भारत में बढ़ती ग्रामीण–शहरी विषमता : एक अध्ययन

1 सुमित कुमार 2 डॉ. जालेष्वर सिंह
1 शोध छात्र, 2 वरीय व्याख्याता
1 स्नातकोत्तर अर्थशास्त्र विभाग, तिलकामांझी भागलपुर विश्वविद्यालय, भागलपुर
2 अर्थशास्त्र विभाग, जे.पी. महाविद्यालय, नारायणपुर, तिलकामांझी भागलपुर विश्वविद्यालय, भागलपुर

सार : ग्रामीण–शहरी विषमता आजादी के समय से ही नीति–निर्माताओं के लिए चिंता का एक कारण रही हैं। आजादी के बाद विकास का जो मॉडल अपनाया गया उसमें बड़े उद्योगों पर जोर दिया गया, साथ ही विकास कार्यक्रमों में कृषि और कुटीर उद्योगों की अवहेलना हुई जो ग्रामीण लोगों के जीवन का आधार थी। परिणामतः गांव और शहर के बीच दूरी बढ़ी जिससे आज हमें दो भारत दिखाई पड़ रहे हैं – पहला दो–तिहाई आबादी का निराशाजनक ग्रामीण भारत जिसमें अधिकतर गरीब और पिछड़े लोग रहते हैं और दूसरा एक–तिहाई आबादी का शहरी भारत जिनमें अधिकतर लोगों को सभी सुविधाएं प्राप्त हैं। भारत में ग्रामीण–शहरी विभाजन केवल आय और कमाई के अंतर के बीच ही सीमित नहीं है, बल्कि विभिन्न गैर–आर्थिक आयामों में भी कायम है अर्थात् विषमता हर जगह मौजूद है। गांव व शहर में बढ़ते अंतर को दूर करने के लिए हमें दो प्रकार की नीतियों को अपनाना होगा। प्रथम ऐसी नीतियां अपनानी होंगी जो गांव में अवितरित आय और रोजगार के अवसर जुटा सकें तथा गांव से शहर की ओर पलायन की प्रवृत्ति को रोक सकें। दूसरे ऐसी योजनाएं लागू करनी होगी जो गांव में रहने वाले व्यक्तियों का सामाजिक–आर्थिक जीवन–स्तर ऊपर उठा सकें। ग्रामीण और शहरी भारत के बीच विषमता को कम करने के लिए समन्वित विकास योजना बनानी होगी और गांवों में कृषि आधारित उद्योगों का बढ़ावा देना होगा। प्रस्तुत आलेख इसी संदर्भ में ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के बीच मौजूद विषमताओं पर प्रकाश डालता है।

मुख्य शब्द : ग्रामीण–शहरी विषमता, सामाजिक–आर्थिक विकास, गरीबी, भारत

भूमिका

ग्रामीण–शहरी विषमताएँ, विशेष रूप से औपनिवेशिक देशों में, लंबे समय से नीति–निर्माताओं के लिए चिंता का एक कारण रही हैं। विषमता मानव जीवन के सभी क्षेत्रों में देखी जाती हैं – आर्थिक और गैर–आर्थिक। हालांकि, अलग–अलग देशों में विषमताओं का क्षेत्र भिन्न–भिन्न है। भारत आजादी के बाद से लगातार आर्थिक विकास दर के साथ सबसे बड़ा लोकतंत्रिक देश है। भारत तीसरा सबसे बड़ा वैज्ञानिक और तकनीकी कार्यबल वाला देश भी है। भारत में बड़े पैमाने पर चीनी, मूंगफली, चाय, फल, चावल, गेहूं, सब्जियां और दूध का उत्पादन होता है। जनसांख्यिकी आंकड़ों के अनुसार एक–तिहाई आबादी ग्रामीण क्षेत्रों में निवास करती है। हालाँकि, भारत में विकास के प्रदर्शन उल्लेखनीय हैं, फिर भी देश प्रौद्योगिकी और रहन–सहन, आर्थिक सशक्तीकरण, उच्च गरीबी अनुपात, बढ़ती आय विषमता, व्यापक बेरोजगारी, अशिक्षा, गरीब देखभाल सेवाओं, बुनियादी सुविधाओं की कमी और सामाजिक सुविधाओं के कारण व्यापक आर्थिक और सामाजिक विषमताओं से पीड़ित है। इन कारणों से ग्रामीण और शहरी भारत के बीच एक व्यापक अंतर पाया जाता है। ग्रामीण भारत में बहुत से लोगों के पास शिक्षा, पोषण, स्वास्थ्य देखभाल, स्वच्छता, भूमि और अन्य सुविधाओं तक पहुंच की कमी है और वे गरीबी में जीवन–यापन करने को मजबूर हैं। ग्रामीण भारत में जन्म दर पर कम जीवन प्रत्याशा के साथ शिशु मृत्यु दर अधिक है। ग्रामीण भारत ज्यादातर कृषि क्षेत्र पर निर्भर करता है। कृषि क्षेत्र (प्राथमिक क्षेत्र) में वृद्धि दर द्वितीयक और तृतीयक क्षेत्र की तुलना में 2–3 प्रतिशत है जो 8–12 प्रतिशत की दर से बढ़ रहे हैं। इसके कारण रोजगार की तलाश में ग्रामीण क्षेत्रों से शहरी क्षेत्रों तक श्रम बलों का बड़े पैमाने पर पलायन होता है। द्वितीयक और तृतीयक क्षेत्र में 8–12 प्रतिशत विकास दर शहरी भारत को एक उभरती हुई वैश्विक सूचना आधारित अर्थव्यवस्था के रूप में मदद करती है, फिर भी शहरी गरीबी एक प्रमुख चिंता का विषय है। इस आलेख में चयनित सामाजिक–आर्थिक संकेतकों की मदद से ग्रामीण–शहरी विषमता का अध्ययन करने का प्रयास किया गयाा है।

भारत में ग्रामीण–शहरी अंतराल

भारत की जनसंख्या को दो अलग–अलग क्षेत्रों में बांटा गया है – ग्रामीण और शहरी। संयुक्त राष्ट्र के नवीनतम आंकड़ों के आधार पर, 2018 में भारत की आबादी का अनुमान 1.35 बिलियन है, जिसमें लगभग 67 प्रतिशत लोग अभी भी ग्रामीण इलाकों में रहते हैं। हालिया सामाजिक–आर्थिक जनगणना के आंकड़ों से पता चलता है कि भारत में रहने वाले 245 मिलियन परिवारों में से लगभग 73.41 प्रतिशत ग्रामीण और 26.59 प्रतिशत शहरी परिवारों के रूप में हैं। हालांकि अध्ययन में बताया गया है कि भारत में गरीबी की दर में गिरावट आई है, जबकि ग्रामीण गरीबी शहरी गरीबी की अपेक्षा निम्न दर से कम हुई है। 2011–12 के दौरान गरीबी रेखा से नीचे की शहरी आबादी के 13.7 की तुलना में लगभग 25.7 प्रतिशत ग्रामीण आबादी गरीबी रेखा से नीचे रह रही है। हालांकि भारत को एक उभरती अर्थव्यवस्था के रूप में जाना जाता है, लेकिन दुनिया में सबसे अधिक गरीब, अनपढ़ और बेरोजगार लोग भारत में निवास करते हैं।

ग्रामीण–शहरी विषमता लंबे समय से भारत के विकास के लिए एक महत्वपूर्ण चिंता का विषय रहा है, जिससे विषमताओं को आर्थिक और गैर–आर्थिक दोनों आयामों में देखा जाता है। ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले कुल भारतीयों में से लगभग दो–तिहाई, ग्रामीण और शहरी भारत के बीच आजीविका, रहने की स्थिति और आर्थिक सशक्तीकरण के संबंध में

व्यापक अंतर है। ग्रामीण भारत में भी शिमक्षा, पोषण, स्वास्थ्य देखभाल, स्वच्छता, भूमि और अन्य परिसंपत्तियों तक पहुंच की कमी है और इसलिए गरीबी विद्यमान रहती है। इसके अलावा, भारत में प्रति व्यक्ति ग्रामीण आय सरकारी नीतियों और नियंत्रण के संयोजन के कारण पिछले कुछ वर्षों में स्थिर रही है। इस प्रकार, लागत में रहने वाले समायोजन के लिए लेखांकन के बाद भी, शहरी श्रमिकों की प्रति व्यक्ति आय उनके ग्रामीण समकक्षों की तुलना में कहीं अधिक है। हाल के दिनों में, ग्रामीण इलाकों में प्रति व्यक्ति आय शहरी क्षेत्रों में प्रति व्यक्ति आय केवल 40 प्रतिशत देखी गई है।

ग्रामीण–शहरी विभाजन सिर्फ आय तक ही सीमित नहीं है बल्कि यह शिक्षा, स्वास्थ्य देखभाल और आवास में भी स्पष्ट देखा जा सकता है। स्वास्थ्य सेवाओं के लिए शहरी और ग्रामीण प्रावधान और पहुंच के बीच काफी अंतर है। ग्रामीण आबादी स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता और मात्रा दोनों में काफी पीछे है। इसके अलावा, शहरी सेवाओं को और अधिक सब्सिडी दी जाती है, ताकि ग्रामीण लोगों को स्वास्थ्य देखभाल के लिए शहरी लोगों से कम भुगतान करना पड़े। वर्तमान में भारत में राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम के तहत भोजन के लिए मूल्य–समर्थन और कार्य के अधिकार सहित कई बड़े कल्याणकारी कार्यक्रम लागू किये गये हैं। ग्रामीण क्षेत्रों के लिए महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार सृजन कार्यक्रम (एमजीएनआरईजीपी)। स्वास्थ्य के मोर्चे पर, सरकार ने ग्रामीण भारत में सुलभ, सस्ती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदान करने के लिए 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) शुरू किया। वर्तमान में, सरकार ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में कुपोषण की समस्या को दूर करने के लिए कई एकीकृत पोषण कार्यक्रम जैसे कि आंगनवाड़ी सेवा योजना, किशोरियों के लिए योजना और प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना (पीएमएमभीवाई) को अंब्रेला इंटीग्रेटेड चाइल्ड डेवलपमेंट सर्विसेज योजना के तहत कार्यान्वित कर रही है। मौजूदा योजनाओं के अलावा, सरकार ने हाल ही में बच्चों और महिलाओं में स्टंटिंग, कम वजन और एनीमिया के प्रसार को कम करने के उद्देश्य से बच्चों और गर्भवती महिलाओं को लक्षित करते हुए राष्ट्रीय पोषण मिशन (एनएनएम) शुरू किया है। सरकार ने भारत में 10 करोड़ गरीब और कमजोर परिवारों को प्रति परिवार प्रति वर्ष 5 लाख रुपये का स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान करने के लिए एक बड़े सरकारी वित्त पोषित स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम का अनावरण करने की भी योजना बनाई है।

शिक्षा के आयाम में, जबकि बच्चों के लिए निःशुल्क और अनिवार्य शिक्षा का अधिकार अधिनियम, 2009 (आटीई) देश भर में प्राथमिक नामांकन दर का विस्तार करने के लिए अपनाया गया है, लेकिन गुणवत्तापूर्ण शिक्षा और सीखने के परिणामों का पहलू ग्रामीण भारत में एक चुनौती बना हुआ है। स्कूलों में नामांकन दर बढ़ाने के लिए मिड–डे मील की सरकारी योजना को अपनाया गया था। सर्व शिक्षा अभियान या राष्ट्रीय शिक्षा अभियान ने भी प्राथमिक नामांकन अनुपात में काफी वृद्धि की है, हालांकि, ग्रामीण क्षेत्रों में शिक्षा क्षेत्र में अनेक बाधाओं ने ड्रॉप–आउट, आउट–ऑफ–स्कूल या कभी भी स्कूली बच्चों में दाखिला नहीं लेने जैसी स्थिति आज भी विद्यमान है। भारत में सीखने के परिणामों को वार्षिक रिपोर्ट ऑफ एजुकेशन रिपोर्ट्स के विभिन्न दौरों के अनुसार खराब देखा गया है। इस प्रकार, शिक्षा और प्रशिक्षण के स्तर में सुधार भारत में कुशल ग्रामीण कार्यबल की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए आवश्यक है। 2015 में शुरू की गई प्रधानमंत्री कौशल विकास योजना कार्यक्रम के तहत प्रशिक्षण पाठ्यक्रम में भाग लेने वाले युवाओं के लिए 8000 रू. का वित्तीय पुरस्कार प्रदान दिये जाने का प्रावधान किया गया है।

हाल के वर्षों में, भारत ने लाखों लोगों को गरीबी से बाहर निकाला है, लेकिन मुख्य सार्वजनिक सेवाओं तक पहुंच अधूरी और अत्यधिक स्थानिक रूप से केंद्रित है। जल प्रावधान, स्वच्छता और बिजली के लिए भारत की जनसंख्या कवरेज में सुधार हुआ है लेकिन ब्रिक्स देशों के मानकों से कम है। कुछ राज्य हालांकि बेहतर करते हैं, यह सुझाव देते हुए कि प्रयोगों और राज्यों में अच्छी प्रथाओं को साझा करने की गुंजाइश है। इसके अलावा, जबकि लगभग 20 प्रतिशत भारतीय आबादी के पास बिजली की पहुंच नहीं है, कुछ राज्यों ने गुजरात, कर्नाटक और महाराष्ट्र सहित सार्वभौमिक प्रावधान को प्राप्त करने में सफलता प्राप्त की है। सरकार ने एमजीएनआरईजीपी और निर्मल भारत अभियान के तहत गांवों में उपलब्ध सुविधाओं, जैसे कि पीने के पानी, पीएम आवास योजना के तहत आवास इकाइयों का निर्माण और प्रत्येक घर के लिए शौचालय बनाने की योजनाएं भी शुरू कीं। हालांकि, कई भारतीयों के पास अभी भी बिजली और स्वच्छता जैसी मुख्य सार्वजनिक सेवाओं की पहुंच नहीं है।

अध्ययन का उद्देश्य

प्रस्तुत आलेख का मुख्य उद्देश्य ग्रामीण–शहरी विषमता की प्रकृति को समझाना तथा कुछ महत्वपूर्ण सामाजिक–आर्थिक संकेतकों के आधार पर ग्रामीण–शहरी विषमता का विश्लेषण करना है।

अध्ययन विधि

वर्तमान अध्ययन माध्यमिक आंकड़ों पर आधारित है। माध्यमिक आंकड़े जनगणना रिपोर्ट, एनएसएस रिपोर्ट, आर्थिक सर्वेक्षण, जनसांख्यिकी और स्वास्थ्य सर्वेक्षण, मानव विकास रिपोर्ट, पुस्तकें, शोध पत्रिका, विभिन्न समाचार पत्रों, आदि जैसे विभिन्न प्रकाशित स्रोतों से एकत्र किया गया है।

परिणाम और चर्चा

भारत का कुल भूमि क्षेत्र 2,973,190 वर्ग किमी है। जिनमें से 70 प्रतिशत क्षेत्र ग्रामीण क्षेत्र के अंतर्गत आता है जिसमें 6,40,867 गाँव शामिल हैं। इसमें से 5,98,000 गाँव बसे हुए हैं। भारत की 2011 की जनगणना के अनुसार केवल 7,935 शहर और 4,041 शहरी क्षेत्र हैं।

तालिका 1 से स्पष्ट है कि ग्रामीण जनसंख्या भारत की कुल जनसंख्या का एक तिहाई से अधिक है। लेकिन अन्य विकास संकेतकों के संबंध में ग्रामीण भारत बहुत पीछे है।

तालिका 1: भारत में जनसंख्या

कुल	ग्रामीण	शहरी
1,21,08,54,977	83,37,48,852 (68.8)	37,71,06,125 (31.2)

नोट : कोष्टक में दिये गये आंकड़े प्रतिशत को दर्शाते है।

स्रोतः भारत की जनगणना, 2011

लिंग अनुपात

लिंग अनुपात किसी दिए गए जनसंख्या में महिलाओं के पुरुषों का अनुपात है, जिसे आमतौर पर प्रति 1000 पुरुषों पर महिलाओं की संख्या के रूप में व्यक्त किया जाता है। भारत में 2011 की जनगणना के अनुसार ग्रामीण क्षेत्र में लिंग अनुपात प्रति 1000 पुरुषों पर 949 महिलाओं की है लेकिन शहरी क्षेत्र में यह अनुपात अखिल भारतीय औसत से कम 929 है। यह स्पष्ट रूप से दिखाता है कि भारत में शहरीकरण की प्रक्रिया वांछित सामाजिक परिवर्तन नहीं लाती है। उन्नत तकनीकों ने शहरी जनता को भ्रूण में बालिका को समाप्त करने के लिए प्रभावित किया। गर्भावस्था के दौरान महिलाओं की उच्च मृत्यु दर भी कम लिंगानुपात के कारणों में से एक है। भारत में लिंगानुपात तालिका 2 में दिखाया गया है।

तालिका 2: लिंग अनुपात

भारत	ग्रामीण	शहरी
943	949	929

स्रोतः भारत की जनगणना, 2011

शिक्षा

शिक्षा किसी भी क्षेत्र के समग्र सामाजिक और आर्थिक विकास के लिए उचित नींव रखने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। अनपढ़ और अशिक्षित लोगों के साथ दुनिया का कोई भी राष्ट्र विकसित या उन्नत नहीं है। शिक्षा एक निवेश है जो व्यक्तिगत और सामाजिक विकास में योगदान देता है। कई विकासशील देशों ने पिछले दशकों में अपने प्रयासों के परिणामस्वरूप सार्वभौमिक प्राथमिक शिक्षा नामांकन प्राप्त किया है। विशेष रूप से पिछले छः दशकों में कई विकासशील देशों ने शिक्षा में अधिक संसाधनों का निवेश किया। शैक्षिक प्रणाली के विकास की दर आर्थिक विकास की दर से अधिक है।

स्वतंत्रता के बाद भारत ने अपनी नियोजन प्रक्रिया शुरू की लेकिन औपनिवेशिक विरासत के प्रभाव ने हमारी शैक्षिक प्रणाली को प्रभावित किया लेकिन फिर भी हम सार्वभौमिक प्राथमिक शिक्षा, सामूहिक शिक्षा, वयस्क शिक्षा आदि प्राप्त करने पर ध्यान केंद्रित करते हैं। भारत के संविधान ने मुफ्त सार्वभौमिक प्राथमिक शिक्षा प्रदान करने का संकल्प लिया है। तालिका 3 में ग्रामीण–शहरी साक्षर जनसंख्या एवं साक्षरता दर प्रदर्शित किया गया है।

तालिका 3: साक्षरता दर

भारत	कुल	ग्रामीण	शहरी
कुल	76,36,38,812 (74.0)	48,27,93,835 (68.9)	28,08,44,977 (85.0)

नोट : कोष्टक में दिये गये आंकड़े प्रतिशत को दर्शाते है।

स्रोतः भारत की जनगणना, 2011

तालिका 3 से स्पष्ट है कि भारत में केवल 68.9 प्रतिशत लोग ग्रामीण क्षेत्रों में साक्षर हैं जबकि शहरी क्षेत्रों में यह प्रतिशत 85.0 प्रतिशत है। इसने ग्रामीण क्षेत्रों में सामाजिक–आर्थिक संकेतकों के कम विकास में भी महत्वपूर्ण भूमिका है। केंद्र और राज्य सरकार दोनों द्वारा उठाए गए कई उपायों के बावजूद, भारत में साक्षरता दर कम है, खासकर ग्रामीण भारत में।

स्वास्थ्य

स्वास्थ्य की स्थिति समाज के विकास को दर्शाती है। यह स्वास्थ्य स्थिति विभिन्न संकेतकों जैसे कि रोजगार, आय, शैक्षिक प्राप्ति, सामाजिक समूहों, जागरूकता के स्तर, स्वास्थ्य देखभाल की पहुंच और स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता से प्रभावित होती है। खराब स्वास्थ्य से मानव क्षमताओं में कमी आती है और यह लोगों में अभाव का स्तर भी दिखाता है। स्वास्थ्य का गरीबी और विकास के साथ घनिष्ठ संबंध है, लेकिन संबंध बहुत जटिल है। खराब स्वास्थ्य को विकास का प्रमुख अवरोध माना जाता है। स्वास्थ्य सभी व्यक्तियों के मूल अधिकार होने के नाते, वे गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल सेवा, सुरक्षित पेयजल, स्वच्छता और इस सबके हकदार हैं। लोगों की स्वास्थ्य स्थिति की देखभाल करना सरकार का दायित्व बन जाता है। स्वास्थ्य सुविधाओं के मामले में भी गांव शहर से बहुत पीछे हैं। 2012 के आंकड़ों के अनुसार ग्रामीण भारत में प्रति लाख जनसंख्या पर 0.57 अस्पताल, 1.86 दवाखाने तथा अस्पतालों और दवाखानों में 22.26 बिस्तर थे जबकि शहरी भारत में 3.50 अस्पताल, 7.26 दवाखाने तथा 241.45 बिस्तर थे। पहाड़ी, आदिवासी एवं दूर–दराज के ग्रामीण क्षेत्र के लगभग 18.5 करोड़ लोगों को स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ बिल्कुल प्राप्त नहीं हो रहा है। देश में 23,582 सरकारी अस्पताल हैं जिसमें 710,761 बेड हैं। जिसमें ग्रामीण क्षेत्र में 279,588 बेड के साथ 19,810 अस्पताल है वहीं 431,173 बेड के साथ 3,772 अस्पताल शहरी क्षेत्र में हैं। 31 मार्च 2017 तक भारत की 70 प्रतिशत आबादी ग्रामीण क्षेत्र में रहती है और उनकी पूर्ति करने के लिए भारत में 156,231 उप केंद्र, 25,650 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और 5,624

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र हैं। जुलाई से जून 2018 की अवधि के दौरान स्वास्थ्य से संबंधित घरेलू सामाजिक उपभोग पर एनएसओ का राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण (एनएसएस) के 75वां दौर में बताया गया है कि सरकारी/सार्वजनिक अस्पतालों में, व्यय लगभग 4452 रूपये था जिसमें ग्रामीण क्षेत्र में 4290 रूपये और शहरी क्षेत्रों में 4837 रूपये था। निजी अस्पतालों में, खर्च लगभग 31,845 रूपये था जिसमें ग्रामीण क्षेत्र में लगभग 27,347 रूपये और शहरी क्षेत्रों में 38,822 रूपये था। राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण के रिपोर्ट के अनुसार अस्पताल में भर्ती होने का औसत चिकित्सा व्यय ग्रामीण क्षेत्र में 16,676 रूपये तथा शहरी क्षेत्र में 26,475 रुपये था। प्रति अस्पताल प्रसव का औसत खर्च ग्रामीण भारत में लगभग 2,404 रुपये, और शहरी क्षेत्रों में 3,106 रुपये सरकारी अस्पतालों के लिए था। यह ग्रामीण क्षेत्र में 20,788 रूपये और शहरी अस्पतालों में 29,105 रूपये था। इसमें प्रति अस्पताल खर्च का औसत चिकित्सा व्यय ग्रामीण क्षेत्र में 16,676 रुपये, शहरी क्षेत्र में 26,475 रूपये था। प्रति अस्पताल प्रसव का औसत खर्च ग्रामीण क्षेत्र में लगभग 2,404 रूपये, और शहरी क्षेत्र में 3,106 रूपये सरकारी अस्पतालों के लिए था। यह ग्रामीण अस्पतालों में 20,788 रूपये और शहरी अस्पतालों में 29,105 रुपये था।

गांवों में उचित चिकित्सा सुविधाओं के अभाव में जन्म दर, शिशु मृत्यु दर, बाल मृत्यु दर तथा नवजात मृत्यु दर शहरों की तुलना में काफी अधिक है। सैम्पल रजिस्ट्रीकरण बुलेटिन, जुलाई 2015 के अनुसार ग्रामीण क्षेत्र में जन्म दर, शिशु मृत्यु दर, बाल मृत्यु दर तथा नवजात मृत्यु दर क्रमशः 22.4, 41, 12 तथा 29 प्रति हजार थी जबकि शहरी क्षेत्र में ये क्रमशः 17.3, 25, 7 तथा 15 प्रति हजार थी। ये आंकड़े गांव तथा शहर के बीच स्वास्थ्य सुविधाओं के भारी अंतर को उजागर करते हैं। जाहिर है कि चिकित्सा सुविधाओं के अभाव के कारण ही गांवों में शहरों की तुलना में मृत्यु–दर तथा शिशु मृत्यु दर लगभग दुगुनी है।

बुनियादी सुविधाओं की उपलब्धता

बुनियादी सुविधाओं के अन्तर्गत आवास, शुद्ध पेयजल, बिजली, स्वास्थ्य सुविधा, स्वच्छता सुविधा, शौचालय सुविधा, आदि आता है जो मानव विकास के लिए आवश्यक है। सरकार की प्राथमिक जिम्मेदारी है कि वह देश के सभी लोगों को बुनियादी सुविधाएं उपलब्ध कराए, लेकिन स्थिति वांछनीयता से बहुत दूर है। 2011 की जनगणना के अनुसार ग्रामीण क्षेत्र में कुल आवासीय इकाइयों की संख्या 16.87 करोड़ तथा शहरी क्षेत्र में 8.08 करोड़ थी तथा देश में 3.9 करोड़ आवासों की कमी थी जिनमें से 2.56 करोड़ आवासों की कमी ग्रामीण क्षेत्र में थी। जनसंख्या वृद्धि के कारण प्रति वर्ष 22 लाख अतिरिक्त आवासीय इकाइयों की आवश्यकता है। 2011 की जनगणना के अनुसार ग्रामीण क्षेत्र के 23 प्रतिशत तथा शहरी क्षेत्र के 11.6 प्रतिशत परिवारों को आवासीय सुविधा उपलब्ध नहीं थी। गांव में जो आवासीय सुविधाएं हैं भी, उनमें से 67 प्रतिशत रहने योग्य नहीं हैं। नेशनल फैमली हेल्थ सर्वे के अनुसार वर्ष 2015–16 में ग्रामीण क्षेत्र के 59.8 प्रतिशत तथा शहरी क्षेत्र के 92.2 प्रतिशत घरों में बिजली थी। गांव में कच्चे, अर्द्ध पक्के तथा पक्के मकान क्रमशः 8.1, 46.9 तथा 41.2 प्रतिशत था जबकि शहरी क्षेत्र में ये क्रमशः 0.9, 12.6 तथा 84.5 प्रतिशत था। गांव के 36.7 प्रतिशत मकानों में शौचालय सुविधा उपलब्ध थी, जबकि शहरों के 70.3 प्रतिशत मकानों में शौचालय की सुविधा थी। ग्रामीण क्षेत्र में मात्र 59.8 प्रतिशत घरों में बिजली की सुविधा उपलब्ध थी जबकि शहरी क्षेत्रों में यह प्रतिशत 92.2 थी। (तालिका–4) 2011 की जनगणना के अनुसार ग्रामीण क्षेत्र के मात्र 5.90 प्रतिशत परिवार तथा शहरी क्षेत्र के 50.46 प्रतिशत परिवारों को तीनों सुविधाएं–बिजली, स्वच्छ पानी तथा शौचालय सेवाएं उपलब्ध थीं। नेशनल फैमली हेल्थ सर्वे (एनएफएचएस–4, 2015–16) के आंकड़ों से पता चलता है कि 52.1 फीसदी शहरी लोगों के पास पाइप्ड पानी है, जबकि ग्रामीण लोगों के मामले में यह 18.4 फीसदी है। स्वच्छता सुविधाओं की उपलब्धता पर ग्रामीण–शहरी विषमता के आंकड़े समस्या की गंभीरता का संकेत देते हैं। 63.3 प्रतिशत ग्रामीण परिवार शौचालय सुविधाओं से रहित हैं जबकि शहरी क्षेत्रों में यह प्रतिशत 29.7 है। इससे गांव तथा शहर के बीच आर्थिक एवं सामाजिक जीवन स्तर पर अंतर का पता चलता है।

तालिका 4 : सुविधाओं की उपलब्धता

भारत	कुल	ग्रामीण	शहरी
जिन घरों में बिजली है	88.2	83.2	97.5
जिनकी पहुंच शौचालय सुविधा तक है	48.4	36.7	70.3
जो कच्चा घरों में रहते हैं	5.6	8.1	0.9
जो अर्द्ध पक्के घरों में रहते हैं	34.9	46.9	12.6
जो पक्का घरों में रहते हैं	56.3	41.2	84.5
जिसे पेयजल का बेहतर स्रोत उपलब्ध है	89.9	89.3	91.1

स्रोतः नेशनल फैमली हेल्थ सर्वे (एनएफएचएस–4, 2015–16)

भारत सरकार ने आर्थिक और सामाजिक विकास की प्रक्रिया में स्वास्थ्य के महत्व को पहचानकर और भारतीय नागरिकों के जीवन की गुणवत्ता में सुधार करके इसे प्रभावी बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन शुरू किया। इसने पोषण, स्वच्छता, स्वच्छता और सुरक्षित पेयजल में एकीकरण करके समग्र दृष्टिकोण को अपनाया। इसके अंतर्गत कई तरह के उपाय किए गए जैसे स्वास्थ्य इन्फ्रा–स्ट्रक्चर, पूलिंग संसाधन, संगठन संरचना का एकीकरण, स्वास्थ्य मानव शक्ति का अनुकूलन आदि। मिशन का लक्ष्य विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले लोगों, गरीबों, महिलाओं और बच्चों तक गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवा की उपलब्धता और पहुंच में सुधार करना है।

गरीबी और बेरोजगारी

नई आर्थिक नीति के दौर में ग्रामीण क्षेत्र की रोजगार वृद्धि दर भी शहरी क्षेत्र की तुलना में कम रही है। विकास की एक लंबी यात्रा के बाद भी गांवों में गरीबी तथा बेकारी बरकरार है। एक अरब से अधिक लोगों की विकासशील अर्थव्यवस्था, भारत ने नई सहस्त्राब्दी के दौरान अपेक्षाकृत उच्च आर्थिक वृद्धि दर्ज की है। नई सहस्त्राब्दी में गरीबी में कमी और मानव विकास के मापदंडों में सुधार जैसे साक्षरता, स्वास्थ्य और पोषण की स्थिति में सुधार दर्ज किया है। विकास नीतियों ने उन कार्यक्रमों में सार्वजनिक निवेश को बढ़ाया और लक्षित किया, जो जनता के जीवन की गुणवत्ता में सुधार की सुविधा देता है, लेकिन विषमता बनी हुई है। तालिका 5 से स्पष्ट है कि देश में गरीबी दर 2011–12 में 21.9 थी वहीं ग्रामीण क्षेत्रों में यह 25.7 प्रतिशत थी जबकि शहरी क्षेत्रों में 13.7 प्रतिशत थी। अर्थात् ग्रामीण क्षेत्रों में शहरी क्षेत्रों के मुकाबले दुगुना गरीबी विद्यमान थी।

तालिका 5 : गरीबी का अनुमान (प्रतिशत में)

वर्ष	कुल	ग्रामीण	शहरी
1993–94	45.3	50.1	31.8
2004–05	37.2	41.8	25.7
2009–10	29.8	33.8	20.9
2011–12	21.9	25.7	13.7

स्रोत : पोभर्टी इस्टिमेशन, 2011–12, योजना आयोग, भारत सरकार

कार्य–विभाजन दर श्रम शक्ति भागीदारी दर बाजार गतिविधि के स्तर का एक समग्र संकेतक है और सेक्स और आयु समूह द्वारा इसका टूटना एक देश के भीतर आर्थिक रूप से सक्रिय आबादी के वितरण का एक प्रोफाइल देता है। ग्रामीण क्षेत्रों में कार्यबल की भागीदारी दर 41.9 प्रतिशत के साथ अधिक है, जहां शहरी क्षेत्रों में यह 32.2 प्रतिशत है। ग्रामीण क्षेत्रों में कर्मचारियों की भागीदारी में 52.4 प्रतिशत और महिला में 30.9 प्रतिशत का योगदान है। शहरी क्षेत्र में महिला का योगदान केवल 11.6 प्रतिशत है।

तालिका 6 : कार्य सहभागिता दर (2011)

भारत	जनसंख्या	काम करने वाले	कार्य सहभागिता दर
कुल	1,21,08,54,977	402512190	39.3
ग्रामीण	83,37,48,852	310655339	41.9
शहरी	37,71,06,125	91856851	32.2

स्रोतः भारत की जनगणना, 2011

एक अनुमान के अनुसार, एक शहरी निवासी की आय ग्रामीण निवासी की तुलना में चार गुना अधिक है। भारत की मानव विकास रिपोर्ट (2001) ने ग्रामीण और शहरी परिवारों को उनकी आय के आधार पर विभाजित करने का प्रयास किया जैसा कि तालिका 7 में दिखाया गया है। आय की स्थिति प्रति व्यक्ति उपभोग व्यय में परिलक्षित होती है। 1999–2000 में एचडीआर 2001 के अनुसार, ग्रामीण क्षेत्रों पर प्रति माह खपत व्यय 486.08 रूपये था और शहरी क्षेत्रों के मामले में यह 854.96 रूपये था।

तालिका 7 : ग्रामीण–शहरी घरेलू आय (प्रतिशत में)

आय समूह	ग्रामीण	शहरी
निम्न आय (रू. 20,000 से कम)	65.4	36.7
निम्न मध्य (रू. 20,001–40,000)	23.2	33.1
मध्य (रू. 40,001–62,000)	7.5	17.1
उच्च मध्य मिडिल (रू. 62,001–86,000)	2.5	7.8
उच्च आय (रू. 86,000 से अधिक)	1.4	5.3

स्रोतः भारत की मानव विकास रिपोर्ट, 2001

श्रमिक–जनसंख्या अनुपात एक संकेतक है जो देश में रोजगार की स्थिति का विश्लेषण करने के लिए उपयोग किया जाता है। यह अनुपात जनसंख्या के अनुपात को जानने में उपयोगी है जो किसी देश के सामान और सेवाओं के उत्पादन में सक्रिय रूप से योगदान दे रहा है। यदि अनुपात अधिक है, तो इसका मतलब है कि लोगों की व्यस्तता अधिक है; यदि किसी देश के लिए अनुपात मध्यम, या निम्न है, तो इसका मतलब है कि उसकी जनसंख्या का बहुत अधिक अनुपात सीधे आर्थिक गतिविधियों में शामिल नहीं है।

तालिका 8 आर्थिक गतिविधियों में लोगों की भागीदारी के विभिन्न स्तरों को दर्शाता है। भारत में प्रत्येक 100 व्यक्तियों के लिए लगभग 39 श्रमिक हैं। शहरी क्षेत्रों में यह अनुपात लगभग 36 है जबकि ग्रामीण क्षेत्रों में यह अनुपात लगभग 40 है। इसका कारण यह है कि ग्रामीण क्षेत्रों के लोगों के पास उच्च आय अर्जित करने और रोजगार बाजार में अधिक भाग लेने के लिए सीमित संसाधन हैं। शहरी लोगों के पास रोजगार के विविध अवसर हैं। वे अपनी योग्यता और कौशल के अनुरूप उपयुक्त नौकरी की तलाश करते हैं।

तालिका 8 : भारत में कार्यकर्ता–जनसंख्या अनुपात, 2009–2010

कुल	ग्रामीण	शहरी
38.6	39.9	35.5

नेशनल सैम्पल सर्वे के अनुसार भारत में 1999–2000 और 2015–16 के बीच नियोजित लोगों की संख्या में लगभग 91 मिलियन की वृद्धि हुई। हालांकि, कार्यरत लोगों की कुल संख्या और उसकी हिस्सेदारी दोनों की कुल आबादी में पिछले चार वर्षों में लगातार कम हुई है। ग्रामीण रोजगार का अनुपात 2004–05 की तुलना में 2015–16 में 3.5 गुना घटी है जबकि शहरी रोजगार 2.4 गुना घटी है। 1999–2000 और 2015–16 के बीच ग्रामीण क्षेत्र की तुलना में शहरी क्षेत्र में लगभग 1.5 गुना अधिक लोगों को रोजगार मिला। 0.8 प्रतिशत ग्रामीण कार्यबल की तुलना में शहरी कार्यबल बहुत अधिक 3.3 प्रतिशत सीएजीआर पर बढ़ा। विशेष रूप से, शहरी क्षेत्रों में रोजगार की बढ़ी हुई दर उच्च शिक्षा वाले लोगों की संख्या के साथ है।

तालिका 9 : भारत में 1999–2000 और 2015–16 के बीच रोजगार का रूझान (15 वर्ष और अधिक आयु के)

वर्ष	कुल	ग्रामीण	शहरी
1999–00	371.4	290	81
2004–05	451.3	350	100
2011–12	466.8	343	123
2013–14	475.2	336	139
2015–16	462.5	327	135

स्रोतः नेशनल सैम्पल सर्वे ऑफिस (एनएसएसओ), लेबर ब्यूरो, आईएमए एनालाईसिस, 2017

निष्कर्ष

दशकों के नियोजित विकास के बाद भी भारत में ग्रामीण–शहरी विषमताओं में तेज वृद्धि चिंताजनक है। नियोजन को इस तरह की विषमताओं को कम करने के लिए एक साधन माना जाता है। भारत में सभी सामाजिक–आर्थिक विकास के लिए स्वतंत्रता के बाद केंद्रीकृत योजना की शुरुआत की। गांवों में मानव विकास सुविधाओं को बढ़ाने के लिए कदम उठाने के अलावा, जैसे कि स्वास्थ्य और शिक्षा, और सड़क और विपणन सुविधाओं जैसे उचित बुनियादी ढांचे का विकास, रोजगार पैदा करने की आवश्यकता है, जो ग्रामीणों के रहने की स्थिति को बेहतर बना सके। हमें ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों की आवश्यकताओं को ध्यान में रखते हुए एक दीर्घकालिक नीति अपनाने की आवश्यकता है। गांव–शहर के अंतर को कम करने के लिए समन्वित विकास योजना को अपनाना होगा। जल, जमीन एवं जंगल के कुशल प्रबंध के लिए स्थानीय जन–समुदाय की भागीदारी बढ़ानी होगी। कृषि को कृषिपूरक उद्यमों जैसे–डेयरी, होर्टीकल्चर, मत्स्य पालन, सेरीकल्चर, फ्लोरीकल्चर आदि से जोड़ना होगा तथा ग्रामीण औद्योगीकरण को बढ़ाने के लिए ग्रामीणों में उद्यमी चेतना विकसित करनी होगी तथा सामूहिक उद्यमिता को प्रोत्साहित करना होगा। विकास की योजनाओं के निर्माण, कार्यान्वयन, परिसंपत्तियों के प्रबंधन आदि में गरीबों तथा महिलाओं की भागीदारी बढ़ानी होगी। इससे कार्यक्रमों में पारदर्शिता. बढ़ेगी, परियोजनाओं की लागत में कमी आएगी तथा प्रबंध में कुशलता बढ़ेगी। सामाजिक सुविधाओं की डिलवरी व्यवस्था सुधारने के लिए ग्राम पंचायतों के साथ–साथ स्थानीय स्वयंसेवी संस्थाओं की भागीदारी आवश्यक है ताकि सुविधाओं का लाभ उन लोगों तक पहुंचे जिनके लिए ये सुविधाएं दी गई हैं।

संदर्भ

ए. माथुर (1993). ''रिजनल डेवलपमेंट एण्ड इन्कम डिसपायरिटीः ए सेक्टरल एनालाईसिस'', *इकोनेमिक डेवलपमेंट एण्ड कल्चर चेंज*, 31(3):475–505.

एस.डी. नाइक (2000). ''रूरल–अर्बन डिवाइड–द अदर साईड ऑफ इकोनोमिक रिफार्म'', *द बिजनेस लाइन*, जनवरी 25.

कुरूक्षेत्र (अक्टूबर–नवम्बर 1997). ग्रामीण क्षेत्र एवं रोजगार मंत्रालय, कृषि भवन, नई दिल्ली, वर्ष 42–43, अंक 12–1.

जॉन नाइट, और लीना सॉन्ग (1999). ''रूरल–अर्बन डिवाइड, इकोनॉमिक डिसपैरिटीज़ एंड इन्टरैक्शन इन चाइना'', ऑक्सफोर्डः ऑक्सफोर्ड यूनिवर्सिटी प्रेस.

जे.जी. विलियमसन (1995). ''रिजनल इनइक्वालिटी एण्ड द प्रोसेस ऑफ नेशनल डेवलपमेंटः ए डिसक्रिप्सन ऑफ द पैटर्नस'', *इकोनेमिक डेवलपमेंट एण्ड कल्चर चेंज*, 23(4):3–3.

नेशनल फैमली हैल्थ सर्वे (1992–93). इंटरनेशनल इन्सटीट्यूट आफ पापुलेशन सांइसेस, मुंबई, 1995.

नेशनल फैमली हेल्थ सर्वे (एनएफएचएस–4, 2015–16). मिनिस्टर ऑफ हेल्थ एण्ड फैमिली वेलफेयर, भारत सरकार, दिसम्बर 2017.

नेशनल सैम्पल सर्वे ऑफिस (एनएसएसओ), लेबर ब्यूरो, आईएमए एनालाईसिस, 2017.

भारत सरकार (2011). जनगणना रिपोर्ट, नई दिल्लीः भारत सरकार.

भी. हन्तकोवास्का एवं ए. लाहिरी ''द रूलर–अर्बन डिभार्ठड इन इंडिया'', वर्किंग पेपर, इन्टरने''नल ग्रोथ सेन्टर, लंदन स्कूल ऑफ इकोनोमिक्स एण्ड पोलिटिकल साईंस, लंदन.

यूएनडीपी (2001). भारत की मानव विकास रिपोर्ट, 2001.