ISSN-0971-8397

विकास को समर्पित मासिक

योजना

वर्ष : 49 जुलाई 2005 मूल्य : 7 रुपये

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम

स्वास्थ्य : बिहार और केरल का तुलनात्मक मूल्यांकन

विकास की कुंजी है नवाचार

संप्रग सरकार का एक वर्ष

झरोखा जम्मू-कश्मीर का : डॉ. मनमोहन सिंह बने सियाचीन जाने वाले पहले प्रधानमंत्री

स्वास्थ्य

ISSN-0971-8397

विकास को समर्पित मासिक

योजना

प्रशासनिक सुधार एवं ई-गवर्नेंस पर स्वतंत्रता दिवस, 2005 विशेषांक अगस्त 2005

- आज की सबसे बड़ी जरूरत एक आधुनिक, कुशल तथा उत्तरदायी लोक सेवा की है, एक ऐसी सेवा जो परिणाम दे सके!
- प्रशासनिक सुधार और ई-गवर्नेंस क्या है?
- क्या यह व्यवस्था की कमियों को दूर करने का रामबाण हो सकता है?
- निचले स्तर की संस्थाओं को यह कैसे नवजीवन दे सकता है?
- *योजना* के अगस्त, 2005 विशेषांक में इस विषय का गहन विश्लेषण और निचोड़ शामिल किया जा रहा है।
- प्रमुख लेखक, शिक्षाविद और सरकारी अधिकारी अपने विचारों से आपको अवगत कराएंगे। इनमें पूर्व केंद्रीय मंत्री तथा लोकसेवा सुधारों के विशेषज्ञ प्रो. वाई.के. अलग, स्थानीय स्वशासन के विशेषज्ञ श्री एल.सी. जैन तथा कोलंबिया विश्वविद्यालय के श्री अरविंद पनगढ़िया शामिल हैं।
- हाल ही में शुरू किए गए स्तंभ 'झरोखा जम्मू-कश्मीर का' में जम्मू-कश्मीर में निवेश के अवसरों पर फोकस किया जाएगा।

पाठक कृपया अपना आदेश स्थानीय एजेंट को दें अथवा विज्ञापन एवं प्रसार व्यवस्थापक, प्रकाशन विभाग, सूचना और प्रसारण मंत्रालय, पूर्वी खंड-4, लेवल-7, रामकृष्णपुरम, नई दिल्ली-110066 (दूरभाष:26100207 फैक्स: 26175516) को संपर्क करें।

विशेषांक का मूल्य 15/- रुपये है।

बिक्री तथा अन्य जानकारियों के लिए संपर्क करें:

प्रकाशन विभाग पटियाला हाउस, तिलक मार्ग, नई दिल्ली-110001 (दूरभाष: 23386096) * सूचना भवन, सीजीओ कॉम्प्लेक्स, लोधी रोड, नई दिल्ली-110003 (दूरभाष: 23890205) * कॉमर्स हाउस, करीमभाई रोड, बालार्ड पायर, मुंबई-400038 (दूरभाष: 22610081) * 8, एसप्लानेड ईस्ट, कोलकाता-700069 (दूरभाष: 22488030) * 'ए' विंग, राजाजी भवन, बसंत नगर, चेन्नई-600070 (दूरभाष: 24917673) * प्रेस रोड, गवर्नमेंट प्रेस के निकट, तिरुवनंतपुरम-695001 (दूरभाष: 2330650) * ब्लॉक सं-4, पहला तल, गृहकला कॉम्प्लेक्स, एमजे रोड, नामपल्ली, हैदराबाद-500001 (दूरभाष: 24605383) * फर्स्ट फ्लोर, 'एफ' विंग, केंद्रीय सदन, कोरामंगला, बंगलौर-560034 (दूरभाष: 25537244) * बिहार राज्य कोऑपरेटिव बैंक भवन, अशोक राजपथ, पटना-800004 (दूरभाष: 2301823) * हॉल सं-1, दूसरा तल, केंद्रीय भवन, सेक्टर-8, अलीगंज, लखनऊ- 226024 (दूरभाष: 2325455) * अंबिका कॉम्प्लेक्स, फर्स्ट फ्लोर, पाल्दी, अहमदाबाद-380007 (दूरभाष: 26588669) * नौजान रोड, उजान बाजार, गुवाहाटी-781001 (दूरभाष: 2516792) * द्वारा/पीआईबी, मालवीय नगर, भोपाल-462003 (म.प्र.) (दूरभाष: 2556350) * द्वारा/पीआईबी, बी-7/बी, भवानी सिंह रोड, जयपुर-302001 (राजस्थान) (दूरभाष: 2384483)

पत्रिका स्थानीय समाचारपत्र विक्रेताओं से भी प्राप्त की जा सकती है

योजना

वर्ष : 49 अंक 4 जुलाई 2005 आषाढ़-श्रावण, शक संवत 1927 कुल पृष्ठ : 72

प्रधान संपादक
अनुराग मिश्रा

संपादक
विश्व नाथ त्रिपाठी

सहायक संपादक
राकेशरेणु

संपादकीय कार्यालय
कमरा नं. 538, योजना भवन, संसद मार्ग,
नई दिल्ली-110 001
दूरभाष : 23096738, 23717910
23096666/2508, 2511
ई-मेल : yojana@techpilgrim.com
www.publicationsdivision.nic.in
a) dpd@nic.in
b) dpd@hub.nic.in

संयुक्त निदेशक (उत्पादन)
एन.सी. मजूमदार

व्यापार व्यवस्थापक (प्रसार एवं विज्ञापन)
जगदीश प्रसाद
दूरभाष : 26100207, 26105590
फैक्स : 26175516

आवरण - **ऋत्विका मैत्रा**

इस अंक में

● राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन	शुभ्रा सिंह	5
● सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम	राजीव आहूजा	11
● बिहार और केरल का तुलनात्मक विश्लेषण	के.आर. नायर अनंत कुमार	15
● सरकार ने तंबाकू नियंत्रण कानूनों को सख्त बनाया	-	19
● जनस्वास्थ्य अभियान	डॉ. अभय शुक्ल	21
● टेलीमेडीसिन - विशिष्ट स्वास्थ्य सेवा का सामान्य माध्यम	एम.एन. सत्यनारायण एल.एस. सत्यमूर्ति	25
● समन्वित चिकित्सा से स्वास्थ्य रक्षा	मनीषा जैन	27
● विशिष्टता का अवसर देता चिकित्सा पर्यटन	संजय एस कप्तान विनीता पिम्पले	31 31
● सर्वाधिक उपेक्षित क्षेत्र स्वास्थ्य का	पद्मजा के.	33
● प्रधानमंत्री की लेह, करगिल और सियाचीन यात्रा	-	37
● जम्मू-कश्मीर के लिए उठाए गए कदम	-	38
● प्रधानमंत्री की पुनर्निर्माण योजना का समय पर क्रियान्वयन	-	39
● विश्व की सबसे ऊंची केबल कार	-	39
● कश्मीर में पर्यटकों का आगमन दोगुना	-	40
● जम्मू-कश्मीर समाचार	-	40
● विकास की कुंजी है नवाचार	ए.पी.जे. अब्दुल कलाम	43
● लिंग समानता सूची में भारत 53वें स्थान पर	-	45
● सेतु समुद्रम परियोजना	-	47
● वाशिंग-सह-व्यायाम मशीन	-	48
● सुधारों का मानवीय चेहरा	-	51
● भारत का एशियाई आर्थिक समुदाय के गठन का आह्वान	मोन्टेक सिंह अहलुवालिया	53
● स्वशासन के जरिये रोजगार-सृजन की जरूरत	एल.सी. जैन	54
● मध्यावधि समीक्षा को मंत्रिमंडल की मंजूरी	-	55
● पुरानी योजना की बुनियाद पर नयी योजना	अशर गर्टनर	57
● आईएनएस कदंब का जलावतरण	रवि शर्मा	62
● मानवीय हो सकता है भूमंडलीकरण का चेहरा	मनु ए. कुलकर्णी	63
● सिक्किम में तितलियों को खतरा	-	65
● बाघ परियोजना	-	66
● खबरों में	-	67
● वैज्ञानिक और मौलिक चिंतन को प्राथमिकता दें	अखिलेश कुमार	71
● भाषा का समाजशास्त्र	ज्ञान्ति	72

योजना हिन्दी के अतिरिक्त असमिया, बांग्ला, अंग्रेजी, गुजराती, कन्नड़, मलयालम, मराठी, तमिल, उड़िया, पंजाबी, तेलुगु तथा उर्दू भाषाओं में भी प्रकाशित की जाती है। पत्रिका मंगवाने हेतु, नई सदस्यता, नवीकरण, पुराने अंकों की प्राप्ति एवं एजेंसी आदि के लिए मनीआर्डर/डिमांड ड्राफ्ट/पोस्टल आर्डर 'निदेशक, प्रकाशन विभाग' के नाम से बनवा कर निम्न पते पर भेजें :

व्यापार प्रबंधक (प्रसार एवं विज्ञापन), प्रकाशन विभाग, ईस्ट ब्लाक IV, लेवल VII, आर.के. पुरम, नई दिल्ली-110 066 टेलीफोन : 26100207, 26105590

चंदे की दरें : वार्षिक : 70 रु. द्विवार्षिक : 135 रु.; त्रैवार्षिक : 190 रु.; विदेशों में वार्षिक दरें : पड़ोसी देश : 500 रु.; यूरोपीय एवं अन्य देश : 700 रु.

'योजना' में प्रकाशित लेखों में व्यक्त विचार लेखकों के अपने हैं। जरूरी नहीं कि ये लेखक भारत सरकार के जिन मंत्रालयों, विभागों अथवा संगठनों से संबद्ध हैं, उनका भी यही दृष्टिकोण हो।

आपकी राय

ढांचागत विकास की सीमा

योजना का अप्रैल अंक पढ़ा। बुनियादी ढांचा पर इतनी सारी सामग्री एक साथ इसे मूल्यवान बनाती है। ढांचागत विकास की एक बड़ी सीमा यह है कि इस क्षेत्र में निजी निवेशकों की रुचि बहुत कम है। निजी उद्योगपति शीघ्र लाभ चाहते हैं जो ऐसे किसी क्षेत्र में संभव नहीं होता। अब तक सार्वजनिक क्षेत्र ही इस गुरुतर दायित्व को उठाते रहे हैं। अब निजी और विदेशी निवेशकों को इस ओर आकर्षित करने के लिए सरकार एसपीवी जैसे नए-नए उपाय ढूंढ रही है। लेकिन सार्वजनिक और निजी क्षेत्र के संयुक्त उद्यम के रूप में सड़क क्षेत्र में खासकर 'बनाओ, चलाओ, हस्तांतरित करो' की जिस प्रवृत्ति को बढ़ावा दिया जा रहा है और जिसकी वकालत प्रधानमंत्री तक करते हैं (पृष्ठ 21), देखना यह होगा कि उसका वास्तविक लाभ किसे मिल रहा है और कौन उसका अंतिम उपभोक्ता है। किसी सड़क मार्ग अथवा पुल पर यात्रा करने के लिए हर बार शुल्क देने की हैसियत वाले नागरिकों का प्रतिशत क्या है? तुरत-फुरत वित्त व्यवस्था की चाह में विदेशी मुद्रा भंडार का बगैर सोचे-समझे उपयोग करने की एस.एल. राव की सलाह कुछ पचती नहीं। इस संदर्भ में तो अपर्णा सिन्हा जी की राय ही सुलझी हुई मालूम देती है कि "बुनियादी ढांचे के वित्त के लिए विदेशी मुद्रा कोष का उपयोग करने के हालिया दृष्टिकोण पर अधिक सावधानी बरतने की जरूरत है।"

उमेश हिसारिया
मेन रोड, सीतामढ़ी

अद्वितीय जानकारी से युक्त

योजना का अप्रैल एवं मई का अंक हस्तगत हुआ। 'रोजगार गारंटी : वायदों का सच' निबंध बड़ी ही सहजता से एक सत्य विश्लेषण के रूप में मिला 'गरीबी निवारण के लिए रोजगारोन्मुख विकास' शीर्षक लेख ने बड़ी ही पारदर्शिता के साथ विकास के पथ को दिखाने का प्रयत्न किया है। 'खबरों में' जो जानकारी इस पत्रिका द्वारा दी जाती है वह अद्वितीय है।

मई अंक में छपा संपादकीय बुनियादी ढांचागत विकास की गति एवं प्रगति की सही विवेचना प्रस्तुत करता है। बुनियादी ढांचागत विकास हेतु मोंटेक सिंह अहलुवालिया से लिया गया अमिति सेन का साक्षात्कार एक व्यापक दृष्टिकोण प्रस्तुत करता है। *योजना* में स्वास्थ्य चर्चा आदि विषय भी पर्याप्त ज्ञानवर्धक हैं।

अमित कुमार द्विवेदी
लखनऊ विश्वविद्यालय, लखनऊ

शिक्षा प्रणाली से सामंजस्य जरूरी

समीक्षक न होते हुए भी समीक्षक होने का आनंद लेने के लिए मैंने *योजना* के कुछ अंक पढ़े। देश के विकास के लिए योजनाकारों द्वारा वास्तव में जो विस्तृत दर्शन तैयार किया जा रहा है, वह ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्र के विकास को निश्चय ही गति देगा। अग्रणी विशेषज्ञों के अनुभव और परामर्शों से लाभान्वित होने की आवश्यकता आज के परिवेश में प्रत्येक युवा छात्र-छात्रा को है। *योजना* का प्रत्येक अंक या समायोजित वार्षिक अंक यदि प्रत्येक कालेज, स्कूल, विश्वविद्यालय और शिक्षण अथवा प्रशिक्षण केंद्र के युवाओं को उपलब्ध हो जाए तो विकास के अगले चरणों में समय से पहुंचने में मदद तो मिलेगी ही, वे यह भी समझ सकेंगे कि राष्ट्रहित में उन्हें किस ओर और कैसे कार्य करना है। सभी योजनाओं की संकल्पनाएं वर्तमान शिक्षा में शामिल करना आवश्यक है, क्योंकि इन योजनाओं का मानवीय क्रियाकलापों में, विकास और व्यवहार में व्यापक प्रभाव पड़ता है। वैज्ञानिक सौजन्य से घरेलू सुधारों की ओर ध्यान देना शिक्षा का व्यावहारिक अनुगमन होगा। चूंकि पर्यावरण के साथ-साथ तकनीक बदली है, विज्ञान और तकनीकी विकास से मानव व्यवहार, बाजार और रोजगार का स्वरूप भी बदला है। इसलिए *योजना* का सामंजस्य शिक्षातंत्र से स्थापित किया जाना अत्यंत आवश्यक है ताकि भावी पीढ़ी योजनाओं के वास्तविक दर्शन के अनुरूप अपने लक्ष्य तय कर सके।

कैलाश कोठारी, ईश्वा, देहरादून

सारगर्भित अंक

योजना का अप्रैल अंक पढ़ा। पर्यावरण संरक्षण पर सिन्हा जी का लेख अत्यंत उपयोगी एवं सामयिक रहा। वास्तव में आज यह संकट अत्यंत विकराल रूप लेता जा रहा है। इस पर अवश्य ही विचार करना चाहिए अन्यथा इस धरा पर जीवन दुर्लभ हो जाएगा।

'संस्कृति' के अंतर्गत विलुप्त होती जा रही मिथिला कला के विषय में सारगर्भित जानकारी प्रस्तुत करने के लिए कोटिश: साधुवाद!

परिवर्तन ही प्रकृति का शाश्वत नियम है, इस विचार पर आधारित 'मंथन' स्तंभ जीवन की वास्तविक तस्वीर प्रस्तुत करता है।

कहा जाता है कि जर, जोरु और जमीन ये तीन कारण हैं युद्ध के। परंतु अगला युद्ध जल के लिए होगा यह कहना अतिशयोक्ति नहीं है। इसी परिप्रेक्ष्य में 'जहां चाह वहां रहा' के अंतर्गत कुमार मयंक की प्रस्तुति बेजोड़ रही।

दिलीप कुमार जायसवाल
चिरैयाकोट, मऊ-276129

योजना के नए अंक

योजना के नए अंकों को पढ़ते हुए मुझे इस बात की बेहद खुशी होती है कि अब इसमें विकास तथा अर्थव्यवस्था के साथ-साथ विज्ञान एवं प्राद्यौगिकी, स्वास्थ्य, आधुनिक खेती इत्यादि पर भी चर्चा की जाती है। इन उत्कृष्ट अंकों के सम्पादक को धन्यवाद। पत्रिका के स्तर को बनाए रखें।

संजीव पटेल
राजापुल, पटना

इस अंक में

विश्व स्वास्थ्य संगठन की वर्ष 2005 की रिपोर्ट के अनुसार बाल-मृत्यु की 50 प्रतिशत घटनाएं केवल छह देशों - भारत, पाकिस्तान, चीन, कांगो, इथोपिया और नाइजीरिया में होती हैं। भारत के 15 प्रमुख राज्यों में से 10 राज्यों में प्रति एक लाख प्रसव पर माताओं की मृत्युदर 400 से भी अधिक है।

एचआईवी और क्षयरोग के फैलने, मातृ और शिशु मृत्युदर बढ़ने, जीवन के तौर-तरीकों के बदलने के कारण कैंसर, मधुमेह, हृदय रोग जैसी बीमारियों के बढ़ने, कुपोषण और भुखमरी के कारण जनस्वास्थ्य की कड़ी चुनौतियां सामने आई हैं। हमारे लिए वर्तमान प्रणाली को शीघ्र मजबूत बनाना और मेडिकल और पैरा-मेडिकल कर्मियों की संख्या बढ़ाने की जरूरत है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की शुरुआत करते हुए प्रधानमंत्री ने यह स्वीकार किया है कि हमने जनस्वास्थ्य के मुद्दे की ओर कम ध्यान दिया है। उन्होंने कहा कि सरकार को लोगों की आय, शिक्षा और स्वास्थ्य संबंधी असमानताओं को दूर करने हेतु शीघ्र काम करना चाहिए।

हमारे पास व्यापक स्वास्थ्य सुविधाएं होने के बावजूद हम लोगों की प्राथमिक जरूरतों को पूरा करने में भी विफल रहे हैं। गरीब लोगों को उनके इलाके में किफायती दर पर स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराना हमारी सबसे बड़ी चुनौती है। स्वास्थ्य क्षेत्र को सशक्त किए बिना 'भारत निर्माण' कभी भी संभव नहीं है। देश में प्रति एक लाख की जनसंख्या पर केवल 40 डाक्टर और 80 शैय्या उपलब्ध हैं। ये सुविधाएं मुख्य रूप से शहरी क्षेत्रों में ही हैं। इसी कारण ग्रामीण क्षेत्रों की 70 प्रतिशत से भी अधिक जनसंख्या खराब उपकरणों वाले 23,000 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और 3,000 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के भरोसे है। एक स्वस्थ राष्ट्र के निर्माण के लिए सरकार को शीघ्र ही बड़ी मात्रा में प्रौद्योगिकी और उन्नत उपकरणों की उपलब्धता पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए। ग्रामीण और सुदूर क्षेत्रों में रहने वाली विशाल जनसंख्या को जीवनरक्षा संबंधी स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने में टेलीमेडिसीन का इस्तेमाल एक उपाय हो सकता है। कर्नाटक के 12 जिला अस्पतालों में उपकरण लगाकर राज्यव्यापी टेलीमेडिसीन प्रणाली की स्थापना की गई है। इस कारण यह राज्य टेलीमेडिसीन के क्षेत्र में अग्रणी है।

अधिकतम जनसंख्या तक स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के उद्देश्य से स्वास्थ्य क्षेत्र में गैरसरकारी संगठनों और पंचायतों की भागीदारी पर जोर दिया जा रहा है। भारत में स्वास्थ्य सेवाओं पर खर्च बढ़ाना अति आवश्यक है। संयुक्त प्रगतिशील गठबंधन सरकार का विचार स्वास्थ्य सेवाओं पर सार्वजनिक खर्च को सकल घरेलू उत्पाद के 0.9 प्रतिशत से बढ़ाकर 2 प्रतिशत करना है। वर्ष 2005-06 के बजट में इस हेतु आवंटन को 2,000 करोड़ तक बढ़ाकर इसकी शुरुआत की गई है।

व्यापक स्वास्थ्य बीमा योजना को बीमाकर्ताओं और एजेंटों दोनों के लिए आकर्षक बनाने के साथ ही इसमें निजी बीमा कंपनियों की भागीदारी सुनिश्चित करने की भी आवश्यकता है। हमें आशा करनी चाहिए कि स्वास्थ्य के क्षेत्र में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन और अन्य उपायों के बल पर हमें सफलता मिलेगी। ❑

Complete Solution for the revised Course in **GS**

सामान्य अध्ययन
(हिन्दी माध्यम) *at* ISGS
FOUNDATION 2006

ALS

STALWARTS COMBINE TO FORM THE BEST EVER TEAM IN GS (हिन्दी)

at **ISGS**

in association with interactions & MIPS EDUCATION

सिविल-सेवा व राज्य सेवा परीक्षा में सामान्य अध्ययन विषय के बदलते स्वरूप व उनकी उपादेयता को देखते हुए ALS ने सामान्य अध्ययन के लिए एक अलग शाखा **Indian School of General Studies (ISGS)** की स्थापना की है जो सिर्फ 'सामान्य अध्ययन प्रशिक्षण कार्यक्रम' को समर्पित है। इस शाखा को देश के प्रख्यात **IAS TRAINING** संस्थानों यथा **Interactions, MIPS, NIDL** आदि संस्थानों व विख्यात शिक्षकों का सहयोग एवं समर्थन प्राप्त है। यह शाखा सामान्य अध्ययन संबंधित सभी प्रकार के अनुसंधान और विकास में सतत् कार्यशील है।

GS FOUNDATION 2006 के लिए

हमारी योजना

• 500+ घंटे का क्लासरूम प्रशिक्षण • पूर्णत: संशोधित व अद्यतन अध्ययन सामग्री • दैनिक उत्तर लेखन अभ्यास • 20 Tests (Prelims), 10 Test (Main) • समसामयिकी की तैयारी हेतु समूह क्विज • Doubt Clearing Session - सप्ताह में दो अतिरिक्त Class. • निबन्ध हेतु अलग से कक्षाएं व परीक्षण • फ्लेक्सी मॉड्यूल विकल्प • संबंधित विषयों के अनुभवी शिक्षक

***GS Programme Director* Manoj K Singh**
(Managing Director - *ALS, Interactions, MIPS Education, ISGS, NIDL, Competition Wizard*)

हमारी GS Team

इतिहास व संस्कृति
Under expert guidance of **Manoj K Singh**

भूगोल, पर्यावरण संबंधी मुद्दे एवं निबंध
Under expert guidance of **Shashank Atom**

विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी/सांख्यिकी
Under expert guidance of **Jojo Mathews**

भारतीय राजव्यवस्था
Under expert guidance of **Dr B.L. Fadia**
(*Former Head, Department of Political Science, Jodhpur;* **100 से भी अधिक पुस्तकों के लेखक एवं 36 वर्षों का अनुभव प्राप्त**),
Dr Manoj Somvanshi (*Director, Somvanshi's IAS, Bhopal*) & **C Singh**

भारतीय अर्थव्यवस्था
P K Jha (सिविल सेवा परीक्षा में चयनित)

सामाजिक मुद्दे
A Jha & Dr S P Jha

सामान्य विज्ञान व मानसिक योग्यता
ए. के. सिंह, विजय कुमार एवं शशि शेखर

समसामयिकी
A Panel of Experts

GS POSTAL PROGRAMME

GS मुख्य परीक्षा २००५ व GS Foundation 2006-07 हेतु सामान्य अध्ययन कोर्स सामग्री उपलब्ध है। GS मुख्य परीक्षा हेतु Rs 1500, प्रारंभिक + मुख्य हेतु २५०० रू. का DD 'NIDL' (A division of ALS) के नाम भेजें।

ISGS
Indian School of General Studies
In association with
IAS Study Circle interactions — Shaping dreams into success

***Foundation Batch Begins:* 08 July 2005**
Admission Opens

Corporate Office: ALTERNATIVE LEARNING SYSTEMS (P) LTD
B-19, ALS House, Near UTI ATM, Dr Mukherjee Nagar, Delhi-9
Ph: 27651700, 27651110. Cell: 9810312454, 9810269612

ALS Alternative Learning Systems

Divisions of ALS
interactions · MIPS EDUCATION · NIDL · COMPETITION WIZARD · ISGS Indian School of General Studies

YH/7/5/15

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

❍ शुभ्रा सिंह

मिशन ने स्वास्थ्य उपलब्धियों को अच्छे स्वास्थ्य के अवधारकों से जोड़कर, पंचायतीराज संस्थाओं को अधिकार देकर, संसाधनों के बेहतर इस्तेमाल, अधिकार और आयोजन प्रक्रिया के विकेन्द्रीकरण, मजबूत स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं को पुनर्जीवित करके और जनस्वास्थ्य प्रणाली की जवाबदेही समुदाय के हाथों में सौंपकर एक बहुत बड़ा प्रतिमान स्थापित करने का निश्चय किया है। गतिशील राजनीतिक नेतृत्व, प्रशासनिक प्रतिबद्धता और सामुदायिक भागीदारी से यह लक्ष्य हासिल किया जा सकता है

स्वतंत्रता के पिछले 58 वर्षों में ग्रामीण, प्राथमिक स्वास्थ्य ढांचागत सुविधाओं में प्रभावी वृद्धि दर्ज की गई है। इस नेटवर्क के तहत प्रति 5,000 की आबादी के पीछे एक उपकेंद्र, 30,000 के पीछे एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और 1,00,000 की आबादी के पीछे सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र की सुविधा उपलब्ध है (जनजातीय और मरुस्थलों में ये सुविधाएं क्रमश: प्रति 3,000 की आबादी, 20,000 आबादी और 80,000 की आबादी के लिए उपलब्ध कराई गई है)। वास्तव में देश ने जन्मदर, मृत्युदर, कुल जननक्षमता और शिशु मृत्युदर (तालिका-1) में कमी लाकर प्रभावी जनसांख्यिकीय परिवर्तन हासिल किया है। जनस्वास्थ्य संबंधी संकेतों और असमानताओं में व्याप्त गहरी असंगतियों ने भारत के स्वास्थ्य क्षेत्र (तालिका 2) के विकास के सामने बड़ी चुनौती ला खड़ी की है।अच्छा कार्य-प्रदर्शन वाले राज्य भी इस चुनौती से रूबरू हैं।

संयुक्त प्रगतिशील गठबंधन (संप्रग) सरकार के न्यूनतम साझा कार्यक्रम में स्वास्थ्य को एक महत्वपूर्ण क्षेत्र के रूप में चिन्हित किया गया है। विश्व के अन्य देशों के मुकाबले स्वास्थ्य क्षेत्र में भारत में सबसे कम निवेश होता है जो सकल घरेलू उत्पाद का 0.9 प्रतिशत अर्थात 200 रुपये प्रतिव्यक्ति है। वास्तव में स्वास्थ्य के लिए आवंटन 1990 के सकल घरेलू उत्पाद के 1.3 प्रतिशत के स्तर से घटकर 1999 में 0.9 प्रतिशत पर आ गया।

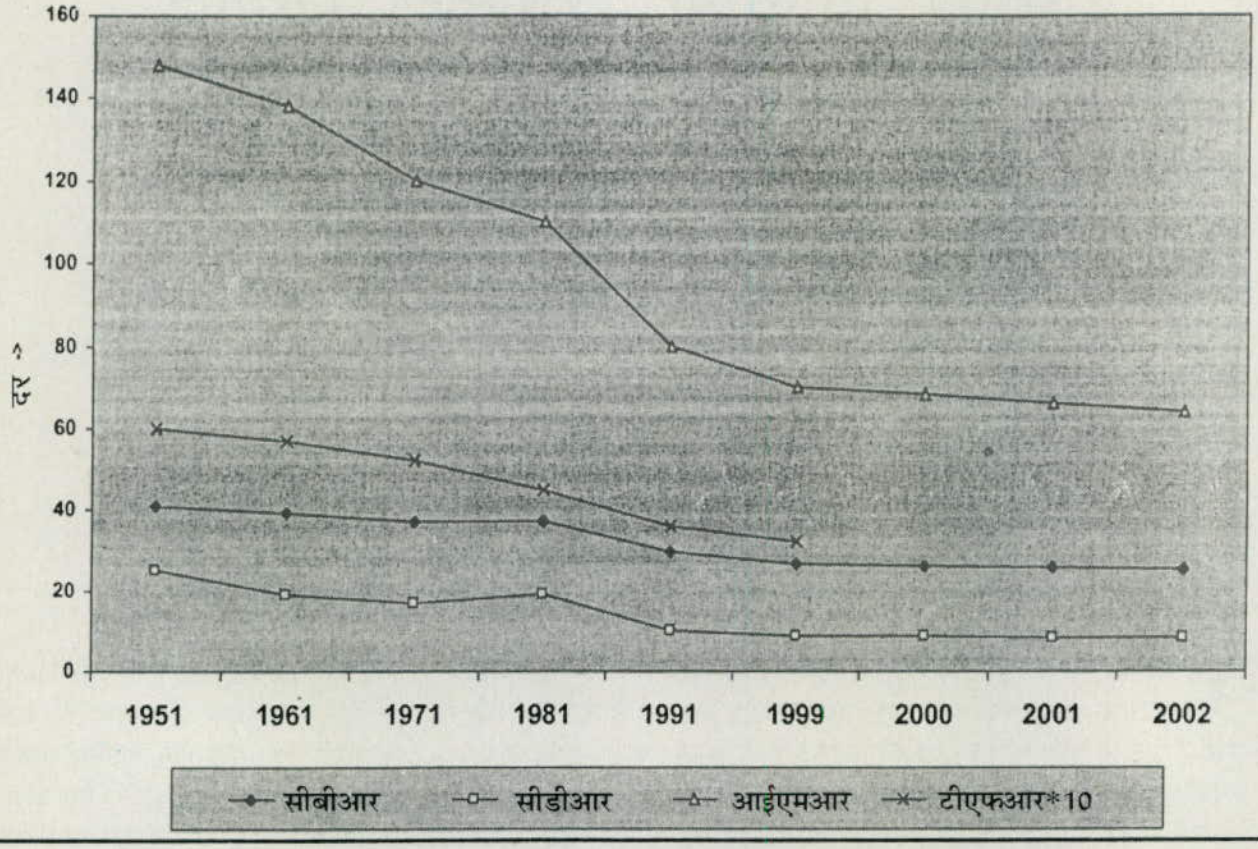
लेकिन इस योजना राशि का भी प्रभावकारी तरीके से इस्तेमाल नहीं किया जा रहा है। जनस्वास्थ्य प्रणाली की अध्यक्षता, जनस्वास्थ्य संबंधी आधारभूत सुविधाओं के रखरखाव में कमी, कर्मचारियों की समस्या, जाबावदेही की कमी, निजी क्षेत्र की अनियमित स्वास्थ्य व्यवस्था और विभिन्न तरह के बहुकोणीय कार्यक्रमों की बहुतायत से, प्रचालन स्तर पर क्षमता नष्ट हो जाती है और स्वास्थ्य सेवाएं सबके लिए समान रूप से उपलब्ध नहीं हो पातीं।

प्रभावकारी जनस्वास्थ्य ढांचागत सुविधाओं के विकास के बावजूद यह चिंता का विषय है कि केवल 20 प्रतिशत सेवाएं सरकारी स्वास्थ्य क्षेत्र द्वारा उपलब्ध कराई जा रही हैं जबकि 80 प्रतिशत स्वास्थ्य सुविधाएं निजी क्षेत्र उपलब्ध करा है। अध्ययनों से पता चलता है कि आरोग्य सेवाएं गरीबों की अपेक्षा अमीरों के लिए ज्यादा मात्रा में उपलब्ध हैं। केवल जनसंख्या का दसवां भाग ही किसी तरह की स्वास्थ्य बीमा सुविधा से जुड़ा है। ऐसा अनुमान है कि ग्रामीण ऋणग्रस्तता का मुख्य कारण स्वास्थ्य से जुड़ा खर्च है और अस्पताल में भर्ती होने वाले बहुत से भारतीयों की जेब अस्पताल खर्च में ही खाली हो जाने से वे गरीबी रेखा के नीचे चले जाते हैं (तालिका-3)

भारत सरकार ने 12 अप्रैल, 2005 को एक राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की शुरुआत की। पूरे देश में लागू इस मिशन के अंतर्गत ऐसे 18 राज्यों में विशेष ध्यान दिया जा रहा है जहां पर जनस्वास्थ्य प्रणाली में सुधार एक चुनौती है तथा स्वास्थ्य से जुड़े प्रमुख क्षेत्रों में सुधार करना बेहद जरूरी है। इन राज्यों में उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, बिहार, राजस्थान, उड़ीसा, उत्तरांचल, झारखंड, छत्तीसगढ़, असम, अरुणाचल प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, नगालैंड, सिक्किम, त्रिपुरा, जम्मू-कश्मीर और हिमाचल प्रदेश शामिल हैं। इस मिशन के तहत स्वास्थ्य सेवाओं के विस्तार, उपलब्धता, क्वालिटी और जवाबदेही

तालिका-1

परिवार कल्याण कार्यक्रम, 1951 की उपलब्धियां



में सुधार के जरिये समाज के निर्धन और कमजोर तथा अलग-थलग वर्गों, विशेषकर महिलाओं और बच्चों के लिए एकीकृत, समग्र और प्रभावी प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराना है। इस मिशन की अवधि 2005-12 अर्थात 7 वर्ष के लिए है।

मिशन का लक्ष्य अगले पांच सालों के दौरान स्वास्थ्य के लिए योजना खर्च की राशि को सकल घरेलू उत्पाद का 0.9 प्रतिशत से बढ़ाकर 2-3 प्रतिशत किए जाने और स्थायी परिणाम हासिल करने के लिए बढ़ाई गई धनराशि का प्रभावी इस्तेमाल करके स्वास्थ्य सुविधाओं में सुधार हेतु व्यवस्थित तरीके से कार्य संपन्न करने के सरकार के वायदे को फलीभूत करना है। मिशन की कार्ययोजना का उद्देश्य स्वास्थ्य को अच्छे स्वास्थ्य की अवधारणा अर्थात स्वच्छता, पोषण और स्वच्छ पेयजल में अंतर्संबंध स्थापित करना, संसाधनों को जोड़ना, सांगठनिक ढांचे का समन्वयन, आयुर्वेद, यूनानी, सिद्ध और होमियोपैथी (आयुष) सहित सब तरह के स्वास्थ्यकर्मियों का अधिकतम उपयोग, विकेंद्रीकरण और सर्वशिक्षा अभियान की तरह स्वास्थ्य कार्यक्रमों का जिला स्तर पर प्रबंधन, सामुदायिक भागीदारी और संपत्तियों का मालिकाना हक, जिला स्वास्थ्य प्रणाली में प्रबंधन और वित्तीय कर्मियों को शामिल करना तथा देश के प्रत्येक प्रखंड में भारतीय जन स्वास्थ्य मानकों के अनुरूप सीएचसी स्तर पर रेफरल अस्पताल के प्रभावी प्रचालन से जोड़ते हुए स्वास्थ्य सुविधाओं में क्षेत्रीय असंतुलन को कम करना है। इस मिशन के प्रमुख कार्य क्षेत्र इस प्रकार हैं:

मान्यताप्राप्त सामाजिक स्वास्थ्यकर्मी

भूरे समिति की सिफारिशों के अनुरूप त्रि-स्तरीय प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाएं जनसंख्या पर आधारित हैं। लेकिन आंध्र प्रदेश, मध्य प्रदेश, बिहार, उड़ीसा, राजस्थान, उत्तरांचल, झारखंड, छत्तीसगढ़, असम और जम्मू-कश्मीर में बढ़ती जनसंख्या के साथ-साथ उपकेंद्र स्तर पर बहुउद्देशीय कार्यकर्ताओं (पुरुष) के लगभग 50 प्रतिशत पद रिक्त पड़े रहने से एएनएम के लिए कामकाज बड़े पैमाने पर बढ़ गया है। इसने खासकर मातृत्व और शिशु देशभाल के मामले में कार्यक्रम की पहुंच को अप्रभावी और पहुंच से दूर कर दिया है। इस मिशन का उद्देश्य आंगनवाड़ी व्यवस्था की तरह प्रति हजार जनसंख्या पर एक प्रतिशत और मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता उपलब्ध कराते हुए उपकेंद्र स्तर से ग्राम स्तर पर स्वास्थ्य सुविधाओं की पहुंच में वृद्धि करना है।

तालिका-2
राज्यों में स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों का विवरण

क्षेत्र	बीपीएल जनसंख्या (%)	आईएमआर प्रति 1,000 जीवित जन्म (1999-एसआरएस)	प्रति हजार 5 मृत्यु (एनएफएचएस II)	3 वर्ष से नीचे के बच्चों की आयु का वजन (2एसडी)	एमएमआर/ लाख (वार्षिक रिपोर्ट 2000)	प्रति 10,000 जनसंख्या पर कुष्ठ के मामले	वर्ष 2,000 में मलेरिया के पोजिटिव मामले (हजार में)
भारत	26.1	70	94.9	47	408	3.7	2200
ग्रामीण	27.09	75	103.7	49.6	—	—	—
शहरी	23.62	44	63.1	38.4	—	—	—
अच्छे प्रदर्शन वाले राज्य							
केरल	12.72	14	18.8	27	87	0.9	5.1
महाराष्ट्र	25.02	48	58.1	50	135	3.1	138
तमिलनाडु	21.12	52	63.3	37	79	4.1	56
निम्न प्रदर्शन वाले राज्य							
उड़ीसा	47.15	97	104.4	54	498	7.05	483
बिहार	42.60	63	105.1	54	707	11.83	132
राजस्थान	15.28	81	114.9	51	607	0.8	53
उ.प्र.	31.15	84	122.5	52	707	4.3	99
म.प्र.	37.43	90	137.6	55	498	3.83	528

यह कार्यकर्ता ग्रामसभा द्वारा चयनित उसके प्रति जवाबदेह कोई अविवाहित महिला होगी। सरकार उसे प्रशिक्षण देगी और वह विश्व टीकाकरण, प्रजनन और शिशु देखभाल के लिए रेफरल और एस्कोर्ट सेवाओं सहित अन्य स्वास्थ्य रक्षा कार्यक्रमों तथा घरों में शौचलयों जैसी सामुदायिक सेवा को बढ़ावा देगी। इसके वास्ते उसे केवल प्रदर्शन आधारित प्रोत्साहन राशि (कोई मानदेय नहीं) दी जाएगी। उन्हें दवाइयों की किट के प्रयोग का प्रशिक्षण दिया जाएगा ताकि वे स्वास्थ्य सुविधाओं से वंचित लोगों, खासकर महिलाओं और बच्चों को प्राथमिक स्तर की स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराने में इसका इस्तेमाल कर सकें। ये मान्यताप्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता और आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एएनएम और ग्रामसभा की ग्राम स्वास्थ्य और स्वच्छता समिति के दिशा-निर्देशन में स्वास्थ्य देखभाल के मौलिक स्वच्छता और स्वास्थ्यकर कायो ं के विषय में समुदाय को शिक्षित और जागरूक बनाने का काम करेंगी। ये कार्यकर्ता जनसांख्यिकी रोगों और महामारियों से संबंधित विशेष स्वास्थ्य योजनाएं तैयार करने के काम में ग्रामसभा का सहयोग करेंगी।

मिशन का उद्देश्य ग्राम स्वास्थ्य योजनाओं की स्वास्थ्य संबंधी छोटी-मोटी चिन्हित आवश्यकताओं पर खर्च के लिए उपकेंद्र स्तर पर 19,000 रुपये वार्षिक आवर्ती अनुदान उपलब्ध कराना है। इस कोष को एएसएचए और सरपंच के संयुक्त बैंक खाते में जमा कराया जाएगा और ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के परामर्श से खर्च किया जाएगा।

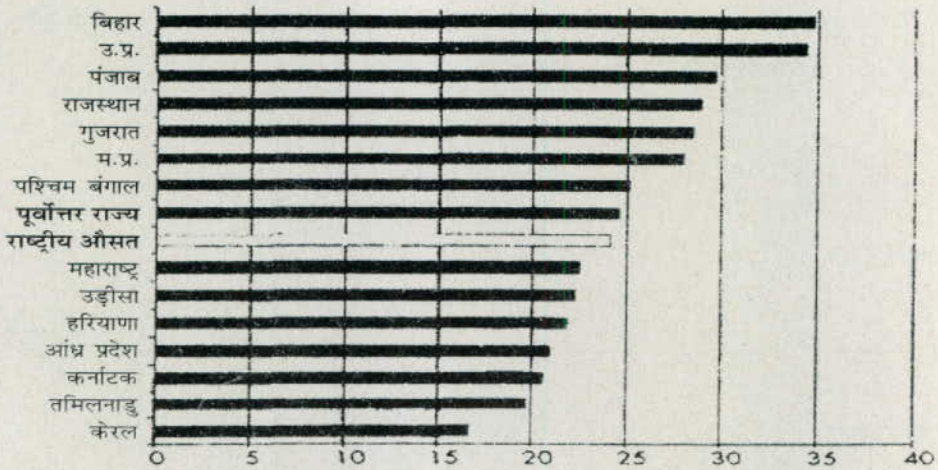
जनस्वास्थ्य संबंधी बुनियादी ढांचे को मजबूत बनाना

ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य ढांचागत सुविधाओं में भवनों, कर्मचारियों और रखरखाव तथा देखरेख के लिए धन की कमी का सामना करना पड़ता है। 2001 के जनसंख्या मानकों के अनुसार 21,983 उपकेंद्रों 4,436 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और 3,332 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की कमी है। इसके अलावा वर्तमान 50 प्रतिशत स्वास्थ्य सुविधाएं चूंकि किराये के भवनों में चल रही हैं, इसलिए उनका रख-रखाव और देखरेख ठीक से नहीं हो पाता। ग्रामीण क्षेत्रों में कर्मचारियों की बढ़ती अनुपस्थिति की यह भी एक वजह हो सकती है।

मिशन का उद्देश्य जनसंख्या मानकों के अनुरूप नई ढांचागत सुविधाओं को मंजूरी, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में एक की बजाय 2 चिकित्सकों की व्यवस्था (आयुर्वेदिक, योग, यूनानी, सिद्ध, होमियोपैथी की प्रमुखता के साथ), कम से कम 2,000 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों को प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल के न्यूनतम स्तर तक अपग्रेडेशन के जरिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं को मजबूती प्रदान करना है। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के स्तर पर बुनियादी सुविधाओं, कर्मचारियों की संख्या, प्रबंधन कार्य और उपकरणों का न्यूनतम स्तर उपलब्ध कराने के वास्ते एनआरएचएम के अंतर्गत एक भारतीय

तालिका-3
अस्पतालों में भर्ती होकर निर्धनता का शिकार हुए भारतीय नागरिकों का प्रतिशत

अस्पतालों में भर्ती होने और चिकित्सा खर्च के कारण 0.2 प्रतिशत भारतीय निर्धनता का शिकार हो रहे हैं। 1995-96



टिप्पणी: पूर्वोत्तर राज्यों में असम, अरुणाचल प्रदेश, मेघालय, मिजोरम, नगालैंड और त्रिपुरा शामिल हैं।
स्रोत: राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण संगठन, 1998 : प्रकाशक की गणना

जनस्वास्थ्य मानक निर्धारित किया गया है। अस्पताल प्रबंधन संस्थाओं के गठन को कोष अनुदान देकर, प्रोत्साहित किया जाएगा। समुदाय के लिए उपलब्ध जनस्वास्थ्य ढांचागत सुविधाओं की बढ़ती जवाबदेही के लिए जिला स्तर पर प्रदर्शन और सामाजिक लेखापरीक्षा को प्रोत्साहन दिया जाएगा।

मिशन के तहत सामान्य बीमारियों के लिए सामान्य दवाइयों (आयुष, एलोपैथी और दोनों) की उपलब्धता सुनिश्चित की जाएगी। ऐसा उपकेंद्र/ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर अतिरिक्त आपूर्ति करके सुनिश्चित किया जाएगा।

राज्य सरकारें ग्रामीण क्षेत्रों में चिकित्सकों और अर्द्ध चिकित्सा कर्मचारियों की उपलब्धता सुनिश्चित करेंगी। चिकित्सकों का जिला स्तर का संवर्ग और एएनएम का खंड स्तर का संवर्ग बनाने, अनिवार्य ग्रामीण सेवा, अनुबंध पर नियुक्तियों और सेवाओं और सुविधाओं को बाहर से ठेके पर उपलब्ध कराने सहित विभिन्न संभावनाओं का पता लगाया जा रहा है।

जिला स्तर पर स्वास्थ्य प्रबंधन

स्वास्थ्य आयोजना और प्रबंधन की वर्तमान व्यवस्था में जिले की विशिष्ट आवश्यकताओं के भीतर न जाकर स्वास्थ्य से संबंधित गतिविधियों के लिए केंद्रीकृत रूप से एक समान आवंटन कर दिया जाता है। इस मिशन का उद्देश्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण क्षेत्र के बहुविध कार्यक्रमों का एकीकरण करना है। ये हैं- प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम, मलेरिया, टीबी, कालाजार, फायलेरिया, अंधता तथा आयोडीन की कमी जैसे रोग के लिए राष्ट्रीय रोग नियंत्रक कार्यक्रम और एकीकृत रोग निगरानी कार्यक्रम। इन अलग-अलग कार्यक्रमों से जुड़ी संस्थाओं का राज्य और जिला स्तर पर एकीकरण किया जाएगा और इन कार्यक्रमों से संबंधित धनराशि जिला स्वास्थ्य कोष में रखी जाएगी जिसके लिए एक समन्वित जिला स्वास्थ्य योजना तैयार की जाएगी। जिला स्वास्थ्य योजना पोषण, स्वच्छता और स्वास्थ्य विज्ञान तथा सुरक्षित पेयजल से जुड़े क्षेत्रों संबंधी योजनाएं बनाने और उनकी मानीटरींग का कार्य भी करेगी। जिला स्वास्थ्य मिशन का नेतृत्व जिला परिषद के अध्यक्ष करेंगे और जिलाधीश इसके सह-अध्यक्ष होंगे। जिला योजनाओं में जिले के अंदर सुविधाओं की कमी वाले और अभावग्रस्त क्षेत्रों की समस्या तथा जनसंख्या पहलू को ध्यान में रखते हुए कार्यक्रमों का अंतरक्षेत्र मिलान करने की संभावनाएं तलाशी जाएंगी। मिशन का उद्देश्य स्वास्थ्य को जिला प्रशासन की चिंता का प्रमुख क्षेत्र बनाना है और इसे सफल बनाने के लिए उसे धन, तकनीकी कर्मचारी और जरूरी उपकरणों से लैस करना है। मिशन के तहत बढ़ते प्रबंधकीय कार्यों के लिए ग्रामीण एमबीए, इंटरकॉस्ट/ इंटर चार्टड, डेटा एंट्री आपरेटर और अन्य

कुशल कर्मचारियों से युक्त कार्यक्रम प्रबंधन इकाई गठित की जाएगी।

संपूर्ण स्वच्छता अभियान का संस्थागत ढांचा जिला और ग्रामीण स्तर पर जिला स्वास्थ्य मिशन के समान है। इसके मद्देनजर यह निर्णय लिया गया है कि जिला स्वास्थ्य मिशन जिला स्तर पर संपूर्ण स्वच्छता अभियान से संबंधित गतिविधियों का एकीकरण करेगा। अत: घरों में शौचालयों का प्रबंध इस मिशन का एक महत्वपूर्ण लक्ष्य है क्योंकि अच्छे स्वास्थ्य की दृष्टि से यह बहुत ही जरूरी है।

विकेंद्रीकरण और अंतरक्षेत्र एकीकरण

राष्ट्रीय स्तर पर, केंद्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री की अध्यक्षता में गठित मिशन संचालन ग्रुप मिशन के लिए निर्देशक सिद्धांत और नीतियां तय करेगा। मिशन संचालन ग्रुप में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग, एवाईयूएसएच, महिला और बाल विकास, पंचायतीराज, ग्रामीण विकास, पेयजल आपूर्ति, पूर्वोत्तर क्षेत्र और 10 मनोनीत जनस्वास्थ्य विशेषज्ञ प्रतिनिधित्व करेंगे। सचिव (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण) की अध्यक्षता में अधिकार प्राप्त कार्यक्रम समिति मिशन को क्रियान्वित करेगी।

राज्य स्तर पर मुख्यमंत्री राज्य स्वास्थ्य मिशन को नेतृत्व प्रदान करेंगे और स्वास्थ्य मंत्री इसके सह-अध्यक्ष होंगे। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों से जुड़े विभिन्न संस्थाओं को एकीकृत कर दिया जाएगा। कुशल व्यावसायिक कर्मियों से सुसज्जित राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई स्वास्थ्य मिशन को सचिवीय सहायता उपलब्ध कराएगी।

प्रत्येक राज्य आरसीएच-2 राष्ट्रीय रोग, नियंत्रण कार्यक्रम, एकीकृत रोग निगरानी कार्यक्रम और पोषण, स्वच्छता तथा स्वास्थ्य विज्ञान से संबंधित क्षेत्रों के लिए एक एकीकृत कार्ययोजना तैयार करेंगे। राज्यों को धन आवंटन राज्य सरकारों की कार्ययोजना में वार्षिक प्रमुख उपलब्धियों के आधार पर किया जाएगा। सभी स्तरों पर मिशन का फोकस कमजोर वर्गों और सुविधाओं की कमी वाले क्षेत्रों पर रहेगा।

सामुदायिक और पंचायतीराज संस्थाओं की भूमिका

मिशन के सभी स्तरों पर स्वास्थ्य कार्यक्रमों के आयोजन, नियंत्रण और मानीटरिंग संबंधी कार्यों में 73वें संविधान संशोधन अधिनियम के तहत पंचायतीराज संस्थाओं की महत्वपूर्ण भूमिका पर जोर दिया गया है। जिला स्वास्थ्य मिशन का नेतृत्व जिला परिषद का अध्यक्ष करेंगे जबकि ग्रामीण स्वास्थ्य और स्वच्छता समिति मान्यताप्राप्त सामाजिक कार्यकर्ता का चयन और मानीटरिंग करेगी। इसके अतिरिक्त जिला अस्पताल और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर जनस्वास्थ्य प्रदाता की बढ़ती जवाबदेही और ऐसे स्थानों पर प्रदर्शित नागरिक सुविधाओं का क्रियान्वयन सुनिश्चित करने हेतु अस्पताल प्रबंधन संस्था गठित की जाएगी।

मिशन के तहत सामान्य बीमारियों के लिए सामान्य दवाइयों (आयुष, एलोपैथी और दोनों) की उपलब्धता सुनिश्चित की जाएगी। ऐसा उपकेंद्र/ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और सामुदायिक स्वास्थ्य केद्र स्तर पर अतिरिक्त आपूर्ति करके सुनिश्चित किया जाएगा। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन दृढ़ विश्वास और आशा से परिपूर्ण एक प्रयास है। सरकार राष्ट्रीय जनसंख्या नीति और राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में निर्धारित लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए कटिबद्ध है

गैरसरकारी संगठन तकनीकी सुविधाएं, खासकर मान्यताप्राप्त कार्यकर्ता के चयन और प्रशिक्षण तथा व्यवहार परिवर्तन, संचार, मानीटरिंग, मूल्यांकन और सामाजिक लेखापरीक्षा संबंधी सुविधाएं प्रदान करेंगे और स्वास्थ्य संसाधन संगठन की भूमिका निभाएंगे।

व्यावसायिक चिकित्सा एसोसिएशन और निगम एवं निजी कंपनियां सरकार के प्रयासों, खासकर अभावग्रस्त क्षेत्रों में सुविधाओं के विस्तार को सफल बनाने में पूरा योगदान करेंगी। निर्धनों के स्वास्थ्य के लिए जरूरी धन मुहैया कराने के वास्ते मिशन के तहत सामुदायिक स्वास्थ्य बीमा से जुड़ी योजना प्रायोगिक तौर पर शुरू की जाएगी।

राष्ट्रीय ग्रामीण मिशन के वर्ष 2005-06 के लिए योजना राशि 6,731 करोड़ रुपये निर्धारित की गई है। मिशन को लागू करने के उद्देश्य से भारत सरकार के स्तर पर स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग को एक विभाग का रूप दे दिया गया है। इस मिशन की रणनीति संबद्ध पक्षों से व्यापक विचार-विमर्श करके तय की गई है। रणनीतिक पहलुओं और प्रचालन प्रक्रियाओं में परामर्श के वास्ते कार्यदल स्थापित किया गया है। राज्यों को परामर्श दिया गया है कि वे मिशन द्वारा सुझाए गए समग्र ढांचे के अंतर्गत अपनी आवश्यकताओं के अनुरूप रणनीति बनाएं।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन दृढ़ विश्वास और आशा से परिपूर्ण एक प्रयास है। सरकार राष्ट्रीय जनसंख्या नीति और राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में निर्धारित लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए कटिबद्ध है। ग्राम स्तर पर अल्प सेवा प्राप्त गरीबों के लिए मिशन (दवाई किट से लैस) स्वैच्छिक प्रशिक्षित सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता भारतीय जनस्वास्थ्य मानकों के अनुरूप सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं में सुधार, स्वास्थ्य केंद्रों में सामान्य किस्म की बीमारियों से संबंधित दवाइयों की उपलब्धता, सामूहिक विश्व टीकाकरण सुविधाओं की व्यवस्था, डिलीवरी के लिए रेफरल और स्कार्ट सेवाएं, स्वास्थ्य दिवस को मासिक आधार पर सभी आंगनवाड़ियों के स्तर पर पोषण और चिकित्सा देखभाल तथा जिला स्तर पर मोबाइल चिकित्सा इकाई और घरों में शौचालय सुविधाओं के विस्तार से अपने लक्ष्यों को हासिल करने के प्रति पूरी तरह आशावान है। ❑

(लेखिका स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली में निदेशक हैं)

I.A.S./P.C.S. 2005

सर्वाधिक लोकप्रिय, अंकदायी एवं सशक्त विषय

उनके लिए – जो सिविल सेवा की तैयारी प्रारम्भ कर रहे हैं, और उनके लिए भी जो सुधार चाहते हैं।

दर्शनशास्त्र

द्वारा - **धर्मेन्द्र कुमार**

धर्मेन्द्र कुमार *के विशेषज्ञतापूर्ण एवं सारगर्भित मार्गदर्शन में संस्थान ने अपनी स्थापना के पश्चात दर्शनशास्त्र को लेकर सिविल सेवा के क्षेत्र में लगातार सफलता के नवीन प्रतिमानों को स्थापित किया है तथा इसे एक सुरक्षित, विश्वसनीय एवं सर्वाधिक अंकदायी विषय के रूप में प्रतिष्ठित किया है।*

दर्शन के बदलते स्वरूप को ध्यान में रखते हुए अब नये परिष्कृत एवं परिमार्जित अध्ययन सामग्री के साथ

कक्षा-कार्यक्रम

दर्शनशास्त्र (द्वितीय स्वतंत्र बैच)	**16 जून** नि:शुल्क परिचर्चा (16, 17 एवं 18 जून) (समय: 5.30 सायं:)
PHILOSOPHY (SEPARATE BATCH) ENGLISH MEDIUM	**20 June** (Time 11.00 A.M.)

संस्थान दर्शनशास्त्र हेतु पर्याप्त, गुणात्मक दृष्टि से श्रेष्ठ, अत्यन्त उपयोगी एवं प्रमाणिक अध्ययन सामग्री उपलब्ध कराता है। इसमें वैसे अध्यायों पर विशेष बल दिया गया है जिस पर प्रमाणिक सामग्री सहजता से उपलब्ध नहीं है। पत्राचार सामग्री को प्राप्त करने के लिये 2600 रू० का दिल्ली में भुगतान योग्य बैंक ड्राफ्ट 'PATANJALI IAS CLASSES' के नाम भेजें।

नामांकन प्रारम्भ

'पतञ्जलि' संस्थान ने अपनी स्थापना के पश्चात दर्शनशास्त्र को लेकर सिविल सेवा के क्षेत्र में सफलता के नवीन प्रतिमानों को लगातार स्थापित किया है।

I.A.S. 2004 RESULTS

हस्ताक्षर (SIGNAURE)
SHALINI AGGARWAL (22nd RANK)

हस्ताक्षर (SIGNAURE)
VIKRANT PANDEY (63rd RANK)

DEEPAK KUMAR (150th RANK)
SIGNATURE OF CANDIDATE
DEEPAK KUMAR (150th RANK)

SIGNATURE OF CANDIDATE
SUKESH KUMAR JAIN (151st RANK)

SIGNATURE OF CANDIDATE
OM PRAKASH CHAUDHARY (153rd RANK)

हस्ताक्षर (SIGNAURE)
VACHASHPATI TRIPATHI (180th RANK)

हस्ताक्षर (SIGNAURE)
NISHTHA TIWARI (219th RANK)

ANAND KUMAR (237th RANK)

16/9/04
MAHESH KUMAR (321st RANK)

हस्ताक्षर (SIGNAURE)
AKHILESH KUMAR (361st RANK)

हस्ताक्षर (SIGNAURE)
DARA SINGH MEENA (417th RANK)

PATANJALI

2580, हडसन लाईन, किंग्जवे कैम्प, दिल्ली-110009
वैबसाइट : www.patanjaliias.com, E-mail : pir@patanjaliias.com

फोन : 011-30966281
मोबाईल : 9810172345

सलाह, सहयोग, समर्थन-दर्शन प्रसार एवं अनुसंधान केन्द्र

YH/7/5/8

सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम

○ राजीव आहूजा

सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अभी भी प्रायोगिक चरण में है। इसके अब तक के निष्पादन के आधार पर यह नहीं कहा जा सकता कि इस कार्यक्रम को समाप्त कर देना चाहिए। निर्धन जनसंख्या के बड़े हिस्से के बीच इस प्रयोग को सफल बनाने के लिए और अधिक विचार-संपन्न दृष्टिकोण अपनाने की जरूरत है

हम सब जानते हैं कि स्वास्थ्य रक्षा पर होने वाले खर्च की मार बहुत बुरी होती है, खासकर कम आयवर्ग वाले लोगों को तो यह निर्धन ही बना डालता है। यद्यपि भारत वर्ष के गरीब जनस्वास्थ्य व्यवस्था के जरिये लगभग नि:शुल्क चिकित्सा सुविधा प्राप्त करने के लिए अधिकृत हैं, बावजूद इसके उन्हें दवाइयों के लिए तथा जिन इलाकों में जनस्वास्थ्य सेवाएं या तो नदारद हैं अथवा खस्ताहाल हैं, वहां निजी स्वास्थ्य केंद्रों पर अपनी आय का एक बड़ा हिस्सा खर्च कर देना पड़ता है।

जनसंख्या के इस तबके के स्वास्थ्य रक्षा पर व्यय के लिए वित्तीय स्थिति सुधारने हेतु भारत सरकार ने सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम की शुरुआत की। यह माना गया कि गरीबों के लिए बीमा की किश्त का भुगतान करना समस्त चिकित्सा व्ययों का भुगतान करने के मुकाबले अधिक आसान होगा। लेकिन भारत के गरीब नागरिक इस कार्यक्रम से अवगत नहीं हैं। वे इससे लाभान्वित होने के तरीके से भी अवगत नहीं हैं।

इस कार्यक्रम में क्या है? एक वर्ष में 365 रुपये (जिसमें से 200 रुपये का भुगतान सब्सिडी के रूप में केंद्र सरकार करती है) का भुगतान करने पर इस कार्यक्रम के तहत 30,000 रुपये (एक बार में अधिकतम 15,000 रुपये) तक के अस्पताल व्यय को वहन किया जाता है। यदि परिवार के लिए जीविकोपार्जन करने वाला व्यक्ति ही बीमार हो जाए तो अधिकतम 15 दिनों तक आय में हुई हानि की प्रतिपूर्ति के लिए भी प्रतिदिन 50 रुपये की दर से भुगतान किया जाता है। इनके अलावा यह कार्यक्रम जीविकोपार्जन करने वाले व्यक्ति की दुर्घटना में मृत्यु हो जाने की स्थिति में 25,000 रुपये का व्यक्तिगत दुर्घटना लाभ भी प्रदान करता है। पांच-सदस्यीय अथवा सात-सदस्यीय परिवार का बीमा कराने पर इसमें पारिवारिक छूट का भी प्रावधान है। पांच-सदस्यीय परिवार के लिए वार्षिक प्रीमियम 548 रुपये है जिसमें से 300 रुपये का भुगतान सरकार करती है, जबकि सात-सदस्यीय परिवार के लिए प्रीमियम 730 रुपये है जिसमें सरकार 400 रुपये का भुगतान करती है। पारिवारिक सदस्य की स्थिति में भी लाभ पैकेज वही रहता है। यह कार्यक्रम चारों सामान्य सार्वजनिक बीमा कंपनियों - नेशनल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, न्यू इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, ओरियंटल इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड तथा यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा चलाया जा रहा है।

सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम की शुरुआत वर्ष 2002 में पिछली सरकार द्वारा 'जनरक्षा' नाम से की गई थी। इस कार्यक्रम के लिए सरकार द्वारा प्रीमियम में होने वाली किसी भी संभव कमी को कवर करने का आश्वासन दिया गया था, बावजूद इसके सार्वजनिक बीमा कंपनियों में यह लोकप्रिय नहीं हो पाया क्योंकि बाजार में उन्हें निजी बीमाकर्ताओं से प्रतिस्पर्धा का सामना करना पड़ रहा था। जब यह कार्यक्रम आरंभ में ही असफल हो गया तो वाजपेयी सरकार ने अपने 2003-04 के बजट में इसमें और सुधार कर पुन: प्रस्तुत किया। इस बार इस कार्यक्रम का लक्ष्य पहले वर्ष में 100 लाख गरीब परिवारों को कवर करने का था। इसमें न्यूनतम समूह 100 परिवारों/सदस्यों का रखा गया था। आरंभ में, जब इस कार्यक्रम में कोई प्रगति होती नहीं दिख रही थी, तो यह एक व्यक्ति पर भी उपलब्ध था। लेकिन आरंभिक नौ महीनों में यह केवल 4.18 लाख परिवारों को ही कवर कर पाया। इनमें से 48 प्रतिशत परिवार ग्रामीण इलाकों में रहने वाले थे। न केवल कुल संख्या के मामले में, बल्कि गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाली लक्षित आबादी के मामले में भी, यह कार्यक्रम अपने लक्ष्य से पीछे रह गया। यह पॉलिसी लेने वाले बीपीएल परिवारों की

संख्या महज लगभग 10,000 थी।

वर्ष 2004 में जब डॉ. मनमोहन सिंह की सरकार सत्ता में आई, तब वित्तमंत्री श्री चिदंबरम ने इस कार्यक्रम में दो परिवर्तन किए। पहला, उन्होंने सब्सिडी की राशि जो व्यक्तिगत तथा पारिवारिक सभी पॉलिसीधारकों के लिए एक समान 100 रुपये थी, को बढ़ाकर व्यक्तिगत, पांच-सदस्यीय परिवार एवं सात-सदस्यीय परिवार के लिए क्रमश: 200 रुपये, 300 रुपये तथा 400 रुपये कर दिया। दूसरा, इस कार्यक्रम को केवल गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों के लिए सीमित कर दिया गया (पूर्व में यह कार्यक्रम गरीबी रेखा से नीचे के परिवार तथा अन्य परिवारों को भी उपलब्ध था, लेकिन सब्सिडी केवल गरीबी रेखा के नीचे के परिवारों को ही दी जा रही थी)। सब्सिडी की राशि बढ़ाए जाने के बावजूद यह कार्यक्रम उम्मीद के मुताबिक काम नहीं कर पाया है। गत वर्ष इस कार्यक्रम के अंतर्गत केवल करीब एक लाख व्यक्तियों का बीमा किया गया था।

बार-बार प्रयास करने के बावजूद यह कार्यक्रम बड़ी तादाद में गरीबी रेखा से नीचे की आबादी को क्यों आकर्षित नहीं कर पाया?

इस प्रश्न का उत्तर देने के लिए उन तीन शर्तों को समझना आवश्यक है जो निम्न आय वर्ग के लोगों के बीच स्वास्थ्य बीमा की सफलता हेतु अनिवार्य हैं : (1) उचित गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं के एक न्यूनतम स्तर का प्रावधान, (2) लक्षित वर्ग से संसाधन प्राप्त करने की संभावना ताकि लागत का एक अंश उससे प्राप्त किया जा सके तथा (3) एक क्रियान्वयन एजेंसी की उपस्थिति। यह सरकारी एजेंसी अथवा नागरिक समिति, संघ, संगठन, जैसे कि समुदाय आधारित संगठन, महिला समूह, अनौपचारिक आर्थिक व्यापार संघ, स्वयंसेवी संगठन, लघु वित्त संस्थान, लघु उद्यमी संघ आदि कोई भी हो सकता है। समूह को शीघ्र अभिगम उपलब्ध कराने, गरीबों को शिक्षित करने, लोचनीय विधि से प्रीमियम संग्रह करने तथा वास्तविक लाभ लक्षित समूह तक पहुंचना सुनिश्चित करने में केंद्रीय समिति की भूमिका महत्वपूर्ण हो जाती है।

ऐसी कोई पूर्व मान्यता नहीं है कि ये तीनों शर्तें गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाली समस्त आबादी पर लागू हो पाएंगी। उपरोक्त में से यदि एक अथवा अधिक शर्तों का उल्लंघन होता है, और यह बीपीएल आबादी के एक बड़े तबके के मामले में होगा भी, तो सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कारगर नहीं हो पाएगा। मौजूदा कवरेज इस सन्निहित संभावना से काफी कम रह जाएगा। इसके बावजूद इस कार्यक्रम में गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाली आबादी के बड़े हिस्से को कवर करने की संभावना है, बशर्ते इसके स्वरूप और क्रियान्वयन में निहित कुछ समस्याओं का निराकरण कर लिया जाए। इन समस्याओं की चर्चा हम नीचे करेंगे।

प्रोत्साहन एवं स्वामित्व की समस्या

सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम के जरिये सरकार सामाजिक लक्ष्य हासिल करना चाहती है। इसका अर्थ यह हुआ कि इस कार्यक्रम का निर्धारण सार्वजनिक बीमाकर्ताओं के प्रबंधन द्वारा व्यावसायिक आधार पर नहीं किया जा रहा, बल्कि स्वामी (अर्थात सरकार) द्वारा किया जा रहा है जो इसके जरिये कुछ सामाजिक लक्ष्य प्राप्त करना चाहती है। इसलिए इस कार्यक्रम में स्वामित्व की समस्या है। इसके अलावा, इस कार्यक्रम का विपणन करने वाले एजेंटों को उनके द्वारा संग्रहीत प्रीमियम राशि के आधार पर भुगतान किया जाता है, सब्सिडी की राशि को छोड़ दिया जाता है। किसी भी कम मूल्य वाले उत्पाद में यह समस्या अंतर्निहित होती है और एजेंटों की शक्तिशाली फौज उनके प्रति उत्साहरहित प्रतिक्रिया दिखा सकती है। इसके साथ-साथ इस बीमा योजना पर सब्सिडी भी है, अत: स्थिति और भी कठिन हो जाती है। जब तक बीमाकर्ताओं और एजेंटों, दोनों के हितों का ध्यान नहीं रखा जाएगा तब तक यह कार्यक्रम उन्हें आकर्षित नहीं कर पाएगा।

उत्पाद तथा बीमाकर्ता का विकल्प

इस कार्यक्रम का वर्तमान स्वरूप इसमें किसी प्रकार के परिवर्तन की अनुमति नहीं देता है और यह केवल सार्वजनिक बीमा कंपनियों द्वारा ही लागू किया जा सकता है। यदि प्रीमियम तथा मिलने वाले अनुलाभों में कुछ परिवर्तन करने की अनुमति दी जाए तो यह कार्यक्रम निम्न आयवर्ग के लोगों की आवश्यकता के अधिक अनुकूल साबित होगा। इसके अलावा, सरकार को निजी बीमाकर्ताओं को भी सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा करने तथा सार्वजनिक सब्सिडी प्राप्त करने की अनुमति देकर प्रतिस्पर्धी बीमा बाजार का लाभ हासिल करना चाहिए। सरकार की रुचि सामाजिक लक्ष्य प्राप्त करने में होनी चाहिए चाहे वह सार्वजनिक कंपनियों द्वारा प्राप्त किया जाए अथवा निजी कंपनियों के द्वारा।

दावे का निम्न अनुपात

सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम तथा वर्तमान में संचालित अन्य स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमों से प्राप्त अनुभवों से ज्ञात होता है कि आरंभिक वर्षों में इनके दावे का अनुपात काफी कम होता है। इसकी वजह कार्यक्रम के अंतर्गत दिए जाने वाले लाभों के बारे में जानकारी का अभाव हो सकती है। विशेष रूप से तब जब यह पॉलिसी गरीबों की ओर से कोई तीसरा व्यक्ति/पार्टी खरीदता है। यह व्यक्ति/पार्टी राज्य सरकार अथवा स्वयंसेवी संगठन हो सकता है जो प्रीमियम का भुगतान भी करता है। प्रीमियम पर सब्सिडी देने की बजाय सरकार दावे पर सब्सिडी देने पर विचार कर सकती है। मान लें कि सरकार तभी सब्सिडी का भुगतान करती है जब दावों का अनुपात 50 प्रतिशत की सीमा पार कर ले (बाकी 50 प्रतिशत एजेंटों के उच्चतर कमीशन और बीमा कंपनियों के प्रशासनिक व्यय के लिए छोड़ दिया जाता है)। इससे तीन उद्देश्यों की पूर्ति होगी : पहला, इससे यह सुनिश्चित किया जा सकेगा कि बीमाकर्ताओं को नुकसान होने की स्थिति में भुगतान किया जाए; दूसरा, दावे को अस्वीकार करने की प्रवृत्ति पर अंकुश लगाया जा सकेगा; और तीसरा, इससे सरकार शेष निर्धारित राशि का उपयोग सब्सिडी के रूप में प्रीमियम दर कम करने के लिए कर

सकेगी ताकि स्वास्थ्य बीमा को और वहनीय बनाया जा सके।

गैर-बीपीएल आबादी को कवर प्रदान करना

कागज पर सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम का लक्ष्य बीपीएल आबादी को बनाना आसान है, किंतु व्यवहार में सामाजिक समूहों में बीपीएल तथा गैर-बीपीएल परिवार दोनों साथ-साथ होते हैं। इसलिए गैर-बीपीएल आबादी के लिए भी समान योजना लागू करने की जरूरत है। हां, सब्सिडी को केवल बीपीएल आबादी तक सीमित किया जा सकता है। वित्तमंत्री ने 2004-05 के बजट भाषण में गरीबी रेखा से ऊपर की आबादी के लिए एक नए सामूहिक स्वास्थ्य बीमा की घोषणा की थी। इस बीमा कार्यक्रम के तहत स्वसहायता समूहों तथा बैंकों एवं सहकारी संगठनों से ऋण लेने वाले अन्य साख-समूहों के सदस्य को कवर किए जाने का प्रस्ताव था। लेकिन यह कार्यक्रम अभी शुरू किया जाना बाकी है।

स्वास्थ्य रक्षा प्रावधानों को कारगर बनाना

जिन क्षेत्रों में स्वास्थ्य रक्षा सेवाएं पहले से ही कमजोर हैं, उनमें स्वास्थ्य बीमा आरंभ करने के साथ-साथ स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं को मजबूत बनाना भी अनिवार्य है। चूंकि स्वास्थ्य राज्यों का विषय है, इसलिए यह राज्य सरकार की जिम्मेदारी है। जहां कहीं बेहतर सार्वजनिक स्वास्थ्य रक्षा सुविधाएं उपलब्ध हैं, वहां भी उनकी उचित लागत और बिलिंग नहीं की जाती। आदर्श स्थिति में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं को प्रदत्त सेवा के बदले भुगतान स्वीकार करना चाहिए, क्योंकि सतत रूप से गुणवत्तायुक्त सेवा प्रदान करते रहने के लिए यह आवश्यक है। साथ ही, इन सेवाओं का इस्तेमाल करने वाले लोगों को बीमा के द्वारा सुरक्षा प्रदान किया जाना चाहिए।

भारत में स्वास्थ्य सेवाएं प्राय: गैरविनियमित हैं। स्वास्थ्य सेवाओं को कारगर बनाने के लिए 'तीसरा पक्ष प्रशासक' नामक एक विशेषज्ञ एजेंसी बनाई गई थी। इस प्रशासक से यह उम्मीद की गई थी कि वह नकदी मुक्त लेनदेन की सहूलियत प्रदान करेगा। लेकिन विस्तृत ग्रामीण अंचलों में भौगोलिक रूप से बिखरे निर्धनों के लिए इस प्रशासक से यह उम्मीद करना गलत होगा कि वह इस तबके को सेवा प्रदान करे। इसलिए बेहतर यह होगा कि कार्यक्रम के क्रियान्वयन के लिए मौजूदा सार्वजनिक अथवा निजी एजेंसी को अधिकृत किया जाए।

निष्कर्षत: सार्वभौम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अभी भी प्रायोगिक चरण में है। इसके अब तक के निष्पादन के आधार पर यह नहीं कहा जा सकता कि इस कार्यक्रम को समाप्त कर देना चाहिए। निर्धन जनसंख्या के बड़े हिस्से के बीच इस प्रयोग को सफल बनाने के लिए और अधिक विचार-संपन्न दृष्टिकोण अपनाने की जरूरत है। इसके लिए सतत प्रयास और सभी हितधारियों के बीच सहयोग अपेक्षित है। ❑

(लेखक इंडियन काउंसिल फॉर रिसर्च ऑन इंटरनेशनल इकोनॉमिक रिलेशंस, नई दिल्ली में सीनियर फेलो हैं)

भारतीय अर्थव्यवस्था

सभी महत्वपूर्ण बिन्दुओं पर इतनी अद्यतन जानकारी इतने कम मूल्य पर अन्यत्र दुर्लभ है

प्रमुख आकर्षण

• रिजर्व बैंक ऑफ इण्डिया की नई वार्षिक ऋण एवं मौद्रिक नीति, 2005-2006 • नई विदेश व्यापार नीति 2005-2006 • केन्द्रीय बजट 2005-2006 • रेलवे बजट 2005-2006 • आर्थिक सर्वेक्षण 2004-2005 • भारत 2005 • World Economic Outlook April, 2005 • Statistical Outline of India 2004-05 • सितम्बर 2004 में जनगणना आयोग द्वारा भारत की जनगणना से सम्बन्धित प्रकाशित अन्तिम आंकड़ों का समावेश • केन्द्र सरकार के विभिन्न मन्त्रालयों की वार्षिक रिपोर्ट 2004-2005 • विश्व बैंक की विश्व विकास रिपोर्ट 2005 • अन्तर्राष्ट्रीय मुद्रा कोष की वार्षिक रिपोर्ट 2004 • Statesman's Year Book 2005 • रिजर्व बैंक ऑफ इण्डिया की 'मुद्रा एवं वित्त' रिपोर्ट 2003-2004 • रिजर्व बैंक ऑफ इण्डिया की 'भारत में बैंकिंग एवं प्रगति सम्बन्धी रिपोर्ट' 2003-2004 • विश्व व्यापार संगठन (WTO) की वार्षिक रिपोर्ट 2004 • अंकटाड (UNCTAD) की विश्व निवेश रिपोर्ट 2004 • मानव विकास रिपोर्ट 2004 • Global Development Finance 2004 • दसवीं पंचवर्षीय योजना 2002-07 • 545 वस्तुनिष्ठ (बहुविकल्पीय) प्रश्नों सहित

Book Code : 851 ◆ Pages : 248 ◆ Price : Rs. 100/-

प्रतियोगिता साहित्य

Hospital Road, Agra-3 ☎ 0562-2853400 Fax 2851568
Email: info@sbpagra.com *or* visit www.sbpagra.com

YH/7/5/11

I. A. S. 2005-06

GROOMING ALL FOR THE CIVIL SERVICES

दिशा–हिन्दी प्रोत्साहन प्रकोष्ठ (HEW)

सम्पूर्ण रूप से हिन्दी माध्यम के लिए समर्पित JNU एवं DU से शोधकृत अनुभवी एवं विशेषज्ञ संकाय के निर्देशन में हिन्दी प्रोत्साहन प्रकोष्ठ (HEW) द्वारा विशिष्ट रूप से प्रारूपित मौलिक अध्ययन सामग्री एवं सरल अध्यापन तकनीक। विशेष परिचर्चा सत्र, बिन्दुवार चर्चा, लेखन क्षमता विकास युक्ति, पाक्षिक मूल्यांकन परीक्षण, एवं व्यक्तित्व विकास कार्यक्रम (PIP) के माध्यम से ज्ञानवर्द्धन के साथ – साथ ज्ञान के युक्तिसंगत प्रयोग एवं तार्किक अभिव्यक्ति के क्रमिक विकास पर बल। विगत वर्ष (IAS-2004)–16 सफलताएँ।

हिन्दी माध्यम लक्ष्य मे बाधक नहीं, अभिव्यक्ति का सशक्त साधन है।

उपलब्ध विषय

- सामान्य अध्ययन
- भूगोल
- राजनीति शास्त्र
- लोक प्रशासन
- इतिहास
- अर्थशास्त्र
- समाजशास्त्र
- दर्शनशास्त्र

मुख्य परीक्षा 2005 हेतु वर्गाध्यापन प्रारंभ : मंगलवार 19 जुलाई 2005

2006, 2007 के लिए एकीकृत कोर्स : शुक्रवार 22 जुलाई 2005

कार्यालय समय : पूर्वाह्न 10:00 बजे से सायं 5: 00 बजे तक

KLM

Krishna Learning Module

For success in NDA/CDS/CPF /APFC/SSC & UGC (NET/JRF)

हिन्दी माध्यम हेतु विशिष्ट, पृथक एवं अनुभवी संकाययुक्त एकमात्र प्रतिष्ठान

- मौलिक, सरल, अन्वेषित, प्रमाणिक एवं उच्चस्तरीय अध्ययन सामग्री
- व्यक्तिनिष्ठ विश्लेषण, तदोपरांत उचित दिशा निर्देश
- क्रमगत एवं अनवरत विकास तकनीक (विषय के पष्ठभूमिहीन उम्मीदवारों हेतु सर्वथा उचित)
- विकास स्तर एवं लेखन शैली आकलन हेतु पाक्षिक परीक्षण
- वातानुकूलित अध्यापन कक्ष एवं सौहार्दपूर्ण प्रबंधन
- आर्थिक रूप से कमजोर उम्मीदवारों के प्रोत्साहन हेतु शुल्क में उचित छूट
- सामान्य अध्ययन के चयनित भाग की सुविधा उपलब्ध

Success Rate 100%

उत्तीर्ण छात्र (CPF) 2003-04

निःशुल्क सुझाव सत्र श्री राना मजुमदार, श्री प्रणव कुमार और सु श्री दीप्ति भारद्वाज (दिशा) द्वारा प्रत्येक गुरुवार–सायं (4:00 से 6:00तक)

DISHA® -The IAS Academy

Esha Srivastav (IFS) 2003-04 | Byomkesh Panda (IRS) 2003-04 | Rajesh Kumar (IRS) 2003-04 | Tanu Kashyap (IAS) 2004-05 | Vidhanshu Tripathi (IFS) 2004-05 | Pawan K Sain (IAS) 2004-05 | Vijendra Bidari (IPS) 2004-05 | Jitender Rana (IPS) 2004-05

TOTAL Selections 2004-05 - 16

585, 1st Floor, Jay Pee Complex, Bank Street, Munirka, New Delhi - 110 067
Ph. : 55640506/7, Mob. : 09818327090, Fax : 52398108
E-mail : disha_the_ias_academy@yahoo.co.in

YH/7/5/6

बिहार और केरल का तुलनात्मक विश्लेषण

○ के.आर. नायर
अनंत कुमार

स्वास्थ्य स्थितियों में सुधार का मामला बेहद उलझा हुआ होता है और इसे केवल अलग–अलग प्रयासों से ठीक नहीं किया जा सकता। इसके मार्ग में और इसके साथ–साथ अनेक अन्य कारक होते हैं जिन्हें एक क्रियात्मक कार्यक्रम के द्वारा ठीक किया जा सकता है। बिहार में स्वास्थ्य स्थितियों में सुधार का लक्ष्य प्राप्त करने के लिए अंतरक्षेत्रीय कार्यवाही की जरूरत को स्वीकार करना होगा

अब यह सुज्ञात तथ्य है कि लोगों की स्वास्थ्य स्थिति को प्रभावित करने वाले अनेक कारकों में से स्वास्थ्य सेवा केवल एक कारक है। केरल ने स्वास्थ्य की स्थिति पर अंतरक्षेत्रीय प्रभाव की भूमिका को स्पष्टतापूर्वक प्रदर्शित किया है। इसने स्वास्थ्य की स्थिति के संदर्भ में सातवें दशक के अंतिम वर्षों से ही विभिन्न क्षेत्रों के विद्वानों का ध्यान खींचा है। इसकी बुनियादी वजह यह रही कि आर्थिक रूप से कमजोर राज्य होने के बावजूद इसने स्वास्थ्य तथा जनसांख्यिकीय दृष्टि से अनुकूल परिणाम प्राप्त किया है (तालिका-1)। केरल में स्वास्थ्य पर प्रतिव्यक्ति व्यय 28 डॉलर है, जबकि अमरीका में यह 3,925 डॉलर है। लेकिन दोनों ही स्थानों पर स्वास्थ्य तथा अन्य संकेतक कमोबेश एक समान हैं। सातवें दशक के अंत में राज्य की प्रतिव्यक्ति आय भी भारत के राष्ट्रीय औसत से कम थी। यह उन लोगों के लिए चौंकाने वाली चीज थी जो यह मानते हैं कि स्वास्थ्य की बेहतर स्थिति का संबंध आर्थिक अवस्था से होता है। जब यह पाया गया कि केरल में ली जाने वाली औसत दैनिक कैलोरी की मात्रा मानक स्तर से 15 प्रतिशत तथा राष्ट्रीय औसत से 14 प्रतिशत कम है, तो उपरोक्त तथ्य में एक और उलझावपूर्ण कड़ी जुड़ गई। अन्य राज्यों की तुलना में केरल में मरीजों की संख्या भी काफी अधिक है। विद्वानों की राय में इसकी वजह स्थितिगत वस्तुनिष्ठता है- केरलवासियों को चूंकि स्वास्थ्य सुविधाएं सरलता से उपलब्ध हैं, इसलिए वे बीमारियों की आशंका होते ही तुरंत चिकित्सा सहायता की मांग करते हैं, जबकि जहां स्वास्थ्य सुविधाएं उतनी सरलता से उपलब्ध नहीं हैं, वहां लोग इतनी शीघ्रता से उपचार के लिए तत्पर नहीं होते। इसी वजह से यहां वास्तविकता से अधिक मरीज का अनुमान लगाया जाता है।

केरल की इस प्रगति की परख के लिए किए गए आरंभिक अध्ययन में महिला साक्षरता को स्वास्थ्य की स्थिति से जोड़ने के प्रयास किए गए लेकिन बाद के दशकों में

तालिका-1

जीवन स्तर का सूचकांक, 1997

सूचकांक	केरल	भारत	निम्न आय वाले देश	अमरीका
प्रतिव्यक्ति सकल राष्ट्रीय उत्पाद (डॉलर में)	324	390	350	28,740
वयस्क साक्षरता दर (%)	91	48	51	96
जीवन संभाव्यता (वर्ष में)	71	62	59	77
प्रत्येक 1,000 पर नवजात मृत्यु	12	65	80	7
प्रत्येक 1,000 पर जन्मदर	17	29	40	16

स्रोत : केरल राज्य योजना बोर्ड आर्थिक समीक्षा, 1999
विश्व बैंक जनगणना, 1991
निम्न आय 1997 में 54 ऐसी अर्थव्यवस्थाओं के संदर्भ में है जिनका प्रतिव्यक्ति सकल राष्ट्रीय उत्पाद 785 डॉलर अथवा उससे कम था।

केरल को लेकर छिड़ी बहस के परिणाम स्वरूप रजवाड़ों के काल से ही प्रगतिशील नीतियों, भूमि-सुधार, महिलाओं की स्थिति, स्वास्थ्य रक्षा प्रणाली की गुणवत्ता, आवास व्यवस्था जैसे विभिन्न ऐतिहासिक, सामाजिक तथा संस्थागत कारकों का प्रभाव दृष्टिगत हुआ। इस तरह आरंभ की महिला साक्षरता तथा स्वास्थ्य की स्थिति के बीच के एकरेखीय संबंध के स्थान पर केरल में हुई प्रगति की व्याख्या के लिए बहुआयामी दृष्टिकोण उभर कर सामने आया। स्पष्ट है कि केरल में स्वास्थ्य क्षेत्र में हुआ सुधार विकास से जुड़ी हुई प्रक्रिया नहीं थी। कुछ विद्वान इसे समर्थन से जुड़ी हुई प्रक्रिया मानते हैं। अभिप्राय यह कि उक्त प्रगति शिक्षा, स्वास्थ्य तथा अन्य सामाजिक व्यवस्थाओं के कौशलयुक्त समर्थन की बदौलत हासिल की गई।

तुलनात्मक अध्ययनों से ज्ञात होता है कि स्वास्थ्य क्षेत्र में केरल में हुआ परिवर्तन सामाजिक मान्यताओं, स्वास्थ्य संबंधी पारंपरिक ज्ञान, सांस्कृतिक परिदृश्य आदि जैसी विशिष्टताओं के कारण अपने-आप अनूठा है। इसे अन्य राज्यों के लिए सार्वभौम मॉडल के रूप में नहीं लिया जा सकता। लेकिन कुछ दूसरे कारण भी हैं जिन्हें समान रूप से सभी अल्पविकसित राज्यों में स्वास्थ्य क्षेत्र में सुधार के लिए लागू किया जा सकता है। ये कारण विशेषकर तकनीकी, आर्थिक तथा सामाजिक नीतियों से जुड़े हैं। शिक्षा, भूमि-सुधार, जनवितरण तथा स्वास्थ्य जैसी सामाजिक क्षेत्र से जुड़ी नीतियां वे आयाम हैं जिनका अन्य राज्यों में भी प्रयोग किया जा सकता है।

केरल के संदर्भ में किए गए विस्तृत अध्ययनों के आधार पर जनसंख्या तथा महामारियों के मामले में यहां आए बदलाव के कारणों को निम्नरूपेण वर्गीकृत किया जा सकता है:

- उच्च महिला साक्षरता- 87 प्रतिशत।
- लिंग अनुपात (1,000 पुरुषों पर 1,058 महिलाएं)।
- स्वास्थ्य रक्षा सेवा तक पहुंच (97 प्रतिशत लोगों की अस्पतालों तक पहुंच)।
- बेहतर जनवितरण प्रणाली (इसके अंतर्गत 96 प्रतिशत आबादी कवर की जाती है।
- राजनीतिक प्रतिबद्धता- राज्य के बजट का 40 प्रतिशत सामाजिक क्षेत्र के लिए (15 प्रतिशत स्वास्थ्य तथा 25 प्रतिशत शिक्षा क्षेत्र के लिए)।
- बेहतर संचार एवं परिवहन सुविधाएं जिनसे सेवाओं तक पहुंचने में मदद मिलती है।
- भूमि सुधार।
- सामाजिक आंदोलनों तथा ऐतिहासिक एवं सांस्कृतिक परिदृश्य की भूमिका।
- महामारियों के संदर्भ में विशिष्ट स्थिति।

नागरिकों के स्वास्थ्य की स्थिति उनकी सामाजिक तथा आर्थिक बेहतरी का एक महत्वपूर्ण संकेतक होता है। बीमारू राज्यों में से एक बिहार में भारत के अन्य पिछड़े राज्यों की भांति उच्च शिशु मृत्युदर, जच्चा-बच्चा टीकाकरण की निम्न स्थिति, संक्रमणकारी तथा छूत की बीमारियों से होने वाली उच्च मृत्युदर तथा उच्च मातृ-मृत्युदर जैसी विशेषताएं मौजूद हैं। इनके साथ-साथ स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं की खराब व्यवस्था तथा उपचार की उच्च लागत ने स्वास्थ्य क्षेत्र की तमामतर उपलब्धियों को गौण बना दिया है। ग्रामीण बाशिंदों की स्वास्थ्य संबंधी जरूरियात पूरा कर पाने में जनस्वास्थ्य रक्षा प्रणाली की अक्षमता एक गंभीर विषय बन गया है और इसका निदान आवश्यक है।

बिहार भारत के सर्वाधिक निर्धन राज्यों में से एक है। यहां की 42.6 प्रतिशत आबादी गरीबी रेखा के नीचे जीवनयापन कर रही है। यह अपने निवासियों, खासकर महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य को बेहतर बनाने की बेचैनीभरी चुनौती का सामना कर रहा है। भारत के राज्यों में यह सर्वाधिक ग्रामीण राज्य है। 3.2 बच्चे प्रति परिवार के राष्ट्रीय जन्मदर की तुलना में बिहार में काफी उच्च जन्मदर (4.3 बच्चे प्रति परिवार) तथा निम्न साक्षरता प्रतिशत (47.53 प्रतिशत) है।

प्रत्येक प्रगतिशील समाज का घोषित लक्ष्य रोगमुक्त तथा अशक्तता मुक्त जीवन की ओर अग्रसर होना होता है। इस मामले में बिहार का निष्पादन शून्य रहा है। दस्त, कालाजार, पीलिया जैसी बीमारियां, जिन्हें प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध करा रोका जा सकता है, वे आज यहां अनेक लोगों की जान ले रही हैं। इनमें बच्चों और महिलाओं की संख्या

तालिका-2

केरल और बिहार का तुलनात्मक विश्लेषण

संकेतक	केरल	बिहार	भारत
प्रतिव्यक्ति आय (रुपये में, आधार वर्ष 1998-99)			
चालू मूल्य	16,029	4494	14396
जन्म के समय जीवन संभाव्यता (2001-06)	71.67 (पुरुष)	65.66 (पुरुष)	63.87 (पुरुष)
शिशु मृत्युदर (प्रत्येक 1,000 जीवित जन्म पर)	75 (स्त्री)	64.79 (स्त्री)	66.91 (स्त्री)
(आधार वर्ष 2002)*	10	61	63
जन्मदर (प्रति 1,000 पर)*	16.9	30.9	25
मृत्युदर (प्रति 1,000 पर)*	6.4	7.9	8.1
लिंग अनुपात	1058	921	933
साक्षरता दर (2001)	90.92	47.53	64.84

स्रोत : आर्थिक सर्वेक्षण, 2004-05

*अनंतिम अनुमान

अधिक है। सांस संबंधी गंभीर संक्रमण, ब्रोंकाइटिस, दमा तथा निमोनिया और अधिक जोरदार तरीके से आक्रमण कर रहे हैं। उत्तर बिहार में कालाजार, दस्त, यक्ष्मा, टायफायड तथा मलेरिया बहुत ही आम हैं।

निरोधात्मक स्वास्थ्य रक्षा के सभी मामलों में बिहार का दयनीय निष्पादन समन्वित दृष्टि के अभाव, दुर्गम और अनुपलब्ध स्वास्थ्य रक्षा सुविधाओं तथा राज्य की उदासीनता का हासिल है। बिहार की ग्रामीण अवस्थिति तथा कमजोर परिवहन व्यवस्था निरोधात्मक तथा निदानात्मक, दोनों ही स्वास्थ्य रक्षा सुविधाओं के और अधिक अल्प उपयोग को बढ़ाती है। आज यहां ऐसे स्वास्थ्य केंद्र और दवाखाने हैं जहां मरीजों को देखने के लिए एक डॉक्टर भी नहीं है। यहां उपचार और देखभाल की जिम्मेदारी नर्सों और मिडवाइफों पर आ पड़ती है जो पहले से ही परिवार नियोजन की जिम्मेदारी का वहन कर रही हैं। परिणाम यह है कि प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र तथा उपकेंद्रों का तंत्र व्यापक प्राथमिक चिकित्सा सेवा उपलब्ध नहीं करा पाते और उनकी हैसियत परिवार नियोजन केंद्र की होकर रह गई है। पर इनकी बिहार में बहुत कम ही लोगों को जरूरत है। वर्तमान में यहां कोई संगठित रेफरल व्यवस्था नहीं है। स्वास्थ्य नीति, 2001 के प्रारूप पत्र में इन सुविधाओं के बारे में कहा गया है, "ये सुविधाएं अपर्याप्त हैं..... चिकित्सकीय तथा अर्धचिकित्सकीय कर्मियों की उपस्थिति प्राय: निर्धारित मानदंड से काफी कम है, चिकित्सा सामग्रियों की उपलब्धता प्राय: नगण्य है, अनेक सार्वजनिक अस्पतालों में उपकरण प्राय: बेकार हैं, दवाइयां न के बराबर मिलती हैं..... परिणामत: गुणवत्ता युक्त सेवा में गहरा क्षरण हुआ है" (अनुच्छेद 2.4.1, राष्ट्रीय चिकित्सा नीति, 2001 का प्रारूप, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार)।

आमलोगों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने में जनस्वास्थ संरचना की उदासीनता अथवा उसकी अनुपस्थिति की वजह से लोगों और सेवाओं के बीच धीरे-धीरे भारी फाड़ पैदा हो गया है जिसे तत्काल पाटे जाने की जरूरत है। अस्पतालों, बिस्तरों और नर्सों की उपलब्धता में काफी कमी आई है। बिहार में नौ गांवों पर एक स्वास्थ्य उपकेंद्र है। अवस्थिति के लिहाज से इनका वितरण काफी असमान है। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र तक पहुंचने के लिए ग्रामीणों को लगभग छह किमी. की दूरी तय करनी पड़नी है। इन केंद्रों की अवस्थिति की न्यायपूर्ण योजना बनाने की जरूरत है ताकि स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता को तर्कसंगत बनाया जा सके और उन तक पहुंच एवं उपयोग में सुधार हो सके।

1994-95 में बिहार के कुल राजस्व व्यय का 7 प्रतिशत स्वास्थ्य क्षेत्र पर खर्च किया गया। देशभर में इस मद में किए जाने वाले सर्वाधिक व्ययों में से यह एक है। लेकिन यदि प्रतिव्यक्ति व्यय की दृष्टि से देखें तो यह 59 रुपये था। जबकि राष्ट्रीय औसत 85 रुपये का था। स्वास्थ्य क्षेत्र पर किए जाने वाले कुल व्यय का 26 प्रतिशत परिवार नियोजन पर तथा अस्पताल-दवाखानों एवं रोग नियंत्रण पर क्रमश: 13 और 10 प्रतिशत राशि व्यय की गई। यद्यपि बिहार अपने कुल व्यय के पांच प्रतिशत से अधिक राशि चिकित्सा तथा जनस्वास्थ्य पर खर्च करता है, फिर भी यह अपनी जनसंख्या की बुनियादी स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों को पूरा करने की स्थिति में नहीं है। हालांकि प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र तथा उपकेंद्र, जिनपर ग्रामीण जन निर्भर होते हैं, का प्रावधान राज्य सरकार द्वारा निर्धारित मानकों के काफी करीब है, फिर भी जिलों की स्थिति के बीच काफी अंतर है। जनस्वास्थ्य रक्षा प्रणाली की एक प्रमुख कमी दवाइयों का अनुपलब्ध होना है। सरकार द्वारा निर्धारित मानक बेहद पुराने हैं तथा वे वार्षिक

अतिरिक्त प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, मनेर, बिहार का एक अध्ययन

अतिरिक्त प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, शेरपुर मनेर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के अंतर्गत आता है। यह पटना-आरा मुख्य मार्ग पर स्थित है। पहली नजर में यह अतिरिक्त प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र नहीं प्रतीत होता, क्योंकि यहां कोई साइनबोर्ड नहीं लगा है। संरचना की दृष्टि से यह खस्ताहाल है। इस स्वास्थ्य केंद्र पर बिजली और पानी की कोई व्यवस्था नहीं है। शौचालय नाम लेने भर के लिए है तथा उपयोग में नहीं है। यहां छह बिस्तर स्वीकृत हैं, किंतु यथार्थ में एक भी बिस्तर नहीं है। बिस्तर के नाम पर हॉल के एक कोने में एक खाट जंग खा रहा है।

लगभग 20,000 की आबादी तथा चार उपकेंद्रों को सेवा उपलब्ध कराने के लिए वर्तमान में इस केंद्र में 2 पुरुष डॉक्टर, 1 क्लर्क, 3 नर्सिंग मिडवाइफ, 1 लैब तकनीशियन, 1 महिला वार्ड सेविका है। लेकिन जब यह लेखक वहां पहुंचा तो डॉक्टर के अलावा कोई दूसरा स्टाफ उपस्थित नहीं था। लेखक को बताया गया कि नर्सें फील्ड में हैं तथा उनसे दोपहर में मुलाकात हो पाएगी। यह अतिरिक्त प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र डॉट्स क्लीनिक-माइक्रोस्कोपी केंद्र की सेवाएं भी उपलब्ध कराता है। लेकिन लेखक को वहां इस कार्य के लिए अपेक्षित कोई प्रयोगशाला, माइक्रोस्कोप तथा अन्य कोई भी बुनियादी आधारभूत सुविधा दिखाई नहीं पड़ी। इस केंद्र के बाह्यरोगी विभाग में मरीजों को देखने का समय बरसात के महीनों में प्रात: 8 बजे से दोपहर 12 बजे तक तथा जाड़े के महीनों में प्रात: 8.30 से दोपहर 12.30 बजे तक, सोमवार से शनिवार तक है, लेकिन यह प्राय: प्रतिदिन खुलता है। यहां सीमित दवाइयां उपलब्ध हैं और मरीजों को बाहर से दवाइयां खरीदनी पड़ती हैं। लेखक को बताया गया कि कुछ प्रशासनिक कारणों से दवाइयां उपलब्ध नहीं हैं।

पुरुषों में आमतौर पर खांसी, जुकाम, बुखार तथा दस्त जैसी बीमारियां पाई गईं। यहां स्त्री और पुरुष दोनों को मिलाकर कुल छह यक्ष्मा के मामले तथा 61 कुष्ठ रोगी पाए गए हैं। महिलाओं में आमतौर पर जो बीमारियां पाई गई वे हैं- आरटीआई, सामान्य सर्दी, बुखार, यक्ष्मा, कुष्ठ, पीठदर्द तथा मासिक धर्म बंद होने से उत्पन्न होने वाली समस्याएं। डाक्टर के अनुसार बीमारियों की मुख्य वजह हैं गरीबी, अशिक्षा, जागरूकता का अभाव तथा अस्वच्छता। ❑

मुद्रास्फिति के प्रभाव को दूर करने का प्रयास भी नहीं करते। मानकों के अनुसार, एक उपकेंद्र जहां, किसी सामान्य कार्यदिवस को औसतन उपचार के लिए 5 से 15 व्यक्ति पहुंचते हैं, सभी छोटी-मोटी तकलीफों और चोट के उपचार के लिए एक दिन में मात्र 5.30 रुपये व्यय कर सकता है। इस प्रकार, एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र एक दिन में 33 रुपये खर्च कर सकता है। ये इतने अपर्याप्त संसाधन हैं कि इनसे मानकों और तथा लक्षित उद्देश्यों का मखौल ही उड़ता है। इन दरों को तत्काल तथा तर्कसंगत तरीके से परिशोधित करने की आवश्यकता है। उन्हें व्यावहारिक होना चाहिए ताकि लोगों का जन स्वास्थ्य रक्षा सुविधाओं पर फिर से विश्वास जम सके।

राजनीतिक इच्छाशक्ति का अभाव, कमजोर बुनियादी ढांचा, भ्रष्टाचार तथा गरीबी स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने को चुनौतीपूर्ण बना देते हैं। 2001 में बिहार में प्रत्येक 3,347 नागरिकों पर एक डॉक्टर था, जबकि तब राष्ट्रीय अनुपात 1,855 नागरिकों पर एक डॉक्टर का था। यहां औसत से 12 गुना कम नर्सें हैं। लेकिन यहां 22,670 पंजीकृत फार्मेसियां और 31,000 डॉक्टर हैं जिनके जरिये निजी क्षेत्र में परिवर्तन लाने के अवसर दिखाई देते हैं।

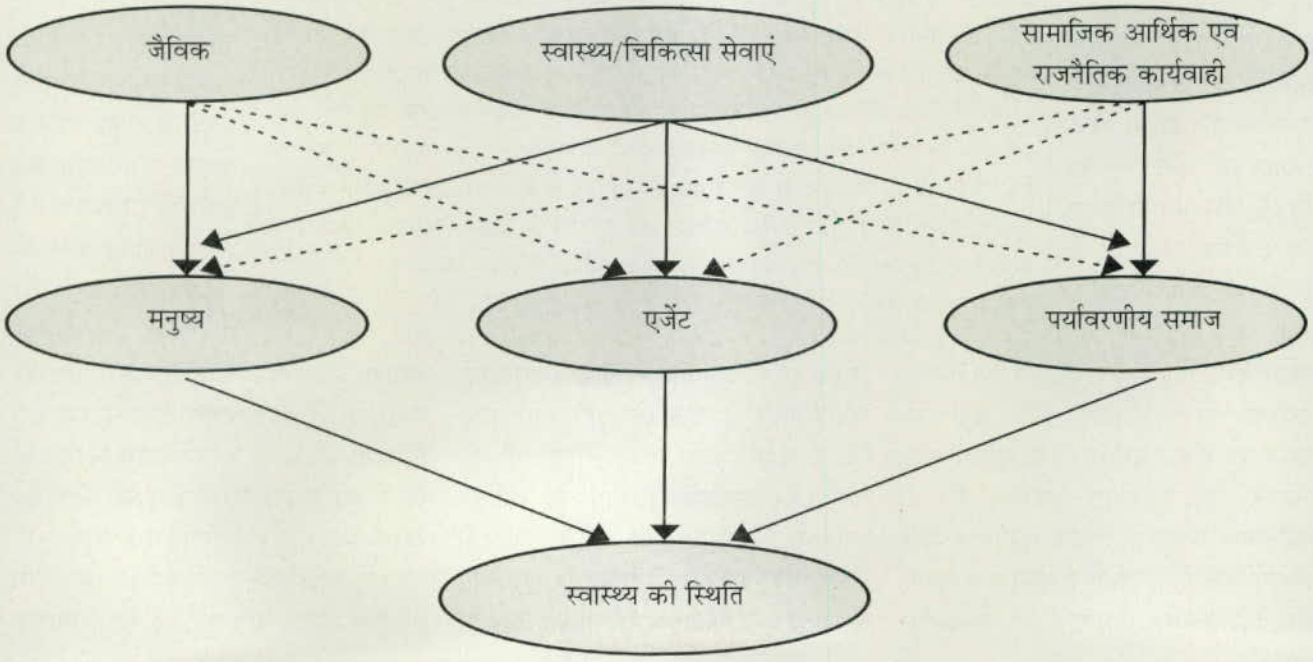
बिहार में स्वास्थ्य सेवाओं तक आमलोगों की पहुंच में रुकावट का एक प्रमुख कारण यह है कि यहां विभिन्न हितधारियों के बीच अंतरक्षेत्रीय संपर्क का अभाव है। उदाहरण के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, अतिरिक्त प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र तथा उपकेंद्रों के होने के बावजूद इन केंद्रों तक समय पर पहुंच पाने के लिए समुचित परिवहन की सुविधा नहीं है। संरचना के रूप में सेवाओं की मौजूदगी से उनका पूर्ण उपयोग तब तक सुनिश्चित नहीं किया जा सकता, जब तक कि लोगों को इन सेवाओं से जोड़ने के लिए विभिन्न हितधारियों के बीच समुचित संपर्क-सूत्र न हो।

बिहार में बड़ी संख्या में स्वयंसेवी संगठन मौजूद हैं, इसलिए उनकी उपेक्षा नहीं की जा सकती। औपचारिक रूप से यहां 30,000 स्वयंसेवी संगठन पंजीकृत हैं, लेकिन सच्चे अर्थों में इनमें से बहुत थोड़े ही सक्रिय हैं। सरकार और स्वयंसेवी संगठनों के बीच यहां समन्वय का अभाव है तथा अनेकों मर्तबा स्वयंसेवी संगठन सरकार की पहलों के बारे में शिकायत करते हैं तथा उनका गलत आकलन कर लेते हैं।

समग्रत: बिहार में स्वास्थ्य क्षेत्र के मार्ग में भौतिक, वित्तीय, सामाजिक तथा संस्थागत बाधाएं प्रमुख हैं। बिहार में जनस्वास्थ्य केंद्रों को सशक्त बनाने की चुनौतियों, उपरोक्त वास्तविकताओं तथा राजनीतिक-आर्थिक स्थितियों के मद्देनजर स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं में इसके खराब निष्पादन के निम्नांकित कारण हैं:

- कमजोर संचार तथा परिवहन व्यवस्था जिनसे सेवाओं तक पहुंचने में मुश्किल आती है।
- राजनीतिक प्रतिबद्धता तथा हितधारियों के बीच अंतरक्षेत्रीय संबंध का अभाव।
- अनेक जनस्वास्थ्य केंद्रों पर कमजोर संरचनागत सुविधाएं तथा गुणवत्तायुक्त सेवाओं का अभाव।
- अधिकांश प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों पर दवाएं उपलब्ध नहीं हैं।
- उपकेंद्र से प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और वहां से आंचलिक स्वास्थ्य केंद्र पर मरीज नहीं जा पा रहे।

अंतरक्षेत्रीय कार्यवाही का एक प्रारूप



- अनेक स्थानों पर स्वास्थ्य केंद्र की दूरी 5 किमी. से अधिक है।
- आपात सेवाओं तक पहुंच के लिए रेफरल परिवहन व्यवस्था का अभाव।
- आपात प्रसूति सेवाओं तथा सुरक्षित गर्भपात सेवाओं का अभाव।
- दुर्घटना, जलने, सांप काटने जैसी अनेक तरह की आपात स्थितियों के लिए आपात सेवाओं का अभाव।
- टीकाकरण सेवाओं तक पहुंचने में कठिनाई तथा इन सेवाओं की खराब गुणवत्ता।
- महामारियों तथा संक्रामक बीमारियों के अचानक बढ़ने पर उन्हें रोकने की कमचोर जनस्वास्थ्य व्यवस्था।
- निम्न साक्षरता दर (47.53 प्रतिशत) तथा निम्न लिंग अनुपात (1,000 पुरुषों पर 921 महिलाएं)।

संविधान में वर्णित राज्य नीति के निर्देशक सिद्धांत का अनुच्छेद 47 राज्यों पर पोषण स्तर तथा लोगों का स्तर सुधारने एवं जन स्वास्थ्य बेहतर बनाने का दायित्व डालता है। अनुच्देद 39 (ङ) में राज्यों को निर्देश है कि वे कामगारों का स्वास्थ्य एवं जीवनस्तर सुनिश्चित करने के लिए नीति बनाएं तथा यह सुनिश्चित करें कि पुरुषों, महिलाओं और कम उम्र के बच्चों के साथ दुर्व्यवहार न हो। संविधान के अनुच्छेद 21 में लोगों के जीवन की गारंटी दी गई है। इस अनुच्छेद का आशय यह है कि स्वास्थ्य का अधिकार एक मौलिक अधिकार है तथा राज्य का यह दायित्व है कि वह जरूरतमंदों को स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराए। (राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग की पूर्वी क्षेत्र संबंधी कार्यवाही, 11 अक्तूबर, 2004)।

इस स्पष्ट वैधानिक एवं संवैधानिक स्थिति के बावजूद बिहार में स्वास्थ्य अभिगम एवं सेवाओं को इन शब्दों में देखा जा सकता है - "वर्तमान में स्वास्थ्य सेवाएं महिलाओं, बच्चों, गरीब, दलित तथा अन्य कमजोर वर्गों की पहुंच और सामर्थ्य से बाहर हैं, असमान रूप से वितरित तथा अनुचित हैं। इस पर जोर दिए जाने की जरूरत है कि कमजोर स्वास्थ्य रक्षा का कारण प्राथमिक रूप से तकनीकी अवरोध नहीं है, बल्कि यह निर्धनता एवं नगण्य व्यवस्था के कारण है। इसी वजह से स्वास्थ्य रक्षा सुविधाएं अपर्याप्त हैं। इस तरह अधिकांश लोग स्वास्थ्य के मौलिक अधिकार का लाभ उठाने से वंचित हैं।" इसके परिणामस्वरूप, "राज्य का यह कर्तव्य हो जाता है कि समस्त सुविधाएं एवं अपेक्षित बुनियादी ढांचा उपलब्ध करा स्वास्थ्य रक्षा प्रदान करने की प्रभावकारी तरीके से व्यवस्था करे।" (राष्ट्रीय मानव अधिकार आयोग की पूर्वी क्षेत्र संबंधी कार्यवाही, 11 अक्तूबर, 2004)

इस तुलनात्मक अध्ययन से प्रकट है कि जहां स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं को एक प्रभावी तथा क्रियाशील स्वास्थ्य रक्षा सेवा प्रणाली विकसित कर नियंत्रित किए जाने की जरूरत है, वहीं एक ऐसी सामाजिक नीति की भी आवश्यकता है जो खराब जीवन स्थितियों तथा सामाजिक व्यवस्थाओं का निदान कर सके तथा इस प्रकार स्वास्थ्य में सुधार के उत्प्रेरक का काम कर सके। स्वास्थ्य स्थितियों में सुधार का मामला बेहद उलझा हुआ होता है और इसे केवल अलग-अलग प्रयासों से ठीक नहीं किया जा सकता। इसके मार्ग में और इसके साथ-साथ अनेक अन्य कारक होते हैं जिन्हें एक क्रियात्मक कार्यक्रम के द्वारा ठीक किया जा सकता है। बिहार में स्वास्थ्य स्थितियों में सुधार का लक्ष्य प्राप्त करने के लिए अंतरक्षेत्रीय कार्यवाही की जरूरत को स्वीकार करना होगा।

जरूरत इस बात की भी है कि बिहार की भर्त्सना करने की बजाय बिहार पर विमर्श चलाया जाए ताकि सुविचारित, सुस्पष्ट एवं सर्वसम्मत दृष्टिकोण एवं क्रियाविधि का विकास किया जा सके। ❑

(लेखकद्वय सेंटर ऑफ सोशल मेडीसिन एंड कम्यूनिटी हेल्थ, स्कूल ऑफ सोशल साइंसेज, जवाहरलाल नेहरू विश्वविद्यालय, नई दिल्ली में क्रमशः प्रोफेसर तथा शोधछात्र हैं)

सरकार ने तंबाकू नियंत्रण कानूनों को सख्त बनाया

सरकार ने वर्तमान तंबाकू नियंत्रण अधिनियम के प्रावधानों की कमियों को दूर करने के उद्देश्य से कानूनों और नियमों में संशोधन अधिसूचित किए हैं और अतिरिक्त नियम भी बनाए हैं। आज अधिसूचित किए गए संशोधन पहली अगस्त, 2005 से लागू होंगे। अधिनियम में किए गए अतिरिक्त संशोधन निम्नलिखित हैं :

- नाबालिगों को तंबाकू उत्पाद बेचने पर प्रतिबंध।
- तंबाकू उत्पादों को वेंडिंग मशीनों के माध्यम से बेचने पर प्रतिबंध।
- तंबाकू उत्पादों को विक्रय स्थल पर 18 वर्ष से कम उम्र के लोगों की पहुंच से बाहर रखना।
- तंबाकू उत्पादों को प्रदर्शित करने अथवा सिनेमा और टीवी में कलाकारों द्वारा उनके इस्तेमाल पर 2 अक्तूबर, 2005 से प्रतिबंध।
- धूम्रपान अथवा तंबाकू के अन्य ब्रांडों के इस्तेमाल वाले दृश्य से जुड़े कार्यक्रम में स्वास्थ्य संबंधी चेतावनी अनिवार्य रूप से दर्शाना।
- किसी छपे हुए चित्र या इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से प्रसारित चित्र में तंबाकू उत्पादों के ब्रांडों अथवा लोगो को स्पष्ट दिखाने पर प्रतिबंध।
- अप्रत्यक्ष विज्ञापन की स्पष्ट परिभाषा के अंतर्गत अन्य बातों के अलावा तंबाकू उत्पादों आदि के समान ब्रांड नाम वाले गैरतंबाकू उत्पादों के विज्ञापन पर प्रतिबंध। ❑

RAO IAS LUCKNOW

No. 1 institute for Civil Services Exams

Director: Anshuman Dwivedi

» Pre-cum-Mains & Mains » हिन्दी और English Medium

Batch from 26th July 05 » Boys & Girls Hostel Available

2 years advance batch, with foundation course basically for under graduates

Restructured & Redesigned study schedules for : Mains (2005) and Pre-cum-Mains (2006)

Subjects: History : Anshuman Dwivedi - History, minus its political gossips and communal slants finds a unique place in preparation for the Civil Services. It has been comprehensively mastered by Anshuman Dwivedi who has scored very high marks in the subject and also has a unique distinction of clearing the U.G.C. (NET). Examination with History four times. His able guidance has helped condidates to score nearly 80% marks in History in the mains.

Ved Sir, is considered by students to be a HUMAN COMPUTER in his field. His rich classroom interaction virtually ensures that nearly 95-100 questions are covered during the course.

Sushil Pandey, is U.G.C. (J.R.F.), has appeared for I.A.S. Interview for 2002. Topped M.A. (History) L.U. He ensures U.G.C. aspirants a high rate of success.

Sociology : Ajai Shukla - He is teaching his 26th batch for Civil Services at RAO IAS. Earlier he has been teaching at Allahabad & Varanasi thus bringing his long and distinguished experience to condidates offering Sociology.

Pol. Science : Brijesh Shukla - An alumnus of Allahabad University now teaching his 20th Batch for Civil Services aspirants. Simply the best in Pol. Science both for U.G.C. and Civil Services.

Pub. Ad. : N. P. Singh - Pub. Ad. becomes graphic to the Students in his guidance.

Naveen K. Singh - Bringing his rich treasure of experience in Pub. Ad. A successful PCS candidate of 2002 batch whose guidance has helped students score high marks.

Geography by Anurag Pathak & Saurabh Srivastava
Psychology by Alpana Rastogi & Archna Shukla
Philosophy by D. Singh, N. K.Singh & Shukla Sir
भाषा विज्ञान के लिए २५ दिन का विशेष पैकेज

Economics by Dharmendra Singh.
Zoology by Subhash Tripathi

UGC (JRF/NET) batches also available.

PCS (J) & APO batches also available with full packages

G.S. by 12 members team from Delhi, Allahabad & Lucknow.

Special lectures by senior **IAS/IPS** and senior **columnist** of leading news papers form part of the guest faculty at RAO IAS. Classes in G.S., Essay, Pub. Ad. are regularly taken by them. Social issues and interview sessions are almost wholly covered by our distinguished Guest Faculty.

CALENDER OF EVENTS - 2005 - 06.

I Batch of Pre-Cum-Mains & Mains (advance)starts from 24th of May 2005. II Batch from 19th July 2005. IIIrd Batch 26th July 2005.

Mains Course for IAS/PCS starting from within 7 days of the declaration of the Prelims Results.

Prelims - 2006(IAS/PCS) Ist Batch from 1st Nov. 2005. IInd Batch 6th Dec. 2005.

IAS/PCS PCS(J)- Interview within a weak of declaration of respective results. Intensive 15 days sessions including S.W.O.T. & Videography.

Add: 20, Ravindra Garden, Sec. E, Aliganj, Lucknow. Ph.: 0522-2331548, 9335247918
H.O.: 14/1 Stainley Road opposite Lok Seva Aayog, Allahabad. Ph.: 0532-2601624

YH/7/5/21

जनस्वास्थ्य अभियान

○ डॉ. अभय शुक्ल

जनस्वास्थ्य अभियान स्वास्थ्य मुद्दों पर कार्यरत नागरिक समाज के संगठनों, जन संस्थाओं, सामाजिक कार्यकर्ता, स्वास्थ्य व्यवसायी, शिक्षाविद और शोधकर्ताओं का एक अनोखा और विकासोन्मुख राष्ट्रीय गठबंधन है। यह सन् 2000 से 'सबके लिए स्वास्थ्य' के लक्ष्य के लिए कार्यरत है। जनस्वास्थ्य अभियान, विश्वव्यापी वैश्विक जनस्वास्थ्य आंदोलन का भारतीय हिस्सा है। यह समग्र प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा और स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों द्वारा स्वास्थ्य और न्यायोचित विकास को शीर्ष प्राथमिकता के रूप में स्थापित करता है। जनस्वास्थ्य अभियान द्वारा हाल में 'स्वास्थ्य सेवा अधिकार' के लिए अभियान चलाया गया और सभी नागरिकों के लिए बतौर मौलिक मानवाधिकार स्तरीय स्वास्थ्य सेवा की मांग की गई।

4 से 8 दिसंबर, 2000 के दौरान, विश्व के 93 देशों के प्रतिनिधि, ऐतिहासिक जन स्वास्थ्य सभा (पीएचए) के लिए बांग्लादेश में ढाका के निकट सावर नामक स्थान पर इकट्ठा हुए। इस सभा का संदर्भ यह था कि यद्यपि 1978 में विभिन्न देशों की सरकारों ने '2000 तक सबके लिए स्वास्थ्य' का लक्ष्य रखा था मगर आगे स्वास्थ्य नीति चर्चाओं में यह लक्ष्य हाशिये पर पहुंच गया और सन् 2000 आते-आते इसे दुनिया की तमाम सरकारों लगभग भुला ही दिया था। इसलिए इस सभा का मुख्य उद्देश्य 'सबके लिए स्वास्थ्य' के नारे को फिर बुलंद करना, जनस्वास्थ्य के लिए कार्यरत जनांदोलन और संगठनों को एकजुट करना और जनस्वास्थ्य पर वैश्विक नीतियों के दुष्प्रभाव का प्रतिरोध करना था। इस सभा में लगभग 1,350 प्रतिनिधियों ने भाग लिया जिनमें 180 भारत से थे जिन्हें भारतीय अभियान की राष्ट्रीय समन्वय समिति ने भेजा। सभा की आयोजक संस्थाओं ने इस वैश्विक गठबंधन को वैश्विक जनस्वास्थ्य आंदोलन के तौर पर जारी रखने का निर्णय किया।

इससे पूर्व 30 नवंबर और 1 दिसंबर, 2000 को कलकत्ता में हुई भारतीय राष्ट्रीय स्वास्थ्य सभा इसी अंतरराष्ट्रीय प्रक्रिया से जुड़ी थी। 20 राज्यों में व्यापक संगठनात्मक सक्रियता के परिणामस्वरूप, इस सभा के दौरान, लगभग 2,000 प्रतिनिधि इकट्ठा हुए। इस राष्ट्रीय सभा ने भारतीय जनस्वास्थ्य आंदोलन के मुख्य उद्देश्य निर्धारित किए और उन मुद्दों को अलग किया जिन पर भारत में जनस्वास्थ्य आंदोलन विशेष ध्यान देगा। इसमें 20-सूत्री भारतीय जनस्वास्थ्य चार्टर को स्वीकार किया गया जिसमें भूमंडलीकरण के संदर्भ में भारतीय स्वास्थ्य परिदृश्य के आलोचनात्मक विश्लेषण की रूपरेखा थी। सभा में जनस्वास्थ्य अभियान की आपसी समझ और उद्देश्यों पर बयान भी जारी किया गया।

जो राष्ट्रीय नेटवर्क और संस्थाएं, स्वास्थ्य सभा के लिए एकजुट हुए, उन्होंने इस आंदोलन के गठबंधन को 'जनस्वास्थ्य अभियान', के रूप में जारी रखने और बढ़ाने का निर्णय लिया।

जनस्वास्थ्य अभियान की आवश्यकता

चिकित्सा और विज्ञान में तरक्की के बावजूद, विभिन्न वर्ग के लोगों के बीच स्वास्थ्य असमानता बढ़ रही है और यह भारतीय आबादी के एक बड़े हिस्से के घटिया स्वास्थ्य का सूचक है। स्थायी गरीबी के साथ-साथ एचआईवी/एड्स सहित महामारियों तथा संक्रमणकारी रोगों में बढ़ोतरी और जनस्वास्थ्य व्यवस्था की कमजोरी से पिछली स्वास्थ्य उपलब्धियां निष्प्रभावी हो गईं हैं। इसका संदर्भ आय की असमानता, सामाजिक सेवाओं की घटती पहुंच और चिंताजनक लैंगिक असमानता है।

हम इन रुझानों को वैश्विक अर्थव्यवस्था के असमान ढांचे से जोड़ सकते हैं जो असमान भूमंडलीकरण, संपन्न ढांचागत समन्वयन नीतियों, गरीब देशों की स्थायी कर्जदारी, पक्षपातपूर्ण विश्व व्यापार व्यवस्था तथा अनियंत्रित वित्तीय सट्टेबाजी से और अधिक विषम हुआ। ये समस्याएं अंतरराष्ट्रीय संस्थाओं के प्रभाव और स्थिर या घटते जनस्वास्थ्य बजट से और बढ़ी ही हैं। स्वास्थ्य क्षेत्र में, मूलरूप से प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा नीतियों का सफलतापूर्वक क्रियान्वयन न होने से स्वास्थ्य संकट गहरा गया है जिसके निम्न लक्षण हैं :

- समग्र सामाजिक नीति के हिस्से के रूप में, व्यापक स्वास्थ्य सेवाओं की सार्वभौम पहुंच के लक्ष्य से पीछे हटना।
- समुदायों को प्रतिभागिता के अपर्याप्त अवसर, स्वास्थ्य सेवाओं के विकास के लिए नीति निर्धारण के वास्तविक अधिकार का अभाव।
- स्वास्थ्य सेवाओं के निजीकरण की नीति के फलस्वरूप सभी स्तरों पर राज्य की घटती हुई जिम्मेदारी जिसका गरीबों पर बुरा असर पड़ता है। यह निजी चिकित्सा सेवाओं की अनियंत्रित प्रचुरता से जुड़ा हुआ है जो साधारण लोगों की पहुंच से बाहर हैं और लाभ के लिए अतार्किक और अनैतिक ढंग अपना सकते हैं।
- स्वास्थ्य की संकीर्ण और तकनीकोन्मुखी अवधारणा और स्वास्थ्य सेवा को मानव अधिकार के बजाय एक वस्तु के रूप में देखने की बढ़ती प्रवृत्ति।

इस स्थिति को देखते हुए, जनस्वास्थ्य सभा में शामिल संस्थाओं ने एक स्वास्थ्य आंदोलन जारी रखने का निर्णय लिया। इस गठबंधन के मुख्य लक्ष्यों का विस्तृत वर्णन जनस्वास्थ्य प्रपत्र में किया गया है जो संक्षेप में इस प्रकार हैं :

- जनस्वास्थ्य अभियान का लक्ष्य असमान भूमंडलीकरण की नीतियों का भारतीय नागरिकों, विशेषकर गरीबों के स्वास्थ्य पर दुष्प्रभाव की ओर ध्यान आकर्षित करना है।
- यह अभियान वर्ष 2000 बीत जाने पर भी 'सबके लिए स्वास्थ्य 2000 तक' की प्रतिज्ञा पूरी न किए जाने पर जनता का ध्यान केंद्रित करना चाहता है। इस ऐतिहासिक वादे में फिर से जान फूंक कर इसे आगे बढ़ाने और स्वास्थ्य के अधिकार व स्वास्थ्य सेवा को मौलिक मानव अधिकार के रूप में स्थापित करने के लिए इस अभियान की आवश्यकता है।
- भारत में निजीकरण पर जोर और घटिया नियंत्रक मशीनरी की वजह से राज्यों के पीछे हटने के कारण चिकित्सा सेवा का वाणिज्यीकरण और बढ़ा है। अतार्किक, अनैतिक और शोषणकारी चिकित्सा पद्धतियां फल-फूल रही हैं। जनस्वास्थ्य आंदोलन इस वाणिज्यीकरण पर तत्काल रोग लगाने और निजी चिकित्सा सेवाओं पर खर्च के सीमा निर्धारण जैसे न्यूनतम मापदंड और स्वास्थ्य सेवा के लिए तार्किक दिशानिर्देश की आवश्यकता प्रकट करता है।
- भारत के परिप्रेक्ष्य में स्वास्थ्य सेवा नीतियां अक्सर प्रौद्योगिकी-केंद्रित और ऊपर-से-नीचे की सोच वाली होती हैं जिससे सीमित संसाधनों की और बर्बादी होती है जबकि वांछित स्वास्थ्य सुधार नहीं हो पाता। जनस्वास्थ्य अभियान स्वास्थ्य सेवाओं के विकेंद्रीकरण और स्वास्थ सेवा की ऐसी समन्वित, व्यापक और प्रतिभागी नीतियों की आवश्यकता पर बल देता है जिससे 'जनस्वास्थ्य जनता के हाथ' हो।
- जनस्वास्थ्य अभियान जनता से ऐसी पहल चाहता है जिससे गरीबों और हाशिये पर रहने वाली आबादी न सिर्फ अपने विकल्पों को एकजुट कर सके साथ ही बेहतर स्वास्थ्य सेवा तक भी उसकी पहुंच हो।

संगठन

जनस्वास्थ्य अभियान एक राष्ट्रीय गठबंधन है जिसमें स्वयंसेवी संस्थाओं और जन आंदोलन के वे सभी 18 नेटवर्क शामिल हैं जो देश की स्वास्थ्य सेवा सुविधा और स्वास्थ्य नीति से जुड़े हुए हैं और वर्ष 2000 में चलाए गए जनस्वास्थ्य सभा अभियान का हिस्सा हैं। इसमें सैकड़ों संस्थाएं ऐसी हैं जो देशभर में राज्य, जिला और ब्लॉक स्तर पर कार्यरत हैं। जनस्वास्थ्य अभियान की राष्ट्रीय समन्वय समिति में लोक विज्ञान नेटवर्क, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नेटवर्क, राष्ट्रीय महिला संगठन और जनांदोलन तथा विकासोन्मुखी संस्थाओं के नेटवर्क शामिल हैं। जनस्वास्थ्य अभियान की इकाइयां और संपर्क-सूत्र वर्तमान में इन राज्यों में कार्यरत हैं - आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, दिल्ली, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा, राजस्थान, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तरांचल, पश्चिम बंगाल।

प्रभावी नीतिगत हस्तक्षेप हेतु जनस्वास्थ्य अभियान की सदस्य-संस्थाओं द्वारा कई रणनीतियां काम में लाई जाती हैं। इनमें स्वास्थ्य मुद्दों पर सार्वजनिक सूचना और शिक्षा, स्वास्थ्य संबंधी पूछताछ, जनसुनवाई, स्वास्थ्य संवाद, संगोष्ठी और सांस्कृतिक कार्यक्रमों के माध्यम से सामाजिक सक्रियता, नीति निर्धारकों को स्वास्थ्य सेवा में नीतिगत मुद्दों, शिकायतों और कमियों पर प्रतिवेदन और लोगों से संबंधित स्वास्थ्य मुद्दों पर सर्वेक्षण व उनका अध्ययन भी शामिल है। इनके अतिरिक्त, जनस्वास्थ्य अभियान नेटवर्क ने अपने-अपने राज्यों में कई गतिविधियों और कार्यक्रमों का आयोजन किया है।

जनस्वास्थ्य अभियान ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002 की समालोचना विकसित की ताकि सभी जनस्वास्थ्य सदस्य संस्थाओं को जानकारी मिल सके। इसका व्यापक प्रसार हुआ व इसे छोटी पुस्तिका के रूप में प्रकाशित भी किया गया। वैकल्पिक प्रस्तावों सहित विस्तृत समालोचना स्वास्थ्य मंत्रालय को भी सौंपी गई। इसी प्रकार, राष्ट्रीय औषध नीति पर प्रारूप अवस्था में ही चर्चा की गई और अभियान द्वारा एक समालोचना बनाई गई जिस पर व्यापक विचार-विमर्श हुआ।

जनस्वास्थ्य अभियान से जुड़े संगठनों ने विभिन्न राज्यों में 'भोजन का अधिकार' अभियान में बढ़-चढ़ कर हिस्सा लिया। सर्वोच्च न्यायालय में दाखिल जनहित याचिका के संदर्भ में और एक उभरते अभियान के रूप में फरवरी 2002 में दोपहर का भोजन योजना आरंभ की गई। तदुपरांत जनस्वास्थ्य अभियान घटकों द्वारा विभिन्न राज्यों में दोपहर का भोजन योजना की स्थिति व अन्य योजनाओं के सर्वेक्षण भी किए गए। 2003 में जनस्वास्थ्य अभियान द्वारा 'भूख-निगरानी समूह' का गठन किया गया जिसमें जनस्वास्थ्य और पोषाहार विशेषज्ञ शामिल थे। इसने भुखमरी से मौत के मामलों में पड़ताल के लिए जांचविधि का प्रारूप तैयार किया। इस समूह ने भोपाल में अगस्त 2003 में भुखमरी संबंधी जांच विधि पर कार्यकर्ताओं के लिए एक राष्ट्रीय कार्यशाला का आयोजन किया।

जनवरी 2003 में हैदराबाद में एशियाई सामाजिक फोरम के दौरान जनस्वास्थ्य अभियान के सहयोग से उसकी घटक संस्थाओं द्वारा स्वास्थ्य के मुख्य मुद्दों पर कई कार्यशालाओं और संगोष्ठियों का आयोजन किया गया। जनवरी 2004 में वैश्विक जनस्वास्थ्य आंदोलन द्वारा स्थानीय जनस्वास्थ्य अभियान, मुंबई के सहयोग से एक अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य फोरम का आयोजन किया गया। विश्व सामाजिक फोरम के आयोजन के साथ ही 2004 में मुंबई में आयोजित दो-दिवसीय फोरम में 50 देशों के 700 स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं ने भाग लिया। विश्व सामाजिक फोरम में जनस्वास्थ्य अभियान ने राष्ट्रीय गठबंधन के रूप में हिस्सा लिया।

12 मार्च, 2004 को लोकसभा चुनावों से पूर्व, जनस्वास्थ्य अभियान द्वारा दिल्ली में विभिन्न राजनीतिक दलों के प्रतिनिधियों के साथ स्वास्थ्य मुद्दों पर एक जनसंवाद का आयोजन किया गया। इसमें लगभग 300 लोगों ने हिस्सा लिया जिसमें पांच राजनीतिक दलों के सदस्य भी शामिल थे। जनस्वास्थ्य अभियान के प्रतिनिधियों द्वारा एक नीतिगत प्रारूप बनाया गया जिसमें वर्तमान स्वास्थ्य परिदृश्य और स्वास्थ्य सेवा में राजनैतिक पहल की बात कही गई। इसमें स्वास्थ्य को मौलिक अधिकार बनाने और जनस्वास्थ्य पर बजटीय आवंटन बढ़ाने पर बल दिया गया। इसके बाद राजनीतिज्ञों द्वारा स्वास्थ्य पर सामाजिक, न्यायिक, आर्थिक और स्वास्थ्य सेवा विशेषज्ञों से विचार-विमर्श किया गया।

जनस्वास्थ्य अभियान द्वारा सितंबर 2004 में दिल्ली में जनसंख्या नीतियों पर लोक अधिकरण का आयोजन किया गया। मशहूर हस्तियों और कार्यकर्ताओं वाले इस अधिकरण के समक्ष 14 राज्यों से 120 लोग उपस्थित हुए जो बाध्यकारी नीतियों के शिकार थे। इससे यह तथ्य उजागर हुआ कि छोटे परिवार को बढ़ावा देने के नाम पर दो बच्चों की शर्त का उल्लंघन करने के कारण राजस्थान, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़ और हरियाणा के लगभग 4,000 स्त्री-पुरुषों को पंचायत पदों के अयोग्य ठहरा दिया गया।

जनस्वास्थ्य अभियान द्वारा कलकत्ता में 16-17 अप्रैल, 2005 घटक नेटवर्क संगठनों के सहयोग से 'भारत में औषध नीति और आवश्यक दवाओं तक पहुंच' विषयक एक राष्ट्रीय संगोष्ठी का आयोजन किया गया। इस संगोष्ठी में, देश के विभिन्न हिस्सों से लगभग 100 प्रतिनिधियों ने भाग लिया जिनमें से प्रसिद्ध विशेषज्ञों ने औषध नीति से जुड़े मुद्दों पर शोधपत्र प्रस्तुत किए। भूमंडलीकरण के परिप्रेक्ष्य में एक युक्तिसंगत दवा नीति के निर्धारण हेतु चार पृष्ठों का कोलकाता घोषणा पत्र जारी किया गया।

स्वास्थ्य सेवा का अधिकार

देश में विभिन्न स्तरों पर जनस्वास्थ्य सेवा के गिरते स्तर के संदर्भ में जनस्वास्थ्य अभियान द्वारा 'सबके लिए स्वास्थ्य' घोषणा की रजतजयंती के अवसर पर 6 सितंबर, 2003 को एक 'स्वास्थ्य सेवा अधिकार अभियान' आरंभ किया गया। इस अवसर पर, राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग के अध्यक्ष, न्यायमूर्ति ए.एस. आनंद की उपस्थिति में मुंबई में एक राष्ट्रीय जनपरामर्श आयोजित किया गया जो 'जनसुनवाई' जैसा था। 16 राज्यों के 250 से अधिक प्रतिनिधियों ने इसमें भाग लिया और देश के विभिन्न भागों से स्वास्थ्य सेवा वंचन के 60 मामले भी पेश हुए। पेश हुए मामले मौलिक जनस्वास्थ्य सेवाओं की अनुपलब्धता के परिणामस्वरूप सर्पदंश आदि से होने वाली मृत्यु, खराब परिवार कल्याण सेवाओं के कारण महिलाओं की मृत्यु और उचित देखभाल के अभाव में सामान्य बीमारियों में होने वाली बच्चों की मृत्यु से संबंधित थे। इस अवसर पर न्यायमूर्ति आनंद ने स्वास्थ्य अधिकार को मान्यता दिए जाने की आवश्यकता पर बल दिया और इन्हें सुनिश्चित कराने का आश्वासन दिया।

इसके बाद अभियान के तहत स्वास्थ्य सेवा वंचन के मामलों की 'जनसुनवाई' का आयोजन किया गया, जहां सरकारी कर्मचारियों और दो लोक प्रतिनिधि न्यायाधीशों के सामने हजारों लोगों की उपस्थिति में स्वास्थ्य सेवा वंचन के मामले पेश किए गए। केवल महाराष्ट्र में ही 2004 में विभिन्न क्षेत्रों में स्वास्थ्य उल्लंघन पर छह जनसुनवाइयों का आयोजन किया गया। जनसुनवाई दूरस्थ, आदिवासी और ग्रामीण क्षेत्रों के अलावा मुंबई, बंगलौर जैसे महानगरों में भी आयोजित की गई। इस अनोखी रणनीति से जहां स्वास्थ्य अधिकार वंचन के मामले उजागर हुए, वहीं जनस्वास्थ्य सेवा को बेहतर बनाने और जवाबदेही सुनिश्चित करने का दबाव बनाया गया और जनसामान्य में स्वास्थ्य अधिकारों की जागरूकता बढ़ी क्योंकि इन जनसुनवाइयों को स्थानीय मीडिया द्वारा व्यापक कवरेज मिली।

जुलाई 2004 में राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग द्वारा जनस्वास्थ्य अभियान के सहयोग से, स्वास्थ्य सेवा अधिकार पर क्षेत्रीय जन सुनवाई का आयोजन किया गया जिसमें राष्ट्रीय स्तर पर व्यक्तिगत और ढांचागत स्वास्थ्य अधिकार हनन के मामलों में कार्यवाही की प्रक्रिया शुरू की गई। स्वास्थ्य अधिकार पर इन जनसुनवाई कार्यक्रमों में राज्यों के विभिन्न क्षेत्रों और कई जिलों से सैकड़ों प्रतिनिधियों ने भाग लिया। स्वास्थ्य अधिकार पर क्षेत्रीय जनसुनवाइयों का आयोजन देश के 30 राज्यों के विभिन्न क्षेत्रों में किया गया। पश्चिमी क्षेत्र में (भोपाल, जुलाई 2004), दक्षिणी क्षेत्र में (चेन्नई, अगस्त 2004), उत्तरी क्षेत्र में (लखनऊ, सितंबर 2004), पूर्वी क्षेत्र में (रांची, अक्तूबर 2004) और पूर्वोत्तर क्षेत्र में (गुवाहाटी, नवंबर 2004) को ये आयोजन किए गए। इस अनोखे जनसुनवाई कार्यक्रम का अखबारों के माध्यम से प्रचार किया गया। परिणामस्वरूप बड़ी संख्या में लोगों ने स्वास्थ्य सेवा वंचन के मामलों में अपनी गवाही दी। इस अभियान में 200 से अधिक मामले दर्ज किए गए। इससे यह भी जागरूकता आई कि स्वास्थ्य सेवा वह अधिकार और पात्रता है जिसे लोग मांग कर हासिल कर सकते हैं।

इन क्षेत्रीय जनसुनवाइयों के परिणामस्वरूप 16 से 17 दिसंबर, 2004 को एक ऐतिहासिक राष्ट्रीय घटना के रूप में स्वास्थ्य सेवा अधिकार पर एक राष्ट्रीय जनसुनवाई का आयोजन किया गया। केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्री डा. अंबुमणि रामदास, राष्ट्रीय मानवाधिकार के अध्यक्ष न्यायमूर्ति ए.एस. आनंद, केंद्रीय स्वास्थ्य परिवार कल्याण सचिव पी. होता, देश के सभी राज्यों के स्वास्थ्य सचिव और उच्चाधिकारी और अधिकतर राज्यों से लगभग 100 जनस्वास्थ्य अभियान प्रतिनिधि इस राष्ट्रीय जनसुनवाई में शामिल हुए। विभिन्न अंतरराष्ट्रीय संधियों, जिनमें सीईएससीआर की सामान्य टिप्पणी 14 और संवैधानिक दायित्व शामिल हैं, के संदर्भ में स्वास्थ्य अधिकार हनन के ढांचागत स्वभाव को उजागर करती कई प्रस्तुतियां जनस्वास्थ्य अभियान प्रतिनिधियों ने कीं। इनमें पांच क्षेत्रीय परिदृश्य

और एक राष्ट्रीय विश्लेषण शामिल थे। क्षेत्रवार उल्लंघनों पर नौ विशेष सत्रों का आयोजन किया गया और प्रत्येक की अध्यक्षता जनस्वास्थ्य अभियान नेटवर्क के विशेषज्ञों ने की - महिलाओं को स्वास्थ्य सेवा अधिकार, बच्चों को स्वास्थ्य सेवा अधिकार, मानसिक स्वास्थ्य अधिकार, संकर्षण और विस्थापन से उत्पन्न परिस्थितियों में स्वास्थ्य अधिकार, निजी चिकित्सा क्षेत्र के संदर्भ में स्वास्थ्य अधिकार, व्यावसायिक और पर्यावरणीय स्वास्थ्य अधिकार, जीवनरक्षक दवाओं का अधिकार और शहरी स्वास्थ्य सेवा का अधिकार। इस जनसुनवाई का समापन राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग द्वारा प्रस्तुत 'स्वास्थ्य सेवा के अधिकार के क्रियान्वयन के लिए राष्ट्रीय कार्ययोजना' से हुआ।

भारत में स्वास्थ्य सेवा अधिकार अभियान अब तक का एक अनोखा प्रयोग है। इसमें हजारों आम लोगों द्वारा स्वास्थ्य सेवा संबंधी कमियों को उजागर किया गया और इसके माध्यम से स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को स्वास्थ्य अधिकार के हनन, पात्रता और रणनीति के बारे में एक नई दिशा मिली। इस प्रक्रिया में महत्वपूर्ण परंतु उपेक्षित मानवाधिकार संबंधी स्वास्थ्य क्षेत्र में राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग का योगदान परिलक्षित हुआ। जनस्वास्थ्य अभियान द्वारा विभिन्न राज्यों में स्वास्थ्य सेवा अधिकार की राष्ट्रीय कार्ययोजना का क्रियान्वयन सुनिश्चित करने के लिए इकाइयों के माध्यम से प्रयास किए गए, साथ ही जनस्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए सरकार से संवाद भी जारी रहा।

जनस्वास्थ्य अभियान की उपलब्धियां

स्वास्थ्य क्षेत्र में कार्यरत व्यक्ति और अन्य सामाजिक सरोकार वाले व्यक्ति, स्वयंसेवी संस्था, समुदाय आधारित संगठन, जनांदोलन, महिला समूह, युवा समूह और जनस्वास्थ्य से जुड़े अन्य संगठन, सभी जनस्वास्थ्य अभियान में सहयोग दे सकते हैं। जनस्वास्थ्य अभियान में निम्न प्रकार से सहयोग किया जा सकता है :

- बेहतर स्वास्थ्य सेवा हेतु स्थानीय जनस्वास्थ्य अभियान नेटवर्क से सहयोग, जनस्वास्थ्य संस्थाओं और निजी डाक्टरों से संवाद।
- जनस्वास्थ्य व्यवस्था को सुदृढ़ बनाने के लिए स्वास्थ्य सेवा अधिकार अभियान में शामिल होकर स्वास्थ्य सेवा वंचन के मामलों को दर्ज कराना और संबंधित अधिकारी के समक्ष प्रस्तुत करना।
- जनस्वास्थ्य प्रपत्र के कार्यबिंदुओं, जैसे महिला स्वास्थ्य अधिकार, बाल स्वास्थ्य अधिकार, तर्कसंगत दवा नीति, जनसंख्या नीति आदि पर पोस्टर प्रदर्शनी का आयोजन करना।
- जनस्वास्थ्य की वर्तमान दशा पर समग्र प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधा और अन्य जनस्वास्थ्य अभियान मुद्दों पर समाचारपत्रों और पत्रिकाओं में लिखना।
- 'स्वास्थ्य एक मौलिक मानव अधिकार है' और 'सबके लिए स्वास्थ्य' के संदेश का व्यापक प्रचार करना। ❑

(लेखक पुणे स्थित साथी–सेहत नामक संस्था में वरिष्ठ कार्यक्रम समन्वयक हैं और वर्तमान में जनस्वास्थ्य अभियान के राष्ट्रीय सचिवालय का प्रभार देख रहे हैं)

आपका विश्वास हमारा प्रयास

दर्शनशास्त्र
द्वारा

K.K. YADAV
(NET, L.L.B.)

विगत 5 वर्षों का अनुभव, जिनके मार्ग दर्शन में
पंकज कुमार 14वां स्थान IAS-2001,
घनश्याम गुप्ता S.T.O.U.P.PCS-2002,
शत्रोहन सिंह 11वां स्थान U.P.P.C.S.2002,
दीपक कुमार 150वां स्थान IAS-2004,
आनन्द कुमार 237वां स्थान IAS-2004,
जैसे विद्यार्थियों ने सफलता प्राप्त की।

* अवधारणाओं (Concept) के स्पष्टीकरण पर जोर।
* प्रत्येक रविवार को अनिवार्य रूप से टेस्ट।
* क्लॉस नोट्स।
* Personality Development पर जोर।

हम 5-C को लक्ष्य बनाकर चलते हैं,
ताकि हमेशा बेहतर कर सकें-
Concept, Clarity, Commitment,
Confidence & Consistence.

नया बैच प्रारम्भ
जुलाई के दूसरे सप्ताह से

SHIVAM IAS
STUDY CIRCLE
(A CENTRE OF PHILOSOPHY)

537, IInd Floor, Dr. Mukherjee Nagar, Delhi-9.
Phone: 9868330380, 9868001356

YH/7/5/19

टेलीमेडीसिन - विशिष्ट स्वास्थ्य सेवा का सामान्य माध्यम

❍ एम.एन. सत्यनारायण
एल.एस. सत्यमूर्ति

टेलीमेडीसिन सुविधा के द्वारा हजारों किलोमीटर दूर रहने वाले विशेषज्ञ डॉक्टर और मरीज एक दूसरे को आमने-सामने देखकर बातचीत कर सकते हैं। इसके द्वारा डॉक्टर मरीजों की शारीरिक और मानसिक स्थिति का पता लगा सकते हैं। इस प्रकार सूचना और दूरसंचार प्रौद्योगिकी के उपयोग से स्वास्थ्य सेवाओं के दायरे का तेजी से विस्तार संभव है। सुदूर क्षेत्रों के मरीजों के कारगर इलाज के लिए यह प्रणाली शुरू की गई है

एक प्रचलित कहावत है - स्वास्थ्य ही धन है। इसके बावजूद हमारे देश के केवल बड़े शहरों में ही अच्छी स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध हैं। विशिष्टता प्राप्त स्वास्थ्य सेवाएं तो सभी शहरों में भी उपलब्ध नहीं हैं। ऐसी सेवाएं सिर्फ महानगरों में ही उपलब्ध हैं। इसका कारण यह है कि लगभग 80 प्रतिशत डॉक्टर शहरों में हैं। किंतु देश की 80 प्रतिशत जनसंख्या गांवों में रहती है। दुर्गम और पहुंच से परे ग्रामीण क्षेत्रों में अपर्याप्त चिकित्सा सुविधाओं के कई कारण हैं। एक ओर तो सुविधाओं की कमी के कारण डॉक्टरों के लिए गांवों में टिकना कठिन है, वहीं दूसरी ओर डॉक्टरों की यह धारणा है कि वे कुछ समय के लिए पेशेवर तौर पर अलग-अलग पड़ जाएंगे।

नई प्रौद्योगिकी

उपरोक्त समस्या काफी विकराल है। पर आधुनिक प्रौद्योगिकी के माध्यम से इस समस्या का समाधान संभव है। उपभोक्ता-हितैषी उपकरणों के द्वारा इसका हल काफी आसान है। जरूरत केवल इस बात की है कि संबंधित व्यक्ति को इसे अपनाने के बारे में जानकारी होनी चाहिए।

संचार प्रौद्योगिकी, सूचना प्रौद्योगिकी और चिकित्सा प्रौद्योगिकी के सार्थक और किफायती समन्वय को टेलीमेडीसिन कहा जाता है। इसके माध्यम से किसी भी इलाके में घर बैठे विशिष्टतापूर्ण चिकित्सा सुविधा प्राप्त की जा सकती है, चाहे वह द्वीप समूह, पहाड़ी क्षेत्र, सुदूर स्थान अथवा जनजातीय क्षेत्र क्यों न हो। इन प्रौद्योगिकियों को एक साथ जोड़कर, इस अवधारणा को सफलतापूर्वक प्रदर्शित किया जा चुका है।

टेलीमेडीसिन पद्धति में कंप्यूटर के साथ ईसीजी अथवा एक्सरे मशीन अथवा एक्सरे फोटो परीक्षण के लिए एक्सरे स्कैनर से जुड़ा मेडीकल सॉफ्टवेयर शामिल है। मरीजों के बारे में एक्सरे छायाचित्र, ईसीजी अथवा रक्त जांच रिपोर्ट को संख्यात्मक रूप में निरूपित करने वाले इस कंप्यूटर के द्वारा संचार-सूत्र के माध्यम से विवरणों को विशिष्टता प्राप्त अस्पताल तक भेजा जाता है। संचार-सूत्र के रूप में उपग्रह वीएसएटी प्रणाली अथवा भू-स्थैतिक लाइनों का इस्तेमाल किया जाता है। अगले चरण में विशिष्टता प्राप्त केंद्र में प्राप्त रिपोर्टों की विशेषज्ञों द्वारा जांच करके बीमारी का पता लगाने के साथ ही मरीजों के साथ टेलीमेडीसिन प्रणाली के माध्यम से वीडियो कांफ्रेंसिंग कर उपयुक्त उपचार के बारे में सुझाव दिए जाते हैं।

आम लोगों का विशेषज्ञों से संपर्क बनाना

इस प्रकार टेलीमेडीसिन सुविधा के द्वारा हजारों किलोमीटर दूर रहने वाले विशेषज्ञ डॉक्टर और मरीज एक दूसरे को आमने-सामने देखकर बातचीत कर सकते हैं। इसके द्वारा डॉक्टर मरीजों की शारीरिक और मानसिक स्थिति का पता लगा सकते हैं। इस प्रकार सूचना और दूरसंचार प्रौद्योगिकी के उपयोग से स्वास्थ्य सेवाओं के दायरे का तेजी से विस्तार संभव है। सुदूर क्षेत्रों के मरीजों के कारगर इलाज के लिए यह प्रणाली शुरू की गई है। यह अवधारणा जंगल की आग की तरह तेजी से फैल रही है। निश्चित तौर पर सुदूर और ग्रामीण क्षेत्रों के

लोग ही इससे लाभान्वित होते हैं।

भारतीय अंतरिक्ष अनुसंधान संस्थान ने बड़े पैमाने पर टेलीमेडीसिन की शुरुआत की है। इसका उद्देश्य आम लोगों के फायदे के लिए अंतरिक्ष प्रौद्योगिकी को इस्तेमाल में लाना है। वर्ष 2002 में इस प्रौद्योगिकी को प्रदर्शित करने के बाद से लेकर अब तक भारतीय अंतरिक्ष अनुसंधान संस्थान की ओर से लगभग 100 अस्पतालों में इस शीर्ष परियोजना की स्थापना की जा चुकी है। इनमें से 20 परियोजनाएं अत्यंत विशिष्टतापूर्ण अस्पतालों में और 80 परियोजनाएं सुदूर जिलों/तालुकों अथवा न्यास अस्पतालों में स्थापित की गई हैं।

इनके परिणाम काफी उत्साहवर्धक रहे हैं। हालांकि इनकी उपयोगिता और कार्यनिष्पादन स्तर भिन्न-भिन्न स्थानों के लिए अलग-अलग पाए गए हैं। कुछ सुदूर जिला अथवा न्यास अस्पतालों ने इस प्रौद्योगिकी का भरपूर इस्तेमाल किया है। केरल के चामराजा नगर जिला अस्पताल में तीन वर्ष के दौरान लगभग 15,000 मरीजों को किसी बड़े शहर की यात्रा किए बिना ही अति विशिष्ट अस्पतालों से परामर्श सेवाएं उपलब्ध कराई गई। इस सुविधा के द्वारा खास तीर्थस्थानों में भी जीवन रक्षा की गई है। दूरस्थ, विशिष्ट अस्पतालों के विशेषज्ञों से निर्देश प्राप्त करके इस सुविधा के द्वारा दुर्गम स्थानों में घायल जवानों के शरीर से गोलियां निकाली जा चुकी हैं। हाल में भारत के समुद्रतटीय क्षेत्रों और अंडमान और निकोबार द्वीपसमूह में आई सुनामी आपदा के दौरान भारतीय अंतरिक्ष अनुसंधान संस्थान के सौजन्य से उपलब्ध उपग्रह संचार आधारित टेलीमेडीसिन और ग्रामसैट नेटवर्क की लगातार सेवाएं ली गईं। इस आपदा के दौरान द्वीपसमूह में संचार सेवाएं प्रभावित हो गई थीं, पर इस प्रौद्योगिकी के द्वारा काफी कम समय में इन्हें फिर से स्थापित किया गया और चिकित्सा परामर्श के साथ ही राहत कार्य के लिए इसका उपयोग किया गया। इनके अनगिनत लाभ हैं।

बहुत से अन्य विभागों, अस्पतालों और एजेंसियों की ओर से टेलीमेडीसिन के इस्तेमाल के लिए जोरदार प्रयास किए जा रहे हैं। सूचना प्रौद्योगिकी मंत्रालय इस दिशा में अपनी सार्थक भागीदारी निभा रहा है। अतिविशिष्ट अस्पतालों की ओर से इसके लिए काफी सहयोग मिल रहा है और बहुत सी अन्य उत्साही और लोकहितकारी संस्थाएं और अस्पताल इस होड़ में शामिल हैं। कई राज्यों में इस सुविधा की स्थापना करने की अधिक जरूरत है। लोग इस प्रणाली की क्षमता और लाभ महसूस कर रहे हैं और वे इस सुविधा का विस्तार सभी जिला अस्पतालों तक कराने के लिए इच्छुक हैं।

नई चुनौतियां

ये सभी टेलीमेडीसिन से जुड़े सकारात्मक और उत्साहवर्द्धक पहलू हैं। पर सवाल यह उठता है कि क्या इस सुविधा को कायम करना और इसका इस्तेमाल करना निर्बाध और दोषरहित है? नई प्रणालियों और प्रौद्योगिकियों की शुरुआत के दौरान कठिनाइयां अवश्यम्भावी हैं। कुछ लोग ऐसे हैं जिन्हें अकारण ही रोजगार खोने का डर है। हालांकि यह प्रणाली उपभोक्ता अनुकूल है, फिर भी कुछ लोगों को कंप्यूटरों और अन्य उपकरणों के इस्तेमाल की जानकारी नहीं होने का डर है। इससे जुड़ी एक धारणा यह भी है कि इसकी स्थापना पर आनेवाली लागत अधिक है और इस कारण यह वित्तीय तौर पर व्यवहार्य नहीं है।

निश्चित तौर पर इन सभी समस्याओं का समाधान संभव है। 1980 के दशक के उत्तरार्द्ध में कंप्यूटरों की शुरुआत करने के कदम का भी विरोध किया गया था। लेकिन कंप्यूटर का इस्तेमाल आज एक स्वाभाविक और स्वस्थ संस्कृति का अभिन्न हिस्सा बन चुका है। टेलीफोन और मोबाइल फोन के इस्तेमाल की कहानी भी इनसे भिन्न नहीं है।

इस प्रकार टेलीमेडीसिन एक वास्तविकता है। जरूरत इस बात की है कि इन प्रणालियों को उपभोक्ता हितैषी और किफायती बनाया जाए। उपभोक्ताओं को घनावरण से बाहर निकलकर इस प्रणालियों से परिचित होना चाहिए। लोगों के कल्याण के लिए प्रतिबद्ध बहुत से गैरसरकारी संगठनों और समाजसेवी संस्थाओं को सभी एजेंसियों द्वारा हरेक स्तर पर प्रोत्साहन देने और मदद करने की जरूरत है।

अत्याधुनिक सुविधाएं

भारत जैसे विकासशील देश में हम दूरस्थ परामर्श और शल्य चिकित्सा पश्चात परामर्श के लिए इस सुविधा का इस्तेमाल कर सकते हैं। इसके द्वारा मरीज विशिष्ट अस्पतालों की यात्रा करने से जुड़ी परेशानियों से निजात पा सकते हैं। किंतु एक सच्चाई यह भी है कि पूरे विश्व में प्रौद्योगिकी का विकास हो रहा है। अब हमारे सामने आधुनिक उपकरणों और औजारों के माध्यम में टेलीसर्जरी, टेलीरोबोटिक्स आदि विकल्प भी हैं। इनसे मरीजों के लिए उपलब्ध शल्य चिकित्सा का स्तर ऊंचा हो रहा है। इन सबसे निर्माण और सॉफ्टवेयर प्रौद्योगिकी के क्षेत्र में भी उनके अनुरूप स्तर सुधारने की जरूरत भी महसूस की जा रही है। इन उपकरणों और सॉफ्टवेयर की विश्वसनीयता और गुणवत्ता ऊंचे दर्जे की होनी चाहिए। डेटा की गुणवत्ता और डेटा अंतरण अपने आप में ही काफी ऊंचे स्तर की प्रणाली द्वारा संभव है। इसके लिए उपयुक्त स्तर की प्रौद्योगिकी के सृजन और उसके रखरखाव की जरूरत है। आधुनिक प्रौद्योगिकियों को एक साथ जोड़कर टेलीमेडीसिन के सामाजिक और नैतिक पहलुओं की ओर ध्यान देने की जरूरत है।

लोगों को टेलीमेडीसिन और टेलीहेल्थ तथा पूरे विश्व में हो रहे प्रौद्योगिकीय विकास, उन्हें इस्तेमाल करने के तरीके आदि के बारे में बताना जरूरी है। इसे ध्यान में रखकर बंगलौर में 17 से 19 मार्च, 2005 तक एक अंतरराष्ट्रीय टेलीमेडीसिन सम्मेलन आयोजित किया गया। सम्मेलन में भागे लेने वाले अंतरराष्ट्रीय विशेषज्ञों ने आम लोगों के फायदे के लिए अपने विचारों और अनुभवों के बारे में जानकारी दी। जल्दी ही टेलीमेडीसिन के द्वारा देश के सुदूर और ग्रामीण क्षेत्रों के स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित लोगों को विशिष्ट स्वास्थ्य सुविधाओं से जोड़ दिया जाएगा। यह सपना हकीकत में बदल रहा है। ❑

(लेखकद्वय भारतीय अंतरिक्ष अनुसंधान संस्थान, बंगलौर के क्रमशः अंतरिक्ष उद्योग विकास में कार्यकारी निदेशक और कार्यक्रम समन्वयक, टेलीमेडीसिन हैं)

समन्वित चिकित्सा से स्वास्थ्य रक्षा

○ मनीषा जैन

समन्वित चिकित्सा सर्वांगीण दृष्टिकोण लेकर चलती है। यह व्यक्ति को उसके मस्तिष्क, भावनाओं, ऊर्जाओं, भोजन तथा परिवेश के संदर्भ में समग्रता में देखती है। यह व्यक्ति को हृदय, फेफड़े, यकृत, अस्थियों तथा त्वचा जैसे अवयवों में अलग-अलग बांटकर देखने की बजाय उसके परिवेश के साथ एकमेव करके, समंजित एवं सहकारी रूप में देखती है

आज की भाग-दौड़, तनावपूर्ण और आपाधापी वाली जीवनशैली की वजह से स्वास्थ्य की हानि तथा मनोवैज्ञानिक बीमारियां चकित नहीं करतीं। यह ठीक है कि एलोपैथी चिकित्सा पद्धति में किसी भी बीमारी के लिए अनेक दवाइयां हैं। विगत कुछ वर्षों में एक रोचक प्रवृत्ति यह उभरी है कि अब चिकित्सक अपने मरीजों के उपचार के लिए दो या दो से अधिक चिकित्सा पद्धतियों का समन्वय करने लगे हैं। उदाहरण के लिए, पेप्टिक अल्सर के मरीज के शीघ्र स्वास्थ्य लाभ तथा घावों को जल्दी भरने के लिए चिकित्सक एलोपैथी दवाइयों के साथ-साथ रेकी पद्धति भी अपना सकते हैं।

पहले वैकल्पिक चिकित्सा पद्धतियों को अधिकांश एलोपैथी चिकित्सक अस्वीकार करते थे। लेकिन अब वे इन्हें उचित मान और स्वीकृति प्रदान करने लगे हैं। वास्तविकता यह है कि अब मरीजों के शीघ्र स्वास्थ्य लाभ के लिए उपचार पद्धतियों का समन्वय करने की प्रवृत्ति बढ़ती ही जा रही है। स्वास्थ्य एवं वैकल्पिक उपचारों की आवश्यकता को स्वीकृति प्रदान करते हुए परिवार कल्याण मंत्रालय ने भी अब एक अलग भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होमियोपैथी विभाग का गठन कर दिया है।

शोध एवं सर्वेक्षणों से जाहिर होता है कि पुरानी एवं दु:साध्य बीमारियों के उपचार में पारंपरिक चिकित्सा विधि की तुलना में वैकल्पिक विधियां अधिक प्रभावी सिद्ध होती हैं। वैज्ञानिक तथ्य भी पुष्ट करते हैं कि हृदयरोग, कैंसर, दमा, मधुमेह, जोड़ों के दर्द, मानसिक असंतुलन तथा अस्थि रोग जैसी अनेकानेक दु:साध्य बीमारियों के उपचार में पोषक चिकित्सा विधियां अधिक प्रभावी होती हैं। पोषक चिकित्सा विधियां न केवल सुरक्षित होती हैं, बल्कि बीमारियों को दबाने की बजाय उनका पूर्ण निदान करने की इनकी सामर्थ्य की वजह से भी लोग उनकी ओर प्रवृत्त होते हैं।

मौजूदा चिकित्सा पद्धति के अंतर्गत तथाकथित असाध्य बीमारियों से पीड़ित लोगों की मदद के लिए चिकित्सक अब उन पद्धतियों की सामर्थ्य का उपयोग करने पर जोर देते हैं जिनमें उक्त बीमारी का स्वतंत्र रूप से निदान करने की क्षमता है।

केरल में कार्यरत कपाल अस्थि चिकित्सक डा. माणिक हीरानंदानी के अनुसार, "सच्चा चिकित्सक अपने मरीज के सुरक्षित और त्वरित निदान के लिए सभी उपलब्ध चिकित्सा पद्धतियों के सर्वोत्तम पक्षों का अध्ययन और उपयोग करता है। इसकी वजह यह है कि उसकी बुनियादी रुचि अपने मरीज की बेहतरी होती है। इस प्रविधि को समन्वित चिकित्सा कहते हैं।"

समन्वित चिकित्सा सर्वांगीण दृष्टिकोण लेकर चलती है। यह व्यक्ति को उसके मस्तिष्क, भावनाओं, ऊर्जाओं, भोजन तथा परिवार के संदर्भ में समग्रता में देखती है। यह व्यक्ति को हृदय, फेफड़े, यकृत, अस्थियों तथा त्वचा जैसे अवयवों में अलग-अलग बांटकर देखने की बजाय उसके परिवेश के साथ एकमेव करके समंजित एवं सहकारी रूप में देखती है।

सभी चिकित्सा विधियां हमारे अंदर मौजूद नियामक एवं उपचार तंत्र की ताकतों का उपयोग करने का प्रयास करती हैं। लेकिन आजकल विज्ञान एवं प्रगति के मोह में हम प्राय: इस लक्ष्य की अनदेखी कर देते हैं।

चिकित्सा का मकसद केवल बीमार लोगों का उपचार करना नहीं होता, वरन स्वस्थ एवं सुखी रहने में उनकी मदद करना होता है। अच्छे स्वास्थ्य से व्यक्ति न केवल अपनी पूरी सामर्थ्य का उपयोग कर सकता है बल्कि बीमारियों से लड़ भी सकता है। अधिकांश चिकित्सक इस लक्ष्य की उपेक्षा कर देते हैं। प्राय: उनका प्रयास लक्षणों का उपचार करना भर होता है।

उपचार की बनिस्वत किसी रोग को होने से रोकना हमेशा आसान होता है। होमियोपैथी, आयुर्वेद तथा एक्यूपंक्चर जैसी चिकित्सा की समग्रतावादी विधियां हमेशा से उपचार के बदले निवारण पर अधिक जोर देती रही हैं। अभिप्राय यह कि बीमारी का उपचार उसके लक्षण प्रकट होने से पहले ही कर लिया जाए। इसका मकसद शरीर को नुकसान पहुंचने तथा किसी प्रकार की विकृति उत्पन्न होने से पहले ही व्यक्ति का उपचार कर लेना होता है। शुरू

में ही यदि बीमारी पकड़ ली जाए तो उसका उपचार आसान होता है। जैसे-जैसे मर्ज बढ़ता जाता है, शरीर के ऊतकों में क्षरण एवं परिवर्तन के कारण उसके लक्षण भी उतने ही गंभीर होते जाते हैं। इससे उपचार एवं स्वास्थ्य लाभ उतना ही कठिन होता चला जाता है।

समन्वित चिकित्सा विधि में चिकित्सक द्वारा मरीज का समुचित विश्लेषण कर लेने और रोग को समझ लेने के बाद प्रत्येक चिकित्सा प्रणाली के सर्वाधिक उपयुक्त हिस्से का चयन कर उन्हें दूसरी चिकित्सा प्रविधियों के उपयोगी निदान के साथ प्रयुक्त किया जाता है। इससे मरीज को उसकी आवश्यकता के अनुरूप सर्वोत्तम उपचार मिल पाता है, न कि किसी एक ही चिकित्सा प्रणाली में उपलब्ध उपचार।

प्रख्यात आमाशय रोगविज्ञानी डा. अश्विनी चोपड़ा ने एलोपैथी चिकित्सा के साथ-साथ रेकी एवं योग का सफलतापूर्वक उपयोग किया। इस प्रयोग में उन्हें मिली सफलता अपने आप में अप्रतिम उदाहरण है। डा. चोपड़ा का मानना है कि चिकित्सक में अपने मरीज के प्रति दया और स्नेह का भाव होना चाहिए। इसके लिए उसे सबसे पहले बेहतर मनुष्य बनना पड़ेगा बाकि सब बाद की बात है। "सच्चा चिकित्सक वह है जो मुक्त भाव से प्रेम बांट सकता हो।"

डा. चोपड़ा बताते हैं कि वह मरीज की प्रकृति के अनुरूप उपचार विधि का चयन करते हैं। वह कई वर्षों से रेकी विधि से उपचार कर रहे हैं। उनका मानना है कि उनके उपचार में आध्यात्मिकता का स्पष्ट तत्व विद्यमान होता है। वह प्रत्येक उपचार प्रार्थना के साथ आरंभ करते हैं - ईश्वर का धन्यवाद करते हुए तथा उनसे सहायता और मार्गदर्शन का अनुरोध करते हुए।

अपने उपचार को वैकल्पिक चिकित्सा विधियों के साथ समन्वित करने में उन्हें कोई कठिनाई नहीं होती। वह नियमित रूप से योग का अभ्यास करते हैं, रेकी के माध्यम से उपचार करते हैं तथा उन्होंने चक्रों का भी गहन अध्ययन किया है। वह बताते हैं कि विभिन्न चिकित्सा विधियों को मिलाने से उन्हें मरीज का उपचार करने से अधिक आनंद की अनुभूति होती है। "योग तथा रेकी द्वारा उपचार के निश्चित वैज्ञानिक आधार हैं। चक्र हमारे पार्थिव शरीर का एक भाग हैं। प्रत्येक चक्र हार्मोनों के एक सेट को नियंत्रित करता है। चक्र के दोषपूर्ण तरीके से कार्य करने के फलस्वरूप ही हमारे भौतिक शरीर में परिवर्तन होता है।"

डा. चोपड़ा का मानना है कि बेहतर परिणाम के लिए विभिन्न चिकित्सा प्रणालियों को समन्वित करने की विधि तेजी से लोकप्रिय हो रही है। अनेकानेक चिकित्सक अब इसका अनुसरण करने लगे हैं। वैकल्पिक चिकित्सा का एक बड़ा हिस्सा मरीज की आस्था पर निर्भर करता है। डा. चोपड़ा कहते हैं कि आस्था शरीर विज्ञान पर निर्भर होती है। मस्तिष्क से निकली आस्था उपचाराधीन अवयव तक पहुंचती है। इसमें नसें और रक्त वाहियां शामिल होती हैं। इसलिए चाहे जो भी प्रविधि अपनाई जाए, मानव के शरीर विज्ञानी पहलू की उपेक्षा नहीं की जा सकती।

प्रत्येक चिकित्सा प्रणाली कुछ बीमारियों को असाध्य मानती हैं, लेकिन उनका दूसरी प्रविधियों में उपचार उपलब्ध होता है। पश्चिमी चिकित्सा विधि हेपटाइटिस, उच्च रक्तचाप तथा पीठदर्द को अनिवारणीय मानती है। लेकिन अन्य विधियां इन्हें अनिवारणीय नहीं मानतीं। हृदय रोग, कैंसर, मधुमेह, मिरगी, पक्षाघात, पीठदर्द, नजला, गर्दन दर्द आदि के मामले में एलोपैथी चिकित्सा पद्धति में उपलब्ध उपचार अपर्याप्त हैं। लेकिन अन्य चिकित्सा प्रविधियों में इनके अनेक ऐसे उपचार हैं जिनसे शरीर को शक्ति मिलती है, बीमारी की रोकथाम होती है तथा नुकसान होने के बाद भी शरीर को पुन: ऊर्जावान बनाया जा सकता है।

ऐसे अनेक लोग हैं जो होमियोपैथी अथवा एक्यूप्रेशर या कोई अन्य वैकल्पिक चिकित्सा अपनाते हैं, लेकिन आपात स्थितियों में केवल एलोपैथी पर यकीन करते हैं। एक 44 वर्षीय स्कूल अध्यापक का मत है कि जब आप हृदय रोग अथवा कैंसर जैसी मारक बीमारियों से जूझ रहे हों तो आप वैकल्पिक चिकित्सा के बारे में नहीं सोच सकते। जोड़ों के दर्द की मरीज विद्या जैन रक्तचाप तथा कंधा जाम हो जाने की शिकायत का भी शिकार हैं। वह होमियोपैथी और एलोपैथी दोनों का इलाज कराती हैं। जोड़ों के दर्द के लिए वह दर्दनिवारक गोलियां लेती हैं। वह कहती हैं कि हालांकि अनेक लोगों ने उनके दर्द के लिए एक्यूपंचर अपनाने के लिए कहा है, लेकिन वह इसे नहीं अपना सकतीं। हां, अगर बीमारी बहुत गंभीर हो गई तो देखा जाएगा।

जीवन में संतुलन स्थापित करने तथा अच्छे स्वास्थ्य के लिए भी योग अपनाने के लिए कहा जा रहा है। योगाभ्यास की परंपरा प्राचीन काल से है। खास तरह की बीमारियों के इलाज के लिए अब तो अनेकानेक डाक्टर अपने मरीजों को विभिन्न योग क्रियाएं तथा आसन करने की सलाह दे रहे हैं। अधिकतर डाक्टर तो स्वयं अपना दिन योगाभ्यास एवं तेज-तेज चलकर आरंभ करते हैं। योग एक जीवनशैली है, तन-मन और आंतरिक ऊर्जा की शिक्षा की एक समन्वित प्रणाली। सही तरीके से जीने की इस कला का भारत में हजारों साल पहले विधान और प्रयोग किया गया था। लेकिन इसके लाभ आज भी उतने ही प्रभावशाली होते हैं जितने वे प्राचीन काल में होते थे। सबके साथ एकात्म हो जाना ही योग है।

एलोपैथी एवं होमियोपैथी उपचारों के साथ-साथ प्राय: योगासनों और मुद्राओं की सलाह दी जाती है। अन्नू कालरा एक निजी कंपनी में विज्ञापन निदेशक हैं। संतुलन तथा समंजन हासिल करने के लिए वह योग की पुरजोर वकालत करती हैं। योग एक जीवन शैली है। इसमें प्रत्येक क्षण को उद्देश्यपूर्ण तरीके से जिया जाता है। मानसिक रोगों के उपचार में योग प्रभावी होता है। सुश्री कालरा का कहना है कि यदि आप योगाभ्यास कर रहे हैं तो आप संतुलन की अवस्था में हैं। "योग में आधुनिक जीवन शैली से उत्पन्न व्याधियों के उपचार के लिए तुरंत लाभ वाली कोई गोली नहीं है..... आधुनिक समय की व्याधियां असंतुलन का परिणाम हैं। शरीर की कोई भी व्याधि इस बात का संकेत है कि शरीर में कहीं कुछ गड़बड़ है।"

जड़ी-बूटियों की चिकित्सा, जिसे पादप चिकित्सा भी कहते हैं, में पौधों और उसके अवयवों का चिकित्सकीय उपयोग किया जाता है। यह मुख्यत: आयुर्वेद, तिब्बती, सिद्ध तथा प्राकृतिक चिकित्सकों द्वारा प्रयुक्त किया जाता है, लेकिन प्राय: सभी विधियां उपचार के लिए किसी-न-किसी रूप में पौधों पर निर्भर होती हैं।

एलोपैथी में अनेक दवाओं में वनस्पतियों से प्राप्त वस्तुओं का उपयोग होता है। इसलिए एलोपैथ भी जड़ी-बूटियों से बनी दवाएं इस्तेमाल करते हैं। अधिकांश एनालजेसिक दवाएं वनस्पतियों से बनाई जाती हैं। गंध चिकित्सा (एरोमा थेरेपी) में मालिस, स्नान एवं श्वसन में अनिवार्य तेलों का प्रयोग किया जाता है। आयुर्वेद एवं एलोपैथी चिकित्सक इसका भी व्यापक इस्तेमाल करते हैं। उदाहरण के लिए, कंधों एवं पीठ की मांसपेशियों पर यूकेलिप्टस के तेल से मालिस करने से नसों और मांसपेशियों को आराम मिलता है। नजले एवं खराब गले के उपचार के लिए चिकित्सक गर्म पानी का भाप सांस में लेने की सलाह देते हैं। गर्म पानी में तुलसी के पत्तों का भी प्रयोग किया जाता है। इसे आप चाहें तो एरोमा थेरेपी कह लें, प्राकृतिक चिकित्सा अथवा सामान्य बुद्धि कह लें।

डा. हीरानंदानी कपाल अस्थि रोगों के विशेषज्ञ हैं और अनेक मर्तबा पीठदर्द का उपचार केवल मरीज की खोपड़ी पर कुछ क्रियाओं के द्वारा कर देते है। उन्होंने अपने उपचार में एक्यूपंक्चर, एक्यूप्रेशर, होमियोपैथी, प्राकृतिक चिकित्सा, बाख पुष्प चिकित्सा तथा गंध चिकित्सा का समन्वय किया है। वह अपने उपचार में मालिस का प्रयोग करते हैं तथा मरीजों को भोजन में नियंत्रण को सलाह भी देते हैं। मालिस का उपयोग प्राकृतिक चिकित्सक ही नहीं, फिजियोथेरेपिस्ट, आयुर्वेदिक तथा एलोपैथी चिकित्सक भी करते हैं।

बाख पुष्प चिकित्सा का नामकरण 19वीं शती के चिकित्सक डा. एडवर्ड बाख के नाम पर किया गया। उन्होंने फूलों को धूप में रखकर उनसे अल्कोहलिक अर्क निकाला और उनके बारे में बताया। समन्वित चिकित्सा चिंता, भय, आघात, अवसाद, आत्मविश्वास की कमी, क्रोध, ईर्ष्या, कडुवाहट आदि जैसी शारीरिक अवस्था में आश्चर्यजनक रूप से लाभकारी साबित हुई है। ये पद्धतियां मानसिक रोगों सहित उपचार की अधिकांश प्रविधियों के साथ उपयोगी होती हैं।

वैकल्पिक चिकित्सा में रोग सिद्धांत, विश्लेषण पद्धति तथा पारंपरिक चीनी चिकित्सा पद्धति, आयुर्वेद, प्राकृतिक चिकित्सा और योग सहित उपचार के अनेक विकल्प शामिल होते हैं। पारंपरिक पश्चिमी चिकित्सा प्रणाली जहां केवल शारीरिक एवं रोग विश्लेषण पर आधारित होती है, वैकल्पिक चिकित्सा वैकल्पिक प्रकल्पों पर आधारित होती है। उदाहरणार्थ, पूरब की अवधारणा 'ऊर्जा' को चीनी विधि में 'की' अथवा प्राकृतिक चिकित्सा में 'प्राण' के नाम से संबोधित किया जाता है। हालांकि गैरपारंपरिक चिकित्सा विधियां प्रयोगशाला परीक्षणों द्वारा सत्यापित नहीं की जा सकी हैं, फिर भी 'वैकल्पिक' को 'अप्रमाणित' का पर्यायवाची नहीं माना जा सकता। वस्तुत: सुव्यवस्थित अध्ययनों में अनेक ऐसे आंकड़े पाए गए हैं जिनसे वैकल्पिक चिकित्सा को समर्थन मिलता है। लेकिन यह भी सही है कि बहुत कुछ मरीज की रुचि और आस्था पर निर्भर करता है। यदि किसी मरीज को होमियोपैथी अथवा प्राकृतिक चिकित्सा जैसी वैकल्पिक विधियों पर एकदम भरोसा नहीं है, तो चाहे कितना भी प्रयास कर लें, उसका उसे लाभ नहीं मिलेगा। उसे पारंपरिक चिकित्सा में उपलब्ध दवाइयों, एंटीबायोटिक गोलियों की निर्धारित खुराक देनी ही पड़ेगी। ❑

(लेखिका स्वतंत्र पत्रकार हैं)

RAO IAS

THE MOST POPULAR INSTITUTE FOR IAS AND PCS

14/1, स्टैनली रोड, (लोक सेवा आयोग के सामने), इलाहाबाद फोन: 2601624

पत्राचार कोर्स एवं क्लास कोचिंग, छात्रावास उपलब्ध

हिन्दी माध्यम

IAS/PCS (Pre & Main) बैच 19 जुलाई से

भूगोल

वैकल्पिक विषय (Pre & Main) द्वारा

विजय कुमार मिश्र

- नवीनतम परीक्षा प्रणाली के अनुसार विषय की तैयारी
- 500 से अधिक मानचित्रों का अभ्यास
- प्रतिदिन होमवर्क तथा उनका सूक्ष्मता से परीक्षण
- सम्पूर्ण पाठ्यक्रम पर भरपूर अध्ययन सामग्री
- पॉच महीने का गहन शिक्षण एवं प्रशिक्षण
- अभ्यास हेतु वस्तुनिष्ठ प्रश्नावलियाँ, नियमित टेस्ट
- सर्वोत्तम शिक्षण परिवेश

Now We have no Branch at Dehradoon

विषय उपलब्ध :- सामान्य अध्ययन और निबन्ध, इतिहास, लोक प्रशासन, राजनीति शास्त्र, समाज शास्त्र,

विवरण पुस्तिका हेतु रू० 50/- M.O. से भेजें

SATYA

YH/7/5/22

IAS /PCS - PT/M

BATCHES FOR (2005 - 06)

भूगोल द्वारा

संजीव कुमार शर्मा

(AUTHER & EXPERT IN GEO. & G.S.)

- CLASS LECTURE, CLASS NOTES, WEEKLY TEST
- PT में 90% प्रश्न, CLASS NOTES से
- MAIN में 60% से 70% अंक की सुनिश्चितता।
- नवीनतम शुद्धतम आंकड़ो का प्रयोग एवं UPSC की नवीन प्रवृतियों पर आधारित अध्ययन।
- वाद - विवाद एवं व्यक्तित्व विकास के द्वारा निबंध एवं साक्षात्कार की तैयारी साथ मे।
- THOUGHT, CARTOGRAPHY, REGIONAL (PT) पर विशेष सामग्री
- मानचित्र (MAP) आधारित अध्ययन एवं वैज्ञानिक पद्धति से विषय पर समझ विकसित करना।

सामान्य अध्ययन (प्रारम्भिक एवं मुख्य परीक्षा) by S. K. Sharma & other Experts

इतिहास by Amlesh Kr. Singh & Rajiv Ranjan Singh

अन्य विषय - लोक प्रशासन, LSW, अर्थशास्त्र, समाजशास्त्र, राजनितिक विज्ञान विशेषज्ञो द्वारा

PT एवं MAIN का पृथक - पृथक बैच

At Sanjeev Kr. Sharma's

IAS ERA

PT, MAIN, INTERVIEW

गंगोत्री कॉम्पलेक्स, 3rd Floor
Opp. Alankar Place, बोरिंग रोड
चौराहा, पटना-01, Mob.: 9835227489

Sunday Open

नए बैच के लिए नामांकन प्रारंम्भ

इतिहास

FOR IAS/ PCS/ NET

BY

KUMAR VIJAY

Man with 14 yrs. of teaching experience, who has Helped 100 of Students in achieving their success

- इतिहास को इतिहास के रुप में पढ़े। इतिहास अपने आप में बैज्ञानिक अध्ययन है।
- Main एवं P.T. की तैयारी में अंतर समझें।
- अध्ययन शैली में विशिष्ठता पैदा करें।
- लेखन शैली मे विशिष्ठता विकसित करें।

अन्य विषय

G.S., P.A., Anthro., Socio.LSEW. etc

Ph.: 0612-3091691

CHRONICLE

Civil Services Academy

PATNA EAST CENTRE	At- 2nd. Floor Sumati Place Opp. Alankar Place Boring Road, Patna-01
PATNA WEST CENTRE	Opp. Patna College, 3rd flr. SBI Chouhatta Branch, Ashok Rajpath

Admission Going on

YH/7/5/12

विशिष्टता का अवसर देता चिकित्सा पर्यटन

❍ संजय एस कप्तान
विनीता पिम्पले

अंतरराष्ट्रीय व्यावसायिक रवैये के दबाव में भारत आज एक बदलाव और बाजार में कायम रहने की मांग के बीच खड़ा है। पिछले कुछ वर्षों में विकसित और विकासशील दोनों ही देशों में सेवा क्षेत्र का महत्व तेजी से बढ़ा है। अंतरराष्ट्रीय अर्थव्यवस्था के तीव्र विकास के परिणामस्वरूप विभिन्न प्रकार की सेवाओं की जरूरतें बढ़ी हैं। वस्तु आधारित अर्थव्यवस्था का सेवा आधारित अर्थव्यवस्था के रूप में तेजी से बदलाव हो रहा है। उत्थान का यह रवैया भारत और अन्य देशों में काफी समय तक जारी रहेगा। राष्ट्र के सकल घरेलू उत्पाद में सेवा क्षेत्र का प्रमुख योगदान है। विकसित और कम विकसित राष्ट्रों में पहले निर्माण, कृषि और निस्सारण क्षेत्र का बोलबाला था। अब सेवा क्षेत्र की तुलना में इसकी वृद्धि की रफ्तार धीमी है। केंद्रीय सांख्यिकी संस्थान द्वारा जून 2004 में उपलब्ध आंकड़े के अनुसार सेवा क्षेत्र का योगदान वर्ष 2002-03 के सात प्रतिशत से बढ़कर 2003-04 में 11.2 प्रतिशत हो गया। इससे पता चलता है कि भारत में सेवा क्षेत्र ने जितना अच्छा कर दिखाया है उतना अन्य किसी व्यवसाय ने नहीं किया। विश्व की 500 कंपनियों ने भारत को अतुलनीय बनाने में योगदान किया और इसे अनुसंधान और विकास, जैव प्रौद्योगिकी और सूचना प्रौद्योगिकी से जुड़ी सेवाओं के लिए आउटसोर्सिंग का एक केंद्र बना दिया। अब भारत को स्वास्थ्य सेवा के क्षेत्र में भी ख्याति प्राप्त हो रही है। स्वास्थ्य सेवा के बारे में सीआईआई और एमसीकेआईएनएसईवाई द्वारा किए गए हाल के अध्ययन से पता चलता है कि केवल चिकित्सा पर्यटन से ही वर्ष 2012 तक अति विशिष्ट अस्पतालों के द्वारा 5,000 करोड़ रुपये से लेकर 10,000 करोड़ रुपये तक का अतिरिक्त राजस्व प्राप्त किया जा सकता है। चिकित्सा पर्यटन से भारत प्रतिवर्ष 200 करोड़ अमरीकी डालर से भी अधिक राजस्व अर्जित कर सकता है। भारत का स्वास्थ्य सेवा उद्योग प्रतिवर्ष 30 प्रतिशत की वृद्धि कर रहा है। अकेले अपोलो समूह ने अब तक 95,000 अंतरराष्ट्रीय मरीजों का इलाज किया है, जिनमें से बहुत से भारतीय मूल के हैं। वर्ष 2004 के दौरान भारत में लगभग 33.70 लाख पर्यटक भारत आए जबकि 2003 के दौरान 27.4 लाख पर्यटक भारत आए थे। पर्यटकों से वर्ष 2000 में 14,195 करोड़ रुपये, 2003 में 16,420 करोड़ रुपये और 2004 में 21,828 करोड़ रुपये की विदेशी मुद्रा अर्जित की गई, जो पिछले वर्ष की तुलना में लगभग 33 प्रतिशत की वृद्धि दर्शाता है। मद्रास इंस्टीट्यूट ऑफ ऑर्थोपेडिक्स एंड ट्रोमेटोलॉजी, चेन्नई चिकित्सा पर्यटन के क्षेत्र में संभावित वृद्धि का एक उपयुक्त उदाहरण हो सकता है। पिछले वर्ष इस इंस्टीट्यूट में 763 विदेशी मरीजों का इलाज किया गया जिनमें से 493 अरब देशों के नागरिक थे। अस्पतालों ने वर्ष 2001 के दौरान लगभग 50 लाख रुपये की विदेशी मुद्रा अर्जित की। वर्ष 2002-03 के दौरान यह बढ़कर 6.8 करोड़ रुपये हो गया और उसके अगले 6 माह के दौरान 4 करोड़ रुपये के समतुल्य विदेशी मुद्रा अर्जित की गई।

इलाज के लिए पर्यटन पर आनेवाले मरीजों के भिन्न-भिन्न कारण हैं। अमरीका के बहुत से चिकित्सा पर्यटक अपने इलाज के लिए यहां आना इसलिए पसंद करते हैं क्योंकि उनके अपने देश की तुलना में यहां उनका इलाज एक चौथाई और कभी-कभी दसवें हिस्से के खर्च में ही हो जाता है। कनाडा से आने वाले ज्यादातर वैसे चिकित्सा पर्यटक हैं जो लंबी प्रतीक्षा के कारण हताश हो जाते हैं। ग्रेट ब्रिटेन में मरीज एक ओर जहां राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा द्वारा इलाज होने की प्रतीक्षा नहीं कर सकते वहीं दूसरी ओर निजी अस्पताल में विशेषज्ञ डाक्टर द्वारा इलाज का खर्च भी नहीं उठा सकते। अन्य देशों और उष्ण कटिबंध क्षेत्र से छुट्टी मिलने और चुनिंदा इलाज के अवसर के रूप में लोग चिकित्सा पर्यटन का विकल्प चुनते हैं। बहुत से मरीज बांग्लादेश जैसे गरीब देशों से आते हैं जहां उनके इलाज की व्यवस्था नहीं है।

एक अध्ययन के अनुसार, भारत सरकार के लिए चिकित्सा और चिकित्सा पर्यटन को बढ़ावा देने के लिए अस्पतालों में बुनियादी सुविधाओं पर धन लगाने और विशिष्ट पर्यटन पैकेज तैयार करना जरूरी है। सरकार के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र को प्रोत्साहन देने वाली नीतियां लागू करने की आवश्यकता है। इसके अतिरिक्त अस्पतालों को आधुनिकता सुविधाएं उपलब्ध कराना और उनके भीतर मरीजों की सेवा की गुणवत्ता में सुधार लाना जरूरी है ताकि विदेशी पर्यटक इस ओर आकर्षित हों।

भारतीय स्वास्थ्य सुविधाओं और अन्य देशों की स्वास्थ्य सुविधाओं की तुलना करने से पता चलता है कि इस मामले में हम न केवल विकसित देशों की तुलना में ही काफी पीछे हैं बल्कि कुछ विकासशील देशों की तुलना में

तालिका-1

चिकित्सा पर्यटन पर एक नजर

देश	वर्ष 2003 में इलाज किए गए विदेशी मरीजों की संख्या	मूल देश	अर्जित राजस्व	इलाज का उद्देश्य
थाईलैंड	600,000	अमरीका, ब्रिटेन	47 करोड़ अमरीकी डालर	कॉस्मेटिक सर्जरी, अंग प्रत्यारोपण और दंत चिकित्सा
जॉर्डन	126,000	मध्य पूर्व	60 करोड़ अमरीकी डालर	अंग प्रत्यारोपण, गर्भाधान, हृदय रोग
भारत	100,000	मध्य पूर्व, पाकिस्तान बांग्लादेश, ब्रिटेन और अन्य विकासशील देश	अनुपलब्ध	हृदय रोग, जोड़ों का प्रतिस्थापन, लैसिक और दंत चिकित्सा
मलेशिया	85,000	अमरीका, जापान और अन्य विकासशील देश	4 करोड़ अमरीकी डालर	कॉस्मेटिक सर्जरी
दक्षिण अफ्रीका	50,000	अमरीका, ब्रिटेन	अनुपलब्ध	कॉस्मेटिक सर्जरी लैसिक और दंत चिकित्सा

स्रोत : बिजनेस वर्ल्ड, 22 दिसंबर, 2003, 'द हेल्थ ट्रेवलर्स'

भी पीछे हैं। स्वास्थ्य संबंधी ये आंकड़े अस्पतालों और स्वास्थ्य सेवा से जुड़े पेशेवरों की जरूरत पर जोर देते हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार प्रत्येक 300 व्यक्ति पर एक बिस्तर होना चाहिए। जनसंख्या और बीमारी संबंधी बदलाव और इलाज पर बढ़ती लागत के साथ-साथ आगामी 10 वर्षों के दौरान स्वास्थ्य सेवाओं पर दोगुने से भी अधिक धन खर्च करना होगा। स्वास्थ्य सेवा पर विक्रेता की ओर से क्रेता बाजार की ओर झुकाव पर जोर दिया जा रहा है। भारत के पास स्वास्थ्य सेवा के लिए बौद्धिक संपदा का अथाह भंडार होने के साथ ही आधुनिक इलाज और विश्वस्तरीय शल्य चिकित्सा भी उपलब्ध है। हालांकि इस प्रणाली में प्रदत्त सेवा की गुणवत्ता, अस्पतालों की मान्यता और स्वास्थ्य बीमा संबंधी कुछ कमियां भी हैं। हमें संख्या आधारित स्वास्थ्य सेवा की तुलना में गुणवत्ता आधारित स्वास्थ्य सेवाओं पर जोर देना चाहिए। अस्पताल का झुकाव नाम कमाने और अपनी सेवाएं बाजार में लाने से हटकर मरीजों के प्रति वफादारी बढ़ाने और कार्यनिष्पादन आदि जैसी मूल्यवर्द्धित सेवा प्रदान करने की ओर होना चाहिए।

टेलीमेडीसिन के क्षेत्र में असीम संभावनाएं हैं क्योंकि आधारभूत सुविधाओं के लिए धन लगाए बिना ही यह सेवा उपलब्ध कराई जा सकती है। प्रौद्योगिकी के इस्तेमाल से चिकित्सा क्षेत्र के पेशेवर अब विश्व के किसी भी भाग में मौजूद विशेषज्ञ से परामर्श ले सकते हैं। इसके माध्यम से छायाचित्र भेजकर और वीडियो कांफ्रेंसिंग के द्वारा जटिल रोगों के मामले में निर्णय लिया जा सकता है। भारत के कुछ अस्पताल पड़ोसी देशों को इस प्रकार की सेवाएं उपलब्ध करा रहे हैं।

भारत में स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र का तेजी से विकास हो रहा है। लेकिन इसके द्वारा भारतीय जनसंख्या का 10 प्रतिशत से भी कम भाग फिलहाल स्वास्थ्य बीमा के दायरे में आता है। ऐसा माना जा रहा है कि बेहतर स्वास्थ्य सेवाओं के लिए और इसकी गुणवत्ता के बारे में जागरूकता बढ़ाने के लिए बीमा की निर्णायक भूमिका हो सकती है।

अब यह बिल्कुल स्पष्ट है कि स्वास्थ्य सेवा के क्षेत्र में विकास की असीम संभावनाएं हैं। कारपोरेट जगत देश के विभिन्न भागों में पंचतारा अस्पताल स्थापित करने में संलग्न है। स्वास्थ्य सेवा उद्योग का ब्रांडिंग करना महत्वपूर्ण हो गया है ताकि ये अस्पताल भी किसी अन्य लाभकारी कारपोरेट संस्था की तरह काम कर पाएं। आज लोग और भी अलग प्रकार की संवेदनशील तथा विस्तृत एवं व्यवस्थित सेवाओं की तलाश में हैं। संतोषजनक गुणवत्ता और फोरम का संरक्षण स्वास्थ्य सेवा के व्यवसाय के क्षेत्र में काफी महत्वपूर्ण साबित होंगे। ❑

(लेखकद्वय स्वतंत्र पत्रकार हैं)

सर्वाधिक उपेक्षित क्षेत्र स्वास्थ्य का

○ पद्मजा के.

स्वास्थ्य सेवाओं तक सबकी पहुंच हो तथा भुगतान असामर्थ्य की वजह से किसी को भी स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने से इंकार न किया जा सके, यह सुनिश्चित करना राज्य का कर्तव्य है ताकि गंभीर बीमारियों के उपचार में आने वाली लागत से निर्धनों की थोड़ी जोखिम–रक्षा हो सके

स्वास्थ्य मानव की बेशकीमती संपत्ति है। मनुष्य के जीवन और उसकी खुशी के लिए स्वास्थ्य से ज्यादा महत्वपूर्ण किसी अन्य वस्तु की कल्पना कर पाना भी कठिन है। मानव जीवन में स्वास्थ्य के महत्व को स्वीकार करते हुए संविधान में इसे राज्य सूची में शामिल किया गया। सार्वभौम स्वास्थ्य सेवाओं तक सबकी पहुंच हो तथा भुगतान असामर्थ्य की वजह से किसी को भी स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने से इंकार न किया जा सके, यह सुनिश्चित करना राज्य का कर्तव्य है ताकि गंभीर बीमारियों के उपचार में आने वाली लागत से निर्धनों की थोड़ी जोखिम–रक्षा हो सके। अल्माअता समझौते पर हस्ताक्षर करने वालों में शामिल होने के नाते भारत 2000 ई. तक सबको स्वास्थ्य रक्षा सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए प्रतिबद्ध है (पूर्व सोवियत संघ के एक नगर अल्माअता में आयोजित अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन में दुनिया की सरकारों का मुख्य लक्ष्य सन् 2000 तक सबके लिए स्वास्थ्य रखा गया था)।

लेकिन भारत के मौजूदा स्वास्थ्य परिदृश्य से एक दयनीय तस्वीर उभरती है। समूची आबादी को नि:शुल्क स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के राज्य के नीतिगत उद्देश्य का जमीनी यथार्थ से कोई तालमेल नहीं है। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 1998–99 के अनुसार, भारत के तीन वर्ष की आयु के लगभग आधे बच्चे बुखार से पीड़ित थे, 20 प्रतिशत दस्त से ग्रस्त थे तथा शेष में से 20 प्रतिशत गंभीर सांस की बीमारी से पीड़ित थे। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 1983 में वर्ष 1983, 1990 तथा 2000 के लिए कुछ लक्ष्य निर्धारित किए गए थे। इन लक्ष्यों की वास्तविक उपलब्धि से तुलना करें तो पता चलता है कि जीवन संभाव्यता, मृत्युदर तथा पोलियो टीकाकरण को छोड़कर हम कहीं भी लक्ष्य के करीब नहीं हैं। वर्तमान स्वास्थ्य परिदृश्य पर सबसे बड़ा दाग एक तो यह है कि हम संचारी रोगों को नियंत्रित करने में असफल रहे हैं। मलेरिया और टीबी या यक्ष्मा, ये दो संचारी रोग हमारे लिए गंभीर खतरा हैं। पर्यावरणीय तथा सामाजिक कारण इनको नियंत्रित करने के मार्ग में रुकावट बनकर खड़े हैं। एचआईवी/एड्स में तेज गति से बढ़ोतरी के साथ–साथ मलेरिया और टीबी के फिर से सिर उठा लेने के कारण बीमारियों को तत्काल नियंत्रित करने की एक नई चेतना जाग्रत हुई है। दुनियाभर में टीबी ग्रस्त मरीजों का एक तिहाई भारत में हैं। 1984 तक मलेरिया को कम कर लगभग 20 लाख मामलों तक ले आया गया था, लेकिन 1994 में यह कई स्थानों पर तेजी से उभरा और परिणामस्वरूप उच्च मृत्युदर दर्ज की गई। इसमें सबसे खतरनाक बात यह थी कि प्लाज्मोडियम फेल्सिपेरम नामक मारक परजीवी से होने वाला मलेरिया तेजी से बढ़ रहा था। वर्ष 2001 में मलेरिया के लगभग आधे मरीज इसी परजीवी का शिकार पाए गए। दूसरी तरफ, गंभीर डायरिया, कृमि संक्रमण तथा पाचनतंत्र के संक्रमण में कोई गिरावट नहीं दिख पा रही थी। सस्ते एवं प्रभावी जीवाणुरोधी दवाओं की उपलब्धता के बावजूद सांस की बीमारी से बड़ी तादाद में लोग अकाल काल के गाल में समा रहे थे। इनमें बच्चों की संख्या सर्वाधिक थी। लगभग 10 लाख लोगों की मृत्यु का कारण सांस की बीमारियां पाई गईं। हम जानते हैं कि आधे बच्चों की मौत कुपोषण के कारण होती है। आठवें दशक में तेजी से कम होने के बाद आईएमआर में गिरावट की दर भी धीमी हो गई है। गौरतलब है कि भारत के अमीरों को भी उत्कृष्ट स्वास्थ्य सेवाएं हासिल नहीं हो पातीं। हमारे पास तकनीक और विशेषज्ञता है, लेकिन सार्वजनिक सुविधाएं अपर्याप्त हैं, जबकि निजी सुविधाएं अनियमित तथा खर्चीली हैं।

तालिका-1

वर्ष 1960-1996 के दौरान अमरीका में स्वास्थ्य रक्षा पर व्यय

मद	1960	1970	1980	1990	1993	1994	1995	1996
सामान्य स्वास्थ्य व्यय (बिलियन डॉलर में)	26.9	72.2	247.3	699.5	895.7	945.7	991.4	1035.7
वार्षिक विकास दर पिछली अवधि से, प्रतिशत में)		10.6	12.9	11.0	8.6	5.6	4.8	4.4
सामान्य प्रतिव्यक्ति स्वास्थ्य व्यय	141	341	1052	2691	3341	3497	3633	3757
सघउ के प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य व्यय	5.1	7.1	8.9	12.2	13.6	13.6	13.6	13.6

स्रोत : रेक्सफोर्ड ई. सेंटर ;2000, हेल्थ इकोनॉमिक्स थ्योरीज, इनसाइट्स एंड इंडस्ट्री स्टडीज

ये सभी बातें सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के गलत तरीके से काम करने तथा स्तरीय प्राथमिक एवं माध्यमिक स्वास्थ्य सेवाओं की कमी पर प्रकाश डालती हैं। संयुक्त राष्ट्र के हाल के एक रिपोर्ट में कहा गया है कि भारत उन देशों में शामिल है जहां पिछले दशक में गरीबी निवारण में कोई प्रगति नहीं हुई है। इससे यह सवाल पैदा होता है कि जब सबकी स्वास्थ्य रक्षा का काम राज्य करती है फिर स्वास्थ्य परिदृश्य इतना निराशाजनक क्यों है? इस बात पर आमतौर पर सहमति है कि देश में स्वास्थ्य स्थिति को बेहतर बनाने में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की महत्वपूर्ण भूमिका होती है। शिक्षा, आवास, वृद्धावस्था सुरक्षा तथा अन्य सामाजिक प्रावधानों की तरह राज्य की सक्रिय सहभागिता के बगैर दुनियाभर में कहीं भी स्वास्थ्य रक्षा के क्षेत्र में उल्लेखनीय योगदान नहीं दिया जा सका है। बेहद विकसित देशों में भी स्वास्थ्य सेवाओं में सरकार की महत्वपूर्ण भूमिका रही है क्योंकि इसके बगैर कामकाजी वर्ग का बड़ा तबका न तो स्वस्थ रह सकता है और न ही देश की अर्थव्यवस्था में अपना समुचित योगदान दे सकता है। स्वास्थ्य क्षेत्र में सरकारी निवेश को एक महत्वपूर्ण सामाजिक निवेश माना जाता है।

तालिका-2

विभिन्न देशों में सरकार के कुल व्यय के प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य पर व्यय

औद्योगिक देश	स्वास्थ्य पर व्यय	संदर्भ वर्ष
अमरीका	20.32	1997
जापान	1.60	1993
स्वीटजरलैंड	15.58	1996
इंग्लैंड	13.96	1995
विकाशशील देश		
अफ्रीका	5.33	1995
इथोपिया	6.96	1993
केन्या	5.96	1996
एशिया		
भारत	1.54	1997
कोरिया	2.52	1997
श्रीलंका	5.30	1997
थाईलैंड	8.58	1997

स्रोत : भारत में स्वास्थ्य संबंधी सूचना 1997–98, भारत सरकार

आइए, विश्लेषण करें कि सरकार अपने बजट में स्वास्थ्य क्षेत्र के साथ कैसा बर्ताव करती है। आश्चर्यजनक पहलू यह है कि विश्व के अन्य देशों के बजटों के बनिवस्त भारतीय बजट में स्वास्थ्य के लिए सबसे कम राशि आवंटित की जाती है। स्वास्थ्य के राज्यों का विषय होने के बावजूद लक्ष्यों और संसाधनों के बीच का यह अंतर ही भारतीय स्वास्थ्य प्रणाली के अपर्याप्त और असमान होने की मूल वजह है। सघउ के अनुपात के रूप में भी भारत में स्वास्थ्य पर किया जाने वाला सार्वजनिक व्यय इसे दुनियाभर में सबसे कम व्यय वाले देशों की जमात में ला खड़ा करता है। डॉक्टरों की अनुपलब्धता दवाइयों के क्रय के लिए पैसे की कमी, अस्पताल कर्मियों में कार्य संस्कृति का अभाव तथा स्वास्थ्य रक्षा से इतर कार्यों में कोष के इस्तेमाल के कारण

ग्रामीण स्वास्थ्य रक्षा प्रणाली लगातार धराशायी होती गई है।

चिकित्सकीय तकनीक में परिवर्तन, उपकरणों तथा अन्य चिकित्सा सामग्रियों की बढ़ती लागत, जनसंख्या की आयु-संरचना में परिवर्तन, चिकित्सा सेवाओं की बढ़ती मांग आदि कारणों से विकासशील तथा विकसित सभी देशों में स्वास्थ्य रक्षा पर होने वाले व्यय में भारी वृद्धि हुई है। विगत तीन दशकों के दौरान अमरीका में स्वास्थ्य रक्षा लागत में लगातार बेतहासा बढ़ोतरी दर्ज की गई है। अमरीकी स्वास्थ्य रक्षा प्रणाली की सर्वाधिक उल्लेखनीय समस्या स्वास्थ्य रक्षा लागत का लगातार बढ़ते जाना (तालिका-1) है। यहां राष्ट्रीय कुल व्यय 1960 में 26.9 डॉलर था जो 1996 में बढ़कर 1,035 डॉलर हो गया। 36 वर्षों की अवधि में यह 3,700 प्रतिशत की बढ़ोतरी थी। 1950 में अमरीका में स्वास्थ्य सेवाओं पर हर महीने लगभग एक बिलियन डॉलर व्यय किया जाता था जो 1985 आते-आते बढ़कर प्रतिदिन एक बिलियन डॉलर हो गया (वी.रमण कुट्टी, 1998)। 1960 में एक अमरीकी की चिकित्सा पर 141 डॉलर खर्च किया जाता था। 1996 में यहां प्रतिव्यक्ति चिकित्सा व्यय बढ़कर 3,759 डॉलर पर पहुंच गया। यह 2,500 प्रतिशत की बढ़ोतरी के बराबर है। सघउ के प्रतिशत के रूप में 1960 में यहां स्वास्थ्य रक्षा व्यय 5.1 प्रतिशत था जो 1996 में बढ़कर 13.6 प्रतिशत हो चुका था।

तालिका-3

सरकार का स्वास्थ्य रक्षा व्यय

वर्ष	सकल घरेलू उत्पादक के प्रतिशत के रूप में	कुल व्यय के प्रतिशत के रूप में
1986-87	1.3	4.4
1930-91	1.2	4.3
1995-96	1	4.3
1996-97	1	4.5
1997-98	1.1	4.6
1998-99	1.2	4.4
1999-2000	1.2	4.8
2000-01	1.3	4.8
2001-02	1.4	4.8
2002-03	1.4	4.6

स्रोत : आर्थिक सर्वेक्षण, भारत सरकार, 2003

भारत में सरकारी व्यय की प्रवृत्ति

उपरोक्त प्रवृत्ति विकासशील देशों में भी दिखाई पड़ने लगी है। तालिका-2 से पता चलता है कि कमजोर स्वास्थ्य निष्पादन के बावजूद भारत में अन्य देशों की तुलना में स्वास्थ्य पर किया जाने वाला व्यय कुल व्यय के मुकाबले काफी कम है। योजना अवधि के दौरान भारत में स्वास्थ्य पर सरकारी व्यय में कई गुना वृद्धि हुई है। इसके बावजूद कुल मिलाकर यह कम ही बना रहा (तालिका-2 एवं 4)। कुल योजनागत परिव्यय में इस अवधि में उल्लेखनीय वृद्धि हुई है। बावजूद इसके स्वास्थ्य क्षेत्र का परिव्यय समग्र योजनागत परिव्यय के 2 प्रतिशत से भी कम बना रहा है (नौवीं योजना, खंड II)। पहली योजना में परिवार कल्याण सहित स्वास्थ्य सेवाओं पर व्यय सघउ का 0.3 प्रतिशत था जो नौवीं योजना में बढ़कर 1.4 प्रतिशत हो गया। लेकिन कुल व्यय के प्रतिशत के रूप में यह 3.3 प्रतिशत से कम हो कर 1.75 प्रतिशत हो गया।

यह गंभीर चिंता का विषय है कि विगत दशक में प्रस्तुत बजट में इस स्थिति को बदलने का कोई प्रयास दिखाई नहीं देता है। भारत में स्वास्थ्य पर होने वाले कुल व्यय का महज 17.3 प्रतिशत ही सार्वजनिक व्यय है, शेष सब निजी व्यय होता है। इसके बरक्स कुल व्यय में सार्वजनिक व्यय का अनुपात पूर्वी एशिया में 40 प्रतिशत, लातिनी अमरीका में 50 प्रतिशत, यूरोप में 75 प्रतिशत, ब्रिटेन में 85 प्रतिशत तथा अमरीका में 44 प्रतिशत है। विश्व बैंक के नवीनतम अध्ययन में अनुमान लगाया गया है कि 1996 में भारत में स्वास्थ्य पर सघउ का 4.5 प्रतिशत अथवा लगभग 18 डॉलर प्रतिमाह व्यय किया जाता था जो मध्यम एवं निम्न आयवर्ग वाले देशों में 5.6 प्रतिशत के औसत से भी कम है। भारत में स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय सघउ का 0.9 प्रतिशत होने का अनुमान है जबकि निम्न एवं मध्यम आय वाले देशों का औसत 2.8 प्रतिशत और

(शेषांश पृष्ठ 41 पर)

योजना में नया स्तंभ 'झरोखा जम्मू-कश्मीर का'

प्रिय पाठक,

योजना इस अंक से जम्मू-कश्मीर सरकार के सूचना विभाग के सहयोग से 'झरोखा जम्मू-कश्मीर का' शीर्षक एक नया स्तंभ आरंभ कर रही है। इस स्तंभ का ध्येय पाठकों, भारतीय उद्योग तथा नीति-निर्माताओं के बीच जम्मू-कश्मीर की आर्थिक गतिविधियों के बारे में तथा यहां निवेश के लिए उपलब्ध असीम व्यावसायिक अवसरों के बारे में जागरूकता बढ़ाना है।

CHIEF MINISTER
JAMMU AND KASHMIR

Mufti Mohammad Sayeed

संदेश

मुझे यह जानकर खुशी हो रही है कि सूचना और प्रसारण मंत्रालय, भारत सरकार जम्मू-कश्मीर सरकार के सूचना मंत्रालय के साथ मिलकर अपने माहनामा 'योजना' में 'झरोखा जम्मू-कश्मीर का' का नाम से एक खास फीचर निकाल रही है। मुझे यकीन है कि 'झरोखा जम्मू-कश्मीर का' हमारी रियासत में तिजारत के मौकों और और इक्तसादी सरगर्मियों की संभावनाओं के बारे में जागरूकता पैदा करेगा।

रियासत के जमीनी हालात में काफी बेहतरी आई है। रियासत में किया जाने वाला हर सरमायाकारी आखिरकार अमन और शांति की बहाली के लिए सरमायाकारी होगा।

मुझे उम्मीद है कि सूचना और प्रसारण मंत्रालय व जम्मू-कश्मीर सरकार की इस मोशतरका कोशिश से रियासत में सनअतों और कारोबार में सरमायाकारी के लिए जबरदस्त इमकानात होंगे।

(मुफ्ती मोहम्मद सईद)

श्रीनगर
7 जून, 2005

प्रधानमंत्री की लेह, करगिल और सियाचीन यात्रा

• डॉ. मनमोहन सिंह सियाचीन जाने वाले पहले प्रधानमंत्री • सियाचीन को शांति पर्वत बनाएं : प्रधानमंत्री

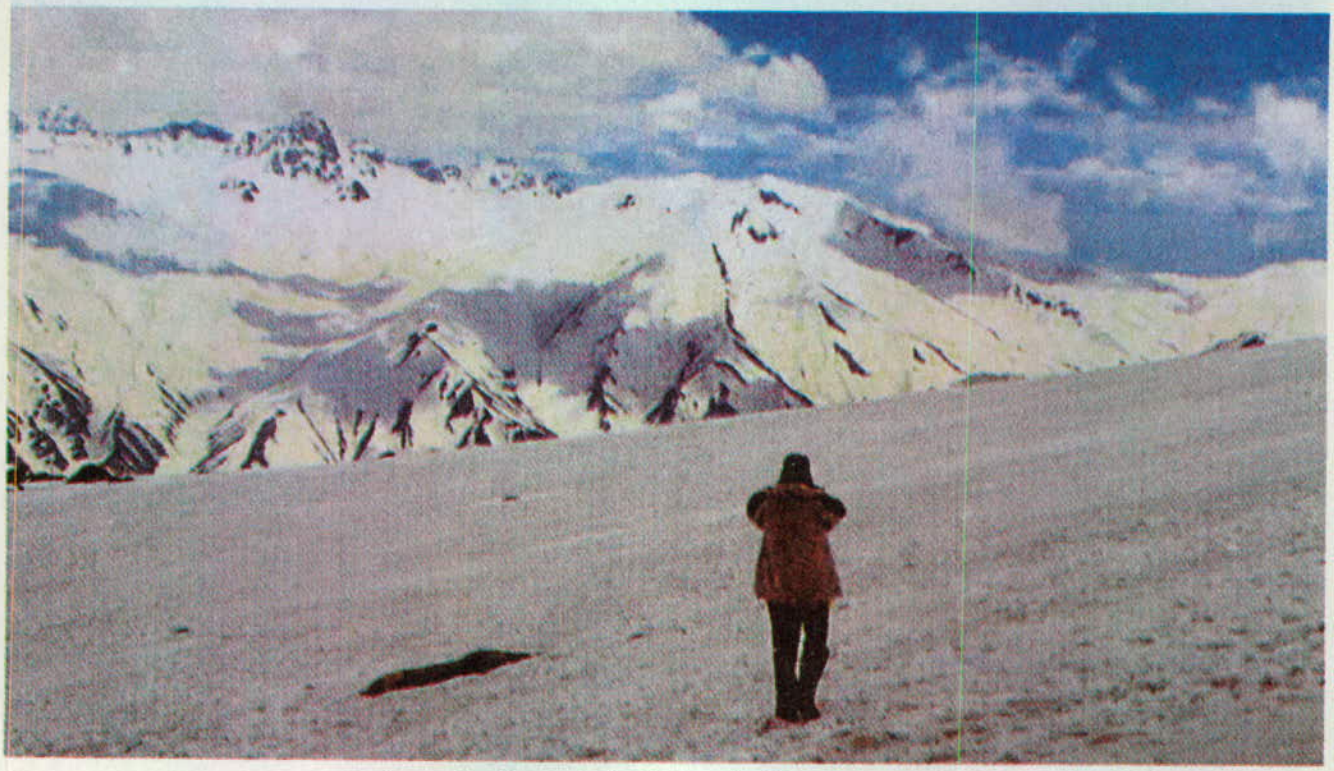
मुख्य बातें

- यह डॉ. मनमोहन सिंह की चौथी जम्मू-कश्मीर यात्रा।
- भारत अस्काई चीन तथा बाल्टिस्तान से होकर व्यापार मार्ग खोलने के लिए चीन और पाकिस्तान के साथ शांतिपूर्ण वार्ता का इच्छुक।
- कैलाश मानसरोवर का लद्दाख से होकर मार्ग खोलने के बारे में चीन के साथ वार्ता की जाएगी। इससे इस पवित्र धार्मिक स्थल की यात्रा में लगने वाले समय में कमी आएगी।
- करगिल तथा पाकिस्तान-नियंत्रित उत्तरी क्षेत्र के स्कर्दू के बीच सड़क मार्ग खोलने के लिए पाकिस्तान के साथ बातचीत चल रही है।
- श्रीनगर-लेह राजमार्ग को राष्ट्रीय राजमार्ग का दर्जा दिया जाएगा।
- करगिल स्वायत्त पर्वतीय विकास परिषद को 10 करोड़ का अनुदान दिया गया।
- चुट पनबिजली परियोजना का प्रधानमंत्री ने शिलान्यास किया।

विशेषताएं :

क्षमता : 44 मेवा. शक्ति
अवस्थिति : करगिल से 15 किमी.
पूरा होना : राष्ट्रीय पनबिजली निगम इसे चार वर्षों में पूरा करेगा
लागत : 631.72 करोड़ रुपये
फायदे : परियोजना के पूरा होने के बाद इस क्षेत्र में बिजली अबाध रूप से उपलब्ध हो पाएगी।

- प्रधानमंत्री ने लेह में निमू-बाजगू पनबिजली परियोजना की बुनियाद भी रखी।
- 10 से 12 जून, 2005 की अपनी त्रि-दिवसीय यात्रा के दौरान प्रधानमंत्री ने लेह में सिंधु दर्शन महोत्सव का उद्घाटन किया। इसमें घाटी के तीनों इलाकों - लद्दाख, कश्मीर और जम्मू की समृद्ध संस्कृति को समग्र रूप से प्रदर्शित किया गया।
- 12 जून को प्रधानमंत्री ने विश्व की सबसे ऊंची युद्धभूमि सियाचीन ग्लेशियर को 'शांति पर्वत' में बदलने की वकालत की लेकिन डा. मनमोहन सिंह ने देश की 'स्थापित' सीमा में किसी परिवर्तन की संभावना से यह कहते हुए इंकार किया कि इसका संबंध राष्ट्र के सम्मान और सुरक्षा से है। वह सियाचीन जाने वाले देश के पहले प्रधानमंत्री हैं। उन्होंने जवानों को आश्वासन दिया कि इस दुर्गम इलाके में उनकी सभी जरूरियात पूरी की जाएंगी। डॉ. सिंह ने कहा कि सियाचीन में दो सीटी स्कैन सुविधाओं के अलावा जवानों के मनोरंजन के दो सिनेमाघर भी बनाए जाएंगे। ❑



कश्मीर घाटी में ताजा बर्फवारी का सौंदर्य निहारता एक पर्यटक

जम्मू-कश्मीर के लिए उठाए गए कदम

- सरकार ने जम्मू-कश्मीर के लिए दीर्घावधि विकास योजना तैयार करने हेतु रिजर्व बैंक आफ इंडिया के पूर्व गवर्नर सी. रंगराजन के अधीन एक कार्यबल की स्थापना की है।
- जम्मू-कश्मीर की वार्षिक योजना में 40 प्रतिशत की वृद्धि करके वर्ष 2005-06 के लिए, यह 4,200 करोड़ रुपये निर्धारित की गई है। यह किसी राज्य की अब तक की सबसे अधिक वृद्धि है।
- केंद्र ने श्रीनगर के घरेलू हवाई अड्डे को अंतरराष्ट्रीय सुविधाओं के विकास के लिए 60 करोड़ रुपये के प्रस्ताव को मंजूरी दे दी है।
- सरकार ने जम्मू-कश्मीर में मोबाइल फोन सेवाएं पूरी तरह चालू कर दी हैं।
- कश्मीर घाटी को देश के अन्य भागों से रेल से जोड़ने के लिए 54.85 किमी. लंबी जम्मू-उधमपुर रेलवे लाइन चालू कर दी गई है।
- सरकार ने जम्मू -कश्मीर के समग्र ग्रामीण विकास के लिए कई योजनाओं की घोषणा की है। इनमें रोजगार के अवसर उपलब्ध कराने, गांवों का विद्युतीकरण और उद्योगों को प्रोत्साहन दिए जाने की निम्नांकित योजनाएं शामिल हैं:

क- लगभग 8,000 आंगनवाड़ियों में 16,000 महिलाओं को रोजगार प्राप्त होगा।

ख- राज्य में 5 भारतीय रिजर्व बटालियन गठित की जाएंगी जिनमें 5,000 युवकों को रोजगार मिलेगा।

ग- केंद्रीय औद्योगिक सुरक्षा बल,केंद्रीय रिजर्व पुलिस बल और सीमा गार्डों में 20 से 40 प्रतिशत नौकरियां जम्मू-कश्मीर राज्य के युवकों को दी जाएंगी।

घ- शहरों में रहने वाले युवकों को 1,200 करोड़ रुपये के प्रावधान वाली स्वर्ण जयंती शहरी रोजगार योजना नामक नई स्कीम के तहत लाया जाएगा। ❑

▲ *जम्मू-कश्मीर में इन दिनों फलों का मौसम है। ताजा तोड़े गए चेरी के गुच्छे*

◄ *श्रीनगर के डल झील में फल-सब्जियां ले जाता व्यापारी*

जम्मू-कश्मीर योजना की समीक्षा

प्रधानमंत्री की पुनर्निर्माण योजना का समय पर क्रियान्वयन

जम्मू-कश्मीर के लिए प्रधानमंत्री की पुनर्निर्माण योजना के क्रियान्वयन की देखरेख कर रहे योजना आयोग के सदस्य, डा. सईदा हामिद और श्री बी. एन. युगांधर ने श्रीनगर में राज्य की वार्षिक योजना की अंतरिम समीक्षा की है।

योजना आयोग के सदस्यों ने भूमि सुधार और स्थानीय निकायों के सशक्तीकरण के लिए राज्य सरकार की प्रशंसा की। महिला सशक्तीकरण, स्वास्थ्य सुविधाओं में सुधार लाने और जैव-विविधताओं के संरक्षण पर विशेष जोर दिया गया। इस बात की चर्चा की गई कि राज्य में कम जन्म और मृत्युदर जैसे अच्छे सामाजिक सूचक हैं।

राज्य में शिशु मृत्युदर 50 है जबकि देश में यह 64 है। किंतु राज्य की साक्षरता दर राष्ट्रीय औसत से कम है। राज्य को सड़क, संचार, बिजली, पर्यटन, कृषि, बागवानी और हथकरघा जैसे विशेष क्षेत्रों में निवेश बढ़ाने की सलाह भी दी गई, ताकि विकास दर को तेज किया जा सके।

योजना आयोग के सदस्यों ने प्रधानमंत्री पुनर्निर्माण योजना के अधीन जारी परियोजनाओं के समुचित और समयानुसार क्रियान्वयन की जरूरत पर जोर दिया। उन्होंने बताया कि इसके लिए निगरानी प्रणाली को सशक्त बनाना होगा। उन्होंने बताया कि प्रधानमंत्री डा. मनमोहन सिंह खुद भी राज्य के लिए उनकी पुनर्निर्माण योजना के समयानुसार क्रियान्वयन में गहरी दिलचस्पी ले रहे हैं।

योजना आयोग के इन सदस्यों की राय में बिजली, बागवानी, कृषि और हथकरघा के क्षेत्र में और भी अधिक निवेश होना चाहिए क्योंकि इसमें निर्यात की काफी संभावनाएं हैं, साथ ही राज्य की अर्थव्यवस्था को मजबूती प्रदान करने की भी क्षमता है। सदस्यों के अनुसार आतंकवादी गतिविधियों के द्वारा क्षतिग्रस्त ढांचागत सुविधाओं को पुनर्जीवित करना राज्य सरकार की प्राथमिकता होनी चाहिए। साथ ही मुगल रोड, बगलिहार, सावला कोट बिजली परियोजना और श्रीनगर-लेह ट्रांसमिशन लाइन सहित जारी की गई सभी प्रमुख परियोजनाएं लक्षित समय के भीतर पूरी की जानी चाहिए।

योजना आयोग ने राज्य सरकार को राज्य के लिए अधिक लाभकारी केंद्र प्रायोजित परियोजनाओं के चयन का आश्वासन दिया।

उन्होंने बताया कि केंद्र सरकार द्वारा शुरू किए गए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के माध्यम से ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं में सुधार लाने में राज्य सरकार को मदद मिलेगी। योजना आयोग के दोनों सदस्यों ने जीवन की गुणवत्ता बढ़ाने के उद्देश्य से स्वास्थ्य सेवाओं, शिक्षा और पेयजल सुविधाओं में सुधार लाने पर भी विशेष बल दिया। ❑

विश्व की सबसे ऊंची केबल कार

विश्व की सबसे ऊंची केबल कार की शुरुआत जम्मू-कश्मीर के गुलमर्ग में की गई है।

गुलमर्ग को 'फूलों की घाटी' कहा जाता है। यहां कुंगडोरी से लेकर अफरवात तक चरागाह से 14,400 फुट की ऊंचाई पर केबल कार की शुरुआत की गई है। यहां स्कीइंग सीखने से लेकर इसमें निपुणता प्राप्त करने तक का हरेक अवसर उपलब्ध है। इससे पूरे विश्व के लोग स्कीइंग और साहसिक पर्यटन के लिए आकर्षित होंगे।

अब तक देवदार से ढकी ढलानों से होकर गुलमर्ग से केवल 2,213 मीटर तक ही सबसे बड़ी केबल कार सेवा उपलब्ध थी।

गुलमर्ग की घासदार ढलानें गर्मी के मौसम में जंगली फूलों से लदी रहती हैं और जाड़े के मौसम में भारी हिमपात के बाद स्कीइंग क्षेत्र में परिणत हो जाती हैं। फ्रांस और भारत के इंजीनियर विशाल बर्फ के बीच मीनारें खड़ी करने और केबल लगाने के काम में जुटे रहे हैं।

इससे पहले, अफरवात में स्कीइंग करने वालों को हेलीकॉप्टर के जरिए उतारा जाता था क्योंकि यहां जनवरी से लेकर अप्रैल के अंत तक सफेद बर्फीली ढलाने रहती हैं। यह काफी महंगा पड़ता है। इस केबल कार के काम में आठ वर्ष से भी अधिक समय की देरी हुई। 1990 में फ्रांस के तकनीकी विशेषज्ञों द्वारा इसकी शुरुआत में ही आतंकवादियों ने दो इंजीनियरों का अपहरण कर लिया था। इसे 1998 में ही पूरा होना था। ❑

कश्मीर में पर्यटकों का आगमन दोगुना

कश्मीर पर्यटन में 96 प्रतिशत की वृद्धि हुई है। वर्ष 2003 में यहां 1,92,000 पर्यटक आए थे जबकि 2004 में उनकी संख्या बढ़कर 4,00,000 हो गई। जम्मू-कश्मीर पर्यटन विभाग के अनुसार करगिल युद्ध के पश्चात लद्दाख में आने वाले पर्यटकों की संख्या वर्ष 2003 के 28,400 से बढ़कर 2004 में 35,000 हो गई, जो 23 प्रतिशत की वृद्धि है।

इस वर्ष घाटी में अब तक 88,840 पर्यटक आ चुके हैं, जबकि पिछले वर्ष इसी अवधि के दौरान 41,800 पर्यटक आए थे। यह 113 प्रतिशत की वृद्धि है। लद्दाख में अप्रैल में 1,105 पर्यटक आए, जबकि पिछले वर्ष इस माह में 941 पर्यटक आए थे। यह 17 प्रतिशत की वृद्धि दर्शाता है।

घाटी में पर्यटन के क्षेत्र का एक अन्य हिस्सा अमरनाथ यात्रा है। राज्य सरकार के पर्यटन विभाग के अनुसार वर्ष 2004 में इस तीर्थयात्रा में 4,00,000 श्रद्धालु शामिल हुए जबकि 2003 के दौरान इसमें 1,53,314 तीर्थयात्री शामिल हुए थे। यह 161 प्रतिशत की वृद्धि है।

राज्य में आने वाले अधिकांश पर्यटक भारतीय हैं। वर्ष 1988 के दौरान सर्वाधिक 59,938 विदेशी पर्यटक कश्मीर घाटी में आए थे। वर्ष 2004 में यह संख्या घटकर मात्र 18,600 रह गई।

इस समय इंडियन एयरलाइंस, सहारा और जेट एयरवेज की उड़ानें श्रीनगर के लिए उपलब्ध हैं।

वर्ष 1989 तक राज्य में पर्यटन क्षेत्र रोजगार का दूसरा सबसे बड़ा क्षेत्र था, पहला स्थान कृषि और बागवानी का था। वर्ष 1988 के दौरान घाटी में सात लाख से भी अधिक पर्यटक आए। किंतु 1990 के दशक में इसमें भारी गिरावट हुई। पिछले ढाई वर्षों के दौरान राज्य में पर्यटन उद्योग को पुनर्जीवित करने के कई प्रयास किए गए हैं।

राज्य की छवि निखारने के लिए हाल में आयोजित दुबई शॉपिंग महोत्सव, साउथ एशियन ट्रेवल एंड टूरिज्म एक्सचेंज में बड़ा पैवेलियन और मुंबई और कोलकाता में पर्यटन मेलों में भागीदारी की गई। गुलमर्ग में वर्ष 2004 में चौथे राष्ट्रीय शीतकालीन खेलों का आयोजन भी किया गया था।

पर्यटन के विकास में बुनियादी सुविधाओं की कमी एक प्रमुख बाधा है। जम्मू-कश्मीर सरकार ने पिछले वर्ष पर्यटन पर 3 करोड़ रुपये खर्च किए थे। इस वर्ष इसे बढ़ाकर 3.5 करोड़ रुपये कर दिया गया है। केंद्र सरकार श्रीनगर हवाई अड्डे को अंतरराष्ट्रीय हवाई अड्डे के रूप में परिणत करने की योजना को मंजूरी दे चुकी है।

इस बीच भारी संख्या में पर्यटकों के आने के कारण उनके रहने के स्थान की बढ़ती मांगों को ध्यान में रखते हुए, जम्मू-कश्मीर सरकार ने 20 स्थानों का चयन किया है जिन्हें पर्यटक स्थलों के रूप में विकसित किया जाएगा। सरकार राज्य में 'पर्यटन ग्राम' विकसित कर रही है। पूरे विश्व के पर्यटक कश्मीर की संस्कृति और वातावरण का अनुभव करना चाहते हैं, जिसे वे 'पर्यटन ग्रामों' में महसूस कर सकेंगे। इससे स्थानीय अर्थव्यवस्था मजबूत होगी, क्योंकि इसका लाभ प्रत्यक्ष रूप से बुनियादी स्तर के लोगों को मिलेगा। ❑

जम्मू-कश्मीर समाचार

- **जम्मू-कश्मीर को पुनर्निर्माण के लिए एशियाई विकास बैंक की सहायता**

एशियाई विकास बैंक ने जम्मू-कश्मीर में नष्ट हुए बुनियादी ढांचे की बहाली के लिए मदद की पेशकश की है। इसने पुनर्निर्माण कार्यों के लिए 25 करोड़ अमरीकी डॉलर जारी किए हैं। देश में सामाजिक क्षेत्र में एशियाई विकास बैंक का यह सबसे बड़ा निवेश है।

जम्मू-कश्मीर सरकार के आर्थिक सलाहकार डा. हासिब दराबु ने कहा है कि यह धनराशि सड़कों और पुलों के पुनर्निर्माण तथा स्वच्छता सुविधाओं में सुधार के लिए खर्च की जाएगी। उन्होंने कहा कि 25 करोड़ अमरीकी डालर की एशियाई विकास बैंक की यह सहायता 15 वर्ष के लिए है तथा यह 2005-06 की वार्षिक योजना के अतिरिक्त है। केंद्र सरकार ने 4,200 करोड़ रुपये की वार्षिक योजना मंजूर की है जो जम्मू-कश्मीर के लिए अब तक का सबसे बड़ी राशि का आवंटन है। प्रधानमंत्री ने अलग से प्रधानमंत्री पुनर्निर्माण योजना के तहत 24,000 करोड़ रुपये के पैकेज की घोषणा की है।

इन कदमों से जम्मू-कश्मीर में विकास कार्यों में तेजी आएगी।

सरकार पहले ही चार पुलों का काम शुरू कर चुकी है। इनमें 1.73 करोड़ रुपये कानीकाडा पुल पर, 1.27 करोड़ रुपये तेलबेल पुल पर, 2.01 करोड़ रुपये सैदापुरा पुल पर और 91 लाख रुपये गुंडताल डेरा पुल पर खर्च किए जाएंगे।

- **जम्मू-कश्मीर ने 2,500 करोड़ रुपये का निवेश आकर्षित किया**

राज्य में पिछले दो वर्षों में देश के अन्य भागों से 2,500 करोड़ रुपये का निवेश हुआ है। पीएचडी चैंबर ऑफ कॉमर्स द्वारा श्रीनगर में आयोजित सम्मेलन में यह जानकारी दी गई।

- जम्मू-कश्मीर सरकार राज्य के शिक्षित बेरोजगार युवाओं के लिए विदेशों में रोजगार की संभावनाओं को तलाशने के लिए विदेश रोजगार निगम स्थापित करेगी।

- **किसानों के लिए उर्वरक**

फसल के मौसम को देखते हुए एग्रो इंडस्ट्रीज डेवेलपमेंट कार्पोरेशन ने जम्मू-कश्मीर के किसानों को 5,435 टन यूरिया, 6,076 टन डीएपी और 1,972 टन एमओपी खाद उपलब्ध कराया है। चालू वर्ष के पिछले तीन माह में कश्मीर घाटी के किसानों को 2.43 करोड़ रुपये का रासायनिक उर्वरक बेचा गया है।

निगम ने खानमोह जिले में अपने फल संसाधन संयंत्र का आधुनिकीकरण किया है और फल उत्पादों की पैकेजिंग के लिए इंडोटेक कंपनी, चंडीगढ़ के साथ गठबंधन किया है।

- **प्रधानमंत्री पुनर्निर्माण योजना की समीक्षा**

जम्मू-कश्मीर सरकार ने प्रधानमंत्री पुनर्निर्माण योजना में हुई प्रगति की समीक्षा की है। 2,400 करोड़ रुपये के इस योजना में बिजली, सड़क, संचार, शिक्षा, रोजगार, सृजन आदि जैसे महत्वपूर्ण ढांचागत क्षेत्रों का प्रोन्नयन शामिल है। समीक्षा बैठक में राज्य के मुख्य सचिव ने कहा कि बिजली क्षेत्र में 1,000 लघु पनबिजली परियोजनाओं का निर्माण, एनएचपीसी की चालू परियोजनाओं को समयबद्ध रूप से पूरा करना तथा सभी गांवों का विद्युतीकरण शामिल हैं। मुगल रोड का निर्माण, श्रीनगर-ऊरी रोड का उन्नयन, श्रीनगर-लेह रोड को दो लेन वाला बनाने का कार्य सड़क क्षेत्र की प्रमुख परियोजनाएं हैं। शिक्षा क्षेत्र के अंतर्गत समूचे राज्य में पूर्ण साक्षरता कार्यक्रम चलाया जाएगा, 14 नए स्नातक महाविद्यालय और आईटीआई खोले जाएंगे। राज्य सरकार 8,000 आंगनवाड़ी केंद्र खोलेगी जिनमें लगभग 16,000 महिलाओं को रोजगार मिलेगा। 50 पर्यटक ग्रामों का भी विकास किया जाएगा।

- वर्ष 2005-06 के दौरान बारामूला जिले का योजनागत परिव्यय 92.94 करोड़ रुपये निर्धारित किया गया है। पिछले वर्ष 2004-05 के 81.23 करोड़ रुपये के मुकाबले इस वर्ष का आवंटन 14 प्रतिशत अधिक है। ❑

(पृष्ठ 35 का शेषांश)

दुनियाभर का औसत 5.5 प्रतिशत है। भारत में निजी व्यय का स्तर सर्वाधिक (87 प्रतिशत) है जबकि जेबी व्यय 84.6 प्रतिशत तक होने का अनुमान है। यहां यह उल्लेखनीय है कि स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच व्यक्तिगत आवश्यकताओं पर आधारित होना चाहिए न कि भुगतान की सामर्थ्य पर।

नब्बे के दशक के आरंभिक वर्षों में सघउ के अंश के रूप में स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय में निरंतर गिरावट दर्ज की गई। दशक के आखिर में इस अनुपात में पुन: वृद्धि हुई (तालिका-3) लेकिन इस वृद्धि का कारण बुनियादी सुविधाओं में सुधार नहीं, बल्कि वेतन वृद्धि थी। ताजा बजट से भी यह इंगित होता है कि अब आधुनिक अस्पतालों, खर्चीली, उच्च प्रौद्योगिकी वाली सुविधाओं तथा विदेशी एजेंसियों द्वारा प्रायोजित पल्स पोलियो कार्यक्रम जैसे क्षैतिज कार्यक्रमों पर ज्यादा जोर दिया जा रहा है।

ऐसे संस्थानों में कदम रखना काफी खर्चीला होता जो मध्यम तथा निम्न आयवर्ग के लोग वहन नहीं कर सकते। उपचार के लिए वे प्रमुखत: सार्वजनिक अस्पतालों पर निर्भर होते हैं। लेकिन इन अस्पतालों की हालत दयनीय होती है। इनमें से अनेक में डॉक्टर नहीं होते, उचित उपचार नहीं मिलता, रिश्वतखोरी और अस्वास्थ्यकर स्थितियां आम बात होती हैं, दवाएं नहीं मिलतीं आदि। गरीबों के स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार सार्वजनिक अस्पतालों की स्थिति सुधार कर ही संभव किया जा सकता है। इनसे स्पष्ट है कि संबद्ध अधिकारी इस क्षेत्र पर उचित ध्यान नहीं दे रहे। वे केवल बड़े-बड़े वायदे कर रहे हैं लेकिन वस्तुत: इस सर्वाधिक महत्वपूर्ण क्षेत्र की उपेक्षा कर रहे हैं। संसाधन आवंटन करते समय स्वास्थ्य क्षेत्र के विकास के लिए 4,000 करोड़ रुपये आवंटित करने का निर्णय लिया है। इसमें से 3,700 करोड़ रुपये विश्व बैंक से सहायता के रूप में प्राप्त होगी। चूंकि विश्व बैंक की मुख्य चिंता निजीकरण है, इसके लिए सरकार को यह राशि मुख्यतया ग्रामीण गरीबों के स्वास्थ्य में सुधार के लिए आवंटित करना चाहिए। इसके लिए प्राथमिक तथा माध्यमिक स्तर की स्वास्थ्य रक्षा सुविधाओं का विकास तथा उनका संतोषप्रद कार्यनिष्पादन आवश्यक है।

तालिका-4

योजना अवधि के दौरान स्वास्थ्य पर निवेश की प्रवृत्ति केंद्र एवं राज्य

अवधि	कुल परिव्यय	स्वास्थ्य परिव्यय	कॉलम 2 के प्रतिशत के रूप में कॉलम 3
पहली योजना	1960	65	3.33
दूसरी योजना	4672	140	3.01
तीसरी योजना	8576	225	3.63
चौथी योजना	15778	335	2.13
पांचवी योजना	39426	760	1.93
छठी योजना	97500	1821	1.83
सातवीं योजना	180000	2025	1.85
आठवीं योजना	434100	7582	1.72
नौवीं योजना	489361	5118	1.00

स्रोत: आर्थिक सर्वेक्षण, भारत सरकार, विविध मामले

वित्तीय सुरक्षा प्रदान करने का सबसे प्रभावशाली तरीका यह है कि जोखिम को अमीर एवं गरीब, युवा और वृद्ध तथा रोजगार प्राप्त एवं बेरोजगारों के बीच बांट दिया जाए। अंतरराष्ट्रीय स्तर पर इस उद्देश्य को हासिल करने के लिए स्वास्थ्य बीमा को मुख्य उपकरण के बतौर प्रयुक्त किया जाता है लेकिन भारत में इस संकल्पना का समुचित विकास नहीं हो पाया है। माध्यमिक तथा तीसरे स्तर पर सरकार प्रयोक्ता शुल्क लगा सकती है जिससे निर्धनों को छूट दी जा सकती है। लेखक द्वारा केरल के गरीबों में किए गए एक अध्ययन से ज्ञात होता है कि यदि गरीबी को आय के आधार की बजाय सामाजिक-आर्थिक घटकों के आधार पर मापा जाए तो एक तिहाई से अधिक लोग गरीबी रेखा से नीचे नहीं आ पाएंगे। यदि सरकार सामाजिक-आर्थिक घटकों के आधार पर गरीबों को स्वास्थ्य कार्ड जारी करें तो सरकार पर ज्यादा बोझ नहीं पड़ेगा।

एन्यूरिन बेवन के अनुसार, अमीर-गरीब के साथ समान व्यवहार किया जाना चाहिए क्योंकि गरीबी विकलांगता नहीं होती, न ही अमीरी कार्यकुशलता। भारत जैसे देश में, जिसकी मुख्य संपदा मानव पूंजी है, जनता के स्वास्थ्य को और अधिक महत्व देना चाहिए। देश के सामाजिक विकास कार्यक्रम का प्रमुख जोर लोगों की स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार लाना है। सरकार लोगों की बीमारियों तथा अकाल मृत्यु से रक्षा करने के अपने दायित्व से मुंह नहीं मोड़ सकती। इसके लिए सार्वजनिक निवेश को दोगुने से भी अधिक बढ़ाने की जरूरत है ताकि सघउ के 0.9 प्रतिशत के वर्तमान स्तर से बढ़ाकर इसे मध्यम एवं निम्न आय वाले देशों के औसत स्तर तक ले जाया जा सके और गरीबों को न्यूनतम स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान की जा सकें। याद रखें कि यदि स्वास्थ्य सुविधाओं के सुधार को निजी हाथों में छोड़ दिया गया तो मौजूदा स्थिति को बदलना बेहद कठिन होगा। समूची स्वास्थ्य रक्षा प्रणाली को बेहतर बनाने के लिए सरकारी हस्तक्षेप आवश्यक है।

सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली को तत्काल नवीन ताकत दिए जाने की आवश्यकता है ताकि गरीबों को अनिवार्य चिकित्सा सेवाएं उपलब्ध कराना सुनिश्चित किया जा सके। ❑

प्रवेश सूचना

प्रारंभिक, मुख्य, प्रारंभिक सह मुख्य परीक्षा–2005–06

पिछले दो सत्रों में शानदार परिणाम देने के बाद नये सत्र में 'माध्यम' ने एक ही छत के नीचे भारत के सर्वश्रेष्ठ विद्वानों को इकट्ठा किया है, जिनके साथ हमने आपके स्वर्णिम भविष्य के लिए तथा आपको सशक्त रणनीति तथा स्वस्थ मार्गदर्शन देने के लिए निम्नांकित विषयों के लिए निःशुल्क कार्यशाला का आयोजन किया है

सफलता की हमारी परंपरा को कायम रखा है इन प्रत्याशियों ने .....

माध्यम
IAS STUDY CENTER

A Division of MACS educational solutions

In association with :

MiGS
Maximlist Institute of General Studies

MACS Academy

IREDI
INSTITUTE OF REMOTE EDUCATION DEVELOPMENT IN INDIA

सिविल सर्विसेज़ रिव्यू

भारत का सर्वकालीन बेहतरीन टीम
जिसकी विश्वसनीयता और विद्वता असंदिग्ध है

हिन्दी साहित्य
द्वारा **डॉ० कुमार मंगलम** एंव विद्यासागर सिंह
निःशुल्क कार्यशाला 15 जून सायं 4 बजे से

भूगोल
द्वारा **अजय झा** एंव डॉ0 सुमित कुमार
निःशुल्क कार्यशाला 10 जून सायं 4 बजे से

इतिहास
द्वारा **सुबोध कुमार** एंव **रमन कुमार सिंह**
निःशुल्क कार्यशाला 10 जून सायं 11 बजे दिन से

लोक प्रशासन
द्वारा **निर्मल चौहान**
निःशुल्क कार्यशाला 6 जून सायं 4 बजे से

सामान्य अध्ययन
द्वारा **रमन कुमार सिंह** एंव **डॉ0 सुमित कुमार**
निःशुल्क कार्यशाला 15 जून प्रातः 11 बजे दिन से

संस्कृत साहित्य द्वारा शिवानन्द साहेब 20 जून

हमारी विशेषताएँ :-
- आपका नामांकन आपकी अंतिम सफलता तक।
- प्रारंभिक व मुख्य परीक्षा के लिए समन्वित दृष्टिकोण।
- अध्ययन सामग्री एवं क्लास नोट्स पर पर्याप्त निर्भरता।
- अभ्यास पर अत्यधिक बल एवं समयबद्ध मूल्यांकन।
- समय–2 पर सफल प्रत्याशियों से मुलाकात।
- हम पिछली उपलब्धियों को नहीं गिनवाते बल्कि नये मानक स्थापित करते हैं।

विशेष :-
- खण्डवार अध्ययन की सुविधा।
- SC/ST प्रत्याशियों को विशेष छूट।
- 26 जून को छात्रवृति परीक्षा का आयोजन।(दिल्ली से बाहर के प्रत्याशी 3 दिन पहले फोन द्वारा पंजीकरण करा ले)
- छात्रावास की व्यवस्था (छात्र–छात्राओं के लिए अलग–2)

पत्रचार कोर्स

निम्नलिखित विषयों में उपलब्ध हैं :-
दर्शनशास्त्र, भूगोल, समाजशास्त्र, इतिहास, सामान्य अध्ययन, लोक प्रशासन संस्कृत

In Association with :-
भारतीय दूरस्थ शिक्षा विकास संस्थान
IREDI

दिल्ली विश्वविद्यालय के मानक विशेषज्ञों एवं चयनित उम्मीदवारों द्वारा वैज्ञानिक तरीके से एवं रणनीति के तहत IAS/PCS की परीक्षा को ध्यान में रखकर तैयार किया गया है। वैज्ञानिक तरीके से नोट्स तैयार किये जाने के कारण इसकी भाषा सरल तथा अंकदायी है। छात्रों के समक्ष वर्षों से आ रही कठिनाइयों को दूर किया गया है।

B-14, 3rd FLOOR, COMM. COMPLEX, NEAR BANK OF INDIA ATM, DR. MUKHERJEE NAGAR, DELHI-9
Ph- 55188314, 55484594, 9873114580

YH/7/5/5

विकास की कुंजी है नवाचार

○ ए.पी.जे. अब्दुल कलाम

कोई राष्ट्र ज्ञानवान समाज के स्तर पर पहुंचा है कि नहीं इसका निर्णय देश द्वारा ज्ञान सृजन और ज्ञान के विस्तार हेतु अपनाए जानेवाले तरीके से किया जाता है। नवाचार ज्ञानवान समाज के निर्माण का प्रमुख तत्व है। ज्ञानवान समाज विकसित समाजों का नेतृत्व करता है

विगत शताब्दी के दौरान विश्व में कृषि समाज में शारीरिक श्रम मुख्य कारक था। वहां से यह औद्योगिक समाज, जिसने प्रौद्योगिकी का प्रबंध, पूंजी और श्रम प्रतियोगी लाभ प्रदान किया, में परिवर्तित हुआ है। इसके बाद पिछले दशक में सूचना युग का उद्भव हुआ जिसमें कनेक्टिविटी और सॉफ्टवेयर उत्पाद कुछ राष्ट्रों की अर्थव्यवस्था के वाहक बने हैं। 21वीं शताब्दी में एक नए समाज का उद्भव हो रहा है जिसमें पूंजी और श्रम की जगह ज्ञान प्राथमिक उत्पादन का एक संसाधन है। ज्ञानवान समाज में अभिनव परिवर्तन क्षमता की शक्ति है। इस विद्यमान ज्ञान का दक्षतापूर्ण उपयोग राष्ट्र के लिए व्यापक संपत्ति अर्जित कर सकता है और बेहतर स्वास्थ्य, शिक्षा, आधारभूत संरचना और अन्य सामाजिक सूचकों के रूप में जीवन की गुणवत्ता में भी सुधार कर सकता है। ज्ञान की संरचना का सृजन और उसे बनाए रखने की क्षमता जानकार कार्यकर्ताओं का विकास करती है और सृजन, वृद्धि तथा नए ज्ञान के उपयोग के द्वारा उनकी उत्पादकता बढ़ाती है। ज्ञान जानकार समाज की समृद्धि का प्रमुख निर्णायक कारक होगा। कोई राष्ट्र ज्ञानवान समाज के स्तर पर पहुंचा है कि नहीं इसका निर्णय उस देश द्वारा ज्ञान के सृजन और सूचना प्रौद्योगिकी, उद्योगों, कृषि, स्वास्थ्य आदि जैसे सभी क्षेत्रों में ज्ञान के विस्तार हेतु अपनाए जानेवाले प्रभावोत्पादक तरीके से किया जाता है। नवाचार ज्ञानवान समाज के निर्माण का प्रमुख तत्व है।

ज्ञानवान समाज विकसित समाजों का नेतृत्व करता है। ज्ञानवान समाज के अनिवार्य घटक नवाचार की प्रक्रिया के द्वारा सामाजिक अच्छाई हेतु ज्ञान को संपत्ति में बदला जाता है। सेवा और उत्पादन दोनों क्षेत्रों के लिए प्रतियोगितात्मकता एक महत्वपूर्ण कारक है। मुख्यत: गत्यात्मक सांगठनिक परिवर्तन जीवन के विभिन्न क्षेत्रों में व्यक्तियों तथा समूहों और आरएंडडी प्रयोगशालाओं के अनुभवों से भी समृद्ध होते हैं। अतएव देश में एक सक्षम नवाचार अथवा अभिनव परिवर्तन पद्धति तत्काल स्थापित करने की आवश्यकता है। ऐसी पद्धति में ऐसे समूहों का सृजन शामिल होगा जो (क) अंतर्निर्भर फर्मों, (ख) विश्वविद्यालयों, महाविद्यालयों एवं संस्थानों, शोध संस्थानों और प्रौद्योगिकी प्रदान करने वाली फर्मों जैसे प्रौद्योगिकी तथा ज्ञानोत्पादक संस्थानों (ग) थिंक टैंक मानी जाने वाली संस्थाओं, तकनीकी या परामर्श सेवाएं प्रदान करने वालों और (घ) मूल्य संवर्द्धित उत्पादन शृंखला को जोड़ने वाले उपभोक्ताओं का नेटवर्क है।

समूह की अवधारणा किसी फर्म के नेटवर्क से आगे तक जाती है क्योंकि इसमें ज्ञान साझा करने और अदला-बदली के सभी रूप शामिल हैं। इस तरह अभिनव परिवर्तन पद्धति अपने समूहों के साथ भूमंडलीय ज्ञान के बढ़ते भंडार का दोहन करेगी, स्थानीय जरूरतों के अनुसार उन्हें शामिल करेगी तथा अपनाएगी और अंतत: नए ज्ञान और प्रौद्योगिकी का सृजन करेगी। यह समय पूर्णत: विकसित होने का है विशेषकर तब जब सरकार का ध्यान ग्रामीण भारत हेतु नया करने पर केंद्रित है।

गणतंत्र दिवस, 2005 की पूर्व संध्या पर राष्ट्र के प्रति अपने संबोधन में मैंने ग्रामीण विकास हेतु अपनी दृष्टि को रेखांकित किया था। यह दर्शन गरीबी के समूल उन्मूलन, सभी नागरिकों को शिक्षा तथा कुशलता के विकास हेतु उत्कृष्ट तथा सामर्थ्य के अनुरूप अवसर, सबके लिए स्वास्थ्य और सफाई व्यवस्था तथा उच्चतर आय स्तरों के सृजन पर विचार करता है। इसके अतिरिक्त कृषि, उत्पादन और सेवा क्षेत्र केवल घरेलू जरूरतों को ही पूरा नहीं करेंगे बल्कि भूमंडलीय अर्थव्यवस्था में नेतृत्व वाले पदों को भी प्राप्त करेंगे। वित्तमंत्री के हाल के बजट प्रस्तावों में ग्रामीण क्षेत्रों में शहरी सुविधाएं प्रदान करने (पुरा) का कार्यक्रम बेहद महत्वपूर्ण भूमिका अदा करता है। पुरा चार तरह की संबद्धताओं पर विचार करता है। ये हैं- भौतिक संबद्धता, इलेक्ट्रॉनिक

संबद्धता, ज्ञान की संबद्धता और अल्प आर्थिक संबद्धता।

ग्राम ज्ञान केंद्र : आईसीटी में उपलब्ध जागरूकता और अवसरों के द्वारा शीघ्र ही हमारे प्रत्येक गांववासी के पास कंप्यूटर और उसकी कनेक्टिविटी होगी और हमारी ई-गवर्नेंस, टेली-शिक्षा, टेली-चिकित्सा, ई-कामर्स तथा ई-जुडिशियरी जैसी पहल का लाभ भी मिलेगा। कंप्यूटरों की सर्वव्यापी प्रकृति के बावजूद वे हमारे ग्रामीणों के लिए वास्तविक पहुंच वाले उपकरण नहीं बन पाएंगे। ऐसे मामलों में हमें एक मध्यस्थ की जरूरत होगी जो ग्राम सूचना अधिकारी के रूप में कार्य करेगा।

ज्ञान की दुनिया में वह ग्रामीणों का संजय होगा। भारत में लगभग 2.3 लाख ग्राम पंचायत हैं। मेरी संकल्पना है कि ग्रामीणों को ज्ञान समृद्ध करने और उनकी ज्ञान संबद्धता हेतु नोडल केंद्र के रूप में काम करने हेतु इन पंचायतों में ग्राम ज्ञान केंद्र की स्थापना हो। यह केंद्र ग्राम समूहों के बीच आर्थिक गतिविधियों हेतु इंटरफेस के रूप में काम करेगा जिससे ग्राम सूचना अधिकारी के माध्यम से ग्रामीणों को सूचना मिलेगी। इस ज्ञान केंद्र का उपयोग ग्रामीणों से संबंधित किसी ग्रामीण महत्व की सूचना के संग्रह, डिजीटल भंडारण और प्रसारण हेतु भी किया जा सकता है। ग्राम ज्ञान केंद्रों का विकास 2005 के बजट प्रस्तावों में साकार हो गया है।

प्रवर्तकों की भूमिका : सामाजिक और धार्मिक संस्थाओं सहित सामाजिक संगठनों में शिक्षा, स्वास्थ्य तथा अन्य सामाजिक प्रासंगिकता वाली गतिविधियों के लिए हमेशा से राज्यों के सुविकसित भागों (कुछ अपवादों को छोड़कर), विशेषकर शहरी क्षेत्रों को चुनने की प्रवृत्ति रही है। राष्ट्र का संतुलित विकास सुनिश्चित करने के लिए प्रवर्तकों को हमेशा कठिन क्षेत्रों का चुनाव करना चाहिए और द्रुत विकास करना चाहिए।

यहां मुझे हमारे एक नागरिक से प्राप्त ई-मेल की याद आती है:

"जो भी चिकित्सा, संपत्ति या रोशनी हमारे पास है उसे अल्प सुविधाप्राप्त या और सुविधासंपन्न दोनों के साथ बांटने करने के महत्व की याद दिलाने हेतु यहां एक अंश प्रस्तुत है। कुछ हफ्ते पूर्व राष्ट्रीय मानसिक विकलांग संस्थान, हैदराबाद ने सभी शारीरिक और मानसिक विकलांग बच्चों के लिए खेल स्पर्द्धा का आयोजन किया था..... एक दौड़ में नौ प्रतियोगी, जिसमें सभी शारीरिक या मानसिक विकलांग थे, 100 मी. दौड़ की प्रस्थान रेखा पर जमा हुए। प्रस्थान संकेत पर सभी दौड़े जोश ही नहीं, बल्कि दौड़ में भाग लेने और इसे पूरा कर जीतने का आनंद प्राप्त करने के मकसद से लेकिन एक छोटा लड़का डामर पर लड़खड़ा कर गिर पड़ा और कई बार लुढ़कने के बाद रोने लगा। वे धीमे हुए और उन्होंने पीछे देखा। फिर वे सभी पीछे मुड़े और वापस उस छोटे लड़के तक गए। डाउन सिंड्रोम वाली एक लड़की नीचे झुकी, उसे चूमा तथा कहा, यह इसे अच्छा कर देगा। इसके बाद सभी नौ बच्चों ने अपनी बांहों को कड़ी की तरह जोड़ा और साथ-साथ समाप्ति रेखा पर पहुंचे। स्टेडियम में मौजूद सारे व्यक्ति उठ खड़े हुए और कई मिनटों तक तालियां बजती रहीं। वहां जो लोग थे वे आज भी यह कहानी सुनाते हैं, पर क्यों? क्योंकि गहरे उतरने पर हम सब इस एक बात को जानते हैं। अपने लिए जीतने से अधिक महत्वपूर्ण वह चीज है जिससे हमारे जीवन में फर्क आता है। इस जीवन में महत्वपूर्ण है दूसरों की जीतने में मदद करना। चाहे इससे हमारी गति धीमी क्यों न हो जाए और हमें अपना रास्ता क्यों न बदलना पड़े। फिर भी मैं आपको कहूंगा कि आपको धीमा नहीं होना है। बल्कि कठिनाई में मदद करने से इसका प्रतिफल आपकी गति तेज कर देगा। यदि आप यह संदेश दूसरों तक पहुंचाते हैं, तो हम अपने साथ ही दूसरों के दिलों को बदलने में भी कामयाब होंगे। "एक मोमबत्ती का दूसरी मोमबत्ती जलाने में कोई नुकसान नहीं होता।"

सृजनशीलता खूबसूरत दिमागों की उपज है। सृजनशीलता अन्वेषणों, आविष्कारों और नवाचारों की तरह बहुआयामी होती है। सृजनशीलता का मुख्य पहलू है प्रत्येक चीज को औरों की तरह देखना परंतु कुछ अलग से सोचना

यह आदर्शकार्य सृजन को बढ़ावा देगा और एक सामाजिक चेतना वाले समाज का निर्माण करेगा।

चूंकि हमारी जनसंख्या एक अरब है, इसलिए न केवल शहरी क्षेत्रों में, बल्कि ग्रामीण क्षेत्रों में भी समाज को अपनी तरह से लगातार अभिनव परिवर्तन करते रहना है। उदाहरणस्वरूप, अहमदाबाद का मधुमक्खी नेटवर्क आंदोलन सृजनशील खूबसूरत दिमागों की उपज है। यह देश में कहीं भी और किसी भी हिस्से में हो सकता है। यह एक मछुआरे के हैमलेट या एक किसान के घरेलू सामान, डेयरी फार्म या प्रजनन केंद्र से प्रारंभ हो सकता है अथवा कक्षा या प्रयोगशाला या उद्योगों या आरएंडडी केंद्रों से। विकास सृजनशीलता अन्वेषणों, आविष्कारों और नवाचारों की तरह बहुआयामी होता है। सृजनशीलता में वर्तमान विचारों को जोड़कर, बदलकर या पुनप्रयोग द्वारा कुछ नई कल्पना या आविष्कार करने की योग्यता होती है। सृजनशीलता में परिवर्तन और नयापन को स्वीकारने की क्षमता होती है, विचारों और संभावनाओं से खेलने की इच्छा और दृष्टिकोण में लचीलापन होता है, सुधार की राहों की तलाश में बेहतर का आनंद उठाने की आदत होती है। सृजनशीलता कठिन श्रम और कार्य में उत्तरोत्तर परिवर्तन और सुधार के द्वारा विचारों और समाधानों में निरंतर सुधार की प्रक्रिया है। सृजनशीलता का मुख्य पहलू है प्रत्येक चीज को औरों की तरह देखना परंतु कुछ अलग सोचना।

मैंने अहमदाबाद में राष्ट्रीय नवाचारी फाउंडेशन के कार्यों को देखा है, जो ग्रामीण क्षेत्रों में होनेवाले अभिनव परिवर्तनों की संख्या आकर्षित करने में समर्थ है। हालांकि उन्हें

उन अभिनव परिवर्तनों को प्रतियोगी बाजार लायक उत्पाद बनाने के लिए डिजाइन इनपुट की जरूरत है। बेहतर अभिनव परिवर्तनों को वाणिज्यिक व्यवहार्य उद्यम में बदलने हेतु मैं इंटरप्रेन्योरियल मैनेजमेंट प्रोसेसेज इंटरनेशनल (ईएमपीआई) और राष्ट्रीय नवाचारी फाउंडेशन के बीच सहयोगी उद्यम की अनुशंसा करूंगा। इससे ग्रामीणों के लिए अवसर और धन का अर्जन होगा। ऐसे उपक्रमों हेतु उद्यमों की स्थापना को आईएल एवं एफएस जैसी संस्थाओं से वित्तीय समर्थन मिल सकता है।

अब मैं उस विधि का सुझाव देना चाहूंगा जिसके द्वारा ईएमपीआई और अन्य साझेदार भारतीय नवाचारी पुरस्कार योजना के संचालन से प्राप्त महत्वपूर्ण आंकड़े का सकारात्मक उपयोग कर सकते हैं। हमारे समाज के विकास से संबंधित विभिन्न क्षेत्रों जैसे, जननीति, भौतिक बुनियादी ढांचा, सामाजिक बुनियादी ढांचा, ग्रामीण विकास, उच्च प्रौद्योगिकी और उत्पादन उद्योगों, नवीन अभिमुख मीडिया, सेवा उद्योगों, बैंकिंग, बीमा, अस्पतालों, कृषि, खाद्य, जल प्रबंधन एवं पर्यावरण से इंटरप्रेन्योरियल मैनेजमेंट प्रोसेसेज इंटरनेशनल को 596 आवेदनपत्र प्राप्त हुए हैं। ईएमपीआई एक फोरम का गठन कर सकता है जिसमें पुरस्कार हेतु जमा प्रस्तावों पर, इनके भावी उपयोगकर्ताओं में इनके प्रसार को सुगम बनाते हुए और विस्तृत अनुप्रयोगों हेतु बाजार से

ज्ञान के आधारिक संरचना का सृजन और उसके अनुरक्षण की क्षमता जानकार कामगारों का विकास और सृजन के माध्यम से उनकी उत्पादकता बढ़ाना, नए ज्ञान की वृद्धि एवं उसका प्रयोग इस जानकार समाज की समृद्धि के निर्धारण का एक प्रमुख कारक होगा

कनेक्टिविटी के लिए बातचीत की जा सकती हैं। ईएमपीआई के संकाय सदस्य प्रत्येक क्षेत्र में तीन शीर्ष अभिनव परिवर्तनों का चयन कर उन्हें ईएमपीआई के छात्रों के लिए केस स्टडी के रूप में तैयार कर सकते हैं और अपने चैनल द्वारा विभिन्न संस्थाओं तक प्रसारित कर सकते हैं। सामाजिक अनुप्रयोगों की दिशा में इन अभिनव परिवर्तनों को बढ़ावा देने का यह एक प्रभावी तरीका होगा।

आज हमारे राष्ट्र के लिए जो आवश्यक है, वह है प्रौद्योगिकी, नवाचार, नेतृत्व और उत्प्रेरित कार्यबल का सम्मिश्रण। हम राष्ट्रीय विकास हेतु अच्छे संगठनों की गतिशीलता का विश्लेषण करें। विकसित भारत केवल आर्थिक मजबूती से क्षमतावान हो सकता है। आर्थिक क्षमता प्रतियोगितात्मकता से मजबूत हो सकती है। प्रतियोगितामत्कता ज्ञान क्षमता द्वारा मजबूत होती है। ज्ञान क्षमता प्रौद्योगिकी और नवाचार द्वारा मजबूत होता है। प्रौद्योगिकी संसाधन निवेश द्वारा मजबूत होती है। संसाधन निवेश राजस्व और निवेश से प्राप्ति से मजबूत होता है। राजस्व परिणाम और ग्राहक की निष्ठा के माध्यम से बार-बार बिक्री द्वारा मजबूत होता है। ग्राहक निष्ठा गुणवत्ता और उत्पाद के महत्व से मजबूत होती है। गुणवत्ता और उत्पाद मूल्य कर्मियों की उत्पादकता और अभिनव परिवर्तन से मजबूत होता है। कर्मियों की उत्पादकता कर्मियों की निष्ठा, कर्मचारी संतुष्टि और कार्य के वातावरण से मजबूत होती है। कार्य का वातावरण प्रबंधकीय गुणों द्वारा मजबूत होता है। प्रबंधकीय गुण परोक्ष नेतृत्व से मजबूत होता है। परोक्ष नेतृत्व का मतलब है कमांडर से कोच, प्रबंधक से परामर्श दाता, निदेशक से प्रतिनिधि और सम्मान चाहने वाले से आत्मसम्मान सुलभ कराने वाले की पारंपरिक भूमिका में परिवर्तन की संकल्पना। मैं निश्चित तौर पर कह सकता हूं कि भविष्य में आनेवाली सभी अभिलाषी संस्थाओं की अगुआई परोक्ष नेतृत्व के द्वारा होगी। समृद्ध और विकसित भारत के लिए प्रमुख जोर परोक्ष नेताओं और नवाचारी संगठनों की संख्या में वृद्धि पर होगा। ❑

(यह आलेख नई दिल्ली में 7 मार्च को भारतीय नवाचारी पुरस्कार, 2005 प्रदान करने के अवसर पर राष्ट्रपति द्वारा दिए गए अभिभाषण पर आधारित है)

लिंग समानता सूची में भारत 53वें स्थान पर

विश्व के 58 देशों में किए गए लिंग अंतर संबंधी अपने पहले अध्ययन में विश्व आर्थिक फोरम ने भारत को 53वें स्थान पर रखा है। इस रिपोर्ट में पांच महत्वपूर्ण क्षेत्रों में महिलाओं और पुरुषों के बीच अंतर को मापा गया है। ये क्षेत्र हैं- आर्थिक भागीदारी, आर्थिक अवसर, राजनीतिक सशक्तीकरण, शिक्षा तथा जनन संबंधी स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच। केवल पांच देश- कोरिया, जॉर्डन, पाकिस्तान, तुर्की एवं मिस्र को इस रिपोर्ट में भारत के नीचे रखा गया है। भारत के अलावा दक्षिण एशियाई देशों से इस सूची में केवल बांग्लादेश को शामिल किया गया है जिसे भारत से काफी ऊपर 39वां स्थान हासिल हुआ है।

बांग्लादेश के ठीक ऊपर 38वें स्थान पर जापान तथा ठीक नीचे 40वें स्थान पर मलेशिया है। अध्ययन के अनुसार स्वीडन, नॉर्वे, आइसलैंड, डेनमार्क तथा फिनलैंड में सबसे कम लिंग अंतर पाया गया, इसलिए इन पांचों को सूची में शीर्ष पर रखा गया है। रिपोर्ट के अनुसार प्रतिबंधित मातृत्व अधिकार एवं खराब राजकीय बाल कल्याण प्रणाली के कारण अमरीका को शीर्ष 10 महिला-मित्र देशों में भी स्थान नहीं मिल पाया है। ब्रिटेन हालांकि शीर्ष 10 देशों में शामिल है, लेकिन वह कई मानकों पर बुरी तरह पीछे है। आर्थिक अवसर के मामले में तो वह भारत से भी पीछे है।

राजनीतिक सशक्तीकरण के मामले में भारत की स्थिति बेहतर है और उसे 24वें स्थान पर रखा गया है। फोरम के अनुसार यह एक सकारात्मक प्रगति है। आर्थिक भागीदारी के मामले में भारत 54वें स्थान पर, आर्थिक पारिश्रमिक के मामले में 35वें स्थान पर, शिक्षा के मामले में 57वें स्थान पर तथा स्वास्थ्य के मामले में 34वें स्थान पर है।

विश्व आर्थिक फोरम के प्रमुख अर्थशास्त्री ऑगस्टर लोपेज क्लोरेज की राय में, सर्वेक्षण का मकसद उसे देशों को शर्मिंदा करने के लिए प्रयुक्त करना नहीं, बल्कि सुधार के प्रतिमान के रूप में प्रयुक्त करना है। ❑

(सपना एन. सिंह, संपादक (अंग्रेजी), मनोज्ञा आर. पाल, उपसंपादक (अंग्रेजी) तथा फरहत परवीन, उपसंपादक (उर्दू) द्वारा संकलित)

आप हमारे साथ परिश्रम करें, हम आप पर आपसे ज्यादा परिश्रम करते हैं।

इतिहास
रजनीश राज

आमंत्रित करते हैं, उन दधीचियों को जो अपनी हड्डी गलाकर पत्थर में छिपी मूर्ति की सम्भावना को साकार करना चाहते हैं।

रजनीश सर पत्थर में छिपी मूर्ति की सम्भावना को तराशने की कला जानते हैं।

Manoj Tewari
62nd Rank :UPSC-2002
Marks in History : 358

इतिहास में पढ़ा था कि हर्षवर्धन को कार्य करने से ही उर्जा मिलती थी। रजनीश सर को देखकर ही लगा कि ऐसा भी संभव है।

Alok Jaiswal
Selected for D.S.P. (UP) 2001

Ashok Kr.Yadav
भारतीय डाक सेवा, 2003-04

Kaushlendra Kumar
Rank 118, 2004-05

यात्रांश पर मैं मुझे सिविल सर्विसेज के लिए न केवल प्रेरित बल्कि अलग विधियों की पहचान व समझना सिखाया। मेरे लिए योजना व रणनीति तैयार की जिसके अंतर्गत तथ्यात्मक रूप से उत्तर मुझसे कई गुना उत्तर लिखवाया। क्योंकि मस्तकुर्ति यह भी है कि उन्होंने मेरे अंदर विश्वास भरा कि मैं अपनाया लक्ष्य कर सकता हूँ।

पिछले वर्ष हमारे यहाँ से 15 छात्रों ने 325 से 360 के बीच अंक प्राप्त किए।

P.T.

तथ्यों के अम्बार से नहीं, तकनीकी स्तर पर तैयारी। कैसे?

- प्रति अध्याय प्रश्न पूछने की प्रवृति का विश्लेषण और टेस्ट।
- प्रत्येक 3 टॉपिक पर एक टेस्ट।
- प्राचीन/मध्यकालीन और आधुनिक भारत पर पृथक टेस्ट।
- स्रोत/प्रशासन/समाज/अर्थव्यवस्था/धर्म/संस्कृति प्रत्येक पर पृथक टेस्ट।
- कक्षा समाप्त होने पर पूरे पाठ्यक्रम पर टेस्ट
- प्रत्येक अध्याय का विशद विश्लेषण।
- पिछले वर्षों के प्रश्न पत्रों के आधार पर पुनरावलोकन।

मेन्स

हम आपको प्रशासक बनाते हैं, इतिहासकार नहीं। कैसे?

- इतिहास के साथ ही इतिहास दर्शन का विश्लेषण।
- पिछले वर्षों के प्रश्न पत्र सहित प्रति अध्याय 10 प्रश्नों के उत्तर की संरचनागत व्याख्या।
- मॉडल उत्तर लिखवाना।
- सावधिक और आकस्मिक टेस्ट।
- पुनरावलोकन के लिए पृथक कक्षा।
- मैप और लघुउत्तरीय प्रश्न पर विशेष बल।
- पिछले वर्षों के सफल विद्यार्थियों के मॉडल उत्तर उपलब्ध।

सामग्री :- मेन्स और P.T. दोनों के लिए उच्चस्तरीय एवं परीक्षोपयोगी सामग्री।

- पढ़ाई व लेखन सम्बन्धी रणनीति पुस्तिका।
- प्रश्न पत्र संकलन।

निःशुल्क कार्यशाला 10 जून प्रातः 10 बजे से

निबन्ध के लिए 20 जुलाई को निःशुल्क कार्यशाला

नामांकन प्रारम्भ

SIHANTA IAS

632, Mukherjee Nagar, Delhi-9
(Near Aggarwal Sweets)

9873399588

YH/7/5/10

सेतु समुद्रम परियोजना

समुद्री रास्ते से व्यापार को बढ़ावा देने के उद्देश्य से केंद्र सरकार ने तमिलनाडु तट के पास सेतु समुद्रम जहाज चैनल परियोजना शुरू करने के लिए एक विशेष उद्देश्यीय व्यवस्था (एसपीवी) गठित करने का फैसला किया है। केंद्रीय मंत्रिमंडल ने इस महत्वाकांक्षी परियोजना को मंजूरी प्रदान कर दी है।

हालांकि इस परियोजना हेतु संसाधन जुटाने के लिए सेतु समुद्रम कार्पोरेशन लि. को केंद्रीय एजेंसी बनाया गया है, लेकिन यह परियोजना टूटीकोरिन पोर्ट ट्रस्ट के जरिए क्रियान्वित की जाएगी। इसके तहत भारत और श्रीलंका के बीच समुद्र की गहराई बढ़ाई जाएगी ताकि बड़े जहाजों को श्रीलंका के आसपास न जाना पड़े। समुद्र की गहराई कम होने की वजह से बड़े जहाज कोलंबो जाते हैं जहां से छोटे जहाजों के जरिये सामान पूर्वी तट की बंदरगाहों पर लाया जाता है। यह चैनल स्वेज और पनामा चैनल की तरह बहुत ही लाभकारी सिद्ध होगा।

2,427.40 करोड़ रुपये की इस परियोजना के लिए धनराशि इक्विटी केंद्र, बंदरगाहों, भारतीय नौवहन निगम, ड्रेजिंग कार्पोरेशन और अन्य संस्थाओं से अंशदान प्राप्त करके जुटाई जाएगी। 226 करोड़ रुपये प्रारंभिक पब्लिक आफर के जरिये अथवा निजी क्षेत्र से जुटाए जाएंगे।

इस परियोजना की कुल पूंजी लागत लगभग 2,233 करोड़ रुपये आंकी गई है और वित्तीय लागत 194.40 करोड़ रुपये रहने का अनुमान है। एसपीवी वित्तीय ढांचे में 1.5:1 का ऋण-इक्विटी अनुपात शामिल रहेगा। केंद्र सरकार इक्विटी के रूप में 495 करोड़ रुपये का अंशदान देगी जबकि सात अन्य सरकारी कंपनियां और ट्रस्ट 30-30 करोड़ रुपये का अंशदान करेंगे। परियोजना के तहत मन्नार की खाड़ी और बंगाल की खाड़ी को पॉक की खाड़ी के जरिए जोड़ने के लिए समुद्र में ड्रेजिंग शिप चैनल स्थापित किया जाएगा ताकि समुद्री जहाज पूर्वी और पश्चिमी तटों के बीच आवागमन कर सकें।

इससे प्रायद्वीप के आसपास भारत के समुद्री क्षेत्र में एक नियमित समुद्री मार्ग बन जाएगा।

इस परियोजना की स्थापना से पूर्वी और पश्चिमी तट के मध्य मालवाहक जहाजों को 424 समुद्री मील कम दूरी तय करनी पड़ेगी और करीब 30 घंटे के समय की बचत होगी। ❑

(योजना के तमिलनाडु ब्यूरो द्वारा संकलित)

145 वर्ष बाद व्यापार

भारतीय समुद्र के ब्रिटिश कमांडर ए. डी. टेलर ने 1860 में आरंभिक रूप से इसकी कल्पना की थी। सरकार ने 1955 में सर रामास्वामी मुदालियर के अधीन एक कमेटी बनाई।

परियोजना: इससे एक नया चैनल बनेगा जिससे जहाजों को श्रीलंका के आसपास नहीं जाना पड़ेगा। इसकी वजह यह है कि भारत के पास अपने समुद्री जल क्षेत्र में स्थायी समुद्री मार्ग नहीं है।

कैसे: अरब सागर के साथ बंगाल की खाड़ी का संपर्क, लंका के उत्तर में समुद्र को गहरा करना, मन्नार की खाड़ी पॉक खाड़ी के आरपार समुद्री मार्ग तैयार किया जागा। (मानचित्र में देखिये)

फायदे: रक्षा, सुरक्षा मामले और तस्करी की रोकथाम में सहायक

पर्यावरणीय अनुमति: राष्ट्रीय पर्यावरणीय इंजीनियरिंग संस्थान के अनुसार इससे वनस्पति और जीव-जंतुओं को कोई नुकसान नहीं होगा।

कुल लागत: 2,427.40 करोड़ रुपये;

समुद्री जलमार्ग की लंबाई : 167 किमी.; चौड़ाई: 300 मि.

गहराई: 65,000 डीडब्ल्यूटी तक के जहाजों के लिए 14.5 मी. तक।

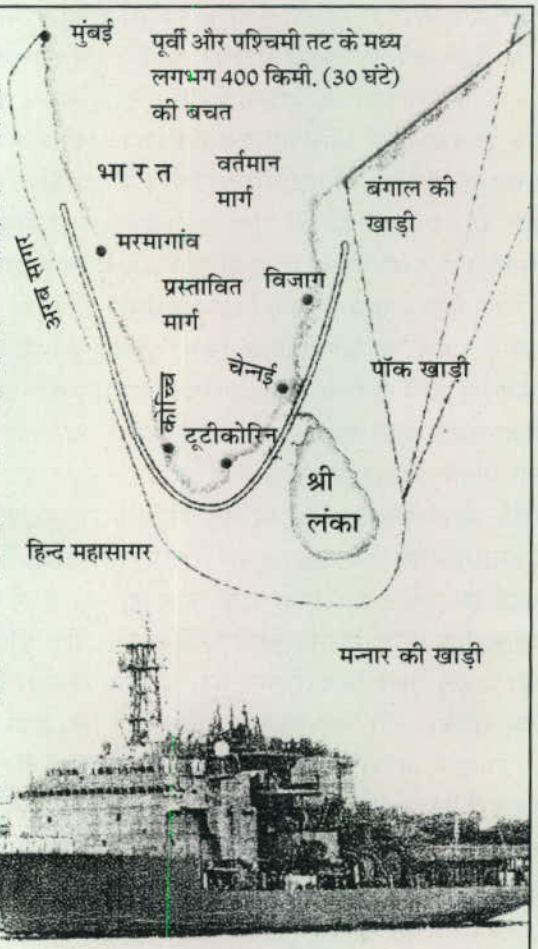
चिंताएं

मछली: जहाजों द्वारा बड़े पैमाने पर जल कटाव से मछलियों और अन्य समुद्री जीव-जंतुओं का विस्थापन। मछली क्षेत्र में कमी होगी और प्रदूषण बढ़ेगा।

सरकार की योजना

वायदा: संप्रग के न्यूनतम साझा कार्यक्रम में शामिल।

शर्त: परियोजना के क्रियान्वयन के समय मूंगा, स्तनधारी और मछुआरों के जीवनयापन की रक्षा होनी चाहिए।



(हिन्दुस्तान टाइम्स के सौजन्य से)

वाशिंग-सह-व्यायाम मशीन

रेमया जोस (17) केरल के मल्लापुरम जिले की किजहट्टूर पंचायत की है। उसके पिता हाईस्कूल के शिक्षक हैं और माता एक उच्च प्राथमिक स्कूल की प्रधानाध्यापक। उसने अपनी 12वीं की पढ़ाई विज्ञान विषय से पूरी की। स्कूल में हर वर्ष टॉपर रहने वाली रेमया ने बोर्ड की परीक्षा में 90 प्रतिशत अंक हासिल किए। उसने विभिन्न विज्ञान मेलों में अपने स्कूल का प्रतिनिधित्व किया और मोबाइल फोनों के लिए ट्रांसमिशन टावर का स्थिर मॉडल बनाने तथा एक ऐसे देसी कैसरोल का वर्किंग माडल बनाने के लिए पुरस्कार जीते, जो कि सौर ऊर्जा को संरक्षित कर लेता है, यह कैसरोल एक थर्मल कूकर के रूप में कार्य कर सकता है। अपनी 12वीं कक्षा की व्यावहारिक परीक्षा में उसने एक ऐसे रेफ्रीजरेटर का माडल तैयार किया जिसमें एक सप्ताह तक सब्जियां और फल ताजा रह सकते हैं।

रेमया ने अपनी बोर्ड की परीक्षा के बाद वाशिंग मशीन तैयार की। तब वह 14 वर्ष की थी। उसका सपना एक डॉक्टर बनने और दवाइयों के क्षेत्र में शोध करने का है। उसने अपने घर से ढाई घंटे की दूरी पर स्थित त्रिशूर में एक प्रतिष्ठित कोचिंग सेंटर में दाखिल ले लिया है। वह पहली बार घर से दूर जाकर रह रही है, लेकिन अपना लक्ष्य हासिल करने से उसे कोई नहीं रोक सकता।

यह प्रेरणा उसे तब मिली जब रेमया की दसवीं की परीक्षा के समय उसकी मां बीमार पड़ गईं और पिता का कैंसर का इलाज चल रहा था। उसे स्कूल आने-जाने के लिए तीन बसें बदलनी पड़ती थीं और रोज रास्ते में करीब दो घंटे लग जाते थे। चूंकि घर में कोई वाशिंग मशीन नहीं थी, अत: घर में कपड़े धोने का पूरा बोझ उसपर और उसकी जुड़वां बहन के सिर पर आ पड़ा। अत: व्यर्थ में वाशिंग की इच्छा रखने की बजाय उसने छुट्टियों में इसे खुद बनाने का प्रयास करने का फैसला किया। उसने एक इलेक्ट्रिक वाशिंग मशीन की कार्य प्रणाली को देखा था और इलेक्ट्रिकल ऊर्जा के स्थान पर यांत्रिक ऊर्जा के प्रयोग की बात सोची। उसने बेसिक डायग्राम तैयार की जिसे उसके पिता पास की एक ऑटोमोबाइल वर्कशाप ले गए। कर्मचारियों से कहा कि जब भी उन्हें समय मिले वे इसे तैयार करें। उन्होंने अपनी बेटी के कहे अनुसार सामान खरीदकर वर्कशाप को उपलब्ध करा दिया। एक बार उसने मैकेनिक को व्यक्तिगत रूप से बताया कि वह क्या बनवाना चाहती है।

खोज

इसमें एक एल्युमीनियम केबिन है जिसमें लोहे की जाली की तारों से बना एक समतल सिलेंडर है। सिलेंडर पैडलिंग सिस्टम से जुड़ा है। इसमें साइकिल चेन, पैडल और एक सीट लगी है। देखने में यह एक एक्सरसाइकिल की तरह है जो प्राय: जिम्नेजियम में देखा जाता है - यह एक केबिन से जुड़ा है। कपड़ों को सिलेंडर में डालकर, केबिन को कपड़ों के स्तर तक पानी से भर दिया जाता है, वाशिंग पाउडर मिलाकर 10 मिनट तक कपड़ों को भीगा रहने दिया जाता है। इसके बाद तीन से चार मिनट तक पैडल चलाया जाता है। सिलेंडर में कपड़े होते हैं और यह बहुत स्पीड से घूमता है। इस तरह यह कपड़ों को पूरी तरह साफ कर देता है। इसके बाद साबुन का पानी बाहर निकाल दिया जाता है तथा पीपा पुन: भरा जाता है और यही प्रक्रिया दोहराई जाती है। पैडलिंग के जरिये धुले हुए कपड़ों से पानी पूरी तरह निचुड़ जाता है और कपड़े 80 प्रतिशत तक सूख जाते हैं।

लाभ

इसके अनेक फायदे हैं। गांवों में अकसर बिजली की कमी रहती है और यदि कोई व्यक्ति वाशिंग मशीन खरीद भी लेता है तो बिजली की दरों में वृद्धि के कारण आम आदमी इसका इस्तेमाल करने में असमर्थ रहता है। किसी वाशिंग मशीन में यदि बिजली चली जाए तो पूरी प्रक्रिया दोहरानी पड़ती है लेकिन रेमया द्वारा खोजे गए इस यंत्र के इस्तेमाल में इस तरह की कोई बाध्यता नहीं है। शारीरिक काम से समय की भी बचत होती है। मशीन के साथ साइकिलनुमा यंत्र जोड़कर इसका इस्तेमाल व्यायाम मशीन के रूप में भी हो सकता है। इस प्रकार इसके दो फायदे हैं - शरीर को फिट रखिए और साथ ही कपड़े भी धुल जाएंगे। यह बहुत सस्ती भी है। इस पर करीब 2,000 रुपये ही खर्च आता है। एक लाभ यह भी है कि यह एक पोर्टबल यंत्र है। अत: यह यंत्र गांवों में इस्तेमाल के लिए बहुत ही उपयुक्त है और यह आम आदमी की पहुंच के अंदर भी है।

वर्तमान स्थिति

यह पूछे जाने पर कि क्या इस यंत्र में वह और सुधार जारी रखेगी, उसने कहा कि वह ऐसा करना पसंद नहीं करेगी। साथ ही उसका यह भी कहना था कि बदलाव जरूरी होता है और इसमें और सुधार संभव है। यदि कोई दूसरा व्यक्ति इसमें कुछ सुधार करता है तो वह कतई बुरा नहीं मानेगी, चूंकि कुल मिलाकर यह इसकी उपयोगिता की दृष्टि से फायदेमंद ही होगा। एनआईएफ ने इस मशीन के पेटेंट (643/सीएचई/2003, 07.08.03) के लिए आवेदन कर दिया है।

प्रेरणा

रेमया का विश्वास है कि यदि आपके मन में कुछ है तो उसे करने की कोशिश जरूर करें। गलतियों की परवाह न करें, इनमें सुधार किया जा सकता है।" उसके पिता, जो हिंदी के अध्यापक हैं, उसे लगातार प्रेरित करते रहे। लेकिन उसके पिता ने यह स्वीकार किया कि जब वह उनके समक्ष एक व्यक्तिचालित वाशिंग मशीन का विचार लेकर आई तो उन्होंने इसके बारे में संदेह व्यक्त किया था। उन्होंने यह भी कहा कि लड़कियां शादी के बाद नए घर चली जाती हैं और जरूरी नहीं कि वहां वाशिंग मशीन हो, अत: हाथ से कपड़े धोना यदि सीख लिया जाए तो अच्छा रहेगा। रेमया की मां का कहना है कि उन्हें अपनी पुत्री पर कभी विश्वास नहीं था। इस तरह के कामों को वह समय बर्बाद करना मानती थीं। वह हमेशा उसे पढ़ाई पर ध्यान देने के लिए कहती रहती थीं। लेकिन अब वह अपनी बेटी की उपलब्धियों का बड़ी खुशी के साथ बखान करती हैं और इसका पूरा श्रेय अपने पति को देती हैं। रेमया की जुड़वां बहन सौम्या को उस पर पूरा गर्व है तथा वह उसके लक्ष्य की प्राप्ति में पूरा सहयोग प्रदान करती है। रेमया अपनी उपलब्धियों के बारे में अपने मित्रों के साथ भी विचार-विमर्श करती है। वह यह स्वीकारती है कि शुरू में वह बहुत संदेह था, लेकिन अपने दृढ़ निश्चय और सतत प्रयासों से ही वह अपने इरादे में सफल हो पाई।

समुदाय को गर्व

रेमया और उसकी उपलब्धियां क्षेत्र में खूब जानी जाती हैं। उसके मित्र और पड़ोसी अपने बीच इस छोटे से वैज्ञानिक को पाकर बहुत खुश हैं। वाशिंग मशीन के प्रदर्शन के बारे में उसके इंटरव्यू दो क्षेत्रीय समाचारपत्रों- *माध्यमम* और *मलयाला मनोरमा* में प्रकाशित हो चुके हैं। स्थानीय चर्च ने उसके सम्मान में एक समारोह आयोजित किया, जिसमें बिशप ने उसे ट्राफी भेंट की। इस यंत्र के प्रति बहुत से लोगों ने रुचि दिखाई है। कई मीडिया चैनलों ने इस पर एक फीचर के लिए भी अनुरोध किया है और दिल्ली के एक इंजीनियर ने इस मशीन में सुधार के लिए सहयोग का प्रस्ताव किया है। ❑

यदि पाठकों को ऐसे किसी व्यक्ति के बारे में जानकारी हो जिसने स्थानीय प्रौद्योगिकीय समस्या को क्रियात्मक तरीके से हल किया है या वे ऐसे किसी व्यक्ति को जानते हैं जो उत्तरजीविता के किसी भी क्षेत्र में बहुत अच्छा परंपरागत ज्ञान रखते हैं, तो कृपया इसका विवरण या संपर्क सूचना सीसी (एस एंड डी), एनआईएफ, पोस्ट बॉक्स 15051, अम्बावजी, अहमदाबाद-380015 को भेजें या infoenifindia.org पर ई-मेल करें।

शैक्षणिक ऊँचाई की पराकाष्ठा पर दृष्टि

Admission Open for

IAS-PCS

Pre, Mains Pre-cum-Mains & Interview

PCS(J)/APO

नोटः संस्था में
BANK, SSC, RAILWAYS, NDA, CDS, CPO, CPF, SPOKEN ENGLISH
की भी गुणवत्ता व अनुभवपरक कक्षाएँ उपलब्ध हैं।

Fresh Batch - Every Week

हॉस्टल (Boys & Girls) उपलब्ध

सिविल सेवा में सर्वोच्च सफलता हर हमारा लक्ष्य

उपलब्ध विषय

अनिवार्य विषय- (Compulsory Sub.)-
+ सामान्य अध्ययन (G.S)
+ सामान्य हिन्दी (Gen. Hindi)
+ निबंध (ESSAY)
+ सामान्य अंग्रेजी (Gen. English)

एवं

वैकल्पिक विषय (Optional Sub.)

+ Indian History/History
+ Sociology
+ Botany
+ Philosophy
+ Public Administration
+ Geography
+ Political Science
+ Mathematics
+ Economics
+ Hindi Literature
+ Law
+ Agriculture

विगत 12 वर्ष से I^st Position पर स्थापित अति अनुभवी व ख्यातिलब्ध शिक्षकों (व निदेशक) की सर्वोच्च कार्यस्थली–

परम एकेडमी

203A/170/A, आनन्द भवन के निकट, कर्नलगंज थाना के सामने, कर्नलगंज, इलाहाबाद फोन: 0532-2460072, 9415217672, 2025660, 9415351655

YH/7/5/13

IAS-2005/06 IAS-2005/06 IAS-2005/06 IAS-2005/06 IAS-2005/06

प्रशासनिक अध्ययन संस्थान
Institute Of Administrative Studies

पेशेवर दृष्टिकोण, परिमार्जित अध्यापन, परिष्कृत व्यवहार

With galaxy of experts we are the source to enrich your quality for becoming moral and model civil servant.

Course Offered

लोक प्रशासन
By
ASHOK KR. DUBEY
Batch From:
10th Aug. 10.00 am

समाजशास्त्र
By
RENOWNED EXPERT
Batch From:
14th Aug.
Hindi 9.30am, Eng. 12.00 Noon

इतिहास
By
K. D. SINGH (इलाहाबाद) & Team
Batch From:
2nd Aug. 4.00 pm

पाली साहित्य
By
DR. RAMESH PRASAD
Batch From:
5th Aug. 4.00 pm

G.S.
By
ASHOK KR. DUBEY & Team
Batch From:
14th Aug. 4.00 pm
Indian Eco. by K. Bashar

लोक प्रशासन
द्वारा
अशोक कु० दुबे
जल्द ही
इलाहाबाद
में भी

राष्ट्रीय पत्राचार प्रशिक्षण कार्यक्रम
लोक प्रशासन- प्रारंभिक -1500/-, मुख्य- 3000/-

Note - पत्राचार के छात्रों के लिए एक सप्ताह का विशेष कक्षा कार्यक्रम (दिल्ली में)

SC/ST/OBC/HC/Women के लिए शुल्क में रियायत **HOSTEL FACILITY**

IIIrd Floor, A-7, Jai Tower (Beside Batra Cinema), Apni Rasoi Lane, Comm. Complex, Dr. Mukherjee Nagar, Delhi - 9 , Ph. 55368702, 9312399055, 9811291166

IAS-2005/06 IAS-2005/06 IAS-2005/06 IAS-2005/06 IAS-2005/06

YH/7/5/7

सुधारों का मानवीय चेहरा

सरकार के पहले वर्ष के कामकाज की समीक्षा और मूल्यांकन मुख्य कार्यकारी अधिकारियों की तरह बहुत निकटता के साथ किया जाता है। क्योंकि पहला प्रभाव बहुत मायने रखता है। सरकार महत्वपूर्ण मामले कितने उत्साह के साथ हल करती है, भागीदार पक्ष इसी आधार पर अर्थव्यवस्था और प्रशासन की दीर्घायु की आकलन करते हैं। डा. मनमोहन सिंह के नेतृत्व वाली संयुक्त प्रगतिशील गठबंधन (संप्रग) सरकार ने अपना पहला साल 21 मई, 2005 के पूरा किया। उनकी टीम ने बहुत से महत्वपूर्ण मुद्दों और नीतियों के बारे जोरदार पहल की है।

डा. मनमोहन सिंह को 1991 में बनी तत्कालीन पी.वी. नरसिंह राव सरकार में वित्तमंत्री के रूप में बाद की सरकारों के लिए कार्यसूची तय करने का श्रेय दिया जाता है। 1991 में जो कदम उठाए गए उनमें एक महत्वपूर्ण कदम बकाया भुगतान के बारे में था। उनकी पहल से कर की दरें सामान्य हो गईं और करदाताओं में विश्वास का अच्छा माहौल बना। विदेशी निवेश इक्विटी के लिए नए-नए रास्ते खोलने की उदारनीति, इंस्पेक्टर राज समाप्त करने जैसे कई महत्वपूर्ण कदम उठाए गए।

प्रधानमंत्री के रूप में मनमोहन सिंह के कार्यकाल में भी यह सुधार प्रक्रिया थमी नहीं है। विदेशी निवेश उदारीकरण की प्रक्रिया के साथ मानवीय पक्ष को भी जोड़ा गया है। पेटेंट व्यवस्था में बदलाव और उदारीकरण में मानवीय पक्ष को जोड़े जाने जैसे विभिन्न मुद्दों को सुधार प्रक्रिया पर सरकार का हमला माना जा रहा है। इस दिशा में सरकार की विभिन्न उपलब्धियां इस प्रकार रहीं:

- अर्थव्यवस्था में 6.9 प्रतिशत की उत्साहजनक वृद्धि, मुद्रास्फीति घटकर करीब 5 प्रतिशत हुई। औद्योगिक विकास 9 प्रतिशत के करीब हुआ और निर्यात में 27 प्रतिशत वृद्धि हुई।
- ढांचागत विकास, 2.30 करोड़ टेलीफोन और जुड़े, रेलवे बंदरगाहों और एयरलाइंस में सामान ढुलाई और यात्री सेवाओं में वृद्धि।
- घाटा जिम्मेदारी और बजट प्रबंधन कानून लागू किया गया।
- काम के बदले अनाज कार्यक्रम लागू किया गया।
- पेटेंट (संशोधन) अधिनियम, 2005 के जरिये उत्पाद पेटेंट व्यवस्था शुरू की गई।
- प्रतिबंधक (संयुक्त उद्यम में विदेशी भागीदारी के लिए) प्रेस नोट 18 समाप्त किया गया।
- दूरसंचार क्षेत्र में सीधे पूंजीनिवेश की सीमा बढ़ाकर 74 प्रतिशत की गई।
- अमरीका के साथ एक विमान यातायात समझौते पर हस्ताक्षर किए गए।
- भारत और विदेश में उपागमन बढ़ाने के लिए रणनीति तैयार की।
- लंबे समय से लंबित मूल्य आधारित कर प्रणाली 'वैट' लागू की।

छह सफलताएं

पेटेंट कानून

विश्व व्यापार संगठन द्वारा तय की गई अंतिम तिथि और वामदलों के दबाव के बीच पेटेंट विधेयक का पास हो जाना किसी चमत्कार से कम नहीं था। सरकार को कई मामलों में पीछे भी हटना पड़ा लेकिन उसने सबको संतुष्ट करने का प्रयास किया। संसद द्वारा पेटेंट विधेयक पारित कर दिया गया।

मुद्रास्फीति

पिछले वर्ष मई में जब सरकार ने सत्ता संभाली उस समय मुद्रस्फीति की दर 5 प्रतिशत से नीचे थी और ताजा आंकड़ों के अनुसार अब यह 5 प्रतिशत से थोड़ी ज्यादा है। अंतरराष्ट्रीय तेल मूल्यों में वृद्धि चिंताजनक है। सरकार ने प्रथमत: उत्पाद और सीमा शुल्क में कटौती की, जिससे 5,000 करोड़ रुपये की राजस्व हानि हुई। बाजार की भी कुछ दखलंदाजी रही, लेकिन नवंबर से मूल्यों में कोई संशोधन नहीं किया गया है और तेल कंपनियां ही इस भार को वहन कर रही हैं। अपने इस काम से सरकार मुद्रास्फीति पर अंकुश लगा पाई है।

तेल मूल्य

सरकार के लिए सत्ता संभालने के दिन से ही तेल मूल्य बहुत बड़ा खटका रहे हैं। भारतीय कंपनियों के लिए कच्चे तेल का मूल्य जो मई 2004 में 34.6 अमरीकी डालर प्रति बैरल था, अब बढ़कर 46 अमरीकी डालर प्रति बैरल हो गया है। यदि मूल्यों के बढ़ने का सिलसिला जारी रहा तो इससे विकास कार्यों पर दबाव बढ़ेगा, लेकिन अभी तक सरकार व्यवस्था बरकरार रखे हुए है।

प्रेस नोट

जब भी सरकार विदेशियों को भारत में निवेश के लिए कहती, तो प्रेस नोट 18(जिससे विदेशी निवेशकों के भारतीय भागीदारों को असीमित अधिकार मिल जाते हैं) के कारण इसमें बाधा पहुंचती। जब प्रधानमंत्री डा. मनमोहन सिंह ने इसे समाप्त करने का फैसला तो इस घोषणा को रुकवाने के लिए दबाव बनाया गया। अंत में प्रधानमंत्री ने प्रेस नोट 18 को समाप्त कर ही दिया।

सुनामी

राष्ट्रीय आपदा के समय निचले स्तर पर भ्रष्टाचार के कुछ मामले जरूर हो सकते हैं। लेकिन कुल मिलाकर भारत अपने पड़ोसियों की अपेक्षा अर्थव्यवस्था के पुनर्निर्माण में

सफल रहा। वास्तव में आपदा ने इसे दूसरे देशों से मदद की बाट जोहने से उबारते हुए अपने पड़ोसी देशों को मदद देने की स्थिति में ला खड़ा किया।

श्रीनगर-मुजफ्फराबाद बस

पाकिस्तान के साथ संबंध सामान्य बनाने की प्रक्रिया पिछली सरकार ने शुरू की थी। संप्रग ने जम्मू-कश्मीर में धमकियों और हत्या के खतरों के बावजूद इस प्रक्रिया को जारी रखने का फैसला किया। जब भी भारत का इतिहास लिखा जाएगा, भारत-पाकिस्तान संबंधों में श्रीनगर-मुजफ्फराबाद बस सेवा की शुरुआत को एक मील का पत्थर के रूप में देखा जाएगा।

आम आदमी के लिए उठाए गए कदम

राष्ट्रीय जनतांत्रिक गठबंधन के राष्ट्रीय न्यूनतम साझा कार्यक्रम में सामाजिक दृष्टिकोण झलकता है। यह देश में शिक्षा, स्वास्थ्य, ग्रामीण विकास, महिला और बाल विकास, असंगठित क्षेत्र आदि सामाजिक क्षेत्रों में सुधार के लिए नीति-निर्देशक दस्तावेज है।

संप्रग सरकार के सत्ता संभालने पर वर्ष 2003-04 के मुकाबले 2004-05 में शिक्षा खर्च के लिए कुल बजटीय प्रावधान के तहत 84 प्रतिशत वृद्धि की गई। पीने के पानी के लिए आवंटन में 29.02 प्रतिशत की वृद्धि तथा ग्रामीण विकास के लिए आवंटन के बहुत ज्यादा वृद्धि की गई। ग्रामीण विकास के लिए आवंटन, वंचित क्षेत्रों में सुविधाएं देने के लिए किया गया। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के क्षेत्र में खर्च में वास्तविक वृद्धि 2005-06 के बजट में सामने आई है।

संप्रग की उपलब्धियां

सामाजिक क्षेत्र में महत्वपूर्ण उपलब्धि रोजगार कार्यक्रम विधेयक का पारित होना है।

- भारत के पुनर्निर्माण के लिए 1,74,000 करोड़ रुपये के भारत निर्माण कोष की स्थापना।
- राजीव गांधी विद्युतीकरण विधेयक योजना।
- सूचना का अधिकार विधेयक संसद द्वारा पारित।
- इस वर्ष के लिए 5,500 करोड़ रुपये के खर्च के प्रावधान के साथ राष्ट्रीय शहरी नवीकरण मिशन।
- राष्ट्रीय बागवानी मिशन को मंजूरी।
- राष्ट्रीय सुरक्षा के साथ समझौता किए बगैर पोटा वापस लिया गया।
- धार्मिक और भाषायी अल्पसंख्यकों के लिए राष्ट्रीय आयोग की स्थापना।
- सांप्रदायिक और जाति आधारित हिंसा में कमी आई।
- दोपहर का भोजन की योजना विस्तार किया, योजना राशि 3,000 करोड़ रुपये की गई।
- छात्रों का 7.5 लाख रुपये तक का समांतर ऋण माफ किया।
- राष्ट्रीय न्यूनतम साझा कार्यक्रम में शिक्षा में 6 प्रतिशत की विकास दर का वायदा, सरकार यह लक्ष्य हासिल करने के लिए तेजी से आगे बढ़ रही है।
- प्राथमिक शिक्षा और साक्षरता कार्यक्रम के लिए आवंटन में भारी वृद्धि। यह आवंटन 8,000 करोड़ रुपये से बढ़ाकर 12,532 करोड़ किया गया।
- विशेषकर महिलाओं के लिए सघन स्वास्थ्य देखभाल के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की शुरुआत।
- देश में ही नई टीबी रोधक दवा विकसित की गई।
- समन्वित बाल विकास सेवाओं का विस्तार करने के लिए, योजना राशि बढ़ाकर 3,200 करोड़ की गई।
- स्वास्थ्य देखभाल योजना खर्च राशि 8,450 करोड़ रुपये से बढ़ाकर 10,280 करोड़ रुपये की गई।
- भारतीय चिकित्सा पद्धति के 14 नए कालेज स्थापित किए जाएंगे।

केवल धन खर्च करने मात्र से सामाजिक क्षेत्र की समस्याएं हल नहीं हो जाएंगी। सामाजिक क्षेत्र के खर्च प्रभावी और दक्ष बनाने के लिए कार्यान्वयन के तरीकों और उद्देश्यपरक योजनाओं में गहरा अंतर्संबंध है। जैसा की वित्तमंत्री ने अपने बजट भाषण में कहा है, योजना राशि के खर्च का फीडबैंक भी उतना ही महत्वपूर्ण है।

'संशोधित' राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार विधेयक की वामदलों और कुछ अन्य ने 'नान स्टार्टर' बताकर आलोचना की है। उनका मानना है कि प्रस्तावित विधेयक में कुछ कमियां हैं।

जम्मू-कश्मीर के लिए उठाए गए कदम

- सरकार ने जम्मू-कश्मीर के लिए दीर्घाविधि विकास योजना तैयार करने हेतु रिजर्व बैंक आफ इंडिया के पूर्व गवर्नर सी. रंगराजन के अधीन एक कार्यबल की स्थापना की है।
- जम्मू -कश्मीर की वार्षिक योजना में 40 प्रतिशत की वृद्धि करके वर्ष 2005-06 के लिए, यह 4,200 करोड़ रुपये निर्धारत की गई है। यह किसी राज्य की अब तक की सबसे अधिक वृद्धि है।
- केंद्र ने श्रीनगर के घरेलू हवाई अड्डे को अंतरराष्ट्रीय सुविधाओं के विकास के लिए 60 करोड़ रुपये के प्रस्ताव को मंजूरी दे दी है।
- सरकार ने जम्मू-कश्मीर में मोबाइल फोन सेवाएं पूरी तरह चालू कर दी हैं।
- कश्मीर घाटी को देश के अन्य भागों से रेल से जोड़ने के लिए 54.85 किमी. लंबी जम्मू-उधमपुर रेलवे लाइन चालू कर दी गई है।
- सरकार ने जम्मू -कश्मीर के समग्र ग्रामीण विकास के लिए कई योजनाओं की घोषणा की है। इनमें रोजगार के अवसर उपलब्ध कराने, गांवों का विद्युतीकरण और उद्योगों को प्रोत्साहन दिए जाने की निम्नांकित योजनाएं शामिल हैं:

  क-8,000 आंगनवाड़ियों में 16,000 महिलाओं को रोजगार प्राप्त होगा।

  ख-राज्य में 5 भारतीय रिजर्व बटालियन गठित की जाएंगी जिनमें 5,000 युवकों को रोजगार मिलेगा।

  ग- केंद्रीय औद्योगिक सुरक्षा बल,केंद्रीय रिजर्व पुलिस बल और सीमा गार्डों में 20 से 40 प्रतिशत नौकरियां

भारत का एशियाई आर्थिक समुदाय के गठन का आह्वान

○ मोन्टेक सिंह अहलुवालिया

भारत ने क्षेत्रीय व्यापार और पूंजीनिवेश के व्यापक विस्तार के लिए यूरोपीय संघ की तर्ज पर पूर्वी एशियाई समुदाय के गठन का समर्थन किया है। इस प्रस्तावित एशियाई समुदाय में आसियान, जापान, चीन, दक्षिण कोरिया और भारत शामिल होंगे। योजना आयोग के उपाध्यक्ष डा. मोन्टेक सिंह अहलुवालिया ने कहा है कि ये पांचों ऐसे स्तंभ हैं जो एशिया को विश्व अर्थव्यवस्था का केंद्रबिंदु बनाने में शुरुआती तौर पर महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर सकते हैं।

टोकियो में 'एशियाई आर्थिक एकीकरण की रूपरेखा - एशिया का भविष्य' विषय पर आयोजित एक सम्मेलन को संबोधित करते हुए डा. अहलुवालिया ने ऊर्जा सुरक्षा के लिए भी राष्ट्रों के बीच सहयोग का आह्वान किया। आर्थिक विकास के प्रति भारत की वचनबद्धता का जिक्र करते हुए उन्होंने कहा कि भारत एशिया और विश्व के अन्य भागों से विदेशी निवेश को सक्रियता के साथ प्रोत्साहन देगा। प्रत्यक्ष विदेशी निवेश (एफडीआई) के बारे में उन्होंने कहा, "पूर्वी एशिया भारत में प्रत्यक्ष विदेशी निवेश का महत्वपूर्ण स्रोत है। भारत में जापानी निवेश बढ़ रहा है। हाल के वर्षों में दक्षिण कोरिया महत्वपूर्ण निवेशक बन गया है, सिंगापुर और अन्य दक्षिण-पूर्व एशियाई देशों ने भी यहां निवेश करना शुरू किया है। डा. अहलुवालिया ने एशियाई आर्थिक एकीकरण के विचार को एशिया के लोगों की उन्नति और खुशहाली हेतु तर्कसंगत कदम बताया।

ऊर्जा सुरक्षा में सहयोग को पूर्वी एशियाई समुदाय के लिए बेहद लाभप्रद संयुक्त उद्यम बताते हुए डा. अहलुवालिया ने कहा कि इस क्षेत्र में ऊर्जा का उत्पादन करने वाले बहुत से देश विश्व में ऊर्जा की सबसे अधिक खपत करने वाले देशों में भी शामिल हैं। उन्होंने इस दिशा में दो क्षेत्रों में सहयोग का प्रस्ताव किया। उन्होंने कहा कि इस तरह के एशियाई ऊर्जा सहयोग से 'पेट्रोलियम स्ट्रैटजिक भंडार' बनाया जा सकता है तथा 'इमरजेंसी रिस्पॉन्स सिस्टम' कायम की जा सकती है।

भारत-जापान संबंधों का जिक्र करते हुए डा. अहलुवालिया ने कहा कि विश्व की दूसरी सबसे बड़ी आर्थिक शक्ति के रूप में जापान की एशिया के वैश्विक भविष्य में स्वत: ही महत्वपूर्ण भूमिका है। इस संबंध में डा. अहलुवालिया ने जापान के प्रधानमंत्री जुनिचिरो कोईजुमी की हाल की भारत यात्रा के दौरान डा. मनमोहन सिंह और जापान के प्रधानमंत्री के बीच हस्ताक्षरित संयुक्त घोषणापत्र का भी जिक्र किया और कहा कि इससे यह स्पष्ट होता है कि दोनों देश अपने हितों और चिंताओं के प्रति व्यापक दृष्टिकोण के साथ नए उभरते हुए एशिया में महत्वपूर्ण भूमिका निभाएंगे। ❑

(लेखक योजना आयोग के उपाध्यक्ष हैं। यह आलेख टोकियो में एक सम्मेलन में दिए गए उनके वक्तव्य पर आधारित है)

जम्मू-कश्मीर राज्य के युवकों को दी जाएंगी।

घ- शहरों में रहने वाले युवकों को 1,200 करोड़ रुपये के प्रावधान वाली स्वर्ण जयंती शहरी रोजगार योजना नामक नई स्कीम के तहत लाया जाएगा।

श्रम कानून

प्रधानमंत्री द्वारा चिन्हित इस महत्वपूर्ण क्षेत्र में संप्रग सरकार इस मामले में श्रम संगठनों, उद्योग और वामदलों के साथ विचार-विमर्श के बाद जरूरी कदम उठाएगी। वामदल सरकार का बाहर से समर्थन कर रहे हैं।

प्रत्यक्ष विदेशी निवेश

समूची विदेशी निवेश प्रक्रिया की समीक्षा की जा रही है और सरकार को कोयला खनन तथा बीमा क्षेत्र में प्रक्रिया को सरल बनाए जाने की आशा है।

इस क्षेत्र में वामदलों से विचार-विमर्श और उनका अनुमोदन प्राप्त किया जाना महत्वपूर्ण है।

राज्यों का पुनर्गठन

न्यूनतम साझा कार्यक्रम में कहा गया है कि राज्यों का पुनर्गठन किया जाएगा। सरकार को इस पर अपना दृष्टिकोण बताना होगा।

सब्सिडी कटौती

इसके पीछे विचार यह है कि अनावश्यक सब्सिडी खत्म की जाए और जरूरतमंदों की इसका लाभ मिले। एक नीतिगत दस्तावेज पहले से ही तैयार करके संसद के पटल पर रखा जा चुका है। ❑

(योजना संपादकीय टीम द्वारा संकलित)

भूल सुधार

योजना के जून 2005 अंक में 'स्वच्छ पेयजल और स्वच्छता' शीर्षक लेख के लेखक वी.के. दुग्गल को पेयजल आपूर्ति विभाग का सचिव बताया गया है। वह पहले इस विभाग के सचिव थे, किंतु लेख छपने तक भारत सरकार के गृह मंत्रालय के सचिव का कार्यभार संभाल चुके थे। इसी प्रकार, जनवरी 2005 अंक में पृ. 7 पर वी.टी. कृष्णमाचारी को योजना आयोग का प्रथम उपाध्यक्ष बताया गया था, जबकि आयोग के पहले उपाध्यक्ष स्व. गुलजारी लाल नंदा थे। इन अशुद्धियों से हुई असुविधा के लिए खेद है। पाठक कृपया सुधार कर पढ़ें। -संपादक

स्वशासन के जरिये रोजगार-सृजन की जरूरत

○ एल.सी. जैन

कृषि तथा रोजगार-सृजन के क्षेत्र में सरकार को अपने कार्य निष्पादन में सुधार करना चाहिए

न्यूनतम साझा कार्यक्रम के मामले में संयुक्त प्रगतिशील गठबंधन के कार्यकाल के पहले वर्ष में उसकी असफलताओं का उल्लेख उसे एक सच्ची श्रद्धांजलि होगी। इसका मकसद अधूरे कामों को पूरा करने के लिए प्राथमिकता तय करने में मदद करना है। असफलताओं की पहचान करने के क्रम में वाम अथवा दक्षिणपंथियों की आलोचनाओं की चर्चा की यहां कोई आवश्यकता नहीं है। संप्रग के स्रोत अपने-आप में पर्याप्त हैं।

संयुक्त साझा कार्यक्रम का सर्वाधिक प्रमुख मुद्दा रोजगार में वृद्धि तथा गरीबी में कमी करना है। संप्रग सरकार केवल एक साल पुरानी है, लेकिन इसके अधिकांश वरिष्ठ सदस्य काफी अनुभवी हैं। वे जानते हैं कि रोजगार में वृद्धि तथा गरीबी में कमी, दोनों का ''विकास संबंधी निष्पादन, खासकर कृषि के साथ अनंत संबंध है,'' क्योंकि 60 प्रतिशत से अधिक श्रमिक कृषि कार्य में लगे हैं। इसलिए यह समझा जा सकता है कि उनकी आर्थिक रणनीति का एक पहलू ''गिरते कृषि विकास दर को पुन: ऊपर उठाकर 4 प्रतिशत तक ले जाना है''।

प्रधानमंत्री मनमोहन सिंह ने 5 अप्रैल, 2005 को योजना आयोग की एक बैठक में स्वीकार किया कि कृषि का वास्तविक निष्पादन ''और खराब हुआ है तथा संभवत: यह योजना अवधि के पहले तीन वर्षों में 1.5 प्रतिशत को भी पार न कर पाए।''

कृषि की गिरती हुई प्रवृत्ति को रोकने में हाथ लगी असफलता संभवत: सरकार के सर्वोत्तम प्रयासों के बावजूद हुई। लेकिन प्रयास क्या किए गए? डा. सिंह ने जो एकमात्र कारण बताया, वह यह था कि 'कृषि राज्यों का बुनियादी दायित्व है'। अभिप्राय यह कि इसके लिए केंद्र दोषी नहीं है।

केंद्र में सुदीर्घ पारियां खेल चुकी एक ऐसी पार्टी जो 1973 से 1993 के बीच संसद में बार-बार कृषि गीत गा चुकी है, के नेतृत्व से इस तरह का उत्तर स्वस्थ नहीं माना जाएगा। स्व. इंदिरा गांधी ने कहा था, ''शुष्क कृषि क्षेत्रों पर अधिक ध्यान देने का मकसद केवल ग्रामीण क्षेत्रों में असमानता को दूर करना नहीं है। कृषि उपज में निरंतर वृद्धि का लक्ष्य हासिल करने के लिए चलाए जाने वाले किसी भी कार्यक्रम का यह एक अनिवार्य अंग है। वी.पी. सिंह ने कहा था, ''हमारी विकास नीति के केंद्र में कृषि है। ग्रामीण इलाकों में गरीबी कम करने का इकलौता सर्वाधिक महत्वपूर्ण उपकरण कृषि निष्पादन बेहतर करना है।''

राजीव गांधी का दृष्टिकोण था, ''कृषि हमारी अर्थव्यवस्था की नींव का पत्थर है। इस क्षेत्र में प्रगति गरीबी निवारण की दृष्टि से महत्वपूर्ण है।'' डा. मनमोहन सिंह ने कहा, ''हमें यह सुनिश्चित करना होगा कि हमारी आर्थिक रणनीति कृषि को पूर्ण समर्थन दे। इस पर हमारी आबादी के बहुलांश की आजीविका और सुख-समृद्धि निर्भर करती है।''

कृषि के सतत विकास को बनाए रखने के लिए अपेक्षित प्रयासों को केवल सी. सुब्रह्मण्यम समझ पाए जो 1966 में खाद्य एवं कृषि मंत्री थे। उन्होंने सुई की नोक केंद्रित करते हुए कहा, ''हमारी जरूरत प्रति एकड़ भूमि की उपज बढ़ाने की है। चूंकि हमारी पास परती जमीन बहुत थोड़ी है, इसलिए खेती की जा रही प्रत्येक एकड़ भूमि की वर्तमान उपज को बढ़ाना जरूरी है। यही हमारी खाद्य और कृषिगत समस्याओं का स्थायी समाधान हो सकता है।'' उन्होंने विस्तारपूर्वक बताया कि प्रतिएकड़ उपज को बढ़ाने के लिए एक कार्ययोजना अपेक्षित है जिसमें प्रत्येक किसान की भागीदारी हो। जब तक उपज बढ़ाने के लिए खेत में उसे प्रोत्साहन और मदद नहीं दी जाती तब तक राष्ट्रीय लक्ष्यों को हासिल करने की कोई संभावना नहीं है। उपज बढ़ाने के लिए कृषि के तरीके में परिवर्तन जरूरी है, साथ ही किसान को समय पर पानी, बीज, खाद तथा साख जैसी वस्तुएं उपलब्ध कराना भी आवश्यक है। कुछ हद तक ये कार्य किए जा चुके हैं। लेकिन ये सारी चीजें इतनी अलग-अलग हैं कि कोई भी छोटा किसान समय पर उनकी आपूर्ति के बारे में आश्वस्त नहीं हो सकता।

हमारी कृषि जोतों की संख्या लगभग

मध्यावधि समीक्षा को मंत्रिमंडल की मंजूरी

केंद्रीय मंत्रिमंडल ने आर्थिक क्षेत्रों को पुन: पटरी पर लाने के लिए सुधारात्मक कदम उठाने हेतु योजना आयोग द्वारा तैयार दसवीं पंचवर्षीय योजना की मध्यावधि समीक्षा को मंजूरी प्रदान कर दी है। ऐसा योजना अवधि के शेष दो वर्षों के लिए लक्ष्यों में संशोधन के मद्देनजर किया गया है।

मंत्रिमंडल की मंजूरी के बाद वित्तमंत्री पी. चिदंबरम ने कहा, "मध्यावधि समीक्षा दस्तावेज को अब राष्ट्रीय विकास परिषद की बैठक में रखा जाएगा। उन्होंने स्वीकार किया कि योजना के पहले तीन वर्षों में सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) की वास्तविक विकास दर 8.1 प्रतिशत के निर्धारित लक्ष्य से कम रही है। अत: वार्षिक आर्थिक विकास के लक्ष्य को 8.1 प्रतिशत से कम करके 7-8 प्रतिशत के करीब लाया जा रहा है तथा मध्यावधि समीक्षा में 58 नीतिगत उपायों की सिफारिश की गई है जिससे 11वीं योजना के लक्ष्यों को हासिल करना आसान रहेगा।

मध्यावधि समीक्षा के विकास के लक्ष्यों को पूरा करने के वास्ते वर्तमान और अगले वर्ष में 7.5 प्रतिशत की दर से आर्थिक विकास जरूरी है।

नीतिगत बदलाव

सूत्रों के अनुसार मध्यावधि समीक्षा में सड़कों, सिंचाई परियोजनाओं और रोजगार योजनाओं जैसे सामाजिक और भौतिक आधारभूत ढांचे में व्याप्त चिंताजनक अंतर को पाटने के उद्देश्य से बड़ी संख्या में नीतिगत बदलावों की बात कही गई है। सुधारों के बारे में, इस दस्तावेज में ढांचागत सुधार के लिए नियामक तंत्र की बात कही गई है।

इसमें लाभ कमाने वाले सार्वजनिक क्षेत्र के प्रतिष्ठानों में केंद्र की 51 प्रतिशत मजबूत हिस्सेदारी के साथ तेजी से विनिवेश का सुझाव दिया गया है।

मध्यावधि समीक्षा में श्रम सुधारों में परिवर्तन, इंसपेक्टर राज में कमी लाने, वर्तमान विशिष्ट क्षेत्र नियामकों की समीक्षा, आधारभूत ढांचे के विकास में बड़े पैमाने पर सार्वजनिक-निजी भागीदारी लाने और पेट्रोलियम उत्पादों की मूल्य निर्धारण व्यवस्था की समीक्षा का सुझाव दिया गया है।

मध्यावधि समीक्षा में यह भी कहा गया है कि पिछले कुछ वर्षों में कृषि क्षेत्र की उपेक्षित स्थिति में सुधार करके इस ओर ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है। इसके लिए, दस्तावेज में सिंचाई परियोजनाओं को पूरा करने और सिंचाई विभागों को जलाशयों, लघु सिंचाई परियोजनाओं तथा परंपरागत जल संचयन सुविधाओं की बहाली का कार्य सौंपने के लिए उनका पुनर्गठन करने को कहा गया है। इसमें देश में कहीं भी कृषि उत्पादों को लाने ले जाने की छूट दिए जाने और कृषि उत्पादों के लिए आधुनिक और समान बाजार सुविधाएं उपलब्ध कराने के उद्देश्य से नया कृषि उत्पाद विपणन समिति कानून बनाने की भी सिफारिश की गई है। ❑

(योजना संपादकीय टीम द्वारा संकलित)

11.5 करोड़ है। इनमें से तीन चौथाई सीमांत तथा छोटी जोतें हैं। सीमांत किसान की जोत का औसत आकार महज 0.40 हेक्टेयर तथा छोटे किसान की जोत का औसत आकार 1.44 हेक्टेयर है। छोटी जोत ही अकेली समस्या नहीं है। आज भी लगभग 86 प्रतिशत सीमांत और छोटे किसान बेहद ऊंची ब्याज दर पर महाजनों से ऋण लेने के लिए मजबूर हैं। इस तरह की साख के साथ उन्हें तकनीकी परामर्श भी नहीं मिल पाता। अप्रैल 2002 में ग्रामीण प्रबंधन संस्थान, आणंद में आयोजित दीक्षांत समारोह में राष्ट्रपति ए.पी.जे. अब्दुल कलाम ने "कृषि उपज बढ़ाने के लिए मृदा-विश्लेषण, बीज के चयन, खेती के मौसम, खाद के चयन तथा सुदूर संवेदी आकड़े के उपयोग, भंडारण, विपणन एवं बैंकिंग प्रणाली के बारे में किसानों के प्रशिक्षण" का आह्वान किया था।

इस मानदंड मे आधार पर हम सहजतापूर्वक सीमांत और छोटे किसानों को वर्तमान में दी जा रही सेवाओं के स्वास्थ्य और अंतर्वस्तु का फर्क समझ सकते हैं। इसके बाद हमें अपनी असफलता से चकित नहीं होना चाहिए। स्पष्ट है कि व्यवस्था में सी. सुब्रह्मण्यम तथा राष्ट्रपति कलाम जैसे विचारकों की बुद्धिमत्तापूर्ण एवं व्यावहारिक सलाह के कद्रदान नहीं हैं। फिर हम किस तरह आने वाले वर्षों में कृषि के सतत विकास का लक्ष्य हासिल करने की उम्मीद करें?

यह कहना कि कृषि राज्यों का विषय है, एक सतही दलील है। राज्यों ने इस प्रकार के व्यावहारिक मामलों में केंद्र की पहल को अस्वीकार नहीं किया है। दूसरे, जैसा कि फाली नरमीन ने हाल ही में कहा है, राज्यसभा 'राज्यों का परिषद' होती है। क्या केंद्र सरकार ने कभी भी इस विषय को इस सदन की पटल पर विचारार्थ रखा है? या, क्या कभी राज्यों के प्रतिनिधियों के साथ दो दिन का विचार-विमर्श किया है ताकि एक साझा न्यूनतम कार्ययोजना तैयार की जा सके?

प्राय: संप्रग सरकार को पीछे खींचने का आरोप लगा वामदलों की आलोचना की जाती है। कृषि के क्षेत्र में ऐसा कोई प्रमाण नहीं है। वस्तुत: जिन राज्यों में वामदलों की सरकार है, वहां उन्होंने भूमि का स्वामित्व उसे वास्तविक रूप से जोतने वालों को सफलतापूर्वक सौंपने की अतुलनीय इच्छाशक्ति दिखाई है। सी. सुब्रह्मण्यम के प्रकल्प को अमली जामा पहनाने की यह पहली बुनियादी शर्त है।

न्यूनतम साझा कार्यक्रम का इसी से जुड़ा एक विषय चुनी हुई पंचायत को सक्रिय बनाने के लिए उन्हें स्वायत्तता तथा संसाधन प्रदान करना तथा उसके बाद गैरक्रियाशील ग्रामीण प्रशासन को समाप्त कर देना है।

एक वर्ष के उपरांत संप्रग सरकार की उपलब्धि मात्र यह है कि इसने मणिशंकर अय्यर के रूप में एक ऊर्जावान पंचायतीराज मंत्री नियुक्त किया है, और कुछ नहीं। गांवों में 30 लाख निर्वाचित प्रतिनिधि प्रतीक्षा कर रहे हैं कि उन्हें कृषिगत विकास तथा रोजगार गारंटी को क्रियान्वित करने के लिए कहा जाएगा। क्या राजधानी से कोई उनका आह्वान करेगा? ❑

(लेखक प्रखर गांधीवादी, योजना आयोग के पूर्व सदस्य तथा पंचायतीराज विशेषज्ञ हैं। सौजन्य: दी हिन्दू)

IIT-JEE/MEDICAL

The power to excel

Does your son have it?

He has a dream – to graduate from IIT. To explore new frontiers and make a difference in the world of technology.

He also has the qualities to match his ambition – intelligence, determination and the willingness to work hard.

But are these enough to take on the brightest of students from across the Country? Does he have the power to excel in the fiercest competition of its kind – the **IIT-JEE?**

Make sure he does, with Brilliant Tutorials – a pioneer whose correspondence courses have brought success to thousands of young aspirants like your son, for nearly 35 years now.

The power to excel

Does your daughter have it?

She has a goal that's noble – to care for the health of people.

She has an ambition that's lofty – to graduate from a reputed medical college and become a doctor of eminence.

She also has the competence and the willingness to work hard.

But, does she have the power to excel in the highly competitive **Medical Entrance Exams?**

Make sure she does, with Brilliant Tutorials – a pioneer whose correspondence courses have brought success to thousands of young aspirants like your daughter, for nearly 35 years now.

AIEEE & BITSAT 2006

Your gateway to the National Institutes of Technology

Admission to all of them, as well as to many other institutions of specialized engineering education, will be on the basis of the **AIEEE [All India Engineering Entrance Examination].**

BITSAT [Birla Institute of Technology and Science Admission Test]: BITS Pilani conduct a separate Online Test for admission to their Institutes at Pilani and Goa.

Who can equip you for success in these highly competitive exams, better than Brilliant Tutorials, a 35-year veteran who has helped produce thousands of winners and hundreds of top-rankers in competitive entrance exams all over India.

Admission open, write, call or fax for free prospectus.

BRILLIANT® TUTORIALS

Box: 4996–YOH, 12, Masilamani St., T. Nagar, Chennai 600 017.
Ph: 24342099 (4 lines) Fax: 24343829 e-mail: enquiries@brilliant-tutorials.com

ADMISSION ALSO OPEN FOR THE FOLLOWING POSTAL COURSES FROM BRILLIANT

• IIT-JEE 2006, 2007 & beyond • MBBS Ent. 2006, 2007 & beyond • MBA Ent. 2006 • MCA Ent. 2006 • GATE 2006 • IAS 2006 • ESE 2006 • CSIR-UGC/UGC(NET) Dec '05, June '06 • GRE • TOEFL • BANKING • GEOLOGIST'S Exam. 2005

YH/7/5/2

Std. IX is where your child's future begins.

Do you see a budding engineer – or perhaps a doctor – in your ninth grader? Do you worry about his or her future? Public exams, college admissions, graduation, a career... the very thought of what lies ahead can be overwhelming.

No one understands that better than Brilliant. That is why our Professors have created two very special courses for Students of Stds. IX and X.

TARGET IIT & MBBS

Target-IIT and Target-MBBS.

Firm beginnings for happy endings.

Brilliant's unique Target Courses are – as their names suggest – especially created for students whose long term aim is to try for Engineering or Medicine. They build, in each child, the foundation, the logical problem-solving approach, the confidence and the attitude so essential to succeed in difficult competitive exams. They pave a solid pathway for those who are serious about preparing for IIT-JEE or Medical Entrance, after Std. XII. And more importantly, they bring alive science and maths in a way that awakens and inspires the latent scientist – or doctor – in each child. This results, quite naturally, in better performance in the Std. X public exams.

If you want to know more about Brilliant's Target Courses, fill in the coupon below and mail it to us. We'll be happy to help you create a brighter future for your child.

Yes, I would like to bring out the best in my child. Please send me the Target Course details.

My name: _____

Address: _____

_____

Child's name: _____

Moving to: ☐ Std. IX ☐ Std. X in 2005

Target Course: ☐ IIT ☐ MBBS

Admission open. Prospectus and Application Form can also be obtained from our website www.brilliant-tutorials.com

BRILLIANT® TUTORIALS

Your Gateway to Success

Box: 4996-YOH, 12, Masilamani Street, T. Nagar, Chennai 600 017.
Phone: 044-24342099, Fax: 044-24343829
e-mail:enquiries@brilliant-tutorials.com

Brilliant's Courses for IIT-JEE & Medical Entrance

IIT-JEE • For students entering Std. XI: **2 Yr. ELITE** with **YG-FILEs + B.MAT** for **IIT-JEE** 2007 • For students entering Std. XII: 1 Yr. Course with **YG-FILE + B.MAT** for IIT-JEE 2006 • **YG-FILE + B.MAT** for IIT-JEE 2006 • For students entering Stds. IX, X: **TARGET-IIT** Courses to build a firm foundation

MBBS • **2 Yr. CBSE-PLUS** with **Question Bank (QB) + B.NET** for MBBS Entrance 2007 (Std XI) • 1 Yr. Course with **QB + B.NET** for 2006 (Std. XII) • **QB + B.NET** for 2006 (Std. XII) • **TARGET-MBBS**: Primer Courses for students of Std. IX, X

YH/7/5/3

पुरानी योजना की बुनियाद पर नयी योजना

○ अशर गर्टनर

दिल्ली विकास प्राधिकरण (डीडीए) ने हाल ही में दिल्ली के नए मास्टर प्लान का मसौदा पेश किया। दिल्ली के नागरिकों के लिए इसका महत्व क्या है? यह प्लान दिल्ली को किस दिशा में ले जाता है? क्या जमीन का किराया बढ़ता रहेगा? क्या शहर के आवास की रूपरेखा मुंबई-सी होगी? क्या हाल के विस्थापन जारी रहेंगे? मास्टर प्लान की अंतर्वस्तु से इन सवालों के जवाब पर शक्तिशाली प्रभाव पड़ता है। इसलिए जिनके लिए इन सवालों का महत्व है उनको प्लान पर अपना ध्यान देना चाहिए।

विकास कानून के तहत नया मास्टर प्लान लागू करने से पहले डीडीए को सार्वजनिक सूचना जारी करनी है जिससे 10 दिन की अवधि के दौरान जनता अपनी टिप्पणियां दे सकती है। क्योंकि प्लान को जनता के कल्याण के हित में ही होना चाहिए इसलिए इस प्लान से जनता की जो भी शिकायत हो वह इस समय पेश की जा सकती है। प्लान में संशोधन भी इसी प्रक्रिया से किया जा सकता है। इस लेख का लक्ष्य है कि जनता वर्तमान प्लान के प्रभाव को स्पष्ट रूप से समझे और अपनी शिकायतें प्रभावी रूप से दर्ज कर सके।

प्लान के विस्तार में जाने से पहले हम पिछले दो प्लानों के सार का वर्णन करके दिल्ली की जमीनी अर्थव्यवस्था के बाजार की तत्कालीन प्रवृत्ति प्रस्तुत करेंगे। फिर हम उसमें नया प्लान फिट करेंगे। यहां हमारा ध्यान खासतौर से भूमि पर होगा लेकिन जो संदेश इस विश्लेषण से निकलेगा वह दूसरे क्षेत्रों के लिए भी प्रासंगिक होगा।

पिछले मास्टर प्लान और लोगों के हक

दिल्ली विकास अधिनियम 1947 में लागू किया गया। पहला मास्टर प्लान 1962 में प्रस्तुत हुआ जिसमें शहर के भू-उपयोग का नक्शा भी बनाया गया। इसके अलावा प्लान ने सिफारिशों की एक श्रृंखला कायम की जो विकास कानून बन गई। डीडीए का उद्देश्य यह कानून लागू करना है। मास्टर प्लान को एक दूरगामी योजना के रूप में अपनाया गया जिसमें शहर की जमीन को विभिन्न उपयोगों- औद्योगिक, व्यावसायिक, आवासीय वगैरह में बांटा गया। निर्माण के मानदंड, भू-उपयोग नियम और सामाजिक व भौतिक बुनियादी ढांचा तैयार करने के दिशानिर्देश देने के अतिरिक्त प्लान ने कुछ दूरगामी संकल्पनाएं भी प्रस्तुत की। इनमें से सबसे प्रभावशाली संकल्पना सार्वजनिक जमीन की है।

अगर जमीन के वर्तमान वितरण को देखें तो घोर विषमता और शहर की अधिकांश जमीन पर संपन्न वर्ग के कब्जे की तस्वीर सामने आती है। आबादी का सबसे गरीब 25 प्रतिशत हिस्सा आवासीय जमीन के सिर्फ 5 प्रतिशत हिस्से पर रहता है। जो जमीन कम आमदनी वालों के लिए आरक्षित थी वह अमीरों के कब्जे में चली गई है। अमीर और गरीब अलग-अलग इलाकों में रहते हैं। फ्रेंच सेंटर फॉर सोशल साइंसेज एंड ह्यूमैनिटीज की वेरोनीक दूपॉन्ट का 2005 में प्रकाशित अध्ययन साफ तौर पर दिखाता है कि दिल्ली विभाजित (सेग्रीगेटिड) शहर बन रहा है। सिद्धांत और व्यवहार कैसे इतनी दूर रह गए?

चूंकि आनेवाले सालों में राजधानी का विकास तेजी से होना था इसीलिए स्वतंत्रता के बाद फैसला किया गया कि इस विकास की तैयारी के लिए सरकार डीडीए के जरिए, जमीन का अधिग्रहण कराएगी। फिर जैसे-जैसे भूमि की मांग बढ़ती जाएगी वैसे-वैसे सरकार सामाजिक रूप से उपयोगी इस्तेमाल के लिए उसका वितरण कर सकती है। मास्टर प्लान द्वारा आरक्षित जमीन किसी काल्पनिक जनता के लिए नहीं थी, बल्कि सार्वजनिक उपयोग और सार्वजनिक हित को इस रूप में परिभाषित किया गया था कि इससे प्रत्येक आर्थिक वर्ग के लिए जमीन का समुचित हिस्सा सुनिश्चित हो।

लिहाजा प्लान में आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के लिए जमीन के आरक्षण पर विशेष जोर दिया गया। पहले और दूसरे प्लान (जो 1990 में लागू हुआ) में यह लिखा है कि इस समूह को आवासीय जमीन का कम से कम पच्चीस प्रतिशत दिया जाना चाहिए। इस के साथ ही प्लान में कहा गया कि शहर के प्रत्येक एक लाख आबादी वाले इलाके में एक आर्थिक वर्ग की संख्या 75 प्रतिशत से ज्यादा नहीं होगी। यह सिफारिश इसलिए की गई कि शहर पॉश व जर्जर मोहल्लों में न बंट जाए और आर्थिक व सामाजिक अखंडता बनी रहे। भूमि के केंद्रीकरण को हतोत्साहित करने व लोकतंत्र एवं सामाजिक समता को प्रोत्साहित करने के लिए मास्टर प्लान के लैंड सीलिंग एक्ट लागू करने व लोकतंत्र एवं सामाजिक समता को प्रोत्साहित करने के लिए मास्टर प्लान ने भूमि परिसीमन अधिनियम लागू करने की सिफारिश की। इस कानून के तहत प्रति

व्यक्ति भू-संपत्ति एक निर्धारित सीमा से अधिक नहीं हो सकती। इन सारे नियमों को मिलाकर उसे समाजीकृत जमीन नीति का नाम दिया गया है यानि कि हर सामाजिक वर्ग की भूमि से संबंधित बुनियादी जरूरतें इस नीति का हिस्सा हैं। इसके साथ लीजहोल्ड प्रणाली कायम की गई जिसमें जमीन व्यापक जनता की धरोहर समझी जाती है, किसी की व्यक्तिगत जायदाद नहीं मानी जाती। लीजहोल्ड प्रणाली से जमीन के सार्वजनिक इस्तेमाल को बढ़ावा मिलता है।

परंतु प्लान की कथनी और भू-उपयोग की मौजूदा वास्तविकता में जमीन-आसमान की दूरी है अगर जमीन के वर्तमान वितरण को देखें तो घोर विषमता और शहर की अधिकांश जमीन पर संपन्न वर्ग के कब्जे की तस्वीर सामने आती है। आबादी का सबसे गरीब 25 प्रतिशत हिस्सा आवासीय जमीन के सिर्फ 5 प्रतिशत हिस्से पर रहता है। जो जमीन कम आमदनी वालों के लिए आरक्षित थी वह अमीरों के कब्जे में चली गई है। अमीर और गरीब अलग-अलग इलाकों में रहते हैं। फ्रेंच सेंटर फॉर सोशल साइंसेज एंड ह्यूमैनिटीज की वेरोनीक दूपॉन्ट का 2005 में प्रकाशित अध्ययन साफ तौर पर दिखाता है कि दिल्ली विभाजित (सेग्रीगेटिड) शहर बन रहा है। सिद्धांत और व्यवहार कैसे इतनी दूर रह गए?

दिल्ली के पिछले दो प्लानों द्वारा मानदंड एवं दिशानिर्देश बनाने के बाद ऐसा लगता है मानो किसी ने इन्हें माना ही न हो। भले ही जनता के हित की रक्षा के लिए बनाई गई नीतियां ठीक तरह से लागू नहीं की गईं फिर भी वे कम-से-कम सार्वजनिक उपयोग और सार्वनिक हित की परिभाषाएं मुहैया कराती हैं। इस परिप्रेक्ष्य में ठोस रूप से तीन सवाल पैदा होते हैं। क्या पिछले प्लानों की जनता के हित की परिभाषा अभी भी सही है? अगर हां, तो क्या नया मास्टर प्लान सार्वजनिक उपयोग और जनता के हित को आगे बढ़ाएगा? अंततः नया प्लान जनता के हित के अनुकूल है या प्रतिकूल? इन सवालों के जवाब टटोलने से पहले हम मौजूदा आर्थिक प्रवृत्तियों पर प्रकाश डालेंगे और फिर इन प्रवृत्तियों के संदर्भ में नए प्लान का स्थान ढूंढेंगे।

समाजीकृत जमीन से वर्ल्ड क्लास सिटी

आज अगर दिल्ली की जमीन संबंधी खबरों पर सरसरी निगाह दौड़ाएं तो यह तस्वीर उभरकर आती है जमीन का दाम दिन-दूनी रात-चौगुनी गति से बढ़ रहा है, शहर का तेजी से झुग्गीकरण हो रहा है, कुशलता को बढ़ावा देने के नाम पर जमीन का निजीकरण हो रहा है तथा जमीन विकास कंपनियां आक्रामक रूप से संपत्ति की खरीद-फरोख्त में लिप्त हैं। जो जमीन पहले लीज पर दी जाती थी आज वह मालिकाने हक के साथ (फ्रीहोल्ड) दी जा रही है। इन प्रक्रियाओं के फलस्वरूप जमीन पर उच्च वर्ग का कब्जा बढ़ता जा रहा है जबकि निम्न आयवर्ग के हाथ से जमीन फिसल रही है। यह स्पष्ट रूप से प्लान के बुनियादी सिद्धांतों का उल्लंघन है। दिल्ली की हाल की बड़ी विकास परियोजनाएं देखें तो यमुना तट व हरियाली क्षेत्रों पर अतिक्रमण, मास्टर प्लान का उल्लंघन करने वाले और सरकार-स्वीकृत उदाहरण निकलते हैं। मास्टर प्लान के बुनियादी उसूलों पर प्रहार और व भिन्न सामाजिक वर्गों के जमीन से बदलते रिश्तों को हम कैसे देखें? अक्सर यह तर्क दिया जाता है कि वैश्वीकरण के दौर में ऐसा होना न केवल अवश्यंभावी है बल्कि वांछनीय भी है।

अक्सर कहा जाता है कि विश्व बैंक कमजोर देशों की प्रभुसत्ता पर हमला करता है और अपना दृष्टिकोण उनपर थोपता है। इसका नतीजा यह होता है कि सरकार की प्रभुसत्ता सिकुड़ती जाती है और बाजार की ताकत बढ़ती चली जाती है

कहानी कुछ ऐसे चलती है-चूंकि बहुराष्ट्रीय कंपनियां कहीं भी जा सकती हैं इसलिए उनकी पूंजी आकर्षित करने के लिए खुली अर्थव्यवस्था और उसके परिणामों को स्वीकार करना जरूरी है। जो लोग इस तरह के वित्त केंद्रित वैश्वीकरण के खिलाफ लिखते हैं वे आमतौर पर दावा करते हैं कि अगर कोई देश अंतरराष्ट्रीय निवेश पर रोक लगाता है तो पूंजी उस देश के बाजार की सीमाओं को तोड़ देती है। इस सिलसिले में अक्सर कहा जाता है कि विश्व बैंक कमजोर देशों की प्रभुसत्ता पर हमला करता है और अपना दृष्टिकोण उनपर थोपता है। इसका नतीजा यह होता है कि सरकार की प्रभुसत्ता सिकुड़ती जाती है और बाजार की ताकत बढ़ती चली जाती है। यह है उदारीकृत विश्व अर्थव्यवस्था का स्वरूप। इस कहानी में यकीनन काफी दम है, खासतौर से कर्जदार देशों के नजरिये से देखा जाए तो। परंतु इस तरह की समझ जब आर्थिक एवं भौगोलिक विशिष्टताओं को नजरअंदाज कर एक सामान्यीकृत रूप धारण कर लेती है तो अपनी विश्लेषणात्मक धार खोकर घिसे-पिटे नारों की नीरस आवृत्ति बनकर रह जाती है। यानि इस कहानी में कोई घरेलू भूमिका और जिम्मेदारी नहीं है।

इसका मतलब यह नहीं है कि वैश्विक पूंजी प्रभावशाली नहीं होती बल्कि यह कि हर परिस्थिति में उसका असर अलग होता है और गहरे विश्लेषण के लिए ऐतिहासिक व भौगोलिक विशिष्टताओं को देखना बेहद जरूरी है। दिल्ली की ये विशिष्टताएं क्या हैं?

अगर हम ध्यान से देखें तो पिछले लगभग दस सालों के दौरान दिल्ली की जमीन से संबंधित नीतियों में उग्र बदलाव दिखाई देता है। और तो और, हाल ही में इस बदलाव की गति बढ़ गई है। यहां हम इस बदलाव को रेखांकित करते हुए तीन मील के पत्थर देखेंगे।

भूमि परिसीमन अधिनियम

इंदिरा गांधी के शासनकाल में शहरी भूमि परिसीमन अधिनियम नाम का एक कानून लागू किया गया। इस कानून के प्रावधानों के तहत शहर में कोई भी व्यक्ति 500 वर्गमीटर से ज्यादा खाली जमीन नहीं रख सकता था। यदि किसी के पास उपरोक्त सीमा से अधिक खाली जमीन पाई जाती तो सरकार के पास

उस जमीन का अधिग्रहण करके कमजोर वर्गों के लिए आवास का प्रबंध करने का अधिकार था। मगर अधिनियम को 1998 में रद्द कर दिया गया। शहरी भूमि परिसीमन अधिनियम इस अवधारणा पर आधारित था कि जमीन संबंधी सट्टेबाजी और मुनाफाखोरी को रोकने, न्याय-संगत तरीके से जमीन वितरण करने और व्यापक जनता के हितों की रक्षा के लिए खाली भू-संपत्ति की एक निश्चित सीमा होना जरूरी है। बहरहाल, कागज पर घना बजनेवाला यह अधिनियम कार्यान्वयन के लिहाज से काफी थोथा साबित हुआ। अधिनियम के दूसरे भाग में ऐसे बहुत सारे रास्ते रखे गए जिनका इस्तेमाल कर बड़े भू-स्वामी अपनी अतिरिक्त जमीनें बचा ले गए। 22 साल के दौरान सरकार को अतिरिक्त जमीन का केवल 7 फीसदी हिस्सा ही मिल पाया। कई बार इस अधिनियम की आधिकारिक समीक्षाएं हुई जिनमें सुधार के लिए बहुत-सी सिफारिशें पेश की गईं। मगर अधिनियम को सुधारने की बजाय 1998 में उसे रद्द कर दिया गया। यानि कार्यान्वयन बेहतर बनाने की बजाय एक प्रगतिशील कानून का गला घोंट दिया गया।

कोऑपरेटिव हाउसिंग सोसायटी नीति

दिल्ली में कोऑपरेटिव हाउसिंग सोसायटी इकलौते तरह का निजी विकास है जो मास्टर प्लान से नियमित है। इसका लक्ष्य निम्न और मध्यम वर्गों के आवास को प्रोत्साहित करना है। इसलिए सोसायटी बनाने के लिए डीडीए बाजार भाव से कम दाम पर जमीन देती है। अक्सर मूल मालिक अपने फ्लैट बेच देते हैं लेकिन इस तरह की बिक्री, जिसमें अक्सर निम्न आर्थिक समूहों के आरक्षित फ्लैट धनी समूहों को दे दिए जाते हैं, हमेशा से गैरकानूनी रही है। इसके बावजूद जुलाई 2003 को दिल्ली कोऑपरेटिव सोसायटी विधेयक पास किया गया जो इस तरह की खरीद-फरोख्त को नियमित बनाता है। इस विधेयक के लागू होने के बाद आवासीय कोऑपरेटिव सोसायटी एक आसान साधन बन गया है जिसके जरिए कंपनियां सस्ता सार्वजनिक फ्लैट पा सकती हैं और फिर बाजार भाव पर बेचकर मुनाफा कमा सकती हैं। मतलब यह कि आर्थिक सहायता से दी गई जमीन अब खुले बाजार में उतारी जा रही है।

पिछले 50 सालों के दौरान जनता के व्यापक हित के नाम पर सार्वजनिक अधिग्रहण प्रक्रिया के माध्यम से अर्जित की गई जमीन आज निजी कंपनियों के हाथों में जा रही है। दूसरी ओर, इस अधिनियम के लागू होने से कुछ ही महीने पहले दिल्ली उच्च न्यायालय ने आदेश दिया कि पुनर्वास कालोनियों में जमीन की बिक्री गैरकानूनी है। यानि उच्च वर्ग के लिए एक कानून और निम्न वर्ग के लिए दूसरा। आज डीडीए फ्लैट लीजहोल्ड में बदल रहे हैं और अब जो गरीबों के लिए गैरकानूनी है वह अमीरों के लिए कानूनी बन गया है। बिक्री के नियमितीकरण के लिए शुल्क दस हजार रुपये मात्र है।

अगर बस्तियां गायब हो जाएंगी और बस्तियों में रहनेवाले जमीन नहीं पाएंगे तो वे कहां जाएंगे?

नया मास्टर प्लान कहता है कि निजी विकास कंपनियों को सुनिश्चित करना है कि हर कोऑपरेटिव सोसायटी की आवास इकाइयों का कम से कम बीस प्रतिशत गरीबों के लिए आरक्षित हो। लेकिन कोऑपरेटिव सोसायटी के तहत इस अधिनियम से नियम का पालन नामुमकिन होगा क्योंकि प्रारंभिक वितरण के बाद धनी लोग गरीबों से ये इकाइयां खरीद सकते हैं। यानि यह अधिनियम मास्टर प्लान के नियमों से बचने का सीधा और आसानी रास्ता मुहैया कराता है।

विदेशी निवेश के लिए जमीन का खुला बाजार

इस साल फरवरी माह में केंद्र सरकार ने जमीन और निर्माण के क्षेत्र में शत-प्रतिशत प्रत्यक्ष विदेशी निवेश को मंजूरी दे दी। अब निजी विदेशी कंपनियों द्वारा जमीन खरीदने, विकास करने और बेचने की क्षमता पर कोई लगाम नहीं है। इससे पहले विदेशी कंपनियां सिर्फ संयुक्त निगमों के जरिए इस क्षेत्र में भाग ले सकती थीं और उनके काम का दायरा रूपरेखा व इंजीनियरिंग तक सीमित था। कुछ सीमाएं अभी भी हैं जैसे विदेशी कंपनियां खाली जमीन बेचकर उससे सट्टा नहीं कमा सकती हैं लेकिन क्योंकि दिल्ली में भूमि परिसीमन अधिनियम नहीं है इसीलिए खाली जमीन खरीदने की सीमा भी नहीं, तो सट्टेबाजी कैसे रुकेगी? हालांकि इससे मध्यम वर्ग को फायदा होने की बातें खूब फैलाई जा रही हैं। इस फैसले का सीधा असर यह होगा कि जमीन की कीमत बढ़ेगी और गरीबों के लिए जमीन दुर्लभ हो जाएगी।

ये तीनों उदाहरण दिखाते हैं कि दिल्ली की टेन्योर की व्यवस्था में बड़ा बदलाव हो रहा है। जो विकास पहले सरकार द्वारा, समाजीकृत और लीज आधारित था अब वह निजी कंपनी द्वारा और निजी संपत्ति व फ्रीहोल्ड आधारित हो रहा है। ऊपर लिखित नीतिगत बदलावों से स्पष्ट रूप से यह नजर आता है कि जहां मास्टर प्लान कुछ हद तक जनता का हित स्थापित कर रहा है वहीं तत्कालीन नीतियां प्लान को निष्प्रभावी बना रही हैं। यहां कोई अंतरराष्ट्रीय दबाव प्रभुसत्तात्मक सरकार को मजबूर नहीं कर रहा है जैसा कि वैश्वीकरण की प्रचलित कहानी कहती है। सरकार और नौकरशाही अपने आप उदारीकरण का कार्यक्रम आत्मसात कर चुके हैं। इस सिलसिले में डीडीए कहता है कि वह दिल्ली का सबसे बड़ा जमींदार है। अब डीडीए जैसा चाहेगा 'अपनी' जमीन का इस्तेमाल करेगा। सार्वजनिक जमीन गायब हो रही है और उसकी जगह डीडीए अपने नए रूप में उभर रहा है-(जनता की) जमीन बेचनेवाला। जनता के हित में सही भू-उपयोग को सुनिश्चित करनेवाले के पद को छोड़कर यह सरकारी विभाग दिल्ली की जमीन के बाजार का सबसे बड़ा खिलाड़ी बन गया है।

वैश्वीकरण की प्रचलित कहानी दिल्ली के आर्थिक विकास एवं योजना प्रक्रिया की जटिलताओं का अर्थपूर्ण विश्लेषण प्रस्तुत करने में असक्षम है। दिल्ली में सरकार की सत्ता

सिकुड़ने के स्थान पर सरकार बाजार की सदस्य बन रही है। लेकिन इस कहानी पर विश्वास से योजना बनाने और विकास करने की संभावनाएं सीमित हो गई हैं। हालांकि निजी जायदाद के अलावा भी टेन्योर के विकल्प उपलब्ध हैं जो जमीन में हर वर्ग का हिस्सा सुनिश्चित कर सकते हैं। मगर वैश्वीकरण की दुहाई देनेवाले यह राग अलापते हैं कि अब बाजार ही जनता की सेवा कर सकेगा।

वास्तव में इस बाजार कट्टरवाद के क्या निहितार्थ हैं? नब्बे के दशक के मध्य से जमीन की कीमत पॉश मोहल्लों में ही नहीं बल्कि रिक्त और जर्जर इलाकों में भी बढ़ रही है। निजी जायदाद व्यवस्था से जमीन बाजार पर सट्टेबाजी बढ़ती है जो जमीन का अधिमूल्यन करती है। जब भी जमीन का दाम बढ़ता है तक किराया देनेवालों पर दबाव पड़ता है। जैसे-जैसे शहर की जमीन महंगी होती है वैसे-वैसे इस जमीन पर काबू पाने की प्रतियोगिता और उग्र हो जाती है। यानि जो नीतियां कीमत बढ़ाती हैं वे समाजीकृत जमीन के सिद्धांत के खिलाफ हैं। इन्हीं नीतियों का नतीजा है कि आज सिर्फ वंचित लोगों के लिए ही नहीं बल्कि शहर के अधिकांश लोगों के लिए भी आवास दुर्लभ होता जा रहा है। जवाहरलाल नेहरू यूनिवर्सिटी के प्रोफेसर अमिताभ कुंडू कहते हैं कि नए मास्टर प्लान में प्रस्तावित निजी भू-विकास की संभावनाओं से गरीबों के अनौपचारिक टेन्योर की व्यवस्था बहुत दबाव में आ जाएगी। इसी के बरक्स भूतपूर्व नगर निगम सलाहकार अनिल लाल कहते हैं कि अगर आज के बाजार की प्रवृत्ति जारी रही तो सब लोग झुग्गी बस्तियों में रहने लगेंगे।

हाल में डीडीए ने लीज आधारित जमीन के स्थान पर फ्रीहोल्ड जमीन देना शुरू किया है। अगर देखना चाहें कि इन बदलावों के गरीबों के लिए क्या परिणाम हैं तो हमें दूर नहीं जाना पड़ेगा। दिल्ली नगर निगम के आंकड़े साफ दिखाते हैं कि जमीन के दाम में बढोतरी के साथ ही गरीब लोगों के विस्थापन की दर बढ़ रही है। अगर हम 1994-1998 के विस्थापनों से 1998-2005 के विस्थापनों तुलना करें तो पहली अवधि के सालाना विस्थापन का औसत 1,990 परिवार है जबकि दूसरी अवधि का औसत 6,991 परिवार है। यानि कि औसत विस्थापन की दर ऊपर लिखित नीतिगत बदलावों के दौरान करीब-करीब छह गुना बढ़ गई। और तो और, 1997 के बाद से डीडीए ने भी लोगों को हटाना शुरू कर दिया है। नगर निगम की संख्या को डीडीए के आंकड़े से जोड़ें तो दूसरी अवधि का औसत 14,158 तक पहुंच जाता है। मतलब आज विस्थापन की दर जमीन के निजीकरण की पहले की दर से लगभग बारह गुना ज्यादा है।

नया मास्टर प्लान कहता है कि दिल्ली में सरकार के नेतृत्व में अभी तक जो विकास की प्रक्रिया चली है वह असफल रही है। इसलिए दिल्ली के अगले 15 सालों का विकास इस रास्ते को छोड़ेगा। सरकार द्वारा जमीन अधिग्रहण, वितरण और विकास की जगह निजी अधिग्रहण, वितरण और विकास लेंगे

आंकड़े यह भी दिखाते हैं कि बस्तियों की संख्या में बढ़ोतरी प्रवास के चलते नहीं बल्कि एजेंसियों की लापरवाही और गैर-जिम्मेदाराना हरकतों की वजह से है। अगर हम पिछले प्लान के आकलनों को देखें तो खोई हुई संभावना नजर आती है। दूसरे प्लान का आकलन था कि 1971 से 2001 तक 13 लाख नये परिवार दिल्ली में पहुंचेंगे जिनमें से 3,025 लाख गरीब होंगे। इसके अनुसार नये गरीबों के लिए 3 लाख और पहले से बसे हुए गरीबों के लिए 1 लाख मकानों की जरूरत होगी। कुल मिलाकर दूसरे मास्टर प्लान के अनुमानों के मद्देनजर 4 लाख मकान गरीबों के लिए बनाने थे। असल में इन सालों के दौरान क्या हुआ? 2001 की जनगणना के मुताबिक 4,025 लाख परिवार झुग्गी बस्तियों में रहते हैं। पहली बात जो इन आंकड़ों से निकलती है वह यह है कि झुग्गियों की संख्या में बढ़ोतरी लगभग आवास की सप्लाई की कमी के बराबर है। इस तथ्य के आधार पर शहरी नियोजक गीता देवन वर्मा यह दावा करती हैं कि दिल्ली की बस्तियों में रहनेवाले लोग मास्टर प्लान के अप्राप्त लक्ष्यों को दिखाते हैं। यानि अगर पिछले मास्टर प्लान के लक्ष्य पूरे हो गए होते तो लोग बस्तियों में रहने को मजबूर नहीं होते।

जब हम इन आंकड़ों में यह तथ्य जोड़ते हैं कि कच्ची बस्तियों में रहनेवालों की संख्या शहर की आबादी का 23 प्रतिशत है जो शहर की आवासीय जमीन के 3 प्रतिशत हिस्से पर ही रहते हैं और यह कि मास्टर प्लान ने इन लोगों के लिए शहर की आवासीय जमीन का 25 प्रतिशत आरक्षित करने का लक्ष्य रखा था, तो गरीब बस्तियों के लोगों को शहर की तकलीफों की जड़ माननेवालों के तर्क का खोखलापन साफ नजर आने लगता है।

नया मास्टर प्लान कहता है कि दिल्ली में सरकार के नेतृत्व में अभी तक जो विकास की प्रक्रिया चली है वह असफल रही है। इसलिए दिल्ली के अगले 15 सालों का विकास इस रास्ते को छोड़ेगा। सरकार द्वारा जमीन अधिग्रहण, वितरण और विकास की जगह निजी अधिग्रहण, वितरण और विकास लेंगे। सबसे पहले तो नए प्लान ने आवासीय जमीन में गरीबों के लिए आरक्षण 25 प्रतिशत से घटाकर 10 प्रतिशत कर दिया है। दूसरे, योजना प्रक्रिया का इतिहास दिखाता है कि जो भी आवास संबंधी लाभ गरीबों को मिला है वह सरकारी आवास और जमीन कार्यक्रमों से ही हासिल हुआ है। परंतु 2021 तक जरूरी नए मकानों की मांग पूरी करने के लिए सरकारी विकास सिर्फ 4 प्रतिशत हिस्सा ही प्रदान करेगा। गरीबों की सेवा के लिए प्लान आवासीय कोऑपरेटिव सोसायटी पर काफी जोर देता है लेकिन नई कोऑपरेटिव सोसायटी

नीति निजी विकास के पक्ष में है। प्लान की बहुमंजिली इमारतें बनाने की सिफारिश से यह स्पष्ट रूप से दिखाई देता है कि जमीन वितरण में विषमता आनेवाले समय में और बढ़ेगी।

दिल्ली में योजना और नीति का पिछले एक दशक का इतिहास शहरी गरीबों के लिए एक अंधेरे भविष्य की ओर इशारा करता है। प्लान कहता है कि शहर 'वर्ल्ड क्लास' होगा। मजदूर जो पहले शहर का अभिन्न हिस्सा समझे जाते थे अब कुशल शहर के लिए रुकावट माने जाते हैं। डीडीए के योजना आयुक्त ए.के. जैन ने हाल में एक सेमिनार में कहा कि शहर में बस्तियां नहीं रहेंगी। साथ ही उन्होंने कहा कि डीडीए का काम जमीन देना नहीं है। अगर बस्तियां गायब हो जाएंगी और बस्तियों में रहनेवाले जमीन नहीं पाएंगे तो वे कहां जाएंगे? जाहिर है दिल्ली के हाशियों पर, जहां जमीन फिलहाल सस्ती है और रोजगार व सुविधाएं मौजूद नहीं हैं। तो यह है प्लान की असली रूपरेखा।

इस स्थिति में जो लोग जनता के हितों की रक्षा करना चाहते हैं वे प्लान के प्रति क्या रुख अपना सकते हैं? सावधानी से देखिए कि नया प्लान खुद योजना-प्रक्रिया के बुनियादी सिद्धांतों को रौंदने की कोशिश कर रहा है। मास्टर प्लान की रणनीति यह है कि योजना-प्रक्रिया और उससे संबंधित सार्वजनिक कार्यक्रमों की छवि धूमिल हो जाए ताकि निजीकरण और खुले बाजार का रास्ता जरूरी लगने लगे। जबकि इरादा यह होना चाहिए कि प्लान के सिद्धांतों को बरबाद करने की बजाय उनको लागू करने के नए तरीके विकसित किए जाएं। यानि कि अगर मास्टर प्लान की उग्र आलोचना की जाए और उस पर कलंक लगाया जाए तो जनता के हितों के बुनियादी आधार का क्या होगा? इसीलिए जो लोग आम लोगों के हकों की रक्षा करना चाहते हैं उन्हें सार्वजनिक जमीन और जनता के हित के सिद्धांतों को समर्थन करना चाहिए। कुछ व्यावहारिक सुझाव जो इन सिद्धांतों के अनुकूल हैं, व्यापक चर्चा के लिए पेश हैं:

- आर्थिक रूप से कमजोर वर्गों की जमीन की आवश्यकता को न्यूनतम 2 प्रतिशत तक वापस पहुंचाया जाए।
- मास्टर प्लान के माध्यम से यह सुनिश्चित किया जाए कि शहर में प्रत्येक एक लाख आबादी वाले इलाके में गरीबों की संख्या कम से कम 25 प्रतिशत हो, जैसा कि पिछले मास्टर प्लानों में वर्णित था।
- पुनर्वास के प्लॉट की न्यूनतम लीज अवधि को 99 वर्ष किया जाए।
- पुनर्वास की जमीन को मास्टर प्लान के मानदंडों (न्यूनतम 27 वर्गमीटर के प्लॉट) पर आधारित होना चाहिए।
- नए सार्वजनिक आवास कार्यक्रम को प्रोत्साहित किया जाए।
- फ्रीहोल्ड संपत्ति और जमीन व निर्माण क्षेत्र में 100 फीसदी प्रत्यक्ष विदेशी निवेश पर रोक लगाई जाए। ❑

(लेखक हिंदी के अध्येता हैं तथा दिल्ली की भूमि संबंधी राजनीतिक अर्थव्यवस्था पर यूनीवर्सिटी ऑफ कैलिफोर्निया, बर्कले, अमरीका में शोध कर रहे हैं)

IAS 2005-06
ADMISSION NOTICE

We offer the most time-tested and performance-oriented classroom courses in India (Eng. & हिन्दी)

DREAM INDIA Group

GEOGRAPHY
by Prof. Majid Husain
CLASSES START 8th JUNE

GEN. STUDIES
by Dr. Ramesh Singh
WITH A PANEL OF EXPERTS:
IAS, IFS, IPS (Hony.) &
Nationally renowned experts for currents
"Question-Answer format of G.S. (Mains) Notes
WORKSHOP 12TH JUNE (9 A.M.)
"GS MEANS CIVILS INDIA"

OUR TOPPERS
4th TOPPER THE VERY Ist YEAR
6th TOPPER IN 2002
3rd & 4th TOPPERS in 2003
4 IAS, 6 IPS & more than 8 in Allied in 2004
OUR HIGHEST
Eco.-341;Geog.-362;Socio.-325;
G.S.-361; Essay-146;Inter.-240

समाजशास्त्र
by Dr. S.S. Pandey
WORKSHOP
PT-CUM-MAINS : 14,जून '05'(5 PM)
MAINS : 11 जूलाई, (4 PM)

ECONOMICS
by Dr. Ramesh Singh
M.A.(DELHI SCHOOL OF ECONOMICS), Ph.D. (Social Eco.)
WORKSHOP: 12th JUNE (11 AM)
"ECONOMY WAS NEVER SO EASY"

Also at Brilliance IAS B-32, Sector-C, Aliganj, Lucknow Ph.: 0522-2370188

CIVILS INDIA®
A Quality Institute for IAS

202-203,A/12-13 ANSAL BUILDING, MUKHERJEE NAGAR, DELHI-09. Ph.: 27652921, 9818244224, 27651344, 9810553368

आईएनएस कदंब का जलावतरण

अरब सागर में सुरक्षा की सामरिक गहराई

○ रवि शर्मा

रक्षा मंत्री प्रणव मुखर्जी ने 31 मई, 2005 को यहां पश्चिमी समुद्र क्षेत्र में लंबे समय से प्रतीक्षित नौसेना के संचालन आधार केंद्र की शुरुआत की। चौथी शताब्दी के राजवंश के आधार पर नामकरण किए गए आईएनएस कदंब बेस के माध्यम से नौसेना को पहला विशेष प्रकार का बंदरगाह उपलब्ध होने के साथ ही विशेषकर अरब सागर में सुरक्षा की सामरिक गहराई मिलेगी और मुंबई और विशाखापत्तनम के बाद तीसरा संचालन बेस भी उपलब्ध होगा।

समारोह के दौरान इस नौसेना बेस में भारत के छह प्रमुख समुद्री जहाज- एयरक्राफ्ट कैरियर आईएनएस विक्रांत, आईएनएस तलवार, आईएनएस मुंबई, आईएनएस मैसूर, आईएनएस गोदावरी और आईएनएस गोमती मौजूद थे।

इस अवसर पर रक्षा मंत्री ने कहा कि कदंब राष्ट्र के समुद्रतटीय और समुद्री सामरिक हितों की रक्षा करने के साथ ही नौसेना को उसकी जिम्मेदारियां पूरी करने में भी मदद करेगा। उन्होंने कदंब की शुरुआत को नौसेना बेस के संचालन के क्षेत्र में मील का पत्थर और राजीव गांधी के प्रति श्रद्धांजलि बताया, स्व. राजीव गांधी ने ही अक्तूबर 1986 में इस परियोजना की आधारशिला रखी थी।

कदंब पर आधारित युद्धपोत और पनडुब्बियां देश के व्यापक समुद्रतटीय हितों की रक्षा करेंगी और समुद्र में दुश्मनों पर हमला बोल सकेंगे। पूरब स्थित पश्चिमी घाटों और पश्चिमी अरब सागर की लगभग आधा मील गहरी खाड़ी के बीच में नौसेना बंदरगाह के लिए कदंब एक आदर्श स्थल है।

प्रमुख नौसेना बंदरगाह

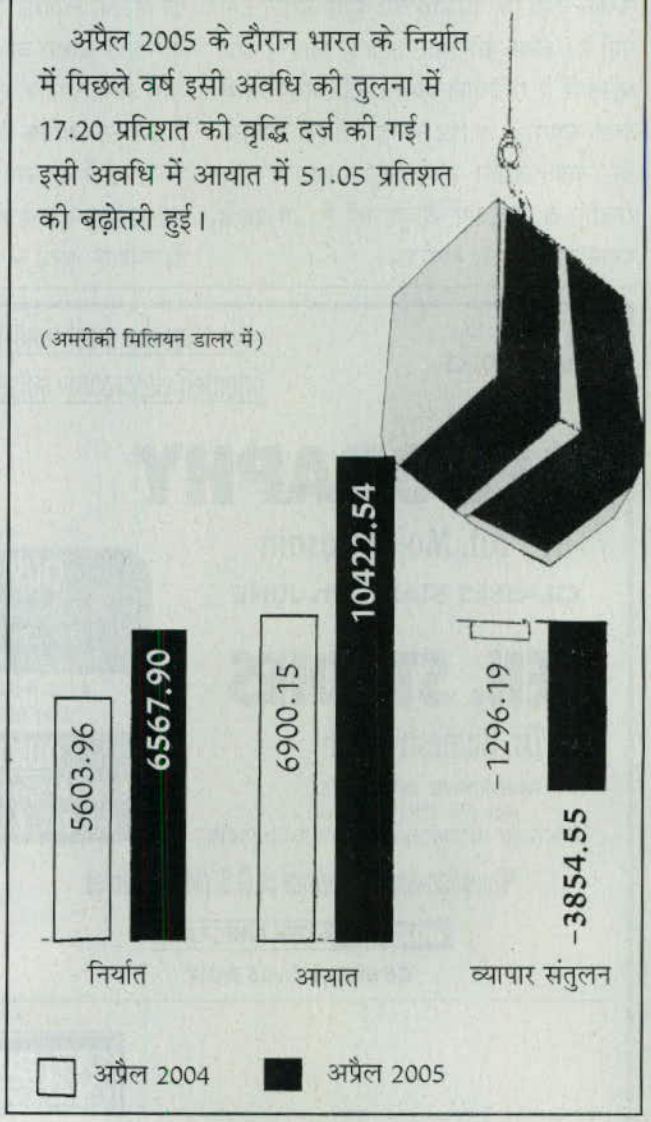
अगले दो दशक में कारवार से बैतकोल, कामथ, बिनागा, क्वाडा और बालेकेरी खाड़ी होते हुए उत्तर में 26 किलोमीटर समुद्र में और 11,200 एकड़ से भी अधिक क्षेत्र में फैले भारत की नौसेना के अग्रणी बेस के रूप में यह मुंबई को पीछे छोड़ देगा और एशिया का सबसे बड़ा बेस बन जाएगा।

पोतों को ढोने वाला और स्थानांतरण प्रणाली से लैस यह भारत का पहला बंदरगाह होगा। इसके माध्यम से सैन्य तथा व्यापारिक दोनों प्रकार के पोतों को आश्रय मिलने, भू-क्षेत्र तक ले जाने, मरम्मत करने और अपेक्षाकृत कम समय में पुन: समुद्र में छोड़ने जैसे काम नौसेना के लिए विशेष रूप से महत्वपूर्ण हैं। राष्ट्रीय सलाहकार परिषद की अध्यक्ष श्रीमती सोनिया गांधी ने इस बेस के आईएनएस कदंब के रूप में नामकरण पट्टिका का अनावरण किया। ❑

भारत का विदेश व्यापार

अप्रैल 2005 के दौरान भारत के निर्यात में पिछले वर्ष इसी अवधि की तुलना में 17.20 प्रतिशत की वृद्धि दर्ज की गई। इसी अवधि में आयात में 51.05 प्रतिशत की बढ़ोतरी हुई।

(अमरीकी मिलियन डालर में)



स्रोत: डीजीसीआई एंड एस

मानवीय हो सकता है भूमंडलीकरण का चेहरा

भूमंडलीकरण की कमजोरियों के लिए भूमंडलीकरण के प्रतिपादकों को दोषी ठहराना ठीक नहीं। इसके लिए जिम्मेदार संप्रभु सरकारें होती हैं। यह मानना है प्रख्यात अर्थशास्त्री प्रोफेसर जगदीश भगवती का। प्रस्तुत है अमरीका के कोलंबिया विश्वविद्यालय में प्रोफेसर जगदीश भगवती से मनु ए. कुलकर्णी *की भेंटवार्ता। प्रोफेसर भगवती हाल ही में कृष्णराज स्मारक भाषण देने बंगलौर आए थे*

मनु एन. कुलकर्णी – *आप भूमंडलीकरण के बहुत बड़े मसीहा रहे हैं। आपकी ताजा किताब* 'डिफेंडिंग ग्लोबलाइजेशन' *इसका प्रबल प्रमाण है। लेकिन अनेक नागरिक संगठन इसका विरोध कर रहे है। भूमंडलीकरण के गुण और दोष क्या हैं? इसका मानवीय चेहरा सचमुच कितना मानवीय है?*

जगदीश भगवती – भूमंडलीकरण का चेहरा मानवीय हो सकता है। इसके शीर्षक के अलावा कई अन्य पहलू हो सकते हैं। आर्थिक पक्षों को अक्सर हानिकर रूप में पेश किया जाता है। अनेक गैरसरकारी संगठनों का ख्याल है कि भूमंडलीकरण के कारण बालश्रम बढ़ गया है। अंतरराष्ट्रीय श्रम संगठन ने अनुमान लगाया है कि 15 वर्ष से कम आयु के करीब 20 करोड़ बच्चों को काम करना पड़ रहा है। बालश्रम हमें ऐतिहासिक विरासत में मिला है। यह सदियों से अस्तित्व में रहा है और सिर्फ भूमंडलीकरण को इसका कारण नहीं बताया जाना चाहिए। बालश्रम की जड़ें गरीबी में हैं। जहां भी भूमंडलीकरण के कारण खुशहाली आई है, गरीबी दूर हुई है, वहां बालश्रम में कमी आई है, स्कूलों में बच्चों की उपस्थिति बढ़ी है, साक्षरता का प्रसार हुआ है और इन सबके परिणामस्वरूप विकास की गति में तेजी आई है। अक्सर भूमंडलीकरण को अमानवीय बालश्रम का दोषी ठहराया जाता है। भूमंडलीकरण मानव शरीर की तरह है – इसका एक चेहरा है, शरीर है, टांगें हैं।

भूमंडलीकरण के चेहरे पर मुस्कान तभी दिखेगी जब इसका शरीर और टांगें भी ठीक-ठाक हों। भूमंडलीकरण के चेहरे पर मुस्कान लाने के लिए अनेक लोगों को काम करना होगा। इसके शरीर में कार्पोरेट समूह आते हैं, राज्य-राष्ट्र आते हैं, बाजार आते हैं, वैज्ञानिक/आविष्कारक/टेक्नोलॉजिस्ट और नागरिक समाज आते हैं। अपने अनुशासन के जरिए राष्ट्र-राज्य इसे टांगें प्रदान करते हैं। अगर टांगें कमजोर हुई तो भूमंडलीकरण भी कमजोर होगा।

विश्व व्यापार संगठन जैसे संगठनों की अधिकाधिक भूमिका मात्र मानक निर्धारित करने वाले की हो सकती है। अंतिम निर्णय लेने की भूमिका विकसित और विकासशील देशों की सरकारों की है। अंतरराष्ट्रीय संगठनों को इसका दोष देने से कुछ भी हासिल नहीं होगा। इसका दोष हमें प्रभुतासंपन्न सरकारों को देना होगा।

समृद्ध दानदाता अब व्यापारिक मुद्दों को लेकर उद्वेलित हो रहे हैं हालांकि इसमें वे ऊर्जा अधिक लगाते हैं और समझदारी कम। 2002 में कानकुन में जब आक्सफैम आंदोलनकारियों ने जी-8 नेताओं के नकाब पहनकर प्रदर्शन किया था तो इससे यही जाहिर हुआ था कि कुछ ऐसे लोग हैं जो काठ के उल्लुओं का रूप धारण कर अन्य काठ के उल्लुओं का मजाक उड़ा रहे हैं।

आक्सफैम का वार्षिक खर्च 35 करोड़ अमरीकी डालर से अधिक है और ऐक्शन एड का 14 करोड़ डालर है। निगमों की तरह उन पर भी दबाव होता है कि वे सार्वजनिक नीति के अन्य क्षेत्रों में भी विविधीकरण करके काम करें भले ही उनमें विशेषज्ञता न हो। उन्हें भी कोष संग्रह के अवसर ढूंढने पड़ते हैं। लेकिन वे अगर इसके अयोग्य हुए तो खतरनाक बन जाते हैं क्योंकि उनकी छवि ऐसी होती है जो कार्पोरेशनों की नहीं होती।

कुलकर्णी – *कुछ ऐसे गैरसरकारी संगठन भी हैं जो भूमंडलीकरण का इसलिए विरोध करते हैं कि इसका पर्यावरण पर बुरा असर पड़ता है।*

भगवती – मेरा सदा विश्वास रहा है कि सर्वश्रेष्ठ नीति वह है जिसमें मुक्त व्यापार (या अधिक मुक्त व्यापार) को एक उपयुक्त पर्यावरण नीति से जोड़ दिया जाए। एक तरफ आर्थिक सिद्धांत हैं तो दूसरी तरफ हार्मोन खिला कर मोटी की गई गायों के मांस या जैविक

रूप से संशोधित पदार्थ हैं।

डोल्फिनों के लिए घातक जाल से पकड़ी गई टुना मछलियों जैसे नैतिक मुद्दे हैं जिनसे डॉलफिन जैसी मछलियां मर जाती हैं।

दोनों मामलों में पर्यावरणविदों का मानना है कि व्यापार नियमों से पर्यावरण नियामकों के सामने मुश्किलें आती हैं। अमरीका में जैविक रूप से संसाधित (जी.एम.) खाद्य पदार्थों को सुरक्षित माना जाता है। इसका आधार है वैज्ञानिक साक्ष्य। लेकिन यूरोप में और वहां के गैरसरकारी संगठन मानव भावनाओं के आधार पर इन्हें सुरक्षित नहीं मानते। भावनाओं को विज्ञान की जगह नहीं लेनी चाहिए और वे ले भी नहीं सकतीं।

कुलकर्णी - *हाल ही में भारत सरकार ने एक 'उत्कृष्ट अनिवासी भारतीय' के रूप में आपका सम्मान किया था। अनिवासी भारतीय के लिए भारत सरकार द्वारा दी गई दोहरी नागरिकता कितनी उपयोगी है?*

भगवती - नागरिकता महज कागज का एक टुकड़ा है। अनिवासी भारतीय को मतदान का अधिकार नहीं है। अगर दोहरी नागरिकता के रूप में भारतीय नागरिकता ग्रहण करें तो मेरे ख्याल में अनिवासी भारतीयों को अमरीकी नागरिकों की तरह भारत सरकार को आयकर अदा करना चाहिए। मैं इसे 'भगवती टैक्स' कहूंगा। उत्तरदायित्व के बिना कोई नागरिकता नहीं होती और आयकर अदा करके अनिवासी भारतीय राष्ट्र निर्माण में हाथ बंटा सकते हैं।

कुलकर्णी - *आपको हमेशा नोबल पुरस्कार के संभावितों में गिना जाता है। आपको इसके बारे में कैसा लगता है। आपको गुजरात में अपने बचपन की यादें हैं?*

भगवती - यह भाग्य और ईश्वरेच्छा की बात है। मुझे अक्सर लगता है कि अगर यह पुरस्कार मुझे न मिला, तो महात्मा गांधी के बाद मैं दूसरा गुजराती हूंगा जो इससे वंचित रहा। मेरे पिताजी बड़ौदा में स्कूल शिक्षक थे। वह ईश्वर में विश्वास रखने वाले धर्मभीरू व्यक्ति थे। वह भजन गाया करते थे जिसके कारण भगवती कहे गए। इसी कारण मैं भगवती हूं।

कुलकर्णी - *धन्यवाद, प्रोफेसर भगवती। आपने हमें समय दिया और हम से बातचीत की।* ❑

लेखकों से अनुरोध

कृपया अपने लेख टाइप करा कर दो प्रतियों में भेजें जिनमें एक मूल प्रति हो तथा साथ में टिकट लगा लिफाफा अवश्य संलग्न करें। लेख पर दो से अधिक लेखकों के नाम केवल विशेष शोध लेखों पर ही दें। जिन रचनाओं के साथ मौलिकता का प्रमाणपत्र संलग्न नहीं होगा वे स्वीकार नहीं की जा सकेंगी। रचना के प्रकाशन के संबंध में किसी प्रकार का पत्र-व्यवहार न करें। विशेष अवसरों के लिए लेख तीन माह पूर्व प्राप्त हो जाने चाहिए। रचनाओं के साथ यथासंभव प्रासंगिक चित्र भी भेजें। सभी रचनाएं 'संपादक, योजना' के नाम प्रेषित करें।

इतिहास, हिन्दी एवं जी०एस० का टॉपर संस्थान

एकेडमीशियंस IAS

सी–50,अल्कापुरी अलीगंज, लखनऊ **Ph.**2331560

Selections : IAS-150 PCS-353

इतिहास

इतिहास क्यों? रणनीतिक ढंग से बेहतर, सरल अध्ययन प्रक्रिया, वैज्ञानिक पद्धति पर कम समय में तैयारी संभव, बेहतर स्कोर, जी०एस में सहायक।

☆ **रहीस सिंह** के निर्देशन में, 12 वर्षों का अध्यापन अनुभव, प्री० में सर्वाधिक सफलता, मुख्य परीक्षा **IAS** में 390/600 तक एवं **PCS** में 302/400 तक स्कोर।

☆ 7 पुस्तकों के लेखक (हड़प्पा सभ्यता, मध्यकालीन-भारत दिल्ली सल्तनत, मुगल, आधुनिक भारत (1707–1857), स्वातंत्र्योत्तर भारत (1947–64), प्रकाशनाधीन-गांधी, नेहरू, टैगोर एवं अम्बेदकर, आधुनिक भारत (1857–1947)।

नोट: प्रकाशित पुस्तकों को **IAS/ PCS** पर पाठ्यक्रम पर आधारित करके लिया गया है, जिनकी प्रशंसा ढेर सारे चयनित विद्यार्थियों एवं गंभीर प्रतिभागियों ने की है।

हिन्दी साहित्य विशेषज्ञों के पैनल द्वारा जिनके निर्देशन में छात्र 75% तक अंक स्कोर कर चुके।

G.S. विशेषज्ञों द्वारा पहले मैटर देखें तब क्लास ज्वाइन करें।

संस्थान के नये विषयः-

भूगोल, समाजशास्त्र/समाजकार्य

सभी विषय लखनऊ एवं इलाहाबाद दिल्ली विशेषज्ञों के पैनल के निर्देशन में जो अपने-अपने क्षेत्र में श्रेष्ठ योग्यता के धारक है।

बैच रणनीतिः-

मुख्य परीक्षा-200 घंटे, प्री-कम-मेन-6 माह (जिसमे लेक्चर, डिस्कशन, डिक्टेशन, क्वेश्चन फ्रेमिंग एवं टेस्ट शामिल है)।

बैच प्रारम्भः-

जून द्वितीय सप्ताह एवं प्री परिणाम के ठीक बाद

YH/7/5/20

सिक्किम में तितलियों को खतरा

सिक्किम में तितलियों को नए खतरों का सामना करना पड़ रहा है। इसके लिए जिम्मेदार हैं वे पर्यटक जो ट्रेकिंग के लिए आते हैं लेकिन सामान्य रास्ता छोड़ अप्रचलित मार्ग पर चल पड़ते हैं। शायद अनजाने ही वे उन पौधों और वनस्पतियों को कुचल देते हैं जिन्हें खा कर तितलियों के कैटरपिलर विकसित होते हैं। ये पर्यटक उन फूलों को नुकसान पहुंचाते हैं जिनके पराग कणों पर तितलियां पलती हैं।

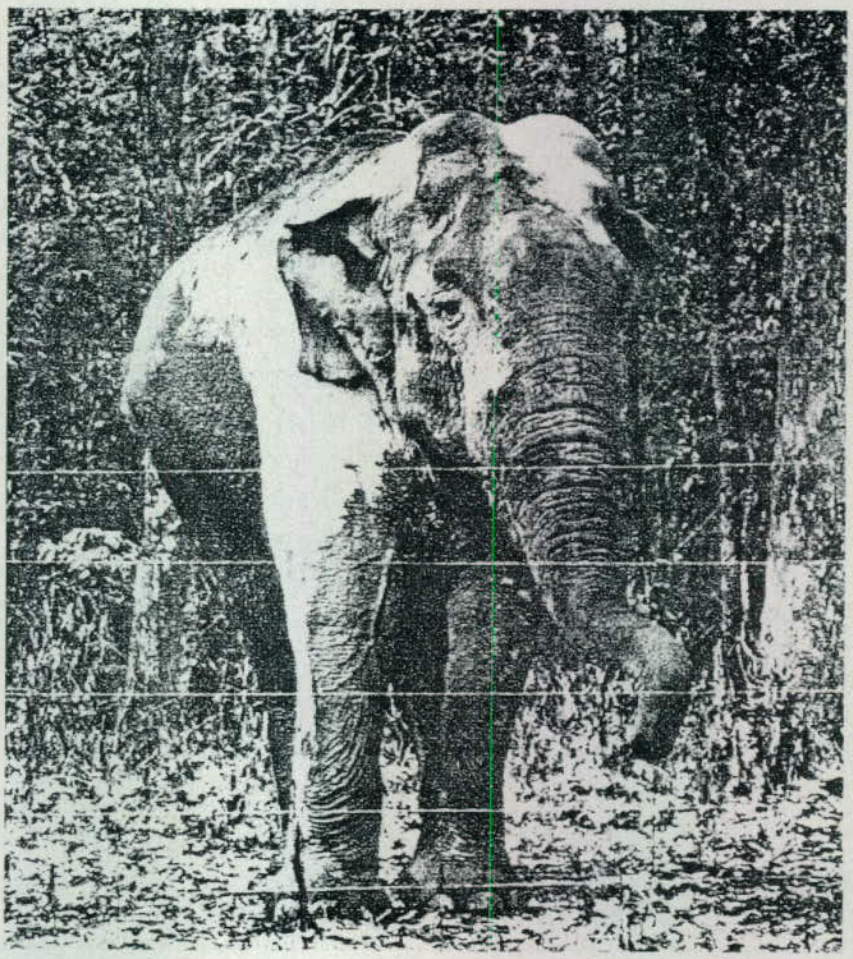
वन्यजीव विशेषज्ञों के अनुसार सिक्किम में तितलियों की 700 प्रजातियां पाई जाती हैं। यहां विविध प्रकार के कीट पतंग भी मिलते हैं। जिस इलाके में पर्यटक ट्रेकिंग के लिए जाते हैं वहां ऐसी अनेक वनस्पतियां पाई जाती हैं जिन्हें खा कर कैटरपिलर बड़े होते हैं। जंगल में उगने वाले खट्टी प्रजाति के अनेक पेड़-पौधे भी तितलियों को आश्रय देते हैं। तितलियों के बच्चे अनेक लताओं और औषधीय पौधों की पत्तियों को अपना आहार बनाते हैं।

वन अधिकारियों ने ट्रेकिंग अभियान आयोजित करने वाले टूर एवं ट्रैवेल आपरेटरों के साथ बैठकें करने की योजना बनाई है ताकि उन्हें इस विषय की संवेदनशीलता से अवगत कराया जा सके और पर्यटकों की लापरवाही का तितलियों की आबादी पर पड़ने वाले कुप्रभावों की जानकारी दी जा सके।

हिमालय की तलहटी में विभिन्न ऊंचाइयों पर तरह-तरह के फूलों के पौधे उगते हैं और वहां अनेक प्रकार की तितलियां पाई जाती हैं।

अधिकारियों को तितलियों और भौरों के अवैध शिकार की जानकारी है। अंतरराष्ट्रीय बाजारों में इनका बहुत अधिक व्यापारिक मूल्य है। ऐसी गतिविधियां रोकने के उद्देश्य से चौकसी बरती जा रही है। वन्यजीव अधिनियम, 1972 के अंतर्गत सिक्किम में पाई जाने वाली अधिकांश प्रजातियों की तितलियों और कीट पतंगों का संग्रह और व्यापार गैरकानूनी है। वहां कई प्रकार के पौधे भी पाए जाते हैं जिनसे तितलियों और कीट पतंगों को खतरा है। ये उसी इलाके में पाए जाते हैं जहां तितलियों की आबादी बहुत ज्यादा है। इनके संरक्षण के उद्देश्य से अनेक 'तितली पार्कों' की योजना बनाई जा रही है। ❑

कंटीले तार वाली राह



फोटो- रायटर

रुक गए गजराज : पश्चिम बंगाल के सिलीगुड़ी में सुखना के जंगल में राजमार्ग पार करने की कोशिश कर रहा एक जंगली हाथी। वह बिजली के करंट वाले तारों को छूने वाला है। इस क्षेत्र में राजमार्ग पार करने की कोशिश में सैकड़ों हाथी मर चुके हैं। उन्हें सड़क से दूर रखने के उद्देश्य से इस बाड़ में कम वोल्टेज की बिजली छोड़ी जाती है। जंगली हाथियों के झुंडों को अक्सर जंगल के एक भाग से दूसरे भाग को चारे-पानी की तलाश में जाना पड़ता है।

बाघ परियोजना

सरकार द्वारा गठित बाघ कार्यबल ने बाघ संरक्षण के काम में स्थानीय समुदायों को शामिल करने की सिफारिश की है। इन समुदायों को वन और वन्यजीव प्रबंधन से अलग रखने से खुफिया जानकारी इकट्ठा करने में दिक्कतें आती हैं। ऐसी जानकारी अवैध शिकार रोकने के लिए बहुत महत्वपूर्ण है।

दूसरे दौर के विचार-विमर्श में इस कार्यबल की अध्यक्ष सुनीता नारायण ने केरल में पेरियार बाघ परियोजना का उदाहरण दिया जहां बाघ परियोजना के परिणाम स्थानीय समुदायों को शामिल किए जाने से बहुत अच्छे रहे। उन्होंने कहा कि पेरियार का उदाहरण अन्य बाघ संरक्षण परियोजनाओं के मामले में भी अपनाया जाना चाहिए।

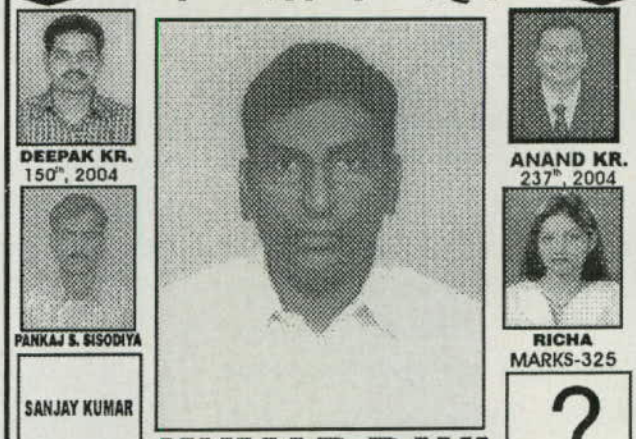
इस संदर्भ में कहा गया कि सुसंगठित छानबीन और व्यावसायिक कानून परिपालन के बावजूद चंदन तस्कर वीरप्पन वर्षों तक बचा रहा क्योंकि उसे उन स्थानीय लोगों का समर्थन मिलता था जिन्हें जंगल से होने वाले लाभों से वंचित कर दिया गया था। बाघ संरक्षण भी कुछ ऐसा ही मामला है। उन्होंने कहा कि वन प्रबंधन और वन्य संसाधनों से इन समुदायों को वंचित रखने से सूचनाएं इकट्ठा करने का काम प्रभावित होता है।

सुश्री नारायण ने दावा किया कि बाघ संरक्षण कार्यनीतियां ऐसा परिपालन तंत्र स्थापित करने से विफल रहीं जो सुसंगठित वन्यजीव अपराधों को रोक पाता। उन्होंने बाघ संरक्षण अवधारणा की समीक्षा का सुझाव दिया और कहा कि भारत में बाघों को अति सुगठित अंतरराष्ट्रीय अवैध शिकारियों के तंत्र का सामना करना पड़ रहा है। यहां इस प्रकार के अंतरराष्ट्रीय अपराधों को रोकने के लिए व्यावसायिक रूप से कुशल परिपालन तंत्र मौजूद नहीं है और अधिकांश अवैध शिकारी कानून के शिकंजे से बच निकलते हैं। सुश्री नारायण ने कहा कि सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि वर्षों के कुशासन और दोषपूर्ण संरक्षण नीतियों के कारण बाघों के इलाके में रहने वाले स्थानीय लोग इसके खिलाफ हो गए हैं क्योंकि उन्हें संरक्षित क्षेत्रों से बाहर कर दिया गया है।

विशेषज्ञों ने अवैध शिकार रोकने के लिए सरकार के एक राष्ट्रीय वन्यजीव ब्यूरो की स्थापना के प्रस्ताव पर अपनी चिंता प्रकट की। उन्होंने कहा कि ऐसा ब्यूरो जरूरी है लेकिन इसका बहुत बड़ा होना आवश्यक नहीं। इसके बजाय उनका सुझाव था कि इस कार्यालय का आकार सीमित और छोटा रखा जाए जो अपराधों पर नजर रखे, आंकड़ों की संभाल करे और छानबीन की प्रगति पर ध्यान दें। ❑

(सौजन्य – द हिंदू)

IAS PERFORMER IAS
के साथ रहें!



DEEPAK KR.
150th, 2004

ANAND KR.
237th, 2004

PANKAJ S. SISODIYA

RICHA
MARKS-325

SANJAY KUMAR
323th, Rank

KUMAR RAVI
10th RANK IAS,2004

?
आप भी हो सकते हैं

समाजशास्त्र
BY
DR. S.S. PANDEY
(Cell. 9312511015)

WORKSHOP: 14 JUNE
कक्षा-प्रारंभ: 15 जून '05'(5 PM)

मुख्य परीक्षा 2005 (विशेष)
कक्षा-प्रारंभ: 11 जूलाई, (5 PM)

Spl. Features
1. Complete Notes (one of the Best in India)
2. Regular Tests
3. Assignments/Performance Practices

CIVILS INDIA
The Quality Institute for IAS
A/12-13,202-203, ANSAL BUILDING BEHIND BATRA CINEMA,
DR. MUKHERJEE NAGAR, DELHI-09
Ph.: 27652921, 9810553368 (Dr.) 9818244224 (Couns.),

YH/7/5/18

खबरों में

- **भेल के 10 प्रतिशत विनिवेश को मंत्रिमंडलीय समिति की मंजूरी मिली**

आर्थिक मामलों की मंत्रिमंडलीय समिति ने भारत हेवी इलेक्ट्रिकल्स लि. (भेल) में सरकार के 10 प्रतिशत हिस्से को जनता को बेचने का अनुमोदन कर दिया है। मंत्रिमंडलीय समिति ने सार्वजनिक क्षेत्र की इस कंपनी की पूंजी को दस रुपये मूल्य के अंशों में बांटने का निर्णय भी किया ताकि यह खुदरा निवेशकों के अधिक अनुकूल बन सके। सरकार इससे 2,200 करोड़ की उगाही की उम्मीद कर रही है। बिक्री से मिली राशि राष्ट्रीय निवेश निधि में अतंरित कर दी जाएगी। इसमें से 25 प्रतिशत राशि का उपयोग कंपनी को और सशक्त बनाने के लिए तथा शेष राशि सामाजिक क्षेत्र में सरकार द्वारा व्यय के लिए प्रयुक्त की जाएगी।

मंत्रिमंडलीय समिति के अन्य निर्णय इस प्रकार हैं:

(i) चाय के आधुनिकीकरण के लिए 93 करोड़ रुपये के कार्यक्रम तथा विशेष कॉफी आवधिक ऋण के लिए 95.70 करोड़ रुपये अतिरिक्त बजटीय आवंटन का अनुमोदन।

(ii) भारत द्वारा चैंपियंस ट्रॉफी की मेजबानी किए जाने का मार्ग प्रशस्त करते हुए मंत्रिमंडल ने देश में आयोजित किसी भी अंतरराष्ट्रीय खेल स्पर्धा से निवासियों तथा अनिवासियों को होने वाली आय को करमुक्त करने के लिए आयकर अधिनियम में संशोधन का अनुमोदन।

(iii) एयरलाइनों को देश में वैध प्रवेश प्रपत्ररहित यात्रियों को उतारने पर दंड से सुरक्षा देने के लिए संबद्ध कानून में संशोधन हेतु बिल लाने के प्रस्ताव का अनुमोदन।

- भारत तथा संयुक्त राष्ट्र परिषद में स्थायी सदस्यता की मांग करने वाले तीन अन्य देशों ने इस आशय के संकल्प पत्र का एक प्रारूप जारी किया है। इसमें सुरक्षा परिषद के सदस्यों की संख्या वर्तमान के 15 से बढ़ाकर 25 करने का आह्वान किया गया है जिनमें से छह वीटो अधिकार-संपन्न नए स्थायी सदस्य हों तथा चार वैकल्पिक सदस्य हों।

जी-4 के नाम से सुज्ञात भारत, ब्राजील, जर्मनी तथा जापान द्वारा जारी संकल्प पत्र में कहा गया है कि वर्तमान स्थायी सदस्यों की तरह नए सदस्यों की भी वीटो पावर सहित 'कुछ दायित्व एवं जिम्मेदारियां' होनी चाहिए।

- सिक्योरिटीज एंड एक्सचेंज बोर्ड ऑफ इंडिया (सेबी) ने निवेशकर्ता फर्म यूबीएस, उसकी सहयोगी संस्थाओं तथा एजेंटों पर एक वर्ष के लिए विदेशी निवेश पत्र जारी करने पर रोक लगा दिया है। सेबी ने यह आदेश पिछले वर्ष एक मई के 'काला सोमवार' की घटना में यूबीएस की भूमिका के कारण जारी किया है। इस रोज बीएसई सेंसेक्स लगभग 800 अंक नीचे गिर गया था।

- दूरसंचार बाजार पर कब्जा करने की प्रतिस्पर्धा को जारी रखते हुए भारत संचार निगम लि. (बीएसएनएल) ने जिन देशों के लिए इसकी दरें अधिक थीं, उनके लिए अपने आईएसडी दरों में एक तिहाई की कटौती कर दी है। अब आईएसडी की उच्चतम दर 18 रुपये प्रतिमिनट से कम होकर 12 रुपये प्रतिमिनट हो गई है। दरों में यह कटौती ऑस्ट्रेलिया, न्यूजीलैंड, सऊदी अरब, अफ्रीका, खाड़ी तथा सार्क देशों के लिए किए जाने फोन कॉलों पर लागू होगी।

- **पूर्वोत्तर में राष्ट्रीय उच्चपथ के लिए विशेष पैकेज**

इस पैकेज में पूर्वोत्तर क्षेत्र के 4,000 किमी. राष्ट्रीय उच्चपथ को 4 से 6 लेन वाला बनाने की स्वीकृति प्रदान कर दी गई है। राष्ट्रीय उच्चपथ विकास परियोजना, फेज-3 को बनाओ, चलाओ, हस्तांतरित करो (बीओटी) आधार पर क्रियान्वित किया जाएगा। 10,000 किमी. (4,000 + 6,000) लंबे मार्ग को 4 लेन वाला बनाने पर कुल 55,000 करोड़ रुपये का खर्च आएगा।

- **बेरोजगारी भत्ता कार्यक्रम आरंभ**

पहली अप्रैल, 2005 से कारखाने अथवा संस्था के बंद होने, छंटनी अथवा स्थायी अवैधता के कारण अनिच्छापूर्वक बीमा योग्य रोजगार से अलग होने वाला कोई बीमाधारी अधिकतम छह महीने के लिए बेरोजगारी भत्ता पाने का अधिकारी होगा। इसके लिए उसका किसी बीमा योग्य रोजगार में कम से कम पांच वर्ष तक सेवारत रहना तथा बीमा कार्यक्रम में योगदान करना आवश्यक होगा।

- **विकलांग व्यक्तियों की सहायता में वृद्धि**

मौजूदा 5,000 रुपये प्रतिमाह की आय पात्रता सीमा को शत-प्रतिशत छूट के लिए बढ़ाकर 6,500 रुपये तथा 50 प्रतिशत छूट के लिए 6,500 से 10,000 के बीच की आय निर्धारित की गई है।

- **मंत्रिमंडल के फैसले**

(i) मंत्रिमंडल ने एक नवीन नीति को स्वीकृति प्रदान की है जिसके तहत रक्षा और सार्वजनिक उपयोग के लिए

उत्तर भारत में IAS/PCS के सर्वश्रेष्ठ मार्गदर्शक

आर. के. शुक्ला

(सफलता के पर्याय) Cel. 09415280009

द्वारा

समाजशास्त्र

Batch starts from 18th July, 11th and 22nd August, 2005

महत्वपूर्ण तथ्य-

- नये विषय के रूप में (विशेषकर विज्ञान एवं वाणिज्य वर्ग के छात्रों के लिए) समाजशास्त्र का अध्ययन करने वाले छात्रों के लिए विशेष वैज्ञानिक शैली द्वारा अध्यापन।
- प्रत्येक अध्याय के अन्त में उस अध्याय के IAS/PCS के 10 वर्षों के प्रश्नों का सूक्ष्म विश्लेषण।
- प्रश्नपत्र के बदलते स्वरूप के कारण Class Notes का विशेष स्वरूप, हर साल 90 प्रतिशत से अधिक प्रश्न विभिन्न प्रतियोगी परीक्षाओं में सर के Notes से ही।
- दिल्ली एवं लखनऊ के संस्थानों से निराश छात्र भी अपनी तैयारी को धारदार बनाने के लिए हमारे संस्थान में ही प्रवेश लेते हैं।
- *समाजशास्त्र विषय लेकर चयनित होने वाले छात्रों में सर्वाधिक संख्या सर के छात्रों की।*

Note : प्रतियोगी छात्रों की बेहद माँग के कारण जल्द ही आर. के. शुक्ला सर की Classes (मुखर्जी नगर) नई दिल्ली में भी प्रारम्भ.

(Girls Hostel also available)

ॐ शान्ती स्टडी सेन्टर

1, तुलारामबाग, (गीता निकेतन मन्दिर के सामने)
जी. टी. रोड, इलाहाबाद

Cel. 09335129717, 09415216096, 09839601327.

e-mail : rk_sociology@rediff.com

YH/7/5/4

निष्कर्ष Education System NES

मुख्य परीक्षा का दूसरा सत्र आरंभ

राजनीति विज्ञान

द्वारा

नवाब सिंह सोमवंशी

दर्शन शास्त्र

द्वारा

यशवंत सिंह

सामान्य अध्ययन
विशेष टीम द्वारा

- नियमित कक्षायें :- 15 जून एवं 25 जुलाई आरम्भ
- मूल्यांकन (टेस्ट):- प्रत्येक यूनिट के समाप्त होने पर
- रिवीजन :- 25 सितम्बर से 5 अक्टूबर तक
- सम्पूर्ण अध्ययन सामाग्री संस्थान द्वारा निःशुल्क दी जायेगी
- आवासीय सुविधा उपलब्ध
- लाईब्रेरी सुविधा उपलब्ध

निःशुल्क कक्षायें

-: राजनीति विज्ञान :-
24, 25 जुलाई (11.00 बजे प्रातः)
-: दर्शन शास्त्र :-
22, 23 जुलाई (11.00 बजे प्रातः)
-: सामान्य अध्ययन :-
22, 23 जुलाई (5.00 बजे सायं)

NES *Where Success is always yes*

629, Dr. Mukherjee Nagar, Delhi-110009

IAS/PCS

011-55863622
9868333384
9868663486

YH/7/5/16

मानचित्रों की दो अलग-अलग श्रृंखला जारी की जाएगी। इसका मकसद विकास गतिविधियों तथा सुरक्षा चिंताओं के मद्देनजर स्थानिक सूचनाओं का अबाध प्रवाह सुनिश्चित करना है। सुरक्षा श्रृंखला के मानचित्र केवल रक्षाबलों तथा अधिकृत सरकारी विभागों द्वारा इस्तेमाल किए जाएंगे। मुक्त श्रृंखला के मानचित्र आम लोगों, निजी, सार्वजनिक एजेंसियों तथा गैरसरकारी संगठनों द्वारा सिंचाई परियोजनाओं, सड़कों, पुलों तथा अस्पतालों की योजना बनाने और उनका विकास करने के लिए प्रयुक्त किए जाएंगे।

(ii) राष्ट्रीय सांख्यिकी पैनल के गठन को स्वीकृति प्रदान कर दी गई है।

(iii) सोंगावाला, थाईलैंड में एक कौंसुलेट खोला जाएगा।

(iv) आर्थिक मामलों की संसदीय समिति ने दसवीं पंचवर्षीय योजना की बची हुई अवधि के दौरान 2,300 करोड़ रुपये के परिव्यय के साथ एक राष्ट्रीय बागवानी मिशन आरंभ करने की स्वीकृति दे दी है। यह केंद्र सरकार द्वारा प्रायोजित कार्यक्रम होगा। मिशन बागवानी उत्पादों के विविधीकरण तथा फसल लाने के बाद उनके प्रबंधन, संसाधन तथा सार्वजनिक, निजी भागीदारी के द्वारा विपणन के लिए प्रौद्योगिकी प्रोन्नयन को बढ़ावा देगा।

- उत्तर प्रदेश में 1,000 मेवा. क्षमता वाले अनपारा-सी तापघर परियोजना के लिए दौड़ में तीन विद्युत कंपनियां रह गई हैं। ये हैं- रिलायंस एनर्जी जेनरेशन लि., एस्सार पावर लि. तथा लैंको कुंडापल्ली पावर प्रालि.। संविदा प्रदान करने की प्रक्रिया सितंबर तक पूरी कर लिए जाने की संभावना है।
- आईटीसी ने वर्ष 2005 के लिए उदीयमान अर्थव्यवस्था में कॉरपोरेट उत्तरदायित्व हेतु गोल्डन पीकॉक ग्लोबल अवार्ड जीत लिया है। यह पुरस्कार ई-चौपाल तथा सामाजिक और कृषि वानिकी के क्षेत्र में उसके उल्लेखनीय कार्य हेतु दिया गया है। वर्तमान में आईटीसी का ई-चौपाल कार्यक्रम 35 लाख से ऊपर किसानों को फसल केंद्रित व्यापक सूचनाएं उनके गांव और क्षेत्र में उपलब्ध कराता है।
- दो दशकों के अंतराल के बाद एयर इंडिया ने अमृतसर से कनाडा के टोरंटो शहर के लिए सीधी विमान सेवा पुन: आरंभ की है। 1985 में कनिष्क बम कांड के तुरंत बाद अमृतसर से ब्रिटेन और कनाडा के लिए सीधी विमान सेवा बंद कर दी गई थी। इस बमकांड में बेनकुवर से उड़े विमान में मौजूद सभी 331 लोग मारे गए थे।
- आईटीसी अध्यक्ष वाई.सी. देवेश्वर ने कंफेडरेशन ऑफ इंडियन इंडस्ट्री (सीआईआई) के अध्यक्ष का पदभार संभाल लिया है।
- रेल मंत्रालय ने प्लेटफार्म टिकटों के मूल्य में मौजूदा 3 रुपये से 5 रुपये की भारी वृद्धि की है।
- **2004 में रिकार्ड प्रत्यक्ष विदेशी निवेश**

  भारत ने वर्ष 2004 (जनवरी-दिसंबर) के दौरान 17,266.52 करोड़ रुपये के प्रत्यक्ष विदेशी निवेश की रिकार्ड आय दर्ज की है। यह उदार, पारदर्शी तथा निवेशकों के अनुकूल प्रत्यक्ष विदेशी निवेश नीति के कारण संभव हुआ है जिसके तहत अधिकांश क्षेत्रों में स्वचालित मार्ग से शत-प्रतिशत विदेशी निवेश की अनुमति दी गई है।
- **स्टार-टाटा, सनटीवी को डीटीएच की अनुमति मिली**

  डायरेक्ट-टू-होम प्रसारण सेवा के क्षेत्र में प्रतिस्पर्धा बढ़ाने वाले कदम के रूप में सरकार ने स्टार-टाटा संयुक्त उपक्रम और सनटीवी के आवेदनों को स्वीकृति प्रदान कर दी है।
- रिलायंस मामले में पहली बार सीधा हस्तक्षेप करते हुए सरकार ने रजिस्ट्रार ऑफ कंपनीज को स्वामित्व संबंधी लड़ाई के बीच छोटे भाई अनिल अंबानी की शिकायत पर समूह प्रमुख मुकेश अंबानी को नोटिस जारी करने के लिए कहा है।
- एक इजरायली विश्वविद्यालय ने प्रख्यात भारतीय वैज्ञानिक प्रो. सीएनआर राव को पदार्थ विज्ञान में उनके योगदान के लिए लाईफ टाइम एचीवमेंट पुरस्कार देने की घोषणा की है। डॅन डेविड प्राइज नामक इस पुरस्कार की राशि दस लाख अमरीकी डॉलर है।
- **लेमी नए डब्लूटीओ प्रमुख बने**

  यूरोपीय संघ के पूर्व व्यापार प्रमुख फ्रांसीसी नागरिक पास्कल लेमी को विश्व व्यापार संगठन (डब्लूटीओ) का नया महानिदेशक नियुक्त किया गया है।
- राजस्थान सरकार ने सभी वर्गों के उपभोक्ताओं के लिए बिजली की दरों में 10.5 प्रतिशत की वृद्धि कर दी है।
- सरकार ने चेन्नई से तमिलनाडु में कहीं भी किए जाने वाले सभी टेलीफोन कॉल पर एसटीडी प्रभार समाप्त कर दिया है। इसी तरह कोलकाता से प. बंगाल में कहीं भी तथा उत्तर प्रदेश (पूर्व) एवं उत्तर प्रदेश (पश्चिम) के बीच किए जाने वाले सभी कॉल अब स्थानीय माने जाएंगे और उन पर कोई एसटीडी प्रभार नहीं लगाया जाएगा। नई सुविधा के अंतर्गत मोबाइल से मोबाइल तथा लैंडलाइन से मोबाइल पर किए जाने कॉल भी स्थानीय होंगे।
- सरकार ने बिजली और खाद इकाइयों के लिए प्राकृतिक गैस के मूल्य में 12 प्रतिशत की वृद्धि करते हुए इसे 3,200 रुपये प्रति-हजार स्टैंडर्ड क्यूबिक मीटर कर दिया है।
- कर्मचारी भविष्य निधि बोर्ड ने वर्ष 2004-05 के लिए अपने अंशदाताओं को 9.5 प्रतिशत ब्याज की अनुशंसा की है। इससे होने वाली 716 करोड़ रुपये की कमी को कर्मचारी भविष्य निधि के विशेष रिजर्व से पूरा किया जाएगा। ❑

IAS/PCS
आरोहण
(हिन्दी माध्यम)
"आपके सपनों से मंजिल तक"

उपलब्ध विषय :-

भूगोल (प्रा0+मु0) : राजीव सौमित्र
दर्शनशास्त्र (मु0) : डा0 ए0 के0 मिश्रा
संस्कृत साहित्य : ललित मण्डल
इतिहास(प्रा0 मु0) : D.U. के प्रख्यात प्रोफेसर एवं डा0 ए0 के मिश्रा
सामान्य अध्ययन : संस्थान के विशेषज्ञों द्वारा
साक्षात्कार : वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी व संबंधित विशेषज्ञों द्वारा

UPSC जैसी प्रतिष्ठित परीक्षा में शामिल हो रहे छात्र/छात्राओं को निश्चित रुप से एक ऐसी चुनौती मिलती है जिसे लगन, मेहनत, समर्पण व इच्छा शक्ति से ही पूरा किया जा सकता है। देश के दूर-दराज इलाकों से आने वाले छात्रों की एक बड़ी समस्या उचित वातावरण, गुणवत्तापूर्ण शिक्षण व मार्गदर्शन का न मिल पाना है। लिहाजा छात्र/छात्राओं को अपना कीमती समय भटाकव में गुजारना पड़ता है। मध्यम आय वर्ग व कमज़ोर आर्थिक पृष्ठभूमि से आने वाले छात्र/छात्रा, फीस की एक मोटी रकम देने में सक्षम नहीं होते। इसी के मद्देनजर कम फीस में ही हमारा संस्थान एक बेहतर शिक्षण व कुशल मार्गदर्शन की व्यवस्था करता है। इसीलिए हमारी सफलता दर शत-प्रतिशत है।

विशेष आकर्षण:

सिविल सेवा के अभ्यर्थियों विशेषकर हिन्दी माध्यम के समक्ष प्रमुख समस्या वैकल्पिक विषय के चयन, पुनः उसकी तैयारी के तौर-तरीकों की होती है। विषय का सही चयन (विशेषकर दूसरा वैकल्पिक विषय) न कर पाना ही सफलता में सबसे बड़ी बाधा है। अतः यहाँ के विशेषज्ञ (यदा-कदा प्रशासनिक अधिकारी भी) द्वारा अभ्यर्थियों की पृष्ठभूमि एवं रुचि को ध्यान में रखते हुए मार्गदर्शन दिया जाता है।

संस्थान के सलाहकार सदस्य :

अजीत कुमार (IAS अधिकारी), एस० डी० तिवारी (PCS अधिकारी) उमाकांत तिवारी (PCS अधिकारी), प्रदीप कुमार, असीम कुमार (DSP)

✦ छात्र एवं छात्राओं के रहने की अलग-अलग व्यवस्था।
✦ पत्राचार कोर्स उपलब्ध।

☞ विशेष जानकारी व मार्गदर्शन के लिए दूरभाष या कार्यालय में स्वयं उपस्थित होकर सम्पर्क करें।

204, IInd Floor, A-23-24, Satija House, Commercial Complex (Near Batra Cinema) Dr. Mukherjee Nagar, Delhi-110009
Tel. :(Off.) 011-27652362, (Mob.) 0-9868259370

YH/7/5/9

DESTINATION IAS ACADEMY

IAS/PCS (Pre-CUM-Mains - 2005-06)
U.G.C. / NET / SLET

समाज शास्त्र /Sociology
द्वारा
प्रवीन किशोर
FIRST TIME BY TECHNOCRAT

सामान्य अध्ययन /G.S.
द्वारा
कैलाश मिश्रा
संजय सिंह
डी. आचार्य

भूगोल
द्वारा
संजय सिंह

इतिहास
डी आचार्य
(के दक्ष निर्देशन में)
फाउंडेशन कोर्स के लिए नामांकन आरम्भ
MAXIMUM OUTPUT IN MINIMUM INPUT

राजनीति विज्ञान/Pol. Sci.
द्वारा **कैलाश मिश्रा**

मुख्य संपादक : ट्रेण्ड एनैलिसिस

लेखक
1. भारतीय अर्थव्यवस्था
2. भारत में विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी
3. बदलते हुए परिदृश्य में भारत की विदेश नीति

पत्राचार सुविधा उपलब्ध

at B-12, COMMERCIAL COMPLEX
DR. MUKHERJEE NAGAR, DELHI - 9
Mob.: 9868080491, 9868338235, 9868595298

YH/7/5/14

वैज्ञानिक और मौलिक चिंतन को प्राथमिकता दें

○ अखिलेश कुमार

मनुष्य में जब तक चेतना बरकरार रहती है, वह मनुष्योचित सारी क्रियाएं-प्रतिक्रियाएं करता रहता है। यदि वह विक्षिप्तावस्था या बेहोशी की हालात में नहीं है तो कुछ न कुछ सोचता, विचारता और करता रहता है। कभी शारीरिक कर्म अधिक तो कभी मानसिक श्रम अधिक लेकिन जब यह प्रक्रिया मस्तिष्क को नवीन और जनोपयोगी दिशा में ले जाए तो इसे स्वस्थ-चिंतन कहेंगे। स्वस्थ चिंतन प्रक्रिया से ही व्यक्ति में वैज्ञानिक एवं मौलिक सोच का विकास होता है। कुछ लोगों की मान्यता है कि व्यक्ति की सोच पूर्णतया मौलिक एवं पूर्णतया वैज्ञानिक नहीं हो सकती।

प्रश्न उठता है क्या वाकई मनुष्य द्वारा बनाई रचना और कार्य मौलिक नहीं हो सकते? वस्तुत: हमारे विचार मौलिक हों, इसके लिए निरंतर चिंतन की जरूरत होती है। मौलिकता का मतलब होता है - नया विचार। और, यह नया विचार वैज्ञानिक चिंतन का केंद्रबिंदु होता है।

समाज एवं मनोवैज्ञानिकों के अनुसार प्रत्येक मनुष्य में जन्म से उसके मौलिक एवं वैज्ञानिक गुणों के लक्षण दिखने लगते हैं। लेकिन सामान्य जन इन लक्षणों को समझ नहीं पाते।

वैज्ञानिक चिंतन को कैसे बढ़ाएं

सबसे पहले हम ठीक दिशा में विचार करने की आदत डालें। जो लोग अपने मस्तिष्क (स्नायुओं) से ज्यादा काम लेते हैं उनके अंग एक निश्चित समय सीमा बीत जाने पर थक जाते हैं। जो दशा हमारे शारीरिक अवयवों की होती है वही मानसिक अवयवों की भी होती है। इस बात को समझते हुए चिंतन प्रक्रिया को आगे बढ़ाएं। हमारे अंदर विश्लेषण की शक्ति जितनी अधिक होगी, हमारी तर्कक्षमता भी उतनी ही अधिक होगी। यदि हमारे अंदर विश्लेषण की शक्ति नहीं है तो हम विचार शक्ति को आगे नहीं बढ़ा सकते। तर्क शक्ति - कब...? क्यों...? कैसे...? कौन...? किस लिए...? इन प्रश्नवाचकों पर हमारा चिंतन

जितना बढ़ेगा, वैज्ञानिक चिंतन की शक्ति उतनी ही बढ़ती जाएगी। स्वामी विवेकानंद के अनुसार, मनुष्य में अनंत शक्ति है, लेकिन वह सामान्यत: दो से दस प्रतिशत ही अपनी शक्ति का उपयोग करता है। हम अपनी शक्ति का जितना इस्तेमाल करेंगे, उतना ही हमारा मौलिक एवं वैज्ञानिक चिंतन बढ़ता जाएगा।

अपना ठीक मूल्यांकन करें

हमारी सोच हर व्यक्ति, वस्तु, कार्य, विचार के प्रति कैसी है इसका ठीक मूल्यांकन करने की हमें आदत डालनी चाहिए। बिना इसके हम गलती या खुशफहमी के शिकार हो जाते हैं। सबसे अहम बात यह है कि हम जीवन का बहुत सा हिस्सा दूसरे के गलत-सही मूल्यांकन में व्यतीत कर देते हैं। हम क्या हैं, पहले क्या थे और क्या आगे होना है - इस पर बहुत कम सोचते हैं। जबकि लक्ष्य प्राप्ति का यही आधार है। हम आधारहीन होकर बड़े-बड़े चमत्कार करने का जिंदगीभर प्रयास करते रहते हैं और जब जीवन बीत जाता है तब अपना मूल्यांकन करना शुरू करते हैं। हमारे ऊपर यह कहावत शत-प्रतिशत फिट बैठती है :

जीवन गुजर गया तो जीने का ढंग आया,
जब समां बुझ गई तो महफिल में रंग आया।

इसलिए हमें प्रतिदिन अपना निष्पक्ष मूल्यांकन करते रहना चाहिए। यह मूल्यांकन ही मौलिक एवं वैज्ञानिक सोच को आधार प्रदान करता है।

राष्ट्र एवं समाज के लिए वरदान

जिस देश में अधिक तादाद में मौलिक एवं वैज्ञानिक चिंतन वाले व्यक्ति रहते हैं, उस देश व समाज में पाखंड, अंधविश्वास, कुरीतियों, गलत प्रथाओं एवं गंदी परंपराओं का अस्तित्व बहुत कम होता है। समाज व देश में हर तरफ खुशहाली होती है। हिंसा, आत्महत्या, झगड़ा-फसाद और आतंक की समस्या भी नहीं होती है। भौतिक उन्नति के साथ ही साथ व्यक्ति एवं समाज की धार्मिक एवं आध्यात्मिक उन्नति होती जाती है। सत्य, अहिंसा, न्याय, प्रेम एवं समता जैसे सद्गुण व्यक्ति एवं समाज में बढ़ने लगते हैं।

एक गांव, मुहल्ले या नगर में एक व्यक्ति भी मौलिक एवं वैज्ञानिक सोच का हो तो वहां अंधविश्वास एवं पाखंड के प्राण कुछ ही दिनों में निकल जाते हैं। इसलिए पढ़ने-लिखने का अर्थ केवल नौकरी या पद-प्रतिष्ठा न हो बल्कि हमें वैज्ञानिक चिंतन की ओर उन्मुख होना चाहिए।

अध्ययन एवं अनुभव का लाभ लें

अध्ययन एवं अनुभव मौलिक एवं वैज्ञानिक चिंतन के लिए औषधि के समान है। जो पढ़ें और अनुभव से अर्जित करें उनका सूत्रबद्ध विश्लेषण करें। एक बात और समझने की है, हमारा चिंतन जब लगातार निखरता जाएगा तब कुछ मौलिक सूत्र हाथ में लग सकते हैं। लेकिन किसी एक या दो विषय में। हर विषय में मौलिकता का दावा न करें। हां, वैज्ञानिक चिंतन हर विषय पर किया जा सकता है और अंधविश्वास, रूढ़ियों और अनर्थ से हम बच सकते हैं।

नए विचारों का संग्रह करें

प्राय: यह देखा जाता है कि कुछ पूर्णज्ञात तथ्यों से संबंद्ध या अपरिचित सिद्धांत खोज लेने मात्र से ही मौलिकता एवं वैज्ञानिक आविष्कार का आधार मिल जाता है और तमाम अनसुलझे रहस्य एवं विचार सुलझ जाते हैं। जो लोग मौलिकता एवं वैज्ञानिकता का संकल्प ले मानव समाज को नई दिशा देना चाहते हैं वे सदैव आंतरिक चिंतन में रत रहते हैं।

जरूरत है कि हम हर परंपरा, रीतिरिवाज, कार्य एवं सोच को तर्क एवं वैज्ञानिकता की कसौटी पर कसें, उन्हें मौलिक एवं वैज्ञानिक स्वरूप दें जिससे स्वस्थ चिंतन का विकास हो सके। ❑

भाषा का समाजशास्त्र

○ ज्ञान्ति

पुस्तक : भाषा का समाजशास्त्र; **लेखक :** राजेन्द्रप्रसाद सिंह; **प्रकाशक :** राजकमल प्रकाशन प्रा. लि., नई दिल्ली; **मूल्य :** 150/-

भाषा का समाजशास्त्र मूलत: इस लक्ष्य और उद्देश्य को साधता है कि भाषा-अध्ययन के माध्यम से हम सामाजिक संरचना की तहों तक पहुंच सकें तथा भाषायी लक्षणों के माध्यम से सामाजिक संगठन के लक्षणों की परख कर सकें। अब भाषाविज्ञान की यह एक नई शाखा विकसित हो चुकी है जिसमें भाषा और समाज के संबंधों तथा उससे संबद्ध बातों पर विचार किया जाता है। यूरोपीय, अमरीकी तथा सुदूरपूर्व एशिया की भाषाओं पर इस दृष्टि से विशेष कार्य हुआ है। हिंदी तथा अन्य भारतीय भाषाओं का समाजशास्त्रीय अध्ययन अभी नहीं के बराबर हुआ है। डॉ. राजेंद्रप्रसाद सिंह की पुस्तक *भाषा का समाजशास्त्र* इस दिशा में एक सार्थक तथा जरूरी प्रयास है।

जेनेवा विश्वविद्यालय का प्राध्यापक फर्दिनेंद द सस्यूर विश्व का ऐसा पहला भाषाशास्त्री था जिसने भाषाविज्ञान को व्यापक रूप से मनोविज्ञान और समाजविज्ञान से जोड़ा था, पर 'सोशियोलिंग्विस्टिकस' (समाजभाषाविज्ञान) नाम का प्रयोग 1952 ई. से पहले नहीं मिलता है। विश्व के प्रमुख समाजभाषाविज्ञानियों में फिशमैन, डेल हाइम्स फर्ग्युसन, लेबाव और गम्पर्ज का नाम विशेष रूप से उल्लेखनीय है। 'भाषा का समाजशास्त्र' इस खापे की एक महत्वपूर्ण कड़ी है। यह पुस्तक कई समाज-संदर्भित भाषायी अध्ययन को काटती-छूती है।

भाषावैज्ञानिक डॉ. राजेन्द्रप्रसाद सिंह ने अपनी कई मौलिक स्थापनाएं इस पुस्तक में दी हैं। वेदों में 'मनुष्य' और 'मानुस' एक साथ कैसे चलते हैं? कौन किसका अपभ्रंश है? अगर मनुष्य में षष्ठी विभक्ति है तो मानुष में कौन-सी विभक्ति है जिसके बलबूते पहले की व्युत्पत्ति मनु की संतति की जाती है? वैदिक मान का अर्थ है घर, जो घर में रहता है, वह 'मानुष' है और जो वन में रहता है, वह 'वनमानुष' है। इसीलिए 'वनमनुष्य' पद नहीं चलता है। हिन्दीभाषी क्षेत्र की लोकबोलियों में मानुस शब्द चलता है, मनुष्य नहीं। इसलिए यह दावा करना कि लोकबोलियों के सभी शब्द संस्कृत के अपभ्रंश हैं, गलत होगा। 'मानुष' तत्सम है, 'मनुष्य' तद्भव है।

आगे वे लिखते हैं कि संस्कृत में बहुत सारे शब्द मिलेंगे जो लोकबोलियों के आधार पर गढ़े गए हैं परंतु गलती से उसे तत्सम मान लिया जाता है। कारण कि हमारी भाषावैज्ञानिक स्थापना रही है कि संस्कृत पुरानी भाषा है, इसलिए लोकबोलियों के शब्द तद्भव हैं जबकि संस्कृत का पहला लंबा अभिलेख 150 ई. में पश्चिमी भारत के जूनागढ़ से मिलता है। प्राकृत के अभिलेख भारत में सबसे पुराने हैं। वैदिक भाषा पुरानी है, वैदिक संस्कृति भी पुरानी है, तब इस तथ्य की पड़ताल की जानी चाहिए कि वैदिक धातु के सिक्के सबसे पहले गौतम बुद्ध के युग में मिलते हैं। सच तो यह है कि पुरालेखीय आधार पर इंडोयूरोपियन परिवार की सबसे प्राचीनतम भाषा हित्ती है। इसीलिए अमरीका के ख्यात भाषावैज्ञानिक ब्लूमफील्ड ने संस्कृत के पुराने शिलालेखों के भारत में नहीं मिलने पर आश्चर्य व्यक्त किया है।

भाषा का समाजशास्त्र ऐसी ही अनेक नई जानकारियों एवं भाषायी स्थापनाओं से लैस है। इसमें भाषोत्पत्ति का नया सिद्धांत है, भोजपुरी का गहन भाषावैज्ञानिक अध्ययन - विश्लेषण है और निर्वचनशास्त्र के नए नियम-कानून हैं। हिंदी व्याकरण पर भी कुछ बातें इस पुस्तक में यथाप्रसंग कही गई हैं जो कुछ मामलों में विवादास्पद लगती हैं हालांकि तर्क बड़े सधे हुए हैं। हिंदी के लिंग-निर्णय के बारे में कहा गया है कि इसमें ईंट-पत्थरों का भी लिंग-निर्णय अतार्किक पद्धति पर किया जाता है। भला ईंट और पत्थरों का क्या लिंग होगा? अंग्रेजी भाषा में न्यूटर जेंडर का कॉन्सेप्ट है। इस नपुंसक लिंग की सूची से हिंदी में आए शब्दों को भी हम इसी मनगढ़ंत सांचे में ढालते हैं जो पूरी तरह से निराधार है।

भाषा विकासशील है तो व्याकरण को भी विकासशील होना चाहिए। इसीलिए फ्रांस में प्रति दसवें वर्ष व्याकरण में परिवर्तन कर देने की परंपरा रही है। लेकिन हमारे यहां तो भाषिक अशुद्धियों को छांटने के लिए पुराने से पुराने व्याकरणों का हवाला दिया जाता है। हिंदी पत्रकारिता की भाषा के बारे में यह स्थापित किया गया है कि पत्रकारिता की भाषा ने हिंदी की शुद्धतावादी, पारंपरिक एवं अवैज्ञानिक घेरे को तोड़ा है। निश्चय ही इस पुस्तक से भाषाविज्ञान के क्षेत्र में एक नई एवं खोजी परंपरा की शुरुआत होगी। ❑

मातृ–शिशु स्वास्थ्य रक्षा में भारत की प्रगति धीमी

विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट, 2005 में जनस्वास्थ्य पर ज्यादा धन खर्च करने का सुझाव दिया गया है। करोड़ों महिलाएं और बच्चे जीवनरक्षक सुविधाओं से वंचित हैं। इस कारण इसमें कोई आश्चर्य नहीं कि पांच वर्ष से कम उम्र के एक करोड़ छह लाख बच्चों की मृत्यु हो जाती है और पांच लाख महिलाएं प्रसव के दौरान दम तोड़ देती हैं।

इस रिपोर्ट के अनुसार बच्चों की मृत्यु के 50 प्रतिशत से भी अधिक मामले केवल छह देशों– भारत, पाकिस्तान, चीन, कांगो, इथोपिया और नाइजीरिया में होते हैं।

इस कारण भारत का नाम धीमी प्रगति वाले 51 देशों की सूची में शामिल होता है। जहां तक शिशु और बाल मृत्यु तथा प्रसव के दौरान माताओं की मृत्यु का प्रश्न है, इसमें 1,36,000 माताओं और 10 लाख नवजात बच्चों की मृत्यु का अनुमान है। प्रसव से संबंधित मौत अथवा गर्भावस्था संबंधी बीमारियों के कारण भारतीय महिलाओं और उनके नवजातों की मृत्यु होना जारी है।

रिपोर्ट के अनुमान के अनुसार, पूरे विश्व में प्रतिवर्ष कुल 13 करोड़ 60 लाख बच्चों का जन्म होता है जिनमें से कम विकसित देशों में दो-तिहाई से भी कम और अल्प-विकसित देशों में केवल एक-तिहाई मामले में प्रजनन कुशल दाइयों के द्वारा कराए जाते हैं।

भारत में शिशु मृत्युदर में मंद गिरावट का पता चलता है। नवजातों की मृत्यु में तो थोड़ी कमी आई है, परंतु जन्म के समय होनेवाली मृत्यु में कोई परिवर्तन नहीं आया है। भारत में प्रतिवर्ष 2 करोड़ 70 लाख बच्चों का जन्म होता है, जिनमें से 10 प्रतिशत पांच वर्ष की उम्र तक मृत्यु का शिकार बन जाते हैं। कुल मिलाकर पूरे विश्व में प्रतिवर्ष पांच वर्ष से कम उम्र के लगभग एक करोड़ बच्चों की मृत्यु हो जाती है। इसमें भारत की 25 प्रतिशत भागीदारी है।

शिशु मृत्यु

कई दशकों से शिशु मृत्यु, नवजात मृत्यु और जन्म के समय मृत्यु के मामले में कमी होती रही है।

नवजात मृत्युदर में धीमी गति से कमी होने और स्थिरता बने रहने का लक्षण दिखाई पड़ता है। 1990 के दशक के दौरान इसमें केवल 15 प्रतिशत की ही गिरावट आई जबकि 1980 के दशक के दौरान इसमें 25 प्रतिशत की गिरावट दर्ज की गई थी। 1995–2000 के दौरान इसमें मात्र 4 अंकों की गिरावट दर्ज की गई और यह प्रति हजार जन्म के मामले में 48 से घटकर 44 हो गई।

इस रिपोर्ट में बताया गया है कि स्वास्थ्य के क्षेत्र में विकसित देशों की तुलना में भारत के पीछे रहने के कई कारण हैं। माताओं और नवजात शिशुओं की मृत्युदर के मामले में क्षेत्रीय असमानता काफी है।

केरल और पंजाब में मातृ मृत्युदर इतना कम है कि इन राज्यों को इसके अंतर्गत शामिल नहीं दिया जा सकता। देश के 15 प्रमुख राज्यों में से 10 राज्य (असम, बिहार, गुजरात, हरियाणा, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, उड़ीसा, राजस्थान, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल) ऐसे हैं जहां मातृ मृत्युदर प्रति एक लाख जन्म पर 400 से भी अधिक है और असम, मध्य प्रदेश और उत्तर प्रदेश तीन ऐसे राज्य हैं जहां मातृ मृत्युदर 700 या इससे भी अधिक है।

इस रिपोर्ट में इस बात का उल्लेख किया गया है कि व्यापक उपायों और गर्भावस्था के दौरान माताओं और शिशुओं की बेहतर देखभाल की बदौलत इन मौतों को काफी कम किया जा सकता है। ❑

विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट, 2005
भारत की अन्य देशों से तुलना

देश	जनसंख्या (हजार में)	वार्षिक वृद्धि दर (%)	60 साल से ऊपर की जनसंख्या का %		जीवन संभाव्यता	5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु		सघउ के प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य पर कुल व्यय
			1993	2003		लड़का	लड़की	
ब्राजील	178.470	1.4	6.9	8.2	69	39	32	7.9
चीन	1,311,709	0.9	9.0	10.5	71	32	43	5.8
भारत	1,065,462	1.7	7.0	7.8	62	85	90	6.1
स्वीडन	8,876	0.2	22.2	23.8	81	5	3	9.2
अमरीका	294,043	1.1	16.3	16.3	77	9	7	14.6

प्रो. उमाकांत मिश्र, निदेशक, प्रकाशन विभाग, सूचना और प्रसारण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा पटियाला हाऊस, नई दिल्ली–110 001 से प्रकाशित एवं मुद्रित तथा अरावली प्रिंटर्स एंड पब्लिशर्स प्रा. लिमिटेड, नई दिल्ली–110 020 में मुद्रित। दूरभाष : 26388830–32
संपादक : विश्व नाथ त्रिपाठी

रजि.सं.एल. 12036 यू (डीएन) 53/2003–05 तथा डाक व्यय की पूर्व अदायगी के बिना डाक में डालने के लिए लाइसेंस–प्राप्त
Reg. No. D.L.12036 (DN) 53/2003-05 Licenced to post without pre-payment at RMS, Delhi.
पंजी सं. 951/57
R.N. 951/57

हिन्दी माध्यम में सर्वोच्च

राहुल रंजन महिवाल 49 वां
IAS

कृष्ण कु. निराला 110 वां
IAS

सामान्य अध्ययन में कुल प्राप्त अंक: 360
प्रथम पत्र-174, द्वितीय पत्र-186

संतोष करनानी 171 वां

Certainly General Studies has contributed to a greater extent to my success. Because of the proper guidance by Srivastava Sir particularly in developing writing skills, I have secured **358** marks in G.S. This includes **148** in Paper I and **210** in Paper 2

DISCOVERY IAS/PCS

का नया कीर्तिमान 19 सफलताओं के साथ, जिसमें हिन्दी माध्यम में सर्वोच्च स्थान प्राप्त **राहुल रंजन महिवाल** और सामान्य अध्ययन में कुल **360** अंक प्राप्त करने वाले **कृष्ण कुमार निराला**, **358** अंक प्राप्त करने वाले **सन्तोष कु. करनानी** शामिल हैं। साथ ही **C.S.E. 2004** में शामिल हमारे संस्थान के अभ्यर्थियों का सा० अध्ययन में प्राप्तांक **282, 297, 310, 322, 331, 336, 336, 348, 353, 358, 360** रहा है जो हमारी 'सुधार आधारित विकास कार्यक्रम' **(R.B.D.P.)** की लक्षित एवं तार्किक रणनीति की सफलता को प्रमाणित करता है।

सामान्य अध्ययन

-सी.बी.पी. श्रीवास्तव, अनिल केशरी एवं अन्य

R.B.D.P. के तहत संचालित मुख्य परीक्षा कक्षा की रूपरेखा–

- प्रथम एवं द्वितीय पत्र में क्रमशः तथ्यात्मक-विश्लेषणात्मक एवं पूर्णतः विश्लेषणात्मक खंडों की विशिष्टता के आलोक में आधारिक जानकारी उपलब्ध कराने के साथ-साथ उनका गहन अध्ययन, ताकि प्रश्नों की प्रकृति के अनुरूप उत्तर लेखन संभव हो सके।
- राजव्यवस्था, अर्थव्यवस्था, भूगोल, विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी, इतिहास, भारत और विश्व, राष्ट्रीय एवं अन्तर्राष्ट्रीय संगठन, सामाजिक महत्व के विषय तथा समसामयिक घटनाक्रमों से सम्बन्धित प्रश्नों की विशिष्टता का विश्लेषण तथा खण्ड विशिष्ट आवश्यकताओं के अनुरूप लेखन शैली के विकास पर बल।
- **''फाइल मेन्टिनेन्स सिस्टम''** द्वारा लेखन शैली का चरणबद्ध विकास–
  - प्रत्येक अध्याय की संकल्पना का विकास
  - विगत वर्षों में पूछे गए तथा संभावित प्रश्नों का उत्तर प्रारूप
  - प्रतिदिन प्रश्नोत्तर लेखन का अभ्यास (**20** शब्द, **150** शब्द और **250** शब्द)।
  - मूल्यांकन एवं सुधारात्मक सुझाव।
  - गत वर्षों में पूछे गए तथा संभावित प्रश्नों की आवश्यकता के आधार पर पूर्णतः संशोधित अध्ययन सामग्री।
- सांख्यिकी कक्षा में अभ्यास पर विशेष बल।

इतिहास	→ डॉ. हरिश्चन्द्र वर्मा डॉ. लाल बहादुर वर्मा एवं प्राचीन भारत के विशेषज्ञ
लोक प्रशासन	→ दिवाकर गुप्ता
भूगोल	→ अनिल केशरी
हिन्दी साहित्य	→ अजय अनुराग
ENGLISH Comp.	→ ALOK KUMAR

नामांकन प्रारंभ

DISCOVERY

...Discover your mettle

Contact us at: 30906050, 9313058532, 27655891

B-14 (Basement), Commercial Complex,
Beside HDFC Bank, Mukherjee Nagar, Delhi-110009

YH/7/5/1