचना, शिक्षा और संचार अपंग बच्चों हेतु एकीकृत शिक्षा द्वितीयक स्तर पर अपंगों हेतु समावेशी शिक्षा	केजीबीवीएस केवी	कस्तूरबा गांधी बालिका विद्यालय स्कीम केन्द्रीय विद्यालय
आईएफए आईजीएनसीए आईजीएनओयू आईआईआईटी आईआईएम आईआईपीएस आईआईएससी आईआईएसईआर आईआईएसएफएम आईआईटी आईएलओ आईएमएनसी आई	आयरन फालिक एसिड इंदिरा गांधी राष्ट्रीय कला केन्द्र इंदिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय अंतरराष्ट्रीय सूचना प्रौद्योगिकी संस्थान भारतीय प्रबंधन संस्थान अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान भारतीय विज्ञान संस्थान भारतीय विज्ञान शिक्षा एवं अनुसंधान संस्थान एकीकृत खाद्यान्न प्रबंधन सूचना प्रणाली भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान अंतरराष्ट्रीय श्रम संगठन एकीकृत नवजात एवं बाल्यावस्था बीमारी प्रबंधन	एलबीडब्ल्यू एलईएपी एलएफ एलएचवी एलकेए एलएनआई पीई एलपीसीडी	निम्न जन्म वजन जीवन पर्यन्त शिक्षा एवं जागरूकता कार्यक्रम लिम्फैटिक फाइलेरियासिस लेडी हेल्थ विजिटर ललित कला अकादमी लक्ष्मीबाई नेशनल इंस्टीट्यूट आफ फिजिकल एजुकेशन लिटर प्रति व्यक्ति प्रति दिन
आईएमआर आईएनडीईएसटी	शिशु मृत्यु दर भारतीय राष्ट्रीय इंजीनियरिंग साइंसेज एवं प्रौद्योगिकी डिजिटल पुस्तकालय	एम ओ डब्ल्यू सीडी एमएएससी एमबीए एमसीए एमसीएच एमसीआई एमडीए एमडीजी एमडीएम एमडीएमएस एमई एमएचआरडी एमआईएस एमएलडी एमएमआर एमओएचएफ डब्ल्यू एमओ एमओआरडी एमओयू एमपी एमपी एमपीसीसी एमपीडब्ल्यू एमएस एमएसपी एमटीपी	महिला एवं बाल विकास मंत्रालय मल्टी-एप्लीकेशन स्मार्ट कार्ड मास्टर आफ विजनेस एडमिनिस्ट्रेशन मास्टर आफ कम्प्यूटर एप्लिकेशन मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य भारतीय चिकित्सा परिषद मास ड्रग एडमिनिस्ट्रेशन सहस्राब्दी विकास लक्ष्य दोपहर का भोजन दोपहर का भोजन स्कीम मानीटरिंग एवं मूल्यांकन मानव संसाधन विकास मंत्रालय प्रबंधन सूचना प्रणाली मिलियन लीटर प्रतिदिन मातृ-मृत्यु दर स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय चिकित्सा अधिकारी ग्रामीण विकास मंत्रालय समझौता ज्ञापन मध्य प्रदेश संसद सदस्य बहुद्देशीय सांस्कृतिक परिसर बहुद्देशीय कामगार महिला समाख्या न्यूनतम समर्थन मूल्य मेडिकल टर्मिनेशन आफ प्रेग्नेंसी
आईएनएफएल आईबीएनईटी आईओएल आईपीईआरपीओ	पुस्तकालय नेटवर्क सूचना इण्ट्रा ओक्यूलर लेन्स बौद्धिक सम्पदा शिक्षा, अनुसंधान और सार्वजनिक आउटरीच		
आईपीएचएस आईपीआर आईएसएम आईएसआरओ आईटी आईटीपीए	भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा मानक बौद्धिक सम्पदा अधिकार भारतीय औषधि परिषद भारतीय अंतरिक्ष अनुसंधान संगठन सूचना प्रौद्योगिकी इम्मारल ट्रैफिक (प्रिवेंशन) एक्ट		
जे एण्ड के जेएनएनयूआरएम	जम्मू एवं कश्मीर जवाहर लाल नेहरू राष्ट्रीय शहरी नवीकरण मिशन		
जेआरएफ जेएसके जेएसएस जेएसएस जेएसवाई	जूनियर रिसर्च फेलोशिप जनसंख्या स्थिरता कोश जन शिक्षण संस्थान जन स्वास्थ्य सहयोग जननी सुरक्षा योजना	एनएएसी एनएबीएच	नेशनल एकेडिडेशन एसेसमेण्ट काउंसिल नेशनल एकेडिडेशन बोर्ड आफ हास्पिटल एण्ड हेल्थ केयर प्रोवाइडर्स

एनएसीओ	राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन	ओआरएस	ओरल रिहाइड्रेशन सोलूशन
एनएसीपी	राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम	ओएससी	निरीक्षण समिति
एनएआई	भारतीय राष्ट्रीय अभिलेखागार		
एनबीए	नेशनल एंक्रेडिटेशन बोर्ड	पीसी ऐंड पीएन	
एनबीई	राष्ट्रीय जांच बोर्ड	डीटी ऐक्ट	प्री-कन्सेप्शन ऐंड प्री-नेटल डायग्नोस्टिक
एनबीटी	नेशनल बुक ट्रस्ट		टेकनिक ऐक्ट
एनसीसीपी	राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम	पीडीएस	सार्वजनिक वितरण प्रणाली
एनसीडी	असंक्रमण रोग	पीईएम	प्रोटीन एनर्जी कुपोषण
एनसीडीसी	राष्ट्रीय डीजल नियंत्रण केन्द्र	पीईओ	कार्यक्रम मूल्यांकन संगठन
एनसीईआरटी	राष्ट्रीय शिक्षा अनुसंधान एवं प्रशिक्षण परिषद	पीएफ	प्लाजमोडियम फैल्सीपैरम
एनसीईयूएस	असंगठित क्षेत्र में राष्ट्रीय उद्यम आयोग	पीएफए	खाद्य मिलावट रोक-थाम
एनसीएफ	राष्ट्रीय पाठ्यक्रम ढांचा	पीजीडीएम	प्रबंधन में स्नातकोत्तर डिप्लोमा
एनसीएफ	राष्ट्रीय संस्कृति निधि	पीएचसी	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
एनएमआर	नवजात शिशु मृत्यु दर		
एनओएपीएस	राष्ट्रीय वृद्धावस्था पेंशन योजना	पीएचएफआई	भारतीय लोक स्वास्थ्य प्रतिष्ठान
एनपीई	राष्ट्रीय शिक्षा नीति	पीआईपी	परियोजना कार्यान्वयन योजना
एनपीईजीईएल	प्रारंभिक स्तर पर बालिका शिक्षा राष्ट्रीय कार्यक्रम	पीएलपी	साक्षरत्तर परियोजना
		पीएलडब्ल्यू एचए	एचआईवी/ एड्स ग्रसित लोग
एनपीटीईएल	प्रौद्योगिकी वर्धित शिक्षण संबंधी राष्ट्रीय कार्यक्रम	पीएमआर	शारीरिक औषधि एवं पुनर्वास
एनआरईजीए	राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी अधिनियम	पीएमएसएस वाई	प्रधान मंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना
एनआरईजीपी	राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी कार्यक्रम	पीपीपी	सार्वजनिक निजी भागीदारी
एनआरएचएम	राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन	पीआरआई	पंचायती राज संस्थान
एनएसएपी	राष्ट्रीय सामाजिक सहायता कार्यक्रम	पीएसई	स्कूल पूर्व शिक्षा
एनएसईआरबी	राष्ट्रीय विज्ञान एवं अभियांत्रिकी अनुसंधान बोर्ड	पीटीआर	छात्र-शिक्षक अनुपात
		पीयूबी	जनोपयोगी सेवा बोर्ड
एनएसएफ	राष्ट्रीय खेल संघ	पीडब्ल्यूडीवी ए	घरेलू हिंसा अधिनियम द्वारा महिलाओं की सुरक्षा
एनएसएस	राष्ट्रीय सेवा योजना	पीवाईकेकेए	पंचायत युवा क्रीड़ा और खेल अभियान
एनएसएस	राष्ट्रीय प्रतिदर्श सर्वेक्षण		
एनएसएसओ	राष्ट्रीय प्रतिदर्श सर्वेक्षण संगठन	आर ऐंड डी	अनुसंधान एवं विकास
एनएसवीएस	राष्ट्रीय सेवा स्वयंसेवी योजना	आरसीएच	प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य
एनयूईपीए	राष्ट्रीय शैक्षिक आयोजना प्रशासन विश्वविद्यालय	आरजीएनडी डब्ल्यूएम	राजीव गांधी राष्ट्रीय पेयजल मिशन
		आरजीएनआई वाईडी	राजीव गांधी राष्ट्रीय युवा विकास संस्थान
एनयूएचएम	राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन	आरएचपी	ग्रामीण स्वास्थ्य सेवी
एनवी	नवोदय विद्यालय	आरएमपी	पंजीकृत चिकित्सा सेवी
एनवीक्यू	राष्ट्रीय व्यावसायिक योग्यता	आरएनटीसीपी	संशोधित राष्ट्रीय यक्ष्मा नियंत्रण कार्यक्रम
एनवाईकेएस	नेहरू युवा केन्द्र संगठन	आरएसवाई	राष्ट्रीय सद्भावना योजना
		आरटीआई	रिप्रोडक्टिव ट्रैक्ट इंफेक्शन
ओ ऐंड एम	प्रचालन एवं रख-रखाव	आरटीई	खाने के लिए तैयार
ओबीसी	अन्य पिछड़ा वर्ग		
ओपीडी	बहिरंग रोगी विभाग	एसऐंडटी	विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी
ओपी/आईपी	बहिरंग रोगी/अंतरंग रोगी	एसए	साहित्य अकादमी

एसएआई	भारतीय खेल प्राधिकरण	टीएलई	पठन-पाठन उपकरण
एसबीए	कुशल जन्म परिचारक	टीएमएसएस एमएल	तंजौर महाराजा सिरोफजी सरस्वति महल
एससी	उप केन्द्र		लाइब्रेरी
एससी	अनुसूचित जाति	टीपीए	थर्ड पार्टी ऐडमिनिस्ट्रेशन
एससीईआरटी	राज्य शैक्षिक अनुसंधान एवं प्रशिक्षण परिषद	टीपीडीएस	लक्षित सार्वजनिक वितरण प्रणाली
एससीएसपी	अनुसूचित जाति उप-योजना	टीएससी	कुल सफाई अभियान
एसडीएम	दक्षता विकास मिशन	टीएसपी	जनजातीय उप-योजना
एसईटी	राज्य पात्रता परीक्षण	टीटीआई	शिक्षक प्रशिक्षण संस्थान
एसईडब्ल्यूए	स्व-नियोजित महिला संघ		
एसएफडी	विशेष ध्यानकेन्द्रित जिले	यूईई	प्रारम्भिक शिक्षा सार्वजनिकरण
एसएचजी	स्वसेवी समूह	यूएफडब्ल्यू	अनएकाउन्टेड फॉर वाटर
एसआईई	राज्य शिक्षा संस्थान	यूजीसी	विश्वविद्यालय अनुदान आयोग
एसएलआईईटी	संत लौंगवाल अभियांत्रिकी प्रौद्योगिकी संस्थान	यूआईडीएस एसएमटी	छोटे और मध्यम कस्बों के लिए शहरी अवसंरचना विकास योजना
एसएनए	संगीत नाटक अकादमी	यूआईटी	शहरी सुधार न्यास
एसएनपी	पूरक आहार कार्यक्रम	यूएलबी	शहरी स्थानीय निकाय
एसओएस	राज्य खुला विद्यालय	यूएनईएस सीओ	(यूनेस्को) संयुक्त राष्ट्र शैक्षिक, वैज्ञानिक एवं सांस्कृतिक संगठन
एसओयू	राज्य खुला विश्वविद्यालय		
एसआरबी	जन्म के समय लिंग अनुपात	यूएआईसीई एफ	(यूनिसेफ) संयुक्त राष्ट्र अंतरराष्ट्रीय बाल आपात कोष
एसआरसी	राज्य संसाधन केन्द्र		
एसआरएस	प्रतिदर्श पंजीयन प्रणाली	यूपी	उत्तर प्रदेश
एसएसए	सर्वशिक्षा अभियान	यूपीएस	उच्च प्राथमिक विद्यालय
एसटी	अनुसूचित जनजाति	यूटी	संघ राज्य क्षेत्र
एसटीडी	योन जनित संचारित बीमारी		
एसटीईपी	प्रशिक्षण तथा रोजगार कार्यक्रम को सहायता	वीएडी	विटामिन ए की कमी
एसटीआई	योन जनित संचारित संक्रमण	वीएडब्ल्यू	महिलाओं के प्रति हिंसा
एसयूसीसीई एसएस	माध्यमिक शिक्षा मुहैया कराने एवं उनकी गुणवत्ता में सुधार करने की योजना	वीई	व्यावसायिक शिक्षा
	ठोस अपशिष्ट प्रबंधन	वीईसी	ग्राम शिक्षा समिति
एसडब्ल्यूएम		वीएचएससी	ग्राम स्वास्थ्य एवं सफाई समिति
		वीओ	स्वैच्छिक संगठन
टीए	तकनीकी सहायक		
टीबीए	परंपरागत जन्म परिचारक	डब्ल्यूबी	पश्चिम बंगाल
टीईक्यूआईपी	तकनीकी शिक्षा गुणवत्ता सुधार कार्यक्रम	डब्ल्यूसीडी	महिला एवं बाल विकास
टीएफसी	बारहवां वित्त आयोग	डब्ल्यूसीयू	विश्व स्तरीय विश्वविद्यालय
टीएफआर	कुल प्रजनन दर	डब्ल्यूएचओ	विश्व स्वास्थ्य संगठन
टीएचआर	टेक होम रेशन		
टीआईएसएस	टाटा सामाजिक विज्ञान संस्थान	जेडबीबी	शून्य आधारित बजट
टीएलसी	कुल साक्षरता अभियान	जेडसीसी	क्षेत्रीय सांस्कृतिक केन्द्र

शिक्षा

1.1 प्रारंभिक शिक्षा और साक्षरता

1.1.1 सामाजिक और आर्थिक प्रगति साकार करने में शिक्षा की भूमिका सर्वविदित है। यह व्यक्तिगत और समूहगत दोनों अधिकारों को दिलाने के लिए अवसर खोलती है। युवा विकास के अपने व्यापक रूप में शिक्षा कौशल और ज्ञान के साथ लोगों को सशक्त बनाने तथा भविष्य में उन्हें लाभकारी रोजगार प्राप्त करने के लिए एक महत्वपूर्ण साधन है। शिक्षा में सुधार से न केवल दक्षता बढ़ने की उम्मीद होती है अपितु इससे जीवन की सभ्रग योग्यता में भी वृद्धि होती है। ग्यारहवीं योजना में तीव्र और समावेशी विकास प्राप्त करने के लिए प्रमुख साधन के रूप में शिक्षा को सर्वाधिक प्राथमिकता दी गई है। यह शिक्षा संरचना के सभी खंडों को शामिल करके शिक्षा क्षेत्र के सुदृढीकरण के लिए एक विस्तृत रणनीति प्रस्तुत करती है।

1.1.2 प्रारंभिक शिक्षा अर्थात् कक्षा I-VIII, जिसमें प्राथमिक (I-V) और अपर प्राथमिक (VI-VIII) सम्मिलिता है, शिक्षा प्रणाली संरचना की नींव है तथा इसे दसवीं योजना में सर्व शिक्षा अभियान के माध्यम से काफी प्रोत्साहन मिला है।

1.1.3 तेजी से बदलती प्रौद्योगिकी की मांग और ज्ञान प्रधान अर्थव्यवस्था के विकास के दृष्टिगत केवल आठ वर्ष की प्रारंभिक शिक्षा हमारे युवा बच्चों के लिए नौकरी के बाजार में प्रतिस्पर्धा करने हेतु आवश्यक कौशल प्राप्त करने के लिए अत्यंत अपर्याप्त होगी। इसलिए, सर्व शिक्षा अभियान के लाभों को समेकित करने और प्रबुद्ध समाज की स्थापना के लिए आगे बढ़ने हेतु माध्यमिक शिक्षा मिशन अनिवार्य है।

1.1.4 ग्यारहवीं योजना को उच्च शिक्षा क्षेत्र की समस्याओं पर भी ध्यान देना चाहिए जहां प्रणाली में विस्तार करने तथा गुणवत्ता में सुधार लाने की भी जरूरत है।

1.1.5 ग्यारहवीं योजना को शिक्षा के सभी स्तरों पर क्षेत्रीय, सामाजिक और स्त्री-पुरुष के बीच भेद दूर करने सहित प्रमुख चुनौतियों से भी निबटना होगा।

दसवीं योजना में प्रारंभिक शिक्षा

दसवीं योजना में मुख्य स्कीमों:

1.1.6 दसवीं योजना में प्रारंभिक शिक्षा के सर्वव्यापीकरण पर जोर दिया गया है जो पांच मानदंडों द्वारा निर्देशित है: (क) सार्वजनिक सुलभता (ख) सार्वजनीन नामांकन (ग) सार्वजनीन प्रतिधारण (घ) सार्वजनीन उपलब्धि और (ङ) समानता। दसवीं योजना अवधि के दौरान प्रारंभिक शिक्षा क्षेत्र की प्रमुख स्कीमों में सर्व शिक्षा अभियान, जिला प्राथमिक शिक्षा कार्यक्रम (डीपीईपी), प्राथमिक शिक्षा, राष्ट्रीय पोषाहार सहायता कार्यक्रम (एनपी-एनएसपीई) जिसे सामान्य रूप से मध्याह्न भोजन स्कीम (एमडीएम) के रूप में जाना जाता है, अध्यापक शिक्षा स्कीम और कस्तूरबा गांधी बालिका विद्यालय स्कीम (केजीबीवीएस) शामिल हैं। लोक जुम्बिश और शिक्षा कर्मी योजनाएं पूरी हो गई थीं लेकिन डीपीईपी नवंबर, 2008 तक बढ़ाई जाएगी। केजीबीवी को अब सर्व शिक्षा अभियान के अंतर्गत शामिल किया गया है।

2 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

सर्व शिक्षा अभियान (एसएसए)

1.1.7 सर्व शिक्षा अभियान (एसएसए) जो कि प्रारंभिक शिक्षा के सर्वव्यापीकरण का मुख्य कार्यक्रम है, सभी पूर्व प्रयासों और विभिन्न शिक्षा कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में हुए अनुभवों का चरम बिंदु है। जबकि इनमें से प्रत्येक कार्यक्रम और परियोजना का एक विशेष फोकस था - भौतिक अवसंरचना सुधारने के संबंध में ऑपरेशन ब्लैकबोर्ड (ओबीबी); प्राथमिक शिक्षा के संबंध में डीपीईपी; अध्यापक अनुपस्थिति के संबंध में शिक्षाकर्मी परियोजना (एसकेपी) और लड़कियों की शिक्षा के संबंध में लोक जुम्बिश परियोजना (एलजेपी) - सर्व शिक्षा अभियान एकमात्र ऐसा सबसे बड़ा समग्र कार्यक्रम रहा है जो प्रारंभिक शिक्षा के सभी पहलुओं का निराकरण कर रहा है, इसमें लगभग एक मिलियन से अधिक प्रारंभिक स्कूल और ईजीएस/एआईई केंद्र हैं तथा लगभग 20 करोड़ बच्चे हैं।

दसवीं योजना में सर्व शिक्षा अभियान का निष्पादन और संबंधित योजनाएं

1.1.8 दसवीं योजना अवधि के दौरान सर्व शिक्षा अभियान के निम्नलिखित विशिष्ट उद्देश्य थे:

- वर्ष 2005 तक सभी बच्चे नियमित स्कूल, शिक्षा गारंटी केंद्रों (ईजीएस), वैकल्पिक स्कूल (एआईई) में हों या स्कूल शिविरों में वापसी हों;
- वर्ष 2007 तक प्राथमिक स्तर पर सभी स्त्री-पुरुष और सामाजिक श्रेणी संबंधी भेदों और वर्ष 2010 तक बुनियादी शिक्षा स्तर पर भेद कम करना;
- 2010 तक सार्वजनीन प्रतिधारण
- जीवन के लिए शिक्षा पर बल देते हुए संतोषप्रद गुणवत्ता वाली बुनियादी शिक्षा पर ध्यान केंद्रित करना।

सार्वजनीन सुलभता

1.1.9 सर्व शिक्षा अभियान ने उन बस्तियों में जहां अभी तक शिक्षा सुविधाएं मौजूद नहीं थी या कम थी, उत्तरोत्तर फास्ट ट्रेक प्रयासों द्वारा पहली पीढ़ी के शिक्षार्थियों सहित लाखों बच्चों को प्राथमिक शिक्षा उपलब्ध कराई है और उनका नामांकन करवाया। सातवें शिक्षा सर्वेक्षण (2002) के अनुसार, उन बस्तियों की संख्या, जहां प्राथमिक स्कूल 1 किमी. दूरी के दायरे में था, 10.71 लाख (87%) थी; जहां ऐसा नहीं था उनकी संख्या 1.61 लाख (13%) थी। उन बस्तियों की संख्या जहां अपर प्राथमिक विद्यालय 3 किमी. के दायरे में था, 9.61 लाख (78%) थी। 1.32 लाख प्राथमिक स्कूल और प्राथमिक शिक्षा प्राप्त करने के लिए 56,000 ईजीएस/एआईई केंद्रों को खोलने का लक्ष्य लगभग पूरा हो गया है। 2006-07 तक लगभग 0.89 लाख अपर प्राथमिक विद्यालय खोले गए हैं। उन बस्तियों की संख्या जहां प्राथमिक

और अपर प्राथमिक स्तर के स्कूल खोलने अभी शेष रह गए हैं, लगभग एक लाख है।

1.1.10. देश में प्राथमिक स्कूलों (पीएस) की संख्या 2001-02 में 6.64 लाख से बढ़कर 2004-05 में 7.68 लाख हो गई है। इसी अवधि में, उच्च प्राथमिक स्कूल (यूपीएस) की संख्या तेजी से बढ़कर 2.20 लाख से 2.75 लाख हो गई है। स्कूल अवसंरचना संबंधी अंतर को दूर करने के लिए 2.23 लाख नए प्राथमिक उच्च प्राथमिक स्कूल, 1.88 लाख नए स्कूल भवन और 6.70 लाख अतिरिक्त कक्ष बनाने की स्वीकृति एक बहुत बड़ा कदम है।

सार्वजनीन नामांकन

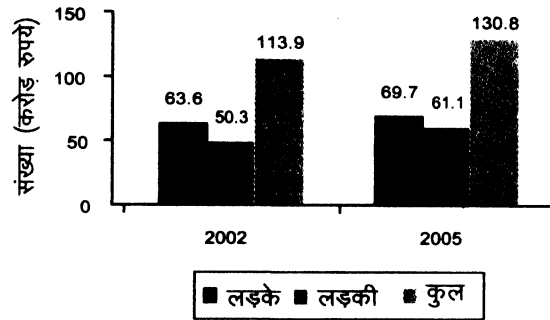
1.1.11. सर्वशिक्षा अभियान की चाल शुरू में धीमी थी क्योंकि राज्यों ने जिला भावी योजनाएं तैयार करने में काफी समय लिया। जब तक राज्य सर्व शिक्षा अभियान की पूरी क्षमता समझ पाते तब तक ढाई साल पहले ही गुजर गए थे। अविलंबता के लिए फास्ट ट्रेक प्रयासों की जरूरत थी। घर-घर का सर्वेक्षण, स्कूल मैपिंग, ग्राम शिक्षा समिति का गठन (वीईसी), माता-अध्यापक संगठन (एमटीए) का गठन, माता-पिता अध्यापक संगठन (पीटीए) और नामांकन के लिए अनेक अभियान तथा संदर्भ विशिष्ट रणनीतियां, सभी डीपीईपी के कार्यान्वयन में आए अनुभवों को अगले कई वर्षों में अच्छे परिणाम प्राप्त करने के लिए प्रयोग किए गए। परिणामस्वरूप, राज्य/संघशासित प्रदेशों द्वारा नामांकन अभियान का दूसरा चरण अधिक व्यवस्थित था जिससे पर्याप्त रूप से उन्नत कुल नामांकन अनुपात (जीईआर) को दर्शाने वाले घर घर के सर्वेक्षण के आंकड़े सामने आए और स्कूल न जाने वाले बच्चों की संख्या में उल्लेखनीय गिरावट आई। अल्पसंख्यक लोगों के बच्चों के लिए सामान्य विषयों की पढ़ाई शुरू करने को मकतबों/मदरसों को एआईई अनुदान देने की रणनीति भी काफी लाभदायक रही।

1.1.12 इसके परिणामस्वरूप, प्रारंभिक शिक्षा स्तर पर कुल नामांकन 2001-02 में 159 मिलियन से बढ़कर 2004-05 में 182 मिलियन हो गया, जोकि 23 मिलियन से भी अधिक की वृद्धि थी। (चित्र 1.1.1)

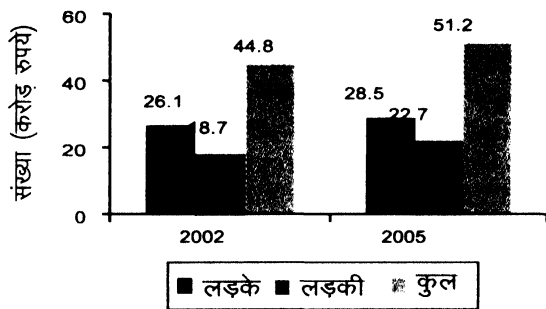
1.1.13 निम्नलिखित तालिका 1.1.1 2001-02 से 2004-05 तक प्राथमिक, उच्च प्राथमिक और प्रारंभिक स्तर के जीईआर को दर्शाती है।

1.1.14 प्राथमिक और उच्च प्राथमिक शिक्षा दोनों में विद्यमान सामाजिक और लैंगिक विषमता जो एक समस्या बनी हुई है को विशेषकर बिहार, राजस्थान, झारखंड, मध्य प्रदेश, गुजरात और उत्तर प्रदेश में अधिक सम्मिलित और सतत प्रयासों से हल किया जाना होगा।

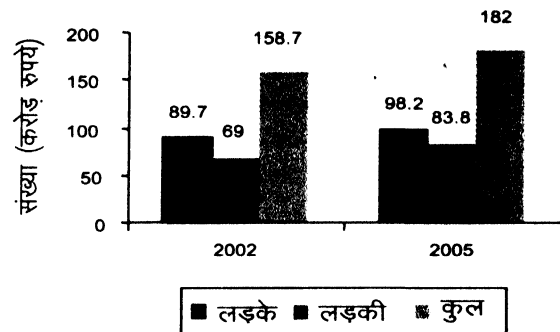
प्राथमिक कक्षा (I- V)



उच्च प्राथमिक कक्षा (VI- VIII)



प्रारंभिक (कक्षा I- VIII)



स्रोत : चयनित शैक्षिक आंकड़े, 2004-05

चित्र 1.1.1 चयनित शैक्षिक आंकड़ों का तुलनात्मक विश्लेषण

तालिका 1.1.1 प्राथमिक और उच्च प्राथमिक स्कूलों में जीईआर

स्तर	सकल नामांकन अनुपात				% बिंदु वृद्धि
	01-02	02-03	03-04	04-05	
प्राथमिक (I-V)					
लड़के	105.3	97.5	100.6	110.7	5.4
लड़कियाँ	86.9	93.1	95.6	104.7	17.8
सभी	96.3	95.3	98.2	107.8	11.3
अपर प्राथमिक (VI-VIII)					
लड़के	67.8	65.3	66.8	74.3	6.5
लड़कियाँ	52.1	56.2	57.6	65.1	13.0
सभी	60.2	61.0	62.4	69.9	9.7
प्रारंभिक (I- VIII)					
लड़के	90.7	85.4	87.9	96.9	6.2
लड़कियाँ	73.6	79.3	81.4	89.9	16.3
सभी	82.4	82.5	84.8	93.5	11.1

बी-लड़के; जी-लड़कियाँ; ए-सभी

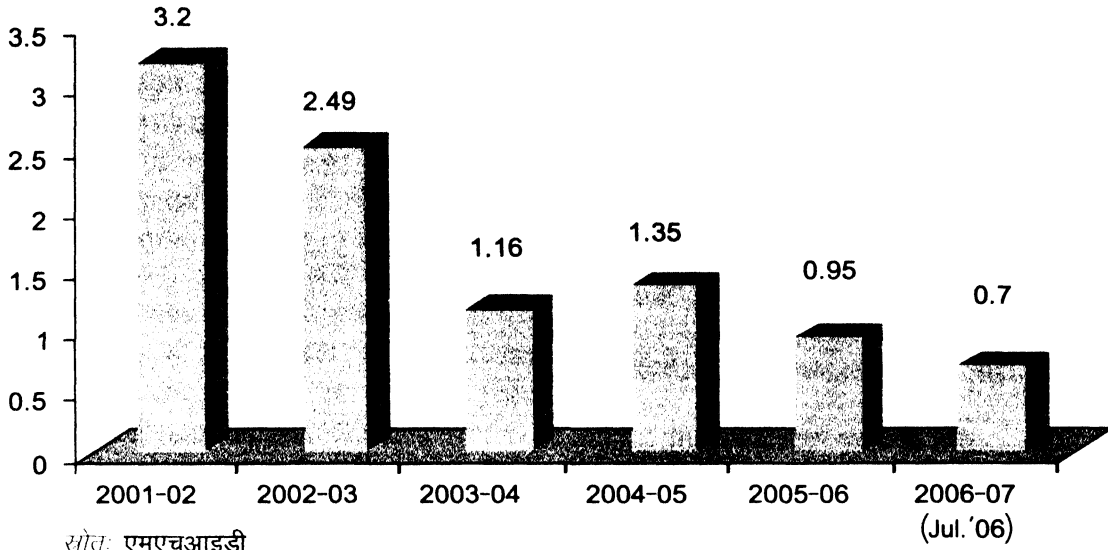
स्रोत : चुनिंदा शैक्षिक आंकड़े 2004-05

¹ सामाजिक और ग्रामीण अनुसंधान संस्थान (2005), नई दिल्ली।

1.1.15 सर्व शिक्षा अभियान में नए कदमों से स्कूल न जाने वाले बच्चों की संख्या 2001-02 में 32 मिलियन से घटकर 2005-06 में 7.1 मिलियन हो गई है (चित्र 1.1.2)। 10 राज्यों के अड़तालीस जिलों में स्कूल न जाने वाले बच्चों की संख्या प्रत्येक में 50,000 से ऊपर थी। ऐसे जिलों की संख्या 2005-06 में घटकर 29 हो गई है। एक स्वतंत्र अध्ययन¹ ने अनुमान लगाया है कि 6-13 आयु-वर्ग में कुल बच्चों के लगभग 6.9% स्कूल से बाहर थे और उनमें से 2.1% स्कूल छोड़ने वाले थे तथा 4.8% बच्चे कभी स्कूल गए ही नहीं थे, जिनमें अधिकांश बच्चे ग्रामीण घरों के गरीब तबकों के थे।

1.1.16 स्कूल न जाने वाले बच्चों की सामाजिक संरचना यह दर्शाती है कि 9.97% मुस्लिम बच्चे, 9.54% अनुसूचित जनजाति, 8.17% अनुसूचित जाति और 6.97% अन्य पिछड़े वर्ग के बच्चे स्कूल न जाने वालों में थे तथा उनमें से अधिक संख्या (68.7%) पांच राज्यों अर्थात् बिहार (23.6%), उत्तर प्रदेश (22.2%) पश्चिम बंगाल (9%), मध्य प्रदेश (8%) और राजस्थान (5.9%) की थी।

4 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना



चित्र 1.1.2 स्कूल न जाने वाले बच्चों की संख्या में कमी

सार्वजनीन प्रतिधारण

1.1.17 यह अधिक महसूस किया जा रहा है कि स्कूल में नामांकित सुविधा वंचित बच्चों को बनाए रखना उन्हें शैक्षणिक प्रणाली में नामांकित करने से अधिक चुनौतीपूर्ण है। लगभग 22% बच्चे कक्षा 1 और कक्षा 2 में स्कूल छोड़ देते हैं। इसके लिए उनकी प्रतिकूल सामाजिक, आर्थिक परिस्थिति के अलावा अनेक कारण जिम्मेदार हैं। ग्रामीण व्यवस्था में बालिका की शिक्षा काफी मंहगी पड़ती है और प्रायः उसे कहीं का नहीं समझा जाता है, न तो स्कूल में और न ही श्रमिक बल में। वह केवल घरेलू काम विशेषरूप से भाई-बहनों की देख-रेख करती रहती है। यह अच्छी तरह सिद्ध है कि महिला अध्यापिकाओं की उपस्थिति लड़कियों के लिए अक्सर रोल मॉडल का काम करती है तथा उनके नामांकन और उपस्थिति को सकारात्मक रूप से प्रभावित करती है। परंतु शिक्षा की दृष्टि से पिछड़े राज्यों में स्कूल में विशेषकर लड़कियों के नामांकन को आकर्षित करने और उन्हें स्कूल में बनाए रखने के लिए बहुत कम महिला अध्यापिकाएं होती हैं²।

1.1.18 सर्व शिक्षा अभियान में यह व्यवस्था की गई है कि अतिरिक्त भर्ती किए गए अध्यापकों में 50% महिला अध्यापिकाएं होनी चाहिए। लड़कियों के नामांकन बढ़ाने पर जोर को ध्यान में रखते हुए, जो कि महिला अध्यापिकाओं की उपस्थिति पर महत्वपूर्ण

रूप से निर्भर करता है, शैक्षणिक रूप से कमजोर राज्यों में महिला अध्यापिकाओं की भर्ती के अनुपात को बढ़ाकर 75 प्रतिशत किए जाने की आवश्यकता है।

तालिका 1.1.2
प्रति 100 पुरुष अध्यापकों की तुलना में
महिला अध्यापिकाओं की संख्या

राज्य	उच्च	राज्य	निम्न
गोआ	454	बिहार	24
केरल	273	झारखंड	26
पांडिचेरी	279	मध्य प्रदेश	36
तमिल नाडू	221	राजस्थान	38
दिल्ली	221	उत्तर प्रदेश	40

स्रोत : चुनिदा शिक्षा संबंधी आंकड़े, 2004-05

1.1.19 यह तथ्य कि जो बच्चे शुरू में ही स्कूल छोड़ देते हैं या बुनियादी साक्षरता और अंक संबंधी ज्ञान प्राप्त करने में असफल होते हैं स्पष्ट करता है कि शिक्षा का स्तर खराब है³। वर्ष 2004-05 में औसतन स्कूल उपस्थिति नामांकन के लगभग 70 प्रतिशत तक थी। उत्तर प्रदेश और बिहार जैसे राज्यों में औसतन उपस्थिति क्रमशः 57% और 42% से कम थी। मध्य प्रदेश में एक तिहाई, बिहार में 25% और उत्तर प्रदेश में 20% अध्यापक स्कूलों में उपस्थित नहीं होते हैं⁴। इसके अतिरिक्त,

² यूनेस्को (2007), ईएफए - ग्लोबल मॉनिटरिंग रिपोर्ट

³ तद्वै।

इन राज्यों में पुनरावृत्ति दर बहुत अधिक है जिससे मानव और सामग्री संसाधनों की हानि होती है। ऐसा प्रतीत होता है कि अध्यापकों की उपस्थिति, योग्यता और प्रेरणा प्रारंभिक शिक्षा कार्यक्रमों में कमजोर कड़ी है। सर्वत्र पूर्व स्कूलिंग (ईसीसीई) का अभाव और इसके परिणामस्वरूप अपर्याप्त शब्द ज्ञान और कम अवधारणात्मक मानसिक विकास से स्कूल में नामांकित बच्चे भी कक्षा में कम ध्यान देते हैं, यहां तक कि रटाने से भी नहीं सीख पाते हैं*।

तालिका 1.1.3
सामाजिक संरचना के अनुसार अधवीच में पढ़ाई
छोड़ने वालों की दर 2004-05

श्रेणियां	प्राथमिक (I-V)			प्रारंभिक (I-VIII)		
	लड़के	लड़कियां	कुल	लड़के	लड़कियां	कुल
अ.जा.	32.7	36.1	34.2	55.2	60.0	57.3
अ.ज.जा.	42.6	42.0	42.3	65.0	67.1	65.9
सभी	31.8	25.4	29.0	50.5	51.3	50.8

स्रोत : चुनिंदा शिक्षा संबंधी आंकड़े, 2004-05

1.1.20 प्राथमिक कक्षाओं में स्कूल छोड़ने की दर में, जो कि 1960 से 0.5% प्रति वर्ष की काफी कम औसत दर से घट रही, उसमें दसवीं पंचवर्षीय योजना के पहले तीन वर्षों में 10.03% तक की अचानक गिरावट आई (2001-02 में 39.03% की तुलना में 2004-05 में 29%)। स्कूल छोड़ने की दर में कमी लड़कों के मुकाबले लड़कियों के मामले में तेजी से आई। फिर भी, प्रारंभिक स्तर पर (कक्षा I-VIII) स्कूल छोड़ने वालों की दर 50.8% बहुत अधिक रही।

1.1.21 प्राथमिक स्तर पर स्कूल छोड़ने की दर अ.जा. के मामले में (34.2%) और अ.ज.जा. के मामले में (42.3%) राष्ट्रीय औसत (29%) से काफी अधिक है। अनुसूचित जातियों के संबंध में यह अंतर गोवा, उत्तरप्रदेश, तमिलनाडु, पश्चिमी बंगाल, हरियाणा और हिमाचल प्रदेश में काफी ज्यादा है। अनुसूचित जनजाति के संबंध में यह अंतर महाराष्ट्र, आंध्र प्रदेश, उड़ीसा और गुजरात में काफी अधिक है। लड़कियों के संबंध में स्कूल छोड़ने की दर में सामाजिक अंतर अत्यधिक महत्वपूर्ण है। दो तिहाई आदिवासी छात्र कक्षा 8 के बाद नहीं पढ़ते हैं।

* एमएचआरडी, (2007), योजना आयोग में हुई संचालन समिति की बैठक में पीपीटी प्रस्तुतीकरण।

* लिन एरिक्सन (2007), *कनसेप्ट बेस्ड करिकुलम एंड इंस्ट्रक्शन फॉर द थिंकिंग क्लासरूम*, क्रोइंग प्रेस, ए सेज़ पब्लिकेशन कंपनी, थाउसंड ओक्स, कैलिफोर्निया, अध्याय 5, पेज 98.

सार्वजनीन उपलब्धि और समानता

1.1.22 प्रारंभिक शिक्षा के सर्वव्यापीकरण के अंतर्गत संतोषजनक रूप से अभी भी हल किए जाने वाले दो प्रमुख मामले गुणवत्ता और समानता संबंधी हैं। एनसीईआरटी द्वारा और एक स्वतंत्र एजेंसी (एएसईआर, 2005) द्वारा भी कराए गए विद्यार्जन उपलब्धि सर्वेक्षण के परिणाम (तालिका 1.1.4) खराब अधिगम गुणवत्ता को उजागर करते हैं।

तालिका 1.1.4
प्रारंभिक स्तर पर अधिगम उपलब्धि

शिक्षा स्तर	गणित	भाषा	(प्रतिशत)	
			ईवीएस/ विज्ञान	विज्ञान सामाजिक
कक्षा III के अंत में	58.25	63.12	-	-
कक्षा V	46.51	58.57	50.3	-
कक्षा VII	29.87	53	35.98	32.96
कक्षा VIII	38.47	52.45	40.54	45

स्रोत : एनसीईआरटी (2004-05)

1.1.23 सर्व शिक्षा अभियान ने अनेक साधनों को सुदृढ़ करने का प्रयास किया तो था जिससे गुणवत्ता पर प्रभाव पड़ता है, अर्थात् प्राथमिक स्तर पर शिष्य गुरु अनुपात 44:1 से 40:1 करने के लिए 7.95 लाख अतिरिक्त अध्यापकों की भर्ती, अध्यापकों के लिए 20 दिनों की अवधि की नियमित वार्षिक सेवा के अंतर्गत प्रशिक्षण, पाठ्यक्रम में नवीनीकरण और पाठ्यपुस्तकों का विकास, लगभग 6.69 करोड़ अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति और लड़कियों को प्राथमिक और उच्च प्राथमिक कक्षाओं में पाठ्यपुस्तकों का निःशुल्क वितरण, 20,000 से भी अधिक स्कूलों में कंप्यूटर की सहायता से सिखाना, 6746 ब्लॉक संसाधन केंद्रों (बीआरसी) तथा 70388 क्लस्टर रिसोर्स केंद्रों के माध्यम से प्राथमिक और उच्च प्राथमिक स्कूलों में नियमित शिक्षण सहायता, स्कूलों में अंतिम कक्षा स्तर पर पास प्रतिशत सहित निष्पादन का अन्वीक्षण; 2005-06 में बेंचमार्किंग स्तर से 2006-07 में पास प्रतिशत में कम से कम 10% बेहतर उपलब्धि तथा 19 राज्यों में विशेषकर प्रारंभिक ग्रेडों में अधिगम वृद्धि कार्यक्रम संचालित करना। फिर भी परिणाम बहुत उत्साहजनक नहीं रहे हैं।

6 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

1.1.24 संसाधन आबंटन, सूक्ष्म आयोजना और विकास के लिए तीन सौ चौदह विशेष फोकस जिलों (एसएफडी) की पहचान की गई है। प्रारंभिक स्तर पर लड़कियों की शिक्षा हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीईजीईएल) के अंतर्गत शैक्षिक रूप से पिछड़े ब्लॉकों (ईबीबी) को अतिरिक्त संसाधन का लक्ष्य करके लड़कियों की शिक्षा पर ध्यान केंद्रित किया गया है। केजीबीवी स्कीम के अंतर्गत अनुसूचित जाति, अनुसूचित जाति, अन्य पिछड़ा वर्ग, अल्पसंख्यकों एवं गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले परिवारों की लड़कियों के लिए 2180 आवासीय स्कूलों की ईबीबी में मंजूरी दी गई।

2001 की जनगणना के अनुसार ईबीबी के लिए पैरामीटर:

- राष्ट्रीय औसत (46.13%) से नीचे ग्रामीण महिला साक्षरता;
- राष्ट्रीय औसत (21.59%) से अधिक साक्षरता में लिंग अंतर।

1.1.25. ऐसे ईबीबी कुल 3073 तक हैं। अनुसूचित जाति की आबादी वाले 212 ब्लॉक, अनुसूचित जनजाति की आबादी वाले 142 ब्लॉक और अल्पसंख्यक आबादी वाले 52 अन्य ब्लॉकों की पहचान हो गई है, जिससे उनकी कुल संख्या 3479 हो गई है। एनपीजीईएल के अपने ईबीबी हैं। ऐसा प्रतीत होता है कि ईबीबी के अलग-अलग मानदंड और परिभाषाएं हैं। संबंधित मानदंड ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में बनाए जाएंगे और ईबीबी की पुनःपहचान की जाएगी।

1.1.26 दसवीं योजना के दौरान, अल्पसंख्यक आबादी वाले जिलों में 11,542 प्राथमिक और अपर प्राथमिक स्कूल और 32,250 ईजीएस केंद्रों की स्वीकृति मिली थी। ईजीएस और एआईईने क्रमशः 120.90 लाख और 11.3 लाख बच्चों को नामांकित किया। राज्य बोर्डों से संबद्ध मदरसों (8309) को सहायता प्रदान की गई और 4867 मकताबों/मदरसों को ईजीएस/एआईई द्वारा लिया गया था। सभी अल्पसंख्यक वर्ग की लड़कियों को कक्षा 1 से 8 तक निःशुल्क पाठ्यपुस्तकें प्रदान की गई हैं और उर्दू माध्यम वाली स्कूलों में उर्दू की पाठ्यपुस्तकें दी गई हैं। अल्पसंख्यक आबादी वाले ब्लॉकों में 270 कस्तूरबा गांधी बालिका विद्यालय स्वीकृत किए गए।

1.1.27 86वें संविधान संशोधन अधिनियम ने विशेष जरूरतमंद बच्चों पर नए सिरे से जोर दिया है। सीडब्ल्यूएसएन शिक्षण के लिए बहु-विकल्प मॉडल अपनाया जा रहा है। यह कार्यक्रम स्कूलों में पहचान किए गए 2.4 मिलियन सीडब्ल्यूएसएन (81%) में से 1.99 मिलियन को नामांकित करने में सफल रहा है।

1.1.28 यद्यपि सर्व शिक्षा अभियान नवंबर, 2000 में शुरू किया गया था, केवल तीन राज्य (असम, मिजोरम और नागालैंड) इसे 2001-02 में शुरू कर पाए; मेघालय, सिक्किम, त्रिपुरा, अरुणाचल प्रदेश और मणिपुर ने भी कार्यक्रम को 2004-05 में शुरू किया। सर्व शिक्षा अभियान के विभिन्न संघटकों की संचालित करने की क्षमता का अभाव तथा राज्यों द्वारा अपना हिस्सा न अदा किए जाने तथा इसके परिणामस्वरूप भारत सरकार से निधियाँ देने पर पड़े प्रभाव के कारण पूर्ण उपयोग प्रभावित हुआ। पूर्वोत्तर राज्यों को वर्ष 2005-06 और 2006-07 में एकबारगी विशेष वितरण दिया गया जिसके द्वारा एनएलसीपीआर ने राज्य के हिस्से का 3/5वां भाग दिया तथा पूर्वोत्तर राज्यों ने सर्व शिक्षा अभियान के तहत केवल 2/5वां भाग ही अंशदान किया। पूर्वोत्तर क्षेत्र में स्कूलों में बच्चों में सीखने संबंधी उपलब्धि बहुत कम रही।

दसवीं योजना में सर्वशिक्षा अभियान में परिव्यय और व्यय

1.1.29 प्रारंभिक शिक्षा तथा साक्षरता के लिए दसवीं योजना परिव्यय 30,000 करोड़ रूपए था। वास्तविक व्यय 48,201 करोड़ रूपए था जिसमें से सर्व शिक्षा अभियान (28,077 करोड़ रूपए) और एमडीएमएस (13,827 करोड़ रूपए) था, जो कि प्रारंभिक शिक्षा कोष का 88% है। यह कोष शिक्षा उपकर से प्राप्त आय के जमा करने के लिए एक गैर-व्यपगत निधि के रूप में स्थापित की गई है।

1.1.30 दसवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान सर्व शिक्षा अभियान के अंतर्गत केंद्रीय और राज्य सरकारों द्वारा खर्च कुल व्यय 70% था जिसमें उत्तर प्रदेश (19%), मध्य प्रदेश (10%), राजस्थान और बिहार (7% प्रत्येक), महाराष्ट्र और पश्चिम बंगाल (6% प्रत्येक), आंध्र प्रदेश और तमिलनाडु और कर्नाटक (5% प्रत्येक) का था।

सर्व शिक्षा अभियान के अंतर्गत क्षेत्रवार व्यय

1.1.31 चुनिंदा राज्यों में स्कूल के आधारभूत संरचना अंतर को तेजी से दूर करने के लिए सर्व शिक्षा अभियान के तहत सिविल कार्य सीमा (33%) में छूट देने का व्यावहारिक निर्णय लिया गया। इसके परिणामस्वरूप, सिविल कार्यों पर व्यय का भाग 2003-04 में 35.5% से बढ़ा कर 2006-07 में 46.2 प्रतिशत और शिक्षकों का वेतन 15.7 प्रतिशत से बढ़ाकर 20.8% कर दिया गया। ईजीएस केंद्रों को नियमित प्राथमिक विद्यालयों में बदलने के साथ उनका हिस्सा 2003-04 में 10.3% से गिरकर 2006-07 में 6.8% हो गया (नीचे तालिका 1.1.5 देखें):

तालिका 1.1.5
एसएसए का वितरण

क्रम सं.	व्यय	प्रतिशत		
		2003-04	2006-07	X योजना
1	सिविल कार्य	36	46	43.84
2	अध्यापकों का वेतन	16	21	19.37
3	ईजीएस/एआईई	10	7	5.00
4	अध्यापकों का प्रशिक्षण	5	3	2.92
5	पाठ्यपुस्तकें	6	3	4.89
6	बीआरसी/सीआरसी	3	3	3.64
7	टीएलई	4	1	2.07
8	प्रबंधन लागत	3	4	2.67
9	नवीन गतिविधियां	3	2	0.91
10	अन्य	14	10	14.69

स्रोत: एमएचआरडी

1.1.32 कार्यक्रम के गुणवत्ता आयामों: अध्यापक प्रशिक्षण, टीएलई (आईसीटी सहित) नवीन गतिविधियां, स्कूल/अध्यापक अनुदान इत्यादि से संबंधित संघटकों पर होने वाले कम व्यय को ग्यारहवीं योजना के दौरान एकदम बढ़ाने की जरूरत है। इसके अतिरिक्त, सर्वशिक्षा अभियान को दसवीं योजना में नियुक्त अध्यापकों को वित्त पोषित नहीं करना चाहिए अपितु केवल नए अध्यापकों को ही भुगतान करना चाहिए जिससे एक अध्यापक और बहु-ग्रेड अध्यापन की गंभीर समस्या को हल किया जा सके।

कस्तूरबा गांधी बालिका विद्यालय

योजना (केजीबीवीएस)

1.1.33 केजीबीवी योजना को मुख्यतः शैक्षिक दृष्टि से पिछड़े ब्लॉकों में अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अति पिछड़ा वर्ग और अल्पसंख्यकों की लड़कियों के लिए उच्चतर प्राथमिक स्तर पर आवासीय विद्यालय खोलने के उद्देश्य से जुलाई, 2004 में शुरू किया गया था। कस्तूरबा गांधी बालिका विद्यालयों में नामांकन का कम से कम 75% लक्षित समूहों की लड़कियों के लिए आरक्षित है और शेष 25% गरीबी रेखा से नीचे रह रहे श्रेणी की लड़कियों के लिए खुला है। इस योजना के लिए दसवीं योजना में 427 करोड़ रूपए का आवंटन था।

1.1.34 जैसे ही केजीबीवी के अंतर्गत स्कूल स्वीकृत हुए, राज्यों ने परिसरों को किराए पर लिया तथा भवन निर्माण की प्रतीक्षा किए बिना निधियां मांगने लगे। लक्षित 750 स्कूल (मॉडल 1—364 स्कूल, मॉडल 2—117 स्कूल और मॉडल 3—269 स्कूल) दिसंबर 2004 और मई 2005 के बीच स्वीकृत किए गए। दिसंबर,

2006 तक 1039 स्कूल कार्य करने लगे जिनमें कुल 63,921 लड़कियों का नामांकन हुआ। फरवरी 2006 में 430 स्कूल और मार्च 2007 में अतिरिक्त 1000 स्कूल स्वीकृत किए गए जिससे कुल संख्या बढ़कर 2180 स्कूलों की हो गई। राज्यों को केजीबीवी का आवंटन शैक्षणिक रूप से पिछड़े ब्लॉकों के अनुपात में नहीं हुआ। ग्यारहवीं योजना में इस असमान वितरण को सही किया जाएगा।

जिला प्राथमिक शिक्षा कार्यक्रम (डीपीईपी)

1.1.35 डीपीईपी, विदेशी सहायता प्राप्त परियोजना है जिसे कक्षा 1 से 5 तक के प्राथमिक शिक्षा के समग्र विकास के उद्देश्य से शुरू किया गया है। इसके विशेष लक्ष्यों में स्कूल छोड़ने की दर 10% से कम करना, स्कूलों में नामांकन में लिंग और सामाजिक वर्गों के अंतर को 5% से कम करना तथा आधारभूत सर्वेक्षणों के मुकाबले सीखने की उपलब्धि स्तर में सुधार करना है। फिर भी ये महत्वाकांक्षी लक्ष्य प्राप्त नहीं किए जा सके हैं।

1.1.36 इस सबके बावजूद डीपीईपी स्कूली शिक्षा कार्यक्रम के कार्यान्वयन में अपने विकेंद्रीकरण दृष्टिकोण तथा सामुदायिक भागीदारी पर फोकस करके व्यापक परिवर्तन लाया है और इसने ईसीसीई, एनएफसीई, बीआरसी, सीआरसी, स्कूल न जाने वाले बच्चों और लड़कियों की शिक्षा को प्रसारित करने के लिए पूरी निधियां प्रदान की। सर्व शिक्षा अभियान की सफलता बहुत कुछ डीपीईपी पर निर्भर करती है। इसके शुरू होने से 6938 करोड़ रूपए की बाहरी सहायता - जिसमें आईडीए से क्रेडिट के रूप में 5137 करोड़ रूपए और विकास भागीदारों ईसी, डीएफआईडी, यूनिसेफ और नीदरलैंड से 1801 करोड़ रुपये के लिए डीपीईपी के साथ समझौता किया गया है। अपने शीर्ष पर डीपीईपी ने 17 राज्यों में 273 जिले शामिल किए। अब यह उड़ीसा और राजस्थान के केवल 17 जिलों में जारी है जहां यह 2008 में पूरा हो जाएगा।

महिला समाख्या

1.1.37 महिला समाख्या (एमएस) महिलाओं के सशक्तीकरण के लिए विदेशी सहायता प्राप्त परियोजना है जो नीदरलैंड की सहायता से 1989 से शुरू की गई थी। 2005-06 से इसका वित्तपोषण भारत सरकार द्वारा किया जा रहा है। यह कार्यक्रम महिलाओं के लिए उनकी अपनी गति से सीखने, अपनी प्राथमिकताओं को निर्धारित करने और सूचित विकल्प चुनने के लिए ज्ञान और सूचना प्राप्त करने के लिए एक माहौल सृजित करने का प्रयास करता है। इसने ग्राम स्तरीय शिक्षा कार्यक्रमों में प्रभावी भागीदारी के लिए महिलाओं की योग्यताओं को मजबूती प्रदान की है। यह कार्यक्रम 9 राज्यों के 339 ब्लॉकों, जिनमें 233 शैक्षणिक रूप से पिछड़े ब्लॉकों सम्मिलित हैं, और 20,380 गांवों सहित 83 जिलों,

8 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

में कार्यान्वित किया गया है। मध्य प्रदेश और छत्तीसगढ़ राज्यों ने महिला समाख्या सोसाइटी पंजीकृत की है जिनके द्वारा कार्यक्रम शुरू किया गया है। यह ग्रामीण क्षेत्रों में किशोर लड़कियों तथा महिलाओं को व्यावसायिक और कौशल विकास एवं शैक्षणिक विकास के लिए व्यवस्था करता है। महिला समाख्या आवासीय स्कूल, सेतु पाठ्यक्रम अर्थात् जगजगी और महिला शिक्षण केंद्र संचालित करता है।

मध्याह्न भोजन स्कीम (एमडीएमएस)

1.1.38 मध्याह्न भोजन स्कीम (एमडीएम) प्राथमिक स्कूलों में बच्चों के नामांकन बढ़ाने, उन्हें स्कूल में बनाए रखने और भागीदारी बढ़ाने तथा साथ ही उनकी पोषाहार स्थिति में सुधार करने के लिए 1995 में शुरू की गई थी।

1.1.39 मध्याह्न भोजन स्कीम सितंबर, 2004 में संशोधित की गई और इसे सर्वव्यापी बनाया गया तथा सरकारी, स्थानीय निकाय और सरकारी सहायता प्राप्त स्कूलों और ईजीएस और एआईई केंद्रों में कक्षा 1 से 5 तक के बच्चों के लिए गर्म पकाया खाना बनाने के लिए प्रति बच्चा/प्रति स्कूल दिवस 1 रू. की दर से केंद्रीय सहायता प्रदान की गई। एमडीएमएस के अंतर्गत ग्रीष्मकालीन छुट्टियों के दौरान सूखा प्रभावित क्षेत्रों में छात्रों को पोषाहार सहायता दी गई। अधिकतम अनुमेय परिवहन सब्सिडी विशेष श्रेणी के राज्यों के लिए संशोधित करके 50 रू. से 100 रू. प्रति क्विंटल और अन्य राज्यों के लिए 75 रू. प्रति क्विंटल कर दी गई।

1.1.40 प्रति बच्चा/प्रति स्कूल दिन 2.00 रू. की न्यूनतम खाना पकाने की लागत बढ़ाने के लिए स्कीम को फिर जून 2006 में संशोधित किया गया ताकि बच्चे को 450 कैलोरी और 12 ग्राम प्रोटीन दिया जा सके। संशोधित स्कीम के अंतर्गत भी प्राथमिक स्कूलों में चरणबद्ध रूप से किचन सह स्टोर के निर्माण के लिए प्रति यूनिट 60,000 रू. की दर से तथा किचन सामग्रियों (बर्तन आदि) की खरीद के लिए 5000 रू. प्रति स्कूल की दर से सहायता दी गई। निःशुल्क खाद्यान्न, खाना पकाने की लागत, परिवहन सब्सिडी और एमएमई प्रदान करने के अलावा 94,500 स्कूलों को किचन शेड और 2.6 लाख स्कूलों को किचन उपस्कर भी स्वीकृत किए गए।

1.1.41 इस कार्यक्रम के तहत शामिल किए गए बच्चों की संख्या 1995 में 3.22 लाख स्कूलों में 3.34 करोड़ बच्चों से बढ़कर 2006-07 में 9.5 लाख प्राथमिक स्कूलों/ईजीएस केंद्रों में 12 करोड़ हो गई है।

1.1.42 एमडीएम की समीक्षा से अनेक राज्यों में उचित प्रबंधन व्यवस्था की गैर मौजूदगी सामने आई है। यहां तक कि स्कूल दिनों, जिनमें भोजन दिया जाता है, की सूचित औसत संख्या में भी बहुत अंतर मिला है। एनयूईपीए प्रति वर्ष 209 दिनों की सूचना देता है जबकि मानव संसाधन विकास मंत्रालय राष्ट्रीय स्तर पर

बॉक्स 1.1.1

एमडीएमएस के अंतर्गत सर्वोत्तम कार्य

तमिलनाडु में स्वास्थ्य कार्ड सभी बच्चों को जारी किए गए हैं और प्रत्येक बृहस्पतिवार को स्कूल स्वास्थ्य दिवस मनाया जाता है। स्कूल परिसर में करी पत्ता और ड्रम स्टिक के पेड़ उगाए जाते हैं। कर्नाटक में सभी स्कूलों में गैस आधारित खाना पकाया जा रहा है। पांडिचेरी में, मध्याह्न भोजन के अतिरिक्त राजीव गांधी नाश्ता स्कीम में बच्चों को एक गिलास गर्म दूध और बिस्कुट दिए जाते हैं। बिहार में बाल संसद (चाइल्ड कैबिनेट) मध्याह्न भोजन के व्यवस्थित वितरण में सक्रिय रूप से शामिल है। उत्तरांचल में माताओं को 'भोजन माता' और प्राथमिक स्कूलों में 'सहायिका' के रूप में नियुक्त किया गया है। गुजरात, छत्तीसगढ़ और मध्य प्रदेश में एमडीएम के तहत बच्चों को सूक्ष्म पोषाहार और कीड़ा मारने वाली दवाइयां दी जाती हैं।

230 दिनों की सूचना देता है। प्रभावी निगरानी के लिए राज्य/जिला स्तर पर संचालन समितियां कुछ राज्यों में अभी भी गठित नहीं की गई हैं। शहरी क्षेत्रों में ईजीएस/एआईई में कवरेज और सुविधाओं के संबंध में कोई ब्यौरा नहीं है। योजना आयोग ने मध्याह्न भोजन योजना के प्रभाव का मूल्यांकन करने के लिए 2006-07 में एक विस्तृत मूल्यांकन अध्ययन करवाया। कुल मिलाकर अच्छे कार्यों के बावजूद अधिकांश राज्यों में व्यवस्थित पर्यवेक्षण और कार्यक्रम की निगरानी तथा कार्यान्वयन में पारदर्शिता का अभाव है।

1.1.43 इन कमियों के होते हुए भी, कक्षा में लगने वाली भूख⁶ को समाप्त करने के जरिए एमडीएम का स्कूल उपस्थिति और बच्चों की पोषाहार स्थिति पर सकारात्मक प्रभाव पड़ा है। नवीनतम एनएसएस (61वां दौर) में एमडीएम के साथ अन्नपूर्णा, आईसीडीएस और एफएफडब्ल्यूपी शामिल किए गए। यह सूचना मिली है कि एमडीएम से 8.1% ग्रामीण जनसंख्या तथा 3.2% शहरी जनसंख्या लाभान्वित हुई है। सभी चार कार्यक्रमों के तहत 11% ग्रामीण और 4.1% शहरी क्षेत्र शामिल किया गया। एमडीएम ने दोनों ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में कम आय समूहों की पोषाहार की जरूरतों को पूरा किया है।

⁶ जे ड्रेजे एंड ए गोयल, (2003), फ्यूचर ऑफ मिड-डे मील, ईपीडब्ल्यू, 38(44) नवम्बर 1.7 पीपी 4673-84

ग्यारहवीं योजना: प्रारंभिक शिक्षा के लक्ष्य और रणनीतियां

1.1.44 भारत के संविधान को 2002 में संशोधित किया गया ताकि प्रारंभिक शिक्षा को न्यायोचित मौलिक अधिकार बनाया जा सके। तथापि, 7.1 मिलियन बच्चों का स्कूल से बाहर रहना और 50% बच्चों का प्राथमिक स्तर पर स्कूल छोड़ देना गंभीर चिंता का विषय है। इसलिए समानता, प्रतिधारण और उच्च शिक्षा गुणवत्ता की चुनौतियों का सामना करने के लिए सर्व शिक्षा अभियान को पुनः निश्चित दिशा प्रदान की जाएगी। इसके लिए कार्यक्रम के अंतर्गत प्रबल अधिकारों को निश्चित दिशा प्रदान करने की जरूरत होगी। इस प्रयोजनार्थ समुचित विधान पारित करने पर विचार करना आवश्यक है। सर्व शिक्षा अभियान का स्कूलों (सरकारी और निजी दोनों) के लिए न्यूनतम मानक और मानदंड सुनिश्चित करने हेतु अच्छी प्रारंभिक शिक्षा के राष्ट्रीय मिशन में पुनर्गठन किया जाएगा। यह एक व्यवस्था दृष्टिकोण के माध्यम से सुलभता, गुणवत्ता और समानता को समग्रता से हल करेगा।

1.1.45 अतिरिक्त कक्षाओं के लिए बैकलॉग लगभग 6.87 लाख है। लगभग 20,000 नए प्राथमिक स्कूल तथा 70,000 प्राथमिक स्कूलों के खोले जाने की जरूरत होगी।

तालिका: 1.1.6
बुनियादी सुविधा रहित स्कूल (2005-06)

सुविधाएं	प्राथमिक		अपर प्राथमिक	
	2004-05	2005-06	2004-05	2005-06
भवन	3.5	3.0	2.8	2.4
प्रसाधन	51.4	44.6	16.8	15.3
पेय जल	16.3	15.1	4.7	4.8

स्रोत: डीआईएसई डेटा, 2005-06, एनयूईपीए

1.1.46 जब तक स्कूलों के नियमित कार्यकरण, अध्यापक उपस्थिति और सक्षमता, शिक्षण प्रशासकों की जवाबदेही, व्यावहारिक अध्यापक स्थानांतरण और पदोन्नति नीतियों, स्कूल प्रबंध का प्रभावी विकेंद्रीकरण और शक्तियों का पीआरआई को अंतरण संबंधी व्यवस्थागत मुद्दों का समाधान नहीं किया जाता है, सर्व शिक्षा अभियान के लाभों का दोहन किया जाना मुश्किल होगा। सामान्य स्तर की अच्छी गुणवत्ता परक शिक्षा, अध्यापन और पाठ्यक्रम पर फोकस करना न्यूनतम अधिगम स्तर को सुनिश्चित करने के लिए महत्वपूर्ण है।

तालिका: 1.1.7
प्रबंधन के अनुसार प्रारंभिक विद्यालय

(लाख में)

शिक्षा स्तर	सरकार	स्थानीय निकाय	निजी सहायता प्राप्त	निजी असहायता प्राप्त	कुल
I-V	3.32	3.60	0.20	0.55	7.67
VI-VIII	1.18	0.80	0.18	0.59	2.75
I-VIII	4.50	4.40	0.38	1.14	10.42

स्रोत: चुनिदा शैक्षणिक संबंधी आंकड़े, 2004-05

1.1.47 उदारीकृत वैश्विक अर्थव्यवस्था में, जहां उत्कृष्टता प्राप्त करना एक लक्ष्य है, अच्छी शिक्षा प्रदान करने में गैर सरकारी लोगों की वैध भूमिका को न केवल मान्यता लेने की जरूरत है अपितु उसे प्रोत्साहित करने की भी जरूरत है। सरकारी निजी भागीदारी का मतलब केवल सरकारी प्रयासों को पूरा करने के लिए गैर-सरकारी निवेश करना नहीं है, परंतु शिक्षा में नवीनता को प्रोत्साहित करना भी है जिसका सरकारी स्कूलों में अभाव रहता है। गैर-सरकारी (असहायताप्राप्त) के अंतर्गत स्कूल तीव्र दर पर विस्तारित हो रहे हैं (तालिका 1.1.7)। तथापि, अधिकांश गरीब, विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में, एकमात्र सरकारी स्कूल पर निर्भर करता है

बॉक्स 1.1.2
राष्ट्रीय शिक्षा आयोग:

कोठारी आयोग (1964-66) शिक्षा के संबंध में गठित किया गया अंतिम आयोग था। जहां तक स्कूल शिक्षा का संबंध है, 1966 में सौंपी गई रिपोर्ट की मुख्य विशेषताएं अन्य बातों के साथ-साथ (1) विद्यमान प्रणाली में सुधार करना, (2) राज्य शिक्षा बोर्डों को स्थापित करना (3) गुणवत्ता के लिए संस्थानों को एक समान करना (4) क्षेत्र विशिष्ट के हिसाब से "नेबरहुड स्कूल" और (5) एक सांविधिक स्कूल शिक्षा आयोग गठित करना था। जबकि गत तीन दशकों के दौरान उपर्युक्त बिंदु (1) और (2) के संबंध में प्रगति की गई लेकिन (3), (4) और (5) के संबंध में ऐसा नहीं कहा जा सकता है।

वैश्वीकरण की दुनिया में शिक्षा के नए परिदृश्यों पर चर्चा करने के लिए एक नए शिक्षा आयोग को स्थापित करने की जरूरत है।

1.1.48 केंद्रीय सेक्टर में ग्यारहवीं योजना परिव्यय में पर्याप्त बढ़ोतरी से प्राथमिक शिक्षा की गुणवत्ता सुधारने, अतिरिक्त अध्यापक भर्ती करने (विशेषकर विज्ञान और गणित में), स्कूलों में आईसीटी सहित प्रौद्योगिकी उन्नयन और शैक्षणिक रूप से कमजोर राज्यों सहित प्रौद्योगिकी सहायता (टीए) में अधिकाधिक निवेश किया जाएगा। स्कूल के खराब निष्पादन के मुद्दे को एक मिश्रित सूची के माध्यम से स्कूलों को श्रेणीकरण द्वारा तथा तकनीकी सहायता प्रदान करके हल किया जाएगा।

10 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

1.1.49 यह पाया गया है कि जो छात्र परंपरागत विषयों संबंधी परीक्षाओं में अच्छा निष्पादन नहीं करते हैं, वे सूचना प्रौद्योगिकी और सूचना प्रौद्योगिकी संबंधी अधिगम में अच्छी सफलता का स्तर प्राप्त करते हैं। सूचना प्रौद्योगिकी अध्यापन पेशे में और छात्रों की उपलब्धि में नए आयाम प्रदान कर सकता है। यह विचार बच्चों को केवल कंप्यूटर साक्षर बनाने के लिए नहीं है अपितु उन्हें आधुनिक सॉफ्टवेयर सुविधाओं के माध्यम से वेब आधारित अधिगम उपलब्ध कराना भी है।

1.1.50 उपर्युक्त बातों को ध्यान में रखते हुए, ग्यारहवीं योजना में प्रारंभिक शिक्षा के लिए निम्नलिखित लक्ष्य निर्धारित किए गए हैं।

प्रारंभिक शिक्षा के लिए ग्यारहवीं योजना के उद्देश्य

- उन संभागों में जहां स्कूल पहुंचना मुश्किल है, वहीं के बच्चों सहित 6-14 आयु वर्ग के बच्चों का सर्वव्यापी नामांकन।
- गुणवत्ता और मानकों में सीबीएसई पद्धति के अधीन मानकों को प्राप्त करने के अंतिम लक्ष्य के लिए पर्याप्त सुधार करना।
- 2011-12 तक नामांकन में सभी लैंगिक, सामाजिक और क्षेत्रीय अंतरों को समाप्त करना।
- प्राथमिक स्कूल में जाने वाले बच्चों के लिए एक वर्षीय पूर्व स्कूली शिक्षा।
- 2011-12 तक प्राथमिक स्तर पर स्कूल छोड़ने की दर समाप्त करना तथा प्रारंभिक स्तर पर स्कूल छोड़ने की दर को कम करके 50% से 20% करना।
- 2008-09 तक प्रारंभिक स्तर पर एमडीएमएस का सर्वव्यापीकरण।
- 2011-12 तक अपर प्राथमिक स्कूलों में आईसीटी को सार्वभौमिक रूप से शामिल करना।
- सीखने के मूल कौशल, मौखिक और मात्रात्मक, पर विशेष जोर देते हुए सीखने की स्थितियों में पर्याप्त सुधार करना।
- सभी ईजीएस केंद्रों को नियमित प्राथमिक स्कूलों में बदलना।
- सभी राज्य/संघशासित प्रदेशों द्वारा एनसीईआरटी गुणवत्ता अन्वीक्षण साधन अपनाना।
- बीआरसी/सीआरसी को मजबूत बनाना: प्रत्येक 10 स्कूलों के लिए एक सीआरसी तथा प्रति ब्लॉक 5 रिसोर्स अध्यापक।

एसएसए में गुणवत्ता सुधार

1.1.51 ग्यारहवीं योजना में, प्राथमिक और उच्च प्राथमिक स्कूलों में दी जाने वाली शिक्षा की गुणवत्ता में संगत, समेकित और

व्यापक रणनीतियों के माध्यम से स्पष्ट परिभाषित लक्ष्यों के साथ, जो प्रगति का आकलन कर सके, सुधार किया जाएगा। इनमें निम्नलिखित शामिल हैं:

- सीबीएसई पद्धति के अंतर्गत केंद्रीय विद्यालयों के बराबर शिक्षा को गुणवत्ता प्रदान करने के स्पष्ट लक्ष्य के साथ सर्व शिक्षा अभियान को पुनर्गठित करना।
- सभी स्कूलों में मूल पढ़ाई की स्थितियों तथा प्रारंभिक प्राथमिक स्तरों में साक्षरता और अंकीय संबंधी मूल बातों से पहचान करना ताकि उच्च कक्षाओं के लिए मजबूत नींव पड़ सके।
- गणित, विज्ञान और अंग्रेजी (कोर) में विशेष ध्यान देना जिनमें छात्र कमजोर होने लगते हैं और सर्वत्र कक्षा 3 के बाद अंग्रेजी शुरू करना।
- सामान्य पाठ्यक्रमों, पाठ्यपुस्तक और शिक्षण विधि एवं शैली कार्यान्वित करना और तदन्तर पाठ्यपुस्तकों में संशोधन करना।
- गुणवत्ता संबंधी गतिविधियों को अधिक बढ़ावा देना और कक्षा में आपसी वार्तालाप द्वारा कार्य सुधार करना।
- अध्यापक संबंधी सभी मुद्दों - रिक्तियों, अनुपस्थित रहने की आदत, गैर अध्यापन कार्य सौंपने को हल करना तथा बच्चों की पढ़ाई के परिणामों की जवाबदेही निर्धारित करना।
- पैरा-अध्यापकों सहित अध्यापकों को 100% प्रशिक्षण देना। शिष्य गुरु का अनुपात (पीटीआर) 40:1 से 30:1 करना।
- एक ही अध्यापक वाले स्कूलों की समस्या से निबटने के लिए अतिरिक्त अध्यापकों की भर्ती करना तथा प्राथमिक कक्षाओं के लिए दो तिहाई नए अध्यापकों में महिलाओं को आवश्यक बनाने के साथ बहु ग्रेड अध्यापन।
- जिला/ब्लॉक/स्तरों पर उच्च कोटि के अध्यापकों की विकेंद्रीकृत भर्ती के लिए एनसीईआरटी/सीबीएसई/राज्य बोर्डों द्वारा अध्यापक भर्ती के लिए एनईटी/एसईटी।
- डाइट/एनसीईआरटी को पूरी तरह कार्यात्मक बनाना और उन्हें मूल रूप से बीआरसी/सीआरसी तथा एनसीईआरटी से जोड़ना।
- आधार रेखा आकलनों (2005-06 डीआईएसई) के कम से कम 50% तक पढ़ाई स्तर बढ़ाना।
- स्पष्ट रूप से पहचान किए गए परिणाम संकेतकों अर्थात् छात्रों का पद्धति स्तर, अध्यापक की योग्यता कक्षा प्रक्रियाएं, अध्यापन सामग्री इत्यादि के माध्यम से कार्य करने की दृष्टि से उन्नत गुणवत्ता को परिभाषित करना।
- राष्ट्रीय पाठ्यक्रम रूपरेखा (एनसीएफ) 2005 तथा एनसीईआरटी द्वारा तैयार पाठ्यक्रम राज्यों के लिए अपने

पाठ्यक्रम को संशोधित करने के लिए मार्गदर्शी दस्तावेज होना चाहिए जिसमें एससीईआरटी की भूमिका अधिक सक्रिय होनी चाहिए जिससे सामान्य मानक सुनिश्चित किया जा सकें।

- ब्लॉक/जिला और राज्य में अच्छे अध्यापकों को मान्यता देने के लिए वित्तीय और गैर-वित्तीय पुरस्कार शुरू करना।

एसएसए व्यय को वहन करना और एसएसए घटकों को पुनःप्राथमिकता देना

1.1.52 अनुमोदित सर्व शिक्षा अभियान कार्यक्रम में नौवीं पंचवर्षीय योजना के अंत तक केंद्र और राज्यों के बीच 85:15 की भागीदारी थी, दसवीं योजना के दौरान यह भागीदारी 75:25 थी तथा उसके बाद 50:50 थी। राज्यों से आ रही लगातार मांग तथा शैक्षणिक दृष्टि से पिछड़े राज्यों में अवसंरचनात्मक अंतर को भरने की जरूरत को देखते हुए सर्व शिक्षा अभियान चरण 2 के बीच वित्तीय भागीदारी को संशोधित करके ग्यारहवीं योजना के पहले दो वर्षों के लिए 65:35, तीसरे वर्ष के लिए 60:40 तथा उसके पश्चात् चौथे और पांचवें वर्ष के लिए 50:50 किया गया है। 2005-2006 तथा 2006-07 के दौरान पूर्वोत्तर राज्यों को दी गई विशेष छूट को ग्यारहवीं योजना के दौरान जारी रखा जाएगा, इससे प्रत्येक पूर्वोत्तर राज्य केवल राज्य हिस्सा के रूप में अनुमोदित परिव्यय का 10 प्रतिशत अंशदान करता है।

1.1.53 एसएसए के पुनर्गठन में यह सुनिश्चित करना शामिल होगा कि सभी अध्यापक, पैरा अध्यापकों सहित, प्रशिक्षित हैं, सिविल कार्यों के लिए मानक पूरे राज्य में एक जैसे हैं, प्रत्येक 10 स्कूलों के लिए 1 सीआरसी है, प्रति बीआरसी 10 सीआरसी और प्रति ब्लॉक 5 रिसोर्स अध्यापक हैं, कोई भी एकल अध्यापक स्कूल नहीं है तथा कोई बहु ग्रेड अध्यापन नहीं है। पाठ्यक्रम राष्ट्रीय पाठ्यक्रम रूपरेखा (एनसीएफ) और एनसीईआरटी के दिशानिर्देश के अनुसार संशोधित होगा।

सुविधा वंचित वर्गों के लिए विशेष व्यवस्था

1.1.54 समाज के सत्ता एवं विशेष सुविधा सम्पन्न लोगों की तुलना में सामाजिक रूप से उपेक्षित वर्गों के युवा शिक्षार्थी शिक्षा प्राप्त करने में अलग-थलग अनुभव करते हैं⁷। उन्हें स्कूल में प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष रूप से अस्वीकरण की समस्याओं से निबटना पड़ता है⁸। ग्यारहवीं योजना में वंचित वर्गों और शैक्षणिक रूप से पिछड़े क्षेत्रों पर विशेष ध्यान दिया जाएगा। इसमें न केवल उच्च

संसाधन आवंटन शामिल किया जाएगा अपितु पहचान की गई जरूरतों, प्रगति की अधिक सघन निगरानी और पर्यवेक्षण और मालुमात के आधार पर रणनीतियों को तैयार करने तथा कार्यान्वयन के लिए भी क्षमता निर्माण करना है। विशेष उपायों में निम्नलिखित शामिल होगा:

- उपेक्षित वर्गों की बस्तियों को ईसीसीई में प्राथमिकता देना।
- अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अन्य पिछड़ा वर्ग और अल्पसंख्यक जनसंख्या बहुल वाले ब्लॉकों में 500 अतिरिक्त कस्तूरबा गांधी बाल विद्यालयों को स्थापित करना।
- अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति तथा अल्पसंख्यक जनसंख्या बहुल वाले जिलों में विशेष ध्यान देना। विशेष फोकस वाले जिलों के लिए नवीनीकरण संबंधी निधियों को दोगुना किया जाएगा।
- अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अल्पसंख्यक बच्चों को स्कूलों में उपचारी कोचिंग के माध्यम से पढ़ाई के स्तर पर सुधार करने पर विशेष ध्यान तथा एनवाईकेएस, एनएसएस, एसएचजी और स्थानीय गैर सरकारी संगठनों के शिक्षित युवाओं के माध्यम से बस्तियों में भी पढ़ाई के स्तर पर सुधार करने पर फोकस।
- मलिन बस्तियों में रह रहे बच्चों के लिए 35 शहरों में एक मिलियन से अधिक जनसंख्या वाले शहरों के लिए विशेष स्कूल।
- प्रवास करने वाले बच्चों, शहरी मलिन बस्ती वाले क्षेत्रों में वंचित बच्चों, उन बच्चों जिनके माता-पिता में से एक जीवित है, शारीरिक विकलांग बच्चों और कार्य करने वाले बच्चों के लिए विशेष व्यवस्था करना।
- अध्ययन में पिछड़ रहे छात्रों की समस्या को सुलझाने के लिए स्कूल के भीतर क्षमता निर्माण।
- शैक्षिक रूप से पिछड़े ब्लॉकों में 1000 छात्रावासों को स्थापित करना जिसमें वार्डन के रूप में अनुपूरक शिक्षण सहायता प्रदान करने के लिए वहां निवास करने वाला स्नातकोत्तर अध्यापक रखना।
- कमजोर वर्गों के बच्चों तथा विशेष जरूरतों वाले बच्चों की विशेष देखरेख के लिए अध्यापकों को संवेदनाशील बनाना।
- अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अन्य पिछड़ा वर्ग

⁷ सुनिल बत्रा, (2006), एक्विटी इन एजुकेशन इन इंडिया: ए डिस्टैंट ड्रीम ओर एन एल्यूसिव रियलिटी, भारत में प्लेनरिफिक शिक्षा के सर्वव्यापीकरण पर संगोषठी; आईएचडी, नई दिल्ली।

⁸ के कुमार (1983) एजुकेशनल एक्सपीरियंस ऑफ शडयूल कास्ट एंड ट्राइब्स ईपीडब्ल्यू 18 पीपी 328-47

12 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

तथा आदिवासी बहुल और अल्पसंख्यक बस्तियों में सामुदायिक समर्थन से सघन सामाजिक जुटाव।

- आदिवासी तथा दूरस्थ बस्तियों में अध्यापकों के लिए आवास प्रदान करना।

स्कूल पूर्व शिक्षा

1.1.55 आईसीडीएस-आंगनवाड़ी का पूर्व स्कूल शिक्षा घटक बहुत कमजोर है और पुनरावृत्ति अधिक है तथा शिक्षण का स्तर बहुत निम्न है। यह बदले में अनेक बच्चों को अपनी शिक्षा जारी रखने में हतोत्साहित करता है। एसएसए कार्यक्रम में एक वर्षीय ईसीसीई एक घटक होगा जिसे चरणबद्ध रूप से 2.4 करोड़ बच्चों को शामिल करने के लिए सभी जगह लागू किया जा सकता है। यह स्कूल अवधारणा में सहायता के लिए मूल शब्दावली और अवधारणात्मक क्षमता बढ़ाने की दृष्टि से स्कूल तैयारी/प्रवेश के लिए महत्वपूर्ण है। इसके अतिरिक्त, यह लड़कियों को भाई बहिनों की देखरेख करने से मुक्त करेगा। स्कूलों में पूर्व स्कूल कक्षाओं का वर्तमान कवरेज 11 मिलियन है। उत्तर प्रदेश और राजस्थान जैसे राज्यों में काफी प्राथमिक स्कूल ऐसी ईसीसीई के लिए आदर्श हैं। अन्य बस्तियों में आईसीडीएस आंगनवाड़ियों को सहायता दी जाएगी।

मदरसे/मकतबे

1.1.56 ग्यारहवीं योजना में एआईई घटक के अंतर्गत अतिरिक्त मदरसों/मकतबों के आधुनिकीकरण के लिए सहायता दी जाएगी और ग्यारहवीं योजना अवधि के दौरान सभी 12000 मदरसों को शामिल करना संभव होना चाहिए।

1.1.57 मानव नैतिक मूल्यों, नागरिक कर्तव्यों, पर्यावरण संरक्षण और शारीरिक शिक्षा को शिक्षा प्रणाली में शामिल किया जाएगा जिसके द्वारा प्रत्येक बच्चे को स्वस्थ मन और शरीर के साथ जिम्मेदार नागरिक बनाने के लिए तैयार किया जाता है। शिक्षा युवा मन में उदारता, स्वतंत्रता, देशप्रेम, अहिंसा, सहिष्णुता, राष्ट्रीय एकता तथा अखंडता सांस्कृतिक सौहार्द, जिज्ञासु तार्किकता और वैज्ञानिक भावना पैदा करेगी। प्रत्येक स्कूल और ईजीएस/एआईई केंद्र को स्वतंत्रता दिवस तथा गणतंत्र दिवस के राष्ट्रीय त्यौहारों को मनाने के लिए विशेष अनुदान मिलेगा। निजी स्कूलों सहित सभी शिक्षण संस्थाओं में इन दिनों में अनुशासन के साथ राष्ट्रीय ध्वजारोहण करना जरूरी किया जाना चाहिए।

केजीबीवी और डीपीईपी

1.1.58 ग्यारहवीं योजना में इन स्कीमों को सर्व शिक्षा अभियान में शामिल किया जाएगा। अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अन्य पिछड़ा वर्ग और अल्पसंख्यक बहुल जिले/ब्लॉकों में 500 कस्तूरबा गांधी बालिका विद्यालयों का विस्तार किया जाएगा। विद्यमान केजीबीवी के कार्यकरण का गहन मूल्यांकन किया जाएगा। केजीबीवी के अंतर्गत सिविल कार्यों का कार्यक्रम कई राज्यों में धीमा दिखाई देता है। डीपीईपी नवंबर, 2008 में समाप्त हो जाएगा तथा वर्तमान प्रक्रिया के अनुसार सर्व शिक्षा अभियान के अंतर्गत मिला लिया जाएगा। फिर भी, विदेशों को दी गई प्रतिबद्धता को पूरा कर दिया जाएगा।

मध्याह्न भोजन स्कीम:

1.1.59 इस योजना को 3479 ईबीबीज में 17 मिलियन अतिरिक्त बच्चों को शामिल करने के लिए 1 अक्टूबर, 2007 से अपर प्राथमिक स्कूलों (सरकारी, स्थानीय निकाय और सरकारी सहायता प्राप्त विद्यालयों) तथा ईजीएस/एआईई केंद्रों तक विस्तारित किया गया है तथा इसे 54 मिलियन बच्चों को शामिल करने के लिए अप्रैल 2005 से सभी अपर प्राथमिक विद्यालयों तक विस्तारित किया जाएगा। इस प्रकार एमडीएमएस के अंतर्गत 2008-09 तक लगभग 18 करोड़ बच्चे शामिल होंगे। अपर प्राथमिक बच्चों के लिए भोजन के पोषाहार मान को 700 कैलोरी तक निर्धारित किया जाएगा जो 150 ग्राम अनाज और 20 ग्राम प्रोटीन से प्राप्त होता है।

एमडीएम: कार्य बिंदु

- एमडीएम को स्थानीय समुदाय और पीआरआई/गैर-सरकारी संगठनों द्वारा प्रबंधित किया जाना है और यह अनुबंध पर नहीं दिया जाएगा: सिविक गुणवत्ता और सुरक्षा पर विशेष ध्यान देना होगा।
- पोषाहार, सफाई, स्वच्छता तथा सफाई मानकों में अध्यापकों तथा अन्यो को संवेदनशील बनाना करना होगा जिससे कमियों को दूर किया जा सके।
- कम लागत के पोषाहार मीनू में पोषाहार विशेषज्ञों को शामिल करना और तैयार खाने के नमूनों के आवधिक परीक्षण के लिए आयोजना बनाना
- किचन गार्डनों और स्कूल इत्यादि में स्थानीय रूप से पोषकों के हिसाब से अच्छे खाने की मदों को बढ़ावा देना

- स्कूली स्वास्थ्य कार्यक्रम को दोबारा शुरू करना; राज्यों द्वारा अपनाए गए प्रचलित तरीकों का प्रचार-प्रसार करना तथा प्रतिकृति करना।
- तत्काल आधार पर सभी स्कूलों में पेयजल सुविधा मुहैया कराना।
- स्कूलों में पारदर्शिता सुनिश्चित करने के लिए आपूर्ति, निधियों, मानदंडों, साप्ताहिक मीनू स्थिति और कवरेज प्रदर्शित करना।
- खाना पकाने की लागत के लिए केंद्रीय सहायता लाभ प्राप्त करने वाले बच्चों की वास्तविक संख्या पर आधारित होनी चाहिए न कि नामांकन पर।
- सामाजिक लेखा परीक्षा को बढ़ावा देना।
- ऑनलाइन अन्वीक्षण।

महिला समाख्या (एमएस)

1.1.60 महिला समाख्या कार्यक्रम को विद्यमान प्रणाली के अनुसार जारी रखा जाएगा और सभी ईबीबी तथा शहरी/अर्धशहरी मलिन बस्तियों को भी शामिल करने के लिए विस्तारित किया जाएगा, क्योंकि यह गरीब महिलाओं के शैक्षणिक सशक्तीकरण में योगदान करेगा। प्रशिक्षण, अनुसंधान और उचित प्रलेखीकरण और वितरण को पुख्ता करने की जरूरत है। विकास साझेदारों से समझौता करना वांछनीय है क्योंकि ईएपी उत्कृष्ट परियोजना डिजाइन और उपाय व्यवस्था, क्षमता निर्माण और तकनीकी सहायता करता है।

साक्षरता एवं प्रौढ़ शिक्षा: दसवीं योजना के दौरान निष्पादन

1.1.61 वैयक्तिक अधिकारिता के लिए साक्षरता एक सर्वाधिक पूर्वापेक्षा है। राष्ट्रीय शिक्षा नीति 1986 और कार्रवाई योजना 1992 में प्रौढ़ साक्षरता पर विशेष ध्यान दिया गया, जिसने प्रौढ़ शिक्षा, बुनियादी शिक्षा और गैर-औपचारिक शिक्षा के त्रिसूत्रीय कार्यनीति का समर्थन किया ताकि निरक्षरता का उन्मूलन किया जा सके। 1988 में राष्ट्रीय साक्षरता मिशन स्थापित किया गया, जिसमें 1995 तक 80 मिलियन लोगों को साक्षर बनाने के लिए आरम्भिक लक्ष्य रखा गया था, जिसे 1997 में 100 मिलियन कर दिया गया। अब और संशोधित लक्ष्य है कि 2007 तक 75% साक्षरता का स्तर हासिल किया जाए।

1.1.62 एनएलएम की प्रमुख कार्यनीति एवं समग्र साक्षरता अभियान (टीएलसी) "क्षेत्र विशिष्ट, समयबद्ध, स्वयं सेवा आधारित, लागत प्रभावी और परिणाम अभिमुखी" रहे हैं। टीएलसी और पोस्ट लिटरेसी परियोजना (पीएलपीओ) के प्रयास निरक्षरता के उन्मूलन हेतु रहे हैं, जिन्होंने सराहनीय परिणाम दिखाए हैं।

परिणामस्वरूप साक्षरता 1991 में 52.2% थी, जो 2001 में बढ़कर 64.8% हो गई। इस अवधि में शहरी-ग्रामीण साक्षरता का अंतर भी घट गया। महिलाओं में पुरुषों की अपेक्षा साक्षरता की दर बढ़ गई। फिर भी क्षेत्रीय और जेंडर संबंधी असमानताएं साक्षरता के संबंध में बनी रहेंगी।

1.1.63 मुसलमानों की राष्ट्रीय समग्र साक्षरता दर 59.1% है। (पुरुष 67.6% और महिलाएं 50.1%) मुसलमानों में साक्षरता की दर 17 राज्यों/संघ शासित क्षेत्रों की राष्ट्रीय साक्षरता दर 64.8 से अधिक है।

1.1.64 मुसलमानों में महिला साक्षरता की दर हरियाणा (21.5%), बिहार (31.5%), नागालैण्ड (33.3%), जम्मू एवं कश्मीर (34.9%) में विशेष रूप से कम है।

1.1.65 10वीं योजना में यह लक्ष्य निर्धारित किया गया था कि 2007 तक साक्षरता की दर को 75% तक के धारणीय स्तर तक बनाया जाएगा ताकि 2003-04 तक सभी जिलों को इसकी व्याप्ति में लिया जा सके, 2004-05 तक मौजूदा जिलों में शेष निरक्षरता को दूर किया जा सके, पीएलपी को सभी जिलों में पूरा किया जा सके और सतत शिक्षा अभियान (सीईपी) योजना अवधि के अंत तक 100 जिलों में शुरू किया सके।

टीएलसी और पीएलपी

1.1.66 निरक्षरता के उन्मूलन के लिए टीएलसी के पास एनएलएम की मुख्य कार्यनीति है। टीएलसी(ज) को जिला साक्षरता समितियों (जिला साक्षरता सोसायटी) के माध्यम से कार्यान्वित किया जाता है, जोकि स्वतंत्र व स्वायत्त निकाय है, जिसमें समाज के सभी वर्गों के प्रतिनिधि शामिल हैं। वर्तमान में कुल 597 जिले विभिन्न साक्षरता कार्यक्रमों के तहत कवर किए गए हैं। टीएलसी और पीएलपी के लिए केन्द्र और राज्य का हिस्सा सामान्य जिलों में 2:1 है और जनजातीय जिलों में यह 4:1 है। 10वीं योजना अवधि में टीएलसी और पीएलपी के तहत क्रमशः 95 और 174 जिले थे। इन एजेंसियों के तहत शुरू की गई विशेष परियोजनाएं निम्न प्रकार हैं -

त्वरित महिला साक्षरता कार्यक्रम

1.1.67 2001 की जनगणना के अनुसार 47 जिलों में महिला साक्षरता दर 30% से कम थी। ये जिले अधिकांश रूप से उत्तर प्रदेश, बिहार, उड़ीसा और झारखंड में स्थित हैं। महिला साक्षरता में सुधार की दृष्टि से कुछ चुनिन्दा जिलों में विशेष नवप्रवर्तन कार्यक्रम आयोजित किए गए।

14 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

शेष रही साक्षरता के लिए परियोजनाएं

1.168 टीएलसी अभियान के पूरा होने के बावजूद अनेक मामलों में, काफी संख्या में असाक्षर शेष रह गए हैं, जहां पहुँचा नहीं जा सका। टीएलसी के निष्कर्ष के बाद राजस्थान (10), आंध्र प्रदेश (8), बिहार (4), झारखंड (3), मध्य प्रदेश (9), कर्नाटक (2), उत्तर प्रदेश (13) और पश्चिम बंगाल (4) को कवर करने के लिए शेष असाक्षरता के लिए परियोजनाएं शुरू की गईं।

150 जिलों में विशेष साक्षरता अभियान

1.169 अप्रैल 2005 में 150 जिलों में विशेष साक्षरता अभियान शुरू किया गया, जहां देश में साक्षरता सबसे कम थी। ये जिले अधिकांश रूप से उत्तर प्रदेश, बिहार, झारखंड, राजस्थान, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़ और उड़ीसा में स्थित हैं। इस विशेष अभियान का लक्ष्य था कि लगभग 36 मिलियन असाक्षरों को 2005-07 के दौरान व्याप्ति में लिया जाए। अभी तक 134 जिले पूरे किए जा चुके हैं।

सतत शिक्षा कार्यक्रम (सीईपी)

1.170 सतत शिक्षा स्कीम टीएलसी/पीएलपी के द्वारा किए गए प्रयासों के तहत सीखने को अवसर प्रदान करता है, इसका मुख्य जोर सतत शिक्षा केन्द्रों की स्थापना कर नवसाक्षरों को और आगे सीखने का अवसर प्रदान करने पर है। जो बुनियादी साक्षरता के लिए क्षेत्र विशिष्ट और जरूरत आधारित अवसर प्रदान करते हैं, साक्षरता की दक्षता का क्रमोन्नयन करते हैं और वैकल्पिक शिक्षा, व्यावसायिक दक्षता और सामाजिक और व्यावसायिक विकास के कार्यक्रमों के लिए प्रयास करते हैं। सीईपी के तहत 328 जिलों को कवर किया जा चुका है।

जन शिक्षण संस्थान (जेएसएस)

1.171 शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों के लोगों के समाजार्थिक रूप से पिछड़े और वंचित समूहों का शिक्षात्मक व्यावसायिक एवं रोजगार परक विकास करना जेएसएसएस स्कीम का उद्देश्य है, जिसमें विशेष रूप से नव - साक्षर और अर्ध - साक्षर, अनुसूचित जाति/ अनु. जनजाति की महिलाएं और लड़कियां, स्लम निवासी प्रवासी कर्मकार शामिल हैं। साक्षरता को शैक्षिक प्रशिक्षण से जोड़ते हुए, जेएसएस का ध्येय है कि लाभार्थियों के जीवन की गुणवत्ता में सुधार लाया जाए। जेएसएस ने मोमबत्ती और अगरबत्ती से लेकर कम्प्यूटर प्रशिक्षण और अस्पताल देखरेख विभिन्न प्रकार के लगभग 284 व्यावसायिक पाठ्यक्रम करवाए हैं। जेएसएस की कुल संख्या 198 है।

प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रम में मुख्य कमियां

1.172 प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रम के कार्यान्वयन में आने वाली विभिन्न दिक्कतों में शामिल हैं — राज्य सरकार की अपूर्ण सहभागिता, स्वयं सेवी अध्यापकों और प्रेरकों का निम्न स्तरीय उत्साहवर्धन एवं प्रशिक्षण, सीईपी के तहत कार्यक्रमों में अभिसारण संबंधी कमी, एनएलएम के लिए कमजोर प्रबंधन एवं पर्यवेक्षण संरचना। इसके अलावा, एनएलएम स्कीम के विभिन्न घटकों का वित्त पोषण भी अपर्याप्त रहा है, और समुदाय की सहभागिता भी कम ही रही है।

प्रौढ़ शिक्षा एवं साक्षरता: 11वीं योजना के लिए उद्देश्य, लक्ष्य एवं कार्यनीति

प्रौढ़ शिक्षा

1.173 11वीं योजना में एनएलएम कार्यक्रम को परिष्कृत किया जाएगा। लक्ष्य एवं ध्यान के मुख्य क्षेत्र बॉक्स में नीचे दिए गए हैं:-

बॉक्स 1.1.3

11वीं योजना के लक्ष्य और विशेष ध्यान देने योग्य क्षेत्र

- 80% साक्षरता दर हासिल करना।
- 10% तक साक्षरता में लिंग अंतर कम करना।
- क्षेत्रीय, सामाजिक और जेंडर असमानताएं कम करना।
- 35 + के आयु समूह में एनएलएम के कार्यक्रम की व्याप्ति को बढ़ाना।
- अनुसूचित जाति/अनु. जनजाति और अल्पसंख्यक और ग्रामीण महिलाओं पर विशेष ध्यान देना।
- कम साक्षरता वाले राज्यों जनजातीय क्षेत्रों, अन्य वंचित समूहों और किशोर अवस्था वालों पर ध्यान देना।

11वीं योजना में एनएलएम की परिष्कृत स्थिति

1.174 परिष्कृत एनएलएम की मुख्य विशेषताएं होंगी-

- पंचायत राज संस्थानों के साथ जिला साक्षरता समितियों को एकीकृत करना।
- पंचायत साक्षरता समितियों के माध्यम से ब्लॉक/ग्राम पंचायत स्तर पर पीआरआई संरचना के तहत विभिन्न स्तरों पर साक्षरता कार्यक्रम लाना।
- टीएलसी, पीएलपी और सीईपी को एकीकृत करते हुए एनएलएम को परिष्कृत करना एवं जीवन पर्यन्त शिक्षा और

जागृति कार्यक्रम (एलईएपी) को व्यापक आधारित बनाना। एलईएपी सीखने के विभिन्न कार्यक्रम कार्यात्मक दक्षता, जीवन सुधार गुणवत्ता कार्यक्रम, व्यावसायिक दक्षता और समरूप कार्यक्रम आलोकित करेगा।

- जीवन पर्यन्त शिक्षा और जागृति (सीएलईपी) के केन्द्र बहुकार्यात्मक और बहु आयामी होंगे, जिनमें लाभार्थियों के लिए सीखने संबंधी विभिन्न कार्यक्रम आयोजित किए जाएंगे।
- देश में साक्षरता के व्यापक प्रचार के लिए सूचना एवं संचार प्रौद्योगिकियों को और अधिक वृहद स्तर तक प्रयोग में लाया जाएगा।
- 11वीं योजना में 250 नए जन शिक्षण संस्थान स्थापित किए जाएंगे। नए जेएसएस को मंजूरी मौजूदा जेएसएस के स्वतंत्र मूल्यांकन और उसकी उपयोगिता को ध्यान में रखकर ही प्रदान की जाएगी।
- जेएसएस की कार्यप्रणाली में पारदर्शिता सुनिश्चित करने के लिए एक प्रमाणीकरण प्रक्रिया राज्यों और प्रमाणीकृत एनजीओ(ज) जिनकी विश्वसनीयता का अच्छा रिकॉर्ड रहा है, उनकी सहभागिता के साथ जेएसएस को कार्यान्वित किया जाएगा। निष्क्रिय जेएसएस प्रबंधन को बदल दिया जाएगा। जेएसएस के प्रशिक्षण कार्यक्रमों की गुणवत्ता में सुधार लाया जाएगा, जिसके लिए जिले के व्यावसायिक संस्थानों की सहायता ली जाएगी और स्थानीय मांग को पूरा करने के लिए तदुनरूप ही कार्यक्रम आयोजित किए जाएंगे। स्व रोजगार समूहों में प्रशिक्षणार्थियों को लगाने संबंधी रिकॉर्ड को कायम रखा जाएगा।
- विश्वविद्यालयों में सुदृढ़ शैक्षणिक और अनुसंधान इन्पुट के लिए राज्य संसाधन केन्द्रों (एसआरसी) प्रौढ़ शिक्षा विभाग के बीच एक सुदृढ़ तालमेल सुनिश्चित किया जाएगा।
- मौजूदा एसआरसी/डीआरसी को आवश्यकताओं के मूल्यांकन के अनुसार सुदृढ़ किया जाएगा और नए एसआरसी उन्हीं राज्यों में स्थापित किए जाएंगे, जहां वे वर्तमान में नहीं हैं। किसी भी राज्य में एक से अधिक एसआरसी नहीं खोला जाएगा, भले ही राज्य की जनसंख्या कितनी बड़ी क्यों न हो, ताकि समान मानक कायम रखे जा सकें, जिनमें शिक्षण, अध्ययन सामग्री का उत्पादन भी शामिल हैं (टीएलएम)।
- एनजीओ(ज) द्वारा प्रचालित सभी स्कीमें मात्र प्रमाणित संस्थानों को ही मंजूर की जाएंगी। प्रमाणन प्रक्रिया में निश्चित रूप से राज्य सरकारों और प्रमाणित संस्थानों को सूचीबद्ध किया जाएगा, जो एमएचआरडी की वेब साइट पर होंगे।

1.2 माध्यमिक शिक्षा और व्यावसायिक शिक्षा

1.2.1 नियमित और वैकल्पिक स्कूलों में बच्चों का भारी मात्रा में पंजीकरण कराने में एसएसए की सफलता ने एक खुली चुनौती हमारे सामने रख दी है कि माध्यमिक शिक्षा तक इसे विस्तारित किया जाए। प्रौद्योगिकी में हुए तीव्र परिवर्तन और दक्षता की मांग से यह भी आवश्यक हो जाता है कि युवा लोगों को 8 वर्षीय बुनियादी शिक्षा से अधिक प्राप्त करना चाहिए, ताकि वे जरूरी दक्षता प्राप्त कर सकें, ताकि वे श्रम बाजार में सफल हो सकें। इसके अलावा माध्यमिक शिक्षा, बुनियादी और उच्च शिक्षा के बीच एक पुल का काम करती है।

1.2.2 इस प्रकार माध्यमिक शिक्षा सभी को सुलभ कराने की स्थिति पर आ गई है। 2001 में 14 से 18 आयु वर्ग के बच्चों की जनसंख्या लगभग 107 मिलियन अनुमानित की गई थी, जो 2006 में 119.7 मिलियन हो गई और 2011 में 121.1 मिलियन हो जाएगी। जबकि माध्यमिक और वरिष्ठ माध्यमिक शिक्षा में कुल मिलाकर वर्तमान में पंजीकरण 37 मिलियन मात्र है (2004-05)।

माध्यमिक शिक्षा: 10वीं योजना के निष्पादन की समीक्षा

1.2.3 10वीं योजना के दौरान माध्यमिक शिक्षा का मुख्य जोर सामान्य स्कूल प्रणाली पर ध्यान देते हुए असमानताओं को कम करते हुए इसके प्रसार में और अधिक सुधार करना था, जिसमें एक विशेष क्षेत्र में स्कूल के लिए यह जरूरी था कि आस-पास कम आय वाले परिवारों से पड़ोस से विद्यार्थियों को लिया जाए। 10वीं योजना में पाठ्यक्रम के संशोधन पर भी ध्यान देते हुए व्यावसायिक और रोजगार उन्मुखी पाठ्यक्रमों, मुक्त शिक्षण प्रणाली के विस्तार और विविधीकरण, अध्यापक प्रशिक्षण को पुनर्गठित करने और सूचना और संचार की प्रौद्योगिकियों का अधिक उपयोग करने पर ज्यादा जोर दिया गया। इन उद्देश्यों को आंशिक रूप से ही प्राप्त किया जा सका है।

पहुँच (एक्सेस)

1.2.4 1.02 लाख माध्यमिक और 0.50 लाख उच्च माध्यमिक स्कूलों में पंजीकरण क्रमशः 24.3 मिलियन और 12.7 मिलियन रहा है (2004-05)। जीईआर, माध्यमिक शिक्षा (IX और X) में 51.65% और उच्च माध्यमिक में 27.82% रहा है। दोनों स्तरों के लिए संयुक्त जीईआर मात्र 39.91% रहा है। माध्यमिक स्तर पर स्कूल छोड़ने वालों का प्रतिशत 62 रहा है (तालिका 1.2.1)

16 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

1.2.5 पंजीकरण, स्कूल छोड़ने वालों और माध्यमिक और उच्च माध्यमिक स्कूलों में पहुंच (संलग्नक-1.2.1) के प्रकरण के संबंध में अंतः राज्तीय और अन्तर्राज्तीय भिन्नताएं चौकाने वाली रही हैं। राष्ट्रीय स्तर पर प्रति एक लाख की जनसंख्या पर माध्यमिक/उच्च माध्यमिक स्कूलों की औसत संख्या 14 रही है, जो कि बिहार में (4) उत्तर प्रदेश में (7) पश्चिम बंगाल (10) और झारखंड (4) एवं छत्तीसगढ़ (12) में राष्ट्रीय औसत से कम रही है। प्रति सौ वर्ग किलोमीटर की दृष्टि से माध्यमिक और उच्च माध्यमिक स्कूलों की राष्ट्रीय औसत मात्र 4 रही है और बिहार, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, और झारखंड में इसकी औसत राष्ट्रीय औसत से भी कम रही है। परिणामस्वरूप इन राज्यों में जीईआर राष्ट्रीय औसत 39.91% से भी कम रहा है।

तालिका 1.2.1
माध्यमिक शिक्षा - नामांकन और अधीन में पढ़ाई
छोड़ने वालों की संख्या (2004-05)

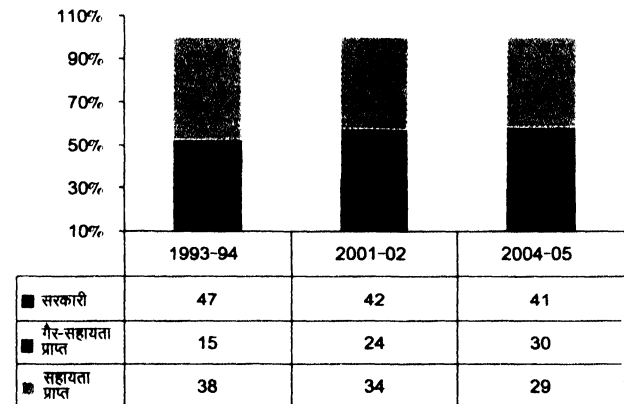
क्र.	संकेतक सं. (पंजीकरण (करोड़ में))	लड़के	लड़कियां	कुल
1	माध्यमिक (IX-X)	1.42 (57.39)	1.01 (45.28)	2.43 (51.65)
2	उच्च माध्यमिक (XI-XII)	0.74 (30.82)	0.53 (24.46)	1.27 (27.82)
3	माध्यमिक एवं उच्च माध्यमिक (IX-XII)	2.16 (44.26)	1.54 (35.05)	3.70 (39.91)
4	स्कूल छोड़ने वालों की दर (±) (I-X)	60.41	63.88	61.92

नोट : *कोष्ठक में दिए गए आंकड़े जीईआर हैं।

स्रोत : चुनिंदा शैक्षिक आंकड़े 2004-05, एमएचआरडी,

1.2.6 2004-05 को समाप्त दशक के दौरान माध्यमिक और उच्च माध्यमिक में पंजीकरण का स्तर 5.32% की औसत वार्षिक दर से बढ़ा है। 10वीं योजना के पहले तीन वर्षों के दौरान 2004-05 तक यह तीव्र दर यानी 6.75% प्रतिवर्ष की दर से बढ़ा है और 7.5 मिलियन अतिरिक्त बच्चे पंजीकृत किए गए। 11वीं योजना अवधि में माध्यमिक पंजीकरणों में और अधिक तीव्रता आएगी, क्योंकि प्राथमिक स्कूलों में स्कूल छोड़ने वालों की संख्या घट रही है और प्राथमिक से अपर प्राथमिक कक्षाओं में संक्रमण दर लगभग 90% तक पहुंच रही है।

1.2.7. लगभग 60% माध्यमिक स्कूल निजी प्रबंधन के पास हैं, जिनमें सहायता प्राप्त और गैर सहायता प्राप्त दोनों ही शामिल हैं, दोनों ही लगभग समानानुपात में हैं। सरकारी और स्थानीय निकाय स्कूलों और निजी सहायता प्राप्त स्कूलों के हिस्से में एक गिरती हुई प्रवृत्ति दिखाई दी है, जबकि गैर-सहायता वाले निजी स्कूलों में वृद्धि 1993-94 में 15% से 2001-02 में बढ़कर 24% हो गई और 2004-05 के दौरान बढ़कर यह 30% हो गई (आंकड़े नीचे दिए गए हैं)। निजी गैर - सहायता प्राप्त स्कूलों की संख्या में दुगुनी प्रगति यह संकेत देती है कि माता-पिता शिक्षा के लिए भुगतान करना चाहते हैं, जो कि उच्च गुणवत्ता वाली होनी चाहिए, जो कारक इस अवधारणा के लिए महत्वपूर्ण हैं वे हैं, बेहतरीन अंग्रेजी शिक्षण, श्रेष्ठ मानीटरण, और विद्यार्थी निष्पादन का पर्यवेक्षण, और अधिक ध्यान देना, उपस्थिति और अध्यापकों की जवाबदेही। फिर भी ऐसा कोई प्रमाण नहीं है कि जो दिखा सके कि इन स्कूलों में अतिरिक्त पंजीकरण हुए हैं। जो इन स्कूलों के लिए भुगतान करने में समर्थ हैं, वे इन स्कूलों में बच्चों को भेजते हैं, और इन स्कूलों में औसत पंजीकरण सहायता प्राप्त और सरकारी स्कूलों के पंजीकरण से कहीं कम ही रहा है। अतः माध्यमिक स्कूलों में सार्वजनिक क्षेत्रक निवेश पीपीपी को प्रोत्साहित करने की दृष्टि से भी बढ़ाना ही होगा।



स्रोत : चयनित शैक्षिक आंकड़े, 2004-05, एमएचआरडी

चित्र 1.2.1 प्रबंधन के अनुसार माध्यमिक विद्यालय

अनुसूचित जाति और अनु. जनजाति पंजीकरण

1.2.8. अनुसूचित जाति और अनु. जनजाति के लिए माध्यमिक शिक्षा के जीईआर क्रमशः 45.4% और 37.2% हैं, जबकि समग्र जीईआर 51.6% रहा है, इन समूहों के लिए नामांकन में अधिक

सामाजिक अंतराल को प्रदर्शित करता है। अनुसूचित जाति और अनु. जनजाति की लड़कियों का जीईआर क्रमशः 37.6% और 30.5% रहा है, जो इन समूहों के लिए नामांकन में अधिक लैंगिक अंतराल को स्पष्ट करता है।

लड़कियों की शिक्षा

1.2.9. लड़कियों की शिक्षा पर केन्द्रीय शिक्षा समिति सलाहकार बोर्ड की रिपोर्ट में पाया गया कि लड़कियों के लिए माध्यमिक स्कूलों की बहुत कमी है (दोनों सह - शिक्षा और लड़कियों के स्कूल)। मुख्य रूप से उत्तर भारत के राज्यों में स्कूल छोड़ने वाली लड़कियों की संख्या काफी उच्च रही है, इसका कारण यह नहीं है कि लड़कियों की शिक्षा के बारे में माता-पिता की प्राथमिकता कम रही है, अपितु इसका यह कारण रहा है कि ग्रामीण क्षेत्रों में स्कूलों की सुलभता बहुत कम है। जेंडर असमानता को समाप्त करने के लिए यह आवश्यक प्रतीत होता है कि लड़कियों के लिए अलग से स्कूल खोले जाएं। राज्यों को लड़कियों की शिक्षा के लिए स्कूल मैपिंग में प्राथमिकता देनी होगी, और विशेष रूप से मुस्लिम लड़कियों के लिए।

1.2.10. केन्द्र सरकार माध्यमिक और उच्च माध्यमिक स्कूलों में लड़कियों के लिए बोर्डिंग और छात्रावास सुविधाओं को सुदृढ़ करने की योजना का कार्यान्वयन कर रही है। इस स्कीम के तहत सोसायटी और गैर - सरकारी संगठनों को वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है, जो लड़कियों को बोर्डिंग और छात्रावास की सुविधाएं मुख्य रूप से जो गांवों, रेगिस्तान और पहाड़ी क्षेत्रों से संबंधित हैं और विशेष रूप से अनुसूचित जाति और अनु. जनजाति और शिक्षा की दृष्टि से पिछड़े अल्पसंख्यकों से संबंधित हैं, उपलब्ध कराते हैं। इस योजना का निष्पादन अपेक्षित स्तर का नहीं है। अतः इस योजना की पुनर्संरचना करके इसे माध्यमिक स्तर पर सभी के लिए शिक्षा और गुणवत्ता की स्कीम (सक्सेस) की न्यू अम्ब्रेला स्कीम में आमेलित किया जाएगा।

स्कूलों में गुणवत्ता संबंधी सुधार

1.2.11 10वीं योजना के दौरान "स्कूलों में गुणवत्ता सुधार" की एक केन्द्रीय प्रायोजित सामासिक स्कीम शुरू की गई थी, जिसके तहत मौजूदा 5 स्कीमों को अभिसारित किया गया था: (i) स्कूलों में विज्ञान शिक्षा का सुधार, (ii) स्कूलों में योग शिक्षा को बढ़ावा देना, (iii) स्कूल शिक्षा में पर्यावरणीय अभिमुखीकरण करना, (iv) राष्ट्रीय जनसंख्या शिक्षा परियोजना, (v) अंतरराष्ट्रीय विज्ञान ओलम्पियाड। स्कूलों में विज्ञान शिक्षा के सुधार का कार्य राज्यों को एक राज्य क्षेत्र स्कीम के रूप में अंतरित कर दिया गया है

और शेष चार घटक एनसीईआरटी द्वारा कार्यान्वित किए जा रहे हैं। ऐसा प्रतीत होता है कि वर्तमान में कुछ राज्य ही विज्ञान योजना को कार्यान्वित कर रहे हैं।

राष्ट्रीय पाठ्यक्रम की रूपरेखा (एनसीएफ)

1.2.12 गणित, विज्ञान और अंग्रेजी ऐसे मुख्य विषय हैं, जिनमें अनेक विद्यार्थी परीक्षा में अच्छे परिणाम नहीं दिखाते। वस्तुतः लगभग 50% इन विषयों में फेल हो जाते हैं। शायद यह बुनियादी और माध्यमिक शिक्षा प्रणाली दोनों की एक सबसे बड़ी कमी है। राष्ट्रीय पाठ्यक्रम की रूपरेखा (एनसीएफ - 2005 एनसीईआरटी) इस मुद्दे को देख रही है। "विज्ञान के शिक्षण" पर राष्ट्रीय ध्यान समूह ने सुझाव दिया था कि स्कूलों में विज्ञान पाठ्यक्रम, जो प्रयोग आधारित शिक्षण पर आधारित है, के मार्जिनलाइजेशन से बचा जाए। पुस्तकालयों, प्रयोगशालाओं और कार्यशालाओं में सुधार के लिए निवेश की आवश्यकता है, ताकि प्रयोग आधारित शिक्षण की संस्कृति को बढ़ावा दिया जा सके और बाह्य परीक्षाओं के महत्व को घटाया जा सके। कम्प्यूटर - अंतरभीती के प्रयोगों की आवश्यकता है और ऐसी परियोजनाएं स्थापित की जाएं, जो सार्वजनिक क्षेत्रों से डेटाबेस का सदुपयोग कर सकें।

असहायों के लिए शिक्षा

1.2.13 "विकलांग बच्चों के लिए एकीकृत शिक्षा योजना (आईईडीसी)" इस विचार से कार्यान्वित की जा रही है कि जिन बच्चों और युवाओं में थोड़ी और मध्यम कमियां हैं, उन्हें औपचारिक स्कूल शिक्षा में डाला जाए। यह राज्यों/संघ शासित क्षेत्रों और गैर - सरकारी संगठनों को शत-प्रतिशत वित्तीय सहायता प्रदान करती है। इस स्कीम के तहत 1.0 लाख स्कूलों से लगभग 2.84 लाख बच्चों को लाभान्वित किया गया।

केन्द्रीय क्षेत्रक की स्कीमें (सीएस)

1.2.14 केन्द्र सरकार 4 प्रकार के स्कूलों यानी केन्द्रीय विद्यालय (केवीएस), नवोदय विद्यालय (एनवीएस), केन्द्रीय तिब्बत स्कूल (सीटीएस) और राष्ट्रीय मुक्त विद्यालय संस्थान का प्रबंधन और वित्त पोषण करती है। 972 केन्द्रीय विद्यालय हैं, जिनमें 9.54 लाख बच्चे पंजीकृत हैं, और उनमें 46,000 स्टाफ तैनात हैं। केन्द्रीय विद्यालय, केन्द्र सरकार और सार्वजनिक क्षेत्र के स्थानांतरणीय कर्मचारियों के बच्चों की शिक्षा की आवश्यकताओं को पूरी करता है। 548 नवोदय विद्यालय हैं, जिनमें 1.91 लाख विद्यार्थी पंजीकृत हैं, जिनका चयन प्रवेश परीक्षा के आधार पर किया जाता है। ये पेससेटिंग आवासीय सह-शिक्षा

18 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

के स्कूल हैं, जो कि मुख्य रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में प्रतिभाशाली बच्चों को गुणवत्ता वाली शिक्षा प्रदान करते हैं। इन स्कूलों में अनुसूचित जाति और अनु. जनजाति के बच्चों का पंजीकरण क्रमशः 23.9 और 16.2 प्रतिशत है। कुल 79 सीटीएस हैं, जिनमें कुल 9755 बच्चे पंजीकृत हैं। एनआईओएस उन बच्चों को सतत शिक्षा के अवसर प्रदान करते हैं, जो स्कूली शिक्षा पूरी नहीं कर सके। 11 क्षेत्रीय केन्द्रों के माध्यम से माध्यमिक और वरिष्ठ माध्यमिक स्तर पर 14 लाख विद्यार्थी पंजीकृत हैं। 1943 प्रमाणित संस्थान हैं, जो शैक्षणिक पाठ्यक्रम चलाते हैं, और 1002 प्रमाणिक व्यावसायिक संस्थान हैं, जो मुक्त और दूरस्थ शिक्षण के लिए कार्यक्रम मुहैया कराते हैं। एनआईओएस के केन्द्र यूएई, कुवैत, नेपाल और चीन में भी स्थापित किये गए हैं।

10वीं योजना का आवंटन और व्यय

1.2.15 10वीं योजना में 4325.00 करोड़ रुपये के कुल आवंटन के मुकाबले प्रत्याशित व्यय 3766.90 करोड़ रुपये था।

11वीं योजना में माध्यमिक शिक्षा: लक्ष्य, उद्देश्य एवं कार्यनीति

1.2.16 11वीं योजना के उद्देश्य हैं - (1) शिक्षा का स्तर न्यूनतम दसवीं कक्षा किया जाए और माध्यमिक शिक्षा सबको मुहैया करायी जाए। (2) उच्च गुणवत्ता की माध्यमिक शिक्षा, विज्ञान, गणित और अंग्रेजी पर विशेष ध्यान देते हुए सुनिश्चित की जाए। (3) नामांकन, स्कूल छोड़ने वाले और स्कूल रीटेंशन के संबंध में जेंडर, सामाजिक और क्षेत्रीय अंतरालों में काफी कमी लाई जाए। मानक यह होगा कि प्रत्येक 5 किलोमीटर के भीतर एक माध्यमिक स्कूल और प्रत्येक बस्ती के 7-8 किलोमीटर के भीतर एक उच्च माध्यमिक स्कूल। माध्यमिक शिक्षा में जीईआर के संबंध में लक्ष्य रखा गया है कि 2004-05 में 52% से बढ़ाकर 2011-12 में 75% तक पहुंचाया जाए और इसी अवधि में माध्यमिक और वरिष्ठ माध्यमिक का जीईआर 40% से बढ़ाकर 65% तक पहुंचाया जाए।

माध्यमिक स्तर पर सभी के लिए शिक्षा और

गुणवत्ता की स्कीम (सक्सेस)

1.2.17 उस समय की आईसीटी स्कीम स्कूलों, छात्रा प्रोत्साहन, आईडीसी, व्यावसायिक शिक्षा आदि को नई अम्बेला सीएसएस नामतः सक्सेस में मिला दिया जाएगा। सक्सेस के मुख्य उद्देश्य होंगे - (क) इसे सभी को सुलभ कराया जाए और नामांकन, स्कूल छोड़ने वालों और रीटेंशन में जेंडर, सामाजिक, क्षेत्रीय अंतराल में भारी कमी लाई जाए। (ख) शिक्षा की गुणवत्ता में

सुधार किया जाए और विज्ञान और गणित में विशेष जोर दिया जाए। विशिष्ट हस्तक्षेप में शामिल हैं :-

- छह हजार उच्च गुणवत्ता वाले मॉडल स्कूल ब्लॉक स्तर पर स्थापित करना, जो कि माध्यमिक स्कूली शिक्षा में सर्वोत्कृष्टता की दृष्टि से बेंचमार्क का कार्य करेंगे।
- मौजूदा 15000 प्रारम्भिक स्कूलों को माध्यमिक स्कूलों में क्रमोन्नत करना।
- मौजूदा 44000 माध्यमिक स्कूल की प्रवेश क्षमता में वृद्धि करना।
- मौजूदा स्कूलों में 3.43 लाख अतिरिक्त कमरों का निर्माण कर तथा अतिरिक्त 5.14 लाख अध्यापकों की तैनाती कर इन्फ्रॉस्ट्रक्चर को सुदृढ़ करना।
- अच्छी गुणवत्ता वाले स्कूलों को अभावग्रस्त क्षेत्रों में सार्वजनिक और अधिकाधिक संख्या में पीपीपी मोड के जरिए स्थापित करने को बढ़ावा देना।
- अभावग्रस्त क्षेत्रों में केन्द्रीय विद्यालयों और नवोदय विद्यालयों की संख्या में विस्तार करना।
- सभी स्कूलों में शत-प्रतिशत प्रशिक्षित अध्यापक और 2011-12 तक पीटीआर अनुपात 25:1 तक पहुंचाना, तथा
- माध्यमिक और उच्च माध्यमिक स्कूलों में आईसीटी को परिष्कृत करना।

1.2.18 दो अलग - अलग श्रेणियों में 6000 नए मॉडल स्कूल स्थापित किए जाएंगे। दोनों के तहत भूमि राज्य/संघ शासित क्षेत्रों द्वारा निःशुल्क उपलब्ध कराई जाएगी। पहली श्रेणी के तहत 3500 सार्वजनिक वित्त पोषित स्कूल होंगे (3000 केन्द्रीय विद्यालय और 500 नवोदय टेम्पलेट), जिन्हें शिक्षा के दृष्टि से उन पिछड़े ब्लॉकों में स्थापित किया जाएगा, जहां अनुसूचित जाति, अनु. जनजाति, अन्य पिछड़े वर्ग और अल्पसंख्यकों के काफी लोग रहते हों। दूसरी श्रेणी में लगभग 2500 स्कूल होंगे, जो अन्य ब्लॉकों में सार्वजनिक - निजी सहभागिता से स्थापित किए जाएंगे, जिनमें भौगोलिक, जनसांख्यिकीय, जेंडर और सामाजिक समानता पर विशेष ध्यान रखा जाएगा। इन स्कूलों के प्रबंधन और संचालन में कारपोरेट्स परोपकारी प्रतिष्ठानों, एनडाउमेंट्स, शैक्षिक न्यासों और प्रख्यात निजी पूर्तिकर्ता को शामिल किया जाएगा।

माध्यमिक शिक्षा की गुणवत्ता में ठोस सुधार

1.2.19 माध्यमिक शिक्षा में अन्य सुधारों के तहत राष्ट्रीय पाठ्यक्रम रूपरेखा 2005 को लागू किया जाएगा, एनसीईआरटी/सीबीएसई/एससीईआरटी/स्टेट्स बोर्ड के नेट/सेट को को अपनाया जाएगा,

ताकि गुणवत्ता शिक्षण संकायों की भर्ती की जा सके, काफी लम्बे समय से चल रहे संस्थागत स्कूल सुधार प्रबंधन और सभी स्तरों पर जवाबदेही सुनिश्चित किया जा सके।

स्कूलों में नवीनीकृत आईसीटी

1.2.20 पूरी दुनिया में शिक्षा सेवाओं को उपलब्ध कराने में सूचना और संचार प्रौद्योगिकी आईसीटी का महत्वपूर्ण स्थान रहा है। 11वीं योजना अवधि में सरकारी और सरकारी सहायता प्राप्त माध्यमिक और वरिष्ठ माध्यमिक स्कूलों में आईसीटी का इन्फ्रॉस्ट्रक्चर स्थापित किया जाएगा। लगभग 1.4 लाख ऐसे स्कूल हैं, जिनमें से 1.08 लाख सरकारी और सरकारी सहायता प्राप्त स्कूल हैं। लगभग 28,000 स्कूल दूर-दराज के क्षेत्रों में हैं। लगभग 80,000 स्कूलों को इंटरनेट से जोड़ने का प्रस्ताव है, जो कि टेरैस्ट्रियल/वायरलेस ब्रॉडबैंड मोड्स के माध्यम से होंगे और शेष 28,000 स्कूलों को इंटरनेट से जोड़ा जाएगा, जिसका माध्यम ब्रॉडबैंड वीएसएटी रहेगा। जोड़ने के बाद का माध्यम सैटेलाइट प्रस्तावित किया गया है, क्योंकि टेरैस्ट्रियल इन्फ्रॉस्ट्रक्चर दूर - दराज के क्षेत्रों और अनुसूची 5 के क्षेत्रों में बिल्कुल कमजोर है और सेवा प्रदाताओं की वहां ब्रॉडबैंड इन्फ्रॉस्ट्रक्चर उपलब्ध कराने की कोई तत्काल योजना नहीं है। जरूरतों के अनुसार बैट्री बैकअप और सौर ऊर्जा पैनल अबाधित विद्युत आपूर्ति भी यूपीएस के साथ उपलब्ध कराई जाएगी।

1.2.21 स्कूलों में आईसीटी इन्फ्रॉस्ट्रक्चर उपलब्ध कराने के लिए 11वीं योजना के दौरान 5000 करोड़ रुपये की राशि उपलब्ध करायी जा रही है। इस कार्यक्रम के अंतर्गत प्रत्येक स्कूल को आईसीटी इन्फ्रॉस्ट्रक्चर उपलब्ध कराया जाएगा, जिसमें नेटवर्क कम्प्यूटर प्रयोगशाला कम से कम दस कम्प्यूटरों, एक सर्वर और एक प्रिंटर और स्थानीय क्षेत्र नेटवर्क एवं ब्रॉडबैंड इंटरनेट सम्पर्कता (2 एमबीपीएस) के साथ उपलब्ध करायी जाएगी। प्रत्येक स्कूल में एक प्रौद्योगिकी क्लास रूम भी रहेगा, जिसमें दृश्य - श्रव्य उपकरण भी रहेंगे, ताकि लर्निंग को बढ़ाया जा सके। कंटेंट क्रियेशन के लिए एक समर्पित कार्यक्रम पाठ्यक्रम के अनुसार शुरू किया जाएगा, जो इस पहल का एक अंतरंग भाग होगा। इसके अलावा सीडी पर शैक्षिक कंटेंट ताकि सुसज्जित क्लास रूम शिक्षण को भी उपलब्ध कराया जा सके। कम्प्यूटर के उपयोग के बारे में और कम्प्यूटर के माध्यम से पढ़ाने के बारे में अध्यापकों को प्रशिक्षित किया जाएगा, जो कि इस पहल का अन्य महत्वपूर्ण घटक होगा।

1.2.22 सूचना और संचार प्रौद्योगिकी (आईसीटी) की इस परिष्कृत योजना को स्कूलों में कार्यान्वित करने के लिए राज्यों और निजी

सेवादाताओं की सहभागिता ली जाएगी। यह मानव संसाधन विकास मंत्रालय के आईसीटी के राष्ट्रीय मिशन का एक उप मिशन होगा।

लड़कियों के लिए शिक्षा

1.2.23 अधिकांश राज्य लड़कियों की शिक्षा के लिए प्रोत्साहन योजना कार्यान्वित करते हैं, परन्तु इसकी व्याप्ति बहुत सीमित होती है। लड़कियों की शिक्षा के बीच, विभिन्न कारकों जैसे गरीबी, घरेलू/पारिवारिक जिम्मेदारी, बालिका श्रम, लड़कियों की शिक्षा को कम महत्व देना, लड़कियों की शिक्षा के मुकाबले उनकी शादी को अधिक महत्व देना आदि बाधाओं से निपटने के लिए उपाय किए जाएंगे। चयनित ईबीबी(एस) में पायलट आधार पर बालिका शिशु प्रोत्साहन योजना लागू की जाएगी। त्वरित मूल्यांकन के माध्यम से 11वीं योजना अवधि में इसके विस्तार पर विचार किया जाएगा। सभी बालिका शिशु प्रोत्साहनों को स्कीमों को मिलाना सुनिश्चित किया जाएगा।

सामाजिक असमानताओं की भरपाई

1.2.24 माध्यमिक शिक्षा में अनुसूचित जाति, अनु. जनजाति, अल्पसंख्यकों और अन्य पिछड़ा वर्गों के सामाजिक अंतर को पाटने की दृष्टि से 11वीं पंचवर्षीय योजना में विशिष्ट क्षेत्रों का समाधान किया जाएगा, जिसमें शामिल हैं - (क) बुनियादी स्कूलों को माध्यमिक स्कूलों में क्रमोन्नत करना, जहां भौगोलिक दृष्टि से महत्वपूर्ण सामाजिक समूह हों। (ख) निःशुल्क वर्दी, पाठ्य पुस्तकें और जूते उपलब्ध कराना। (ग) साइकिल/व्हील चेरस की आपूर्ति करना। (घ) लड़के-लड़कियों के लिए छात्रावास। (ङ) पात्र बच्चों को अध्ययतावर्ती देना। (च) सभी मदरसों को राज्य का सामान्य पाठ्यक्रम अपनाने के लिए सहायता करना। (छ) मैट्रिक से पहले और मैट्रिक के बाद की छात्रवृत्तियां। (झ) कमजोर छात्रों को स्कूल के भीतर और बाहर विशिष्ट उपचारात्मक कोचिंग की व्यवस्था। (ट) समुदाय की सहभागिता से क्षेत्र - सघन अवधारणा।

विकलांग बच्चों की शिक्षा

1.2.25 माध्यमिक स्तर पर विकलांग बच्चों को समावेशी शिक्षा की योजना (आईईडीएसएस) के माध्यम से आठ वर्ष पूरे करने वाले सभी विकलांग विद्यार्थियों को बुनियादी शिक्षा के रूप में अवसर प्राप्त होगा, जिससे वे चार वर्ष की उच्च माध्यमिक स्कूलिंग (कक्षा 9-12) पूरी कर सकेंगे, जो कि समावेशी होगी और एक अनुकूल वातावरण सृजित होगा। विकलांग बच्चों की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए सामान्य स्कूल के अध्यापकों के प्रशिक्षण कार्यक्रमों के लिए आईईडीएसएस सहायता करेगा।

शुल्क लगाना

1.2.26 पब्लिक स्कूलों में भी विद्यार्थियों के लिए कुछ फीस को प्रोत्साहित करने की आवश्यकता है, ताकि स्कूल प्रबंधन गुणवत्ता के सुधार हेतु संसाधनों को बढ़ा सके। इसके साथ उन छात्रों के लिए जो शुल्क का वहन नहीं कर सकते, उनके लिए छात्रवृत्ति के उदार प्रावधान भी होने चाहिए, विशेष रूप से उन छात्रों के लिए, जो शीघ्र विवाह के संदर्भ में स्कूल छोड़ने की जोखिम में होती हैं।

राष्ट्रीय मुक्त स्कूल प्रणाली संस्थान (एनआईओएस)

1.2.27 11वीं योजना के दौरान मुक्त स्कूल प्रणाली में मुख्य जोर निम्न पर होगा — (1) राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय स्तर पर मुक्त स्कूल प्रणाली में सशक्त संसाधन संगठन के रूप में एनआईओएस का विकास, इसके अलावा अध्ययन के पाठ्यक्रम उपलब्ध कराना, (2) मौजूदा 10 राज्य मुक्त स्कूलों के कार्यक्रमों को बढ़ाना, (3) शेष 19 राज्यों में भी एनआईओएस खोलना ताकि मुक्त स्कूली शिक्षा में गुणवत्ता सुनिश्चित की जा सके, एक पूर्णकालिक समन्वयक की व्यवस्था की जाएगी, जिनके साथ एनसीलरी स्टाफ भी ठेके के आधार पर प्रत्येक अध्ययन केन्द्र पर मुक्त स्कूलिंग प्रणाली के अंतर्गत रखा जाएगा। 11वीं योजना के दौरान 1000 प्रमाणिक व्यावसायिक संस्थान एवीआइ स्थापित किए जाएंगे, जो दक्षता विकास मिशन के एक भाग के रूप में होंगे। सभी एवीआइ की निष्पादन संबंधी रेटिंग उन्हें आगे जारी रखने से पहले की जाएगी।

अध्यापक शिक्षा

1.2.28 10वीं योजना के दौरान अध्यापक शिक्षा के लिए ध्यान का क्षेत्र अध्यापक शिक्षण संस्थानों के विकास और उनके सुदृढीकरण, पूर्व सेवा एवं सेवाकालीन अध्यापक शिक्षा की गुणवत्ता में सुधार और अध्यापक शिक्षा का व्यावसायिक विकास एवं विद्यार्थियों के मूल्यांकन आदि पर था। इन सबको यह सुनिश्चित करना था कि अध्यापक शिक्षा से स्कूलों में गुणात्मक सुधार होगा। अध्यापक शिक्षा कार्यक्रमों का निष्पादन संतोषजनक नहीं रहा है। जिला शिक्षा संस्थानों एवं प्रशिक्षण (डाइट्स) को स्थापित करने का उद्देश्य था कि अध्यापक शिक्षा की गुणवत्ता को नवपरिवर्तनकारी पूर्व सेवा और सेवाकालीन शिक्षा कार्यक्रमों के माध्यम से प्रभावित किया जाए। फिर भी डाइट्स के पूर्ण रूप से चालू करने में कुछ कठिनाइयां सामने आ रही हैं, जिसके अनेक कारण हैं, जिन्हें 11वीं योजना के दौरान ठीक करने का प्रस्ताव है। योजना की पुनर्संरचना और अध्यापक शिक्षा के पुनर्गठन के लिए एक सीएसएस बनाई गई है, जिसका एक बृहद इन्फ्रॉस्ट्रक्चर आधार है, जिसके

पास 571 डाइट्स/डीआरसीज हैं, 104 सीटीई और 31 आईएसई 2006-07 के अनुसार हैं। फिर भी अध्यापकों की अत्यधिक कमी के कारण राज्यों ने वीईसी के माध्यम से अनेक पैरा-टीचर्स की नियुक्ति की है।

1.2.29 दो दशक तक अस्तित्व में रहने के बावजूद डीआईटी ने परिणाम की दृष्टि से अपने अस्तित्व का औचित्य सिद्ध नहीं किया है। डाइट्स में गुणतापूर्ण संकाय का अभाव रहा है। 10वीं योजना में कई डाइट्स में अध्यक्ष का पद रिक्त ही रहा। ऐसा प्रतीत होता है कि संरचनात्मक समस्याओं और उच्च शिक्षा से संबंधों के अभाव के कारण डाइट्स अनुसंधान की मौजूदा प्रवृत्तियाँ शैक्षणिक समुदाय से अलग-थलग ही रही हैं। अध्यापक प्रशिक्षण की गुणवत्ता के संबंध में बहुत कुछ करना शेष है। एसईआरटी भी अपनी अपेक्षाओं के अनुसार काफी कुछ नहीं कर पाई है। ऐसा प्रतीत होता है कि डाइट्स के लिए गुणता वाले संकायों की आउटसोर्सिंग करनी होगी या डाइट्स को पीपीपी माध्यम अपनाना होगा। प्रख्यात संस्थानों के साथ सहभागिता करते हुए पहलकारी कदम और उपयोगी गतिविधियां चलानी होंगी। 11वीं योजना में यह सुनिश्चित करना है कि डाइट्स अनिवार्यतः अपेक्षानुसार खरी उतरती है।

1.2.30 विभिन्न शिक्षक शिक्षा संस्थानों, जो विश्वविद्यालय और अनुसंधान संगठनों से लेकर एसईआरटी(ज), डाइट्स, बीआरसी और सीआरसी द्वारा चलाए जाते हैं, को आपस में जोड़ने वाली एक समग्र संरचना की आवश्यकता है। शीर्षस्थ एजेंसियों और विश्वविद्यालयों में से मुख्य दल (कोर टीम) तैयार की जानी चाहिए, जो संबंधों को मजबूत बनाए और अध्यापक प्रशिक्षण के लिए मानक तैयार कर सके, और प्रत्येक स्तर पर शैक्षणिक सहायता के लिए योजना तैयार कर सके। यह दल अध्यापकों की भर्ती, शैक्षणिक जिम्मेदारी, सम्बद्धता और जवाबदेही के लिए व्यापक दिशा-निर्देश भी तैयार करेगा।

1.2.31 डाइट्स/एसईआरटी की ग्रेडिंग प्रणाली एनसीईआरटी/एसआईईएमएटी के माध्यम से विकसित करनी होगी। बुनियादी शिक्षा के लिए सभी प्रकार के अध्यापक प्रशिक्षणों को एक ही बड़े शीर्ष के तहत लाना होगा। सभी सेवाकालीन प्रशिक्षण, पूर्व सेवा प्रशिक्षण और विशिष्ट पाठ्यक्रम, उपचारात्मक कोचिंग के लिए प्रशिक्षण, मास्टर प्रशिक्षकों के लिए प्रशिक्षण आदि को डाइट्स के तत्वाधान के अन्तर्गत लाना होगा और बीआरसी, सीआरसी को आर्गनिक रूप से डाइट्स के साथ जोड़ना होगा। एनसीईआरटी से लेकर सीआरसी सभी प्रशिक्षण संस्थानों को समुचित रूप से सुदृढ करना होगा और उन्हें उच्चस्तरीय कार्यक्रमों के संचालन के लिए वित्तपोषित भी किया जाएगा।

1.2.32 एक अभियान के तौर पर डाइट्स में संकाय के रिक्त पदों को भरा जाएगा। सतत् अध्यापक प्रशिक्षण के लिए व्यापक संकाय विकास कार्यक्रम आयोजित किया जाएगा और मास्टर प्रशिक्षक भी रखे जाएंगे। डाइट्स प्रख्यात अध्यापक प्रशिक्षण संस्थानों के सहयोग से अपने मॉडल संस्थानों का विकास करेंगे या बेंचमार्क्स निर्धारित करेंगे। सीआरसी से लेकर एनसीईआरटी तक पर्याप्त वित्त पोषण के साथ पूर्णकालिक अध्यापक प्रशिक्षण क्षमता का निर्माण किया जाएगा। पूर्वोत्तर में अध्यापक शिक्षा में सुधार के लिए एक विशिष्ट पैकेज की पहल करने की आवश्यकता है। इंदिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय के क्षेत्रीय केन्द्र और एनसीईआरटी के नव सृजित एनईआरआई को इस कार्य की जिम्मेदारी सौंपी जा सकती है। पूर्वोत्तर राज्यों को विशेष सहायता दी जानी चाहिए, ताकि वे अतिरिक्त अध्यापक शिक्षण संस्थान स्थापित कर सकें। मानव संसाधन विकास मंत्रालय, अध्यापक शिक्षण का एक पोर्टल सृजित करेगा, जिसमें अध्यापक शिक्षण संस्थानों, उनके प्रशिक्षण कार्यक्रमों का कलैण्डर, पाठ्यक्रम, उत्कृष्ट प्रशिक्षण/लर्निंग प्रणालियों, स्वयं शिक्षण सामग्री, सैद्धान्तिक और व्यावहारिक प्रशिक्षण सामग्री का विस्तृत ब्यौरा दिया जाएगा।

1.2.33 राज्यों की सहभागिता से शिक्षक शिक्षण स्कीम कार्यान्वित की जानी चाहिए। स्कीम का आवर्ती व्यय, जिसमें वेतन और अन्य आकस्मिक व्यय शामिल हैं 11वीं योजना में, उन्हें 2007-08 में शत-प्रतिशत रूप से भारत सरकार द्वारा वहन किया जाएगा, और उसके बाद उत्तरोत्तर रूप से उसमें 10% की कटौती यानी 2008-09 में 90%, 2009-10 में 80%, 2010-11 में 70% और 2011-12 में 60% ताकि बाद में राज्य अपनी वचनबद्ध जिम्मेदारियां पूरी कर सकें और संस्थापना संबंधी व्यय को पूरा कर सकें। भारत सरकार नई स्थापनाओं और कार्यक्रम के घटकों का शत-प्रतिशत व्यय वहन करेगी।

1.2.34 शिक्षा क्षेत्रक के संबंध में 11वीं योजना एक गुणतापूर्ण योजना होगी। 11वीं योजना के दौरान अध्यापक प्रशिक्षण के संबंध में निम्नलिखित विशिष्ट कार्यक्रमों का प्रस्ताव रखा गया है—

- (i) सार्वजनिक क्षेत्र में शिक्षक शिक्षण सूचना आधार को विकसित कर, (ii) क्षेत्र में अतिरिक्त सहायता प्रणालियों को सृजनकर और (iii) शैक्षणिक क्षमता का सुदृढीकरण कर शिक्षक शिक्षण को सुदृढ बनाना।
- एसईआरटी(ज) से संबंधित मौजूदा स्कीमों को जारी रखना।
- आईएएसई(ज) और सीटीई(ज) को सतत् सहायता।
- प्रधानाध्यापकों सहित शिक्षा संबंधी प्रशासकों के प्रशिक्षणों का आयोजन।

- अध्यापकों और शिक्षा संबंधी प्रशासकों को अपनी शिक्षा संबंधी योग्यता को बढ़ाने के लिए सब्स्टीट्यूट/स्टाइपण्ड योजना लागू करना।
- डाइट्स को सहायता जारी रखना।
- एससी/एसटी और अल्प संख्यक क्षेत्रक में शिक्षण शिक्षक क्षमता को बढ़ाना।
- प्रशिक्षण कार्यक्रमों के माध्यम से अध्यापकों का व्यावसायिक विकास।
- पुनश्चर्या कार्यक्रमों और फैलोशिप कार्यक्रमों के माध्यम से अध्यापकों का व्यावसायिक विकास।
- गैर-सरकारी संगठनों को सहायता।
- अध्यापक शिक्षा में प्रौद्योगिकी
- बुनियादी शिक्षक शिक्षा को उच्च शिक्षा से एकीकृत करना।

एनसीटीई, एसईआरटी(ज), सीटीई(ज) और आईएएसई(ज):

1.2.35 एनसीटीई एक सांविधिक निकाय है, जिसे शिक्षक शिक्षण संस्थानों में गुणवत्ता मानकों के अनुरक्षण की जिम्मेदारी दी गई है। इस कार्य का निष्पादन स्पष्ट रूप से विनिर्दिष्ट मानकों के अनुसार अध्यापक प्रशिक्षण संस्थानों टीटीआई की स्थापना के विनियमन से जुड़ा है और योग्य अध्यापकों से इस आवश्यकता को पूरा किया जाना है। हाल ही के कुछ वर्षों में निजी क्षेत्र की टीटीआई में हुए अत्यधिक एवं अनियंत्रित विकास के कारण शिक्षक प्रशिक्षण संस्थानों की गुणवत्ता में असमानता आ गई है। इस प्रकार कम गुणवत्ता वाले निजी संस्थानों का कुकुरमुत्ते की तरह बड़ी संख्या में विकास हुआ है। जबकि एनसीटीई दक्षिणी राज्यों और महाराष्ट्र में बहुत सक्रिय रही है। पूर्वी क्षेत्रों में वास्तव में यह शिथिल ही रही है। नियमित मॉनीटरिंग के लिए मौजूदा तंत्र अपर्याप्त साबित हुआ है।

1.2.36 वास्तव में एससीईआरटी देश के सभी राज्यों में वास्तव में अस्तित्व में रही हैं। यद्यपि, शिक्षा संबंधी अनुसंधानों और प्रशिक्षण के लिए एसईआरटी का विचार शीर्षस्थ संस्थाओं के रूप में किया गया था, राज्य सृजित पुराने संस्थान जैसे, राज्य शिक्षा संस्थान एसआईई भी कुछ राज्यों में कार्य करती रहीं। एसआईईज़ और एससीईआरटीज़ को मर्ज किया जाएगा। नई एसईआरटी उन राज्यों में स्थापित की जाएं, जिन्हें इनको स्थापित करने की आवश्यकता है। सीटीई और आईएएसई का विस्तारण स्वतंत्र निकायों के मूल्यांकन के आधार पर ही शुरू किया जाएगा।

1.2.37 पूर्व सेवा और सेवाकालीन प्रशिक्षण कार्यक्रम, एसईआरटी/एसआईई और एनसीईआरटी के निदेशकों का वार्षिक सम्मेलन,

22 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

अध्यापक शिक्षा/स्कूल शिक्षा आदि में नूतन प्रणालियों के लिए पुरस्कारों आदि का आयोजन सतत् रूप से एनसीईआरटी द्वारा किया जाता रहा है। इसके अलावा एनसीईआरटी, एसईआरटी/डाइट्स के पुस्तकालय के अध्यक्षों के लिए अभिमुखी कार्यक्रम भी आयोजित करती है। फिर भी एसईआरटी की क्षमता निर्माण के संबंध में एनसीईआरटी का योगदान बहुत कम रहा है। एनसीईआरटी द्वारा कार्यान्वित की जाने वाली स्कीमें, विशेष रूप से वे स्कीमें, जो अनुदानों से संबंधित हैं, उनका मूल्यांकन स्वतंत्र व्यावसायिक एजेंसियों द्वारा करवाए जाने की आवश्यकता है।

पॉलिटैक्निक्स में अध्यापक प्रशिक्षण जरूरतों को पूरा करने की आवश्यकता है। पॉलिटैक्निक्स के अध्यापकों को उनकी शिक्षण दक्षताओं को क्रमोन्नत करने के लिए प्रशिक्षित करने की आवश्यकता है, क्योंकि प्रौद्योगिकी में काफी बदलाव आ गया है। इसके अलावा उद्योगों के साथ कदम रखने के लिए डिप्लोमा पाठ्यक्रमों का करिक्यूलम भी संशोधित किया जाएगा और इसे आवधिक रूप से अद्यतन भी करना जरूरी होगा।

व्यावसायिक शिक्षा: 10वीं योजना के निष्पादन की समीक्षा

1.2.38 शिक्षा सुधार कोठारी आयोग संबंधी 1964-1966 ने पाया था कि माध्यमिक स्तर पर 25% विद्यार्थी व्यावसायिक श्रेणी में चले जाएंगे। कुल नन्दई स्वामी समिति रिपोर्ट ने 15% का लक्ष्य रखा था, जिसे 2000 तक हासिल किया जाना था। राष्ट्रीय प्रतिदर्श सर्वेक्षण संगठन के हाल ही के आंकड़ों के अनुसार भारत में 19-24 वर्ष आयु वर्ग के लोगों में मात्र 5% ने ही व्यावसायिक शिक्षा के माध्यम से किसी प्रकार की कोई दक्षता हासिल की है, जबकि कोरिया में इसकी प्रतिशतता 96 प्रतिशत है।

1.2.39 प्लस टू स्तर पर माध्यमिक शिक्षा के व्यावसायिककरण की सीएसएस 1988 से कार्यान्वित की जा रही है। इसकी संशोधित स्कीम 1992-93 से परिचालन में है। यह योजना प्रशासनिक संरचनाओं की स्थापना, क्षेत्रीय व्यावसायिक सर्वेक्षण करने, पाठ्यक्रम दिशा-निर्देश, प्रशिक्षण सामग्री, अध्यापक प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित करने, अनुसंधानों और विकास आदि के लिए तकनीकी सहायता प्रणाली को सुदृढ़ करने आदि के लिए राज्यों को वित्तीय सहायता प्रदान करती है। यह योजना लघु अवधि के पाठ्यक्रमों को संचालित करने के लिए गैर - सरकारी संगठनों और स्वैच्छिक संगठनों को विशिष्ट नव - परिवर्तनकारी परियोजनाओं के कार्यान्वयन के लिए वित्तीय सहायता भी प्रदान करती है। इस योजना के तहत अब तक 9,583 स्कूलों में 10 लाख विद्यार्थियों से भी ज्यादा

पंजीकरण की क्षमता है, जिनमें लगभग 21,000 सैक्शन सृजित किए जा चुके हैं।

व्यावसायिक शिक्षा: 11वीं योजना के लक्ष्य और कार्यनीति

कार्यनीति

1.2.40 राष्ट्रीय दक्षता विकास मिशन निहाई की स्थिति में है। विचार है कि हमारे युवाओं के लिए एक बहुआयामी और व्यापक दायरे की दक्षताओं के सृजन के लिए एक व्यापक योजना विकसित की जाए, जिससे हमारा देश वैज्ञानिक और जनसांख्यिकीय लाभान्श की प्राप्ति कर सके। मुख्य जोर मांग आधारित व्यावसायिक शिक्षा कार्यक्रमों पर दिया जाएगा, जो कि नियोजकों की सहभागिता से चलाई जाएगी। मौजूदा कार्यक्रमों की पुनर्संरचना की जाएगी और प्रशिक्षण/एक्सपोजर, उर्ध्वाधर गतिशीलता और लचीलेपन पर जोर दिया जाएगा।

1.2.41 सेवा क्षेत्रक और नाजुक दक्षताओं, कम्प्यूटर साक्षरता और फ्लैक्सी टाइम पर और अधिक ध्यान दिया जाएगा। जातिगत और बहुदक्षता के विकास पर भी ध्यान दिया जाएगा, ताकि लोग प्रौद्योगिकी के बदलाव और बाजारी मांग के प्रति उत्तरदायी हो सकें। जातिगत दक्षताएं जिनकी आवश्यकता अनेक व्यवसायों में होती है, के माध्यम से एक व्यक्ति को उसके सेवाकाल के दौरान एक क्षेत्र से दूसरे क्षेत्र में स्थानांतरित किया जा सकेगा। अन्य विशेषताओं में शामिल हैं, नियोजकों के साथ जरूरी सहभागिता, जो प्रशिक्षक उपलब्ध करायेंगे और प्रशिक्षु, प्रशिक्षण की व्यवस्था करेंगे। पाठ्यक्रम के बारे में सलाह देंगे, मूल्यांकन और प्रमाणीकरण में सहभागी बनेंगे।

1.2.42 औपचारिक प्रणाली के माध्यम से जनसंख्या के मात्र 5% को ही दक्षता प्रशिक्षण प्रदान किया जा सकता है। शेष 4.0 करोड़ अकुशल और अर्धकुशल कार्मिकों को जो पहले से ही कार्यरत हैं, उनकी दक्षता को अनेक प्रकार की डिलीवरी प्रणालियों के माध्यम से और सतत् और अतिरिक्त प्रशिक्षण के माध्यम से क्रमोन्नयन किया जाएगा, जिसमें अंशकालिक सैंडविच सिस्टम, डे-रिलीज सिस्टम, ब्लॉक रिलीज सिस्टम, मुक्त एवं दूरस्थ शिक्षण सिस्टम शामिल हैं।

1.2.43 व्यावसायिक शिक्षा कार्यक्रम, जो फार्मिंग, दस्तकारी ट्रेड्स, हस्तशिल्प, लघु एवं मध्यम उद्यमशीलता आदि धंधों और विशेष रूप से स्वरोजगार के लिए तैयारी कराते हैं, उनमें उद्यमशीलता विकास और सूचना और संचार प्रौद्योगिकी में बुनियादी प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा, ताकि व्यक्तियों को उत्पादन, विपणन,

प्रबंधन और उद्यमों के युक्तिसंगत संगठन का उत्तरदायित्व लेने योग्य बनाया जा सके।

1.2.44 विभिन्न अवधियों के माड्युलर पाठ्यक्रमों के माध्यम से लचीलेपन के साथ व्यावसायिक शिक्षा प्रदान की जाएगी, जिसमें क्रेडिट अंतरण सुविधा भी रहेगी। असुरक्षित समूहों, जिनमें अनुसूचित जाति, अनु. जनजाति, अन्य पिछड़ा वर्ग, अल्पसंख्यक, लड़कियां, सड़क पर रहने वाले कार्यरत बच्चे और अन्य रूप से योग्य बच्चे शामिल हैं, के लिए स्पष्ट कार्यनीतियां अपनाई जाएंगी।

1.2.45 एक राष्ट्रीय व्यावसायिक योग्यता प्रणाली (एनवीक्यू), जिसमें व्यावसायिक शिक्षा की सार्वजनिक और निजी प्रणालियां सामूहिक रूप से निजी व्यक्तियों और उद्योगों की आवश्यकताओं को पूरा कर सकें, उनका विकास किया जाएगा। इसके अन्तर्गत व्यावसायिक पाठ्यक्रमों के आधार पर माड्युलर सक्षमता प्रदान की जाएगी, और इसके साथ परीक्षण दक्षता भी प्रदान की जाएगी। बिना औपचारिक शिक्षा के लोगों को एनवीक्यू प्रणाली के माध्यम से नियमित प्रणाली के पाठ्यक्रमों को विकसित किया जाएगा, जिसमें ब्रिज पाठ्यक्रम की सुविधा भी दी जाएगी।

1.2.46 केन्द्रीय व्यावसायिक शिक्षा (सीआईवीई) भोपाल की कार्यप्रणाली की समीक्षा की जाएगी और संस्थान को व्यावसायिक शिक्षा कार्यक्रमों और देश में राष्ट्रीय व्यावसायिक योग्यता प्रणाली के लिए नीति, आयोजना, और मॉनीटरिंग के लिए उसकी पुनर्संरचना की जाएगी।

1.2.47 व्यावसायिक कार्यक्रमों के प्रभावी कार्यान्वयन हेतु एक एकीकृत संस्थागत तंत्र, जिसमें गुणवत्ता जांच का प्रावधान राज्य, जिला और ब्लॉक स्तरों पर भी रहेगा, की मौजूदा एसईआरटी, डाइट्स, बीआरसी की संस्थागत व्यवस्थाओं की विशिष्ट विंग के रूप में जाएगी। इन संस्थानों को अभिसारण माध्यम से सुदृढ़ किया जाएगा।

भौतिक लक्ष्य

1.2.48 11वीं योजना में व्यावसायिक शिक्षा को 20 हजार से भी अधिक स्कूलों में पहुंचाया जाएगा, जिनकी प्रवेश क्षमता 2011-12 तक 25 लाख कर दी जाएगी। यह कार्यक्रम व्यावसायिक, सामान्य और तकनीकी शिक्षा तथा मल्टीपल इंटी एवं एक्विजिट विकल्पों के बीच गतिशीलता सुनिश्चित करेगा।

1.3 उच्चतर एवं तकनीकी शिक्षा

1.3.1 1950 और 1960 के दशक के दौरान उच्चतर शिक्षा के लिए किया गया निवेश, हमें विभिन्न क्षेत्रों में सुदृढ़ ज्ञान का

आधार प्रदान करता है और स्वतंत्र भारत में इसकी आर्थिक विकास, सामाजिक प्रगति और राजनीतिक प्रजातंत्र में अग्रणी भूमिका रही है। स्वाधीनता के समय विश्वविद्यालयों की संख्या 20 से अधिक नहीं थी और लगभग 500 महाविद्यालय थे, जिनमें कुल नामांकन एक लाख से कम था। 10वीं योजना के अंत में भारतीय उच्चतर शिक्षा प्रणाली पूरी दुनिया में 378 विश्वविद्यालयों, 18064 महाविद्यालयों, 4.92 लाख संकाय सदस्यों और अनुमानित 140 लाख विद्यार्थियों के नामांकन के साथ सर्वाधिक अधिक व्यापक बन गई। उच्चतर शिक्षा संस्थानों में 23 केन्द्रीय विश्वविद्यालय, 216 राज्य विश्वविद्यालय, 110 सम विश्वविद्यालय, 11 निजी विश्वविद्यालय और 33 राष्ट्रीय महत्व के संस्थान शामिल हैं, जिनकी स्थापना केन्द्रीय विधान के अनुरूप हुई है और अन्य 5 संस्थान राज्य विधानों के द्वारा स्थापित किये गए हैं।

1.3.2 इस सब विस्तार के बावजूद भी यह स्पष्ट है कि यह प्रणाली अब भी काफी दबाव में है और पर्याप्त मानव शक्ति को दक्ष किया जाना शेष है, जिन्हें अपेक्षित ज्ञान और तकनीकी दक्षता प्रदान की जानी है, ताकि देश की अर्थव्यवस्था की मांगों को पूरा किया जा सके। हमारी अर्थव्यवस्था में हुए त्वरित विकास से पहले से मानव शक्ति में हुई उच्च गुणवत्ता की कमी महसूस की जा रही है, जैसा कि अन्य विकसित देशों में होता है, जहाँ युवा उम्र के कार्य करने वाले लोगों की संख्या तेजी से घट रही है और निर्भर रहने वालों की दर में वृद्धि हो रही है। भारत में जनसांख्यिकीय दृष्टि से हम लाभप्रद हैं कि हमारी जनसंख्या का 70% भाग 35 वर्ष से कम आयु वालों का है, लेकिन इसका फायदा हमें तभी मिल सकता है, जब हम अपने युवाओं के लिए विभिन्न क्षेत्रों, बुनियादी विज्ञान, इंजीनियरिंग, प्रौद्योगिकी, स्वास्थ्य देखरेख, आर्किटेक्चर प्रबंधन आदि विभिन्न क्षेत्रों में व्यापक स्तर पर अवसरों को बढ़ाएं। यह तभी संभव हो सकता है जब हम काफी समय से लंबित सुधारों को उच्चतर, तकनीकी व्यावसायिक शिक्षा क्षेत्रों में तीव्रता के साथ शुरू करें।

1.3.3 सार्वजनिक व्यय बढ़ाकर, निजी पहलों को प्रोत्साहित करते हुए एवं लम्बे समय से अपेक्षित मुख्य संस्थागत एवं नीतिगत सुधारों की पहल करते हुए उच्चतर और तकनीकी शिक्षा प्रणाली में पूर्ण रूप से विस्तार, समावेश और गुणवत्ता में तीव्र सुधार आदि 11वीं योजना अवधि के प्रयासों में मुख्य रहेंगे। हमारा दीर्घकालीन उद्देश्य यह होना चाहिए कि भारत एक ऐसे राष्ट्र के रूप में स्थापित रहे, जिसमें जो कोई भी चाहे, वे श्रेष्ठ गुणवत्ता की उच्च शिक्षा ले सकें, चाहे भले ही उनकी भुगतान क्षमता कुछ भी हो।

उच्चतर शिक्षा: दसवीं योजना की समीक्षा

विस्तारण

1.3.4 10वीं योजना का ध्यान प्राथमिक शिक्षा पर था, जिस पर 50,000 करोड़ रुपये से अधिक खर्च किए गए, जबकि विश्वविद्यालयों और उच्चतर शिक्षा का खर्च 8000 करोड़ रुपये से भी कम था। 10वीं योजना के दौरान उच्चतर शिक्षा प्रणाली का विकास निम्न प्रकार रहा—

तालिका - 1.3.1 उच्चतर शिक्षा प्रणाली का विकास

संस्थानों की संख्या	2002	2007
विश्वविद्यालय	201	378
महाविद्यालय	12342	18064
प्रमाणिक एनएएसी:		
(1) महाविद्यालय	61	140
(2) विश्वविद्यालय	198	3492
पंजीकरण (लाख में)	75	140

स्रोत : यूजीसी - एनएएसी

1.3.5 हमारा 11% जीईआर, दुनिया के 23.2% जीईआर, ट्रांजिशन वाले देशों में 36.5%, विकसित देशों 54.6% और एशियाई देशों में 22% के मुकाबले बहुत कम है, और उच्च असमानताएं हैं (देखें तालिका 1.3.2)। समावेशी शिक्षा भ्रामक लक्ष्य रहा है। 370 जिले हैं जहाँ, जीईआर राष्ट्रीय औसत से कम हैं वहाँ नामांकन अभियान और उच्चतर शिक्षा संस्थानों का विस्तार करने की आवश्यकता है।

तालिका - 1.3.2 जीईआर में असमानताएं (2004-05)

असमानताएं	जीईआर
क्षेत्र	
1. ग्रामीण	6.70
2. शहरी	19.90
जेंडर	
1. पुरुष	12.40
2. महिला	9.10
सामाजिक	
1. अनुसूचित जातियां	6.57
2. अनुसूचित जनजातियां	6.52
3. अन्य पिछड़ा वर्ग	8.77
4. अन्य	17.22
सभी	11.00

स्रोत : यूजीसी

1.3.6 हमारा लक्ष्य होना चाहिए कि हम 12वीं योजना के अंत तक जीईआर को 21% तक पहुंचाएं और 2011-12 तक इसका

अंतरिम लक्ष्य 15% तक रखें। इसे हासिल करने के लिए हमें विश्वविद्यालयों/महाविद्यालयों में काफी मात्रा में वार्षिक दर को 8.9% तक प्रतिवर्ष के हिसाब से बढ़ाना होगा, ताकि 2011-12 तक 21 मिलियन तक पहुंचा जा सके। इसके लिए विश्वविद्यालयों में 8.7 लाख अतिरिक्त नामांकन एवं महाविद्यालयों में 61.3 लाख नामांकन की आवश्यकता होगी।

निजी संस्थान

1.3.7 10वीं योजना का स्वागत योग्य विकास यह है कि उच्चतर शिक्षा संस्थानों में बिना सहायता वाले निजी संस्थानों की संख्या 2001 के 42.6% से बढ़कर यह 2006 में 63.21% हो गई। इसी अवधि में उनके नामांकन का हिस्सा भी 32.89% से बढ़कर 51.53% हो गया। 11वीं योजना में भी यह प्रवृत्ति जारी रहेगी। अतः यह अपेक्षा रखना उचित है कि उच्चतर शिक्षा के लिए लगभग 50% वृद्धि निजी सेवादाताओं द्वारा ही उपलब्ध हो सकेगी।

1.3.8 यद्यपि, निजी क्षेत्रक के आगे आने से क्षमता को बढ़ाने में सहायता मिली है। तथापि इससे कुछ असंतुलन पैदा हुआ है। निजी क्षेत्रक के संस्थानों ने कुछ चुनिंदा क्षेत्रों जैसे, इंजीनियरिंग, प्रबंधन, चिकित्सा, आईटी आदि क्षेत्रों में ही अपनी पहुंच को सुधारा है, जहां कि विद्यार्थी काफी शुल्क देने के लिए तैयार रहते हैं। फिर भी देश में इसका वितरण असमान है। जबकि कुछ राज्यों में निजी संस्थानों का काफी विकास हो रहा है।

महाविद्यालयों/विश्वविद्यालयों को अनुदान

1.3.9 आज मौजूद 18064 महाविद्यालयों में से 14000 विश्वविद्यालय अनुदान आयोग (यूजीसी) के क्षेत्राधिकार में आते हैं, जिनके पास स्थाई और अस्थायी संबद्धता है। यूजीसी अपने (स्थायी संबद्धता) अधिनियम के अनुच्छेद 12ख के तहत इन 14000 मान्यता प्राप्त महाविद्यालयों में से केवल 40% (5625) को ही सहायता प्रदान करती है, जो न्यूनतम मानकों को पूरा करते हैं, जो कि भौतिक सुविधाओं और इन्फ्रॉस्ट्रक्चर से संबंधित होते हैं।

केन्द्रीय विश्वविद्यालय

1.3.10 मौजूदा राज्य विश्वविद्यालय इलाहाबाद, मणिपुर, त्रिपुरा, और अरुणाचल प्रदेश तथा अंग्रेजी एवं विदेशी भाषा केन्द्रीय संस्थान (सीआईईएफएल) को केन्द्रीय विश्वविद्यालय बना दिया गया है, जबकि सिक्किम में एक नया केन्द्रीय विश्वविद्यालय स्थापित किया गया है। राष्ट्रीय शिक्षा नियोजन एवं प्रशासनिक संस्थान (एनआईईपीए) को सम विश्वविद्यालय का दर्जा दे दिया गया है, जिसे अब शिक्षा, नियोजन, एवं प्रशासनिक विश्वविद्यालय (एनयूईपीए) के नाम से जाना जाता है।

विश्वविद्यालय अनुदान आयोग

1.3.11 विश्वविद्यालय अनुदान आयोग (यूजीसी) एक सांविधिक निकाय है, जो 1956 में स्थापित किया गया था, जो सौ से भी ज्यादा स्कीमों का प्रचालन करता है, जिनके तहत संस्थानों को व्यापक रूप में विकास अनुदान दिया जाता है, जो बच्चों के लिए दिन में देखरेख केन्द्र चलाती हैं, खेलों का विकास करती हैं, कुलपतियों और शोधकर्ताओं के लिए परिवहन अनुदान देती हैं, क्षेत्रीय अध्ययन, सांस्कृतिक विनिमय, प्रौढ़ शिक्षा, महिला अध्ययन, शैक्षणिक स्टाफ महाविद्यालय, महिलाओं के लिए छात्रावास का संचालन करती है एवं अग्रणी अनुसंधान एवं कैरियर अभिमुख शिक्षा आदि के कार्यक्रमों हेतु नूतन परिवर्तनकारी पहल करती है। यूजीसी द्वारा कार्यान्वित की जाने वाली स्कीमों का मूल्यांकन अभी तक किसी बाहरी एजेंसी द्वारा नहीं किया गया है। ऐसे गहन मूल्यांकन की तत्काल आवश्यकता है, और स्कीमों के दायरे को अधिक युक्तियुक्त एवं प्रावधानों को आदर्श बनाने की जरूरत है। साथ ही में डिलीवरी तंत्र, जिसमें अनुदान का वितरण भी शामिल है, उसे भी तर्कसंगत बनाया जाना चाहिए।

राष्ट्रीय प्रमाणन मूल्यांकन परिषद (एनएएससी):

1.3.12 राष्ट्रीय प्रमाणन मूल्यांकन परिषद (एनएएससी) 1994 में स्थापित की गई थी, ताकि आंतरिक और बाह्य गुणवत्ता मूल्यांकन और प्रमाणन के माध्यम से गुणवत्ता को एक जरूरी तत्त्व बनाया जा

सके। 10वीं योजना के दौरान 4 क्षेत्रीय केन्द्र खोलकर एनएएससी को सुदृढ़ बनाया गया, ताकि प्रमाणन प्रक्रिया में तेजी लाई जा सके। अभी तक एनएएससी 378 विश्वविद्यालयों में 140 के प्रमाणन का कार्य ही पूरा कर पाई है और इसी प्रकार 18064 महाविद्यालयों में 3492 का प्रमाणन हो सका है। इस प्रकार प्रमाणन प्रक्रिया का परिणाम गुणवत्ता की गंभीर समस्याओं की ओर संकेत देता है। अभी तक मात्र 9% महाविद्यालयों और 31% विश्वविद्यालयों को ही ए ग्रेड में रखा जा सका है और शेष अभी बी और सी श्रेणी में आते हैं।

शैक्षणिक स्टाफ महाविद्यालय (एससी)

1.3.13 वर्तमान में 55 शैक्षणिक स्टाफ महाविद्यालय एससी(ज) हैं, जो नवनियुक्त अध्यापकों के लिए 4 सप्ताह के कार्यक्रम और सेवाकालीन अध्यापकों के लिए 3 सप्ताह के पुनश्चर्या पाठ्यक्रम आयोजित करते हैं। पुनश्चर्या पाठ्यक्रम सेवाकालीन अध्यापकों को एक-दूसरे से सीखने और स्वयं को दिभिन्न विषयों में उन्नत एवं अद्यतन करने का मंच प्रदान करते हैं। अभी तक एससी(ज) की कार्यप्रणाली का मूल्यांकन नहीं किया गया है।

आईसीटी

1.3.14 उच्चतर शिक्षा में आईसीटी के उपयोग के लिए अनेक कदम उठाए गए हैं। यूजीसी इन्फोनेट इस बात की अनुमति देती है कि अध्यापक और विद्यार्थी इलेक्ट्रॉनिक्स रूप से बनाए जर्नल्स

बॉक्स 1.3.1

उच्चतर शिक्षा में निजी क्षेत्रक की सहभागिता

विगत अनुभव दर्शाते हैं कि कुछ प्रथम दर्जे के संस्थानों की स्थापना में निजी तंत्र काफी जिम्मेदार रहे हैं।

- आईआईएससी बंगलौर और टीआईएफआर मुंबई जेएन टाटा द्वारा इस परिकल्पना और उद्देश्य के साथ स्थापित किए गए थे कि देश की वैज्ञानिक क्षमता को और आगे बढ़ाया जाए।
- प्रख्यात शांति निकेतन, जिसे अब विश्व भारती विश्वविद्यालय के रूप में जाना जाता है, इसे नोबेल विद्वान रवीन्द्र नाथ टैगोर द्वारा लगभग 1900 में स्थापित किया गया था।
- एक्सबीए, श्रम संबंध संस्थान (एक्सएलआरआई) भारत में प्रबंधन स्कूलों में अग्रणी है। जिसकी स्थापना 1949 में फ्रैंकमैन एन राइट द्वारा जमशेदपुर स्टील सिटी में की गई थी, जिसका उद्देश्य था कि "घस्ती का आइना नवीकृत कर दिया जाए"।
- बिड़ला प्रौद्योगिकी एवं विज्ञान संस्थान (बीआईटीएस) पिलानी, जिसके संस्थापक प्रख्यात उद्योगपति श्री जी.डी. बिड़ला हैं। ये संस्थान 1900 में एक छोटे स्कूल के रूप में स्थापित किया गया था, जो कि अब एक अग्रणी इंजीनियरिंग कॉलेज के रूप में विकसित हो गया है। अब बिट्स के परिसर गोवा, हैदराबाद, और दुबई में भी हैं। निजी क्षेत्रक में बिड़ला शिक्षा न्यास भारत में सबसे बड़ा शिक्षा न्यास है।
- टाटा सामाजिक विज्ञान संस्थान (टीआईएसएस) की स्थापना सर दोराबजी टाटा सामाजिक कार्य स्नातक के रूप में 1936 में की गई थी। भारत में सामाजिक कार्य का यह पहला स्कूल था और 1944 में इसका नाम बदलकर टीआईएसएस कर दिया गया। 1964 में इसे यूजीसी द्वारा डीम्ड विश्वविद्यालय के रूप में मान्यता दे दी गई।
- अन्तरराष्ट्रीय सूचना प्रौद्योगिकी संस्थान (आईआईआईटी) हैदराबाद एक स्वसहायता वाला स्वायत्त संस्थान है, जिसमें बड़ी राष्ट्रीय और अन्तरराष्ट्रीय आईटी कम्पनियां परिसर में इसके शैक्षणिक कार्यक्रमों के माध्यम से उनके कारपोरेट स्कूलों में सक्रियता से सहभागी हैं।
- बारामती में विद्यानगरी प्राथमिक शिक्षा से लेकर स्नातकोत्तर डिग्री प्रदान करती है। यह न्यास एक विधि (लॉ) कॉलेज, इंजीनियरिंग कॉलेज, बॉयोटेक्नोलॉजी कॉलेज और सूचना प्रौद्योगिकी का एक संस्थान चलाता है।

26 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

तक अपनी पहुंच रखें और साथ ही अन्य अनुसंधानों तक अपनी पहुंच रखें। यह नेटवर्क ईआरएनईटी इंडिया द्वारा प्रबंधित एवं संचालित होता है। पुस्तकालय नेटवर्क के लिए सूचना, (आईएनएफएलआईबीएनईटी) यूजीसी के लिए एक स्वायत्त अंतरविश्वविद्यालयी केन्द्र है, जो कि समन्वयन एवं अर्नेट और विश्वविद्यालयों के बीच सम्पर्क के लिए एक नोडल एजेंसी है। राज्य अपने विश्वविद्यालयों, महाविद्यालयों और तकनीकी संस्थानों को आईएनएफएलआईबीएनईटी और आईएनडीईएसटी (इंजीनियरिंग विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी के लिए भारतीय राष्ट्रीय डिजिटल पुस्तकालय) के सदस्य बनने के लिए उन्हें प्रोत्साहित करने के लिए सहमत हो गए हैं।

स्वायत्त स्टेटस

1.3.15 10वीं योजना का लक्ष्य था कि पात्र महाविद्यालयों में से 10% को स्वायत्त स्टेटस प्रदान किया जाए। वर्तमान में 29 विश्वविद्यालयों के तहत 132 महाविद्यालयों को स्वायत्तता प्राप्त है। फिर भी जिन संस्थानों ने स्वायत्त संस्थान का लाभ नए पाठ्यक्रम और नवप्रवर्तनकारी तरीकों का शिक्षण या प्रबंधन में उठाया है, उसकी मात्रा बहुत सीमित प्रतीत होती है।

विज्ञान शिक्षा

1.3.16 विज्ञान के पाठ्यक्रम हेतु विकल्प लेने वाले विद्यार्थियों की संख्या बहुत कम है, परिणामस्वरूप हमारे स्नातकों के काफी समूह, उभरते श्रम बाजार में बदलती हुई आवश्यकताओं को पर्याप्त रूप में पूरा नहीं कर पा रहे हैं।

एआईसीटीई

1.3.17 अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद (एआईसीटीई) की स्थापना 1945 में की गई थी, जिसे समन्वित तकनीकी शिक्षा विकास के लिए 1987 में स्वायत्त स्टेटस प्रदान किया गया था, ताकि गुणवत्तापूर्ण विकास हो और मानदंडों और मानकों का अनुक्षण भी हो सके।

एनबीए

1.3.18 राष्ट्रीय प्रमाणन बोर्ड भी वाशिंगटन एकोर्ड का एक अस्थाई सदस्य बन गया है। यह एकोर्ड के सदस्य राष्ट्रों के बीच प्रमाणन के प्रावधानों की स्वीकार्यता को सुनिश्चित करेगा। अभी तक प्रमाणन के लिए 1924 कार्यक्रमों को सहमति मिल गई है।

उच्च शिक्षा: 11वीं योजना के लक्ष्य एवं कार्यनीति

सुधार कार्यनीति तैयार करना

1.3.19 निम्न रूपरेखाओं के अनुसार विस्तृत सुधारों के लिए एक अन्तरमंत्रालयी कार्य समूह गठित किया जाए-

(ए) प्रवेश, पाठ्यक्रम एवं मूल्यांकन

- सीईटी/अन्य संदर्भित मानक के अनुरूप कम से कम व्यावसायिक एवं स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों के लिए प्रथम चरण में केन्द्रीय विश्वविद्यालयों के लिए प्रवेश आधारित कैलिब्रेशन।
- सैमिस्टर प्रणाली को सामान्य बनाना।
- वार्षिक परीक्षा के स्थान पर सतत आवधिक मूल्यांकन और एससमेंट।
- विद्यार्थियों को स्थानिक और टैम्पोरल शिथिलता/गतिशीलता की संभावना उपलब्ध कराने के लिए क्रेडिट प्रणाली शुरू करना।
- कम से कम तीन साल में एक बार या पहले पाठ्यक्रम में संशोधन करना, ताकि पाठ्यक्रम को बाजारी व्यावसाय के डायनिमिक और अनुसंधान की प्रगति के अनुरूप अद्यतन किया जा सके।

(ख) प्रमाणन और रेटिंग्स

- सभी शिक्षा संस्थानों के लिए अनिवार्य प्रमाणन प्रणाली शुरू करना।
- बहुआयामी रेटिंग्स एजेंसियों का सृजन, जिनमें इन रेटिंग्स एजेंसियों को रेट करने वाला निकाय भी होना चाहिए।
- संस्थागत रेटिंग्स के अलावा विभागीय रेटिंग्स की व्यवस्था।

(ग) अध्यापक सक्षमता एवं प्रोत्साहन

- पर्याप्त और अच्छी गुणवत्ता के अध्यापकों की भर्ती पर अधिक जोर देते हुए एनईटी/एसईटी की पुनर्संरचना।
- लघु एवं दीर्घकालीन पाठ्यक्रमों के माध्यम से शैक्षणिक स्टाफ कालेजों एएससी(ज) को परिष्कृत करना और अध्यापकों की क्षमताओं को क्रमोन्नत करना।
- अनुसंधान कार्यक्रमों/परियोजनाओं को बढ़ावा देना और वित्त पोषित परियोजनाओं/अनुसंधान के माध्यम से शोध संकायों को प्रोत्साहित करना।

(घ) विविध

- पणधारियों के परामर्श से यूजीसी विश्वविद्यालयों के एक बड़े आकार के रूप में बने और सम्बद्ध महाविद्यालयों की संख्या में वृद्धि।
- उच्चतर शिक्षा पर एक अन्तरविश्वविद्यालय केन्द्र की स्थापना, ताकि नीति-निर्माण के लिए विशिष्ट अनुसंधान शुरू किया जा सके।

उच्चतर शिक्षा संस्थानों में स्वायत्ता और जवाबदेही

1.3.20 स्वायत्तता और जवाबदेयता के मुद्दे बहुत ही नाजुक हैं। जबकि विभिन्न पहलुओं पर अनेक पहलें, पहले से ही की जा चुकी हैं और निकट भविष्य में सभी आयामों के साथ बहुत कुछ करना शेष है।

1.3.21 स्वायत्तता, उत्कृष्टता की एक अनिवार्य शर्त है। स्वायत्तता के अपघटन से गुणवत्ता पर प्रतिकूल असर पड़ता है। फिर भी स्वायत्तता को जवाबदेयता से जोड़ा जाए। इसके अतिरिक्त सरकार को निश्चित करना चाहिए कि शुल्क संरचना का उद्देश्य लाभ कमाना नहीं होना चाहिए और इससे भी आगे संस्था के शासन में राज्य/सरकार को हस्तक्षेप नहीं करना चाहिए।

1.3.22 उच्च शिक्षा संस्थानों को अपने पणधारियों के प्रति उनके निष्पादन एवं परिणाम के लिए आंतरिक रूप से जवाबदेह होना चाहिए। उन्हें अपने लक्ष्य एवं उद्देश्य स्वयं निर्धारित करने की आवश्यकता है, ताकि उपलब्धियों और अग्रणी समीक्षा का जायजा लिया जा सके। उन्हें शीर्षस्थ नियामक तंत्र के प्रति उत्तरदायी होना चाहिए, जो सरकार के बिल्कुल नजदीक होनी चाहिए और सभी पणधारियों से स्वतंत्र होनी चाहिए। नियामक तंत्र का मुख्य कार्य मानक तैयार करके उनका अनुक्षण करने के साथ परिणामों और निष्पादन का मूल्यांकन करने संबंधी होना चाहिए। नियामक रूपरेखा अवश्य ही नव परिवर्तन, सृजनशीलता और उच्च शिक्षा में उत्कृष्टता के अनुकूल होनी चाहिए।

1.3.23 स्वायत्तता के आंतरिक रूप से संबंधित तीन आयाम हैं -

- (1) शैक्षणिक मामलों में संस्थागत स्वायत्तता के बारे में विचार है कि प्रत्येक संस्थान के पास एक शासी बोर्ड होना चाहिए, जो कि भावी कार्यनीतियों और दिशा-निर्देशों, प्रवेश से संबंधित प्रक्रियाओं, पाठ्यक्रमों को अद्यतन करने, परीक्षा, श्रेणी कक्ष प्रक्रियाओं और बाह्य वातावरण के साथ इंटरफेस और उत्कृष्टता की डिग्री और मानक निर्धारित करने के लिए स्वतंत्र होना चाहिए। बोर्ड में प्रख्यात व्यक्ति होने चाहिए और इसमें सरकार के सदस्यों की संख्या एक-तिहाई सदस्यों से ज्यादा नहीं होनी चाहिए। अन्य उद्योग और व्यवसाय और एल्यूमनी से हो सकते हैं, इसके लिए प्रख्यात व्यक्तियों की सेवाएं ली जा सकती हैं, और सभी पणधारियों को प्रतिनिधित्व दिया जा सकता है।

- (2) शासन से संबंधित स्वायत्तता से शासी बोर्ड और शैक्षणिक परिषदें संस्थाओं के कार्मिकों की नीतियां, संकाय की भर्ती, विकास योजनाओं, मुख्य शैक्षणिक क्षेत्रों में अनुसंधान, परामर्शी संबंधी सुदृढीकरण, प्रशासनिक प्राधिकार प्रदान करने और संकाय और गैर-संकाय सदस्यों के लिए निष्पादन प्रक्रियाओं की समीक्षा के बारे में निर्णय ले पाती हैं।

- (3) वित्तीय स्वायत्तता से संस्थाएं उपभोक्ता फीस परामर्शी सेवाओं और अंशदान के माध्यम से संसाधनों को गतिशील कर सकती है, वे अपनी संरचना को उत्कृष्टता की मात्रा के अनुसार युक्तियुक्त बना सकती हैं, जिसमें शैक्षणिक उपलब्धियाँ और बाजारी मूल्य दोनों ही शामिल हैं। इससे संस्थाएं स्थिर होंगी और उन्हें परिसर संबंधी एक्शन/एडीशन, नए संकाय शुरू करने, नई विधाएं शुरू करने, ज्ञान के नए क्षेत्रों में समताओं का सृजन करने, बुनियादी सुविधाएं बढ़ाने, विद्यार्थियों की आउटरीच को बढ़ाने में सहायता मिलेगी। अंशदानों वृत्तिदान (एनडाउनमेंट्स), छात्रवृत्तियों, पियर्स के संस्थापन, समेकन संचय के सदुपयोग, फीस और छात्रवृत्ति की राशि निर्धारित करते समय इक्विटी के ओवरसीचिंग सिद्धान्त को ध्यान में रखते हुए बोर्ड को पूरी स्वतंत्रता देनी चाहिए।

गुणात्मक वृद्धि

1.3.24 पंजीकरण में गुणात्मक वृद्धि के लिए मौजूदा संस्थानों को सरकारी और निजी, दोनों को बढ़ाना होगा, सरकार (केन्द्र और राज्य) से वित्त पोषित नए विश्वविद्यालयों, महाविद्यालयों, केन्द्रीय विश्वविद्यालय में अपेक्षित वृद्धि के लिए विशिष्ट कार्यक्रम, राज्य के विश्वविद्यालयों और महाविद्यालयों को सहायता और वित्त पोषण से वंचित रहे संस्थानों को सहायता देनी होगी। निगरानी (ओवरसाइट) समिति की सिफारिशों का कार्यान्वयन सर्वोच्च न्यायालय के निर्णय के अनुसार ही किया जाएगा। अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अन्य पिछड़ा वर्ग एवं अल्पसंख्यक बाहुल्य जिलों की पहुँच और वहनीयता का ध्यान रखा जाएगा एवं मुस्लिम समुदाय की शिक्षा के विकास के संबंध में सच्चर समिति की सिफारिशों का कार्यान्वयन किया जाएगा।

समावेशी शिक्षा

1.3.25 समावेशी शिक्षा का उद्देश्य निम्नलिखित के माध्यम से हासिल किया जाएगा-

- क्षेत्रीय असंतुलनों को कम करना।

28 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

- सीमा, पर्वतीय, दूर-दराज के क्षेत्रों, छोटे कस्बों और शिक्षा की दृष्टि से पिछड़े क्षेत्रों में स्थित संस्थानों को सहायता पहुँचाना।
- अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अन्य पिछड़ा वर्ग, अल्पसंख्यकों और विकलांगों की अधिक संख्या वाले संस्थानों को सहायता।
- अनुसूचित जाति, अनु. जनजाति, अन्य पिछड़ा वर्ग और अल्पसंख्यक, विकलांग और छात्राओं को विशिष्ट छात्रवृत्तियों, फेलोशिप, छात्रावास सुविधाओं, सुधारात्मक कोचिंग और अन्य उपायों के माध्यम से सहायता पहुँचाना।
- सभी विश्वविद्यालयों में "समान अवसर कार्यालय" की स्थापना करना, ताकि इस समूह से संबंधित सभी स्कीमों को प्रभावी कार्यान्वयन के लिए एक छत के नीचे लाया जा सके।

गुणवत्ता सुधार

1.3.26 आधुनिक बाजारी मांगों के संदर्भ में पुनर्संरचित कार्यक्रमों के माध्यम से उच्च शिक्षा में गुणात्मक सुधार लाया जाएगा। घरेलू और वैश्विक नियोजकों, बाहरी स्रोत सहायता, परामर्शी समूहों और ट्रेसर अध्ययनों से सम्पर्क स्थापित किए जाएंगे। पर्याप्त और अच्छी गुणवत्ता वाले अध्यापकों की भर्ती पर ध्यान दिया जाएगा, आविष्कार और नव - परिवर्तनों को प्रोत्साहित करने के लिए मुक्त डिजाइन उन्मुखी कार्य के लिए आवर्तीमूलक परम्परागत अनुप्रयोगों से शिफ्ट करते हुए पढ़ाने और सीखने के तरीकों में पूर्णरूप से सुधार किया जाएगा, अनिवार्य परामर्शी सेमिनार-ट्यूटोरियल्स संचालित किए जाएंगे, विज्ञान और इंजीनियरी कार्यक्रमों को सामग्री का प्रसारण किया जाएगा, सीखने के अवसरों में और दशाओं में सुधार किया जाएगा, जो कि पाठ्यपुस्तकों और सीखने की सामग्री को अद्यतन करते हुए आधुनिक सहायक सामग्री के साथ स्व-निर्देशित सुधार और आईटी नेटवर्क का विकास किया जाएगा।

नए केन्द्रीय विश्वविद्यालय

1.3.27 30 केन्द्रीय विश्वविद्यालय स्थापित किए जाएंगे, जिनमें अब तक कवर नहीं किए गए 16 राज्यों जैसे - बिहार, छत्तीसगढ़, गोवा, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, उड़ीसा, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, और उत्तराखंड में प्रत्येक में एक केन्द्रीय विश्वविद्यालय भी शामिल हैं। इंदिरागांधी राष्ट्रीय जनजातीय विश्वविद्यालय को एक केन्द्रीय विश्वविद्यालय के रूप में स्थापित किया जाएगा। इसके अतिरिक्त 14 नए केन्द्रीय विश्वविद्यालय स्थापित करने का प्रस्ताव है, जिनमें विश्वस्तरीय मानकों का लक्ष्य रखा गया

है। इन विश्वविद्यालयों को एक साथ केन्द्रीय विधान के तहत स्थापित किया जाएगा, बशर्ते की संबंधित राज्य इसके लिए निःशुल्क जमीन उपलब्ध कराए, और अपने विश्वविद्यालयों की प्रणाली में शिक्षा संबंधी सुधारों के लिए एमओयू पर हस्ताक्षर करें, जिसके अनुसार नए संस्थान अन्य विश्वविद्यालय और महाविद्यालयों के लिए उत्कृष्टता के बेंचमार्क के रूप में कार्य कर सकें।

1.3.28 प्रस्तावित 14 विश्व स्तर के विश्वविद्यालय (डब्ल्यूसीयू) की योजना बहुत सावधानी से बनाने की आवश्यकता है, जिसमें चिकित्सा और इंजीनियरिंग सहित विभिन्न स्कूलों की व्यवस्था की जा सके। इनकी स्थापना एक सृजनात्मक तरीके के रूप में एक स्वायत्त परियोजना, जिसमें प्रत्येक विश्वस्तरीय विश्वविद्यालय के प्रख्यात व्यक्ति होने चाहिए, जो सृजनात्मक रूप से परियोजना की डिज़ाइनिंग और कार्यान्वयन करेंगे। इन विश्वविद्यालयों की अवस्थिति के बारे में स्पर्धनीय वैकल्पिक जमीन के मूल्यांकन के आधार पर निर्धारण किया जाएगा, जो राज्य द्वारा निर्धारित की जाएगी। अवस्थिति संबंधी निर्णय में एक बृहद् भौगोलिक प्रसारण और सह-अवस्थिति, जो मौजूदा प्रख्यात संस्थानों और प्रयोगशालाओं (यानी सीएसआईआर प्रयोगशालाओं) से सशक्त ऊर्जा कायम कर सके। विश्व स्तरीय विश्वविद्यालय की स्थापना में समय लगेगा, और विशेष रूप से उन्हें पूरी क्षमता के साथ उभरने में कुछ समय लगेगा। परन्तु अवस्थिति कार्य की शुरुआत को 11वीं योजना में परम प्राथमिकता दी जानी चाहिए, ताकि भारत, पूरी दुनिया में वैश्विक ज्ञान का आलय बन सके और केन्द्रीय और विश्वविद्यालय के लिए बेंचमार्क स्थापित कर सकें।

राज्य विश्वविद्यालय और महाविद्यालयों को सहायता

1.3.29 राज्य विश्वविद्यालय के लगभग 8800 सम्बद्ध महाविद्यालय, मुख्य रूप से अधीस्नातक महाविद्यालय, तकनीकी तौर पर यूजीसी के अधिकार क्षेत्र में आते हैं, परन्तु उन्हें सहायता नहीं मिलती, क्योंकि वे भौतिक सुविधाओं और मानवीय संसाधनों की न्यूनतम पात्रता - शर्तों को पूरा नहीं करते। 11वीं योजना में लगभग 6000 महाविद्यालयों और 150 विश्वविद्यालय, जो वंचित क्षेत्रों में स्थित हैं, उन्हें सुदृढ़ करने पर ध्यान दिया जाएगा, ताकि वे यूजीसी सहायता हेतु मानदंडों को पूरा कर सकें। प्रत्येक महाविद्यालय और विश्वविद्यालय को डीपीआर के आधार पर रूपया 2.0 करोड़ और रूपया 10 करोड़ प्रदान किए जाएंगे, परन्तु इसके लिए संबंधित राज्यों से भी निधि प्राप्त होनी चाहिए और अन्तरराष्ट्रीय स्तर पर निधि प्राप्त करने के लिए इच्छा भी होनी चाहिए।

1.3.30 यद्यपि, 160 राज्य विश्वविद्यालय और 5625 महाविद्यालयों को विकास अनुदानों के माध्यम से सहायता प्रदान की जाती है, बजटीय दिक्कतों के कारण यह वित्तपोषण कम और अपर्याप्त है, जिससे हस्तक्षेपों की गुणवत्ता पर प्रभाव पड़ता है। 11वीं योजना में इन महाविद्यालयों और विश्वविद्यालयों को क्रमशः रुपया 1 करोड़ और रुपया 5 करोड़ की सहायता प्रदान की जाएगी, यह भी डीपीआर पर आधारित होगी। यह सहायता भी इस आधार पर दी जाएगी कि केन्द्र, राज्यों और संस्थानों से भी वित्त पोषण और सुधारों के लिए समान वचनबद्धता रहे।

क्षेत्रीय असंतुलनों को ठीक करना:

370 नए डिग्री महाविद्यालयों की स्थापना करना

1.3.31 बिहार, मध्य प्रदेश और उड़ीसा जैसे राज्यों में अब निम्न जीईआर हैं, बेहतरीन गुणवत्ता लोगों की पहुँच में आ सके, एक नई केन्द्रीय प्रायोजित स्कीम भी केन्द्र और राज्य की वित्त पोषण प्रणाली 1:2, (1:1 के अनुपात के आधार विशेष श्रेणी के राज्यों के लिए) शुरू की जाएगी, ताकि मौजूदा संस्थानों में प्रवेश की क्षमता को बढ़ाया जा सके या नए संस्थान शुरू किए जा सकें। इसके अतिरिक्त सावधानीपूर्वक चयन करते हुए, कम जीईआर के आधार वाले जिलों में 370 डिग्री महाविद्यालय स्थापित किये जाएंगे।

राज्यों में समावेशी शिक्षा के लिए प्रोत्साहन

1.3.32 वंचित रहे समूहों "अनुसूचित जाति, अनु. जनजाति, अन्य पिछड़ा वर्ग और अल्पसंख्यक" के माध्यम से ही मुख्य रूप

से योजना में जीईआर के 15% के लक्ष्य की उपलब्धि हो सकती है। इन विशिष्ट समूहों के लिए राज्यों को प्रस्तुत विशिष्ट परियोजनाओं के लिए वित्तीय सहायता प्रदान की जाएगी, जिन जिलों में महिलाओं का कम जीईआर है, और अनुसूचित जाति, अनु. जनजाति, अन्य पिछड़ा वर्ग और अल्पसंख्यकों का बाहुल्य है, वहां पर लड़कियों के लिए छात्रावासों का निर्माण किया जाएगा। लगभग 2000 छात्रावास जिनके लिए यूनिट लागत रुपया 1.0 करोड़ होगी। इसका वित्त पोषण 11वीं योजना के दौरान किया जाएगा, बशर्ते कि आवर्तीमूलक व्यय राज्यों/लाभार्थियों द्वारा वहन किया जाएगा और छात्रावासों का प्रबंधन संबंधित संस्थानों द्वारा किया जाएगा।

तकनीकी शिक्षा

स्थिति

1.3.33 भारत के तकनीकी शिक्षा संस्थानों में निम्नलिखित शामिल हैं-

- राष्ट्रीय महत्व के 7 भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान (आईआईटी(ज) और 6 भारतीय प्रबंधन संस्थान (आईआईएम(एस)।
- 1617 इंजीनियरिंग एवं प्रौद्योगिकी महाविद्यालय, 1292 पॉलिटेक्निक्स।
- फार्मसी में डिप्लोमा के लिए 525 संस्थान।
- 2006 में होटल प्रबंधन के 91 स्कूल और वास्तुकला के लिए 4 संस्थान।
- स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों के लिए, एमबीए/पीजीडीएम के लिए 1147 संस्थान एवं एमसीए के 953 हैं।

बॉक्स 1.3.2

मॉडल केन्द्रीय विश्वविद्यालय की मुख्य विशेषताएँ:

- केन्द्रीय विश्वविद्यालय को विभिन्न विधाओं में शिक्षा और अनुसंधान के अवसर उपलब्ध कराने चाहिए।
- इन विश्वविद्यालयों को एक राष्ट्र व्याप्ति परीक्षा के माध्यम से अखिल भारतीय स्तर पर विद्यार्थियों को प्रवेश देना चाहिए, जिसके लिए एक स्वतंत्र परीक्षण निकाय होनी चाहिए।
- जरूरी संख्या में क्रेडिट्स पूरा करने के आधार पर ही डिग्री प्रदान की जानी चाहिए।
- पाठ्यक्रम को प्रत्येक दो वर्ष के बाद संशोधित किया जाना चाहिए, ताकि वे परिवर्तन के साथ अद्यतन रह सकें।
- नियुक्तियों और प्रोत्साहनों की उचित प्रणाली होनी चाहिए, ताकि संकाय की उत्पादकता को अधिकतम बनाया जा सके।
- अध्यापकों के निष्पादन और प्रगति के मूल्यांकन और मॉनीटरिंग के लिए एक तंत्र स्थापित किया जाना चाहिए।
- शिक्षण और अनुसंधान, विश्वविद्यालय और उद्योग और अनुसंधान प्रयोगशालाओं के बीच सुदृढ़ संपर्क कायम किए जाने चाहिए।
- केन्द्रीय विश्वविद्यालय विभागीय आधारित होने चाहिए और उनके संबद्ध महाविद्यालय नहीं होने चाहिए।
- जहां तक संभव हो सके गैर-शिक्षण कार्य बाह्य आधार पर कराये जाने चाहिए।
- प्रशासनिक प्रक्रियाओं को युक्तियुक्त, पारदर्शी और आईसीटी का उपयोग करते हुए जवाबदेही बनाया जाना चाहिए।

30 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

- सात डीम्ड विश्वविद्यालयों की संभावना है, जो हैं, भारतीय विज्ञान संस्थान (आईआईएससी) बंगलौर, भारतीय खनन विद्यालय (आईएसएम) धनबाद, स्कूल ऑफ प्लानिंग एण्ड आर्किटेक्चर (एसपीए) नई दिल्ली, भारतीय सूचना प्रौद्योगिकी और प्रबंधन संस्थान (आईआईआईटीएम) ग्वालियर, भारतीय सूचना प्रौद्योगिकी संस्थान (आईआईआईटी) इलाहाबाद, भारतीय सूचना प्रौद्योगिकी डिजाइन एवं विनिर्माण संस्थान, जबलपुर एवं कांचीपुरम।
- प्रशिक्षु प्रशिक्षण के 4 बोर्ड (बीआईएटीएस) आदि।
- 20 राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान जोकि राष्ट्रीय महत्व के संस्थान हैं।
- राष्ट्रीय फाउण्ड्री एवं टेक्नोलॉजी इंस्टीट्यूट (एनआईएफएफटी) रांची।
- राष्ट्रीय प्रौद्योगिक इंजीनियरिंग संस्थान (एनआईटीआई) मुम्बई।
- संत लोंगोवाल इंजीनियरिंग एवं प्रौद्योगिकी संस्थान (एसएलआईटी)
- पूर्वोत्तर विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी संस्थान (एनआईआरएसटी) ईटानगर।
- 4 राष्ट्रीय तकनीकी शिक्षा एवं प्रशिक्षण अनुसंधान संस्थान (एनआईटीटीटीआरएस)।

1.3.34 अनेक केन्द्रीय क्षेत्रक स्कीमें तकनीकी शिक्षा में महत्वपूर्ण योगदान देती हैं, जिनमें शामिल हैं -

- प्रशिक्षु प्रशिक्षण के लिए कार्यक्रम (छात्रवृत्तियां एवं स्टाइपण्ड्स)
- सामुदायिक पॉलिटैक्निक्स
- शिक्षा के कार्यान्वयन के लिए विश्व बैंक की सहायता से तकनीकी शिक्षा परियोजना-III
- तकनीकी शिक्षा गुणवत्ता सुधार कार्यक्रम (टीईयूआईपी)
- असहाय व्यक्तियों के लिए पॉलिटैक्निक्स।
- एनपीटीईएल,
- भूकम्प इंजीनियरिंग शिक्षा कार्यक्रम (एनपीईईई)
- आईएनडीईएसटी
- कंसोर्टोरियम एवं टेक्नोलॉजी विकास कार्यक्रम।

1.3.35 देश में डिग्री स्तरीय तकनीकी शिक्षा संस्थानों का संवितरण बहुत ही कम है, आंध्र प्रदेश, तमिलनाडु, कर्नाटक, महाराष्ट्र में लगभग 55% इंजीनियरिंग महाविद्यालय हैं और जो कि पूरे भारत के पंजीकरण का 58% है। राष्ट्रीय संस्थानों का राज्यवार वितरण और भी खराब है (संलग्नक 1.2.1)।

10वीं योजना का निष्पादन

1.3.36 दसवीं योजना अवधि के दौरान तकनीकी एवं प्रबंधन संस्थानों में काफी वृद्धि हुई है, जो कि निजी विश्वविद्यालयों के कारण हुई है। 10वीं योजना के दौरान एआईसीटीई द्वारा अनुमोदित डिग्री इंजीनियरिंग/प्रौद्योगिक संस्थान बढ़कर 1057 से 1522 हो गए हैं और उनकी वार्षिक प्रवेश क्षमता 2.96 लाख से बढ़कर 5.83 लाख हो गई है। तकनीकी संस्थानों की कुल संख्या में और उनकी प्रवेश क्षमता 10वीं योजना के अंत तक क्रमशः 4512 और 7.83 लाख थी।

1.3.37 10वीं योजना के दौरान रुड़की विश्वविद्यालय को आईआईटी का दर्जा दे दिया गया है और आईआईटी की संख्या बढ़कर 7, आरईसी की संख्या 17, पुणे और कोलकाता में 2 आईआईएसईआर स्थापित किए गए और 3 अन्य संस्थानों को एनआईटी के स्तर का दर्जा प्रदान किया गया है। जबलपुर में एक नया भारतीय सूचना प्रौद्योगिकी, विनिर्माण एवं डिजाइन संस्थान स्थापित किया गया, जो इस श्रृंखला का तीसरा संस्थान है। सभी 4 तकनीकी शिक्षक प्रशिक्षण संस्थान (टीटीटीआई(ज) को राष्ट्रीय तकनीकी शिक्षक प्रशिक्षण संस्थानों (एनआईटीटीटीईआर) के रूप में क्रमोन्तत किया गया। अनेक इंजीनियरिंग महाविद्यालयों को डीम्ड टूबी विश्वविद्यालय का स्टेटस दिया गया। अनेक निजी विश्वविद्यालय प्रचालन में लाए गए, जिनमें विभिन्न राज्य सरकारों के विधानों के अनुरूप तकनीकी शिक्षा प्रदान करने की व्यवस्था की गई है। बंगाल इंजीनियरिंग कॉलेज जो कि एक डीम्ड विश्वविद्यालय है, जिसे यूनिटरी यूनिवर्सिटी का दर्जा प्रदान किया गया और उसे बंगाल विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी संस्थान के नाम से पुनः पदनामित किया गया। अनेक राज्यों में तकनीकी संस्थानों को नए तकनीकी विश्वविद्यालयों के अधिकार क्षेत्र में लाया गया, जिससे उनकी गुणवत्ता और मानकों में सुधार हुआ।

1.3.38 एक संयुक्त एआईसीटीई-आईएनडीयूटी कन्सोर्टियम (संघ) बनाने के लिए एआईसीटीई और भारतीय विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी डिजिटल पुस्तकालय ने संयुक्त रूप से हाथ बढ़ाए। एआईसीटीई ने 106 वास्तविक क्लास रूम स्थापित किए, जो कि तकनीकी संस्थानों के रूप में चिह्नित हैं और ये ईडीयूएसएटी स्कीम के तहत आते हैं, जिससे वे अग्रणी और सुस्थापित संस्थानों और अन्य संस्थानों के साथ ज्ञान का आदान-प्रदान करते हैं।

1.3.39 शिक्षण की प्रभावशीलता को बढ़ाने की दृष्टि और डिजिटल वीडियो आधारित पाठ्यक्रम में उच्च गुणवत्ता की पहुँच को बढ़ाने के लिए प्रौद्योगिकी वर्धित शिक्षण पर एक राष्ट्रीय कार्यक्रम

आयोजित किया गया। प्रगति पर चल रहा टीईक्यूआईपी का उद्देश्य है कि भारत सरकार के प्रयासों को और बढ़ाया जाए और उन्हें अधिक प्रोत्साहन दिया जाए, ताकि तकनीकी शिक्षा में सुधार आ सके। स्कीम के अन्तर्गत 13 राज्यों में 40 अग्रणी संस्थानों (18 केन्द्रीय वित्त पोषित एनआईटी(ज) और 88 राज्य इंजीनियरिंग/नेटवर्क संस्थान (20 पॉलिटेक्निक सहित) ने भाग लिया। कार्यक्रम का लक्ष्य है कि प्रत्येक वर्ष 10000 स्नातक विद्यार्थी तैयार किए जाएं, 1000 अध्यापकों के व्यावसायिक विकास बढ़ाने के लिए यह बेहतरीन दक्षता एवं प्रशिक्षण भी प्रदान करती है। टीईक्यूआईपी फेज़ - २ अब भी समझौता के अधीन है और अपेक्षा की जाती है कि इसमें ठोस रूप से वृद्धि की जाएगी, इसका विविधीकरण किया जाएगा और इसे अधिक और लचीला बनाया जाएगा और इसके डिजाइन और कार्यान्वयन में राज्यों की अधिक सहभागिता रखी जाएगी।

1.3.40 तकनीकी शिक्षा उपक्षेत्र के लिए 10वीं योजना का परिव्यय रुपया 4700 करोड़ था, जिसके मुकाबले मात्र 3416 करोड़ रुपये खर्च हुए (73%)।

11वीं योजना के उद्देश्य एवं लक्ष्य

तकनीकी शिक्षा :

1.3.41 11वीं योजना के दौरान 15% वार्षिक दृष्टि से तकनीकी शिक्षा संस्थानों के प्रवेश में वृद्धि का अनुमान लगाया गया है, ताकि हमारी विकसित हो रही अर्थव्यवस्था की आवश्यकताओं में दक्ष मानव शक्ति की आवश्यकता की पूर्ति की जा सके।

विस्तारण एवं क्रमोन्नयन की स्कीमें

1.3.42 11वीं योजना का विचार है कि 8 नए आईआईटी(ज) और 7 नए आईआईएम(एस), 10 नए एनआईटी(ज), 3 आईआईएसईआर, 20 आईआईआईटी और 2 नए एसपीए खोले जाएं। इन संस्थानों की स्थापना में सार्वजनिक निजी सहभागिता की सेवाओं की क्षमताओं का पता लगाया जाए, जिसके तहत 200 राज्य इंजीनियरिंग संस्थानों को केन्द्रीय सहायता से क्रमोन्नत किया जाए। चयन किए गए 7 तकनीकी संस्थानों को क्रमोन्नत किया जाए, बशर्ते कि वे गर्वनेस ट्रेक्चर में सुधार के लिए वचनबद्धताओं के संदर्भ में एमओयू पर हस्ताक्षर करते हैं, प्रवेश प्रक्रिया आदि में सुधार करते हैं, और राष्ट्रीय संस्थानों के अनुरूप सभी संबंधित व्यवस्थाएं करते हैं। नए संस्थानों के लिए अवस्थिति एवं चयन के संबंध में क्लस्ट्रिंग पर विशेष ध्यान रखा जाएगा और राज्यों को रणनीतिक अवस्थितियों में संस्थानों को सह-अवस्थित करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा।

मौजूदा केन्द्रीय संस्थानों में प्रवेश क्षमता में वृद्धि

1.3.43 केन्द्रीय वित्त पोषित तकनीकी संस्थानों में आईआईटी(ज), एनआईटी(ज), आईआईआईटी(ज), एनआईटीटीटीआरएस, और आईआईएम की प्रवेश क्षमता में वृद्धि के लिए निगरानी समिति की हाल ही की सिफारिशों में यह व्यवस्था है कि उच्चस्तरीय तकनीकी एवं प्रबंधन संस्थानों में बड़ी क्षमताओं के लिए अवसर प्रदान किए जाएं और सामाजिक समानता (इक्विटी) को बनाये रखा जाए।

1.3.44 तकनीकी शिक्षा की बढ़ती हुई मांग को ध्यान में रखते हुए प्रवेश क्षमता में वृद्धि पर तत्काल विचार किए जाने की आवश्यकता है। इसकी संभाविता के लिए एक अध्ययन कराने की आवश्यकता है, ताकि यह निर्णय लिया जा सके कि केन्द्रीय संस्थानों की प्रवेश क्षमता को कैसे बढ़ाया जाए और उन्हें किस प्रकार सहायता दी जाए कि अतिरिक्त बुनियादी सुविधाओं का सृजन हो सके। बढ़ती हुई मांग को ध्यान में रखते हुए विशेष रूप से एमबीए(ज) के लिए, विश्वविद्यालयी प्रणाली में विभागों/प्रबंधन और विजनेस प्रशासन संस्थानों को सुदृढ़ किया जाए।

राज्य तकनीकी संस्थानों का सुदृढीकरण

1.3.45 राज्य इंजीनियरी महाविद्यालय शैक्षणिक अवसंरचना, उपस्कर, संकाय, पुस्तकालय सुविधाओं और अन्य भौतिक सुविधाओं के संबंध में काफी कठिनाइयों का सामना करते हैं। प्रवेश परीक्षा में शीर्षस्थ रैंक पाने वाले विद्यार्थी राज्यों के संस्थानों में प्रवेश के लिए विकल्प देते हैं, क्योंकि वहां सापेक्ष रूप से फीस संरचना काफी कम होती है और वे सरकार से मान्यता प्राप्त होते हैं। इन्हें निजी क्षेत्र के संस्थानों के लिए आदर्श रूप प्रस्तुत करना चाहिए और उनके मानकों के लिए इन्हें बेंचमार्क का काम करना चाहिए। यदि मानक और स्टैण्डर्ड निजी संस्थानों पर दबाव दिया जाता है, तो सरकार इन संस्थानों को असंतोषजनक स्थिति में नहीं रख सकती।

1.3.46 अतः 11वीं योजना का विचार है कि 200 राज्य इंजीनियरिंग संस्थानों की क्षमताओं को सुदृढ़ किया जाए। परियोजना आधारित एक मुश्त सहायता उन्हें प्रदान की जाए और निष्पादन के आधार पर निधि जारी की जाए और राज्य सरकार को सुधारों का न्यूनतम सैट तैयार करना होगा, जिनमें पाठ्यक्रम का संशोधन, आंतरिक मूल्यांकन, संकाय का क्रमोन्नयन, सेमिनार-ट्यूटोरियल का आयोजन और सैमस्टर सिस्टम आदि शामिल हैं।

बॉक्स 1.3.3

मोहाली ज्ञान शहर - क्लस्टरिंग के लाभ

- मोहाली, पंजाब में ज्ञान नगर बनाने की योजना बनायी गई है जिसका उद्देश्य नई तकनीकों को बढ़ावा देना और कंपनियां स्थापित करना है। एक ही परिसर स्थित इस संकुल में भारतीय विज्ञान शिक्षा एवं अनुसंधान (आईआईएसईआर), राष्ट्रीय कृषि-खाद्य जैव प्रौद्योगिकी संस्थान, नैनो टेक्नॉलाजी संस्थान, प्रबंधन विद्यालय, तकनीक एवं आईपी प्रबंधन केन्द्र, व्यापार केन्द्र, सूचना केन्द्र, केन्द्रीकृत मंच, तकनीक सुविधा, बढ़िया विनिर्माण के ढंग (जीएमपी), खाद्य एवं न्यूट्रिस्वूटिकल्स शुरू करने के लिए टेक्नोलॉजी पार्क और अन्य काम में लाई जाने वाली सुविधाओं के लिए स्थान शामिल हैं। सुशासन को, संकुल के रूप में इस प्रकार डिजाइन किया गया है जिससे कि संकुल के अंदर ही और सभी विद्यमान स्थानीय संस्थानों और उद्यमों के साथ गतिशील संपर्क स्थापित किया जा सके।
- सामरिक महत्ववाले स्थानों में संकुल बनाने से नई तकनीकों का प्रयोग संभव होता है। विशेष रूप से, संकुल में, अनुसंधान, तकनीकी प्रबंधन, निवेश एवं व्यवसाय दक्षता, तकनीकी इंक्यूबेटर्स और शुरू करने के लिए पार्क एक ही साथ स्थित होते हैं, कार्य की दृष्टि से एक दूसरे से जुड़े होते हैं, समान दृष्टिकोण पर आधारित होते हैं। इस प्रकार के संकुल का दृष्टिकोण आवश्यक सहक्रिया सृजित करना और संसाधनों एवं सुविधाओं को आपस में बांटना है।

1.3.47 अग्रणी क्षेत्रों जैसे बॉयोटेक्नोलॉजी, बॉयोइन्फोरमेटिक, नैनो मेटेरियल्स, नैनो प्रौद्योगिकी, मैकेनोट्रिक्स, एमईएमएस, उच्च निष्पादन कम्प्यूटिंग, इंजीनियरिंग आदि में प्रशिक्षण और अनुसंधान के लिए 50 केन्द्रों की स्थापना के लिए प्रयास किए जाएंगे। फिर भी एक स्पर्धा के आधार पर विशिष्ट प्रस्तावों के अनुरूप उनका वित्त पोषण किया जाएगा।

विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी: आधुनिकतम

1.3.48 मौजूदा ज्ञान के युग में हमारा विकास मुख्य रूप से इस योग्यता पर निर्भर करता है कि हम विज्ञान और प्राद्योगिकी के नव - परिवर्तनकारी समाधानों के लिए कितना उपभोग करते हैं। अतः विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी में क्षमताएं, एक राष्ट्र के विकास के स्टेटस की स्थापना के लिए बैचमार्क की क्षमता के रूप में जानी जाती हैं। इस पंक्ति में भारत को एक अग्रणी स्थिति पर स्थान मिलना चाहिए। विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी के प्रति 11वीं योजना का दृष्टिकोण इस अवधारणा से निर्देशित होगा और इस पर जोर दिया जाएगा।

- यूजीसी, डीएसटी, सीएसआईआर, आईसीएआर, परमाणु ऊर्जा विभाग और अंतरिक्ष विभाग को मिलकर एक एकीकृत विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी योजना का विकास करना चाहिए, ताकि बुनियादी अनुसंधान और नीतियों के विकास और बुनियादी अनुसंधान को दिशा देने के लिए एक राष्ट्र स्तरीय प्रणाली स्थापित की जा सके, जिससे बुनियादी अनुसंधान को ठोस सहायता के लिए जरूरी संसाधन मुहैया कराये जा सकें।
- वैज्ञानिक मानव शक्ति और विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी की बुनियादी सुविधाओं के पूल को बढ़ाना। मेधावी युवा छात्रों की पहचान करने, जो वैज्ञानिक अनुसंधान को अपने कैरियर

के रूप में अपना सके, की पहचान के लिए विशेष प्रयास करने होंगे।

- विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी के क्षेत्र में जिनमें मेगा अन्तरराष्ट्रीय विज्ञान पहलों की सहभागिता भी शामिल है, के लिए अन्य देशों के साथ सुदृढ़ सम्पर्क बनाना।
- एक अधिकारिता प्राप्त राष्ट्रीय विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी आयोग का विकास करना, जो कि विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी से संबंधित सभी मामलों (प्रशासनिक, वित्तीय एवं वैज्ञानिक), जिसमें वैज्ञानिक ऑडिट एवं वैज्ञानिकों और वैज्ञानिक संस्थानों का अग्रणी समीक्षा के माध्यम से मूल्यांकन भी शामिल है, के लिए जिम्मेदार होगा।
- विज्ञान शिक्षा पर अधिकारिता प्राप्त समिति द्वारा सुझाई गई स्कीमों को सहायता देना।

संकाय विकास एवं अनुसंधान

1.3.49 पूरी दुनिया में यह मान्यता है कि धारणीय आर्थिक विकास और सामाजिक विकास के लिए अनुसंधान एवं विकास के प्रयास अनिवार्य है, फिर भी भारत में अनुसंधान एवं विकास के प्रयास काफी निम्न स्तर पर ही हुए हैं, जिसके लिए मुख्य रूप से उच्च रूप से प्रशिक्षित एवं अनुसंधान एवं विकास के ज्ञान से ओतप्रोत कार्मिकों की कमी का होना है, और विशेष रूप से पीएचडी के स्तर पर, कार्पोरेट क्षेत्र द्वारा अनुसंधान एवं विकास पर कम निवेश और अनुसंधान एवं विकास संस्थानों और विश्वविद्यालयों में सहयोग का अभाव इसके लिए जिम्मेदार रहे हैं। इंजीनियरिंग एवं प्रौद्योगिकी में प्रतिवर्ष के मौजूदा 450 डॉक्टरेट के निष्पादन में कई गुणा वृद्धि होनी चाहिए और तकनीकी शिक्षा की क्षमता में भी वृद्धि की जानी चाहिए, स्नातकोत्तर और डॉक्टर्स स्तर पर कार्यक्रमों में ठोस वृद्धि की जानी चाहिए।

राष्ट्रीय विज्ञान और इंजीनियरी अनुसंधान बोर्ड (एनएसईआरबी)

1.3.50 विश्वविद्यालयों में विज्ञान शिक्षा और अनुसंधान की बुनियादी सुविधाओं का क्रमोन्नयन करना एक बड़ी चुनौती है। विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी विकास विभाग को एक - दो सूत्रीय रणनीति अपनानी चाहिए, ताकि इस उद्देश्य की प्राप्ति की जा सके - 1) मानव संसाधन के उचित उपायों के माध्यम से विश्वविद्यालयों में विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी का विकास एवं उसका सुदृढीकरण एवं शैक्षणिक क्षेत्रक में अनुसंधान क्षमताओं का विकास। 2) अन्तरराष्ट्रीय स्तर पर प्रतिस्पर्धी और अग्रणी स्तर पर बड़े अनुसंधान कार्यक्रमों के लिए वित्त पोषण। इस उद्देश्य के लिए विज्ञान और प्रौद्योगिकी विभाग की मौजूदा विज्ञान और इंजीनियरिंग अनुसंधान परिषद के मौजूदा तंत्र की पुनर्संरचना राष्ट्रीय विज्ञान और इंजीनियरिंग अनुसंधान बोर्ड के रूप में की जाए और विश्वविद्यालयों में अनुसंधान को जीवंत बनाने के लिए विशेष कार्यक्रमों के आयोजन हेतु पहल की जानी चाहिए। प्रस्तावित बोर्ड इन मुद्दों को देखेगा और विश्व की सर्वोत्तम प्रणालियों का अनुसरण करेगा।

यापक क्षेत्रीय असमानताओं को कम करना

1.3.51 दक्षिण के राज्य पूरे देश से पूंजी एवं विद्यार्थियों को आकर्षित करने में सफल रहे हैं। राज्य स्कीमें और एआईसीटीई उच्च (तकनीकी) संस्थानों को अभाव वाले राज्यों में स्थापित करने के लिए सक्रियता से प्रोत्साहित करेंगी (संलग्नक 1 और 2)।

निगरानी समिति (ओएससी)

1.3.52 भारतीय संविधान का 93वां संशोधन इस उद्देश्य से किया गया है कि अनुसूचित जाति, अनु. जनजाति, अन्य पिछड़े वर्गों को केन्द्रीय शिक्षा संस्थानों (प्रवेश में आरक्षण) संबंधी अधिनियम लागू किया जा सके, जिसे जनवरी, 2007 में अधिसूचित किया गया था। निगरानी समिति (मोयली समिति) मई 2006 में गठित की गई थी, जिसने केन्द्रीय शिक्षा संस्थानों के लिए उनकी क्षमता में 54% की वृद्धि के लिए 5 वर्षों की अवधि के लिए रुपये 17270 करोड़ के निवेश की सिफारिश की थी, ताकि सामान्य सीटों की संख्या को बिना प्रभावित किए अन्य पिछड़े वर्ग के प्रतिनिधियों के लिए सीटों की संख्या बढ़ाई जा सके, इसमें रुपये 7035 करोड़ गैर-आवर्ती खर्च के रूप में होंगे और इसकी भारी मात्रा को 1, 2 और 3 वर्ष के दौरान जारी किया जाएगा, जबकि आवर्ती खर्च रुपये 10235 करोड़ होगा, जो 5 वर्षों के लिए होगा और इसमें उत्तरोत्तर वृद्धि रहेगी, जो कि सर्वोच्च न्यायालय के अंतिम आदेश के

अनुरूप होगा। योजना आयोग में अंतरमंत्रालयी मॉनीटरिंग समिति का गठन किया जाएगा, जो प्रगति पर निगरानी रखेगी और उसकी समीक्षा करेगी (कृपया देखें संलग्नक 1.3.2)।

उच्चतर शिक्षा में फीस, छात्रवृत्तियां

फैलोशिप्स एवं ऋण - स्कीमें

1.3.53 राष्ट्रीय वचनबद्धता "यह सुनिश्चित करने के लिए कि वित्तीय संसाधनों के अभाव के कारण किसी भी व्यक्ति को उच्चतर शिक्षा से वंचित न होना पड़े" को देखते हुए फीस, छात्रवृत्तियों एवं ऋण स्कीमों पर गहरी दृष्टि डालने की आवश्यकता है।

1.3.54 वर्तमान में विभिन्न विश्वविद्यालयों की फीस अलग-अलग है, लेकिन सामान्य रूप से यह अंतराल बहुत कम ही है, लेकिन अनेक मामलों में प्रचालन लागत का 5% भी कवरेज के भीतर नहीं है। केन्द्र और राज्य सरकारों को या तो विश्वविद्यालयी शिक्षा को सामान्य रूप से सब्सिडाइज करना होगा या उन लोगों से वाजिब राशि को गतिशील बनाना होगा, जो फीस के माध्यम से उसका वहन कर सकते हैं, जो संचालन लागत के एक वाजिब भाग को कवर करती है। क्योंकि अधिकांश विश्वविद्यालय के छात्र आय के स्तरों की दृष्टि से ऊपर की 10% जनसंख्या में से हैं। वे सामान्य विश्वविद्यालय शिक्षा की प्रचालन लागत के 20% तक के भाग को फीस के रूप में देने की क्षमता रखते हैं। व्यावसायिक पाठ्यक्रमों के लिए फीस काफी अधिक होगी। अतः मौजूदा संस्थानों में फीस के स्तर को उत्तरोत्तर रूप से बढ़ाया जाना चाहिए, लेकिन नए संस्थानों में नए मानदंड आरम्भ से ही लागू कर दिए जाने चाहिए। ये भी नोट करने योग्य बात है कि नए संस्थानों को आरम्भ करने में कुछ समय लगेगा।

1.3.55 इस बात को भी मान्यता देनी होगी कि ऐसे भी कुछ विद्यार्थी हैं, जो बड़ी हुई फीस देने में असमर्थ हैं और उन्हें छात्रवृत्ति मिलनी चाहिए और राजकोष इस परिप्रेक्ष्य में लागत, सरकार द्वारा वहन की जानी चाहिए, चाहे वह उनसे फीस कम ले या छात्रवृत्ति प्रदान करे। बाद का तरीका अधिक अच्छा है, क्योंकि सभी विद्यार्थियों को छात्रवृत्ति की आवश्यकता नहीं है और जिन्हें इसकी आवश्यकता है, वे किसी भी मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय में छात्रवृत्ति ले सकते हैं। इस प्रकार विश्वविद्यालयों को स्पर्धा और छात्रों को आकर्षित करने के लिए प्रोत्साहन दिए जाने की आवश्यकता है, बजाय कि उनसे कोई लागत कवर की जाए। एक पोर्टेबल छात्रवृत्ति प्रणाली के माध्यम से बेहतरीन विश्वविद्यालयों में प्रवेश की मांग से उनकी स्टैंडिंग को एक महत्व का संकेत मिलता है।

बॉक्स 1.3.4

विज्ञान और प्रौद्योगिकी में संकाय की वृद्धि और विकास

- कनिष्ठ अनुसंधान फ़ैलोशिप (जेआरएफ) में प्रवेश क्षमता में पर्याप्त वृद्धि।
- पीएचडी के विद्यार्थियों के लिए अनुसंधान फ़ैलोशिप में वृद्धि करना, यदि वे एक प्रवक्ता के रूप में पढ़ाने की अतिरिक्त जिम्मेदारी लेते हैं, और फ़ैलोशिप के लिए बिना नेट पीएचडी स्कोलर को पात्र बनाना।
- एमटैक के विद्यार्थियों के लिए फ़ैलोशिप की संख्या में वृद्धि और इनकी सहायता की मात्रा में वृद्धि करना।
- शिक्षण प्रणाली को आकर्षक बनाना और सर्वोत्तम प्रतिभा को रोकना और उन्हें अधिक बेहतर वेतन/पर्स और अनुसंधान के लिए वित्त पोषित करना। निष्पादन आधारित तीव्र कैरियर प्रगति।
- उद्योग - संस्थान के बीच पृष्ठ - भित्ति को बढ़ाना, जिसमें संकाय के रूप में उद्योग में टेन्योर पदों का प्रावधान करना भी शामिल है।
- शोधकर्ताओं और फ़ैलोज के लिए परियोजना निधि का एक हिस्सा प्रोत्साहनों के भुगतान के रूप में अलग रखना।
- सर्वोत्तम संकाय के विकास के लिए चयनित सर्वोत्कृष्ट संस्थानों में विशेष कार्यक्रम शुरू करना।
- एमओयू के माध्यम से उत्कृष्टता के केन्द्रों में ज्ञान रूमी पूँजी भरना।
- संस्थानों को संकाय के विनिमय, विजिटिंग कार्यक्रमों के लिए और अंतरराष्ट्रीय संकाय के लिए छूट देना।
- नियुक्तियों, लघु अवधि के ठेकों, एसाइनमेंट आदि के लिए अधिक लचीलेपन हेतु संकाय की भर्ती नीति की समीक्षा करना और आउटसोर्सिंग की संभावना के लिए संकाय को बाहर से लेना, जिनकी प्रायः कमी ही रहती है।
- संकाय विकास कार्यक्रमों में व्यापक विस्तार करना।

1.3.56 तकनीकी और चिकित्सीय शिक्षा का प्रचालन खर्च, सामान्य शिक्षा से कहीं अधिक है और इन संस्थानों में फीस भी अधिक होती है। फिर भी ये पाठ्यक्रम अधिकांश स्नातकों को और अधिक अर्जन के लिए अवसर प्रदान करते हैं। इन पाठ्यक्रमों के लिए विद्यार्थी के द्वारा दी गई अतिरिक्त लागत, जो कि फीस के बेसिक स्तर से अधिक है, जैसा कि ऊपर कहा गया है, उसे ऋण कार्यक्रम के तहत विद्यार्थी प्राप्त कर सकते हैं। वर्तमान, बैंक विद्यार्थियों को ऋण प्रदान कर रहे हैं, लेकिन उनके प्रचालन में कुछ समस्याएँ हैं। अग्रणी संस्थानों जैसे आईआईटी(ज), आईआईएम के विद्यार्थियों को बैंक से ऋण प्राप्त करने में कोई परेशानी नहीं होती है, लेकिन अन्य संस्थानों के मामले में ऋण कोलेटरल से जोड़ दिया जाता है।

छात्रवृत्तियों, फ़ैलोशिप और ऋण के माध्यम से वहनीयता (अफोर्डेबिलिटी) को बढ़ाना

- उच्चतर शिक्षा में कुल विद्यार्थियों की संख्या के 2% भाग को योग्यता छात्रवृत्ति प्रदान करना।
- जेआरएफ के तहत अनुसंधान - विद्यार्थियों को कवर करने हेतु पर्याप्त वृद्धि और एक सुदृढ़ फ़ैलोशिप कार्यक्रम।
- नेट पास किए और पीएचडी - विद्यार्थियों को बौद्धिक सम्पदा के सृजन के लिए करियर के रूप में अनुसंधान करने के लिए, उन्हें प्रोत्साहित करना।

- विश्वविद्यालयों में अनुसंधान फ़ैलोशिप प्रदान कर, अनुसंधान संकायों के अनुसंधान विद्यार्थियों के साथ आंतरिक संबंध स्थापित करना।
- व्यावसायिक कार्यक्रमों, जिनमें उच्च शिक्षा ऋण गारण्टी प्राधिकरण शामिल है, जो प्रमाणित विश्वविद्यालयों के विद्यार्थियों को बैंक ऋण के लिए कवर करेगा, उन विद्यार्थियों को ऋण मुहैया कराने के लिए रूपरेखा।

1.3.57 उस स्थिति पर पहुंचना आवश्यक है, जहां बैंक ऐसे विद्यार्थियों को मुक्त रूप से बैंक ऋण देंगे, जो प्रमाणित विश्वविद्यालयों में प्रवेश पाते हैं, और जिसके लिए राष्ट्रीय छात्र ऋण गारंटी प्राधिकरण, ऋण की गारंटी देता है।

उच्चतर शिक्षा के शीर्षस्थ नियामक संस्थानों में सुधार

1.3.58 सरकार ने यूजीसी को उच्च शिक्षा के मानकों के समन्वय और अनुक्षण के लिए एक छत्र (अम्ब्रेला) संगठन के रूप में स्थापित करते हुए एक व्यापक संस्थागत व्यवस्था का सृजन किया है और साथ ही में व्यावसायिक और तकनीकी शिक्षा के लिए अन्य व्यावसायिक सांविधिक परिषदें भी हैं, जो उनकी गुणवत्ता और मानकों का निर्धारण करती हैं, इनमें शामिल हैं, एआईसीटीई, एमसीआई, बीसीआई, और एनसीटीई आदि। इन

संस्थानों ने उच्चतर, व्यावसायिक, तकनीकी शिक्षा की सुदृढ़ नींव डालने और उसका आधार पूरे भारत में रखने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाएगी। फिर भी अंतिम 25 वर्षों के दौरान, जो संरचनात्मक बड़े परिवर्तन आए हैं, और इसी प्रकार घरेलू शिक्षा प्रणाली और इसके बढ़ते संबंधों और अंतर्राष्ट्रीय शिक्षा प्रोवाइडर्स की सहभागिता को ध्यान में रखते हुए और उच्चतर, व्यावसायिक और तकनीकी शिक्षा के प्रतिमानों में काफी परिवर्तन किए गए हैं।

1.3.59 अतः यह आवश्यक है कि इस बदलती भूमिका की समीक्षा की जाए, जिससे ये संगठन वैश्विक परिवर्तनों के संबंध में अपेक्षानुसार निष्पादन दे सकें, ताकि वे मानकों का अनुरक्षण कर सकें और उन्हें विनियमित कर सकें और वहां तक पहुंच सकें, ताकि वे विविध चुनौतियों का सामना कर सकें और उच्च शिक्षा, व्यावसायिक शिक्षा और तकनीकी शिक्षा में मानकों और गुणवत्ता का रखाव करते हुए सभी के लिए उनकी सुलभता हो सके। इससे वैयक्तिक अधिकारों और घरेलू और वैश्विक अवसरों का पूरा लाभ उठाते हुए अर्थव्यवस्था की क्षमता में वृद्धि की जा सके और संदर्भित ज्ञान के आधार को और ज्यादा विस्तृत बनाया जा सके।

1.3.60 इस संदर्भ में विशिष्ट सुधार कार्यसूची तैयार करने के लिए उच्च स्तरीय समिति गठित की जानी चाहिए। इसी प्रकार राज्य स्तरीय संस्थागत व्यवस्थाओं के संदर्भ में भी उपर्युक्त के अनुसार कार्रवाई करने की आवश्यकता है।

आईसीटी के माध्यम से राष्ट्रीय शिक्षा मिशन

1.3.61 सभी 378 विश्वविद्यालयों और 18064 महाविद्यालयों में आईसीटी के माध्यम से एक राष्ट्रीय शिक्षा मिशन शुरू किया जाएगा। ये मिशन शिक्षा संस्थानों के डिजिटलाइजेशन और नेटवर्किंग, कम लागत पर विकास और कम पॉवर के उपभोज्य प्रणालियों की सुलभता और शिक्षा संबंधी उद्देश्यों के लिए व्यापक बैंड उपलब्ध कराने पर विशेष ध्यान देगा। पूर्णरूप से इलेक्ट्रॉनिक्स विश्वविद्यालयों और डिजिटल परिसरों को सुनिश्चित करने के लिए मानव संसाधन विकास मंत्रालय - डीओटी के संयुक्त प्रयासों की आवश्यकता है। चुनिंदा संस्थानों में उन्नत कम्प्यूटेशनल सुविधाएं भी प्रदान की जाएंगी।

1.3.62 इन प्रयासों से परिकल्पित परिणामों में शामिल हैं -

- अधिकांश विषयों के लिए अंग्रेजी भाषा में ई-पुस्तकों की उपलब्धता।
- प्रत्येक केन्द्रीय विश्वविद्यालय पर एड्यूसेट शिक्षण हब (आलय)।
- 200 केन्द्रीय संस्थानों में प्रत्येक पर 2000 ब्रॉडबैंड इंटरनेट नोड्स।

- 18000 महाविद्यालयों में नेटवर्क सम्पर्कता उपलब्ध कराने के लिए एक सैटेलाइट इंटरैक्टिव टर्मिनल।
- पर्याप्त बैंड विड्थ के ब्रॉडबैंड इंटरनेट मोड्स के माध्यम से 18000 महाविद्यालयों में प्रत्येक को और सभी 378 विश्वविद्यालयों के सभी विभागों को नेटवर्क से जोड़ना।
- अध्ययन शिक्षण सामग्री (ओवर टाइम जेनरटेड) के व्यापक वीडियो कंटेंट के वैल्यूम का डिजिटलाइजेशन।
- डिजिटल साक्षरता का प्रचार।

1.3.63 नॉलेज साइबर्स स्पेश में प्लगिंग के लिए नेशनल नॉलेज नेटवर्क और संबंधित डिजिटल परिसर

- पुरानी अर्थव्यवस्था से ज्ञान की नई अर्थव्यवस्था की ओर की इस गति को ज्ञान की सहभागिता और संयोजन के रूप में जाना जाता है। आज अनुसंधान और विकास की गतिविधियां बहु-विधायी होती जा रही हैं और सहयोगी मोड की ओर शोधकर्ताओं के बीच पहुंच रही हैं, जो पूरी दुनिया में फैले हुए हैं। अतः 11वीं योजना का अवश्य ही यह उद्देश्य होना चाहिए कि विश्व श्रेणी के एमबीएम का सृजन सभी शैक्षणिक संस्थानों, अनुसंधान एवं विकास संस्थानों, अस्पतालों, पुस्तकालयों और कृषि संस्थानों को सक्रिय रूप से कन्फीगरेबल नेशनल मल्टीमिडिया नेटवर्क से जोड़ने पर रहना चाहिए।
- 11वीं योजना के लिए आईसीटी के माध्यम से शिक्षा मिशन के लिए रुपये 5000 करोड़ का प्रावधान रखा गया है। यह उच्च शिक्षा संस्थानों में निगरानी समिति की सिफारिशों को पर्याप्त रूप से ध्यान में रखेगा, जिससे आईसीटी का इस्तेमाल किया जा सकेगा और नेटवर्क की बुद्धिमत्ता की युक्ति की चुनौतियों का सामना करने के लिए डिजिटल परिसरों का सृजन करेगा और प्रथम चरण में 1000 संस्थानों को नेटवर्किंग से जोड़ने के राष्ट्रीय ज्ञान आयोग की सिफारिशों का भी ध्यान रखेगा।
- ओवरले नेटवर्क, डैडीकेटेड नैकवर्क्स और कंट्रीवाइड क्लास रूम के सृजन की सहायता के लिए आईएनकेएन की डिजाइन तैयार की जाएगी और कैम्पसवाइड नेटवर्क के माध्यम से सभी परिसरों को सशक्त बनाया जाएगा। सम्पूर्ण नेटवर्क को मल्टीपलमिडियाबाइट्स प्रति सेकेंड की गति पर वैश्विक विज्ञान के साथ सीमलसली एकीकृत किया जाएगा।
- पहले चरण में इस नेटवर्क के तहत 1000 संस्थानों को लिया जाएगा। एक अनुकूल रूप से संरचित अधिकार प्राप्त समिति, जिसमें पणधारी भी शामिल होंगे, की भी आवश्यकता होगी, जो कि सामग्री के सृजन और कार्यान्वयन,

36 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

उसके अनुप्रयोगों और नैटवर्क की स्थापना को देखेगी। अधिकारिता प्राप्त समिति को तकनीकी सलाहकार समिति द्वारा सहायता भी दी जाएगी।

- राष्ट्रीय नॉलेज नैटवर्क हमारे उच्च शिक्षण संस्थानों को डिजिटल परिसर, वीडियो कान्फ्रेंस क्लास रूम और पूरे कैम्पस में बेतार हॉट स्पॉट उपलब्ध कराने में सहायता प्रदान करेगा। सभी व्यावसायिक/विज्ञान कार्यक्रमों के विद्यार्थियों को अपने लैपटॉप/डैस्कटॉप कम्प्यूटर्स रखने के लिए प्रोत्साहित किया जाना चाहिए और उनके हॉस्टल में वाई-फाई सम्पर्कता भी प्रदान की जानी चाहिए।

पॉलिटैक्निक्स

वर्तमान स्थिति

1.3.64 देश में पॉलिटैक्निक्स परम्परागत विषयों जैसे सिविल, इलेक्ट्रिकल और मैकेनिकल 3 साल का डिप्लोमा पाठ्यक्रम प्रदान करती हैं। अब पाठ्यक्रमों का विविधीकरण हो गया है, जिसमें इलैक्ट्रॉनिक्स, कम्प्यूटर साइंस, मेडिकल लैब टेक्नोलॉजी, अस्पताल इंजीनियरी आदि शामिल है। महिला पॉलिटैक्निक्स, गॉरमेंट्स टेक्नोलॉजी, ब्यूटी, कल्चर टैक्सटाइल डिजाइन में पाठ्यक्रम उपलब्ध कराती हैं।

1.3.65 2001-02 में पॉलिटैक्निक्स की संख्या 1203 थी , 2005-06 तक उनमें धीमी वृद्धि के साथ अब उनकी संख्या 1292 हो गई है और उनकी प्रवेश क्षमता 2.36 लाख से बढ़कर 2.65 लाख हो गई है। दक्षिण क्षेत्रों में पॉलिटैक्निक्स की संख्या अधिक है (46%)। इसके अतिरिक्त देश में डिग्री स्तर के सार्वजनिक क्षेत्रक के संस्थान बहुत कम यानी 20% हैं। दूसरी तरफ लगभग 80 प्रतिशत डिप्लोमा स्तर के संस्थान निजी क्षेत्र में हैं। एक सौ पचीस जिलों में एक भी पॉलिटैक्निक्स नहीं हैं।

1.3.66 यहां तक की मौजूदा पॉलिटैक्निक्स संघर्ष से जूझ रही प्रतीत होती हैं। वर्षों से डिप्लोमा पाठ्यक्रमों में दक्षता का घटक गायब होता जा रहा है और उन्हें शिक्षा में डिग्री का डाइलूटिड वर्शन माना जाने लगा है। 11वीं योजना को अनेकों मुद्दों को देखना होगा, जिनमें शामिल हैं -स्टेटिक पाठ्यक्रम, कमजोर उद्योग पृष्ठभित्ति, उपस्करों की कमी और आवश्यकता के संदर्भ में उदारता की कमी, प्रशिक्षकों की कमी और अपर्याप्त वित्त पोषण।

1.3.67 सामुदायिक पॉलिटैक्निक्स, मौजूदा पॉलिटैक्निक्स की विंग्स (खंड) हैं, जिनका उद्देश्य है कि ग्रामीण जनता को उचित प्रौद्योगिकियों के अंतरण के लिए एक मंच उपलब्ध कराया जाए और उन्हें तकनीकी सहायता पहुंचायी जाए, और स्थानीय समुदाय

को सेवाएं उपलब्ध करायी जाएं। वर्तमान में देश में 669 सामुदायिक पॉलिटैक्निक्स हैं। 10वीं योजना अवधि में लगभग विभिन्न व्यवसाय उन्मुख और गैर औपचारिक दक्षताओं और ट्रेड्स में 13 लाख व्यक्तियों को प्रशिक्षित किया गया।

11वीं योजना के प्रस्ताव

1.3.68 जिन जिलों में एक भी पॉलिटैक्निक्स नहीं हैं, ऐसे प्रत्येक जिले में एक पॉलिटैक्निक्स खोली जाएगी। इन पॉलिटैक्निक्स की स्थापना प्राथमिक रूप से केन्द्रीय निधि से की जाएगी और 700 से भी अधिक पीपीपी और निजी वित्तपोषण के माध्यम से स्थापित की जाएगी। इन सभी नई पॉलिटैक्निक्स संस्थाओं में एक सामुदायिक पॉलिटैक्निक्स विंग होगी। सभी सरकारी पॉलिटैक्निक्स में महिला छात्रावास भी निर्मित किए जाएंगे। मौजूदा सरकारी पॉलिटैक्निक्स को भी पीपीपी मोड के अनुरूप आधुनिक बनाने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा। स्थान, संकाय, और अन्य सुविधाओं का उपयोग करते हुए, मौजूदा पॉलिटैक्निक्स में पारियों के माध्यम से प्रवेश क्षमता को बढ़ाया जाएगा।

1.3.69 अनेक नए क्षेत्रों में योग्य डिप्लोमाधारियों की कमी है। अतः इंजीनियरिंग संस्थानों को प्रोत्साहित किया जाएगा और उन्हें डिप्लोमा पाठ्यक्रम शुरू करने के लिए बढ़ावा दिया जाएगा, ताकि प्रवेश क्षमता को बढ़ाया जा सके। डिप्लोमा पाठ्यक्रमों को सायंकालीन पारी के रूप में शुरू किया जा सकता है, जब प्रयोगशाला, कार्यशाला, उपस्कर और पुस्तकालय आदि खाली रहते हैं। संस्थानों को वैकल्पिक रूप से डिप्लोमा कार्यक्रम चलाने के लिए प्रोत्साहित किया जा सकता है। इससे डिप्लोमा कार्यक्रमों की विश्वसनीयता भी फिर से बढ़ जाएगी और इससे उच्चतर शिक्षा के लिए गतिशीलता भी बढ़ेगी। वस्तुतः संत लोंगोवाल संस्थान और पूर्वोत्तर क्षेत्रीय विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी संस्थान (एनईआरएसटी) ईटानगर में पहले से ही वर्टिकल रूप से एकीकृत प्रमाण पत्र, डिप्लोमा और डिग्री कार्यक्रम चल रहे हैं।

1.3.70 पॉलिटैक्निक्स के अध्यापकों को सतत् रूप से प्रशिक्षित किया जाएगा, ताकि उनके शिक्षण संबंधी ज्ञान और दक्षता को बढ़ाया जाए, ताकि वे उद्योग के साथ चल सकें। डिप्लोमा पाठ्यक्रम को संशोधित किया जाएगा। पॉलिटैक्निक्स को औद्योगिक और व्यावसायिक निकायों को अपने विसिनिटी (समाज) में उद्योगों के साथ संबंध बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा।

1.3.71 अतिरिक्त रूप से 210 सामुदायिक महाविद्यालयों की स्थापना की जाएगी, जो मुख्य रूप से देश के उत्तरी, पश्चिमी और पूर्वी भागों में रहेंगे और जिनके लिए प्लेसमेंट आधारित वित्त पोषण रहेगा। मौजूदा 190 सामुदायिक महाविद्यालय (जो अधिकांश रूप से दक्षिणी

राज्यों में हैं, जिनमें से कुछ डिप्लोमा पाठ्यक्रम कराते हैं) उन्हें भी क्षमता निर्माण, प्रशिक्षण, उपस्कर लागत और संकाय विकास के लिए सहायता प्रदान की जाएगी। टीएलएम, स्टाइपेंड (लेकिन सिविल निर्माण कार्य और अन्य पूँजी लागतों के लिए नहीं) वित्तपोषण, सामुदायिक महाविद्यालय, राज्यों और मानव संसाधन के बीच हुए समझौता ज्ञापन के आधार पर किया जाएगा।

दूरस्थ लर्निंग (शिक्षा)

इग्नू

1.3.72 मुक्त और दूरस्थ शिक्षण प्रणाली में तेजी से विस्तार के माध्यम से लोगों में शिक्षा की पहुंच बढ़ रही है। इंदिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय में लगभग 15 लाख नामांकन हो चुके हैं। इसके पास 53 क्षेत्रीय केन्द्रों और 1400 अध्ययन केन्द्रों, जिनमें 25000 परामर्शदाता हैं, का नेटवर्क है। इसके अलावा 28 एफएम रेडियो स्टेशन और 6 दूरदर्शन चैनल भी हैं। विश्वविद्यालय ने 2006-07 के दौरान 16 नए कार्यक्रम शुरू किए हैं। दूरस्थ शिक्षा परिषद (डीईसी), जो इग्नू का एक प्राधिकरण है, 13 राज्य मुक्त विश्वविद्यालयों का समन्वयन कर रही है और साथ ही में परम्परागत विश्वविद्यालयों के 119 पत्राचार पाठ्यक्रम के संस्थानों का भी समन्वयन कर रही है।

1.3.73 'साक्षरता' की पायलट परियोजना, जोकि एक स्टाप एजुकेशन पोर्टल है, जिसे अक्टूबर 2006 में शुरू किया गया था, जिसके माध्यम से विद्यार्थियों, अध्यापकों या कार्यरत लोगों, और जो ज्ञान प्राप्त करना चाहते हैं, उन्हें बिना किसी लागत के शिक्षा उपलब्ध कराई जा सके। विजन यह है कि पायलट परियोजना को बढ़ाया जाए, ताकि 50 करोड़ से भी ज्यादा लोगों की शिक्षण की आवश्यकता को पूरा किया जा सके। पोर्टल में वास्तविक कक्षा निहित हैं, जिसकी 4 सूत्री पहुंच हैं, और उनके माध्यम से शिक्षण हो सकता है, जिनमें शामिल हैं, लिखित पाठ्यक्रम सामग्री, एनिमेशन, स्टिमूलेशन, वीडियो लैक्चर, संबंधित वेब सम्पर्क, प्रश्न एवं उत्तर और स्वाभिमान निर्माण के उपाय आदि।

1.3.74 11वीं योजना, इग्नू, मौजूदा राज्य मुक्त विश्वविद्यालयों (एसओयू(ज) और एसओयू(ज) स्थापित करने वाले राज्यों की सहायता करेगी। कुछ सांविधिक निकायों के निराशाजनक निष्पादन पर विचार करते हुए इन सांविधिक निकायों का गहराई और स्वतंत्र रूप से तत्काल मूल्यांकन किया जाएगा।

1.3.75 जनता के लिए उच्च शिक्षा प्रणाली के प्रौद्योगिकी समर्थित शिक्षा संचार केन्द्र हेतु कन्सोरीटोरियम स्थापित किए जाएंगे, जिसके लिए 24 घंटे शिक्षा चैनल "व्यास" का लाभ उठाया जाएगा, जो कि एक तरफा संचार होगा। दो तरफा संचार के लिए

एड्यूसेट नेटवर्क और इंटरनेट की व्यवस्था होगी, जो शिक्षा में "कभी भी, कहीं भी" होगा। ज्ञान के क्षेत्रों में शामिल हैं, मौजूदा मीडिया का सुदृढीकरण, जहां कोई केन्द्र नहीं है, उन राज्यों में नए मीडिया केन्द्रों की स्थापना, वीडियो पैकेजिंग नॉलेज की अवधारणा को सुदृढ करना और आवश्यकता आधारित क्षेत्रों में ई-कंटेंटफार्म, सीईसी और मीडिया केन्द्र को वास्तव में यूनिवर्सिटी प्रणाली में बदलना।

भाषा और पुस्तक प्रोत्साहन

भाषा प्रोत्साहन

1.3.76 राष्ट्रीय शिक्षा नीति 1986 और कार्रवाई कार्यक्रम 1992 में भाषा विकास का महत्वपूर्ण स्थान है। लगभग 122 अन्य भाषाएं हैं, जिनके बोलने वाले 10,000 हैं और लगभग 234 चिह्नित मातृभाषाएं हैं (2001 की जनगणना रिपोर्ट में दिए गए आंकड़ों के अनुसार)। संविधान की 8वीं अनुसूची में शामिल 22 भाषाओं, जिनमें एक तरफ शास्त्रीय भाषाएं शामिल हैं, और दूसरी तरफ अंग्रेजी और विदेशी भाषाओं की ओर भी ध्यान दिया गया है, जो आगे भी जारी रहेगा। 10वीं योजना में जो अन्य महत्वपूर्ण कार्यक्रम जारी रहे थे, उनमें संस्कृत और हिन्दी का विकास और प्रसार भी विभिन्न संस्थानों के माध्यम से, अहिन्दी भाषी क्षेत्रों, राज्यों में हिन्दी अध्यापकों के लिए प्रशिक्षण और इस क्षेत्रक में आईसीटी का उपयोग को भी 10वीं योजना में शामिल किया गया है।

1.3.77 11वीं योजना के दौरान एक केन्द्रीय क्षेत्रक योजना के रूप में नया भारतीय भाषा विज्ञान सर्वेक्षण (एनएलएसआई) शुरू किया जाएगा। मूल भारतीय भाषा विज्ञान सर्वेक्षण 100 साल से भी पुराना है, जो कि सर जॉर्ज इम्ब्राहम ग्रियरसन द्वारा पर्यवेक्षित रहा। जिन्होंने 1894 से 1927 के दौरान एक महान दस्तावेज तैयार किया, जिसमें 19 भाग थे। इसने 179 भाषाओं और 544 क्षेत्रीय बोलियों की पहचान की थी।

1.3.78 प्रस्तावित एनएलएसआई सर्वेक्षण 8वीं अनुसूची की 22 भाषाओं और उनके जीवो-स्पेश पर ध्यान देगा और यह ऊपर की 15 गैर-अधिसूचित भाषाओं और हस्ताक्षर भाषाओं पर भी विशेष ध्यान देगा, जो कि उतनी ही जटिल हैं, जितनी जटिलता उन्हें बोलने में होती हैं। ये सर्वेक्षण सीआईआईएल मैसूर और चुनिंदा विश्वविद्यालयों के विभागों द्वारा करवाया जाएगा, जिनका समाजशास्त्र, मानवशास्त्र आदि के बारे में सुदृढ आधार है।

1.3.79 वर्तमान में ऐसी कोई योजना या संगठन नहीं है, जो कि 8वीं अनुसूची के अलावा गैर-अधिसूचित भाषाओं के विकास को देखता हो। जिन भाषाओं को 8वीं अनुसूची में शामिल नहीं किया

गया, उनके संरक्षण एवं विकास के लिए एक नई योजना: भारतीय भाषा विकास योजना शुरू की जाएगी।

1.3.80 राष्ट्रीय अनुवाद मिशन भी स्थापित किया जाएगा, जो अनुवादक शिक्षा, लघु अवधि के प्रशिक्षण कार्यक्रम और अनुवादकों के भाषा शिक्षण कार्यक्रम के रूप में अनुवाद पाठ्यक्रम का सृजन किया जाएगा। अनुवाद प्रौद्योगिकी और संबंधित क्षेत्रों और सूचना प्रसार में विशिष्ट पाठ्यक्रम विकसित किए जाएंगे।

1.3.81 11वीं योजना में तमिल को शास्त्रीय भाषा के रूप में विकसित करने के लिए चेन्नई में एक केन्द्रीय तमिल संस्थान (सीआईसीटी) स्थापित किया जाएगा। 10वीं योजना की तमिल भाषा विकास संबंधी स्कीम सीआईसीटी में मिला दी जाएगी।

1.3.82 निम्नलिखित केन्द्रीय संस्थागत स्कीमों को सतत् रूप से मानव संसाधन विकास मंत्रालय द्वारा सहायता दी जाती रहेगी। लेकिन वित्त पोषण को आगे जारी रखने के लिए सभी स्कीमों का गहराई से मूल्यांकन किया जाएगा। (i) केन्द्रीय हिन्दी निदेशालय (ii) वैज्ञानिक और तकनीकी शब्दावली आयोग (iii) केन्द्रीय हिन्दी संस्थान (iv) केन्द्रीय भारतीय भाषा संस्थान मैसूर (v) राष्ट्रीय उर्दू भाषा विकास परिषद (vi) राष्ट्रीय सिंधी भाषा विकास परिषद (vii) संदीपनी राष्ट्रीय वेद विद्या प्रतिष्ठान (viii) राष्ट्रीय संस्कृत संस्थान।

पुस्तकों को बढ़ावा देना

1.3.83 10वीं योजना के दौरान भाषा के लिए 434 करोड़ रुपये और पुस्तकों को बढ़ावा देने के लिए 67 करोड़ रुपये का परिव्यय इस क्षेत्रक के लिए रखा गया था और योजना अवधि में व्यय क्रमशः 578.16 करोड़ रुपये और 45.92 करोड़ रुपये हुआ।

1.3.84 इस क्षेत्रक के तहत दो स्कीमें हैं - (i) नेशनल बुक ट्रस्ट (एनबीटी), जो कि ऐसी गतिविधियां कराती हैं, जिनसे भारतीय पुस्तकों का विदेशों में भी प्रसार हो, लेखकों और प्रकाशकों को सहायता मिले और बाल साहित्य का विकास हो (राष्ट्रीय बाल साहित्य केन्द्र)। (ii) भौतिक सम्पदा शिक्षा, अनुसंधान एवं सार्वजनिक आउटरीच (आईपीईआरपीओ), जो कि मानव संसाधन विकास मंत्रालय के बुक प्रमोशन और कॉपीराइट डिवीजन द्वारा संचालित है।

1.3.85 आईपीईआरपीओ की मौजूदा योजना, 10वीं योजना के दौरान प्रचालन में आई थी, जिसका उद्देश्य था कॉपीराइट, आईपीआरएस और डब्ल्यूटीओ के मामलों में जागरूकता/अनुसंधान के विकास का प्रभावी कार्यान्वयन किया जाए। ये योजना मौजूदा शिक्षा, अनुसंधान, और साक्षरता के क्षेत्रों में मौजूदा आईपीआर

की समीक्षा करेगी और इसका सुदृढीकरण करेगी, जो कि ज्ञान आधारित अर्थव्यवस्था के अनुकूल हों। कॉपीराइट ऑफिस को सुदृढ करने के लिए नई पहल शुरू करने की आवश्यकता है, सभी विश्वविद्यालयों में नए आईपीआर डैस्क स्थापित करने की आवश्यकता है। सरकारी विभागों में अन्य आईपीआर प्रकोष्ठ स्थापित करने की जरूरत है। पीएसयू(ज) उचित आंतरिक मॉनिटरिंग प्रणालियां विकसित करती हैं, राष्ट्रीय सेमिनार आयोजित करती हैं, विश्व बौद्धिक सम्पदा दिवस मनाती हैं, और अन्य सार्वजनिक जाग्रता कार्यक्रम भी आयोजित करती हैं।

1.3.86 11वीं योजना के दौरान एनबीटी बंगलौर, मुम्बई और कोलकाता में तीन क्षेत्रीय कार्यालयों को सुदृढ करेगी और पूर्वोत्तर क्षेत्रों में इसकी गतिविधियों को सुदृढ करेगी। लेखकों और प्रकाशकों के लिए स्वीकार्य मानकों वाली पुस्तकों को विद्यार्थियों और अध्यापकों के लिए वाजिब कीमतों पर उपलब्ध कराने संबंधी सब्सिडी परियोजना जारी रहेगी।

ग्यारहवीं योजना में शिक्षा का वित्तपोषण

1.3.87 सरकार ने जीडीपी के 6% तक शिक्षा पर खर्च करने के लिए सार्वजनिक व्यय बढ़ाने का प्रण लिया है। सार्वजनिक व्यय को बढ़ाने के लिए, केंद्रीय बजट 2004 ने प्राथमिक शिक्षा के लिए मुख्य केंद्रीय/शुल्क पर 2% का उपकर और बजट 2007 ने माध्यमिक और उच्च शिक्षा के लिए 1% का उपकर शुरू किया है। ग्यारहवीं योजना केंद्रीय सरकार शिक्षा के लिए मौजूदा मूल्यों में (06-07 में रु. 2.37 लाख करोड़ मूल्य) में लगभग रु. 2.70 लाख करोड़ के परिव्यय का सामना कर रही है। इस प्रकार 06-07 मूल्यों में रु. 0.54 लाख करोड़ के दसवीं योजना के आवंटन से चार गुणा अधिक वृद्धि है। कुल योजना परिव्यय में शिक्षा का भाग 7.7% से 19.4 तक सद्श्य रूप से बढ़ता रहेगा। ग्यारहवीं योजना परिव्यय का लगभग 50% प्राथमिक शिक्षा और साक्षरता, 20% माध्यमिक शिक्षा और 30% उच्च शिक्षा (तकनीकी शिक्षा सहित) के लिए है। यह योजना-वार विवरण खंड III के अनुलग्नक में दिया गया है।

1.3.88 यह केंद्रीय सरकार द्वारा शैक्षणिक क्षेत्रक को दी जा रही उच्च प्राथमिकता प्रतिबिंबित करता है और 6% जीडीपी में संयुक्त केंद्रीय और राज्यों के सार्वजनिक व्यय को बढ़ाने की ओर विश्वसनीय प्रगति प्रदर्शित करता है। हालांकि, शिक्षा व्यय को लक्षित स्तर तक बढ़ाने के लिए केंद्र और राज्य के बीच साझी जिम्मेदारी है। राज्य सरकार को भी क्षेत्रक योजना प्राथमिकताओं/आवंटन में शिक्षा को उच्च प्राथमिकता देनी चाहिए।

संलग्नक -1.2.1
प्रमुख शैक्षिक आंकड़े 2004-05

(रु. करोड़ में)

क्रम.	राज्य/संघशासित प्रदेश	जनसंख्या करोड़	जनसंख्या 6-14	साक्षरता 2001	जीईआर (I-VIII)	कक्षा (I-X)	शुप आउट	पीटीआर	विद्यालय प्रति लाख संख्या	प्राथमिक माध्यमिक/ उच्च. माध्य	(रु. करोड़)	दरवी योजना एचएसए खय	कुल प्रति व्यक्ति	प्रति संस्थान लाख जनसंख्या	विविध कालेज तक-	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	आंध्र प्रदेश	7.62	1.30	60.5	86.99	63.69	33	31	99	22	1806.75	5.09	1387	31.6	0.59	1.97
2	अरुणाचल प्रदेश	0.11	0.02	54.3	106.70	70.79	34	30	163	19	187.30	0.53	8179	11.4	1.14	5.70
3	असम	2.67	0.53	63.3	91.92	74.96	42	16	137	19	1165.14	3.28	2186	46.5	0.88	25.34
4	बिहार	8.30	1.88	47.0	65.16	83.06	104	75	57	4	2479.49	6.99	1319	46.2	1.18	43.87
5	छत्तीसगढ़	2.08	0.41	64.7	112.63	0.00	48	46	203	12	1439.83	4.06	3513	43.8	1.03	18.25
6	गोवा	0.13	0.02	82.0	106.04	40.65	21	17	76	31	19.03	0.05	1119	14.1	0.61	1.57
7	गुजरात	5.06	0.89	69.1	101.70	59.29	35	39	73	14	972.75	2.74	1096	26.6	1.05	5.55
8	हरियाणा	2.11	0.41	67.9	80.01	32.48	44	30	63	23	732.96	2.07	1800	24.9	1.35	2.20
9	हिमाचल प्रदेश	0.61	0.10	76.5	108.74	-6.98	24	30	212	37	366.50	1.03	3658	9	0.71	7.00
10	जम्मू एवं कश्मीर	1.01	0.19	55.5	74.45	53.75	34	16	153	13	482.54	1.36	2518	11.8	2.12	6.64
11	झारखंड	2.69	0.58	53.6	75.82	0.00	81	61	76	4	1429.56	4.03	2480	35.5	2.43	18.93
12	कर्नाटक	5.28	0.89	66.6	98.76	59.38	26	37	97	21	1707.17	4.81	1909	20.3	0.59	1.84
13	केरल	3.18	0.44	90.9	95.35	7.15	28	27	30	16	390.72	1.10	893	40.9	1.76	2.68
14	मध्य प्रदेश	6.03	1.24	63.7	114.09	64.70	43	30	205	13	3534.59	9.96	2844	30.5	0.84	6.15
15	महाराष्ट्र	9.69	1.66	76.9	105.70	54.16	37	37	67	18	2205.65	6.22	1327	24.8	0.84	2.99
16	मणिपुर	0.22	0.04	70.5	129.65	43.02	30	20	150	31	52.07	0.15	1389	11.25	0.39	11.25
17	मेघालय	0.23	0.05	62.6	121.93	79.15	44	16	317	29	94.10	0.27	1897	24.1	0.45	24.1
18	मिजोरम	0.09	0.02	88.8	109.51	66.95	17	8	263	56	141.21	0.40	8826	9.2	0.35	4.60
19	नागालैंड	0.20	0.04	66.6	75.76	97.29	19	16	97	18	69.86	0.20	1708	20.7	0.56	6.90
20	उड़ीसा	3.68	0.65	63.1	108.47	64.42	53	44	162	23	1506.65	4.25	2315	25.4	0.54	7.05
21	पंजाब	2.43	0.41	69.7	72.57	44.06	43	19	62	16	602.66	1.70	1486	28.2	1.20	5.52

(अनुबंध 1.2.1 जारी)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
22	राजस्थान	5.65	1.22	60.4	102.67	73.87	49	34	137	17	2540.85	7.16	2089	24	0.98	10.71
23	सिक्किम	0.05	0.01	68.8	111.49	82.30	22	25	155	29	29.33	0.08	2848	2.8	2.8	1.87
24	तमिलनाडू	6.24	0.89	73.5	113.96	55.19	33	41	63	14	1742.08	4.91	1965	16.4	1.44	1.51
25	त्रिपुरा	0.32	0.06	73.2	109.59	73.36	54	15	84	20	214.40	0.60	3622	33.2	2.37	16.6
26	उत्तर प्रदेश	16.62	3.64	56.3	87.04	43.77	58	35	95	7	6836.31	19.27	1878	45.2	1.75	11.76
27	उत्तरांचल	0.85	0.16	71.6	106.39	0.00	25	18	207	21	533.95	1.51	3258	9.9	1.04	4.46
28	पश्चिम बंगाल	8.02	1.43	68.6	94.67	78.03	54	44	63	10	2051.18	5.78	1438	34.7	2.23	8.86
29	अंड. एवं निको. द्वीप.	0.03	0.01	81.3	107.97	36.97	20	18	69	24	15.29	0.04	2592		1.3	1.95
30	चंडीगढ़	0.09	0.01	81.9	71.87	16.73	41	29	3	12	16.04	0.05	1146	3.33	0.83	3.33
31	दादर एवं ना. हवेली	0.02	0.00	57.6	113.70	67.06	62	43	91	9	3.90	0.01	975			2.39
32	दमन एवं दीव	0.06	0.00	78.2	128.85	43.43	43	29	40	15	0.91	0.00	479		1.9	1.90
33	दिल्ली	1.38	0.25	81.7	91.84	46.92	40	26	20	11	88.91	0.25	358	1	2.4	3.69
34	लक्षद्वीप	0.01	0.00	86.7	58.75	18.88	21	16	38	16	0.10	0.00	53			
35	पांडिचेरी	0.1	0.01	81.2	121.34	16.89	24	21	45	22	13.83	0.04	981	10.1	0.92	1.01
	भारत	102.86	19.46	64.8	93.54	61.92	46	35	97	14	35473.61	100.0	1823	27.4	1.04	4.36

नोट: जीईआर: सकल पंजीकरण अनुपात, पीटीआर: विद्यार्थी अध्यापक अनुपात, उच्च प्राथमिक
 लोत : चयनित शैक्षणिक आंकड़े 2004-2005

संलग्नक - 1.3.1
राष्ट्रीय संस्थान

क्र.सं.	राज्य/संघशासित प्रदेश	जनसंख्या (करोड़)	IITs	IIMs	CU	CSIR	ICAR	DST	ICMR	अन्य	कुल
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	आंध्र प्रदेश	7.62			3	3	9	1	3	2	20
2	अरुणाचल प्रदेश	0.11			1		1				2
3	असम	2.67	1		2	1	1		1		6
4	बिहार	8.30				2		1	3		
5	छत्तीसगढ़	2.08									0
6	गोवा	0.13				1	1			1	3
7	गुजरात	5.06		1		1	2		1	1	6
8	हरियाणा	2.11					6			1	7
9	हिमाचल प्रदेश	0.61				1	2				3
10	जम्मू एवं कश्मीर	1.01				1	1				2
11	झारखंड	2.69				3	1				4
12	कर्नाटक	5.28		1		3	5	4	1		14
13	केरल	3.18		1		1	5	1		2	10
14	मध्य प्रदेश	6.03		1		1	4		1	1	8
15	महाराष्ट्र	9.69	1		1	2	8	2	7	5	26
16	मणिपुर	0.22			1					1	3
17	मेघालय	0.23			1		1				2
18	मिजोरम	0.09			1						1
19	नागालैंड	0.20			1		1				2
20	उड़ीसा	3.68				1	4		1	3	9
21	पंजाब	2.43					1				1
22	राजस्थान	5.65				1	6		1		8
23	सिक्किम	0.05			1		1				1
24	तमिलनाडू	6.24	1			4	3		3	3	14
25	त्रिपुरा	0.32			1						0
26	उत्तर प्रदेश	16.62	1	1	4	4	14	1	2	1	28
27	उत्तरांचल	0.85	1			2	4	2			9
28	पश्चिम बंगाल	8.02	1	1	1	3	3	3	1	2	15
29	अंद.एवं निको. द्वीप.	0.03					1		1		2
30	चंडीगढ़	0.09				2					2
31	दादर एवं ना. हव.	0.02									0
32	दमन एवं दीव	0.06									0
33	दिल्ली	1.38	1		4	5	8		4	2	24
34	लक्षद्वीप	0.01									0
35	पांडिचेरी	0.1			1				1		2
	भारत	102.86	7	6	23	40	95	14	29	25	237

नोट: *अन्य में डीबीटी, डीओसी, डीएई, एमओई शामिल हैं

स्रोत: चयनित शैक्षिक आंकड़े, 2004-05

42 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

संलग्नक - 1.3.2
निगरानी समिति - क्षेत्रवार व्यय

(रु. करोड़)

क्र.सं.	क्षेत्र	संस्थानों की संख्या	कुल व्यय
1	कृषि	5	133
2	केंद्रीय विश्वविद्यालय	17	3298
3	प्रबंधन	7	285
4	चिकित्सा	11	1877
5	इंजीनियरिंग	39	6746
	कुल	79	12338
6	मेरिट स्कोलरशिप स्कीम	-	1680
7	शोध छात्रवृत्ति	-	1500
8	आईटी इंफ्रास्ट्रक्चर	-	1752
	कुल योग	79	17270

मद 1-5 : इंफ्रॉस्ट्रक्चर और भौतिक सुविधाओं के लिए

मद 6 : कक्षा नौ से स्नातकोत्तर कार्यक्रम तक रु. 12,000/- प्रति विद्यार्थी प्रतिवर्ष कम से कम 100,000 विद्यार्थियों को प्रतिवर्ष शामिल करने के लिए।

मद 7 : 10,000 विद्यार्थियों के लिए रु. 100,000 प्रति वर्ष की अनुसंधान एवं नव-परिवर्तन छात्रवृत्ति के लिए राष्ट्रीय विज्ञान प्रतिभा के लिए।

मद 8 : निजी कंप्यूटर तक पहुंच वाले प्रत्येक विद्यार्थी के साथ आईसीटी समर्थित नेटवर्क वाले डिजिटल कैंपसों के लिए।

युवा मामले और खेल तथा कला एवं संस्कृति

2.1 युवा मामले और किशोरों का विकास

2.1.1 किशोर और युवा ऊर्जावान एवं प्रगतिशील होने के साथ-साथ किसी भी देश के लिए संभावनाओं से भरपूर सबसे बहुमूल्य मानव संसाधन होते हैं। यद्यपि विकसित देशों में उच्च निर्भरता अनुपात के साथ युवाओं की आबादी तेजी से सिकुड़ रही है, लेकिन सौभाग्यवश भारत की 70 प्रतिशत आबादी 35 वर्ष से कम उम्र की है। आने वाले कुछ दशकों में भारत दुनिया का सबसे अधिक युवाओं वाला देश होगा। भारत में 10 और 19 साल के उम्र वर्ग के बीच की आबादी लगभग 242 मिलियन है जो अपनी प्रगतिशील सोच से देश और समाज की स्थिति में अप्रतिम क्षमता से युक्त युवाओं का यह अभी तक का सबसे बड़ा समूह है। देश के युवाओं के विकास के लिए निवेश करने का इससे बेहतर समय पहले कभी नहीं रहा है। इसलिए युवाओं की सक्रियता और दायित्वपूर्ण भागीदारी के जरिए देश निर्माण के लिए उनकी अपरिमित ऊर्जा के दोहन की आज देश को जरूरत है।

वर्तमान योजनाएं और कार्यक्रम

2.1.2 इस समय युवाओं और किशोरों के विकास के लिए 12 योजनाओं और कार्यक्रमों का क्रियान्वयन किया जा रहा है। इन योजनाओं को मोटे तौर पर दो भागों में बांटा जा सकता है - युवा आधारित संगठन और युवाओं के विकास से संबंधित क्रियाकलाप। नेहरू युवा केंद्र संगठन (एनवाईकेएस) और नेशनल सर्विस स्कीम (एनएसएस) दो प्रमुख कार्यक्रम हैं जिनके क्रियाकलाप मुख्य रूप से संस्थागत, क्रियात्मक और वित्तीय मामलों (60 प्रतिशत) से संबंधित है। सन् 1993 में गठित राजीव गांधी राष्ट्रीय युवा विकास संस्थान (आरजीएनआईवाईडी) युवा विकास के लिए शिक्षा प्रशिक्षण

और शोध जैसे कार्यों के अंजाम देता आ रहा है। यूथ होस्टल योजना का मकसद युवाओं को यात्रा के लिए प्रेरित करना और उन्हें यात्रा के दौरान सस्ती दर पर रहने और खाने की व्यवस्था मुहैया कराना है। नेशनल सर्विस वॉलेंटियर्स स्कीम (एनएसवीएस) और राष्ट्रीय सद्भावना योजना (आरएसवाई) का मकसद छात्रों के अलावा अन्य युवकों को युवा और सामुदायिक विकास से संबंधित क्रियाकलापों से जोड़ने का अवसर उपलब्ध कराना है। व्यावसायिक प्रशिक्षण, किशोरों का विकास, राष्ट्रीय एकता और जोखिम भरे कार्यों से संबंधित क्रियाकलापों को संपादित करने से जुड़ी योजनाओं के लिए एनवाईकेएस और अन्य एनजीओ/संस्थानों को वित्तीय सहायता दी जाती है। भारत स्काउट्स और गाइड्स को प्रशिक्षण देने और देशभर में उसके समागम आदि के आयोजन के लिए अनुदान सहायता दी जाती है। राष्ट्रमंडल देशों के साथ सांस्कृतिक युवा कार्यक्रम आयोजित करने की योजना युवाओं में विचारों, मूल्यों और सांस्कृतिक आदान-प्रदान करने और संबंधों को मजबूत करने का एक प्रभावकारी जरिया है।

योजना कार्यकाल के दौरान निष्पादन

2.1.3 देश निर्माण में युवा शक्ति का दोहन करने के लिए राष्ट्रीय अनुशासन, नेतृत्व प्रशिक्षण, एनएसएस और एनवाईकेएस का विस्तार और उसे मजबूत करना, एनएसवाईएस शुरू करना, विभिन्न कार्यक्रमों के बीच प्रभावकारी समन्वय आदि को विभिन्न योजना काल के दौरान शुरू किया गया। सातवीं योजना में इस क्षेत्र को उस समय जबर्दस्त बढ़ावा मिला जब एक राष्ट्रीय युवा नीति का निर्माण किया गया और 1992 में एक क्रियान्वयन योजना अस्तित्व में आई। आठवीं और नौवीं योजना में मुख्य

जोर देश निर्माण से संबंधित गुणवत्ता आधारित विभिन्न क्रियाकलापों को अंजाम देने में युवा शक्ति का उपयोग करना था।

2.1.4 दसवीं पंचवर्षीय योजना में मुख्य जोर युवाओं को योजना निर्माण और विकास की प्रक्रिया से जोड़ना तथा उन्हें उचित शैक्षिक और प्रशिक्षण अवसर, रोजगार के अवसरों की जानकारी, उद्यमिता संबंधी दिशा-निर्देश और वित्तीय ऋण उपलब्ध कराकर विकास रणनीति के केंद्र में रखने पर था। इसमें युवाओं में नेतृत्व क्षमता, सहिष्णुता, खुलेपन और देशभक्ति जैसे गुणों के विकास के लिए कार्यक्रम भी शामिल थे। एनवाईकेएस को विस्तारित करके इसके दायरे में देश के सभी जिलों को लाना था तथा यूथ क्लबों के नेटवर्क को बढ़ाकर इसके तहत 6 लाख से अधिक गांवों में से कम से कम 50 प्रतिशत को लाने की भी योजना थी। कम से कम एक युवा विकास केंद्र (वाईडीसी) की स्थापना देश के 6200 ब्लॉकों में किया जाना था। इनके अलावा 500 ग्रामीण सूचना तकनीक युवा विकास केंद्रों (आईटीवाईडीसी) की स्थापना करने का लक्ष्य भी रखा गया था। एनएसएस को विस्तारित करके इसके तहत सभी डिग्री कॉलेजों और बारहवीं कक्षा वाले स्कूलों को कवर किया जाना था। जबकि राष्ट्रीय सद्भावना योजना की पहुंच को बढ़ाकर 500 जिले तक किया जाना था। राजीव गांधी राष्ट्रीय युवा विकास संस्थान को युवाओं से संबंधित मामलों की जानकारियों, दस्तावेजीकरण, शोध और प्रशिक्षण के सर्वोच्च राष्ट्रीय केंद्र के रूप में विकसित करना था। लेकिन विभिन्न संस्थानों का वांछित विकास और क्रियाकलापों को अंजाम नहीं दिया जा सका, इसलिए वर्णित लक्ष्यों को हासिल करने के लिए योजना आयोग की समीक्षा ने संस्थागत व्यवस्थाओं में व्यापक फेरबदल करके उसकी पुनर्संरचना करने का सुझाव दिया। एक बड़ी कमी युवा मामले एवं खेल मंत्रालय के विभिन्न कार्यक्रमों में राज्य सरकार की संलिप्तता के अभाव के रूप में सामने आई। अन्य बाधक तत्वों में अति केंद्रीयकृत व्यवस्था, यूटिलाइजेशन सर्टिफिकेट की अत्यधिक समस्याएं और योजना से संबंधित क्रियाकलापों का खराब प्रदर्शन शामिल हैं।

2.1.5 एनएसएस को एनसीएमपी के तहत प्रमुखता वाले क्षेत्रों में से एक के रूप में शामिल किया गया है। इसके तहत शैक्षिक संस्थानों के जरिए राष्ट्रीय और सामाजिक विकास के कार्यों से युवाओं को जोड़ने के लिए उन्हें अवसर उपलब्ध कराने की जरूरत पर बल दिया जाता है। पुन-समीक्षित 20 सूत्री कार्यक्रम के तहत राष्ट्रीय सद्भावना योजना और एनएसएस को विशेष निगरानी लक्ष्यों के हिस्से के रूप में शामिल किया गया है।

एनएसएस का लक्ष्य "यू नॉट मी " युवाओं के दिमाग में देश और सामुदायिक सेवा की भावना भरना है।

दसवीं योजना के दौरान निष्पादन की समीक्षा

2.1.6 677.64 करोड़ रूपए के दसवीं पंचवर्षीय योजना परिव्यय के मुकाबले, वार्षिक योजनाओं के लिए 642.06 करोड़ रूपए आवंटित किए और कुल खर्च 522.64 करोड़ रूपए था जो कुल परिव्यय का 77 फीसदी और आवंटन का 81 फीसदी है (संलग्नक-2.1.1)। विभिन्न योजनाओं के तहत उपलब्धियां लक्ष्य से कम रहीं। एनवाईकेएस अपने क्रियाकलापों को 500 जिलों से अधिक विस्तारित नहीं कर सका जिन्हें 9वीं योजना के अंत तक कवर किया गया। यूथ क्लबों, स्पोर्ट्स क्लबों, महिला मंडलों जैसे प्रारंभिक स्तर के युवा संगठनों और एनवाईकेएस के बीच तार्किक संबंधों को पूरी तरह से मूर्त रूप नहीं दिया जा सका। यद्यपि एनएसएस की प्रगति तुलनात्मक रूप से बेहतर रही है लेकिन विश्वविद्यालयों, कॉलेजों और बारहवीं वाले स्कूलों के नेटवर्क तक विस्तार करने की वांछित गति के साथ यह तारतम्यता नहीं बना सकी। आरजीएनवाईआईडी लगातार प्रारंभिक समस्याओं से जूझता रहा और दसवीं योजना के दूसरे हिस्से के दौरान ही वह कामकाज शुरू कर सका। इस समय 72 यूथ होस्टल हैं, 18 निर्माणाधीन हैं और 32 को सैद्धांतिक रूप से स्वीकृति मिल गई है। सरकारी स्वामित्व वाले सिर्फ कुछ यूथ होस्टलों को ही इंटरनेशनल यूथ होस्टल्स एसोसिएशन से सम्बद्धता मिल सकी क्योंकि अधिकांश आवास, स्वागत, स्वास्थ्य-सफाई और सुरक्षा जैसे मानकों पर खरे नहीं उतर सके। भारत-चीन दोस्ती के साल 2006 के दौरान चीन के साथ मेगा यूथ एक्सचेंज प्रोग्राम को ही एक बड़ी सफलता कहा जा सकता है।

2.1.7 भारत में युवाओं की लगातार बढ़ रही आबादी को देखते हुए तथा दसवीं योजना में तय लक्ष्यों को हासिल करने के लिए राष्ट्रीय युवा नीति 1998 की जगह एक नई राष्ट्रीय युवा नीति-2003 लाई गई। इसके तहत चार क्षेत्रों पर मुख्य रूप से जोर दिया गया-(1) युवाओं का सशक्तिकरण (2) लिंग न्याय (3) अंतर-क्षेत्रीय दृष्टिकोण और (4) सूचना तथा शोध नेटवर्क।

2.1.8 युवा नीति मुख्य रूप से इन युवा समूहों की समूहों को सम्मिलित करती है:— नीतिगत कार्यक्रमों के तहत रखा है, उनमें शामिल हैं -(ए) ग्रामीण और जनजातीय युवक (बी) स्कूल से बाहर के युवा (सी) किशोर खासकर नाबालिग लड़कियां (डी) शारीरिक विकलांगता के शिकार युवक (ई) नशाखोर, अनाथ और गलियों में रहने वाले तथा ऐसे ही कठिन परिस्थितियों में रहने वाले युवक।

ग्यारहवीं योजना के दृष्टिकोण और रणनीति

2.1.9 ग्यारहवीं योजना में देश के युवकों की पूरी क्षमता का दोहन करने और देश के समाजार्थिक विकास तथा उनकी ऊर्जा के उपयोग के लिए एक सम्यक और व्यापक रणनीति को सामने रखा गया है। समाजार्थिक परिवर्तन में युवकों को अधिक प्रभावी और उत्पादक बनाने के लक्ष्य को हासिल करने के लिए वर्तमान नीतियों, उपायों और संस्थाओं का प्रभावी क्रियान्वयन, प्रगतिशील नीतियों की शुरुआत, प्रभावी और कुशल कार्यक्रमों और युवकों से जुड़े संस्थानों को सशक्त बनाने के लिए रचनात्मक उपाय करने की जरूरत पर बल दिया गया है। सभी तरह के प्रयासों में समन्वय सुनिश्चित करना होगा। किसी स्वतंत्र एजेंसी के जरिए वर्तमान कार्यक्रमों का मूल्यांकन जरूरी होगा और जेडबीबी के अंतर्गत आने वाले कार्यक्रमों की पुनर्संरचना नियमित रूप से सालाना बजट में होगी।

ग्यारहवीं योजना के लिए कार्यक्रम

1. नेहरू युवा केंद्र संगठन (एनवाईकेएस)

2.1.10 एनवाईकेएस का मुख्य जोर यूथ क्लब आंदोलन को मजबूत करने, उसका विस्तार करने और उसे प्रभावी तरीके से क्रियान्वित करने पर होगा। इसके क्रियाकलापों और क्रियान्वयन के तौर-तरीकों में आमूलचूल परिवर्तन होगा। एनवाईकेएस की सेवाओं का उपयोग वर्तमान और नए कार्यक्रमों के जरिए धर्मनिरपेक्ष मूल्यों, राष्ट्रीय एकता और देश में अतिवाद के खिलाफ लोगों की भावनाओं को सबल बनाने के लिए होगा। सक्रिय क्लबों को पंजीकृत करने के लिए लचीला तरीका अपनाया जाएगा। यूथ क्लबों को उनके प्रदर्शन और सक्रियता के आधार पर फिर से ए, बी और सी तीन समूहों में बांटा जाएगा। मुख्य फोकस समूहों को आगे बढ़ने, सक्रिय और आत्मनिर्भर बनने पर होगा। एनवाईकेएस की पहुंच को देश के

बॉक्स 2.1.1

ग्यारहवीं योजना के लक्ष्य - युवा मामले

- विभिन्न योजनाओं के बीच उचित तारतम्यता स्थापित करके युवाओं का सम्पूर्ण विकास
- युवाओं का समग्र व्यक्तित्व विकास और जीवन कौशल का विकास
- युवाओं के लिए संघालित कार्यक्रमों की पुनर्संरचना और विस्तार के जरिए युवाओं का सशक्तिकरण
- युवाओं के विकास कार्यक्रमों में महिलाओं की अधिक भागीदारी
- सामाजिक, आर्थिक, धार्मिक और भाषायी सीमाओं से ऊपर उठकर देश के निर्माण संबंधी क्रियाकलापों में ग्रामीण युवाओं की भागीदारी पर विशेष बल

604 जिलों तक बढ़ाया जाएगा। विशेष अभियानों के जरिए महिलाओं की सदस्यता बढ़ाई जाएगी। इसके लक्ष्यों की निगरानी के लिए कम्प्यूटरीकृत एमआईएस लागू किया जाएगा। खाली जगहों को भरने के लिए चयन प्रक्रिया की समीक्षा की जाएगी। एनवाईकेएस विभिन्न कार्यक्रमों के क्रियान्वयन से राज्य सरकार को भी जोड़ेगा।

2. नेशनल सर्विस स्कीम (एनएसएस)

2.1.11 एनएसएस को मजबूत किया जाएगा और इसे बढ़ाकर 2.60 मिलियन स्वयंसेवियों से 5.10 स्वयंसेवियों का किया जाएगा और कार्यक्रम संबंधी क्रियाकलापों में गुणात्मक सुधार करके इसे अधिक प्रभावी बनाया जाएगा। एनएसएस को उन विश्वविद्यालयों, कॉलेजों, तकनीकी संस्थानों और सीनियर सेकेंड्री स्कूलों तक विस्तारित किया जाएगा जो इस समय इसके अंतर्गत नहीं हैं। 9वीं कक्षा को इसके दायरे में लाने की संभावनाओं पर अलग से विचार किया जाएगा। वित्तीय व्यवस्था के मामले में सामान्य राज्यों के लिए इसे वर्तमान 70:50 से बढ़ाकर एनसीसी के समानांतर 75:25 और पूर्वोत्तर राज्यों के लिए 90:10 किया जाएगा।

3. राजीव गांधी राष्ट्रीय युवा विकास संस्थान (आरजीएनआईवाईडी)

2.1.12 आरजीएनआईवाईडी का विकास सर्वोत्तम संस्थान के रूप में किया जाएगा और इसे देश में डीम्ड नेशनल यूथ यूनिवर्सिटी का दर्जा दिया जाएगा। पंचायती राज संस्थानों से युवा नेतृत्व पर विशेष फोकस देगा और युवाओं के विकास के मामले में इसे अंतरराष्ट्रीय स्तर के संस्थान के रूप में विकसित किया जाएगा। चंडीगढ़ स्थित कॉमनवेल्थ यूथ प्रोग्राम एशिया सेंटर के साथ आरजीएनआईवाईडी के सहयोग को मजबूत किया जाएगा ताकि इसमें उच्च स्तर की अंतरराष्ट्रीय भागीदार संभव हो सके।

4. यूथ होस्टल

2.1.13 युवाओं को देश-भ्रमण के लिए प्रोत्साहित करने के लिए ऐतिहासिक, सांस्कृतिक और पर्यटन स्थलों पर केन्द्र एवं राज्य सरकारों के उपक्रम रूप में यूथ होस्टलों के निर्माण का लक्ष्य रखा गया है। इसका निर्माण, रखरखाव और क्रियान्वयन सार्वजनिक-निजी भागीदारी फ्रैंचाइजी के रूप में किया जा सकता है जो आत्मनिर्भर होगा। होस्टल के कुछ हिस्सों में खास सुविधाओं के साथ अलग टैरिफ लगाया जाएगा ताकि परिसर के रखरखाव संबंधी जरूरतों को बेहतर ढंग से पूरा किया जा सके।

5. युवाओं और किशोरों के विकास हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम

2.1.14 युवाओं और किशोरों के विकास के लिए युवा शक्ति अभियान के अंतर्गत अनुदान सहायता/वित्तीय सहायता के माध्यम से वित्त पोषित किए जा रहे कार्यक्रमों/स्कीमों की पुनः संरचना की जाएगी और उन्हें एक सिंगल स्कीम अर्थात् 'युवाओं और किशोरों के विकास के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम' के अंतर्गत रखा जाएगा। भविष्य में किशोरों की संख्या में बढ़ोत्तरी को ध्यान में रखते हुए ग्यारहवीं योजना में किशोरों की ऐसे विशिष्ट व्यक्तियों के रूप में पहचान की गई है, जिनके अपने अधिकार, आकांक्षाएं और सरोकार हैं और इस प्रकार कल्याण दृष्टिकोण से अधिकार और सशक्तिकरण अभिमुखी दृष्टिकोण की ओर बदलाव पर बल दिया गया है। ग्यारहवीं योजना के महत्वपूर्ण क्षेत्रों में युवा मामले और खेल मंत्रालय की विभिन्न स्कीमों का कवरेज किशोरों तक बढ़ाने और समग्र दृष्टिकोण से किशोरों के विकास और सशक्तिकरण के लिए वित्तीय सहायता की मौजूदा स्कीम को सुदृढ़ करने की आवश्यकता को उजागर करना शामिल होगा।

6. अन्य स्कीमें

2.1.15 एनएसवीएस और राष्ट्रीय सद्भावना योजना (आरएसवाई) के तहत आने वाले स्वयंसेवी, एनवाईकेएस की मजबूत कड़ी हैं। इन योजनाओं को एनवाईकेएस के साथ जोड़ दिया जाना चाहिए और इसे "राष्ट्रीय वॉलंटियर स्कीम" के रूप में पुनः नामित किया जाना चाहिए। वर्तमान योजना जैसे कॉमनवेल्थ यूथ प्रोग्राम (सीवाईपी) को सशक्त बनाया जाएगा। चीन के साथ मेगा यूथ एक्सचेंज प्रोग्राम नियमित रूप से चलता रहेगा। नये ध्यान केन्द्रण सहित स्काउटिंग और गाइडिंग लगातार जारी रहेगा और इसके तहत लड़कों और लड़कियों के चरित्र के विकास पर फोकस किया जाएगा और उनमें देशभक्ति, सामाजिक सेवा और साम्प्रदायिक सद्भावना जैसी भावनाएं भरी जाएंगी। विशेषकर जोखिम से भरे खेलों, पर्यटन और पारिस्थितिकी पर्यटन के क्षेत्र में सार्वजनिक-

निजी भागीदारी (पीपीपी) की बड़ी संभावना होगी। इस आंदोलन का आधार बढ़ाने और वृहद इंडिया यूथ नेटवर्क (आईवाईएन) के हिस्से के रूप में इसे प्रभावी बनाने के लिए भागीदारी परामर्श प्रक्रिया के जरिए एक रोड मैप तैयार किया जाएगा।

खेल और शारीरिक शिक्षा

2.1.16 प्रत्येक सभ्यता ने विभिन्न तरह के खेलों और आयोजनों के जरिए शारीरिक यत्न और स्वस्थ सामाजिक अंतःकरण के अपने तौर-तरीके विकसित किए हैं। ओलंपिक आंदोलन के जन्मदाता प्राचीन यूनान के दार्शनिक ग्रन्थों में शिक्षा और मानव के व्यक्तित्व के विकास के अंतःनिहित तत्व रहे हैं। भारत में वैदिक ग्रन्थों से लेकर बौद्ध और जैन साहित्य में खेलों को सामाजिक और सांस्कृतिक जीवन का एक अहम हिस्सा माना गया है। स्वामी विवेकानंद देश में खेल संस्कृति की वकालत करने वाले सबसे बड़े पुरोधा रहे हैं। उन्होंने कहा कि - "मेरे युवा दोस्त मजबूत बनो, यही आपको मेरी सलाह है। आप फुटबॉल खेलकर गीता पढ़ने से अधिक ईश्वर के करीब रहेंगे।"

2.1.17 ग्यारहवीं और बारहवीं योजना काल के दौरान देश में कई अंतर्राष्ट्रीय खेलों का आयोजन होगा। 2007 में विश्व सैन्य खेलों का आयोजन हैदराबाद में सम्पन्न हुआ। कॉमनवेल्थ यूथ गेम्स का आयोजन 2008 में पुणे में होगा। इसके बाद दिल्ली में 2010 में मुख्य राष्ट्रमंडल खेलों का आयोजन होगा। इन खेलों के आयोजन का मुख्य मकसद खेल संस्कृति का विकास करना और देश के विभिन्न हिस्सों में विश्वस्तरीय खेल सुविधाओं का विकास है ताकि खेलों के क्षेत्र में हम बेहतर हों विशेषकर राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय खेलों में मेडल जीतने की हमारे खिलाड़ियों की क्षमता का विकास हों। वर्तमान नीतियों और कार्यक्रमों की समीक्षा की जरूरत है। हमें उसके अनुसार अपनी रणनीति और क्रियाकलापों की योजना बनानी होगी।

बॉक्स 2.1.2

राष्ट्रमंडल खेल (सीजी)- 2010 और राष्ट्रमंडल युवा खेल (सीवाईजी)- 2008 -

- सीजी का आयोजन 2010 में 3 से 14 अक्टूबर के बीच दिल्ली में किया जाएगा।
- सीजी-2010 में 17 खेल होंगे जिनका आयोजन वर्तमान और कुछ नए बनाए जा रहे इंडोर-आउटडोर स्टेडियमों में होगा जिनका निर्माण डीडीए, डीयू, एसएआई, एआईटीए और एनसीटीडी जैसी एजेंसियों द्वारा किया जा रहा है। नई दिल्ली खेल गांव की स्थापना 83.5 एकड़ जमीन पर की जाएगी जिसमें 8500 एथलीट और अधिकारियों के आवास की व्यवस्था होगी। खेलों के आवासीय क्षेत्र का विकास पीपीपी के आधार पर किया जा रहा है। सीजी 2010 पर कुल अनुमानित परिव्यय 6304 करोड़ रूपए होगा।
- वर्तमान स्टेडियमों का इस्तेमाल तीरंदाजी, जलयुध खेलों, एथलेटिक्स, बैडमिंटन, बॉक्सिंग, साइकिलिंग, एलीट एथलीट्स डिसएबिलिटी (ईएडी) खेलों, जिम्नस्टिक्स, हॉकी, लॉन बॉल्स, नेटबॉल, रग्बी 7एस, निशानेबाजी, स्कवैश, टेबल टेनिस, टेनिस, भारोत्तोलन और कुस्ती के लिए होगा।
- सीजी-2010 से पहले तीसरा सीवाईजी का आयोजन 12 से 18 अक्टूबर 2008 के बीच पुणे में होगा। सीवाईजी के तहत एथलेटिक्स, बैडमिंटन, बॉक्सिंग, निशानेबाजी, तीरंदाजी, टेबल टेनिस, टेनिस, भारोत्तोलन और कुस्ती, खेल प्रतियोगिताएं होती हैं। योजना आयोग ने पुणे में खेल से संबंधित बुनियादी संरचना विकास के लिए 210 करोड़ और महाराष्ट्र सरकार ने 100 करोड़ रूपए दिए हैं।

योजना अवधि के दौरान निष्पादन

2.1.18 राष्ट्रीय खेल नीति-1984 देश में खेलों के विकास और उसे बढ़ावा देने के लिए एक संगठित और व्यवस्थित ढांचा बनाने की पहली पहल थी। यह नीति आज की राष्ट्रीय खेल नीति-2001 की अग्रदूत भी है। इस नीति में खेलों और शारीरिक शिक्षा को शैक्षिक पाठ्यक्रम का अभिन्न हिस्सा बनाने पर जोर दिया गया है। यह संकल्प राष्ट्रीय शैक्षिक नीति (एनपीई) 1986 में भी वर्णित है जिसके तहत खेलों और शारीरिक शिक्षा को सीखने की प्रक्रिया का एक अभिन्न हिस्सा बनाने पर जोर दिया गया है। इस नीति में शैक्षिक मूल्यांकन में खेलों को शामिल करने पर बल दिया गया है। तथापि, जैसा कि नीचे तालिका (2.1.1) में दिया गया है कि युवाओं की आबादी को देखते हुए राष्ट्रीय और राज्य स्तरों पर युवा मामलों और खेल के क्षेत्र में 8वीं योजना निवेश की समीक्षा से घोर अपर्याप्तता सामने आई है-

तालिका 2.1.1
युवा मामले और खेल पर योजना खर्च (रु. करोड़)

मद	आठवीं योजना	9वीं योजना	दसवीं योजना
केंद्र	434 (38)	895 (44)	1832 (41)
राज्य/केंद्र शासित प्रदेश	712 (62)	1143 (56)	2649 (59)
कुल	1146 (100)	2038 (100)	4481 (100)

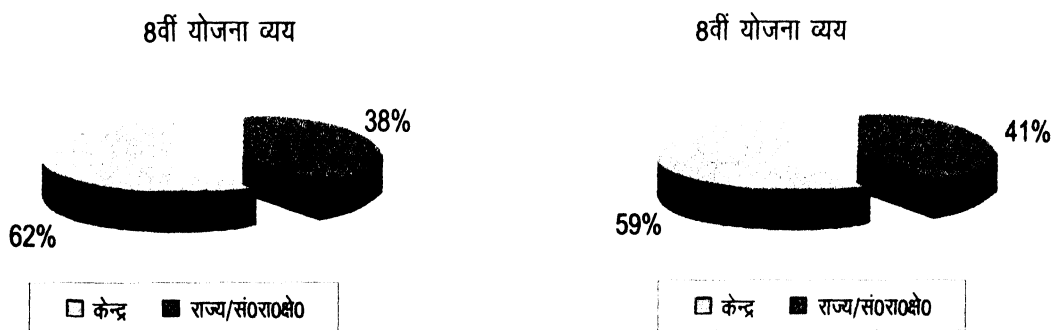
स्रोत : योजना आयोग, राज्य योजना प्रभाग।

टिप्पणी : कोष्ठक में फीसदी दी गई है।

2.1.19 दसवीं योजना के दौरान केंद्र और राज्य स्तर पर प्रति युवा योजना खर्च प्रति वर्ष क्रमशः केवल 8.94 रूपए और 12.92

रूपए और राष्ट्रीय प्रति व्यक्ति खर्च 21.86 रूपए प्रति युवा है। केरल, हरियाणा, उत्तर प्रदेश, उड़ीसा, गुजरात, मध्यप्रदेश और बिहार जैसे कई प्रमुख राज्यों में प्रति व्यक्ति योजना खर्च राष्ट्रीय औसत से काफी कम है। इसे योजना खर्च के ढांचे से भी समझा गया है। योजना खर्च में राज्य की भागीदारी गिरकर आठवीं योजना के 62 प्रतिशत से दसवीं योजना में 59 प्रतिशत हो गयी है। (चित्र 2.1.1) प्रमुख राज्यों में आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, पश्चिम बंगाल, महाराष्ट्र और तमिलनाडु योजना खर्च में शीर्ष में हैं, वहीं गुजरात, राजस्थान, हिमाचल प्रदेश निचली श्रेणी में हैं।

2.1.20 खेल प्रबंधन में सुधार की जरूरत है और सरकार को इसे चुस्त-दुरुस्त, व्यवस्थित और नतीजा उन्मुख बनाना चाहिए। संसद की स्थायी समिति ने जिन समस्याओं और मामलों को चिन्हित किया, वे हैं-(ए) देश में खेल संस्कृति एवं खेल संबंधी जागरूकता का अभाव (बी) शिक्षा के साथ खेलों के समन्वय या जुड़ाव का अभाव (सी) केंद्र, राज्यों, खेल संघों और निजी और सार्वजनिक क्षेत्र के विभिन्न संगठनों के बीच उचित समन्वय का अभाव (डी) ग्रामीण क्षेत्रों में बुनियादी संरचना का अभाव और शहरी क्षेत्रों और बड़े शहरों में ही इसकी उपलब्धता (ई) उपलब्ध सुविधाओं का कम इस्तेमाल और उनका खराब रखरखाव (एफ) अच्छी गुणवत्ता वाले और उचित मूल्य पर उपकरणों का अभाव (जी) युवा खेल को करियर के रूप में ले, इसके लिए पर्याप्त प्रोत्साहन की कमी (एच) अनुचित चयन प्रक्रिया और अंतिम क्षणों में टीम का चयन (आई) पर्याप्त अवसर और अंतरराष्ट्रीय स्तर के खास प्रशिक्षण का अभाव। यह देखा गया कि अधिकांश राज्य सरकारों के पास राज्य खेल नीति नहीं है। ग्यारहवीं योजना में इन समस्याओं पर ध्यान दिया जाएगा।



स्रोत : योजना आयोग, राज्य योजना प्रभाग

चित्र 2.1.1

दसवी योजना के निष्पादन की समीक्षा

2.1.21 दसवी योजना के दौरान ध्यान देने के लिए जिन क्षेत्रों का चयन किया गया है, वे हैं- बुनियादी संरचना, प्रशिक्षण सुविधाएं, कोचिंग कौशल को बेहतर करना, शोध और वैज्ञानिक सहायता व्यवस्था को बढ़ावा, ड्रग मुक्त परिवेश का सृजन, खिलाड़ियों का कल्याण और उनका प्रोत्साहन और निजी तथा सार्वजनिक क्षेत्र के संसाधनों का खेल के विकास के लिए उपयोग। एसएआई देश में खेल के विकास के लिए सर्वोच्च संस्था है। एसएआई के गुणवत्तायुक्त प्रदर्शन को तीन अलग-अलग पहलुओं को सामने रखकर देखा जा सकता है- (1) अकादमिक शिक्षा जिसमें कोच तथा अन्य वैज्ञानिक उपकरणों और लोगों के प्रशिक्षण की व्यवस्था और शारीरिक शिक्षा से संबंधित कार्यक्रम शामिल हैं, (2) विभिन्न खेलों के लिए चिन्हित खिलाड़ियों के प्रशिक्षण के लिए एनएसएफ के साथ सहयोग और (3) प्रतिभाओं की पहचान और उन्हें प्रोत्साहित करने के लिए जरूरी क्रियाकलाप। देश में कोच की भारी कमी है। एसएएफ द्वारा अपने प्रशिक्षण केंद्रों और स्पेशल एरिया गेम्स (एसएजी) के तहत किए गए प्रयासों के नतीजें अभी तक सामने नहीं आए हैं।

2.1.22 खेल की बुनियादी संरचना से संबंधित केंद्र द्वारा प्रायोजित योजनाओं को 1.4.2005 को राज्यों को हस्तांतरित कर दिया गया जिसमें दसवी योजना के आखिर तक चल रही परियोजनाओं को पूरा करने का वित्तीय दायित्व भी शामिल था। रूलर स्पोर्ट्स प्रोग्राम के तहत जिला और राज्य स्तरीय प्रतिस्पर्धाएं और स्कूलों में खेल को बढ़ावा देने संबंधी क्रियाकलाप संतोषप्रद नहीं रहे। राष्ट्रीय खेल विकास कोष के तहत कारपोरेट/निजी क्षेत्र से पर्याप्त भागीदारी संभव नहीं हुई और राज्यों में स्पोर्ट्स एकेडेमी की स्थापना में भी उनकी भागीदारी संभव नहीं हुई। प्रतिभा खोज और प्रशिक्षण से संबंधित योजना के आकार लेने की गति थोड़ी कम है लेकिन पिछले दो-तीन साल में इस योजना ने कई सारे खिलाड़ियों को अंतरराष्ट्रीय स्तर पर सफलता हासिल करने में मदद की है। सीजी-2010 दिल्ली और सीवाईजी-2008 पुणे के

लिए बुनियादी संरचना विकास के लिए परियोजना के पूर्व की प्रगति संतोषप्रद रही है।

2.1.23 दसवी योजना के दौरान 1145.36 करोड़ के परिव्यय और 1463.69 करोड़ के आवंटन के विपरीत 1306.41 करोड़ (89.25 फीसदी) खर्च रहा (संलग्नक-2.1.1)। एसएआई ने लगभग 47 फीसदी खर्च किया। इसके बाद एनएसएफ के लिए 16 फीसदी, सीजी-2010 के लिए 15 फीसदी और बुनियादी संरचना से संबंधित योजनाओं के लिए 9 फीसदी थी।

ग्यारहवीं योजना के लिए नीति और कार्यक्रम

2.1.24 ग्यारहवीं योजना के लिए कार्यक्रम और रणनीति में खेलों के "आधार को बढ़ाने" और इस क्षेत्र में "उत्कृष्टता हासिल करने" यानी दोनों पर होगा। खेल के विकास के लिए केंद्र सरकार ने कई योजनाएं और कार्यक्रम बनाए और कदम उठाए, लेकिन वांछित नतीजे अभी तक नहीं आए। इसलिए कोचिंग शिविर आयोजित करने और वैज्ञानिक समर्थन समेत पूरी व्यवस्था की समीक्षा की तुरंत जरूरत है।

2.1.25 एसएआई, आईओए और एनएसएफ जैसे संगठनों और संस्थानों की भूमिकाओं और जिम्मेदारियों को साफ तरीके से परिभाषित करने की जरूरत है। इसके साथ ही निजी कंपनियों द्वारा खेलों/टीमों को अपने संरक्षण में लेने, प्रायोजन करने, सरकार की कोशिशों के साथ खेल के विकास के लिए अपनी कोशिश करने जैसे कदमों की जरूरत है। इस लक्ष्य को हासिल करने के लिए खेल के विकास से जुड़े सभी पक्षों के बीच करीबी समन्वय और सहयोग की जरूरत है। खेल से संबंधित जितनी इकाईयां हैं, उनके बीच पारदर्शिता और जिम्मेदारी की आवश्यकता है। एसएआई के तहत सुविधाओं को व्यवस्थित और वैज्ञानिक और उन्नत बनाने की जरूरत है। इन सुविधाओं का विस्तार और इनकी बेहतरी भी जरूरी है। अलग-अलग खेलों के विकास के लिए प्रबंधन पक्ष की समीक्षा और उसे अधिक प्रभावी बनाने की भी जरूरत है।

बॉक्स 2.1.3

ग्यारहवीं योजना के लक्ष्य-खेल और शारीरिक शिक्षा

- ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में निचले स्तर से खेल बुनियादी संरचनाओं का निर्माण,
- शैक्षिक संस्थानों के साथ प्रतिस्पर्धाओं के आयोजन से खेल संस्कृति का निर्माण
- प्रतिभाशाली खिलाड़ी पूल का सृजन और विश्वस्तरीय सुविधाएं उपलब्ध करना,
- कोचिंग की सुविधाओं में सुधार करना,
- खेल नीति का पुनः निर्माण और एक्शन प्लान बनाना,
- कारपोरेट क्षेत्र का जुड़ाव,
- कोचिंग के अवसरों का सृजन और खिलाड़ियों की सामाजिक सुरक्षा।

आधार विस्तार- पंचायत युवा क्रीड़ा और खेल अभियान (पीवाईकेकेए)

2.1.26 खेल संस्कृति के विकास और उसे बढ़ावा देने के लिए खेल के आधार को बड़ा बनाना सबसे महत्वपूर्ण है। खेलों पर जोर का मतलब है प्रत्येक व्यक्ति की शारीरिक फिटनेस विशेषकर युवाओं की, न कि उसे मनोरंजन या अन्य संबंधित क्रियाकलापों की तरह लिया जाना चाहिए जैसा कि समवर्ती सूची में वर्णित है। खेलों को वृहद स्तर पर आंदोलन का रूप देने के लिए पंचायत युवा क्रीड़ा और खेल अभियान (पीवाईकेकेए) नामक एक नई केंद्रीय क्षेत्र स्कीम शुरू की जाएगी ताकि जिले से नीचे के स्तर पर खेल संस्कृति के अभाव और कमी को पाटा जा सके। इस योजना का लक्ष्य खेलों के लिए ग्राम और शहर स्तरों पर बुनियादी संरचनाओं और सुविधाओं का विकास करना, ग्रामीण युवकों में खेल संस्कृति का विकास, ग्रामीण स्तर पर प्रतिस्पर्धाओं का आयोजन और जिला स्तर पर प्रतिस्पर्धा संरचना का विकास करना है। ग्यारहवीं और बारहवीं योजना के दौरान पीवाईकेकेए का क्रियान्वयन पूरे जोर-शोर से किया जाएगा। इसे पंचायती राज संस्थानों, एनवाईकेकेए के तहत 2.50 लाख ग्रामीण यूथ और स्पोर्ट्स क्लबों और राज्य सरकारों की संस्थाओं द्वारा चरणबद्ध तरीके से क्रियान्वित किया जाएगा। इस समय चल रहे ग्रामीण खेल कार्यक्रम और स्कूलों में खेलों वाले अन्य कार्यक्रमों को पीवाईकेकेए में समाहित कर दिया जाएगा। चूंकि खेल राज्य सूची का विषय है, इसलिए राज्य सरकारों को भी इसके खर्च का वहन करना चाहिए और उसे भी इसके लिए जिम्मेदारी का निर्वहन करना चाहिए।

2.1.27 योजना के तहत वित्त पोषण के लिए केंद्र सरकार की विभिन्न योजनाओं राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी योजना, पिछड़ा क्षेत्र अनुदान कोष, जनजातीय मामलों के मंत्रालय, उत्तर-पूर्वी क्षेत्र के विकास, एम पी स्थानीय क्षेत्र विकास योजना (राज्य सरकार की ऐसी अन्य योजनाएं), पीआरआई के पास उपलब्ध कोष और खेल से संबंधित बुनियादी संरचनाओं के विकास के लिए राज्य सरकारों की योजनाओं के बीच बेहतर तालमेल करना प्रस्तावित है।

खेल उत्कृष्टता को बढ़ावा

2.1.28 खेलों के आधार को बढ़ाने से सब-जूनियर, जूनियर और सीनियर स्तरों पर एक लाख प्रतिभाशाली युवा पूल सामने आ सकता है जिसे राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय स्तरों पर बेहतरीन प्रदर्शन करने के लिए व्यवस्थित और वैज्ञानिक तरीके से देखभाल और सही प्रशिक्षण की जरूरत होगी। इसके लिए प्रदर्शन और क्षमता

के आधार पर राष्ट्रीय स्तर पर उभरने की संभावनाओं से सम्पन्न युवाओं की पहचान, प्रशिक्षण के लिए जरूरी बुनियादी संरचना, कोचिंग की सुविधाएं, वैज्ञानिक और तकनीकी सहायता व्यवस्था, गुणवत्तायुक्त खेल उपकरणों की आपूर्ति और खेल के प्रति जागरूकता लाने के लिए मीडिया के उपयोग जैसे कई तरह के उपायों की जरूरत होगी। राज्य, जिले और ब्लॉक स्तरों पर सामानों/उपकरणों की पूरी तरह से कम्प्यूटरीकृत बनाने की जरूरत है। गैर-सरकारी संगठन, बेहतरीन खिलाड़ियों और कारपोरेट कंपनियों को खेल के क्षेत्र में उत्कृष्टता लाने के लिए सुविधाएं उपलब्ध कराने और प्रशिक्षण संस्थानों के रूप में अपना योगदान देने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा।

2.1.29 देश में खेल के प्रति जागरूकता पैदा करने में मीडिया की भूमिका को महत्व देते हुए खेलों खासकर ग्रामीण खेलों को बढ़ावा और विस्तार देने के लिए मीडिया की सहायता और समर्थन हासिल करने के लिए सभी तरह के प्रयास किए जाएंगे। सरकार को क्रिकेट और टेनिस के अलावा अन्य खेलों के आयोजनों को कवर करने के लिए कुछ नियम-कायदे बनाने होंगे ताकि प्रायोजन संबंधी परेशानियों से निपटा जा सके। समय-समय पर कोचिंग शिविरों, प्रतिभा खोज अभियान, चयन प्रक्रिया आदि से संबंधित कार्यों के लिए विशेष कार्यक्रम और नीति बनाने की भी जरूरत है। इससे देश में खेल के विकास के बारे में जागरूकता पैदा होगी।

2.1.30 शारीरिक शिक्षा के विकास के लिए संबंधित संस्थानों के बीच बेहतर संबंध विकसित करने की जरूरत होगी, इनमें एलएनसीपीई का एलएनआईपीई के एक क्षेत्रीय केंद्र के रूप में संभावित पुनर्गठन शामिल है। एलएनआईपीई एक डीम्ड यूनिवर्सिटी है। यह एलएनआईपीई और एसएआई के बीच बेहतर तालमेल के लिए उठाए जाने वाले अन्य उपायों के अलावा है। एलएनआईपीई उत्तरपूर्व, पूर्व, पश्चिम और उत्तर में क्षेत्रीय केंद्रों की स्थापना करेगी, इनके अलावा एलएनआईपीई खुद अपनी बुनियादी संरचनाओं को भी मजबूत और आधुनिक करेगी। दसवीं कक्षा तक स्वास्थ्य और शारीरिक शिक्षा को महत्वपूर्ण विषय के रूप में शामिल करने और 12वीं कक्षा में इसे वैकल्पिक विषय के रूप में शामिल करने की एनसीआरटी की अनुशंसा को कार्यान्वित किया जाना चाहिए।

2.1.31 डोपिंग के बढ़ते संकट को देखते हुए नेशनल एंटी डोपिंग एजेंसी (एनएडीए) और नेशनल डोप टेस्ट लैबोरेटरी (एनडीटीएल) नामक दो अलग-अलग स्वायत्तशासी संस्थाओं की स्थापना नमूनों के बेहतर परीक्षण सुनिश्चित करने के लिए की जाएगी। देश की आबादी के 2.13 फीसदी लोगों के शारीरिक और मानसिक

विकलांगता के शिकार होने और इंडियन एलीट एथलीट्स विद डिसएबिलिटी (ईएडी) में शानदार प्रदर्शन को देखते हुए इस क्षेत्र में ऐसे लोगों के उत्कृष्ट प्रदर्शन को सुनिश्चित करने के लिए व्यापक रणनीति बनाई जाएगी।

उत्तर पूर्वी राज्य

2.1.32 दसवीं योजना में सिक्किम समेत उत्तर पूर्वी राज्यों के लिए स्वीकृत परिव्यय 192.50 करोड़ रूपए था, जबकि 167.22 करोड़ रूपए ही अनुमानित खर्च हुए हैं। इस तरह से पूरी रकम का लगभग 87 फीसदी हिस्सा ही खर्च हुआ। उत्तर पूर्वी राज्यों में खेल के क्षेत्र में बेहतरीन प्रदर्शन करने की अपार क्षमता है जो असम में आयोजित राष्ट्रीय खेलों के दौरान हुई है। इस परिलक्षित क्षेत्र में खेल से संबंधित सुविधाओं में अधिकाधिक निवेश की जरूरत है।

आगे का रास्ता

2.1.33 युवा मामलों और खेल के राज्य सूची में आने के बावजूद राज्य सरकारों से इन्हें पर्याप्त सहायता और समर्थन नहीं मिला है। सिर्फ कुछ राज्य सरकारों के पास ही अपनी युवा और खेल नीति है। यह आवश्यक है कि सभी राज्य और केंद्र शासित प्रदेश अपनी राज्य विशेष युवा और खेल नीतियां तथा एक्शन प्लान बनाएं ताकि युवाओं का विकास हो सके। खेलों के क्षेत्र में सर्वश्रेष्ठ प्रतिभा के चयन के लिए राज्य खेल अकादमी की स्थापना की जानी चाहिए। शायद खेलों को समवर्ती सूची में लाया जा सकता है ताकि राज्य के प्रयासों को केंद्र सरकार की सहायता भी मिल सके। इसके साथ ही गिरावट की प्रवृत्तियों पर रोक लगाने के लिए राज्य के योजना खर्च को भी बढ़ाना पड़ेगा।

2.1.34 ग्यारहवीं योजना में युवा मामलों और खेल मंत्रालय के लिए कुल अनुमानित जीबीएस भाग-3 के परिशिष्ट में दिया गया है।

2.2. कला और संस्कृति

परिचय

2.2.1. भारत के संविधान में स्पष्ट रूप से कहा गया है कि हमारी साझी संस्कृति की महान विरासत का संरक्षण प्रत्येक नागरिक का कर्तव्य होगा। कला और संस्कृति के क्षेत्र में भारत बेहद संपन्न है। इन क्षेत्रों में अनादि काल से भारत का विकास होता आया है। इसलिए भारत की संपन्न सांस्कृतिक विरासत का संरक्षण और कला तथा संस्कृति के सभी रूपों का प्रोत्साहन जरूरी है। इनमें स्मारक, पुरातात्विक स्थल, मानव विज्ञान,

जनजातीय कला, साहित्य, हस्तकरघा, संगीत, नृत्य, मूर्ति कला, पेंटिंग आदि शामिल हैं। इन सभी विधाओं का हमारे सांस्कृतिक और सामाजिक जीवन में काफी अधिक महत्व है। वृहद परिप्रेक्ष्य में देखा जाए तो शिक्षा, पर्यटन, वस्त्र, बाहरी संबंध जैसे क्षेत्रों के साथ राष्ट्रीय पहचान से जुड़े मामलों से संबंधित मुद्दों के समाधान के लिए भी सांस्कृतिक क्रियाकलापों का खासा योगदान है।

योजना अविधियों के दौरान प्रतिबल

2.2.2. स्वतंत्रता के समय से ही सभी तरह की सांस्कृतिक विकास योजनाओं के केंद्र में सांस्कृतिक विरासत का संरक्षण रहा है। इसके तहत सभी तरह की सांस्कृतिक पहचानों में समन्वय और उसे निरंतरता देने पर जोर दिया गया है। छठी योजना तक सभी पंचवर्षीय योजनाओं का मुख्य फोकस पुरातत्व, मानव विज्ञान, मानव जीव विज्ञान, पुस्तकालय, संग्रहालय, कला, अकादमी आदि के क्षेत्र में सांस्कृतिक संस्थानों की स्थापना पर था। सातवीं योजना से समसामयिक रचनाधर्मिता पर विशेष बल दिया गया है।

योजनाकाल के दौरान उपलब्धियां

2.2.3 **मंचन योग्य कलाएं** - मंचन योग्य कला के विकास के लिए इस समय कई तरह की योजनाएं चल रही हैं, जिनके दायरे में कलासिकल-परंपरागत और लोकसंगीत-थियेटर और नृत्य आते हैं, संगीत नाटक अकादमी, नेशनल स्कूल ऑफ ड्रामा और जोनल सांस्कृतिक केंद्रों ने इन्हें बढ़ावा देने के लिए बड़ी भूमिका निभाई है। मंचन और दृश्य कलाओं के विकास के लिए कई तरह की योजनाओं का क्रियान्वयन लगातार चल रहा है, इसका लक्ष्य नये उद्यमों/प्रस्तुतियों में रचनात्मक प्रतिभाओं और संस्थानों को जरूरी समर्थन देना है।

संग्रहालय और दृश्य कलाएं-

2.2.4 संग्रहालयों के आधुनिकीकरण के तहत उनमें रखी गई कलात्मक वस्तुओं का डिजिटलीकरण और दस्तावेजीकरण तथा केंद्रीय संग्रहालयों के बीच नेटवर्किंग को मजबूत करना शामिल है। क्षेत्रीय और स्थानीय संग्रहालयों को मजबूत बनाने के लिए वित्तीय सहायता की योजना की समीक्षा की गई है, छोटे संग्रहालयों को सहायता देने के लिए इसके दायरे को बढ़ाया गया है। नेशनल काउंसिल आफ साइंस म्यूजियम (एनसीएसएम) विभिन्न तरह के क्रियाकलापों और अंतरक्रियात्मक कार्यक्रमों के जरिए छात्रों में विज्ञान एवं तकनीक को लोकप्रिय बनाने में जुटा हुआ है। इसका क्रियान्वयन 26 विज्ञान संग्रहालयों एवं केंद्रों द्वारा किया गया।

पुरातत्व विज्ञान, मानव विज्ञान, मानव जीव विज्ञान-

2.2.5. पंचवर्षीय योजनाओं में लगातार विरासतीय स्थलों और स्मारक परिसरों के विकास एवं संरक्षण पर बल दिया गया। महत्वपूर्ण रणनीतियों में शामिल हैं - 1-विरासतीय स्थलों के सर्वे में विश्वविद्यालयों के इतिहास और पुरातत्व विभाग का जुड़ाव, 2- गैलरियों का आधुनिकीकरण, पुरानी चीजों का डिजीटल दस्तावेजीकरण, कैटलाग का प्रकाशन, संग्रहालय के दिशानिर्देश और पिक्चर पोस्टकार्डों का प्रकाशन, 3- खुदाई रिपोर्टों का प्रकाशन, 4- एक नई भूजल पुरातत्व शाखा की स्थापना और 5- पुरातात्विक महत्व के स्मारकों की संरक्षित सीमाओं का निर्धारण तथा उसके अतिक्रमण के खिलाफ सुरक्षा उपाय।

अभिलेख, पुस्तकालय और साहित्य-

2.2.6. नेशनल आर्काइव्स आफ इंडिया (एनएआई) महत्वपूर्ण दस्तावेज और रिकॉर्डों के मामले में केंद्र सरकार का संरक्षक संगठन रहा है। यहां संरक्षित दस्तावेज और जानकारियों का इस्तेमाल प्रशासकों और विद्वानों द्वारा किया जाता है। अनोखी पुस्तकों और अन्य महत्वपूर्ण दस्तावेज का संरक्षण नेशनल लाइब्रेरी और सेंट्रल रेफरेंस लाइब्रेरी (कोलकाता), केंद्रीय सचिवालय पुस्तकालय और दिल्ली पब्लिक लाइब्रेरी, नई दिल्ली, स्टेट सेंट्रल लाइब्रेरी मुंबई, टीएमएसएसएमएल (तंजावुर) और राजाराम मोहन राय लाइब्रेरी फाउंडेशन के मुख्य क्रियाकलापों में से एक है। ये सारे संस्थान पुरानी पुस्तकों और पांडुलिपियों और कैटलॉग के डिजीटलीकरण से जुड़े हुए हैं। संसाधनों की भागीदारी, नेटवर्किंग और पाठक सेवाओं में सुधार लाइब्रेरी क्षेत्र के आधुनिकीकरण संबंधी क्रियाकलापों के केंद्र में है।

शिक्षा, शोध और अन्य-

2.2.7. योजनाओं के तहत संचालित क्रियाकलापों की उपलब्धियां बौद्ध और तिब्बती संस्थानों, नेशनल म्यूजियम इंस्टीट्यूट, सेंटेनरी एंड मेमोरियल, सेंटर फार कल्चरल रिसोर्स एंड ट्रेनिंग जैसे शिक्षा और शोध के क्षेत्रों में अच्छी खासी रही है। अन्य कदमों में नेशनल म्यूजियम नई दिल्ली और एनजीएमए बंगलोर और नई दिल्ली में परियोजना और निर्माण संबंधी क्रियाकलाप शामिल हैं। नेशनल कल्चरल फंड (एनसीएफ) के तहत शानीवरवारा पुणे, जनाना प्रवाह वाराणसी, हुमायूं का मकबरा दिल्ली, दुर्गापुर चिल्ड्रेन सोसाइटी पश्चिम बंगाल, भारतीय तेल निगम के सहयोग से पांच राज्यों में पांच विरासतीय स्थल, ताज ग्रुप आफ होटल के सहयोग से ताजमहल आगरा और एपीजे ग्रुप के सहयोग से नई दिल्ली का जंतर मंतर जैसी परियोजनाएं संचालित की गईं।

दसवी योजना के दौरान प्रगति-

2.2.8. दसवी योजना के दौरान प्राथमिकता वाले क्षेत्रों में पुरातात्विक महत्व की विरासत और स्मारक परिसरों का विकास तथा संरक्षण, संग्रहालयों का आधुनिकीकरण, कलासिकल, लोक और जनजातीय कला, हस्तकरघा तथा वाचिक परंपराओं को बढ़ावा देने के लिए एक वृहद योजना का क्रियान्वयन शामिल है। नेशनल इंफारमेटिक सेंटर (एनआईसी) के सहयोग से संग्रहालयों का कंप्यूटरीकरण, संग्रहीत वस्तुओं का डिजीटलीकरण, पांडुलिपियों की माइक्रोफिल्मिंग और ऑडियो टूर के लिए उपकरण को आस्तित्व में लाने पर खासा बल दिया गया। केंद्रीय संग्रहालयों के बीच नेटवर्किंग, सेवारत कर्मचारियों का प्रशिक्षण और प्रदर्शनी का आयोजन प्राथमिकता वाले क्षेत्रों में शामिल हैं।

2.2.9. दसवी योजना (2002-07) के दौरान कला और संस्कृति के लिए 1720 करोड़ रूपए आवंटित किए गए थे। इसमें 1526.30 करोड़ रूपए खर्च हुए जो योजना परिव्यय का 88.74 प्रतिशत (देखें संलग्नक 2.2.1) है। विभिन्न सांस्कृतिक संगठनों के तहत खर्च और क्रियाकलापों में कमी के कारण योजना आवंटन की पूरी राशि का उपयोग नहीं हो सका। कुछ महत्वपूर्ण परियोजनाओं के मामले में रकम के साथ साथ समय भी आड़े आया।

योजनानुसार-क्षेत्रानुसार विश्लेषण

कला और संस्कृति का प्रोत्साहन और विस्तार-

2.2.10. सात जोनल कल्चरल सेंटर (जेडसीसी) द्वारा ही मुख्य रूप से कला और संस्कृति का प्रोत्साहन और विस्तार किया जाता रहा है। दसवी योजना के दौरान सेंटर फार कल्चरल रिसोर्स एंड ट्रेनिंग (सीसीआरटी) ने लगभग 22 हजार सेवारत शिक्षकों और शिक्षकों को प्रशिक्षित करने वाले 700 लोगों को प्रशिक्षण दिया। संगीत नाटक अकादमी (एसएनए), साहित्य अकादमी और ललित कला अकादमी ने अपनी पचासवीं वर्षगांठ के अवसर पर स्वर्ण जयंती समारोहों का आयोजन किया। दिल्ली, मुंबई, कोलकाता और बंगलोर में स्थित साहित्य अकादमी के पुस्तकालयों को दसवी योजना के दौरान 21 हजार पुस्तकें दी गईं। संगीत नाटक अकादमी ने संगीत, नृत्य और थियेटर महोत्सव, सेमिनारों, कार्यशालाओं और युवा उत्सवों तथा कठपुतली प्रदर्शनियों का आयोजन किया। ललित कला अकादमी ने भारत और विदेशों में प्रदर्शनियों का आयोजन किया। नेशनल स्कूल ऑफ ड्रामा ने निर्माण उन्मुख 300 से अधिक थियेटर कार्यशालाओं तथा बंगलोर में एक सेटेलाइट थियेटर महोत्सव आयोजित किया। कला और संस्कृति के प्रसार और प्रोत्साहन के लिए 454.99 करोड़ रूपए खर्च किए गए, जबकि दसवी योजना में सिर्फ 362.43 करोड़

रूप ही आवंटित किए गए थे। खर्च आवंटन से 25.5 फीसदी अधिक रहा।

पुरातत्व

2.2.11. इस दौरान कई खुदाई परियोजनाएं संचालित की गईं, जिनमें शामिल हैं- धौलावीरा (कच्छ, गुजरात), धलेवा (पंजाब), श्रावस्ती (यूपी), कनगणहाली सन्नाटी (कर्नाटक), हथब (सौराष्ट्र, गुजरात), उदयगिरी (उड़ीसा), बकसानगर (त्रिपुरा), करंथर (सिबसागर, असम), अरिकामेंडू (पांडिचेरी), दमदम (कोलकाता) और बेल्लीगार्ड (लखनऊ)। एएसआई ने 15 स्मारकों के संरक्षण एवं समग्र विकास के लिए बड़ा कदम उठाया है। एएसआई द्वारा ताज ग्रुप ऑफ होटल और वर्ल्ड मोनूमेंट फंड जैसी आप्रायोगिक इकाइयों से भी गठजोड़ किया है। एएसआई ने 3667 स्मारकों की सुरक्षा के लिए भी पहल की है। इसके अलावा सीम रीप में स्थित ता-प्रोम मंदिर के संरक्षण के लिए सरकारी एमओयू पर 7हस्ताक्षर किया गया है। पुरातात्विक गतिविधियों के मद में 304.11 करोड़ रूपए खर्च किए गए, जोकि दसवीं योजना के आवंटित 284.83 करोड़ रूपए से 7 फीसदी अधिक है।

अभिलेख और रिकॉर्ड-

2.2.12. नेशनल आर्काइव्स आफ इंडिया ने रिकॉर्ड प्रबंधन, पुनर्निर्माण और मरम्मत के अपने कार्यक्रम को मजबूत किया है। आर्काइव्स एवं रिकॉर्ड के अंतर्गत खुदाबरख्श ओरिएंटल पब्लिक लाइब्रेरी, रामपुर राजा लाइब्रेरी कोलकाता और मुंबई स्थित एसियाटिक सोसाइटी और थंजाउर महाराजा सरोफजी सरस्वती महल लाइब्रेरी ने दसवीं योजना में अच्छा काम किया। हालांकि दसवीं योजना में 74.11 करोड़ रूपए की परिव्यय राशि में से कुल 60.32 करोड़ रूपए ही खर्च किया गया, जोकि स्वीकृति राशि से 18.61 फीसदी कम है।

2.2.13. दसवीं योजना के तहत लोगों का ध्यान देश की विरासत पांडुलिपियों की ओर खींचा गया और इनके संरक्षण के लिए विशेष जोर दिया गया। भारतीय पांडुलिपियों की सुरक्षा एवं उसकी खोज के लिए नेशनल मिशन फार मैनुस्क्रिप्ट को लांच किया गया। इस मिशन के तहत पांडुलिपियों का संयुक्त डाटा तैयार करने का लक्ष्य रखा गया। (आन लाइन उपलब्ध कराया जा रहा है) इसके अंतर्गत दो मिलियन पांडुलिपियों का सर्वे शुरू किया गया। अहम बात यह है कि विज्ञान, फिलासफी स्क्रिप्टर, इतिहास और कला के क्षेत्र में भारत की 45 अनोखी उपलब्धियों को भी चयन समिति ने चयनित किया। पांडुलिपियों के कैटलॉग के लिए एनआईसी ने वीबीनेट नाम से एक सॉफ्टवेयर

भी बनाया। लगभग दो लाख निदर्शित पांडुलिपियों को डिजीटीकृत किया गया है।

संग्रहालय

2.2.14. दसवीं योजना के तहत 304.13 करोड़ रूपए संग्रहालय के लिए खर्च करने की योजना थी, लेकिन इस पर 312.62 करोड़ रूपए खर्च किए गए जो कि आवंटित राशि से तीन फीसदी अधिक है। इसके तहत केंद्रीय संग्रहालयों की नेटवर्किंग पर ज्यादा जोर दिया गया। इसके अलावा इन संस्थानों से अपने अनुभव और संसाधनों की साझेदारी के लिए इन सर्विस ट्रेनिंग और प्रदर्शनी लगाने पर भी खास ध्यान दिया गया। राष्ट्रीय संग्रहालयों ने अपनी स्थायी गैलरियों के आधुनिकीकरण पर अधिक जोर दिया। इसके तहत राष्ट्रीय संग्रहालय में तीन नई गैलरियां, निजाम ज्वेलरी गैलरी, लोक एवं आर्ट गैलरी और सेंट्रल एशियन एंटीक्विटीज बनाई गईं।

सार्वजनिक पुस्तकालय-

2.2.15. दसवीं योजना के तहत 131.05 करोड़ रूपए आवंटित किए गए थे, लेकिन 121.23 करोड़ रूपए ही खर्च हुए, जो कि बजट से 7.1 प्रतिशत की कमी दर्शाते हैं। इसके तहत नेशनल लाइब्रेरी आफ इंडिया, सेंट्रल रिसर्च लाइब्रेरी, राजाराम मोहन राय लाइब्रेरी फाउंडेशन, कोलकाता, दिल्ली पब्लिक लाइब्रेरी, केंद्रीय सचिवालय लाइब्रेरी, नई दिल्ली, स्टेट सेंट्रल लाइब्रेरी, मुंबई, कोन्नेमारा लाइब्रेरी, चेन्नई और नेशनल पॉलिसेी ऑन लाइब्रेरी एंड इनफॉर्मेशन सेंटर शामिल है।

इंदिरा गांधी नेशनल सेंटर फॉर आर्ट (आईजीएनसीए)-

2.2.16. आईजीएनसीए को भारत और अन्य पड़ोसी देशों के बीच कला के क्षेत्र में बातचीत के अध्ययन का जिम्मा सौंपा गया था। इसमें विशेष रूप से दक्षिण एवं दक्षिण पूर्वी एशिया की कला संस्कृतियां शामिल हैं। आईजीएनसीए की छह कार्य इकाइयां हैं- कलानिधि (मल्टी फार्म लाइब्रेरी), कलाकोश (भारतीय भाषा की रचनाएं), जनपद संपदा (जीवनशैली का अध्ययन), कलादर्शन (आईजीएनसीए के शोधों से संबंधित सामग्री), कल्चर इंफारमेटिक लेब (सांस्कृतिक संरक्षण के प्रौद्योगिकी उपाय) और सूत्रधारा (आईजीएनसीए की गतिविधियों का समन्वय)। आईजीएनसीए पर 90 करोड़ खर्च करने की योजना थी, लेकिन प्रशासनिक एवं तयशुदा योजनाओं की कमी के कारण इसका कार्यकलाप बुरी तरह प्रभावित हुआ। हालांकि कुछ समय बाद कार्यकलाप प्रभावित करने वाले कारणों को दूढ़ लिया गया और इन्हें दूर किया गया। इसके साथ ही आईजीएनसीए पटरी पर लौट आया और केवल 4.12 करोड़ रूपए का खर्च दसवीं योजना के तहत किया गया।

तिब्बती एवं बौद्ध अध्ययन संस्थान

2.2.17. दसवी योजना के तहत खर्च होने वाले 45.70 करोड़ रुपए के बजट में से 44.98 करोड़ रुपए खर्च किये गये। फंड का 98.7 फीसदी उपयोग हुआ। इसके अंतर्गत सेंट्रल इंस्टीट्यूट आफ बुद्धिस्ट स्टडीज (लेह), केंद्रीय उच्च तिब्बती अध्ययन संस्थान (सारनाथ) सेंटर फार बुद्धिस्ट कल्चर स्टडी (तवांग), तिब्बत हाउस (नई दिल्ली) और बौद्ध एवं तिब्बती संस्कृति एवं कला के विकास और संरक्षण के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करने की योजना थी।

स्मारक

2.2.18. इस योजना में गांधी स्मृति एवं दर्शन समिति एवं नेहरू मेमोरियल म्यूजियम एंड लाइब्रेरी (नई दिल्ली), मौलाना अबुल कलाम आजाद इंस्टीट्यूट आफ एशियन स्टडीज (कोलकाता) और नव नालंदा महाविहार (बिहार) शामिल हैं। इस योजना के तहत कुल 61.73 करोड़ रुपए खर्च किए गए जोकि आवंटित 49.35 करोड़ से 25.1 फीसदी अधिक है।

उत्तर पूर्वी क्षेत्र के क्रियाकलाप (एनईआर)

2.2.19. एनईआर के तहत कुल 154 करोड़ रुपए खर्च करने का लक्ष्य था। लेकिन वास्तविक व्यय केवल 134.19 करोड़ रुपए (87.1 प्रतिशत) ही हुआ था। उत्तर पूर्व में संस्कृति जागरूकता के लक्ष्य के तहत ग्रामीण अर्ध शहरी क्षेत्रों में लोगों के बीच परंपरागत प्रचलित कलाओं को पहचानने/बढ़ावा देने के लिए दीमापुर में जोनल कल्चरल सेंटर बनाया गया। मल्टी परपज कल्चरल काम्प्लेक्स (एमपीसीसी) की योजना बेहद सुस्त रही और योजना को अब तक किसी भी राज्य में मूल्यांकन नहीं किया जा सका। केंद्र प्रायोजित योजना के लिए एमपीसीसी कोई मानदंड पूरा नहीं करती और स्वीकृत परियोजना का मात्र 25 फीसदी ही पूरा किया गया। जेडबीबी के मुताबिक 2007-2008 के बजट में योजना को खत्म कर दिया गया। परम्परागत बौद्ध अध्ययन को बढ़ावा देने के मकसद से दाहुंग (एपी) में सेंट्रल इंस्टीट्यूट आफ हिमालयन कल्चरल स्टडीज स्थापित करने का कदम उठाया गया। इन क्रियाकलापों के लिए स्वीकृत फंड को खर्च करने का तरीका बिल्कुल संतोषजनक नहीं रहा। यह आवश्यक है कि 10 फीसदी आवंटित संसाधनों का निवेश उत्तर पूर्वी राज्यों में ही नहीं बल्कि एनईआर में भी किया जाए।

ग्यारहवी योजना के परिदृश्य

2.2.20. भारत जैसे विशाल देश की चुनौतियों, यहां के लोगों की विविधताएं और उनकी अलग-अलग भाषाएं, आस्थाएं और विश्वास

को देखकर जरूरी है कि हम 11वीं पंचवर्षीय योजना में सांस्कृतिक संरक्षण और प्रोत्साहन क्रियाकलापों के योजनाबद्ध विकास पर ध्यान दें। प्रत्येक बड़े क्षेत्र के लिए दीर्घकालीन परिदृश्य योजना जरूरी है जिसके दायरे में विजन को पूरा करने के लिए मध्यम कालीन और वार्षिक योजना तैयार की जाती हैं।

2.2.21. विविधता भारत की सम्पन्न सांस्कृतिक विरासत का आवश्यक अंग व पहचान है। इसलिए कला और संस्कृति के सभी रूपों को समान महत्व दिए जाने की जरूरत है और उन्हें वित्तीय तथा अन्य तरह की सहायता दी जानी चाहिए। देश के विभिन्न हिस्सों की संस्कृतियों का संरक्षण, सुरक्षा और प्रोत्साहन करने की जरूरत है। इस संदर्भ में संस्कृति को एक साथ जीने और मानव की प्रगति को निरंतर बढ़ावा देने के आंतरिक तरीके के रूप में देखना जरूरी है। तदनुसार मंचन कला के विस्तार और प्रोत्साहन के लिए उठाए जाने वाले विभिन्न तरह के क्रियाकलापों के लिए कोष के प्रवाह में असंतुलन को ठीक करना होगा, विशेषकर लुप्त होती जा रही लोक कलाएं और हस्तकरघा वस्तुएं जो मीडिया का आकर्षण और संसाधन के लिए कलासिकल कलाओं से प्रतिस्पर्धा नहीं कर सकती हैं। कला और संस्कृति के लोकप्रिय रूप, विशेषकर संरक्षण के संदर्भ में इन्हें सार्वजनिक-निजी भागीदारी के जरिए संसाधन जुटाने होंगे।

2.1.22 सरकारी संरक्षण के अभाव में कला के कई रूप खत्म होते जा रहे हैं। बाजार की शक्तियां रचनात्मक कलाओं को भी समर्थन दे सकती हैं लेकिन ये आवश्यक रूप से चयनात्मक और सीमित हैं। मंचन कलाओं और बाजार की शक्तियों के चयनित समर्थन से प्रेरित विकृतियों को ठीक करने के लिए अधिक समर्थन की जरूरत है। इसी परिदृश्य के साथ ग्यारहवी योजना में मंचन कलाओं के साथ कला और संस्कृति के क्षेत्र में वर्तमान योजनाओं को समीक्षा और सशक्तीकरण के साथ जारी रखने की अनुशंसा की गई है।

ग्यारहवी योजना की प्राथमिकताएं

2.2.23 यूनेस्को के दो सम्मेलन, पहला "अभौतिक विरासत की सुरक्षा और संरक्षण" पर तथा दूसरा सांस्कृतिक विविधता पर आधारित था। दोनों सम्मेलनों में सरकार से सांस्कृतिक विविधता और नष्ट होने के कगार पर पहुंच चुकी अभौतिक विरासतों की रक्षा के लिए सक्रिय कदम उठाने का आह्वान किया गया। इन दोनों सम्मेलनों के प्रभाव संस्कृति मंत्रालय और इसके अन्य अंगों की नीतियों में ग्यारहवी योजना काल के दौरान परिलक्षित होंगे।

2.2.24 संग्रहालयों और पुरातात्विक स्थलों का रखरखाव आधुनिक तकनीक और वर्तमान कर्मचारियों की प्रतिनियुक्तियों से काफी अधिक सुधरेगा। सुरक्षा सेवाएं पहले से आउटसोर्स हो रही हैं। कंसलटैंसी और रखरखाव जैसे क्षेत्रों में आउटसोर्सिंग की संभावना की तलाश की जानी चाहिए। एएसआई द्वारा असंरक्षित स्मारकों के विकास के लिए पीपीपी मॉडल अपनाया जा सकता है। दिल्ली के कुछ स्मारकों को विश्वस्तरीय बनाकर विशेषकर 2010 के राष्ट्रमंडल खेलों से पहले विकसित करके इसे विरासत शहर के रूप में विकसित किया जाना चाहिए। निजी क्षेत्र के जरिए प्रकाशन को बढ़ावा देकर सर्वश्रेष्ठ नतीजे लाए जा सकते हैं। निजी क्षेत्र के पास अत्याधुनिक तकनीकी जानकारी है जिनका उपयोग बेहतरी के लिए किया जा सकता है। निजी क्षेत्र द्वारा संग्रह से संबंधित कार्यों को अच्छी तरह से निपटाया जा सकता है। चूंकि संस्कृति मंत्रालय पहली दो तिमाहियों के दौरान कम खर्च के कारण आवंटन में कटौती का सामना कर रहा है, इसकी वजह से कला और संस्कृति के क्षेत्र की कई योजनाओं का क्रियान्वयन प्रक्रिया और प्रभाव का मूल्यांकन किए बिना किया जा रहा है। इसलिए सभी अन्य योजनाओं का मूल्यांकन किया जाएगा।

स्कीमों की पुनर्संरचना और क्षेत्रीय प्रतिबल

2.2.25 मंचन कलाएं- विशेष मंचन कला परियोजनाओं के लिए पेशेवर समूहों और व्यक्तियों को वित्तीय सहायता की वर्तमान

योजना को दो स्कीमों में विभाजित किया जाएगा। वेतन और कीमत संरचना की समीक्षा के साथ उत्पादन अनुदान। सांस्कृतिक क्रियाकलापों से जुड़े स्वयंसेवी संगठनों को शोध सहायता के लिए वित्तीय समर्थन की स्कीम में तब्दीली करके शोध, सेमीनार, और सांस्कृतिक क्रियाकलापों से जुड़े स्वयंसेवी संगठनों के प्रदर्शन के रूप में किया जाएगा। मंचन, पुस्तकालय और क्लासिकल कलाओं के क्षेत्र में बेहतरीन कलाकारों को सीनियर-जूनियर फेलोशिप को फेलोशिप ऑफ नेशनल एमीनेंस नामक एक नए फेलोशिप के साथ लागू किया जाएगा। इसके तहत खोज प्रक्रिया और साथियों की समीक्षा के जरिए चुने गए बेहतरीन विद्वानों को यह फेलोशिप दिया जाएगा।

2.2.26 ऊपर वर्णित स्कीम का एक नया घटक नेशनल आर्टिस्ट वेलफेयर फंड है। कलाकारों की चिकित्सकीय आपातकालीन जरूरतों को ध्यान में रखते हुए 5 करोड़ रूपए की लागत से इसका निर्माण किया गया। यह एक स्वतंत्र प्रशासित कोष है जो किसी भी कानूनी स्रोत से योगदान ले सकता है।

2.2.27 एकेडेमिक्स और जेडसीसी में "प्रोटेक्टिंग द इंटेलेक्चुअल प्रोपर्टी राइट्स ऑफ द आर्टिस्ट एंड ऑफ कल्चरल इंडस्ट्रीज" नामक एक नई स्कीम होगी। इसमें विशेषकर लोक नृत्य व कला तथा जनजातीय कलाकार होंगे। इसके साथ ही एक राष्ट्रीय संस्था का निर्माण होगा जो इस क्षेत्र में निगरानी

बॉक्स 2.2.1

ग्यारहवीं योजना की रणनीतियां

1. कला और हस्तकरघा की बेहतरी और निरंतरता के लिए सार्वजनिक-निजी भागीदारी का दोहन।
2. ललित कला, संगीत नाटक और साहित्य अकादमी की स्कीमों में विश्वविद्यालयों की अधिकाधिक भागीदारी, विश्वविद्यालयों में फाइनआर्ट्स को एक विषय के रूप में शामिल किया जाएगा।
3. हिंदी को बढ़ावा देने और यूएन भाषा के रूप में इसे मान्यता दिलाने के लिए साहित्य अकादमी काम करेगा।
4. कला के विभिन्न रूपों को संरक्षण देने में जो असंतुलन है, उसे सही करने और संरक्षण को बढ़ावा देने का काम संगीत नाटक अकादमी करेगा। इसके तहत क्लासिकल नृत्य के अलावा बिहू, भांगड़ा, नौटंकी, डाडिया, बैम्बू और लोक नृत्यों पर फोकस किया जाएगा।
5. एएसआई द्वारा सुरक्षा के लिए गैर-अधिसूचित स्मारकों की सुरक्षा और असंरक्षित स्मारकों की सुरक्षा में राज्य/पीआरआई की संलिप्तता।
6. मौखिक परंपराओं, देशी ज्ञान, गुरुशिष्य परंपरा, वैदिक स्लॉक का पाठ, कुडिअट्टम, रामलीला, लोक नृत्य, जनजातीय नृत्य, मौखिक परंपराओं का दस्तावेजीकरण करके भारत की सम्पन्न सांस्कृतिक विरासत को संरक्षण और प्रोत्साहन।
7. पिछले 20 सालों में किए गए पुरातात्विक खुदाइयों की रिपोर्ट का प्रकाशन।
8. देश में पुस्तकालय आंदोलन की गति को अधिकाधिक बढ़ाना और उसे कोष उपलब्ध कराना तथा नेशनल मिशन ऑन लाइब्रेरी शुरू करना।
9. प्रत्येक जिले में एक पुस्तकालय की स्थापना जहां स्थानीय पहचान के साथ विजुअल और कला के अन्य रूपों वास्तुकला, विज्ञान, इतिहास और भूगोल के लिए अलग-अलग चैबर हों।
10. वैश्वीकरण और तकनीकी प्रगति से उपजी चुनौतियों के अनुरूप ढालने के लिए आत्मसात करने वाली क्षमताओं का विकास।

बॉक्स 2.2.2

कला और संस्कृति के लिए विशेष योजना-

1. क्षेत्रीय भाषाओं को बढ़ावा, क्षेत्रीय भाषा के साहित्य के अनुवाद पर जोर और राष्ट्रीय अनुवाद मिशन के साथ एकीकरण।
2. सांस्कृतिक और रचनात्मक उद्योग-मीडिया, फिल्म, संगीत, हस्तकरघा, विजुअल और मंचन योग्य कला, साहित्य, विरासत आदि के क्षेत्र में तरक्की और रोजगार का सृजन।
3. सांस्कृतिक वस्तुओं और सेवाओं की मांग का सृजन। इसके तहत संरक्षण से अधिक इसके अस्तित्व की निरंतरता पर जोर देकर कला और संस्कृति क्षेत्र को व्यापकता दिलाना।
4. सार्वजनिक-निजी भागीदारी को प्रोत्साहित करने के लिए वर्तमान योजनाओं की पुनर्संरचना।
5. गरीबी से जूझ रहे शहरी कलाकारों को बुनियादी सुविधाएं उपलब्ध कराने के लिए संस्कृति ग्राम का विकास।
6. संस्कृति के निर्यात को यूनेस्को की सूची में पहले 20 में देश को जगह दिलाने के लिए सांस्कृतिक वस्तुओं और सेवाओं के निर्यात को बढ़ावा।
7. सांस्कृतिक विरासती पर्यटन को पारस्परिक समर्थन क्रियाकलापों के साथ एक उभरते हुए उद्योग के रूप में पहचान दिलाना।
8. स्थानीय परिस्थितियों के अनुरूप वैज्ञानिक और तकनीकी जानकारी के साथ सांस्कृतिक संसाधनों का निर्माण और स्थानीय तथा वैश्विक व्यवस्था के बीच साझेदारी बनाना।
9. नम्य व्यवस्था के जरिए सांस्कृतिक संस्थानों से ज्ञान पूंजी को जोड़ना
10. नेशनल म्यूजियम और एनसीएसएम द्वारा स्थापित विज्ञान शहरों/केंद्रों में सांस्कृतिक संसाधनों पर हाउसिंग सेगमेंट।
11. एसआई द्वारा सुरक्षित 3667 स्मारकों के अलावा असुरक्षित स्मारकों का दस्तावेजीकरण।

एजेंसी और सहयोगी का काम करेगी। कोलकाता में राज्य सरकार के सहयोग से कलकत्ता म्यूजियम ऑफ मोर्डन आर्ट के साथ सार्वजनिक-निजी सहयोग से एक सांस्कृतिक केंद्र का निर्माण होगा। इसका वित्त पोषण तीन अकादमियों द्वारा होगा।

संग्रहालय और विजुअल आर्ट्स

2.2.28 संग्रहालयों के क्षेत्र में इस समय चल रही स्कीमें संस्थान आधुनिकीकरण, बेहतर और उन्नयन के साथ ग्यारहवीं योजना के दौरान भी जारी रहेंगे। चार महानगरों दिल्ली, कोलकाता, मुंबई, और चेन्नई के संग्रहालयों को नवीनीकृत किया जाएगा। राजघाट पर स्थित गांधी दर्शन स्मारक को विकसित करके गांधी वादी अध्ययन के क्षेत्र में शोध को बढ़ावा देने के लिए एक उत्कृष्ट केंद्र के रूप में विकसित किया जाएगा। ग्यारहवीं योजना के दौरान जलियांवाला बाग राष्ट्रीय स्मारक का खासा विकास किया जाएगा जो भारतीय स्वतंत्रता संग्राम से जुड़ी इसकी हैसियत और महत्व के अनुरूप हो।

2.2.29 पुरातत्व विज्ञान, मानव विज्ञान और मानव जीव विज्ञान-एसआई के लिए जो विशेष कार्य हैं, उनमें सभी लंबित खुदाई रिपोर्ट्स को समयानुसार पूरा करना और नए संग्रहालयों को पूरा और क्रियान्वित करने के अलावा सभी 41 संग्रहालय स्थलों के गुणात्मक उन्नयन के लिए समयानुसार कार्यक्रम का खाका

तैयार करना शामिल है। नए संग्रहालय का निर्माण चंदेरी, खजुराहो और शिवपुरी में हुआ है। एसआई 2000 केंद्र सरकार के सुरक्षित स्मारकों और खुदाई किए गए पुरातात्विक अवशेषों के लिए एक सघन संरक्षण कार्यक्रम शुरू करेगा। सभी विश्व विरासती सांस्कृतिक स्थलों के एकीकृत विकास का काम भी किया जाएगा। एसआई के क्षेत्रीय केंद्रों को भी सशक्त किया जाएगा।

2.2.30 अजंता-एलौरा स्मारकों की स्थिति में सुधार के लिए औरंगाबाद में एक शोध संरक्षण प्रयोगशाला खोली जाएगी। इसके साथ आधुनिक वैज्ञानिक तरीकों का उपयोग करते हुए पुरातात्विक खोज के लिए एक केंद्रीयकृत सेल की स्थापना की जाएगी। 25 से 35 साल की उम्र के पुरातत्वविदों को दो साल का फेलोशिप देने की एक स्कीम शुरू की जाएगी। सरकार द्वारा संरक्षित स्मारकों और असंरक्षित स्मारकों को वित्तीय सहायता देने के लिए एक नई योजना शुरू की जाएगी जिसमें सरकारी और निजी दोनों कोष लगेंगे। इसका मकसद स्मारकों की सुरक्षा और संरक्षण है।

2.2.31 एंथ्रोपोलोजिकल सर्वे ऑफ इंडिया चार नई योजना स्कीमें शुरू करेगा, ये हैं- देशी ज्ञान और परंपरागत तकनीक, मौखिक परंपरा-लोक नृत्य-संगीत, लिंग परिदृश्य के साथ सामाजिक संरचना और जैव-सांस्कृतिक अनुकूलन और मैन इन बायोस्फेयर तथा नेशनल रिपोजिटरी ऑफ ह्यूमन जेनेटिक रिसोर्सेज। इंदिरा गांधी

राष्ट्रीय मानव संग्रहालय वर्तमान गैलेरी की बेहतरी और भारत तथा दुनिया, नेशनल डाक्यूमेंटेशन सेंटर और आर्काइव फॉर इंटेजिबल कल्चरल हेरीटेज के विकास और चार क्षेत्रीय आउटरीच केंद्रों की स्थापना के लिए नए कार्यक्रम शुरू करेगा।

2.2.32 साहित्य, पुस्तकालय और अभिलेख- ग्यारहवीं योजना में विकसित किए जाने वाले सार्वजनिक पुस्तकालयों में ग्रामीण सार्वजनिक पुस्तकालय शामिल हैं। इस दौरान जिला पुस्तकालयों में विकलांगों और वंचितों के लिए व्यवस्था की जाएगी। एक नेशनल लाइब्रेरी मिशन स्थापित किया जाएगा। राष्ट्रीय, राज्य/जिला पुस्तकालयों में विशेष तरह की पुस्तकों का संग्रह होगा और इनमें अंधे और बहरे लोगों के लिए तकनीकी सहयोग की व्यवस्था होगी।

2.2.33 शिक्षा, शोध और अन्य- कल्चरल हेरीटेज वोल्यूटियर (सीएचवी) फोरम की स्थापना एनएसएस के साथ बुनियादी भारतीय सांस्कृतिक मूल्यों को एकीकृत करने व निरंतर बनाए रखने के लिए स्कूलों, कॉलेजों और विश्वविद्यालयों में की जाएगी। सांस्कृतिक उद्योगों के लिए एक पायलट स्कीम की शुरुआत चयनित जेडसीसी द्वारा किया जाएगा। इसका मकसद बाजार की जानकारी, डिजाइन, पैकेजिंग प्रशिक्षण और ई-कॉमर्स सुविधाएं उपलब्ध कराना है। द स्कीम ऑफ सेंटर फॉर कल्चरल रिसोर्स एंड ट्रेनिंग (सीसीआरटी), एसिस्टेंस फॉर प्रिजर्वेशन एंड डवलपमेंट ऑफ कल्चरल हेरीटेज ऑफ हिमालयाज एंड एसिस्टेंस फॉर प्रिजर्वेशन एंड डवलपमेंट ऑफ बुद्धिस्ट - तिब्बतन ऑरगेनाइजेशन को फिर से संवारा जाएगा।

2.2.34 राष्ट्रीय अनुवाद मिशन- अनुवाद के जरिए साझी संस्कृति को मजबूत बनाने और सांस्कृतिक आदान-प्रदान के लिए सरकार के साथ एक नई स्कीम शुरू की जाएगी। इसके तहत प्रत्येक भाषा की कम से कम पांच अच्छी रचनाओं का सभी अन्य भाषाओं में अनुवाद किया जाएगा।

आगे का रास्ता-

2.2.35 सांस्कृतिक संस्थानों की कार्य कुशलता में सुधार के लिए अंतर्संगठनात्मक नेटवर्क का सशक्तिकरण और प्रबंधन उन्मुख कदम, दोनों जरूरी उपाय हैं। संस्कृति मंत्रालय की आधुनिकीकरण और कम्प्यूटरीकरण स्कीम को लगातार बढ़ रहे अंतर्संगठनात्मक सहयोग व नेटवर्किंग के साथ तालमेल बिठाने और सांस्कृतिक संगठनों के बीच जानकारियों के लेन-देन के

लिए एक मोड्यूल विकसित करना चाहिए। ज्ञान के क्षेत्र में सुपर पॉवर बनने के मकसद के साथ वैज्ञानिक संस्थानों में नेटवर्किंग व्यवस्था अपनाने की जरूरत है।

2.2.36 कला और संस्कृति से जुड़े भारत के उच्च संस्थानों की खराब होती जा रही स्थिति वास्तव में बड़ी चुनौती है। ग्यारहवीं योजना के दौरान इन्हें ठीक करने की जरूरत है। भारत और विदेशों के बेहतरीन अकादमी विद्वानों को इन संस्थानों में से कुछ से जोड़ा जा सकता है। यह भी महत्वपूर्ण है कि ये संस्थान स्वायत्तशासी हों और यहां काम का प्रेरक माहौल हो। इस संदर्भ में कला और संस्कृति के क्षेत्र से जुड़े संस्थानों से विद्वानों को जोड़ने के लिए लचीले नियम-कायदे बनाने की जरूरत है। विचार निर्माताओं के विचार को अपनाने की शीघ्र जरूरत है। अन्य शब्दों में आयडिया बैंक जो ऐसे विचारों को सामने ला सके जिसकी पैदाइश तो भारत में हुई लेकिन वे पूरी दुनिया में फैल गए, के निर्माण की जरूरत है। आयडिया बैंक शोध के लिए नए डिजाइन पैदा करने के साथ-साथ प्रगतिशील और आधुनिक शोध के लिए अंतर्विभागीय संबंध स्थापित करेगा।

2.2.37 लचीले तरीके अपनाकर निर्दिष्ट ज्ञान संस्थानों में-ज्ञान पूंजी के प्रवेश के तरीके पर ग्यारहवीं योजना के दौरान काम करने की जरूरत है। इस प्रवेश के मुख्य कारक होंगे-(1) घरेलू और वैश्विक दोनों ज्ञान पूंजी के प्रवेश के लिए व्यापक ढांचे का विकास, (2) ऐसे दिशा-निर्देश तय करना जो लचीली व्यवस्था के लिए प्रेरक हों और बाधक नियम-कायदों से मुक्त हों, (3) ज्ञान संस्थानों की भूमिका को ज्ञान के उत्पादक में सहयोग देने वाले के रूप में पुनर्परिभाषित करना, (4) लचीले संबंध और व्यवस्था के लिए ऐसे संस्थानों को अधिक स्वायत्तता देना। (5) विशिष्ट संकायो में वैश्विक सृजनात्मक प्रतिभाओं को लुभाना और संस्थानीकरण सहलग्नता की संभावनाओं का पता लगाना, (6) आउटपुट और प्रसारण पर सृजनात्मक प्रतिभाओं के जानकार अधिकारों सहित ज्ञान आउटपुट का स्वामित्व और (7) उचित निकाय की शुरुवात के साथ ज्ञान राशि का सृजन करते हुए, संस्थानों को बजट संबंधी प्रतिबंधों से मुक्त करना। यहां जरूरत है (ए) वांछित क्षमता और मापदंड जैसे पात्रता/उपयुक्तता और छात्रवृत्ति का मूल्यांकन (बी) खेल क्षेत्र स्तर (सी) परियोजना में घरेलू प्रतिभाओं का लगाव, नियोजन और साझेदारी विकास और संवर्धन।

2.2.38 संस्कृति मंत्रालय के लिए ग्यारहवीं योजना हेतु जीबीएस का प्रमुख स्कीमवार ब्यौरा खण्ड-III के परिशिष्ट में दिया गया है।

संलग्नक 2.1.1
युवा मामले एवं खेल - दसवी योजना के परिव्यय और व्यय

(रु. करोड़)

दसवी योजना 2002-07			
क्र.सं.	क्षेत्रक-उप-क्षेत्रक	परिव्यय	व्यय
क	युवा मामले	677.64	522.62
ख	खेल और शारीरिक शिक्षा	1145.36	1306.41
ग	अन्य	2.00	3.05
	कुल	1825.00	1832.08

स्रोत : युवा मामले एवं खेल मंत्रालय

संलग्नक 2.2.1
संस्कृति - दसवी योजना का परिव्यय और व्यय

(करोड़ रुपए)

दसवी योजना 2002-07			
क्र.सं.	स्कीम/प्रमुख शीर्ष	परिव्यय	व्यय
1	आधुनिकीकरण और कंप्यूटराइजेशन	4.39	2.73
2	प्रोत्साहन एवं प्रसार (कला और संस्कृति)	362.43	454.99
3	पुरातत्व	284.83	304.11
4	अभिलेखागार एवं रिकॉर्ड	74.11	60.32
5	संग्राहलय	304.13	314.21
6	मानवविज्ञान एवं मानव जाति विज्ञान	40.02	42.06
7	सार्वजनिक पुस्तकालय	131.05	121.76
8	आईजीएनसीए	90.00	4.12
9	बौद्ध एवं तिब्बती अध्ययन संस्थान	45.70	45.11
10	अन्य व्यय (स्मारक पर)	49.35	61.73
11	पूर्वोत्तर क्षेत्र के लिए गतिविधियां	154.00	134.19
12	परियोजना निर्माण/मुख्य परिव्यय	180.00	115.16
	कुल	1720.00	1526.30

टिप्पणी : *संबंधित क्षेत्रकों के अंतर्गत 134.19 करोड़ रुपये का व्यय शामिल किया गया है।

स्रोत : संस्कृति मंत्रालय

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण तथा आयुष

3.1 स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण

भूमिका

3.1.1 राष्ट्र का स्वास्थ्य विकास का एक जरूरी तत्व, राष्ट्र के आर्थिक विकास और आंतरिक स्थिरता के लिए महत्वपूर्ण है। जनसंख्या के लिए स्वास्थ्य देखभाल का न्यूनतम स्तर निश्चित करना विकास प्रक्रिया का एक महत्वपूर्ण घटक है।

3.1.2 स्वतंत्रता के समय भारत ने बृहत स्वास्थ्य इंफ्रास्ट्रक्चर तैयार किया है और सार्वजनिक, स्वैच्छिक और निजी क्षेत्रों में प्रथम, द्वितीय और तृतीय स्तर पर देखभाल के लिए स्वास्थ्य कार्मिकों को लगाया है। कुशल मानव संसाधन उत्पादित करने के लिए, आयुर्वेद, योग, प्राकृतिक चिकित्सा यूनानी सिद्ध तथा होमियोपैथी संस्थान सहित कई चिकित्सीय और अर्ध-चिकित्सीय संस्थान स्थापित किए गए हैं।

3.1.3 स्वास्थ्य मानकों में जैसे प्रत्याशित आयु, बाल मृत्यु, शिशु मृत्यु और मातृ मृत्यु में सुधार करने के लिए हमारे प्रयासों में पिछले छः दशकों में महत्वपूर्ण उपलब्धियां प्राप्त की गईं। चेचक और गायना कीड़ा समाप्त कर दिए गए और आशा है कि नजदीकी भविष्य में पोलियोमाइलिटिस की रोकथाम हो जाएगी। लेकिन फिर भी, समस्याएं बहुत हैं। कुपोषण बच्चों के बड़े अनुपात को प्रभावित करता है। जनसंख्या का अस्वीकार्य उच्च अनुपात लगातार पीड़ित और उन नई बीमारियों से मर रहा है जो मौजूदा बीमारियों के जारी रहने और उनसे नए खतरों के अतिरिक्त उत्पन्न हो रही हैं। गर्भावस्था और शिशु-जन्म संबंधित जटिलताएं भी पीड़ित और मृत्यु में योगदान करती हैं।

3.1.4 गरीबी और खराब स्वास्थ्य के बीच मजबूत संबंध को पहचानने की जरूरत है। लंबी और खर्चीली बीमारी का आरंभ गैर-

गरीब व्यक्ति को गरीबी में ले जा सकता है। खराब स्वास्थ्य वित्तीय रूप से सुरक्षित लोगों में भी अत्यधिक तनाव पैदा करता है। उच्च स्वास्थ्य देखभाल लागतों से गरीबी में तेजी आ सकती है। वहनीय और विश्वसनीय स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच समर्थ करने के लिए गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल के सार्वजनिक मानदंड की महत्वता को कम करके नहीं आंका जा सकता। यह विशेष रूप से गैर-गरीब व्यक्ति को गरीबी में प्रवेश करने से रोकने के संबंध में या पहले से गरीबी रेखा के नीचे के व्यक्तियों के लिए पीड़ाएं घटाने के संदर्भ में है।

3.1.5 देश को स्वास्थ्य देखभाल के बढ़ते मूल्य और लोगों की बढ़ती अपेक्षाओं से निबटना है। दूरस्थ ग्रामीण क्षेत्रों में गुणवत्ता स्वास्थ्य सेवाओं की चुनौती से तत्काल निपटा जाना जरूरी है। समस्या के आकार को देखते हुए हमें ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल को गुणवत्ता सेवाओं को एक जिम्मेदार, पहुंच-योग्य और वहनीय प्रणाली में रूपांतरित करने की जरूरत है।

स्वास्थ्य के लिए विज्ञान

3.1.6 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना, तीव्र, विस्तृत और समावेशित विकास पर आधारित नया विज्ञान प्राप्त करने के लिए नीतियों की पुनःसंरचना का अवसर प्रदान करेगी। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना का एक उद्देश्य लोगों, विशेष रूप से गरीब और अल्पसुविधाप्राप्त लोगों के लिए अच्छा स्वास्थ्य प्राप्त करना है। यह करने के लिए, एक व्यापक पहुंच की जरूरत है जिसमें व्यक्तिगत स्वास्थ्य देखभाल, सार्वजनिक स्वास्थ्य, सफाई प्रबंध, स्वच्छ पेय जल, भोजन तक पहुंच और स्वास्थ्य-परकता और आहार पद्धतियां शामिल हैं। यह योजना उन सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियों और सेवाओं के अभिसरण और विकास की सुविधा देगी जो लोगों की स्वास्थ्य जरूरतों और आकांक्षाओं के लिए असरदायी है। वहनीय स्वास्थ्य देखभाल तक

पहुंच सुनिश्चित करते हुए पूरे क्षेत्रों और समुदायों में स्वास्थ्य में असमानताएं घटाने पर महत्व दिया जाएगा।

3.1.7 हालांकि हर एक योजना में यह कहा गया है, फिर भी यहां यह दोहराने की जरूरत है कि ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना किशोर युवतियों, सभी आयु की महिलाओं, तीन वर्ष से कम आयु के बच्चे, वृद्ध लोग, अक्षम और आदिवासी जनजातीय समूहों जैसे मार्जिनल समूहों के स्वास्थ्य पर विशेष ध्यान देगी। इसमें सभी स्कीमों में लिंग को महत्वपूर्ण विषय के रूप में देखा जाएगा।

3.1.8 ये उद्देश्य प्राप्त करने के लिए, केंद्र और राज्यों द्वारा स्वास्थ्य पर समग्र खर्च में पर्याप्त वृद्धि करनी होगी ताकि सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की क्षमता को मजबूत किया जा सके और वे बेहतर कार्य कर सकें। यह योजना एचआईवी/एड्स जैसे महत्वपूर्ण क्षेत्रों में स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए आवंटन का बढ़ा विभाजन सुनिश्चित करेगा। प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीय सेवाओं में निजी क्षेत्रक का योगदान सरकार के साथ भागीदारी सहित विभिन्न उपायों द्वारा बढ़ाया जाएगा। स्वास्थ्य सेवाओं की डिलिवरी में अच्छा प्रशासन, पारदर्शिता और जिम्मेदारी पंचायती राज संस्थानों (पीआरआई), समुदाय और नागरिक सोसाइटी समूह की भागीदारी के द्वारा सुनिश्चित की जाएगी। सभी नागरिकों के लिए स्वास्थ्य का अधिकार एक उद्देश्य है जिसके लिए योजना प्रयास करेगी।

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के लिए समयबद्ध उद्देश्य

- मातृ मृत्यु अनुपात (एमएमआर) को 1 प्रति 1000 जीवित जन्म तक घटाना।
- शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) को 28 प्रति 1000 जीवित जन्म तक घटाना।
- कुल प्रजनन दर को 2.1 तक घटाना।
- वर्ष 2009 तक सभी के लिए स्वच्छ पेय जल प्रदान करना और पीछे न हटना सुनिश्चित करना।
- 0-3 के आयु समूह के बच्चों में कुपोषण को इसके मौजूदा स्तर के आधे तक घटाना।
- महिलाओं और युवतियों में रक्त अल्पता को 50% तक घटाना।
- 0-6 आयु समूह के लिए लिंग अनुपात को वर्ष 2011-12 तक 935 और वर्ष 2016-17 तक 950 तक बढ़ाना।

(स्वच्छ पेय जल, कुपोषण और रक्त अल्पता से संबंधित उद्देश्य पूरे करने के लिए उठाए जाने वाले कदम अन्य अध्यायों में विवरण के साथ दर्शाए गए हैं।)

मौजूदा परिदृश्य, सरोकार और चुनौतियां
अंतर्राष्ट्रीय परिदृश्य में भारत

3.1.9 प्रत्याशित आयु, कुल प्रजनन दर (टीएफआर), शिशु मातृत्व दर (आईएमआर) और मातृत्व मृत्यु अनुपात (एमएमआर) जैसे स्वास्थ्य संकेतकों के संबंध में तुलनात्मक चित्र दर्शाता है कि समान परिस्थितियों में स्थित देशों जैसे इंडोनेशिया, श्रीलंका और चीन जैसी ने भारत से बहुत बेहतर निष्पादन किया है (तालिका 3.1.1)।

तालिका 3.1.1
चयनित देशों में स्वास्थ्य संकेतक

देश	शिशु मृत्यु (प्रति 1000 जीवित जात जन्म)	जीवन संभाव्यता पुरुष/स्त्री	मातृत्व मृत्यु दर	कुल उर्वरता दर
भारत	58	63.9/66.9*	301	2.9
चीन	32	70.6/74.2	56	1.72
जापान	3	78.9 /86.1	10	1.35
कोरिया गणतंत्र	3	74.2 /81.5	20	1.19
इंडोनेशिया	36	66.2 /69.9	230	2.25
मलेशिया	9	71.6 /76.2	41	2.71
वियतनाम	27	69.5 /73.5	130	2.19
बांग्लादेश	52	63.3 /65.1	380	3.04
नेपाल	58	62.4 /63.4	740	3.40
पाकिस्तान	73	64.0 /64.3	500	3.87
श्रीलंका	15	72.2 /77.5	92	1.89

नोट: *अनुमानित (2001-06)

स्रोत: भारत-आरजीआई, भारत सरकार (नवीनतम आंकड़े); अन्य-विश्व जनसंख्या की स्थिति, 2006

दसवीं योजना के उद्देश्यों के संबंध में परिदृश्य

3.1.10 दसवीं योजना के ग्यारह निगरानी योग्य लक्ष्यों में से तीन स्वास्थ्य क्षेत्रक से संबंधित थे। उनके उद्देश्यों और प्राप्तियों का सार तालिका 3.1.2 में दिया गया है।

जनसंख्या वृद्धि की दशकीय दर/कुल प्रजनन दर

3.1.11 वर्ष 1991-2001 के दौरान जनसंख्या का दशकीय विकास भूतकाल में जनन क्षमता के उच्च स्तरों से निर्मित गति के चलते लक्ष्यों में 21.5% रही। अच्छी खबर यह है कि हम स्वास्थ्य क्षेत्रक से संबंधित दसवीं योजना के निगरानी-योग्य तीन लक्ष्यों में से पहली के संदर्भ में सही पथ पर हैं। वर्ष 2001-11 के लिए अनुमानित दशकीय जनसंख्या विकास दर 15.9% है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (2000) के दो महत्वपूर्ण डेमोग्राफिक उद्देश्य हैं: वर्ष 2010 तक जनसंख्या प्रतिस्थापना स्तर (टीएफआर 2.1) और वर्ष 2045 तक स्थिर जनसंख्या प्राप्त करना। कुल जनन क्षमता दर (टीएफआर) जो 50 के दशक के शुरुआत में 6.0 थी,

वर्ष 2005 में कम होकर 2.9 हो गई थी। इस प्रकार, भारत 2.1 की प्रतिस्थापना-स्तर जनन क्षमता के अपने उद्देश्य की ओर बढ़ रहा है। गर्भ-निरोधक प्रयोग करने वाली विवाहिताओं का प्रतिशत 70 के दशक की शुरुआत में केवल 10% के स्तर से बढ़कर वर्ष 1992-93 में 41%, वर्ष 1998-99 में 48% और वर्ष 2005-06 में 56% (चित्र: 3.1.1) हो गया है। हालांकि, विभिन्न राज्यों के बीच बहुत बड़े अंतर हैं।

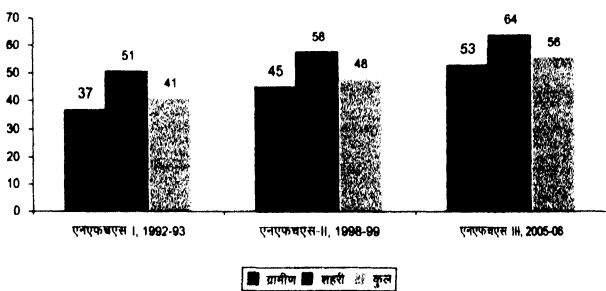
मातृ मृत्यु दर

3.1.12 वर्ष 2001-2003 के दौरान मातृ मृत्यु दर प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों में से 301 थी (आरजीआई, 2006)। मातृ मृत्यु के स्तर विभिन्न क्षेत्रों में आपातकालीन प्रासविक देखभाल, प्रसव पूर्व देखभाल तक पहुंच में अंतरों, महिलाओं में रक्त अल्पता करें, महिलाओं का शैक्षिक स्तर और अन्य कारकों के कारण भारी अंतर हैं। इसमें वर्ष 1997-2003 की सात वर्षों की अवधि के दौरान भारी गिरावट हुई है। यद्यपि, गिरावट की गति अपर्याप्त है। गिरावट की मौजूदा दर पर, वर्ष 2012 तक 100 का लक्ष्य प्राप्त

तालिका 3.1.2
दसवीं योजना के दौरान उद्देश्य और उपलब्धियां

संकेतक	दसवीं योजना के लिए उद्देश्य	उपलब्धियां
जनसंख्या विकास की दशकीय दर	16.2%	वर्ष 2001-2011 के लिए 15.9% (अनुमानित) ¹
शिशु मृत्यु दर	45 प्रति 1000 जीवित जन्म	58 प्रति 1000 जीवित जन्म ²
मातृ मृत्यु दर	2 प्रति 1000 जीवित जन्म	3.01 प्रति 1000 जीवित जन्म ³

नोट: 1. जनसंख्या पर राष्ट्रीय आयोग (दिसम्बर, 2006) द्वारा तैयार जनसंख्या प्रोजेक्शनों पर तकनीकी समूह, आरजीआई, भारत सरकार द्वारा स्थापित किया गया।
2. एसआरएस 2005
3. 2001-2003 मौतों का विशेष सर्वेक्षण में राइम का प्रयोग (रूटीन, पुनःनमूना, चिकित्सीय आकलन के साथ मृत्यु दर घरेलू साक्षात्कार), आरजीआई (2006) भारत सरकार



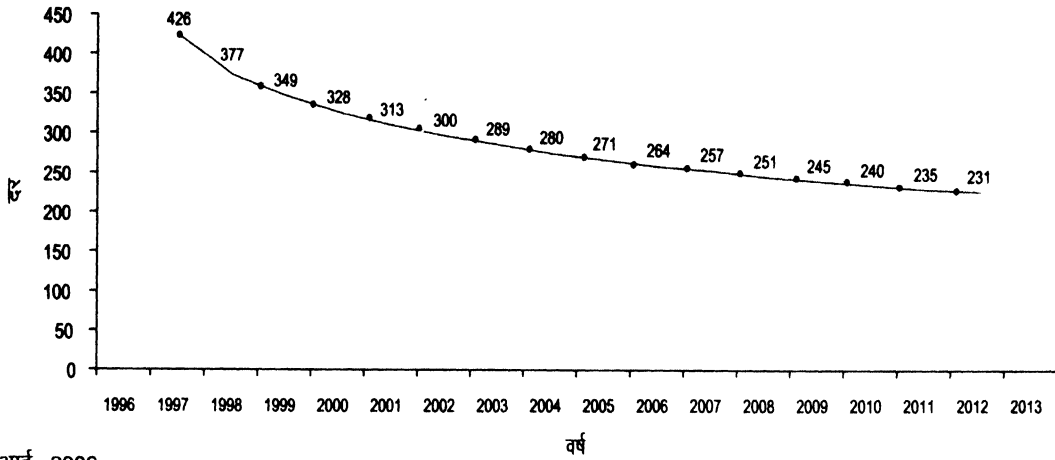
स्रोत: एनएफएस-3, आईआईपीएस (2005-06)

चित्र: 3.1.1 गर्भ निरोधक प्रयोग में प्रवृत्ति (%)
15-49 आयु वर्ग की वर्तमान समय में
विवाहित महिलाएं विवाहित महिलाएं

करना कठिन होगा (चित्र: 3.1.2)। यह इस लक्ष्य को मजबूत बनाता है कि भारत में आगे मातृ मृत्यु को कम करने के लिए निपुण जन्म उपस्थिति और आपातकालीन प्रासविक देखभाल के तीव्र विस्तार की जरूरत है।

शिशु मृत्यु दर

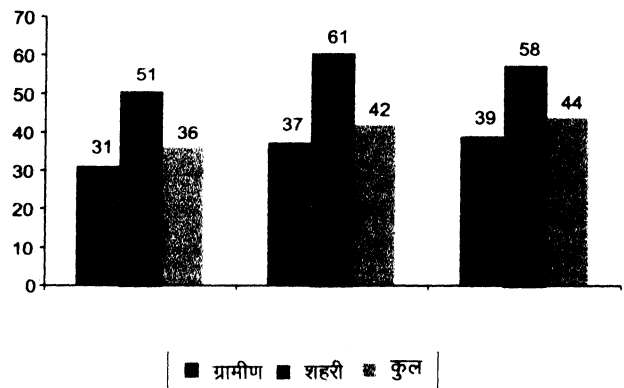
3.1.13 शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) प्रति 100 जीवित जन्मों में से 58 है (एसआरएस 2005)। यह देश के ग्रामीण क्षेत्रों में अधिक (64) और शहरी क्षेत्रों में कम (40) है। यह विभिन्न राज्यों में भी अलग-अलग है। नव प्रसव मृत्यु (प्रति 1000 जीवित जन्मों में से 37 पर) में विभिन्न राज्यों में लगभग 60% - 75% आईएमआर शामिल है। प्रतिरक्षण की कवरेज वर्ष 1998-99 में 42% से वर्ष 2005-06 में 44% तक बढ़ी है (चित्र: 3.1.3)। पोलियो लगातार



स्रोत: आरजीआई, 2006

चित्र: 3.1.2 भारत में मातृत्व मृत्यु दर प्रवृत्ति लॉग लिनियर मॉडल पर आधारित, 1997-2012

एक समस्या है और अतिसार से पीड़ित बच्चों में ओआरएस का प्रयोग कम (एनएफएच-3 के अनुसार पिछले दो सप्ताह में अतिसार पीड़ित 26.2% बच्चों ने ओआरएस लिया) है। आईएमआर में कमी की प्रवृत्ति चित्र 3.1.4 में दर्शाई गई है। भविष्य में आईएमआर और नव प्रसव मृत्यु दर (एनएमआर) और घटाने के लिए गृह आधारित नव प्रसव देखभाल (एचबीएनसी) के अधीन सामंजस्य प्रयासों की जरूरत होगी।

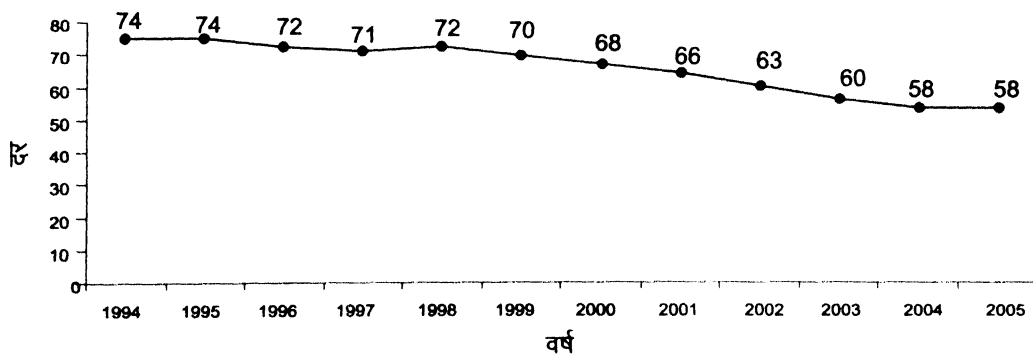


असमानताएं और विभाजन

3.1.14 देश में, देखभाल और साथ ही साथ स्वास्थ्य परिणामों तक पहुंच के संदर्भ में अत्यधिक असमानता और भिन्नता की अवस्थिति है। जन्म के समय केरल की प्रत्याशित आय मध्य प्रदेश और असम की तुलना में लगभग 10 वर्ष अधिक है। मध्य प्रदेश और उड़ीसा में आईएमआर, केरल की तुलना में 5 गुणा अधिक

स्रोत: एनएफएचए-3, आईआईपीएस (2005-06)

चित्र: 3.1.3 पूर्ण प्रतिक्षण कवरेज में प्रवृत्ति



स्रोत: एसआरएस बुलेटिन, अक्टूबर 2006, आरजीआई

चित्र: 3.1.4 दर भारत में शिशु मृत्यु दर

हैं। उत्तर प्रदेश में एमएमआर, केरल की तुलना में 4 गुणा और हरियाणा की तुलना में 3 गुणा है। राज्यों के बीच अपक्व मृत्यु दरें व्यापक विभिन्नताएं प्रदर्शित करती हैं। उड़ीसा और मध्य प्रदेश में अपक्व मृत्यु दरें, दिल्ली और नगालैंड में अपक्व मृत्यु दरों से दोगुनी हैं। स्वास्थ्य की यह उच्च भिन्नता देश के विभिन्न भागों में स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता में उच्च अंतर का प्रतिबिंब है।

3.1.15 लगभग एक-चौथाई जिले 40% गरीब, आधे से ज्यादा कुपोषण, दो-तिहाई के आसपास मलेरिया और काला-अज़र, कोढ़, शिशु एवं मातृ मृत्यु और बीमारियों के लिए जिम्मेदार हैं (राष्ट्रीय मैक्रोइकॉनॉमिक्स एंड हेल्थ कमीशन, एनसीएमएच-2005) सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाएं जैसे विश्वव्यापी प्रतिरक्षण सेवाएं और समयानुसार उपचार तक पहुंच प्रदान करना एक चुनौती है। ये राज्य उनमें से भी हैं जिनमें मानव और वित्तीय संसाधनों का तीव्र संकट है।

3.1.16 कई राज्यों और क्षेत्रों में ग्रामीण क्षेत्रों में सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली गड़बड़-घोटाले में है। अत्यधिक भिन्नताएं और असमानताएं, स्वास्थ्य देखभाल और साथ ही साथ स्वास्थ्य परिणामों दोनों तक पहुंच के संदर्भ में बनी हुई हैं (तालिका 3.1.3)। पूरे भारत में यह बड़ी असमानता गरीबों, विशेष रूप से महिलाओं, अनुसूचित जातियों और जनजातियों पर भार डालती है। विकसित और कम विकसित राज्यों के बीच सार्वजनिक संसाधनों की उपलब्धता में भी असमानता प्रतिबिंबित होती है।

3.1.17 शहरी विकास के कारण शहरी गरीबों की संख्या में वृद्धि हुई है। जनसंख्या परियोजनाएं स्वयंसिद्ध प्रमाण है कि स्लम विकास के अपनी स्वास्थ्य और इंफ्रास्ट्रक्चर जरूरतों के प्रत्युत्तर में नागरिक प्राधिकरणों की क्षमता से आगे निकल जाने की संभावना है। वर्ष 2001 की जनगणना के अनुसार, 640 कस्बों और शहरों से अधिक में फैले शहरी स्लमों में 4.26 करोड़ लोग रहते थे। संख्या बढ़ रही है। यद्यपि, शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण की कवरेज ग्रामीण क्षेत्रों से बहुत बेहतर है,

स्लमों में जल और सफाई प्रबंध और उच्च जनसंख्या सघनता के कारण तीव्रता से संक्रमण बढ़ रहे हैं। इन आबादियों में संक्रामक बीमारियां, अस्थमा, टीबी, मलेरिया, हृदय-संवहनी रोग, डायबिटीज़ आदि की उच्च आपात स्थिति है। घरों की खराब स्थिति, गर्मी और सर्दी का प्रभाव, वायु और जल प्रदूषण तथा व्यापारिक जोखिम गरीबों के लिए पर्यावरणीय जोखिम बढ़ाते हैं। वे और असुरक्षित होते जाते हैं क्योंकि उनके पास बीमारी के संकट से निकलने के लिए कोई बैंक-अप बचत, भोजन भंडार या सामाजिक सहायता प्रणाली नहीं होती। शहरी क्षेत्रों में कई निजी और सरकारी अस्पतालों की मौजूदगी के बावजूद, बेघर और स्लम या अस्थाई आबादियों में रहने वाले लोग उचित स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली से महरूम रह जाते हैं। इस प्रकार, यद्यपि शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं पर ध्यान केंद्रित किया जाता है, शहरी गरीबों के पास पहुंच की कमी है; आज देश में ये पहले सीमित और आंशिक है।

बीमारी का भार

3.1.18 भारत चिरकालीक बीमारियों के बढ़ रहे भार, मृत्यु और जनन क्षमता दरों में पतन और जनसंख्या बढ़ने के साथ मारक-विज्ञान संबंधी और जनसांख्यिकीय परिवर्तन के मध्य में है। देश में लगभग 2-3.1 मिलियन लोग एचआईवी/एड्स के साथ जीवन व्यतीत कर रहे हैं, जो एक संचारी रोग है और भारत के स्वतंत्रता से अब तक प्राप्त स्वास्थ्य और विकास लाभों को नष्ट कर रहा है। गैर संचारी योग्य बीमारियां जैसे हृदय-संवहनी संबंधी रोग, कैंसर, नेत्रहीनता, मानसिक रोग आदि ने देश के पहले से ओवरस्टैच्ड स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली पर और भार डाला है। चिरकालीक बीमारियों से असामयिक विकृति और मृत्यु, देश के लिए मुख्य आर्थिक और मानव संसाधन क्षति होने के साथ साथ एक मानव त्रासदी है। बीमारी के भार के नेशनल कमिशन ऑन मैक्रोइकॉनॉमिक्स एंड हेल्थ (एनसीएमएच), 2005 के आंकड़े तालिका 3.1.4 में दिए गए हैं।

तालिका 3.1.3
शहरी/ग्रामीण स्वास्थ्य संकेतक

	अपक्व जन्म दर (प्रति 1000)	अपक्व मृत्यु दर (प्रति 1000)	आईएमआर (प्रति 1000 जीवित जन्म)	बच्चों (6-35 माह) में रक्त अल्पता की व्याप्ति (%)	गर्भवती महिलाओं में रक्त अल्पता की व्याप्ति (%)
शहरी	19.1	6.0	40	72.7	54.6
ग्रामीण	25.6	8.1	64	81.2	59.0
कुल	23.8	7.6	58	79.2	57.9

स्रोत: स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (भारत सरकार), 2006 एवं एनएचएफएस-3, आईआईपीएस (2005-06)

तालिका 3.1.4
 वीमारी का भार अनुमान, 2005

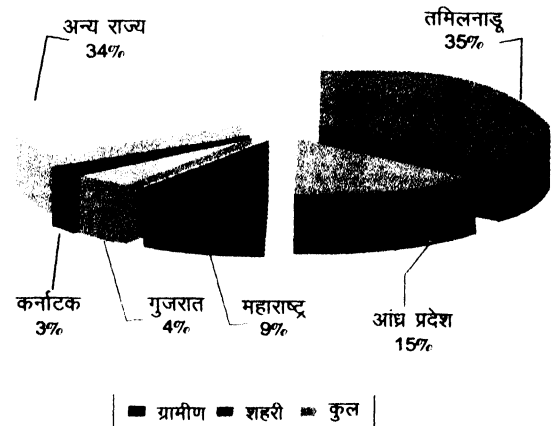
बीमारी/स्वास्थ्य स्थिति	मामलों का अनुमान/लाख	मामलों की अनुमानित संख्या (2015)/लाख
संचारी बीमारियां		
तपेदिक	85 (2000)	लागू नहीं
एचआईवी/एड्स	51(2004)	190
अतिसार बीमारियों के मामले प्रति वर्ष	760	880
मलेरिया और अन्य संक्रामक बीमारियां	20.37(2004)	लागू नहीं
कोढ़	3.67 (2004)	दूर किए जाने की संभावना
कर्णशोथ मीडिया	3.57	4.18
संचारी योग्य स्थितियां		
कैंसर	8.07 (2004)	9.99
डायबिटीज़	310	460
मानसिक स्वास्थ्य	650	800
नेत्रहीनता	141.07	129.96
हृदय-संवहनी संबंधी रोग	290 (2000)	640
सीओपीडी और अस्थमा	405.20 (2001)	596.36
अन्य गैर संचारी		
चोटें-मृत्यु	9.8	10.96
अस्पताल में दाखिल होने वालों की संख्या	170	220

स्रोत: एनसीएमएच, 2005

संचारी वीमारियां

3.1.19 एड्स महिला का चेहरा प्राप्त करता जा रहा है, अर्थात् जहां तक मामलों की संख्या संक्रमण का संबंध है, महिलाओं और पुरुषों के बीच का अंतर घटता जा रहा है। युवा तेजी से असुरक्षित हो रहे हैं। 5 राज्यों अर्थात् आंध्र प्रदेश, महाराष्ट्र, कर्नाटक, मणिपुर और नगालैंड से गर्भवती महिलाओं के बीच 1% से अधिक प्रचलन दर की रिपोर्ट की गई थी। भारत सरकार एचआईवी/एड्स का, आशंका की रोकथाम संबंधी जागरूकता, लक्षित उपायों और देखभाल और सहायता कार्यक्रमों द्वारा प्रत्युत्तर दे रही है। दिनांक 31 दिसंबर 2006 तक, एड्स के कुल 1,62,257 मामलों की रिपोर्ट की थी। एचआईवी पॉजिटिव व्यक्तियों में टीबी संक्रमण का जोखिम कई गुना बढ़ गया है। नेशनल एड्स कंट्रोल ऑर्गनाइजेशन (एनएसीओ) शीघ्र रोग-निदान और तत्काल उपचार के लिए आपस में परामर्श करने के लिए रिवाइज्ड नेशनल ट्यूबरकुलोसिस कंट्रोल प्रोग्राम (आरएनटीसीपी) के साथ नज़दीकी से कार्य कर रही है। नेशनल एड्स कंट्रोल प्रोग्राम फेस-II (एनएसीपी-II) की रणनीतियों के सकारात्मक परिणाम निकले हैं। एचआईवी व्याप्ति स्थिर हो रही है और तमिलनाडू, आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र और नगालैंड जैसे राज्यों ने गिरती प्रवृत्ति प्रदर्शित करनी शुरू कर

दी है। वर्ष 2006 के दौरान भारत में एड्स के मामलों की संख्या का राज्य-वार वितरण चित्र: 3.1.5 में प्रदर्शित है। सीखे गए पाठ एनएसीपी-III प्रतिपादित करने में प्रयोग होंगे, जिसे ग्यारहवीं पंच वर्षीय योजना के दौरान देश में कार्यान्वित किया जाएगा।

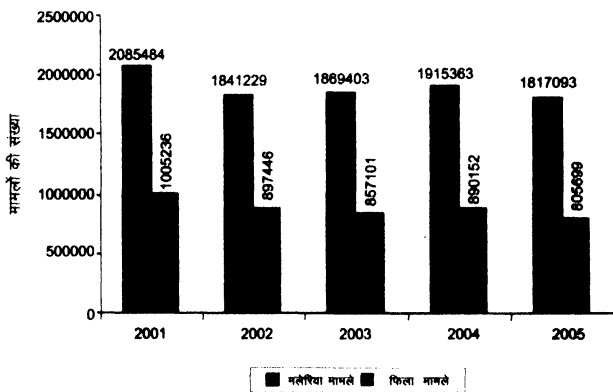


स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रारूप, 2006

चित्र: 3.1.5 2006 में राज्यों में एड्स मामलों की संख्या

3.1.20 भारत के विश्व आपतन के पांचवे भाग के साथ, क्षयरोग भारत में एक सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या बनी हुई है। प्रत्येक वर्ष भारत में 1.8 मिलियन लोगों को क्षयरोग होता है, जिसमें से 0.8 मिलियन संक्रमित होने वाले मामले होते हैं। एचआईवी-टीबी सह-संक्रमण और बहु दवा प्रतिरोधक क्षयरोग के निर्गमन ने समस्या की गंभीरता को बढ़ा दिया है। रिवाइज़्ड नेशनल ट्यूबरकुलोसिस कंट्रोल प्रोग्राम (आरएनटीसीपी) ने मार्च 2006 में राष्ट्र व्यापक कवरेज प्राप्त कर ली है। कार्यक्रम के प्रारंभ से, 6.3 मिलियन से अधिक रोगियों का उपचार शुरू किया गया और कार्यक्रम ने दसवीं योजना के दौरान डॉट्स सेवाओं के प्रस्तारण, मामले खोजने और उपचार सफलता के संदर्भ में सभी प्रस्तावित उद्देश्य प्राप्त कर लिए हैं।

3.1.21 मलेरिया, काला-अज़र, फिलारियासिस, जापानी मस्तिष्क ज्वर और डेंगू पर चालू कार्यक्रमों के अनुसरण में दसवीं योजना के दौरान नेशनल संक्रमित बीमारी नियंत्रण कार्यक्रम (एनवीबीडीसीपी) शुरू किया गया था। भारत में मलेरिया के मामले वर्ष 1996 में 3.04 से घटकर वर्ष 2005 में 1.82 मिलियन रह गए। प्लामोडियम फैल्सिपैरम (पीएफ) के मामलों की संख्या भी घट रही है (चित्र: 3.1.6)। मलेरिया के 80% से अधिक मामलों और मृत्यु की रिपोर्ट उत्तरपूर्वी (एनई) राज्यों, छत्तीसगढ़, झारखंड, मध्य प्रदेश, उड़ीसा, आंध्र प्रदेश, महाराष्ट्र, गुजरात, राजस्थान, पश्चिम बंगाल और कर्नाटक से की गई। सार्वधिक मलेरिया नियंत्रण परियोजना (ईएमसीपी) के अंतर्गत, 8 राज्यों के आदिवासी बाहुल्य 100 जिलों में 100% सहायता प्रदान की गई थी। इन क्षेत्रों ने मलेरिया के मामलों में 45% की कमी रिपोर्ट की।



स्रोत: स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (भारत सरकार), 2006

चित्र: 3.1.6 मलेरिया मामले एवं फिला. मामले, भारत

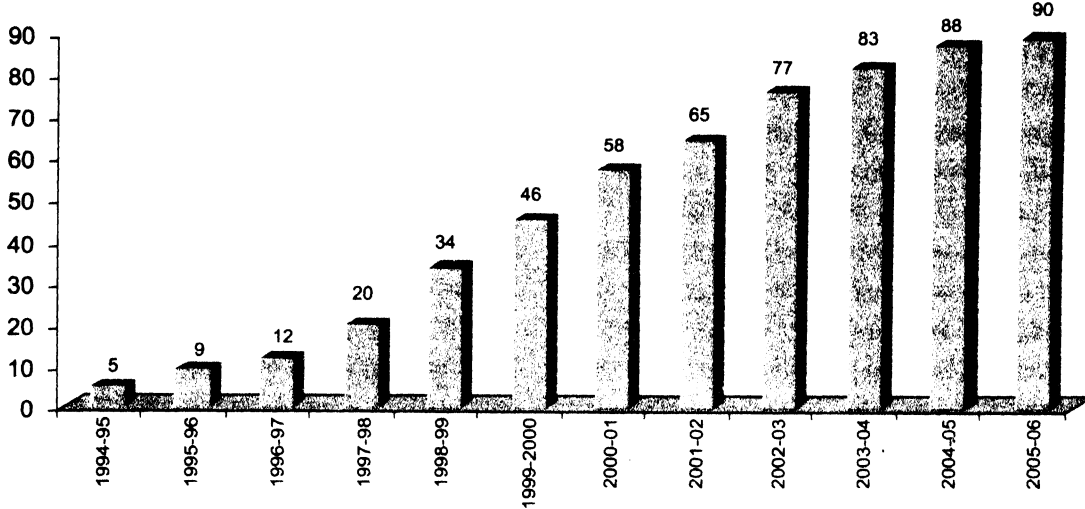
3.1.22 स्थानीय क्षेत्रों में लगभग 130 मिलियन जनसंख्या काला-आज़र के जोखिम का सामना कर रही है। इस बीमारी का वार्षिक विस्तार वर्ष 1992 में 77,099 मामलों से वर्ष 2005 में 31,217 मामलों और मौतों क्रमशः 1,419 से 157 तक घट गई हैं। लिम्फैटिक फिलारियासिस (एलएफ) 20 राज्यों और केंद्र शासित क्षेत्रों में लगभग 250 जिलों में बीमारी बनी हुई है। 500 मिलियन से अधिक जनसंख्या जोखिम में है। एलएफ की समाप्ति के लिए, भारत सरकार ने घर पर पैरों की देखभाल और हाइड्रोसिल ऑपरेशनों के डीसीटी गोलियों की वार्षिक रूप से एक खुराक की सिफारिश सहित राष्ट्रीय वार्षिक समूह ड्रग एडमिनिस्ट्रेशन (एमडीए) लांच किया। वर्ष 2005 में, 243 क्षेत्रीय जिलों ने लगभग 554 मिलियन जनसंख्या को लक्ष्य बनाते हुए 80% कवरेज दर के साथ एमडीए कार्यान्वित किया। डेंगू बुखार और चिकनगुनिया कई राज्यों/संघ-शासित प्रदेश में शहरी, अर्द्ध-शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में मुख्य खतरे के रूप में उभर रहे हैं।

3.1.23 नेशनल हेल्थ पॉलिसी (2002) द्वारा स्थापित किए गए अनुसार राष्ट्रीय स्तर (<1 मामला/10,000 जनसंख्या) में कोढ़ समाप्ति का उद्देश्य दिसंबर 2005 में प्राप्त कर लिया गया था। यद्यपि, बीमारी समाप्ति के स्तर तक आ गई थी, लगभग 20% जिलों में फिर भी हल्की बीमारी के रूप में मौजूद है। 2005-06 के दौरान, कोढ़ के कुल 1.61 लाख नए मामले पाए गए थे।

गैर-संप्रेषण-योग्य बीमारियां

3.1.24 भारत लम्बी बीमारियों की बड़ी संख्या एवं बढ़ते दायित्व के साथ तीव्र महामारी संक्रमण का अनुभव कर रहा है। इन बीमारियों से कुल हुई मौतों में से 53 प्रतिशत और वर्ष 2005 में असमर्थता समंजित जीवन वर्षों से हुई 44 प्रतिशत मौतों के होने का अनुमान है। गैर संचारी बीमारियां (एनसीडी), विशेष रूप से डायबिटीज़ मेलिटस, हृदय-संवहनी बीमारियों (सीवीडी), कैंसर, आघात और क्रानिक लांग डिजीज बढ़ रही जनसंख्या और व्यवहार में वातावरण द्वारा प्रेरित परिवर्तनों के कारण मुख्य जनस्वास्थ्य समस्याओं के रूप में उभरी है।

3.1.25 कैंसर प्रति वर्ष अनुमानित तौर पर होने वाले 7 से 9 लाख मामलों के साथ भारत में एक महत्वपूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या बन गई है। अनुमान है कि देश में किसी भी समय लगभग 25 लाख मामलों मौजूद होते हैं। राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम (एनसीसीपी) के अंतर्गत रणनीति वर्ष 1984-85 और बाद में 2004 में संशोधित की गई जिसमें कैंसर के मामलों की प्राथमिक रोकथाम और शीघ्र पता लगाने पर बल दिया गया।



स्रोत: वार्षिक रिपोर्ट, एमओएचएफडब्ल्यू, 2006-07

चित्र: 3.1.7 आईओएल के साथ मोतिया सर्जरी का प्रतिशत

भारत में, पुरुषों में होने वाले कैंसर के लगभग आधे और महिलाओं के 20% मामलों का कारण तंबाकू संबंधित कैंसर होता है। प्रति वर्ष लगभग 1 मिलियन तंबाकू संबंधित मौतें होती हैं, इसीलिए तंबाकू संबंधी स्वास्थ्य मामले सार्वजनिक स्वास्थ्य चिंता के प्रमुख कारण हैं।

3.1.26 भारत में, 12 मिलियन से अधिक लोग नेत्रहीन हैं। कैटेरेक्ट (62.6%) और उसके बाद रिफ्रैक्टिव त्रुटि (19.70%) नेत्रहीनता के मुख्य कारण हैं। वर्ष 1994 में 5% से वर्ष 2005-06 में 90% तक आईओएल रोपण के साथ कैटेरेक्ट शल्यचिकित्सा के अनुपात में महत्वपूर्ण वृद्धि हुई है (चित्र: 3.1.7)।

3.1.27 मौखिक स्वास्थ्य देखभाल को हमारे देश में पर्याप्त महत्वता नहीं दिया गया है। अधिकतर जिला अस्पतालों में डेंटल सर्जन का एक पद है लेकिन उनके पास उपकरण, मशीनरी और सामग्री की कमी है। जहां उपकरण मौजूद भी हैं, वहां रखरखाव खराब है, इसलिए सेवा डिलिवरी प्रभावित होती है।

स्वास्थ्य देखभाल इंफ्रास्ट्रक्चर और

मानव संसाधन: अंतर

3.1.28 स्वास्थ्य इंफ्रास्ट्रक्चर और मानव संसाधन में अंतर को समाप्त करने के लिए, दिनांक 12 अप्रैल 2005 को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) लांच किया गया।

एनआरएचएम के अंतर्गत सामान्य सार्वजनिक स्वास्थ्य डिलिवरी प्रणाली पूर्णकल्पित गांव से ब्लॉक स्तर तक चित्र-3.1.8 में स्पष्ट की गई है।

3.1.29 मौजूदा और वांछित भौतिक इंफ्रास्ट्रक्चर का विवरण तालिका 3.1.5 में दिया गया है। सीएचसी स्तर पर अधिकतम कमी माध्यमिक स्वास्थ्य देखभाल और संपर्कों पर प्रतिकूल प्रभाव डाल रही है।

3.1.30 उचित और पर्याप्त रूप से प्रशिक्षित मानव संसाधन की उपलब्धता ग्रामीण स्वास्थ्य इंफ्रास्ट्रक्चर का जरूरी सहजात गुण है। सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल मानव संसाधन के संबंध में मौजूदा स्थिति, जरूरत और कमी तालिका 3.1.6 में प्रदर्शित है। ग्रामीण क्षेत्रों में, ध्यान देने योग्य कमियां और डॉक्टरों, नर्सों और पैरामेडिकल कार्मिकों के बड़ी संख्या में पद रिक्त हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में विशेषज्ञों द्वारा सेवा किए जा रहे व्यक्तियों की संख्या में भी विस्तारित अंतर है (चित्र: 3.1.9) मौजूदा कमियों के बावजूद, जो भी औपचारिक रूप से प्रशिक्षित और योग्य डॉक्टर उपलब्ध हैं, मुख्य रूप से सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली से हैं। जनसंख्या का एक बड़ा अनुपात अपनी स्वास्थ्य देखभाल जरूरतों के लिए निजी प्रदाताओं के पास जाता है। इन समस्याओं का समाधान करना और गरीबों को आर्थिक सहायता वाली या मुफ्त सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच प्रदान करना एक चुनौती है।

66 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

3.1.31 पिछले कुछ वर्षों के दौरान देश में द्वितीय और तृतीय स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं का उपलब्धता में बहुत अधिक परिवर्तन आया है। सरकारी अस्पतालों की संख्या वर्ष 2000 में 4571 से बढ़कर वर्ष 2006 में 7663 हो गई, अर्थात् 67.6% की वृद्धि। इन अस्पतालों में बैडों की संख्या 4,30,539 से बढ़कर 4,92,698 हो गई है, अर्थात् 14.4% की वृद्धि। मौजूदा आंकड़े निजी और गैर-सरकारी संगठनों के अस्पतालों और साथ ही साथ निजी क्षेत्रकों में मानव संसाधनों पर उपलब्ध नहीं हैं लेकिन वर्ष 2002 में, देश में 2,62,256 बैडों की क्षमता वाले 11345 निजी/गैर-सरकारी संगठनों के अस्पताल (ऐलोपैथिक) थे। ये ज्यादातर शहरों और कस्बों में स्थित निजी क्षेत्रकों में हैं।

सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की कमियां

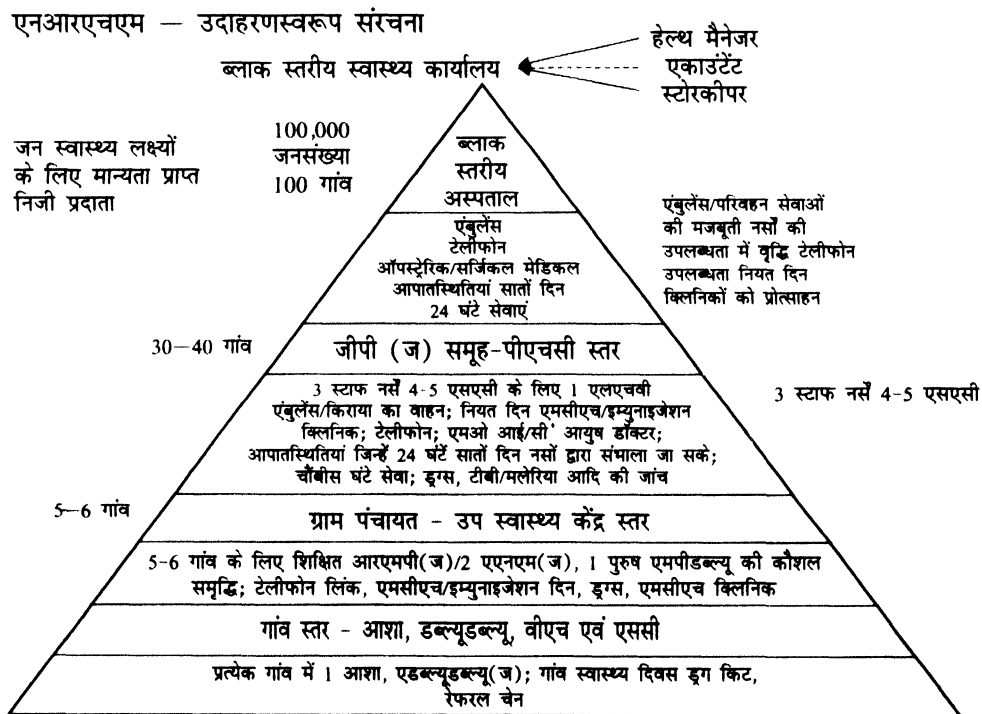
3.1.32 हमारे देश में सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की विभिन्न कमियां हैं (बॉक्स 3.1.1 देखें)। सभी कार्यक्रमों की धारणा और योजना स्थानीय रूप से संगत रणनीतियां प्रयोगकर विकेंद्रीकृत की बजाए केंद्रीकृत की जाती हैं। बीमारी नियंत्रण और बचाव की पहुंच व्यापक न होकर खंडित और रोग विशिष्ट है। इससे प्रत्येक बीमारी के लिए वर्टिकल कार्यक्रम चलाना पड़ता है। ये वर्टिकल कार्यक्रम तकनीक केंद्रक होते हैं और एक दूसरे से अलग कार्य करते हैं (बॉक्स 3.1.2)। इंफ्रास्ट्रक्चर के मानदंड आवासों की बजाए जनसंख्या मानकों पर आधारित है जिससे पहुंच स्वीकार्यता और उपयोगिता के मामले उठते हैं। अपर्याप्त संसाधनों से ग्राहक

तालिका: 3.1.5 स्वास्थ्य इंफ्रास्ट्रक्चर में कमी - पूरे भारत में

वर्ष 2001 में जनसंख्या के अनुसार	वांछित	मौजूदा	कमी	% कमी
उप-केंद्र	158792	144998	20903	13.16
पीएचसी	26022	22669	4803	18.46
सीएचसी	6491	3910	2653	40.87

नोट: पूरे भारत की कमियां कुछ राज्यों में मौजूदा आधिक्य को नजरअंदाज करते हुए कमियों के राज्य-वार आंकड़े जोड़कर प्राप्त की गई हैं।

स्रोत: भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य आंकड़ों का बुलेटिन, विशेष संशोधित संस्करण, एमओएचएफडब्ल्यू (भारत सरकार), 2006.



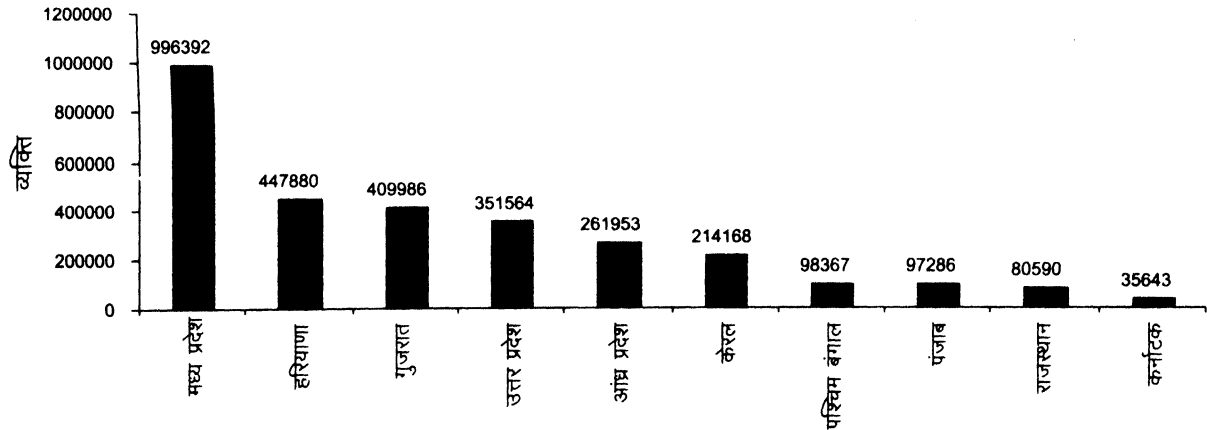
नोट टीबी - ट्यूबरोक्लासिस एमओ - मेडिकल ऑफिसर्स एमसीएच - मेडिकल एवं बाल स्वास्थ्य

चित्र 3.1.8 एनआरएचएम - चित्र आरेख संरचना

तालिका: 3.1.6
स्वास्थ्य कार्मिकों की कमी - पूरे भारत में

विद्यमान इंफ्रास्ट्रक्चर हेतु	वांछित (आर)	अनुमोदित (एस)	पद पर (पी)	रिक्ति (एस-पी)	कमी (आर-पी)
उप-केंद्र और पीएचसी में बहु-उद्देश्यीय कर्मचारी (महिला)/एएनएम	167657	162772	149695	13126(8.06%)	18318 (10.93%)
उप-केंद्रों में स्वास्थ्य कर्मचारी (पुरुष)/एमपीडब्ल्यू (पु)	144998	94924	65511	29437(31.01%)	74721(51.53%)
पीएचसी में स्वास्थ्य सहायक (महिला)/एलएचवी	22669	19874	17107	2781(13.99%)	5941(26.21%)
पीएचसी में स्वास्थ्य सहायक (पुरुष)	22669	24207	18223	5984(24.72%)	7169(31.62%)
पीएचसी में डॉक्टर	22669	27927	22273	5801(20.77%)	1793(7.91%)
सीएचसी में कुल विशेषज्ञ	15640	9071	3979	4681(51.60%)	9413(60.19%)
सीएचसी में रेडियोग्राफर	3910	2400	1782	620(25.83%)	1330(34.02%)
पीएचसी और सीएचसी में फार्मासिस्ट	26579	22816	18419	4445(19.48%)	4389(16.51%)
पीएचसी और सीएचसी में प्रयोगशाला तकनीशियन	26579	15143	12351	2792(18.44%)	9509(35.78%)

नोट: रिक्तियों और कमियों के संपूर्ण प्रतिशत की गणना करने के लिए, उन राज्यों/संघ-शासित प्रदेशों जिनके लिए मानव संसाधन पद उपलब्ध नहीं है, शामिल नहीं किए गए। और, पूरे भारत की कमियां कुछ राज्यों में मौजूदा आधिक्य को नज़रअंदाज करते हुए कमियों के राज्य-वार आंकड़े जोड़कर प्राप्त की गई हैं।
स्रोत: भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य आंकड़ों का बुलेटिन, विशेष संशोधित संस्करण, एमओएचएफडब्ल्यू (भारत सरकार), 2006.



स्रोत: भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य आंकड़ों का बुलेटिन, विशेष संशोधित संस्करण, एमओएचएफडब्ल्यू (भारत सरकार), 2006.

चित्र: 3.1.9 सीएचसी(ज) में प्रति विशेषज्ञ व्यक्तियों की संख्या (2006)

बॉक्स 3.1.1

सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की कमियां

- विकेंद्रीकृत प्लानिंग और स्थानीय रूप से युक्तियुक्त रणनीतियां प्रयोग करने के बजाए केंद्रीकृत प्लानिंग
- आवासों की बजाए जनसंख्या मानकों पर आधारित संस्थान
- व्यापक स्वास्थ्य देखभाल की बजाए खंडित/रोग विशिष्ट पहुंच
- गैर-लचीला वित्तपोषण और नव-परिवर्तनों के लिए सीमित अवसर
- अर्द्ध-प्रयुक्त या गैर कार्यशील स्वास्थ्य इंफ्रास्ट्रक्चर
- मानव संसाधनों का अपर्याप्त प्रावधान
- गुणवत्ता का कोई निर्दिष्ट मानक नहीं
- सुरक्षित जल, सफाई प्रबंध, स्वास्थ्य-परकता और पोषण (हमारे देश के संदर्भ में स्वास्थ्य के मुख्य निर्धारक) के क्षेत्रों में एकीकृत कार्यवाही करने में सिस्टम की अयोग्यता - अभिसरण की कमी
- आयुष और आरएमपी और अन्य स्थानीय रूप से उपलब्ध मानव संसाधन को गतिशील बनाने की अयोग्यता

बॉक्स 3.1.2

शीर्ष कार्यक्रम

तकनीक केंद्रक

- किसी एजेंट (परजीवी/वायरस/बैक्टीरिया) के कारण होने वाली बीमारी देखता है और उसकी सामाजिक और पारिस्थितिक सेटिंग देखने में विफल रहता है।
- प्रतिक्रिया मुख्य रूप से खंडित तकनीक पर निर्भर है।
- बीमारी की सेटिंग (और भी अलग से) में आने वाले सभी कारकों के केवल एक या दो का संदर्भ दिया जाता है।

प्रशासन

- संपूर्ण योजना और पैकिंग केंद्रीय रूप से की जाती है।
- एक मात्र स्थानीय पहलू अनुप्रयोग है (कमांड चेन के अंतर्गत)।
- समुदाय भागीदारी के लिए सीमित भूमिका।

परिणाम

- स्थानीय जरूरतों के लिए अनुचित पैकेज।
- स्थानीय लोग उदास होते हैं - कईबार विरोध भी करते हैं।
- प्रशासन भी केवल कार्यक्रम पर लगातार ध्यान नहीं दे सकता।

सुविधाओं की कमी और जरूरी उपभोग्य और गैर उपभोग्य पदार्थों की अनुपलब्धता हो जाती है। स्वास्थ्य देखभाल के विभिन्न स्तरों में मानव संसाधनों की जरूरतों और उपलब्धता के बीच अंतर व्यापक है और जहां ये उपलब्ध हैं, वहां परामर्श/उपचार के लिए प्रतीक्षा समय (अवसर लागत) के अतिरिक्त रोगी-प्रदाता के अंतरव्यवहार को कई समस्याएं घेर लेती हैं। सिस्टम में निगरानी, आकलन और फीडबैक की एक वास्तविक कार्य प्रक्रिया की कमी है। यहां अच्छा कार्य करने वालों के लिए कोई प्रोत्साहन और अच्छा न करने वालों के लिए कोई जांच नहीं है। कार्यान्वयन में

कमी के कारण सभी स्तरों पर गुणवत्ता आश्वासन का पालन नहीं किया जाता। इसका परिणाम अर्द्ध-प्रयुक्त या गैर-कार्यशील स्वास्थ्य इंफ्रास्ट्रक्चर होता है। स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अन्य मुख्य क्षेत्रों के साथ अभिसरण की कमी है, क्योंकि सिस्टम सुरक्षित जल, सफाई प्रबंध, स्वास्थ्य-परकता और पोषण के क्षेत्रों में कार्य को गतिशीलता प्रदान करने में असफल रहा है। मानव संसाधनों के दबाव के बावजूद, आईएसएम के अभ्यासकर्ता, आरएमपी और स्थानीय रूप से उपलब्ध अन्य मानव संसाधन सिस्टम में पर्याप्त रूप से शामिल और संघटित नहीं हुए हैं।

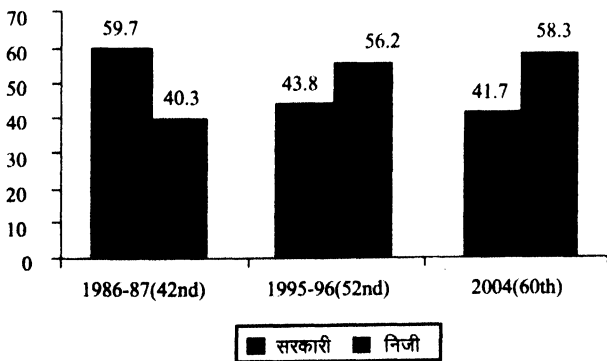
निजी क्षेत्रक का विकास स्वास्थ्य देखभाल

उपयोग और लागत

3.1.33 भारत में निजी स्वास्थ्य क्षेत्रक का विकास मानदंड और वित्तपोषण दोनों में विचारणीय है। निजी क्षेत्रक की संरचना में विभिन्नता है, जो स्वैच्छिक, लाभ के लिए नहीं, लाभ के लिए, कॉर्पोरेट, ट्रस्ट, अकेली विशेषज्ञ सेवाएं, उपचार सेवाओं से फार्मसी दुकानों तक और सुयोग्य से अयोग्य प्रदाताओं तक फैली हुई है, प्रत्येक विभिन्न बाजार खंडों का समाधान करता है।

3.1.34 हमारा फलता-फूलता निजी क्षेत्र है, प्राथमिक रूप से सार्वजनिक क्षेत्र में विफलता के कारण। निजी अस्पतालों और उपचार केंद्रों के विकास को बाह्य और आंतरिक रोगियों के निश्चित अनुपात में गरीबों के लिए मुफ्त उपचार के प्रावधान के बदले केंद्र और राज्य सरकारों द्वारा कर छूट और रियायती दरों पर भूमि उपलब्ध कराकर भी प्रोत्साहित किया गया। छूटों के अतिरिक्त, निजी कॉर्पोरेट अस्पताल सार्वजनिक क्षेत्र के उद्यमों, केंद्र और राज्य सरकारों से उनके कर्मचारियों का उपचार करने के लिए प्रतिपूर्तियों के रूप में सार्वजनिक निधि की बड़ी राशि प्राप्त करते हैं।

3.1.35 सार्वजनिक क्षेत्रक की तुलना में निजी क्षेत्रक में स्वास्थ्य लागत बहुत अधिक है। कई छोटे प्रदाताओं का ज्ञान आधार कमजोर होता है और वे सामान्य बीमारियों का उपचार करने के लिए अकारण, अप्रभावी और कईबार नुकसानदेह उपचार करने लगते हैं। अधिकांश योग्य चिकित्सा अभ्यासकर्ताओं और नर्सों का दल केंद्रीय विधान के अंतर्गत संबंधित राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा स्व.विनियमित होता है। फिर भी, व्यवहार्यता इन विशेषज्ञों का विनियम कमजोर और समाप्त होने के निकट है।



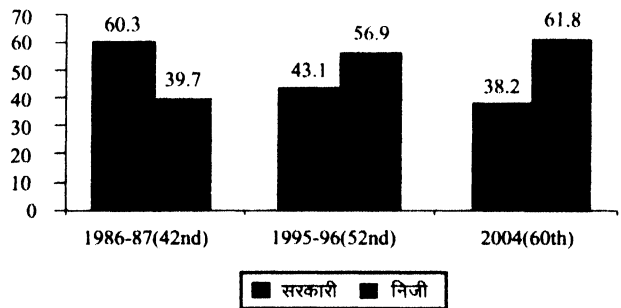
स्रोत: एनएसएसओ 60वा राउंड (2004)

चित्र: 3.1.10 ग्रामीण क्षेत्रों (एनएसएसओ राउंड्स), अस्पताल के प्रकार के अनुसार दाखिल मरीजों के इलाज का प्रतिशत

3.1.36 भारत में स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय विश्व में निम्नतम है (जीडीपी का लगभग 1%), जबकि निजी स्वास्थ्य पर इसका अनुपात उच्चतम में से एक है। भारत में परिवार स्वास्थ्य पर अपने उपभोग व्यय का लगभग पांच से छः प्रतिशत खर्च करते हैं (एनएसएसओ)। निजी क्षेत्रक में सेवाओं की लागत इसे गरीबों और अल्पसुविधाप्राप्त लोगों के लिए अवहनीय बनाती है।

स्वास्थ्य देखभाल उपयोग

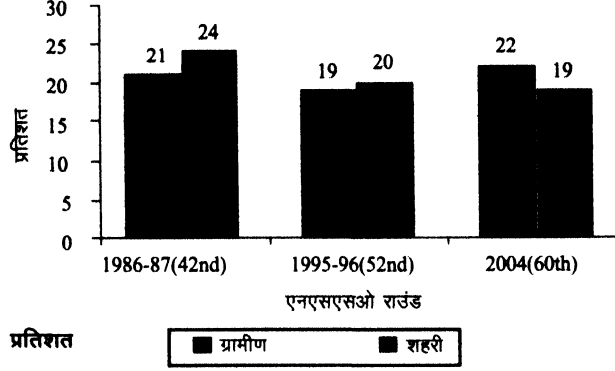
3.1.37 सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल इंफ्रास्ट्रक्चर में लगातार वृद्धि के बावजूद, बाह्य रोगी और आंतरिक रोगी देखभाल के लिए जनसंख्या द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रयोग में कोई सुधार नहीं हुआ है। एनएसएसओ (1986-2004) का डेटा ग्रामीण और शहरी दोनों क्षेत्रों में आंतरिक रोगी देखभाल के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रयोग में स्पष्ट रूप से भारी कमी और (चित्र: 3.1.10 और 3.1.11) निजी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं द्वारा इनके उपयोग में वृद्धि दर्शाता है। कुछ राज्यों को छोड़ दिया जाए तो, बाह्य रोगी देखभाल के लिए भी इनका बहुत कम उपयोग किया गया है (चित्र: 3.1.12)। निजी क्षेत्रों में उच्च लागतों के बावजूद, यह बदलाव सार्वजनिक सिस्टम में लोगों के विश्वास की बढ़ती कमी दर्शाता है। स्वास्थ्य कार्मिकों की महत्वपूर्ण कमी, अपर्याप्त प्रोत्साहन, खराब कार्य स्थितियां, ग्रामीण क्षेत्रों में डॉक्टरों की पोस्टिंग में पारदर्शिता की कमी, अनुपस्थिति की आदत, लंबी प्रतीक्षा, असुविधाजनक क्लिनिक समय, पुअर आउटरीच, सेवा का समय, स्थानीय जरूरतों के प्रति असंवेदनशीलता, सेवा/सुविधाओं की अपर्याप्त योजना, प्रबंधन और निगरानी कम उपयोग के मुख्य कारण मालूम होते हैं।



स्रोत: एनएसएसओ 60वा राउंड (2004)

चित्र: 3.1.11 शहरी क्षेत्रों (एनएसएसओ राउंड्स), अस्पताल के प्रकार के अनुसार दाखिल मरीजों के इलाज का प्रतिशत

70 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना



स्रोत: एनएसएसओ 60वा राउंड (2004)

चित्र: 3.1.12 उपचारित बीमारियों का प्रतिशत जिनका सरकारी स्रोतों से अस्पताल में दाखिला लिए बिना उपचार किया गया

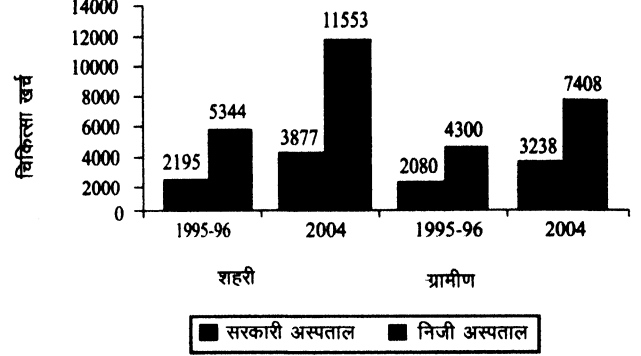
परिवारों द्वारा उपचार की लागत

3.1.38 एनएसएसओ (60वें दौर) के अनुसार, सार्वजनिक अस्पताल में भर्ती होकर उपचार करवाने का औसत व्यय ग्रामीण क्षेत्रों में निजी अस्पताल में होने वाले व्यय के आधे से कम और शहरी क्षेत्रों में लगभग एक-तिहाई था (चित्र: 3.1.12)। अंतर्राज्यीय अंतर भी हैं। सरकारी अस्पताल में प्रति दाखिला लागत तमिलनाडू में सबसे कम (ग्रामीण क्षेत्रों में रू. 637 और शहरी क्षेत्रों में रू. 1,666) और हरियाणा ग्रामीण क्षेत्र में (रू. 11,665) और शहरी बिहार में शहरी क्षेत्र में (रू. 30,822) में सबसे अधिक है। निजी अस्पतालों में दाखिले की लागत सबसे अधिक हिमाचल प्रदेश में (ग्रामीण क्षेत्रों में रू. 14,652 और शहरी क्षेत्रों में रू. 23,447) और सबसे कम क्रमशः केरल के ग्रामीण (रू. 4,565) और छत्तीसगढ़ के शहरी क्षेत्र (रू. 4,359) में थी।

3.1.39 एनएसएसओ (60वें दौर) के अनुसार, वर्ष 2004 के दौरान, ग्रामीण क्षेत्रों और शहरी क्षेत्रों में गरीबों के क्रमशः 24% और 22% मामलों का इलाज नहीं किया गया। ग्रामीण क्षेत्रों से 28 प्रतिशत और शहरी क्षेत्रों में 20 प्रतिशत इलाज न किए गए व्यक्तियों द्वारा कारण के रूप में वित्त की कमी को उद्धृत किया गया। यह भी नोट करने योग्य है कि ग्रामीण क्षेत्रों में उपचार प्राप्त न करने के कारण के रूप में 12% चिकित्सीय सुविधा की कमी उद्धृत की गई।

दसवीं योजना स्कीमों की समीक्षा

3.1.40 दसवीं पंच-वर्षीय योजना (2002-2007) ने स्वास्थ्य सेवाओं के इंफ्रास्ट्रक्चर की निराशाजनक तस्वीर प्रदर्शित की है और



स्रोत: एनएसएसओ 60वा राउंड (2004)

चित्र: 3.1.13 प्रत्येक अस्पताल में दाखिले मामले में औसत चिकित्सा (खर्च)

अच्छी प्राथमिक स्तर की देखभाल और परामर्श सेवाएं निर्मित करने पर अधिक निवेश करने की जरूरत पर जोर दिया है। योजना ने स्वास्थ्य इंफ्रास्ट्रक्चर के पुनःनिर्माण और विकास पर जोर दिया है, विशेष रूप से प्राथमिक स्तर पर। योजना ने विकेंद्रीकरण की भूमिका के महत्व को हाइलाइट किया है लेकिन यह नहीं बताया कि इसे कैसे प्राप्त किया जाए। कार्यक्रम-चालित स्वास्थ्य देखभाल पर ध्यान केन्द्रित किया गया। वर्टिकेलिटी और तकनीकी समाधानों को व्यापक स्वास्थ्य देखभाल की तुलना में अधिक महत्व दिया गया था। योजना की समीक्षा न केवल साहित्य और वास्तविकता के बीच अंतर पर प्रकाश डालती है बल्कि उन ढांचों को भी स्पष्ट करती है जिनके भीतर नीतियां प्रतिपादित की गई थी।

3.1.41 यह पूछना महत्वपूर्ण था कि क्या यह स्वास्थ्य में निम्न निवेश है जो स्वास्थ्य प्रणाली की मौजूदा स्थिति का मुख्य कारण है या इसका उस ढांचे, डिज़ाइन और पहुंच जिसके भीतर नीतियां प्रतिपादित की जाती थी, के साथ भी लेना-देना है। इसे ध्यान में रखते हुए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन लांच किया गया था।

3.1.42 दसवीं योजना केंद्रीय प्रायोजित और केंद्रीय क्षेत्रक की स्कीमों के लिए मूलरूप से अनुमोदित स्वास्थ्य और परिवार कल्याण परिव्यय रू. 36,378 करोड़ था। फिर भी, वार्षिक परिव्यय की राशि रू. 41,585 करोड़ तक बढ़ गई। इसके विपरीत, मूल व्यय रू. 34,950.45 करोड़ था, अर्थात् वार्षिक परिव्यय के योग का 84.05%। वर्ष 2005-06 में, सभी परिवार कल्याण स्कीमों और प्रमुख रोग नियंत्रण कार्यक्रमों को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत लाया गया। दसवीं योजना परिव्यय और व्यय का राज्य-वार विवरण अनुलग्नक 3.1.1 और 3.1.2 में दिया गया है।

दसवीं योजना के दौरान राज्य योजना परिव्यय और व्यय अनुलंगनक 3.1.3 में दिया गया है।

3.1.43 दसवीं योजना की समाप्ति पर राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की समीक्षा स्पष्ट करती है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य डिलिवरी को सुधारने के लिए, स्थिति को जमीनी स्तर पर तीव्र रास्ते पर लाने की जरूरत है। दिनांक 1 अप्रैल, 2007 की स्थिति निम्नानुसार है:

- वर्ष 2007 तक 1.80 लाख के लक्ष्य के मुकाबले 17,318 गांव स्वास्थ्य एवं सफाई-प्रबंध कमेटियों का गठन किया गया।
- कमेटियों द्वारा वीएचएससी की बैंक खातों की लंबित शुरुआत के लिए कोई अनुदान नहीं दिया गया।
- वर्ष 2007 तक 3 लाख पूर्ण रूप से प्रशिक्षित मान्यताप्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कर्मियों (आशा) के लक्ष्य के मुकाबले, प्रशिक्षण (प्रथम मॉड्यूल) का शुरुआती चरण 2.55 लाख दिया गया। दवा के साथ वाली आशा(ओं) की नियुक्ति संख्या 5030 है।
- वर्ष 2007 तक 2 एएनएम के साथ कार्यशील होने के लिए 52,500 उप-केंद्रों (एससी) में से केवल 7877 में कार्य शुरू हुआ।
- वर्ष 2007 तक तीन स्टाफ नर्सों के साथ 9000 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी) कार्यशील होने के लिए हाने की प्रत्याशा है। यह 2297 पीएचसी(ओं) में हुआ है।
- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) में 9413 (60.19%) की कमी है। वर्ष 2007 तक 7 विशेषज्ञों और 9 स्टाफ नर्सों के साथ इसे 1950 सीएचसी(ओं) प्रचालित किए जाने की प्रत्याशा है। इस स्तर तक कोई नहीं पहुंचा।
- किसी भी सीएचसी को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत कोई वार्षिक रखरखाव अनुदान नहीं दिया क्योंकि वे अपेक्षित स्तर तक नहीं पहुंचे।

- उन जिलों की संख्या जहां वर्ष 2006-07 के लिए एनआरएचएम के अंतर्गत वार्षिक एकीकृत कार्रवाई योजना तैयार की गई थी, 211 है।

समाधान खोजने की ओर

3.1.44 ग्यारहवीं पंच-वर्षीय योजना का उद्देश्य राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन जो एनआरएचएम के साथ मिलकर सर्व स्वास्थ्य अभियान शुरू करेगा, लागू करते हुए समावेशी विकास करना होगा।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम)

3.1.45 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में दुर्बलताओं और समस्याओं का समाधान करने के लिए और स्वास्थ्य प्रणाली में सुधार लाने और ग्रामीण क्षेत्र में रहने वाले लोगों के लिए स्वास्थ्य स्थिति में सुधार करने के लिए शुरू किया गया था। मिशन का उद्देश्य समुचित, वहनीय और गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना है जो जिम्मेदार हो और साथ ही साथ लोगों की जरूरतें पूरी करने के लिए उत्तरदायी हो। मिशन से राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के अंतर्गत स्थापित उद्देश्य और मिलेनीयम विकास उद्देश्य पूरे करने की अपेक्षा की जाती है।

3.1.46 ये उद्देश्य प्राप्त करने के लिए, एनआरएचएम सभी के द्वारा गुणवत्ता स्वास्थ्य सेवाओं की वर्धित पहुंच और उपयोग, केंद्र, राज्य और स्थानीय सरकारों के बीच भागीदारी करने, प्राथमिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों और इंफ्रास्ट्रक्चरों के प्रबंधन में पीआरआई और समुदाय के लिए प्लैटफॉर्म स्थापित करने की सुविधा देता है और निष्पक्षता और सामाजिक न्याय को प्रोत्साहित करने का अवसर प्रदान करता है। एनआरएचएम ने राज्यों और समुदायों को प्रोत्साहन और निवारक स्वास्थ्य देखभाल के लिए अंतर्क्षेत्रक अभिसरण को प्रोत्साहित करने हेतु स्थानीय पहलों को प्रोत्साहित

बॉक्स 3.1.3

सर्व स्वास्थ्य अभियान

- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) पूरे ग्रामीण भारत में सभी आयु समूहों की स्वास्थ्य जरूरतों को पूरा करने और बीमारी के भार को घटाने के लिए लांच किया गया था।
- राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) को शहरी जनसंख्या (वर्ष 2001 में 28.6 करोड़ और वर्ष 2011 में 35.7 करोड़) की पूरी नहीं की गई जरूरतों को पूरा करने के लिए लांच किया जाएगा। वर्ष 2001 की गणना के अनुसार, 4.26 करोड़ लोग 640 कस्बों और शहरों में फैले शहरी स्लमों में रहते हैं। संख्या बढ़ रही है।
- स्वास्थ्य बीमा और सार्वजनिक-निजी भागीदारियों पर आधारित एनयूएचएम शहरी गरीबों को संघटित स्वास्थ्य सेवा डिलिवरी प्रदान करेगा। शुरुआती तौर पर, शहरी स्लमों पर ध्यान दिया जाएगा। एनयूएचएम को एनआरएचएम और मीजूदा शहरी स्कीमों के साथ जोड़ा जाएगा।
- इसके साथ, सर्व स्वास्थ्य अभियान का उद्देश्य स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत करने और नज़रअंदाज किए गए क्षेत्रों और समूहों पर ध्यान देने के लिए समाधान खोजकर विकास करना है।

बॉक्स 3.1.4

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के पांच मोर्चे

मिशन से उन 18 राज्यों जिनमें कमजोर सार्वजनिक स्वास्थ्य संकेतक तथा/अथवा कमजोर इंफ्रास्ट्रक्चर है, पर विशेष ध्यान के साथ ग्रामीण जनसंख्या को प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल के मापदंड में अंतरों का संदर्भ देने की अपेक्षा की जाती है। मिशन उन सभी शामिल स्वास्थ्य विकासो के नए ढांचे के रूप में सीधे स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों से अलग है जहां विभिन्न कार्यक्रमों के अधीन सोसाइटियों को जिला स्तर पर जोड़ा और संसाधनों को इकट्ठा किया जाएगा।

मिशन का उद्देश्य स्वास्थ्य के लिए संघटित जिला योजनाओं द्वारा सुरक्षित पेयजल, सफाई-प्रबंध और पोषण जैसे स्वास्थ्य अवधार्य के साथ स्वास्थ्य चिंताओं का प्रभावी एकीकरण है। यहां लचीली निधि का विधान है ताकि राज्य उन्हें उन क्षेत्रों में प्रयोग कर सकें जहां वे महत्वपूर्ण समझते हैं।

मिशन गतिशील क्लिनिकों द्वारा बाह्य पहुंच सहित प्रत्येक गांव में अधिकृत सामाजिक स्वास्थ्य कर्मी (आशा) की नियुक्ति और सार्वजनिक स्वास्थ्य ढांचे की नियुक्ति प्रदान करता है। यह विशेष रूप से सेवा अधीन क्षेत्रों में गैर-लाभ क्षेत्रक की भागीदारी पर जोर देता है। इसका उद्देश्य खुली निधि प्रदानकर स्थानीय स्तर पर लोचता लाने का भी है।

अपनी पूरक रणनीतियों में, मिशन का उद्देश्य सार्वजनिक-निजी भागीदारियों को प्रोत्साहित करना; निष्पक्षता सुधारना और अवहनीय व्ययों को घटाना; प्रभावी जोखिम प्रबंधन तंत्र और सामाजिक स्वास्थ्य बीमा शुरू करना; और स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं का लाभ उठाना है।

और ढांचा विकसित करने के लिए शिथिलता प्रदान करने के लिए एक तंत्र स्थापित किया है। मिशन में ने मुख्य और अनुपूरक कार्यनीतियों को भी परिभाषित किया है।

3.1.47 एनआरएचएम की कार्यनीतियां:

मूल कार्यनीतियां

- सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं को पर्यवेक्षित और व्यवस्थित करने के लिए पंचायती राज संस्थानों (पीआरआई) को प्रशिक्षित करना और उनकी क्षमता बढ़ाना
- महिला स्वास्थ्य कर्मी (आशा) के माध्यम से परिवार स्तर पर संशोधित स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच को प्रोत्साहित करना
- पंचायत की गांव स्वास्थ्य कमेटी के माध्यम से प्रत्येक गांव के लिए स्वास्थ्य योजना
- स्थानीय योजना और कार्यवाई और बहु उद्देश्य कर्मचारियों (एमपीडब्ल्यू) को सक्षम बनाने के लिए खुली निधि के माध्यम से केंद्र को सुदृढ़ करना।
- सामान्य मानक तक संशोधित देखभाल के लिए 30-50 बैड प्रति लाख जनसंख्या के मापदंड और मौजूदा पीएचसी और सीएचसी को मजबूत बनाना (कार्मिक, उपकरण और प्रबंधन मानकों को परिभाषित करते हुए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा मानक)।
- पेय जल, सफाई-प्रबंध, स्वास्थ्य-परकता और पोषण सहित जिला स्वास्थ्य मिशन द्वारा तैयार अंतर्क्षेत्रक जिला स्वास्थ्य योजना तैयार और क्रियान्वित करना।
- राष्ट्र, राज्य और जिला स्तरों पर वर्टिकल स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रम संघटित करना।

- सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधन के लिए राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्वास्थ्य मिशनों को तकनीकी सहयोग देना
- साक्ष्य-आधारित योजना, निगरानी और पर्यवेक्षण के लिए डेटा संग्रहण, निर्धारण और समीक्षा की क्षमता सुदृढ़ करना
- स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन के विस्तार और करियर विकास के लिए पारदर्शी नीतियां प्रतिपादित करना।
- स्वस्थ जीवन शैली को प्रेरित, तंबाकू और अल्कोहल आदि के उपभोग में कमी करने के लिए सभी स्तरों पर निवारक स्वास्थ्य देखभाल के लिए क्षमताएं विकसित करना।
- विशेष रूप से अल्पसेवा प्राप्त सेवा क्षेत्रों में गैर-लाभकारी क्षेत्रक को प्रोत्साहित करना।

अनुपूरक कार्यनीतियां

- नागरिकों के लिए उचित मूल्य पर गुणवत्ता सेवा की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए औपचारिक ग्रामीण अभ्यासकर्ता सहित निजी क्षेत्रक का विनियमन।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य उद्देश्य प्राप्त करने के लिए सार्वजनिक निजी भागीदारी (पीपीपी) को प्रोत्साहित करना।
- चिकित्सीय देखभाल और चिकित्सा नीतिशास्त्र के विनियम सहित सहयोगी स्वास्थ्य मामलों के लिए चिकित्सीय शिक्षा का पुनर्निर्मुखीकरण।
- पहुंच योग्य, वहनीय, जिम्मेदार और अच्छी गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करके गरीब लोगों को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए प्रभावी और वायेबल रिस्क पूलिंग और सामाजिक स्वास्थ्य बीमा।

3.1.48 एनआरएचएम के अपेक्षित परिणाम नीचे सूचीबद्ध हैं:

- वर्ष 2012 तक आईएमआर, 30/1000 जीवित जन्म तक कम हो जाएगी।

- वर्ष 2012 तक मातृ मृत्यु, 100/100000 जीवित जन्मों तक कम हो जाएगी।
- वर्ष 2012 तक टीएफआर 2.1 तक कम हो जाएगी।
- मलेरिया मृत्यु कमी - वर्ष 2010 तक 50%, वर्ष 2012 तक अतिरिक्त 10%.
- काला आज़ार मृत्यु कमी - वर्ष 2010 तक 100% और वर्ष 2012 तक समाप्ति कायम करना।
- फिलारिया/माइक्रोफिलारिया कमी - वर्ष 2010 तक 70%, वर्ष 2012 तक 80% और वर्ष 2015 तक समाप्ति।
- डेंगू मृत्यु कमी - वर्ष 2010 तक 50% और वर्ष 2012 तक इस स्तर पर कायम रखना।
- मोतियाबिंद ऑपरेशन वर्ष 2012 तक 46 लाख तक बढ़ाना।
- कोढ़ व्याप्ति दर - वर्ष 2005 में 1.8 प्रति 10,000 से घटकर, उसके बाद 1 प्रति 10,000 तक घटाना।
- ट्यूबरकुलोसिस डॉट्स - पूरी मिशन अवधि के दौरान 85% निदान दर बरकरार रखना और योजनाबद्ध मामला खोज जांच दर भी कायम रखना।
- जिला में सभी स्वास्थ्य स्थापनाओं को भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा मानकों तक अद्यतन करना।
- 75% को कवर करने के लिए 20 प्रतिशत से कम रैफर मामलों द्वारा बैड उपलब्ध कराकर प्रथम रैफरल यूनिटों (एफआरयू) के उपयोग में वृद्धि करना।

3.1.49 एनआरएचएम के अधीन, इसकी योजना बनाई गई है:

- 18 विशेष फोकस वाले राज्यों और वर्ष 2008 तक सभी राज्यों के जनजातीय क्षेत्रों में 5 लाख से अधिक आशा केन्द्र प्रत्येक 1000 जनसंख्या/बड़े निवास के लिए एक।
- वर्ष 2010 तक दो एएनएम के साथ सभी उपकेंद्र (लगभग 1.75 लाख) को प्रचालित करना
- वर्ष 2010 तक 3 स्टाफ नर्सों वाले सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र 24x7 सेवा प्रदान कराएंगे (करीब 30,000)।
- वर्ष 2012 तक 6500 समुदाय स्वास्थ्य केंद्र 7 विशेषज्ञ और 9 स्टाफ नर्सों के साथ मजबूत/स्थापित किए जाएंगे।
- 1800 तालुका/उप-विभागीय अस्पतालों और 600 जिला अस्पतालों को वर्ष 2012 तक गुणवत्ता स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए मजबूत बनाना।
- वर्ष 2009 तक प्रत्येक जिले के लिए गतिशीलता चिकित्सा इकाई।
- सभी सीएचसी, उप विभागीय अस्पतालों और जिला अस्पतालों में वर्ष 2009 तक प्रचालन अस्पताल विकास कमेटियां।

- प्रत्येक एससी, पीएचसी और सीएचसी को वर्ष 2008 तक स्थानीय स्वास्थ्य कार्यवाही के लिए खुला अनुदान और वार्षिक रखरखाव अनुदान नियमित रूप से दिया जाए और उपभोग में लाया जाएगा।
- वर्ष 2008 तक सभी जिला स्वास्थ्य कार्यवाही योजनाएं पूरी हो जाएंगी

3.1.50 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में, एनआरएचएम के अधीन जोर केवल संख्यात्मक प्राप्तियों पर ही नहीं होगा बल्कि भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा मानकों और इंफ्रास्ट्रक्चर को मजबूत बनाने और सृजित करने के कार्य को सुधारने के लिए दिशानिर्देश लागू करने पर भी होगा। यह महसूस किया गया कि मिशन निदेशक केंद्र और राज्यों दोनों में सिविल सेवा संवर्ग समर्थित सार्वजनिक स्वास्थ्य पृष्ठभूमि के होने चाहिए।

जननी सुरक्षा योजना

3.1.51 संस्थागत डिलिवरी की ओर समुदाय का व्यवहार बदलने के लिए, भारत सरकार ने वर्ष 2005 में एनआरएचएम के अधीन जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) में पोषण-सुधार पहल से राष्ट्रीय मातृत्व लाभ योजना (एमएमबीएस) में संशोधित की है। इस स्कीम का संस्थागत डिलिवरियों को प्रोत्साहित कर मातृत्व और शिशु मृत्यु घटाने का दोहरा उद्देश्य है। हालांकि जेएसवाई सभी राज्यों और संघ-शासित प्रदेशों में कार्यान्वित की जाती है, इसका ध्यान उन राज्यों पर है जिनकी संस्थागत डिलिवरी दर निम्न है। यह स्कीम 100% केंद्र द्वारा प्रायोजित है और इसमें मातृत्व देखभाल के साथ नकद सहायता समन्वित है। इसे फ्लैक्स-निकाय तंत्र द्वारा वित्त प्रदान किया जाता है। एनआरएचएम के अंतर्गत, देश में 184.25 लाख संस्थागत डिलिवरियों में (दिनांक 1 अप्रैल 2007 के अनुसार) जेएसवाई के लाभार्थी 28.74 लाख थे।

3.1.52 जबकि जेएसवाई स्कीम का प्रयोजन संस्थागत डिलिवरी को प्रोत्साहित करना है, इसके लिए इसे दो महत्वपूर्ण कारकों को ध्यान में रखना पड़ता है, एक यह कि भारत में प्रत्येक वर्ष शिशु को जन्म देने वाली 26 मिलियन महिलाओं की व्यवस्था करने के लिए भारत के पास संस्थागत क्षमता (आईआईपीएस 2003) नहीं है और दूसरी यह कि सभी मातृत्व मौतों में से लगभग आधी डिलिवरी, के बाहर गर्भावस्था, गर्भपात और पोस्टर्पाटम जटिलताओं के दौरान होती हैं। यदि संस्थान पहले से समान्य बच्चों के जन्म की बढ़ी संख्या के रखरखाव के साथ पहले से भरे होंगे तो वहां महिलाओं के जीवन की खतरनाक जटिलताओं को निश्चित ही नज़रअंदाज किया जाएगा। उन्हें शीघ्र से शीघ्र बैड खाली करने के लिए विवश किया जाएगा।

74 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

अतः गर्भावस्था के दौरान और शिशु के जन्म के बाद जटिलताओं पर ध्यान नहीं जाएगा। दूसरे, जेएसवाई रूपए कभी-कभी समय पर अस्पताल नहीं पहुंचते और परिणामस्वरूप गरीब महिलाओं और उनके परिवारों को वादा किए गए रूपए नहीं मिलते।

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम)

3.1.53 राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) जरूरी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं उपलब्ध कराकर शहरी गरीबों, विशेष रूप से स्लम में रहने वालों की स्वास्थ्य जरूरतें पूरी करेगा। यह उच्च योग्यता वाले स्वास्थ्य विशेषज्ञ, सार्वजनिक-निजी भागीदारी और शहरी गरीबों के लिए स्वास्थ्य बीमा के द्वारा उचित तकनीक में निवेश कर किया जाएगा।

3.1.54 समस्या की गंभीरता को पहचानते हुए, शहरी स्वास्थ्य को ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना से महत्वपूर्ण क्षेत्र के रूप में लिया जाएगा। एनएचएम स्लमों और अन्य शहरी गरीबों को ध्यान में रखते हुए लांच किया गया था। राज्य स्तर पर, राज्य स्वास्थ्य मिशन और राज्य स्वास्थ्य सोसाइटी और निदेशालय के अलावा, राज्य शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम कमेटी होगी। इसी तरह जिला स्तर पर एक जिला शहरी स्वास्थ्य कमेटी होगी और शहरी स्तर पर, एक स्वास्थ्य एवं सफाई प्रबंध योजना कमेटी होगी। वार्ड स्लम स्तर पर, यहां एक स्लम क्लस्टर स्वास्थ्य और जल और सफाई प्रबंध कमेटी होगी। शहरी स्लमों में सार्वजनिक स्वास्थ्य और सफाई को प्रोत्साहित करने के लिए, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में शहरी स्लम क्लस्टर में कार्य कर रहे नागरिक सोसाइटी संगठन के अनुभव भी शामिल होंगे। यह गैर-सरकारी संगठन और सरकारी संगठनों के बीच संपर्क स्थापित करने का भी प्रयास करेगा और संसाधनों की सामुदायिक स्तर की निगरानी और उनके समुचित उपयोग का विकास करेगा। एनयूएचएम निम्नलिखित सुनिश्चित करेगा:

- शहरी क्षेत्रों, विशेष रूप से शहरी गरीबों में स्वास्थ्य समस्याओं के समाधान के लिए संसाधन।
- शहरी गरीबों और अन्य असुरक्षित वर्गों की विभिन्न स्वास्थ्य जरूरतें पूरी करने के लिए जरूरत आधारित शहर विशिष्ट शहरी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली।
- स्वास्थ्य गतिविधियों की योजना बनाने, कार्यान्वयन और निगरानी में अधिक सक्रिय भागीदारी के लिए समुदाय के साथ भागीदारी।
- तीव्रता से विकसित हो रही शहरी जनसंख्या की स्वास्थ्य संबंधित चुनौतियां पूरी करने के लिए संस्थागत तंत्र और प्रबंधन प्रणालियां।

- एनजीओ, धर्मार्थ अस्पतालों और अन्य अंशधारकों के साथ भागीदारी के लिए ढांचा।
- जोखिम निकाय का दो-टायर प्रणाली: (ए) उपचार के लिए तत्काल नकदी जरूरतें पूरी करने के लिए महिलाओं की महिला आरोग्य समिति; (बी) शहरी गरीबों की चिकित्सीय उपचार जरूरतें पूरी करने के लिए समर्थ बनाने के लिए स्वास्थ्य बीमा स्कीम।

3.1.55 एनयूएचएम में 100,000 से अधिक जनसंख्या वाले सभी शहर शामिल होंगे। इसमें स्लम निवासी; अन्य सीमांत शहरी निवासी जैसे रिक्शाचालक, सड़क पर सामान बेचने वाले, रेलवे और बस स्टेशन के कुली, बेघर लोग, अनाथ बच्चे, निर्माण स्थल के कर्मचारा जो स्लम या साइट पर रहते हैं, शामिल हैं।

3.1.56 मौजूदा शहरी स्वास्थ्य पद (यूएचपी) और शहरी परिवार कल्याण केंद्र (यूएफडब्ल्यूसी) एनयूएचएम के अधीन जारी रहेंगे। इन्हें उनकी मौजूदा जनसंख्या के आधार पर नक्शे पर चिन्हित किया जाएगा और शहरी स्वास्थ्य केंद्रों के रूप में वर्गीकृत किया जाएगा। उसके पश्चात सभी मौजूदा मानव संसाधनों को समुचित रूप से मान्यता देकर युक्तियुक्त बनाया जाएगा। इन केंद्रों को अद्यतन के लिए भी ध्यान में रखा जाएगा।

3.1.57 अंतर-क्षेत्रक समन्वयन तंत्र और अभिसरण की जवाहर लाल नेहरू राष्ट्रीय शहरी नवीनीकरण मिशन और राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के बीच योजना बनाई जाएगी।

मौजूदा स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूत बनाना

3.1.58 कार्यों के विकेंद्रीकरण को अस्पताल इकाइयों/स्वास्थ्य केंद्र और स्थानीय संस्थाओं में स्थानांतरित किए जाने की जरूरत है। राज्यों को बजट कार्यक्रमों और वॉर्टिकल स्कीमों के कार्यान्वयन के संकीर्ण फोकस हटाने की जरूरत है। उन्हें वे प्रणालियां विकसित करने की जरूरत है जो व्यापक रूप से गरीबों की स्वास्थ्य जरूरतों का समाधान करती हैं। इस प्रकार, देश में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को सुधारने के लिए, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना एकीकृत जिला स्वास्थ्य योजनाओं और ब्लॉक विशिष्ट स्वास्थ्य योजनाओं पर जोर देगी। यह सभी स्वास्थ्य क्षेत्रों की भागीदारी को जरूरी बनाएगी और पीआरआई, स्थानीय संस्थानों, समुदाय, गैर-सरकारी संगठन, स्वैच्छिक और नागरिक सोसाइटी संगठन के साथ भागीदारी पर जोर देगी।

प्राथमिक स्वास्थ्य सुरक्षा

3.1.59 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना अवधि के दौरान, मुख्य ध्यान एनआरएचएम पहलों पर रहेगा। तृतीयक ग्रामीण स्वास्थ्य

सुरक्षा प्रणाली में जिला स्तर से नीचे सभी स्वास्थ्य सुविधाओं के पुनःनिर्माण और पुनःप्रबंध हेतु प्रयास किए जाएंगे। ये सुपरिभाषित क्षेत्र की जनसंख्या को सेवा प्रदान करेंगे और एक-दूसरे से रैफरल लिंक रखेंगे। जनसंख्या-केंद्रित मानदंड, जिसकी स्वास्थ्य इंफ्रास्ट्रक्चर के प्रावधान को जारी रखेंगे को संशोधित किया जाएगा। इन्हें लचीले मापदंड के अंतर्गत, आवास आधारित जरूरतें, समुदाय आधारित जरूरतें, और रोग नमूना आधारित जरूरतों के साथ प्रतिस्थापित किया जाएगा। शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य सुरक्षा संस्थानों के पुनः गठित करने के लिए भी कदम उठाए जाएंगे और निश्चित भौगोलिक क्षेत्र, विशेष रूप से स्लम में रहने वाले लोगों की स्वास्थ्य सुरक्षा हेतु उन्हें उत्तरदायी बनाएंगे।

3.1.60 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना दृष्टिकोण पत्र, विशेषतया ग्रामीण क्षेत्रों जहां आवास बिखरे हुए हैं और महिलाओं तथा बच्चों का अस्पताल के रास्ते में ही मरना जारी है, में प्रमुख मुद्दे के रूप में पहुंच निश्चित करेगा। पॉलिसी हस्तक्षेप, इसलिए, साक्ष्य आधारित रहेगा और असम(3.1.5 बॉक्स में) में दिखाए गए अनुसार क्षेत्र विशेष के अंतर के प्रति उत्तरदायी रहेगा। गर्भवती महिलाओं को प्रसव के समय कुशल देखभाल और पोषक संपूरक प्राप्त करने के सक्षम बनाने जैसी संबंधित कार्यवाही की जाएगी। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) सर्व मौसम की सड़कों से जोड़े जाएंगे ताकि वे आपातकाल (औषधालय में पहुंच यात्रा समय में मापी

जाएंगी, नजदीकी पीएचसी से केवल दूरी नहीं) में जल्दी पहुंच सके। गृह-आधारित निओनेटल सुरक्षा आपातकालीन जीवन बचाव उपाय उपलब्ध कराए जाएंगे। स्वास्थ्य उद्देश्यों की उपलब्धि में उपचार या रोकथाम से अधिक शामिल होगा, एक एकीकृत पहुंच अपनाई जाएगी।

3.1.61 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना जरूरी दवाओं और बिजली, जल आपूर्ति, शौचालय, दूरसंचार, और कम्प्यूटर मूलभूत इंफ्रास्ट्रक्चर जैसे मूलभूत इंफ्रास्ट्रक्चर सहित अनिवार्य वैक्सीन, चिकित्सीय उपकरणों की उपलब्धता को मेडिकल रिकॉर्ड रखने के लिए सुनिश्चित करेगी। सभी राज्य तमिलनाडु मॉडल जिसमें करीब 58% स्वास्थ्य केंद्र 24 घंटे कार्य कर रहे हैं लागू करने के लिए प्रोत्साहित किए जाएंगे। कई राज्यों जैसे हिमाचल प्रदेश एवं उड़ीसा के केबीके जिलों के जनजातीय क्षेत्रों में नियुक्त स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को उच्च वेतन के सफलता मॉडल पर विचार किया और दोहराया जाएगा।

3.1.62 भारत में आदिवासी जनसंख्या को सामाजिक रूप से सबसे अधिक प्रतिकूलता ग्रस्त वर्ग माना जाता है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (2000) ने सामान्य स्वास्थ्य और प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य (आरएसएच) सेवाएं सुधारने के संदर्भ में आदिवासी समूहों का विशेष उल्लेख किया है। आदिवासी जनसंख्या के लिए स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पर्याप्त पहुंच सुनिश्चित करने के लिए, डिस्पेंसरियों और मोबाइल स्वास्थ्य क्लिनिकों के अतिरिक्त, 20284

बॉक्स 3.1.5

अखा- आशा की नाव

सपोरियों पर अथवा असम के नदी द्वीपों पर जो हर समय बाढ़ के पानी से जलमग्न रहते हैं, वीर ब्रह्मपुत्र इसके प्रकोप को शांत करती है, जीवन का रोगों और क्षति के विरुद्ध लगातार संघर्ष चलता रहता है। करीब 30 लाख लोग 2300 दूरस्थ, ऊमरी असम में ब्रह्मपुत्र पर तैरते गांवों में रहते हैं। यहां, कोई कार्यकारी आंगनवाडियां, स्वास्थ्य केंद्र, विद्यालय, बिजली, यहां तक कि पेय जल भी नहीं है। अभी तक, प्रतिरक्षण, एंटी-नेटल केयर, रोग प्रबंधन और इलाज के लिए सुनवाई नहीं हुई थी। तब 2005 में उत्तर-पूर्व अध्ययन और पॉलिसी अनुसंधान केंद्र (सी-एनईएस) ने हस्तक्षेप किया। वे एनआरएचएम, यूनीसेफ और असम सरकार के साथ साझेदारी से अखा (असम में अर्थ है आशा) शुरू करने के लिए- एक 22 मीटर लंबी, चार मीटर चौड़ी नाव जो ऊमरी असम के तिनतुखिया, घेमाजी और डिब्रुगढ़ जिलों के 10,000 उपेक्षित लोगों के लिए आशा और स्वास्थ्य सेवाएं लाएगी। 120 हॉ.पा. शक्ति की अखा जिसमें एक ओपीडी रूम, चिकित्सीय स्टाफ और शिप कर्मियों के लिए केबिन, दवा संग्रहण की जगह, एक रसोई, दो टॉयलेट कम बाथरूम और जनरल स्टोर हैं। एक जनरेटर सेट और 200 लिटर का जलाशय भी यह सुनिश्चित करने के लिए स्थापित किया गया कि सपोरियों में यात्रा करने वाली चिकित्सीय टीम के पास पर्याप्त बिजली और जल आपूर्ति हो।

अखा के पीछे साधारण विचार है-इसके द्वारा पैदा की गई समस्याओं और चुनौतियों को नदी के प्रयोग से सुलझाया जाए। डॉक्टर और एनएचएम जो इन दूरस्थ द्वीपों पर रहने के लिए अनिच्छुक और असमर्थ हों, इस नाव पर रहें जो दवाओं और अन्य आपूर्तियों से परिपूर्ण हैं और सपोरियों पर स्वास्थ्य कैंप चलाती हैं। वे प्रतिरक्षण, इलाज, दवा मुहैया कराना और रोकथाम मापदंडों पर लोगों को सलाह दें। वे गंभीर रूप से बीमार रोगियों को नजदीकी डिब्रुगढ़ स्वास्थ्य केंद्र में ले जाएं।

दो वर्षों से भी कम समय में, अखा कईयों को सहायता मुहैया करा चुका है। यदि हम एनआरएचएम के अंतर्गत इस पहल मध्यस्थता को अपस्केल कर सकते हैं, तो स्वास्थ्य सेवा इस उच्च अस्थिर नदी पर रहने वाले लोगों के लिए अधिक समय तक एक स्वप्न नहीं रहेगा। यह डायग्नोस्टिक सुविधाओं, रोगी वार्ड और ऑपरेशन थियेटर सहित औषधालय नाव शामिल करके अपस्केल किया जा सकता है।

76 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

एससी, 3230 पीएचसी और 750 सीएचसी स्थापित किए गए हैं। अधिकतर केंद्रीय रूप से प्रायोजक बीमारी नियंत्रण कार्यक्रमों का ध्यान आदिवासी क्षेत्रों पर केंद्रित है। इस सबके बावजूद, आदिवासियों की स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच बहुत कम है और वहां सामाजिक, सांस्कृतिक और आर्थिक कारकों के कारण स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग भी कम है। कुछ समस्याओं में कठोर भूभाग, स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थितिक हानि, स्वास्थ्य सुविधाओं की अनुपयुक्त समय निर्धारण सूचना, शिक्षा, आईईसी गतिविधियों की कमी, परिवहन की कमी आदि शामिल हैं।

3.1.63 साइड प्रतिबंध, मानव संसाधन विकास मामले और प्रदाता का रवैया जैसी चुनौतियां आदिवासी क्षेत्रों में विशेष रूप से विकट हैं। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, इसलिए, जरूरत आधारित गुणवत्ता एकीकृत स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाएं, सेवा कवरेज में सुधार, सामुदायिक भागीदारी को प्रोत्साहन, आयुष के अधीन दवा की आदिवासी पद्धति को प्रेरणा प्रदान करने के और सफल प्रयत्नों को दोहराने के प्रयास किए जाएंगे (बॉक्स देखें)।

3.1.64 शहरों में स्तनों और निम्न आय वाले परिवारों के विकास के साथ बढ़ते शहरीकरण की चुनौती ने शहरी गरीबों के लिए स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच को ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना की प्राथमिकता बना दिया है। इसलिए, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान शहरी स्तनों में या आसपास, अल्पसंख्यकों और अनुसूचित जाति बस्ती और अनुसूचित जाति सघनता क्षेत्रों जिनमें 20% या अधिक एससी/एसटी जनसंख्या है, में सेवाएं खोजने में प्रयास किए जाएंगे। शहरी स्तनों में लोगों की स्वास्थ्य स्थिति सुधारने की दृष्टि से, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना असुरक्षित समूहों जिनमें

शहरी स्तनों की जनसंख्या और एक लाख से अधिक जनसंख्या वाले शहरों और कस्बों में अन्य असुरक्षित समूह शामिल हैं, के लिए व्यापक परियोजना कार्यन्वयन योजना (पीआईपी) को सहायता प्रदान करेगी। यह योजना इस विशेष मुद्दे का समाधान करने के लिए एक तंत्र विकसित करेगी। यह ऊपर परिभाषित राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के अतिरिक्त होगा।

3.1.65 विभिन्न प्रकार की असमानताओं और असंतुलों, अंतर्देशीय और ग्रामीण-शहरी को कम करने के उद्देश्य पूरे करने के लिए, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना प्राथमिक स्वास्थ्य क्षेत्र में क्षेत्रकीय परिव्यय में वृद्धि करेगी। प्राथमिक स्वास्थ्य क्षेत्र की भूमिका को मान्यता देते हुए, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002) ने प्राथमिक देखभाल के लिए कुल सार्वजनिक स्वास्थ्य परिव्यय का 55% वर्धित आवंटन; प्रथम, द्वितीय और तृतीयक स्वास्थ्य क्षेत्रों के लिए क्रमशः 35% और 10% निर्धारित किया है। यह नीति यह भी बताती है कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए वर्धित परिव्यय मौजूदा सुविधाओं को मजबूत करने और नियमों के अनुरूप में अतिरिक्त सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र खोलने के लिए उपयोग में लाई जानी चाहिए।

3.1.66 एनआरएचएम के तहत, कुल वित्तीय संसाधनों के 70% को जिला स्तर से नीचे (ब्लॉक स्तर एवं नीचे), 20% जिला स्तर पर तथा 10% राज्य स्तर पर आवंटन करने पर बल दिया गया है। एनआरएचएम के दिशा-निर्देशों के अनुसार, विभिन्न योजनाओं व कार्यक्रमों के तहत निधियां आवंटित करने का प्रयास किया जाएगा। इसके अतिरिक्त, पूरी तरह क्रियाशील प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों को (ब्लॉक स्तर पर और नीचे, तथा फील्ड आधारित रोग

बॉक्स 3.1.6

सांस्कृतिक संलग्नता

प्रायः डॉक्टरों के साथ जुड़ी सांस्कृतिक हस्तांतरण आदिवासियों को बड़े अस्पतालों और सरकारी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं से दूर ले जाते हैं। आदिवासी को स्वास्थ्य देखभाल देने का सर्वोत्तम तरीका, उनके परिचित माहौल में ऐसा करना है। यही गडचिरोली में किया गया। सर्च अस्पताल पेड़ों के बीच बनी झोपड़ियों का आवास है। रिसेप्शन क्षेत्र घोल को जोड़ता है जो गोंड गांव में सामाजिक और सांस्कृतिक समारोहों के लिए एक सांस्कृतिक स्थान है। रोगी वाडों की बजाए अपने परिवारों के साथ एकल झोपड़ियों में रहते हैं। चादरों से लेकर तौलियों तक प्रत्येक चीज खादी की है। आदिवासी प्रायः बड़ी इमारतों में अलग और डर महसूस करते हैं। यहां, उनके प्राकृतिक माहौल और उनके परिजनों के आसपास वे घर जैसा महसूस करते हैं। परिणामः चंद्रपुर और गडचिरोली के 10 ब्लॉकों से हजारों आदिवासी इलाज के लिए इस अस्तपताल में भर्ती हुए।

सर्च ने यह भी प्रदर्शित किया है कि आदिवासियों की मान्यताएं स्वास्थ्य शिक्षा को बिखरने के लिए कैसे प्रयोग की जा सकती हैं। प्रत्येक वर्ष, शोधग्राम (गडचिरोली में सर्च कैंपस) में देवी दंतेश्वरी, आदिवासियों के देवता, के सम्मान में जत्रा का आयोजन किया जाता है। इस जत्रा में 40 आदिवासी गांवों से प्रतिनिधि भाग लेते हैं। इसके समापन पर, आरोग्य संसद होती है जहां आदिवासियों को अपनी स्वास्थ्य समस्याएं बताने के लिए कहा जाता है। मतदान के बाद एक स्वास्थ्य समस्या को वर्ष की प्राथमिकता के रूप में पहचाना जाता है। फिर प्रतिनिधि अपने गांवों में वापिस ले जाते हैं और पहचानी गई समस्या पर काम करना शुरू कर देते हैं। इसे स्वयं देवी का आदेश समझा जाता है जिसका कोई विरोध नहीं कर सकता। उदाहरण के लिए, एक वर्ष आदिवासियों ने मलेरिया समाप्त करने के लिए मतदान किया। उन्हें यह जानकर झटका लगा कि मलेरिया एक मच्छर के काटने के कारण होता है और वे तुरंत मच्छरों की नस्ल जांचने का बंग जानना चाहते थे। आदिवासियों से उनकी भाषा में बात करके, सर्च कई अंधविश्वासों और गैर-स्वस्थ अभ्यासों से निपटने में सक्षम हुआ है।

नियंत्रण व रोकथाम संबंधी क्रियाकलापों के क्रियान्वयन हेतु यथा परिभाषित सेवाओं के लिए परन्तु प्रशासन नहीं) के लिए वांछित निधियों का भी आंकलन किया जाएगा।

द्वितीयक एवं तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल

3.1.67 द्वितीयक एवं तृतीयक स्वास्थ्य की ओर ध्यान दिया जाएगा। 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान सरकारी व निजी क्षेत्रों का किस प्रकार बेहतर प्रयोग किया जा सकता है इस ओर भी पुनः ध्यान देने की तत्काल जरूरत है। एनआरएचएम में कुछ सरकारी नीतियों के माध्यम से इन मुद्दों का समाधान करता है। सरकारी-निजी साझेदारी, जोखिम पूंलिंग प्रणाली और एक-दूसरे से आर्थिक सहायता वाली रणनीतियों को प्राथमिकता दी जाएगी।

3.1.68 द्वितीयक एवं तृतीयक केयर अस्पतालों के प्रशासन को पेशेवर बनाया जाएगा और प्रशिक्षित व्यावसायिकों की चिकित्सा अधीक्षक के रूप में तैनाती की जाएगी। अस्पतालों को विभिन्न कर्मचारियों जैसे जूनियर डॉक्टरों की तदर्थ और अनुबंध आधार पर भर्ती करने की अनुमति दी जाएगी। औषधियों की खरीद केन्द्रीकृत दर अनुबंध के माध्यम से की जाएगी और मुख्यालय स्तर से वितरण के लिए भंडार नहीं रखा जाएगा। आपातकालीन और आपदा भंडारण प्रत्येक अस्पताल में होगा। औषधियों, जिनकी खराब होने की निर्धारित समय सीमा कम से कम एक वर्ष होगी, की आपूर्ति की जाएगी।

3.1.69 जिला अस्पतालों, जो निर्धनों को स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने में अहम भूमिका निभाते हैं, के बुनियादी ढांचे तथा अन्य सुविधाओं में पर्याप्त सुधार करने की आवश्यकता है, ताकि वे अपना कार्य अधिक प्रभावी ढंग से कर सकें। स्वास्थ्य संबंधी रणनीति में यह भी एक मुख्य मध्यवर्ती उपाय होगा, जब तक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के माध्यम से स्वास्थ्य विजन पूरा नहीं हो जाता। योजना के दौरान 6 अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, जैसे संस्थानों की स्थापना, प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना के तहत, 13 मौजूदा चिकित्सा संस्थानों की उन्नयन और केन्द्र सरकार के अस्पतालों का सुदृढीकरण भी किया जाएगा। इन गतिविधियों के लिए सार्वजनिक-निजी भागीदारी अपनाने का पता लगाया जाएगा।

3.1.70 अक्सर यह देखा गया है कि सरकारी चिकित्सा कॉलेज और अस्पतालों की मान्यता को खतरा होता है, क्योंकि वे एमसीआई द्वारा निर्धारित बुनियादी, उपस्कर तथा स्टाफ संबंधी मानदंडों को पूरा करने में विफल रहते हैं। इसका मुख्य कारण निधियों की

कमी होना माना जाता है। केन्द्र तथा राज्य सरकारों को इन्हें मजबूत करने के लिए प्रावधान करना होगा।

3.1.71 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, निम्नलिखित को प्राथमिकता दी जाएगी -

- सभी सरकारी अस्पतालों में अस्पताल विकास समितियों का गठन।
- जिला अस्पतालों में बुनियादी ढांचे व सुविधाओं में सुधार।
- देश में प्रत्येक ब्लॉक के लिए बेहतर द्वितीयक स्वास्थ्य सेवाओं की व्यवस्था।
- सभी औषधीय शाखाओं में चिकित्सीय शिक्षा, अनुसंधान एवं स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं का गठन।
- नए संस्थानों की स्थापना और मौजूदा तृतीयक चिकित्सा अस्पतालों का उन्नयन।
- एलोपैथिक सिस्टम के प्रयासों को सक्रिय रूप से पूरा करने के लिए आयुष प्रणाली को मुख्य धारा में शामिल करना,

अनिवार्य औषधियों और अन्य औषधियों तक पहुंच।

3.1.72 परिवारों में स्वास्थ्य संबंधी उपचार के लिए दवाईयों पर काफी खर्चा हो जाता है (तालिका 3.1.7)। निर्धन सबसे अधिक प्रभावित होते हैं, क्योंकि वे अकसर रोगग्रस्त होते हैं तथा वे स्वास्थ्य सेवाओं के लिए औषधियों पर खर्चा नहीं कर पाते हैं। दूसरे केन्द्र और राज्य सरकार, दोनों का स्वास्थ्य बजट कुल व्यय का मात्र 10% ही होता है। अच्छी किस्म की दवाईयों की समय पर आपूर्ति के लिए संभरण तथा परिभारिकीय व्यवस्था किसी भी स्वास्थ्य देखभाल के लिए अत्यधिक महत्वपूर्ण है।

3.1.73 प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाओं को मजबूत करने के लिए एक अनिवार्य घटक अनिवार्य दवाईयों की उपलब्धता सुनिश्चित करना होगा। पीएचसी और सीएचसीएस में डॉक्टरों के लिए मानक उपचार दिशा - निर्देश उपलब्ध होंगे। एनआरएचएम के तहत कुशल संभरण व वितरण संबंधी अनुभवों को शीघ्रतापूर्वक अपनाया जाए और उन्हें सभी राज्यों को बताया जाए। यद्यपि अनिवार्य दवाईयों की सूची विश्व स्वास्थ्य संगठन की अपनी तैयार की हुई होती है, किन्तु उन सभी की, सभी स्तरों पर जरूरत नहीं पड़ती है। प्रत्येक राज्य हर स्तर के लिए स्वयं निर्णय करेगा, अनिवार्य दवाईयों की सूची वहां फैलने वाले रोगों के अनुसार होगी। सभी प्राथमिक चिकित्सा केन्द्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अनिवार्य दवाईयों की उपलब्धता से सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के प्रति लोगों का विश्वास बढ़ेगा।

तालिका 3.1.7
विभिन्न राज्यों में स्वास्थ्य एवं दवाईयों पर पारिवारिक व्यय के प्रतिशत का हिस्सा

राज्य	पूरे परिवार खर्च में स्वास्थ्य का हिस्सा		परिवार स्वास्थ्य के कुल व्यय में औषधियों पर व्यय का हिस्सा	
	ग्रामीण	शहरी	ग्रामीण	शहरी
आंध्र प्रदेश	6.56	4.13	72.42	71.36
असम	2.47	4.04	70.65	68.49
बिहार	4.40	2.96	89.14	82.16
दिल्ली	3.34	3.34	61.83	72.69
गोवा	4.28	5.16	79.19	73.87
गुजरात	5.03	4.22	63.90	69.56
हरियाणा	6.99	6.56	76.80	76.28
हिमाचल प्रदेश	5.25	3.91	88.96	74.39
जम्मू और कश्मीर	2.90	3.61	90.39	81.33
कर्नाटक	4.58	4.17	68.75	55.96
केरल	7.79	7.15	71.83	64.05
मध्य प्रदेश	6.05	5.25	81.28	78.21
महाराष्ट्र	7.50	5.98	68.75	59.08
उड़ीसा	5.46	4.51	90.64	90.26
पंजाब	7.66	5.60	79.47	73.90
राजस्थान	4.79	4.70	89.43	83.88
तमिलनाडू	5.80	4.45	61.41	61.44
उत्तर प्रदेश	8.20	5.64	86.76	81.47
पश्चिम बंगाल	4.64	4.84	72.89	67.80
अखिल भारत	6.05	4.91	77.33	69.18

स्रोत: मैक्रोइकोनॉमिक एवं स्वास्थ्य पर राष्ट्रीय आयोग, 2005

3.1.74 दवाईयों के मूल्यों का विश्लेषण करने से ज्ञात होता है कि आम मिलने वाली औषधियां अपेक्षाकृत सस्ती होती हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रों में दवाईयों की नियमित आपूर्ति से सार्वजनिक क्षेत्र की सेवाओं का प्रयोग बढ़ेगा और लोगों को जब से कम खर्च करना होगा। एनसीएमसी के तहत भी जीवन रक्षक दवाईयों की सही कीमत पर उपलब्धता को सुनिश्चित करना शामिल है। 11वीं योजना के दौरान, सभी राज्यों को तमिलनाडु चिकित्सा सेवा निगम (बॉक्स 3.1.7) के अनुसार सार्वजनिक क्रय प्रणाली को मॉडल के रूप में अपनाने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा। उपलब्ध मॉडलों के राजस्थान और दिल्ली में प्रयोग किए जाएंगे ताकि अस्पतालों को सस्ती दरों पर औषधियां उपलब्ध कराई जा सकें। दवाईयों के मूल्य, गुणवत्ता, चिकित्सीय परीक्षण आदि के लिए मसेलकर समिति (2003) और एनसीएमएच (2005) की सिफारिशों के अनुसार, योजना के दौरान एक राष्ट्रीय औषधि

प्राधिकरण (एनडीए) की एक स्वायत्तशासी के रूप में स्थापना की जानी थी। तदनुसार भारतीय केन्द्रीय औषधि प्राधिकरण की स्थापना की गई है। रसायन एवं खाद्य मंत्रालय के अधीन गठित राष्ट्रीय औषधि मूल्य प्राधिकरण का एनडीए में विलय करने का प्रस्ताव है। औषधि विनियामक प्रणाली को मजबूत करने के लिए राज्यों को केन्द्र सरकार द्वारा सहायता दी जाएगी। योजनाकाल में निम्नलिखित पर जोर दिया जाएगा —

- सभी स्तरों के संस्थानों के लिए अनिवार्य औषधियों की सूचियां तैयार करना।
- सभी सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों में बेहतर किस्म की पर्याप्त मात्रा में औषधियों की उपलब्धता बनाए रखना।
- औषधियों के संभरण, भंडारण और वितरण में कार्य कुशलता, किफायत और पारदर्शिता बढ़ाना।

बॉक्स 3.1.7

अनिवार्य औषधियों की आपूर्ति : तमिलनाडु का अनुभव

क्रिया - कलाप

विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा मॉडल सूची से चयनित अनिवार्य औषधियों की सूची को अंतिम रूप देना।

स्वास्थ्य देखभाल करने वाले विभिन्न केन्द्रों को अपने गोदामों से औषधियों की आपूर्ति के लिए पर्याप्त निधियों व कर्मचारियों की उपलब्धता सुनिश्चित करना।
औषधियों की गुणवत्ता की जांच करना।

पत्तों में पैक औषधियों की ही आपूर्ति करना।

रोग आधार, सुरक्षा, प्रभावकारी व मूल्य आधार पर औषधियों का चयन।

केवल प्रजातीय औषधियों को शामिल करना आधुनिक गोदामों में औषधियों के भंडारण के लिए उचित व्यवस्था करना।

औषधियों के भंडारण और वितरण के बारे में भेषजज्ञों को प्रशिक्षण औषधियों की स्टोर-कीपिंग प्रक्रिया और भंडारण को पहले - आना - पहले - जाना आधार पर उनके जातीय नाम के अनुसार संशोधन।

उपलब्धियाँ

अनिवार्य औषधियों की सूची तैयार करना, जिनसे स्वास्थ्य देखभाल के विभिन्न स्तरों की विविध आवश्यकताओं की पूर्ति हो सके।

अच्छी गुणकारी, जेनरिक औषधियों की व्यवस्था।

औषधियों का युक्तिसंगत प्रयोग।

कम्प्यूटर पर भंडार की अद्यतन सही जानकारी की उपलब्धता।

चेन्नई में टीएनएमएससी के साथ सभी गोदामों से टेलीफोन से सम्पर्क।

- सुरक्षित औषधियों और औषधियों का उचित इस्तेमाल सुनिश्चित करने के लिए पेशेवर और उपभोक्ता निकायों के साथ समन्वय की रणनीतियां तैयार करना।
- चिकित्सा पेशेवरों, भेषजों और लोगों को आवश्यक औषधियों पर सूचना को प्रसारित करना।
- मूल्य नियंत्रण प्रणाली के तहत सभी अनिवार्य औषधियों को शामिल करना।
- डाक्टरों और स्वास्थ्य कार्मियों के सेवाकालीन और सेवा पूर्व प्रशिक्षण कार्यक्रमों में मानक उपचार दिशानिर्देशों की धारणा को लागू करना और मजबूत बनाना।

- राज्य प्रयोगशालाओं, क्षमता निर्माण, खाद्य पोर्टल, व्यापक और सूचनात्मक/विश्लेषणात्मक डाटाबेस को सुदृढ़ करना।
- खाद्य सुरक्षा के लिए प्रयोगशालाओं की स्थापना हेतु प्रोटोकॉल को युक्तिसंगत बनाना।
- खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम, 2006 को कार्यान्वित करना।

विकेंद्रीकृत अभिशासन

पंचायती राज संस्थानों की भूमिका

3.1.76 पंचायती राज संस्थानों की भूमिका में प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली का प्रबंधन करना भी शामिल है। कुशल तथा प्रभावकारी स्वास्थ्य प्रणाली के लिए पंचायती राज संस्थानों द्वारा स्वामित्व के माध्यम से सामुदायिक भावना को बढ़ाना है। एनआरएचएम के क्रियान्वयन पर कड़ी नज़र रखकर यह सुनिश्चित करना होगा कि पंचायतों की भागीदारी पूर्ण और समग्र है। पंचायती राज संस्थानों के विभिन्न स्तरों पर स्थानीय प्राथमिकताओं के बारे में निर्णय लिया जाएगा और वे विभिन्न समितियों के माध्यम से स्वास्थ्य संबंधी सुविधाओं, प्रचालन संस्थानों की निगरानी भी करेंगे।

3.1.77 चूँकि स्थानीय निकायों में एक तिहाई चयनित महिलाएं सदस्य हैं, ग्राम स्तर की स्वास्थ्य समितियों की सहायता से

खाद्य सुरक्षा और गुणवत्ता नियंत्रण

3.1.75 खाद्यों और पेय पदार्थों में कीटनाशक अवशेषों, योजकों और संदूषण और पोषणात्मक लेबल लगाने के मुद्दों के समाधान के लिए ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान निम्नलिखित कार्रवाई की जाएगी।

- सुरक्षा मानकों के त्वरित प्रवर्तन के लिए खाद्य सुरक्षा प्राधिकरण बनाना।
- प्रयोगशालाओं में क्षमताओं में वृद्धि, खाद्य सुरक्षा और हाइजीन की जागरूकता के उद्देश्य से क्षमता निर्माण परियोजना का कार्यान्वयन सुनिश्चित करना।

जनसंख्या नियंत्रण हेतु लिंग संवेदनशीलता, बहु-क्षेत्रीय कार्यसूची को क्रियान्वित करने का एक अवसर भी है। चयनित महिलाओं को प्रशिक्षण दिए बिना व सशक्तीकरण किए बिना यह कार्यक्रम व्यावहारिक नहीं हो पाएगा। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत, आशा(ओं) का चयन करना होगा और उन्हें ग्राम पंचायतों के प्रति जवाबदेह बनाना होगा। सभी राज्यों में जन्म-मृत्यु, विवाह एवं गर्भ पंजीकरण की कवरेज और गुणवत्ता में सुधार करने के लिए पंचायती राज संस्थानों की भागीदारी भी आवश्यक है।

3.1.78 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, पंचायतों का स्थानीय निकायों के संसाधनों का विकेन्द्रीकरण चरणबद्ध आधार पर किया जाएगा, जिससे विकेन्द्रीकरण को वास्तविकता में लागू किया जा सके।

नागरिक समितियों की भूमिका

3.1.79 स्वास्थ्य कार्यक्रम को चालू रखने के लिए, सीमित साधनों के होते हुए भी, सामुदायिक आधारित स्वास्थ्य भागीदारी प्रमुख है। इसके विभिन्न रूप हो सकते हैं, जैसे पीआरआई, सामुदायिक आधारित एवं गैर-सरकारी संगठन और स्वास्थ्य के बारे में सभी स्तरों पर जनता के भागीदारी द्वारा। यह कार्य केवल पंचायतों को वित्त देकर और प्रशासनिक शक्तियां देकर नहीं किया जा सकता है, इसमें स्थानीय कार्रवाई के लिए लोगों की सक्रिय भागीदारी आवश्यक है। स्थानीय समस्याओं के स्थानीय हल के लिए सामुदायिक गुप्तों (युवा, महिला मंडलों, स्वयं सहायता समूहों और ग्राम सभा के द्वारा) की भागीदारी भी अनिवार्य है। इस संबंध में, नागालैण्ड में स्वास्थ्य सेवाओं का सफल सामुदायिककरण का अध्ययन किया जाए तथा उसे अपनाया जाए (बॉक्स-3.1.9)।

बॉक्स 3.1.8

पंचायती राज संस्थानों (पीआरआईज) की भूमिका

देश की लगभग तीन - चौथाई जनसंख्या गांवों में रहती है। यह ग्रामीण जनसंख्या 10 लाख से अधिक आबादियों में निवास करती है, जिनमें से 60% क्षेत्रों में 1000 से भी कम आबादी है। सर्व स्वास्थ्य अभियान को सफल बनाने के लिए प्रत्येक गांव व प्रत्येक स्वास्थ्य केन्द्र में सुधार प्रक्रिया को अपनाया होगा। यह तभी संभव हो पाएगा जब समाज को स्वास्थ्य संबंधी मामलों में स्वयं नेतृत्व के लिए पर्याप्त अधिकार दिए जाएं।

पंचायती राज संस्थानों को गांव से जिला स्तर तक, उनके अधिकार क्षेत्रों में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं का स्वामित्व सौंपना होगा। कुछ राज्यों जैसे केरल, पश्चिम बंगाल, महाराष्ट्र, तथा गुजरात ने इस दिशा में पहल शुरू कर दी हैं और उनके परीक्षणों से ज्ञात हुआ है कि स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रबंधन में पंचायती राज संस्थानों के संस्थागत भागीदारी से सकारात्मक परिणाम प्राप्त हुए हैं।

एनआरएचएम ने पंचायती राज संस्थानों को प्रत्येक स्तर पर जैसे ग्राम पंचायत, पंचायत समिति (ब्लॉक) और जिला परिषद (जिला) को जिला और उप जिला स्तरों पर सार्वजनिक स्वास्थ्य के बुनियादी ढांचे के नेतृत्व तथा प्रबंधन का नेतृत्व करने के लिए निम्नलिखित प्रकार से सशक्त किया है —

- ग्राम सभा के समूचे ढांचे में प्रत्येक गांव में ग्राम स्वास्थ्य एवं सफाई समिति, जिसमें सभी इलाकों का आनुपातिक प्रतिनिधित्व होगा, को सुनिश्चित करना होगा। लाभ वंचित श्रेणियों जैसे महिलाएं, अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अन्य पिछड़ा वर्ग व अल्प वर्गों को पर्याप्त प्रतिनिधित्व दिया जाएगा।
- उप स्वास्थ्य केन्द्र ग्राम पंचायत के प्रति जवाबदेह है और उनके प्रबंधन के लिए स्थानीय समितियां होंगी, जिनमें ग्राम स्वास्थ्य एवं सफाई समिति का उचित प्रतिनिधित्व होगा।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, जो ब्लॉक स्तर पर नहीं होते, ग्राम पंचायत, जहां कहीं हो, के चुने हुए प्रतिनिधियों के प्रति उत्तरदायी होगा। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के अधीन आने वाली अन्य सभी ग्राम पंचायतों को उसके प्रबंधन में उचित प्रतिनिधित्व दिया जाएगा।
- ब्लॉक स्तर के प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र की भागीदारी उसके प्रबंधन में पंचायती राज के चुने हुए प्रतिनिधियों की सहयोजिता से होगी। रोगी कल्याण समिति अस्पताल के रोजमर्रा के काम को देखेगी।
- जिला स्तर पर जिला परिषदें स्वास्थ्य समितियों के बजट और जनता की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं की पूर्ति की योजना तैयार करने के लिए सीधे उत्तरदायी होंगी।
- क्षमताओं और प्रणाली के विकास के साथ ही, जिला स्तर पर सशक्त सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधन जिला स्वास्थ्य समिति से मिल जाएगा, जो जिला पंचायत के प्रभावी नेतृत्व एवं नियंत्रणाधीन होगा, जिसमें ब्लॉक पंचायतों की भागीदारी होगी।
- स्थानीय कार्य प्रणाली को सशक्त और सुविधाजनक बनाने के लिए एनआरएचएम सभी स्तरों पर जैसे ग्राम, उप - केन्द्र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, सभी स्तरों पर संयुक्त अनुदान देता है। पंचायत राज संस्थानों के प्रतिनिधियों, प्रयोक्ता गुप्तों और सीबीओ/एनजीओ/बीओ के प्रतिनिधियों की सहभागिता से नियंत्रण समितियों का गठन किया जाएगा, ताकि नियंत्रण योजना प्रक्रिया में उनसे सहयोग मिल सके। वे समाज की बृहद आधार समीक्षा और योजना के लिए सुझाव देने में भागीदारी के योग्य बनाएंगे। विभिन्न स्तरों पर " जन सुनवाई " या " जन संवाद " की आवधिक आधार पर व्यवस्था की जाएगी, जिससे समाज के सदस्य सार्वजनिक स्वास्थ्य को बेहतर बनाने के लिए सीधे जानकारी और सुझाव दे सकें।

बॉक्स 3.1.9
नागालैण्ड में सामुदायीकरण

नागालैण्ड के मोपुंगकैट गांव, जिला मोकाकचुंग, में स्वास्थ्य उप केन्द्र के भवन को स्थानीय सामग्री से सुन्दरतापूर्ण और आस्था अनुसार निर्माण किया गया है। इस गांव के लगभग 6000 लोगों की स्वास्थ्य की देखभाल के लिए अत्यधिक जरूरत थी। अतः 2002 में, जब सामुदायीकरण आरंभ हुआ, तो उन्होंने उपकेन्द्र के संचालन हेतु चंदे से 2.83 लाख रुपया एकत्र किया। समाज ने एक इमारत दान में दी। दो एएनएम, एक एएसएचए और एक कंपाउंडर उप केन्द्र का संचालन कर रहे हैं। वे हमेशा उपस्थित होते हैं। इमारत सुन्दर है, विशाल है, एक कमरा बनाया गया है और रोगियों को भर्ती करने के लिए कुछ बिस्तरों की व्यवस्था की गई है। यहां प्रसूति कक्ष भी है। सभी रोगियों का रिकार्ड, उनकी स्वास्थ्य समस्याओं, दिए गए उपचार और औषधियों का रिकार्ड सावधानीपूर्वक रजिस्ट्रों में रखा जाता है। केन्द्र में दवाईयों और अनिवार्य औषधियों की कभी कमी नहीं होती। यदि सरकारी आपूर्ति मिलने में देरी होती है, तो सामुदायिक आधार पर निधियां एकत्र करके दवाईयां खरीद सकती हैं।

3.1.80 एनआरएचएम के तहत सामुदायिक भागीदारी की ऊपर लिखे अनुसार परिकल्पना की गई है। क्रियान्वयन के ढांचे के तहत, मिशन यह सुनिश्चित करता है कि 70% से अधिक संसाधनों का प्रयोग उन निकायों के द्वारा किया जाए, जिनका प्रबंधन जनता के संगठनों द्वारा किया जाता है, और कम से कम 10% संसाधनों का प्रयोग गैर - सरकारी संगठनों की सहायताार्थ अनुदान के माध्यम से किया जाए। स्थानीय स्तर पर संघटित निधियों के तंत्र के तहत उन्हें कुछ लचीलापन देना है। 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, विभिन्न सामुदायिक आधारित पहलों को बढ़ावा देने के प्रयास किए जाएंगे।

प्रभावकारी केन्द्रभिमुखता

3.1.81 स्वच्छ पेयजल महत्वपूर्ण हैं, क्योंकि दूषित जल से बीमारियों तथा कुपोषण का जोखिम बढ़ जाता है। जल जनित संक्रमण के कारण पर्याप्त भोजन लेने पर भी उचित पोषण नहीं मिल पाता है। ग्रामीण जलापूर्ति धारणीयता रख-रखाव तथा गुणवत्ता की समस्या से घिरी होती है। यद्यपि, भारत निर्माण से पूर्व 95% से अधिक का लक्ष्य प्राप्त कर लिया गया था, देश के 14.22 लाख क्षेत्रों में से लगभग 1.66 लाख क्षेत्र जलाभाव ग्रस्त श्रेणी में चले गए जहाँ लोगों को पीने के लिए पर्याप्त पानी नहीं मिल पाता है और पेय जल लाने के लिए 2 किलोमीटर से भी अधिक चलना पड़ता है। इसी प्रकार, लगभग 1.86 लाख बस्तियां दूषित जल पर निर्भर हैं, जिससे स्वास्थ्य संबंधी अनेक समस्याएं पैदा होती हैं।

3.1.82 सफाई की कमी से भी अनेक जल जनित बीमारियां पैदा होती हैं। 1980 में ग्रामीण स्वच्छता केवल 1% थी। 1986 में केन्द्रीय ग्रामीण स्वच्छता कार्यक्रम शुरू होने पर, 1988 में यह प्रतिशत बढ़कर 4% और 2001 में 22% हो गया। अब यह स्वीकार किया जाता है कि यदि 100% का लक्ष्य प्राप्त नहीं किया जाता है और ठोस कूड़े का उचित व्ययन नहीं किया जाता है तो स्वास्थ्य संकेतकों में पर्याप्त सुधार नहीं होगा। लड़कियों तथा महिलाओं की सुरक्षा और समाज के लिए शौचालयों की व्यवस्था करना भी

अनिवार्य है। पर्याप्त संख्या में पृथक शौचालयों की कमी के कारण छात्राओं द्वारा स्कूल छोड़ने की अधिक घटनाएं होती हैं। अतः इस समस्या का हल देश भर में स्वच्छ पेय जल की उपलब्धता करना और ग्राम स्वास्थ्य स्कीमों द्वारा व एनआरएचएम के अधीन सफाई समितियों द्वारा पर्याप्त सफाई व्यवस्था करना है।

3.1.83 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय रूप जलजनित रोगों की रोकथाम और नियंत्रण के लिए सर्व स्वास्थ्य अभियान के भाग के रूप में कार्यक्रम शुरू करेगा जिसके अन्तर्गत अन्य विभागों से (लोगों को स्वच्छ जल की आपूर्ति और जल की गुणवत्ता की मानीटरिंगकरण) कुछ निर्दिष्ट उत्तरदायित्वों के साथ, सहयोग का कार्यक्रम तैयार किया जाएगा। लक्ष्य इस प्रकार है (1) 2010 तक, वर्तमान में जलजनित रोगों के स्तर को घटाकर 75% करना, और (2) 2015 तक, जलजनित रोगों के वर्तमान स्तर को घटाकर 50% करना। 100% स्वच्छ जलापूर्ति और सफाई का लक्ष्य पाने के लिए, 11वीं पंचवर्षीय योजना में निम्नलिखित रणनीतियां शामिल की जाएंगी—

- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत ग्राम स्वास्थ्य व सफाई समितियों के माध्यम से ग्राम स्तर पर स्वास्थ्य केन्द्र, साफ - सफाई, और पेय जल की व्यवस्था करना।
- राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के तहत नवीन प्रयासों के द्वारा शहरी क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों, स्वच्छ पेय जल एवं सफाई को शामिल करना।
- परियोजनाओं के क्रियान्वयन और प्रबंधन के लिए योजना, डिजायन तथा स्थल जैसे सभी स्तरों पर पणधारकों की भागीदारी।
- पीआरआई, सामुदायिक, गैर - सरकारी संगठनों तथा उप नागरिक समाज संगठनों के सहयोग से जल की गुणवत्ता और सर्वेक्षण प्रणाली को संस्थागत रूप देना।
- व्यवहारात्मक परिवर्तन संवाद की ओर अधिक ध्यान देना।

- गन्दे पानी और उद्योगों से निकले गंदे पानी को शोधन करके विकास कार्यों में उपयोग करना।

सार्वजनिक - निजी सहभागिता को बढ़ाना

3.1.84 पिछले कुछ वर्षों के दौरान, केन्द्र तथा राज्य सरकारों ने जनता की स्वास्थ्य संबंधी मांगों को पूरा करने के लिए विभिन्न प्रकार से सार्वजनिक - निजी सहभागिता को बढ़ाने के प्रति पहल की है। (कुछ उदाहरण बॉक्स 3.1.10 में दिए गए हैं।) इनके अतिरिक्त, अनेक राज्यों में कुछ सेवाएं जैसे सफाई और भवनों के रखरखाव, सुरक्षा, कूड़ा, प्रबंधन, सफाई, लॉण्ड्री, खुराक आदि के लिए निजी क्षेत्र को अनुबंध दिए गए हैं।

3.1.85 सार्वजनिक - निजी भागीदारी के ये मौजूदा उदाहरण समान्यीकरण नहीं करते हैं। भारत में सार्वजनिक निजी साझेदारी अनुबंधाधीन पहले से रही है। कुछ भागीदारियां सामान्य अनुबंध होते हैं (जैसे लाण्ड्री, खुराक, सफाई आदि), अन्य अधिक जटिल होते हैं, जिनमें क्षेत्रक पणधारक अपने-अपने उत्तरदायित्वों का दावा करते हैं। उदाहरणार्थ, कर्नाटक में किसानों के लिए यशस्वनी स्वास्थ्य बीमा योजना, जिसमें राज्य सरकार की सहकारी समितियां भी शामिल हैं। यशस्वनी न्यास, अपने लगभग 200 निजी अस्पतालों के साथ, एक कारपोरेट थर्ड पार्टी प्रशासक होता है और जो पात्रता शर्तों का लाभ उठाता है। यह देखा गया है कि अधिकांश भागीदारी में, राज्य स्वास्थ्य विभाग कुछ पणधारक परामर्शकों के साथ मुख्य साझेदार हैं। हालांकि, भागीदारी में साझेदारों के बीच समानता, लक्ष्यों के प्रति आपसी वचनबद्धता, साझे निर्णय लेना और साझे में जोखिम उठाना बहुत ही कम देखने को मिलता है।

3.1.86 मौजूदा मामलों के अध्ययन से प्राप्त निष्कर्ष भी गंभीर चिंतनीय हैं, जैसे पूरी प्रक्रिया में लाभार्थी का अभाव, प्रभावपूर्ण अभिशासन तंत्र की कमी जिससे जवाबदेयता हो, पारदर्शिता रहित प्रणाली, उचित नियंत्रण की कमी और कार्य के निष्पादन हेतु ढांचागत संस्थानक उचित प्रबंधन की कमी। उदाहरणार्थ, सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रों को अनुबंधाधीन करते समय, राज्य सरकारें कुछ खराब सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र गैर-सरकारी संगठनों को सौंप देते हैं। परियोजना के शुरू में, गैर - सरकारी संगठनों को पहली किस्त भी न चुकाना एक अन्य समस्या है। गैर - सरकारी संगठन कभी सुनिश्चित नहीं होते कि उन्हें किस्त की उपलब्धता हो भी जाएगी, और यदि ऐसा है तो उनसे कितने की आशा की जा सकती है। यदि प्रक्रिया पूर्णतया पारदर्शी हो और मजबूत स्थानीय नियंत्रण प्रणाली हो, तभी गैर - सरकारी संगठन को स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रबंधन सौंपा जाए। सरकार का यह

लक्ष्य है — 11वीं योजना में गैर - सरकारी संगठनों की साझेदारी को बढ़ावा दिया जाएगा।

3.1.87 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, चयनित राज्यों में सार्वजनिक - निजी भागीदारी से प्राप्त अनुभवों पर विस्तार से विचार किया जाएगा। साक्ष्यों के आधार पर, स्वास्थ्य सेवाओं में प्राथमिक, द्वितीयक तथा तृतीयक स्तरों पर सार्वजनिक - निजी साझेदारी की विभिन्न श्रेणियों के लिए उपयुक्त ढांचा विकसित किया जाएगा, जिससे अधिक पणधारक परामर्शदाताओं के द्वारा सस्ती, उत्तम और विस्तृत आधार पर स्वास्थ्य सुविधाएं प्राप्त कर सकें। प्रतिरक्षण जैसी सुस्पष्ट और असीमित परियोजनाओं का अनुबंध करने से जवाबदेयता बढ़ेगी। जांच व उपचार केन्द्रों (जो सुविधाएं अस्पताल में उपलब्ध न हों) की अस्पतालों में निजी क्षेत्रों द्वारा स्थापना को बढ़ावा दिया जाएगा। सरकार ऐसे भौगोलिक क्षेत्रों में कुछ प्रोत्साहनों के साथ जैसे रियायती दर से भूमि उपलब्ध कराना, निर्मित क्षेत्र में वृद्धि अनुपात एफएआर, करों में छूट तथा रियायती दरों पर ऋण, आधुनिक ढांचा उपलब्ध कराएगी। हालांकि, विशिष्ट निष्पादकता अपेक्षाओं के साथ मॉडल अनुबंधात्मक करारों (एससीए) पर बल दिया जाएगा, जिनका आकलन सिविल सोसायटी द्वारा किया जाएगा। लागत निर्माण में शामिल होगी।

स्वास्थ्य बीमा: गरीबों को संरक्षण प्रदान करना

3.1.88 भारत का अपने व्यापक भौगोलिक, अत्यधिक विशाल जनसंख्या तथा स्रोतों की असमानता के साथ सभी विशेषतः गरीबों को अच्छा स्वास्थ्य सुनिश्चित करना स्वयं में एक जटिल विषय है। हमारी स्वास्थ्य प्रणाली जनसाधारण तथा व्यक्तिगत क्षेत्रों का मिश्रण है तथा जो गैर सरकारी संगठनों और सिविल समाज के साथ छोटी ही (यद्यपि महत्वपूर्ण) भूमिका अदा करता है।

3.1.89 एनएसएसओ (2004-05) के 60 वें दौर ने यह तथ्य स्पष्ट कर दिया है कि ग्रामीण सरकारी अस्पतालों में प्रत्येक भर्ती के दौरान 3000 से अधिक व्यय होता है। ग्रामीण निजी अस्पतालों में यह खर्च 7000 से अधिक है। शहरी क्षेत्रों के निजी अस्पतालों में यह खर्च 11000 से अधिक है तथा सरकारी अस्पतालों से तीन गुना ज्यादा है आज यह खर्च प्रमाणिक तौर पर बढ़ गया होगा। यह निजी आउट ऑफ पॉकेट व्यय खर्च व्यापक स्वास्थ्य बीमा द्वारा सभी के लिए, विशेषकर गरीबों के लिए जोखिम पूर्णता के आधार पर कम किया जा सकता है।

3.1.90 भारत में स्वास्थ्य बीमा का विस्तार दुखद रूप से सीमित है। सरकारी तथा निजी क्षेत्र में चालू स्वास्थ्य बीमा जनसंख्या के

बॉक्स 3.1.10
सार्वजनिक - निजी भागीदारी

- **राजस्थान:**
साझेदार : मेडिकेयर रिलीफ सोसाइटी, एसएमएस अस्पताल जयपुर और वर्धमान स्केनिंग एण्ड इमेजिंग प्राइवेट लि0
सेवाएं : सरकारी अस्पतालों में रेडियोलोजिकल निदान सेवाओं को अनुबंधित करना।
अच्छी दवाईयों की संभरण और बाजार से सस्ती दवाईयों की आपूर्ति। यह गरीबी रेखा से नीचे के रोगियों के लिए, 70 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्तियों तथा स्वतंत्रता सेनानियों के लिए निःशुल्क होंगे, अन्य से आपस में तय दरों पर।
- **पश्चिम बंगाल :**
साझेदार : पश्चिम बंगाल सरकार, मेडिकलू, जिला स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण समितियां, निजी साझेदार - मैसर्स डॉक्टर्स लैबोरेटरी तथा अलाभकारी गैर-सरकारी संगठन।
सेवाएं : सात चिकित्सा कालेजों में सिटी स्कैन, एक चिकित्सा कॉलेज अस्पताल में एमआरआई, 30 ग्राम अस्पतालों में रोग निदान सुविधाएं, और ब्लॉक प्राथमिक चिकित्सा केन्द्रों के स्तर पर गैर - सरकारी संगठनों, सीबीओ के प्रबंधाधीन आपातकालीन परिवहन के लिए 133 रोगी वाहनों का संचालन।
- **उत्तराखंड :**
साझेदार : उत्तराखंड सरकार, विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी विभाग, भारत सरकार और उत्तरांचल विज्ञान अनुसंधान संस्थान, भीमताल (गैर - सरकारी संगठन)
सेवाएं : चल स्वास्थ्य सेवाएं - चल वाहनों द्वारा रोग निदान, प्रयोगशाला एवं चिकित्सीय सेवाएं। उत्तराखंड के 6 पश्चिमी जिलों में स्वास्थ्य शिविरों का आयोजन।
- **कर्नाटक :**
साझेदार : कर्नाटक सरकार और अपोलो अस्पताल इंटरप्राइजेज लि0 हैदराबाद, राजीव गांधी सुपर स्पेशलिटी अस्पताल, रायपुर, प्रबंधकीय अनुबंध के अधीन अपोलो अस्पताल को सौंपा गया है।
सेवाएं : 300 बिस्तरों वाला अस्पताल/गरीबी रेखा से नीचे के रोगियों को निःशुल्क सेवाएं, गरीबी रेखा से नीचे (प्रभारों की सरकार द्वारा प्रतिपूर्ति) के रोगियों के लिए 40% बिस्तर और शेष रोगियों का उपचार विशेष दरों पर किया जाता है।
साझेदार : कर्नाटक सरकार तथा करुणा न्यास।
सेवाएं : राज्य के दूरवर्ती, ग्रामीण एवं आदिवासी क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और सम्बद्ध उप-केन्द्रों के प्रबंधन के अनुबंधाधीन करना। 24 घंटे स्वास्थ्य सेवाएं - बाह्य रोगी विभाग, आपातकालीन सेवाएं, ईसीजी, एक्सरे, प्रयोगशाला, टीकाकरण, राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम, आरसीएच कार्यक्रम, 20 बिस्तर वाला रोगी वार्ड और रोगी वाहन।
- **गुजरात :**
साझेदार : गुजरात सरकार और निजी डॉक्टर (प्रसूति विशेषज्ञ एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ)
सेवाएं : चिरंजीवी योजना - निजी डॉक्टरों (प्रसूति विशेषज्ञ) को सामान्य एवं शल्य क्रिया प्रसूति दोनों मामलों के लिए अनुबंध पर बुलाया जाता है।
- **अरुणाचल प्रदेश**
साझेदार : अरुणाचल प्रदेश सरकार तथा वीएचएआई, करुणा ट्रस्ट, फ्यूचर जेनरेशन एवं प्रयास।
सेवाएं : चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों का प्रबंधन।
- **आंध्र प्रदेश**
साझेदार : आंध्र प्रदेश सरकार तथा संगठित विकास सेवाओं के लिए सामाजिक कार्य, आदिलाबाद (गैर - सरकारी संगठन)
सेवाएं : शहरी स्लम स्वास्थ्य देखभाल परियोजना (निष्पादकता अनुबंध किन्तु निजी साझेदार को कोई सार्वजनिक परिसर सौंपे बिना) के साथ अनुबंध।
साझेदार : आंध्र प्रदेश सरकार तथा न्यू इंडिया इश्योरेंस कम्पनी।
सेवाएं : बाउच्चरों के आधार पर आरोग्य रक्षा योजना सरकार द्वारा वित्त पोषित, सार्वजनिक क्षेत्र की कम्पनी द्वारा परिचालन संबंधी व्यवस्था और निजी स्वास्थ्य सेवा दाताओं द्वारा सेवा उपलब्ध कराना।
- **तमिलनाडु**
साझेदार : तमिलनाडु सरकार तथा रीडर - चेशायर फाउण्डेशन के साथ सेवा निलायम सोसायटी (गैर - सरकारी संगठन)
सेवाएं : इलाके में आपातकालीन रोगी वाहनों की व्यवस्था के लिए निष्पादकता, अनुबंध। रोगी वाहन सरकारी होते हैं।
टिप्पणी : परिवार कल्याण

11% को ही कवर करता है। वर्तमान कर्मचारी राज्य बीमा योजना (ईएसआइएस) केंद्रीय सरकारी बीमा योजना (सीजीएचएस) तथा सैनिक पूर्व अंशदायी स्वास्थ्य योजनाएं (ईसीएचएस) औद्योगिक कर्मचारी, सरकारी कर्मचारी तथा पूर्व सशस्त्र बल कार्मिक को परिवार सहित सेवाएं प्रदान करती हैं। मेडीकलेम मुख्य रूप से उच्च मध्यम वर्गीय आय समूह के लिए है। निजी स्वास्थ्य बीमा योजनाएं मुख्यतः नगर आधारित हैं तथा उनके साथ न दिए जा सकने वाले प्रीमियम दावे के व्यवस्थापन में विलंब, प्रतिपूर्ति निर्णय में अपारदर्शी प्रणाली जैसी इत्यादि समस्याएं हैं। यद्यपि तृतीय पक्ष प्रशासकों (टीपीएज) की व्यवस्था से नगद भुगतान तथा प्रदायकों तक विस्तृत पहुंच को आसान किया है इसे फिर भी परिव्यय को नियंत्रित करने या उचित देखभाल प्रदान करते रहने के साक्ष्य प्रस्तुत करते हैं।

सामुदायिक जोखिम-पूँलिंग को बढ़ावा देना

3.1.91 अस्पताल में भर्ती के दौरान गरीब को वित्तीय संरक्षण प्रदान करने से ऋणग्रस्ता को दूर हटाने पर तुरंत प्रभाव पड़ेगा। स्थानीय सरकार ऐसी जनसंख्या को चिन्हित करेगी तथा स्वयं सेवी समूह के (एसएचजीएस) संकाय द्वारा संचालित आवर्ती निधि प्रदान करेगी। यह संकाय परिवारों द्वारा छोटी बचत को भी बढ़ावा देना तथा जब जरूरत पड़ने पर जरूरतमंद परिवारों को अस्पताल में भर्ती के लिए, भयंकर बीमारी तथा मृत्यु पर 5000 रु. से 10000 रु. तक नगद मदद भी करेंगे। इससे परिवारों को मुसीबत के समय तुरंत वित्तीय ऋण से राहत मिलेगी। वह इस धन का भुगतान उचित समय अवधि में उचित ब्याज दर के साथ करेंगे जिससे कि ग्रामीण स्वास्थ्य रिस्क पूल 1 लाख रुपये से नीचे न गिरे। योजना के दौरान, चयनित राज्यों में एनआरएचएम का तथा एनयूएचएम के तहत अग्रणी संगठनों को उत्तरदायित्व सौंपा जाएगा। यह योजना स्वयं सेवी समूहों को सशक्त करेगी, परिवारों को सूक्ष्म-जमा की पहुंच तक समर्थ करेगी तथा साथ ही उन्हें बीमारी के उपचार के दौरान वित्तीय तनाव से उभारेगी।

समुदाय आधारित स्वास्थ्य बीमा (सीबीएचआई)

3.1.92 साक्ष्य इस ओर इशारा करते हैं कि व्यवहारिक परिवर्तन अभियान तथा अन्य अंतर्क्षेप के साथ सुनिर्मित एवं स्वचालित सीबीएचआई योजनाएं स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता को बढ़ाएंगी। स्वास्थ्य देखभाल के लिए आसान तथा कम लागत पहुंच परिवारों को अत्यधिक मेडिकल व्यय से उत्पन्न ऋणभार से बचा सकती है। इन योजनाओं को उन क्षेत्रों में लागू किया जा सकता है जहां संस्थागत सक्षमता इतनी कमजोर हो कि आवश्यक राष्ट्र-व्यापी रिस्क पूलन संचालित करना मुश्किल हो।

3.1.93 सीबीएचआई कोई लाभ के लिए बीमा योजना नहीं है जोकि प्रमुखतः औपचारिक निकाय पर केंद्रीत हैं तथा स्वास्थ्य जोखिम के संगठित पूलन एवं इनके प्रबंधन में भाग लेने वाले सदस्यों के आधार पर बनाई गई है। इन योजनाओं को निजी तथा सरकारी लाभ प्रदत्त बीमा योजनाओं से पृथक करने वाली बात यह है कि इसमें योगदान धन राशि को तय करने में, तथा उसके उगाही क्षेत्र में, लाभ पैकेज के प्रकरण में तथा योजना के वित्तीय स्रोतों के विनिधान में लक्ष्य समुदाय को शामिल किया गया है।

3.1.94 भारत में सीबीएचआई योजनाएं लक्ष्य, समुदाय के आकार, प्रारूप तथा संगठन के अनुसार विभिन्न प्रकार की हैं। एकार्ड, बीएआईएफ, करूणा ट्रस्ट, सेवा, धन फाउंडेशन तथा वीएचएस कुछ उदाहरण हैं। वर्तमान सीबीएचआई योजनाओं का भारत में अनुभव यह दर्शाता है कि क्षेत्र विशेष योजनाएं स्थानीय जरूरतों के अनुसार विकसित की जानी चाहिए। यह योजनाएं गरीबों की वास्तविकता के अनुरूप बनाई जाएं तथा उनकी सहूलियत के अनुसार संगठित की जाएं। योजना के दौरान सीबीएचआई योजनाओं को पब्लिक प्रणाली तथा प्रत्यायित निजी प्रबंधनों के द्वारा प्रोत्साहित किया जाएगा।

असंगठित क्षेत्रक के लिए स्वास्थ्य बीमा

3.1.95 हमारे देश में लगभग 4 करोड़ जनसंख्या काम करने वालों की है लगभग इसके 93% काम करने वाले असंगठित क्षेत्रकों में है। आर्थिक गतिविधियों में अनगिनत व्यवसायिक समूह हैं जो कि एक पीढ़ी से दूसरी तक आए हैं तथा कर्मचारी/नियोक्ता के विभिन्नता पूर्ण संबंधों के साथ पूरे देश में फैले हुए हैं। वे लोग जोकि अर्थव्यवस्था के संगठित क्षेत्रक में हैं चाहे तो पब्लिक हो या निजी, उनकी पहुंच स्वास्थ्य सेवा विस्तार के किसी न किसी रूप तक है। असंगठित क्षेत्रकों के कार्यकर्ताओं की कोई पहुंच नहीं है। असंगठित क्षेत्रक (एनसीईयूएस) में उद्यमों के लिए गठित राष्ट्रीय आयोग ने कार्यकर्ताओं तथा उनके परिवारों के अस्पताल में भर्ती होने तथा बीमारी के प्रसंगों में स्वास्थ्य के लिए एक विशिष्ट योजना की सिफारिश की है।

3.1.96 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना एक नई योजना को प्रस्तुत करेगी जोकि बिना नकद राशि लिए आवास प्रदान पर आधारित होगी तथा जिसका उद्देश्य स्वास्थ्य देखभाल की पहुंच को बढ़ावा देना तथा व्यक्ति और उसके परिवार को अत्यधिक जेब खर्च से बचाना होगा। इस योजना के अंतर्गत लाभार्थी तथा उसके परिवार के पांच सदस्यों को कवर किया जाएगा। प्रदाता सार्वजनिक और निजी दोनों होंगे।

मातृत्व स्वास्थ्य बीमा

3.1.97 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान कुछ राज्यों में पहल के तौर पर मातृत्व स्वास्थ्य बीमा योजना लागू किए जाने की संभावना है। यह योजना प्रतिव्यक्ति आधारित वित्तीयता पर निर्भर होगी जहां मातृत्व देखभाल के लिए नामित सभी मामलों में के लिए नामित होंगे, प्रदाता को एक सुनिश्चित प्रति व्यक्ति देय के लिए आश्वस्त किया जाता है। गरीबी रेखा के नीचे के परिवारों से संबंधित गर्भधारण करने वाली महिलाओं को इस योजना में लिया जाएगा। वे एएनएम के साथ पंजीकृत होंगी तथा साथ ही जांच विविध प्रात्ययित प्रदाताओं की सूची में से कोई संस्थागत सुविधा को चुनेगी जो कि गर्भावस्था में उनकी देखभाल करेगी। एएनएम चुनी गई सुविधा के परामर्श से जन्म पूर्व निरीक्षण को पूरा करेगा। गरीबी रेखा से नीचे वाले वर्ग की गर्भवती महिलाओं के लिए प्रति व्यक्ति फीस सरकार द्वारा प्रदान की जाएगी। इस बारे में आश्वस्त करते हुए कि विशेषतः गरीबों के लिए गर्भावस्था के पूरे चक्र में अच्छे संस्थागत प्रदाता के द्वारा देखभाल की गई है, हस्तक्षेप माता तथा शिशु मृत्यु दर के निष्कर्ष में सुधार जाएगा। मुख्य रूप से यह अंतर्गत संरचनागत वितरण तथा निम्न मातृ मृत्यु दर को बढ़ावा देगा, साथ ही महिलाओं को प्रजननकारी स्वास्थ्य देखभाल की विकसित पहुंच से सशक्त करेगा तथा उनकी जरूरत के अनुसार उन्हें प्रसव के बाद परिवार नियोजन के तरीकों को अपनाने में सहयोग प्रदान करेगा। यह ग्रामीण तथा सुदूर क्षेत्रों में उपलब्ध प्रात्ययित स्वास्थ्य इंफ्रास्ट्रक्चर को विकसित करने के लिए प्रोत्साहन देगा, साझेदारी को आसान करेगा अतः जनसुविधाओं की अनुक्रियाशीलता तथा जवाबदेही में सुधार जाएगा।

केंद्रीय सरकारी स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस)

3.1.98 सीजीएचएस का आरंभ 1954 में हुआ तथा वर्तमान में इसके अंतर्गत कुल 9.12 लाख कार्ड धारकों तथा 33.01 लाख लाभार्थियों के (31-3-2006 तक) साथ 24 शहर विस्तार में लिए गए हैं 72.5% कार्ड धारक सेवारत कर्मचारी हैं। 25.4% पेंशनधारक हैं, तथा शेष स्वतंत्रा सेनानी संसद सदस्य, पूर्व संसद सदस्य, पत्रकार तथा उच्च वर्ग से संबंधित हैं। सीजीएचएस के अंतर्गत आने वाली सेवाएं हैं, अस्पताल में भर्ती, बाह्य रोगी परामर्श तथा उपचार, निदान तथा दवाएं इन सेवाओं के लिए 247 एलोपैथिक दवाखाने, 82 आयुष दवाखाने, 19 पॉलीक्लीनिक तथा 65 प्रयोगशालाएं इन शहरों में स्थित हैं। अस्पताल में भर्ती के लिए सेवाएं चयनित निजी अस्पतालों तथा सभी सरकारी अस्पतालों को शामिल कर प्रदान की जाती हैं। ओपीडी तथा निदान सेवाएं भी चयनित निजी अस्पताल तथा निदान केंद्रों को अंशतः प्रदान की गई है।

3.1.99 दसवीं योजना के लिए मध्यावधि मूल्यांकन में सीजीएचएस से संबंधित निम्न सिफारिशों की गई हैं:

- पुर्नसंगठन, पुर्नसुधार तथा फिर से नया करना
- वर्तमान अभिदाताओं के लिए विकल्प दिया जाए किया तो वे उसे जारी रखें या स्वास्थ्य बीमा की प्रणाली को अपना लें।
- सीजीएचएस को अत्यधिक स्वायत्त प्रदान करना जिससे यह सेवाएं प्रदान करने में परिव्यय को कम करने तथा सेवाओं की डिलीवरी के विभिन्न मानकों का प्रयोग करने के लिए विभिन्न विकल्प विकसित कर सकें।

3.1.100 सीजीएचएस में सुधार के लिए कई नई पहलें की गई हैं। कंप्यूटरीकरण पर मुख्य परियोजना पूरी कर ली गई है इससे अत्यधिक संख्या में नकली कार्ड की छंटाई करने, ऑनलाइन सूची तथा दवाइयों के बिल, वितरण का समय तीन दिन से कम करके एक दिन करना तथा लाभार्थियों के लिए प्रतिक्षा समय को कम करने में मदद मिलेगी। सभी डिस्पेंसरियों को एक नेटवर्क से जोड़ा जा रहा है जिससे किसी भी डिस्पेंसरी से लाभार्थी का उपचार किया जा सके। लाभार्थी के रोग विवरण के संबंध में डेटा बेस, प्रतिपूर्ति दावों, औषध निर्देशन और रैफर करना, चिकित्सा अधिकारियों के पैटर्न, पद्धति पैनल अस्पतालों की बिलिंग पद्धति, तथा निदान केंद्रों को भी कंप्यूटरीकृत किया जा रहा है। अन्य नई पहल के अंतर्गत जिन्हें शुरू करने का प्रस्ताव है, मंत्रालयों को बढ़ाई गई वित्तीय शक्तियों का प्रत्योजन है। सीजीएचएस के अंतर्गत डिस्पेंसरी स्तर पर स्थानीय परामर्शदायी समितियां, अस्पतालों को पैनल पर रखने की प्रक्रिया, सीजीएचएस डिस्पेंसरियों की सफाई को ठेके पर देने, सीजीएचएस भवनों में निदान संबंधी/ रेडियोलॉजी सेवाओं को स्थापित करने के लिए सरकारी-गैर सरकारी भागीदारी, दर संविदा प्रणाली पर औषधियों की खरीद जिसमें विलंब के लिए कठोर दंड हो, दावों के निपटारे के लिए टीपीए तथा चिकित्सा लेखा परीक्षा भी की जाएगी।

3.1.101 लाभार्थी द्वारा निश्चित सदस्ता शुल्क अंशदान के रूप में दिया जाता है चाहे परिवार का आकार कितना ही बड़ा क्यों न हो या कितनी ही सेवाएं ली जा रहीं हों। वर्तमान अंशदान दर मूल वेतन पर अथवा सरकारी सेवक या पेंशन भोगी की पेंशन पर आधारित है। चूंकि सदस्यता दर (निर्धारित) और सेवाओं की लागत के बीच कोई संबंध नहीं है इसलिए लाभार्थी द्वारा दिए अंशदान और वास्तविक व्यय के बीच पहले से ही विद्यमान अंतर धीरे-धीरे बढ़ रहा है। इस बढ़ते रूख को रोकने के लिए ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान निम्नलिखित विकल्पों पर विचार किया जाएगा:

- सदस्यता दर को भी सीजीएचएस प्रणाली की कुल लागत के साथ जोड़ना ताकि लाभार्थी सीजीएचएस परिव्यय की

निर्धारित प्रतिशत दे सके और शेष परिव्यय सरकार द्वारा वहन की जाए।

- अंशदान प्रतिव्यक्ति/लामार्थी के अनुसार होना चाहिए और परिवार को जारी प्रति सीजीएचएस कार्ड के अनुसार नहीं होना चाहिए।
- मासिक अंशदान के अतिरिक्त, प्रत्येक लामार्थी को कुल अनुज्ञेय बिल/धनराशि का पहला 20% वहन करना चाहिए और शेष 80% सीजीएचएस द्वारा भुगतान किया जाएगा।
- स्वास्थ्य बीमा प्रणाली को शुरू करके सीजीएचएस के लिए प्रत्यक्ष बजटीय समर्थन को समाप्त करना। स्वास्थ्य बीमा योजनाएं सेवा एक कर्मचारियों और पेंशन भोगियों विशेषकर गैर सीजीएचएस क्षेत्रों में वैकल्पिक आधार पर कवर करेगी। समाप्ति तारीख (निर्णित की जाती है) के बाद सेवा में आने वाले कर्मचारियों को अनिवार्य रूप से स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत रखा जाएगा और स्वास्थ्य योजना में दोनों ओपीडी और अस्पताल में भर्ती करने संबंधी सेवाएं कवर होगी। बीमा योजना में कवरेज पर प्रीमियम भागीदारी आधार पर होगा।
- धीरे-धीरे केंद्रीय सरकार के कर्मचारियों को सीजीएचएस से स्वास्थ्य बीमा योजना में परिवर्तित करना जिसके माध्यम से वे सीजीएचएस में या उनके विकल्प पर किसी नैदानिक स्वास्थ्य सुविधा प्रदाता के पास जा सकते हैं।

विनियम और प्रत्यायन

3.1.102 क्लीनिकल स्थापनाओं के लिए न्यूनतम मानकों के अन्वीक्षण के लिए पंचायती राज संस्थाओं को शक्ति प्रदान करने की जरूरत है। ऐसे प्रयासों में गैर सरकारी संगठनों की भागीदारी सुनिश्चित की जाएगी।

3.1.103 सभी राज्य परिषदों को किसी पंजीकरण के आवधिक संभवतः तीन से पांच वर्षों में नवीनकरण प्रणाली में, परिवर्तित करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा। किसी विशेषज्ञ या वरिष्ठ विशेषज्ञ की अर्हताएं भी पंजीकरण किए जाने के लिए भी आवश्यक होंगी। इन ब्यौरों को राष्ट्रीय रजिस्टर में अंतरित किया जाना चाहिए जिसे प्रत्येक शीर्ष परिषद द्वारा रखा जाना और अद्यतन किया जाना चाहिए। चिकित्सा, दंत और नर्सिंग शिक्षण संस्थाओं द्वारा प्रस्तुत विभिन्न पाठ्यक्रमों को प्रत्याभूत करने की जरूरत है। मानव संसाधन विकास मंत्रालय ने विश्वविद्यालयों के प्रत्यायन और रेटिंग के लिए पहले ही एक प्रणाली स्थापित कर दी है। ऐसी प्रणाली की जरूरत चिकित्सा शिक्षा क्षेत्र में भी होगी। प्रस्तावित स्वास्थ्य विज्ञान अनुदान आयोग को यह जिम्मेदारी दी जानी चाहिए।

3.1.104 अर्ध चिकित्सा शिक्षा के क्षेत्र में मानकों के निर्धारण और पूरे देश में एकमात्र प्रवर्तन सुनिश्चित करने के लिए एक शीर्ष निकाय के रूप में राष्ट्रीय अर्ध चिकित्सा परिषद की स्थापना के लिए प्राथमिकता दी जानी चाहिए। इसी तरह फीजियोथैरेपी और ओक्यूपेशनल थैरेपी परिषदों को भी स्थापित किया जाना चाहिए।

3.1.105 राष्ट्रीय अस्पताल और स्वास्थ्य सेवा प्रदाता प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएच), भारतीय गुणवत्ता परिषद (क्यूसीआई) के संघटक ने विश्व में प्रचलित प्रत्यायन परिपाटियों की तरह मानक और प्रत्यायन प्रक्रिया स्वीकृत की है। अस्पताल प्रशासन अकादमी (एएचए) ने एनएबीएच के लिए मानक बनाए हैं। अन्य संगठन जैसे भारतीय स्वास्थ्य देखरेख प्रत्यायन संबंधी परिसंघ (आईसीएचए) और आईसीआरए जैसे वित्तीय रेटिंग संगठनों ने प्रत्यायन की प्रक्रिया और स्वास्थ्य संगठनों की रेटिंग शुरू की है।

3.1.106 हाल ही में, सरकार ने क्लीनिकल स्थापना (पंजीकरण और विनियम) विधयक को संसद में प्रस्तुत करने के लिए अनुमोदन दिया है। प्रस्तावित विधान में "आयुष" पद्धतियों सहित चिकित्सा की विभिन्न पद्धतियों में सभी क्लीनिकल संगठनों को शामिल किया जाएगा। इस विधान के अंतर्गत रोग निदान संबंधी केंद्रों सहित सभी क्लीनिकल स्थापनाओं को राष्ट्रीय मानक विहित करेंगे तथा क्लीनिकल स्थापनाओं का एक राष्ट्रीय रजिस्टर रखा जाएगा।

3.1.107 सभी स्तरों पर सरकारी अस्पतालों के लिए मानक लागू करने के प्रयास किए जाएंगे। सभी विशेषज्ञता और चिकित्सा पद्धतियों के लिए मानक प्रचालन प्रक्रियाओं और मानक दिशानिर्देशों के विकास को प्राथमिकता दी जाएगी। मानकों के लिए एक राष्ट्रीय सलाहकार बोर्ड स्थापित किया जाएगा और क्लीनिकल स्थापनाओं के पंजीकरण तथा इनफ्रास्ट्रक्चर के लिए राज्यों को वित्तीय सहायता प्रदान की जाएगी।

3.1.108 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान निम्नलिखित गतिविधियों को प्राथमिकता दी जाएगी:

- देश में क्लीनिकल स्थापनाओं के पंजीकरण के लिए कानून बनाना
- इनफ्रास्ट्रक्चर और सेवा प्रदान करने के लिए एक समान मानकों का विकास
- अतिरिक्त और उच्च शिक्षा के मामले में पुनः पंजीकरण
- सभी चिकित्सा तथा अर्ध चिकित्सा कार्मिकों के लिए राष्ट्रीय पंजीकरणों का सृजन

- शिक्षा और सेवा प्रदायगी को विनियमित करने के लिए एक राष्ट्रीय अर्ध चिकित्सा और अन्य परिषदों को गठित करना।
- एनआरएचएम सहभागी के रूप में आरपीएम को मान्यता।

उभरती हुई प्रौद्योगिकियां

कम लागत वाली और स्वदेशी प्रौद्योगिकियां

3.1.109 गुणवत्ता युक्त स्वास्थ्य सेवा के लिए रोग निदान तथा रोग उपचार हेतु उचित प्रौद्योगिकियों का विकास और उपयोग आवश्यक है। गत कुछ वर्षों में स्वास्थ्य संबंधी प्रौद्योगिकी को तेजी से विकसित किया गया है। लेकिन सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं पर इसका प्रभाव कम रहा है। सस्ती प्रौद्योगिकी को विकसित करने की जरूरत है जो विद्यमान प्रौद्योगिकी की तरह प्रभावी हो। अनेक प्रौद्योगिकियां मंहगी हैं इसलिए वैकल्पिक प्रौद्योगिकी की अत्यंत जरूरत है महत्वपूर्ण उपकरणों को वहनीय बनाने के लिए प्रौद्योगिकी हल ढूँढना प्राथमिक जरूरत होनी चाहिए, उदाहरण के लिए एनीस्थीसिया, मशीन सर्जिकल औजार और प्रकाश उपकरण, निःसंक्रमकीकरण उपकरण, डीफ्राईब्रिलेटर, वेंटिलेटर, ईसीजी रक्त दाब मापी यंत्र, पल्स ऑक्सीमीटर। कम लागत की ऐसी प्रौद्योगिकियों के लाभ ग्राम स्वास्थ्य देखरेख प्रदाताओं तक पहुंचने चाहिए।

3.1.110 द्वितीयक और तृतीयक देखरेख के अलावा, सार्वजनिक स्वास्थ्य संबंधी प्रौद्योगिकियों तथा स्वास्थ्य देखरेख के सभी स्तरों पर सार्वजनिक स्वास्थ्य संबंधी परिपाटियों को शुरू करने और प्रयोग करने की जरूरत तथा गुंजाइश है। इन प्रौद्योगिकियों के प्रयोग से जैसे बॉक्स 3.1.11 में दर्शाया गया, जल जनित बीमारियों के फैलने, असुरक्षित प्रसवों से संबंधित मातृ मृत्यु दर तथा प्रसवोत्तर संक्रमणों, रक्ताल्पता को रोकने तथा मलेरिया और बचपन में निमोनिया के कारण होने वाली मृत्यु को कम करने में मदद मिलेगी। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना को सार्वजनिक स्वास्थ्य संबंधी प्रौद्योगिकियों को प्रोत्साहित किया जाएगा।

ई-स्वास्थ्य की भूमिका

3.1.111 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान स्वास्थ्य देखभाल और प्रशासन की वर्धित भूमिका के लिए आईटी के उचित प्रयोग ध्यान केंद्रित होगा। स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता, प्रशिक्षक, लाभभोगी और नागरिक समाज द्वारा साझा किए जाने हेतु नेशनल ग्रिड की स्थापना करना आसान हो जाएगा। देश में पहले से ही सक्षम फाइबर आधार स्तंभ और इस संदर्भ में प्राशिक्षित मानवीय संसाधनों सहित स्वदेशी सैटेलाइट संचार प्रौद्योगिकी सुविधा है। निजी संस्थाओं कारपोरट, एनजीओ चिकित्सीय कॉलेज और अनुसंधान

बॉक्स 3.1.11

स्वास्थ्य देखरेख को खर्च वहन करने योग्य बनाना- जन स्वास्थ्य सहयोग का अनुभवगत

7 वर्षों से सीएससी, वेल्लोर और एम्स जैसे संस्थानों के समर्पित युवा चिकित्सकों का एक समूह देश के अंदरूनी भागों में स्वास्थ्य सुविधा को उपलब्ध करने, सुगम बनाने और वहनीय बनाने के लिए कार्य कर रहा है, जन स्वास्थ्य सहयोग (जेएसएस) दल लाभकारी नौकरियों, शहर की चकाचौंध पूर्ण जिंदगी और भारी वेतन लाभों को छोड़ कर सस्ती, उपयुक्त और प्रयोग में आसान प्रौद्योगिकी को विकसित करने में लगे हैं, जिसे बिलासपुर, छत्तीसगढ़ के दूरस्थ और आदिवासी क्षेत्रों में रोगों की रोकथाम, निदान और उपचार के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रकार, यूटीआई शीघ्र पता करने के लिए जेएसएस विधि 2 रु. प्रति परीक्षण, रक्ताल्पता 1 रु., मधुमेह 2 रु., गर्भवस्था पता लगाने में 3 रु. लगते हैं। उन्होंने मच्छर भगाने वाली सस्ती क्रीम, बच्चों में न्यूमोनिया का पता करने के लिए सांस मापक, प्रीक्लैपकिया की रोक थाम के लिए पता करने में आसान बी.पी यंत्र और साधारण जल शोधन प्रक्रिया भी विकसित की है जिसके द्वारा कोई भी 15 मिनट तक चक्कर घुमाकर युवी लाइट से शोधित पेय जल की एक बाल्टी निकाल सकता है। सस्ती लागत वाली प्रसव किट जिसमें पहले 24 घंटे में माता और बच्चे की जरूरत की सभी वस्तुएं-दस्ताने, बड़ी प्लास्टिक शीट, साबुन, निसंक्रामक, ब्लैड, गॉज स्टेरियालाइज्डॉज किए गए धागे, बच्चे को लपेटने के लिए सुती कपड़े, महिलाओं के लिए मोटा सैनितरी पेड होता है, केवल 40 रु. में उपलब्ध है, इन सरल प्रौद्योगिकियों को इस तरह निर्मित किया गया है कि उन्हें निस्कर और अर्धसाक्षर ग्रामीण महिला और स्कूली छात्राओं द्वारा भी प्रयोग किया जा सकता है। तत्पश्चात् अधिक जटिल परीक्षण जैसे शहरों के माइक्रोस्कोपिक पता लगाने हेत, संवेदनशीलता बढ़ाने हेतु स्पुटुम कनसंट्रेशन पद्धति तथा सिकल सेल एनीमिया, जो कि इस क्षेत्र में सामान्य बीमारी है के पता लगाने हेतु इलेक्ट्रोफोरेसिस का विकास किया है। जबकि बाजार में इलेक्ट्रोफोरेसिस 300 रूपए का है जो एसएस प्रौद्योगिकी का प्रयोग करने से यह केवल 20 रु. का पड़ता है।

जेएसएस द्वारा अत्यंत नव परिवर्तित रणनीति में मलेरिया का पता लगाने की पद्धति प्रमुख है। उन्होंने ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को रक्त नमूने लेने के लिए प्रशिक्षित किया है। इन्हें लेबल लगाकर तथा पैक करके सफाई से छोटी साबुनदानियों में रखा जाता है जिन्हें स्कूली बच्चों द्वारा बस झाड़वों को सौंपा जाता है। स्कूल जाते हुए रास्ते में झाड़व इसे जेएसएस द्वारा संचालित गणियारी अस्पताल में देते हैं। यहां उनका तुरंत परीक्षण किया जाता है और रिपोर्ट को उसी झाड़व के हाथों वापसी जाते हुए भेजा जाता है। यह कूरियर व्यवस्था गत 5 वर्षों से 21 गांवों में चल रही है तथा अनेक जिंदगियां इससे बच गई हैं। इस विधि को अब टीबी का पता लगाने के लिए विस्तारित किया जा रहा है। ये सरल, नव परिवर्तित प्रौद्योगिकियां जो कि जेएसएस द्वारा विकसित हैं, सभी स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा आस-पास के इलाकों, दूरस्थ क्षेत्रों में प्रयोग की जा सकती हैं जिससे उचित दवाइयां दी जा सकें और उनके दुरुपयोग को कम किया जा सके।

संस्थानों द्वारा विगत वर्षों में ई-हेल्थ पर कई पायलट परियोजनाओं की स्थापना की गई। इन पहलों के सफल परिणाम पाने के लिए मूल्यांकन और विश्लेषण करने की जरूरत होगी।

3.1.112 सूचना प्रौद्योगिकी क्षेत्र के विकास के लिए स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) के प्रयोग करने की एक नई महत्वपूर्ण पहल होगी। सभी स्तरों की सही और विश्वसनीय डेटा तथा रिपोर्ट मुहैया कराने के लिए, डेटा परिग्रहण एवं विश्लेषणात्मक प्रणाली में सक्षम कम्प्यूट्राइज्ड वेब की स्थापना की जाएगी। इसके कार्यान्वयन के अंतर्गत यह विभिन्न कार्यक्रमों के उचित प्रचालन और मूल्यांकन को न केवल सुगम बनाएगा बल्कि सेवा डिलीवरी के विभिन्न पहलुओं में भी सहायक होगा। यह एचएमआईएस, सर्व स्वास्थ्य अभियान को पूरा करने के लिए, समेकित प्रचालन और मूल्यांकन की एकीकृत कवर के नीचे अपनी रिपोर्टिंग मशीनरी रखकर, विभिन्न महत्वपूर्ण प्रणालियों को समाकलित करेगा। इस परिधि से सीधे डेटा भेजे जाएंगे। एचएमआईएस की यह एकीकृत रोग निगरानी परियोजना (आईडीएसपी) उप-सर्जन बन जाएगी। जैसे-जैसे यह प्रणाली स्थिर होती जाएगी और ब्लाक स्तर पर कम्प्यूटरीकरण प्रवेश बढेगा, यह प्रणाली दूरस्थ क्षेत्रों में अवसर विस्तार के लिए काफी मोड्यूलर होगा। तिथि समाप्त होने से औषधियों की बर्बादी मांग आधारित प्रबंधन और समाप्ति तिथि के नजदीक इसे पुनःवितरण करके कम करने की जरूरत है। **स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस)**, के पूर्ण विकास और कार्यन्विति होने पर, मांग और आपूर्ति का संतुलन तथा औषधीय स्थिति की लगातार निगरानी हो सकेगी।

3.1.113 देश के दूरस्थ कोने में विशिष्ट स्वास्थ्य देखरेख पहुंचाने में टेलीमेडिसिन सहायक हो सकती है। टेलीमेडिसिन, टेली-डॉयग्नोस्टिक में विशेष रूप से लगातार चिकित्सीय शिक्षा के अलावा हृदय-विज्ञान, विकृति-विज्ञान, चर्म-विज्ञान और विकरण-विज्ञान, सुविधाएं मुहैया करा सकती है। रोगियों को द्वितीय स्तर की उपचार स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराने में डॉयग्नोस्टिक और सलाहाकार प्रणाली का व्यापक प्रयोग किया जायेगा। भारतीय अंतरिक्ष अनुसंधान संगठन द्वारा स्थापित नेटवर्क के माध्यम से टेलीमेडिसिन का प्रभाव पहले से ही दर्शाया गया है, जिसने अपने भू-स्थित सैटेलाइट के माध्यम से समूचे देश में 8 मोबाइल टेलीमेडिसिन वेन सहित 42 छोटे औषधालय और 200 ग्रामीण तथा दूरस्थतम औषधालयों को जोड़ा गया है। लगभग 3 लाख से अधिक लोगो ने इस कार्यक्रम का लाभ उठाया। यह टेलीमेडिसिन सुविधा, जिला औषधालयों और सरकारी चिकित्सा कॉलेजों में मुहैया कराई जाएगी।

3.1.114 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान ई-स्वास्थ्य हेतु की जाने वाली पहलें नीचे दिए अनुसार हैं :

- स्वास्थ्य के लिए प्रशिक्षण, शिक्षा और क्षमता निर्माण
- समय पर आंकड़ों का प्रवाह सुनिश्चित करना और एकत्र किए गए आंकड़ों का विभिन्न स्तरों पर उपयोग करने के लिए सक्षम स्वास्थ्य एमआईएस (एचएमआईएस) द्वारा मानीटरिंग।
- विभिन्न स्वास्थ्य सुविधाओं (एलोपैथिक एवं आयुष), प्रयोगशालाओं, प्रशिक्षण केन्द्रों, स्वास्थ्य कार्मिकों और अन्य इनपुटों के अनुकूलतम उपयोग के लिए जीआईएस संसाधनों की व्यवस्था करना
- सर्विस डिलीवरी और अन्य सक्षम कार्यकलाप उपलब्ध कराना जैसे कि बीमारियों की निगरानी, टेली-कंसलटेशंस, हेल्थ हैल्पलाइन, जिला अस्पताल रैफरल नेट और सक्षम मोबाइल चिकित्सा यूनिट।

लिंग आधारित स्वास्थ्य देखभाल

3.1.115 लिंग के प्रति पूर्वाग्रह को कम करने के लिए भारत सरकार ने कई नीतिगत उपाय किए हैं। केन्द्र और राज्यों के सभी कार्यक्रमों में स्वास्थ्य के संबंध में जेंडर बजट बनाने की पद्धति को अनिवार्य बनाया जाएगा। विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों के कार्यनिष्पादन का आकलन आंकड़ों को जेंडर के अनुसार अलग-अलग करके किया जाएगा।

बॉक्स 3.1.12

टेलीमेडिसिन

टेलीमेडिसिन कार्यक्रम को सक्रिय समर्थन दे रहे हैं:

भारतीय अंतरिक्ष अनुसंधान संगठन (इसरो)

सूचना प्रौद्योगिकी विभाग (सीआईटी)

उत्तरी-पूर्वी राज्यों के लिए एनईसी टेलीमेडिसिन कार्यक्रम

राज्य सरकारें

गैर-सरकारी संगठन

विभिन्न परियोजनाओं का गठन किया गया है। इनके कुछ उदाहरण हैं :

उत्तरी-पूर्वी परियोजना

जम्मू एवं कश्मीर परियोजना

दक्षिण भारतीय परियोजना

समाप्त बल चिकित्सा सेवा परियोजना

एशिया इन्फो संस्थान, दक्षिण भारतीय परियोजना

संकर नेटवर्क टेलीमेडिसिन परियोजना

सिक्किम टेलीमेडिसिन परियोजना

अरुणाचल प्रदेश टेलीमेडिसिन परियोजना

अरुणाचल प्रदेश टेलीमेडिसिन परियोजना

3.1.116 मातृ मृत्यु-दर को कम करने के लिए कई कदम उठाए गए हैं ताकि मातृ स्वास्थ्य कार्यक्रम का आधार व्यापक बनाया जा सके और ग्राहक के अनुकूल बनाया जा सके। प्रमुख इंटरवेंशंस में शामिल हैं - कुछ स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केन्द्रों में अतिरिक्त एएनएम(ज) और स्टाफ नर्सों उपलब्ध कराना; रैफरल परिवहन व्यवस्था उपलब्ध कराना; पीएचसी(ज) और सीएचसीएस में 24 घंटे प्रसव सेवाएं उपलब्ध कराना; आवश्यक और आपात प्रसव संबंधी देखभाल उपलब्ध कराना; एफआरयू(ज) का अनुकूलतम प्रचालन करना। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान ये सभी इंटरवेंशंस बड़े पैमाने पर वास्तव में करने होंगे। वर्ष 2012 तक एमएमआर को कम करके 100 प्रति 1,00,000 जीवित जन्म करने का लक्ष्य रखा गया है। राज्यों को भी सुनिश्चित लक्ष्य निर्धारित करने के सुझाव दिए गए हैं (अनुलग्नक 3.1.4)।

लिंग अनुपात

3.1.117 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना का लक्ष्य 2011-12 तक 0-6 वर्ष के आयु समूह में लिंग अनुपात बढ़ाकर 935 और उसके बाद 2016-17 तक 950 करने का है। राज्यों को भी सुनिश्चित लक्ष्य निर्धारित करने के सुझाव दिए गए हैं (अनुलग्नक 3.1.5)। पीसी एण्ड पीएनडीटी अधिनियम को कारगर ढंग से कार्यान्वित करने के अलावा, जनता में जागरूकता पैदा करने के लिए कठोर उपाय किए जाएंगे। पहलों और कार्यक्रमों में प्रसव-पूर्व लिंग चयन के मुद्दे को समेकित करने के अन्य उपायों में निम्नलिखित शामिल होंगे:-

- "आशाओं" के जरिये समाज में जागरूकता बढ़ाना
- इन मुद्दों को प्रशिक्षण मॉड्यूलों एवं कार्यक्रमों में तथा आईईसी में शामिल करना
- चिकित्सा पाठ्यक्रम में लिंग चयन सूचना शामिल करना
- मानीटरिंग लक्ष्यों के रूप में लिंग अनुपात और जन्म पंजीकरण में सुधार संबंधी संकेतकों को शामिल करना
- इन मुद्दों को जिला स्तर के कार्यक्रम, योजना और कार्यान्वयन में शामिल करना सुनिश्चित करना
- डब्ल्यूसीडी, पंचायती राज्य और युवा कार्य जैसे अन्य मंत्रालयों के साथ कन्वर्जेंस सुनिश्चित करना
- इस मुद्दे पर समुदाय की प्रतिक्रिया का आह्वान करना

3.1.118 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान निम्नलिखित अतिरिक्त नीतियां अपनाई जाएंगी:-

- जन्म के समय प्राकृतिक अनुपात (एसआरबी) के स्पष्ट लक्ष्य विकसित करना, जो प्रति 100 महिला पर 105 पुरुष का होता है, तथा उन राज्यों को वित्तीय लाभ देना जिन्होंने एसआरबी में सुधार किया है। 2007 से आगे, वार्षिक स्वास्थ्य

सर्वेक्षण में जिला स्तर पर एसआरबी का अनुमान शामिल किया जाएगा। योजना आयोग स्वतंत्र रूप से प्रत्येक वर्ष जिला स्तर पर एसआरबी के अनुमान प्राप्त करेगा। राज्यों से प्रत्येक सुविधा केन्द्र के साथ-साथ जिले के लिए समानता के जरिये संस्थागत प्रसवों की एसआरबी की मानीटरिंग करने का अनुरोध किया जाएगा। राज्यों के लिए योजना सहायता के बारे में निर्णय लेने के लिए एसआरबी में सुधार पर एक संकेतक के रूप में विचार किया जाएगा।

- एसआरबी से संबंधित आंकड़ों की उपलब्धता के साथ-साथ इसकी पहुंच और गुणवत्ता में सुधार करना। नैमित्तिक आधार पर जन्म के समय लिंग अनुपात की मानीटरिंग करने के लिए पीएचसी स्तर के विकल्प पर विचार किया जाएगा।
- क्षमता निर्माण करने, जागरूकता उत्पन्न करने और पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम का कड़ाई से अनुपालन करने के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करना।
- जिला स्तर पर उपयुक्त प्राधिकरणों को स्वतंत्रता प्रदान करने के लिए पीसी एण्ड पीएनडीटी अधिनियम में संशोधन करना।
- एनआरएचएम के अंतर्गत महिलाओं के स्वास्थ्य के संबंध में एक राष्ट्रीय अनुसंधान और बचाव केन्द्र स्थापित किया जाएगा।

प्रसवपूर्व देखभाल

3.1.119 उपचार के लिए उपयुक्त अस्पताल भेजने के लिए गर्भावस्था के दौरान समस्याओं और जोखिम का पता लगाने के लिए समुचित प्रसवपूर्व देखभाल का उपयोग करते हुए गर्भवती महिलाओं की व्यापक जांच करना आवश्यक होता है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत, प्रसवपूर्व देखभाल की कवरेज, विषय-वस्तु और गुणवत्ता में सुधार करने के प्रयास किए जा रहे हैं ताकि मातृ और प्रसवपूर्व रुग्णता दर एवं मृत्यु-दर को पर्याप्त रूप से कम किया जा सके। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान रक्त अल्पता के निवारण और प्रबंधन की नीति को लागू करने के प्रयास किए जाएंगे ताकि 2012 के अंत तक महिलाओं और बालिकाओं में रक्त अल्पता को 50% तक कम किया जा सके।

3.1.120 गर्भावस्था के दौरान सभी महिलाओं की जांच करने पर बल दिया जाएगा ताकि बीमार महिलाओं का पता लगाया जा सके और उन्हें इलाज एवं सुरक्षित प्रसव के लिए पूर्व-निर्धारित संस्थाओं में भेजा जा सके। इससे मातृ एवं प्रसवपूर्व रुग्णता एवं मृत्यु दर में कमी आएगी।

सुरक्षित प्रसव

3.1.121 चूंकि घर में बच्चे का प्रसव में किसी प्राइवेट अस्पताल या सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र की तुलना में कम खर्च में होता है, इसलिए यह उचित ही है कि परिवार घर में प्रसव कराने का विकल्प चुनते हैं। अतः पारम्परिक प्रसव परिचरों को प्रशिक्षण देने और उन्हें कुशल प्रसव परिचर बनाने पर बल दिया जाएगा। वे सुरक्षित प्रसव सुनिश्चित करेंगे चाहे वह घर पर हो या किसी संस्था में हो। यदि परिवार चाहते हैं तो प्रशिक्षित व्यक्तियों द्वारा घर पर प्रसव कराने को प्रोत्साहित किया जाएगा। पारंपरिक प्रसव परिचरों को समस्याओं का पता लगाना और उन्हें अस्पताल भेजना सिखाया जाएगा। इस नीति से मातृ एवं नवजात शिशुओं की मृत्यु दर को कम करने में सहायता मिलेगी और संभवतः इससे प्रसव के बाद बेहतर देखभाल का मार्ग प्रशस्त होगा।

3.1.122 आपात प्रसूति देखभाल के लिए अस्पताल जाने हेतु परिवहन की व्यवस्था करने, संक्रमणों का शीघ्र पता लगाने और उनका प्रबंधन करने पर "आशाओं", ए डब्ल्यू डब्ल्यू और पारंपरिक प्रसव परिचरों को ध्यान देना होगा। विश्वसनीय मातृत्व देखभाल के लिए पहुंच को सुविधाजनक बनाने के लिए गरीब घरों की सभी गर्भवती महिलाओं को सामाजिक बीमा योजनाओं के तहत कवर किया जाएगा। इस संदर्भ में, सभी राज्यों को मातृ देखभाल योजनाओं (गुजरात में चिरंजीवी योजना जैसी) के बारे में प्रयोग करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा। प्रत्येक जिले में पूर्ण रूप से सुसज्जित मातृ एवं शिशु अस्पताल भी होगा। जिलों में विद्यमान मातृ एवं शिशु अस्पतालों का उन्नयन किया जाएगा।

3.1.123 विश्व स्तर पर अब यह स्वीकार किया जाने लगा है कि मातृ मृत्यु-दर को कम करने में वे देश सफल रहे हैं जिन्होंने प्रत्येक प्रसव के लिए कुशल परिचर्या की व्यवस्था की है और जटिल मामलों के लिए समुचित रैफरल सेवाएं सुनिश्चित की हैं। इस तथ्य का विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) द्वारा भी समर्थन किया गया है। पीएचसी और सी एच सी में चिकित्सा अधिकारियों के लिए सामान्य प्रसव और जटिल प्रसूति के प्रबंधन के लिए दिशा-निर्देश एएनएम और एलएचवी में प्रसव के समय एएनसी और कुशल प्रसव परिचरों के लिए दिशा-निर्देश तैयार किए गए हैं और जिन राज्यों में प्रचालित कर दिया गया है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, घर पर और संस्थागत संगठन दोनों जगह प्रसव के लिए बच्चे के जन्म के समय कुशल प्रसव परिचरों की सेवाएं उपलब्ध कराने पर बल दिया जाएगा। चूंकि अनेक राज्यों में आम तौर पर घर पर प्रसव कराना जारी रहेगा, इसलिए देश के प्रत्येक कोने में सर्वत्र उपलब्ध डाइयों को कुशल प्रसव परिचर का प्रशिक्षण प्रदान करने का प्रयास किया जाएगा।

आवश्यक एवं आपात प्रसूति देखभाल

3.1.124 फर्स्ट रैफरल यूनिट्स (एफआरयू) और प्रसव के समय कुशल परिचर्या दोनों को एक साथ प्रचालित किया जाएगा। इसलिए प्रसूति संबंधी आपात स्थितियों में कार्रवाई सुनिश्चित करने के लिए साथ-साथ कदम उठाने होंगे। एनआरएचएम के अंतर्गत एफआरयू(ज) को आपात एवं आवश्यक प्रसूति देखभाल (ईएमओसी) प्रदान करने वाला बनाने के प्रयास किए जा रहे हैं। इस संबंध में किए जा रहे अन्य उपायों में ये शामिल हैं; एमबीबीएस डाक्टरों को ईएमओसी के लिए जीवन रक्षक एनेस्थेटिक कौशल का प्रशिक्षण देना, एफआरयू(ज) में रक्त कोष बनाना और एफआरयू(ज) के प्रचालन के लिए दिशा-निर्देश तैयार करना। एमबीबीएस डाक्टरों को प्रसूति के मामलों को संभालने का प्रशिक्षण देने की भी योजना है जिसमें व्यावसायिक संगठनों के प्रसूति विशेषज्ञों और स्त्रीरोग-विशेषज्ञों की सहायता से सीजेरियन सेक्शन शामिल है। अगले पांच वर्षों में, चरणबद्ध रूप में सभी सीएचसीएस में आपात प्रसूति देखभाल में सुधार करने के प्रयास किए जाएंगे। सीएचसीएस में अच्छी तरह से सुसज्जित आपरेशन थिएटर होंगे तथा उनकी पहुंच सुरक्षित रक्त कोष, योग्य प्रसूति विशेषज्ञों, बालरोग विशेषज्ञों और एनेस्थिस्ट्स तक होगी। सीएचसीएस को आबादियों से जोड़ने वाली सड़कों पर विशेष ध्यान दिया जाएगा। इसका उद्देश्य 2 घंटे की यात्रा के समय के अन्दर आपात प्रसूति देखभाल की उपलब्धता सुनिश्चित करना है।

आवश्यक प्रसवोत्तर देखभाल

3.1.125 प्रासविक संक्रमणों, गौण प्रसवोत्तर रक्तस्राव और एक्लेम्पिसिया जैसी जटिलताओं का, जो प्रसवोत्तर मृत्यु-दर का प्रमुख कारण होती हैं, पता लगाने और उनका उपचार करने के लिए प्रसव के बाद शीघ्र देखभाल करना आवश्यक होता है। प्रसवोत्तर देखभाल करने से माता और शिशु, दोनों के सामान्य स्वास्थ्य की जांच करने का अवसर मिलता है तथा इससे यह सुनिश्चित होता है कि शिशु को पर्याप्त आहार मिल रहा है और मां का दूध पर्याप्त मात्रा में मिल रहा है। जन्म के चार घंटे के अंदर केवल मां का दूध पिलाना शुरू कर देना चाहिए। ऐसा करने से कुपोषण एवं संक्रमणों का निवारण करके अनेक शिशुओं के जीवन की रक्षा की जा सकती है। बच्चों के बीच अंतर रखने और गर्भनिरोधकों की पद्धतियों के बारे में इसी समय बातचीत करनी चाहिए। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को इस संबंध में पर्याप्त रूप से कुशल बनाया जाएगा तथा उनका पारिश्रमिक भी माता और नवजात शिशु दोनों के स्वास्थ्य की जांच से सम्बद्ध किया जाएगा।

सुरक्षित गर्भपात सेवाएं

3.1.126 गर्भ का चिकित्सीय समापन (एम टी पी) अधिनियम भारतीय संसद द्वारा 1971 में पारित किया गया था तथा यह एक अप्रैल, 1972 से लागू किया गया। इस अधिनियम का उद्देश्य असुरक्षित गर्भपात के कारण होने वाली माताओं की मृत्यु-दर और रुग्णता को कम करना था। एम टी पी अधिनियम, 1971 में किन परिस्थितियों में गर्भपात कराया जा सकता है और गर्भपात कहाँ कराया जा सकता है की शर्तों का निर्धारण किया गया है। इस अधिनियम में वर्ष 2003 में किए गए संशोधन में स्थानों का अनुमोदन प्रदान करने की शक्ति का विकेंद्रीकरण करना और सुरक्षित एमटीपी सेवा प्रबंधकों के नेटवर्क का विस्तार करना शामिल है। अयोग्य व्यक्तियों द्वारा और ऐसे स्थानों पर, जो सरकार द्वारा अनुमोदित नहीं हैं, एमटीपी करने पर सुनिश्चित दण्डात्मक उपायों की भी व्यवस्था की गई है।

3.1.127 राज्यों को अपनी स्थानीय परिस्थितियों के अनुकूल प्रसव सुविधाओं के लिए नीतियां अपनाने की छूट प्रदान की गई है। तथापि, सुरक्षित गर्भपात सेवाओं के लिए सुविधाएं, जो आरसीएच कार्यक्रम में प्रदान की जा रही थी, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान उपलब्ध कराई जाती रहेंगी तथा अधिक प्रभावी ढंग से कार्यान्वित की जाएंगी।

प्रजनन मार्ग में संक्रमण/और मौन क्रिया

द्वारा होने वाले संक्रमण

3.1.128 एचआईवी संक्रमण के बढ़ने और एचआईवी के संचरण में आरटीआई/एसटीआई की भूमिका से इस समस्या की ओर ध्यान देना महत्वपूर्ण हो गया है। प्रजनन मार्ग में संक्रमण का पता लगाना और उसका समय पर प्रबंधन करना, आरसीएच कार्यक्रम के महत्वपूर्ण उद्देश्यों में से एक है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आधारभूत संरचना के जरिये कॉमन लोअर आरवइआई के संक्रमणों के निवारण, शीघ्र पता लगाने एवं प्रभावी प्रबंधन करने तथा उप-जिला स्तर पर आरटीआई/एसटीआई सेवाओं की व्यवस्था करने की आरसीएच नीतियों को ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान कार्यान्वित किया जाएगा।

3.1.129 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, निम्न क्षेत्रों पर विशेष रूप से ध्यान केन्द्रित किया जाएगा:-

- प्रसव-पूर्व विस्तृत देखभाल की सब जगह व्यवस्था सुनिश्चित करना।
- अत्यरक्तता के मामलों की तथा अधिक जोखिम वाली परिस्थितियों की व्यापक रूप से जांच की व्यवस्था करना।

- कुशल प्रसव परिचरों के लिए विस्तृत प्रशिक्षण कार्यक्रम सुनिश्चित करना।
- घर पर होने वाले प्रसवों और संस्थागत स्थापनाओं दोनों के लिए बच्चे के जन्म के समय कुशल प्रसव परिचर की सेवाएं सुनिश्चित करना।
- दाइयों के लिए, जो देश के प्रत्येक कोने में सर्वत्र उपलब्ध हैं, कुशल प्रसव परिचर का प्रशिक्षण देना।
- संस्थागत प्रसवों और प्रभावी आपात प्रासविक देखभाल (ईएमओसी) के लिए सुविधाओं की उपलब्धता बढ़ाना।
- पीएचसी(ज) और सीएचसीएस में 24 घंटे प्रसव सेवा की व्यवस्था करना।
- पीएचसी(ज) और सीएचसीएस के स्वास्थ्य कार्मिकों को आपात प्रासविक कार्रवाई, विशेष रूप में सिजेरियन सेक्शन, का प्रशिक्षण देना।
- कुछ उप-केन्द्रों, पीएचसी(ज) और सीएचसीएस में अतिरिक्त एएनएम(ज) और सार्वजनिक स्वास्थ्य एवं स्टाफ नर्सों की व्यवस्था करना।
- संविदात्मक आधार पर कुशल मानव संसाधन उपलब्ध कराना।
- सभी सीएचसीएस में चरणबद्ध रूप से आपात प्रासविक देखभाल में सुधार करना। एचएचसीएस में अच्छे सुसज्जित आपरेशन थिएटर होंगे, उनकी सुरक्षित रक्त कोष, योग्य प्रसूति-विशेषज्ञों, बालरोग विशेषज्ञों और एनेस्थिस्ट्स तक पहुंच होगी।
- आपात प्रासविक औषधियों की किटों के रूप में दवाइयों की आपूर्ति करके एफआरयू(ज) को प्रचालित करना।
- सीएचसीएस को आबादियों से जोड़ने वाली सड़कों की ओर विशेष ध्यान देना।
- रेफरल परिवहन की व्यवस्था करना।
- "आशाओं" को प्रसवोत्तर देखभाल के लिए सक्षम बनाना और उनका पारिश्रमिक माता और नवजात शिशुओं की स्वास्थ्य जांच से सम्बद्ध करना।
- सुरक्षित गर्भपात सेवाएं उपलब्ध करना।
- विद्यमान प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आधारभूत संरचनाओं के जरिये सामान्य निम्न प्रजनन भाग के संक्रमणों को रोकना, पता लगाना और प्रभावी ढंग से प्रबंधन करना।

शिशु स्वास्थ्य

3.1.130 आरसीएच कार्यक्रम के अन्तर्गत, देश में नवजात शिशु और शिशु स्वास्थ्य सेवाएं कार्यान्वित की जा रही हैं जिनका उद्देश्य नवजात शिशुओं, बालकों और बच्चों की मृत्यु दर को कम करना है। इन्हें कम करने के लिए, सामाजिक स्तर के साथ-

92 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

साथ सुविधा केन्द्र के स्तर पर कंटिन्यूअम देखभाल की जरूरत है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना का लक्ष्य 2012 तक आईएमआर को घटाकर 28 प्रति 1000 जीवित प्रसव करने का है। राज्यों को भी सुनिश्चित लक्ष्य निर्धारित करने का सुझाव दिया गया है (अनुलग्नक 3.1.6)।

नवजात शिशु की गृह आधारित देखभाल

3.1.131 गृह आधारित देखभाल में सुधार लाने के लिए किए गए प्रयास बच्चों की जीवन रक्षा में सुधार लाने में सफल साबित हुए हैं। गृह आधारित नवजात शिशु और बच्चे की देखभाल किसी प्रशिक्षित सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (जैसेकि आशा) द्वारा की जाती है, जो माता, परिवार और प्रशिक्षित प्रसव परिचर का मार्गदर्शन करता है और उनकी सहायता करता है तथा यदि माता बीमार होती है तो नवजात शिशु की घर पर देखभाल करता है। कार्यकर्ता के कार्य का पर्यवेक्षण

फील्ड कार्मिक (एएनएम/एलएचवी या डाक्टर) द्वारा किया जाता है जो समाज में 15 दिन में एक बार आता है। इस प्रकार की देखभाल से समाज की कवरेज काफी अच्छी रही है और समाज ने इसे अच्छी तरह स्वीकार किया है।

3.1.132 गढ़चिरोली मॉडल (बॉक्स-3.1.13) के आधार पर, जहां "सर्व" नामक एक स्वयं सेवी संगठन द्वारा किए गए कार्य के आधार पर शिशुओं की मृत्यु दर में काफी कमी दर्ज की गई है, भारत सरकार ने गृह आधारित नवजात शिशु देखभाल (एचबीएनसी) योजना को कार्यान्वित करने की हाल ही में मंजूरी प्रदान की है। गढ़चिरोली ने यह सिद्ध कर दिया है कि किस प्रकार एक साधारण महिला असाधारण कार्य कर सकती है; एक अच्छी तरह से प्रशिक्षित स्थानीय महिला न केवल नवजात शिशुओं की मृत्यु दर कम कर सकती है बल्कि वह समाज की मनोवृत्ति को भी बदल सकती है। गढ़चिरोली की शिशु रक्षक महिलाओं ने गर्भावस्था से जुड़े

बॉक्स 3.1.13

गृह आधारित नवजात शिशु की देखभाल: गढ़चिरोली मॉडल

आवश्यकताएं

- सर्वाधिक प्रेरित व्यक्तियों का पारदर्शी चयन
- कठिन प्रशिक्षण
- गहन पर्यवेक्षण
- सीएचडब्ल्यूएस की अरोग्यकर भूमिका
- कार्यनिष्पादन-आधारित पारिश्रमिक

इंटरवेंशन्स

- माताओं और समाज की स्वास्थ्य शिक्षा
- प्रशिक्षित प्रसव परिचर का घर पर प्रसव के समय उपस्थित रहना
- प्रसव के समय बच्चे की देखभाल करना
- 28 दिन तक घर पर जाना और माता एवं बच्चे की सहायता करना
- नवजात शिशु की रुग्णता का प्रबंधन

निवारण और प्रबंधन के उद्देश्य से इंटरवेंशन्स

- जन्म के समय श्वासवरोध (एसफिक्सिया)
- सेप्सिस/निमोनिया
- जन्म के समय कम वजन (एलबीडब्ल्यू)/प्रिटर्म
- स्तनपान कराने संबंधी समस्याएं
- हाइपोथर्मिया

उपलब्धियां

- एनएमआर में गिरावट 51% तक
- आईएमआर में गिरावट 47% तक
- समाज द्वारा बहुत अधिक स्वीकार किया गया तथा घर पर नवजात शिशु की देखभाल के स्रोत के रूप में सीएचडब्ल्यूएस को लाभभोगियों द्वारा दी गई प्राथमिकता (85%)

शिक्षा या शिक्षा मिली

- गांवों और शहर के स्तर में एचबीएनसी उपलब्ध कराने के लिए सीएचडब्ल्यूएस को प्रशिक्षित किया जा सकता है।
- 85% माताओं और नवजात शिशुओं को कवर किया जा सकता है।
- एचबीएनसी के विभिन्न संघटक पर्यवेक्षण में कार्य करने वाले प्रशिक्षित सीएचडब्ल्यूएस द्वारा इंजेक्शन के द्वारा दिए जा सकने वाले पेंटामाइसिन का उपयोग करके सुरक्षित एवं कारगर ढंग से दिए जा सकते हैं, जिससे घर पर प्रसवों में जन्म के समय श्वासवरोध का प्रबंधन और नवजात शिशु के सेप्सिस का निदान एवं उपचार दिया जा सके।

अनेक अन्धविश्वासों को दूर किया है और बेहतर आहार, देखभाल, टीकाकरण और स्वास्थ्य सुनिश्चित करने में सफल रही हैं।

3.1.133 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, आशाओं को उनके प्रशिक्षण के दौरान नवजात शिशु देखभाल संबंधी निर्धारित पहलुओं का प्रशिक्षण दिया जाएगा। इस पहल को आरम्भ में पांच अधिक फोकस वाले राज्यों (मध्य प्रदेश, उत्तर प्रदेश, उड़ीसा, राजस्थान और बिहार) में कार्यान्वित लागू किया जाएगा। आशाओं के कार्य के पर्यवेक्षण तथा उन्हें ऑनसाइट प्रशिक्षण और सहायता प्रदान करने के लिए प्रभावी कार्यान्वयन के लिए मॅटर-फेसिलिटेटर लगाए जाएंगे। योजना के दौरान राष्ट्रीय नीति प्रति 1000 जीवित जन्मों में शिशुओं की मृत्यु दर 45 से अधिक वाले सभी जिलों/क्षेत्रों में उच्च गुणता वाली एचबीएनसी सेवाएं लागू करने और उपलब्ध कराने की रहेगी। आशाओं को दिए जाने वाले कार्यनिष्पादन प्रोत्साहन के अलावा, आशाओं और ग्राम समुदाय को एक पुरस्कार दिया जाएगा, यदि एक वर्ष में किसी माता, नवजात शिशु या बच्चे की मृत्यु नहीं होती है। प्रभावशाली लिकेजों के लिए, जिला स्तर पर, विशेष रूप से खराब स्वास्थ्य सूचक वाले राज्यों में, मॉडल गहन देखभाल यूनिटें भी स्थापित की जाएंगी ताकि सुविधा आधारित आरोग्यकर नवजात शिशु देखभाल उपलब्ध कराई जा सके।

नवजात और बाल्यावस्था रुग्णता का समेकित प्रबंधन (आईएमएनसीआई)

3.1.134 बाल्यावस्था की पांच बीमारियों अर्थात् तीव्र श्वास संक्रमण, दस्त, खसरा, मलेरिया और कुपोषण तथा नवजात शिशुओं की मृत्यु के कारणों अर्थात् अपरिपक्वता एवं सेप्सिस की रोकथाम और प्रबंधन के लिए नवजात और बाल्यावस्था रुग्णता के समेकित प्रबंधन (आईएमएनसीआई) नीति में व्यापक इन्टरवेंशन्स शामिल हैं। इनमें निवारक, संवर्धक और आरोग्यकर पहलुओं पर विशेष ध्यान दिया गया है। इस नीति के प्रमुख घटक नीचे दिए गए हैं -

- स्वास्थ्य की देखभाल करने वाले कार्यकर्ताओं के कौशल को बढ़ाना
- स्वास्थ्य देखभाल की आधारभूत संरचना को मजबूत करना
- समाज की भागीदारी

3.1.135 नीति के पहले दो घटक सुविधा आधारित (आईएमएनसीआई) हैं तथा तीसरा घटक समाज आधारित (आईएमएनसीआई) है। पूरे देश के 104 जिलों ने आईएमएनसीआई का कार्यान्वयन आरंभ कर दिया है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के

दौरान, आईएमएनसीआई कार्यक्रम का कार्यान्वयन गृह आधारित नवजात शिशु देखभाल के साथ पूरे देश में चरणबद्ध ढंग से किया जाएगा।

एचबीएनसी और आईएमएनसीआई अलग-अलग परन्तु अनुपूरक भूमिका

3.1.136 शिशु और बाल मृत्यु-दर को कम करने के लिए सामाजिक स्तर के साथ-साथ सुविधा के स्तर पर भी कंटिन्यूअम देखभाल की आवश्यकता होती है। बाल मृत्यु-दर को कम करने के लिए उपलब्ध दो मुख्य पैकेजों में से, एचबीएनसी सामाजिक स्तर पर कार्य करता है तथा इसकी व्यवहार्यता एवं बाल मृत्यु दर को कम करने के बारे में ठोस प्रमाण हैं। इसका उपयोग आशाओं और एएनएम(ज) के माध्यम से घर पर देखभाल करके किया जाना चाहिए। आईएमएनसीआई प्रशिक्षण प्रमुख रूप से सुविधा-आधारित है और इसे नवजात शिशु देखभाल में सुधार करने वाला दर्शाया गया है। अतः आईएमएनसीआई को जिला अस्पतालों और सीएचसीएस में बढ़ती नवजात शिशु एवं बाल देखभाल में सुधार लाने पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए। ऐसा करने से प्रयासों की पुनरावृत्ति नहीं होगी और साथ ही कंटिन्यूअम देखभाल उपलब्ध होगी।

जन्म के समय कुशल देखभाल

3.1.137 जन्म के समय प्रभावशाली देखभाल का मुख्य सिद्धान्त यह है कि शिशु चाहे घर पर पैदा हो अथवा सुविधा केन्द्र पर, उसे स्वच्छ देखभाल, गरमाहट, पुनरुज्ज्वन (रिससिटेशन) और केवल मां का दूध उपलब्ध कराया जाना चाहिए। उसका वजन करना और जांच करनी चाहिए तथा यदि प्रसव के स्थान पर चिकित्सा संबंधी सुविधा पर्याप्त नहीं है तो उसे उपयुक्त सुविधा केन्द्र के लिए रेफर करना और व्यवस्था की जानी चाहिए। डाक्टरों, नर्सों, एएनएम/एलएचवी तथा अनुकूल वातावरण उपलब्ध होने के कारण नवजात शिशु की देखभाल करने के कार्यक्रम का कार्यान्वयन सुविधा केन्द्र में करना अपेक्षाकृत आसान होता है।

3.1.138 यह भी सही है कि बड़े अनुपात में प्रसव प्रशिक्षित प्रसव परिचरों द्वारा घर पर कराना जारी रहेगा। एनएचआरएम के अंतर्गत, जिन क्षेत्रों में घर पर प्रसव कराने की दर अधिक है, उनमें नवजात शिशु की देखभाल के कौशल का प्रशिक्षण प्रशिक्षित प्रसव परिचरों को भी देना चाहिए। निम्न लागत वाली स्वास्थ्य किटों के संबंध में पूरे देश में अनेक उत्तम पद्धतियां उपलब्ध हैं, जिन्हें साथ ले जाया सकता है और रेप्लीकेट किया जा सकता है। ऐसी एक किट जन स्वास्थ्य सहयोग द्वारा विकसित की गई है।

94 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान कुल मिलाकर प्रयास यह रहेगा कि बच्चे का प्रसव घर पर तथा सरकारी एवं प्राइवेट सेक्टर, दोनों की संस्थाओं में कुशल परिचरों द्वारा कराने को बढ़ावा दिया जाए।

स्तनपान कराने की पद्धतियां

3.1.139 जीवन के पहले छह माह तक केवल मां का दूध पिलाना बच्चे के जीवित रहने का एकमात्र सर्वाधिक महत्वपूर्ण इंटरवेंशन है। सफलतापूर्वक मां का दूध पिलाने के लिए भी जन्म के बाद एक घंटे के अन्दर स्तनपान कराना आरम्भ करना अपेक्षित होता है तथा प्रि-लैकटिअल, अनुपूरक जल या ऊपर का दूध नहीं पिलाना चाहिए। सातवें माह से आगे उपयुक्त एवं पर्याप्त आहार के साथ दो या उससे अधिक वर्ष तक लगातार मां का दूध पिलाने से बच्चों के जीवित रहने की दर की प्रतिशतता में काफी अधिक सुधार होता है। एनएफएचएस-3 के अनुसार, छह माह की आयु तक केवल मां के दूध पर पोषित शिशुओं की संख्या केवल 46.3% थी। जन्म के बाद एक घंटे की अपेक्षित अवधि के अन्दर केवल 23.4% माताओं ने अपना दूध पिलाना आरम्भ किया, जबकि दसवीं योजना का लक्ष्य 50% था। इसलिए, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में घर पर और सुविधा केन्द्रों में महिलाओं में स्तनपान कराने की अनुकूलतम पद्धतियों को बढ़ावा देने पर ध्यान केन्द्रित किया जाएगा। बेबी फ्रेंडली हॉस्पिटल इनिशिएटिव और ब्रेस्टफीडिंग पार्टनरशिप नामक दो कार्यक्रमों को बढ़ावा दिया जाएगा, जिसमें सभी प्रमुख पार्टनर शामिल होंगे।

तीव्र श्वास संक्रमण, दस्त और टीके द्वारा रोकथाम की जा सकने वाली बीमारियां

3.1.140 एआरआई के अधिकांश मामले अधिक गम्भीर नहीं होते हैं और इनका उपचार मुंह से को-ट्रिमोक्साजोल देकर सामुदायिक केन्द्रों में किया जा सकता है। एआरआई के गम्भीर मामलों को इंजेक्शन द्वारा दी जाने वाली एंटीबायोटिक दवा और सहायक देखभाल के लिए सुविधा केन्द्र के लिए तत्काल रैफर करना अपेक्षित होता है। उप-केन्द्रों पर को-ट्रिमोक्साजोल की गोलियां उपलब्ध कराई जाती हैं तथा एनएम(ज) को संक्रमण वाले बच्चों का उपचार करने के लिए प्रशिक्षित किया जा रहा है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, नैमित्तिक टीकाकरण को और अधिक सशक्त बनाने के साथ-साथ देश से पोलियो का शीघ्रातिशीघ्र उन्मूलन करने के प्रयास किए जाएंगे। अध्ययन से पता चला है कि पोलियो उन्मूलन संबंधी कार्यकलापों के समस्त संदर्भ, नीति एवं कार्यान्वयन का पुनः विश्लेषण किया जाना अपेक्षित है तथा आवश्यक संशोधन किए जाएंगे। अध्ययन से पता चला है कि

इंजेक्शन द्वारा दिए जाने वाले पोलियो के टीके के विकल्प को भी खुला रखा जाएगा। एचबीएनसी और आईएमएनसीआई के जरिये दस्तों और एआरआई के कारण होने वाली मृत्यु-दर को कम किया जाएगा।

3.1.141 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, इस प्रकार, नवजात शिशुओं और बाल्यावस्था की बीमारियों तथा गृह आधारित नवजात शिशु देखभाल की व्यवस्था को पूरे देश में गहन रूप से कार्यान्वित किया जाएगा। इस संबंध में प्रमुख नीतियां नीचे दिए अनुसार होंगी:-

- नवजात की आवश्यक देखभाल (घर पर तथा सुविधा केन्द्र पर आधारित)
- दस्त और निमोनिया के मामलों की मानक प्रबंध व्यवस्था
- समय पर मां का दूध पिलाना शुरू करना, छह महीने तक केवल मां का दूध पिलाना तथा सातवें माह से आगे उपयुक्त अनुपूरक आहार के साथ-साथ मां का दूध पिलाना जारी रखना
- ओआरएस का अधिक उपयोग तथा टीकाकरण का सशक्तिकरण

विद्यालय में स्वास्थ्य देखभाल

3.1.142 विद्यालय में स्वास्थ्य कार्यक्रम का लक्ष्य शारीरिक, मानसिक, शैक्षिक और भावात्मक विकास में वृद्धि के लिए अनुकूलतम क्षमता प्राप्त करने में बच्चों की सहायता करना है। कार्यक्रम में बच्चों को स्वास्थ्य के बारे में ज्ञान दिया जाना चाहिए और उनके स्वास्थ्य में सुधार किया जाना चाहिए। इसके घटकों में विद्यालय स्वास्थ्य सेवा, विद्यालय का स्वास्थ्यवर्धक वातावरण तथा स्वास्थ्य संबंधी पाठ्यक्रम शामिल होंगे। इस क्षेत्र में भी पूरे देश में उत्तम पद्धतियां हैं, जिन्हें अपनाया जा सकता है और दोहराया जा सकता है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना स्कूल जाने वाले बच्चों के स्वास्थ्य के बारे में कार्रवाई करेगी। राजस्थान के उदयपुर जिले में पीपीपी मोड में एक नवीन विद्यालय में स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्यान्वित किया जा रहा है। उपलब्धियों की तुलना में कम लागत को ध्यान में रखते हुए देश के अन्य भागों में दोहराए जाने का यह एक अच्छा मामला है। तथापि, इसे व्यापक बनाने के लिए इस कार्यक्रम में विद्यालय में स्वास्थ्य देखभाल के निवारक एवं प्रोत्साहक घटक शामिल करने होंगे। कार्यक्रम की कुछ महत्वपूर्ण विशेषताएं बॉक्स-3.1.15 में दी गई हैं।

किशोरावस्था में स्वास्थ्य

3.1.43 भारत की जनसंख्या में लगभग एक तिहाई किशोर हैं। पिछले दो दशकों में इनकी जनसंख्या में तेज वृद्धि देखी गई है।

बॉक्स 3.1.14
टीकाकरण का सशक्तिकरण

- नैमित्तिक टीकाकरण कार्यक्रम का सशक्तिकरण
- संचार के विभिन्न माध्यमों के जरिये जागरूकता में सुधार
- नैमित्तिक टीकाकरण में समाज और सिविल सोसाइटी संगठनों की भागीदारी
- टीके द्वारा रोकथाम की जा सकने वाली छह बीमारियों के लिए 100% कवरेज हासिल करना
- पोलियो का उन्मूलन
- नवजात शिशुओं में टिटनेस समाप्त करना
- हेपेटाइटिस बी. के टीके की कवरेज बढ़ाना

किशोरों के संबंध में सार्वजनिक स्वास्थ्य के सामने आने वाली कुछ चुनौतियों में ये शामिल हैं; गर्भावस्था, माता एवं शिशु की मृत्यु का अधिक जोखिम, लैंगिक सम्प्रेषित संक्रमण, प्रजनन मार्ग में संक्रमण तथा तेजी के साथ बढ़ते हुए एचआईवी के मामले। अल्प ज्ञान और जागरूकता की कमी के कारण किशोरों द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं का सीमित उपयोग किया जाता है। नवयुवतियों की गर्भावस्था पर्याप्त रूप से अधिक प्रारंभिक जोखिम से सम्बद्ध है। इनमें से अनेक कुपोषण और अरक्तता से पीड़ित होती हैं। प्रसवपूर्व घटिया देखभाल के फलस्वरूप न केवल माता की रुग्णता बढ़ जाती है बल्कि जन्म के समय कम वजन और प्रसवपूर्व मृत्यु की घटनाएं अधिक होती हैं। बच्चे का घटिया पालन-पोषण करने से रुग्णता में वृद्धि होती है और शिशुओं में

अल्पपोषण होता है। इस प्रकार अल्पपोषण एवं खराब स्वास्थ्य की इंटर-जेनरेशनल साइकिल स्थायी हो जाती है। अतः, किशोरावस्था के दौरान खराब स्वास्थ्य का माता और शिशु की रुग्णता एवं मृत्यु-दर पर गहरा प्रभाव पड़ता है।

3.1.144 किशोरों के समुचित पोषण और स्वास्थ्य शिक्षा की महत्वपूर्ण आवश्यकता को, विवाह की आयु में विलम्ब करने और गर्भावस्था के दौरान अनुकूलतम स्वास्थ्य और पोषण के इन्टरवेंशन्स के लिए आन्दोलन करके पूरा किया जाएगा। किशोरों की प्रजनन और लैंगिक स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए स्वास्थ्य संबंधी सेवा प्रदान करने वाले कार्मिकों को ज्ञान एवं कौशल प्रदान किया जाएगा।

3.1.145 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, किशोरों से संबंधित मुद्दों को सभी आरसीएच कार्यक्रमों में शामिल किया जाएगा। संचार एवं व्यावहारिक परिवर्तन के लिए सामग्रियां विकसित की जाएंगी। किशोरों की आवश्यकताओं के लिए अलग स्थान उपलब्ध करा कर पीएचसी(ज) और सीएचसीएस में वर्तमान सेवाओं को किशोरों के अनुकूल बनाया जाएगा।

वृद्ध व्यक्तियों की स्वास्थ्य देखभाल

3.1.146 वृद्ध व्यक्तियों के स्वास्थ्य का महत्त्व तथा उसकी ओर ध्यान देने की मांग बढ़ती जा रही है। इसके लिए निवारक, निदानकारी एवं सुधारात्मक सेवाओं में विकास करने की आवश्यकता है। भारत में जराचिकित्सा सेवा उपलब्ध नहीं है, जैसीकि विकसित

बॉक्स 3.1.15

विद्यालय में स्वास्थ्य का आधुनिक कार्यक्रम (उदयपुर मॉडल)

- लक्ष्य समूह: उदयपुर में 222 सरकारी/सहायताप्राप्त विद्यालयों के 40,000 छात्र
- देखभाल: जांच, बाह्य रोगी एवं अन्तरंग रोगी तथा साथ ही विशिष्ट देखभाल
- जांच: विद्यालय में कैम्पस जांच का आयोजन, निशुल्क डेंटल किट और पहचान-पत्र जारी किए गए
- बाह्य रोगी देखभाल: 28 चुनिंदा विद्यालयों में एक कक्ष और मोबाइल दल
- अन्तरंग रोगी: सरकारी अस्पताल में गैर-सरकारी संगठन द्वारा पुनः अभिकल्पित/सुज्जित एक वार्ड (7 आईसीयू और 12 सामान्य विस्तर)
- विशिष्ट देखभाल: अच्छे प्राइवेट अस्पतालों के साथ प्रबंध-व्यवस्था
- 24x7 सेवा निशुल्क नम्बर और एम्बुलेंस
- मानव संसाधन: 9 डाक्टर, 12 पैरामेडिकल और 38 सहायक कर्मचारी
- लागत: चैक-अप—4 लाख रुपये (राजस्थान सरकार और गैर-सरकारी संगठन द्वारा 50:50 की दर से वहन की जाएगी) बाह्य रोगी/अंतरंग रोगी सुविधा की लागत — 25 लाख रुपये (गैर-सरकारी संगठन द्वारा वहन की जाएगी) तथा आवर्ती लागत — 72 लाख रुपये (गैर-सरकारी संगठन, नगर परिषद और यूआईटी द्वारा 50:25:25 की दर से वहन की जाएगी)। यह राशि 50 पैसे प्रति बच्चा प्रतिदिन बैठती है।
- उपलब्धियां: गम्भीर/पुरानी बीमारियों सहित अलग-अलग बीमारियों के लिए 17,500 बच्चों का बाह्य रोगी और 150 बच्चों का अंतरंग रोगी के रूप में उपचार किया गया तथा 4 कार्डियक मामलों में ऑपरेशन किया गया)

नोट : यूआईटी - शहरी सुधार ट्रस्ट

देशों में होती है। 2001 की जनगणना के अनुसार, 76.6 मिलियन व्यक्तियों की आयु 60 वर्ष से अधिक है, जो कुल जनसंख्या का लगभग 7.4% बैठते हैं। आयु की संभावना बढ़ती जा रही है तथा भारत में वृद्ध व्यक्तियों का अनुपात अगले कुछ दशकों में बढ़ जाएगा।

3.1.147 स्वास्थ्य सेवाएं वृद्ध व्यक्तियों की विशिष्ट आवश्यकताओं के अनुकूल होनी चाहिए। द्वितीय एवं तृतीय स्तर के देखभाल सुविधा केन्द्रों में विशिष्टता आधारित प्रावधान करने से इसमें सहायता मिलेगी। वृद्ध व्यक्तियों की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं की देखभाल करने के लिए परामर्शी एवं चिकित्सा सुविधा केन्द्र और उन लोगों तक पहुंचने के लिए जिन्हें अत्यधिक आवश्यकता है आपात सुविधा केन्द्र तथा उन्हें अस्पताल ले जाने के लिए परिवहन की जरूरत है। इसमें गहन देखभाल, दीर्घावधिक देखभाल और समुदाय आधारित पुनर्वास शामिल है।

3.1.148 वृद्ध लोगों की प्रोत्साहक, निवारक, आरोग्यकर एवं आपात स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच में सुधार लाने के लिए वृद्ध व्यक्तियों के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम के तहत सेवाओं की एक श्रृंखला उपलब्ध कराई जाएगी। प्रथम, घर पर स्वास्थ्य सेवा, जिसका तात्पर्य है इस प्रकार की समस्याओं के प्रति संवेदनशील स्वास्थ्य कार्मिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं का पता लगाने और मनोवैज्ञानिक सहायता प्रदान करने के लिए घर पर जाएंगे। द्वितीय, शैक्षिक और निवारक कार्यक्रमों के लिए उनके वास्ते समुदाय आधारित स्वास्थ्य केन्द्र। इसे राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के साथ एकीकृत किया जाएगा तथा जराचिकित्सा देखभाल के लिए विशिष्ट आवंटन किया जाएगा। एनएचआरएम के अन्तर्गत आशाओं को जराचिकित्सा देखभाल का प्रशिक्षण दिया जाएगा। तृतीय, बाह्य रोगी चिकित्सा सेवा, जो घर पर स्वास्थ्य सेवा के आधार का कार्य करती है, का विस्तार किया जाएगा। अन्तिम, एक उन्नत अस्पताल-आधारित सहायता सेवा स्थापित की जाएगी, जिसके अंतर्गत उनकी स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकताओं पर विशेष ध्यान दिया जाएगा। विधवाओं के लिए भी विशिष्ट प्रावधान किए जाएंगे तथा वृद्ध महिलाओं पर विशेष ध्यान देने वाले कुछ जराचिकित्सा स्वास्थ्य केन्द्र स्थापित किए जाएंगे।

3.1.149 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, निम्नलिखित कार्य किए जाएंगे:-

- वृद्ध व्यक्तियों को व्यापक स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराना
- पेशेवर स्वास्थ्य कार्मियों को समर्थक देखभाल और पुनर्वास सहित जराचिकित्सा का प्रशिक्षण देना

बॉक्स 3.1.16

वृद्ध व्यक्तियों का स्वास्थ्य

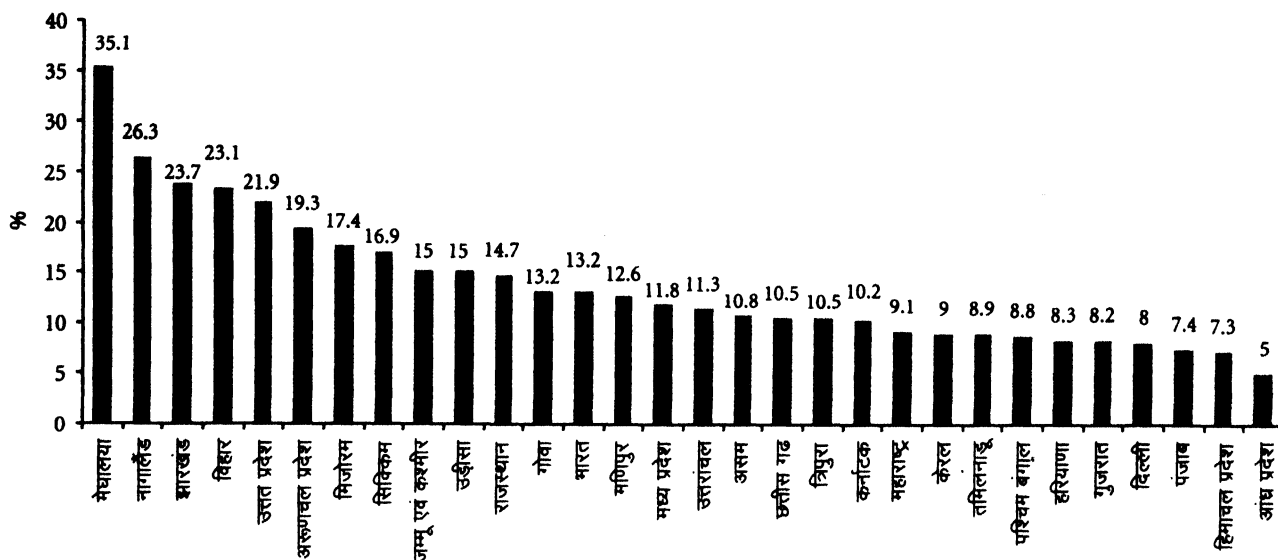
- कुल जनसंख्या की तुलना में वृद्ध व्यक्तियों में बीमारियों की व्यापकता और प्रभाव के साथ-साथ अस्पताल में भर्ती होने की दरें अधिक हैं।
- 8% भारतीय वृद्ध अपने घर अथवा बिस्तर तक सीमित (निश्चल) रहते हैं।
- महिलाएं निश्चलता से अधिक पीड़ित रहती हैं।
- अनेक वृद्ध व्यक्ति खराब स्वास्थ्य को "सामान्य/आम वृद्धावस्था" के भाग के रूप में सहज भाव से पूरा करते हैं।
- स्वतः अनुभूत स्वास्थ्य की स्थिति स्वास्थ्य सेवा के उपयोग व उपचार इन्टरवेंशन्स के अनुपालन का महत्वपूर्ण संकेत होता है।
- जराचिकित्सा और जरा-विज्ञान के क्षेत्र में अनुसंधान करके स्वास्थ्य संबंधी विशिष्ट समस्याओं के वैज्ञानिक समाधान निकालना
- वृद्धावस्था और स्वास्थ्य के क्षेत्र में अनुसंधान करने के लिए दो राष्ट्रीय संस्थान विकसित करना - एक उत्तर में और दूसरा दक्षिण में।

स्वैच्छिक प्रजनन विनियम

3.1.150 गर्भनिरोधक का उपयोग करने वाली विवाहित महिलाओं के प्रतिशत में वृद्धि हुई है। अब भी परिवार नियोजन कार्यक्रम में लिंग असंतुलन इस तथ्य से प्रमाणित होता है कि सर्वाधिक इनवेसिव और कठिन गर्भनिरोधक इन्टरवेंशन होने के बावजूद महिला नसबंदी परिवार नियोजन की सबसे अधिक सामान्य पद्धति बनी हुई है। पुरुषों को जिम्मेदार भागीदार नहीं बनाया जा रहा है तथा कंडोम का उपयोग अथवा पुरुष नसबन्दी अभी बहुत कम है। गर्भनिरोध के लिए पूरी न की गई आवश्यकता की व्यापकता में भी अन्तर्राज्यीय अन्तर है। (चित्र 3.1.14)

3.1.151 यदि पूरी न की गई आवश्यकता में से आधी भी पूरी कर ली जाती है तो भी जन्म दर में उल्लेखनीय कमी हो सकती है। एएनएम(ज) और आशाएं अपने क्षेत्रों में आवश्यकता पूरी न करने वाले दम्पतियों का पता लगाएंगे और उनकी शंकाओं को दूर करेंगे। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, आरसीएच कार्यक्रम के अन्तर्गत अपनाई गई समस्त नीतियां जारी रहेंगी तथा जिन क्षेत्रों में आवश्यकता को ज्यादा पूरा नहीं किया गया है उन पर विशेष ध्यान दिया जाएगा।

3.1.152 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना का लक्ष्य वर्ष 2012 तक कुल जननक्षमता दर को 2.1% कम करना है। राज्यों से भी विशिष्ट लक्ष्य निर्धारित करने का अनुरोध किया गया है (संलग्नक



स्रोत : एनएफएचएस-3, आईआईपीएस (2005-06)

चित्र 3.1.14 परिवार नियोजन की पूर्ण न होने वाली आवश्यकता (%)
(ताल में विवाहित महिलाएं, आयु 15-49 वर्ष)

3.1.7)। जनसंख्या में स्थिरता लाने के लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए जनसंख्या संबंधी परिवर्तन, जनसंख्या संबंधी नीतियों एवं कार्यक्रमों से जुड़े सभी मुद्दों का समाधान योजना में सुनिश्चित किया जाएगा तथा ऐसा करते समय लोगों के निर्णय लेने और विकल्प के अधिकार का हनन नहीं किया जाएगा। सर्वाधिक महत्वपूर्ण बात यह है कि ऐसा करते समय लिंग अनुपात पर प्रतिकूल प्रभाव नहीं पड़ना चाहिए।

बॉक्स 3.1.17

जननी: ग्रामीण स्वास्थ्य व्यवसायियों का उपयोग

एक गैर-सरकारी संगठन, जननी, ने बिहार, झारखंड और मध्य प्रदेश राज्यों में 21,000 से अधिक तितली केन्द्रों और 500 से अधिक सूर्य क्लीनिकों के नेटवर्क की स्थापना की है। सूर्य क्लीनिक रैफरल क्लीनिक हैं जो औपचारिक रूप से अर्हताप्राप्त, राज्य में पंजीकृत डाक्टरों द्वारा चलाए जा रहे हैं। तितली केन्द्र गांवों में स्थित हैं और ऐसे ग्रामीण स्वास्थ्य प्रैक्टिसकर्ता द्वारा चलाए जा रहे हैं, जिन्हें परिवार नियोजन संबंधी परामर्श देने और नॉन-क्लीनिकल गर्भनिरोधकों के बेचने का प्रशिक्षण दिया गया है। चूंकि आरएचपी(ज) पुरुष हैं और वे किसी महिला स्वास्थ्य साथी (डब्ल्यूएचपी) के साथ कार्य करते हैं, जो आम तौर पर उनके परिवार का सदस्य होती है (अधिकतर मामलों में वह पत्नी होती है)। आरएचपी(ज) और उसकी महिला साथी परिवार नियोजन के बारे में परामर्श देने के संबंध में दो दिन के प्रशिक्षण कार्यक्रम का आयोजन करते हैं। महिला साथी ऐसी ग्रामीण महिलाओं तक पहुंचने में सहायता करती है जो प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी मामलों के संबंध में पुरुष स्वास्थ्य प्रबंधकों से सम्पर्क करने में संकोच करती हैं।

सिविल सोसाइटी एवं गैर-सरकारी संगठनों को शामिल करना

3.1.153 एनएफएचएस के आंकड़ों के अनुसार, 10% से कम ग्रामीण महिलाएं यह बताती हैं कि वर्ष के दौरान एनएचएम उनके पास आए थे। दूसरी ओर, औपचारिक या अनौपचारिक रूप से योग्यताप्राप्त ऐसे ग्रामीण स्वास्थ्य प्रैक्टिसकर्ता (आरएचपी(ज)) की बहुत बड़ी संख्या है, जो छह लाख गांवों में लोगों की दिन-प्रति-दिन की स्वास्थ्य देखभाल संबंधी आवश्यकताओं को 24x7 पूरा करते हैं। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, अनेक कार्यों में उनकी सेवाएं लेने के लिए इन्हें सूचीबद्ध करने का प्रस्ताव है, जिसमें गर्भनिरोध की नॉन-क्लीनिकल पद्धतियों की डिलीवरी तथा क्लीनिकल मामलों को पीएचसी(ज) या एफआरयू(ज) के पास भेजना शामिल है। बिहार में एक स्वैच्छिक संगठन "जननी" द्वारा किए गए सफल प्रयोग का अध्ययन किया जाए और उसे दोहराया जाए।

3.1.154 परिवार नियोजन की सेवाएं पहुंचाने में, विशेष रूप से उन क्षेत्रों में, जहां सार्वजनिक क्षेत्र कमजोर है, प्राइवेट सैक्टर सहित सिविल सोसाइटी संगठनों, स्वैच्छिक संगठनों और गैर-सरकारी संगठनों की भागीदारी को बढ़ाने की बहुत अधिक आवश्यकता है। जनसंख्या स्थिरता कोष (जेएसके) जनसंख्या में स्थिरता लाने के लिए किए जा रहे प्रयासों में तेजी लाने वाली स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की एक पंजीकृत सोसाइटी है। जेएसके

से आशा की जाती है कि छोटे और स्वस्थ परिवारों को बढ़ावा देने के लिए यह सरकार, प्राइवेट और स्वैच्छिक संगठनों के साथ निकट सहयोग स्थापित करके कार्य करे। राज्य सरकारों, जिला कर्मचारियों और अन्य संगठनों द्वारा परिवार नियोजन की सेवाओं का विस्तार करने वाले नवीन सुझावों को प्रोत्साहित किया जाएगा, जिन्हें प्रायोगिक आधार पर जेएसके द्वारा समर्थन दिया जा सकता है। देश में उत्तम प्रायोगिक कार्यक्रम तैयार करने के लिए पॉपुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया की सुविज्ञता प्राप्त करने हेतु अनुरोध किया जाएगा। उत्कृष्ट केन्द्र (जैसाकि एक तमिलनाडु में है - (3.1.18 बॉक्स) भी इस संबंध में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं।

3.1.155 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, स्वैच्छिक प्रजननक्षमता कम करने के लिए निम्नलिखित पर ध्यान केन्द्रित किया जाएगा:-

बॉक्स 3.1.18

निजी क्षेत्र द्वारा कार्य को सुकर बनाना

तमिलनाडु सरकार ने एक उत्कृष्ट केन्द्र "स्टरिलाइजेशन एंड रिकेनेलाइजेशन ट्रेनिंग-कम-सर्विस सेन्टर" 1987 में स्थापित किया है जिसमें महत्वपूर्ण अधिकारियों- एक महिला स्त्रीरोग विशेषज्ञ और एक पुरुष मूत्ररोग विशेषज्ञ को शामिल किया गया है। यह केन्द्र पुरुष और महिला नसबन्दी की मानक प्रक्रियाओं के संबंध में कार्यशालाएं आयोजित करता है और डॉक्टरों को प्रशिक्षण देता है। यह केन्द्र महिला और पुरुषों की नसबन्दी और रिकेनेलाइजेशन के ऑपरेशन करके सेवाएं भी प्रदान करता है। तमिलनाडु में, राज्य में परिवार कल्याण कार्यक्रमों में सुधार लाने के लिए प्राइवेट सेक्टर की भागीदारी को और सुदृढ़ किया गया है। राज्य में परिवार कल्याण सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए प्राइवेट नर्सिंग गृहों को मंजूरी प्रदान की गई है। करीब 25 प्रतिशत नसबन्दी स्वैच्छिक और अनुमोदित निजी संस्थानों द्वारा निष्पादित की जाती हैं। बच्चों के जन्म के बीच अन्तर को बढ़ाने के लिए जरूरतमन्द दम्पतियों को बेहतर सेवाएं प्रदान करने के वास्ते इन संस्थाओं को गर्भनिरोधक के रूप में काम आने वाला सामान निशुल्क उपलब्ध कराया जाता है।

- गर्भनिरोधक की पसन्द के विकल्प का विस्तार
- सामाजिक विपणन में सुधार
- पुरुषों की भागीदारी बढ़ाना
- मानसिकता परिवर्तन के लिए जनसंचार माध्यमों की भूमिका का विस्तार
- संतुष्ट उपभोक्ताओं के जरिये प्रचार-प्रसार

स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन

3.1.156 मानव संसाधन की वर्तमान कमी को ध्यान में रखते हुए अगला दशक चिकित्सा और स्वास्थ्य शिक्षा के लिए नए अवसर एवं चुनौतियां लेकर आएगा। लोगों की भावी स्वास्थ्य

देखभाल संबंधी आवश्यकताओं को पूरा करने और बीमारियों के बढ़ते हुए भार को उठाने के लिए देश को समुचित ज्ञान, कौशल और मनोवृत्ति वाले स्वास्थ्य पेशेवर कर्मियों को पर्याप्त संख्या में प्रशिक्षण देना है। इसके अलावा, भारत के पास स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने वाला एक महत्वपूर्ण डेस्टीनेशन बनने का अवसर है। स्वास्थ्य सेवाओं की बढ़ती हुई मांग तथा आवश्यकता को ध्यान में रखते हुए अनुमानित जरूरतों को पूरा करने के लिए सुव्यवस्थित अध्ययन शुरू करने होंगे। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, संबंधित मंत्रालयों, पेशेवर परिषदों, तकनीकी परिषदों, यूजीसी, केन्द्र और राज्य के विश्वविद्यालयों, सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाओं तथा सिविल सोसाइटी के सुविज्ञताप्राप्त व्यक्तियों को शामिल करके प्रभावशाली मानव संसाधन प्रबंधन सूचना प्रणाली विकसित करने के प्रयास किए जाएंगे।

3.1.157 एनसीएचएम (2005) ने नई चिकित्सा, नर्सिंग और अन्य संस्थाएं स्थापित करने, ग्रामीण स्तर के कार्यकर्ताओं को प्रशिक्षण देने तथा स्वास्थ्य कार्मिकों को सेवाकालीन प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए अतिरिक्त निधियां उपलब्ध कराने की सिफारिश की है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधनों के विकास के लिए संसाधनों की आवश्यकताओं को केन्द्र और राज्य सरकारों द्वारा शेर किया जाएगा। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन भी इसमें योगदान देगा। प्राइवेट सेक्टर के साथ उपयुक्त साझेदारी की व्यवस्था के माध्यम से और साथ ही अन्य उपलब्ध विकल्पों के जरिये अतिरिक्त संसाधन जुटाने के प्रयास किए जाएंगे।

3.1.158 बुनियादी शिक्षा की आधारभूत संरचनाओं और मानव संसाधनों की कमी की समस्या को दूर करने के लिए ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना अवधि के दौरान उपाय किए जाएंगे। योजना के दौरान निम्नलिखित नीतियों को प्राथमिकता दी जाएगी:-

- स्थायी तौर पर ग्रामीण क्षेत्रों में चिकित्सा पेशेवरों की उपलब्धता सुनिश्चित करना, पर्याप्त आर्थिक और उपयुक्त आवास, दूर-दराज के क्षेत्रों में रहने वाले डॉक्टरों के बच्चों के लिए विद्यालयों में प्रवेश देने, स्थान विशेष पर एक निर्धारित अवधि तक सेवा करने के पश्चात् पंसदीदा स्थान पर स्थानान्तरण और तैनाती करने और प्रशिक्षण के अवसर प्रदान करने जैसे गैर-आर्थिक प्रोत्साहनों के साथ डॉक्टरों की तैनाती करना।
- राज्यों को चिकित्सकों, जिनमें लाइसेंसिएट व्यवसायी (एल.एम.पीएस.) और भारतीय चिकित्सा और होम्योपैथी पद्धतियां (आयुष) के व्यवसायी शामिल हैं, के पूल को बढ़ाना।

बॉक्स 3.1.19
स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन

मुद्दे

- ग्रामीण क्षेत्रों में सभी महत्वपूर्ण संवर्गों की बढ़ रही कमी - डॉक्टर, पैरामेडिकल्स, ए.एन. एमएस., नर्स, प्रयोगशाला तकनीशियनों और आपरेशन थियेटर सहायक।
- स्टाफ के अन्यत्रवासी होने और उनकी अनियमित उपस्थिति से संबंधित समस्याएं।
- स्वास्थ्य सुविधा में औषधियों और नैदानिक परीक्षणों की अनुपलब्धता जिसके परिणामस्वरूप डॉक्टर निरुत्साहित होते हैं।
- ग्रामीण क्षेत्रों में कार्य करने के लिए प्रेरित न होना अथवा इच्छुक न होना।
- जवाबदेही नेटवर्क का कमजोर अथवा न होना जिसके परिणामस्वरूप स्वास्थ्य प्रणाली पदाधिकारियों की तुलना में स्थानीय समुदायों और पंचायतों का शक्तिहीन होना।
- स्थानान्तरण और तैनाती नीति का पारदर्शी न होना जिसके परिणामस्वरूप उत्साह भंग होना।
- विशेष रूप से दुर्गम क्षेत्रों में तैनातियों में सभी संवर्गों के लिए प्रोत्साहन की अपर्याप्त प्रणालियां होना।
- कैरियर में उन्नति का अभाव जिसके फलस्वरूप निरुत्साहन और भ्रष्टाचार होना।
- पहुंच के अन्दर गुणवत्ता वाली देखभाल तथा मानव संसाधनों के पूर्ण उपयोग को बढ़ावा देने के लिए मानक नयाचारों का अभाव होना।

संभव समाधान

- राज्य की विशिष्ट मानव संसाधन प्रबंधन नीति और स्वास्थ्य संवर्गों के प्रबंधन में पारदर्शिता।
- स्थानीय रूप से उपलब्ध पैरा-मेडिकल्स, आर.एम.पी.जी. और बी.एच.डब्ल्यूएस. को प्रशिक्षण देना और उनका उपयोग करना ताकि ग्रामीण क्षेत्रों में अन्तर को पूरा किया जा सके।
- चिकित्सा-शास्त्र में लाइसेंसिएट पाठ्यक्रम पुनः आरम्भ करना।
- कठिनाई वाले क्षेत्रों के लिए प्रोत्साहन और कैरियर में उन्नति की प्रणाली।
- स्थानीय समुदायों और पंचायतों को जवाबदेही।
- स्थानीय स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों को शक्ति और कार्य देना - सेवा की गारंटी देने के लिए संसाधन और लचीलापन मुहैया करना।
- संसाधन, लचीलापन और शक्तियां प्रदान करना ताकि आई.पी.एच.एस. मानक प्राप्त करना सुनिश्चित किया जा सके।
- पर्याप्त स्टाफ नर्स और कम से कम एक ओ.पी.डी. सेवा तथा सेवा का प्रावधान।
- उन्नत और आश्चर्य दूर-संचार सम्पर्क।
- डॉक्टरों (रक्षा, रेलवे, आदि सहित केन्द्रीय और राज्य सरकार के सभी डॉक्टर) की सेवा-निवृत्ति की आयु 60 वर्ष से बढ़ा कर 62 वर्ष करना। विशेष रूप से अधिसूचित कठोर वाले क्षेत्रों में सार्वजनिक स्वास्थ्य डॉक्टरों को 65 वर्ष की आयु तक और तीन वर्ष की अवधि के लिए ठेके के आधार पर रखने के लिए राज्यों को प्रोत्साहित किया जाएगा।
- जिन विधाओं की कमी है, उनमें एम.बी.बी.एस. स्नातकों के लिए एक वर्ष की अवधि के प्रमाण-पत्र पाठ्यक्रमों की श्रृंखला आरम्भ की जाएगी। निजी क्षेत्र को भी इस उद्यम में भाग लेने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा।
- विशेषज्ञों की कमी की समस्या से निपटने तथा प्रशिक्षण की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए भी राष्ट्रीय परीक्षा बोर्ड (एन.बी.ई.) के प्रयासों को बढ़ाया जाएगा।
- स्वास्थ्य पेशेवरों के वैज्ञानिक आंकड़ा बैंक का सृजन करने के लिए परिषदें।
- सभी चिकित्सकों तथा दन्त चिकित्सकों, जिनमें विशेषज्ञ भी शामिल हैं, का प्रत्येक पांच वर्ष के बाद तब तक पुनः पंजीकरण करना जब तक वे प्रेक्टिस/सेवा कर रहे हैं।
- उन क्षेत्रों में, जहां कम सेवाएं मुहैया की गई हैं, नए मेडिकल, नर्सिंग और डेंटल कॉलेज खोले जाएंगे।
- जैसाकि एन.सी.एम.एच. (2005) द्वारा सिफारिश की गई है, कमी वाले राज्यों (उत्तर प्रदेश, राजस्थान, मध्य प्रदेश, उड़ीसा और छत्तीसगढ़, आदि) में 60 मेडिकल कॉलेज स्थापित करके और उन क्षेत्रों में, जहां कम सेवाएं मुहैया की गई हैं, 225 नए नर्सिंग कालेज स्थापित करके वर्तमान असमानता को कम करने को प्राथमिकता दी जाएगी। इस अन्तर को पाटने के लिए सरकारी निजी भागीदारी का उपयोग किया जाएगा।
- मेडिकल कॉलेजों, जो सामान्य विश्वविद्यालयों का भाग होते हैं, के प्रति दसवीं योजना के दौरान विभिन्न राज्यों में स्थापित

किए गए स्वास्थ्य विज्ञान विश्वविद्यालयों की स्थापना के अनुभव का ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान ऐसे और विश्वविद्यालयों की स्थापना करने से पहले मूल्यांकन किया जाएगा।

- स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन विकास संबंधी ओएससी समिति की सिफारिशों का क्रियान्वयन।
- व्यापक आधार पर स्वास्थ्य की देखभाल करने के लिए आवश्यक सुविधाओं के साथ चिकित्सा स्नातकों को दक्ष बनाना।
- ऐकेडमिक्स की कमी की ऊंची दर को रोकना; व्यावसायिक कॉलेजों में अध्यापन को आकर्षक बनाया जाना है। वेतन ढांचे को बढ़ाने और एक नया प्रोत्साहन कार्यक्रम तैयार करने की आवश्यकता है। मेडिकल कॉलेजों में प्राइवेट ओ.पी.डी. को एक ऐसा प्रोत्साहन माना जाएगा।
- पंजीकृत चिकित्सकों (आर.एम.पी.जे.) को प्रशिक्षण के बाद उनका उपयोग एन.आर.एच.एम. के अधीन राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम के कार्यकलापों के लिए किया जाएगा। सुझाई गई कुछ भूमिकाएं बाक्स 3.1.20 में सूचीबद्ध की गई हैं।

जन स्वास्थ्य शिक्षा

3.1.159 इस समय देश में कई संस्थान जन स्वास्थ्य और उससे सम्बद्ध शिक्षा देने का कार्य कर रहे हैं। विभिन्न चिकित्सा संगठन नामतः आई.सी.एम.आर., एम्स, पी.जी.आई.एम.ई.आर. आदि मास्टर स्तर पर नए जन स्वास्थ्य पाठ्यक्रम आरम्भ करने की प्रक्रिया में हैं। मौजूदा चिकित्सा संस्थानों के अन्दर भारतीय जन स्वास्थ्य फाउन्डेशन (पी.एच.एफ.आई.) के अधीन जन स्वास्थ्य संस्थानों की स्थापना करने के बाद आपूर्ति स्थिति में सुधार अवश्य होगा।

3.1.160 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, आधुनिक जन स्वास्थ्य के ज्ञान और दक्षता के लाभ सभी स्तरों पर मुहैया किए जाएंगे। जन स्वास्थ्य के विकास के लिए एक संयुक्त विनियामक निकाय के साथ बहुप्रयोजनी स्वतन्त्र केन्द्रों की स्थापना एक

उपयुक्त संकल्पना होगी। इनमें से कुछ केन्द्र स्वास्थ्य विज्ञान विश्वविद्यालयों में और कुछ बहुविधा विश्वविद्यालयों में स्थित हो सकते हैं। इससे इस विषय को समृद्ध बनाने के लिए विभिन्न विधाओं से अपेक्षाकृत अधिक आदान प्राप्त हो सकेगा। अतः योजना के दौरान, मौजूदा मेडिकल कॉलेजों के अन्दर नए सार्वजनिक स्वास्थ्य विद्यालय स्थापित करने के लिए प्रयास किए जाएंगे। विशेष रूप से स्वास्थ्य की देखभाल के लिए एम.बी.ए. कार्यक्रम और एम.डी. (अस्पताल प्रशासन)/डिप्लोमेट नेशनल बोर्ड (अस्पताल और स्वास्थ्य प्रशासन)/एम.डी. (समुदाय स्वास्थ्य प्रशासन)/मास्टर्स (अस्पताल प्रशासन) कार्यक्रमों को प्रोत्साहित किया जाएगा।

स्वास्थ्य प्रणालियां और जैव-चिकित्सा अनुसंधान

3.1.161 आधुनिक जैविकी के परिष्कृत साधनों के विकास और उपयोग से परपोषी, एजेंट और पर्यावरण के बीच मिश्रित पारस्परिक क्रिया की एक बेहतर समझ उत्पन्न हुई है। इसके परिणामस्वरूप नए ज्ञान का अर्जन हुआ है। इस वैज्ञानिक ज्ञान का उपयोग औषधियों, नैदानिकी, उपकरणों और टीकों का विकास करने के लिए किया जाएगा जिनका देश की स्वास्थ्य प्रणालियों में उपयोग किया जाएगा। इसे आगे बढ़ाने के लिए अनुसंधान समुदाय, उद्योग और स्वास्थ्य प्रणाली के बीच एक वाइब्रेंट इन्टर-फेज ही एकमात्र उपाय है। केवल सार्वजनिक स्वास्थ्य और चिकित्सा में प्रौद्योगिकीय उन्नति से ही लोगों के स्वास्थ्य को अच्छा रखा जा सकता है। रोगों का जानपदिक रोगविज्ञान का विस्तार जीव विज्ञान से आगे तक है। रोग की मौजूदगी, स्थायित्व और उपचार को समझने के लिए समाजवैज्ञानिक परिप्रेक्ष्य महत्वपूर्ण है। रोग केवल जैविकीय कारण से नहीं होते हैं बल्कि बहुकारणों से होते हैं। यह स्वास्थ्य अनुसंधान की अन्तर-विधा की संकल्पना के लिए आवश्यक है।

बॉक्स 3.1.20

एन.आर.एच.एम. में सहभागियों के रूप में आर.एम.पी. की भूमिका

- तम्बाकू और अल्कोहल के बुरे प्रभाव, अच्छी स्वच्छता, सफाई, पोषाहार तथा सुरक्षित पेय जल के लाभ जैसे विषयों पर विद्यालयों में सामाजिक जागरूकता कार्यक्रम आयोजित करना।
- नज़र की जांच, स्वास्थ्य जांच, टीकाकरण के लिए निशुल्क शिविर लगाना।
- स्वच्छता, सफाई, पोषाहार, सुरक्षित पेय जल, गर्भवती महिलाओं की आवश्यकताओं, असुरक्षित यौन संबंध से सुरक्षा, स्थानीय रूप से संचरणीय और असंचरणीय रोगों के बारे में जागरूकता उत्पन्न करने के संबंध में स्वावलम्बी समूहों के सहयोग से ग्रामीण लोगों को प्रशिक्षण देना।
- अनेदानिक गर्भनिरोधक मुहैया करना और नैदानिक मामलों को रैफर करना।
- औषधि वितरण डिपुओं और ज्वर उपचार केन्द्रों के रूप में कार्य करना।
- छिड़काव गतिविधियों, जल उपचार, सेनेट्री लैंडफिल और स्वच्छ शौचालयों का पर्यवेक्षण करना।
- आपातकालीन प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया करना और रैफर करना।

3.1.162 अतः ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना स्वास्थ्य में अनुसंधान-उन्मुख होगी। केवल जैव-चिकित्सा अनुसंधान का कोई परिमाण तब तक स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों का समाधान नहीं कर सकेगा जब तक यह स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों के मुख्य पहलू का समाधान नहीं कर लेता है। यद्यपि स्वास्थ्य अनुसंधान में उल्लेखनीय प्रगति हुई है, लेकिन अनुसंधान के परिणामों को वास्तविक स्वास्थ्य उत्पादों में बदलना अथवा अनुसंधान के जरिये अर्जित ज्ञान का अनुप्रयोग में समय से पिछड़ा हुआ है जो अस्वीकार्य है। अतः अब कार्य यह है कि "क्या ज्ञात है" और "क्या करना है" के बीच अन्तर को पाटने के लिए अनुसंधान का सर्वोत्तम कार्यक्रम कैसे तैयार किए जाए। यह सुनिश्चित करना भी समान रूप से महत्वपूर्ण है कि स्वास्थ्य अनुसंधान के उत्पाद उन लोगों तक पहुंचें और उन लोगों द्वारा उनका उपयोग किया जाए जिन्हें इनकी अत्यधिक आवश्यकता है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, स्वास्थ्य अनुसंधान में समानता लाने के तरीकों और उपाय सुझाने और स्वास्थ्य प्रौद्योगिकियों तक पहुंच में सुधार करने की दिशा में अग्रसर किया जाएगा।

3.1.163 सक्रिय अन्तरराष्ट्रीय स्वास्थ्य अनुसंधान परिवेश को समान बनाने और वर्तमान और भावी स्वास्थ्य चुनौतियों के समाधान के उद्देश्य से देश में चिकित्सा अनुसंधान संस्थापनाओं को पुनर्गठित करने के मद्दे नजर केन्द्र सरकार स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के अन्तर्गत एक नया स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग बना रही है। नया सृजित विभाग चिकित्सा, स्वास्थ्य, बायोमेडिकल और चिकित्सा व्यवसाय से संबंधित क्षेत्रों में नैदानिक परीक्षणों और प्रचालन अनुसंधान सहित बुनियादी, अनुप्रयुक्त और नैदानिक अनुसंधान और अत्याधुनिक क्षेत्रों में अवसंरचना, मानव संस्थानों और दक्षता के विकास के माध्यम से शिक्षा और उससे संबंधित सूचना के प्रबंधन, चिकित्सा और स्वास्थ्य अनुसंधान में नैतिक मुद्दों सहित अनुसंधान अभिशासन मुद्दों पर मार्गदर्शन उपलब्ध कराने, चिकित्सा, बायोमेडिकल और स्वास्थ्य अनुसंधान क्षेत्रों में पीपीपी का अन्तःक्षेत्रीय समन्वय और उसे बढ़ावा देना, चिकित्सा और अनुसंधान से संबंधित अनुसंधान क्षेत्रों में उन्नत प्रशिक्षण जिसमें भारत और विदेश में ऐसे प्रशिक्षण के लिए फेलोशिप प्रदान करना शामिल है, भारत और विदेश में संबंधित क्षेत्रों में अन्तरराष्ट्रीय सम्मेलनों से संबंधित कार्य सहित चिकित्सा और स्वास्थ्य अनुसंधान में अन्तरराष्ट्रीय सहयोग, महामारी और प्राकृतिक आपदाओं से निपटने के लिए तकनीकी सहायता, नये और बाहरी तत्वों के कारण प्रकोप को कारणों की खोज करना और उसकी रोकथाम के उपायों का विकास, चिकित्सा और स्वास्थ्य अनुसंधान क्षेत्रों में वैज्ञानिक समितियों और संघों, धर्मार्थ और धार्मिक दान से संबंधित मामले, विभाग को सौंपे गए विषयों से संबंधित क्षेत्रों में और

चिकित्सा और स्वास्थ्य और आईसीएमआर से विशेष अध्ययन को बढ़ावा देने के लिए केन्द्र और राज्य सरकारों के अन्तर्गत संगठनों और संस्थानों के बीच समन्वय से डील करेगा।

3.1.164 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के लिए स्वास्थ्य प्रणाली अनुसंधान के लिए निम्नलिखित प्राथमिकता वाले क्षेत्रों की पहचान की गई है:

- जन स्वास्थ्य सेवाओं, राज्य की वित्त-व्यवस्था पर सरकारी-निजी भागीदारी का प्रभाव और क्या सरकारी-निजी भागीदारी से वास्तव में स्वास्थ्य तक पहुंच में समानता लाई जा सकेगी।
- स्वास्थ्य बीमा के तौर-तरीकों तथा प्रभाव के संबंध में अध्ययन।
- शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच, शहरी गरीबों, प्रवासियों, बिना घर वाले व्यक्तियों, गरीब और काम करने वाले बच्चों की स्वास्थ्य समस्याओं संबंधी मुद्दे।
- हिंसा और युद्ध की स्थितियों में स्वास्थ्य की देखभाल।
- रोग की व्यापकता में लिंग संबंधी मुद्दे, स्वास्थ्य देखभाल और शिक्षा तक पहुंच।
- चिकित्सा प्रौद्योगिकियों में परिवर्तन, उनके विस्तार, उपयोग और दुरुपयोग के संबंध में अध्ययन - उनकी सम्बद्धता अथवा उपयुक्तता, दुरुपयोग तथा असंगत उपयोग, दुरुपयोग के कारण उपभोक्ताओं पर अतिरिक्त वित्तीय भार के संबंध में अनुसंधान। ऐसे अध्ययनों में आनुवंशिकी, सहायताप्राप्त जनन, जीवन को दीर्घायु बनाने वाली प्रौद्योगिकियों, तना कोशिका अनुसंधान, अंग दान और प्रतिरोपण जैसी नई चिकित्सीय प्रौद्योगिकियों को शामिल किया जाना चाहिए।
- विभिन्न स्तरों पर स्वास्थ्य देखभाल सेवा डिलीवरी में सुधार करने के विभिन्न उपाय करने के लिए मेडिकल आडिट।
- नर्सिंग और भारत में सामाजिक विज्ञान और बायोएथिक्स संस्थानों द्वारा किया जाने वाला नर्सिंग अनुसंधान।
- अनुसंधान का आडिट अर्थात् क्या अनुसंधान औचित्यपूर्ण और संगत है।

3.1.165 योजना के दौरान, आधुनिक और आयुष, दोनों प्रणालियों में नैदानिक और आपरेशनल अनुसंधान जारी रहेगा। निम्नलिखित क्षेत्रों में एलोपैथी और आयुष पर मुख्य रूप से बल दिया जाएगा:

- निदान, उपचार डिलीवरी में सुधार करना और निदान तथा उपचार के लिए नए साधनों का विकास करना।
- प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के अन्दर रोग नियंत्रण कार्यक्रमों को एकीकृत करना।
- रोगों की रोकथाम और उपचार के लिए विभिन्न पथ्यापथ्य-नियम (रेजिमेन) का लागत प्रभावी विश्लेषण करना।

102 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

- प्रयोगशाला-निदान की गुणवत्ता, प्रयोगशाला निगरानी पहलू, आवधिक प्रशिक्षण, रिऐजेंट की पर्याप्तता, किट्स, अच्छी माइक्रोस्कोपी।
- विलम्बित निदान: सामुदायिक पहलू, निगरानी पहलू, प्रयोगशाला पहलू और स्वास्थ्य प्रणाली संबंधी पहलू।
- औषधि डिलीवरी प्रणाली का उन्नयन: उत्तरजीविता मेकेनिज्म।
- खराब औषधि अनुवृत्ति दर के संबंध में अनुसंधान: सामुदायिक, सामाजिक, शैक्षिक, एथनिक, सांस्कृतिक और स्वास्थ्य प्रणाली संबंधी पहलू।
- स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक, स्वास्थ्य देखभाल और जानपदिक वेब के संबंध में अनुसंधान।

3.1.166 अनुसंधान कार्य में लगे आई.सी.एम.आर. जैसे संस्थानों और संगठनों को एक ऐसे एजेंडे पर प्रतिबद्ध होना चाहिए जिसमें यह स्वीकार किया गया हो कि स्वास्थ्य और तंदुरुस्ती में भावी सुधार अनुसंधान पर निर्भर करेंगे, जो निम्नलिखित कार्य करता है:

- रोगों से संबंधित आप्ठिक और जैविकी, दोनों मेकेनिज्म तथा स्वास्थ्य के मनोवैज्ञानिक, आर्थिक तथा पर्यावरण संबंधी निर्धारकों की समझ में वृद्धि करता है।
- नए टीकों, नैदानिक साधनों और लागत-प्रभावी थेरापीज का विकास करता है।
- चोट के सामाजिक और व्यवहार कारणों और जीवनशैली संबंधी रोगों से संबंधित समझ में वृद्धि करता है।
- स्वास्थ्य को विज्ञान और प्रौद्योगिकी, इंजीनियरी तथा सम्बद्ध विधाओं से सम्बद्ध करता है।
- स्वस्थ जीवनशैली को बढ़ावा देता है और जोखिम वाले व्यवहार को कम करता है।

शीर्ष से समस्तर तक एकीकरण को प्रभावित करना

3.1.167 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में विभिन्न कार्यक्रमों के अधीन जिला स्तर से नीचे बनाई जाने वाली किसी वर्टिकल संरचना की अनुमति नहीं दी जाएगी। मौजूदा कार्यक्रमों को जिला स्तर पर समस्तर पर एकीकृत किया जाएगा क्योंकि योजना के दौरान रोग केन्द्रस्थ की बजाय प्रणाली केन्द्रस्थ पर बल दिया जाएगा। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अधीन रोगवाहक रोगों से उत्पन्न रोगों, यक्ष्मा, कुष्ठ रोग, अंधापन और आयोडीन की कमी से उत्पन्न विकारों के उपचार से संबंधित कुछ कार्यक्रमों को एकल जिला स्वास्थ्य सोसायटी के अधीन पहले से ही एकीकृत किया गया है। निम्नलिखित अन्य कार्यक्रमों और गतिविधियों को एक ही एजेंसी के अधीन लाया जाएगा।

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एन.ए.सी.पी.)

3.1.168 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम में रोकथाम, देखभाल, सहायता और उपचार के लिए कार्यक्रमों के एकीकरण द्वारा और एच आई वी/एड्स (पी एल डब्ल्यू एच ए) से पीड़ित व्यक्तियों के मानवाधिकार मुद्दों का समाधान करके भी अगले 5 वर्षों में भारत में महामारी को रोकने तथा उलटा करने का लक्ष्य निर्धारित किया गया है। विशिष्ट उद्देश्य रोग की अधिकता वाले राज्यों में नए संक्रमणों को 60% तक कम करना है ताकि महामारी के फैलाव को रोका जा सके और अतिसंवेदनशील राज्यों में 40% तक कम करना है ताकि महामारी को स्थिर किया जा सके।

3.1.169 इन उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए निम्नलिखित नीतियां अपनाई जाएंगी:

- निम्नलिखित के जरिये अधिक जोखिम वाले समूहों तथा आम जनता में नए संक्रमणों को रोकना:
 - लक्षित साधनों से के साथ अधिक जोखिम वाले समूहों को पूरी तरह से कवर करना।
 - आम जनता में इन्टरवेशन को बढ़ाना।
- एच आई वी/एड्स से पीड़ित व्यक्तियों, जिनकी देखभाल हो रही है, जिन्हें सहायता मिल रही है और जिनका उपचार किया जा रहा है, के अनुपात को बढ़ाना।
- जिला और राष्ट्रीय स्तरों पर रोकथाम, देखभाल, सहायता और उपचार कार्यक्रमों में मूलभूत ढांचे, प्रणाली और मानक संसाधन को सुदृढ़ करना।
- एचआईवी/एड्स से पीड़ित व्यक्तियों और उनके परिवारों के प्रति स्वास्थ्य सुविधाओं, विद्यालयों, रोजगार के स्थानों तथा अन्य संस्थानों में भेदभाव को रोकने के लिए राष्ट्रीय कानून बनाना और उसे लागू करना।
- इसमें पीड़ितों और उनके अभिभावकों को शिकायत दर्ज करने तथा तत्परता से उसे दूर करने की व्यवस्था शामिल है।
- यह सुनिश्चित करना कि एच आई वी/एड्स से पीड़ित महिलाओं और बच्चों को चिकित्सा देखभाल मिले जिसमें एंटी-रिट्रोवाइरल उपचार और उन्हें प्राप्त होने वाली देखभाल में सभी रुकावटों को दूर करने के सभी संभव उपाय करना शामिल है।
- राष्ट्रव्यापी नीतिगत सूचना प्रबंधन प्रणाली को सुदृढ़ करना।
- भारत में व्याप्त एच आई वी के प्रभेदों के लिए उपयुक्त टीकों का विकास करना और अनुसंधान को उन्नत बनाना।

राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम (एन.सी.सी.पी.)

3.1.170 दसवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, एक कार्य बल गठित किया गया था जिसमें पूरे देश से विशेषज्ञ शामिल किए गए थे। राष्ट्रीय कार्य बल की सिफारिशों के आधार पर, योजना के दौरान एक व्यापक राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम क्रियान्वित किया जाएगा। योजना के दौरान निम्नलिखित मुख्य कार्य किए जाएंगे:

- नए क्षेत्रीय कैंसर केन्द्र स्थापित करना।
- वर्तमान क्षेत्रीय कैंसर केन्द्रों का उनके कार्यनिष्पादन तथा उस क्षेत्र में अन्य कैंसर संगठनों के साथ सम्बन्धों के आधार पर उन्नयन किया जाएगा।
- कैंसर की देखभाल के लिए गुणवत्ता वाली सेवाओं के लिए कुशल मानव संसाधनों का सृजन करना।
- प्राथमिक और द्वितीय स्तर पर कैंसर का शीघ्र पता लगाने के लिए स्वास्थ्य की देखभाल करने वाले व्यक्तियों को प्रशिक्षण देना।
- कैंसर देखभाल सेवाओं तक पहुंच और उनकी उपलब्धता में वृद्धि करना।
- समुदाय की देहरी पर लागत प्रभावी जांच तकनीकों और रोग का शीघ्र पता लगाने वाली सेवाओं के प्रावधान सहित व्यवहार-परिवर्तन संचार सुविधा मुहैया करना।
- सामान्य कैंसरों (मुख, स्तन) की स्वयं जांच करने के संबंध में प्रचार करना।
- सरकारी मेडिकल कॉलेजों में आंकोलॉजी विंग्स का उन्नयन करना।
- जिला अस्पतालों/धर्मार्थ अस्पतालों/गैर-सरकारी संगठनों के अस्पतालों/प्राइवेट अस्पतालों में कैंसर का पता लगाने वाली और सर्जिकल तथा चिकित्सा उपचार सुविधाओं का सृजन और उन्नयन करना।
- कैंसर की रोकथाम, समुदाय आधारित जांच, शीघ्र निदान और उससे सम्बद्ध पर्यावरण तथा व्यवहार संबंधी पहलुओं और लागत प्रभावी टीकों के विकास की कारगर नीतियों पर अनुसंधान को बढ़ावा देना।
- प्रशामक देखभाल और पुनर्वास केन्द्रों की स्थापना करना।
- मानीटरिंग, मूल्यांकन और निगरानी।

राष्ट्रीय मधुमेह, हृदवाहिका रोग (सी वी डी) और आघात निवारण और नियंत्रण कार्यक्रम

3.1.171 हृदवाहिका रोग तथा मधुमेह, दोनों के लिए जोखिम वाले सामान्य कारण अस्वस्थकर आहार, शारीरिक निष्क्रियता

तथा मोटापा हैं। साक्ष्य आधारित सूचना है कि एकीकृत और व्यापक हस्तक्षेप के माध्यम से एन.सी.डीज. की रोकथाम की जा सकती है। लागत प्रभावी इन्टरवेंशन मौजूद हैं और इन्होंने कई देशों में काम किया है। अतः इस कार्यक्रम का उद्देश्य एक एकीकृत संकल्पना के जरिये एन.सी.डीज. के जोखिम वाले सामान्य कारणों को रोकना और नियंत्रित करना तथा मधुमेह, हृदवाहिका रोग और आघात से समय से पहले अस्वस्थता दर तथा मृत्यु दर को कम करना है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान मार्गदर्शी परिणामों पर आधारित उन्नयन किया जाएगा।

3.1.172 योजना के दौरान इस कार्यक्रम के निम्नलिखित उद्देश्य होंगे:

- स्वास्थ्य को बढ़ावा देकर प्रमुख एन.सी.डीज. की आरम्भिक रोकथाम।
- व्यक्तियों में एन.सी.डीज. और उनके जोखिम के कारणों पर निगरानी रखना।
- एन.सी.डीज. और उनके जोखिम वाले कारकों के निदान और उपयुक्त प्रबंधन के लिए स्वास्थ्य प्रणालियों तथा कर्मियों की क्षमता में वृद्धि करना।
- लोगों में जोखिम के कारकों को कम करना।
- एन.सी.डीज. के प्रबंधन के लिए राष्ट्रीय दिशानिर्देश तैयार करना।
- अन्तर-क्षेत्रीय समन्वय द्वारा इन रोगों की रोकथाम के लिए नीतियां तैयार करना।
- एन.सी.डीज. की रोकथाम के लिए सामुदायिक अधिकारिता।

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एनएमएचपी)

3.1.173 मानसिक रोग का उचित मूल्य पर उपचार मुहैया कराने, इससे सम्बद्ध अज्ञान, कलंक और शर्म को समाप्त करने; और हमारे समाज में मानसिक रोग को स्वीकार करने में मदद करने के उद्देश्य से मानसिक स्वास्थ्य और मानसिक रोग से ग्रस्त व्यक्तियों के संबंध में जागरूकता उत्पन्न करने की बहुप्रयोजनी नीति राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम का आधार होगी। इसका मुख्य उद्देश्य समुदाय को बुनियादी मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराना तथा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के साथ उन्हें एकीकृत करना है। इस कार्यक्रम में इस समस्या के संबंध में समुदाय और विशेष रूप से परिवार पर आधारित संकल्पना की परिकल्पना की गई है।

3.1.174 योजना में जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (डीएमएचपी) को सुदृढ़ किया जाएगा और परिवार तथा समुदाय की अपेक्षाकृत अधिक भागीदारी को बढ़ावा देकर और उपकरणों के साथ पेरा-पेशेवरों को तैयार करके जमीनी स्तर पर इसका क्षेत्र बढ़ाया जाएगा ताकि समुदाय के अन्दर ही समुदाय की

मानसिक स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा किया जा सके। इससे मनोरोग विज्ञान, मनोविज्ञान, मनोविकृति संबंधी सामाजिक कार्य और डीएमएचपी के क्षेत्र में मानव संसाधन के बीच अन्तर को भरा जाएगा। योजना में मानसिक स्वास्थ्य मापदण्डों को स्वास्थ्य कार्मिकों के मौजूदा प्रशिक्षण में शामिल करने का प्रयास किया जाएगा। इसमें विशेष रूप से मानसिक रोगी की पारिवारिक देखभाल और मानसिक स्वास्थ्य के निवारक और औषधि घटकों पर बल देने के प्रयास में गैर-सरकारी संगठनों तथा सी.एस.ओस. की सहायता ली जाएगी। मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के महत्व को स्वीकार करते हुए ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में आपदाओं, दंगों, हिंसा (घरेलू हिंसा सहित) और अन्य अभिघातों से प्रभावित व्यक्तियों के लिए परामर्श, चिकित्सा सेवाएं मुहैया कराई जाएंगी और हैल्प-लाइंस स्थापित की जाएंगी। इन उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के लिए अधिक परिव्यय आवंटित किया जाएगा।

3.1.175 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, पुनः नीतिबद्ध राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम को निम्नलिखित उद्देश्यों के साथ पूरे देश में कार्यान्वित किया जाएगा:

- मानसिक रोगों को अन्य रोगों के समान मानना और इससे पीड़ित व्यक्तियों को मेडिकल बीमा तथा अन्य लाभ देने का स्कोप बढ़ाना।
- उपभोक्ता के अनुकूल एक ऐसी औषधि नीति तैयार करना जिसमें मानसिक रोगों की औषधियां आवश्यक औषधियों के रूप में घोषित की जाएं।
- मनश्चिकित्सा और मनोरोग स्वास्थ्य से संबंधित मुद्दों का समाधान करने के एक उपयुक्त मॉडल पर अपेक्षाकृत अधिक बल देना।
- स्वास्थ्य की देखभाल करने वाले सभी पेशेवर कर्मियों के प्रशिक्षण में मनश्चिकित्सा और मनोरोग, तथा मनश्चिकित्सीय सामाजिक कार्यों के मापदण्ड शामिल करना।
- रोग के महत्वपूर्ण पहलुओं के बारे में परिवार की देखभाल करने वाले सदस्यों को शिक्षित करने के अलावा, प्रारम्भिक देखभाल करने वाले डाक्टर और सहायक स्टाफ को इस योग्य बनाना कि वे पी.एच.सीज. में रोगियों की मनश्चिकित्सीय और मनोवैज्ञानिक देखभाल कर सकें।
- मनोवैज्ञानिक हस्तक्षेपों में परिवार और समुदाय के सदस्यों को समर्थ बनाकर परिवार के देखभाल करने वाले सदस्यों की भागीदारी बढ़ाना और लोगों में जागरूकता बढ़ाना।
- मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में सरकारी निजी भागीदारी पर अधिक बल देना।

- सभी मेडिकल कॉलेजों के मनोरोग विज्ञान विभागों का उन्नयन करना ताकि बेहतर प्रशिक्षण के अवसरों में वृद्धि की जा सके।
- मनोरोग स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने वाली सम्पूर्ण स्वास्थ्य डिलीवरी अवसंरचना के साथ मनश्चिकित्सा अस्पतालों का सुधार और उन्हें एकीकृत करना तथा इस प्रकार इससे जुड़े कलंक को दूर करना।
- पुराने मामले में बाद की देखभाल और आजीवन सहायता देना।

चोट और अभिघात

3.1.176 मृत्यु के कारणों और मृत्यु के कारणों के चिकित्सा प्रमाणन के सर्वेक्षण के आंकड़ों से पता चलता है कि भारत में कुल मौतों के 10-11% मोतें चोट के कारण हुई थीं। अनुमान है कि भारत में प्रत्येक वर्ष सड़क दुर्घटनाओं में आई चोटों सहित प्रत्यक्ष चोट से संबंधित कारणों से लगभग 8,50,000 व्यक्तियों की मृत्यु हो जाती है। 17 मिलियन व्यक्तियों को अस्पताल में दाखिल कराया जाता है और 50 मिलियन व्यक्तियों की छोटी चोटों के लिए अस्पताल की देखभाल की आवश्यकता होती है। काफी अस्पतालों के पास अभिघात से पीड़ित व्यक्तियों के उपचार के लिए एकीकृत सुविधाएं नहीं हैं और आकस्मिक सेवाओं में आम तौर पर खराब उपकरण हैं, खराब प्रबंधन है और अत्यधिक काम है। राष्ट्रीय राजमार्गों पर स्थित राज्यों के अस्पतालों में आपातकालीन देखभाल का उन्नयन करने और उसे सुदृढ़ बनाने की एक स्कीम क्रियान्वित की जा रही है ताकि यथासंभव दुर्घटना-स्थल के समीप अस्पतालों में सड़क दुर्घटनाओं के शिकार व्यक्तियों को उपचार उपलब्ध कराया जा सके।

3.1.177 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, राज्य व्यापी आपातकालीन सेवा और अभिघात देखभाल के साथ पूरे राष्ट्र को कवर करते हुए एक व्यापक अभिघात देखभाल प्रणाली का विकास करने पर भी बल दिया जाएगा। इसके घटकों में उपकरण संचार प्रणाली, प्रशिक्षण, मानव संसाधन, रजिस्ट्री और निगरानी शामिल होंगे। अन्ततः मेडिकल इमरजेंसी रिसपांस के लिए एक राष्ट्रीय कार्यक्रम आरम्भ करने की योजना है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान निम्नलिखित नीति होगी:

- राजमार्गों पर स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं का पहचान करना और अभिघात देखभाल के विशिष्ट स्तरों तक उनका उन्नयन करना।
- जीवन सहायता एम्बुलेंस प्रणाली स्थापित करना।
- मानव संसाधन प्रशिक्षण और अभिघात देखभाल की उपलब्धता के बीच अन्तर को समाप्त करना।

- दूरसंचार सम्पर्क स्थापित करना।
- एक उपयुक्त अभिघात रेफरल प्रणाली का विकास और प्रबंधन करने में राज्यों की सहायता करना।
- स्वास्थ्य के एक अभिन्न अंग के रूप में राज्यवार और राष्ट्रव्यापी अभिघात रजिस्ट्री का विकास, कार्यान्वयन और रख-रखाव करना।

अशक्तता और चिकित्सा पुनर्वास

3.1.178 स्वास्थ्य, जनसांख्यिकीय और सामाजिक-आर्थिक परिवर्तनों के साथ चिरकालिक विकारों और सम्बद्ध अस्वस्थता और अशक्ता से पीड़ित व्यक्तियों की संख्या में चेतावनी के स्तर तक होने वाली भारी वृद्धि के साथ अशक्तता की स्थिति बदल रही है। जनगणना (2001) के अनुसार, भारत में दृष्टि, श्रवण शक्ति, वाणी-विषयक, गति-विषयक और मनोरोग अशक्तताओं वाले 2.19 करोड़ व्यक्ति थे। इस अशक्ता जनसंख्या में से गति-विषयक 28%, वाणी-विषयक और श्रवणशक्ति के 13%, दृष्टि के 49% और मनोरोग के 10% अशक्त हैं। 60 वर्ष से ऊपर की आयु वाले व्यक्तियों की अशक्तताएं मल्टीपल अंगों को प्रभावित करती हैं।

3.1.179 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना का उद्देश्य स्वास्थ्य देखभाल, डिलीवरी प्रणाली के सभी तीनों स्तरों पर चिकित्सा पुनर्वास कार्यक्रम के लिए अपेक्षित पर्याप्त मानव संसाधनों को प्रशिक्षित करने के लिए मेडिकल कॉलेजों और जिला अस्पतालों में क्षमता का निर्माण करना है। इस संबंध में निम्नलिखित कदम उठाने की योजना है:

- देश में मॉडल केंद्रों के रूप में कार्य करने के लिए दो शारीरिक चिकित्सा और पुनर्वास (पीएमआर) विभाग उन्नयित और विकसित करना।
- 30 चिकित्सा कॉलेजों/अध्यापन संस्थाओं में पीएमआर विभाग स्थापित करना (कम से कम प्रत्येक राज्य में एक) और ऐसे प्रत्येक विभाग चिकित्सा पुनर्वास सेवाओं को विकसित करने के लिए जिलों, सीएचसी और पीएचसी अपनाएंगे
- द्वितीय और तृतीय स्तर की पुनर्वास सेवाएं प्रदान करने के लिए पर्याप्त संख्या में चिकित्सा और पुनर्वास कर्मचारियों को प्रशिक्षित करना।
- डिप्लोमा और स्नातकोत्तर स्तर विकलांगता निवारण, पता लगाना और प्रारंभिक रोकथाम के संबंध में प्रशिक्षण कार्यक्रम शुरू करना।
- चिकित्सा अस्पतालों में पुनर्वास सेवाएं प्रदान करना और आवासीय तथा सामुदायिक ढांचे में देखरेख रणनीति तैयार करना।

बहरेपन की रोकथाम और नियंत्रण

3.1.180 विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुमानों के अनुसार, भारत में 63 मिलियन कम सुनने वाले हैं, जिसमें 6.3% के रूप में अनुमानित व्याप्तता है। हमारी जनसंख्या का काफी बड़ा भाग श्रवण दोष की भी कम डिग्री से पीड़ित है, जिससे शारीरिक और आर्थिक दोनों उत्पादकताओं पर विपरीत प्रभाव पड़ता है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में उद्देश्य इस प्रकार होंगे: परिहार्य श्रवण क्षति से रोकथाम; श्रवण दोष के लिए जिम्मेदार स्थितियों की पहचान, निदान और उपचार के लिए पहचान; और सभी कम सुनने वालों का चिकीत्सीय रूप से पुनर्वास करना।

3.1.181 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान रणनीतियाँ निम्नलिखित होंगी:

- पुनर्वास सहित सेवा डिलीवरी को पुख्ता बनाना
- कामों की देखरेख के लिए मानव संसाधनों को विकसित करना
- नवीन आईसी रणनीतियों का प्रयोग करके आउटरीच गतिविधियों तथा सार्वजनिक जागरूकता को बढ़ाना
- कानो की देखभाल सेवाओं हेतु जिला अस्पतालों/सीएचसी/पीएचसी की संस्थागत क्षमता विकसित करना

पेशा संबंधी स्वास्थ्य

3.1.182 रसायनों, जैवीय एजेंटों, शारीरिक कारण और विपरीत कार्य दशाएं, एलजीन्सि, सुरक्षा जोखिम और मनोवैज्ञानिक कारण अक्सर सभी आयु के कार्य करने वाली जनसंख्या को पीड़ित करते हैं। लोग चोट, श्रवण शक्ति का ह्रास, श्वसन, मांसपेशीयों, ढांचागत, हृदयधमनीय, प्रजनन, न्यूरोरोक्सिण, त्वचा संबंधी और मनोवैज्ञानिक प्रभावों से भी पीड़ित होते हैं। ऐसे जोखिम अक्सर निवारण योग्य होते हैं। ऐसे प्रभावों से होने वाली बीमारी की पर्याप्त विशेषज्ञता के अभाव में उचित रूप से पहचान नहीं हो पाती है। अकुशल चिकित्सकों द्वारा ऐसी बीमारियों की पहचान न करने से चिकित्सा संसाधनों का अनावश्यक प्रयोग और अपने समय की भी बरबादी होती है। व्यवसाय संबंधी स्वास्थ्य से मुक्ति आज के प्रतिस्पर्धी विश्व में जरूरी है जहां कामगार की उत्पादकता उत्पाद और विकास का महत्वपूर्ण निर्धारक है।

3.1.183 व्यवसाय संबंधी स्वास्थ्य पहल के उद्देश्य ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में निम्नलिखित होंगे: सभी व्यवसायों में कामगारों के शारीरिक, मानसिक तथा समाजिक स्वास्थ्य को बढ़ावा और दुरुस्त रखना, पुरानी और नई प्रौद्योगिकियों जैसे सूचना और नैनो प्रौद्योगिकी के व्यवसायगत जोखिमों की पहचान करना और उनकी रोकथाम करना, रोकथाम के लिए क्षमता विकास अर्थात् व्यवसाय संबंधी बीमारी का प्रारंभिक स्तर पर पता लगाएं, प्रत्येक जिला मुख्यालय में एलआरएचएम के अंतर्गत

साधनों से पूर्ण हो तथा प्राथमिक, द्वितीयक तथा तृतीय रोकथाम को बढ़ावा देने में सक्षम हो, कृषि, स्वास्थ्य और अन्य नौकरी के मुख्य क्षेत्रों में कामगारों को उचित कार्यों में लगाने तथा कार्य मनुष्यों के अनुकूलन बनाने के लिए व्यावसायिक स्वास्थ्य सेवाएं स्थापित करनी चाहिए।

3.1.184 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना अवधि के दौरान व्यावसायगत स्वास्थ्य समस्याओं को कम करने हेतु निम्नलिखित रणनीतियां कार्यान्वित की जाएगी:

- चोटों सहित व्यावसायिक खराब स्वास्थ्य की लागत के संबंध में नीति निर्माताओं के बीच जागरूकता पैदा करना
- प्रौद्योगिकियों का प्रयोग सुनिश्चित करना जो कामगारों के स्वास्थ्य के प्रति जोखिमों से सुनिश्चित और मुक्त हो
- कर्मचारी और कामगार संगठनों को सुरक्षा के प्रति अपने अधिकारों के लिए तथा उनके जीवन में चोटों के प्रभावों के संबंध में सचेत करना
- विधान बनाना और व्यवसायगत खराब स्वास्थ्य की रोकथाम और निवारण के उचित प्रवर्तन को सुनिश्चित करना तथा उन्हें मुआवजा देना जो कार्य के कारण पता न लगने वाली बीमारियों से ग्रस्त हो जाते हैं
- व्यवसायगत बीमारी और चोटों का राष्ट्रीय बेस बनाना
- प्रदूषण निवारण और नियंत्रण संबंधी कार्यक्रमों तथा नीतियों की निगरानी और मूल्यांकन करना
- स्वास्थ्य क्षेत्र में व्यवसाय के दौरान लगने वाली चोटों और क्षमता निर्माण पर निगरानी और अनुसंधान करना जिसमें कार्य संबंधी बीमारियों और चोटों की रोकथाम में भाग लिया जा सके औपचारिक और अनौपचारिक क्षेत्रों में सभी कामगारों के लिए 'कोई दोष नहीं' बीमा योजना शुरू करना
- सुरक्षा विनियमों और मानकों को लागू करना औपचारिक एवं अनौपचारिक क्षेत्रों में सभी श्रमिकों के लिए त्रुटि-रहित बीमा योजना शुरू करना।

रक्त और रक्त उत्पाद

3.1.185 किसी भी स्वास्थ्य देखभाल डिलीवरी प्रणाली का सुसंगठित रक्त आधान सेवा एक महत्वपूर्ण घटक है। ट्रांसफ्यूजन से होने वाले संक्रमणों को दूर करने तथा लोगों को सुरक्षित और पर्याप्त रक्त ट्रांसफ्यूजन सेवा देने के लिए एक एकीकृत रक्त सुरक्षा नीति की आवश्यकता है।

3.1.186 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना अवधि के दौरान शुरू किए जाने वाले रक्त तथा रक्त उत्पादों के कार्यक्रमों के निम्नलिखित उद्देश्य होंगे:

- सुरक्षित और पर्याप्त मात्रा में रक्त, रक्त अवयव और रक्त उत्पाद प्रदान करने के प्रति सरकार की प्रतिबद्धता को जोरदार रूप से दोहराना।
- पूरे देश में रक्त ट्रांसफ्यूजन सेवाओं को विकसित और पुनर्गठित करने के लिए पर्याप्त संसाधन उपलब्ध करना।
- रक्त ट्रांसफ्यूजन सेवाएं चलाने के लिए नवीनतम प्रौद्योगिकी उपलब्ध करना और इसके कार्यकरण को अधतन तरीके से सुनिश्चित करना
- सुरक्षित रक्त की पर्याप्त उपलब्धता सुनिश्चित करने हेतु रक्त दानदाताओं की सूचना, शिक्षा, प्रेरणा एवं भर्ती हेतु गहन जागरूकता कार्यक्रम प्रारम्भ करना।
- रक्त तथा रक्त उत्पादों के उचित क्लिनिकल प्रयोग को प्रोत्साहित करना।
- ट्रांसफ्यूजन मेडीसिन और संबंधित तकनीक के क्षेत्र में अनुसंधान एवं विकास को प्रोत्साहित करना।
- रक्त ट्रांसफ्यूजन सेवाओं की निगरानी और मूल्यांकन के लिए पर्याप्त विनियामक और विधायी उपाय करना तथा रक्त कोषों में लाभ कमाने की स्थितिओं को समाप्त करने के लिए कदम उठाना।

प्रयोगिक परियोजनाएं

3.1.187 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, कुछ प्रायोगिक परियोजनाओं को शुरू किया जाएगा जिन्हें अनूतः सफलता और प्राप्त अनुभव के अधार पर बढ़ाया जाएगा और उनमें से अधिकांश को एनआरएचएम/एनयूएचएम के अंतर्गत रखा जाता है:-

- खेलकूद चिकित्सा
- बहरापन
- लेप्टोस्पाइरोसिस नियंत्रण
- मानव रैबीज का नियंत्रण
- अंगो का प्रत्यारोपण
- मुंह संबंधी स्वास्थ्य
- फ्लूरोसिस
- विकलांगता और चिकित्सीय पुनर्वास

राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केंद्र

3.1.188 राष्ट्रीय संचारी रोग संस्थान (एनआईएसडी) को राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केंद्र (एनसीडीसी) के रूप में सुदृढ़ करने की योजना बनाई है। राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केंद्र के शीर्ष के अंतर्गत दो मुख्य प्रभाग होंगे। एक प्रभाग संचारी रोगों पर निगरानी रखेगा और दूसरा नए संचारी रोग गतिविधियों के समन्वय पर ध्यान देगा। इसके लिए बजटीय प्रावधान कर दिया गया है।

स्वास्थ्य वित्त पोषण

स्वास्थ्य सेवाओं को वित्त प्रदान करना

3.1.189 भारत में स्वास्थ्य पर सरकार के व्यय का वर्तमान स्तर लगभग एक प्रतिशत है, जो कि अस्वीकार्य रूप से बहुत कम है। केंद्रीय और राज्य स्तर पर कुल व्यय में वृद्धि करने के प्रयास किए जाएंगे ताकि इसे ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के अंत तक कम से कम सकल घरेलू उत्पादन का 2% किया जा सके। यह नवीन स्वास्थ्य वित्तपोषण तंत्र के (बॉक्स-3.1.21) साथ होगा। सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में सेवा देने वालों को कोई प्रोत्साहन नहीं दिया जाता है जो कि गुणवत्ता, दक्षता को प्रभावित करता है और उन्हें गैर-सरकारी क्षेत्रों में जाने के लिए प्रेरित करता है। इसलिए सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में निष्पादन के लिए भुगतान वाली प्रोत्साहन योजना शुरू की जाएगी।

3.1.190 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में सरकारी निजी भागीदारी की विभिन्न व्यवस्थाएं देखने को मिलेंगी जिसके उदाहरण पहले से हैं। राज्य सरकारों गर्भवती महिलाओं के लिए पात्रता प्रणाली बना सकती है ताकि वे अपना प्रसव पेशेवर विशेषज्ञों से करवा सकें। यदि इसे उचित रूप से कार्यान्वित किया जाए तो यह उन्हें विकल्प प्रयोग करने तथा स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में प्रतिस्पर्धा सृजित करने के लिए शक्ति प्रदान करेगा। सुविनिर्दिष्ट और अप्रतिबंधित परियोजनाओं जैसे टीकाकरण को अनुबंध पर देने से जवाबदेही बढ़ाने में सहायता मिलेगी।

3.1.191 बीमारी के कारण ऋणग्रस्तता की समस्याओं को उचित और सावधानीपूर्वक संचालित स्वास्थ्य बीमा से संबंधित किया जा सकता है। समुदाय आधारित स्वास्थ्य बीमा (सीबीएचआई) एक अच्छा विचार है। विभिन्न राज्यों में विद्यमान अनुभव से पता चलता है कि जोखिम पूलिंग वाली पूर्व-भुगतान व्यवस्थाएं लोगों को गरीबी से सुरक्षित करने में प्रभावी हो सकती हैं। प्रीमियम में कुछ व्यक्तिगत अंशदान के साथ सरकारी सहायता के संबंध में सीबीएचआई की पहल का समर्थन किया जाएगा क्योंकि वे स्वास्थ्य देखरेख गुणवत्ता में सुधार लाएंगे और लोगों की जरूरत के अनुसार व्यवस्था का विस्तार करेंगे। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में हम सार्वजनिक प्रणाली और प्रत्यायित निजी प्रदाताओं के माध्यम से जोखिम पूलिंग पैकेजों जैसे प्रस्तावों पर विचार करेंगे। यह ऐसा क्षेत्र है जहां अनेक अनुभवों को यह जानने के लिए प्रोत्साहित किए जाने की जरूरत है कि लोगों के लिए क्या सर्वोत्तम हो सकता है।

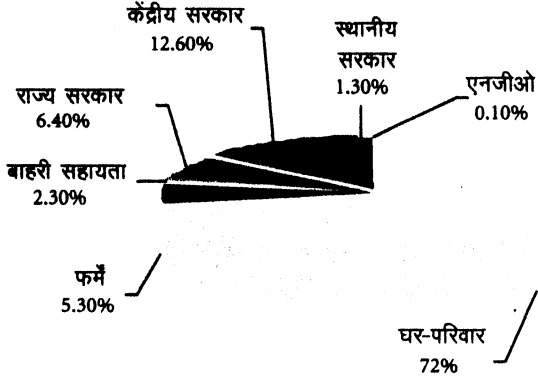
स्वास्थ्य संबंधी व्यय

3.1.192 भारत में स्वास्थ्य संबंधी व्यय सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) के 4.5-6% तक होने का अनुमान है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा (एनएचए) के 2001-02 के लिए परिणामों (चित्र: 3.1.15) से पता चलता है कि देश में कुल स्वास्थ्य संबंधी व्यय 1,05,734 करोड़ रूपए था जो इसके जीडीपी का 4.6% है। इसमें से सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय 21,439 करोड़ रूपए (0.94%), निजी स्वास्थ्य व्यय 81,810 करोड़ रूपए (3.58%) और सहायता 2,485 करोड़ रूपए (0.11%) थी।

बॉक्स 3.1.21

कुछ नवीन वित्तीय प्रक्रिया

- केरल :** कोझिकोड में जोखिम पूल, व्यावसायिक समूह, स्व-सहायता समूह या सूक्ष्म क्रेडिट समूह, बुनकर, मछवारे, कृषक, कृषि श्रमिक और अन्य अनौपचारिक समूह के आस-पास गठित किया गया है लगभग 90% जनसंख्या किसी न किसी नेटवर्क के अंतर्गत शामिल हैं।
- उत्तर प्रदेश :** प्रजनन और बाल स्वास्थ्य सेवाओं के लिए वाउचर स्कीम गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों हेतु आगरा के 7 ब्लॉकों में शुरू की गई है। यह योजना मार्च, 2007 में शुरू की गई थी और इसका वित्तपोषण परिवार कल्याण सेवा एजेंसी में राज्य अविष्कार (एसआईएफपीएसए) द्वारा किया जा रहा है।
- झारखंड :** संस्थानों में प्रसव और सामान्य टीकाकरण को बढ़ावा देने के लिए, दिसंबर 2005 में सभी 22 जिलों में वाउचर योजना शुरू की गई थी। वाउचर बीपीएल गर्भवती महिलाओं को गर्भवती होने पर पंजीकरण के समय जारी किए जाते हैं। वह किसी सरकारी सुविधा गृह या किसी मान्यता प्राप्त गैर-सरकारी स्वास्थ्य प्रदाता सुविधा गृह में प्रसव कराने की हकदार होती है।
- हरियाणा :** विकल्प - गरीबों के लिए सरकारी निजी भागीदारी तथा जोखिम पूलिंग के माध्यम से राज्य स्वास्थ्य विभाग की प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं और निजी प्रदाताओं के पैकेज के लिए कैपिटेशन।
- कर्नाटक :** यशस्विनी सहकारी स्वास्थ्य देखभाल स्कीम एक स्वास्थ्य बीमा योजना है जिसका लक्ष्य गरीबों को लाभ प्रदान करना है। यह स्कीम बंगलौर के नारायण हृदयालय, एक अति विशेषज्ञता पूर्ण हृदयरोग अस्पताल तथा कर्नाटक सरकार के सहकारिता विभाग द्वारा शुरू की गई थी। सभी वे कृषक जो कम से कम एक वर्ष के लिए सहकारी सोसाइटी के सदस्य रहे हो इसमें भाग लेने के लिए पात्र होते हैं, चाहे उनकी चिकित्सा इतिवृत्ति कुछ भी रहा हो। यह स्कीम सभी प्रमुख शल्यचिकित्साओं के लिए कवरेज प्रदान करता है।



स्रोत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा सेल, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय (भारत सरकार), 2005

चित्र: 3.1.15 भारत में 2001-02 में स्वास्थ्य परिचर्या वित्त पोषण के स्रोत

3.1.193 2001-02 के दौरान निजी स्वास्थ्य व्यय में से घरों का आउट ऑफ पॉकेट स्वास्थ्य व्यय 76094 करोड़ रूपए था जो कि भारत में हुए कुल स्वास्थ्य व्यय का 72 प्रतिशत है। इसमें घर में किसी सदस्य की बीमारी के इलाज में घरों द्वारा दिया गया आउट ऑफ पॉकेट भुगतान भी और व्यक्तियों द्वारा स्वयं या परिवार के सदस्यों को स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में नामांकन हेतु दिया गया बीमा प्रीमियम भी है। यह आंकड़ा दर्शाता है कि अधिकतर व्यय (87.7%) उपचारात्मक देखरेख में जाता है।

3.1.194 अध्ययनों से पता चलता है कि ग्रामीण और शहरी दोनों क्षेत्रों में गरीब और अल्पसुविधा प्राप्त के लोग सामान्य श्रेणी के लोगों की तुलना में अपनी आय का अधिक भाग स्वास्थ्य देखरेख में खर्च करते हैं। उपचार का भार उन पर तब अधिक होता है जब रोगी की देखरेख अस्पताल में होती है। (एनएसएसओ 60वां दौर)। अक्सर उन्हें चिकित्सा और अन्य घरेलू उपभोग की जरूरतों को पूरा करने के लिए बहुत ऊंची ब्याज दरों पर उधार लेना पड़ता है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना अस्पताल में भर्ती करने के व्यय, विशेषकर उनके लिए, जो वहन नहीं कर सकते हैं, जनसंख्या के सार्वभौमिक कवरेज देने हेतु उपाय तलाश करेंगी।

केंद्र और राज्यों द्वारा स्वास्थ्य वित्तपोषण में रुझान

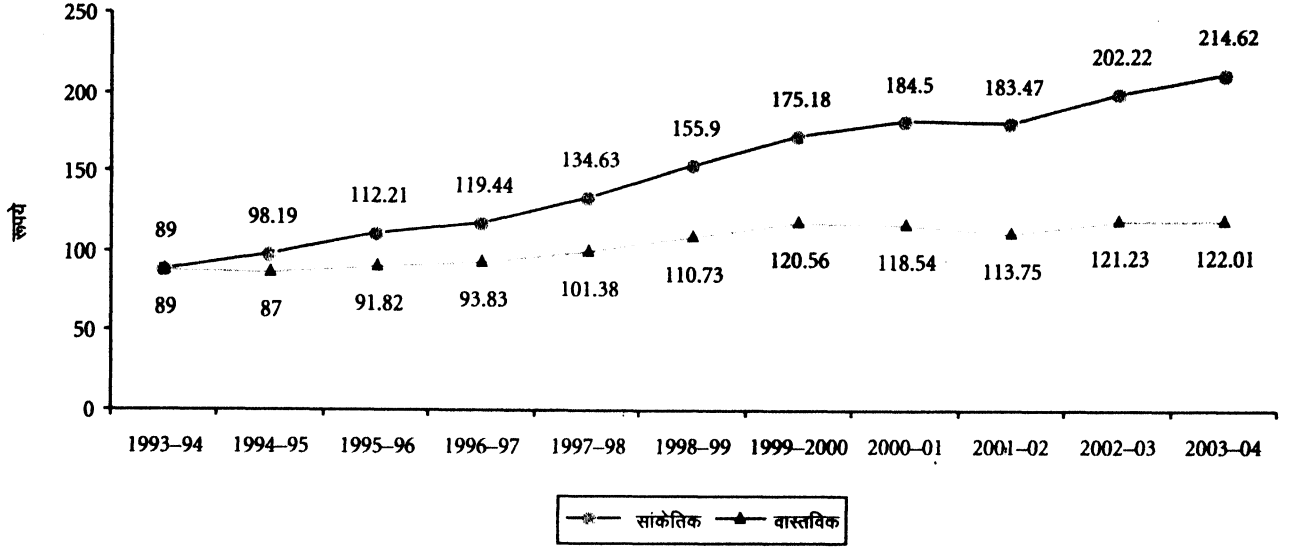
3.1.195 गत दशक में स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए वित्तीय आवंटन इंगित करता है कि स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय (केंद्र और राज्य सरकारों द्वारा), कुल सरकारी व्यय के प्रतिशत के रूप में 1992-93 में 3.12% से थोड़ा गिरकर 2003-04 में 2.99% हो गया है। इसी तरह स्वास्थ्य पर समेकित व्यय जीडीपी के प्रतिशत के रूप में 1992-93 में सकल घरेलू उत्पाद के 1.01%

से गिरकर 2003-04 में 0.99% हुआ। साधारण रूप से प्रति व्यक्ति सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय 1993-94 में 89 रू. से बढ़ाकर 2003-04 में 214 रू. कर दिया गया जो वास्तविक अर्थों में 122 रू. हुआ (चित्र 3.1.16)

3.1.196 स्वास्थ्य देखरेख प्राथमिक रूप से राज्य सरकारों द्वारा वित्त पोषित होती है और स्वास्थ्य पर राज्य आवंटन उन्हें पेश आ रहे किसी वित्तीय संकट द्वारा प्रभावित होता है। इस क्षेत्र को हमेशा कम निधियां मिलने के अलावा, इसमें कई स्तरों पर अदक्षता के उदाहरण बहुत मिलते हैं जिससे दुर्लभ संसाधनों की बर्बादी होती है, उनमें पुनरावृत्ति होती है तथा अधिकतम प्रयोग नहीं होता है। इन सभी कारकों का लोगों को स्वास्थ्य देखरेख सेवाएं प्रदान करने में सार्वजनिक स्वास्थ्य के क्षेत्र की योग्यता पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है।

3.1.197 केंद्रीय सरकार द्वारा राज्यों को जारी की जाने वाली निधियों के अनुपात में भी धीरे धीरे कमी आई जबकि राज्य अपने आप में वित्तीय कमी झेल रहे थे। इससे सरकारी अस्पतालों में पूंजी निवेश में भारी कमी आई, निवारक और प्रोत्साहन देखरेख को कम प्राथमिकता मिली और राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के तहत आवंटनों में अकार्यकुशलता आई। वित्तीय व्यवस्था तब समान रूप से बेकार हो जाती है जब निधियों को पांच वर्ष के चक्र में जारी किया जाता है, विभिन्न और जटिल बजट शीर्षों - राजस्व, पूंजीगत इत्यादि में बांटा जाता है जिससे किसी स्वास्थ्य आपातस्थिति के प्रति कार्य करने की कम गुंजाइश होती है। इन मुद्दों को हल करने के लिए, सरकार ने एनआरएचएम के तहत अनेक कदम उठाए हैं जैसे जिला स्वास्थ्य कार्य योजना, राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा प्रणाली, सभी स्तरों पर प्रबंधन क्षमता, उन्नत वित्तीय प्रबंधन और सघन अन्वीक्षण।

3.1.198 यह अनुमान है कि लक्ष्य के स्तर को पूरा करने के लिए कुल योजना व्यय ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना अवधि के पहले 3 वर्षों के दौरान वार्षिक रूप से 29.7 प्रतिशत बढ़ने की जरूरत होगी, इसमें 30.2 प्रतिशत हिस्सा केंद्र और 29.2 प्रतिशत राज्यों का होगा। इसके परिणामस्वरूप, 2009-10 में केंद्र और राज्यों का कुल स्वास्थ्य व्यय क्रमशः जीडीपी के 0.55 प्रतिशत और 0.85 प्रतिशत बढ़ेगा। योजना के अंतिम 2 वर्षों में कुल योजना का वार्षिक रूप से लगभग 48 प्रतिशत बढ़ाने की जरूरत होगी। इससे 2011-12 में कुल स्वास्थ्य व्यय केंद्र द्वारा जीडीपी का 0.87 प्रतिशत और राज्यों द्वारा 1.13 प्रतिशत होगा। इसलिए ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना अवधि में जबकि केंद्र सरकार स्वास्थ्य के लिए संसाधनों को बढ़ाने के लिए पूरा प्रयास करेगी, राज्यों को स्वास्थ्य देखरेख के व्यय में कम से कम 7-8 प्रतिशत देने के लिए मनाया जाएगा।



स्रोत: राष्ट्रीय बृहतअर्थशास्त्र और स्वास्थ्य आयोग, 2005

चित्र 3.1.16 केंद्र और राज्यों द्वारा प्रतिव्यक्ति स्वास्थ्य व्यय की वृद्धि - सांकेतिक और वास्तविक (1994 - 2004)

3.1.199 योजना अवधि के दौरान प्रत्येक राज्य का उद्देश्य प्रदाताओं के बीच प्रतिस्पर्धा बढ़ाना होगा, उपभोक्ताओं को विकल्प सृजित करना तथा निर्वाचित स्थानीय निकायों और पंचायतों के माध्यम से पर्यवेक्षण सुनिश्चित करना होगा, राज्य सरकारें सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों को अन्य सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्थाओं जैसे पेय जल, सफाई, पोषाहार, प्राथमिक शिक्षा, सड़क और संपर्क पर ध्यान केंद्रित करेंगी। राज्य सरकारों को बेहतर वित्तीय प्रबंधन और प्राथमिकताओं को पुनः निर्धारित करके इन क्षेत्रों के लिए अधिक संसाधन आवंटित करने के लिए तैयार किया जाएगा।

परिव्यय की तुलना में परिणामों का अन्वीक्षण

3.1.200 विभिन्न स्तरों (अर्थात् प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक) तथा रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के लिए निधियों का आवंटन बदलता रहता है। जिस तरह से संसाधनों को आवंटित किया जा रहा है, उसके खर्च और परिणामों में व्यापक विषमता है। इसलिए स्वास्थ्य परिव्यय के बजाए स्वास्थ्य परिणामों पर ध्यान देना आवश्यक है, जिसमें लिंग, श्रेणी, जाति, इत्यादि के संबंध में अलग-अलग जांच विभिन्न समूहों पर उनके प्रभाव का आंकलन किया जा सके। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, उत्पादन और परिणामों के लिए मानक और संकेतको को विकसित किया जाएगा ताकि सरकार और अन्य एजेंसियां केंद्र तथा राज्यों द्वारा खर्च किए गए स्वास्थ्य परिव्ययों के प्रभाव का मूल्यांकन कर सकें तथा आवंटन

को तदनुसार समायोजित किया जा सके। राज्यों द्वारा स्त्री-पुरुषों के स्वास्थ्य देखरेख के संबंध में अलग-अलग बजट बनाने की परिपाटी आवश्यक होगी।

ब्लॉक बजटिंग

3.1.201 उपलब्ध सर्वेक्षणों और अध्ययनों से प्राप्त आंकड़ों से पता चलता है कि अमीर और गरीब, शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों, तथा देश के विभिन्न क्षेत्रों के बीच स्वास्थ्य सुविधाओं की सुलभता में बहुत असमानता है। वर्तमान में सार्वजनिक निधियों का आवंटन भी बहुत असमान है, जिसके अंतर्गत शहरी क्षेत्रों को ग्रामीण क्षेत्रों के मुकाबले प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य संसाधन अधिक प्राप्त हो रहे हैं, तथा कतिपय राज्यों (बिहार, उत्तरप्रदेश, मध्यप्रदेश, उड़ीसा, छत्तीसगढ़ और झारखंड) के पास अन्य राज्यों (हिमाचल प्रदेश, पंजाब, गोवा, दिल्ली, मिजोरम) के मुकाबले आधे से भी कम प्रति व्यक्ति सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय है।

3.1.202 इस स्थिति का समाधान करने के लिए एक उपाय 'समान आवश्यकता के लिए समान संसाधन' और अधिक आवश्यकता के अधिक संसाधन के समानता के सिद्धांत को अपनाना है। इस दृष्टिकोण से ब्लॉक बजटिंग की व्यवस्था बनाना संभव है जिसमें शहरी अथवा ग्रामीण क्षेत्रों में रह रहे लोगों, चाहे देश में वह राज्य विकसित हो या कम विकसित, को सार्वजनिक स्वास्थ्य संसाधन समान मिलेंगे जिससे सार्वजनिक स्वास्थ्य आवंटन में विद्यमान

असमानता को दूर किया जा सकेगा। इसमें विशेष जरूरतों (महिला, बच्चों, आदिवासी और अन्य अल्प सुविधा प्राप्त वर्गों)की पहचान करने की जरूरत होगी, जिससे इन समूहों को सेवाए प्रदान करने के लिए अतिरिक्त संसाधन मिलने चाहिए। इस योजना के दौरान ब्लॉक बजटिंग चुनिंदा जिलों में प्रायोगिक रूप से शुरू की जाएगी।

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के लिए स्कीमें और परिव्यय 3.1.203 स्वास्थ्य क्षेत्र में वांछित परिणाम प्राप्त करने के लिए ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना (2007-2012) के दौरान स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के लिए परिव्यय में पर्याप्त वृद्धि निमित्त की गई है। ग्यारहवीं योजना के लिए अनुमानित जीबीएस 1,20,374.00 करोड़ रु. (2006-07 के मूल्यों पर) और 1,36,147.00 करोड़ रु. (वर्तमान मूल्यों पर) है। यह बढ़ाया गया परिव्यय दसवीं योजना के लिए प्रारंभिक परिव्यय (36,378.00 करोड़ रु.) से लगभग चार गुना अधिक है। इस राशि का अधिकतर हिस्सा अर्थात् 89,478.00 करोड़ रु. (65.72%) एनआरएचएम, भारत सरकार के फ्लैगशिप के लिए है। 625 करोड़ रु. की दूसरी राशि 'आयुष' विभाग द्वारा अंशदान की जानी है जिससे ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान एनआरएचएम के लिए कुल 90,103 करोड़ रु. की जा सके। अन्य चालू योजनाओं के लिए कुल 23,995.05 करोड़ रु. निर्धारित किए गए हैं। नयी पहलुओं के लिए 20,846.95 करोड़ रु. तथा पर्यवेक्षण समिति के लिए 1,827.00 करोड़ रु. निर्धारित किए गए हैं।

3.1.204 संलग्नक 3.1.8 में 2006-07 के दौरान चालू योजनाएं जिन्हें ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान चालू रखा जाएगा, दर्शायी गयी है, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के परिव्ययों को खंड 3 के परिशिष्ट में दिया गया है।

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना का एजेंडा

3.1.205 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान विशेष ध्यान दिए जाने वाले क्षेत्रों को नीचे संक्षेप में दिया गया है:

- स्वास्थ्य समानता में सुधार करना
 - राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम)
 - राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएलएम)
- रोग केंद्रिक दृष्टिकोण के बजाए व्यवस्था केंद्रिक दृष्टिकोण अपनाना
 - आधारभूत संरचना तथा सार्वजनिक गैर-सरकारी साझेदारी के माध्यम से स्वास्थ्य प्रणाली को सुदृढ़ करना

- सभी कार्यक्रमों को शामिल करना और विभिन्न कार्यक्रमों के तहत जिला स्तर से नीचे उर्धवाकार ढांचे की अनुमति नहीं देना।
- जीवित रखने में वृद्धि करना
 - मातृ मृत्युदर कम करना तथा महिलाओं के प्रति सहानुभूतिपूर्ण स्वास्थ्य देखरेख के माध्यम से बच्चों के लिंग अनुपात में सुधार करना
 - गृह आधारित प्रसव पूर्व देखरेख (एनबीएनसी) तथा एकीकृत प्रसव पूर्व और बाल रूग्णता प्रबंधन के माध्यम से शिशु और बाल मृत्युदर को कम करना
- स्थानीय स्वास्थ्य समस्याओं के निराकरण के लिए स्थानीय उद्यम का पूरा लाभ उठाना
 - स्वास्थ्य प्रणाली में आयुष शामिल करना
 - पंजीकृत चिकित्सा पेशेवर व्यक्तियों की भूमिका बढ़ाना
 - कुशल जन्म परिचारिका (एसबीए) बनाने के लिए परंपरागत जन्म परिचारिकों (टीबीए) को प्रशिक्षण देना
 - कम लागत तथा स्वदेशी प्रौद्योगिकी का प्रसार करना
- स्वास्थ्य पर व्यय के कारण ऋणग्रस्तता को रोकना/गरीबों की स्वास्थ्य व्यय से रक्षा करना
 - स्वास्थ्य बीमा के लिए तंत्र सृजित करना
 - असंगठित क्षेत्र के लिए स्वास्थ्य बीमा योजना
- शासन का विकेंद्रीकरण करना
 - पीआरआई, एजीओ और सिविल सोसाइटी की भूमिका बढ़ाना
 - विभिन्न स्तरों पर स्वास्थ्य समितियों को सृजित करना और उन्हें अधिकार देना
- ई-स्वास्थ्य स्थापित करना
 - शासन के लिए सूचना प्रौद्योगिकी के अनुकूल बनना
 - ई-सक्षम स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली स्थापित करना
 - टेलिमेडिसिन की भूमिका में वृद्धि
- आवश्यक और गुणकारी स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच और उपयोग में सुधार करना
 - स्वास्थ्य देखरेख सुविधाओं के लिए लोचपूर्ण मानकों को कार्यान्वित करना (जनसंख्या, दूरी और क्षेत्र स्थिति के आधार पर)
 - आपातकालीन प्रसव संबंधी देखरेख के लिए यात्रा समय कम करके 2 घंटे तक लाना
 - सभी स्तरों पर स्वास्थ्य देखरेख संस्थानों के लिए भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा मानकों को कार्यान्वित करना

- निजी स्वास्थ्य देखरेख सुविधाओं और प्रदाताओं को मान्यता देना
- अस्पतालों/संस्थानों को पुनः विकसित करना
- एम्स जैसे उत्कृष्ट केंद्रों की तर्ज पर केंद्र बनाना
- स्वास्थ्य मानव संसाधनों पर फोकस बढ़ाना
 - चिकित्सा, अर्धचिकित्सा, नर्सिंग, और दंत चिकित्सा शिक्षा और उपलब्धता में वृद्धि करना
 - आयुष संबंधी शिक्षा और उपयोग को प्रारम्भ करना
 - चिकित्सा में लाइसेंस पाठ्यक्रम पुनः शुरू करना
 - भारत को स्वास्थ्य देखरेख और संगत पर्यटन का केंद्र बनाना
- असम्मिलित/उपेक्षित क्षेत्रों पर विशेष ध्यान देना
 - वृद्ध व्यक्तियों का ध्यान रखना
 - अपंगता को कम करना तथा अपंग लोगों को मुख्य धारा में जोड़ना
 - मानसिक स्वास्थ्य मानवोचित प्रबंध करवाना
 - मौखिक स्वास्थ्य सेवाएं प्रबंध करवाना
- बीमारी कम करने में प्रयास बढ़ाना
 - मुख्य बीमारी का विपरीत झुकाव
 - नया उपक्रम लॉच करना (जलांतक, फ्लूरोसिस, लेप्टोसपिरोसिस)
- स्वास्थ्य प्रणाली और जीव चिकित्सा अनुसंधान पर ध्यान केंद्रित करना
 - अपने देश की विशिष्ट परिस्थितियों पर ध्यान केंद्रित करना
 - उत्तरदायी अनुसंधान का निर्माण
 - स्वास्थ्य सुधारने के लिए अनुसंधान अनुप्रयोग में बदलना
 - जोखिम भरे व्यवहार, स्वास्थ्य व्यवहार और स्वास्थ्य देखभाल योजना, व्यवहार की सामाजिक दृढ़ता समझना

3.2 आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी (आयुष)

प्रस्तावना

3.2.1 स्वास्थ्य देखरेख की समग्र प्रणाली में विशेषकर पुरानी जीवनशैली से संबंधित गैर-संचारी और दैहिक रोगों के निवारण तथा प्रबंधन में लोग फिर से रुचि लेने लगे हैं। स्वास्थ्य क्षेत्र में आए रुख इस बात का संकेत देते हैं कि ऐसी कोई भी एकल स्वास्थ्य देखरेख प्रणाली नहीं है जो समाज की सभी स्वास्थ्य जरूरतों को सुलझा सके। समेकित चिकित्सा के क्षेत्र में भारत विश्व में अग्रणी हो सकता है क्योंकि पाश्चात्य बायो-मेडिकल विज्ञान में इसकी गहरी जड़ें हैं और स्वयं इसकी अत्यंत समृद्ध और प्रभावी स्वदेशी चिकित्सा विरासत है।

आयुष के लिए दृष्टि

3.2.2 घरेलू और वैश्विक दोनों तरह से आयुष के व्यापक प्रयोग के लिए प्रयोजनीय नीतिगत हस्तक्षेप द्वारा आयुष को मुख्यधारा में लाना। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के मुख्य क्षेत्र है: व्यावसायिक शिक्षा, नीतिगत अनुसंधान कार्यक्रम, उत्तम चिकित्सीय प्रैक्टिस को बढ़ावा उद्योग में प्रौद्योगिकी उत्थान, अंतर्राष्ट्रीय स्वीकृत औषध मानक की स्थापना करना, औषधीय पौधों, जीव-जंतु, धातु और खनिज का संरक्षण करना, राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम में आयुष के मानवीय संसाधनों का आयुष की स्वास्थ्य देखरेख को सुगम, स्वीकार्य, साध्य और गुणवत्ता पूर्ण पहुंच को बढ़ावा देने के उद्देश्य के साथ प्रयोग करना।

वर्तमान परिदृश्य और चुनौतियां

3.2.3 दसवीं योजना के दौरान, इस विभाग ने आयुष शैक्षिक उत्थान, औषधीय गुणवत्ता के नियंत्रण और मानकीकरण, औषधीय पौध सामग्री की उपलब्धता और अनुसंधान तथा विकास एवं प्रणाली के राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय प्रभाव के बारे में जागृति पैदा करने पर जोर दिया गया। जनसंख्या की अधूरी जरूरतों सहित आयुष की श्रेष्ठ उपयोगिता के उद्देश्य से 2006-07 में एनआरएचएम के अंतर्गत आयुष को मुख्यधारा में लाने के लिए कदम उठाए गए।

आयुष के अंतर्गत, स्वास्थ्य सेवाएं

3.2.4 आयुष क्षेत्रक ने समूचे देश में 3203 अस्तपताल और 21,351 डिस्पेंसरियों के नेटवर्क को सहायता दी। इस नेटवर्क द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य सेवाओं में प्राथमिक स्वास्थ्य देखरेख पर अधिकांश ध्यान केंद्रित किया गया। इस क्षेत्र की उपस्थिति दूसरे और तीसरे दर्जे के स्वास्थ्य देखरेख में न्यूनतम रहती है। निजी और गैर-लाभकारी क्षेत्र में, मरीजों की देखरेख और पंचकर्म में विशिष्ट थैरेपी के लिए, आयुष के कई हजार क्लिनिक और लगभग 250 अस्पताल और नर्सिंग होम हैं।

3.2.5 क्लिनिकों और नर्सिंग होम में कई संचारी और गैर-संचारी रोगों के सफल प्रबंधन में आयुष की भूमिका की उपाख्यान रिपोर्ट है। फिर भी, बड़े राष्ट्रीय कार्यक्रम के संचारी और गैर-संचारी रोगों के प्रबंधन में आयुष योगदान के लिए कोई मैक्रो-डेटा उपलब्ध नहीं है। आयुष के अंतर्गत औषधालय और डिस्पेंसरियों की पद्धति और राज्य के अनुसार विवरण, संलग्नक 3.2.1 और 3.2.2 में दिया गया है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में सबसे बड़ी चुनौती प्रतिष्ठित चिकित्सीय केंद्रों को पहचानने और इनकी सुविधा वाया पीपीपी योजनाओं के क्रमोन्नयन में सहायता देने की है ताकि देश आयुष के शक्तिशाली क्षेत्रों में विशिष्ट स्वास्थ्य सेवा

देने के लिए उच्च गुणवत्ता क्लिनिकल सुविधाओं के राष्ट्रीय नेटवर्क को मजबूत कर सके।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत आयुष

3.2.6 मुख्य स्वास्थ्य सेवा प्रणाली की तुलना में डायग्नोसिस, दवा जरूरतों और इलाजों की भिन्न योजनाएं होने के बावजूद भी दसवीं योजना के दौरान एनआरएचएम में आयुष को जोड़ने के आरंभिक प्रयासों की शुरुआत हुई थी। **राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन** अंतर्गत आयुष हस्तक्षेप बॉक्स (3.2.1) में दर्शाए गए हैं। यह मूल्यांकन करना जल्दबाजी होगी कि एनआरएचएम में आयुष द्वारा हस्तक्षेप के महत्वपूर्ण स्वास्थ्य प्रभाव हुए हैं। आयुष को एनआरएचएम में जोड़ने से एनआरएचएम की गुणवत्ता और पहुंच दोनों में वृद्धि की संभावना है, विशेषतया इस क्षेत्र (तालिका 3.2.1) में अधिक संख्या में प्रैक्टिशनों की उपलब्धता के साथ। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में नीतिगत पायलट कार्यान्वयन अनुसंधान परियोजनाओं द्वारा एकीकरण के व्यावहारिक माडल्स के विकास की सहायता के लिए शामिल करना जरूरी प्रतीत होता है।

बॉक्स 3.2.1

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत आयुष हस्तक्षेप

- विभिन्न राज्यों की 3528 पीएचसी में आयुष औषधालयों का सह-स्थान।
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली में अनुबंध आधार पर 452 आयुष डॉक्टरों और पैरामेडिक्स (फार्मासिस्ट्स) की नियुक्ति।
- 'आशा' के प्रशिक्षण में आयुष मोड्यूलस का सम्मिलन।
- गर्भावस्था के दौरान रक्त अल्पता के प्रबंधन के लिए आशा किट में 'पुनरनवाडि मंडूर' का सम्मिलन।
- आरसीएच कार्यक्रम में सात आयुर्वेदिक और पांच यूनानी औषधियों का सम्मिलन।
- केन्द्र द्वारा प्रायोजित योजनाओं के द्वारा सहायता प्राप्त जिला अस्पतालों में विशिष्ट क्लिनिकल, विशिष्ट धैरेपी केंद्र और आयुष प्रभाग की स्थापना।

तालिका 3.2.1

आयुष के अंतर्गत पंजीकृत मेडिकल (प्रैक्टिशनरस)

प्रणाली	प्रैक्टिशनरों की संख्या
आयुर्वेद	4,53,661
यूनानी	46,558
सिद्ध	6,381
प्राकृतिक चिकित्सा	888
होम्योपैथी	2,17,850
कुल	7,25,383

स्रोत : आयुष विभाग, 01 जनवरी, 2007, यथाविधि

आयुष में मानव संसाधन विकास

3.2.7 भारत में कुल 485 सरकारी और गैर-सरकारी आयुष शैक्षिक संस्थान हैं (सारणी 3.2.2)। आयुर्वेद, सिद्ध और यूनानी शिक्षा के न्यूनतम मानक के लिए (भारतीय औषध की केंद्रीय परिषद) (सीसीआईएम) के स्नातकाधीन और स्नातकोत्तर विनियमन हैं। शैक्षिक संस्थानों को विनियमों में विनिर्दिष्ट इंफ्रास्ट्रक्चर, आवश्यक बिस्तरों के साथ अस्पताल, शिक्षण एवं गैर-शिक्षण कर्मी, हॉस्टल, लाइब्रेरी प्रदान करना जरूरी है। बहुत बड़े शैक्षिक इंफ्रास्ट्रक्चर के बावजूद, ज्यादातर संस्थान सीसीआईएम द्वारा बनाए गए प्रमाणित मानकों को पूरा नहीं करते हैं। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में मुख्य चुनौती स्नातकाधीन एवं स्नातकोत्तर शिक्षा में सुधार आरंभ करना है जो आयुष शिक्षा को अधिक समकालीन बना सकता है और सरकारी एवं गैर-सरकारी क्षेत्रक में उत्कृष्टता केंद्र को उदार सहायता प्रदान करना है। विनियामक संकायों के कार्यान्वयन में उपयुक्त विनियमों के अधिक सुधार और इन प्रणालियों में व्यावसायिक शिक्षा के विकास की जरूरत होती है। आयुष शिक्षकों के लिए जांच हेतु राष्ट्रीय शैक्षिक जांच संस्थान (एनईटी) और आयुष कॉलेजों को मान्यता व मूल्यांकन के लिए राष्ट्रीय मान्यता एवं मूल्यांकन परिषद (एनएएसी) की तरह ही मूल्यांकन और प्रत्यापन संस्थान के लिए पहल जरूरी है।

3.2.8 आज, व्यावहारिक रूप से आयुष पैरामेडिक्स जैसे नर्स, फार्मासिस्ट्स और पंचकर्म थैरेपिस्ट्स के प्रशिक्षण के लिए कोई औपचारिक मान्यताप्राप्त कार्यक्रम नहीं है।

3.2.9 सतत् चिकित्सा शिक्षा/पुनःअभिमुखीकरण और प्रशिक्षण कार्यक्रम दो उप-अवयवों सहित आरंभ किए गए (क) आयुष कर्मियों के लिए पुनःअभिमुखीकरण कार्यक्रम (ख) आयुष चिकित्सक/प्रैक्टिशनर्स के लिए लघुआवधिक सीएमई कार्यक्रम। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के लिए अधिक अवयवों सहित सीएमई के आधुनिकीकरण के लिए आईटी उपकरणों का प्रयोग शामिल करके कार्यक्रम को पुनर्गठित किया जा चुका है।

आयुष उद्योग

3.2.10 निर्माण इकाइयों का पद्धति अनुसार विवरण सारणी 3.2.3 में मुहैया कराया गया है। आयुष इंडस्ट्री का कारोबार लगभग रु. 8000 करोड़ से अधिक है। आयुष क्षेत्रक से 70 प्रतिशत भारतीय निर्यात में बड़े पैमाने पर कच्ची सामग्री है और प्रतिवर्ष अनुमानित मांग रु. 1000 करोड़ की सामग्री की है। शेष (लगभग 30 प्रतिशत) निर्यात तैयार उत्पादों का है जिसमें हर्बल जड़ी-बूटियां अर्क शामिल हैं। भारतीय निर्यात सहित पूर्ण उत्पाद वर्तमान में मूल्य वर्धित सूचना उत्पादों द्वारा अनुप्रमाणित दृष्टिकोण के बजाए

तालिका 3.2.2
शैक्षिक संस्थानों और उनकी दाखिला क्षमता का विवरण

	आयुर्वेद	योग	यूनानी	सिद्ध	होम्योपैथी	प्राकृतिक चिकित्सा	कुल
स्नातकाधीन कॉलेज	240	-	39	7	183	10	479
दाखिला क्षमता	11225	-	1750	350	13425	385	27135
स्नातकोत्तर कोर्स वाले कॉलेज	62	-	7	3	33	-	105
दाखिला क्षमता	991	-	67	110	1084	-	2252
विशिष्ट स्नातकोत्तर संस्थान	2	-	1	1	2	-	6
दाखिला क्षमता	40	-	28	30	99	-	197
कुल संस्थान	242	-	40	8	185	10	485

स्रोत : आयुष विभाग, 01 जन. 2007, यथा विधि

कारोबारी दृष्टिकोण से प्रेरित हैं। इंडस्ट्री के लिए मुख्य चुनौती अपनी वैश्विक छवि को कच्ची सामग्री के आपूर्तिकर्ता से ज्ञान उत्पाद इंडस्ट्री के रूप में रूपांतरित करना है। यह रूपांतरण, प्रतिष्ठित अंतर्राष्ट्रीय संस्थान के साथ सहायक अनुसंधान एवं गुणवत्ता नियंत्रण सहित प्रक्रियात्मक तकनीक के उन्नयन, आरएंडडी में अधिक निवेश की आवश्यकता होगी। यह गुणवत्ता की वैश्विक जरूरतों और सुरक्षित प्राकृतिक औषधिय उत्पादों को पूरा करने के लिए आयुष, सीएसआईआर, आईसीएमआर, निजी क्षेत्रक अनुसंधान एवं विकास, एनजीओ और वाणिज्य मंत्रालय के बीच अंतर-क्षेत्रक सहकारिता के लिए भी प्रोत्साहित करेगा। इस दिशा में इंडस्ट्री को तकनीकी और वित्तीय सहयोग हमारे निर्यातों के सुधार में काफी सहायक हो सकता है।

सारणी 3.2.3

% निर्माण इकाई का पद्धतिवार अनुसार विवरण

पद्धति	निर्माण इकाई	
	संख्याएं	अनुपात
आयुर्वेद	7621	85.68
यूनानी	321	3.61
सिद्ध	325	3.65
होम्योपैथी	628	7.06
कुल	8895	100.00

स्रोत: आयुष विभाग, अप्रैल 2007, यथाविधि

आ.सि.यू. एवं हौ औषधियों का मानकीकरण और

गुणवत्ता नियंत्रण

3.2.11 आयुर्वेद, सिद्ध, यूनानी और होम्योपैथी औषधियों की तैयारी हेतु एक समान मानक तय करने और यौगिक निर्माण

सूत्र के साथ एकल औषधि के लिए प्रमाणित मानकों का प्रयोग हो इसके लिए आधिकारिक नियम-संहिता/भेषज तैयार करने के लिए चार विभिन्न भेषज समितियां कार्य कर रही हैं। इन समितियों द्वारा लगभग 40 प्रतिशत कच्ची सामग्री के मानक और लगभग 15 प्रतिशत के निर्माण सूत्र प्रकाशित हो चुके हैं। औषध नियंत्रण सेल (आयुष) आयुर्वेदिक, यूनानी और सिद्ध औषधियों के लाइसेंस और विनियामक विषयों से निपटने हेतु आयुष के लिए कार्य कर रहा है। केंद्रीय औषधि प्राधिकरण को लाइसेंसिंग और औषधि एवं कॉस्मेटिक्स अधिनियम के प्रावधानों को लागू करने के लिए और आयुष औषधियों की गुणवत्ता तथा सुरक्षा सुनिश्चित करने में एक लंबा रास्ता तय करना होगा। आयुष विभाग विभिन्न प्रद्वतियों की भेषज समितियों को अंशधारकों के उपयुक्त प्रदर्शन सहित आधुनिक भेषज समितियों में रूपांतरित करने और आयुर्वेद, सिद्ध और यूनानी औषधियों के लिए अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर स्वीकार्य भेषज मानकों और गुणवत्ता कसौटी की तर्ज पर मानक विकसित करने का प्रयास करती है।

अनुसंधान गतिविधियां

3.2.12 केन्द्रीय आयुर्वेद एवं सिद्ध अनुसंधान परिषद् (सीसीआरएएस) केन्द्रीय यूनानी चिकित्सा अनुसंधान परिषद् (सीसीआरयूएम) केन्द्रीय होम्योपैथी अनुसंधान परिषद् योग एवं प्राकृतिक चिकित्सा अनुसंधान परिषद् (सीसीवाईएन) स्थापित कर चुकी है। इन परिषदों ने विभिन्न अनुसंधान गतिविधियों को अंजाम दिया है। अन्य सरकारी विभाग जैसे आईसीएमआर, सीएसआईआर, डीएसटी, डीबीटी और आईसीएआर के भी अनुसंधान केंद्र हैं जो आयुष के विशिष्ट पहलुओं से संबंधित कार्यक्रमों पर केंद्रित हैं। आयुष विभाग मान्यताप्राप्त वैज्ञानिक एवं चिकित्सा संस्थान के सहयोग से परियोजना आधारित एक कक्षेतर अनुसंधान अध्ययन का भी संचालन करता है।

3.2.13 आयुष क्षेत्रक में अनुसंधान के सामाजिक रूप से महत्वपूर्ण नतीजों में से एक औषधियों की विभिन्न प्रद्धतियों के भेषज और निर्माण सूत्र है। जबकि विभिन्न अनुसंधान परिषदों के द्वारा जन स्वास्थ्य की समस्याओं जैसे मलेरिया, फिलेरिआसिस, हेपेटाइटिस, एनीमिया को लेकर पिछले तीन दशकों में अनेक महत्वपूर्ण अनुसंधान परियोजनाएँ पूरी हो चुकी हैं और किसी में भी गुणवत्ता अथवा भारत में स्वास्थ्य क्षेत्रक पर इन परियोजनाओं के प्रभाव पर कोई जटिल रिपोर्ट नहीं है। वर्तमान अनुसंधान निवेश पर्याप्त नहीं है। अनुसंधान निवेश को आगे बढ़ाना और सरकारी प्रतिष्ठित, गैर-सरकारी तथा निजी क्षेत्रक अनुसंधान संगठनों की सहायताकर प्रतिष्ठित अंतर्राष्ट्रीय संस्थानों के साथ सहयोगी अनुसंधान को प्रोत्साहन देना एक चुनौती है। राष्ट्रीय और वैश्विक महत्व के रोग क्षेत्रों में नीतिगत अनुसंधान जरूरतों को दूर करने की चुनौती से निबटने के लिए आ.यू.सि.एवं हौ औषधियों के विकास से गोल्डन ट्रायएंगल अनुसंधान कार्यक्रम द्वारा पूरा करने का प्रयास किया गया है।

आयुष के प्राकृतिक संसाधन आधार

3.2.14 आयुष के संसाधन आधार अधिकतर पेड़-पौधे हैं। चिकित्सीय पेड़-पौधों की लगभग 6000 प्रजातियाँ प्रकाशित चिकित्सा

और मानवीय- वानस्पतिक साहित्य में संग्रहित हैं। इन प्रजातियों की कई सैकड़ों जंगली जनसंख्या अपने प्राकृतिकवास में खतरे में हैं। दसवीं योजना में, राष्ट्रीय औषधीय पौध बोर्ड जीन पूल्स की संरक्षण में सहायता और औषधीय पौधों की बड़े पैमाने पर खेती के लिए स्थापित किया गया था। एनएमपीबी ने ज्यादातर राज्यों में स्टेट मेडिसिनल प्लांट्स बोर्ड (एसएमपीबी) के सृजन को भी प्रोत्साहन दिया। (पौधों के अतिरिक्त औषधियों जीवों) की करीब 300 प्रजातियों और 70 के करीब धातुओं एवं खनिजों का प्रयोग आयुष द्वारा किया जाता है और अबतक इन संसाधनों को संरक्षित करने के लिए कोई आधिकारिक प्रयास नहीं हुए हैं। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना की मुख्य चुनौतियाँ लाल सूची में शामिल प्रजातियों के जीन पूल को संरक्षित करना, (बड़े व्यापार की प्रजातियों के बड़े पैमाने पर खेती में सहायता) औषधीय वृक्ष प्रजातियों के रोपण में शामिल वानिकी क्षेत्रक और औषधीय पौधों की फसल कटाई के बाद आधुनिक प्रक्रियात्मक क्षेत्र स्थापित करना है।

केंद्रीय सहायता प्राप्त संस्थान

3.2.15 सभी महत्वपूर्ण कार्यों (विनियामक, अनुसंधान, शिक्षा, प्रयोगशाला और निर्माण) के लिए संस्थान स्थापित किए गए हैं

बॉक्स 3.2.2 अनुसंधान के लिए आरंभिक कदम

साहित्यिक अनुसंधान

चिकित्सा-ऐतिहासिक अध्ययन, दुर्लभ कार्य का प्रतिलेखन/अनुवाद

मौलिक अनुसंधान

भेषज कार्य और नुस्खों/थैरेपियों का मानकीकरण

औषधि अनुसंधान

चिकित्सा-वानस्पतिक सर्वे,

औषधिविज्ञानिकी/पादपरसायनिकी अध्ययन

क्लिनिकल अनुसंधान

विशिष्ट रोगों के लिए औषधी की चिकित्सीय परख

औषधी मुहैया कराना अथवा होम्योपैथिक पादप-आनुवांशिकी परख

जनजातीय स्वास्थ्य सेवा अनुसंधान कार्यक्रम परिवार कल्याण व आरसीएच संबंधित अनुसंधान

मौखिक गर्भनिरोधक (पिप्लयादि योग)

शुक्राणुनाशक तत्व (नीम का तेल)

बच्चों के स्वास्थ्य के लिए बाल रसायन एवं आयुष घुट्टी

आयुर्वेदिक एवं सिद्ध औषधियों की आरसीएच कार्यक्रम के लिए वैज्ञानिक मान्यता/पारम्परिक औषध ज्ञान पर आधारित कॉम्प्लेक्स/न्यूट्रास्यूटिकल उत्पादों का विकास

तथा/अथवा केंद्रीय अंशदान द्वारा सुदृढीकरण किया गया ताकि ये दूसरों के लिए अनुसरण का प्रतिमान कायम करें।

दसवीं योजना स्कीमों की समीक्षा

3.2.16 दसवीं योजना के लिए विभाग को मूल अनुमोदित परिव्यय रु. 775.00 करोड़ था, जो रु. 1214.00 तक बढ़ाया गया। दसवीं योजना के दौरान साल दर साल आवंटन और व्यय विशेषतया वर्ष 2004-05 और इसके बाद से वास्तविक रूप से बढ़ गया। दसवीं योजना में योजना अनुसार विवरण संलग्नक 3.2.3 में मुहैया कराया गया है।

समाधान की तलाश

3.2.17 आयुष क्षेत्रक जैसे शिक्षा, अनुसंधान, इंडस्ट्री और औषधीय पौधों के लिए प्रमुख क्षेत्रों के अलावा चार महत्वपूर्ण आयाम ग्यारहवीं योजना में आयुष में जोड़े गए जैसे (क) सार्वजनिक स्वास्थ्य में आयुष को मुख्यधारा में लाना (ख) आयुष इंडस्ट्री के लिए तकनीक का उन्नयन (ग) उत्कृष्टता के केंद्रों को सहायता (घ) आयुष की समुदाय आधारित स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं का नवप्राणन और वैधानीकरण। ये सभी आयाम घरेलू और वैश्विक स्तर पर ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में आयुष की सामाजिक एवं सामुदायिक पहुंच को बढ़ाने में मदद करेंगे।

प्रणाली शक्तिकरण

3.2.18 वर्तमान योजनाओं जैसे आयुष विभाग का सशक्तिकरण, वैधानिक संस्थान, अस्पताल और डिस्पेंसरियों, भेषज प्रयोगशालाओं का सुदृढीकरण, आईसीसी और अन्य कार्यक्रम एवं योजनाओं का "प्रणाली की सशक्तिकरण" के रूप में विलयन हो चुका है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में इसके लिए समुचित बजटीय प्रावधान किए गए हैं।

शैक्षिक संस्थान

3.2.19 विभिन्न आयुष प्रणालियों के राष्ट्रीय संस्थान केंद्रीय सरकार द्वारा शिक्षण, अनुसंधान और प्रैक्टिस का उदाहरण बनाने के लिए स्थापित किए जा चुके हैं। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में, इन राष्ट्रीय संस्थानों का उत्कृष्टता के केंद्र में उन्नयन के लिए जरूरत को ध्यान में रखकर परिव्यय में पर्याप्त वृद्धि का जाएगी। यह वृद्धि राष्ट्रीय राजधानी में सर्व सुविधा युक्त ऐसे तृतीयक आयुर्वेद केंद्र की स्थापना के लिए भी है जिसमें अनु.एवं.वि. पर केंद्रित और तृतीयक स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं पर जोर है।

3.2.20 सरकारी क्षेत्रक में आयुष के अधिकतर स्नातकाधीन और स्नातकोत्तर कॉलेज अनेक प्रकार के आधारित अवरोधों से

ग्रस्त हैं। आयुष शिक्षा की निम्न गुणवत्ता आयुष प्रणाली में सार्वजनिक विश्वास की कमी का निर्णायक कारक है, सरकारी और गैर-सरकारी क्षेत्रक में बढ़िया ट्रैक रिकॉर्ड वाले चुनिंदा संस्थानों का उत्कृष्टता के केंद्र के रूप में उन्नयन किया जाएगा। बढ़ा हुआ परिव्यय यह सुनिश्चित करने के लिए मुहैया कराया जाएगा कि आयुष संस्थान ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना अवधि के दौरान वैधानिक संकाय द्वारा प्रमाणित न्यूनतम मानकों का पालन कर रहे हैं।

अनुसंधान एवं विकास (आरएंडडी)

3.2.21 आयुष अनुसंधान परिषदों की इंफ्रास्ट्रक्चर और क्षमताओं को इस तरह प्रोन्नत किया जाएगा ताकि औषधि मानकीकरण और गुणवत्ता नियंत्रण, वानस्पतिक, मानकीकरण, भेषज मानक तथा चिकित्सीय परीक्षण निदान से संबंधित सर्व सुविधायुक्त वैज्ञानिक कार्य निष्पादन योग्य बन सकें।

3.2.22 आयुष विभाग द्वारा आयुर्वेद तथा सिद्ध में अनुसंधान के लिए केन्द्रीय परिषद, (सीसीआरएएस) भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद् (आईसीएमआर) और वैज्ञानिक तथा औद्योगिक अनुसंधान परिषद् (सीएसआईआर) के सहयोग से शुरू की गई गोल्डन ट्रायएंगल अनुसंधान साझेदारी का लक्ष्य, वैज्ञानिक वैधता और औषधी आधारित अनु.एवं.वि विकास एवं प्राथमिक रोग अवस्था से संबंधित पारंपरिक औषधीय जानकारी पर आधारित औषधीय जड़ी-बूटियों, के विकास पर है। आयुर्वेद, सिद्ध, यूनानी एवं होम्योपैथिक औषधि उद्योग को इस पहल से जोड़ा जाना है। एकल औषधि और पॉलीहर्बल नुस्खों में भेषज मानक निर्धारण के कार्य में तीव्रता लाने हेतु, इस अनुसंधान परिषद को भेषज समितियों का सचिवालय बनाने की घोषणा की जा चुकी है। विभिन्न उपांतीय इकाइयों/अनुसंधान परिषद प्रयोगशालाओं को औषधि मानकीकरण और विकास हेतु मार्कर कंपाउंड और जैविक सक्रिय अवयवों के विकास से संबंधित परिष्कृत वैज्ञानिक कार्य में संलग्न करने के लिए उन्नत किया जाएगा।

औषधीय पौधे एवं जीव-जंतु

3.2.23 नेशनल मेडिशनल प्लांट्स बोर्ड बहुत कम कर्मचारियों के साथ इस विभाग के विस्तार के तौर पर कार्य कर रहा है। स्वशासित निकाय के रूप में एनएमपीबी का पुनर्गठन करने और इसके व्यापक समादेश की स्वीकृति हेतु पर्याप्त मानव शक्ति उपलब्ध कराने के लिए ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के परिव्यय में कई गुना वृद्धि की गई है। औषधीय पौधों की खेती, प्रक्रमण और विपणन हेतु एक केंद्रीय प्रयोजित अंग की शुरुआत, एनएमपीबी के परिव्यय से की जा रही है। यह वित्तीय आवंटन के लिए उपांग होंगे: 75000 हैक्टेयर पर प्राथमिक औषधीय पौधों की प्रजातियों

की खेती, (50 लाख अंकुरों को बढ़ावा) 15 राज्यों हेतु कृषि पौध रोपण सामग्री के लिए केंद्रीकृत बीज और नर्सरी; देश की कृषि - जलवायु क्षेत्र में 6 औषधीय पौध क्षेत्र की स्थापना; और योजना निर्माण तथा विपणन सहयोग हेतु बाजार विकास सहायता अंश। दूसरे विद्यमान केन्द्रीय अंग-इन-सिटू संरक्षण, औषधीय पौधों के लिए जीन बैंक का सृजन एवस-सीटू प्राथमिक औषध पौधों का संरक्षण गुणवत्ता मानक तथा सत्यापन के लिए अनुसंधान एवं विकास तथा आईईसी कार्यक्रम के संबंध में हैं।

अस्पताल एवं डिस्पेंसरियां

3.2.24 अब इस स्कीम को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में मिला दिया गया है, क्योंकि इसका उद्देश्य, एनआरएचएम के अंतर्गत आयुष को मुख्यधारा में लाने की धारणा से पीएचसी, सीएचसी और जिला औषधालय में आयुष सुविधाओं, का सृजन करना है। आयुष डिस्पेंसरियां, अस्पताल, ग्रामीण क्षेत्रों में आयुष औषधीय किटों की आपूर्ति और पीपीपी पद्धति के अंतर्गत विशेष आयुष उपचार केंद्रों के विकास में सहयोग मुहैया कराने के लिए इस स्कीम की सीमा को बढ़ाया गया है।

उद्योग

3.2.25 वर्तमान में आयुष उद्योग निम्न स्तरीय प्रचालन और मंद प्रौद्योगिकी से ग्रस्त है, जिसे उन्नत किए जाने की जरूरत है। 5000 जीएमपी आनुपालन विनिर्माण इकाइयों में बहुसंख्यक आकार छोटा और मध्यम है। औषधि गुणवत्ता नियंत्रण से संबंधित केंद्रीय प्रायोजित अंग के अंतर्गत, इन इकाइयों को बैक-एंडेड सब्सिडी भी मुहैया कराई जाएगी, इन इकाइयों को अन्य इंफ्रास्ट्रक्चर जैसे परिष्कृत पैकिंग मशीन, औषधीय पौध संग्रहण, परीक्षण सुविधाएं, अन्य साधारण गुणवत्ता नियंत्रक अनु.एवं.वि. सुविधाएं और विपणन सहायता की भी जरूरत है। इसलिए बीस आयुष उद्योग समूहों को चुना गया है और ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान इन समूहों हेतु साधन सुविधा के विकास के लिए पहल की जाएगी। इन्हें गुणवत्ता नियंत्रण पैकेजिंग, औषधीय पौध परीक्षण, ब्रांड विकास और विपणन विकास नेटवर्क हेतु बेंचमार्क स्थापना के लिए सक्षम बताया जाएगा जिससे वैश्विक जड़ी-बूटी बाजार में काफी भागीदारी हथियाने हेतु आयुष का वैश्विकरण करना बहुत जरूरी है।

औषधि गुणवत्ता नियंत्रण

3.2.26 प्राथमिक क्षेत्र के रूप में आयुष औषधीय सुरक्षा नियंत्रण और गुण को सुनिश्चित करने के उद्देश्य से विनियामक तंत्र की सुदृढीकरण हेतु ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान बढ़ा हुआ परिव्यय किया जाएगा। देश की मान्यताप्राप्त प्रयोगशाला, राष्ट्रीय

मान्यताप्राप्त जांच बोर्ड और केलिब्रेशन प्रयोगशाला परिषद (एनएबीएल) के नेटवर्क के माध्यम से आयुष औषधि परीक्षण पर हुए राज्यों के व्यय की प्रतिपूर्ति का भी प्रस्ताव किया गया है। आयुर्वेद, सिद्ध, यूनानी और होम्योपैथिक विनिर्माणकारी इकाई के लिए भारत और विश्व में लोकआस्था जागृत करने के उद्देश्य से देश में ड्रग्स एवं कॉस्मेटिक एक्ट कार्यान्वयन को सुदृढ करने की उच्च प्राथमिकता है।

आयुष के लिए वित्त पोषण

3.2.27 प्रथम पंचवर्षीय योजना से आयुष क्षेत्रक में राष्ट्रीय स्तर पर केंद्रीय सरकार का कुल निवेश राष्ट्रीय स्वास्थ्य बजट का 1 प्रतिशत से 3 प्रतिशत तक हुआ है। राज्यों में भी आयुष को कुल स्वास्थ्य बजट का कम अनुदान ही दिया जाता है। आयुष उद्योग में निजी क्षेत्रक निवेश (रु. 8800 करोड़ टर्नओवर) आनुपातिक रूप से अधिक है, जबकि अनुसंधान और शिक्षा, सार्वजनिक स्वास्थ्य पर निजी निवेश आनुपातिक रूप से कम है। आयुष क्षेत्रक हेतु सार्वजनिक निवेश धीरे-धीरे बढ़ाया जाएगा। आयुष क्षेत्रक में अतिरिक्त निवेश केवल सरकारी संस्थानों पर ही नहीं किया जाएगा। सरकारी क्षेत्र को सार्वजनिक निजी साझेदारी और नीतिगत क्षेत्रों में गैर-सरकारी पहलों के समर्थन के माध्यम से पूरित किए जाने की आवश्यकता है।

3.2.28 इसकी नई पहलें होंगी: अन्तरराष्ट्रीय सहायता तथा वैश्विक बाजार विकास, स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं में पुनःशक्तिकरण करने के लिए समर्थन, आयुष शिक्षा, औषध विकास, वैज्ञानिक वैधता और क्लिनिकल अनुसंधान में लगे सरकारी तथा गैर-सरकारी क्षेत्रक के मान्यताप्राप्त आयुष के उत्कृष्ट केंद्रों को सहायता, आयुष और सार्वजनिक स्वास्थ्य; कैटलॉगिंग, डिजिटलाइजेशन और आयुष आईटी नेटवर्क सहित अंतर्राष्ट्रीय सहयोग।

3.2.29 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना की कुछ महत्वपूर्ण नई पहले बॉक्स 4.3.2.3 में दी गई हैं।

3.2.30 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के लिए जीरो बेरड बजटिंग एक्सरसाइज (संलग्नक 3.2.4) की गई है। यह एक्सरसाइज, योजना परिव्यय के प्रभाव और कुशलता में सुधार लाने के लिए समान उद्देश्यों सहित स्कीमों के बीच अधिकतर समरूपता लाने के लिए की गई है। आयुष विभाग हेतु ग्यारहवीं योजना की कुल प्रस्तावित सकल बजटीय सहायता रु. 3526 करोड़ (2006-07 की कीमत पर) और रु. 3988 करोड़ (वर्तमान कीमत पर) है।

बॉक्स 3.2.3

ग्यारहवीं योजना के दौरान महत्वपूर्ण नई पहलें

- आयुष उद्योग समूहों के लिए साधारण औषध परीक्षण और अन्य इंफ्रास्ट्रक्चर सुविधाओं का विकास
- गुणवत्ता नियंत्रण और अनु. एवं. वि. में सुधार लाने हेतु क्षमता निर्माण के लिए आ.सि.यू. एवं ही इकाइयों को वित्तीय सहायता।
- आयुष शिक्षा/औषधि विकास/क्लिनिकल अनुसंधान/तृतीयक देखभाल में उत्कृष्ट केंद्रों को समर्थन देना।
- स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं की वैधता और पुनःशक्तिकरण में समर्थन देना।
- धारणीय आ.सि.यू. एवं ही उद्योग हेतु औषधीय पौधों को इन-सिटू संरक्षण और एक्स-सिटू खेती के लिए बैकवार्ड एवं फॉरवार्ड लिंकेजिस का विकास।
- औषधीय पौधो कृषक को विपणन और मूल्य-वर्धित सेवाओं का प्रावधान आयुष प्रणाली की वैश्विक स्थिति को ध्यान में रखते हुए अंतर्राष्ट्रीय सहयोग और विनिमय कार्यक्रम का विस्तार तथा आयुष शिक्षा, अनुसंधान एवं निर्यात क्षेत्रों में अन्य देशों के सहयोग में सरलीकरण करना।

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना की स्कीम के अनुसार वित्तीय विवरण खंड III के परिशिष्ट में दिए गए हैं।

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना कार्यसूची

3.2.31 उक्त वर्णित पहलों की सफलतापूर्ण कार्यान्वयन से, आयुष प्रणाली हमारे देश की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का अभिन्न घटक होते हुए, जनसंख्या स्वास्थ्य देखभाल में महत्वपूर्ण योगदान देने में सक्षम होगी।

3.2.32 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में मुख्य हस्तक्षेप और नीतियों को नीचे दिया गया है:

- वार्षिक योजना और पंचवर्षीय योजना का परिमेय आउटपुट का दस्तावेजीकरण जो व्यवस्थित जांच एवं मूल्यांकन के डिजाइन और क्रियान्वयन को सुगम बनाएगा।
- आयुष कर्मियों के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रशिक्षण को शिक्षा एवं सीएमई के आवश्यक अंग के रूप में विचार किया गया है।
- प्राथमिक स्वास्थ्य नेटवर्क में आयुष सुविधाओं को सह-उपलब्ध कराते हुए, राष्ट्रीय स्वास्थ्य देखरेख डिलिवरी प्रणाली में आयुष प्रणाली को मुख्यधारा में लाना।

- राष्ट्रीय स्वास्थ्य देखरेख प्रणाली में आयुष प्रैक्टिशनरों को एकजुट करने के लिए जन स्वास्थ्य प्रशिक्षण का अनुमान लगाया गया है।
- आयुष के सिद्धान्तों, उपायों एवं चिकित्सा के वैज्ञानिक वैधता को बढ़ावा प्रबंधन का पुनर्गठन।
- आयुष को पारंपरिक जानकार प्रणाली और प्रैक्टिस की सैद्धांतिक नींव के विकास तथा प्रयोग हेतु पहचान एवं महत्व देते हुए, आधुनिक विज्ञान के साथ मिलान करने के लिए द्वि-स्तरीय अनुसंधान ढांचे का निरूपण करना।
- आयुष की स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं का पुनःशक्तिकरण, प्रमाणीकरण और वैधता देना।
- भेषज आयोग स्थापित करते हुए भेषज मानक स्थिति में सुधार लाना।
- आयुष के विशेष द्वितीय और तृतीयक दर्ज के देखरेख केंद्रों का सृजन करते हुए, क्लिनिकल सेवाओं की गुणवत्ता स्थिति में सुधार लाना।
- आयुष अध्यापकों का नेट के समान परीक्षण और आयुष यूजी/पीजी कॉलेजों की एनएएसी टाइप के मूल्यांकन और मान्यता के लिए बेहतर नियमन और प्रणाली की स्थापना करते हुए, आयुष यूजी एवं पीजी शैक्षिक संस्थानों को उन्नयन करना।
- औषधीय पौधों के जीन पूल्स का संरक्षण को सुनिश्चित करने और बड़े व्यापार में इसकी प्रजाति की खेती को उन्नत करना तथा औषधीय पौधों को उपयोगी क्षेत्र में स्थापना करना।
- मान्यता प्राप्त सरकारी तथा गैर सरकारी क्षेत्र की प्रयोगशालाओं के लिए गुणवत्ता नियंत्रण, अनु एवं वि तथा प्रक्रमण तकनीक से सम्बन्धित विनियामक तंत्र को सुदृढ़ करना।
- उत्कृष्ट केंद्रों की स्थापना करना।
- अनुसंधान, शिक्षा, स्वास्थ्य सेवाएं और व्यापार तथा बाजार विकास में अंतर्राष्ट्रीय सहयोग को बढ़ाना।
- नेशनल मैनुस्क्रिप्ट मिशन के सहयोग से भारत के विशाल आयुर्विज्ञान की हस्तलिपियों के संग्रह का अंकरूपण।
- आईईसी के माध्यम से आयुष की शक्ति और समकालीन संबंध के बारे में जन जागरूकता बढ़ाना।

118 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

संलग्नक 3.1.1
परिवार कल्याण और स्वास्थ्य का विभाग
(एनआरएचएम के अलावा)
दसवीं योजना के दौरान स्कीमवार परिव्यय एवं वास्तविक खर्च

(रु. करोड़ में)

क्र. सं.	स्कीम का नाम/संस्थान	दसवीं योजना परिव्यय (2002-07)	दसवीं योजना (2002-07) सलाना परिव्यय का योग	दसवीं योजना (2002-07) वास्तविक खर्च
1	2	3	4	5
I.	केंद्र द्वारा प्रयोजक कार्यक्रम	2045.80	3097.82	2718.36
	संचारी बीमारी का नियंत्रण	1392.80	2165.17	2055.55
1	राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम और राष्ट्रीय एस.टी.डी. नियंत्रण कार्यक्रम	1392.80	2165.17	2055.55
	गैर-संचारी बीमारी का नियंत्रण	405.00	516.00	359.13
2	कैंसर 266.00	333.00	252.63	
	(i) राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम	266.00	333.00	252.63
	(ii) तम्बाकू नियंत्रण कार्यक्रम	0.00	0.00	0.00
3	राष्ट्रीय मानिसक स्वास्थ्य कार्यक्रम	139.00	183.00	106.50
	अन्य कार्यक्रम	248.00	355.65	299.45
4	अभिघात देखभाल के लिए क्षमता बिल्डिंग के लिए राज्य को सहयोग करना	110.00	140.00	142.03
5	पीएफए नियंत्रण एवं दवा के लिए राज्य को सहयोग	138.00	215.65	157.42
	(i) दवा नियंत्रण	60.00		
	(ii) पीएफए नियंत्रण	78.00		
	सीएसएस के अधीन नई पहलें	0.00	61.00	4.23
6	2006-07 के दौरान पहलें	0.00	61.00	4.23
	(i) टेलीमेडिसिन		15.00	0.00
	(ii) स्ट्रोक और हृदय रोगी बीमारी, मधुमेह के नियंत्रण और रोकथाम के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम			
	(iii) बहरेपन के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम	0.00	5.00	0.00
	(iv)	0.00	15.00	4.23
	(iii) अन्य उपक्रम	0.00	26.00	0.00
II	सेंट्रल सेक्टर स्कीम	5176.20	4926.58	3858.60
	संचारी बीमारियों का नियंत्रण	199.80	203.63	161.48
7	राष्ट्रीय संचारी रोग संस्थान	65.00	62.17	49.93
	(i) चालू गतिविधियां (गायनाकीड़ा एवं विचलना नाश सहित) गीनियार्वम	50.00		
	(ii) संस्थान को मजबूत बनाना	15.00	4.00	0.00
8	राष्ट्रीय क्षयरोग संस्थान बेंगलोर	10.30	9.73	3.49
9	बी.सी.जी. टीकाद्रव्य प्रयोगशाला, गुंडी, चेन्नई	19.50	17.27	9.48
10	भारत की पास्तुरीकरण संस्थान, कूनूर	35.00	44.00	31.18
11	सहबद्ध रोग और टी.बी. का लाला राम सरुम संस्थान महरोली, दिल्ली	54.50	52.55	55.54
12	केंद्रीय कोद प्रशिक्षण एवं अनुसंधान (तमिलनाडु)	5.50	7.00	4.73

(संलग्नक 3.1.1 जारी)

(संलग्नक 3.1.1 जारी)

1	2	3	4	5
13	कोढ़ नियंत्रण कार्यक्रम के अधीन अनुसंधान एवं उपचार प्रशिक्षण का क्षेत्रीय संस्थान:			
	(i) आर.एल.टी.आर.आई., असका (उड़ीसा)	10.00	10.91	7.13
	(ii) आर.एल.टी.आर.आई. रायपुर (एम.पी.)	2.00	2.35	0.37
	(iii) आर.एल.टी.आर.आई., गौरीपुर (बी.बी.)	1.00	0.96	0.71
		7.00	7.60	6.05
	अस्पताल एवं डिस्पेंसरी	567.00	796.03	609.22
14	सेंट्रल गर्वनमेंट हेल्थ स्कीम	80.00	132.50	122.43
15	केंद्रीय मनोविज्ञान संस्थान, रांची	50.00	62.20	30.17
16	अखिल भारतीय शारीरिक चिकित्सा एवं पुनर्वास संस्थान, मुम्बई	20.00	17.60	13.60
17	सफदरजंग अस्पताल और कॉलेज, नई दिल्ली	230.00	367.09	270.46
18	डॉ.आर.एम.एल. अस्पताल, नई दिल्ली	150.00	175.64	138.35
19	मानवीय व्यवहार एवं सहबद्ध विज्ञान संस्थान, शाहदरा, दिल्ली	7.00	4.00	0.00
20	अखिल भारतीय स्पीज एवं हियरिंग संस्थान, मैसूर	30.00	37.00	34.21
	मेडिकल शिक्षा, प्रशिक्षण एवं अनुसंधान	2981.10	3077.17	2774.62
	(क) मेडिकल शिक्षा:	1951.00	1992.19	1649.56
21	अखिल भारतीय मेडिकल विज्ञान एवं सहबद्ध विभाग संस्थान, नई दिल्ली	675.00	787.12	636.50
22	पी.जी.आई.एम.ई.आर., चंडीगढ़	200.00	153.00	234.00
23	जे.आई.पी.एम.ई.आर., पांडिचेरी	150.00	182.00	118.61
24	लेडी हार्डिंग मेडिकल कॉलेज एवं श्रीमती. एस.के. अस्पताल, नई दिल्ली	200.00	95.00	68.33
25	कलावती सरन चिल्ड्रन औषधालय, नई दिल्ली	140.00	39.56	34.39
26	इंदिरा गांधी स्वास्थ्य एवं मेडिकल विज्ञान संस्थान, उत्तर पूर्व क्षेत्र शिलांग	380.00	447.78	274.99
27	एन.आई.एम.एच.ए.एन.एस., बंगलोर	120.00	173.96	180.98
28	कस्तूरबा हेल्थ सोसाइटी, वर्धा	50.00	56.80	59.57
29	राष्ट्रीय मेडिकल पुस्तकालय, नई दिल्ली	35.00	45.00	34.82
30	राष्ट्रीय परीक्षा बोर्ड, नई दिल्ली	1.00	11.97	7.37
	(बी) प्रशिक्षण	95.00	110.39	73.82
31	नर्सिंग सेवाओं का विकास	82.00	102.00	70.14
32	नर्सिंग कॉलेज	13.00	8.39	3.68
	(1) आर.ए.के. कॉलेज ऑफ नर्सिंग, नई दिल्ली	11.00	6.46	2.69
	(2) लेडी रीडिंग हेल्थ स्कूल	2.00	1.93	0.99
	(सी) अनुसंधान	870.00	841.00	962.00
33	भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद, नई दिल्ली	870.00	841.00	962.00
	(डी) सार्वजनिक स्वास्थ्य	27.50	83.35	48.83
34	सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थान (पीएचएफआई)	5.00	73.00	43.00
35	स्वास्थ्य-परकता एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य के सभी भारतीय संस्थान, कोलकाता (एआईआईएच एवं पीएच) और सेरोलॉजिस्ट एवं रसायनिक जांचकर्ता, कोलकाता	22.50	10.35	5.83
	(i) एआईआईएच एवं पीएच, कोलकाता	20.00	8.90	5.22
	(ii) सेरोलॉजिस्ट एवं रसायनिक जांचकर्ता, कोलकाता	2.50	1.45	0.61

(संलग्नक 3.1.1 जारी)

120 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

(संलग्नक 3.1.1 जारी)

1	2	3	4	5
	(ई) अन्य	37.60	50.24	40.41
36	भारतीय नर्सिंग परिषद	2.10	3.20	2.50
37	वी.पी. छाती संस्थान, दिल्ली	23.00	30.30	31.80
38	चिकित्सीय विज्ञान की भारतीय अकादमी, नई दिल्ली	2.50	2.74	1.75
39	भारतीय चिकित्सा परिषद, नई दिल्ली	5.00	5.00	4.36
40	चिकित्सीय अनुदान आयोग	5.00	9.00	0.00
	अन्य कार्यक्रम	429.30	441.75	283.02
	(ए) स्वास्थ्य शिक्षा, अनुसंधान एवं लेखा	19.40	16.64	3.37
41	स्वास्थ्य शिक्षा	12.60	8.20	0.79
42	स्वास्थ्य समझ और स्वास्थ्य लेखे	6.80	8.44	2.58
	(i) समझ	3.80	4.44	2.58
	(ii) लेखे	3.00	4.00	0.00
43	(बी) डी.जी.एच.एस./मंत्रालय को सुदृढ़ करना:	20.00	23.40	16.55
	I. मंत्रालय के अधीन विभागों का सुदृढ़ीकरण करना	12.00	15.00	11.68
	II. डीजीएचएस का सुदृढ़ीकरण करना	8.00	8.40	4.87
	(सी) आपातकालीन चिकित्सा राहत	30.00	87.00	35.96
44	स्वास्थ्य क्षेत्रक आपदा के लिए तैयारी और प्रबंधन	30.00	47.00	23.25
45	आपातकालीन चिकित्सा राहत (एवियन फ्लू सहित)	0.00	40.00	12.71
	(डी) विविध।	359.90	314.71	227.14
46	केंद्रीय अनुसंधान संस्थान, कसौली	50.00	30.88	23.37
47	भारतीय तीव्र-विज्ञान संस्थान, नोयडा (यूपी)	170.90	166.50	152.13
48	भोजन मिलावट से बचाव	78.00	47.20	14.95
49	केंद्रीय ड्रग मानदंड एवं नियंत्रण संगठन (सीडीएससीओ)	52.00	62.90	35.37
50	बंदरगाह स्वास्थ्य प्राधिकरण	9.00	7.23	1.32
	(i) जवाहरलाल नेहरू सेवा	1.50	2.03	1.30
	(ii) 8 नए सृजित किए गए अंतर्राष्ट्रीय हवाईअड्डों पर कार्यालय स्थापित करना	7.50	5.20	0.02
51	प्रधान मंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना (पीएमएसएसवाई)	999.00	385.00	20.94
	छोड़ी गई/स्थानांतरित स्कीमें	43.00	62.40	44.62
1	अस्पताल अपशिष्ट प्रबंधन	10.00	10.00	10.82
2	सामुदायिक स्वास्थ्य के लिए यूएनडीपी प्रायोगिक पहलें	6.00	8.90	0.00
3	सीएचएस के एम.ओ. का प्रशिक्षण	0.00	0.00	0.01
4	आरएचटीसी नज़फगढ़	0.00	0.00	1.48
5	ड्रग डि-एडिक्शन नियंत्रण कार्यक्रम	33.00	20.50	22.99
6	भुज अस्पताल	0.00	23.00	9.32
	महायोग	7265.00	8063.80	6612.26

स्रोत: परिवार कल्याण और स्वास्थ्य मंत्रालय

अनुलग्नक 3.1.2

(रु. करोड़ में)

क्र. सं.	स्कीम का नाम/संस्थान	दसवी योजना परिष्य (2002-07)	दसवी योजना (2002-07) सलाना परिष्य का योग	दसवी योजना (2002-07) वास्तविक खर्च
1	2	3	4	5
परिवार कल्याण की केंद्रीय रूप से प्रायोजित स्कीमें (सीएसएस)		24169.20	28011.97	23854.74
1	निर्देश एवं प्रबंध	1100.00	1176.66	999.93
2	ग्रामीण एफडब्ल्यू सेवाएं (उप-केंद्र)	9663.00	8881.29	7561.01
3	शहरी एफडब्ल्यू सेवाएं	580.00	638.17	539.48
4	राज्य प्रशिक्षण संस्थानों को अनुदान	480.00	500.37	411.08
5	गर्भ-निरोधकों को मुफ्त वितरण	940.00	760.22	627.97
6	बांझपन (बैड) - (अपतृण)	12.00	10.25	8.78
7	परिवार कल्याण संबंधित स्वास्थ्य बीमा	150.00	105.10	10.63
8	प्रशिक्षण	250.00	143.81	71.60
9	आपूर्ति एवं सामग्री की प्राप्ति	994.98	1141.30	335.14
10	रूटीन प्रतिरक्षा	1557.88	1625.50	783.44
11	पल्स पोलियो प्रतिरक्षा	3110.00	3887.70	3999.56
12	आईईसी (जानकारी, शिक्षा और संचार)	539.50	569.87	542.42
13	क्षेत्र परियोजनाएं	1750.00	1838.14	1250.60
14	राज्य पीआईपी के लिए लोचदार निकाय	3041.84	6733.59	6713.10
परिवार कल्याण की केंद्रीय क्षेत्रक स्कीमें		1367.80	1611.53	1180.69
1	सामाजिक विपणन क्षेत्र परियोजनाएं	20.00	35.00	0.00
2	गर्भ निरोधक का सामाजिक विपणन	660.00	790.04	599.70
3	एफ. डब्ल्यू प्रशिक्षण और संसाधन केंद्र, बंबई	10.00	10.53	2.31
4	एनआईएचएफडब्ल्यू, नई दिल्ली	20.00	25.45	19.91
5	आईआईपीएस, मुंबई	10.00	9.57	8.09
6	ग्रामीण स्वास्थ्य प्रशिक्षण केंद्र, नज़फगढ़	45.00	12.42	1.56
7	जनसंख्या अनुसंधान केंद्र	45.00	39.13	30.01
8	सीडीआरआई, लखनऊ	12.00	12.65	12.85
9	आईसीएमआर और आईआरआर	100.00	150.00	162.44
10	विशेषज्ञों/कॉन्फ्रेंस/बैठक आदि (मेले)	57.00	17.00	47.84
11	अंतर्राष्ट्रीय सहयोग	9.00	8.44	6.73
12	एनपीएसएफ/राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग	100.00	116.00	104.08
13	एनजीओ (सार्वजनिक-निजी भागीदारी - पीपीपी)	130.00	241.61	88.95

(अनुलग्नक 3.1.2 जारी)

122 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

(अनुलग्नक 3.1.2 जारी)

1	2	3	4	5
14	अन्य स्कीमें	149.80	143.69	96.22
	दसवीं योजना के दौरान राज्यों को स्थानांतरित/निकाली गई परियोजनाएं	589.00	417.50	291.12
1.	जिला परियोजनाएं	51.00	105.00	40.95
2.	सामुदायिक प्रोत्साहन स्कीम	200.00	62.00	0.00
3.	परिवहन	313.00	223.00	248.02
4.	नई पहलें	25.00	27.50	2.15
	नाको को	0.00	200.00	265.99
	परिवार कल्याण (कुल)	26126.00	30241.00	25592.54
	स्वास्थ्य के बीमारी नियंत्रण कार्यक्रम	2987.00	3280.20	2745.65
1	संक्रामक बीमारियां (सीएसएस)	1349.00	1496.03	1186.11
2	टीबी (सीएसएस)	662.00	758.17	756.88
3	कोढ़ (सीएसएस)	236.00	288.00	224.54
4	आयोडीन कमी अनियमितताएं (सीएसएस)	35.00	49.00	42.71
5	नेत्रहीनता (सीएसएस)	445.00	439.00	458.15
6	संघटित बीमारी निगरानी (सीएस)	260.00	250.00	77.26
	कुल योग	29113.00	33521.20	28338.19

नोट : # इसमें वर्ष 2004-05 तक एनआरएचएम की समरूप एचएवंएफडब्ल्यू स्कीमें शामिल हैं पीएमएसएसवाई का समझौता कराने के लिए परिवार कल्याण विभाग की दसवीं योजना के स्वीकृत परियोजना को रु. 27125 करोड़ से रु. 26126 करोड़ तक घटा दिया गया (रु. 999 करोड़ स्वास्थ्य विभाग को स्थानांतरित कर दिए गए थे)

संलग्नक -3.1.3
प्रमुख शैक्षिक आंकड़े 2004-05

राज्य/संघशासित प्रदेश	2002-03		2003-04		2004-05		2005-06		2006-07		
	X योजना परियोजना	परिव्यय	व्यय	परिव्यय	व्यय	परिव्यय	व्यय	परिव्यय	व्यय	परिव्यय	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
आंध्र प्रदेश	133024.00	24309.00	22008.16	40995.00	35362.36	40995.44	31427.72	43269.24	33964.48	53574.24	53574.24
आंध्र प्रदेश	133024.00	24309.00	22008.16	40995.00	35362.36	40995.44	31427.72	43269.24	33964.48	53574.24	53574.24
अरुणाचल प्रदेश	23129.00	2181.00	2181.01	2201.00	2099.23	2781.35	3185.00	1828.82	1478.36	1970.00	3850.00
असम	57069.00	8648.00	8194.35	7682.00	7882.00	6529.00	6529.00	5687.00	4203.54	21399.00	21399.00
बिहार	107920.00	13703.00	10731.11	13699.00	12343.11	14182.02	14389.78	12721.80	15426.00	13700.00	13822.00
छत्तीसगढ़	43418.00	6935.00	5550.00	8083.00	8083.00	15076.00	12462.52	14287.44	10035.86	33249.90	25165.69
गोवा	13135.00	1895.00	1888.48	3175.00	2568.54	3521.33	3149.21	4132.99	4579.65	4495.00	4495.00
गुजरात	116616.00	21387.00	15192.32	25221.00	21472.13	25294.00	25294.00	43494.00	43494.00	45994.00	45994.00
हरियाणा	96062.00	6280.00	2233.22	7800.00	5757.51	7124.00	5843.76	10200.00	10000.50	11450.00	11450.00
हिमाचल प्रदेश	78772.00	13414.00	12905.15	19517.00	18066.07	18295.79	19734.27	18476.60	19629.56	19948.92	19948.92
जम्मू एवं कश्मीर	79666.00	13000.00	12861.04	14864.00	13752.90	16330.87	17748.78	21061.70	21954.04	21864.25	21864.25
झारखंड	65000.00	11575.00	6498.00	9700.00	6339.98	14040.00	13371.59	15000.00	14020.07	26800.00	16225.00
कर्नाटक	153052.00	19247.00	17715.31	13974.00	19189.66	18011.51	15731.51	33239.29	26602.68	34098.61	48151.64
केरल	40840.00	7135.00	7916.65	9748.00	5170.31	10130.00	6813.87	10035.00	10196.62	9650.00	9650.00
मध्य प्रदेश	71533.00	14016.00	14520.93	18105.00	15444.43	20298.09	17763.95	20587.00	20747.97	16961.91	23193.47
महाराष्ट्र	110666.00	40740.00	21632.92	76435.00	33244.78	18663.93	31192.05	77874.10	35138.73	88228.54	88228.54
मणिपुर	8173.00	1415.00	304.23	2280.00	940.96	1915.91	789.52	499.00	558.20	2837.00	3215.00
मेघालय	18000.00	3020.00	3219.79	3550.00	3773.09	4042.00	4071.31	4484.00	4676.31	4750.00	4750.00
मिजोरम	12370.00	2860.00	2725.99	2975.00	4185.67	3000.00	2950.10	3480.00	3378.10	4000.00	4102.06

(संलग्नक -3.1.3 जारी)

(संलग्नक -3.1.3 जारी)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
नगालैंड		7965.00	1548.00	1562.14	2383.00	2514.00	2207.15	2114.87	2263.00	1991.93	2363.00	2578.00
उड़ीसा		52139.00	12777.00	7283.09	21694.00	9256.11	11739.19	10281.41	14348.19	7659.27	4052.20	3002.20
पंजाब		53081.00	9298.00	6483.49	10450.00	5971.99	7508.93	2133.32	2743.13	1247.13	5019.10	5019.10
राजस्थान		56892.00	12778.00	4034.19	8236.00	5434.80	10811.56	9736.64	18605.59	15384.70	20615.60	21822.16
सिक्किम		8000.00	1600.00	1408.04	1606.00	1454.87	2210.00	2200.56	1840.00	1984.87	1690.00	1790.00
तमिलनाडू		70000.00	10440.00	14285.27	16314.00	15963.39	19400.66	17402.60	26874.17	39745.00	46564.75	38074.55
त्रिपुरा		25072.00	1480.00	1407.34	2013.00	2243.86	2535.36	3040.42	2662.21	4831.84	6459.60	8376.42
उत्तर प्रदेश		240543.00	27826.00	25950.00	33927.00	19745.93	33009.00	38352.82	85421.00	91526.63	188763.00	189570.00
उत्तरांचल		38767.00	4286.00	5768.50	7359.00	6302.53	8759.31	9978.76	8790.92	17710.21	18600.00	18600.00
पश्चिम बंगाल		103618.00	27898.00	14137.89	21193.00	18590.41	23739.80	15392.06	40207.80	25440.14	44289.68	38482.68
अंड. एवं निको. द्वीप		11400.00	2050.00	2119.64	2150.00	2312.26	2390.00	2382.96	3321.00	2832.22	3657.00	3657.00
चंडीगढ़		22426.00	3803.65	3944.93	3111.00	3546.75	3477.00	3355.33	3392.00	2983.27	3587.00	3587.00
वा. एवं ना. हवेली		1225.00	238.00	269.57	266.00	301.67	343.00	403.20	400.00	561.27	470.00	470.00
दमन एवं दीव		1750.00	194.15	217.68	228.00	282.85	290.00	301.03	350.00	462.84	414.00	424.50
दिल्ली		238150.00	38970.00	33043.43	42692.00	38942.11	53775.00	46989.16	60600.00	54336.37	69120.00	76160.30
लक्षद्वीप		901.30	275.20	232.33	227.00	264.90	225.00	166.73	242.00	236.70	178.00	178.00
पांडिचेरी		16360.00	3272.09	3000.21	3205.00	3259.04	4160.00	4196.59	5635.00	5665.74	9485.00	12681.40
कुल		2176734.30	370494.09	293426.40	457058.00	352063.20	426812.20	400876.40	618053.99	554684.80	840299.30	843552.12

स्रोत: योजना आयोग

अनुलग्नक - 3.1.4

मातृत्व मृत्यु दर (प्रति 1,00,000 जीवित जात जन्म - भारत और मुख्य राज्य)

भारत एवं प्रमुख राज्य	एमएमआर (1998)	एमएमआर 2001-03	ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना उद्देश्य
भारत	407	301	100
असम	409	490	163
बिहार/झारखंड	452	371	123
मध्य प्रदेश/छत्तीसगढ़	498	379	126
उड़ीसा	367	358	119
राजस्थान	670	445	148
उत्तरप्रदेश/उत्तराखंड	707	517	172
आंध्र प्रदेश	159	195	65
कर्नाटक	195	228	76
केरल	198	110	37
तमिलनाडू	79	134	45
गुजरात	28	172	57
हरियाणा	103	162	54
महाराष्ट्र	135	149	50
पंजाब	199	178	59
पश्चिम बंगाल	266	194	64

स्रोत : 2001-03 मीतों का विशेष सर्वेक्षण, आरजीआई, 2006

126 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

संलग्नक - 3.1.5
लिंगानुपात (0-6 वर्ष) (भारत और राज्य/संघशासित प्रदेश)

क्रम संख्या	राज्य/संघशासित प्रदेश	मौजूदा स्तर	वर्ष 2011-12 तक उद्देश्य	वर्ष 2016-17 तक उद्देश्य
	भारत	927	935	950
1	अंडमान एवं निकोबार	957	965	981
2	आंध्र प्रदेश	961	969	985
3	अरुणाचल प्रदेश	964	972	988
4	असम	965	973	989
5	बिहार	942	950	965
6	चंडीगढ़	845	875	900
7	छत्तीसगढ़	975	983	999
8	दादर एवं नागर हवेली	979	987	999
9	दमन एवं दीव	926	934	949
10	दिल्ली	868	875	900
11	गोवा	938	946	961
12	गुजरात	883	891	905
13	हरियाणा	819	850	875
14	हिमाचल प्रदेश	896	904	918
15	जम्मू एवं कश्मीर	941	949	964
16	झारखंड	965	973	989
17	कर्नाटक	946	954	969
18	केरल	960	968	984
19	लक्षद्वीप	959	967	983
20	मध्य प्रदेश	932	940	955
21	महाराष्ट्र	913	921	936
22	मणिपुर	957	965	981
23	मेघालय	973	981	997
24	मिजोरम	964	972	988
25	नगालैंड	964	972	988
26	उड़ीसा	953	961	977
27	पांडिचेरी	967	975	991
28	पंजाब	798	850	875
29	राजस्थान	909	917	932
30	सिक्किम	963	971	987
31	तमिलनाडू	942	950	965
32	त्रिपुरा	966	974	990
33	उत्तर प्रदेश	916	924	939
34	उत्तराखंड	908	916	931
35	पश्चिम बंगाल	960	968	984

स्रोत: मौजूदा स्तर - सेंसस 2001

संलग्नक - 3.1.6

शिशु मृत्यु दर (प्रति 1000 जीवित जात जन्म - भारत और राज्य/संघशासित प्रदेश)

क्रम संख्या	राज्य/संघशासित प्रदेश	मौजूदा स्तर	ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना उद्देश्य
	भारत	58	28
1	आंध्र प्रदेश	57	28
2	असम	68	33
3	बिहार	61	29
4	छत्तीसगढ़	63	30
5	दिल्ली	35	17
6	गुजरात	54	26
7	हरियाणा	60	29
8	जम्मू एवं कश्मीर	50	24
9	झारखंड	50	24
10	कर्नाटक	50	24
11	केरल	14	7
12	मध्य प्रदेश	76	37
13	महाराष्ट्र	36	17
14	उड़ीसा	75	36
15	पंजाब	44	21
16	राजस्थान	68	33
17	तमिलनाडू	37	18
18	उत्तरप्रदेश	73	35
19	पश्चिम बंगाल	38	18
20	अरुणाचल प्रदेश	37	18
21	गोवा	16	8
22	हिमाचल प्रदेश	49	24
23	मणिपुर	13	6
24	मेघालय	49	24
25	मिजोरम	20	10
26	नगालैंड	18	9
27	सिक्किम	30	14
28	त्रिपुरा	31	15
29	उत्तराखंड	42	20
30	अंडमान एवं निकोबार	27	13
31	चंडीगढ़	19	9
32	दादर एवं नागर हवेली	42	20
33	दमन एवं दीव	28	14
34	लक्षद्वीप	22	11
35	पांडिचेरी	28	14

स्रोत : वर्तमान स्तर, एसआरएस बुलेटिन, परिमाण 41 संख्या 1 अक्टूबर 2006

संलग्नक - 3.1.7
कुल प्रजनन दर (भारत और मुख्य राज्य)

क्रम संख्या राज्य/संघशासित प्रदेश	मौजूदा स्तर	ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना उद्देश्य
भारत	2.9	2.1
1 आंध्र प्रदेश	2.1	1.8
2 असम	2.9	2.3
3 बिहार	4.3	3.0
4 छत्तीसगढ़	3.3	2.4
5 दिल्ली	2.1	1.8
6 गुजरात	2.8	2.2
7 हरियाणा	3.0	1.9
8 हिमाचल प्रदेश	2.1	1.8
9 जम्मू एवं कश्मीर	2.4	2.0
10 झारखंड	3.5	2.5
11 कर्नाटक	2.3	1.8
12 केरल	1.7	1.7
13 मध्य प्रदेश	3.7	2.6
14 महाराष्ट्र	2.2	1.9
15 उड़ीसा	2.7	2.1
16 पंजाब	2.2	1.8
17 राजस्थान	3.7	2.6
18 तमिलनाडू	1.8	1.7
19 उत्तरप्रदेश	4.4	3.0
20 पश्चिम बंगाल	2.2	1.8

स्रोत : मौजूदा स्तर - सांख्यिकीय रिपोर्ट, आरजीआई, 2004

नोट : अन्य राज्यों के लिए आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं

अनुलग्नक 3.1.8
स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के अधीन स्कीमें

क्रम संख्या	मंत्रालय/विभाग	दसवीं योजना की समाप्ति के समय स्कीमों की संख्या	दसवीं योजना की समाप्ति के समय अपतृण/प्रतिस्थापित	ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान जारी	ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान नई स्कीमें	ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान कुल स्कीमें
केंद्रीय क्षेत्रक स्कीमें						
1	स्वास्थ्य	49	3	6 (6 स्कीमों के रूप इकट्ठी चालू स्कीमें)	6	12
2	परिवार कल्याण	14	शून्य	-- (उपरोक्त के साथ इकट्ठी चालू स्कीमें)		
केंद्रीय रूप से प्रायोजित स्कीमें						
1	स्वास्थ्य	14	3	6 (6 स्कीमों में शामिल चालू स्कीमें)	7	13
2	परिवार कल्याण	14	1	-- (उपरोक्त में शामिल चालू स्कीमें)		

130 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

अनुलग्नक 3.2.1
दिनांक 1.4.2007 को भारत में बिस्तरों की क्षमता के साथ आयुष अस्पतालों की राज्यवार/प्रणाली वार संख्या

क्रम संख्या	राज्य/संघशासित प्रदेश एवं अन्य	आयुर्वेद		यूनानी		सिद्ध		योगा		नेचुरोपैथी		होम्योपैथी		कुल	
		अस्प	बैड	अस्प	बैड	अस्प	बैड	अस्प	बैड	अस्प	बैड	अस्प	बैड	अस्प	बैड
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
1	आंध्र प्रदेश	9	584	6	310	0	0	0	0	1	120	6	300	22	1314
2	अरुणाचल प्रदेश	1	10	0	0	0	0	1	10	0	0	1	50	3	70
3	असम	1	100	0	0	0	0	1	25	0	0	3	105	5	230
4	बिहार	11	1356	4	459	0	0	0	0	0	0	11	510	26	2325
5	छत्तीसगढ़	8	365	1	90	0	0	0	0	1	50	3	100	13	605
6	दिल्ली	10	643	2	111	0	0	2	65	4	125	2	150	20	1094
7	गोवा	1	40	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	2	65
8	गुजरात	48	1855	0	0	0	0	0	0	0	0	14	873	62	2728
9	हरियाणा	8	835	1	10	0	0	0	0	0	0	1	50	10	895
10	हिमाचल प्रदेश	24	420	0	0	0	0	0	0	1	10	1	25	26	455
11	जम्मू एवं कश्मीर	2	155	3	200	0	0	0	0	0	0	0	0	5	355
12	झारखंड	1	160	0	0	0	0	0	0	0	0	2	82	3	242
13	कर्नाटक	122	8147	13	402	1	10	3	15	5	276	20	896	164	9746
14	केरल	124	3987	0	0	2	170	0	0	1	40	33	1130	160	5327
15	मध्य प्रदेश	34	1626	3	250	0	0	0	0	0	0	20	1105	57	2981
16	महाराष्ट्र	51	7673	6	635	0	0	0	0	0	0	44	3080	101	11388
17	मणिपुर	0	0	0	0	0	0	0	0	2	65	1	10	3	75
18	मेघालय	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	7	70	8	80
19	मिजोरम	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	0	0	1	14
20	नगालैंड	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	1	10
21	उड़ीसा	8	488	0	0	0	0	0	0	0	0	6	185	14	673
22	पंजाब	15	1214	0	0	0	0	0	0	0	0	6	270	21	1484
23	राजस्थान	100	914	3	30	0	0	1	20	2	22	8	205	114	1191
24	सिक्किम	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
25	तमिलनाडू	7	580	1	54	275	2131	0	0	0	0	9	460	292	3225
26	त्रिपुरा	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	2	20
27	उत्तर प्रदेश	1771	10288	209	1585	0	0	0	0	0	0	8	350	1988	12223
28	उत्तराखंड	7	319	2	8	0	0	0	0	0	0	1	50	10	377

(अनुलग्नक 3.2.1 जारी)

(अनुलग्नक 3.2.1 जारी)

क्रम संख्या	राज्य/संघशासित प्रदेश एवं अन्य	आयुर्वेद		यूनानी		सिद्ध		योगा		नेचुरोपैथी		होम्योपैथी		कुल	
		अस्प	बैड	अस्प	बैड	अस्प	बैड	अस्प	बैड	अस्प	बैड	अस्प	बैड	अस्प	बैड
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
29	पश्चिम बंगाल	4	409	1	60	0	0	0	0	0	0	12	630	17	1099
30	अंडमान एवं निकोबार द्वीप	1	10	1	5	1	5	0	0	0	0	1	10	4	30
31	चंडीगढ़	1	120	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	2	145
32	दा. एवं ना. हवे.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	दमन एवं दीव	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34	लक्षद्वीप	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	पांडिचेरी	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
36	सीजीएचएस	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25
37	अनुसंधान परिषद	24	600	12	280	2	85	0	0	0	0	6	85	44	1050
38	रेलवे मंत्रालय	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	श्रम मंत्रालय	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	कोयला मंत्रालय	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	कुल	2398	42963	268	4489	281	2401	8	135	18	722	230	10851	3203	61561

नोट: आंकड़े अस्थाई हैं अस्प = अस्पताल

स्रोत: राज्य सरकारों एवं निश्चित केंद्रीय सरकार संगठन

132 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

संलग्नक 3.2.2
 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

दिनांक 1.4.2007 को भारत में विस्तारों की क्षमता के साथ आयुष अस्पतालों की राज्यवार/प्रणाली वार संख्या

क्रम सं.	राज्य/संघशासित प्रदेश एवं अन्य	आयुर्वेद	यूनानी	सिद्ध	योगा	नेचुरोपैथी	होम्योपैथी	कुल
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	आंध्र प्रदेश	620	193	-	-	-	283	1096
2	अरुणाचल प्रदेश	2	-	-	1	-	44	473
3	असम	380	1	-	25	2	75	483
4	बिहार	311	144	-	-	-	179	634
5	छत्तीसगढ़	634	6	-	-	-	52	692
6	दिल्ली	148	25	-	4	2	98	277
7	गोवा	11	-	-	-	-	3	14
8	गुजरात	501	-	-	1	8	216	726
9	हरियाणा	472	19	-	-	-	20	511
10	हिमाचल प्रदेश	1105	3	-	-	-	14	1122
11	जम्मू एवं कश्मीर	273	235	-	-	-	0	508
12	झारखंड	122	30	-	-	-	54	206
13	कर्नाटक	589	51	-	-	5	42	687
14	केरल	740	1	6	-	-	580	1327
15	मध्य प्रदेश	1427	50	-	-	-	146	1623
16	महाराष्ट्र	490	25	-	-	1	0	516
17	मणिपुर	0	-	-	-	-	9	9
18	मेघालय	12	-	-	-	-	10	22
19	मिजोरम	0	-	-	-	-	1	1
20	नगालैंड	-	-	-	-	-	-	0
21	उड़ीसा	624	9	-	35	30	603	1301
22	पंजाब	507	35	-	1	-	107	650
23	राजस्थान	3496	92	-	-	4	147	3739
24	सिक्किम	1	-	-	-	-	1	2
25	तमिलनाडू	32	21	4	1	1	43	533
26	त्रिपुरा	55	-	-	-	-	93	148
27	उत्तर प्रदेश	340	49	-	-	-	1482	1871
28	उत्तराखंड	467	3	-	-	-	60	530
29	पश्चिम बंगाल	295	3	-	-	-	1220	1518
30	अंड. एवं निको. द्वीप	1	-	-	-	-	8	9
31	चंडीगढ़	6	-	-	-	-	5	11
32	दा. एवं ना. हवे.	3	-	-	-	-	1	4
33	दमन एवं दीव	1	-	-	-	-	-	1
34	लक्षद्वीप	2	-	-	-	-	1	3
35	पांडिचेरी	16	-	16	-	-	7	39
36	सीजीएचएस	31	9	2	3	3	34	82
37	अनुसंधान परिषद	6	5	2	-	-	40	53
38	रेलवे मंत्रालय	39	-	-	-	-	129	168
39	श्रम मंत्रालय	127	1	3	-	-	29	160
40	कोयला मंत्रालय	28	-	-	-	-	-	28
कुल		13914	1010	464	71	56	5836	21351

नोट: आंकड़े अस्थाई हैं; - = शून्य

स्रोत: राज्य सरकारें एवं निश्चित केंद्रीय सरकार संगठन

अनुलग्नक 3.2.3
ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना आयुष विभाग स्कीम वार दसवीं योजना परिव्यय और व्यय

(करोड़ में रू.)

क्रम सं.	स्कीम का नाम	2002-07 दसवीं योजना का स्वीकृत परिव्यय	2002-07 वार्षिक परिव्यय का योग	2002-07 वास्तविक व्यय का योग
1	2	3	4	5
1	संस्थानों का विकास	120.00	155.72	120.81
2	अस्पताल एवं डिस्पेंसरीज़	59.00	243.85	310.15
3	ड्रग्स गुणवत्ता नियंत्रण	45.40	43.56	56.67
	कुल केन्द्रीय प्रायोजित योजना	224.40	443.13	487.63
1	आयुष विभाग को मजबूत बनाना	22.50	28.56	27.02
2	वैधानिक संस्थान	2.65	2.75	0.69
3	अस्पताल एवं डिस्पेंसरीज़	28.94	61.69	15.72
4	फार्माकोपोइयल प्रयोगशालाओं को मजबूत बनाना	26.50	36.17	9.97
5	जानकारी, शिक्षा और संचार	19.00	18.71	19.27
6	शैक्षणिक संस्थान	116.50	147.75	125.18
7	अनुसंधान परिषद	140.50	206.78	195.64
8	चिकित्सीय पौधे	93.50	134.21	141.47
9	अन्य कार्यक्रम एवं स्कीमें	100.46	134.20	6.95
10	नई पहलें	0.05	0.05	0.01
	कुल केन्द्रीय क्षेत्रक योजना	550.60	770.87	541.92
	कुल: (सीएसएस+सीएस)	775.00	1214.00	1029.55

अनुलग्नक 3.2.4
ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना आयुष विभाग के अधीन स्कीमें

क्रम संख्या	मंत्रालय/विभाग	दसवीं योजना की समाप्ति के समय योजनाओं की संख्या	दसवीं योजना की समाप्ति के समय अपतृण/प्रतिस्थापित योजनाओं की संख्या	ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान जारी योजनाएं	ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान नई योजनाएं	ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान कुल योजनाएं
केंद्रीय क्षेत्रक स्कीमें						
1	आयुष	10	0	5 (चालू योजनाओं को समेकित कर 5 योजनाएं बनाई गई)	3	8
केंद्रीय रूप से प्रायोजित योजनाएं						
1	आयुष	3	0	1 (चालू योजनाओं को एक योजना में समेकित किया गया)	2	3

4

पोषण और सामाजिक सुरक्षा तंत्र

4.1 खाद्य और पोषण

प्रस्तावना

4.1.1. ग्यारहवीं योजनावधि के आरंभ में खाद्य और पोषणिक सुरक्षा के संबंध में गंभीर चिंताएं हैं। हाल की दो योजनाओं के दौरान कृषि में उम्मीद से काफी कम निष्पादन हुआ है। प्रति व्यक्ति अनाज उत्पादन गिरा है। तीन दशकों में गरीबों की संख्या में मात्र 20 मिलियन लोगों की कमी आई है। 1973 में गरीबों की संख्या 320 मिलियन थी जो कि 2005 में 301 मिलियन हुई है; तथा यह गिरावट केवल हाल के दशक (1993-94-2004-05) के दौरान आई है। यद्यपि कृषि में बदलावों तथा ग्रामीण इंफ्रास्ट्रक्चर के परिणामस्वरूप खाद्य उत्पादन बढ़ा है (खंड 3 में वर्णित) फिर भी गरीबों की कम और स्थिर आय के कारण कम खरीद शक्ति प्रत्येक घर की खाद्य और पोषण संबंधी सुरक्षा में गंभीर रूकवट बनी है।

4.1.2. प्रोटीन ऊर्जा कुपोषण (पीईएम) के परिणाम स्वयं बखान करते हैं: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-2 (एनएफएस-2) के अनुसार 1998-99 में भारत की 36 प्रतिशत प्रौढ़ जनसंख्या का बॉडी मास इंडेक्स (बीएमआई) 18.5 (व्यस्क कुपोषण की सीमा) से कम था; मजबूत आर्थिक विकास के दशक के बावजूद आठ वर्षों बाद (2005-06) यह अनुपात केवल 33 प्रतिशत तक गिरा है। इसी तरह, तीन वर्ष से कम आयु के बच्चों में कम वजन वाले बच्चों का अनुपात बिल्कुल भी घटा नहीं है (1998/99 में 47 प्रतिशत और 2004-05/06 में 46 प्रतिशत रहा है)। खाद्य सुरक्षा मामलों को केवल अनाज उत्पादन और खपत के रूप में सीमित रखते हुए अलग से देखने की जरूरत नहीं है अपितु यह भी जांच करने जरूरत है कि ज्यादा से ज्यादा गरीबों के पोषणीय परिणामों में कैसे सुधार लाया जाए।

4.1.3. इसके अतिरिक्त खाद्य और पोषण संबंधी सुरक्षा पर्याप्त नहीं हो सकती है। गरीब लोगों तथा गरीबी रेखा से थोड़ा ऊपर रह रहे लोगों के जीवन में अनेक असुरक्षाएं हैं। हमारा लगभग 93 प्रतिशत श्रमिक बल बिना किसी सामाजिक सुरक्षा के, विशेषकर वृद्धावस्था में, अनौपचारिक क्षेत्र में कार्य करता है। ग्रामीण जनसंख्या के युवा वर्ग द्वारा शहरी क्षेत्रों की ओर पलायन से वृद्ध माता-पिता गांवों में छूट जाते हैं या उन महिलाओं पर निर्भर हैं जिन्हें परिवार की खेती पर काम करना पड़ता है क्योंकि बढ़ते हुए पुरुष पलायन के कारण कृषि क्षेत्र में महिलाओं पर काम का बोझ बढ़ रहा है। अनौपचारिक अर्थव्यवस्था में असुरक्षित रोजगार पर निर्भर लोगों तथा गांव में छूट गए माता-पिता के लिए वृद्धावस्था पेंशन एक अत्यधिक जरूरत बन गई है। इसके अलावा, सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था के लिए अल्प सहायता तथा व्यापक स्वास्थ्य सुविधा देने में इसकी असमर्थता से स्वास्थ्य असुरक्षा उत्पन्न होती है, जो कि जनसंख्या के बड़े भाग के लिए चिंता का विषय है।

कुपोषण: अवधारणात्मक और अनुभव आधारित विश्लेषण

कुछ अवधारणात्मक मुद्दे

4.1.4. कुपोषण दोनों व्यापक और सूक्ष्म पोषकों के असंतुलन को दर्शाता है जो कि अनुपयुक्त भोजन तथा/अथवा इसके अपर्याप्त जैविक उपयोग के कारण हो सकता है। शैशव अवस्था और बचपन में कम खान-पान के कारण कुपोषण होता है जिसका परिणाम होता है कमजोर संज्ञानात्मक और सामाजिक विकास, खराब स्कूल प्रदर्शन और बाद के जीवन में कम उत्पादकता। इसलिए, कुपोषण सामाजिक और आर्थिक विकास के लिए बहुत बड़ा खतरा है क्योंकि यह इस

महत्वपूर्ण आयु वर्ग के स्वास्थ्य को बनाए रखने के लिए सबसे बड़ी बाधा है।

4.1.5. कुपोषण विशेषकर बालिकाओं और महिलाओं में गर्भ से ही शुरू होकर पूरे जीवन पर्यन्त चलता है। यह न केवल व्यक्ति के स्वास्थ्य के लिए जोखिम बढ़ाता है, अपितु इसके कारण भावी पीढ़ी के आगे भ्रूणीय मंदता संबंधी नुकसान होने की संभावना भी अधिक होती है। जन्म के समय कम वजन होने से शिशु और बाल मृत्यु का खतरा बढ़ जाता है तथा जो बच्चे बचते हैं वे भी सामान्यतया अल्प पोषित रहते हैं, अक्सर बीमार होते हैं और पूरी तरह शारीरिक तथा मानसिक रूप से विकसित नहीं हो पाते हैं। इसके अलावा, अल्पपोषित वयस्क लोग कार्यात्मक रूप से मंद होते हैं तथा पूरे दिन उत्पादक शारीरिक गतिविधि करने में असक्षम होते हैं। पोषण संबंधी विकलांगता जैसे यादाश्त संबंधी गड़बड़ी, ओस्टेपोरोसिस इत्यादि बीमारियां वृद्ध लोगों में हो जाती हैं।

4.1.6. जब पोषण संबंधी जरूरतें पूरी नहीं हो पाती हैं तो बीमारी से उभरने में भी लंबा समय लग जाता है। कुपोषण बढ़ते हुए एचआईवी/एड्स से भी जुड़ा है। कुपोषण युक्त व्यक्ति में वायरस का खतरा अधिक होता है। अपर्याप्त शिशु पोषण का रूप तब और भी गंभीर होता है यदि यह माता से बच्चे में जाता है; और इस बात के साक्ष्य मिले हैं कि कुपोषण एंटीरिट्रोवायरल औषधियों को कम प्रभावी बनाता है। इसके अतिरिक्त, यदि एचआईवी/एड्स ग्रस्त व्यक्ति ठीक है और कार्यशील है तो अच्छे पोषण से उसकी जीवन अवधि में विस्तार हो सकता है। कुपोषण समस्या के कुछ नए आयाम भी हैं। मोटापा तथा आहार संबंधी गैर संक्रमणीय रोग भारत में धीरे धीरे लगातार फैल रहे हैं। कुपोषण और मोटापा के दोहरे बोझ से भारत प्रभावित होने लगा है। इस घटना को "पोषण संक्रमण" कहते हैं जिसका अर्थ है कि राष्ट्र की स्वास्थ्य व्यवस्था को आहार संबंधी गैर संक्रमणीय रोगों के उपचार की अधिक लागत से जूझना पड़ रहा है और साथ ही इसे अल्प पोषण और परंपरागत संक्रमणीय रोगों का मुकाबला करना पड़ रहा है।

4.1.7. इसलिए विद्यमान चुनौतियों में निम्नलिखित शामिल है -

- प्रौढ़ व्यक्तियों के कुपोषण का उच्च स्तर - देश के प्रौढ़ व्यक्तियों में से हरेक तीसरा प्रभावित है,
- अनुपयुक्त शिशु पोषण और देखरेख रिवाज,
- विशेषकर महिलाओं और बच्चों में अल्प पोषण का उच्च स्तर।
- सुक्ष्म पोषक संबंधी अल्प पोषण,
- नए आहार संबंधी रोग,
- स्वास्थ्य सुविधा की अपर्याप्त उपलब्धता।

अनुभव आधारित साक्ष्य

4.1.8. गत 25 वर्षों में औसतन भारतीय वजन और लंबाई में कोई उल्लेखनीय सुधार नहीं हुआ है। भारत में काफी प्रतिशत बच्चे कम वजन के साथ पैदा होते हैं जिनमें गर्भ से ही समस्या शुरू होती है। इसका अभिप्राय है कि एक वर्ष की आयु में 1.4 से 1.6 कि.ग्रा. भार की कमी 10 वर्ष की आयु तक 9 कि.ग्रा. की कमी है और प्रौढ़ होने पर 13-18 कि.ग्रा. की कमी में परिवर्तित हो जाता है। इसी तरह की प्रवृत्ति लंबाई के संबंध में देखी जाती है (जहां एक वर्ष की आयु में 1 सेमी कमी वयस्क होने पर 12-13 सेमी. तक पहुंच जाती है)। इसलिए, यह आश्चर्यजनक नहीं है कि देश के लगभग आधे बच्चों का भार कम है (साधारण से अत्याधिक अल्प पोषित) अथवा अल्पविकसित हैं। लड़कियों और लड़कों के बीच पोषक संबंधी स्थिति में कोई अंतर नहीं है। फिर भी अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति तथा अन्य वंचित वर्ग के बच्चों की औसतन लंबाई और वजन राष्ट्रीय औसतन मान से कम है। इसके अतिरिक्त, सभी वयस्कों के लगभग 30 प्रतिशत की बाडी मास इंडेक्स 18.5 से कम है (इसमें 33 प्रतिशत महिलाएं और 28 प्रतिशत प्रतिशत पुरुष हैं) जोकि वयस्क व्यक्ति के कुपोषण का द्योतक है।

4.1.9. भारत में इस गंभीर स्थिति के कुछ कारण निम्नलिखित हैं: ऊर्जा ग्रहण में 500-600 किलो कैलोरी की कमी (लगभग अपनी आवश्यकता का 40 प्रतिशत) और बहुपोषकों की कमी जैसे वसा, कैल्शियम, लौह, राइबोफ्लेविन, विटामिन सी (सभी में 50 प्रतिशत कमी) और विटामिन ए (70 प्रतिशत की कमी) इसमें कोई आश्चर्य नहीं है कि बच्चों और किशोरों में कुपोषण पोषकों की अपर्याप्तता/भूख के कारण है। 10 राज्यों के अध्ययन दर्शाते हैं कि 30 प्रतिशत से कम बच्चों में प्रोटीन कैलोरी पर्याप्त हैं (तालिका 4.1.1)।

तालिका 4.1.1 प्रोटीन कैलोरी पर्याप्तता स्थिति के संबंध में बच्चों का वितरण

आयु (वर्ष)	प्रतिशत	(प्रतिशत)
1-3	31.8	
4-6	28.2	
7-9	28.1	
	लड़के	लड़कियां
10-12	26.0	32.9
13-15	34.7	43.1
16-17	50.2	64.0
प्रौढ़ निष्क्रियता	पुरुष - 68.8	महिलाएं- 81.8
गर्भवती महिलाएं	64.3	
स्तनपान कराने वाली महिलाएं	62.2	

स्रोत: राष्ट्रीय पोषाहार मानीटरिंग ब्यूरो, एनएनएमबी रिपोर्ट 2002

136 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

4.1.10. आहार सर्वेक्षणों की और अधिक जांच से स्पष्ट है कि बच्चों द्वारा ली गई अपर्याप्त कैलोरियों में से 70 से 80 प्रतिशत से ऊपर अनाजों तथा दालों से प्राप्त होती हैं। इससे निम्नलिखित परिणाम होते हैं:

- 1 बच्चे कैलोरी की कमी को पूरा करने के लिए अधिक अनाज का उपभोग नहीं कर सकते हैं क्योंकि इसमें विविधता की कमी होती है और ऊर्जा घनत्व की कमी होती है।
- 2 वसा, दुग्ध, अंडों और लौह स्रोतों के अभाव में बच्चे स्वयं भूखे रहते हैं। परिणामी लौह कमी से उत्पन्न रक्ताल्पता उनकी भूख को और भी मार देता है।

4.1.11. इसलिए बच्चों के आहार में अनाजों तथा दालों के अलावा खाद्यों के अभाव में तथा 1 से 18 वर्ष की आयु समूह के बच्चों में अनाजों से कैलोरी-प्रोटीन तथा अन्य पोषक आवश्यकताओं को

प्राप्त करने और संतुष्ट होने की असक्षमता से कुपोषण की स्थिति और भी बदतर होती जा रही है। यहां तक कि वसा जो आहार में ऊर्जा घनत्व प्रदान करते हैं पर्याप्त मात्रा में उपलब्ध नहीं (सामान्यतया वसाओं को कैलोरी आवश्यकता का 30-40 प्रतिशत पूरा करना चाहिए)। अतः इसमें आश्चर्य नहीं है कि व्यापक भूखमरी व्याप्त है जिसके कारण अनेक पोषक की कमियां हैं। यह पोषक अप्रत्यक्ष भूख है; यह पोषकों की दृष्टि से समृद्ध खाने की भूख है।

वर्ष 1972-73 से अखिल भारतीय खाद्य उपभोग व्यय पद्धति में रुख

4.1.12. भारतीय जनसंख्या की प्रतिव्यक्ति अनाज खपत गत दो या तीन दशकों से ग्रामीण और शहरी दोनों क्षेत्रों में घट रही है। तालिका 4.1.2 में 15 प्रमुख राज्यों में प्रति माह अनाज खपत की

तालिका 4.1.2
प्रमुख राज्यों में गतदशक में वास्तविक दृष्टि से 15 राज्यों में औसत प्रति व्यक्ति अनाज खपत में परिवर्तन

वर्ष	ग्रामीण							
	मासिक प्रति व्यक्ति अनाज खपत (किग्रा.) में							
	आं. प्र.	असम	बिहार *	गुज.	हरि.	कर्ना.	केरल	म.प्र.#
1993-94	13.3	13.2	14.3	10.7	12.9	13.2	10.1	14.2
1999-2000	12.65	12.63	13.75	10.19	11.37	11.53	9.89	12.94
2004-05	12.07	13.04	13.08	10.07	10.66	10.73	9.53	12.16
	महा.	उड़ीसा	पंजाब	राज.	त.ना.	उ.प्र.^	प.बं.	भारत
1993-94	11.4	15.9	10.8	14.9	11.7	13.9	15.0	13.4
1999-2000	11.32	15.09	10.58	14.19	10.66	13.62	13.59	12.72
2004-05	10.50	13.98	9.92	12.68	10.89	12.87	13.18	12.12
वर्ष	शहरी							
	मासिक प्रति व्यक्ति अनाज खपत (किग्रा.) में							
	आं. प्र.	असम	बिहार	गुज.	हरि	कर्ना	केरल	म.प्र.
1993-94	11.3	12.1	12.8	9.0	10.5	10.9	9.5	11.3
1999-2000	10.94	12.26	12.70	8.49	9.36	10.21	9.25	11.09
2004-05	10.51	11.92	12.21	8.29	9.15	9.71	8.83	10.63
	महा.	उड़ीसा	पंजाब	राज.	त.ना.	उ.प्र.^	प.बं.	भारत
1993-94	9.4	13.4	9.0	11.5	10.1	11.1	11.6	10.6
1999-2000	9.35	14.51	9.21	11.56	9.65	10.79	11.17	10.42
2004-05	8.39	13.11	9.01	10.84	9.48	10.94	10.39	9.94

नोट : * झारखण्ड शामिल। # छत्तीसगढ़ शामिल। ^ उत्तरांचल शामिल
स्रोत : एनएसएस का 50वां, 55वां तथा 61वां दौर।

प्रतिव्यक्ति मात्रा दी गई है, जैसेकि राष्ट्रीय प्रतिदर्श सर्वेक्षण (एनएसएस) (सांख्यिकी और कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय, भारत सरकार, के 50वें (1993-94), 55वें (1999-2000) और 61वें (2004-05) दौर) में अनुमानित है। यह दर्शाता है कि अनाज खपत की घटत सभी प्रमुख राज्यों में व्याप्त है तथा दोनों ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों को समान स्तर पर प्रभावित करता है।

4.1.13 2004-05 से पहले तीन दशकों तक लगातार ग्रामीण और शहरी भारत के कुल व्यय में खाद्य संबंधी व्यय में कमी होती रही है। ग्रामीण क्षेत्रों में कुल गिरावट 73 प्रतिशत से 55 प्रतिशत तक तथा शहरी क्षेत्रों में यह गिरावट 64.5 प्रतिशत से 42 प्रतिशत तक रही है (तालिका 4.1.3)। शहरी भारत में, न केवल अनाज और दालों के अंश में कमी आई है अपितु अन्य खाद्य समूह जैसे दूध और दुग्ध उत्पाद, अंडा, मछली और मांस तथा फल व अखरोटों के प्रत्येक के अंश में एक प्रतिशत कमी हुई है। ग्रामीण भारत में पेयों, अल्पहारों तथा प्रसंस्कृत खाद्य के अंश में 2 प्रतिशत की वृद्धि हुई है; केवल चीनी और दालों (दालों के संबंध में विशेषकर गत दशक में) का अंश अनाजों के अलावा उल्लेखनीय रूप से गिरा है। लेकिन ऐसी बात नहीं है कि यदि अनाज खपत घटी है तो उसकी प्रतिपूर्ति के लिए अन्य गैर अनाज की मात्रा में बढोत्तरी पर्याप्त है।

बाल कुपोषण की समस्या

4.1.14 स्वतंत्रता के साठ वर्षों बाद भी भारत में तीन वर्ष की आयु से कम के लगभग पचास प्रतिशत बच्चे कुपोषित हैं (तालिका 4.1.4 देखें)। भारत में विश्व के सर्वाधिक बच्चे कुपोषित हैं। इससे भी बुरी बात यह है कि भारत में कुपोषण की औसत दर अफ्रीका से भी अधिक है। वास्तव में, दक्षिण एशियाई देशों में कुपोषण की दर विश्व के अन्य देशों के मुकाबले बहुत खराब है और दक्षिण एशियाई देशों में (नेपाल और बांग्लादेश सहित) भारत में कुपोषण की दर सबसे खराब है। यहां तक कि भारत में सर्वोत्तम राज्य केरल की कुपोषण की दर अफ्रीका की औसत कुपोषण दर के बराबर है।

4.1.15 इससे भी चिंताजनक बात यह है कि कुपोषण की दर (जोकि अंतर्राष्ट्रीय रूप से स्वीकृत जनसंख्या संदर्भ के मुकाबले कम वजन वाले बच्चों के रूप में परिभाषित हैं, में पिछले डेढ़ दशकों से कोई उल्लेखनीय कमी नहीं आई है। 1992-93 में यह 54 प्रतिशत थी (एनएफएचएस-1); 1998-99 में यह 46 प्रतिशत थी (एनएफएचएस-2); और 2005-06 में यह 46 प्रतिशत थी (एनएफएचएस 3)। अर्थव्यवस्था में हाल में औसतन 8 प्रतिशत प्रति वर्ष वृद्धि की दर को देखते हुए इस अवधि में शायद ही कोई बदलाव आया है। स्वाभाविक रूप से जनसंख्या में वृद्धि को देखते हुए कुपोषित बच्चों की संख्या में वास्तविक वृद्धि होने की संभावना है।

तालिका 4.1.3
1972-73 से 2004-05 तक अखिल भारतीय ग्रामीण और शहरी खाद्य खपत का ब्यौरा

क्षेत्रक	वर्ष	कुल व्यय में प्रमुख खाद्य समूहों का प्रतिशत अंश									
		सभी खाद्य	अनाज	दालें	दूध एवं दुग्ध	खाद्य तेल	अंडा, मछली एवं मांस उत्पाद	सब्जियां	फल एवं अखरोट	चीनी	पेय आदि।
ग्रामीण	72-73	72.9	40.6	4.3	7.3	3.5	2.5	3.6	1.1	3.8	2.4
	87-88	64.0	26.3	4.0	8.6	5.0	3.3	5.2	1.6	2.9	3.9
	93-94	63.2	24.2	3.8	9.5	4.4	3.3	6.0	1.7	3.1	4.2
	99-00	59.4	22.2	3.8	8.8	3.7	3.3	6.2	1.7	2.4	4.2
	04-05	55.0	18.0	3.1	8.5	4.6	3.3	6.1	1.9	2.4	4.5
शहरी	72-73	64.5	23.3	3.4	9.3	4.9	3.3	4.4	2.0	3.6	7.6
	87-88	56.4	15.0	3.4	9.5	5.3	3.6	5.3	2.5	2.4	6.8
	93-94	54.7	14.0	3.0	9.8	4.4	3.4	5.5	2.7	2.4	7.2
	99-00	48.1	12.4	2.8	8.7	3.1	3.1	5.1	2.4	1.6	6.4
	04-05	42.5	10.1	2.1	7.9	3.5	2.7	4.5	2.2	1.5	6.2

4.1.16 बिहार, झारखंड, मध्यप्रदेश, छत्तीसगढ़ और उत्तर प्रदेश में कुपोषण की दर राष्ट्रीय औसत दर 46 प्रतिशत से अधिक है (संलग्नक तालिका 4.1.1)। इनमें से कुछ राज्यों में 0-3 वर्ष आयु की बाल जनसंख्या में कुपोषण की दर 1998-99 (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 2) और 2005-06 (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 3) के बीच बढ़ी है। इसलिए ग्यारहवीं योजना अवधि में प्रत्येक राज्य में बाल कुपोषण की दर को संलग्नक तालिका 4.1.2 में दी गई सीमा तक घटाने के लिए संयुक्त प्रयास करने की योजना बनाई गई है।

तालिका 4.1.4
भारत में कुपोषण (0-3 वर्ष की आयु)

पोषण संबंधी मानदंड	1992-93 एनएफएचएस-1	1998-99 एनएफएचएस-2	2005-06 एनएफएचएस-3
अविकसित	52.0	45.5	38.4
दुर्बल	17.5	15.5	19.1
कम वजन	53.4	47.0	45.9

नोट : [एनएफएचएस-1] के उपरोक्त आंकड़े 0-4 वर्षों के लिए हैं। फिर भी, एनएफएचएस-1 ने बाद में 3 वर्ष से कम आयु वाले बच्चों के संबंध में आंकड़े दिए हैं जिसमें 51.5 प्रतिशत बच्चे कम वजन वाले बताए गए हैं।]

स्रोत : एनएफएचएस सर्वेक्षण, आईआईपीएस, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार।

4.1.17 एनएफएचएस-3 यह दर्शाता है कि बच्चों और महिलाओं में रक्त अल्पता बढ़ रही है। 6-35 माह तक के बच्चों में 74.2 प्रतिशत बच्चे रक्ताल्प थे (एनएफएचएस-2) जो कि बढ़कर 79.2 प्रतिशत हो गया (एनएफएचएस-3)। इसी तरह, 15-49 आयु समूह में विवाहित महिलाओं, जिनमें खून की कमी थी, का प्रतिशत 1998-99 में 51.8 प्रतिशत से 2005-06 में 56.2 प्रतिशत तक पहुंच गया और 15-49 आयु समूह की गर्भवती महिलाओं में यह प्रतिशत 1998-99 में 49.7 प्रतिशत से 2005-06 में 57.9 प्रतिशत तक पहुंच गया। (सूक्ष्म पोषक के संबंध में बाद का खंड देखें)।

स्थिति विश्लेषण का सारांश

4.1.18 अन्य शब्दों में, पहली बात यह उमर कर आयी है कि अनाज की प्रति व्यक्ति उपलब्धता में कमी आई है तथा दूसरी बात यह सामने आई है कि अनाज उपलब्धता में आई गिरावट के एवज में गैर-अनाज संबंधी खाद्य खपत में उस हिस्सा से वृद्धि नहीं हुई है। यदि गैर-अनाज संबंधी खाद्य के अंश में कुछ वृद्धि हो भी गई हो तो भी जनसंख्या के काफी बड़े हिस्से को और उन

लोगों को जिनके पास अनाज के अलावा अन्य खाद्य चीजों को खरीदने की सामर्थ्य नहीं है, प्रति व्यक्ति अनाज उपलब्धता में आई कमी महसूस कर सकता है।

4.1.19 किसी भी दृष्टि से महत्वपूर्ण बात यह है कि एनएसएस आंकड़ों के अनुसार 1983 से 2004-05 के 20 वर्षों की अवधि में कुल मिलाकर कैलोरी तथा प्रोटीन की प्रतिव्यक्ति खपत लगातार कम हुई है (तालिका 4.1.5 देखें)। ग्रामीण क्षेत्र में प्रतिदिन कैलोरी खपत 8 प्रतिशत गिरकर 2221 से 2047 हुई है। इसी तरह शहरी कैलोरी खपत 3.3 प्रतिशत गिरकर 2080 से 2020 हुई है। उसी अवधि में ग्रामीण प्रोटीन खपत में 8 प्रतिशत की गिरावट आई है और शहरी खपत उसी 20 वर्षों की अवधि में वही रही है। क्योंकि ये आंकड़े परिवारों से संबंधित हैं, इसलिए इसमें किसी परिवार में खाद्य वितरण के प्रभाव को नहीं दर्शाया गया है। यह सर्वविदित है कि गरीब परिवारों में महिलाओं और लड़कियों को आखिर में खाना मिलता है और पुरुष प्रधान परिवार में उन्हें कम खाना मिलता है।

तालिका-4.1.5 कैलोरी और प्रोटीन की प्रति व्यक्ति खपत

	कैलोरी (कि.कै./दिन)		प्रोटीन (ग्रा/दिन)	
	ग्रामीण	शहरी	ग्रामीण	शहरी
1983 (NSS 38 th राउंड)	2221	2089	62.0	57.0
1993-94 (NSS 50 th राउंड)	2153	2071	60.2	57.2
1999-2000 (NSS 55 th राउंड)	2149	2156	59.1	58.5
2004-05 (NSS 61 st राउंड)	2047	2020	57.0	57.0

स्रोत : एनएसएस रिपोर्ट सं. 513 भारत में पोषण संबंधी खपत, 2004-05

4.1.20 इस तरह कुल मिलाकर देखा जाए तो हमारे देश में कुपोषण की समस्याओं के कई रूप हैं। पहले तो ग्रामीण क्षेत्रों में औसतन कैलोरी खपत में ग्रामीण गरीबी रेखा के लिए कैलोरी मानक (2400 कैलोरी) के मुकाबले कमी आई है। यह 20 वर्ष पहले मानक से भी नीचे था, और यह वास्तव में तब से औसतन रूप से घटा है। इसी तरह शहरी क्षेत्रों के लिए गरीबी रेखा के लिए कैलोरी खपत का मानक 2100 है तथा शहरी खपत भी दो दशक पूर्व मानक से औसतन कम था और उसमें भी गिरावट आई है। यह स्पष्ट है कि जो लोग निर्धन नहीं हैं वे गरीबों के मुकाबले औसतन अधिक कैलोरी की खपत करते हैं।

इसलिए किसी समाज में पर्याप्त वितरण संबंधी असमानता के लिए देश में औसतन कैलोरी उपलब्धता प्रति व्यक्ति आवश्यकता (अर्थात् शहरी क्षेत्रों के लिए 2100 कैलोरी तथा ग्रामीण क्षेत्रों के लिए 2400 कैलोरी) से कम से कम 20 प्रतिशत अधिक होनी चाहिए। परन्तु 20 वर्ष पूर्व भी भारत में कैलोरी की खपत औसतन रूप से जरूरत से काफी कम थी। इसलिए अत्यधिक गरीबों की बात तो दूर नहीं, सामान्य गरीब भी मानक से कम कैलोरी लेते थे और ले रहे हैं। और किसी घर में, न केवल गरीब परिवारों में अपितु गरीबी रेखा से थोड़ा ऊपर के परिवारों में भी कैलोरी आवंटन महिलाओं तथा लड़कियों को और भी कम होने की संभावना है। यदि इस तथ्य को सर्व विदित तथ्य (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण में 1990 के शुरु के वर्षों से बार बार स्थापित) से मिलाकर देखा जाए कि जब महिलाएं और लड़कियां बीमार पड़ती हैं तो उन्हें स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध होने की कम संभावना होती है, तो इसमें कोई आश्चर्य नहीं होता है कि जनसंख्या में पुरुषों की अपेक्षा महिलाओं का अनुपात कम है और यह गिर रहा है।

4.1.21 अनेक दशकों से प्रोटीन-ऊर्जा संबंधी कुपोषण की स्थिति में नगण्य या कोई सुधार नहीं हुआ है। इस संदर्भ में न्यूनतम समर्थन मूल्य (एमएसपी) और सार्वजनिक वितरण प्रणाली (पीडीएस) महत्वपूर्ण हो रही है।

न्यूनतम समर्थन मूल्य, खाद्य अधिप्रापण नीति और सार्वजनिक वितरण प्रणाली

4.1.22 खाद्य सुरक्षा खाद्य के उत्पादन और वितरण दोनों ही निर्णयों का परिणाम है। कृषि उत्पाद मामलों पर ग्यारहवीं योजना (खंड 3) के कृषि अध्याय में चर्चा की गई है। वास्तव में, भारत सरकार ने 2007 में खाद्य सुरक्षा मिशन शुरू करने का निर्णय लिया है जो अनाज और दाल उत्पाद बढ़ाने पर केंद्रित होगा। यह अध्याय कैलोरी वितरण, वहनीयता और उपलब्धता संबंधी मामलों पर केंद्रित है। इस खंड में इस बात पर चर्चा की गई है कि खाद्य सुरक्षा में सुधार करने तथा राजकोषीय सहायता कम करने के लिए सार्वजनिक वितरण प्रणाली में क्या-क्या बदलाव करने की जरूरत है।

न्यूनतम समर्थन मूल्य (एमएसपी)

4.1.23 खाद्य अनाज को उत्तरी भारत के कुछ खाद्य अधिशेष राज्यों से सरकार द्वारा निर्धारित न्यूनतम समर्थन मूल्य (एमएसपी) पर खरीदा जाता है जिसे बाद में (देश के खाद्य कमी वाले राज्यों में अधिकांशतः दक्षिण और पश्चिम में) ले जाया जाता है। न्यूनतम समर्थन मूल्य कृषि लागत और मूल्य आयोग (सीएसीपी) द्वारा

संस्तुत दरों पर निर्धारित होता है, जिन्हें मुख्यतः खेती की लागत का प्रयोग करके निर्धारित किया जाता है। ये अनाज भंडार अनिवार्य रूप से देश के सार्वजनिक वितरण प्रणाली की आपूर्ति करते हैं। सार्वजनिक वितरण प्रणाली के माध्यम से अनाजों को गरीबी रेखा से नीचे के घरों में तथा गरीबी रेखा से ऊपर के घरों में अलग अलग कीमत पर उपलब्ध कराया जाता है। लाभार्थियों की एक तीसरी श्रेणी भी है-अंत्योदय कार्डधारक। अंत्योदय अन्न योजना (एएवाई) के अंतर्गत अत्यधिक गरीब परिवारों को 2 रु. प्रति किलो गेहूं तथा 3 रु. प्रति किलो चावल की अत्यधिक राज-सहायता प्राप्त दरों पर अनाज उपलब्ध किया जा रहा है।

4.1.24 केंद्रीय पूल में भंडार एकत्रण के वर्षों के दौरान 2001-02 तक यह विश्वास किया जाता था कि अनाज की अतिरिक्त खरीद, सीएसीपी द्वारा विहित स्तरों से अधिक धान और गेहूं के न्यूनतम समर्थन मूल्य को निर्धारित करने के सरकार के निर्णय के कारण होती है। तब से अनाज भंडारों में कमी आई है।

स्थिरीकरण

4.1.25 गरीब की सीमित खरीद सामर्थ्य को देखते हुए अनाजों की मूल्य वृद्धि को रोकने की आवश्यकता है। इस प्रयोजनार्थ सरकार भारतीय खाद्य निगम के माध्यम से अनाजों का काफी अधिक भंडार रखती है। वर्ष 2001-02 में अनाजों का भंडार 256.17 लाख टन (चावल) और 324.15 लाख टन (गेहूं) पहुंच गया था। लेकिन 2007 में इन दोनों अनाजों के भंडार क्रमशः 131.71 लाख टन (चावल) और 45.63 लाख टन (गेहूं) रह गए हैं।

4.1.26 सार्वजनिक वितरण प्रणाली के अनाज मूल्य स्थिर रखने के उद्देश्य को प्राप्त करने के लिए एफसीआई के पास खाद्य भंडार उचित स्तर पर होना चाहिए। हाल के वर्षों में भारतीय खाद्य निगम में खरीद और भंडार में कमी आई है। यदि पर्याप्त भंडार रखने के लिए खरीद मूल्यों को न्यूनतम समर्थन मूल्य से अधिक करने की आवश्यकता पड़ती है तो एक पारदर्शी तंत्र की आवश्यकता होगा जिससे सरकार गैर-सरकारी व्यापारियों द्वारा दी जा रही कीमतों की बराबर कीमतों पर वाणिज्यिक खरीद कर सके। यह तब ही किया जा सकता है यदि मात्रा की खरीद लक्ष्य के साथ अधिप्राप्ति मूल्य (अर्थात् न्यूनतम समर्थन मूल्य जमा बोनस) खरीद सीज़न के शुरु में घोषित किया जाए। अधिप्राप्ति लक्ष्य पूरा होने पर बोनस समाप्त किया जाए। फिर भी, यदि बोनस के साथ भी अधिप्राप्ति मात्रा पूरी नहीं होती है तो भारतीय खाद्य निगम के भंडार भरने के लिए और कमी दूर करने हेतु अधिप्राप्ति कार्यवाही के बाद घरेलू और अंतरराष्ट्रीय बाजारों से निविदाएं मंगानी चाहिए।

विकेंद्रीकृत अधिप्राप्ति

4.1.27 नौवें दशक के मध्य से भिन्न अनाज अधिप्राप्ति पहले कुछ उत्तरी राज्यों तक सीमित थी। तथापि, 1997-98 में शुरू की गई विकेंद्रीकृत अधिप्राप्ति योजना के अंतर्गत राज्य सरकारें स्वयं भारत सरकार की ओर से धान और गेहू की सीधी खरीद करते हैं तथा भारत सरकार की तरफ से लेवी चावल की अधिप्राप्ति करते हैं। राज्य सरकारों और उनकी एजेंसियों द्वारा अपनी आवश्यकतानुसार खरीद केंद्र खोले गए हैं। राज्य सरकारें लक्षित सार्वजनिक वितरण प्रणाली टीपीडीएस तथा अन्य कल्याण योजनाओं के तहत अनाजों को खरीदती हैं, भंडार और वितरित करती हैं। इस प्रकार से खरीदी गई गेहू तथा चावल की कुल मात्रा केंद्र सरकार द्वारा निर्धारित कुल आवंटन से कम होने पर, भारतीय खाद्य निगम केंद्रीय पूल भंडार से कमी को पूरा करता है। इस योजना के अंतर्गत राज्य विशिष्ट आर्थिक लागत केंद्र सरकार द्वारा तय की जाती है तथा इस तरह निर्धारित आर्थिक लागत और केंद्रीय निर्गम मूल्य के बीच की अंतर राशि को खाद्य राजसहायता के रूप में राज्य द्वारा वहन करना होता है।

4.1.28 विकेंद्रीकृत अधिप्राप्ति योजना, जो कि वर्तमान में 11 राज्यों में लागू है, अनेक गैर-परंपरागत राज्यों में चावल की खरीद बढ़ाने में बहुत सफल रही है, जैसे कि नीचे तालिका 4.1.6 से देखा जा सकता है।

4.1.29 राज्यों को केंद्रीय पूल से खाद्य अनाजों की अपनी जरूरत को कम करने के लिए खरीद बढ़ाने की आवश्यकता है। अधिक उत्पादन वाले और राज्यों, जैसे गेहू और चावल के लिए बिहार तथा चावल के लिए असम, को भी ऐसी विकेंद्रीकृत खरीद योजना अपनाने की जरूरत है। यदि ऐसा होता है तो इससे परिवहन लागत में काफी बचत होगी।

खाद्य सब्सिडी

4.1.30 भारतीय खाद्य निगम द्वारा खरीदे गए खाद्य अनाजों के मूल्य और अन्य कल्याण योजनाओं हेतु केंद्रीय निर्गम मूल्य (सीआईपी) पर बेचने से वसूली गई राशि के बीच के अंतर को पूरा करने के लिए खाद्य और सार्वजनिक वितरण विभाग के बजट में खाद्य राजसहायता का प्रावधान किया जाता है। इसके अतिरिक्त केंद्र सरकार भी भारी भंडार की आवश्यकताओं को पूरा करने हेतु खाद्य अनाज खरीदती है। इसलिए खाद्य राजसहायता का कुछ भाग भारी भंडार की लागत को पूरा करने में भी चला जाता है।

4.1.31 भारत सरकार का राजसहायता संबंधी बिल 2004-05 में सबसे अधिक था और भंडार कम होने पर कम हो गया। फिर भी, हाल ही में घोषित उच्चतम न्यूनतम समर्थन मूल्य से न्यूनतम समर्थन मूल्य (एमएसपी) में वृद्धि, बोनस की घोषणा

तालिका 4.1.6:

खरीफ मार्केटिंग सीज़न के दौरान डीसीपी राज्यों में चावल की खरीद

(आंकड़े लाख टन)

क्र. सं.	राज्य	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07*
1	पश्चिम बंगाल	1.26	9.25	9.44	12.75	5.19
2	उत्तर प्रदेश	13.60	25.54	29.71	31.51	21.01
3	छत्तीसगढ़	12.91	23.74	28.37	32.65	25.20
4	उत्तरांचल	2.32	3.23	3.61	3.36	1.74
5	अंद. एवं. निकोबार द्वीप.	-	वार्तायोग्य	0.01	-	-
6	उड़ीसा	8.90	13.73	15.90	17.85	14.18
7	तमिलनाडू	1.07	2.07	6.52	9.26	10.38
7	केरल	-	-	0.33	0.94	1.05
8	कर्नाटक	-	-	0.21	0.48	0.12
	कुल (क)	40.06	77.56	94.10	108.80	78.86

नोट : *19/04/07 स्थिति के अनुसार

और भारतीय खाद्य निगम में ले जाने की लागत के कारण राजसहायता बढ़ने की संभावना है (तालिका 4.1.7 देखें)। नीचे दी गई तालिका 4.1.7 में भारत सरकार की खाद्य राजसहायता के आंकड़े दिए गए हैं:-

तालिका 4.1.7
खाद्य सन्निधि

वर्ष	खाद्य सन्निधि (रु. करोड़ में)
1996-97	5166
1997-98	7500
1998-99	8700
1999-2000	9200
2000-01	12010
2001-02	17494
2002-03	24176
2003-04	25160
2004-05	25746
2005-06	23071
2006-07	23827

सार्वजनिक वितरण प्रणाली

4.1.32 सार्वजनिक वितरण प्रणाली (पीडीएस) देश में राज्य द्वारा की जाने वाली प्रमुख प्रक्रिया है जिसे सभी लोगों को, विशेषकर गरीबों को खाद्य सुरक्षा सुनिश्चित करने के उद्देश्य से शुरू किया गया है। सार्वजनिक वितरण प्रणाली 4.89 लाख उचित दर की दुकानों के बड़े वितरण नेटवर्क के माध्यम से कार्य करती है और अनुपूरक प्रकृति की है। सार्वजनिक वितरण प्रणाली के तहत, केंद्रीय सरकार खाद्य अनाज खरीदने और उसे भारतीय खाद्य निगम के प्रमुख केंद्रों तक ले जाने के लिए जिम्मेदार हैं, जबकि राज्य सरकारें गरीबी रेखा से नीचे रह रहे लोगों की पहचान करने, राशन कार्ड जारी करने तथा उचित दर की दुकानों के माध्यम से कमजोर वर्गों तक अनाज का वितरण करने के लिए जिम्मेदार हैं। ऐसा प्रतीत होता है कि सार्वजनिक वितरण प्रणाली गरीबों को अनाज उपलब्ध कराने के दूसरे उद्देश्य को पूरा करने में विफल हुई है। यदि यह अपना उद्देश्य पूरा करती तो अनाजों की खपत स्तर औसतन रूप से गिरती नहीं जैसे की गत दो दशकों से लगातार होता रहा है।

4.1.33 अपनी कार्यकुशलता में सुधार लाने की दृष्टि से सार्वजनिक वितरण प्रणाली को जून 1997 से नया स्वरूप

देकर लक्षित सार्वजनिक वितरण प्रणाली (टीपीडीएस) के रूप में किया गया। टीपीडीएस में गरीब परिवारों की पहचान करने और उन्हें राजसहायता प्राप्त मूल्यों पर निर्धारित अनाज देने की परिकल्पना की गई है। टीपीडीएस के अंतर्गत, गरीबों तथा गरीबतम लोगों को अधिक राजसहायता प्राप्त दरों पर अनाज दिया जा रहा है। गरीबी रेखा से ऊपर के परिवारों को (एपीएल) भी टीपीडीएस के अंतर्गत अनाज दिया जा रहा है लेकिन कम राजसहायता पर। टीपीडीएस के अंतर्गत अंत्योदय कार्डधारकों को प्रति परिवार प्रतिमाह 10 किग्रा राशन जारी करने के शुरू किए गए पैमाने को धीरे-धीरे बढ़ाकर अप्रैल 2002 से प्रति परिवार 35 किग्रा प्रतिमाह कर दिया गया है।

4.1.34 राज्य सरकारों द्वारा टीपीडीएस के तहत, ग्रामीण विकास मंत्रालय द्वारा अपनाए गए मानदंड के आधार पर गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों की पहचान की जानी थी। फिर भी, लाभार्थियों की कुल संख्या योजना आयोग को दिए गए 1.03.2000 की जनसंख्या में राज्यवार गरीबी आंकलन (1993-94) तक सीमित किया जाना था। 6.52 करोड़ गरीबी से नीचे परिवारों की कुल सीमा की तुलना में (1993-94 के लिए योजना आयोग के गरीबी आंकलन और 01.03.2000 को रजिस्ट्रार जनरल द्वारा दर्शाई गई जनसंख्या के अनुसार) 8 करोड़ से भी अधिक लोगों को गरीबी रेखा से नीचे के राशन कार्ड जारी किए गए हैं। इसी तरह, देश में 18.03 करोड़ घरों के आंकड़ों (भारत के रजिस्ट्रार जनरल द्वारा 1.3.2000 के जनसंख्या आंकड़ों के अनुसार) के विरुद्ध कुल लगभग 22.32 करोड़ राशन कार्ड जारी किए गए हैं। इससे जमीनी स्तर पर समस्याएं खड़ी होती हैं।

लक्षित सार्वजनिक वितरण प्रणाली की प्रमुख कमियां

4.1.35 जैसे कि विभिन्न अध्ययनों द्वारा पहचान की गई है, टीपीडीएस की प्रमुख कमियों में निम्नलिखित शामिल हैं: (क) शामिल करने और न करने संबंधी अधिक गलतियां (ख) उचित दर की दुकानों की आर्थिक व्यवहारिकता (ग) कीमत स्थिर रखने के उद्देश्य को पूरा करने में विफलता और (घ) और अनाज का लीकेज।

(1) शामिल करने और न करने संबंधी गलतियां

4.1.36 कार्यक्रम मूल्यांकन संगठन का अध्ययन (2005) यह बात सिद्ध करता है कि अधिकांश राज्यों में गरीबों को शामिल करने और शामिल न करने संबंधी बड़े पैमाने पर गलतियां हैं (बॉक्स 4.1.1 देखें)। यह अध्ययन राज्य स्तर पर बीपीएल परिवार पहचान करने की प्रक्रिया पर भी प्रश्न उठाता है। इस संबंध में दो समस्याएं हैं। एक तो केंद्र सरकार द्वारा राज्यों को खाद्यान्न

बाक्स: 4.1.1
टीपीडीएस का निष्पादन मूल्यांकन

- पूंजी पर 12% का लाभ कमाने में केवल 22.7% उचित दर की दुकाने व्यवहार्य हैं।
- एपीएल कार्डधारकों द्वारा राशन ले जाना हिमाचल प्रदेश, तमिलनाडु और पश्चिम बंगाल को छोड़कर अन्य राज्यों में नगण्य था।
- प्रति बीपीएल कार्ड में राशन ले जाना पश्चिम बंगाल, केरल, हिमाचल प्रदेश और तमिलनाडु में काफी अधिक था।
- टीपीडीएस के अंतर्गत गरीबों द्वारा राशन ले जाना सार्वभौमिक पीडीएस के मुकाबले काफी अधिक था।
- परिवारों को शामिल करने और छोड़ने में काफी गलतियों की गई हैं तथा नकली कार्ड सामान्य बात है।
- परिवारों को छोड़ने की अत्यधिक गलतियों का अभिप्राय बीपीएल का कम कवरेज करना है। सर्वेक्षण से अनुमान लगाया गया है कि टीपीडीएस में केवल 57% प्रतिशत बीपीएल परिवारों को ही शामिल किया गया है।
- परिवारों को शामिल करने की गलतियां आंध्र प्रदेश, कर्नाटक और तमिलनाडु में अधिक हैं। इसका अर्थ है कि एपीएल परिवारों को राजसहायताप्राप्त खाद्यान्नों का गलत तरीके से बड़ा हिस्सा प्राप्त होता है।
- राज्यों में अन्यत्र प्रयोग में काफी अंतर है। बिहार और पंजाब में कुल लीकेज 75% से अधिक होती है जबकि हरियाणा और उत्तर प्रदेश में यह 50% और 75% के बीच है।
- भ्रष्टाचार और दुरुपयोग का अर्थ है, राजसहायता प्राप्त अनाजों के वितरण का वास्तविक बीपीएल परिवारों को कम अंश। 2003-04 के दौरान यह अनुमान लगाया गया कि केंद्रीय पूल से बीपीएल कोटा के 14.1 मिलियन टन से केवल 6.1 मिलियन टन अनाज ही बीपीएल परिवारों को पहुंचा और 8 लाख टन लक्षित परिवारों तक नहीं पहुंच पाया।
- भ्रष्टाचार से डिलीवरी की लागत बढ़ी है। प्रत्येक 1 किग्रा राशन जो गरीब तक पहुंचाया गया, उसके लिए भारत सरकार द्वारा केंद्रीय पूल से 2.32 किग्रा राशन जारी किया गया।
- 2003-04 के दौरान, टीपीडीएस के अंतर्गत अनुमानित 7,258 करोड़ रूपए की राजसहायता में से 4,123 करोड़ रूपए बीपीएल परिवारों तक नहीं पहुंच पाई हैं। इसके अतिरिक्त 2579 करोड़ रूपए किसी ग्राहक को पहुंच नहीं पाया लेकिन आपूर्ति चैन में शामिल एजेंसियों द्वारा वहन किया गया।

आवंटन के लिए प्रयुक्त मानदंड है। केंद्रीय सरकार राज्यों को संकरी आधिकारिक गरीबी रेखा के आधार पर खाद्यान्न का आवंटन करता है। राज्यों को इस आवंटन मानदंड की जांच किए जाने की जरूरत है। यदि इस आधिकारिक गरीबी अनुपात मानदंड को मानें तो 2004-05 में अखिल भारतीय स्तर पर केवल 28 प्रतिशत जनसंख्या पीडीएस के तहत पात्र है। फिर भी, खाद्य असुरक्षित परिवार आधिकारिक गरीबी अनुपात से बहुत अधिक हो सकते हैं। उदाहरणार्थ बच्चों और परिवारों में अल्पपोषण, इस आंकड़े से बहुत अधिक हैं। बीपीएल अनुमानों का प्रयोग केंद्रीय आवंटन निर्धारित करने हेतु बदले जाने चाहिए क्योंकि एक बहुत बड़ा तबका गरीबी रेखा से थोड़ा ऊपर है।

4.1.37 दूसरी समस्या राज्यों द्वारा बीपीएल परिवारों की पहचान के लिए अपनाई जा रही प्रक्रिया का प्रयोग है जिसमें कई खामियां हैं। इस समस्या का निवारण करने के लिए, उदाहरण के लिए, कुछ दक्षिण भारतीय राज्य राशन कार्डों को सीमित करने के लिए इस आधिकारिक गरीबी अनुपात को नहीं देखते हैं। वह अनुपात कम होने पर भी ज्यादा लोगों को राशन कार्ड देते हैं। आंध्र प्रदेश में 70 प्रतिशत से अधिक परिवारों में राशन कार्ड हैं।

(2) उचित दर दुकानों की व्यावहारिकता

4.1.38 एक महत्वपूर्ण संस्थानिक चिंता का विषय उचित दर की दुकानों की आर्थिक व्यावहारिकता है, जो शायद पीडीएस से एपीएल के अलग करने से बुरी तरह प्रभावित हुई हैं (जो कि 1997 में पीडीएस को टीपीडीएस बनाने के बाद हुआ)। गरीबी रेखा से ऊपर जनसंख्या को यथार्थ रूप से अलग करने से बिक्री में अत्यधिक कमी आई है। कम राशन कार्ड होने से कारोबार कम होता है तथा बीपीएल ग्राहकों के लिया जा सकने वाला मार्जिन पर अधिकतम सीमा तय होने के कारण उचित दर दुकानदारों को पहले की अपेक्षा टीपीडीएस में कम लाभ होता है। उदाहरण के लिए परिवहन के संबंध में कम मात्रा के वितरण से अनेक दुकानों के टिके न रह पाने की संभावना अधिक होती है। जब उचित दर की दुकानें आर्थिक रूप से व्यावहारिक होती हैं भ्रष्टाचार की संभावना कम होती है।

4.1.39 दीर्घावधिक अनाज नीति संबंधी उच्च स्तरीय समिति (एचएलसी) द्वारा फुटकर नेटवर्क को पुनःशुरू करने के लिए सुझाए गए कुछ कदम निम्नलिखित हैं:

"उचित दर की दुकान के लाइसेंसधारी बनने की पात्रता पर प्रतिबंध में छूट दें; गैर सरकारी संगठनों तथा ग्राम स्तरीय

फुटकर विक्रेताओं को पीडीएस वितरण के लिए लाइसेंस लेने का पात्र बनाएं और विशेषकर महिलाओं को प्रोत्साहित करें; उचित दर की दुकानों में बेची जा सकने वाली वस्तुओं की सीमा पर प्रतिबंध हटाएं और उचित दर दुकानदारों के पंजीकृत संघ को सीधे भारतीय खाद्य निगम से आवंटित अनाज खरीदने की अनुमति दें।"

(3) क्षेत्रीय आवंटन और मूल्य स्थिर रखने के उद्देश्य

4.1.40 पीडीएस के उद्देश्य में से एक उद्देश्य हमेशा रहा है अनाज - अधिशेष वाले राज्यों से अनाज-कमी वाले राज्यों में अनाज अंतरित करके देश में कीमत स्थिर करने को सुनिश्चित करना। लक्षित पीडीएस में इस उद्देश्य की प्रभावशीलता कम हुई है। यह इसलिए हुआ है कि टीडीपीएस के अंतर्गत अनाजों की मांग अब राज्य सरकारों द्वारा निर्धारित नहीं की जाती है (अपनी आवश्यकताओं तथा अपने पहले के उपयोग के आधार पर), अपितु केंद्रीय सरकार द्वारा निर्धारित (योजना आयोग द्वारा तैयार गरीबी आंकलनों के आधार पर) आवंटनों के आधार पर की जाती है। जैसे की एचएलसी द्वारा उल्लेख किया गया है, आवंटनों की इस नई प्रणाली से वास्तविक आवंटन तथा आवश्यक आवंटन "जो अनाज उत्पादन तथा आवश्यकता के बीच के अंतर को पूरा करे, के बीच असंतुलन" पैदा हो गया है।

(4) खाद्य का लीकेज और अन्यत्र उपयोग

4.1.41 निसंदेह भारत के अनेक भागों में सेवा पूर्ति की वर्तमान व्यवस्था में खामियां हैं जिससे विभिन्न स्तरों पर माल ईधर-उधर हो जाता है। जैसे कि पीईओ अध्ययन (2005) स्पष्ट करता है, "पश्चिम बंगाल और तमिलनाडु राज्य को छोड़कर केंद्रीय पूल से माल ले जाने में खाद्य का गलत उपयोग का अंश असाधारण रूप से अधिक है।" इसके अलावा, "नकली बीपीएल कार्डों के माध्यम से यह दुर-उपयोग आंध्रप्रदेश, हरियाणा, केरल, पंजाब, राजस्थान और तमिलनाडु राज्यों में अन्य राज्यों के मुकाबले कम हैं। उचित दर की दुकान स्तर पर यह दुर-उपयोग बिहार, पंजाब और हरियाणा में अधिक पाया गया है।

4.1.42 अध्ययन उचित दर की दुकान स्तर पर तुलनात्मक रूप से कम भ्रष्टाचार होने के लिए जिम्मेदार कारणों की पहचान करता है और यह निष्कर्ष निकालता है कि "लाभार्थियों की सामान्य जागरूकता, उच्च साक्षरता और मजबूत निचले स्तर के संगठनों (विशेषकर पंचायतीराज) ने पश्चिम बंगाल और हिमाचल प्रदेश जैसे राज्यों में राशन-दुकान स्तर पर कम दुर-उपयोग होने में मदद की है। जबकि तमिलनाडु ने गैर-सरकारी फुटकर विक्रय केंद्रों को समाप्त करके दुर-उपयोग कम किया है।" यह अभिलिखित

है कि नौकरशाही द्वारा दृढ़ राजनैतिक प्रतिबद्धता और सावधानीपूर्वक निगरानी तमिलनाडु में पीडीएस की सफलता का प्रमुख तत्व हैं।

4.1.43 पीडीएस का दुर-उपयोग कम किया जा सकता है यदि हम गरीबी मानक की त्रुटियों को दूर करने का प्रयास करें। उसके लिए डिलीवरी प्रक्रिया में राजनैतिक प्रतिबद्धता और लोगों की भागीदारी की जरूरत होती है। खाद्य के वितरण से जुड़े भ्रष्टाचार को रोकने के लिए अधिकारियों, माफिया और राशन के दुकानदारों के बीच साठगांठ को तोड़ा जाना चाहिए। टीपीडीएस की निगरानी और जवाबदेही को उल्लेखनीय रूप से सुधारा जाना चाहिए। टीपीडीएस विशिष्ट आईडी आधारित स्मार्ट कार्ड प्रणाली शुरू करके सूचना प्रौद्योगिकी के माध्यम से सुदृढ़ करने की आवश्यकता है।

टीपीडीएस के माध्यम से आपूर्ति की जाने वाली वस्तुओं को शामिल किया जाना

4.1.44 यदि पोषक संबंधी सुरक्षा टीपीडीएस के लक्ष्यों में से एक है तो सरकार टीपीडीएस के अंतर्गत अधिक वस्तुओं को शामिल करने की संभावना तलाश करना होगा। उदाहरण के लिए, ज्वार, बाजरा, और दालों को भी पोषणीय विचार से टीपीडीएस में वितरित किया जा सकता है। दालों की खपत गरीबों में कम है। इन वस्तुओं की आपूर्ति करने संबंधी प्रक्रिया विशेषकर दालों के संबंध में तय नहीं की गई है। यह सच है कि वर्तमान में देश में इन वस्तुओं की कमी है। फिर भी, इन वस्तुओं को पीडीएस में शुरू करने से विशेषकर असिंचित भूमि क्षेत्रों में इन फसलों के उत्पादन को प्रोत्साहन मिल सकता है। राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा मिशन ने दालों को मुख्य ध्यान दिए जाने वाले क्षेत्र के रूप में पहचान की है।

टीपीडीएस और योजना स्कीमों को सुदृढ़ करने के लिए उठाए जाने वाले कदम

4.1.45 भारत सरकार ने टीपीडीएस को सुदृढ़ करने और टीपीडीएस के प्रयोजन हेतु खाद्यान्न के अन्यत्र उपयोग को रोकने हेतु निम्नलिखित उपाय किए हैं:

- नागरिक चार्टर - पीडीएस के अंतर्गत पारदर्शी और जवाबदेही तरीके से सेवाएं प्रदान करने हेतु राज्य सरकारों द्वारा अपनाए जाने हेतु नवंबर, 1997 में नागरिक चार्टर जारी किया गया। बीपीएल परिवारों की पहचान के लिए तथा सतर्कता समिति में पंचायती राज संस्थानों को शामिल करने के लिए अनुदेश जारी किए गए हैं।
- पीडीएस (नियंत्रण) आदेश, 2001 - इस आदेश में अन्य बातों के साथ साथ बीपीएल परिवारों की सही पहचान करने,

राशन कार्ड जारी करने, सही वितरण और पीडीएस संबंधी प्रक्रिया की निगरानी करने संबंधित व्यापक मामले शामिल किए गए हैं। इस आदेश के उपबंधों का उल्लंघन करना आवश्यक वस्तु अधिनियम, 1955 के अंतर्गत दंडनीय है। स्पष्ट है कि इन दोनों चीजों का कोई खास प्रभाव नहीं पड़ा है क्योंकि 2006 के एनएसएसओ के अनुमान यह सुझाते हैं कि लीकेज और अनाज का अन्यत्र उपयोग बढ़ा है।

4.1.46 इसके अतिरिक्त, अनेक योजना स्कीमें शुरू की गई हैं।

(i) गोदामों का निर्माण

4.1.47 यह स्कीम खाद्यान्न के भंडारण हेतु भारतीय खाद्य निगम (एफसीआई) में उपलब्ध भंडार क्षमता बढ़ाने और गोदाम बनाने के लिए पांचवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान प्रस्तावित की गई थी।

(ii) खाद्यान्न प्रबंधन के लिए एकीकृत सूचना प्रणाली (आईआईएसएफएम)

4.1.48 भारतीय खाद्य निगम (एफसीआई) में 2003/04 में शुरू की गई परियोजना खाद्यान्न प्रबंधन के लिए एकीकृत सूचना प्रणाली (आईआईएसएफएम) का मुख्य उद्देश्य ऑन लाइन प्रबंधन सूचना प्रणाली (एमआईएस) लाना है, जो कि किसी भी समय पर किसी डिपो की स्टॉक स्थिति की सूचना देगा।

(iii) पीडीएस सुदृढीकरण

खाद्य क्रेडिट कार्ड/पीडीएस प्रक्रियाओं की संगणना

4.1.49 नई योजना 'पीडीएस प्रचालन में कंप्यूटरीकरण' 2006-07 से आरंभ की गई है जिसके लिए 5 करोड़ रूपए का उपबंध किया गया था। पीडीएस कार्यों के कंप्यूटरीकरण से राशन कार्डों की वर्तमान व्यवस्था (अर्थात् प्रविष्टि इत्यादि हाथ से करना), में सुधार किया जाएगा। नई व्यवस्था में परिवार के सभी सदस्यों का व्यक्तिगत विवरण, उनकी हकदारी, तालुक से राज्य स्तर तक पूरे नेटवर्क से जुड़ी होगी। इस प्रकार की व्यवस्था से खाद्यान्न का अन्यत्र प्रयोग रोकने तथा बोगस राशन कार्ड समाप्त करने के उद्देश्य पूरे किए जाने की आशा है।

टीपीडीएस में खाद्यान्न के अन्यत्र प्रयोग को रोकना

4.1.50 पीडीएस को सुदृढ करने हेतु यह ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान शुरू की गई नई योजना है। इस स्कीम का उद्देश्य ग्लोबल पोजिशनिंग सिस्टम (जीपीएस), रेडियो फ्रिक्वेंसी आइडेन्टिफिकेशन डिवाइस आदि के माध्यम से असमानता और लीकेज को काबू में रखने के लिए प्रभावी कदम उठाना है।

टीपीडीएस लाभग्राहियों को पात्रता के बारे में जागरूकता पैदा करना तथा निवारण तंत्र तथा निगरानी

4.1.51 टीपीडीएस लाभग्राहियों के अधिकार और पात्रता संबंधी जन-जागरूकता अभियान टीपीडीएस के उद्देश्यों पर समाचार-पत्र, विज्ञापनों, सूचनापट्ट, पोस्टरों, वार्षिक कैलेण्डरों के मुद्रण तथा शार्ट स्पॉट/प्रश्नोत्तरियों, ऑडियो, तुकबन्दियों/रेडियो स्पॉट, टी.बी.धारावाहिकों/वृत्तचित्रों के माध्यम से चलाने का प्रस्ताव है।

विनिमय वेयरहाउस प्राप्ति प्रणाली का प्रशिक्षण तथा जागरूकता

4.1.52 यह 11वीं पंचवर्षीय योजना के लिए एक नई स्कीम है। इस समय वेयर-हाउसिंग प्राप्ति पर जमाकर्ताओं और बैंकों को न्यासीय विश्वास नहीं होता है क्योंकि वेयरहाउस की ओर से जालसाजी अथवा कुप्रबंध अथवा जमाकर्ता के दिवालिया होने जैसी घटनाओं की वजह से ऋणों की वसूली न होने का खतरा होता है। कानूनी कार्यवाही करने में अधिक समय लगता है और ये अपर्याप्त होती हैं। इस संदर्भ में कृषीय वस्तुओं सहित वस्तुओं के लिए विनिमय वेयरहाउस प्राप्ति प्रणाली विकसित करने का प्रस्ताव है। विनिमय वेयर हाउस प्राप्ति प्रणाली से ग्रामीण क्षेत्रों में द्रव्यता में बढ़ोत्तरी होगी, वस्तुओं के वैज्ञानिक दृष्टि से भण्डारण करने को प्रोत्साहन मिलेगा और वित्तीय लागत में अपेक्षाकृत कमी आएगी।

(iv) ग्रामीण खाद्यान्न बैंक स्कीम

4.1.53 ग्रामीण खाद्यान्न बैंक स्कीम को, जो अब तक जनजातीय कार्य मंत्रालय के पास थी खाद्य एवं सार्वजनिक वितरण विभाग को हस्तांतरित कर दिया गया है। इस स्कीम का उद्देश्य अत्यधिक खाद्यान्न की कमी वाले क्षेत्रों में खाद्यान्न बैंकों की स्थापना करना तथा कमी की अवधि के दौरान भुखमरी के प्रति क्षोपाय उपलब्ध कराना है। इस स्कीम के द्वारा ऐसी आपदाओं के समय में गांव में खाद्यान्न उपलब्ध करा करके सूखा प्रभावित प्रवसन तथा खाद्यान्न की कमी को भी कम करना होता है। वर्ष 2006-07 के दौरान खाद्यान्न की कमी वाले क्षेत्रों में 8591 ग्रामीण खाद्यान्न बैंकों की स्थापना करने के लिए 50 करोड़ ₹ के बजट का प्रावधान किया गया था।

टीपीडीएस को सुदृढ करने तथा आगे बढ़ाने के लिए अतिरिक्त नवीकरण कार्य

4.1.54 टीपीडीएस की एक चिरकालिक आलोचना यह रही है कि राज्यों द्वारा एफसीआई से पीडीएस के अनाजों (चावल, गेहूँ) की कुल खरीद इन अनाजों की पीडीएस खपत के एनएसएस अनुमानों से मेल नहीं खाती है (जैसाकि हमने पहले नोट किया

था)। उदाहरण के लिए सारणी 4.1.8 यह दर्शाती है कि एनएसएस के अनुसार 1993-94, 1999-2000, और 2004-05 में पीडीएस खाद्यान्नों की खपत बढ़ी थी। परन्तु यह इसको भी दर्शाता है कि राज्यों द्वारा एफसीआई से पीडीएस खाद्यान्नों की कुल खरीद उसी दौरान हुई जनता द्वारा खपत से काफी अधिक हुई। इन दोनों के बीच का अंतर पीडीएस गेहूँ और चावल की लीकेज की मात्रा को दर्शाता है। यह लीकेज (यथा परिभाषित 1-(क+ख) के अनुपात) गेहूँ और चावल के बारे में 1993-04 में 28 प्रतिशत थी लेकिन 2004/05 तक यह 54 प्रतिशत तक बढ़ गई थी। लीकेज में यह बढ़ोत्तरी बहुत महत्वपूर्ण थी। ये तथ्य साफ-साफ तौर पर यह दर्शाते हैं कि टीपीडीएस में सुधार की अत्यंत महत्वपूर्ण आवश्यकता है।

4.1.55 इन तथ्यों को आगे अनुबंध सारणी-4.1.4 में रेखांकित किया गया है जो एक ओर तो गरीबी से उम्र वालों को वित्तीय राज-सहायता द्वारा भारी लीकेज को दर्शाता है और टीपीडीएस गरीबों तक नहीं पहुंच रहा - इस तथ्य को भी दर्शाता है।

4.1.56 अनुबंध सारणी-4.1.5 से टीपीडीएस द्वारा गरीबों को लक्षित करने में असमर्थता को दर्शाया गया है। यह पीडीएस खाद्यान्न लाभग्राहियों के लाभों का अनुमान लगाती है (प्रति परिवार रुपए में) उपभोग की गई पीडीएस मात्रा गुणा (पीडीएस मूल्य- औसत बाजार मूल्य) सारणी यह दर्शाती है कि परिवार के लाभ इस बात पर निर्भर होते हैं कि क्या आपके पास कार्ड है अथवा नहीं (और आपके पास कौन सा कार्ड है- एपीएल, बीपीएल अथवा अन्त्योदय), और न कि इस पर कि क्या आप गरीब हैं अथवा गरीबी से उम्र हैं। यह वास्तव में यह दर्शाता है कि जब गरीब बीपीएल कार्ड -धारक की तुलना गरीबी से उम्र के बीपीएल कार्ड धारकों के साथ की जाती है अथवा जब गरीब एएवाई कार्डधारकों की तुलना गरीबी से उम्र के एएआई कार्डधारकों के साथ की जाती है तो गरीब और गरीबी से उम्र के परिवार वालों के लाभों के बीच (प्रति परिवार रुपयो में) बहुत थोड़ा अंतर होता है।

4.1.57 टीपीडीएस एक गरीबी रोधी कार्यक्रम के रूप में बहुत अच्छी तरह कार्य नहीं कर रहा है। इन तथ्यों को मानते हुए टीपीडीएस की पुनः संरचना करना आवश्यक हो गया है।

4.1.58 इस संदर्भ में दीर्घकालीन खाद्यान्न नीति (2000) पर उच्चस्तरीय समिति की सिफारिश यह थी कि चावल और गेहूँ के लिए निर्गम मूल्य के संदर्भ में गरीबी की रेखा से उम्र, गरीबी की रेखा से नीचे तथा अन्त्योदय के बीच वर्तमान अंतर के स्थान पर एफसीआई द्वारा अपने वेयरहाउसों से जारी किए गए खाद्यान्न के लिए एक ही निर्गम मूल्य होना चाहिए। इस सिफारिश की कई

आधारों पर आलोचना की गई है। प्रथमतः यदि बीपीएल और एपीएल परिवारों के लिए एक ही मूल्य लिया जाता था तो यह वित्तीय दृष्टि से बीपीएल के लिए व्यवहार्य नहीं होगी। यदि मौजूदा एएवाई और बीपीएल कार्ड धारकों से उच्चतर मूल्य लिया गया तो इससे गरीबों की तुलना में अपेक्षाकृत अमीर लोगों को अधिक लाभ होगा। दूसरे, सेन्ट्रल इशू प्राइस को समान रूप से कम रखने के लिए दबाव हो सकता है क्योंकि बीपीएल और एपीएल के लिए अधिक समान मूल्य रखने से गरीबों के लिए प्रतिकूल प्रभाव पड़ेंगे। दूसरी ओर एफसीआई द्वारा जारी कम सीआईपी से वित्तीय राजसहायता में और अधिक बढ़ोत्तरी होगी। तीसरे, पीडीएस की प्रभावी पहुंच में किसी प्रकार का विस्तार करने से पीडीएस में खाद्यान्न की आपूर्ति हेतु असहनीय दबाव पड़ेगा।

तालिका 4.1.8
पीडीएस अन्तर्निहित लीकेजः कुल खरीद की तुलना में खपत

	1993-94	1999-00	2004-05
(क) एनएसएस पीडीएस खपत (मी.टन)			
चावल	7.20	9.30	9.98
गेहूँ	3.44	2.99	3.55
कुल	10.64	12.29	13.53
(ख) पीडीएस कुल खरीद (मी.टन)			
चावल	8.84	11.35	16.62
गेहूँ	5.86	5.76	13.02
कुल	14.70	17.11	29.65
(क) और (ख) का औसत			
चावल	0.81	0.82	0.80
गेहूँ	0.59	0.52	0.27
कुल	0.72	0.72	0.46

स्रोत : एनएसएस

4.1.59 तथापि, यह नोट करना जरूरी है कि उच्चस्तरीय समिति ने उन राज्यों में टीपीडीएस को जारी रखने से पूर्णतः वर्जित नहीं किया था जहां पर यह सर्वोत्तम विकल्प हो सकती है। इसकी सिफारिश यह थी कि जहां तक एफसीआई का संबंध है, एफसीआई की अधिग्रहण लागत पर नियत प्रत्येक खाद्यान्न के लिए एक ही सीआईपी होनी चाहिए तथा इसके बाद मौजूदा राजसहायता को इस शर्त पर राज्यों को हस्तांतरित कर देना चाहिए कि इसका उपयोग खाद्यान्न आधारित स्कीमों के लिए किया जाएगा।

4.1.60 यहां प्रमुख मुद्दा यह है कि मौजूदा राज सहायता राज्यों को नकद के रूप में दी जानी चाहिए अथवा अन्त्योदय के लिए सबसे कम मूल्य पर, बी.पी.एल के लिए थोड़े से उच्चतर मूल्य पर, तथा एपीएल कार्डधारकों के लिए थोड़ा और अधिक मूल्य खाद्यान्न के रूप में। उच्चस्तरीय समिति का मत यह था कि यह विभेदक मूल्य निर्धारण प्रणाली, यद्यपि कुछ राज्यों में अच्छा कार्य कर सकती है, परन्तु यह जरूरी नहीं है कि अन्य अधिकांश राज्यों में भी अच्छा कार्य करेगी। समिति का मत था कि पीडीएस में मूल्य अंतर को हटाने से एफसीआई अपना ध्यान मूल्य स्थिर करने की अपनी उचित भूमिका पर केन्द्रित कर सकेगी। इसके अलावा, उच्च स्तरीय समिति ने यह बताया था कि एक ही खाद्यान्न के लिए अलग-अलग मूल्य निर्धारण से भ्रष्टाचार को बढ़ावा मिलता है जैसाकि ऊपर बताए गए पीईओ अध्ययन के द्वारा पहले दर्शाया गया है तथा एनएसएसओ से हाल ही में अधिक प्रमाण सामने आए हैं। उच्च स्तरीय समिति ने यह सुझाव दिया था कि यदि एफसीआई पर राजसहायता का उपयोग खाद्यान्न आधारित अन्य स्कीमों (जैसे आईसीडीएस, मिड डे मील, तथा रोजगार कार्यक्रमों में भोजन की पात्रता की स्कीमों के लिए विस्तार करने) के लिए किया जाता है तो बड़ी मात्रा में बचत संभव हो सकती है। तथापि, जैसा कि पहले उल्लेख किया गया था, उच्च स्तरीय समिति ने यह विकल्प राज्यों पर छोड़ दिया है कि वे यदि चाहें तो एफसीआई के विशिष्ट मूल्य की अपेक्षा स्वयं अपने विभेदक मूल्य रखकर मौजूदा टीपीडीएस को जारी रख सकते हैं।

4.1.61 जैसाकि हमने ऊपर की सारणियों में नोट किया है, एनएसएस के 61वें दौर से उपलब्ध आंकड़े उच्च स्तरीय समिति द्वारा व्यक्त किए गए विचारों का समर्थन करते हैं। पीडीएस और एमडीएम, आईसीडीएस तथा काम-बदले-अनाज जैसी आहार-आधारित स्कीमों गरीबों तक प्रभावी ढंग से कैसे पहुंच सकीं हैं, इसका आकलन भी एनएसएस के 61वें दौर में किया गया है। यह दर्शाता है कि (1) लगभग 36 प्रतिशत गरीब लोगों के पास या तो बीपीएल अथवा अन्त्योदय कार्ड है तथा यह भी दर्शाता है कि लगभग 40 प्रतिशत ऐसे कार्ड गरीबी से ऊपर रहने वालों के पास हैं (अनुबंध सारणी-4.1.4); (2) गरीबी के वास्तविक स्तर की अपेक्षा उपयुक्त कार्डों (यथा बीपीएल अथवा अन्त्योदय) का लाभार्थी के पास होना लक्षित टीपीडीएस से प्राप्त लाभों का निर्धारक होता है (अनुबंध सारणी-4.1.5); (3) एमडीएम, आईसीडीएस तथा काम-के-लिए-भोजन जैसी स्व-चुनिंदा स्कीमों में लाभग्राहियों की कुल संख्या वही होती है जो इस समय बीपीएल अथवा एएवाई से लाभ प्राप्त कर रहे हैं तथा वस्तुतः ये स्व-लक्षित स्कीमों बीपीएल कार्डों की तुलना में गरीबों तक कुछ हद तक बेहतर ढंग से पहुंच रही है। (अनुबंध सारणी-4.1.6)।

यद्यपि निश्चित नहीं, पर इस कथन से यह सुझाव मिलता है कि खाद्यान्न के वास्तविक लीकेज को बिना अधिक वित्तीय लागत के कम किया जा सकता है। कुछ हद तक अन्य स्कीमों (अर्थात् एमडीएम, आईसीडीएस) के लिए बेहतर वित्तीय व्यवस्था करने के लिए इस समय पीडीएस में राजसहायता को कम करके गरीब लोगों की ओर बेहतर ढंग से लक्षित करके कम किया जा सकता है। तथापि, उच्चस्तरीय समिति ने यह नोट किया था कि लीकेज की घटनाएं एक राज्य से दूसरे राज्य में काफी भिन्न होती हैं। साथ ही सुझाव है कि आहार एवं पोषक प्रबंधन के लिए एक ही प्रणाली सबके लिए उपयुक्त है यह बात अत्यधिक भ्रमपूर्ण है।

टीपीडीएस में सुधार लाने के लिए आवश्यक अन्य उपाय:

आहार स्टांप लागू करना

4.1.62 यदि बाजारों को मिला दिया जाए तो, आहार स्टांप प्रणाली लागू की जा सकती है जो वर्तमान प्रणाली की तुलना में ज्यादा प्रभावी मानी जाती है। आहार स्टांप/कूपनों के बारे में उच्च स्तरीय समिति ने यह पाया है कि 'बाजारों को जैसे जैसे बेहतर ढंग से मिलाया जाता है, वैसे वैसे पीडीएस कार्य को नामोदृष्ट उचित दर दुकान तक सीमित रखने की जरूरत नहीं होती है और आहार कूपन का प्रयोग आम जनता के लिए पीडीएस के बाहर खुले बाजार में संभव हो जाता है। आहार कूपनों से उपभोक्ताओं को वस्तुओं तथा बाजारों के संदर्भ में व्यापक विकल्प मिल सकते हैं। समिति के मतानुसार, यह एक मार्ग है जिसका देशों के अनुभव तथा कूपन नकली होने की संभावना को ध्यान में रखते हुए बहुत ही सावधानीपूर्वक अनुसरण करना चाहिए। तथापि, आहार स्टांपों के अन्यत्र सफल न होने का अधिक महत्वपूर्ण कारण समय के साथ कूपनों की कीमत में कमी का होना रहा है। यदि ऊपर पीडीएस के सुझाव के अनुसार कूपन प्रणाली को सफल बनाना है तो कूपन के मूल्य को आहार संबंधी मुद्रा स्फीति से सूचीबद्ध करना चाहिए। कूपन प्रणाली से केन्द्र सरकार की आहार सुस्था के प्रति बचनबद्धता कम नहीं होनी चाहिए।' आहार राजसहायताओं (कभी कभी आहार स्टांप के रूप में जानी गई) के लिए नकद देने से दोहरे खुदरा विपणन तंत्रों की जरूरत समाप्त हो जाती है। इससे उचित दर दुकानों की अलाभकर व्यवहार्यता को पुनः स्थापित करने की प्रक्रिया के बारे में खाद्यान्न नीति पर उच्च स्तरीय समिति ने यह सिफारिश की थी कि उचित दर दुकानों को अन्य वस्तुओं को बेचने की अनुमति दी जानी चाहिए। उच्च स्तरीय समिति की इस सिफारिश पर राज्यों द्वारा विचार करने की जरूरत है।

बहु प्रयोग स्मार्ट कार्ड (एमएएससी)

4.1.63 बहु प्रयोग स्मार्ट कार्ड (एमएएससी) इस समय की एक प्रौद्योगिकीय सफलता है। एमएएससी से प्रक्रियाओं का सरलीकरण हुआ है और विभिन्न स्कीमों को लागू करने में दक्षता में अभिवृद्धि हुई है। नेशनल ई-गवर्नेंस नीति इस प्रौद्योगिकीय क्रान्ति के महत्व को पूरी तरह से मान्यता प्रदान करती है। इस स्मार्ट कार्ड से सेवा वितरण स्थल पर पहचान संबंधी प्रमाण की तत्काल उपलब्धता, लेन देन का प्रामाणिक इतिवृत्त तथा पात्रता संबंधी ब्यौरों की आवश्यकता होती है। इसमें परिवार के मुखिया और उसके (न कमाने वाले) पति/पत्नी के बीच में पीडीएस आहार संबंधी पात्रता का बंटवारा अथवा गृह स्वामिनी/मां को संपूर्ण परिवार की पात्रता का हस्तांतरण करने की भी अनुमति होगी। इसी तरह, मिट्टी के तेल की आपूर्ति करने तथा किसानों को उर्वरक की आपूर्ति करने के लिए अलग-अलग मॉडलों का उपयोग किया जा सकता है। दूसरे शब्दों में, राजसहायता का वितरण करने के लिए अथवा व्यक्ति/परिवार को आय का हस्तांतरण करने के लिए सही मॉडल के बारे में अलग से और/अथवा संशोधित अधिकाल में निर्णय लिया जा सकता है।

वैब समर्थित प्रणालियाँ:

4.1.64 केन्द्र सरकार के बहुत से विभागों, विशेषकर ग्रामीण विकास मंत्रालय वैब समर्थित प्रणालियों को विकसित करने की कार्यवाही कर रहा है जो लाभग्राहियों को सरकारी कार्यक्रमों के बारे में सूचना तथा लक्षित लाभग्राहियों द्वारा प्राप्त लाभों के ब्यौरे भी उपलब्ध कराती है। ऐसी सूचना का सरलता से प्राप्त होना लाभग्राहियों और उनके शुभ चिन्तकों/प्रतिनिधियों को अधिकार प्रदान करने का सबसे अधिक प्रभावी साधन है। ऐसी वैब समर्थित प्रणालियों का पीडीएस के लिए सृजन किया जा सकता है।

सारांश:

- एनएसएस के 61वें दौर से इसका आकलन करने में मदद मिलती है कि एमडीएम, आईसीडीएस तथा काम के बदले अनाज जैसी आहार आधारित अन्य स्कीमों तथा पीडीएस गरीब लोगों तक कितने प्रभावी ढंग से पहुंच पाती हैं। यह इस बात को दर्शाता है कि एमडीएम, आईसीडीएस तथा काम के बदले अनाज जैसी जैसी स्व-चुनिदा अधिक स्कीमों में लाभग्राहियों की कुल संख्या वही होती है जो इस समय बीपीएल अथवा एएवाई से लाभ प्राप्त कर रहे हैं। तथा वस्तुतः ये स्व-लक्षित स्कीमों बीपीएल कार्डों को देने की तुलना में गरीबों तक कुछ हद तक बेहतर ढंग से पहुंच रही हैं। अतः खाद्यान्न के वास्तविक लीकेज को बिना अधिक

वित्तीय लागत के कम किया जा सकता है यदि पीडीएस पर वित्तीय खर्च कुछ हद तक अन्य स्कीमों (अर्थात् एमडीएस, आईसीडीएस) के लिए पुनः अभिमुख किया जाए जिससे गरीब लोगों की ओर राजसहायता को बेहतर ढंग से लक्षित किया जा सकता है।

- आहार एवं पोषक प्रबंधन के लिए एक ही प्रणाली सबके लिए उपयुक्त है यह बात अत्यधिक भ्रामक है। चूंकि राज्यों के बीच पीडीएस के कार्यान्वयन की कार्यकुशलता में बहुत अधिक अंतर होते हैं, इसलिए एक समान डिजाइन के साथ जारी रखने की अपेक्षा राज्य विशिष्ट डिजाइनों कार्यान्वयन रणनीतियां लागू करना वांछनीय हो सकता है। गरीब लोगों के अधिक संकेन्द्रण वाले क्षेत्रों के लिए अलग डिजाइन तथा कार्यान्वयन रणनीतियों के बारे में विचार किया जा सकता है।
- कौन "गरीब" की परिभाषा में शामिल और कौन नहीं इससे संबंधित गलतियों की प्रकृति से यह सुझाव मिलता है कि सार्वजनिक वितरण प्रणाली हेतु इस प्रकार "गरीब" को परिभाषित करना बेहतर होगा। गरीबों की संख्या योजना आयोग द्वारा अनुमानित वर्तमान संख्या से बहुत अधिक है तथा शेष "जो गरीब नहीं है" को बिल्कुल ही छोड़ दिया गया है। यदि प्रति परिवार प्रतिमाह 35 किलोग्राम का आवंटन जारी रहता है, तो 40 मिलियन टन की वर्तमान राज्यों द्वारा पीडीएस आफटेक (चावल 3 गेहूँ) लगभग 10 करोड़ परिवार की पीडीएस आवश्यकताओं को पूरा कर सकेगा जो वर्तमान सरकारी गरीबी अनुमानों द्वारा बताए गए गरीब परिवार से लगभग 60 प्रतिशत अधिक है।
- सूचना प्रौद्योगिकी की सहायता से बेहतर प्रबंध करके प्रणाली की प्रभावकारिता में भी सुधार लाया जा सकता है। पीडीएस संबंधी कार्यकलापों के कम्प्यूटरीकरण करने तथा एक विशिष्ट आईडी आधारित स्मार्ट कार्ड प्रणाली को लागू करने से बोगस राशन कार्डों, खाद्यान्नों के विपथन आदि से जुड़े पहलुओं का समाधान करने में मदद मिलेगी। इसलिए 11वीं योजना में वितरण तंत्रों में सुधार लाने और सूचना प्रौद्योगिकी पर आधारित व्यवस्थाओं की मानीटरिंग करने पर बल दिया जाएगा।
- बेहतर प्रबंधन कार्यों के जरिए वर्तमान उच्च स्तरों से एफसीआई की संचालन लागतों को न्यूनतम करने के लिए सम्मिलित प्रयास करने की भी जरूरत है, ताकि आहार राजसहायता का बड़ा भाग वास्तव में लाभग्राहियों को प्राप्त हो सके।
- खाद्यान्नों की प्राप्ति के संबंध में स्थानीय स्तर के करों को सरल एवं कारगर बनाने तथा मानकीकृत करने की ओर भी ध्यान दिया जाना चाहिए। विकेन्द्रीकृत प्राप्ति को और प्रोत्साहित

किया जाएगा तथा प्राप्ति की संभावना वाले अन्य राज्यों को विस्तारित किया जाएगा। व्यापार नीतियों में उपयुक्त परिवर्तनों के माध्यम से खाद्यान्नों में घरेलू और अंतर्राष्ट्रीय व्यापार दोनों को सुदृढ़ बनाना भी जरूरी है।

4.1.65 एफसीआई खाद्यान्न के मूल्य स्थिरीकरण संबंधी कार्यकलापों वाली केन्द्रीयकृत प्रणाली को सुदृढ़ बनाना जरूरी होगा। विशिष्ट मूल्यों (अर्थात् बीपीएल और एपीएल मूल्यों के बीच) वाली प्रणाली का संचालन करने से यदि एफसीआई को कार्यमुक्त किया जाता है तो यह बेहतर होगा। खाद्य एवं सार्वजनिक वितरण विभाग की 11वीं योजना के लिए कुल प्रक्षेपित जीबीएस 614 करोड़ रूपए (वर्ष 2006-07 के मूल्यों पर) तथा 694 करोड़ रूपए (वर्तमान मूल्यों पर) हैं।

कुपोषण: एकीकृत बाल विकास स्कीम के माध्यम से इसे दूर करना

4.1.66 एकीकृत बाल विकास योजना (आईसीडीएस) तीन दशकों से अस्तित्व में रही है। इसको बाल तथा मातृ कुपोषण की समस्या को दूर करने का लक्ष्य था, लेकिन इसका प्रभाव स्पष्ट तौर पर सीमित रहा है। बाल कुपोषण में डेढ़ दशक के दौरान किंचित रूप से थोड़ी सी कमी आयी है, महिलाओं और बच्चों में एनीमिया वस्तुतः बढ़ गया है, और 1990 के दशक के अंत तक तथा वर्ष 2005-06 में भी सभी वयस्क महिलाओं में तीसरी महिला अल्पपोषित थी। इसकी कवरेज भी सीमित रही है। इन समस्याओं का समाधान है: जल्दी व्यापकता सुनिश्चित करने हेतु कवरेज बढ़ाना; डिजाइन बदलना; तथा कार्यान्वयन योजना को विस्तृत बनाना जिससे कि कार्यान्वयन आकार के कारण उद्देश्यों से न हट सके। इसके अलावा, योजना को प्रभावी बनाने के लिए इसकी सभी छः मूल सेवाओं को पूर्णतः कार्यशील करना होगा। ये सेवाएं हैं- पूरक पोषण, प्रतिरक्षण, स्वास्थ्य जांच, स्वास्थ्य और पोषण शिक्षा, रैफरल सेवाएं तथा स्कूल-पूर्व शिक्षा।

4.1.67 पहले, आईसीडीएस को देशव्यापी बनाना होगा। दूसरे, वर्तमान स्कीम में 0 से 3 वर्ष के बच्चों पर बल नहीं दिया जाता है। लेकिन कुपोषण गर्भ में शुरू हो जाता है और यदि इसका निराकरण नहीं किया जाता है तो इसके 0 से 3 वर्ष की अवधि के दौरान बढ़ जाने की संभावना होती है। वस्तुतः यह अवसर बच्चे की जिंदगी में लौटकर कभी नहीं आता है। इस योजना की संरचना को इस समस्या का आगे आकर समाधान करने के लिए बनाना होगा। इसमें कई जटिलताएं होती हैं:-

- मां के कुपोषण का बच्चों के कुपोषण पर गहरा प्रभावः कुपोषण गर्भावस्था में शुरू होता है। जैसा कि औसतन भारतीय माताएं गर्भावस्था के दौरान मुश्किल से 5 किग्रा. अतिरिक्त वजन बढ़ा पाती हैं, जो जन्म के समय बच्चों के कम वजन का होने की समस्या के पीछे एक मूल कारण है। गर्भावस्था के दौरान कम से कम 10 किलोग्राम अतिरिक्त वजन बढ़ना चाहिए जो एक अफ्रिकी गर्भधारक महिला भी औसत अतिरिक्त वजन बढ़ा पाती है। परन्तु मध्यमवर्गीय भारतीय महिलाएं में गर्भावस्था के दौरान 10 किलोग्राम से अधिक अतिरिक्त वजन बढ़ा पाती है। लेकिन, केवल यही समस्या नहीं है: महिलाओं के गर्भवती होने के पूर्व सामान्य तौर पर महिलाओं के शरीर का कम वजन आंशिक रूप से लो बॉडी मास इन्डैक्स द्वारा व्यक्त होता है। जो महिलाएं गर्भधारण करने के पूर्व शारीरिक लम्बाई में छोटी होती हैं, वे छोटे बच्चों को जन्म देती हैं। वर्ष 1998-99 में सभी भारतीय महिलाओं में 36 प्रतिशत महिलाओं में (उड़ीसा और छत्तीसगढ़ में 48 प्रतिशत) बीएमआई सामान्य से कम थी; वर्ष 2005-06 में (एनएफएसएस-3 के अनुसार) यह हिस्सा मुश्किल से 33 प्रतिशत तक गिरा था।
- पहले घण्टे में मां का दूध पिलाना: जन्म के पहले घण्टे के भीतर शिशु को स्तनपान अवश्य कराना चाहिए। केवल 23 प्रतिशत भारतीय शिशुओं को ही पहले घण्टे के भीतर मां का दूध पिलाया जाता है (2005/6 में)। यदि भारतीय महिलाएं एक घण्टे के भीतर स्तनपान कराने की शीघ्र पहल करें, तो हम केवल ऐसी कार्रवाई करके वर्ष में 250,000 शिशुओं को मौत से बचा सकते हैं। इससे देश की शिशु मृत्यु दर में नवजात शिशु के मृत्यु में भारी कमी आएगी।
- शिशु को अनावश्यक संक्रामकों से बचाने के लिए उसकी प्रतिरक्षण क्षमता को विकसित करने, तथा विकास सुनिश्चित करने के लिए छः महीने तक केवल स्तनपान कराना जरूरी होता है। केवल 46 प्रतिशत भारतीय शिशुओं को ही केवल मां का दूध पिलाया जाता है; शेष आधे शिशुओं को हानिकारक तरीकों के आहार लेने पड़ते हैं। (देखें अनुबंध सारणी-4.1.2)
- छः महीने का होने पर ठोस आहार: प्रकृति जिस तरीके से शिशु का विकास जारी रखना चाहती है उसके लिए शिशु को छः महीने का होने पर (मां के दूध के साथ-साथ) ठोस, आहार दलिया देना शुरू कर देना चाहिए। केवल 56 प्रतिशत माताएं 6 महीने के बाद समयबद्ध तरीके से उपयुक्त ठोस आहार दलिया देती हैं। यह आश्चर्यजनक नहीं है कि एनएफएसएस2 के आकड़े यह दर्शाते हैं कि 2 महीने और 2 वर्ष के बीच में कम वजन वाले बच्चों का औसत 16 प्रतिशत

से बढ़कर 60 प्रतिशत से अधिक होता है। यह कुपोषण बच्चों के मानसिक विकास को भी प्रभावित करता है। मस्तिष्क का लगभग 90 प्रतिशत विकास बच्चे के 2 वर्ष का होने से पूर्व होता है (देखें अनुबंध सारणी-4.1.2)।

4.1.68 तदनुसार, आईसीडीएस योजना को एक ऐसे तरीके से पुनः संरचना करने की जरूरत है, जो इसके कुछ कमजोरियों, जिनका आविर्भाव हुआ है, दूर कर सके और योजना को देशव्यापी होने के लायक बनाये। इस कार्यक्रम के द्वारा पोषण के विभिन्न घटकों और विभिन्न आयु वर्ग के बच्चों की अलग-अलग जरूरतों को प्रभावी तरीके से एकीकृत किया जाना चाहिए। इसके लिए केन्द्रीय स्तर पर एक मिशन संरचना तथा राज्य स्तर पर एक ऐसी ही संरचना वाले एक मिशन मोड कार्यक्रम की जरूरत है। महिला और बाल विकास मंत्रालय इन आधारों के साथ-साथ पुनः संरचना करने का प्रस्ताव तैयार करेगा जिससे पुनर्गठित कार्यक्रम 1 अप्रैल 2008 से प्रभावी बन सके।

- 0 से 3 वर्ष की आयु के बच्चे: 3 से 6 वर्ष के आयु के बच्चों के हित को हानि पहुंचाए बिना समस्त आईसीडीएस का फोकस पहले की अपेक्षा काफी हद तक 0 से 3 वर्ष की आयु के बच्चों के लिए बदलना होगा। सभी आंगनवाड़ी केन्द्रों के आंगनवाड़ी कामगार 3 वर्ष तक के बच्चों, गर्भवती तथा दूध पिलाने वाली माताओं पर विशेष ध्यान केन्द्रित कर सकती है। आंगनवाड़ी कामगार के कार्यों में स्तनपान कराने का परामर्श देना, पोषण और स्वास्थ्य शिक्षा तथा 6 महीने के सभी शिशुओं को ठोस आहार, दलिया देना सुनिश्चित करने की सलाह देना, विकास की मानीटरिंग करना, 6 महीने से 3 वर्ष की आयु के बच्चों तथा गर्भवती और स्तनपान कराने वाली माताओं के लिए पूरक आहार देने की व्यवस्था करना, प्रसव पूर्व देखभाल, प्रतिरक्षण तथा संबद्ध मामलों के लिए प्रेरित करना शामिल होगा।
- 3 - 6 वर्ष: वर्तमान में 3-6 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों को पूरक आहार दिया जा रहा है। आईसीडीएस की सफलता को बुरी तरह प्रभावित करने वाला एक मुख्य कारक आंशिक रूप से केन्द्रीकृत तैयार भोजन (आरटीई) हासिल करने की व्यवस्था है। केन्द्रीकृत भोजन हासिल करने से आंगनवाड़ियों को अनियमित भोजन आपूर्ति की अतिरिक्त समस्या है तथा बिना उनके स्वाद और इच्छा के लाभार्थियों पर भोजन थोप दिया जाता है। इससे अक्सर वितरित किए गए भोजन को न कोई लेता है अथवा अस्वीकृत कर देता है। वितरित किया जाने वाला भोजन सफाई से तैयार

तथा लोगों द्वारा स्वीकार किया जाना चाहिए। कुछ राज्य उदाहरण के लिए तमिलनाडु और महाराष्ट्र सफलतापूर्वक गर्म पका-पकाया भोजन दे रहे हैं।

- तदनुसार यह आवश्यक है कि आईसीडीएस स्कीम के कार्यान्वयन हेतु राज्यों को दी जाने वाली निधियों के प्रवाह के वर्तमान मैकेनिज्म की समीक्षा की जाए तथा ग्यारहवीं योजना में इसे पुनर्संरचित की जाए। ग्यारहवीं योजना के खण्ड -I के विजनमें, निधियां केन्द्र द्वारा राज्यों के माध्यम से सीधे जिलों को जारी की जानी चाहिए जिसमें जिला योजना समिति (डीपीसी) और पंचायती राज संस्थान शामिल होंगे। जिला योजना प्रक्रिया सुदृढ़ होगी यदि ग्राम पंचायतों को स्थानीय स्तर पर खाद्य वस्तुओं की प्राप्ति तथा आंगनवाड़ी कामगार के पर्यवेक्षण में शामिल किया जाए। महिला एवं बाल विकास मंत्रालय एक निधि जारी करने हेतु मैकेनिज्म के पक्ष में है जिसमें राज्य, जिला और ब्लॉक स्तर की सोसायटियां मिशन मोड में कार्य करते हुए शामिल हों। ग्यारहवीं योजना में वास्तविक पुनर्संरचना में प्रभावी डिलीवरी हेतु समग्र ग्यारहवीं योजना विजन में आवश्यक मिशन-मोड पहल में तात्कालिकता और अभिसरण पहलू दोनों दृष्टिकोण को ध्यान में रखना होगा।
- आहार घटक में कुछ विकल्प हैं। पहला है आंगनवाड़ी केन्द्रों पर दिए जाने वाले तथा स्थानीय मांग के अनुसार गर्म पके हुए भोजन पर निर्भर होना। भोजन तैयार करने का कार्य ग्राम समिति के निर्णय के अनुसार स्व-सहायता समूहों (एसएचजी) अथवा मदर्स ग्रुप को दिया जाएगा। दूसरा वैकल्पिक पहल है आरटीई माइक्रोन्यूट्रिएण्ट युक्त स्वच्छता से पकाये हुए भोजन पर निर्भर करना। इन दो विकल्पों में लिया जाने वाला निर्णय हानि-लाभ के सावधानीपूर्वक मूल्यांकन पर आधारित होगा तथा प्रस्तावित पुनर्संरचना का एक महत्वपूर्ण भाग होगा। दोनों में से किसी एक को चुनने का विकल्प विकेन्द्रीकृत निर्णायकों पर भी छोड़ा जा सकता है।
- शुरु के वर्षों में कम साफ सफाई रखने से अतिसार (दस्तों) के रोग की अधिक घटनाएं होती हैं। इसलिए शिशु कितनी मात्रा में कम पौष्टिक आहार ले रहे हैं इस पहलू को ध्यान में कम रखते हुए पूर्णतः सफाई अभियान योजना को गति प्रदान करनी चाहिए विशेषकर शहरी क्षेत्रों में, जहां पर आबादी का घनत्व अधिक होता है और ग्रामीण क्षेत्रों की तुलना में वहां पर सीधे दूषित होने का भी अधिक खतरा होता है।

- आहार और स्वास्थ्य संबंधी हस्तक्षेपों के बीच में अभिसरण को सुनिश्चित करने की जरूरत है। गांव, ब्लॉक, जिला, राज्य तथा केन्द्रीय स्तर पर दो कार्यक्रमों के कार्यकर्ताओं की समय-समय पर नियमित बैठकों का आयोजन करके सेवाओं का बेहतर वितरण सुनिश्चित करने के लिए एक सांस्थानिक तंत्र लागू करना चाहिए। इससे भी महत्वपूर्ण 'आशा' सहित आईसीडीएस तथा स्वास्थ्य विभाग के कर्मचारियों का संयुक्त रूप से प्रशिक्षण देना।
- माइक्रो पोषाहार तब तक काम नहीं करते हैं जब तक बच्चा और मां वसा, प्रोटीन आदि की समुचित मात्रा लेकर पर्याप्त कैलोरी न ले रहे हो। 3 से 6 वर्ष के बच्चों के लिए भोजन में विविधता लाना जरूरी है अर्थात् उनको भोजन के साथ अंडा, दूध, फल, पत्ते वाले सब्जियां देनी चाहिए। युवा बच्चों विशेषकर लड़कियों के भोजन को पुष्टिकर बनाने की भी जरूरत है। यह लोहे की कमी को दूर करने के लिए विशेष रूप से जरूरी है। माइक्रो पोषाहार के बारे में एक क्षेत्र विशिष्ट पहल का होना वांछनीय होगा जिसका देश में अपेक्षाकृत कम प्रसार है। माइक्रोन्यूट्रिएण्ट्स की कमी दूर करने के लिए पौष्टिक भोजन/माइक्रोन्यूट्रिएण्ट संपूरण के विभिन्न प्रकारों की सक्षमता पर बहुत कम अनुसंधान हुए हैं। माइक्रोन्यूट्रिएण्ट्स की कमी दूर करने हेतु पौष्टिक भोजन प्रदान करने की कार्यनीति पर व्यापक अनुसंधान करने की आवश्यकता है। ग्यारहवीं योजना में वैज्ञानिक प्रमाण के आधार पर पुष्ट भोजन का समर्थन किया जाएगा।
- **जन्म के समय कम वजन:** जन्म के समय कम वजन के बच्चों तथा शिशुओं/प्रसव के दौरान बच्चों की मृत्यु होने की संख्या में कमी लाने के लिए युवा लड़कियों के आहार में सुधार लाना जरूरी है। मिड डे मील के कार्यक्रम का 2007-08 से प्राथमिक से ऊपर स्तर के विद्यालयों के लिए विस्तार किया जा रहा है, इससे 12 से 14 वर्ष की आयु की सभी लड़कियों को पूरक आहार मिलेगा। इससे युवा लड़कियों की कैलोरी संबंधी अतिरिक्त जरूरतों को पूरा करने की दिशा में कुछ हद तक मदद मिलेगी। तथापि, यह अपने आप में पर्याप्त नहीं होगी तथा जन्म के समय पर कम वजन होने की समस्या का निराकरण कैसे किया जाए, इस दिशा में अधिक गंभीर चिन्तन करने की जरूरत है।
- **मातृत्व लाभ:** गरीब महिलाएं अपनी गर्भावस्था के अन्तिम दिनों तक परिवार के लिए आजीविका अर्जित करने के कार्य को जारी रखती हैं। इस प्रकार वे अपने स्वास्थ्य पर इतना

महत्व नहीं दे पाती जितना अन्यथा देना चाहिए। वे बच्चे का जन्म होने के शीघ्र बाद ही काम करना शुरू कर देती है। यद्यपि उनका शरीर ऐसा करने की अनुमति नहीं देता, परिणामस्वरूप वे पूर्णतः ठीक नहीं हो पाती तथा पहले छः महीने के दौरान अपने नवजात शिशु को स्तनपान कराने की उनकी क्षमता पूरी तरह से विकसित नहीं हो पाती है। इसलिए उनकी मजदूरी की हानि की आंशिक रूप से क्षतिपूर्ति करने के लिए संतुलित मातृत्व लाभ देने की अत्यंत आवश्यकता है। यह स्वास्थ्य परिवार और कल्याण मंत्रालय के जननी सुरक्षा योजना का विस्तार अथवा पुनर्संचित आईसीडीएस का भाग हो सकता है।

- स्कूल पूर्व शिक्षा आईसीडीएस की सबसे कमजोर कड़ी होती है। अकाट्य खोज यह है कि स्कूल पूर्व शिक्षा क्रियाशील अशिक्षित माता पिता के बच्चों को प्राथमिक स्कूल तत्परता में सुधार लाने के लिए महत्वपूर्ण होती है और इस प्रकार स्कूल छोड़ देने वाले (ड्रॉप आउट) बच्चों की दरों में कमी होती है। नामांकन बढ़ाने तथा स्कूल ड्रॉप आउट की संभावना को ध्यान में रखते हुए स्कूल-पूर्व शिक्षा के संघटक को अनिवार्य रूप से (आईसीडीएस अथवा प्राथमिक स्कूल में) सुदृढ़ करना होगा।

यदि इसे आईसीडीएस के अंतर्गत किया जाता है, तो आंगनवाड़ी सेविका को आंगनवाड़ी में स्कूल-पूर्व शिक्षा (पीएसई) देने हेतु अपने कौशल को उन्नत करने के लिए पर्याप्त प्रशिक्षण दिए जाने की आवश्यकता होगी तथा उनके कार्य के बोझ तथा प्रोत्साहनों के मुद्दों पर विचार करने की आवश्यकता होगी। यह भी सलाह दी जा सकती है कि वर्तमान आंगनवाड़ी सेविका के प्रयासों में तेजी लाने के लिए स्कूल पूर्व शिक्षा देने हेतु किशोर बालिकाओं को प्रशिक्षित एवं शामिल किया जा सकता है जिसके लिए और भी प्रोत्साहनों की आवश्यकता होगी।

4.1.69 11वीं योजना के अंत तक कुपोषण की घटना को अनुबंध सारणी- 4.1.3 में नोट किए स्तर तक आधा करने का लक्ष्य होना चाहिए तथा गर्भवती महिलाओं तथा बच्चों में अनीमिया को 10 प्रतिशत से कम तक लाने का लक्ष्य होना चाहिए। कम वजन (हल्का, सामान्य तथा अत्यधिक), अविकसित और क्षय रोग की घटना को रोकने के लिए पूरे देश में वार्षिक अथवा द्विवार्षिक सर्वेक्षण करने के लिए प्रावधान करने होंगे। महिलाओं और बच्चों में अनीमिया की स्थिति को नियमित रूप से माप होनी चाहिए। यह कार्य राष्ट्रीय पोषाहार संस्थान, हैदराबाद को सौंपा जा सकता है।

माइक्रो पोष्टिक कुपोषण नियंत्रण

वर्तमान परिदृश्य

4.1.70 दि नेशनल न्यूट्रिशन मानीटरिंग ब्यूरो (एनएनएमबी) की दिसम्बर 2006 की रिपोर्ट से पता चलता है कि दाल, हरे पत्ते वाली सब्जियां (जीएलवी), दूध और फल जैसे संरक्षी भोजन की खपत कुल मिलाकर अपर्याप्त थी। इसके परिणामस्वरूप, लोहा, विटामिन ए, रिवोफ्लोविन तथा फॉलिक एसिड जैसे माइक्रो पोषकों का अंतर्ग्रहण सभी आयु के वर्गों के लिए सिफारिश किए गए स्तर से काफी कम था। 5 वर्ष तक बच्चों के पोषण संबंधी सर्वेक्षण के आंकड़े यह दर्शाते हैं कि स्कूल पूर्व बच्चों में साधारण विटामिन ए की कमी (वीएडी) तथा बी काम्प्लेक्स की कमी (इकहरा मुखपाक) के संकेत क्रमशः 0.6 प्रतिशत तथा 0.8 प्रतिशत थे। स्कूल जाने वाले बच्चों में बिटोट स्पॉट 1.9 प्रतिशत तथा बी-काम्प्लेक्स की कमी तथा दांतों के रंगबिरंगे होने संबंधी रोग प्रत्येक में 2 प्रतिशत था।

4.1.71 देश में हम विशिष्ट माइक्रो पोषकों की कुछ कमियों को देखते हैं जो ऐसी हैं जो जनता के स्वास्थ्य के लिए चिंता का विषय हैं।

अनीमिया

4.1.72 आयरन डेफीसिएंसी अनीमिया (आईडीए) विश्व में सबसे अधिक व्यापक रूप से फैली हुई है, जिससे विश्व में एक अरब से ज्यादा लोग पीड़ित हैं। यह लिंग, वंश, जाति, पंथ और धर्म को ध्यान में न रखते हुए विकास कर रहे विश्व में संवेदनशील वर्गों में अधिक भार से सभी आयु के वर्गों को प्रभावित करता है। अनीमिया संक्रमणों में बढ़ती हुई अतिसंवेदनशीलता, काम की क्षमता कम हो जाना, एकाग्रता में कमी से संबंधित है। भारत में यह मौन आपातकालीन स्थिति प्रजनन आयु वर्ग की महिलाओं, बच्चों, तथा कम सामाजिक आर्थिक स्तर की आबादी में अत्याधिक प्रचलित है। लोहा की कमी के अनीमिया से सीखने तथा काम करने की क्षमता में कमी आती है, परिणामस्वरूप प्रजनन में कमी आती है तथा वेतन की हानि होती है, आर्थिक और सामाजिक विकास सीमित होता है। गर्भवती महिलाओं में अनीमिया होने से गर्भावस्था संबंधी परिणाम प्रतिकूल होते हैं जैसे- मातृ एवं प्रसव-पूर्व अधिक मृत्यु संख्या, जन्म के समय कम वजन, प्रसूति संबंधी जटिलताओं का अधिक जोखिम, रूग्णता बढ़ना तथा बच्चे के शारीरिक एवं मानसिक विकास की अत्यंत हानि। अनीमिया भारत में मातृ मृत्यु होने का एक बृहद अप्रत्यक्ष कारण रहता है। बच्चों में, अनीमिया के कारण शैक्षिक कौशल कम होता है जिसकी वजह से बहुत से बच्चे कक्षाओं औसत से कम रहते हैं अथवा स्कूलों से असमय अलग (ड्रॉप आउट) हो जाते हैं। इससे भी संक्रमण रोगों से अस्वस्थता में वृद्धि होती है।

4.1.73 यह भी देखा गया है कि जो माताएं अशिक्षित थीं अथवा जो अनुसूचित जाति/जनजाति की थीं, ऐसी माताओं से पैदा हुए बच्चों को उनके साथी की तुलना में अनीमिया होने की ज्यादा संभावना होती थी। इसके अलावा, कम तथा अत्यधिक अनीमिया वाली माताओं से पैदा हुए बच्चे भी अनीमिया से पीड़ित होते थे जो बच्चों के स्वास्थ्य पर निकृष्ट मातृ स्वास्थ्य स्थिति के परिणामों को दर्शाता है। अनुसंधान अध्ययनों का सुझाव है कि जीवन के पहले दो वर्षों में, जब मस्तिष्क अभी विकास हो रहा होता है, उस दौरान अत्यधिक आयरन डेफीसिएंसी अनीमिया के कारण न्यूरोलोजिक विकृति स्थायी रूप से हो सकती है, और इससे बच्चों में आयरन डेफीसिएंसी अनीमिया को रोकने के लिए वर्तमान प्रयासों की तात्कालिका और बढ़ जाती है।

4.1.74 जिला स्तर पर स्वास्थ्य सर्वेक्षण (डीएलएचएस) (2002-04) के अनुसार भारत में युवा लड़कियों में अनीमिया बहुत अधिक (72.6 प्रतिशत) पाया जाता है जहां स्कूल पूर्व बच्चों (2.1 प्रतिशत) की तुलना में अत्याधिक अनीमिया बहुत अधिक (21.1 प्रतिशत) है। किशोर लड़कियों में, अनीमिया होने के संदर्भ में शैक्षिक अथवा आर्थिक स्तर से ज्यादा फर्क नहीं पड़ता है। किशोर लड़कियों में अनीमिया को रोकने, पता लगाने अथवा नियंत्रित करने की ओर अभी तक ज्यादा ध्यान नहीं दिया गया है। इस वर्ग में कम तथा अत्याधिक अनीमिया के अधिक प्रचलन को ध्यान में रखते हुए एवं यह जानते हुए कि इनमें से बहुत की जल्दी शादी हो जाती है, गर्भ धारण कर लेती है एवं गर्भावस्था के दौरान अनीमिया से जुड़ी समस्याओं का सामना करती हैं, यह अनिवार्य हो जाता है कि उनकी अनीमिया के लिए जांच की जाए तथा उनका उपचार किया जाए।

4.1.75 दैनिक आहार कम लेना तथा निकृष्ट आयरन एवं फोलिक एसिड लेना भारत में अनीमिया के अधिक होने के मुख्य जिम्मेदार कारक हैं। भारतीय आहार में आयरन की कम जैव उपलब्धता से स्थिति बिगड़ जाती है। उच्च स्तरीय संक्रमण जैसे पानी तथा भोजन जनित संक्रमणों, मलेरिया और हुक वार्म (आंकड़ा कीड़ा) उत्पीड़नों से स्थिति ज्यादा बिगड़ जाती है।

4.1.76 छोटे बच्चों (6 से 35 महीने) में; यहां तक कि विवाहित महिलाओं (15 से 49 वर्ष) तथा गर्भवती महिलाओं में भी अनीमिया बहुत अधिक पाया जाता है। (संलग्नक -4.1.3)। कुल मिलाकर शहरी क्षेत्रों में 3 वर्ष की आयु तक 72.7 प्रतिशत बच्चे तथा ग्रामीण क्षेत्रों में 81.2 प्रतिशत बच्चे अनीमिया से ग्रस्त होते हैं। इसके अलावा समग्र प्रचलन 74.2 प्रतिशत (1998-99) से बढ़कर 79.2 प्रतिशत (2005-06) हो गया है। नागालैण्ड सबसे कम

(44.3 प्रतिशत) और गोवा में इससे ज्यादा (49.3 प्रतिशत) और मिजोरम में इससे भी ज्यादा (51.7 प्रतिशत) था। बिहार में सबसे अधिक (87.6 प्रतिशत), इससे थोड़ा कम राजस्थान (85.1 प्रतिशत) और कर्नाटक में (82.7 प्रतिशत) था। कम तथा अत्यधिक अमीनिया शहरी तथा ग्रामीण दोनों क्षेत्रों की शिक्षित परिवारों में भी देखा जाता है। अमीनिया के प्रचलन में अंतर्राज्यीय अंतर होते हैं जो शायद आंशिक रूप से दैनिक आहार लेने में अंतर के कारण तथा स्वास्थ्य देखभाल के लिए आंशिक पहुंच के कारण होते हैं।

4.1.77 बच्चों में 70 प्रतिशत अनीमिया स्तर वाले राज्यों के आंकड़ों का विश्लेषण करते समय यह पाया गया था कि पंजाब को छोड़कर सभी अन्य राज्यों में गर्भवती महिलाओं में 50 प्रतिशत से अधिक अनीमिया था। यह मां तथा बच्चों के अनीमिया स्तर के बीच में सशक्त संबंध होने को दोहराता है।

4.1.78 भारत पहला विकासशील देश था जिसने गर्भवती महिलाओं तथा बच्चों में अनीमिया को रोकने के लिए 1972 में एक नेशनल न्यूट्रिसिनल अनीमिया प्रोफिलेक्सिस प्रोग्राम (एनएनएपी) शुरू किया था। तथापि, कार्यक्रम के अंतर्गत कवरेज में सुधार करने की जरूरत है क्योंकि केवल 22.3 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं ने ही 90 दिन तक आयरन तथा फोलिक एसिड लिया था और केवल 50.7 प्रतिशत ने ही अपने पिछले बच्चे के जन्म (एनएफएचएस-3 2005-06) से पहले प्रसव पूर्व जांच के लिए केवल 3 बार ही आयी थी।

4.1.79 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अधीन जननीय एवं बाल विकास स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरसीएच) के एक भाग के रूप में शामिल वर्तमान रणनीति में यह सिफारिश की गई है कि गर्भवती तथा दूध पिलाने वाली महिलाओं, 6 से 12 मास के शिशुओं, स्कूल के बच्चों 6 से 10 वर्ष के, तथा किशोरों को (11 से 18 वर्ष की आयु) सिफारिश की गई खुराक के अनुसार न्यूट्रिसिनल अनीमिया प्रोफिलेक्सिस प्रोग्राम में शामिल करना चाहिए।

आयोडीन की कमी से विकार (आईडीडी)

4.1.80 आयोडीन की कमी से विकार (आईडीडी) पूरे विश्व की जनसंख्या के लिए, विशेषकर गर्भवती महिलाओं और छोटे बच्चों के लिए एक बृहद जन स्वास्थ्य समस्या है। वे देशों के सामाजिक तथा आर्थिक विकास के लिए चुनौती है। आयोडीन की कमी के सबसे अधिक विध्वंसक परिणाम बढ़ती हुई प्रसवपूर्व मृत्यु संख्या और मानसिक मंदता हैं। आयोडीन की कमी बचपन में निवार्य मस्तिष्क क्षति का सबसे बड़ा कारण है जो इसका उन्मूलन करने के लिए वर्तमान विश्वव्यापी अभियान के पीछे प्राथमिक कारण है।

आयोडीन की कमी के लिए उत्तरदायी मुख्य कारक आयोडीन की कम दैनिक आहार आपूर्ति है। यह ऐसे क्षेत्रों में रहने वाली जनसंख्या में होती है जहां पर विगत हिमाच्छादन के फलस्वरूप अथवा बर्फ, पानी और भारी वर्षा के पुनरावृत्त विखालन प्रभावों के परिणामस्वरूप भूमि में आयोडीन की कम मात्रा होती है। इसलिए इस भूमि में पैदा हुई फसल में आयोडीन की पर्याप्त मात्रा नहीं मिलती है।

4.1.81 गलगण्ड आईडीडी का सबसे अधिक दिखने वाला प्रमाण है। कठिन स्थानिक क्षेत्रों में बौनेपन से 5 से 15 प्रतिशत तक जनसंख्या पर प्रभाव पड़ सकता है। यद्यपि बौनेपन का सबसे ज्यादा प्रभाव पड़ता है, परन्तु इससे अधिक सूक्ष्म स्तर की मानसिक विकृति होती है: जिससे स्कूल में उनका कार्य निष्पादन घटिया होता है बौद्धिक क्षमता में कमी आती है और कार्य करने की क्षमता क्षीण होती है।

4.1.82 आयोडीन की कमी से विकार की भारत में वर्ष 1920 के दशक से ही सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या के रूप में पहचान की गई है। आयोडीन की कमी के विकार से भारत का कोई भी राज्य पूर्णतः मुक्त नहीं है। आईडीडी से संबंधित मानसिक क्षति सहित विश्व में जन्में सभी बच्चों का एक तिहाई भारत में रहते हैं।

4.1.83 भारतीय राष्ट्रीय गलगण्ड नियंत्रण कार्यक्रम (एनजीसीपी) 1962 में शुरू किया गया था जिसमें देश में गलगण्ड प्रभावित क्षेत्र पर बल दिया गया है। तथापि, व्यापक आयोडीनीकरण कार्यक्रम 1984 में ही शुरू किया गया था जब बाजार में समस्त खाद्य नमक में उत्पादन स्तर पर 30 पीपीएम (भाग प्रति मिलियन) आयोडीन देने का प्रस्ताव करना जरूरी था। इसे पीएफए (खाद्य सम्मिश्रण की रोक) अधिनियम, 1988 के माध्यम से कानूनी रूप दिया गया था और इसमें एक खाद्य उत्पाद के रूप में क्रिस्टलीय नमक (गैर आयोडीनीकृत) की उपलब्धता पर भी रोक लगाई गई थी। अलग अलग राज्यों ने इसे अलग अलग रूप में स्वीकार किया था, कुछ ने इस पर आंशिक रूप से रोक लगाई थी और दूसरों ने बिल्कुल रोक नहीं लगाई थी। केन्द्रीय स्वास्थ्य परिषद की सिफारिशों के आधार पर सरकार ने 1992 तक देश में समस्त खाद्य नमक में आयोडीन के लिए एक नीतिगत निर्णय लिया था। 1992 से पूर्व राष्ट्रीय गलगण्ड नियंत्रण कार्यक्रम को नया नाम राष्ट्रीय आयोडीन कमी विकृति नियंत्रण कार्यक्रम (एनआईडीडीसीपी) दिया गया है। कार्यक्रम के अंतर्गत यह परिवर्तन आयोडीन की कमी के व्यापक प्रतिबिम्ब को ध्यान में रखकर किया गया है। इसमें ये शामिल हैं मानसिक एवं शारीरिक रूप से मंद होना, बहरा-गूंगापन तथा बौनापन। विभिन्न अनुसंधान रिपोर्टों की वजह से केन्द्र सरकार ने वर्ष 2000 में बिना आयोडीन वाले नमक की

बिक्री पर रोक को हटा दिया था। राज्यों ने स्वयं अपने आकलन के आधार पर रोक को जारी रखने अथवा निरस्त करने का चयन किया। वर्ष 2005 में मनुष्यों द्वारा उपयोग करने के लिए बिना आयोडीनयुक्त नमक की बिक्री पर देशव्यापी एक सार्वभौमिक रोक लगाने की बात केन्द्र सरकार द्वारा पुनः दोहरायी गई है।

4.1.84 अध्ययनों से पता चलता है कि एक स्तर के बाद भोजन में गाइट्रोजीन, पानी में प्रदूषण आदि जैसे विभिन्न अन्य कारकों की भूमिका के कारण केवल आयोडीनीकरण से गलगण्ड के प्रचलन में कमी नहीं आती है। सक्रिय कारकों की निश्चित पहचान होने तथा जैविक और फिजिकोकेमिकल गुणों की जानकारी होने से समुदाय स्तर पर इन यौगिकों को समाप्त करने के लिए और स्थानिक क्षेत्रों से गलगण्ड का उन्मूलन करने के लिए प्रक्रियाएं विकसित करने हेतु जन स्वास्थ्य कर्मचारियों को अनुमति दी जा सकती है।

4.1.85 प्रमाणों से जिनके बारे में नए सिरे से विचार करने के आधार भी मिलते हैं, वे हैं- कारणता प्रमुख कारक के रूप में आयोडीन; व्यापक तौर पर एक बृहद जन स्वास्थ्य समस्या के रूप में समस्या की मात्रा; स्वयं ही गलगण्ड और अन्य आईडीडी को स्वयं कम करने के एक उपाय के रूप में आयोडीनीकृत नमक का व्यापक प्रभाव; तथा हाईपरथाइराडिज्म और हाईपोथाइरोयिडिज्म में बढ़ोतरी तथा आयरन जैसे अन्य खनिजों के साथ पारस्परिक प्रभाव जैसे स्वास्थ्य पर संभव नकारात्मक प्रभाव।

विटामिन ए की कमी

4.1.86 विटामिन ए की कमी (वीएडी) को एक बृहद नियंत्रणीय जन स्वास्थ्य एवं पोषणिक समस्या के रूप में माना गया है। भारत में अनुमानित 5.7 प्रतिशत बच्चों को विटामिन ए की कमी होती है। और यह आंखों में नजर आती है। हाल ही के प्रमाण में यह सुझाव दिया गया है कि विटामिन ए की हल्की सी कमी से बच्चों में विकार बढ़ जाते हैं तथा मृत्यु संख्या में बढ़ोतरी हो जाती है। इस विकृति के कारण जन स्वास्थ्य संबंधी महत्व पर बल दिया गया है।

4.1.87 विटामिन ए सामान्य विकास, कोशिकीय प्रचुरोद्भवन (प्रोलिफरेशन) तथा विशिष्टीकरण को विनियमित रखने, दृश्य और जननीय कार्यों के लिए एक महत्वपूर्ण माइक्रो न्यूट्रिएंट है। विटामिन ए की कमी भारत में कम आय स्तर की आबादी में अधिक पाई जाती है। मानव स्वयं अपने शरीर में इस माइक्रो न्यूट्रिएंट को विकसित नहीं कर सकता है। इस प्रकार इसे बाहर से उपलब्ध करना होगा। इस माइक्रोन्यूट्रिएंट की अधिक जरूरत होने के कारण यह कमी स्कूल पूर्व बच्चों और गर्भवती एवं

स्तनपान कराने वाली महिलाओं में अधिक देखी जाती है। अत्यधिक होने के मामलों में इससे पूरी तरह से अंधापन हो सकता है।

4.1.88 यद्यपि कोर्नील अल्सर/कोर्निया (केराटोमालासिया) को हल्का करने जैसे विटामिन ए की कमी के बहुत से स्वरूप सामान्यतः बिल्कुल कम हो गए हैं, परन्तु देश के अलग अलग भागों में बिटोट स्पॉट विभिन्न स्वरूपों में विद्यमान थे (एनएनएमबी 2003)। वीएडी की जन स्वास्थ्य महत्व की समस्या का उल्लेख करते हुए इसका प्रचलन डब्ल्यूएचओ के 0.5% के कट-ऑफ स्तर से अधिक था। बच्चों में वीएडी के प्रचलन में व्यापक अंतःराज्यीय विविधता है। यह भी चिन्ता का विषय है कि पिछले 6 महीनों में 12 से 35 महीने की आयु के केवल 21 प्रतिशत बच्चों ने विटामिन ए की खुराक प्राप्त की। नागालैण्ड (8.7 प्रतिशत) और उत्तर प्रदेश (7.3 प्रतिशत) में 10 प्रतिशत से कम की सूचना प्राप्त हुई है। केवल तमिलनाडु (37.2 प्रतिशत), गोवा (37.3 प्रतिशत), त्रिपुरा (38.0 प्रतिशत), केरल (38.2 प्रतिशत), पश्चिम बंगाल (41.2 प्रतिशत) और मिजोरम (42.2 प्रतिशत), जैसे राज्यों को बेहतर ढंग से कवर किया गया है।

4.1.89 भारत में इस कमी का सामना करने के लिए पौषणिक अंधेपन के निराकरण के लिए एक राष्ट्रीय कार्यक्रम 1970 से काफी पहले शुरू किया गया था। इस कार्यक्रम के लाभग्राही स्कूल पूर्व बच्चे (1 से 5 वर्ष) थे। इसके अलावा, केवल 9 मास से 3 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों को शामिल करने के लिए इस कार्यक्रम को 1992 में संशोधित किया गया था। दसवीं पंचवर्षीय योजना से ही विटामिन ए संपूर्ण आरसीएच कार्यक्रम के अनिवार्य संघटक के रूप में बना हुआ है। यह कार्यक्रम राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का एक भाग है।

4.1.90 विगत कुछ वर्षों के दौरान विभिन्न पणधारकों में विशेषज्ञ विचार विमर्श की श्रृंखलाओं का आयोजन किया गया था। बच्चों में विटामिन ए की कमी के संबंध में आयुवार अलग अलग प्रचलन (एनएनएमबी रिपोर्ट) को ध्यान में रखते हुए इन सभी पणधारकों ने 5 वर्ष तक की आयु के बच्चों को कार्यक्रम में शामिल करने के लिए सिफारिश की थी। परिणामस्वरूप, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने 5 वर्ष तक के बच्चों को कार्यक्रम में शामिल करने के लिए नवम्बर, 2006 में राज्यों को दिशा-निर्देश जारी किए थे।

4.1.91 कार्यक्रम में निम्नलिखित पर बल दिया जाता है:-

- गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं तथा 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों द्वारा विटामिन ए युक्त आहार तथा उपयुक्त स्तनपान को बढ़ावा देना।

- 5 वर्ष तक विटामिन ए की अधिक खुराकें देना -
 - 9 महीनों में खसरे के टीके के साथ 100,000 आईयू की पहली खुराक।
 - प्रत्येक छः महीने में 200,000 आईयू की उत्तरवर्ती खुराक।

4.1.92 विटामिन ए संपूरण तथा न्यूट्रिशन शिक्षा को प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों, उपकेन्द्रों तथा आंगनवाडियों के माध्यम से कार्यान्वित किया जा रहा है। महिला और बाल विकास मंत्रालय के अधीन एकीकृत बाल विकास सेवा (आईसीडीएस) कार्यक्रम की सेवाओं का आईसीडीएस ब्लॉकों में बच्चों को विटामिन ए का वितरण करने के लिए तथा विटामिन ए की कमी को रोकने के संबंध में माताओं को शिक्षित करने के लिए उपयोग किया जाता है।

अन्य माइक्रो न्यूट्रिएंट कमियां

4.1.93 हाल ही में भारत सरकार ने बच्चों के अतिसार को नियंत्रित करने में जिंक का उपयोग करने के मुद्दे की जांच की थी तथा 3 महीने से बड़े बच्चों के अतिसार को नियंत्रित करने में ओआरएस के भाग के रूप में जिंक देने की सिफारिश की थी। यह उम्मीद है कि अतिसार के लिए जिंक को देने से देश में शिशुओं की मृत्यु दर में कमी आ जाएगी।

4.1.94 बृहद मैक्रो और माइक्रो न्यूट्रिएंट के अलावा 300 से ज्यादा न्यूट्रिएंट होते हैं जो शरीर के लिए महत्वपूर्ण होते हैं। हाल ही के वर्षों में माइक्रो न्यूट्रिएंट तथा फ़िटो न्यूट्रिएंट (आक्सीकर रोधी तथा प्रदाहक रोधी वाले खाद्य वनस्पतियों में न्यूट्रिएंट) ने न्यूट्रिएशन के क्षेत्र में केन्द्रीय स्थान प्राप्त किया गया है। भोजन में पाए जाने वाले फ़ाइटो न्यूट्रिएंट्स में जैविक गुण होते हैं जो बीमारियों से बचाव करते हैं और स्वास्थ्यवर्धक हैं। वास्तव में पोषक आहार वह है जिससे स्वास्थ्य में बढ़ोत्तरी होती है और रोगों को रोका जाता है। उपापचय कार्य के बारे में अलग अलग माइक्रो न्यूट्रिएंट के बीच काफी पारस्परिक क्रिया होती है। गरीब और यहां तक कि अमीर लोगों के दैनिक आहार त्रुटिपूर्ण होते हैं। अनुसंधान पर आधारित साक्ष्य से यह सुझाव दिया जाता है कि दूध, विभिन्न किस्म के फलों, सब्जियों आदि जैसे एहतियाती आहार सहित संतुलित आहार को लेने से शरीर की पौषणिक जरूरतें पूरी होंगी। तथापि, कमियों के कारण संपूरकों के रूप में दिए गए विभिन्न सूक्ष्म पोषकों के बीच पारस्परिक क्रिया, निवारण की प्रक्रियाएं तथा कमियों के नियंत्रित करने तथा पुष्ट आहारों में सूक्ष्म पोषकों की स्थिरता के संबंध में सीमित आंकड़े उपलब्ध हैं।

4.1.95 चिन्ता के विषय

- माइक्रो पोषक कुपोषण देश में अक्षुण्ण रहते हैं जिससे भारी आर्थिक हानि होती है।
- माइक्रो पोषकों की कमियों की सही व्यवस्था देश के लिए नहीं की गई है।
- मौजूदा कार्यक्रम समग्र तरीके से समस्या का निराकरण नहीं करते हैं। केवल पोषक संपूरण कार्यक्रम ही अस्तित्व में हैं और उनमें भी पूर्णतः अधिक जोखिम वाले ग्रुप शामिल नहीं हैं।
- देश में सूक्ष्म पोषक संबंधी कमियों की अपर्याप्त मानीटरिंग होती है। प्रत्येक छः साल में लिए गए एनएफएचएस में महिलाओं तथा 3 वर्ष से कम आयु के बच्चे शामिल होते हैं और वे केवल राज्य स्तरीय तस्वीर प्रस्तुत करते हैं। एनएनएमबी कुछ ही राज्यों में है जो केवल 8 राज्यों का राज्य स्तरीय अनुमान देता है।
- दैनिक आहार संबंधी विविधता और न्यूट्रिशन शिक्षा में अपेक्षित महत्व नहीं दिया गया है।
- आहार पौष्टिकता के बारे में पर्याप्त रूप से अध्ययन नहीं किया गया है।
- परिवारों तथा समुदाय स्तर पर फलों तथा सब्जियों के उत्पादन का बढ़ावा देने के लिए पोषण उन्मुख बागवानी से संबंधित मध्यस्थता अभी शुरू की जानी है।
- सूक्ष्म पोषक के, कुपोषण के परिणामों के बारे में जागरूकता पैदा करना, इसका निवारण और नियंत्रण पर्याप्त रूप से नहीं किया जा रहा है।

समाधान खोजने की ओर

4.1.96 देश में सूक्ष्म पोषक कमियों को दूर करने के लिए कार्यक्रमों को बढ़ावा देने हेतु 11वीं योजना के दौरान पांच लंबी रणनीतियां अपनायी जाएंगी। ये निम्नलिखित से संबंधित हैं-

- (i) दैनिक आहार विविधता: इसका अभिप्राय उपभोग किए गए माइक्रो पोषक वाले आहारों की किस्मों को बढ़ावा देने से है। व्यवहार में इसके लिए कार्यक्रमों के कार्यान्वयन की आवश्यकता होती है जिससे विभिन्न किस्म के माइक्रो पोषक आहारों (जैसे पशु उत्पाद, फल और सब्जियां) की पर्याप्त मात्रा में उपलब्धता और खपत एवं प्राप्ति में सुधार हो, विशेषकर जिनमें सूक्ष्म पोषक कुपोषण का खतरा हो अथवा संवेदनशील हो। यह सुनिश्चित करने के लिए ध्यान देने की भी जरूरत है कि सूक्ष्म पोषकों की सीमित आपूर्ति के समावेशन को बढ़ावा देने के लिए तेल और वसा का दैनिक आहार लेना पर्याप्त है। इसमें वे कार्यकलाप शामिल होते हैं जिनसे इस किस्म की मध्यस्थता पर अधिक बल

देने के रूप में सूक्ष्म पोषक तथा स्थानीय रूप से उत्पादित आहारों के उत्पादन, उपलब्धता तथा प्राप्ति में सुधार हो सके। ऐसे व्यवहार में परिवर्तनों को प्रेरित करने के लिए संचार और शिक्षा संबंधी कार्यकलापों का उपयोग करना समान रूप से महत्वपूर्ण है जिनसे लाभग्राहियों के आहार की खपत बढ़ती है, खाद्य उत्पादन में बढ़ोतरी होती है तथा शिशुओं और बच्चों को खिलाने की प्रक्रिया में सुधार होता है। दैनिक आहार की विविधता संबंधी बहुत सी गतिविधियां समुदाय स्तर पर चलती हैं जहां पर उनके जारी रखने की अधिक संभावना होती है और इससे सूक्ष्म पोषक के व्यवहार्य में सहनीय परिवर्तन होता है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, महिला और बाल विकास मंत्रालय तथा सूचना और प्रसारण मंत्रालय द्वारा ऐसे प्रयास मुख्यतः करने होंगे।

(ii) **पोषक संपूरक:** यह स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, महिला और बाल विकास मंत्रालय तथा स्कूल शिक्षा एवं साक्षरता विभाग से संबंधित है और यह द्विवार्षिक अभियानों के माध्यम से इनके लिए प्राप्त किया जा सकता है- 9 महीने से 5 वर्ष के बीच के बच्चों को विटामिन ए देने के लिए, 6 महीने से 2 वर्ष तक के बच्चों को तथा 10 से 19 वर्ष की युवा लड़कियों को आयरन और फोलिक एसिड देने के लिए तथा सभी गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं को आयरन की गोतियां देने तथा एनआरएचएम की कार्यान्वयन योजनाओं के तहत 6 मास तक शिशुओं को स्तनपान कराने पर बल देने के लिए। यद्यपि पूरे विश्व में विभिन्न कमियों के लिए एक ही संपूरक का उपयोग किया जा रहा है, परन्तु बहु सूक्ष्म पोषक पूरक के लिए बदलने के प्रमाण परस्पर विरोधी हैं।

(iii) **बागवानी मध्यस्थता:** यद्यपि भारत सब्जियों का अग्रणी उत्पादनकर्ता है; हरी पत्तियों की सब्जियां कुल सब्जी उत्पादन का केवल 16 प्रतिशत बनती हैं। बागवानी मध्यस्थता में आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए पोषक फसलों को बढ़ाना शामिल होगा। परिवार स्तर पर उपलब्धता को बढ़ावा देने के लिए होम गार्डनिंग का संवर्धन आवश्यक है। बारहमासी किस्म की हरी पत्तियों की सब्जियों के उत्पादन पर बल देना चाहिए जिनको उगाना अपेक्षाकृत आसान होता है। इसमें उत्पादन में सुधार लाने के लिए कृषि प्रौद्योगिकियों में किसानों को प्रशिक्षण देना तथा नकदी फसल के लिए प्रोत्साहित करने के लिए उन्हें प्रोत्साहन देना भी इसमें शामिल है। समुदाय के अधिकतम लाभ के लिए बागवानी और शिक्षा संबंधी कार्यकलापों में लगे विभिन्न विभागों के बीच समन्वय तंत्र का विकास करने की जरूरत है। गुणवत्ता, फसल के

बाद के कार्यकलाप तथा खाद्य प्रसंस्करण को सुनिश्चित करने के लिए उन्नत प्रौद्योगिकियों को अपना करके उत्पादन और उत्पादकता दोनों में वृद्धि करना भी इन कार्यकलापों में शामिल है। बागवानी मध्यस्थता के लिए बीजों की आपूर्ति में सहायता प्रदान करने तथा भण्डारण के लिए कृषि मंत्रालय को भी शामिल किया जाएगा।

(iv) **जन स्वास्थ्य संबंधी उपाय:** इनमें स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, महिला और बाल विकास, वाणिज्य, ग्रामीण विकास तथा शहरी विकास मंत्रालय शामिल होंगे। इसके लिए प्राप्ति और आपूर्ति की प्रक्रियाओं को सरल और कारगर बनाना, सूक्ष्म पोषक संबंधी कमियों की मानीटरिंग करने तथा नियंत्रण करने के लिए संगठनों में सांस्थानिक क्षमता का निर्माण करना, नियमित अंतराल पर बच्चों के कीड़े निकालना तथा सुरक्षित पेय जल और सफाई की व्यवस्था करना अपेक्षित होगा।

(v) **भोजन को पौष्टिक बनाना:** इन कार्यकलापों में वे शामिल हैं - जनसंख्या अथवा विशिष्ट जनसंख्या समूहों में एक अथवा अधिक पोषकों की कमी को दूर करने अथवा सुधारने के उद्देश्य से भोजन में एक अथवा अधिक पोषकों की कमी को दूर करना चाहे यह भोजन में सामान्यतः विद्यमान हो अथवा न हो। भोजन को पौष्टिक बनाने के उदाहरणों में व्यावसायिक रूप से प्रसंस्कृत मुख्य आहार में विशिष्ट माइक्रोन्यूट्रिएण्ट मिलाना शामिल है जैसे चीनी और मार्जरिन में विटामिन ए, गेहूं तथा मक्का के आटे में विटामिन बी और आयरन तथा नमक में आयोडीन। इन कार्यकलापों में स्वास्थ्य, खाद्य प्रसंस्करण उद्योग, खाद्य एवं सार्वजनिक वितरण, उपभोक्ता कार्य, वित्त, पंचायती राज संबंधी मंत्रालय और विभाग तथा राज्य सरकार शामिल होंगे। यद्यपि सार्वजनिक वितरण प्रणाली के द्वारा आपूर्ति किए गए आहार को पौष्टिक बनाने के बारे में कुछ लोगों द्वारा सुझाव दिए गए हैं, परन्तु इसकी जटिलताएं अभी स्पष्ट नहीं हैं। जब कैलोरी कम हो तो पौष्टिक बनाने का प्रभाव संदिग्ध होता है। भोजन को पौष्टिक बनाने के प्रस्तावित स्वरूपों के संबंध में निश्चित रूप से कुछ मुद्दे होते हैं जैसे पीडीएस के अंतर्गत अनाज की अपेक्षा पौष्टिक आटा उपलब्ध कराना क्योंकि अनाज को लंबी अवधि तक रखा जा सकता है। स्पष्ट तौर पर सूक्ष्म पोषक संबंधी कमियों को दूर करने के लिए पौष्टिक आहार उपलब्ध कराने की रणनीति में काफी अधिक अनुसंधान करने की जरूरत है। आहार को पौष्टिक बनाने के संबंध में किसी प्रकार की सिफारिशें करते समय 11वीं योजना बहुत ही सावधानी से प्रगति करेगी।

4.1.97 11वीं योजना के दौरान निम्नलिखित कार्यनीतियों और उपायों पर बल दिया जाएगा:

- सूक्ष्म पोषक कुपोषण नियंत्रण के लिए, विशेष रूप से अनीमिया का दूर करने के लिए, केन्द्र तथा राज्य स्तरों पर उच्च प्राथमिकता प्रदान की जाएगी। 11वीं योजना के अंत तक महिलाओं तथा लड़कियों में 50 प्रतिशत तक अनीमिया को कम करने का लक्ष्य है। राज्य विशिष्ट लक्ष्यों का भी सुझाव दिया गया है। (संलग्नक- 4.1.1)।
- आरसीएच कार्यक्रम के जिला स्तरीय स्वास्थ्य सर्वेक्षण में गंभीर जन स्वास्थ्य समस्या के रूप में सूक्ष्म पोषक सहित कुपोषण की पहचान की जाएगी और सूक्ष्म पोषक संबंधी कमियों के होने की प्राथमिकता के आधार पर मानीटरिंग की जाएगी।
- मौजूदा कार्यक्रमों के माध्यमों से सूक्ष्म पोषक संबंधी कमियों की निगरानी करने में सहायता देने के लिए आईसीएमआर के एनएनएमबी का सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में विस्तार किया जाएगा।
- शिशुओं तथा छोटे बच्चों को तरल पदार्थ के रूप में आईएफए उपलब्ध कराकर अरसीएच (एनआरएचएम) के अंतर्गत मौजूदा आयसन और फोलिक एसिड संपूरण कार्यक्रमों में शामिल करना तथा तत्काल प्रभाव से साप्ताहिक आयसन संपूरक उपलब्ध कराकर युवा लड़कियों (10 से 19 वर्ष की) को शामिल करना।
- 9 मास से 5 वर्ष के आयु के बीच के सभी बच्चों को शामिल करने के लिए विटामिन ए संपूरण कार्यक्रम तथा मौजूदा कम कवरेज को वर्ष 2009 तक 90 प्रतिशत तक लाना।
- विटामिन ए की कमी को रोकने के लिए स्तनपान को बढ़ावा देने का कार्य शुरू किया जाएगा।
- एनआईडीडीसीपी में आयोडीन की कमी के कारण हुए दुष्प्रभावों को रोकने तथा हाइपोथाइरोडिज्म अथवा हाइपरथाइरोडिज्म के अन्य रूपों की विकृति के बीच को संतुलित करना जिसकी अब तक उपेक्षा की गई है। बहु-दुर्घटना तथा क्षेत्रीय विविधता के लिए एक व्यापक समाधान की अपेक्षा पहलों के वर्ग की आवश्यकता होती है। इस एपीडेमियोलोजिकल समझ के आधार पर क्षेत्रों के दहलीज स्तर से ऊपर और नीचे के लिए एक विशेष रणनीति तैयार करने के लिए एक यौक्तिक पहल का उपयोग किया जाएगा।
- सूक्ष्म पोषक की कमियों के कारणों, कारणता के जटिल जाल को समझने, एक समग्र मत के लिए निवारक रणनीतियों तथा खुराक के संबंध में स्वास्थ्य के व्यवहार संबंधी अनुसंधानों को प्रोत्साहित किया जाएगा।
- पौष्टिक आहारों को सूक्ष्म पोषकों, स्वाद, गंध तथा सेल्फ लाइफ में परस्पर क्रिया, कमी में क्षेत्रीय अंतर, व्यक्तियों की आवश्यकताओं में अंतर होने आदि के संबंध में साक्ष्य एकत्रित करने के लिए बहुसूक्ष्म पोषक संपूरण तथा आहार पौष्टिकरण संबंधी रणनीतियों को कार्यान्वित करने से पूर्व अध्ययन किए जाएंगे।
- फलों तथा सब्जियों के समुदाय तथा परिवारीय स्तर पर उत्पादन को बढ़ावा दिया जाएगा।
- हर छः महीने में सभी बच्चों के कीड़े निकालने जैसे जन स्वास्थ्य उपाय स्कूलों तथा आईसीडीएस के माध्यम से शुरू किए जाएंगे।
- पर्यावरण की दृष्टि से स्वच्छता और सफाई का कार्य व्यापक रूप से शुरू किया जाएगा तथा सुरक्षित पेय जल व्यापक रूप से प्राप्त कराया जाएगा।
- पोषण जागृति अभियान के रूप में एक व्यापक जागरूकता अभियान संचार के उपलब्ध सभी साधनों का उपयोग करके शुरू किया जाएगा।
- संबंधित क्षेत्रों के लिए नीतिगत निर्देशों के लिए उच्च स्तरीय अंतः एजेंसी समन्वय तंत्र की स्थापना की जाएगी।

4.2 सामाजिक सुरक्षा:

कामगारों के लिए सामाजिक सुरक्षा संबंधी मुद्दे

4.2.1. परंपरागत रूप से भारत में सामाजिक सुरक्षा संबंधी पहलुओं की देख-रेख परिवार/समुदाय की स्थापना करके की जाती थी। 20वीं शताब्दी में शुरू हुई औद्योगीकरण/शहरीकरण की प्रक्रिया के परिणामस्वरूप संयुक्त परिवार की संरचना को अत्याधिक क्षति पहुँची है, अतः इसके चलते राज्य-व-समाज नियंत्रित सामाजिक सुरक्षा प्रबंधन के रूप में संस्थागत हस्तक्षेप जरूरी हो गया है। कामगारों और उनके परिवारों का आघात/विपत्ति जनित अल्पकालिक गरीबी/असुरक्षापन से निपटने में समर्थ बनाने के लिए सामाजिक सुरक्षा प्रबंधन की आवश्यकता महसूस की गई है। सामाजिक सुरक्षा कामगारों को बेहतर कार्य करने हेतु प्रेरित करने और उत्पादकता बढ़ाने में सहायक हो सकती है, यहां तक कि इससे वे काफी हद तक घरेलू चिंताओं से निश्चित होकर कार्य करने में समर्थ हो सकते हैं। निर्विवाद रूप से, असंगठित श्रम की स्थिति में सुधार करने की सबसे श्रेष्ठ कार्यनीति श्रम मांग में सुधार करना है। रोजगार ही सा माजिक सुरक्षा का श्रेष्ठ रूप है।

4.2.2 संस्थागत सामाजिक सुरक्षा भारत में 1947 से पहले कुछ ही सरकारी कर्मचारियों को उपलब्ध थी जिनको तथा उनके परिवार के सदस्यों को अन्य अनुपूरक सहायता के साथ-साथ सेवा-निवृत्ति पेंशन अथवा अंशदायी भविष्य निधि लाभ

प्राप्त थे। कुछ औद्योगिक/वाणिज्यिक क्षेत्र की संस्थाओं ने कर्मचारियों के लिए स्वैच्छिक आधार पर इस संबंध में कुछ मानक प्रदान किए थे। अधिकांश कामगार इसमें सम्मिलित नहीं थे और उन्हें अपने लिए स्वयं प्रबंध करने के लिए छोड़ दिया गया था। अनेक सामाजिक और आर्थिक कारकों की वजह से परिवार सहायता प्रणाली के कमजोर होने से स्थिति बिगड़ गई थी। लंबी जीवन अवधि तथा बदलते हुए आर्थिक परिवेश के कारण सामाजिक सुरक्षा की प्रासंगिकता की अधिक जरूरत है।

4.2.3. सामाजिक सुरक्षा की संकल्पना आर्थिक और सामाजिक विपत्ति के प्रति जनता की मध्यस्थता की श्रृंखलाओं के माध्यम से एक सुरक्षा तंत्र प्रदान करने की है जो कि यह बीमारी, मातृत्व, रोजगार के समय चोट, पेशागत विपत्ति, बेरोजगारी विकलांगता और वृद्धावस्था की वजह से आय बंद होने अथवा काफी कमी होने के कारण हुई है। 11वीं योजना में समाज सुरक्षा को एक समावेशी संकल्पना के रूप में माना जाएगा जिसमें कुल मिलाकर समाज के लिए आवास, सुरक्षित पेयजल, सफाई, स्वास्थ्य, शैक्षणिक और सांस्कृतिक सुविधाओं को भी शामिल किया जाता है। न्यूनतम वेतन की संकल्पना से भिन्न, निर्वाह वेतन सुनिश्चित करना जरूरी है जिससे कामगारों के लिए बेहतर जीवन की गारंटी दी जा सकती है। सरकार द्वारा ग्रामीण और शहरी दोनों क्षेत्रों में कार्यान्वित बहुत सी स्कीमों में अनेकों सेवाएं प्रदान की जाती हैं जिससे लोगों की आय में बढ़ोतरी होती है जो अन्यथा काफी कम है।

संवैधानिक प्रावधान

4.2.4. संविधान के अनुच्छेद 39 (क) और 41 में यह अपेक्षा है कि राज्य अपनी आर्थिक क्षमता की सीमाओं में रहते हुए, काम के लिए, शिक्षा के लिए तथा बेरोजगारी, वृद्धावस्था, बीमारी तथा विकलांगता के मामले में जनता की सहायता करने के लिए अधिकार सुनिश्चित करने हेतु प्रभावी प्रावधान बनाने चाहिए। यद्यपि समाज सुरक्षा को एक मूल अधिकार के रूप में नहीं देखा जाता है, परंतु अनुच्छेद 42 में यह अपेक्षा है कि राज्य को न्याय सुनिश्चित करने और काम तथा मातृत्व राहत के लिए उचित एवं मानवीय शर्तें सुनिश्चित करने का प्रावधान करना चाहिए। अनुच्छेद 43 के अनुसार राज्य सभी कामगारों- कृषक औद्योगिक अथवा अन्यथा को निर्वाह वेतन, काम करने की ऐसी शर्तें सुनिश्चित करने के प्रयास करेंगे जिनसे अच्छा जीवन स्तर सुनिश्चित हो सके। अनुच्छेद 47 में यह अपेक्षा है कि राज्य को अपने प्रमुख कर्तव्य के रूप में अपनी जनता के पोषण का स्तर तथा जीवन स्तर बढ़ाने और जन स्वास्थ्य में सुधार लाना चाहिए।

कानूनी सहायता:

4.2.5 वर्तमान में, हमारे देश में सहयोगी तथा गैर सहयोगी सामाजिक-सुरक्षा कानून हैं। सहयोगी कानून वे होते हैं जिनके द्वारा कामगारों तथा नियोक्ताओं द्वारा दिए गए अंशदान के द्वारा और कुछ मामलों में सरकार के अंशदान/अनुदान के द्वारा कमी को पूरा करके समाज सुरक्षा कार्यक्रमों के लिए वित्तीय व्यवस्था का प्रावधान किया जाता है। महत्वपूर्ण अंशदायी स्कीमों में कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 तथा कर्मचारी भविष्य निधि तथा विविध उपबंध अधिनियम, 1952 के तहत बनाई गई भविष्य निधि और पेंशन तथा जमा लिंक बीमा योजनाएं शामिल हैं। कामगार क्षतिपूर्ति अधिनियम 1923, मातृत्व लाभ अधिनियम, 1961 तथा उपदान भुगतान अधिनियम, 1972 के तहत वृहद गैर सहयोगी समाज सुरक्षा उपायों की व्यवस्था की जाती है।

मौजूदा सामाजिक सुरक्षा परिदृश्य:

4.2.6 भारत में मौजूदा सामाजिक सुरक्षा प्रणाली में विविध विशेषताएं प्रदर्शित होती हैं। विभिन्न एजेंसियों द्वारा प्रशासित बहुत सी स्कीमें हैं, प्रत्येक स्कीम एक विशिष्ट प्रयोजन के लिए और लाभग्राहियों के लक्षित वर्ग के लिए बनाई गई हैं। उनको केन्द्र तथा राज्य सरकारों एवं स्वैच्छिक संगठनों द्वारा एक विशेष समय की उनकी अपनी जरूरतों के अनुसार चालू किया गया है। परिणाम प्रायः अस्पष्ट होता है। बहुत बार कुछ स्कीम (स्कीमों) उपयोगिता के आधार पर बहुत सी उन स्कीमों को 'बहिष्कार' सृजन के लिए उत्तरदायी होती हैं जिनको 'योजना प्रक्रिया से सहायता की सबसे अधिक जरूरत हो' अथवा उनके हितों की रक्षा करने के लिए उत्तर दायी हो सकती हैं जो पहले से ही 'शामिल' हैं। कवरेज (किसी भी स्कीम के तहत काफी जनसंख्या अभी भी शामिल नहीं है) तथा लाभ की परस्पर व्याप्ति (जनसंख्या का एक भाग दो अथवा अधिक स्कीमों के अंतर्गत शामिल है) के बीच काफी अंतर होता है। मौजूदा प्रणाली में यह कवरेज स्कीम दर स्कीम भिन्न भिन्न होती है जो विभिन्न किस्म के लाभ प्राप्त करने वाले अलग-अलग ग्रुप के लोगों के लिए अलग-अलग होती है। दूसरे शब्दों में जीवन के सभी जोखिमों के प्रति कोई भी आश्वस्त नहीं होता है।

4.2.7 वर्षों से केन्द्र तथा राज्य सरकार दोनों ही असंगठित क्षेत्र के कामगारों के कल्याण और सामाजिक सुरक्षा के लिए पहल कर रही हैं। श्रम और रोजगार मंत्रालय बीडी कामगारों, सिनेमा वर्करों तथा कुछ गैर कोयला खान वर्करों जैसे असंगठित क्षेत्र की कुछ श्रेणी के वर्करों के लिए कल्याण योजनाओं को कार्यान्वित कर रहा है। इसी तरह कई बीमा/गरीबी उन्मूलन स्कीमों को विभिन्न मंत्रालयों/विभागों तथा केरल और तमिलनाडु जैसे राज्यों

द्वारा क्रियान्वित किया जा रहा है जिन्होंने कुछ पेशावर समूहों के लिए कल्याण कोष बनाए हैं। कुछ राज्यों ने अपने कामगारों के लिए सामूहिक बीमा योजनाएं शुरू की हैं लेकिन पं बंगाल जैसे कुछ राज्यों ने असंगठित कामगारों के लिए राज्य से सहायता प्राप्त भविष्य निधि स्कीमें प्रारम्भ की हैं।

संस्थागत सामाजिक सुरक्षा कवर वाले कामगार:

4.2.8 संगठित क्षेत्र में वे संस्थाएं मुख्य रूप से शामिल हैं जो कारखाना अधिनियम, 1948 तथा राज्यों के दुकान और संस्था अधिनियम तथा औद्योगिक रोजगार स्थायी आदेश अधिनियम, 1946 के आदि के अंतर्गत आते हैं। इस क्षेत्र की पहले से ही एक संरचना है जिसके माध्यम से सामाजिक सुरक्षा लाभ कामगारों को प्रदान किए जाते हैं। यद्यपि, भविष्य निधि, पेंशन, बीमा, चिकित्सा और बीमारी लाभ जैसे कुछ अंशदायी होते हैं : (अकेले कामगार अथवा राज्य द्वारा कभी कभार समर्थित कामगार और नियोक्ता) और रोजगार क्षति लाभ, उपदान, मातृत्व लाभ जैसे अन्य पूर्णतः गैर अंशदायी होते हैं तथा नियोक्ता द्वारा ही पूरे किए जाते हैं। संगठित क्षेत्र के अंतर्गत अधिकांश कामगार कर्मचारी भविष्य निधि संगठन (ईपीएफओ) तथा कर्मचारी राज्य बीमा निगम (ईएसआईसी) के माध्यम से प्रदान की गई संस्थागत सामाजिक सुरक्षा के अंतर्गत आते हैं।

4.2.9 ईपीएफओ सदस्यों तथा वित्तीय लेनदेन के संदर्भ में विश्व में चल रही यह सबसे बड़ी भविष्य निधि संस्था है। ईपीएफओ इनके लिए कार्य करता है: (1) प्रत्येक संस्था जो अधिनियम में निर्दिष्ट किसी एक अथवा अधिक उद्योगों में अथवा केन्द्र सरकार द्वारा अधिसूचित किसी कार्यकलाप में लगा हो जिसमें 20 या अधिक व्यक्ति नियोजित हों, (2) 5 अथवा अधिक व्यक्तियों को नियोजित करने वाले सभी सिनेमा थियेटर इनमें वे शामिल नहीं हैं जो केन्द्र/राज्य/स्थानीय सरकार के नियंत्रणाधीन हों और जो सामाजिक सुरक्षा के समान/बेहतर लाभ प्रदान करते हैं तथा सहकारी सोसाइटियां जिनमें 50 से कम लोग नियोजित हों और विद्युत की सहायता के बिना कार्य करते हों तथा (3) कोई अन्य संस्था जो स्कीम के अंतर्गत स्वैच्छिक रूप से शामिल होना चाहती हो। 31 मार्च, 2006 की स्थिति के अनुसार 429.53 लाख व्यक्ति कर्मचारी भविष्य निधि के सदस्य थे जबकि 323.89 लाख व्यक्ति भविष्य निधि के सदस्य थे।

4.2.10 ईएसआई अधिनियम मूलतः गैर मौसमी कारखानों के लिए लागू था जिनमें विद्युत का उपयोग होता हो तथा 20 अथवा ज्यादा व्यक्ति नियोजित हों, लेकिन यह अब ऐसे गैर मौसमी कारखानों के लिए लागू नहीं है जिसमें विद्युत के उपयोग के साथ-साथ 10 अथवा अधिक लोग नियोजित हों तथा विद्युत का

उपयोग न करने वाले कारखाने जिनमें 20 अथवा ज्यादा लोग को नियोजित हों। ईएसआई स्कीम, अब 20 अथवा अधिक लोग को नियोजित करने वाली दुकानें, होटल, रेस्टोरेंट, सिनेमा के लिए लागू की गई है इनमें प्रिव्यू थिएटर, सड़क मोटर परिवहन उपक्रम तथा समाचार पत्र संस्थाएं शामिल हैं। ईएसआई स्कीम को चरणों में क्षेत्रवार क्रियान्वित किया जा रहा है और इसमें अब नागालैण्ड, मणिपुर, त्रिपुरा, सिक्किम, अरुणाचल प्रदेश और मिजोरम को छोड़कर सभी राज्य; तथा संघ राज्य क्षेत्र दिल्ली, चण्डीगढ़ और पाण्डिचेरी आते हैं।

4.2.11 संगठित क्षेत्र में विकलांग व्यक्तियों को रोजगार प्रदान करने की एक स्कीम को शुरू करने का प्रस्ताव किया गया है। इस स्कीम का मुख्य उद्देश्य विकलांग व्यक्तियों को नियमित रोजगार का संवर्धन करने के लिए संगठित क्षेत्र में नियोक्ताओं को प्रोत्साहन प्रदान करना है। इस योजना के अंतर्गत शारीरिक रूप से विकलांग व्यक्तियों के लिए एक लाख नौकरियां पैदा करने का लक्ष्य है, और इसमें सरकार पहले 3 वर्षों के लिए कर्मचारी भविष्य निधि एवं कर्मचारी राज्य बीमा के लिए नियोक्ता के अंशदान की प्रतिपूर्ति करेगी।

बिना संस्थागत सामाजिक सुरक्षा लाभ वाले कामगार:

4.2.12 अनौपचारिक अर्थव्यवस्था के कामगारों में ये शामिल हैं— (1) असंगठित/अनौपचारिक संगठनों के बहुत अधिक कामगार तथा (2) संगठित क्षेत्र में अनौपचारिक क्षमता में नियोजित कामगार-दोनों कुल मिलाकर कार्यबल का 93 प्रतिशत है। कार्यबल की इस श्रेणी को उपर्युक्त में उल्लिखित संस्थागत समाज सुरक्षा कवर में निकाल दिया गया है।

4.2.13 चार विभिन्न वृहद मॉडलों के बाद अनौपचारिक अर्थव्यवस्था में कामगारों को समाज सुरक्षा के रूप में कई स्कीमें तथा प्रणालियां लागू हैं। तथापि, इस प्रक्रिया में बड़ी कमी सीमित कवरेज (भौगोलिक क्षेत्रों तथा औद्योगिक कार्यकलाप) की है। इसके लाभ अनौपचारिक क्षेत्र के केवल 5 से 6 प्रतिशत कामगारों तक ही सीमित हैं। नेशनल फार्मिंग बेनीफिट स्कीम, जो परिवार के लिए रोजी रोटी पैदा करने वाले की मृत्यु होने की स्थिति में 10,000 रूपए की सहायता प्रदान करती है तथा 65 वर्ष से अधिक आयु के बेसहाराओं को राष्ट्रीय वृद्धावस्था पेंशन मौजूदा सामाजिक सुरक्षा ढांचे के अन्य संघटक हैं।

4.2.14 सामाजिक सुरक्षा समूह बीमा स्कीम जैसी असंगठित क्षेत्र में उपलब्ध सामाजिक बीमा स्कीम एलआईसी के माध्यम से चलाई जाती हैं। बीड़ी मजदूर, ईट मजदूर, बड़ई, मोची, मछुआरे, चामल, दस्तकार, हथकरघा बुनकर, हथकरघा और खादी बुनकर महिला टेलर चमड़ा कामगार स्वरोजगार महिला संगठन

(एसईडब्ल्यूए) से संबद्ध पापड़ कामगार, शारीरिक रूप से विकलांग स्व नियोजित व्यक्ति, प्राथमिक दुग्ध उत्पादनकर्ता, रिक्शा पुलर/ऑटो ड्राइवर, सफाई कर्मचारी, नमक उत्पादनकर्ता, तन्दु पत्ते एकत्र करने वाले शहरी गरीब, वनों में काम करने वाले, रेशम उत्पादन, ताड़ी निकालने वाले, पावरलूम कामगार, दूर दराज के ग्रामीण पहाड़ी क्षेत्रों की महिलाएं आदि अनुमोदित 24 व्यवसाय समूहों से संबंध रखने वाले 18 से 60 वर्ष की आयु वर्ग के सभी व्यक्ति इसमें आते हैं। सबसे महत्वपूर्ण और व्यापक योजना, जो शुरू की गई है वह जनश्री बीमा योजना है, जिसमें स्वाभाविक मृत्यु होने पर 20000/रूपए, दुर्घटना के कारण मृत्यु अथवा स्थायी रूप से पूर्णतः विकलांग होने पर 50,000 रूपए और आंशिक रूप से विकलांग होने पर 25,000रूपए का बीमा लाभ प्रदान किया जाता है। इन लाभों के लिए प्रीमियम 200 रूपए प्रति लाभग्राही होता है, जिसमें प्रीमियम की 50 प्रतिशत राशि अर्थात् 100 रूपए 'सामाजिक रक्षा कोष' से दी जाती है तथा 50 प्रतिशत राशि लाभग्राही/राज्य सरकार/नोडल एजेंसी द्वारा दी जाती है। जनश्री बीमा योजना 18 से 60 वर्ष की आयु वर्ग के लोगों को तथा गरीबी की रेखा के नीचे अथवा सीमांत उम्र रहने वाले लोगों के लिए है। स्कीम का विस्तार 25 अथवा इससे अधिक सदस्यों के समूह तक किया गया है। असंगठित कामगारों को स्कीम का सीमित लाभ पहुंचाना तथा लाभग्राही और एलआईसी के बीच में सीधा संबंध न होना इन स्कीमों की बड़ी कमियां रही हैं।

एक समावेशी सामाजिक सुरक्षा प्रणाली की आवश्यकता:

4.2.15 भारत का 91 प्रतिशत से अधिक कार्यबल अनौपचारिक कामगार है जो या तो असंगठित अनौपचारिक क्षेत्र (85 प्रतिशत) में काम कर रहे हैं अथवा संगठित औपचारिक क्षेत्र (6 प्रतिशत) में काम कर रहे हैं। इनमें से अधिकांश कमी अथवा क्षमता से वंचित (बुनियादी आवश्यकताओं की) समस्या तथा गरीबी की समस्या का (बीमारी तथा दुर्घटना जैसी आकस्मिकताओं से उत्पन्न) सामना करते हैं। जैसा कि पहले बताया गया है, समाज सुरक्षा स्कीमों जो इस समय लागू हैं, उनमें कुल 362 मिलियन अनौपचारिक कामगारों की अनुमानित संख्या (1999-2000 की स्थिति के अनुसार) के 5 से 6 प्रतिशत कामगार ही मुश्किल से आते हैं। असंगठित क्षेत्र में कामगारों के लिए कुछ सामाजिक सुरक्षा लाभ देने वाले थोड़े से राज्यों को छोड़कर अधिकांश राज्य किसी प्रकार का लाभ नहीं देते हैं, विशेषकर स्वास्थ्य देखभाल और मातृत्व जैसी मुख्य चिंताओं को दूर करने के लिए। केन्द्र तथा राज्य सरकार की पहलों में से, जो जनसंख्या की सामाजिक सुरक्षा संबंधी आवश्यकताओं के बारे में हैं, असंगठित कामगारों के लिए विशेष रूप से बहुत थोड़ी सी स्कीमों हैं। केवल केरल और तमिलनाडु ही ऐसे राज्य हैं जो असंगठित क्षेत्र के कामगारों के लिए अन्य

सुरक्षात्मक सामाजिक रक्षा स्कीमों तथा वृद्ध गरीबों के लिए वृद्धावस्था पेंशन का कुछ उचित लाभ प्रदान करते हैं। महाराष्ट्र, गुजरात, पश्चिम बंगाल, पंजाब और हरियाणा, त्रिपुरा, कर्नाटक और गोवा जैसे कुछ राज्यों में वृद्ध गरीब लोगों तथा संवेदनशील जनसंख्या के लिए कई स्कीमों हैं। लेकिन मध्य प्रदेश को छोड़कर किसी भी राज्य की सामाजिक सुरक्षा स्कीम नहीं हैं जो विशेष रूप से असंगठित क्षेत्र के कामगारों के लिए हों।

समावेशी विकास के संदर्भ में सामाजिक सुरक्षा के मुद्दे

4.2.16 असंगठित/अनौपचारिक क्षेत्र के अधिकांश कामगार सामाजिक रूप से पिछड़े समुदायों से आते हैं। इसे मद्देनजर रखते हुए इन कामगारों के लिए सामाजिक सुरक्षा की व्यवस्था को सामाजिक उत्थान के रूप में देखना चाहिए। इसके अलावा, व्यवहार्य एवं व्यापक सामाजिक सुरक्षा व्यवस्था का न होना विशिष्ट रूप से कामगारों तथा उनके परिवारों की ही समस्या नहीं है। इसका अर्थव्यवस्था और समाज पर व्यापक प्रभाव हुआ है। आर्थिक दृष्टि से जिस कामगार को कोई समाज सुरक्षा लाभ नहीं होता ऐसे कामगार को कामगार की अपेक्षा अधिक घरेलू चिंता होने की संभावना रहती है जिसको एक उचित लाभ प्राप्त होता हो। जैसा उम्र देखा गया है, यह कामगार की दक्षता और उत्पादकता को कम कर देता है। संवेदनशीलताओं के साथ-साथ कम आय शक्ति के परिणामस्वरूप खरीदने की शक्ति में कमी से अर्थव्यवस्था में कुल मांग को कम करेगी। सामाजिक तौर पर संपन्न वर्ग के प्रदर्शन से कवर न किए गए वर्ग के मोह भंग होने, असंतोष और मनमुटाव होने की संभावना होती है। स्वास्थ्य, शिक्षा, जीवन की दीर्घ आयु, संसाधनों तक पहुंच की दृष्टि से देश के समग्र कल्याण पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ेगा जिसके कारण कभी कभार आपराधिक और अन्य गैर कानूनी कार्यों की प्रवृत्ति पैदा हो जाती है।

सापेक्ष अवधि में सामाजिक सुरक्षा का प्रावधान - वर्तमान पहल:

4.2.17 सामाजिक सुरक्षा की हाल ही की पहलों में असंगठित क्षेत्र के कामगारों की सामाजिक सुरक्षा विधेयक, 2007, आम आदमी बीमा योजना, 2007 तथा असंगठित क्षेत्र की बीपीएल कामगारों के लिए स्वास्थ्य बीमा स्कीम शामिल हैं। मुख्य विशिष्टताएं नीचे दी गई हैं:

असंगठित क्षेत्र कामगार सामाजिक सुरक्षा विधेयक, 2007

4.2.18 असंगठित क्षेत्र कामगार समाज सुरक्षा विधेयक, 2007, जो राज्य सभा में पेश किया गया है, उसमें अधिनियम की अनुसूची में शामिल केन्द्र सरकार को विभिन्न समाज रक्षा स्कीमों को सांविधिक सहायता प्रदान की जाती है। ये इनसे संबंधित हैं- (1) जीवन और विकलांगता का लाभ (2) स्वास्थ्य और मातृत्व

लाभ (3) वृद्धावस्था सुरक्षा तथा (4) केन्द्र सरकार द्वारा निर्धारित किए जाने वाले कोई अन्य लाभ। राज्य सरकारें इनके लिए स्कीमों का प्रतिपादन कर सकती हैं- (1) भविष्य निधि (2) रोजगार क्षति लाभ (3) आवास (4) बच्चों के लिए शैक्षिक स्कीमें (5) कामगारों का कौशल उन्नयन (6) अत्येष्टि में सहायता तथा (7) वृद्धावस्था के लिए आवास। असंगठित क्षेत्र के विभिन्न वर्गों के लिए उपयुक्त स्कीमों के बारे में सरकारों को सिफारिशें करने के लिए राष्ट्रीय सामाजिक सुरक्षा सलाहकार बोर्ड तथा राज्य सामाजिक सुरक्षा सलाहकार बोर्ड होंगे। बोर्ड स्कीमों के प्रशासन की निगरानी करेंगे, पंजीकरण प्रक्रिया की समीक्षा करेंगे, पहचान पत्र जारी करेंगे, स्कीमों के व्यय संबंधी रिकार्ड रखेंगे तथा स्कीमों के प्रशासन के बारे में सरकारों को सलाह भी देंगे। वह एक असंगठित क्षेत्र का कामगार है, इस घोषणा के आधार पर 14 वर्ष से बड़े सभी व्यक्तियों को लाभ ग्राह्य होंगे। निर्धारित फार्म में जिला प्रशासन को आवेदन पत्र देने पर ऐसे लोगों को स्मार्ट कार्ड के रूप में पहचान पत्र दिया जाएगा। कानून में स्कीमों के तहत सरकारों द्वारा अंशदान देना भी अपेक्षित है। अधिनियम की अनुसूची में आम आदमी बीमा योजना, असंगठित क्षेत्र के बीपीएल कामगारों के लिए स्वास्थ्य बीमा स्कीम सहित 11 स्कीमें होगी।

आम आदमी बीमा योजना (एएबीवाई) 2007

4.2.19 समूह बीमा स्कीम असंगठित क्षेत्र के कामगारों अथवा उनके कल्याण और विकास के लिए कार्यरत संगठनों को आकर्षित नहीं करती हैं क्योंकि स्कीमों में जीवित सदस्यों के मामले में वार्षिक अनुदान प्रदान नहीं की जाती है। असंगठित क्षेत्र की सभी श्रेणियां समाज सुरक्षा की मौजूदा स्कीमों के अंतर्गत नहीं आती हैं। इसके अलावा ग्रामीण जनसंख्या में स्कीमों के बारे में जागरूकता की कमी तथा गांव स्तर पर घटिया वितरण तंत्र कार्यक्रमों को निष्प्रभावी बनाते हैं।

4.2.20 उपर्युक्त कारकों को ध्यान में रखते हुए सरकार ने आम आदमी बीमा योजना (एएबीवाई) की घोषणा की है। इस योजना में 18 से 59 वर्ष के आयु वर्ग के सभी ग्रामीण भूमिहीन परिवारों के सदस्य पात्र होंगे। प्रति सदस्य 200 रूपए की प्रीमियम राशि केन्द्र तथा राज्यों द्वारा बराबर बराबर वहन की जाएगी। राज्य सरकार नोडल एजेंसी होगी। स्वाभाविक मृत्यु होने पर 30,000 रूपए तथा दुर्घटना में मृत्यु होने पर 75,000 रूपए की राशि दी जाएगी। स्थायी रूप से पूर्ण विकलांगता के मामले में 75,000 रूपए तथा आंशिक रूप से स्थायी विकलांगता को स्थिति में 37,500 रूपए की मुआवजा दिया जाएगा। स्कीम में अपने लाभग्राहियों के 9वीं से 12वीं कक्षा में पढ़ने वाले लाभग्राहियों के दो बच्चों को प्रति बच्चा 300 रूपए प्रति तिमाही की छात्रवृत्ति का भुगतान करने का भी प्रावधान है।

4.2.21 एएबीवाई स्कीम में केन्द्र सरकार के प्रीमियम भुगतान के अपने हिस्से के प्रति अपनी वचनबद्धता को पूरा करने के लिए 1000 करोड़ रूपए के एक कोष का सृजन करने का भी प्रस्ताव किया है जिसको एलआईसी द्वारा संचालित किया जाएगा। राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण के अनुसार देश के ग्रामीण भूमिहीन परिवारों की संख्या 1.5 करोड़ है। यह उम्मीद है कि पहले वर्ष में लगभग 70 से 80 लाख ग्रामीण भूमिहीन परिवारों को स्कीम में शामिल किया जाएगा जिसके लिए केन्द्र सरकार द्वारा 50 प्रतिशत प्रीमियम के अपने हिस्से के प्रति 70 से 80 करोड़ रूपए का व्यय अपेक्षित होगा। 1000 करोड़ रूपए के कोष पर प्रति वर्ष 8 प्रतिशत का संभावित लाभ से प्रीमियम भुगतान के दायित्व को पूरा करने के लिए यह राशि पर्याप्त होगी।

4.2.22 लाभग्राहियों के बच्चों को छात्रवृत्ति देने के लिए 500 करोड़ रूपए का एक अलग कोष बनाया जाएगा। यह प्रति वर्ष 8 प्रतिशत के लाभ पर पूरे वर्ष के लिए 40 करोड़ रूपए उपलब्ध कराएगा। यह राशि लाभग्राहियों के 333,000 बच्चों के लाभ के लिए पर्याप्त होगी।

4.2.23 इस स्कीम से राज्यों में ग्रामीण भूमिहीन परिवारों के मुखिया अथवा परिवार के कमाने वाले एक सदस्य को जीवन बीमा लाभ तथा आंशिक और स्थायी विकलांगता होने पर लाभ तथा 9वीं से 12वीं कक्षा तक अपने बच्चों को पढ़ाने के लिए प्रदान किए गए लाभ के रूप में शैक्षिक सहायता भी दी जाएगी।

असंगठित क्षेत्र के बीपीएल कामगारों के लिए स्वास्थ्य बीमा स्कीम, 2007 (राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना)

4.2.24 ग्राम क्षेत्रों में परिवारों के लिए सुलभ, वहनीय एवं जबाबदेह गुणवत्ता स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए सरकार ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) शुरू किया है। एनआरएचएम का मुख्य जोर सभी स्तरों पर सार्वजनिक प्रणाली को पूर्णतः क्रियाशील बनाना तथा ढांचा प्रस्तुत करना है जिससे बीमा योजना स्कीम के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली प्राप्त करने में परिवारों की तकलीफ में कमी होगी। ग्रामीण लोगों के लिए स्वास्थ्य बीमा उपलब्ध कराने के लिए विगत में किए गए बहुत से प्रयास डिजाइन तथा कार्यान्वयन की कमी के कारण सफल नहीं हुए हैं। लक्षित वर्ग में लाभ की धारणा की कमी सहित बीमा संबंधी खर्च तथा प्रतिपूर्ति का दावा करने की प्रक्रिया से प्रशासन ने गंभीर चुनौतियों का सामना किया है। बाह्य खर्चों की आवश्यकता का निराकरण करते हुए स्मार्ट कार्ड के माध्यम से प्रशासित पात्रता को स्कीम में सूची बद्ध किया है ऐसी पारदर्शी स्कीम से

प्रशासन को सुव्यवस्थित करने, लाभों को सुनिश्चित करने की उम्मीद है। इन उद्देश्यों को ध्यान में रखते हुए सरकार ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना शुरू की है जिसमें असंगठित क्षेत्र के सभी बीपीएल कामगारों तथा उनके (5 सदस्यों के) परिवारों को शामिल किया जाएगा और उनकी पहचान की जांच कार्यान्वयन एजेंसी द्वारा की जाएगी तथा उनके लिए स्मार्ट कार्ड जारी किया जाएगा। स्मार्ट कार्ड की लागत को केन्द्र सरकार द्वारा वहन किया जाएगा। लाभग्राही द्वारा पंजीकरण/नवीकरण शुल्क के रूप में 30 रूपए प्रतिवर्ष भुगतान करने होंगे। परिवार के प्रति सदस्य 750 रूपए का निर्धारित प्रीमियम 75 और 25 अनुपात में केन्द्र तथा राज्य सरकारों द्वारा वहन किया जाएगा। लाभ के पैकेज में यह शामिल होगा- (1) सभी निहित रोगों को बिना पैसे से देखभाल करना (2) सबसे सामान्य बीमारियों की देखभाल के लिए अस्पताल संबंधी खर्च (3) शामिल किए जाने वाले पहले से विद्यमान सभी रोग (4) लाभग्राही को देय निर्धारित सीमा के अध्यक्षीन लाने ले जाने का खर्च। लाभग्राहियों के अपने स्रोतों से प्रीमियम संबंधी अतिरिक्त आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए लाभ देने के लिए राज्यों को नम्यता प्रदान की जाएगी। राज्य सरकारें कार्यान्वयन एजेंसी का निर्धारण करेंगी तथा प्रशासनिक खर्चों का भी वहन करेंगी।

4.2.25 6 करोड़ बीपीएल परिवार है। इनको 5 वर्षों में (प्रति वर्ष 1.2 करोड़) शामिल किया जाएगा। 11वीं पंचवर्षीय योजना में स्कीम का कुल खर्च 7,078.25 करोड़ रूपए होने का अनुमान है।

राष्ट्रीय वृद्धावस्था पेंशन स्कीम का प्रविस्तार करना (एनओएपीएस)

4.2.26 राष्ट्रीय सामाजिक सहायता कार्यक्रम (एनएसएपी) 100 प्रतिशत केन्द्रीय प्रायोजित कार्यक्रम के रूप में 15 अगस्त, 1995 से लागू किया गया और इसके तीन संघटक हैं- राष्ट्रीय वृद्धावस्था पेंशन स्कीम (एनओएपीएस), राष्ट्रीय परिवार लाभ स्कीम (एनएफबीएस) और राष्ट्रीय मातृत्व लाभ स्कीम (एनएमबीएस)। एनएमबीएस को 1.4.2001 से स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय को हस्तांतरित कर दिया गया है। एनएसएपी का उद्देश्य वृद्धावस्था की स्थिति में, रोजी रोटी कमाने वाले प्रमुख व्यक्ति की मृत्यु होने तथा मातृत्व के मामले में सामाजिक सुरक्षा प्रदान करना है। एनओएपीएस का मुख्य उद्देश्य सामाजिक सुरक्षा स्कीमों पर राज्यों द्वारा किए जाने वाले व्यय को स्थानांतरित किए बिना उनके द्वारा पहले से दिए जा रहे लाभों के अलावा सामाजिक सुरक्षा का न्यूनतम राष्ट्रीय मानक सुनिश्चित करना है। इस स्कीम का उद्देश्य 65 वर्ष अथवा अधिक आयु वाले वरिष्ठ नागरिक के बारे में है जो आय के स्वयं अपने साधनों से अथवा परिवार के सदस्यों अथवा अन्य साधनों से सहायता के माध्यम से जीवन

निर्वाह के थोड़े बहुत साधन होने के संदर्भ में अथवा नियमित साधन न होने के कारण बेसहारा हैं। बुजुर्गों को ज्यादा व्यापक कवरेज प्रदान करने के लिए 11वीं योजना में एनएसएपी में वृहद संशोधन करने का प्रस्ताव है (ब्यौरा अध्याय 3 खण्ड III में दिया है)।

असंगठित क्षेत्र के मजदूरों की सेवा कानून संबंधी शर्तें 4.2.27 कृषि क्षेत्र (जिसमें फसल संवर्धन और अन्य कृषीय कार्यकलापों जैसे वानिकी, पशुधन और मछली पकड़ना शामिल है) के असंगठित भाग, जिसके बागान मजदूर अधिनियम के तहत संरक्षण प्राप्त नहीं है उसके लिए सामाजिक सुरक्षा की कोई औपचारिक प्रणाली नहीं है और न ही काम करने की शर्तों संबंधी विनियमन। सरकार ने असंगठित क्षेत्र के संबंध में राष्ट्रीय उद्यम आयोग द्वारा व्यक्त की गई चिंताओं को नोट किया है और कृषीय वेतन मजदूरों के कार्य की न्यूनतम शर्तों को विनियमित करने तथा असंगठित क्षेत्र के कृषीय वेतन मजदूरों तथा सीमांत और छोटे किसानों को सामाजिक सुरक्षा संबंधी उपाय उपलब्ध कराने वाले कानूनों के अधिनियमन की वांछनीयता की वह जांच कर रही है। ऐसे ही प्रावधान गैर कृषीय असंगठित क्षेत्र के अन्य कामगारों तथा संगठित क्षेत्र के औपचारिक/असंगठित कामगारों के लिए किए जाएंगे। इनमें वेतन मजदूर, स्वतंत्र रूप से नियोजित तथा वे कामगार जो घर पर स्वयं नियोजित हैं; जिनकी काम करने की न्यूनतम शर्तों को किसी अन्य कानून के द्वारा विनियोजित नहीं किया जाता है। राष्ट्रीय न्यूनतम समाज सुरक्षा के सांविधिक की व्यवस्था करने के बारे में विचार करने की जरूरत है जिसके लिए सभी असंगठित (कृषीय और गैर कृषीय) कामगार पात्र हैं। कार्यान्वयन निरीक्षण एवं निगरानी करने तथा ऐसे प्रत्येक कामगार को जो कुछ देय राशि दी जा रही है, उसके बारे में क्या उसे जानकारी है, इसके बारे में सुनिश्चित करने हेतु सामाजिक सुरक्षा सलाहकार बोर्डों तथा विवाद निराकरण तंत्र बनाए जा सकते हैं।

सामाजिक सुरक्षा: 11वीं पंचवर्षीय योजना के लिए दृष्टिकोण और रणनीति:

4.2.28 खराब स्वास्थ्य, दुर्घटना/मृत्यु एवं वृद्धावस्था संबंधी दुर्भाग्यपूर्ण पहलुओं को ध्यान में रखते हुए एक एहतियाती सामाजिक सुरक्षा तंत्र की कोर रूप में स्थापना की जाएगी। गरीब लोगों के लिए क्रेडिट/वित्त (विशेष तौर पर स्व-नियोजित के लिए), कौशल उन्नयन के लिए ऋण, आवास तथा बच्चों के लिए ऋण की कमी जैसी अंतः निर्मित कमियों के कारण, क्योंकि वे अब मौजूद हैं, अन्य संवेदनशील पहलुओं को संसाधनों की उपलब्धता के अध्यक्षीन असंगठित/अनौपचारिक क्षेत्र के कामगारों की हैसियत

से कामगारों की सामाजिक सुरक्षा संबंधी चिंताओं को दूर करने के लिए अनुकूल बनाया जा सकता है। राष्ट्रीय वृद्धावस्था पेंशन में इस समय वे व्यक्ति शामिल हैं जो बेसहारा तथा वृद्ध हैं। कुछ राज्यों ने गरीबी की रेखा से नीचे रहने वाले वृद्ध व्यक्तियों को शामिल किया है। एनएसएपी को अधिक व्यापक बनाया जाएगा।

4.2.29 संगठित क्षेत्र के अधिकांश कामगारों को संस्थागत सामाजिक सुरक्षा उपलब्ध कराने में ईएसआईसी तथा ईपीएफओ द्वारा किए गए प्रयत्नों के बारे में विचार करते हुए उनकी कवरेज व्यापक रूप से करने तथा उन्हें सुदृढ़ बनाने के लिए प्रयास किए जाएंगे। अधिक संख्या में लाभग्राहियों को शामिल करने के लिए कार्यभार को निपटाने के लिए इन संस्थाओं की क्षमता में अभिवृद्धि करने के उपाय किए जाने चाहिए। इन संस्थाओं के उत्पीड़न तथा भ्रष्टाचार को कम करने के लिए सरकार इन संस्थाओं के वितरण तंत्र को सरल बनाने का प्रयास करेगी।

4.2.30 न्यूनतम वेतन का निर्धारण करने के लिए एक राष्ट्रीय नीति को पारदर्शी एवं प्रभावी बनाया जाएगा। लिंग, और आयु के

आधार पर मजदूरी में भेदभाव को समाप्त किया जाएगा/दण्डनीय बनाया जाएगा। न्यूनतम वेतन की वसूली को सरल बनाया जाएगा और भू राजस्व की बकाया वसूली के बराबर किया जाएगा। मीडिया, एनजीओ तथा पीआरआई की मदद से जागरूकता बढ़ाने, नियोक्ताओं को शिक्षित करने (उनमें से कुछ वेतन मजदूर के रूप में बारी बारी से काम करते हैं) तथा कुप्रथाओं को रोकने के लिए (डिजाइन अथवा अज्ञानता के कारण जारी) एक सूचना नेटवर्क भी बनाया जाएगा।

4.2.31 किसी व्यक्ति को क्या पाने की अपेक्षा है इस दावे को सशक्त करने हेतु लाभार्थी की पहचान करना एक अनिवार्य शर्त है। राष्ट्रीय सामाजिक सुरक्षा संख्या स्कीमों का विस्तार देश में सभी नागरिकों तक किया जाएगा ताकि सबसे संवेदनशील व्यक्ति, जिनको इसकी सबसे ज्यादा जरूरत है, इसका उपयोग कर सकें। इन व्यक्तियों में प्रवासी मजदूर तथा घुमंतु लोग भी शामिल हैं। वस्तुतः इस बात को मानते हुए कि ऐसे व्यक्तियों की पीडीएस के तहत राशन भी नहीं मिलता है, जो एक महत्वपूर्ण सामाजिक सुरक्षा उपाय है, इस बारे में तत्काल कार्रवाई की जाएगी।

संलग्नक -4.1.1
राज्यों में बच्चों (0-3 वर्ष) का कुपोषण

क्रम संख्या	राज्य	-2 एसडी के नीचे आयु के लिए वजन का मौजूदा स्तर	ग्यारहवीं योजना उद्देश्य-50% तक कमी
1	आंध्र प्रदेश	36.5	18.3
2	अरुणाचल प्रदेश	36.9	18.5
3	असम	40.4	20.2
4	बिहार	58.4	29.2
5	झारखंड	59.2	29.6
6	गोवा	29.3	14.7
7	गुजरात	47.4	23.7
8	हरियाणा	41.9	21.0
9	हिमाचल प्रदेश	36.2	18.1
10	जम्मू एवं कश्मीर	29.4	14.7
11	कर्नाटक	41.1	20.6
12	केरल	28.8	14.4
13	मध्य प्रदेश	60.3	30.2
14	छत्तीसगढ़	52.1	26.1
15	महाराष्ट्र	39.7	19.9
16	मणिपुर	23.8	11.9
17	मेघालय	46.3	23.2
18	मिज़ोरम	21.6	10.8
19	नागालैंड	29.7	14.9
20	उड़ीसा	44.0	22.0
21	पंजाब	27.0	13.5
22	राजस्थान	44.0	22.0
23	सिक्किम	22.6	11.3
24	तमिलनाडु	33.2	16.6
25	त्रिपुरा	39.0	19.5
26	उत्तर प्रदेश	47.3	23.7
27	उत्तराखंड	38.0	19.0
28	पश्चिम बंगाल	43.5	21.8
29	दिल्ली	33.1	16.6
	भारत	45.9	23.0

नोट-1: मौजूदा स्तर के आंकड़े एनएफएचएस 2005-06 के हैं।

2: राज्य स्तर के आंकड़ों के लिए, संपूर्ण भारत स्तर पर लक्षित कमी के आधार पर प्रो-राटा कमी लागू होगी। अन्य राज्यों के लिए आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं।

संलग्नक -4.1.2
विभिन्न आयु समूहों में बच्चों का राज्यवार कुपोषण दर

राज्य	केवल स्तनपान करने वाले 0-5 माह की आयु के बच्चे (%)	ठोस या अर्द्ध-ठोस भोजन खाने और स्तन दूध पीने वाले 6-9 माह के बच्चे (%)	कम वजन वाले 3 वर्ष से कम आयु के बच्चे (%)
भारत	46.3	55.8	45.9
आंध्र प्रदेश	62.7	63.7	36.5
अरुणाचल प्रदेश	60.0	77.6	36.9
असम	63.1	59.6	40.4
बिहार	27.9	57.3	58.4
छत्तीसगढ़	82.0	54.5	52.1
दिल्ली	34.5	59.8	33.1
गोवा	17.7	69.8	29.3
गुजरात	47.8	57.1	47.4
हरियाणा	16.9	44.8	41.9
हिमाचल प्रदेश	27.1	66.0	36.2
जम्मू एवं कश्मीर	42.3	58.3	29.4
झारखंड	57.8	65.3	59.2
कर्नाटक	58.0	72.5	41.1
केरल	56.2	93.6	28.8
महाराष्ट्र	53.0	47.8	39.7
मध्य प्रदेश	21.6	51.9	60.3
मणिपुर	61.7	78.1	23.8
मेघालय	26.3	76.3	46.3
मिज़ोरम	46.1	84.6	21.6
नगालैंड	29.2	71.0	29.7
उड़ीसा	50.2	67.5	44.0
पंजाब	36.0	50.0	27.0
राजस्थान	33.2	38.7	44.0
सिक्किम	37.2	89.6	22.6
तमिलनाडु	33.3	77.9	33.2
त्रिपुरा	36.1	59.8	39.0
उत्तर प्रदेश	51.3	45.5	47.3
उत्तराखंड	31.2	51.6	38.0
पश्चिम बंगाल	58.6	55.9	43.5

स्रोत : एनएफएचएस-3 (2005-06), आईआईपीएस, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण, भारत सरकार।

संलग्नक -4.1.3
महिलाओं में रक्त अल्पता (15-49 वर्ष)

क्रम संख्या	राज्य	मौजूदा स्तर 50% तक कमी	ग्यारहवीं योजना उद्देश्य:
	भारत	56.1	28.1
1	दिल्ली	43.4	21.7
2	हरियाणा	56.5	28.3
3	हिमाचल प्रदेश	40.9	20.5
4	जम्मू एवं कश्मीर	53.1	26.6
5	पंजाब	38.4	19.2
6	राजस्थान	53.1	26.6
7	मध्य प्रदेश	57.6	28.8
8	छत्तीसगढ़	57.6	28.8
9	उत्तर प्रदेश	50.8	25.4
10	उत्तराखंड	47.6	23.8
11	बिहार	68.3	34.2
12	झारखंड	70.4	35.2
13	उड़ीसा	62.8	31.4
14	पश्चिम बंगाल	63.8	31.9
15	अरुणाचल प्रदेश	48.9	24.5
16	असम	69.0	34.5
17	मणिपुर	39.3	19.7
18	मेघालय	45.4	22.7
19	मिजोरम	38.2	19.1
20	नगालैंड	30.8	15.4
21	सिक्कीम	46.8	23.4
22	गोवा	38.9	19.5
23	गुजरात	55.5	27.8
24	महाराष्ट्र	49.0	24.5
25	आंध्र प्रदेश	62.0	31.0
26	कर्नाटक	50.3	25.2
27	केरल	32.3	16.2
28	तमिलनाडु	53.3	26.7
29	त्रिपुरा	67.4	33.7

नोट-1: मौजूदा स्तर के आंकड़े एनएफएस 2005-06 के हैं। नोट-2: राज्य स्तर के आंकड़ों के लिए, संपूर्ण भारत स्तर पर लक्षित कमी के आधार पर प्रो-राटा कमी लागू होगी। नोट-3: अन्य राज्यों के लिए चित्र उपलब्ध नहीं है।

संलग्नक -4.1.4
गरीबों एवं गैर-गरीबों के बीच कार्ड धारकों का वितरण

	% गरीब जिनके पास राशन कार्ड नहीं है	% गरीब जिनके पास बीपीएल/एएवाई कार्ड हैं	% गैर-गरीब के साथ बीपीएल/एएवाई कार्ड	% गैर-गरीब जिनके पास बीपीएल/एएवाई कार्ड हैं
जम्मू एवं कश्मीर	7.9	55.1	85.4	17.2
हिमाचल प्रदेश	3.3	45.1	73.6	13.7
पंजाब	15.8	19.5	83.0	8.5
उत्तरांचल	6.1	35.2	34.2	12.0
हरियाणा	4.4	32.6	74.8	15.2
राजस्थान	5.0	23.6	65.2	12.1
उत्तर प्रदेश	16.4	22.9	48.7	10.6
बिहार	25.5	21.2	45.1	12.6
असम	25.7	23.3	56.0	7.6
पश्चिम बंगाल	11.2	40.5	60.7	20.6
झारखंड	22.1	31.9	42.4	17.0
उड़ीसा	29.3	54.8	38.1	29.4
छत्तीसगढ़	24.1	47.9	47.0	29.4
मध्य प्रदेश	30.0	41.9	46.2	22.2
गुजरात	10.9	48.1	71.2	24.2
महाराष्ट्र	19.2	39.9	51.1	18.4
आंध्र प्रदेश	24.1	66.8	81.3	50.3
कर्नाटक	20.7	59.6	65.6	36.5
केरल	10.0	48.4	74.8	25.0
तमिलनाडू	9.0	29.7	63.1	15.0
पूरा भारत	19.1	36.0	59.8	20.7

स्रोत : एनएसएस, 61 राउंड, 2004/5

संलग्नक -4.1.5
पीडीएस लाभ चावल एवं गेहूं (रु. प्रति परिवार)

	गरीब जिनके पास				गैर-गरीब जिनके पास			
	कोई कार्ड नहीं	एपीएल कार्ड है	बीपीएल कार्ड है	एंटीबोदया कार्ड है	कोई कार्ड नहीं	एपीएल कार्ड है	बीपीएल कार्ड है	एंटीबोदया कार्ड है
जम्मू एवं कश्मीर	33.73	78.19	278.72	333.96	22.77	53.89	206.43	286.26
हिमाचल प्रदेश	0.00	43.83	124.94	262.10	2.72	21.84	122.38	204.55
पंजाब	0.00	0.00	1.96	111.54	-0.58	-0.07	1.38	0.00
उत्तरांचल	0.00	8.32	88.22	202.61	0.06	10.52	54.73	115.10
हरियाणा	0.00	0.04	12.09	114.36	0.00	0.00	11.61	75.15
राजस्थान	6.23	6.42	70.93	169.27	-6.18	3.77	54.35	93.80
उत्तर प्रदेश	2.48	0.92	39.96	132.88	0.17	0.68	23.79	107.40
बिहार	-0.29	0.32	3.86	47.27	-0.05	0.01	6.10	44.26
असम	8.27	4.71	81.33	184.81	2.45	1.43	47.98	21.30
पश्चिम बंगाल	50.69	-0.03	30.78	86.65	14.82	0.31	24.15	46.06
झारखंड	0.00	0.48	30.43	112.80	0.15	0.94	10.84	65.06
उड़ीसा	2.17	3.09	31.93	129.92	0.25	0.81	12.04	120.67
छत्तीसगढ़	5.72	13.69	70.05	213.53	2.97	6.36	43.01	104.49
मध्य प्रदेश	4.27	8.02	60.37	146.03	0.80	1.42	40.20	100.32
गुजरात	4.38	1.99	86.17	182.58	0.57	1.86	79.17	29.02
महाराष्ट्र	3.02	8.75	97.16	192.23	1.87	4.25	80.77	158.83
आंध्र प्रदेश	1.71	56.75	113.67	260.27	4.17	31.23	95.72	249.61
कर्नाटक	8.79	63.08	199.43	230.81	1.29	46.29	180.99	231.85
केरल	22.04	68.16	166.06	242.23	4.82	18.33	94.03	209.85
तमिलनाडू	43.83	182.85	198.06	349.04	13.56	126.08	177.58	314.68
पूरा भारत	6.69	15.64	81.45	176.18	2.28	12.56	74.59	146.92

स्रोत : एनएसएस 61 राउंड, 2004/5

संलग्नक -4.1.6
किसी कार्यक्रम के लाभार्थी (अन्नपूर्णा, एफएफडब्ल्यू, आईसीडीएस, एमडीएम)

(प्रतिशत)

	गरीब जिनके पास			गैर-गरीब जिनके पास		
	कोई कार्ड नहीं	एपीएल कार्ड है	बीपीएल/एएवाई कार्ड है	कोई कार्ड नहीं	एपीएल कार्ड है	बीपीएल/एएवाई कार्ड है
जम्मू एवं कश्मीर		4.5	12.7	1.0	2.1	7.8
हिमाचल प्रदेश	23.3	70.0	72.2	23.8	34.7	37.8
पंजाब		6.2	13.9	1.8	3.3	8.3
उत्तरांचल	33.9	41.9	57.5	6.2	20.4	37.0
हरियाणा	13.8	37.1	31.3	9.6	19.5	34.3
राजस्थान	19.2	29.8	54.5	9.2	24.6	45.2
उत्तर प्रदेश	21.8	24.1	31.5	10.5	13.7	27.5
बिहार	7.1	18.4	23.6	6.9	13.1	31.6
असम	24.5	49.2	42.5	8.5	24.7	28.9
पश्चिम बंगाल	47.3	52.6	52.1	21.8	27.0	43.3
झारखंड	16.7	13.3	20.2	8.4	9.7	18.4
उड़ीसा	41.9	50.1	56.4	25.3	32.3	46.8
छत्तीसगढ़	59.8	59.3	73.3	36.9	39.4	50.3
मध्य प्रदेश	40.5	42.6	52.1	18.9	26.1	42.7
गुजरात	42.0	67.0	65.7	20.8	25.7	37.5
महाराष्ट्र	49.8	38.8	52.6	25.9	22.5	39.2
आंध्र प्रदेश	23.5	40.1	50.1	18.1	15.9	33.3
कर्नाटक	35.5	35.6	62.6	19.4	23.2	44.2
केरल	56.2	45.2	58.4	30.9	23.4	33.9
तमिलनाडू	54.2	56.7	57.1	26.9	27.1	39.2
पूरा भारत	31.6	34.2	49.0	17.4	20.6	36.9

स्रोत : एनएसएस 61 राउंड

पेय जल, स्वच्छता व स्वच्छ रहन-सहन

परिचय

5.1. स्वच्छ पेय जल का प्रावधान, सफाई और स्वच्छ पर्यावरण हमारे लोगों के स्वास्थ्य में सुधार, बीमारी तथा मृत्यु की घटनाओं को कम करने के लिए जरूरी है। महिलाएं और लड़कियां पानी भरने में घंटों व्यतीत कर देती हैं। इस प्रकार लगाया गया समय व्यर्थ चला जाता है। कठिन श्रम अपने आप में अवांछित है और यह स्व-विकास के अन्य अवसरों से भी वंचित कर देता है। पानी की कुल मांग में पेयजल की मात्रा एक प्रतिशत से भी कम है और पानी के सभी उपयोगों में इसे पहली प्राथमिकता देनी चाहिए।

5.2. आस-पास कवर्ड टॉयलेट नहीं होने से महिलाओं व लड़कियों को काफी परेशानी होती है। साथ ही स्वच्छता और स्वच्छ परिवेश के प्रावधान के बिना स्वच्छ पेयजल का प्रावधान भी स्वास्थ्य में सुधार के लिए कम प्रभावकारी होगा। इसीलिए दोनों को एक-दूसरे के पूरक के रूप में देखा जाना चाहिए।

5.3. पानी और सफाई में धीरे-धीरे सुधार आया है। सन् 1991 की जनगणना के अनुसार आज 55.54 प्रतिशत ग्रामीण जनसंख्या की सुधरे हुए पानी के स्रोत तक पहुंच थी। एक अप्रैल 2007 के पेयजल आपूर्ति विभाग के आंकड़े दर्शाते हैं कि देश के ग्रामीण क्षेत्र के कुल 15,07,349 घरों में से 74.39 प्रतिशत (11,21,366 आवास) ही पूरी तरह इस दायरे में आते हैं और 14.64 (220,165 आवास) आंशिक तौर पर ही इसके अंतर्गत आते हैं। इसके अलावा, वर्तमान अनुमान दर्शाते हैं कि 1.4.05 की स्थिति के अनुसार 2.17 लाख जल गुणवत्ता प्रभावित आवासों में से 70,000 घरों में समस्या का समाधान कर दिया गया है और उन्हें स्वच्छ पेयजल उपलब्ध कराया जा रहा है। फिर भी, कवरेज के हिसाब से, निर्धारित आपूर्ति स्तर में कुछ कमियां अभी रह गई हैं जिससे कई कारणों से प्रतिव्यक्ति पानी की उपलब्धता में कमी आई है।

5.4. शहरी क्षेत्रों में भी पानी की आपूर्ति की स्थिति संतोषजनक नहीं है। 31 मार्च 2004 की स्थिति के अनुसार 91 प्रतिशत शहरी घरों में पेयजल की आपूर्ति थी। हालांकि इसके तहत बहुल क्षेत्रों में पर्याप्त व समान रूप से प्रतिव्यक्ति पानी मानकों के अनुसार नहीं हो पा रहा था। देश के प्रथम वर्ग के शहरों में लोगों को सर्वाधिक (73 प्रतिशत), दूसरे वर्ग के शहरों में (63 प्रतिशत) जबकि तीसरे दर्जे के (61 प्रतिशत) व अन्य शहरों में (58 प्रतिशत) पानी की औसत उपलब्धता थी। झुग्गी-झोंपड़ियों व रेहड़ी-पटरियों पर रहने वाले गरीबों को तो ये सुविधाएं भी नहीं मिल रही हैं। जनसंख्या का कितना प्रतिशत पिछले दशकों के दौरान व मार्च 2004 तक इसके अंतर्गत आता है, को नीचे तालिका 5.1 में दर्शाया गया है:

5.5. देश के शहरों में पानी की आपूर्ति भी कम मात्रा में की जाती है। पानी की आपूर्ति दिन में मुश्किल से कुछ घंटे के लिए की जाती है, जिसमें काफी पानी बर्बाद इसीलिए हो जाता है क्योंकि लोग अक्सर नल खुला छोड़ देते हैं और जो पानी लोग जमा करके रखते हैं, उसका भी पूरा उपयोग नहीं होता। यह अलग बात है कि दिल्ली जैसे शहरों में प्रतिव्यक्ति पानी की उपलब्धता पेरिस से भी अधिक है, जहां पानी की आपूर्ति 24 घंटे की जाती है।

तालिका 5.1
जनसंख्या का वह प्रतिशत जो जल आपूर्ति
सुविधाओं के अंतर्गत आता है।

वर्ष	शहरी जनसंख्या (मिलियन)	जल आपूर्ति से कवर्ड जनसंख्या का प्रतिशत
1981	152	78
1991	217	84
2001	285	89
2004	308 (अनुमानित)	91

5.6. देश के कई घरों में तो शौचालय भी नहीं है। नवीनतम आंकड़ों (2001) के अनुसार, कुल जनसंख्या में 36.4 प्रतिशत लोगों ही के घरों में या उनके साथ शौचालय है। तथापि ग्रामीण क्षेत्रों में जनसंख्या के केवल 21.9 प्रतिशत घरों में या उनके घरों के साथ शौचालय है। टीएससी कार्यक्रम (1999 से कार्यान्वित किया जा रहा मांग आधारित कार्यक्रम) के तहत प्रत्येक घर में बनाए गए शौचालय की संख्या पर आधारित अनुमान (नवम्बर, 2007 की स्थिति के अनुसार) देश में सफाई व्यवस्था की कवरेज लगभग 49 प्रतिशत दर्शाता है। वर्ष 2002 में इस कार्यक्रम पर किया गया मूल्यांकन अध्ययन दर्शाता है कि इसके अंतर्गत निर्मित 80 प्रतिशत शौचालयों का उपयोग किया जा रहा था। हालांकि, लोगों द्वारा इन शौचालयों का इस्तेमाल अधिक होने की उम्मीद है क्योंकि सन् 2002 की अपेक्षा लोगों में आज अधिक जागरूकता है।

5.7. शहरी जनसंख्या के 63 प्रतिशत हिस्से को सीवेज व स्वच्छता संबंधी सुविधाएं उपलब्ध हैं। 31.3.2004 की स्थिति के अनुसार 47 प्रतिशत लोगों के यहां सीवेज जब कि 53 प्रतिशत लोगों के यहां कम खर्च पर स्वच्छता संबंधी सुविधाएं हैं। परिणामस्वरूप न केवल ग्रामीण क्षेत्रों में बल्कि शहरी क्षेत्रों में लोग काफी संख्या में खुलेआम मल-मूत्र त्याग करते हैं।

5.8 हम ग्रामीण जल आपूर्ति, शहरी आपूर्ति, ग्रामीण स्वच्छता और शहरी स्वच्छता की समस्याओं से निपटने के लिए ग्यारहवीं योजना की दृष्टिकोण पर निर्भर हैं।

ग्रामीण जल आपूर्ति

पिछले कार्यक्रम और परिव्यय

5.9. राज्य/संघीय राज्यों में पेयजल आपूर्ति की कवरेज में तीव्रता लाने में मदद हेतु त्वरित ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रम (एआरडब्ल्यूएसपी) के माध्यम से भारत सरकार का जल क्षेत्रक में मुख्य हस्तक्षेप 1972-73 में शुरू हुआ। 1986 में, जल आपूर्ति और संबंधित जल प्रबंधन पर प्रौद्योगिकी मिशन की शुरुआत से इस समूचे कार्यक्रम को मिशन दृष्टिकोण दिया गया। इस प्रौद्योगिकी मिशन के नाम को बदलकर 1991-92 में राजीव गांधी राष्ट्रीय पेयजल मिशन (आरजीएनडीडब्ल्यूएम) रखा गया। ग्रामीण जल आपूर्ति और स्वच्छता पर बल देने के लिए ग्रामीण विकास मंत्रालय के अंतर्गत 1999 में पेयजल आपूर्ति विभाग का गठन किया गया। इसी वर्ष में, क्षेत्रक सुधार परियोजना के माध्यम से नई पहलें शुरू की गईं, जिसको 2002 में स्वजलधारा नाम दिया गया। धारित हस्तक्षेप के माध्यम से, समूचे भारत में ग्रामीण लोगों को जल और स्वच्छता संबंधित सेवाएं मुहैया कराने में राज्य/संघीय राज्यों की सहायता के लिए डीडीडब्ल्यू एक महत्वपूर्ण संस्थान है।

5.10. ग्रामीण जल आपूर्ति क्षेत्रक में विकास के आयोजित युग की शुरुआत से (राज्य और केन्द्रीय योजनाओं दोनों के अंतर्गत) लगभग 72,600 करोड़ रु. का निवेश किया गया है। उपलब्ध जानकारी के अनुसार, इस निवेश से ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रम के अंतर्गत देश में 41.55 लाख हैंडपंप, लगभग 15.77 लाख पब्लिक स्टैंड पोस्ट, लगभग 1.6 लाख मिनी पाइप जल आपूर्ति स्कीमें और 45,000 बहुग्रामीण स्कीमों से अधिक की परिसंपत्तियां सृजित करने में सहायता मिली है। इन सिस्टमों में से 88.21 प्रतिशत हैंडपम्प, 93.49 प्रतिशत स्टैंड पोस्ट, 91.95 प्रतिशत मिनी स्कीमें और 96.26 प्रतिशत बहु ग्रामीण स्कीमों के कार्यशील होने की राज्यों द्वारा सूचना दी गई है। दसवीं योजना के दौरान कार्यक्रम के लिए अनुमोदित परिव्यय 13245 करोड़ रुपए था। इस कार्यक्रम को (भारत निर्माण कार्यक्रम का भाग होने के कारण) दसवीं योजना में भली-भांति वित्त पोषित किया गया था और मार्च, 2007 के अंत तक स्कीम के अंतर्गत राज्यों को 16,103 करोड़ रुपये की राशि जारी की गई। वास्तविक उपलब्धि के संबंध में राज्यों द्वारा दसवीं योजना के दौरान 352992 आवासों को कवर किया जाना सूचित किया गया है।

5.11. स्वजलधारा कार्यक्रम वर्ष 2002-03 में शुरू किया गया था। लोगों में स्वामित्व की भावना उत्पन्न करने और कार्यक्रम के अंतर्गत निर्मित स्कीमों के प्रचालन और रख-रखाव (ओ एण्ड एम) के लिए भी कार्यक्रम में परियोजना लागत के 10 प्रतिशत का सामुदायिक योगदान शामिल है। केन्द्र परियोजना लागत के 90 प्रतिशत को अनुदान के रूप में मुहैया कराता है। स्वजलधारा कार्यक्रम के अंतर्गत 1069 करोड़ रुपए की अनुमानित लागत सहित इस कार्यक्रम में शामिल की गई 19385 स्कीमों में से दसवीं योजना में 610 करोड़ रुपए के व्यय सहित केवल 11046 स्कीमें पूरी की जा सकी थी। दसवीं योजना में सभी आवासों को कवर करने का मॉनीटरेबल लक्ष्य, जो वर्ष 2004 में उपलब्ध किया जाना लक्षित था, हासिल नहीं किया जा सका था। ग्यारहवीं योजना के दौरान, स्थानीय शर्तों के अनुसार राज्य सरकारों को स्वजलधारा के सिद्धांतों को अपनाना है और ऑनगॉइंग त्वरित ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रम के अंतर्गत ऐसे सिद्धांतों को शामिल करने में यथेष्ट ढील दी गई है।

ग्रामीण जल आपूर्ति में आने वाले मुख्य मुद्दे

5.12. जल उपलब्धता और आपूर्ति, घटिया जल स्तर, केंद्रीकृत बनाम विकेंद्रीकृत दृष्टिकोण और प्रचालन तथा रखरखाव व्यय धारणीयता की मुख्य समस्या है।

धारणीयता

5.13. ऐसे आवास, जो पहले कवर थे जल सूखने, या घटते भू-जल स्तर, गुणवत्ता प्रभावित स्रोत, घटिया प्रचालन और सामान्य खराबी से सिस्टम का अपनी क्षमता से कम काम करने, के कारण इस कार्यक्रम के दायरे से फिर बाहर हो गए हैं या आंशिक रूप से इस दायरे में आए हैं, को वर्ष के आरंभ में इसके दायरे में लाना है। बढ़ती जनसंख्या से नए आवासों का आविर्भाव से भी कई असेवित निवासों की वृद्धि हुई।

5.14. ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रम की धारणीयता एक बड़े मुद्दे के रूप में उभरी है और 11वीं योजना का उद्देश्य है कि पिछली कमियों को शीघ्र ही दूर किया जाए। पूर्णतः कवर से आंशिक रूप से कवर और आंशिक कवर से अनकवर्ड आवासों की ओर पीछे लौटने वाले आवासों की संख्या बढ़ रही है। इसके अतिरिक्त, गुणवत्ता प्रभावित आवास जो भूजल पर आश्रित हैं की संख्या में वृद्धि इसे और बढ़ा रही है। इसका इस तथ्य के साथ अंदाजा लगाया जा सकता है कि 2003 के सर्वेक्षण में लगभग 6.83 लाख आंशिक रूप से कवर की गई, और कवर नहीं की गई बस्तियों की संख्या बताई गई है। 10वीं योजना के मध्यवर्ती मूल्यांकन में पाया गया है कि ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रम के लिए भूमि जल पर अधिक निर्भरता के कारण जल की धारणीयता और जल गुणवत्ता की दोहरी समस्या सामने आ गई है। अतः इस मुद्दे का समाधान करने के लिए सुझाव दिया गया है कि सतही जल संसाधनों की ओर रुख किया जाए। टैंकों का जीर्णोद्धार कर जल एकत्रित करना एक स्थानीय समाधान कर सकता है (देखें बॉक्स 5.1)। जहां तक संभव हो, स्रोत के समीप ही जल के एकत्रण भण्डारण, उपयोग और अपशिष्ट जल के लिए सन्डिडिएरिटी का सिद्धांत लागू किया जाना महत्वपूर्ण है।

जल गुणवत्ता

5.15. देश में लगभग 2.17 लाख जल गुणवत्ता प्रभावित आवास हैं, और इनमें आधे से ज्यादा आवास (118088) लौह की अधिकता से प्रभावित हैं। इसी के साथ फ्लोराइड से प्रभावित (31306) खारेपन से प्रभावित (23495) नाइट्रेट से प्रभावित (13958) आर्सेनिक से प्रभावित (5029) हैं। लगभग 25000 आवास अनेकों समस्याओं से ग्रस्त हैं। 17 राज्यों के 200 जिलों के लगभग 66 मिलियन लोग फ्लोराइड की अधिकता से जोखिम पर हैं। पश्चिम बंगाल में आर्सेनिक कंटेमीनेशन व्यापक रूप से फैला हुआ है, जो अब बिहार, पूर्वी उत्तर प्रदेश और असम में भी देखा जा सकता है। हैंडपम्पों के साथ लगे डीफ्लोराइडेशन और लौह रिमूवल प्लांट्स समुदाय की अवधारणाओं और उनकी सहभागिता के प्रतिकूल उचित प्रौद्योगिकी के अभाव के कारण असफल हो गए हैं। डीसैलिनेशन प्लांट्स भी प्लानिंग से लेकर कार्यान्वयन के बाद अनुष्ण तक विभिन्न स्तरों पर हुई चूक के कारण इसी तरह से असफल रहे हैं।

5.16. भारत निर्माण कार्यक्रम का लक्ष्य है कि 2009 तक प्रभावित आवासों की जल गुणवत्ता की समस्याओं का निराकरण कर दिया जाए। इससे इस मुद्दे के निराकरण के लिए एक आशा की किरण मिली है। जबकि उच्च आवंटन (त्वरित ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रम निधियों का 20% जल गुणवत्ता के लिए निर्धारित किया गया है) का प्रावधान किया गया है, अगला महत्वपूर्ण कदम है कि अभिसरण को हासिल किया जाए, सामुदायिक सहभागिता सुनिश्चित की जाए और सूचना शिक्षा और संचार अभियान चलाए जाएं। अभिसरण अभियान के दोहरे लाभ हैं, यानी स्रोत को धारणीय बनाया जाए (सतही स्रोत हेतु विकल्प उपलब्ध कराता है) और भूजल रसायन कंटेमीनेशन को विरल करता है।

बॉक्स 5.1

धारणीयता की सफलता की कहानियाँ - ओओआरएएनआईएस - ग्रामीण तमिलनाडु की जीवन रेखाएँ

तमिलनाडु के लोगों के लिए परम्परागत औराणिस या तालाब सच्चे रूप में एक आशीर्वाद के रूप में सिद्ध हुए हैं। औराणिस को तमिलनाडु में मुख्य आपूर्ति प्रणाली में सदियों पहले विकसित किया गया था। मिट्टी के बने ये तालाब लोगों के सामूहिक प्रयासों से वर्षों में निर्मित किए गए थे, जिन्हें सतही रनऑफ्स के प्रवाह को पर्याप्त रूप में सुनिश्चित करने के लिए, इन्हें हाइड्रोजिकली तैयार किया गया है। लगभग इन सभी औराणिस को कन्नोई नामक सिंचाई तालाबों से भलीभांति जोड़ा गया है।

हाल ही के कुछ वर्षों में, तथापि औराणिस पर ध्यान नहीं दिया गया है और जल आपूर्ति सुविधाओं की नई सुविधाओं जैसे- हैंड पम्पस, डीप वॉरवेल्स और संयुक्त जल आपूर्ति स्कीमों आदि के कार्यान्वयन से यह जीर्ण-शीर्ण हो गए हैं। अतः इन्हें ग्रामीण विकास मंत्रालय के राजीव गांधी राष्ट्रीय पेयजल मिशन, प्रधानमंत्री ग्रामीण योजना और त्वरित ग्रामीण जल आपूर्ति आदि कार्यक्रमों के तहत सुधारने और सुदृढ़ करने के लिए पहलकारी कदम उठाए गए। उपर्युक्त के तहत किए गए प्रयासों में शामिल हैं - पीपल्स छटाई, कंचमेंट क्षेत्रों का ट्रीटमेंट, आपूर्ति चैनलों की क्लियरिंग, फिल्टर मीडिया प्रावधान और ड्रावेल व्यवस्थाएं उपलब्ध कराना एवं ऊरानी की फॉसिम। अनेक जिलों में 360 ऊरानिस का जीर्णोद्धार किया गया था, जिसके लिए सरकार, समुदाय और अन्ना विश्वविद्यालय और एनजीओ(ज) की सहभागिता के संयुक्त प्रयास शामिल हैं। इन क्षेत्रों में अब जल का अभाव एक पुरानी बात हो गई है। अब वर्षों के जल को औराणिस में एकत्रित किया जाता है। इस प्रकार जल आपूर्ति प्रणाली अब वास्तव में धारणीय बन गई है।

विकेन्द्रीकरण

5.17. जब कभी समुदाय को प्लानिंग के स्तर पर शामिल किया गया है, वहां कार्यक्रम सदैव धारणीय रूप ले लेता है। जबकि हमारे कार्यक्रमों में सामुदायिक सहभागिता के लिए व्यापक दिशा - निर्देशों का प्रावधान है, यह स्पष्ट है कि क्षेत्रीय स्तर पर उन्हें अपनाने के कार्य में संतोषजनक प्रगति नहीं है। संविधान के 73वें और 74वें संशोधनों में जल आपूर्ति की जिम्मेदारी पंचायती राज संस्थानों/स्थानीय निकायों को सौंप दी गई है। अपनी आंतरिक कमजोरियों जैसे निधीकरण की दिक्कतें, तकनीकी योग्यता की कमी आदि के कारण इस प्राधिकार के सौंपने के बावजूद भी जमीनी स्तर पर इसका प्रभाव नहीं पड़ा है। जबकि छुटपुट सफलता की कहानियां सामने आ रही हैं, यह संकल्पना अभी आगे जारी रहेगा। राज्यों को 12वें वित्त आयोग के अनुदानों को पंचायतों और स्थानीय निकायों की कमान पर कार्यान्वयन एजेंसियों को सौंपने में महत्वपूर्ण भूमिका निभानी है। अधिकांश राज्यों में दूसरी बात सामान्य रूप से नहीं पई जाती है।

पूँजी लागत का निधीकरण और ओएण्डएम (ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रम)

5.18. त्वरित ग्रामीण जल आपूर्ति निधि की सुलभता के लिए पर्याप्त समान राशि उपलब्ध कराने में राज्य अपनी दिक्कतें बतलाते रहे हैं। पेयजल आपूर्ति विभाग ने सुझाव दिया है कि कार्यक्रम के निधीकरण के पैटर्न के 50 : 50 (केन्द्र : राज्य) को गैर-विशिष्ट श्रेणी राज्यों के लिए 75 : 25 और विशिष्ट श्रेणी राज्यों के लिए 90:10 कर दिया जाए।

5.19. त्वरित ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रम के तहत क्षेत्रक के लिए उपलब्ध निधि को भारत निर्माण कार्यक्रम ने दोगुणा कर दिया है। इस क्षेत्रक के लिए केन्द्र भी बाह्य सहायता को प्रोत्साहित कर रहा है। बिना कवर किए, स्लिपबैक और गुणवत्ता प्रभावित आवासों की लागत की औसत काफी ऊपर पहुँच गई है।

5.20. 12वें वित्त आयोग ने ग्रामीण क्षेत्रों में जल आपूर्ति प्रणाली के ओएण्डएम के लिए पर्याप्त धन का प्रावधान किया है। विश्वसनीय आपूर्ति के लिए ग्रामीण समुदाय भी प्रभार के भुगतान के प्रतिकूल नहीं है। विभिन्न कार्यक्रमों के अभिसारण से भी अतिरिक्त निधि उपलब्ध हो सकेगी। यद्यपि कार्यक्रमों के लिए विभिन्न स्रोतों के माध्यम से निधीकरण किया जाएगा, लेकिन फिर भी कार्यक्रम की सफलता के लिए अधिक महत्वपूर्ण है, वह है दृष्टिकोण (समुदाय आधारित स्थानीय समाधान) और माइंडसेट सेवा डिलीवरी (शुद्ध परिसम्पत्ति सृजन से अलग हटकर की अवधारणा) में परिवर्तन।

ग्रामीण जल आपूर्ति के लिए 11वीं पंचवर्षीय योजना के लिए लक्ष्य

लक्ष्य

5.21. 2009 तक सभी को स्वच्छ पेयजल उपलब्ध कराना और सुनिश्चित करना कि 11वीं योजना के अंत तक कोई चूक (स्लिपबैक्स) नहीं रह गई है— यह 11वीं पंचवर्षीय योजना के मानीटरिंग योग्य लक्ष्यों में से एक है। इस उद्देश्य का पहला भाग भारत निर्माण कार्यक्रम के टर्मिनल वर्ष से मेल खाता है, जिसके तहत सभी आवासों को पेयजल उपलब्ध कराने का प्रस्ताव रखा गया है। भारत निर्माण के तहत बिना कवर किए 55067 आवास, चूक रहे 2.8 लाख बस्तियों और 2.17 लाख गुणवत्ता प्रभावित आवासों को व्याप्ति में लिया जाना है। 11वीं योजना के प्रथम दो वर्ष भारत निर्माण कार्यक्रम अवधि की दूसरी अर्धअवधि के हैं। जबकि राज्यों द्वारा व्याप्ति के बारे में कवर की गई और शेष रह गए आवासों के बारे में प्राप्त रिपोर्ट उत्साहवर्धक है, लेकिन जल गुणवत्ता प्रभावित आवासों की व्याप्ति संतोषप्रद नहीं है। 11वीं योजना में एक बड़ी चुनौती के रूप में इसका सामना करना होगा। चूक रहे आवासों (1.63 लाख कवर किए गए आवास) और बिना कवर किए गए आवास (23000 कवर्ड आवास) को कवर करने में राज्यों ने विधिवत कार्रवाई की है। फिर भी गुणवत्ता प्रभावित आवासों की उपलब्धियां लक्ष्य से पीछे ही रही हैं। 1.4.2005 के अनुसार 2.17 लाख आवासों के मुकाबले 70000 आवासों का समाधान किया जा चुका है। गुणवत्ता प्रभावित आवासों का जल आपूर्ति स्रोत के विकल्प देने में राज्यों को समस्याओं का सामना करना पड़ रहा है, क्योंकि या तो स्रोत बहुत दूर है, या नजदीक में कहीं उपलब्ध ही नहीं हैं।

5.22. सरकार 100% ग्रामीण स्कूलों को जल आपूर्ति की व्याप्ति में लेने के लिए वचनबद्ध है। एआरडब्ल्यूएसपी में स्कूल जल आपूर्ति भी शामिल है। पेयजल आपूर्ति विभाग का अनुमान है कि अप्रैल 2005 तक देश में 2.31 लाख ग्रामीण स्कूलों को कवर करना शेष है, जिन्हें जल आपूर्ति के लिए कवर किया जाना है। जबकि त्वरित ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रमों के तहत मौजूदा ग्रामीण स्कूलों के लिए जल आपूर्ति का प्रावधान है, नए स्कूलों को मानव संसाधन विकास मंत्रालय के सर्वशिक्षा अभियान के अन्य कार्यक्रमों के तहत कवर हैं। प्रति स्कूल 40000 रुपये की राशि दर पर सभी स्कूलों को कवर करने के लिए रुपये 924 करोड़ राशि की जरूरत है। स्कूलों को कवर करने की सर्वोत्कृष्ट उपलब्धि बुनियादी शिक्षा विभाग और साक्षरता एवं महिला और बाल विकास विभाग के विभिन्न कार्यक्रमों के अभिसारण के माध्यम से हो सकती है।

भावी रूपरेखा

5.23. जल सुलभता का धारणीयता, जल आपूर्ति प्रणाली का अनुक्षण और जल गुणवत्ता के मुद्दों के समाधान की समस्याएं 11वीं पंचवर्षीय योजना की मुख्य चुनौतियां हैं और पेयजल सुक्षा में सुधार के उपायों के रूप में भू-जल, सतही जल और वर्षा जल संग्रहण प्रणाली के संयोजनात्मक उपयोग की आवश्यकता है। जबकि निधि और भौतिक धारणीयता विभिन्न कार्यक्रमों के अभिसारण के लिए सर्वाधिक महत्वपूर्ण है, इसकी सफलता के लिए राज्यों को प्रभावी समन्वयन तंत्र स्थापित करने चाहिए अन्यथा व्याप्ति और चूक का अनियंत्रित चक्र अगली योजना में भी जारी रहेगा। 11वीं पंचवर्षीय योजना में जिन विभिन्न मुद्दों का समाधान किया जाना है, वे इस प्रकार हैं:

5.24. 12वें वित्त आयोग में जल आपूर्ति प्रणाली के अनुक्षण का कार्यान्वयन स्थानीय निकायों को सौंपना और स्कीमों को पंचायतों को अंतरित करना जरूरी है। प्रत्येक पंचायत की ओएण्डएम का लागत भाग राज्य वहन कर सकते हैं, जो कि स्थानीय निकायों के स्वधारणीय बनने तक हैंडहोल्डिंग सहायता के रूप में पहले कुछ वर्षों तक चलती रहेगी। राज्य के प्रत्येक आवास में जल आपूर्ति की स्थिति की जानकारी के लिए स्थानीय निकायों को प्रभावी प्रबंधन सूचना प्रणाली की सुविधा का प्रावधान किया जाए। इस उद्देश्य के लिए राज्यों को निधि की व्यवस्था करनी चाहिए। सभी राज्यों की सूचना प्रणालियों को दिल्ली में अखिल भारतीय सर्वर से जोड़ देना चाहिए और सार्वजनिक मानीटरिंग के व्यापक उद्देश्य की दृष्टि से इस एमआईएस को वेब में भी डाला जाना चाहिए। जल आपूर्ति प्रणाली के अनुक्षण हेतु तकनीक क्षमताओं में वृद्धि हेतु स्थानीय निकायों के स्तर पर पर्याप्त प्रशिक्षण भी शुरू करने की आवश्यकता है। जल आपूर्ति सेवाएं प्रदान करने के लिए कार्यान्वयन एजेंसियों को स्थानीय निकायों के प्रति जिम्मेदार ठहराया जाना चाहिए। फिर भी बड़ी इंजीनियरिंग स्कीमों राज्य स्तरीय एजेंसियों के पास रह सकती हैं।

स्थानीय सहभागिता और अभिसारण

5.25. सभी को सुरक्षित पेयजल उपलब्ध कराने के लिए जहां कहीं संभव हो इसे कृषि और अन्य उपयोगों से अलग रखने की आवश्यकता है। जल के अधिक कर्षण से जमीन के गिरते हुए जल स्तर को रोकने के लिए कृषि उपभोक्ताओं से सहकारिता करना आवश्यक हो जाता है। जल उपभोक्ता और पंचायत के प्रतिनिधियों की एक सहकारी मैकेनिज्म द्वारा एक औसत वार्षिक रिचार्ज स्तर संबंधी उपयोग की सीमा निर्धारित करने की आवश्यकता है। सभी भूजल आधारित संसाधनों को रिचार्ज संरचना मुहैया कराई जानी चाहिए जो स्रोत के बरकरार रखने में सहायता

करेगी। सुलभता होनी चाहिए, जिससे संसाधनों को बरकरार रखा जा सके। स्कूलों और सामुदायिक भवनों में वर्षा के पानी का संचयन जरूरी कर दिया जाए और वैयक्तिक घरों की छतों पर बारिश का पानी एकत्रित करने का भी तथा वैयक्तिक गृह टायलेट्स में संचयन की तरह प्रोत्साहित किया जाना चाहिए। यदि आवश्यक हो तो इस उद्देश्य के लिए विशिष्ट निधि निर्धारित की जानी चाहिए।

5.26. जहां भू-जल गुणवत्ता और उपलब्धता एक असंतोषप्रद है, वहां सतही जल स्रोत विकसित करने की आवश्यकता है। सामुदायिक और घरों के स्तर पर सीधे बारिश का पानी एकत्रित करने के लिए और उसके रिचार्ज हेतु संरचनाएं तैयार की जाएं तथा टैंक्स और रेस्टोरेशन भी संस्थापित किए जाएं, जो कि एक आकर्षक विकल्प प्रस्तुत करते हैं। इस उद्देश्य के लिए अधिकतम बाह्य सहायता उपलब्ध कराने के लिए केन्द्र सरकार को राज्यों की सहायता करनी चाहिए। बाह्य सहायता जल निकाय रेस्टोरेशन कार्यक्रम में जिस तरह निर्णय हुआ है कि सहायता का कुछ भाग केन्द्र द्वारा वहन किया जाना चाहिए, जिसमें परियोजना लागत का 25% अनुदान राज्यों को प्रदान किया जाता है। विभिन्न राज्यों में इस सहायता को गुणवत्ता प्रभावी बस्तियों को व्याप्ति में लेने तक ही सीमित किया जा सकता है।

5.27. अन्य विकल्प यह हो सकता है कि कुछ निश्चित अवधि के लिए बस्तियों को बड़ी संख्या में बंच कर दिया जाए, और तकनीकी रूप से सुदृढ़ निजी सेवा प्रदाताओं को शामिल किया जाए, जो कि वार्षिक आधार पर गुणवत्ता प्रभावित आवासों को व्याप्ति में ले सकें। इसी दौरान वैकल्पिक व्यवस्था के रूप में इन आवासों में जल संवर्धन कार्यक्रम के माध्यम से स्रोत की बहाली के समानान्तर प्रयास जारी रखे जाएं बशर्ते कि इन प्रणालियों का पीआरआईज़ और स्थानीय निकायों द्वारा प्रस्ताव किया गया हो और इस पर उनकी सहमति हो।

5.28. जल आपूर्ति कार्यों के लिए मानीटरण के संबंध में समुदाय की सहभागिता भी ली जानी चाहिए, जो पूरे किए गए प्रत्येक कार्य के लिए धनराशि जारी करने के लिए एक प्राथमिक शर्त होनी चाहिए। पेयजल आपूर्ति विभाग ने राष्ट्रीय ग्रामीण पेयजल, जल गुणवत्ता मानीटरिंग और सर्वलेंस कार्यक्रम के तहत जल गुणवत्ता की मानीटरण की पहल की है, जिसके तहत बैक्टिरियोलॉजिकल और रसायन कंटेमीनेंट्स दोनों के परीक्षण हेतु ग्राम पंचायत ग्रामीण जल और सेनीटेशन समिति को उपभोक्ता हितैषी क्षेत्रीय परीक्षण किट्स उपलब्ध कराये जाते हैं और बाद में नमूनों के जिला और राज्य स्तरीय प्रयोगशालाओं में परीक्षण

कराये जाते हैं। ऐसी पहलों को त्वरित ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रमों के तहत अन्य नियमित कार्यक्रमों तक पहुंचाने की आवश्यकता है। ग्रामीण स्तरीय पेय जल आपूर्ति प्रणाली में गुणवत्ता और धारणीयता लाने के लिए समुदायों की सहभागिता को प्रोत्साहित, पुरस्कृत और मान्यता निर्मल ग्राम पुरस्कार के अनुरूप दी जाए जिसने भारत सरकार के टीएससी के प्रति प्रोत्साहनकारी और प्रभावी प्रतिक्रिया के लिए समुदायों और स्थानीय निकायों को प्रेरित किया है।

5.29 जबकि हमारे कार्यक्रम के दिशा-निर्देशों में योजना से लेकर कार्यान्वयन और अनुसंधान में महिलाओं की भूमिका को मान्यता दी गई है और हैंडपम्पों और नलकूपों के अनुसंधान में महिलाओं की सफलता की कुछ कहानियां रहीं हैं। इस सफलता को और अधिक सीमाओं तक पहुंचाने की आवश्यकता है। देर से ही सही स्वयं सहायता समूह में महिलाओं की क्षमताओं को महसूस किया जाने लगा है। तमिलनाडू और गुजरात जैसे राज्यों में महिला स्वयं सहायता समूह भली भांति कार्य कर रहे हैं। महिला स्वयं सहायता समूहों को उन्हें स्रोत के सोंपे जाने के बाद अनुसंधान निधि के समाहरण की जिम्मेदारी भी दी जानी चाहिए। महिला स्वयं सहायता समूह को मौजूदा कार्यात्मक प्रणालियों के ओएण्डएम को लेने के लिए भी प्रोत्साहित किया जाना चाहिए। यदि स्रोत निष्क्रिय हो तो राज्य को उसे ठीक करने के लिए एकमुश्त खर्च करना चाहिए और उसे लेने के लिए एसएचजी को प्रोत्साहित करना चाहिए।

5.30 जरूरी संसाधनों को आसानी से गतिशील बनाया जा सकता है, बशर्ते कि विभिन्न कार्यक्रमों को कम्प्लीमेंटरी तरीकों के रूप में अभिसारित किया जाए।

5.31 राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी कार्यक्रम के पास जल से संबंधित सात चिह्नित कार्य घटक हैं। ग्रामीण विकास मंत्रालय, भूसंसाधन विभाग के माध्यम से बृहद जलसंभर स्कीमों का कार्यान्वयन कर रहा है। पिछड़ा क्षेत्र अनुदान निधि, भू-जल के कृत्रिम रिचार्ज की स्कीमों और वर्षा जल संचयन, जल निकायों के रेस्टोरेशन की स्कीम (दोनों पायलट और बाह्य सहायता) जैसे अन्य कई कार्यक्रम भी हैं, जो जल संसाधन मंत्रालय द्वारा चलाए जा रहे हैं। जल निकायों के नवीकरण की राष्ट्रीय परियोजना और स्कीमों जैसे कि राष्ट्रीय वनीकरण कार्यक्रम, नदी-घाटी परियोजना बाढ़ संभावित नदी कार्यक्रम, एकीकृत बंजर भूमि विकास कार्यक्रम 12वें वित्त आयोग के तहत अनुदान, हरियाली और अन्य राज स्वामित्व की स्कीमों भी हैं, इन कार्यक्रमों के अभिसरण को निधि को बढ़ाने में और धारणीय जल आपूर्ति के लिए इन संस्थानों को एक साथ लाने में सहायता देनी चाहिए।

शहरी जल आपूर्ति

विगत कार्यक्रम एवं परिव्यय

5.32 विगत वर्षों में जल आपूर्ति सुविधाओं के तहत शहरी जनसंख्या की व्याप्ति अधिक प्रभावी नहीं रही है, जिसके अनेक कारण रहे हैं, इनमें यह तथ्य भी शामिल है कि जल आपूर्ति क्षेत्रक में किया गया निवेश अपर्याप्त रहा है। 31.3.2007 तक 300 प्रथम श्रेणी शहरों को पेयजल आपूर्ति सुविधाओं की सौ प्रतिशत व्याप्ति हासिल करने के लिए 10वीं योजना में 28,240 करोड़ रुपए की आवश्यकता का अनुमान लगाया गया था। तथापि 10वीं योजना अवधि के लिए राज्य क्षेत्रक के लिए 18,749 करोड़ रुपए और केन्द्रीय क्षेत्रक के लिए 900 करोड़ रुपए के परिव्यय का अनुमान था, जिसके लिए कुल परिव्यय 19,649 करोड़ रुपए परिकल्पित होता है।

5.33 10वीं योजना अवधि में शहरी क्षेत्रों में जल आपूर्ति बढ़ाने का विचार किया गया था, ताकि निर्धारित मापदंड प्राप्त किये जा सकें, आत्मनिर्भरता की उच्च श्रेणी हासिल की जा सके, जल गुणवत्ता सुनिश्चित की जा सके, एक उच्च स्तरीय प्रचालन और प्रबंधन हो सके, उपभोक्ताओं के प्रति जवाबदेही हो सके और विशेष रूप से, शहरी गरीब की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए विशिष्ट व्यवस्था और जल प्रभार लगाना और उसकी वसूली, ताकि अनुसंधान कार्यों और इस क्षेत्रक में सुविधात्मक निवेश सुनिश्चित किया जा सके। इन कार्यों की उपलब्धि काफी हद तक राज्य सरकारों और शहरी स्थानीय निकायों की इच्छा पर निर्भर करती है, जो जल आपूर्ति संगठनों की पुनर्संरचना कर सकते हैं, उचित जल दर लगा सकते हैं, और बिलिंग, एकाउंटिंग और समाहरण में सुधार कर सकते हैं और क्रेडिटवर्दी बन सकते हैं, ताकि बाजारी वित्तपोषण उन्हें सुलभ हो सके। जल संरक्षण, पुनःउपयोग, व्यर्थ जल के पुनः चक्रण हेतु उपाय सुझाए गए हैं।

5.34 जबकि 10वीं पंचवर्षीय योजना के कुछ सुझावों जैसे वर्षा के पानी का संचयन करना, ओएण्डएम की धारणीयता के लिए किराये में संशोधन, जल आपूर्ति में वृद्धि और लीकेज आदि में कमी लाना, में प्रगति देखी गई है। लेकिन यह प्रगति देश के कुछ क्षेत्रों तक ही सीमित रही है। इस प्रकार चेन्नई और बंगलुरु के दक्षिणी मेट्रोपोलिटन जल आपूर्ति और साफ-सफाई सेवा प्रदाता संस्थान उदाहरण के रूप में अपने ओएण्डएम के खर्च की प्रतिपूर्ति अपने जल किरायों द्वारा प्राप्त राजस्व से कर रहे हैं। राजधानी दिल्ली का सेवा प्रदाता दिल्ली जल बोर्ड सेवा प्रावधानों और बाकी भुगतान की वसूली की दृष्टि से अपेक्षित स्तर पर कार्य नहीं कर रहा है और यह जल का हिसाब रखने और किराया लेने में भी असमर्थ रहा है।

5.35 फिर भी किराये की वृद्धि के लिए 10वीं पंचवर्षीय योजना में प्रयास किए गए हैं कि संस्थानों को आत्मनिर्भर होना होगा और इसे कार्यरूप देने के लिए सक्षम सेवाएं देनी होंगी। शहरी क्षेत्रों में आज के परिदृश्य का यह एक पाठ है कि विश्वसनीय, गुणवत्ता और मात्रात्मक सेवाओं के भुगतान के लिए वे तैयार हैं। बंगलुरु का अनुभव नीचे बॉक्स 5.2 में दिया गया है।

बॉक्स 5.2

शहरी स्लम जल आपूर्ति

बंगलुरु जल आपूर्ति एवं सीवरेज बोर्ड के सामाजिक विकास एकक (एसडीयू) के तहत आस एआईडी मास्टर प्लान परियोजना ने 43 स्लमों में 10000 घरों में बंगलुरु की जल आपूर्ति की व्याप्ति के लिए सहायता की है, जिसे कनेक्शन शुल्क, किराया में कमी करके तथा आवासीय प्रमाण में कुछ प्रभावी परिवर्तन लाकर संभव बनाया जा सका। इस प्रकार अवैध जल कनेक्शन को राजस्व अर्जन से जोड़ा गया। ये सभी कनेक्शन मीटर आधारित थे और वैयक्तिक कनेक्शन थे, सार्वजनिक स्टैंड पोस्ट्स पर निर्भरता कम हुई। बीएमडब्ल्यू-एसएसबी ने उत्सर्जन को भी कम कर दिया। सबसे महत्वपूर्ण भाग था — स्लम में रहने वालों की इच्छा और भुगतान की क्षमता का मूल्यांकन किया गया और समुदाय को विश्वसनीय सेवाएं सुनिश्चित करते हुए उनके द्वारा शुल्क स्वीकृत कराया गया।

5.36 राज्य सरकार/स्थानीय निकायों को वित्तीय सहायता और जल आपूर्ति सुविधाएं उन कस्बों में उपलब्ध कराने के लिए जहां 20000 (1991 की जनगणना के अनुसार) से कम लोग रहते हों, केन्द्र प्रायोजित त्वरित शहरी जल आपूर्ति कार्यक्रम (एयूडब्ल्यूएसपी) मार्च, 1994 में शुरू किया गया। सामान्य रूप से इन कस्बों पर ध्यान नहीं दिया जाता है, और सूखे की स्थिति में इनकी हालत बहुत ही खराब रहती है।

5.37 अभी तक 1244 कस्बों में 1822.38 करोड़ रुपए की लागत से एयूडब्ल्यूएसपी के तहत 1993-94 में इसके आरम्भ से मंजूरी प्रदान की जा चुकी है और 639 स्कीमों को शुरू/पूरा किया जा चुका है। 2005-06 से इस कार्यक्रम के तहत कोई स्कीम मंजूर नहीं की गई है, क्योंकि यह स्कीम "लघु एवं मध्यम कस्बों के लिए शहरी अवसंरचना विकास स्कीम" (यूआईडीएसएसएमटी) में आमेलित कर दी गई है। राज्यों को 828.60 करोड़ रुपए (9/2006 तक) की राशि जारी की जा चुकी है और राज्यों ने 805.83 करोड़ रुपए की व्यय की सूचना दे दी है और कुल 1412.88 करोड़ रुपए के व्यय की सूचना दी गई है।

5.38 24 राज्यों के 62 कस्बों में कराए गए मूल्यांकन अध्ययन दर्शाता है कि इस कार्यक्रम से जल आपूर्ति में वृद्धि हुई है और स्वास्थ्य परिणामों में सुधार आया है, लेकिन कुछ डिजाइन संबंधी लचीलेपन और स्थानीय निकायों की पूर्ण की गई स्कीमों के प्रबंधन हेतु संस्थागत सुदृढीकरण की आवश्यकता बताई गई है।

शहरी जल आपूर्ति के कुछ बड़े मुद्दे

धारणीयता एवं समानता

5.39 शहरी जल आपूर्ति में धारणीयता में समाधान मुख्यतः आपूर्ति में वृद्धि के माध्यम से किया जाता है। दूरस्थ पैरेनियल संसाधनों की पहचान की जाती है और दूरस्थ स्थानों से शहरों और कस्बों को पाइपों के माध्यम से जल आपूर्ति करना आम बात हो गई है। वृद्धित योजनाएं सामान्य रूप से सशक्त होती हैं और इंजीनियरी अभिमुख होती हैं और सभी स्तरों पर वे स्वीकार्य होती हैं। इस प्रकार प्रबंधन की मांग एक गौण विकल्प रह जाता है। फिर भी जहां जल प्रभार के भुगतान की बात आती है, तो निर्णय निश्चित रूप से निर्वाचित सरकार को ही करना पड़ता है, न कि निष्पादन एजेंसी का, जिसे गुणवत्ता और मात्रा की धारणीयता के लिए, प्रचालन और अनुसंधान के अनुदानों पर निर्भर रहना पड़ता है।

5.40 ये असामान्य बात नहीं है कि शहरी क्षेत्रों के पॉकेट्स को जल सुलभता के अधिक घंटों और उसकी प्रति व्यक्ति उपलब्धता दोनों आधार पर ही उच्च सेवाएं उपलब्ध होंगी। जल आपूर्ति प्रणाली में लीकेज और अन्य अवैध टैपिंग से बिना हिसाब के पानी (यूएफडब्ल्यू) के कारण जल उपलब्धता में कमी आ जाती है। जल आपूर्ति में लीकेज के कारण होने वाली जल हानि स्थान के आधार पर अलग-अलग होती है, और सामान्य रूप से यह 20 से 50 प्रतिशत के बीच होती है। प्रबंधन की मांग के उपायों के अलावा इन लीकेजों पर नियंत्रण पाने के लिए समर्पित प्रयासों की आवश्यकता है, ताकि धारणीयता और समानता की उपलब्धि हो सके।

5.41 शहरी जल आपूर्ति के लिए लम्बे क्षेत्र से जल के अंतरण के कारण अन्य राज्यों पर निर्भरता के मुद्दे भी सामने आ रहे हैं। उदाहरण के लिए जल आपूर्ति हेतु दिल्ली, हरियाणा, और उत्तर प्रदेश पर निर्भर करती है। चेन्नई को 15 टीएमसी जल आंध्र प्रदेश की कृष्णा नदी से प्राप्त होता है। बंगलुरु की जल आपूर्ति पूर्णरूपेण कावेरी जल पर निर्भर है। ऐसे कुछ उदाहरण हैं, जब राज्य के भीतर ही एक जिले से दूसरे जिले में अंतरण हेतु आपत्ति प्रकट करते हैं। कभी-कभी शहरों को आपूर्ति की धारणीयता बनाए रखने में ये मुद्दे गंभीर स्थिति पैदा कर देते हैं।

मांग और आपूर्ति प्रबंधन

5.42 शहरी क्षेत्रों में मांग और आपूर्ति में काफी बड़ा अंतर रहता है, जो कि शहरीकरण और बढ़ती हुई आबादी के कारण अधिक बढ़ रहा है। विभिन्न स्थानों के लिए मानदंड विकास के स्तर के अनुरूप स्थापित किए गए हैं, जो कि मेट्रोपोलिटन शहरों के लिए अधिकतम हैं। राज्यों द्वारा चलाए जाने वाले नियमित

कार्यक्रम जल आपूर्ति प्रबंधन के पक्ष में काफी हद तक होते हैं। जल की रिसाइकिलिंग और उसके पुनरुपयोग से वर्षा के जल के संचयन से जल आपूर्ति की मांग में कमी लाने, जल सक्षम घरेलू उपकरणों के उपयोग से जिनमें फ्लसिंग सिस्टम्स भी शामिल हैं, जल के संरक्षण और उसकी मांग में कमी लाने में काफी सहायक होंगे। जल के युक्तियुक्त शुल्क और उचित मीटर प्रणाली के माध्यम से जल की मांग में कमी आएगी और इससे संरक्षण को प्रोत्साहन मिलेगा। हमें शहरी क्षेत्रों में जल सक्षम होम्स की अवधारणा को अपनाने की आवश्यकता है और इसके लिए सुनिर्मित प्रचार - प्रसार अभियान की भी आवश्यकता है। दूरस्थ क्षेत्रों से पाइपों द्वारा जल आपूर्ति और तटीय क्षेत्रों में जल का खारापन दूर करना कुछ वृद्धिमूलक उपाय हैं, जिनमें काफी पूँजी लगती है। धारणीयता हासिल करने के लिए मांग प्रबंधन आवश्यक है। सिंगापुर में उपयोग में लाई जाने वाली एकीकृत जल आपूर्ति एवं उसके उपयोग की नीति (बॉक्स 5.3 को देखें) को प्रोत्साहित किया जाना चाहिए।

वित्त पोषण एवं संस्थागत मुद्दे

5.43 शहरी क्षेत्रों में जल आपूर्ति करना मूल रूप से शहरी स्थानीय निकाय की जिम्मेदारी है। जल आपूर्ति परियोजना के वित्त पोषण के लिए सार्वजनिक निजी सहभागिता को आकर्षित करने के लिए प्रयास किए जा रहे हैं, जो कि कुछ ही मामलों में देखा गया है (देखें बॉक्स 5.4) सरकारी निवेशों के बंदोबस्त के लिए पीपीपी महत्वपूर्ण है और यह निजी क्षेत्रक प्रबंधन

क्षमताओं के लिए भी जरूरी है। पीपीपी के माध्यम से सफलता हासिल करने के लिए सुधार निश्चय ही पूर्व शर्त होनी चाहिए। ये व्यंग्यात्मक है कि शहरी यूटीलटीज हुडको, एलआईसी और सरकारी आदि अन्य से निधि प्राप्त करती हैं। जिनके लिए कोई सुधार की शर्त नहीं रखी जाती है, लेकिन दूसरी तरफ राज्यों को जेएनएनयूआरएम जैसे स्कीमों के माध्यम से सुधारों को कार्यान्वित करने के लिए अतिरिक्त वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है।

5.44 दसवीं योजना के दौरान विचार-विमर्श किए गए जल आपूर्ति संबंधी क्षेत्रक के अनेक संस्थागत मुद्दे अब भी वैध हैं। जल आपूर्ति स्कीमों को पूरी तरह या आंशिक रूप से अनुदान के रूप में वित्त-पोषण का युक्तिकरण कम किराया वसूली के कारण निधि उगाहने के संबंध में यूएलबी की अक्षमता, उनकी कमजोर वित्तीय हालत के कारण प्रयासों में वृद्धि नहीं हो पाती है। राज्य स्तरीय यूटीलटीज से जल आपूर्ति की जिम्मेदारी स्थानीय निकायों/पंचायतों को व्यापक जिम्मेदारियों के साथ सौंपना, आदि जारी है।

5.45 जल आपूर्ति प्रणालियों के रख-रखाव के संबंध में 12वें वित्त आयोग द्वारा स्थानीय निकायों को भारी अनुदान देने के बावजूद भी जमीनी स्तर पर काफी सुधार होना शेष है। विभिन्न संस्थानों जैसे, यूएलबी, राज्य स्तरीय एजेंसियों और विभागों के बीच विभिन्न जिम्मेदारियों की ओवरलैपिंग से ग्राहकों के प्रति जवाबदेही और जिम्मेदारी में कमी आ जाती है।

बॉक्स 5.3

जनोपयोगी सेवा बोर्ड (पब) सिंगापुर

पब सिंगापुर में एक राष्ट्रीय जल एजेंसी है, जिसके पास जल, उत्सर्जित जल और स्टॉर्म जल प्रबंधन का सिटी इस्टेट का प्रभार है। यह एजेंसी 4.5 मिलियन लोगों को सार्वजनिक सेवाएं उपलब्ध कराती है, और अनेक उद्योगों को भी सेवाएं उपलब्ध कराती है, जिसके लिए सघन जल उपयोग की आवश्यकता होती है। इस समग्र जल प्रबंधन प्रणाली का विकास एवं कार्यान्वयन पिछले लगभग 40 वर्षों से चल रहा है। पब के समग्र दृष्टिकोण से जल संसाधनों के विविधीकरण, जिनमें जल का पुनर्पयोग, खारेपन को दूर करना, स्टॉर्म जल का भंडारण नए जल भंडारण में करना और उद्योगों को उच्च गुणवत्ता के साथ रिसाइकिल्ड जल आपूर्ति करना आदि ने बाहरी जल स्रोतों पर कम निर्भर बना दिया गया है, जिसमें कुछ आपूर्ति जल के पुनर्पयोग से होती है। जल संसाधन प्रबंधन में सिंगापुर एक चुनौतीपूर्ण वातावरण हमारे सामने प्रस्तुत करता है, जो कि एक छोटा, परन्तु सघन रूप से बसा हुआ सिटी इस्टेट है। अपने प्रघालनों के माध्यम से पब ने जल के नुकसान संदर्भ में महत्वपूर्ण परिणाम दिखाए हैं, जिसमें पाइपों से लीकेज और मीटरों का ठीक न होना, आदि शामिल हैं। यह अपने लोगों को जल और उत्सर्जित जल सेवाएं सी प्रतिशत उपलब्ध कराता है और इसकी नीतियों और सेवाओं को सार्वजनिक और राजनीतिक स्वीकार्यता प्राप्त होती रही है। इसने जल की कीमतों में काफी बड़ा बदलाव किया है, जिसका उद्देश्य रहा है कि बढ़ी दर की संरचना से जल के अधिक कुशल उपयोग को प्रोत्साहित किया जाए। पब कम लागत पर उद्योगों एवं समुदाय को उच्च परिकृत एवं उच्च गुणवत्ता वाले जल की आपूर्ति करता है। एनई वाटर के रूप में ब्रांडेड रिक्लेन्ड जल सिंगापुर में उच्च गुणवत्ता वाला माना जाता है। सिंगापुर घरों में कम लागत पर जल आपूर्ति करने के लिए जाना जाता है, जिसका शुल्क भी कम होता है। जबकि नए उपकरणों और प्रणालियों पर पूँजी निवेश काफी बड़ी मात्रा में किया गया है। घरों के बारे में इसका निर्देशित, " जल सक्षम होम " प्रचार - प्रसार, घरों में जल का उपयोग के बारे में और उनके मीटर के बिलों को काफी हद तक कम रखने में सहायता प्रदान करता है। जल उद्योगों के साथ कार्यान्वयन के सभी पहलुओं के बारे में यह गहन कार्यक्रम सहभागिता के माध्यम से यह आउटसोर्सिंग कौशल के लिए आदर्श माना जाता है। इसके माध्यम से इसने एक ऐसे उद्योग को विकसित किया है, जो इस ज्ञान और कौशल के व्यापक प्रकाश को क्षेत्रों को हस्तांतरित करते और साथ ही में उद्योग कौशल और क्षमताओं और सिंगापुर में अनुसंधान को आकर्षित करने में सक्षम हैं। जल प्रबंधकों की शिक्षा के लिए पब की यह कहानी अध्ययन हेतु एक उदाहरण के रूप में उपयुक्त प्रतीत होती है। पब ने 2007 का सम्माननीय स्टोक होम उद्योग जल अवार्ड भी जीता है।

बॉक्स 5.4

शहरी जल आपूर्ति में सार्वजनिक निजी भागीदारी

शहरी जल आपूर्ति क्षेत्रक में तमिलनाडू पीपीपी को आकर्षित करने में एक फॉर रनर रहा है। 42% पर, यह देश का उच्च शहरीकृत राज्य है। राज्य में पहले से ही "तिरुपुर जल आपूर्ति एवं सीवरेज परियोजना" शुरू कर दी गयी है, जिस पर रुपये 1023 करोड़ की लागत आई थी। इस प्रकार प्रति किलोलीटर जल का अनुमान स्तर पर लागत 30 रुपए है, जो कि सीवरेज पूँजी लागत, प्रचालन व्ययों और पूँजी लागत की वसूली के कारण बहुत उच्च रहता है। पीपीपी में अगली परियोजना 100 एमएलडी प्रतिदिन डीसेलिडेशन परियोजना चेन्नई की जल आपूर्ति के लिए है।

शुल्क, प्रचालन और अनुरक्षण (ओ एण्ड एम)

5.46 शोधित पेयजल के अधिक उपयोग को कम करने के लिए वास्तविक जल शुल्क विकसित करना मांग प्रबंधन हेतु एक महत्वपूर्ण पहलु है। इस महत्वपूर्ण उपाय के बारे में देश के अनेक शहरी स्थानीय निकायों ने कुछ बड़े शहरों को छोड़कर कहीं कुछ नहीं किया है, जिन्होंने उपभोक्ताओं को जल संबंधी मीटर संस्थापित करके कुछ कदम उठाए हैं। इस संबंध में धीमी प्रगति का बड़ा कारण है, कि बड़ी संख्या में उच्च गुणवत्ता के मीटर उपलब्ध नहीं थे, क्योंकि वर्तमान में मीटर के विनिर्माण की सुविधा लघु उद्योगों के पास ही हैं, जिनके पास अधिक मात्रा में मीटर बनाने की क्षमता नहीं है।

5.47 जल आपूर्ति में निम्न धारणीयता और समानता के लिए अपर्याप्त वित्तीय संसाधनों की कमी के प्राथमिक कारणों में से एक है, जिससे ओ एण्ड एम का स्तर काफी कमजोर रहता है। प्रचालन, अनुरक्षण और राजस्व समाहरण की जिम्मेदारी आमतौर पर निर्वाचित शहरी निकाय (यूएलबी) के पास होती है, जबकि विशिष्ट निकाय प्रांतीय सरकारों के अनुमोदन के बिना जल का शुल्क बढ़ाने के लिए सक्षम नहीं हैं। स्थानीय निकाय आम तौर पर जल आपूर्ति कैपिटल वर्क्स के लिए और साफ - सफाई के लिए राज्य सरकार से 10% से 60% तक के बीच अनुदान सहायता प्राप्त करते हैं। आमतौर पर उन्हें जल आपूर्ति और सीवरेज के प्रबंधन और प्रचालन हेतु कोई सहायता अनुदान प्राप्त नहीं होता। देश के अनेक भागों में नगर पालिका निकाय अपर्याप्त संसाधनों की दिक्कतें उठाती हैं। मांग और समुदाय द्वारा उसके भुगतान की इच्छा का मूल्यांकन एक ऐसे आधार को तैयार करने में सहायक होगा, जिससे जल प्रबंधन सेवाओं की कीमत आंकी जा सके और वित्तीय धारणीयता की उपलब्धि के लिए पूर्ण लागत की वसूली संबंधी नीतियों की संभावनाओं को स्पष्ट किया जा सके।

शहरी जल आपूर्ति के लिए 11वीं पंचवर्षीय योजना के कार्यक्रम

5.48 11वीं योजना के अंत तक 2012 में समूची शहरी आबादी को सौ प्रतिशत जल आपूर्ति सुलभ कराने की दृष्टि से यह अनुमान लगया गया है कि रुपये 53,666 करोड़ रुपए की आवश्यकता होगी। शहरी क्षेत्रों में सुधार सम्बद्ध व इंफ्रास्ट्रक्चर सुविधाएं उपलब्ध कराने की दृष्टि से भारत सरकार ने दो नये कार्यक्रम शुरू किए हैं, अर्थात् —

- (i) जवाहर लाल नेहरू राष्ट्रीय शहरी नवीकरण मिशन (जेएनएनयूआरएम) द्वारा 2001 की जनगणना के अनुसार 1 मिलियन से अधिक जनसंख्या वाले 63 शहरों को कवर करना, जिनमें 35 मैट्रो शहर अन्यराज्यों की राजधानियां और सांस्कृतिक रूप से महत्वपूर्ण कस्बे भी शामिल हैं।
- (ii) लघु और मध्यम कस्बों के लिए शहरी इंफ्रास्ट्रक्चर विकास स्कीम (यूआईडीएसएसएमटी), जो 2001 की जनगणना के अनुसार 1 मिलियन से कम जनसंख्या वाले सभी कस्बों को कवर करते हुए शेष 5098 कस्बों को कवर करेगी।

5.49 जेएनएनयूआरएम का कार्यान्वयन 2005-2012 तक की अवधि में किया जाना परिकल्पित है, जिसके लिए वैकल्पिक तौर पर 1,00,000 करोड़ रुपए का परिव्यय रखा गया है। जिसमें राज्यों और यूएलबी(ज) द्वारा किया जाने वाला 50,000 करोड़ रुपए का अंशदान शामिल है। कार्यक्रम के तहत जल आपूर्ति और साफ - सफाई को प्राथमिकता दी जाती है और इसके लिए योजना निधि की 40% राशि प्राप्त होने की संभावना है। अन्य संसाधनों जैसे - उच्चतर केन्द्रीय और राज्य क्षेत्रक परिव्यय, संस्थागत वित्त पोषण पीपीपी और अन्यबाह्य सहायता संसाधनों का सदुपयोग करना भी महत्वपूर्ण है।

5.50 तटीय क्षेत्रों में जल आपूर्ति में वृद्धि करने के लिए समुद्री जल की विलवणीयता एक नए विकल्प के रूप में सामने उभर रही है। अनेक अनुसंधान संस्थानों को यह जिम्मेदारी दी गई है कि वे विस्तृत स्रोतों से सस्ती दर पर जल उत्पादन करें। जब कि चेन्नई विलवणीयता संयंत्र 100 एमएलडी का है, जो काफी बड़ा है, उस पर तमिलनाडू सरकार पीपीपी के माध्यम से इस संदर्भ में प्रयास कर रही है। केन्द्रीय संस्थान जैसे बीएआरसी और एनआईओटी ने पहले से भी विभिन्न स्थानों पर विलवणीयता संयंत्र स्थापित किए हैं (देखें बॉक्स 5.5)। ऐसी प्रणालियों के माध्यम से जल उत्पादन की लागत को कम करने के लिए अनुसंधान को और उन्नत बनाए जाने की आवश्यकता है।

बॉक्स 5.5

राष्ट्रीय महासागर प्रौद्योगिकी संस्थान चेन्नई द्वारा 6 पैसे प्रति लीटर की दर से शुद्ध जल उपलब्ध कराने के लिए समुद्री जल की विलवणीयता के संदर्भ में उठाए गए कदम

राष्ट्रीय महासागर प्रौद्योगिकी संस्थान (एनआईओटी) चेन्नई एक विलवणीयकरण प्रणाली के संस्थापन और प्रचालन में सफल हो गया है, जिसकी क्षमता प्रतिदिन 1 मिलियन लीटर जल उत्पादन करना है। इस जल की गुणवत्ता का परीक्षण किया गया, जिसे अन्तरराष्ट्रीय मानकों से कहीं ऊपर पाया गया है। उदाहरण के तौर पर प्रति मिलियन दस पार्ट्स (पीपीएम) से भी कम कुल मिश्रित ठोस पाया गया, जबकि अन्तरराष्ट्रीय मानक 500 पीपीएम है। यह प्रणाली फ्लेश वाष्पीकरण के सिद्धान्त पर आधारित है, जो कि माउण्टेड बार्ज ऑफ किनारे पर कार्य करता है और अपने कार्य को सफल बनाने के लिए समुद्र से विभिन्न स्तरों पर पानी को अपनी ओर खींचता है। इस प्रौद्योगिकी के माध्यम से सतही समुद्री जल को वाष्पों में एक वायु रहित चैम्बर में एकत्र किया जाता है और फिर 600 एम की गहराई पर समुद्र से पानी खींचा जाता है और वाष्पों पर समुद्री ठंडा जल डालकर कंडेंसिंग के माध्यम से प्राप्त किया जाता है। ऑफ शोर बॉर्ज से किनारे तक एक मिलियन लिटर पानी को ले जाने के लिए विशेष सामग्री से बने और विशेष रूप से तैयार किए गए जल के थैले तैयार किए गए, जो कि दो लाख लीटर पानी ला सकते हैं और जिन्हें मछली पकड़ने वाली छोटी किश्तियों से किनारे लाया जा सकता है। एनआईओटी अब 10 एमएलडी के साथ एक लवणीकरण संयंत्र स्थापित करने पर ध्यान देगा और इसके लिए निजी क्षेत्रक की भी सहायता ली जाएगी। जल की कीमत 6 पैसे प्रति लीटर पड़ेगी। 2006 के दौरान एनआईओटी ने पहले से ही 1 लाख लीटर प्रतिदिन की क्षमता का जल लवणीकरण संयंत्र लक्ष्यद्वीप में संस्थापित कर रखा है।

भावी रूपरेखा

5.51 11वीं पंचवर्षीय योजना में इस क्षेत्रक द्वारा सामना किये जाने वाले मुद्दों का समाधान किया जाएगा और सभी को जल आपूर्ति की व्याप्ति में लेने और उसकी धारणीयता हेतु निम्न प्रकार प्रयास किए जाएंगे:

पेयजल की प्राथमिकता

- बहु उद्देश्यीय बांधों/जलाशयों का निर्माण और डिजाइन बनाते समय शहरी क्षेत्रों में घरेलू उपयोग के लिए पर्याप्त मात्रा में जल संरक्षित रखने के लिए पर्याप्त ध्यान दिया जाएगा। राष्ट्रीय जल नीति को ध्यान में रखते हुए राज्य सरकारों द्वारा इस बात पर अत्यधिक ध्यान दिया जाएगा कि शहरों और कस्बों की पेयजल की आवश्यकता को ध्यान में रखा जाए, जो कि जल संसाधनों से उपलब्ध हो सकता है। 2002 की राष्ट्रीय जल नीति की अपेक्षानुसार राष्ट्रीय जल नीति के रूप में सभी राज्यों द्वारा इसे प्रचालित किए जाने की आवश्यकता है।
- जेएनएनयूआरएम और यूआईडीएसएसएमटी कार्यक्रमों के तहत उन कस्बों और शहरों पर विशेष ध्यान दिया जाएगा, जो सतही और भूमि जल के कंटेमिनेशन से प्रभावित हैं, जो कि विभिन्न रसायनों लौह, मैंगनीज, फ्लोराइड, खारेपन, आर्सनिक, कीटनाशकों आदि के कारण हैं और निर्धारित सीमा से अधिक हैं। ऐसे सूखा प्रभावित और जल अभाव से ग्रस्त क्षेत्र शहर और गांव, जहां जल की गुणवत्ता संबंधी समस्याएं हैं, उन्हें राज्य सरकारों/यूएलबी(ज) द्वारा उनका चयन करते समय सर्वाधिक प्राथमिकता दी जाएगी।

परिसम्पत्तियों का रखरखाव

- उपयुक्त कार्यनीति विकसित करके और राज्य के विभागों/संबंधित यूएलबी(ज) के भीतर पर्याप्त अवसरचक्रात्मक सुविधाओं के सृजन द्वारा अपने इष्टतम और कुशल उपयोग के लिए, ऐसी परिसम्पत्तियों के ओएण्डएम के ऊपर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए।
- शहरी जल आपूर्ति और साफ-सफाई क्षेत्र पर स्थानीय राज्य और केन्द्रीय स्तरों पर आंकड़ों का सुदृढ़ आधार विकसित करने के लिए कम्प्यूटरीकृत एमआईएस का होना जरूरी है, ताकि निर्णय लेने, योजना बनाने और योजना अवधि में समय-समय पर आवश्यक सुधार किए जा सकें। अधिकांश राज्यों में व्यापक रूप में कम्प्यूटरीकृत एमआईएस उपलब्ध नहीं है। सिफारिश की जाती है कि केन्द्रीय सहायता के माध्यम एमआईएस प्रकोष्ठों का सृजन राज्य और केन्द्र स्तरों पर किया जाए, ताकि इस क्षेत्रक के लिए उत्तम आंकड़ा आधार विकसित किया जा सके और सूचनाओं का विनिमय हो सके।

वलयूमैट्रिक बदलाव हेतु जल मीटरों की व्यवस्था

- टेलीस्कोपी/जल शुल्क, प्रयोक्ता प्रभार संस्थापित कर उन्हें लागू किया जाए, ताकि कम शुल्क पर बुनियादी मात्रात्मक जल उपलब्ध कराने के साथ ही जल के दुरुपयोग को रोका जा सके। जल के संरक्षण और वास्तविक आधार पर राजस्व अर्जन के मद्देनजर चरणबद्ध तरीके से जल आपूर्ति हेतु मीटर प्रणाली को अनिवार्य कर दिया जाए।
- टैक्स की दरों, उपभोक्ता प्रभार आदि को निर्धारित करते समय यूएलबी(ज) को और अधिक स्वायत्ता प्रदान की जाए

और ऐसी दरों में नियमित रूप में संशोधन भी सुनिश्चित किया जाए। संविधान के 74वें संशोधन को पूर्ण रूप से कार्यान्वित किए जाने की आवश्यकता है। जल आपूर्ति एवं साफ - सफाई क्षेत्रक में एक विनियामक व्यवस्था की आवश्यकता है, जो कि निजी कार्यकर्ताओं के बीच एक आत्मविश्वास भर सके।

दुरुपयोग पर नियंत्रण एवं संरक्षण को बढ़ावा देना

- सघन लीक का पता लगाने और उसे ठीक करने को प्राथमिकता दी जाए। लीकेज और जल के दुरुपयोग के लिए दोषी पाए गए लोगों को कठोर दंड दिया जाए। यूएलबी(ज) को नगर पालिका अधिनियमों में आवश्यक परिवर्तन करने को कहा जाए।
- जल दुरुपयोग को रोकने, कम मात्रा वाले फ्लेशिंग सिस्टम्स को अपनाने और नलों का दुरुपयोग न करने पर ध्यान दिया जाए, ताकि ताजा जल की आवश्यकता को कम किया जा सके। ताजा जल के संरक्षण के संदर्भ में ऐसी प्रणालियों के उपयोग हेतु मंत्रालय/टीसीपीओ द्वारा यह मामला राज्यों और यूएलबी(ज) के साथ उठाया जाना चाहिए। केन्द्रीय लोक निर्माण विभाग अपने द्वारा निर्मित भवनों में व्यापक रूप से इन प्रणालियों का उपयोग कर सकते हैं।

सुलभता में वृद्धि

- सार्वजनिक और निजी भवनों में वर्षा के जल एकत्रीकरण की प्रणालियों को अनिवार्य कर दिया जाए और औद्योगिक और वाणिज्यिक संस्थाओं को भी इसमें शामिल किया जाए, ताकि जल का संरक्षण हो सके। यूएलबी(ज) को चाहिए कि वह ऐसे भवनों की योजनाओं को अनुमोदित न करें, जिनमें ऐसी प्रणालियों का प्रावधान न हो। ये भी उतना ही महत्वपूर्ण है कि भवन निर्माताओं द्वारा अनुमोदित प्रणालियों के कार्यान्वयन को भी वास्तव में कार्य रूप दिया जाए।
- राज्य सरकारों और यूएलबी को ऐसी स्कीमों का कार्यान्वयन करना चाहिए, जो कि भूमि जल के कृत्रिम रिचार्ज के लिए केन्द्रीय भूमि जल बोर्ड द्वारा विकसित तकनीकों के अनुरूप हों।

जल गुणवत्ता

- राज्य सरकारों और यूएलबी(ज) द्वारा जल गुणवत्ता सर्विलेस और मानीटरिंग को सर्वोच्च प्राथमिकता दी जानी चाहिए, ताकि जल से पैदा होने वाली बीमारियों से बचाव और नियंत्रण को सुनिश्चित किया जा सके। इस उद्देश्य के लिए प्रत्येक शहर और कस्बे में जल गुणवत्ता परीक्षण संबंधी

प्रयोगशालाएं स्थापित की जाएं, जिनमें योग्य कार्मिकों की तैनाती की जाए, जो इन प्रयोगशालाओं की देखरेख कर सकें और जहां पहले से ही ऐसी प्रयोगशालाएं हैं, उन्हें उपस्करों, रसायनों, मानव शक्ति, आदि यदि आवश्यक हो उनसे सुदृढ़ बनाया जाए।

वित्तीय व्यवस्था

- निजी उद्यमियों को शामिल करने के अलावा, संस्थागत वित्त पोषण, प्रत्यक्ष बाह्य निवेश, द्विपक्षीय सहायता, बहु-लेटरल एजेंसी, नई शुरु की गई पूंज वित्त विकास स्कीम (पीएफडी(ज), कर रहित नगरपालिका बॉण्ड्स, एमपीएलएडी निधि आदि के माध्यम से वित्त को बढ़ाने के लिए आवश्यक कदम उठाने हेतु प्रयास किए जाने चाहिए।

मानव संसाधन

- विभिन्न जल आपूर्ति एवं साफ-सफाई स्कीमों के सफल कार्यान्वयन और अनुरक्षण के लिए दक्ष तकनीकी मानव संसाधनों का होना जरूरी है। फिर भी कुछ राज्यों और अनेक यूएलबी की यूटीलटीज के पास पर्याप्त तकनीकी कार्मिक उपलब्ध नहीं हैं, जिससे इस क्षेत्रक पर बुरा असर पड़ता है। परिस्थितियों व शहरी विकास मंत्रालय का पीएचई प्रशिक्षण कार्यक्रम को और अधिक सक्रिय बनाया जाए और सीपीएचईओ को और अधिक निधि दी जाए, जो राज्य सरकार/यूएलबी(ज) के विभिन्न तकनीक कार्मिकों को अनेकों तकनीकी विषयों एवं प्रबंधन पहलुओं पर प्रशिक्षण दे सके।

ग्रामीण साफ-सफाई

5.52 साफ-सफाई को पेयजल और भोजन की भांति एक बुनियादी आवश्यकता के रूप में देखा जाना चाहिए। घर के भीतर या घर के पास साफ -सफाई हेतु शौचालय होना चाहिए, जिससे महिलाओं की प्राइवैसी और सम्मान को बनाए रखा जा सके। महात्मा गांधीजी जोर देते थे कि हमारे समाज के लिए साफ 'सफाई और स्वास्थ्य के बीच का जो संबंध है, वह बहुत ही महत्वपूर्ण है।

5.53 स्वास्थ्य की रक्षा के लिए जीवन में साफ - सफाई की व्याप्ति जरूरी है, जो हमारे देश में पर्याप्त नहीं है। वस्तुतः ग्रामीण क्षेत्रों में अधिकांश लोगों के लिए साफ - सफाई के रूप में खुले में मल-मूत्र त्याग की समस्या बनी रहती है। भारत में यह परम्परा संयुक्त कारकों - उनमें से अधिकांशतः पराम्परागत व्यवहारिक प्रणाली और संबंधित स्वास्थ्य परेशानियों के बारे में लोगों में जानकारी का अभाव है।

5.54 स्वस्थ पर्यावरण और साफ-सफाई के बीच लिंक को स्वीकार करते हुए एमडीजी में अन्य बातों के साथ साथ सुरक्षित

पेयजल और बुनियादी साफ-सफाई तक संधारणीय पहुंच रहित लोगों के अनुपात को 2015 तक आधा करना निर्धारित है। समग्र साफ - सफाई अभियान (टीएससी) कार्यक्रम, सरकार का फ्लैगशिप कार्यक्रम हमारे सामने एक उद्देश्यपरक लक्ष्य को रखता है, जो एमडीजी(ज) के अलावा हैं, जिनका उद्देश्य है कि देश में 11वीं योजना के अंत तक सभी को साफ - सफाई की व्याप्ति में ले लिया जाए।

10वीं योजना में ग्रामीण साफ - सफाई क्षेत्रक-टीएससी के निष्पादन की समीक्षा

5.55 केन्द्र सरकार और संबंधित राज्य/संघ शासित क्षेत्र के सरकारों की सहायता से 30 राज्यों/संघ शासित क्षेत्रों के 578 जिलों में टीएससी का कार्यान्वयन किया जा रहा है। 10.85 करोड़ निजी घरों के शौचालयों के लक्ष्य के मुकाबले जनवरी, 2007 तक पूरे किए गए शौचालयों की संख्या 2.89 करोड़ रही है। इसके अलावा लगभग 3.12 लाख स्कूल शौचालय, महिलाओं के लिए 8,900 साफ - सफाई परिसर और 99,150 बालवाड़ी शौचालयों का निर्माण किया जा चुका है। इस कार्यक्रम के लिए 10वीं योजना में 955 करोड़ रुपये का परिव्यय अनुमोदित किया गया था और प्रत्याशित वित्तीय सदुपयोग लगभग 2000 करोड़ रुपये के लगभग रहा है। 11वीं पंचवर्षीय योजना का लक्ष्य है कि 7.29 करोड़ निजी शौचालयों का निर्माण किया जाए, ताकि ग्रामीण क्षेत्रों में सभी को साफ - सफाई की व्याप्ति में लिया जा सके।

ग्रामीण साफ - सफाई की व्याप्ति संबंधी बड़े मुद्दे

5.56 चालू कार्यक्रम में घरेलू शौचालयों पर जोर दिया जाता है, यद्यपि यह सराहनीय बात है, फिर भी लोगों में धारणा परिवर्तन के लिए इसमें पुनश्चर्या और सशक्त सूचना एवं शिक्षा के प्रचार की आवश्यकता है। कार्यक्रम के मूल्यांकन अध्ययन में दर्शाया है कि 20% शौचालयों को उपयोग में नहीं लिया जाता या उनका उपयोग अन्य कार्यों जैसे भंडारण आदि के लिए किया जाता है। शौचालयों के लिए सुपर स्ट्रक्चर, जो प्राइव्सी और सम्मान की गारंटी करता है, उसके लिए कार्यक्रम के तहत निधि की उपलब्धता मार्च 2006 से ही शुरू की गई।

5.57 स्वास्थ्य जागरूकता के साथ कार्यक्रम के अभिसरण के मुद्दे को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लागू होने के बाद काफी बल मिला, यद्यपि स्कूल स्तर पर इसे पहले ही लागू कर दिया गया था। सामुदायिक स्तर पर इसे बाद में लागू किया गया। फिर भी स्कूल कार्यक्रम का निजी घरों पर काफी प्रभाव पड़ा और बच्चों ने भी व्यवहार परिवर्तन में सहायता की। अब जागरूकता

काफी बढ़ रही है और साफ - सफाई की व्याप्ति को बढ़ाने के लिए इस कार्यक्रम में इस पर कैपिटलाइज करने की आवश्यकता है। अनेक राज्यों द्वारा इस कार्यक्रम के लिए प्राथमिकता के अभाव से धन के प्रावधान में कमी रहती है और टीएससी को राज्य का हिस्सा प्राप्त नहीं होता है। ग्रामीण स्तर पर साफ - सफाई के बारे में निजी वार्ताओं पर जोर देने का अभाव रहता है और निचले स्तरों पर क्षमता निर्माण में काफी कमी रहती है, आदि कुछ ऐसे सामान्य मुद्दे हैं, जो सभी राज्यों में हैं, और इससे साफ- सफाई की व्याप्ति में विस्तार में बाधाएं उत्पन्न होती हैं।

11वीं योजना की प्राथमिकताएं

5.58 जबकि कार्यक्रम का हार्डवेयर संबंधी भाग, जो राज्यों को विभिन्न प्रकार की साफ - सफाई उपलब्ध कराने में सहायता प्रदान करता है, जारी रहेगा। मुख्य ध्यान लोगों के व्यवहार पैटर्न में परिवर्तन पर देने की आवश्यकता है। निर्मल ग्राम पुरस्कार (बाद में निर्धारित) से लोगों के स्वभाव में एक दर्शनीय परिवर्तन आया है और सम्पूर्ण सफाई की उपलब्धि के लिए पंचायतों के बीच एक स्वस्थ स्पर्धा पैदा हुई है। प्रौद्योगिकी के विकल्पों से कम लागत वाले शौचालयों के निर्माण को अपनाया जाए और समाज को अपनी पसंद के अनुसार विकल्प की छूट दी जानी चाहिए। स्कूल में साफ - सफाई पर ध्यान जारी रखने की आवश्यकता है। इसके अलावा ध्यान का अगला क्षेत्र ग्रामीण ठोस अपशिष्ट का प्रबंधन होना चाहिए। टीएससी की निधि का 10% पहले से ही इस उद्देश्य के लिए निर्धारित किया गया है। इस कार्यक्रम के लिए पर्याप्त वित्त पोषण किया जाना चाहिए, ताकि इसमें आई गति में किसी प्रकार की कमी न आ सके।

आईईसी और निर्मल ग्राम पुरस्कार - सफलता की कहानियां

5.59 टीएससी को और सशक्त बनाने के लिए भारत सरकार ने जून 2003 में एक प्रोत्साहन योजना की पहल की, जो ग्राम पंचायतों, ब्लॉकों और जिलों को पूर्ण साफ - सफाई और खुले डिफेकेशन से मुक्ति के बारे में है, जिसे "निर्मल ग्राम पुरस्कार" के रूप में जाना जाता है। प्रोत्साहन का यह तरीका जनसंख्या के मानदंड पर आधारित है। निर्मल ग्राम पुरस्कार निम्नलिखित को प्रदान किया जाता है —

- ग्राम पंचायत, ब्लॉक एवं जिले, जो शत-प्रतिशत साफ - सफाई की व्याप्ति में आ जाते हैं और वहां, शत-प्रतिशत वैयक्तिक घर साफ - सफाई की व्याप्ति में आ जाते हैं। शत - प्रतिशत स्कूल सफाई की व्याप्ति में आ जाते हैं, और

वहाँ ग्राम, ब्लॉकों और जिलों में मल त्याग खुला न होकर, एक स्वच्छ पर्यावरण होता है।

- संगठन, जो अपने भौगोलिक क्षेत्र में सम्पूर्ण साफ - सफाई की व्याप्ति सुनिश्चित करने के वाहक बनते हैं।

5.60 प्रोत्साहन योजना जंगल की आग की तरह फैली है और अनेकों पंचायत, जिन्होंने यह पुरस्कार प्राप्त किया है, उसमें और आगे विकास हो रहा है। छह राज्यों से मात्र 40 ग्राम/ब्लॉक पंचायत जिन्होंने यह पुरस्कार 2005 में प्राप्त किया है, वर्ष 2007 में उनकी संख्या 22 राज्यों से 4959 पहुँच गई है। महाराष्ट्र को 2005 में 13 पुरस्कार मिले थे, जिसे 2007 में 1974 पुरस्कार मिले हैं। इसके बाद गुजरात की उपलब्धि भी काफी महत्वपूर्ण रही है, जिसने 576 पुरस्कार जीते हैं। इस क्षेत्र में सुरवादी पंचायत के प्रयासों को बॉक्स 5.6 में रेखांकित किया गया है।

धारणीयता के लिए निर्मल ग्राम मानीटरिंग से आगे

5.61 एक बार जब ग्राम, ब्लॉक या जिला पंचायत जब पुरस्कार प्राप्त कर लेती है तो उन पर यह जिम्मेदारी का दबाव होता है, कि निर्मल ग्राम के स्टेटस को कायम रखा जाए। साफ - सफाई पर महाराष्ट्र की सफलता की कहानी में उल्लिखित विशेषताओं की धारणीयता काफी उल्लेखनीय है। विशेष रूप से महिला और बच्चों के साथ सहभागिता से निर्मल ग्राम स्टेटस कायम रहेगा। अब ऐसे गांवों को उससे अगले चरण में पहुँचकर ठोस उपसर्जन प्रबंधन और समुचित सड़क - नालियों के निकास के संबंध में धारणीयता हासिल करनी होगी।

5.62 आगे की रूपरेखा

- इस कार्यक्रम का बुनियादी उद्देश्य खुले में मल त्याग की परम्परा को समाप्त करना है। साफ - सफाई के अभियान के तहत साफ - सफाई के महत्व के बारे में लोगों के बीच

बॉक्स 5.6

महाराष्ट्र के सतारा जिले के फलटान ब्लॉक में सुरावदी पंचायत ने निर्मल ग्राम पुरस्कार (एनजीपी) कैसे जीता।

इस पंचायत में 2891 लोग हैं, जो 412 घरों में रहते हैं, जिनमें से 112 बीपीएल के घर हैं। ग्राम पंचायत का एक प्राथमिक स्कूल, एक आंगनवाड़ी केन्द्र और एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, जो पांच किलोमीटर की दूरी पर स्थित है। गांव में कोई सामुदायिक शौचालय सुविधा नहीं थी। पुरुष, महिला और बच्चे खुले में शौच करते थे। 47 वैयक्तिक शौचालयों में से 34 का उपयोग नहीं होता था (अन्य उद्देश्यों के लिए उपयोग में आते थे) गांव अत्यधिक बदबू रहती थी। नालियों की व्यवस्था नहीं थी। काफी लोग पीलिया, फ्लू, हैजा आदि बीमारियों से पीड़ित थे। अनेको बार खुले में शौच करने को बंद करने के संबंध में गांव की अनेक बैठकें हुईं। आरम्भ में यह बहुत मुश्किल कार्य लगा, क्योंकि लोग शौचालयों के निर्माण के लिए आगे नहीं आ रहे थे।

लेकिन जब संत गाडगे बाबा ग्राम स्वच्छता अभियान 2000 में शुरू हुआ तो परिवर्तन आने लगा और प्रेरणादायक अभियानों और बैठकों की शुरुआत हुई, जो कि पंचायतों द्वारा आयोजित की गई थी। इसमें स्कूली अध्यापकों और बच्चों को भी शामिल किया गया था। एक 28 सीटर परिसर और कुछ निजी युनिटों के निर्माण से साफ - सफाई अभियान की शुरुआत हुई। इसके बावजूद जो लोग खुले में शौच करते थे, उन्हें राशन की दुकान से गेहूँ और मिट्टी का तेल न देकर दंडित किया गया। यह भी निर्णय लिया गया कि जो घर अपना निजी शौचालय तैयार करेंगे, उन्हें 500 रुपये प्रदान किए जाते थे। धीरे-धीरे शौचालयों का निर्माण शुरू हुआ और बाद में इस मामले को सामुदायिक सहभागिता से पूरा किया गया।

उसी गांव की ग्राम पंचायतों और युवा समूहों ने साफ - सफाई अभियान की मानीटरिंग की। आज प्रत्येक व्यक्ति गांव में शौचालयों का उपयोग करता है। गांव के सभी घरों को गुलाबी रंग से पेंट करके समुदाय को मान्यता दी गई। अभियानों के माध्यम से लोगों को गोबर गैस संयंत्र और संसाधनों के संरक्षण के बारे में जानकारी प्रदान की गई। इस योजना को अन्य स्कीमों से जोड़ा गया और ग्रामीण विकास स्कीमों जैसे - यशवंत ग्राम समृद्धि योजना से उन्हें लाभान्वित किया गया।

स्कूल के माध्यम से इस कार्यक्रम को धारणीय बनाने के लिए महिलाओं और बच्चों को साफ - सफाई के बारे में जानकारी प्रदान की जाती है। स्कूल में साफ - सफाई और स्वास्थ्य संबंधी गतिविधियों के विकास के लिए विद्यार्थियों के लिए अतिरिक्त कक्षाओं का आयोजन किया जाता है। गांव में अब स्कूल की बेहतरीन सुविधा है और पंचायत इसमें पूरी तरह से सहभागी बन गई है, क्योंकि इसी से अभियान की शुरुआत हुई थी। लोगों में गर्व की भावना आई है वह पूरे राज्य में एनजीपी (निर्मल ग्राम पुरस्कार) प्राप्त करने में समूचे राज्य में पहला गांव बन गया है।

गांव की वर्तमान स्थिति इस प्रकार है —

घरों की संख्या

शौचालयों की स्थिति:

412

सभी शौचालयों (100%) का प्रयोग करते हैं

सामुदायिक परिसर (28 यूजर्स)

दस गोबर गैस संयंत्र शौचालय से जुड़े हैं।

जानकारी का सृजन करना है, जिसमें बच्चों पर विशेष जोर दिया जाए, क्योंकि जानकारी बच्चों से अभिभावकों के बीच और समाज के बीच ज्यादा पहुंच सकती है और इससे सफाई की मांग सृजित होगी। कार्यक्रम के साफ्टवेयर घटक जैसे आईईसी, एनजीपी, को अधिक प्राथमिकता दी जाएगी।

- जब एक बार वैयक्तिक या सामुदायिक शौचालय प्रदान कर दिए जाते हैं तो जल की मांग में भी वृद्धि होगी।
- ग्रामीण साफ - सफाई का विकास कम जल, कम लागत, इको साफ - सफाई मॉडल के आधार पर बिना जल संसाधनों पर दबाव डाले करनी होगी। ऐसी प्रणालियों का सक्रियता से विकास, उत्प्रेरण करना होगा, प्रोत्साहन और पुरस्कार देने होंगे।
- एक प्रोत्साहन प्रणाली के रूप में निर्मल ग्रामों को त्वरित ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रम (एआरडब्ल्यूएसपी) के तहत प्रति व्यक्ति सेवाओं का उच्च स्तर 40 एलपीसीडी से बढ़ाकर 55-60 एलपीसीडी करना होगा। ओ एण्ड एम की लागत को समाज से पूरा करने के लिए इसे वचनबद्धता के साथ होना चाहिए।
- साफ-सफाई अभियान में महिलाओं, किशोरियों, बच्चों, असहायों और बुजुर्गों की विशिष्ट आवश्यकताओं को विशेष नीति निर्देशों में शामिल किया जाएगा।
- ग्रामीण साफ-सफाई अभियान के तहत आपदा संभावित क्षेत्रों जैसे पहाड़ों, चोटियों, तटीय क्षेत्रों आदि पर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए।
- प्रशिक्षण, दक्षता विकास, कम जल, कम लागत पर साफ - सफाई हेतु उचित अपरटेन्सस ग्रामीण क्षेत्रों में उपलब्ध कराये जा सकें, महिलाओं के स्वयं सहायता समूह, युवाओं आदि को मेंसन और मिश्रियों को प्रशिक्षण देना, जिससे साधारण शौचालयों के निर्माण में उन्हें लगाया जा सके, के लिए अपेक्षित निवेश उपलब्ध कराया जाएगा। समुदायों को प्रोत्साहित किया जाए कि वे स्वयं सहायता समूहों को साफ्ट माइक्रो क्रेडिट उपलब्ध करायें, जिसके लिए अलग से गतिशील निधि प्रदान की जाए।
- जिन गांवों ने निर्मल ग्राम पुरस्कार प्राप्त किया है, उनके लिए मानीटरण प्रणाली की आवश्यकता है, ताकि उनके द्वारा प्राप्त सफलता को कायम रखा जा सके। सामुदायिक मानीटरण में प्राथमिक रूप से महिलाओं और बच्चों को शामिल किया जाना चाहिए। बीपीएल घरों और अनुसूचित जातियों/जनजातियों को व्याप्ति में लेने के लिए एक मानीटरण मैकेनिज्म को बारीकी से निगरानी करनी चाहिए और इसकी स्थापना राज्य स्तर पर की जानी चाहिए।

- साफ - सफाई सुविधाओं वाले स्कूलों के पास वर्षा के पानी के संचयन हेतु अलग से प्रणाली होनी चाहिए, ताकि साफ-सफाई के उद्देश्यों के लिए जल की आपूर्ति हो सके।
- समूचे ग्राम पंचायतों और पीआरआई(ज) को पुरस्कृत करने एवं मान्यता देने वाले निर्मल ग्राम पुरस्कार मॉडल, जो जागृति अग्रणी दबाव और स्थानीय स्पर्धा की भावना से विभिन्न पीआरआई(ज) में अनेक गांवों में पूर्णतया साफ - सफाई ला चुके हैं उसका आगे भी विकास जारी रहना चाहिए।
- क्षय और अक्षय ठोस अपशिष्ट, काले और स्लेटी तरल बेकार जल का पृथक्करण, और ग्रामीण सफाई के माध्यम से समग्र पर्यावरणात्मक सुरक्षा और सफाई, ठोस और तरल अपशिष्ट कार्यक्रमों को अगले ध्यान के क्षेत्र के रूप में बढ़ावा दिया जाएगा।
- विभिन्न रोजगार एवं स्वरोजगार कार्यक्रमों के तहत बिजनेस मॉडल्स के रूप में ठोस सफाई और तरल अपशिष्ट प्रबंधन के विकेन्द्रीकरण को उचित प्रोत्साहनों से प्रोत्साहित किया जाएगा।

ठोस अपशिष्ट प्रबंधन सहित शहरी साफ - सफाई

5.63 शहरी साफ - सफाई में अगला बड़ा मुद्दा है कि सभी शहरों तथा कस्बों में सभी लोगों को साफ - सफाई सीवरेज की सुविधा में कैसे कवर किया जाए और इसके लिए कैसे संसाधन जुटाए जाएं, साफ - सफाई ठोस अपशिष्ट प्रबंधन के महत्व के बारे में लोगों को कैसे जागृति लाई जाए, योजनाएं कैसे बनाएं और किस तरह कार्यान्वित करें, ताकि वे बढ़ती हुई जनसंख्या का सामना कर सकें। सृजित सुविधाओं के प्रचालन और प्रबंधन के लिए वित्त पोषण कैसे हो।

शहरी साफ - सफाई और ठोस अपशिष्ट के निपटान की स्थिति

5.64 शहरी जल आपूर्ति की प्रभारी राज्य एजेंसियों और साफ- सफाई क्षेत्रों से प्राप्त सूचना के आधार पर 31.3.2004 की स्थिति के अनुसार कहा जा सकता है कि शहरी जनसंख्या का लगभग 91% भाग जल आपूर्ति की व्याप्ति में आ गया है और सिवरेज और साफ - सफाई सुविधाएं 63% तक पहुंच गई हैं (47% को सीवर के माध्यम से और 53% को कम लागत की साफ - सफाई के आधार पर)। फिर भी पर्याप्तता, समान वितरण इन बुनियादी सुविधाओं का प्रति व्यक्ति प्रावधान अधिकांश शहरों में निर्धारित मानदंडों के अनुरूप नहीं है, उदाहरण के तौर गरीब और विशेष रूप से जो स्लम्स में रहते हैं, जिनके घर छितरे रूप में बसे हैं। उन्हें ये सुविधाएं आमतौर पर उपलब्ध नहीं हो सकीं।

5.65 वर्ष 2003-04 के दौरान श्रेणी-1 शहरों और श्रेणी-2 कस्बों में उत्सर्जित जल और उसके शोधन पर केन्द्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड द्वारा किए गए आकलन के अनुसार भारत में 921 श्रेणी-1 शहरों और श्रेणी-2 कस्बों (70 प्रतिशत से अधिक की शहरी जनसंख्या) में लगभग 26254 एमएलडी अपशिष्ट जल उत्सर्जित होता है (तालिका-5.2)। अब तक उत्सर्जित जल के शोधन के बारे में जो क्षमता विकसित की गई है वह लगभग 7,044 एमएलडी है - जो शहरी केन्द्रों की उपर्युक्त दो श्रेणियों के उत्सर्जित जल के मात्र 27% हैं।

तालिका 5.2
वर्ष 2003-04 श्रेणी-1 शहरों श्रेणी-2 कस्बों में जलापूर्ति
उत्सर्जित जल और उसके उपचार की स्थिति

मापदंड	श्रेणी - 1 शहर	श्रेणी - 2 कस्बे	कुल
संख्या (2001 की जनगणना के अनुसार)	423	498	921
जनसंख्या (मिलियन्स)	187	37.5	224.5
जल आपूर्ति (एमएलडी)	29782	3035	32817
जल आपूर्ति (एलपीसीडी)	160	81	146
फालतू जल सृजन (एमएलडी)	23826	2428	26054
फालतू जल सृजन (एलपीसीडी)	127	65	116
फालतू जल शोधन (एमएलडी)	6955 (29%)	89 (3.67%)	7044 (27%)
फालतू जल अशोधित (एमएलडी)	16871 (71%)	2339 (96.33%)	19210 (73%)

5.66 साफ - सफाई का प्रदूषण प्रभाव काफी व्यापक होता है। सतही जल के तीन-चौथाई संसाधन प्रदूषित हैं और 80% प्रदूषण मात्र सीवेज लाइन के कारण हैं। कमजोर साफ - सफाई की परिस्थितियों विशेष रूप से स्लम्स में होती हैं, जिनसे हैजा, और आंत्रशोध की बीमारियां फैल जाती हैं। समूचे भारत में जलीय बीमारियों से काफी बड़ी संख्या में नश्वरता होती है और उससे लोगों के जीवन और उत्पादकता की दृष्टि से काफी बोझ बढ़ जाता है। पर्यावरणीय स्वास्थ्य बोझ के लिए 60% के लिए जल और साफ - सफाई की बीमारियां जिम्मेदार हैं। इन सब बीमारियों का सबसे बड़ा कारण है डायरिया, जो 5 साल से छोटे बच्चों को गैर - आनुपातिक रूप से प्रभावित करता है।

5.67 यह अनुमान लगाया गया है कि देश में नगर पालिका ठोस उत्सर्जन का लगभग 1,15,000 मीट्रिक टन रोज इकट्ठा

होता है। इस प्रकार शहरों में प्रति व्यक्ति 0.2 किलोग्राम से 0.6 किलोग्राम परिकलित होता है, जो कि जनसंख्या के आकार पर निर्भर करता है। एक अनुमान लगाया गया है कि प्रति वर्ष 1.3% वार्षिक दर से ठोस उत्सर्जन में वृद्धि हो रही है। शहरी जनसंख्या में 3 से 3.5 प्रतिशत वार्षिक वृद्धि दर के कारण ठोस उत्सर्जन की समग्र मात्रा में वार्षिक रूप से शहरों में लगभग 5% वृद्धि हो रही है। बड़े मेट्रो शहरों में इसे इकट्ठा करने की क्षमता 70 से 90 प्रतिशत के बीच रहती है, जबकि अनेक छोटे शहरों में यह 50% से भी कम रहती है। यह अनुमान लगाया गया है कि शहरी स्थानीय निकाय प्रति टन ठोस उत्सर्जन के एकत्रीकरण, परिवहन, शोधन और निपटान पर लगभग रुपये 500 से 1500 प्रति टन खर्च करती हैं। इस राशि का लगभग 60-70 प्रतिशत गलियों की सफाई पर खर्च होता है और 20-30 प्रतिशत परिवहन पर और 5% से भी कम उत्सर्जन के निपटान पर खर्च होता है, जो कि यह दर्शाता है कि मुश्किल से ही उत्सर्जन के वैज्ञानिक और सुरक्षित निपटान पर कोई ध्यान दिया जाता है। अनेक नगर पालिकाओं द्वारा तो इस उत्सर्जन को डालने के लिए लैण्डफिल (भराव क्षेत्र) की पहचान तक नहीं की गई है, और अनेक नगर पालिकाओं द्वारा भराव का यह क्षेत्र समाप्त हो गया है और संबंधित स्थानीय निकायों के पास नई जमीन लेने के लिए संसाधन नहीं हैं। निपटान क्षेत्रों के अभाव में उनके एकत्रण की क्षमता भी प्रभावित हो रही है।

5.68 ठोस अपशिष्ट प्रबंधन (एसडब्ल्यूएम) सार्वजनिक स्वास्थ्य एवं सफाई का एक भाग है और भारतीय संविधान के अनुसार यह राज्य सूची में आता है, क्योंकि यह कार्य गैर-एक्सक्लिसिव, नॉन राइवल्ड, और जरूरी है। अतः सेवाएं उपलब्ध कराने की जिम्मेदारी सार्वजनिक क्षेत्रक के पास रहती है, क्योंकि यह कार्य स्थानीय प्रकृति का होता है। अतः इसकी जिम्मेदारी शहरी स्थानीय निकायों को दी जाती है। शहरी स्थानीय निकाय ठोस अपशिष्ट सेवा डिलीवरी अपने हाथ में लेती है और इसे अपने स्टाफ उपकरणों और निधि से करवाती है। कुछ मामलों में इस कार्य का कुछ भाग निजी उद्यमियों को ठेके पर दे दिया जाता है। नगर पालिका के ठोस अपशिष्ट का प्रबंधन शहरी स्थानीय निकायों का एक जरूरी एवं महत्वपूर्ण कार्य होता है, जो शहरी पर्यावरणीय दशाओं से निकटता से जुड़ा होता है। संविधान का 74वां संशोधन स्थानीय स्व शासन संस्थानों को संवैधानिक मान्यता देता है और उनके अधिकारों और जिम्मेदारियों को विनिर्दिष्ट करता है।

5.69 बहुत कम शहरी स्थानीय निकायों ने अपने शहर के संबंध में ठोस अपशिष्ट प्रबंधन के संबंध में दीर्घकालीन प्रभावी योजनाएं तैयार की हैं। दीर्घकालीन आर्थिक समाधान के लिए

दीर्घकालिक धारणीय आधार पर प्रणालियों की योजनाएं बनाना आवश्यक है। पर्यावरण एवं वन मंत्रालय, भारत सरकार ने नगर पालिका ठोस अपशिष्ट (प्रबंधन एवं हैंडलिंग) नियमावली 2000 अधिसूचित किए हैं, ताकि इस समस्या का मुकाबला किया जा सके। शहरी जनसंख्या में होने वाली वृद्धि के साथ नगर पालिका के ठोस अपशिष्ट में वृद्धि होना एक स्वाभाविक बात है। नगर पालिका ठोस उत्सर्जन के रिसाईकलिंग, उसके पुनर्उपयोग, उत्सर्जन में कमी लाने के लिए संसाधनों की वसूली और प्रभावी और आर्थिक निपटान के लिए उन्नत प्रौद्योगिकी के लिए उपायों को अपनाना समय की मांग है।

5.70. विगत वर्षों में सामुदायिक जागरूकता लाने के संबंध में कोई ठोस प्रयास नहीं किए गए हैं। इसका शायद यह कारण रहा हो कि संभावित कमजोर उत्सर्जन प्रबंधन जोखिमों के बारे में या सामान्य उपायों से कोई भी नागरिक ऐसा कर सकता है, जिससे उत्सर्जन वृद्धि में कमी लाई जा सकती है और ठोस उत्सर्जन वृद्धि के प्रभावी प्रबंधन को विकसित किया जा सकता है। सामुदायिक संवेदनशीलता और सार्वजनिक जागृति की डिग्री बहुत निम्न रही है।

5.71. चूंकि हमारे अधिकांश शहरों में बहुतसी अप्राधिकृत आवास कालोनियां हैं जिनमें सीवरेज की सुविधा नहीं मुहैया कराई गई है, उनका अपशिष्ट बिना उपचार के जल निकायों में बहकर उन्हें प्रदूषित कर देता है। शहरों में समूचे शहर के सीवेज का उपचार किए जाने की आवश्यकता है।

5.72. बढ़ते शहरीकरण ने स्टोर्म जल ड्रेनिंग प्रणालियों को अपर्याप्त बना दिया है, जिससे मुम्बई की तरह शहरों में बाढ़ की पुनरावृत्ति होने लगी है।

10वीं योजना में क्षेत्रक के निष्पादन की समीक्षा

5.73. 10वीं योजना का लक्ष्य था कि जनसंख्या के 75% भाग को सीवरेज और साफ - सफाई की व्याप्ति में लिया जाए, जबकि योजना के आरम्भ में 57% भाग ही व्याप्ति में था। साफ - सफाई के लिए 23,157 करोड़ रुपये के निवेश की जरूरत और ठोस उत्सर्जन प्रबंधन के लिए रुपये 2,322 करोड़ का परिकलन किया गया था। 10वीं योजना के आरम्भ में राज्यों को साफ - सफाई क्षेत्रक में सहायता पहुंचाने के लिए कोई योजना नहीं थी और 10वीं योजना ने त्वरित शहरी जल आपूर्ति कार्यक्रम (एयूडब्ल्यूएसपी) में साफ - सफाई को शामिल करने के लिए एक विपुल क्षेत्र सुझाया। जवाहरलाल नेहरू शहरी नवीकरण मिशन के शुरू होने और छोटे और मध्यम कस्बों के लिए शहरी इन्फ्रास्ट्रक्चर विकास स्कीम (यूआईडीएसएसएमटी), एयूडब्ल्यूएसपी कार्यक्रम को यूआईडीएसएसएमटी में मिला

दिया गया और स्कीम में अब साफ- सफाई के वित्त पोषण को भी शामिल किया जाता है।

5.74. 10वीं योजना में ठोस अपशिष्ट प्रबंधन और ड्रेनिज की केन्द्रीय स्कीम को एअरफील्ड टाउन्स में भी शुरू किया गया। हमारे देश में हवाई जहाजों की दुर्घटनाओं में पक्षियों का टकराना मुख्य कारणों में शामिल है, जिससे कीमती रक्षा एअरक्राफ्ट का नुकसान होता है और पायलेट के अमूल्य जीवन की हानि होती है। रक्षा मंत्रालय द्वारा एक अन्तर - मंत्रालयी संयुक्त उप समूह के गठन की सिफारिश की गई, जो उचित साफ - सफाई सुविधाएं उपलब्ध करा सके, जिसमें ठोस अपशिष्ट प्रबंधन और ड्रेनेज भी शामिल हैं, ताकि निम्नलिखित 10 कस्बों में पक्षियों के टकराने की दुर्घटनाओं से बचा जा सके, जहां भारतीय वायु सेना के एअरफील्ड हैं — ग्वालियर (मध्य प्रदेश), अम्बाला (हरियाणा), हिंडेन (उत्तर प्रदेश), जोधपुर (राजस्थान), तेजपुर (असम), डंडीगल (आंध्रप्रदेश), सिरसा (हरियाणा), आदमपुर (पंजाब), पुणे (महाराष्ट्र), बरेली (उत्तर प्रदेश)।

5.75. सभी स्कीमों में निष्पादन के अधीन हैं और निष्पादन के विभिन्न चरणों में हैं, और इनके 10वीं योजना अवधि में ही पूरा होने की संभावना थी, परन्तु अभी तक पूरी नहीं हुई हैं।

शहरी साफ - सफाई के लिए 11वीं पंचवर्षीय योजना के लक्ष्य

5.76. शहरी साफ - सफाई के लिए शत-प्रतिशत जनसंख्या को व्याप्ति में लेने का लक्ष्य में रखा गया है, जिसके तहत 70% को सीवरेज सुविधा और 30% को कम लागत की साफ - सफाई द्वारा ठोस अपशिष्ट प्रबंधन के तहत शत - प्रतिशत जनसंख्या को कवर करने का लक्ष्य रखा गया है, जिसके लिए ठोस अपशिष्ट प्रबंधन का प्रावधान किया गया है। अनुमान लगाया गया है कि इन कार्यक्रमों में साफ - सफाई के लिए रुपये 53,168 करोड़ और ठोस अपशिष्ट प्रबंधन के लिए रुपये 2,212 करोड़ की जरूरत होगी।

5.77. जबकि जेएनएनयूआरएम से जल आपूर्ति एवं साफ - सफाई के लिए रुपये 40,000 करोड़ उपलब्ध हो सकेंगे, इस स्थिति में यह कहना मुश्किल होगा कि साफ - सफाई और ठोस अपशिष्ट प्रबंधन के लिए ये अलग-अलग होगी। इन कार्यक्रमों के लिए बाह्य सहायता ली जा सकेगी और राज्य/संघ शासित क्षेत्र अपने - अपने नियमित बजट में परिव्ययों में वृद्धि करनी चाहिए। लाभार्थियों द्वारा भी कुछ राशि के अंशदान की अपेक्षा की जाती है, क्योंकि यह उनकी आवश्यकता को भी दर्शाते हैं। पीपीपी के माध्यम से भी निधि के सीवरेज का भी प्रयोग किया जाना चाहिए है।

5.78. ठोस अपशिष्ट प्रबंधन में प्रभारी प्रशासन नागरिकों के सहयोग के महत्व को कम करके नहीं आंका जा सकता। सूत का मामला दर्शाता है कि इनसे कैसे सफलता हासिल की जा सकती है (बॉक्स 5.7)।

बॉक्स 5.7

सूत के मामले में : ठोस अपशिष्ट प्रबंधन की सफलता

सूत में 1994 में प्लेग जैसी महामारी फैलने से ठोस अपशिष्ट की ओर जनता का ध्यान आकर्षित हुआ। ईमानदारीपूर्वक स्वच्छ भारतीय घरों और गंदगी ढेरों और शहरी सार्वजनिक स्थल पर आम तौर पर पाई जाने वाली गंदगी के विषम कंट्रास्ट पर उस समय अखबारों में बहुत कुछ चर्चा में आया। शहरी गंदगी को सार्वजनिक स्वास्थ्य एवं शहरी अर्थव्यवस्था दोनों के लिए ही हानिकारक ठहराया गया।

तदनुसार परिस्थितिवश शहर की स्वच्छता के लिए सघन राजनीतिक इच्छा सृजित हुई। पीएसपी/पीपीपी आधार पर धन और व्यवसायिक प्रबंधन को जुटाया गया और शहरी क्षेत्रों की बृहद रूप से सफाई की गई। आज सूत देश के सर्वाधिक साफ शहरों में से एक है। संकेत मिलता है कि किस तीव्रता और प्रभावीता के साथ इसको हासिल किया जा सकता है, बशर्ते राजनीतिक इच्छा और संगठन मौजूद हों।

5.79. 11वीं पंचवर्षीय योजना के लिए

अपेक्षित पहलें —

- अपेक्षित डिग्री तक शोधन के बाद (इसके आखिरी उपयोग को ध्यान में रखते हुए) सीवेज की रिसाईक्लिंग और उसका उपयोग, जो विभिन्न गैर-पेय जल उद्देश्यों के लिए प्रोत्साहित किया जा सकता है। उद्योग और वाणिज्यिक संस्थापनाओं को शोधित सीवेज और रिसाईकिल किए गए जल के दोबारा उपयोग को अपनाने तथा शोधित ट्रेड तरल पदार्थों को अधिकतम सीमा तक उपयोग में लाने के लिए कहा जाए, ताकि ताजे जल की मांग को कम किया जा सके। इसके अलावा जल प्रभार पर छूट के रूप में प्रोत्साहन दिए जाएं, रियायतें दी जाएं, जो सीमा शुल्क और उत्पाद संबंधी उपस्करों और मशीनरी, आदि पर दी जा सकती हैं, और कर से छूट पर भारत सरकार द्वारा विचार किया जाए और उन्हें उन एजेंसियों को दिया जाए जो इस प्रकार के पुनः उपयोग उपस्कर संयंत्रों के विकास और प्रचालन को डील करती हैं और उपचारित सर्विज भार ट्रेड तरल पदार्थों के उपभोक्ताओं को भी ये छूट दी जाएं। इसी प्रकार सघन शहरी पड़ोस, विकेंद्रित अपशिष्ट शोधन प्रणालियाँ, जो सस्ती पड़ती हैं और दूरी को कम करती हैं, जिससे सीवेज को एक व्यावहारिक स्थल से बड़े शोधन संयंत्रों तक ले जाया जा सके।
- अनुसूचित जातियों और जनजातियों और शहरी स्लम्स में रहने वाले वंचित समूहों को जल आपूर्ति/सीवेज के गृह

कनेक्शन लेने मीटर व्यवस्था, शौचालय के निर्माण आदि पर (सब्सिडी) छूट प्रदान की जाए और इस उद्देश्य के लिए तदनुसार पर्याप्त निधि निर्धारित की जाए, ताकि राज्य सरकार/यूएलबी(ज) निधि के लिए संभावित विविधीकरण से बच सकें। इसी के साथ जेएनएनयूआरएम/यूआईडीएसएसएमटी स्कीमों के तहत शहरी स्लम्स के लिए निधि का आंतरिक निर्धारण किया जाए और उन्हें अनिवार्य बनाया जाए। यह भी आवश्यक है कि इन कार्यक्रमों की प्रगति के कार्यान्वयन के भौतिक मॉनीटरिंग हेतु एक नियमित आधार पर निधिकरण एजेंसियों द्वारा देख-रेख की जाए, ताकि विचार किए गए उद्देश्यों को पूरी तरह प्राप्त किया जा सके।

- व्यापक स्टोर्म जल अपवहन प्रणालियाँ सभी शहरों और कस्बों को उनकी आवश्यकता के अनुसार उपलब्ध करानी होंगी, ताकि आवासीय क्षेत्रों में जल के ठहराव से बचा जा सके और मानसून अवधि के दौरान सड़कों पर बाढ़ की स्थिति पैदा न हो।
- जल उत्कृष्टता के लिए एक राष्ट्रीय केन्द्र की आवश्यकता है जो विशेष रूप से ग्रामीण और शहरी जल क्षेत्रों में पेयजल और सफाई व्यवस्था क्षेत्रक की देखभाल करेगा।
- अनाधिकृत आवासीय कलोनियों को सीवेज सुविधा उपलब्ध कराने के लिए कोई तरीका तलाशने की आवश्यकता है, जिससे उन्हें इस इम्प्लीकेशन द्वारा जमीन का कोई अधिकार न मिले।

ठोस अपशिष्ट प्रबंधन (एसडब्ल्यूएन)

- यूएलबी(ज) के माध्यम से शहरी अपशिष्ट प्रबंधन प्रणालियों की अपर्याप्तता और संसाधनों की कमी के कारण पहले से ही काफी दबाव में है। जब तक ठोस अपशिष्ट प्रबंधन के लिए सम्मिलित प्रयास संसाधनों को गतिशील बनाने के लिए सुधार हेतु नहीं किए जाते हैं, और प्रणालियाँ तैयार नहीं की जाती हैं, जो बुनियादी जरूरतों को पूरा करती हैं और जो अपशिष्ट प्रबंधन की उचित प्रणालियाँ हैं, तब तक शहरी अपशिष्ट के प्रबंधन की समस्या और बढ़ेगी और पर्यावरणीय स्वास्थ्य समस्याओं को जन्म देगी।
- अतः समस्या की गम्भीरता को देखते हुए यह सिफारिश की जाती है सभी शहरों और कस्बों को ठोस अपशिष्ट प्रबंधन सुविधाएं उपलब्ध करायी जानी चाहिए।
- रसायन उर्वरकों के अधिक उपयोग और जैविक खादों के अपर्याप्त उपयोग से जमीन की उर्वरता पर काफी दुष्प्रभाव पड़ रहा है। शहरी अपशिष्ट की विपुल मात्रा इस समस्या के निराकरण में लाभदायक सिद्ध हो सकती है। शहरों और

कस्बों में शहरी ठोस अपशिष्ट से अनिवार्यतः कम्पोस्ट खाद बनाया जाए और कृषि और बागवानी में जैविक खाद के उपयोग को बढ़ावा दिया जाए और उसका कार्यान्वयन किया जाए, क्योंकि उनका मिट्टी की उर्वरा शक्ति पर महत्वपूर्ण और सकारात्मक प्रभाव पड़ता है।

- शहरी कम्पोस्ट के उपयोग से एकीकृत संयंत्र न्यूट्रियन प्रबंधन" पर अंतरमंत्रालयी कार्यदल, जो कि शहरी विकास मंत्रालय द्वारा माननीय सर्वाच्च न्यायालय की सिफारिश पर मार्च 2005 में गठित किया गया था की रिपोर्ट में सिफारिश की गई है कि तकनीकी, वित्तीय, गुणवत्तापूर्ण, विपणन और धारणीयता के पहलुओं के सदुपयोग हेतु नगर पालिका के ठोस अपशिष्ट को कम्पोस्ट के उद्देश्य के लिए उपयोग में लाया जाए। कार्यदल की रिपोर्ट को विभिन्न राजकोषीय प्रोत्साहनों/रियायतों के माध्यम से कार्यान्वित किए जाने की आवश्यकता है।
- भारतीय मानक ब्यूरो (बीआईएस) द्वारा कम्पोस्ट के लिए यथाशीघ्र गुणवत्ता संबंधी मानक निर्धारित करने होंगे। इसी के साथ इसे आवश्यक बनाया जाए कि बाजार में बिकने वाले कम्पोस्ट पर उसकी सही रसायन संरचना (एनपीके आदि) उसके बोरों पर उपभोक्ताओं के लाभार्थ स्पष्ट रूप अंकित किया जाए।
- जहां तक संभव हो, सामग्री जैसे धातु - शीशा, प्लास्टिक, रबड़, टिन, और पेपर, जो नगर पालिका अपशिष्ट में उपलब्ध होता है, उसे रिसाइकिल किया जाए, क्योंकि उनकी पर्याप्त उबार (सात्वज) कीमत होती है। इन आर्गनिक और इनर्ट सामग्री जैसे - रेत, गिट्ट, पत्थर, ईट, कंक्रीट, रबल आदि को भी कम कीमत की ईटों, सड़क सामग्री और एग्रीगेट्स के रूप में उपयोग में लाया जाए। इस प्रकार उसके पुनरुपयोग के लिए प्रयास किए जाएं और टैक्स के रियायतों और छूट आदि के रूप में पर्याप्त प्रोत्साहन उन उद्यमियों को दिए जाएं, जो ऐसी सामग्री/प्रक्रियाओं से जुड़े हैं।
- हमारे शहर बिना एकत्रित किए ठोस अपशिष्ट से भरे रहते हैं, और कोई भी सार्वजनिक स्थान या गली इनसे रहित नहीं है। यद्यपि, कचरा अपशिष्ट उठाने वालों द्वारा काफी रीसाईक्लिंग होती है, फिर भी काफी शेष रह जाता है, शहरों को स्वच्छ रखने के लिए नागरिकों की सहभागिता जरूरी है, ताकि अपशिष्ट के स्रोत को ही खत्म किया जा सके और अपशिष्ट को न्यूनतम किया जा सके। जिसका एकत्रण और निपटान न करना पड़े। नागरिकों के सहयोग के लिए एक कार्यक्रम कार्यान्वित किया जाए। संगठनात्मक सहायता के लिए गैर-सरकारी संगठनों को प्रोत्साहित किया जाए और कचरा

उठाने वालों की पहचान की जाए, ताकि अपशिष्ट की रीसाईक्लिंग संभव हो सके। संबंधी यूएलबी(ज) को प्लानिंग के स्तर पर ही पर्याप्त भूमि निर्धारित/आवंटित की जाए, ताकि वे साफ - सफाई भूमि फिल्स बना सकें। कम्पोस्ट के संयंत्र लगा सकें और अन्य प्रसंस्करण एककों की स्थापना कर सकें, और उनमें भविष्य के लिए भी विस्तारण का प्रावधान हो।

- जल गुणवत्ता के विभिन्न पहलुओं, सुरक्षित पेयजल की महत्ता उसकी व्यवस्था और भंडारण, घरों में जल संरक्षण, शौचालयों के उपयोग, शुष्क और आर्द्र कचरे को अलग रखना और उसका हाइजेनिक निपटान, वैक्टर नियंत्रण, वैयक्तिक हाईजीन आदि के बारे में जागृति अभियान जारी रखे जाने चाहिए।

पीपीपी के माध्यम से शहरी साफ-सफाई और ठोस अपशिष्ट प्रबंधन

5.80. यद्यपि, जलापूर्ति और साफ - सफाई क्षेत्रक के निजीकरण से कोई महत्वपूर्ण प्रगति आज हासिल नहीं हुई है, फिर भी निकट भविष्य में इसकी काफी ठोस क्षमता और तात्कालिक आवश्यकता बनी रहेगी। कुल मिलाकर उपभोक्ताओं से लिए जाने वाले शुल्क बहुत ही कम हैं और उन्हें बढ़ाने के लिए सामान्य रूप से उदासीनता ही देखी गई है। परिस्थितियों के अधीन जब तक लागत की पूरी वसूली को लक्ष्य नहीं बनाया जाता, तब तक निजीकरण की संरचना सफल नहीं हो सकती। यह महसूस किया गया है कि यह आसान एवं सुविधाजनक होगा कि नए क्षेत्रों में निजीकरण किया जाए, जहां निजी कम्पनियों योजना, डिजाइन, निष्पादन, प्रचालन और अनुरक्षण, बिलिंग और समाहरण, जिनमें चुनिंदा स्रोतों से बीओओए या बीओओटी आधार पर कच्चे पानी की टैपिंग शामिल है, के संबंध में स्वतंत्र रूप से कार्य कर सकें। चेन्नई में 61 सीवेज पम्पिंग स्टेशनों की सेवाएं सफलतापूर्वक ठेके पर देने और राजकोट और सूरत में अनेकों नगर पालिका सेवाएं निजी फर्मों को ठेके पर देने और साथ में सामुदायिक समूह आदि कुछ-एक उदाहरण हैं, जो प्राइवेट उद्यमियों में स्वाभिमान जागृत करते हैं।

5.81. पीपीपी परियोजनाओं में जल आपूर्ति क्षेत्रक में देश में कुछ सार्वजनिक चिंताएं हैं, जिनके कारण परियोजनाओं को या तो संस्थापित किया गया या तो बंद किया गया। यदि पीपीपी परियोजनाओं में समुदाय को शामिल किया जाता है, तो इन परियोजनाओं की अधिक स्वीकार्यता होगी। पीपीपी को पब्लिक - प्राइवेट कम्प्यूनिटी पार्टनरशिप (पीपीसीपी) के रूप में डिजाइन करके इस बाधा से निजात मिल सकती है।

रहने की स्वच्छ दशाएं

प्रस्तावना

5.82 स्वास्थ्य उद्देश्यों की उपलब्धियों में उपचारात्मक की बजाए बचावात्मक चिकित्सीय देखरेख का अधिक महत्व है। भारत में अधिकांश छूत की बीमारियों में स्वास्थ्य और गैर-स्वास्थ्य हस्तक्षेप के संयुक्त प्रयासों के माध्यम से बचा जा सकता है। हमें ऐसी व्यापक अवधारणा की आवश्यकता है, जिसमें वैयक्तिक स्वास्थ्य देखरेख, सार्वजनिक स्वास्थ्य, साफ - सफाई, स्वच्छ पेयजल, स्वस्थ और फीडिंग प्रणालियों और खाद्य के बारे में ज्ञान आदि शामिल हैं। जल, साफ - सफाई और स्वास्थ्य के एक प्रत्यक्ष संबंध रहता है। सुरक्षित पेयजल और साफ - सफाई महत्वपूर्ण निर्धारक हैं, जो कि 70-80 प्रतिशत तक संक्रामक बीमारियों के बोझ से बचाने में प्रत्यक्ष रूप से भूमिका निभा सकते हैं। सुरक्षित पेयजल के अपर्याप्त प्रावधान, मानवीय उत्सर्जन का अनुचित निपटान और सीवेज और ठोस अपशिष्ट के निपटान से अस्वस्थ और इनहाइजिनिक परिस्थितियां पैदा होती हैं। ये समग्र निजी जानकारी का अभाव मिलकर बड़ी संख्या में देश में जल जनित बीमारियों के मुख्य कारण बनते हैं।

स्वच्छ जल आपूर्ति

5.83 आने वाले दशकों में जल आपूर्ति और साफ - सफाई क्षेत्रक को अनेकों चुनौतियों का सामना करना होगा। भारत में भूजल प्रत्यक्ष रूप से उपयोग में लाया जाता है, जिसमें किसी प्रकार कोई शोधन या विसंक्रमण नहीं किया जाता। अतः इसकी गुणवत्ता एक चिंता का विषय है। नश्वरता और बीमारी को घटाने का राष्ट्रीय उद्देश्य मोटे तौर पर डायरिया और पीलिया आदि की कमी पर निर्भर करता है। वस्तुतः जल आपूर्ति और साफ - सफाई कार्यक्रम तब तक सफल नहीं हो सकता, जब तक की जल संबंधी बीमारियां कम नहीं हो जाती हैं। यह चिंता का विषय है कि जल आपूर्ति में की गई प्रगति के बावजूद जल से पैदा होने वाली बीमारियों का स्तर काफी हद तक जारी है। प्रत्येक वर्ष लगभग 10 मिलियन डायरिया के मामले, 7.2 लाख से भी अधिक टाइफाइड के मामले और 1.5 लाख से भी अधिक वॉयरल हैपेटाइटिस के प्रकरण सामने आते हैं (संलग्नक 5.1)। इनमें से अधिकांश का कारण होता है, अस्वच्छ जल आपूर्ति और साफ - सफाई की खराब दशाएं। सूक्ष्म स्तरीय अध्ययन से पता चलता है कि स्वच्छ जल की उपलब्धता और साफ - सफाई एवं हाइजीन हस्तक्षेप से डायरिया की बीमारियां औसतन रूप से एक-चौथाई से एक-तिहाई कम हो सकती हैं।

5.84 जल के संदूषण के कारण हैं - गैर-विवेकी रूप से रसायन खादों और रसायनों का उपयोग, जल स्रोतों का खराब हाइजेनिक

वातावरण, सीवेज और ठोस अपशिष्ट का अनुचित तरीके से निपटान, अशोधित औद्योगिक तरल पदार्थ, अतिदोहन जिससे गुणवत्ता में कमी आती है। इस प्रकार अतिरिक्त जल की मात्रा की आपूर्ति अपने-आप में अच्छा स्वास्थ्य सुनिश्चित नहीं करती, जल के उचित प्रबंधन और इसके संदूषण से सुरक्षा भी समान रूप से महत्वपूर्ण है।

साफ - सफाई

5.85 साफ - सफाई के अन्तर्गत वे सब गतिविधियां आ जाती हैं, जिनमें शामिल हैं, मानव के उत्सर्जन का निपटान, घरों से ठोस और तरल अपशिष्ट और औद्योगिकीय अपशिष्ट, नालियों की कमी और जगह-जगह गढ़ने से साफ - सफाई में कमी आती है, जिससे जल प्रदूषित होता है, मच्छर पैदा होते हैं, और जल की बीमारियां फैलती हैं। मलेरिया, टाइफाइड, पीलिया, हैजा, डेंगू और डायरिया सभी दूषित और अस्वच्छ दशाओं में फैलती हैं (संलग्नक 5.2)। तीन दशकों से अधिक के बाद चिकनगुनिया ज्वर एक महामारी के रूप में फूट पड़ा है। उचित साफ - सफाई के माध्यम से ही इन बीमारियों से बचा जा सकता है। दुर्भाग्यवश, साफ - सफाई की सुविधाएं काफी हद तक अपर्याप्त हैं।

5.86 जनगणना 2001 संकेत करती है कि 200 मिलियन आवास एककों, जो पूरे देश में हैं, उनमें से मात्र 40 मिलियन आवास एककों में ही शौचालय की व्यवस्था है। शहरी क्षेत्रों में 61% घरों और ग्रामीण क्षेत्रों 17% घरों में ही परिष्कृत साफ - सफाई है। ऐसे घर जिनमें स्नान घर की सुविधा, घर के भीतर है, उनकी संख्या ग्रामीण क्षेत्रों में बहुत कम है और कमजोर हालत वाले राज्यों के शहरी क्षेत्रों में भी उनकी स्थिति ठीक नहीं है। गंदे पानी की सम्पर्कता अधिक खतरनाक बनी हुई है। विकसित राज्यों में शहरी क्षेत्रों में बंद नालियों की व्यवस्था है। देश के सभी राज्यों में अधिकांश स्नान घरों में नाली की व्यवस्था नहीं है, और विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में। इसकी प्रतिशतता उड़ीसा में सर्वोच्च 73.88, असम में 72.69, और छत्तीसगढ़ में 71.81 है। घर में शौचालयों की अनुपलब्धता बिहार में 71.94 प्रतिशत, छत्तीसगढ़ 76.78% और झारखंड में 73.03% है। शहरी क्षेत्रों में जहां घरों में शौचालय नहीं हैं, उनकी प्रतिशतता गोवा में 15.26%, महाराष्ट्र में 17.75%, चंडीगढ़ में 17.83%, दिल्ली में 19.58%, तमिलनाडू में (14.84%)² है। साफ - सफाई की दशाओं सुधार करने के लिए सर्वोच्च प्राथमिकता की आवश्यकता है, ताकि एक स्वच्छ पर्यावरण घर और कार्यस्थल पर सुनिश्चित हो सके, जिनमें कारखाने, कोयले की खदान, पत्थरों की खान, और सड़क आदि भी शामिल हैं। समग्र सफाई अभियान का उद्देश्य है कि 2012 तक खुले में मल त्यागने की प्रथा समाप्त की जाए।

पर्यावरणीय प्रदूषण

5.87 गंभीर पर्यावरणीय स्वास्थ्य समस्याएं मिलियनों में लोगों को प्रभावित करती हैं, जिनसे उन्हें श्वास की समस्याएं होती हैं, और अन्य बीमारियां भी जैविक या रसायनिक एजेंट के कारण लग जाती हैं, जो कि आंतरिक और बाहरी दोनों ही स्थलों पर हो सकती हैं। मिलियनों लोग अनावश्यक रूप से रसायन और भौतिक नुकसानों का सामना घर, कार्यस्थल, या खुले पर्यावरण में करते हैं। अनेक बड़े शहरों में प्रदूषण के कारण लोगों के स्वास्थ्य पर कुप्रभाव के बारे में चिंता व्यक्त की जाती है, फिर भी ये कुप्रभाव बढ़ता ही जा रहा है और ऐसा प्रतीत हो रहा है कि आगे भी ये समस्या बढ़ती ही जाएगी, क्योंकि देश आर्थिक विकास और पर्यावरणीय संरक्षण के ट्रेड ऑफ्स में फंस चुका है। शहरी क्षेत्रों में जनसंख्या प्रतिकूल स्वास्थ्य प्रभावों की जोखिम से जूझ रही है, क्योंकि गंभीर हवाई और जलीय प्रदूषण के कारण समस्याएं बढ़ रही हैं।

5.88 पकाने और गरम करने के संबंध में ठोस ईंधन से घरों में खुली आग या परम्परागत चूल्हों से उच्चस्तरीय प्रदूषण फैलता है। घरेलू धुँएँ में स्वास्थ्य को बिगाड़ने वाले प्रदूषक होते हैं, जैसे छोटे-छोटे तत्व और कार्बन मोनोक्साइड।

5.89 भारतीय महिलाएं 60% से ज्यादा जीवन प्रजनन या प्रसूति और स्तनपान में ही बिताती हैं। अधिकांश महिलाएं खाना बनाते समय अपने बच्चों को रसोई में ही रखती हैं, इस प्रकार वे बच्चे प्रदूषक तत्वों के बीच रहते हैं। जब इनके साथ कुपोषण मिल जाता है, तो उनका विकास मंद हो जाता है, और उनके फेफड़े छोटे पड़ जाते हैं, और उन्हें ब्रोंकाइटिस की बीमारियां प्रचुरता में हो जाती हैं। अतः इस बात की तत्काल आवश्यकता है कि नियंत्रक कार्यक्रमों का कार्यान्वयन तत्काल किया जाए, ताकि पार्टिक्यूलेट और अन्य प्रदूषक एमिसन्स के स्तर को कम किया जा सके। प्रभावशीलता की दृष्टि से इन कार्यक्रमों में विभिन्न पणधारियों को शामिल किया जाए, जो वायु प्रदूषण समस्याओं की पहचान और उनके लक्षणों को जानने के लिए पहलकारी कदम उठा सकें और साथ में सशक्त स्वास्थ्य प्रभावों का अनुमान लगा सकें। समस्या की पूर्ण जानकारी और स्थानीय वस्तु के लिए इसकी क्षमता के परिणाम जानने जरूरी हैं, ताकि, प्रभावोत्पादकता के साथ हस्तक्षेपों के माध्यम से लक्ष्यों तक पहुंचा जा सके, और वायु प्रदूषकों को कम किया जा सके।

5.90 पर्यावरण प्रबंधन के संबंध में कार्यक्रम और नीतियां तैयार करते समय वायु और जलीय गुणवत्ता का मानीटरिंग महत्वपूर्ण होता है। समकालीन प्रौद्योगिकी के साथ वाजिब रूप से पर्याप्त

मॉनीटरिंग नेटवर्क तैयार करने पर प्राथमिकता दी जाए। शहरी और प्रौद्योगिकी विकास आयोजना में सीवेज और औद्योगिक तरल अपशिष्टों के शोधन के तरीकों को जोड़ने के लिए कार्रवाई की जाए और उनका परिकलन किया जाए। उद्देश्य यह होना चाहिए कि यह सुनिश्चित किया जाए कि 11वीं योजना के अंत तक शहरों और कस्बों से कोई भी अशोधित सीवेज या निष्कासित तरल पदार्थ नदियों में नहीं बहने पाए।

11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान कार्यनीतियां

5.91 ग्रामीण क्षेत्रों में स्वच्छ जल और साफ - सफाई की शत-प्रतिशत की व्याप्ति की उपलब्धि करना, सफाई कार्यक्रम को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन से जोड़ा जाएगा। कार्यनीति में शामिल हैं:

- ग्रामीण स्तर पर स्वास्थ्य देखरेख, हाइजिन, साफ - सफाई, और पेयजल का अभिसारण।
- प्लानिंग से लेकर डिजाइन और परियोजनाओं के कार्यान्वयन और प्रबंधन की अवस्थिति तक सभी स्तरों पर पणधारियों की सहभागिता।
- पीआरआई(ज) समुदाय, एनजीओ और अन्य नागरिक सोसायटी संगठनों की सहभागिता से जल गुणवत्ता की मॉनीटरिंग और सर्वलेंस प्रणाली की संस्थापना।
- आईईसी अभियान की तरफ और अधिक ध्यान देना।

5.92 देश में सर्व स्वास्थ्य अभियान शुरू करने के लिए प्रयास किए जाएंगे, जिसमें शहरी क्षेत्रों में प्राथमिक चिकित्सा देखरेख, सुरक्षित पेयजल और साफ - सफाई को शामिल किया जाएगा।

11वीं योजना में संस्तुत परिव्यय

5.93 मार्च 2009 तक ग्रामीण पेयजल आपूर्ति की सम्पूर्ण व्याप्ति कर दी जाएगी और 11वीं योजना के अंत तक (2012) जनजागृति और निर्मल ग्राम पुरस्कार के साथ शत-प्रतिशत व्याप्ति की जाएगी। 11वीं योजना में **ग्रामीण जल आपूर्ति एवं साफ - सफाई** के लिए केन्द्रीय क्षेत्रक जीबीएस रुपये 41,826 करोड़ रखा गया है (2006-07 की कीमतों के आधार पर), 47306 करोड़ (चालू कीमतों के आधार पर) निर्धारित किया गया है। (निर्मल ग्राम पुरस्कार के लिए रुपये 6000 करोड़ सहित) और इस प्रावधान के तहत समरूप प्रावधान राज्य योजना के द्वारा भी किए जाएंगे जो 49,000 करोड़ रुपए होंगे। ग्रामीण जल आपूर्ति एवं साफ - सफाई क्षेत्रक के लिए इस प्रकार 11वीं योजना का कुल परिव्यय लगभग रुपये 1 लाख करोड़ होगा। शहरी जल आपूर्ति और साफ - सफाई क्षेत्रक के लिए कुल परिव्यय रुपये 75000 करोड़ होगा।

राज्य	डायरिया रोग (2006)		वायरल हेपेटाइटिस (2006)		टाइफायड (2006)	
	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु
आंध्र प्रदेश	1215659	124	17846	28	135550	12
अरुणाचल प्रदेश	32032	30	553	6	9098	23
असम	..	..	..	..	..	..
बिहार	..	..	..	..	..	..
छत्तीसगढ़	95202	13	1491	2	21474	6
गोवा	7631	0	15	0	68	0
गुजरात	382056	4	9396	16	7290	0
हरियाणा	285342	42	3983	11	5688	4
हिमाचल प्रदेश	347055	28	835	11	26327	5
जम्मू एवं कश्मीर	519317	32	5882	0	42369	0
झारखंड	14752	1	51	0	4707	284
कर्नाटक	939221	1279	14980	24	96147	5
केरल	475510	4	7018	6	6219	2
मध्य प्रदेश	318935	88	2499	9	28654	29
महाराष्ट्र	695723	93	43215	131	39663	8
मणिपुर	13614	17	346	0	2421	2
मेघालय	178260	33	294	2	6709	1
मिजोरम	18063	20	546	11	1392	2
नागालैंड	9176	0	112	0	2328	0
उड़ीसा	373748	40	2687	38	15387	9
पंजाब	182451	64	3829	17	17008	3
राजस्थान	318169	21	3869	78	14084	131
सिक्किम	51433	8	290	2	428	2
तमिलनाडू	116062	12	4523	0	36973	0
त्रिपुरा	150750	47	2520	14	18547	19
उत्तराखंड	94746	6	3381	0	15020	2
उत्तर प्रदेश	284709	55	3716	6	42648	13
पश्चिम बंगाल	2622968	964	7433	205	110835	70
अं. एवं निको. द्वीप.	22752	2	213	4	3055	0
चंडीगढ़	..	..	-	-	..	..
दादर एवं ना. हवेली	74661	4	126	3	646	0
दमन एवं दीव	109	0	3	0	33	0
दिल्ली	94398	85	4080	42	13774	18
लक्षद्वीप	7316	0	86	0	6	0
पांडिचेरी	137443	8	615	7	1936	1
कुल	1,00,79,263	3,124	1,46,433	673	7,26,484	651

नोट: .. का अर्थ रिपोर्ट नहीं

स्रोत: स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, जीओआई, 2006

अनुलग्नक 5.2
विभिन्न राज्यों में बड़े संचारी रोगों का भार

राज्य	मलेरिया (2005)		टीबी (2006)		एआरआई	
	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु
आंध्र प्रदेश	39099	0	142057	1184	2465743	434
अरुणाचल प्रदेश	31215	0	1593	38	43426	1
असम	67885	113	..	..	..	..
बिहार	2733	1	..	..	..	..
छत्तीसगढ़	187950	3	8689	12	132276	25
गोवा	3747	1	2228	0	25559	0
गुजरात	179023	54	41730	238	833339	17
हरियाणा	33262	0	29900	227	1269205	178
हिमाचल प्रदेश	129	0	14705	140	1545057	161
जम्मू एवं कश्मीर	268	0	2346	28	383069	0
झारखंड	193144	21	15516	5	23470	1
कर्नाटक	83181	26	76687	745	2544300	196
केरल	2554	6	13840	181	7897043	165
मध्य प्रदेश	104317	44	18866	132	478278	180
महाराष्ट्र	47608	104	52998	795	657432	192
मणिपुर	1844	3	482	20	12602	1
मेघालय	16816	41	1900	29	304097	25
मिजोरम	10741	74	936	28	41018	26
नागालैंड	2987	0	838	0	11792	0
उड़ीसा	396573	255	11443	178	768445	69
पंजाब	1883	0	20612	106	601038	66
राजस्थान	52286	22	71180	695	1299772	126
सिक्किम	69	0	2155	36	65304	7
तमिलनाडू	39678	0	28979	73	380708	220
त्रिपुरा	18008	20	971	27	279702	98
उत्तराखंड	1242	0	3522	8	130683	11
उत्तर प्रदेश	105303	0	109898	161	502869	81
पश्चिम बंगाल	185964	175	89276	820	2020983	894
अं. एवं निको. द्वीप.	3954	0	2898	10	32405	13
चंडीगढ़	432	0	..	..	..	..
दादर एवं ना. हवेली	1166	0	1544	36	118461	0
दमन एवं दीव	104	0	25	3	0	0
दिल्ली	1133	0	13544	993	323392	276
लक्षद्वीप	0	0	39	0	32093	0
पांडिचेरी	44	0	7738	125	584161	1
कुल	18,16,342	963	7,89,135	7073	2,58,07,722	3467

नोट : ..का अर्थ है रिपोर्ट नहीं दी गई

स्रोत : स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रोफाइल 2006, सीबीएचआई, डीजीएचएस

महिला शक्ति और बाल अधिकारों की दिशा में प्रस्तावना

प्रस्तावना

6.1 महिलाएं विकासशील अर्थव्यवस्था में महत्वपूर्ण योगदानकर्ता हैं और बच्चे भविष्य की पूंजी हैं। आज हमारी लगभग पचास प्रतिशत जनसंख्या महिलाओं की है जबकि 42% 18 वर्ष की आयु से कम की हैं। विकास को सच्चे मायने में सर्व-समावेशी होने के लिए हमें इनकी सुरक्षा, कल्याण, विकास, सशक्तीकरण और भागीदारी को सुनिश्चित करना होगा।

6.2 भारत सहस्राब्दि के विकास लक्ष्यों को पूरा करने के लिए वचनबद्ध है और यह महिलाओं के विरुद्ध सभी प्रकार के भेदभाव की समाप्ति संबंधी अभिसमय और बाल-अधिकारों संबंधी अभिसमय समेत अनेक अंतर्राष्ट्रीय अभिसमयों का हस्ताक्षरकर्ता है। फिर भी ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के प्रारंभ में, महिलाएं और बच्चे, हिंसा, उपेक्षा और अन्याय के शिकार बने हुए हैं। ग्यारहवीं योजना लिंग को एक अन्य मूल विषय के रूप में देखते हुए इन समस्याओं का समाधान करेगी। इसमें महिला शक्ति और महिला सशक्तीकरण की आवश्यकता को मान्यता दी जाएगी। साथ ही, इसमें सभी आयु, समुदायों और आर्थिक समूहों के बच्चों के जीवित रह सकने, उनकी सुरक्षा और समग्र विकास को सुनिश्चित किया जाएगा।

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना की दृष्टि

6.3 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना का उद्देश्य महिलाओं और बच्चों के साथ किए जाने वाले अनेक प्रकार के बहिष्कारों और भेदभावों को समाप्त करना है, यह सुनिश्चित करना है कि देश की प्रत्येक महिला और बच्चा अपनी पूरी क्षमता तक विकसित होने में सक्षम हो और आर्थिक विकास और समृद्धि का लाभ उठा सके। सफल भागीदारीपूर्ण दृष्टिकोण को जिससे महिलाओं और

बच्चों का सशक्तीकरण होता है और वे अपने स्वयं के विकास में भागीदार बनते हैं, अपनाने की हमारी योग्यता पर निर्भर करेगी। इसके लिए रूपरेखा राष्ट्रीय महिला नीति 2001 और राष्ट्रीय बाल कार्य योजना 2005 में बनाई जा चुकी है।

6.4 ग्यारहवीं योजना में माना गया है कि महिलाएं और बच्चे सजातीय श्रेणियों के नहीं हैं, वे विभिन्न जातियों, वर्गों, समुदायों, आर्थिक समूहों से संबंधित होते हैं, और भौगोलिक और विकास क्षेत्रों के एक दायरे में रहते हैं। परिणामस्वरूप, कुछ समूह अन्य की अपेक्षा अधिक कमजोर होते हैं। मानचित्रण और इन बहुविध स्थानों से उत्पन्न होने वाली विशिष्ट कमियों को समाप्त करना नियोजित हस्तक्षेपों की सफलता के लिए आवश्यक है। अतः ग्यारहवीं योजना के दौरान सामान्य कार्यक्रमगत हस्तक्षेपों के अलावा इन समूहों की विशिष्ट आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए विशेष लक्ष्य पूर्ण हस्तक्षेप भी किए जाएंगे।

6.5 योजना में सम्मिलित लैंगिक परिप्रेक्ष्य, विभिन्न पणधारियों के साथ, जिनमें महिला अर्थशास्त्रियों का एक समूह शामिल है, व्यापक रूप से विचार-विमर्श का परिणाम है। ग्यारहवीं योजना में, पहली बार, महिलाओं को न केवल समान नागरिकों बल्कि आर्थिक और सामाजिक प्रगति के अभिकर्ताओं के रूप में स्वीकार किया गया है। लिंग समानता का दृष्टिकोण इस मान्यता पर आधारित है कि महिलाओं के पक्ष में हस्तक्षेप बहुआयामी होने चाहिए और इन्हें (i) महिलाओं को मूलभूत हकों को प्रदान करना चाहिए; (ii) आर्थिक सशक्तीकरण को प्राथमिकता प्रदान कर वैश्वीकरण की यथार्थता और महिलाओं पर इसके प्रभाव से निपटना; (iii) महिलाओं के विरुद्ध शारीरिक, आर्थिक, सामाजिक, मनोवैज्ञानिक सभी प्रकार की हिंसाओं से मुक्त वातावरण सुनिश्चित करना; और

(iv) उच्चतम नीतिगत स्तरों पर, विशेषकर संसद और विधान सभाओं में महिलाओं की भागीदारी और पर्याप्त प्रतिनिधित्व सुनिश्चित करना; (v) महिलाओं को मुख्यधारा में लाने और प्रभावी नीति कार्य वहन के लिए विद्यमान संस्थागत प्रणालियों को सुदृढ़ बनाना चाहिए और नई प्रणालियां सृजित करनी चाहिए।

6.6 ग्यारहवीं योजना में बाल विकास दृष्टिकोण में यह सुनिश्चित किया गया है कि बच्चे काम, बीमारी और निराशा के कारण अपना बचपन नहीं खोएं। यह इस समझ पर आधारित है कि सभी बच्चों के अधिकार, जिसमें वे बच्चों भी शामिल हैं जो प्रतिकूल परिस्थितियों का सामना नहीं करते, हर जगह और समय सुरक्षित किए जाने चाहिए ताकि वे सामाजिक सुरक्षा दायरे से बाहर न रह जाएं। बच्चे की समग्र कल्याण के लिए जीवित रहने, विकास, सुरक्षा और भागीदारी संबंधी नीतियों का सफल एकीकरण महत्वपूर्ण है। महिला शक्ति और बाल अधिकारों के लिए 11वीं योजना की कार्यनीति का सार संक्षेप बॉक्स 6.1 में दिया गया है।

ग्यारहवीं योजना के दौरान प्रचालनीय लक्ष्य

6.7 ग्यारहवीं योजना में छः प्रचालनीय लक्ष्य निर्धारित किए गए हैं।

- 0-6 वर्ष आयु वर्ग के लिंग अनुपात को 2001 में 927 से बढ़ाकर 2001-12 तक 935 और 2016-17 तक 950 करना।
- यह सुनिश्चित करना कि सभी सरकारी योजनाओं के प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष लाभार्थियों में से कम से कम 33% लाभार्थी महिलाएं और बालिकाएं हों।
- शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) को 57 से घटाकर 28 करना और मातृ मृत्यु अनुपात (एमएमआर) को प्रति 1000 जन्म पर 3.01 से घटाकर 1 पर लाना।

बॉक्स 6.1 दृष्टिकोण का सार

1. प्रत्येक महिला और बच्चों के अधिकार को मान्यता देना ताकि वह अपनी पूर्ण क्षमता तक विकसित हो सके
2. महिलाओं और बच्चों के विभिन्न समूहों की विशिष्ट आवश्यकताओं की पहचान करना
3. महिलाओं और बाल विकास मंत्रालय के माध्यम से अंतर्देशीय अभिसरण तथा साथ ही संकेद्रित महिला और बाल प्रधान उपायों की आवश्यकता
4. स्थायी-संस्थागत प्रणालियों का सृजन करने के लिए, जिसमें विकास नियोजन की प्रक्रिया में स्वैच्छिक संगठनों और महिला समूहों के अनुभव, क्षमताएं और ज्ञान समाविष्ट हो, सिविल समाज के साथ साझेदारी

- 0-3 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों में कुपोषण के विद्यमान स्तर से घटाकर आधा करना।
- ग्यारहवीं योजना के अंत तक महिलाओं व बालिकाओं में एनीमिया को 50% तक कम करना
- बालिकाओं तथा बालकों दोनों के लिए प्राथमिक और माध्यमिक विद्यालयीय शिक्षा को बीच में छोड़ देने की दर को 10% तक घटाना

महिलाओं की स्थिति: एक संक्षिप्त दृष्टि

6.8 महिला आंदोलन के अथक प्रयासों के कारण देश में दसवीं योजना के दौरान महिलाओं संबंधी विधानों को संशोधित और अधिनियमित किया गया। विवाहित महिलाओं की संपत्ति अधिनियम (1874), हिंदू उत्तराधिकार अधिनियम (1956) को संशोधित किया गया और घरेलू हिंसा से महिलाओं की सुरक्षा अधिनियम (2005) पारित किया गया। केंद्रीय बजट 2005-06 में, पहली बार, 10 अनुदान मांगों के अंतर्गत बजटीय आवंटनों की लिंग संबंधी संवेदनशीलताओं को उजागर करते हुए एक पृथक विवरण शामिल किया गया। सार्वजनिक व्यय की समीक्षा करने के लिए लिंग संबंधी असंकलित आंकड़े संग्रह करने और लिंग आधारित प्रभाव विश्लेषण करने के लिए 52 केंद्रीय मंत्रालयों/विभागों में लिंग लेखा-जोखा प्रकोष्ठ (जेंडर बजटिंग सेल्स) स्थापित किए गए। डब्ल्यूसीपी के अंतर्गत, यह सुनिश्चित करने के लिए प्रयास किए गए कि सभी मंत्रालयों/विभागों की विभिन्न योजनाओं के अधीन कम से कम 30% निधियां/लाभ महिलाओं के लिए अलग से निर्धारित किए जाएं। यद्यपि, निष्पादन बिल्कुल संतोषजनक नहीं रहा है। दसवीं योजना की मध्यावधि समीक्षा ने उजागर किया कि यद्यपि शिक्षा विभाग को दी गई सकल बजटीय सहायता

-- बॉक्स 6.2

दसवीं योजना के दौरान महिलाओं हेतु (मुख्य) योजनाएं

- **स्वयंसिद्धा- 650** घयनित प्रखंडों में कार्यान्वित की गई। लक्ष्य- 16,000 एसएचजी उपलब्धि - 1767।
- **महिलाओं के लिए प्रशिक्षण और रोजगार कार्यक्रम हेतु सहायता (स्टेप)-** लक्ष्य- 2.50 लाख महिलाओं को प्रशिक्षण प्रदान करना। उपलब्धि- 2.31 लाख।
- **स्वावलंबन योजना-** लक्ष्य-5 लाख। उपलब्धि- 2.32 लाख।
- **कामकाजी महिलाओं हेतु होस्टल-लव्व- 12,500** महिलाओं को लाभ पहुंचाने के लिए 125 होस्टलों का निर्माण। उपलब्धि - 6976 महिलाओं को लाभ पहुंचाते हुए योजना के दौरान 111 होस्टलों का निर्माण किया गया।
- **स्वाभार- कठिन परिस्थितियों में रह रही महिलाओं को आश्रय, भोजन, वस्त्र और देखभाल मुहैया कराना।** कोई विशिष्ट लक्ष्य नहीं। उपलब्धि - 21464 महिलाओं को लाभ प्राप्त हुआ।

(जीबीएस) का 42.37% भाग डब्ल्यूसीपी के अधीन महिलाओं हेतु निकाला गया, दसवीं योजना के पहले 3 वर्षों में श्रम मंत्रालय की सकल बजटीय सहायता का केवल 5% भाग (नौवीं योजना में 33.5% की तुलना में) महिलाओं हेतु रखा गया। कई मंत्रालयों और/अथवा विभागों ने, जिन्होंने पहले अपने क्षेत्रकीय बजटों में डब्ल्यूसीपी के संबंध में सूचना दी थी, ऐसा करना बंद कर दिया। महिला और बाल विकास मंत्रालय के अंतर्गत दसवीं योजना के दौरान महिला प्रधान योजना के लिए वित्तीय आवंटन 1246 करोड़ रुपये था। संस्थानों के इस मामूली आवंटन और विद्यमान योजनाओं के अप्रभावी कार्यन्वयन के परिणामस्वरूप हम दसवीं योजना के अपने लक्ष्यों को बहुत कम प्राप्त कर पाए। महिलाओं से संबंधित चयनित विकास सूचकों को **संलग्नक-1** में देखा जा सकता है।

जनांकिकी

6.9 देश की महिला जनसंख्या 1991 में कुल जनसंख्या के 48.1% से मामूली तौर पर बढ़कर 2001 में कुल जनसंख्या का 48.3% हो गई, अर्थात् 89.4 मिलियन की वृद्धि हुई। 23.08% पर, 1991-2001 के दशक के लिए महिला जनसंख्या की वृद्धि दर पुरुष जनसंख्या की 22.26% की दशकीय वृद्धि दर से थोड़ी सी अधिक थी। ऐसा इसलिए है क्योंकि महिलाओं के लिए जन्म के समय जीवन-प्रत्याशा 1987-91 में 58.6 वर्षों से 2001-06 में 66.91 वर्षों तक लगातार बढ़ती रही है यह 63.87 वर्षों की पुरुष जीवन-प्रत्याशा से अधिक है। यद्यपि, पुरुष और महिलाओं के बीच जनांकिकीय असंतुलन बना हुआ है और कतिपय क्षेत्रों में और बढ़त भी हुआ है।

6.10 जहां समग्र लिंग अनुपात 1991 में 927 से थोड़ा बढ़कर 2001 में 933 हो गया, बाल लिंग अनुपात (0-6 वर्ष) 945 से घटकर 927 हो गया। 880 के आंकड़े पर 2003-05 के लिए जन्म के समय लिंग अनुपात और भी कम रहा।¹

6.11 1991-2001 के दशक के दौरान 16 राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों के 70 जिलों में लिंग अनुपात में 50 अंकों से अधिक की गिरावट रिकार्ड की गई। पंजाब² के फतहगढ़ साहिब जिले में 754 का सबसे निम्न लिंग अनुपात दर्ज किया गया। चित्तौड़ का असली विषय पंजाब (793)³, दिल्ली (865), हरियाणा (820)

और गुजरात (878)⁴ जैसे आर्थिक रूप से समृद्ध राज्यों में बाल लिंग अनुपात में कमी आना है। यह इस प्रसिद्ध धारण को नकारता है कि महिला भ्रूण-हत्या असाक्षरता और गरीबी के कारण उत्पन्न होती है और आर्थिक-प्रगति के साथ समाप्त हो जाएगी। 2001 की जनगणना और सच्चर कमेटी रिपोर्ट (2006) भी प्रदर्शित करती है कि समुदायों और सामाजिक समूहों में लिंग अनुपात भिन्न है। 950 पर मुस्लिमों के लिए शिशु लिंग अनुपात हिंदुओं (925) से बहुत अधिक है।

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण

6.12 महिलाओं और बालिकाओं के विरुद्ध भेदभाव उनके स्वास्थ्य के अधिकार का हनन करता है और स्वास्थ्य और पोषण अभिसूचकों के बेहतर होने के रूप में प्रकट होता है। अतः भारत अवांछनीय रूप से अत्यधिक मातृ मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर और महिलाओं में अत्यरक्तता (एनीमिया), कुपोषण, एचआईवी/एड्स की बढ़ती दरों से लगातार जूझ रहा है। एनएफएचएस 3 के अनुसार सात वर्षों की अवधि (1998-99 से 2005-06) के भीतर गर्भवती महिलाओं में अत्यरक्तता के मामले 49.7% से बढ़कर 57.9% हो गए हैं और कभी भी विवाहित रही महिलाओं के मामले में ये 51.8% से बढ़कर 56.2% हो गए हैं। इससे बच्चों में अत्यरक्तता के मामले में 5% की (79.2% तक) वृद्धि हुई है और यह उच्च मातृ-मृत्यु दर के लिए भी आंशिक रूप से जिम्मेदार है। मातृ मृत्यु दर का सीधा सह-संबंध स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं को प्राप्त नहीं कर सकने से है। संसाधनों के अभाव और युगों पुरानी भेदभावपूर्ण प्रथाओं के कारण बढ़ी संख्या में महिलाओं को बच्चों के जन्म के दौरान और उसके बाद अच्छा पोषण और देखभाल प्राप्त नहीं हो पाता, जिससे उनकी मृत्यु-दर बढ़ती है। केवल 22% माताएं 90 या उससे अधिक दिनों तक आईएफए गोलियां खाती हैं, और उनमें से आधे से भी कम के पास प्रसव-पूर्व देखभाल के लिए 3 दौर किए जाते हैं। 51.7% जन्म किसी स्वास्थ्य कार्मिक की सहायता के बिना होते हैं और भ्रूण-हत्या जैसी प्रथाएं भी महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करती हैं, क्योंकि उन्हें कई बार गर्भावस्थाओं और गर्भपातों से गुजरने के लिए मजबूर किया जाता है। परिणामस्वरूप, यद्यपि मातृ मृत्यु दर 1998 में 398 से घटकर 2001-2003 में 301 हो गई, हम प्रति 100000 जीवित

¹ आरजीआई, 2003

² 2003 आरजीआई जनगणना आयुक्त भारत द्वारा संकलित "प्रतिकूल बाल लिंग अनुपात के अभाव से भारत को हानि" (मिसिंग मैपिंग द एडवर्स चाइल्ड सेक्स रेशियो इन इंडिया) स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय और यूएनएफपीए

³ पंजाब के पटियाला जिले था संसावाल गांव। एक स्वास्थ्य सर्वेक्षण ने 1000 लड़कों पर 438 लड़कियों के चेतावनी पूर्ण आंकड़े को दर्शाया (हिंदुस्तान टाइम्स, 11 नवम्बर, 2007)

⁴ आरजीआई जनगणना आयुक्त, भारत में प्रतिकूल बाल लिंग अनुपात के अभाव से भारत को हानि, 2003

⁵ स्रोत: भारत, महापंजीयक और जनगणना आयुक्त। (2004)। प्राथमिक जनगणना सार कुल जनसंख्या: भारत की जनगणना 2001 नई दिल्ली, पृष्ठ 11

बॉक्स 6.3

अधिक शिक्षा, अधिक आय, अधिक भेदभाव

इंफोर्चेंज इंडिया (सीसीडीएस) की एक रिपोर्ट में इस लोकप्रिय धारणा पर सवाल उठाने के लिए जनगणना 2001 के आंकड़ों का उपयोग किया गया है कि साक्षरता दर का जनसंख्या पर सीधा प्रभाव पड़ता है, और साक्षर लोग लिंग संबंधी पक्षपात के शिकार होने की कम संभावना रखते हैं। यद्यपि यह उच्च जनसंख्या वृद्धि दर जैसे कुछ मामलों में सही हो सकता है, यही तर्क बाल लिंग अनुपात के संबंध में सही नहीं पाया जाता।

धन रखते हैं, केवल लड़कों को पालेंगे

	समग्र लिंग अनुपात*	बाल लिंग अनुपात*	भारत की कुल जनसंख्या में समानुपात**	समग्र साक्षरता दर **	महिला साक्षरता दर**	महिला कार्य भागीदारी दर**
हिंदू	931	925	81.4	65.1	53.2	27.5
मुस्लिम	936	950	12.4	59.1	50.1	14.1
जैन	940	870	0.4	94.1	90.6	9.2
सिख	893	786	1.9	69.4	63.1	20.2
इसाई	1,009	964	2.3	80.3	76.2	28.7
बौद्ध	953	942	0.8	72.7	61.7	31.7
अन्य	992	976	0.7	47	33.2	44.2

टिप्पणी : *प्रति 1,000 पुरुष पर महिलाओं की संख्या के रूप में; **प्रतिशत के रूप में

उत्तर-दक्षिण में अंतर

पंजाब	798	केरल	960
हरियाणा	819	तमिलनाडु	942
दिल्ली	868	कर्णाटक	946
बिहार	845	आंध्र प्रदेश	961

बाल लिंग अनुपात (0-6) प्रति 1000 लड़कों पर लड़कियों की संख्या के रूप में

स्रोत : लुप्त होती बालिकाएं-इन्फोर्चेंज इंडिया, समाचार और विशेषताएं विकास समाचार-पत्र, भारत, अक्टूबर, 2004

जन्म पर मातृ मृत्यु दर को 200 तक कम करने के दसवी योजना के लक्ष्य को प्राप्त करने से अभी भी बहुत दूर हैं। उत्तर प्रदेश (707), उत्तरांचल (517), असम (409) और मध्य प्रदेश (498) जैसे राज्य बहुत उच्च मातृमृत्यु दर रखते हैं।

6.13 जबकि महिलाओं के विवाह की औसत आयु 1961 में 15.5 वर्ष से बढ़कर 1997 में 19.5 हो गई, तथापि 44.5% महिलाओं का विवाह 18 वर्ष के आयु से पहले हो जाती है। कतिपय राज्य, जैसे झारखंड (61.2%), बिहार (60.3%) और राजस्थान (57.1%) में लड़कियों का जल्दी विवाह का% बहुत अधिक है। अन्य चीजों में इसका परिणाम शीघ्र गर्भावस्था होता है और महिला एवं बच्चे के स्वास्थ्य पर इसका प्रभाव पड़ता है।

6.14 महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाएं भी अतुलनीय रूप से नहीं मिल पाती हैं। स्वास्थ्य केंद्रों में नहीं जा सकने और गरीबी के कारण उन्हें समय पर चिकित्सा सहायता नहीं प्राप्त हो पाती।

शौचालयों और पेयजल का अभाव उनके स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव डालता है। एनएफएचएस 3 आंकड़े दर्शाते हैं कि ग्रामीण क्षेत्रों में केवल 27.9% घरों और शहरी क्षेत्रों में 70% घरों को नल का पानी उपलब्ध है। इसके अतिरिक्त, ग्रामीण क्षेत्रों में केवल 25.9% घरों हेतु शौचालय उपलब्ध हैं।

6.15 स्वच्छ रसोई ईंधन की अपर्याप्तता महिलाओं और बच्चों के कार्य-भार, स्वास्थ्य और पोषण पर प्रतिकूल प्रभाव डालती है। आज की तारीख तक, ग्रामीण घरेलू ऊर्जा का 92% भाग असंसाधित जैव-ईंधनों (जलावन की लकड़ी, फसल अपशिष्ट, मवेशियों के गोबर) से प्राप्त होती है और ग्रामीण रसोई ईंधन का 85% भाग जंगलों, ग्रामीण परती भूमियों और मैदानों से एकत्र किया जाता है। महिलाएं और लड़कियां ईंधन एकत्र करने में बहुत अधिक समय व्यतीत करती हैं जिससे उनकी उत्पादकता और शिक्षा पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है। जलावन की लकड़ी और निम्न कोटि के ईंधन तथा खर-पतवार या फसल अपशिष्ट सांस संबंधी बीमारियों,

कैंसर और मोतियाबिंद, जिससे दृष्टिहीनता हो जाती है, समेत धुएं से संबंधित अनेक व्याधियों को उत्पन्न करते हैं।

6.16 इसके अलावा, यौन संक्रमित रोग भी हैं। एनएसीओ (नाको) का आंकलन है कि भारत में एचआईवी संक्रमित 3 व्यक्तियों में से 1 व्यक्ति महिला है। एक एनसीएईआर सर्वेक्षण दर्शाता है कि 70 प्रतिशत से अधिक स्वास्थ्य देखभालकर्ता महिलाएं हैं जिनमें से 21% स्वयं एचआईवी पॉजिटिव हैं। परिवार द्वारा परित्यक्त और संपत्ति से बेदखल किए जाने के फलस्वरूप वे माता से शिशु को होने वाले संक्रमण को रोकने के लिए दवाएं प्राप्त करने में अक्षम हैं। लगभग 60% एचआईवी पॉजिटिव विधवाएं 30 वर्ष से कम आयु की हैं और वे अपने मायकों में रहती हैं, इनमें से 91% को अपने ससुराल में कोई वित्तीय सहायता नहीं मिलती है। अतः महिलाओं को संक्रमित होने का न केवल अधिक खतरा होता है, बल्कि जब वे पॉजिटिव पाई जाती हैं, तो उन्हें पुरुषों की तुलना में अधिक भेदभाव का सामना करना पड़ता है।

शिक्षा

6.17 पिछले दशक में महिला साक्षरता की वृद्धि दर पुरुष साक्षरता की वृद्धि दर से 3% अधिक रही है जिसके फलस्वरूप निरक्षर महिलाओं की कुल संख्या में गिरावट आई है और यह 1991 में 200.7 मिलियन से घटकर 2001 में 190 मिलियन हो गई है। शिक्षा में लिंग संबंधी अंतर, यद्यपि, 21.7% पर लगातार उच्च बना हुआ है। इसके लिए अनेक कारक उत्तरदायी हैं - विद्यालयों में नहीं जा पाना, शौचालयों और पेयजल का अभाव, छोटी लड़कियों को विद्यालय भेजने में माता-पिता में असुरक्षा की भावना, सरकारी विद्यालयों में शिक्षा की निम्न गुणवत्ता और गैर-सरकारी विद्यालयों द्वारा उच्च शुल्क लिया जाना। साथ ही, कृषि के बढ़ते महिलाकरण के साथ, छोटे भाई बहनों की देखभाल करने, रसोई ईंधन, जल आदि एकत्र करने और घर को व्यवस्थित रखने- सभी कार्यों का दबाव लड़कियों पर पड़ता है जिससे उनकी शिक्षा और विकास पर विराम लग जाता है।

कार्य और रोजगार

6.18 गहरे जमे पितृसत्तात्मक मानदंडों और रीति रिवाजों का अर्थ है कि महिलाओं के कार्य को ध्यान में नहीं रखा जाता है और उन्हें इसका लाभ नहीं मिलता। उस पर लाद दिए गए काम का दोगुना भार (मान्यता रहित घरेलु कार्य और मान्यता प्राप्त कार्य में

निम्न वेतन) उन सामाजिक मानदंडों से मिलकर, जो उसे अपेक्षित शैक्षिक और तकनीकी योग्यताएं प्राप्त करने से रोकते हैं, फलस्वरूप वास्तविक या सांख्यिकीय दोनों ही रूप में निम्न महिला कार्य भागीदारी दर प्रस्तुत करता है। अन्य विकासशील राष्ट्रों यथा श्रीलंका (30%), बंगलादेश (37%) और दक्षिण अफ्रीका (38%)⁶ की तुलना में भारत में महिला कार्य बल की भागीदारी दर 28% (2004) थी। तथापि, एनएसएसओ के अनुसार (तालिका 6.1) ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं की काम में भागीदारी दर, जो 2000-01 में 28.7% थी, 2004-05 में बढ़कर 32.7% हो गई, जबकि शहरी क्षेत्रों में यह 2000-01 में 14% से बढ़कर 2004-05 में 16.6% हो गई। ग्रामीण और शहरी दोनों ही क्षेत्रों में महिलाओं की काम में भागीदारी दर निम्न बनी हुई है।

6.19 महिला कामगारों का क्षेत्र वार वर्गीकरण दर्शाता है कि 32.9% खेतीहर हैं, 38.9% कृषि-मजदूर हैं (20.9% पुरुषों की तुलना में), और 6.5% घरेलु उद्योग में काम करती हैं। महिलाओं में रोजगार में अधिकांश वृद्धि स्वरोजगार के रूप में हुई है, 48% शहरी और 64% ग्रामीण महिला कामगार स्वयं को "स्व-रोजगार प्राप्त" के रूप में उल्लिखित करती हैं। यद्यपि, दसवीं योजना में शहरी भारत में महिला कामगारों के नियमित रोजगार हिस्से में अच्छी वृद्धि नजर आई है।

तालिका -6.1
लिंग-वार कार्य-भागीदारी दर (1972 से 2005)

वर्ष	ग्रामीण		शहरी	
	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
1972-73	31.8	54.5	13.4	50.1
1987-88	32.3	53.9	15.2	50.6
1996-97	29.1	55.0	13.1	52.1
2000-2001	28.7	54.4	14.0	53.1
2004-05	32.7	54.6	16.6	54.9

स्रोत: राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण संगठन (एनएसएसओ)

6.20 जैसाकि शिक्षा के मामले में है, महिलाओं की रोजगार संबंधी-विशेषताएं समुदायों के अनुसार अलग-अलग होती हैं। सचवर समिति प्रतिवेदन दर्शाता है कि मुस्लिम महिलाओं में कार्य-भागीदारी दर 25% है, और शहरी क्षेत्रों में 18% तक कम है। 55%

⁶ लिंग सांख्यिकी, विश्व बैंक 2004

⁷ भारत की जनगणना 2001

⁸ एनएसएसओ 2004-05

स्व-रोजगारप्राप्त हिंदू महिलाओं की तुलना में मुस्लिम महिलाओं का एक बहुत बड़ा अंश (73%) स्व-रोजगार प्राप्त है। इससे बहुत कम मात्रा में अनुसूचित जातियों/अनुसूचित जनजातियों की महिलाएं स्व-रोजगार प्राप्त हैं, अनुसूचित जातियों/अनुसूचित जनजातियों की 45% महिलाएं, 20% मुस्लिम और 15% उच्च जाति की हिंदू महिलाओं की तुलना में अनियत कामगार हैं।

6.21 एक अन्य चिंता का विषय यह है कि रोजगार में थोड़ी वृद्धि के बावजूद 1999-2000 और 2004-05 के बीच ग्रामीण महिलाओं की औसत आय में गिरावट आई है। यह गिरावट अधिक गरीब महिलाओं, अर्थात निरक्षर महिलाओं और उन महिलाओं में जो प्राथमिक, माध्यमिक और उच्चतर माध्यमिक शिक्षा बीच में छोड़ चुकी हैं, अधिक स्पष्ट है। दूसरी ओर पुरुषों के औसत पारिश्रमिक में सभी श्रेणियों में वृद्धि नजर आती है जिससे सभी श्रेणियों हेतु ग्रामीण क्षेत्रों में 1999-00 में 0.89 से 2004-05 में 0.59 तक और शहरी क्षेत्रों में 1990-00 में 0.83 से 2004-05 में 0.75% पारिश्रमिक विषमता अनुपात (महिला पारिश्रमिक/पुरुष पारिश्रमिक का अनुपात) में और विस्तार हुआ है।

असंगठित क्षेत्र

6.22 प्रायः एक समान कार्य करने वाले असंगठित क्षेत्र के कामगार संगठित क्षेत्र के कामगारों के पारिश्रमिक का औसतन एक चौथाई पारिश्रमिक अर्जित करते हैं। यह अनुमान है कि असंगठित क्षेत्र में 118 मिलियन कामगार अथवा महिला कार्य बल का 97% कार्यरत हैं। कृषि महिला अनौपचारिक कामगारों

की मुख्य नियोजक हैं। कुल महिला कार्यबल का 75% भाग और 85% ग्रामीण महिलाएं पारिश्रमिक पाने वाले कामगार अथवा अपने/ठेके पर लिए गए घरेलू खेतों⁹ में कामगार के रूप में कृषि में नियोजित हैं। चूंकि पुरुष गैर-कृषि कार्यों की ओर रूख कर रहे हैं; कृषि का महिलाकरण बढ़ता जा रहा है। परंतु जहां किसानों का स्थान अधिकाधिक महिलाएं ले रहीं हैं, कुछ ही महिलाओं को कृषि भूमि की सुलभता, कृषि उत्पादकता को इष्टतम बनाने की उनकी योग्यता को प्रभावित करती है।

6.23 अनौपचारिक क्षेत्र गैर-कृषि भाग में 27 मिलियन कामगार अथवा महिला कार्य बल¹⁰ का 23% भाग कार्यरत हैं। यह अनुमान है कि भारत में निर्माण कार्य में लगे 31 मिलियन कामगारों में से आधे से अधिक कामगार (उनमें से 90% अनौपचारिक हैं) महिलाएं हैं। काम के मौसम आधारित होने और वैकल्पिक मार्गों के अभाव के कारण इन महिलाओं का शोषण होता है और यह सुनिश्चित हो जाता है कि ये महिलाएं सबसे निर्धन और सर्वाधिक कमजोर बनी रहें।

गृह-आधारित कामगार

6.24 अर्हताओं और प्रशिक्षण के अभाव, बाल-देखभाल सहायता की कमी, औपचारिक रोजगार की समाप्ति, सामाजिक और सांस्कृतिक-सीमाएं और विकल्पों की कमी के कारण, लगभग 57% कामकाजी महिलाएं गृह-आधारित कामगार हैं। चूंकि सर्वाधिक निर्धन समुदायों के लिए कभी-कभी गृह आधारित कार्य ही एकमात्र विकल्प होता है, इसमें अनिवार्य रूप से बच्चे और विशेषकर लड़कियां कार्यरत होती हैं।

तालिका - 6.2

विभिन्न शिक्षा स्तरों हेतु 15-59 वर्षों की आयु के निश्चित पारिश्रमिक/वेतन पाने वाले कर्मचारियों को मिलने वाला औसत पारिश्रमिक/वेतन (रुपये प्रति दिन)

श्रेणियां	ग्रामीण पुरुष		ग्रामीण महिलाएं		शहरी पुरुष		शहरी महिलाएं	
	1999-00	2004-05	1999-00	2004-05	1999-00	2004-05	1999-00	2004-05
साक्षर नहीं	71.2	72.5	40.3	35.7	87.6	98.8	51.8	48.7
प्राथमिक स्तर तक साक्षर	91.6	98.6	161.5	97.8	105.1	111.4	64.4	64.8
माध्यमिक/उच्च माध्यमिक	148.2	158.0	126.1	100.2	168.2	182.6	145.7	150.4
डिप्लो/प्रमाणपत्र	—	214.4	—	200.4	—	274.9	—	237.0
स्नातक और अन्य	220.9	270.0	159.9	172.7	281.6	366.8	234.7	269.2
सभी	127.3	144.9	113.3	85.5	169.7	203.3	140.3	153.2

स्रोत: एनएसएसओ 55वां और 61वां चक्र

⁹ योजना आयोग, लिंग और कृषि संबंध उपसमूह की रिपोर्ट, 2007

¹⁰ जीमोल उन्नी (2003), "जेडर इनफोर्मिलिटी एंड वापटी", सेमिनार, 5-31 नवम्बर, 2003

सेवा क्षेत्र

6.25 सेवा क्षेत्र में महिलाओं की संख्या में वृद्धि हुई है। एनएसएसओ आंकड़ों के अनुसार, 2000 में महिला कार्य बल का 12% भाग तृतीयक क्षेत्र में नियोजित है। फिर भी, महिलाएं उच्चतर स्तर और उच्च वेतन वाली नौकरियों में अल्पप्रतिनिधित्व रखती हैं। वस्त्र उद्योग के बाद सर्वाधिक एकल वृद्धि उन महिलाओं में हुई है जो निजी घरों में नियोजित हैं। 3 मिलियन से अधिक महिलाएं अथवा शहरी भारत में महिला कामगारों की कुल संख्या का 12% भाग घरेलू नौकरों¹¹ के रूप में कार्य करता है। इन महिलाओं को बहुत कम पारिश्रमिक मिलता है और इन्हें अक्सर कठिन परिस्थितियों में काम करने के लिए मजबूर किया जाता है। इस बात पर ध्यान देना भी महत्वपूर्ण है कि संगठित क्षेत्र की लगभग 60% महिलाएं सामुदायिक, सामाजिक और कार्मिक सेवाओं में नियोजित हैं।

सरकारी क्षेत्र

6.26 सरकारी क्षेत्र में महिलाओं का प्रतिनिधित्व 1981 में 11% से बढ़कर 2004 में 18.5% हो गया है (तालिका-6.3)। आधारभूत स्तर पर, महिलाएं पंचायती राज्य निकायों में अधिक सक्रिय भूमिका निभा रही हैं और पंचायतों में उनका प्रतिनिधित्व 1995 में 33.5% से बढ़कर 2005 में 37.8% हो गया। यद्यपि, संसद में महिलाओं की उपस्थिति में केवल थोड़ी सी ही वृद्धि हुई है; 1989 में 6.1% से बढ़कर 2004 में यह 9.1% हो गई है। संसद में महिलाओं हेतु स्थानों के आरक्षण के मुद्दे का निराकरण नहीं हो सका है। 2004 में, केवल 6 राज्य मंत्री और एक मंत्रिमंडल स्तर की महिला थी।

महिलाओं के विरुद्ध हिंसा (वीएडब्ल्यू)

6.27 शिक्षा के स्तरों में सुधार तथा सतत आर्थिक विकास के बावजूद मादा भ्रूण-हत्या, बलात्कार, अपहरण, अवैध व्यापार, दहेज संबंधी मृत्यु, घरेलू हिंसा और डायनों को मारने समेत महिलाओं के विरुद्ध सभी प्रकार की हिंसा बढ़ती जा रही है। भारत में लापता बालिकाओं की संख्या 10 मिलियन है और

यह संख्या बढ़ रही है। दहेज संबंधी मृत्यु 2002 में 6822 से बढ़कर 2004 में 7026 हो गई। 2005 में सर्वाधिक संख्या में दहेज संबंधी मृत्यु उत्तर प्रदेश में दर्ज की गई और इसके बाद बिहार और मध्यप्रदेश में दर्ज की गई। एनएफएचएस 3 दर्शाता है कि आधे से अधिक भारतीय महिलाएं मानती हैं कि पतियों के पास यदि उपयुक्त कारण हों तो वे पत्नियों को पीट सकते हैं और 37% पति ही हिंसा का शिकार होना स्वीकार करती हैं। एनसीआरबी का आंकड़ा दर्शाता है कि बलात्कार और छेड़छाड़ संबंधी अपराध प्रवृत्ति में कोई परिवर्तन नहीं आया है। वर्ष 2002-04 में बलात्कार के 84-89% मामलों में पीड़िता अपराधियों को जानती थी। नौ प्रतिशत मामलों में अपराधी-पिता, परिवार का सदस्य अथवा नजदीकी रिश्तेदार था जो कौडटम्बिक और बाल यौन दुराचार के व्याप्त होने को उजागर करता है। यौनाचार व अन्य शोषण के लिए 2005 में दर्ज किए गए 19.4% और 7.2% मामले अपहरण तथा अवैध मानव व्यापार से संबंधित थे। अभियानों के चलाए जाने और कड़े कानूनों के बावजूद 2005 में दहेज मृत्यु के 8.3% मामले दर्ज किए गए जो 2004 में दर्ज किए गए मामलों से 0.3% कम हैं। महिलाओं के विरुद्ध हिंसा की अत्यधिक घटनाओं के बावजूद, इसकी बहुत कम सूचना दी जाती है और सूचित मामलों में दोष-सिद्धि की दर अत्यधिक कम है, पति द्वारा क्रूरता के लिए दोषसिद्धि की दर 19.2% थी और दहेज और बलात्कार के मामले में 25.5% थी।¹²

ग्यारहवीं योजना के समक्ष चुनौतियां

6.28 लिंग समानता हेतु चुनौतियों तथा ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना की कार्य योजना को पंचस्तरीय कार्यक्रम में एक साथ सम्मिलित किया जा सकता है :

1. आर्थिक सशक्तीकरण सुनिश्चित करना
2. सामाजिक सशक्तीकरण का प्रबंध करना
3. राजनीतिक सशक्तीकरण को संभव बनाना

तालिका - 6.3
सरकारी क्षेत्र में महिलाएं

वर्ष	केंद्रीय सरकार			राज्य सरकार			स्थानीय निकाय			कुल (मिलियन में)		
	महिला	कुल	महिला %	महिला	कुल	महिला %	महिला	कुल	महिला %	महिला	कुल	महिला %
1981	0.14	3.19	4.3	0.65	5.67	11.4	0.41	2.04	20.4	1.2	10.91	11
2004	0.25	3.03	8.25	1.46	7.22	20.22	0.58	2.13	27.23	2.29	12.38	18.5

स्रोत: रोजगार और प्रशिक्षण महानिदेशालय, श्रम मंत्रालय, नई दिल्ली

¹¹ शहरी भारत में महिला कामगार, "मेक्रोस्केन", सी.पी. चन्द्रशेखर और जयति घोष (2007)

¹² राष्ट्रीय अपराध अभिलेख ब्यूरो, 2005

4. महिला संबंधी विधानों का प्रभावी कार्यान्वयन; और
5. महिलाओं को मुख्यधारा में लाने के लिए संस्थागत प्रणालियों का सजून करना और वितरण प्रणालियों को सुदृढ़ बनाना।

आर्थिक सशक्तीकरण सुनिश्चित करना

रोजगार

असंगठित क्षेत्र में महिलाएं

6.29 ग्यारहवीं योजना में स्वीकार किया गया है कि असंगठित क्षेत्र में महिलाओं को सामाजिक सुरक्षा की आवश्यकता है जिसमें छुट्टी, पारिश्रमिक, कार्य दर्शाएं, पेंशन, आवास, बाल-देखभाल, स्वास्थ्य लाभ, मातृत्व लाभ, सुरक्षा और व्यावसायिक स्वास्थ्य, और यौन उत्पीड़न के लिए शिकायत समिति संबंधी मुद्दे शामिल हैं। यद्यपि, असंगठित उद्यमों के स्वरूप के कारण इनमें से कुछ मुद्दों के संबंध में तत्काल कार्रवाई करना कठिन है, महिलाओं के लिए सुरक्षा, बाल देखभाल सुविधाओं, शौचालयों आदि को सुनिश्चित करने के लिए कदम उठाए जाएंगे। यह योजना असंगठित क्षेत्र में महिलाओं के लिए लघु-ऋणों की और अधिक उपलब्धता सुनिश्चित करेगी।

कृषि में महिलाएं

6.30 कृषि निविष्टियों, ऋणों, विपणन सुविधाओं की उपलब्धता में सुधार करना तथा अधिकाधिक संख्या में महिला कृषकों को प्रौद्योगिकी और कौशल संबंधी प्रशिक्षण देना ग्यारहवीं योजना में एक चुनौती है। संसाधन एकत्रीकरण और सामूहिक निवेश, वित्तीय

और अवसंरचनात्मक सहायता प्रदान की जाएगी। कृषि क्षेत्र की महिलाएं ग्यारहवीं योजना की कार्यसूची में सर्वोच्च स्थान पर होंगी और एक दो-मुखी-रणनीति अपनाई जाएगी: क) महिलाओं के लिए प्रभावी और स्वतंत्र भू-अधिकारों को सुनिश्चित करना और ख) महिलाओं की कृषिगत क्षमताओं को सुदृढ़ बनाना।

6.31 ऐसे राज्यों में जहां कृषि भूमि संबंधी संकट ने परिवारों को उजाड़ दिया है, महिलाओं की पहचान और मदद करने के लिए महिला और बाल विकास मंत्रालय द्वारा विशिष्ट योजना बनाई जाएगी। फसल नहीं होने के कारण और ऋणों का भुगतान करने की अक्षमता के कारण किसानों की आत्महत्याओं के परिणामस्वरूप महिलाओं की असुरक्षा का समाधान किया जाएगा।

भूमि

6.32 भू-अधिकार महिलाओं को न केवल आर्थिक रूप से सशक्त बनाते हैं बल्कि सामाजिक और राजनीतिक असमानताओं को चुनौती देने की उनकी योग्यता को भी सुदृढ़ बनाते हैं। ग्यारहवीं योजना में महिलाओं के लिए भू-उपलब्धता का विस्तार करने हेतु कई पहलें की जाएंगी। इसमें भू-सुधारों, निर्धनता-रोधी कार्यक्रमों और पुनर्वास योजनाओं के माध्यम से उनके लिए भूमि का सीधा हस्तांतरण सुनिश्चित किया जाएगा। इसमें सभी सरकारी भू-हस्तांतरणों में महिलाओं के लिए व्यक्तिगत या सामूहिक मालिकाना हक, भूमि को खरीदने या पट्टे पर लेने के लिए गरीब महिलाओं को ऋण सहायता, महिलाओं के उत्तराधिकार संबंधी अधिकारों हेतु अभिलेखीय और विधिक सहायता, महिला स्वामित्व वाली

तालिका - 6.4
महिलाओं की राजनीतिक भागीदारी : वैश्विक दृश्य

देश	सरकारी/अनु-सचिवीय स्तर पर महिलाएं (2005)	महिला सशक्तीकरण उपाय	संसद में महिलाओं द्वारा धारित स्थान	महिला विधानसभा सदस्य	महिला व्यावसायिक कामगार	महिला/पुरुष की अनुमानित अर्जित आय का अनुपात
भारत	3.4	-	9.2	-	-	0.31
नेपाल	7.4	-	6.7	-	-	0.50
पाकिस्तान	5.6	0.377	2.04	2	26	0.29
बांग्लादेश	8.3	0.374	14.8	23	12	0.46
श्रीलंका	10.3	0.372	4.9	21	46	0.42
मलेशिया	9.1	0.500	13.1	23	40	0.36
अमेरिका	14.3	0.808	15.0	42	55	0.62
मैक्सिको	9.4	0.597	25	25	42	0.39

स्रोत : मानव विकास रिपोर्ट (2006), संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम

भूमि पर प्रोत्साहन और राजसहायताएं देना शामिल होंगी। भूमि और उत्पादक परिसंपत्तियों पर महिलाओं के सामूहिक स्वामित्व की संभावना को तलाशा जाएगा और स्व-सहायता समूह आंदोलन के साथ उपयुक्त संपर्क बनाया जाएगा। विस्थापन के मामले में, एक लिंग संवेदी पुनर्वास नीति बनाई जाएगी जिसमें महिलाओं हेतु भूमि का समान आबंटन शामिल हो। ग्यारहवीं योजना में वनभूमि, परती भूमियां तथा अन्य संसाधनों पर निर्धन, भूमिहीन और आदिवासी महिलाओं के अधिकारों को भी सुनिश्चित किया जाएगा।

वैश्वीकरण का प्रभाव और ग्यारहवीं योजना की रणनीति:

6.33 उदासीकरण से देश की अर्थव्यवस्था में अवधारणात्मक परिवर्तन आया है। जहां इसने बढ़े हुए अवसर प्रदान किए हैं, इसने कई चुनौतियां भी पैदा की हैं। हम प्रौद्योगिकी प्रभावी क्षेत्रों की ओर बढ़ गए हैं। कई पारंपरिक जीविकाएं जो उच्च रोजगार संभावना रखती हैं, यथा हस्तकरघा तथा अन्य गृह आधारित गैर-कृषि उद्यम जिनमें महिलाएं अधिक हैं अव्यवहार्य बन गए हैं। महिलाओं के लिए पारिश्रमिक अंतर, कार्य असुरक्षा और आय-रहित कार्यों की मार बढ़ गई है, जबकि उनकी सामाजिक सुरक्षा के दायरों का क्षरण हो गया है। महिलाओं के लिए विद्यालयी शिक्षा, भूमि, ऋण सुविधाओं, वैकल्पिक रोजगार, कौशल प्रशिक्षण और प्रौद्योगिकी की असमान उपलब्धता के परिणामस्वरूप अधिकतर क्षेत्रों के निम्न पारिश्रमिक वाले कार्यों में महिलाओं की जमावड़ा है। ग्यारहवीं योजना में पारिश्रमिक दरों में लिंग संबंधी अंतरों, असंगठित क्षेत्र में महिलाओं के शोषण, कौशल प्रशिक्षण, प्रौद्योगिकी और विपणन सहायता इत्यादि के अभाव समेत महिलाओं पर, विशेषकर निर्धन महिलाओं पर वैश्वीकरण के प्रभाव की जांच की जाएगी। वंचित और महिलाओं की अधिक संख्या वाले क्षेत्रों अर्थात्, कृषि, लघु उद्यम को राहत प्रदान करने का प्रयास करते हुए योजना आवश्यक कौशल प्रशिक्षण, व्यावसायिक प्रशिक्षण और प्रौद्योगिकीय शिक्षा के माध्यम से अर्थव्यवस्था के नए और उभरते क्षेत्रों में महिलाओं को मुख्यधारा में लाने हेतु भी कार्य करेगी। यह एक सामाजिक सुरक्षा नीति की दिशा में कार्य करेगी-जो महिलाओं पर वैश्वीकरण के नकारात्मक प्रभाव को कम करती है।

सेवा क्षेत्र में महिलाएं:

6.34 ग्यारहवीं योजना में, विशेषकर ऐसे क्षेत्रों में, जहां लिंग अनुपात कम है, महिलाओं की भागीदारी को बढ़ावा देना चुनौती है। इसके लिए, महिलाओं की प्रधानता में चलाए जाने वाले उद्यमों को, महिला कर्मचारियों को, महिलाओं का अधिक नियोजन करने वाली फर्मों को और महिला उद्यमियों को विशेष कर प्रोत्साहन देना होगा। यह योजना महिलाओं में प्रशिक्षण, क्षमता-

निर्माण और सशक्तीकरण के लिए निजी-सार्वजनिक भागीदारियों, और कॉरपोरेट सामाजिक दायित्व कार्यक्रमों को प्रोत्साहन देगी।

6.35 बड़ी संख्या में महिलाओं के घरेलू-कामगारों के रूप में नियोजित होने के मद्देनजर, योजना में उन्हें संगठित करने और उनके लिए कार्य के घंटों, अवकाशों इत्यादि के संबंध में विनियमों को बनाने के प्रयास किए जाएंगे। क्रूरता और दुराचार के मामले को तत्काल दर्ज किया जाएगा और घरेलू कामगारों को शोषण से बचाने के लिए विधिक सहायता प्रदान की जाएगी।

6.36 वैश्वीकरण ने कौशलों और उच्च स्तरों की शिक्षा को अत्यधिक महत्वपूर्ण बना दिया है, जो प्रायः असंगठित क्षेत्र की महिलाओं की पहुंच से बाहर होती है। इन महिलाओं को उच्च स्तर और बेहतर आय वाली नौकरियां प्राप्त करने के लिए व्यवसायिक प्रशिक्षण और कौशल विकास के माध्यम से सक्षम बनाना ग्यारहवीं योजना में एक मुख्य विषय है। नए और उभरते व्यवसायों में उद्यमी क्रिया-कलापों को करने के लिए महिला को प्रौद्योगिकीय सहायता, ऋण सुविधाओं और विपणन सहायता की आवश्यकता है। साथ ही, महिलाओं के पारम्परिक कौशलों, जैसे औषधीय पौधों का ज्ञान, बुनाई, खाद्य प्रसंस्करण और स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करके, को मान्यता दी जाएगी और उनका विपणन किया जाएगा।

कौशल विकास:

रोजगार और राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी अधिनियम (एनआरईजीए) को लिंग संवेदी बनाना:

6.37 वर्तमान में, एनआरईजीए के अंतर्गत शामिल अधिकतर कार्यों के लिए कड़े शारीरिक श्रम की आवश्यकता होती है और महिलाएं कभी-कभी व्यावहारिक रूप से "अयोग्य" हो जाती हैं। ग्यारहवीं योजना यह सुनिश्चित करेगी कि महिलाओं के अनुकूल पारिश्रमिक वाले कार्यों और कौशलों को भी एनआरईजीए के अंतर्गत शामिल किया जाए।

6.38 यह इस बात की गारंटी देगी कि यदि महिलाएं मांग करें, तो उन्हें एनआरईजीए के अंतर्गत रोजगार के अवसर प्रदान किए जाएंगे। इसमें यह भी सुनिश्चित किया जाएगा कि न्यूनतम पारिश्रमिक अधिनियम 1948 और समान परिलब्धि अधिनियम, 1976 को सभी राज्यों द्वारा लागू किया जाए और श्रम और रोजगार मंत्रालय द्वारा उनके कार्यान्वयन का मानकीकरण किया जाए। यह श्रम अधिकारियों के रूप में महिलाओं के उच्च प्रतिनिधित्वों को प्रोत्साहन देगी। समान कार्य के लिए समान वेतन सुनिश्चित करने के

अलावा, इसमें यह भी सुनिश्चित किया जाएगा कि किसी भी कार्य को "पुरुषों के" कार्य के रूप में परिभाषित नहीं किया जाए और इसलिए महिलाओं को उससे वंचित नहीं रखा जाए।

संसाधनों और आर्थिक परिसंपत्तियों की उपलब्धता:

6.39 अंतर्राष्ट्रीय साक्ष्य दर्शाते हैं कि महिलाओं को भूमि अथवा वास-भूमि की उपलब्धता, सकारात्मक रूप से परिवार की खाद्य सुरक्षा, बच्चों के जीवित रहने, स्वास्थ्य, शिक्षा और बच्चों के साथ घरेलू हिंसा की संभावना से संबंधित है। भूमि अथवा मकान का स्वामित्व रखने वाली महिलाएं पति की हिंसा का कम जोखिम उठाती हैं, श्रम बाजार में अधिक सौदेबाजी की शक्ति रखती हैं और यदि पिता की खराब स्वास्थ्य प्राकृतिक आपदा अथवा एचआईवी/एड्स के कारण मृत्यु हो जाती है, तो स्वयं और अपने बच्चों को निराश्रय होने से बचाने में सक्षम होती है। अप्रत्यक्ष रूप से, इससे महिलाओं के पोषण और चिकित्सीय सहायता में वृद्धि और गर्भावस्था के दौरान घरेलू हिंसा के जोखिम में कमी दोनों होने कारण मातृ-मृत्यु दर में भी कमी आती है। यह सहक्रियाएं और अंतर्सम्बद्धताएं महिलाओं के हाथों में परिसंपत्तियों के सृजन को महिलाओं के आर्थिक सशक्तीकरण के लिए ग्यारहवीं योजना की कार्यसूची का एक महत्वपूर्ण भाग बना देती हैं।

शहरी निर्धन महिलाओं के लिए सुख सुविधाएं

6.40 ग्यारहवीं योजना झुग्गी-झोंपड़ी वासियों को, जिनमें से अधिकतर औपचारिक क्षेत्र में नियोजित हैं, नगर की अर्थव्यवस्था के महत्वपूर्ण योगदान-कर्ताओं के रूप में स्वीकार करती है। यद्यपि, कभी-कभी झुग्गी-झोंपड़ियों का स्थान-परिवर्तन अनिवार्य होता है, यह सुनिश्चित करने के लिए समुचित उपाय किए जाने की आवश्यकता है कि झुग्गी-झोंपड़ी वासी, विशेषकर महिलाएं, जीविका के अवसर और मूलभूत सुख-सुविधाएं न खो बैठें। आज, भारत की शहरी जनसंख्या का लगभग 30-40% भाग झुग्गी-झोंपड़ियों में रहता है। इस जनसंख्या के 62% से अधिक भाग को स्वच्छता सेवाएं नहीं मिल पाती हैं और 25% भाग को पानी उपलब्ध नहीं है (विश्व बैंक, 2007)¹³। चूंकि, सामान्यतः महिलाएं ही पानी लेकर आती हैं, वह अपना बहुत सारा समय और ऊर्जा, पानी के पंपों, पानी की पंक्तियों और दूसरी कॉलोनियों तक जाने में ही खर्च कर देती हैं। एशियाई विकास बैंक (2007) का अनुमान है कि भारत में 40 मिलियन आवासीय इकाइयों का अभाव है जिसका अर्थ है कि 200 मिलियन से अधिक लोग अत्यंत खराब आवास दशाओं अथवा गलियारों में रह रहे हैं। शौचालयों के अभाव में गरीब

महिलाएं रेल की पटरियों, उद्यानों, खुली जगहों अथवा सार्वजनिक गलियारों में भी शौच करने के लिए मजबूर हैं। इससे वे न केवल शर्म महसूस करती हैं, बल्कि इसमें स्वास्थ्य और सुरक्षा संबंधी गंभीर खतरा भी है क्योंकि वह इन सार्वजनिक स्थानों का उपयोग केवल अंधेरे में ही कर सकती हैं। अतः शहरी झुग्गी-झोंपड़ियों में शुद्ध पेय जल, शौचालयों और स्वच्छता की व्यवस्था करना लिंग न्याय सुनिश्चित करने के लिए ग्यारहवीं योजना के समक्ष एक महत्वपूर्ण चुनौती है।

गरीब महिलाओं के लिए आवास और वास-भूमियां

6.41 घर का स्वामित्व न केवल आश्रय प्रदान करता है बल्कि ऋण बाजार में ऋणाधार के रूप में भी कार्य करता है और सामाजिक दर्जे को बढ़ाता है तथा प्राकृतिक अथवा मानव निर्मित विनाशों के होने पर सुरक्षा प्रदान करता है। चूंकि असंगठित, गैर-कृषि क्षेत्र में कार्यरत आधे से अधिक महिला कामगार अपने घरों से ही कार्य करती हैं, कम आय वाली लाखों महिलाओं के लिए घर एक उत्पादक और धनोत्पादक परिसंपत्ति है। यह दर्शाने के लिए पूर्ण दस्तावेजी साक्ष्य मौजूद हैं कि शहरी और ग्रामीण दोनों संदर्भों में, महिलाओं का मकान का स्वामित्व गरीबी के विरुद्ध महत्वपूर्ण सुरक्षा प्रदान करता है और उससे जुड़े आर्थिक और सामाजिक दर्जे को बढ़ाता है। भूमि की उपलब्धता के तीन मुख्य स्रोत हैं: परिवार, राज्य और बाजार। ग्यारहवीं योजना के समक्ष इन तीनों स्रोतों का दोहन करना चुनौती है। हिंदू उत्तराधिकार अधिनियम में संशोधन के साथ हम उत्तराधिकार के माध्यम से महिलाओं के दावों को बढ़ाने की दिशा में पहले ही प्रथम कदम उठा चुके हैं। समान लिंग कानूनों को अधिनियमित कर, महिलाओं के दावों के अभिलेखन में सतर्कता अपनाकर, विधिक जागरूकता बढ़ाकर और विधिक सहायता प्रदान कर इसे और दृढ़ बनाना चाहिए। ग्यारहवीं योजना के दौरान सरकार द्वारा प्रदान किए जाने वाले सभी आवासों का आधा स्वामित्व घर की महिला के नाम पर होना चाहिए अथवा पूरा केवल महिला के नाम पर ही होना चाहिए। अकेली महिलाओं, विधवाओं और कठिन परिस्थितियों में रह रही महिलाओं को प्राथमिकता दी जाएगी। अंतिम रूप से, गरीब महिलाओं हेतु युक्तियुक्त दरों पर गृह ऋण मुहैया कराने की प्राणाली का विकास कर बैंकों के माध्यम से महिलाओं के लिए भूमि की उपलब्धता हेतु सहायता प्रदान करने के लिए ग्यारहवीं योजना की कार्यसूची में प्रयास किया जाएगा। इसके लिए राजसहायता प्राप्त ऋण की व्यवस्था, भू-घूटि नीतियों और बंधकारी तथा गृह ऋणों मापदंडों में परिवर्तन की आवश्यकता होगी।

¹³ विश्व बैंक, 2007

खाद्य सुरक्षा सुनिश्चित करना:

6.42 ग्यारहवीं योजना के दौरान यह सुनिश्चित करने के लिए जन वितरण प्रणाली को और मजबूत बनाने तथा निर्धनता रेखा से नीचे जीवन यापन संबंधी जनगणना के मानदंडों को संशोधित किए जाने का प्रयास किया जाएगा कि असुरक्षित स्थितियों में रह रही महिलाओं, विशेषकर विधवाओं, अकेली महिलाओं, आंतरिक रूप से विस्थापित महिलाओं और संघर्षमय स्थितियों में पड़ी महिलाओं को इसके दायरे में लाया जाए।

6.43 परिवार की देखभाल के लिए और कर्ज के साथ महिलाओं को अपने पीछे छोड़कर किसानों द्वारा की जाने वाली आत्महत्याओं से प्रभावित महिलाओं के लिए ग्यारहवीं योजना ऋण सुविधाओं के साथ-साथ कृषि, ग्रामीण विकास, खादी और ग्रामोद्योग आयोग(केवीआईसी), महिला और बाल विकास मंत्रालय जैसे विभिन्न क्षेत्रों से प्राप्त निविष्टियों का एक व्यापक पैकेज रखेगी।

स्व-सहायता समूह (एसएचजी)

6.44 एसएचजी पहलों नीतियों और योजनाओं को सुदृढ़ बनाते हुए ग्यारहवीं योजना साथ ही साथ महिलाओं की जागरूकता, सौदेबाजी की शक्ति, साक्षरता, स्वास्थ्य, व्यावसायिक और उद्यमीय कौशलों को भी बढ़ाएगी। यह प्रशिक्षण, क्षमता-निर्माण निविष्टियों तथा पिछड़ों-अगड़ों के संपर्कों को प्राथमिकता देगी जो स्थायी जीविका अवसरों के सृजन के लिए आवश्यक हैं। बड़े पैमाने पर इसके गठन को देखते हुए यह निर्धारित करने के लिए कि स्व-सहायता समूह किस प्रकार गरीब महिलाओं के हितों में बेहतर कार्य कर सकते हैं और स्व-सहायता के समूहों के संपूर्ण नीतिगत ढांचों में अपेक्षित परिवर्तन सुझाने के लिए स्व-सहायता समूहों के हस्तक्षेपों तथा आधारभूत वास्तविकताओं की समीक्षा किए जाने

की आवश्यकता है। ग्यारहवीं योजना इस मुद्दे के महत्व को स्वीकार करती है और स्व-सहायता समूहों संबंधी नीतियों और कार्यक्रमों की समीक्षा कराने के लिए एक उच्च स्तरीय समिति का प्रस्ताव करती है।

सामाजिक सशक्तीकरण का उद्गम करना

स्वास्थ्य

6.45 अनेक महिलाओं के लिए, विशेषकर निर्धन और अपेक्षित महिलाओं के लिए, जो अनेक बहिष्कारों को झेलती हैं, और यौन-कर्मियों तथा वैकल्पिक लैंगिकता वाली महिलाओं जैसे कलंकित समूहों के लिए स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता बहुत निम्न रहती है। यह योजना स्वास्थ्य समस्याओं के लिंग संबंधी आयाम को स्वीकार करती है और एक जीवन चक्र दृष्टिकोण के माध्यम से महिलाओं के जीवन और स्वास्थ्य के मुद्दों पर कारवाई करने का प्रयास करती है। साधारण महिलाओं को उनके अपने स्वास्थ्य की देखभाल में भागीदार बनाना ग्यारहवीं योजना में महिलाओं के स्वास्थ्य का नवाधार है।

6.46 परिवार-नियोजन और प्रजनन स्वास्थ्य पर पारंपरिक रूप से ध्यान केंद्रित किए जाने से परे जाकर महिलाओं के स्वास्थ्य के संबंध में एक समग्र दृष्टिकोण अपनाया ग्यारहवीं योजना की कार्यसूची में शामिल है। इसके लिए, स्वास्थ्य हेतु आवंटन को बढ़ाया जा रहा है। महिलाओं हेतु ग्यारहवीं योजना की कार्य योजना का विवरण अध्याय-3 में दिया गया है।

6.47 मातृ मृत्यु तथा शिशु मृत्यु की उच्च दरें, प्रसव-पूर्व और प्रसव उपरांत घटिया देखभाल और इनके साथ संस्थागत प्रसूति की निम्न संख्या गंभीर चिंता का कारण है। स्वास्थ्य, लैंगिकता के

बॉक्स 6.4

साधारण महिलाएं, जिन्होंने असाधारण कार्य किया

महिलाओं को उनके अपने स्वास्थ्य की देखभाल में भागीदार बनाना संपूर्ण समाज के अच्छे स्वास्थ्य और कुशलता को सुनिश्चित करने के लिए एक प्रभावी राजनीति सिद्ध हुआ है। गडचिरोली (नागपुर, महाराष्ट्र), आंगना (उदयपुर, राजस्थान) खजराना (इंदौर, म.प्र.), और गनियारी (बिलासपुर, छत्तीसगढ़) जैसे स्थानों से प्राप्त अनुभव यही दर्शाते हैं। गडचिरोली में, साधारण महिलाओं ने, जिनमें से अधिकतर 5 या 6 कक्षा उत्तीर्ण हैं, प्रसव उपरांत मृत्यु दर को घटाकर आधा कर दिया। उन्होंने एक अभिवृत्तिक परिवर्तन भी उत्पन्न किया। अब महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान बेहतर पोषण प्राप्त होता है। बच्चों के जन्म के दौरान पारंपरिक रूप से किए जाने वाले अस्वस्थकर और असुरक्षित रिवाजों को समाप्त कर दिया गया है। आंगना में, "स्वास्थ्य कर्मियों के एक समूह ने अच्छे स्वास्थ्य और स्वच्छता के संदेश का प्रसार किया है। उन्होंने डॉट्स कार्यक्रम के दायरे को बढ़ाने में सहायता की है। छत्तीसगढ़ के अचानकमार राष्ट्रीय उद्यान में जंगल के किनारे बसे छोटे गांवों में निस्कार और अर्ध-साक्षर बैगा, गोंड तथा अन्य आदिवासी महिलाएं क्लोरोक्विन, एमोक्सिसिन जैसी दवाओं, उनके प्रयोग की व्याख्या करने वाले सचित्र आरेखों, न्यूमोनिया का पता लगाने के लिए श्वास गणितों, जख्मों के लिए मरहमपट्टी और गर्भावस्था संबंधी समानों के थैले से भरे अपने बस्ते को गर्व से दिखाती हैं। ये महिलाएं स्थानीय जनता को बहुत आवश्यक चिकित्सा राहत प्रदान कर पाई हैं। इंदौर के खजराना में, यह सुनिश्चित करने के लिए कि झुग्गी-झोपड़ी वासी चिकित्सा सहायता और दवाएं प्राप्त कर सकें, झुग्गी-झोपड़ियों की महिलाएं रहबर समाज के अंतर्गत गठित हुई हैं।

बारे में जानकारी तथा परिवार, भविष्य के जीवन साथी के साथ तथा कार्य स्थान पर अपने अधिकारों के लिए वार्ता करने हेतु जागरूकता बढ़ाने के माध्यम से किशोर बालिकाओं को सशक्त बनाना भी विकल्पों का प्रयोग करने के लिए महिलाओं हेतु सूचना, सेवाओं और स्वास्थ्य कार्यक्रमों के साथ सक्षम बनाने वाले वातावरण का सृजन करना एक चुनौती है। मातृ मृत्यु दर और शिशु मृत्यु दर को कम करने की ग्यारहवीं योजना की प्रतिबद्धता का विवरण अध्याय-3 में दिया गया है।

6.48 एचआईवी/एड्स का महिलाओं पर प्रभाव एक महत्वपूर्ण विषय है। माता से शिशु में एचआईवी संक्रमण तथा बाल एचआईवी मामलों में वृद्धि हुई है। ग्यारहवीं योजना में एक बहु-क्षेत्रीय, विकेंद्रित, लिंग संवेदी समुदाय आधारित स्वास्थ्य सेवा की ओर, जिसमें एचआईवी/एड्स की रोक-थाम और इलाज एक अभिन्न भाग है, कदम बढ़ाने के लिए संसाधनों का उपयोग किया जाएगा। इसमें एचआईवी/एड्स की रोक-थाम और इलाज के लिए व्यापक पैमाने पर सूचना के प्रसार को प्रथमिकता दी जाएगी। एचआईवी पॉजिटिव महिलाओं को पेश आने वाली समाजार्थिक समस्याओं का समाधान करने के लिए एआरवी उपचार, चिकित्सा सेवाओं, बाल देखभाल और जीविका सुरक्षा समेत संसाधनों को उपलब्ध कराना होगा। ऐसे विधान को अधिनियमित करना जो एचआईवी पॉजिटिव महिलाओं की शिक्षा, जीविका अवसरों, कार्यस्थान, चिकित्सा उपचार और समुदाय में भेदभाव से सुरक्षा करें, ग्यारहवीं योजना के लिए लिंग समानता संबंधी लक्ष्य होगा।

6.49 कई अन्य कारक भी महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं। उदाहरण के लिए, ऐसा आकलन है कि असंसाधित ईंधनों के उपयोग से उत्पन्न होने वाले आंतरिक वायु प्रदूषण से महिलाओं की मृत्यु का जोखिम पुरुषों की अपेक्षा 50% अधिक है। यद्यपि दीर्घावधि में बायोगैस जैसे निम्न लागत स्वच्छ ईंधन में सामुदायिक निवेश को बढ़ावा दिया जाएगा, अंतरिम रूप से जलावन की लकड़ी उपलब्ध कराए जाने की आवश्यकता है। स्वच्छ पेय जल और स्वच्छता सुविधाओं की व्यवस्था भी अच्छे स्वास्थ्य के लिए महत्वपूर्ण है। इस संबंध में महिलाओं का स्वास्थ्य और कुशलता सुनिश्चित करने के लिए अंतर्क्षेत्रीय अभिशरण ग्यारहवीं योजना के समक्ष प्रमुख चुनौती है।

महिलाओं के विरुद्ध बढ़ती हिंसा को रोकना (वीएडब्ल्यू)

6.50 ग्यारहवीं योजना अवधि के दौरान, घरेलू हिंसा से महिलाओं की सुरक्षा अधिनियम, 2005 के अधीन न्याय विवरण प्रणाली

तथा वैधानिक वातावरण को दृढ़ बनाया जाएगा। महिलाओं के विरुद्ध हिंसा को एक सार्वजनिक स्वास्थ्य के मुद्दे के रूप में उल्लिखित किया जाएगा और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों से लेकर उत्कृष्ट स्वास्थ्य सुविधाओं तक सभी स्तरों पर चिकित्सा कर्मियों को प्रशिक्षण दिया जाएगा। इसे चिकित्सा शिक्षा में शामिल किया जाएगा क्योंकि चिकित्सा और स्वास्थ्य प्रतिष्ठान ही प्रायः संकट की स्थिति में पड़ी महिलाओं के लिए, पहला संपर्क स्थान होते हैं। स्वास्थ्य कर्मियों के प्रशिक्षण और संवेदीकरण में महिलाओं के विरुद्ध हिंसा के परिणामस्वरूप होने वाली चोटों की पहचान करना और इलाज करना तथा मनोवैज्ञानिक सहायता प्रदान करना शामिल होगा। संघर्ष के स्थलों में महिलाओं के विरुद्ध अनेक प्रकार की यौन हिंसाएं और सांप्रदायिक अथवा जातीय हिंसा में, जहां उन्हें विशिष्ट रूप से संप्रदाय के सम्मान के प्रतीक के रूप में लक्ष्य किया जाता है, उनके विरुद्ध यौन हिंसाएं गहरी चिंता का कारण हैं। ग्यारहवीं योजना अवधि में राष्ट्रीय महिला आयोग में संघर्ष के स्थानों में महिलाओं के विरुद्ध हिंसा संबंधी एक राष्ट्रीय कृतिक बल का गठन किया जाएगा जिसके लिए पर्याप्त बजटीय आवंटन किए जाएंगे ताकि इसे संघर्ष के स्थानों में महिलाओं के विरुद्ध हिंसा का मानीटरन करने तथा पीड़ित महिलाओं को राहत और न्याय उपलब्ध कराने में प्रभावी बनाया जा सके।

मानसिक स्वास्थ्य

6.51 लंबे समय से उपेक्षित और अदृश्य किया गया क्षेत्र रहा है। एनएफएचएस-3 ऐसा व्याकुल करने वाला साक्ष्य दर्शाता है कि महिलाओं ने घरेलू हिंसा को अपने अंदर समा लिया है। स्वास्थ्य संबंधी अध्याय में इस संबंध में ग्यारहवीं योजना की दिशा का विवरण दिया गया है।

शिक्षा

6.52 और अधिक संसाधनों के आवंटन तथा अधिक संदर्भ आधारित कार्यक्रम निर्माण के माध्यम से विशिष्ट रूप से अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, आदिवासी और मुस्लिम समुदायों के लिए विद्यालयों में बालिकाओं को बनाए रखना और शिक्षा की उपलब्धता में लिंग असमानता को दूर करना ग्यारहवीं योजना के समक्ष एक चुनौती है। इसके लिए इन सामाजिक रूप से सुविधाहीन समुदायों से व्यावसायिक, तकनीकी और उच्च शिक्षा तथा शिक्षकों के पक्षों पर महिलाओं और लड़कियों की संख्या को बढ़ाने के लिए रणनीतियां बनाए जाने की आवश्यकता है।

6.53 यह जांच करने के लिए कि क्यों छोटी बालिकाएं, विशेषकर सामाजिक-आर्थिक और सांस्कृतिक समूहों से संबंधित बालिकाएं, सर्व-शिक्षा अभियान कार्यक्रम के बावजूद शिक्षा प्राप्त कर सकने

बॉक्स 6.5

मुस्लिम महिलाओं हेतु समाहता सुनिश्चित करना: एक बड़ी चुनौती

आज भी 59% मुस्लिम महिलाओं ने विद्यालय में शिक्षा नहीं ली है और 60% 17 वर्ष की आयु तक विवाहित हो जाती हैं। समग्र रूप से, मुस्लिमों की साक्षरता दर 59.1% है, जो राष्ट्रीय औसत से 5.7% अंक कम है। जहां हरियाणा में मुस्लिम महिलाओं का 1/5 भाग साक्षर है, बिहार और उत्तर प्रदेश में यह आंकड़ा लगभग एक तिहाई है। 15 राज्यों में मुस्लिम महिलाओं में साक्षरता स्तर 50% से कम है। मुस्लिमों में 31.3% की निम्नतम कार्य भागीदारी दर दर्ज की गई है, और केवल 14% मुस्लिम महिलाओं को कामगारों के रूप में दर्ज किया गया है। केरल और तामिलनाडु में भी, जहां मुस्लिमों समेत भी समुदायों में उच्च साक्षरता दर है। मुस्लिमों की कार्य भागीदारी दर हिंदुओं से 14% अंक कम है।

यह सुनिश्चित करना कि मुस्लिम महिलाएं न केवल मुस्लिम पुरुषों के बराबर बल्कि अन्य धर्मों के उनके समान महिलाओं और पुरुषों के बराबर भी शिक्षा, स्वास्थ्य और जीविकाएं प्राप्त कर सकें, ग्यारहवीं योजना के समक्ष एक महत्वपूर्ण चुनौती होगी।

में अक्षम हैं, इसके लिए ग्यारहवीं योजना में संगठित प्रयास किए जाएंगे। विद्यालयों में शिशु-गृहों, छात्रवृत्तियों और पर्याप्त अवसंरचना विशेषकर शौचालय की व्यवस्था करके, इसमें शिक्षा प्रणाली में बालिकाओं के नामांकन और उन्हें बनाए रखने को सरल बनाया जाएगा। बालिकाओं और महिलाओं के लिए शिक्षा संबंधी विवरण शिक्षा संबंधी अध्याय में दिए गए हैं।

महिलाएं और मीडिया

6.54 बहुत सारे टेलीविजन कार्यक्रम पितृसत्तात्मक मूल्यों का प्रचार करते हैं और महिलाओं की भूमिकाओं को हानिकारक तरीके से चित्रित करते हैं। ग्यारहवीं योजना के दौरान महिलाओं के सशक्तीकरण के लिए केंद्रीय अभिकरण के रूप में महिला और बाल विकास मंत्रालय के लिए एक लिंग-संवेदी मीडिया नीति के माध्यम से महिलाओं के जीवन पर टेलीविजन के हानिकारक प्रभावों को समाप्त करना एक महत्वपूर्ण कार्य होगा। यह सकारात्मक कार्यक्रमों और कानूनों और योजनाओं के संबंध में सूचना के प्रसार के माध्यम से लिंग समानता के संदेश को बढ़ावा देने के लिए इस सशक्त माध्यम का उपयोग करेगा। इसके लिए, मंत्रालय लिंग संबंधी विशिष्ट ज्ञान रखने वाले मीडिया विशेषज्ञों के साथ एक व्यावसायिक सार्वजनिक-निजी भागीदारी कर सकता है। एक आक्रामक और व्यावसायिक अनेक मीडिया वाली रणनीति को क्रियान्वित करने के लिए व्यावसायिक मीडिया परामर्शदाताओं और महिलाओं के मीडिया समूहों की भागीदारी के साथ महिला और बाल विकास मंत्रालय के भीतर एक पृथक मीडिया इकाई स्थापित करने की आवश्यकता हो सकती है।

उपेक्षित और असुरक्षित महिलाओं तक पहुंचना

6.55 लिंग और अन्य सामाजिक और आर्थिक परिवर्तनों के बीच प्रतिच्छेद एक से अधिक प्रकार की असुरक्षाओं को बढ़ा देते हैं और विशेष समूहों की महिलाओं के बीच दोगुने और तिगुने भेदभाव को उत्पन्न करते हैं। क्षेत्रगत योजना निर्माण इस पर

कार्रवाई करने में प्रायः असफल रहता है। इन प्रतिच्छेदों की पहचान करने और विशिष्ट वंचनाओं को दूर करने की हमारी योग्यता समग्र विकास की ग्यारहवीं योजना की कार्यसूची का असली परीक्षण होगा। उदाहरण के लिए, पूर्वोत्तर क्षेत्र में महिलाएं पारंपरिक निर्णय, निर्माण निकायों, जैसे कि दरबारों और ग्राम परिषदों, से वंचित बनी हुई हैं।

अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति की महिलाओं के विरुद्ध भेदभाव को वित्कुल सहन नहीं किया जाना।

6.56 यह महत्वपूर्ण है कि महिला और बाल विकास मंत्रालय, सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय, तथा मानव संसाधन विकास मंत्रालय, संविधान तथा अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति (अत्याचार का निवारण) अधिनियम, 1989 के घोर उल्लंघनों के लिए शस्तियां लगाने के लिए एकजुट हुए हैं। जाति-आधारित भेदभाव, अस्पृश्यता, देवदास/जोगिनी और हाथ से मल-मूत्र आदि साफ करने संबंधी अपराधों को कानून के अनुसार कड़ाई से दंडित किया जाएगा। राष्ट्रीय महिला आयोग, राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग, अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति आयोग, सफाई कर्मचारी आयोग जैसे- संस्थाओं से महिलाओं के मुद्दों को प्राथमिक के रूप में लेने का आग्रह किया जाएगा। विभिन्न लाइन विभागों की सभी योजनाओं के अधीन अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति की जनसंख्या के अनुपात में निधियों को निर्धारित कर अनुसूचित जाति उप-योजना (टीएसपी) का अधिकतम कार्यान्वयन किया जाएगा। कार्यक्रमों के योजना-निर्माण, वित्तों के आबंटन और शिक्षा और रोजगार में आरक्षण सुविधाओं के वितरण में अनुसूचित जाति की महिलाओं के लिए विशिष्ट उपबंध किए जाएंगे।

6.57 ग्यारहवीं योजना का एक महत्वपूर्ण कार्यक्रम यह सुनिश्चित करना है कि सामुदायिक भूमि और वन उत्पादों पर आदिवासी महिलाओं के अधिकारों को मान्यता दी जाए और उन्हें निश्चित किया जाए। प्रव्रजन को रोकने के लिए आदिवासी तथा अन्य

गांवों के आर्थिक आधार को मजबूत बनाया जाएगा। यह योजना आदिवासी महिलाओं के लिए देसी पारंपरिक उपचार पद्धतियों को प्रोत्साहित, प्रलेखित करने और लोकप्रिय बनाने का उद्देश्य भी रखती है। यह राष्ट्रीय और राज्य दोनों स्तरों के योजना-निर्माण मंचों पर आदिवासी महिलाओं की आवाजों को शामिल करने का प्रयास करेगी। अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति की महिलाओं हेतु ग्यारहवीं योजना की प्रतिबद्धता का विवरण सामाजिक न्याय संबंधी अध्याय में मौजूद है।

अल्पसंख्यक महिलाएं:

6.58 अल्पसंख्यक महिलाएं विशिष्ट रूप से निम्नतम आय स्तरों वाले गृह-आधारित, उप-संविदा वाले कार्यों में लगी हैं। सच्चर समिति प्रतिवेदन में मुस्लिम बहुसंख्या वाले वास-स्थानों में पर्याप्त सामाजिक और भौतिक अवसरचना और नागरिक सुविधाओं के अभाव तथा मुस्लिम महिलाओं द्वारा झेले जाने वाले अनेक भेदभावों का उल्लेख किया गया है। समग्र विकास के अपने लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए ग्यारहवीं योजना यह सुनिश्चित करेगी कि प्राथमिक और प्रारंभिक विद्यालयों, आंगनवाड़ियों, राशन की दूकानों, सड़कों, यातायात सुविधाओं, सरकारी विकास योजनाओं की उपलब्धता और बीपीएल कार्डों और विधवा पेंशनों जैसी सुविधाओं के व्यापक लाभ मुस्लिम क्षेत्रों में मुहैया कराए जाएं। मुस्लिम क्षेत्रों के समीप शैक्षिक संस्थाएं स्थित करके कुछ बालिका विद्यालयों की स्थापना करके, और मुस्लिम बालिकाओं के लिए छात्रवृत्तियों में वृद्धि करके मुस्लिम बालिकाओं के लिए शिक्षा उपलब्ध कराई जाएगी। अल्पसंख्यक महिलाओं के लिए तकनीकी और उच्च शिक्षा अवसर उपलब्ध कराना और उन्हें रोजगार से जोड़ना एक चुनौती है। गृह-आधारित मुस्लिम महिला कामगारों और उद्यमियों के लिए निम्न ब्याज पर ऋण की उपलब्धता, बाजार, तकनीकी प्रशिक्षण, नेतृत्व प्रशिक्षण और कौशल विकास सुनिश्चित किया जाएगा। सार्वजनिक नियोजन में धार्मिक अल्पसंख्यकों के प्रतिनिधित्व को बढ़ाया जाएगा और अल्पसंख्यक महिलाओं को संस्थागत और नीति स्तरीय निर्णयन में सुलभता प्रदान की जाएगी।

6.59 मुस्लिम महिलाओं द्वारा झेले जाने वाले दोहरे भेदभाव के मद्देनज़र, अल्पसंख्यकों हेतु प्रधानमंत्री का 15- सूत्री कार्यक्रम, आशय संबंधी महत्वपूर्ण दस्तावेज है। समग्र विकास के इस कार्यक्रम को आगे बढ़ाने के लिए, महिला और बाल विकास मंत्रालय अल्पसंख्यक महिलाओं को सशक्त बनाने हेतु और आधारभूत स्तर पर सरकारी प्रणाली को अल्पसंख्यक समुदाय की जरूरतों के प्रति उत्तरदायी बनाने के लिए उन्हें आगे रखने हेतु 'अल्पसंख्यक-महिलाओं' के लिए एक प्रायोगिक (पायलेट)

योजना पर कार्य करेगा। ऐसी योजना परवर्ती कार्यक्रमों में अल्पसंख्यक महिलाओं के लिए और महत्वाकांक्षी कार्यक्रम प्रारंभ करने के लिए महत्वपूर्ण जानकारी और मानदंड प्रदान करेगी। इसके अतिरिक्त, अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति और अल्पसंख्यक महिलाओं के लक्ष्य बनाए गए विकास को सभी महिला और बाल विकास कार्यक्रमों/योजनाओं की कर्तव्यन्ययन रणनीतियों का और सर्व शिक्षा अभियान का महत्वपूर्ण भाग बनाया जाएगा। इसे समीक्षा और मानीटरन दिशानिर्देशों के उनके मानदंडों का अनिवार्य अंग बनाया जाएगा।

बॉक्स 6.6

अल्पसंख्यक महिलाओं का नेतृत्व विकास:
एक प्रस्तावित प्रायोगिक योजना:

मुस्लिम महिलाओं द्वारा झेले जाने वाले दोहरे भेदभाव से निपटने के लिए, महिला और बाल विकास मंत्रालय 'अल्पसंख्यक-महिलाओं के जीवन, जीविका और नागरिक सशक्तिकरण हेतु नेतृत्व विकास' के लिए एक प्रायोगिक योजना बनाएगा और कार्यन्वित करेगा। इस योजना में अल्पसंख्यक महिलाओं से संपर्क किया जाएगा और उन्हें सहायता, नेतृत्व प्रशिक्षण और कौशल विकास प्रदान किया जायेगा। ताकि वह घर और सम्प्रदाय की सीमाओं को लांघ सके और उपलब्ध सेवाओं, कौशलों और अवसरों में नेतृत्व भूमिकाएं धारण कर सके जो उनके जीवन और जीविकाओं में सुधार लाएगा। यह योजना उन्हें प्रशिक्षण, नियुक्तियां, सूचना, और सरकारी तंत्र, बैंकों और मध्यस्थों से सभी स्तरों पर निपटने का आत्मविश्वास प्रदान करेगी। प्रारंभिक चरण में गैर-सरकारी संगठनों के माध्यम से योजना का कार्यान्वयन इस उपेक्षित समुदाय के साथ कार्य करने के लिए गैर-सरकारी संगठनों को प्रोत्साहित भी करेगा। प्रारंभ में, यह प्रायोगिक योजना अल्पसंख्यकों की अत्यधिक जनसंख्या वाले 5 राज्यों में लागू की जाएगी। ऐसी आशा है कि यह योजना प्रत्यक्ष रूप से 35,000 से 50,000 महिलाओं तक तथा अप्रत्यक्ष रूप से लाखों महिलाओं तक पहुंचेगी।

आंतरिक रूप से विस्थापित महिलाएं:

6.60 सामाजिक कलह और विवाद के कारण आंतरिक विस्थापन पुरुषों और महिलाओं को भिन्न रूप से प्रभावित करता है। वयस्क और किशोर पुरुष परिवारों से अलग हो जाते हैं और महिला-मुखिया वाले घरों की संख्या बढ़ती है। यदि परिवार साथ रहता है, तब भी विस्थापन का सदमा और तनाव परिवार इकाई को नष्ट कर देता है और घरेलू हिंसा, दुर्व्यवहार की घटनाएं बढ़ती हैं; आंतरिक रूप से विस्थापित महिलाओं को शारीरिक और यौन हमलों समेत लिंग-आधारित हिंसा का अधिक खतरा रहता है। वह मनोवैज्ञानिक और शारीरिक सदमों को झेलती हैं। ग्यारहवीं योजना, प्राकृतिक अथवा मानव-निर्मित आपदाओं, साम्प्रदायिक हिंसा या सामाजिक उत्पाद की घटनाओं और विकास परियोजनाओं के कारण महिलाओं पर विस्थापन के नकारात्मक प्रभाव का शमन करने के

बॉक्स 6.7

अकेली महिलाओं के लिए आशा

टेमोर की कविता "एकला चलो रे", जिसने स्वयं, सत्य और सम्मान में विश्वास जगाया, राजस्थान में जनवरी 2000 में स्थापित दूध अकेली महिलाओं के संघ "एकल नारी शक्ति संगठन" के आदर्शों में प्रतिध्वनित हुई हैं। यह आधारभूत आम सदस्यता संगठन अपने सदस्यों के रूप विधवाओं, अलग हो गई, परित्यक्त और दुर्व्यवहार की शिकार महिलाओं को रखता है। पिछले सात वर्षों में संगठन ने इन महिलाओं के दिन-प्रतिदिन के मुद्दों का समाधान करने का प्रयास किया है। इसने अन्याय, लाल फीताशाही और संकीर्ण मानसिकताओं से लड़ते हुए कई महिलाओं का भाग्य बदला है। 2007 के मध्य तक राजस्थान के 32 जिलों में से 26 एकल नारी के 21,325 सदस्य थे।

यह संगठन एक जन-अंदोलन है। इन एकल महिलाओं ने शराब की दुकानों को बंद कराने और युगों पुरानी प्रथाओं से विद्रोह करने से लेकर विधवाओं के लिए पेंशनों और सहायता में वृद्धि करने तथा कई असंभव कार्य कर दिखाए हैं। इस समूह ने कम आय वाली, परिवार से अलग कर दी गई महिलाओं के लिए पेंशन भी शुरू की है। सत्याग्रह और खुली अवज्ञा को रणनीति के रूप में उपयोग करते हुए इस संगठन ने ऐसी महिलाओं के लिए राजगार सुनिश्चित किया है जो घोखाघड़ी और धमकियों को झेल रही हैं। आज यह आंदोलन हिमाचल प्रदेश, झारखंड और गुजरात में फैल गया है।

लिए प्रतिबद्ध है। इसमें लिंग संवेदी राहत और पुनर्वास नीतियां बनाई जाएगी; महिलाओं का ऐसी किसी भी भूमि या परिसम्पत्तियों पर संयुक्त अधिकार होगा, जो पुनर्वास पैकेज का भाग हों।

अशक्तता पीड़ित महिलाएं:

6.61 अशक्तता पीड़ित महिलाओं को उनके परिवारों द्वारा एक वित्तीय बोझ और सामाजिक भार समझा जाता है, उन्हें आने-जाने के अवसर और शिक्षा उपलब्ध नहीं कराई जाती; उन्हें अलैंगिक मजबूर और आश्रित के रूप में देखा जाता है, उनका लाभ उठाया जाता है और उनसे दुर्व्यवहार किया जाता है, विवाह और मातृत्व की आकांक्षाओं से वंचित रखा जाता है; और सामान्य जीवन की किसी आशा के बिना पृथक और उपेक्षित रखा जाता है। यद्यपि, आज अधिकार आधारित दृष्टिकोण अशक्तता अधिकार आंदोलन को परिभाषित करते हैं, अशक्तता पीड़ित महिलाओं की विशिष्ट चिंताओं को योजना निर्माण प्रक्रिया में पर्याप्त रूप से प्रतिलम्बित करना होगा। आरसीएच कार्यक्रमों में अशक्तता पीड़ित महिलाओं की प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं पर ध्यान दिया जाएगा। विशेषकर संस्थाओं में जबरदस्ती बंधीकरण, गर्भनिरोध और गर्भपात के माध्यम से उनके प्रजनन अधिकारों के हनन से कड़ाई से निपटा जाएगा। ग्यारहवीं योजना में, अशक्तता पीड़ित महिलाओं को लाभार्थियों और परियोजना कार्यकर्ताओं के रूप में लिंग समानता कार्यक्रमों में विशिष्ट रूप से शामिल किया जाएगा। सरकारी विभागों, पुलिस, स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों हेतु ग्यारहवीं योजना के संवेदीकरण कार्यक्रमों में अशक्तता पीड़ित महिलाओं की जरूरतों के प्रति संवेदीकरण शामिल होगा। भेदभाव के मामलों में कानूनों का कठोरतः पालन किया जाएगा।

आपदाओं से प्रभावित महिलाएं:

6.62 प्राकृतिक और मानव-निर्मित दोनों आपदाएं महिलाओं पर सर्वाधिक खराब प्रभाव डालती हैं। उनके निम्न सामाजिक दर्जे के परिणामस्वरूप उन्हें पुनर्वास और राहत के लाभों से विभिन्न प्रकार

से वंचित किया जाता है। यह लिंग समानता और लिंग न्याय के ग्यारहवीं योजना के लक्ष्य के लिए गंभीर चुनौती उत्पन्न करता है। इससे उबरने के लिए ग्यारहवीं योजना में आपदा प्रबंधन नीतियां राहत समितियों में महिलाओं का प्रतिनिधित्व सुनिश्चित करेगी। सरकार, सहायता कार्यकर्ताओं, सशस्त्र बलों और राहत कार्य में लगे सभी कर्मियों के संवेदीकरण के लिए संसधानों का आवंटन किया जाएगा। समाजिक समानता के लेखो-जेखों की परीक्षाएं करवाई जाएगी। यह योजना राहत और पुनर्वास नीतियों के निर्धारण के लिए लिंग-असंकलित आंकड़ों के संग्रह और उपयोग को बढ़ावा देगी। महिलाओं को मुख्यधारा में लाने के लिए यह राहत संहिता और आपदा प्रबंधन विधेयक की जांच और समीक्षा भी करेगी।

6.63 ऊपर चर्चा की गई असुरक्षित और उपेक्षित महिलाओं की श्रेणियों के अलावा, ग्यारहवीं योजना में समानता और लिंग न्याय की इसकी प्रतिबद्धता को पूरा करने के लिए प्रवासी महिलाओं, शहरी गरीब महिलाओं और अकेली महिलाओं समेत अन्य श्रेणियों पर भी विशेष ध्यान दिया जाएगा।

6.64 बाल विवाह की समस्या से निपटने के लिए, ग्यारहवीं योजना में विवाहों के अनिवार्य पंजीकरण और विवाह के समय आयु के सत्यापन की व्यवस्था की जाएगी।

राजनीतिक सशक्तिकरण को संभव बनाना

क. पंचायती राज संस्थाएं (पीआरआई)

6.65 उल्लेखनीय संवैधानिक, विधायी और नीतिगत सुधारों में और सतत प्रशासनिक विकेंद्रीकरण ने महिलाओं की आधारभूत राजनीतिक भागीदारी को बढ़ाने के लिए सरकार की प्रतिबद्धता को दर्शाता है। यद्यपि, 73 वें और 74 वें संविधान संशोधनों द्वारा महिलाओं हेतु केवल एक तिहाई स्थान ही आरक्षित किए गए, उनका वास्तविक प्रतिनिधित्व सभी स्तरों पर इससे अधिक है।

महिलाओं की बढ़ी हुई राजनीतिक भागीदारी में न केवल महिलाओं के लिए बल्कि उनके परिवारों और समुदायों के लिए भी अनेक सकारात्मक परिणाम उत्पन्न किए हैं। विकास के केंद्रीय मुद्दे, जैसे कि स्वास्थ्य, पोषण, परिवारिक आय और शिक्षा कार्यवाही हेतु कार्य-सूची में सर्वोच्च स्थान पर रखे जा रहे हैं। महिलाओं की भागीदारी अधिक सर्व-समावेशी-शासन व्यवस्था और प्रभावी समुदाय केंद्रित विकास संभव बनाती है। फिर भी, कई स्थानों पर, विशेषकर उत्तर प्रदेश, बिहार और राजस्थान जैसे राज्यों में, महिलाएं छद्म प्रतिनिधियों के रूप में कार्य कर रही हैं। ग्यारहवीं योजना के समक्ष यह सुनिश्चित करना एक चुनौती है कि पंचायतो की महिला सदस्य अपने स्वयं का निर्णय लेने में सशक्त हो सक।

6.66 ग्यारहवीं योजना में महिलाओं के राजनीतिक सशक्तिकरण और पंचायती राज्य संस्थाओं में भागीदारी की प्रतिभा को त्वरित बनाने के लिए निम्नलिखित कदम उठाए जाएंगे:

- महिला सरपंचों को हटाने के लिए अक्सर अविश्वास खंड का उपयोग किया जाता है। राज्य सरकारों को सलाह दी जाएगी कि वे सुनिश्चित करें कि महिला सरपंच अविश्वास प्रस्ताव द्वारा कम से कम डेढ़ वर्ष तक नहीं हटाई जा सकें। यदि एक अविश्वास प्रस्ताव पारित हो जाता है, तो प्रतिस्थापित करने वाली पदधारी भी पूर्व पदधारी की भांति ही उसी सामाजिक समूह की महिला होनी चाहिए;
- राज्यों को दो-संतान मानदंड संबंधी कानूनों की समीक्षा करनी चाहिए जो दो से अधिक बच्चों को रखने वालों की पद धारण करने से रोकते हैं। कुछ राज्यों में इस कानून को निरस्त कर दिया गया है। क्योंकि यह पाया गया है कि इसका उपयोग महिलाओं के विरुद्ध किया गया है और इसने गरीब अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, मुस्लिम और आदिवासियों को अत्यधिक प्रभावित किया है और अधिक त्रासदी की बात यह है कि उस मानदंड के कारण मादा भ्रूण-हत्या में वृद्धि हुई है;
- लिंग संवेदीकरण और महिला अधिकारों से संबंधित विभिन्न क्षेत्रों में पंचायती राज संस्थाओं के सभी सदस्यों (पुरुष और महिला) के क्षमता-निर्माण तथा साथ ही पंचायती-राज संस्थाओं का महिला सदस्यों के राजनीतिक कौशल-निर्माण हेतु संसाधनों के आवंटन को बढ़ाना;
- राज्य योजना बोर्डों और आयोगों में गरीब और अन्य सम्मिलित नहीं की गई महिलाओं को शामिल करने के लिए और अधिक प्रयास;
- महिलाओं की राजनीतिक भागीदारी के लिए पंचायती राज संस्थाओं पर तथा समर्थनकारी नीतिगत दशाओं और संदर्भित

कारकों पर महिलाओं के प्रभाव के समय-श्रृंखला मूल्यांकनों हेतु निधियां;

- शक्तिओं के प्रत्यायोजन और विकेन्द्रीकरण की राज्य सरकारों की प्रक्रिया को त्वरित करना ताकि पंचायती राज संस्थाएं अपने अनिवार्य कर्तव्यों को पूरा करने में अक्षम नहीं रहें।

महिला संबंधी विधानों का प्रभावी कार्यान्वयन

6.67 दसवीं योजना अवधि के दौरान, कुछ महत्वपूर्ण विधान पारित और संशोधित किए गए हैं। उदाहरण के लिए, पूर्व में उल्लिखित हिन्दू उत्तराधिकार (संशोधन) अधिनियम, 2005 और घरेलू हिंसा से महिलाओं की सुरक्षा अधिनियम, 2005 के अलावा दहेज प्रतिषेध अधिनियम की समीक्षा की गई। सिविल समाज का एक बहुत सक्रिय हिस्सा इन मुद्दों पर अथक रूप से अभियान चलाता रहा है। कानूनों में प्रत्येक महिला के अधिकारों को समाविष्ट किया जाए, इसे सुनिश्चित करने के लिए उनके अनुभवों और सिफारशों को स्वीकार किया जाएगा।

6.68 ग्यारहवीं योजना के अधीन, इन विधानों के प्रचार के लिए और इनके प्रभावी कार्यान्वयन हेतु अपेक्षित अवसंरचना का सृजन करने के लिए बजटीय आवंटन किए जाएंगे। महिला और बाल विकास मंत्रालय सुरक्षा अधिकारियों को नियुक्त करेगा और जिला स्तरीय प्रकोष्ठों को स्थापित करेगा जो अपने प्रभाराधीन घरेलू हिंसा से महिलाओं की सुरक्षा अधिनियम (पीडब्ल्यूडीवीए) तथा अन्य अधिनियमों के मानीटरन और कार्यान्वयन के लिए उत्तरदायी होंगे।

6.69 महिला और बाल विकास मंत्रालय ऐसे अन्य विधानों के अधिनियमन हेतु प्रयास और उन्हें सुनिश्चित करेगा जो महिलाओं को लाभ पहुंचते हैं। सस्कार असंगठित क्षेत्रों के कामगारों के लिए सामाजिक सुरक्षा प्रदान करने हेतु पहले से एक असंगठित क्षेत्र संबंधी विधेयक पर विचार कर रही है, इसके अलावा, जीवन और स्वास्थ्य बीमा हेतु योजनाएं पहले ही लागू की जा चुकी हैं। इन्हें महिलाओं के हितों की रक्षा पर विशेष जोर देते हुए कार्यान्वित किया जाना चाहिए। दहेज की परिभाषा तथा दोषी पक्षों हेतु दंडों से संबंधित विद्यमान उपबंधों को स्पष्ट करने के लिए दहेज प्रतिबंध अधिनियम की समीक्षा की जाएगी। घरेलू हिंसा से महिलाओं की सुरक्षा अधिनियम से संबंधित सुरक्षा अधिकारियों को दहेज प्रतिबंध अधिनियम के अधीन कार्यवाही कर सकने हेतु सक्षम बनाने के लिए घरेलू हिंसा से महिलाओं की सुरक्षा अधिनियम के दहेज प्रतिबंध अधिनियम के साथ कार्यान्वयन को जोड़ा जाएगा। ग्यारहवीं योजना में दहेज मृत्यु के मामलों में साक्ष्यों को अभिलिखित करने के संदर्भ में चिकित्सा व्यावसायियों के संवेदीकरण, विधि

बॉक्स 6.8

पंचायत महिलाएं: आधारभूत वास्तविकताएं

कुछ समय पहले तक केरल के एलेपी जिले में कांजिगुड़ी ग्राम पंचायत इस जिले का पिछड़ा क्षेत्र था। आज यह 10 करोड़ रुपये से अधिक का वार्षिक टर्नओवर रखता है जिसका श्रेय एक अजीवान महिला प्रधान जलजा चन्द्रा की अध्यक्षता वाली सक्रिय पंचायत समिति को जाता है। उनसे उनके क्षेत्र में रहने वाले परिवारों की संख्या, स्व-सहायता समूहों की संख्या, रोजगार संबंधी आंकड़ों, निवल लाभ, विभिन्न विकास कार्यों पर खर्च की गई धनराशि आदि आदि के संबंध में प्रश्न पूछे तो वह आत्म-विश्वासपूर्ण उत्तर देती है। यह देखना कठिन नहीं है कि यह गांव क्यों समृद्ध हुआ है। पंजाब के फतहगढ़ साहिब जिले के कोटली गांव की प्रधान परमजीत कौर हैं जिसने अपने ग्रामवासियों को अपनी बालिका शिशुओं को जीवित रखने के लिए प्रेरित किया है। अतः ऐसे जिले में रहते हुए जो देश के सबसे कम बाल लिंग अनुपात रखने के कारण सुर्खियों में रहा था, कोटली अब सकारात्मक लिंग अनुपात रखने पर गर्व करता है। यद्यपि, इन्होंने और ऐसी अनेक महिलाओं ने स्पष्ट रूप से दर्शाया है कि महिलाओं के राजनीतिक सशक्तीकरण से क्या प्राप्त हो सकता है, देश के अनेक भागों में पंचायतों की महिला सदस्यों को अपना हक मिलना अभी बाकी है।

राजस्थान के बाड़मेर जिले के भिमड़ा गांव की एक सरपंच एक महिला है। वह अपना मुंह कभी नहीं खोलती, हमेशा उसका पति ही बोलता है। पूर्वी उत्तर प्रदेश के एक कोल गांव में घूंघट में लिपटी उसकी जैसी महिलाओं का भाग्य उससे भिन्न नहीं है। यहां प्रधानपति ही सारे निर्णय लेता है। बिहार में, शक्तियां "एमपी" और "एसपी" - मुखियापतियों और प्रधानपतियों के पास रहती हैं। उदयपुर जिले (राजस्थान) के ऑग्ना गांव में महिला पंचायत सदस्य उस दिन के लिए पछताती हैं जब वह चुनी गई थी। वह प्रश्न करती हैं - "हमारे पास कोई शक्ति नहीं है, हमें बैठको में कभी भाग नहीं लेने दिया जाता है। जब ग्रामवासी आकर हमसे पूछते हैं कि हमने कुछ क्यों नहीं किया, तो हम क्या कहें।"

प्रवर्तन अधिकारियों के प्रशिक्षण और क्षमता निर्माण तथा दहेज की समस्याओं के संबंध में जागरूकता पैदा करने के लिए उपबंध भी किए जाएंगे। केंद्रीय और राज्य पर्यवेक्षण बोर्डों के माध्यम से पीसी और पीएनडीटी अधिनियम की प्रभावी निगरानी और प्रवर्तन तथा निधियों के पर्याप्त आवंटन को सुनिश्चित करने के लिए प्रयास किए जाएंगे। लिंग निर्धारण और लिंग चयनात्मक गर्भपातों के मुद्दे से निपटने के लिए अधिकारियों को प्रशिक्षित करने के साथ जन-जागरूकता और सामुदायिक एकजुटता पैदा की जाएगी।

6.70 कार्यस्थान पर यौन-उत्पीड़न को रोकने के लिए महिला और बाल विकास मंत्रालय विधेयक अधिनियमित किए जाने की सुनिश्चितता करेगा। यह सुनिश्चित करने के लिए कि वेश्यावृत्ति में लगी महिलाओं को और शिकार नहीं बनाया जाए, अनैतिक मानव व्यापार निवारण अधिनियम की पहले से समीक्षा की जा रही है। इसके अलावा, ग्यारहवीं योजना में जबरदस्ती प्रवर्जन और मानव व्यापार को रोकने के लिए अंतर्देशीय जाल तंत्र को मजबूत बनाया जाएगा। अवैध मानव व्यापार को कम करने के लिए सामुदायिक स्तर की सतर्कता को बढ़ावा देने हेतु विशेष पुलिस अधिकारियों की नियुक्ति की जाएगी। पुलिस, न्यायपालिका तथा अन्य सरकारी कार्मिकों हेतु मानव व्यापार के संबंध में विशेष प्रशिक्षण मॉड्यूल होंगे। और अधिक पुनर्वास गृहों की स्थापना की जाएगी।

6.71 महिलाओं के विरुद्ध संघर्ष संबंधी हिंसाओं से निपटने के लिए, ग्यारहवीं योजना में साम्प्रदायिक हिंसा के निवारण संबंधी प्रारूप विधि में यौन हिंसा के उपबंधों को शामिल किया जाना सुनिश्चित किया जाएगा। इसमें संघर्ष की स्थितियों में महिलाओं

के विरुद्ध हिंसा के मामलों, जिसमें सुरक्षाकर्मियों से संबंधित मामले भी शामिल होंगे, का निपटान करने के लिए विशेष न्यायालय स्थापित किए जाने पर विचार किया जाएगा। इससे शांति बनाए रखने, सामुदायिक वार्ताओं और संघर्ष के समाधान में महिलाओं के शामिल होने को प्रोत्साहन मिलेगा। संघर्ष के क्षेत्रों में विधवाओं और महिला मुखिया वाले घरों हेतु क्षतिपूर्ति, वित्तीय सहायता और सहारा देने के लिए विशेष उपाय किए जाएंगे।

6.72 ग्यारहवीं योजना अनेक उपायों के माध्यम से महिलाओं हेतु विधिक सेवाओं की उपलब्धता को पोषित करेगी। महिलाओं को मानवाधिकार उल्लंघनों के मुकदमों को लड़ने के लिए शुल्कों के भुगतान से छूट प्रदान की जाएगी। विधिक समाधान चाहने वाली गरीब महिलाओं को विधिक सहायता के लिए धनराशियां प्रदान की जाएंगी। आधारभूत स्तर पर कार्यरत गैर-सरकारी संगठनों के साथ सहयोग से सभी राज्यों में विधिक जागरूकता कार्यक्रम चलाए जाएंगे। ग्रामीण महिलाओं, विशेषकर गरीब महिलाओं को जानकारी और सहारा प्रदान करने के लिए पंचायत स्तर पर प्रतिबल और लिंग-संवेदी वकीलों वाले विधिक सहायता प्रकोष्ठों की स्थापना की जाएगी। मामलों के प्रभावोत्पादक समाधान के लिए वैकल्पिक विवाद निपटारा तंत्रों को प्रोत्साहित करने हेतु लोक अदालतें आयोजित की जाएंगी। यह योजना पुलिस और न्यायिक सेवाओं में महिलाओं के% को बढ़ाने की दिशा में भी कार्य करेगी। विधिक सेवाएं प्रदान करने में लगे सभी सदस्यों और प्राधिकारियों को लिंग-विशिष्ट कानूनों के उपयोग के संबंध में प्रशिक्षण दिया जाएगा। लोगों के विचारों को सुनने के लिए जन सुनवाई की अवधारणा अपनाई जाएगी।"

महिलाओं को मुख्यधारा में लाने के लिए संस्थागत तंत्रों का सृजन और वितरण तंत्रों को मजबूत बनाना

6.73 ग्यारहवीं योजना में, संस्थागत तंत्र महिलाओं को मुख्यधारा में लाने की प्रक्रिया को आगे बढ़ाएंगे और मजबूत बनाए जाएंगे। राष्ट्रीय महिला आयोग और राज्य महिला आयोगों को महिलाओं के अधिकारों की रक्षा के लिए नोडल अभिकरणों के रूप में अपनी भूमिकाएं प्रभावी रूप से निभा सकने के लिए सक्षम बनाने हेतु मजबूत बनाया जाएगा। इसके लिए, राष्ट्रीय महिला आयोग की और अधिक शक्तियां प्रदान करने हेतु राष्ट्रीय महिला आयोग अधिनियम का उपयुक्त रूप से संशोधन किए जाने के लिए ग्यारहवीं योजना में प्रयास किए जाएंगे। इसी प्रकार, राज्यों से अपने महिला आयोग की शक्तियों की समीक्षा करने का आग्रह किया जाएगा। इसके अलावा, इन संगठनों के विधिक दर्जे को सुदृढ़ बनाने के लिए इनके लिए और अधिक प्रकार्यात्मक और वित्तीय स्वायत्तता तथा सांविधिक आधार सुनिश्चित होगा कि ये निकाय पक्षपात रहित रहें, बल्कि इससे उनकी साख में भी वृद्धि होगी। महिला सशक्तीकरण हेतु राष्ट्रीय नीति के संबंध में महिलाओं की योजनाओं में प्रगति को आवधिक रूप से राष्ट्रीय विकास परिषद को सूचित करने के लिए एक तंत्र सृजित किया जाएगा। महिला समूहों, वकीलों, कार्यकर्ताओं, महिला अध्ययन केंद्रों इत्यादि समेत सभी क्षेत्रगत अभिकरणों और सभ्य समाज के परामर्श से राष्ट्रीय और राज्य स्तरों पर महिलाओं के सशक्तीकरण के लिए कार्रवाई योजनाएं बनाई जाएंगी। बेगार, भूमि और परिसंपत्तियों के हक, कौशल विकास और व्यावसायिक प्रशिक्षण, बाल देखभाल, व्यावसायिक स्वास्थ्य, पारिश्रमिक, महिलाओं के विरुद्ध हिंसा जैसे एक-दूसरे से जुड़े मुद्दों को मुख्यधारा में लाया जाएगा। "पारिवारिक महिला लोक अदालतों"¹⁴ का आयोजन किया जाएगा जो जिला विधि के सेवा प्राधिकरण के प्रयासों का अनुसरण करेंगी। राष्ट्रीय और राज्य स्तरों पर महिलाओं हेतु संसाधन केंद्र स्थापित किए जाएंगे और महिला अध्ययन केंद्रों से जोड़े जाएंगे।

6.74 केंद्रीय और राज्य स्तरों पर सभी मंत्रालयों/विभागों में लिंग बजट तैयार करना तथा लिंग परिणामी आकलन को प्रोत्साहित किया जाएगा। लिंग बजट तैयार करने से बजट के लिंग संबंधी विभेदक प्रभाव के आकलन में मदद मिलती है और यह लिंग संबंधी प्रतिबद्धताओं को बजटीय आबंटन के रूप में परिणत करने में सहायक होता है। ग्यारहवीं योजना के दौरान, सभी मंत्रालयों

और विभागों में लिंग बजट-निर्माण प्रकोष्ठों के सृजन के लिए प्रयास जारी रहेंगे। प्राप्त आंकड़ों का इन प्रकोष्ठों से नियमित आधार पर परितुलन किया जाएगा और उन्हें सार्वजनिक क्षेत्र में उपलब्ध कराया जाएगा।

6.75 जारी की गई निधि के लिंग परिणामी आकलन को प्रत्येक मंत्रालय/विभाग द्वारा अपने बजट दस्तावेजों के भाग के रूप में तैयार किए गए परिणामी बजट का अनिवार्य अंग बनाया गया है। 2005-06 में, यह कार्य किया गया और लिंग बजट (अर्थात् महिला विशेष आबंटन) की कुल मात्रा केंद्रीय सरकार के कुल व्यय का 4.8% दर्ज की गई। 2006-07 में, केंद्रीय सरकार के 24 विभागों को शामिल किया गया और लिंग बजट का आधार कुल बजट अनुमानों का 3.8 घन ऐसा पाया गया कि जिन योजनाओं में 100 महिला घटक नहीं हैं, उन्हें भी महिला विशेष योजनाओं को रूप में उल्लिखित किया गया। अतः, ग्यारहवीं योजना यह सुनिश्चित करेगी कि केंद्र और राज्य दोनों के प्रत्येक मंत्रालय/विभाग परिणामी बजट के लिए एक क्रमबद्ध और व्यापक निगरानी और लेखा-परीक्षण तंत्र बनाएं। इसके अतिरिक्त, महिला और बाल विकास, वित्त मंत्रालय और योजना आयोग लिंग अंतरों और संसाधन अंतरों के स्थानिक मानचित्रण के द्वारा राष्ट्रीय स्तर के लिंग परिणामी आकलनों को संभव बनाएंगे। वे सार्वजनिक व्यय, कार्यक्रमों और नीतियों के लिंग संबंधी लेखों-जोखों की जांच कराएंगे और राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्तरों पर मानकीकृत, लिंग असंकलित आंकड़ों (अ.जा./अ.जन.जा. और अल्पसंख्यक महिलाओं के लिए असंकलित आंकड़ों सहित) के संग्रह को सुनिश्चित करेंगे।

6.76 ग्यारहवीं योजना अवधि में लिंग आधारित योजना निर्माण की विद्यमान प्रणाली को अन्य मंत्रालयों और विभागों में विस्तारित किया जाएगा तथा इन्हें केवल उन मंत्रालयों और विभागों तक ही सीमित नहीं रखा जाएगा जिन्हें ऐतिहासिक रूप से "महिला-संबंधित" माना जाता रहा है। शिक्षा, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण, कृषि, ग्रामीण विकास, श्रम, आदिवासी मामले, सामाजिक न्याय और अधिकारिता जैसे मंत्रालय और विभाग, जो 30% डब्ल्यूसीपी आवश्यकता से अधिक की संभावना रखते हैं, और अधिक महिला संबंधित कार्यक्रमों को शुरू करने के लिए प्रोत्साहित किए जाएंगे। ग्यारहवीं योजना के दौरान लिंग आधारित योजना घटक की अवधारणा का पंचायती राज संस्थानों में तथा 73वें संवैधानिक संशोधन के अधीन उन्हें हस्तांतरित किए गए 29 विषयों के

¹⁴ जन सुनवाई, शिकायतों को सुनने, उनसे निपटने के लिए सीएसओ, सरकारी कार्यकर्ताओं और लोगों का एक मंच है।

¹⁵ यह एक विशेष न्यायालय है, जो मुख्यतः पारिवारिक विवादों का सामान्य आपराधिक मामलों से भिन्न, अलग से समाधान करने से सम्बद्ध है।

विस्तार करने के प्रयास किए जाएंगे। यह स्वीकार करते हुए कि कुछ महिलाएं अन्य की अपेक्षा अधिक वंचन और भेदभाव को झेलती हैं, ग्यारहवीं योजना सर्वाधिक असुरक्षित महिलाओं, विशेषकर अ.जा., अ.जन.जा की महिलाओं, मुस्लिम महिलाओं, अकेली महिलाओं, अलग रूप से योग्य और एचआईवी पॉजिटिव महिलाओं को लाभार्थियों के रूप में प्राथमिकता देने के लिए डब्ल्यूसीपी सन्नियमों को परिष्कृत करेगी।

6.77 ग्यारहवीं योजना अवधि में सभी राष्ट्रीय नीतियों और कार्यक्रमों को उनके प्रारंभ और निर्माण चरणों से ही लिंग दृष्टिकोण रखने वाला बनाने का प्रयास किया जाएगा। महिला और बाल विकास मंत्रालय लिंग बजट निर्माण के लिए नोडल मंत्रालय है और लिंग बजट-निर्माण का समन्वय तंत्र यह सुनिश्चित करेगा कि राजकोषीय और मौद्रिक नीतियों, कृषि नीतियों, गैर-कृषि क्षेत्र, सूचना और प्रौद्योगिकी नीतियां, प्रवर्जन संबंधी सार्वजनिक नीति, स्वास्थ्य बीमा योजनाएं, आपदा प्रबंधन नीतियां, मीडिया नीति और विधिक व्यवस्था इत्यादि समेत सभी नीतियां लिंग परिप्रेक्ष्य में औचित्यपूर्ण हो और इनकी संपूर्ण जांच की जाए। यह सुनिश्चित करेगा कि संसद में अधिनियमन के लिए प्रस्तुत किए जाने से पहले सभी विधानों को महिला सशक्तीकरण संबंधी संसदीय समिति की स्वीकृति मिल जाए।

6.78 ग्यारहवीं योजना अति-विलंबित महिला आरक्षण विधेयक के सुचारु पारण के माध्यम से शासन में महिलाओं की भागीदारी को सुनिश्चित करने के लिए प्रतिबद्ध है। महिलाओं को लिंग संवेदी स्थानीय योजना निर्माण और कार्यान्वयन को प्रभावित करने हेतु सक्षम बनाने के लिए पंचायती राज संस्थानों में महिलाओं को साथ-साथ प्रशिक्षण और निविष्टियां प्रदान की जाएंगी। संसद, राज्य विधान सभाओं, मंत्री परिषद, प्रमुख सेवाओं, और संपूर्ण सरकारी क्षेत्र में महिलाओं की विशेषकर अ.जा./अ.जन.जा. और अल्पसंख्यक महिलाओं की भागीदारी के संबंध में लिंग असंकलित आंकड़े संग्रहित किए जाएंगे और सार्वजनिक क्षेत्र में उपलब्ध कराए जाएंगे। योजना में महिलाओं को प्रतियोगिता परीक्षा प्रशिक्षण प्रदान करने और अखिल भारतीय सेवाओं विशेषकर भा. प्र. सेवा., भा. वि. सेवा., और भा. पु. सेवा. में महिलाओं की भर्ती को प्राथमिकता प्रदान करने के लिए पूर्व-सक्रिय प्रयास किए जाएंगे।

6.79 महिला और बाल विकास मंत्रालय मात्रात्मक और गुणात्मक आंकड़ों के लिए एक व्यापक लिंग असंकलित डाटा बेस का सृजन करने और उसे बनाए रखने में अग्रणी होगा। इसका उद्देश्य (i) नई पहलों को तथ्यों और आंकड़ों पर आधारित करना, (ii) कार्यक्रमों के लिंग संबंधी प्रभाव का आकलन करना और (iii)

कार्यक्रमों की योजना निर्माण और कार्यान्वयन में महिलाओं की भागीदारी के स्तर का आकलन करना होगा।

ग्यारहवीं योजना की स्कीमें

6.80 **स्वयंसिद्धा**, जो कि स्व-सहायता समूहों के माध्यम से महिलाओं के सशक्तीकरण के लिए एक एकीकृत योजना है, ग्यारहवीं योजना में महिला और बाल विकास मंत्रालय द्वारा कार्यान्वित की जाने वाली प्रमुख योजना होगी। स्वयंसिद्धा को चरण-II की महिला विकास अभिसूचकों में पिछड़े रहे राज्यों में अधिक विस्तार कर एक देशव्यापी कार्यक्रम के रूप में प्रारंभ किया जाएगा। स्वयंसिद्धा भाग 1 और स्वशक्ति से, विशेषकर स्व-सहायता समूहों के माध्यम से गरीब महिलाओं के क्षमता-निर्माण, महिलाओं में आपस में बचत और ऋण गतिविधियों को बढ़ावा देने, गरीबी उन्मूलन के प्रति भागीदारी पूर्ण दृष्टिकोण पर जोर देने, और स्व-सहायता समूहों के माध्यम से सामान्य समस्याओं और मुद्दों का समाधान करने के संबंध में ली गई सीखों को देशव्यापी स्वयंसिद्धा में शामिल किया जाएगा।

6.81 महिलाओं के कौशल प्रशिक्षण की योजना "प्रशिक्षण और रोजगार हेतु सहायता कार्यक्रम" (स्टेप) का ग्यारहवीं योजना के दौरान मूल्यांकन परिणामों (प्रक्रियाधीन) के आधार पर पुनरुद्धार किया जाएगा। एक केंद्र प्रायोजित योजना के रूप में इसके देशव्यापी कार्यान्वयन के लिए पर्याप्त परिव्यय सुनिश्चित करने हेतु इसे स्वयंसिद्धा के साथ एकीकृत कर दिया जाएगा। राष्ट्रीय महिला कोष को भी ऋण संबंधी संबंधों के लिए स्टेप और स्वयंसिद्धा के साथ एकीकृत कर दिया जाएगा, परंतु इसके और विस्तार पर विचार करने से पहले ग्यारहवीं योजना अवधि में इसकी समीक्षा की जाएगी।

6.82 ग्यारहवीं योजना के दौरान उत्तर प्रदेश के चार जिलों और बिहार के दो जिलों में कृषि विकास हेतु संयुक्त राष्ट्र अंतर्राष्ट्रीय निधि द्वारा सहायित एक पृथक महिला सशक्तीकरण और जीविका परियोजना को कार्यान्वित किया जाएगा।

6.83 ग्यारहवीं योजना के दौरान महिलाओं हेतु विभिन्न सामाजिक सशक्तीकरण योजनाएं कार्यान्वित की जाएंगी। ऐसी वयस्क बालिकाओं और महिलाओं के लिए, जो मुख्यधारा वाली शिक्षा प्रणाली में शामिल नहीं हो सकी अथवा औपचारिक विद्यालयों को बीच में ही छोड़ देने के लिए मजबूर कर दी गई, कौशल विकास और व्यावसायिक प्रशिक्षण को संभव बनाने के लिए संघनित शिक्षा पाठ्यक्रम चलाए जाएंगे। यह उन्हें रोजगार-योग्य बनाकर उनकी सामाजिक और आर्थिक स्थिति में सुधार करेगा। मंत्रालय महिलाओं की स्थिति, अधिकारों और समस्याओं से संबंधित मुद्दों पर

एक जागरूकता सृजन परियोजना चलाने के लिए जनसंचार-मीडिया का उपयोग करेगा। इस परियोजना के माध्यम से यह समाचारपत्रों, मीडिया चैनलों, धारावाहिकों, फिल्मों इत्यादि में महिलाओं के संतुलित चित्रण को सुनिश्चित करने का भी प्रयास करेगा।

6.84 ग्यारहवीं योजना के दौरान महिला और बाल विकास मंत्रालय द्वारा चलाए जाने वाला महिलाओं के लिए सर्वाधिक महत्वपूर्ण कार्यक्रम मातृत्व लाभों के उपबंध से संबंधित होगा। आईसीडीएस योजना में सशर्त मातृत्व लाभों का एक घटक होगा जिसके अधीन गर्भवती और स्तनपान कराने वाली माताओं को बच्चे के जन्म से 3 महीने पहले और 3 महीने बाद के लिए नकद प्रोत्साहन प्राप्त करने का हक होगा। यह माताओं को गर्भावस्था के अंतिम तीन महीनों के दौरान शारीरिक रूप से बोझिल गतिविधियों से बचने, चिकित्सा और पोषण संपूरक व्ययों को पूरा करने तथा जन्म के बाद बच्चे के साथ समय व्यतीत करने के लिए प्रोत्साहित करेगा तथा उन्हें सक्षम बनाएगा। इस योजना के अंतर्गत लाभ माताओं के आंगनवाड़ी में पंजीकृत होने, नियमित स्वास्थ्य जांच और प्रतिरक्षण की शर्तों को पूरा करने पर ही प्रदान किया जाएगा।

6.85 महिला एवं बाल विकास मंत्रालय सहायक सेवाओं को प्रदान करने हेतु अपनी योजनाएं चलाना जारी रखेगा। एक संशोधित "कामकाजी महिलाओं हेतु होस्टल स्कीम" के अधीन, कामकाजी महिलाओं को सुरक्षित और वहनीय दरों पर आवास प्रदान करने के लिए होस्टलों हेतु भवनों के निर्माण/किराए पर लिए जाने के लिए गैर-सरकारी संगठनों, सहकारी निकायों तथा अन्य अभिकरणों को वित्तीय सहायता प्रदान की जाएगी। संशोधनों के साथ ही सही, परंतु निराश्रित महिलाओं और कठिन परिस्थितियों में रह रही महिलाओं के लिए स्वाधार गृहों की योजना जारी रहेगी। एक महिला हेल्पलाइन संस्थापन भी स्थापित किया जाएगा। अल्प-वास गृह योजना के अधीन वैवाहिक झगड़ों, अपराध अथवा गृहहीनता की शिकार महिलाओं और लड़कियों के लिए मूलभूत सुखसुविधाओं और परामर्श, विधिक सहायता, चिकित्सा सुविधाओं, व्यावसायिक प्रशिक्षण और पुनर्वास जैसी सेवाओं के साथ उपयुक्त आवास प्रदान किए जाएंगे।

6.86 केंद्रीय सामाजिक कल्याण बोर्ड महिलाओं और बच्चों संबंधी विभिन्न योजनाओं के कार्यान्वयन के लिए गैर-सरकारी संगठनों का वित्तपोषण जारी रखेगा। परंतु, योजना के दौरान, केंद्रीय सामाजिक कल्याण बोर्ड की सभी विद्यमान योजनाओं की वर्तमान अपेक्षाओं के आलोक में समीक्षा और पुनर्संरचना की जाएगी। यदि आवश्यक हुआ तो उनमें से कुछ का महिला और बाल विकास मंत्रालय की योजनाओं के साथ विलयन भी कर दिया जाएगा।

राष्ट्रीय और राज्य तंत्र

बलात्कार-पीड़ितों हेतु राहत और पुनर्वास:

6.87 दिल्ली घरेलू कामकाजी महिला मंच बनाम भारत संघ और अन्य रिट याचिका (सीआरएल) संख्या 362/93 में माननीय उच्चतम न्यायालय ने राष्ट्रीय महिला आयोग को एक ऐसी योजना बनाने का निर्देश दिया "जिससे बदनसीब बलात्कार पीड़ितों के आंसू पोछे जा सकें।" इसने विचार प्रकट किया कि संविधान के अनुच्छेद 38(1) में अंतर्निहित नीति-निर्देशक सिद्धांतों के मद्देनजर, एक आपराधिक क्षतियों हेतु क्षतिपूर्ति बोर्ड की स्थापना करना आवश्यक है। मानसिक व्याकुलता के अलावा बलात्कार पीड़िताएं बार-बार भारी वित्तीय हानि उठाती हैं और कुछ मामलों में इतने सदम में आ जाती हैं कि अपने रोजगार में बनी नहीं रह पाती। न्यायालय ने यह भी निर्देश दिया कि न्यायालय द्वारा पीड़ितों की क्षतिपूर्ति अपराधी का दोषसिद्ध हो जाने के बाद दी जाएगी और आपराधिक क्षतियों हेतु क्षतिपूर्ति बोर्ड द्वारा पीड़ितों को क्षतिपूर्ति इस बात को विचाराधीन लिए बिना दी जाएगी कि दोषसिद्धि हुई है या नहीं। यह बोर्ड दर्द, तकलीफ और आघात एवं साथ ही यदि गर्भावस्था बलात्कार के परिणामस्वरूप हुई हो तो गर्भावस्था के कारण आय की हानि और बच्चे के जन्म के खर्च को विचाराधीन रखेगा। तदनुसार, राष्ट्रीय महिला आयोग ने "बलात्कार पीड़ितों के लिए राहत और पुनर्वास" नामक एक योजना का प्रारूप तैयार किया है। यह योजना "यौन हमलों की पीड़ितों के लिए राहत और पुनर्वास हेतु योजना" के रूप में ग्यारहवीं योजना में प्रारंभ की जाएगी। इसके लिए, विधि प्रवर्तन अभिकरणों, चिकित्सा प्रतिष्ठानों आदि की संवेदनशील करने हेतु ग्यारहवीं योजना में पर्याप्त संसाधन आबंटित किए जाएंगे। इसमें एफआईआर को तत्काल ऑनलाइन दायर किए जाने तथा महिला पुलिस अधिकारियों द्वारा पीड़िता के बयान को अभिलिखित किए जाने को सुनिश्चित किया जाएगा। इसमें विभिन्न जिलों में और अधिक न्यायिक प्रयोगशालाओं और डीएनए जांच केंद्रों को स्थापित किया जाएगा और अवयस्क बलात्कार पीड़ितों को विशेष देखभाल प्रदान की जाएगी। इसमें न्यायालयों में गवाही देने के लिए बलात्कार पीड़ितों की सुरक्षा भी सुनिश्चित की जाएगी और बलात्कार के मामले कार्रवाई करने के लिए जिला न्यायालय में एक विशिष्ट रूप से नामादिष्ट न्यायाधीश नियुक्त किया जाएगा।

6.88 ऊपर सुझाए गए उपायों के साथ ये योजनाएं यह सुनिश्चित करेगी कि जब हम 12वीं योजना में प्रवेश करें तो महिलाओं को "पीड़ितों" के रूप में नहीं बल्कि देश की समाजार्थिक प्रगति और विकास के अभिकर्ता के रूप में देखा जा रहा हो।

बाल अधिकार

6.89 बच्चों का विकास ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना का एक केंद्रीय विषय है। यह योजना एक ऐसे सुरक्षात्मक वातावरण का सृजन करने का प्रयास करती है जो जीवन, भागीदारी और विकास के प्रत्येक बच्चे के अधिकार को सुनिश्चित करेगा।

बच्चों की स्थिति: एक संक्षिप्त अवलोकन

दसवीं योजना के दौरान प्रगति

6.90 दसवीं योजना अवधि के दौरान बाल विकास की दिशा में कुछ ऐतिहासिक अंतर्मंत्रालयीय और अंतर्क्षेत्रीय कदम उठाए गए। विद्यालयों में बच्चों का नामांकन बढ़ाने के लिए तथा यह सुनिश्चित करने के लिए कि प्रत्येक बच्चे को अच्छी गुणवत्ता वाली शिक्षा उपलब्ध हो, सर्व-शिक्षा अभियान प्रारंभ किया गया। एकीकृत बाल विकास योजना के दायरे को बढ़ाया गया और किशोर बालिकाओं के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम प्रारंभ किया गया। गरीब परिवारों और उनमें रह रहे बच्चों के लिए खाद्य सुरक्षा और स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने हेतु एनआरईजीए, संपूर्ण स्वच्छता अभियान और एनआरएचएम जैसी योजनाएँ प्रारंभ की गईं।

आईसीडीएस:

6.91 इस कार्यक्रम को सार्वभौमिक हेतु एनसीएमपी प्रतिबद्धता और उच्चतम न्यायालय के निर्देश के अनुरूप, एकीकृत बाल विकास योजना (आईसीडीएस) को दसवीं योजना के प्रारंभ में 5652 परियोजनाओं से बढ़ाकर मार्च 2007 तक 6291 परियोजनाएं और 10.53 लाख आंगनवाड़ी केंद्र स्वीकृत किए गए। दसवीं योजना के अंत तक 7.81 लाख आंगनवाड़ी केंद्रों के माध्यम से इनमें से 5670 परियोजनाएं कार्य कर रही थीं। दिसंबर 2006 तक, 6.62 करोड़ लाभार्थियों को शामिल किया गया जिसमें 5.46 करोड़ बच्चे और 1.16 करोड़ गर्भवती और स्तनपान कराने वाली माताएं थीं।

6.92 उपरोक्त योजनाओं के अलावा, दसवीं योजना में राष्ट्रीय बाल घोषणापत्र, 2003 जैसी नई नीतियों को अपनाया गया। 2005 में, बाल अधिकारों की रक्षा के लिए एक राष्ट्रीय आयोग और राज्य आयोगों के गठन तथा बच्चों के विरुद्ध अपराधों अथवा बाल अधिकारों के हनन के संबंध में त्वरित मुकदमों के लिए बाल अधिकारों की रक्षा हेतु राष्ट्रीय आयोग अधिनियम पारित किया गया। सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों में निर्धारित की

वांक्स 6.9

बच्चों के लिए दसवीं योजना के कार्यक्रम

राजीव गांधी राष्ट्रीय शिशु गृह योजना - कामकाजी माताओं के बच्चों के लिए। अनीपचारिक क्षेत्र में कार्यरत अनुमानित 22 करोड़ महिलाओं की बाल देखभाल संबंधी जरूरतों को पूरा करने के लिए आठ लाख शिशु गृहों की आवश्यकता है। सितंबर, 2006 तक, इस योजना के अंतर्गत 23,834 शिशु गृहों हेतु मंजूरी प्रदान की गई।

सड़कवासी बच्चों हेतु एकीकृत कार्यक्रम - बच्चों को निराश्रित होने से बचाने तथा आश्रय, पोषण, स्वास्थ्य देखभाल, शिक्षा, मनोरंजन और दुर्व्यवहार और शोषण से सुरक्षा जैसी मूलभूत सुविधाएं प्रदान कर उन्हें सड़क से वापस लौटाने का प्रबंध करने का लक्ष्य रखता है।

दसवीं योजना के दौरान, 2 लाख से अधिक बच्चे इससे लाभान्वित हुए। देखभाल और सुरक्षा की जरूरत रखने वाले कामकाजी बच्चों के कल्याण हेतु योजना - मुख्यधारा वाली शिक्षा में कामकाजी बच्चों के प्रवेश/पुनः प्रवेश को सुविधाजनक बनाने और उनके शोषण को रोकने के लिए उन्हें अनीपचारिक शिक्षा, व्यावसायिक प्रशिक्षण प्रदान करती है। यह योजना गैर-सरकारी संगठनों के माध्यम से कार्यान्वित की जाती है। 2005 और 2007 के बीच, इस कार्यक्रम से 6996 बच्चे लाभान्वित हुए।

बच्चों हेतु शिशु-गृहों के लिए सहायता " की योजना - देश के भीतर दत्तक-गृहण को बढ़ाने और प्रोत्साहित करने के लिए सरकारी संस्थाओं और गैर-सरकारी संगठनों को सीएआरए के माध्यम से सहायता अनुदान प्रदान करती है। दसवीं योजना के दौरान, 2650 इससे लाभान्वित हुए।

किशोर बालिकाओं हेतु पोषण कार्यक्रम (एनपीएजी) - 2002-03 में योजना आयोग द्वारा प्रायोगिक परियोजना आधार पर 51 जिलों में प्रारंभ किए गए थे। यह योजना महिला और बाल विकास मंत्रालय को स्थानांतरित कर दी गई। इसमें यह विचार रखा गया है कि सभी किशोर बालिकाओं (10-19 वर्ष) का वर्ष में चार बार वजन किया जाएगा और 35 कि. ग्राम से कम वजन वाली बालिकाओं के परिवारों को तीन महिनों के लिए 8 कि. ग्राम खाद्यान्न/माह प्रदान किया जाएगा।

किशोरी शक्ति योजना (केएसवाई) - 11 और 18 वर्ष के बीच की आयु की किशोर बालिकाओं को आत्म-विकास, पोषण, स्वास्थ्य देखभाल, साक्षरता, अंकीय योग्यताएं और व्यावसायिक कौशल प्रदान करती है।

किशोर न्याय हेतु कार्यक्रम - कानून के विरुद्ध कार्य करने वाले किशोरों के लिए तथा देखभाल और सुरक्षा की जरूरत रखने वाले बच्चों के लिए विभिन्न स्तरों की संस्थाओं की स्थापना और रखरखाव के लिए राज्य सरकारों और संघ राज्य क्षेत्र प्रशासनों को 50% सहायता प्रदान करता है। दसवीं योजना के दौरान लगभग 2 लाख बच्चों को इसके दायरे में लिया गया

212 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

गई विशिष्ट प्रतिबद्धताओं को पूरा करने के लिए राष्ट्रीय बाल कार्यवाही योजना, 2005 भी बनाई गई। इसके अलावा, 2006 में किशोर न्याय (देखभाल और सुरक्षा) अधिनियम, 2000 में महत्वपूर्ण संशोधन किए गए।

6.93 इन उपायों के बावजूद हम दसवीं योजना के लक्ष्यों को पूरी तरह से प्राप्त नहीं कर सके हैं जिसका कारण यह है कि आंशिक रूप से योजनाओं के क्रियान्वयन में कमी रही। उदाहरण के लिए, साक्षरता के मामले में लिंग संबंधी अंतर को 1981 के 26.62% से घटाकर 2001 में 21.69% करने में दो दशक लग गए, परंतु दसवीं योजना इस अंतर में पांच वर्षों में 50% की कमी करने का विचार किया गया था।

6.94 पर्याप्त बजटीय आबंटनों के अभाव (जैसाकि केन्द्रीय बजट में बीएफसी प्रतिशत के रूप में बच्चों हेतु बजट में क्षेत्रकीय आबंटन व्यय संबंधी तालिका 6.5 में देखा जा सकता है) ने भी बच्चों के संबंध में सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों को पूरा करने की देश की योग्यता पर प्रभाव डाला है।

6.95 तालिका 6.5 स्पष्ट रूप से दर्शाती है कि बच्चों के विरुद्ध विभिन्न प्रकार के अपराधों में चिंताजनक वृद्धि के बावजूद, बाल सुरक्षा एक अत्याधिक उपेक्षित क्षेत्र रहा है।

सामाजार्थिक संकेतक

स्वास्थ्य

6.96 भारत में प्रतिवर्ष लगभग 2.5 मिलियन बच्चों की मृत्यु हो जाती है जो विश्व में बाल मृत्यु का 1/5 भाग के बराबर होता है। लगभग सभी मामलों में लड़कों की तुलना में 50% बच्चे जन्म के समय कम वजन के भी होते हैं तथा यहां 40% बच्चे कुपोषण का शिकार भी हैं। भारत में नवजात शिशुओं की स्थिति संबंधी रिपोर्ट¹⁶ के अनुसार, भारत में विश्व में सर्वाधिक संख्या में जन्म और नवजात बच्चों की मृत्यु होती है। स्वास्थ्य प्रणाली में सभी स्तरों पर स्त्री के प्रति अत्यधिक भेदभाव व्याप्त है। इस रिपोर्ट से यह भी पता चलता है कि अस्पताल में दाखिल किए गए प्रत्येक दो लिंग बालकों की तुलना में केवल एक नवजात बालिका को ही दाखिल किया गया।

6.97 अंतरराष्ट्रीय श्रम संगठन (आईएलओ) द्वारा 2002¹⁷ में किए गए एक अध्ययन में यह पाया गया कि एचआईवी से पीड़ित माता-पिता के बच्चों को आमदनी में भारी कमी और भेदभाव का सामना करने के लिए बाध्य किया जाता है। एड्स से मृत्यु होने वाले व्यक्ति के अनाथ, बच्चों, विशेष रूप से लड़कियों के उनकी असुविधाजनक सामाजिक-सांस्कृतिक स्थिति के कारण वेश्यावृत्ति में पड़ने की संभावना रहती है। भारत में, एंटीरेट्रोवॉयरल (एआरवी)

बॉक्स 6.10 आईसीडीएस की स्थिति

मध्य प्रदेश के तरण जिले में, आंगनवाड़ी केन्द्र एक कच्चा घर है जिसके बाहर कीचड़ है। खाद्यान्न को आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के घर में भंडारित किया गया है जो यह कहता है कि, "केंद्र में चूहे हैं। इसलिए मैं खाना वहीं नहीं छोड़ सकता हूँ।" इस बीच ग्रामवासी शिकायत करते हैं कि उनके बच्चे तब बीमार पड़ जाते हैं यदि वे एडब्ल्यूसी में खाते हैं।

उत्तर प्रदेश के भदोही जिला में गोहीलौव में प्राथमिक स्कूल परिसर में टूटे फर्नीचर वाले काली कमरे से आंगनवाड़ी केन्द्र संचालित होता है। रजिस्टर गायब हो गए हैं, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता कभी-कभी उपस्थित होता है तथा अनाज अगले घर में हेल्वर के यहां भंडारित है।

उड़ीसा के गंजाम जिले में गोकर्णपुर आंगनवाड़ी केंद्र पांच वर्ष से भी उम्र समय से आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के घर से संचालित हो रहा है। 30 बच्चों को थोड़ा चावल और दाल दी जाती है। टीकाकरण, भार मापन, विकास चार्ट, स्कूल पूर्व शिक्षा के बारे में यहां अनभिज्ञता है।

राजस्थान के बाड़मेर जिले में आंगनवाड़ी कार्यकर्ता अनपढ़ हैं। कुछ लोग जैसे रावतसर गांव का आंगनवाड़ी कार्यकर्ता यहां तक कि रजिस्टर भी नहीं भर सकता है। नागालैंड में फेक जिला के चिज़ामी गांव में केंद्र एक अंधेरे और ठंडे भवन से संचालित होता है। बच्चों को अनुपूरक पोषण के रूप में 2 ग्लूकोज़ बिस्कुट मिलते हैं। और हरियाणा के मेवात जिले के मालाब गांव में एक बरामदे से 150 बच्चों के 6 एडब्ल्यूसी संचालित होते हैं।

दिल्ली के जहांगीरपुरी में आंगनवाड़ी केंद्रों में वजन मापने की मशीन नहीं है तथा उन्हें 10 वर्षों से कीड़े मारने वाले कैप्सूल और आईएफए गोलियां नहीं मिली हैं।

हिमाचल प्रदेश, केरल और तमिलनाडु जैसे राज्यों में आईसीडीएस कार्यक्रम बेहतर ढंग से चह रहा है। हिमाचल प्रदेश के चंबा में एडब्ल्यूसी में प्रसाधनों का निर्माण हो रहा है। तमिलनाडु में उचित पूर्व-स्कूल पाठ्यक्रम है जिसका एडब्ल्यूडब्ल्यू द्वारा अपनाया जाता है। बच्चों को खूब खिलाया जाता है तथा वे लगभग 8 घंटे एडब्ल्यूसी में रहते हैं। उनके पास सोने के लिए षटाइयां, खेलने के लिए खिलौने, यहां तक की कंधी करने के लिए शीशे हैं और स्वच्छ रहते हैं। उड़ीसा के गंजाम जिले के चमारकुंडी गांव में महिलाओं की एसएचजी आंगनवाड़ी भोजन में अंडे और सब्जियां देती हैं।

¹⁶ भारत में नवजात शिशुओं की स्थिति, नेशनल निओनेटोलोजी फोरम ऑफ इंडिया और सेव द चिल्ड्रन, की रिपोर्ट, 2004

¹⁷ एचआईवी/एड्स से पीड़ित व्यक्तियों पर एचआईवी/एड्स के सामाजार्थिक प्रभाव का आकलन, आईएलओ, 2002

तालिका - 6.5
केंद्रीय बजट के प्रतिशत के रूप में बच्चों के लिए (बीएफसी) बजट में क्षेत्रकीय आवंटन और व्यय

वर्ष	स्वास्थ्य		विकास		शिक्षा		सुरक्षा		बीएफसी	
	ब.अ.	वा.व्यय	ब.अ.	वा.व्यय	ब.अ.	वा.व्यय	ब.अ.	वा.व्यय	ब.अ.	वा.व्यय
2000-01	0.542	0.38	0.358	0.39	1.466	1.34	0.023	0.02	2.389	2.14
2001-02	0.469	0.37	0.407	0.43	1.414	1.39	0.029	0.03	2.319	2.2
2002-03	0.505	0.35	0.448	0.48	1.452	1.40	0.036	0.03	2.441	2.25
2003-04	0.497	0.40	0.501	0.41	1.468	1.51	0.031	0.02	2.497	2.35
2004-05	0.646	0.52	0.421	0.46	1.644	1.96	0.033	0.03	2.745	2.96
2005-06	0.762	उ.न.	0.659	उ.न.	2.629	उ.न.	0.034	उ.न.	4.084	उ.न.
2006-07	0.837	उ.न.	0.829	उ.न.	3.534	उ.न.	0.035	उ.न.	5.236	उ.न.
औसत	0.61	0.41	0.52	0.44	1.94	1.55	0.03	0.03	3.10	2.42

नोट: वास्तविक व्यय 2004-05 तक उपलब्ध है, इसलिए वास्तविक व्यय हेतु औसत केवल उस अवधि के लिए परिकल्पित किया गया है।

स्रोत: अनुदान मांगें- सभी मंत्रालय, एचएक्यू: बाल अधिकार केंद्र, नई दिल्ली

तालिका - 6.6
दसवीं योजना के लिए निगरानी योग्य लक्ष्य और उपलब्धियां :

क्र. सं.	संकेतक	निर्धारित लक्ष्य	वर्तमान स्थिति
1.	आईएमआर	2007 तक 45 और 2012 तक 28	57 (एनएफएचएस III) 58 (एसआरएस 2005)
2.	एमएमआर	2007 तक 2 और 2012 तक 1	(3.01 नमूना पंजीकरण प्रणाली, 1997-2003)
3.	स्त्री पुरुषों में साक्षरता अंतर	2007 तक कम से कम 50% कम करना	21.70% (भारत की जनगणना, 2001)
4.	स्त्री पुरुषों में मंजूरी दर संबंधी अंतर	2007 तक 50 कम करना	महिला मजदूरी/पुरुष की मजदूरी के अनुपात को ग्रामीण इलाकों के लिए 0.59 और शहरी क्षेत्रों के लिए 0-75 (एनएसएसओ, 2004-05 इसलिए स्त्री पुरुष की मजदूरी अंतर में वृद्धि है।
5.	साक्षरता	सभी बच्चों को 2003 तक स्कूल में	0.95 करोड़ बच्चे स्कूल में नहीं है।
6.	स्कूल में जाने की उम्र 5 वर्ष करना	2007 तक सभी राज्यों के लिए	प्राथमिक स्तर पर स्कूल छोड़ने की दर - 28.5% मिडल स्तर पर - 50.3% (2004-05)।

स्रोत: चुनिंदा शैक्षिक सांख्यिकी, भा.सं.वि.मं., 2004-05

उपचार की अत्यावश्यकता वाले 70,000 बच्चों में से केवल 1048 (1.5%) बच्चों को ही इस समय यह जीवन चिकित्सा प्राप्त हो रही है। एनएसीओ ने यूनिसेफ, भारतीय बालरोग चिकित्सा¹⁸ अकादमी, क्लिंटन फाउंडेशन, विश्व स्वास्थ्य संगठन और भारत सरकार के सहयोग से हाल ही में एक नई पहल शुरू की है, जो मई, 2007 तक चली, ताकि, एआरटी की जरूरत वाले 4100 बच्चों को यह सुविधा प्रदान की जा सके।

6.98 भारत में विटामिन-ए की कमी वाले सबसे अधिक प्रतिशत और सर्वाधिक संख्या में बच्चे भी हैं। बड़ी संख्या में बच्चे जलजनित रोगों से पीड़ित होते हैं जिनके कारण बेशुमार बच्चों की मृत्यु हो जाती है। केवल 42% भारतीय घरों में पाइप द्वारा जल (एनएफएचएस 3) की आपूर्ति की जाती है और पेयजल के अभाव में बच्चे निरंतर उदर

¹⁸ भारत में एचआईवी/एड्स रोकथाम, 2005

रोगों से पीड़ित रहते हैं। हैजा जो प्रायः असुरक्षित पेयजल अथवा स्वच्छता की खराब स्थिति के कारण होता है, बच्चों की मृत्यु का दूसरा बड़ा कारण है। फिर भी, सात वर्ष पहले 65% से घटकर केवल 58% हैजा पीड़ित बच्चों को ही स्वास्थ्य सुविधाएं मिलती हैं (एनएफएचएस-3)।

डायबिटीज

6.99 चिंता का कारण यह है कि अब बहुत छोटे बच्चों में डायबिटीज के मामले सामने आ रहे हैं। अस्पताल के आंकड़ों के अनुसार, 2002 में, केवल दिल्ली में ही लगभग 4000 से 5000 तक डायबिटीज पीड़ित बच्चे थे और यह अनुमान है कि छुपे मामलों की संख्या भी इतनी हो सकती है।

तालिका - 6.7
अन्य ई-9 देशों की तुलना में भारत में बच्चों के स्वास्थ्य की स्थिति

देश का नाम	5 वर्ष के कम आयु के बच्चों की मृत्यु-दर (प्रति हजार)		एमडीजी 4 की दिशा में प्रगति: 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों और शिशुओं की मृत्यु-दर दो-तिहाई को कम करना	5 वर्ष के कम आयु के बच्चों की अवरुद्धता सहित प्रतिशत (1995-2001)	प्रति व्यक्ति स.घ. उत्पाद (पीपीपी) US\$, 2001)
	1960	2001			
बांग्लादेश	248	77	सही दिशा में	45	1,610
ब्राज़ील	177	36	सही दिशा में	11	7,360
चीन	225	39	काफी पीछे	17	4,020
मिश्र	282	41	सही दिशा में	19	3,520
भारत	242	93	पिछड़े रही	46	2,840
इंडोनेशिया	216	45	सही दिशा में	४	2,940
मेक्सिको	134	29	सही दिशा में	18	8,430
नाइजीरिया	207	183	काफी पीछे	46	850
पाकिस्तान	227	109	काफी पीछे	-	
ई9 औसत	218	72		29	3717

स्रोत: विश्व में बच्चों की स्थिति (2003), यूनिसेफ; मानव विकास रिपोर्ट (2003), ई-9 देशों में छोटी आयु के बच्चों की देखरेख और शिक्षा: स्थिति और दृष्टिकोण के संबंध में संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम: पांचवीं ई-9 देशों की मंत्रिस्तरीय बैठक के लिए तैयार किया गया,

पोषण

6.100 विश्व के प्रत्येक तीन कुपोषित बच्चों में से एक बच्चा भारत में रहता है; प्रत्येक दूसरा कम वजन का है। एनएफएचएस 3 के आंकड़ों से पता चलता है कि विभिन्न हस्तक्षेप के बावजूद, बच्चों में अल्पपोषण, स्टंटिंग और वेस्टिंग की घटनाएं बहुत अधिक बनी हुई हैं और बिहार, हरियाणा और गुजरात में कम वजन के बच्चों की संख्या बढ़ रही है। बच्चे जैसे-जैसे बड़े होते हैं, घटिया पोषण और बुरे स्वास्थ्य से उनकी सीखने की क्षमताओं और स्कूली शिक्षा के लिए तैयारी पर प्रभाव पड़ता है। राष्ट्रीय पोषण निगरानी ब्यूरो द्वारा 2006 में योजना और पोषण स्तर के संबंध के लिए गए एक आकलन से यह पता चला कि स्टंटिंग के कारण 35.5% और कम वजन वाली 38.5% जवान लड़कियों को 'खतरों में' माना जा सकता था।

6.101 3 वर्ष से कम आयु के बच्चों में एनीमिया एनएफएचएस 2 में 74.2% से बढ़कर एनएफएचएस-3 में 79.2% हो गई है जबकि बिहार में इस आयु वर्ग में एनीमिया की दर में 7% वृद्धि देखी गई है। ऐसा आंशिक रूप से घर के स्तर पर खाद्य असुरक्षा के कारण है। स्तनपान के घटिया तरीकों और पूरक खाद्य के अभाव के कारण भी बच्चों का कुपोषण बढ़ता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन की एक रिपोर्ट के अनुसार, 55% शिशुओं की मृत्यु प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से कुपोषण द्वारा होती है।

शिक्षा

6.102 बच्चों को उनका अपेक्षित अधिकार देने के लिए प्राथमिक और माध्यमिक स्कूली शिक्षा प्रदान करने में शिक्षा कार्यनीति सबसे महत्वपूर्ण हस्तक्षेप होता है। इस संबंध में ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना की कार्यनीति पर शिक्षा संबंधी अध्याय में चर्चा की गई है। इस योजना में निःशक्त बच्चों, जिनके साथ शिक्षा प्रणाली में भेदभाव किया गया है, सहित सभी श्रेणियों के बच्चों को शिक्षा प्रदान करने का इरादा है। 2001 की जनगणना रिपोर्ट के अनुसार, 0-19 आयुवर्ग की कुल जनसंख्या की 1.67% जनसंख्या असमान रूप से सक्षम है। एसआरआई-आईएमआरबी रिपोर्ट (2005) में अनुमान लगाया गया है कि विशेष कमियों वाले बच्चों (सीडब्ल्यूएसएन) में से 38% बच्चे स्कूल नहीं जाते हैं। प्राथमिक और उच्च प्राथमिक कक्षाओं बच्चे स्कूल नहीं जाते हैं। प्राथमिक और उच्च प्राथमिक कक्षाओं दोनों में निःशक्त बच्चों का प्रतिशत कक्षाओं में कुल नामांकन का 1% के कम है। तथापि, केवल 4.50% प्राथमिक स्कूलों और 8.15% एकीकृत उच्च माध्यमिक विद्यालयों में रैंप का प्रावधान है।

शोषण, हिंसा और दुर्व्यवहार

6.103 भारत में सर्वाधिक संख्या में बाल मजदूर हैं। जनगणना रिपोर्ट से देश में बाल श्रमिकों की संख्या में वृद्धि का स्पष्टतः पता चलता है जो 1991 में 11.28 मिलियन से बढ़कर 2001 में

बॉक्स 6.11

बच्चों की समाजार्थिक स्थिति

- भारत में मृत्युदर प्रति 1000 जीवित जन्में बच्चों का 57% तक ऊंची है (एनएफएचएस-3)
- भारत में जन्म पंजीकरण मात्र 62% है (आरजीआई-2004)
- भारत में मातृ मृत्यु दर प्रति 100,000 जीवित जन्में बच्चों के संबंध में 301 है (एसआरएस, 2001-03)
- 12-23 माह आयु वर्ग के केवल 43.5% बच्चों को ही पूर्णतया रोग प्रतिरोधन टीके लगाए जाते हैं।
- भारत में अनाथ हुए बच्चों की संख्या 2 मिलियन के लगभग है (विश्व बैंक 2005)
- 12-35 माह आयु वर्ग के केवल 21% बच्चों को ही विटामिन-ए की एक खुराक मिलती है।
- 189,000 एचआईवी पॉजिटिव महिलाओं के लगभग 60,000 नवजात शिशु प्रतिवर्ष संक्रमित होते हैं।
- एनएफएचएस-2 में 27% की तुलना में हैजा पीड़ित केवल 28% बच्चों को ही ओआरएस प्राप्त हुआ (एनएफएचएस-3)।

बॉक्स 6.12

बाल रोग प्रतिरोधक टीकाकरण: दक्षिणी एशिया का निष्पादन

भारत में बाल रोग प्रतिरोधक टीकाकरण की दर दक्षिणी एशिया में सबसे कम है। बीसीजी टीकाकरण न पाने वाले बच्चों का अनुपात नेपाल की तुलना में दोगुणा, बंगलादेश की तुलना में पांच गुणा से अधिक और श्रीलंका की तुलना में लगभग 30 गुणा से अधिक है।

श्रीलंका में बाल रोग प्रतिरोधक टीकाकरण वस्तुतः सर्वसुलभ है। यह सफलता बहुत हद तक जन हस्तक्षेप पर आधारित है। श्रीलंका में नवजात शिशु मृत्युदर प्रति 1000 पर केवल 12 है। भारत और बंगलादेश के बीच रोग प्रतिरोधक टीकाकरण की दर में भारी भिन्नता ऐसे बालकों के अनुपात से प्रदर्शित होती है, जिन्हें ये टीके नहीं दिए गए, जोकि भारत और बंगलादेश में 2 से 5 गुणा तक अधिक है।

राष्ट्रीय औसत प्रायः क्षेत्रों और समाजार्थिक समूहों के बीच मौजूद प्रमुख असमानताओं को ढांप लेता है। तमिलनाडु में जन्में बच्चों के मामले में, एक वर्ष की आयु तक रोग प्रतिरोधक टीकाकरण पूर्णतया किए जाने के अवसर लगभग 90% हैं। औसत भारतीय बच्चे के मामले में, उनका रोग प्रतिरोधक टीकाकरण पूर्णतया किए जाने के अवसर केवल 42% है, जोकि औसत अनु. जनजाति के बच्चे के मामले में घटकर 28% और औसत बिहारी बच्चे के मामले में मात्र 11% ही रह जाते हैं। जब असुविधाओं के विभिन्न स्रोतों (उदाहरण के लिए, वर्ग, जाति और लिंग विषयक) को समाविष्ट कर दिया जाता है तो रोग प्रतिरोधक टीकाकरण की दर घटकर अत्यंत कम स्तर पर आ जाती है। उदाहरण के लिए, बिहार में अनु. जनजाति के बच्चों में केवल 4% का ही पूर्णतया रोग प्रतिरोधक टीकाकरण किया गया है और 38% का कोई टीकाकरण नहीं किया गया।¹⁹

12.59 मिलियन हो गई²⁰ यद्यपि कृषि क्षेत्र, घरेलू कार्य, सड़क किनारे जलपानगृहों, और मिठाई की दूकान, आटोमोबाइल मेकेनिक यूनियों, चावल मिलों, भारत निर्मित विदेशी शराब केन्द्रों और अधिकांश ऐसे क्षेत्रों में, जिन्हें "गैर-खतरनाक" समझा जाता है, यह सुझाने के पर्याप्त साक्ष्य हैं कि अधिकाधिक बच्चे श्रमिक बल में शामिल हो रहे हैं तथा उनका उनके नियोक्ताओं द्वारा शोषण किया जाता है। बहुत से मामलों में, ऐसे बच्चों को लम्बे समय तक बिना खाने के और बहुत कम मजदूरी पर कार्य करना पड़ता है। बहुत से कार्यरत घरेलू श्रमिक लगभग गुलामी की स्थिति में हैं, जिनके मानवाधिकारों का बराबर उल्लंघन हो रहा है। इन बच्चों के पुनर्वास की समस्या का समाधान करने की जरूरत है, जिसमें आवास, शिक्षा, खाद्य, स्वास्थ्य और अन्य जरूरतें और उनकी

परिवार वापसी सम्मिलित है जो इस स्थितियों की समीक्षा पर आधारित होगा।

6.104 बच्चों के प्रति अपराध निरंतर बढ़ रहे हैं तथा अपहरण और अगवा करने (2005 में 3518), बाल हत्या (2005 में 187) और भ्रूण हत्या (2005 में 86) के आंकड़े बढ़ रहे हैं। शारीरिक दुर्व्यवहार के संबंध में बच्चों की सुभेद्यता बाल बलात्कार के मामलों के शोचनीय आंकड़ों से प्रकट होती है जिनकी संख्या 2002 में 2532 से बढ़कर 2005 में 4026 हो गई है²¹ सुगम आवागमनयुक्त सीमाओं और बढ़ रही गरीबी के कारण वेश्यावृत्ति के लिए लड़कियों का प्रापण, खरीद और विक्रय में वृद्धि हुई है। गिरते हुए स्त्री-पुरुष अनुपात और लड़कियों के संहार के कारण बाल विवाह में वृद्धि हुई है।

¹⁹ इन्फोचेंज एजेंडा, जून, 2007

²⁰ आरजीआई, भारत की जनगणना, 1991, 2001

²¹ एनसीआरबी, 2005

बॉक्स 6.13
बच्चों की पोषण स्थिति

- भारत में चार में से तीन बच्चों में एनीमिया है।
- प्रत्येक दूसरे नवजात शिशु में आयोडिन की कमी के कारण सीखने की क्षमता घटती जा रही है।
- एनएफएचएस 3 में (0-3 वर्ष) के 46% बच्चे कम वजन के हैं, एनएफएचएस 2 में 47% से मामूली कमी आई है।
- 3 वर्ष से कम आयु के 79% बच्चों में खून की कमी है। (एनएफएचएस-3), एनएफएचएस 2 में 74.2% से वृद्धि हुई है।
- जन्म के एक घंटे के भीतर केवल 23.4% बच्चों को ही स्तनपान कराया जाता है और 46.3% बच्चों को छह माह तक अनन्य रूप से स्तनपान कराया जाता है (एनएफएचएस-3)।

6.105 प्रतिवर्ष 44000 से अधिक बच्चे गमुशुदा हो जाते हैं, जिनमें से 11000 से अधिक बच्चों की कोई खोज-खबर नहीं मिलती है। देश के अनेक भागों में बच्चों के प्रति पारंपरिक स्वरूप की हिंसा और दुर्व्यवहार जैसे बाल विवाह, आर्थिक शोषण, 'देवदासी' प्रथा जारी है। इसके अतिरिक्त, देश भर के स्कूलों और घरों में अनुशासन के नाम पर बच्चों को शारीरिक और मानसिक दंड दिया जाना बेरोकटोक जारी है और यह सांस्कृतिक रूप से स्वीकार्य भी है।

6.106 विकास योजनाओं, युद्ध और संघर्ष, सांप्रदायिक दंगों और प्राकृतिक आपदाओं के कारण बलात बेदखली, विस्थापन जैसी हिंसक स्थितियों और परिस्थितियों, इन, सभी का शिकार बच्चे होते हैं और इनसे उनके शारीरिक और सामाजिक विकास पर प्रभाव पड़ता है।

कोई अधिकार न होना

6.107 विगत में कानून बनाए जाने के बावजूद, बच्चों को प्रशासनिक अथवा न्यायिक प्रक्रियाओं में सुने जाने का कोई अधिकार नहीं है। इससे सूचना और चयन तक उनकी पहुंच सीमित हो जाती है और इससे प्रायः उनके मौजूदा समूह से बाहर से मदद मांगने की संभावना सीमित हो जाती है।

चुनौतियां, कार्यनीतियां और आगे का रास्ता

6.108 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में बाल अधिकारों और विकास को सभी कार्यनीतियों की दिशा गरीबी में धीरे-धीरे कमी करने तथा पारंपरिक, 'प्री-माडर्न' जीविकाओं और स्थानीय अर्थव्यवस्थाओं की ओर मोड़ा जाना चाहिए। इससे करोड़ों परिवारों की देखरेख करने की क्षमता बाधित हुई है और इसका बच्चों पर प्रभाव पड़ा है। अतः, केवल बच्चों को, न कि उनके सामाजिक परिवेश को,

लक्ष्य बना कर किए जाने वाले सतही उपाय इस स्थिति को सुधारने के लिए पर्याप्त नहीं हैं।

6.109 उत्तरजीविता, विकास, संरक्षण और सहभागिता का सफल एकीकरण बच्चों की भलाई के सभी पहलुओं के साथ गहरा जुड़ा है। प्रायः प्रारंभिक प्रेरणा से वंचित कुपोषण और रोग प्रवण बच्चा स्कूल नहीं जाता है, और उसके साथ दुर्व्यवहार और शोषण की अधिक संभावना होती है। रोग प्रतिरोधक टीकाकरण प्राप्त कोई बच्चा, जिसे लगातार पीटा जाता है, स्वस्थ नहीं होगा; स्कूल जाने वाला कोई बच्चा, जिसे उसकी जाति के लिए झिड़की और गाली दी जाती है, अच्छे शिक्षण वातावरण का आनन्द नहीं ले सकेगा; और वेश्यावृत्ति के लिए बेच दी गई कोई जवान लड़की समाज में सहभागिता और योगदान देने की अधिकारी नहीं होगी। स्कूलों में यौन दुर्व्यवहार और हिंसा छात्रों के स्कूल में बने रहने की कम दर के पीछे एक छुपा कारण हो सकता है। स्वास्थ्य केंद्रों में उपचार की गई अनेक अनकही चोटों अथवा दीर्घकालिक निःशक्तता के पीछे हिंसा हो सकती है। बाल अधिकारों, विशेष रूप से बालकों के संरक्षण का अधिकार के पावन दृष्टिकोण को सुनिश्चित करने के लिए इन संपर्क सूत्रों की पहचान करनी होगी।

6.110 इसके साथ-साथ यह याद रखना महत्वपूर्ण है कि जबकि बच्चों के अधिकार समान हैं, उनकी स्थिति समान नहीं हैं। उनकी जरूरतें और पात्रताएं क्षेत्र-विशेष, समूह-विशेष, संस्कृति-विशेष, समायोजन-विशेष और आयु-विशेष से जुड़ी होती हैं और इनके लिए विभिन्न प्रकार के हस्तक्षेपों की जरूरत होती है। वे संदर्भगत ढांचे में प्रगति और बेहतरी के लिए जीते और संघर्ष करते हैं कि वे कौन हैं और वे कहां अवस्थित हैं, और वह पहचान उनको किस प्रकार सामाजिक और राष्ट्रीय प्रावधानों और लाभों में शामिल अथवा उनसे बाहर करती है। जबकि कुछ बच्चे कठिन परिस्थितियों में हैं और उन्होंने हिंसा, दुर्व्यवहार और शोषण झेला है, अन्य ऐसे बच्चे हैं जो इनमें से किन्हीं प्रतिकूल स्थितियों में नहीं हैं, फिर भी जिन्हें यह सुनिश्चित करने के लिए संरक्षण दिए जाने की जरूरत है कि वे सामाजिक सुरक्षा तंत्र के भीतर बने रहें। यह महत्वपूर्ण है कि इन हस्तक्षेपों का लक्ष्य किसी अन्य को बाहर करना नहीं है।

6.111 उपरोक्त के आलोक में, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान निम्नलिखित कार्यनीतियां अपनाई जाएंगी ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि प्रत्येक बच्चा बिना किसी भय के और बिना काम करने की जरूरत के अपने बचपन और अपने सारे अधिकारों का आनन्द ले सके:

- कुपोषण, नवजात शिशु और शिशु मृत्यु की समस्या का समाधान करने के लिए विशेष हस्तक्षेपों का विकास करना।
- बच्चों के अनुकूल संरक्षण सेवाओं का सृजन करना;
- सर्वाधिक सुभेद्य और सीमांत बच्चों की पहचान करना तथा आयु और स्थिति विशेष संबंधी हस्तक्षेप सुनिश्चित करना;
- बच्चों से संबंधित सभी कानूनी प्रावधानों की समीक्षा करना और अंतर्राष्ट्रीय वचनबद्धताओं पर आधारित आवश्यक संशोधन करना।
- बच्चों के साथ काम करने के लिए प्रशिक्षित कार्मिकों द्वारा कानूनों और नीतियों का प्रभावी कार्यान्वयन सुनिश्चित करना।
- लड़कियों की स्थिति पर विशेष जोर देते हुए ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के अग्रणी संकेत सूत्र के रूप में बाल प्रभाव को स्थापित करना
- *बच्चों के सर्वोत्तम हितों पर आधारित* योजनाओं और कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के माध्यम से बच्चों के लिए संरक्षित वातावरण का सृजन करना। कुछ वर्तमान पहलें केवल तभी बच्चों की जरूरतों को पूरा करती हैं जब वे संरक्षण तंत्र के भीतर आते हैं। जबकि ऐसे बच्चों की पहचान करने और उनका पुनर्वास करने की ये पहलें महत्वपूर्ण हैं, विधायी परिवर्तन और कार्यक्रमजन्य हस्तक्षेप की समान रूप से जरूरत है ताकि निवारक उपायों की व्यवस्था की जाए और बच्चे संरक्षित वातावरण में बड़े हों।
- सभी मौजूदा विकास नीतियों और योजनाओं के बच्चों का प्रभाव का मूल्यांकन करने और यह सुनिश्चित करने के लिए कि बच्चों को और हाशिए पर न डाला जाए, उनकी बाल अधिकार समीक्षा करना।
- यह स्वीकार करना कि बच्चों के विकास, महिलाओं की अधिकारिता और स्कूलों में लड़कियों को बनाए रखने के लिए शिशु गृह और दिवस देखरेख केंद्र महत्वपूर्ण हैं।
- लड़कियों की उत्तरजीविता और उनके जन्म लेने के अधिकार को सुनिश्चित करना। 'जीवनचक्र और क्षमता दृष्टिकोण' की ओर अग्रसर होना, जहां आर्थिक और सामाजिक क्षेत्रों में लड़कियों के योगदान को स्वीकार किया जाए।
- संरक्षण तंत्र से बाहर छूट जाने वाले बच्चों के निवारण पर ध्यान केंद्रित करते हुए, संरक्षण तंत्र से पहले से बाहर बच्चों के समावेश की पहलें करके और सेवाओं की गुणवत्ता का उन्नयन करके और क्षेत्रीय असंतुलनों का समाधान करके दीर्घकालिक और वहनीय पुनर्वास सुनिश्चित करके बहुमुखी कार्यक्रम सुनिश्चित करना;
- यह स्वीकार करते हुए कि बच्चों की उनके अपने परिवारों में सर्वोत्तम देखरेख की जाए, बच्चों की देखरेख और संरक्षण के लिए परिवार की क्षमताओं को सुदृढ़ बनाना।
- जरूरतमंद बच्चों को संस्थागत देखरेख सुनिश्चित करना;

- पंचायत स्तर पर शक्तियां और संसाधन विकसित करके कार्यान्वयन, निगरानी और मूल्यांकन में पीआरआई, वीओ और शहरी स्थानीय निकायों को शामिल करना तथा उनके लिए तकनीकी और प्रशासनिक सहायता मुहैया कराना।
- बच्चों के संबंध में विकास निवेशों का जायजा लेने के लिए 'बाल बजट निर्माण' को एक महत्वपूर्ण नीति विश्लेषण उपकरण के रूप में स्वीकार करना तथा संसाधन निवेश और उपयोग में अंतराल की पहचान करना।
- बच्चों के साथ सीधे जुड़े परिवारों और समुदायों, पुलिस, न्यायपालिका, शिक्षकों, पीआरआई प्रतिनिधियों, नौकरशाहों और अन्य कार्यान्वयन कार्मिकों की क्षमता को सुदृढ़ बनाना।

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना की पहलें

बच्चे की आयु को परिभाषित करना

6.112 18 वर्ष से कम आयु के प्रत्येक व्यक्ति को बच्चा मानना और उनके अधिकारों का सम्मान करना ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना की एक महत्वपूर्ण पहल होगी। यूएनसीआरसी और जेजे एक्ट के अधीन निर्धारित की गई बच्चे की एकसमान परिभाषा सुनिश्चित करने के लिए सभी विधानों और कानूनों में संशोधन करने की चुनौती होगी। बालकम अधिनियम और संबंधित विधानों, जैसे कि कारखाना अधिनियम, 1948, खान अधिनियम, 1952, बागान श्रमिक अधिनियम, 1951 वाणिज्य पोत परिवहन अधिनियम, 1958, मोटर परिवहन कर्मकार अधिनियम, 1961, बीड़ी और सिगार कर्मगार (नियोजन की शर्तें) अधिनियम, 1966, बंधुआ श्रमिक प्रणाली (उन्मूलन) अधिनियम, 1976 में 14 वर्ष से कम आयु के बच्चों को रोजगार का निषेध है। अनैतिक व्यापार (निवारण) अधिनियम, (आईटीपीए) 1956 को बहुत हद तक भारतीय दंड संहिता, 1860 के आधार पर बनाया गया है, जिसमें और आईटीपीए में भी ऐसे व्यक्ति को बच्चे के रूप में परिभाषित किया गया है जिसकी उम्र 16 वर्ष से कम है।

छोटे बच्चों का विकास और देखरेख सुनिश्चित करना:

6.113 2001 की जनगणना के अनुसार, देश में 3-6 वर्ष आयु वर्ग के लगभग 60 मिलियन बच्चे हैं। 86वें संविधान संशोधन ने 6 से 14 वर्ष आयु वर्ग के बच्चों के लिए शिक्षा को मौलिक अधिकार बना दिया परंतु 6 वर्ष से कम के बच्चों को छोड़ दिया गया। इस आयु वर्ग के बच्चों के लिए बाल देखरेख कार्यक्रम, शिशु गृह कार्यक्रम और पूर्व-स्कूल हस्तक्षेप के रूप में छोटे बच्चों की देखरेख महत्वपूर्ण है। नवीनतम आंकड़ों से पता चलता है कि आईसीडीएस और अन्य निजी पहलों के अंतर्गत पूर्व-स्कूली शिक्षा में लगभग 34 मिलियन बच्चे शामिल होते हैं; लगभग 26 मिलियन

बच्चे पूर्व-स्कूल कार्यकलापों से छूट जाते हैं। इस प्रकार, पूर्व-स्कूल बच्चों की संख्या और उपलब्ध पूर्व-स्कूल सेवाओं के बीच बड़ा अंतराल है। इसके अतिरिक्त, ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में ईसीसीई के प्रावधान में असमानताएं हैं। नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ अर्बन अफेयर्स (ईयर) द्वारा किए गए एक अध्ययन के निष्कर्षों के अनुसार, यद्यपि देश में शहरी जनसंख्या का भाग लगभग 27.78% है (जिसके बढ़कर 33% हो जाने की आशा है), किंतु इन क्षेत्रों में ईसीसीई सुविधाओं का संगत प्रावधान अपर्याप्त है। आईसीडीएस में शहरी मलिन बस्तियों को कम प्रतिनिधित्व मिला है।

6.114 छोटे बच्चों की देखरेख और कामकाजी महिलाओं के अधिकार परस्पर जुड़े हुए हैं। अनुपूरक आहार शुरू करने से पहले, बच्चे के प्रथम छह माह के लिए अनुशंसित अनन्य स्तनपान के लिए मां और बच्चे के बीच निरंतर समीपता की जरूरत होती है। अतः, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में अनन्य स्तनपान को समर्थन देने के लिए प्रसूति पात्रता सुनिश्चित की जाएगी।

आईसीडीएस

6.115 वर्तमान समय में आईसीडीएस एकमात्र कार्यक्रम है जिसमें हमारे देश के दूरदराज के गांवों, ढाणियों (छोटी बस्तियों) और सपोरियों (नदी के द्वीप) में रह रही करोड़ों महिलाओं और बच्चे शामिल किए जाते हैं। यह कार्यक्रम महिला और बाल विकास मंत्रालय का अग्रणी कार्यक्रम है और निरंतर बना रहेगा। तथापि, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना अवधि में, आईसीडीएस का इस प्रकार से पुनर्गठन किए जाने की जरूरत है ताकि इसमें उभर आई कुछ कमियों का समाधान किया जा सके और इसे सार्वजनीकरण के उपयुक्त बनाया जा सके। इस कार्यक्रम में विभिन्न तत्वों को कारगर ढंग से समेकित अनन्य किया जाना चाहिए जो पोषण को प्रभावित करते हैं और विभिन्न आयु वर्गों के बच्चों की विभिन्न जरूरतों को दर्शाते हैं। इस प्रयोजन के लिए इस कार्यक्रम को केंद्रीय स्तर पर मिशन अवसंरचना और राज्य स्तर पर भी ऐसी ही अवसंरचना सहित "मिशन मोड" में पुनर्गठित किए जाने की जरूरत है। महिला और बाल विकास मंत्रालय इन्हीं दिशाओं में पुनर्गठन के लिए प्रस्ताव तैयार करेगा ताकि पुनर्गठित कार्यक्रम 1 अप्रैल, 2008 से प्रभावी हो सके।

6.116 गुणवत्ता सहित सार्वजनीकरण से यह परिलक्षित होता है कि मौजूदा आईसीडीएस कार्यक्रम को अंतरालों की पहचान करने के लिए समग्र रूप से जांच और मूल्यांकन किया गया है। विभिन्न सर्वेक्षणों से पता चलता है कि आईसीडीएस कार्यक्रम से बड़ी-बड़ी आशाएं और समुचित प्रशिक्षण, कार्यान्वयन, निगरानी और आर्थिक संसाधनों का अभाव वे कारण हैं जिनकी वजह से हमारा

आंगनवाडी कार्यक्रम सफल नहीं हुआ है। वर्तमान समय में, आंगनवाडी कार्यकर्ता से 21 कार्य करने की आशा की जाती है। इसके अलावा, आंगनवाडी कार्यकर्ता की गांवों के लोगों के साथ निकटता को देखते हुए, उसका उपयोग प्रायः गैर-आईसीडीएस कार्यकलापों के लिए किया जाता है। अतः, बाल पोषण, स्वास्थ्य देखरेख, रोग प्रतिरोधक टीकाकरण, छोटे बच्चों की शिक्षा आदि के संबंध में ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के लक्ष्य आंगनवाडी कार्यकर्ताओं के लिए निर्धारित किए जाएंगे। चूंकि बच्चों की दशा और उनकी समस्याओं में अलग-अलग क्षेत्र में और देश के भीतर विभिन्न जिलों में भी भिन्नता होती है, ये लक्ष्य और उद्देश्य भी जिला अथवा खंड सापेक्ष होंगे। आईसीडीसी के लिए लक्ष्यों का निश्चय करने के लिए जिलाधीश, जिला स्वास्थ्य अधिकारी, महिला पंचायत सदस्यों और मातृ समूहों को सम्मिलित करके एक जिला स्तरीय समिति बनाई जाएगी। आईसीडीएस केंद्रों के निष्पादन का इन लक्ष्यों की दृष्टि से मूल्यांकन किया जाएगा तथा अच्छा निष्पादन करने वाले केंद्रों को पुरस्कृत किया जाएगा। इसके अतिरिक्त, आंगनवाडी कार्यकर्ता के कार्य और उनसे आशाओं को सरल और कारगर बनाने के अलावा नया आईसीडीएस कार्यक्रम डिजाइन, कार्यान्वयन और वित्तीय आबंटन के मुद्दों को भी निपटाएगा।

6.117 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में, आईसीडीएस केंद्रों का बेहतर निष्पादन सुनिश्चित करने के लिए सामुदायिक सहभागिता की कार्यनीति अपनाई जाएगी। शिक्षा का सामुदायिकीकरण नागालैंड में सफल सिद्ध हुआ है। स्थानीय समुदाय को सहभागिता देने से न केवल उनमें स्वामित्व की भावना पैदा होती है और निगरानी में आसानी रहती है, बल्कि यह भी सुनिश्चित किया जाता है कि कार्यक्रम को स्थानीय जरूरतों के अनुसार बनाया जाए। माताओं अथवा मातृ समूह के प्रतिनिधियों, आंगनवाडी कार्यकर्ता, एएनएम, 'आशा', और महिला पंचायत सदस्यों को सम्मिलित करके एक ग्राम समिति बनाई जाएगी ताकि आंगनवाडी कार्यकर्ताओं और हेल्पर की नियुक्ति (ये नियुक्तियां ग्राम सभा को खुली बैठक में, जिसमें कम से कम 60% सदस्य मौजूद हों, की जाएंगी), अनुपूरक पोषण के संघटक, उनका प्रापण और तैयार करने, आईसीडीएस के लिए निर्धारित किए गए लक्ष्यों को पूरा करने और मासिक "माता और बालक स्वास्थ्य दिवस" के आयोजन जैसे मुद्दों की निगरानी की जा सके। आंगनवाडी कार्यकर्ता इस समिति के प्रति जवाबदेह होंगे और इस समिति को साधारण बहुमत से जिला स्तरीय समिति (जिसे निष्पादन न करने वाले कामगारों की सेवाएं समाप्त करने की शक्ति होगी) को आंगनवाडी कार्यकर्ता, एएनएम, 'आशा' अथवा हेल्पर की सेवाएं समाप्त करने की अनुशंसा करने की शक्ति होगी। आंगनवाडी केंद्रों के लिए अनुशंसित किए गए

'फ्लेक्सी-फंड' के समुचित उपयोग की जिम्मेदारी इस समिति की होगी। चूंकि अनेक मुद्दे परस्पर जुड़े हुए हैं, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में इस समिति का ग्राम स्वास्थ्य और सफाई समिति के साथ विलय किए जाने का प्रस्ताव है।

6.118 खाद्य संघटक के तौर-तरीकों के संबंध में कुछ विकल्प मौजूद हैं। एक दृष्टिकोण यह है कि स्थानीय रुचि के अनुरूप पकाया हुआ गर्म भोजन पर निर्भर रहा जाए और उसे आंगनवाड़ी केंद्रों पर मुहैया कराया जाए। ग्राम समिति के निर्णय के अनुसार, भोजन पकाने का काम एसएचजी अथवा मातृ समूहों को सौंपा जाएगा। एक अन्य दृष्टिकोण यह है कि बने बनाए सफाई से तैयार किए गए सूक्ष्म पोषण तत्वों से भरपूर खाद्य पर निर्भर रहा जाए। इन दोनों विकल्पों के बीच निर्णय को इनके हानि-लाभ के सावधानीपूर्वक मूल्यांकन पर आधारित होने की जरूरत है और यह निर्णय प्रस्तावित पुनर्गठन का महत्वपूर्ण अंग होगा। इन दोनों विकल्पों में चयन का काम विकेंद्रीकृत निर्णय लेने पर भी छोड़ा जा सकता है।

6.119 चूंकि कुपोषण दो वर्ष की आयु से पहले आरंभ हो जाता है और इसे ठीक करना बहुत कठिन होता है। यह वह आयु वर्ग (तीन वर्ष से कम आयु के बच्चे) है जिसे प्रायः आईसीडीएस के क्षेत्राधिकार के बाहर छोड़ दिया जाता है। अधिकांश केंद्र केवल 3-6 आयु वर्ग के बच्चों के लिए ही कुछ प्रकार का पोषण मुहैया कराते हैं। अतः, यह महत्वपूर्ण है कि आईसीडीएस के अंतर्गत विभिन्न लक्षित समूहों की पहचान की जाए और उनकी विभिन्न जरूरतों को समझा जाए। कुपोषण और अस्वास्थ्य का चक्र प्रायः माता से शुरू होता है। आईसीडीएस का पहला कार्य यह होगा कि स्वास्थ्य पोषण स्थिति, एनएस और गर्भवती महिलाओं के रोग प्रतिरोधक टीकाकरण को सुनिश्चित किया जाए। उन्हें माता और बच्चों दोनों के स्वास्थ्य के लिए महत्वपूर्ण समुचित सलाह, आयरन और फोलिक एसिड की खुराक की भी जरूरत है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता और 'आशा' 6 माह की उम्र तक के बच्चों के लिए अनन्य स्तनपान को बढ़ावा देंगी। इस प्रयोजन के लिए ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में कुछ प्रकार के सशर्त प्रसूति हितलाभ शुरू किए जा सकते हैं। बच्चों को स्तनपान कराने वाली महिलाओं को भी परामर्श दिया जाएगा और समुचित पोषण मुहैया कराया जाएगा।

6.120 कुपोषण की रोकथाम करने के संबंध में दूसरा महत्वपूर्ण लक्षित समूह 6 माह से 3 वर्ष तक के आयु वर्ग के बच्चे हैं। उन्हें उचित देखरेख और विकास की निगरानी की जरूरत होती है। मौजूदा समय में, आईसीडीएस कार्यक्रम के अंतर्गत इन बच्चों के

बॉक्स 6.14

बालवाड़ी और फुलवारी: तीन वर्ष से कम आयु के बच्चों पर ध्यान केंद्रित करना

उदयपुर में 'सेवा मंदिर' तीन वर्ष से कम आयु के छोटे बच्चों के लिए बालवाड़ियां चला रहा है। मामूली मासिक शुल्क पर, जो प्रायः पांच रूपए होता है, गरीब आदिवासी महिलाएं अपने बच्चों को बालवाड़ियों पर छोड़ जाती हैं। ये केंद्र 6-8 घंटों के लिए काम करते हैं; समुदाय द्वारा समय का विनिश्चयन किया जाता है। प्रायः बच्चों की देखरेख में लगे कामगार की मदद करने के लिए समुदाय की अन्य महिलाएं भी आ जाती हैं।

छत्तीसगढ़ में बिलासपुर के आदिवासी इलाकों में 'जन स्वास्थ्य सहयोग' ने फुलवारियां शुरू की हैं। समुदाय की दो से तीन महिलाएं स्वेच्छ से तीन वर्ष से कम आयु के बच्चों की देखरेख करती हैं। समुदाय उन्हें परिसर उपलब्ध कराता है। साड़ियों के झूले बनाए जाते हैं जिनमें छोटे बच्चों को कामगारों द्वारा झुलाकर सुलाया जाता है। इनके कपड़ों में सामने की ओर छोटा स्वच्छ रूमाल पिन से लगा दिया जाता है और स्वयंस्वेकों द्वारा उनको प्यार और दुलार के साथ आहार दिया जाता है। इस कार्यक्रम को चलाने वाले डॉक्टरों को भरोसा है कि कुपोषण से मुकाबला करने का यह सही तरीका है। यह कार्यक्रम गरीब आदिवासी महिलाओं को अपना काम जारी रखने में सक्षम भी बनाता है ताकि परिवार की आमदनी में हानि न हो।

लिए अपने घर राशन (टीएचआर) ले जाने और कुछ मामलों में दुग्ध निर्मित भोजन का प्रावधान होता है। कुपोषण का मुकाबला करने के लिए, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में आईसीडीएस कार्यक्रम के भीतर एक सघन कुपोषण नियंत्रण कार्यक्रम शुरू किया जाएगा। इसके अंतर्गत, देश के पोषण की दृष्टि से सर्वाधिक पिछड़े जिलों में तीन वर्ष से कम उम्र के बच्चों के लिए 6-8 घंटों के शिशु गृहों का प्रावधान किया जाएगा। इन शिशु गृहों में प्रतिदिन प्रति बालक कम से कम तीन भोजन मुहैया कराने के लिए ग्राम स्वास्थ्य सफाई और पोषण समिति को वित्तपोषण किया जाएगा। उसे शिशु गृह के कामगारों के लिए भी धन मुहैया कराया जाएगा। शिशु गृह के कामगारों की नियुक्ति से लेकर शिशु गृह के समय और भोजन का स्वरूप तक, सब कुछ ग्राम समिति पर छोड़ दिया जाएगा। यदि ग्राम पंचायत की सहमति हो तो उन्हें अल्प उपभोग शुल्क वसूलने की भी अनुमति होगी। यह समिति यह सुनिश्चित करने के लिए उत्तरदायी होगी कि बच्चों के रोगप्रतिरोधक टीकाकरण और उनके स्वास्थ्य की जांच करने के लिए स्वास्थ्य कार्यकर्ता मासिक आधार पर शिशुगृह आए। गांव में इस कार्यक्रम का जारी रहना गांव के शिशु गृह के निष्पादन पर निर्भर करेगा। जिन क्षेत्रों में नया कार्यक्रम नहीं शुरू किया जाएगा, वहां 3 वर्ष से कम उम्र के बच्चों को टीएचआर मिलना जारी रहेगा और उन्हें 'आशा' के माध्यम से घर पर स्वास्थ्य देखरेख मुहैया कराई जाएगी। आईसीडीएस 3-6 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों को बहुत आसानी से सेवा प्रदान करने में सक्षम हैं।

6.121 3-6 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों के लिए पूर्व-स्कूल शिक्षा एक अन्य महत्वपूर्ण मुद्दा है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दृष्टिकोण पत्र में यह सुझाव दिया गया है कि आईसीडीएस केंद्रों के कार्यक्रम को सरल और कारगर बनाने के लिए इस संघटक को सर्वशिक्षा अभियान के अंतर्गत लाया जाए। इस संबंध में विभिन्न मत हैं किंतु इस मूलभूत प्रस्ताव कि बच्चों को पूर्व-स्कूल शिक्षा मिले, को अवश्य लागू किया जाना चाहिए।

6.122 आईसीडीएस के अंतर्गत अंतिम लक्षित समूह किशोरी लड़कियां हैं। स्वास्थ्य के चक्र को तोड़ने के लिए जनसंख्या के इस वर्ग तक पहुंचना अत्यंत महत्वपूर्ण है। तथापि, अबतक, इस वर्ग की सर्वाधिक उपेक्षा की गई है। अनुपूरक पोषक तत्वों और आईएफए गोलियों के अतिरिक्त, इन लड़कियों को उचित सलाह की जरूरत होती है। इस समूह को शिक्षा और सलाह देने के लिए एएनएम और आंगनवाड़ी कार्यकर्ता हर माह बैठक करेंगी।

प्रशिक्षण, अनुवीक्षण और निगरानी:

6.123 एक अन्य आंगनवाड़ी कार्यकर्ता की भर्ती करने और आशा एवं एएनएम को मात्र अभिसरण से आंगनवाड़ी प्रभावी नहीं बनेगा। ग्यारहवीं योजना के दौरान, आंगनवाड़ी कार्यक्रम और सहायिका के साथ-साथ 'आशा' को भी बच्चों की देखरेख, स्वास्थ्य, पोषण और स्वच्छता का निरंतर प्रशिक्षण दिया जाएगा।

6.124 आंगनवाड़ी केंद्रों द्वारा अनेक प्रकार के आंकड़ों को एकत्र किया जाएगा जिनसे गांवों में स्वास्थ्य और पोषण की स्थिति के संबंध में बहुमूल्य जानकारी मुहैया कराई जा सकती है। यदि इन आंकड़ों को (यादृच्छिक सैंपल एकत्र करने के माध्यम से) उचित रूप से एकत्र किया जाए और इनकी नियमित रूप से जांच की जाए तो इनसे आंगनवाड़ी केंद्रों के निष्पादन का भी पता लगाया जा सकता है। आईसीडीएस और अन्य हस्तक्षेपों के प्रभाव का जायजा लेने के लिए जिला स्तरीय स्वास्थ्य सर्वेक्षणों का उपयोग किया जाएगा। इस सूचना के आधार पर, आंगनवाड़ी केंद्रों के संबंध में एक निष्पादन मूल्यांकन प्रणाली बनाई जाएगी। अच्छा निष्पादन करने वाले आंगनवाड़ी केंद्रों को प्रोत्साहित किया जाएगा। सुयोग्य आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं और सहायिकाओं को आर्थिक प्रोत्साहन और सुपरवाइज़र आदि के वरिष्ठ पदों पर प्रोन्नति देकर प्रेरित किया जाएगा। गैर-सरकारी संगठनों और ग्राम स्तरीय समितियों द्वारा सामाजिक लेखा परीक्षा को प्रोत्साहित किया जाएगा। इसके साथ-साथ, व्यावसायिक निकायों के माध्यम से समवर्ती तृतीय पक्ष मूल्यांकन की प्रणाली स्थापित की जाएगी।

वित्तीय आवंटन:

6.125 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में, आईसीडीएस के अंतर्गत संसाधनों के आवंटन में काफी वृद्धि की गई है ताकि न केवल

कवरेज को बढ़ाया जा सके बल्कि उपयुक्त अवसंरचना की उपलब्धता सुनिश्चित की जा सके। एक आंगनवाड़ी केंद्र के उचित कार्यक्रम के लिए, यह केंद्र एक ऐसे भवन में होना चाहिए जिसमें एक रसोई घर, बच्चों के अनुकूल शौचालय, पेयजल सुविधाएं तथा बच्चों के खेलने के लिए उपयुक्त स्थान हो। खिलौनों, बर्तनों, वजन मापने की मशीन, चटाइयों और आईएफए गोलियों की उपलब्धता सुनिश्चित की जाएगी। प्रत्येक आंगनवाड़ी केंद्र को फ्लेक्सी फंड मुहैया कराया जाएगा जिसको ग्राम समिति द्वारा प्रशासित किया जाएगा।

6.126 अंततः गैर-सरकारी संगठनों और व्यापारिक घरानों को स्थानीय आंगनवाड़ी केंद्रों को अपनाने और उनके संसाधनों में वृद्धि करने को प्रोत्साहित किया जाएगा। उदाहरण के लिए, वे भवन, खिलौने, अतिरिक्त अनुपूरक पोषण (जैसे एक गिलास दूध अथवा अंडे) प्रदान कर सकते हैं, प्रशिक्षण प्रदान कर सकते हैं, अत्यंत कुपोषित बच्चों को प्रायोजित कर सकते हैं, पूर्व-स्कूल संघटक को सुदृढ़ बनाने के लिए एक अध्यापक की सेवाएं दे सकते हैं। वे आंगनवाड़ी केंद्रों के प्रबंधन में मदद भी कर सकते हैं।

6.127 तथापि, कोई भी पुनर्गठन तब तक बच्चों के स्वास्थ्य की स्थिति में परिवर्तन लाने में सक्षम नहीं होगा, जब तक उसे आईसीडीएस प्रणाली से बाहर समांतर उपायों का समर्थन प्राप्त न हो। स्वच्छ पेयजल की अनुपलब्धता के कारण होने वाले हैजा, बचपन की रोगग्रस्तता और उसके परिणामस्वरूप कुपोषण और मृत्यु का मुख्य कारण है। आंगनवाड़ी में स्वच्छ पेयजल मुहैया कराना अनिवार्य है किंतु हमें यह याद रखना चाहिए कि मुख्यतः बच्चे घर पर पानी पीते हैं। जबतक पूरे दिन स्वच्छ पेयजल उपलब्ध नहीं होगा, तब तक हैजा की बीमारी बनी रहेगी। इसी प्रकार, आईसीडीएस केंद्रों पर शौचालय, बच्चों में इसकी आदत डालने के लिए महत्वपूर्ण हैं, किंतु जबतक घरों में शौचालय नहीं होंगे तब तक बच्चे खुले स्थान पर शौच जाते रहेंगे और कीड़ों और बीमारियों से ग्रस्त होते रहेंगे। आईसीडीएस केंद्रों पर रोग निदान और रेफरल सेवाएं केवल तब ही प्रभावकारी होंगी यदि वहां कोई प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र काम कर रहा होगा जहां बच्चे इलाज करा सकें। इसप्रकार, आईसीडीएस केवल अनुकूल वातावरण में ही परिणाम देंगे। वर्तमान समय में, हमारे गांवों, नगरों और शहरों में व्याप्त बहुविध प्रकार की समस्याओं से निपटने के लिए अनेक योजनाएं हैं। इनका मिलाया जाना महत्वपूर्ण है।

राजीव गांधी शिशु गृह योजना

6.128 मौजूदा स्वरूप न तो इसमें योजना का व्यापक विस्तार है और न ही यह 6 वर्ष से कम आयु के बच्चों को सार्थक दिवस देखरेख सेवाएं प्रदान करने में समर्थ है। इसलिए ग्यारहवीं योजना में स्कीम की समीक्षा और पुनर्गठन किया जाएगा। प्रस्तावित कुछ परिवर्तन निम्नानुसार हैं:

- पात्रता मानदंडों का विस्तार किया जाएगा ताकि विभिन्न एजेंसियों/संगठनों जैसे स्वयं सहायता समूह, महिला मंडलों, महिला संगठनों, मजदूर संघों, सहकारी संस्थाओं, स्कूलों, पंचायतों और आदिवासी संघों को सहभागिता प्रदान की जा सके।
- कार्यक्रम के मानक, जिनको आदानों और प्रक्रिया संकेतकों के माध्यम से जांचा जाता है, निर्धारित किए जाएंगे
- परिणामों की निगरानी उत्पाद और परिणाम संकेतकों के माध्यम से की जाएगी।
- वित्तपोषण की प्रणाली को संशोधित किया जाएगा।
- अवसंरचना और सामग्री का उन्नयन, शिशु गृह कामगारों को नियमित प्रशिक्षण, क्षेत्र के स्थानीय प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र अथवा प्राथमिक स्वास्थ्य उपकेंद्र के साथ जोड़ना तथा रोग प्रतिरोधक टीकाकरण, पोलियो की दवा जैसे आदानों के लिए आंगनवाड़ी केंद्रों के साथ जोड़ना तथा बुनियादी स्वास्थ्य अनुवीक्षण कराया जाएगा।

बाल संरक्षण का प्रावधान किया जाना

6.129 बाल संरक्षण का प्रावधान ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना का प्रमुख हस्तक्षेप होगा। 'बाल संरक्षण' से आशय हिंसा, शोषण, दुर्व्यवहार और उपेक्षा से संरक्षण प्रदान करना है। भारत ने अपने बच्चों के लिए संरक्षण के अधिकार को विगत वर्षों के दौरान अपनी संवैधानिक वचनबद्धताओं तथा बनाए गए कानूनों, नीतियों और कार्यक्रमों के माध्यम से मान्यता प्रदान की है। भारत ने इस बात को भी मान्यता प्रदान की है कि कुछ बच्चे 'विशेष रूप से कठिन परिस्थितियों' में हैं जैसे बालश्रम, बेसहारा बच्चे और किशोर न्याय प्रणाली के अंतर्गत बच्चे और उसने उनके लिए विशिष्ट कार्यक्रम हस्तक्षेप किए हैं। यह मान्यता इस तथ्य से सुदृढ़ होती है कि प्रत्येक बच्चे को, चाहे वह कठिन परिस्थितियों में नहीं

भी हो, उसे भी संरक्षण पाने का अधिकार है। इस प्रकार, ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में बाल संरक्षण संबंधी हस्तक्षेप में निवारक एवं संरक्षक दृष्टिकोण दोनों अपनाए गए हैं।

एकीकृत बाल संरक्षण रकीम

6.130 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान महिला और बाल विकास मंत्रालय एक एकीकृत बाल संरक्षण योजना आईसीपीएस शुरू करेगा। मौजूदा योजनाओं (i) एकीकृत बेसहारा बालक कार्यक्रम, (ii) किशोर न्याय कार्यक्रम, (iii) शिशु गृह योजना को आईसीपीएस के अंतर्गत विलय कर दिया जाएगा। प्रस्तावित योजना को राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में लागू किए जाने का प्रस्ताव है। आईसीपीएस बाल संरक्षण के सिद्धांत पर काम करेगी जो कि सरकार, परिवार, समुदाय, व्यावसायिकों और सिविल समाज की साझी जिम्मेदारी है।

6.131 इसकी अनेक विशेषताएं निम्नानुसार होंगी:

- बाल सुभेद्यता को कम करना - व्यवस्थित निवारक उपायों पर ध्यान केंद्रित करके, ताकि विभिन्न स्तरों पर संरक्षण की विफलताओं का समाधान किया जा सके। बाल स्वास्थ्य दिवस देखरेख, परिवारों को सुदृढ़ करने के लिए शिक्षा तथा बाल उपेक्षा, दुर्व्यवहार और सुभेद्यता की संभावना को कम करने के लिए विभिन्न क्षेत्रों के प्रावधानों और सेवाओं को एकाकार किया जाएगा।
- गैर-सांस्थानिक देखरेख को बढ़ावा देना: सांस्थानिकरण का उपयोग अंतिम उपाय के रूप में किया जाएगा। गैर-सांस्थानिकरण को प्रोत्साहित करने के लिए मामलों की निरंतर समीक्षा की जाएगी।

बॉक्स 6.15

बाल संरक्षण

- उचित आवंटन सहित केंद्रों सरकार द्वारा प्रवर्तित एक नई एकीकृत बाल संरक्षण योजना (आईसीपीएस) को प्रारंभ किया जाना। मौजूदा कानूनी प्रावधानों और आवश्यक संशोधनों की समीक्षा
- मौजूदा कानूनी प्रावधानों और आवश्यक संशोधनों की समीक्षा
- कानून का सुदृढ़ीकरण और कार्यान्वयन
- बच्चों के संरक्षण के लिए अंतःक्षेत्रीय और अंतर मंत्रालयिक कनवर्जेंस (जैसे शिशु गृह और दिवस देखरेख कार्यक्रम के साथ संरक्षण का एकीकरण)
- भारत में दत्तक ग्रहण प्रणाली की समीक्षा और पुनर्गठन
- परामर्श सेवाओं के सुदृढ़ीकरण के लिए मानव संसाधनों का विकास
- डाटा प्रणालियां, शोध, प्रचार और संचार
- बाल प्रभाव की लेखापरीक्षा ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि सरकार के हस्तक्षेपों से बाल संरक्षण में कमी न आए और वे दुर्व्यवहार और शोषण के लिए और सुभेद्य न बनें
- बाल अधिकारों के संरक्षण के संबंध में राष्ट्रीय आयोग और राज्य आयोगों को सुदृढ़ बनाना।

- सामुदायिक स्तर पर सेवाओं के नेटवर्क का सृजन
- देखरेख और संरक्षण के मानक स्थापित करना: सभी संरक्षण सेवाओं के प्रमुख कार्यों के संबंध में निहित मानक और नयाचार होंगे और उनकी नियमित रूप से निगरानी की जाएगी।
- क्षमताओं का विकास: बच्चों के संपर्क में आने वाले सभी लोगों की क्षमताओं को नियमित आधार पर सुदृढ़ किया जाएगा। परिवार की क्षमताओं को सुदृढ़ करने पर जोर दिया जाएगा ताकि क्षमता निर्माण, परिवार परामर्श और सहायक सेवाओं के द्वारा बच्चों की देखरेख और संरक्षण किया जा सके और इसे विकास और समुदाय सहायक सेवाओं से जोड़ा जा सके।
- सभी स्तरों पर व्यावसायिक बाल संरक्षण सेवाएं प्रदान करना: बच्चों की उपेक्षा, शोषण और दुर्व्यवहार की अनेक स्थितियों के संबंध में आश्रय, देखरेख, मनोवैज्ञानिक स्वास्थ्य लाभ, सामाजिक पुनःएकीकरण, कानूनी सेवाओं आदि के संबंध में विशेष सेवाएं प्रदान की जाएंगी।
- सभी स्तरों पर आपदा प्रबंधन प्रणाली को सुदृढ़ करना: आपदा का मुकाबला करने के लिए पहली प्रतिक्रिया और समन्वित अंतरक्षेत्रीय कार्रवाइयों को निर्धारित किया जाएगा और उनका सांस्थानीकरण किया जाएगा।
- शहरी गरीबी में बच्चों के संरक्षण हेतु समाधान करना: सशक्त सामाजिक सहायता और सेवा प्रणाली का विकास करना।
- बाल प्रभाव अनुवीक्षण और सामाजिक ऑडिट परीक्षा: पारदर्शिता को बढ़ावा देने के लिए कार्यक्रम और सेवाएं शुरू की जाएंगी।
- संघर्ष की स्थितियों में बच्चों का संरक्षण करना: जम्मू और कश्मीर, पूर्वोत्तर के राज्यों और नक्सल प्रभावित क्षेत्रों जैसे संघर्षप्रवण क्षेत्रों में बच्चों को, जहां वे प्रायः इन घटनाओं का शिकार बन जाते हैं, किशोर न्याय अधिनियम के अंतर्गत देखरेख और संरक्षण अवश्य प्रदान किया जाना चाहिए।

आईसीपीएस के संघटक:

6.132 बाल संरक्षण के एकीकरण की दिशा में -

- सभी जिलों/शहरों में 24 घंटे आपातकालीन हेल्पलाइन 'चाइडलाइन' का विस्तार किया जाए और शहरी क्षेत्रों में ड्राइन आश्रयों की स्थापना की जाए।
- पहचान की गई बाधाओं का समाधान करके दत्तकग्रहण प्रक्रिया को सरल और कारगर बनाने के लिए कदम उठाए जाएं; ऐसे बच्चों तक पहुंचा जाए जिनके माता-पिता उनकी देखरेख करने में असमर्थ हैं।

- प्रत्येक जिले में क्रेडल बेबी रिसेप्शन सेंटर की स्थापना करना और त्यागे गए बच्चों, संकटग्रस्त बच्चों और अवैध व्यापार के लिए सुभेद्य बच्चों को प्राप्त करने के लिए उसे प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, अस्पतालों, स्वाधार एककों, संक्षिप्त प्रवास गृहों और जिला बाल संरक्षण एकक के कार्यालय से जोड़ना।
- आईसीपीएस बच्चों के लिए नई सांस्थानिक सुविधाओं के सृजन और मौजूदा सुविधाओं को बनाए रखने के लिए सहायता प्रदान करेगा तथा विशेष जरूरतों वाले बच्चों की देखरेख करने वाले संरक्षणों के लिए अतिरिक्त संघटक प्रदान करेगा। यह राज्य बाल संरक्षण एककों को अनुदान निधि द्वारा जिलों/शहरों में जरूरत आधारित नवीन कार्यक्रमों, उदाहरणार्थ यौन कर्मियों के बच्चों के लिए अथवा आपदा पश्चात् बचाव और राहत के लिए कार्यक्रमों को सहायता प्रदान करेगा।
- किशोर न्याय अधिनियम के अंतर्गत प्रत्येक जिले में सांविधिक निकायों जैसे किशोर न्याय बोर्डों (जेजेबी), बाल कल्याण समितियां (सीडब्ल्यूसी), विशेष किशोर पुलिस यूनिट (एसजेपीयू) की स्थापना करने और उनके द्वारा दी जा रही सेवाओं को सुदृढ़ बनाने के लिए राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को वित्तीय और मानव संसाधन सहायता प्रदान करेगा। यह देशभर में बाल संरक्षण क्षेत्रों में लगे सभी कार्मिकों के प्रशिक्षण और क्षमता निर्माण का जिम्मा भी लेगा।
- व्यापक शोध में मदद करना ताकि विशिष्ट बाल संरक्षण मुद्दों के कारणों, स्वरूप और परिमाण का आकलन और सर्वोत्तम प्रथाओं का प्रलेखन किया जा सके।
- वेब आधारित बाल संरक्षण डाटा प्रबंधन प्रणाली और गुमशुदा बच्चों के संबंध में एक राष्ट्रीय वेबसाइट प्रारंभ करना।
- बाल अधिकारों और संरक्षण के संबंध में व्यापक प्रचार और संचार कार्यनीति का विकास करना।

चाइल्ड लाइन

6.133 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में 'चाइल्ड लाइन', 1098 का विस्तार देश के ग्रामीण क्षेत्रों और सभी जिलों में किया जाएगा। 'चाइल्डलाइन' के विस्तार के लिए स्वयंसेवी संगठनों के साथ और सशक्त भागीदारी और संसाधनों का अधिक निवेश तथा अनुषंगी प्रणालियों के क्षमता निर्माण की जरूरत होगी ताकि विपत्तिग्रस्त प्रत्येक बच्चे तक पहुंचा जा सके।

बाल अधिकारों के संरक्षण के लिए राष्ट्रीय आयोग और राज्य आयोग

6.134 राष्ट्रीय बाल अधिकार संरक्षण आयोग को अधिसूचित कर दिया गया है। पूर्ण आयोग के गठन की प्रक्रिया जारी है।

आयोग की एक प्रमुख जिम्मेदारी भारत में बाल अधिकारों की निगरानी और उनके कार्यान्वयन के संबंध में रिपोर्ट प्रस्तुत करना है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में यह सुनिश्चित किया जाएगा कि सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों में यथाशीघ्र ऐसे बाल अधिकार संरक्षण आयोगों की स्थापना की जाए।

लड़कियों के प्रति भेदभाव समाप्त करना

6.135 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में लड़कियों के अधिकारों को समझने और समान अवसर प्रदान करने के लिए आवश्यक सक्रिय, सकारात्मक दृष्टिकोण और कार्यवाहियों को निर्धारित किया जाएगा। इस देश में लड़कियों की स्थिति गहराई से घर कर गए पक्षपातों का परिणाम है और उसमें सुधार हमारे दृष्टिकोण में परिवर्तन से ही हो सकता है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना की अनेक योजनाओं से उम्पर यह एक विशेष दर्शन होगा जिससे अन्य क्षेत्रों के साथ समन्वय तथा राष्ट्र द्वारा किए गए उपायों के प्रभाव की निगरानी और प्रलेखन किया जाएगा। लड़कियों की स्थिति और ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के लिए सिफारिशों पर इस अध्याय के महिलाओं की एजेंसियां नामक भाग में चर्चा की गई है। उनकी स्थिति का उपयोग सभी बच्चों तक पहुंचने और असमानताओं को दूर करने में विकास उपायों की प्रभावकारिता का जायजा लेने के लिए किया जाएगा। इस निगरानी में पंचायतों, ग्राम सभाओं, सामुदायिक संगठनों और स्थानीय स्वशासन निकायों को शामिल किया जाएगा। जिला स्तर पर, लड़कियों की समग्र प्रगति की निगरानी की जिम्मेदारी जिलाधिकारी की होगी। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में क्षेत्रीय संचार कार्यनीतियों की जांच की जाएगी और यह भी कि उनमें लड़कियों के अधिकारों को कैसे शामिल किया जाता है। महिला और बाल विकास मंत्रालय इसके लिए विशेष उपाय शुरू करेगा तथा लड़कियों की वास्तविक स्थिति और हैसियत पर ऐसे उपायों के प्रभाव के आकलन के लिए कार्यवाही प्रारंभ करेगा। निम्नलिखित उपाय किए जाएंगे:

संतुलित स्त्री-पुरुष अनुपात सुनिश्चित करना:

6.136 लिंग चयन/बालिका भ्रूण हत्या को केवल एक सामाजिक बुराई नहीं बल्कि अपराध माना जाएगा। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के साथ समन्वय सुनिश्चित करके निवारक, सुधारात्मक/विनियामक और दंडात्मक कार्यवाही को सुदृढ़ किया जाएगा ताकि बालिका भ्रूण हत्या और लिंग चयन का समाधान किया जा सके। यह पीएनडीटी एक्ट को लागू करना सुनिश्चित करने के लिए कानून का प्रवर्तन करने वाले प्राधिकारियों के साथ इस एक्ट की समीक्षा करेगा। यह जेनेटिक काउंसिलिंग सेंटर का रजिस्ट्रेशन प्रदान करने, उसे निलंबित करने अथवा उसे रद्द करने तथा शिकायतों की जांच पड़ताल करने के लिए पीसी एंड पीएनडीटी एक्ट के अंतर्गत निर्धारित मौजूदा समुचित प्राधिकारियों

की भी समीक्षा करेगा। यह दोषी व्यक्तियों के विरुद्ध कठोर आर्थिक दंड और दंडात्मक कार्यवाही सुनिश्चित करेगा। राज्य के लिए और महिला तथा बाल विकास अधिकारियों के लिए क्षमता निर्माण तथा इस एक्ट के कार्यान्वयन की निगरानी हेतु समुचित प्राधिकारियों में उनकी सहभागिता सुनिश्चित की जाएगी। लड़कियों पर विशेष ध्यान केंद्रित करके राष्ट्रव्यापी सजगता और वकालत अभियान जारी रहेगा।

शिक्षा:

6.137 सर्व शिक्षा अभियान के अंतर्गत गांव स्तर पर बनाई गई समुदाय सतर्कता समितियां यह सुनिश्चित करेंगी कि गांव की प्रत्येक लड़की का स्कूल में नाम लिखाया जाए और वह नियमित रूप से स्कूल जाए। महिला और बाल विकास मंत्रालय प्राथमिक शिक्षा और साक्षरता विभाग तथा अनुषंगी निकायों के निकट सहयोग से यह सुनिश्चित करेगा कि पाठ्यक्रम और पाठ्य विवरण स्त्री-पुरुष संवेदी हो। यह विभाग लड़कियों और बेसहारा बच्चों, बाल मजदूरों, मौसमी आप्रवासियों और औपचारिकता शिक्षा प्रणाली से बाहर रह गए सभी लोगों के लिए गुणवत्तायुक्त शिक्षा पैकेज सहित ब्रिज स्कूल खोलेगा।

बालिका के लिए बीमा सहित सशर्त नकद अंतरण संबंधी प्रायोगिक योजना:

6.138 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में देश के चुने हुए पिछड़े जिलों में एक प्रायोगिक योजना लाई जाएगी जिसमें लड़की के संबंध में कुछ शर्तों को पूरा करने पर, जैसे जन्म का रजिस्ट्रेशन, रोगप्रतिरोधक टीकाकरण, स्कूल में नाम लिखना और विवाह को 18 वर्ष के बाद की आयु तक टालना, लड़की के परिवार (अधिमानत: माता को) को सशर्त नकद राशि प्रदान की जाएगी। इस योजना में लड़की का बीमा करने का उप-संघटक भी शामिल होगा। यह केंद्र सरकार और राज्य सरकारों द्वारा दिए जा रहे मौजूदा विभिन्न प्रोत्साहनों के अतिरिक्त होगा। इस योजना की गहरी निगरानी की जाएगी ताकि वांछनीय व्यवहारों को समर्थन दिया जा सके तथा समुदाय के रवैये और संव्यवहारों पर इसके प्रभाव का अध्ययन किया जा सके।

बालिकाओं के साथ दुर्व्यवहार, शोषण और हिंसा का निराकरण:

6.139 महिला और बाल विकास मंत्रालय की एकीकृत बाल संरक्षण योजना और बालकों के प्रति अपराध विधेयक जैसे समर्थकारी विधानों से बलात्कार, यौन उत्पीड़न, अवैध व्यापार, घरेलू हिंसा, दहेज और अन्य संबंधित अपराधों के संबंध में कानूनों को कठोरता से लागू करके लड़कियों के साथ दुर्व्यवहार और हिंसा का निवारण

करने की आशा की जाती है। समुदाय सतर्कता समूहों और स्वयं सहायता समूहों और युवा समूहों का सृजन किया जाएगा ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि लड़कियां सुरक्षित रहें। ये समूह पंचायतों और आईसीपीएस के अंतर्गत प्रस्तावित जिला बाल संरक्षण एककों के साथ मिल कर काम करेंगे। लड़कियों के साथ दुर्व्यवहार, शोषण और हिंसा पर सार्वजनिक उपदेश (बातचीत) को बढ़ावा दिया जाएगा ताकि इन मुद्दों पर चुप्पी को तोड़ा जा सके। इसके साथ-साथ, किए जा रहे विशेष प्रकार के दुर्व्यवहार/हिंसा के संबंध में स्वैच्छिक संस्थाओं की मदद से भलीभांति सोच-विचार कर एक पुनर्वास पैकेज तैयार किया जाएगा।

वाणिज्यिक यौन शोषण के लिए अवैध व्यापार:

6.140 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में, महिला और बाल विकास मंत्रालय अवैध व्यापार से निपटने के लिए बहुमुखी दृष्टिकोण पर ध्यान केंद्रित करेगा। इसमें कानूनों में सुधार, बचाव और पुनर्वास उपाय, जागृति पैदा करना और संवेदनशील बनाना शामिल होगा। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में 6 वाणिज्यिक यौन शोषण के संबंध में अवैध व्यापार का निवारण, बचाव तथा अवैध व्यापार के पीड़ितों के पुनःएकीकरण संबंधी व्यापक योजना के माध्यम से वाणिज्यिक यौन शोषण के लिए व महिलाओं और बच्चों के अवैध व्यापार का समाधान किया जाएगा जो दसवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान शुरू की गई छोटी प्रयोगिक परियोजनाओं के परिणामों पर आधारित होगी। तीन प्रयोगिक परियोजनाएं पहले ही प्रारंभ की जा चुकी हैं दो परियोजनाएं स्रोत क्षेत्रों में (ग्रामीण क्षेत्र, जहां यह एक पारंपरिक संव्यवहार है) और एक परियोजना लक्ष्य क्षेत्र में है। योजना के अधीन सभी परियोजनाएं एक वर्ष की प्रायोगिक परियोजनाएं हैं। इनसे सीखे गए सबकों का ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान अनुकरण किया जाएगा।

बाल विवाह का प्रतिषेध

6.141 बाल विवाह प्रतिषेध अधिनियम, 2006 के कार्यान्वयन के लिए प्रवर्तन तंत्र को सुदृढ़ किया जाएगा। महिला और बाल विकास मंत्रालय सिविल समाज समूहों, पीआरआई, समुदाय आधारित संगठनों, स्वयं सहायता समूहों, मौलवियों/पंडितों/अन्य धार्मिक नेताओं को देर से विवाह का समर्थन करने के लिए सामुदायिक पहलों को जुटाने, विकास करने और बढ़ावा देने के लिए भागीदारी बनाएगा। विवाहों के अनिवार्य पंजीयन को सुनिश्चित किया जाएगा।

उपभोक्तावाद और लड़की:

6.142 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में जागृति पैदा करने वाली पहलों का वित्तपोषण किया जाएगा ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि बाजार अर्थव्यवस्था, बढ़ता हुआ उपभोक्तावाद और इसके परिणामस्वरूप परिवार नियोजन विषयक संव्यवहारों के कारण स्त्री-पुरुष असमानता और इसके कारण लड़के हेतु आयोजना में वृद्धि न हो।

उपेक्षित और सर्वाधिक भेद्य बच्चों तक पहुंचना

बाल कामगार

6.143 आंकड़े दर्शाते हैं कि बाल कामगारों की संख्या जो 1999 में 11.28 मिलियन थी वर्ष 2001 में बढ़कर 12.66 मिलियन हो गई। इस वृद्धि के लिए मुख्यतः उत्तर प्रदेश, बिहार, राजस्थान और पश्चिम बंगाल (चित्र 6.1.1) उत्तरदायी है।

बाल श्रम उन्मूलन:

6.144 विशिष्ट संकटमय व्यवसायों को छोड़कर भारत में बालश्रम कुल मिलाकर गैर कानूनी नहीं है। श्रम मंत्रालय ने 26 अक्टूबर, 2006 से घरेलू कामकाज और ढाबों, चाय की दूकानों और रेस्टोरेंटों में नियोजन को अधिनियम के अंतर्गत प्रतिबंधित व्यवसायों की अनुसूची में शामिल किया है। इसके कारण विशेष रूप से मेट्रो शहरों और बड़े नगरों में बड़ी संख्या में बच्चों की कामबंदी हो जाएगी। यह जरूरी होगा कि इन बच्चों के संरक्षण, पुनर्वास और शिक्षा के लिए समुचित उपास किए जाएं।

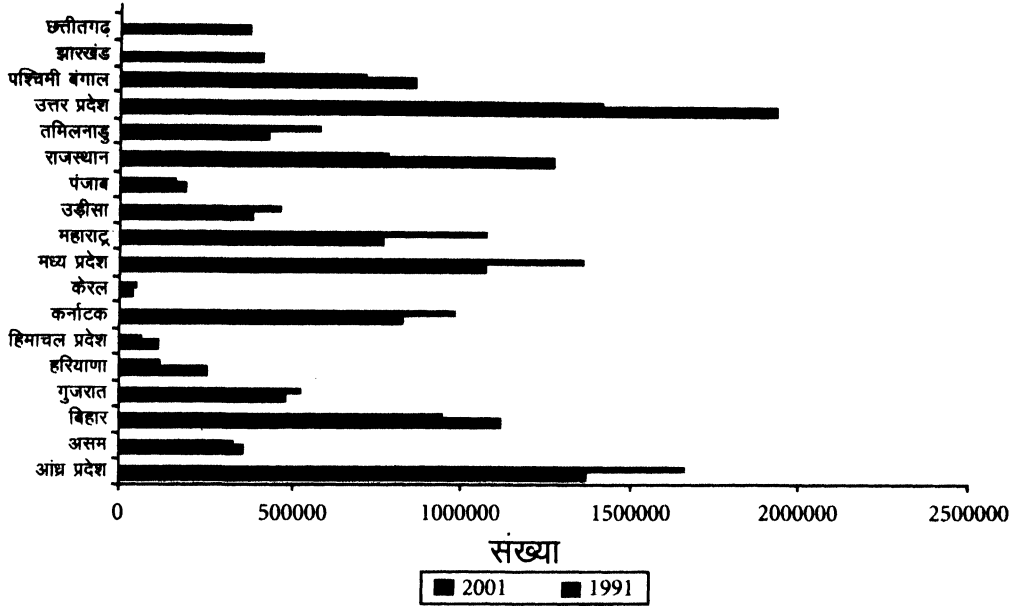
बाल अवैध व्यापार, बच्चों का वाणिज्यिक

यौन शोषण, बाल पोर्नोग्राफी और

बाल यौन पर्यटन का उन्मूलन:

6.145 राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग ने बताया है कि भारत में प्रतिवर्ष लगभग 44,000 बच्चे गुमशुदा हो जाते हैं²² उनका वेश्यावृत्ति, विवाह अथवा गैर कानूनी दत्तक ग्रहण, बाल श्रम, भीख मांगने, सशस्त्र समूहों में भर्ती और मनोरंजन (सर्कस अथवा खेलकूद) के लिए अवैध व्यापार किया जाता है। बाजार के खोल दिए जाने और पर्यटन में वृद्धि होने से बच्चे "आपरेटिंग पोडफिल" और सेक्स अब्यूजर" का शिकार बन गए हैं। अधिकाधिक महिलाओं को वेश्यावृत्ति में धकेले जाने से यौन कर्मियों के बच्चों की दशा भी चिंता का विषय है। यह जरूरी है कि सकारात्मक कार्रवाई की जाए ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि इन बच्चों की पहुंच मूलभूत सेवाओं और अधिकारों तक हो जो यौन शोषण का

²² एनएचआरसी, अवैध व्यापार संबंधी कार्रवाई अनुसंधान, ओरिएंट लांगमैन, 2005 नई दिल्ली



स्रोत: भारत की जनगणना

चित्र 6.1.1 - बाल मजदूर

शिकार बनने से उनकी रक्षा करेंगे। अनेक व्यापार का शिकार बने बच्चों के पुनर्वास और पुनःएकीकरण के लिए भी प्रयास किए जाने चाहिए।

एच.आई.वी/एड्स से संक्रमित/प्रभावित बच्चे:

6.146 भारत में एच.आई.वी./एड्स के साथ जी रहे अनुमानित 5.7 मिलियन लोगों में से 220,000 (15%) 15 वर्ष से कम उम्र के बच्चे हैं (यू.एन.ए.आई.डी.एस.204)²³। इनमें बहुत से प्रभावित बच्चे हैं जिनके माता-पिता संक्रमित और जीवित हैं। प्रायः एच.आई.वी. संक्रमण के साथ जुड़े कलंक और भेदभाव के कारण उन्हें बहिष्कृत कर दिया जाता है और उन्हें एकाकीकरण तथा भावनात्मक और मनोवैज्ञानिक कष्ट उठाने पड़ते हैं। इससे बच्चे के शिक्षा प्राप्त करने अथवा सामान्य बचपन बिताने के अवसर बरबाद हो जाते हैं। उनके माता-पिता की काम करने की असमर्थता के कारण हुई आर्थिक कठिनाई के कारण बच्चे स्कूल छोड़ सकते हैं अथवा बाल मजदूर बन सकते हैं। एच.आई.वी./एड्स द्वारा अनाथ हुए बच्चों का आसानी से शोषण, दुर्व्यवहार, और हिंसा की जा सकती है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में यह चुनौती है कि इस भेदभाव को समाप्त किया जाए और एच.आई.वी./एड्स द्वारा संक्रमित/प्रभावित बच्चों तक पहुंचा जाए ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि उनको संरक्षण दिया जाए, उपचार किया जाए और उन्हें उनकी पूर्ण

संभावनाओं के अनुसार विकास करने का अवसर मिले। "स्वास्थ्य" विषयक अध्याय में इस संबंध में ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना की प्रतिबद्धताओं का ब्यौरा दिया गया है।

कानून से संघर्षरत बच्चे - सामाजिक एकीकरण:

6.147 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में राज्य द्वारा चलाए जा रहे सुधार गृहों की दशा की समीक्षा की जाएगी तथा नई आई.सी.पी.एस. योजना के माध्यम से उनके विकास के लिए निधियां दी जाएंगी। कानून का प्रवर्तन करने वाले अधिकारियों और बाल कल्याण अधिकारियों के प्रशिक्षण का आग्रह करके कानून से संघर्षरत बच्चों के पुनर्वास और पुनःएकीकरण के बुनियादी जनादेश को बनाए रखा जाएगा। इस योजना में संस्थाओं के भीतर बच्चों से हिंसा, दुर्व्यवहार और शोषण से उनकी रक्षा पर बल दिया जाएगा और एक ऐसी रूपरेखा अपनाई जाएगी जिसमें यह स्वीकार किया जाएगा कि कानून से संघर्षरत बच्चों को भी देखरेख और संरक्षण की जरूरत है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के लिए यह चुनौती है कि बच्चों के लिए दीर्घकालिक न्यायिक प्रक्रिया को छोटा किया जाए, अधिक संख्या में बाल अनुकूल अधिकारियों की नियुक्ति की जाए और किशोर न्याय अधिनियम का समुचित कार्यान्वयन सुनिश्चित किया जाए।

²³ यूनेड्स, 2004

विपत्तिग्रस्त/कठिन परिस्थितियों वाले बच्चों के संबंध में विशेष प्रावधान

6.148 परिवारों द्वारा शहरों का प्रवास किए जाने से बच्चे स्कूल छोड़ने को बाध्य हो जाते हैं जो बाद में अपने आपको सड़क पर पाते हैं। अधिकांश बच्चे अपनी शिक्षा जारी नहीं रख पाते हैं और आखिरकार बाल मजदूरी करने लगते हैं। गांव के सुरक्षित वातावरण से बाहर निकलने पर बहुत से बच्चों के नशीले पदार्थों और यौन दुर्व्यवहार में पड़ने की संभावना रहती है।

6.149 बेसहारा बच्चे अथवा सड़कों पर रह रहे और काम कर रहे बच्चे शहरी भारत का एक आम परिदृश्य हैं। तथापि, उनके काफी बड़ी संख्या में दिखाई देने के बावजूद, उनकी सुनिश्चित संख्या के बारे में बहुत कम जानकारी उपलब्ध है। वे भूख, कुपोषण, स्वास्थ्य देखरेख और शिक्षा की कमी, शारीरिक और यौन दुर्व्यवहार, मादक औषधि सेवन और एस.टी.डी./एच.आई.वी/एड्स के लिए सुभेद्य होते हैं। वहां उनके लिए कोई आई.सी.डी.एस. नहीं है: कोई स्कूल नहीं है। अनेक बच्चे भीख मांगने के लिए मजबूर हैं। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में रेलवे स्टेशनों और बस स्टैंड पर चलते-फिरते आई.सी.डी.एस. केंद्र स्थापित करने का प्रस्ताव है (जहां अधिकांश आप्रवासी बच्चे आते हैं और जहां अनेक बेसहारा बच्चे और भिखारी पाए जाते हैं)। इन केंद्रों में आने वाले बच्चे की उचित स्वास्थ्य-जांच के बाद उसे भोजन, समुचित दवाएं और परिचय-पत्र दिए जाएंगे।

6.150 प्रायः उपेक्षित एक अन्य बाल समूह, कैदियों के बच्चे होते हैं। इस तथ्य कि बड़ी संख्या में महिला कैदियों के साथ बच्चे होते हैं (अथवा जेलों में उनके साथ बच्चे रखे जाते हैं), का अर्थ यह है कि इस श्रेणी के वंचित बच्चों को सामाजिक एकाकीकरण और स्वस्थ अंतःक्रिया का अभाव झेलना पड़ता है। कारावास में पड़े अपने माता-पिता से अलग हुए बच्चों की अलग समस्याएं हैं। उनकी समस्याएं अधिकांशतः छुपी रहती हैं और वह कारावास की अगणनीय कीमत होती हैं। राष्ट्रीय कार्य योजना 2005 और किशोर न्याय (देखरेख और संरक्षण) अधिनियम में अंततः उनकी देखरेख और संरक्षण की जरूरत को स्वीकार किया जाता है।

6.150 प्रायः उपेक्षित एक अन्य बाल समूह, कैदियों के बच्चे होते हैं। इस तथ्य कि बड़ी संख्या में महिला कैदियों के साथ बच्चे होते हैं (अथवा जेलों में उनके साथ बच्चे रखे जाते हैं), का अर्थ

यह है कि इस श्रेणी के वंचित बच्चों को सामाजिक एकाकीकरण और स्वस्थ अंतःक्रिया का अभाव झेलना पड़ता है। कारावास में पड़े अपने माता-पिता से अलग हुए बच्चों की अलग समस्याएं हैं। उनकी समस्याएं अधिकांशतः छुपी रहती हैं और वह कारावास की अगणनीय कीमत होती हैं। राष्ट्रीय कार्य योजना 2005 और किशोर न्याय (देखरेख और संरक्षण) अधिनियम में अंततः उनकी देखरेख और संरक्षण की जरूरत को स्वीकार किया जाता है।

भिन्न रूप से सक्षम बच्चों की विशेष जरूरतों के संबंध में प्रावधान किया जाना:

6.151 निःशक्तता के विषय से निपटने का उत्तरदायित्व सामाजिक न्याय और अधिकारिकता मंत्रालय और स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण मंत्रालय का है। तथापि, निःशक्तता को बाल संरक्षण के मुद्दे के रूप में देखना महत्वपूर्ण है। आज भी, बच्चों में निःशक्तता विषयक आंकड़ों में स्रोत से भिन्नता मिलती है। यह अनुमान है कि मुश्किल से 50% निःशक्त बच्चे वयस्क होने की उम्र तक पहुंचते हैं और 20% से अनाधिक ऐसे बच्चे जीवन के चौथे दशक तक जीवित नहीं रह पाते हैं¹⁴ यद्यपि निःशक्त बच्चों की पोषण की दशा के संबंध में बहुत कम जानकारी उपलब्ध है, यह स्वीकार किया जाता है कि गरीबी में रह रहे निःशक्त बच्चे विश्व के सर्वाधिक वंचित बच्चे हैं। भेदभाव और प्रायः परित्याग कर दिया जाना उनके लिए एक हकीकत है। स्कूलों निःशक्त बच्चों के आंकड़ों से पता चलता है कि शिक्षा प्रणाली में उनका एकीकरण एक दुर्लभ हकीकत है। निःशक्त बच्चों के लिए शिक्षा, स्वास्थ्य और पोषण सुलभ कराना सुनिश्चित करना ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के लिए एक कड़ी चुनौती है। इस योजना में अन्य बातों के साथ-साथ स्कूलों में रैंप का प्रावधान, निःशक्त बच्चों के अनुकूल पाठ्यक्रम का विकास तथा अध्यापकों को प्रशिक्षण और उन्हें संवेदनशील बनाना सुनिश्चित किया जाएगा।

तात्त्विक दुर्व्यवहार से पीड़ित बच्चों का पुनर्वास करना:

6.152 एक सर्वेक्षण से पता चलता है कि विभिन्न गैर सरकारी संगठनों में उपचार के लिए आए कुल बच्चों में से 63.6% बच्चों ने 15 वर्ष की उम्र से पहले ही नशीले पदार्थों का सेवन किया। नवीनतम आंकड़ों के अनुसार भारत में नशीले पदार्थों और तात्त्विक दुर्व्यवहार में लिप्त व्यक्तियों में से 13.1% व्यक्ति 20 वर्ष से कम आयु के हैं¹⁵ यह समस्या विशेष रूप से पूर्वोत्तर राज्यों और

¹⁴ एम.एल. कटारिया, "बच्चों के अधिकारों के लिए अक्षमता-संघर्ष के विरुद्ध युद्ध", 29.5.2002, डब्ल्यूडब्ल्यूडब्ल्यू, ट्रिबुने इंडिया, कोम

¹⁵ अनडोक", त्वरित मूल्यांकन सर्वेक्षण : सीमा, पद्धति और प्रवृत्ति, भारत में औषधि दुरुपयोग

पंजाब में व्यापक रूप से है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में, इस समूह के बच्चों पर विशेष रूप से ध्यान दिया जाएगा। उचित परामर्श संवेदी नशा मुक्ति शिविरों सहित पुनर्वास उपाय किए जाएंगे।

बच्चे का मानसिक स्वास्थ्य सुनिश्चित करना:

6.153 इस समय 7-15% अथवा 65 मिलियन भारतीय बच्चे बड़ी महत्वपूर्ण मानसिक बीमारी से पीड़ित हैं²⁰ यह संख्या तनाव से संबंधित आत्महत्याओं और मौतों के अतिरिक्त है जोकि युवाओं में मृत्यु का बड़ा कारण है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में बच्चों के मानसिक स्वास्थ्य के लिए धन दिया जाएगा और इस मुद्दे को प्राथमिकता के आधार पर लिया जाएगा। सभी स्कूलों में परामर्शदाता नियुक्त किए जाएंगे और विशेष रूप से परीक्षाओं के दौरान हेल्प लाइन स्थापित की जाएंगी।

दत्तक ग्रहण प्रक्रियाओं को सरल बनाना और बेईमानीपूर्ण संव्यवहारों की रोकथाम करना:

6.154 दत्तक ग्रहण को किसी बच्चे को वैकल्पिक देखरेख और परिवार मुहैया कराने के सबसे महत्वपूर्ण तंत्र के रूप में मान्यता दिए जाने के बावजूद, अभी हाल तक इसकी प्रक्रियाएं और कानून दुरुह और अपर्याप्त थे। हिंदू दत्तक ग्रहण और भरण-पोषण अधिनियम (एच.ए.एम.ए), 1956 तक संरक्षक और प्रतिपाल्य अधिनियम, 1890 के अंतर्गत दत्तक ग्रहण किया जाता है। एच.ए.एम.ए केवल हिंदुओं, (बौद्ध, जैन और सिख सहित) पर लागू होता है। किशोर न्याय (देखरेख और बाल संरक्षण), अधिनियम, 2000 के पारित हो जाने के बाद, अब स्वदेशी और अंतरदेशी दोनों दत्तक ग्रहण करना इस अधिनियम के अंतर्गत संभव है और इस संशोधन में जाति, मत, धर्म अथवा लिंग का भेदभाव किए बिना प्रत्येक व्यक्ति को दत्तक ग्रहण की अनुमति दी गई है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में किशोर न्याय अधिनियम, 2000 के अंतर्गत दत्तक ग्रहण को बढ़ावा दिया जाएगा जिससे दत्तक बच्चे को सगे बच्चे के समान हैसियत सुनिश्चित की जा सके।

अंतरक्षेत्रीय और अंतरमंत्रालयिक कार्रवाई को बढ़ावा देना

6.155 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में प्रत्येक मंत्रालय/विभाग अपनी-अपनी नीतियों, कार्यक्रमों, सेवाओं, कानूनों, बजट और प्रक्रियाओं की समीक्षा करेगा ताकि यह जांच की जा सके कि वह

बच्चों के बेहतर विकास और संरक्षण को कैसे समाविष्ट और एकीकरण कर सकता है। इस समीक्षा के सामान्य सिद्धांतों में, समूहों और समुदायों द्वारा परित्याग/अत्यधिक असमानता की निगरानी, बच्चों के संबंध में लिंग विषयक भेदभाव रहित आंकड़ों की उपलब्धता, बच्चों के संरक्षण और विकास के लिए कानूनों और दिशानिर्देशों को लागू किया जाना, नीतियों और कार्यक्रमों में बच्चों की सहभागिता का एकीकरण तथा लड़कियों के लिए विशेष प्रावधान शामिल होंगे। इसके अलावा, प्रत्येक क्षेत्र को बाल बजट विश्लेषण करने तथा बाल संकेतकों की प्रगति के संबंध में रिपोर्ट प्रकाशित करने की सलाह दी जाएगी।

6.156 बच्चों से संबंधित लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए उचित समन्वय और कनवर्जेंस सुनिश्चित करने हेतु महिला और बाल विकास मंत्रालय केंद्रीय स्तर पर राष्ट्रीय समन्वय गुप में व्यापक प्रतिनिधित्व और उत्साहपूर्ण सहभागिता सुनिश्चित करेगा; राज्य स्तर पर इसी प्रकार के गुपों के गठन को प्रोत्साहित किया जाएगा। इस तंत्र का प्रभावी कार्यकरण बच्चों के लिए बेहतर परिणाम सुनिश्चित करने और उनके अधिकारों की सुरक्षा करने के लिए सबसे महत्वपूर्ण है।

बाल बजट निर्माण

6.157 महिला और बाल विकास मंत्रालय 2000-03 से बच्चों के संबंध में आवंटनों और व्यय का विश्लेषण करता रहा है। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में बाल बजट निर्माण का यह कार्य नियमित रूप से किया जाएगा ताकि "परिव्यय से परिणाम तक" की निगरानी की जा सके और भारत में बच्चों की स्थिति के संबंध में निवेश की उपयुक्तता की जांच की जा सके।

निष्कर्ष

6.158 ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में महिला शक्ति और बाल अधिकारों के क्षेत्र में बड़ा कदम उठाया जाना है। इसमें सही ढांचा बनाया गया है जो महिलाओं और बच्चों को आदाता नहीं बल्कि एजेंट के रूप में देखता है। इसमें समूहों के भीतर भिन्नता को स्वीकार किया गया है, बहुमुखी भेदभावों की पहचान की गई है और उनसे निपटने के लिए प्रायोगिक परियोजनाओं का सुझाव दिया गया है। यह आशा की जाती है कि इनमें से कुछ प्रायोगिक परियोजनाएं इस योजना की मध्यावधि समीक्षा के बाद संपूर्ण योजनाओं में विकसित हो जाएंगी। सामान्यतया इन स्कीमों, प्रायोगिक परियोजनाओं और

²⁰ आईसीएमआर, 2001, मल्होत्रा, 2005

योजना का उद्देश्य तय किए गए निगरानी योग्य लक्ष्यों को प्राप्त करना मात्र नहीं है बल्कि एक नई रूपरेखा का विकास करना भी है जिसमें महिलाओं और बच्चों को सभी क्षेत्रों, मंत्रालयों, विभागों और स्कीमों के भीतर स्थान मिलेगा। केवल इसी से यह सुनिश्चित किया जा सकता है कि बारहवीं पंचवर्षीय योजना के प्रारंभ होने तक बच्चों और महिलाओं की स्थिति में उल्लेखनीय सुधार हो। केवल इसी से ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना

के अनेक पहलुओं के माध्यम से सरकार द्वारा निर्धारित न्याय और समानता के जज्बे को आगे बढ़ाया जा सकता है।

6.159 महिला और बाल विकास मंत्रालय के लिए ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना का कुल प्रतिशत जी.बी.एस 48,420 करोड़ रुपए (2006-07 की कीमतों पर) है और 54765 करोड़ रुपए (वर्तमान की कीमतों पर) है। इसका ब्यौरा खंड III के परिशिष्ट में दिया गया है।

संलग्नक 6.1
तालिका -1: महिलाओं से संबंधित चुनिंदा विकास संकेतक

क्रम सं.	संकेतक	महिलाएं	पुरुष	कुल	महिलाएं	पुरुष	कुल
डेमोग्राफी							
1.	जनसंख्या (1991 एवं 201 में मिलियन में)	407.07	439.23	846.30	496.4	532.1	1028.6
2.	महत्वपूर्ण विकास (1971 एवं 2001)	24.03	25.52	24.80	23.08	22.26	22.67
महत्वपूर्ण आंकड़े							
3.	लिंग अनुपात (1991 : 2001)	927	-	-	933	-	-
4.	जन्म में जीवन की संभावना (1991-96-2001-05)	61.7	60.6	-	66.1	63.8	-
5.	विवाह के समय औसत आयु (1991 : 1997)	19.5	23.9	-	19.5	लागू नहीं	-
स्वास्थ्य							
6.	जन्म दर (1991 : 2005)	-	-	29.5	-	-	23.8
7.	मृत्यु दर (1991 : 2005)	-	-	9.8	7.1	8.0	7.6
8.	शिशु मृत्यु दर (1991 : 2005)	-	-	80	61	56	58
9.	बाल मृत्यु दर (1991 : 2005)	-	-	26.5	18.2	16.4	17.3
10.	मातृत्व मृत्यु दर (1997-1998 : 2001- 2003)	398	-	-	301	-	-
साक्षरता और शिक्षा							
11.	साक्षरता दर (1991 : 2004-05)	39.3	64.1	52.2	57.00	77.00	67.30
	साक्षरता दरें, एससी	23.8	49.9	37.4	41.9	66.6	54.7
	साक्षरता दरें, एसटी	18.1	40.7	29.6	34.8	59.2	47.1
12.	सकल नामांकन अनुपात (1990-91 : 2004-2005)						
	कक्षा I-V	85.5	114.0	100.1	104.67	110.70	107.80
	कक्षा I-VIII	70.8	100.0	86.0	89.87	96.91	93.54
	कक्षा VI-VIII	47.0	76.6	62.1	65.13	74.30	69.93
13.	ड्रॉप आउट दर (1990-91 : 2004-2005 (प्रावधिक)						
	कक्षा I-V	46.0	40.1	42.6	25.42	31.81	29.00
	कक्षा I-VIII	65.1	59.1	60.9	51.28	50.49	50.84
	कक्षा I-X	76.9	67.5	71.3	63.88	60.41	61.92
	एससी कक्षा I-X	83.4	74.3	77.7	74.17	69.11	71.25
	एसटी कक्षा I-X	87.7	83.3	85.0	80.66	77.75	78.97
कार्य और रोजगार							
14.	कार्य भागीदारी दर (1991 : 2001)	22.3	51.6	-	25.7	51.9	-
15.	संगठित क्षेत्रक (1991 : 1999 में लाख में संख्या)	3.8	23.0	26.7	4.8	23.3	28.1
16.	सरकार (1997 में लाख में संख्या)	1.6	9.1	10.7	-	-	-
निर्णय लेना (प्रबंध एवं राजनीतिक)							
17.	प्रबंध (1997 एवं 2000 में प्रबंध)	512(10.2%)	4479	4991	535(10.4%)	4824	5159
18.	पीआरआई (2001 के लिए हजार में आंकड़े)				725(26.6%)	1,997	2,722
19.	संसद (2001 एवं 2005 में संख्या)	70(8.5%)	750	820	73(9.24%)	717	790
20.	मंत्रियों की केंद्रीय काउंसिल (1985 एवं 2001)	4(10.0%)	36	40	8(10.8%)	66	74
महिलाओं के विरुद्ध अपराध							
21.	2001 : 2005	143795	-	-	155553	-	-

स्रोत: 1 से 4—भारतीय जनगणना; 5—एसआरएस, भारतीय महारजिस्ट्रार; 6 से 10 —भारतीय परिवार कल्याण आंकड़े, 2006; 11 से 13—चुनिंदा शैक्षणिक आंकड़े, 2004-05; 14 से 16—भारतीय जनगणना, भारतीय महारजिस्ट्रार; 17 से 20 —एनआरसीडब्ल्यू वेबसाइट; 21 —एनसीआरबी वेबसाइट

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना 2007-2012

इस पंचवर्षीय योजना दस्तावेज में समावेशी विकास पर ध्यान केंद्रित किया गया है। इस दस्तावेज के तीन भाग हैं। भाग I: में समावेशी विकास में विजन, प्रमुख क्षेत्रों की नीतियों और कार्यनीतियों के ब्यौरे, वृहत आर्थिक रूप रेखा और योजना के वित्त पोषण को दर्शाया गया है, भाग- II: सामाजिक क्षेत्रों में शिक्षा, खेल, कला और संस्कृति, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, पोषण और सामाजिक सुरक्षा नेट, पेय जल और सफाई एवं महिला और बाल अधिकारों से संबंधित योजनाएं दी गई हैं, और भाग III: में कृषि, ग्रामीण विकास, उद्योग, सेवाएं और भौतिक अवसंरचना से संबंधित क्षेत्रों से संबंधित अध्याय शामिल किए गए हैं।



योजना आयोग
भारत सरकार

www.planningcommission.gov.in