+

अरावली डेवलपमेंट फीचर्स सर्विस (ए.डी.एफ.एस.)

विकास के मुद्दों पर अरावली की सूचना सेवा

अंक –90 क्रमांक : सिलिकोसिस : चुनौतियां एवं प्रयास नवम्बर 2011

प्रिय साथियों,

खनन, राजस्थान राज्य में न केवल सरकार को राजस्व उपलब्ध कराने का एक प्रमुख स्रोत है वरन् यह लोगों की आजीविका का भी आधारभूत स्रोत है। राज्य में खनिजों की बहुतायत नैसर्गिक उपलब्धता इसके ओद्यौगिक विकास का आधार है। प्रचुर मात्रा में तांबा (कॉपर), जिंक, जिप्सम और अनेक प्रकार के पत्थरों की खानें राज्य की अर्थव्यवस्था मे अपना अमूल्य योगदान देती है। इसका दूसरा पहलू यह भी है कि राज्य में खनन आधारित गतिविधियाँ अधिकतर असंगठित क्षेत्रों के दायरे में आती हैं।

खनन से जहाँ एक तरफ सरकार को आय है, लोगों को रोजी रोटी है वहीं दूसरी तरफ यह सिलिकोसिस जैसी असाध्य बीमारियों का स्रोत भी है। चाहे यह किस्सा पूर्वी राजस्थान के कोटा, करौली, धौलपुर की सैण्डस्टोन व लाइमस्टोन पत्थरों की खदानों का हो या पश्चिमी राजस्थान के जोधपुर, बीकानेर, जैसलमेर व बाड़मेर की संगमरमर, लाइम, सैण्डस्टोन की खदानों का हो। अपना खून-पसीना एक करके, खनन की पुरातन विधियों को अपनाते हुए अनेक गरीब मजदूर इनमें काम करते हुए और खाक फांकते हुए देखे जा सकते हैं।

बहस के तौर पर मुद्दा रोचक है कि खनन असंगठित है या खान मजदूर , खदान अवैध है या खनन - लेकिन जो सच है वह यह है कि तमाम नीतियों, नियमों और संवैधानिक प्रावधानों से परे जो भुगत रहा है वह है गरीब खान मजदूर।

प्रकृति ने खजाने के तौर पर खान/पत्थर दिये तो दूसरे स्रोतों में कमी कर दी। खनन एक स्वतः सरल उपलब्ध रोजगार है। बीमारी के डर से दूसरा कोई रोजगार लें भी तो क्या लें ? कुछ प्रकृति ने तो कुछ सामाजिक ढांचे ने रोजगार के विकल्पों को सीमित कर दिया। पीढ़ी दर पीढ़ी खनन मजदूर परिवार खनन के साथ सिलिकोसिस जैसी बीमारी को गले लगाते आ रहे है। कारण बहुत सीधा सा है कि आजीविका का कोई दूसरा विकल्प ही मौजूद नहीं है।

अरावली के परिवार आजीविका संदर्भ केन्द्र की अवधारणा के तहत्गरीबतम परिवारों की आजीविका विश्लेषण से यह स्पष्टता हुई कि आजीविका स्रोत और उसके संवर्धन के साथ दूसरा महत्वपूर्ण मुद्दा यह भी है कि मौजूदा आजीविका के खतरे किस प्रकार के हैं व खतरों को कैसे कम किया जाए? विशेषकर उन क्षेत्रों में जहाँ प्रकृतिगत व्यवस्थाएँ ही इस प्रकार की हो कि आजीविका के अन्य विकल्पों की उपलब्धता ही न हो। या यूं कहें कि उपलब्ध विकल्पों तक गरीबतम परिवारों की पहुँच ही न हो। यह स्पष्ट है कि खनन, एक तरफ आजीविका और दूसरी तरफ सिलिकोसिस बीमारी का स्रोत है। सिलिकोसिस बीमारी कोई नयी नहीं है। सिलिका आधारित उद्योगों के साथ सिलिकोसिस बंधी हुई है। सिलिकोसिस का इलाज नहीं है बल्कि इसकी रोकथाम ही इसका इलाज है। चूँकि यह बीमारी उद्योग जनित है व दूसरी तरफ इसका इलाज नहीं है अतः यह सरकार द्वारा नोटिफाईड आद्यौगिक बीमारी की श्रेणी में आती है।

+

सिलिकोसिस पीडित व्यक्ति के लिए उसे उसके वर्तमान कार्य से हटाकर पुनर्वास तथा बीमारी के कारण हुए शारीरिक नुकसान के एवज में आर्थिक क्षतिपूर्ति प्रदान करने का प्रावधान है। महत्वपूर्ण यह है कि प्रावधान लागू होने के लिए या लाभ प्राप्त करने के लिए मजदूर खनिक पात्रता की कितनी शर्तें पूरीकर पाता है ? पात्रता पूरी करने के लिए औपचारिकताओं की लम्बी सूची है जिसकी पुष्टि करना आसान नहीं होता। कोई भी सामान्य चिकित्सक सिलिकोसिस बीमारी का निदान नहीं कर सकता। यदि निदान कर भी दिया जाए तो भी एक निर्धारित निश्चित बोर्ड द्वारा पुष्टिकरण आवश्यक होता है। इन सबसे बड़ी बात है कि मजदूर जिस खान में काम कर रहा है क्या वह खान की परिभाषा के अनुरूप है जिससे की उसे मुआवजा मिल सके। एक क्षण यदि यह सब सिद्ध हो भी जाए तो क्या गरीब खनिक को यह पता है कि उसका मूल नियोक्ता कौन है ? यह किसकी खान में काम कर रहा है ? गरीब खनिक जिसे जानता है वह होता है ठेकेदार (कई मामलों में यह उपठेकेदार भी हो सकता है)। यदि ठेकेदार और खनन मजदूर के रिश्तों को समझे तो एक अलग ही तस्वीर सामने आती है। ठेकेदार सिर्फ ठेकेदार नहीं वरन् गरीब खनिक मजदूरों की वक्त बेवक्त की आर्थिक जरूरतों/मुसीबतों में सहज उपलब्ध समाधान है जिसपर उनकी निर्भरता समय के साथ बढ़ती जाती है। ठेकेदार खनिक मजदूर परिवारों की सामाजिक संरचना की महत्वपूर्ण कड़ी है। अतः ऐसी स्थिति में ठेकेदार और गरीब खनिक मजदूर किसी खालिस व्यावसायिक प्रतिबद्धता से नहीं जुड़े होते हैं बल्कि इसके इतर यह रिश्ता एक ऐसा आयाम लेता है जिसके कई सारे कोने होते हैं। अतः सिलिकोसिस को सिद्ध करने की जद्दोजहद आसान नहीं है।

सिलिकोसिस की बहुआयामी दुविधा को समझते हुए इसके चिकित्सकीय, कानूनी, संवैधानिक, सामाजिक पक्ष से सम्बन्धित मौजूदा जानकारियों को जन सुलभ बनाने का प्रयास किया गया है। उद्देश्य यही है कि तथाकथित तकनीकी जानकारी को सरल भाषा में प्रस्तुत किया जा सके अतः मूल स्रोतों से प्राप्त जानकारी को हिन्दी में अनुवाद कर प्रस्तुत किया गया है। इस अंक के निर्माण हेतु अरावली अनेक संस्थाओं, प्रकाशित-अप्रकाशित साहित्य, विभागीय प्रकाशन, इन्टरनेट पर उपलब्ध सामग्री इत्यादि समस्त व्यक्तिगत एवं संस्थागत स्रोतों के प्रति आभार प्रकट करती है जिनसे प्रस्तुत सामग्री ली गई है। दी गई जानकारी सिलिकोसिस बीमारी की व्यापक जानकारी को प्रस्तुत नहीं करती है फिर भी जो साथी संस्थाएँ खनन मजदूरों के साथ या उनके मुद्दों पर काम कर रही है, उनके लिए यह अंक एक समग्र संदर्भ स्रोत के रूप में मददगार सिद्ध हो सकेगा।

इसी आशा के साथ....

अरावली टीम

इस अंक में

क्र.सं.	विवरणिका	पृष्ठ संख्या
1.	सिलिकोसिस : कुछ जानकारियां ● सिलिकोसिस क्या है ? ● सिलिकोसिस के लक्षण ● किन कामों को करते हुए सिलिकोसिस की बीमारी हो सकती है ● सिलिका धूल से बचाव	1
2.	सिलिकोसिस रोकथाम : मुद्दा क्यों ? ● संवैधानिक प्रावधान ● सिलिकोसिस रोकथाम हेतु कानून सम्मत प्रावधान ● सिलिकोसिस बीमारी की पहचान हेतु कानून सम्मत प्रावधान ● सिलिकोसिस एवं अन्य व्यावसायिक स्वास्थ्य सुरक्षा हेतु नियामक संस्थाएँ ● 28 अप्रैल 2011, राजस्थान सरकार की पहल ● वर्ष 2011–12 राजस्थान सरकार बजट घोषणा	7
3.	सिलिकोसिस आंकड़े : उपलब्धता एवं प्रमाणिकता ● व्यावसायिक स्वास्थ्य हेतु बजट में प्रावधान : कुछ मुद्दे ● सिलिकोसिस : चुनौतियाँ	11
4.	खदान परिवारों की आजीविका प्रोफाईल	14
5.	अतिगरीब परिवारों की आजीविका सुदृढीकरण हेतु प्रयास	18
6.	National Policy of Safety, Health & Environment at Workplace	21

सिलिकोसिस : कुछ जानकारियां

सिलिकोसिस क्या है –

सिलिकोसिस फेफड़ों में होने वाली एक बीमारी है जो सिलिका धूल के कणों के सांस द्वारा फेफड़ों में जाने से होती है। मानव शरीर में स्वयं की सफाई करने की अपनी व्यवस्था होती है। जब धूल के कण इत्यादि हमारी नाक के सम्पर्क में आते हैं तो छींक अथवा खांसी के माध्यम से बाहरी तत्वों को शरीर स्वयं ही निकाल देता हैं परन्तु सिलिका धूल इतनी महीन होती है कि यह सांस द्वारा फेफड़ों तक पहुँच जाती है। सिलिका धूल फेफड़ों में जाकर ऊतकों (टिशु) पर जम जाती है जिससे फेफड़ों की आक्सीजन लेने की क्षमता कम होती जाती है तथा आसानी से सांस लेने में मुश्किल होती है। सिलिकोसिस का कोई इलाज नहीं है चूँकि सिलिका फेफड़ों के कार्य को बाधित करती है इसलिए इसके अत्यधिक सम्पर्क में आये व्यक्ति में फेफड़ों के संक्रमण यथा टीबीग्रस्त होने की सम्भावना बढ़ जाती है। इसके साथ ही धूम्रपान, सिलिका द्वारा प्रभावित फेफड़ों की क्षति को और भी बढ़ा देती है।

हवा के साथ जाने वाली सिलिकाल धूल आमतौर पर कंस्ट्रक्शन, खनन, ढलाई के काम, कांच, कंक्रीट निर्माण, रंग रोगन उद्योग एवं स्टोन क्रेशर इत्यादि कार्यों/उद्योगों में मिलती है। **इसीलिए काम करने के दौरान सिलिका धूल से पीड़ित होने के कारण सिलिकोसिस को व्यावसायिक रोग माना गया है।**

सिलिकोसिस के लक्षण –

सिलिकोसिस के लक्षण सिलिकोसिस की तीन अवस्थाओं में अलग अलग होते हैं।

सिलिकोसिस की तीन अवस्थाओं का निर्धारण व्यक्ति के सिलिका धूल में रहने की अवधि एवं मात्रा से होता है।

- Chronic (क्रोनिक)/पुराना सिलिकोसिस
- Acclerated (एक्सिलिरेटेड)/त्वरित सिलिकोसिस
- Accute (एक्यूट)/विकट सिलिकोसिस

अवस्था	सिलिका धूल के सम्पर्क की अवधि	सिलिका धूल के सम्पर्क की मात्रा	लक्षण
Chronic (क्रोनिक)/ पुराना सिलिकोसिस	15–20 वर्ष में जाकर लक्षण दिखते हैं	औसत से कम सम्पर्क	कई बार जिन कामगारों को सिलिकोसिस होती है उनको 10 वर्षों तक पता ही नहीं चलता। इस अवस्था में सिलिकोसिस के लक्षण स्पष्ट जाहिर नहीं होते हैं अतः एक्सरे द्वारा ही फेफड़ों मे हुई क्षति को जाना जा सकता है। इस अवस्था में जैसे जैसे बीमारी बढ़ती है व्यक्ति सांस में कमी, थकान, सीने में दर्द या सांस की कमी महसूस कर सकता है।

अवस्था	सिलिका धूल के सम्पर्क की अवधि	सिलिका धूल के सम्पर्क की मात्रा	लक्षण
Accelerated (एक्सिलिरेटैड/ त्वरित	5–10 वर्ष में लक्षण उजागर हो जाते हैं।	अधिक सम्पर्क	जैसे जैसे सम्पर्क का स्तर बढ़ता है लक्षण तेजी से दिखते हैं। सांस की कमी, थकान, वजन घटना इत्यादि। इसमें लक्षण दिखने की शुरूआत विकट सिलिकोसिस की तुलना में लम्बा समय लेती है।
Accute (एक्यूट)/ विकट सिलिकोसिस	कुछ महीनों से लेकर 2 वर्ष के भीतर ही लक्षण प्रकट हो जाते हैं।	अत्यधिक तेजी से सम्पर्क	सांस की अत्यधिक कमी, कमजोरी एवं वजन घटना, व्यक्ति की मृत्यु तक हो सकती है।

किन कामों को करते हुए सिलिकोसिस की बीमारी हो सकती है –

निम्न कामों को करते हुए सिलिकोसिस की बीमारी हो सकती है –

- पत्थरों को तोड़ना एवं ड्रिलिंग करना
- घर्षण वाले कार्य (abrasive ब्लास्टिंग) जैसे जवाहरात, ढलाई के काम, पुराने रंग रोगन, जंग को घिसना
- राजगिरी व अन्य कार्य जैसे भवन और सड़क निर्माण व मरम्मत करने में
- खनन – उत्खनन कार्यों में
- शीशा बनाने, हीरा तराशने में इत्यादि

सिलिका धूल से बचाव –

हवाजनित धूल सभी जगह होती है और अधिकांश कार्यस्थलों पर व्याप्त होती है। धूल का प्रकार, धूल के कणों के आकार, मात्रा और जोखिम की दशाएँ इत्यादि मिलकर एक ऐसा वातावरण बनाते हैं जिसमें धूल कई प्रकार की व्यावसायिक बीमारियों का कारण बनती है। जब कभी भी धूल (जो कि सांस के साथ भीतर फेफड़ों तक पहुँच सकती है) में सिलिका के कण होते हैं उस धूल के नियमित सम्पर्क में आने पर व्यक्ति अपरिवर्त्य (रोके ना जा सकने वाली), अक्षम करने वाली एवं अन्ततः जानलेवा बीमारी सिलिकोसिस का शिकार बनता हैं।

सिलिकोसिस को रोकने के लिए कार्यस्थलों पर स्वस्थ एवं सुरक्षित वातावरण बनाना मूल लक्ष्य है। पहली प्राथमिकता बनती है कि धूल के इस प्रकार के

जाने सिलिका धूल के बारे में

– सिलिका जिसका वैज्ञानिक नाम क्रिस्टलाइन सिलिका है जो कि खनिजों के समूह के लिए प्रयुक्त होता है, जिनमें सिलिकॉन व ऑक्सीजन के तत्व होते हैं।

– क्रिस्टलाइन सिलिका कई रूपों में उपलब्ध होती है जैसे – क्वार्ट्ज, क्रिस्टोब्लाइट, ट्राइडायमाइड आदि। इनमें से क्वार्ट्ज पृथ्वी पर सर्वाधिक पाया जाने वाला रूप है।

सम्पर्क से बचा जाए। इसके अतिरिक्त कोई प्राथमिक बचाव का तरीका नहीं है। **यह ध्यान रखने योग्य बात है कि जब तक एक्सरे में सिलिकोसिस का पता चलता है तब तक बचाव के लिए बहुत देर हो चुकी होती है कि फेफड़े सामान्य हो सकेंगे।**

सिलिका धूल से बचाव ही सिलिकोसिस का ईलाज है

सिलिकोसिस हो जाने के बाद उसे ठीक नहीं किया जा सकता , यद्यपि उसकी प्रगति को जरूर कम किया जा सकता है। सिलिका से बचाव के लिए जरूरी है कि "chain of exposure" यानि प्रभावित होने की कड़ी अर्थात उस प्रक्रिया को बाधित अथवा नियंत्रित कर दिया जाये जिससे घातक कण अपने स्रोत से उठकर कामगारों तक पहुँचते हैं। प्रक्रिया नियंत्रण का संस्तरण इस प्रकार रहता है:–

- स्रोत पर नियंत्रण (control of the source)
- सम्प्रेषण के मार्ग का नियंत्रण (control at the transmission path)
- व्यक्ति के स्तर पर नियंत्रण (control at the level of worker)

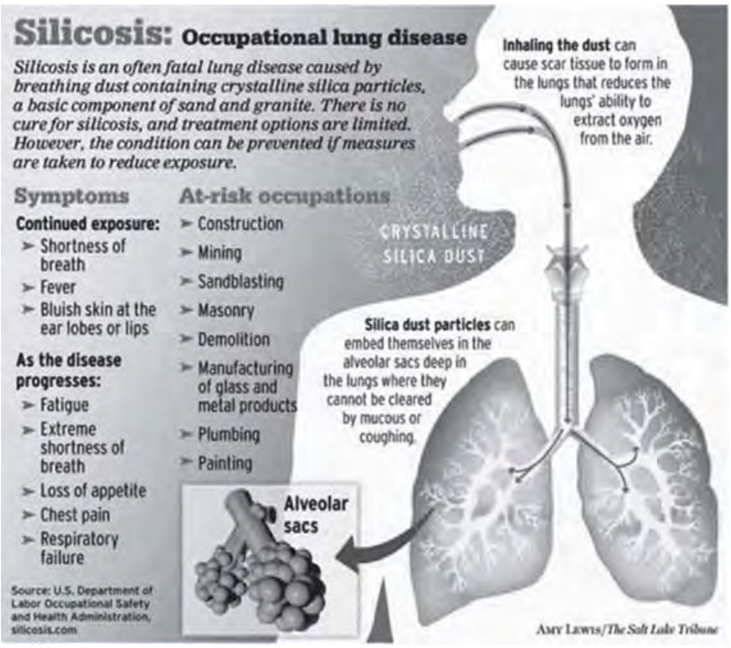
बचाव एवं नियंत्रण के उपाय –

1. धूल के उद्गम स्रोत स्तर पर नियन्त्रण
   1. धूल को रोकना (Elimination)
   2. ऐसी वैकल्पिक (Substitution of)
      - सामग्री (material)
      - प्रक्रियाओं(Process)
      - उपकरणों (Equipments) का प्रयोग जिनसे धूल न बने/उड़े
   3. उपकरणों की देखभाल (Maintenance)
   4. पत्थर/वस्तु को गीला करके घिसाई इत्यादि (Wet Method)
   5. कार्य करने की आदत व व्यवहार, जिससे धूल से बचा जा सके (Work Practice)
2. धूल संक्रमण मार्ग स्तर पर नियंत्रण
   1. अलगाव (Isolation)
      - धूल के स्रोत स्थल का (बंद स्थल)
      - कामगारों का (केबिन इत्यादि)

2. एग्जॉस्ट सिस्टम

3. कामगारों सम्बन्धित उपाय
- सुरक्षित कार्य विधियाँ
- जोखिम सम्प्रेषण प्रशिक्षण (Risk communication)
- व्यक्तिगत स्वच्छता
- व्यक्तिगत सुरक्षित उपकरण
- स्वास्थ्य की देखभाल एवं निगरानी

4. कार्यस्थल स्तर पर अन्य उपाय
- कार्यस्थल को साफ सुथरा रखना (House keeping)
- भण्डारण स्थल – लेवलिंग (Storage labling)
- खतरे के चिन्ह प्रदर्शन एवं प्रतिबंधित क्षेत्र (warning region)
- पर्यावरणीय निगरानी इत्यादि (Environment monitoring)



क्या आप धूल भरे क्षेत्र में काम करते हैं ?

- सिलिका धूल फेफड़ों में जाकर आसानी से सांस लेने में मुश्किल करती हैं।
- सिलिकोसिस फेफड़ों में होने वाली एक बीमारी है जो सिलिका धूल के कणों को सांस द्वारा फेफड़ों में जाकर एकत्रित होने से होती है।
- सिलिकोसिस एक लगातार बढ़ने वाली व प्रायः फेफड़ों में रोग करने वाली घातक बीमारी है।
- धूम्रपान, सिलिका द्वारा प्रभावित फेफड़ों की क्षति की ओर बढ़ाता है।

सिलिकोसिस के लक्षण :

- सांस की कमी संभव बुखार होता है।
- थकान भूख न लगना
- सीने में दर्द व सूखी खांसी
- सांस लेने में मुश्किल होना जो अंततः मृत्यु कर सकती है।

सिलिका धूल से बचावः

- उपलब्ध इन्जिनियरिंग नियंत्रण और स्थानीय धूँए को निकालने वाले यंत्रों का उपयोग करें। सफाई के लिए कम्प्रेस्ड हवा का इस्तेमाल न करें।
- पानी के छिड़काव का प्रयोग करें। कटाई, ड्रिलिंग, पिसाई के लिए पानी का प्रयोग करें।
- सिलिका धूल को रोकने वाले मास्क का इस्तेमाल करें।
- सिलिका धूल के नजदीक, खाना, पीना व धूम्रपान न करें।
- खाना व धूम्रपान करने से पहले, हाथ व मुँह अवश्य धो लें व कपड़ों को अवश्य बदल लें।

उच्चतम न्यायालय के आदेशानुसार जिन लोगों की सिलिकोसिस से मृत्यु हो गई है उनके निर्भर व परिवार के सदस्यों को मुआवजा मिलेगा।

- उच्चतम न्यायालय के आदेशानुसार जिन लोगों को सिलिकोसिस है और वो जीवित हैं तो उन्हें चिकित्सा राहत मिलेगी।
- कारखाना अधिनियम 1948 अब उन कारखानों व रोजगारों में भी लागू होगा जहाँ 10 मजदूरों से भी कम संख्या में मजदूर काम कर रहे हैं और सिलिका धूल उड़ती हो।
- दिल्ली सरकार ने लाल कुआँ क्षेत्र में सिलिकोसिस पीड़ितों के लिए पुनर्वास योजना को लागू किया।

यदि आपके काम करने के स्थान पर सिलिका धूल है तो निम्नलिखित विभागों से सम्पर्क करें –

- श्रम विभाग
- प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड
- माइनिंग विभाग और उद्योग विभाग

कामगार अपनी जाँच करवाने के लिए सम्पर्क करें –

- अपने ही कारखाने के प्रमाणित चिकित्सक से और श्रम विभाग के चिकित्सक व स्वास्थ्य तथा सुरक्षा अधिकारी (ओएसएच) से सम्पर्क करें।
- यदि ओ एच एस (Occupational Health Specialist) अधिकारी या प्रमाणित चिकित्सक उपलब्ध नहीं है तो किसी फेफड़ों के चिकित्सक से आईएलओ (International Labour Organisation) मानक एक्सरे पर जाँच करवायें।

मुआवजे के लिए सम्पर्क करें –

- यदि आपके कारखाने में कर्मचारी राज्य बीमा (ईएसआई) की सुविधा है तो कर्मचारी राज्य बीमा न्यायालय में जाए। यदि नहीं है तो आप उपायुक्त या आयुक्त वर्कमेन कम्पनसेशन के आधार पर दावा कर सकते हैं।
- माननीय उच्चतम न्यायालय के आदेश को भी देखें।

सिलिकोसिस रोकथाम : मुद्दा क्यों ?

सिलिकोसिस बीमारी से बचाव एवं इसके रोकथाम के लिए मजदूरों, नियोक्ताओं, उद्योगपतियों, नीतिनिर्धारकों, प्रशासन, स्वयंसेवी संस्थाओं, चिकित्सकों, राजनीतिज्ञों, शोधकर्ताओं, ठेकेदारों इत्यादि सरोकारियों के मध्य चर्चा होना जरूरी है क्योंकि :–

- सिलिकोसिस से बचाव की जिम्मेदारी सरकार की संवैधानिक जिम्मेदारी है।
- सिलिकोसिस से एक बड़ी संख्या में कामगारों की मृत्यु होती है।
- सिलिकोसिस से आमतौर पर राष्ट्र को तथा विशेषकर उद्योगों को आर्थिक क्षति पहुँचती है।
- सिलिकोसिस से बचाव संभव है तथा इसका पूर्णतया उन्मूलन संभव है।
- अनेक देश पर्याप्त उपाय कर के सिलिकोसिस घटनाओं को कम करने में सफल हो चुके हैं।

संवैधानिक प्रावधान –

- **भारतीय संविधान अनुच्छेद 246, केन्द्रीय सूची प्रविष्टि – 55 के अनुसार** खदानों में काम करने वाले व्यक्तियों की सुरक्षा, कल्याण एवं स्वास्थ्य केन्द्र सरकार का एवं कारखानों के लिए राज्य सरकार का विषय है।
- इसका नियामन **खान अधिनियम (माइन्स एक्ट) 1952 और कारखाना (फैक्ट्री एक्ट) अधिनियम 1948** के तहत किया जाता है।
- खनन अधिनियम 1952 और इसके तहत नियमों का नियामन खान सुरक्षा महानिदेशालय (श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार) द्वारा तथा कारखाना अधिनियम 1948 का नियामन सम्बन्धित राज्य के कारखाना चीफ इन्स्पेक्टर द्वारा किया जाता है।

सिलिकोसिस रोकथाम (Prevention) हेतु कानून सम्मत प्रावधान –

- सिलिकोसिस एक अधिसूचित (नोटिफाइड) एवं क्षतिपूर्ति प्रदान की जाने वाली बीमारी है।
- व्यापक स्वास्थ्य निगरानी कार्यक्रम बने।
- व्यावसायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थापना हो
- कार्यस्थलों पर वायुजनित, सांस में जा सकने वाली धूल के स्तर (एअरबोर्न रेसपिरेबल डस्ट लेवल) की निगरानी हो।
- सांस के जरिये शरीर में प्रवेश करने वाली सिलिका धूल की निर्धारित सीमा 15 प्रतिशत है।

शब्द : PEL

PEL अर्थात् परमिसिबल एक्पोजर लिमिट (Permissible Exposure Limit) वायुजनित सिलिका के सांस में जाने की वह अधिकतम स्वीकृत मात्रा है जिसे कार्य के दौरान कामगारों द्वारा लिया जाना खतरे से बाहर होता है।

सिलिकोसिस बीमारी की पहचान (Detection) हेतु कानून सम्मत प्रावधान –

- कार्यस्थल पर व्यावसायिक स्वास्थ्य चिकित्सक की नियुक्ति
- सम्बन्धित चिकित्सक की आई.एल.ओ. (अन्तर्राष्ट्रीय श्रम संघ) दिशा निर्देशानुसार प्रशिक्षण
- फेफड़ों की बीमारी (न्यूमोकोनिओसिस) का मेडीकल बोर्ड द्वारा सत्यापन
- अक्षमता (डिसेबिलिटी) मूल्यांकन एवं क्षतिपूर्ति निर्धारण
- कार्य पर कामगारों की नियुक्तियों से पूर्व तथा बीच बीच में मेडीकल जांच होना
- सिलिकोसिस की मेडीकल जांच में शामिल है – सामान्य शारीरिक जांच, छाती का पूर्ण एक्सरे, स्पायरोमेट्री (फेफड़ों की क्षमता जांचने के लिए किया जाने वाला टेस्ट– –लंग फंक्शन टेस्ट)

एक्स–रे

(साभार : www.e-radiography.net/radpath/s/silicosis)

स्पायरोमेट्री

सिलिकोसिस एवं अन्य व्यावसायिक स्वास्थ्य सुरक्षा हेतु नियामक संस्थाएँ –

- **(Chief Inspector Factories) मुख्य निरीक्षणालय –** प्रत्येक राज्य के अधीन एक कारखाना निरीक्षणालय होता है जो कि मुख्य निरीक्षणालय के तहत कार्य करता है जिसका प्रमुख कार्य कारखानों में श्रम कानूनी नियमों के बेहतर नियामन से सम्बन्धित होता है। यह निरीक्षणालय कारखानों में व्यावसायिक स्वास्थ्य सुरक्षा कल्याण, कार्य वातावरण, अवकाश के साथ मजदूरी, कार्य के घण्टों इत्यादि से सम्बन्धित कानूनों के लागू करने का कार्य करता है।
- **खान महानिदेशालय (Directorate General of Mines & Safety) DGMS –**
  यह एजेन्सी भारत सरकार के श्रम एवं रोजगार मंत्रालय के अधीन है। डीजीएमएस (DGMS) का मुख्य कार्य कल्याण एवं सुरक्षा कानूनों को लागू करने एवं अभी अनुपालना सुनिश्चित कराने का है। जैसे कि खदानों में खान अधिनियम लागू कराना। इसका कार्यालय धनबाद (झारखण्ड) स्थित है। राजस्थान के संदर्भ में खान महानिदेशालय के महत्वपूर्ण क्षेत्र स्तरीय व संभाग स्तरीय कार्यालयः–

क्र.सं.	क्षेत्र	संभाग	जिले
1.	उत्तरी क्षेत्र, गाजियाबाद, कमरा नं. 201 एवं 203, सीजीओ काम्प्लेक्स, हुपुर रोड गाजियाबाद, उत्तरप्रदेश फोन : 0120–2705365	1. गाजियाबाद	अलवर, भरतपुर
		2. अजमेर	श्रीगंगानगर, बीकानेर, जैसलमेर, बाड़मेर जोधपुर, नागौर, चूरू, हनुमानगढ़, झुंझुनू सीकर, पाली, भीलवाड़ा, अजमेर, जयपुर दौसा, सवाई माधोपुर, टोंक एवं बूंदी
		3. ग्वालियर	कोटा, बारां, करौली, धौलपुर एवं झालावाड़
2.	उत्तर पश्चिमी क्षेत्र, उदयपुर मैन झमर कोटड़ा रोड सैक्टर–6, उदयपुर–313 002 फोन : 0294–2461925, 2461926 फैक्स : 0294–2461925	1. उदयपुर	जालौर, सिरोही, राजसमंद, उदयपुर डूंगरपुर, चित्तौड़गढ़, प्रतापगढ़ एवं बांसवाड़ा

- **कामगार क्षतिपूर्ति आयुक्त (Workmen's Compensation Commissioner)**

  कामगार क्षतिपूर्ति अधिनियम के तहत् क्षतिपूर्ति आयुक्त को क्षतिपूर्ति हेतु आवेदन दिया जाता है जो कि अक्षमता मूल्यांकन के आधार पर क्षतिपूर्ति निर्धारण करता है।

- उपरोक्त कानून सम्मत प्रावधान एजेन्सियों के अतिरिक्त भारत सरकार के अन्य संस्थान भी हैं जो सिलिकोसिस के मुद्दे पर काम कर रहे हैं :–

  1. NIOH – नेशनल इन्स्टीट्यूट ऑफ ऑक्यूपेशनल हैल्थ, अहमदाबाद
  2. NIMH – नेशनल इन्स्टीट्यूट ऑफ माइनर्स हैल्थ, नागपुर जो कि खनिकों के स्वास्थ्य हेतु कार्य करता है।
  3. DGFASLI – महानिदेशालय, फैक्ट्री एडवाइस सर्विसेज एण्ड लेबर इन्स्टीट्यूट), मुम्बई– यह श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार का सम्बन्धित कार्यालय है जो कि मंत्रालय को कारखानों में व्यावसायिक स्वास्थ्य एवं सुरक्षा के लिए राष्ट्रीय स्तर नीति निर्धारण में मदद करता है साथ ही कारखानों को कामगारों के स्वास्थ्य, सुरक्षा कार्य कुशलता इत्यादि सम्बन्धित समस्याओं पर सलाह उपलब्ध कराता है।
  4. ITRS – इंडियन टॉक्सीलॉजी रिसर्च सेन्टर, लखनऊ, जिसकी व्यावसायिक स्वास्थ्य शाखा कानपुर में स्थित है।
  5. केन्द्रीय श्रम संस्थान, मुम्बई, जिसकी प्रादेशिक शाखाएँ कानपुर, कोलकाता एवं चेन्नई में हैं।
  6. केन्द्रीय प्रदूषण बोर्ड जिसका कार्य सिलिका धूल के आंकलन से सम्बन्धित है।
  7. क्षतिपूर्ति उपलब्ध कराने हेतु ESI (कर्मचारी राज्य बीमा निगम) कोर्ट।

अधिसूचित (नोटीफाइड) बीमारी से तात्पर्य

सिलिकोसिस एवं कई अन्य व्यावसायिक बीमारियों को विभिन्न अधिनियमों के तहत् अधिसूचित किया गया है। यदि किसी कामगार में इस अधिसूचित बीमारी का पता चलता है तो यह नियोक्ता एवं निदान करने वाले चिकित्सक की जिम्मेदारी होती है कि उसकी सूचना निर्धारित प्रारूप में सरकार को दी जाए।

सिलिकोसिस एवं न्यूमोकोनिओसिस भारत में उन सभी अधिनियमों के तहत अधिसूचित बीमारी के तौर पर दर्ज है जो स्वास्थ्य एवं सुरक्षा से सम्बन्धित हैः–

1. कारखाना अधिनियम (फैक्ट्री एक्ट), 1948 सेक्शन 89 – भारत सरकार ने तीसरी अनुसूची प्रविष्टि संख्या 12 पर सिलिकोसिस को अधिसूचित किया हुआ है।
2. खान अधिनियम (माइन्स एक्ट) सेक्शन 25 (सिलिकोसिस अधिनियम के सेक्शन 25 के तहत अधिसूचित है।)
3. भवन एवं अन्य निर्माण कामगार अधिनियम 1996 एवं नियम (सिलिकोसिस अधिसूची –।। (प्रविष्टि 4 पर अधिसूचित है।

28 अप्रैल 2011, राजस्थान सरकार की पहल –

28 अप्रैल 2011 राजस्थान मुख्यमंत्री श्री अशोक गहलोत ने राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग, अध्यक्ष न्यायधीश श्री बालकृष्णन को उनके पत्र के उत्तर में स्पष्ट कहा कि उनकी सरकार सिलिकोसिस पीड़ित व्यक्तियों के लिए रोकथाम, उपचार, पुर्नवास उपायों को प्राथमिकता पर रखेगी। राजस्थान सरकार ने आयोग को सूचित किया कि 25 करोड़ की राशि सिलिकोसिस प्रभावित व्यक्तियों के चिकित्सकीय एवं अन्य प्रावधानों हेतु निर्धारित की गई है। आयोग अध्यक्ष द्वारा मुख्यमंत्री को आयोगी की सिफारिशों के पालन के सम्बन्ध में सम्बन्धित विभागों को समुचित दिशानिर्देश जारी करने के लिए कहा गया।

माननीय मुख्यमंत्री श्री अशोक गहलोत की वर्ष 2011–12 बजट घोषणा

दिनांक 24 फरवरी 2011 को माननीय मुख्यमंत्री श्री अशोक गहलोत की अध्यक्षता में वर्ष 2011–12 के लिए बजटपूर्व विचार विमर्श हेतु राज्य की स्वयंसेवी संस्थाओं को आमंत्रित किया गया था। ग्रामीण विकास विभाग द्वारा आयोजित इस बजट पूर्व विचार विमर्श में राज्य की चुनिंदा स्वयं सेवी संस्थाओं के प्रतिनिधियों ने भाग लिया तथा अपने अपने क्षेत्रीय अनुभवों के आधार विकास हेतु बजट में प्रावधान क्षेत्रों पर विचार प्रस्तुत किये गये। अरावली द्वारा इसी क्रम में पूर्वी एवं पश्चिमी राजस्थान के अपने साथी संस्थाओं के साथ खनन क्षेत्रों में कार्य करने के अनुभवों को बांटा गया व खनन मजदूर में सिलिकोसिस बीमारी के मुद्दे के प्रति ध्यान आकर्षित किया। परिणामस्वरूप 9 मार्च 2011, श्री अशोक गहलोत मुख्यमंत्री द्वारा वर्ष 2011–12 बजट भाषण में सिलिकोसिस को चिन्ता का विषय बनाते हुए प्रस्तुत किया गया कि –

''खदान क्षेत्रों में कार्य करने वाले श्रमिकों में सिलिकोसिस की बीमारी होने की अधिक आशंका रहती है। इसलिए चिन्हित चिकित्सा संस्थानों में सिलिकोसिस की बीमारी के उपचार हेतु बेहतर सुविधा उपलब्ध कराने के उद्देश्य से आवश्यक उपकरणों की व्यवस्था की जायेगी। खदान क्षेत्रों में काम करने वाले श्रमिकों के कल्याण हेतु पर्यावरण स्वास्थ्य प्रशासन मण्डल (Environment Health Administration board) का गठन किया गया है। इस बोर्ड की सिफारिशों के अनुसरण में आगामी वर्ष Environment & Health Cess में से 25 करोड़ 60 लाख रूपये का प्रावधान करते हुए खदान क्षेत्र में कार्य करने वाले श्रमिकों के लिए चिकित्सा एवं अन्य सुविधाएँ उपलब्ध करवाई जाएगी।''

सिलिकोसिस आंकड़े : उपलब्धता और प्रमाणिकता

⁕ सिलिकोसिस की रोकथाम के लिए सरकार और स्वयंसेवी संस्थाएँ दोनों अपने-अपने स्तर पर प्रयासरत् हैं। सरकारी उपलब्ध आंकड़ों के अनुसार वर्ष 2004-2009 के बीच सिलिकोसिस मामलों की रिपोर्टिंग पर नज़र डालें तो पता चलता है कि वर्ष 2005 में खनन में सिलिकोसिस के 30 मामले दर्ज हुए थे उसके बाद किसी केस के दर्ज होने की रिपोर्ट नहीं है।

⁕ DGMS एवं NIMH के एक प्रजेन्टेंशन के अनुसार भारत जनगणना 2011 के अनुसार कुल कामगरों की संख्या 16 करोड़ 81 लाख के करीब है एवं उसमें से सिलिका के खतरे वाले कामगार लगभग 2 करोड़ 95 लाख के लगभग हैं। अतः अनुमान लगाया जा सकता है कि यदि खतरे की परिधि में आने वाले इतने कामगार है तो असल में पीड़ित कामगार कितने होंगे ?

⁕ NIOH के उद्योगवार एक अध्ययन अनुसार के अनुसार स्लेट पेन्सिल उद्योग में 54.6 प्रतिशत कामगार सिलिकोसिस से पीड़ित थे।

⁕ मौलाना आजाद मेडीकल कॉलेज दिल्ली के ऑक्यूपेशनल एण्ड एनवायरमेन्ट हैल्थ, सेन्टर दिल्ली द्वारा लालकुँआ क्षेत्र में सिलिकोसिस हेतु किए अध्ययन अनुसार 68 प्रतिशत लोगों में सिलिकोसिस, सिलिकोट्यूबरकोलोसिस अथवा टीबी से ग्रस्त पाये गए।

⁕ WHO 2000 Fact Sheet : 2008 में कोरिया में आयोजित काम के दौरान सुरक्षा एवं स्वास्थ्य पर आयोजित विश्व बैठक में प्रस्तुत NIOSH प्रजेन्टेशन के अनुसार –

- सड़क निर्माण के लिए 12,000 स्टोन क्रेशर ईकाइयाँ लगी व उनके लगभग 5 लाख मजदूर और उनके परिवार प्रभावित हुए।
- पेन्सिल कारखानों में मजदूरों में सिलिकोसिस के आंकड़ें बताते है कि सिलिका धूल से मरने वालों की औसत आयु 35 वर्ष है।
- लगभग 50% मजदूरों में जो क्वार्ट्ज (Quartz) पत्थर से सिलिका पाउडर बनाते थे और जो काम छोड़ चुके थे, उनके एक्सरे में सिलिकोसिस पाया गया। इनमें से 90% मजदूरों ने सिर्फ 5 साल काम किया था।

सरकार की सूचनाओं पर प्रमाणिकता का प्रश्नचिन्ह नहीं लगाया जाता परन्तु परेशानी है कि आंकड़ों की उपलब्धता ही नहीं है। यदि विभिन्न स्रोतों द्वारा आंकड़े उपलब्ध भी है तो उनमें विभिन्नता इतनी है कि निष्कर्ष जटिल हो जाते हैं। सिलिकोसिस सम्बन्धी आंकड़ों के सूचना तंत्र से सम्बन्धित मुख्य एजेन्सियाँ इस प्रकार हैं–

- DGFASLI
- DGMS
- राज्य एवं संघीय सरकारों के श्रम विभाग
- महानिदेशालय, श्रम ब्यूरो

व्यावसायिक स्वास्थ्य हेतु बजट में प्रावधान : कुछ मुद्दे*

- स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (MOFHW) द्वारा सिलिकोसिस अथवा अन्य व्यावसायिक बीमारियों हेतु किसी प्रकार का अलग से कोई आवंटन नहीं है। न ही मंत्रालय द्वारा आवेदित ग्रान्ट में इस हेतु कोई उल्लेख है।
- इन्डियन कांउसिल फॉर मेडिकल रिसर्च (ICMR) के तहत चार NIOH (दिल्ली, अहमदाबाद, कोलकाता, बंगलौर) कार्य करते हैं। मंत्रालय द्वारा आवेदित ग्रान्ट में NIOH का कहीं उल्लेख नहीं है।
- श्रम एवं रोजगार मंत्रालय के तहत DGFASLI एवं OSHF (Occupational Safely and Health in Factories, Posts & Docs) की सुदृढ़ीकरण के लिए ₹ 7.74 करोड़ राशि उपलब्ध। जिसमें से मेडीकल उपचार हेतु मात्र ₹ 3 लाख तथा शेष राशि संस्थान के वेतन, कार्यालय खर्चे, यात्रा व्यय, विज्ञापन एवं अन्य कार्यों हेतु उपलब्ध।
- 2009–10 में कार्यक्रम "Identification and Elimination of Silicosis in India" हेतु ₹ 9 लाख का बजट प्रावधान जो कि सारा का सारा घरेलू यात्रा एवं कार्यालयी खर्चे से सम्बन्धित था।

उपरोक्त सभी सूचनाओं के साथ स्पष्ट है कि सिलिकोसिस एवं अन्य व्यावसायिक रोगों के निदान, उपचार हेतु प्राथमिकता के साथ स्पष्ट बजट आवंटन होना आवश्यक है व इसकी मांग होनी चाहिए।

*राष्ट्रीय सिलिकोसिस कार्यशाला दिल्ली, जनवरी 2011 में प्रस्तुत CBSC (सेन्टर फॉर बजट एण्ड गर्वनेन्स एकाण्टेबिलिटी, नई दिल्ली) के प्रस्तुति के साभार

सिलिकोसिस : चुनौतियाँ

रोकथाम सम्बन्धी चुनौतियाँ	पुनर्वास सम्बन्धी चुनौतियाँ
• सिलिकोसिस मामलों सम्बन्धी आंकड़ों की अनुपलब्धता/ आंकड़ों की संदेहास्पद विश्वसनीयता	• असंगठित मजदूर
• असंतुष्ट निदान	• क्षतिपूर्ति व पुनर्वास सम्बन्धी जटिल प्रक्रियाएँ एवं मुद्दे
• कुशल/प्रशिक्षित मानव संसाधन का अभाव	• मेडीकल बीमा तक पहुँच का अभाव
• सिलिकोसिस हेतु निश्चित चिन्हित अस्पतालों का अभाव	• वर्तमान नियमों, कानूनों एवं नीतियों की अनुपालना का अभाव
• पुरानी तकनीकों का प्रयोग	• राष्ट्रीय सिलिकोसिस नियंत्रण कार्यक्रम अभी तक लागू नहीं।
• निगरानी की कमजोर व्यवस्था	

(साभार : Toxic Link (EEJP) की प्रस्तुति के अंश)

खनिक परिवारों की आजीविका प्रोफाईल

वर्ष 2010 में अरावली द्वारा खदान में कार्यरत/कार्यकर चुके परिवारों के आजीविका प्रोफाइल तैयार किये गये, जिसे आपके समक्ष प्रेषित किया जा रहा है :

प्रथम –

परिवार*

करौली ब्लॉक में कोटे छाबर ग्राम पंचायत से 6 किलोमीटर की दूरी पर स्थित विनेगा गाँव में 50 वर्षीय मामनचंद और उसका परिवार रहता है। यह परिवार इस क्षेत्र में रहने वाले अधिकतर लोगों की जिंदगी की एक सच्ची तस्वीर पेश करता है। इस परिवार में 9 सदस्य हैं- मामनचंद, उसकी पत्नी, उसके 21,18 व 12वर्षीय तीन पुत्र, 8,6 व चार वर्षीय तीन पुत्रियाँ और उसके सबसे बड़े पुत्र की पत्नी। इनमें से सिर्फ तीन सदस्य - उसकी पत्नी व दो बेटे - ही परिवार के लिए आमदनी कमाते हैं जबकि उसका बेटा और दो पुत्रियाँ स्कूल में पढ़ रहे हैं। मामनचंद खान में काम करने वाला एक मजदूर था लेकिन कुछ वर्षों पहले उसे तपेदिक (टी.बी.) हो गया जिसकी वजह से वह शारीरिक रूप से इतना कमजोर हो गया है कि अब वह काम नहीं कर पाता। घर के कमाने वाले मुख्य सदस्य के बिस्तर से लग जाने के बाद परिवार के लिए अपने खर्चों को चलाना बहुत मुश्किल हो गया।

इस इलाके में रहने वाले अधिकतर लोग राजपूत, मीणा और जाटव समुदाय से हैं और खेती और खनन उनके आजीविका का मुख्य साधन है। खेती से आमदनी कम होती है। इसके दो कारण हैं, पहला तो ये कि यह गाँव पहाड़ी क्षेत्र में स्थित है जिसके कारण यहाँ खेती करना मुश्किल है। साथ ही, यहाँ की जमीन बहुत उपजाऊ नहीं है। और दूसरा कारण यह है कि इस इलाके में पानी की जबरदस्त कमी है जिसकी वजह से खेती पूरी तरह से बारिश पर ही निर्भर रहती है। इसलिए दो जून की रोटी जुटाने के लिए इन परिवारों के पास खान में मजदूरी करने के सिवा कोई चारा नहीं है।

यह बात इस तथ्य से भी साबित होती है कि कोटे छाबर ग्राम पंचायत में चिन्हित 84 परिवारों FLRC परिवारों में से 72 परिवारों का खर्चा खान में काम करने से चलता है। इसके अलावा इस क्षेत्र में 22 FLRC परिवारों को ऐसे निर्धनतम परिवार के रूप में चिन्हित किया गया है जिनका मुखिया खान मजदूर के रूप में काम करता था और उसे तपेदिक या सिलिकोसिस हो जाने की वजह से उनकी रोजी रोटी का जरिया बंद हो गया था।

और यह तो सिक्के का केवल एक ही पहलू है। अपने घर का खर्च चलाने के लिए ये मजदूर सीजन आने पर पूरे वर्ष का पैसा कॉण्ट्रेक्टर से पेशगी ले लेते हैं और बाद में यही सुविधा उनके लिए परेशानी का एक बहुत बड़ा कारण बन जाती है। खानों में मजदूरों को निकाले गए पत्थर की गुणवत्ता के हिसाब से पैसा दिया जाता है (35 से 40 रु. प्रति वर्गफीट)। यदि खान से खराब गुणवत्ता का पत्थर निकलता है तो इसका खामियाजा मजदूरों को भुगतना पड़ता है। खराब मौसम और बारिश के कारण खान में वर्ष में लगभग छः महीने ही काम मिल पाता है। इसलिए हर स्थिति में मजदूर ही घाटे में रहता है।

कोई भी मजदूर खान में काम करना तब तक बंद नहीं कर सकता जब तक कि वह ठेकेदार से पेशगी ली हुई पूरी रकम चुका नहीं देता। पैसा नहीं चुका पाने की स्थिति में मजदूरों के पास उसी पेशगी के बदले अगले सीजन में भी काम करने के सिवा कोई विकल्प नहीं होता। इस तरह जहाँ एक ओर उनकी औसतन आमदनी काफी कम हो जाती है वहीं दूसरी ओर घर के खर्च बढ़ते रहते हैं। इन्हीं खर्चों को पूरा करने के लिए ये खान मजदूर ठेकेदार से और पेशगी ले लेते हैं और इस नई पेशगी को चुकाने के लिए वे काम करना जारी रखते हैं। इस प्रकार से वे पेशगी लेने, उसे न चुका पाने और फिर से पेशगी लेने के ऐसे चक्रव्यूह में फँस जाते हैं जिससे वे कभी बाहर नहीं निकल पाते। जब पेशगी के रूप में इस ऋण की बकाया राशि एक निर्धारित सीमा से अधिक हो जाती है तो इसे कम करने व जल्दी चुकाने की उम्मीद में मजदूर अपने घर के एक अन्य सदस्य को काम पर ले आता है। परंतु शीघ्र ही परिवार का यह सदस्य भी इसी कुचक्र में फँस कर रह जाता है। इसी प्रकार से एक परिवार से खान में काम करने वाले सदस्यों की संख्या के साथ ऋण की राशि भी बढ़ती चली जाती है और ये लोग लगभग बंधुआ मजदूर बनकर रह जाते हैं।

खान में काम करने की परिस्थितियाँ जटिल व स्वास्थ्य के लिए बहुत हानिकारक होती हैं। साथ ही, न तो खान के ठेकेदार और न ही स्वयं मजदूर अपने स्वास्थ्य के लिए कोई प्रयास करते हैं जिसके कारण कुछ वर्ष खान में काम करने के बाद वे बीमार पड़ने लगते हैं जिससे इन मजदूरों पर दोहरी मार पड़ती है। एक ओर तो बीमारी के कारण इनकी कार्य क्षमता घटने से इनकी मजदूरी कम हो जाती है और दूसरी तरफ दवाईयों के खर्चे बढ़ जाते हैं। सरकारी रिकार्ड के अनुसार कोटे छाबर पंचायत में टी बी के 14 मरीज हैं। इनके अलावा बहुत से मामले ऐसे भी हैं जो जानकारी में

* Names changed to protect identity

नहीं आ पाते। यद्यपि गाँव में एक उप-चिकित्सा केन्द्र है पर इसमें इलाज की अच्छी सुविधाएँ नहीं हैं और लोगों को इलाज के लिए जिला मुख्यालय के सरकारी अस्पताल में जाना पड़ता है। उचित चिकित्सा एवं परामर्श के अभाव में इलाज के दौरान भी लोग मरते रहते हैं (कोटे छाबर में FLRC द्वारा चिन्हित 84 निर्धनतम परिवारों में 15 महिलाएँ ऐसी हैं जो 50 वर्ष से भी कम उम्र की हैं एवं और तपेदिक की वजह से अपने पति को खो चुकी हैं)। तपेदिक या सिलिकोसिस से ग्रसित परिवार सबसे ज्यादा अनुसूचित जाति से हैं। गरीबी, कुपोषण एवं उनके कार्य की प्रकृति के कारण इन लोगों में तपेदिक से ग्रसित होने की संभावना अधिक होती है।

जाटव समुदाय का मामनचंद भी तपेदिक से जूझ रहा है। यद्यपि उसने अपने गाँव और नजदीक के शहर के बहुत से डॉक्टरों से अपनी बीमारी का इलाज करवाया परंतु पैसे की कमी के कारण वह अपना इलाज और बेहतर डाक्टरों से तथा आधुनिक सुविधा वाले अस्पतालों में नहीं करवा पा रहा है। मामनचंद के दोनों लड़के खान में काम करते हैं और उसकी पत्नी मनरेगा के अंतर्गत मजदूरी करती है। उसकी बड़ी बेटी और बहू घर के कामों में उसकी पत्नी की मदद करते हैं। गरीबी रेखा से ऊपर जीवन यापन करने वाला यह परिवार पीने का पानी सार्वजनिक नल से भरता है, उसके पास एक कच्चा घर, एक भैंस तथा लगभग 15 बिस्वा कृषि योग्य भूमि है। परंतु खेती के लिए पर्याप्त पानी व अन्य संसाधन न होने के कारण इस जमीन से बहुत ज्यादा आमदनी नहीं हो पाती। विगत वर्ष खान व खेतों में मजदूरी, कृषि व मनरेगा (लगभग 75 दिन काम करके) से इस परिवार को 29,500 रुपये की आमदनी हुई (इस राशि में खान के ठेकेदार से पेशगी के रूप में लिए गए 25,000 रुपये भी शामिल हैं)। जबकि विगत वर्ष उनके परिवार का व्यय 41,700 रुपये हुआ जिसमें से अधिकतर पैसा परिवार के भोजन और मामनचंद के इलाज पर खर्च हुआ। साथ ही 1,700 रुपये के औजार और 1,200 रुपये के कपड़े खरीदे गए। इस प्रकार से उन्हें पिछले वर्ष 12,200 रुपये आमदनी से कम पड़े। अभी हाल में उन्होंने मजदूरी की पेशगी के रूप में लिए गए 40,000 रुपयों में से 2,000 रुपये चुकाए हैं और यह पैसा भी उन्होंने नई पेशगी में से कटवाया है। मनरेगा में भी मामनचंद की पत्नी को न तो निर्धारित दिनों तक काम मिल रहा है और न ही न्यूनतम मजदूरी। अब परिवार को इस बात की चिंता है कि खान में मजदूरी कर रहे उनके दोनों बेटों को भी तपेदिक या सिलिकोसिस न हो जाए।

आशा की किरण

इस क्षेत्र में भूमिहीन मजदूरों की संख्या तेजी से बढ़ रही है। इसे और बढ़ने से रोकने तथा मामनचंद के परिवार जैसे अन्य परिवारों की आमदनी बढ़ाने में मदद करने के लिए बहुत सी संभावनाएँ मौजूद हैं। इस परिवार के पास एक भैंस है तथा यदि इन्हें थोड़ी सी मदद और मिल जाए तो ये लोग अपनी एक छोटी सी डेयरी शुरु कर सकते हैं। इसके अलावा यदि इन्हें खेती का सामान मिल सके तो इससे भी इनकी आमदनी में इजाफा हो सकता है। मनरेगा के तहत निर्धारित मजदूरी पर निर्धारित दिनों तक काम मिलने से एवं खनन से संबधित कार्यों में उचित प्रशिक्षण प्रदान करने से भी इनकी बहुत सहायता हो सकती है। साथ ही, इस इलाके में खानों में काम कर रहे मजदूरों के कार्य करने की परिस्थितियों में सुधार तथा उन्हें समय से चिकित्सा सुविधा, इलाज एवं इलाज के पश्चात उचित देखभाल उपलब्ध करवाने की भी आवश्यकता है।

उपसंहार

यह लाइवलीहुड प्रोफाइल कोटे छाबर के एक ऐसे परिवार के वास्तविक जीवन पर आधारित है जिसकी आजीविका खान मजदूरी पर आधारित है। जब यह प्रोफाइल छप रहा था तब हमें इस परिवार के मुखिया की मृत्यु का दुखद समाचार मिला जिसने 6 वर्षों तक तपेदिक से संघर्ष करके अपना दम तोड़ दिया। परिवार के लिए आजीविका कमाने का संघर्ष बदस्तूर जारी है और अब इसे जारी रखने की जिम्मेदारी परिवार की अगली पीढ़ी पर आ गई है।

द्वितीय –

परिवार*

कहते हैं जीवन कभी किसी के लिए नहीं रूकता, निरंतर चलता रहता है, फिर भले ही बुरे से बुरा समय ही क्यों न हो। और अगर घर में मुखिया न हो तो जीवन निष्चित ही कठिन हो जाता है और इसके साथ घर में पांच बिन ब्याही बेटियां हो, तो बुहत ही कठिन। जीवन की कुछ ऐसी ही परिस्थितियों से गुजर रहीं है कांताबाई। मांची ग्राम पंचायत के तहत जिला मुख्यालय, करौली से दस किलोमीटर दूर वीरवास गांव में अपनी चार बेटियों के साथ रह रही 32 वर्षीय कांताबाई कम उम्र में जीवन के इस पड़ाव से गुजर रही है।

कुल 274 परिवार वाले इस गांव में कांताबाई और उसका परिवार डांग विकास संस्थान, करौली द्वारा संचालित परिवार आजीविका संदर्भ केन्द्र (एफएलआरसी) द्वारा चिन्हित किए गए उन 25 अनुसूचित जाति परिवारों में से एक है जिन पर तुरंत ध्यान देने की आवश्यकता है। वीरवास गांव पहाड़ी इलाके पर स्थित है और उपजाऊ जमीन नहीं होने के कारण खदान में कार्य करना यहां के लोगों की आजीविका के लिए आय का मुख्य स्त्रोत है।

कांताबाई का पति अमरलाल जाटव भी इन्हीं खदानों में काम कर अपने परिवार का भरण-पोषण करता था। दूसरों की तरह दुर्भाग्यवश, अगस्त 2010 में अमरलाल अपनी पांच बेटियों (उम्र 16, 12, 10, 6, 4) को छोड़ स्वर्गवासी हो गए। हालांकि अपनी दो बड़ी बेटियों की शादी अमरलाल जीते जी वर्ष 2010 में कर गए थे, एक बेटी (10 साल) उम्र में छोटी होने के कारण शादी के बाद भी अपने मायके ही रह रही थी और दूसरी बेटी तीसरी कक्षा में पढ़ रही थी। आज अपने पति के न होने की वजह से कांताबाई दिहाड़ी पर मजदूरी कर घर-बार चला रही है। परिवार के पास न कोई जमीन है जिससे की आय हो सके। इसके अलावा जीवन जीने के लिए मूलभूत सुविधाओं से परिवार कोसो दूर है। पीने के पानी के लिए हैंड पम्प और नहाने के लिए नजदीकी नदी या कुएं से पानी लाना पड़ता है। घर में शौचालय की सुविधा भी नहीं है। भरपूर पोषण और साफ-सफाई नहीं होने के कारण पूरा परिवार कई भयावह बीमारियों से घिरा हुआ है।

बकाया ऋण चुकाना, तीन बेटियों की शादी और इनकी शादी के बाद बुढ़ापे में खुद को सम्भालने के लिए समर्थन और नरेगा में किए गए कार्य के लिए पैसों की लड़ाई, कांताबाई को चिंता से घेरे हुए हैं। परिवार के ऊपर 44000 रूपये का ऋण है, जो स्थानीय महाजन से 24 प्रतिशत सालाना ब्याज पर ले रखा है, जिसको उन्होंने अपने दो बेटियों की शादी और अमरलाल के ईलाज व दवा-दारू पर खर्च किये लेकिन महाजन का 24 प्रतिशत सालाना ब्याज निरंतर लग रहा है।

सबसे छोटी बेटी स्कूल में मिल रही मिड-डे मील से अपना पेट भर लेती है। हालांकि परिवार के पास राशन कार्ड, नरेगा जॉब कार्ड, दवाइयों के लिए बना कार्ड और पोस्ट आफिस में खाता है, बावजूद इसके परिवार में मुखिया के न होने के चलते कांताबाई के लिए सभी जिम्मेदारियों को निभाना मुश्किल पड़ता है।

जीवन की इन सभी जिम्मेदारियों को पूरा करने के लिए कांताबाई को नरेगा वर्ष 2010 में मिले 65 दिन के कार्य से कुछ राहत मिली लेकिन मुसीबतें कम नहीं हुई। न्यूनतम मजदूरी नहीं मिलने के कारण उसे सिर्फ 5382 रूपए ही मिले। इसके अलावा दूसरों के खेत में काम कर एक महीने नवम्बर 2010 में 618 रुपए अतिरिक्त कमा लिए। कुल मिलाकर महीने के 6000 रुपए की आमदनी

* Names changed to protect identity

44000 के लोन को चुकता करने और अन्य पारिवारिक जरूरतों के लिए नाकाफी साबित हो रहे थे। इस कठिन समय में कांताबाई वीरवास गांव में ही रह रही अपनी बहन और साले से मदद लेती है। केवल खाने पर परिवार का खर्च करीब 7500 रूपए था, खेती के औजार पर 200 रुपए, कपड़ों पर 650 रुपए और 44000 की लोन राशि को मिलाकर परिवार का खर्च करीब 10,200 रुपए प्रतिमाह है, जिसमें 4200 रुपए फिर भी कम पड़ते हैं।

आशा की किरण-

परिवार की दोहरी नीति की जरिये मदद की जा सकती है। एक तरफ परिवार के आय के साधनों को बढ़ाया जा सकता है और दूसरी ओर हो रहे खर्चे को सीमित किया जा सकता है। कांताबाई को आशा है कि उसे जल्द ही विधवा पेंशन के जरिये 58 साल तक नियमित आय का स्त्रोत मिलेगा। इसके बाद वह वृद्ध अवस्था में मिलने वाली पेंशन के लिए योग्य हो जाएगी। कांताबाई की इच्छा बकरी पालन के माध्यम से परिवार की आजीविका चलाना भी है। इसके अलावा, परिवार में रहने वाली बेटियों को सिलाई व बुनाई के कार्य सिखाकर आय के स्त्रोत बढ़ाए जा सकते हैं। परिवार के सभी सदस्यों को टीबी और बीमारी को बढ़ने से और रोकने के लिए जरूरी उपायों से अवगत कराना भी महत्वपूर्ण है। यह भी सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि कांताबाई को नरेगा के अंतर्गत 100 दिन तक न्यूनतम मजदूरी के साथ कार्य मिले।

नोट-

यह वर्णन उन परिवारों में से एक का है जिनमें परिवार में मुखिया नहीं है या परिवार के लिए कमाकर लाने वाले सदस्य की खदानों में कार्य करने और टीबी से मौत हो गई।

उक्त दो परिवारों का प्रोफाईल अरावली एवं डांग विकास संस्था, करौली द्वारा परिवार आजीविका संदर्भ केन्द्र अवघारणा के अंतर्गत चिन्हित अतिगरीब परिवारों की आजीविका चुनौतियों को समझने के लिए तैयार किया गया है।

अतिगरीब परिवारों की आजीविका सुदृढ़ीकरण हेतु प्रयास

डांग विकास संस्था, करौली जिले की 6 ग्राम पंचायतों के 18 गाँव में अरावली की स्केल परियोजना के तहत **परिवार आजीविका संदर्भ केन्द्र** की अवधारणा के साथ वर्ष 2008 से अति गरीबतम परिवारों के चयन में संलग्न रहा है। इस अवधारणा के माध्यम से 340 अति गरीबतम परिवारों के चयन के साथ साथ उनकी आजीविका के साधनों को चिन्हित करने, आजीविका के अवरोधकों तथा संवर्धन के अवसरों की पहचान की सामुदायिक विशेषताओं के बारे में समझ बनी है।

चयनित अति गरीबतम परिवारों के साथ सघन एवं निरन्तर सम्पर्क के अनुभव से इन परिवारों की स्थिति को इस प्रकार से स्थापित किया जा सकता है कि संस्था द्वारा जो अतिगरीबतम परिवार चिन्हित किये गये उनमें से 208 अति गरीबतम परिवार एपीएल थे। अर्थात गरीबी के सरकारी मानदंडों के अनुसार वे बीपीएल की श्रेणी से बाहर हो गये थे चूँकि वे परिवार बीपीएल नहीं थे अतः विभिन्न सरकारी कल्याण योजनाओं के लाभ/अधिकारिता से भी वंचित थे। दूसरी तरफ जो 140 परिवार बीपीएल थे, वे बीपीएल होने के बाद भी विभिन्न सरकारी कल्याण योजनाओं के लाभ/अधिकारिता से जानकारी के अभाव तथा क्रियान्विति की जटिलताओं के कारण वंचित थे। **अतः एक स्पष्टता यह बनी कि जो पात्र थे वे जानकारी के अभाव में सरकारी योजनाओं के लाभ के दायरे से बाहर थे व जिनको आवश्यकता थी वे पात्रता के दायरे से बाहर थे।**

चयनित गरीबतम परिवारों की आजीविका मुख्यतया खनन, कृषि, मजदूरी तथा पशुपालन पर निर्भर थे। अधिकांश परिवारों के मुखिया सदस्य मुख्य आजीविका स्रोत खनन मजदूरी के चलते टीबी/सिलिकोसिस बीमारी की चपेट में आ चुके थे। इलाज के लिये पर्यात व्यवस्था का न होना, खान में काम करने के लिए स्वस्थ उपायों की जानकारी न होना, पौष्टिक व नियमित भोजन का अभाव होना, इत्यादि कुछ ऐसे कारण रहे जिन्होंने परिवारों को खनन और सिलिकासिस की बीमारी के चक्र से निकलने नहीं दिया। साथ ही वैकल्पिक रोजगार के अवसरों की कमी होना तथा खनन ठेकेदारों की अग्रिम पेशगी की व्यवस्था परिवारों के युवा सदस्यों को आसानी से खनन में धकलती है जहाँ सिलिकोसिस की बीमारी का जानलेवा खतरा सदा बना रहता है। यदि आंकड़ों पर नजर डाले तों चिन्हित परिवारों में से 82 परिवार जो टीबी की बीमारी से ग्रसित थे उनमें 18 वर्ष से अधिक उम्र के मुखिया सहित 116 सदस्य थे जिनमें से 56 सदस्य खनन कार्य कर अपनी आजीविका चला रहे थे। 340 परिवारों में ही 76 स्त्री सदस्य जो 50 वर्ष से कम आयु की थी वे विधवा थी। इनके पति अल्पायु में ही टीबी रोग का शिकार हो गये और उनकी मृत्यु हो गयी। परिवारों की आय का एक बड़ा हिस्सा इस बीमारी हेतु ईलाज पर खर्च होता है तथा परिवारों द्वारा कर्ज लेने के अनेक कारणों में से बीमारी हेतु कर्ज भी एक बड़ा कारण है।

महत्वपूर्ण यह है कि सिलिकोसिस का चिकित्सकीय निदान नहीं किया गया। जिले के चिकित्सा विभाग में सिलिकोसिस जांच व उपचार की व्यवस्था नहीं है, यद्यपि क्षय रोग की समुदाय से लेकर जिले तक जांच एवं उपचार की डॉट्स प्रणाली मौजूद है। आमतौर पर क्षय रोग व सिलिकोसिस के लक्षणों में प्रथम दृश्टया साम्यता मिलती है। अतः क्षय रोग का ही ईलाज सिलिकोसिस संभावित रोगियों को दे दिया जाता है।

अतिगरीब खनन मजदूर परिवारों से निरन्तर सम्पर्क एवं संवाद के बाद संस्था के प्रयास एवं अनुभव :–

पहला प्रयास– चूँकि खनिकों के व्यावसायिक इतिहास (occupational history) के आधार पर ही यह कहा जा रहा था कि सिलिकोसिस बीमारी है परन्तु जिले के चिकित्सा विभाग में सिलिकोसिस जांच व उपचार की व्यवस्था नहीं है, अतः सिलिकोसिस का चिकित्सकीय निदान नहीं किया गया। यहाँ यह स्पष्ट करना आवश्यक है कि सिलिकोसिस नाटिफाईड औद्योगिक बीमारी की श्रेणी में आती है जिससे ग्रस्त होने पर क्षतिपूर्ति भुगतान का प्रावधान है। क्षेत्र में चूकि सिलिकोसिस निदान के वैधानिक तरीके उपलब्ध नहीं थे जिसके कारण सिलिकोसिस बीमारी का प्रमाण रोगी व्यक्ति प्रस्तुत नहीं कर पाता। प्रमाण के अभाव में वह क्षतिपूर्ति व अन्य लाभकारी योजनाओं यथा बीमा इत्यादि से वंचित हो जाता है।

माह मई–जून 2011 में इसी आशय के साथ अरावली के BICP-PHF[1] सहयोग से करौली ब्लॉक के 18 गांवों के चिन्हित अतिगरीबतम परिवारों में **खनन मजदूरी में लगे परिवारों के 100 सदस्यों में सिलिकोसिस बीमारी की जाँच एवं निदान हेतु एक प्रायोगिक परियोजना को लागू किया गया** जिससे कि सिलिकोसिस हेतु चिकित्सकीय प्रमाण उपलब्ध हो सके। परियोजना के तहत् चिन्हित खनन मजदूर परिवार के 100 सदस्यों की तीन प्रकार की चिकित्सकीय जांच (एक्सरे, स्पायरोमेट्री टेस्ट एवं स्पुटम टेस्ट) कराई गई। 10 दिन के जाँच शिविर में इन तीनों जांचों को पूरा कराया गया। प्राप्त जॉच रिर्पोटों को वैज्ञानिक एवं सिलिकोसिस के अन्तर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य संगठन (ILO) मानकों के अनुसार मूल्यांकन हेतु राष्टीय खनिक स्वास्थ्य संगठन (NIMH) नागपुर भेजा गया। NIMH से प्राप्त रिपोर्टो के अनुसार 78 प्रतिशत मामलों में सिलिकोसिस की पुष्टि हुई हैं। इस प्रकार प्राप्त रिपोर्टो को जिला प्रशासन को अवगत कराया जा चुका है,ताकि पब्लिक हैल्थ के दायरे में सिलिकोसिस बीमारी की जांच सुविधा का प्रबन्ध किया जा सके। संस्था की आगामी रणनीति यही है कि चिन्हित सिलिकोसिस एवं टीबी के मरीजों को आंकी गई बीमारी अनुसार उपचार प्रदान कराया जाय।

दूसरा प्रयास. सिलिकोसिस उपचार हेतु आवश्यक माना जाता है कि रोगी को खनन कार्य से हटा लिया जाये। परन्तु क्षेत्र का भौगोलिक एवं सामाजिक परिदृश्य इस प्रकार का है कि आजीविका के अन्य विकल्प सहज उपलब्ध नहीं हैं। अतः परिवार के आजीविका सुदृढीकरण एवम स्वास्थ्य के खतरों को कम करने हेतु आवश्यक था कि

- विभिन्न सामाजिक सुरक्षा योजनाओं के तहत परिवारों की आवश्यकतानुसार अधिकारिता को सुनिश्चित किया जाये जिससे की आजीविका को सम्बल मिल सके।
- साथ ही आजीविका सुदृढ़ीकरण हेतु वैकल्पिक आजीविका स्रोत के रूप में बकरीपालन से जोड़ना।

अगस्त 2011 में चिह्नित 100 खनन मजदूर परिबारों एवं 20 विधवा महिला परिवारों हेतु अरावली स्केल के सहयोग से 5 माह हेतु स्वास्थ्य एवं आजीविका की समन्वित हस्तक्षेप वाली एक अन्य प्रायोगिक परियोजना (चिन्हित अतिगरीबतम एवं सिलिकोसिस/टीबी ग्रस्त खान मजदूर परिवारों हेतु स्वास्थ्य एवं आजीविका सम्बल परियोजना) को लागू किया गया। जिसमें –

1. टीबी एवं सिलिकोसिस निदान (Diganosis) किए गये 100 मरीजों को जांच रिर्पोटों के विश्लेषण के आधार पर उपचार की योजना बनाकर उपचार उपलब्ध कराया गया।

[1] "Building Institutions that can Challenge Poverty"- a project to ARAVALI supported by Paul Hamlyin Foundation, U.K

2. खनन मजदूर परिवारों की आजीविका संबल हेतु विभिन्न सामाजिक सुरक्षा एवं विकास योजनाओं के तहत् अधिकारिता सुनिश्चित की गई।

3. 20 विधवा महिला मुखिया परिवारों को 4–4 बकरियाँ देकर बकरीपालन से जोड़कर आजीविका संबल प्रदान किया गया।

उपरोक्त चालू परियोजना के सफल संकेतों से प्रेरित होकर बृहद रूप से अधिक संख्या में गरीबतम परिवारों को लम्बे समय तक सहयोग एवं लाभ देने की दृष्टि से संस्था खनन को स्वस्थ आजीविका स्रोत बनाने के लिए कृत संकल्प है। आप अधिक जानकारी के लिए डांग विकास संस्थान, करौली से संपर्क कर सकते हैं।

इसी प्रकार के प्रयास राजस्थान में 5 जिलों की 6 अन्य संस्थाएं अरावली के साथ मिलकर कर रही है। इन प्रयासों को सघन रूप से जानने के लिए निम्न संस्थाओं से संपर्क कर सकते हैं :–

1. **डांग विकास संस्थान (डीवीएस)**
   पदम तालाब, पुरानी सब्जी मंडी, करौली
   फोनः 07464–220772, 9414340578
   सचिव–डॉ. विकास भारद्वाज
   E-mail : dvs.karauli@gmail.com

2. **जय भीम विकास शिक्षण संस्थान**
   गांधी चौक, शेरगढ़, जिला –जोधपुर
   फोन– 9413061095
   सचिव– प्रेमलता राठोड़
   Email : jaibhim.rajasthan@gmail.com

3. **प्रोग्रेस**
   म.नं. 8, गणेश डेयरी के सामने
   न्यू हाउसिंग बोर्ड लिंक रोड़, बांसवाडा
   फोनः 02962–250005, 9414103745
   सचिव–अजय पाण्डे
   E-mail : progress12@sancharnet.in
   progressbsw@rediffmail.com

4. **उरमूल खेजड़ी संस्थान**
   ग्राम पोस्ट– झाड़ेली
   जिला –नागौर (राज)
   फोन– 9414864137
   सचिव– धन्नाराम
   Email : uks.rajasthan@gmail.com

5. **राजस्थान महिला कल्याण मण्डल**
   ग्राम पोस्ट– चाचियावास
   जिला अजमेर
   फोन– 0145–2794482, 9829140992
   सचिव–क्षमा काकड़े
   Email : rmkm_ajm@yahoo.com

6. **लोक कल्याण संस्थान**
   ग्राम पोस्टः बायतू
   जिला बाड़मेर– 344 034
   फोनः 02982–241521, 9414532829
   सचिवः भंवर लाल चौधरी
   Email : lksbaitu@rediffmail.com

7. **ग्रामीण एवं सामाजिक विकास संस्था**
   आर.सी.चर्च, नसीराबाद रोड़
   परबतपुरा, अजमेर
   फोनः 0145–2695871, 9214569944
   सचिव– अभय सिंह
   Email : gsvs_ajm@yahoo.co.in

Government of India
Ministry of Labour and Employment

NATIONAL POLICY ON SAFETY, HEALTH AND ENVIRONMENT AT WORK PLACE

1. PREAMBLE

1.1 The Constitution of India provide detailed provisions for the rights of the citizens and also lays down the Directive Principles of State Policy which set an aim to which the activities of the state are to be guided.

1.2 These Directive Principles provide

(a) for securing the health and strength of employees, men and women;

(b) that the tender age of children are not abused;

(c) that citizens are not forced by economic necessity to enter avocations unsuited to their age or strength;

(d) just and humane conditions of work and maternity relief are provided; and

(e) that the Government shall take steps, by suitable legislation or in any other way, to secure the participation of employee in the management of undertakings, establishments or other organisations engaged in any industry.

1.3 On the basis of these Directive Principles as well as international instruments, Government is committed to regulate all economic activities for management of safety and health risks at workplaces and to provide measures so as to ensure safe and healthy working conditions for every working man and woman in the nation. Government recognizes that safety and health of workers has a positive impact on productivity and economic and social development. Prevention is an integral part of economic activities as high safety and health standard at work is as important as good business performance for new as well as existing industries.

1.4 The formulation of policy, priorities and strategies in occupational safety, health and environment at work places, is undertaken by national authorities in consultation with social partners for fulfilling such objectives. A critical role is played by the Government and the social partners, professional safety and health organizations in ensuring prevention and in also providing treatment, support and rehabilitation services.

1.5 Government of India firmly believes that without safe, clean environment as well as healthy working conditions, social justice and economic growth cannot be achieved and that safe and healthy working environment is recognized as a fundamental human right. Education, training, consultation and exchange of information and good practices are essential for prevention and promotion of such measures.

1.6 The changing job patterns and working relationships, the rise in self employment, greater sub-contracting, outsourcing of work, homework and the increasing number of employees working away from their establishment, pose problems to management of occupational safety and health risks at workplaces. New safety hazards and health risks will be appearing along with the transfer and adoption of new technologies. In addition, many of the well known conventional hazards will continue to be present at the workplace till the risks arising from exposure to these hazards are brought under adequate control. While advancements in technology have minimized or eliminated some hazards at workplace, new risks can emerge in their place which needs to be addressed.

1.7 Particular attention needs to be paid to the hazardous operations and of employees in risk prone conditions such as migrant employees and various vulnerable groups of employees arising out of greater mobility in the workforce with more people working for a number of employers, either consecutively or simultaneously.

1.8 The increasing use of chemicals, exposure to physical, chemical and biological agents with hazard potential unknown to people; the indiscriminate use of agro-chemicals including pesticides, agricultural machineries and equipment; industries with major accident risks; effects of computer controlled technologies and alarming influence of stress at work in many modern jobs pose serious safety, health and environmental risks.

1.9 The fundamental purpose of this National Policy on Safety, Health and Environment at workplace, is not only to eliminate the incidence of work related injuries, diseases, fatalities, disaster and loss of national assets and ensuring achievement of a high level of occupational safety, health and environment performance through proactive approaches but also to enhance the well-being of the employee and society, at large. The necessary changes in this area will be based on a co-ordinated national effort focused on clear national goals and objectives.

1.10 Every Ministry or Department may work out their detailed policy relevant to their working environment as per the guidelines on the National Policy.

2. GOALS :

The Government firmly believes that building and maintaining national preventive safety and health culture is the need of the hour. With a view to develop such a culture and to improve the safety, health and environment at work place, it is essential to meet the following requirements:-

2.1 providing a statutory framework on Occupational Safety and Health in respect of all sectors of industrial activities including the construction sector, designing suitable control systems of compliance, enforcement and incentives for better compliance.

2.2 providing administrative and technical support services.

2.3. providing a system of incentives to employers and employees to achieve higher health and safety standards .

2.4 providing for a system of non-financial incentives for improvement in safety and health.

2.5. establishing and developing the research and development capability in emerging areas of risk and providing for effective control measures.

2.6. Focusing on prevention strategies and monitoring performance through improved data collection system on work related injuries and diseases.

2.7 Developing and providing required technical manpower and knowledge in the areas of safety, health and environment at workplaces in different sectors.

2.8 Promoting inclusion of safety, health and environment, improvement at workplaces as an important component in other relevant national policy documents.

2.9 Including safety and occupational health as an integral part of every operation.

3. OBJECTIVES:

3.1 The policy seeks to bring the national objectives into focus as a step towards improvement in safety, health and environment at workplace. The objectives are to achieve:-

a) Continuous reduction in the incidence of work related injuries, fatalities, diseases, disasters and loss of national assets.

b) Improved coverage of work related injuries, fatalities and diseases and provide for a more comprehensive data base for facilitating better performance and monitoring.

c) Continuous enhancement of community awareness regarding safety, health and environment at workplace related areas.

d) Continually increasing community expectation of workplace health and safety standards.

e) Improving safety, health and environment at workplace by creation of "green jobs" contributing to sustainable enterprise development.

4. ACTION PROGRAMME

For the purpose of achieving the goals and objectives mentioned in paragraphs 2 and 3 above, the following action programme is drawn up and where necessary time bound action programme would be initiated, namely:-

4.1. Enforcement

4.1.1 by providing an effective enforcement machinery as well as suitable provisions for compensation and rehabilitation of affected persons;

4.1.2 by effectively enforcing all applicable laws and regulations concerning safety, health and environment at workplaces in all economic activities through an adequate and effective labour inspection system;

4.1.3 By establishing suitable schemes for subsidy and provision of loans to enable effective implementation of the policy;

4.1.4 by ensuring that employers, employees and others have separate but complementary responsibilities and rights with respect to achieving safe and healthy working conditions;

4.1.5 by amending expeditiously existing laws relating to safety, health and environment and bring them in line with the relevant international instruments;

4.1.6 by monitoring the adoption of national standards through regulatory authorities;

4.1.7 by facilitating the sharing of best practices and experiences between national and international regulatory authorities;

4.1.8 by developing new and innovative enforcement methods including financial incentives that encourage and ensure improved workplace performance;

4.1.9 by making an enabling legislation on Safety, Health and Environment at Workplaces;

4.1.10 by setting up safety and health committees wherever deemed appropriate;

4.2 National Standards

4.2.1 by developing appropriate standards, codes of practices and manuals on safety, health and environment for uniformity at the national level in all economic activities consistent with international standards and implementation by the stake holders in true spirit;

4.2.2 by ensuring stakeholders awareness of and accessibility to applicable policy, documents, codes, regulations and standards;

4.3 Compliance

4.3.1 by encouraging the appropriate Government to assume the fullest responsibility for the administration and enforcement of occupational safety, health and environment

at workplace, provide assistance in identifying their needs and responsibilities in the area of safety, health and environment at workplace, to develop plans and programmes in accordance with the provisions of the applicable Acts and to conduct experimental and demonstration projects in connection therewith;

4.3.2 by calling upon the co-operation of social partners in the supervision of application of legislations and regulations relating to safety, health and environment at work place;

4.3.3 by continuous improvement of Occupational Safety and Health by systems approach to the management of Occupational Safety and Health including developing guidance on Occupational Safety and Health management systems, strengthening voluntary actions, including mechanisms for self-regulatory concept and establishing auditing mechanisms which can test and authenticate occupational safety and health management systems;

4.3.4 by providing specific measures to prevent catastrophes, and to co-ordinate and specify the actions to be taken at different levels, particularly in the industrial zones with high potential risks;

4.3.5 by recognising the best safety and health practices and providing facilitation for their adoption.

4.3.6 by providing adequate penal provisions as deterrent for violation of laws for the time being in force;

4.3.7 by encouraging all concerned to adopt and commit to "Responsible Care" and / or "Corporate Social Responsibility" to improve safety, health and environment at workplace performance;

4.3.8 by ensuring a suitable accreditation machinery to recognise institutions, professionals and services relating to safety, health and environment at workplace for uniformity and greater coverage as also authenticating safe management system;

4.3.9 by encouraging employers to ensure occupational safety and health management systems, establish them in efficient manner to improve workplace safety and health;

4.3.10 by specifically focusing on such occupational diseases like pneumoconiosis and silicosis; developing a framework for its prevention and control as well as develop technical standards and guidelines for the same;

4.3.11 by promoting safe and clean technology and progressively replacing materials hazardous to human health and environment;

4.4 Awareness

4.4.1 by increasing awareness on safety, health and environment at workplace through appropriate means;

4.4.2 by providing forums for consultations with employers' representatives, employees representatives and community on matters of national concern relating to safety, health and environment at work place with the overall objective of creating awareness and enhancing national productivity;

4.4.3 by encouraging joint labour-management efforts to preserve, protect and promote national assets and to eliminate injuries and diseases arising out of employment;

4.4.4 by raising community awareness through structured, audience specific approach;

4.4.5 by continuously evaluating the impact of such awareness and information initiatives;

4.4.6 by maximizing gains from the substantial investment in awareness campaigns by sharing experience and learning;

4.4.7 by suitably incorporating teaching inputs on safety, health and environment at work place in schools, technical, medical, professional and vocational courses and distance education programme;

4.4.8 by securing good liaison arrangements with the International organisations;

4.4.9 by providing medical criteria wherever necessary which will assure insofar as practicable that no employee will suffer diminished health, functional capacity, or life expectancy as a result of his work place activities and that in the event of such occupational diseases having been contracted, is suitably compensated;

4.4.10 by providing practical guidance and encouraging employers and employees in their efforts to reduce the incidence of occupational safety and health risks at their places of employment and to impress upon employers and employees to institute new programmes and to improve existing programmes for providing safe and healthful working conditions, requiring employers to ensure that workers and their representatives are consulted, trained, informed and involved in all measures related to their safety and health at work;

4.5 Research and Development

4.5.1 by providing for research in the field of safety, health and environment at workplace, including the social and psychological factors involved, and by developing innovative methods, techniques including computer aided Risk Assessment Tools, and approaches for dealing with safety, health and environment at workplace problems which will help in establishing standards;

4.5.2 by exploring ways to discover latent diseases, establishing causal connections between diseases and work environmental conditions, updating list of occupational diseases and conducting other research relating to safety, health and environmental problems at workplace;

4.5.3 by establishing research priorities as per national requirements; exploring partnerships and improving communications with various national and international research bodies;

4.5.4 by ensuring a coordinated research approach and an optimal allocation of resources in Occupational Safety and Health sector for such purposes;

4.6 Occupational safety and health skills development

4.6.1 by building upon advances already made through employer and employee initiative for providing safe and healthy working conditions;

4.6.2 by providing for training programmes to increase the number and competence of personnel engaged in the field of occupational safety, health and environment at workplace;

4.6.3 by providing information and advice, in an appropriate manner, to employers and employees organisations, with a view to eliminating hazards or reducing them as far as practicable;.

4.6.4 by establishing occupational health services aimed at protection and promotion of health of employee and improvement of working conditions and by providing employee access to these services in different sectors of economic activities;

4.6.5 by integrating health and safety into vocational, professional and labour related training programmes as also management training including small business practices;

4.6.6 by adopting Occupational Safety and Health training curricula in workplace and industry programmes;

4.7 Data collection

4.7.1 by compiling statistics relating to safety, health and environment at work places, prioritising key issues for action, conducting national studies or surveys or projects through governmental and non-governmental organisations;

4.7.2 by reinforcing and sharing of information and data on national occupational safety, health and environment at work place information amongst different stake holders through a national network system on Occupational Safety and Health;

4.7.3 by extending data coverage relevant to work-related injury and disease, including measures of exposure, and occupational groups that are currently excluded, such as self-employed people;

4.7.4 by extending data systems to allow timely reporting and provision of information;

4.7.5 by developing the means for improved access to information;

4.8 Review

4.8.1 An initial review and analysis shall be carried out to ascertain the current status of safety, health and environment at workplace and building a national Occupational Safety and Health profile.

4.8.2 National Policy and the action programme shall be reviewed at least once in five years or earlier if felt necessary to assess relevance of the national goals and objectives.

5. CONCLUSION

5.1 There is a need to develop close involvement of social partners to meet the challenges ahead in the assessment and control of workplace risks by mobilising local resources and extending protection to such working population and vulnerable groups where social protection is not adequate.

5.2 Government stands committed to review the National Policy on Safety, Health and Environment at Workplace and legislations through tripartite consultation, improve enforcement, compilation and analysis of statistics; develop special programmes for hazardous operations and other focus sectors, set up training mechanisms, create nation-wide awareness, arrange for the mobilisation of available resources and expertise.

5.3 The National Policy and programme envisages total commitment and demonstration by all concerned stake holders such as Government and social partners. Our goals and objectives will be that through dedicated and concerted efforts consistent with the requirements of safety, health and environment at work place and thereby improving the quality of work and working life.

❑❑❑

ARAVALI

Association for Rural Advancement through
Voluntary Action and Local Involvement

ARAVALI, JAIPUR CENTRAL OFFICE
Patel Bhawan, HCM-RIPA (OTS), J. L. N. Marg, Jaipur-302017 India.
Telefax : 0141-2701941, 2710556
E-mail : aravali-rj@nic.in • Web : www.aravali.org.in

ARAVALI Central Regional Resource Centre
SHIVAM, L-6, Gandhinagar, Naka Madar, Ajmer.
Phone : 0145-2671853 • E-mail : rrcajmer@aravali.org.in

ARAVALI Eastern Regional Resource Centre
Flat No. -202-B, Ganpati Tower, Nirmala School Road,
Bhimganj Mandi , Kota Junction, Kota.
Phone : 91-744-2461319 • E-mail : rrckota@aravali.org.in

ARAVALI Western Regional Resource Centre
House No. 495, 17-E Chopasani Housing Board, Jodhpur.
Phone : 91-291-2718932 • E-mail : rrcjodhpur@aravali.org.in