

## भारत में स्वास्थ्य बीमा का उदय और जोखिम

सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल (यूएचसी) की न्यूनतम परिभाषा यह है कि गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल "समुदाय के सभी सदस्यों को उनकी भुगतान क्षमता की परवाह किए बिना" सुनिश्चित की जानी चाहिए - जैसा कि भोरे समिति की रिपोर्ट ने 1946 में ही कहा था। लगभग आठ दशक बाद, भारत मानव विकास के इस मूल लक्ष्य के कहीं भी निकट नहीं है, जबकि कई अन्य देश, अमीर और गरीब, इसे काफ़ी हद तक हासिल कर चुके हैं।

आज एक भ्रम पैदा किया जा रहा है कि स्वास्थ्य बीमा का विस्तार करके यूएचसी को प्राप्त किया जा सकता है। पिछले 10 वर्षों में, राज्य प्रायोजित स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में भारी वृद्धि हुई है। आयुष्मान भारत के तहत 2018 में शुरू की गई प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (पीएमजेएवाई) इस संबंधमें एक मील का प्फ़थर है। पीएमजेएवाई के साथ-साथ, प्रत्येक प्रमुख राज्य का अपना राज्य स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (एसएचआईपी) है। अधिकांश एसएचआईपी पीएमजेएवाई पर आधारित हैं, जिसमें प्रति परिवार प्रति वर्ष अधिकतम ₹5 लाख का कवर है, ये सभी बीमा योजनाएँ केवल इन-पेशेंट देखभाल तक ही सीमित हैं, जहाँ मरीज सूचीबद्ध अस्पतालों, सार्वजनिक और निजी (लगभग आधे-आधे) की सूची में से चुनाव कर सकते हैं। 2023-24 में, PMJAY ने लगभग ₹12,000 करोड़ के वार्षिक बजट के साथ 58.8 करोड़ व्यक्तियों को कवर किया (यह मानते हुए कि राज्यों ने निर्धारित कुल राशि का 40% योगदान दिया)। कुल मिलाकर, SHIP ने भी इतनी ही संख्या को कवर किया और उनका संयुक्त बजट कम से कम ₹16,000 करोड़ था। लगभग ₹28,000 करोड़ का कुल योग अभी भी स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय का अपेक्षाकृत छोटा हिस्सा है, लेकिन यह तेजी से बढ़ रहा है। गुजरात, केरल और महाराष्ट्र, जिन राज्यों के प्रासंगिक आँकड़े उपलब्ध हैं, में हमने पाया कि SHIP बजट 2018-19 और 2023-24 केबीच वास्तविक रूप से 8% से 25% प्रति वर्ष की दर से बढ़ा है।

**खामियाँ और गहरी हो सकती हैं**  
इसमें कोई संदेह नहीं है कि पीएमजेएवाई और एसएचआईपी गरीब मरीजों को कुछ राहत प्रदान करते हैं, जब सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाएँ भीड़भाड़ वाली या घटिया होती हैं, क्योंकि ये योजनाएँ उन्हें कम लागत पर व्यापक विकल्प प्रदान करती हैं। हालाँकि, ये योजनाएँ एक सुदृढ़ यूएचसी ढाँचे का विकल्प नहीं हैं। और इनमें कई बड़ी खामियाँ हैं, जिनमें से कुछ भारत की स्वास्थ्य सेवा प्रणाली की खामियाँ और भी बदतर बना सकती हैं।

पहला, स्वास्थ्य बीमा लाभ-आधारित चिकित्सा को बढ़ावा देता है। पीएमजेएवाई बजट का लगभग दैतिहाई हिस्सा निजी, मुख्यतः लाभ-केंद्रित अस्पतालों पर खर्च किया जाता है (एसएचआईपी के संबंधित आँकड़े उपलब्ध नहीं हैं)। छह प्रमुख राज्यों में पीएमजेएवाई के एक हालिया अध्ययन में पाया गया कि इस योजना से अस्पताल में भर्ती होने की दरों में बहुत कम अंतर आया, लेकिन निजी अस्पतालों का उपयोग बढ़ा। जैसा कि अर्थशास्त्र में अच्छी तरह से समझा जाता है स्वास्थ्य सेवा में लाभ की भावना अत्यधिक समस्याग्रस्त है। यदि लाभ-प्राप्ति करने वाले निजी प्रदाताओं को अनुमति दी जाती है, तो उन पर कड़ा नियंत्रण होना चाहिए। हालाँकि, भारत की स्वास्थ्य सेवा प्रणाली में खराब नियमन वाले लाभ-प्राप्ति करने वालों का बोलबाला है।



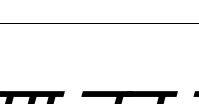
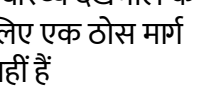
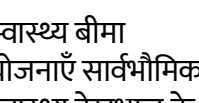
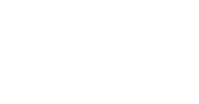
**Anfaz Abdul Vahab**

is an independent researcher



**Jean Drèze**

is a Visiting Professor at the Department of Economics, Ranchi University, Jharkhand



**Rohan Singh**  
is an independent journalist covering urban environmental governance and public health

शहरी ध्वनि प्रदूषण हमारे समय की सबसे उपेक्षित जन स्वास्थ्य समस्याओं में से एक बनकर उभरा है। भारतीय शहरों में, खासकर स्कूलों, अस्पतालों और आवासीय क्षेत्रों के पास, डेसिबल का स्तर नियमित रूप से अनुमेय सीमा से अधिक हो जाता है, जिससे शांति और सम्मान का संवैधानिक वादा धूमिल होता है।

2011 में, केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड (CPCB) ने राष्ट्रीय परिवेशीय ध्वनि निगरानी नेटवर्क (NANMN) की शुरुआत की, जिसकी परिकल्पना एक वास्तविक समय डेटा प्लेटफ़ॉर्म के रूप में की गई थी। एक दशक बाद, यह नेटवर्क सुधार के साधन के बजाय एक निष्क्रिय भंडार के रूप में अधिक कार्य करता है। डेटा डैशबोर्ड पर बिखरा हुआ है, लेकिन सार्थक प्रवर्तन अभी भी दुर्लभ है।

समस्या केवल सेंसरों की गलत स्थापना (कई सेंसर सीपीसीबी के 2015 के दिशानिर्देशों का उल्लंघन करते हुए 25 से 30 फीट की ऊँचाई पर लगाए गए हैं) में ही नहीं है, बल्कि जवाबदेही के गहरे अभाव में भी है। पक्षपातपूर्ण या अपूर्ण, उपलब्ध आँकड़े राजनीतिक और प्रशासनिक रूप से निष्क्रिय बने हुए हैं। इसकी तुलना यूरोप से करें, जहाँ शोर से होने वाली बीमारियों और मृत्यु दर के आँकड़े सक्रिय रूप से नीति को आकार देते हैं। यूरोपीय पर्यावरण एजेंसी ने हाल ही में शहरी ध्वनि प्रदूषण की वार्षिक आर्थिक लागत €100 बिलियन आंकी है, जिससे गति क्षेत्रों और जोनिंग ढाँचों में पुनः डिजाइन किया गया है। इसके विपरीत, भारत नियामक विखंडन और संस्थागत चुप्पी से ग्रस्त है। सूचना के अधिकार के प्रश्न अनुत्तरित रहते हैं; राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड अलग-अलग काम करते हैं; और यहाँ तक कि उत्तर प्रदेश जैसे राज्यों में भी, 2025 की पहली तिमाही के आँकड़े जनता के लिए अनुपलब्ध हैं।

**उदासीनता, उपेक्षा, गंभीर प्रश्न**

यह केवल पर्यावरणीय उदासीनता नहीं है। यह संवैधानिक उपेक्षा की सीमा पर है। अनुच्छेद 21 मानसिक और पर्यावरणीय कल्याण को समाहित करते हुए सम्मान के साथ जीवन जीने के अधिकार की गारंटी देता है। अनुच्छेद 48A सक्रिय पर्यावरण संरक्षण। जब "शांत क्षेत्र" शोर का केंद्र बन जाते हैं, तो यह राज्य की क्षमता और नागरिक सम्मान पर गंभीर प्रश्न खड़े करता है।

ध्वनि प्रदूषण (वेिनियमन एवं नियंत्रण) नियम, 2000 एक मज़बूत क़ानूनी ढाँचा प्रदान करते हैं, लेकिन इनका प्रवर्तन काफ़ी हद तक प्रतीकात्मक ही रहा है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार, शांत क्षेत्रों में सुरक्षित सीमा दिन में 50 dB(A) और रात में 40 dB(A) है।

बढ़ते ध्वनि प्रदूषण से लड़ने के लिए शहरी भारत को अधिकार-आधारित दृष्टिकोण अपनाना होगा

### संदिग्ध उत्साह

**सरकार को अपने राजकोषीय घाटेके लक्ष्य को पूरा करना मुश्किल हो सकता है**

शुक्रवार को जारी जीडीपी वृद्धि के आँकड़े, जो दर्शाते हैं कि इस वित्तीय वर्ष की पहली तिमाही में वृद्धि दर 7.8% रही, ऐसे समय में एक सुखद आश्चर्य के रूप में आए जब अधिकांश टिप्पणियाँ विकास को रोकने वाले कारकों पर केंद्रित थीं। उदाहरण के लिए, भारतीय रिज़र्व बैंक ने भी, हाल ही में 6 अगस्त को, पहली तिमाही में 6.5% की वृद्धि दर का अनुमान लगाया था। यह आँकड़ा जारी होने से एक महीने से भी कम समय पहले 1.3 प्रतिशत अंकों की महत्वपूर्ण गिरावट दर्शाता है, जिस पर उसे आत्मचिंतन करना होगा। आँकड़ों के भीतर, विनिर्माण क्षेत्र की 7.7% की मजबूत वृद्धि विशेष रूप से उत्साहजनक थी, क्योंकि यह पिछले वर्ष की पहली तिमाही में 7.6% के अपेक्षाकृत उच्च आधार पर आई थी। कुछ टिप्पणीकारों ने कहा है कि ऐसा इसलिए है क्योंकि कंपनियाँ अमेरिका द्वारा अगस्त में टैरिफ ​​​​लगाने की समय सीमा से पहले उत्पादन और निर्यात बढ़ा रही थीं। हालाँकि, यह देखते हुए कि पहली तिमाही में व्यापारिक निर्यात में केवल 1.6% की वृद्धि हुई, अधिक संभावित कारण यह है कि कंपनियाँ घरेलू माँग को पूरा कर रही थीं। हालाँकि, सरकार द्वारा जारी आँकड़े इस बारे में अधिक स्पष्टता प्रदान नहीं करते हैं। औद्योगिक उत्पादन सूचकांक द्वारा मापे गए विनिर्माण क्षेत्र की वृद्धि दर पहली तिमाही में 3.3% रही, जो पिछले वर्ष की पहली तिमाही में देखी गई 4.3% की वृद्धि दर से कम है। इस वर्ष पहली तिमाही में इस्पात की खपत पिछले वर्ष की तुलना में काफी कम रही। निजी और वाणिज्यिक वाहनों की बिक्री में वास्तव में क्रमशः पहली तिमाही में 5.4% और 0.6% की गिरावट आई। रेलवे माल ढुलाई में पिछले वर्ष की तुलना में 2.5% की वृद्धि हुई, जबकि हवाई माल ढुलाई में पिछले वर्ष की तुलना में 5.4% की वृद्धि हुई। दोपहिया वाहनों की बिक्री में 6.2% की गिरावट आई, जबकि तिपहिया वाहनों की बिक्री में 0.1% की वृद्धि दर स्थिर रही। विविध आँकड़े दर्शाते हैं कि मुख्य और उपभोक्ता क्षेत्र धीमे पड़ रहे हैं, इसलिए विनिर्माण क्षेत्र में आई तेजी पर गहन विचार किया जाना चाहिए। सेवा क्षेत्र का मजबूत प्रदर्शन स्वागत योग्य है, और यह दर्शाता है कि भारतीय अर्थव्यवस्था इस क्षेत्र पर कितनी निर्भर है।

मुख्य आर्थिक सलाहकार वी. अनंत नागेश्वरन ने कहा है कि सरकार इस वर्ष के लिए अपने 6.3%-6.8% की वृद्धि दर के अनुमान पर कायम है। इसका मतलब यह है कि पहली तिमाही में 7.8% की वृद्धि के साथ, सरकार को उम्मीद है कि शेष तीन तिमाहियों में विकास दर में उल्लेखनीय गिरावट आएगी, भले ही सरकार ने अमेरिकी टैरिफ ​​​​के सीमित प्रभाव के बारे में बयान दिए हों। ये आँकड़े सांख्यिकीय प्रणाली की मजबूती पर भी सवाल उठाते हैं, क्योंकि 8.8% की नाममात्र जीडीपी वृद्धि दर यह मानकर चलती है कि पहली तिमाही में मुद्रास्फीति केवल 1% थी। स्पष्ट रूप से, मूल्य स्तरों का पर्याप्त रूप से आकलन नहीं किया जा रहा है। अपेक्षाकृत कम नाममात्र वृद्धि दर सरकार के लिए अपने राजकोषीय घाटे के लक्ष्यों को पूरा करना और भी चुनौतीपूर्ण बना देती है, खासकर ऐसे समय में जब उसे आगामी जीएसटी दरों में कटौती के कारण राजस्व में गिरावट की आशंका है। कुल मिलाकर, जीडीपी के आँकड़े उत्साह तो लेकर आए हैं, लेकिन कई सवाल भी खड़े किए हैं।

### बिना किसी अनुवाद गलती वाला संस्करण फ्री में पढ़ने के लिए अभी 8168305050 पर संपर्क करें।

स्वास्थ्य बीमा इस पूर्वाग्रह को सुधारने के बजाय उसे और मज़बूत करता है।

दूसरा, स्वास्थ्य बीमा स्वास्थ्य सेवा प्रणाली को अस्पताल में भर्ती होने की ओर भी झुकाता है, जबकि प्राथमिक और बाह्य रोगी देखभाल में निवेश ज़्यादा जरूरी हो सकता है। प्राथमिक देखभाल को मज़बूत करने से न केवल सुलभ उपचार सुनिश्चित होगा, बल्कि अनावश्यक अस्पताल जाने और उनके वित्तीय बोझ को भी कम किया जा सकेगा। सभी बुजुर्ग नागरिकों (70 वर्ष और उससे अधिक आयु के) को PMJAY में शामिल करने के साथ-साथ, जनसंख्या की तेजी से बढ़ती उम्र के साथ, यह जोखिम जुड़ा है कि मंहंगी तृतीयक स्वास्थ्य सेवाएँ सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय के बढ़ते हिस्से को अवशोषित कर लेंगी, जबकि कई बुनियादी स्वास्थ्य सेवाएँ लगातार कम पड़ रही हैं।

तीसरा, उपयोग संबंधी गंभीर समस्याएँ प्रतीत होती हैं। आधिकारिक आँकड़े बताते हैं कि PMJAY और SHIP का संयुक्त कवरेज 80% आबादी के बराबर है। हालाँकि, बहुत से लोग इस योजना के बारे में या इसका उपयोग कैसे करें, इसके बारे में नहीं जानते हैं, भले ही वे नाममात्र के लिए नामांकित हों। जैसा कि 2022-23 के घरेलू उपभोग व्यय सर्वेक्षण के हालिया विश्लेषण से पता चलता है, उस वर्ष केवल 35% बीमित अस्पताल के मरीज ही अपने बीमा का उपयोग कर पाए थे। अ्य अध्ययनों में भी, विशेष रूप से वंचित समूहों के बीच, उपयोग में गंभीर बाधाओं की सूचना दी गई है। शायद यही एक कारण है कि PMJAY या SHIP को जेब से होने वालेस्वास्थ्य व्यय में उल्लेखनीय कमी से जोड़ने वाले कोई ठोस प्रमाण नहीं हैं।

**अस्पताल और भेदभाव**  
चौथा, लक्षित स्वास्थ्य बीमा योजनाएँ बीमित और गैर-बीमित रोगियों के बीच भेदभाव की समस्याएँ पैदा करती हैं। निजी अस्पताल गैर-बीमित रोगियों को प्राथमिकता देते हैं क्योंकि स्वास्थ्य सेवा के व्यावसायिक शुल्क आमतौर पर अधिक होते हैं, अक्सर बीमा प्रतिपूर्ति दरों से कहीं अधिक। बीमा उपयोग इतना कम होने का एक संभावित कारण यह है कि निजी अस्पताल किसी न किसी तरह से इसे हतोत्साहित करते हैं। सार्वजनिक अस्पताल, अपनी ओर से, बीमित रोगियों को प्राथमिकता देते हैं क्योंकि उन्हें उनके इलाज के लिए कुछ पैसे मिल जाते हैं। इससे भेदभावपूर्ण व्यवहार और तुरंत बीमा के लिए नामांकन कराने का दबाव जैसी अपनी समस्याएँ पैदा होती हैं।

पाँचवीं बात, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की स्वास्थ्य बीमा को लेकर अपनी शिकायतें हैं, जिनमें कम प्रतिपूर्ति दर और लंबी देरी शामिल हैं। पहली शिकायत उचित हो भी सकती है और नहीं भी (ऐसा सुनने की उम्मीद तो की ही जा सकती है), लेकिन दूसरी को खारिज करना मुश्किल है। दरअसल, राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राधिकरण (एनएचए) ने कुछ महीने पहले ही खुलासाकिया था कि अकेले पीएमजेएवाई के तहत लंबित बकाया राशि ₹12,161 करोड़ है, जो इस योजना के पूरे वार्षिक बजट से भी ज़्यादा है। कई रिपोर्ट्स में निजी अस्पतालों द्वारा पीएमजेएवाई के तहत मरीजों को दी जाने वाली सेवाएँ बंद करने या यहाँ तक कि योजना से हटने की बात कही गई है, क्योंकि बिल महीनों तक बकाया रहते हैं। लोकसभा में स्वास्थ्य मंत्रालय के एक हालिया बयान के अनुसार, पीएमजेएवाई की शुरुआत से अब तक 609 अस्पतालों ने इससे खुद को अलग कर लिया है।

आखिरी लेकिन कम महत्वपूर्ण बात यह है कि स्वास्थ्य बीमा योजनाएँ भ्रष्टाचार और दुरुपयोग से ग्रस्त हैं। एनएचए ने हाल हीमें पीएमजेएवाई के तहत धोखाध्दी करने वाले 3,200 अस्पतालों के खिलाफ कार्रवाई की सिफ़ारिश की है। देश भर से अनियमितताओं की मोड़िया में भी नियमित रूप से खबरें आती रहती हैं। इनमें पात्र मरीजों को इलाज से वंचित करना, निजी प्रदाताओं द्वारा बीमित मरीजों से शुल्क वसूलना, और योजना का फायदा उठाने के लिए अनावश्यक प्रक्रियाएँ करना शामिल है। ये अनियमितताएँ मरीजों को गंभीर वित्तीय और स्वास्थ्य जोखिमों के संपर्क में लाकर स्वास्थ्य बीमा के उद्देश्य को विफल करती हैं।

कड़ी निगरानी और ऑडिट की श्रृंखला से अनियमितताओं को रोकने की अपेक्षा की जाती है, लेकिन इस बात के बहुत कम प्रमाण हैं कि ये सुरक्षा उपाय प्रभावी हैं। हमें योजना पोर्टल पर ऑडिट रिपोर्ट का कोई निशान नहीं मिला। यह स्वास्थ्य बीमा में व्यापक पारदर्शिता की कमी का एक लक्षण है।

**यह प्रणाली लाभ-प्रेरित है**  
संक्षेप में, भारत की स्वास्थ्य बीमा योजनाएँ स्वास्थ्य सेवा की व्यवस्था करने का एक बहुत ही खराब तरीका हैं, खासकर उन लोगों के लिए जिन्हें इस प्रणाली का उपयोग करने में कठिनाई होती है। ये योजनाएँ सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के विस्तार और सुधार में भारत की लगातार विफलता की भरपाई नहीं कर सकतीं। किसी भी देश ने इस तरह के आधार पर सर्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा (UHC) हासिल नहीं की है।

इसका मतलब यह नहीं है कि कुछ देशों में सामाजिक स्वास्थ्य बीमा UHC ढाँचे का एक हिस्सा है। कनाडा और थाईलैंड इसके दो उदाहरण हैं। लेकिन PMJAY और SHIP में सामाजिक स्वास्थ्य बीमा की महत्वपूर्ण विशेषताओं का अभाव है, जैसे कि सार्वभौमिक कवरेज, और उससे भी महत्वपूर्ण बात, गैर-लाभकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं पर ज़ोर नहीं दिया गया है।

भारत की लाभ-संचालित स्वास्थ्य सेवा प्रणाली, सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में दशकों से हुए भारी निवेश की कमी को दर्शाती है - इस मामले में भारत से आगे बहुत कम देश हैं। विश्व बैंक के नवीनतम विश्व विकास संकेतकों के अनुसार, 2022 में भारत में स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय अभी भी सकल घरेलू उत्पाद का 1.3% ही था, जबकि विश्व औसत 6.1% है। इस कमी को दूर करने और सार्वजनिक क्षेत्र में स्वास्थ्य सेवा मानकों में बदलाव लाने के गंभीर प्रयास के बिना UHC को प्राप्त नहीं किया जा सकता। कुछ भारतीय राज्य इस दिशा में आगे बढ़ रहे हैं, और उनके परिणाम उत्साहजनक हैं, लेकिन अभी भी बहुत बड़ी खामियाँ हैं। स्वास्थ्य बीमा उस प्रणाली के लिए एक दर्द निवारक से ज़्यादा कुछ नहीं है जिसे उचित उपचार की आवश्यकता है।

## ध्वनि प्रदूषण बढ़ रहा है लेकिन नीतियाँ खामोश हैं

फिर भी, दिल्ली और बेंगलुरु जैसे शहरों में, संवेदनशील संस्थानों के पास रीडिंग अक्सर 65 dB(A)-70 dB(A) तक पहुँच जाती है।

बुनियादी ढाँचे के विस्तार और रसद-संचालित यातायात ने इस संकट को और बढ़ा दिया है। नियामक प्रतिबंधों के बावजूद देर रात तक ड्रिलिंग और क्रेन संचालन जारी है। 2024 में, भारत के सर्वोच्च न्यायालय ने फिर से पुष्टि की कि पर्यावरणीय व्यवधान - जिसमें अत्यधिक शोर भी शामिल है - अनुच्छेद 21 के तहत जीवन और सम्मान के मौलिक अधिकार का उल्लंघन कर सकता है। ध्वनि प्रदूषण (V) में, न्यायालय ने माना कि अनियंत्रित शहरी शोर मानसिक स्वास्थ्य और नागरिक स्वतंत्रता के लिए एक गंभीर खतरा पैदा करता है(यह मामला 2005 का है, और शहरी शोर और मौलिक अधिकारों पर इसके प्रभाव पर नए सिरे से उठी चिंताओं के संदर्भ में, न्यायालय द्वारा 2024 में फिर से संदर्भित और व्याख्या की गई थी)।

पारिस्थितिक लागत भी कम पेशान करने वाली नहीं है। आँकलैंड विश्वविद्यालय द्वारा 2025 में किए गए एक अध्ययन में पाया गया कि शहरी शोर और कृत्रिम प्रकाश ने केवल एक रात के बाद ही आम मैना की नींद और गाने के पैटर्न को बाधित कर दिया। पक्षी कम और कम जटिलता के साथ गाते थे, जिससे उनकी सामाजिक संकेतन क्षमता कमज़ोर हो जाती थी। यह केवल पक्षियों से जुड़ी चिंता नहीं है, बल्कि यह पारिस्थितिक संचार प्रणालियों के टूटने का संकेत भी है। जब जैव विविधता अपनी आवाज़ खो देती है, तो यह शहरी पर्यावरणीय नैतिकता के गहरे क्षरण को दर्शाता है।

**नागरिक थकान और मौन की राजनीति**  
शहरी शोर केवल एक तकनीकी मुद्दा नहीं है, बल्कि यह गहरा राजनीतिक है। निरंतर जन आक्रोश का अभाव ध्वनि संबंधी आक्रामकता के सामान्यीकरण से उभरा है। हॉर्न बजाना, ड्रिलिंग और लाउडस्पीकर परिवेश में जलन पैदा करने वाले कारक बन गए हैं, जिन्हें चुनौती देने के बजाय सहन किया जाता है। यह नागरिक थकान एक प्रदूषक के रूप में शोर की अदृश्यता से और भी बढ़ जाती है। धुंध या कचरे के विपरीत, ध्वनि कोई अवशेष या कोई दृश्यमान दाग नहीं छोड़ती - केवल एक घिसा-पिटा मन और एक अशांत नींद चक्र छोड़ती है। इसका परिणाम सार्वजनिक स्वास्थ्य का, विशेष रूप से बच्चों, बुजुर्गों और पहले से मौजूद बीमारियों से ग्रस्त लोगों के बीच, एक शांत क्षरण है।

भारत का कानूनी ढांचा, कागज पर तो मज़बूत है, लेकिन खंडित क्रिया-व्ययन से ग्रस्त है। शहरी वास्तविकताओं को प्रतिबिंबित करने के लिए ध्वनि प्रदूषण नियम, 2000 को शायद ही कभी अद्यतन किया जाता है। नगर निकायों, यातायात पुलिस और प्रदूषण नियंत्रण बोर्डों के बीच समन्वय बहुत कम है। राष्ट्रीय परिवेशी वायु गुणवत्ता मानकों के समान एक राष्ट्रीय ध्वनिक नीति की तत्काल आवश्यकता है। ऐसे ढाँचे में सभी क्षेत्रों में अनुमेय डेसिबल स्तरों को परिभाषित किया जाना चाहिए, नियमित ऑडिट अनिवार्य किए जाने चाहिए और स्थानीय शिकायत निवारण तंत्रों को सशक्त बनाया जाना चाहिए। अंतर-एजेंसी तालमेल के बिना, प्रवर्तन छिटपुट और प्रतीकात्मक ही रहेगा।

**‘ध्वनि सहानुभूति’ की संस्कृति अपनाएँ**  
अंततः, शहरी शोर के विरुद्ध लड़ाई केवल नियामक नहीं, बल्कि सांस्कृतिक है। शहरों को ध्वनि सहानुभूति की साझा नैतिकता विकसित करनी चाहिए। जन अभियानों को नारों से आगे बढ़कर स्कूलों, चालक प्रशिक्षण कार्यक्रमों और सामुदायिक स्थानों में गहन शिक्षा तक पहुँचाना चाहिए। जिस तरह निरंतर संदेश के माध्यम से सीटबेल्ट का उपयोग एक आदर्श बन गया, उसी तरह हॉर्न बजाने में कमी और शोर के प्रति संवेदनशीलता को सामाजिक रूप से आत्मसात किया जा सकता है। मौन ध्वनि का अभाव नहीं, बल्कि देखभाल की उपस्थिति है।

तो फिर, सुधार कहाँ से शुरू होना चाहिए? सबसे पहले, NANMN कविकेंद्रीकरण करें - स्थानीय निकायों को वास्तविक समय के शोर डेटा तक पहुँच प्रदान करें और कार्रवाई करने की ज़िम्मेदारी दें।

दूसरा, निगरानी को प्रवर्तन से जोड़ें — दंड, ज़ोनिंग अनुपालन या निर्माण प्रतिबंधों के बिना, डेटा प्रदर्शनात्मक बना रहता है।

तीसरा, जागरूकता को संस्थागत बनाएँ — “नो हॉर्निंग डे” जैसी पहलों को निरंतर व्यवहारिक अभियानों में बदलना होगा।

चौथा, शहरी नियोजन में ध्वनिक लचीलापन शामिल करें — शहरों को केवल गति और विस्तार के लिए ही नहीं, बल्कि ध्वनिक सभ्यता के लिए भी डिजाइन किया जाना चाहिए।

मौन को थोपा नहीं जाना चाहिए और इसे डिजाइन, शासन और लोकतांत्रिक इच्छाशक्ति के माध्यम से सक्षम बनाया जाना चाहिए। जब तक भारत शहरी शोर के प्रति अधिकार-आधारित दृष्टिकोण नहीं अपनाता, तब तक उसकेस्मार्ट शहर ध्वनि के स्तर पर रहने योग्य नहीं रह सकते।