

HRT - pt share conversation file
on WHO policies 2003 July onwards
Jw
14/8/03

HP-7.

RF_HP_3_A_PART_2_SUDHA

DRWS 1 KF 3

Main Identity

From: "UNNIKRIKSHNAN PV (Dr)" <sunnikru@yahoo.com>
To: <PHA-Europe@egroups.com>; <pha-exchange-admin@kabissa.org>; <pha-ncc@yahoogroups.com>
Sent: Thursday, July 24, 2003 5:57 AM
Subject: [pha-ncc] Disease burden to test new WHO chief

Disease burden to test new WHO chief

From D Ravi Kanth
DH News Service GENEVA, July 21

Deccan Herald- July 22, 2003

As Dr Lee Jong-Wook — a public health specialist from South Korea and a leading light in polio eradication — takes over office on Monday as Director-General of the World Health Organization, hopes are pinned on his leadership to tackle the escalating disease burden in poor countries.

Unlike his high-profile predecessor and former Norwegian prime minister Gro Harlem Brundtland, Dr Lee is a WHO-insider with strong public health credentials. His election to WHO's top job was a tough race in which he won the final lap by just one vote.

Dr Lee told Deccan Herald last week that he was fully involved in the polio eradication campaign and has visited Bangalore and Hyderabad several times to oversee the eradication programme.

"If I could succeed in polio-eradication, why can't I bring measurable results in tackling HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria?" he asked.

Dr Lee was involved in his country's leprosy programme and, subsequently, moved to the WHO to look after polio eradication.

His motto is guided by three principles: "We must do the right things. We must do them in the right places. And we must do them the right way."

He promised to issue a new global plan by December 1 to address HIV/AIDS. "HIV/AIDS will be given a renewed emphasis as one of WHO's priority programmes, particularly focusing on the target of providing three million people in developing countries with antiretroviral drugs by the end of 2005 (the "Three by Five" goal)," Dr Lee said.

Similarly, he says he will strengthen the global surveillance division to track down communicable diseases such as the recent SARS (Serious Acute Respiratory Syndrome) that hit Asian countries particularly hard.

In response to a question on whether he would choose the practice of declaring travel bans on countries that face serious communicable diseases such as SARS, Dr Lee said he would not wait for "one second" to impose such a ban if required.

Dr Lee concedes that there have been failings in accomplishing the public health goals set out in the Alma Mata declaration some 25 years ago: "Health for all by 2000."

He says there is urgent need to revisit the declaration all over again. Similarly, he agrees that trade-related intellectual property right provisions of the World Trade Organization should not come in the way of addressing public health problems.

And he also disagrees sharply with the criticism levied on the private sector for not engaging seriously in the health sector, and asserts that if proper partnerships are designed with the private sector they can deliver results. He argues that there is room for an active role for pharmaceutical companies in the public health projects.

Dr Lee will be assisted by 11 health experts largely drawn from rich countries to deliver results in the ambitious agenda that he set out for himself for the next five years.

They include Denis Aitken from the United Kingdom, Jack Chow from the United States to look after HIV/AIDS, TB and malaria, Tim Evans from Canada for information policy, Catherine Le Gales-Camus from France to look after noncommunicable diseases and mental health, Kerstin Leitner from Germany for sustainable development and healthy environments, Anders Nordstrom from Sweden for general management, and Vladimir Lepakhin from Russia for technology and pharmaceuticals.

Only four health experts from developing countries — Anarfi Asamoah-Baah from Ghana, Kazem Behbehani from Kuwait, Liu Peilong from China, and Joy Phumaphi from Botswana — are included in Dr Lee's cabinet.

But several developing countries expressed utter amazement over Dr Lee's selection of public health experts in his cabinet from rich countries that are not the epicentre for disease-burden, particularly HIV/AIDS, TB, and malaria.

|||||

Message forwarded by

Dr Unnikrishnan P.V. India E-mail: unnikru@yahoo.com / Ph (M): +91 (0) 98450 91319

30,000 children will die in the next 24 hours from preventable diseases.

Click www.TheMillionSignatureCampaign.org , to join a campaign that demands HEALTH FOR ALL NOW!

Yahoo! Groups Sponsor

ADVERTISEMENT

Online Bachelor's and Master's Degrees for Working Professionals

Accounting (2) ^{NEW}	Education (5)
Business Administration (7)	Information Technology (2)
Criminal Justice (1)	Nursing (2) ^{NEW}

[View All Programs](#)

To unsubscribe from this group, send an email to: pld-not-unsucribe@egroups.com

India's billionth citizen speaks

Where poverty, injustice and atrocities against women and children are rampant, truth stands a weak chance of prevailing over wrong.

VATSALA VEDANTAM gives expression to the heartfelt cry of the female child which hopes to survive all odds believing that perseverance, though delayed, ultimately triumphs.

I HAVE arrived. The billionth citizen of this ancient land with its 5000-year-old civilisation. The inheritor of the world's largest democracy — with 40 political parties and 24 official languages. Each spoken by a million and more persons.

It would have been lucky if I was born male. As a girl child, I may not survive at all. Foeticide, infanticide, forced suicide. Our kitchen fires burn too bright sometimes with all those accidents. Whereas, if I was a son, I would have brought prosperity to our household. That is, if I was not among the unlucky 110 of every 1,000 live births who do not live to celebrate their first birthday. And, if I also managed to survive diarrhoea, diphtheria, pertussis, tetanus, measles and malnutrition.

They say my country has the world's highest infant mortality rate. Its youngest citizens are victims of deprivation, disease and untimely death. But I am still proud that I belong to one of the 183 member nations which ratified the United Nations Declaration on the Rights of the Child.

I have arrived.

Into a land which suffers droughts, floods, earthquakes and other natural calamities with dreadful regularity and stoic acceptance. They wipe us out in tens of thousands. Nature's own population control mechanisms, I guess. A land whose granaries overflow with food, but whose distribution processes leave thousands more starving. We lately made headlines by reviving preventable diseases like plague, malaria, dengue and tuberculosis. So, they call us a backward nation. But we do have a national health policy which long ago promised "Health for All by 2000 AD." We may allot less than one per cent of our gross domestic produce on health, while spending several times that on defence. So what? We now belong to that exclusive club which can flex its nuclear muscles at the world's most powerful nations.

Yes. It is true that 800 million of us who live in villages have no access to safe drinking water. It is also true that in our cities, 7,000 citizens are cramped into every one kilometre of space. I don't deny that we have to make do with half a million elementary schools even though we add 48,000 more to our population every day. But, these are matters that do not unduly worry us. Nor our national leaders either. On the other hand, they probably wish to keep us going at the same rate of reproduction — 18 million a year, to be precise — because we are their precious vote banks. Never mind what colours they wear. Saffron, white or green, they are all the same. We keep them in power. In turn, they keep us illiterate, ignorant and prolific.

I have arrived.

Into this vast country with its mind boggling religions, dialects, castes and communities. On the ninth day of the waxing moon. To parents who cannot read and write. Who walk several kilometres every day to collect water for drinking and firewood for cooking. The birth of one more daughter does



Mani

not bring cheer into their drab lives. It only means one more mouth to feed. And, one more drain on their resources. Who knows, I may be married off before I turn five to a boy of my own age in exchange for some rice. We had something called

the Shradha Act many years ago prohibiting such marriages. But little do the authors of such legislative measures know what hunger means. They do not understand that in times of drought and famine, it is we children who rescue our parents. That is why we are called assets even if we swell the population to a billion or more.

In any case, my parents will not send me to school notwithstanding our universal primary education programme. I will become the surrogate mother to my siblings while they go to work. My brothers are wage earners too. They clean the floor in eateries where their employers give them the leftovers, and to my parents the wages. They don't mind. For, otherwise they would starve. Or be rummaging in garbage dumps for stale food scraps. When they are older, they will be sent to work in automobile garages. Or, petrol filling stations. If their luck holds good, perhaps even to a match factory where they would work for 14 hours a day to augment the family income. The opportunities are endless in this land of a 390-million labour force. My parents are wise not to waste our precious childhood in schools which have no buildings, blackboards or teachers. An education that would have certainly left us unemployed and unemployable.

I have arrived.

But, it is not all that hopeless. Out there, far from my village, there are cities where things are vastly different. Where towering buildings house corporate offices and 5-star hotels. Where the tech parks jostle with super specialty hospitals. Where prestigious scientific institutions rub shoulders with savvy universities. Cities where the Indian diaspora called the Middle Class lives makes a fortune. Where luxury apartments are the latest gizmos. Where people ride air-conditioned limousines, drink mineral water and attend sanitised lives. Whose children attend expensive schools and speak the Queen's English. Who wear Levis jeans and Nike shoes. Eat the lucky Fried Chicken and Macdonald burgers. Indulge in Scotch whiskey and Gold Flake cigarettes. They are the new generation kids, the offspring of a liberal economic policy who gladly lap up the discarded goodies from other countries.

But wait.

There are other avatars too. Like the management gurus and the dot.com prodigies who are exploding on our information highway. They are going places with the software skills and web site wizardry. They are the brilliant sons and daughters of the same incredible land. They will distinguish their universities, gain admission into the League schools and do their country proud. What's more, other countries like America are falling over each other to grab these one-of-a-kind professionals. They are all out there. Along with hundreds of other talented folk. Engineers. Scientists. Artists. Writers. Who are surely going to put this one billion strong country on the map of the world. Who knows, I may become part of that diaspora some day?

I have arrived. ●

POPULATION EXPLOSION-II

Case for a realistic policy

By J L AZAD, P P SINGH & KARUNA SINGH

THE Union Government's medium-term objective of bringing down the Total Fertility Rate (TFR) to replacement level by 2010 and the long-term objective of achieving a stable population by 2040 are to be achieved through the pursuit of 12 strategic themes such as decentralised planning and proper implementation, convergence of service delivery at the village and household levels, empowering women for improved health and nutrition, meeting the unmet needs for family welfare services and diversifying health care providers. The National Population Policy has stressed that information, education and communication of family welfare messages must be clear, focussed and disseminated everywhere.

Another significant motivational measure is the Atal Behari Vajpayee Government's decision to extend the freezing of the number of Lok Sabha and the Rajya Sabha seats for another 25 years i.e. from 2001 to 2026. The National Commission on Population at the Centre is also a significant step and in the right direction.

Among the promotional and motivational measure for adoption of the small family norms, mention may be made of rewarding the Panchayats and Zilla Parishads for their performance in universalising small family norms, offering reward for the birth of the girl child, continuing maternity benefit scheme, rewarding couples below the poverty line with not more than two children etc. to undergo sterilisation.

Effective disincentives

The measures of regulating the growth of population as listed above are unexceptionable. It is, however, doubtful if they will be

effective to the required extent. While in a democratic society like ours, it is difficult to enforce rigidly a programme of limiting child birth to a single child, as China has done, it is necessary to introduce effective disincentives for producing more than one child — son or daughter.

Some of the measures, which need to be taken urgently are: Delayed marriages, education and community participation. First, delayed marriage is a potent weapon for bringing about decline in population. It has been found that more than half of all female marriages occur before the age of 20. In some States like Rajasthan, marriages are solemnised even before the children have crossed their infancy. In this connection, the position of age at marriage in the People's Republic of China and Vietnam is of interest. It was 18 in China in 1940 and it peaked to 23 years in 1980 to be stabilised at 21 years in recent times. In Vietnam, the average age of female marriage is around 22 years and that of male 26.

Women's education

Secondly, education is another important input for regulating population growth. In this connection, the education of girls assumes utmost significance. As already stated, in spite of earnest efforts in the post-independence period, girls' education at all stages is lagging behind. It must be emphasised that women's education is crucial to the success of any programme of population control.

It is also necessary that the children at an appropriate age should be given information about the reproductive system, healthy sexual behaviour and related moral and

ethical issues. The content areas of population education are population dynamics, population, environment and sustainable development, the gender equality in the family system and information about STI, HIV/AIDS, drug abuse etc.

Thirdly, community participation with involvement of all community leaders from grassroot level to the national level is an essential pre-requisite for the success of the programme. In this connection, mention may be made of the Indonesian model which has been well appreciated by WHO and other international agencies.

Indonesian model

The main features of the Indonesian model are: One, at the periphery level, for every 50-60 houses, there is a lady volunteer maintaining the record of families about number, educational standards and also for motivating for safe motherhood and child survival with family planning methods. She also reports every month to the field health worker (family welfare worker) available for 3000-5000 population. Besides, community has set up maternity and child health centre for minor ailments and normal deliveries managed by midwife, approximately on three-year contract basis from the area.

Two, there is a regular feature of monthly meetings, where children below the age of five years are monitored for growth; mothers are helped to see their child grow well, family planning devices are supplied and advice about children's health is given. Community also prepares nutritious food for distribution among children. Third, at all levels from Gram Panchayat/ward, district, state and

national level, monthly meetings for monitoring the progress of various development programmes are held. These meetings also review the progress of family welfare programmes. Fourth, the corporate/private sector also monitor family welfare programme in their industries and companies. And finally, private medical practitioners also promote family welfare programme.

The unrestricted growth of population in India is one of the very serious problems staring the country in the face. It has wider socio-economic and cultural ramifications. To tame this hydra-headed monster, action in multifarious fronts is required. The most important component of the action plan is to give fillip to the education of girls in order to increase the level of awareness of this most neglected segment of population.

We will have to work out a realistic population policy and programme which will be an effective amalgam of incentives and disincentives. The success of any programme of family welfare will depend on the extent to which we are able to harness community support and participation. All this would require adequate investment for family welfare programmes as also for the expansion of education among girls and women in the age group of 15-35.

Kid-glove approach

Unfortunately, we have been having a kid-glove approach to the problem. In the process, the population growth has reached unaffordable dimensions. It will be necessary to adopt measures which are effective, comprehensive, vigorous and humane. Closing our eyes to this ever-increasing menace will be at our peril.

(Concluded)

Popping
resolving file.
JL 13/9/2003

POPULATION EXPLOSION-I

Half-hearted approach won't do

By J L AZAD, P P SINGH & KARUNA SINGH

ON May 11, 2000, India attained the dubious distinction of having one billion people within its fold. It has been estimated that this country, with its meagre physical and material resources, will surpass China in another 50 years, in case the present rate of population growth remains unabated. In this article, the hazards of unrestricted population growth have been highlighted. The reasons for the phenomenal growth of population have also been analysed. It has been emphasised that, besides taking other measures, there is a need for expanding education particularly among the girls and women in the reproductive age group. It is also necessary to involve the community in implementing programmes of family welfare.

Ever since Thomas Malthus (1768-1834) made his gloomy prediction about expansion of population outstripping the growth of food supplies, the countries have been taking steps to avert the catastrophe. In spite of concerted efforts, the world population has been increasing exponentially resulting into, among others, very serious socio-economic disparities among the various countries. It has been estimated that of the 4.4 billion people in developing countries, nearly three fifths lack access to sanitation, a quarter do not have adequate housing and a fifth have no access to modern health services. A fifth of primary school age children are out of school. (*Human Development Report, 1998-99*).

Precarious position

"The position of India on the population front is precarious. We have already reached a billion mark. It is estimated that in case the current fertility rate (3.3) is not reduced, we will surpass China by 2050. As of now, India has 16 per cent of the world population with 2.4 per cent of the global land area. While global population has increased three fold in the 20th century, the population of India increased about five times i.e. from 238 million to one billion.

The deleterious effects of the

unabated population growth have manifested themselves in multi-pronged directions. In 1961, the per capita food availability was 469 grams, which was reduced to an all time low of 454 grams in 1981. In 1991, however, it went up to 466 — still lower than the 1961 position! The increasing pressure on agriculture is another pointer to the expanding population. In India, 72 per cent of population is engaged in agriculture as against about 20 per cent in developing countries.

Marked deterioration

Further, there has been a marked deterioration in the availability of health services. Our physician-population ratio stands at 01:5000 as against 1:400 to 900 in developed countries. The unabated growth of urban slums to accommodate hordes of rural population, leaving their rural hearths and homes in search of jobs, is another indicator of the ever-increasing pressure of population in the country. No wonder, India has an abysmally low ranking (132) among 174 countries of the world in terms of human development and human poverty indices.

The ecological degradation, on account of, among others, the burgeoning population is mind boggling. It has been estimated that the environmental damage ranged between \$10 to 14 billion in 1992 which is 6 per cent of India's GNP. Further, the damage to flora and fauna has reached unaffordable limits. Ganga, the holiest of the holy Indian rivers, supporting a staggering 400 million people along its 1560-mile long course, is condemned to swallow 13 billion litres of sewage discharge per day. This is in addition to 260 million litres of industrial waste, 9,000 tons of pesticides and 6 million tons of chemical fertilizers (*Human Development Report, 1999*). What a pity that this reservoir of our age-old traditions and culture, sanctified by Lord Shiva, has been reduced to a slow moving garbage dump.

An analysis of the causation of the Frankenstein of the ever escalating

population reveals a somewhat casual approach to the problem. Soon after India attained freedom from foreign domination, we had pledged to reduce the "birth rate at a level consistent with the requirements of the economy" (*National Family Programme 1952*). We have, however, not been able to make a determined effort to achieve this laudable goal. Several surveys indicate our half-hearted approach to this problem in comparison with some of the countries such as Korea and Thailand.

It has been widely recognised that education exercises a decisive influence on the socio-economic development of the country. It has also been found that it has a salutary effect on population growth. In a number of studies, it was revealed that women with four years of education have 30 per cent fewer children. Further, infant mortality gets reduced by 50 per cent. Girls education also invariably results in delayed marriages.

An analysis of the progress of education in the post-independence period reveals a dismal picture. According to the latest available data (1997), the female literacy stood at 50 per cent as against 73 per cent for males. The position of literacy among women in rural areas was much worse — a little more than 30 per cent as against 58 per cent for males. Among the States, Bihar was the most backward, with female literacy in rural areas being 30 per cent as against our overall literacy percentage of 45 for India as a whole.

Glaring disparities

Similar disparities were observed in the case of girls education in the formal school system. The gross enrolment ratios (GER) were 93.3 for girls (as against 104.3 for boys) in the age group 6-11 and 54.9 (as against 79.5 for boys) in the age group 11-14. It should hurt our pride to know that India's illiterate population is the largest among the countries inhabiting the globe.

So far as State-wise position is concerned, Bihar has again the dubious distinction of having the

lowest per centage of girls (55.4 per cent) in classes I-V and 21.9 per cent in classes VI-VIII. The other members of the so-called 'Bimaru' States are a shade better: Madhya Pradesh (43.3 per cent), Rajasthan 32.8 (per cent), Uttar Pradesh 34.9 (per cent) of girls in classes VI-VIII. This despite the fact that India has a constitutional obligation of providing free and compulsory education to children till they attain the age of 14 by 1960.

Steeped in ignorance

Lack of education is also partly responsible for keeping large sections of our population steeped in ignorance and out of tune with the changing times. It has perpetuated our socio-cultural mindset, which puts a premium on son(s). Many a time, in pursuance of this self-imposed objective, the production of children goes on unabated till either this elusive objective is achieved or the unfortunate woman crosses the reproductive age cycle.

In the process, India's population swells to unaffordable limits. In this often-time wild goose chase, our religious beliefs also play their part: *Ashta putra saubhagyaanti bhav* (Be the fortunate mother of eight sons) is the oft-repeated prayer that is invariably dinned into the ears of the newly married woman.

Considering the gravity of the situation, some drastic measures are required to remedy the situation. The Union Government has brought out the National Population Policy with the 'medium-term objective' of bringing down the Total Fertility Rate (TFR) to replacement level by 2010. The long-term objective is to achieve a stable population by 2040 at a level consistent with the "requirements of sustainable economic growth, social development and environmental protection" (*National Population Policy, 2000*).

Prof J L Azad is former Chief of Education Division, Planning Commission; Dr P P Singh and Dr Karuna Singh are Directors of a World Bank-assisted project on Population Control.

(To be concluded)

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति के संदर्भ में एक सौच

भारत देश की संस्कृति के सिधे जनसंख्या नियंत्रण का विचार नया नहीं है। भिर भी वर्तमान में प्रचलित परिवार नियोजन तथा परिवार कल्याण योजना के विचार को ठुजम करना, व्यवहार में लाना देश की जनता को कठिन प्रतीत हो रहा है, और वह शासन कर्ताओं के सिधे एक समस्या बना है। ऐसा कयों यह सोचने की आवश्यकता है।

जनसंख्या वृद्धि के नियंत्रण का महत्वपूर्ण संदर्भ है सकके सिधे जीवन जीने की सुविधा तथा मूलभूत आवश्यकताओं की आपूर्ति सुनिश्चित करना। इस लक्ष्य को प्राप्त करने में निंतर प्रयासों के बावजूद अवैधित सफलता नहीं मिल पायी है।

समाज के एक तबके में घन अधिकाधिक एकीकृत हो रहा है। समाज का एक हिस्सा अपना घन सेग्रह व कैमव बढ़ने की हिंता व प्रयत्नों में मान है। समाज का कफरी बड़ा हिस्सा हो समय की तेरी की तलाश में है, अत्याय अत्याचार का शिकार बना है, मूलभूत सुविधाओं से वीरत है तथा मूलभूत आवश्यकता आपूर्ति के अभाव में अवस्थ है।

अधिक सामाजिक विकास को आम नागरिक के पास तक को पहुँचाने में प्राप्त असफलता के सिधे जनसंख्या वृद्धि को निम्नेवार मानकर उससे तेजी से नियंत्रित करने का लक्ष्य बना कर परिवार नियोजन व बाद में परिवार कल्याण नाम के कार्यक्रम क्रियाविचल हुए। अब जनसंख्या नियंत्रण की सफलता के सिधे शिक्षा, महिला विकास, स्वास्थ्य आदि की सेवाएँ लोगों को उपलब्ध कराने की चर्चा है। यह समझ में नहीं आ रहा है कि जीवन की आवश्यकता तथा जीवन जीने की सुविधाओं की आवश्यकताएँ क्या जनसंख्या के शिर होने के बाद नहीं रहेगी? क्या उनका अपना कोई स्वतंत्र स्थान नहीं है?

एक बात सोचना जरूरी है। उपरोक्त सुविधा और सेवाओं को व्यापारिक हिस्सव की ही तरह लागत पूँजी और लाभ के आधार पर चलाया जायेगा तो इन सुविधा सेवाओं को जनसंख्या संतुलन के बाद आज के स्तर पर बनाने रसना अव्यवहार्य माना जायेगा। सेवावला भिर दे बंद होगी। घनी देशों में ऐसा हुआ भी है।

मुख्य प्रश्न सुली जीवन संबंधी हमारी मान्यता क्या है इसका है। वर्तमान विकास प्रक्रिया का रूप है श्रितुल/ऊर्जा के उपयोग पर का, उत्पादन शितरण का व्यापारिकरण, वैदिक व तकनीकी श्रम को तेज भाव और गरीबों व ग्रामीण लोगों की बढ़ती लाचारी। इसी विकास प्रणाली को हमें दृढ़ कपाना है या इसके नये पर्याय की सोच करना है? यह सोचना आवश्यक है।

वर्तमान विकास प्रक्रिया के कारण समाज व्यवस्था का भार बढ़ है, महंगा भी हुआ है। साथ ही साथ व्यक्ति की सामाजिक संवेदना कुंठित हुई है। अपने-अपने कैमव विकास के सिधे गलत मार्ग से घन उगाना, अपनी श्रिमवेबरी के प्रशि दुर्लभ कर अधिकाधिक के सिधे साथ करना, कैर, आलस, हिंसा-प्रतिहिंसा को अपनाना जैसे दुर्गुण भी समाज में बढे हैं। यह परिस्थिति उपलब्ध सेवाओं को कारगर नहीं होने देती ना ही किसी को दीन-वसितों के बीच सेवा कार्य के सिधे प्रोत्साहित करती है। सवाल यह है कि क्या इस परिस्थिति में परिवर्तन लाये बिना ही नये कार्यक्रमों के सर्व की योजना बनाकर सफलता प्राप्त की जा सकती है?

वर्तमान औद्योगिकरण आधारित विकास का सबसे बड़ा दुर्गुण पर्यावरण प्रदूषण है जो जीवन के अनेकों पहलुओं को प्रभावित करता है। भारत जैसे विकासशील देश में भी कई जगह प्रदूषण ने जीवन के संसाधन व उपभोग्य वस्तुओं को प्रभावित किया है। उनमें बिगाड़ आया है। एक तरफ मनुष्य "जीनस" को संस्कारित करने की चर्चा है और दूसरी ओर अधिकाधिक स्वस्थ मनुष्य "जीनस" बीमार हो रहे हैं। पर्यावरण प्रदूषण पर प्रभावी गेक के विषय में देश के नियोजनकर्ताओं की सोच सुस्पष्ट नहीं है। शराब बनवा कर उसकी बिक्री कर सरकारी खर्च के लिए धन जुटाने की व शराब से पीड़ित महिला के विकास की योजना सरकार साथ-साथ ही बनाती है। सिनेमा, टेलिविजन के माध्यम से तैमिक भावना व वैर भावना को पुष्ट किया जाता है और फिर उसमें से निक्ली समस्या के निराकरण के कार्यक्रम बनते हैं। समुद्र जीवन प्राप्ति का लक्ष्य और उसके लिए अपनायी व्यवहार नीति में अगर ऐसा ही अंतर रहा तो जनसंख्या नियंत्रित होने पर भी मूल लक्ष्य को प्राप्त करना सम्भव नहीं होगा।

सबको सुखी करने की सारी जिम्मेवारी सरकार की व अब उनके साथ स्वयंसेवी संस्थाओं की रहेगी और आम समाज सेवा लेने वाला बना रहेगा तो भी सफलता हाथ नहीं आने वाली। कर्ज बढ़ेगा ऋतु अलग। पंचायत राज को सफल बनाना जरूरी है। सावधानी यह रखनी होगी कि इसमें पैसे की लालच व एक दूसरे से वैर, असहयोग की राजनीति न घुसे। दूसरी महत्वपूर्ण बात है कामों के संचालन की व्यवस्था के बटवारे की। एक ही प्रकार के कामों का विभाग में व पंचायत में बटवारा न हो। ग्राम पंचायतें सही रूप में सक्रिय होंगी तो काफी सरलता रहेगी। एक प्रौढ़ विचारवान ग्रामीण का कहना था कि पंचायत का सारा ध्यान इस समय पैसा प्राप्त करने की तरफ, विकास कार्यक्रमों की तरफ है। और एक तरुण ग्रामप्रधान का कहना है कि परिवार नियोजन की बात ठीक से समझायी नहीं जाती। ऑपरेशन की सुविधा स्थायी रूप से उपलब्ध नहीं है। यह स्पष्ट है कि ग्रामीण जनमानस में परिवार नियोजन का अर्थ नसबंदी ऑपरेशन है। अगर परिवार नियोजन कार्यक्रम को सफल करना हो तो इस मान्यता को परिवार बनाने की, गृहस्थ जीवन की योजना में परिवर्तित करना होगा।

यह स्पष्ट है कि जनसंख्या वृद्धि दर को नियंत्रित करने के पीछे की, सबके लिए शास्वत समुद्र जीवन सुनिश्चित करने की भावना तभी मूर्त हो सकेगी जब विकास और समाज कल्याणकारी व्यवस्था की सोच समग्र जीवन से जुड़ेगी। यही विशेषता रही है भारत के संस्कृति की। सारे कार्य और व्यवहार एक दूसरे के पूरक बनाने का प्रयास उसमें रहा है। ब्रह्मचर्य, गृहस्थ, वानप्रस्थ जीवन की कल्पना व्यक्तित्व, परिवार तथा सामाजिक के प्रति उत्तरदायित्व को समझाती है। निसर्ग व प्रणिम जनत के प्रति आदमीयता के महत्व को दर्शाती है। सुझाव यह है कि स्वास्थ्य और परिवार कल्याण की योजनाओं का आवश्यकतानुसार विस्तार करने की योजना के साथ-साथ इन प्रयत्नों की सफलता की अनुकूलता बढ़े ऐसे जीवन विकास कार्यक्रम का नियोजन हो। जिससे सर्वत्र समृद्ध व सुखी जन जीवन का लक्ष्य के समीप पहुँचना संभव हो।

डा० रागिणी प्रेम

मंत्री

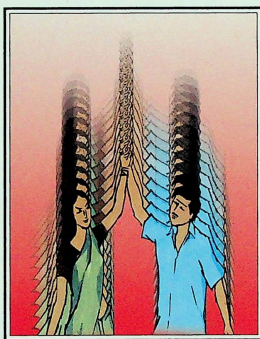
बनवासी सेवा आश्रम,

गोविंदपुर, सोनमढ़-231221 §उ०प्र०§



Women in India

(A Statistical Profile)



Women in Partnership with Men

Planning Commission
(National Development & Women's
Programmes Division)
Government of India
New Delhi
July 2000

5/2000

Constitution of India Guarantees

- Equality before Law for **women** (**Article 14**)
- The State not to discriminate against any citizen on grounds only of religion, race, caste, **sex**, place of birth or any of them (**Article 15 (i)**)
- The State to make any special provision in favour of **women** and children (**Article 15 (3)**)
- Equality of opportunity for all citizens in matters relating to employment or appointment to any office under the State (**Article 16**)
- The State to direct its policy towards securing for men and **women** equally the right to an adequate means of livelihood (**Article 39 (a)**); and equal pay for equal work for both men and **women** (**Article 39(d)**)
- To promote justice, on a basis of equal opportunity and to provide free legal aid by suitable legislation or scheme or in any other way to ensure that opportunities for securing justice are not denied to any citizen by reason of economic or other disabilities (**Article 39 A**)
- The State to make provision for securing just and humane conditions of work and for maternity relief (**Article 42**)
- The State to promote with special care the educational and economic interests of the weaker sections of the people and to protect them from social injustice and all forms of exploitation (**Article 46**)
- The State to raise the level of nutrition and the standard of living of its people and the improvement of public health (**Article 47**)
- To promote harmony and the spirit of common brotherhood amongst all the people of India and to renounce practices derogatory to the dignity of **women** (**Article 51(A) (e)**)
- Not less than one-third (including the number of seats reserved for **women** belonging to the Scheduled Castes and the Scheduled Tribes) of the total number of seats to be filled by direct election in every **Panchayat** to be reserved for **women** and such seats to be allotted by rotation to different constituencies in a **Panchayat** (**Article 243 D (3)**)
- Not less than one-third of the total number of offices of Chairpersons in the **Panchayats** at each level to be reserved for **women** (**Article 243 D (4)**)
- Not less than one-third (including the number of seats reserved for **women** belonging to the Scheduled Castes and the Scheduled Tribes) of the total number of seats to be filled by direct election in every **Municipality** to be reserved for **women** and such seats to be allotted by rotation to different constituencies in a **Municipality** (**Article 243 T (3)**)
- Reservation of offices of Chairpersons in **Municipalities** for the Scheduled Castes, the Scheduled Tribes and **women** in such manner as the legislature of a State may by law provide (**Article 243 T (4)**)

PROGRESS AT A GLANCE

Development Indicators	Women	Men	Total	Women	Men	Total
• Demography						
- Population (in million in 1971 & 1991)	264.1	284.0	548.1	407.1	439.2	846.3
- Decennial Growth (1971 & 1991)	24.9	24.4	24.6	23.2	23.8	23.5
• Vital Statistics						
- Sex Ratio (1971 & 1991)	930	-	-	927	-	-
- Expectation of Life at Birth (1971 & 1996-2001)	50.2	50.5	50.9	63.4	62.4	-
- Mean Age at Marriage (1971 & 1991)	17.2	22.4	-	19.3	23.9	-
• Health & Family Welfare						
- Birth Rate (1971 & 1998)	-	-	36.9	-	-	26.5
- Death Rate (1970 & 1998)	15.6	15.8	15.7	8.8	9.2	9.0
- Infant Mortality Rate (1978 & 1998)	131	123	127	73.5	69.8	72
- Child Mortality Rate (1970 & 1997)	55.1	51.7	-	24.5	21.8	23.1
- Maternal Mortality Rate (1980 & 1998)	468	-	-	407	-	-
• Literacy and Education						
- Literacy Rates (1971 & 1991)	7.9	24.9	16.7	39.3	64.1	52.2
- Gross Enrolment Ratio (1990-91 & 1998-99)						
Classes I-V	85.5	113.9	100.1	82.9	100.9	92.1
Classes VI - VIII	47.8	76.6	62.1	49.1	65.3	57.6
- Drop-out Rate (1990-91 & 1998-99)						
Classes I - V	46.0	40.1	42.6	41.2	38.6	39.7
Classes I - VIII	65.1	59.1	60.9	60.1	54.4	56.8
• Work and Employment						
- Work Participation Rate (1971 & 1991)	14.2	52.8	34.3	22.3	51.6	37.7
- Organised Sector (No. in lakhs in 1971 & 1997)	19.3	155.6	174.9	43.9	231.8	275.7
	(11 %)			(15.9%)		
- Public Sector (No. in lakhs in 1971 & 1997)	8.6	98.7	107.3	26.1	162.6	188.7
	(8 %)			(13.8%)		
- Government (No. in lakhs in 1981 & 1996)	11.9	97.1	109.0	15.0	92.7	107.7
	(11 %)			(13.9%)		
• Decision Making						
- Administrative						
IAS (1987 & 2000)	339	3865	4204	535	4624	5159
	(8.1%)			(10.4%)		
IPS (1987 & 2000)	21	2397	2418	110	3191	3301
	(0.9%)			(3.3%)		
- Political						
PRIs (No. in lakhs in 1995 & 1997)	3.18	6.30	9.48 *	8.14	17.84	25.98
	(33.5%)			(31.3%)		
Legislative Assemblies (No. in 1985 & 2000)	141	2632	2773	229	3838	4067
	(5.1%)			(5.6%)		
Parliament (No. in 1989 & 1999)	47	721	768	67	723	790
	(6.1%)			(8.4%)		
Central Council of Ministers (1985 & 1999)	4	36	40	8	65	73
	(10%)			(10.9%)		

* Refers to 1995 in respect of only 9 States viz. Gujarat, Haryana, Karnataka, Kerala, Madhya Pradesh, Punjab, Rajasthan, Tripura and West Bengal

Note:1. Figures in parentheses indicate the percentage to the total and year of the data in respective columns.

2. Non-availability of data restricted to maintain a common Base-Year for comparisons.

DEVELOPMENT INDICATORS : A COMPARATIVE PIC

Sl. No.	States/ Union Territories	DEMOGRAPHY										VITAL STATISTICS						HEALTH & NUTRITION										Literacy Rate (%)	
		Population of Female Target Groups** (in million - 1991*)										Sex Ratio (1991*)	Expectation of Life at Birth (1996-2001*)		Mean Age at Marriage (Singulate) (1991*)		Birth Rate (1998)†	Death Rate (1998)†		Infant Mortality Rate (1998)†	Child Mortality Rate (0-4 yrs) (1997)†	Maternal Mortality Rate (1998)†	Moderately & Severely under-nourished Children (%) (1-5 yrs; Weight for Age: 1994-96)†						
		Total	Female	%age	0-6 yrs	0-19 yrs	11-18 yrs	15-44 yrs	15-59 yrs	60 +yrs	Women		Men		Total	Women		Men	Female				Male	Female	Male	Girls	Boys		
											Women		Men	Women															Men
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	
	INDIA	846.30	407.07	48.1	73.10	187.41	65.41	181.51	223.39	27.39	927	63.4	62.4	19.3	23.9	26.5	8.8	9.2	73.5	69.8	24.5	21.8	407	40.8	42.1*	39.3	64.1	50.0	
	States																												
1	Andhra Pradesh	66.51	32.78	49.3	5.41	14.75	5.29	15.11	18.73	2.27	972	63.7	61.5	18.3	23.5	22.4	8.2	9.5	67.8	65.0	16.4	17.1	159	49.6	48.6*	32.7	55.1	43.0	
2	Arunachal Pradesh	0.86	0.40	46.5	0.09	0.20	0.06	0.18	0.21	0.02	859	NA	NA	20.1	25.1	22.5	6.1	6.1	49.8	45.6	NA	NA	NA	54.5	59.2*	29.7	51.5	48.0	
3	Assam	22.41	10.76	48.0	2.18	5.53	1.93	4.88	5.75	0.53	923	58.8	57.3	21.1	27.2	27.9	9.4	10.6	67.4	64.9	28.7	25.3	409	27.6	29.4*	43.0	61.9	66.0	
4	Bihar	86.37	41.17	47.7	8.70	20.11	6.06	17.54	21.56	2.46	911	62.1	63.6	17.6	22.1	31.1	9.5	9.3	66.5	67.5	27.1	24.8	452	55.4	56.6*	22.9	52.5	34.0	
5	Goa	1.17	0.57	48.7	0.07	0.23	0.10	0.29	0.36	0.05	967	NA	NA	22.2	28.4	14.3	6.8	9.8	21.1	30.5	NA	NA	NA	17.5	25.1*	67.1	83.8	79.0	
6	Gujarat	41.31	19.95	48.3	3.29	9.02	3.35	9.37	11.41	1.36	934	62.8	61.5	19.9	23.4	25.5	7.6	8.1	65.9	62.7	22.8	19.1	28	61.8	74.2*	48.6	73.1	57.0	
7	Haryana	16.46	7.64	46.4	1.46	3.72	1.34	3.40	4.01	0.61	865	67.4	63.9	18.9	22.8	27.6	8.1	8.3	61.4	60.7	25.1	19.7	103	33.0	34.3*	40.5	69.1	52.0	
8	Himachal Pradesh	5.17	2.55	49.3	0.41	1.17	0.48	1.18	1.45	0.19	976	NA	NA	20.3	24.5	22.6	6.8	8.8	76.6	59.7	16.1	15.5	NA	34.7	36.0*	52.1	75.4	70.0	
9	Jammu & Kashmir	7.725	3.70	47.9	NA	NA	NA	NA	NA	NA	923	NA	NA	NA	NA	19.9	5.0	5.8	52.1	39.5	NA	NA	NA	NA	19.6	44.2	46.8	44.3	
10	Karnataka	44.98	22.02	49.0	3.66	10.09	3.76	10.12	12.34	1.58	960	65.4	61.7	20.1	26.2	22.0	7.4	8.4	55.7	52.1	13.1	13.0	35	39.2	34.4*	86.2	93.6	90.0	
11	Kerala	29.10	14.81	50.9	1.88	5.81	2.46	7.41	9.14	1.38	1036	75.0	70.7	22.3	27.6	18.3	5.4	5.4	96.5	96.5	31.9	32.6	49	49.6	57.9*	28.9	58.4	51.0	
12	Madhya Pradesh	66.18	31.91	48.2	6.39	15.16	4.93	13.76	17.00	2.16	931	57.2	56.8	17.9	21.8	30.7	11.1	11.4	65.6	99.5	31.9	32.6	49	49.6	57.9*	28.9	58.4	51.0	
13	Maharashtra	78.94	38.11	48.3	6.57	16.91	5.96	17.36	21.58	2.76	934	68.1	65.3	19.7	24.8	22.5	7.2	8.2	55.6	42.5	11.4	12.9	135	55.6	57.2*	52.3	76.6	63.0	
14	Manipur	1.84	0.90	48.9	0.15	0.42	0.17	0.43	0.52	0.05	958	NA	NA	24.7	28.1	19.0	4.3	6.3	18.4	23.7	NA	NA	NA	28.6	31.0*	47.6	71.6	66.0	
15	Meghalaya	1.77	0.87	49.2	0.20	0.46	0.15	0.38	0.45	0.04	955	NA	NA	29.5	25.8	29.2	8.2	9.8	47.2	59.2	NA	NA	NA	10.7	11.5*	54.9	73.1	74.0	
16	Mizoram	0.69	0.33	47.8	0.06	0.17	0.07	0.15	0.18	0.02	921	NA	NA	22.4	26.7	15.8	3.3	8.0	19.9	32.3	NA	NA	NA	18.2	17.5*	78.6	85.6	95.0	
17	Nagaland	1.21	0.57	47.1	0.10	0.29	0.11	0.26	0.31	0.03	886	NA	NA	25.0	28.9	NA	1.3	2.0	NA	NA	NA	NA	NA	27.1	27.5*	54.8	67.6	77.0	
18	Orissa	31.66	15.59	49.2	2.63	7.13	2.63	7.07	8.80	1.13	971	58.1	58.5	20.2	25.0	25.7	11.0	11.3	96.9	98.3	28.2	28.0	367	51.4	55.1*	34.7	63.1	38.0	
19	Punjab	20.28	9.50	46.8	1.54	4.26	1.67	4.45	5.44	0.72	882	71.4	68.4	21.0	24.3	22.4	7.1	8.2	56.4	52.7	17.6	12.6	199	31.6	32.2*	50.4	65.7	62.0	
20	Rajasthan	44.01	20.96	47.6	4.24	10.38	3.47	8.96	11.02	1.37	910	61.4	60.3	17.7	21.3	31.6	8.4	9.3	64.4	62.8	33.4	26.1	670	42.6	42.3*	20.4	54.9	35.0	
21	Sikkim	0.41	0.19	46.3	0.04	0.10	0.04	0.09	0.10	0.00	7900*	878	NA	NA	21.4	25.8	20.9	5.3	6.9	35.7	64.0	NA	NA	NA	38.8	37.7*	46.7	65.7	72.0
22	Tamil Nadu	55.86	27.56	49.3	3.63	11.22	4.49	13.54	17.06	1.99	974	67.6	65.2	20.9	26.4	19.2	7.7	9.3	58.1	48.3	14.6	12.2	79	39.7	40.0*	51.1	73.8	60.0	
23	Tripura	2.76	1.34	48.6	0.24	0.65	0.23	0.61	0.72	0.09	945	NA	NA	20.8	26.8	19.6	5.1	6.9	42.9	50.4	NA	NA	NA	40.6	33.6*	49.7	70.9	67.0	
24	Uttar Pradesh	139.11	65.07	46.8	13.57	32.07	10.37	27.44	34.04	4.20	879	61.1	61.2	18.1	21.9	24.4	11.0	10.0	92.9	78.8	35.3	27.3	707	NA	NA	25.3	55.7	41.0	
25	West Bengal	68.08	32.57	47.8	5.68	15.21	5.44	14.95	18.16	2.01	917	67.2	64.5	19.7	25.9	21.3	7.1	7.1	48.0	58.6	16.1	17.5	266	NA	NA	46.6	67.8	63.0	
	Union Territories																												
26	A & N Islands	0.28	0.13	46.4	0.02	0.06	0.02	0.06	0.07	3849*	818	NA	NA	20.9	26.8	17.7	3.7	5.4	35.4	21.6	NA	NA	NA	NA	NA	65.5	78.9	94.0	94.0
27	Chandigarh	0.64	0.28	43.8	0.05	0.12	0.05	0.15	0.17	0.01	790	NA	NA	21.4	24.6	19.9	3.6	4.6	30.6	26.0	NA	NA	NA	NA	25.2	21.1*	72.3	82.0	74.0
28	Dadra & N. Haveli	0.14	0.07	50.0	0.01	0.03	0.01	0.03	0.04	3214*	952	NA	NA	19.3	22.4	24.1	6.1	9.7	65.0	60.6	NA	NA	NA	NA	37.7	44.9*	59.9	53.6	30.0
29	Daman & Diu	0.10	0.05	50.0	7718*	0.02	0.01	0.02	0.03	3790*	969	NA	NA	21.2	25.4	21.7	7.3	6.8	95.0	17.3	NA	NA	NA	NA	35.5	29.7*	59.4	82.7	73.0
30	Delhi	9.42	4.26	45.2	0.77	1.94	0.68	2.11	2.49	0.20	827	NA	NA	20.7	24.3	19.4	5.2	5.3	45.0	23.3	NA	NA	NA	NA	33.4	37.0*	66.9	82.0	76.0
31	Lakshadweep	0.05	0.02	40.0	0.58	0.01	0.01	0.01	0.01	1250*	943	NA	NA	20.2	25.6	23.0	6.0	6.4	21.2	31.6	NA	NA	NA	NA	NA	72.9	90.2	93.0	93.0
32	Pondicherry	0.81	0.40	49.4	0.05	0.17	0.07	0.20	0.24	0.03	979	NA	NA	21.4	27.1	18.2	6.7	9.0	28.6	23.9	NA	NA	NA	NA	NA	65.6	83.7	86.0	86.0

NA : Not Available
S : Projected population

Note 1 : Non-availability of sex-wise data restricts presentation of the latest data
2 : Status of Delhi in 1991 being U.T., it is shown under U.T.

** Age-groups refer to in the context of developmental planning
† No Legislative Assembly

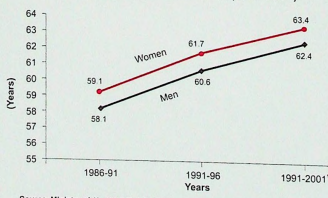
P : Pooler for 18 States
R : Rural
C : Combined (Rural-Urban)

Sex Ratio (1951-1991)



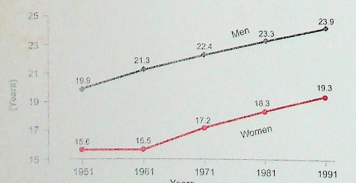
Source: Census of India, 1951-1991

Expectation of Life at Birth (1986-2001)



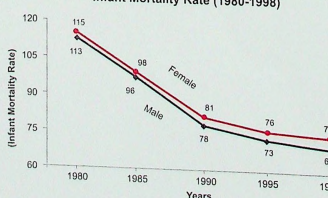
Source: Ministry of Health & Family Welfare, 1998.
* Projection by RGI

Mean Age at Marriage (1951-1991)



Source: Census of India, 1951-1991

Infant Mortality Rate (1980-1998)



PARATIVE PICTURE OF THE STATUS OF WOMEN AND MEN IN INDIA

EALTH & NUTRITION				LITERACY & EDUCATION										WORK PARTICIPATION & ECONOMIC STATUS										CRIME					DECISION - MAKING													
Infant Mortality Rate (1998) ^a	Child Mortality Rate (0-4 yrs) (1997) ^a	Maternal Mortality Rate (1998) ^a	Moderately & Severely under-nourished Children (1-5yrs Weight for Age: 1995-96) ^a	Literacy Rate		Enrolment Rates ^a		Drop-out Rates ^a		Work Participation Rate - Total Workers (1991) ^a	Percentage Distribution of Total Workers (1991) ^a				Below Poverty Line (%) 1993-94 ^a	Incidence of Cognizable Crime (Indian Penal Code - 1998) ^a	Selected Crimes against Women ^a		Rape	Crutlity by Husband & Relatives	Dowry Death	Lok Sabha (1999) ^a	Political		Administrative ^a																	
				1991 Census ^a	NSO 53rd Round (1997) ^a	Classes I-IV (1998-99)	Classes VI-VIII (1998-99)	Classes I-IV (1998-99)	Classes VI-VIII (1998-99)		Primary Sector	Secondary Sector	Tertiary Sector	Total			Rape	Gruety					Sahak (1999) ^a	Legislative Assembly (2000) ^a	Panchayati Raj Institutions ^a (1991-997) ^a	I.A.S. (As on 1.6.2000) ^a	I.P.S. (As on 1.4.2000) ^a															
																												Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	
(20) (21)	(22) (23)	(24)	(25) (26)	(27) (28)	(29) (30)	(31) (32)	(33) (34)	(35) (36)	(37) (38)	(39) (40)	(41) (42)	(43) (44)	(45)	(46)	(47)	(48)	(49)	(50)	(51) (52)	(53) (54)	(55) (56)	(57) (58)	(59) (60)																			
73.5	69.8	24.5	21.8	407	40.8	42.1 ^a	39.3	64.1	50.0	73.0	82.9	100.9	49.1	65.3	60.1	54.4	22.3	51.6	81.1	63.4	8.1	13.3	10.8	23.3	35.97	177911	113138	15031	41318	6917	49	494	229	3838	813676	1784134	535	4624	110	3191		
67.8	65.0	16.4	17.1	159	49.6	46.8 ^a	32.7	55.1	43.0	64.0	94.5	99.2	40.9	50.9	74.1	72.7	34.3	55.5	83.8	64.6	7.7	12.0	8.5	23.4	22.19	122536	11201	869	4310	500	4	38	28	266	83783	162483	33	281	11	179		
49.8	45.6	NA	NA	NA	54.5	59.2 ^a	29.7	51.5	48.0	69.0	107.9	121.9	64.8	68.2	65.9	67.5	37.5	53.8	89.9	54.6	2.2	12.3	7.9	33.1	39.35	1663	125	32	8	0	Nil	2	1	59	125	6890	38	194	9	147		
67.4	64.9	28.7	25.3	409	27.6	29.4 ^a	40.3	61.8	66.0	82.0	100.2	118.8	52.4	69.4	72.3	68.3	21.6	49.4	86.5	71.0	3.3	6.1	10.2	22.9	40.86	38146	3368	744	739	32	2	12	6	116	8203	19143	10	216	2	134		
66.5	67.5	27.1	24.8	452	55.4	56.6 ^a	22.9	52.5	34.0	62.0	61.5	93.2	23.1	42.4	80.1	75.4	14.9	47.9	91.6	80.6	3.3	4.9	5.1	14.5	54.96	116045	7105	1421	1507	1039	5	49	19	305	NA	NA	33	360	14	233		
21.1	30.5	NA	NA	NA	17.5	25.1 ^a	67.1	83.6	79.0	93.0	67.5	75.2	72.6	82.9	11.3	4.7	20.5	48.6	44.5	28.2	12.7	25.1	42.9	46.7	14.92	3119	109	16	16	3	Nil	2	2	38	468	863	x	x	x	x		
65.9	62.7	22.8	19.1	28	61.8	74.2 ^a	48.6	73.1	57.0	80.0	100.7	122.9	58.0	72.1	64.8	56.7	26.0	53.6	81.7	54.5	5.8	20.8	12.5	24.8	24.21	125892	6658	308	3602	90	3	23	4	178	42708	85337	23	225	3	133		
81.4	60.7	25.1	19.7	103	33.0	34.3 ^a	40.5	69.1	52.0	76.0	84.1	82.3	61.1	67.2	29.1	19.9	10.8	48.5	72.2	57.4	6.7	13.9	21.1	28.7	25.05	37228	3002	304	977	309	2	8	4	86	14836	36044	32	180	4	100		
76.6	59.7	16.1	15.5	NA	34.7	36.6 ^a	52.1	54.1	70.0	87.0	88.3	96.1	79.7	88.5	28.1	28.5	34.8	50.6	89.6	61.5	2.5	12.9	7.9	25.7	28.44	10954	776	128	728	7	Nil	4	6	62	6655	13516	17	109	1	73		
52.1	30.9	NA	NA	NA	19.6	44.2	48.0	71.0	66.6	93.0	89.9	79.8	44.3	31.7	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	25.17	17420	1715	178	18	9	Nil	6	2	85	NA	NA	3	109	1	80		
55.7	60.9	17.2	15.6	185	51.1	55.9 ^a	44.3	67.3	50.0	66.0	104.1	114.1	81.1	70.9	83.5	59.5	29.4	54.1	78.8	62.7	10.8	14.2	10.4	23.1	33.16	110233	5516	221	1501	200	2	26	6	218	36640	42946	35	213	4	137		
31.1	18.0	3.5	3.0	198	34.2	34.4 ^a	58.2	63.6	90.0	96.0	87.0	88.7	93.2	97.2	3.5	-3.5	15.8	47.6	48.6	47.8	21.7	17.1	29.7	35.0	25.43	83000	4799	589	2125	21	1	19	13	127	4050	8067	21	157	2	114		
95.5	92.5	31.9	32.6	48	49.6	57.9 ^a	28.9	58.4	41.0	70.0	96.5	119.6	48.1	75.0	57.1	42.4	32.7	52.3	89.3	72.7	5.2	9.7	5.5	17.6	42.52	201544	15865	3354	2765	598	3	37	26	294	159609	324785	54	342	9	273		
55.6	42.5	11.4	12.9	135	55.6	52.7 ^a	52.3	76.6	63.0	84.0	110.0	114.4	83.3	89.3	44.1	34.8	33.1	52.2	83.6	50.9	60	20.5	10.4	28.6	36.86	180298	14266	1154	7728	420	4	44	12	276	101943	206688	40	311	6	201		
18.4	23.7	NA	NA	NA	28.6	31.0 ^a	47.6	71.6	65.6	86.0	84.1	100.2	68.5	77.3	47.0	45.4	33.0	45.3	76.5	65.4	1.4	6.5	9.4	38.1	37.78	2566	86	13	0	0	Nil	2	1	59	598	1019	5	193	3	98		
47.2	59.2	NA	NA	NA	10.7	11.5 ^a	44.8	53.1	74.0	79.0	113.5	119.2	62.0	56.9	78.1	77.7	34.9	50.1	83.8	69.5	1.5	5.0	14.7	25.4	37.92	1828	71	42	0	1	Nil	2	3	57	Nil	Nil	xx	xx	xx	xx		
19.9	32.3	NA	NA	NA	18.2	17.5 ^a	78.6	85.6	95.0	96.0	120.6	133.7	77.9	78.4	85.6	68.5	43.5	53.9	78.3	58.1	1.2	7.9	34.7	25.66	2531	141	84	0	0	Nil	1	0	40	Nil	Nil	x	x	x	x			
NA	NA	NA	NA	NA	27.1	27.5 ^a	54.8	67.6	77.0	91.0	108.9	111.7	67.1	63.2	38.9	46.5	30.8	46.9	92.1	63.3	1.2	5.1	6.7	31.6	37.92	1293	32	13	0	0	Nil	1	0	60	Nil	Nil	1	63	1	39		
96.9	98.3	28.2	28.0	367	51.4	55.1 ^a	34.7	63.1	38.0	64.0	79.8	109.5	73.4	64.8	72.1	65.3	20.8	53.8	82.7	74.3	7.3	7.6	10.1	18.1	48.56	51359	4450	679	935	240	2	19	13	134	30759	56432	17	185	7	129		
56.4	52.7	17.6	12.6	199	31.6	32.2 ^a	59.4	62.7	62.0	72.0	84.2	81.3	65.0	67.3	29.4	26.6	4.4	54.2	34.2	57.1	11.0	15.0	54.9	27.9	11.77	16922	1238	219	397	219	2	11	7	110	31458	59089	28	165	6	144		
84.2	82.8	33.4	26.1	670	42.6	42.3 ^a	24.0	54.9	35.0	73.0	75.7	125.5	33.6	78.6	68.1	55.5	27.4	49.3	89.5	67.3	4.0	11.3	6.5	21.4	27.41	167463	12159	1266	4947	433	3	22	14	186	40862	84811	29	231	6	141		
35.7	64.0	NA	NA	NA	36.8	37.7 ^a	46.7	65.7	72.0	86.0	130.2	137.6	87.4	72.2	63.3	70.9	30.4	57.8	80.7	62.3	5.8	13.8	13.5	23.9	41.43	536	37	7	2	0	Nil	1	1	31	115	860	5	45	Nil	24		
45.1	48.3	14.6	12.2	79	39.7	40.0 ^a	51.3	73.8	60.0	80.0	107.1	109.5	79.7	74.7	34.8	26.1	29.9	56.4	76.8	55.3	11.8	18.1	11.5	26.6	30.5	149293	11201	362	440	176	1	38	9	225	35315	69230	37	288	7	176		
42.9	50.4	NA	NA	NA	40.6	33.6 ^a	49.7	76.6	67.0	79.0	97.5	118.7	55.9	66.7	71.1	69.6	13.8	47.5	72.6	62.3	5.0	22.4	40.0	39.01	3616	319	73	115	10	0	Nil	1	2	58	1900	3793	xxx	xxx	xxx	xxx		
92.9	78.8	35.3	27.3	707	NA	NA	25.3	55.7	41.0	69.0	49.3	75.9	26.4	48.9	57.9	50.6	12.3	49.7	84.6	71.5	6.3	3.9	9.1	19.1	40.85	184461	17497	1605	5113	2229	9	76	20	404	189060	554326	51	484	10	381		
48.0	58.6	16.1	17.5	266	NA	NA	46.6	67.8	63.0	81.0	87.0	100.1	43.1	56.9	78.3	70.3	11.2	51.4	60.3	60.0	19.9	17.5	19.8	26.5	35.66	67950	6811	757	3704	249	5	37	20	274	21168	38479	23	273	4	255		

to in the context of developmental planning

P = Pooled for 18 States
R = Rural
C = Combined (Urban + Urban)

○ = Includes Gram Panchayats, Panchayat Samitis, Zilla Parishads
x = Included under Arunachal Pradesh
xx = Included under Assam

XXX = Included under Manipur
S = Limited to Premier Civil Services only

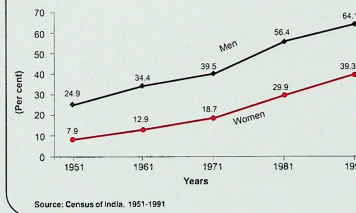
Sources

- Census of India, 1991, Part II B(1), Primary Census Abstract, General Population, Vol. 1, Office of the Registrar General of India, 1994
- Census of India, 1991, State Profile 1991, India, Registrar General & Census Commissioner, India, 1998
- Family Welfare Programme in India, Year Book 1996-97, Central Bureau of Health Intelligence, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi, 1998
- Census of India, 1991, Female Age at Marriage: An analysis of the 1991 Census Data, Registrar General of India, New Delhi
- CRS Bulletin, SRS, Registrar General of India, Vol.3(1), April 2000
- Simple Registration System, Registrar General of India, 1996
- India Nutrition Profile, 1998, Department of Women and Child Development, Govt. of India, New Delhi
- Education-Profile of States/Union Territories (2nd Edition), Department of Education, Ministry of Human Resource Development, Government of India, New Delhi, 1999
- Annual Report 1999-2000, Departments of Elementary & Literacy and Secondary Education & Higher Education, Ministry of Human Resource Development, Govt. of India, New Delhi
- Planning Commission, Government of India, New Delhi
- Crime in India, 1998, National Crime Records Bureau, Ministry of Home Affairs, Government of India, New Delhi, 1999
- Lok Sabha Members: Thirteenth Lok Sabha (First Edition), Lok Sabha Secretariat, New Delhi, 2000
- Election Commission, Government of India, New Delhi
- Institute of Social Sciences, New Delhi
- Departments of Personnel and Training, Government of India, New Delhi
- Ministry of Home Affairs, Government of India, New Delhi



Planning Commission
(Social Development & Women's Programmes Division)
Government of India
New Delhi
2000

Literacy Rates (1951-1991)



Work Participation Rates (1971-1991)



Status of Women in India



Ranking of the **Status of Women** in the States/UTs as 'Very Low', 'Low', 'Medium' and 'High' has been worked out on the basis of various **women-specific development indicators** in respect of health, education, employment, political participation, decision-making etc.

Others in the Series

- Tribes in India
- Population and Human & Social Development - Part I, Part II & Part III
- State Finances
- Transport

These Data Sheets have been brought out to mark the 50th year of the Planning Commission

GOVERNMENT OF HIMACHAL PRADESH



**Address by Prof. Prem Kumar Dhumal
Chief Minister of Himachal Pradesh**

**On the occasion of first meeting of
National Population Commission**

NEW DELHI

JULY 22, 2000

Esteemed Chairman and distinguished members,

This is a matter of great importance that the Government of India have constituted the National Population Commission under the Chairmanship of Hon'ble Prime Minister of India. The ever-increasing population of the country is also a matter of concern to all of us, which has almost increased five times during this century thereby depleting the scarce national resources.

This has been possible primarily because of the keen interest and initiative taken by the Hon'ble Prime Minister and I will like to congratulate him personally for this. We have also constituted a state population commission under my chairmanship and I will convene a meeting of this commission shortly. I must express my deep gratitude to the Hon'ble Prime Minister for having convened the first meeting of the national population commission promptly and also for affording me an opportunity to place on record the views of my government on this most important issue before the country, namely the population problem.

Population of Himachal Pradesh which was 19.20 lakh in 1901 reached 23.85 lakh in 1951 and 51.71 lakh in 1991. The decennial growth was 1.22 in 1911 which rose to 20.79 in 1991. The density of population of the State increased from 34 in 1901 to 93 in 1991. The projected population of the State as on 31 March, 2000 is 61.48 lakh as per the report of the Registrar General India. There has been an increase of about 10 lakh since 1991 census.

The report of National Family Health Survey-2 (1999) released recently has shown that the achievements of the State in the field of Family Planning are quite high and very encouraging. It reveals universal awareness about permanent methods of family planning whereas knowledge levels about spacing methods is more than 90 percent. Coverage of eligible couples with family planning

methods in the State is around 68 %, which is quite high. It estimates Total Fertility Rate (TFR) of the State as constantly declining. It was 2.97 in 1992, which has declined to 2.14 in 1998. This figure is very close to the national goal of replacement level of fertility i.e. TFR of 2.1 to be achieved by 2010 as per the National Population Policy-2000. Other demographic rates such as Crude Birth Rate of the State is 22.5 per 1000 population, Crude Death Rate at 7.7 per 1000 population and Infant Mortality Rate at 64 per 1000 live births as per the Sample Registration System of the Registrar General India-1998. These rates are lower than the national averages. It also shows that the annual growth rate for the State in 1998 as 1.48 percent which is quite significant. At this rate the population increase is likely to be quite slow in the State.

However, there is a failure in the form of gap in services, which is reflected by Unmet Need for Family Planning services. In 1993 it was to the extent of 15 percent (9 percent for sterilization and 6 percent for spacing methods). It is also reflected by non-observance of ideal interval (3 years) between successive pregnancies of births. In the following years the unmet need might have declined but survey figures are not yet available.

The State has also formulated a long term planning objectives to be achieved by 2020 by which every resident of Himachal Pradesh will be healthy; physically, mentally and socially and adopt small family norm. The goal of Himachal Health Vision 2020 is to achieve CBR 12, CDR 6 IMR at 15, CMR 5, MMR <100 and TFR <2 and over-all reduction of diseases like diarrhea, acute respiratory infections Malaria, Leprosy, Waterborne diseases, Anemia and other micronutrient deficiencies with specific emphasis on the containment of AIDS/ HIV infections.

Another significant achievement of the State has been increase in age at marriage for girls. Mean age of marriage for girls is 20.5 years. It is thus obvious that population situation of the State is quite encouraging and we are well on way

towards containment of population explosion. But we are also faced with constraints posed by terrain, topography and poor means of communication, which affect the delivery, and accessibility of services. However in the coming days with improvement in infrastructure and outreach of services, the State will steadily head towards a goal of Zero Population Growth.

State has implemented Family Planning programme as people's movement and has achieved considerable success in providing information and coverage to eligible couples by reaching as close to them as possible. As of today more than 3100 health institutions are providing family planning services as a part of comprehensive health care.

We are also seeking the cooperation of other related departments like ISM, Women and Social Welfare, Public Health and Irrigation, ICDS projects, Education etc. to increase the accessibility of the services. Community awards are also given to Panchayati Raj Institutions and local self Government institutions in the form of cash awards. Status of women is quite high in the state, which is indicated by high sex ratio of 976 according to 1991 Census and 1019 in 1999 as per NFHS-2. The NFHS-2 also reveals high decision-making power among women in all walks of life. Recently one study estimated high literacy rates among children (94 % in boys and 86 % in girls). Female literacy has gone up from 52% to 77 %. Population education programmes and AIDS education programmes are being implemented in the State. The State has made provision of free education to women up to University level. Commission for Women is functional in the State. Numerous Mahila-Mandals, Mahila -Swasthya- Sanghs are active.

The State is facing problems such as lack of specialist's services, difficult out reach due to mountainous terrain and migratory population. This hampers the State's efforts in providing health and family planning services. Therefore States should be given the flexibility in setting the norms for providing

sterilization and other related services. The State is spending about 6 percent of its annual budget on the health sector. State should be given more allocation for infrastructure development in the form of externally aided projects or outright grant from Government of India to meet the higher cost of infrastructure development in the hills. Research about herbal contraceptives should also be undertaken in the country for which State has favorable climate and requisite infrastructure.

The private sector, NGO sector and Panchayti Raj Institutions have played only a marginal role in Family Planning so far. Private and voluntary sector is still in infancy in the State. Not many private nursing homes are there in the State nor have they contributed much to family planning but with more of such institutions coming up in the State, some mechanism is being developed to seek their involvement. Similarly NGO movement is in infancy in the State. However, my Government is encouraging the involvement of both, NGOs and private sector.

In the end I would emphasize that the Health and Family Welfare sector requires enormous resources which the States are unable to meet out of their own budget. Already we are spending 6 percent of the total budget of the State on this Sector. More so Himachal Pradesh has a peculiar problem of outreach, where two districts of the State remain snow bound for about 5-6 months; the terrain is extremely difficult due to poor means of transport and communication. The improvement in infrastructure requires a lot of investment; and the State is unable to provide funds with its meager resources. However, our aim is to reach the population stabilization much before the goal set by the National Population Policy 2000 .

OBSERVATIONS ON AGENDA ITEM "ISSUES RELATING TO POPULATION STABILIZATION"

1. INITIATIVES TO MEET UNMET NEEDS

The State has adopted a two-fold strategy i.e. fixed strategy whereby sterilization services are provided in health institutions and secondly camp outreach approach whereby camps are arranged in the field institutions. This strategy has helped in making family planning services available in the interior and rural areas.

Grass root level institutions are providing integrated services such as immunisation, maternal and child care and family planning services.

The state has popularized a new technique of male sterilization i.e. vasectomy in which no incision is required and is virtually painless with least complications. This is becoming a popular method all over the state.

Cooperation of all related departments such as ISM, Women and Child Welfare, Education and Panchayati Raj is being taken in order to increase accessibility of the services.

Community awards are being given to PRIs and Local Self Government institutions in the form of cash to ensure better participation in the family welfare programmes.

PROBLEMS BEING FACED:

The state is lacking the services of Specialist Doctors who are not available in the state in required number to provide obstetrics and neonatal care.

Geo-topography of the state hinders outreach and deployment of manpower in rural, remote and tribal areas.

Large number of migratory population is an inhibiting factor to provide maternal and child health and family planning cover to 100 percent population.

SUGGESTIONS:

Government of India may look into the qualification clause of graduate medical officers to see whether they can perform sterilization operations.

Population norm for sub-centres in hilly areas should be down scaled to one sub-centre for each Gram Panchayat irrespective of population criterion.

State should be given more allocation for infrastructure development in the form of externally aided projects or outright grant from the Government of India to meet higher construction costs.

State should be allowed to enlarge the package of contraceptives from the existing one so as to enhance acceptability. Social marketing of contraceptives must be encouraged.

Research about herbal contraceptives should be undertaken in the Country for which the State has the required infrastructure.

Mobile services for family planning must be started for which central assistance should be given.

II. ISSUES OF QUALITY CARE:

With the introduction of concept of quality care under the Reproductive and Child Health (RCH) Programme, the state is finding it difficult to provide the infrastructure and trained manpower on all its components. As a result the performance under the programme has received a setback. Moreover the clients have become quality conscious and prefer specialists services only with the result that the graduate doctors who were earlier providing the services are gradually disassociating from the programme.

III. SYNERGY BETWEEN FAMILY WELFARE, HEALTH, EDUCATION, WOMEN'S EMPOWERMENT, CHILD DEVELOPMENT, DRINKING WATER, NUTRITION, ETC.

The state has been successfully able to converge service delivery at village level. Health sub-centres, Anganwadis, Mahila Mandals, Yuvak Mandals and Educational Institutions are working in tandem. A committee at Panchayat level is being constituted to coordinate and implement all health programmes headed by the Pardhan Gram Panchayat. All Government officials concerned with the programme will be its members.

There is high prevalence of water borne diseases such as gastroenteritis, diarrhoea, infective hepatitis and enteric fever etc.. The habit of open defecation further compounds the problem of water and soil pollution. Large resources are required to provide safe and potable drinking water for which liberal Central assistance is required.

IV. ROLE OF THE MEDIA, NGOS, PRIVATE SECTOR, PANCHAYATI RAJ INSTITUTIONS AND PEOPLE'S PARTICIPATION IN THE NATIONAL EFFORT TO STABILIZE POPULATION.

Though media has played a significant role in raising awareness level, its benefit has not been available to vast rural population due to various factors. However, AIR has maximum reach in the State through which health programmes are being disseminated.

The private sector and NGOs have so far played only marginal role in the State so far. However, the State has constituted a State level coordination committee for NGOs participation especially in health, education and sanitation programmes.

State has decided to constitute a committee at Panchayat level in order to implement all health programmes. Awards are also being given to Panchayats who show best results in implementation of Family Welfare programmes every year.

SOME IMPORTANT POLICY SUGGESTIONS FROM HIMACHAL
PRADESH:

- The National Population Policy should lay greater emphasis to reward such States which perform well in terms of arresting population growth. The design for devolution of resources through the Finance Commission, Planning Commission and various centrally sponsored schemes should be made more favourable for such States which stand out as significant performers for population control and providing better quality of health services.
- Financial norms for provision of services linked to population control should be determined keeping in view the topography, severity of climate and fact that administering health services costs much more in hill States like Himachal Pradesh. Adequate allowance should be made in the norms for hill States and devolution should provide for factors like difficult topography and related issues.
- A new approach has been initiated in locating projects for health interventions under which the district is being taken as a unit. We would like to strongly favour this approach and emphasise that preference should be given to such districts which have performed well in terms of population control as also in terms of immunisation coverage and health indicators. Such an approach could lead to a higher success rate of the programmes and become a good demonstration point for encouraging competition.

- To integrate the spirit of population control into our process of democratic decentralisation, we have enacted a law under which candidates having more than two children will not be eligible to contest elections to PRIs. We have also introduced the new schemes of incentives to Panchayats under which one panchayat in each Assembly Constituency will be given a cash award of Rs.1.00 lac for local developmental works. The panchayat which records lowest birth rate, lowest infant mortality rate and highest immunisation coverage shall get this award in each Assembly Constituency every year.

- Our experience reveals that districts which had high female literacy and a high sex ratio of females per thousand males tended to perform better on all health indicators as compared to State or National averages. Such districts also recorded the lowest population growth rates as well (Kangra, Hamirpur, Bilaspur, Una and Mandi). Recognising the lead role of female literacy, the Government of Himachal Pradesh has made education for girls free upto University level. We emphasise that female education should become the focus of population control efforts.

उद्बोधन

का

मुख्यमंत्री श्री अशोक गहलोत

राजस्थान के

22 जूलाई, 2000

प्रथम बैठक

राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग की

सत्य मेव जयते



माननीय प्रधानमंत्री जी, योजना आयोग के उपाध्यक्ष जी, केन्द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री जी, विभिन्न राज्यों के मुख्यमंत्री गण, जनसंख्या आयोग के सदस्यगण, सज्जनों एवं देवियों,

● मैं सर्वप्रथम देश की ज्वलंत समस्या – बढ़ती-जनसंख्या के स्थायित्व एवं नियंत्रण के लिए प्रधानमंत्री जी द्वारा की गई पहल के लिए उन्हें बहुत बहुत धन्यवाद देना चाहता हूँ। केन्द्र सरकार इस बात के लिए भी बधाई की पात्र है कि उसने राष्ट्रीय जनसंख्या नीति की घोषणा की तथा इसके क्रियान्वयन के लिए राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग का गठन कर उसमें मुख्य मंत्रियों को भागीदार बनाया। मुझे पूरा विश्वास है कि जनसंख्या आयोग की इस बैठक में जनसंख्या स्थायित्व के विभिन्न मुद्दों पर गहनता से विचार हो कर भविष्य की रणनीति हेतु बहुमूल्य सुझाव प्राप्त होंगे।

● आज देश की जनसंख्या एक अरब का आंकड़ा पार कर गई है और यदि यही रफ्तार रही तो हमारा विकास तो अवरुद्ध होगा ही साथ ही लोगों के आवास, भोजन एवं अन्य मूलभूत सुविधाओं की भी गम्भीर समस्या पैदा हो जायेगी, इसलिए आज देश के समक्ष तीव्र गति से बढ़ती जनसंख्या सबसे बड़ी चुनौती है।

राजस्थान भारत के उन पिछड़े प्रान्तों में से है, जहां पर वर्ष 1951 से ही जनसंख्या वृद्धि की दर राष्ट्रीय स्तर से ऊपर रही है। वर्ष 1981-91 में

राजस्थान में आबादी की दस वर्षीय वृद्धि दर 28.4 प्रतिशत रही जो भारत में सर्वाधिक थी। राजस्थान में वर्तमान में शिशु-मृत्यु दर भी 83 प्रति हजार है, जो राष्ट्रीय औसत से अधिक है। इसी प्रकार मातृ-मृत्यु दर भी 607 है जो राष्ट्रीय औसत से काफी अधिक है। लेकिन राजस्थान ने भौगोलिक, आर्थिक व सामाजिक विषमताओं के बीच विकास का एक लम्बा और कठिन रास्ता तय किया है। प्रान्त का दो तिहाई भाग मरुस्थलीय है तथा करीब एक तिहाई भाग जन-जाति बाहुल्य क्षेत्र है। इन क्षेत्रों में जनसंख्या का घनत्व कम होने के कारण सेवाओं की पहुँच कठिन ही नहीं होती, बल्कि प्रति यूनिट सेवा लागत भी अधिक आती है। इसके अतिरिक्त राजस्थान में महिला शिक्षा का अभाव, बाल विवाह, पुत्र प्राप्ति की इच्छा, गरीबी इत्यादि कुछ ऐसे कारण हैं जिनका सीधा संबंध प्रजनन से है। इन विपरीत परिस्थितियों में भी जनसंख्या तथा स्वास्थ्य के क्षेत्र में राजस्थान की उपलब्धियाँ उल्लेखनीय रही हैं। 1951 में समग्र मृत्यु दर 27 प्रति हजार थी, जो कम हो कर 1998 में मात्र 8.8 प्रति हजार रह गई है। वर्ष 1975 में राज्य में शिशु-मृत्यु दर 146 प्रति हजार थी, जो घटकर वर्ष 1998 में 83 प्रति हजार रह गई है। जन्म दर 1971 में 42.04 थी, जो अब कम हो कर 32.1 रह गई है। वर्ष 1971 में प्रजनन योग्य महिला के औसतन 6.03 बच्चे पैदा होते थे, अब यह औसत कम हो कर 3.73 रह गया है।

लेकिन फिर भी तीव्र गति से बढ़ती हुई जनसंख्या हमारे लिए चिन्ता का विषय है। राजस्थान की जनसंख्या 5 करोड़ का आंकड़ा पर कर चुकी है

और यदि यही स्थिति रही तो आने वाले 35 वर्षों में राजस्थान की जनसंख्या दुगुनी हो जायेगी। इन्हीं बातों को ध्यान में रखते हुए राजस्थान सरकार ने जनवरी 2000 से प्रदेश की जनसंख्या नीति घोषित की है, जिसमें इस शताब्दी के मध्य तक 7.58 करोड़ की जनसंख्या के साथ जनसंख्या स्थायित्व प्राप्त करने का लक्ष्य रखा गया है।

राज्य की जनसंख्या नीति प्रदेश की सामाजिक, सांस्कृतिक एवं विकास के परिप्रेक्ष्य में तैयार की गई है। इस नीति में केवल जनसंख्या नियंत्रण पर ही जोर नहीं दिया गया है, बल्कि महिलाओं के स्वास्थ्य, शिक्षा, पोषाहार, सशक्तीकरण एवं परिवार कल्याण सेवाओं की गुणवत्ता बढ़ाने पर भी विशेष बल दिया गया है। इस नीति में महिला एवं बच्चों के स्वास्थ्य की देखभाल को प्राथमिकता दी गई है। गर्भवती महिला की प्रसव पूर्व एवं प्रसव बाद की देखभाल, प्रसव के दौरान जटिलताओं के उपचार के लिए विशेष आपात व्यवस्था, बच्चों के टीकाकरण, बच्चों में निमोनिया, दस्त रोग, महिलाओं में प्रजनन व यौन रोग इत्यादि के रोकथाम व इलाज पर विशेष बल दिया गया है। नई नीति के अन्तर्गत परिवार कल्याण कार्यक्रम में गुणवत्ता लाने की दृष्टि से परिवार नियोजन के विधिवार लक्ष्य की समाप्ति कर इसे दम्पतियों की इच्छा पर आधारित कार्यक्रम बनाने पर बल दिया गया है।

प्रजनन का सीधा सम्बन्ध शिक्षा एवं विशेषकर महिला शिक्षा से है। राज्य में प्रारम्भिक शिक्षा के सार्वजनीनकरण को 2003 तक प्राप्त करने का लक्ष्य निर्धारित किया गया है। इसलिए राजीव गांधी प्राथमिक शिक्षा साक्षरता मिशन

स्थापित किया गया है। बच्चों को एक किलो मीटर के दायरों में ही शिक्षा की सुविधा उपलब्ध हो सके इस हेतु गांवों एवं ढाणियों में राजीव गांधी स्वर्ण जयन्ती पाठशालाएं स्थापित की जा रही हैं। अब तक ग्रामीण क्षेत्रों में 13 हजार पाठशालाएं खोली जा चुकी हैं तथा शहरी क्षेत्र की कच्ची बस्तियों में 3 हजार पाठशालाएं खोलने की प्रक्रिया चल रही है। इन स्वर्ण जयन्ती पाठशालाओं में 5 लाख 39 हजार विद्यार्थियों का नामांकन हो चुका है। इसके अतिरिक्त महिलाओं के सशक्तीकरण, शिक्षा एवं स्वास्थ्य पर विशेष ध्यान केन्द्रित करने हेतु राज्य में महिला नीति घोषित की गई है। राज्य सरकार का यह कदम भविष्य में जनसंख्या की तीव्र गति पर रोक लगाने में सहायक सिद्ध होगा।

जनसंख्या नियन्त्रण कार्यक्रम के प्रभावी क्रियान्वयन हेतु सिर्फ राजकीय चिकित्सकीय सेवाओं पर ही निर्भर नहीं रहा जा सकता। गर्भ निरोधक एवं मातृ शिशु स्वास्थ्य सेवायें प्रदान करने हेतु सामाजिक विपणन एवं निजी क्षेत्र को भी बढ़ावा देना होगा। राज्य सरकार ने चिकित्सा के क्षेत्र में निजी निवेश को प्रोत्साहन देने हेतु नीति घोषित की है, जिसमें विशेषतौर पर ग्रामीण क्षेत्रों में निजी निवेश पर बल दिया गया है। राज्य के दूर-दराज के क्षेत्रों में स्थित गांवों में गर्भ निरोधक सुविधाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने हेतु 'जनमंगल' कार्यक्रम शुरू किया है। यह कार्यक्रम ऐसे स्वयंसेवी दम्पतियों, जिन्होंने परिवार नियोजन का कोई साधन अपना रखा हो, के माध्यम से प्रारम्भ किया गया है।

जनसंख्या नियंत्रण के कार्यक्रम को अकेला चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग लागू नहीं कर सकता। इसके लिए समस्त राजकीय विभागों, गैर सरकारी संगठनों, पंचायती राज संस्थाओं, जन प्रतिनिधियों एवं आम जन को इस कार्यक्रम में भागीदार बनना होगा। इसी को ध्यान में रखते हुए राजस्थान की नई जनसंख्या नीति को लागू करने हेतु मुख्यमंत्री की अध्यक्षता में राज्य जनसंख्या परिषद गठित की गई है, जिसमें संबंधित विभागों के मंत्रियों के अतिरिक्त विपक्षी दलों के नेताओं, स्वैच्छिक संगठनों के प्रतिनिधियों एवं विशेषज्ञों को शामिल किया गया है। जिला स्तर पर प्रमुख, जिला परिषद की अध्यक्षता में ऐसी ही समिति का गठन किया गया है एवं ब्लॉक स्तर पर प्रधान और ग्राम पंचायत स्तर पर सरपंच की अध्यक्षता में समिति गठित की गई है। राजस्थान में दृढ़ राजनीतिक इच्छा शक्ति का प्रदर्शन करते हुए सरकार ने पंचायती राज अधिनियम, नगर पालिका अधिनियम एवं सहकारिता अधिनियम में संशोधन करते हुए दो से अधिक बच्चों वाले व्यक्ति को निर्वाचन से वंचित तथा निर्वाचित व्यक्तियों को अयोग्य घोषित किये जाने का प्रावधान किया है।

यद्यपि प्रदेश में राजकीय चिकित्सा सेवाओं का विस्तार तीव्र गति से हुआ है लेकिन यह महसूस किया गया है कि राजकीय सेवार्य अभी भी गरीब व्यक्ति की पहुँच से सामान्यतया बाहर है। इसे ध्यान में रखते हुए राजस्थान सरकार ने गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन करने वाले परिवारों को राजकीय चिकित्सालय में निःशुल्क सेवा उपलब्ध कराने की दृष्टि से 'मेडिकेयर रिलीफ

कार्ड योजना' प्रारम्भ की है। अभी तक लगभग 23 लाख परिवारों को मेडिकेयर रिलीफ कार्ड जारी किये जा चुके हैं। इसी प्रकार गम्भीर बीमारियों से ग्रसित गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन करने वाले परिवारों को चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराने की दृष्टि से 'मुख्य मंत्री जीवन रक्षा कोष' की स्थापना की गई है और अब तक 108 व्यक्तियों को 1.02 करोड़ रुपये की आर्थिक सहायता उपलब्ध कराई जा चुकी है।

राजस्थान सरकार जनसंख्या नियंत्रण के कार्यक्रम को राष्ट्रीय जनसंख्या नीति एवं राजस्थान की जनसंख्या नीति के अनुरूप लागू करने हेतु कृत संकल्प है। मुझे पूरा विश्वास है कि नीति के लागू होने पर जनसंख्या की वृद्धि पर प्रभावी रोक लगेगी।

मैं माननीय प्रधान मंत्री महोदय का ध्यान कुछ विशेष बिन्दुओं की ओर आकर्षित करना चाहूँगा जो जनसंख्या स्थायित्व कार्यक्रम को लागू करने में महत्वपूर्ण है :

1. राजस्थान भारत का पहला प्रान्त था, जिसने वर्ष 1992 में 'राजलक्ष्मी योजना' निम्न तीन उद्देश्यों को ध्यान में रखते हुए प्रारम्भ की थी :

- * बालक-बालिका में भेदभाव को दूर करना
- * विवाह की आयु में वृद्धि करना
- * दो बच्चों के परिवार को बढ़ावा देना

इस योजना के अन्तर्गत प्रत्येक बालिका जो 5 वर्ष से कम आयु की

होती थी और जिसके माता-पिता दो या कम बच्चों के बाद परिवार नियोजन का स्थाई साधन अपना लेते थे, तो लड़की के नाम 15 सौ रुपये का बॉण्ड राज्य सरकार यू.टी.आई. से क्रय कर देती थी। इस योजना में 20 वर्ष की आयु पूर्ण करने पर इस बॉण्ड की परिपक्वता राशि उस लड़की को ही प्राप्त होगी। अब तक करीब 50 हजार परिवारों ने इस योजना का लाभ उठाया है। लेकिन यू.टी.आई. द्वारा अचानक ही इस योजना को बन्द कर दिया गया है। मेरा अनुरोध है कि योजना की लोकप्रियता को देखते हुए पुनः चालू किया जाना चाहिए।

2. गर्भ निरोध के अस्थायी साधनों की मांग काफी मात्रा में है, क्योंकि कम उम्र में विवाह होने के पश्चात् 20-21 वर्ष की आयु में ही दम्पतियों के 2-3 बच्चे हो जाते हैं, लेकिन इस आयु पर दम्पति नसबन्दी कराने के इच्छुक नहीं होते हैं। अन्तराल साधनों की मांग काफी अधिक है। अन्तराल साधनों में गर्भ निरोधक टीका तथा नोरप्लांट, जो विकसित देशों में उपयोग में लाया जाता है, को राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम में भी शामिल किया जावे, ताकि अधिक से अधिक दम्पति अपनी इच्छानुसार इन साधनों का उपयोग कर सकें।
3. राज्यों की आर्थिक स्थिति दिन प्रतिदिन खराब होती जा रही है। वेतन आयोग की रिपोर्ट के पश्चात् राज्यों का गैर आयोजना खर्च अप्रत्याशित रूप से बढ़ा है। इसलिए सरकार चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सुविधाओं के विस्तार में कठिनाई महसूस कर रही है। मेरा अनुरोध है कि केन्द्र

सरकार स्वास्थ्य उप-केन्द्रों का समस्त खर्च वहन करे। साथ ही राजस्थान की विशेष भौगोलिक परिस्थितियों को ध्यान में रखते हुए मरुस्थलीय एवं जन-जाति क्षेत्र में चिकित्सा सुविधायें उपलब्ध कराने हेतु पूर्ण केन्द्रीय सहायता से मोबाइल यूनिटें स्वीकृत करे, ताकि इन क्षेत्रों में रहने वाले लोगों को परिवार कल्याण की सेवाये पहुँचाई जा सके। राष्ट्रीय मापदण्डों के अनुसार स्थापित स्वास्थ्य केन्द्रों के माध्यम से इन क्षेत्रों में सम्पूर्ण सेवायें उपलब्ध कराना संभव नहीं है।

4. रेडियों एवं दूरदर्शन पर परिवार कल्याण कार्यक्रम का सघन प्रचार काफी लाभदायक सिद्ध हुआ है। लेकिन अब दूरदर्शन एवं आकाशवाणी द्वारा भी इन कार्यक्रमों को स्पॉन्सर करने पर जोर दिया जा रहा है, जो राष्ट्रीय जनसंख्या नीति की भावना के विपरीत है। मेरा अनुरोध है कि जनसंख्या एवं मातृ शिशु स्वास्थ्य, जो राष्ट्रीय महत्व के कार्यक्रम हैं, का प्रचार-प्रसार आकाशवाणी एवं दूरदर्शन से निःशुल्क किया जाना चाहिए।

मैं माननीय प्रधान मंत्री जी द्वारा इस महत्वपूर्ण राष्ट्रीय समस्या के निराकरण हेतु उठाये गये कदमों की सराहना करता हूँ एवं विश्वास दिलाना चाहता हूँ कि राजस्थान सरकार उनके द्वारा दिये गये दिशा निर्देशों के अनुरूप इस महत्वपूर्ण राष्ट्रीय समस्या के समाधान तथा राष्ट्रीय जनसंख्या नीति के क्रियान्वयन में अपना सक्रिय योगदान देगी।

धन्यवाद ।

जय हिन्द ।



● राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग, भारत सरकार
की

दिनांक 22 जुलाई, 2000 को
नई दिल्ली में आयोजित
बैठक में

मुख्यमंत्री, उत्तर प्रदेश
श्री राम प्रकाश

का भाषण

आदरणीय प्रधानमंत्री जी, माननीय उपाध्यक्ष, जनसंख्या आयोग, माननीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री जी, सम्मानित सहयोगी मुख्य मंत्रीगण, प्रदेशों के मंत्रीगण एवं अधिकारीगण!

माननीय प्रधानमंत्री जी, मैं सर्वप्रथम राष्ट्रीय जनसंख्या नीति की घोषणा करने तथा यह महत्वपूर्ण बैठक आयोजित करने के लिये आपको बधाई देता हूँ। नीति के कार्यान्वयन एवं निर्देशन हेतु आपकी अध्यक्षता में गठित राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग की प्रथम बैठक आहूत कर इस गम्भीर समस्या पर विचार व्यक्त करने का आपने अवसर दिया है, इसके लिये मैं आपका बड़ा आभारी हूँ।

उत्तर प्रदेश, देश का सबसे अधिक आबादी वाला राज्य है, जिसकी जनसंख्या लगभग 17 करोड़ अनुमानित है। आजादी के समय उत्तर प्रदेश कई मानकों में देश के औसत के बराबर था, किन्तु 1971 के दशक से उत्तर प्रदेश की जनसंख्या की वृद्धि-दर देश की दर से कहीं अधिक हो गई। गत कुछ वर्षों में हमने इन ट्रेंड्स को नियंत्रित करने के लिये विशेष प्रयास किये हैं। फलस्वरूप जनसंख्या के कुछ महत्वपूर्ण पहलुओं के संबंध में उत्साहवर्धक प्रगति हुई है, जैसे गर्भ-निरोधकों का प्रयोग करने वाले दम्पतियों का प्रतिशत बढ़ा है व प्रति परिवार बच्चों का औसत 6 से घटकर अब लगभग 4 हो गया है। किन्तु फिर भी इस क्षेत्र में अभी बहुत कुछ और करने की आवश्यकता है। इस बात को ध्यान में रखते हुये 11 जुलाई, 2000 को विश्व जनसंख्या दिवस के अवसर पर हमने राज्य की 'जनसंख्या नीति' घोषित की है, जिसके बारे में आगे मैं विस्तार से बताऊंगा।

प्रदेश सरकार द्वारा जनसंख्या से सम्बन्धित विभिन्न प्रासंगिक बिन्दुओं पर गम्भीरता से विचार किया गया है और जो कमियां पाई गई हैं, उन्हें चिन्हित करते हुये प्रयास किया गया है कि उनका निराकरण किया जाय। दूरदराज के

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता बढ़ाने के उद्देश्य से लगभग 23,500 स्वास्थ्य महिला कर्मियों (ए०एन०एम०) के अतिरिक्त 2,500 और ए०एन०एम० को तैनात किया गया है। चूँकि अस्पतालों में हो रहे प्रसवों की संख्या बहुत ही कम है, अतः इसे बढ़ावा देने हेतु ब्लाक स्तरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 300 से अधिक स्टाफ नर्सों को तैनात की गई है और 200 से अधिक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर 24 घंटे प्रसव-सेवाओं की व्यवस्था की गई है। इसी प्रकार, ग्रामीण क्षेत्रों में सरकारी महिला चिकित्सकों की कमी को देखते हुए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर निजी महिला चिकित्सकों की सेवाएँ भी प्राप्त की जा रही हैं।

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य इकाईयों की भौतिक स्थिति में सुधार लाने के प्रयास भी जारी हैं, जिसमें भवनों के उचित रखरखाव, पेयजल एवं विद्युत-आपूर्ति की सुनिश्चितता और आवश्यक उपकरणों व दवाईयों आदि की उपलब्धता सम्मिलित है। साथ ही, नियत दिवसों पर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में कम्पोजिट प्रजनन बाल-स्वास्थ्य शिविरों की व्यवस्था की गई है। इन शिविरों में महिलाओं को मातृत्व सुरक्षा सेवा, स्त्री-रोगों सम्बन्धी परीक्षण, परिवार नियोजन सम्बन्धी काउन्सलिंग एवं समयान्तर तथा नसबन्दी सेवाएं, बच्चों को टीकाकरण एवं विटामिन “ए” तथा खून की कमी से बचाव के सम्बन्ध में सेवाएं एक ही छत के नीचे उपलब्ध कराई जाती हैं। हाल ही में इन शिविरों में यौन जनित रोगों के निदान एवं उपचार को भी सम्मिलित किया गया है। इस प्रकार ग्रामीण क्षेत्रों में उच्च स्तर की सेवा उपलब्ध कराने का प्रयास हुआ है। अब तक लगभग 13,000 से अधिक शिविरों का आयोजन किया जा चुका है।

विभिन्न सेवाओं के विस्तार के बाद भी गर्भ-निरोधकों की कमी, और आवश्यकता पड़ने पर उनकी अनुपलब्धता, की एक मुख्य समस्या बनी हुई है। शासन द्वारा सरकारी स्रोतों से उपलब्ध गर्भ-निरोधकों की आपूर्ति में सुधार लाया जा रहा है, लेकिन अब स्पष्ट हो रहा है कि यह कार्य मात्र सरकार द्वारा नहीं

सहायक हो सके। हमने अपनी नीति में अत्यन्त महत्वाकांक्षी उद्देश्य रखे हैं और हमें आशा है कि हम इनकी पूर्ति भी कर सकेंगे। वर्ष 2016 तक प्रदेश की कुल प्रजनन दर 2.1 पर लाकर शताब्दी के मध्य तक जनसंख्या को स्थिर करने का लक्ष्य हमने रखा है। ऐसा करते समय प्रदेश में विद्यमान क्षेत्रीय भिन्नताओं को ध्यान में रखते हुए विभिन्न क्षेत्रों हेतु अलग-अलग लक्ष्य रखे गये हैं और इनके लिए रणनीतियां भी अलग-अलग बनाई गई हैं। साथ ही प्रतिवर्ष जो कार्य किये जाने हैं, उनका भी वर्षवार आकलन किया गया है, ताकि प्रारम्भ से ही कार्य का सम्पादन योजनाबद्ध तरीके से हो सके।

हमारा दृढ़ मत है कि महिलाओं एवं बच्चों की स्थिति एवं स्वास्थ्य-स्तर में सुधार लाए बिना कोई भी जनसंख्या नीति अधूरी होगी। अतः हमारी नीति में यह स्पष्ट इंगित है कि महिलाओं को उनके अधिकार मिलेंगे, उन्हें शिक्षा के पूर्ण अवसर प्राप्त होंगे और कम आयु में विवाह की प्रवृत्ति को नियंत्रित किया जाएगा। ऐसा वातावरण बनाने का प्रयास किया जाएगा कि लोग 19 वर्ष की आयु के बाद ही लड़की का विवाह करें। विवाह का पंजीकरण भी अनिवार्य बनाया जाएगा। इसी परिप्रेक्ष्य में सरकारी सेवा में महिलाओं के लिए 33 प्रतिशत आरक्षण का प्राविधान रखने के साथ-साथ हमने ही यह भी निर्णय लिया है कि सरकार द्वारा दी जा रही लाईसेंसी दुकानों आदि में भी ऐसी ही व्यवस्था की जाय।

नीति में मातृ-मृत्यु दर को कम कर 250 तक लाने एवं शिशु-मृत्यु दर को कम करके 61 तक लाने के उद्देश्य भी रखे गये हैं। इनकी पूर्ति हेतु मातृ एवं शिशु-कल्याण सेवाओं में वृद्धि एवं सुधार लाने की रणनीति बनाई गई है, जिसमें गर्भवती माताओं की उचित देखभाल, सुरक्षित प्रसव हेतु व्यवस्था एवं बच्चों के टीकाकरण एवं पोषण की सही व्यवस्था भी सम्मिलित की गई है।

किशोरों एवं युवाओं के लिए भी पारिवारिक शिक्षा को महत्व दिया गया है ताकि वे वयस्क होकर अपने जीवन की जिम्मेदारियां ठीक प्रकार से निभा सकें।

प्रायः देखा गया है कि परिवार को नियोजित करने की जिम्मेदारी महिलाओं पर ही डाल दी जाती है, जबकि परिवार के अन्य अहम् निर्णय पुरुष लेते हैं। इसे ध्यान में रखते हुए परिवार कल्याण कार्यक्रम में पुरुषों की भागीदारी बढ़ाने हेतु योजना रखी गई है।

हमारी सरकार का मन्तव्य है कि जो स्वास्थ्य सेवाएं हम जनता को उपलब्ध कराना चाह रहे हैं, वे जनता की आवश्यकताओं के अनुरूप हों। इस हेतु सामुदायिक सहभागिता प्राप्त करना हमारी नीति का अत्यन्त महत्वपूर्ण अंग है। अतः इस कार्य में पंचायतों के योगदान को विशेष महत्व दिया गया है। पंचायतों को प्रचार-प्रसार सामग्री उपलब्ध कराई जाएगी और स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में भी उनकी भागीदारी ली जाएगी। पंचायतों को इस कार्यक्रम के अनुश्रवण से जोड़ा जाएगा और प्रत्येक पंचायत बैठक प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य की प्रगति-समीक्षा के साथ शुरू होगी। साथ ही पंचायतों को जन्म तथा मृत्यु का लेखा-जोखा रखने के अतिरिक्त विवाह के अनिवार्य पंजीकरण की जिम्मेदारी भी सौंपी जाएगी। यह भी व्यवस्था की गई है कि पंचायती राज संस्थाओं को परिवार कल्याण एवं स्त्री शिक्षा के क्षेत्र में उपलब्धियों के आधार पर प्रोत्साहित किया जाएगा।

जैसा मैंने पहले कहा था, पंचायतों के अतिरिक्त अन्य गैर सरकारी संस्थाओं, दुग्ध सहकारी समितियों, कृषि सहकारी समितियों व संगठित क्षेत्र की बड़ी-बड़ी औद्योगिक इकाइयों, रेलवे, डाकघर आदि का भी सहयोग प्राप्त किया जाना प्रस्तावित है, क्योंकि इनका विस्तार सुदूर ग्रामीण क्षेत्रों तक है। साथ ही जनता को उपलब्ध कराई जाने वाली सेवाओं में वृद्धि करने एवं उच्च स्तर की सेवाएं उपलब्ध कराने हेतु निजी चिकित्सकों व निजी क्षेत्र के अस्पतालों, नर्सिंग होम आदि की भी भागीदारी ली जाएगी।

नीति के उद्देश्यों एवं प्रस्तावित रणनीति के अनुरूप प्रदेश सरकार के चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के प्रशासनिक ढांचे को भी और सशक्त किया जायेगा। अधिक से अधिक अधिकारों का विकेन्द्रीकरण किया जायेगा एवं नगरीय क्षेत्रों में, विशेष रूप से मलिन बस्तियों में, उपलब्ध कराई जा रही सेवाओं में सुधार किया जायेगा। प्रत्येक जनपद के लिए जनपद कार्य योजना बनाई जाएगी और वर्तमान में बनी विभिन्न जिला स्तरीय स्वास्थ्य समितियों का संविलयन करके इन्हें सुदृढ़ किया जाएगा। मानव संसाधन विकास के महत्व को देखते हुए प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य के लिए एक शीर्ष संस्था के रूप में प्रबन्धन केन्द्र की स्थापना की जाएगी, जिसके माध्यम से सरकारी व गैर सरकारी क्षेत्रों को तकनीकी सहायता प्रदान की जाएगी।

हमने पाया है कि यदि हमें अपने जनसंख्या सम्बन्धी उद्देश्य की पूर्ति करनी है तो विभिन्न सम्बन्धित विभागों के कार्यों में कन्वर्जेन्स लाया जाना अनिवार्य होगा, जैसे शिक्षा विभाग, महिला एवं बाल कल्याण विभाग, पंचायती राज विभाग, ग्रामीण विकास विभाग आदि। इसके लिए प्रत्येक विभाग की कार्य योजना बनाई जाएगी, जिसमें यह स्पष्ट उल्लेख होगा कि कौन-कौन सी जनसंख्या स्थायित्व से सम्बन्धित विशिष्ट गतिविधियां उस विभाग द्वारा संचालित की जाएंगी।

इस कार्य के महत्व को देखते हुए राज्य स्तर पर मेरी अध्यक्षता में एक “राज्य जनसंख्या एवं विकास आयोग” का गठन किया गया है, जिसमें सभी विकास विभागों के प्रभारी मंत्री, विधान मण्डल के नेता विरोधी दल, मान्यता प्राप्त राजनीतिक दलों के प्रदेश अध्यक्ष, राज्य योजना आयोग के उपाध्यक्ष, शहरी तथा ग्रामीण क्षेत्रों के निर्वाचित प्रतिनिधि, शासन के उच्चाधिकारी, गैर सरकारी संगठनों के प्रतिनिधि, निजी क्षेत्र व सरकारी क्षेत्र के प्रतिनिधि और स्वास्थ्य, जनसंख्या एवं संचार क्षेत्र के विशेषज्ञों को सम्मिलित किया गया है। मैं जानता हूँ कि इस कार्यक्रम की सफलता के लिए आवश्यक है कि उच्च स्तर से राजनैतिक इच्छा शक्ति का संकेत मिलना चाहिए। अतः मैं स्वयं अपने स्तर से इस

कार्यक्रम की समीक्षा करूँगा। इसके अतिरिक्त एक विशिष्ट मिशन की भी स्थापना की जाएगी, जो हमें रणनीतियाँ विकसित करने में सहायता करेगा।

जनसंख्या नीति के महत्वाकांक्षी लक्ष्यों और उद्देश्यों की पूर्ति के लिए अतिरिक्त संसाधन जुटाने के लिए एक “जनसंख्या कोष” भी स्थापित किया जाएगा। इस हेतु राज्य सरकार के अंशदान के अतिरिक्त, हम भारत सरकार, अन्तर्राष्ट्रीय संस्थाओं एवं अन्य दानदाताओं के माध्यम से संसाधन जुटाने का प्रयास करेंगे। यद्यपि हम अपने स्तर से हर संभव प्रयास कर रहे हैं फिर भी कुछ क्षेत्र ऐसे हैं जहाँ हम भारत सरकार की सहायता के बिना कार्य पूरा नहीं कर पाएँगे। मैं इस सम्बन्ध में निम्न बिन्दुओं पर अनुरोध करना चाहता हूँ :

- नगरीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं का ढांचा सीमित है। दिन प्रतिदिन इनकी आबादी, विशेषकर मलिन बस्तियों की आबादी, बढ़ रही है। नगर निकायों की आर्थिक स्थिति भी ऐसी नहीं है कि वे अपने संसाधनों से स्वास्थ्य ढांचे को सुदृढ़ कर सकें। ऐसी स्थिति में ग्रामीण क्षेत्रों की भाँति नगरीय क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की व्यवस्था हेतु केन्द्रीय सहायता अपेक्षित है।
- ग्रामीण स्तर पर लोगों को स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने हेतु 1991 की जनसंख्या के आधार पर हमें लगभग 3,500 अतिरिक्त उपकेंद्रों की आवश्यकता है। मेरा आग्रह है कि निर्धारित मानकों के अनुसार ये अतिरिक्त उप-केन्द्र हमारे प्रदेश को दिये जायें।
- जनसंख्या नियंत्रण के संदर्भ में ग्रामीण क्षेत्रों में बच्चों व महिलाओं को बेहतर स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध कराने हेतु उनके पोषण की स्थिति में सुधार आवश्यक है। इस उद्देश्य से प्रदेश के समस्त 904 विकास खण्डों को बाल विकास परियोजनाओं से आच्छादित किया जाना आवश्यक है। अतः, मेरा आग्रह है कि प्रदेश के 334 विकास खण्डों, जहाँ इस समय

यह योजना नहीं चल रही है, मैं भी केन्द्र सरकार द्वारा योजना को लागू करने की स्वीकृति दी जाय।

मान्यवर, भारत सरकार की जनसंख्या नीति से प्रेरणा लेकर ही हमने अपने प्रदेश के लिए जनसंख्या नीति बनाई है, जिसे हम पूरी राजनैतिक प्रतिबद्धता व प्रशासनिक दृढ़ता के साथ लागू करेंगे। हमने अपने लिए अत्यन्त ही महत्वाकांक्षी उद्देश्य रखे हैं। इनकी पूर्ति तभी हो सकती है जब हम इस कार्यक्रम को एक जन-आन्दोलन का रूप दे सकें। ऐसा ही हमारा प्रयास होगा। इसी परिप्रेक्ष्य में हमने आगामी 2 अक्टूबर से 17 अक्टूबर, 2000 तक एक विशेष पखवाड़ा मनाने का निर्णय लिया है जिसमें प्रदेश के कोने-कोने में समाज के प्रत्येक वर्ग को कार्यक्रम से जोड़ा जाएगा। हमें पूरा विश्वास है कि आपके कुशल दिशा-निर्देश में हम प्रदेश के परिवार कल्याण कार्यक्रम को एक नयी दिशा दे सकेंगे।

मैंने इस महत्वपूर्ण विषय के सम्बन्ध में अपने विचार तथा हमारे प्रदेश में किये जा रहे कार्यों का संक्षिप्त विवरण आपके समक्ष रखने का प्रयास किया। मैं अपनी बात रखने के इस अवसर के लिये आप सब का आभारी हूं, और इस सम्मेलन के आयोजन के लिये पुनः बधाई देते हुए अपनी बात समाप्त करता हूं

जय हिन्द !



GOVERNMENT OF KARNATAKA

SPEECH

OF

SHRI S. M. KRISHNA

HON'BLE CHIEF MINISTER OF KARNATAKA

ON THE

OCCASION OF THE FIRST MEETING

OF THE

NATIONAL COMMISSION ON POPULATION

NEW DELHI

22nd July 2000

Hon'ble Prime Minister and Chairman of the National Commission on Population, Hon'ble Deputy Chairman of the Planning Commission and Vice Chairman of the National Commission, Hon'ble Union Ministers, Leader of the Opposition in Parliament, Hon'ble Chief Ministers, Deputy Chairman, Rajya Sabha, Distinguished Members, Invitees, ladies and gentlemen,

It gives me great pleasure to address this august gathering, at this first meeting of the National Population Commission, on behalf of the five crore people of Karnataka,

The 21st century has begun for India with hope for the future. The world has sat up to take note of a new, emerging power, the fifth largest economy in terms of purchasing power parity, a new leader in information technology and the largest, the most vibrant democracy in the world. And our billionth citizen Astha, as the representative of what that future holds for us, has demanded that the trust reposed by the people in their leaders, to make their world a better place, must be redeemed in full measure.

I must, at the outset, welcome the efforts of the Government of India at formulating a new National Population Policy and in setting up this Commission. The issues raised in the policy document, the goals and the strategies will be debated today and in future meetings of the Commission. I hope that this body remains active and vibrant, as much work has to be done over the next few years for the larger benefit of our people.

Let me spend a minute on the position in our State, in the area of population stabilization. Karnataka deserves pride of place in the annals of the family planning programme in India. In June 1930, the first birth control clinics in the world were started in Karnataka, one in Bangalore and the other in Mysore, to advocate small families and provide maternal health care services. Today, through our 8143 sub centres, 1676 primary health centres, 249 community health centres, 103 post partum centres and 87 urban family welfare centres, we provide facilities well above the national norms. And what have we achieved ? A crude birth rate of 36.9 in 1971 came down to 22 in 1998, the crude death rate declined from 14.9 to 7.9 in the same period. Our total fertility rate is now 2.13, which already approximates the national goal for 2010. The effective couple protection rate has reached 60 per cent.

But what do cold statistics imply? In our State we are looking at improving the overall quality of life of our people, not just restricting our numbers. We do not believe that population stabilisation measures can be taken without improving the overall health and nutritional standards of our people. We feel that the integration of health and family welfare services are absolutely essential. After all, these services merge at the level of the PHC, why then should there be two wings for healthcare at higher levels? We would hope that the policies of the Union Government would permit sufficient coordination between the two departments to obviate any difficulties in this regard.

In Karnataka, we have taken up a major initiative to improve our health systems with the setting up of a fourteen member task force to advise the Government on necessary reforms in the sector. This task force, with Dr. Sudarshan, who is a member of this Population Commission, as the Chairperson, is working on a comprehensive health policy that will also include a population policy for the State. Perhaps for the first time, such a task force of outside experts has also been given the responsibility of overseeing the implementation of reforms, at least in the initial stages.

The question of unmet need is a vexatious one. While the national policy of institutional deliveries for the safety of the mother and the child is laudable, it would be unwise to turn a Nelson's eye to the fact that even in our State, about half the deliveries are outside the formal institutional framework. Even today, the poor pregnant mother has no means, both financial and physical, to travel miles at the time of delivery. We need to go back, therefore, to the traditional midwife, but in a modern environment. We are retraining them, giving them modern kits and facilities, and are even examining the possibility of giving them an assistant for the actual delivery; after all, at the time of birth, both the mother and the child are vulnerable, and the dai cannot easily look after both. Attention to safety issues at the time of birth would improve both MMR and IMR at the same time. We need the support of the Union Government in this effort.

In our State, wherever we have a shortage of auxiliary nurse midwives, we are asking our anganwadi workers to perform the non-clinical duties of the ANMs. On the lines of the Government of India pattern of PHCs with two doctors, we have decided to provide the extra doctor in all PHCs in certain backward districts of the State.

This brings me to an important area of concern. While some States, particularly the southern States, have done well in our population stabilisation efforts, there are regional imbalances within the States which need to be rectified. For example, most parts of northern Karnataka need to be treated on a special footing in all sectors of development. Karnataka's district-wise HDI analysis indicates that there are districts which are as underdeveloped as the worst in any other part of the country. I would recommend that our population stabilisation strategies include a special, intensive efforts for backward regions even within otherwise developed areas.

We consider the reproductive health of rural women to be of prime importance. To provide better menstrual hygiene, which would reduce STI and RTI problems in rural women, we are embarking on a path breaking pilot project of educating teenage school girls and providing personal hygiene kits at a cost of up to Rs. 18 crores to our own exchequer.

There is another, related, area of concern. And that is of the pernicious HIV virus. Along with our sterilisation campaign, which is the main focus of our stabilisation programme, there is need to put in

an increased effort at condom promotion. This could perhaps become the most important plank of our population programme in the future.

In Karnataka, we believe that the main determinants of good health lie outside the health sector in sanitation, water supply and literacy. We are, naturally, placing an emphasis in this direction. Though our literacy rate is about 63%, we are concerned at the low levels of female literacy and have made education for girls upto the pre-university level completely free. A major initiative towards a comprehensive village sanitation programme has been started this year. We acknowledge that the nutrition needs of children, particularly in the zero to two age group need to be addressed for reducing IMR and we are working on a combined health, nutrition and population project. However, we feel that a much larger initiative from the Centre with regard to these sectors would be necessary in the coming years.

A word about the role of the voluntary sector. In Karnataka, we have encouraged NGOs to run our primary health centres on behalf of Government. Two such are being run by NGOs in tribal areas, with great success; we are presently discussing with

the FPAI for them to take over a few more and we are mandating that each of our medical colleges should provide rural service by "adopting" a few PHCs each for primary health care. We believe that the empowerment of the people can be better achieved with the involvement of the voluntary and the private sector. They also have their own skills and expertise which the Government is trying to tap.

I welcome the present initiative of the Centre. But as I said at the beginning of my speech, the effort cannot stop at a few plenary meetings of this nature, however much they are also necessary. I would recommend that a smaller representative group of Chief Ministers, State Health Ministers, Health Secretaries and experts should meet periodically and report to this apex body about the progress in our population stabilisation efforts.

And finally, I must point out that the small and happy family must include the man of the house and he must be urged to be a part of the population programme. Men seem to be indifferent to most population stabilisation measures and leave family welfare efforts to women. This must change. The man must be made an integral part of our programme and a major media initiative is

required in this direction. As a symbolic but significant gesture, the father must find a place in the logo of the national RCH programme, along with the happy mother and child.

I thank you, Mr. Prime Minister, for giving me this opportunity to intervene.

* * *



NATIONAL POPULATION COMMISSION

FIRST MEETING

NEW DELHI

22.07.2000

Address of
DR. KALAINAR M. KARUNANIDHI
Hon'ble Chief Minister
of
Tamil Nadu

Delivered by
Thiru Arcot N.VEERASWAMI
Hon'ble Minister for Health and Electricity
Government of Tamil Nadu

**ADDRESS BY Dr. KALAINAR M. KARUNANIDHI,
HCN'BLE CHIEF MINISTER OF TAMILNADU
AT THE FIRST NATIONAL POPULATION
COMMISSION MEETING.**

Hon'ble Prime Minister Thiru Atal Behari Vajpayee,
Hon'ble Union Minister of Health and Family Welfare
Dr. C.P. Thakur,
Hon'ble Union Minister of State for Health and Family Welfare
Tmt. Rita Verma,
Hon'ble Chief Ministers of States and Union Territories,
Hon'ble Ministers of Health and Family Welfare from States
and Union Territories,
Secretaries to Government of India,
State Secretaries of Health and Family Welfare and other
officials,

1. Let me first congratulate the Hon'ble Prime Minister and the Government of India for constituting the National Population Commission. At the outset, I would like to appreciate the effort of Government of India in framing the National Population Policy 2000 which not only spells out goals but has also identified strategic themes and operational strategies. I would also like to thank the Hon'ble Prime Minister for providing an opportunity to the States and Union Territories to share their experiences and express their views on issues relating to population stabilisation. I am sure that the deliberations of this council

will help the States and Union Territories and thereby the country in achieving the national population policy goals.

2. I would like to use this opportunity to share with this august body the success story of Tamilnadu's Family Welfare programme. Realising that family planning is now a critical input for development, our Government has been taking keen interest in population stabilisation measures. Major initiatives have therefore been launched in this direction by the State. This has resulted in improving the quality of care, bridging the gaps in the health care delivery system, thereby meeting to a large extent, the unmet needs of the rural and urban population. It has also brought Tamilnadu to the forefront of the family welfare programme. Recently, a State Level Population Commission has been constituted under my chairmanship. Our impressive record of achievements is as follows:

Crude Birth Rate (CBR):-

National Goal: 21 India's achievement : 26.5

Tamilnadu's achievement : 19.2

Infant Mortality Rate (IMR) :-

National Goal: 60 India's achievement : 72

Tamilnadu's achievement : 53

Total Fertility Rate (TFR) :-

National Goal: 2.1 India's achievement : 3.3

Tamilnadu's achievement : 2

With 100 percent immunisation coverage, more than 84 percent institutional deliveries and 100 percent antenatal registration, Tamilnadu has emerged as a model state for family welfare and health care.

3. Tamilnadu's progress in the family welfare is the outcome of several factors including the general development of the economy. However, one of the most important factors has been the high level of political commitment for the programme and strong political will to implement it. Long before government of India introduced the Family Planning Programme in the country the great social reformer **Periyar Ramasamy** created a strong social movement in the state to increase the age of marriage for women and acceptance of the small family norm. This movement has been carried forward by **Arignar Anna** and now by the present Government. This tradition has continued along with the formal family planning programmes launched nationally. Almost all social and political leaders and even prominent administrators talk forcefully about family planning and the small family norm at any opportunity they get to interact

with the people both in public meetings and social functions. This, along with specific IEC programmes has resulted in creating a 99 percent awareness of the small family norm in Tamilnadu.

In order to provide health care facilities to the people of the state, Tamilnadu has systematically created health infrastructure as per Govt. of India norms in respect of Health subcentres, Primary health centres, Government hospitals etc. As a result, we have at present 8682 Health subcentres, 1410 Primary health centres, 160 Taluk hospitals, 67 non-taluk hospitals, 26 district hospitals and 11 teaching medical institutions. After the present Government came to power in 1996, it was decided to improve the infrastructure facilities by providing own buildings for all the Primary Health Centres. Hence, 652 Primary Health Centres were built at a cost of Rs.51 crores purely from the state funds. On date, 94 percent of PHCs are functioning in their own buildings, the balance is under various stages of construction. Similarly 64 percent of the Health Subcentres are functioning in their own buildings. 600 are being constructed. 400 of these are through community participation. This is a unique experiment, which Tamilnadu is carrying out. To ensure 24

maintenance, provision of equipment etc. So far 69 PHCs, 5 HSCs, 24 Government hospitals have been adopted by 51 industrial houses and their contribution is about Rs.1.5 crores.

7. The State has also drawn up a standard equipment list for PHCs and HSCs. Equipments are now provided and supplied as per this list. All First Referral Units have now been equipped with ultra sonograms apart from other emergency and essential obstetric and newborn care equipments.
8. Realising that infrastructure cannot be optimally utilised without adequate training of manpower, the physical and academic infrastructure of training institutions in the state have been strengthened. The curricula have been revamped to focus on development of skills, management, and gender motivation and community mobilisation to improve the quality of care given by the providers.
9. Apart from training and sensitisation of all health providers in the State including the state level functionaries like Director of Health and Family Welfare Departments, training is now given to all Medical Officers on their induction in the PHCs. The training includes familiarisation with the ongoing Family Welfare Schemes in the State, reorientation

of technical, management as well as administrative skills. Here, I would like to mention, about a unique mobility training, the state gives to its grass root level functionaries the Village Health Nurses(VHN), Sector Health Nurses(SHN) and Community Health Nurses(CHN). These female field health functionaries are the backbone of the health care delivery system, and their mobility is critical to better delivery of outreach activities. Sensitive to the ground reality that mere provision of funds and sanction of moped loans were not sufficient to make them mobile, 3 day residential camps are being organised for imparting training in moped riding. The response for this was overwhelming and there is a distinct improvement in the field level management of health services.

10. In order to effectively manage the health care delivery system, constant monitoring of inputs and outputs is required. For doing this, state has been conducting, since 1996 a **vital events survey** involving a huge sample of 9 million persons. More comprehensive than the sample registration system-this generated estimates of vital data gender wise, district wise and place of residence wise. It also sensitised the entire health system personnel to issues of Public Health in general and Maternal and Child Health in particular.

11. To monitor the performance of Primary Health Centres, a format compatible for reading and feeding into the computer by using an **Optical Mark Reader (OMR)** has been developed. Thus concurrent monitoring of the institutional activities of all PHCs like outpatient, inpatient, number of deliveries conducted is being done regularly. As a result of this close monitoring the utilisation of the institutional services is steadily increasing.
12. In order to bring down the IMR and MMR a critically important monitoring tool has been adopted by the state called the **maternal death audit and infant death audit**. A Medical Audit team has been formed for each revenue district with the District Health Administrator, Obstetrician and Chief Medical Officer of the First Referral Units as members. A **Maternal death protocol** has also been developed for prompt reporting and investigation of maternal deaths. The objective of these is to determine the medical and non-medical causes of each maternal death. The team gives the report after detailed investigation which includes the viewpoints of the relatives as well as the service providers of the deceased within 15 days of the occurrence of death. The aim of this verbal autopsy is fact finding and sensitising service providers to take corrective action on systemic failures.

13. Our Government has introduced recently a new scheme of comprehensive free health checkups and treatment camps in rural areas called "**Varumun Kappom**". This scheme is the first of its kind in the country. During the camps more than 15 specialist doctors from the government hospitals screen the rural people with sophisticated equipments like ECG and Ultra sonogram etc. treat them and if required refer them to higher medical institutions for special treatment for which transport services are also provided by the government. Health awareness, health promotion and knowledge of avoidance of ill health are also to be imparted in these camps. So far more than 4334 camps have been held in the villages. The average attendance per camp is around 916. By December, 10 million people i.e. one sixth of the population of the state will be covered by these early detection camps. These camps have generated a massive data on morbidity patterns making it easy to draw up area wise epidemiological profiles for the whole state. This will also act as a major input in planning and designing preventive and curative health care. This is a unique programme aimed at providing services at the doorstep and improving the quality of life for the rural poor.

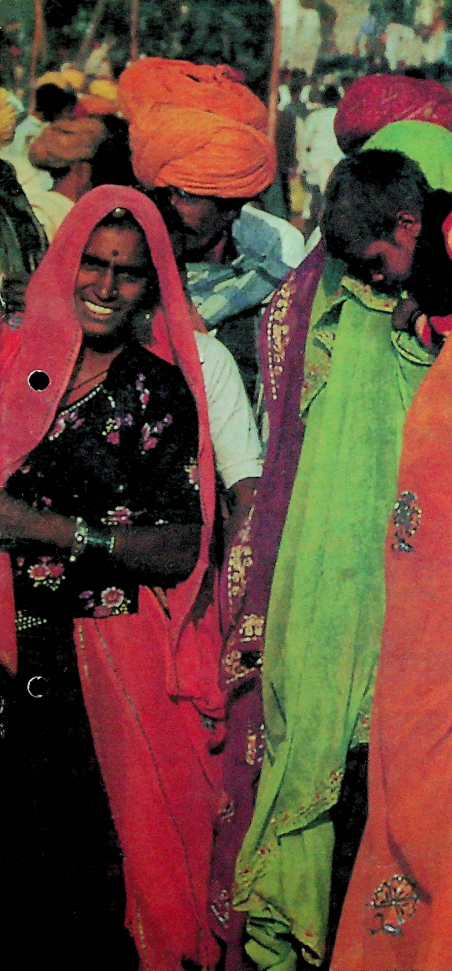
14. Similarly the School health programme **"Vazhvoli Thittam"** has been intensified during 1999. School children from first to twelfth standard are screened, treated and if required referred to a higher medical institution by a team of medical and para medical staff of the PHC based on a fixed plan of visits for schools. 72 lakh school children have been screened during 1999-2000.
15. In order to give a new thrust to the Family Welfare Programme, **"State Population Policy 2000"** is under preparation. A special drive to shift the exclusive burden of the programme from that of women and bring about active male participation through intensive IEC activities is under way. We are also taking initiatives for ensuring that the future generation is healthy and strong, by launching an iron supplementation programme and rubella vaccination programme for our future mothers - i.e. adolescent girls.
16. With all these initiatives the state is steadily marching forward. **The natural growth rate of the state has fallen below that of Kerala and now stands at 10.7 compared to 11.9 of Kerala.**
7. We have also achieved the replacement level net reproduction rate of one. India will require another 5 years to achieve this if the current tempo is maintained. **Our vision is to bring about the stabilisation of the**

population of Tamilnadu at 7.2 crores by 2010 and we are sure we will achieve it.

18. However, we have an apprehension in our mind which the Hon'ble Prime Minister and the government of India have to dispel. Tamil Nadu has 39 Members in the Lok Sabha. At the moment, we have an assurance from the Hon'ble Prime Minister and the Government of India that consequent on reduction in population, our representation in the Lok Sabha will not get reduced. I am sure the Hon'ble Prime Minister and the Government of India will take immediate and appropriate measures by way of suitable amendment to the Constitution to ensure that Tamil Nadu and other States which have implemented Family Welfare Programmes enthusiastically and successfully to contain and stabilise the population are not penalised by a reduction in the number of their representatives in the Lok Sabha. In view of the fast approaching deadline of the year 2001, it has become imperative that the issue is addressed at the earliest and the freeze on the existing number of Lok Sabha seats allocated to the State extended till 2025 A.D. as recommended in the 'National Population Policy, 2000'.

I am sure we will have the very valuable support and encouragement of the Hon'ble Prime Minister and Government of India in realising our population stabilisation goals.

Thank you, Vanakkam.



The National Population Policy 2000



a brief overview

National Population Policy 2000 aims at improving the quality of life that people lead, to enhance their wellbeing and to provide them with opportunities and choices to become productive assets in society. Though India was the first country to launch a national programme in 1952 aiming at stabilising the population at a level consistent with the requirement of national economy, sharp decline in death rate were not accompanied by a similar drop in birth rate.

This document is brought to you by the
**Ministry of Health and Family Welfare,
Government of India and
Voluntary Health Association of India (VHAI)**



However the country has seen some demographic achievements through the National Family Welfare Programme and they are related to the reduction of:

Crude Birth Rate (CBR)	from 40.8 in 1951 to 26.4 in 1998
Infant Mortality Rate (IMR)	from 146/1000 live in 1951 to 72/1000 live births in 1998
Crude Death Rate (CDR)	from 25 in 1951 to 9.0 in 1998
Life Expectancy at Birth	increased from 37 to 62 years
Total Fertility Rate (TFR)	from 6.0 in 1951 to 3.3 in 1997

Despite these Government initiatives and achievements, population growth in India today continues to be high. On 11 May, 2000 India's projected population crossed 1 billion mark (100 crore), i.e. 16 percent of the world's population living on 2.4 percent of the globe's land area. If current trends continue, India may overtake China in 2045, to become the most populous country in the world. While global population has increased threefold during this century, from 2 billion to 6 billion, the population of India has increased nearly five times from 238 million (23 crores) to 1 billion in the same period. India's current annual increase in population of 15.5 million is large enough to neutralize efforts to conserve the resource endowment and environment.

If the trend continues, Population of India will be 1012.4 million in 2001, 1178.9 million in 2011 and 1268.5 in 2016. Thus stabilizing population is an essential requirement for promoting sustainable development with more equitable distribution. However, this is as much a function of making reproductive health care accessible and affordable to all, as of increasing the provision and outreach of primary and secondary education. This would also include, extending basic amenities including sanitation, safe drinking water and housing, besides empowering women and enhancing their employment opportunities, and providing transport and communication.

The National Population Policy 2000 (NPP 2000) declares the commitment of Government towards providing voluntary and informed choices and seeking the consent of citizens. It also popularises the use of reproductive health care services and the continuation of a target free approach in administering family planning (FP) services. It addresses the fact that apart from making reproductive health care services accessible and affordable to all, it is also imperative to increase the outreach of education, basic amenities like sanitation, safe water and housing. Empowering women through awareness and enhancing their employment opportunities is also essential.





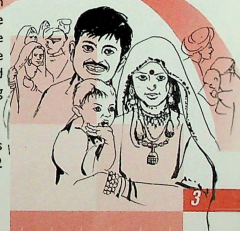
Objectives of National Population Policy 2000

OBJECTIVES

- 1 The **Immediate Objective** of the NPP 2000 is to address the unmet needs for contraception, health care infrastructure and health personnel and to provide integrated service delivery of basic reproductive and child health (RCH) care to all sections of the population. It is based on a strategy of developing partnerships within government departments and with industries and the voluntary sector.
- 2 Its **Mid-term Objective** is to bring the Total Fertility Rate down to replacement levels by 2010 through vigorous implementation of inter-sectoral operational strategies.
- 3 Its **Long term Objective** is to achieve a stable population by the year 2045 at a level that is consistent with the socio-economic and ecological requirements at that time.

The NPP 2000 envisages to address these issues by aiming to attain its mid term objective by increasing access to quality health and reproductive services, making school education upto 14 years free and compulsory. Reducing the IMR and Maternal Mortality Rate (MMR), achieving universal immunisation for all children, promoting delayed marriages for girls, achieving 100% registration of births, deaths, marriage and pregnancy, developing infrastructure to promote safe deliveries, setting up counselling and FP service centres, containing the spread of HIV/AIDS, RTI's and STD's, preventing and controlling communicable diseases, integrating Indian Systems of Medicine's with reproductive and child health services; promoting vigorously the small family norm and developing the family welfare programme as a people centred initiative.

If the NPP 2000 is fully and successfully implemented, the population is anticipated to be 1107 million in 2010 instead of the currently projected 1162 million, the CBR will be 21.0, IMR will be 30 and the TFR will be 2.1.





Proposed Strategies:

1 Decentralised Planning and Programme Implementation

The Panchayati Raj Institution (PRIs) are an important means of realising the socio-demographic goals of the NPP 2000. With the 73rd and 74th amendment, greater authority in matters of health, family welfare and education has been placed onto the panchayat; however further delegation of administrative and financial powers is necessary to facilitate the effective functioning of PRI's. It is envisaged that these empowered PRI's will identify area specific needs and prepare need based socio-demographic plans for the village aiming at developing a people centred reproductive and child health programme (RCH programme). Those panchayats that succeed in doing so will be nationally honoured. Also elected women panchayat members are expected to play a pivotal role in developing a gender sensitive, multi-sectoral local agenda for population stabilisation.

2 Convergence of Service Delivery at the Village Levels

Efforts at population stabilisation will be effective only if we direct an effective package of essential health services at the village and household levels. Currently there are many inadequacies in health infrastructure below the district level; lack of supervision, trained personnel, communication skills and motivation to work in rural areas has lead to obvious gaps in the coverage and effectiveness of RCH services. There is a need for a flexible intersectoral approach that would build partnerships with the voluntary and non-governmental sector in extending RCH services to all the areas of the country including hilly, inaccessible and forested areas.

In this aspect since health and education has been decentralised to the panchayats, a one stop integrated service delivery system needs to be developed at the village level for providing basic RCH services. For this it is necessary to set up equipped maternity huts, register births, deaths, marriage and pregnancies and developing a task force of TBA's, community mid wives, village health guides, teachers and aganwadi workers who will work towards increasing the coverage, outreach and effectiveness of the RCH initiative.

3 Empowering Women for Improved Health and Nutrition

Due to the discriminatory behaviour women are subjected to in India, most of them suffer from under nutrition and micro nutrient deficiency that



becomes crucial to a woman's wellbeing and that of her child during pregnancy. The extent of maternal mortality is an indicator of disparity and inequity and it is safe to say that a women's health is always at risk in India; from childhood neglect, lack of education, poor nutrition early child bearing due to early marriages, frequent and unsafe pregnancies, unsafe abortions, RTI's and STD's - all these combine to keep the MMR in India among the highest in the world.

The NPP 2000 addresses this by calling for an intersectoral holistic approach where in the non-governmental and private corporate sector collaborate with the government in committing to provide RCH services, education and employment opportunities to women. In addition the NPP 2000 has also called for strengthening the safe motherhood, immunization, child survival, women's nutrition, RTI and STD control initiatives by further integrating them into the RCH programme.

4 Child Health and Survival

Infant mortality, Under 5 mortality and neo-natal mortality are some of the primary causes for high fertility rates in India. Inadequate child care, asphyxia, premature birth, low birth weight, respiratory infections, lack of immunization, nutritional deficiencies have all hindered child survival in India for a long time now. Government child survival interventions have made a small difference but due to a decline in standards, outreach and quality of services, significant improvements have not been made.

The NPP 2000 prioritises the need to intensify neo-natal care as primary by calling for the setting up of a National Technical Committee which would set perinatal audit norms, strategise on quality development and monitoring and suggest that medical and nursing education be provided to all perinatal health providers. NPP 2000 also calls for extending the 'baby friendly hospital initiatives' to all hospitals and clinics at the district level which would also include upgrading the skills of TBA's in order to improve new born care practices.

5 Meeting the Unmet Needs for Family Welfare Services

The NPP 2000 indicates that there is still a paucity of contraceptives, equipment, man power and comprehensive FP information and informed health providers in both rural and urban areas. It is essential to strengthen these initiatives in all areas and also a need to improve the system of referral transportation and develop innovative social marketing schemes for affordable products and services.



6 Under Served Population Groups

- Currently slums account for high maternal and child mortality due to a lack of proper health services and facilities. There is an urgent need to provide basic and primary health care and RCH services in slums and to strengthen water and sanitation facilities in these areas. In addition health promotion and education facilities also need to be strengthened.
- It is a realised fact that populations in remote and hilly areas do not even have access to basic health care which attributes to the high level of mortality in these areas. NPP 2000 maintains that these communities need special attention in terms of health, awareness and RCH services in order to address IMR, MMR and high fertility rates in these neglected areas.
- Due to the rise in cases of unsafe abortions, STD's, HIV/AIDS, adolescents constitute a group whose needs must be addressed. Approachable RCH services providing education, counselling, FP information can go a long way in addressing their unmet needs. There is also a need to enforce the child marriage restraint act of 1976 more stringently.
- Menfolk need to constitute an integral part in any population control programme. We can not deny that men play a critical role in family welfare in India. Their active involvement is called for in planning families, supporting contraceptive use, helping pregnant women, helping in arranging safe deliveries and in child care. There is an urgent need to re-popularise vasectomies and focus on men in information and education campaigns to promote the small family norm.

7 Diverse Health Care Providers

The health infrastructure run by the government is rendered inadequate in light of the magnitude of demands made by the population. The RCH needs of the population are also unmet due to this paucity. There is a need to involve private doctors in providing these services and a need to revive the system of licensed medical practitioners in collaboration with the Indian Medical Association.

8 Collaboration with and Commitments from Non-government Organisations and the Private Sector

Understanding the magnitude of demands placed on the governments health services, it is apparent that a sustainable and efficient RCH effort will only be possible if partnerships are built with the non-government and private sector. Though these sectors have an impressive pool of expertise and resources, mobilizing them is no easy task as motivating them to address public health goals raises various issues of governance that need to be carefully addressed.



9 Mainstreaming Indian Systems of Medicine and Homeopathy (ISMH)

The traditional systems of medicine which are affordable, accessible and effective and have addressed the health needs of a large portion of the population for ages needs to be revived. Their utilisation in basic RCH care will expand the pool of effective health providers, optimise utilisation of local remedies and promote low cost health care. There is a need to orient and train ISM medical practitioners in aspects of woman and child health and utilise their services at sub-centres and PHC centres. Guidelines also need to be evolved to regulate and ensure standardisation, efficacy and safety of ISM drugs.

10 Contraceptive Technology and Research on Reproductive and Child Health

The government must constantly advance, encourage and support medical, social science, demographic and behavioural science research on maternal, child and reproductive health care issues. There is a need for consultations and frequent dialogue by government with existing research institutions in all sectors. The strengthening of the management information system (MIS) for ascertaining the impact and outcomes of government programmes through district surveys and facility surveys by the department of family welfare has been a positive step in this light.

11 Providing for the Older Population

Improved life expectancy has led to an increase in the number of older people in the population. When this is viewed in the context of significant weaknesses in health systems, one finds that the elderly are increasingly vulnerable and need protection. It is necessary to build in geriatric health concerns within the population policy by sensitising, training and equipping rural and urban health centres to provide geriatric health care. The voluntary sector can be involved in implementing schemes that make the elderly economically self reliant and a system of tax incentives to encourage grown ups to care for their parents can be developed.

12 Information, Education and Communication

There is a need for large scale dissemination of IEC messages to all parts of the country. Locally relevant, clear and focussed RCH/IEC material will go a long way in popularising and sensitizing RCH issues within communities. Government departments, NGO's and the panchayats need to be deeply involved in this endeavour and proper use of mass media tools like radio and television needs to be made.





Promotional and Motivational Measures for Adoption of the Small Family Norm

Certain promotional and motivational measures for adoption of small family norm have been suggested. Under this for exemplary performance in universalising the small family norm, achieving reduction in IMR, TBR, and promoting literacy, Panchayats and Zila Parishads will be rewarded. Cash incentive of Rs. 500 will be awarded at the birth of the girl child and to mothers who have their first child after nineteen years of age. For couples having 2 children and undergo sterilisation would become eligible for health insurance upto Rs.5000. Couples who have their first child after the mother reaches 21 will be rewarded. Creches will be opened, and facilities for safe abortion will be expanded. There would be provision for wider choice of contraceptives, and soft loans will be encouraged to those who run ambulance services and ensure mobility of ANMs.



Conclusion

The NPP 2000 which will largely be implemented and managed at the panchayat and nagarpalika level in coordination with state administrators has highlighted clearly the need to understand and look at population stabilization as a multidimensional concept and thus realize that it can only be achieved when government departments collaborate with each other and with the private and voluntary sector in holistically looking at population issues.

The NPP 2000 has called for the setting up of State and National Commissions on Population which will be presided by the Prime Minister, include Chief Ministers, members from concerned ministries and members of the civil society who will oversee and review the implementation of the NPP 2000 in States and Union Territories. The Planning Commission will have a coordination cell to facilitate inter-sectoral collaboration between ministries in order to enhance the performance of States particularly those which have adverse demographic and human development indicators.

In aspects of funding, priority will be given to developing health care infrastructure at the community, primary health care, sub-centre and the village level. Critical gaps in manpower will be remedied through re-deployment and referral links will be improved. It is foreseen that in order to implement immediately this action plan, it would be necessary to increase the annual budget of the Department of Family Welfare.

As the NPP 2000 has rightfully indicated, population stabilization while being an intersectoral approach needs to be pursued as a national movement based on the essence of participation and sustainability. Greater financial resources need to be allocated in this regard if we are to assure the success of this policy. Finally it is important to realize that if the full potential of the NPP 2000 is realized then the cherished dream of providing health for all may become a reality and the vast number of people in India will be able to live healthier, better and economically productive lives.





Action Plan

1 Convergence of Service Delivery at Village levels

Operational strategy :

- to utilise village self help groups for RCH.
- to implement at village level a coordinated health service delivery package.
- to provide a wider basket of contraceptive services.
- to organise and strengthen community midwives, TBAs, aganwadi centres, practitioners of ISMH, retired school teachers and ex-defence personnel

2 Empowering Women for Improved Health and Nutrition

Operational strategy will include -

- to create an enabling environment for women and children
- to open more child care centres in rural areas and urban slums
- social afforestation to facilitate access to fuelwood and fodder
- to reward energy saving devices
- to improve district, sub-district and panchayat health centres
- to ensure adequate transportation at all levels
- to improve technical skills of maternal and child health providers
- to improve accessibility to maternal and child health services.
- to monitor performance of health personnel
- to support community activities such as dissemination of IEC
- to develop a comprehensive programme including nutrition, STD/RTI/ HIV, family planning, convergence of various programmes and providing quality care.
- to develop a health package for adolescent
- to expand the availability of safe abortion care at all levels
- to develop maternity health centre at sub-district levels and at community health centres as FRUs for complicated and life-threatening deliveries.



- to formulate an enforced standard for clinical services
- to focus on distribution of non-clinical methods of contraception.
- to create a national network of public, private and NGO centres.

3 Child Health and Survival

Operational Strategy will be -

- to support community activities from village level upwards and to monitor early and adequate Ante Natal Care and Post Natal Care
- to set up a National Technical Committee on neo-natal care
- to pursue compulsory registration of birth in coordination with the ICDS Programme
- to provide counselling and advocacy about contraception after birth of a child
- to improve capacities and basic mid-wifery services and essential neo-natal care
- to sensitise and train health personnel in the integrated management of childhood illnesses
- to strengthen critical interventions aimed at bringing about reductions in maternal malnutrition, morbidity and mortality
- to pursue rigorously the pulse polio campaign to eradicate polio
- to ensure 100 percent routine immunisation for all vaccine preventable diseases, especially tetanus and measles
- to explore promotional and motivational measures for couples below the poverty line
- to give focussed attention to children from vulnerable groups
- to explore the feasibility of national health insurance for children below 5 years of parents who have adopted small family norms
- to expand the ICDS to include children between 6 to 9 years of age
- to provide professional training for girls

4 Meeting the Unmet Needs for Family Welfare Services

Operational Strategy will be -

- to strengthen health infrastructure at the village sub-centre and the primary health centre levels
- to address different unmet needs on priority basis



- to formulate and implement innovative social marketing schemes
- to improve facilities for referral transportation at panchayat, zilla parishad and primary health centre levels
- to encourage local entrepreneurs at village and block levels to start ambulance service
- to provide special loan scheme for opening chemist shop for basic medicines and first aid at village level

5 Under-Served Population Groups : Urban Slums, Tribal Communities, Hill Area Populations, Displaced and Migrant Populations, Adolescents and Diverse Health Care Providers, Older Population

Operational Strategy for Urban Slums

- to finalise a comprehensive urban health care strategy
- to facilitate service delivery centres in urban slums
- to promote networks of retired government doctors and para-medical and non-medical personnel
- to strengthen social marketing programmes for non clinical family planning products and services
- to initiate specially targeted IEC campaigns
- to promote inter-sectoral coordination
- to streamline the referral systems and linkages between the primary, secondary and tertiary levels of health care
- to link the provision of continued facilities for observance of small family norms

Operational Strategy for Tribal Communities, Hill Area Populations, Displaced and Migrant Populations

- to provide information and counselling in respect to infertility
- to encourage the NGO sector to formulate and implement a system of preventive and curative health care
- to encourage Indigenous System of Medicine
- to sensitise health care providers to adopt "burden of disease" approach

Operational Strategy for Adolescents

- to ensure access to information counselling and services including RCH services
- to provide a package of nutritional services under ICDS programme
- to enforce the Child Marriage Restraint Act, 1976
- to provide integrated intervention in pockets with unmet needs





Operational Strategy for Diverse Health Care Providers

- to maintain blockwise database at district and sub-district levels for private medical practitioners whose credentials may be certified by Indian Medical Association (IMA)
- to revive the earlier system of the licensed medical practitioners
- to involve the non-medical fraternity in counselling and advocacy
- to modify syllabi and curricula of medical, nursing and para-medical education in consultation with appropriate bodies
- to ensure the efficient functioning of First Referral Units

Operational Strategy for Providing for the Older Population

- to sensitise, train and equip rural and urban health centres and hospitals towards providing geriatric health care
- to encourage NGOs and voluntary organisations to formulate and strengthen a series of formal and informal avenues that make the elderly economically self-reliant
- to explore the possibility of providing tax benefits for children to look after their aged parents.

Due emphasis will be laid on

- ❖ Collaboration with communities and Non-Government Sector
- ❖ Collaboration and commitments from the Industry
- ❖ Mainstreaming Indian System of Medicine and Homeopathy
- ❖ Contraceptive Technology and Research on RCH
- ❖ Information, Education and Communication

This document is brought to you by the
**Ministry of Health and Family Welfare,
Nirman Bhawan, New Delhi 110 011 and
Voluntary Health Association of India, New Delhi 110 016**

For further information contact:
Ministry of Health and Family Welfare,
Nirman Bhawan, New Delhi 110 011
and
Voluntary Health Association of India
40, Qutab Institutional Area, New Delhi 110 016
Phone: 6518071, 6518072, 6965871, 6962953
Fax: 011-6853708, Email: vhai@vsnl.com





राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000



संक्षिप्त अवलोकन

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 का उद्देश्य लोगों के जीवन में गुणात्मक सुधार, उनके कल्याण को बढ़ाना और उन्हें समाज में सार्थक सदस्य बनने के लिए अवसर और विकल्प प्रदान करना है। वैसे तो भारत दुनिया का ऐसा पहला देश था जिसने 1952 में राष्ट्रीय अर्थव्यवस्था की आवश्यकताओं के अनुरूप स्तर पर जनसंख्या को स्थिर करने के लिए राष्ट्रीय अभियान छेड़ा था किंतु मृत्युदर में तेजी से गिरावट के अनुपात में जन्मदर में गिरावट नहीं हुई।

आपकी सेवा में इस प्रलेख के प्रस्तुतकर्ता :
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय,
भारत सरकार और
वॉलंटरी हेल्थ एसोसिएशन ऑफ इंडिया (वीहाई)



राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम के माध्यम से कुछ जनानिकीय उपलब्धियां हुई हैं और उनका संबंध इन कटौतियों से है:

अपक्व जन्म दर	1951 में 40.8 से 1998 में 26.4
शिशु मृत्यु दर	1951 में 146/1000 जीवित प्रसव से 1998 में 72/1000 जीवित प्रसव
अपक्व मृत्यु दर	1951 में 25 से 1998 में 9.0
जन्म के समय जीवन संभावना	37 से बढ़कर 62 वर्ष
कुल जनसंख्या दर	1951 में 6.0 से 1997 में 3.3

सरकार के इन प्रयासों और उपलब्धियों के बावजूद भारत में आज भी जनसंख्या की वृद्धि की दर बेहद ऊंची है। 11 मई 2000 को भारत की अनुमानित जनसंख्या एक अरब (100 करोड़) को पार कर गई अर्थात दुनिया की 16 प्रतिशत आबादी दुनिया की 2.4 प्रतिशत जमीन पर बसती है। अगर यही रुख जारी रहा तो हो सकता है कि सन् 2045 में भारत चीन को पीछे छोड़कर दुनिया का सबसे अधिक आबादी वाला देश बन जाएगा। इस शताब्दी में दुनिया की आबादी तीन-गुना बढ़कर दो अरब से छह अरब हो गई। इसी आबाधि में भारत की आबादी करीब पांच गुना बढ़ी और 23 करोड़ 80 लाख से एक अरब तक जा पहुंची। भारत में इस समय जनसंख्या में हर वर्ष एक करोड़ 55 लाख की वृद्धि हो रही है जो संसाधनों और पर्यावरण संरक्षण के प्रयासों को नाकाम करने के लिए पर्याप्त है। इसका प्रमुख कारण यह है कि आबादी का बहुत बड़ा हिस्सा प्रजनन आयु वर्ग में है। कम उम्र में विवाह, गर्भ निरोध की आवश्यकताएं पूरी न होने के कारण ऊंची प्रजनन दर और ऊंची शिशु मृत्यु दर के कारण ऊंची प्रजनन दर भी जनसंख्या बढ़ाने में योगदान कर रही हैं।

अगर यही रुख जारी रहा तो भारत की जनसंख्या सन् 2001 में एक अरब एक करोड़ 24 लाख, 2011 में एक अरब 17 करोड़ 89 लाख और 2016 में एक अरब 26 करोड़ 85 लाख हो जाएगी। अतः अधिक समान वितरण के साथ वहनीय विकास को बढ़ावा देने के लिए जनसंख्या को स्थिर करना आवश्यक है। इसके लिए प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल की सुविधा सबको उनके साधनों के भीतर सुलभ कराने के साथ-साथ प्राइमरी और सेकेंडरी शिक्षा का प्रसार और सुविधा बढ़ाना, स्वच्छता, सुरक्षित पेयजल और आवास सहित बुनियादी सुविधाओं का विस्तार करना आवश्यक है। इसके अलावा महिलाओं को अधिकार देना और उनके लिए रोजगार के अवसर बढ़ाना तथा परिवहन और संचार की सुविधाएं सुलभ कराना भी जरूरी है।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के इस्तेमाल को लोकप्रिय बनाने और परिवार नियोजन सेवाओं के संचालन में लक्ष्य मुक्त दृष्टिकोण जारी रखने के लिए नागरिकों की सहमति लेने और उन्हें स्वेच्छिक तथा जानकारी विकल्प प्रदान करने के प्रति सरकार के संकल्प की पुष्टि की गई है। इसमें इस बात की तरफ ध्यान दिया गया है कि प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को सबके साधनों के भीतर सुलभ कराने के साथ-साथ शिक्षा और स्वच्छता, सुरक्षित जल और आवास जैसी बुनियादी सुविधाओं का प्रसार बढ़ाना भी आवश्यक है। इसके अलावा जागरूकता के माध्यम से महिलाओं को सशक्त बनाना और उनके लिए रोजगार के अवसर बढ़ाना जरूरी है।



राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 के लक्ष्य

1. राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 का तात्कालिक लक्ष्य गभिरोध, स्वास्थ्य सेवा के बुनियादी ढांचे और स्वास्थ्यकर्मियों की कमी को दूर करना और जनसंख्या के सभी हिस्सों को बुनियादी प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने की समीकित सेवा की व्यवस्था करना है। यह नीति सरकारी विभागों के भीतर और उद्योगों तथा स्वयंसेवी क्षेत्र के साथ भागीदारी विकसित करने के सिद्धांत पर आधारित है।

2. इसका मध्यम अवधि का लक्ष्य कुल प्रजनन दर को घटाकर अंतर-क्षेत्रीय संचालन रणनीतियों पर तेजी से अमल के माध्यम से सन् 2010 तक प्रतिस्थापना स्तर तक लाना है।

3. इसका दीर्घकालिक लक्ष्य जनसंख्या को सन् 2045 तक ऐसे स्तर पर स्थिर करना है जो उस समय की सामाजिक-आर्थिक और परिवारण संबंधी आवश्यकताओं के अनुरूप हो।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 अपने मध्यम अवधि के लक्ष्य हासिल करने के उद्देश्य से इन मुद्दों का समाधान करना चाहती है। इस प्रयास में अच्छे किस्म की स्वास्थ्य और प्रजनन सेवाओं की सुलभता बढ़ाना, 14 वर्ष की आयु तक बच्चों को स्कूल शिक्षा अनिवार्य रूप से और मुक्त देना, शिशु मृत्यु दर और मातृ मृत्यु दर में कमी, सभी बच्चों का पूर्ण टीकाकरण, लड़कियों का विवाह देर से करने को प्रोत्साहन, जन्म-मृत्यु विवाह और गणव्यस्था का 100 प्रतिशत पंजीकरण, सुप्रक्षिप्त प्रसव को बढ़ावा देने के लिए बुनियादी सुविधाओं का विकास, परामर्श और परिवार नियोजन सेवा केंद्रों की स्थापना, एचआईवी/एड्स, आर्टीआई और यौन संचारी रोगों के प्रसार को रोकना, संचारी रोगों की रोकथाम और नियंत्रण, प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं में भारतीय चिकित्सा पद्धतियों का समन्वय, छोटे परिवार की मान्यता का तेजी से प्रचार और परिवार कल्याण कार्यक्रमों को जनकेंद्रित प्रयास के रूप में विकसित करना शामिल है।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 को अगर पूरी तरह सफलतापूर्वक लागू किया जाए तो अनुमान है कि सन् 2010 में भारत की जनसंख्या एक अरब सोलह करोड़ बीस लाख के भेदूत अनुमान के बजाय एक अरब दस करोड़ 70 लाख, सीबीआर 21.0, शिशु मृत्यु दर 30 और टीएफआर 2.1 होगी।





प्रस्तावित व्यूहरचना :

1 विकेंद्रित नियोजन और कार्यक्रम क्रियाव्यवस्था

पंचायती राज संस्थाएं राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 के सामाजिक-जनार्थकता तत्त्वों को हार्दिक करने की महत्त्वपूर्ण साधन हैं। 73 वें और 74 वें संशोधन के माध्यम से पंचायतों की स्वायत्त, परिहार कल्याण और शिक्षा के मामलों में अधिक अधिकार दिए गए हैं। किन्तु इन संस्थाओं के कारगर संचालन में सहायता के लिए इन्हें और अधिक प्रशासनिक और वित्तीय अधिकार सौंपना आवश्यक है। मूल धारणा यह है कि इस तरह के अधिकार प्राप्त पंचायती राज संस्थाएं जनविकेंद्रित प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम विकसित करने के लिए गति स्तर पर आगे-अपने क्षेत्र की विशेष आवश्यकताओं का पता लगाएंगी और इन आवश्यकताओं के आधार पर सामाजिक-जनार्थकता योजनाएं तैयार करेंगी। इस प्रयास में सफल रहने वाली पंचायतों को राष्ट्रीय स्तर पर सम्मानित किया जाएगा। महिला पंचायत सदस्यों से अपेक्षा की जाती है कि वे जनसंख्या को स्थिर करने के लिए लिंग संवेदी और बहुक्षेत्रीय स्थानीय कार्यसूची विकसित करने में निर्णायक भूमिका निभाएंगी।

2 सेवा प्रदान करने की व्यवस्था को ग्रामीण स्तर पर केंद्रित करना

जनसंख्या को स्थिर करने के प्रयास तभी सार्थक होंगे जब हम आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं को प्रभावकारी तरीके से गांव और परिवार स्तर पर केंद्रित करेंगे। इस समय जिला स्तर से नीचे स्वास्थ्य सुविधाओं के ढांचे में बहुत सी कमियां हैं: निरीक्षण, प्रशिक्षितकर्मियों, संचार क्षमताओं और काम करने के लिए प्रेरणा के अभाव के कारण ग्रामीण क्षेत्रों में प्रजनन और बाल स्वास्थ्य सेवाओं के प्रसार और प्रभावशीलता में अंतर स्पष्ट दिखाई पड़ता है। ऐसी लचीली अंतर-क्षेत्रीय नीति अपनाने की जरूरत है जो प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं को पहाड़ी, दुर्गम और वन क्षेत्रों सहित देश के सभी क्षेत्रों तक पहुंचाने में स्वीच्छक और गैर-सरकारी क्षेत्र के साथ भागीदारी विकसित कर सके।

अब स्वास्थ्य और शिक्षा के मामले पंचायतों को सौंप दिए जाने के बाद बुनियादी प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए ग्रामीण स्तर पर एक ही जगह संयोजित सेवा प्रदान करने की व्यवस्था विकसित करना आवश्यक है। इसके लिए जरूरी है कि सभी सुविधाओं से युक्त प्रसूति गृह बनाए जाएं, जन्म-मृत्यु विवाह और गर्भाण्डस्था को पंजीकरण किया जाए, प्रशिक्षित प्रचार सहायिकाओं, सामुदायिक दवाइयों, ग्रामीण स्वास्थ्य मार्गदर्शकों, शिक्षकों और आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं का ऐसा कार्यरत तैयार किया जाए जो प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं का प्रसार, पहुंच और प्रभावशीलता बढ़ाने के लिए काम करेगा।

3 बेहतर स्वास्थ्य और पोषण के लिए महिलाओं की अधिकार देना

भारत में महिलाओं के साथ व्यवहार का भेदभाव किया जाता है उसके कारण अधिकतर महिलाएं, पोषण और यूसुक्ष पोषक तत्वों की कमी की शिकार हो जाती हैं जबकि मां के स्वास्थ्य और



गर्भावस्था के दौरान उसके बच्चे के स्वास्थ्य के लिए यह तत्व बहुत आवश्यक हैं। मातृ मृत्यु दर का भयावह स्तर महिलाओं के प्रति असमान और विषम व्यवहार का संकेत है। हम पक्के तौर पर कह सकते हैं कि भारत में महिलाओं का स्वास्थ्य हमेशा खतरों में रहता है। बचपन में उपेक्षा, शिक्षा और अच्छे पोषण की कमी, कम उम्र में शादी के बाद कम उम्र में गर्भधारण, जल्दी-जल्दी और असुरक्षित गर्भावस्था, असुरक्षित गर्भपात, आरटीआई और यौन संचारी रोगों का खतरा- इन सबके योग से भारत की गिनती दुनिया में सबसे ऊँची मातृ मृत्युदर वाले देशों में होती है।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में इस समस्या के समाधान के लिए अंतर-क्षेत्रीय समग्र दृष्टिकोण अपनाने की बात कही गई है जिसके अंतर्गत महिलाओं को प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएँ, शिक्षा और रोजगार के अवसर प्रदान करने के सरकार के संकल्प में गैर-सरकारी संगठन और निजी कंपनियों सहयोग करेंगे। इसके अलावा राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में सुरक्षित मातृत्व, टीकाकरण, बाल जीवन रक्षा, महिलाओं के पोषण, आरटीआई और यौन संचारी रोगों पर नियंत्रण के प्रयासों को प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम में समाहित कर और मजबूती प्रदान करने पर भी जोर दिया गया है।

4 बाल स्वास्थ्य और जीवन रक्षा

शिशु मृत्यु, पाँच वर्ष से कम उम्र में मृत्यु और नवजात शिशु मृत्यु भारत में ऊँची प्रजनन दरों के कुछ बुनियादी कारण हैं। बच्चे की अपर्याप्त देखभाल, श्वास अवरोध, समय से पहले प्रसव, कम जन्मभार, श्वास संक्रमण, टीकाकरण का अभाव और पोषण की कमियाँ लंबे समय से भारत में बाल जीवन रक्षा में बाधक रहों हैं। सरकार ने बच्चों की जीवन रक्षा के लिए जो प्रयास किए हैं उनसे कुछ फर्क तो पड़ा है लेकिन सेवाओं की गुणवत्ता, प्रसार और स्तर में गिरावट के कारण उल्लेखनीय सुधार नहीं हो सका।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में नवजात शिशु की देखभाल को सबसे पहली प्राथमिकता माना गया है। इसके लिए स्थापित राष्ट्रीय तकनीकी समिति प्रसव के समय उपलब्ध सुविधाओं की समीक्षा के नियम तय करेगी, गुणवत्ता विकास और निगरानी की नीति बनाएगी और प्रसव के समय स्वास्थ्य की देखभाल करने वाले सभी व्यक्तियों के लिए शिक्षा और नर्सिंग शिक्षा का आवश्यकता के बारे में सुझाव देगी। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में जिला स्तर के सभी अस्पतालों और क्लिनिकों में शिशु हितैषी अस्पताल योजना लागू करने की बात भी कही गई है जिसमें नवजात शिशु की देखभाल के तरीकों में सुधार के लिए प्रशिक्षित प्रसव सहायिका की दक्षता सुधारना शामिल है।

5 परिवार कल्याण सेवाओं की अपूर्ण आवश्यकताओं को पूरा करना

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में संकेत दिया गया है कि ग्रामीण और शहरी दोनों ही क्षेत्रों में गर्भनिरोधकों, उपकरणों, जनशक्ति और व्यापक परिवार नियोजन सूचना तथा जानकारी स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने वालों की अब भी काफी कमी है। सभी क्षेत्रों में इन प्रयासों को मजबूत करना आवश्यक है। इसके साथ ही रोगों को परामर्श के लिए विशेषज्ञों तक भेजने की व्यवस्था में सुधार करना और साधनों के भीतर सुलभ उत्पाद और सेवाओं के लिए सामाजिक विपणन की नई-नई योजनाएँ विकसित करना भी आवश्यक है।



6 सेवाओं से बंचित जनसंख्या समूह

- इस समय झुग्गी-झोपड़ी बस्तियों में उचित स्वास्थ्य सेवाओं और सुविधाओं के अभाव के कारण मातृ और शिशु मृत्यु दरें ऊँची रहती हैं। इन बस्तियों में बुनियादी और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल तथा प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना और जन तथा स्वच्छता सुविधाएं बढ़ाना तत्काल आवश्यक है। इसके लिए स्वास्थ्य को प्रोत्साहन देना और शिक्षा सुविधाओं को मजबूत करना भी आवश्यक है।
- अब यह तथ्य समझा जा चुका है कि दूर-दराज के और पहाड़ी क्षेत्रों में रहने वाले लोगों को बुनियादी स्वास्थ्य सेवा भी सुलभ नहीं है। इस कारण विभिन्न क्षेत्रों में मौतों का स्तर बहुत ऊँचा है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में माना गया है कि इन उपेक्षित क्षेत्रों के समुदायों में शिशु मृत्युदर, मातृ मृत्यु दर और ऊँची प्रजनन दर की समस्या से निपटने के लिए स्वास्थ्य, जागरूकता और प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं पर विशेष ध्यान देना आवश्यक है। असुरक्षित गर्भपात, यौन संचारी रोगों, एचआईवी/एड्स के मामलों में वृद्धि को देखते हुए किशोरों की आवश्यकताओं पर तत्काल ध्यान दिया जाना चाहिए। शिक्षा, परामर्श और परिवार नियोजन की जानकारी देने वाली सर्वसुलभ प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएं इन अपूर्ण आवश्यकताओं को पूरा करने में बहुत सहायक हो सकती हैं। 1976 के बाल विवाह निरोधक कानून को भी और सख्ती से लागू किया जाना चाहिए।
- जनसंख्या नियंत्रण के किसी भी कार्यक्रम में पुरुषों को अभिन्न रूप में शामिल करना आवश्यक है। इस तथ्य को नकारा नहीं जा सकता कि भारत में परिवार कल्याण में पुरुषों की भूमिका निर्णायक है। परिवार को नियोजित रखने, गर्भनिरोधक के उपयोग को समर्थन देने, गर्भवती महिला की मदद करने और सुरक्षित प्रसव तथा बच्चे की देखभाल की व्यवस्था में मदद करने में उनकी सक्रिय भागीदारी आवश्यक है। पुरुष नसबंदी को फिर से लोकप्रिय बनाने और छोटे परिवार की मान्यता को प्रचारित करने के सूचना और शिक्षा अभियानों को पुरुषों पर केंद्रित करने की तत्काल आवश्यकता है।

7 स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ताओं की विविधता

विशाल आबादी की भारी मांग को देखते हुए सरकार द्वारा संचालित स्वास्थ्य सेवा का ढाँचा अपर्याप्त दिखाई देता है। मांग और आपूर्ति की इस खाई के कारण जनसंख्या की प्रजनन और बाल स्वास्थ्य आवश्यकताएं भी पूरी नहीं हो पाती हैं। यह सेवाएं प्रदान करने में निजी चिकित्सकों की भागीदारी जुटाने के साथ-साथ भारतीय चिकित्सक संघ के साथ मिलकर लाइसेंसशुदा चिकित्सकों की सुविधा फिर शुरू करने की आवश्यकता है।

8 गैर-सरकारी संगठनों और निजी क्षेत्र की वचनबद्धता व उनके साथ सहयोग

सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं पर मांग के भारी दबाव को समझने के बाद यह स्पष्ट हो जाता है कि प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएं सुलभ कराने के लिए स्थाई और कारगर प्रयास तभी संभव है जब गैर सरकारी और निजी क्षेत्र के साथ साझेदारी विकसित की जाए। इन क्षेत्रों के पास विशेषज्ञता और संसाधनों का विशाल भंडार है किंतु उन्हें एकजुट करना आसान नहीं है क्योंकि उन्हें जन स्वास्थ्य के लक्ष्यों की पूर्ति के लिए प्रेरित करने के साथ ही उठने वाले अनेक प्रशासन संबंधी मुद्दों को सावधानीपूर्वक सुलझाना आवश्यक है।



9 भारतीय चिकित्सा पद्धतियों और होम्योपैथी को मुख्यधारा से जोड़ना

अज्ञ जरूरी हो गया है कि आम जनता के साधनों के भीतर आसानी से सुलभ और प्रभावकारी तथा गुणों से जगहरी के बहुत बड़े हिस्से को स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों को पूरा कर रही पारंपरिक चिकित्सा पद्धतियों को फिर से अपनया जाए। प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य की बुनियादी सेवा में इनके उपयोग से प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने वालों का मंडल बढ़ेगा। स्थानीय उपयोगों का अधिकतम उपयोग हो सकता और कम लागत पर स्वास्थ्य सेवा को बढ़ावा मिलेगा। भारतीय चिकित्सा पद्धति से जुड़े चिकित्सकों को महिला और बाल स्वास्थ्य के विशेष पहलुओं से परिचित करने और प्रशिक्षण देने तथा स्वास्थ्य उप केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में उनकी सेवाओं का उपयोग करने की आवश्यकता है। भारतीय चिकित्सा पद्धतियों की औषधियों को मानकीकरण, सुरक्षा और प्रभावशीलता को सुनिश्चित करने और उन्हें नियमानुसार संचालित करने के लिए दिशा-निर्देश भी तैयार किए जाने चाहिए।

10 गभशिशोधक टैक्नोलॉजी और प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य के बारे में अनुसंधान

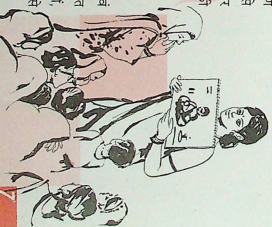
सरकार को मातृ, बाल एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े नई के बारे में चिकित्सा, सामाजिक विज्ञान, जननीकीय और आचरण विज्ञान के क्षेत्र में अनुसंधान को निरंतर प्रोत्साहन और समर्थन देना चाहिए। सभी क्षेत्रों में मौजूदा अनुसंधान संस्थानों के साथ सरकार को निरंतर विचार-विमर्श और परामर्श करते रहना चाहिए। जिला सर्वेक्षणों और परिवार कल्याण विभाग द्वारा सुविधा सर्वेक्षणों के माध्यम से सरकारों कार्यक्रमों के प्रभाव और परिणामों का पता लगाने के लिए प्रबंध सूचना व्यवस्था को मजबूत करना भी इस दिशा में एक रचनात्मक कदम है।

11 वृद्ध जनसंख्या के लिए सुविधा

जीवन की संभावना में सुधार के साथ ही जनसंख्या में वृद्ध लोगों की संख्या बढ़ी है। स्वास्थ्य व्यवस्था की महत्वपूर्ण कमजोरियों के संदर्भ में देखते पर पता लगता है कि वृद्ध लोगों की असेहतता बढ़ती जा रही है और उन्हें संरक्षण देना जरूरी है। जनसंख्या नीति में वृद्धों के स्वास्थ्य को देखभाल की स्थान देना आवश्यक है। इसके लिए शहरी और ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों को जानकारी, प्रशिक्षण और उपकरण उपलब्ध कराने होंगे ताकि वे वृद्धों के स्वास्थ्य को देखभाल कर सकें। वृद्धों को अधिक रूप से आत्मनिर्भर बनाने वाली योजनाएं लागू करने में स्वयंसेवी क्षेत्र को भी शामिल किया जा सकता है कर में प्रोत्साहन की ऐसी व्यवस्था भी विकसित की जा सकती है जिससे संतानों को अपने माता-पिता को देखभाल करने के लिए प्रोत्साहित किया जा सके।

12 सूचना, शिक्षा और संचार

देश के सभी भागों में आईसी संदेशों का व्यापक प्रचार आवश्यक है। समुदायों के भीतर प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य के मुद्दों की जागरूकता पैदा करने में स्थानीय रूप से उपयोगी, स्पष्ट और लक्ष्य केंद्रित प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य/आईसी सामग्री बहुत उपयोगी साबित होगी। इस प्रयास में सरकारी विभागों, गैर-सरकारी संगठनों और पंचायतों की गहरी भागीदारी आवश्यक है। रेडियो और टेलीविजन जैसे जनसंचार माध्यमों का सही उपयोग भी जरूरी है।





छोटे परिवार के सिद्धांत को अपनाने के लिए प्रेरणा एवं प्रोत्साहन

छोटे परिवार के सिद्धांत को अपनाने के लिए प्रोत्साहन और प्रेरणा के कुछ उपायों का मुद्दाव दिया गया है। सभी परिवारों में छोटे परिवार की मान्यता अपनाने, शिशु मृत्युदर, टीबीआर में कमी हासिल करने और साक्षरता को बढ़ावा देने में उल्लेखनीय प्रदर्शन के लिए पंचायतों और जिला परिषदों को पुरस्कृत किया जाएगा। प्रथम लड़की के जन्म पर तथा उन माताओं को 500 रुपये की प्रोत्साहन राशि दी जाएगी जिन्का प्रसव 19 वर्ष की उम्र के बाद हुआ है। वे दंपती जिनके दो बच्चे हैं तथा नसबंदी करवाना चाहते हैं उनका 5000 रुपये का स्वास्थ्य बीमा किया जाएगा। वे दंपती भी इनगम के हकदार होंगे जिनको पहला बच्चा कम के 21 साल की होने पर हुआ है। शिशु सदन खोले जाएंगे तथा सुरक्षित गर्भपात की सुविधा बढ़ाई जाएगी। गर्भिणियों के चुनाव के अधिक उपाय उपलब्ध कराये जाएंगे तथा एंजुलैस सेवा प्रदान करने वालों को ऋण सुविधा दी जाएगी।



निष्कर्ष

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 को काफी हद तक राज्य प्रशासन के साथ तालमेल से पंचायत और नगर पालिका स्तर पर संचालित और प्रबोधित किया जाएगा। इस नीति ने जनसंख्या को स्थिर करने की प्रक्रिया को बहुआयामी धारणा के रूप में देखने और समझने की आवश्यकता उजागर कर दी है। अब यह स्पष्ट हो गया है कि इस नीति को सफलता तभी मिल सकती है जब सरकारी विभाग जनसंख्या से जुड़े मुद्दों के बारे में समग्र दृष्टिकोण अपनाते समय एक दूसरे के साथ और निजी तथा स्वयंसेवी क्षेत्र के साथ पूरा सहयोग करें।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में राज्य और राष्ट्रीय जनसंख्या आयोगों की स्थापना का प्रावधान है। प्रधानमंत्री की अध्यक्षता में इन आयोगों के मुख्यमंत्रियों के अलावा संबद्ध मंत्रालयों के सदस्य और अन्य समाज के सदस्य शामिल होंगे। यह आयोग राज्य और संघ शासित प्रदेशों में राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 के क्रियान्वयन पर नजर रखेंगे और उसकी समीक्षा करेंगे। योजना आयोग में नवित समन्वय प्रकोष्ठ मंत्रालयों के बीच तालमेल रखेंगे ताकि विशेष तौर पर उन राज्यों का प्रदर्शन सुधर सके जहां जनानिकीय और मानव विकास के संकेतक आवश्यकता के अनुरूप नहीं हैं।

धन की व्यवस्था के मामले में समुदाय प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा, उपकेंद्र और ग्रामीण स्तर पर स्वास्थ्य सेवा का बुनियादी ढांचा विकसित करने को प्राथमिकता दी जाएगी। जनशक्ति की कमी को पूरा करने के लिए नौजवा कर्मियों को पग सिर से तैनात किया जाएगा और परामर्श संपर्कों में सुधार किया जाएगा। इस बात का अनुमान लगा लिया गया है कि इस कार्य योजना को तत्काल लागू करने के लिए परिवार कल्याण विभाग का वार्षिक बजट दोगुना करना होगा।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 की यह मान्यता एकदम सही है कि जनसंख्या को स्थिर करने की प्रक्रिया के लिए अंतर-क्षेत्रीय दृष्टिकोण अपनाने के साथ-साथ इसे भागीदारी और वहनीयता के सिद्धांतों पर आधारित राष्ट्रीय अभियान का रूप देना आवश्यक है। इस नीति की सफलता सुनिश्चित करने के लिए और अधिक वित्तीय संसाधन बुटाने होंगे। अब यह समझ लेना होगा कि राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 की सभी संभावनाओं को पूरी तरह साकार कर लिया जाए तो सबके लिए स्वास्थ्य की सुविधा प्रदान करने का सपना साकार हो सकता है और भारत की विशाल आबादी स्वस्थ, बेहतर और आर्थिक रूप से सार्थक जीवन जीने में सफल हो सकती है।





कार्य योजना

1. सेवा प्रदान करने की व्यवस्था को ग्रामीण स्तर पर केंद्रित करना

संचालित नीति :

- प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य के लिए गांव के स्वसहाय समूहों का उपयोग करना।
- ग्रामीण स्तर पर समन्वित स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने की प्रणाली लागू करना।
- गर्भ निरोधक सेवाओं के व्यापक विकल्प प्रदान करना।
- सामुदायिक दाइयों, प्रशिक्षित प्रसव सहायिकाओं, आंगनवाड़ी केंद्रों, भारतीय चिकित्सा पद्धति और होम्योपैथी के चिकित्सकों, सेवा निवृत्त स्कूल अध्यापकों और पूर्व रक्षाकर्मियों को संगठित तथा मजबूत करना।

2. महिलाओं को बेहतर स्वास्थ्य और पोषण के लिए सशक्त करना

संचालन नीति :

- महिलाओं और बच्चों के लिए सक्षम माहौल तैयार करना।
- ग्रामीण क्षेत्रों और शहरी झुग्गी-झोपड़ियों में अधिक बाल देखभाल केंद्र खोलना।
- ईंधन की लकड़ी और चारा सुलभ कराने के लिए सामाजिक वृक्षारोपण।
- ऊर्जा बचत उपकरणों के लिए पुरस्कार।
- जिला, उप-जिला और पंचायत स्वास्थ्य केंद्रों में सुधार करना।
- सभी स्तरों पर उपयुक्त परिवहन की व्यवस्था करना।
- मातृ और बाल स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने वालों की तकनीकी दक्षता सुधारना।
- स्वास्थ्यकर्मियों के प्रदर्शन पर निगरानी रखना।
- आईईसी के प्रसार जैसी सामुदायिक गतिविधियों को समर्थन देना।
- पोषण, यौन संचारी रोग, आरटीआई, एचआईवी, परिवार नियोजन सहित व्यापक कार्यक्रम विकसित करना। विभिन्न कार्यक्रमों को महिलाओं पर केंद्रित करना और अच्छी देखभाल प्रदान करना।
- किशोरों के लिए स्वास्थ्य योजना विकसित करना।
- सभी स्तरों पर सुरक्षित गर्भपात की सुविधा उपलब्ध कराना।
- उप-जिला स्तर पर प्रसूति स्वास्थ्य केंद्र विकसित करना।
- और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों को जटिल और प्राणघाती के लिए प्रथम इकाई के रूप में विकसित करना।



- क्लिनिकल सेवाओं के लिए मानक तय करना और उन्हें लागू करना।
- गर्भ निरोध के गैर क्लिनिकल साधनों के वितरण पर ध्यान देना।
- सार्वजनिक, निजी और गैर-सरकारी संगठनों, उप केंद्रों का राष्ट्रीय नेटवर्क बनाना।

3. बाल स्वास्थ्य और जीवन रक्षा

संचालन नीति :

- ग्रामीण स्तर से ऊपर सामुदायिक गतिविधियों को समर्थन देना और प्रसव से पहले तथा प्रसव के समय जल्दी और उपयुक्त देखभाल की निगरानी।
- नवजात शिशु की देखभाल के बारे में राष्ट्रीय तकनीकी समिति की स्थापना।
- आईसीडीएस कार्यक्रम के साथ तालमेल से जन्म के पंजीकरण को अनिवार्य व्यवस्था करना।
- बच्चे के जन्म के बाद गर्भनिरोध के बारे में हिमायत और परामर्श सुविधा प्रदान करना। बुनियादी दाई सेवाओं और क्षमताओं तथा आवश्यक नवजात शिशु देखभाल सुविधा में सुधार करना।
- बचपन की बीमारियों के समेकित प्रबंध में स्वास्थ्यकर्मियों को प्रशिक्षित और जागरूक करना।
- मातृ कुपोषण, अपंगता और मृत्यु में कमी लाने के लिए निर्णायक प्रयासों को मजबूत करना।
- पोलियो के उन्मूलन के लिए पल्स पोलियो अभियान को पूरी ताकत से आगे बढ़ाना।
- टीके लगाकर रोक जा सकने वाली सभी बीमारियों, विशेषकर टिटनस और खसरा से बचाव के लिए सभी बच्चों को शत-प्रतिशत टीके लगाना।
- असहाय समूहों के बच्चों पर विशेष ध्यान देना।
- छोटे परिवार का सिद्धांत अपनाने वाले माता-पिता के पांच वर्ष से छोटे बच्चों के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा की व्यावहारिकता का पता लगाना।
- 6 से 9 वर्ष की आयु के बच्चों को शामिल करने के लिए आईसीडीएस का विस्तार करना।
- लड़कियों को व्यावसायिक प्रशिक्षण प्रदान करना।

4. परिवार कल्याण सेवाओं की अपूर्ण आवश्यकता को पूरा करना

संचालित नीति :

- ग्रामीण उप केंद्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं के बुनियादी ढांचे को मजबूत करना।
- विभिन्न अपूर्ण आवश्यकताओं को प्राथमिकता के आधार पर पूरा करना।
- नई-नई सामाजिक विपणन योजनाएं तैयार करना और लागू करना।



- पंचायत, जिला परिषद और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर परामर्श परिचयन के लिए सुविधाएं सुधारना।
- ग्रामीण और खंड स्तर पर स्थानीय उद्यमियों को एंबुलेंस सेवा शुरू करने के लिए प्रोत्साहन देना।
- ग्रामीण स्तर पर प्राथमिक चिकित्सा और मूल औषधियों के लिए दवाओं की दुकान खोलने के वास्ते विशेष ऋण योजना सुलभ कराना।

5. सुविधाओं से वंचित जनसंख्या समूह : शहरी, झुग्गी-झोपड़ियों के निवासी, आदिवासी समुदाय, पर्वतीय क्षेत्र आबादी, विस्थापित और घुमंतू आबादी, किशोर और विविध स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ता, वृद्ध आबादी

शहरी झुग्गी-झोपड़ियों के लिए संचालन नीति :

- व्यापक शहरी स्वास्थ्य सेवा रणनीति तय करना।
- शहरी झुग्गी-झोपड़ियों में सेवा प्रदान करने के केंद्रों की सुविधा जुटाना।
- सेवानिवृत्त सरकारी चिकित्सकों और अर्द्धचिकित्सा तथा गैर चिकित्सा कर्मियों का नेटवर्क बनाना।
- गैर क्लिनिकल परिवार नियोजन उत्पादों और सेवाओं के लिए सामाजिक विपणन कार्यक्रमों को मजबूत करना।
- विशेष रूप से लक्षित आईसीसी अभियान चलाना।
- अंतर-क्षेत्रीय समन्वय को प्रोत्साहन देना।
- परामर्श व्यवस्था और प्राथमिक, सेकेंडरी और तृतीय स्तर की स्वास्थ्य सेवा के बीच संपर्कों को चुस्त बनाना।
- छोटे परिवार के सिद्धांत के पालन के लिए निरंतर सुविधाओं की व्यवस्था को जोड़ना।

आदिवासी समुदायों पर्वतीय क्षेत्र आबादी, विस्थापित और घुमंतू आबादी के लिए संचालन नीति

- बांझपन के बारे में सूचना और परामर्श सेवा प्रदान करना।
- निरोधक और उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवा की व्यवस्था तैयार करने और लागू करने के लिए गैर-सरकारी संगठनों को प्रोत्साहन देना।
- चिकित्सा की स्थानिक प्रणालियों को प्रोत्साहन देना।
- स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ताओं को बीमारी का बोझ दृष्टिकोण अपनाने के लिए जागरूक करना।

किशोरों के लिए संचालन नीति

- प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं सहित सूचना परामर्श और सेवाओं की सुलभता सुनिश्चित करना।
- आईसीडीएस कार्यक्रम के अंतर्गत एक मुक्त पोषण सेवाएं प्रदान करना।
- 1976 के बाल विवाह निरोधक कानून को लागू करना।
- अपूर्ण आवश्यकताओं वाले इलाकों में समन्वित हस्तक्षेप करना।



विविध स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ताओं के लिए संचालन नीति

- जिला और उप-जिला स्तर पर निजी चिकित्सकों के लिए खंडवार आंकड़े रखना। उनकी योग्यता को आईएमए से प्रमाणित कराया जा सकता है।
- लाइसेंसशुदा चिकित्सकों को पुरानी व्यवस्था फिर अपनाना।
- परामर्श और हिमावत के काम में गैर चिकित्साकर्मियों को शामिल करना।
- उपयुक्त संस्थाओं के परामर्श से चिकित्सा, नर्सिंग और अर्द्धचिकित्सा शिक्षा के पाठ्यक्रम और विषय वस्तु में संशोधन करना।
- प्रथम परामर्श इकाइयों का प्रभावशाली कामकाज सुनिश्चित करना।

वृद्ध जनसंख्या को सुविधा प्रदान करने के लिए संचालन नीति

- ग्रामीण और शहरी स्वास्थ्य केंद्रों तथा अस्पतालों को वृद्धों के लिए स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने के बारे में जागरूक प्रशिक्षित और साधनों से लैस करना।
- गैर-सरकारी संगठनों और स्वयंसेवी संगठनों को वृद्धों को आर्थिक रूप से आत्मनिर्भर बनाने की औपचारिक और अनौपचारिक नीतियां तैयार करने और मजबूत करने के लिए प्रोत्साहन देना।
- संतानों को अपने वृद्ध माता-पिता की देखभाल के लिए कर लाभ देने की संभावना का पता लगाना।

इन बातों पर उपर्युक्त ध्यान दिया जाएगा

- ❖ समुदायों और गैर-सरकारी क्षेत्र के साथ सहयोग।
- ❖ उद्योगों से सहयोग और वचनबद्धता।
- ❖ भारतीय चिकित्सा पद्धति और होम्योपैथी को मुख्यधारा से जोड़ना।
- ❖ प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य के बारे में अनुसंधान और गर्भनिरोध टेक्नॉलॉजी।
- ❖ सूचना, शिक्षा और संचार।

आपकी सेवा में इस प्रलेख के प्रस्तुतकर्ता :
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय,
निर्माण भवन, नई दिल्ली 110 011 और
वॉलेंटरी हेल्थ एसोसिएशन ऑफ इंडिया (वीहाई)

अधिक जानकारी के लिए संपर्क करें :
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय,
निर्माण भवन, नई दिल्ली 110 011

वॉलेंटरी हेल्थ एसोसिएशन ऑफ इंडिया
40, कुतुब इन्स्टीट्यूशनल एरिया, नई दिल्ली 110 016
फोन : 6518071, 6518072, 6965871, 6962953
फैक्स : 011-6853708, ई-मेल : vhai@vsnl.com





ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿ 2000



ಒಂದು ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ಮೇಲ್ನೋಟ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿ 2000ದ ಉದ್ದೇಶವು, ಜನರು ತಮ್ಮ ಒಳಿತನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಇಚ್ಛಿಸುವ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಅವರು ಉತ್ಪಾದಕತೆ ಆಸ್ತಿಗಳನ್ನಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಅವರಿಗೆ ಸಧಾವಕಾಶಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಆಯ್ಕೆಯ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದಾಗಿದೆ. 1952 ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಧಿಕೃತತೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಜನ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಸ್ಥಿರಗೊಳಿಸುವ ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ಪ್ರಥಮ ದೇಶ ಭಾರತವಾಯಿತಾದರೂ ಸಾಧನ ಪ್ರಮಾಣಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ತೀವ್ರ ಇಳಿಕೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅದೇ ರೀತಿಯ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆ ಆಗಲಿಲ್ಲ.

ಆದಾಗ್ಯೂ, ದೇಶವು ಕೆಲವು ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಶಾಸ್ತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾಧನೆಗಳನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮೂಲಕ ಕಂಡುಕೊಂಡಿದೆ ಮತ್ತು ಅವು ಜನಸಂಖ್ಯೆನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದವುಗಳಾಗಿವೆ. ಅಂದರೆ :

ಸಹಜ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ (ಸಿಬಿಆರ್)	1951ರಲ್ಲಿ 40.8 ರಿಂದ 1998 ರಲ್ಲಿ 26.4
ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಸಾವಿನ ಅಂದಾಜು (ಎಎಆರ್)	1951 ರಲ್ಲಿ 146/1000 ರಿಂದ 1998 ರಲ್ಲಿ 72/1000 ಜೀವಂತ ಹುಟ್ಟುಗಳು
ಸಹಜ ಸಾವಿನ ಅಂದಾಜು (ಸಿಡಿಆರ್)	1951 ರಲ್ಲಿ 25 ರಿಂದ 1998 ರಲ್ಲಿ 9.0
ಹುಟ್ಟಿಸಲ್ಪಡದ ಜೀವದ ಸಂಭವ	37 ವರ್ಷಗಳಿಂದ 62 ವರ್ಷಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಳ
ಸಂಪೂರ್ಣ ಗರ್ಭಧಾರಣಾ ಪ್ರಮಾಣ (ಟಿಎಫ್ಆರ್)	1951 ರಲ್ಲಿ 6.0 ದಿಂದ 1997 ರಲ್ಲಿ 3.3

ಸರ್ಕಾರದ ಈ ಉಪಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಸಾಧನೆಗಳ ನಡುವೆಯು ಇಂದು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಾ ಮುಂದುವರಿದಿದೆ. 2000, ಇಸವಿಯ ಮೆ 11 ರಂದು ಭಾರತದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ 1 ನೂರು ಕೋಟಿ ಗಡಿಯನ್ನು ದಾಟಿದೆ ಎಂದು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಅಂದರೆ ಜಗತ್ತಿನ ಭೂಪ್ರದೇಶದ ಶೇಕಡ 2.4 ಮೇಲೆ ವಿಶ್ವದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಶೇಕಡ 16 ರಷ್ಟು ಒಂದು ವೇಳೆ ಭಾರತವು ಇದೇ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಿದರೆ 2045 ಇಸವಿಯಲ್ಲಿ ಜೀನಾವನ್ನು ಹಿಂದೆ ಹಾಕಿ ವಿಶ್ವದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಧಿಕ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ದೇಶವಾಗಲಿದೆ. ಜಾಗತಿಕ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಈ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ 200 ಕೋಟಿಯಿಂದ 600 ಕೋಟಿಗಳಿಗೆ ಮೂರು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದರೆ ಇದೇ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಸರಿಸುಮಾರು 5 ಪಟ್ಟು ಅಂದರೆ 23 ಕೋಟಿಯಿಂದ ಒಂದು ನೂರು ಕೋಟಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಭಾರತದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಾದ ಈಗಿನ ವಾರ್ಷಿಕ 15.5 ದಶಲಕ್ಷದಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳವು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಮತ್ತು ಪರಿಸರವನ್ನು ಕಾಣಾಳಿಕ್ಕೊಂಡು ಬಲರೂಪ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಹುಸಿಗೊಳಿಸಲು ಸಾಕಷ್ಟುಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಬಹುತೇಕ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯ ವಯಸ್ಸಿನ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿರುವುದು, ಬಾಲವಿವಾಹಗಳು, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕರ ಅಪವೃತ್ತಿಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸದ ಕಾರಣ ಹೆಚ್ಚಿನ ಫಲೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಶಿಶುಮರಣಗಳ ಕಾರಣ ಹೆಚ್ಚಿನ ಫಲವತ್ತತೆ ಉಂಟಾಗಿ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಹೀಗೇ ಮುಂದುವರಿದರೆ, ಭಾರತದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು 2001 ರಲ್ಲಿ 1012 .4 ದಶಲಕ್ಷ 2011 ರಲ್ಲಿ 1178.9 ದಶಲಕ್ಷ ಮತ್ತು 2016 ರಲ್ಲಿ 1268.5 ದಶಲಕ್ಷ ಆಗಲಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಸಂಸಮಾನ ಹಂಚಿಕೆಯೊಂದಿಗೆ ನಿರಂತರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಿರತೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವುದು ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಅರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸಿಗುವಂತೆ ಹಾಗೂ ಸುಲಭದಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಒಂದು ಕಾರ್ಯವೇ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಪ್ರೌಢ ಶಿಕ್ಷಣದ ಸೌಲಭ್ಯವು ಹೆಚ್ಚಳಗೊಂಡು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ದೊರೆಯುವಂತಾಗುವುದು. ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ, ಶೌಚಾಲಯ ಸುರಕ್ಷಿತ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಹಾಗೂ ವಸತಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ವಿವರಣೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವಿಕೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿ-2000 (NPP-2000), ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಅರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ದೃಷ್ಟಿಯಿಗೊಳಿಸುವಾಗ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಗುರಿಯುಕ್ತ ಧೋರಣೆಯ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿತ್ತು. ಸ್ವಯಂ ಹಾಗೂ ಬಹು ಅಯುಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವಂತೆ ಹಾಗೂ ನಾಗರಿಕರ ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ಕೋರುವಂತೆ ಸರಕಾರದ ಬುದ್ಧಿವಂತಿಕೆಯನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಅರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಸೇವೆಗಳ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದರೊಂದಿಗೆ ಅಲ್ಲದೇ ಶಿಕ್ಷಣದ ಹಂತವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು, ಶೌಚಾಲಯ ಸುರಕ್ಷಿತ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಮತ್ತು ವಸತಿಯಂತಹ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದು ಸಹ ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಕೊಟ್ಟು-ಅವರ ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಗುವುದು.



ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವನಸಂಹ್ಯಾ ನೀತಿ 2000ದ ಉದ್ದೇಶಗಳು

ಉದ್ದೇಶಗಳು

1. ಎನ್‌ಪಿಒ 2000ದ ತಕ್ಷಣದ ಉದ್ದೇಶವೆಂದರೆ, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷಮತಾ ಮೂಲಸಾಧನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಜನಜೀವಿ ಸ್ವಯಂ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿನ ಪುರುಷಮಾಂಗಯವ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಜನಜೀವಿ ಎಲ್ಲ ವರ್ಗಗಳಿಗೂ ಮೂಲ ಸಂಕಾನೀತೃತ್ವ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗ ಅಸಮಾನತೆ ಕ್ಷಮತೆಯ ಸಮಗ್ರ ಸೇವಾ ನೀತಿಕೆಯನ್ನು ಪುನರ್ರಚಿಸುವುದಾಗಿದೆ. ಅದು, ಸರಕಾರಿ ಇಲಾಖೆಗಳು ಮತ್ತು ಕೋಶಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ವಯಂಸೇವಾಕೇಂದ್ರ ಪಂಚರತ್ನ ಪಾಲನಾಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸುವ ಕಾರ್ಯಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಆಧರಿಸುತ್ತದೆ.
2. ಅದರ ಮಧ್ಯ-ಕಾರಿಕ ಉದ್ದೇಶವೆಂದರೆ, ಅಂತರ-ಕ್ಷೇತ್ರವಾರು ಕಾರ್ಯಾಧಾರ ತಂತ್ರಗಳ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಅನುಷ್ಠಾನದ ಮೂಲಕ 2010ರ ವೇಳೆಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪರಿಣೀತೃತ್ವ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪಂಚರತ್ನ ತರುವುದಾಗಿದೆ.
3. 2045ನೇ ಇಸವಿಯ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ-ಳ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಇರುವುದಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಪರಿವರ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಸ್ಥಿರವಾದ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದು-ಅದರ ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ.

ಎನ್‌ಪಿಒ 2000, ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಕಾನೀತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿ, 14 ವರ್ಷ ವಯೋಮಿತಿಯವರಿಗಿನ ಕಾರಾ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಉಚಿತ ಹಾಗೂ ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೂಲಕ-ತನ್ನ ಮಧ್ಯಕಾಶಿಕ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದಾಗಿದೆ. ಮತ್ತು, ಐಎಮ್‌ಆರ್ ಮತ್ತು ಐಎಮ್‌ಎಲ್‌ಆರ್‌ಎನ್ನು ಕಡೆಗೊಳಿಸುವುದು, ಎಲ್ಲ ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಿ ಸಾಂಕೃತಿಕ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದು, ಜನನ, ಮರಣ, ವಿವಾಹ ಹಾಗೂ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗಳ ಶೇಕದ ಸೂಚಕಗಳನ್ನು ನೋಂದಣಿಯ ಸಾಧನ, ಸೂಕ್ಷ್ಮ ತಪರಿಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಮೂಲ ಸಾಧನ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವುದು. ಸಲಹಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆ ಮತ್ತು ವಿಭಾಗ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆ, ಐಎಫ್‌ಪಿ/ಐಡ್, ಆರ್ಟಿಪಿ ಮತ್ತು ಎಸ್‌ಟಿಡಿಗಳ ಪರವಾನಜೆಯನ್ನು ತಡೆಯುವುದು ಮತ್ತು ಹಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳ ವಿವಾಹ ಹಾಗೂ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯನ್ನು ವಿಲಂಬಗೊಳಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು ಒಬ್ಬರಿಂದ ಇನ್ನೊಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡಬಹುದಾದ ರೋಗಗಳನ್ನು ನಿರೂಪಿಸುವುದು. ಸಂಕಾನೀತೃತ್ವ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗ ಅಸಮಾನತೆ ಸೇವೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಭಾರತದ ಪದ್ಧತಿಗಳನ್ನು ಸುಸ್ಥಿರಗೊಳಿಸುವುದು, ಶಿಕ್ಷೆ ಕುಟುಂಬ ನೀತಿಯನ್ನು ಕಟ್ಟಿಸುತ್ತಾ, ಕಾರ್ಗಿ ತರುವುದು ಮತ್ತು ಜನರೊಬ್ಬರಾಗಿ ಉತ್ಪಾದಕರಾಗಿ ಕಾರ್ಖಾನೆಯ ಪ್ರೇರಣಿಸುವಂತಹ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವುದು.

ಎನ್‌ಪಿಒ-2000, ಹಾಗೆಯೆಂದವೇಳೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಮಹತ್ವದವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನವಾದಲ್ಲಿ 2010 ರಲ್ಲಿ ನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಶೇಕ ನೀರಕ್ಷರತೆಗಾಗಿರುವ 11.62 ದಶಲಕ್ಷ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದಾಗಿ 1.07 ದಶಲಕ್ಷ ರಷ್ಟಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ಸುಮಾರು 21.0 ಐಎಮ್‌ಆರ್ 30 ಮತ್ತು ಟಿಎಫ್‌ಆರ್ 24 ಆಗಿರುತ್ತದೆ.





ಉದ್ದೇಶಿತ ಕಾರ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು:

1 ವಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅನುಷ್ಠಾನ

[illegible]

2 ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಒಮ್ಮುಖ ಹೆರಿಗೆ. ಸೇವೆ

[illegible][illegible]

3 ಸುಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಗಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವುದು

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ತಾರತಮ್ಯ ಮನೋಭಾವನೆ ಕಾರಣದಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಹಾಗೂ ಅವರ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ



ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ತುಂಬಾ ಮಹತ್ವವಾಗಿರುವಂತಹ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಶಿಶು ಮರಣದ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೆ ಒಂದು ಕಾರಣವು ಮತ್ತು ಅನುಮಾನತೆಯ ಸೂಚಕವಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶಿಶುವಿನ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದಿಂದ ಹಿಡಿದು, ಶಿಕ್ಷಣದ ಕೊರತೆ, ಬಾಲ್ಯವಿವಾಹಗಳಿಂದಾಗಿ ಅಸಮಾನ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಮಗುವಿನ ಹದುವಿಕೆ, ಪದೇಪದೇ ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷಿತವಿಲ್ಲದ ಗರ್ಭಧಾರಣೆ, ಸುರಕ್ಷಿತವಿಲ್ಲದ ಗರ್ಭಪಾತ, ಆರ್ಟಿಟಿ ಮತ್ತು ಎಸ್‌ಟಿಡಿಗಳು-ಇವೆಲ್ಲವುಗಳು ಎಂಎಂಆರ್ ಅನ್ನು ಆರೋಗ್ಯವು ಎಲ್ಲಾ ಕಾಲಕ್ಕೂ ಗಂಡಾಂತರದಲ್ಲಿ ಇರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹೇಳಲು ಸೂಕ್ತವೆನಿಸುತ್ತದೆ.

ಎನ್‌ಪಿಪಿ 2000, ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರ್‌ಸಿಎಚ್ ಸೇವೆಗಳು, ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗ ಸದಾವಕಾಶಗಳನ್ನು, ವರ್ತಮಾನದ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೆ ಕಲ್ಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಸರಕಾರೀತರ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಕಂಪನಿ ವಲಯಗಳ ಸರಕಾರದೊಂದಿಗಿನ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿಗೆ ಅಂತರವರ್ಗೀಯ ಒಂದು ಸಮಗ್ರ ದೃಷ್ಟಿಯದೊಳಗಣೆಗೆ ಕರೆನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಇದನ್ನು ಸುರಕ್ಷಿತವಿಲ್ಲದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಎನ್‌ಪಿಪಿ 2000 ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯಿತನದ ಬಲವರ್ಧನೆ, ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚಿಸುವುದು, ಮಗುವಿನ ಉಳಿವು, ಮಹಿಳೆಯರ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ಆರ್ಟಿಟಿ ಮತ್ತು ಎಸ್‌ಟಿಡಿ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಕರೆನೀಡುತ್ತದೆ.

4 ಶಿಶು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಉಳಿವೆಯ ವಿಷಯ (ಬದುಕುಳಿಯುವುದು)

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗೆ ಶಿಶು ಮರಣ, 5 ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಸಾವು ಮತ್ತು ಹೊಸದಾಗಿ ಜನಿಸಿದ ಶಿಶು ಮರಣ ಮುಂತಾದವು ಕೆಲವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ. ಸಾಕಷ್ಟಲ್ಲದ ಶಿಶುವಿನ ಕ್ಷೇಮತೆ, ಉಸಿರುಗಟ್ಟುವಿಕೆ, ಜನನ, ಕಡಿಮೆ ತೂಕದಿಂದ ಹುಟ್ಟುವುದು, ಉಸಿರಾಟದ ಸೋಂಕುಗಳು, ಚುಚ್ಚಿಸುವುದಿನ ಕೊರತೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಕೊರತೆ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇಂದಿಗೂ ಬಹುಕಾಲದಿಂದ ಮಗುವಿನ ಬದುಕೆ ಉಳಿವೆಯಿಂಿಸಿಕೆ ಅಡಚಣೆಯಾಗಿವೆ. ಮಗುವು ಬದುಕು ಉಳಿಯುವ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರವು ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ ವಹಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿನ ಬದಲಾವಣೆ ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದಾದರೂ ಗುಣಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಇಳಿತ, ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆಗಳ ತಲುಪುವಲ್ಲಾದ ಅಡಚಣೆ ಮಹತ್ವದ ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಅಡ್ಡಿಯಾಗಿದೆ.

ಎನ್‌ಪಿಪಿ 2000, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ತಾಂತ್ರಿಕ ಸಮಿತಿಯೊಂದರ ಸ್ಥಾಪನೆಗೆ ಕರೆನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಹೊಸದಾಗಿ ಜನಿಸುವ ಮಗುವಿನ ಕ್ಷೇಮತೆಗೆ ಪ್ರಥಮ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸಮಿತಿಯು ಜನನದ ಪೂರ್ವ ಹಾಗೂ ನಂತರದ ಅವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ತಪಾಸಣಾ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸುತ್ತದೆ ಅಲ್ಲದೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮೇಲೆ ಕಾರ್ಯ ತಂತ್ರ ರೂಪಿಸಿ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ನಡೆಸುವುದಲ್ಲದೆ ಜನನ ಸಂಬಂಧದ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರದರ್ಶಕದಾರರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷೆಮಾಡುವ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ನೀಡುವಂತೆ ಸಲಹೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಎನ್‌ಪಿಪಿ 2000 ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳಿಗೆ ಶಿಶುರೋಗ್ಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿಕೊಡುವಂತೆ ಕರೆನೀಡುತ್ತದೆ. ಹೊಸದಾಗಿ ಹುಟ್ಟುವ ಮಕ್ಕಳ ಕ್ಷೇಮ ಸಂಬಂಧಿ ವಿಧಿವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳನ್ನು ಮೇಲ್ವರ್ಗದ ವಿರಿಸುವುದನ್ನು ಸಹ ಒಳಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

5 ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ ಪ್ರಾರಂಭದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದು

ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂತನಕ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನಗಳು, ಮಾನವ ಶಕ್ತಿ, ಸಮಗ್ರ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಜ್ಞಾವಂತ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರದರ್ಶಕದಾರರ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಎಂಬುವುದನ್ನು ಎನ್‌ಪಿಪಿ 2000 ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಅರಂಭಿಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬಲಪಡಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯವಿದ್ದು ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯಬಹುದಾದ ಉತ್ಪನ್ನಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಮತ್ತು ನವೀನ ಬಗೆಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯು ಇದೆ.



6 ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸಮಸ್ಯೆ

- ಈಗ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯ ಕಾರಣ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಮರಣದ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿನದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ನೀರು ಮತ್ತು ಶೌಚಾಲಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒಲಪಡಿಸಲು ಮತ್ತು ಮೂಲಭೂತ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇಮತೆ ಮತ್ತು ಆರ್‌ಸಿಎಚ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು ಅತೀ ಅವಶ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒಲಪಡಿಸುವುದು ಸಹ ಅತ್ಯಂತ ಅವಶ್ಯವಾಗಿದೆ.
- ಕುಗ್ಗು ಮತ್ತು ಹಾಗೂ ಬೆಟ್ಟ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಜನತೆಗೆ ಮೂಲ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಸರ್ವವಿಧಿ ಆಕಾರಣೀಕೃತಿಯ ಇಂಥಹ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿನದಾಗಿರುತ್ತದೆ ಇಂಥಹ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೊಳಗಾಗಿರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಐಎಂಆರ್, ಎಂಎಂಆರ್ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಫಲವತ್ತತೆಯ ಪ್ರಮಾಣಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ, ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಆರ್‌ಸಿಎಚ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಈ ಸಮುದಾಯಗಳಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ಹರಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿಂದ ಎಂಬುದು ಎಸ್‌ಪಿಒ 2000ದ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿವೆ.
- ಸುರಕ್ಷಿತವಲ್ಲದ ಗರ್ಭಪಾತ, ಎಸ್‌ಟಿಡಿ, ಎಚ್‌ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ತರುಣಾಪಸ್ವಯಂತಹ ಪ್ರಸಂಗಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವುದಿಂದ ಆ ಸಂಬಂಧದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅವರ ಪ್ರೌಢೀಕರಣದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣ, ಸಲಹೆ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ನೀಡುವಂತಹ ಅನುಕರಣೆಯ ಆರ್‌ಸಿಎಚ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಹೆಚ್ಚು ಫಲಕಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು 1976ರ ಬಾಲ್ಯವಿವಾಹ ನಿರ್ಬಂಧ ಕಾಯ್ದೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಚಾರ್ಜ್ ತರುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯು ಇದೆ.
- ಯಾವುದೇ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಪ್ರರೇಷ ಸಮೂಹವು ಒಂದು ಅತಿಭಾವ್ಯ ಅಂಗವಾಗಿರುವುದು ಅವಶ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪ್ರರೇಷ ಸಮೂಹವು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣದಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ಅಲ್ಲಗಳೆಯಲಾಗದು ಯೋಜಿತ ಕುಟುಂಬಗಳು, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಬಳಕೆಗೆ ಬೆಂಬಲ, ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸರಬರಾಜು, ಸುರಕ್ಷಿತ ಹರಿಗೆ ವಿಶ್ವಾಸ್ಯ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಸರಬರಾಜು ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಕ್ಷೇಮತೆಯಂತಹ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರರೇಷ ಸಕ್ರಿಯ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಅವಶ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಬೆಕ್ಕ ಕುಟುಂಬ ನೀತಿಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಲು ಮಾಹಿತಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಅಂದೋಲನಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರರೇಷರ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಭಾವ ದೀರಿ ಕಾರ್ತಾಗಿ ಸಂಕಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಂತಹ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪುನಃ ಜನಪ್ರಿಯಗೊಳಿಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

7 ವಿಧ್ವಂಸ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇಮತೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಕಾರ್ಯ

ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಅಗಾಧವಾದ ಜನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಬೇಡಿಕೆಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಸರಕಾರವು ನಡೆಸಿಕೊಂಡು ಬರುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯು ಏನೇನು ಸಾಲದು ಈ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಆರ್‌ಸಿಎಚ್ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಾಗಿತ್ತಾ, ಈ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಪಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ ಮತ್ತು ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಯೊಂದಿಗಿನ ಸಹಯೋಗದಲ್ಲಿ ಪರವಾನಗಿ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯರುಗಳ ವೈವಿಧ್ಯವನ್ನು ಪುನಃಜೀವನಗೊಳಿಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

8 ಸರಕಾರೇತರ ಸಂಘಟನೆಗಳು ಮತ್ತು ಪಾಸಗಿ ವಲಯಗಳೊಂದಿಗಿನ ಸಹಯೋಗ ಮತ್ತು ಬದ್ಧತೆಗಳು

ಸರಕಾರೇತರ ಮತ್ತು ಪಾಸಗಿ ವಲಯಗಳೊಂದಿಗಿನ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ನಿರಂತರ ಮತ್ತು ದಕ್ಷ ಆರ್‌ಸಿಎಚ್ ಪ್ರಯತ್ನ ಸಾಧ್ಯವೆಂಬುದು ವ್ಯಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಸರಕಾರಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮೇಲೆ ರೀಳುವ ಅಗಾಧ ಪ್ರಮಾಣದ ಬೇಡಿಕೆಗಳೇ ಆಗಿವೆ. ಈ ವಲಯಗಳು ಪರಿಣತಿ ಮತ್ತು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಅಗರವಾಗಿದ್ದು ಅವುಗಳನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸುವುದು ಅಂತಹ ಸುಲಭದ ಕೆಲಸ ಅಲ್ಲ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ತುಂಬಾ ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಪರಿಹರಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸರಕಾರದ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿಬಿಟ್ಟಂತಹ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಗುರಿಗಳನ್ನು ತಲುಪಲು ಅವುಗಳನ್ನು ಪ್ರೇರೇಪಿಸ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.



9 ಭಾರತೀಯ ದೀಪದ ಪದ್ಧತಿಗಳು ಮತ್ತು ಹೋಮಿಯೋಪತಿಗಳನ್ನು ಪುನಃ ವಾಹಿನಿಗೆ ತರುವುದು

ಯುಗ ಯುಗಾಂತರಗಳಿಂದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬಹುತೇಕ ಭಾಗದ ಆರೋಗ್ಯ ಅವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ದೂರವಿಲ್ಲ, ಏಷಿಯಾ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿರುವಂತಹವೆಂಬುದು ದೀಪದ ಪದ್ಧತಿಗಳನ್ನು ಪುನಃ ಜೀವನಗೊಳಿಸುವುದಾಗಿದೆ. ಮೂಲ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇಮತೆಯಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರೈಕೆದಾರರ ಗುಂಪನ್ನು ವೃದ್ಧಿಸುತ್ತದೆ, ಸ್ಥಳೀಯ ಉಪವಿಧಿಗಳ ಗರಿಷ್ಠಬಳಕೆಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇಮತೆಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತದೆ. ಮೆರಿಕ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಐಎಸ್‌ಎಂ ವೈದ್ಯರುಗಳಿಗೆ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಉತ್ಕರ್ಷದ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅವರುಗಳ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ಐಎಸ್‌ಎಂ ದೀಪಧರ್ಮ ಗುಣಮಟ್ಟ, ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಂಡು ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿಡಲು ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಸೂತ್ರಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

10 ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೂ ಗರ್ಭ ನಿರೋಧಕ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನೆ

ಸರ್ಕಾರ ನಿರಂತರವಾಗಿ ತಾಯಿತನ, ಶಿಶು ಮತ್ತು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷಮತಾ ವಿಷಯಗಳ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹನೀಡಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಸಾಮಾಜಿಕ ವಿಜ್ಞಾನ, ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಶಾಸ್ತ್ರ ಮತ್ತು ನಡವಳಿಕೆ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಗೆ ಬೆಂಬಲ ನೀಡಬೇಕು. ಸರಕಾರವು ಎಲ್ಲಾ ವಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸಂಶೋಧನೆ ಸಂಸ್ಥೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿ ಪರಿಣಿತ ಸಂಧಾನಗಳನ್ನು ನಡೆಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ಜಿಲ್ಲಾ ಸಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರೀಯ ಸಮಿತಿಗಳು ಮೂಲಕ ಸರಕಾರದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಪ್ರಭಾವ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಲುವಾಗಿ ಮಾಹಿತಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಬಲಪಡಿಸ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

11 ವರೋಚ್ಚದರಿಗಾಗಿ ಅನುಕೂಲತೆಗಳು

ಜೀವನ ನಿರೀಕ್ಷೆ ಸುಧಾರಣೆಗೊಂಡಿರುವ ಕಾರಣ ಜನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ಮಹತ್ವದ ದೌರ್ಬಲ್ಯ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿರುವುದರಿಂದ ವಯಸ್ಕರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಸಂಕಷ್ಟಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುವರು ಎಂದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅವರನ್ನು ಸಂರಕ್ಷಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ವೃದ್ಧರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇಮತೆಯನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸಂವಹನವಲಯಗಳಾಗಿ ತರಬೇತಿ ಮತ್ತು ಸಾಧನ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ತಲೆಸುವ ಮೂಲಕ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿಯೊಳಗೆ ವ್ಯದಾಪ್ತ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ವೃದ್ಧರನ್ನು ಅರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸ್ಥಾಪನೆಯೊಳಗಾಗಿ ಮಾಡುವಂತಹ ಯೋಜನೆಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಭಾಗಿದಾರೆಯನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ದೊಡ್ಡವರು ತಮ್ಮ ತಂದೆ ತಾಯಿಯಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡಲು ಒಂದು ತರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

12 ಮಾಹಿತಿ, ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ

ದೇಶದ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಐಇಸಿ ಸಂದೇಶಗಳನ್ನು ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹೊರ ಹೊಮ್ಮಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಜನಪ್ರಿಯಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಂವಹನವಲಯ ಗೊಳಿಸಲು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಸೂಕ್ತವಾದ, ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ/ಐಇಸಿ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ದೀರ್ಘಕಾಲ ತುಂಬಾಬಳಿಯುಕ್ತವಾಗಿರುತ್ತವೆ, ಸರ್ಕಾರಿ ಇಲಾಖೆಗಳು, ಸರ್ಕಾರೀತರ ಸಂಘಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಪಂಚಾಯತಿಗಳನ್ನು ಈ ಪ್ರಯತ್ನದಲ್ಲಿ ಆಳವಾಗಿ ಭಾಗಿದಾರೆಯನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ರೇಖೆಯೊಂದು ದೂರದರ್ಶನದಂತಹ ಸಮೂಹ ಮಾಧ್ಯಮ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.







ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆ

1. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಒಮ್ಮುಖ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆ

ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ತಂತ್ರ

- ಆರ್‌ಸಿಎಚ್‌ಗಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಸ್ವಯಂಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳ ಬಳಕೆ.
- ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಸಮನ್ವಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಹೆರಿಗೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅನುಷ್ಠಾನ.
- ವಿಸ್ತಾರವಾದ ಬುಟ್ಟಿಯಾಕಾರದ ಗರ್ಭ ನಿರೋಧಕ ಕವಚಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು.
- ಸಮಾಜದ ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರನ್ನು ಸಂಘಟಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಬಲಪಡಿಸುವುದು. ಟಿಬಿಎಗಳು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಎಎನ್‌ಎಂಎಚ್‌ನ ವೈದ್ಯರುಗಳು, ನಿವೃತ್ತಿ ಹೊಂದಿದ ಶಾಲಾ ಉಪಾಧ್ಯಾಯರು, ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿ.

2. ಸುಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಗಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವುದು

ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ತಂತ್ರ

- ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಿ ಸೂಕ್ತವಾದ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವುದು.
- ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಮತ್ತು ನಗರಕೊಳೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಶಿಶು ಕ್ಷೇಮ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆಯುವುದು.
- ಉರುವಲು ಕಟ್ಟಿಗೆ ಮತ್ತು ಮೇವು ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯುವಂತಾಗಲು ಸಾಮಾಜಿಕ ಅರಣ್ಯೀಕರಣ ಪ್ರಾಲಿಸುವುದು.
- ಇಂದಿನ ಉಳಿಕೆ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದು.
- ನೆಲ್ಸನ್, ಉಪಜಿಡ್ಲೆ ಮತ್ತು ಪಂಚಾಯಿತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು.
- ಎಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.
- ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವವರ ತಾಂತ್ರಿಕ ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು.
- ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.
- ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಕಾರ್ಯಸಾಧನೆಯನ್ನು ಮೇಲ್ದಿಚಾರಿಸುವುದು.
- ಐ‌ಸಿಯ ಹೊರ ಹೊಮ್ಮಿ ಸುವಂಶಿತ ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಬೆಂಬಲಿಸುವುದು.
- ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ಎಸ್‌ಟಿಡಿ/ಆರ್‌ಟಿಪಿ/ಎಚ್‌ಐವಿ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಒಂದುಗೂಡುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಕ್ಷೇಮತೆ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಂದು ಸಮಗ್ರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸುವುದು.
- ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಸಿನವರಿಗಾಗಿ ಒಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು.
- ಎಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಗರ್ಭಪಾತ ಲಭ್ಯ ಕೊಡುವುದನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುವುದು.
- ಸಂಕೀರ್ಣ ಮತ್ತು ಜೀವಕಿ ಅಪಾಯವಿರುವ ಹೆರಿಗೆಗಳ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಎಚ್‌ಆರ್‌ಯು ನಂತರ ಉಪಜಿಡ್ಲಾ ಮಟ್ಟಗಳು ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸುವುದು.



- ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಒಂದು ವಿಧಿಬದ್ಧ ಗುಣಮಟ್ಟ ರೂಪಿಸುವುದು.
- ಗರ್ಭನಿರೋಧಕದ ಚಿಕಿತ್ಸಾರಹಿತ ಪದ್ಧತಿಗಳ ವಿತರಣೆ ಮೇಲೆ ಗಮನ ಪರಿಸುವುದು.
- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಬಾಸಗಿ ಎನ್‌ಜಿಒ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜಾಲವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವುದು. ಇವು ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆ ತಂತ್ರದಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತವೆ.

3. ಶಿಶು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಬದುಕಿನ ಉಳಿಯುವಿಕೆ

ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ತಂತ್ರ

- ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಟ್ಟದಿಂದ ಮೇಲ್ಮಟ್ಟದವರೆಗೆ ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಜಟಿಲವಹಿಕೆಗಳನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಪ್ರಾರಂಭದ ಮತ್ತು ಸಾಕಷ್ಟು ಎಫೆಕ್ಟಿವ್ ಜನನದ ಮತ್ತು ಬಿಎನ್‌ಸಿ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದು.
- ಹೊಸ ಜನನದ ಸಂರಕ್ಷಣೆ ಕುರಿತಂತೆ ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ತಾಂತ್ರಿಕ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು.
- ಐಸಿಡಿಎಸ್ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಸಹಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಜನನದ ಕಡ್ಡಾಯ ನೋಂದಣಿ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
- ಮಗುವಿನ ಜನನದ ಬಳಿಕ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕದ ಬಗ್ಗೆ ಸಲಹೆ ಮತ್ತು ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡುವುದು.
- ಮೂಲ ಸೂಲಗತ್ತಿ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವಶ್ಯಕತೆ ಹೊಸ ಜನನದ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು.
- ಅನಾರೋಗ್ಯ ಶಿಶುತನದ ಸಮಗ್ರ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ಸಂವೇದನಶೀಲಗೊಳಿಸಿ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವುದು.
- ತಾಯಿತನದ ಅವಶ್ಯಕತೆ, ಅಸ್ವಾಭಾವಿಕತೆಗಳಿಗಿರುವ ಉದ್ದೇಶದ ಮಹತ್ವದ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಗಳನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದು.
- ಪೋಲಿಯೋವನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನ ಮಾಡಲು ಶಲ್ಪ ಪೋಲಿಯೋ ಆಂದೋಲನವನ್ನು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಪಾಲಿಸುವುದು.
- ಲಸಿಕೆಯಿಂದ ನಿವಾರಿಸಬಹುದಾದ ಎಲ್ಲಾ ರೋಗಗಳಿಗಾಗಿ, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸೆಟಬೇನ್ ಮತ್ತು ಸಿಡುಬುರೋಗಗಳಿಗಾಗಿ ನೂರಕ್ಕೆ ನೂರಕ್ಕೂ ನಿತ್ಯಕ್ರಮ ಪ್ರತೀರೋಧ ಮಾಡುವುದು.
- ಬಡತನದ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ದಂಪತಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕವಾದ ಮತ್ತು ಪ್ರೇರಣಾರೂಪದ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವುದು.
- ಸುಲಭವಾಗಿ ಸಂಕಷ್ಟಗಳಿಗೆ ಸಿಲುಕಬಹುದಾದ ಜನಸಮೂಹದಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನ ನೀಡುವುದು.
- ಚಿಕ್ಕ ಕುಟುಂಬದ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಅಂಗೀಕರಿಸುವ ತಂದೆ ತಾಯಿಯರ 5 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯ ಅನುಕೂಲತೆಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವುದು.
- ಆರಲಿಂದ ಒಂಬತ್ತು ವರ್ಷದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಐಸಿಡಿಎಸ್ ಒದಗಿಸುವುದು.
- ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯವರ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು.

4. ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ ಪೂರೈಸದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದು

ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ತಂತ್ರ

- ಗ್ರಾಮೀಣ ಉಪಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು.
- ಪೂರೈಸದ ವಿಧಿನ್ಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಆದ್ಯತೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಪರಿಹರಿಸುವುದು.



- ನವೀನ ಬಗೆಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವುದು.
- ಪಂಚಾಯಿತಿ, ಜಿಲ್ಲಾ ಪರಿಷತ್ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು.
- ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಬ್ಲಾಕ್ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಯನ್ನು ಆರಂಭಗೊಳಿಸುವಂತೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಉದ್ದಿಮೆದಾರರನ್ನು ಹುರಿದುಂಬಿಸುವುದು.
- ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮೂಲ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಸಲುವಾಗಿ ಔಷಧ ಅಂಗಡಿಗಳನ್ನು ತೆರೆಯಲು ವಿಶೇಷ ಸಾಲ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದು.

5. ಅನೇಕ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸಮೂಹ ನಗರ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯಗಳು, ಬೆಟ್ಟ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ನಿರ್ವಸಿತ ಮತ್ತು ವಲಸೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಆಪ್ತಾಪ್ತರು ಮತ್ತು ವಿಭಿನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುವವರು. ವಯೋವೃದ್ಧರು.

ನಗರ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕತೆಯ ತಂತ್ರ

- ಒಂದು ಸಮಗ್ರ ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣಾ ಯೋಜನೆಗೆ ಅಂಶಮರೂಪ ನೀಡುವುದು.
- ನಗರ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಪೂರೈಕೆ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದು.
- ನಿವೃತ್ತ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಅರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯೇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಜಾಲಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು.
- ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೇತರ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಉತ್ಪನ್ನಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು.
- ವಿಶೇಷ ಗುರಿಯ ಪಾಕಿ ಅಂದೋಲನಗಳನ್ನು ಆರಂಭಿಸುವುದು.
- ಅಂತರ ವರ್ಗೀಯ ಸಮನ್ವಯತೆಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು.
- ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ, ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಮತ್ತು ತೃತೀಯ ಮಟ್ಟಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧಿತ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕಗಳನ್ನು ಸರಳಗೊಳಿಸುವುದು.
- ಚಿಕ್ಕ ಕುಟುಂಬದ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮುಂದುವರಿಯುವ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಸಂಬಂಧಿಸುವುದು.

ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯಗಳು ಬೆಟ್ಟ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ನಿರ್ವಸಿತ ಮತ್ತು ವಲಸೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗಾಗಿರುವ ಕಾರ್ಯಚರಣೆಯ ತಂತ್ರ

- ಬಂಜೆತನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಸಲಹೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು.
- ರೋಗ ನಿವಾರಕ ಮತ್ತು ರೋಗ ವಾಸಮಾಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಎನ್‌ಜಿಒ ವಲಯಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡುವುದು.
- ದೇಶೀಯ ಔಷಧ ಪದ್ಧತಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡುವುದು.
- ರೋಗದ ಹೊರೆಯನ್ನು ಹೊರುವ ಧೋರಣೆಯನ್ನು ಅಂಗೀಕರಿಸುವಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುವವರನ್ನು ಸಂವೇದನೀಕರಿಸುವುದು.

ಆಪ್ತಾಪ್ತರಿಗೋಸ್ಕರ ಕಾರ್ಯಚರಣೆಯ ತಂತ್ರ

- ಆರ್‌ಎಂಜಿ ಸೇವೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಮಾಹಿತಿ ಸಲಹೆ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳು ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.
- ಐಸಿಡಿಎಸ್ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸೇವೆಗಳ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ನೀಡುವುದು.
- 1976 ಬಾಲ್ಯ ವಿವಾಹ ನಿರ್ಬಂಧ ಕಾಯ್ದೆ ಜಾರಿಗೆ ಬರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
- ಕುಟುಂಬ ಪಾಲಿತ ಪ್ರಾಂಶುಪಾಲನಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಯನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದು.





ವಿಭಿನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುವವರಿಗಾಗಿ ಕಾರ್ಯಚರಣೆಯ ತಂತ್ರ

- ಐಎಂಎಂದ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರುಗಳ ಸಲುವಾಗಿ ಬಿಲ್ಡ್ ಮತ್ತು ಉಪಜಿಲ್ವಾ ಮುಖ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷೇತ್ರವಾರು ಮಾಹಿತಿ ಪೊಲೀಸನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದು.
- ಪರವಾನಗಿ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯರುಗಳ ಈ ಮೊದಲಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಪುನರಾಜ್ಞೇವನ ಗೊಳಿಸುವುದು.
- ಸಲಹೆ ಮತ್ತು ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯತರ ವೃತ್ತಿಗಳನ್ನು ಭಾಗಿಯನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವುದು.
- ಸೂಕ್ತ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಂಪರ್ಕದೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ, ನರ್ಸಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಅರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಪಠ್ಯವಸ್ತು ಮತ್ತು ಪಠ್ಯ ಕ್ರಮವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು.
- ಪ್ರಥಮ ಸಂಬಂಧಿ ಘಟಕಗಳ ದಕ್ಷಕಾರ್ಯಬಾರವನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

ಪಯೋಜ್ವಲದಿಗಾಗಿ ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗುವ ಕಾರ್ಯಚರಣೆಯ ತಂತ್ರ

- ವೃದ್ಧರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ನೀಡುವ ದೆಸೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸಂವೇದನಾಶೀಲಗೊಳಿಸಿ ತರಬೇತುಗೊಳಿಸುವುದು
- ವೃದ್ಧರು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸ್ಥೂಲಂದಿಗಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಔಪಚಾರಿಕ ಅನುಪಚಾರಿಕ ಮಾರ್ಗಗಳ ಸರಣಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಬಲಪಡಿಸಲು ಎಂಜಿ ಮತ್ತು ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಘಟನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು.
- ಮುಪ್ಪುಪನ್ನೆಯಲ್ಲಿರುವ ತಂದೆತಾಯಿಯರನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ತರಿಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವುದು.

ಯೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಾನ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ

- ❖ ಸಮುದಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರೇತರ ವಲಯದೊಂದಿಗೆ ಸಹಯೋಗ
- ❖ ಕೈಗಾರಿಕೆಯಿಂದ ಸಹಯೋಗ ಮತ್ತು ಬದ್ಧತೆಗಳು
- ❖ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಪದ್ಧತಿ ಮತ್ತು ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ಮತ್ತು ಮುಖ್ಯ ವಾಹಿನಿ
- ❖ ಆರ್‌ಸಿಎಚ್ ಮೇಲೆ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನೆ
- ❖ ಮಾಹಿತಿ, ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ

This document is brought to you by the
**Ministry of Health and Family Welfare,
Nirman Bhawan, New Delhi 110 011 and
Voluntary Health Association of India (VHAI)**

For further information contact:
**Ministry of Health and Family Welfare,
Nirman Bhawan, New Delhi 110 011**

Voluntary Health Association of India
40, Qutab Institutional Area, New Delhi 110 016
Phone: 6518071, 6518072, 6965871, 6962953
Fax: 011-6853708, Email: vhai@vsnl.com

VHA of Karnataka
No. 60, Rajini Nilaya, 2nd Cross
Gurumurthy Street,
Ramakrishna Mutt Road, Ulsoor
Bangalore 560 008, Karnataka
Phone: 080-5546606



B



ಸಂತಾನವಲ ವಿವರಗಳು

[illegible]

Use only Arabic Numerals as indicated below :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

CENSUS OF INDIA 2001: HOUSEHOLD SCHEDULE

Confidential when filled

A

Part I - Location particulars :

Name of State/ UT..... Code No.

--	--	--

Name of District..... Code No.

--	--	--	--

Schedule number

--	--	--

Name of Tahsil/ Taluk/ P.S./
Dev. Block/ Circle/ Mandal etc..... Code No.

--	--	--	--

Name of Town/ Village..... Code No.

--	--	--	--	--	--

Serial number of household
(to be copied from column 7
of the Abridged Houselist)

--	--	--

Type of household :
(give appropriate Code number)
Normal-1/ Institutional-2/ Houseless-3

--

Number and/ or Name of Ward..... Code No.

--	--	--	--

Part II - Individual particulars :

GENERAL AND SOCIO-CULTURAL CHARACTERISTICS

Serial number	Q.1 Name of the person	Q.2 Relationship to head (record the relationship in full)	Q.3 Sex Male - 1/ Female - 2	Q.4 Age last birthday (in completed years)	Q.5 Current marital status (give Code number from the list below)	Q.6 Age at marriage (in completed years), if Code '2' or '3' or '4' in column 6	Q.7 Religion (write name of the religion in full) For following religions, also give Code number in box Hindu..... 1 Muslim..... 2 Christian..... 3 Sikh..... 4 Buddhist..... 5 Jain..... 6 For other religions, write name of the religion in full but do not give any Code number	Q.8 If Scheduled Caste, write name of the Scheduled Caste from the list supplied (Scheduled Castes can be only among Hindus, Sikhs and Buddhists)	Q.9 If Scheduled Tribe, write name of the Scheduled Tribe from the list supplied (Scheduled Tribes can be from any religion)	Q.10 Mother tongue	Q.11 Other languages known (enter upto two languages in order of proficiency)	Q.12 Literacy status : Literate - 1/ Illiterate - 2 M F		Q.13 Highest educational level attained (for diploma or degree holder, also write the subject of specialisation)	Q.14 If attending educational institution : School - 1/ College - 2/ Vocational Institute - 3/ Other Institute - 4/ Literacy Centre - 5 or if not attending - 0	Q.15 If the person is physically/ mentally disabled, give appropriate Code number from the list below	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
0																	

Persons

--

ITEM-1

Males Males (0-6)

--	--

Total of Fs

Females Females (0-6)

--	--

Total of 2's

ITEM-2 ITEM-3

For Item-3,
refer column 4
for sex and
column 5 for
age for counting
children in
age-group 0-6

Code numbers for Q.5
(Marital status)

- Never married..... 1
Currently married..... 2
Widowed..... 3
Divorced or
Separated..... 4

Name of the Respondent

Relationship to head

Dated signature or thumb impression
of the Respondent

Dated signature of the Enumerator

Dated signature of the Supervisor

M F

--	--

Literates (Total of Fs)

--

ITEM-4
Illiterates (Total of 2's)

--

ITEM-5

Code numbers for Q.15
(Type of disability)

- In Seeing..... 1
In Speech..... 2
In Hearing..... 3
In Movement..... 4
Mental..... 5

Notes for striking Page Totals :

- Count the number of persons from column 2 and give total in the box provided for Item-1.
- Strike 'Page Totals' for Items- 2 to 12 in respect of males and females separately below Questions 3, 4, 12, 16 and 17(i).

FERTILITY PARTIC

MSIPAH, 39-66/2000-58, 2000-965,000