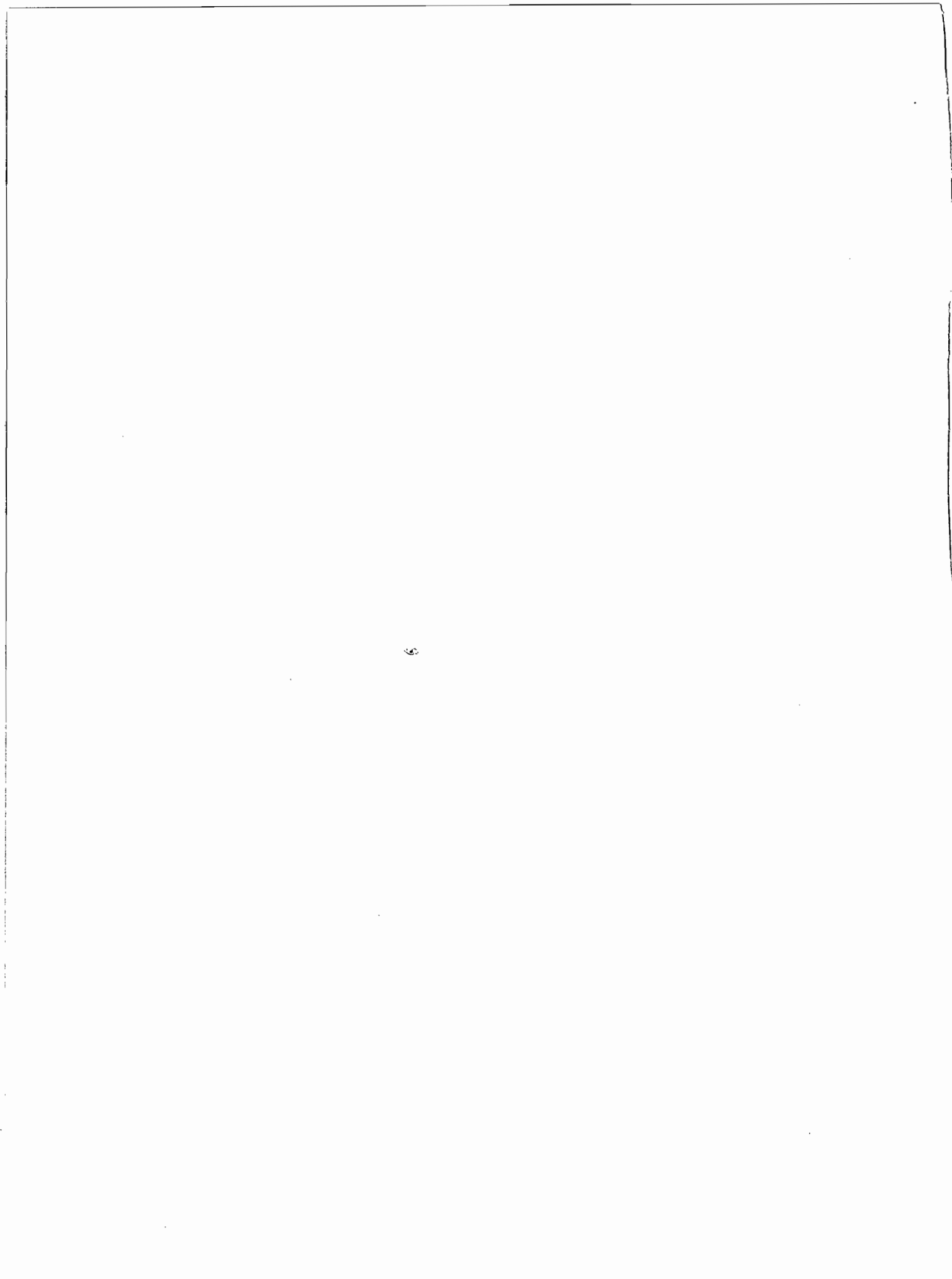


भाग - II

**मानव एवं सामाजिक
विकास**



अध्याय 2.1

क्षेत्रकीय सिंहावलोकन

2.1.1 किसी समाज की विकास प्रक्रिया का अनुमान इस बात से लगाया जाता है कि आम आदमी के लिए क्या किया जा रहा है। 1990 के दशक में एक परिवर्तित यह देखने में आया कि पहले विकास नियोजन में महज वस्तुओं के उत्पादन तथा सेवाओं के विस्तार, जिससे प्रति व्यक्ति आय में वृद्धि हो, पर जोर दिया जाता था, जबकि अब नियोजन में मानव हितों पर जोर दिया जाता है। अब यह अहसास हो गया है कि मानव विकास राष्ट्रीय आय में कमी बेशी होना ही नहीं है, यह इससे कहीं अधिक है। यह जीवन स्तर, मानव हितों और बुनियादी सामाजिक सेवाओं की उपलब्धि में है।

2.1.2 हाल ही के वर्षों में मानव हित तथा वंचन की अवधारणा को व्यापक बनाया गया है। हित का अर्थ केवल भौतिक उपलब्धियों अथवा विकास के जरियों तक सीमित नहीं है अपितु यह उन नतीजों पर निर्भर है जो या तो स्वयं में वांछनीय है या इसलिए वांछनीय हैं कि उनसे लोगों के लिए बेहतर अवसर मिलते हैं। आज मानव विकास को हितों के तीन मुख्य आयामों में देखने के बारे में मतैक्य है। ये हैं दीर्घ आयु, एक लम्बे और स्वस्थ जीवन का सामर्थ्य; शिक्षा, पढ़ने-लिखने तथा ज्ञान प्राप्त करने की योग्यता और संसाधनों पर नियंत्रण - एक अच्छे स्तर का जीवन जीने की योग्यता और जीवन का सामाजिक दृष्टि से सार्थक होना। इस प्रकार गरीबी का अर्थ केवल कम आमदनी होना न लगाया जाए अपितु इसे वंचना की स्थिति समझा जाए तो मनुष्यों को विकास की प्रक्रिया में प्रभावी भागीदारी से रोकती है। अच्छी शिक्षा, स्वास्थ्य, पोषण तथा न्यून प्रजनन आय में वृद्धि करने के अवसर प्रदान करके गरीबी को कम करने में मदद देते हैं।

2.1.3 उपर्युक्त को ध्यान में रखते हुए शिक्षा तथा स्वास्थ्य संबंधी उपलब्धियों के क्षेत्र में विकास संकेतकों पर फिर से जोर दिया गया है। ये क्षमता निर्माण तथा अन्य सामाजिक व पर्यावरणीय परिणामों के लिए बहुत महत्वपूर्ण है जिनका हितों की स्थिति पर प्रत्यक्ष प्रभाव है। इन सामाजिक सेक्टरों में प्रगति गरीबी घटाने के संबंध में एक सही मानदंड है तथा एक मुख्य तत्व है।

2.1.4 शिक्षा तथा स्वास्थ्य के क्षेत्रों में भारत में काफी सुधार हुआ है। तथापि संकेतकों से पता चलता है कि साक्षरता

तथा स्कूलों में बच्चों के नामांकन का स्तर निम्न है और शिशु मृत्यु दर, मातृ मृत्यु दर तथा कुपोषण दर ऊंची है। सरकारी एजेंसियों के पास अनाज के भारी स्टॉक के बावजूद परिवार स्तर पर भोजन तथा पोषण की सुरक्षा अभी भी बहुत से लोगों के लिए एक मुख्य समस्या है। इसके अतिरिक्त भारत में राज्यों के बीच तथा राज्यों के भीतर काफी असमानता है। गांवों और शहरों में भी बड़ा अंतर है। गरीब, ग्रामीण महिलाएं, विकलांग व्यक्ति तथा अनुसूचित जातियों व अनुसूचित जनजातियों के लोग अभी भी समाज के सबसे कमजोर तबके में हैं।

खाद्य तथा पोषण सुरक्षा

2.1.5 भारत ने 10 वर्ष से भी पहले खाद्यान्न के उत्पादन में आत्मनिर्भरता प्राप्त कर ली थी। दुर्भाग्यवश राष्ट्रीय स्तर पर खाद्यान्न सुरक्षा से लोगों को पोषण सुरक्षा नहीं मिली, विशेष कर समाज के कमजोर वर्गों के लोगों को।

2.1.6 खाद्यान्न का उत्पादन 1980 के दशक में 175 मिलियन टन से बढ़कर 1990 के दशक में 206 मिलियन टन हो गया, इसके बावजूद प्रतिव्यक्ति खाद्यान्न की उपलब्धि की दर घट गई है। इसके अतिरिक्त भारत में पिछले 10 वर्षों में गरीब वर्ग के लोगों में खाद्यान्न की खपत कम हो गई है। जबकि खाद्यान्न तथा पोषण असुरक्षा जारी रहने का मुख्य कारण क्रय शक्ति की कमी है, समाज के विभिन्न वर्गों तथा परिवार के भीतर खाद्यान्न का समुचित वितरण न होना अल्पपोषण का मुख्य कारण बना हुआ है। अनाज के भारी स्टॉक के बावजूद ऐसा होना एक गंभीर मामला है। समाज के कमजोर वर्गों में व्यापक रूप से व्याप्त कुपोषण को कम करने के लिए खाद्य सुरक्षा पर प्रतिकूल प्रभाव डाले बिना इन स्टॉकों का उपयोग करना उचित होगा।

2.1.7 अल्पपोषित परिवारों/व्यक्तियों का पता लगाने के लिए समाज के कमजोर वर्गों की व्यापक जांच और उपलब्ध स्टॉक से उन्हें रियायती दरों पर अनाज मुहैया करने से गंभीर अल्पपोषण के स्तर में कमी आएगी।

2.1.8 दुर्भाग्यवश वार्षिक खाद्यान्न सहायता में भारी

वृद्धि के बावजूद सार्वजनिक वितरण प्रणाली की स्थिति अच्छी नहीं हैं, हालांकि 2001 में की गई पिछली संवीक्षा के अनुसार अखिल भारतीय आधार पर 36 प्रतिशत गेहूँ, 31 प्रतिशत चावल तथा 23 प्रतिशत चीनी पीडीएस को दी गई थी।

2.1.9 कानूनी तथा नीतिगत परिवर्तनों की अत्यधिक आवश्यकता है, जिसमें देश के भीतर कृषि जिन्सों के व्यापार पर लगी रोक को हटाने के लिए केंद्रीय कानून शामिल हैं। विश्व भर में साझा बाजार बन रहे हैं। पूरे देश को एक बड़ा मार्केट समझा जाए। इससे मार्केट विकृतियां खत्म होंगी। भारत के खाद्यान्न निगम को अनुमति होनी चाहिए कि वह मूल्य स्तर को वाजिब रखने के लिए तथा अपने खाद्यान्न के अधिशेष भंडार के प्रबंधन को सुगम बनाने के लिए खाद्यान्न के मामले में पूर्व निर्धारित मूल्य सीमा के भीतर मार्केट में दखल दे सके।

2.1.10 सरकार कल्याण स्कीमों के तहत सार्वजनिक वितरण प्रणाली सहित केंद्रीय पूल से खाद्यान्न की कुल खरीद में वृद्धि करने के लिए कदम उठा रही है। मुख्य कल्याण स्कीमों हैं : अन्नपूर्णा, संपूर्ण ग्रामीण रोजगार योजना (एसजीआरवाई) काम के बदले अनाज कार्यक्रम, समेकित बाल विकास सेवाएं (आईसीडीएस), स्कूली बच्चों के लिए दोपहर का भोजन कार्यक्रम, अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति होस्टल स्कीम, विश्व खाद्यान्न कार्यक्रम आदि। खाद्यान्न तथा सार्वजनिक वितरण विभाग के आंकड़ों (अप्रैल 2002) के अनुसार उपर्युक्त कल्याण योजनाओं के तहत अप्रैल 2001 तथा मार्च 2002 के बीच केंद्रीय पूल से 71,846 लाख टन अनाज लिया गया।

स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण व पोषण

2.1.11 एक ऐसे समाज में जहां रुग्णता तथा मृत्यु दरें ऊंची हो, ऐसी स्थिति हो जाए कि लोग बीमारियों से मुक्त लंबी आयु भोगें, तो इसे एक वांछनीय तथा बड़ा सामाजिक परिवर्तन समझा जाता है। लोगों के स्वास्थ्य तथा पोषण स्थिति में सुधार देश के सामाजिक विकास कार्यक्रमों में मुख्य बल दिए जाने वाले क्षेत्रों में से है। यह स्वास्थ्य, परिवार कल्याण तथा पोषण सेवाओं की उपलब्धि तथा लोगों द्वारा इन सेवाओं के उपयोग द्वारा किया जा सका है, इसमें समाज के अल्प सेवित तथा कम सुविधाप्राप्त वर्गों का विशेष ध्यान रखा गया है। पिछले पांच दशकों में भारत ने सरकारी, स्वैच्छिक तथा प्राइवेट सेक्टरों में प्राइमरी, सैकेंडरी और तृतीयक स्तरों पर एक व्यापक स्वास्थ्य अवस्थापना तथा मानवशक्ति तैयार की है। इनमें देश में प्रशिक्षित व्यावसायिक तथा परा-चिकित्सक काम कर रहे हैं। इस अवधि के दौरान सरकार ने चिकित्सा शिक्षा में निवेश में वृद्धि की है जिससे यह सुनिश्चित हुआ है कि भारत में श्रेष्ठ विशेषज्ञों से लेकर सहायक

नर्स-दाई(एएनएम) के स्तर तक व्यापक मानवशक्ति है। प्रौद्योगिकीय उन्नति तथा स्वास्थ्य परिचर्या प्रौद्योगिकियां जो सस्ती हैं और जिन्हें कार्यान्वित करना आसान है की उपलब्ध में सुधार होने से मृत्यु दर में काफी कमी हुई है। इसके परिणामस्वरूप लोगों के स्वास्थ्य सूचकांक में भारी सुधार हुआ है।

2.1.12 पिछले पांच दशकों में एक औसत भारतीय के लिए जन्म के समय जीवन सम्भाव्यता लगभग दोगुनी हो गई है १ 1951 में यह 32.1 वर्ष थी जो 1997 में बढ़कर 62.4 वर्ष हो गई।

वर्ष	जन्म के समय जीवन सम्भाव्यता (वर्ष)
1951	32.1
1997	62.4*

* 1996 के संदर्भ में

2.1.13 तथापि अलग-अलग राज्यों, जिलों तथा ग्रामीण व शहरी क्षेत्रों में जन्म के समय व्यक्ति की जीवन सम्भाव्यता में काफी अंतर है। केरल में जन्म के समय व्यक्ति की जीवन सम्भाव्यता 73 वर्ष से अधिक है। पंजाब का दूसरा स्थान है जहां जीवन सम्भाव्यता 67.4 वर्ष है। दूसरी ओर बिहार, असम, मध्य प्रदेश तथा उत्तर प्रदेश में जीवन सम्भाव्यता 55-60 वर्ष है। केरल में ग्रामीण-शहरी क्षेत्र में जन्म के समय व्यक्ति की जीवन सम्भाव्यता में एक वर्ष से कम अंतर है जबकि असम, बिहार, मध्य प्रदेश तथा उड़ीसा में यह अंतर-लगभग 8-10 वर्ष है।

2.1.14 शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) स्वास्थ्य का दूसरा संकेतक है। 1981 की जनगणना के अनुसार प्रति 1000 जीवित जन्मों पर शिशु मृत्यु दर 115 होने का अनुमान था (पुरुषों के लिए 122 तथा महिलाओं के लिए 108) 1999 में प्रति 1000 जीवित जन्मों पर शिशु मृत्यु दर घटकर 70 हो गई (नमूना पंजीयन प्रणाली)। भारत जनसांख्यिकी संक्रमण के मध्य की स्थिति में है। पूरे देश के लिए कुल मिलाकर 1921 से अशोधित मृत्यु दर घट रही है परंतु अशोधित जन्म दरों में जो कमी हुई है वह काफी विलम्ब से हुई है और बहुत धीमी गति से हुई है १ केवल 1941 के पश्चात्/जन्म दर तथा मृत्यु दर में अंतर हो जाने से पिछले पांच दशकों में भारत की आबादी में तेजी से वृद्धि हुई है। देश में अंतिम जनगणना के अनुसार 1 मार्च, 2001 को देश की आबादी 1.027 बिलियन थी।

2.1.15 जनसंख्या में होने वाली वार्षिक औसत वृद्धि में 1971 से कमी आ रही है। 1971-81 में यह 2.26 प्रतिशत थी, 1981-91 में 2.13 प्रतिशत थी और 2001-2001 में घटकर

1.95 प्रतिशत रह गई। यद्यपि जनसंख्या वृद्धि दर में स्पष्ट कमी है और अब सभी धर्मों के लोगों में जनसंख्या में कमी नजर आ रही है। भविष्य में जन्म दर तथा मृत्यु दर कितनी होगी, यह किसी भी तरह से निश्चित नहीं है। यह अनिश्चितता इस तथ्य से आई हुई है कि अलग-अलग राज्यों में जन्म दर में काफी अंतर है। कुछ राज्य तो ऐसे हैं जहां जन्म दर, मृत्यु दर के बराबर आ गई हैं अथवा वे इस स्तर के करीब हैं, पांच राज्यों अर्थात् बिहार, उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, राजस्थान तथा उड़ीसा की जनसंख्या 2001 में देश की जनसंख्या का 40 प्रतिशत थी, और अगले दस वर्षों में इनकी जनसंख्या देश की कुल जनसंख्या का 50 प्रतिशत हो जाएगी। इन राज्यों के निष्पादन से वह समय तय हो सकेगा जब देश की जनसंख्या में स्थिरता आएगी।

परिवार कल्याण

2.1.16 जनसंख्या में उच्च वृद्धि दर बने रहने के कारण हैं :

- प्रजनन आयुवर्ग के लोगों की जनसंख्या अधिक होना (अनुमानित योगदान 60 प्रतिशत)
- गर्भ निरोधकों की जरूरत पूरी न होने कारण उच्च प्रजनन (अनुमानित योगदान 20 प्रतिशत) तथा
- शिशु मृत्यु दर अधिक होने के कारण वांछित उच्च प्रजननता (अनुमानित योगदान 20 प्रतिशत)

2.1.17 जबकि प्रजनन आयु वर्ग के लोगों की भारी आबादी से होने वाली वृद्धि निकट भविष्य में जारी रहेगी। तथापि शिशु मृत्यु दर में कमी लाने के लिए मातृ तथा शिशु स्वास्थ्य की अपूर्ण जरूरतों को पूरा करके शेष 40 प्रतिशत वृद्धि (16 प्रतिशत अनुमानित) में काफी कमी की जा सकती है।

परिवार कल्याण सेवाओं के लिए सभी अपेक्षित जरूरतें निम्नलिखित के माध्यम से पूरी की जाएंगी :

- वर्तमान अवस्थापना में भारी सुधार
- कार्मिकों की कुशलता का उन्नयन सुनिश्चित करना
- अच्छे स्तर की एकीकृत प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना
- आपूर्ति के संभार तंत्र को सहयोजित करना
- रेफरल प्रणाली शुरू करना
- कार्यक्रम के नियोजन, अनुवीक्षण तथा स्थानीय स्तर पर बीच में सुधार करने के काम में पंचायत राज संस्थाओं को शामिल करना।
- संबद्ध सेक्टरों में प्रभावी अंतरसेक्टर तालमेल
- प्रभावी सूचना, शिक्षा, सुधार तथा उत्प्रेरण

2.1.18 प्रजनन, मृत्यु दर तथा जनसंख्या वृद्धि दर में कमी लाना दसवीं योजना का प्रमुख उद्देश्य है। इन्हें महिलाओं तथा बच्चों के लिए महसूस की जा रही सभी स्वास्थ्य परिचर्या जरूरतों को पूरा करके प्राप्त किया जाएगा। दसवीं योजना के लिए ग्यारह अनुवीक्षणीय लक्ष्यों में से तीन जनसांख्यिकी सूचकांक हैं, 2007 तक शिशु मृत्यु दर को घटाकर प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 45 पर लाना और 2012 तक प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 28 पर लाना, सन 2007 तक मातृ मृत्यु अनुपात को प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 2 पर लाना तथा 2012 तक प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 1 पर लाना और 2001-2011 के दशक में जनसंख्या की वृद्धि दर को घटाकर 16.2 पर लाना। मृत्यु तथा प्रजनन दर में परिकल्पित अत्यधिक कमी मौजूदा अवस्थापना तथा मानव शक्ति की मदद से तकनीकी रूप से संभव है जैसा बहुत से राज्यों/जिलों में प्रदर्शित किया गया है। अनिवार्य आपूर्तियों, कुशलता में सुधार और विशेषकर राज्यों में जबावदेही सुनिश्चित करने के लिए सभी प्रयास किए जा रहे हैं जहां निष्पादन अच्छा नहीं है जिससे निष्पादन में सुधार होता रहे। यह जरूरी है कि जो लक्ष्य तय किए गए हैं वे यथासमय प्राप्त कर लिए जाएं क्योंकि ये लक्ष्य जीवन स्तर और मानव विकास के लिए अनिवार्य पूर्वापेक्षाएं हैं। स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता तथा उनके उपयोग और लोगों के स्वास्थ्य सूचकांकों में भारी अंतर को ध्यान में रखते हुए एक भिन्न नीति का विचार है जिससे सभी जिलों में उत्तरोत्तर सुधार होता रहे। परिणामस्वरूप उम्मीद है कि इससे राज्य तथा राष्ट्रीय सूचकांकों में पर्याप्त सुधार होगा और देश दसवीं योजना में निर्धारित लक्ष्य प्राप्त कर सकेगा।

पोषण

2.1.19 भारत में पांच वर्ष से कम आयु के आधे बच्चों को या तो सामान्य भोजन मिलता है या वे गंभीर रूप से कुपोषित हैं, 30 प्रतिशत बच्चों का जन्म के समय वजन बहुत कम होता है और लगभग 60 प्रतिशत महिलाएं स्लाल्पता की शिकार हैं। यह स्थिति इस तथ्य के बावजूद है कि भारत ने एक दशक से पहले खाद्यान्न के उत्पादन में आत्मनिर्भरता प्राप्त कर ली थी। अल्पपोषण होना वह स्थिति है जो भोजन अथवा अनिवार्य पोषक तत्वों को कम मात्रा में गृहण करने से उत्पन्न होती है जिससे शारीरिक वृद्धि और स्वास्थ्य पर कुप्रभाव पड़ता है, जो आम है। 0-4 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों में प्रोटीन/ऊर्जा कुपोषण आम किस्म का कुपोषण है। लोहे की कमी से होने वाली अरक्तता बच्चों तथा महिलाओं में आम है, विशेषकर गर्भवती महिलाओं में। गर्भवती महिलाओं में अल्पपोषण तथा जन्म के कम वजन की घटना दरों में कोई कमी नहीं आई है।

कुपोषण का गंभीर परिणाम यह होता है कि इसका ज्ञानात्मक विकास और शिक्षा संबंधी उपलब्धियों पर खराब असर पड़ता है, काम करने की क्षमता और युवाओं में प्रजनन क्षमता घट जाती है और बच्चों में मृत्यु तथा रुग्णता की दर बढ़ जाती है। तथापि पोषण की कमी से होने वाली बीमारियां जैसे क्वाशिओरकर, मरासमस, पेलाग्रा लेथिरज्म, बेरीबेरी तथा विटामिन ए की कमी से होने वाली अंधता बहुत कम हो गई है।

2.1.20 दसवीं योजना में पोषण शिक्षा पर जोर दिया जाएगा। भारतीयों के लिए पोषण आवश्यकताओं को परिभाषित करने के लिए अनुसंधानात्मक प्रयास किए जाएंगे। जीवन के तौरतरीकों और भोजन के पसंद में अत्यधिक बदलाव के परिणामस्वरूप मोटापे तथा गैरसंचारी बीमारियों को दर बढ़ गई है। पोषण अनुवीक्षण और निगरानी को उच्च प्राथमिकता दी जाएगी जिससे इस बात की निकट जांच की जा सके कि वर्तमान जनसांख्यिकी, विकास, आर्थिक संक्रमण तथा पारिस्थितिकी का जीवन के तौरतरीकों में बदलाव से लोगों के पोषण तथा स्वास्थ्य स्थिति पर क्या प्रभाव पड़ा है। आंकड़ों के आधार पर लाभदायक तथा प्रतिकूल प्रवृत्तियों का पता लगाना संभव हो सकेगा और लाभप्रद परिस्थितियों का पूरा लाभ उठाना और उभरती हुई समस्याओं से निपटने के लिए उपयुक्त कार्यवाई आरंभ करना संभव हो सकेगा।

2.1.21 1990 के दशक के साथ देश पर दोहरी बिमारी का बोझ आ पड़ा। एक तरफ संचारी बीमारियां हैं जिनसे वेक्टरों में कीटाणुनाशक प्रतिरोध बहुत से बैक्टीरिया में एंटी बायोटिक प्रतिरोध तथा एचआईवी जैसी नई बीमारियों की वजह से लड़ना और भी कठिन हो गया है। दूसरी तरफ दीर्घ आयु होने और जीवन के बदलते हुए तौरतरीकों के कारण गैरसंचार बीमारियां फैल रही हैं।

2.1.22 इस प्रकार दीर्घ आयु तथा स्वास्थ्य के संबंध में भारत की स्वतंत्रता के बाद की उपलब्धियां एक मिश्रित सफलता की कहानी है। देश में सभी संसाधनों, प्रशिक्षित मानव शक्ति और एक उपयुक्त स्वास्थ्य अवस्थापना होने के बावजूद देश का बड़ा भाग बीमारियों, रुग्णता, तथा उच्च मृत्यु दर के बोझ तले दबा हुआ है। स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार की गति पूर्व एशिया तथा लेटिन अमेरिका जैसे विकासशील देशों की तुलना में बहुत पीछे है जहां जीवन सम्भाव्यता विकसित विश्व के स्तरों के करीब पहुंच गई है। स्वास्थ्य सेक्टर विकास के लिए भारत का दृष्टिकोण विकास की समग्र प्रक्रिया से पर्याप्त रूप से नहीं जुड़ा है। ऐसा नीतिगत ढांचा नहीं है जिसमें सेक्टरों के बीच तथा सेक्टर के भीतर विकास प्रक्रियाओं के बारे में सहक्रिया की कल्पना और उसका लाभ उठाने की बात सोची गई हो

जिनमें एक ओर पेयजल की उपलब्धि, सफाई लोक स्वास्थ्य, प्रारंभिक शिक्षा उपलब्ध कर ने पोषण तथा गरीबी निवारण के प्रयास हों और दूसरी ओर लोगों को स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाएं उपलब्ध हों। कुछ राज्यों में ऐतिहासिक कारणों से सेक्टरों के बीच सहयोग रहा है जिससे लोगों को स्वास्थ्य संबंधी सेवाएं उपलब्ध कराने पर असर पड़ता है या जिसे योजना प्रयास के एक भाग के रूप में सोच समझ कर तैयार किया गया है, वहां स्वास्थ्य संबंधी उपलब्धियों के बारे में अच्छे परिणाम मिले हैं।

2.1.23 दसवीं योजना में मुख्य जोर मौजूदा स्वास्थ्य प्रक्रिया प्रणाली, परिचर्या के स्तर, औषधियों तथा नैदानिक वस्तुओं के संभार तंत्र की कुशलता में सुधार करने और औषधियों के युक्तिसंगत प्रयोग पर जोर दिया जाएगा। स्वास्थ्य परिचर्या वित्त प्रबंध के विकास, उसके कार्यान्वयन तथा प्रणालियों के मूल्यांकन पर भी ध्यान दिया जाएगा।

सुरक्षित पेय जल और सफाई की सुलभता

2.1.24 सुरक्षित पेयजल उपलब्ध न होने के कारण देश में लाखों लोग पानी से उत्पन्न होने वाली बीमारियों से ग्रस्त हैं। भारत की जनगणना के अनुसार, यदि किसी परिवार को परिसर के भीतर या बाहर नल, हैण्डपम्प / ट्यूब वेल का पानी उपलब्ध है तो उसे पीने के पानी की सुविधा उपलब्ध होना माना जाएगा। 1991 की जनगणना की रिपोर्ट के अनुसार भारत में 62 प्रतिशत परिवारों को पेयजल उपलब्ध है। 1981 में केवल 38 प्रतिशत परिवारों को यह सुविधा उपलब्ध थी। केरल तथा उत्तरपूर्व के भागों में पेयजल की सुविधा बहुत कम थी (केरल में पीने की जरूरत कूओं के पानी से पूरी कर जाती है)। पिछले 12 वर्षों के दौरान वर्षा की स्थिति अच्छी रहने और सरकार द्वारा पेयजल की आपूर्ति के कार्यक्रम के लिए धन की व्यवस्था करके और काफी ध्यान देकर बढ़ावा दिए जाने के बावजूद पेयजल की समस्या हल नहीं हुई है और वास्तव में प्रतिवर्ष अधिक गंभीर होती जा रही है। स्वतंत्र अध्ययनों तथा रिपोर्टों से पता चलता है कि भारत में करीब आधे गांवों में पेयजल की कमी है। अधिक दुःख की बात यह है कि भारी निवेश के बावजूद वर्षों के दौरान स्थिति और खराब होती जा रही है।

2.1.25 1991 की जनगणना के अनुसार देश में एक चौथाई से कम परिवारों को आवास परिसर के भीतर शौचालय की सुविधा उपलब्ध थी। इसमें ग्रामीण परिवारों का अनुपात 10 प्रतिशत और शहरी परिवारों का अनुपात 64 प्रतिशत था। सुरक्षित पेयजल की समस्या के अतिरिक्त, सफाई, विशेषकर सीवर तथा मल के निपटान की कमी देश में खराब स्वास्थ्य

तथा बीमारी का मुख्य कारण समझा गया है। राज्यों की स्थिति भी अलग-अलग है। केरल में 51 प्रतिशत परिवारों को शौचालय की सुविधा उपलब्ध है जबकि उड़ीसा में 10 प्रतिशत से कम परिवारों को यह सुविधा उपलब्ध है।

शिक्षा

2.1.26 जहां तक बेसिक शिक्षा का संबंध है 1990 के दशक को जल विभाजक दशक कहा जा सकता है। 2001 की जनगणना के अनन्तिम आंकड़ों से पता चलता है कि 1951 के बाद इस दशक में साक्षरता दर में 13.17 प्रतिशत की सर्वाधिक वृद्धि हुई है। 1991 में औसत साक्षरता दर 52.21 प्रतिशत थी जो 2001 में बढ़कर 65.38 प्रतिशत हो गई (पुरुष साक्षरता दर 75.85 है तथा महिला साक्षरता दर 54.16 प्रतिशत है)।

वर्ष	साक्षरता दर (प्रतिशत)
1951	16.67
2001	65.38

2.1.27 तथापि भारत में शैक्षिक विकास सफलताओं और असफलताओं की एक मिली जुली कहानी है। 6-14 वर्ष के आयुवर्ग के 200 मिलियन बच्चों में से 42 मिलियन बच्चे स्कूल नहीं जाते। बीच में पढ़ाई छोड़ देने वालों, निम्न स्तर का ज्ञान तथा लड़कियों की कम भागीदारी की समस्याएं हैं। इसके साथ-साथ प्रणाली संबंधी विशेष मुद्दे हैं जैसे अपर्याप्त स्कूल अवस्थापना, शिक्षकों की अनुपस्थिति की उच्च दर, भारी संख्या में शिक्षकों की रिक्तियां, पठन-पाठन की अपर्याप्त सामग्री आदि। शैक्षिक सेवाओं की व्यवस्था करने में नीति तथा लोगों की सहभागिता पर समुचित ध्यान नहीं दिया गया है। इस सेक्टर में 50 वर्षों के नियोजित प्रयास के बावजूद 7 वर्ष और इससे अधिक आयुवर्ग के 1/3 अथवा 300 मिलियन बच्चे अनपढ़ हैं। अनुसूचित जातियों तथा अनुसूचित जनजातियों की साक्षरता दर दूसरे लोगों की तुलना में काफी कम है। 1991 में कुल साक्षरता दर 52.2 प्रतिशत थी जबकि अनुसूचित जातियों तथा अनुसूचित जनजातियों के मामले में यह दर क्रमशः 37.4 प्रतिशत तथा 29.6 प्रतिशत थी। शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में साक्षरता दर भिन्न है (2001 की जनगणना के अनुसार ग्रामीण क्षेत्रों में 59 प्रतिशत तथा शहरी क्षेत्रों में 80 प्रतिशत)। इसके अतिरिक्त अलग-अलग राज्यों में भी साक्षरता दर में अंतर है।

2.1.28 भारत सरकार सभी को प्रारंभिक शिक्षा देने के लिए वचनबद्ध है। छठे अखिल भारतीय शिक्षा सर्वेक्षण 1993 के अनुसार, कुल ग्रामीण आबादी में 94 प्रतिशत को प्राथमिक

शिक्षा प्रदान की गई थी। प्रारंभिक शिक्षा को सार्वजनिक बनाने के सम्मिलित प्रयासों से संस्थाओं, शिक्षकों तथा विद्यार्थियों की संख्या में कई गुणा वृद्धि हुई है। 1950-51 से 1999-2000 के दौरान, प्राथमिक स्कूलों की संख्या तीन गुणा से अधिक हो गई। 1950-51 में इनकी संख्या 2,10,000 थी जो 1999-2000 में बढ़कर 6,42,000 हो गई जबकि उच्च प्राथमिक स्कूलों की संख्या 15 गुणा से अधिक हो गई अर्थात् 1950-51 में 13,600 से बढ़कर 1999-2000 में 1,98,000 हो गई।

2.1.29 स्कूलों में दाखिले बढ़ाने/बच्चों को शिक्षा में बनाए रखने तथा बीच में पढ़ाई छोड़ने वालों की संख्या में कमी लाने के लिए केंद्रीय तथा राज्य सरकारों द्वारा कई प्रकार की प्रोत्साहन योजनाएं कार्यान्वित की जा रही हैं जैसे बच्चों के लिए दोपहर के भोजन की व्यवस्था, निःशुल्क वर्दी, पाठ्य पुस्तकें वजीफे आदि देना। मुख्य स्कीम अर्थात् प्राइमरी शिक्षा को पोषण सहायता का केंद्र प्रायोजित कार्यक्रम जिसे दोपहर के भोजन की स्कीम कहा जाता है, 1995 में शुरू किया गया था। इसका उद्देश्य यह था कि अधिक से अधिक बच्चे स्कूलों में दाखिल हों, वे अपनी पढ़ाई जारी रखें और कक्षाओं में उपस्थित रहें। इसके साथ-साथ बच्चों के पोषण में सुधार करना भी इस कार्यक्रम का उद्देश्य था। स्कीम में देश भर में प्रति बच्चा प्रति स्कूल दिवस 100 ग्राम कच्चा गेहूं/चावल का प्रावधान था। इस समय केवल 6 राज्य तथा संघ शासित क्षेत्र बच्चों को पका हुआ भोजन दे रहे हैं। इसे शेष राज्यों/संघ शासित क्षेत्रों में लागू करों के प्रयास किए जा रहे हैं। स्कूली अवस्था पर, प्रारंभिक तथा माध्यमिकी दोनों स्तरों पर विकलांग बच्चों की शिक्षा के लिए स्कीम कार्यान्वित की जा रही है।

2.1.30 प्रारंभिक शिक्षा में कमी को पूरा करने के लिए सरकार ने 200-2001 में सर्व शिक्षा अभियान चलाया। यह एक मुख्य कार्यक्रम है जिसके माध्यम से प्रारंभिक शिक्षा सेक्टर के लक्ष्य पूरे हो जाएंगे। सन् 2010 तक 6-14 वर्ष के आयु वर्ग के सभी बच्चों को प्रारंभिक शिक्षा प्रदान करने के लिए एक महत्वपूर्ण कदम है। सर्व शिक्षा अभियान केंद्रीय सरकार का एक समयबद्ध कार्यक्रम है जो सभी को प्रारंभिक शिक्षा प्रदान करने के उद्देश्य से राज्य सरकारों, स्थानीय शासनों तथा लोगों के सहयोग से चलाया जा रहा है। अभियान का उद्देश्य प्रारंभिक शिक्षा के लिए मौजूदा सांस्थानिक प्रयास को राज्य तथा जिला स्तर पर लाना है। लोगों की भागीदारी बढ़ाने के लिए कार्यक्रम का उद्देश्य स्कूल स्तर तक कार्यों का विकेंद्रीकरण करना है। कार्यक्रम पूरे देश को कवर करेगा। प्रत्येक जिले में कार्यक्रम की अवधि जिला प्रारंभिक शिक्षा योजना (डीईईपी) पर निर्भर करेगी जिसमें प्रत्येक जिले की विशिष्ट आवश्यकताएं होंगी।

प्रौढ़ साक्षरता/राष्ट्रीय साक्षरता मिशन

2.1.31 राष्ट्रीय साक्षरता मिशन (एनएलएम) 15-35 वर्ष की आयु के असाक्षर व्यक्तियों को कार्यात्मक साक्षरता प्रदान करने के काम में संलग्न है। राष्ट्रीय साक्षरता मिशन मई 1988 में स्थापित किया गया था। 561 से अधिक जिलों (पूर्ण या आंशिक) ने साक्षरता कार्यक्रम शुरू किया। 10 लाख से अधिक स्वयंसेवक तैयार किए गए और राष्ट्रीय साक्षरता मिशन के आरंभ से दिसम्बर, 2001 तक उपर्युक्त वर्ग के 91.53 मिलियन व्यक्तियों को साक्षर बनाया गया। राष्ट्रीय साक्षरता मिशन का लक्ष्य पूर्ण साक्षरता प्राप्त करना है अर्थात् 2005 तक 75 प्रतिशत के स्तर का लक्ष्य है। कार्यात्मक साक्षरता में राष्ट्रीय एकता, पर्यावरण के संरक्षण, महिलाओं की समानता, छोटे परिवार के मानक के पालन के मूल्यों की समझ निहित है। साक्षरता अभियान के तहत उपयोगी तथा प्रभावी शिक्षा के बहुत लाभ हैं जैसे उत्पादकता में वृद्धि होती है, स्वास्थ्य परिचर्या में सुधार होता है, परिवार स्थिर होता है और लोगों के सामाजिक तथा राजनीतिक जीवन बेहतर होता है। प्रौढ़ शिक्षा के लिए जिला साक्षरता समितियां (जिला साक्षरता समिति) नोडल एजेंसी हैं। यह साक्षरता अभियानों में स्वैच्छिक संगठनों, क्षेत्र के व्यावसायिकों, समुदाय के सदस्यों, महिला मंडलों, लघु उद्योगों तथा पीआरआई का सहयोग लेती है।

2.1.32 भारत के संविधान में बच्चों के लिए निःशुल्क और अनिवार्य शिक्षा का प्रावधान है। 6-14 वर्ष की आयु वर्ग के बच्चों के लिए निःशुल्क तथा अनिवार्य शिक्षा को मौलिक अधिकार बनाने के लिए केंद्रीय सरकार ने हाल ही में 93वां संविधान संशोधन विधेयक 2001 प्रस्तुत किया है। संसद के दोनों सदनों ने यह विधेयक पारित कर दिया है। इससे पहले अनिवार्य शिक्षा पर कोई केंद्रीय अधिनियम नहीं था, यद्यपि 14 राज्यों तथा चार संघ शासित क्षेत्रों ने कानून पास कर दिए थे जिनमें उनके संपूर्ण राज्य अथवा किन्हीं अधिसूचित भागों में प्रारंभिक शिक्षा को अनिवार्य किया गया था। केंद्रीय कानून बन जाने से बच्चों के स्कूल में प्रवेश, स्तर में सुधार और बच्चों की स्कूल में पढ़ाई पर होने वाले खर्च के लिए सार्वजनिक संसाधनों का पर्याप्त उपबंध करना होगा। इससे अधिक बच्चे स्कूलों में दाखिल होंगे, और अपनी पढ़ाई जारी रखेंगे तथा माता-पिता बच्चों को बीच में स्कूल से नहीं हटा सकेंगे और अपने बच्चों की शिक्षा के बारे में उनके नजरिए में बदलाव आएगा।

2.1.33 स्कूली शिक्षा एक प्रमुख कारक है परंतु हमें प्रारंभिक तथा माध्यमिक शिक्षा से आगे जाना है। बेरोजगारी की बढ़ती

हुई समस्या को ध्यान में रखते हुए पाठ्यक्रम का व्यावसायिकरण करना जरूरी है जिससे यह सुनिश्चित हो सके कि शैक्षिक प्रणाली तथा कार्यस्थल के बीच खाई पैदा न हो। शिक्षा के सभी स्तरों पर विशेष रूप से माध्यमिक स्कूल अवस्था पर व्यावसायिक शिक्षा तथा कौशल विकास को प्रमुखता दी जाएगी। दसवीं योजना में विस्तृत व्यावसायिक सर्वेक्षण, विक्रेय वस्तुओं की पहचान, विभिन्न मंत्रालयों तथा विभागों की व्यावसायिक संस्थाओं को सुदृढ़ करने और संस्था-उद्योग संपर्कों को बेहतर बनाने पर जोर दिया जाएगा। औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों (आईटीआई) पालिटेक्नीकों तथा प्रशिक्षु स्कूलों, तकनीकी शिक्षा बोर्डों तथा इंजीनियरी कालेजों के बीच संसाधनों की पूर्ति और बेहतर नेटवर्किंग के लिए कदम उठाए जाएंगे।

2.1.34 विश्वविद्यालय तथा उच्चतर शिक्षा सेक्टर पर भी ध्यान देने की आवश्यकता है। यद्यपि विश्वविद्यालयों की संख्या बहुत बढ़ गई है और बहुत से विश्वविद्यालयों ने शिक्षा के उच्च स्तर को बनाए रखा है, यह चिन्ता का विषय है कि शैक्षिक स्तरों में गिरावट आई है। विश्वविद्यालयों/कालेजों की संख्या में हुई वृद्धि के अनुरूप शैक्षिक परिणामों में प्रगति नहीं हुई है। पाठ्यक्रम को आधुनिक बनाने, परीक्षा सुधारों, विश्वविद्यालयों के शासन संबंधी मामलों आदि सभी पर तुरंत ध्यान देने की जरूरत है।

2.1.35 आधुनिक अर्थव्यवस्था, जो ज्ञानो-मुखी अर्थव्यवस्था है, को उच्च शिक्षित व्यक्तियों की आवश्यकता है। हमें उच्च कोटि के वैज्ञानिकों, इंजीनियरों तथा प्रबंधकों की जरूरत है। एक ज्ञान युक्त समाज तथा टेक्नालॉजी गहन अर्थव्यवस्था के लिए हमें उच्चतम स्तर की उच्चतर शिक्षा संस्थाएं बनानी होंगी, भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थानों तथा भारतीय प्रबंध संस्थान व अन्य व्यावसायिक कालेजों का उन्नयन करना होगा और उन्हें आधुनिक बनाना होगा। बायोटेक्नालाजी, नानोटेक्नालाजी, बायो इन्फोरमेटिक्स आदि जैसे नये टेक्नालाजी क्षेत्रों में अपनी क्षमताओं को बढ़ाने की जरूरत है। इससे सन् 2010 तक तीन मिलियन से अधिक प्रशिक्षित मानवशक्ति की मांग होने की संभावना है। उच्चतर शिक्षा, सामान्य तथा तकनीकी शिक्षा सभी औद्योगिक तथा समाज संबंधी प्रयासों से जुड़ी होनी चाहिए। इस लक्ष्य को पूरा करने में लिए एकेडेमिया, उद्योग तथा सरकार की भागीदारी से बहुत से श्रेष्ठता वाले केंद्र स्थापित किए जाने की आवश्यकता है जो उद्योग तथा समाज से जुड़े क्षेत्रों के लिए अच्छे स्तर की मानवशक्ति तैयार करें। सूचना तथा संचार टेक्नालाजियों में हुए वीडियो-कन्फ्रेंसिंग, वेब आधारित विकासों का उपयोग करते हुए टेक्नालाजी आधारित ज्ञान के माध्यम से शिक्षा प्रदान करने से ज्ञान की गति बढ़ेगी।

महिलाओं, बच्चों तथा सामाजिक रूप से वंचित व्यक्तियों का सशक्तिकरण

2.1.36 समाजों, संस्कृतियों तथा राष्ट्रों का मूल्यांकन अक्सर इस आधार पर किया जाता है कि वे अपने विकास के दौरान अपनी महिलाओं, बच्चों, विकलांगों और वंचित लोगों से कैसा व्यवहार करते हैं। बहु संस्कृतियों, बहु धर्मों, बहु भाषाओं और बहु आचार वाले समाजों को अल्पसंख्यकों और विलय लोगों के हितों का ध्यान रखना एक अतिरिक्त कर्तव्य हो जाता है। सरकार महिलाओं के सशक्तिकरण, बच्चों के विकास, सामाजिक रूप से वंचित वर्गों जिनमें अनुसूचित जातियां, अनुसूचित जनजातिया तथा अन्य पिछड़े वर्ग (ओबीसी) शामिल हैं तथा अल्प संख्यकों के सशक्तिकरण और विकलांगों के सशक्तिकरण के लिए वचनबद्ध है।

2.1.37 सामाजिक आर्थिक परिवर्तन के एजेंटों के रूप में महिलाओं के सशक्तिकरण के स्वीकृत उद्देश्य के अनुसरण में अप्रैल, 2001 में महिलाओं के सशक्तिकरण पर राष्ट्रीय नीति अपनाई गई। इस आधार पर राष्ट्रीय कार्य योजना कार्यान्वित की जा रही है जिसकी निम्नलिखित कार्य नीतियां हैं : (क) महिलाओं के लिए अनुकूल वातावरण तैयार करना जिससे कि महिलाएं अपने घरों के भीतर और घरों के बाहर अपने अधिकारों का प्रयोग कर सकें (ख) लोक सभा और विधान सभाओं में महिलाओं के लिए एक-तिहाई सीटों का आरक्षण करना (ग) यह सुनिश्चित करने के लिए कि सभी विकास सेक्टरों से कम से कम 30 प्रतिशत निधि तथा लाभ महिलाओं को मिलें, महिला घटक योजना के लिए विशिष्ट नीति अपनाना (घ) महिलाओं के सशक्तिकरण की शुरुआत के प्रमाण के रूप में उन्हें स्वयंसेवी ग्रुपों के रूप में संगठित करना (ङ) उच्च प्राथमिकता देना तथा उन्हें मातृ व बाल स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराना (च) सभी शैक्षिक कार्यक्रमों में लैंगिक पूर्वाग्रह को समाप्त करने के लिए कदम उठाना और लड़कियों को कालेज स्तर तक जिसमें व्यावसायिक स्तर शामिल हैं, निःशुल्क शिक्षा देने की योजनाएं बनाना (छ) उभरते हुए आधुनिक व्यापारों में महिलाओं को कौशल प्रदान करना जिससे वे आर्थिक रूप से आत्मनिर्भर होंगी और उनमें आत्मविश्वास पैदा होगा तथा (झ) छोटे मोटे सेक्टरों में महिला उद्यमियों के लिए विकास बैंक की स्थापना द्वारा महिलाओं को ऋण की सुविधा मुहैया कराना।

2.1.38 देश के विकास के एजेंडे में छोटे बच्चे को सर्वोपरि स्थान देकर सरकार बच्चों के विकास के प्रति वचनबद्ध है। देश के मानव संसाधन विकास में एक निवेश के रूप में बाल सेवाओं के विकास के लिए सरकार द्वारा बार-बार अपनी

प्राथमिकता की पुष्टि की गई है। उपर्युक्त उद्देश्य को पूरा करने के लिए निम्नलिखित कार्य नीतियां अपनाई गई हैं (क) बच्चों के लिए एक राष्ट्रीय चार्टर तैयार किया जाएगा जिसमें यह सुनिश्चित किया जाएगा कि कोई बच्चा अनपढ़, भूखा अथवा चिकित्सा परिचर्या से वंचित न रहे (ख) विकास नीति के मुख्य आधार के रूप में आई सीडीएस सर्वसुलभ करना (ग) शिशु मृत्यु दर को घटाकर प्रति 1000 पर 60 करना और बाल मृत्यु दर प्रति 1000 पर घटाकर 10 से कम करना (घ) सभी के लिए संपूरक भोजन कार्यक्रम को लागू करना (ङ) अंतर पीढ़ीगत लैंगिंग दुश्चक्र तथा वंचनाओं को समाप्त करने के लिए लड़कियों की शिक्षा को प्रमुख कार्यक्रमों के रूप में देखना तथा (च) किशोरियों के लिए स्कीमों का सुदृढीकरण तथा विस्तार।

2.1.39 सामाजिक सशक्तिकरण, आर्थिक संशाक्तिकरण तथा सामाजिक न्याय प्रदान करने के लिए तीन सूत्री कार्य नीति अपनाकर सामाजिक रूप से वंचित वर्गों का सशक्तिकरण किया जा रहा है। सामाजिक-आर्थिक सशक्तिकरण के लिए शिक्षा सर्वाधिक महत्वपूर्ण साधन होने के कारण अनुसूचित जातियों और अनुसूचित जनजातियों की शैक्षिक स्थिति में सुधार को उच्च प्राथमिकता दी जा रही है। दुर्भाग्यवश अनुसूचित जातियों/अनुसूचित जनजातियों और लोगों की साक्षरता दरों में अंतर बना हुआ है। इन समुदायों में महिला साक्षरता दर बहुत कम है। शिक्षा में अनुसूचित जातियों/अनुसूचित जनजातियों, अन्य पिछड़े वर्गों तथा अल्पसंख्यकों के विद्यार्थियों की भागीदारी बढ़ाने के लिए उनको विभिन्न प्रकार के प्रोत्साहन दिए जा रहे हैं। ये प्रोत्साहन हैं : अनुसूचित जाति/ अनुसूचित जनजाति के लड़कों तथा लड़कियों के लिए होस्टलों का निर्माण, कोचिंग/ ट्यूशन की सुविधा, पुस्तक बैंक, योग्यता वजीफे (पूर्व मैट्रिक तथा पश्च मैट्रिक) मदरसों/मकतवों का आधुनिकीकरण तथा 41 अल्पसंख्यक संकेंद्रित जिलों में अल्पसंख्यकों की शिक्षा के लिए मानव संसाधन विकास मंत्रालय के क्षेत्र गहन कार्यक्रम का कार्यान्वयन। सामाजिक रूप से वंचित वर्गों को आर्थिक रूप से स्वतंत्र तथा आत्मनिर्भर बनाने के लिए इनके रोजगार तथा आय सृजन के कार्यक्रमों पर विशेष बल दिया जा रहा है। इनमें शामिल हैं : उद्यमशीलता को बढ़ावा देना तथा तकनीकी मदद देना, कर्ज देना तथा उधार की सुविधा देना, शोषण/ उत्पीड़न का निवारण करना और सुरक्षा प्रदान करना। विभिन्न कानूनी उपाय शुरू किए गए हैं जैसे सिविल अधिकार सुरक्षा अधिनियम, 1955 तथा अत्याचार रोकथाम अधिनियम, 1989 । इन कानूनों का प्रभावी अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए अभी तक 19 राज्यों ने विशेष सैल/दस्ते बनाए हैं। अनुसूचित जातियों के लिए विशेष घटक योजना (एससीपी) की तीन

विशिष्ट कार्य नीतियों अनुसूचित जन जातियों के लिए जनजाति उपयोजना (टीएसपी) तथा एससीपी और टीएसपी को विशेष केंद्रीय सहायता (एलसीए) पर 1970 में उनके आरंभ से ही ध्यान दिया जा रहा है। विकसित सेक्टर/कार्यक्रमों से अनुसूचित जातियों और अनुसूचित जनजातियों को निधियां तथा लाभ पहुंचे यह सुनिश्चित करने के लिए ये सर्वाधिक प्रभावी तंत्र हैं।

2.1.40 जनजाति समुदायों के संदर्भ में किन्हीं मुद्दों पर ध्यान नहीं दिया गया है : (i) भू-अंतरण और उसका न लौटाया जाना, (ii) कर्जदारी (iii) जनजाति वन अधिकार (iv) विकास परियोजनाओं के कारण इच्छा के विरुद्ध विस्थापन और उपयुक्त पुनर्वास की कमी, तथा (v) उत्तरजीवित सुरक्षा तथा आदि जनजाति वर्गों के विकास जनजातियों के सशक्तिकरण के लिए एक व्यापक राष्ट्रीय नीति बनाने का प्रस्ताव है, जो सरकार के विभिन्न स्कंधों की जिम्मेदारियां तथा जबावदेही तय करेगी।

2.1.41 विकलांगों के विशेष मुद्दों/समस्याओं को ध्यान में रखते हुए दसवीं योजना में विकलांगों को न्यायसंगत शर्तों के साथ सामाजिक न्याय दिलाने के लिए विकलांग अधिनियम 1995 के प्रभावी कार्यान्वयन पर जोर दिया जाएगा। राष्ट्रीय विकलांग पुनर्वास कार्यक्रम के माध्यम से रीच आउट तथा

विस्तार कार्यक्रमों को सुदृढ़ करने पर भी ध्यान दिया जाएगा।

निष्कर्ष

2.1.42 उपर्युक्त सामाजिक सेक्टरों में प्राप्त उपलब्धियों के अतिरिक्त, अच्छा शासन एक ऐसा महत्वपूर्ण कारक है जो मानव हित तथा निरंतर विकास को सुनिश्चित करता है। आमतौर पर इस बात को स्वीकारा जाता है कि मानव वंचना तथा असमानता केवल सामाजिक तथा आर्थिक कारणों से नहीं है अपितु राजनैतिक कारणों से है जिसकी जड़ें खराब प्रशासन में होती हैं। देश में ऐसे राज्य हैं जिन्होंने हाल ही में अच्छे शासन से मानव विकास में महत्वपूर्ण लाभ दर्ज किए हैं, जबकि अन्य राज्यों ने अपने प्राकृतिक लाभ तथा अनुकूल आरंभिक स्थितियों के बावजूद अवसर गंवा दिए। खराब शासन के कारण हैं (क) क्षेत्रों तथा जिलों में विकास की गति तथा स्तर में अर्थव्यवस्थाओं/बने वित्तीय असंतुलनों/विसंगतियों का खराब प्रबंधन (ख) कानून तथा अमन पर सरकार के अपर्याप्त नियंत्रण के कारण जीवन तथा वैयक्तिक सुरक्षा को खतरा (ग) राजतंत्र में संवेदनशीलता, पारदर्शिता, जबावदेही की कमी (घ) विश्वसनीयता की कमी आदि से लोगों की निहित क्षमता तथा वास्तविक उपलब्धियों के अंतर में और वृद्धि हुई है।

अध्याय 2.2

प्रारंभिक शिक्षा

2.2.1 शिक्षा मानव संसाधन विकास में किया जाने वाला एक महत्वपूर्ण निवेश है और यह देश के आर्थिक विकास के लिए अनिवार्य है। यद्यपि सामाजिक-आर्थिक विकास के बड़े सूचक अर्थात् अर्थव्यवस्था की वृद्धि दर, जन्म दर, मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर और साक्षरता दर सभी एक दूसरे से जुड़े हैं, तथापि साक्षरता दर अन्य संकेतकों में वृद्धि या गिरावट की मुख्य निर्धारक रही है। भारत में भी यह प्रदर्शित करने के पर्याप्त प्रमाण है कि उच्च साक्षरता दर का, विशेषकर महिलाओं में निम्न जन्म दर, निम्न शिशु मृत्यु दर तथा संभावित आयु दर में वृद्धि के साथ सह-संबंध है। इस तथ्य को स्वीकार कर लिए जाने से साक्षरता और प्रारंभिक शिक्षा कार्यक्रमों पर ध्यान केंद्रित करने की आवश्यकता के प्रति जागरूकता पैदा हुई है और यह केवल सामाजिक न्याय के लिए ही नहीं, अपितु इससे भी आगे बढ़कर आर्थिक विकास, सामाजिक कल्याण तथा सामाजिक स्थायित्व लाने के लिए भी है।

पिछले प्रदर्शन की समीक्षा

2.2.2. संविधान का अनुच्छेद 45 यह अपेक्षा करता है कि सरकार संविधान आरंभ होने से 10 वर्ष की अवधि के भीतर सभी बच्चों के लिए, उनकी 14 वर्ष की आयु पूरी होने तक निःशुल्क अनिवार्य शिक्षा प्रदान करने का प्रयास करेगी। परन्तु ठोस कार्य योजना के साथ सभी के लिए बुनियादी शिक्षा प्रदान करने के काम में अधिक तेजी राष्ट्रीय शिक्षा नीति (एन पी ए), 1986 (1992 में संशोधित) के बाद ही आई। 1990 में जोमटीन में स्वीकार की गई सभी के लिए शिक्षा (ई एफ ए) संबंधी विश्व घोषणा के साथ विश्व का ध्यान इसके सभी पहलुओं (प्रारंभिक बाल सुरक्षा शिक्षा (ई.सी.सी.ई.), प्रारंभिक शिक्षा, किशोरों के लिए शिक्षा, प्रौढ़ शिक्षा, लैंगिक समानता और गुणवत्ता सुधार) के साथ बुनियादी शिक्षा पर केंद्रित रहा है। इन अंतरराष्ट्रीय घटनाओं और देश के भीतर सकारात्मक घटनाओं के कारण बुनियादी शिक्षा को प्रत्येक नागरिक के भौतिक अधिकार के रूप में मानने की आवश्यकता उभर कर प्रमुख स्थान पर आ गई। 1986 में राष्ट्रीय शिक्षा नीति शुरू करने के साथ सरकार ने कई मिशन आरंभ किए। 1988 में शुरू किया गया राष्ट्रीय साक्षरता मिशन इसी प्रकार का एक मिशन था। इसके निम्नलिखित उद्देश्य थे:

- प्रेरणा में वृद्धि करना, जोकि साक्षरता में केंद्रीय मुद्दा है।

- सकारात्मक वातावरण पैदा करके और जन प्रेरणा के माध्यम से भागीदारी प्राप्त करना।
- स्वयं सेवी एजेंसियों की भागीदारी बढ़ाने और उन्नत तकनीकी-शैक्षिक निवेशों के साथ मौजूदा कार्यक्रमों की गुणवत्ता बढ़ाना।
- शुरू किए गए जन कार्यात्मक साक्षरता कार्यक्रम (एम.एफ.एल.पी.) का विस्तार करने के लिए जन आंदोलन शुरू करना ताकि समाज के विभिन्न वर्गों को इसमें शामिल किया जा सके, जबकि इससे पूर्व यह कार्यक्रम विश्वविद्यालय, कालेज तथा माध्यमिक/उच्चतर माध्यमिक विद्यालयों तक ही सीमित था।
- मिशन के लक्ष्यों के अनुरूप गुणवत्तापूर्ण शिक्षा सामग्री की उपलब्धता सुनिश्चित करना।
- 1990 तक साक्षरता विद्या सुविधाओं के विस्तार को देश के सभी भागों में सर्वव्यापक बनाना, तथा
- मानीटरिंग तथा सुधारात्मक कार्रवाई के लिए एक मिशन प्रबंधन प्रणाली स्थापित करना।

2.2.3 केंद्रीय सरकार ने संविधानिक दायित्व तथा राष्ट्रीय अकांक्षाएं पूरी करने के लिए राज्य सरकारों के साथ साझेदारी में कई कार्यक्रम शुरू किए हैं।

साक्षरता में वृद्धि

2.2.4 कई दशकों में साक्षरता दरों में खासी वृद्धि हुई है। कुल साक्षरता दर जो 1951 में केवल 16.67 प्रति शत थी, 1991 में बढ़कर 52.21 प्रति शत हो गई। 2001 की जनगणना के अंतिम परिणाम बताते हैं कि साक्षरता दर बढ़कर 65.37 प्रति शत हो गई है- 75.85 पुरुषों के लिए और 54.16 महिलाओं के लिए। पहली बार निश्चित रूप से अनपढ़ लोगों की संख्या में 31.9 मिलियन की गिरावट आई है। दूसरी ओर, साक्षर लोगों की संख्या में 1991 और 2001 के बीच 203.6 मिलियन की वृद्धि हुई है। इस अवधि के दौरान पुरुषों के मामले में 11.72 प्रति शत की तुलना में महिलाओं की साक्षरता दर में 14.87 प्रति शत की वृद्धि हुई और इस प्रकार पुरुष-महिला साक्षरता में

अंतर 1991 में 24.84 प्रति शत से घट कर 21.7 प्रति शत रह गया। पिछले दशक के दौरान बिना किसी अपवाद के सभी राज्यों की पुरुषों तथा महिलाओं, दोनों की साक्षरता दरों में वृद्धि हुई है। सारणी 2.2.1 पिछले दशकों में साक्षरता दरें दर्शाती है।

सारणी 2.2.1
साक्षरता दरें 1951-2002

	पुरुष	महिलाएं	कुल
1951	24.95	7.93	16.67
1961	34.44	12.95	24.02
1971	39.45	18.69	29.45
1981	56.50	29.85	43.67
1991	64.13	39.29	52.21
2001(अर्न्तम)	75.85	54.16	65.37

नामांकन प्रवृत्तियां

2.2.5 प्राथमिक स्तर पर नामांकन (I ग्रेड से V) 1950-51 में 19.16 मिलियन से बढ़ कर 1999-2000 में 113.61 मिलियन हो गया। इसकी तुलना में उच्च प्राथमिक स्तर पर (ग्रेड VI से VIII) वृद्धि और भी अधिक प्रभावकारी है, हालांकि अभी भी यह 14 वर्ष तक की आयु वाले बच्चों के सर्वव्यापक नामांकन के संविधानिक लक्ष्य प्राप्त करने के लिए पर्याप्त नहीं है। उच्च प्राथमिक स्तर पर नामांकन 1950-51 में 3.12 मिलियन से बढ़कर 1999-2000 में 42.06 मिलियन हो गया जोकि प्राथमिक स्तर पर छः गुना वृद्धि की तुलना में 13.5 गुणा वृद्धि दर्शाता है। प्राथमिक तथा उच्च प्राथमिक, दोनों स्तरों पर कुल नामांकन में लड़कियों के प्रति शत हिस्से में 1950-51 (28.1 प्रति शत) और 1999-2000 (43.6 प्रति शत) के बीच लगातार वृद्धि हुई है। परन्तु उच्च प्राथमिक स्तर पर कुल नामांकन में लड़कियों का हिस्सा (40.4 प्रति शत) 1999-2000 में प्राथमिक स्तर पर उनके हिस्से की तुलना में लगातार नीचे रहा है।

नामांकन अनुपात

2.2.6. प्राथमिक और उच्च प्राथमिक स्तरों पर सकल नामांकन अनुपात (जी.ई.आर.) में 1950-51 तथा 1999-2000 के बीच महत्वपूर्ण वृद्धि हुई है, प्राथमिक स्तरों के मामले में 42.6 से 94.9 तथा उच्च प्राथमिक स्तरों के लिए 12.7 से बढ़ कर 58.79 तक प्राथमिक और उच्च प्राथमिक स्तरों पर जी.ई.आर में लड़कों तथा लड़कियों के बीच अंतर 1990-91 में क्रमशः 28.5 तथा 29.6 प्रति शत से काफी घटकर 1999-2000 में 19 तथा 18 रह गया है।

2.2.7 ग्रेड I-V तथा VI से VIII में नामांकित निर्धारित आयु से कम और अधिक आयु के बच्चों की संख्या को घटा कर प्राप्त किए गए निवल नामांकन अनुपात (एन.ई.आर.) लड़कों तथा लड़कियों, दोनों के मामलों में जी.ई.आर. से काफी कम थे। 1997-98 में लड़कों और लड़कियों के लिए एन.ई.आर क्रमशः 78 प्रति शत और 64 प्रति शत था। प्राथमिक स्तर पर समग्र एन.ई.आर 71 प्रति शत था जो यह संकेत देता है कि 6-10 वर्ष के आयु समूह में कम से कम 29 प्रति शत बच्चों ने 1997-98 में विद्यालयों में प्रवेश नहीं लिया। शिक्षा की दृष्टि से पिछड़े राज्यों और उनमें भी पिछड़े जिलों का भी निवल नामांकन अनुपात अखिल भारतीय औसत से कम है।

शैक्षणिक सुविधाएं

2.2.8 शिक्षा सुविधाओं की उपलब्धता पहुँच संबंधी सूचकों के एक सैट द्वारा मापी जाती है। वर्तमान मानदण्ड यह निर्दिष्ट करते हैं कि कोई बस्ती (परिवारों का समूह) तभी एक प्राथमिक विद्यालय के लिए हकदार होती है यदि उसकी आबादी 300 और इससे अधिक हो और जिसके लिए एक कि.मी. की दूरी के भीतर कोई विद्यालय न हो। 500 तथा इससे अधिक आबादी वाली बस्तियों से तीन कि.मी. की दूरी पर उच्च प्राथमिक विद्यालय स्थापित किए जाएंगे। इन मानदण्डों में पहाड़ी और जनजातीय क्षेत्रों, कठिन भू-प्रदेश और सीमावर्ती जिलों में प्रायः ढील दी जाती है।

2.2.9 1950-51 से 1999-2000 तक की अवधि में प्राथमिक विद्यालयों की संख्या में तीन गुना से अधिक वृद्धि हुई है, जोकि 1950-51 में 2,10,000 से बढ़कर 1999-2000 में 6,42,000 हो गई है, जबकि उच्च प्राथमिक विद्यालयों की संख्या में लगभग 15 गुना वृद्धि हुई है, जोकि 1950-51 में 13,600 से बढ़कर 1999-2000 में 1,98,000 तक पहुँच गई है। उच्च प्राथमिक विद्यालयों का प्राथमिक विद्यालयों से अनुपात 1950-51 में 1:15 से घट कर 1999-2000 में 1:3.2 रह गया है।

2.2.10 अध्यापकों की कुल संख्या 1950-51 में 6,24,000 से बढ़ कर 1999-2000 में 3.2 मिलियन हो गई और यह वृद्धि पांच गुना है। महिला शिक्षकों की संख्या 1950-51 में 95,000 से बढ़कर 1999-2000 में 11,52,000 हो गई और यह वृद्धि 12 गुना से भी अधिक है। कुल अध्यापकों में महिला अध्यापकों की प्रतिशतता, जोकि 1950-51 में प्राथमिक स्तर पर 15.2 प्रति शत और उच्च प्राथमिक स्तर पर 15.1 प्रति शत थी, वह 1999-2000 में बढ़कर क्रमशः 35.6 तथा 36.1 प्रति शत हो गई। परन्तु अध्यापक-छात्र अनुपात (टी.पी.आर.) में कई वर्षों से गिरावट आई है। 1950-51 के दौरान प्राथमिक विद्यालयों में टी पी आर 1:24 तथा माध्यामिक विद्यालयों में

1:20 था। 1999-2000 में यह अनुपात प्राथमिक विद्यालयों में 1:43 तथा उच्च प्राथमिक विद्यालयों में 1:38 तक बढ़ गया है।

2.2.11 बस्तियों की संख्या और जनसंख्या में वृद्धि के बावजूद मानदण्डों के अनुरूप प्राथमिक तथा उच्च प्राथमिक, दोनों स्तरों के विद्यालयों के विस्तार क्षेत्र में उल्लेखनीय वृद्धि हुई है। 1993-94 में 10,00,000 ग्रामीण बस्तियों में से 5,28,000 बस्तियों में, बस्ती के भीतर ही एक प्राथमिक विद्यालय मौजूद था। लगभग 83.4 प्रति शत बस्तियों में एक कि.मी. की दूरी के अंदर प्राथमिक विद्यालय/सेक्शन मौजूद था। इस समय लगभग 1,00,000 बस्तियां ऐसी हैं जहाँ पर निर्धारित मानदण्डों के अनुसार विद्यालय उपलब्ध किए जाने हैं। एक वैकल्पिक और अभिनव कार्यक्रम में यह प्रस्ताव है कि जिन आबादियों में पूर्ण विकसित विद्यालय खोलना आर्थिक दृष्टि से व्यवहार्य न हो अथवा शैक्षिक दृष्टि से जीवन-क्षम न हो, वहाँ पर अनौपचारिक शिक्षा केंद्र (एन.एफ.ई) खोले जाएं। पिछले काफी समय से विद्यालयों में आधारिक संरचना तथा सुविधाओं में भी काफी बढ़ोतरी हुई है, हालांकि बहुत बड़ी संख्या में प्राथमिक तथा उच्च प्राथमिक विद्यालयों में अभी भी बहुत सारी कमियां हैं जिनकी वजह से उनके लिए सुचारू रूप से काम करना कठिन हो जाता है और वे शिक्षण तथा विद्या के लिए अनुकूलतम स्थितियां प्रदान नहीं कर पाते।

नौवीं योजना की समीक्षा

2.2. 2 नौवीं योजना में शिक्षा को मानव विकास में सर्वाधिक महत्त्वपूर्ण निवेश माना गया था। प्रधानमंत्री की विशेष कार्य योजना में निरक्षरता के पूर्ण उन्मूलन, विद्यालय छोड़ने की अवस्था तक शिक्षा तक समा। पहुँच और समान अवसर, सभी स्तरों पर शिक्षा की गुणवत्ता में सुधार और अवसरचरणात्मक सुविधाओं के विकास तथा सुधार पर बल दिया गया। नौवीं योजना में बल दिए जाने वाले क्षेत्रों में यू.ई.ई., पूर्ण प्रौढ़ साक्षरता, सभी स्तरों पर शिक्षा की गुणवत्ता में सुधार करना तथा शिक्षा की उपलब्धियों में सुधार करना शामिल था। योजना में अनुसूचित जातियों तथा अनुसूचित जन जातियों, लड़कियों और विकलांग बच्चों सहित सुविधाहीन समूहों के शैक्षिक दर्जे में सुधार करने और क्षेत्रीय असमानताओं को दूर करने पर भी बल दिया गया था। इसके अतिरिक्त, इसमें शिक्षा के व्यावसायीकरण, सूचना प्रौद्योगिकी के क्षेत्र में उभरती चुनौतियों का सामना करने के लिए पाठ्यक्रम में संशोधन करने तथा तृतीयक स्तर पर उत्कर्षता केंद्रों के विकास के लिए सहायता देने पर भी बल दिया गया था।

2.2.13 शिक्षा क्षेत्र के भीतर उप क्षेत्रक आबंटनों में प्रारंभिक शिक्षा को उच्चतम प्राथमिकता दी गई थी जिसमें योजना अवधि के दौरान ई.एफ.ए. का लक्ष्य प्राप्त करने का लक्ष्य जोर देकर दोहराया गया था। यह लक्ष्य कई उपायों के जरिए प्राप्त किया जाना था, जिनमें निम्नलिखित

उपाय शामिल थे।

- प्रेरणा में वृद्धि करना, जोकि साक्षरता में केंद्रीय मुद्दा है।
- प्रारंभिक शिक्षा को एक मौलिक अधिकार बनाने के लिए संविधान में संशोधन करना।
- जिला, ब्लॉक और ग्राम स्तरों पर स्थानीय निकायों के माध्यम से शिक्षा की योजना, पर्यवेक्षण तथा प्रबंधन का विकेंद्रीकरण।
- अभियानों के जरिए प्रौढ़ शिक्षा के लिए स्थानीय समुदायों और प्राथमिक शिक्षा के संवर्द्धन के लिए सामाजिक प्रेरणा।
- यू.ई.ई. के लिए विभिन्न स्कीमों को मिलाकर एक करना।
- गैर सरकारी संस्थाओं (एन.जी.ओ) तथा स्वयं सेवी संस्थाओं के साथ अपेक्षाकृत मजबूत साझेदारी।
- यू.ई.ई. के लिए समर्थन और मीडिया अभियान।
- स्थानीय आवश्यकताओं और मांगों के प्रत्युत्तर में सबसे अधिक पिछड़े क्षेत्रों में तथा जनसंख्या के अलम्ब्य खण्डों के लिए विद्यालय से बाहर के बच्चों के लिए अनौपचारिक तथा वैकल्पिक शिक्षा के लिए अवसर प्रदान करना, तथा
- सर्वव्यापक नामांकन की बजाय सर्वव्यापक भागीदारी और प्रतिधारण। सभी बच्चों को संतोषजनक गुणवत्तापूर्ण शिक्षा प्रदान करने के लिए यू.ई.ई. का लक्ष्य बढ़ा दिया गया।

नौवीं योजना की उपलब्धियां

2.2.14 अनेक अंतराक्षेपी कार्यनीतियों के परिणाम-स्वरूप, पहुँच की दृष्टि से प्रगति प्रभावशाली थी। छटे अखिल भारतीय शिक्षा सर्वेक्षण (1993) के अनुसार, 8.84 लाख बस्तियों में रह रहे 94 प्रति शत ग्रामीण लोगों के पास एक कि.मी. की पैदल दूरी और 85 प्रति शत लोगों के पास तीन कि.मी. की पैदल दूरी के भीतर एक उच्च प्राथमिक विद्यालय है। इसके बाद स्थिति में उल्लेखनीय सुधार हुआ है। नौवीं योजना के प्रथम तीन वर्षों के दौरान (1997-2000) 43,000 नये विद्यालय खोले गए और प्राथमिक स्तर पर 1,30,000 नये अध्यापक भर्ती किए गए जबकि उच्च प्राथमिक विद्यालयों में 21,000 से अधिक नये विद्यालय तथा 1,02,000 अध्यापक और जोड़े गए। प्राथमिक स्तर पर जी.ई.आर 1996-97 में 90.6 प्रति शत से बढ़ कर 1999-2000 में 94.9 प्रति शत हो गया, जबकि इसी अवधि के दौरान उच्च प्राथमिक स्तर पर यह 62.4 प्रति शत से घट कर 58.8 प्रति शत हो गया। प्राथमिक स्तर पर बीच में ही शिक्षा छोड़ कर जाने वालों की दर 1998-99 में 42.4 प्रति शत से घट कर 1999-2000 में 40.3 प्रति शत पर आ गई, जबकि उच्च प्राथमिक अवस्था में यह 56.8 प्रति

शत से घट कर 54.5 प्रति शत हो गई।

2.2.15 नौवीं योजना में प्रारंभिक शिक्षा तक पहुँच में उल्लेखनीय सुधार होने के बावजूद, उपलब्धि लक्ष्य से कम रही है क्योंकि योजना में प्राथमिक अवस्था में 25 मिलियन और उच्च प्राथमिक अवस्था में 16 मिलियन बच्चों के अतिरिक्त नामांकन की परिकल्पना की गई थी। इसमें प्रारंभिक अवस्था पर 75,000 विद्यालय भवनों/अतिरिक्त कक्षाओं के निर्माण और प्राथमिक स्तर पर 2,36,000 अध्यापकों की नियुक्ति एवं उच्च प्राथमिक स्तर पर 1,75,000 अध्यापकों की नियुक्ति का भी लक्ष्य रखा गया था।

कार्यक्रम/स्कीमें

आप्रेसन ब्लैकबोर्ड

2.2.16 1987-88 में आरंभ की गई आप्रेसन ब्लैक बोर्ड स्कीम का उद्देश्य प्राथमिक विद्यालयों को आधारिक सुविधाएं, अतिरिक्त अध्यापक और शिक्षण-अधिगम सामग्री प्रदान करके और जिन विद्यालयों में नामांकन 100 से अधिक है उन्हें तीसरा अध्यापक देकर, कक्षा के वातावरण में सुधार करना था। अब इस स्कीम का विस्तार उच्च प्राथमिक विद्यालयों तक कर दिया गया है। कुल 5,23,000 प्राथमिक विद्यालयों तथा 1,27,000 उच्च प्राथमिक विद्यालयों को शैक्षिक आधारिक संरचना (शिक्षण-अधिगम सामग्री) का विकास करने के लिए निधियां प्रदान की गई हैं। इसके अतिरिक्त अध्यापकों के 1,50,000 पद, उच्च-प्राथमिक अवस्था पर अतिरिक्त अध्यापकों के 76,000 पद तथा तीसरे अध्यापकों के लिए 83,000 पद अब तक मंजूर किए जा चुके हैं।

शिक्षकों की शिक्षा की पुनर्संरचना और पुनर्गठन

2.2.17 1987 में शुरू की गई शिक्षकों की शिक्षा की पुनर्संरचना और पुनर्गठन स्कीम का उद्देश्य निर्दिष्ट क्षेत्रों में शिक्षकों के प्रशिक्षण के लिए विशेष कार्यक्रम तथा अन्य संस्थानेतर प्रशिक्षण कार्यक्रम शुरू करके शिक्षक प्रशिक्षण के आधार को सुदृढ़ और संस्थानात्मक बनाना है। स्कीम के अन्य उद्देश्य इस प्रकार हैं: जिला शिक्षा और प्रशिक्षण संस्थान (डी.आई.ई.टी.) स्थापित करना, जो प्रारंभिक विद्यालय के अध्यापकों और अनौपचारिक और प्रौढ़ शिक्षा के प्रशिक्षकों को शैक्षिक तथा संसाधन-सहायता प्रदान करेंगे; और माध्यमिक विद्यालयों के अध्यापकों के लिए सेवा-पूर्व तथा सेवाकालीन प्रशिक्षण के लिए अध्यापक शिक्षा महा विद्यालय (सी.टी.ई.) तथा शिक्षा में उन्नत अध्ययन संस्थान (आई.ए.एस.ई.) स्थापित करना। इस स्कीम में राज्य शैक्षिक अनुसंधान और प्रशिक्षण परिषदों (एस.सी.ई.आर.टी.) को सुदृढ़ बनाने; अध्यापकों को आप्रेसन ब्लैकबोर्ड सामग्री के प्रयोग की जानकारी देने तथा शिक्षा

के न्यूनतम स्तर (एम.एल.एल.) संबंधी कार्यनीति की परिकल्पना भी की गई है।

2.2.18 इस स्कीम के तहत 471 डी आई ई टी, 86 सी टी ई, 38आई ए एस ई को अब तक मंजूरी दी जा चुकी है। आप्रेसन ब्लैकबोर्ड सामग्री के प्रयोग तथा एम.एल.एल. कार्यनीति के कार्यान्वयन में विद्यालय-अध्यापकों के विशेष अनुकूलन कार्यक्रम के अधीन 1.9 मिलियन से अधिक अध्यापकों को प्रशिक्षण दिया जा चुका है। इस स्कीम को हाल ही में नया रूप दिया गया है जिसमें राज्य के साथ साझेदारी में अध्यापक प्रशिक्षण संस्थानों की गुणवत्ता में सुधार करने पर अधिक बल दिया गया है। संशोधित स्कीम में राज्यों को और अधिक सहायता देने, मुख्य संसाधन संस्थानों की दक्षता बढ़ाने के लिए राज्यों के साथ समझौता ज्ञापनो को कार्यरूप देने, विद्यालय-अध्यापकों के लिए विशेष अनुकूलन कार्यक्रम का विस्तार-क्षेत्र व्यापक बनाने और अध्यापक शिक्षा कार्यक्रमों के प्रबंधन के लिए मौजूदा कार्मिकों की क्षमताओं में वृद्धि करने की व्यवस्था है।

जिला प्राथमिक शिक्षा कार्यक्रम (डी.पी.ई.पी.)

2.2.19 1994 में शुरू किए गए जिला प्राथमिक शिक्षा कार्यक्रम (डी.पी.ई.पी.) की सहायता विश्व बैंक, यूरोपियन कमीशन, संयुक्त राज्य के डिपार्टमेंट फार इंटरनेशनल डिवेलपमेंट (डी.एफ.आई.डी.) तथा नीदरलैंड और युनाइटेड नैशनस् इंटरनेशनल चिल्ड्रेन्स एमरजेंसी फण्ड (युनिसेफ) द्वारा की जाती है। इसका उद्देश्य जिला विशिष्ट योजना और अलग किए गए लक्ष्य के जरिए यू.पी.ई./यू.ई.ई. को प्राप्त करने के लिए कार्यनीतियों को लागू करना है और इसका आधार, पूर्ण साक्षरता का सफल अभियान है (टी.एल.सी.) जिसने सर्वव्यापीकरण के लिए एक अनुकूल वातावरण पैदा किया है। इस परियोजना के लिए पच्चासी प्रतिशत निधियां केंद्रीय बजट के जरिए बाहरी एजेंसियों से आती हैं और शेष 15 प्रति शत निधियां राज्य सरकारों द्वारा दी जाती हैं। इस कार्यक्रम के घटकों में कक्षाओं और नए विद्यालयों का निर्माण, अनौपचारिक/वैकल्पिक शिक्षा केंद्र स्थापित करना, नये अध्यापकों की नियुक्ति, प्रारंभिक बाल शिक्षा (ई.सी.ई.) केंद्र स्थापित करना, एस.सी.ई.आर.टी. तथा डी.आई.ई.टी. को सुदृढ़ बनाना, ब्लॉक संसाधन केंद्र/सामूहिक संसाधन केंद्र स्थापित करना शामिल है। इसमें अध्यापक प्रशिक्षण, अंतराक्षेप, शिक्षण अधिगम सामग्री का विकास, अनुसंधान और लड़कियों, अनुसूचित जातियों/अनु.जन.जा.आदि की शिक्षा पर बल दिया जाना भी शामिल है। डी.पी.ई.पी. स्कीम में विक्लांग बच्चों को समाकलित शिक्षा और अध्यापकों के प्रशिक्षण के लिए दूरस्थ शिक्षा प्रदान करने की एक नई पहल भी शामिल कर ली गई है।

2.2.20 डी.पी.ई.पी. के तहत 21,000 नए औपचारिक विद्यालय और 67,000 से अधिक नए वैकल्पिक विद्यालय खोले गए हैं, जिनमें

2.5 मिलियन बच्चों को लाभान्वित किया जाएगा और 20,000 सेतु (ब्रिज) कार्यक्रम चलाए जाएंगे। इस कार्यक्रम में 10,000 से अधिक ई.सी.ई. केंद्र स्थापित किए गए हैं और 50,000 से अधिक प्राथमिक शिक्षा-पूर्व आंगनवाड़ी केंद्रों को सुदृढ़ बनाया गया है। डी.पी.ई.पी. ने 30 लाख से अधिक सामुदायिक सदस्यों और लगभग 10 लाख अध्यापकों को प्रशिक्षण दिया है। डी.पी.ई.पी. जिलों में लगभग 27,700 स्कूल भवन, 37,000 कक्षाएं तथा 11,100 स्रोत केंद्र पूरे हो चुके हैं या इन पर काम चल रहा है। यह कार्यक्रम अब 18 राज्यों में 271 से अधिक जिलों में प्राथमिक अवस्था पर लगभग 50 प्रति शत बच्चों को लाभान्वित करता है।

राजस्थान में शिक्षा कर्मी परियोजना और लोक जुम्बिश परियोजना

2.2.21 बनियादी शिक्षा के लिए दो बाहरी सहायता-प्राप्त परियोजनाएं राजस्थान में शिक्षा कर्मी और जुम्बिश परियोजनाएं हैं। दोनों ही अभिनव परियोजनाएं हैं जिनका उद्देश्य मुख्यतया लड़कियों पर ध्यान केंद्रित करते हुए दूरस्थ तथा सामाजिक दृष्टि से पिछड़े गांवों में गुणवत्ता पूर्ण सुधार के साथ प्रारंभिक शिक्षा को सर्वव्यापी बनाना है। इन परियोजनाओं में यू.ई.ई. प्राप्त करने में आने वाली कुछ प्रमुख बाधाओं की ओर ध्यान दिया गया है जैसाकि अध्यापकों का गैर-हाजिर रहना, शिक्षा बीच में छोड़ कर जाने वालों की उच्च दर, कामकाजी बच्चे, अस्वच्छपूर्ण अध्यापन पद्धतियां, संदर्भगत अधिगम सामग्रियों की कमी, अध्यापकों में प्रेरणा की कमी और अक्षमता, एक केंद्रीकृत और कड़ा दृष्टिकोण आदि। इन परियोजनाओं में सामूहिक भागीदारी पर विशेष बल दिया गया है। शिक्षा कर्मी विद्यालयों में विद्यालय मानचित्रण और सूक्ष्म योजना के जरिए ग्रामीण शिक्षा समितियों (वी.ई.सी.) ने विद्यालय के वातावरण में सुधार करने, आधारिक संरचना और सुविधाओं को बढ़ाने और बच्चों के अपेक्षाकृत अधिक नामांकन में भारी योगदान किया है। शिक्षा कर्मी परियोजना 31 जिलों में फैले 147 ब्लॉकों में 2,708 गांवों को लाभान्वित करती है और इस परियोजना द्वारा ग्रहण किए गए विद्यालयों में बच्चों के नामांकन में सात गुणा वृद्धि प्राप्त की गई है।

2.2.22 लोक जुम्बिश परियोजना विकेंद्रीकरण और प्राधिकार प्रत्यायोजन के सिद्धांतों को शामिल करके एवं स्थानीय समुदायों तथा स्वैच्छिक क्षेत्र के साथ साझेदारियां स्थापित करके अभिनव प्रबंधन ढांचे स्थापित करने में सफल हुई है। इस परियोजना ने कक्षा 1-4 के लिए एम.एल.एल.-आधारित उन्नत पाठ्यपुस्तकों का विकास करके गुणवत्ता सुधार में भी सकारात्मक योगदान किया है और ये पुस्तकें राजस्थान में सभी विद्यालयों में प्रयोग की जा रही हैं। इसने 8,921 गांवों में विद्यालय मान-चित्रण कार्य किया है, 47,000 बच्चों को लाभान्वित करते हुए 2,560 सहज शिक्षा केंद्र खोले हैं और 529 नए प्राथमिक

विद्यालय तथा 268 उच्च प्राथमिक विद्यालय आरंभ किए हैं। इस कार्यक्रम ने 239 प्राथमिक शिक्षा पूर्व आंगनवाड़ी केंद्रों को सुदृढ़ बनाया है और 7,600 महिला समूह गठित किए हैं।

महिला सामाख्या

2.2.23 महिलाओं पर विशेष रूप से ध्यान केंद्रित करने वाला एक अन्य बाहरी सहायता-प्राप्त कार्यक्रम का नाम महिला सामाख्या है जो 1989 में पांच राज्यों में शुरू किया गया था। इसका उद्देश्य ग्रामीण क्षेत्रों में, विशेषकर सामाजिक और आर्थिक दृष्टि से उपांत समूहों की महिलाओं की शिक्षा को बढ़ावा देना और उन्हें सबल बनाना है। इसमें शिक्षा के लिए ऐसा वातावरण पैदा करने का प्रयास किया गया है जहाँ महिलाएं सामूहिक रूप से सूचना और जानकारी मांगने के लिए अपनी क्षमता, लाभ तथा शक्ति प्रदर्शित कर सकती हैं और परिवर्तन लाने तथा अपने जीवन स्वयं संभालने के लिए आगे बढ़ सकती हैं। महिला समाख्या कार्यक्रम उन गरीब और उपांत महिलाओं तक पहुँच चुका है जो सामाजिक रुकावटों को दूर करने में सफल हुई हैं और बाल विवाह, बालश्रम, और महिलाओं के प्रति हिंसा जैसे मुद्दों का समाधान कर रही हैं। महिला शिक्षण केंद्रों के माध्यम से जागरूक महिलाओं का एक समूह गठित किया गया है और उनकी बेटियों तथा दोहती-दोहतियों के लिए साक्षरता और शिक्षा की मांग लगातार बढ़ रही है। इसका एक लाभदायक प्रभाव भी हुआ है जैसाकि लड़कियों के विवाह की आयु में वृद्धि। यह कार्यक्रम इस समय दस राज्यों में फैले 53 जिलों के 9,000 से अधिक गांवों में कार्यान्वित किया जा रहा है।

मध्यान्ह भोजन स्कीम

2.2.24 मध्यान्ह भोजन नाम से विख्यात प्राथमिक शिक्षा को पोषणज सहायता प्रदान करने का राष्ट्रीय कार्यक्रम 1995 में शुरू किया गया था। इसका उद्देश्य नामांकन, प्रतिधारण और उपस्थिति में वृद्धि करके और इसके साथ ही प्राथमिक कक्षाओं में छात्रों की पोषणज स्थिति में सुधार करके प्राथमिक शिक्षा के सर्वव्यापीकरण को बढ़ावा देना है। इस स्कीम के तहत प्रति स्कूल दिवस प्रति छात्र 100 ग्राम गेहूँ या चावल के बराबर कैलरी मूल्य वाला तैयार आहार प्रदान किया जाता है। देश में प्रारंभिक विद्यालयों में मध्यान्ह आहार स्कीम शुरू करने का श्रेय तमिलनाडु को जाता है। (देखें बाक्स 2.2.1)

2.2.25 इस कार्यक्रम के अंतर्गत लाभान्वित किए गए बच्चों की संख्या लगभग 3,22,000 विद्यालयों में 1995-96 में 33.4 मिलियन से बढ़कर 2000-01 में 576 जिलों में फैले 7,92,000 विद्यालयों में 105.1 मिलियन छात्रों तक पहुँच गई है। 2001-02 के दौरान 578 जिलों में 107.2 मिलियन बच्चों को लाभान्वित करने का लक्ष्य रखा गया है। 1999-2000 में 14 लाख टन की तुलना में 2000-01

के दौरान इस स्कीम के लिए 15 लाख टन खाद्यान्न उठाए गए। इस समय केवल छः राज्य गुजरात, केरल, उड़ीसा, तमिलनाडु, छत्तीसगढ़ (174 जनजातीय ब्लाक) और मध्य प्रदेश और पांडिचेरी संघ राज्य क्षेत्र इस कार्यक्रम के अंतर्गत पका हुआ गर्म भोजन प्रदान कर रहे हैं। दिल्ली में खाने के लिए तैयार आहार वितरित किया जा रहा है। शेष राज्य/संघ राज्य क्षेत्र खाद्यान्न (गेहूं/चावल) वितरित कर रहे हैं। हिमाचल

प्रदेश, केरल, मध्य प्रदेश तथा कर्नाटक जैसे राज्यों ने 2000-01 में इस स्कीम के तहत क्रमशः 95.7 प्रतिशत, 92.9 प्रतिशत, 87.8 प्रतिशत और 86.6 प्रतिशत खाद्यान्न उठाया जबकि अरुणाचल प्रदेश, गुजरात, झारखण्ड तथा दिल्ली जैसे राज्यों ने क्रमशः केवल 12.78 प्रतिशत, 25.17 प्रतिशत, 30.33 प्रतिशत और 33.98 प्रतिशत खाद्यान्न ही उठाया।

बाक्स 2.2.1

तमिल नाडु में मध्याह्न आहार स्कीम

तमिल नाडु में मध्याह्न आहार स्कीम विद्यालय में उपस्थिति बढ़ाने के उद्देश्य से अति लघु पैमाने पर बहुत समय पहले कार्पोरेशन आफ मद्रास द्वारा 1925-26 में आरंभ की गई थी। इसके बाद, मानव प्रेमियों तथा स्वयं सेवी संस्थाओं से पूरे राज्य में गांवों तथा नगरों में निःशुल्क मध्याह्न केंद्र आरंभ करने के लिए आग्रह किया गया। जुलाई, 1956 में 'स्कूल सुधार प्रयासों' के एक भाग के रूप में संगठित परोपकार के लिए स्कूल मध्याह्न आहार कार्यक्रम 'जन आंदोलन' के रूप में शुरू किया गया। जनता की प्रतिक्रिया से प्रभावित हो कर तमिल नाडु सरकार (पहले की मद्रास सरकार) ने 1957 में यह कार्यक्रम अपने हाथ में ले लिया और इस कार्यक्रम को चलाने के लिए विस्तृत नियम जारी किए, जिनमें तब से लेकर कई बार संशोधन किया जा चुका है। वर्ष 1961 में सरकार को 'केयर' (कोआपरेटिव फार अमेरिकन रिलीफ एवरी वेयर) स्कूल मध्याह्न कार्यक्रम के जरिए 500,000 बच्चों को भोजन देने के लिए खाद्य पदार्थ मिलने शुरू हो गए। 1978 में 32,000 विद्यालयों में 1.86 मिलियन बच्चों को लाभान्वित किया गया और यह संख्या 1980-81 में 33,306 विद्यालयों में 2.03 मिलियन तक पहुंच गई।

1982 से कक्षा 1 से 10 तक के बच्चों के लिए पोषक आहार कार्यक्रम आरंभ करने के साथ राज्य ने एक और बड़ी उपलब्धि हासिल की। यह कार्यक्रम विद्यालयों में स्थित पोषक आहार केंद्रों के माध्यम से कार्यान्वित किया जा रहा है और जो बच्चे इसमें अपना नाम दर्ज कराने के इच्छुक हों, उन्हें भोजन दिया जाता है। 2001-02 के दौरान 5.80 मिलियन बच्चों के नाम मध्य-अवकाश स्कीम में दर्ज किए गए।

2.2.26 मध्याह्न आहार स्कीम का अलग-अलग समय पर भिन्न-भिन्न एजेंसियों द्वारा मूल्यांकन किया गया है। 'आप्रेसनर्स रिसर्च ग्रुप' ने 'युनिसेफ' की सहायता से जुलाई, 1999 में दस राज्यों में इस स्कीम का मूल्यांकन किया और यह पाया कि इस स्कीम ने अनु.जाति/अनु.जन जाति के बच्चों और निम्न आय समूहों के बच्चों को स्कूल आने के लिए आकर्षित किया है। इस स्कीम का प्रभाव जानने के लिए योजना आयोग ने भी अप्रैल, 2000 में दो अध्ययन किए और यह पाया कि पका आहार कार्यक्रम केवल स्वास्थ्य की दृष्टि से ही बेहतर नहीं होता, अपितु इस लिए भी बेहतर है क्योंकि यह अपेक्षाकृत अधिक बच्चों को स्कूल की ओर आकर्षित करता है। इसी प्रकार, राष्ट्रीय शिक्षा अनुसंधान और प्रशिक्षण परिषद (एन.सी.ई.आर.टी.) तथा पब्लिक रिपोर्ट ऑन बेसिक एजुकेशन (प्रोब) ने भी इस विचार का समर्थन किया है कि प्राथमिक शिक्षा को सर्वव्यापी बनाने की दिशा में इस स्कीम का सकारात्मक प्रभाव पड़ा है।

2.2.27 इस बात के बावजूद कि इस स्कीम से छात्रों के नामांकन और प्रतिधारण में वृद्धि हुई है, यह स्कीम राष्ट्र व्यापी कवरेज के लिए अपना महत्वाकांक्षी लक्ष्य प्राप्त करने में सफल नहीं हो पाई है। इस कार्यक्रम की कुछ कमजोरियां इस प्रकार हैं:

- ⇒ पका हुआ भोजन प्रदान न करना।
- ⇒ जो नामांकन आंकड़े राज्यों को प्रत्येक वर्ष प्रदान करने होते हैं और जिसके आधार पर दस शैक्षिक महीनों के लिए खाद्यान्न नियत किए जाते हैं, वह आंकड़े उपलब्ध नहीं होते। यह बात इस तथ्य से स्पष्ट होती है कि खाद्यान्न के आबंटन और इनके उठाव में अंतर रहता है।
- ⇒ खाद्यान्न समय पर वितरित करने की व्यवस्था करने में राज्यों की असमर्थता। इसका प्रमुख कारण यह है कि ढुलाई प्रभारों पर प्रारंभिक खर्च पूरा करने के लिए कार्यान्वयन एजेंसियों के पास निधियां उपलब्ध नहीं होतीं, जिनकी बाद में केंद्र सरकार द्वारा प्रति पूर्ति कर दी जाती है। इसका प्रभाव विशेष रूप से दूर-दूर तक फैले विद्यालयों पर पड़ता है।
- ⇒ अन्य बातों के साथ-साथ कम जागरूकता तथा सामर्थ्य के कारण कार्यक्रम के कार्यान्वयन में सामुदायिक भागीदारी का अभाव है।
- ⇒ चूंकि राष्ट्रीय सूचना केंद्र नेट (एन.आई.सी.नेट) के माध्यम से प्रबंधन सूचना प्रणाली (एम.आई.एस.) आरंभ नहीं हो पाई, इसलिए इस कार्यक्रम की मानीटरिंग और पर्यवेक्षण

नगण्य रहा, जिसके परिणामस्वरूप इस स्कीम के उपयोग तथा इसके अंतर्गत लाभान्वित किए गए लाभ-ग्राहियों के बारे में गलत रिपोर्टें प्रस्तुत की गईं।

अनौपचारिक शिक्षा (एन.एफ.ई.) और ई.जी.एस. तथा ए.आई.ई

2.2.28 1997-98 में प्रायोगिक आधार पर आरंभ की गई और बाद के वर्षों में विस्तारित की गई अनौपचारिक शिक्षा (एन.एफ.ई.) में 6-14 आयु समूह के उन बच्चों पर ध्यान केंद्रित किया गया जिन्होंने विद्यालय में प्रवेश नहीं लिया और जो सामाजिक-आर्थिक और सांस्कृतिक कारणों से औपचारिक शिक्षा प्रणाली से बाहर रहे हैं। यह स्कीम शुरू में शिक्षा की दृष्टि से पिछड़े दस राज्यों तक सीमित रखी गई और इसमें शहरी गंदी बस्तियों पहाड़ी, जनजातीय और रेंगिस्तानी क्षेत्रों को शामिल किया गया। इस स्कीम में कई दोष हैं जैसे कि अध्यापकों में उत्साह की कमी, घटिया गुणवत्ता वाला प्रशिक्षण, पाठ्यक्रम और पाठ्यपुस्तकों में अस्पष्टता, समुदाय-भागीदारी का अभाव, कमजोर प्रबंधन प्रणाली, अपर्याप्त परिव्यय, मुख्यधारा में लाने पर अपर्याप्त बल आदि। इसके अतिरिक्त अधिकांश एन.एफ.ई. केंद्र ऐसी बस्तियों में स्थित थे जहाँ पर पहले ही औपचारिक स्कूल चल रहे थे।

2.2.29 वर्ष 2000 में इस कार्यक्रम में संशोधन किया गया और इसका नाम बदल कर शिक्षा गारंटी स्कीम और वैकल्पिक तथा अभिनव शिक्षा (ई.जी.एस. एण्ड ए.आई.ई.) कर दिया गया। इसमें, बस्तियों में ई.जी.एस. विद्यालय खोलने की व्यवस्था की गई जहाँ एक कि.मी. की परिधि में कोई विद्यालय नहीं हो। ई.जी.एस.एण्ड ए.आई.ई. स्कीम स्कूल से बाहर के बच्चों के लिए विविध कार्यनीतियों की सहायता करेगी, जिनमें शामिल हैं- सेतु पाठ्यक्रम, स्कूल-में-वापसी शिविर, मौसमी छात्रावास, ग्रीष्म ऋतु शिविर, चलते फिरते अध्यापक और निवारण शिक्षण आदि। निवेश लागत प्रति बच्चा प्रतिवर्ष प्राथमिक स्तरीय केंद्र पर 375 रु. से बढ़ाकर 845 रु. तथा उच्च प्राथमिक स्तर पर 580 रु. से बढ़ाकर 1200 रुपए कर दी गई है।

जनशाला (जी.ओ.आई.-यू.एन.) कार्यक्रम

2.2.30 जनशाला (जी.ओ.आई.-यू.एन.) कार्यक्रम भारत सरकार (जी.ओ.आई.) तथा पांच संयुक्त राष्ट्र (यू.एन.) एजेंसियों का सहयोगी प्रयास है- संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम (यू.एन.डी.पी.) युनिसेफ, संयुक्त राष्ट्रीय आर्थिक और सामाजिक आयोग (युनेस्को), अंतरराष्ट्रीय श्रम संगठन (आई.एल.ओ.) तथा यू.एन.एफ.पी.ए। यह कार्यक्रम यू.ई.ई. प्राप्त करने के लिए चल रहे प्रयासों के कार्यक्रमों में सहायता करता है। यू.एन.डी.पी., युनिसेफ तथा यू.एन.एफ.पी.ए ने इस कार्यक्रम

के लिए 20 मिलियन डालर योगदान करने का वचन दिया है, जबकि युनेस्को तथा आई.एल.ओ. ने तकनीकी जानकारी की पेशकश की है। जनशाला एक समुदाय-आधारित कार्यक्रम है जिसका उद्देश्य प्राथमिक शिक्षा को अधिक प्रभावी और पहुँचयोग्य बनाना है, विशेष रूप से वंचित समुदायों, उपांत समूहों, अनुसूचित जातियों /अनु.जन जातियों, अल्पसंख्यकों की लड़कियों और बच्चों, कामकाजी बच्चों तथा विशेष आवश्यकताओं वाले बच्चों के लिए। इस कार्यक्रम के अंतर्गत 9 राज्यों के 139 ब्लॉकों को लिया गया है- आंध्र प्रदेश, झारखण्ड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, महाराष्ट्र, उड़ीसा, राजस्थान और उत्तर प्रदेश और इसमें कुल परियोजना परिव्यय 103.29 करोड़ रुपए है। यह कार्यक्रम 1998 से 2002 तक पांच वर्ष के लिए चलना है। राज्य स्तर पर यह कार्यक्रम शिक्षा प्रशासन की मौजूदा संरचनाओं के माध्यम से कार्यन्वित किया जाता है। कार्यनीतियां तैयार करने और जयपुर, हैदराबाद, अजमेर, भरतपुर, पुरी तथा लखनऊ की गंदी बस्तियों में विद्यालय स्थापित करने के अलावा जनशाला ने कार्यक्रम-क्षेत्रों में छोटी और दूरस्थ बस्तियों में बड़ी संख्या में वैकल्पिक विद्यालय आरंभ किए हैं। उपलब्धि के अन्य प्रमुख क्षेत्र अध्यापक प्रशिक्षण, बहु-ग्रेड शिक्षण, विकलांगों की शिक्षा के लिए अंतराक्षेपण, ब्लॉक और सामूहिक संसाधन केंद्र स्थापित करना और राज्य, जिला और ब्लॉक स्तर पर क्षमताओं को सुदृढ़ बनाना है।

सर्व शिक्षा अभियान

2.2.31 सर्व शिक्षा अभियान राज्यों के साथ साझेदारी में एक समय-बद्ध एकीकृत दृष्टिकोण के जरिए यू.ई.ई. का लक्ष्य प्राप्त करने के लिए नौवीं योजना के अंत में शुरू किया गया था। इस स्कीम के मध्य अवधि लक्ष्य बाक्स 2.2.2 में दिए गए हैं। इस कार्यक्रम का उद्देश्य वर्ष 2010 तक 6-14 आयु समूह के सभी बच्चों को प्रारंभिक शिक्षा प्रदान करना है और यह विद्यालय प्रणाली का कार्य-निष्पादन में सुधार करना और मिशन पद्धति पर समुदाय के स्वामित्व वाली गुणवत्तापूर्ण प्रारंभिक शिक्षा प्रदान करना है। इसमें प्रारंभिक स्तर पर लैंगिक और सामाजिक असमानताओं को दूर करने की परिकल्पना भी की गई है। सर्व शिक्षा अभियान में लड़कियों, अनुसूचित जातियों तथा अनु. जन जातियों और कठिन परिस्थितियों से घिरे अन्य बच्चों की शैक्षिक आवश्यकताओं पर विशेष रूप से ध्यान केंद्रित किया गया है।

बाक्स 2.2.2

सर्व शिक्षा अभियान के उद्देश्य

- 2003 तक सभी बच्चे विद्यालयों, सुरक्षा गारंटी स्कीम केंद्रों, वैकल्पिक विद्यालयों, स्कूल में वापसी शिविरों में होंगे,
- 2007 तक सभी बच्चे पांच वर्ष की स्कूली शिक्षा पूरी

करेंगे,

- 2010 तक सभी बच्चे आठ वर्ष की स्कूली शिक्षा पूरी करेंगे,
- जीवन के लिए शिक्षा पर बल देते हुए संतोषजनक गुणवत्तापूर्ण प्रारंभिक शिक्षा पर ध्यान केंद्रित करना,
- प्राथमिक अवस्था पर 2007 तक और उच्च प्राथमिक अवस्था पर 2010 तक सभी लैंगिक और
- सामाजिक असमानताएं दूर करना, तथा
- 2010 तक सर्वव्यापी प्रतिधारण।

2.2.32 इस कार्यक्रम के अंतर्गत, सूक्ष्म-योजना, पारिवारिक सर्वेक्षणों, विद्यालय मानचित्रण और नैदानिक अध्ययनों के बाद तैयार की गई बस्ती योजनाएं, जिला प्रारंभिक शिक्षा योजनाओं (डी.ई.ई.पी.) का आधार बनती हैं। राज्यों को जारी की गई निधियां राज्य स्तर पर रजिस्ट्रीकृत सोसाइटियों को पहुँचाई जाएंगी। आशा की जाती है कि सभी स्तरों पर सर्व शिक्षा अभियान में सामुदायिक मानीटरिंग, कार्यक्रम

की योजना बनाने में पारदर्शिता और क्षमता निर्माण के कार्यान्वयन को सभी स्तरों पर और मुख्यधारा वाले शिक्षा विभाग के कार्यकर्ताओं द्वारा मिशनरी दृष्टिकोण अपनाए जाने को उच्चतम प्राथमिकता दी जाएगी। सर्व शिक्षा अभियान के लिए नवम्बर, 2000 में एक राष्ट्रीय मिशन की स्थापना की गई, जिसके अध्यक्ष प्रधानमंत्री और उपाध्यक्ष मानव संसाधन विकास मंत्री हैं।

2.2.33 आशा की जाती है कि यह स्कीम बाहरी सहायता प्राप्त कार्यक्रमों सहित अधिकांश मौजूदा कार्यक्रमों का अपने समग्र ढांचे में विलय कर लेगी जिसमें जिला, कार्यक्रम कार्यान्वयन की इकाई के रूप में होगा। इस दृष्टिकोण को पूर्णतया साकल्यवादी तथा अभिसारी बनाने के लिए जिला स्तरीय कार्यक्रम कार्यान्वयन को अन्य सभी विभागों के साथ मिलाने के प्रयास किए जाएंगे। इसमें महिला और बाल विकास विभाग के अधीन 0-6 वर्ष आयु समूह के बच्चों के लिए कार्यक्रम, खेल-कूद और युवा कार्य मंत्रालय के खेल-कूद संबंधी अंतराक्षेप, संस्कृति और पोषण विभाग के अधीन सार्वजनिक पुस्तकालयों की स्थापना तथा स्वास्थ्य मंत्रालय के स्वास्थ्य कार्यक्रम शामिल होंगे।

बाक्स 2.2.3

विभिन्न राज्यों में शिक्षा के अभिनव कार्यक्रम

कई राज्यों ने विद्यालयों में शिक्षा की गुणवत्ता सुधारने के लिए अभिनव कार्यक्रम तैयार किए हैं।

हैड स्टार्ट

मध्य प्रदेश में राजीव गांधी स्टेट मिशन ने देशी विशिष्ट स्वास्थ्य वाले साफ्टवेयर के जरिए ग्रामीण प्रारंभिक विद्यालयों में शिक्षण गुणवत्ता में सुधार करने के उद्देश्य से कम्प्यूटरों का प्रयोग करने के लिए प्रयोगिक आधार पर एक परियोजना शुरू की है। प्रत्येक विषय के मुश्किल भागों को समझने के लिए बच्चे की समझ में सुधार करने और कम्प्यूटर साक्षरता प्रदान करने के लिए कम्प्यूटरों के प्रयोग को कक्षा के क्रियाकलापों के साथ जोड़ने का विचार है। शिक्षा के कठिन क्षेत्रों का मानचित्र बनाने के लिए एक पाठ्यचर्या तैयार की गई है और शैक्षिक सत्र 2002-03 में प्रयोग के लिए सभी विषयों के लिए इस पर शैक्षिक साफ्टवेयर तैयार किया जा रहा है।

नवम्बर, 2000 में शुरू किए गए 648 हैड स्टार्ट केंद्रों को उन माध्यमिक विद्यालयों में चालू कर दिया गया जिनमें एक प्राथमिक अनुभाग है और जो आठ कि.मी. की परिधि में प्राथमिक विद्यालयों के लिए जन शिक्षा केंद्रों अथवा स्कूल क्लस्टर संसाधन केंद्रों के रूप में काम करते हैं। कम्प्यूटर-समर्थित शिक्षा में कुल 2,358 अध्यापकों को प्रशिक्षण दिया गया है।

ज्ञानकलश

हिमाचल प्रदेश में जिला प्राथमिक शिक्षा कार्यक्रम ने ऑल इंडिया रेडियो, शिमला के सहयोग से प्राथमिक अध्यापकों को शैक्षिक सहायता देने के लिए ज्ञानकलश नामक 15मिनट का द्वि-साप्ताहिक कार्यक्रम आरंभ किया है। यह कार्यक्रम अध्यापकों को ज्ञान बढ़ाने में सहायता करता है, विशेषकर ऐसे अध्यापकों का जो दूरस्थ क्षेत्रों में है क्योंकि पारंपरिक साधनों द्वारा उन तक पहुँचना असंभव है।

ज्ञानकलश के प्रथम चरण में विषयों का पता लगाया गया और इस प्रयोजन के लिए आयोजित कार्यशालाओं में रेडियो स्क्रिप्ट तैयार किए गए। इन कार्यशालाओं में स्रोत-व्यक्तियों, राज्य और जिला से अध्यापक शिक्षकों, माध्यमिक और प्राथमिक विद्यालय में पढ़ाने वाले अध्यापकों

ने भाग लिया। अगले चरण में स्पॉट्स के निर्माण और प्रसारण में सरकारी प्राथमिक विद्यालयों के अध्यापकों तथा छात्रों को शामिल किया गया। अध्यापकों को प्रेरित करने के लिए ज्ञान कलश के विभिन्न चरणों में सफलतापूर्वक प्रशिक्षण पूरा करने पर अध्यापकों को प्रमाण पत्र दिए गए।

नलीकली

नलीकली कार्यक्रम कर्नाटक में 1999 में निजी क्षेत्र द्वारा प्रबंधित विद्यालयों में शुरू किया गया था। इस कार्यक्रम के तहत शिक्षा आयु-वार सक्षमता के अनुसार परस्पर क्रियात्मक स्थिति में प्रदान की जाती है। बच्चों को समूहों में विभाजित किया जाता है और वे एक सक्षमता स्तर पर पूर्ण ज्ञान प्राप्त करते हैं, और इसके बाद अगले सक्षमता स्तर प्राप्त करने के लिए दूसरे समूह में चले जाते हैं। बच्चे अपनी गति से सीखते हैं और उनका एक सक्षमता-स्तर से दूसरे सक्षमता स्तर पर जाना पूरे समूह की शिक्षा उपलब्धि पर निर्भर नहीं करता। सभी सीखने सिखाने की प्रक्रियाओं में गायन, खेल, सर्वेक्षण, कहानी सुनाना और शैक्षिक खिलौने शामिल होते हैं। यह तरीका हाजिरी, परीक्षा, पदोन्नतियों, रैंक-निर्धारण की औपचारिक प्रणाली को समाप्त करता है- क्योंकि इन सभी को अब ठीक नहीं माना जाता - कम से कम 5 और 14 वर्ष के बीच आयु समूह के लिए तो अवश्य।

सारणी 2.2.2 नौवीं पंचवर्षीय योजना में वित्तीय कार्य-निष्पादन

(करोड़ रुपए)

क्रम. स.	उप-क्षेत्र	आठवीं योजना (व्यय)		नौवीं-योजना (परिव्यय)		व्यय नौवीं योजना					
		करोड़ रूप	%ता.	करोड़ रूप	%ता.	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	कुल प्रत्याशित व्यय
1	प्रारंभिक शिक्षा	4,006.55	47.0	16,369.59	65.7	2,234.94	2,749.83	2,851.97	3,117.39	3569.16	14523.29
2	प्रौढ़ शिक्षा	7,18.14	8.4	630.39	2.5	78.85	72.29	87.08	108.16	174.00	520

(टिप्पणी: आठवीं योजना के दौरान प्रारंभिक शिक्षा और प्रौढ़ शिक्षा के तहत प्रति शत व्यय इन उप-क्षेत्रों का व्यय है जिसे शिक्षा क्षेत्र में कुल व्यय की प्रतिशतता के रूप में व्यक्त किया गया है। इसी प्रकार, नौवीं योजना के दौरान इन उप-क्षेत्रों के तहत परिव्यय प्रतिशतता उन उप-क्षेत्रों के लिए परिव्यय है जिन्हें शिक्षा क्षेत्र के कुल परिव्यय की प्रतिशतता के रूप में व्यक्त किया गया है।)

स्रोत: योजना आयोग की नौवीं पंच वर्षीय योजना के मध्य अवधि मूल्यांकन की रिपोर्ट
प्रारंभिक शिक्षा और साक्षरता विभाग

2.2.34 नौवीं योजना के दौरान प्रारंभिक शिक्षा क्षेत्र का वित्तीय कार्य-निष्पादन संक्षेप में सारणी 2.2.2 में दिया गया है।

ध्यान केंद्रित किया गया है। प्रारंभिक शिक्षा के बारे में दसवीं योजना के लक्ष्य इस प्रकार हैं:

दसवीं योजना के लिए उद्देश्य, लक्ष्य और कार्यनीतियां

सर्वव्यापी पहुंच

उद्देश्य और लक्ष्य

2.2.35 प्रारंभिक शिक्षा के क्षेत्र में सर्व शिक्षा अभियान चल रहा है जिसमें स्पष्टतः बाक्स 2.2.2 में यथानिर्दिष्ट मध्यम-अवधि उद्देश्यों पर

- 6-14 वर्ष के आयु समूह में सभी बच्चों को प्राथमिक विद्यालयों तथा उच्च-प्राथमिक विद्यालयों तक क्रमशः एक कि.मी. तथा तीन कि.मी. की दूरी के भीतर पहुंच प्राप्त होनी चाहिए।
- 3-6 वर्ष के आयु समूह में सभी बच्चों की प्रारंभिक बाल

सुरक्षा और शिक्षा केंद्रों तक सर्वव्यापी पहुँच अवश्य होनी चाहिए।

- उच्च प्राथमिक शिक्षा सुविधाओं का आवश्यकतानुसार विस्तार, विशेष रूप से अलाभप्राप्त वर्गों के लिए। प्रत्येक दो प्राथमिक विद्यालयों के लिए एक उच्च प्राथमिक विद्यालय होना चाहिए।
- सभी विद्यालयों में भवन, शौचालय, पेय जल, बिजली, खेल के मैदान, ब्लैकबोर्ड तथा अन्य बुनियादी सुविधाएं अवश्य होनी चाहिए। प्रारंभिक अवस्था पर प्रत्येक अध्यापक के लिए एक कक्षा के लिए एक कमरा अवश्य होना चाहिए।

सर्वव्यापक नामांकन

- 2003 तक सभी बच्चों का विद्यालयों या वैकल्पिक व्यवस्थाओं में नामांकन।
- 2007 तक सभी बच्चे पांच वर्ष की प्राथमिक स्कुली शिक्षा पूरी करेंगे।

सर्वव्यापक प्रतिधारण

- 2007 तक प्राथमिक अवस्था में सर्वव्यापक प्रतिधारण।
- 2007 तक ग्रेड VI-VIII के लिए शिक्षा बीच में छोड़ कर जाने वालों की दर 10 प्रति शत से नीचे लाई जाएगी।

सर्वव्यापी उपलब्धि

- सभी पहलुओं से शिक्षा (विषय वस्तु तथा प्रक्रिया) की गुणवत्ता में सुधार करना ताकि प्रारंभिक स्तर पर, विशेषकर साक्षरता, अंक विद्या और जीवन कौशलों में समुचित शिक्षा परिणाम सुनिश्चित किए जा सकें।

न्याय नीति

- 2007 तक प्राथमिक अवस्था में नामांकन में सभी लैंगिक और सामाजिक अंतर दूर करना, प्रतिधारण तथा शिक्षा क्षेत्र में उपलब्धि हासिल करना तथा उच्च प्राथमिक अवस्था में 2007 तक इस अंतर को कम करके 5 प्रति शत तक लाना।
- लड़कियों, अनु.जाति/अनु.जन जाति के बच्चों, कामकाजी बच्चों, विशेष जरूरतों वाले बच्चों, शहरी वंचित बच्चों, अल्प संख्यक समूहों के बच्चों, गरीबी रेखा से नीचे के बच्चों, प्रवासी बच्चों तथा दुर्गम समूहों के बच्चों को शामिल करने के लिए विशेष अंतराक्षेप और कार्यनीतियां।

प्रारंभिक शिक्षा को सर्वव्यापक बनाने के लिए कार्यनीतियां

2.2.36 दसवीं योजना के दौरान कार्यनीतियां और अंतराक्षेप तीन मुख्य उद्देश्यों द्वारा निर्देशित होंगे - (क) काम की विशालता, (ख) वर्तमान चुनौतियां तथा (ग) मौजूदा प्रशासनिक और नीतिगत ढांचा तथा वह ढांचा जो योजना अवधि के दौरान कार्य करेगा।

2.2.37 **काम की विशालता** - दसवीं पंचवर्षीय योजना के लिए प्रारंभिक और प्रौढ़ शिक्षा संबंधी कार्य दल ने अनुमान लगाया है कि 2010 तक यू.ई.ई. का उद्देश्य प्राप्त करने के लिए योजना अवधि के दौरान प्राथमिक स्तर पर नामांकन में लड़कों के लिए 1.12 प्रति शत और लड़कियों के लिए 4.16 प्रति शत की दर से वार्षिक वृद्धि की जरूरत है। उच्च प्राथमिक स्तर पर लड़कों के लिए 4.62 प्रति शत और लड़कियों के लिए 8.03 प्रति शत वृद्धि दर अवश्य होनी चाहिए। लड़के और लड़कियों के लिए कुल मिला कर औसत वृद्धि दर प्राथमिक स्तर पर 2.51 प्रति शत और उच्च प्राथमिक स्तरों पर 6.08 प्रति शत होनी चाहिए। योजना अवधि के दौरान वर्ष-वार अनुमानित अतिरिक्त नामांकन सारणी 2.2.3 में दिए गए हैं:

2.2.38 **वर्तमान चुनौतियां:** यू.ई.ई. का लक्ष्य प्राप्त करने के लिए तीन चुनौतियां हैं: (i) अलभ्य खण्डों और सामाजिक समूहों के लिए बुनियादी शिक्षा तक पहुँच, (ii) विषय-वस्तु तथा प्रक्रियाओं में गुणात्मक सुधार ताकि शिक्षा की उपलब्धियों में वृद्धि की जा सके, तथा (iii) प्राथमिक और उच्च प्राथमिक विद्यालयों में शिक्षा बीच में छोड़ कर जाने वालों की प्रतिधारण दरों की समस्या का समाधान करना।

2.2.39 **प्रशासनिक और नीतिगत ढांचा:** प्रशासनिक और नीतिगत ढांचा निम्नलिखित चिंताओं द्वारा निर्देशित होना चाहिए।

- 14 वर्ष की आयु तक के सभी बच्चों को संतोषजनक गुणवत्तापूर्ण निःशुल्क और अनिवार्य शिक्षा प्रदान करने का राष्ट्रीय संकल्प, जैसाकि राष्ट्रीय शिक्षा नीति में निर्दिष्ट किया गया है।
- प्रारंभिक शिक्षा के अधिकार को मौलिक अधिकार बनाने के लिए 93वां संविधान संशोधन और इसे आवश्यक सांविधानिक उपायों द्वारा प्रवर्तित करना, तथा
- 73वें तथा 74वें संविधानिक संशोधन की भावना जिसने सत्ता के अपेक्षाकृत अधिक विकेंद्रीकरण के लिए मंच स्थापित किया और यू.ई.ई. की ओर किए जा रहे प्रयासों में स्थानीय निकायों, सामुदायिक संस्थाओं एवं स्वयं-सेवी एजेंसियों की भूमिका में वृद्धि की।

सारणी 2.2.3
वर्ष-वार अनुमानित अतिरिक्त नामांकन

(मिलियन में)

वर्ष	प्राथमिक (ग्रेड I-V)			उच्च प्राथमिक (ग्रेड VI-VIII)		
	लड़के	लड़कियां	कुल	लड़के	लड़कियां	कुल
2002-03	0.67	2.01	2.68	1.14	1.44	2.58
2003-04	0.67	2.10	2.77	1.19	1.54	2.73
2004-05	0.67	2.18	2.85	1.25	1.67	2.92
2005-06	0.69	2.27	2.96	1.31	1.81	3.12
2006-07	0.69	2.37	3.06	1.37	1.95	3.32
कुल	3.39	10.93	14.32	6.26	8.41	14.67

2.2.40 इस पृष्ठ भूमि को ध्यान में रखते हुए, यू.ई.ई. प्राप्त करने के लिए दसवीं योजना की कार्यनीति में निम्नलिखित प्रमुख विशेषताएं अवश्य होनी चाहिए:

2.2.41 **साकल्यवादी और अभिसारी दृष्टिकोण:** क्योंकि मौजूदा नीतियां और कार्यक्रम विशिष्ट लक्षित समूहों या क्षेत्रों के लिए हैं, इसलिए एक पूर्ण व्यापक कार्यक्रम की आवश्यकता है जो पूरे देश में व्याप्त हो। सर्वशिक्षा अभियान इसी तरह का एक कार्यक्रम है और यह यू.ई.ई. के लक्ष्य प्राप्त करने के लिए मुख्य साधन होगा।

2.2.42 **यू.ई.ई. में सामुदायिक भागीदारी:** पंचायती राज संस्थाओं (पी.आर.आई) और शहरी स्थानीय निकायों को शामिल करके सामुदायिक भागीदारी को और व्यवस्थित बनाया जाएगा। पदानुक्रम में और नीचे वी.ई.सी., माता-शिक्षक संस्थाओं (एम.टी.ए.) और अभिभावक शिक्षण संस्थाओं (पी.टी.ए.) को गांव के विद्यालयों के प्रबंधन में औपचारिक भूमिका दी जाएगी।

2.2.43 **लक्षित समूहोन्मुख कार्यनीति:** दसवीं योजना में सर्व शिक्षा अभियान की व्यापक छत्र-छाया के नीचे समस्याग्रस्त क्षेत्रों का पता लगाने तथा प्रत्येक क्षेत्र के लिए अलग कार्यनीति तैयार करने पर बल दिया जाएगा। ऐसे बच्चों पर विशेष ध्यान केंद्रित किया जाएगा जिन्होंने कभी भी नामांकन नहीं कराया अथवा प्रारंभिक शिक्षा के आठ वर्ष पूरे किए बगैर शिक्षा बीच में छोड़ कर चले गए। दुर्गम समूहों के लिए विशिष्ट कार्यनीतियां तैयार की जाएंगी ताकि उन कारणों का पता लगाया जा सके जिनकी वजह से वे स्कूल प्रणाली से दूर रहे हैं और उन्हें गुणवत्तापूर्ण शिक्षा प्रदान करने के लिए कदम उठाए जाएंगे।

यू.ई.ई. प्राप्त करने के लिए कार्यक्रम

2.2.44 निम्नलिखित स्कीमों में वे साधन होंगी जिनके द्वारा दसवीं योजना में इन कार्यनीतियों को कार्य रूप दिया जाएगा। प्रारंभिक शिक्षा संबंधी दसवीं योजना परिव्यय का स्कीमवार ब्यौरा संलग्नक में दिया गया है।

2.2.45 **सर्व शिक्षा अभियान:** वर्ष 2000 में, 6-14 वर्ष के आयु समूह के लगभग 207.76 मिलियन बच्चों में से, विद्यालय न जा रहे बच्चों की संख्या 40 मिलियन है। शिक्षा प्रणाली से बाहर बच्चों में ज्यादातर लड़कियां, अनु. जाति/अनु.जन जाति के बच्चे, कामकाजी बच्चे, शहरी वंचित बच्चे, विकलांग बच्चे तथा कठिन परिस्थितियों से घिरे बच्चे शामिल हैं। शिक्षा की गुणवत्ता के साथ कोई समझौता किए बगैर इन दुर्गम समूहों को पहुँच और प्रेरणा प्रदान करना एक चुनौती होगी जिसका मुकाबला दसवीं योजना में सर्व शिक्षा अभियान करेगा।

2.2.46 सर्वशिक्षा अभियान मध्याह्न आहार स्कीम और अध्यापक शिक्षा पुनर्संरचना और पुनर्गठन स्कीम को छोड़कर सभी मौजूदा कार्यक्रमों को पूर्णतया शामिल कर लेगा। जब तक निधीयन एजेंसियों के परामर्श से विशिष्ट आशोधन नहीं किए जाते तब तक महिला सामाख्या, डी.पी.ई.पी., लोक जुम्बिश, शिक्षा कर्मी आदि जैसी बाहरी सहायता प्राप्त एजेंसियों के संबंध में सभी विधिक करार लागू रहेंगे। एक साकल्यवादी तथा अभिसारी दृष्टिकोण प्राप्त करने के लिए जिला स्तर पर सभी अन्य कार्यक्रमों के साथ कार्यक्रम-कार्यान्वयन को मिलाने के प्रयास किए जाएंगे। इसमें महिला और बाल विकास विभाग के अधीन 0-6 वर्ष की आयु समूह के बच्चों के लिए कार्यक्रम, खेल कूद और युवा

कार्य विभाग के खेल-कूद संबंधी अंतराक्षेप, संस्कृति मंत्रालय के अधीन सार्वजनिक पुस्तकालयों की स्थापना, स्वास्थ्य मंत्रालय के पोषण और स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम तथा ग्रामीण विकास मंत्रालय के रोजगार सृजन/गरीबी उपशमन कार्यक्रम शामिल किए जाएंगे। डी.ई.ई.पी. कार्यक्रम तैयार करते समय यह संयोजन कार्य अवश्य किया जाएगा।

2.2.47 महिला विशिष्ट कार्यक्रम: दसवीं योजना कुछ महिला-केंद्रिक कार्यक्रमों पर भी निर्भर करेगी जैसाकि वर्तमान महिला सामाख्या, तथा प्रारंभिक स्तर पर लड़कियों की शिक्षा का राष्ट्रीय कार्यक्रम (एन.पी.ई.जी.ई.एल) और कस्तूरबा गांधी स्वतंत्र विद्यालय (के.जी.एस.वी.) नामक नई स्कीम। महिला समाख्या का भौगोलिक पहुँच तथा महिला शिक्षण केंद्रों जैसे क्रियाकलापों, दोनों दृष्टियों से विस्तार किया जाएगा। परन्तु यह अपने उद्देश्यों, अपनी पहचान तथा अपरक्राम्य सिद्धांतों को बनाए रखेगी।

2.2.48 दसवीं योजना के दौरान के.जी.एस.वी. तथा एन.पी. ई. जी. ई.एल. को निम्नलिखित विशेषताओं के साथ शुरू करने का प्रस्ताव है:

- लड़कियों की शिक्षा में शिक्षा की दृष्टि से पिछड़े क्षेत्रों पर ध्यान केंद्रित करना।
- अनु.जाति/अनु.जन जाति, अल्पसंख्यकों, आदि जैसे सुविधाहीन वर्गों की लड़कियों पर ध्यान केंद्रित करना।
- ऐसे महिला-विशिष्ट मुद्दों का समाधान करना जो महिलाओं के लिए शिक्षा प्राप्त करने के रास्ते में रुकावट डालते हैं।
- महिलाओं तथा किशोरियों को आवश्यक समर्थक ढांचा और शिक्षा के लिए अवसर पैदा करने के लिए एक अनौपचारिक शिक्षा का वातावरण प्रदान करना।
- औपचारिक तथा अनौपचारिक शिक्षा कार्यक्रमों में महिलाओं तथा लड़कियों की अपेक्षाकृत अधिक भागीदारी के लिए परिस्थितियां पैदा करना, तथा
- ऐसे सामाजिक-सांस्कृतिक तथा आर्थिक कारणों को दूर करने में लड़कियों की सहायता करना जो उनकी प्रारंभिक शिक्षा के रास्ते में रुकावट डालते हैं।

2.2.49 मध्याह्न आहार स्कीम: 2001 में उच्चतम न्यायालय के एक आदेश के अनुसार मध्याह्न आहार स्कीम के तहत एक निर्दिष्ट समय सीमा के भीतर राज्यों के लिए सूखे राशन की बजाय पका हुआ भोजन प्रदान करना अनिवार्य बन दिया गया है। इसके अतिरिक्त, सर्व शिक्षा अभियान में नियत किए गए लक्ष्यों को पूरा करने के लिए मूल्यांकन अध्ययनों से मिली फीडबैक, स्कीम के चलने से प्राप्त

अनुभव तथा विशेषज्ञों के विचारों को ध्यान में रखते हुए, इस स्कीम में आशोधन किए जाएंगे। इन आशोधनों में निम्नलिखित बातें शामिल होंगी:

- ई.जी.एस. तथा ए.आई.ई. स्कीम के बच्चों को शामिल करने के लिए कार्यक्रम का विस्तार करना।
- खाद्यान्न वितरण की वर्तमान प्रथा को समाप्त करना और स्वस्थ पोषणज सिद्धांतों पर पका हुआ गर्म भोजन या तैयार खाद्य प्रदान करना।
- वी.ई.सी., स्कूल प्रबंधन समितियों (एस.एम.सी.), पी.टी.ए. आदि के माध्यम से स्थानीय निकायों/समुदाय द्वारा कार्यक्रम के प्रबंधन में पर्याप्त लचीलापन प्रदान करना। इसके अतिरिक्त, कार्यक्रम के कार्यान्वयन में मजबूत सामुदायिक भागीदारी स्थापित करना और जहाँ कहीं संभव हो वहाँ विश्वसनीय गैर-सरकारी संस्थाओं को बढ़ावा देना।
- कार्यक्रम के प्रबंधन को विकेंद्रीकृत करना ताकि लीकेज और कुप्रबंधन को कम किया जा सके आदि।
- कार्यान्वयन एजेंसियों को खाद्यान्न की ढुलाई के लिए उनके राज्य के नोडल अधिकारियों के माध्यम से अग्रिम निधियां प्रदान करना।
- पर्यवेक्षण कार्यों के लिए कार्यक्रम में अध्यापकों की भागीदारी सीमित करना।
- मानीटरिंग प्रयोजनों के लिए कम्प्यूटरीकृत एम.आई.एस. (सी.एम.आई.एस.) नेट का व्यापक प्रयोग। अपेक्षाकृत अधिक जवाबदेही सुनिश्चित करने के लिए मानीटरिंग और पर्यवेक्षण में बाहरी एजेंसियों को शामिल किया जाएगा। पर्यवेक्षण में निर्वाचित प्रतिनिधियों को भी शामिल किया जाएगा।
- ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में गरीबी उपशमन कार्यक्रमों से सम्पर्क स्थापित करना, स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम के लिए केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्रालय और राज्य स्वास्थ्य विभागों से पर्याप्त सहायता और पोषण शिक्षा के लिए महिला और बाल विकास विभाग से सहायता।
- कार्यक्रम के मुख्य पैरामीटरों पर मुख्य जोखिम धारियों (राज्य सरकारों, स्थानीय निकायों आदि) के साथ समझौता ज्ञापन निष्पादित किया जाएगा।

गुणवत्ता सुधार के लिए कार्यनीतियां

2.2.50 जबकि सर्वव्यापी साक्षरता और नामांकन के लक्ष्य अपने

आप में सराहनीय हैं, किन्तु गुणवत्तापूर्ण शिक्षा सुनिश्चित किए बगैर इन क्षेत्रों में उपलब्धियां खोखली रहेंगी। बुनियादी शिक्षा की विषय वस्तु और प्रक्रियाओं को लोगों की शिक्षा संबंधी जरूरतों और विभिन्न सामाजिक-आर्थिक क्षेत्रों की विकास संबंधी आवश्यकताओं के प्रति अधिक प्रतिक्रियात्मक बनाने के लिए, इनमें गुणात्मक सुधार करना अभी एक बड़ी चुनौती बनी हुई है। प्रारंभिक स्तर पर गुणवत्तापूर्ण शिक्षा प्रदान करने की चुनौती में अध्यापकों की तैयारी, प्रेरणा और तैनाती और पुस्तकों तथा आधारिक सुविधाओं में सुधार करना शामिल है। इसमें शिक्षा को समाज की आवश्यकताओं के लिए प्रासंगिक बनाना और विशेषकर राज्य, जिला और स्थानीय स्तरों पर शैक्षिक संस्थानों की प्रबंधन तथा संस्थागत क्षमता को सुदृढ़ बनाना भी शामिल है।

2.2.51 पाठ्य पुस्तकों की गुणवत्ता में सुधार करना अत्यंत महत्वपूर्ण है क्योंकि प्रारंभिक स्कूलों में यही शिक्षा के लिए मददगार होती है और अधिकांश छात्रों के लिए यही एक मात्र पठन सामग्री होती है।

2.2.52 आधारिक सुविधाओं (विशेषकर लड़कियों के लिए शौचालय), उपस्कर और सहायक सेवाओं का भी नामांकन और विद्यालय में बने रहने पर बहुत प्रभाव पड़ता है। इस संदर्भ में मुख्य चुनौती प्राथमिक और उच्च प्राथमिक विद्यालयों में प्रत्येक अध्यापक के लिए एक क्लासरूम और उच्च प्राथमिक विद्यालयों में मुख्य अध्यापक के लिए एक अलग कमरा तथा इसके साथ साथ खेल-कूद का मैदान और साफ सुथरे शौचालय प्रदान करने की है। यद्यपि डी.आई.पी. के तहत अनुमोदित एक तिहाई व्यय, भवनों के निर्माण आदि के लिए नियत किया गया है, किन्तु अभी भी बहुत बड़ी संख्या में ऐसे विद्यालय हैं जिनके पास ये सुविधाएं नहीं हैं। दसवीं योजना में मुख्य बल इस बात का पता लगाने पर दिया जाना चाहिए कि सभी प्राथमिक विद्यालयों के पास सभी सहायक आधारिक सुविधाओं के साथ पक्की इमारतें हैं।

अध्यापकों की शिक्षा

2.2.53 प्रारंभिक शिक्षा में, अध्यापकों के कार्य-निष्पादन में सुधार करना सर्वाधिक महत्वपूर्ण चुनौती है क्योंकि शिक्षा के मुख्य साधन वही हैं। इसके अतिरिक्त राज्य शिक्षा बजट का बड़ा हिस्सा अध्यापकों के वेतन के रूप में चला जाता है। यद्यपि अध्यापकों की गुणवत्ता सुधारने के लिए काफी कुछ किया जा चुका है, तथापि अध्यापकों के शिक्षण और प्रशिक्षणों में ऐतिहासिक खामियों के परिणामस्वरूप उनमें से बहुत से अध्यापकों को अपने द्वारा पढ़ाई जा रही सामग्री की बहुत कम समझ आ पाई है, घटिया शिक्षण कौशल तथा प्रेरणा के स्तर सामने आए हैं।

2.2.54 गुणवत्ता के मुद्दे पर ध्यान देने के अतिरिक्त, दसवीं योजना में अध्यापकों की शिक्षा पर पूर्ण ध्यान दिया जाएगा। अपनाई जाने वाली कुछ मुख्य नीतियां इस प्रकार हैं:

अध्यापक शिक्षा संस्थानों का विकास और सुदृढ़ीकरण

2.2.55 अध्यापक शिक्षा का ध्यान निम्नलिखित संस्थानों के विकास पर केंद्रित होगा:

➤ **जिला शिक्षा और प्रशिक्षण संस्थान (डी.आई.ई.टी.):** प्रत्येक राज्य को जिले की आवश्यकताओं तथा संस्थान की प्रभाविकता के अनुसार अपने-अपने डी.आई.ई.टी. के ढांचे पर पुनर्विचार करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा। प्रत्येक डी.आई.ई.टी. को अपनी भूमिका निर्धारित करते हुए तथा अपने लिए लक्ष्य नियत करके अपने लिए एक विकास योजना तैयार करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा। जिला शिक्षा और प्रशिक्षण संस्थानों में पुस्तकालयों के विकास एवं कम्प्यूटर सुविधाएं प्रदान करने (जिसमें कम्प्यूटर साक्षरता प्रशिक्षण भी शामिल है), अभिव्यक्तिकरण दौरे, नेटवर्किंग तथा व्यावसायिक मुद्दों पर जिला शिक्षण और प्रशिक्षण संस्थानों के बीच तथा अन्य शैक्षिक संस्थानों के बीच जानकारी बांटने और जिला संसाधन समूहों की स्थापना की ओर विशेष ध्यान दिया जाएगा। इसके अतिरिक्त, नये जिला शिक्षण और प्रशिक्षण संस्थान केवल उन्हीं राज्यों में स्थापित किए जाएंगे जहाँ इस प्रकार के मौजूदा संस्थान काम कर रहे हों और निम्न स्तरीय जिला शिक्षण और प्रशिक्षण संस्थानों का सुधार करने के लिए कदम उठाए गए हों।

➤ **अध्यापक शिक्षा कालेज (सी.टी.ई.) और उन्नत शिक्षा अध्ययन संस्थान (ए.आई.एस.ई.):** प्रत्येक राज्य में सी.टी.ई. तथा आई.ए.एस.ई. के लिए आवश्यकता का पता माध्यमिक अध्यापक शिक्षा के लिए आवश्यकताओं के अनुसार लगाया जाएगा, और अभिज्ञात संस्थानों को सुदृढ़ बनाया जाएगा। अभिज्ञात सी.टी.ई./आई.एस.ई. को अपनी अलग विकास योजना बनानी होगी जिसमें उन क्षेत्रों का उल्लेख किया जाएगा जिनमें उन्हें सुदृढ़ बनाए जाने की आवश्यकता है और उन्हें अपनी अधिकारिता के क्षेत्रों में आवश्यकता मूल्यांकन सर्वेक्षण करना होगा। उन्हें माध्यमिक अध्यापकों को शामिल करने के लिए सेवाकालीन अध्यापक प्रशिक्षण की अनुसूचियां और सामग्रियां भी अवश्य तैयार करनी चाहिए और अध्यापकों को सूचना प्रौद्योगिकी (आई.टी.) साक्षरता प्रदान करने के संबंध में राष्ट्रीय अध्यापक शिक्षा परिषद् परियोजना को भी कार्यान्वित करना चाहिए। आई.ए.एस.ई. को प्रारंभिक शिक्षा तथा अध्यापक प्रशिक्षकों की शिक्षा में और बड़ी भूमिका निभाने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा।

- राज्य शिक्षा अनुसंधान और प्रशिक्षण परिषदों (एस.सी.ई.आर.टी.) का सुदृढीकरण: दसवीं योजना में एस.सी.ई.आर.टी. की अध्यापकों की शिक्षा के लिए प्रमुख क्षेत्र के रूप में पहचान की गई है। एस.सी.ई.आर.टी. को सुदृढ बनाने के लिए निधियों का पात्र बनने के लिए राज्य सरकारों को कुछ अनिवार्य शर्तें पूरी करनी होती हैं, जैसाकि उपयुक्त विषयों में भर्ती, डी.आई.ई.टी. के साथ सम्पर्क, संसाधन केंद्र और विद्यालय, एस.सी.ई.आर.टी. की स्वायत्तता और भवनों का उचित रख-रखाव आदि। केवल तभी केंद्रीय सरकार एस.सी.ई.आर.टी. संकायों के क्षमता निर्माण तथा प्रशिक्षण, आधारिक संरचनाओं के विकास, कम्प्यूटरों तथा आई.टी साक्षरता कार्यक्रमों और आवासीय प्रशिक्षण कार्यक्रमों के लिए छात्रावासों आदि के वास्ते निधियां प्रदान करेगी। एस.सी.ई.आर.टी. को कम्प्यूटर शिक्षा, पाठ्यचर्या, विद्यालय स्तर पर अध्यापक प्रशिक्षण, सेवा-पूर्व शिक्षा आदि को सुदृढ बनाने, अर्ध-अध्यापकों सहित सेवा-पूर्व एवं सेवा-कालीन अध्यापकों के प्रशिक्षण की योजना बनाने के लिए लैस किया जाना चाहिए।

अध्यापकों का व्यावसायिक विकास

2.2.56 दसवीं योजना में ध्यान निम्नलिखित पर केंद्रित किया जाएगा:

- सभी प्रारंभिक विद्यालय अध्यापकों के लिए सेवा-पूर्व प्रशिक्षण सुनिश्चित करना ताकि तीन वर्ष की अवधि में सभी अप्रशिक्षित अध्यापकों को प्रशिक्षित किया जा सके, जिसमें दूरस्थ शिक्षा पद्धति के जरिए प्रशिक्षण भी शामिल है।
- चुनिंदा जिलों में सेवा-पूर्व प्रशिक्षण सुविधाएं बढ़ाना जहाँ पर वर्तमान क्षमता पर्याप्त नहीं है।
- प्रारंभिक सेवा-पूर्व अध्यापक शिक्षा की गुणवत्ता में सुधार करना।
- जो मौजूदा संस्थान प्राथमिक-पूर्व अवस्था के लिए सेवा-पूर्व शिक्षा प्रदान करते हैं या प्रदान करने के इच्छुक हैं, उन्हें सुदृढ बनाकर प्राथमिक-पूर्व अध्यापक प्रशिक्षण की व्यवस्था का विस्तार करना।
- मुक्त विद्यालयों, उच्चतर शिक्षा संस्थानों, अच्छे आई.ए.एस.ई. गुणवत्ता पूर्ण शिक्षा में अनुभव रखने वाली गैर सरकारी संस्थाओं तथा अन्य व्यावसायिक संगठनों के सहयोग से प्रारंभिक शिक्षकों के लिए दो मास से एक वर्ष की अवधि वाले विशेषीकृत पत्राचार पाठ्यक्रम विकसित करना।

- सेवा-कालीन अध्यापकों की शिक्षा के लिए ऐसे पाठ्यक्रम तैयार करना जो विश्वसनीय होंगे और इन्हें पदोन्नतियों तथा अन्य लाभों से जोड़ना।

ब्लॉक संसाधन केंद्रों (बी.आर.सी.) तथा क्लस्टर संसाधन केंद्रों (सी.आर.सी.) का सुदृढीकरण।

2.2.57 संदर्भ-विशिष्ट आवश्यकताओं के अनुसार, स्थानीय तौर पर अध्यापकों को शैक्षिक सहायता देने पर जोर देने के साथ जिला शिक्षण और प्रशिक्षण संस्थान (डी.आई.ई.टी) उन बी.आर.सी. तथा सी.आर.सी. के साथ निकट सम्पर्क रखेंगे जिनके कर्मचारी उनसे सहायता प्राप्त करते हैं।

व्यवसायियों अर्थात् शिक्षक प्रशिक्षकों, प्रबंधकों और अन्यो का व्यावसायिक विकास

2.2.58 अध्यापक प्रशिक्षकों और पाठ्यचर्या तैयार कर्ताओं के लिए नये पाठ्यक्रम विकसित किए जाएंगे और इन्हें प्रायोगिक आधार पर आजमाया जाएगा। सेवा-पूर्व और सेवा-कालीन अध्यापक शिक्षण में नवीकरणों तथा प्रासंगिक परियोजनाओं को सहायता दी जाएगी। ध्यान केंद्रित किए जाने वाला एक अन्य प्रमुख क्षेत्र अध्यापक शिक्षा संस्थानों का नेटवर्क स्थापित करना और अंकीय संसाधनों तक पहुँच का विस्तार करके अध्यापक शिक्षा को सुदृढ बनाना होगा। तत्पश्चात नेटवर्क से जोड़े गए संस्थान संसाधनों को ऑन-लाइन उपयोग करने और संस्थानों का पृथक्करण समाप्त करने के लिए सूचना और संचार प्रौद्योगिकियों (आई.सी.टी.) का प्रयोग कर पाएंगे।

व्यवस्थित शिक्षु मूल्यांकन

2.2.59 नियमित शिक्षु मूल्यांकन के लिए एक व्यवस्था तैयार की जाएगी और इसे विद्यालय की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए किए गए उपायों के प्रभाव तथा पर्याप्तता का मूल्यांकन करने के लिए स्थापित किया जाएगा।

शिक्षा बीच में छोड़ कर जाने वालों के लिए कार्यनीति

2.2.60 बहुत बड़ी संख्या में बच्चे विद्यालय में वातावरण संबंधी कारणों की वजह से स्कूल छोड़ कर चले जाते हैं। इन कारणों में शिक्षकों का रवैया, असंगत पाठ्यचर्या, घटिया और उबाऊ पढ़ाई, अध्यापकों की गैर-हाजिरी, शारीरिक दण्ड, स्कूल की घटिया इमारत, पढ़ाई की गति के साथ चलने में असमर्थता, पहली पीढ़ी के शिक्षार्थियों के मामले में अभिभावकों की सहायता न मिलना आदि। सभी वर्गों में शिक्षा छोड़

कर जाने वालों में से अधिकांश लड़कियां होती हैं। 1998-99 में किए गए राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-II (एन.एफ.एच.एस.-II) ने भी यह देखा कि छात्रों के शिक्षा बीच में छोड़ कर जाने के मुख्य कारणों में उनकी अध्ययन में रुचि न होना, शिक्षा की उच्च निजी लागत और उनकी काम करने की जरूरत है, चाहे काम उन्हें अपने खेतों, कारोबार/घरों में अथवा बाहर करना हो। ये कारण शिक्षा छोड़ कर जाने वाले 75 प्रति शत बच्चों में सही पाए गए।

2.2.61 केंद्रीय, राज्य और जिला स्तर पर शिक्षा प्राधिकाकरणों के लिए मुख्य चुनौती (क) शिक्षा की, विशेषकर ग्रामीण प्राथमिक विद्यालयों और अल्पक्षेत्रों में, आपूर्ति, गुणवत्ता तथा प्रतिधारण क्षमता में सुधार करना है, और (ख) अभिज्ञात सुविधाहीन तथा कठिन समूहों को उनके लिए उपयुक्त समय तथा अभिरुचियों के अनुसार शिक्षा प्रदान करने के अभिनव तरीके शुरू करना है। इसलिए दसवीं योजना का ध्यान शैक्षणिक सुधारों और ऐसे बाल-केंद्रित तरीके अपनाने पर रहेगा जो डी.पी.ई.पी. जैसे कार्यक्रमों में विकसित किए गए हैं। इसके अतिरिक्त, ध्यान एक ऐसा वातावरण पैदा करने पर भी दिया जाएगा जिसमें अपेक्षाकृत अधिक आकर्षक क्लास रूम डिजाइन, स्थानीय संदर्भगत पाठ्यचर्या और अपेक्षाकृत मूल्यांकन के अधिक अनुकूल तकनीक शामिल होंगे। शिक्षा की निजी लागत कम करने के लिए सर्व शिक्षा अभियान के तहत शुरू किए गए अनेक उपायों के अलावा, लड़कियों, अनु.जातियों/अनु.जन जातियों तथा गरीब बच्चों के लिए उपस्थिति से जुड़ी एक प्रोत्साहन स्कीम का सुझाव दिया गया है।

2.2.62 जहाँ पर बच्चे काम करने की जरूरत के कारण शिक्षा बीच में ही छोड़ रहे हों, वहाँ बच्चों को स्कूल में वापस लाने के लिए माता-पिता को प्रेरित करने के उद्देश्य से इस काम में समुदाय को शामिल करने पर बल दिया जाएगा ताकि वे आठ वर्ष की प्रारंभिक शिक्षा पूरी कर सकें जो बच्चे पहले ही शिक्षा बीच में छोड़ कर जा चुके हों उनके लिए सेतु पाठ्यक्रमों, निवारक शिक्षा, स्कूल में वापसी शिविरों आदि जैसी उपयुक्त वैकल्पिक शिक्षण प्रणालियों की व्यवस्था की जाएगी ताकि उन्हें औपचारिक प्रणाली की मुख्यधारा में वापस लाया जा सके।

प्रारंभिक बाल्यावस्था देखभाल और शिक्षा के लिए कार्यनीति (ई.सी.सी.ई.)

2.2.63 प्रारंभिक बाल्यावस्था विकास को आजीवन विकास और प्राथमिक शिक्षा सफलता पूर्वक पूरी करने के लिए एक महत्वपूर्ण निवेश माना जाता है। दसवीं योजना ई.सी.सी.ई. को शिक्षा की सीढ़ी में प्रथम पादान के रूप में स्वीकार करती है। ई.सी.सी.ई की मुख्य प्रदायक समाकलित बाल विकास सेवा (आई.सी.डी.एस.) है जो 15.8 मिलियन बच्चों को लाभान्वित करती है (3-6 वर्ष की रेंज में बच्चों की जनसंख्या

का 17.8 प्रति शत) और ये लाभ 35 राज्यों तथा संघ राज्य क्षेत्रों की लगभग 5,20,000 आंगनबाड़ियों के माध्यम से प्रदान किए जाते हैं। प्रारंभिक बाल्यावस्था शिक्षा अथवा स्कूल-पूर्व शिक्षा आई.सी.डी.एस. के छः घटकों में से एक हैं और यह इसके सबसे कमजोर घटकों में से एक हैं। सर्व शिक्षा अभियान का उद्देश्य (i) आंगनवाड़ी सेविकाओं को आवश्यकता पर आधारित प्रशिक्षण और शिक्षा की सामग्री आदि प्रदान करके आई.सी.डी.एस. में स्कूल पूर्व घटक को सुदृढ़ बनाना, (ii) अलाभान्वित क्षेत्रों में स्कूल केंद्रों के रूप में बालवाड़ियां स्थापित करना, (iii) प्रारंभिक बाल विकास के महत्व पर समर्थन जुटाना, (iv) सामुदायिक नेताओं के लिए प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित करना, (v) ई.सी.सी.ई. के लिए गहन योजना की व्यवस्था करना, (vi) सामग्रियां तैयार करना, तथा (vii) विद्यालय प्रणाली तथा ई.सी.सी.ई. के बीच अभिसरण को प्रोत्साहित करना।

प्रारंभिक शिक्षा में सामुदायिक भागीदारी

2.2.64 विकेंद्रीकरण, लोगों की जरूरतों और इन जरूरतों को पूरा करने के लिए सरकार द्वारा उठाए गए कदमों के बीच स्पष्ट सह-संबंध प्रदान करता है। निचले क्रम से योजना तैयार करने और बुनियादी सेवाओं के लिए संसाधनों का संदर्भगत आबंटन करना केवल अपेक्षाकृत अधिक लागत-प्रभावी ही नहीं होगा और बेहतर परिणाम ही नहीं देगा, अपितु इससे यह भी सुनिश्चित होगा कि सेवाओं की गुणवत्ता सीधी सामुदायिक नियंत्रण और पर्यवेक्षण की मात्रा के अनुपात में है। जैसाकि नौवीं पंच वर्षीय योजना के मध्य अवधि मूल्यांकन में बताया गया है, बुनियादी सेवाएं प्रदान करने में जन सहभागिता चार मुख्य उद्देश्य प्राप्त करने में योगदान करती है अर्थात्, प्रभाविकता, कार्यकुशलता, सबलीकरण और न्याय।

2.2.65 विकेंद्रीकृत योजना और प्रबंधन पर बल बहुत पहले 1986 में ही राष्ट्रीय शिक्षा नीति में दिया गया, जिसमें शैक्षिक योजना और प्रबंधन की दक्षता और प्रभाविकता में सुधार करने और जवाबदेही के लिए एक सार्थक ढांचा विकसित करने के लिए एक बुनियादी जरूरत के रूप में विकेंद्रीकरण का प्रस्ताव किया गया था। दसवीं पंच-वर्षीय योजना के दृष्टिकोण पत्र में यह बात दोहराई गई है कि केवल विद्यालय स्थापित कर देने और उनमें अध्यापक रख देने से शिक्षा में सुधार नहीं होगा यदि उनमें, विशेष कर ग्रामीण क्षेत्रों में, अध्यापक गैर-हाजिर रहें, जैसा कि एक आम बात है। इसलिए यह अनिवार्य है कि विद्यालयों और अध्यापकों का नियंत्रण स्थानीय निकायों को सौंप दिया जाए, जिनके हित सीधे अध्यापकों के कार्य-निष्पादन में निहित होते हैं। शिक्षा की योजना, पर्यवेक्षण और प्रबंधन जिला, ब्लॉक और ग्राम स्तरों पर स्थानीय निकायों के माध्यम से होना नितान्त आवश्यक है। प्रौढ़ शिक्षा अभियानों और प्राथमिक शिक्षा के संवर्धन के लिए स्थानीय समुदायों के

सामाजिक संघटन के लिए भी प्रयास किए जाने चाहिए।

2.2.66 जबकि 73वें तथा 74वें संविधान संशोधनों द्वारा शासन के विकेंद्रीकरण ने विद्यालयों का प्रबंधन पंचायतों/स्थानीय निकायों को सौंपना आसान बना दिया है, किन्तु अब वास्तविक चुनौती सभी समूहों की गुणात्मक भागीदारी के लिए एक समर्थक वातावरण पैदा करने की है। गुणवत्तापूर्ण भागीदारी का अर्थ यह होना चाहिए कि समुदाय अपनी बात कहने और अपनी पसंद चुनने में समर्थ है। इसमें समस्याओं का समाधान करने और सुधारों को बनाए रखने के लिए मानव, संगठनात्मक और प्रबंधन क्षमता का विकास भी शामिल है।

2.2.67 इस तथ्य को स्वीकार करते हुए कि यू.ई.ई. सुनिश्चित करने और शिक्षा की गुणवत्ता में सुधार करने का निश्चित तरीका सामुदायिक भागीदारी है, कई राज्य सरकारों ने समुदाय को शामिल करके प्रारंभिक शिक्षा के प्रबंधन को विकेंद्रीकृत करने की प्रक्रिया पहले ही शुरू कर दी है। अन्य राज्यों को भी निम्नलिखित बातों पर विशेष बल देते हुए, प्राथमिक विद्यालयों का प्रबंधन पंचायत/स्थानीय निकायों को अंतरित करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा :

- नामांकन, प्रतिधारण और शिक्षा के अन्य पहलुओं को बढ़ावा देने में सामुदायिक भागीदारी को बढ़ावा देना। पंचायती राज संस्थाओं तथा वी.ई.सी., पी.टी.ए., एम.टी.ए. आदि जैसी आधारिक संस्थाओं को सामुदायिक प्रेरणा का साधन बन जाना चाहिए,
- पूरी पारदर्शिता से विकसित की गई समुदाय आधारित मानीटरिंग प्रणाली तैयार करना,
- गहन सूक्ष्म योजना तथा अनिवार्य विद्यालय मानचित्रण के जरिए समुदाय को प्रेरित करना, तथा
- लक्ष्यों तथा कार्यनीतियों का भागीदारी द्वारा कार्यान्वयन।

2.2.68 योजना और प्रबंधन कार्यनीति में इस परिवर्तन से, पंचायती राज संस्थाओं/शहरी स्थानीय निकायों के अधीन स्थापित किए गए शैक्षिक निकायों को प्रशिक्षण और लगातार सहायता प्रदान करने के लिए जबरदस्त प्रयास करने होंगे। सरकारी कार्यकर्ताओं के दृष्टिकोण और अपनी भूमिका के प्रति उनकी समझ को नई दिशा प्रदान करने की तुरंत आवश्यकता है। इन जरूरतों को पूरा करने के लिए राष्ट्रीय और राज्य स्तरों पर विभिन्न स्रोत-संस्थानों के कार्यक्रमों को नई दिशा देने के प्रयास किए जाएंगे। इस उद्देश्य के लिए शिक्षा और सम्बद्ध क्षेत्रों में स्थानीय स्तर के संस्थानों को पर्याप्त रूप से सुदृढ़ बनाया जाएगा। इसके अतिरिक्त यह परिकल्पना की गई है कि दूरस्थ शिक्षा को उपयुक्त रूप से सुदृढ़ बनाया जाएगा और इन्हें एक नई दिशा प्रदान की जाएगी ताकि ये स्थानीय स्तर के कार्यकर्ताओं में क्षमता पैदा कर सकें।

2.2.69 केंद्र और राज्यों के बीच साझेदारी के साथ, विकेंद्रीकरण के लक्ष्य का पीछा करने के लिए नीतियों और कार्यक्रमों, विशेषकर प्राथमिक शिक्षा के क्षेत्र में ध्यान पूर्वक तालमेल बिठाने की आवश्यकता है। जैसाकि राष्ट्रीय शिक्षा नीति में परिकल्पना की गई है, और इसके बाद इसे कई निकायों ने दोहराया है, केंद्रीय सरकार और इसके संस्थान समन्वय और क्षमता निर्माण, दोनों क्षेत्रों में प्रमुख भूमिका निभाना जारी रखेंगे। केंद्रीय सरकार प्रारंभिक शिक्षा के क्षेत्र में राष्ट्रीय लक्ष्य प्राप्त करने में हुई प्रगति को मानीटर करना जारी रखेगी।

निजी क्षेत्र के साथ सहक्रियाशील साझेदारी

2.2.70 विविध परिस्थितियों वाले देश में बुनियादी शिक्षा प्रदान करने का काम इतना विशाल है कि अकेला केंद्रीय क्षेत्र इसे प्रभावी ढंग से नहीं कर सकता। यद्यपि निजी क्षेत्र पहले सदैव स्कूली शिक्षा के प्रयास का एक हिस्सा रहा है, तथापि यह हिस्सा प्रारंभिक शिक्षा को सर्वव्यापक बनाने के प्रयासों में न तो बहुत बड़ा और न ही उपयुक्त आकार का रहा है। प्रणाली के प्रभावी प्रबंधन और स्थानीय दृष्टि से प्रासंगिक शिक्षण-अधिगठन सामग्रियों के विकास के जरिए निजी क्षेत्र गुणवत्ता में सुधार करने के लिए केवल धन और सामग्री की दृष्टि से ही नहीं, अपितु विशेषज्ञता के रूप में भी योगदान कर सकता है। इस दिशा में कुछ प्रयास पहले ही किए जा चुके हैं जिनमें कर्नाटक राज्य भी शामिल है, जिसके पास विद्यालय को अपनाने की एक स्कीम भी है। प्रारंभिक शिक्षा में निजी पहलों को बढ़ाने के लिए संस्थानात्मक स्तर पर एवं, कार्यक्रम कार्यान्वयन में और अधिक सहयोगी प्रयास तैयार किए जाएंगे। यू.ई.ई. का उद्देश्य प्राप्त करने के लिए दसवीं योजना के दौरान एक सह-क्रियाशील सार्वजनिक-निजी भागीदारी बनाई जाएगी। विशेष रूप से निम्नलिखित उपायों को प्रोत्साहित किया जाएगा:

- निजी क्षेत्र के साथ और अधिक सहयोगी प्रयास और निजी पहलों की भूमिका को बढ़ाना।
- सरकारी नीति के मुख्य पैरामीटरों के भीतर, निजी क्षेत्र की भागीदारी में सरकारी विद्यालयों के कामकाज में सुधार करना।
- वंचित बच्चों के लिए निजी विद्यालयों में शुरू की गई पहलों को सहायता देना।
- गुणवत्ता के साथ समझौता किए बगैर निजी स्कूल खोलने को बढ़ावा देना।
- निजी क्षेत्र की विशेषज्ञता तथा संसाधनों का उपयोग करते हुए बच्चों को कम्प्यूटर शिक्षा प्रदान करना।

संसाधनों के अनुकूलतम उपयोग के लिए कार्यनीति के रूप में अभिसरण।

2.2.71 जो विभिन्न शैक्षिक कार्यक्रम अधिकतर सामाजिक-आर्थिक

और राजनीतिक परिस्थितियों से प्रभावित होते हैं, उनके तहत सेवाओं के वितरण में लागत-प्रभाविकता और दक्षता का विकास के सर्वाधिक महत्वपूर्ण निर्धारक अर्थात् पूंजी निर्माण पर दूरगामी प्रभाव पड़ सकता है। सामाजिक क्षेत्र में सेवाओं के वितरण की प्रभाविकता के लिए संबंधित सामाजिक क्षेत्रों के कार्यक्रमों की योजना और उनके कार्यान्वयन में अत्याधिक समाकलन और अभिसरण की आवश्यकता होती है। साक्षरता, प्रारंभिक शिक्षा, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, पोषण, मातृ और बाल सुरक्षा, परिवार कल्याण और ग्रामीण विकास जैसी सेवाओं के मजबूत संबंध होते हैं और इन्हें केवल उपयुक्त एकीकृत दृष्टिकोण के जरिए सुदृढ़ बनाया जा सकता है जो सरकारी व्यय को अनुकूलतम बनाएगा और प्रभावी वितरण प्रणाली को प्रबलित करेगा। दसवीं योजना में राष्ट्रीय /राज्य और प्रशासन के निम्नतर स्तरों पर प्रभावी समन्वय के जरिए स्क्रीमें/कार्यक्रम तैयार करने तथा उनके कार्यान्वयन, दोनों में आमेलन प्राप्त करने के लिए भरसक प्रयास किए जाएंगे।

आगे का मार्ग

2.2.72 समाज के विकास के लिए शिक्षा का आंतरिक महत्व होता है और यह एक बेहतर सामाजिक व्यवस्था प्राप्त करने में सहायता करती है। अधिक साक्षरता और बुनियादी शिक्षा, उपलब्ध आर्थिक अवसरों का बेहतर प्रयोग करने में सहायता करती हैं। सरकार ने निःशुल्क और अनिवार्य प्रारंभिक शिक्षा को एक मौलिक अधिकार बनाने का निर्णय किया है।

2.2.73 सर्व शिक्षा अभियान शुरू करके सरकार ने एक बड़ी पहल की है, जिसका उद्देश्य राज्यों के साथ साझेदारी में प्रारंभिक शिक्षा को सर्वव्यापक बनाना है। परन्तु यह सुनिश्चित करना होगा कि इसमें गुणवत्ता के साथ कोई समझौता नहीं किया जाता। वास्तव में, साक्षरता के सभी सफल कार्यक्रमों से सीखे गए पाठों को निरंतर आधार पर सर्व शिक्षा अभियान का अभिन्न हिस्सा बनाया जाना चाहिए।

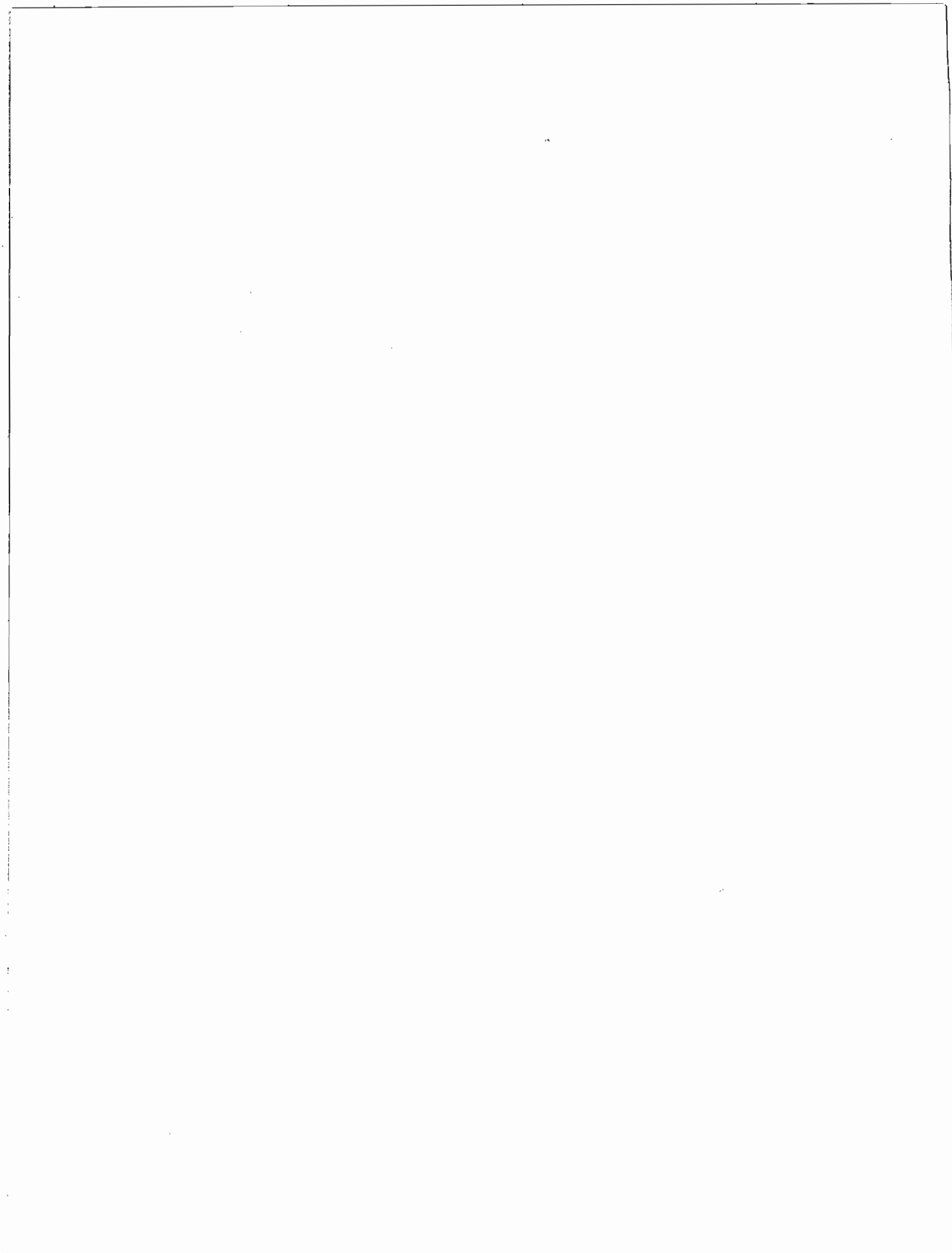
2.2.74 सर्व शिक्षा अभियान को कार्यन्वित करने के परिणामस्वरूप प्रारंभिक शिक्षा पूरी करने वाले बच्चों की संख्या में उल्लेखनीय वृद्धि

होगी। इसी के साथ इससे माध्यमिक शिक्षा के लिए मांग में भी वृद्धि होगी। इस पहलू को शिक्षा की योजना के साथ जोड़ना होगा और परिवर्द्धित मांग के साथ बराबर चलने के लिए अन्य सुविधाओं के साथ-साथ माध्यमिक विद्यालयों को धीरे-धीरे सुदृढ़ बनाने के लिए उपाय करने होंगे।

2.2.75 यह जरूरी है कि केंद्र सर्व शिक्षा अभियान के उद्देश्यों की पूर्ति के लिए निधियों का पर्याप्त प्रावधान करे और इसके लिए राज्यों को भी अनुपूरक निधियां प्रदान करनी होंगी। यह बात निश्चित है कि उपलब्ध निधियों का उचित उपयोग किए बगैर यह कार्यक्रम सफल नहीं हो सकता। पंचायती राज संस्थाओं को निधियां और कार्मिकों के लिए जिम्मेदारी अंतरित करने के वास्ते प्रभावी तरीके निकालने होंगे ताकि उन्हें संविधान में यथा-परिकल्पित अपेक्षाकृत बड़ी भूमिका सौंपी जा सके।

2.2.76 सर्व शिक्षा अभियान के उद्देश्य प्राप्त करने के लिए समुदाय को व्यवस्थित रूप से प्रेरित करना और एक प्रभावी विकेंद्रीकृत निर्णयकारी प्रणाली स्थापित करना, अनिवार्य पूर्व-अपेक्षाएं हैं। इसमें सभी जोखिमधारियों अर्थात् केंद्रीय सरकार, राज्यों, स्थानीय सरकारी निकायों, अध्यापकों, अभिभावकों, गैर-सरकारी संस्थाओं, शैक्षिक संस्थानों तथा स्वयं बच्चों का सहयोग शामिल है। कार्यक्रम को स्वतः पोषणीय बनाने के लिए सभी स्तरों पर क्षमता निर्माण की भी आवश्यकता है। सभी जोखिमधारियों की सहभागिता से सर्व शिक्षा अभियान के कार्यान्वयन के परिणामस्वरूप अंततः निश्चित रूप से एक पारदर्शी और व्यापक आधार वाली शिक्षा प्रणाली स्थापित होनी चाहिए।

2.2.77 अंत में, स्कूली शिक्षा की प्रारंभिक अवस्थाओं पर बच्चों को मूल्य-आधारित शिक्षा प्रदान करने की आवश्यकता पर बहुत कुछ कहने की आवश्यकता नहीं है। इस प्रकार की शिक्षा के अनिवार्य तत्व बच्चों में समाज और राष्ट्र के प्रति चिन्ता उत्पन्न करने पर आधारित होने चाहिए। इस समसामयिक विश्व में, ये मूल्य शिक्षा की कार्यात्मक उपयोगिता पर भी आधारित होने चाहिए और इसमें श्रम की प्रतिष्ठा पर बल दिया जाना चाहिए। शिक्षा प्रणाली में समृद्धि अर्जित करने का विचार भी शामिल किया जाना चाहिए।



अध्याय 2.3

माध्यमिक शिक्षा

2.3.1 माध्यमिक शिक्षा, प्राथमिक और उच्चतर शिक्षा के बीच पुल का कार्य करती है और 14-18 वर्ष आयु-समूह के नवयुवकों को उच्चतर शिक्षा के लिए तैयार करती है।

2.3.2 1996-97 में राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण संगठन द्वारा लगाए गए अनुमान के अनुसार 14-18 वर्ष (माध्यमिक और वरिष्ठ माध्यमिक स्तर की शिक्षा के लिए आयु) आयु-समूह के बच्चों की आबादी 96.6 मिलियन होने का अनुमान लगाया गया है। तथापि, प्रवेश हेतु किये गये नामांकन के आंकड़ों से पता चलता है कि केवल 27 मिलियन बच्चे माध्यमिक विद्यालयों में पढ़ते थे, जिसका तात्पर्य यह है कि पात्र आबादी का दो तिहाई भाग माध्यमिक शिक्षा प्रणाली में शामिल नहीं था।

2.3.3 भारत में माध्यमिक विद्यालयों की संख्या वर्ष 1950-51 के 7,416 से बढ़कर वर्ष 1999-2000 में 1,16,820 हो गई। तथापि, जो बच्चे विद्यालयों में नहीं जा पा रहे हैं, उनको पढ़ाने के लिए और उच्च प्राथमिक विद्यालयों से पास होकर आने वाले विद्यार्थियों की बढ़ती संख्या के लिए यह संख्या पर्याप्त नहीं है। प्राथमिक शिक्षा को सर्वसुलभ बनाने के लिए हाल में की गई पहलों के परिणामस्वरूप माध्यमिक शिक्षा के विस्तार की मांग बढ़ी है। (तालिका 2.3.1)

2.3.4 राष्ट्रीय शिक्षा नीति, 1986 की पहल से नौवीं योजना अवधि के दौरान, माध्यमिक और उच्चतर माध्यमिक शिक्षा प्रणाली के ढांचे और संगठन में कोई मूलभूत परिवर्तन नहीं किया गया है। इस नीति को ध्यान में रखते हुए अनेक केन्द्र प्रायोजित स्कीमें शुरू की गई थीं और विद्यालयी शिक्षा के लिए राष्ट्रीय स्तर के संस्थान स्थापित/सुदृढ़ किए गए थे। माध्यमिक शिक्षा के क्षेत्र में 10 केन्द्र प्रायोजित योजनाएं (स्कीमें) प्रचालन में हैं। कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के अनुभव और विभिन्न समीक्षाओं और मूल्यांकन अध्ययनों से इन स्कीमों को संशोधित और सुदृढ़ करने की आवश्यकता महसूस हुई है। नौवीं योजना में इस क्षेत्र के लिए 2,603.49 करोड़ रुपये के बजटीय आबंटन में 2,322.68 करोड़ रुपये खर्च किये गये हैं। (संलग्नक 2.5.1)

2.3.5 नौवीं योजना में विसंगतियों को दूर करने,

व्यावसायिकीकरण और रोजगारोन्मुख पाठ्यक्रमों पर जोर देते हुए पाठ्यचर्या के नवीकरण, मुक्त शिक्षा प्रणाली के विस्तार और विविधीकरण, शिक्षक प्रशिक्षण का पुनर्गठन करने और सूचना तथा संचार प्रौद्योगिकी के अधिकाधिक उपयोग पर जोर दिया गया था। बालिकाओं के लिए छात्रावास-सुविधाओं, अपंगों के लिए एकीकृत शिक्षा और बालिकाओं के लिए मुफ्त शिक्षा आदि ने भी ध्यान आकर्षित किया था। इस अवधि के दौरान, राष्ट्रीय शैक्षिक अनुसंधान और प्रशिक्षण परिषद, राष्ट्रीय मुक्त विद्यालय, केन्द्रीय विद्यालयों और नवोदय विद्यालयों जैसी केन्द्रीय संस्थाओं/संगठनों को और सुदृढ़ किया गया था।

2.3.6 नीचे दी गई सारणी में, योजना अवधियों में माध्यमिक शिक्षा क्षेत्र की संवृद्धि के ब्यौरे दिए गए हैं:-

सारणी 2.3.1

उच्च/उच्चतर माध्यमिक शिक्षा संस्थाओं, विद्यार्थियों और अध्यापकों की संख्या(1950-2000)

वर्ष	उच्च/उच्चतर माध्यमिक विद्यालय/ इंटर/डिग्री पूर्व/ जूनियर कॉलेज	विद्यार्थी (लाख में)	शिक्षक (लाख में)
1950-51	7416	15.0	1.27
1990-91	79796	191.0	13.34
1995-96	90134	249.0	14.93
1998-99	112438	277.6	17.47
1999-2000	116820	282.1	17.20

स्रोत: चुनिंदा शैक्षिक आंकड़े, मानव संसाधन विकास मंत्रालय, 1999-2000

2.3.7 यद्यपि, केवल संख्या के रूप में माध्यमिक शिक्षा का राज्य वित्त पोषण बढ़ता रहा (यद्यपि यह अभी भी अपर्याप्त है)। तथापि, माध्यमिक और उच्चतर शिक्षा के वित्त पोषण में छठी योजना से शिक्षा पर खर्च की प्रतिशतता के रूप में गिरावट की प्रवृत्ति दिखाई दी है(सारणी - 2.3.2)। कुल खर्च में प्राथमिक

सारणी 2.3.2
पंचवर्षीय योजनाओं में शिक्षा पर खर्च

(लाख रुपये)

पंचवर्षीय योजनाएं	प्राथमिक(%)	माध्यमिक(%)	उच्चतर(%)	कुल खर्च
पहली	85(56)	20(13)	14(9)	15,300
दूसरी	95(35)	51(19)	48(18)	27,300
तीसरी	201(34)	103(18)	87(15)	58,900
चौथी	239(30)	140(18)	195(25)	78,600
पांचवीं	317(35)	156(17)	205(22)	91,200
छठी	803(30)	736(25)	530(18)	2,04,300
सातवीं	2,849(34)	1,829(22)	1,201(14)	8,50,000
आठवीं	4,006.6(47)	1,538(18)	1,055.8(12.4)	8,52,190
नौवीं	16,364.88(65.7)	2,603.5(10.5)	2500.0(10.0)	2490,850

स्रोत: पंचवर्षीय योजनाएं, वार्षिक योजनाएं और मानव संसाधन विकास मंत्रालय की रिपोर्टें।

टिप्पणी: कोष्ठकों में दिए गए आंकड़े कुल आबंटन का प्रतिशत दर्शाते हैं।

शिक्षा का हिस्सा बढ़ रहा है जो मुफ्त और अनिवार्य प्राथमिक शिक्षा कार्यान्वयन की प्राथमिकता को दर्शा रहा है।

2.3.8 सरकारी मान्यता और कई मामलों में वित्तीय सहायता के साथ माध्यमिक विद्यालयों के प्रबंधन में निजी-क्षेत्र (गैर-सरकारी संगठनों सहित) की प्रतिभागिता भी बढ़ी है। निजी संगठन, फिलहाल लगभग 51% माध्यमिक विद्यालयों और 58% उच्चतर माध्यमिक विद्यालयों का प्रबंधन कर रहे हैं। जो औपचारिक प्रणाली में नामांकन नहीं करवा सके हैं, उनकी शैक्षिक जरूरतों को पूरा करने के लिए सम्पर्क केन्द्रों और बहुप्रचार माध्यम पैकेजों का उपयोग करके राष्ट्रीय और राज्य के मुक्त विद्यालयों के माध्यम से अवसर प्रदान किए गये हैं। नये व्यावसायिक क्षेत्रों की पहचान करके और मांग पर परीक्षा मुहैया कराके, 1989 में शुरू किए गए राष्ट्रीय मुक्त विद्यालयों से भी विद्यालयी क्षेत्र में दूरस्थ शिक्षा को बढ़ावा मिला है। विषयसूची, शिक्षा की प्रक्रिया और गुणवत्ता, विशेषरूप से पर्यावरण शिक्षा, विज्ञान, गणित और कम्प्यूटर-साक्षरता में सुधारों तथा इससे संबंधित स्कीमों के लिए उपलब्ध केन्द्रीय वित्तीय सहायता पर जोर दिया गया है। 1992 में राष्ट्रीय शिक्षा नीति में संशोधन करने के बाद पाठ्यचर्या में संशोधन, मूल्यपरक शिक्षा के लिए संसाधन केन्द्र और कम्प्यूटर-युक्त (एडेड) शिक्षा के लिए एक राष्ट्रीय केन्द्र आदि स्थापित करके नई पहलें की

गई हैं। विद्यालय पाठ्यचर्या को समृद्ध बनाने के लिए बड़े जोर-शोर के साथ शुरू किए गए कई उपाय जारी हैं। तथापि, शिक्षा के व्यावसायिकीकरण की स्कीम ने उद्योग-संस्थान-संबंधों की कमी, जनशक्ति की मांग के सर्वेक्षण और विभिन्न शैक्षिक बाधाओं के कारण, साझीदारों को आकर्षित नहीं किया है। फिलहाल, केवल 10 प्रतिशत विद्यार्थी व्यावसायिक पाठ्यक्रमों में दाखिला ले रहे हैं, जबकि 2000 तक इसका लक्ष्य 25 प्रतिशत था।

2.3.9 अपंग (समान अवसर, अधिकारों की सुरक्षा और पूर्ण प्रतिभागिता) अधिनियम, 1995 को अधिनियमित करने के साथ विशेष जरूरतमंद बच्चों के शैक्षिक विकास में तेजी आई है। यह अधिनियम, समुचित सरकारों और स्थानीय प्राधिकारियों को यह जिम्मेदारी सौंपता है कि वे अपंग बच्चों की शिक्षा, रोजगार तक उनकी पहुंच बनाएं, कतिपय प्रयोजनों के लिए भूमि का अधिमानी आबंटन करें, परिवहन में भेदभाव न करें, विश्वविद्यालयों का वित्तीय प्रोत्साहन आदि दें, ताकि वे अनुसंधान आदि कार्य कर सकें। विशेष जरूरतमंद बच्चों को शिक्षित करने के लिए शिक्षकों और प्रशिक्षण संस्थानों में वैचारिक परिवर्तन लाने, क्षमता का निर्माण करने के लिए, कार्यक्रम शुरू किए गए हैं।

2.3.10 सभी के लिए समान पहुंच के अवसर प्रदान करने

और शिक्षा की उपलब्धियों का न्यूनतम स्तर सुनिश्चित करने सहित, यह समान रूप से महत्वपूर्ण है कि प्रतिभाशाली बच्चों, विशेषरूप से उन बच्चों, जो ग्रामीण क्षेत्रों से हैं और निम्न आय समूह से हैं, को बढ़ावा दिया जाए। प्रतिभा विकास के लिए कई कार्यक्रम हैं। कक्षा 6 से 12 तक, आवासीय जवाहर नवोदय विद्यालय, सातवीं पंचवर्षीय योजना में मॉडल विद्यालय के रूप में स्थापित किए गए थे, जो सामान्य प्रवेश परीक्षा के आधार पर चुने गये ग्रामीण क्षेत्रों के प्रतिभाशाली बच्चों को अच्छी शिक्षा प्रदान करते हैं। प्रत्येक जिले में ऐसा एक विद्यालय होना चाहिए। फिलहाल, 462 जवाहर नवोदय विद्यालय हैं, जिनमें लगभग 1,25,000 विद्यार्थी पढ़ रहे हैं।

2.3.11 राष्ट्रीय शैक्षिक अनुसंधान और प्रशिक्षण परिषद, नई दिल्ली, प्रतिभा की पहचान करने के लिए राष्ट्रीय प्रतिभा खोज परीक्षा आयोजित करती है। रसायन शास्त्र, गणित और भौतिक शास्त्र में प्रतिभा की पहचान करने के लिए प्रत्येक वर्ष इन विषयों के ओलम्पियाड आयोजित किए जाते हैं। भारत इन ओलम्पियाडों में नियमित रूप से भाग लेता रहा है।

2.3.12 ग्रामीण क्षेत्रों के प्रतिभाशाली विद्यार्थियों को माध्यमिक स्तर पर छात्रवृत्ति प्रदान की जाती है, ताकि उन्हें अच्छे विद्यालयों में दाखिला देकर उनकी क्षमता का विकास किया जा सके। विद्यार्थियों को कुल 38,000 छात्रवृत्तियां प्रदान की गई हैं।

बाक्स 2.3.1

दसवीं योजना - उद्देश्य, महत्वपूर्ण मुद्दे और फोकस

दसवीं योजना के दौरान महत्वपूर्ण मुद्दा, विद्यालयों तक पहुंच में सुधार करने और सामान्य विद्यालय प्रणाली, जिसमें क्षेत्र विशेष में विद्यालयों के लिए यह अनिवार्य होगा कि वे आस-पड़ोस के निम्न आय समूहों के परिवारों के विद्यार्थियों को प्रवेश दें, पर जोर देकर विसंगति को कम करने पर अधिक ध्यान केंद्रित करना होगा। इस योजना में व्यावसायिकीकरण और रोजगारोन्मुख पाठ्यक्रमों पर जोर देकर पाठ्यचर्या में संशोधन करने, मुक्त शिक्षण प्रणाली का विस्तार और विविधीकरण करने, शिक्षक प्रशिक्षण का पुनर्गठन करने और नई सूचना तथा संचार प्रौद्योगिकियों, विशेष रूप से कम्प्यूटरों का अधिक उपयोग करने पर भी ध्यान केंद्रित किया जाएगा।

2.3.13 आंतरिक बाध्यताएं और अन्तर्राष्ट्रीय वचनबद्धताएं, माध्यमिक शिक्षा प्रणाली को उन्नत बनाने के लिए जोर दे रही हैं, ताकि शिक्षा की हमेशा से बढ़ रही मांग को पूरा किया जा सके। बाह्य रूप से सहायता प्राप्त जिला प्राथमिक शिक्षा कार्यक्रम, सर्व शिक्षा अभियान, निजी क्षेत्र में विद्यालयों की संख्या में वृद्धि और लिंग अन्तर को समाप्त करने के लिए अभियान जैसी पहलें 2000 में 'सभी के लिए शिक्षा' संबंधी 'झाकर घोषणा' के अनुरूप हैं। इन अथाह चुनौतियों को पूरा करने के लिए राष्ट्रीय मतैक्य द्वारा समर्थित ठोस प्रयास करने की जरूरत है।

2.3.14 इस प्रकार दसवीं योजना में मुख्य जोर, माध्यमिक शिक्षा की बढ़ी हुई मांग को पूरा करने पर है। नये माध्यमिक विद्यालय खोलने, दोहरी पारियों सहित मौजूदा विद्यालयों की क्षमता को बढ़ाने, पिछड़े, सुविधाहीन और कम सुविधा वाले क्षेत्रों में उच्च प्राथमिक विद्यालयों का उन्नयन करने और मुक्त शिक्षा तथा दूरस्थ शिक्षा प्रणाली के विस्तार और विविधीकरण को प्रोत्साहन देने के लिए सरकार को बृहत्तर भूमिका निभानी होगी। दसवीं योजना के दौरान विचार किए जा रहे अनेक विकल्पों में से एक विकल्प केन्द्रीय विद्यालय द्वारा स्वैच्छिक एजेंसियों के साथ साझेदारी में विद्यालय स्थापित करना है।

प्रस्ताव है कि मौजूदा 854 विद्यालयों के नेटवर्क के अलावा, 150 केन्द्रीय विद्यालय (पूर्णतया सरकार द्वारा वित्त पोषित) स्थापित किए जाएं। दूसरा विकल्प सोसाइटियों, न्यासों और आर०के० मिशन, जेसुइट्स, डी०ए०वी० न्यास जैसे लाभ न कमाने वाले संगठनों, जो पहले से ही प्रतिष्ठित विद्यालय चला रहे हैं, को एकमुश्त अनुदान/बीज राशि प्रदान करना है, ताकि उन्हें अधिक विद्यालय स्थापित करने के लिए प्रोत्साहित किया जा सके।

2.3.15 प्रस्ताव है कि जिन जिलों में फिलहाल नवोदय विद्यालय नहीं हैं, उन्हें कवर करने के लिए और नवोदय विद्यालय खोले जाएं तथा मौजूदा विद्यालयों को सांस्कृतिक गतिविधियों, कम्प्यूटर और खेलकूद की सुविधाएं प्रदान करके सुदृढ़ भी किया जाए। यह भी प्रस्ताव है कि केन्द्रीय तिब्बतीय विद्यालय प्रशासन, जो तिब्बती शरणार्थियों के बच्चों के लिए लगभग 70 विद्यालय चलाता है, की और विद्यालय स्थापित करने के लिए सहायता की जाए।

2.3.16 दसवीं योजना के दौरान, राष्ट्रीय मुक्त विद्यालय यह सुनिश्चित करने के लिए प्रयास तेज करेगा कि मुक्त विद्यालय प्रणाली पिछड़े समूहों तक पहुंच जाए। अनुसूचित जातियों/

अनुसूचित जनजातियों के विद्यार्थियों, बालिकाओं और शारीरिक रूप से अपंग विद्यार्थियों पर वहन की जाने वाली फीस की प्रतिपूर्ति, राष्ट्रीय मुक्त विद्यालय को करने की एक योजना भी तैयार की जा रही है। राष्ट्रीय मुक्त विद्यालय को उन नियमित विद्यालयों/केन्द्रों को सम्बद्ध करने के लिए पुनर्गठित भी किया जाएगा, जो अन्य विद्यालय-मंडलों (बोर्डों) की पाठ्यचर्या के विकल्प के रूप में राष्ट्रीय मुक्त विद्यालय की पाठ्यचर्या उपलब्ध कराते हैं। 1200 अध्ययन केन्द्रों में प्रत्येक वर्ष लगभग, 15 प्रतिशत वृद्धि किए जाने का प्रस्ताव है। नये प्रवेशों, जो प्रति वर्ष लगभग 200,000 विद्यार्थी हैं, में प्रत्येक वर्ष 20 प्रतिशत बढ़ने की संभावना है। राष्ट्रीय मुक्त विद्यालय का प्रस्ताव 'मांग पर प्रवेश' और 'मांग पर परीक्षा' की स्कीमें कार्यान्वित करने का है, जो विद्यार्थियों को मध्य सत्र के दौरान प्रवेश लेने और परीक्षा देने के लिए लचीलापन प्रदान करती हैं।

2.3.17 1993 में शुरू की गई बालिकाओं के लिए छात्रावास की सुविधाएं प्रदान करने वाली स्कीम पहले ही संशोधित कर दी गई है, ताकि माध्यमिक स्तर पर बालिकाओं के नामांकन में वृद्धि की जा सके। इस स्कीम में ग्रामीण क्षेत्रों और कमजोर वर्गों की किशोर बालिकाओं के नामांकन में सुधार करने के लिए पात्र स्वयंसेवी संगठनों को वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है।

2.3.18 वर्तमान संदर्भ में माध्यमिक शिक्षा को और अधिक संगत बनाने के लिए राष्ट्रीय शैक्षिक अनुसंधान और प्रशिक्षण परिषद, पाठ्यचर्या के आधुनिकीकरण और संशोधन, पाठ्यक्रमों को अद्यतन करने और शिक्षा के व्यावसायिकीकरण पर जोर देना जारी रखेगी। परिषद, शिलांग में उत्तर-पूर्वी क्षेत्र के लिए पांचवें क्षेत्रीय शिक्षा संस्थान को चालू करेगी। राष्ट्रीय शैक्षिक अनुसंधान और प्रशिक्षण परिषद, योजना अवधि के दौरान डाटाबेस को सुदृढ़ करने के लिए राष्ट्रव्यापी सातवां अखिल भारत शिक्षा सर्वेक्षण शुरू कर रही है।

2.3.19 केन्द्रीय माध्यमिक शिक्षा बोर्ड और भारतीय विद्यालय प्रमाणपत्र परीक्षा परिषद, कक्षा 10 और 12 के अंत में लोक परीक्षाएं आयोजित करते हैं। ये दोनों स्व- वित्तपोषित निकाय हैं, जिन्हें सरकार से कोई सहायता प्राप्त नहीं होती है। 15 अप्रैल, 2001 की स्थिति के अनुसार, 5,850 विद्यालय, केन्द्र माध्यमिक शिक्षा बोर्ड के साथ और 31 अगस्त, 2001 की स्थिति के अनुसार, 1,119 विद्यालय, भारतीय विद्यालय प्रमाणपत्र परीक्षा परिषद के साथ सम्बद्ध हैं। राष्ट्रीय मुक्त विद्यालय, राष्ट्रीय स्तर का ऐसा तीसरा निकाय है जो माध्यमिक और वरिष्ठ माध्यमिक स्तर पर समतुल्य परीक्षा आयोजित करता है।

2.3.20 'शून्य' आधारित बजटीय प्रक्रिया के एक भाग के रूप में और केन्द्रीय क्षेत्र की तथा केन्द्र सरकार द्वारा प्रायोजित स्कीमों के कार्यान्वयन को अधिक प्रभावी बनाने के लिए माध्यमिक क्षेत्र की स्कीमों को निम्नलिखित 4 व्यापक शीर्षों के अंतर्गत समूहबद्ध किया गया है:

2.3.21 **विद्यालयों में गुणवत्ता सुधार:** इसमें विज्ञान की प्रयोगशालाओं के प्रोन्नयन, विद्यालयी शिक्षा को पर्यावरणोन्मुखी बनाने, योग को बढ़ावा देने की केन्द्र प्रायोजित स्कीमों के साथ-साथ और जनसंख्या शिक्षा परियोजना, अन्तर्राष्ट्रीय गणित/विज्ञान ओलम्पियाड की केन्द्रीय क्षेत्र की स्कीमें शामिल हैं। राज्य सरकारें, सेवारत शिक्षकों के प्रशिक्षण की विधियों का विकास करेंगी और विद्यालयों में गुणवत्ता सुधार के लिए अवसंरचना तथा अनुसंधान निविष्टियां (इनपुट्स) उपलब्ध करायेगी।

2.3.22 **सूचना और संचार प्रौद्योगिकियां:** इसमें पुनःतैयार केन्द्र प्रायोजित स्कीमें - विद्यालयों में कम्प्यूटर शिक्षा और साक्षरता तथा शैक्षिक प्रौद्योगिकी शामिल होंगी जिनका उद्देश्य विद्यार्थियों को सूचना प्रौद्योगिकी की जानकारी देना है। सूचना प्रौद्योगिकी की वर्तमान मांग को ध्यान में रखते हुए इस स्कीम पर मुख्य जोर दिया जाना है। राज्य सरकारें, कम्प्यूटर साक्षरता और शिक्षा के लिए कम्प्यूटर शिक्षा योजनाएं तैयार करेंगी। विद्यालयों में सूचना और संचार प्रौद्योगिकी की विलयित स्कीम के घटकों में (क) कम्प्यूटर शिक्षा योजनाओं के लिए वित्तपोषण सहायता देना; (ख) राज्य शिक्षा और प्रशिक्षण संस्थानों के कर्मचारियों को सुदृढ़ और पुनर्गठित करना; (ग) गैर-सरकारी संगठनों की साझेदारी में राज्य शिक्षा और प्रशिक्षण संस्थानों की दृश्य एवं श्रव्य कैसेटों का डिजिटीकरण करना; (घ) राज्य शिक्षा और प्रशिक्षण संस्थानों द्वारा वैब/इंटरनेट आधारित शिक्षा का प्रबंधन किया जाना, शामिल होगा।

2.3.23 **पहुंच और निष्पक्षता:** इस स्कीम में बालिका विद्यार्थियों के लिए छात्रावास की सुविधाओं को सुदृढ़ करने की चालू स्कीम के अलावा, कुछ अन्य तैयार किए जाने वाले घटक शामिल होंगे।

2.3.24 **अपंग बच्चों के लिए एकीकृत शिक्षा:** दसवीं योजना में मानसिक और शारीरिक रूप से अपंग विद्यार्थियों की जरूरतों को पूरा करने हेतु अनन्य शिक्षा के विस्तार के लिए अधिकाधिक प्रयास किए जाएंगे। यह स्कीम अलग से केन्द्र प्रायोजित स्कीम के रूप में जारी रहेगी और इसे पुनः तैयार किया जाएगा। इसमें अब निम्नलिखित घटकों पर फोकस किया जाएगा:- शीघ्र हस्तक्षेप के लिए एकीकृत बाल विकास सेवा स्कीम के साथ

प्राथमिक स्तर तक मानसिक और शारीरिक रूप से अपंगों की शिक्षा के लिए जिला प्राथमिक शिक्षा कार्यक्रम और सर्वशिक्षा अभियान के साथ सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय के अंतर्गत विशेष विद्यालयों के साथ अभिमुख करना। स्कीम के अन्य घटकों में शैक्षणिक और पाठ्यचर्या, अध्यापकों के लिए प्रशिक्षण और शिक्षण- पाठ्य सामग्री तैयार करना; अनुसंधान और विकास, समर्थन और मूल्यांकन और अभिभावक शिक्षक संघों (एसोसिएशनों)/वीओसी/विद्यालयों की प्रबंधन समितियों के माध्यम से वित्तपोषण शामिल हैं।

भावी कदम

2.3.25 प्राथमिक शिक्षा को सर्वसुलभ बनाने के लिए की गई हाल की पहलों के पड़े प्रभाव के परिणामस्वरूप, माध्यमिक शिक्षा के विस्तार की मांग बढ़ी है। जब तक माध्यमिक शिक्षा प्रणाली का विस्तार करने के लिए उपाय नहीं किए जाएंगे, तब तक उच्च प्राथमिक शिक्षा में पास हुए विद्यार्थियों की बढ़ती हुई संख्या को खपाना कठिन होगा। यद्यपि, माध्यमिक विद्यालयों

की संख्या में वृद्धि हुई है लेकिन इनका प्रसार असमान रूप से हुआ है; विभिन्न राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों के सामाजिक-आर्थिक स्तर में क्षेत्रीय विसंगतियां हैं और विभिन्नताएं हैं। लिंग अन्तर का महत्वपूर्ण फासला भी कम करना होगा।

2.3.26 दसवीं योजना में महत्वपूर्ण विषय, शिक्षा की सभी अवस्थाओं में अच्छी शिक्षा प्रदान करना और उत्कृष्टता पर जोर देना है। माध्यमिक शिक्षा के स्तर पर पाठ्यचर्या के संशोधन के लिए किए जा रहे प्रयास दसवीं योजना में जारी रहेंगे, ताकि इसे और अधिक संगत बनाया जा सके। केन्द्र प्रायोजित स्कीमों का एकीकरण करने से विज्ञान, गणित और कम्प्यूटर शिक्षा तथा पर्यावरणीय और मूल्यपरक शिक्षा, और अधिक केन्द्रित रूप से प्रदान करने में सहायता मिलेगी। कुछ लोगों का ऐसा मत है कि कुछ लातिन अमरीकी देशों में चालू 'वाउचर प्रणाली' के माध्यम से विद्यार्थियों को राजसहायता देना, संस्थानों को राजसहायता देने की तुलना में अधिक कारगर है। विद्यार्थी, प्रतिष्ठित विद्यालयों में दाखिला लेंगे, जिससे बाजार शक्तियां अक्षम और खराब संस्थाओं की छंटाई कर देंगी।



अध्याय 2.4

व्यावसायिक शिक्षा

2.4.1 माध्यमिक और उच्चतर माध्यमिक शिक्षा, सामान्य शिक्षा प्रणाली के दो महत्वपूर्ण पड़ाव हैं क्योंकि इन्हीं बिन्दुओं पर युवावर्ग निर्णय लेते हैं कि क्या उच्चतर शिक्षा जारी रखी जाए, तकनीकी प्रशिक्षण का विकल्प चुना जाए अथवा कार्यबल में शामिल हुआ जाए। शिक्षाविदों और विशेषज्ञों ने निरंतर यह सिफारिश की है कि इन चरणों में शिक्षा को रोजगार की दुनिया से जोड़ने के लिए इसे एक व्यावसायिक रूख प्रदान किया जाए। डी0सी0 कोठारी आयोग, जिसकी अनुशंसाएं, राष्ट्रीय शिक्षा नीति 1968 का आधार थीं, ने यह महसूस किया था कि दसवीं कक्षा पास करने वाले कम से कम 50 प्रतिशत छात्रों को व्यावसायिक धारा की तरफ मोड़ना संभव होना चाहिए, जिससे कि विश्वविद्यालयों पर दबाव कम हो और छात्रों को लाभकर रोजगार के लिए तैयार किया जा सके। 10+2 स्तर पर व्यावसायिक शिक्षा प्रणाली 70 के दशक के अखिर में अस्तित्व में आई। तथापि, केवल मुट्ठीभर राज्य और संघ राज्य क्षेत्र व्यावसायिक शिक्षा प्रदान करने के लिए आगे आए।

2.4.2 व्यावसायिकीकृत शिक्षा पर राष्ट्रीय कार्य दल (जिसे वी0सी0 कुलंडाईस्वामी समिति, 1985 के नाम से भी जाना जाता है) ने व्यावसायिक शिक्षा कार्यक्रम की विस्तृत रूप से समीक्षा की और कार्यक्रम के विस्तार के लिए दिशा-निर्देश विकसित किये। इसकी अनुशंसाओं के फलस्वरूप, फरवरी, 1998 में माध्यमिक शिक्षा के व्यावसायिकीकरण पर केन्द्रीय प्रायोजित योजना की शुरुआत हुई।

2.4.3 यह योजना, औपचारिक क्षेत्रों में राज्य सरकारों/संघ राज्य क्षेत्रों और अनौपचारिक क्षेत्रों में गैर-सरकारी संगठनों के जरिए कार्यान्वित की जा रही है। वैयक्तिक रोजगारपरकता को बढ़ाना, कुशल जनशक्ति की मांग और आपूर्ति के मध्य वैषम्य को कम करना और उच्चतर शिक्षा को बगैर रुचि विशेष या प्रयोजन के जारी रखने वालों के लिए एक विकल्प प्रदान करना, इस योजना के प्रमुख उद्देश्य हैं। नौवीं योजना के दौरान, इस स्कीम के अधीन 100 करोड़ रुपये के योजना परिव्यय का प्रावधान किया गया था।

2.4.4 औपचारिक क्षेत्र में, राज्य सरकारें, योजना को +2

स्तर पर लगभग 6700 विद्यालयों के जरिए कार्यान्वित करती हैं। 150 से अधिक पाठ्यक्रमों की पेशकश, छः प्रमुख विषयों में की जाती है। ये विषय हैं:- कृषि, व्यापार और वाणिज्य, इंजीनियरिंग और प्रौद्योगिकी, स्वास्थ्य और अर्ध चिकित्सीय सेवाएं, गृह विज्ञान और मानविकी। मानव संसाधन विकास मंत्रालय ने वित्त मंत्रालय में आर्थिक कार्य विभाग के साथ राष्ट्रीयकृत बैंकों और वित्त कम्पनियों द्वारा व्यावसायिक शिक्षा पूर्ण करने वालों को अपना उद्यम स्थापित करने के लिए सहायता देने हेतु आसान ऋण की व्यवस्था किए जाने के मामले को उठाया है।

2.4.5 अनौपचारिक क्षेत्र में, योजना में परियोजना आधार पर शिक्षा के व्यावसायिकीकरण को बढ़ावा देने हेतु नवाचारी (इनोवेटिव) कार्यक्रमों की शुरुआत करने के लिए गैर-सरकारी संगठनों को सहायता देने की व्यवस्था की गई है। योजना के प्रारंभ से कुल 168 गैर-सरकारी संगठनों को इन परियोजनाओं, जिनसे ग्रामीण बेरोजगार युवाओं और विद्यालय बीच में ही छोड़ने वालों को मदद मिलती है, को प्रारंभ करने के लिए वित्तीय सहायता प्रदान की गई है।

2.4.6 इस योजना में विभिन्न कार्यक्रमों का वित्तपोषण, केन्द्र और राज्यों की भागीदारी से होता है। केन्द्र सरकार, 11 घटकों के लिए 100 प्रतिशत सहायता देती है। इनमें प्रशिक्षुता प्रशिक्षण, जिला व्यावसायिक सर्वेक्षण, पाठ्य-पुस्तक विकास कार्यशालाएं, अनुदेशात्मक सामग्री, सहायिकी (सब्सिडी), संसाधन व्यक्ति प्रशिक्षण, कार्यशाला/प्रयोगशाला भवन, विद्यालय के लिए उपस्कर, शिक्षण प्रशिक्षण पाठ्यक्रम, पाठ्यचर्या विकास कार्यशाला, इत्यादि शामिल हैं। पचास प्रतिशत सहायता, राज्यों को पांच घटकों के लिए दी जाती है। ये घटक हैं; राज्य शिक्षा निदेशालयों में व्यावसायिक स्कंध, राज्य शैक्षिक अनुसंधान एवं प्रशिक्षण परिषद व्यावसायिक स्कंध (विंग), जिला व्यावसायिक-स्कंध, कच्चे माल/आकस्मिक निधि और छात्रों के द्वारा क्षेत्रों का दौरा किए जाने का प्रावधान। व्यावसायिक विद्यालय के कर्मचारियों पर पड़ने वाले व्यय का 75 प्रतिशत, केन्द्र सरकार देती है, जबकि शेष 25 प्रतिशत का वित्तपोषण, राज्य सरकारें करती हैं। परीक्षाएं आयोजित करने और व्यावसायिक मार्गदर्शन

प्रदान करने के लिए संपूर्ण व्यय का वहन राज्यों को करना होता है।

2.4.7 राष्ट्रीय शैक्षिक अनुसंधान और प्रशिक्षण परिषद के अधीन द पंडित सुंदरलाल शर्मा सेन्ट्रल इंस्टीट्यूट ऑफ वोकेशनल एडुकेशन, भोपाल, राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के मूल साझीदारों को अनुसंधान और विकास संबंधी समर्थन और प्रशिक्षण प्रदान करता है। यह संस्थान, कृषि, व्यापार और वाणिज्य, इंजीनियरिंग और प्रौद्योगिकी, स्वास्थ्य और अर्ध-चिकित्सीय सेवाओं, गृह विज्ञान आदि प्रमुख क्षेत्रों में राज्य शैक्षिक अनुसंधान और प्रशिक्षण परिषदों द्वारा अपनाए जाने के लिए एक से दो वर्ष की अवधि की पाठ्यचर्या तैयार करता है।

व्यावसायिक शिक्षा में विचारार्थ विषय/मुद्दे

2.4.8 शिक्षा के व्यावसायिकीकरण को विद्यालयी शिक्षा प्राप्त करने के माध्यमिक स्तर पर केवल आंशिक सफलता ही प्राप्त हुई है। छात्र, सामान्य पाठ्यक्रमों को तरजीह देते हैं- यथा +2 और बाद में शिक्षा के तृतीयक स्तर पर विज्ञान, कला और वाणिज्य। ये देश में 60 मिलियन शिक्षित बेरोजगार युवकों का समूह (बल्क) गठित करते हैं। दूसरी ओर, विशेषतया हाल के वर्षों में अर्थव्यवस्था के उदारीकरण को ध्यान में रखते हुए, देश में तकनीकी और कुशल जनशक्ति की आवश्यकता है। भारत जैसे विकासशील अर्थव्यवस्था वाले देश में प्रशिक्षित जनशक्ति के लिए विशेषतया कृषि, निर्माण और सामाजिक सेवाओं के क्षेत्र में व्यापक अवसर हैं। एक समुचित रूप से योजनाबद्ध और प्रभावी रूप से कार्यान्वित की गई व्यावसायिक शिक्षा प्रणाली बेरोजगार युवकों को कुछ उपयोगी रोजगार शुरू करने में सक्षम बनाएगी।

2.4.9 इस योजना का मूल्यांकन, 1996 में ऑपरेशन रिसर्व ग्रुप ने और 1998 में राष्ट्रीय शैक्षिक अनुसंधान एवं प्रशिक्षण परिषद ने भी किया था। प्रचालन अनुसंधान समूह (ओ0आर0जी0) के मूल्यांकन के कुछ महत्वपूर्ण निष्कर्ष निम्नलिखित हैं:-

- (क) राज्य, व्यावसायिक शिक्षा को निम्न प्राथमिकता दे रहे हैं;
- (ख) विद्यालय शिक्षा निदेशालय, अन्य प्रासंगिक विभागों के साथ अत्यल्प तालमेल के साथ, कुल मिलाकर, पृथक होकर कार्य कर रहा है;
- (ग) राज्य सरकारें, पूर्णकालिक शिक्षकों को नियुक्त करने की अनिच्छुक हैं, क्योंकि योजना बंद हो जाने की स्थिति में वे दीर्घकालिक प्रतिबद्धता वाले दायित्व

ग्रहण करने को लेकर चिंतित हैं।

2.4.10 राष्ट्रीय शैक्षिक अनुसंधान और प्रशिक्षण परिषद के 1998 के मूल्यांकन की कुछ प्रमुख सिफारिशें निम्न हैं:-

- (क) सामान्य विद्यालयों में व्यावसायिक पाठ्यक्रमों का प्रावधान, उद्योग के साथ सक्रिय भागीदारी में और ब्लाक स्तर पर व्यावसायिक संस्थाओं, जिन्हें ग्रामीण क्षेत्रों में स्थापित किया जाए, के निकट सहयोग में किया जाना चाहिए।
- (ख) व्यावसायिक विषय, कला, विज्ञान और वाणिज्य विषय जैसे माने जाएं और +2 स्तर पर इस धारा से उत्तीर्ण होकर निकलने वाले छात्रों की संबंधित शिक्षण में तृतीयक स्तर पर सीधी पहुंच होनी चाहिए।
- (ग) कार्य-अनुभव, विद्यालयी शिक्षा के विविध स्तरों पर पूर्व-व्यावसायिक और सामान्य व्यावसायिक सक्षमता पर यथेष्ट बल देने के लिए राष्ट्रीय शैक्षिक अनुसंधान के राष्ट्रीय पाठ्यक्रम ढांचे को पुनःसरचित किया जाना चाहिए।
- (घ) शैक्षणिक धारा के मामले में पूर्णकालिक शिक्षकों की नियमित और स्थायी आधार पर नियुक्ति की जाए।
- (ङ) +2 स्तर पर सभी व्यावसायिक पाठ्यक्रमों को प्रशिक्षुता अधिनियम, 1961 के तहत लाया जाना चाहिए।
- (च) मौजूदा व्यावसायिक शिक्षा कार्यक्रम में सुविधाओं का अधिकतम उपयोग करने के लिए उन विभिन्न विभागों और गैर-सरकारी संगठनों के अतिरिक्त पॉलीटेक्नीक में विशाल आधारभूत संरचना और उच्चतर माध्यमिक विद्यालयों में +2 व्यावसायिक स्कंधों की समीक्षा की जानी चाहिए।

2.4.11 बेरोजगारी की बढ़ती समस्या को ध्यान में रखते हुए, योजना आयोग ने दसवीं योजना के लिए वर्ष 2000 में व्यावसायिक शिक्षा पर एक पृथक कार्यदल गठित किया था। इस कार्यदल की सिफारिशों के मुताबिक, दसवीं योजना में केन्द्रीय प्रायोजित स्कीम को निम्नलिखित विशेषताओं के साथ पुनः प्रारंभ किया जाना प्रस्तावित है।

- विद्यालयों में व्यावसायिक पाठ्यक्रम, सक्षमता-आधारित और ऋण अंतरण प्रणाली और मल्टी-प्वाइंट प्रवेश/निकास के लिए प्रावधानों सहित, प्रमापीय रूप में होना चाहिए।

- +2 स्तर पर व्यावसायिक पाठ्यक्रमों और विश्वविद्यालयी स्तर पर पाठ्यक्रमों के मध्य संलग्नता(लिकेज) स्थापित करने की आवश्यकता है। स्नातक स्तर पर व्यावसायिक पाठ्यक्रम में प्रवेश लेने के लिए वर्तमान प्रवेश संबंधी मानदंडों को भी परिवर्तित किए जाने की आवश्यकता है।
- पाठ्यक्रम तैयार करने, पाठ्यचर्या का विकास करने, संकाय/छात्रों का प्रशिक्षण और पाठ्यक्रमों के प्रमाणीकरण में समझौता ज्ञापनों के जरिए उद्योगों को शामिल करके मौजूदा योजना को सुदृढ़ बनाने की आवश्यकता है।
- योजना को दीर्घकालिक बनाने के लिए विद्यालय, शुल्क लगाने पर विचार करें और पाठ्यक्रमों को स्व-वित्तपोषण के आधार पर तैयार किया जाए।
- प्रशिक्षुता प्रशिक्षण सुविधा का पूर्ण रूप से उपयोग किए जाने और अनिवार्य बनाए जाने की आवश्यकता है। इसे हासिल करने के लिए प्रशिक्षुता और प्रशिक्षण हेतु व्यावसायिक अध्ययनों को पूरा करने वालों को +2 परीक्षाओं का परिणाम आने के तुरंत बाद प्रशिक्षुता प्रशिक्षण बोर्ड द्वारा रोजगार दिलाए जाने का निर्णय लिया जाना चाहिए।
- विद्यालयों में व्यावसायिक पाठ्यक्रमों के प्रारंभ होने से पूर्व, आवश्यकता का अध्ययन करने और जिला स्तर पर व्यावसायिक सर्वेक्षण करने के लिए स्थानीय व्यापार और उद्योग को पूरी तरह शामिल किया जाना चाहिए।
- केन्द्रीय विद्यालय और नवोदय विद्यालय स्कूल प्रणाली के पास, व्यावसायिक पाठ्यक्रमों को चलाने संबंधी सुविधाएं अनिवार्य रूप से होनी चाहिए।
- व्यावसायिक पाठ्यक्रम तैयार करते समय अपंग व्यक्तियों के लिए विशेष व्यवस्था की जानी चाहिए और पाठ्यक्रमों में उनकी आवश्यकताओं तथा एकीकरण पर समुचित ध्यान दिया जाना चाहिए।
- राज्यों में परीक्षण और प्रमाणन प्रणालियां सृजित करने के लिए प्रयोग करने वाले निकायों और व्यावसायिक एसोसिएशनों के सहयोग से योजना के अधीन वित्तीय सहायता प्रदान की जाए।
- विद्यालय प्रणाली को तकनीकी समर्थन देने और अन्य तकनीकी संस्थानों के साथ संलग्नता स्थापित करने के लिए अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा

परिषद के व्यावसायिक शिक्षा बोर्ड को पुनः सक्रिय किए जाने की आवश्यकता है।

2.4.12 दसवीं पंचवर्षीय योजना हेतु गठित माध्यमिक, उच्चतर और तकनीकी शिक्षा संबंधी संचालन समिति ने अनुशंसा की कि माध्यमिक विद्यालय स्तर पर व्यावसायिक शिक्षा, पालिटेक्नीक शिक्षा और औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों को बेहतर नेटवर्किंग, संलग्नता, केन्द्रित लक्ष्यीकरण और संसाधनों के अधिकतम उपयोग के लिए राज्य सरकार के एक विभाग के अधीन रहना चाहिए।

2.4.13 माध्यमिक शिक्षा के व्यावसायिकीकरण की केन्द्रीय प्रायोजित योजना के लिए दसवीं योजना में 350 करोड़ रुपये के परिव्यय का आवंटन किया गया है।

औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थान

2.4.14 राष्ट्रीय स्तर पर, श्रम मंत्रालय में रोजगार एवं प्रशिक्षण महानिदेशालय, व्यावसायिक शिक्षा के क्षेत्र में नीतियां बनाने, मानदंड निर्धारित करने, ट्रेड-टेस्ट आयोजित करने और प्रमाणन इत्यादि के लिए नोडल मंत्रालय है। एक समवर्ती विषय होने के कारण व्यावसायिक प्रशिक्षण की जिम्मेदारी का वहन केन्द्रीय और राज्य सरकारों की भागीदारी से होता है। राज्य स्तर पर संबंधित सरकारी विभाग, व्यावसायिक प्रशिक्षण कार्यक्रमों के लिए उत्तरदायी होते हैं।

2.4.15 वर्ष 1953 में 54 औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों से शुरू होकर, कार्यरत औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों की संख्या 4,274 (1654 सरकारी क्षेत्र में और शेष 2620 निजी क्षेत्र में) तक पहुंच चुकी है। सीटों की क्षमता 10000 से प्रगामी रूप से बढ़कर वर्तमान में 6,28000 तक पहुंच गई है। प्रशिक्षुओं के प्रशिक्षण कार्यक्रम को नियमित करने के लिए प्रशिक्षु अधिनियम, 1961 में समय-समय पर संशोधन किया गया। केन्द्रीय प्रशिक्षुता परिषद, प्रशिक्षुता प्रशिक्षण योजना के संबंध में नीतियों, मानदंडों और मानकों के बारे में सरकार को सलाह देती है।

2.4.16 प्रशिक्षु अधिनियम, दोहरे उद्देश्यों की पूर्ति करता है - प्रथमतया शिक्षुओं को उद्योग में प्रशिक्षित करने के कार्यक्रम को यह सुनिश्चित करने के लिए नियमित करना कि यह केन्द्रीय प्रशिक्षुता परिषद द्वारा विहित पाठ्यक्रम, प्रशिक्षण की अवधि आदि के अनुरूप हों; और द्वितीयतः कामगारों के लिए उद्योग में उपलब्ध सुविधाओं का पूर्णरूपेण उपयोग करना। 31 मार्च, 2001 की स्थिति के अनुसार, 17,800 से ज्यादा सार्वजनिक/निजी क्षेत्र के प्रतिष्ठान, प्रशिक्षुता अधिनियम के

तहत कवर किए गए और आवंटित सीटों की संख्या 2.20 लाख थी, जिनमें से 1.58 लाख सीटों का उपयोग किया गया था।

2.4.17 शिल्पकार प्रशिक्षण कार्यक्रम शिल्पकारी के किसी क्षेत्र में शैक्षणिक प्रशिक्षण से संबद्ध है, जिसमें मामूली सा व्यावहारिक प्रशिक्षण दिया जाता है। यह प्रशिक्षण, 43 इंजीनियरिंग और 24 गैर-इंजीनियरिंग ट्रेडों में दिया जा रहा है ताकि शिक्षित युवाओं को औद्योगिक रोजगार हेतु उपयुक्त कौशलों से लैस कर उनके बीच बेरोजगारी कम की जा सके।

2.4.18 जैसाकि पूर्व में था, कौशल विकास और रोजगार सेवाएं, विशेष आवश्यकताओं वाले कमजोर वर्गों, जैसे कि महिलाओं तथा अपंग पूर्व-सैनिकों सहित अपंग व्यक्तियों, अनुसूचित जातियों/अनुसूचित जनजातियों को प्रदान किया जाना जारी है। महिलाओं को प्रशिक्षण संबंधी सुविधाएं प्रदान करना, ताकि कुशल कामगारों के रूप में उद्योग में उनकी भागीदारी बढ़े और/अथवा स्वरोजगार, आय-उत्पादक गतिविधियां शुरू करने के लिए कौशल प्राप्त करने में उनको सहायता, राष्ट्रीय व्यावसायिक प्रशिक्षण संस्थान और 10 महिला क्षेत्रीय व्यावसायिक प्रशिक्षण संस्थानों में केवल महिलाओं के लिए प्रशिक्षण पाठ्यक्रमों के जरिए मुहैया कराई जा रही हैं। इन संस्थानों की वर्तमान प्रशिक्षण क्षमता 2,068 सीट हैं। राज्य क्षेत्र में, महिलाओं हेतु 534 विशेष स्कंधों सहित, 46,750 सीटों वाले सामान्य औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों तथा केवल महिलाओं के लिए 231 औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों का नेटवर्क है, जो विभिन्न इंजीनियरिंग और गैर-इंजीनियरिंग ट्रेडों में शिल्पकारी प्रशिक्षण प्रदान करता है।

2.4.19 आधारभूत संरचना और सुविधाएं उपलब्ध होने के बावजूद देश में कौशल विकास और प्रशिक्षण बहुत अपर्याप्त है। प्रत्येक वर्ष, 5.5 मिलियन छात्र, दसवीं कक्षा उत्तीर्ण होकर बाहर निकलते हैं, जिनमें से 3.3 मिलियन कक्षा ग्यारह में चले जाते हैं और शेष 2.2 मिलियन शिक्षा के क्षेत्र से बाहर हो जाते हैं। इसके अतिरिक्त, आठवीं कक्षा के बाद पढ़ाई छोड़ने वालों की संख्या, 19 मिलियन है। यही लोग व्यावसायिक प्रशिक्षण और स्वरोजगार के अवसरों की तलाश करते हैं। अतः इस 21 मिलियन लक्ष्य समूह पर ध्यान दिया जाना है। इसकी तुलना में देश की उपलब्ध औपचारिक प्रशिक्षण क्षमता, केवल 2.3 मिलियन छात्र हैं जो 18.7 मिलियन का अंतर छोड़ देती है। इस अंतर को पूरा करने के लिए औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थान की प्रणाली को संपुष्ट किए जाने की आवश्यकता है। प्रशिक्षकों के प्रशिक्षण पर भी ध्यान देने की आवश्यकता है क्योंकि 55000 अनुदेशकों में से केवल 40 प्रतिशत ने पूर्ण अनुदेशक-प्रशिक्षण पाठ्यक्रम पूरा किया है।

2.4.20 श्रम और मानव संसाधन विकास मंत्रालयों की इन पहलों के अतिरिक्त, कई अन्य कार्यक्रम और गतिविधियां, विभिन्न विभागों/मंत्रालयों के कार्यक्षेत्र के अधीन हैं। इनमें ग्रामीण विकास मंत्रालय, महिला एवं बाल विकास विभाग, उद्योग मंत्रालय, खादी और ग्रामीण उद्योग आयोग आदि शामिल हैं। ये सभी कार्यक्रम, मुख्यतया अनौपचारिक क्षेत्र की आवश्यकताओं को सीमित रूप में पूरा करते हैं और उत्पन्न होने वाली आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए इनका विस्तार किए जाने की आवश्यकता है।

भावी कदम

2.4.21 युवाओं के बीच बेरोजगारी की बढ़ती समस्या के कारण सम्पूर्ण व्यावसायिक शिक्षा योजना को पुनर्संरचित करने की आवश्यकता है। व्यावसायिक पाठ्यक्रमों पर भविष्य की नीतियां निम्नलिखित बिन्दुओं के इर्द-गिर्द होनी चाहिए :

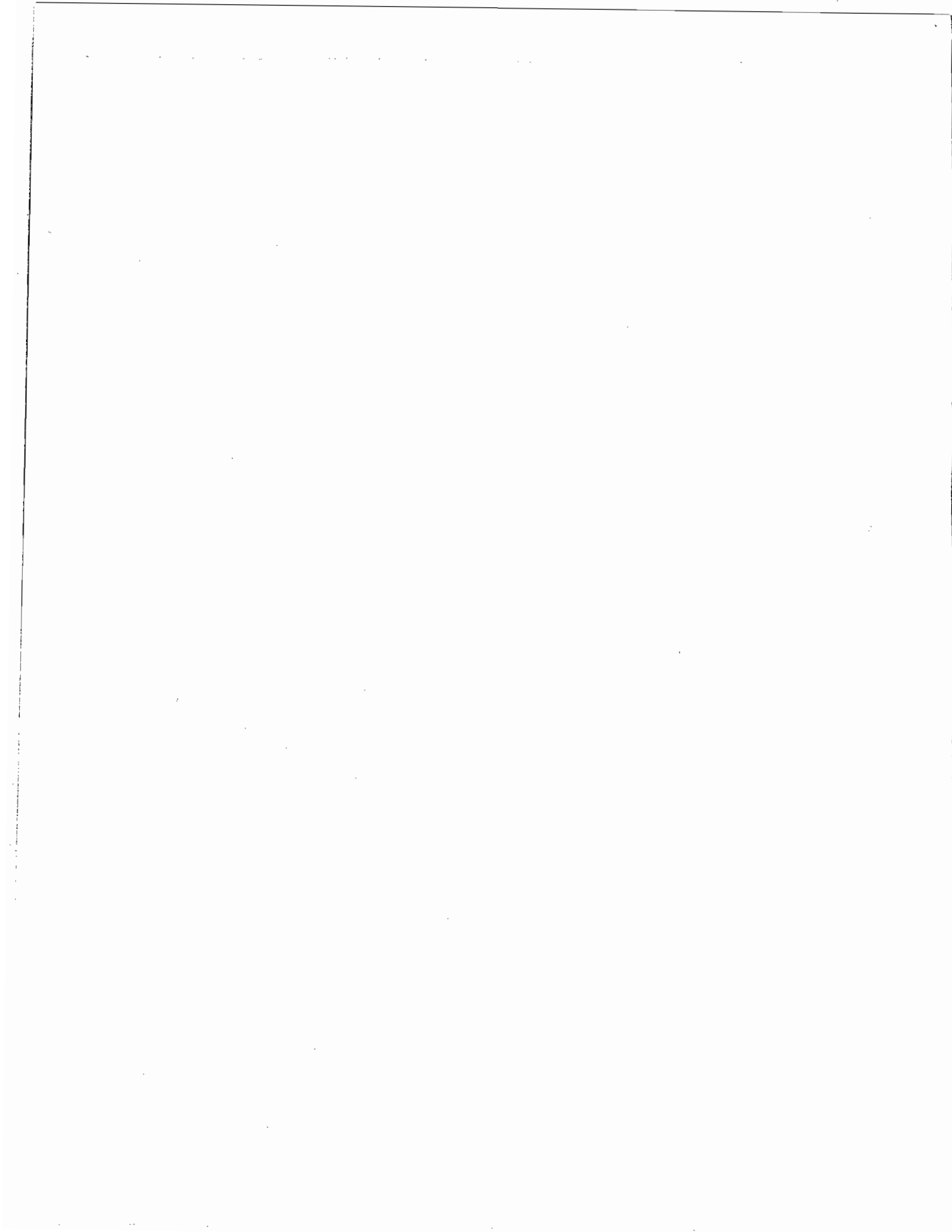
- राज्य सरकारों और संघ राज्य प्रशासनों को बेरोजगारी की समस्या के संदर्भ में कौशल प्रशिक्षण/व्यावसायिक शिक्षा के महत्व के प्रति, संवेदनशील बनाने की आवश्यकता है।
- आठवीं कक्षा उत्तीर्ण करने वालों, जिनकी संख्या 'प्राथमिक शिक्षा सार्वजनीकरण' और 'सर्व शिक्षा अभियान' संबंधी पहलों की सफलता के कारण बढ़ेगी, के लिए प्रबंध करने की तत्काल आवश्यकता है।
- जिस चरण पर फिटर, टर्नर, लोहारी के ट्रेड, लेखा कार्य, टाइपिंग, बही खाता-पद्धति और सचिवालयी पद्धतियां (प्रैक्टिसेज) जैसे पाठ्यक्रमों को शुरू किया जाना है, उसका ध्यानपूर्वक मूल्यांकन किए जाने की आवश्यकता है।
- विविध व्यावसायिक पाठ्यक्रमों की अवधि का भी ध्यानपूर्वक मूल्यांकन करने की आवश्यकता है।
- व्यावसायिक-स्ट्रीम में उर्ध्वाकार परिवर्तनीयता (वरटिकल मोबिलिटी) की भी आवश्यकता है। किसी स्ट्रीम विशेष में +2 उत्तीर्ण करने वाले छात्रों को विशिष्टता और डिप्लोमा एवं डिग्री प्रमाण पत्र हासिल करने में सक्षम होना चाहिए, ताकि वे मूल्य-संवर्धित रोजगार और बेहतर रोजगार के अवसर प्राप्त कर सकें।
- प्रौद्योगिकी/उद्योगों की निरन्तर बदलती जरूरतों को ध्यान में रखते हुए व्यावसायिक पाठ्यक्रमों को मांग और आवश्यकता पर आधारित होना चाहिए। मांग

प्रतिरूपों (पैटर्न) में परिवर्तन के अनुसार छात्रों को पाठ्यक्रम बदलने की अनुमति देने के लिए व्यावसायिक पाठ्यक्रमों में एक अन्तर्निर्मित लचीलापन होना आवश्यक है।

- पाठ्यक्रमों के प्रारूपण और प्रमाणन और छात्रों एवं संकाय के प्रशिक्षण में समझौता ज्ञापनों के जरिए उद्योगों को शामिल करके मौजूदा योजना को सुदृढ़ बनाया जाना चाहिए।
- फिलहाल ज्यादातर व्यावसायिक पाठ्यक्रम विनिर्माण क्षेत्र में हैं। इस क्षेत्र में धीमी प्रगति और सेवाओं के क्षेत्र में विस्फोटक अवसरों के मद्देनजर, व्यावसायिक पाठ्यक्रमों को उत्तरवर्ती क्षेत्र पर केन्द्रित होना चाहिए।
- सर्व शिक्षा अभियान, वयस्क शिक्षा और विद्यालयों, औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों, पालीटेक्नीकों, सामुदायिक महाविद्यालयों आदि में व्यावसायिक शिक्षा कार्यक्रम जैसी योजनाओं के एकीकरण पर जोर डाला जाना चाहिए।
- उत्तर प्रदेश, बिहार, हरियाणा, राजस्थान और मध्य प्रदेश के अनेक जिलों में कमजोर औद्योगिक आधार के मद्देनजर व्यावसायिक शिक्षा योजना पर पुनःदृष्टि डालने की आवश्यकता है।
- प्रौद्योगिकी में परिवर्तनों के साथ तालमेल बिठाए रखने के लिए व्यावसायिक शिक्षा के पाठ्यक्रमों (विषयों) को नियमित आधार पर अद्यतन किया जाना चाहिए। यह खाद्य प्रसंस्करण, डेयरी प्रौद्योगिकी,

चमड़ा और चर्मशोधन प्रौद्योगिकी आदि जैसे ट्रेडों में विशेषरूप से प्रासंगिक है।

- व्यावसायिक संस्थानों को प्रौद्योगिकी विकास के साथ-साथ अद्यतन बनाए रखने के लिए इन्हें केन्द्रीय खाद्य और प्रौद्योगिकी अनुसंधान संस्थान, मैसूर, केन्द्रीय चमड़ा अनुसंधान संस्थान, चेन्नई आदि जैसे वृत्तिक (प्रोफेशनल) संस्थानों के नेटवर्क के साथ भी जोड़ा जाना चाहिए।
- किसी ट्रेड विशेष के छात्रों को खपाने के लिए, व्यावसायिक शिक्षा योजना को स्थानीय उद्योग की क्षमता पर केन्द्रित होना चाहिए। किसी ट्रेड विशेष के अत्यधिक छात्रों की आपूर्ति से बचना चाहिए। इस संदर्भ में, ट्रेड के भीतर ही विविधीकरण लाए जाने की आवश्यकता है।
- व्यावसायिक शिक्षा के शिक्षकों के प्रशिक्षण पर तत्काल ध्यान देने की आवश्यकता है।
- व्यावसायिक शिक्षा के शिक्षकों, मुख्य शिल्पकारों और प्रशिक्षुओं के बीच विचारों/कौशलों का नियमित आदान-प्रदान होना चाहिए।
- व्यावसायिक शिक्षा कार्यक्रमों के कार्यान्वयन और कौशलों का प्रशिक्षण प्रदान करने में भारतीय वाणिज्य और उद्योग महासंघ (फिक्की), भारतीय वाणिज्य और उद्योग महामंडल(एसोचैम) और भारतीय उद्योग परिसंघ (सी0आई0आई0) जैसे शीर्ष औद्योगिक एसोसिएशनों को बृहत्तर सीमा तक शामिल किए जाने की आवश्यकता है।



अध्याय 2.5

उच्चतर तथा तकनीकी शिक्षा

उच्चतर शिक्षा

2.5.1 शिक्षा, विशेषरूप से उच्च शिक्षा का महत्व निरन्तर बढ़ता जा रहा है तथा अब ज्ञान आधारित उद्योग विकास में प्रमुख स्तर प्राप्त कर रहे हैं। यद्यपि भारत में उच्चतर शिक्षा प्रणाली लगभग 135 वर्ष पुरानी है किन्तु इसके विकास की गति में स्वाधीनता के बाद बहुत अधिक तेजी आई है।

2.5.2 विशेषज्ञता प्राप्त क्षेत्रों में उच्चतर शिक्षा के क्षेत्र में नये विश्वविद्यालयों और संस्थानों की संख्या में पिछले 50 वर्षों में उल्लेखनीय वृद्धि हुई है। देश में इस समय 18 चिकित्सा विद्यालयों और 40 कृषि विश्वविद्यालयों को शामिल करके कुल 273 विश्वविद्यालय डीम्ड मान लिए गए विश्वविद्यालय हैं और 12,300 महाविद्यालय (कॉलेज) हैं जिनमें से 4,683 ग्रामीण क्षेत्रों में है। (तालिका 2.5.1)

2.5.3 नौवीं योजना में राष्ट्रीय शिक्षानीति, 1986 के उद्देश्यों/ नीति निर्देशों को तथा इसके 1992 के कार्यवाही कार्यक्रम को दोहराया गया है। मुख्य रूप से नौवीं योजना में उच्चतर शिक्षा प्रणाली में सुधार करने के लिए निम्नलिखित कार्यनीतियों पर विशेष बल दिया गया है:

- क) संस्थानों की संस्थापना और विस्तार करना
- ख) स्वायत्तशासी कालेजों और विभागों का विकास करना
- ग) पाठ्यक्रमों का पुनः अभिकल्पन करना
- घ) अध्यापकों को प्रशिक्षण प्रदान करना
- ड.) अनुसंधान कार्य का सुदृढ़ीकरण करना
- च) दक्षता में सुधार करना
- छ) समीक्षा और प्रबोधन करना आदि।

2.5.4 नौवीं योजना अवधि के लिए विश्वविद्यालय और उच्चतर शिक्षा उपक्षेत्र के लिए 2,520.06 करोड़ रुपये के परिव्यय का प्रावधान किया गया था जिसमें से 2,270.92 करोड़ रुपये की राशि खर्च की गई थी (सलग्नक 2.5.1)।

2.5.5 नौवीं योजनावधि में विज्ञान और प्रौद्योगिकी और स्वास्थ्य विज्ञान विश्वविद्यालयों, स्वायत्त कालेजों की अलग स्थापना की जानी शुरू हुई और अपने पाठ्यक्रम तैयार करने, अध्यापन और अनुसंधान की नई पद्धतियाँ विकसित करने, प्रवेश के लिए नियम बनाने तथा परीक्षाएँ आयोजित करने के साथ-साथ उत्कृष्टता केन्द्रों और राष्ट्रीय आकलन एवं प्रत्यायन परिषद की स्थापना करने की स्वाधीनता प्रदान की गई।

तालिका - 2.5.1

उच्चतर शिक्षा के संस्थानों, प्रवेश लेने वाले विद्यार्थियों और अध्यापकों की संख्या

वर्ष	महाविद्यालयों की संख्या	विश्वविद्यालयों की संख्या *	विद्यार्थियों की संख्या (000 में)	अध्यापकों की संख्या (000 में)
1950-51	750	30	2,63,000	24,000
1990-91	7,346	177	49,25,000	2,72,000
1996-97	9,703	214	67,55,000	3,21,000
1998-99	11,089	238	74,17,000	3,42,000

टिप्पणी: * विश्वविद्यालय मान लिए गए संस्थानों को मिलाकर किन्तु अन्य संस्थानों को छोड़कर।

स्रोत: विश्वविद्यालय अनुदान आयोग की वर्ष 1996-97 और 1998-99 वार्षिक रिपोर्ट और चुनिन्दा शैक्षणिक आँकड़े, मानव संसाधन विकास मंत्रालय।

उच्चतर शिक्षा प्राप्त करने के लिए विश्वविद्यालय मान लिए गए मान्यता प्राप्त कुछ ऐसे संस्थान भी हैं जो सरकार से मिलने वाले अनुदान के अतिरिक्त अपने वित्तीयन की व्यवस्था अपने निजी संसाधनों से करते हैं। इस अवधि के दौरान उच्चतर शिक्षा संबंधी कार्यनीतियों में समन्वित दृष्टिकोण पर अधिक बल दिया गया है जिसमें उत्कृष्टता, और समानता, प्रासंगिकता, मूल्य शिक्षा का संवर्धन करने और प्रबन्धन प्रणाली को सुदृढ़ बनाने पर अधिक महत्व दिया गया है। विश्वविद्यालयों को सामान्य सुविधाएं, सेवाएं और कार्यक्रम प्रदान करने और गुणवत्ता का विकास करने के लिए विश्वविद्यालय प्रणाली के भीतर ही स्वायत्तशासी केन्द्रों की स्थापना की गई है।

2.5.6 व्यापक रूप से यह मान्यता बढ़ रही है कि बड़े आर्थिक और प्रौद्योगिकीय परिवर्तनों के संदर्भ में उच्चतर शिक्षा प्रणाली में विद्यार्थियों को पर्याप्त दक्षता प्रदान करने की व्यवस्था होनी चाहिए ताकि वे उभरते सामाजिक, आर्थिक और सांस्कृतिक परिवेश में अपनी पूरी सहभागिता निभा सकें। इस प्रकार विश्वविद्यालयों की भूमिका और दृष्टिकोण में भारी परिवर्तन परिलक्षित हो रहे हैं। सूचना और संचार प्रौद्योगिकियों के कारण समग्र शिक्षा प्रणाली की अवसंरचना, प्रबंधन प्रणाली और शिक्षा प्रदान करने की विधा में भी आधारभूत परिवर्तन हो रहे हैं।

2.5.7 अनेक विश्वविद्यालयों ने उन्मुक्त और दूरस्थ शिक्षण प्रणाली के महत्व को पहले ही स्वीकार कर लिया है और पत्राचार पाठ्यक्रम चलाना आरम्भ कर दिया है। इस दशक के आरम्भ में पत्राचार के माध्यम से प्रशिक्षण प्रदान करने वाले विश्वविद्यालयों की कुल संख्या 64 थी। सूचना, संचार प्रौद्योगिकी के क्षेत्र में हुई प्रगति और देश भर में संचार अवसंरचना में हुए विस्तार ने शिक्षा को निरन्तर जारी रखने की आवश्यकता और उच्चतर शिक्षा के लिए समान अवसर प्रदान करने की आवश्यकता को पूरा करने के लिए एक अभूतपूर्व अवसर प्रदान किया है।

2.5.8 इंदिरा गांधी मुक्त विश्वविद्यालय जिसकी स्थापना 1985 में की गई थी, में 1.2 मिलियन विद्यार्थियों के नाम दर्ज हैं और इसमें 72 कार्यक्रम चलाए जा रहे हैं। विश्वविद्यालय ने देश भर में विद्यार्थियों को सहायता प्रदान करने के लिए एक देशव्यापी नेटवर्क ढाँचा स्थापित किया है। इसके लिए 46 क्षेत्रीय केन्द्रों और 765 अध्ययन केन्द्रों की स्थापना की गई है। इसने देश भर के सभी दूरस्थ शिक्षण संस्थानों को इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से जोड़ने के लिए दूरसंचार सम्मेलन प्रणाली आरंभ की है। नौवीं योजनावधि में विभिन्न विश्वविद्यालयों में पत्राचार के विभिन्न विभाग को स्वतंत्र मुक्त विश्वविद्यालय में परिवर्तित

कर दिया गया था। इस समय देश में 9 मुक्त विश्वविद्यालय हैं जिन्हें विभिन्न राज्यों द्वारा नब्बे के दशक में आरंभ किया गया है।

बाक्स - 2.5.1

दसवीं योजना - उद्देश्य, प्रमुख मामले और फोकस

दसवीं योजना का मुख्य उद्देश्य योजनावधि के अन्त तक 18 से 23 वर्ष की आयु वर्ग के विद्यार्थियों की पंजीयन संख्या विद्यमान 6 प्रतिशत से बढ़ाकर 10 प्रतिशत तक करना है। कार्यनीति में प्रवेश, गुणवत्ता में वृद्धि करने, आवश्यकतानुसार कार्यनीतियाँ अपनाने और उच्चतर शिक्षा प्रणाली को उदार बनाने पर अधिक ध्यान दिया जायेगा। पाठ्यक्रम की प्रासंगिकता, व्यावसायीकरण और सूचना प्रौद्योगिकी के उपयोग का नेटवर्क शुरू करने की ओर भी ध्यान दिया जाएगा। योजना में दूरस्थ शिक्षण, औपचारिक, अनौपचारिक दूरस्थ और सूचना प्रौद्योगिकी संस्थानों को एक केन्द्राभिमुखी बनाने, कालेजों और डीम्ड विश्वविद्यालयों के प्रबन्धन और ज्ञान के सीमान्त क्षेत्रों में निजी सहभागिता बढ़ाने और भारतीय शिक्षा का अन्तर्राष्ट्रीयकरण करने के क्षेत्र में चुनौतियों को पूरा करने की ओर विशेष ध्यान दिया जाएगा।

2.5.9 पहुंच और समदृष्टि विश्वविद्यालय/उच्चतर शिक्षा प्रणाली के केन्द्र बिन्दु हैं। अनुमानित आबादी के 18-23 वर्ष के आयु वर्ग के लगभग केवल 6 प्रतिशत लोग ही इस समय विश्वविद्यालय प्रणाली में हैं। लाभवंचित वर्ग के लोगों को शामिल करके पंजीयन संख्या बढ़ाने के लिए अन्य प्रयास दसवीं योजना के दौरान किए जाएंगे।

2.5.10 गुणवत्ता में सुधार करने की मूल समस्या का समाधान पाठ्यक्रमों का आधुनिकीकरण करके, अनुसंधान बढ़ाकर, विश्वविद्यालयों और विभागों का नेटवर्क बनाकर और निधियों का आवंटन बढ़ाकर किया जाएगा। लोकल एरिया नेटवर्क (लैन) के माध्यम से वाइड एरिया नेटवर्क (वैन) सूचना एवं पुस्तकालय नेटवर्क (इनफ्लिबनेट) के फलस्वरूप शैक्षणिक कार्यकलापों और अनुसंधान कार्य में वृद्धि की जा सकेगी। विश्वविद्यालय प्रणाली से यह आशा की जाएगी कि वह शिक्षा में नवीनता लाने और उच्चगुणवत्ता वाले अनुसंधान कार्यों में उसे प्राप्त स्वायत्तता का उपयोग करेगी। और अधिक कॉलेजों को स्वायत्तता प्रदान करने, संस्थानों की भौगोलिक सीमा से बाहर उपलब्ध संसाधनों का उपयोग करने के लिए पारस्परिक

प्रयास करने, अवसंरचना में सुधार करने अनुसंधान कार्यों के लिए और युक्तियुक्त वित्त पोषण करने, शिक्षण अनुसंधान और मूल्यांकन का एकीकरण करने और उपलब्ध संसाधनों का विश्वविद्यालयों के लिए इष्टतम उपयोग करने के लिए विश्वविद्यालयों के बीच आपसी सहयोग और सहायता करने की दिशा में कार्य करेगी। उत्तम वित्तीय और सुदृढ़ प्रशासनिक व्यवस्था कायम करने के लिए विश्वविद्यालयों के प्रबंधन और प्रशासन में सुधार करने की तुरन्त आवश्यकता है। विश्वविद्यालय प्रणाली का विकेन्द्रीकरण करना, संकाय और विभागों को अधिकार प्रदान करना, विश्वविद्यालय निकायों में गुणावगुण, उत्कृष्टता के आधार पर विद्यार्थियों का नामांकन करना आदि कुछ ऐसे विषय हैं जिन समुचित पर ध्यान दिया जाएगा। प्रत्यायन की प्रक्रिया और पारदर्शी, समयबद्ध बनायी जानी चाहिए और प्रगामी रूप से इसे सरकारी विनियमों और नियंत्रणों से मुक्त किया जाना चाहिए जिससे इस प्रक्रिया को सार्वजनिक मूल्यांकन/स्वीकार्यता पर आधारित प्रणाली के रूप में प्रतिष्ठापित किया जा सके।

2.5.11 उच्चतर शिक्षा के लिए वित्तीयन इसकी दूसरी जटिल समस्या है। विश्वविद्यालयों में शुल्क ढांचा अत्यधिक निम्न है और तीन से अधिक दशकों से उसमें कोई वृद्धि नहीं की गई है और वह स्थिर रहा है। अतः विश्वविद्यालयों को शुल्क ढांचे को युक्तियुक्त बनाने और अधिक आन्तरिक निधियों का सृजन करने के लिए प्रयास करना चाहिए। विश्वविद्यालय किस सीमा तक शुल्क में वृद्धि कर सकते हैं इसका और आलूमनी प्रायोजनों (स्पॉन्सरशिपों) न्यासों, निजी क्षेत्र और उद्योगों से अंशदानों, दानों और उपहारों के रूप में प्राप्त होने वाले राजस्व का अध्ययन करने की आवश्यकता है। किन्तु यह सुनिश्चित करने की विशेष रूप से आवश्यकता है कि निर्धनतर विद्यार्थियों को उच्चतर शिक्षा प्राप्त करने के लिए पर्याप्त अवसर प्रदान करने के सामाजिक दायित्व को पूरा करने की ओर पूरा ध्यान दिया जा रहा है।

2.5.12 विश्वविद्यालय अनुदान आयोग (वि0अ0आ0) देश में उच्चतर शिक्षा का विकास करने के लिए उत्तरदायी एक शीर्षस्थ निकाय है जो अवसंरचना और मूलभूत सुविधाओं में सुधार करने के लिए योजनागत और योजनेत्तर दोनों मदों से सभी पात्र केन्द्रीय, राज्य और डीमड विश्वविद्यालयों को वित्तीय सहायता प्रदान करता रहा है। अनुदान सहायता का उपयोग विश्वविद्यालयों की स्थापना करने विशेष रूप से उन राज्यों में जिनमें एक भी विश्वविद्यालय नहीं है और स्वायत्त कालेजों की स्थापना करने और गैर सरकारी कालेजों को सहायता प्रदान करने के लिए किया जाता है। यह सुनिश्चित करने के लिए

प्रयास किया जाएगा कि सामाजिक, आर्थिक और भौगोलिक दृष्टि से लाभवंचित वर्ग के लोगों उच्चतर शिक्षा प्राप्त करने की सुविधा उपलब्ध कराई जाए और अधिक महिलाओं को उच्चतर शिक्षा प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहित करने के लिए दसवी योजना के दौरान परामर्शदायी/अध्ययन केन्द्रों, शिशुओं के लिए डे केयर केन्द्रों और होस्टलों की संख्या बढ़ायी जाएगी। अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति और अल्पसंख्यक समुदाय के विद्यार्थियों के लिए भी इसी प्रकार की सुविधाएं उपलब्ध कराई जायेगी। इसके अलावा दूरस्थ/मुक्त विश्वविद्यालयों के कार्यकलापों को पूर्वोत्तर और पिछड़े क्षेत्रों में भी पहुँचाने के लिए सहायता प्रदान की जाएगी।

2.5.13 वि0अ0आ0 पूरक दक्षता उन्मुख पाठ्यक्रमों का आरम्भ करके दसवी योजना के दौरान उच्चतर शिक्षा में गुणवत्ता और प्रासंगिकता बढ़ाने का प्रयास करेगी। व्यावसायिक महत्व वाले पाठ्यक्रमों के माध्यम से विद्यार्थियों का कैरियर विकसित करने की कोशिश की जायेगी। स्नातक से नीचे के स्तर पर 35 विषयों में व्यावसायिक प्रशिक्षण देने के लिए शिक्षा के व्यवसायीकरण की दिशा में एक प्रमुख कार्यक्रम शुरु किया गया है। दसवी योजना में अधिक से अधिक विश्वविद्यालयों में सूचना प्रौद्योगिकी, बाया-टेक्नोलॉजी, बायो मेडिसीन, जेनेटिक इंजीनियरिंग, अलाइड साइकोलाजी, पर्यटन और यात्रा, शारीरिक शिक्षा और खेल जैसे उभरते क्षेत्रों में संबंधित नये पाठ्यक्रम शुरु करने के लिए प्रयास किए जाएंगे। वि0अ0आ0 पाठ्यक्रमों को निरन्तर अद्यतन बनाता रहा है और विभिन्न क्षेत्र के 30 विषयों में यह प्रक्रिया पूरी कर ली गई है। अध्यापकों के प्रशिक्षण और उन्मुखीकरण की दिशा में प्रशासनिक स्टाफ कॉलेज की भूमिका काफी उपयोगी रही है। प्रशासनिक स्टाफ कालेजों की रेंज एवं क्षमता का विस्तार करने और एक समान क्षेत्रीय व्याप्ति सुनिश्चित करने के लिए और अधिक प्रशासनिक स्टाफ कालेजों की स्थापना करने के लिए प्रयास किया जायेगा। संस्थानों का प्रत्यायन आदेशात्मक (मेनडेटरी) बनाने के लिए समय समय पर प्रयास किए गए हैं। प्रत्यायन की प्रक्रिया में राज्य सरकारों को कार्यवाही अनुकूल भूमिका निभानी होगी और एनएएसी की स्टेकहोल्डर्स को संवेदनशील बनाने के इसके प्रयास में सहायता प्रदान करनी होगी।

2.5.14 वि0अ0आ0 अध्यापन कार्य में जाने और भाषा समाज विज्ञान, कंप्यूटर अप्लीकेशन और इलेक्ट्रॉनिक विज्ञान सहित मानविकी विषयों में अनुसंधान इच्छुक लोगों के लिए एक न्यूनतम मानक सुनिश्चित करने के लिए राष्ट्रीय स्तर की एक परीक्षा (नेट) आयोजित करता है। सरकार और वि0अ0आ0 नेट का समर्थन करते रहेंगे और अनुसंधान शोध वृत्तियों की

संख्या बढ़ाने का प्रयास जारी रखेंगे। विश्वविद्यालयों और कालेजों की उच्चतर शिक्षा में सूचना प्रौद्योगिकी की तरफ अभिरुचि/उन्मुखता उत्पन्न करने के लिए इन्टरनेट और इन्टरनेट संयोजन की सुविधा प्रदान की जानी है तथा उन्हें लैन और वैन स्थापित करने के लिए भी प्रोत्साहित किया जायेगा ताकि वे कैम्पस के भीतर और कालेजों/विश्वविद्यालयों के बीच संयोजकता (कनेक्टीविटी) स्थापित कर सकें।

2.5.15 वैज्ञानिक अनुसंधान को सुदृढ़ बनाने की चल रही योजना के अधीन वि0अ0आ0 उन विश्वविद्यालयों की सहायता करता रहेगा जिन्होंने विज्ञान के विभिन्न विषयों में विशेष रूप से बायो-टेक्नॉलाजी, बायो-मेडीसिन, जेनेटिक इंजीनियरिंग, न्यूक्लियर मेडिसिन, समाज विज्ञान और मानविकी आदि के उभरते क्षेत्रों में अनुसंधान में उत्कृष्टता हासिल की है।

2.5.16 वि0अ0आ0 और उच्चतर शिक्षा प्रणाली के समक्ष उपस्थित संसाधनों की कमी को देखते हुए आन्तरिक संसाधनों को सुदृढ़ करने के लिए प्रयास करने वाले विश्वविद्यालयों/कालेजों को प्रोत्साहन प्रदान करने का प्रस्ताव है।

दूरस्थ शिक्षा और इग्न्यू (आई जी एन ओ यू)

2.5.17 औपचारिक प्रणाली (दूरस्थ और मुक्त शिक्षण) में उच्चतर शिक्षा के लिए किए जाने वाले पंजीयनों का मात्र 13 प्रतिशत ही आता है। विश्वविद्यालयों और कालेजों में पंजीकृत कुल 7.7 मिलियन विद्यार्थियों में से दूरस्थ शिक्षा पत्राचार पाठ्यक्रम के अंतर्गत केवल एक मिलियन विद्यार्थी आते हैं। दूरस्थ और मुक्त शिक्षा प्रणाली में पाठ्यक्रमों के चयन, प्रवेश लेने की आयु, शिक्षा की अवधि और मूल्यांकन पद्धति में लोचकता होती है। अतः मुक्त विश्वविद्यालयों की व्याप्ति पिछड़े क्षेत्रों, पूर्वोत्तर के सुदूर अगम्य जनजातीय क्षेत्रों और कुछ पूर्वी राज्यों तक में बढ़ानी आवश्यक होगी। इस समय 9 राज्य मुक्त विश्वविद्यालय और 64 पत्राचार पाठ्यक्रम संस्थान और परम्परागत विश्वविद्यालयों में दूरस्थ शिक्षा निदेशालय हैं। दसवीं योजना अवधि में मुक्त और दूरस्थ शिक्षा प्रणाली में पंजीयन कराने वालों की संख्या में उल्लेखनीय वृद्धि होने की सम्भावना है। इग्न्यू ने अपने क्षेत्रीय केन्द्रों और अध्ययन केन्द्रों के नेटवर्क की संख्या में नौवीं योजना में विस्तार किया है। अब इसके क्षेत्रीय केन्द्रों की संख्या 46 और अध्ययन केन्द्रों की संख्या 691 है। इसे एक मुक्त विश्वविद्यालय के रूप में कार्य करने और आवश्यकता के अनुरूप शिक्षा, प्रशिक्षण देने और विस्तार कार्यक्रमों का विशेषरूप से समाज के लाभवंचित वर्गों के लिए आयोजन करने और दूरस्थ शिक्षा के मानको के निर्धारण और अनुसंधान करने वाली एक राष्ट्रीय शीर्षस्थ एजेन्सी की दोहरी भूमिका

निभाने का उत्तरदायित्व सौंपा गया है।

2.5.18 इग्न्यू ने दूरस्थ शिक्षा प्रणाली के लिए नोडल एजेन्सी के रूप में कार्य करने के लिए तीन स्तरीय दूरस्थ शिक्षा परिषद् स्थापित किया है। विश्वविद्यालय ने मुद्रित सामग्री और दृश्य-श्रव्य कार्यक्रमों अध्ययन केन्द्रों पर परामर्शदायी सत्रों की व्यवस्था करने के साथ साथ एक समेकित बहुआयामी निर्देशन कार्यनीति अपनायी है। यह 24 घंटे कार्य करने वाले एक सेटेलाइट टीवी चैनल ज्ञानदर्शन का संचालन करती है जो स्कूल से टेरशियरी स्तर तक प्रतिदिन 24 घंटे शिक्षण कार्यक्रम प्रसारित करता है। प्रसार भारती के साथ किए गए एक सहमति ज्ञापन के अधीन 40 एफएम का एक ज्ञानवाणी नामक एक रेडियो चैनल शुरु करने की तैयारियां चल रही हैं। दसवीं योजना के अधीन इग्न्यू उन राज्यों में मुक्त विश्वविद्यालयों की स्थापना करेगा जिसमें इस समय कोई विश्वविद्यालय नहीं है। ज्ञानदर्शन और ज्ञानवाणी कार्यक्रमों का विस्तार करेगा। उन्मुक्त शिक्षा प्रणाली की व्याप्ति पिछड़े क्षेत्रों, पूर्वोत्तर के दूरस्थ दुर्गम क्षेत्रों और कुछ पूर्वी राज्यों के निम्न साक्षरता वाले महिला ब्लाकों तक बढ़ाने का प्रस्ताव है।

2.5.19 सरकार ने सचिव, माध्यमिक एवं उच्चतर शिक्षा विभाग की अध्यक्षता में भारतीय शिक्षा का विदेशों में विकास करने के लिए अप्रैल, 2002में एक समिति का गठन किया था। भारतीय अर्थव्यवस्था का वैश्वीकरण होने के फलस्वरूप राष्ट्रीय सीमाओं के बाहर विद्यार्थियों की आवा जाही उच्च तकनीकी और प्रबंधन क्षेत्रों में व्यापक रूप से बड़ी है। काफी बड़ी संख्या में विदेशी शिक्षण संस्थानों ने भी भारत में अपनी उपस्थिति दर्ज करानी आरंभ कर दी है और भारतीय शिक्षण संस्थानों के पास विदेशों में कैम्पस स्थापित करने की क्षमता उपलब्ध है। विदेशों में भारतीय शिक्षा का संवर्धन करने से जुड़े सभी कार्य कलापों का प्रबोधन सीओपीआईईए द्वारा किया जाएगा और यह विद्यार्थियों तथा व्यापक राष्ट्रीय हितों का संरक्षण करने के लिए विदेशी शिक्षण संस्थानों का संचालन विनियमित करेगी। इसके लिए एक पंजीकरण प्रणाली प्रारंभ की जायेगी जिसके अधीन संस्थानों को संचालन के संबंध में जानकारी देनी होगी और प्रचार मानको को बनाए रखने, शुल्क प्रभार डिग्रियां प्रदान करने आदि से संबंधित कुछ दिशा निर्देशों का अनुपालन करना होगा। समय आने पर सीओपीआईईए शिक्षा क्षेत्र में विदेशी प्रत्यक्ष निवेश के संबंध में एक सेक्टरल नीति तैयार करेगी।

विश्वविद्यालय प्रणाली के बाहर समाज विज्ञान अनुसंधान

2.5.20 उच्चतर शिक्षा प्रणाली के अंतर्गत वे अनुसंधान संस्थान

भी आते हैं जो विश्वविद्यालय प्रणाली से बाहर हैं। ये इस प्रकार हैं:- इंडियन काउन्सिल ऑफ सोशल साइन्स रिसर्च, इंडियन काउन्सिल आफ फिलासोफिकल रिसर्च, इंडियन काउन्सिल आफ हिस्टोरिकल रिसर्च और इंडियन इन्स्टीच्यूट फार एडवांस स्टडीज और दी नेशनल काउन्सिल आफ रूरल इन्स्टीच्यूट्स। चूंकि ये संस्थान इस समय अत्यंत महत्वपूर्ण प्रासंगिक, राजनैतिक, सामाजिक और आर्थिक मामलों पर बहुमूल्य अनुसंधान कार्य कर रहे हैं। अतः दसवी योजना में इनके वित्तीय आवंटनों में वृद्धि की जाएगी। उन्हें अपनी प्रभावशीलता बढ़ाने के लिए समकक्ष संवीक्षा सहित विदेशी मूल्यांकनों की प्रक्रिया से गुजरना होगा।

तकनीकी और प्रबंधन शिक्षा

2.5.21 तकनीकी और प्रबंधन शिक्षा क्षेत्र ने देश के आर्थिक और औद्योगिक विकास में बहुत अधिक योगदान किया है। इसने उच्च गुणवत्ता वाली कुशल तकनीकी और प्रबंधकीय जन शक्ति/श्रृंखला का सृजन किया है। तकनीकी/प्रबंधकीय शिक्षा, भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थानों, भारतीय प्रबंध संस्थानों और 17 क्षेत्रीय इंजीनियरिंग कालेजों के माध्यम से प्रदान की जाती है। केन्द्रीय क्षेत्र के अन्य संस्थान इस प्रकार हैं:- भारतीय विज्ञान संस्थान, बंगलोर, इंडियन इन्स्टीच्यूट आफ इंफारमेशन टेक्नोलॉजी एण्ड मैनेजमेन्ट, ग्वालियर इंडियन इन्स्टीच्यूट आफ इंफारमेशन टेक्नोलॉजी, इलाहाबाद, इंडियन इन्स्टीच्यूट आफ माइन्स, धनबाद, स्कूल आफ प्लानिंग एण्ड आर्कीटेक्चर, नई दिल्ली, नेशनल इन्स्टीच्यूट आफ फाउन्ड्री एण्ड फोर्ज टेक्नोलॉजी, राँची, नेशनल इन्स्टीच्यूट आफ ट्रेनिंग एण्ड इंडस्ट्रियल इंजीनियरिंग, मुम्बई, टेक्लीकल टीचर्स ट्रेनिंग इन्स्टीच्यूट्स, नाथ ईस्टर्न रीजनल इन्स्टीच्यूट आफ साइन्स एण्ड टेक्नोलॉजी और सन्त लोगोवाल इन्स्टीच्यूट आफ इंजीनियरिंग एण्ड टेक्नोलॉजी। इनके अलावा राज्यों में और निजी क्षेत्र में विभिन्न पोलिटेक्नीक और इंजीनियरिंग महाविद्यालय (कालेज) हैं।

2.5.22 संस्थानों की संख्या में बड़े पैमाने पर वृद्धि हुई है। 1947 में केवल 46 इंजीनियरिंग कालेज और 53 पोलिटेक्नीक थे जिनकी वार्षिक पंजीयन क्षमता 6240 विद्यार्थियों की थी। बाद की योजना अवधियों में किए गए प्रयत्नों के फलस्वरूप और बड़े पैमाने पर निजी क्षेत्र की सहभागिता के कारण अखिल भारतीय तकनीकी शिक्षा परिषद द्वारा अनुमोदित तकनीकी और प्रबंधन संस्थानों की संख्या 2001-02 में बढ़कर 4791 हो गई है जिनकी विद्यार्थियों के पंजीयन की वार्षिक क्षमता 6.7 मिलियन है।

2.5.23 नौवीं योजनावधि में देश में तकनीकी और प्रबंधन शिक्षा क्षेत्र में संस्थानों की संख्या में एआईसीटीई द्वारा मुख्य रूप से निजी प्रयासों से देश भर में 1715 संस्थानों की स्थापना करने के लिए अनुमति प्रदान करने के कारण पर्याप्त वृद्धि दर्ज की गई। इनमें पढ़ाये जाने वाले विषयों पाठ्य कार्यक्रमों में इंजीनियरिंग प्रौद्योगिकी, प्रबंधन, आर्कीटेक्चर, टाउन प्लानिंग, फार्मसी, अप्लाइड आर्ट्स और क्राफ्ट्स आदि शामिल हैं। देश में विशेष रूप से सूचना प्रौद्योगिकी और इससे संबद्ध क्षेत्रों में गुणवत्ता वाली तकनीकी/प्रबंधकीय कर्मचारियों की बढ़ती मांग को पूरा करने के लिए विद्यार्थियों की पंजीयन संख्या में इसी के अनुरूप वृद्धि हुई है। नेटवर्क सुविधाओं का भी विकास किया गया है।

2.5.24 भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थानों में संशिक्षा के रूपान्तरण आदि में अध्यापन और सीखने की प्रक्रिया में प्रौद्योगिकी का वृहत्तर उपयोग किया जा रहा है। वर्ष 1978-79 में आरंभ की गई सामुदायिक पोलिटेक्नीक योजना का उन्नत प्रौद्योगिकियों का कम कीमत में ग्रामीण आबादी के लिए और लागत प्रभावी कार्यनीतियों का दक्षता उन्नयन के क्षेत्र में पर्याप्त योगदान रहा है।

2.5.25 आधुनिकीकरण करने और अप्रचलनोन्मुख विषयों को हटाने तथा अनुसंधान और विकास की सातवीं योजना में शुरु की गई योजनाओं के अधीन निजी क्षेत्र के केन्द्रीय, राज्य सरकारों की मान्यता प्राप्त संस्थान बड़ी संख्या में लाभान्वित हुए हैं और तकनीकी शिक्षा क्षेत्र में नौवीं योजना में विशेष बल दिया गया है। इन योजनाओं के अधीन अनुसंधान और विकास के लिए अवसंरचना सुविधाओं का उन्नयन किया गया है। प्रमुख संस्थानों अर्थात् भा0प्रौ0सं0 आईआईएम, आईआईएस, आरईसी आदि में अवसंरचना सुविधाओं का सुदृढीकरण करने पर बहुत अधिक बल दिया गया है। इसके अलावा आई आई टी और आई आई एस ने खाद्य प्रसंस्करण इंजीनियरिंग, मैटीरियल टेक्नोलॉजी, जेनेटिक इंजीनियरिंग, बायो टेक्नोलॉजी आदि क्षेत्रों में प्रौद्योगिकी विकास कार्यक्रमों का कार्यान्वयन किया है। आठवीं योजना में शुरु किये गए टेक्नोलॉजी विकास मिशन उद्योगों और संस्थानों के बीच सुदृढ संयोजन स्थापित करने में सफल रहे हैं। विभिन्न कार्यक्रमों के अंतर्गत विकसित की गई प्रौद्योगिकियों का उद्योग में सफलतापूर्वक हस्तांतरण किया गया।

2.5.26 तकनीकी शिक्षा सुदृढ हुई है और विश्व बैंक से सहायता प्राप्त सरकारी क्षेत्र की परियोजना जिसकी प्रथम चरण में व्याप्ति नौ राज्यों के 279 पोलिटेक्नीक्स और दूसरे

चरण में 10 राज्यों के 249 पोलिटेक्नीक्स में थी के माध्यम से पोलिटेक्नीकों से निकलने वाले विद्यार्थियों की गुणवत्ता में सुधार हुआ है। तकनीकी शिक्षा परियोजना, III जनवरी 2001 में प्रभावशाली रूप में शुरू की गई है जिसका उद्देश्य पूर्वोत्तर, जम्मू और कश्मीर तथा अण्डमान एण्ड निकोबार द्वीप समूहों के पिछड़े क्षेत्रों में स्थित पोलिटेक्नीक्स की सहायता करना है।

2.5.27 सूचना प्रौद्योगिकी में विशेष रूप से स्नातक और उससे उच्च स्तर पर सूचना प्रौद्योगिकी शिक्षा देने के लिए मानव संसाधनों का विकास करने के लिए एक राष्ट्रीय कार्यक्रम जनवरी, 2000 में सूचना प्रौद्योगिकी में मानव संसाधनों के विकास से संबंधित कृतिक बल द्वारा की गई सिफारिशों के अनुसरण में आरंभ किया गया था। इस कार्यक्रम के संघटकों में निम्नलिखित को शामिल किया गया है; कम्प्यूटिंग सुविधाओं का उन्नयन और संयोजन, प्रौद्योगिकी वर्धित सूचना प्रौद्योगिकी शिक्षा का विकास करना, संकाय विकास के लिए पहल करना, पाठ्यक्रम और पाठ्य विषय तैयार करना और उद्योगों के साथ सामन्जस्य बढ़ाना। इसके अलावा भारत को ज्ञान के क्षेत्र में महाशक्ति के रूप में प्रतिष्ठित करने के उद्देश्य से रणनीति सुझाने के लिए योजना आयोग द्वारा एक कृतिक बल का गठन किया गया था जिसने भारत के आर्थिक और सामाजिक विकास के लिए सूचना प्रौद्योगिकी, बायोटेक्नालाजी और अन्य उभरते क्षेत्रों में आगे बढ़ने के लिए इनका किस प्रकार उपयोग किया जा सकता है, के संबंध में सुझाव दिया है।

बाक्स 2.5.2

सूचना प्रौद्योगिकी में मानव संसाधन के विकास संबंधी कृतिक बल (2001) द्वारा की गई सिफारिशें

- सूचना प्रौद्योगिकी जन शक्ति के संबंध में सूचना तैयार करना।
- संशिक्षा आदि के प्रवर्तन में अंकीय विभाजन के अन्तर को कम करने की ओर विशेष ध्यान देते हुए सू0प्रौ0 में मानव संसाधनों के विकास के लिए प्रयास करना।
- संस्थानों द्वारा 2001-02 और 2003 तक प्रवेश क्रमशः दुगुना और तिगुना करने के उद्देश्य से इनमें सू0प्रौ0 व्यवसायिकों के प्रवेश लेने और निकास (प्रशिक्षित होकर जाने वाला) का प्रबोधन करना।
- सू0प्रौ0 संस्थानों की अलग स्थापना करना, उनकी गुणवत्ता, अवसंरचना और नेटवर्क का विस्तार करने में सुधार करना।

- सू0प्रौ0 संकाय विकास आरंभ करने के लिए प्रयास करना।
- सू0प्रौ संस्थानों के लिए पाठ्यक्रम और पाठ्य विषय विकसित करना।
- वेब आधारित और बहु आयामी दृष्टिकोण अपना कर प्रौद्योगिकीपरक सू0प्रौ0 शिक्षा का विकास करना।
- संयोजन में सुधार करना।
- स्नातकोत्तर शिक्षा और अनुसंधान का विकास करना।
- सू0प्रौ0 उद्योग से सम्पर्क साधन करना, सुविधाजनक बनाना।
- केन्द्रीय/राज्य संकायों और उद्योगों के बीच निवेशों में सहभागिता करना।

2.5.28 यद्यपि विश्वस्तर की तकनीकी जनशक्ति की संख्या और क्षमता में पर्याप्त विकास हुआ है फिर भी तकनीकी शिक्षा क्षेत्र अभी भी कुछ समस्याओं से आक्रान्त है। इनमें पर्याप्त प्रशिक्षण कार्यक्रमों का न होना और उद्योगों के ज्ञान के लिए उच्च योग्यता प्राप्त संकाय/अध्यापकों की कमी, तकनीकी संस्थानों के लिए निधियों/संसाधनों का अभाव, भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थानों, आर ई सी और अन्य इंजीनियरिंग संस्थानों के बीच तालमेल की कमी आदि शामिल है।

बाक्स 2.5.3

दसवीं योजना - उद्देश्य, प्रमुख मसलें और विशेष ध्यान देना (फोकस)

दसवीं योजना में तकनीकी और प्रबंधन शिक्षा के क्षेत्र में जिन प्रमुख बातों पर बराबर ध्यान दिया जायेगा उनमें प्रवेशार्थियों की संख्या बढ़ाना, प्रौद्योगिकी में अनुसंधान के साथ-साथ शिक्षा की गुणवत्ता बढ़ाना प्रमुख हैं। अन्य मसलों में संकाय विकास, नेट वर्किंग के माध्यम से संसाधनों का इष्टतम उपयोग करना, सूचना प्रौद्योगिकी शिक्षा का विकास करना, पाठ्यक्रमों का आधुनिकीकरण करना, अन्तर्राष्ट्रीय संदर्भिका तैयार करना, नये और उभरते प्रौद्योगिकी क्षेत्रों में क्षमता का विस्तार करना, तकनीकी शिक्षा प्रणाली के लिए महत्वपूर्ण नियोजन और प्रबंधन तथा अनौपचारिक क्षेत्र का विकास करना शामिल है।

2.5.29 ज्ञान आधारित उद्योगों की ओर अधिक ध्यान देने के लिए विद्यमान अधोसंरचना का सुदृढीकरण करने, प्रयोगशालाओं, कार्यशालाओं, पुस्तकालयों, कंप्यूटर सुविधाओं और अनुसंधान तथा विकास कार्यों का आधुनिकीकरण करने की आवश्यकता है।

2.5.30 उत्कृष्टता केन्द्रों के रूप में विकसित किए गए चुनिन्दा पोलीटेक्नीक्स अर्थात् भारतीय पोलीटेक्नीक संस्थानों में उत्पादक उद्योगों की मध्यम स्तर के पर्यवेक्षी तकनीकी कार्मिकों की विशेषज्ञता की मांग को पूरा करने के लिए उद्योग उन्मुख और व्यावहारिक कार्यक्रम चलाए जायेंगे। डिप्लोमाधारियों को उच्चतर योग्यताएँ हासिल करने के लिए सुअवसर प्रदान करने के अलावा इस कार्यक्रम के तहत उद्योग के लिए विविध क्षमता सम्पन्न अति आवश्यक जनशक्ति उपलब्ध करायी जायेगी। ऐसे पोलीटेक्नीक संस्थान डिप्लोमा स्तर की शिक्षा को सुदृढ़ बनाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाने के अलावा आदर्श संस्थानों के रूप में भी कार्य करेंगे।

2.5.31 आर०ए० मशेलकर समिति की रिपोर्ट के अनुरूप आर०ई०सी० जिनके पास पर्याप्त क्षमता विद्यमान है का राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थानों के रूप में विस्तार/आधुनिकीकरण/उन्नयन किया जाएगा और इन्हें और अधिक शैक्षणिक और प्रशासनिक स्वायत्तता प्रदान करके इन्हें डीम्ड रूपी विश्वविद्यालयों का स्तर दे दिया जाएगा।

2.5.32 अनौपचारिक क्षेत्र की उत्पादकता बढ़ाने, कर्मचारियों की कार्यकुशलता में सुधार करने तथा उत्तम प्रौद्योगिकीयों को अपनाना सुविधाजनक बनाने के लिए दसवीं योजनावधि में उपयुक्त योजनाएं तैयार की जाएंगी और उनको कार्यान्वित किया जायेगा। सामुदायिक पोलीटेक्नीक योजना की इसके अंतर्गत आने वाले ए आई सी टी ई अनुमोदित सभी संस्थानों को शामिल करके दसवीं योजना के अंत तक पुनः संरचना की जाएगी। प्रौद्योगिकी हस्तांतरण, जनशक्ति विकास तथा तकनीकी तथा सहायता प्रदान करने वाली सेवाओं को योजना का कार्यान्वयन करते समय विशेष तरजीह दी जाएगी।

2.5.33 फार्मास्यूटिकल संस्थानों, वास्तुकला और प्लानिंग तथा होटल प्रबंधन और कैंटरिंग में पाठ्यक्रम लाने वाले संस्थानों को उच्चस्तर के पाठ्यक्रम शुरू करने, अनुसंधान और विकास तथा शिक्षण कार्यक्रमों को जारी रखने के लिए सहायता प्रदान की जाएगी।

2.5.34 आईआईटी और आईआईएस विभिन्न क्षेत्रों में प्रौद्योगिकी विकास मिशन को कार्यान्वित करने और उद्योग संस्थान संयोजन को सुदृढ़ समर्थन प्रदान करने का अपना कार्य जारी रखेंगे।

2.5.35 रामाराव समिति की डाक्टरल और फेलोशिप कार्यक्रम के माध्यम से स्नातकोत्तर शिक्षा और अनुसंधान क्षमता की

गुणवत्ता में वृद्धि करने संबंधी सिफारिश को दसवीं योजना में कार्यान्वित किया जाएगा। समिति ने स्नातकोत्तर शिक्षा को प्रोत्साहित करने और संस्थानों के बीच नेटवर्किंग व्यवस्था बेहतर बनाने के लिए स्कालरशिप/फेलोशिप की दरें बढ़ाने की सिफारिश की थी।

2.5.36 तकनीकी शिक्षा के लिए महत्वपूर्ण योजनाएं बनाने और प्रबन्धन के लिए दसवीं योजना के दौरान अनेक प्रयास किए जाएंगे। इनमें तकनीकी शिक्षा प्रणाली का समन्वित विकास करने और चुनिन्दा प्रमुख संस्थानों में इनका कार्यान्वयन करने के लिए योजना तैयार करने हेतु एक इलेक्ट्रॉनिक प्रबंधन सूचना प्रणाली योजना तैयार किया जाना शामिल है जिसका राष्ट्रीय स्तर पर ए आई सी टी ई द्वारा समर्थन किया जाएगा। ईएमआईएस के माध्यम से संकलित की गई सूचना लाइन पर उपलब्ध रहेगी और यह केन्द्रीय तथा राज्य सरकारों को प्रभावी प्लानिंग, विकास और मानीटरिंग के कार्य में सही समय पर निर्णय लेने में प्रभावी समर्थ प्रणाली प्रदान करेगी। यह अन्य पणधारियों की भी उचित निर्णय लेने और विकल्पों का चयन करने में सहायता करेगी।

2.5.37 राष्ट्रीय तकनीकी जनशक्ति सूचना प्रणाली जो एक पूर्ण तकनीकी जनशक्ति रूपरेखा प्रदान करती है को सुदृढ़ किया जाएगा और तकनीकी शिक्षा के अन्य क्षेत्रों अर्थात् प्रबंधन, फार्मसी, होटल प्रबंधन और कैंटरिंग तथा अप्लाइड आर्ट्स तक विस्तार किया जाएगा। यह केन्द्रीय और राज्य सरकारों और एआईसीटीई की तकनीकी जनशक्ति की मांग और पूर्ति के बीच के अन्तर की मानीटरिंग करने और देश में तकनीकी शिक्षा का विकास करने के लिए योजना तैयार करने में सहायता प्रदान करेगी।

2.5.38 संसाधनों को इष्टतम बनाने और लागत प्रभावी प्रणाली के लिए दो योजनाएं आरंभ की जाएगी। एक योजना संकाय और विद्यार्थी विनिमय संयुक्त शैक्षणिक और अनुसंधान कार्यक्रमों, संकाय परामर्शदाता, संयुक्त परामर्शी, चल रहे शिक्षा और दूरस्थ शिक्षा कार्यक्रमों, पाठ्यक्रमों को तैयार करने और उनका अद्यतन करने, अनुदेशात्मक सामग्री तैयार करने, कर्मचारियों की संख्या में हुई वृद्धि संबंधी आंकड़े और सूचना प्राप्त करने आदि का कार्य देखेगी। दूसरी योजना दोहरे प्रयासों और दुर्लभ संसाधनों की बर्बादी रोकने, विशिष्टता प्राप्त क्षेत्रों में सामान्य प्रयोगशाला सुविधायें उपलब्ध कराने जिनका अन्य संस्थानों और उद्योगों द्वारा भी लागत भागीदारी आधार पर उपयोग किया जा सकेगा, से संबंधित कार्य देखेगी।

दसवीं योजना के लिए नई योजनाएं

2.5.39 तकनीकी शिक्षा की गुणवत्ता का उन्नयन करने के लिए दसवीं योजना में अनेक नई योजनाएं प्रस्तावित हैं। शिक्षा प्रणाली को लोचनीय बनाने और विद्यार्थियों को अपनी सुविधा और समय के अनुसार पढ़ाई करने में सहायता प्रदान करने, के विचार से दूरस्थ और वेब आधारित पढ़ाई की विभिन्न इंजीनियरिंग और प्रबन्धन संस्थानों में व्यवस्था करने की योजना बनाई गई है। आईआईटी, आरईसी, चुनिन्दा इंजीनियरिंग कालेजों, प्रबंधन संस्थानों और टीटीआई संस्थानों में प्रौद्योगिकी शिक्षण केन्द्रों की स्थापना की जायेगी। उनका सुदृढीकरण किया जायेगा। ये केन्द्र पाठ्यक्रम सामग्री तैयार करने और विविध प्रकार के मल्टी मीडिया साफ्टवेयरों का उपयोग करके उन्हें आन लाइन में डालने का काम करेंगे।

2.5.40 आईआईटी, आरईसी और आईआईएस, बंगलोर में स्नातक पूर्व, स्नातकोत्तर और डाक्टरल कार्यक्रमों और उन्नत नई सामग्री प्रौद्योगिकी, बायो-टेक्नालाजी, नानोटेक्नालाजी, बायोइनफार्मेटिक्स, रोबोटिक्स आदि के नए और उभरते प्रौद्योगिकी क्षेत्रों का विकास करने के लिए बायो प्रौद्योगिकी के परिपूर्ण विभागों की स्थापना की जायेगी।

भाषाएं, पुस्तक संवर्धन, कापीराइट संबंधी कार्यकलाप और शोधवृत्तियां

भाषाएं

2.5.41 भारत में भाषाओं की एक समृद्ध परम्परा है। उनके विकास की रणनीतियों को राष्ट्रीय शिक्षा नीति और कार्यक्रम कार्यान्वयन दोनों में ही महत्वपूर्ण स्थान प्राप्त है। नौवीं योजना के दौरान संविधान की आठवीं अनुसूची में उल्लिखित सभी 18 भाषाओं के विकास और संवर्धन के लिए चल रहे केन्द्रीय कार्यक्रमों के तहत प्रयास किए गए हैं। इन कार्यक्रमों में निम्नलिखित शामिल है: हिन्दी, आधुनिक भारतीय भाषाओं और उर्दू अध्यापकों की नियुक्ति, द्विभाषी, त्रिभाषी, बहुभाषी शब्द कोषों का निर्माण, केन्द्रीय हिन्दी निदेशालय, दिल्ली द्वारा पत्राचार पाठ्यक्रमों के माध्यम से हिन्दी पढ़ाना, हिन्दी शिक्षण पद्धतियों का विकास करना तथा अहिन्दी भाषी क्षेत्रों से हिन्दी अध्यापकों को प्रशिक्षण देना, हिन्दी शिक्षण मण्डल द्वारा तुलनात्मक भाषायी अध्ययनों आदि की व्यवस्था करना। इसके अलावा भारतीय भाषाओं का केन्द्रीय संस्थान, मैसूर द्वारा आधुनिक भारतीय भाषाओं में अध्यापकों को प्रशिक्षण प्रदान करने, भाषा विश्लेषण संशिक्षा और प्रौद्योगिकी में अनुसंधान करने की

व्यवस्था की गई है। दो भाषाओं के संवर्धन की राष्ट्रीय परिषद द्वारा अल्प संख्यक वर्ग की भाषाओं की योजनाओं के तहत सिन्धी और उर्दू के विकास, संवर्धन और प्रचार के लिए कार्रवाई की जाती है। संस्कृत भाषा के विकास के लिए राष्ट्रीय संस्कृत संस्थान, दिल्ली और महर्षि सन्दीपनी राष्ट्रीय वेद विद्या प्रतिष्ठान, उज्जैन के अनेक कार्यों और कार्यक्रमों के माध्यम से प्रयास किए जाते हैं। योजनावधि के दौरान भाषाओं के विकास कार्यों में उल्लेखनीय प्रगति हुई है।

बाक्स 2.5.4

दसवीं योजना - उद्देश्य, प्रमुख विषय और संकेन्द्रण

दसवीं योजना के दौरान विचारणीय प्रमुख मसले निम्न प्रकार हैं: भारतीय भाषाओं का विकास करने जैसे पाण्डुलिपियों का अंकीकरण करने (डिजिटलाइजेशन) के लिए प्रौद्योगिकी का उपयोग करना, शिक्षण क्षमताओं का उन्नयन करना, पाण्डुलिपियों और समकालीन लेखन को परीक्षण प्रदान करना, शैक्षणिक विकास का संवर्धन करना/अल्प संख्यकों को मुख्य धारा में लाना, मानव मूल्यों में शिक्षा प्रदान करना।

2.5.42 दसवीं योजनावधि में भाषाओं के विकास के इसके अपने दृष्टिकोण के तहत निम्नलिखित पर अधिक बल दिया जायेगा:

आधुनिक भारतीय भाषाओं का विकास

2.5.43 भारत की समृद्ध सांस्कृतिक विविधता को ध्यान में रखते हुए दसवीं योजना में भारतीय साहित्य के विकास की ओर विशेष ध्यान दिया जायेगा। पाँच प्रमुख परियोजनाएं, जिनमें पाण्डुलिपियों और दस्तावेजों के अंकीकरण अनुसंधान विश्लेषण, अनुवाद, पाण्डुलिपियों का परीक्षण और सूचना की उपलब्धता पर विशेष बल दिया गया है, हाथ में ली जाएंगी। भारतीय भाषाओं का केन्द्रीय संस्थान और नेशनल बुक ट्रस्ट, दिल्ली साहित्य का सभी भाषाओं में अनुवाद करने और कम मूल्य पर उन्हें जनता को उपलब्ध कराने के कार्य में अग्रणी भूमिका निभाएंगे। योजनावधि में भारतीय भाषाओं का विकास करने के लिए अपेक्षित प्रोत्साहन और मार्गदर्शन भारतीय भाषाओं की राष्ट्रीय परिषद द्वारा प्रदान किया जायेगा। इसके अलावा खतरे में पड़ गई भाषाओं को लेखबद्ध करने के लिए विशेष प्रयास किए जायेंगे।

हिन्दी भाषा और आधुनिक प्रौद्योगिकी

2.5.44 हिन्दी को देश में राष्ट्रभाषा (राजभाषा) और सम्पर्क

भाषा दोनों ही रूपों में विकसित करने का प्रस्ताव है। हिन्दी अध्यापकों को प्रशिक्षण देने, देश के भीतर और विदेशों में आधुनिक प्रौद्योगिकी का उपयोग करके और हिन्दी सीखने के अल्पकालिक पाठ्यक्रमों के माध्यम से भाषा का विकास करने के लिए नई योजनाएं तैयार करने के लिए केन्द्रीय हिन्दी संस्थान के नये केन्द्र खोलने का प्रस्ताव है।

संस्कृत का संवर्धन और विकास

2.5.45 सभी भाषाओं में संस्कृत की स्थिति अत्यंत महत्वपूर्ण है क्योंकि इसके ज्ञान से हमारे प्राचीन धर्म ग्रन्थों में समाधि बुद्धि के विशाल भण्डार तक पहुंचने का मार्ग प्रशस्त होता है सरकार संस्कृत का विकास करने के लिए कृत संकल्प है। यह कार्य आधुनिक प्रौद्योगिकी की सहायता से पूरा किया जाएगा। संस्कृत के गौरव ग्रन्थों और पुस्तकों को दसवीं योजना में डिजीटलाइज करने और स्वयं शिक्षित करने वाली सीडी और इंटरनेट के माध्यम से संस्कृत पढ़ाने का प्रस्ताव है।

2.5.46 इसके अलावा पुरानी पाण्डुलिपियों का पता लगाने, उनका समाकलन करने और परिरक्षण करने वाले कार्यक्रमों पर भी विशेष ध्यान दिया जाएगा। प्राचीन ग्रन्थों में वैज्ञानिक ज्ञान का विशाल भण्डार भरा पड़ा है जिसे संस्कृत के विद्यार्थियों, मनीषियों और वैज्ञानिकों के समुदाय के बीच सहभागिता विकसित करके उपलब्ध कराने और लोकप्रिय बनाने की आवश्यकता है। योजना के दौरान संस्कृत विश्व कोषीय परियोजना शीघ्र पूरी करने के लिए भी योजना तैयार की जायेगी।

क्षेत्र परक और मदरसा आधुनिकीकरण कार्यक्रम (एआईएमएमपी)

2.5.47 राष्ट्रीय शिक्षा नीति में शैक्षणिक दृष्टि से पिछड़े और समाज के लाभवंचित वर्ग के लोगों को मुख्य धारा में शामिल करने के कार्य को प्राथमिकता प्रदान की गई है। दो केन्द्र प्रायोजित योजनाएं एरिया इन्टेन्सिव प्रोग्राम फार एजूकेशनली बैकवर्ड माइनारटीज और माडर्नाइजेशन आफ मदरसा एजूकेशन 1993 से चलाई जा रही है और इनका उद्देश्य अल्पसंख्यक वर्ग के लोगों का शैक्षणिक विकास करना है। जब से ये योजनाएं शुरू की गई है तब से शिक्षा की दृष्टि से पिछड़े अल्पसंख्यक वर्ग के लोगों के लिए 1423 विद्यालयों/लड़कियों के लिए होस्टलों/कक्षा के लिए कमरों और अन्य सुविधाओं की स्थापना की गई है। आधुनिकीकरण योजनाओं के अधीन मदरसों में अंग्रेजी, गणित (मैथमैटिक्स) विज्ञान और सामाजिक अध्ययन जैसे आधुनिक विषयों की पढ़ाई आरंभ की गई है। पुस्तकालय

सुविधाएं स्थापित करने और बढ़ाने के लिए अनुदान भी दिया जाता है। इसके अलावा उर्दू भाषा का विकास करने संबंधी राष्ट्रीय परिषद संबंधी ने अल्पसंख्यक वर्ग की सहायता के लिए 110 उर्दू डेस्कटॉप प्रकाशन केन्द्रों की स्थापना की है। दसवीं योजना में ए आई पी ई वी एम और एमएमई को अल्पसंख्यक वर्ग के लोगों के शैक्षणिक विकास की ओर अधिक ध्यान केन्द्रित करने के उद्देश्य से एरिया इन्टेन्सिव एण्ड मदरसा माडर्नाइजेशन प्रोग्राम नामक एक अम्बेला योजना बनाने के लिए इन्हें एक में मिला दिया जाएगा।

मानवीय मूल्यों में शिक्षा

2.5.48 शिक्षा में संस्कृति और मूल्यों का सुदृढीकरण करने की योजना 1987 में आरंभ की गई थी और शिक्षा को सामाजिक और चारित्रिक मूल्यों को अंतर्निविष्ट करने वाले एक सशक्त माध्यम के रूप में अवधारित करने की नीति के रूप इसका कार्यान्वयन किया जा रहा है। योजना विद्यार्थियों अभिभावकों, अध्यापकों और समुदाय के लोगों को प्रतिस्वेदी बनायेगी और लोगों में देश की एकता और अखण्डता उन्मुख वैश्विक और शाश्वत मूल्यों को अन्तर्निविष्ट करेगी। इसमें ज्ञान विरोधी विचारधारा, धार्मिक मतान्धता, हिंसा, अन्धविश्वास और भाग्यवाद का उन्मूलन करने की परिकल्पना की गई है। मूल्य शिक्षा केन्द्रों एनसीइआरटी, नेशनल इंस्टीट्यूट आफ एजूकेशनल प्लानिंग एण्ड एडमिनिस्ट्रेशन, राष्ट्रीय मुक्त विद्यालय, आईसीपीआर, इग्नू, आई आई टी, दिल्ली, आईआईएम, लखनऊ और विश्वविद्यालय अनुदान आयोग में की गई है। अध्यापकों को मूल्य शिक्षा में प्रशिक्षण देने की विशेष व्यवस्था की गई है। योजना को और व्यापक आधार वाली योजना बनाने और राज्यों और क्षेत्रों के शिक्षण संस्थानों और शिक्षण प्रशिक्षण संस्थानों को इस कार्य में उनकी सक्रिय सहभागिता प्राप्त करने के लिए शामिल करके इसके क्षेत्र का विस्तार करने का प्रस्ताव है।

शोधवृत्ति

2.5.49 विभिन्न शोधवृत्ति योजनाओं में नौवीं योजना के दौरान उनके कार्यान्वयन में आई समस्याओं को ध्यान में रखकर, शैक्षणिक परिदृश्य को बदलने और शिक्षा की गुणवत्ता में सुधार करने की आवश्यकता को ध्यान में रखकर संशोधन करने का प्रस्ताव है। योजनाओं को एक समान बनाने के लिए उनकी समीक्षा और उनमें संशोधन किया जाना है। इनके वित्तीयन की पूरी व्यवस्था केन्द्रीय सरकार द्वारा की जायेगी।

पुस्तकों का विकास करना

2.5.50 पुस्तकों के विकास से जुड़े कार्य कलाप प्रमुख रूप से नेशनल बुक ट्रस्ट द्वारा चलाये जाते हैं। नौवीं योजना की अवधि में ट्रस्ट ने लोगों में पठन पाठन की आदत विकसित करने के उद्देश्य से तीन विश्व पुस्तक मेलों, 2 राष्ट्रीय और 25 क्षेत्रीय पुस्तक मेलों का आयोजन किया था। अधिक बच्चों का स्कूल जाना शुरू करने और प्रौढ़ शिक्षा में हुई वृद्धि के फलस्वरूप देश में पुस्तकों की उपलब्धता बढ़ाने की आवश्यकता है।

बाक्स 2.5.5

दसवीं योजना - उद्देश्य, प्रमुख मसले और संकेन्द्रण

“सभी के लिए पुस्तकों” की परिकल्पना “सभी के लिए शिक्षा” की परिकल्पना से एकदम मेल खाती है। इसके लिए लोगों में पढ़ने की आदत डालने और कम मूल्य पर पुस्तकें उपलब्ध कराने की आवश्यकता है। बच्चों के लिए पाठ्यपुस्तकों और अभ्यास पुस्तिकाओं सहित गुणवत्ता वाली पुस्तकों का उत्पादन करने को प्राथमिकता प्रदान की जायेगी।

2.5.51 सभी को शिक्षा की भांति सभी के लिए पुस्तकें उद्देश्यपूर्ण योजना का घोषित लक्ष्य है। इसके लिए उचित मूल्य पर पुस्तकें उपलब्ध कराना आवश्यक है। प्रयास किया जायेगा कि आबादी के सभी वर्ग के लोगों के लिए पुस्तकों की उपलब्धता सरल बनाई जा सके। पुस्तकों की गुणवत्ता में सुधार करने, सकारात्मक लेखन को प्रोत्साहित करने और लेखकों की कापीराइट को संरक्षण प्रदान करने तथा प्राचीन काल की प्रज्ञता सुरक्षित रखने का प्रयास किया जायेगा।

2.5.52 दसवीं योजना के दौरान नेशनल बुक ट्रस्ट गुणवत्ता वाली पुस्तकों का उत्पादन बढ़ाने और वितरण प्रणाली को और व्यापक बनाने की दिशा में अपने प्रयास जारी रखेगा।

कापीराइट

2.5.53 भारत कापीराइट सामग्री अर्थात् पुस्तकों, कंप्यूटर साफ्टवेयर, फिल्मों और म्यूजिक प्रणाली का एक प्रमुख उत्पादक और निर्यातक है। प्रमुख कापीराइट उद्योगों में पिछले कुछ वर्षों के अन्दर उल्लेखनीय विकास दर्ज हुआ है। पुस्तकों और अन्य मुद्रित सामग्री का निर्यात 1986-87 में 26 करोड़ रुपये से बढ़कर 1998-99 में 215 करोड़ रुपये (अनुमानित) हो गया है।

बाक्स 2.5.6

दसवीं योजना - उद्देश्य, प्रमुख मसले और संकेन्द्रण

कापीराइट सामग्री अर्थात् पुस्तकों कंप्यूटर साफ्टवेयर फिल्मों और म्यूजिक के निर्यात में हुई व्यापक वृद्धि को देखते हुए कापीराइट को लागू करने के लिए अभ्युपाय किए जाने की आवश्यकता है। दसवीं योजना के दौरान कापीराइट कानूनों के प्रति प्रवर्तन अधिकारियों और आम जनता के बीच अधिक जागरूकता उत्पन्न करने, राज्य पुलिस मुख्यालयों में अलग प्रकोष्ठ स्थापित करने और उच्चतर शिक्षा में अनुसंधान को प्रोत्साहित करने पर अधिक ध्यान दिया जायेगा।

2.5.54 कापीराइट को लागू करने के लिए अनेक अभ्युपाय किए गए हैं। इनमें कापीराइट विनियमावली 1955 और कापीराइट अधिनियम, 1999 में संशोधन करना, और अंतर्राष्ट्रीय कापीराइट आदेश 1999 को लागू किया जाना शामिल है। किए गए अन्य अभ्युपायों में कापीराइट प्रवर्तन परामर्श परिषद की स्थापना करना, प्रवर्तन अधिकारियों और आम जनता के बीच कापीराइट के प्रति जागरूकता उत्पन्न करने के लिए संगोष्ठियों/कार्यशालाओं का आयोजन करना, और राज्य पुलिस मुख्यालयों में अलग प्रकोष्ठ की स्थापना किया जाना शामिल है। कापीराइट और उससे सम्बद्ध अधिकारों के संबंध में योजना के दौरान प्रवर्तन तन्त्र का सुदृढीकरण करने पर अधिक ध्यान दिया जायेगा।

व्यापार सेवाओं में सामान्य करार (जीएटीएस)

2.5.55 गैट्स शिक्षा क्षेत्र पर लागू है और विश्व व्यापार संगठन में पहल के लिए सूचीबद्ध है। इस संबंध में देश की स्थिति सुदृढ बनाने के उद्देश्य से विभिन्न अभिकरणों के बीच विचार विमर्श की प्रक्रिया तेज कर दी गई है और दसवीं योजना में, इसका पूरा समाधान कर लिया जायेगा।

योजना तैयार करना/ नियोजन, प्रबोधन और सांख्यिकी

2.5.56 नौवीं योजना में राष्ट्रीय शिक्षानीति और इसके कार्यवाही कार्यक्रमों के कार्यान्वयन की राज्य सरकारों/संघ सरकारों के परामर्श से समीक्षा करने के कार्य को प्राथमिकता प्रदान की गई थी। समय से और विश्वसनीय आंकड़ों, जो शैक्षणिक नियोजन के लिए अत्यन्त महत्वपूर्ण हैं, का उपलब्ध न होना चिन्ता का विषय है।

बाक्स 2.5.7

दसवीं योजना, उद्देश्य, प्रमुख मसले और संकेन्द्रण

दसवीं योजना के दौरान जिन प्रमुख मामलों पर ध्यान दिया जायेगा उनमें राष्ट्रीय शिक्षा नीति के कार्यान्वयन की समीक्षा करना और शिक्षा नियोजन और प्रशासन में अनुसंधान कार्य आरम्भ करना शामिल है। योजना के दौरान प्रशिक्षण और परामर्शी सेवाएं प्रदान करने, केन्द्र, राज्य और संघ शासन के स्तर पर सांख्यिकीय तन्त्र का सुदृढीकरण करने, लाभ वंचित वर्ग के लोगों के लिए शैक्षणिक सुविधाओं हेतु समान अवसर उत्पन्न करने और पूर्वोत्तर क्षेत्रों में शैक्षणिक विकास करना शामिल है।

2.5.57 दसवीं योजना के दौरान राष्ट्रीय शिक्षा नीति के कार्यान्वयन की नियमित और प्रभावी समीक्षा सुनिश्चित करने और इसका कार्यान्वयन करने वाले संस्थागत तन्त्र को पुनर्जीवित करने के लिए प्रयास किए जाएंगे। शैक्षणिक प्रशासन में ढांचागत/संरचनात्मक परिवर्तन करने और प्रशासकों को प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए नीपा की नीति अनुसंधान के कार्य में एक अत्यंत सार्थक भूमिका होगी। संस्थान शिक्षा नियोजन और प्रशासन में अनुसंधान कार्य करेगा और इसमें समन्वय करेगा और प्रशिक्षण तथा परामर्शी सेवाएं प्रदान करेगा। केन्द्र/राज्यों/संघ राज्यों के स्तर पर सांख्यिकीय तन्त्र में बड़े पैमाने पर परिवर्तन करने की आवश्यकता है जिससे नियोजकों और प्रशासकों को विश्वसनीय और वैध आंकड़े उपलब्ध कराये जा सकें। लाभ वंचित और उपेक्षित क्षेत्रों को समान शिक्षण सुविधाएं उपलब्ध कराने और अंतर्विरोधों को दूर करने के लिए भी प्राथमिकता प्रदान की जायेगी।

यूनेस्को के साथ सहयोग के लिए भारतीय राष्ट्रीय आयोग

2.5.58 भारत शिक्षा के क्षेत्र में यूनेस्को के आदर्शों और उद्देश्यों का संवर्धन करने और द्विपक्षीय/बहुपक्षीय दायित्वों को पूरा करने और अंतर्राष्ट्रीय सहयोग प्रदान करने के मामले में अग्रणी भूमिका निभाता रहा है। नौवीं योजना के उत्तरार्ध में विदेशों में भारतीय शिक्षा को प्रोत्साहित करने और शैक्षणिक विनिमयन कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के लिए अभ्युपाय किए गए हैं।

बाक्स 2.5.8

दसवीं योजना - उद्देश्य, प्रमुख मसले और संकेन्द्रण

दसवीं योजना के दौरान भारत का यूनेस्को के साथ सम्पर्क बनाए रखने, शिक्षा के क्षेत्र में अंतर्राष्ट्रीय सहयोग प्रदान करने, शिक्षण विनिमय कार्यक्रमों का संचालन करने, विदेशों में भारतीय शिक्षा को प्रोत्साहित करने और आरोविले फाउन्डेशन के विकास पर अधिक ध्यान दिया जायेगा।

2.5.59 यूनेस्को के साथ सहयोग संबंधी भारतीय राष्ट्रीय आयोग यूनेस्को का कार्य विशेष रूप से इसके सहभागिता कार्यक्रमों सहित इसके कार्यक्रमों को तैयार करने और उनका कार्यान्वयन करने और अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर शिक्षा की समीक्षा से संबंधित सभी पहलों से जुड़े काम को करता रहा है। आयोग के चल रहे सभी कार्य-कलाप दसवीं योजना के दौरान जारी रहने का प्रस्ताव है।

2.5.60 शिक्षा के क्षेत्र में अंतर्राष्ट्रीय सहयोग को सुदृढ बनाने के लिए स्वतंत्र सांस्कृतिक विनिमय कार्यक्रमों वाले देशों से अलग अलग द्विपक्षीय करार करने के प्रस्ताव पर सक्रिय रूप से कार्रवाई की जायेगी। प्रस्तावित विनिमय कार्यक्रमों में विद्वान मनीषियों, शिक्षा शास्त्रियों, वैज्ञानिकों, शोध छात्रों और प्रौद्योगिकीविदों के आदान प्रदान के कार्यक्रम शामिल होंगे। बाहर जाने वाले शिष्टमंडलों के लिए और अधिक प्रावधान करके अंतर्राष्ट्रीय शैक्षणिक संबंधों को सुदृढ बनाने के लिए चल रही योजनाओं को जारी रखने का भी प्रस्ताव है।

2.5.61 सरकार आरोविले फाउन्डेशन को इसके अनुसंधान और विकासत्मक कार्य कलापों के लिए वित्त प्रदान करती रहेगी। श्री अरविन्दो इण्टरनेशनल इंस्टीच्यूट आफ एजुकेशनल रिसर्च को भी अनुसंधान कार्य शुरू करने के लिए वित्त प्रदान करने का प्रस्ताव है।

व्यय सुधार आयोग की सिफारिशें

2.5.62 मानव संसाधन विकास मंत्रालय और इसके स्वायत्तशासी निकायों का आकार छोटा करने, कार्यकलापों को मिलाने आदि के संबंध में की गई व्यय सुधार आयोग की सिफारिशों पर विचार किया जा रहा है और दसवीं योजना के दौरान इन पर अनुवर्ती कार्रवाई की जायेगी।

भावी कार्यक्रम

2.5.63 उच्चतर शिक्षा चाहे वह सामान्य शिक्षा हो अथवा तकनीकी किस्म की हो सभी राष्ट्रीय उद्देश्यों और प्रयासों से अनिवार्य रूप से जुड़ी होनी चाहिए। इसके लिए उद्योग और समाज के संगत क्षेत्रों में गुणवत्ता वाली जनशक्ति का सृजन करने के लिए शिक्षाविदों, उद्योगों और सरकार की त्रिकोणीय सहभागिता से बड़ी संख्या में उत्कृष्टता केन्द्रों की स्थापना करने की आवश्यकता होगी। भारत को ज्ञान के क्षेत्र में महाशक्ति के रूप में प्रतिष्ठित करने के लिए इन उत्कृष्टता संस्थानों की स्थापना करनी अनिवार्य है और इससे विश्व अर्थव्यवस्था में हमारी प्रतिस्पर्धात्मक सामर्थ्य/क्षमता बनाए रखने में सहायता मिलेगी।

2.5.64 शिक्षा की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए हमारी

प्रत्यायन प्रक्रिया को और अधिक पारदर्शी, समयबद्ध बनाने और सरकारी नियंत्रणों से मुक्त रखने की आवश्यकता है। एनएएसी और एआईसीटीई जैसे संस्थानों को संदर्भिकाओं (बेंचमार्क) तथा महाविद्यालयों और तकनीकी शिक्षा संस्थानों की स्थापना करने के लिए नितान्त न्यूनतम अपेक्षित अन्य मानवीय मानकों को सार्वजनिक करने की आवश्यकता है। इन न्यूनतम अपेक्षित मानकों को बिना किसी भ्रंति और किसी प्रकार का समझौता किए बिना अनिवार्य रूप से लागू करने की जरूरत है। पाठ्यक्रमों का आधुनिकीकरण करने, परीक्षा प्रणाली में सुधार करने और विश्वविद्यालयों और महाविद्यालयों के शासन से जुड़े मामलों की ओर अधिक ध्यान दिए जाने जैसे सभी विषयों पर तत्काल ध्यान देने की आवश्यकता है।

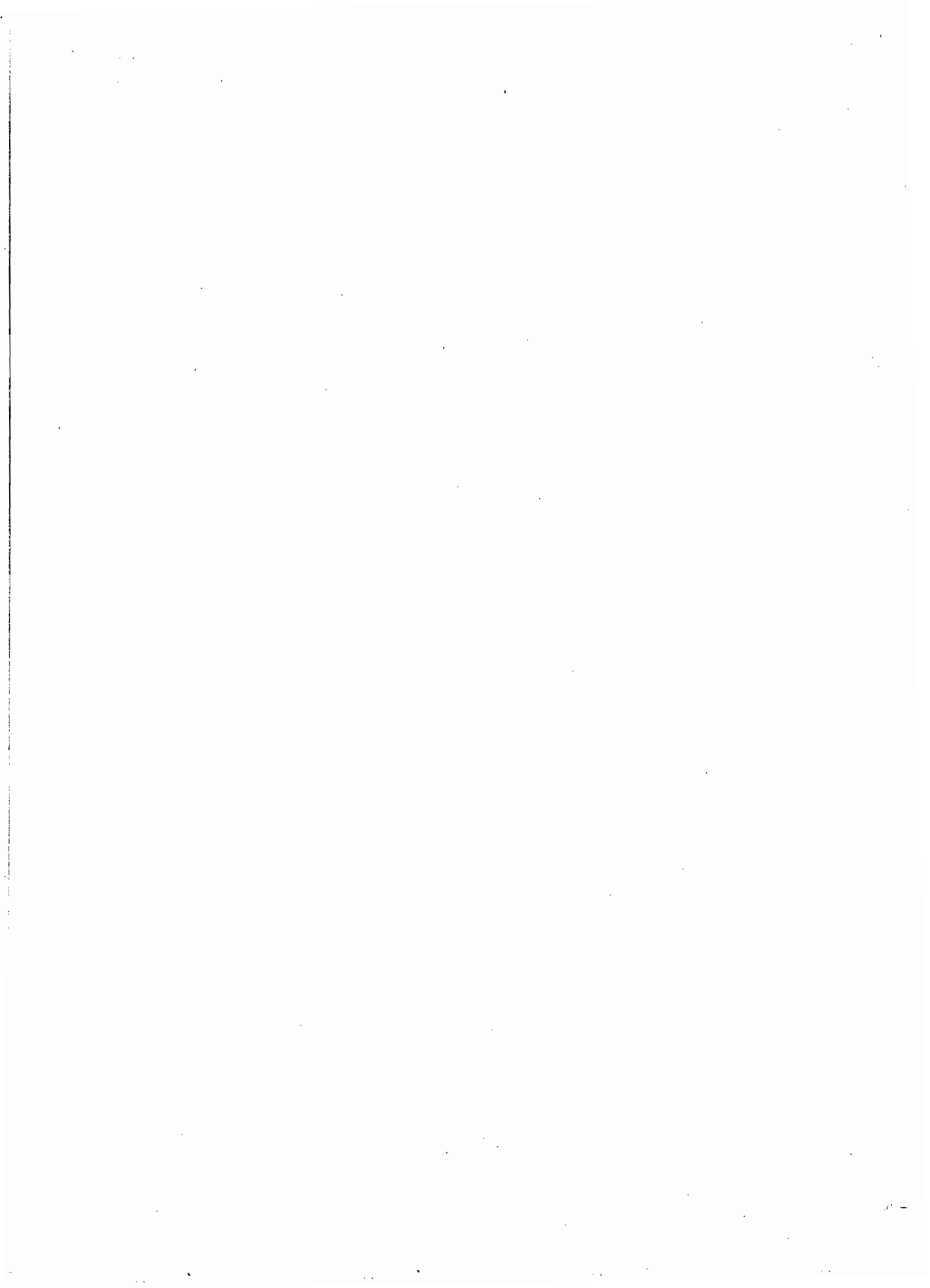
2.5.65 माध्यमिक तथा उच्चतर शिक्षा विभाग का दसवीं योजना परिव्यय का स्कीमवार ब्यौरा परिशिष्ट में दिया गया है।

सलग्नक 2.5.1

माध्यमिक और उच्चतर शिक्षा विभाग नौवीं योजना परिव्यय/खर्च
और दसवीं योजना (2002-07) का अनुमोदित परिव्यय

(करोड़ रुपये)

क्रम योजना का नाम सं०	नौवी योजना आबंटन	नौवी योजना का अनुमानित खर्च	दसवीं योजना अनुमोदित परिव्यय
1. माध्यमिक शिक्षा	2,603.49	2,322.68	4,325.00
2. विश्वविद्यालय और उच्चतर शिक्षा	2,520.06	2,270.92	4,176.50
3. तकनीकी शिक्षा	2,373.51	2,109.54	4,300.00
4. भाषा विकास	324.45	298.40	434.00
5. छात्रवृत्तियां	25.32	3.23	52.00
6. पुस्तक विकास	16.25	26.06	67.00
7. नियोजन और प्रशासन	65.38	21.46	70.50
योग	7,908.40	7,052.29	13,825.00



प्रौढ़ साक्षरता और सतत शिक्षा

2.6.1 स्वतंत्रता प्राप्ति से पहले प्रौढ़ शिक्षा के महत्व के प्रति काफी हद तक जागरूकता थी हालांकि इस अवधि में प्रौढ़ शिक्षा के लिए किए गए प्रयास बहुत कम थे। इसके परिणामस्वरूप धीरे-धीरे नीति स्तर पर यह विचार उभर कर सामने आया कि इस संबंध में प्राथमिक जिम्मेदारी सरकार को अवश्य उठानी चाहिए। स्वतंत्रता प्राप्ति के शीघ्र बाद और क्रमिक पंच-वर्षीय योजनाओं में जन साधारण को शिक्षा प्रदान करने के लिए अपनाई गई कार्यनीति में प्रारंभिक शिक्षा के सर्वव्यापीकरण (यू.ई.ई.) तथा प्रौढ़ शिक्षा में विभेद किया गया। प्राथमिक शिक्षा को इस अनुमान पर अधिभावी प्राथमिकता दी गई कि प्राथमिक शिक्षा का विस्तार साक्षरता की समस्याओं का स्वतः समाधान करेगा। केवल 1977-78 में ही सरकार ने यू.ई.ई. कार्यक्रम के साथ-साथ प्रौढ़ शिक्षा को उचित महत्व प्रदान करना आरंभ किया, और 2 अक्टूबर 1978 को राष्ट्रीय प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रम (एन.ए.ई.पी.) शुरू किया गया। प्रौढ़ शिक्षा को पहली बार राष्ट्र की शैक्षिक कार्य-सूची में रखा गया और तदनुसार अपनाए जाने वाले विकास दृष्टिकोण में मुख्य विषय बनाया गया। परन्तु एन.ए.ई.पी. ज्यादा सफल नहीं हुआ क्योंकि यह पारंपरिक, पारिश्रमिक-आधारित, श्रेणी बद्ध और सरकार द्वारा वित्तपोषित तथा नियंत्रित था।

नौवीं योजना की समीक्षा

2.6.2 नौवीं योजना में प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रम पर छोड़े गए उत्साह को बहाल करने और केंद्र, राज्यों, जिला साक्षरता समितियों, पंचायती राज संस्थाओं (पी.आर.आई.) अन्य स्थानीय निकायों तथा गैर-सरकारी संस्थाओं (एन.जी.ओ.) की प्रशासनिक तथा वित्तीय भूमिकाएं स्पष्ट करते हुए इसे और प्रभावी बनाने पर बल दिया गया था। इसलिए मुख्य ध्यान साक्षरता, साक्षरता-पश्चात और सतत शिक्षा कार्यक्रमों विकेंद्रीकृत और अलग-अलग योजना तथा कार्यान्वयन पर केंद्रित किया गया। इस काम को करने के लिए प्रस्तावित उपाय इस प्रकार थे- पूर्ण साक्षरता अभियान (टी.एल.सी.) तथा साक्षरता-पश्चात अभियान (पी.एल.सी.) के अधीन परियोजनाओं की वित्तीय मंजूरी के लिए राष्ट्रीय साक्षरता मिशन प्राधिकरण (एन.एल.एम.ए) की शक्तियां राज्य साक्षरता मिशन प्राधिकरण (एस.एल.एम.ए.) को सौंपना और सर्वव्यापक साक्षरता प्राप्त करने के लिए पंचायती राज संस्थाओं तथा शहरी स्थानीय निकायों को सशक्त बनाना। अन्य उपायों में साक्षरता में गैर-सरकारी संस्थाओं की भागीदारी की रेंज और गहराई को बढ़ाना, अनुसूचित जातियों और

अनुसूचित जन जातियों की विशेष जरूरतों को पूरा करना और अभियानों के जरिए ग्रामीण-शहरी और महिला-पुरुष की असमानताओं को कम करना शामिल था।

2.6.3 स्थानीय पहल शक्ति का तत्त्व जिला साक्षरता समिति में साफ दिखाई देता था, जिसमें कार्यात्मक साक्षरता प्रदान करने के लिए स्थानीय प्रशासन, स्वैच्छिक एजेंसियों, आत्मविश्वाशी नेताओं, क्षेत्र के व्यावसायकों तथा समुदाय के सदस्यों को कार्यात्मक शिक्षा प्रदान करने की प्रक्रिया में शामिल किया गया था। शिक्षा के लिए वातावरण पैदा करने के बाद (जिसमें समुदाय को कला जत्थों, रैलियों, दीवारों पर लिखकर, पोस्टरों, मेलों और उस स्थान पर संबंधित पारंपरिक लोक रीतियों के प्रयोग द्वारा सूचित किया जाता है, सुग्राही बनाया जाता है और प्रेरित किया जाता है) शिक्षुओं और स्वयं सेवियों की पहचान करने का काम शुरू किया जाता है।

2.6.4 राष्ट्रीय साक्षरता मिशन (एन.एल.एम.) कार्यक्रम की कुछ त्रुटियों को दूर करने के लिए वर्ष 1999 में इसे नया रूप दिया गया। इस कार्यक्रम का विस्तार-क्षेत्र बढ़ाते समय एन.एल.एम. के अधीन वित्तीय सहायता की स्कीमों के पैरामीटरों तथा मानदण्डों में भी काफी वृद्धि की गई। संशोधित स्कीम की मुख्य विशेषताएं इस प्रकार थीं:

- पहले की टी.एल.सी./पी.एल.सी. अवस्थाओं की सभी विशेषताएं शामिल करते हुए एक समाकलित साक्षरता अभियान।
- जिला साक्षरता समितियों को स्थानीय यूथ क्लबों, महिला मंडल, स्वयं-सेवी एजेंसियों, पंचायती राज संस्थाओं, लघु उद्योगों, सहकारी समितियों आदि की सहक्रियाओं के साथ अपनी सहक्रियाएं करने में पूर्ण स्वतंत्रता।
- अवशिष्ट निरक्षरता समाप्त करने वाली सतत शिक्षा स्कीम, व्यक्ति की अलग-अलग रुचियों, कौशल विकास, ग्रामीण पुस्तकालयों आदि की जरूरतें पूरी करने वाले कार्यक्रम, प्रत्येक प्रमुख गांव में सतत शिक्षा केंद्र (सी.ई.सी.) खोलने में सहायक होंगे।
- गैर सरकारी संस्थाओं के लिए प्रमुख भूमिका।
- राज्य स्रोत केंद्रों को सुदृढ़ बनाना।

- जन शिक्षण संस्थानों के क्रियाकलाप बढ़ाना ताकि वे शहरी तथा ग्रामीण, दोनों क्षेत्रों में व्यावसायिक/तकनीकी कौशलों का भंडार बन सकें।

2.6.5 एन.एल.एम ने दिसंबर 2001 तक विभिन्न प्रौढ़ साक्षरता स्कीमों के अंतर्गत 96.64 मिलियन लोगों को लाभान्वित किया है। इस समय, देश में 600 जिलों में से 576 जिले विभिन्न प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रमों के अंतर्गत शामिल कर लिए गए हैं -160 टी.एल.सी. के अधीन, 264 पी.एल.पी. के अधीन (जिनमें 30 जिले ग्रामीण कार्यात्मक साक्षरता कार्यक्रम के अंतर्गत हैं), और 152 सतत शिक्षा कार्यक्रम के अधीन हैं। एन.एल.एम. अब 15-35 वर्ष आयु समूह के लोगों को कार्यात्मक साक्षरता प्रदान करने के काम में लगा है और इसने अपने लिए निम्नलिखित मध्यम-अवधि लक्ष्य निर्धारित किए हैं (बाक्स-2.6.1)।

बाक्स 2.6.1
साक्षरता के लिए लक्ष्य
दसवीं योजना के दौरान 75 प्रतिशत का पोषणीय प्रारंभिक स्तर प्राप्त करना।

प्रौढ़ शिक्षा में कार्यक्रम/स्कीम

साक्षरता अभियान और बहाली कार्य

2.6.6 संशोधित राष्ट्रीय साक्षरता मिशन (एन.एल.एम) के तहत, अप्रैल, 2000 से साक्षरता के प्रति एक समाकलित दृष्टिकोण अपनाया जा रहा है। नये दृष्टिकोण में सीखने-सिखाने के बुनियादी क्रियाकलापों को साक्षरता-पश्चात के क्रियाकलापों के साथ एकीकृत करने की परिकल्पना की गई है ताकि टी.एल.सी. अवस्था से साक्षरता-पश्चात कार्यक्रमों (पी.एल.पी.) में सुचारू रूप से पारगमन सुनिश्चित किया जा सके। अब टी.एल.सी. और पी.एल.पी. क्रियाकलाप साथ-साथ किए जा सकते हैं क्योंकि शिक्षा की दोनों परिचालन अवस्थाएं अपना वित्तीय संपोषण एक ही बजटीय प्रावधान से प्राप्त कर रही हैं। जिन मामलों में पूर्ण साक्षरता अभियान (टी.एल.सी.) प्राकृतिक विपदाओं, राजनीतिक इच्छा के अभाव, कलेक्टर के स्थानांतरण, आधारिक प्रेरणा का अभाव आदि जैसे कारणों की वजह से एक ही जगह पर रुक गया हो, उन में संशोधित स्कीम के तहत इन अभियानों को बहाल करने के लिए कार्यनीतियां बनाई जा सकती हैं।

2.6.7 साक्षरता अभियानों का निधीयन पैटर्न 2:1 है, जो सामान्य जिलों के मामले में केंद्र और राज्य सरकारों के बीच बांटा जाता है। जनजातीय उप-योजना (टी.एस.पी.) के अधीन जिलों के मामले में यह

अनुपात 4:1 है। 1 अप्रैल, 2000 से एक टी.एल.सी. और पी.एल.पी. के लिए एक वर्ष के लिए प्रति शिक्षा लागत टी.एल.सी. के लिए बढ़ाकर 90-180 रु० और पी.एल.पी. के लिए प्रति वर्ष 90-130 रुपए कर दी गई है। एक टी.एल.सी. की सामान्य समय अवधि 18 मास तथा पी.एल.पी. की 12 मास नियत की गई है। इस प्रकार जिले, बुनियादी साक्षरता तथा साक्षरता-पश्चात के क्रियाकलाप 30 मास में पूरे कर लेंगे और आवश्यक आधारिक संरचना स्थापित कर लेंगे। ग्रामीण कार्यात्मक साक्षरता परियोजनाओं की स्कीम साक्षरता अभियानों और बहाली अभियान में समाहित कर ली गई है जो फिर से निरक्षर बन गए लोगों की जरूरतों को पूरा करती है। टी.एल.सी. तथा पी.एल.पी. इस समय 424 जिलों में कार्यान्वित किए जा रहे हैं।

सतत शिक्षा स्कीम

2.6.8 सतत शिक्षा स्कीम टी.एल.सी. तथा पी.एल.पी. के प्रयासों को शिक्षा सांतत्य प्रदान करती है और 31 मार्च, 2002 तक यह स्कीम 152 जिलों के लिए मंजूर की जा चुकी है। इस स्कीम के तहत, मुख्य बल सतत शिक्षा केंद्र (सी.ई.सी.) तथा नोडल सतत शिक्षा केंद्र (एन.सी.ई.सी.) स्थापित करने पर दिया जाता है, जो सीखने के अवसर और पुस्तकालय, अध्ययन कक्ष, अध्ययन केंद्र, खेल-कूद केंद्र, सांस्कृतिक केंद्रों जैसे सुविधाएं और मौजूदा दिशा-निर्देशों के अनुरूप और अलग-अलग रुझान की आवश्यकताएं पूरी करने के लिए फोकसी केंद्रों के रूप में कार्य करते हैं। प्रत्येक सी.ई.सी., 2,000-2,500 की जनसंख्या की सेवा करता है, किन्तु बिखरी आबादी वाले क्षेत्रों के लिए इस मानदण्ड में ढील दी जाती है। सी.ई.सी. केंद्रों के क्रियाकलापों को मॉनीटर करने और उन पर नजर रखने के लिए आठ से दस सी.ई.सी. केंद्रों के लिए एक एन.सी.ई.सी. स्थापित किया जाता है।

2.6.9 इस स्कीम के तहत वित्तीय सहायता के मानदण्ड 1 अप्रैल, 2000 से बढ़ा दिए गए हैं। तदनुसार एन.सी.ई.सी. तथा सी.ई.सी. को पांच वर्ष में एक बार एक ही समय की क्रमशः 45,000 और 25,000 रुपए की अनावर्ती सहायता दी जाती है। इसके अतिरिक्त, उन्हें प्रत्येक वर्ष इतनी ही राशि का आवर्ती अनुदान दिया जाता है, जिसका दस प्रतिशत प्रत्येक केंद्र के लिए प्रशासनिक लागत के रूप में प्रदान किया जाता है।

गैर-सरकारी संस्थाओं को सहायता

2.6.10 1988 में शुरू की गई इस स्कीम के तहत, निधियां एस.आर.सी. को केंद्र द्वारा जारी की जाती हैं जिनका प्रबंध गैर-सरकारी संस्थाओं (एन.जी.ओ.) या विश्व विद्यालयों द्वारा किया जाता है। एस.आर.सी. से यह आशा की जाती है कि वे प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रमों के

लिए शैक्षिक और तकनीकी संसाधनों की सहायता प्रदान करें। नौवीं योजना के लिए इस स्कीम में संशोधन किया गया और इसमें निम्नलिखित मुख्य परिवर्तन शामिल किए गए:

- (i) एस.आर.सी. को वित्तीय सहायता श्रेणी क के एस.आर.सी. के लिए 30 लाख रुपए से बढ़ा कर 60 लाख रुपए और श्रेणी ख एस.आर.सी. के मामले में 25 लाख रु० से बढ़ा कर 40 लाख रु० कर दी गई है। श्रेणी ग समाप्त कर दी गई।
- (ii) आधारभूत सुविधाओं के लिए एस.आर.सी. को एक बार का अनुदान देने के लिए प्रावधान किया गया है।
- (iii) एन.जी.ओ. के लिए क्षेत्र-विशिष्ट सतत शिक्षा परियोजनाए शुरू करने की व्यवस्था भी की गई है।

2.6.11 एन.जी.ओ. की सहायता संबंधी स्कीम के तहत, स्वयं-सेवी एजेंसियों को विभिन्न क्रियाकलापों के लिए प्रोत्साहन तथा वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है जैसेकि:

- सुपरिभाषित क्षेत्रों में निरक्षरता के पूर्ण उन्मूलन के उद्देश्य से साक्षरता-पश्चात और सतत शिक्षा कार्यक्रम चलाना,
- एस.आर.सी. की स्थापना द्वारा संसाधन विकास संबंधी क्रियाकलाप शुरू करना,
- नव्य-साक्षरों के लिए व्यावसायिक और तकनीकी शिक्षा कार्यक्रम आयोजित करना।
- अभिनवीकरण, प्रयोग और कार्य अनुसंधान को बढ़ावा देना,
- मूल्यांकन और प्रभाव संबंधी अध्ययन करना, तथा
- संगोष्ठियां और सम्मेलन आयोजित करना, प्रासंगिक पुस्तकें और पत्रिकाएं प्रकाशित करना और मास मीडिया समर्थन के साधन विकसित करना।

जन शिक्षण संस्थान

2.6.12 1988 में शुरू की गई जन शिक्षण संस्थान स्कीम साक्षरों, नव्य-साक्षरों, अर्ध साक्षरों तथा अनपढ़ लोगों के शैक्षिक, व्यावसायिक और काम-धंधों के विकास को बढ़ावा देने के लिए है। ये स्कीमे विशेष रूप से व्यावसायिक प्रशिक्षण और कौशल विकास कार्यक्रम आयोजित करने में स्रोत सहायता एजेंसियों के रूप में कार्य करती हैं। नौवीं योजना के दौरान परिवर्द्धित निधीयन और अपेक्षाकृत अधिक विस्तार तथा कार्यक्षेत्र के साथ इस स्कीम को सुदृढ़ बनाया गया है। अब इस स्कीम का ध्यान शहरी क्षेत्रों में औद्योगिक कर्मकारों से बदल कर शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में सामाजिक-आर्थिक दृष्टि से पिछड़े और शिक्षा की दृष्टि से सुविधाहीन समूहों पर केंद्रित किया गया है जैसाकि नव्य साक्षर, अर्ध-

साक्षर, अनु.जातियां/अनु.जन जातियां, महिलाएं और लड़कियां, गंदी बस्तियों में रहने वाले लोग, प्रवासी कर्मकार आदि। देश में कुल 108 जन शिक्षण संस्थान स्थापित किए गए हैं, जिनमें से 50 नौवीं योजना अवधि में स्थापित किए गए थे।

बाक्स 2.6.2

पढ़ना बढ़ना आंदोलन

मध्य प्रदेश में प्रौढ़ शिक्षा के लिए एक कार्यक्रम

पूर्ण साक्षरता का उद्देश्य प्राप्त करने के लिए, मध्य प्रदेश सरकार ने 1998 में पढ़ना बढ़ना नामक एक नया कार्यक्रम शुरू किया था। इस स्कीम के तहत, जो निरक्षर वयस्क साक्षर बनने के इच्छुक होते हैं, वे गांव में एक समूह बना लेते हैं और किसी ऐसे व्यक्ति का नाम प्रस्तावित करते हैं जो उन्हें राष्ट्रीय साक्षरता मिशन के मानदण्डों के अनुसार पढ़ा सकता है और साक्षर बना सकता है। गुरुजी के नाम से जाना जाने वाला शिक्षक प्रति व्यक्ति एक सौ रूपए गुरु दक्षणा के रूप में प्राप्त करने का हकदार होता है, जिसकी लागत राज्य सरकारी द्वारा वहन की जाती है। पढ़ाई की अन्य लागतें टी.एल.सी./पी.एल.सी. कार्यक्रम से पूरी की जाती हैं।

2.6.13 नौवीं योजना के दौरान प्रौढ़ शिक्षा क्षेत्र का वित्तीय कार्य-निष्पादन अध्याय 2.2 की सारणी 2.2.2 में दिया गया है।

दसवीं योजना के लिए उद्देश्य, लक्ष्य और कार्यनीतियां

2.6.14 प्रौढ़ शिक्षा के क्षेत्र में राष्ट्रीय साक्षरता मिशन कार्य कर रही है और इसका ध्यान स्पष्ट रूप से मध्यम-अवधि लक्ष्यों पर केंद्रित है। प्रौढ़ शिक्षा के लिए दसवीं योजना के लक्ष्य इस प्रकार है

- 2005 तक पूर्ण साक्षरता अर्थात 75 प्रति शत का पोषणीय न्यूनतम स्तर प्राप्त करना।
- 2003-04 तक सभी बचे हुए जिलों को लाभान्वित करना।
- 2004-05 तक मौजूदा जिलों में अवशिष्ट निरक्षरता समाप्त करना।
- सभी जिलों में साक्षरता पश्चात अभियान पूरे करना।
- योजना अवधि के अंत तक 100 जिलों में सतत शिक्षा कार्यक्रम शुरू करना।

2.6.15 निरक्षरता ज्यादातर ऐसे सामाजिक समूहों की समस्या है जिनमें साक्षरता दरें नीची हैं और जिनके सामने और बाधाएं भी हैं, जो उनका प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रम में शामिल होना मुश्किल बन देती हैं। इसलिए यह सुनिश्चित करना अत्यंत आवश्यक है कि भावी प्रौढ़ शिक्षा

कार्यक्रमों में इन समूहों की अधिक भागीदारी हो। इसके लिए उनकी जरूरतों और समस्याओं तथा उनकी आवश्यकताओं के अनुरूप विशेष उपाय करने होंगे। इसका अर्थ यह है कि सभी बचे हुए जिलों तथा बचे हुए दुर्गम समूहों को विशेष रूप से लक्षित करने की जरूरत है।

दसवीं योजना के लिए प्रस्तावित पहल-कदमियां

2.6.16 दसवीं योजना में प्रस्तावित कुछ विशेष पहल-कदमियों में शामिल हैं-

- जो जिले साक्षरता-पश्चात और सतत शिक्षा अवस्था में प्रवेश कर चुके हैं, उनमें अवशिष्ट निरक्षरता का समाधान करना। सतत शिक्षा के साथ-साथ बुनियादी शिक्षा कार्यक्रम शुरू किए जाएंगे।
- स्कीम के परिचालन में लचीलापन पैदा किया जाएगा और महिलाओं में कम साक्षरता वाले इलाकों सहित, जनजातीय इलाकों की विशेष आवश्यकताएं पूरी करने के लिए अभिनव कार्यक्रम तैयार किए जाएंगे।
- अनुभव बांटने के लिए विभिन्न जिलों के बीच आपसी दौरे और कुछ नये जिलों के स्वयं-सेवी शिक्षकों को शिक्षित करने को प्रोत्साहित किया जाएगा।
- शैक्षिक, सामाजिक, सांस्कृतिक, धार्मिक और अन्य संस्थानों जैसे सभी वर्गों से सहयोग मांगा जाएगा ताकि प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रम को वित्त, कार्यान्वयन तथा मानीटरिंग की दृष्टि से आत्म-निर्भर बनाया जा सके।
- युवा कार्य और खेल-कूद, ग्रामीण विकास, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभागों जैसे अन्य विभागों के साथ सम्पर्क बनाए जाएंगे ताकि आधारिक संरचना और मानव शक्ति की आवश्यकताएं पूरी की जा सकें।
- एन.एल.एम., जीवन की गुणवत्ता में सुधार लाने के लिए साक्षरता को व्यावसायिक और तकनीकी कौशलों तथा आमदनी जुटाने वाले क्रियाकालों तथा कार्यक्रमों के साथ जोड़ेगा, जिन सभी का साक्षरता के लिए मांग पैदा करने पर बहुत अधिक प्रभाव होता है। इस उद्देश्य को प्राप्त करने के लिए समय-बद्ध तरीके से सामरिक योजनाएं तैयार की जाएंगी ताकि लक्षित समूह की आवश्यकताओं और संवेदनशीलताओं को ध्यान में रखा जा सके। अभिनव कार्यक्रम तैयार करने के लिए, गैर-सरकारी संस्थाओं, राज्य स्रोत केंद्रों (एस.आर.सी.), जन शिक्षा संस्थानों, पंचायती राज संस्थाओं तथा अन्य स्थानीय निकायों की सहायता प्राप्त की जाएगी।

- एन.एल.एम. के प्रशासनिक तथा प्रबंधकीय क्रियाकलापों का एस.एल.एम.ए. की ओर अधिक विकेंद्रीकरण किया जाएगा। एस.एल.एम.ए. को जिला-विशिष्ट आवश्यकताओं के आधार पर नीतिगत दिशा-निर्देश तैयार करने होंगे। विकेंद्रीकरण और आगे पंचायती राज तक ले जाया जाएगा और स्वयं लोगों की ओर से आने वाली मांगों के आधार पर कार्य योजनाएं तैयार की जाएंगी।
- सामुदायिक विकास और सबलीकरण की अपेक्षाकृत व्यापक प्रक्रिया को सहज बनाने के लिए प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रम और सर्व शिक्षा अभियान एक दूसरे के साथ कदम मिला कर चलेंगे।

प्रौढ़ शिक्षा में कार्यक्रम/स्कीमें

साक्षरता अभियान और बहाली आप्रेशन

2.6.17 दसवीं योजना में ध्यान पहले से मंजूर की गई टी.एल.सी. परियोजनाओं को समेकित करने पर केंद्रित होगा। संशोधित स्कीम के तहत, यह प्रस्ताव है कि बुनियादी सीखने-सिखाने के क्रियाकलाप साक्षरता-पश्चात क्रियाकलापों के साथ मिलाए जाएंगे ताकि टी.एल.सी से पी.एल.पी तक पारगमन सुचारू रूप से सुनिश्चित किया जा सके। क्षेत्रीय असमानताएं और उत्तर प्रदेश, बिहार, राजस्थान, मध्य प्रदेश, आंध्र प्रदेश, जम्मू कश्मीर, झारखंड और छत्तीसगढ़ जैसे कम साक्षरता वाले राज्यों की विशेष समस्याओं की ओर अपेक्षाकृत अधिक ध्यान देना होगा। उन राज्यों को प्राथमिकता अवश्य दी जानी चाहिए जहाँ साक्षरता दर राष्ट्रीय औसत से नीचे है और जन जिलों में साक्षरता दर कम है।

सतत शिक्षा कार्यक्रम

2.6.18 इस कार्यक्रम के तहत, सी.ई. केंद्रों तथा एन.सी.ई. केंद्रों की स्थापना, अध्ययन कक्षाओं तथा पुस्तकालयों की पहचान तथा प्रशिक्षण, दृश्य-श्रव्य सामग्री की प्राप्ति और अन्य आधारभूत सुविधाओं को प्राथमिकता देना जारी रखा जाएगा। एन.सी.ई.सी./सी.ई.सी. विभिन्न स्तरों पर विकसित किए जाएंगे। वे निम्नलिखित केंद्रों के रूप में ये कार्य करेंगे- (क) गांव/समुदाय में सभी विकास कार्यक्रम के अभिसरण केंद्र, (ख) प्रासंगिक सीखने-सिखाने वाली सामग्री प्रदान करने वाले और कार्यक्रमों को नियमित रूप से मानीटर करने वाले शिक्षक सहभागिता केंद्र, (ग) पारंपरिक और समसामयिक कला और हस्तकौशल, मौजूदा संसाधन कच्चा माल और आधारभूत सुविधाओं की इन्वेटरी(सूची) रखने वाले डाटा बैंक, तथा (घ) ऐसे लक्ष्य-विशिष्ट भिन्न कार्यक्रम तैयार और कार्यान्वित करने वाले केंद्र जिन में उन क्षेत्रों की पहचान करनी

पड़ती है जिनके लिए दूसरी एजेंसियों से सहयोग प्राप्त करने की आवश्यकता होगी।

जन शिक्षण संस्थान

2.6.19 टी.एल.सी. तथा पी.एल.पी. के तेजी से विस्तार के साथ कौशल विकास के लिए मांग में वृद्धि हुई है। इसलिए जन शिक्षण संस्थान स्कीम का उद्देश्य अपने लाभभोगियों के प्रभावी कौशलों तथा जीवन की गुणवत्ता में सुधार करना होगा। दसवीं योजना के दौरान यह कार्य निम्नलिखित उपायों द्वारा किया जाएगा :

- स्कीम में ध्यान ग्रामीण क्षेत्रों पर केंद्रित किया जाएगा जिसमें मुख्यतः नव्य-साक्षरों अर्ध-साक्षरों, महिलाओं तथा अनु.जातियों/ अनु.जन जातियों को लक्ष्य बनाया जाएगा,
- स्कीम के लाभभोगियों में से कम से कम 30 प्रति शत लोग अनिवार्यतः नव्य साक्षर होने चाहिए,
- जन शिक्षा संस्थान पाठ्यक्रमों में साक्षरता सामग्री में वृद्धि की जाएगी। व्यावसायिक प्रशिक्षण पाठ्यक्रम में प्रवेश करने वाले असाक्षर अथवा नव्य साक्षर व्यक्ति को जन शिक्षण संस्थानों के माध्यम से अपने साक्षरता-कौशलों को सुदृढ़ बनाने का अवसर अवश्य मिलना चाहिए,
- व्यावसायिक प्रशिक्षण और कौशल विकास कार्यक्रमों के लिए सीखने सिखाने की सामग्री की योजना एस.आर.सी. तथा जिला साक्षरता समितियों के परामर्श से बनाई जाएगी,
- जन शिक्षण संस्थान जिला साक्षरता समितियों के परामर्श से ऐसे व्यावसायिक कार्यक्रम शुरू करेंगे जिनमें रोजगार की संभावना हो,
- यह सतत शिक्षा स्कीम में व्यावसायिक कार्यक्रम आयोजित करने में जिला साक्षरता समितियों को शैक्षिक सहायता प्रदान करेगी,
- जन शिक्षण संस्थानों को अभिनव कार्यक्रम शुरू करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा, तथा
- जन शिक्षण संस्थानों को कम से कम से कम 10 से लेकर 15 सतत शिक्षा केंद्र (सी.ई.सी.) चलाने होंगे और कम से कम एक एन.सी.ई.सी. जिला, साक्षरता समिति के परामर्श से सीधा इसके अधीन होगा।

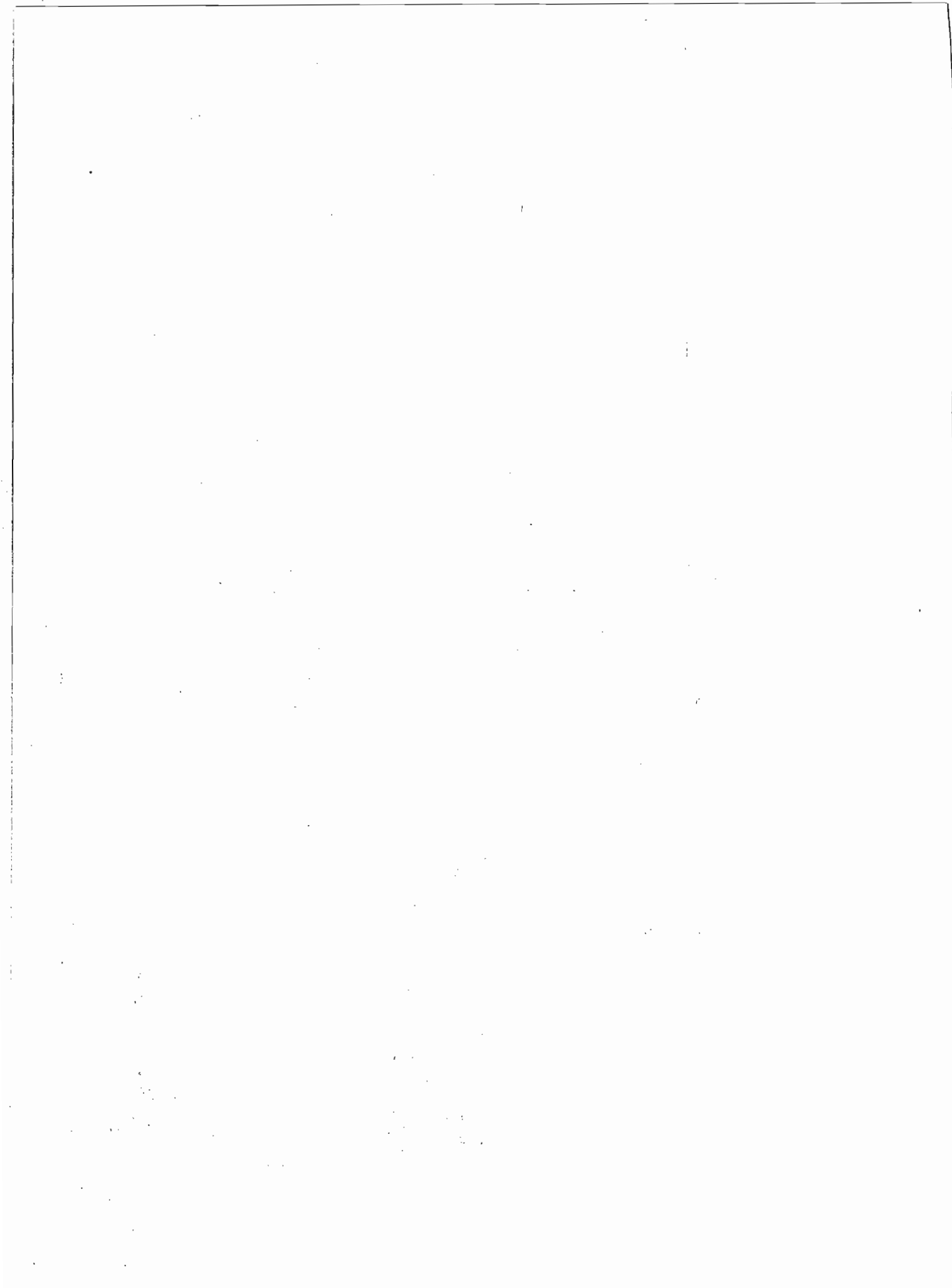
गैर सरकारी संस्थाओं (एन.जी.ओ.) को सहायता

2.6.20 आशा की जाती है कि एन.जी.ओ. और अधिक अभिनव परियोजनाएं शुरू करेंगी जो एन.एल.एम में नीतिगत परिवर्तन करने के लिए उदाहरणों के रूप में कार्य करेंगी। राज्य स्रोत केंद्रों (एस.आर.सी.) को समय पाकर सतत शिक्षा स्कीमों के प्रशिक्षण तथा कार्यान्वयन में और अधिक विशेषज्ञता विकसित करनी होगी, जो ज्यादातर जिलों में दसवीं योजना के अंत तक शुरू हो जाएगी। दसवीं योजना में राज्य स्रोत केंद्रों के कार्यों की इस प्रकार परिकल्पना की गई है-

- साक्षरता सामग्रियों (टी.एल.सी./पी.एल.पी. के लिए प्राइमर), नव्य-साक्षर सामग्री (पुस्तक, पुस्तिकाएं आदि) तथा अन्य प्रकार की साहित्यिक सामग्री विकसित करना,
- विभिन्न स्तरों के कार्यकर्ताओं के लिए प्रशिक्षण मैनुअल तैयार करना,
- मुख्य स्रोत व्यक्तियों, प्रेरकों, स्वैच्छिक प्रशिक्षकों, मास्टर प्रशिक्षकों तथा जिला समनव्यकरणों को प्रशिक्षण प्रदान करना,
- प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रमों के लिए दृश्य श्रव्य सुविधाओं का विकास,
- मीडिया के साथ समन्वय (इलेक्ट्रॉनिक तथा प्रिंट मीडिया दोनों),
- जिला साक्षरता समितियों, एन.जी.ओ. आदि द्वारा कार्यान्वित किए जा रहे साक्षरता कार्यक्रमों की मॉनीटरिंग तथा मूल्यांकन,
- मीडिया - इलेक्ट्रॉनिक और प्रिंट मीडिया - दोनों के साथ समन्वय,
- प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रमों के लिए कार्यनीतियों में सुधार करने के वास्ते अनुसंधान अध्ययन करना, तथा
- प्रौढ़ शिक्षा के क्षेत्र में अभिनव तरीके।

भावी मार्ग

2.6.21 प्रौढ़ शिक्षा कार्यक्रम की विषय वस्तु तथा पहुंच के बारे में एक पक्का दृष्टिकोण बनाने की आवश्यकता है। सतत शिक्षा और दूरस्थ शिक्षा स्कीमों के जरिए यह सुनिश्चित करना होगा कि सभी नव्य-साक्षर व्यक्ति फिर से निरक्षर न हो जाए। उनके व्यावसायिक प्रशिक्षण के लिए अवसर बढ़ाने की आवश्यकता भी उतनी ही जरूरी होगी ताकि साक्षरता प्राप्त करने की बाद वे अपनी आजीविका कमा सकें।



युवा और खेल कूद

युवा कार्य

2.7.1 जबकि युवाओं की भूमिका और योगदान का सभी-देशों में अत्यधिक महत्व होता है, किन्तु भारत जैसे देश में ये विशेषरूप से महत्वपूर्ण है जहाँ देश की समग्र सामाजिक और जनसांख्यिकीय प्रोफाइल में युवाओं का अनुपात लगातार बढ़ता जा रहा है। 2001 की जनगणना के अनुसार, 15 से 35 तक के आयु समूह में लगभग 355 मिलियन लोग थे, जिनमें से 74 प्रतिशत लोग ग्रामीण क्षेत्रों में रहते थे। 2016 तक यह संख्या 510 मिलियन तक बढ़ जाने की संभावना है। केंद्रीय तथा राज्य सरकारों, दोनों को राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्तरों पर खेल-कूद में उत्कृष्टता प्राप्त करने के उद्देश्य से विश्व स्तरीय पर्याप्त आधार्किक संरचना प्रदान करके इस विशाल समूह की क्षमताओं को निखारना चाहिए।

स्वतंत्रता प्राप्ति से लेकर उपलब्धियां

2.7.2 राष्ट्रीय विकास में युवाओं का महत्व सभी पंच वर्षीय योजनाओं में लगातार एक उद्देश्य रहा है। राष्ट्रीय अनुशासन स्कीम दूसरी योजना में शुरू की गई थी और यह तीसरी योजना में जारी रखी गई थी। चौथी योजना में युवाओं की आवश्यकताओं तथा युवा-नेतृत्व प्रशिक्षण पर विशेष बल दिया गया था। युवा विकास कार्यक्रमों में भाग लेने के लिए स्वैच्छिक संस्थाओं को सहायता प्रदान की गई। सामुदायिक सेवा को शैक्षिक पाठ्यचर्या के अभिन्न अंग के रूप में विकसित किया गया। पांचवीं योजना में राष्ट्रीय सेवा स्कीम (एन.एस.एस.) और नेहरू युवा केंद्रों (एन.वाई.के) के विस्तार और सुदृढीकरण पर बल दिया गया। राष्ट्रीय सेवा स्वैच्छिक स्कीम (एन.एस.वी.एस) भी इसी योजना अवधि के दौरान शुरू की गई। छठी योजना में विभिन्न कार्यक्रमों का प्रभावी समन्वय प्राप्त करने का प्रयास किया गया।

2.7.3 सातवीं योजना में इस क्षेत्र को बड़ी सहायता प्राप्त हुई जब एक राष्ट्रीय युवा नीति तैयार की गई और 1992 में एक कार्य योजना बनाई गई। योजनागत आबंटनों में आठ-गुणा वृद्धि देखी गई जोकि छठी योजना में 26.54 करोड़ रुपए से बढ़कर 306.35 करोड़ रुपए हो गई। युवा कार्य और खेल कूद मंत्रालय ने आठवीं योजना अवधि के दौरान बड़ी सफलताएं प्राप्त कीं। एन.वाई.के की संख्या 398 से बढ़कर

500 हो गई, नेहरू युवा केंद्र संगठनों (एन.वाई.के.एस) से सम्बद्ध युवा क्लबों की संख्या बढ़कर 1.79 लाख तक पहुँच गई और योजना अवधि के अंत तक एन.एस.एस के अधीन 1.3 मिलियन स्वयं-सेवियों के नाम दर्ज किए गए। आठवीं योजना और राष्ट्रीय युवा नीति में देश के विभिन्न भागों से और विशेषकर अलग-थलग सीमावर्ती और जनजातीय क्षेत्रों में युवाओं के बीच अंतर्क्रिया को बढ़ावा देकर राष्ट्रीय और सांस्कृतिक एकीकरण बढ़ाने के लिए युवाओं को संगठित करने पर बल दिया गया। इसमें साक्षरता, पर्यावरण, स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण और सामुदायिक विकास संबंधी सामाजिक कार्यक्रमों में भी जागरूकता तथा भागीदारी पर भी बल दिया गया। युवा और खेल-कूद कार्यक्रम के लिए आबंटन बढ़ाकर क 349 करोड़ रुपए और तत्पश्चात नौवीं योजना में 826.09 करोड़ रुपए कर दिया गया।

नौवीं योजना में बल

2.7.4 नौवीं योजना में बल युवा शक्ति को निखारने पर दिया गया। राष्ट्रीय युवा नीति में निम्नलिखित पर बल दिया गया है :

1. युवा व्यक्तियों को विभिन्न समुदाय-आधारित राष्ट्र निर्माण क्रियाकलापों में शामिल करना और ऐसे क्रियाकलापों में युवा स्वयं-सेवियों को शामिल करने के लिए राष्ट्रीय पुनर्निर्माण कार्पस (एन.आर.सी) नामक एक नई स्कीम।
2. एक अंतरक्षेत्रीय दृष्टिकोण के जरिए युवाओं का सशक्तिकरण और लैंगिक न्याय।
3. शिक्षा, प्रशिक्षण और रोजगार, स्वास्थ्य, पर्यावरण, खेल-कूद, मनोरंजन और आराम, कला और संस्कृति, विज्ञान और प्रौद्योगिकी आदि की ओर विशेष ध्यान देना।
4. युवाओं की विकासोन्मुख कार्यक्रमों में रुचि बढ़ाना।

नौवीं योजना में कार्य-निष्पादन की समीक्षा

2.7.5 नौवीं योजना के दौरान, एन.वाई.के.एस. अपने क्रियाकलापों का और अधिक गांवों तक विस्तार करने में सफल रही और अब इसके लगभग 500 जिलों में कार्यालय हैं। एन.वाई.के.एस. ने युवाओं को स्वयं को युवा क्लबों तथा स्व-सहायता समूहों में संगठित करने के लिए

प्रेरणा देकर ग्रामीण युवाओं को शामिल करने के लिए कई नई पहल देकर ग्रामीण युवाओं को शामिल करने के लिए कई नई पहल कदमियां आरंभ की। एन.एस.वी.एस., युवा क्लबों को वित्तीय साहयता, उत्कृष्ट युवा क्लबों को पुरस्कार और युवा विकास केंद्र जैसी स्कीमें युवा लोगों को विकासोन्मुख कार्यक्रम शुरू करने के लिए प्रोत्साहित करने में सफल रही हैं। एन.वाई.के.एस. ने ग्रामीण विकास मंत्रालय के सहयोग से कार्यान्वित किए जा रहे स्वर्ण जयंती ग्राम स्वरोजगार योजना के अधीन बड़े कार्यक्रम शुरू किए। इस कार्यक्रम का उद्देश्य चुने गए गरीबी रेखा (बी.पी.एल.) से नीचे के युवाओं को तीन वर्ष के भीतर गरीबी रेखा से ऊपर लाना है। एन.वाई.के.एस. द्वारा जल विभाजक प्रबंधन कार्यक्रम भी कार्यान्वित किए जा रहे हैं। इसके अतिरिक्त, एन.वाई.के.एस. ने अशक्त लोगों को सुविधाएं और साधित्र प्रदान करने के लिए सहायता देना, 100 वृद्धावस्था दिन-के-समय देखभाल केंद्र, 30 गांधी सहस्राब्दी युवा शांति केंद्र, वन्य जीवन देखभाल केंद्र, राष्ट्रीय युवा सहकारी समितियां तथा संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम (यू.एन.डी.पी.)-एन वाई के एस तथा गरीबी पुरस्कारों के लिए स्वयं-सेवी कार्यक्रम चलाना भी आरंभ किया है। एन.एस.एस. के अधीन छात्रों की कवरेज बढ़ कर 1.7 मिलियन से अधिक हो गई है।

दसवीं योजना के लिए दृष्टिकोण

2.7.6 10-19 के आयु समूह में किशोर युवाओं की संख्या 230 मिलियन थी जोकि जनसंख्या का 22.8 प्रतिशत है। युवा जनसंख्या व इस खण्ड को ऐसी विशिष्ट अंतराक्षेपी कार्यनीतियों के जरिए लक्ष्य बनाने का प्रस्ताव है जिनमें युवा और शक्ति, लैंगिक न्याय, युव स्वास्थ्य और जिम्मेदारीपूर्ण जीवन पर ध्यान केंद्रित किया जाएगा।

2.7.7 मुख्य बल युवाओं को राष्ट्रीय योजना और विकास की प्रक्रिया में शामिल करने और विकास कार्यनीति में उन्हें केंद्रीय बिन्दु बनाने पर होगा। यह कार्य उन्हें उचित शैक्षिक और प्रशिक्षण सुविधाएं और रोजगार के अवसरों की सूचना तक पहुंच प्रदान करके किया जाएगा और उसमें उद्यमियों के लिए मार्ग दर्शन और वित्तीय क्रेडिट तथा नेतृत्व, सहनशीलता, तथा खुले दिमाग, देशभक्ति आदि- जैसे गुण विकसित करने के लिए उचित मंच प्रदान करना भी शामिल है।

2.7.8 युवा कार्य और खेल क्लब मंत्रालय अन्य मंत्रालयों और विभागों के साथ समन्वय द्वारा युवाओं के लिए रोजगार के अवसर खोजने तथा इनका पता लगाने के लिए एक समर्थक सक्रिय तथा प्रेरक भूमिका अदा करेगा ताकि युवाओं से संबंधित विभिन्न स्कीमों में निवेशों का अनुकूलतम उपयोग किया जा सके। मंत्रालय युवाओं को लैंगिक मुद्दों के प्रति संवेदनशील बना कर लैंगिक न्याय को बढ़ावा देने के लिए एक सक्रिय समर्थनकारी भूमिका निभाएगा।

2.7.9 युवाओं संबंधी क्रियाकलापों का ध्यान गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने पर केंद्रित होगा और इनमें यह सुनिश्चित किया जाएगा कि युवाओं को प्रजनन, स्वास्थ्य संबंधी विषयों, शराबखोरी, नशे की लत आदि पर नियंत्रण पाने की जानकारी तक पहुंच प्राप्त हो। विशेष ज़रूरतों वाले युवाओं की समस्या की ओर ध्यान देना जरूरी है।

2.7.10 मूल्य आधारित शिक्षा दी जाएगी जिसमें ध्यान बड़ों के लिए आदर, दूसरों के विश्वासों और धर्मों के प्रति सहनशीलता, गरीब और ज़रूरतमंद लोगों के प्रति दया पर केंद्रित किया जाएगा। प्रकृति की सुरक्षा और संरक्षण के लिए युवाओं को शामिल किया जाएगा। भारत की सांस्कृतिक विरासत और इतिहास के प्रति उनकी जागरूकता बढ़ाने के लिए कदम उठाए जाएंगे।

2.7.11 किशोरों की ओर विशेष ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है और समाज में उनके लिए अपेक्षाकृत एक स्थायी स्थान बनाने और स्वस्थ विकास के रास्ते में आने वाली रुकावटों को दूर करने में उनकी सहायता करने की ज़रूरत है।

2.7.12 युवा विकास में सरकारी और गैर-सरकारी संस्थाओं के बीच नेटवर्क स्थापित करने के लिए प्रयास किए जाएंगे।

दसवीं योजना के लिए कार्य योजना

2.7.13 दसवीं योजना में व्यावसायिक और रोजगार वृद्धि पर जोर देते हुए एन.वाई.के. तथा एन.एस.एस. का भारी विस्तार करना युवा कार्यक्रमों का सारांश होगा। युवा कार्य और खेल क्लब मंत्रालय केंद्र और राज्यों में युवा विकास में शामिल सभी विभागों और एजेंसियों के साथ प्रभावी सम्पर्क स्थापित करेगा। सभी जिम्नों को लाभान्वित करने और छः लाख गांवों में से कम से कम पचास प्रतिशत गांवों को लाभान्वित करने के लिए युवा क्लब आंदोलन को सुदृढ़ बना कर एन.वाई.के.एस. का विस्तार करने का काम भी शुरू किया जाएगा। परन्तु ऐसा करने से पहले एन.वाई.के.एस. के क्रियाकलापों का पूरी तरह से मूल्यांकन करना होगा। इस प्रकार का मूल्यांकन संस्था की दक्षता तथा उस स्कीम की उपयोगिता को काफी हद तक बढ़ा सकता है जिसे वह चला रहा हो।

2.7.14 देश के 5000 ब्लॉकों में से प्रत्येक ब्लॉक में एक युवा विकास केंद्र का अंतिम उद्देश्य प्राप्त करने के लिए युवा विकास केंद्रों (वाई.डी.सी.) का विस्तार किया जाएगा। युवा विकास केंद्रों को युवाओं के लिए सूचना केंद्र और अंततः सूचना प्रौद्योगिकी केंद्र बनाया जाएगा। सूचना प्रौद्योगिकी विभाग से मिल कर और सहयोग करके ऐसे केंद्रों का महत्व बढ़ाया जाएगा।

2.7.15 जो युवा क्लब युवा क्रियाकलापों का केंद्र बिन्दु रहे हैं, ऐसे

और क्लब स्थापित किए जाएंगे ताकि युवाओं को अपने से संबंधित मुद्दे उठाने के लिए मंच प्राप्त हो सके।

2.7.16 ग्रामीण युवाओं सहित सभी वर्गों के युवाओं को राष्ट्रीय कैडेट कोर (एन.सी.सी.), एन.एस.एस., स्काउटों और गाइडों तथा एन.आर.सी। जैसी विभिन्न स्कीमों में भाग लेने का अवसर मिलना चाहिए। सभी डिग्री कालेजों तथा +2 विद्यालयों को कवर करने के लिए एन.एस.एस. नेटवर्क के क्रियाकलापों का विस्तार किया जाएगा जबकि दसवीं योजना अवधि के अंत तक एन.आर.सी. अपनी पहुँच 500 जिलों तक बढ़ा देगा।

2.7.17 युवा विकास के लिए राजीव गांधी राष्ट्रीय संस्थान (आर.जी.एन.आई.वाई.डी) को युवाओं से संबंधित विषयों के बारे में वास्तव में सूचना, प्रलेखन, अनुसंधान तथा प्रशिक्षण के लिए एक राष्ट्रीय केंद्र बनाने की दृष्टि से इस संस्थान को मानव शक्ति और उपस्कर के रूप में अतिरिक्त संसाधन प्रदान किए जाएंगे।

किशोरों के लिए कार्यक्रम

2.7.18 किशोरों की बिलकुल विशेष और अलग ज़रूरतें होती हैं, इनमें निवेश करना अनिवार्य है क्योंकि वे देश का भविष्य हैं। किशोरों के संबंध में सर्वाधिक महत्वपूर्ण विषय हैं- स्वास्थ्य, पोषण, शिक्षा-औपचारिक और अनौपचारिक दोनों, व्यवसाय, मनोरंजन और खेल-कूद, बालश्रम, कठिन परिस्थितियों में बच्चे, शराब और नशीली दवाओं का सेवन।

2.7.19 सभी किशोरों को सुरक्षित मातृत्व, प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों, लैंगिकता और लैंगिक दायित्व, विवाह की आयु और प्रथम गर्भ धारण, परिवार के आकार, स्वास्थ्य सुरक्षा, सफाई, विसंक्रमण, एच.आई.वी./एड्स की रोकथाम, शिक्षा के महत्व, विशेषकर लड़कियों की, नशीली दवाओं और शराब के सेवन जैसे विषयों के प्रति जागरूक अवश्य बनाया जाना चाहिए। उन्हें कुछ कानूनी जानकारी भी होनी चाहिए और उन्हें व्यावसायिक अवसरों तथा भविष्य की योजना बनाने के बारे में भी अवश्य बताया जाना चाहिए।

2.7.20 दसवीं योजना में किशोरों के लिए एक स्कीम शुरू करने का प्रस्ताव है। सीधे केंद्र द्वारा पूंजीगत अनुदानों से एक राष्ट्रीय युवा केंद्र तथा राज्य युवा केंद्र स्थापित करने का भी प्रस्ताव किया गया है। ये केंद्र युवाओं के अपने तथा राष्ट्र से संबंधित विषयों पर बहस करने, अपनी भरपूर सृजनात्मक शक्तियों को अभिव्यक्त करने तथा अपनी प्रतिभाएं प्रदर्शित करने के लिए एक मंच प्रदान करेंगे।

2.7.21 युवाओं के कुछ ऐसे वर्ग हैं जो शारीरिक और मानसिक

अशक्तताओं का शिकार हैं। युवा कार्य विभाग को उनके लिए विभिन्न सुविधाओं और सेवाओं को समन्वित तथा मानीटर करने के लिए नोडल एजेंसी बनाना चाहिए।

2.7.22 किशोरों के लिए कार्यक्रमों की विषय-वस्तु तैयार करते समय सामाजिक न्याय और सबलीकरण मंत्रालय, महिला और बाल विकास विभाग एवं ग्रामीण विकास मंत्रालय के विचार और सुझाव प्राप्त करना अत्यंत लाभदायक होगा।

खेल-कूद

स्वतंत्रता-प्राप्ति से लेकर उपलब्धि

2.7.23 व्यक्तिगत उत्पादित बढाने की दृष्टि से स्वास्थ्य और शारीरिक स्वस्थता के लिए शारीरिक शिक्षा, खेलों, खेल-कूद और योगा के महत्व को नज़रअंदाज नहीं किया जा सकता। सामाजिक सामंजस्य तथा अनुशासन बढाने के एक साधन के रूप में खेलों का महत्व पूरे विश्व में स्वीकार किया जाता है।

2.7.24 क्रमिक योजनाओं में खेल-कूद और शारीरिक शिक्षा पर जोर दिया जाता रहा है और इस क्षेत्र को 1984 में अतिरिक्त महत्व प्राप्त हुआ जब खेल-कूद के लिए एक अलग विभाग स्थापित किया गया जिसे बाद में चल कर 1999 में एक अलग मंत्रालय बना दिया गया। दूसरी योजना के दौरान राष्ट्रीय शारीरिक शिक्षा कालेज और राष्ट्रीय खेल-कूद संस्थान की स्थापना की गई और स्टेडियम, तरण-तालों तथा ओपन एअर (खुले) थिएटरों जैसी सुविधाओं का निर्माण किया गया। राष्ट्रीय शिक्षण योजना तीसरी योजना के दौरान शुरू की गई, जबकि चौथी योजना के दौरान शारीरिक शिक्षा, खेलों और खेल कूद के लिए आबंटन बढ़ा दिए गए। पांचवीं योजना में शिक्षण सुविधाओं का विस्तार किया गया। छठी योजना में विभिन्न खेलों में युवा प्रतिभा को खोजने और निखारने और होनहार खिलाड़ियों के लिए विभिन्न संस्थानों में सुविधाएं स्थापित करने पर जोर दिया गया। सातवीं योजना के दौरान साहसिक खेलों को बढ़ावा दिया गया और इसके साथ ही आधारिक स्तर पर खेल-कूद की आधारिक संरचना के विकास और सिंथेटिक ट्रैक बिछाने पर बल दिया गया। एक राष्ट्रीय खेल कूद नीति तैयार की गई जिसके आधार पर 1992 में एक कार्य योजना बनाई गई। कई ग्रामीण विद्यालयों को खेल के मैदान विकसित करने और खेल-कूद का सामान खरीदने में सहायता प्रदान की गई। 9-12 वर्ष के आयु समूह में प्रतिभावान स्कूली छात्रों की पहचान की गई और विशेष क्षेत्र खेलों (एस.ए.जी.) तथा खेल-कूद परियोजना विकास क्षेत्र केंद्र (एस.पी.डी.ए.) स्कीमों के अधीन खिलाड़ियों को विशेष प्रशिक्षण दिया गया।

नौवीं योजना की समीक्षा और उपलब्धियां

2.7.25 इसके बाद नौवीं योजना में भी खेलकूद में उत्कर्ष प्राप्त करने, और अधिक वैज्ञानिक सुविधाएं प्रदान करने, खिलाड़ियों की प्रशिक्षण आवश्यकताओं के अनुरूप वांछित गुणवत्तापूर्ण मानव शक्ति के साथ खेल-कूद फिजियालोजी तथा औषधि के ठोस सिद्धांतों की स्थापना को बढ़ावा देने का प्रयास किया गया। इसके अतिरिक्त, इसमें निम्नलिखित मुद्दों की ओर ध्यान दिया गया-

- प्रशिक्षकों की सक्षमता तथा कौशल बढ़ाना।
- लड़कियों और ग्रामीण क्षेत्रों में लोगों के खेल-कूद और शारीरिक शिक्षा को बढ़ावा देना।
- खेल-कूद के विकास के लिए एक व्यापक योजना बनाने में राज्य सरकारों की भागीदारी।
- सिंथेटिक की खेल सतहों सहित खेल-कूद की आधारिक संरचना स्थापित करना और इन्हें आम लोगों को उपलब्ध कराना।
- विभिन्न खेल-कूद क्रियाकलापों में लोगों की भागीदारी को बढ़ावा देना, तथा
- छात्रवृत्तियों सहित विभिन्न राष्ट्रीय खेल-कूद परिसरों, होनहार खिलाड़ियों एवं ग्रामीण खेलकूद को बढ़ावा देने के लिए वित्तीय सहायता। नौवीं योजना के भौतिक और वित्तीय, दोनों लक्ष्य अधिकतर प्राप्त कर लिए गए हैं।

दसवीं योजना के लिए दृष्टिकोण

2.7.26 देश भर में खेल-कूद की आधारिक संरचना का नेटवर्क और भारतीय खेल-कूद प्राधिकरण (एस.ए.आई.) के जिला, राज्य तथा क्षेत्रीय केंद्रों में उच्चतर स्तर की आधारिक संरचना स्थापित करने की आवश्यकता है। इन सुविधाओं तक पहुँच प्रदान करना और भी जरूरी है। खिलाड़ियों को विकसित देशों में उपलब्ध आधुनिक उपस्कर और प्रशिक्षण सुविधाओं के बराबर सुविधाएं प्रदान की जाएंगी ताकि वे अंतर राष्ट्रीय खेलों में प्रतियोगिता कर सकें। शिक्षण कौशलों में सुधार करने और उन्हें राष्ट्रीय मानकों तक उठाने और खेल-कूद वैज्ञानियों, निर्णायकों, रेफरियों तथा अम्पायरों के प्रशिक्षण और विकास के लिए प्रयास किए जाएंगे। खेल-कूद से संबंधित क्षेत्रों में बुनियादी एवं प्रायोगिक अनुसंधान पर बल दिया जाएगा। नशीली दवाओं का दुरुप्रयोग समाप्त करने के लिए प्रभावी जाँच पद्धति तैयार करके नशा-मुक्त वातावरण पैदा किया जाएगा। कुछ लोकप्रिय खेलों को छोड़ कर, जिनकी ओर निजी प्रायोजक आकर्षित होते हैं, अधिकांश खेल-कूद क्रियाकलापों में खिलाड़ियों के लिए अपना भविष्य बनाने के लिए अवसर नहीं होते। इसलिए

खिलाड़ियों के लिए पदों के आरक्षण और पुरस्कारों के रूप में निश्चित प्रोत्साहन देने की आवश्यकता है।

2.7.27 खेल-कूद क्रियाकलापों के संवर्द्धन और विकास के लिए निजी और सार्वजनिक क्षेत्र के संसाधनों के प्रयोग द्वारा संसाधन जुटाने के लिए बहु-क्षेत्रक दृष्टिकोण अपनाया जाएगा। कार्पोरेट गृहों को दीर्घ-कालिक विकास के लिए विशेष खेलों तथा खिलाड़ियों को अपनाने के लिए कहा जाएगा। एक राष्ट्रीय खेल कूद निधि की स्थापना की गई है जिसमें दाताओं को आयकर में 100 प्रति शत छूट दी जाती है।

2.7.28 जबकि केंद्रीय सरकार अपना ध्यान राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर उत्कर्ष प्राप्त करने पर केंद्रित करेगी, किन्तु राज्य सरकारें अपना ध्यान खेल-कूद को व्यापक आधार देने पर केंद्रित करेंगी। विद्यालयों और ग्रामीण क्षेत्रों में खेल-कूद के संवर्द्धन को उच्च प्राथमिकता दी जाएगी और पंचायतों तथा युवाओं और खेलकूद क्लबों को खेलों को बढ़ावा देने के लिए प्रेरित किया जाएगा। खेलकूद के विषयों को सिद्ध क्षमता, लोकप्रियता और कार्य-निष्पादन के आधार पर प्राथमिकता दी जाएगी और जूनियर तथा उप-जूनियर स्तरों पर अपेक्षाकृत अधिक बल दिया जाएगा। देश में खेल-कूद संस्कृति को प्रोत्साहित करने के लिए मास-मीडिया को प्रेरित किया जाएगा।

2.7.29 विभिन्न स्तरों पर राष्ट्रीय चैम्पियशिपों का एक वार्षिक खेल-कूद कैलेंडर तैयार किया जाएगा और विभिन्न परिसरों (फेडरेशनों) को अंतरराष्ट्रीय प्रतियोगिताओं में भाग लेने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा। फेडरेशनों/संस्थाओं का कामकाज और अधिक पारदर्शी, लोकांतरिक, व्यावसायिक और जवाबदेह होना जरूरी है। केंद्रीय सरकार एक आदर्श संगठनात्मक ढांचा एवं दिशा-निर्देश तैयार करेगी और यदि आवश्यक हुआ तो एक उपयुक्त विधान भी अधिनियमित करेगी।

2.7.30 खेल कूद से संबंधित सभी स्कीमों को निम्नलिखित छः वर्गों के अंतर्गत लाने का निर्णय भी किया गया है- (i) आधारिक संरचना संबंधी स्कीमें, (ii) प्रतिभा खोज तथा प्रशिक्षण संबंधी स्कीमें, (iii) राष्ट्रीय/अंतर राष्ट्रीय खेल कूद प्रतियोगिताओं सहित प्रतियोगिताओं संबंधी स्कीमें (iv) पुरस्कारों संबंधी स्कीमें, (v) संस्थानों संबंधी स्कीमें, तथा (vi) खेलकूद गतिविधियों को बढ़ावा देने के लिए प्रोत्साहन। खेल कूद राज्य अकादमियों, मनोरंजन खेल कूद तथा साहसिक खेलकूद जैसे नए कार्यक्रम शुरू किए जाएंगे। खेलों में नशीली दवाओं के प्रयोग को हटाने के लिए प्रभावी रोकथाम। अभिकल्पन के द्वारा स्वापक मुक्त वातावरण बनाया जाएगा।

दसवीं योजना के लिए कार्य योजना

2.7.31 विद्यालयों तथा कालेजों में खेल कूद के लिए पर्याप्त आधारिक

संरचना स्थापित की जाएगी। जब कभी नई बस्तियां विकसित की जाएं, सभी शहरी निकायों को खेल के मैदानों के लिए खुले स्थान अवश्य नियत करने चाहिए। खेल के मैदानों को आवासीय/वाणिज्यिक परिसरों में बदलना अवश्य निषिद्ध किया जाना चाहिए। खेलकूद की आधारिक संरचना की स्थापना और विकास का काम एन.एस.एस./एन.वाई के. एवं ग्रामीण विकास मंत्रालय की स्कीमों के माध्यम से भी एक क्रियाकलाप के रूप में शुरू किया जाना चाहिए, जिसमें स्थानीय निकायों को भी शामिल किया जाना चाहिए। जिला और तहसील स्तरों पर खेल-कूद की आधारिक संरचना स्थापित करने के लिए जिम्मेदारी राज्य सरकारों की होनी चाहिए, जबकि एस.ए.आई. के क्षेत्रीय केंद्रों को जिला और राज्य मुख्यालय में खेल-कूद की उच्च स्तरीय आधारिक संरचना विकसित करने का काम अनिवार्यतः अपने हाथ में लेना चाहिए। इन सुविधाओं का बेहतर उपयोग सुनिश्चित करने के लिए खेल कूद छात्रावासों तथा राज्य स्तरीय प्रशिक्षण केंद्रों के साथ संबंध जोड़ने पर भी विचार किया जाना चाहिए।

2.7.32 राज्य सरकारों को, केंद्र सरकार की वित्तीय सहायता से खेल कूद को व्यापक आधार देने के लिए निधियां प्रदान करनी चाहिए।

2.7.33 संवर्धन के लिए खेल कूद क्रियाकलापों का चुनाव, विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में, उपलब्ध सुविधाओं को ध्यान में रखते हुए किया जाना चाहिए। जहाँ तक संभव हो, वही खेल चुने जाने चाहिए जिनमें अधिक साजो-सामान की आवश्यकता नहीं होती जैसेकि खो-खो, कबड्डी, वॉलीबाल, ट्रैक खेल और लम्बी कूद। ग्रामीण विकास मंत्रालय को ग्रामीण क्षेत्रों में खेल-कूद को बढ़ावा देने के लिए सक्रिय भूमिका निभानी चाहिए। खेल के मैदान बनाने और उनके रख-रखाव के लिए तथा खेल-कूद का सामान प्रदान करने के लिए पंचायतों को मंत्रालय द्वारा सहायता दी जानी चाहिए।

2.7.34 ग्रामीण विद्यालयों में रोजमर्रा के खेल कूद कार्यक्रम शारीरिक शिक्षा अध्यापक या किसी अन्य कक्षा के अध्यापक को सौंपे जाने चाहिए। खेल कूद में भाग लेने से छात्रों के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य में सुधार होगा और इसके परिणामस्वरूप उनके समग्र प्रदर्शन में सुधार होगा। इससे अभिभावकों को अपने बच्चों के खेल कूद में भाग लेने के महत्व का अहसास होगा।

2.7.35 नगरपालिकाओं और नगर निगमों को भी खेल के मैदानों, स्टेडियम तथा तरण तालों का रख-रखाव सुनिश्चित करके और अपेक्षित गुणवत्तापूर्ण खेल कूद का सामान देने के अलावा और बड़ी संख्या में युवाओं को खेल-कूद क्रियाकलापों में शामिल करके खेल कूद के विकास में योगदान करना चाहिए। उन्हें सभी एशियन गेमस् की खेलों के लिए, विशेषकर स्थानीय और राज्य स्तर पर लोकप्रिय खेलों के लिए, प्रतियोगिताएं अवश्य आयोजित करनी चाहिए। नगर योजना नियमों में योजना बनाने

की अवस्था पर नये क्षेत्रों में केवल खेल के मैदानों, खेल कूद क्षेत्रों, व्यायामशालाओं/जिमों आदि की ही व्यवस्था नहीं की जानी चाहिए अपितु इन्हें मौजूदा खेल कूद की संरचनाओं को अतिक्रमण से बचाना चाहिए और इनका ठीक प्रकार से रखरखाव करना चाहिए।

2.7.36 केंद्रीय तथा राज्य सरकारों को शारीरिक शिक्षा कालेजों की स्थिति की समीक्षा करनी चाहिए और पाठ्यचर्या, शिक्षकों की गुणवत्ता तथा आधारिक संरचना में सुधार करने के लिए उपयुक्त उपाय करने चाहिए।

2.7.37 प्रत्येक राज्य में खेल कूद विद्यालयों के रूप में पहचाने गए केंद्रीय विद्यालयों तथा नवोदय विद्यालयों को दो से लेकर तीन खेल आर्बिट्रि किए जाने चाहिए ताकि अतिव्याप्ति न हो और एशियन गेमस् के सभी खेल भी कवर हो जाएं। इस प्रतियोगिता से हमें अंतर्राष्ट्रीय खेल कूद के क्षेत्र में नाम कमाने में मदद मिल सकती है। इन गति-निर्धारक विद्यालयों में बुनियादी न्यूनतम आधारिक खेल-कूद संरचनाएं और सुविधाएं अवश्य होनी चाहिए।

2.7.38 यद्यपि विभिन्न खेलों में हर वर्ष अंतर-विश्वविद्यालय प्रतियोगिताएं आयोजित की जाती हैं, तथापि अंतर-कालेज कार्यक्रमों को सुदृढ़ बनाने की आवश्यकता है। सभी कालेजों के लिए अंतर-कालेज प्रतियोगिताएं आयोजित करना और विश्वविद्यालय स्तरीय प्रतियोगिताओं में भाग लेना अनिवार्य होना चाहिए। कालेज तथा विश्वविद्यालय स्तरों पर विभिन्न प्रतियोगिताओं में भाग लेने के लिए छात्रों को प्रोत्साहित करने के उद्देश्य से अंतर-विश्वविद्यालय कार्यक्रम को और अधिक आकर्षक बनाया जाना चाहिए। विश्वविद्यालय खेल कूद कार्यक्रम को सुदृढ़ बनाने से राष्ट्रीय टीमों के कार्य-निष्पादन में सुधार करने में सहायता मिलेगी।

2.7.39 प्रतिभावान खिलाड़ियों को अच्छी गुणवत्ता वाला सामान प्रदान करने के लिए देशी खेलकूद उद्योग को अंतर्राष्ट्रीय स्तर का सामान बनाने के लिए प्रोत्साहन दिया जाना चाहिए। उस समय तक अच्छी गुणवत्ता वाले सामान का आयात करना आवश्यक होगा।

2.7.40 खिलाड़ियों में जीतने की क्षमता पैदा करने के लिए कोई व्यावहारिक योजना बनाते समय खेलों की पहचान, खिलाड़ियों/टीमों के चयन और खिलाड़ियों का चयन, शिविरों के लिए स्थानों के चुनाव, शारीरिक स्वस्थता/डाक्टरी/कौशल परीक्षण और स्थायी प्रशिक्षण शिविरों के लिए अतिरिक्त सुविधाओं की आवश्यकता आदि सभी बातों को ध्यान में रखा जाएगा।

2.7.41 खेल कूद फेडरेशनों, राज्य सरकारों के साथ निजी और सार्वजनिक क्षेत्रक संस्थाओं को योजना तैयार और कार्यान्वित करने में पूरी तरह से शामिल करना होगा। परन्तु सभी के लिए शारीरिक

स्वस्थता सुनिश्चित करने और क्षमता को खोजने और निखारने के जरिए उत्कर्षता को बढ़ावा देने के उद्देश्य से, ऐसी अल्पकालिक योजना का, खेल-कूद को एक दीर्घकालिक आधार देने का परिप्रेक्ष्य अवश्य होना चाहिए। इस दीर्घकालिक योजना के तत्त्व इस प्रकार हैं:

- देश में खेल कूद का वातावरण पैदा करना और प्रत्येक नागरिक में शारीरिक दृष्टि से स्वस्थ होने और खेल कूद में भाग लेने की आवश्यकता के प्रति चेतना पैदा करना। इसके लिए एक योजनाबद्ध तरीके से आधारिक संरचना स्थापित करने और राष्ट्रीय एकता पर 'भारतीयम' कार्यक्रम जैसे संबर्द्धनात्मक क्रियाकलापों के साथ उपलब्ध आधारिक संरचना और प्रशिक्षण सुविधाओं की और अधिक कुशल प्रयोग की आवश्यकता है।
- खेल कूद के संवर्धन के लिए एक पिरामिडीय ढांचा स्थापित करना जो प्राथमिक विद्यालय और माध्यमिक विद्यालयों से शुरू हो कर कालेज स्तर तक जाता हो। इन स्रोत केंद्रों को विकसित करने के लिए, पर्याप्त संख्या में शारीरिक शिक्षा अध्यापकों की आवश्यकता होगी। विद्यालयों में खेल के मैदानों और छात्रों के लिए आवश्यक उत्साहवर्धक वातावरण पैदा करने के अलावा, एस.ए.जी. तथा राष्ट्रीय खेल कूद प्रतिभा प्रतियोगिता (एन.एस.टी.एस) स्कीमों को पर्याप्त सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है जो जनजातीय, दूरस्थ तथा ग्रामीण क्षेत्रों में संभावित खिलाड़ियों के लिए अवसर प्रदान करती हैं। खेल कूद संस्थानों के लिए अलग आधारिक संरचनाएं रखने की भी आवश्यकता है।
- खेल कूद में उत्कर्ष के लिए, एक उन्नत प्रौद्योगिकी का समर्थन आवश्यक है।
- तटवर्ती क्षेत्रों में तैराकी और जनजातीय क्षेत्रों में तीरंदाजी के लिए देशी क्षमता का उपयोग करने के लिए विशिष्ट प्रयास किए जाने चाहिए।
- निजी क्षेत्र को आकर्षक प्रोत्साहन देकर, उनके सहयोग से राज्यों में खेल कूद विद्यालय स्थापित किए जाने चाहिए।
- खेल कूद और शारीरिक शिक्षा को शैक्षिक पाठ्यचर्या में ही मिला दिया जाना चाहिए।
- खेल कूद में गैर-सरकारी संस्थाओं और औद्योगिक घरानों की भागीदारी को बढ़ावा देने के लिए एक नीति तैयार करने की आवश्यकता है।
- युवा कार्य और खेल कूद मंत्रालय को अशक्त लोगों के

लिए खेल कूद और खेलों को बढ़ावा देने के उद्देश्य से एक विशेष स्कीम तैयार करनी चाहिए।

भावी मार्ग

किशोरों के लिए कार्यक्रम

2.7.42 दसवीं योजना में किशोरों के लिए एक विशेष स्कीम शुरू करने का प्रस्ताव है। इसका उद्देश्य उन्हें सुरक्षित मातृत्व, प्रजननात्मक स्वास्थ्य अधिकारों, लैंगिकता और लैंगिक दायित्वों, विवाह की आयु और प्रथम गर्भधारण, स्वास्थ्य सुरक्षा, सफाई, विसंक्रमण, एच.आई.वी./एड्स की रोक थाम, शिक्षा के महत्व, विशेषकर लड़कियों की, नशीली दवाओं तथा शराब के दुरुपयोग आदि जैसे मुद्दों पर सुग्राही बनाना है। यह स्कीम उन्हें कानूनी जानकारी भी देगी और उन्हें व्यावसायिक अवसरों तथा भविष्य की योजना बनाने के लिए भी जागरूक बनाएगी।

राज्य खेल कूद अकादमी की स्थापना

2.7.43 इस नई स्कीम का उद्देश्य खेलों में 10-13 वर्ष की आयु समूह में से सबसे अधिक प्रतिभावान बच्चों को चुनना तथा उन्हें राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय स्तर पर उत्कर्ष प्राप्त करने के लिए निखारना है। प्रत्येक राज्य में कार्पोरेट सेक्टर की साझेदारी में एक राज्य खेल कूद अकादमी स्थापित करने का प्रस्ताव है।

डोप टेस्ट स्कीम

2.7.44 इस स्कीम का उद्देश्य डोप परीक्षण के लिए पर्याप्त सुविधाएं देकर और इस विषय पर खिलाड़ियों, अभिभावकों, प्रशिक्षकों, डाक्टरों, वैज्ञानिकों और खेल कूद नियंत्रक निकायों में जागरूकता पैदा करके खेलों में नशीली दवाओं के प्रयोग को रोकना है। इसमें शैक्षिक कार्यक्रमों, विश्वसनीय डोप नियंत्रण प्रयोगशालाओं की स्थापना और दोषियों के विरुद्ध कार्रवाई करने का प्रावधान है।

2.7.45 विद्यालयों तथा कालेजों में खेल-कूद के लिए पर्याप्त आधारिक संरचना स्थापित करने पर ध्यान देना तो जारी रहेगा ही, किंतु इसके साथ ही एस.ए.आई., जिला और राज्य मुख्यालय में उच्चतर स्तर की खेल-कूद आधारिक संरचना का विकास आरंभ करेगा।

2.7.46 युवा कार्य और खेल मंत्रालय का दसवीं योजना के परिव्यय का स्कीमवार ब्यौरा परिशिष्ट में दिया गया है।

अध्याय 2.8

स्वास्थ्य

प्रस्तावना

2.8.1 जनता के स्वास्थ्य और पौषणिक स्तर में सुधार देश के सामाजिक विकास कार्यक्रमों के प्रमुख ध्यातक क्षेत्रों में से एक रहा है। इस लक्ष्य को समाज के अल्पसेवित तथा वंचित वर्गों पर विशेष बल देते हुए, स्वास्थ्य, परिवार कल्याण तथा पौषणिक सेवाओं की सुलभता और उपयोगिता में सुधार के माध्यम से प्राप्त किया जाना था। पिछले पांच दशकों में भारत ने सरकार, स्वैच्छिक और निजी क्षेत्रों में प्राथमिक, द्वितीय तथा तृतीय स्तर पर विशाल स्वास्थ्य आधारिक तंत्र और जनशक्ति का निर्माण किया है। आधुनिक चिकित्सा

तथा आईएसएम और एच एवं व्यावसायिक प्रशिक्षण संस्थानों में प्रशिक्षित व्यावसायिक तथा अर्ध-व्यावसायिक व्यक्ति इन संस्थानों की देखभाल करते हैं। जनता, विभिन्न प्रकार के रोगों से बचाव, शीघ्र निदान तथा प्रभावी उपचार के निमित्त स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रौद्योगिकियों के लाभों से अवगत है और उसने उपलब्ध सेवाओं का लाभ उठाया है। स्वास्थ्य देखभाल प्रौद्योगिकियों में जो कि अपेक्षतया कम खर्चीली थीं और जिन्हें आसानी से कार्यान्वित किया जा सकता था प्रौद्योगिकीय उन्नतियों और उनकी सुलभता में सुधार के फलस्वरूप जनता के स्वास्थ्य संकेतों में उल्लेखनीय सुधार और मृत्यु दर में भारी गिरावट देखने में आई हैं (तालिका 2.8.1)।

तालिका 2.8.1

स्वास्थ्य देखभाल (1951-2000) की आवधिक प्रवृत्तियां

	1951	1981	2000
एससी/पीएचसी/सीएचसी	725	57,363	1,63,181 (99-आरएचएस)
औषधालय और अस्पताल	9209	23,555	43,322 (95-96सीबीएचआई)
विस्तर (निजी और सरकारी)	117,198	569,495	8,70,161 (95-96 सीबीएचआई)
डाक्टर (आधुनिक चिकित्सा)	61,800	2,68,700	5,03,900 (98-99एमसीआई)
परिचर्या कार्मिक	18,054	1,43,887	7,37,000 (98-99-आईएनसी)
मलेरिया (मामलों की संख्या मिलियन में)	75	2.7	2.2
कुष्ठ रोग (मामलों की संख्या प्रति 10,000 जनसंख्या के पीछे)	38.1	57.3	3.74
चेचक (मामलों की संख्या)	>44,887	उन्मूलित	
गिनीवर्म (मामलों की संख्या)		> 39,792	उन्मूलित
पोलियो (मामलों की संख्या)		29709	265
आयु सम्भाव्यता (वर्ष)	36.7	54	64.6 (आरजीआई)
अशोधित जन्म दर	40.8	33.9(एसआरएस)	26.1 (99 एसआरएस)
अशोधित मृत्यु दर	25	12.5(एसआरएस)	8.7 (99 एसआरएस)
आईएमआर	146	110	70 (99 एसआरएस)

स्रोत : राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002

2.8.2 स्वास्थ्य देखभाल की सुलभता और प्रयोग की मात्रा को लेकर राज्यों, जिलों और समाज के विभिन्न वर्गों के बीच व्यापक भिन्नताएं थीं, जनता के स्वास्थ्य सूचकों के बीच व्यापक अन्तरों के लिए यही भिन्नताएं जिम्मेदार हैं।

2.8.3 1990 के दशक में मृत्यु दरें समस्थली की स्थिति को पहुंच गई थी और इसके साथ देश ने दोहरे रोग भार के युग में प्रवेश किया। रोगवाहकों के कीटनाशकरोधी उपभेदों, जीवाणुनाशक के प्रतिजीवीरोधी उपभेदों के उत्पन्न हो जाने और एचआईवी संक्रमण के उभर आने के कारण (जिसका कोई इलाज नहीं है), संचारी रोगों का मुकाबला करना अधिक दुष्कर हो गया है। दीर्घायु और बदलती हुई जीवन शैली के कारण गैर-संचारी रोगों की व्याप्ति में वृद्धि हुई है। अल्पपोषण, सूक्ष्म पौषणिक कमियां और तत्सम्बन्धी स्वास्थ्य संस्याएं मोटापे और गैर-संचारी रोगों के साथ बनी हुई हैं। मौजूदा स्वास्थ्य प्रणाली, संस्थानों और जनशक्ति के असमान विभाजन से ग्रस्त है। यद्यपि देश प्रतिवर्ष आधुनिक चिकित्सा प्रणाली के 17,000 से अधिक डाक्टर तथा इतनी ही संख्या में आईएसएम तथा एच व्यावसायिक और अर्ध-व्यावसायिक तैयार करता है, फिर भी - विशेष रूप से दूरस्थ क्षेत्रों और जनजातीय क्षेत्रों में, जहां स्वास्थ्य देखभाल सम्बन्धी आवश्यकताएं सर्वाधिक होती हैं, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाले संस्थानों में प्रमुख जनशक्ति को लेकर व्यापक अन्तराल मौजूद हैं। प्रणाली के घटिया कार्यकरण के लिए जिम्मेदार कुछ कारण निम्नानुसार हैं :

- कार्मिकों और आधारिक तंत्र के बीच बेमेल की स्थिति;
- कार्मिकों के दिशा-अनुकूलन और कौशल उन्नयन के लिए सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) कार्यक्रमों की कमी;
- उपयुक्त कार्यात्मक रेफरल प्रणाली की कमी;
- प्रणाली के विभिन्न घटकों के बीच सुस्थापित तालमेल की कमी।

2.8.4 इन समस्याओं की ओर ध्यान देने के लिए केन्द्र और राज्यों ने संरचनात्मक और कार्यात्मक स्वास्थ्य क्षेत्रक सुधार किए हैं। फिर भी सुधारों की अन्तर्वस्तु और गुणवत्ता दूसरे दर्जे की है और कार्यान्वयन की गति धीमी है।

2.8.5 जैसे देश जनांकिकीय और महामारी विज्ञान सम्बन्धी अन्तरण के दौर से गुजरता है, यहां तक कि मौजूदा स्वास्थ्य

स्तर बनाए रखने के लिए भी विशाल निवेश की आवश्यकता होगी क्योंकि प्रतिरोधी संक्रमणों और असंचारी रोगों से निपटने में स्वास्थ्य देखभाल लागत में अनिवार्य रूप से वृद्धि होगी। पिछले दो दशकों में महंगी स्वास्थ्य देखभाल विषयक प्रौद्योगिकियों में विस्फोटक विस्तार हुआ है, नैदानिक और उपचारी संभावनाओं का विस्तार हुआ है। इनकी बढ़ती हुई जानकारी और इन्हें प्राप्त करने की बढ़ती हुई अपेक्षाओं ने क्या कुछ संभव है और व्यक्ति अथवा देश के लिए क्या वहनीय है - इन दोनों के बीच का अन्तर बढ़ा दिया है। नीति निर्माता और कार्यक्रम प्रबन्धक यह महसूस करते हैं कि वहनीय लागतों पर उत्तम स्तर की देखभाल की सुलभता से सम्बन्धित बढ़ती हुई पेचीदा स्थिति की ओर ध्यान देने के उद्देश्य से विभिन्न स्तरों पर सुलभता की उपयुक्त जांच, विनियमन और कारगर रेफरल तालमेल से युक्त एक एकीकृत स्वास्थ्य प्रणाली का निर्माण करना आवश्यक है। तथापि स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाले और स्वास्थ्य देखभाल पाने के इच्छुक अभी भी स्वास्थ्य प्रणाली की बजाय आपस में एक से एक का सम्बन्ध रखना अधिक सुविधापूर्ण मानते हैं।

2.8.6 एक अन्य समस्या का सम्बन्ध इस आशय के प्रचलित सोच के साथ है कि उपचारी और निवारक में उपलब्ध संसाधनों को लेकर प्रतिस्पर्धा की स्थिति बनी रहती है और वित्तपोषण की दृष्टि से उपचारी देखभाल को वरीयता प्राप्त होती है। जनता को यह विश्वास दिलाने के प्रयास बहुत सफल नहीं रहे हैं कि स्वास्थ्य देखभाल के समूचे तंत्र, जो कि स्वास्थ्य संवर्धन से शुरू होकर, विशिष्ट संरक्षण, शीघ्र निदान तथा त्वरित उपचार, विकलांगता सीमा-निर्धारण और पुनर्वास तक जाता है, निवारक और उपचारी देखभाल - दोनों ही उसके अंग हैं और यह कि जनता के स्वास्थ्य स्तर में सुधार के लिए दोनों समान रूप से जरूरी है। पारम्परिक रूप से स्वास्थ्य सेवा (सरकारी और निजी दोनों) को एक सामाजिक दायित्व, परन्तु वह जिसके लिए भुगतान करना होता है, के रूप में समझा जाता था। पिछले दो दशकों में स्वास्थ्य देखभाल और चिकित्सकीय शिक्षा के बढ़ते हुए वाणिज्यीकरण ने इस प्रतिबद्धता को भंग कर दिया है और देखभाल के स्तर, स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने के इच्छुक और प्रदाताओं के बीच के विश्वास और सम्बन्धों पर प्रतिकूल प्रभाव डाला है।

दसवीं योजना के दौरान दृष्टिकोण

2.8.7 मानव विकास के लिए एक प्रमुख इन्पुट के रूप में स्वास्थ्य की महत्ता को ध्यान में रखते हुए निम्न प्रदान के प्रति सतत प्रतिबद्धता बनी रहेगी :

- सभी व्यक्तियों को सर्वथा मुफ्त अनिवार्य प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, आपातकालीन जीवनरक्षक सेवाएं, राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों और राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम के अधीन सेवाएं; और
- निर्धनता की रेखा से निम्न स्तर के व्यक्तियों को, सेवाओं के लिए भुगतान करने की उनकी क्षमता के आधार पर नहीं बल्कि उनकी आवश्यकता के आधार पर अनिवार्य स्वास्थ्य देखभाल सेवा ।

2.8.8 स्वास्थ्य प्रणाली के सभी स्तरों पर मौजूदा वित्तपोषण सम्बन्धी रुकावटों को कम करने और निधियों के पूर्ण और सामयिक उपयोग को बढ़ावा देने के लिए उपयुक्त हस्तक्षेपणीय उपाय किए जाएंगे । व्यक्तिगत, पारिवारिक, संस्थान तथा राज्य स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण के विभिन्न माडल तैयार, कार्यान्वित किए जाएंगे और उनका मूल्यांकन किया जाएगा । सभी को अनिवार्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए सर्वाधिक उपयुक्त पाए गए माडलों का अनुकरण किया जाएगा ।

दसवीं योजना के दौरान निम्न बातों पर बल दिया जाएगा :

- प्राथमिक, द्वितीय तथा तृतीयक देखभाल स्तरों पर उपयुक्त रेफरल तालमेल से युक्त आईएसएम तथा उच्च आधारिक तंत्र सहित मौजूदा सरकारी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का पुनर्गठन और पुनर्रचना । सभी स्वास्थ्य समस्याओं (संचारी और असंचारी रोग) की देखभाल करने की जिम्मेदारी इन संस्थानों की होगी और ये संस्थान एक सुपरिभाषित भौगोलिक शहरी और ग्रामीण क्षेत्र में प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) सेवाएं प्रदान करेंगे;
 - सूचना प्रौद्योगिकी (आईटी) साधनों का प्रयोग करते हुए दो-तरफा रेफरल तंत्र का विकास, जिससे कि प्राथमिक स्तर से लेकर तृतीयक स्तर तक संचार, परामर्श तथा रेफरल में सुधार लाया जा सके;
 - मांग और उपयोगिता के आधार पर औषधियों, टीकों और उपभोज्यों की आपूर्ति के लिए एक प्रभावी और कारगर संचार तंत्र निर्मित करना;
 - आपूर्तियों, अनुश्रवण, सूचना शिक्षा संचार और अभिप्रेरण (आईईसीएम), प्रशिक्षण, प्रशासनिक व्यवस्थाओं सहित
- प्रचलित उर्ध्वधर कार्यक्रमों के सभी पक्षों का अनुप्रस्थ एकीकरण तथा कार्यान्वयन ताकि वे स्वास्थ्य देखभाल के अविभाज्य अंग बनें, सभी स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों के वित्तपोषण, कार्यान्वयन और अनुश्रवण का प्रशासन के एक एकल क्षेत्र के अधीन जो कि जिला स्तर अथवा उससे निम्न स्तर से शुरू होगा, प्रगामी अभिसरण होगा;
 - सेवा आपूर्ति के लिए व्यापक मानदण्डों की सम्पूर्ण श्रृंखला का निर्माण और कार्यान्वयन करके, अर्हताप्राप्त स्टाफ के लिए अपेक्षाएं, विशेषज्ञतापूर्ण हस्तक्षेपणीय उपायों को कार्यरूप देने के लिए शर्तें, तथा गुणवत्ता आश्वासन के लिए सुस्थापित क्रियाविधियों का एक सेट निर्धारित करके सभी स्तरों तथा स्थितियों में देखभाल के स्तर में सुधार लाना ;
 - सामान्य रुग्णता तथा रोगों की देखभाल के लिए उपचार प्रोटोकॉल तैयार करना, निदान शास्त्र और औषधियों के युक्तियुक्त प्रयोग को बढ़ावा देना,
 - विभिन्न स्वास्थ्य देखभाल स्थितियों में गुणवत्ता और लागत के लिए पारदर्शी मानदण्ड तैयार, कार्यान्वित करना और उनका अनुश्रवण करना;
 - स्वास्थ्य बीमा सहित स्वास्थ्य देखभाल के वित्तपोषण की वैकल्पिक प्रणालियों की खोज करना जिससे कि अनिवार्य, आवश्यकता आधारित और वहनीय स्वास्थ्य देखभाल सभी को सुलभ हो सके ।
 - स्वास्थ्य व्यावसायिकों और अर्द्ध-व्यावसायिकों की स्वास्थ्य की शिक्षा की अन्तर्वस्तु और गुणवत्ता में सुधार लाना जिससे कि सभी स्वास्थ्य कार्मिकों में स्वास्थ्य समस्याओं की देखभाल करने और जनता के स्वास्थ्य स्तर में सुधार लाने के निमित्त अपेक्षित ज्ञान, अभिवृत्ति, कौशल, कार्यक्रम और जनोन्मुखी प्रवृत्ति मौजूद हो;
 - सीएमई और पुनःअनुस्थापन के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाले सभी व्यक्तियों का कौशल उन्नयन और यदि आवश्यक हो तो मौजूदा स्वास्थ्य जनशक्ति की पुनर्तैनाती ताकि वे प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल स्तरों पर मौजूदा तथा उभरती स्वास्थ्य समस्याओं की देखभाल कर सकें;
 - उभरते रोगों की रोकथाम के लिए अपेक्षित औषधों पर बुनियादी तथा नैदानिक अनुसंधान सहित देश के सामने

- प्रस्तुत प्रमुख स्वास्थ्य समस्याओं को हल करने के लिए अनुसंधान और विकास तथा सेवा आपूर्ति की प्रभाविता में सुधार लाने के लिए प्रचलनात्मक अनुसंधान;
- इस समय उपलब्ध आईटी साधनों का प्रयोग करते हुए एक पूरी तरह कार्याचलनात्मक, परिशुद्ध स्वास्थ्य प्रबन्ध सूचना प्रणाली निर्मित करना; यह वास्तविक संचार सम्बन्ध जन्म, मृत्यु, रोगों, औषधियों, निदान शास्त्र और उपकरणों के लिए अनुरोध तथा मौजूदा आधारिक तंत्र और जनशक्ति तथा वित्तपोषण के भीतर सेवा चैनलों के माध्यम से पहले से चले आ रहे कार्यक्रमों की स्थिति से सम्बन्धित आंकड़े भेजेगा, साथ ही यह विकेन्द्रीकृत जिला आधारित आयोजना, कार्यान्वयन और अनुश्रवण को सुकर बनाएगा;
 - मौजूदा स्वास्थ्य सेवाओं के एक अंग के रूप में जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर रोग निगरानी और प्रतिक्रिया की एक प्रभावी प्रणाली निर्मित करना;
 - सिविल पंजीकरण, नमूना पंजीकरण प्रणाली का सुदृढीकरण तथा उन्हें बनाए रखना; मृत्यु के चिकित्सकीय प्रमाणन में सुधार लाना ताकि मृत्यु के विशिष्ट कारणों से सम्बन्धित जानकारी सारे देश में उपलब्ध हो सके; जिला आधारित आयोजना और अनुश्रवण में इन आंकड़ों का प्रयोग करना; अगले दो दशकों तक कायम रहने पर यह प्रणाली अन्तःजिला, अन्तर्राज्यीय, क्षेत्रीय भिन्नताओं और सामयिक प्रवृत्तियों के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी उपलब्ध कराएगी जिससे कि बदलते हुए रोग भार से मुकाबला करने के लिए जिला स्वास्थ्य प्रणाली संशोधित की जा सके;
 - सरकार, निजी और स्वैच्छिक क्षेत्रों में मौजूदा स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की प्रभाविता में सुधार लाना और उनके बीच उपयुक्त तालमेल स्थापित करना;
 - आईएसएम तथा एच व्यावसायिकों को मुख्यधारा का अंग बनाना जिससे कि वे देखभाल की अपनी प्रणाली में व्यवसाय करने के साथ-साथ राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों और परिवार कल्याण कार्यक्रम की कवरेज में सुधार लाने में सहायता प्रदान कर सकें;
 - स्वास्थ्य देखभाल की सुलभता बढ़ाने के उद्देश्य से स्वैच्छिक और निजी संगठनों, स्वयंसेवी समूहों और सामाजिक विपणन संगठन की सहभागिता बढ़ाना;
 - अन्तःक्षेत्रीय समन्वय में सुधार लाना;
 - पंचायती राज संस्थानों (पीआरआई) को दायित्वों और निधियों का प्रत्यायोजन, पीआरआई, क्षेत्र-विशिष्ट आयोजना और अनुश्रवण में भाग लेने के अलावा सरकारी स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वालों की जवाबदेही बढ़ाने, गैर-हाजिरी जैसी समस्याओं को हल करने, अन्तःक्षेत्रीय समन्वय बढ़ाने और सेवाओं के अभिसरण में सहायता कर सकते हैं;
 - पारिप्रणालियों के सतत ह्रास के स्वास्थ्य परिणामों के निवारण, पहचान और प्रबन्ध के निमित्त कार्यक्रमों का सुदृढीकरण, पहले से चल रहे पर्यावरणात्मक अनुश्रवण सम्बन्धी डाटा और उस क्षेत्र में रहने वाले लोगों के स्वास्थ्य स्तर के बीच के संयोजन में सुधार लाना, स्वास्थ्य प्रभाव मूल्यांकन को विकासात्मक परियोजनाओं में पर्यावरणात्मक प्रभाव मूल्यांकन का एक अंग बनाना;
 - संगठित और असंगठित औद्योगिक तथा कृषि क्षेत्रों में, विशेष रूप से जनता के दुर्बल समूहों के बीच कार्य वातावरण की सुरक्षा में सुधार लाना;
 - आपातकाल और आपदा निवारण तथा प्रबन्ध के लिए सभी स्तरों पर क्षमताओं का निर्माण करना, स्वास्थ्य देखभाल के सभी स्तरों पर आपातकाल, घोर विपत्ति, दुर्घटना और अभिघात देखभाल के लिए उपयुक्त प्रबन्ध प्रणालियां तैयार करना;
 - खाद्य तथा औषधि सुरक्षा के लिए प्रावधानों का प्रभावी कार्यान्वयन, केन्द्र और राज्यों - दोनों में खाद्य और औषधि प्रशासन का सुदृढीकरण करना;
 - विशेष रूप से दुर्बल समूहों में सामान्य पौषणिक कमियों के लिए जांच करना और उपयुक्त उपचारी उपाय शुरू करना, जनता के सूक्ष्म पोषक पौषणिक स्तर सहित पौषणिक स्तर में सुधार के लिए कार्यक्रम तैयार करना और उन्हें प्रभावी रूप से कार्यान्वित करना ।

स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

2.8.9 स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में निम्न शामिल होते हैं:

- चिकित्सा और अर्द्ध-चिकित्सा कार्मिकों से युक्त प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल संस्थान;

- अपेक्षित जनशक्ति को प्रशिक्षित करने तथा आवश्यक शैक्षणिक इन्पुट प्रदान करने के लिए मेडिकल कालेज और अर्द्ध-व्यावसायिक प्रशिक्षण संस्थान;
- केन्द्रीय, राज्य और जिला स्तरों पर पहले से चल रहे कार्यक्रमों की देखभाल करने के लिए कार्यक्रम प्रबन्धक; तथा
- आंकड़ा संग्रह, मिलान, विश्लेषण और प्रतिक्रिया की दोतरफा प्रणाली से युक्त स्वास्थ्य प्रबन्ध सूचना प्रणाली ।

2.8.10 अभी तक प्रणाली के इन घटकों के बीच वैचारिक आदान-प्रदान वांछित स्तर का नहीं रहा है । प्राथमिक, द्वितीयक तथा तृतीयक देखभाल संस्थानों और मेडिकल कालेज अस्पतालों की बहुत बड़ी संख्या होने के बावजूद एक ही बस्ती के भीतर प्राथमिक, द्वितीयक तथा तृतीयक देखभाल संस्थानों के बीच संगठित रेफरल तालमेल नहीं है । कार्यक्रम प्रबन्धक और मेडिकल कालेजों के अध्यापक - तीनों में से किसी भी स्तर पर संस्थानों के साथ संबंध स्थापित नहीं करते; तंत्र और कार्य के बीच आवश्यक तालमेल मौजूद नहीं है (संलग्नक 2.8.1) । अधिकांश राज्यों में आपूर्ति और एचएमआईएस का संभारतंत्र काम नहीं कर रहा है। दसवीं योजना अवधि के दौरान स्वास्थ्य प्रणाली का पुनर्गठन करने, प्रणाली के विभिन्न घटकों के बीच आवश्यक तालमेल स्थापित करने की दिशा में प्रयास किए जाएंगे जिससे कि कार्यात्मक स्तर पर उल्लेखनीय सुधार होगा (संलग्नक 2.8.2) ।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं

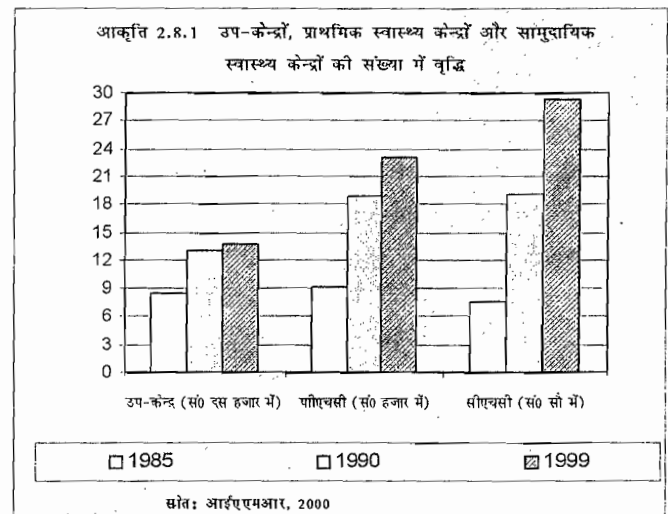
2.8.11 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र, जनसंख्या और स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वालों के बीच सम्पर्क का पहला स्तर उपलब्ध कराता है । स्वास्थ्य सेवाओं की आपूर्ति में इसके महत्व का एहसास करते हुए केन्द्र, राज्यों और सरकार से सम्बद्ध अनेक एजेन्सियों ने प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र और जनशक्ति के सृजन का काम एक साथ शुरू कर दिया । इसका परिणाम यह हुआ है कि आधारिक तंत्र और जनशक्ति में काफी मात्रा में दोहराव हो गया है।

2.8.12 सरकार द्वारा वित्तपोषित प्राथमिक स्वास्थ्य संस्थानों में निम्न शामिल हैं :

- राज्यों द्वारा सृजित ग्रामीण, आधुनिक चिकित्सा, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र (आकृति 2.8.1) जिसमें निम्न शामिल हैं :

- उपकेन्द्र	137271 एक	4579 जनसंख्या पर
- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	22975 एक	27364 जनसंख्या पर
- सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	2935 एक	214000 जनसंख्या पर

- उपमण्डलीय/तालुक अस्पताल/विशेषज्ञता से युक्त अस्पताल (अनुमानतः लगभग 2000) ।
- परिवार कल्याण विभाग द्वारा वित्तपोषित 5435 ग्रामीण परिवार कल्याण केन्द्र, 871 शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, 1083 शहरी परिवार कल्याण केन्द्र, 550 जिला प्रसवोत्तर केन्द्र और 1012 उप-जिला प्रसवोत्तर केन्द्र ।



- आईएसएम तथा एच विभाग के अधीन 22,104 औषधालय, 2862 अस्पताल ।
- नगरपालिकाओं द्वारा प्रदत्त शहरी स्वास्थ्य सेवाएं ।
- केन्द्रीय सरकारी कर्मचारियों के लिए स्वास्थ्य देखभाल, केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) द्वारा प्रदत्त।
- रेलवे, रक्षा और इसी प्रकार के बड़े विभागों के अस्पताल और औषधालय जो अपने स्टाफ को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करते हैं ।
- सरकारी क्षेत्र के उपक्रमों और बड़े उद्योगों का चिकित्सा आधारिक तंत्र ।

- उद्योगों के कर्मचारियों को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाली कर्मचारी राज्य बीमा योजना (ईएसआईएस) अस्पताल तथा औषधालय ।
- सभी अस्पताल - यहां तक कि द्वितीयक अथवा तृतीयक देखभाल प्रदान करने वाले अस्पताल भी ग्रामीण और शहरी जनता को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं उपलब्ध कराते हैं ।
- तीन-चौथाई से अधिक चिकित्सा व्यावसायिक निजी क्षेत्रक में काम करते हैं और उनमें से अधिकांश जनता की प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सम्बन्धी जरूरतों को पूरा करते हैं ।

2.8.13 आधुनिक चिकित्सा प्रणाली और आईएसएम तथा एच में अस्पतालों और औषधालयों के अधीन सूचीबद्ध संस्थानों, ग्रामीण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र और साथ ही प्रसवोत्तर केन्द्रों से सम्बन्धित राज्यवार सूचना संलग्नक 2.8.3 में दी गई है । सरकारी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों में स्वास्थ्य जनशक्ति से सम्बन्धित ब्यौरे संलग्नक 2.8.4 में दिए गए हैं । जनसंख्या की प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सम्बन्धी आवश्यकताओं की पूर्ति करने के लिए विशाल आधारिक तंत्र और जनशक्ति समान रूप से वितरित नहीं है । जनसंख्या के जिन वर्गों की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताएं सबसे अधिक हैं, उनके मामले में स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता अत्यन्त असंतोषपूर्ण है ।

उप-केन्द्र

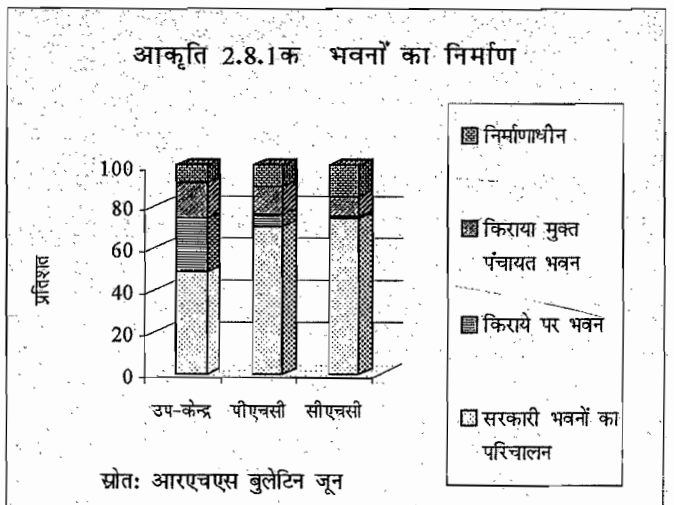
2.8.14 उप-केन्द्र (एससी) ग्रामीण जनसंख्या के लिए उपलब्ध सर्वाधिक परिसरीय स्वास्थ्य संस्थान है । हालांकि उप-केन्द्र/जनसंख्यात्मक मानदण्डों की राष्ट्रीय स्तर पर पूर्ति की गई है, फिर भी राज्यों के बीच विशाल भिन्नताएं हैं । घटिया स्वास्थ्य सूचकों वाले राज्यों में विशेष रूप से दूरस्थ क्षेत्रों में उप-केन्द्रों की अपेक्षित संख्या मौजूद नहीं है । यह सुनिश्चित करने के लिए कि सहायक नर्स दाई (एएनएम) के पदों की भर्ती निधियों की कमी के कारण प्रभावित न हो, परिवार कल्याण विभाग ने उप-केन्द्रों की एएनएम (1.37 लाख) के वित्तपोषण का काम 1 अप्रैल, 2002 से अपने हाथ में ले लिया है । इसके बदले में राज्य, ग्रामीण परिवार कल्याण और प्रसवोत्तर केन्द्रों के स्टाफ का, जिन्होंने पिछले दो दशकों से राज्य में सम्बन्धित संस्थानों के एक अंग के रूप में काम किया निम्नपोषण करेगा । पुरुष बहुप्रयोजन कार्यकर्ताओं

(एमएमपीडब्ल्यू) के पद, जिनका वेतन राज्य सरकारों द्वारा वहन किया जाता है (संलग्नक 2.8.4) बहुत बड़ी संख्या में खाली पड़े हैं । जहां ऐसे कार्यकर्ता मौजूद भी हैं, वहां भी पहले से चले आ रहे राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों, रोग निगरानी तथा जल गुणवत्ता अनुश्रवण जैसे कामों में उनका योगदान नहीं के बराबर है । विभिन्न केन्द्र प्रायोजित रोग नियंत्रण कार्यक्रमों में ऐसे पुरुष एकल प्रयोजन कार्यकर्ताओं की बहुत बड़ी संख्या है जिनके पास अपेक्षित मात्रा में कार्यभार नहीं है । इस एकल प्रयोजन पुरुष कार्यकर्ताओं और संविदागत स्टाफ के कौशलों का समुचित उन्नयन करने के बाद वे सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों का कवरेज और गुणवत्ता का संवर्धन करने में एमएमपीडब्ल्यू का काम कर सकने की स्थिति में हो जाएंगे ।

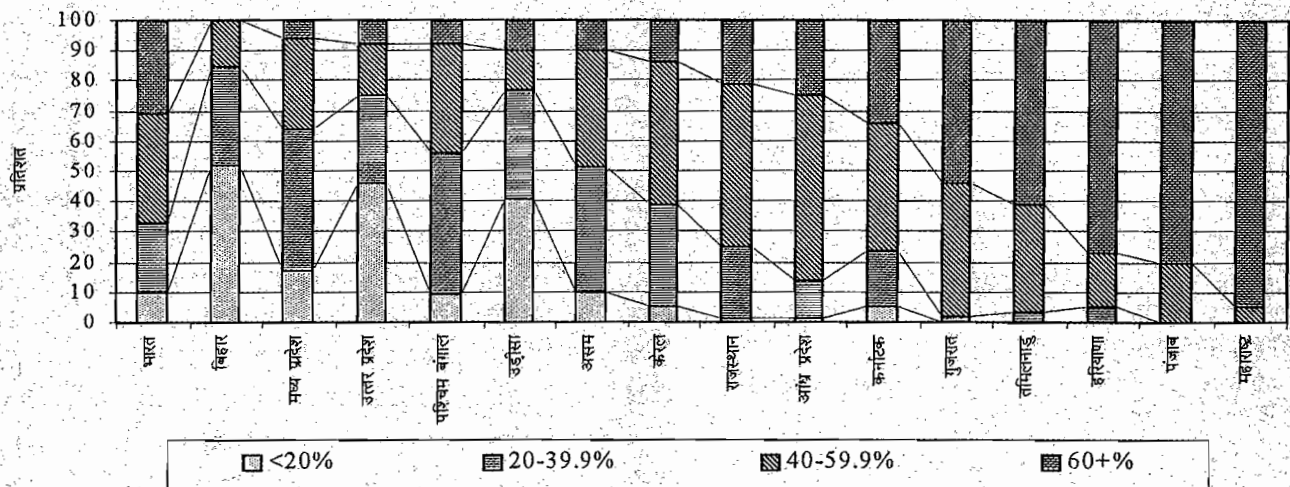
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी)

2.8.15 पीएचसी छः उप-केन्द्रों के लिए एक रेफरल इकाई होता है । सभी पीएचसी बहिरंग रोगी सेवाएं प्रदान करते हैं; इनमें से अधिकांश केन्द्रों में चार से छः अंतरंग रोगी शैय्याएं होती हैं । मानदण्डों के अनुसार, इनमें एक चिकित्सा अधिकारी, 14 अर्द्ध-चिकित्सीय तथा 2 अन्य सहयोगी स्टाफ होता है । राष्ट्रीय स्तर पर पीएचसी और इनमें तैनात डाक्टरों की संख्या अपेक्षित संख्या में अधिक है लेकिन राज्यों के बीच उनका विभाजन असमान है; अनेक दूरस्थ क्षेत्रों में, जिनमें स्वास्थ्य देखभाल की अत्यधिक जरूरत है, कोई भी क्रियाशील पीएचसी नहीं है ।

2.8.16 उपकेन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या में हुई वृद्धि चित्र 2.8.1 (क) में दर्शाई गई है ।



आकृति 2.8.1ख सभ्य प्रमुखा इनपुटों से युक्त पीएचसी का प्रतिशत विभाजन



स्रोत : सुविधा सर्वेक्षण - 1999, परिवार कल्याण विभाग

2.8.17 परिवार कल्याण विभाग द्वारा 1999 में आयोजित सुविधा सर्वेक्षण से यह पता चला कि अधिकांश पीएचसी में आवश्यक आधारीक तंत्र और इनपुटों की कमी है (आकृति 2.8.1.ख)। केवल 77 प्रतिशत में एक शिशु भार मशीन, 65 प्रतिशत में एक गहन फ्रीजर, 16 प्रतिशत में एक रेफरीजरेटर और 60 प्रतिशत में एक आटोकलेव तथा वाष्प विसंक्रामक ड्रम मौजूद था। ऐसे केन्द्रों की संख्या 20 प्रतिशत से कम थी। जिनमें चिकित्सीय गर्भ समापन (एमटीपी) की सुविधा मौजूद थी।

2.8.18 अधिकांश पीएचसी में सामान्य रोगों के उपचार के लिए आवश्यक दवाएं उपलब्ध नहीं थीं। केवल लगभग एक-तिहाई पीएचसी में लौह और फोलिक एसिड (आईएफए) गोणियों का भण्डार, 56 प्रतिशत केन्द्रों में गर्भनिरोधकों का और 61 प्रतिशत केन्द्रों में टीकों का भण्डार उपलब्ध था। प्रसव सेवाएं उपलब्ध कराने वाले पीएचसी की संख्या एक-तिहाई से अधिक नहीं थी; इनमें सर्वेक्षण से पहले पिछले तीन महीनों के दौरान औसतन 26 प्रसव कराए गए। अतः यह स्पष्ट है कि पीएचसी इष्टतम स्तर पर काम नहीं कर रहे हैं और अपेक्षित स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण सेवाएं प्रदान नहीं कर रहे हैं।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्राथमिक रेफरल इकाइयां

2.8.19 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी) जोकि विशेषज्ञतापूर्ण देखभाल प्रदान करता है, चार पीएचसी के लिए प्रथम रेफरल

इकाई होता है। मानदण्डों के अनुसार, प्रत्येक सीएचसी में कम से कम 30 बेड, एक आपरेशन थियेटर, एक्स-रे मशीन, प्रसूति गृह और प्रयोगशाला सुविधाएं होनी चाहिएं और इसका न्यूनतम स्टाफ इस प्रकार होना चाहिए : 21 अर्द्ध-चिकित्सीय तथा अन्य स्टाफ सहित एक शल्य चिकित्सक, एक चिकित्सक, एक स्त्री रोग विशेषज्ञ और एक बाल रोग विशेषज्ञ।

2.8.20 सीएचसी (लगभग 2000) की संख्या में सूचित अन्तराल दीखता अधिक है जबकि वस्तुतः इतना है नहीं। सम्प्रति, जिला स्तर से नीचे 2000 से अधिक क्रियाशील उप-मंडलीय तालुका तथा अन्य विशेषज्ञतापूर्ण अस्पताल मौजूद हैं। सीएचसी की स्थिति और सुपरिभाषित पीएचसी तथा एससी के लिए रेफरल केन्द्र होने के दायित्व की बात को ध्यान में रखते हुए सातवीं योजना के बाद से इस बात पर बल दिया जाता रहा है कि इन केन्द्रों को पुनर्गठित किया जाए और इन्हें मुख्यधारा में शामिल किया जाए। कई सीएचसी/एफआरयू में उनके अपने परिसर में अथवा बस्ती में स्थित उप-जिला प्रसवोत्तर केन्द्र मौजूद हैं लेकिन ये सीएचसी के अंग के रूप में काम नहीं कर रहे हैं।

2.8.21 परिवार कल्याण विभाग द्वारा किए गए सुविधा सर्वेक्षण से यह पता चला कि जिन सीएचसी में बाह्य रोगी और अंतरंग रोगी सुविधाएं तथा आपरेशन थियेटर मौजूद हैं, उनका प्रतिशत 90 से अधिक नहीं है, केवल एक-तिहाई केन्द्रों में उपयुक्त उपकरण मौजूद हैं। अधिकांश सीएचसी, एफआरयू के रूप में काम नहीं करते क्योंकि या तो उन केन्द्रों में

विशेषज्ञ होते नहीं हैं अथवा तैनात किए गए विशेषज्ञ, विशेषज्ञता के चार निर्धारित क्षेत्रों से सम्बद्ध नहीं होते ।

जनजातीय स्वास्थ्य

2.8.22 जनजातीय लोगों के लिए स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की समुचित उपलब्धता सुनिश्चित करने के उद्देश्य से जनजातीय क्षेत्रों में 20,769 एससी, 3286 पीएचसी, 541 सीएचसी, 142 अस्पताल, 78 चल क्लिनिक और 2305 औषधालय खोले गए हैं । उपर्युक्त के अलावा, जिन गांवों में 20 प्रतिशत से अधिक

जनजातीय लोगों के बीच प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की सुलभता बढ़ाने के लिए प्रयोग

- आंध्रप्रदेश - प्रतिबद्ध सरकारी कार्मिक जनजातीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाएं चला रहे हैं ।
- उड़ीसा - एक नियत दौरा अनुसूची सहित सचल स्वास्थ्य इकाइयों को अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता प्रदान की जाती है । तथापि, यह व्यवस्था खर्चीली है और इसे दोहराना कठिन है ।
- कर्नाटक, महाराष्ट्र - गैर-सरकारी संगठनों ने जनजातीय क्षेत्रों में पीएचसी अपना लिए हैं और वे उन्हें चला रहे हैं। इन सभी प्रयोगों की सफलता मुख्यतः व्यक्तियों की प्रतिबद्धता और गैर-सरकारी संगठनों की विश्वसनीयता के बल पर है जिसकी पुनरावृत्ति करना कठिन है ।

जनसंख्या अनुसूचित जाति के लोगों की है, उनमें 16845 एससी, 5987 पीएचसी, 373 सीएचसी और 2750 औषधालय खोले गए हैं । अधिकांश केन्द्र प्रायोजित रोग नियंत्रण कार्यक्रमों में जनजातीय क्षेत्रों पर बल दिया गया है । राष्ट्रीय मलेरिया-विरोधी कार्यक्रम (एनएएमसी) के अधीन आंध्रप्रदेश, बिहार, गुजरात, मध्यप्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा तथा राजस्थान के अभिज्ञात 100 जनजातीय बहुल जिलों को शामिल किया गया । इस सबके बावजूद, स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता और उपयोग इष्टतम स्तर से न्यून रहा है और जनजातीय लोगों के बीच स्वास्थ्य और पोषण सूचक असंतोषपूर्ण बने हुए हैं (तालिका 2.8.2) ।

तालिका: 2.8.2

विभिन्न सामाजिक समूहों के स्वास्थ्य सूचक

	आई एमआर	5 वर्ष से कम का एम आर	प्रतिशत अल्प पोषण
अनुसूचित जाति	83.0	119.3	53.5
अनुसूचित जनजाति	84.2	126.6	55.9
अन्य वंचित समूह	76.0	103.1	47.3
अन्य	61.8	82.6	41.1
भारत	70.0	94.9	47.0

स्रोत: एनएचपी, 2002

नौवीं योजना के दौरान प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्तर पर स्वास्थ्य प्रणाली सुधार

2.8.23 सरकारी क्षेत्रक में स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के सुधार के लिए उपयुक्त निवेश जुटाने से सम्बन्धित कठिनाइयों और इष्टतम स्तर से न्यून कार्यकरण की समस्याओं के चलते लगभग सभी राज्य सरकारों ने स्वास्थ्य प्रणाली सुधारों की दिशा में कार्रवाई शुरू कर दी है जिसमें सरकारी क्षेत्रक के संस्थानों ने अगुवाई की है । संरचनात्मक सुधारों का सम्बन्ध स्वास्थ्य देखभाल के सभी तत्वों के पुनर्गठन और पुनर्रचना के साथ है जिससे कि वे स्वास्थ्य प्रणाली के अविभाज्य घटकों के रूप में काम करें । कार्यात्मक सुधारों का लक्ष्य अधिकारियों के सुपरिभाषित क्रम और कार्यात्मक रेफरल तालमेल स्थापित करके स्वास्थ्य प्रणाली की प्रभाविता में सुधार लाना; स्वास्थ्य कार्मिक एक बहु-व्यावसायिक दल के रूप में अपनी स्थिति, कौशलों और स्वास्थ्य के स्तर के अनुरूप अपने कर्तव्यों का पालन करेंगे । समुदाय-आधारित सम्पर्क कार्यकर्ता, जोकि जनता और स्वास्थ्य कार्मिकों के बीच एक सम्पर्क का काम करता है और उपलब्ध सुविधाओं का इष्टतम प्रयोग सुनिश्चित करता है, सबसे अंतिम कड़ी उपलब्ध कराएगा । पीआरआई आयोजना कार्यक्रमों में भाग लेंगी तथा कार्यान्वयन एवं अनुश्रवण में सहायता प्रदान करेंगी । लगभग सभी राज्यों ने सरकारी अस्पतालों में निर्धनता की रेखा से ऊपर के लोगों से नैदानिक और उपचारी क्रियाविधियों के लिए उपभोक्ता प्रभार लागू करने और इस प्रकार प्राप्त निधियों का प्रयोग सम्बन्धित संस्थानों में देखभाल के स्तर में सुधार लाने की दिशा में प्रयास किया है ।

2.8.24 स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार के लिए पहले से चले आ रहे कुछेक स्वास्थ्य प्रणाली सुधारों में निम्न शामिल हैं :

- उप-केन्द्रों/पीएचसी का सुदृढीकरण और उनका उपयुक्त पुनर्स्थापन, जैसेकि तमिलनाडु और गुजरात में किया गया है;
- तालुक, उप-मण्डलीय तथा ग्रामीण अस्पतालों और औषधालयों तथा ब्लाक स्तर के पीएचसी का विलयन, पुनर्गठन, पुनर्स्थापना, सीएचसी में कमी को पूरा करने के लिए उन्हें मौजूदा आधारिक तंत्र में शामिल करना, जैसेकि हिमाचल प्रदेश में किया गया है;
- जनशक्ति और सुविधाओं में प्रमुख महत्वपूर्ण कमियों को

पूरा करने के लिए बुनियादी न्यूनतम सेवाओं (सीएमएस), अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता (एसीए), प्रधानमंत्री ग्रामोदय योजना (पीएमजीवाई) तथा बाह्य वित्तपोषित परियोजनाओं की निधियों का प्रयोग करना; यह प्रक्रिया सभी राज्यों में अपनाई जा रही है;

- पीएचसी में डाक्टरों की भर्ती के लिए जिला स्तर पर "वाक-इन-इंटरव्यू", इसे आंशिक सफलता मिल पाई है, जैसेकि मध्यप्रदेश और गुजरात में;
- सचल स्वास्थ्य क्लिनिकों का प्रयोग; यह अत्यन्त महंगा है और सीमित सफलता वाला प्रयोग है, जैसेकि उड़ीसा, महाराष्ट्र (जनजातीय क्षेत्रों के लिए), दिल्ली (शहरी मलिन बस्तियों के लिए) में किया गया;
- पीएचसी को गैर-सरकारी संगठनों को सौंप देना - कर्नाटक, उड़ीसा; केवल कर्नाटक ने सफलता की सूचना दी;
- एमबीबीएस डाक्टरों को तीन से छः महीने तक किसी शिक्षण संस्था में कतिपय विशेषज्ञताओं (प्रसूति विद्या, एनेस्थीसिया और रेडियोलोजी चिकित्सा विज्ञान) में प्रशिक्षण देना और उन्हें एफआरएयू में विशेषज्ञों की कमी पूरा करने के लिए तैनात करना, जैसेकि तमिलनाडु और पश्चिम बंगाल में किया गया; तथापि, व्यावसायिक संघ इसका समर्थन नहीं करते; क्योंकि देखभाल का स्तर प्रतिकूल हो सकता है।
- औषधियों और उपभोज्य सामग्री आपूर्ति के संभारतंत्र में सुधार - जैसेकि तमिलनाडु, उड़ीसा में किया गया।

2.8.25 कई राज्यों ने स्वयं अपने संसाधनों को बढ़ाने के लिए बाह्य सहायता प्राप्त की है जिससे कि सुधारों की गति में तेजी लाई जा सके। ग्रामीण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों के कार्यात्मक स्तर में सुधार लाने के लिए पीएमजीवाई के अधीन निधियां उपलब्ध कराई गईं। 50 प्रतिशत परिव्यय का प्रयोग औषधियों और अनिवार्य उपभोज्य सामग्री तथा सहायक उपकरणों की मरम्मत के लिए और शेष पचास प्रतिशत का प्रयोग उप-केन्द्रों, पीएचसी तथा सीएचसी में आधारिक तंत्र की मरम्मत और रखरखाव पर किया जाना था। आरसीएच कार्यक्रम के अधीन, विशेष रूप से आपरेशन थियेटर्स और प्रसूति गृहों, भवनों की मामूली मरम्मत और रखरखाव तथा पानी और बिजली की आपूर्ति में सुधार के लिए निधियां प्रदान की जाती हैं। नौवीं योजना के दौरान स्वास्थ्य क्षेत्रक सुधारों की समीक्षा से यह पता चलता है कि

कुल मिलाकर अन्तर्वस्तु और कवरेज न्यून रहे हैं, कार्यान्वयन की गति बहुत धीमी और राज्यों के बीच असमान रही है।

शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं

2.8.26 भारतवर्ष की लगभग 30 प्रतिशत जनसंख्या शहरी क्षेत्रों में रहती है। अधिकांश अस्पताल (आकृति 2.8.2 तथा 2.8.3) डाक्टर और अर्द्ध-व्यावसायिक शहरी क्षेत्रों में हैं। शहरी लोगों को इस बात की जानकारी है और उन्हें स्वास्थ्य देखभाल तत्काल सुलभ रहती है। एसआरएस, एनएफएचएस तथा अन्य सर्वेक्षणों से यह पता चलता है कि शहरी लोगों के स्वास्थ्य सूचक ग्रामीण लोगों की तुलना में बेहतर हैं (तालिका 2.8.3)।

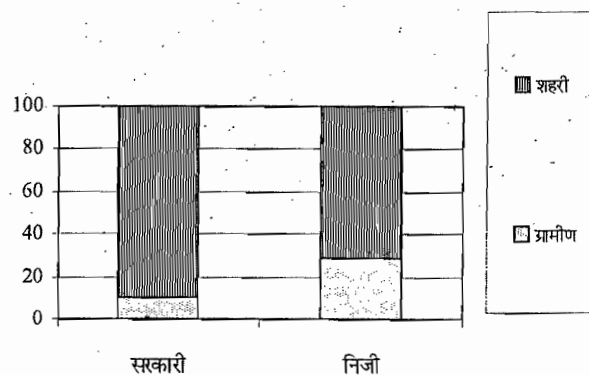
तालिका : 2.8.3

शहरी/ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल संकेतक

	बीपीएल (%)	आई एमआर	5 वर्ष से कम एमआर	% बच्चे अल्प पोषित
शहरी	23.6	44.0	63.1	38.4
ग्रामीण	27.1	75.0	103.7	49.6
कुल	26.1	70.0	94.9	47.0

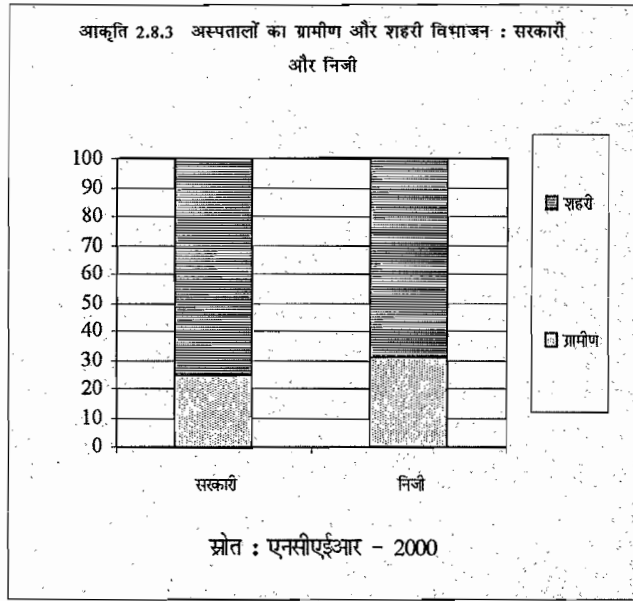
स्रोत : एनएफएचएस - 2

आकृति 2.8.2 अस्पताल शय्याओं का ग्रामीण और शहरी विभाजन : सरकारी और निजी



स्रोत : एनसीईआर - 2000

तथापि, शहरी प्रव्रजन के फलस्वरूप शहरी मलिन बस्तियों की संख्या में तेजी से वृद्धि हुई है; भीड़भाड़, असन्तोषपूर्ण सफाई, सुरक्षित पेयजल की सुलभता में कमी और पर्यावरणात्मक प्रदूषण प्रमुख स्वास्थ्य जोखिम बन गए हैं।



2.8.27 यह महसूस करते हुए कि बढ़ती हुई शहरी जनसंख्या की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उपलब्ध आधारीक तंत्र नाकाफी है, नगरपालिकाओं, राज्य सरकारों और केन्द्रीय सरकार ने शहरी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं निर्मित करने के लिए प्रयास किए हैं। ये शहरी स्वास्थ्य सुविधाएं विशेष रूप से तृतीयक देखभाल संस्थान शहरी और ग्रामीण - दोनों प्रकार की जनता की आवश्यकताओं को पूरा करते हैं। ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं से भिन्न भौगोलिक रूप से वर्णित शहरी क्षेत्रों में सुनियोजित और संगठित प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल सेवाएं प्रदान करने के कोई प्रयास नहीं किए गए। फलतः, अनेक क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं मौजूद नहीं हैं; कुछेक मौजूदा संस्थानों का अल्प प्रयोग हो रहा है जबकि अधिकांश द्वितीयक और तृतीयक देखभाल केन्द्रों में भीड़भाड़ देखने में आती है। क्योंकि कोई जांच तथा रेफरल प्रणाली तंत्र मौजूद नहीं है, इसलिए द्वितीयक अस्पतालों में उपलब्ध उपकरणों और विशेषज्ञता का अल्प प्रयोग होता है; उपलब्ध नैदानिक और उपचारी सुविधाओं के फलस्वरूप स्वास्थ्य देखभाल की लागत तो बढ़ जाती है किन्तु वह स्वास्थ्य लाभ के अनुरूप नहीं होती।

2.8.28 मौजूदा संसाधनों का पुनर्गठन करके नौवीं योजना में ऐसा सोचा गया था कि लोगों को उनके घर से एक किलोमीटर से तीन किलोमीटर की दूरी के भीतर स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाएं प्रदान करने वाले शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों का एक सुनिर्मित नेटवर्क तैयार किया जाए। इस लक्ष्य को पूरा करने के लिए निगमों/नगरपालिकाओं, राज्य सरकारों और केन्द्रीय सरकार द्वारा

उपलब्ध कराई गई निधियों के अलावा बाह्य सहायताप्राप्त परियोजनाएं हाथ में ली गईं। इस प्रकार की पुनर्चना के निमित्त योजना आयोग ने भी कुछ राज्यों को अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता प्रदान की। यद्यपि, इस सम्बन्ध में सफलता की अनेक छुटपुट घटनाएं हैं, फिर भी द्वितीयक और तृतीयक देखभाल से जुड़ी शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की पुनर्चना तथा कार्मिकों के उपयुक्त पुनः प्रशिक्षण और पुनर्तैनाती के समग्र कार्य में कोई विशेष प्रगति नहीं हुई है। इस धीमी प्रगति के लिए जिम्मेदार एक प्रमुख कारण इन संस्थानों का वित्तपोषण करने वाली एजेन्सियों की बहुलता है।

पंचायती राज संस्थानों की भूमिका

2.8.29 73वें संवैधानिक संशोधन अधिनियम के अनुच्छेद 243 च के अनुसार, राज्यों से यह अपेक्षा की जाती है कि वे पीआरआई को उपयुक्त अधिकारों और दायित्वों का प्रत्यायोजन करें ताकि उन्हें स्थानीय स्वःशासन का प्रभावी संसाधन बनाया जा सके। विभिन्न क्षेत्रों से सम्बन्धित स्कीमों की योजना बनाने और उनके कार्यान्वयन के लिए निधियां और कार्मिक उपलब्ध कराए जाने हैं। क्षेत्र-विशिष्ट सूक्ष्म आयोजना, राष्ट्रीय, राज्य स्तर और जिला-विशिष्ट कार्यक्रमों के कार्यान्वयन का अनुश्रवण सुनिश्चित करने में, जवाबदेही सुनिश्चित करने तथा अंतरक्षेत्रीय समन्वय में सुधार लाने में पीआरआई महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं। तथापि, कई राज्यों में राज्य क्षेत्रों अथवा केन्द्र प्रायोजित स्कीमों की आयोजना और कार्यान्वयन में पीआरआई को सहयोजित करने की दिशा में कोई ठोस उपाय नहीं किए गए हैं।

दसवीं योजना के दौरान पहले

2.8.30 दसवीं योजना के दौरान सातवीं, आठवीं और नौवीं योजना की इस आशय की सिफारिशों को कार्यान्वित करने के पूरे प्रयास किए जाएंगे कि जिला स्तर से नीचे के सभी अस्पतालों और औषधालयों को मुख्यधारा का अंग बनाया जाए, उनका पुनर्गठन और पुनर्चना की जाए तथा उन्हें त्रि-स्तरीय ग्रामीण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में शामिल किया जाए जिससे कि ये संस्थान एक सुपरिभाषित क्षेत्र में जनता की सेवा करें और एक-दूसरे के बीच उपयुक्त रेफरल तालमेल बना रहे। भौगोलिक सूचना प्रणाली (जीआइएस) मानचित्रण का प्रयोग करते हुए, दूरियों, सड़क संयोजनों तथा अन्य कारकों को ध्यान में रखते हुए, जिनसे कि सुलभता में सुधार होगा, प्रत्येक उप-केन्द्र के अधीन गांव, प्रत्येक पीएचसी

के अधीन उप-केन्द्रों, प्रत्येक सीएचसी/एफआरयू के अधीन पीएचसी परिभाषित किए जाएंगे। विशेषज्ञों से युक्त सभी उप-जिला संस्थानों को सीएचसी/एफआरयू के रूप में पुनः श्रेणीबद्ध कर दिया जाएगा अथवा उन्हें पीएचसी के रूप में पुनः श्रेणीबद्ध किया जाएगा। सातवीं योजना के अंत तक अधिकांश राज्यों ने 1991 की जनसंख्या के लिए मानदण्डों की पूर्ति करने के निमित्त उपयुक्त संख्या में उप-केन्द्रों और पीएचसी की स्थापना का काम पूरा कर लिया है (आकृति 2.8.1)। इनमें से अधिकांश अपने स्वयं के भवनों में स्थित हैं और उन्हें बाहर नहीं ले जाया जा सकता (आकृति 2.8.1क)। इन प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों के अधीन जनसंख्या में वृद्धि हुई; लेकिन अतिरिक्त जनसंख्या की आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए उपयुक्त स्थानों पर नए संस्थान स्थापित करना कठिन होगा। इस प्रकार, प्रत्येक राज्य के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों के सम्बन्ध में दसवीं योजना के लक्ष्य प्राथमिक स्वास्थ्य संस्थानों की वहीं संख्या होगी जोकि मानदण्डों के अनुसार 1991 की जनसंख्या की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए आवश्यक थी (संलग्नक 2.8.3)। नए केन्द्र खोलने अथवा नए केन्द्रों के निर्माण का काम केवल अपवादात्मक परिस्थितियों में किया जाएगा।

2.8.31 शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र संस्थानों का पुनर्गठन करके उन्हें एक सुपरिभाषित भौगोलिक क्षेत्र में रहने वाली जनता की स्वास्थ्य देखभाल के लिए जिम्मेदार बनाने तथा उन्हें मौजूदा द्वितीयक तथा तृतीयक देखभाल संस्थानों के साथ जोड़ने में नौवीं योजना की सिफारिशें दसवीं योजना के दौरान पूरी तरह कार्यान्वित की जाएंगी।

2.8.32 स्वास्थ्य देखभाल की बढ़ती जनसंख्या/बदलती हुई मांगों से मुकाबला करने के लिए शहरी और ग्रामीण प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र संस्थानों में स्टाफ तैनाती प्रणाली समुचित रूप से संशोधित की जा सकती है और ऐसा करते समय जनसंख्या, उनकी स्वास्थ्य सम्बन्धी जरूरतों, कार्यभार, सेवाओं की आपूर्ति में कठिनाइयों और तय की जाने वाली दूरियों को ध्यान में रखा जाए। प्रमुख जनशक्ति के बीच की अधिकांश कमियों को मौजूदा जनशक्ति के पुनः अनुस्थापन, कौशल स्तरोन्नयन और पुनर्तैनाती के माध्यम से पूरा किया जाएगा। उदाहरण के लिए एफआरयू में विशेषज्ञों के पदों की रिक्तियों की संख्या को, प्रसवोत्तर केन्द्रों के स्टाफ को एफआरयू के स्टाफ के साथ मिलाकर कम कर दिया जाएगा। जब कभी आवश्यक हो, जनशक्ति की कमियों को पूरा करने के लिए राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों और परिवार कल्याण कार्यक्रम के

अधीन उपलब्ध कराए गए स्टाफ सहित अंशकालिक अथवा संविदागत स्टाफ की सेवाओं का उपयोग किया जा सकता है। केन्द्र प्रायोजित योजनाओं के अधीन अनुदान इस शर्त पर प्रदान किए जाएंगे कि स्टाफ में ऐसी रिक्तियां भरी जाएं जोकि राष्ट्रीय कार्यक्रमों के अधीन निष्पादन में सुधार की दृष्टि से महत्वपूर्ण हों। उपकरणों और कार्मिकों के बीच बेमेल स्थिति को, उपकरणों को ऐसे केन्द्रों में अन्तरित करके जिनमें उन उपकरणों को चलाने के लिए कार्मिक मौजूद हैं अथवा इसी तरह कार्मिकों को ऐसे केन्द्रों में अन्तरित करके जहां चलाने के लिए उपकरण मौजूद हों, सुधारा जाएगा।

2.8.33 सभी मौजूदा संस्थानों को आवश्यक उपकरण, उपभोज्य सामग्री, निदानात्मक तथा औषधियां प्रदान करके पूरी तरह क्रियाशील बनाने के उद्देश्य से उपलब्ध निधियों का प्रयोग किया जाएगा। इसके अलावा, केन्द्र, राज्य, बाह्य वित्तपोषित परियोजनाओं, उपभोक्ता प्रभारों से अर्जित स्थानीय निधियों और दानस्वरूप प्राप्त निधियों का प्रयोग अनुरक्षण और मरम्मत के लिए किया जाएगा ताकि इष्टतम कार्यात्मक स्तर सुनिश्चित हो सके और सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार लाया जा सके।

द्वितीयक स्वास्थ्य देखभाल

2.8.34 जिला अस्पतालों और शहरी अस्पतालों में द्वितीयक स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र फिलहाल उस शहर/कस्बे की जनता की प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल मांगों की भी पूर्ति कर रहा है जहां ऐसे अस्पताल स्थित हैं। इसका परिणाम अनिवार्यतः यह होता है कि भीड़-भड़क्का हो जाता है और विशेषज्ञतापूर्ण सेवाओं का अल्प-प्रयोग होता है। द्वितीयक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के सुदृढीकरण को नौवीं योजना की प्राथमिकता के रूप में निर्धारित किया गया था। एफआरयू/जिला अस्पतालों का निर्माण करने की परियोजनाएं शुरू करने के लिए सात राज्यों ने राज्य योजना के अधीन जो निधियां उन्हें प्राप्त होती हैं, उनके अलावा विश्व बैंक ऋण भी लिए हैं। इन परियोजनाओं के लक्ष्य निम्नानुसार हैं :

- पीएचसी/एससी से आए रेफरल मामलों की देखभाल करने के लिए एफआरयू को सुदृढ बनाना;
- जिला अस्पतालों को सुदृढ बनाना ताकि वे रेफरल मामलों की प्रभावी देखभाल कर सकें;
- रेफरल प्रणाली को सुदृढ बनाना और निम्न प्रयोजन से प्रत्येक स्तर पर देखभाल को युक्तियुक्त बनाना;

- रोगियों को ऐसा समर्थ बनाना कि उन्हें उनके घर के निकट देखभाल प्राप्त हो सके;
- पीएचसी/सीएचसी में सुविधाओं का इष्टतम प्रयोग करना; तथा
- जिला और तृतीयक स्तर पर भीड़-भड़क्का को कम करना।

2.8.35 राज्यों ने निर्माण कार्य और उपकरणों की प्राप्ति का काम शुरू कर दिया है। उन्होंने एम्बुलेसों और औषधियों की बेहतर उपलब्धता, स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाले व्यक्तियों के प्रशिक्षण के बाद सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार, रिक्तियों की संख्या में कटौती और स्वास्थ्य कार्मिकों/आधारिक तंत्र के बीच बेमेल की स्थिति तथा अस्पताल अपशिष्ट प्रबन्ध, रोग निगरानी और प्रतिक्रिया प्रणालियों में सुधार की सूचना दी है। कुछ राज्य यह सुनिश्चित करने में असफल रहे हैं कि वसूली गई राशियां उसी संस्थान में प्रयोग के लिए रख ली जाएं और इस समस्या को तेजी से हल किए जाने की जरूरत है।

2.8.36 दसवीं योजना के दौरान इन सात राज्यों में विश्व बैंक द्वारा वित्तपोषित पहले से चली आ रही द्वितीयक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की परियोजनाओं को लेकर निम्न से सम्बन्धित मूल्यांकन को प्राथमिकता दी जाएगी :

- भौतिक आधारिक तंत्र के सुदृढीकरण की दिशा में प्रगति;
- रोगी देखभाल, सीएचसी, जिला अस्पतालों और तृतीयक देखभाल संस्थानों के बीच रेफरल तालमेल की व्यवस्था के अर्थों में कार्यात्मक सुधार;
- देखभाल के विभिन्न घटकों में सुधार - अस्पताल अपशिष्ट प्रबन्ध, रोग निगरानी और प्रतिक्रिया, एचएसआईएस आदि;
- निर्धनता की रेखा से ऊपर के लोगों से उपभोक्ता प्रभागों के माध्यम से लागत वसूली को कार्यरूप देना और उसके साथ-साथ यह सुनिश्चित करना कि निर्धनता की रेखा से नीचे के लोगों को स्वास्थ्य सेवाएं निःशुल्क रूप में सुलभ हो सकें;
- फिलहाल कार्यक्रम को संधारणीय बनाने के लिए प्रयास किए जा रहे हैं ताकि परियोजना अवधि के बाद वह पूरी तरह कार्यात्मक रहे;

2.8.37 दसवीं योजना के दौरान इन सात राज्यों से प्राप्त अनुभवों को ध्यान में रखते हुए अन्य राज्यों में भी द्वितीयक स्वास्थ्य प्रणाली का सुदृढीकरण करने और रेफरल सेवाओं का निर्माण करने की दिशा में कार्रवाई की जाएगी।

तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल

2.8.38 विगत दो दशकों से भी अधिक समय से सरकारी क्षेत्र के तृतीयक देखभाल संस्थानों में से अधिकांश संस्थान संसाधनों की कमी का सामना कर रहे हैं और वे अधिकाधिक जटिल नैदानिक और उपचारी प्रविधियों की तेजी से बढ़ती हुई मांग की पूर्ति करने के उद्देश्य से उपकरणों के अनुक्षण, पुराने उपकरणों के प्रतिस्थापन, उपभोज्यों की आपूर्ति तथा आधारिक तंत्र के स्तरोन्नयन के लिए निधियां प्राप्त करने में असफल रहे हैं। इस बात की आवश्यकता है कि तृतीयक देखभाल संस्थानों में उपलब्ध सुविधाओं का इष्टतम प्रयोग किया जाए, सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार लाया जाए और द्वितीयक देखभाल संस्थानों के साथ सम्बन्धों को सुदृढ बनाया जाए। प्राथमिक और द्वितीयक देखभाल सेवाओं के बीच दोतरफा रेफरल प्रणाली के न होने के कारण तृतीयक देखभाल अस्पतालों में भीड़-भड़क्का और विशेषज्ञतापूर्ण देखभाल के अल्प प्रयोग की स्थिति को सुधारे जाने की आवश्यकता है। कुछेक आवर्ती लागतों की पूर्ति करने और तृतीयक देखभाल संस्थानों में सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार लाने के उद्देश्य से नौवीं योजना में उपभोक्ता प्रभार लागू करने तथा भुगतान क्लिनिक/भुगतान केबिन स्थापित करने का सुझाव दिया गया था।

2.8.39 कुछ राज्यों ने तृतीयक देखभाल/अति विशेषज्ञतापूर्ण संस्थान स्थापित करने के लिए निजी उद्यमकर्ताओं को इस शर्त पर कम लागत पर भूमि, पानी और विद्युत प्रदान की है कि वे निर्धनता की रेखा से नीचे के लोगों को निःशुल्क बहिरंग और अंतरंग देखभाल प्रदान करेंगे। तृतीयक देखभाल की उपलब्धता बढ़ाने के एक प्रयास के रूप में कई राज्य (जैसे राजस्थान और हिमाचल प्रदेश) सरकारी संस्थानों को और अधिक स्वायत्तता देने, उन्हें संसाधन निर्मित करने और उनका स्थानीय रूप से प्रयोग करने की छूट देने के लिए नवाचारी स्कीमों की आजमाइश कर रहे हैं। अधिकांश राज्यों ने इस दिशा में अपने प्रयासों की सीमा और प्रभाव को पूरी तरह प्रलेखित नहीं किया है। उपलब्ध आंकड़ों से ऐसा संकेत मिलता है कि केरल, पंजाब और हरियाणा में लागत वसूली अनुपात लगभग 10 प्रतिशत है और जन स्वास्थ्य सुविधा देखभाल के लिए 80 प्रतिशत से अधिक शुल्क का भुगतान शहरी और ग्रामीण - दोनों क्षेत्रों की जनता के 40 प्रतिशत सर्वाधिक सम्पन्न व्यक्तियों द्वारा किया गया था। इसके पीछे कारण यह हो सकता

है कि समाज का यह वर्ग सेवाओं का अधिक इस्तेमाल करता है अथवा भुगतान करने वालों को जो देखभाल प्रदान की जाती है, उसका स्तर उस देखभाल की तुलना में निम्न होता है जिनके मामले में भुगतान से छूट रहती है। राज्यों में मौजूदा लागत वसूली प्रणाली की समीक्षा से यह पता चला है कि :

- उपभोक्ता प्रभारों की समीक्षा करने का उपयुक्त संस्थानगत ढांचा अभी तक स्थापित नहीं किया गया है;
- शुल्क की न्यून संरचना और अपर्याप्त वसूली तंत्रों के कारण लागत वसूली का स्तर न्यून रहा है;
- गरीबों की पहचान करने और उन्हें उपभोक्ता प्रभारों से छूट देने के तंत्र सुचारू रूप से वर्णित नहीं है; तथा
- अनेक राज्यों में वसूल की गई निधियां संग्रह स्थल पर नहीं रखी जातीं ।

2.8.40 दसवीं योजना के दौरान निर्धनता की रेखा से ऊपर के लोगों से लागत वसूली की दिशा में पहले से चल रहे प्रयासों को प्रोत्साहित किया जाएगा और उनका मूल्यांकन किया जाएगा; जो माडल जनता के सभी वर्गों के लिए वहनीय लागत पर समुचित देखभाल की उपलब्धता में सुधार लाते हैं, उन्हें दोहराया जाएगा । नौवीं योजना की एक प्रमुख सिफारिश यह थी कि सभी बड़े सरकारी संस्थानों में एक तकनीकी मूल्यांकन समिति स्थापित की जानी चाहिए जिससे कि वह सुविधाओं के सुदृढीकरण और स्तरोन्नयन के लिए अनिवार्य आवश्यकताओं का जायजा ले सके और उनकी प्राथमिकता निर्धारित कर सके और ऐसा करते समय उपलब्ध निधियों की बात को ध्यान में रखा जाए । दसवीं योजना में इस सिफारिश को कार्यान्वित करने, स्वायत्तता बढ़ाने और विकेन्द्रीकृत आयोजना को प्रोत्साहित करने की दिशा में पूरे प्रयास किए जाएंगे ।

उपयुक्त प्रौद्योगिकियों का विकास और प्रयोग

2.8.41 रोगियों के निदान और देखभाल के लिए उपयुक्त प्रौद्योगिकियों का विकास और प्रयोग स्वास्थ्य देखभाल की लागत में आंशिक वृद्धि किए बिना स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार लाने की एक आवश्यक पूर्वापेक्षा है । प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल स्तरों पर समर्थनकारी और नैदानिक सेवाओं की आवश्यकता की एक गहन समीक्षा की जरूरत महसूस करते हुए नौवीं योजना तैयार करने से पहले

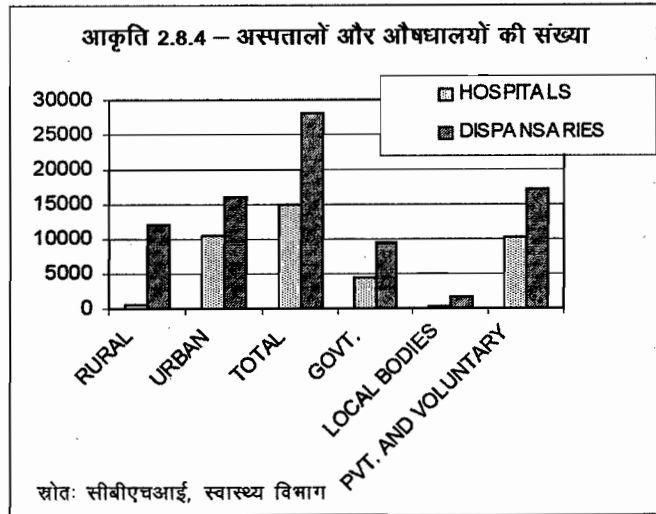
इस विषय पर एक पृथक कार्यकारी समूह का गठन किया गया ।

2.8.42 प्राथमिक और द्वितीयक स्तरों के लिए नैदानिक और सहयोगात्मक सेवाओं उनके अनुक्षण की बाबत कार्यकारी समूह की सिफारिशें कुछ हद तक कुछ राज्यों द्वारा कार्यान्वित की गईं । एचएमआईएस में सुधार लाने के प्रयोजन से, वजन लेने, रक्त चाप मापने, हिमोग्लोबिन (एचबी) अनुमानित करने, हाथ में रखी जाने वाली डाटा एंट्री मशीनों के लिए सस्ती प्रौद्योगिकियों के विकास और परीक्षण के निमित्त प्रयासों को समर्थन मिलना जारी है । नई प्रौद्योगिकियों की गुणवत्ता का मूल्यांकन करने के लिए एक राष्ट्रीय तंत्र की स्थापना के प्रयास जारी रहेंगे ।

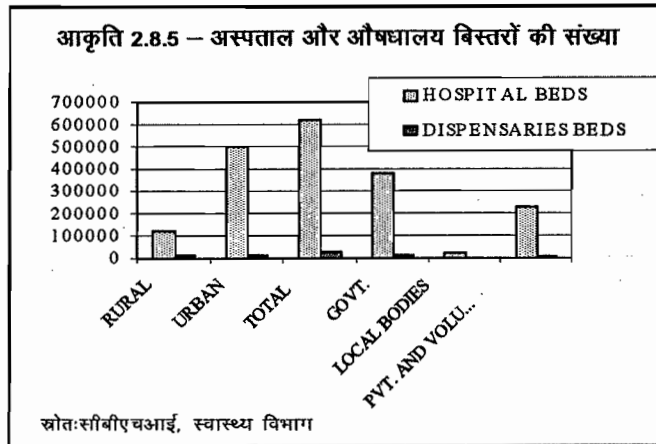
स्वास्थ्य देखभाल में सरकारी-निजी सहभागिता

2.8.43 स्वतंत्रता प्राप्ति से पहले के दिनों से ही स्वास्थ्य सेवा आपूर्ति में निजी स्वास्थ्य क्षेत्रक ने एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है । स्वतंत्रता के समय सरकारी डाक्टरों के रूप में सरकारी-निजी सहभागिता इस रूप में दिखाई देती थी कि सरकारी डाक्टरों को निजी प्रेक्टिस करने की अनुमति रहती थी और यह एक ऐसी व्यवस्था है जो आज भी अधिकांश राज्यों में मौजूद है । 1950 और 1960 के दशकों में चिकित्सीय अध्यापकों की कमी से निबटने के लिए कई चिकित्सा कालेजों ने शिक्षण अस्पतालों में निजी डाक्टरों को अवैतनिक अध्यापकों तथा अवैतनिक चिकित्सकों के रूप में नियुक्त किया था, लेकिन पूर्णकालिक वेतनप्राप्त सरकारी अध्यापकों की बढ़ती हुई उपलब्धता के चलते ऐसी तकनीकों की संख्या में कमी आ गई ।

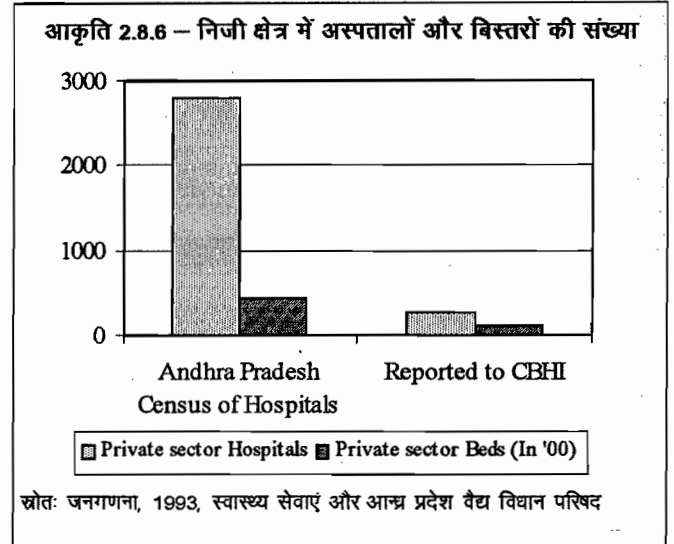
2.8.44 आज की स्थिति में, निजी/स्वैच्छिक क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाले व्यावसायिकों अथवा संस्थानों के पंजीकरण को लेकर कोई एकसमान राष्ट्रव्यापी प्रणाली मौजूद नहीं है और न ही जिला स्तर पर इन क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र और जनशक्ति से सम्बन्धित जानकारी प्राप्त करने और उसका विश्लेषण करने के लिए कोई तंत्र मौजूद है । नौवीं योजना के दौरान स्वास्थ्य सेवा महानिदेशक की अध्यक्षता में एक स्थायी तकनीकी सलाहकार समिति का गठन किया गया था और केन्द्रीय स्वास्थ्य आसूचना (सीबीएचआई) को निजी, स्वैच्छिक, औद्योगिक, सरकारी तथा अन्य क्षेत्रों में सभी स्तरों पर स्वास्थ्य देखभाल



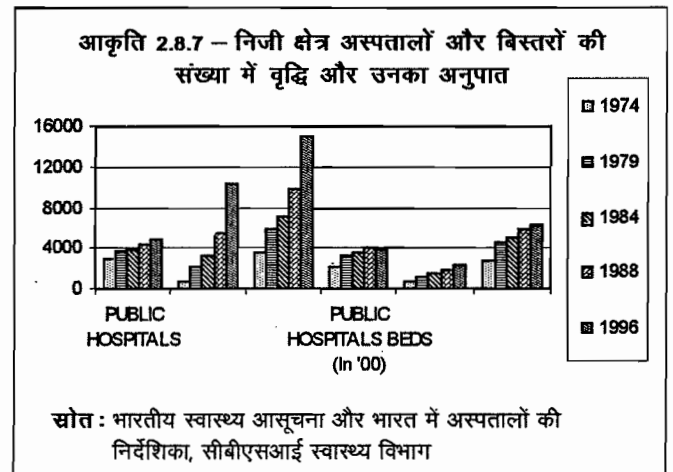
आधारिक तंत्र और जनशक्ति से सम्बन्धित आंकड़े संकलित करने का काम सौंपा गया था। अभी तक मिली सूचना के अनुसार इस दिशा में बहुत कम प्रगति हुई है। इस काम को दसवीं योजना में प्राथमिक आधार पर शुरू और पूरा किया जाएगा।

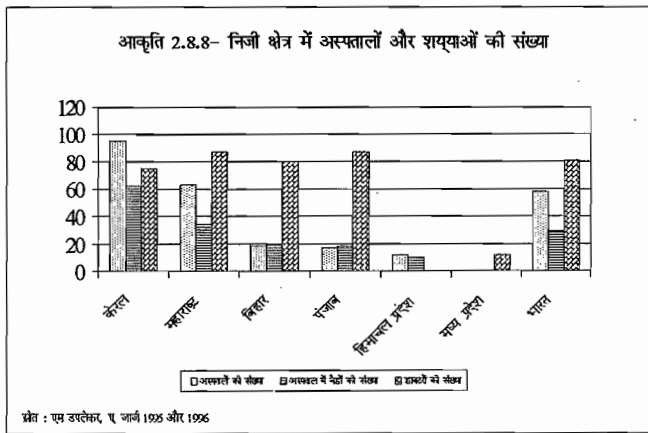


2.8.45 सीबीएचआई रिपोर्टों के आधार पर परिकल्पित ग्रामीण और शहरी - दोनों क्षेत्रों के सम्बन्ध में निजी और सरकारी क्षेत्रक में अस्पतालों और औषधालयों (पीएचसी और सीएचसी को छोड़कर) में आधारिक तंत्र और जनशक्ति सम्बन्धी उपलब्ध आंकड़े चित्र 2.8.4 तथा 2.8.5 में दर्शाए गए हैं। जबकि सरकारी क्षेत्र के संस्थानों से सम्बन्धित जानकारी विश्वसनीय है, निजी क्षेत्र सम्बन्धी आंकड़े अधूरे हैं और वे राज्य चिकित्सा परिषदों तथा राज्य सरकारों द्वारा प्रदान की गई सूचना पर आधारित हैं। आंध्रप्रदेश के आंकड़ों से यह पता चलता है कि सीबीएचआई द्वारा सूचित आंकड़ों और राज्य सरकार द्वारा आयोजित वास्तविक गणना के बीच व्यापक भिन्नताएं हैं (आकृति 2.8.6)।



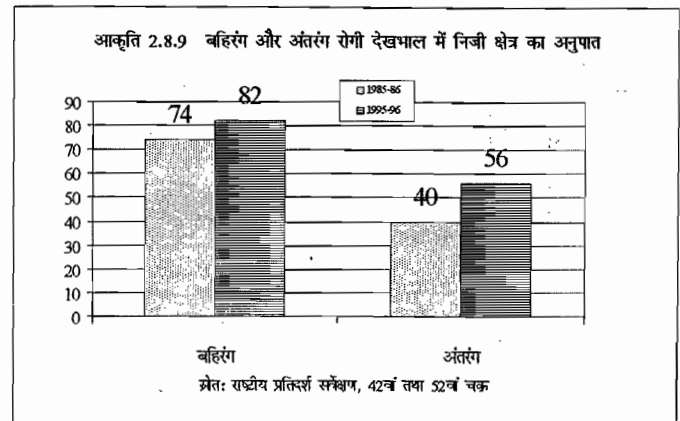
2.8.46 स्वतंत्र अन्वेषकों द्वारा आयोजित राष्ट्रीय प्रतिदर्श सर्वेक्षण संगठन (एनएसएसओ) से उपलब्ध आंकड़ों तथा स्वास्थ्य विभाग द्वारा वित्तपोषित अध्ययनों से यह पता चलता है कि आधुनिक चिकित्सा प्रणाली और आईएसएम तथा एच - दोनों में अधिकांश चिकित्सक निजी क्षेत्र में लगे हुए हैं। निजी क्षेत्र के अस्पतालों और बैडों की संख्या में पिछले वर्षों में हुई वृद्धि और उनका अनुपात चित्र 2.8.7 में दर्शाया गया है। सरकारी क्षेत्र के अस्पतालों और बैडों की संख्या में वृद्धि और अनुपात कम दिखाई देता है क्योंकि सीबीएचआई, अस्पतालों और औषधालयों के अधीन सीएचसी (22975 पीएचएस मौजूद हैं जिनमें से अधिकांश में छः बैड उपलब्ध हैं) और पीएचसी (जिनकी संख्या 2985 है और जिनमें से प्रत्येक में कम से कम 30 बैड हैं) शामिल नहीं करता। जबकि 1990 के दशक के दौरान निजी क्षेत्र के अधीन अस्पतालों की संख्या में उल्लेखनीय वृद्धि हुई है, बैडों की संख्या में हुई वृद्धि साधारण रही है (आकृति 2.8.7)।





2.8.47 सम्प्रति, निजी क्षेत्र की स्वास्थ्य सेवाओं में बड़े निगमित अस्पतालों से लेकर छोटे अस्पतालों/नर्सिंग होमों तथा अर्हताप्राप्त कार्मिकों द्वारा चलाए जा रहे क्लिनिकों/औषधालयों और अयोग्य व्यावसायिकों द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं शामिल हैं। निजी क्षेत्र के अधिकांश अस्पताल छोटे संस्थान होते हैं जिनमें से 85 प्रतिशत में बेडों की संख्या 25 से कम होती है और औसत बेड संख्या 10 होती है। विशेषज्ञतापूर्ण तथा अति-विशेषज्ञतापूर्ण देखभाल प्रदान करने वाले निजी तृतीयक देखभाल संस्थानों का अनुपात कुल संस्थानों की संख्या का मात्र एक से दो प्रतिशत है जबकि निगमित अस्पतालों की संख्या का अनुपात 15 से कम बैठता है। निजी क्षेत्र के अस्पतालों और बेडों के विभाजन को लेकर राज्यों के बीच व्यापक भिन्नताएं हैं। निजी क्षेत्र अधिक खुशहाल जिलों/राज्यों में सुविधाएं स्थापित करने का इच्छुक होता है (आकृति 2.8.8)। निजी क्षेत्र में समग्र बहिरंग रोगियों का प्रतिशत 82 है और अखिल भारतीय स्तर पर अस्पताल चिकित्सा में उसका प्रतिशत 52 है (आकृति 2.8.9) जबकि आय-वर्ग को लेकर कोई उल्लेखनीय अन्तर नहीं है।

2.8.48 अधिकांश सरकारी और निजी क्षेत्र अस्पताल और बेड शहरी क्षेत्रों में स्थित हैं। अर्हताप्राप्त और पंजीकृत निजी क्षेत्र के डाक्टर अथवा निजी क्षेत्र संस्थान दूरस्थ ग्रामीण और जनजातीय क्षेत्रों में तत्काल सुलभ नहीं हैं क्योंकि इन क्षेत्रों में लोग पैसा देने की स्थिति में नहीं होते और सामाजिक आधारिक तंत्र की कमी है। इस प्रकार, इन क्षेत्रों की जनता को जहां स्वास्थ्य देखभाल सम्बन्धी आवश्यकता सबसे अधिक होती है, क्रियाशील सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं अथवा निजी समितियों की मूलभूत उपलब्धता अत्यन्त न्यून रहती है। आधुनिक चिकित्सा प्रणाली और आईएसएम तथा एच में पंजीकृत चिकित्सकों की बहुलता होने के बावजूद, शहरी मलिन बस्तियों, दूरस्थ ग्रामीण और जनजातीय क्षेत्रों में रहने वाली

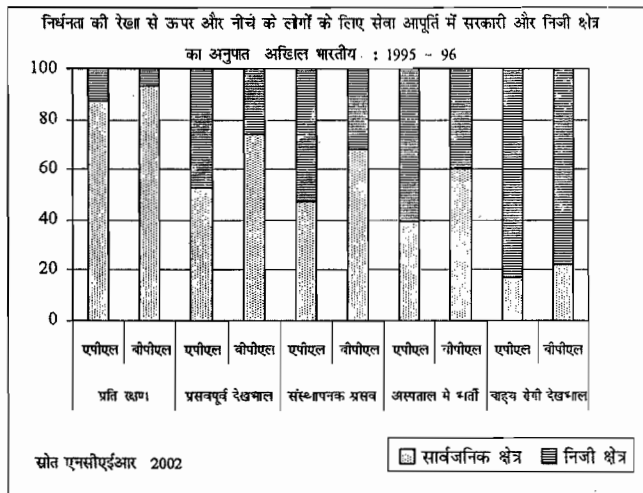


जनता, विशेष रूप से निर्धन वर्गों, को आज भी अयोग्य व्यक्ति स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करते हैं।

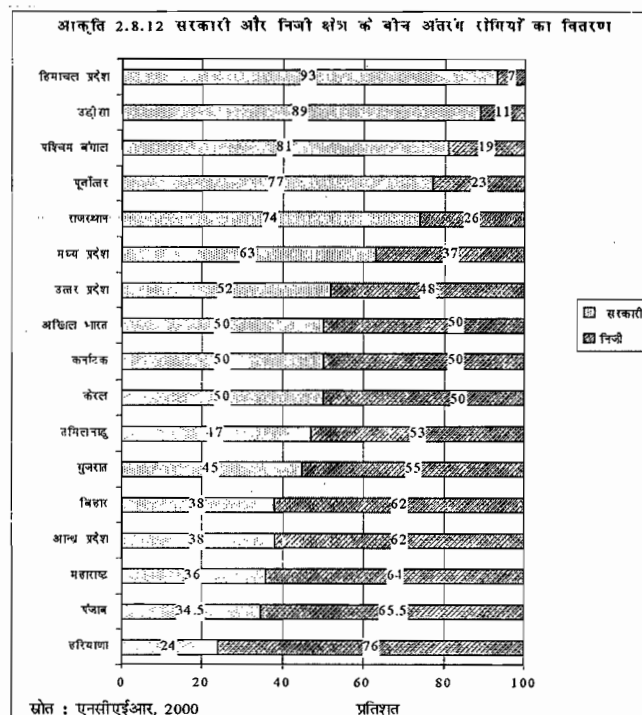
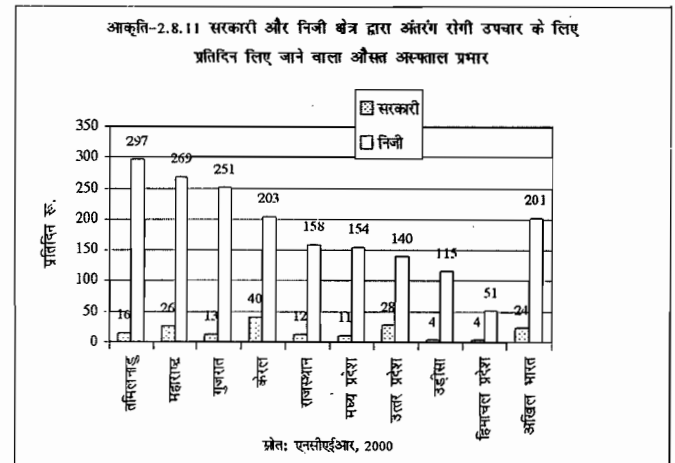
2.8.49 अधिकांश निजी क्षेत्र संस्थान एकल- डाक्टर वाले ऐसे औषधालय होते हैं जहां अत्यन्त मामूली आधारिक तंत्र और अर्द्ध-चिकित्सीय सहायता सुलभ होती है। ये संस्थान सामान्य रोगों के लिए लक्षणों पर आधारित उपचार उपलब्ध कराते हैं और क्योंकि ये सुविधापूर्ण स्थानों में और सहज सुलभ होते हैं, इसलिए निर्धनता की रेखा से नीचे के रोगी भी उनकी सेवाओं का लाभ उठाते हैं और उसके लिए खर्च करते हैं। इन निजी व्यावसायिकों के पास सामान्य रोगों की देखभाल के लिए अद्यतन मानक प्रोटोकॉल सुलभ नहीं होते और इस कारण जो देखभाल वे प्रदान करते हैं, उसका स्तर अक्सर इष्टतम नहीं होता। कुछ निजी अस्पतालों को अनुपयुक्त और अनैतिक उपचार परिपाटियों के साथ-साथ अनुचित, आंशिक और महंगी नैदानिक जांच तथा उपचारी क्रियाविधियों का प्रयोग करते हुए पाया गया है। निजी क्षेत्र में सूचित की गई अन्य समस्याओं में ये शामिल हैं : सेवा प्रदान करने वाले अयोग्य व्यक्तियों का उपयोग, नैदानिक और उपचारी उपायों का आवश्यकता से अधिक उपयोग जिसके फलस्वरूप इलाज की लागत बहुत अधिक बैठती है। जटिलताओं के लिए रोगियों की जांच करना और उन्हें देखभाल के उपयुक्त स्तर के संस्थान में भेजने, औषध प्रयोग को युक्तियुक्त बनाने अथवा उपचार की लागत को कम रखने की दिशा में कोई प्रयास नहीं किया गया है। इन समस्याओं की ओर सीएमई सहित उपयुक्त हस्तक्षेपणीय उपायों के माध्यम से ध्यान दिया जाएगा जिससे कि व्यावसायिकों के ज्ञान और कौशलों को अद्यतन बनाया जा सके, देखभाल के स्तर के लिए मानक तैयार और कार्यान्वित किए जा सकें और एक उपयुक्त शिकायत निवारण तंत्र को कार्यरूप दिया जा सके।

2.8.50 एनएसएसओ 1995-96 के 52वें चक्र से सम्बन्धित आंकड़ों, राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएस-2) तथा एक राष्ट्रीय प्रयुक्त आर्थिक अनुसंधान परिषद् (एनसीईआर) अध्ययन से यह पता चलता है कि बहिरंग और अंतरंग रोगी सेवाओं के प्रयोग की सुस्पष्ट शैलियां थीं। निर्धनता की रेखा से नीचे के और ऊपर के - दोनों वर्गों के लोगों में से अधिकांश ने छोटे-मोटे रोगों के लिए बहिरंग उपचारी देखभाल के निमित्त निजी क्षेत्रक की सेवाएं प्राप्त कीं। लेकिन जब प्रतिरक्षीकरण अथवा प्रसव-पूर्व देखभाल का समय आया, तो अधिकांश लोग, भले ही उनका आर्थिक स्तर कुछ भी रहा हो, सरकारी संस्थानों

में गए। सभी प्रकार के रोगों की अंतरंग रोगी देखभाल के निमित्त निर्धनता की रेखा (बीपीएल) से नीचे के 60 प्रतिशत परिवार सरकारी अस्पतालों का प्रयोग करते हैं और निर्धनता की रेखा से ऊपर (एपीएल) के उतने ही परिवार निजी अस्पतालों को वरीयता देते हैं (आकृति 2.8.10)।



2.8.51 सरकारी अस्पतालों में एक दिन के लिए अस्पताल में रहने की औसत लागत कम होती है और इसके सम्बन्ध में राज्यों के बीच कोई खास अन्तर नहीं है। निजी क्षेत्र में अंतरंग रोगी उपचार की लागत बहुत अधिक बैठती है (आकृति 2.8.11)। गरीब वर्गों द्वारा अंतरंग रोगी देखभाल के लिए सरकारी संस्थानों में जाने के पीछे मुख्य कारण यही बताया गया है। निजी क्षेत्र में अंतरंग रोगी देखभाल की



लागत को लेकर राज्यों के बीच व्यापक भिन्नताएं हैं। जहां इस तरह की लागत हिमाचल प्रदेश में 51 रुपए प्रति दिन है, वहां तमिलनाडु में 297 रुपए है। यह अन्तर अंशतः इन अस्पतालों में उपलब्ध नैदानिक और उपचारी सेवाओं में भिन्नताओं के कारण हो सकता है।

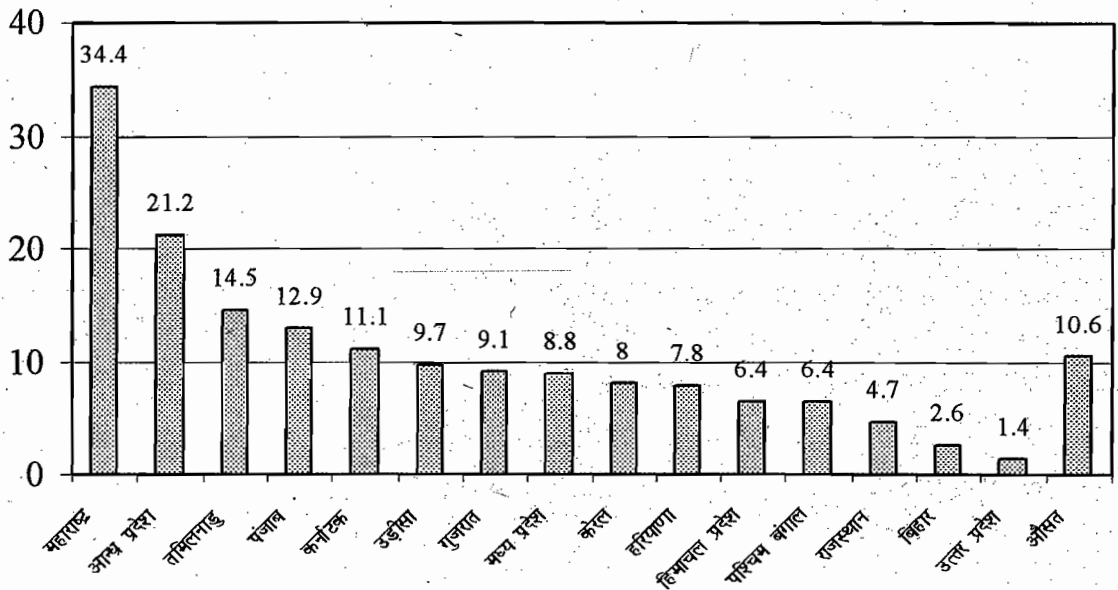
2.8.52 सरकारी और निजी अस्पतालों में अंतरंग रोगियों का राज्यवार विभाजन आकृति 2.8.12 में दर्शाया गया है। सरकारी क्षेत्र में उत्तम आधारिक तंत्र होने के बावजूद पंजाब, हरियाणा और महाराष्ट्र के अधिकांश रोगी निजी अस्पतालों में आते हैं। हिमाचल प्रदेश, राजस्थान, पश्चिम बंगाल और उत्तर-पूर्वी राज्यों में अधिकांश रोगी सरकारी अस्पतालों में दाखिला लेते हैं बावजूद इसके कि इन अस्पतालों के आधारिक तंत्र अपर्याप्त होते हैं। बिहार में जो 60 प्रतिशत से अधिक रोगी निजी अस्पतालों में दाखिला लेते हैं, उसका कारण सरकारी क्षेत्र का घटिया आधारिक तंत्र है। निश्चय ही, सरकारी और निजी क्षेत्र की सुविधाओं के बीच चुनाव करना सरकारी आधारिक तंत्र के कार्यात्मक स्तर सहित, सरकारी और निजी क्षेत्र के बीच लागत विभाजन, भुगतान करने की क्षमता और समुदाय की वरीयताओं सहित अनेक बातों पर निर्भर करता है।

गैर-सरकारी संगठन और स्वैच्छिक क्षेत्र

2.8.53 स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाले नितान्तः निजी व्यक्तियों के अलावा, गैर-सरकारी संगठन और स्वैच्छिक क्षेत्र समुदाय को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करते रहे हैं। अनुमान के अनुसार, 7000 से अधिक स्वैच्छिक एजेन्सियां स्वास्थ्य सम्बन्धी क्रियाकलापों के साथ जुड़ी हुई हैं। गैर-सरकारी संगठनों द्वारा गांवों की कवरेज को लेकर राज्यों के बीच व्यापक भिन्नताएं बनी हुई हैं (आकृति 2.8.13)। विविध प्रकार की सेवाएं प्रदान करने वाले गैर-सरकारी संगठनों की संख्या अपेक्षतया कम है और वे राज्यों के बीच तथा राज्यों के भीतर असमान रूप से बंटे हुए हैं और उनका कार्यक्षेत्र सीमित है। कुछ गैर-सरकारी संगठन परिवार कल्याण और स्वास्थ्य विभागों के सरकारी कार्यक्रमों का कार्यान्वयन करते

हैं जबकि दूसरे एकीकृत या बुनियादी स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम चलाते हैं अथवा कतिपय विशिष्ट रोगों से ग्रस्त व्यक्तियों, जैसेकि कुष्ठ रोगों के लिए विशेष देखभाल/पुनर्वास सेवाएं सुलभ कराते हैं। रेडक्रास, औद्योगिक स्थापनाओं, लायंस क्लब, हेल्पेज इंडिया आदि जैसी एजेन्सियां द्वारा भी स्वास्थ्य देखभाल क्रियाकलाप आयोजित किए जाते हैं।

आकृति 2.8.13- गैर-सरकारी संगठनों के साथ गांवों की प्रतिशत, 1994



स्रोत: अजय महल, 1999

2.8.54 स्वास्थ्य देखभाल की आपूर्ति में गैर-सरकारी संगठनों को पेश आने वाली संस्थाओं में निम्नलिखित शामिल हैं :

- सरकारी और गैर-सरकारी संगठनों के बीच सीमित वैचारिक आदान-प्रदान;
- गैर-सरकारी संगठनों का सीमित वित्तीय प्रबन्ध, तकनीकी और प्रबन्धकीय क्षमता;
- निधियों की कमी; तथा सरकार से निधियों के अन्तरण में देरी।

स्वास्थ्य देखभाल के सम्बन्ध में सरकारी-निजी सहयोग से पहले से चल रहे प्रयास

2.8.55 बहिरंग/अंतरंग रोगी सुविधाओं के भौगोलिक विभाजन, निजी क्षेत्र और सरकारी क्षेत्र के संस्थानों के बीच मौजूदा सहयोगों तथा विभिन्न जिलों/राज्यों में बहिरंग रोगी/अंतरंग रोगी स्वास्थ्य देखभाल में प्रत्येक द्वारा निभाए जाने वाली भूमिका को प्रलेखबद्ध करने वाले अध्ययनों की संख्या बहुत थोड़ी है। नौवीं योजना में यह सिफारिश की गई थी कि उन्हें प्रलेखित किया जाएगा और विकेन्द्रीकृत जिला-आधारित आयोजना के लिए जानकारी का उपयोग किया जाएगा। यह काम अभी तक नहीं किया गया है और इसे दसवीं योजना के दौरान प्राथमिकता के आधार पर किया जाएगा। नौवीं योजना अवधि के दौरान केन्द्र और साथ ही राज्यों ने बहुविध प्रकार के सरकारी-निजी सहयोगों की शुरुआत की थी। पहले से चले आ रहे कुछेक सहयोगों में शामिल हैं :

- अधिकांश राज्य सरकारों के डाक्टरों को निजी प्रैक्टिस की छूट प्राप्त है। डाक्टर को आर्थिक लाभ होता है और रोगी भी इस दृष्टि से फायदे में रहते हैं कि उनका उपचार ऐसे डाक्टर द्वारा किया जा रहा है जिन्होंने सेवाकालीन प्रशिक्षण के माध्यम से अपने ज्ञान और कौशलों को अद्यतन बना लिया है;
- पीएचसी में सेवाएं प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य देखभाल कार्मिकों की संविदागत नियुक्ति और निजी व्यावसायिकों की सेवाएं प्राप्त करने की कोशिश की गई है ताकि कमियों को पूरा किया जा सके। तथापि, इसको लेकर कोई विशेष उत्साह देखने में नहीं आया; पीएचसी डाक्टरों से अपेक्षित भूमिका का निर्वाह करने के लिए इन व्यावसायिकों के लिए अनुस्थापन प्रशिक्षण की आवश्यकता है;

• अल्प-सेवित क्षेत्रों में पीएचसी/सीएचसी का दौरा करने और स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराने के उद्देश्य से सामान्य व्यावसायिकों और विशेषज्ञों की सेवाएं अंशकालिक आधार पर प्राप्त करना। इस प्रयोग में सीमित सफलता बताई गई है;

• मान्यताप्राप्त निजी स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वालों/संस्थाओं द्वारा प्रदत्त चिकित्सीय देखभाल की लागत की राज्य तथा केन्द्रीय सरकारों, पीएसयू द्वारा प्रतिपूर्ति की जाती है;

• राष्ट्रीय कार्यक्रमों में गैर-सरकारी संगठनों/निजी क्षेत्र के व्यावसायिकों को सहयोजित करना, जैसेकि कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम में एनजीओ और लाभ न कमाने वाले संस्थानों की सेवाओं का प्रयोग करना, अंधता निवारण कार्यक्रम में निजी व्यावसायिकों/संस्थानों का तथा एचआईवी/एड्स नियंत्रण कार्यक्रम में गैर सरकारी संगठनों का सहयोजन;

• निजी क्षेत्र के व्यक्तियों/संस्थानों/उद्योग, जैसेकि टाटा स्टील कम्पनी निर्धारित क्षेत्र में रहने वाली जनता को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करते हैं;

• निजी अति-विशेषज्ञता, तृतीयक/द्वितीयक देखभाल अस्पतालों को रियायती दरों पर भूमि, पानी और बिजली आदि प्रदान किए जाते हैं तथा उन्हें इस शर्त के साथ उपकरणों को निःशुल्क रूप से आयात करने की अनुमति दी जाती है कि वे गरीब रोगियों को अंतरंग रोगी/बहिरंग रोगी सेवाएं निःशुल्क रूप से उपलब्ध कराएं। इस आशय में अनुभव वैविध्यपूर्ण रहा है और अनेक समस्याओं की सूचना दी गई है;

• केरल के कुछ जिलों में निजी व्यावसायिक रोग, निगरानी के बारे में जानकारी उपलब्ध कराते हैं।

2.8.56 स्वास्थ्य देखभाल की सुलभता और वहनीयता तथा रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के अधीन कवरेज में सुधार लाने में इस सबके प्रभाव का अभी तक मूल्यांकन नहीं किया गया है। तथापि, उपलब्ध सूचना से ऐसा पता चलता है कि ये स्कीमें उन स्थानों पर सफल रहीं जहां सुनिर्धारित प्रतिबद्ध समूह और सुस्पष्ट समझौता ज्ञापन (एमओयू) मौजूद थे और इन समझौता ज्ञापनों को सही ढंग से कार्यान्वित किया गया था। दसवीं योजना में जनता की स्वास्थ्य देखभाल सम्बन्धी आवश्यकताओं, इनमें से प्रत्येक क्षेत्र की उपस्थिति, उनकी क्षमताओं और दुर्बलताओं को ध्यान में रखते हुए क्षेत्र-विशिष्ट

सरकारी-निजी सहयोगों में सुधार लाने के प्रयास किए जाएंगे। अल्पसेवित क्षेत्रों का पता लगाने के लिए जीआईएस मानचित्रण और ऐसे क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाएं स्थापित करने के प्रयोजन से निजी क्षेत्र को प्रोत्साहित करने के निमित्त उपयुक्त प्रोत्साहन उपलब्ध कराने की व्यवहार्यता का पता लगाया जाएगा। जवाबदेही सुनिश्चित करने की दृष्टि से पीआरआई और स्थानीय नेताओं के साथ इन कार्यक्रमों के कार्यान्वयन का 282 अनुश्रवण करने से बहुत मदद मिलेगी।

2.8.57 क्योंकि देश में अधिकांश उपचारी देखभाल निजी व्यावसायिकों द्वारा प्रदान की जाती है, इसलिए यह जरूरी है कि सामान्य रोगों की देखभाल करने के लिए अद्यतन प्रोटोकॉलों और राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों तथा परिवार कल्याण कार्यक्रमों में प्रयुक्त प्रचलित पथ्यापथ्य नियम सहज सुलभ कराए जाएं। उनके लिए राष्ट्रीय कार्यक्रमों के माध्यम से औषधियां, युक्तियां और टीके सहज सुलभ किए जाने चाहिए। यदि ऐसा किया जाता है, तो कवरेज बढ़ाने और साथ ही देखभाल की लागत सीमित रखने में निजी व्यावसायिक महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं।

2.8.58 देखभाल की गुणवत्ता में सुधार लाने की एक अनिवार्य पूर्वापेक्षा यह होगी कि देखभाल के प्रत्येक स्तर के लिए उपयुक्त मानक उपचार प्रोटोकॉल विकसित किए जाएं। इस तरह के प्रलेख शीघ्र तैयार करने में मेडिकल कालेजों और अनुसंधान संस्थानों को महत्वपूर्ण भूमिका निभानी चाहिए। प्रत्येक स्तर पर मौजूदा सरकारी संस्थानों को इन प्रबन्ध प्रोटोकॉलों की जांच करने, आवश्यक संशोधन सुझाने की जिम्मेदारी वहन करनी होगी। ये प्रोटोकॉल कौशल उन्नयन और प्रशिक्षण के लिए सीएमई कार्यक्रमों के माध्यम से सभी व्यावसायिकों को उपलब्ध कराए जाएंगे। सीएमई कार्यक्रमों द्वारा उपलब्ध आईटी साधनों का पूरा प्रयोग किया जाएगा जिससे कि कौशलों और ज्ञान को अद्यतन बनाने के लिए सामग्री की सहज सुलभता सुनिश्चित हो सके। अर्द्ध-व्यावसायिकों और डाक्टरों के बीच तथा डाक्टरों के अपनी बीच आन-लाइन परामर्शी सेवाओं से सेवाओं के स्तर में सुधार लाया जा सकता है और प्रबन्ध समबन्धी सलाह तथा निदान के लिए रोगियों को अस्पताल ले जाने की समस्या को कम किया जा सकता है। राज्यों में सरकारी संस्थान जो कि आदर्श संस्थान होंगे, संस्थानों के विभिन्न स्तरों पर देखभाल की लागत के लिए उपयुक्त मानदण्ड तैयार करेंगे और स्वयं अपने संस्थानों में देखभाल की लागत और गुणवत्ता - दोनों पर निगाह रखेंगे। जिला स्वास्थ्य अधिकारी जिले में सरकारी

और निजी क्षेत्र संस्थानों - दोनों के निष्पादन का अनुश्रवण करेंगे और देखभाल के स्तर में सुधार लाने और देखभाल की लागत सीमित रखने में उनकी मदद करेंगे।

2.8.59 जनता की स्वास्थ्य देखभाल सम्बन्धी बढ़ती हुई आवश्यकताओं को वहनीय लागत पर पूरा करने में सरकारी, निजी और स्वैच्छिक क्षेत्रों की भूमिका निर्धारित करने की दिशा में दसवीं योजना के दौरान समुचित नीतिगत पहलें की जाएंगी। सरकारी क्षेत्र केन्द्रीय, राज्य और स्थानीय स्तरों पर निम्न प्रयोजनों के लिए संस्थानगत क्षमता विकसित करेगा:

- स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए नीतियां और कार्यनीतियां तैयार करना और उनके कार्यान्वयन का अनुश्रवण करना;
- जनता के निर्धन और दुर्बल वर्गों की स्वास्थ्य देखभाल सम्बन्धी जरूरतों को पूरा करने के लिए सरकारी-निजी-स्वैच्छिक क्षेत्र सहयोग को बढ़ाना;
- देखभाल के उपयुक्त स्तर और लागत के लिए मानक तैयार करना और व्यक्तियों/संस्थानों के लिए प्रत्यायन प्रणालियां स्थापित करना;
- विनियमों तथा संविदागत दायित्वों का अनुश्रवण करना और उन्हें लागू करना;
- व्यावसायिकों के बीच उत्कृष्टता और नैतिक मूल्यों को बढ़ावा देना, व्यावसायिक कदाचार का पता लगाना और उन्हें दण्ड देना;
- एक उपयुक्त और त्वरित शिकायत समाधान तंत्र स्थापित करना।

स्वास्थ्य देखभाल में गुणवत्ता और जवाबदेही

2.8.60 स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता के निर्धारण को अक्सर एक मूल्य निर्णय के रूप में समझा जाता है लेकिन गुणवत्ता के ऐसे निर्धारक तत्त्व और घटक हैं जिन्हें मापा जा सकता है, जिनमें ये शामिल हैं : आधारिक तंत्र और जनशक्ति, निदान और उपचार जैसी प्रक्रियाएं अथवा परिणाम जैसे कि मामले में मृत्यु हो जाना, विकलांगता और रोगी की संतुष्टि का मूल्यांकन। स्वास्थ्य देखभाल गुणवत्ता मूल्यांकन में सुरक्षा, प्रभाविता और हस्तक्षेपणीय उपायों की सामयिकता शामिल होती हैं। साथ ही, इसमें स्वस्थ रहने और रोग तथा विकलांगता के साथ जीवित रहना सीखने के स्वाम्बन्ध में जनता की बदलती हुई आवश्यकताओं की पूर्ति के अर्थों में प्रणाली के निष्पादन

का मूल्यांकन भी शामिल होना चाहिए। हाल के वर्षों में स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता को लेकर जनता की बढ़ती हुई चिन्ता देखने में आई है जिसका कारण जनता की बढ़ती हुई जागरूकता और विशेष रूप से निजी क्षेत्र में स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों की भरमार है।

भारत में गुणवत्ता नियंत्रण प्रणाली लागू करने के निम्न परिणाम होंगे :

- सुविधाओं का अधिक प्रयोग, अल्प-प्रयोग, दुरुपयोग और अनुचित प्रयोग रुकेगा;
- प्रभाविता और दक्षता में सुधार होगा;
- सकारात्मक परिणामों के अधिक घटने में सहायक होगा;
- संसाधनों के प्रभावी और उत्तरदायित्वपूर्ण प्रयोग में सहायक होगा ;
- मांग के स्तर के साथ देखभाल के स्तरों को सुमेलित करके विभिन्न स्तरों पर उपयुक्त देखभाल के मार्ग में आने वाले बाधक तत्त्वों को न्यूनतम करेगा ;
- स्वास्थ्य प्रणाली में जवाबदेही लाएगा; तथा
- यह सुनिश्चित करेगा कि निवेश किए गए प्रत्येक रुपए का इष्टतम प्रयोग हो।

2.8.61 1990 के दशक के दौरान देखभाल के स्तर, स्वास्थ्य क्षेत्र को उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम के अधीन शामिल किए जाने से सम्बन्धित मुद्दों की ओर ध्यान देने के लिए कुछ पहलें की गई थीं। कुछ राज्यों ने बाम्बे नर्सिंग होम पंजीकरण अधिनियम 1949 की तर्ज पर निजी स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों के कार्यकरण के लिए एक कानूनी ढांचा बनाने की कोशिश की है। इन कानूनी उपायों को अभी तक प्रभावी रूप से कार्यान्वित नहीं किया गया जिसका कारण अंशतः तो स्वेच्छात्मक देखभाल के स्तर - को परिभाषित करने के लिए वस्तुनिष्ठ आधार की कमी और इस आशय का डर है कि इस तरह के विनियम लागू करने से देखभाल की लागत में वृद्धि हो सकती है।

2.8.62 दसवीं योजना के दौरान स्वास्थ्य देखभाल के प्रत्येक पक्ष में गुणवत्ता नियंत्रण अवधारणाएं और उपकरण लागू किए जाएंगे जिससे कि निम्न सुनिश्चित किया जा सके :

- जनता और प्रणाली, परिभाषित और संस्थागत मानदण्डों, जवाबदेही और उत्तरदायित्व से लाभान्वित हो ;
- दसवीं योजना के लक्ष्यों की पूर्ति हो और जनता के स्वास्थ्य संकेतकों में सुधार हो ; तथा

- स्वास्थ्य देखभाल, व्यक्तियों के लिए और समूचे देश के लिए वहनीय बनाई जाए।

स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन विकास

2.8.63 किसी भी स्वास्थ्य कार्यक्रम के परिणाम और प्रभाव उस कार्यक्रम को कार्यान्वित करने वाले कार्मिकों की क्षमताओं और कौशलों पर निर्भर करते हैं। स्वतंत्रता के समय देश की जनसंख्या 30 करोड़ थी। अकाल, भूख और महामारियों के कारण बहुत सारे लोगों की मृत्यु हो जाती थी ; शिशु और मातृ मृत्यु दर विश्व में सर्वाधिक थी और जीवन-संभाव्यता लगभग 33 वर्ष थी। जनता को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए आधुनिक चिकित्सा पद्धति में लगभग 50,000 चिकित्सा स्नातक और 25,000 परिचारिकाएं थीं।

2.8.64 उसके बाद देश ने चिकित्सीय और अर्द्ध-व्यावसायिक प्रशिक्षण का बड़े पैमाने पर विस्तार किया जिससे कि स्वास्थ्य प्रणाली के प्रस्तावित सुधार के निमित्त जनशक्ति की मांग पूरी की जा सकी। पांच दशक के बाद आधुनिक चिकित्सा प्रणाली में 181 मेडिकल कालेज और 400 से अधिक आईएसएम तथा एच कालेज विद्यमान हैं।

स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन विकास के निमित्त नौवीं योजना की प्राथमिकताएं

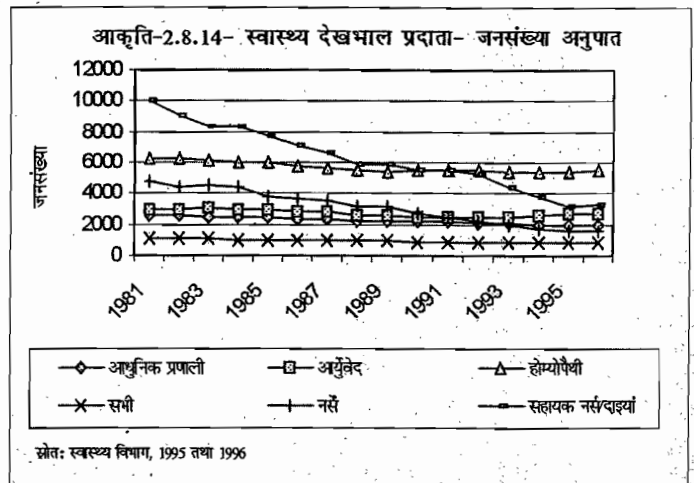
- सरकारी, निजी और स्वैच्छिक क्षेत्रों में स्वास्थ्य जनशक्ति की आवश्यकता, मांग और उपलब्धता पर एक जिला डाटा आधार निर्मित करना ;
- निम्न विषयों से सम्बन्धित सूचना को नियतकालिक रूप से अद्यतन बनाना ;
- स्वास्थ्य जनशक्ति की आवश्यकता, उपलब्धता और विभिन्न श्रेणियों की स्वास्थ्य जनशक्ति ;
- जरूरतों के आधार पर स्वास्थ्य जनशक्ति का निर्माण ;
- स्नातक-पूर्व/स्नातकोत्तर शिक्षा की गुणवत्ता में सुधार ;
- स्वास्थ्य जनशक्ति के समान और उपयुक्त विभाजन को बढ़ावा ;
- ज्ञान और कौशल स्तरोन्नयन के लिए सतत चिकित्सीय शिक्षा ;
- उपयुक्त जनता और कार्यक्रम अनुस्थापन ; तथा
- दलगत कार्य और अंतःक्षेत्रीय समन्वय को बढ़ावा देने के लिए सतत बहु-व्यावसायिक शिक्षा।

देश में प्रतिवर्ष आधुनिक चिकित्सा प्रणाली में 17,000 से अधिक डाक्टर तैयार होते हैं और इतनी ही संख्या में आईएसएम तथा एच व्यावसायिक, नर्स/एनएनएम और साथ ही अर्द्ध-व्यावसायिक बनकर निकलते हैं। सरकारी, स्वैच्छिक और निजी क्षेत्र में स्वास्थ्य देखभाल का एक विशाल आधारिक तंत्र निर्मित किया गया है और इसकी देखभाल देश में प्रशिक्षित व्यक्तियों द्वारा की जाती है। स्वास्थ्य सेवा आपूर्ति में निवेश का एक बहुत बड़ा हिस्सा कार्मिक लागतों के रूप में होता है। अनेक प्रतिबन्धों के बावजूद भारतीय स्वास्थ्य व्यावसायिक और अर्द्ध-व्यावसायिक दूसरे देशों को चले गए हैं और उन्होंने वहां जाकर अपने ज्ञान, कौशलों और प्रतिबद्धता के लिए विश्व स्तरीय मान्यता प्राप्त की है। तो भी, यह एक चिन्ता का विषय है कि सरकारी संस्थानों में जोकि शहरी मलिन बस्तियों, दूरस्थ ग्रामीण और जनजातीय क्षेत्रों में जनता के निर्धन वर्गों को स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराते हैं, उनमें प्रमुख जनशक्ति को लेकर व्यापक कमी बनी हुई है। इस समस्या की ओर ध्यान देने के लिए राज्यों ने स्वास्थ्य व्यावसायिकों के लिए ग्रामीण सेवा को अनिवार्य बना दिया है और स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों में उन छात्रों की वरीयता दी जाती है जो ग्रामीण सेवाओं के लिए विकल्प देते हैं। इन उपायों की संधारणीयता और प्रभाव का मूल्यांकन किया जाना बाकी है।

2.8.65 दसवीं योजना के दौरान चिकित्सीय शिक्षा में नए अवसर और चुनौतियां उभरेंगी। देश में बढ़ती हुई जनता की स्वास्थ्य देखभाल सम्बन्धी जरूरतों को पूरा करने और दोहरे रोग भार से निबटने के लिए उपयुक्त ज्ञान, कौशल और अभिवृत्ति से युक्त स्वास्थ्य कार्मिकों को बहुत बड़ी संख्या में प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा। वैश्वीकरण के इस युग में उत्कृष्ट अध्यापकों और प्रचुर मात्रा में उपलब्ध नैदानिक सामग्री सहित भारत, चिकित्सीय शिक्षा में एक प्रमुख ताकत बन सकता है। स्वास्थ्य देखभाल संस्थान भारत को एक विशाल चिकित्सीय पर्यटन स्थल में बदल सकते हैं। अनुसंधान और विकास तथा गुणवत्ता नियंत्रण में उपयुक्त निवेश के फलस्वरूप फार्मास्युटिकल क्षेत्र में बड़े पैमाने पर विस्तार हो सकता है। अगले दो दशक इस बात का परिचय देंगे कि क्या देश ने अत्यन्त कुशल चिकित्सीय जनशक्ति को प्रशिक्षित करने और उन्हें लाभकारी रोजगार प्रदान करने के लिए इन अवसरों का सफल उपयोग किया है या नहीं।

स्वास्थ्य जनशक्ति आयोजना

2.8.66 स्वास्थ्य सेवा आयोजना से भिन्न भारत में स्वास्थ्य



जनशक्ति आयोजना की तरफ समुचित ध्यान नहीं दिया गया है। सर जोसफ भोरे समिति 1946 ने चिकित्सीय (1500 की जनसंख्या के लिए एक डाक्टर) तथा नर्सिंग कार्मिकों (500 की जनसंख्या के लिए एक नर्स) के लिए एक जनसंख्या-आधारित मानदण्ड की सिफारिश की थी। बाद में पिछले पांच दशकों में हुए बदलावों को ध्यान में रखते हुए इन मानदण्डों को संशोधित कर दिया गया। बजाज समिति ने यह सिफारिश की कि स्वास्थ्य जनशक्ति आवश्यकता के निर्धारण का आधार एकाधिक प्राचल होना चाहिए जिनमें जनसंख्या के प्रति कार्मिक अनुपात, अन्तःव्यावसायिक अनुपात और जनशक्ति मिश्रण शामिल हो। महामारी - विज्ञान सम्बन्धी अन्तरण की स्थिति, संस्थानों की उपलब्धता, आय-लोच तथा स्वास्थ्य पर सरकारी और निजी खर्च के आधार पर स्वास्थ्य जनशक्ति आवश्यकताओं को लेकर क्षेत्रों के बीच भिन्नताएं हैं। पिछले दो दशकों के दौरान स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता-जनसंख्या अनुपात से संबंधित जानकारी आकृति 2.8.14 में दी गई है।

2.8.67 नौवीं योजना में ऐसा सोचा गया था कि स्वास्थ्य जनशक्ति आयोजना उपलब्ध जनशक्ति और सुविधाओं के जिला-विशिष्ट निर्धारण, स्वास्थ्य सेवाओं की आवश्यकताओं और मांगों पर आधारित होगी। राष्ट्रीय कार्यक्रमों का कार्यान्वयन करने के लिए अपेक्षित जनशक्ति और स्वैच्छिक तथा निजी क्षेत्र में जनशक्ति सम्बन्धी आवश्यकताओं को ध्यान में रखते हुए इसका परिष्कार किया जाएगा। स्वास्थ्य जनशक्ति उपलब्धता का एक यथार्थ जायजा लेने के लिए सीबीएचआई ने चिकित्सीय/डेंटल, आईएसएम तथा एच व्यावसायिकों, नर्स तथा अर्द्ध-व्यावसायिकों और संस्थानों (केन्द्रीय, राज्य, रक्षा सेवाएं, रेलवे, निजी क्षेत्र अथवा स्वैच्छिक क्षेत्र) की संख्या के सम्बन्ध में विश्वसनीय और सही जिले-वार आंकड़े प्राप्त करने की दिशा में प्रयास शुरू किए। इस

आशय के प्रयासों में बहुत कम प्रगति हुई है ; स्वास्थ्य जनशक्ति की आपूर्ति को उसकी मांग के साथ सुमेलित करने के प्रयासों की तो शुरुआत तक भी नहीं हुई है । दसवीं योजना के दौरान यह डाटा-आधार निर्मित किया जाएगा जिससे कि मांगों की पूर्ति करने के लिए विकेन्द्रीकृत जिला-आधारित स्वास्थ्य जनशक्ति आयोजना संभव हो पाएगी ।

स्वास्थ्य जनशक्ति निर्माण

2.8.68 जून 2001 की स्थिति के अनुसार, 181 मेडिकल कालेज थे जिनमें से 155 (जिनमें से 46 निजी थे), मान्यताप्राप्त थे और 26 (जिनमें से 19 निजी थे) को भारतीय चिकित्सा परिषद् अधिनियम 1956 की धारा 10ए के अधीन अनुमति दी गई थी । दिसम्बर 2000 तक कुल मिलाकर 5,39,00 एमबीबीएस डाक्टर भारतीय चिकित्सा परिषद् (एमसीआई) में पंजीकृत थे । राष्ट्रीय स्तर पर चिकित्सकों और विशेषज्ञों की संख्या अनुमानित आवश्यकताओं से अधिक है । यदि केवल आधुनिक चिकित्सा प्रणाली को ध्यान में रखा जाए, तो मौजूदा डाक्टर-जनसंख्या अनुपात 1:1800 है और यदि आईएसएम तथा एच डाक्टरों को भी जोड़ लिया जाए तो इस आशय का अनुपात 1:800 है ।

2.8.69 स्वास्थ्य संकेतकों, स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों तथा स्वास्थ्य जनशक्ति निर्माण को लेकर राज्यों के बीच व्यापक भिन्नताएं हैं । 181 मेडिकल कालेजों में से 81 कालेज केवल चार राज्यों (कर्नाटक, आंध्रप्रदेश, तमिलनाडु तथा महाराष्ट्र) में स्थित हैं । दूसरी तरफ, बिहार और उत्तर प्रदेश जैसे विशाल जनसंख्या वाले राज्यों में स्वास्थ्य संकेतक कमजोर हैं और जहां स्वास्थ्य जनशक्ति की विशाल कमी है, मेडिकल कालेजों की संख्या बहुत कम है । चिकित्सीय शिक्षा पाठ्यचर्या जनता की बदलती हुई आवश्यकताओं अथवा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों को कार्यरूप देने के लिए अपेक्षित कौशलों के साथ कदम से कदम मिलाकर नहीं चल सकी है । चिकित्सीय शिक्षा की आधुनिक प्रणाली से ऐसा प्रतीत होता है कि वह छात्रों को, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में प्रभावी रूप से काम करने के लिए अपेक्षित नैदानिक और विश्लेषणात्मक कौशल विकसित करने में समर्थ नहीं बनाती । नैदानिक कौशलों, समुचित जनोन्मुखी दृष्टिकोण और समुदाय के स्वास्थ्य स्तर में सुधार लाने की प्रतिबद्धता से युक्त पारिवारिक चिकित्सकों की संख्या घटती हुई प्रतीत हो रही है । जन स्वास्थ्य और अर्द्ध-नैदानिक विषयों में दाखिला लेने वाले छात्रों की संख्या घटती जा रही है और

संभावित रूप से लाभकारी क्लिनिक और नैदानिक विशेषज्ञताओं के लिए मुकाबला बढ़ता जा रहा है । इन प्रवृत्तियों को जिनका जन स्वास्थ्य कार्यक्रमों पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ने की संभावना है, अंकुश लगाए जाने की आवश्यकता है ।

2.8.70 दसवीं योजना के दौरान स्नातक-पूर्व और स्नातकोत्तर प्रशिक्षण को इस प्रकार अनुरथापित किया जाएगा कि छात्रों को ऐसे सक्षम व्यावसायिक बनने में समर्थ बनाया जा सके जोकि जनता के स्वास्थ्य स्तर में सुधार के प्रति लक्षित कार्यक्रमों को प्रभावी रूप से कार्यरूप दे सके । स्वास्थ्य देखभाल की बदलती हुई मांगों को ध्यान में रखते हुए पाठ्यचर्या की समय-समय पर समीक्षा और उसमें संशोधन किया जा सकता है । कई राज्यों ने स्वास्थ्य विज्ञान विश्वविद्यालय (यूएचएस) स्थापित किए हैं जिनके साथ सभी मेडिकल कालेजों, डेंटल कालेजों, अर्द्ध-व्यावसायिक और नर्सिंग कालेजों को सम्बद्ध कर दिया गया है । विश्वविद्यालय, दाखिले के मानदण्डों, पाठ्यचर्या में एकरूपता सुनिश्चित करता है और मूल्यांकन प्रणाली शिक्षा के स्तर में सुधार लाने के प्रति लक्षित क्रियाकलाप को समन्वित करेगा । दसवीं योजना के दौरान सभी राज्यों को यूएचएस स्थापित करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा ।

2.8.71 शुरु में अधिकांश मेडिकल कालेजों का वित्तपोषण केन्द्र या राज्य सरकार द्वारा किया जाता था, लेकिन पिछले दशकों के दौरान अनेक निजी मेडिकल कालेज स्थापित हुए हैं । आधारिक तंत्र की पर्याप्तता, शिक्षण की गुणवत्ता, दाखिले के मानदण्ड और शुल्क संरचना को लेकर मेडिकल कालेजों के बीच व्यापक भिन्नताएं हैं । मेडिकल कालेजों की संख्या में अतिशय वृद्धि और उनके घटिया स्तर से चिन्तित होकर भारतीय चिकित्सा परिषद् अधिनियम 1993 में संशोधन किया गया जिसके अधीन कोई नया मेडिकल कालेज स्थापित करने, कोई नया अथवा उच्चतर पाठ्यक्रम अथवा प्रशिक्षण शुरु करने और दाखिल किए जाने वाले छात्रों की संख्या में वृद्धि के लिए केन्द्रीय सरकार की अनुमति अनिवार्य बना दी गई । तथापि, इसके बावजूद मेडिकल कालेजों की संख्या में वृद्धि को रोका नहीं जा सका । निजी और सरकार द्वारा वित्तपोषित संस्थानों के बीच दाखिले के मानदण्डों और शुल्क संरचना में जो अन्तर थे, उन्हें न्यायिक हस्तक्षेप के कारण कुछ हद तक सुधार दिया गया है ।

2.8.72 चिकित्सीय शिक्षाविद ऐसा महसूस करते हैं कि पिछले वर्षों के दौरान चिकित्सीय शिक्षा की गुणवत्ता में गिरावट आई

है। पिछले दो दशकों के दौरान चिकित्सीय ज्ञान और प्रौद्योगिकी में आए विस्फोटक विस्तार का मुकाबला करने में छात्रों और अध्यापकों - दोनों को पेश आ रही समस्याएं इस स्थिति का आंशिक कारण हो सकती हैं। अपर्याप्त स्टाफ और अपर्याप्त आधारीक सुविधाओं सहित मेडिकल कालेजों और अर्द्ध-व्यावसायिक संस्थानों की संख्या में अतिशय वृद्धि ने भी निश्चय ही शिक्षण और प्रशिक्षण की गुणवत्ता में आई गिरावट में अपना योगदान दिया है। शिक्षा की गुणवत्ता में सुधार लाने के लिए मेडिकल कालेजों को आर्थिक सहायता प्रदान करने के उद्देश्य से विश्वविद्यालय अनुदान आयोग (यूजीसी) की तर्ज पर एक आयोग का गठन किए जाने के सम्बन्ध में नौवीं योजना में जो सिफारिशों की गई थीं, उन्हें कार्यरूप देने से चिकित्सीय शिक्षा की गुणवत्ता में आ रही गिरावट को रोकने में मदद मिल सकती है। नौवीं योजना की एक अन्य सिफारिश कार्यान्वयन, जिसके अनुसार केवल प्रारम्भिक मान्यता के लिए ही नहीं बल्कि मेडिकल कालेजों के रूप में सतत मान्यता और छात्रों के दाखिले के लिए भी एमसीआई द्वारा निरीक्षण अनिवार्य बना दिया गया था, चिकित्सीय शिक्षा की गुणवत्ता के सुधार में उससे काफी मदद मिलनी चाहिए।

दन्त्य जनशक्ति

2.8.73 सम्प्रति, देश में 142 (113 निजी) मान्यताप्राप्त/ अनुमोदित दन्त्य कालेज हैं जिनमें प्रतिवर्ष 8900 छात्रों को बीडीएस में दाखिला दिया जाता है। 869 सीटों सहित 48 ऐसे संस्थान हैं जोकि स्नातकोत्तर प्रशिक्षण प्रदान करते हैं। मेडिकल कालेजों की भांति दन्त्य कालेजों के विभाजन में भी क्षेत्रीय असन्तुलन बने हुए हैं। दन्त्य अर्द्ध-व्यावसायिकों की आवश्यकताओं का पता नहीं लगाया गया और उनकी पूर्ति नहीं की गई है। दसवीं योजना के दौरान दन्त्य व्यावसायिकों की राज्य-वार मांग और दन्त्य अर्द्ध-व्यावसायिकों की जिले-वार मांग का पता लगाया जाएगा और उन्हें पूरा करने की दिशा में उपाय किए जाएंगे।

उपचर्या जनशक्ति

2.8.74 देश के विभिन्न राज्य उपचर्या परिषदों में लगभग 7.37 लाख नर्सों पंजीकृत हैं; अनुमान है कि इनमें से केवल 40 प्रतिशत सक्रिय सेवा में हैं। लगभग 1.5 लाख नर्सों सरकारी क्षेत्र में नियुक्त हैं। देश में मौजूद 654 सामान्य उपचर्या, मिडवाइफ प्रशिक्षण स्कूलों में से 465 स्कूल निजी/

स्वैच्छिक संगठनों/मिशनरी संस्थानों द्वारा चलाए जाते हैं। प्रतिवर्ष लगभग 20,000 प्रशिक्षित नर्सें तैयार होती हैं; नर्सों की मौजूदा निर्माण क्षमता सरकारी क्षेत्र में रिक्तियों को भरने के लिए काफी है। विशेषज्ञतापूर्ण प्रशिक्षण से युक्त नर्सों की मांग बढ़ती जा रही है जिसे अभी तक पूरा नहीं किया जा सका है। 4 लाख से अधिक एएनएम हैं जिनमें से लगभग 1.5 लाख एएनएम सरकारी क्षेत्र में सेवारत हैं। कुछ राज्यों में, जहां एएनएम की अपेक्षित संख्या में कमी है, वहां सरकारी क्षेत्र में एएनएम प्रशिक्षण स्कूल फिर से खोले जा रहे हैं।

अर्द्ध-चिकित्सीय स्टाफ

2.8.75 स्वास्थ्य प्रणाली के कारगर और प्रभावी कार्यकरण के लिए उपयुक्त अर्द्ध-चिकित्सीय सहायता अनिवार्य होती है। महत्वपूर्ण अर्द्ध-व्यावसायिक जनशक्ति, विशेष रूप से प्रयोगशाला तकनीशियनों और पुरुष बहु-उद्देशीय कार्यकर्ताओं की कमी को क्षय रोग और मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रमों के असन्तोषजनक निष्पादन के लिए जिम्मेदार एक प्रमुख कारण बताया गया है। अर्द्ध-चिकित्सीय व्यक्तियों की विभिन्न श्रेणियों की आवश्यकता को लेकर जिलों और समय के अनुसार भिन्नताएं हैं। मौजूदा आवश्यकताओं का निर्धारण जिला स्तर पर किया जाना है और प्रमुख कमियों की पूर्ति रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के अधीन कार्यरत एकल प्रयोजन कार्यकर्ताओं तथा प्रयोगशाला तकनीशियनों के कौशलों के उन्नयन और प्रशिक्षण द्वारा की जानी है।

2.8.76 दसवीं योजना के दौरान अर्द्ध-व्यावसायिकों की बदलती हुई आवश्यकताओं का निर्धारण अधिमानतः जिला स्तर पर किया जाएगा और इस आवश्यकता की पूर्ति के लिए सभी उपलब्ध प्रशिक्षण चैनलों के माध्यम से आवश्यक उपाय किए जाएंगे। 10+2 व्यावसायिक प्रशिक्षण पाठ्यक्रमों को वरीयता दी जानी चाहिए, क्योंकि :

- इनसे प्रशिक्षित व्यक्तियों की जीवनवृत्ति सम्बन्धी संभावनाओं में सुधार होगा ;
- प्रशिक्षित अर्द्ध-व्यावसायिकों के तैनाती स्थल पर टिके न रहने की समस्या कम हो जाएगी, यदि प्रशिक्षण का काम मांग का जायजा लेने के बाद जिलों में किया जाता है।

2.8.77 यूएचएस यह सुनिश्चित करेगा कि उपयुक्त पाठ्यचर्या

तैयार की जाए और उसका पालन किया जाए। राज्य सरकारें इन पदों के भर्ती नियमों को संशोधित करेंगी ताकि जो व्यक्ति व्यावसायिक पाठ्यक्रमों और मुक्त विश्वविद्यालय प्रणाली के माध्यम से अर्हताप्राप्त कर लेते हैं, वे सरकारी, स्वैच्छिक और निजी क्षेत्रों में नौकरियां पाने के पात्र हो जाएंगे। दसवीं योजना अवधि के दौरान व्यावसायिक परिषदें स्थापित करने तथा अर्द्ध-व्यावसायिकों की शिक्षा और प्रशिक्षण के स्तर में सुधार लाने के लिए यूएचएस का उपयोग किया जाना जारी रखा जाएगा।

सतत चिकित्सीय शिक्षा (सीएमई)

2.8.78 सभी स्वास्थ्य व्यावसायिकों के लिए सतत शिक्षा और कौशलों का उन्नयन अनिवार्य है। सम्प्रति, सेवाकालीन प्रशिक्षण पाठ्यक्रम राष्ट्रीय कार्यक्रमों के एक अंग के रूप में चलाए जा रहे हैं। सीएमई कार्यक्रम विभिन्न संस्थानों में चलाए जा रहे हैं, जैसेकि राष्ट्रीय चिकित्सा विज्ञान अकादमी, राष्ट्रीय परीक्षा बोर्ड तथा विभिन्न व्यावसायिक निकाय और संस्थाएं। तथापि, उनकी पहचान, गुणवत्ता और अन्तर्वस्तु वांछित इष्टतम स्तर की नहीं है। यदि इस आशय के प्रस्ताव को कार्यान्वित कर दिया जाता है कि सभी चिकित्सीय व्यावसायिकों को हर पांच वर्ष के बाद ज्ञान और कौशलों का उन्नयन करना होगा तो सीएमई प्रयासों को अधिक प्रोत्साहन मिलेगा। प्रमुख ध्यातव्य क्षेत्रों जैसेकि पहले से चले आ रहे और नए राष्ट्रीय कार्यक्रमों, औषधियों के युक्तियुक्त प्रयोग, सामान्य रोगों की देखभाल के लिए प्रोटोकॉल, नैदानिक प्रैक्टिस में गुणवत्ता नियंत्रण, संक्रमण नियंत्रण और स्वास्थ्य देखभाल स्थितियों में अपशिष्ट प्रबन्ध की ओर केन्द्रित रूप से ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है। राष्ट्रीय चिकित्सा विज्ञान अकादमी ने यह सुझाया है कि वे इन विषयों में अंतरंग सीएमई आयोजित करेंगी जिसमें विख्यात व्यावसायिक भाग लेंगे और उसकी कार्यवाही वेबसाइट पर प्रस्तुत की जाएगी और सभी को सुलभ कराई जाएगी। दसवीं योजना के दौरान इन प्रयासों को जारी रखा जाएगा। मुक्त विश्वविद्यालयों से यह अपेक्षा की जाएगी कि वे स्वास्थ्य कार्मिकों की विभिन्न श्रेणियों के लिए लागत-प्रभावी तथा कारगर ढंग से अपने ज्ञान को नियतकालिक रूप से अद्यतन बनाने में महत्त्वपूर्ण भूमिका निभाएंगे।

जैव-इन्फार्मेटिक्स, टेलीमेटिक्स और दूरस्थ शिक्षा

2.8.79 सूचना प्रौद्योगिकी, अब स्वास्थ्य देखभाल के लिए

प्रौद्योगिकीय आधारिक तंत्र का एक प्रमुख घटक है। जनांकिकीय और महामारी वैज्ञानिक डाटा के सृजन, सम्प्रेषण और उपयोग से सम्बन्धित सभी उप-क्षेत्रों, जैसेकि जैव-इन्फार्मेटिक्स, जैव-सांख्यिकी, एचएमआईएस और निर्णय सहायता प्रणालियां (डीएमएस) का स्वास्थ्य आयोजना और प्रबन्ध में अधिकाधिक उपयोग देखने में आ रहा है। निकनेट का राष्ट्रव्यापी नेटवर्क स्वास्थ्य सूचना के लिए त्वरित रिपोर्टिंग तंत्र उपलब्ध कराता है, स्मैडलार्सरूबायोमेटिकल इन्फार्मेटिक्स कार्यक्रम स्नातकोत्तर छात्रों तथा शोधार्थियों और साथ ही सेवारत चिकित्सकों के लिए चिकित्सीय डाटाबेस की तत्काल सुलभता प्रस्तुत करता है। योजना आयोग ने कर्नाटक, आंध्रप्रदेश, तमिलनाडु, पंजाब और महाराष्ट्र में स्थित यूएचएस को पुस्तकालयों का सुदृढीकरण करने और आईटी के माध्यम से उनका नेटवर्क निर्मित करने के लिए अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता प्रदान की है।

2.8.80 टेलीमेटिसन कार्यक्रम, पेचीदा मामलों की देखभाल में स्थानीय डाक्टरों की सहायता करने के लिए विशेषज्ञों को इकट्ठा कर देते हैं। सम्प्रति, महाराष्ट्र में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में टेलीमेटिसन पर एक मार्गदर्शी परियोजना चल रही है। कुछ बड़े अस्पतालों ने देश के भीतर और विदेशों में अन्य विशेषज्ञों के साथ आन-लाइन परामर्श सेवा प्राप्त की है। तृतीयक देखभाल संस्थानों को, विशेष रूप से उत्तर-पूर्वी राज्यों में स्थित संस्थानों को अन्य क्षेत्रों के प्रमुख उच्च विशेषज्ञता संस्थानों के साथ जोड़ने के प्रयास किए जा रहे हैं, जिससे कि रोगी दूर-परामर्श से लाभ उठा सकें।

संचारी रोग की रोकथाम एवं प्रबंधन

2.8.81 संचारी रोगों के नियंत्रण को स्वतंत्रता के समय से ही प्राथमिकता दी जा रही है। संक्रमणों के लिए प्रभावी प्रति-जैविक उपचार और संक्रमणों की रोकथाम के लिए टीके, अशोधित मृत्यु दर, जोकि 1951 में 25.1 थी, उसके 1999 में अत्यधिक घटकर 8.7 हो जाने के लिए जिम्मेदार प्रमुख कारण थे। फिर भी, संचारी रोगों के कारण मृत्यु दर अभी भी उच्च बनी हुई है। घटती शहरी और ग्रामीण स्वच्छता असंतोषपूर्ण द्रव तथा ठोस अपशिष्ट प्रबन्धन और अत्यधिक भीड़भाड़ ने संचारी रोगों के बढ़ते प्रसार में योगदान दिया है। संक्रमणों का उपचार अधिक कठिन और महंगा हो गया है क्योंकि प्रति जैविक प्रतिरोध उभर आया है और संक्रमण नियंत्रण उपायों के प्रभावी कार्यान्वयन के जरिए अस्पताल जनित संक्रमणों के निवारण के लिए अधिकाधिक ध्यान दिए जाने की तात्कालिक आवश्यकता है। हालांकि

संचारी रोग नियंत्रण कार्यक्रमों में सुधार के लिए नौवीं योजना की कार्यनीतियां

- रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के अभिकल्प और आपूर्ति में अभिज्ञात दोषों में सुधार।
- आधारिक तंत्र और जनशक्ति में प्रमुख कमियों को पूरा करना।
- सेवा आपूर्ति को उपभोक्ताओं की मांगों के प्रति सुग्राही बनाना।
- यह सुनिश्चित करना कि स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के पास रेफरल सुविधाओं और आपूर्ति सहित आवश्यक कौशल और सहायता उपलब्ध है।
- सामुदायिक जागरूकता, सहभागिता में सुधार लाना और उपलब्ध सेवाओं का प्रभावी उपयोग।
- सामुदायिक सहभागिता और कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के अनुश्रवण में सुधार लाने के लिए पीआरआई का प्रयोग।

स्वास्थ्य एक राज्य विषय है, फिर भी केन्द्रीय सरकार ने रोग नियंत्रण के लिए केन्द्र प्रायोजित स्कीमों के माध्यम से अतिरिक्त निधियां उपलब्ध कराई हैं और इसका भारी लाभ हुआ है। चेचक और गिन्नीवर्म संक्रमणों का उन्मूलन हो चुका है। कुष्ठ रोग और पोलियो रोग के मामलों की संख्या में काफी गिरावट आई है और अगले कुछ वर्षों में इन दो रोगों का उन्मूलन होने की संभावना है। तथापि, मलेरिया, क्षय रोग और एचआईवी संक्रमण के मामलों की संख्या में कोई गिरावट दिखाई नहीं दी है और उन्हें रोकने तथा नियंत्रण में रखने की दिशा में सतत रूप से ठोस प्रयास किए जाने की आवश्यकता है।

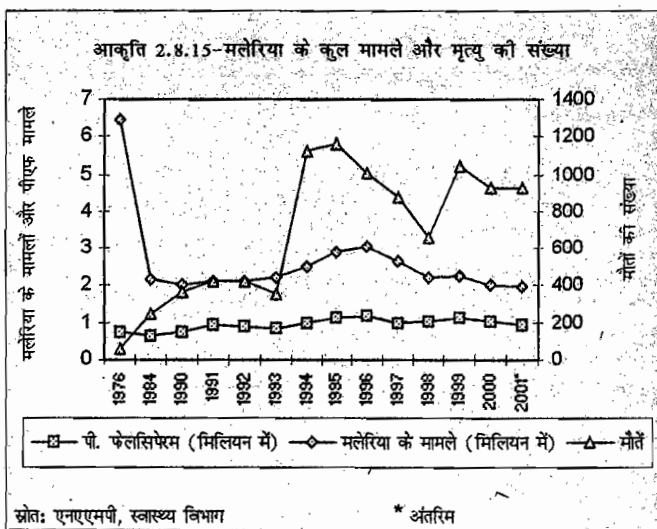
2.8.82 संचारी रोगों के नियंत्रण के लिए जो कार्यनीतियां और कार्यक्रम नौवीं योजना के दौरान शुरू किए गए थे, उन्हें दसवीं योजना में जारी रखा जाएगा। मौजूदा स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यम से इन कार्यक्रमों से सम्बन्धित सेवाओं की आपूर्ति में सुधार लाने की प्रविधियां तैयार की जाएंगी। कार्यक्रमों के राज्य स्वामित्व, समुदाय, निजी क्षेत्र और गैर-सरकारी संगठनों की सहभागिता में सुधार लाने की दिशा में प्रयास किए जाएंगे। पीआरआई के सहयोजन के जरिए स्थानीय जवाबदेही और अन्तःक्षेत्रकों के बीच समन्वय में सुधार लाया जाएगा। कार्यान्वयन और प्रभावकारिता सधारने से जुड़ी समस्याओं के समाधान के लिए मूल्यांकन और कार्यचालनात्मक अनुसंधान की ओर ध्यान दिया जाएगा।

राष्ट्रीय रोग वाहक आधारित रोग नियंत्रण कार्यक्रम

2.8.83 राष्ट्रीय मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम, जोकि केन्द्र प्रायोजित पहला कार्यक्रम था, 1953 में शुरू किया गया था। सम्प्रति, राष्ट्रीय मलेरिया विरोधी कार्यक्रम का संबंध इन रोगों के साथ है : मलेरिया, फिलेरिया, काला-अजार, जापानी एनसिफ्लिटिस तथा डेंगू। दसवीं योजना के दौरान इस कार्यक्रम को राष्ट्रीय रोग वाहक आधारित रोग नियंत्रण कार्यक्रम के रूप में कार्यान्वित किया जाएगा।

मलेरिया

2.8.84 1950 के दशक के पूर्वार्द्ध में मलेरिया केवल यही नहीं कि रुग्णता और मृत्यु दर का एक प्रमुख कारण था बल्कि चले आ रहे विकास प्रयासों में एक मुख्य रुकावट भी था। राष्ट्रीय मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम को शुरू में इन अर्थों में जबरदस्त सफलता प्राप्त हुई थी कि जहां मलेरिया के मामलों की संख्या 75 मिलियन थी और 0.8 मिलियन रोगियों की मृत्यु हो गई थी, उसकी तुलना में 1965 तक मलेरिया के मामलों की संख्या 0.1 मिलियन रह गई थी और एक भी मृत्यु नहीं सूचित की गई थी हालांकि, ग्रामीण क्षेत्रों में कोई सुस्थापित स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र मौजूद नहीं था। लेकिन बाद में मलेरिया का प्रकोप फिर बढ़ गया। 1976 में 6.7 मिलियन से अधिक मामलों की सूचना दी गई। 1977 से राष्ट्रीय मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम ने मलेरिया के नियंत्रण के लिए कार्यचालन की एक संशोधित योजना कार्यान्वित करनी शुरू कर दी। इन सब प्रयासों के बावजूद 1990 के दशक के दौरान मलेरिया के सूचित मामलों की संख्या लगभग दो मिलियन बनी रही है (आकृति 2.8.15)।



2.8.85 मलेरिया के मामलों (विशेष रूप से फेल्सीपेरम मलेरिया) की उच्च संख्या और उच्च मृत्यु दर को ध्यान में रखते हुए उत्तर-पूर्वी राज्यों को 1994 से एनएएमपी

नौवीं योजना की कार्यनीति

- शीघ्र निदान और तत्काल उपचार
- चुनिन्दा रोग वाहक नियंत्रण और व्यक्तिगत सुरक्षा
- प्रकोप की भविष्यवाणी, शीघ्र पहचान और प्रभावी प्रतिक्रिया
- आईआईसी

2002 के लिए लक्ष्य

- 10% से अधिक एबीआईआर
- 0.5% से कम एपीआई
- मलेरिया के कारण रुग्णता और मृत्यु दर में 25 प्रतिशत की गिरावट

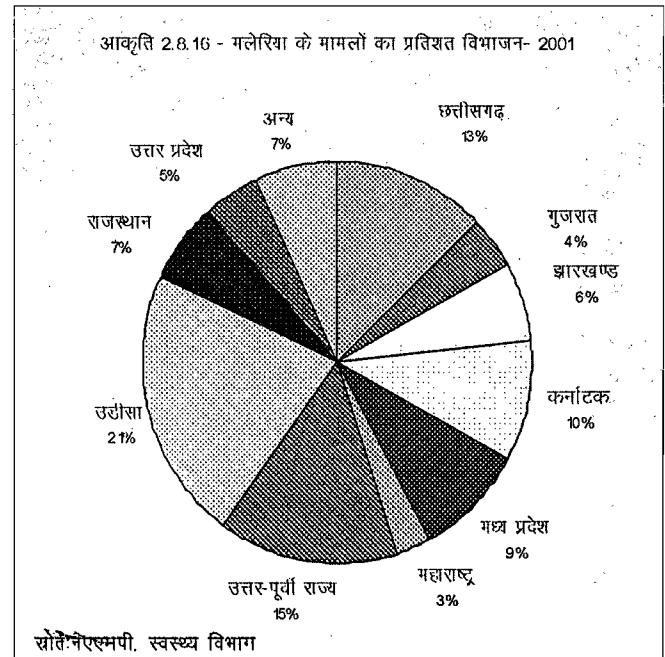
के अधीन 100 प्रतिशत केन्द्रीय सहायता प्रदान की जा रही है। इसके अलावा, आंध्र प्रदेश, बिहार/झारखण्ड, गुजरात, मध्यप्रदेश/छत्तीसगढ़, महाराष्ट्र, उड़ीसा तथा राजस्थान और 19 शहरों में पी फेल्सीपेरम मलेरिया स्थानिक की बहुलता वाले और जनजातीय लोगों की बहुलता वाले 100 जिलों को शामिल करने के प्रयोजन से संवर्धित मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम (ईएमसीपी) के निमित्त विश्व बैंक से भी सहायताप्राप्त की गई। साथ ही, इस परियोजना में मलेरिया का प्रकोप

रोग वाहक नियंत्रण के लिए कार्यनीतियों में निम्न शामिल हैं :

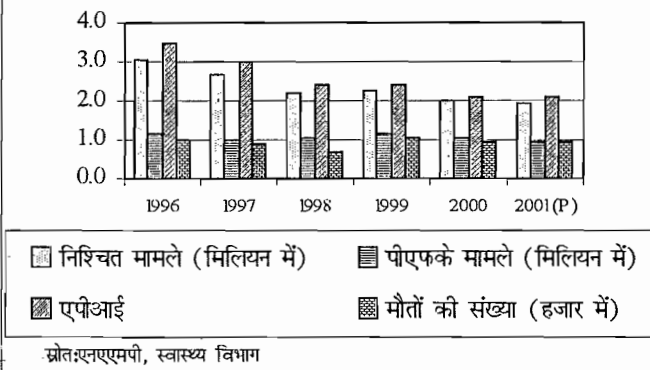
- जिन क्षेत्रों में एपीआई दो से अधिक है, उनमें उपयुक्त कीटनाशक सहित घरों के भीतर छिड़काव
- शहरी क्षेत्रों में रोगवाहक नियंत्रण के लिए डिम्बक-रोधी उपाय कार्यनीति
- चिकित्सीय मच्छरदानियों की शुरुआत
- डिम्भाहारी मछलियों तथा जैव-डिम्बनाशकों का प्रयोग

बढ़ जाने की स्थिति में संस्थानों को किसी अन्य क्षेत्र में अंतरित किए जाने की नमनशीलता मौजूद है। अन्य क्षेत्रों में एनएएमपी एक केन्द्रीय प्रायोजित स्कीम के रूप में कार्यान्वित किया जा रहा है जिसके अधीन शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में केन्द्र और राज्यों के बीच लागत की हिस्सेदारी का अनुपात 50:50 है। केन्द्रीय सरकार औषधियां, कीटनाशक और डिम्बकनाशक और साथ ही जब कभी राज्य सरकारों को आवश्यकता होती है तो उन्हें सहायता/मार्गदर्शन प्रदान करती है। वेतन सहित कार्यचालनात्मक लागत राज्य सरकारों द्वारा वहन की जाती है।

2.8.86 विभिन्न राज्यों में मलेरिया के मामलों का प्रतिशत विभाजन आकृति 2.8.16 में दिया गया है। नौवीं योजना अवधि के दौरान का निष्पादन आकृति 2.8.17 में दिखाया गया है। मामलों की संख्या में आई गिरावट क्रियाकलापों के वित्तपोषण के लिए की गई भारी वृद्धि के अनुरूप नहीं थी। दसवीं योजना अवधि के दौरान इन कारणों से मलेरिया के मामलों की संख्या को कम रखने और उन पर नियंत्रण रखना कठिन हो जाएगा। पी फेल्सीपेरम मलेरिया के मामलों का बढ़ता हुआ अनुपात, कीटनाशकों के प्रति बढ़ता हुआ रोगवाहक प्रतिरोध तथा क्लोरोक्विन के प्रति बढ़ता हुआ परजीवी प्रतिरोध एपीआई और रुग्णता में गिरावट के सम्बन्ध में नौवीं योजना का लक्ष्य पूरा नहीं हो सका है (आकृति 2.8.17)।



आकृति-2.8.17-राष्ट्रीय मलेरिया-रोधी कार्यक्रम



भारत सरकार तथा विश्व बैंक द्वारा की गई कार्यक्रम समीक्षा से यह पता चला कि जिला स्तर पर मलेरिया निगरानी और प्रतिक्रिया के लिए क्षमता निर्माण, मामलों की शीघ्र पहचान और उपचार, औषधि तथा कीटनाशक प्रतिरोध का अनुश्रवण और कीटनाशक को छिड़कने की दिशा में प्रगति धीमी है। कार्यक्रम के अधीन निधियों का उपयोग इष्टतम स्तर से न्यून रहा है (तालिका 2.8.4)।

तालिका 2.8.4
एनएएमपी परिव्यय और व्यय
(लाख रुपए में)

वर्ष	परिव्यय	व्यय/संशोधित अनुमान
नौवीं योजना	103000.00	
1997-98	20000.00	14276.00
1998-99	29700.00	16371.00
1999-00	25000.00	17601.00
2000-01	25500.00	18832.00
2001-02	22500.00	23400.00*

स्रोत : स्वास्थ्य विभाग

* प्रत्याशित व्यय

तालिका 2.8.5

कालाजार के मामले और उसके कारण होने वाली मौतें

वर्ष	बिहार		पश्चिम बंगाल		भारत	
	रोगी	मौतें	रोगी	मौतें	रोगी	मौतें
1996	25056	674	पता नहीं	पता नहीं	27049	687
1997	15948	251	1450	3	17429	255
1998	12229	211	1113	6	13577	226
1999	11627	277	1091	6	12869	297
2000(पी)	12039	124	950	8	14239	132

स्रोत : दसवीं योजना के लिए संचारी रोग सम्बन्धी कार्यकारी समूह की रिपोर्ट। पी-प्रस्तावित

कालाजार

2.8.87 कालाजार एक स्थानिक बीमारी है जोकि बिहार के 33 जिलों में, पश्चिम बंगाल के 11 जिलों में और झारखण्ड के 3 जिलों में फैली हुई है तथा उत्तरप्रदेश से भी इक्के-दुक्के मामलों की सूचना मिली है। 1989-91 की अवधि के दौरान काल-ज्वर के मामलों और उसके कारण होने वाली मौतों की संख्या में सूचित की गई वृद्धि के बाद काल-ज्वर को रोकने के लिए 1992 में एक गहन कार्यक्रम शुरू किया गया।

2.8.88 संक्रमण के नियंत्रण की कार्यनीति के तहत डीडीटी के साथ कीटनाशक दवा छिड़कर इसको फैलने से रोकने और इसका शीघ्र निदान करके उपचार करने के प्रयास शामिल हैं। केन्द्र सरकार कीटनाशक दवाएं और काल-ज्वर-रोधी औषधियां प्रदान करती है जबकि काल-ज्वर के मामलों के निदान और उपचार तथा कीटनाशक छिड़कने के कार्य पर होने वाला खर्च राज्य सरकारें वहन करती हैं। काल-ज्वर के मामलों और उसके कारण होने वाली मौतों की सूचित संख्या (तालिका 2.8.5) में नौवीं योजना अवधि के दौरान कोई महत्वपूर्ण गिरावट देखने में नहीं आई है जिसके कारण कीटनाशकों का अपर्याप्त छिड़काव और सेवाओं की असन्तोषपूर्ण सुलभता है। बिहार के मिर्जापुर और दरभंगा जिलों के मामलों में सोडियम स्टाइबोग्लूकोनेट के लिए प्रतिरोध में वृद्धि की सूचना मिली है। यद्यपि, सिकता मक्खी आमतौर पर डीडीटी के प्रति संवेदनशील होती है, फिर भी बिहार में कुछ बस्तियों में कीटनाशक प्रतिरोध की सूचना प्राप्त हुई है।

डेंगू/जापानी मस्तिष्क शोथ (जेई)

2.8.89 भारत में कई भागों में ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में समय-समय पर डेंगू फैलता है। इसके कारण मृत्यु दर

आमतौर पर कम होती है किन्तु डेंगू आघात लक्षण (डीएचई) और डेंगू रक्तस्रावी ज्वर के मामलों में मृत्यु दर ऊंची हो सकती है। डेंगू के लिए नैदानिक परीक्षण तत्काल उपलब्ध नहीं है। जापानी मस्तिष्क शोथ के फैलने के मामलों की सूचना मुख्यतः आंध्रप्रदेश, कर्नाटक, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल से प्राप्त हुई हैं। जापानी मस्तिष्क शोथ के लिए नैदानिक परीक्षणों और देखभाल सुविधाएं देश के कई भागों में तत्काल उपलब्ध नहीं है। स्थानिक बीमारी वाले राज्यों में शीघ्र निदान, विशिष्ट विकलांगताओं वाले मामलों की समुचित देखभाल और पुनर्वास में सुधार लाने के प्रयास किए जा रहे हैं। रोग-वाहक नियंत्रण के लिए नवाचारी कार्यनीतियों की खोज की जा रही है। नौवीं योजना के दौरान डेंगू/जापानी मस्तिष्क शोथ के कुल मामलों और उसके कारण होने वाली मौतों की सूचित संख्या तालिका 2.8.6 में दर्शाई गई है।

तालिका 2.8.6

जापानी मस्तिष्क शोथ और डेंगू/डीएचएफ के मामले और उसके कारण होने वाली मौतें

वर्ष	जापानी मस्तिष्क शोथ		डेंगू/डीएचएफ	
	रोगी	मौतें	रोगी	मौतें
1997	2516	632	1177	36
1998	2120	507	707	18
1999	3428	680	944	17
2000(पी)	2313	535	605	7

स्रोत : स्वास्थ्य विभाग, 2001

फाइलेरिया रोग

2.8.90 फाइलेरिया रोग 19 राज्यों/संघशासित क्षेत्रों में स्थानिक है। फाइलेरिया रोग सर्वेक्षण यूनिटों द्वारा किए गए सर्वेक्षण पर आधारित अनुमानों से यह पता चलता है कि :

- लगभग 454 मिलियन लोग (120 मिलियन शहरी क्षेत्रों में) ज्ञात स्थानिक रोग वाले क्षेत्रों में रह रहे हैं।
- देश में फाइलेरिया रोग के मामलों की संख्या 29 मिलियन और सूक्ष्म फाइलेरिया रोग वाहकों की संख्या 22 मिलियन है।

2.8.91 सम्प्रति, 206 फाइलेरिया रोग नियंत्रण इकाइयां, 199 फाइलेरिया रोग क्लिनिक और 27 फाइलेरिया रोग

सर्वेक्षण इकाइयां मौजूद हैं। शहरी क्षेत्रों में कुल मिलाकर, 48 मिलियन व्यक्तियों को डिम्बक-रोधी उपायों के माध्यम से सुरक्षा पहुंचाई जा रही है। भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद् (आईसीएमआर) फाइलेरिया रोग नियंत्रण के लिए बड़े पैमाने पर डीईसी और एलबेंडाजोल औषधियों की वार्षिक एकल खुराक दिए जाने के सम्बन्ध में एक व्यवहार्यता और प्रभावित। अध्ययन कर रही है। केरल ने रोगवाहक रोगों के नियंत्रण के लिए फाइलेरिया रोगग्रस्त तीन जिलों (कोट्टायम, अलाप्पुज्हा तथा एर्णाकुलम) में मच्छरों के अनुश्रवण और देखभाल के लिए एक मार्गदर्शी परियोजना शुरू की है। इस तरह की नवाचारी पहलों की प्रगति का जायजा लिया जाएगा और यदि वे व्यवहार्य पाई गई, तो उन्हें अन्यत्र अपनाया जाएगा। सन् 2020 तक लिम्फेटिक फाइलेरिया रोग के उन्मूलन के सम्बन्ध में संयुक्त राष्ट्र प्रस्ताव पर भारत सरकार ने हस्ताक्षर किए हैं। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी) 2002 में सन् 2015 तक लिम्फेटिक फाइलेरिया रोग के उन्मूलन की परिकल्पना की गई है।

दसवीं योजना की पहलें

2.8.92 दसवीं योजना के दौरान मौजूदा स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र के माध्यम से राष्ट्रीय रोगवाहक-आधारिक रोग नियंत्रण कार्यक्रम कार्यान्वित किया जाएगा, जिसमें निम्नलिखित बातों पर बल दिया जाएगा :

- रोगवाहक-आधारिक रोगों और रेफरल सहित उपयुक्त उपचार में स्वास्थ्य कार्मिकों का प्रशिक्षण;
- रोगवाहक-आधारित रोगों, जिनमें निजी क्षेत्र में उपचारित रोग शामिल हैं, की रिपोर्टिंग, प्रलेखन और अनुश्रवण में सुधार लाना जिससे कि रोगवाहक-आधारित रोगों की व्याप्ति के विश्वसनीय अनुमान उपलब्ध हो सकें;
- औषधि और कीटनाशक प्रतिरोध का अनुश्रवण;
- इन रोगों के निदान और प्रबन्ध के लिए मानकीकृत प्रोटोकॉलों का प्रयोग करना;
- निम्न कार्यों में पीआरआई को सहयोजित करना:
 - मलेरिया कार्मिक की समय-सूची तैयार करना;
 - छिड़काव कार्य के बारे में समुदाय और ग्राम सभा को सूचित करना और उनके सहयोग के लिए प्रयास करना;

- यह सुनिश्चित करना कि कीटनाशकों के छिड़काव का काम काफी समय पहले शुरू कर दिया जाए;
- ऐसे गांवों का पता लगाना जहां स्थानिक रोग के फैलने का जोखिम है;
- निदान के लिए स्टाफ और साथ ही उपभोज्य सामग्री तथा उपचार के लिए औषधियों की उपलब्धता सुनिश्चित करना;
- यह सुनिश्चित करना कि मलेरिया कार्मिक/पुरुष बहु-प्रयोजन कार्यकर्ता ज्वर के मामलों की पहचान करें, रुधिर लेप प्राप्त करें और यह सुनिश्चित करें कि समुदाय को उपचार के लिए जो सलाह दी जाती है, उसका पालन किया जाए;
- यह सुनिश्चित करना कि लेप के सुनिश्चित मामलों में त्वरित उपचार प्रदान किया जाए और कार्यक्रम कार्यान्वयन का अनुश्रवण किया जाए ।
- रोगी, परिवार और समुदाय स्तरों पर आईईसी में सुधार;
- मलेरिया के मामलों के निदान और उपचार में गैर-सरकारी संगठनों और निजी क्षेत्र का सहयोजन;
- फार्मास्युटिकल उद्योग, कीटनाशकों और मच्छरदानियों के निर्माताओं को स्थानीय प्रयोग के लिए कम लागत के उत्पाद निर्मित करने को प्रोत्साहित करना, आईईसी और सामाजिक विपणन के जरिये इन प्रयासों को आगे बढ़ाना;
- व्यक्तिगत सुरक्षा के लिए कीटनाशक-उपचारित मच्छरदानियों/पदों की सामाजिक स्वीकार्यता का जायजा लेना;
- निम्न विषयों के सम्बन्ध में अनुसंधान अध्ययन :
 - रोगवाहक जीव-परिस्थितिकी तथा व्यवहार;
 - रोगवाहक नियंत्रण की जैव-पर्यावरणात्मक पद्धतियां;
 - नई मलेरिया-रोधी विधियों, विशेष रूप से जड़ी-बूटी के उत्पादों की जांच-पड़ताल और विकास;
 - नई औषधियों और कीटनाशकों का मूल्यांकन;
- मलेरियाजनिक संभावना को विकासात्मक परियोजनाओं के साथ प्रभावी मूल्यांकन के लिए एक प्राचल के रूप में शामिल करना;
- मच्छरों के प्रजनन वासों के मानचित्रण के लिए और विशेष रूप से पर्वतीय तथा जनजातीय क्षेत्रों में रोगवाहक प्रजातियों की सघनता के पूर्वानुमान के लिए दूरस्थ संवेदन के प्रयोग की लागत प्रभाविता का पता लगाना ।

दसवीं योजना के लिए लक्ष्य

मलेरिया

- एबीईआर 10 प्रतिशत से ऊपर
- एपीआई 1.3 या उससे कम
- मलेरिया के कारण होने वाली रुग्णता और मृत्यु दर में सन् 2007 तक 20 प्रतिशत की और सन् 2010 तक 50 प्रतिशत की कमी (एनएचपी 2002)

काला आजार

- सन् 2004 तक काल-ज्वर के कारण होने वाली मौतों की रोकथाम और इस तरह की मौतों की संख्या में प्रतिवर्ष कम से कम 25 प्रतिशत की कमी
- सन् 2007 तक मामलों की संख्या शून्य पर ले आना और इस प्रयोजन के लिए वर्ष 2001 को आधार वर्ष मानते हुए मामलों की संख्या प्रतिवर्ष 20 प्रतिशत कम करना ।
- सन् 2010 तक काल-ज्वर का उन्मूलन (एनएचपी 2002)

संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीसीपी)

2.8.93 क्षय रोग (टीबी) भारत में एक प्रमुख जन स्वास्थ्य समस्या है और अनुमानतः 40 प्रतिशत लोग इस रोग से संक्रमित हैं । विश्व भर में क्षय रोग की कुल व्याप्ति में लगभग एक-तिहाई हिस्सा भारत का है । क्षय रोग की अनुमानित व्याप्ति 1.4 प्रतिशत है और थूक जांच के आधार पर क्षय रोग के पुष्ट मामलों की संख्या 4/1000 से लेकर 5/1000 के बीच है । देश के विभिन्न क्षेत्रों में क्षय रोग की मौजूदा स्थानिक स्थिति का जायजा लेने के लिए एक राष्ट्रीय प्रतिदर्श सर्वेक्षण सम्प्रति, चल रहा है । कुछ अध्ययनों से ऐसा पता चलता है कि 1980 के दशक से क्षय रोग के बहुविध प्रतिरोधी मामलों की प्राथमिक और उपाजित संख्या में निरन्तर वृद्धि होती रही है ।

2.8.94 व्यक्तिगत स्तर पर क्षय रोग से जूझने का अर्थ है रोग का इलाज करना, व्यक्ति की कार्यक्षमता का सृजन करना और उसे बहुत जल्दी बहाल करना, व्यक्ति को परिवार के साथ रहने की छूट देना और उसकी समाजार्थिक स्थिति को बनाए रखना । समुदाय के स्तर पर लक्ष्य यह होता

है कि मामलों के प्रभावी अभिज्ञान और थूक के आधार पर पुष्ट पाए गए मामलों की उपयुक्त देखभाल के जरिए संक्रमण के जोखिम को कम रखा जाए। राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम एक केन्द्र प्रायोजित स्कीम के रूप में 1962 में शुरू किया गया कि था कि थूक की सूक्ष्मदर्शिकी और एक्स-रे के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल चाहने वाले लक्षणात्मक रोगियों की शीघ्र पहचान और रसायन चिकित्सा से अस्पताल में प्रभावी उपचार किया जाए। क्षय रोग संक्रमण से बचाव के लिए जन्म के समय लगाए जाने वाले बीसीजी टीके को प्रतिरक्षण कार्यक्रम में शामिल किया गया। रसायन चिकित्सा उपचार के फलस्वरूप उपचार की अवधि घटाकर 9 महीने रह गई थी, वह चुनिन्दा जिलों में 1983 में शुरू की गई थी। प्रभावी रसायन चिकित्सा के बावजूद क्षय रोग के कारण होने वाली रुग्णता अथवा मृत्यु दर में कोई कमी नहीं आई है जिसकी वजह मामलों की पहचान करने, उन्हें नियंत्रित रखने और उनके उपचार की असंतोषजनक स्थिति है। इस कार्यक्रम की 1992 में समीक्षा की गई और निम्न बातों पर बल देते हुए एक संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीसीपी) तैयार की गई :

- थूक का सूक्ष्मदर्शन के जरिए निदान;
- लघु अवधि की रसायन चिकित्सा के लिए औषधियों की निर्बाध आपूर्ति;
- अल्प अवधि की रसायन चिकित्सा सहित उपचार का प्रत्यक्ष प्रेक्षण (डीओटीएस) जिससे कि अनुपालन में सुधार लाया जा सके; तथा
- सभी स्तरों पर व्यवस्थित अनुश्रवण, मूल्यांकन और पर्यवेक्षण।

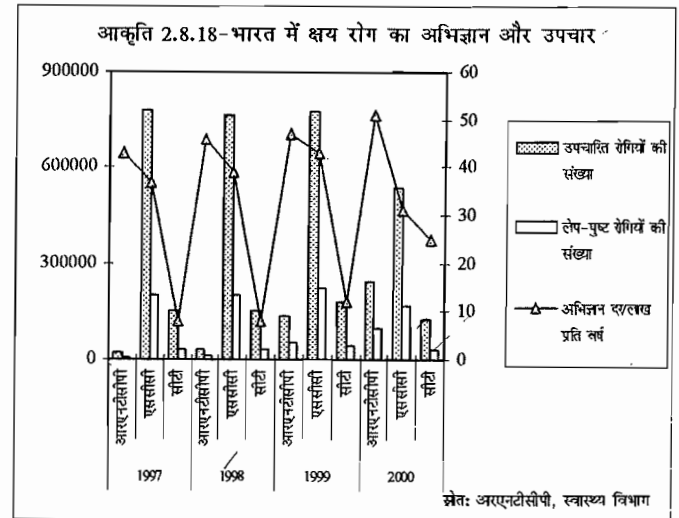
2.8.95 आरएनटीसीपी के शुरू करने में देरी हुई। लेकिन 1998 के उत्तरार्द्ध में इसे तेजी के साथ बड़े पैमाने पर शुरू किया गया। कार्यक्रम की रिपोर्टों के अनुसार :

- राज्य और जिला समितियां स्थापित की गई हैं और उन्हें निधियां प्रदान की गई हैं;
- 1,50,000 से अधिक स्वास्थ्य कार्मिक और 1400 पर्यवेक्षकों को प्रशिक्षण दिया जा चुका है;
- 3,000 से अधिक प्रयोगशालाओं में निदानात्मक सुविधाएं स्थापित कर दी गई हैं
- कार्यक्रम के अधीन जनसंख्या का कवरेज, जो 1998-99 में 89 मिलियन था, 2000-01 में बढ़कर 365 मिलियन तक पहुंच गया है।

- डीओटीएस जिलों में थूक के आधार पर क्षय रोग के जितने पुष्ट मामले पकड़े गए और जिन मामलों में उपचार पूरी तरह हुआ, उनकी संख्या में वृद्धि हुई है।

कवरेज बढ़ाने, गैर-सरकारी संगठनों और निजी व्यावसायिकों की सहभागिता बढ़ाने का प्रयास करने की बात सोची गई है। कार्यक्रम का गहराई से अनुश्रवण किया जाता है।

2.8.96 नौवीं योजना के दौरान आर एन टी सी पी के अंतर्गत आकृति 2.8.18 में दर्शाया गया है। भारत सरकार और विश्व बैंक द्वारा फरवरी 2000 में की गई एक संयुक्त कार्यक्रम पुनरीक्षा से यह पता चला कि डीओटीएस जिलों में निदान, औषधि आपूर्ति और उपचारित रोगियों के अनुपात में वृद्धि हुई है। आरएनटीसीपी में जो प्रमुख समस्याएं बनी रहीं, वे निम्नानुसार हैं :



- प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र और जनशक्ति के बीच अन्तराल के कारण असंतोषपूर्ण कवरेज;
- थूक की जांच का असंतोषपूर्ण स्तर;
- निदान, निर्मित मानदण्डों पर आधारित नहीं;
- विशेष रूप से निजी व्यावसायिकों द्वारा गैर-मानक उपचार विधि का प्रयोग
- अभिलेख रखने का घटिया स्तर, अनुवर्ती देखभाल की कमी;
- स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वालों के सहयोजन की कमी;
- असंतोषपूर्ण तालमेल; और
- डीओटीएस विधान का अनुपालन करने में रोगियों की कठिनाइयां।

2.8.97 अब यह माना जाने लगा है कि किसी भी लम्बी बीमारी के लिए दीर्घकालीन औषधि उपचार का अनुपालन सुनिश्चित करने में अन्तर्निहित समस्याएं मौजूद रहती हैं। अतः यह आवश्यक है कि डीओटीएस कार्यनीति की उपयोगिता, स्वीकार्यता और संधारणीयता का जायजा लिया जाए और यदि आवश्यक हो, तो मध्यावधि संशोधन किए जाएं। नौवीं योजना के पहले तीन वर्षों के दौरान निधियों का उपयोग इष्टतम स्तर से न्यून रहा (तालिका - 2.8.7)।

तालिका 2.8.7
आरएनटीसीपी - परिव्यय/व्यय (लाख रुपए में)

वर्ष	परिव्यय	व्यय/संशोधित अनुमान
9वीं योजना	45000.00	
1997-98	9000.00	3131.00
1998-99	12500.00	6888.00
1999-00	10500.00	8754.00
2000-01	12500.00	10875.00
2001-02	13600.00	13200.00*

स्रोत : स्वास्थ्य विभाग

* प्रत्याशित व्यय

दसवीं योजना के दौरान निम्न बातों पर बल दिया जाएगा :

- आरएनटीसीपी का इस ढंग से विस्तार करना कि 2004 तक 800 मिलियन से अधिक लोगों को और दसवीं योजना के अंत तक समूचे देश को उसके अन्तर्गत कवर किया जाए;

- इस कार्यक्रम में मेडिकल कालेजों, क्षय रोग अस्पतालों, सशस्त्र सेनाओं, रेलवे, निगमित क्षेत्र, गैर-सरकारी संगठनों द्वारा संचालित अस्पतालों और निजी व्यावसायिकों को शामिल किया जाए;
- अपेक्षित स्टाफ की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए पीआरआई का सहयोजन
- थूक सूक्ष्मदर्शन का गुणवत्ता आश्वासन और औषधियों का गुणवत्ता नियंत्रण
- पीएचसी/सीएचसी में औषधियों और उपभोज्य सामग्री के पर्याप्त स्टाक की व्यवस्था
- रेफरल को सुकर बनाना
- समुदाय को उपचार प्राप्त करने के लिए समय-सूची की जानकारी देना
- निष्पादन सुधार के लिए आरएनटीसीपी तथा कार्यचालनात्मक अनुसंधान का मूल्यांकन; तथा
- औषधि प्रतिरोध से निबटने के लिए नई दवाएं विकसित करना, क्षय रोग के टीकों की नई पीढ़ी का परीक्षण करने के निमित्त अनुसंधान और विकासात्मक प्रयास।

2.8.98 एनएचपी में 2010 तक क्षय रोग के कारण होने वाली मृत्यु दर में 50 प्रतिशत कमी लाने की परिकल्पना की गई है। दसवीं योजना के लक्ष्य तालिका 2.8.8 में दर्शाए गए हैं।

तालिका 2.8.8
दसवीं योजना के लक्ष्य

संकेतक	2002	2003	2004	2005	2006	2007
आरएनटीसीपी के अधीन कवरेज (जनसंख्या मिलियन में)	550	650	800	900	1000	1070
जांचे जाने वाले रोगियों की संख्या (मिलियन में)	2.08	2.50	3.04	3.42	3.80	4.07
आरएनटीसीपी के उपचाराधीन नए रोगियों की कुल संख्या (मिलियन में)	0.52	0.61	0.75	0.85	0.94	1.00
आरएनटीसीपी के उपचाराधीन नए लेप-पुष्ट रोगियों की संख्या (मिलियन में)	0.21	0.24	0.29	0.33	0.37	0.40
आरएनटीसीपी में नए लेप-पुष्ट मामलों की उपचारी दर (%)	83	84	>85	>85	>85	>85

स्रोत: स्वास्थ्य विभाग

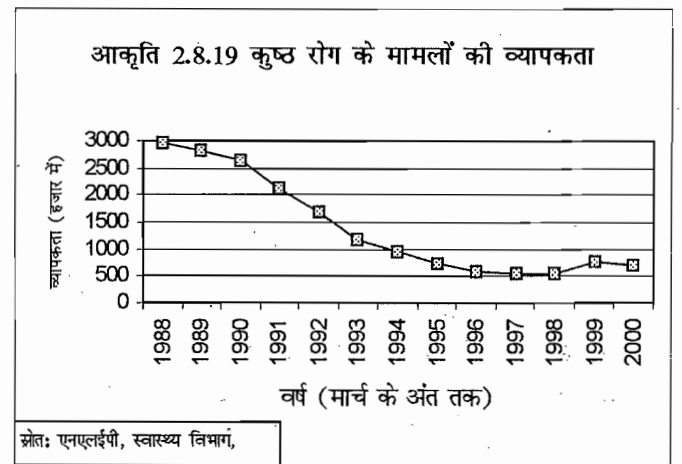
राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम (एनएलईपी)

2.8.99 कुष्ठ रोग भारत में एक प्रमुख जन स्वास्थ्य समस्या रहा है। 1984 में यह अनुमान लगाया गया था कि देश में कुष्ठ रोग के मामलों की संख्या लगभग चार मिलियन है, जिनमें से 15 प्रतिशत बच्चे हैं। यह मानते हुए कि कुष्ठ रोग विकलांगता का एक प्रमुख कारण है और संक्रमित व्यक्तियों को सामाजिक अलगाव सहन करना पड़ता है; अनेक गैर-सरकारी संगठनों और समाजसेवा/स्वैच्छिक एजेंसियों ने स्वतंत्रता-पूर्व अवधि में ही कुष्ठ रोगियों के उपचार और पुनर्वास की दिशा में प्रयास शुरू कर दिए थे। तथापि, इन सेवाओं का विस्तार बहुत सीमित था। बहु-औषधि इलाज (एमडीटी) के उपलब्ध होने पर कुष्ठ रोग के मामलों का छः से 34 महीने की अपेक्षतया छोटी अवधि में उपचार करना संभव हो गया है। एनएलईपी शत-प्रतिशत रूप से वित्तपोषित केन्द्र प्रायोजित स्कीम के रूप में 1983 में शुरू किया गया था जिसका उद्देश्य रोग के संचरण को रोकना और कुष्ठ रोग के मामलों की संख्या सन् 2000 तक घटा कर 10,000 पर एक तक लाना था। इस लक्ष्य की पूर्ति के लिए अपनाई गई कार्यनीति निम्नानुसार थी :

- प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्मिकों द्वारा मामलों के सक्रिय समुदाय-आधारित अभिज्ञान के माध्यम से कुष्ठ रोगों के मामलों की शीघ्र पहचान
- स्थानिक रोग वाले जिलों और सचल कुष्ठ रोग उपचार इकाइयों में कुष्ठ रोग कार्मिकों द्वारा तथा साधारण से लेकर न्यून स्थानिक रोग वाले क्षेत्रों/जिलों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कार्मिकों द्वारा एमडीटी प्रदान करके कुष्ठ रोगियों का नियमित उपचार
- इस रोग के साथ जुड़े सामाजिक कलंक को दूर करने के लिए गहन स्वास्थ्य शिक्षा और जनजागरूकता अभियान; तथा
- उपयुक्त चिकित्सा पुनर्वास तथा व्रण देखभाल सेवाएं।

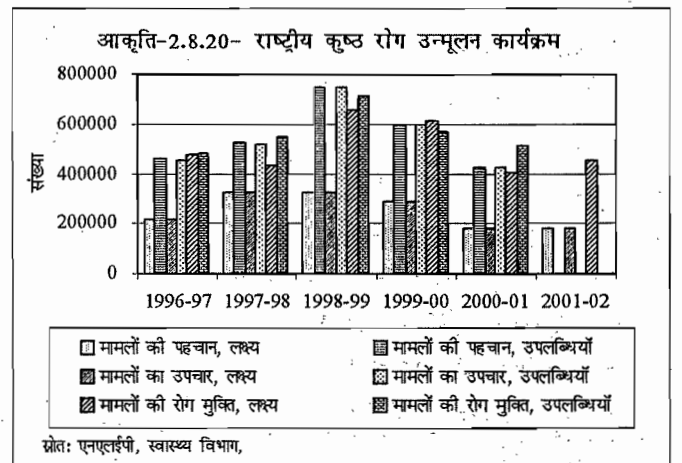
2.8.100 पिछले वर्षों में कुष्ठ रोग की व्याप्ति में, जोकि 1981 में 57/10,000 थी, काफी गिरावट आई है और वह वर्ष 2000 में घटकर 5/10,000 रह गई (आकृति 2.8.19)। नौवीं योजना के दौरान निम्न बातों पर बल दिया गया:

- जिन राज्यों में कुष्ठ रोग के मामलों की बहुलता थी और दुर्गम क्षेत्रों में मामलों के अभिज्ञान और एमडीटी कवरेज में तेजी लाना;



- प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में कुष्ठ रोग कार्यक्रम के सम-स्तरीय संक्रमण के लिए तैयारी और शुरुआत;
- कुष्ठ रोग के मामलों की पहचान के लिए पीएचसी/सीएचसी में प्रयोगशालाओं का सुदृढीकरण;
- कुष्ठ रोग की व्याप्ति में समय-प्रवृत्तियों के अनुश्रवण के लिए एक निगरानी प्रणाली स्थापित करना;
- विकलांगता निवारण और उपचार पर अधिक बल प्रदान करना; तथा
- संशोधित कुष्ठ रोग उन्मूलन अभियान (1977 में शुरू किया गया) का कार्यान्वयन।

2.8.101 नौवीं योजना के दौरान एनएलईपी का निष्पादन आकृति 2.8.20 में दर्शाया गया है। स्वास्थ्य विभाग ने स्वास्थ्य देखभाल कार्मिकों को कुष्ठ रोग के मामलों की पहचान और व्रण देखभाल में सुधार लाकर तथा अनुश्रवण और पर्यवेक्षण को सुदृढ बनाकर उर्ध्वार्धर कार्यक्रमों को चरणबद्ध रूप में सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं में समाकलित करने



की दिशा में उपाय शुरू किए हैं। नौवीं योजना के दौरान परिव्यय और निधियों के उपयोग की स्थिति तालिका 2.8.9 में दर्शाई गई है।

तालिका 2.8.9
एनएलईपी - परिव्यय और व्यय
(करोड़ रुपए)

वर्ष	परिव्यय	व्यय/संशोधित अनुमान
9वीं योजना	301.00	
1997-98	75.00	79.56
1998-99	79.00	78.03
1999-00	85.00	82.05
2000-01	74.00	73.86
2001-02	75.00	75.00*

स्रोत : स्वास्थ्य विभाग, 2001

* प्रत्याशित व्यय

2.8.102 1997-98 के दौरान एमडीटी से उपचार की अवधि बहु-दण्डाणुज रोगियों के मामले में 24 महीने से घटकर 12 महीने और अल्प-दण्डाणुज रोगियों के मामले में 12 महीने से घटकर 6 महीने रह गई थी। एकल विक्षति रोगियों के लिए रिफाम्पिसिन, आफ्लोक्सोसिन और माइनोसाइक्लिन (आरओएम) उपचार की एकल खुराक शुरू की गई। नियत खुराक उपचार के अधीन रोगियों को उपचार की अवधि के एक बार पूरा हो जाने के बाद मुक्त कर दिया जाता है। इस कार्यक्रम के अधीन लेप परीक्षण वैकल्पिक होता है और इसलिए उपचार की दर और आवृत्ति दरों का निर्धारण करना कठिन है। निगरानी का सुदृढ़ किया जाना महत्वपूर्ण है जिससे कि आवृत्तियां शीघ्र पकड़ में आ जाएं।

2.8.103 2001 की स्थिति के अनुसार, कुष्ठ रोग व्याप्ति की अनुमानित दर 10,000 व्यक्तियों में 4.3 है। नागालैंड, हरियाणा, पंजाब, मिजोरम, त्रिपुरा, हिमाचल प्रदेश, मेघालय, सिक्किम, जम्मू तथा कश्मीर, राजस्थान, मणिपुर और असम में उन्मूलन स्तर व्याप्ति दर (1/10,000) प्राप्त किया जा चुका है। जिन राज्यों में उन्मूलन स्तर प्राप्त होने वाला है (1-2/10,000), उनमें गुजरात, केरल, अरुणाचल प्रदेश, लक्षद्वीप शामिल हैं। आज की स्थिति में, कुष्ठ रोग मुख्यतः इन राज्यों में व्याप्त है : बिहार, उत्तर प्रदेश, उड़ीसा, पश्चिम बंगाल, मध्य प्रदेश, झारखण्ड तथा छत्तीसगढ़। पूरे देश में कुष्ठ रोग के मामलों की कुल संख्या में इन राज्यों का हिस्सा 64 प्रतिशत बैठता है जिसमें अकेले बिहार राज्य का योगदान 24 प्रतिशत है।

2.8.104 अनभिज्ञात मामलों की पहचान के प्रयोजन से संशोधित कुष्ठ रोग उन्मूलन अभियान (एमएलईसी) पहली बार 1997 में तमिलनाडु में शुरू किया गया था, बाद में 1997-98 के दौरान जिसका विस्तार महाराष्ट्र, उड़ीसा, गुजरात तथा जम्मू कश्मीर के जम्मू प्रभाग और दमन तथा दीव में कर दिया गया। बाद में 1998-99 के दौरान इसका विस्तार सभी जिलों में कर दिया गया। एमएलईसी के अधीन निष्पादन तालिका 2.8.10 में दर्शाया गया है।

2.8.105 कुछेक मूल्यांकन अध्ययनों से पता चलता है कि एमएलईसी के दौरान कुछ जिलों में अपेक्षित से अधिक निदान और अल्प निदान किया गया क्योंकि पहचान का काम बहुत बड़ी संख्या में नवप्रशिक्षित व्यक्तियों द्वारा किया गया था। तथापि, इस अभियान ने समूची स्वास्थ्य सेवाओं को शामिल करने के लिए एक तंत्र उपलब्ध कराया और कुष्ठ रोग देखभाल को स्वास्थ्य सेवा आधारीक तंत्र में प्रगामी रूप से समेकित करने का मार्ग प्रशस्त हुआ।

तालिका 2.8.10

एमएलईसी के अधीन निष्पादन

जनसंख्या लाख में		संदिग्ध रोगियों की सं.	पुष्ट रोगियों की सं.	एकल विक्षति वाले मामलों की संख्या	एमएलईसी से पूर्व व्याप्ति दर	एमएलईसी के बाद व्याप्ति दर	व्याप्ति दर में प्रतिशत वृद्धि
गिने गए	जांचे गए						
8209.67	6448.71	2858267.00	454290.00	53115.00	4.75	10.02	110.95

स्रोत : एमएलईसी 1998-99 व्याप्ति दर/10,000

2.8.106 कुष्ठ रोग के मामलों की संख्या कम करने में एनएलईपी को सफलता मिली है। तथापि, इसका विरूपताओं वाले रोगियों की संख्या में तत्काल गिरावट पर कोई प्रभाव पड़ने वाला नहीं है। विरूपताओं को शल्य चिकित्सा द्वारा दूर करने पर प्रमुख बल दिए जाने की आवश्यकता है जिससे कि लोगों के कामकाजी स्तर में सुधार हो सके। अभी तक विकलांगता/व्रण देखभाल प्रशिक्षण के लिए 210 जिला कुष्ठ रोग समितियों को निधियां प्रदान की गई हैं। गुजरात ने विभिन्न जिला अस्पतालों में पुनर्चना शल्य-क्रिया के प्रयोजन से देशभर के अनुभवी शल्य चिकित्सकों को इकट्ठा किया जिससे कि रोगियों को उनके आवास के निकट उपचार प्राप्त हो सके। इस प्रकार की पहलों के प्रभाव और लागत प्रभावितता का जायजा लिए जाने की आवश्यकता है।

2.8.107 दसवीं योजना का लक्ष्य कुष्ठ रोग का उन्मूलन और एक लोक स्वास्थ्य समस्या के रूप में इसकी व्याप्ति 1/10,000 से कम स्तर पर लाकर करना है। इस लक्ष्य की प्राप्ति के लिए कार्यनीति में निम्न बातों पर बल दिया जाएगा :

- सामान्य स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में इस कार्यक्रम का समस्तरीय एकीकरण सन् 2007 तक पूरा
- स्थानान्तरित कर दिया जाएगा
- 30,000 से अधिक कुष्ठ रोग कार्मिकों और प्रयोगशाला तकनीशियनों के कौशलों का स्तरोन्नयन और उनकी पुनर्तैनाती जिससे कि पीएचसी/सीएचसी में पुरुष बहु-प्रयोजन कार्मिकों और प्रयोगशाला तकनीशियनों में मौजूदा कमियां पूरी कर ली जाएं और इन कार्मिकों को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का अंग बना दिया जाए। ऐसा करने के फलस्वरूप कुष्ठ रोग कार्यक्रम सहित सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों में सुधार होगा
- प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों के मौजूदा कार्मिकों को कुष्ठ रोग से पीड़ित रोगी की शीघ्र पहचान और देखभाल; जटिल मामलों की पहचान और रेफरल में प्रशिक्षित करना
- व्यक्तियों के कार्यात्मक स्तर में सुधार लाने के लिए पुनर्चनात्मक शल्यक्रिया
- कुष्ठ रोग से पीड़ित व्यक्तियों के पुनर्वास के लिए अंतःक्षेत्रीय सहयोग
- कुष्ठ रोग से पीड़ित व्यक्तियों की पहचान और देखभाल के काम में पीआरआई, एनजीओ का और अधिक

सहयोजन, ग्राम सभा, कुष्ठ रोग कार्मिकों द्वारा घर-घर सर्वेक्षण के काम को सुकर बना सकती है; तथा

- पंचायतें समाज को इस बात से अवगत करा सकती हैं कि उपचार की सुविधाएं कौन से संस्थानों में उपलब्ध हैं और रेफरल को सुकर बना सकती हैं।

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम

2.8.108 यौन संचरित रोग (एसटीडी) अनन्त समय से एक वैश्विक समस्या बने रहे हैं। भारतवर्ष में एक राष्ट्रीय एसटीडी नियंत्रण कार्यक्रम 1967 से चल रहा है, लेकिन इसकी उपलब्धता और कवरेज असंतोषपूर्ण रही है। एसटीडी के लिए कोई राष्ट्रव्यापी निगरानी प्रणाली मौजूद नहीं है। लघु स्तरीय अध्ययनों से उपलब्ध आंकड़ों से यह पता चलता है कि एसटीडी की वार्षिक दर लगभग 5 प्रतिशत (प्रतिवर्ष 40 मिलियन नए मामले) है। लघु अध्ययनों ने यह संकेत दिया है कि पिछले तीन दशकों में यौन स्वच्छन्दता में और शायद एसटीडी की व्याप्ति में वृद्धि हुई है। तथापि, प्रभावी उपचार की उपलब्धता के कारण एसटीडी की व्याप्ति में यदि कोई वृद्धि हुई है, तो भी उसके फलस्वरूप रूग्णता अथवा मृत्यु दरों में वृद्धि नहीं हुई है।

2.8.109 1970 के दशक के उत्तरार्द्ध में तथा 1980 के दशक के पूर्वार्द्ध में एचआईवी संक्रमण के फैलने के फलस्वरूप स्थिति में एक नाटकीय बदलाव आया है क्योंकि एचआईवी संक्रमण के उपचार के लिए कोई प्रभावी औषधि अथवा उससे बचाव के लिए कोई टीका उपलब्ध नहीं है। 1980 के दशक के पूर्वार्द्ध में (एड्स) एक्वायरड इम्यूनो-डेफिसिएंसी सिंड्रोम को व्यक्तियों को उनकी भरी जवानी में प्रभावित करने वाले तेजी से बढ़ते हुए एक घातक रोग के रूप में समझा गया था, स्वास्थ्य तंत्र ने इस संक्रमण से जूझने और इस पर नियंत्रण रखने की चुनौती को स्वीकार किया। पिछले दो दशकों में रोग का प्राकृतिक इतिहास प्रलेखित किया जा चुका है और अब यह महसूस किया गया है कि एचआईवी संक्रमण का एक दीर्घ, मूक चरण होता है और यह कि एड्स संक्रमण के समापन-पूर्व चरण का परिचायक है। संक्रमण की रोकथाम तथा प्रभावित व्यक्ति, परिवार, समुदाय और देश पर प्रतिकूल परिणामों से जूझने के लिए सतत बहु-क्षेत्रीय प्रयासों की आवश्यकता है।

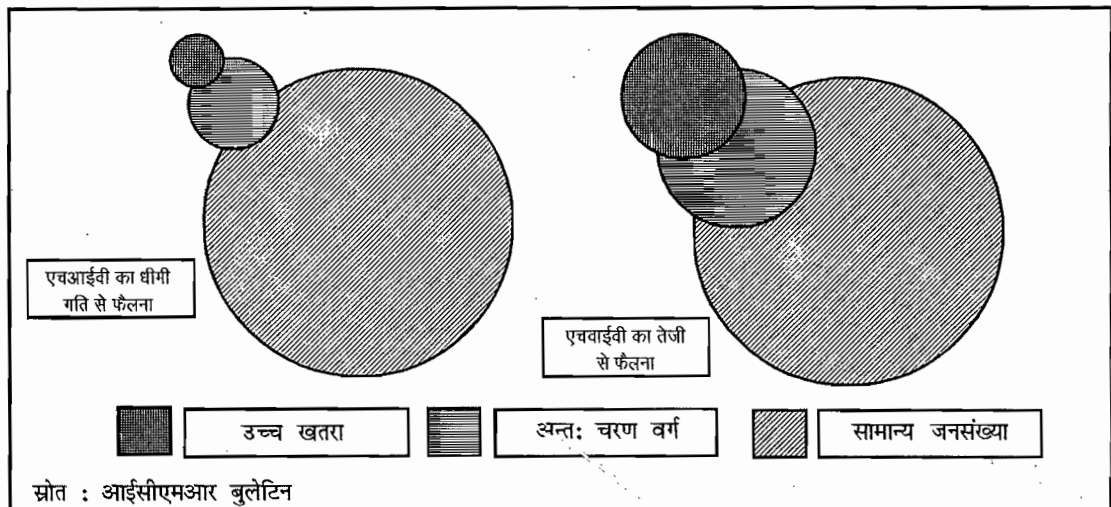
2.8.110 समाज में एचआईवी संक्रमण का भार जनसंख्या के तीन समूहों में संक्रमण की व्याप्ति पर निर्भर करता है

और ये तीन समूह हैं : उच्च जोखिम समूह, अंतःचरण समूह और न्यून जोखिम समूह। उच्च जोखिम समूह (एचआरजी) एक अपेक्षतया छोटा समूह देह व्यापार में लगे व्यक्ति, अंतःशिरा (iv) औषधियों का प्रयोग करने वाले हैं। समाज में संक्रमण के शुरू होने के तत्काल बाद इस समूह में संक्रमण में बहुत तेजी से वृद्धि होती है क्योंकि यह समूह अक्सर संक्रमण के जोखिम में रहता है। अंतःचरण समूह मुख्यतः ऐसे पुरुषों और महिलाओं का समूह होता है जिनके एकाधिक व्यक्तियों के साथ यौन सम्बन्ध होते हैं। यह समूह सामान्य लोगों के संख्यात्मक दृष्टि से अत्यन्त न्यून जोखिम समूह के बीच संक्रमण फैलाने वाली एक कड़ी के रूप में होता है। आम लोग (न्यून जोखिम समूह) मुख्यतः अपने जीवन साथियों से जिनके एकाधिक व्यक्तियों के साथ यौन सम्बन्ध होते हैं, एचआईवी संक्रमण प्राप्त करते हैं। तीनों समूहों का आकार व उनके बीच अंतःचरण की सीमा, किसी देश या समुदाय में एचआईवी के संक्रमण के गुरुत्व का निर्धारण करता है; एचआईवी संक्रमण की व्यापकता के मामले में विभिन्न देशों में पाए जाने वाले अंतर का यह मुख्य कारक है (आकृति 2.8.21) एचआईवी संक्रमण के विषय पर वैश्विक जानपदिकरोगवैज्ञानिक आंकड़ों से यह पता चलता है कि आरम्भ में न्यून सीरोपाजिटिविटी दरों के बाद एक विभेदपूर्ण अवधि के लिए अत्यधिक वृद्धि होती है और उससे एक अधित्यका की स्थिति पहुंचती है। ढाल की गहराई और जिस तेजी के साथ अधित्यका की स्थिति पहुंचती है वह समाज में संभावित जोखिमपूर्ण व्यक्तियों के अनुपात और जोखिम समूहों द्वारा किए गए रोग-निरोधी उपायों के प्रभावी प्रयोग पर निर्भर करती है। एचआईवी संक्रमण की मात्रा तथा

3 समूहों और उनके बीच के चरण के आकार के आधार पर समय के साथ संक्रमण में वृद्धि की दर को लेकर देशों और जनसंख्या समूहों के बीच विशाल भिन्नताएं हैं।

2.8.111 भारत की विशेषता यह है कि उसने एड्स के मामले की सूचना दिए जाने से बहुत पहले एचआईवी महामारी के मूक चरण में एचआईवी संक्रमण की मात्रा और आयाम परिभाषित करने के लिए 1986 में राष्ट्रीय सीरो निगरानी की प्रक्रिया शुरू कर दी थी। सम्प्रति, एचआईवी संक्रमण सभी राज्यों में शहरी और ग्रामीण - दोनों क्षेत्रों में आम लोगों के बीच देखने में आता है। एचआईवी संक्रमण को लेकर राज्यों के बीच और राज्य के भीतर प्रकटतः जो अन्तर दिखाई देते हैं, वे बहुत सीमा तक जांचे गए व्यक्तियों की श्रेणी और संख्या में अन्तरों का परिणाम हो सकते हैं। प्रहरी निगरानी से उपलब्ध आंकड़ों से यह पता चलता है कि पिछले दो दशकों में सभी राज्यों में समाज के सभी समूहों में संक्रमण की व्याप्ति में धीमी किन्तु क्रमिक वृद्धि हुई है। एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों की अनुमानित संख्या, जो 1991 में एक से दो मिलियन के बीच थी, 1998 में बढ़कर 3.5 मिलियन और 2000 में बढ़कर 3.9 मिलियन तक पहुंच गई। संक्रमित व्यक्तियों में से 50 प्रतिशत से अधिक महिलाएं और बच्चे हैं। भारत में प्रतिवर्ष सीरो-पाजिटिव महिलाओं में लगभग 30,000 प्रसव होते हैं और 6,000 से 8,000 तक शिशु एचआईवी से प्रसवकालीन संक्रमण लेकर होते हैं। सम्प्रति, देश में एड्स रोगियों की संख्या कम है। लेकिन जिन व्यक्तियों को 1980 और 1990 के दशकों में संक्रमण हुआ था, उन्हें अगले दशक में एड्स हो जाएगा और इस प्रकार एड्स के रोगियों की संख्या में भारी वृद्धि होगी।

आकृति 2.8.21 लोगों में एचआईवी संक्रमण



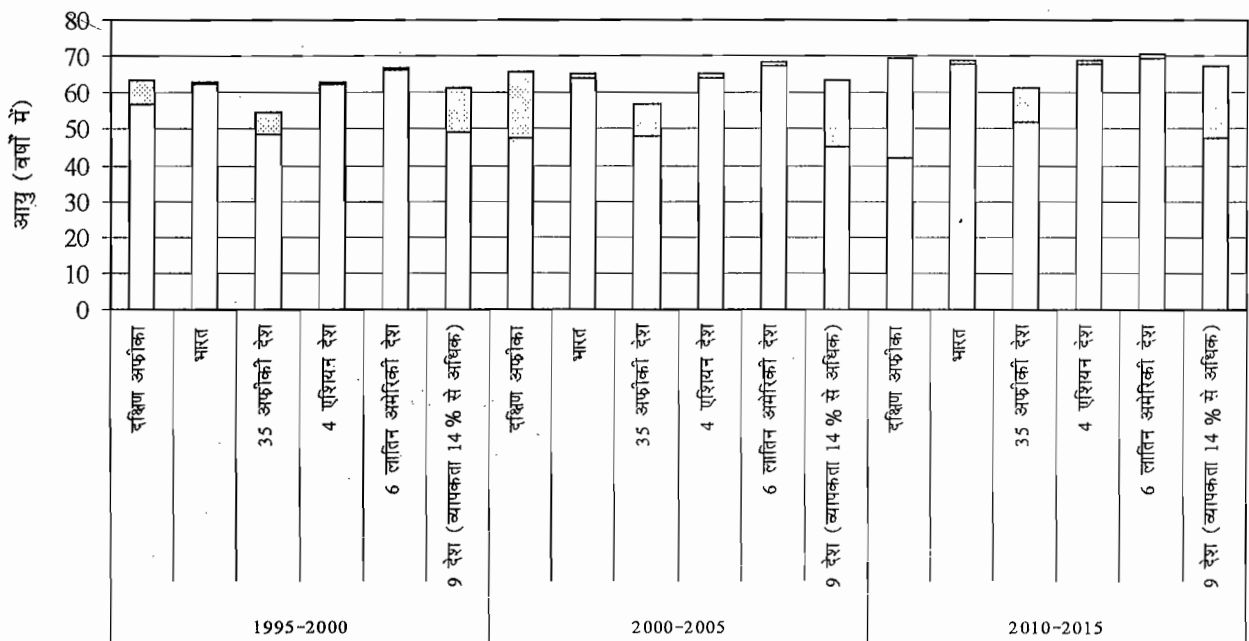
2.8.112 राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम में अपेक्षतया न्यून निवेश और उसकी न्यून संख्या के बावजूद भारत में एचआईवी संक्रमण की मात्रा अपेक्षतया कम है। राष्ट्रीय संगठन (एनसीओ) द्वारा प्रस्तुत कुछेक अनुमान यह बताते हैं कि भारतवर्ष में एचआईवी संक्रमण सन् 2010 तक अधित्यका की स्थिति तक पहुंच जाएगा। संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या प्रभाग ने विभिन्न देशों/क्षेत्रों में आयु संभाव्यता पर एचआईवी संक्रमण के प्रभाव का अध्ययन किया था। सब सहारा अफ्रीका में दीर्घायु में अत्यधिक गिरावट आई है। भारतवर्ष में दीर्घ आयु में संभावित स्तर में केवल मामूली गिरावट आई है (आकृति 2.8.22)। इस स्थिति के लिए जिम्मेदार कुछ कारण इस प्रकार हैं : मूक चरण के दौरान सिरो-निगरानी की शुरुआत, एचआईवी संक्रमण की रोकथाम और नियंत्रण के लिए बहुमुखी कार्यनीति का कार्यान्वयन, सांस्कृतिक प्रकृति, IV नशीली औषधियों का अपेक्षतया कम प्रयोग और प्रतिबद्ध कार्मिकों द्वारा किया गया समर्पित कार्य। तथापि, भारत की जनसंख्या एक अरब से अधिक होने के कारण हमारे यहां एड्स के मामलों और इसके कारण होने वाली मौतों की संख्या सबसे अधिक होने की संभावना है।

क्षमता निर्माण

- परिवार स्वास्थ्य जागरूकता अभियानों के माध्यम से जनसंख्या के सभी खण्डों के बीच जागरूकता सृजन।
- किशोरों, सैक्स का धन्धा करने वालों, नशीली औषधियों का सेवन करने वालों प्रवासी श्रमिकों आदि की तरफ केन्द्रित ध्यान देना और उन्हें परामर्श देना।
- कंडोमों के सामाजिक विपणन सहित उनकी गुणवत्ता और सुलभता में सुधार।
- स्वास्थ्य देखभाल स्थितियों में संक्रमण के संयोगवश प्रसार को कम करने के लिए अस्पताल संक्रमण नियंत्रण और अपशिष्ट प्रबन्धन।
- माता से बच्चे को संक्रमण रोकने के लिए रसायन चिकित्सा के सम्बन्ध में नैदानिक परीक्षण।
- व्यवहारपरक निगरानी की स्थापना।

2.8.113 विश्व बैंक की सहायता से एक राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण (एनएसीपी) का पहला चरण 1992 में शुरू किया गया था और वह 1999 में पूरा कर लिया गया। विश्व

आकृति-2.8.22 विभिन्न देशों में जन्म के समय जीवन संभाव्यता (एड्स महामारी विहीन और उसके सहित)



स्रोत: यूएन जनसंख्या प्रभाग

□ एड्स सहित

□ एड्स विहीन

एनएसीओ द्वारा स्थापित आधारित तंत्र

निम्न का आधुनिकीकरण और सुदृढीकरण

- 815 रक्त बैंक
- जिला अस्पतालों में 504 एसटीडी क्लिनिक

निम्न की स्थापना

- 40 रुधिर घटक पृथक्करण सुविधाएं
- 142 स्वैच्छिक रुधिर परीक्षण केन्द्र
- एचआईवी संक्रमण की व्याप्ति की समय प्रवृत्तियों के अनुश्रवण के लिए 320 प्रहरी स्थल
- उच्च जोखिम समूह में एचआईवी संक्रमण की रोकथाम और देखभाल के लिए 570 लक्षित हस्तक्षेपणीय उपाय
- एचआईवी/एड्स के साथ रह रहे लोगों के लिए कम लागत पर समुदाय-आधारित देखभाल

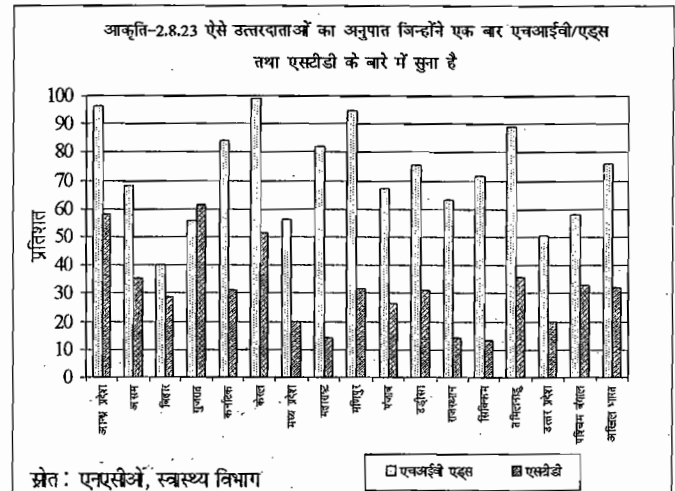
बैंक, अन्तर्राष्ट्रीय विकास विभाग (डीएफआईडी) तथा अन्तर्राष्ट्रीय विकास के लिए संयुक्त राज्य एजेन्सी (यूएसएआईडी) के वित्तपोषण से चरण-II कार्यक्रम कार्यान्वित किया जा रहा है। एड्स के चरण-II कार्यक्रम में निम्न बातों पर बल दिया गया है :

- लक्षित हस्तक्षेपणीय उपाय, एसटीडी नियंत्रण और कंडोम प्रोत्साहन द्वारा निर्धनों और सीमान्त उच्च जोखिम समूह वाले लोगों के बीच एचआईवी संचरण में कमी लाना;
- रुधिर-आधारित संचरण को कम करके सामान्य जनता के बीच एचआईवी के प्रसार को कम करना;
- आईसीसी, स्वैच्छिक परीक्षण और परामर्श को बढ़ावा;
- एचआईवी/एड्स के साथ रह रहे लोगों के लिए समुदाय-आधारित कम लागत की देखभाल के निमित्त क्षमता विकसित करना;
- उपयुक्त व्यवस्थाओं के माध्यम से और विश्वसनीय जानकारी की सामयिक उपलब्धता बढ़ाकर राष्ट्रीय, राज्य और पंचायत स्तर पर कार्यान्वयन क्षमता का सुदृढीकरण;
- सरकारी, निजी और स्वैच्छिक क्षेत्रों के बीच अंतःक्षेत्रीय सम्बन्ध स्थापित करना ।

इन सभी प्रयासों पर निगाह रखी जा रही है ।

2.8.114 हाल ही में किए गए व्यवहारपरक सर्वेक्षण और एनएफएचएस-2.(1998-99)से पता चलता है कि दो-तिहाई

से अधिक लोगों को एचआईवी संक्रमण की जानकारी है । शहरी, ग्रामीण और राज्यों के बीच व्यापक भिन्नताएं हैं । एसटीडी के सम्बन्ध में जानकारी एचआईवी संक्रमण की तुलना में कम थी (आकृति 2.8.23) । नौवीं योजना के दौरान राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम सम्बन्धी परिव्यय और खर्च के ब्यौरे तालिका 2.8.11 में दिए गए हैं ।



तालिका 2.8.11

एड्स नियंत्रण कार्यक्रम - परिव्यय तथा व्यय

(लाख रुपए में)

वर्ष	परिव्यय	व्यय
नौवीं योजना	76000.00	
1997-98	10000.00	12100.00
1998-99	11100.00	9936.00
1999-00	14000.00	13525.00
2000-01	14500.00	17330.00
2001-02	21000.00	23500.00*

स्रोत : स्वास्थ्य विभाग * प्रत्याशित व्यय

2.8.115 दसवीं योजना के दौरान इस कार्यक्रम को निम्न बातों पर बल देते हुए जारी रखा जाएगा :

- माता से बच्चे को संचरण रोकना;
- रुधिर आधारित संचरण और स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में संयोगवश होने वाले संक्रमण में कमी लाना;
- एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों/एड्स के मामलों की देखभाल;

- एसटीडी की रोकथाम और देखभाल; तथा
- एचआईवी संक्रमण के सम्बन्ध में समय प्रवृत्तियों के बारे में जानपदिकरोगवैज्ञानिक आंकड़े प्राप्त करने के लिए बेहतर निगरानी ।

2.8.116 एचआईवी महामारी में समय प्रवृत्तियों का अनुश्रवण करने के लिए पहले से चले आ रहे हस्तक्षेपणीय कार्यक्रमों और प्रहरी निगरानी (सिरोलाजिकल, एसटीडी/व्यवहारपरक) के प्रभाव तथा प्रक्रियाओं के अनुश्रवण की ओर समुचित ध्यान दिया जाएगा ।

2.8.117 एचआईवी एक बहुमुखी समस्या है जिससे समाज के सभी वर्ग प्रभावित है । अभी तक स्वास्थ्य विभाग, स्वास्थ्य क्षेत्र के निवारण, अभिज्ञान, परामर्श और देखभाल जैसे परम्परागत क्रियाकलापों के लिए ही नहीं बल्कि विधान, संक्रमित व्यक्तियों और उनके परिवारों के पुनर्वास जैसे अन्य क्षेत्रों के लिए भी हस्तक्षेपणीय उपायों का एक नोडल बिन्दु रहा है । आशा है कि दसवीं योजना के दौरान प्रत्येक विभाग अपने-अपने क्षेत्र में एचआईवी संक्रमण से सम्बन्धित मुद्दों पर कार्रवाई करेगा । उदाहरण के लिए श्रम मंत्रालय कार्यस्थल पर भेदभाव के रोकथाम के क्षेत्र की देखभाल करेगा । एड्स के जिन रोगियों की देखभाल करने वाला कोई व्यक्ति नहीं है, उनके लिए धर्मशालाएं और जिन बच्चों के माता-पिता एड्स के कारण मृत्यु को प्राप्त हो चुके हैं, उनके लिए अनाथालय उपलब्ध कराने की दृष्टि से स्वैच्छिक संगठन सर्वाधिक उपयुक्त होंगे । यदि प्रत्येक क्षेत्र, उसे सौंपे गए कार्यों की देखभाल करता है, तो देश अन्य कार्यक्रमों पर कोई प्रतिकूल प्रभाव डाले बिना एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों और उनके परिवारों की आवश्यकताओं का ध्यान रख सकेगा।

2.8.118 एचआईवी/एड्स कार्यक्रम के लिए दसवीं योजना के लक्ष्य निम्नानुसार हैं :

- लक्षित हस्तक्षेपणीय उपायों के माध्यम से उच्च जोखिम समूहों का 80 प्रतिशत कवरेज;
- शिक्षा कार्यक्रम के माध्यम से स्कूलों और कालेजों का 90 प्रतिशत कवरेज;
- ग्रामीण क्षेत्रों में सामान्य लोगों के बीच 80 प्रतिशत जागरूकता;

- रुधिर के माध्यम से संचरण को घटाकर 1 प्रतिशत से कम कर लाना;
- प्रत्येक जिले में कम से कम एक स्वैच्छिक परीक्षण और परामर्श केन्द्र स्थापित कराना;
- माता से बच्चे को संक्रमण की रोकथाम सम्बन्धी क्रियाकलापों का स्तरोन्नयन करके उन्हें जिला स्तर तक लाना; तथा
- सन् 2007 तक एचआईवी/एड्स व्याप्ति वृद्धि दर शून्य स्तर तक लाना ।

जल-आधारित रोग

2.8.119 स्वतंत्रता-पूर्व युग में और स्वतंत्रता के बाद पहले दशक में जल आपूर्ति और सफाई, लोक स्वास्थ्य विभाग द्वारा वित्तपोषित दो महत्त्वपूर्ण स्कीमें थीं । जल-आधारित और रोगवाहक-आधारित रोगों की रोकथाम के लिए इन दोनों घटकों को ध्यान में रखते हुए इनके लिए लगभग 50:50 का आबंटन किया गया था । बाद में चलकर आपूर्ति और सफाई कार्यक्रम, ग्रामीण और शहरी विकास विभाग के दायित्व बन गए जबकि जल आपूर्ति को अधिकांश निधियां प्राप्त हुईं, सफाई और मल-जल व्यवस्था को कम निधियां प्राप्त हुईं और उनकी अनदेखी की गई । फलतः, पर्यावरणात्मक गिरावट आई और जल तथा रोगवाहक-आधारित - दोनों प्रकार के रोगों की वृद्धि हुई ।

2.8.120 मानवीय अथवा पशु विषाणु से दूषित पेयजल के फलस्वरूप जल-आधारित रोग फैलते हैं । जिन क्षेत्रों में सफाई, जल-मल व्यवस्था घटिया होती है, जल आपूर्ति अपर्याप्त और जल का स्तर घटिया होता है, उनमें संक्रमण का जोखिम अधिक होता है । जल-आधारित रोग सारे वर्ष होते हैं किन्तु गर्मियों, मानसून और मानसून-पूर्व अवधि में इस तरह के रोगों में मौसमी वृद्धि हो जाती है । जन महत्व के सामान्य जल-आधारित रोगों में ये शामिल हैं : अतिसारी रोग, हैजा, दण्डाणुज पेचिश, आंत्र ज्वर तथा वायरल हेपाटिटिस । बच्चों में अतिसारी रोग अधिक मात्रा में होता है, रोग की गम्भीरता और चिरकालिकता बच्चों में अधिक होती है । पिछले कुछ दशकों के दौरान जल-आधारित रोगों की व्याप्ति में गिरावट नहीं आई है, हालांकि उन रोगों से सम्बन्धित मृत्यु दर में किंचित गिरावट आई है ।

2.8.121 दसवीं योजना के दौरान निम्न के सम्बन्ध में प्रयास किए जाएंगे:

- अतिसार/पेचिश के युक्तियुक्त मामला देखभाल के अधीन कवरेज बढ़ाना;
- लोक स्वास्थ्य इंजीनियरी विंग तथा पीआरआई के माध्यम से जल की गुणवत्ता के अनुश्रवण की व्याप्ति का पता लगाना;
- रोगों के फैलने का पता लगाने और उनकी रोकथाम करने के लिए जिला स्तर पर अतिसारी रोग निगरानी कार्यक्रम का सुदृढीकरण;
- जल-आधारित रोग की रोकथाम के लिए शहरी और ग्रामीण जल आपूर्ति और स्वच्छता से सम्बन्धित विभागों, नगर निगमों और पीआरआई के प्रयासों को कार्यान्वित करना ।

नौवीं योजना की पहलें

रोग निगरानी

2.8.122 निगरानी का आशय रोगों के उत्पन्न होने और उनके प्रसार के ऐसे सभी पक्षों पर सतत निगाह रखने से होता है जोकि प्रभावी नियंत्रण की दृष्टि से महत्त्वपूर्ण होते हैं । अभी तक भारत में रोग निगरानी अधिकांशतः संचारी रोगों के प्रति केन्द्रित रही है। व्यापक संचारी और गैर-संचारी रोग निगरानी स्थापित करने के लिए कुछ लघु स्तर के शोधपरक प्रयास किए गए हैं लेकिन उन्हें अभी तक प्रायोगिक आधार पर भी कार्यान्वित नहीं किया गया है ।

2.8.123 घटिया पर्यावरणात्मक सफाई और लोक स्वास्थ्य प्रणाली की समस्याओं को देखते हुए निकट भविष्य में संचारी रोगों के प्रसार को पूरी तरह रोकना संभव नहीं हो पाएगा। रोगों के केन्द्रित प्रसार की पहचान और उसकी सूचना देने में देशी और एक सक्रिय एचएमआईएस तथा रोग निगरानी प्रणाली की कमी के कारण पहचान और अभिक्रिया में देरी हुई है जिसके फलस्वरूप संचारी रोगों के प्रसार के कारण रूग्णता और यहां तक कि मृत्यु दर भी उच्च हुई है । इन सबको रोकने के लिए नौवीं योजना में रोग के प्रसार की शीघ्र पहचान तथा मौजूदा आधारिक

तंत्र के माध्यम से शीघ्र रोकथाम और नियंत्रण के लिए त्वरित प्रतिक्रिया के निमित्त एक जिला-आधारित प्रणाली की स्थापना की परिकल्पना की गई थी । राष्ट्रीय संस्थानों/ मेडिकल कालेजों में उपलब्ध सुविधाओं और विशेषज्ञता का सुदृढीकरण करके तथा उसका इष्टतम प्रयोग करके आवश्यक समर्थनकारी प्रयोगशाला और जानपदिकरोगवैज्ञानिक सहयोग प्रदान किया जाना था ।

2.8.124 स्वास्थ्य विभाग ने रोग निगरानी के सम्बन्ध में राष्ट्रीय संचारी संस्थान द्वारा समन्वित एक मार्गदर्शी परियोजना 1997 में शुरू की थी । आरम्भ में, इस परियोजना के अधीन 20 जिलों में प्रयोगशालाओं का सुदृढीकरण और रोग निगरानी पद्धति की स्थापना करना शामिल था और बाद में 2000 तक उसका विस्तार 100 जिलों में कर दिया गया। कई राज्य प्रदान की गई राशि का प्रयोग करने और यथापरिकल्पित कार्यक्रम को कार्यान्वित करने में सफल नहीं हो पाए । अधिकांश रोग नियंत्रण कार्यक्रमों की अपनी उर्ध्वार्धर निगरानी प्रणाली होती है जिसमें से केवल पोलियो निगरानी का ही उत्तम रिकार्ड रहा है । विभिन्न रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के अधीन पहले से चले आ रहे सभी निगरानी कार्यक्रमों को रोग निगरानी के एक एकल कार्यक्रम के रूप में समेकित करने की दिशा में अभी तक कोई संगठित प्रयास नहीं किए गए हैं । सामान्य स्थानिक रोगी संभावित रोगों का अभी तक भी स्थानीय रूप से अनुश्रवण नहीं किया जाता और विश्लेषण तथा प्रतिक्रिया के बारे में जिला अधिकारियों को सूचित नहीं किया जाता ।

2.8.125 सामान्य रोगों के लिए 75 प्रतिशत से अधिक उपचारी देखभाल निजी क्षेत्र द्वारा प्रदान की जाती है हालांकि निजी स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वालों से सम्बन्धित आंकड़े किसी भी रोग निगरानी प्रणाली में अभी तक शामिल नहीं किए गए हैं । 1980 के दशक में आईसीएमआर ने तमिलनाडु के उत्तरी अरकाट जिले (एनएडीएचआई) में एक अनुसंधान परियोजना शुरू की थी जिसमें निजी और सरकारी क्षेत्र के व्यावसायिकों ने भाग लिया था। केरल सरकार ने इस माडल को अपने तीन जिलों में दोहराया है । केरल ने यह सूचना दी है कि इस प्रणाली के कारण संचारी रोगों के प्रसार की शीघ्र पहचान और रोकथाम करना संभव हुआ है; राज्य सरकार का यह विचार है कि दसवीं योजना में इस कार्यक्रम का विस्तार अन्य जिलों में किया जाए।

2.8.126 दसवीं योजना के दौरान निम्न के सम्बन्ध में एक व्यापक पुनरीक्षा की जाएगी:

- विभिन्न रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के अधीन तथा रोग निगरानी सम्बन्धी सीएसएस परियोजनाक अधीन विभिन्न राज्यों में फिलहाल कार्यान्वित किए जा रहे रोग निगरानी कार्यक्रम;
- स्थानिक रोग संभावित रोगों की जांच के लिए उपलब्ध प्रयोगशाला सुविधाएं ;
- इस समय उपयोग में लाई जा रही रिपोर्टिंग प्रणालियां रोग निगरानी के पहले से चले आ रहे कार्यक्रमों को समेकित करने और जिला स्तर पर एक व्यापक रोग निगरानी कार्यक्रम विकसित करने की दिशा में प्रयास किए जाएंगे । इस कार्यक्रम के अन्तर्गत निम्नलिखित कार्य किए जाएंगे ;
- चुनिन्दा रोगों के समबन्ध में ग्राम स्तर पर नेमी आंकड़ा संग्रह का सुदृढीकरण; मासिक रिपोर्टें तैयार की जाएंगी ताकि सामान्य पद्धति से विचलन का शीघ्र पता लगाया जा सके;
- स्थानिक संभावित रोगों के बारे में, जोकि सारे देश में व्याप्त हैं, जैसेकि अतिसार, टेटनस, डिप्थीरिया से सम्बन्धित एकत्र जानकारी की रिपोर्ट सभी के द्वारा दी जाएगी; मलेरिया, फाइलेरिया, लैप्टोसपिरोसिस जैसी क्षेत्र विशिष्ट समस्याओं की सूचना स्थानिक रोग क्षेत्रों द्वारा दी जाएगी;
- जिला स्तर पर सृजित आंकड़ों का नियमित संकलन और विवेचनात्मक विश्लेषण सुनिश्चित किया जाएगा जिससे कि जिला स्वास्थ्य अधिकारियों द्वारा रोग के प्रसार की शीघ्र पहचान और जांच की जा सके और उपयुक्त कार्रवाई की जा सके;
- रोग की व्याप्ति के बारे में वास्तविक समय आधार पर आंकड़े सम्प्रेषित करने के लिए, राज्य, क्षेत्रीय और राष्ट्रीय स्तरों पर पूर्ण विश्लेषण करना तथा त्वरित और उपयुक्त प्रतिक्रिया के लिए एक तंत्र निर्मित करने के प्रयोजन से आधुनिक आईटी उपकरणों का उपयोग ।

स्वास्थ्य प्रबन्धन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस)

2.8.127 स्वास्थ्य प्रणाली के प्रभावी कार्यकरण के लिए एचएमआईएस एक अनिवार्य प्रबन्ध साधन है । आठवीं योजना के दौरान केन्द्रीय स्वास्थ्य आसूचना ब्यूरो और स्वास्थ्य आसूचना के राज्य ब्यूरो ने सरकारी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों द्वारा सूचित मृत्यु दर से सम्बन्धित राष्ट्रीय इन्फारमेटिक्स जिला कम्प्यूटर नेटवर्क के माध्यम से जिला स्तरीय सूचना भेजने के लिए एक एचएमआईएस विकसित की थी । हालांकि, आरम्भ में कुछ राज्यों ने उत्साह दिखाया लेकिन यह प्रणाली किसी भी राज्य में कभी भी पूरी तरह कार्यान्वित नहीं की जा सकी। इसका परिणाम यह हुआ है कि ऐसी कोई प्रणाली नहीं है जिसके माध्यम से विभिन्न जिलों/राज्यों में मृत्यु दर से सम्बन्धित विश्वसनीय आकड़ों का संग्रह और विश्लेषण किया जा सके तथा विकेन्द्रीकृत जिला-आधारित आयोजना के लिए उनका प्रयोग किया जा सके । एक व्यापक एचएमआईएस निर्मित करने और स्वास्थ्य प्रणाली की कार्यकुशलता और उसके कार्यात्मक स्तर में सुधार लाने के निमित्त उसका प्रयोग करने के लिए आजकल जो आईटी साधन उपलब्ध हैं, उनका प्रयोग किए जाने की दिशा में अभी तक कोई प्रयास नहीं किया गया है । दसवीं योजना के दौरान यह सुनिश्चित करने के प्रयास किए जाएंगे कि सारे देश के भीतर प्रभावी दोतरफा प्रबन्ध सूचना प्रणाली निर्मित की जाए; स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों से सम्बन्धित सभी आंकड़ों का संग्रह, मिलान किया जाए और सभी जिलों द्वारा उनकी सूचना दी जाए तथा स्वास्थ्य प्रणाली के कार्यात्मक स्तर और कार्यकुशलता में सुधार लाने के लिए उनका प्रयोग किया जाए । आजकल उपलब्ध आईटी साधनों का प्रयोग करते हुए एक पूर्णतः कार्यात्मक परिशुद्ध एचएमआईएस निर्मित करने के प्रयास भी किए जाएंगे; यह वास्तविक समय संचार सम्बन्धी मौजूदा आधारिक तंत्र और जनशक्ति में तथा वित्तपोषण के भीतर सेवा चैनलों के माध्यम से जन्मों, मृत्यु, रोगों, औषधियों, निदानों, औषध तथा उपकरणों के लिए अनुरोधों और पहले से चले आ रहे कार्यक्रमों की स्थिति से सम्बन्धित आंकड़े भेजेगा। साथ ही, यह विकेन्द्रीकृत जिला आधारित आयोजना, कार्यान्वयन और अनुश्रवण को भी सुकर बनाएगा ।

रोग भार अनुमान

2.8.128 परम्परागत रूप से नीति-निर्माताओं ने प्रमुख लोक स्वास्थ्य समस्याओं की पहचान करने के लिए मृत्यु दर आंकड़ों का प्रयोग किया है। भारत में आयु विशिष्ट मृत्यु पर विश्वसनीय आंकड़े एसआरएस के माध्यम से उपलब्ध होते हैं; हालांकि, मृत्यु के कारणों की पहचान के निर्धारण के लिए प्रणाली में कई कमियां हैं, फिर भी मृत्यु के प्रमुख कारणों से सम्बन्ध में काफी भरोसेमंद आंकड़े उपलब्ध हैं। इन आंकड़ों के अलावा, देश ने प्रमुख लोक स्वास्थ्य समस्याओं, महिलाओं और बच्चों में ऐसी रुग्णता, पौषणिक कमियों और प्रमुख संचारी रोगों की व्याप्ति का अनुमान लगाने के लिए सर्वेक्षण आयोजित किए हैं। कुछेक वैश्विक स्वास्थ्य समस्याओं में भारत का अनुमानित हिस्सा बक्से में दिखलाया गया है। भारत में समग्र रुग्णता के बारे में विश्वसनीय जानकारी उपलब्ध नहीं है।

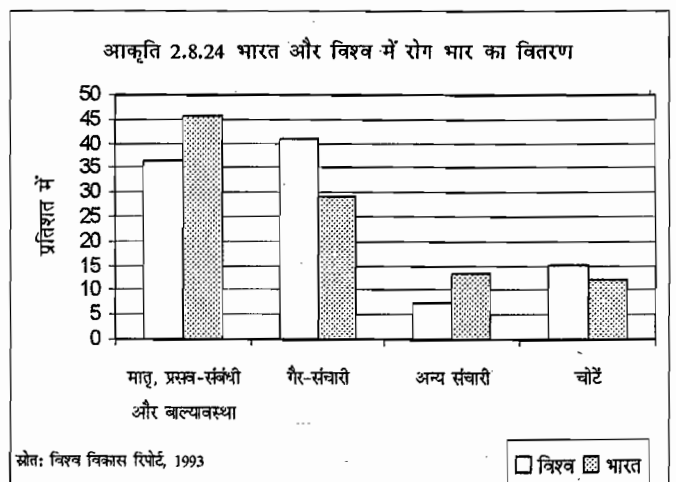
वैश्विक स्वास्थ्य समस्याओं में भारत का हिस्सा

- जनसंख्या का 17 प्रतिशत
- कुल मृत्यु का 17 प्रतिशत
- शिशु मृत्यु का 23 प्रतिशत
- बाल्यावस्था में टीकों से रोके जा सकने वाले रोगों की मृत्यु का 26 प्रतिशत
- मातृ मृत्यु दर का 20 प्रतिशत
- कुष्ठ रोग के मामलों का 68 प्रतिशत
- क्षय रोग के मामलों का 30 प्रतिशत
- एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों का 10 प्रतिशत

रुग्णता सम्बन्धी विश्वसनीय आंकड़ों के अभाव में मृत्यु दर सम्बन्धी आंकड़ों और उपलब्ध सर्वेक्षण आंकड़ों के बल पर वह आधार निर्मित किया गया है जिस पर नीति-निर्माताओं और कार्यक्रम प्रबन्धकों ने लोक स्वास्थ्य कार्यक्रम तैयार किए और निधियों का आबंटन किया। हालांकि, उस स्थिति में जिसमें संचारी रोग और मातृ तथा बाल स्वास्थ्य समस्याएं प्रमुख होती हैं, यह एक समुचित विकल्प होता लेकिन जैसे-जैसे देश जनांकिकीय और जानपदिकरोगवैज्ञानिक अन्तरण से गुजरेगा और गैर-संचारी रोग प्रमुख लोक स्वास्थ्य समस्याओं के रूप में उभरेंगे, समुचित संशोधन किए जाने

होंगे। इस स्थिति को ध्यान में रखते हुए लोक स्वास्थ्य कार्यक्रम तैयार करते समय केवल मृत्यु दर सम्बन्धी आंकड़े ही नहीं बल्कि दीर्घकालीन बीमारी के कारण होने वाली रुग्णता और विकलांगताओं से सम्बन्धित आंकड़े प्राप्त करना भी जरूरी है। उदाहरण के लिए मानसिक रोगों से सम्बन्धित मृत्यु दर कुल मृत्यु दर का लगभग 15 प्रतिशत बैठती है जबकि यहां तक कि विकसित देशों में भी मनोविकृति सम्बन्धी रोगों के कारण मौतों की संख्या कुल मौतों में आमतौर पर 1 प्रतिशत से भी कम बैठती है।

2.8.129 लोक स्वास्थ्य समस्याओं और स्वास्थ्य देखभाल में निवेश को लेकर विश्व स्तरीय तुलनाएं करने में विश्व स्वास्थ्य संगठन ने विकलांगता समायोजित आयु वर्षों (डीएएलवाई) जो कि रुग्णता और मृत्यु दर और साथ ही जिस आयु में समस्या उत्पन्न हुई, उसे भी ध्यान में रखते हुए, के रूप में मापित रोग भार अनुमानों का प्रयोग किया है। विश्व में और भारत में लोक स्वास्थ्य समस्याओं की प्रमुख श्रेणियों के अधीन 1990 में अनुमानित रोग भार आकृति 2.8.24 में दर्शाया गया है। विभिन्न आयु और स्त्री-पुरुष के सम्बन्ध में चार प्रमुख रोगों के कारण विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा परिकल्पित रोग भार तालिका 2.8.12 में दर्शाया गया है। इन विश्व स्तरीय आंकड़ों की व्याख्या करते समय इस तथ्य को कि जहां मृत्यु दर सम्बन्धी अनुमान समुचित रूप से सही है, रुग्णता सम्बन्धी अनुमान जोकि विकासशील देशों में उपलब्ध आंकड़ों पर आधारित हैं, प्रायः अपर्याप्त हैं, को ध्यान में रखना होगा।



तालिका 2.8.12
चार प्रमुख रोगों का भार

(डीएएलवाई मिलियन में)

रोग और लिंग	आयु (वर्ष)					योग
	0-4	5-14	15-44	45-59	60+	
अतिसार						
पुरुष	42.1	4.6	2.8	0.4	0.2	50.2
स्त्री	40.7	4.8	2.8	0.4	0.3	48.9
कृमि संक्रमण						
पुरुष	0.2	10.6	1.6	0.5	0.1	13.1
स्त्री	0.1	9.2	0.9	0.5	0.1	10.9
क्षय रोग						
पुरुष	1.2	3.1	13.4	6.2	2.6	26.5
स्त्री	1.3	3.8	10.9	2.8	1.2	20.0
अरक्तताजन्य हृदय रोग						
पुरुष	0.1	0.1	3.6	8.1	13.1	25.0
स्त्री	**	**	1.2	3.2	13.0	17.5

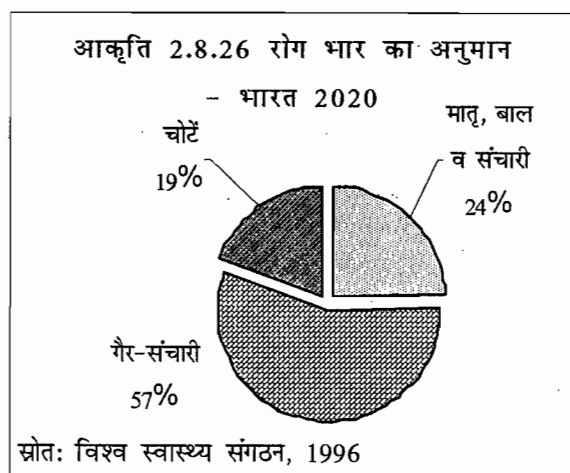
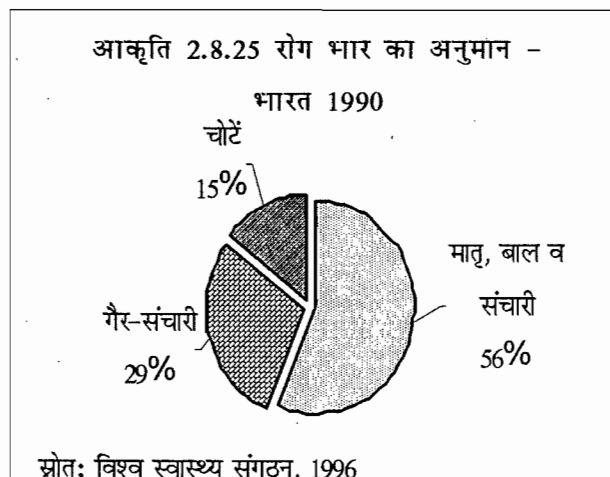
** 0.5 मिलियन से कम

टिप्पणी : डीएएलवाई, विकलांगता - समायोजित आयु वर्ष

स्रोत : विश्व विकास रिपोर्ट, 1993

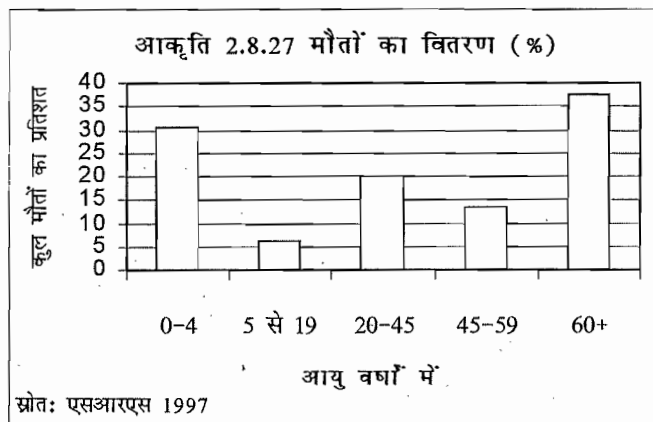
2.8.130 1990 के डाटाबेस (आकृति 2.8.25) का प्रयोग करते हुए और यह मानते हुए कि अन्य देशों द्वारा पिछले दो दशकों के दौरान प्राप्त जानपदिकरोग वैज्ञानिक अन्तरण की प्रवृत्तियां भारत में उत्पन्न होंगी, विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा 2020 के लिए भी रोग भार के बदलते हुए अनुमानों की गणना की गई (आकृति 2.8.26)। तथापि, राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस) के आंकड़ों से यह पता चलता है कि 1990 के दशक में शिशु मृत्यु दर और मातृ मृत्यु दर में कोई विशेष कमी नहीं आई है।

एसआरएस से प्राप्त आंकड़े आयु-विशिष्ट मृत्यु दर अथवा मृत्यु के कारणों में बदलाव का संकेत नहीं देते (आकृति 2.8.27)। ऐसा प्रतीत होगा कि देश में जानपदिकरोग वैज्ञानिक अन्तरण प्रत्याशित से कम गति से हो रहा है। इसका कारण संभवतः सतत मातृ और बाल स्वास्थ्य समस्याएं और एचआइवी के संक्रमण की शुरुआत है। तथापि, गैर-संचारी रोगों, दुर्घटनाओं और अभिघात के कारण मृत्यु दर और रुग्णता में किंचित वृद्धि हुई है। स्वास्थ्य संकेतकों, रुग्णता दरों, जनांकिकीय तथा जानपदिकरोग वैज्ञानिक



अन्तरण की मात्रा और दर को लेकर राज्यों के बीच व्यापक भिन्नताएं हैं। ऐसी स्थिति में निम्न महत्वपूर्ण हैं :

- विभिन्न राज्यों/जिलों में प्रमुख स्वास्थ्य समस्याओं के



कारण रुग्णता और मृत्यु दर पता लगाना और प्रलेखित करना;

- उपयुक्त हस्तक्षेपणीय कार्यक्रम तैयार करना;
- सुलक्षित हस्तक्षेपणीय उपायों में समुचित रूप से निवेश करना;
- स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को संशोधित करके कार्यक्रमों को प्रभावी रूप से कार्यान्वित करना; तथा
- रुग्णता और मृत्यु दर पर प्रभाव का अनुश्रवण करना।

2.8.131 मृत्यु दर और रुग्णता के सम्बन्ध में इस तरह के प्रयास के लिए एक विश्वसनीय संधारणीय डाटाबेस आवश्यक होगा। जबकि मृत्यु दर सम्बन्धी आंकड़े सीआरएस/एसआरएस के सुदृढीकरण के माध्यम से और मृत्यु के कारण का पता लगाकर प्राप्त किए जा सकते हैं, रुग्णता सम्बन्धी डाटा आधार रोग निगरानी सम्बन्धी आंकड़ों से समर्थित एक सुदृढीकृत एचएमआइएस के माध्यम से ही प्राप्त हो सकते हैं। कायम रखे जाने पर अगले दो दशकों में ये तीनों प्रणालियां विभिन्न राज्यों/जिलों में रुग्णता और मृत्यु दर सम्बन्धी प्रवृत्तियों के बारे में मूल्यवान जानकारी प्रदान करेंगी। उपयुक्त स्वास्थ्य नीतियां और कार्यनीतियां तैयार करने, उपलब्ध निधियों के निवेश के लिए प्राथमिकता वाले क्षेत्रों की पहचान करने तथा मौजूदा स्वास्थ्य प्रणाली में सुधार लाए जाने की दृष्टि से इस दर का डाटाबेस विकसित करना महत्वपूर्ण है जिससे कि दोहरे रोग भार से निबटने से सम्बन्धित कार्यक्रमों का एकसमान, कारगर और प्रभावी कार्यान्वयन सुनिश्चित हो सके।

स्वास्थ्य देखभाल स्थितियों में संक्रमण नियंत्रण और अपशिष्ट प्रबन्धन

2.8.132 स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वालों और अपशिष्ट निपटान करने वालों में अस्पताल से प्राप्त संक्रमणों और संयोगवश संक्रमणों की मात्रा को लेकर अधिकाधिक चिन्ता होती जा रही है। नौवीं योजना के दौरान की गई एक प्रमुख पहल के अधीन स्वास्थ्य देखभाल के सभी स्तरों पर उपयुक्त, वहनीय प्रौद्योगिकी के माध्यम से संक्रमण नियंत्रण और अपशिष्ट प्रबन्ध में सुधार लाया जाना था। अपशिष्ट प्रबन्ध के क्षेत्र में नीति और कार्यक्रम पहलों का समन्वय करने और उनका मार्गदर्शन करने के लिए नवम्बर 1998 में स्वास्थ्य सचिव की अध्यक्षता में एक राष्ट्रीय अस्पताल अपशिष्ट प्रबन्ध समिति स्थापित की गई है। विभाग की सहायता से 11 संस्थानों में एक मार्गदर्शी परियोजना शुरू की गई। अस्पताल संक्रमण नियंत्रण और अपशिष्ट प्रबन्ध को विश्व बैंक सहायताप्राप्त सभी गौण स्वास्थ्य देखभाल परियाजनाओं के एक घटक के रूप में भी लिया जा रहा है। अस्पताल अपशिष्ट प्रबन्ध सम्बन्धी मार्गदर्शी सिद्धांत तैयार किए गए और उन्हें नवम्बर 2000 में राज्यों और संघ शासित क्षेत्रों के विचार जानने के लिए उनके बीच प्रसारित किया गया। कुछ राज्य प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों में संक्रमण नियंत्रण और अपशिष्ट प्रबन्ध के लिए पीएमजीवाई के अधीन निधियां प्रदान कर रहे हैं। दसवीं योजना के दौरान देखभाल के सभी स्तरों पर सभी स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों में अस्पताल संक्रमण नियंत्रण और अपशिष्ट प्रबन्ध को एक अनिवार्य नेमी क्रियाकलाप के रूप में शामिल किया जाएगा।

उर्ध्वाधर कार्यक्रमों का समस्तरीय एकीकरण

2.8.133 आरम्भ में जब स्वास्थ्य सम्बन्धी गम्भीर समस्याओं को नियंत्रित रखने के लिए पर्याप्त आधारिक तंत्र और जनशक्ति उपलब्ध नहीं थी, तो अनेक उर्ध्वाधर कार्यक्रमों की शुरुआत की गई, जैसेकि एनएमईपी तथा एनएलईपी पिछले वर्षों के दौरान त्रि-स्तरीय देखभाल आधारिक तंत्र स्थापित किया गया है। नौवीं योजना में ऐसा सोचा गया था कि जिला स्तर पर मौजूदा उर्ध्वाधर कार्यक्रमों को एकीकृत करने और यह सुनिश्चित करने के प्रयास किए जाएंगे कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थान व्यापक स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाएं प्रदान करेंगे। समस्तरीय एकीकरण की गति बहुत धीमी और असमान रही है। नौवीं योजना के दौरान निम्न प्रयोजनों से प्रयास किए गए :

- विभिन्न ऊर्ध्वाधर कार्यक्रमों के अधीन प्रशिक्षण और आईईसी से सम्बन्धित क्रियाकलापों को एकीकृत करना;
- आरसीएच तथा एडस नियंत्रण कार्यक्रमों के अधीन एसटीडी/पुनरुत्पादक क्षेत्र संक्रमण (आर टी एच) की रोकथाम तथा प्रबंधन के लिए क्रियाकलापों का समन्वय;
- एचआईवी और टीबी नियंत्रण के पहले से चले आ रहे कार्यक्रमों के बीच तालमेल में सुधार लाना; तथा
- प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र के माध्यम से कुष्ठ रोग सेवाएं उपलब्ध कराना ।

2.8.134 उड़ीसा और हिमाचल प्रदेश जैसे कुछेक राज्यों ने सभी स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों के कार्यान्वयन हेतु राज्य और जिला सभी स्तर पर एक एकल स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सोसाइटी का गठन किया है । कुछ राज्यों में लोक स्वास्थ्य कार्यक्रम के मध्यम दर्जे के प्रबन्धकों को, जोकि सम्प्रति, जिला स्तर पर ऊर्ध्वाधर कार्यक्रमों का संचालन कर रहे हैं, निर्धारित ब्लाकों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों में एकीकृत स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रम का समन्वय और कार्यान्वयन सुनिश्चित करने का अतिरिक्त कार्य दिया जा रहा है । आशा है कि उनके सहयोजन से आंकड़ों के संग्रह, सूचना भेजने, एचएमआइएस के सुदृढीकरण में सुधार होगा, पीएचसी/सीएचसी में अनिवार्य औषधियों और उपकरणों की आपूर्ति में बेहतरी होगी और जिला स्तर पर रोग निगरानी और प्रतिक्रिया तंत्र को कार्यरूप दिया जा सकेगा । राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी) 2000 में ऐसी परिकल्पना की गई है कि वित्तपोषण, कार्यान्वयन और अनुश्रवण के लिए प्रशासन के एक एकल क्षेत्र के लिए, जोकि जिले अथवा जिले के निचले स्तरों से शुरू होगा, प्रगामी अभिसरण किया जाएगा । दसवीं योजना के दौरान इस अभिसरण की गति और कवरेज में सुधार पर मुख्य बल दिया जाएगा । एनएचपी 2002 में ऐसी परिकल्पना की गई है कि ग्रामीण/शहरी स्वास्थ्य प्रणाली की जनशक्ति विकेन्द्रीकृत स्तर पर लोक स्वास्थ्य क्रियाकलापों के समूचे तंत्र के लिए उपलब्ध होगी, भले ही इन क्रियाकलापों का सम्बन्ध राज्य/पीआरआई द्वारा शुरू किए गए राष्ट्रीय कार्यक्रमों अथवा लोक स्वास्थ्य क्रियाकलापों के साथ हो ।

गैर-संचारी रोगों की रोकथाम तथा प्रबंधन (एनसीडी)

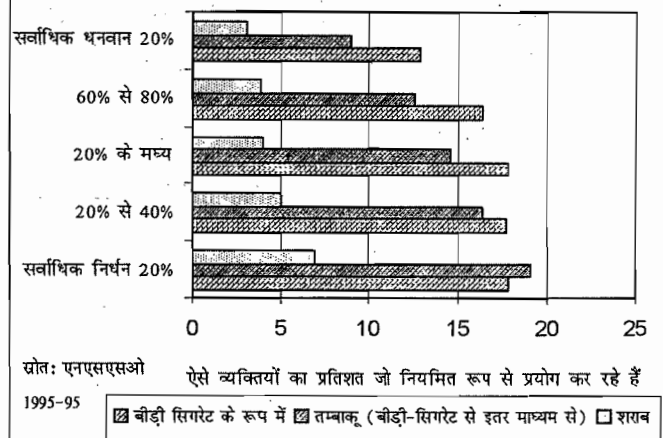
2.8.135 गैर-संचारी रोगों की व्याप्ति अनेक विषमजातीय

स्थितियों में फैली हुई है और वह विभिन्न आयु और समाजार्थिक समूहों में विभिन्न शरीरांगों और प्राणालियों को प्रभावित कर रही है । पिछले दो दशकों के दौरान हृदवाहिकामय रोगों, मानसिक रोगों, कैंसर और अभिघात के कारण होने वाली रुग्णता और मृत्यु दर में, निम्न में वृद्धि होने के कारण, वृद्धि हो रही है :

- ऐसे वरिष्ठ नागरिकों की संख्या, जिनमें गैर-संचारी रोगों की व्याप्ति उच्च है;
- जीवनशैलियों में बदलाव, मोटापे और तनाव के कारण युवा व्यक्तियों में गैर-संचारी रोगों की व्याप्ति; तथा
- पर्यावरणात्मक जोखिमपूर्ण तत्वों और तम्बाकू का प्रयोग।

2.8.136 एनएसएसओ के 52वें चक्र से सम्बन्धित आंकड़ों से पता चलता है कि तम्बाकू का प्रयोग (बीड़ी-सिगरेट पीना और इससे इतर माध्यमों से) और अल्कोहल का प्रयोग सबसे गरीब आयु-वर्ग में 20 प्रतिशत है (आकृति 2.8.28) और यही कारण है कि तम्बाकू से जुड़े गैर-संचारी रोगों की व्याप्ति इस समूह में उच्चतर होने की संभावना है । गैर-संचारी रोगों के कारण दीर्घकालीन रुग्णता और उसकी देखभाल पर लगने वाले खर्चों को ध्यान में रखते हुए ऐसे रोगों के निवारण, शीघ्र अभिज्ञान और उपयुक्त देखभाल की ओर ध्यान केन्द्रित किए जाने की आवश्यकता है । अनुमानों के अनुसार, सम्प्रति, देश में कैंसर रोगियों की संख्या 2.5 मिलियन है और अगले दो दशकों के दौरान यह संख्या दुगुनी हो जाएगी । जहां तक हृदवाहिका रोग की व्याप्ति का सम्बन्ध है तत्सम्बन्धी आंकड़े राष्ट्रीय स्तर के अनुसार प्रस्तुत करने के लिए नाकाफी हैं । जहां तक परिहृद हृदय रोग (सीएचडी)

आकृति 2.8.28 आय-वर्ग के अनुसार भारत में शराब और तम्बाकू के प्रयोग की स्थिति



का सम्बन्ध है, इसकी व्याप्ति शहरी केरल में 14 प्रतिशत (पुरुषों में 17 प्रतिशत और महिलाओं में 10 प्रतिशत), ग्रामीण तिरुवनन्तपुरम में 7 प्रतिशत और उत्तरी भारत के ग्रामीण भागों में 3 प्रतिशत सूचित की गई है। शहरों में 10 प्रतिशत और गांवों में 5 प्रतिशत वयस्क लोग उच्च रक्तचाप से पीड़ित हैं। रूमैटिक हृदय रोग इभारत में सभी हृदयवाहिका रोग (सीवीडी) के कारण अस्पताल में दाखिल होने वालों में 20 से 30 प्रतिशत रोगी इसी रोग से ग्रस्त होते हैंट की व्याप्ति 5 से 15 वर्ष के आयु-वर्ग में प्रति 1000 में 5 से 7 तक है। भारत के छः शहरों में हाल में किए गए एक अध्ययन से यह पता चलता है कि मधुमेह तथा विकृत ग्लूकोज सहनशीलता की आयु मानकीकृत व्याप्ति क्रमशः 12.1 प्रतिशत और 14.0 प्रतिशत है जिसे लेकर लैंगिक भिन्नताएं नहीं हैं।

2.8.137 नौवीं योजना के दौरान गैर-संचारी रोगों के नियंत्रण के लिए पहले से चले आ रहे कार्यक्रमों में दो केन्द्रीय प्रायोजित स्कीमें (राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता सम्बन्धी विकृतियों का नियंत्रण कार्यक्रम जिसकी चर्चा पोषण सम्बन्धी अध्याय में की गई है और राष्ट्रीय अन्धता नियंत्रण कार्यक्रम, जिसकी चर्चा प्रस्तुत अध्याय में की गई है तथा एक केन्द्रीय क्षेत्र योजना (राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम) शामिल हैं। 1990 के दशक के दौरान केन्द्रीय क्षेत्र की मार्गदर्शी परियोजनाओं के रूप में अनेक मार्गदर्शी परियोजनाएं शुरू की गई थीं, जैसेकि राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम, मधुमेह नियंत्रण कार्यक्रम, हृदयवाहिका रोग नियंत्रण कार्यक्रम, बधिरता और श्रवण सम्बन्धी विकलांगता का निवारण, मौखिक स्वास्थ्य कार्यक्रम और चिकित्सीय पुनर्वास। मार्गदर्शी चरण के पूरा हो जाने के बाद इन कार्यक्रमों को इन समस्याओं से सम्बन्धित केन्द्रीय संस्थानों के साथ जोड़ दिया गया है।

2.8.138 नौवीं योजना में मौजूदा आधारीक तंत्र के माध्यम से एकीकृत गैर-संचारी रोग निवारण और नियंत्रण सेवाओं के प्रावधान की परिकल्पना की गई थी। तथापि, इस मोर्चे पर प्रगति बहुत धीमी रही है। केरल जैसे कुछे राज्यों में निवारण, शीघ्र अभिज्ञान, देखभाल और एक उपयुक्त रेफरल तंत्र निर्मित करने पर बल देते हुए प्राथमिक और माध्यमिक देखभाल के स्तर पर एकीकृत गैर-संचारी रोग नियंत्रण कार्यक्रम को कार्यरूप देने के प्रयास किए जा रहे हैं। जटिल स्थितियों की देखभाल के लिए उपचार सुविधाएं प्रदान करने के उद्देश्य से तृतीयक देखभाल केन्द्रों को सुदृढ़ किया जा रहा है।

2.8.139 दसवीं योजना के दौरान देश में देखभाल के सभी स्तरों पर गैर-संचारी रोगों की निवारक, समर्थक, उपचारी और पुनर्वास सेवाओं में सुधार लाने के प्रयास किए जाएंगे जिससे कि रुग्णता और मृत्यु दर में कमी लाई जा सके। प्रमुख बल निम्न बातों पर रहेगा :

- गैर-संचारी रोगों की प्राथमिक व द्वितीय रोक-थाम के लिए एक सुसंरचित आईईसी एंड एम
- देखभाल के विभिन्न स्तरों पर गैर-संचारी रोगों के निदान और देखभाल में स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाले व्यक्तियों का पुनःअनुस्थापन और कौशलान्धन;
- प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक संस्थानों के बीच रेफरल सम्बन्ध की स्थापना;
- गैर-संचारी रोगों के इलाज के लिए वहनीय कीमतों पर औषधियों का निर्माण और व्यवस्था;
- विकलांग व्यक्तियों के पुनर्वास के लिए, लोगों को अपनी विकलांगता के साथ रहना सीखने के लिए संस्थानों का विकास;
- जो रोगी मृत्यु की कगार पर हैं और जो गृह-आधारित देखभाल नहीं जुटा सकते, उनके लिए धर्मशालाओं का विकास; तथा
- गैर-संचारी रोगों, विशेष रूप से सीवीडी, आघात और मधुमेह जैसे गैर-संचारी रोगों के बारे में जानपदिकरोगवैज्ञानिक डाटाबेस का सृजन

राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम (एनसीसीपी)

2.8.140 भारत में कैंसर की दर विश्व में न्यूनतम है। अनुमान है कि भारत में कैंसर के रोगियों की संख्या दो से लेकर 2.5 मिलियन तक है और 700,000 नए मामले प्रतिवर्ष पकड़ में आते हैं। लगभग दो-तिहाई मामले ऐसे होते हैं जोकि जिस समय वे पकड़ में आते हैं, उस समय वे बहुत गम्भीर रूप धारण कर चुके होते हैं और 300,000 से 350,000 कैंसर रोगी प्रतिवर्ष मृत्यु को प्राप्त होते हैं। मौजूदा अनुमानों से ऐसा प्रतीत होता है कि भारत में 2026 तक सभी प्रकार के कैंसर का कुल भार इन कारणों से दुगुना हो जाएगा: दीर्घायु, औद्योगीकरण के कारण पर्यावरणात्मक, कैंसरजनों का अधिक जोखिम, फॉसिल ईंधनों का प्रयोग, कृषि और उद्योग में बहुविध रासायनिक तत्त्वों का प्रयोग तथा तम्बाकू का निरन्तर इस्तेमाल।

2.8.141 पुरुषों में कैंसर के सर्वाधिक मामलों का सम्बन्ध मुंह/ओरोफेरिक्स, ग्रासनली, उदर और निचले श्वसन मार्ग । महिलाओं में कैंसर का सम्बन्ध आमतौर पर इन अंगों के साथ होता है : गर्भाशय ग्रीवा, वक्ष, मुंह तथा ओरोफेरिक्स तथा ग्रासनली । कैंसर के लगभग एक-तिहाई मामले आसानी से पहचाने जा सकते हैं और उनका तत्काल उपचार किया जा सकता है । देश में समग्र कैंसर में से 50 प्रतिशत से अधिक मामलों का सम्बन्ध तम्बाकू सम्बन्धी कैंसरों (विशेष रूप से मुखीय गुहिका, फेफड़े और ग्रीवा कैंसर) के साथ है । तम्बाकू खाने की बजाय बीड़ी-सिगरेट के रूप में तम्बाकू के प्रयोग में वृद्धि के फलस्वरूप फेफड़ों के कैंसर की व्याप्ति हो सकती है जिसका पता लगाना और इलाज करना अधिक कठिन होता है । खानपान के बदलते हुए तरीकों (उच्च कैलोरी, उच्च वसा ग्रहण) तथा न्यून प्रसव संख्या के फलस्वरूप वक्ष के कैंसर के मामलों की संख्या में वृद्धि हो सकती है ।

राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम के लक्ष्य :

- सरकार और गैर-सरकारी संगठनों के माध्यम से स्वास्थ्य शिक्षा द्वारा कैंसर प्राथमिक निवारण;
- विशेष रूप से गर्भाशय ग्रीवा, वक्ष, मुखग्रसनी कैंसरों की शीघ्र पहचान और निदान
- मौजूदा कैंसर उपचार सुविधाओं का विकास और सुदृढीकरण; तथा
- कैंसर की अन्तिम अवस्था में प्रशामक देखभाल की सुलभता का विस्तार करना।

2.8.142 कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम 1975-76 में एक केन्द्रीय क्षेत्रक परियोजना के रूप में शुरू किया गया था जिसे 1985 में राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम (एनसीसीपी) का नाम दिया गया । यह कार्यक्रम 17 क्षेत्रीय कैंसर केन्द्रों (आरसीसी) को निधियां प्रदान करता है । ये आरसीसी ऐसे क्षेत्रीय केन्द्र होते हैं जो कि निदान, कैंसर रोगियों के उपचार और अनुवर्ती कार्रवाई करते हैं; ये केन्द्र कैंसर के कारण होने वाली मृत्यु दर और रुग्णता का सर्वेक्षण करते हैं, स्वास्थ्य शिक्षा और अनुसंधान पर बल देते हुए कैंसर देखभाल तथा निवारक उपायों में चिकित्सीय और अर्द्ध-चिकित्सीय कार्मिकों को प्रशिक्षण प्रदान करते हैं । एनसीसीपी ने सरकारी मेडिकल कालेजों/ गैर-सरकारी संगठनों में उपकरण (कोबाल्ट यूनिट, मेमोग्राफी यूनिट) खरीदने तथा अर्बुद (आनकोलोजी) विद्या स्कंधों के विकास के लिए निधियां प्रदान की । स्वास्थ्य शिक्षा, कैंसर की शीघ्र पहचान और पीड़ा में राहत के काम को प्रोत्साहित करने के लक्ष्य वाला जिला कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम 1990-91 में शुरू किया गया था । कैंसर के निवारण, शीघ्र पहचान

और देखभाल की दिशा में पहले से चले आ रहे प्रयासों की प्रगति बहुत धीमी रही है ।

2.8.143 आईसीएमआर ने 1981-82 में राष्ट्रीय कैंसर पंजीकरण कार्यक्रम शुरू किया जिसके अधीन मुम्बई, बंगलौर, चेन्नई, भोपाल, दिल्ली में पांच जनसंख्या-आधारित शहरी कैंसर पंजीकरण कार्यालय और महाराष्ट्र में बरसी में एक ग्रामीण पंजीकरण कार्यालय तथा चंडीगढ़, डिब्रूगढ़, तिरुवनन्तपुरम, बंगलौर, मुम्बई तथा चेन्नई में छः अस्पताल-आधारित पंजीकरण कार्यालय स्थापित किए । एनसीआरपी कैंसर की व्याप्ति के सम्बन्ध में क्षेत्रीय भिन्नता और समय प्रवृत्तियों से सम्बन्धित आंकड़े प्रदान करता है ताकि पहले से चले आ रहे कार्यक्रमों में उपयुक्त संशोधन किए जा सकें ।

2.8.144 दसवीं योजना के दौरान प्राथमिक, द्वितीयक तथा तृतीयक संस्थानों में स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वालों को सुग्राही बनाने और उनके कौशलों के उन्नयन की दिशा में व्यापक प्रयास किए जाएंगे जिससे कि वे निम्नलिखित जिम्मेदारियां वहन कर सकें :

- कैंसर निवारण के लिए स्वास्थ्य शिक्षा;
- उपयुक्त संस्थानों में मानक उपचार नयाचार (प्रोटोकॉल) के अनुसार शीघ्र पहचान और देखभाल, तथा
- कैंसर के जटिल मामलों को आगे भेजना ।

राष्ट्रीय अन्धता नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीसीबी)

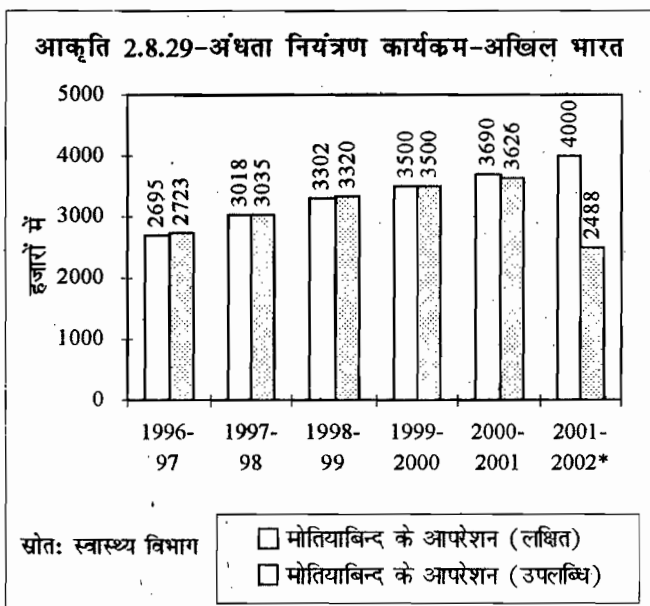
2.8.145 आईसीएमआर द्वारा 1970 के दशक में किए गए सर्वेक्षणों से यह पता चला कि अंधता की व्याप्ति लगभग 1.4 प्रतिशत है जिसमें से 80 प्रतिशत से अधिक मामलों का कारण मोतियाबिन्द है । मोतियाबिन्द के कारण दृष्टिहीन व्यक्तियों में से अधिकांश 60-69 की आयु-वर्ग में होते हैं। हो सकता है कि वे आपरेशन का खर्च बर्दाश्त करने की स्थिति में न हों और जब तक कि इस तरह की सेवाएं उनके आवास के निकट सुलभ न कराई जाएं, उनके लिए ऐसी सेवाएं प्राप्त करना दुष्कर होगा । राष्ट्रीय अंधता नियंत्रण कार्यक्रम 1976 में इस उद्देश्य के साथ शुरू किया गया था कि प्राथमिक, द्वितीयक तथा तृतीयक स्तर पर व्यापक नेत्र देखभाल सेवाएं प्रदान की जाएं और सामान्य रूप से आंख के रोगों की और विशेष रूप से मोतियाबिन्द के कारण उत्पन्न अंधता के शिकार व्यक्तियों की संख्या में भारी कमी लाई जा सके । कार्यक्रम की प्रगति बहुत धीमी रही । 1986-89 के दौरान आयोजित भारत सरकार-विश्व स्वास्थ्य संगठन के एक सर्वेक्षण से यह पता चला कि अंधता की व्याप्ति

में कोई बदलाव नहीं आया। आठ राज्यों (आंध्रप्रदेश, मध्यप्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा, राजस्थान तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश तथा जम्मू और कश्मीर) में अंधता की व्याप्ति 1.4 प्रतिशत की राष्ट्रीय औसत से उच्चतर थी।

2.8.146 1994 में आठ में से सात राज्यों में एनपीसीबी के लिए विश्व बैंक सहायता प्राप्त की गई। जम्मू तथा कश्मीर में परियोजना को कार्यान्वित करने के लिए स्वदेशी बजटीय सहायता प्रदान की गई। कार्यक्रम के प्रमुख लक्ष्य निम्नानुसार थे :

- मोतियाबिन्द की शल्य चिकित्सा की गुणवत्ता में सुधार लाना और सात वर्ष की अवधि के दौरान 11 मिलियन आपरेशन करके मोतियाबिन्द के पिछले बकाया आपरेशनों का निपटान;
- नेत्र रोगों की देखभाल प्रदान करने वाले कार्मिकों के ज्ञान और कौशलों का उन्नयन करके उच्च कार्यक्षमता, उच्च गुणवत्ता और कम लागत पर नेत्र चिकित्सा उपलब्ध कराने के उद्देश्य से देश की क्षमता को सुदृढ़ करना और सरकारी, स्वैच्छिक निजी क्षेत्र के सहयोग से सेवा आपूर्ति की सुलभता में सुधार लाना; तथा
- महिलाओं, शहरी मलिन बस्तियों में रहने वालों और जनजातियों सहित सुविधा-विहीन लोगों के लिए नेत्र देखभाल के कवरेज में सुधार लाना।

2.8.147 नौवीं योजना के दौरान कार्यक्रम को संशोधित किया गया ताकि सारे देश को इसके अधीन लाया जा सके। नौवीं योजना के दौरान निष्पादन चित्र 2.8.29 में दिया गया है। एनपीसीबी के अधीन परिव्यय और व्यय तालिका 2.8.13 में दर्शाए गए हैं।



तालिका 2.8.13
एनपीसीबी - परिव्यय और व्यय (लाख रुपए)

वर्ष	परिव्यय	व्यय
9वीं योजना	44800.00	
1997-98	7000.00	5806.00
1998-99	7500.00	7285.00
1999-00	8500.00	8373.00
2000-01	11000.00	10941.00
2001-02	14000.00	14000.00*

स्रोत: स्वास्थ्य विभाग

* प्रत्याशित व्यय

2.8.148 विश्व बैंक सहायताप्राप्त परियोजना की सन 2000 में की गई पुनरीक्षा से यह पता चला कि हालांकि आधारीक तंत्र और जनशक्ति उपलब्ध करा दी गई है, फिर भी नियत सुविधाओं और शिविरों - दोनों में निष्पादन, मानदण्डों से बहुत निम्न स्तर का रहा है। अधिकांश जिला अस्पतालों में प्रतिवर्ष मोतियाबिन्द के 700 आपरेशनों के लक्ष्य को पूरा नहीं किया; कई सचल यूनिटों ने प्रतिवर्ष मोतियाबिन्द के 1500 आपरेशनों के लक्ष्यों की पूर्ति नहीं की। इस सबका परिणाम यह हुआ कि मोतियाबिन्द के केवल 8.15 मिलियन आपरेशन (जबकि लक्ष्य 11 मिलियन का था) किए जा सके और मोतियाबिन्द की व्याप्ति को घटाकर 0.3 प्रतिशत के स्तर पर नहीं लाया जा सका।

2.8.149 दूसरी आंख के मोतियाबिन्द का आपरेशन करने की अपेक्षा अल्पांधता वाले रोगियों की एक आंख का आपरेशन करके दृष्टि पुनः वापस लाने की आवश्यकता की ओर सुविचारित प्राथमिकता नहीं दी गई है। कार्यान्वयन, देखभाल का खर्च और जटिलताओं, अस्पताल/जिला अस्पतालों की तुलना में शिविरों में किए गए आपरेशन के अर्थ में एक्स्ट्रा कैप्सूलर केट्रेक्ट निकालना और इन्ट्राआक्यूलर लेंस प्रतिरोपण के अर्थ में तुलनात्मक मूल्यांकन अभी तक नहीं किया गया है। देखभाल का स्तर संस्थानों में और शिविरों में भी इष्टतम स्तर से कम रहा है। ऐसे संक्रमणों की सूचना मिली है जिनके फलस्वरूप स्थायी अंधता उत्पन्न हुई है। इस स्थिति को देखते हुए एनपीसीबी ने अपनी कार्यनीति संशोधित की है और इसलिए अब स्थायी स्थलों पर आपरेशन करने पर बल दिया जाएगा; सचल इकाइयां केवल मामलों की छानबीन करेंगी और अनुवर्ती देखभाल प्रदान करेंगी।

2.8.150 दो जिलों में 1999 में किए गए एक मार्गदर्शी सर्वेक्षण से यह पता चला कि अंधता के कारणों में बदलाव आ रहा है (तालिका 2.8.14)। एनपीसीबी को अब इन समस्याओं से निपटने के लिए तत्पर होना होगा : मोतियाबिन्द के आपरेशनों, ग्लूकोमा के बकाया मामले, कार्नीयल अंधता और मधुमेह दृष्टिपटल विकृति सहित अन्य उभरती समस्याएं (मधुमेह के रोगियों के बीच इसकी अनुमानित व्याप्ति 20 प्रतिशत है)।

तालिका 2.8.14
अंधता के कारणों के संबंध में मार्गदर्शी सर्वेक्षण (1999)

	प्रतिशत
मोतियाबिन्द	55.0
अपवर्तन विकृतियां	9.8
कार्नीयल अंधता	8.0
ग्लूकोमा	3.5
आपरेशन से जुड़ी जटिलताएं	3.0
अन्य कारण	10.7

2.8.151 दसवीं योजना के दौरान निम्न दिशा में प्रयास किए जाएंगे :

- प्रतिवर्ष मोतियाबिन्द के 4.5 मिलियन आपरेशन करके मोतियाबिन्द के कारण होने वाली अंधता की बकाया को समाप्त करना। इनमें से अधिकांश आपरेशन स्थायी स्थलों पर किए जाएंगे और जहां कहीं उपयुक्त सुविधाएं उपलब्ध होंगी, इंटर-आस्क्यूलर लेंस (आईओएल) का प्रयोग किया जाएगा;
- अपवर्तन विकृतियों के लिए बच्चों की जांच सहित आंख की देखभाल के व्यापक लक्ष्य को ध्यान में रखते हुए दृष्टिपटल विकृति के लिए मधुमेह के रोगियों की और ग्लूकोमा के सम्बन्ध में 35 वर्ष से अधिक के सभी व्यक्तियों की जांच करने के लिए सरकारी, निजी और स्वैच्छिक क्षेत्र में उपलब्ध कराई गई सुविधाओं के प्रयोग में सुधार लाना;
- आंख की देखभाल प्रदान करने के लिए केन्द्रों के प्रत्यायन के लिए एक प्रणाली तैयार करना;
- देखभाल के मानक प्रोटोकॉलों के संचलन के माध्यम से आपरेशन से पहले, आपरेशन के दौरान और आपरेशन के बाद देखभाल के स्तर में सुधार लाना;

- देखभाल के स्तर का अनुश्रवण करना;
- स्नातक-पूर्व और स्नातकोत्तर - दोनों स्तरों पर नेत्र विज्ञान की पाठ्यचर्या को इस प्रकार संशोधित करना कि स्वास्थ्य देखभाल के सभी स्तरों पर सामान्य चाक्षुष समस्याओं से निपटने के लिए छात्रों के भीतर आवश्यक कौशल उपलब्ध हो सकें;
- एक उपयुक्त अविच्छिन्न चिकित्सीय शिक्षा कार्यक्रम विकसित करना जिससे कि व्यावसायिकों को उभरती हुई नेत्र वैज्ञानिक समस्याओं से प्रभावी रूप से निपटने में समर्थ बनाया जा सके।

मानसिक स्वास्थ्य

2.8.152 मानसिक स्वास्थ्य के तीन पहलू हैं - मानसिक दृष्टि से रोगी व्यक्तियों के स्वास्थ्य की पुनः प्राप्ति, जिन रोगियों को मानसिक रोगों का जोखिम है, उनकी शीघ्र पहचान और सामान्य व्यक्तियों के भीतर मानसिक स्वास्थ्य की समुचित सुरक्षा और बढ़ावा। अनुमान है कि 10 से 15 प्रतिशत लोग मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं में जकड़े हुए हैं और आधुनिक जीवन के तनाव के फलस्वरूप मानसिक रोग की व्याप्ति बढ़ रही है। लगभग 30 वर्ष पहले मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं मुख्यतः विशाल केन्द्रीकृत मानसिक चिकित्सालयों में उपलब्ध थीं। स्वतंत्रता प्राप्ति के समय 17 मानसिक अस्पताल थे जिनमें 8000 से अधिक रोगियों की देखभाल की जाती थी। इनमें से अधिकांश अस्पतालों में आधुनिक तंत्र और जनशक्ति की स्थिति घटिया थी और वे उत्तम स्तर की मानसिक स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध नहीं कराते थे। अधिकांश मानसिक रोगियों को उत्तम स्तर की मनश्चिकित्सीय देखभाल सुलभ नहीं हो पाती थी और उनके लिए कोई भी गृह-आधारित देखभाल सुविधा मौजूद नहीं थी।

मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का परिमाण अनुमान है कि :

- 10 लाख व्यक्ति गम्भीर मानसिक रोगों से ग्रस्त हैं।
- 20-30 मिलियन लोग विक्षिप्त अथवा मनःकायिक विकृतियों से ग्रस्त हैं।
- कुल बच्चों में से 0.05 तथा 1 प्रतिशत बच्चे मानसिक मन्दता से पीड़ित हैं।

2.8.153 स्वतंत्रता प्राप्ति के शीघ्र बाद मानसिक अस्पतालों की संख्या में वृद्धि करके और आम अस्पतालों में मनश्चिकित्सीय यूनिट स्थापित करके मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की सुलभता में सुधार लाने के प्रयास किए गए। आम अस्पतालों के माध्यम से मनश्चिकित्सीय देखभाल उपलब्ध कराके और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल को मानसिक अस्पतालों की चारदीवारी से बाहर लाकर मानसिक रोगियों की चिकित्सा के साथ जुड़ा कलंक कम हुआ है, दाखिले और उपचार की कानूनी बाधाएं दूर हुई हैं और संबंधित शारीरिक समस्याओं की शीघ्र पहचान सुकर बनी है। सबसे अधिक महत्वपूर्ण बात यह है कि इस कारण रोगी की देखभाल में परिवार का सहयोजन सुनिश्चित हो गया और यह कि अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद रोगी अपने घर वापस चला जाता था। इस प्रयास की सफलता से प्रोत्साहित होकर कई राज्यों ने जिला मनश्चिकित्सीय इकाइयों की स्थापना का काम शुरू किया। केरल और तमिलनाडु जैसे कुछेक राज्यों में सभी जिलों में जिला मनश्चिकित्सीय इकाइयां मौजूद हैं। हालांकि, इस सम्बन्ध में अन्य राज्य पिछड़े हुए हैं, फिर भी मानसिक स्वास्थ्य देखभाल की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के एक अविभाज्य अंग के रूप में उपलब्ध कराई जाने की अवधारणा सभी राज्यों द्वारा स्वीकार कर ली गई है और उसे कार्यान्वित किया गया है। मनोरोगों का सचल उपचार का मानदण्ड उस रूप में स्वीकार कर लिया गया है और सामान्य मनोरोगों के लिए प्रभावी, अपेक्षतया कम खर्चीली दवाएं तृतीयक और द्वितीयक देखभाल संस्थानों में उपलब्ध कराई गई।

2.8.154 सम्प्रति, 50 प्रतिशत मेडिकल कालेजों में मनश्चिकित्सीय विभाग मौजूद हैं। अनुमान है कि प्रत्येक 30,000 लोगों के पीछे एक मनश्चिकित्सीय बैड उपलब्ध है। चिकित्सा अस्पतालों में 20,000 बैड तथा आम और शिक्षण अस्पतालों में 2,000 से लेकर 3,000 तक मनश्चिकित्सीय बैड उपलब्ध हैं। 50 प्रतिशत बैड दीर्घकालीन उपचार प्राप्त कर रहे रोगियों के प्रयोग में हैं। तथापि, इन सब सुविधाओं के बावजूद आज भी मानसिक रोगियों में से 10 प्रतिशत से भी कम रोगियों को उपयुक्त देखभाल सुलभ है। मानसिक रोग का निवारण और मानसिक स्वास्थ्य की प्रोन्नति अभी बहुत दूर के सपने बने हुए हैं।

2.8.155 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम 1982 में इस उद्देश्य से शुरू किया गया था कि शीघ्र पहचान, उपयुक्त उपचार और रोगियों के पुनर्वास के जरिए स्वास्थ्य देखभाल के सभी स्तरों पर मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाया

जाए। कार्यक्रम में मौजूदा मानसिक अस्पतालों की स्थिति में सुधार लाना, मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम, 1987 का प्रभावी कार्यान्वयन और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल की बढ़ती हुई मांग की पूर्ति के लिए उपयुक्त जनशक्ति विकास की बात सोची गई थी। इस कार्यक्रम ने सातवीं योजना में कोई उल्लेखनीय उन्नति नहीं की।

2.8.156 आठवीं योजना के दौरान राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य और तंत्रिका विज्ञान संस्थान (एनआईएमएचएनएस) ने कर्नाटक के बेल्लारी जिले में एक जिला मानसिक स्वास्थ्य देखभाल का माडल निम्न उद्देश्यों को सामने रखकर विकसित और कार्यान्वित किया :

- समुदाय को सतत मूल मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना और इन सेवाओं को अन्य स्वास्थ्य सेवाओं में शामिल करना;
- रोग का शीघ्र पता लगाना और मानसिक रोगियों का शीघ्र उपचार;
- घर पर मानसिक स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराना और मानसिक अस्पतालों में मरीजों की संख्या में कमी लाना;
- मानसिक रोग से जुड़े कलंक को कम करने के लिए सामुदायिक शिक्षा; तथा
- मानसिक रोगों का उपचार उनके परिवार के बीच करना और उनका पुनर्वास।

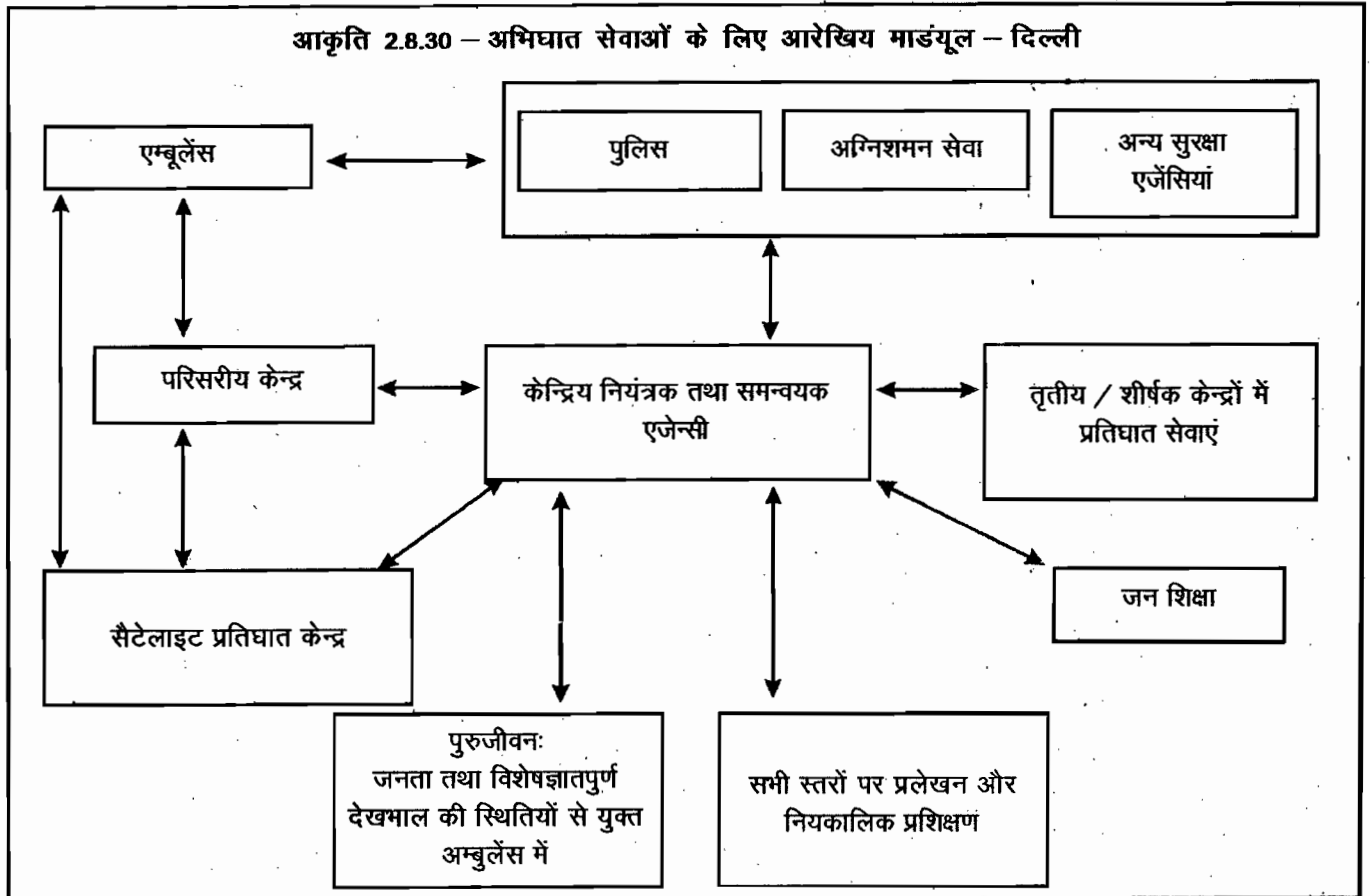
2.8.157 उत्साहपूर्ण परिणामों को देखते हुए नौवीं योजना में 20 राज्यों में 22 जिलों में इस कार्यक्रम का विस्तार कर दिया गया। ऐसा सोचा गया है कि सभी स्वास्थ्य व्यावसायिकों को अनिवार्य मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में विकेंद्रीकृत जिला-आधारित प्रशिक्षण उपलब्ध कराया जाएगा ताकि मनश्चिकित्सीय देखभाल सभी स्वास्थ्य देखभाल सुविधा स्थलों पर उपलब्ध कराई जा सकेगी। समुदाय में मानसिक रोग का शीघ्र पता लगाने, घर में सचल देखभाल उपलब्ध कराने तथा अस्पताल से छुट्टी पाकर आए मामलों में अनुवर्ती देखभाल की स्थिति में सुधार लाने के प्रयास किए गए। एक जिला मानसिक स्वास्थ्य दल को मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के लिए रेफरल समर्थन और पर्यवेक्षण उपलब्ध कराना था। स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वालों द्वारा किए गए कार्य का जो सामान्य परिशुद्ध रिकार्ड रखा जाता था, जिला दल द्वारा उसका अनुश्रवण किया जाता था। इन जिलों में की गई प्रगति का अभी तक मूल्यांकन नहीं किया गया है।

2.8.158 दसवीं योजना के दौरान ऐसी आशा है कि राज्य प्राथमिक और द्वितीयक देखभाल स्तर पर मानसिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की सुलभता में तेजी से सुधार लाएंगे ताकि चरणबद्ध रूप में सभी जिलों को शामिल किया जा सके। जिस जिले में मेडिकल कालेज स्थित हैं, उसमें इन मेडिकल कालेजों के मनश्चिकित्सीय विभाग इस कार्यक्रम के प्रचालन और अनुश्रवण में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाएंगे तथा पहले से चले आ रहे अन्य सम्बद्ध कार्यक्रमों के साथ अभिसरणात्मक सम्बन्ध स्थापित किया जाएगा।

दुर्घटना तथा अभिघात सेवाएं

2.8.159 कृषि और उद्योग में यांत्रिकीकरण की वृद्धि होने के कारण विभिन्न कार्यों में अर्द्ध और कुशल कामगारों की भर्ती तथा वाहनों के यातायात में तेज वृद्धि के फलस्वरूप दुर्घटना और प्रतिघात के कारण होने वाली रुग्णता, मौतों और विकलांगताओं में वृद्धि हुई है। भीड़भाड़, जागरूकता की कमी तथा अनिवार्य सुरक्षा पूर्वोपायों के घटिया निष्पादन के फलस्वरूप दुर्घटनाओं की संख्या में वृद्धि हो रही है। संयोगवश अथवा जानबूझकर जहरीले पदार्थों के प्रयोग के मामलों में भी वृद्धि हुई है।

आकृति 2.8.30 - अभिघात सेवाओं के लिए आरेखिय माड्यूल - दिल्ली



पिछले दो दशकों में हुई प्रौद्योगिकीय उन्नति के कारण दुर्घटनाओं, प्रतिघात और जहर खाने के कारण होने वाली मृत्यु दर, रुग्णता और विकलांगता की मात्रा में उल्लेखनीय कमी लाना संभव हुआ है। आज की स्थिति में, केन्द्र या राज्य कहीं भी कोई सुगठित व्यापक प्रतिघात देखभाल सेवा उपलब्ध नहीं है। इन सेवाओं की सीमित सुलभता के कारण लोग इन उन्नतियों का लाभ नहीं उठा रहे हैं। नौवीं योजना के दौरान अनेक अस्पतालों में दुर्घटना और अभिघात देखभाल की सुविधाएं सुदृढ़ बनाई गई हैं किन्तु इन्हें अभी तक एक

प्रभावी बहु-विषयक्षेत्रीय अभिज्ञात देखभाल प्रणाली के साथ नहीं जोड़ा गया है। दिल्ली के लिए इस तरह का एक अवधारणात्मक माडल (आकृति 2.8.30) तैयार किया गया है जो कि उपलब्ध सुविधाओं का इष्टतम प्रयोग सुनिश्चित करता है और प्रयासों के दोहराव के कारण विरल संसाधनों की बरबादी को रोकता है। इस माडल में निम्न के लिए व्यवस्था है :

- प्रतिघातग्रस्त रोगियों का तत्स्थानी पुनरुज्जीवन;

- प्राथमिक चिकित्सा और अनिवार्य उपकरणों तथा प्रशिक्षित अर्द्ध-चिकित्सीय स्टाफ से युक्त एम्बुलेंस द्वारा निकटतम तृतीयक अस्पताल तक रोगी को ले जाना;
- जनशक्ति, सामग्री, संचार, प्रशिक्षण और अनुसंधान के लिए संस्थानों के बीच और संस्थान के भीतर नेटवर्क निर्णय ।
- अभिघात सम्बन्धी अन्य सम्बद्ध क्रियाकलाप ।

2.8.160 मानव संसाधन विकास और प्रतिघात के मामलों के संबंध में एक व्यापक कम्प्यूटरीकृत सूचना प्रणाली के सृजन के लिए संचार नेटवर्क के निर्माण के अलावा शीर्षस्थ केन्द्र का भी प्रयोग किया जाएगा ।

2.8.161 दसवीं योजना के दौरान प्रतिघात देखभाल के लिए निम्न के माध्यम से प्राथमिक, द्वितीयक तथा तृतीयक देखभाल संस्थानों के सुदृढीकरण की दिशा में प्रयास किए जाएंगे;

- चिकित्सीय और अर्द्ध-चिकित्सीय कार्मिकों का उपयुक्त प्रशिक्षण;
- रोगियों को ले जाने के लिए सुविधाओं की व्यवस्था;
- मौजूदा आपातकालीन और आकस्मिक सेवाओं का उपयुक्त सुदृढीकरण; तथा
- रेफरल सम्बन्धों में सुधार लाना ।

पर्यावरण और स्वास्थ्य

2.8.162 पर्यावरण मानवीय स्वास्थ्य को कई प्रकार से प्रभावित कर सकता है । आयोडीन न्यूनता विकार का कारण मृदा और खाद्य पदार्थों में आयोडीन की कमी होना है । पानी में फ्लोराइड की अधिक मात्रा फ्लूओरोसिस उत्पन्न करती है । पर्यावरणात्मक क्षति के कारण वायु, भूमि और जल प्रभावित हो सकते हैं । खाद्य श्रृंखला में और इस प्रकार मानव के शरीर में प्रदूषकों का प्रवेश हो सकता है । तेजी से बढ़ती हुई जनसंख्या, शहरीकरण, बदलते हुए कृषि, औद्योगिक और जल संसाधन प्रबन्ध, कीटनाशकों और फासिल ईंधनों के अधिक प्रयोग के फलस्वरूप पर्यावरण के स्तर में अत्यधिक गिरावट आई है और इस सबका स्वास्थ्य पर प्रतिकूल असर पड़ा है । पर्यावरणात्मक स्वास्थ्य के अन्तर्गत निम्न बातों की ओर ध्यान देना होगा :

- पर्यावरण में कतिपय तत्वों की मौजूदा कमी अथवा अधिकता की रोकथाम, अभिज्ञान और देखभाल प्रबन्ध;

- वायु, भूमि, जल और खाद्य का बृहत पर्यावरणात्मक संदूषण; तथा
- आपदा प्रबंधन ।

2.8.163 अभी तक पर्यावरणिक स्वास्थ्य का मुख्य बल शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में घटिया पर्यावरणात्मक सफाई के कारण संचारी रोग भार और उससे निपटने के तरीकों पर रहा है। दसवीं योजना में इन प्रयासों में वृद्धि की जाएगी और निम्न बातों पर बल दिया जाएगा ;

- ठोस अपशिष्ट और अपशिष्ट जल के सुरक्षित, स्वच्छ निपटान के लिए लागत-प्रभावी और पर्यावरण-अनुकूल प्रौद्योगिकियां स्थापित करना;
- विशेष रूप से शहरी मलिन बस्तियों में और दूरस्थ ग्रामीण इलाकों में पेयजल की सुलभता में सुधार लाना;
- पर्यावरणात्मक क्षति के स्वास्थ्य परिणामों की रोकथाम और देखभाल ।

2.8.164 कृषि उद्योग, शहरी और ग्रामीण विकास जैसे किसी भी क्षेत्र में बड़े विकासात्मक क्रियाकलापों के फलस्वरूप ऐसे पार्यावरणिक बदलाव आ सकते हैं जिनके प्रतिकूल स्वास्थ्य प्रभाव पड़ सकते हैं । दसवीं योजना में नौवीं योजना की इन सिफारिशों की पूरी तरह कार्यरूप देने के प्रयास किए जाएंगे कि :

- स्वास्थ्य प्रभाव मूल्यांकन को सभी विशाल विकासात्मक परियोजनाओं के पार्यावरणिक प्रभाव, मूल्यांकन का एक अंग बनाया जाए ।
- इन परियोजनाओं से जुड़े लोगों की देखभाल और परियोजना के इर्द-गिर्द रहने वाले लोगों के स्वास्थ्य परिणामों की देखभाल का खर्च परियोजना के बजट में से किया जाना चाहिए ।

2.8.165 विशेष रूप से लघु और असंगठित क्षेत्रों में उद्योग का त्वरित विकास आर्थिक उन्नति के लिए महत्वपूर्ण है, लेकिन उपयुक्त प्रौद्योगिकी और पार्यावरणिक सुरक्षोपायों के अभाव में ये सब वायु, जल, भूमि और ध्वनि प्रदूषण के प्रमुख स्रोत बन जाते हैं । पर्यावरण और वन मंत्रालय के अधीन केन्द्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड (सीपीसीबी) सभी बड़े शहरों में प्रदूषण के स्तरों का नियमित अनुश्रवण करता है और उपयुक्त उपचारात्मक कार्रवाइयां करता है । भारतवर्ष में शहरी और ग्रामीण निर्धन वर्ग द्वारा असंसाधित बायो-मास ईंधनों के कारण घर के भीतर प्रदूषण की समस्या बनी रहती है जिसे खाना

पकाने के लिए उपयुक्त ईंधन उपलब्ध करा कर कम किया जाना है। ध्वनि प्रदूषण बढ़ती हुई चिन्ता का एक अन्य कारण है। नौवीं योजना के दौरान जैव-चिकित्सीय अपशिष्ट प्रबन्ध और व्यवहार नियमावली (1998) तथा नगर अपशिष्ट प्रबन्ध और व्यवहार नियमावली (2000) अधिसूचित की गई। शहरी विकास मंत्रालय द्वारा मई, 2000 में नगर ठोस अपशिष्ट प्रबन्ध पर एक नियम पुस्तिका प्रकाशित की गई। सार्वजनिक स्थलों पर ध्वनि प्रदूषण को नियंत्रित रखने के लिए सीपीसीबी ने एक व्यवहार संहिता तैयार की है। वायु प्रदूषण, भूमि, जल और साथ ही नदी के जल के प्रदूषण को कम करने के लिए भी उपाय शुरू किए गए हैं।

2.8.166 दसवीं योजना के दौरान निम्नलिखित बातों को प्राथमिकता दी जाएगी :

- बृहत पार्यावरणिक प्रदूषण के अभिज्ञान और उपशमन का अनुश्रवण;
- मौजूदा क्षेत्र विशिष्ट पार्यावरणिक अनुश्रवण डाटा को इन क्षेत्र में रह रहे लोगों के स्वास्थ्य सुधार सम्बन्धी आंकड़ों के साथ जोड़कर पार्यावरणिक प्रदूषण और तत्सम्बन्धी स्वास्थ्य समस्याओं पर एक राष्ट्रीय डाटाबेस निर्मित करना;
- स्वास्थ्य स्तर पर बायोमास ईंधन के प्रभाव के सम्बन्ध में जानपदिकरोग वैज्ञानिक अध्ययन;
- ध्वनि प्रदूषण के स्वास्थ्य सम्बन्धी परिणाम;
- परम्परागत सामग्री से स्वच्छ ईंधन उत्पादित करने के लिए अनुसंधान तथा विकास प्रयास;
- जल प्रदूषण के कारण जलीय पारि-प्रणालियों में बदलावों के अभिज्ञान के लिए अभिकल्पित दीर्घकालीन जैव अनुश्रवण के लिए बायोमार्करों का विकास।

व्यावसायिक स्वास्थ्य

2.8.167 कृषि और औद्योगिक विकास के लिए एक स्वस्थ श्रमिक बल एक अनिवार्य पूर्वापेक्षा है। पिछले पांच दशकों के दौरान कामगारों को ईएसआईएस जैसी स्कीमों औद्योगिक शहरों में स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की स्थापना और मौजूदा सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के माध्यम से कामगारों और उनके परिवारों के लिए स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के प्रयास किए गए हैं। तथापि, कवरेज और देखभाल का स्तर - दोनों की स्थिति संतोषपूर्ण नहीं है। कार्यस्थल पर पहले

से चले आ रहे पार्यावरणिक अनुश्रवण से मौजूदा आंकड़ों को कामगारों के स्वास्थ्य स्तर के साथ जोड़ने और उपयुक्त हस्तक्षेपणीय उपाय शुरू करने की दिशा में कोई प्रयास नहीं किया गया है। कृषि और असंगठित क्षेत्रों के कामगारों को विशिष्ट स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों में शामिल नहीं किया गया है। यांत्रिकीकरण का अधिकाधिक प्रयोग, घटिया प्रशिक्षणप्राप्त कामगारों की भर्ती, जो कि उन मशीनों को चलाते हैं जिनके बारे में उन्हें जानकारी नहीं होती, ऐसे व्यक्तियों द्वारा कीटनाशकों और पीड़कनाशियों और रसायनों का प्रयोग जिन्हें इनके प्रयोग से सम्बन्धित पूर्वोपायों की जानकारी नहीं होती, के फलस्वरूप इन क्षेत्रों के कामगारों के लिए स्वास्थ्य जोखिमों में वृद्धि हुई है। नौवीं योजना में यह सिफारिश की गई थी :

- उद्योग और कृषि में कार्य वातावरण की सुरक्षा और कामगारों के स्वास्थ्य स्तर का सतत अनुश्रवण;
- दुर्बल समूहों, जैसेकि महिलाओं और बच्चों की स्वास्थ्य समस्याओं की ओर विशेष ध्यान देना और ऐसा करते समय निवारण, शीघ्र अभिज्ञान और तुरन्त उपचार पर बल देना।

2.8.168 नौवीं योजना के दौरान अधिक प्रगति नहीं हुई। दसवीं योजना में निम्नलिखित बातों पर ध्यान केन्द्रित किया जाएगा ;

- संगठित, असंगठित और कृषिक क्षेत्रों में कार्य वातावरण के लिए मानदण्डों की स्थापना;
- सूक्ष्म-पार्यावरणिक प्रदूषण की पहचान और उसके शुद्धिकरण के लिए कार्य वातावरण का अनुश्रवण;
- कामगारों के स्वास्थ्य स्तर का अनुश्रवण;
- व्यावसायिक स्वास्थ्य समस्याओं सहित कामगारों की स्वास्थ्य समस्याओं की रोकथाम, शीघ्र अभिज्ञान और प्रभावी देखभाल के प्रति लक्षित हस्तक्षेपणीय उपाय, जिनमें महिलाओं और बच्चों की स्वास्थ्य समस्याओं की ओर विशेष ध्यान दिया गया हो।

औषधियां - उत्पादन, गुणवत्ता और आपूर्ति

2.8.169 केन्द्र और राज्यों में स्वास्थ्य बजट का लगभग एक तिहाई हिस्सा सभी सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं में मुफ्त दवाएं उपलब्ध कराने पर खर्च हो जाता है। तथापि, ऐसे अनेक संस्थानों में उत्तम स्तर की दवाओं का समुचित भण्डार उपलब्ध

नहीं होता है और उपचार से मिलने वाला स्वास्थ्य लाभ अपेक्षित स्तर का नहीं है। इस स्थिति के लिए जिम्मेदार कुछेक कारणों में निम्न शामिल हैं :

- एकसमान अनिवार्य औषधि सूची की कमी;
- असंतोषपूर्ण गुणवत्ता नियंत्रण;
- औषधियों की प्राप्ति और आपूर्ति से जुड़ी समस्याएं;
- सामान्य रोगों के लिए उपचार प्रोटोकॉलों का अभाव जिनके फलस्वरूप दवाओं के अनावश्यक और अव्यावहारिक नुस्खे देखने में आते हैं; तथा
- जानकारी और परामर्श की कमी के कारण निर्दिष्ट पथ्यापथ्य नियम का असंतोषपूर्ण अनुपालन।

2.8.170 नौवीं योजना के दौरान कई राज्य सरकारों (जैसेकि तमिलनाडु, दिल्ली और उड़ीसा) ने निम्न घटकों सहित एक अनिवार्य औषधि कार्यक्रम शुरू किया है :

- एक औषधि नीति का विकास;
- अनिवार्य औषधि सूची तैयार करना;
- गुणवत्ता नियंत्रण और अनुश्रवण प्रणाली स्थापित करना;
- संचित प्राप्ति प्रणाली और औषधि आपूर्ति के संभार तंत्र में सुधार;
- सुरक्षित और प्रभावी औषधियों की उपलब्धता में सुधार;
- मानक उपचारात्मक मार्गदर्शी सिद्धांत तैयार करना और सूचना का प्रसार; तथा
- रोगियों को उपचार के सम्बन्ध में जानकारी प्रदान करना ताकि अनुपालन में सुधार हो सके।

2.8.171 औषधियों के प्रयोग, जिसमें औषधियों की प्रतिकूल प्रतिक्रिया शामिल है, के सभी पक्षों से सम्बन्धित अनुसंधान और अनुश्रवण के प्रयास किए गए।

2.8.172 दसवीं योजना के दौरान निम्न दिशाओं में प्रयास किए जाएंगे:

- सभी राज्यों को विस्तारित और सुदृढीकृत अनिवार्य औषधि कार्यक्रम में शामिल करना ;
- औषधियों की प्राप्ति और आपूर्ति के लिए आन-लाइन माल सूची कम्प्यूटर नियंत्रण कार्यक्रम अपनाना; तथा

- औषधियों की लागत, गुणवत्ता, उपलब्धता और प्रयोग के अनुश्रवण के लिए एक प्रणाली स्थापित करना।

2.8.173 भारतवर्ष में सरकारी और निजी क्षेत्र-दोनों की प्रयोगशालाओं में तकनीकी दृष्टि से कुशल जनशक्ति और अनुसंधान-आधारित तंत्र का व्यापक भण्डार उपलब्ध है। भारतीय फार्मास्युटिकल उद्योग कम लागत पर बहुविध औषधियों के निर्माण के लिए रासायनिक प्रक्रियाएं विकसित करने और उनका वाणिज्यीकरण करने में सक्षम है। तथापि, वित्तीय समस्याओं और क्षमताओं के छितरे होने के कारण कुछेक बड़ी मात्रा में उत्पादित की जाने वाली औषधियां महंगी पड़ती हैं। इस कारण भारतीय उद्योग घरेलू और अन्तर्राष्ट्रीय - दोनों बाजारों में अपनी पूरी क्षमता का उपयोग नहीं कर सका है। लगभग 20,000 उत्पादन इकाइयों की मौजूदगी और घटिया गुणवत्ता नियंत्रण के फलस्वरूप बाजार में नकली और घटिया दर्जे की दवाएं पहुंच रही हैं। संशोधित राष्ट्रीय औषधि नीति 2001 में स्थिति की समीक्षा की गई थी और उपचारी उपाय सुझाए गए थे। फार्मास्युटिकल क्षेत्रक में विदेशी प्रत्यक्ष निवेश की सीमा 51 प्रतिशत से बढ़ाकर 74 प्रतिशत कर दी गई थी। कई उत्पाद, जिनका उत्पादन केवल सरकारी क्षेत्र में किया जा सकता था, उनका अनारक्षण कर दिया गया। पुनर्योगज डीएनए प्रौद्योगिकी के प्रयोग द्वारा बड़े पैमाने पर उत्पादित की जाने वाली औषधियों और जिन बल्क औषधियों के लिए न्यूक्लीक अम्लों सक्रिय प्रिंसीपलों के रूप में इन-विवो प्रयोग आवश्यक होता है, को छोड़कर सभी बल्क औषधियों की औद्योगिक लाइसेंस प्रणाली समाप्त कर दी गई है।

2.8.174 भारत के औषधि महानियंत्रक के अधीन केन्द्रीय औषधि मानक नियंत्रण संगठन (सीडीएससीओ), औषधियों की सुरक्षा, प्रभाविता और गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए जिम्मेदार है। औषधि और प्रसाधन अधिनियम (1940) के अधीन प्रावधानों में उत्तम उत्पादन परिपाटियों का प्रावधान है। दसवीं योजना के दौरान सुरक्षा, प्रभावोत्पाकता और गुणवत्ता से सम्बन्धित विनियामक अपेक्षाएं निम्न द्वारा प्रभावी रूप से कार्यान्वित की जाएंगी ;

- केन्द्र और राज्यों में औषधि नियंत्रण तंत्र का सुदृढीकरण;
- गुणवत्ता आश्वासन प्रणालियों का सुदृढीकरण;
- फार्मास्युटिकल गृहों के लिए उत्तम विनिर्माण परिपाटयों (जीएमपी) अनिवार्य बनाना; तथा

- औषधियों के आयात के लिए कठोर गुणवत्ता विनियामक प्रक्रियाएं लागू करना ।

2.8.175 विपणनोपरान्त निगरानी, राष्ट्रीय स्तर पर एक स्वपोषी और व्यवहार्य प्रतिकूल औषधि प्रतिक्रिया (एडीआर) अनुश्रवण तथा प्रतिक्रिया विकसित करने की ओर समुचित ध्यान दिया जाएगा ।

2.8.176 सम्प्रति, भारतीय उद्योग बिक्री का लगभग 5 प्रतिशत हिस्सा अनुसंधान और विकास पर खर्च कर रहा है। इन निवेशों में वृद्धि की जानी होगी जिससे कि भारतीय फार्मास्युटिकल उद्योग अपनी पूरी क्षमता प्राप्त कर सके । औषधियों के प्रति उभरते प्रतिरोध, नए गर्भनिरोधकों और टीकों के विकास जैसी जन स्वास्थ्य समस्याओं के उपचार के निमित्त औषधियों के विकास के लिए सरकारी क्षेत्र द्वारा वित्तपोषित अनुसंधान में सुधार के लिए समानान्तर प्रयास भी जरूरी हैं । ऐसी संभावना है कि इन क्षेत्रों में निजी क्षेत्रक अपेक्षित निवेश करने का इच्छुक नहीं होगा क्योंकि इनमें लाभ की मात्रा बहुत कम होती है ।

सूचना, शिक्षा, संचार और अभिप्रेरण (आई ई सी तथा एम)

2.8.177 स्वास्थ्य को बढ़ावा देने, रोग की रोकथाम करने के लक्षित कार्यक्रमों में सक्रिय रूप से भाग लेते हुए, समुचित स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं का लाभ उठाते हुए एक जागरूक और सुविज्ञ जनता देश की स्वास्थ्य स्थिति में सुधार के लिए एक अनिवार्य पूर्वपेक्षा है । स्वास्थ्य शिक्षा जो कि इस लक्ष्य की पूर्ति का प्रमुख साधन है, उसकी ओर 1950 और 1960 के दशकों में पर्याप्त रूप से ध्यान दिया गया था। रोग नियंत्रण के लिए विभिन्न केन्द्र प्रायोजित उर्ध्वाधर कार्यक्रमों, परिवार कल्याण कार्यक्रमों के विकास तथा राज्य-विशिष्ट कार्यक्रमों के निर्माण दिशा में राज्य के प्रयासों के दौरान स्वास्थ्य शिक्षा सम्बन्धी प्रयास खण्डित हो गए । सम्प्रति, स्वास्थ्य शिक्षा सम्बन्धी प्रयास अधिकांशतः परिवार कल्याण सेवाओं और रोग नियंत्रण कार्यक्रमों की बाबत मास मीडिया और स्वास्थ्य कार्मिकों के माध्यम से प्रदान की जा रही सूचना तक सीमित हैं । इन प्रयासों के फलस्वरूप इन कार्यक्रमों का लाभ उठाने वाले लोगों की जागरूकता में सुधार हुआ है । तथापि, जीवनशैलीगत बदलावों और निवारक तथा प्रवर्तक स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों के प्रति जनता को

प्रेरित करने के प्रति लक्षित सक्रिय सहभागितापूर्ण स्वास्थ्य शिक्षा की ओर समुचित ध्यान नहीं दिया गया है । परिवार और समुदाय के स्तर पर इस आशय की उपलब्ध सूचना का तत्काल अभाव, कि विभिन्न स्वास्थ्य समस्याओं के लिए कहां जाना चाहिए और किस के साथ सम्पर्क करना चाहिए - उपयुक्त देखभाल प्राप्त करने के मार्ग में बराबर एक प्रमुख बाधा बनी हुई है ।

2.8.178 दसवीं योजना के दौरान इस आशय के प्रयास किए जाएंगे ;

- स्वास्थ्य प्रोन्नति/स्वास्थ्य शिक्षा सम्बन्धी मौजूदा प्रशिक्षण कार्यक्रमों की समीक्षा करना और उन्हें अधिक प्रासंगिक बनाना;
- विभिन्न उर्ध्वाधर कार्यक्रमों के अधीन विभिन्न स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमों का एकीकरण करना जिससे कि स्वास्थ्य कार्मिक देखभाल के प्रत्येक स्तर पर जनता को व्यापक आईसी सुलभ कराएं;
- स्वास्थ्य प्रोन्नति/शिक्षा तथा आईसी तथा एम में पीआरआई और एनजीओ को सहयोजित करना;
- समुदाय के अनौपचारिक नेताओं का सहयोजन सुनिश्चित करना ताकि स्वास्थ्य प्रोन्नति/शिक्षा/आईसी तथा एम को एक जन आन्दोलन बनाया जा सके; और

जन स्वास्थ्य

2.8.179 स्वतंत्रता-पूर्व युग में भारत की स्वास्थ्य सेवाओं के दो सुस्पष्ट घटक थे :

- जन स्वास्थ्य सेवाएं, जिनकी देखरेख अधिकांशतः गैर-स्वास्थ्य व्यावसायिक करते थे जोकि स्वास्थ्य जोखिमों की रोकथाम करने, पार्यावारिक सफाई में सुधार लाने, जल के स्तर का अनुश्रवण करने और खाद्य तथा औषधियों में मिलावट की रोकथाम के प्रति लक्षित हस्तक्षेपणीय उपायों को कार्यान्वित करते थे; तथा
- स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं जिनकी देखरेख स्वास्थ्य व्यावसायिक और अर्द्ध-व्यावसायिक लोग करते थे और जो कि व्यक्तियों को प्रवर्तक, निवारक, उपचारात्मक और पुनर्वास संबंधी देखभाल प्रदान करते थे ।

2.8.180 स्वतंत्रता के बाद की अवधि में नागरिक सेवा, आधारिक तंत्र और पर्यावरण से सम्बन्धित काम, शहरी और ग्रामीण विकास, पर्यावरण तथा वन से सम्बन्धित अन्य विभागों को अन्तर्गत कर दिया गया। चिकित्सीय देखभाल की व्यवस्था में भी बदलाव आ गया। सामुदायिक चिकित्सा और जन स्वास्थ्य के विशेषज्ञों ने प्रमुख जन स्वास्थ्य समस्याओं के लिए बहिरंग सेवाओं के माध्यम से उन्नायक और निवारक देखभाल प्रदान करने की ओर ध्यान केन्द्रित किया। चिकित्सक, स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों में आने वाले व्यक्तियों को संस्थान-आधारित निवारक, प्रवर्तक, उपचारी तथा पुनर्वासात्मक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करते थे।

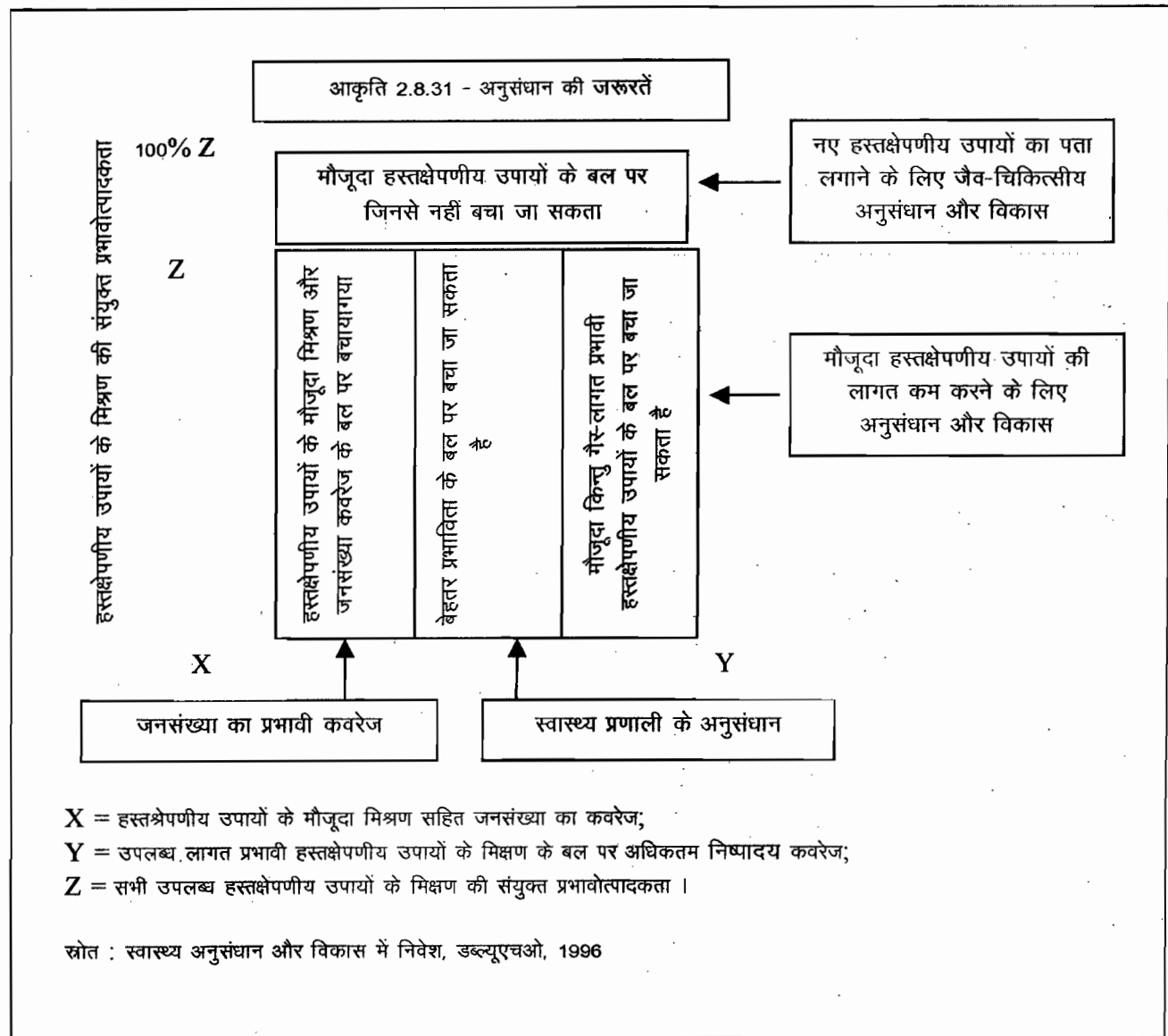
2.8.181 बढ़ते हुए ज्ञान और अनुभव के चलते पहले की इस आशय की धारणा को कि निवारण और उपचारी देखभाल एक ही सिक्के के दो पहलू हैं, जोकि परस्पर एक-दूसरे की पूर्ति करते हैं, उसे व्यापक रूप से स्वीकृति प्राप्त हो गई। इसका परिणाम यह हुआ कि व्यापक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान वाले जन स्वास्थ्य की अवधारणा फिर से उभर आई। इस अवधारणा को शुरू में मातृ और बाल स्वास्थ्य के क्षेत्र में विकसित और कार्यान्वित किया गया लेकिन शीघ्र ही गैर-संचारी रोगों, जैसेकि हृदयरोग से सम्बन्धित नैदानिक विशेषज्ञताओं सहित अन्य विषय क्षेत्रों में भी इसे अपना लिया गया। इसका परिणाम यह हुआ है कि आज के युग में जन स्वास्थ्य प्रणाली को एक ऐसे विषय क्षेत्र के रूप में परिभाषित किया जाता है जिसका उद्देश्य एक ऐसी स्वास्थ्य प्रणाली विकसित करना है जोकि व्यक्ति की स्वास्थ्य स्थिति और देश के स्वास्थ्य संकेतकों में सुधार के लिए वहनीय कीमत पर एकसमान उपयुक्त और समग्र देखभाल प्रदान करेगी।

2.8.182 जन स्वास्थ्य सम्बन्धी नई अवधारणा के बारे में 1999 में चर्चा की गई और रूकलकता घोषणा 1999- ने जन स्वास्थ्य की भूमिका को नए सिरे से परिभाषित किया। इस घोषणा में यह कहा गया था कि क्योंकि दक्षिण-पूर्वी एशिया क्षेत्र के देश मौजूदा स्वास्थ्य चिन्ताओं की अधूरी कार्यसूची के साथ उरती हुई नई और जटिल चुनौतियों के बीच नई शताब्दी में प्रवेश कर रहे हैं, इसलिए नवाचारी समाधानों की आवश्यकता है। जन स्वास्थ्य को समुदाय की स्वास्थ्य मांगों की पूर्ति करनी चाहिए और लोगों के स्वास्थ्य का संरक्षण, सुरक्षा और उन्नयन करना चाहिए। घोषणा में इस बात पर बल दिया गया था कि जनता की स्वास्थ्य सम्बन्धी मांगों की पूर्ति करने के निमित्त स्वास्थ्य देखभाल अभिकल्पित, विकसित और प्रदान करने के लिए एक बहु-विषयक प्रयास के रूप में जन स्वास्थ्य के क्षमता निर्माण किए जाने की आवश्यकता है।

2.8.183 इस व्यापक परिप्रेक्ष्य में जन स्वास्थ्य, साक्ष्य-आधारित स्वास्थ्य नीतियों, कार्यनीतियों और कार्यक्रमों के निर्माण, कार्यान्वयन और अनुश्रवण के साथ जुड़ा हुआ है। ऐसे कार्यक्रमों के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए वह स्वास्थ्य देखभाल को प्रभावित करने वाले प्रमुख मुद्दों की ओर ध्यान देता है जिनमें गुणवत्ता, समानता, नैतिकता, पर्यावरण और वैश्वीकरण शामिल हैं। यह सुनिश्चित करने की दिशा में पूरे प्रयास किए जाने हैं कि नीति-निर्माता, कार्यक्रम प्रबन्धक, स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाले और स्वयं लोग जन स्वास्थ्य की उस व्यापक अवधारणा को आत्मसात कर लें और उसका समर्थन करें तथा जन स्वास्थ्य लक्ष्यों की पूर्ति में योगदान करें।

स्वास्थ्य प्रणाली अनुसंधान और जैव-चिकित्सीय अनुसंधान

2.8.184 भारतवर्ष ने स्वास्थ्य प्रणाली और जैव-चिकित्सीय अनुसंधान में आज से बहुत पहले, अर्थात् 1911 में निवेश किया था जिससे कि जनता के स्वास्थ्य स्तर में सुधार के लिए उपयुक्त नीतियां, कार्यनीतियां और कार्यक्रम, अनुसंधान अध्ययनों से प्राप्त आंकड़ों के आधार पर तैयार किए जा सकें। जैव-चिकित्सीय और स्वास्थ्य प्रणाली अनुसंधान का काम अनुसंधान संस्थानों, विश्वविद्यालयों, मोडेकल कालेजों और स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने वालों द्वारा किया जा रहा है। सम्प्रति, जैव-चिकित्सीय अनुसंधान का वित्तपोषण अनेक एजेन्सियों द्वारा किया जा रहा है जिनमें आईसीएमआर, जैव-प्रौद्योगिकी विभाग, विज्ञान और प्रौद्योगिकी विभाग, वैज्ञानिक तथा औद्योगिक अनुसंधान परिषद् (सीएसआईआर) तथा सम्बन्धित मंत्रालय शामिल हैं। प्रमुख स्वास्थ्य समस्याओं के लिए प्रासंगिक मूल्य, निदानात्मक और कार्यचालनात्मक अनुसंधान अध्ययन इन कार्यक्रमों का केन्द्र बिन्दु रहे हैं। इसके अलावा, निजी क्षेत्रक, अनुसंधान में विशेष रूप में फार्मास्युटिकल क्षेत्रक में, निवेश कर रहा है। राष्ट्रीय अनुसंधान प्रयासों से देश में विभिन्न स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों को एक आधार प्राप्त हुआ है और उन्हें विश्व में मान्यता प्राप्त हुई है। आईसीएमआर अध्ययनों के फलस्वरूप प्रमुख कार्यक्रमों, जैसेकि डिम्बवाहिनी बन्धीकरण, चिकित्सीय गर्भपात और सहायता प्राप्त पुनः उत्पादन के कार्यान्वयन के लिए उपयुक्त मार्गदर्शी सिद्धांत तैयार हुए हैं। एचआईवी संक्रमण, कैंसर, अल्पपोषण और अंधता के बारे में आईसीएमआर सर्वेक्षणों से प्राप्त आंकड़ों से इन रोगों के बारे में राष्ट्रीय कार्यक्रम तैयार करने और उनके प्रभाव का अनुश्रवण करने के लिए डाटाबेस उपलब्ध हुआ है।



आईसीएमआर के अनुसंधान और विकास प्रयासों के आधार पर तैयार किए गए राष्ट्रीय कार्यक्रम

- क्षय रोग के लिए आवासीय इलाज,
- क्षय रोग के लिए लघु अवधि का रसायन उपचार,
- कुष्ठ रोग के लिए बहु-औषधि उपचार,
- अतिसार सम्बन्धी रोगों के उपचार के लिए मुखीय पुनर्जलीकरण उपचार,
- विटामिन ए की कमी के कारण होने वाली अंधता की रोकथाम के लिए कार्यक्रम,
- प्रसव-पूर्व देखभाल के लिए कार्यक्रम,
- गर्भावस्था में अरक्तता की देखभाल

2.8.185 भारतवर्ष में अधिकांश रुग्णता और मृत्यु दर ऐसे रोगों के कारण है जिनके सम्बन्ध में सामान्य, सस्ते और प्रभावी निवारक उपाय और समय पर खरे उतरे लागत-प्रभावी उपचारी हस्तक्षेपणीय उपाय उपलब्ध हैं । फलतः, सेवा आपूर्ति और कवरेज में सुधार लाने के लिए स्वास्थ्य प्रणाली अनुसंधान और साथ ही प्रौद्योगिकीय उन्नतियों की सुलभता में सुधार लाने के लक्ष्य पर लक्षित कार्यचालनात्मक अनुसंधान को प्राथमिकता दी गई । जिस मूल और नैदानिक अनुसंधान के फलस्वरूप रोगों, विशेष रूप से ऐसी प्रमुख स्वास्थ्य समस्याओं, जिनके लिए फिलहाल कोई प्रभावी उपचार नहीं हैं, के निवारण, निदान और देखभाल के लिए उत्पादों, औषधियों, टीकों का विकास होता है, उसे प्रोत्साहित किया जाता है (आकृति-2.8.31) ।

2.8.186 नौवीं योजना में अनुसंधान प्रयासों के अन्तर्गत प्रमुख बल स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता, कवरेज और प्रभाविता में सुधार के लिए मूल, अनप्रयुक्त और कार्यचालनात्मक अनुसंधान पर ध्यान दिया गया। अनुसंधान के ध्यातव्य क्षेत्रों में ये शामिल थे : संचारी रोग, महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य और पौषणिक स्तर में सुधार तथा गर्भनिरोधकों की स्वीकृति में उनकी सतत् प्रयोग दरों में सुधार। संचारी रोगों के मामले में अनुसंधान के अन्तर्गत स्वदेशी प्रतिरक्षा रोग निदान, रोगाणुओं के बीच उभरते हुए औषधि प्रतिरोध से निपटने के लिए बेहतर औषधि विधान, बढ़ते कीटनाशक प्रतिरोध से निपटने के लिए रोगवाहक नियंत्रण के सम्बन्ध में वैकल्पिक कार्यनीतियां और संवर्धित सामुदायिक सहभागिता के माध्यम से नवाचारी रोग नियंत्रण कार्यनीतियों के परीक्षण की ओर ध्यान केंद्रित किया जाएगा। भोपाल गैस त्रासदी (1984) के स्वास्थ्य परिणामों का और प्रभावित जनता की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए आवश्यक आधारीक तंत्र की आयोजना के लिए एक डाटाबेस उपलब्ध कराने से सम्बन्धित अध्ययन जारी हैं। गैर-संचारी रोगों से सम्बन्धित प्रमुख अनुसंधान क्षेत्रों में ये शामिल हैं : महिलाओं में ग्रीवा कैंसर और स्त्री-पुरुष - दोनों के मुखीय कैंसर की शीघ्र पहचान, तम्बाकू-विरोधी शिक्षा, उच्च रक्तचाप और हृदयवाहिका रोगों के कारण बढ़ती हुई रुग्णता कम करने के लिए जीवनशैली परिवर्तनों तथा संवर्धित कार्यों से सम्बन्धित स्वास्थ्य समस्याओं का प्रलेखन। पोषण अनुसंधान के कुछेक प्रमुख क्षेत्र इस प्रकार हैं - स्कूलों में पहले से चले आ रहे मध्याह्न भोजन कार्यक्रम का मूल्यांकन, शहरी और ग्रामीण जनसंख्या में पिछले दो वर्षों में आहार ग्रहण और पौषणिक स्तर में बदलावों का मूल्यांकन, खाद्य संदूषकों और उपमिश्रकों के साथ प्रभावों की जांच।

2.8.187 दसवीं योजना के दौरान जनता के स्वास्थ्य और पोषण स्तर पर समाजार्थिक, जनांकिकीय और जानपदिकरोग वैज्ञानिक अन्तरण के स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रभावी आंकड़े सृजित करने के प्रयास जारी रखे जाएंगे। स्वास्थ्य प्रणाली सम्बन्धी जो अनुसंधान मौजूदा तत्वों को स्वास्थ्य समस्याओं के अभिज्ञान और प्रबन्ध के लिए प्रभावी, कम खर्चीली प्रौद्योगिकी का प्रयोग करते हुए समुचित स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने और एकसमान, किफायती तथा प्रभावी सेवा आपूर्ति सुनिश्चित करने के योग्य बना सकेगा, उसे प्राथमिकता दी जाएगी। आधुनिक चिकित्सा प्रणाली और आईएसएम तथा एच - दोनों में नैदानिक और प्रचालनात्मक अनुसंधान जारी रखा जाएगा। संचारी, गैर-संचारी रोगों, पोषण और परिवार कल्याण में

अनुसंधान के प्रमुख ध्यातव्य क्षेत्रों का उल्लेख संगत खण्डों में कर दिया गया है। अन्य महत्त्वपूर्ण क्षेत्रों में ये शामिल हैं : नव औषधि विकास, सुधरी औषधि आपूर्ति प्रणाली, और रोगों के निदान और देखभाल के लिए जिनोमिक्स में उभरती प्रौद्योगिकियों का लाभ उठाना। रोगजनक रोगाणुओं, उग्र, रोगजनक उपभेदों, प्रति-सूक्ष्मजीवी के भण्डारण, व्यवहार उत्पादन की अंतःपात्र और अंतर्जीव जांच को सुकर बनाने के लिए चुनिन्दा प्रयोगशालाओं में उपयुक्त जैव-सुरक्षा नियंत्रण सुविधाएं स्थापित की जानी होंगी। अंतःएजेन्सी सहयोग से उपलब्ध संस्थानों का इष्टतम प्रयोग सुनिश्चित होगा और प्रयासों के अनावश्यक दोहराव से मुक्ति मिलेगी।

स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण

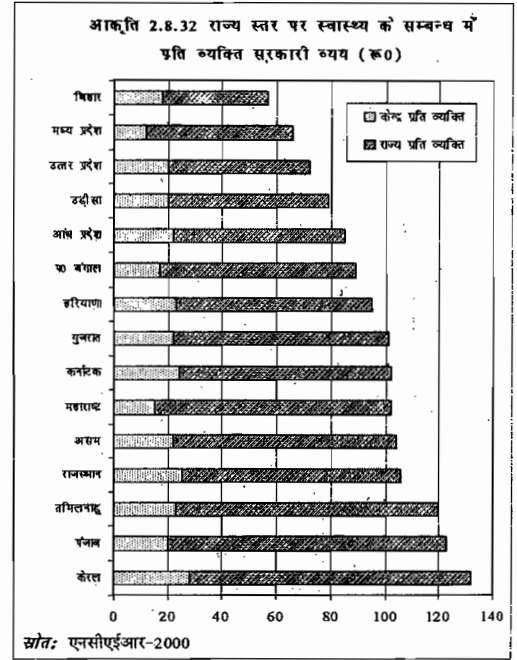
2.8.188 स्वतंत्रता प्राप्ति के समय से स्वास्थ्य देखभाल को एक अनिवार्य सामाजिक क्षेत्रक निवेश के रूप में स्वीकार किया गया है। यही कारण है कि शुरू में ऐसा सोचा गया था कि सरकारी संस्थानों में स्वास्थ्य सेवाएं सभी को निःशुल्क प्रदान की जाएंगी। 1990 के दशक में यह स्वीकार किया गया कि लोगों की बढ़ती हुई जागरूकता और एजेन्सियों तथा स्वास्थ्य देखभाल की बढ़ती हुई लागत को देखते हुए इस नीति को जारी नहीं रखा जा सकता। नौवीं योजना में ऐसी परिकल्पना की गई कि अनिवार्य प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, आपात्कालीन जीवनरक्षक सेवाएं, रोग नियंत्रण और परिवार कल्याण कार्यक्रमों के अधीन सेवाओं जैसी प्रमुख जन स्वास्थ्य प्राथमिकताएं सभी को निःशुल्क रूप से प्रदान की जाएंगी। नौवीं योजना में इस बात की हिमायत की गई कि केन्द्र और राज्य सरकारों को अन्य सेवाओं तथा अस्पताल में उपचार के लिए निर्धनता की रेखा से ऊपर के लोगों पर उपभोक्ता प्रभार लगाने के लिए उपयुक्त मानदण्ड तैयार करने चाहिए तथा निधियों के संग्रह और प्रयोग के लिए तंत्र निर्मित करना चाहिए। योजना आयोग ने एक जिला अस्पताल में, जहां निर्धनता की रेखा से ऊपर की जनसंख्या के विभिन्न समूह स्वास्थ्य देखभाल के लिए भुगतान करते हैं, और अस्पताल परस्पर-सहायता प्रणाली के माध्यम से निर्धनता की रेखा से नीचे (निम्नतम 20 प्रतिशत) की देखभाल का खर्च वहन करते हैं, एक प्रायोगिक माडल के लिए केरल सरकार को अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता प्रदान की।

2.8.189 स्वास्थ्य देखभाल पर सरकारी क्षेत्र, निजी व्यक्ति और समूचा देश कितना खर्च कर रहा है और जनसंख्या का कौन सा खण्ड इससे लाभान्वित हो रहा है - यह एक ऐसा

मुद्दा है जिस पर पिछले दशक के दौरान व्यापक चर्चा हुई है। क्योंकि कोई राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखांकन प्रणाली मौजूद नहीं है, इसलिए स्वास्थ्य के सम्बन्ध में कुल सरकारी खर्च और व्यक्तियों की जो श्रेणियां इस खर्च से लाभान्वित होती हैं, उनके बारे में कोई सूचना उपलब्ध नहीं है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुमान के अनुसार भारतवर्ष स्वास्थ्य पर सम्प्रति, सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) का 4.5 प्रतिशत खर्च कर रहा है जिसमें से 0.9 प्रतिशत सरकारी खर्च है। स्वास्थ्य पर सरकारी खर्च के अर्थों में भारत का स्थान नीचे से तेहरवां (विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट 2000) है। केन्द्रीय सांख्यिकी संगठन (सीएसओ) ने यह सूचना दी कि वर्ष 1998-99 के लिए स्वास्थ्य पर अंतिम सरकारी उपभोग व्यय (जिसमें परिवार कल्याण सम्बन्धी खर्च शामिल नहीं हैं) 10,588 करोड़ रुपए है जोकि जीडीपी का 0.6 प्रतिशत बैठता है। इसी अवधि के लिए 26 राज्यों और अकेले केन्द्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय का योजनागत और योजनेत्तर व्यय 16,771 करोड़ रुपए अथवा जीडीपी का 0.95 प्रतिशत बैठता है। रेलवे, सुरक्षा और डाकतार विभाग ने स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र का निर्माण किया है और वे अपने कर्मचारियों तथा उनके परिवारों की स्वास्थ्य देखभाल पर काफी बड़ी रकम खर्च करते हैं। ईएसआईएस और पीएसयू स्वास्थ्य देखभाल पर सरकारी निधियों की काफी बड़ी रकम खर्च करते हैं। स्वास्थ्य के सम्बन्ध में पीरआरआई तथा अन्य स्थानीय निकायों के खर्च को कभी भी स्वास्थ्य व्यय के रूप में हिसाब में नहीं जोड़ा जाता और न स्वास्थ्य सम्बन्धी सरकारी खर्च की गणना करते समय केन्द्र, राज्य तथा पीएसयू के विभिन्न विभागों द्वारा स्वास्थ्य देखभाल खर्च की प्रतिपूर्ति को ध्यान में रखा जाता है। यह आवश्यक है कि एक ऐसी राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखांकन प्रणाली स्थापित की जाए जोकि स्वास्थ्य के सम्बन्ध में कुल सरकारी खर्च को परिलक्षित करती हो। ऐसा करने से स्वास्थ्य क्षेत्रक में मौजूदा सरकारी निवेश का इष्टतम प्रयोग सुनिश्चित करने के लिए और साथ ही जन स्वास्थ्य मांगों की पूर्ति करने के निमित्त भावी निवेशों के लिए रूपात्मक विधियों के सम्बन्ध में नियतकालिक पुनरीक्षा और उपयुक्त नीतिगत निर्णय लिए जा सकेंगे।

2.8.190 भारत के आकार और इस बात को ध्यान में रखते हुए कि स्वास्थ्य एक राज्य विषय है, खर्च के तरीकों में अन्तर-राज्य भिन्नताओं का अध्ययन करना महत्त्वपूर्ण है। जबकि केन्द्रीय सरकार राज्यों को केन्द्रीय-प्रायोजित योजनाओं के अधीन एकसमान मानदण्डों के आधार पर निधियां प्रदान करती है, राज्यों में प्रतिव्यक्ति व्यय रोगों की व्याप्ति और आबंटित

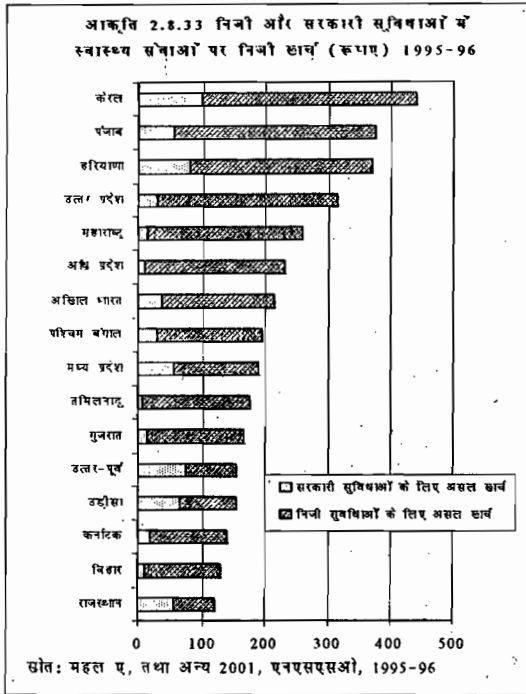
निधियों के प्रयोग के आधार पर अलग-अलग होता है। यदि इन बातों को ध्यान में रखा जाए तो राज्यों के बीच केन्द्र के खर्च में खास भिन्नता नहीं दिखेगी (आकृति 2.8.32)।



2.8.191 राज्यों द्वारा स्वास्थ्य के बारे में प्रति व्यक्ति व्यय को लेकर व्यापक भिन्नताएं हैं। इस सम्बन्ध में एक छोर पर तो बिहार, मध्यप्रदेश, उत्तर प्रदेश और उड़ीसा हैं जहां प्रति व्यक्ति व्यय न्यून है, स्वास्थ्य देखभाल की सुलभता असंतोषपूर्ण है और स्वास्थ्य संकेतक घटिया हैं, दूसरे छोर पर केरल, पंजाब और तमिलनाडु हैं जहां स्वास्थ्य पर अधिक खर्च किया जाता है और स्वास्थ्य के उत्तम संकेतक हैं। तथापि, राजस्थान और असम में अपेक्षतया अधिक खर्च किए जाने के बावजूद स्वास्थ्य संकेतक घटिया स्तर के हैं (आकृति 2.8.32)। हालांकि इस बात में कोई सन्देह नहीं है कि स्वास्थ्य देखभाल और स्वास्थ्य संकेतकों में सुधार लाने के लिए निधियों की आवश्यकता होती है, फिर भी स्वास्थ्य संकेतकों के सुधार की दृष्टि से जागरूकता, सेवाओं का एकसमान वितरण और उपयोग समान रूप से महत्त्वपूर्ण होता है। दो महत्त्वपूर्ण आयामों की दृष्टि से केरल का स्थान ऊंचा है - आय समूहों के बीच एकसमान खर्च और संसाधनों के प्रयोग के लिए कार्यकुशलता।

2.8.192 सभी राज्यों में सरकारी और निजी वित्तपोषित अस्पतालों में स्वास्थ्य देखभाल का खर्च पूरा करने के लिए रोगी सामर्थ्य से अधिक खर्च करते हैं। राज्यों के बीच सरकारी और निजी सुविधाओं के स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं

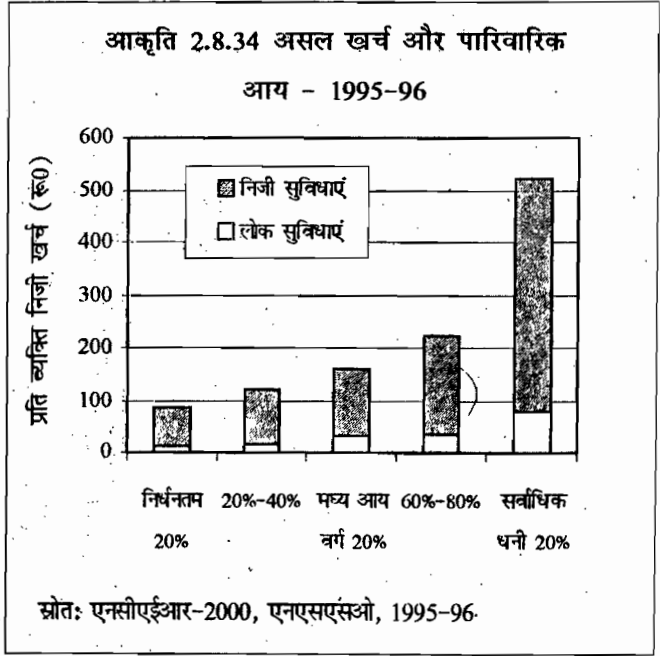
के लिए निजी खर्च को लेकर व्यापक भिन्नताएं हैं। केरल और पंजाब के रोगी बिहार के रोगियों की तुलना में स्वास्थ्य पर लगभग चौगुना खर्च करते हैं। निजी और सरकारी क्षेत्र में उच्च और न्यून व्यय सदैव एक-दूसरे के बराबर नहीं रहता। राजस्थान में निजी और सरकारी अस्पतालों में असल खर्च लगभग एकसमान हैं क्योंकि राज्य उपभोक्ता प्रभार लगाता है और सरकारी अस्पतालों में दाखिल व्यक्तियों को क्रय मूल्य पर औषधियां उपलब्ध कराता है (आकृति 2.8.33)। यह आवश्यक है कि प्रत्येक राज्य मौजूदा स्थिति का विस्तृत विश्लेषण करे, ऐसे महत्वपूर्ण बिन्दुओं की पहचान करे जहां उपयुक्त हस्तक्षेपणीय उपायों से बीपीएल जनसंख्या सहायताप्राप्त सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग करने की स्थिति में हो सके जबकि जनसंख्या के अन्य वर्गों को वहनीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान की जाए।



2.8.194 निजी स्वास्थ्य सेवाओं के लिए भुगतान का सर्वाधिक आम तरीका असल खर्च है। सर्वाधिक निर्धन 20 प्रतिशत लोगों ने स्वास्थ्य देखभाल पर खाने से इतर खर्च का 12 प्रतिशत और सर्वाधिक सम्पन्न व्यक्तियों ने लगभग 14 प्रतिशत खर्च किया (आकृति 2.8.35)।

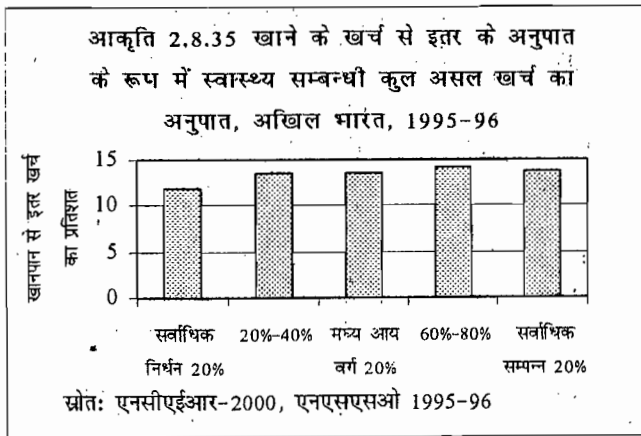
2.8.195 अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति के लोगों का असल खर्च बीपीएल परिवारों की तुलना में उच्चतर है जिसका कारण संभवतः यह है कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की प्राप्ति के सम्बन्ध में उनकी समस्या अधिक ज्यादा है (आकृति

2.8.193 जनसंख्या के निर्धन वर्गों के लिए सरकारी और निजी क्षेत्र की उपचारी सेवाओं की सुलभता सम्पन्न वर्गों की तुलना में न्यून थी। सर्वाधिक निर्धन वर्ग द्वारा सरकारी और निजी - दोनों प्रकार की सुविधाओं पर किया गया असल खर्च सर्वाधिक सम्पन्न जनसंख्या के द्वारा किए गए खर्च का लगभग - पांचवां हिस्सा बैठता है (आकृति 2.8.34) जो इस बात का परिचायक है कि सर्वाधिक सम्पन्न वर्ग सर्वाधिक निर्धन लोगों की तुलना में निजी और सरकारी - दोनों सुविधाओं का इस्तेमाल करता है। इस आशय का प्रश्न कि क्या जनसंख्या के विभिन्न वर्गों द्वारा खर्च की गई राशि के फलस्वरूप उन्हें उपयुक्त देखभाल मिलती है या नहीं, अनुत्तरित रह जाता है क्योंकि देश ने अभी तक विभिन्न स्थितियों में विशिष्ट रोगों के लिए उपयुक्त उपचारी प्रोटोकॉल और देखभाल की लागत तैयार नहीं की है और उसका अनुश्रवण नहीं किया है।

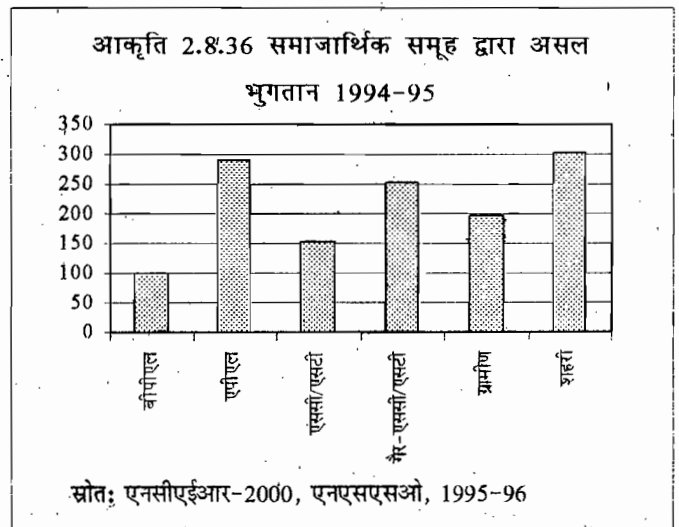


2.8.36)। शहरी लोगों ने ग्रामीण लोगों की तुलना में स्वास्थ्य देखभाल पर अधिक रकम खर्च की जिसका कारण शायद यह है कि उच्च लागत की अथवा उच्च कोटि की देखभाल उनके लिए तत्काल सुलभ रहती है।

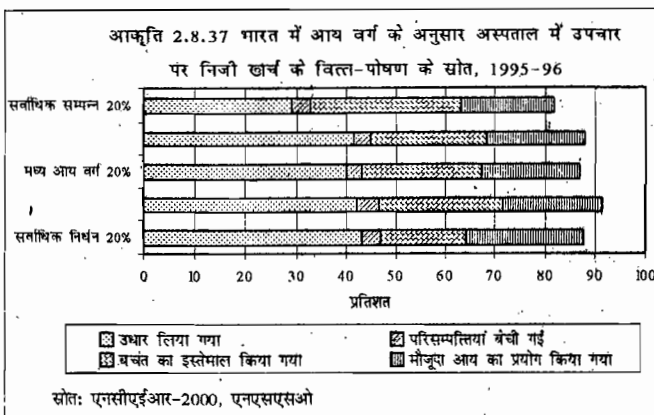
2.8.196 विभिन्न आय-वर्ग जिन तंत्रों के माध्यम से अस्पताल के उपचार के लिए असल खर्च करते हैं, वे आकृति 2.8.37 में दर्शाए गए हैं। प्रमुख रोगों के लिए अस्पताल का उपचार सभी आय-वर्गों में ऋणग्रस्तता का एक कारण है। अधिकाधिक जागरूक होने के कारण लोग स्वास्थ्य देखभाल पर खर्च करने



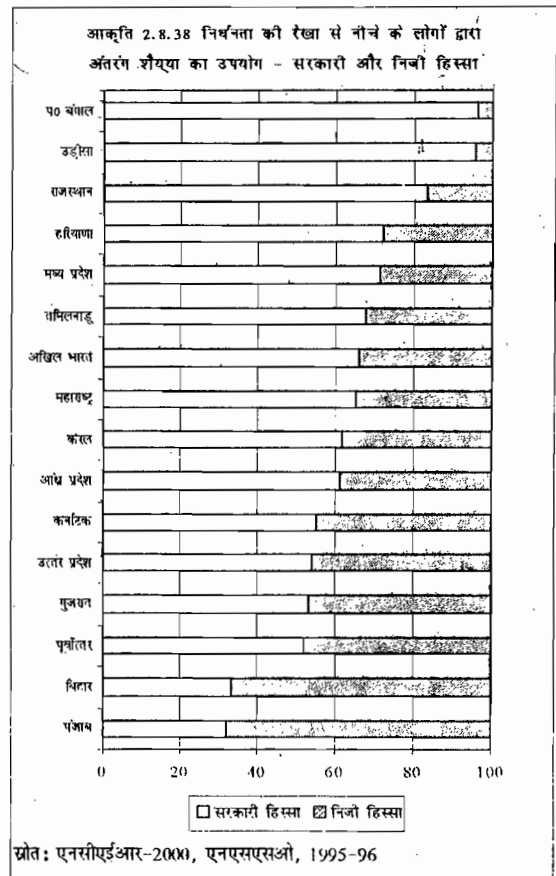
को तत्पर हैं। तथापि, फिलहाल ऐसे कोई तंत्र नहीं हैं जिनके माध्यम से वे समूचे कार्यकारी जीवन में अपनी आय का एक अंश खर्च कर सकें ताकि स्वास्थ्य देखभाल अथवा अस्पताल में उपचार का खर्च गम्भीर वित्तीय संकट के बिना पूरा किया जा सके। सरकारी तथा निजी क्षेत्रक में स्वास्थ्य बीमे के अधीन 10 प्रतिशत से कम लोग आते हैं जिनमें से अधिकांश उच्च आय-वर्ग, सरकारी अथवा औद्योगिक कर्मचारी होते हैं। दीर्घकालीन बीमारियों के सम्बन्ध में अस्पताल के उपचार और सतत देखभाल के खर्च की पूर्ति के लिए प्रायः शत-प्रतिशत लोगों को शामिल किए जाने के लिए तंत्र खोजे जाने की जरूरत है।



जहां तक पंजाब का सम्बन्ध है, सरकारी क्षेत्र के अस्पतालों की तुलना में निजी क्षेत्र के अस्पतालों को वरीयता दिए जाने के पीछे, सुविधा, आराम और देखभाल का स्तर जैसे कारण हैं। उड़ीसा में निर्धन लोगों द्वारा सरकारी क्षेत्र के अस्पतालों का प्रयोग किए जाने का कारण यह हो सकता है कि दूरस्थ ग्रामीण और जनजातीय क्षेत्रों में सरकारी क्षेत्र की सुविधाओं का अभाव है (आकृति 2.8.38)।



2.8.197 निर्धनता की रेखा से नीचे के लोगों द्वारा सरकारी और निजी सुविधाओं के प्रयोग को लेकर राज्यों के बीच व्यापक भिन्नताएं हैं। हिमाचल प्रदेश, पश्चिम बंगाल और उड़ीसा में निर्धन लोग अधिकांशतः सरकारी सुविधाओं का प्रयोग करते हैं। इसके विपरीत, बिहार और पंजाब के निर्धन लोग सरकारी क्षेत्र के अंतरंग रोगी सुविधाओं का अत्यन्त सीमित प्रयोग करते हैं। बिहार में निर्धन लोग जो निजी अस्पतालों में जाते हैं, उसका कारण यह हो सकता है कि वहां क्रियाशील सरकार वित्तपोषित अस्पतालों की कमी है।



2.8.198 दसवीं योजना के दौरान स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार में निम्न पर बल दिया जाएगा :

- स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की सुलभता को लेकर आवश्यकता और समानता के मुद्दे की ओर ध्यान देना;
- एक ऐसा लक्षित तंत्र तैयार करना जिसके माध्यम से निर्धनता की रेखा से नीचे के लोगों को अनिवार्य स्वास्थ्य देखभाल मांगों की पूर्ति के लिए सहायताप्राप्त स्वास्थ्य सेवाएं तत्काल सुलभ हों जबकि निर्धनता की रेखा से ऊपर के लोग सरकारी और निजी देखभाल सुविधाओं - दोनों में सेवाओं के लिए भुगतान करें।

2.8.199 विभिन्न आय वर्गों के लिए स्वास्थ्य वित्तपोषण के निमित्त एक उपयुक्त स्कीम तैयार, कार्यान्वित और उसका मूल्यांकन किए जाने की तत्काल आवश्यकता है। स्वास्थ्य वित्तपोषण विकल्पों में व्यक्तियों, संस्थानों, उद्योगों के लिए स्वास्थ्य बीमा और बीपीएल परिवारों के लिए सामाजिक बीमा शामिल हो सकता है। अस्पताल के उपचार तथा दीर्घकालीन बीमारियों के लिए जिनका इलाज खर्चीला होता है और सतत् देखभाल की जानी होती है, के प्रतिकूल आर्थिक प्रभावों को कम करने के एक तंत्र के रूप में स्वास्थ्य बीमे की सिफारिश की गई है। तथापि, विकसित देशों के अनुभव से यह पता चलता है कि निम्न कारणों से स्वास्थ्य बीमे को बाजार के ठप्प हो जाने और लागत वृद्धि का जोखिम रहता है, क्योंकि:

- लोगों की विशाल संख्या जो कि अपना बीमा कराती है, वे ऐसे लोग होते हैं जोकि भविष्य में अत्यधिक स्वास्थ्य सम्बन्धी खर्च की आशा लगाए होते हैं;
- घटिया स्वास्थ्य के लिए पूर्वापाय करने के निमित्त लोगों को न्यून प्रोत्साहन प्राप्त है;
- स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाले चिकित्सीय दृष्टि से उपयुक्त देखभाल की तुलना में अधिक देखभाल प्रदान करने का प्रयास करते हैं;
- बीमा कम्पनियों के पास न्यून पूंजीगत आरक्षित निधि और अधूरी जानपदिकरोग वैज्ञानिक सूचना होती है।

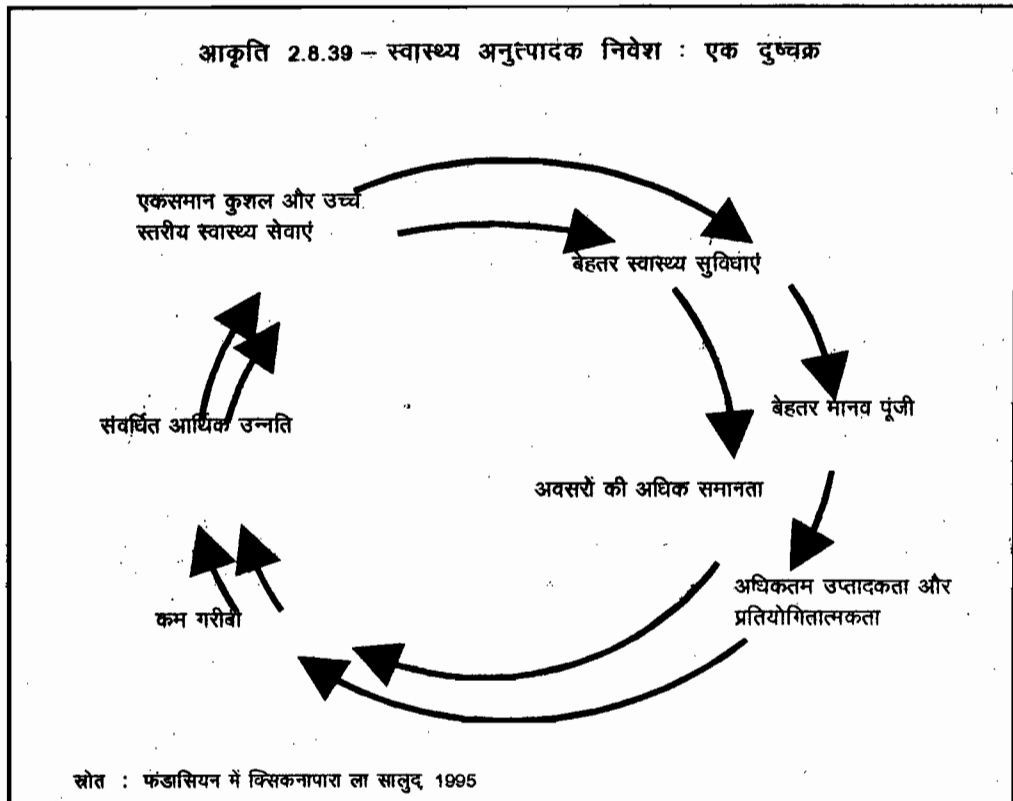
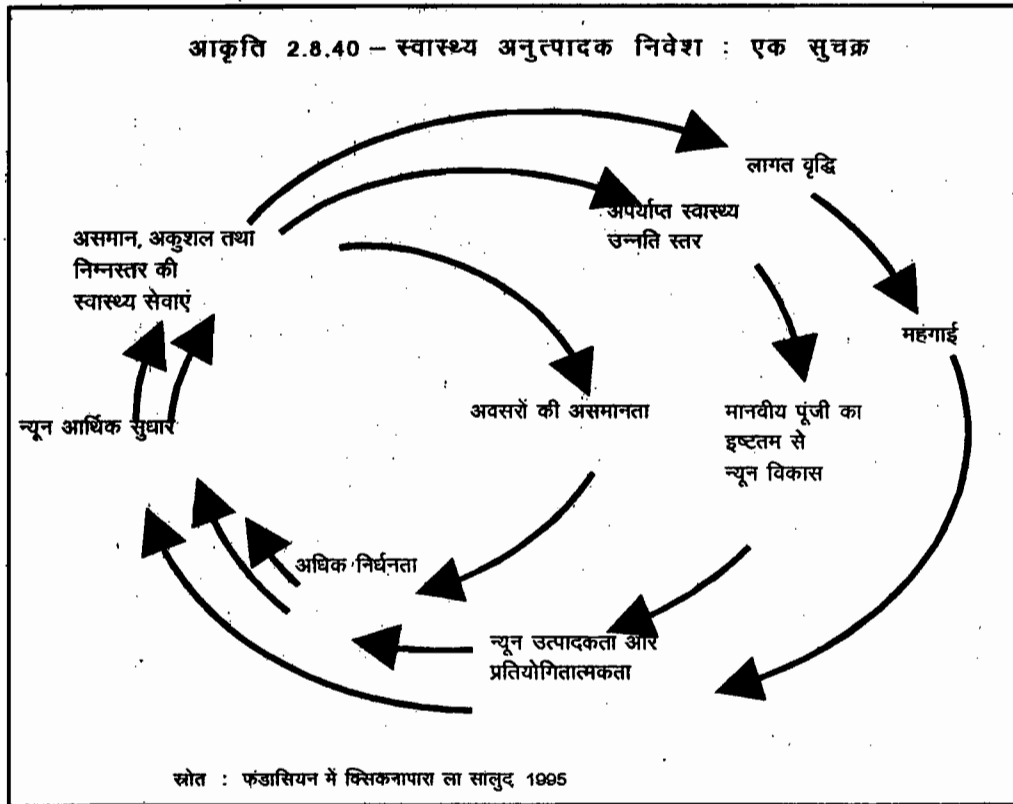
2.8.200 बाजार के ठप्प होने को रोकने की दिशा में बीमा कम्पनियों के प्रयासों के गम्भीर स्वास्थ्य परिणाम हो सकते हैं, यदि यह काम अत्यधिक जोखिम वाले

व्यक्तियों को अलग करके अथवा बीमे की लागत में वृद्धि करके किया जाये।

2.8.201 स्वास्थ्य बीमा से उत्तम स्तर की स्वास्थ्य देखभाल की सुलभता में तभी सुधार आ सकता है जबकि वह उपयुक्त सुविधाओं और कुशल कार्मिकों से युक्त संस्थानों में वहनीय लागत पर स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने की स्थिति में हो। केरल और दिल्ली जैसे कुछेक राज्य मार्गदर्शी परियोजनाएं शुरू कर रहे हैं जिनमें सरकारी संस्थानों में दाखिल गरीब लोगों के अस्पताल का खर्च पूरा करने के लिए सामाजिक बीमे की किस्त का भुगतान सरकार करती है। दसवीं योजना के दौरान स्वास्थ्य बीमा/स्वास्थ्य अनुसंधान संगठनों के बारे में विश्व और भारतीय अनुभव की समीक्षा की जाएगी और उपयुक्त माडलों का अनुकरण किया जाएगा। स्वस्थ जीवनशैलियां प्रोत्साहित करने के लिए बीमा योजना द्वारा पूर्ववर्ती वर्ष में अस्पताल में उपचार की लागत की जो प्रतिपूर्ति की गई थी, उसके आधार पर एक वार्षिक "दावा न किए जाने का बोनस" किस्त का समायोजन किया जा सकता है।

भारत में स्वास्थ्य देखभाल का वित्तपोषण

2.8.202 मानवीय विकास के एक निर्धारक तत्व के रूप में स्वास्थ्य की महत्ता सुविदित है। सरकार और लोगों - दोनों की कार्यसूची में स्वास्थ्य को उच्च स्थान प्राप्त है और दोनों ही स्वास्थ्य स्तर में सुधार के लिए निवेश करने के इच्छुक हैं। उत्तरोत्तर बढ़ती हुई लागतें और बढ़ती हुई मांग के कारण स्वास्थ्य प्रणाली पर, चाहे वह सरकार द्वारा निजी क्षेत्रक द्वारा वित्तपोषित हो, गम्भीर दबाव पड़ रहा है। स्वास्थ्य देखभाल सरकार और लोगों से बहुत बड़ी मात्रा में निवेशों को खपा सकती है और उसके बाबजूद लाखों लोगों को, विशेष रूप से गरीबों को, जिन पर रोग भार अधिक होता है, उपेक्षित छोड़ सकती है (आकृति 2.8.39)। यह भी अधिकाधिक रूप से महसूस किया जा रहा है कि स्वास्थ्य में मात्र निवेश कर देने से लोगों के स्वास्थ्य स्तर के सुधारने की संभावना नहीं होती। आवश्यकता इस बात की है कि निवारणीय और उपचारी सेवाओं की एकसमान सुलभता को बढ़ावा देने के लिए नीतियां और कार्यनीतियां तैयार की जाएं जिससे कि स्वास्थ्य संकेतकों में सुधार हो सके (आकृति 2.8.40)।



2.8.203 जनता के स्वास्थ्य और अर्थ-व्यवस्था के बीच आदान-प्रदान को मापना, विभिन्न हस्तक्षेपणीय उपायों के अनिवार्य संभावित लाभों का जायजा लेना और चुनिन्दा प्राथमिकता वाले क्षेत्रों में उपयुक्त निवेश सुनिश्चित करना आवश्यक है। इसके साथ-साथ स्वास्थ्य सेवाएं समान रूप से और कारगर ढंग से आयोजित और प्रदान करने की दिशा में पूरे प्रयास किए जाने चाहिए। विभिन्न राज्यों में रोग भार और स्वास्थ्य देखभाल के वित्तपोषण की मौजूदा प्रविधियों के बारे में समुचित आंकड़े प्राप्त करना आवश्यक है। इन आंकड़ों का प्रयोग निम्न प्रयोजनों के लिए किया जा सकता है :

- एक समर्थनकारी नीतिगत ढांचा बनाना,
- उपयुक्त कार्यनीति का चयन करना,
- स्वास्थ्य हस्तक्षेपणीय उपायों के पैकेजों का कार्यान्वयन करना और उनका मूल्यांकन करना,
- देखभाल के स्तर और उसकी लागत प्रभावितता का जायजा लेना।

2.8.204 राष्ट्रीय स्तर पर स्वास्थ्य नीति अनुसंधान और स्वास्थ्य प्रणाली अनुसंधान आवश्यक हैं तथा स्वास्थ्य देखभाल में एक प्रभावी निवेश तथा स्वास्थ्य प्रणाली के निष्पादन मूल्यांकन के लिए एक विश्वसनीय सूचना आधार एक पूर्वापेक्षा है।

स्वास्थ्य क्षेत्रक परिव्यय

2.8.205 स्वास्थ्य क्षेत्रक का वित्तपोषण केन्द्रीय और राज्य सरकारों तथा बाह्य वित्तपोषित परियोजनाओं द्वारा होता है (केन्द्र और राज्य - दोनों में)

बाह्य सहायताप्राप्त परियोजनाएं

2.8.206 बाह्य-सहायताप्राप्त परियोजनाएं निम्न के अधीन वर्गीकृत की जा सकती हैं :

- परिवार कल्याण कार्यक्रम के विभिन्न घटकों को सहायता;
- रोग नियंत्रण कार्यक्रमों की केन्द्र-प्रायोजित स्कीमों के लिए सहायता;
- राज्यों को द्विपक्षीय प्रत्यक्ष सहायता के माध्यम से तथा केन्द्रीय सरकार के माध्यम से विश्व बैंक जैसी वित्तपोषी एजेंसियों से आधारीक तंत्र और जनशक्ति के सुदृढीकरण के लिए राज्य सरकारों को सहायता।

2.8.207 बाह्य सहायताप्राप्त परियोजनाओं का बल शुरू में भारतीय जनसंख्या परियोजना (आईपीपी) (I से IV, VI तथा VII) जैसी ग्रामीण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पर रहा और बाद में उसका विस्तार शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (आईपीपी V, VIII) तक कर दिया गया। 1990 के दशक के दौरान द्वितीयक देखभाल संस्थानों के सुदृढीकरण के लिए बाह्य सहायताप्राप्त परियोजनाएं सात राज्यों में शुरू की गईं। तृतीयक देखभाल संस्थानों को संजय गांधी इंस्टीट्यूट आफ मेडिकल एजुकेशन एंड रिसर्च (जापान से) जैसे कुछ संस्थानों को छोड़कर बाह्य सहायताप्राप्त परियोजनाओं से कोई विशेष निधियां प्राप्त नहीं हुई हैं।

2.8.208 बाह्य सहायताप्राप्त परियोजनाओं से निवेश का प्रयोग आधारीक तंत्र के सुदृढीकरण, उपकरणों की खरीद/प्रतिस्थापन, औषधियों और उपभोग्यों के खर्च की आपूर्ति और स्वास्थ्य क्षेत्र सुधारों को कार्यरूप देने के लिए किया गया। तथापि, इस आशय की सूचना दी गई है कि बाह्य सहायताप्राप्त परियोजनाएं एक परियोजना ढांचे, प्रबन्ध ढांचे और व्यय के प्राचल, इकाई लागतें और अनुश्रवण के लिए ऐसी संस्थानात्मक व्यवस्थाएं लागू करती हैं जोकि राष्ट्रीय और राज्य स्तर के कार्यक्रमों के अधीन पहले से मौजूद व्यवस्थाओं से सर्वथा भिन्न होती हैं। इस कारण विकृतियां उत्पन्न होती हैं तथा अन्य कार्यक्रमों का निष्पादन बिगड़ जाता है। साथ ही, जिन सेवा प्रदाताओं ने बाह्य सहायताप्राप्त परियोजनाओं में काम किया है, परियोजना पूरी होने के बाद वे अनभिप्रेरित हो जाते हैं क्योंकि खर्च के इसी प्रकार के प्राचल संधारणीय नहीं रह सकते। यह भी बताया गया है कि बाह्य सहायताप्राप्त परियोजनाओं के माध्यम से सुविधाओं और उपकरणों में सुधार के फलस्वरूप निष्पादन में कोई सुधार नहीं हुआ है। उदाहरण के लिए बहुत बड़ी संख्या में स्वास्थ्य उप-केन्द्रों और स्टाफ क्वार्टरों का निर्माण किए जाने के बावजूद उनका प्रयोग बहुत कम हुआ है और इन संस्थानों में प्रसवों की संख्या में वृद्धि नहीं हुई। इन आधारीक तंत्रों और इएपी के अधीन प्राप्त उपकरणों के अनुक्षण के लिए राज्य समुचित मात्रा में निधियां उपलब्ध नहीं करा सके हैं जिसके फलस्वरूप इनका क्रमिक ह्रास हुआ है। स्वास्थ्य क्षेत्रक में बाह्य सहायता के निमित्त क्षेत्रों/स्कीमों के बारे में निर्णय लेते समय इन पक्षों और परियोजनाओं के पूरा हो जाने के बाद उनकी संधारणीयता के मुद्दे का अध्ययन किए जाने की आवश्यकता है। जिस समय इएपी ऋणों के रूप में हो, उस समय ऋणों की वापसी के तंत्र एक ऐसा अन्य पहलू हैं जिसके बारे में स्वास्थ्य क्षेत्र में इएपी शुरू करने से पहले विचार किया जाना चाहिए।

राज्य सरकार

2.8.209 राज्य सरकारें प्राथमिक, द्वितीयक, तृतीयक देखभाल संस्थानों (मेडिकल कालेजों और उनसे सम्बन्धित अस्पतालों सहित) के लिए निधियां उपलब्ध कराती हैं। साथ ही, राज्य सरकारों को केन्द्रीय-प्रायोजित रोग नियंत्रण कार्यक्रमों और परिवार कल्याण कार्यक्रम से निधियां प्राप्त होती हैं। नौवीं योजना में पीएमजीवाई के अधीन जिन प्राथमिक क्षेत्रकों को अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता उपलब्ध कराई गई थी, स्वास्थ्य उनमें से एक क्षेत्रक था। इन निधियों का प्रयोग ग्रामीण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के प्रचालन के लिए अनिवार्य अपेक्षाओं की पूर्ति के लिए किया जाना था। पहले से चली आ रही और प्रस्तावित बाह्य सहायताप्राप्त परियोजनाएं अतिरिक्त संसाधन मुहैया कराती हैं। नौवीं योजना के दौरान जिन प्रमुख क्रियाकलापों को निधियां प्राप्त हुईं, वे निम्नानुसार हैं :

- स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र की पुनर्रचना;
- कार्मिकों की पुनर्तैनाती और कौशल उन्नयन;
- रेफरल नेटवर्क का विकास;
- एचएमआईएस में सुधार;
- रोग नियंत्रण कार्यक्रम; तथा
- जिला स्तर पर एक रोग निगरानी और प्रतिक्रिया प्रणाली का विकास।

2.8.210 दसवीं योजना के दौरान उपलब्ध कराई गई निधियों का प्रयोग राज्यों में मौजूदा स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र

तालिका 2.8.15

शून्य आधारित बजट निर्माण प्रक्रिया 2001 केन्द्रीय प्रायोजित स्कीमें और केन्द्रीय क्षेत्रक स्कीमें

करोड़ रुपए

श्रेणी	केन्द्रीय क्षेत्र			केन्द्रीय प्रायोजित		
	स्कीमों की संख्या	नौवीं योजना परिव्यय	नौवीं योजना प्रत्याशित व्यय	स्कीमों की संख्या	नौवीं योजना परिव्यय	नौवीं योजना प्रत्याशित व्यय
जारी रखे जाने वाली स्कीमें	39	995.24	968.39	6	1,984.00	2,055.94
ऐसी स्कीमें जिनका विलयन किया जाएगा	8/24	766.45	850.73	6/14	1,342.50	1,202.59
राज्यों को अंतरित की जाने वाली स्कीमें	1	4.00	1.88	कुछ नहीं	कुछ नहीं	कुछ नहीं
छटाई/समाप्त की जाने वाली स्कीमें	5	22.00	5.69	2	4.00	2.98
नौवीं योजना की कुल स्कीमें	69	1,787.69	1,826.69	22	3,330.50	3,261.51
पहले से चली आ रही ऐसी स्कीमों की संख्या जो दसवीं योजना में जारी रखी जाएंगी	47	1,761.69	1,819.12	12.00	3,326.50	3,258.53

और जनशक्ति के सुधार के लिए किया जाएगा जिससे कि गुणवत्ता और कवरेज में सुधार लाया जा सके। नौवीं योजना के दौरान राज्य-वार परिव्यय और व्यय संलग्नक 2.8.5 में दर्शाया गया है।

केन्द्रीय क्षेत्रक

2.8.211 केन्द्रीय क्षेत्रक से निधियों का प्रयोग निम्न के समर्थन के लिए किया जा रहा है:

- उत्कृष्टता वाले मेडिकल शिक्षा संस्थान;
- नर्सों के लिए प्रशिक्षण संस्थान;
- टीका उत्पादन संस्थान और विशिष्ट रोगों के लिए विशिष्ट केन्द्र;
- केन्द्रीय सरकारी स्वास्थ्य योजना;
- आपातकालीन राहत उपाय; तथा
- रोग नियंत्रण की व्यवहार्यता निर्दिष्ट करना अथवा स्वास्थ्य देखभाल के लिए कार्यनीतियां तय करने के प्रयोजन से मार्गदर्शी केन्द्रीय क्षेत्रक परियोजनाएं।

2.8.212 देशज बजटीय सहायता के अलावा, अनेक केन्द्र प्रायोजित रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के लिए भी बाह्य निधियों का उपयोग किया गया है।

शून्य आधारित बजट पद्धति - 2001

2.8.213 नवम्बर-दिसम्बर में योजना आयोग तथा स्वास्थ्य विभाग ने नौवीं योजना की पहले से चली आ रही सभी

स्कीमों/कार्यक्रमों की पुनरीक्षा की और एक शून्य आधारित बजट निर्माण प्रक्रिया शुरू की। नौवीं योजना में कुल मिलाकर, 91 स्कीमों (22 केन्द्र प्रयोजित स्कीमों और 69 केन्द्रीय क्षेत्रक स्कीमों) थीं जिनमें से 45 को जारी रखा जा रहा है, एक राज्यों को अंतरित की जा रही है और 38 को 14 स्कीमों के साथ मिलाया जा रहा है तथा 7 स्कीमों की छंटाई की जा रही है। दसवीं योजना के दौरान 5,088.19 करोड़ रुपए के नौवीं योजना के परिव्यय सहित कुल 59 स्कीमों जारी रखी जा रही हैं। शून्य आधारित बजट निर्माण प्रक्रिया का सार तालिका 2.8.15 में दिया गया है।

भावी मार्ग और लक्ष्य

2.8.214 दसवीं योजना में प्रमुख बल नौवीं योजना में शुरू किए गए संरचनात्मक और कार्यात्मक स्वास्थ्य क्षेत्र सुधारों को पूरी तरह से कार्यरूप देने और निम्नलिखित बातों पर रहेगा ;

- सरकारी, निजी और स्वैच्छिक क्षेत्रों में मौजूदा देखभाल प्रणाली की कार्यकुशलता में सुधार लाना;
- सभी स्तरों पर देखभाल के स्तर में सुधार लाना;
- आईएसएम तथा एच व्यावसायिकों को मुख्यधारा का अंग बनाना जिससे कि वे देखभाल की अपनी प्रणाली का प्रयोग करने के अलावा राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम और परिवार कल्याण कार्यक्रमों की कवरेज और प्रयोग में सुधार लाने में मदद कर सकें;
- औषधियों की आपूर्ति और निदान का कारगर संभारतंत्र विकसित करना और औषधियों के युक्तियुक्त प्रयोग को बढ़ावा देना;
- स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण की वैकल्पिक प्रणालियां तलाशना जिससे कि आवश्यकताओं पर आधारित अनिवार्य स्वास्थ्य देखभाल सभी को वहनीय लागत पर उपलब्ध हो सके।

2.8.215 आलमा अटा घोषणा के बाद 1983 में तैयार की गई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी) में सभी को आवश्यकता पर आधारित स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराने और जनता के स्वास्थ्य संकेतकों में तेजी के साथ चहुमुखी

सुधार लाने की देश की आकांक्षा का वर्णन किया गया था। एनएचपी (1983) में स्वास्थ्य सेवाओं की आयोजना, कार्यान्वयन, अनुश्रवण के लिए और 2000 तक पूरे किए जाने वाले लक्ष्यों के लिए एक व्यापक ढांचा उपलब्ध कराया गया था। स्वास्थ्य विभाग ने 1983 के बाद से निष्पादन की पुनरीक्षा की और एनएचपी 2002 का निर्माण किया जिसके अधीन स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए तथा स्वास्थ्य देखभाल आपूर्ति प्रणालियों और जनता के स्वास्थ्य स्तर को मापने और उसका अनुश्रवण करने के लिए एक विश्वसनीय और संगत नीतिगत रूपरेखा उपलब्ध कराई गई; एनएचपी 2002 ने 2015 के लिए निम्न लक्ष्य निर्धारित किए हैं :

नौवीं योजना में निम्न बातों को ध्यान में रखते हुए राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की पुनर्रचना की सिफारिश की गई ;

- पहले से चला आ रहा जनांकिकीय परिवर्तन;
- पहले से आ रहा जानपदिकरोगवैज्ञानिक परिवर्तन;
- स्वास्थ्य देखभाल आधारिक तंत्र का विस्तार;
- स्वास्थ्य देखभाल की मांग के व्यवहार में बदलाव;
- पता लगाने एवं उपचार के लिए अपेक्षतया नई प्रौद्योगिकियों की उपलब्धता;
- जनता की बढ़ती हुई अपेक्षाएं, स्वास्थ्य देखभाल की बढ़ती हुई लागत;

2.8.216 एनएचपी 2002 में इस बात पर बल दिया गया है कि स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता और नागरिकों के स्वास्थ्य स्तर में कोई भी उल्लेखनीय सुधार निम्नलिखित बातों पर आधारित होगा : संवर्धित वित्तीय और भौतिक इन्पुट, सेवा प्रदान करने वालों द्वारा अपनी जिम्मेदारी को एक वाणिज्यिक क्रियाकलाप की बजाए एक सेवा (हालांकि वेतन सहित) समझा जाना, नागरिकों द्वारा सेवाओं के स्तर में सुधार की मांग, सरकारी क्षेत्र में प्रतिक्रियाशील स्वास्थ्य आपूर्ति प्रणाली और बेहतर शासन। यह बात स्वीकार करते हुए कि देश की स्वास्थ्य आवश्यकताएं विशाल और गतिशील हैं और मानवीय तथा वित्तीय संसाधनों की सीमाओं

एनएचपी 2002 - प्राप्त किए जाने वाले लक्ष्य

पोलियों और याज़ का उन्मूलन	2005
कुष्ठ रोग का उन्मूलन	2005
काला-आज़ार का उन्मूलन	2010
लसीका फाइलेरिया रोग का उन्मूलन	2015
एचआईवी/एड्स की शून्य वृद्धि दर की प्राप्ति	2007
टीबी, मलेरिया तथा अन्य रोगवाहक और जल-आधारित रोगों के कारण मृत्यु दर में 50 प्रतिशत की कमी लाना	2010
अंधता की व्याप्ति घटाकर 0.5 प्रतिशत पर लाना	2010
आईएमआर घटाकर 30/1000 और एमएमआर 100/100,000 जीवित जन्म तक लाना	2010
सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं के उपयोग को 20 से कम के मौजूदा स्तर से 75 प्रतिशत से अधिक स्तर पर लाना	2010
निगरानी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखों और स्वास्थ्य सांख्यिकी की एक एकीकृत प्रणाली स्थापित करना	2005

स्रोत: एनएचपी 2002

को स्वीकारते हुए एनएचपी 2002 विभिन्न प्राथमिकताओं में चयन करने का प्रयास करती है और निम्न बातों पर बल देती है :

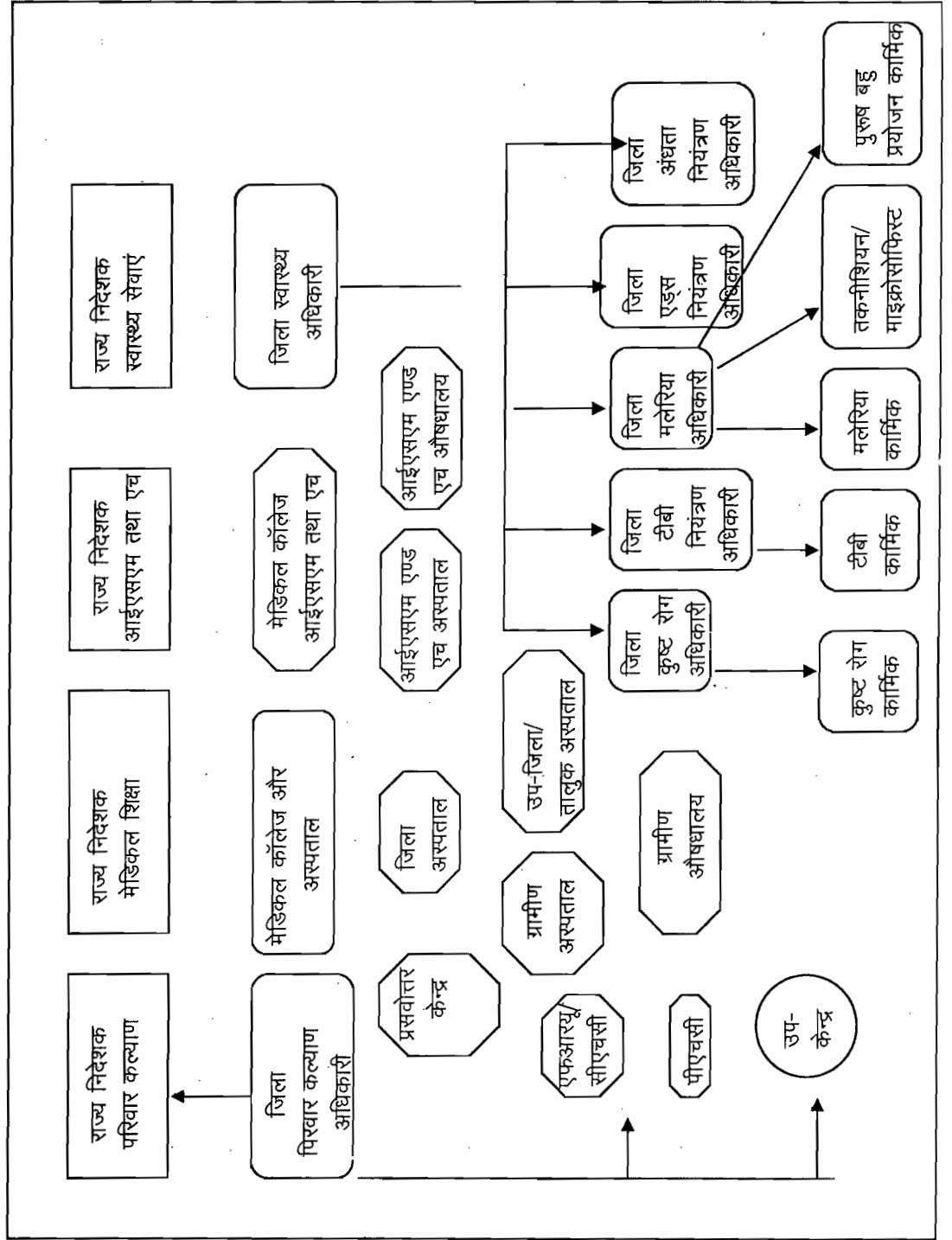
- प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं का विस्तार करना और उनमें सुधार लाना;
- राष्ट्रीय सरकारी स्वास्थ्य प्रणालियों की संगठनात्मक पुनर्चना जिससे कि स्वास्थ्य देखभाल की और अधिक एकसमान सुलभता सुकर हो सके;
- महिलाओं, बच्चों, बुजुर्गों, आदिवासियों तथा अन्य समाजार्थिक दृष्टि से अल्पसेवित वर्गों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए क्षेत्र-विशिष्ट कार्यक्रम;

- टीबी, मलेरिया, अंधता और एचआईवी/एड्स जैसे रोगों के नियंत्रण के लिए कार्यक्रम;
- प्राकृतिक और मनुष्य-निर्मित आपदाओं से निपटने के लिए घोर विपत्ति प्रबन्ध योजना; तथा सरकारी, स्वैच्छिक, निजी क्षेत्रक, एनजीओ तथा सिविल समाज के अन्य संस्थानों के बीच समन्वय के लिए बृहत नीतिगत अनुदेश ।

2.8.217 आशा है कि दसवीं योजना और एनएचपी 2002 में निर्दिष्ट नीतियों और कार्यनीतियों के प्रभावी कार्यान्वयन से देश निर्धारित लक्ष्यों की पूर्ति कर सकेगा और निर्धारित समय-सीमा के भीतर स्वास्थ्य और जनानांकीय परिवर्तन पूरे कर सकेगा ।

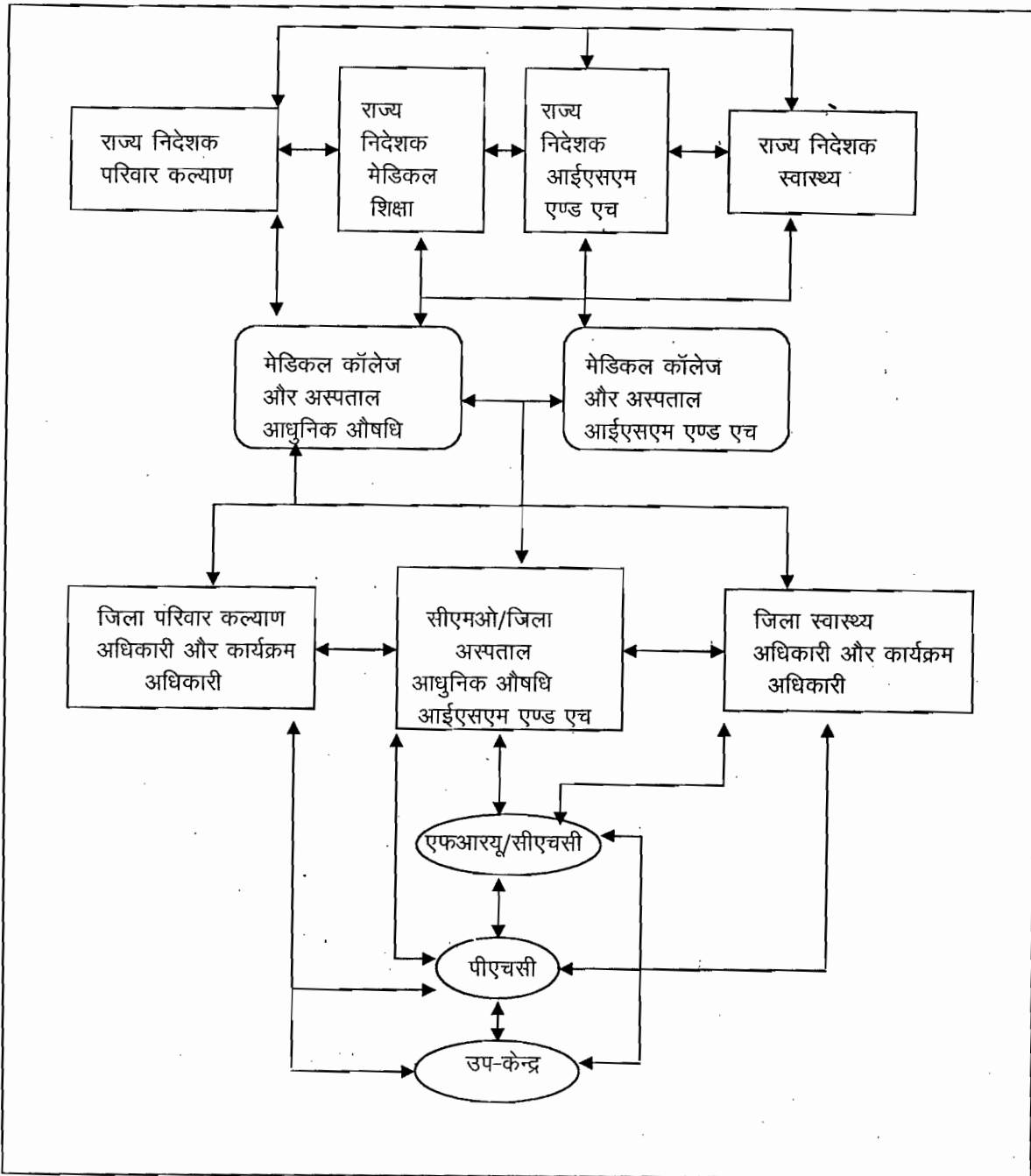
संलग्नक 2.8.1

संगठनात्मक चार्ट - 1
स्वास्थ्य देखभाल आधारित तंत्र का मौजूदा स्तर



संगठनात्मक चार्ट - 2

नौवीं योजना में प्रस्तावित पुर्नगठन और संयोजन



संलग्नक 2.8.3

आधुनिक प्रणाली और आईएसएम एण्ड एच के अंतर्गत औषधालयों और अस्पतालों की राज्यवार प्रणालीवार संख्या

राज्य / संघ राज्य क्षेत्र	ग्रामीण स्वास्थ्य रक्षा आधार संरचना				औषधालय			अस्पताल			शहरी परिवार कल्याण केंद्र	यूएफ स्वास्थ्य डब्ल्यूसी पद	प्रसवोपरांत केंद्र					
	अपेक्षित संकुटा 1991	अपेक्षित संकुटा 1991	प्रामाणिक स्वास्थ्य केंद्र	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	आधुनिक प्रणाली	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	आधुनिक प्रणाली	आईएसएम	आधुनिक एण्ड एच	आईएसएम				अस्पताल	अस्पताल	विस्तर	यूएफ स्वास्थ्य डब्ल्यूसी	जिला- उप- जिला- वार
1 आंध्र प्रदेश	10242	1707	1386	321	427	219	208	134	0	1930	3133	69778	22	1249	131	-	28	55
2 अरुणाचल प्रदेश	220	37	65	*	9	20	*	11	0	46	-	-	1	15	6	-	-	1
3 असम	4356	726	610	116	181	100	81	325	42	409	268	12661	6	260	10	-	11	30
4 बिहार #	11547	1961	1642	319	490	87	403	427	96	831	328	29090	14	1385	42	-	37	54
5 छत्तीसगढ़	4692	704	545	159	176	150	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 गोआ	138	23	19	4	6	5	1	33	0	115	105	3848	17	1322	-	-	4	-
7 गुजरात	6168	1028	1001	27	257	242	15	7255	9289	583	2528	63417	6	245	113	28	33	55
8 हरियाणा	2482	414	401	13	103	64	39	130	126	454	80	7230	55	2476	19	16	13	20
9 हिमाचल प्रदेश	973	162	302	(140)	40	65	(25)	173	169	1081	63	5463	7	850	89	-	11	22
10 जम्मू एवं कश्मीर	1176	196	337	(141)	49	53	(4)	610	0	445	67	8202	18	355	12	-	11	6
11 झारखण्ड	4278	676	561	115	169	47	122	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 कर्नाटक	6431	1072	1676	(604)	268	249	19	797	1163	642	293	38479	4	235	87	-	39	64
13 केरल	4325	721	944	(223)	180	105	75	53	164	3523	2107	97840	178	8400	-	-	22	60
14 मध्य प्रदेश	12122	2020	1690	330	505	342	163	256	2	2363	363	18141	182	4031	63	99	47	75
15 महाराष्ट्र #	10533	1756	1768	(12)	439	351	88	8143	1622	486	3115	78920	47	1810	74	278	52	69
16 मणिपुर	344	57	69	(12)	14	16	(2)	42	0	10	17	1626	160	18618	2	-	3	1
17 मेघालय	464	77	85	(8)	19	13	6	21	0	5	9	1828	3	75	1	-	3	1
18 मिजोरम	122	20	58	(38)	5	9	(4)	13	130	2	12	1021	0	0	1	-	2	4
19 नागालैण्ड	325	54	46	8	14	9	5	17	68	2	29	1158	0	0	-	-	1	1
20 उड़ीसा	6374	1062	1352	(290)	265	157	108	1197	282	1104	273	11980	0	0	10	8	19	60
21 पंजाब #	2858	476	484	(8)	119	105	14	1469	5503	629	220	14921	13	473	23	64	19	35
22 राजस्थान	7484	1247	1674	(427)	312	263	49	268	134	3689	219	21387	17	956	61	90	35	100
23 त्रिपुरा	85	14	24	(10)	4	2	2	147	0	2	1	300	102	1631	1	-	1	2
24 तमिलनाडु	7424	1237	1436	(199)	309	72	237	512	278	396	408	48780	0	0	65	100	32	87

संलग्नक 2.8.3 जारी

राज्य / संघ राज्य क्षेत्र	ग्रामीण स्वास्थ्य रक्षा आधार संरचना				औषधालय		अस्पताल			शहरी परिवार कल्याण केंद्र	प्रसवोपरांत केंद्र									
	उप केंद्र	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	आधुनिक प्रणाली	औषध की एम एच एच	औषधालय बिस्तर	आधुनिक एच एच	अस्पताल बिस्तर	आईएसएम											
	अपेक्षित 1991	अपेक्षित 1991	अपेक्षित 1991	अपेक्षित 1991	दसवीं योजना का लक्ष्य	दसवीं योजना का लक्ष्य	दसवीं योजना का लक्ष्य	दसवीं योजना का लक्ष्य	दसवीं योजना का लक्ष्य	दसवीं योजना का लक्ष्य	दसवीं योजना का लक्ष्य									
25. त्रिपुरा	579	539	40	96	58	38	24	11	13	612	0	96	29	1866	229	2187	9	-	1	3
26. उत्तरांचल	1764	1609	155	265	257	8	66	30	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27. उत्तर प्रदेश	22337	20153	2184	3723	3808	(85)	931	310	621	1750	5729	2239	735	47278	2	30	81	150	72	147
28. पश्चिम बंगाल	10356	8126	2230	1726	1262	464	431	99	332	571	0	1153	399	53732	1843	11496	111	-	27	55
29. अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	45	100	*	7	18	(11)	2	4	(2)	138	0	7	10	901	19	1007	-	-	1	-
30. चंडीगढ़	13	13	0	2	0	2	1	1	0	33	0	9	1	500	0	0	3	10	2	-
31. वाकरा और नगर हवेली	40	36	4	7	6	1	2	1	1	3	6	2	3	115	3	185	-	-	-	-
32. दमन व दीव	12	21	*	2	3	(1)	1	1	0	28	0	1	3	150	2	0	-	-	-	-
33. दिल्ली	190	42	148	32	8	24	8	8	8	490	0	236	77	19345	1	5	69	28	9	5
34. लक्षद्वीप	7	14	*	1	4	(3)	3	3	(3)	0	0	6	2	70	0	0	-	-	-	-
35. प्लांडिचेरी	58	80	*	10	39	(29)	3	4	(1)	12	0	21	29	3136	0	0	-	-	3	-
36. सीजीएस	-	-	-	-	-	-	-	-	-	241	-	79	-	-	1	25	-	-	-	-
37. केन्द्रीय अनुसंधान परिषद	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85	-	-	39	930	-	-	-	-
38. रेल मंत्रालय	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	162	-	-	0	0	-	-	-	-
39. श्रम मंत्रालय	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	157	-	-	0	0	-	-	-	-
40. कोयला मंत्रालय	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	0	0	-	-	-	-
कुल	134108	137311	-3203	22349	22842	-493	5587	3043	2544	25670	24803	23028	14926	663163	3005	60631	1083	871	538	1012

कोष्ठकों में दिए गए आंकड़े 31.3.2001 को अधिशेष, न्यून आधुनिक तंत्र दर्शाते हैं।

टिप्पणी: शून्य सूचना। होम्योपैथिक अस्पतालों की कुल संख्या घट गई है क्योंकि उत्तर प्रदेश ने घटी हुई संख्या सूचित की है।

चालू वर्ष से संबंधित सूचना प्राप्त नहीं हुई है, इसकी सबसे बाद के वर्ष की उपलब्ध सूचना दोहरा दी गई है।

स्रोत: हेल्थ इन्फार्मेशन आफ इण्डिया, भारत में आईएसएम तथा एच और परिवार कल्याण विभाग, आंकड़े अन्तर्गत हैं।

@1:1.1998 की अवधि के लिए

@2:1.1.1999 की अवधि के लिए

ग्रामीण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों में जनशक्ति की मांग

जनशक्ति की श्रेणी	1991 की जनगणना के लिए आवश्यकता	30.6.2000 को मौजूद	स्वीकृत संख्या	कमी
			2-3	
1	2	3	4	5
विशेषज्ञ (4/सीएचसी)	22348	3741	6579	18607
पीएचसी में डाक्टर (1/सीएचसी)	22349	25506	29702	-3157 (अधिक)
ब्लॉक विस्तार शिक्षक / स्वास्थ्य शिक्षक (1/पीएचसी)	22349	5508	6534	16841
फार्मासिस्ट (1/सीएचसी + 1/पीएचसी)	27936	21077	22871	6859
प्रयोगशाला तकनीशियन (1/सीएचसी + 1/पीएचसी)	27936	12709	15865	15227
एक्सरे तकनीशियन रेडियोग्राफर (1/सीएचसी + 1/पीएचसी)	5587	1768	2137	3819
नर्स दाई (1/सीएचसी + 1/पीएचसी)	61458	17673	22672	43785
स्वास्थ्य सहायक (पुरुष) (1/पीएचसी)	22349	22265	26427	84
स्वास्थ्य सहायक (महिला) (1/पीएचसी)	22349	19426	22479	2923
स्वास्थ्य कार्मिक (पुरुष) (1/एससी)	134108	73327	87504	60781
स्वास्थ्य कार्मिक (महिला) (1/एससी + 1/पीएचसी)	156457	134086	144012	22371
कुल	525226	337086	386782	191297

स्रोत : आरएचएस बुलेटिन, जून, 2000 (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय)

राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों में स्वास्थ्य के लिए परिव्यय

(लाख रुपये)

राज्य	नौवीं योजना	1997-98		1998-99		1999-2000	2000-01	2001-02
	परिव्यय स्वास्थ्य	परिव्यय स्वास्थ्य	वास्तविक व्यय स्वास्थ्य	व्यय स्वास्थ्य	परिव्यय स्वास्थ्य	वास्तविक व्यय स्वास्थ्य	परिव्यय स्वास्थ्य	परिव्यय स्वास्थ्य
1	2	3	4	5	6	7	8	9
आंध्र प्रदेश	63052.00	13937.00	12366.00	20046.00	19865.00	28033.00	27749.95	33223.02
अरुणाचल प्रदेश	33502.00	3149.00	1782.00	3520.00	1814.00	2947.00	2068.93	2476.01
असम	38410.00	6561.00	6223.00	7191.00	6887.00	7741.00	7439.00	12580.00
बिहार	83200.00	7245.00	4950.00	12177.00	6902.00	12768.00	9891.01	10078.21
गोआ	8122.00	1082.00	1032.00	772.00	1069.00	1646.00	1423.00	1649.00
गुजरात	83225.00	22093.00	17180.00	23550.00	17179.00	25100.00	26000.00	21000.00
हरियाणा	35134.00	3882.00	4493.00	5946.00	4126.00	5327.00	5648.00	6595.00
हिमाचल प्रदेश	31765.00	5544.00	6535.00	8965.70	8164.00	10555.00	9685.09	12014.86
जम्मू और कश्मीर	110029.00	7450.00	6989.00	11385.51	8244.00	11974.00	10595.17	11628.32
कर्नाटक	110000.00	18359.00	21914.00	19544.30	22909.00	22774.00	22558.11	26879.60
केरल	30940.00	6096.00	5828.00	6200.00	7343.00	6400.00	6335.00	5553.00
मध्य प्रदेश	56787.00	9331.00	7031.00	17351.47	14524.00	13524.00	11217.62	13462.62
महाराष्ट्र	91823.00	17391.00	13811.00	22993.00	16224.00	27798.00	30485.85	39128.91
मणिपुर	3600.00	630.00	540.00	809.35	809.00	1080.00	1250.00	1486.00
मघालय	14000.00	2430.00	1790.00	2430.00	2360.00	3079.00	3300.00	3200.00
मिजोरम	11201.00	1651.00	1651.00	1816.00	1785.00	2286.00	2562.00	2542.00
नागालैण्ड	10631.00	2506.00	2480.00	2128.00	2022.00	2128.00	1577.00	1283.00
उड़ीसा	41606.00	4104.00	5198.00	7526.21	7042.00	13208.00	8405.05	14915.16
पंजाब	51159.00	9938.00	3187.00	16352.00	8374.00	18319.00	19187.00	17465.57
राजस्थान	77060.00	13919.00	12339.00	15289.00	10991.00	17262.00	9914.94	12366.30
सिक्किम	8000.00	857.00	757.00	814.00	1914.00	1559.00	1200.00	1373.50
तमिलनाडु	78052.00	8909.00	11005.00	11650.93	12843.00	12426.00	12724.42	18084.16
त्रिपुरा	8559.00	1371.00	1091.00	1407.92	1448.00	1355.00	1442.46	1879.18
उत्तर प्रदेश	118500.00	17312.00	15609.00	40551.00	10862.00	42816.00	30200.00	37278.00
पश्चिम बंगाल	97864.00	20633.00	3322.00	19286.00	7811.00	23502.00	32176.00	42931.24
कुल राज्य	1296221.00	206380.00	169103.00	279702.39	203511.00	315607.00	295035.60	351072.66
संघ राज्य क्षेत्र								
अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	7741.00	1559.00	1831.59	1895.00	2055.29	2000.00	1900.00	1900.00
चंडीगढ़	17065.00	3617.00	3748.90	3548.30	3297.61	3483.00	3717.00	3947.25
दादरा और नगर हवेली	514.00	219.00	148.87	252.70	189.82	280.00	217.80	234.80
दमन और दीव	887.00	133.00	165.96	173.00	186.91	136.00	150.10	165.00
दिल्ली	110140.00	15240.50	12684.15	19700.00	13994.62	27345.00	26642.00	34121.00
लक्षद्वीप	817.46	233.85	267.78	333.00	323.61	229.03	281.45	211.46
पांडिचेरी	10000.00	1630.00	1546.97	2370.00	1921.30	2720.00	2720.00	3160.54
कुल संघ राज्य क्षेत्र	147164.46	22632.35	20394.22	28272.00	21969.16	36193.03	35628.35	43740.05
कुल योग (राज्य और संघ राज्य क्षेत्र)	1443385.46	229012.35	189497.22	307974.39	225480.16	351800.03	330663.95	394812.71
छत्तीसगढ़								6024.66
झारखण्ड								उपलब्ध नहीं
उत्तरांचल								5972.00
कुल योग (राज्य और संघ राज्य क्षेत्र)								406809.37
2 राज्यों सहित								406809.37

स्वास्थ्य विभाग के लिए परिव्यय

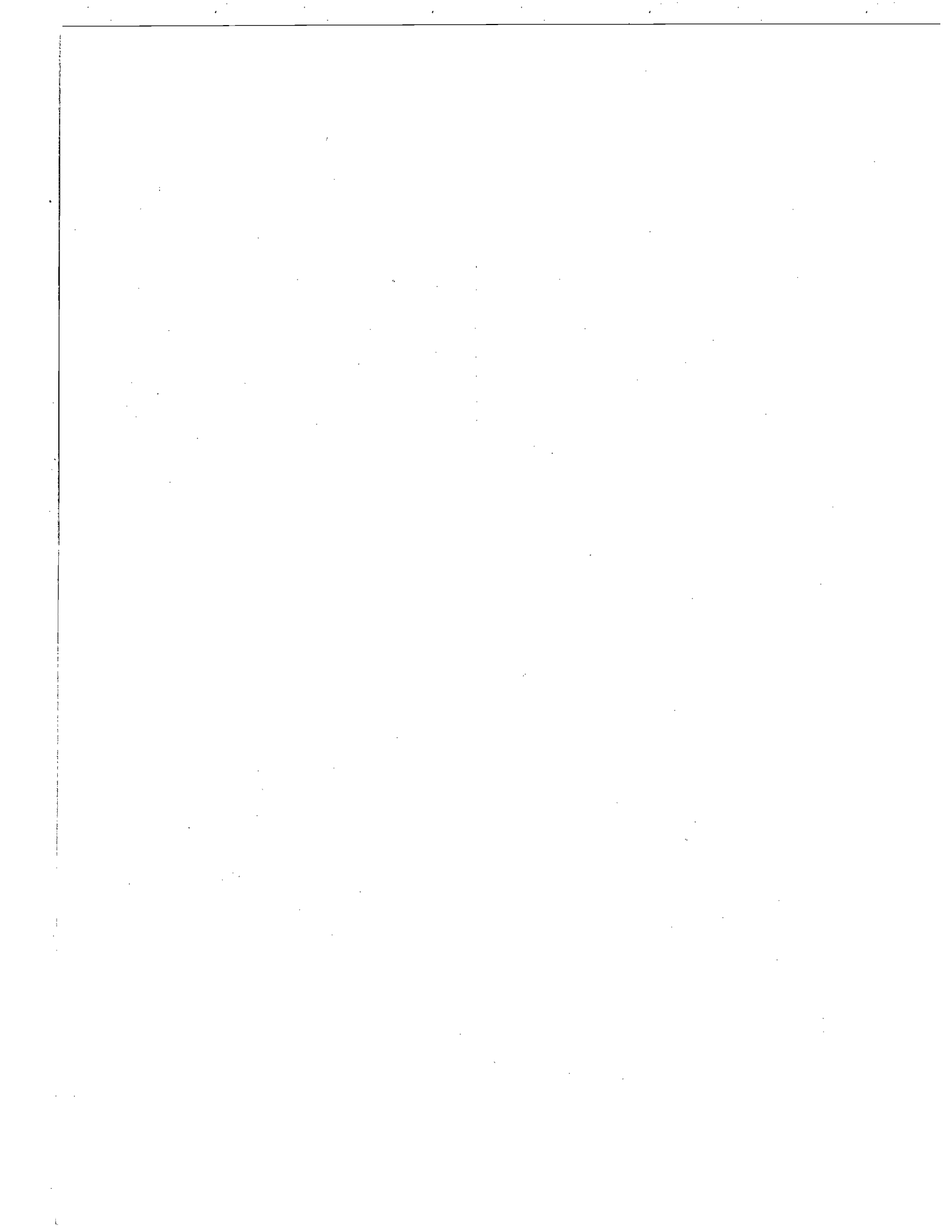
करोड़ रुपये

क्र. सं.		स्कीमों/संस्थान के नाम	नौवीं योजना आबंटन	नौवीं योजना प्रत्याशित व्यय	10वीं योजना आबंटन योजना आयोग द्वारा अनुमोदित	2002-03 परिव्यय
9वीं योजना	10वीं योजना					
1 & 2	1	केन्द्र प्रायोजित स्कीमों संचारी रोग नियन्त्रण रोगाणु जनित रोग नियन्त्रण संबंधी राष्ट्रीय कार्यक्रम (मलेरिया, कालाज्वर, फैलेरिया, डेंगू और जे. ई)	1000.00	954.95	1370.00	235.00
	3	राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम	301.00	388.48	255.00	75.00
	4	राष्ट्रीय क्षय रोग नियन्त्रण कार्यक्रम	450.00	462.73	680.00	115.00
	5	रक्त सुरक्षा उपायों और राष्ट्रीय एसटीडी नियन्त्रण कार्यक्रम सहित राष्ट्रीय एड्स नियन्त्रण कार्यक्रम	760.00	745.26	1270.00	225.00
	6	गिनी कृमि उन्मूलन संबंधी राष्ट्रीय कार्यक्रम	2.00	1.29		
	7	रोग निगरानी कार्यक्रम	25.00	20.32	190.00	10.00
	8	अस्पताल अपशिष्ट प्रबंधन	2.00	1.79	10.00	5.00
	9	औषधि और खाद्य प्रशासन को सुदृढ़ करना और क्षमता निर्माण नियंत्रण क्षमता निर्माण (औषधि गुणवत्ता) के लिए राज्यों को सहायता	20.00	29.00	60.00	20.00
	10	औषधि और पीएफए के लिए क्षमता निर्माण	20.00	1.00	97.00	1.30
	11	राज्य औषधि विश्लेषणात्मक प्रयोगशालाओं को सुदृढ़ करना	5.00	5.10		
	12	राज्य औषधि नियन्त्रण संगठनों को उनकी सूचना प्रणाली में सुधार सहित सुदृढ़ करना और प्रवर्तन और सहायक स्टाफ को मजबूत बनाना।	5.00			
	13	राज्यों को उनकी खाद्य परीक्षण प्रयोगशालाओं को मजबूत बनाने के लिए वित्तीय सहायता	5.00	0.80		
	14	प्रबन्धन सूचना प्रणाली सहित राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में जिला खाद्य निरीक्षण स्थापित करना गैर-संचारी रोगों का नियन्त्रण/रोकथाम		3.16		
	15	राष्ट्रीय अन्धता नियंत्रण कार्यक्रम	448.00	464.79	445.00	86.00
16 & 17	10	राष्ट्रीय कैसर नियन्त्रण कार्यक्रम	190.00	198.14	285.00	61.00
18 & 19	11	राष्ट्रीय आयोडीन अभाव विकास नियन्त्रण कार्यक्रम	18.00	14.75	35.00	7.00
	20	राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम	28.00	20.39	190.00	30.00
	21	राज्यों को सहायता सहित नशा मुक्ति कार्यक्रम अन्य कार्यक्रम	20.00	26.51	33.00	7.00
	22	सामुदायिक स्वास्थ्य के लिए यू एन डी पी पायलट पहले		2.50	4.80	4.80
					4924.80	882.10

क. सं.		स्कीमों/संस्थान के नाम	नौवीं योजना आबंटन	नौवीं योजना प्रत्याशित व्यय	10वीं योजना आबंटन योजना आयोग द्वारा अनुमोदित	2002-03 परिव्यय
9वीं योजना	10वीं योजना					
1	1	केन्द्रीय क्षेत्रक स्कीम संचारी रोग नियन्त्रण राष्ट्रीय संचारी रोग संस्थान, दिल्ली (गिनी कृमि और याज उन्मूलन सहित चालू कार्यक्रमलाप संस्थान को सुदृढ़ करना	23.00	22.40	65.00	12.00
2	2	राष्ट्रीय क्षय रोग संस्थान बंगलौर	3.70	3.69	10.30	2.00
3	3	लाला राम स्वरूप क्षय और सम्बद्ध रोग संस्थान, महारौली, दिल्ली	1.50	3.78	10.30	2.00
4	3	लाला राम स्वरूप क्षय और सम्बद्ध रोग संस्थान, महारौली, दिल्ली	30.00	27.60	54.50	10.00
5	4	केन्द्रीय कुष्ठ प्रशिक्षण और अनुसंधान संस्थान वैंगलपट्टु (तमिलनाडु)	5.00	3.57	5.50	1.00
6	5	कुष्ठ नियन्त्रण कार्यक्रम के अन्तर्गत प्रशिक्षण, अनुसंधान और उपचार का क्षेत्रीय संस्थान (क) आर. एल. टी. आर. आई, असका (उड़ीसा)	2.00	0.56	2.00	0.40
7	6	(ख) आर. एल. टी. आर. आई, रायपुर (एम. पी)	2.50	0.71	1.00	0.20
8	7	(ग) आर. एल. टी. आर. आई, गौरीपुर (प. बंगाल)	5.00	4.65	7.00	1.50
9	8	बीसीजी प्रयोगशाला, गिन्डी, चेन्नै	5.00	5.80	19.50	5.00
10	9	भारतीय पॉश्चर संस्थान, कन्नूर	5.00	13.10	35.00	7.00
11	10	केन्द्रीय अनुसंधान संस्थान, कसौली	20.00	21.83	50.00	5.00
					249.80	44.10
		अस्पताल और डिस्पेंसरियां				
12	11	केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य स्कीम	40.00	47.66	80.00	20.00
13	12	केन्द्रीय मनोरोग संस्थान, रांची	16.00	17.00	50.00	8.00
14 & 15	13	अखिल भारतीय बाक् और श्रवण संस्थान, मैसूर	8.00	15.21	30.00	7.00
16 & 17	14	अखिल भारतीय भौतिक औषधि एवं पुनर्वास संस्थान, मुंबई	15.00	6.71	20.00	2.70
18	15	स्वास्थ्य क्षेत्रक आपदा तैयारी और प्रबंधन	3.00	3.00	30.00	6.00
19	16	सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली	103.00	96.36	230.00	65.00
20	17	डा० राम मनोहर लोहिया अस्पताल, नई दिल्ली	45.00	70.07	150.00	25.00
21	18	मानव व्यवहार एवं सम्बद्ध विज्ञान संस्थान, शाहदरा, दिल्ली	10.00	3.00	7.00	1.00
					597.00	134.70
		चिकित्सा शिक्षा, प्रशिक्षण एवं अनुसंधान				
		(क) चिकित्सा शिक्षा				
22 to 25	19	अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान एवं इसके सम्बद्ध विभाग, नई दिल्ली	340.00	382.47	675.00	105.00
26	20	पी. जी. आई. एम. ई. आर. चंडीगढ़	175.00	162.00	200.00	25.00
27	21	जे. आई. पी. एम. ई. आर., पॉडिचेरी	70.00	52.05	150.00	15.00
28	22	लेडी हार्डिंग मेडिकल कॉलेज एवं श्रीमती सुचेता कृपलानी अस्पताल, नई दिल्ली	65.00	30.59	200.00	10.00
29	23	कलावती सरन बाल चिकित्सालय, नई दिल्ली	56.00	49.92	140.00	6.00
30	24	शिलांग में पूर्वोत्तर क्षेत्र हेतु इन्दिरा गांधी स्वास्थ्य एवं आयुर्विज्ञान संस्थान	85.00	59.50	380.00	60.00
31	25	कस्तूरबा स्वास्थ्य समिति, वर्धा	25.00	38.28	50.00	10.00
32	26	वी. पी. चेस्ट इंस्टीट्यूट, दिल्ली	5.00	11.28	23.00	8.00
33 & 34	27	अखिल भारतीय सफाई एवं लोक स्वास्थ्य संस्थान, कोलकाता	15.00	6.82	20.00	3.00

संलग्नक 2.8.6 जारी
करोड़ रूपये

क. सं.		स्कीमों/संस्थान के नाम	नौवीं योजना आबंटन	नौवीं योजना प्रत्याशित व्यय	10वीं योजना आवंटन योजना आयोग द्वारा अनुमोदित	2002-03 परिव्यय
9वीं योजना	10वीं योजना					
35	28	11) भारत सरकार के सीरम विज्ञान एवं रासायनिक परीक्षक, कोलकाता	1.25	1.23	2.50	0.50
36	29	राष्ट्रीय चिकित्सा पुस्तकालय, नई दिल्ली	15.00	25.12	35.00	8.00
37	30	राष्ट्रीय आयुर्विज्ञान एकेडमी, नई दिल्ली	1.60	1.55	2.50	0.50
38	31	राष्ट्रीय परीक्षा बोर्ड, नई दिल्ली	0.50	0.77	1.00	0.20
39	32	भारतीय चिकित्सा परिषद, नई दिल्ली	3.90	2.78	5.00	1.00
40	33	स्वास्थ्य विज्ञान शिक्षा आयोग	2.00	0.00	10.00	5.00
41	34	एन. आई. एम. एच. ए. एन. एस. बेंगलूर (ख) उपचर्या शिक्षा	60.00	80.40	120.00	24.00
42	35	भारतीय उपचर्या परिषद		0.50	2.10	0.40
43 to 47	36	वर्तमान उपचर्या स्कूलों में सीटों का सुदृढीकरण/उन्हें बढ़ाना!	4.50	8.05	100.00	20.00
48	37	आर. ए. के. उपचर्या, कॉलेज, नई दिल्ली	3.50	1.53	11.00	3.00
49	38	लेडी रोडिंग स्वास्थ्य स्कूल!		0.25	2.00	0.30
50 to 55	39	(ग) अनुसंधान भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद, नई दिल्ली	263.00	333.37	870.00	110.00
					2999.10	414.10
		अन्य कार्यक्रम				
56	40	राष्ट्रीय जैव संस्थान, नोएडा (उ. प्र.)	70.00	63.54	170.90	20.00
57	41	स्वास्थ्य शिक्षा	6.00	3.97	12.60	2.20
58	42	स्वास्थ्य आसूचना एवं स्वास्थ्य लेखा	1.25	1.44	8.80	1.90
59	43	पत्तन स्वास्थ्य प्राधिकरण (नए सृजित अंतर्राष्ट्रीय हवाई अड्डों पर कार्यालयों की सौंपना सहित	2.00	2.12	9.00	1.60
60	44	डी.जी.एच.एस. का सुदृढीकरण	3.99	7.87	8.00	2.00
61	45	मंत्रालय के अंतर्गत विभाग का सुदृढीकरण			12.00	3.00
62	46	खाद्य मिलावट रोकथाम	20.00	12.63	83.00	8.00
63 & 64	47	केन्द्रीय ड्रग स्टैंडर्ड एवं नियंत्रण संगठन	40.00	23.68	57.00	15.00
					361.30	53.70
		दसवीं योजना के दौरान नई पहले				
	48	केन्द्र प्रायोजित स्कीम			110.00	20.00
	49	केन्द्रीय क्षेत्रक स्कीम			11.00	0.50
					121.00	20.50
					9253.00	1550.00
		स्कीमों जो या तो स्थानांतरित कर दी गईं अथवा बंद कर दी गईं				
65		ग्रामीण स्वास्थ्य प्रशिक्षण केन्द्र, नजफगढ़	4.00	1.78		
66		तेजपुर मानसिक अस्पताल				
67		स्वैच्छिक संगठनों को सहायता				
		(क) चिकित्सा सेवाओं में सुधार	10.00	1.08		
		(ख) ग्रामीण क्षेत्रों हेतु विशेष स्वास्थ्य स्कीम				
68		मानव व्यवहार एवं सम्बद्ध विज्ञान संस्थान, शाहदरा, दिल्ली	10.00	3.00		
69		मॉडल अध्यापकों हेतु सतत शिक्षा	1.00	0.93		
		सी एच एस संवर्ग के चिकित्सा अधिकारियों को प्रशिक्षण	0.50	0.42		
		कुल	5118.19	5280.49		



भारतीय आयुर्विज्ञान और होम्योपैथी चिकित्सा पद्धति

प्रस्तावना

2.9.1 कुल मिलाकर भारतीय आयुर्विज्ञान और होम्योपैथी चिकित्सा पद्धति के अन्तर्गत आयुर्वेद, सिद्ध, यूनानी, होम्योपैथी और योग तथा प्राकृतिक चिकित्सा जैसी चिकित्सा पद्धतियां शामिल हैं। बीसवीं शताब्दी में भारत में आधुनिक चिकित्सा पद्धति के आगमन से पहले आईएसएमएंडएच पद्धति के चिकित्सक लोगों की स्वास्थ्य देखभाल की सभी जरूरतों को पूरा करते थे। फिलहाल देश में 6,80,000 से अधिक पंजीकृत आईएसएमएंडएच चिकित्सक हैं जिनमें से अधिकांश निजी क्षेत्रक में काम करते हैं। आईएसएमएंडएच पद्धति का एक सबसे बड़ा गुण यह है कि यह सुलभ, स्वीकार्य और वहनीय है।

2.9.2 भारत में सरकारी आईएसएमएंडएच स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं का भी एक बहुत बड़ा जाल है। 60 से अधिक बिस्तर वाले 300 से अधिक अस्पताल, और 23,000 से अधिक औषधालय प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का कार्य करते हैं। प्रत्येक वर्ष 405 आईएसएमएंडएच कालेजों से 16,000 से अधिक आईएसएमएंडएच चिकित्सक अर्हता प्राप्त करते हैं। आईएसएमएंडएच विभाग चार अनुसंधान परिषदों को सहायता प्रदान करता है तथा अनेक वैज्ञानिक संस्थानों और विश्वविद्यालयों को नैदानिक अनुसंधान, नृजातीय-वनस्पति सर्वेक्षण आयोजित करने तथा जड़ी-बूटी औषधियों और औषधीय पौधों के संबंध में भेषजीय और भेषजनैदानिक अध्ययन आयोजित करने के लिए अनुसंधान अनुदान प्रदान करता है। विभाग द्वारा गठित भेषजीय समितियां एकल सरल नुस्खों के संबंध में मानकों को अंतिम रूप दे रही हैं और शीघ्र ही मिश्रित आईएसएम सूत्रों के संबंध में मानक तैयार करने का कार्य प्रारंभ करेंगी।

2.9.3 इन सभी प्रयासों के बावजूद आईएसएमएंडएच चिकित्सा पद्धति ने निम्नलिखित कारणवश अपनी पूर्ण क्षमता का उपयोग नहीं किया है:

- विद्यमान आईएसएमएंडएच प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं में आवश्यक स्टाफ, आधारभूत ढांचे, नैदानिक सुविधाओं और औषधियों का अभाव है;

- आईएसएमएंडएच औषधियों और चिकित्सा पद्धति प्रक्रियाओं का पूर्ण रूप से दोहन नहीं किया गया है;
- कोटि नियंत्रण और अच्छी विनिर्माण पद्धतियों के अभाव के फलस्वरूप नकली और घटिया औषधियों का उपयोग होता है;
- आईएसएमएंडएच चिकित्सकों के प्रशिक्षण की कोटि स्तर से काफी नीची है। बहुत से आईएसएमएंडएच कालेजों में अभ्यास प्रशिक्षण के वास्ते अनिवार्य सुविधाओं, अर्हताप्राप्त शिक्षकों और अस्पतालों की कमी है। ज्ञान तथा दक्षताओं को समय-समय पर अद्यतन बनाने के वास्ते सतत चिकित्सीय शिक्षा (सीएमई) की कोई पद्धति नहीं है;
- आईएसएमएंडएच चिकित्सकों को राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों अथवा परिवार कल्याण कार्यक्रमों में शामिल नहीं किया जाता; और
- औषधीय पौधों का अत्यधिक दोहन हुआ है और इसके फलस्वरूप आईएसएमएंडएच औषधियों की लागत में वृद्धि हुई है तथा बाजार में नकली उत्पाद प्रवेश पा रहे हैं।

2.9.4 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में (1983) स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में आईएसएमएंडएच चिकित्सकों के वास्ते एक महत्वपूर्ण भूमिका की परिकल्पना की गई थी। चिकित्सा की इस शाखा के विकास और इष्टतम उपयोग पर विशेष ध्यान देने के उद्देश्य से वर्ष 1995 में आईएसएमएंडएच के लिए एक पृथक विभाग की स्थापना की गई। यह विभाग यह सुनिश्चित करने के लिए प्रयास कर रहा है कि आईएसएमएंडएच चिकित्सकों को मुख्य धारा के अन्तर्गत लाया जाए जिससे कि वे आधुनिक चिकित्सा पद्धति के चिकित्सकों के साथ-साथ देखभाल की एक पूरक पद्धति उपलब्ध कराएं।

2.9.5 विश्व भर में, स्वास्थ्य देखभाल की एक पूरक पद्धति में, विशेष रूप से चिरकालिक जीवन शैली से जुड़ी अ-संक्रामक बीमारियों और ऐसी बीमारियों के निवारण और प्रबंधन में, पुनःरूचि जागृत हुई है जिनके लिए आधुनिक चिकित्सा पद्धति में कोई

प्रभावी औषधियां नहीं हैं। भारत, फिलहाल जनांकिकीय और जीवन शैली संक्रमण के दौर से गुजर रहा है जिसके परिणामस्वरूप अ-संक्रामक रोगों और जीवनशैली संबद्ध विकारों की व्याप्ति में वृद्धि होगी। आईएसएमएंडएच, विशेष रूप से आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा पद्धति इन विकारों के निवारण और प्रबंधन में महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर सकती है, आईएसएमएंडएच चिकित्सक, राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों और परिवार कल्याण कार्यक्रमों में कवरेज तथा औषधियों के सतत उपयोग और परामर्श प्रदान करने का काम कर सकते हैं। यदि आईएसएमएंडएच चिकित्सक इन कार्यों में भाग लें तो वे देश को दसवीं योजना के लिए निर्धारित स्वास्थ्य और जनांकिकीय लक्ष्यों को प्राप्त करने में समर्थ बना सकते हैं।

दसवीं योजना के दौरान कार्यनीति

2.9.6 दसवीं योजना के दौरान कार्यनीति में यह सुनिश्चित करना होगा कि आईएसएमएंडएच पद्धति निम्नलिखितों द्वारा स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था में अपनी पूर्ण क्षमता प्राप्त करे

- प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल की कोटि में सुधार करना;
- आईएसएमएंडएच संस्थानों और चिकित्सकों को आधुनिक चिकित्सा पद्धति की मुख्य धारा के साथ जोड़ना ताकि लोगों को एक पूरक देखभाल चिकित्सा पद्धति उपलब्ध हो सके;
- आईएसएमएंडएच शिक्षा संस्थाओं को सुदृढ़ करना ताकि छात्रों को पर्याप्त प्रशिक्षण प्राप्त हो सके, उन्हें अपनी पद्धति के तहत काम करने में तथा राष्ट्रीय कार्यक्रमों में भाग लेने में विश्वास प्राप्त हो सके;
- सतत चिकित्सा शिक्षा में निवेश करना;
- आईएसएमएंडएच औषधियों के लिए बढ़ती देशज मांग तथा निर्यात क्षमता को पूरा करने के लिए आवश्यक औषधीय पौधों और जड़ी-बूटियों का संरक्षण, परिरक्षण, उन्नयन, खेती, संग्रहण और प्रसंस्करण सुनिश्चित करना;
- आईएसएमएंडएच की सभी पद्धतियों के भेषज संग्रह को पूरा करना तथा अनिवार्य औषधियों की एक सूची तैयार करना तथा उनकी उपलब्धता सुनिश्चित करना;
- औषधियों का कोई नियंत्रण सुनिश्चित करना तथा वहनीय लागत पर उनकी उपलब्धता में सुधार करना;
- नई औषधियों और नुस्खों के विकास के लिए अनुसंधान

तथा विकास (आरएंडडी) में निवेश करना और उनको पेटेन्ट कराना; और

- केंद्रीय अनुसंधान परिषदों को उपयुक्त रूप से सुदृढ़ करके तथा उनके अनुसंधान कार्य को भारतीय भेषज अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर), दिल्ली जैसी अन्य अनुसंधान एजेंसियों के साथ समन्वित करके आशाप्रद औषधियों के नैदानिक परीक्षण आयोजित करना।

स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं

2.9.7 नौवीं योजना का उद्देश्य, केन्द्र में आईएसएमएंडएच के विभागों के साथ और राज्यों द्वारा प्रत्येक स्तर पर इन सेवाओं के कवरेज और कोटि सुधारने के लिए अनेक उपायों के माध्यम से आईएसएमएंडएच में प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल की कोटि में सुधार करना था।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल

2.9.8 आईएसएमएंडएच चिकित्सक समाज के कमजोर वर्गों, विशेष रूप से शहरी मलिन बस्तियों और दूर-दराज के इलाकों में रहने वाले लोगों को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की सुविधा प्रदान करते हैं। (1 अप्रैल, 1999 की स्थिति के अनुसार) आईएसएमएंडएच अस्पतालों और औषधालयों की संख्या का विवरण संलग्नक 2.9.1 में दिया गया है। पश्चिम बंगाल और गुजरात जैसे कुछ राज्यों में केवल आईएसएमएंडएच चिकित्सकों को ही कुछ दूर-दराज के ग्रामीण और जनजातीय क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (पीएचसी) में तैनात किया जाता है। केरल में, आईएसएमएंडएच चिकित्सक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (पीएचसी) में एक पूरक स्वास्थ्य देखभाल पद्धति उपलब्ध कराते हैं। यह सुनिश्चित करना महत्वपूर्ण है कि आईएसएमएंडएच औषधियों और अस्पतालों को पीएचसी/शहरी स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों के साथ जोड़ा जाए ताकि उन्हें इन संस्थाओं में उपलब्ध नैदानिक व अन्य सुविधाएं आसानी से उपलब्ध हो सकें और साथ ही मरीज उपचार हेतु पद्धति का चयन कर सकें।

द्वितीयक स्वास्थ्य देखभाल

2.9.9 अधिकांश विद्यमान आईएसएमएंडएच द्वितीयक अस्पताल पृथक संस्थानों के रूप में कार्य करते हैं और उनका न तो प्राथमिक आईएसएमएंडएच स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों के साथ अथवा आधुनिक चिकित्सा पद्धति में द्वितीयक स्वास्थ्य

देखभाल संस्थानों के साथ कोई संयोजन होता है। प्रायः इन संस्थानों में पर्याप्त नैदानिक सुविधाओं, आधारीक संरचना और जनशक्ति का अभाव होता है। नौवीं योजना में जिला अस्पतालों में आईएसएमएंडएच चिकित्सकों को तैनात करने की व्यवहार्यता और उपयोगिता का परीक्षण करने के लिए एक प्रायोगिक परियोजना शुरू करने की परिकल्पना की गई थी। कुछ राज्यों ने जिला अस्पतालों में आईएसएमएंडएच क्लिनिक स्थापित करने का प्रयास किया था किन्तु इस संबंध में अनुभव सीमित ही रहा।

आधारीक संरचना

विशाल आधारीक संरचना का सृजन किया गया है:

● अस्पताल	3005
● बिस्तर	60,681
● औषधालय	23,028

समस्याएं

- कोई संगठित रेफरल पद्धति नहीं।
- वे केवल उन्हीं को स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराते हैं जो उन तक पहुंच पाते हैं।
- प्रत्येक केन्द्र अलग-अलग है। वे क्षेत्र के अन्य संस्थानों के साथ जुड़े नहीं हैं।
- विद्यमान आधुनिक पद्धति अस्पतालों के साथ कोई संयोजन नहीं — इसलिए वे पूरक पद्धति के रूप में अथवा उपलब्ध नैदानिक सुविधाओं का उपयोग करने में पूरी तरह से कार्य करने में असमर्थ रहते हैं।

तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल

2.9.10 सभी आईएसएमएंडएच कालेजों के साथ, निजी तथा सरकारी दोनों के साथ, तृतीयक देखभाल अस्पताल जुड़े हैं। इसके अलावा, राष्ट्रीय संस्थानों के साथ तृतीयक देखभाल और/अथवा विशेषज्ञता केंद्र जुड़े हैं। निजी/स्वैच्छिक क्षेत्र संस्थाएं भी आईएसएमएंडएच में तृतीयक देखभाल की व्यवस्था करती हैं। नौवीं योजना के दौरान आईएसएमएंडएच विभाग ने अनेक संस्थाओं को सुदृढ़ करने के वास्ते निधियां प्रदान की। राम मनोहर लोहिया अस्पताल, दिल्ली में एक यूनानी विशेषज्ञता क्लिनिक स्थापित किया गया तथा सफदरजंग अस्पताल, दिल्ली में एक आयुर्वेदिक और एक होम्योपैथिक यूनिट स्थापित किया गया। विभाग ने, राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य और संबद्ध विज्ञान संस्थान (एनआईएमएचएनएस), बंगलौर में विशेषज्ञता क्लिनिक

स्थापित करने के लिए भी निधियां प्रदान की। बताया गया है कि इन क्लिनिकों में बहुत अच्छी उपस्थिति रहती है।

2.9.11 दसवीं योजना के दौरान आईएसएमएंडएच पद्धति को मुख्य धारा के साथ जोड़ने और आईएसएमएंडएच चिकित्सकों की सेवाओं का उपयोग करने के लिए निम्नलिखित के जरिए विशेष ध्यान दिया जाएगा:

- यह सुनिश्चित करके कि आईएसएमएंडएच क्लिनिकों की स्थापना आधुनिक चिकित्सा पद्धति वाले प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल वाले संस्थानों में की जाए और इन संस्थानों के लिए निर्धारित निधियों के माध्यम से आईएसएमएंडएच देखभाल का वित्तपोषण किया जाए;
- ऐसी बीमारियों के लिए, जिनके लिए आधुनिक पद्धति में गंभीर आनुषंगी प्रभाव रहित कोई प्रभावी औषधि नहीं है, आईएसएमएंडएच चिकित्सीय प्रक्रियाओं के उपयोग और जीवन शैली संबद्ध चिरकालिक रोगों के निवारण और प्रबंधन पर विशेष ध्यान देना;
- जानकारी, शिक्षा तथा संचार(आईईसी) में सुधार करने तथा राष्ट्रीय रोग नियंत्रण तथा परिवार कल्याण कार्यक्रमों के तहत सेवाओं के उपयोग में सुधार करने के वास्ते परामर्श प्रदान करने के लिए सरकारी, स्वैच्छिक और निजी क्षेत्रों में कार्यरत आईएसएमएंडएच चिकित्सकों के उपयोग में वृद्धि करना;
- तृतीयक देखभाल संस्थानों, विशेष रूप से आईएसएमएंडएच कालेजों और राष्ट्रीय संस्थानों से जुड़े संस्थानों को सुदृढ़ करना, जिससे कि रोगी देखभाल शिक्षण, प्रशिक्षण आरएंडडी में सुधार हो सके,
- प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल संस्थानों के बीच प्रभावी रेफरल संयोजन स्थापित करना;
- इस बात का मानीटरन कि इन अस्पतालों में स्वास्थ्य देखभाल की पूरक पद्धति की व्यवस्था करने के प्रयासों के बारे में रोगियों की क्या प्रतिक्रिया है; और
- स्वास्थ्य देखभाल की पूरक पद्धति की व्यवस्था करने के गुणावगुणों का मूल्यांकन करना और मध्यावधि सुधार सुझाना।

आई एस एम एंड एच के लिए मानक संसाधनों का विकास

तालिका 2.9.1
आई एस एम एंड एच में चिकित्सा शिक्षा

पद्धति	कालेज	
	अवर-स्नातक	स्नातकोत्तर
आयुर्वेद	198	53
यूनानी	39	5
सिद्ध	2	2
होम्योपैथी	166	17
जोड़	405	77

स्रोत: आईएसएमएंडएच विभाग, 2001

2.9.12 विगत पांच दशकों के दौरान आईएसएमएंडएच शिक्षा संस्थाओं से स्नातक की उपाधि लेने वाले चिकित्सकों की संस्था में उत्तरोत्तर वृद्धि हुई है। इस समय आईएसएमएंडएच में 405 अवर स्नातक तथा 77 स्नातकोत्तर कालेज हैं (तालिका 2.9.1)। किन्तु इन कालेजों में प्रशिक्षण की कोटि संतोषजनक नहीं है। 160 कालेजों के हाल ही में निरीक्षण से पता चला कि:

- उनमें से 44 प्रतिशत के पास अपेक्षित संख्या में विभागों का अभाव है;
- 89 प्रतिशत के पास अपेक्षित संख्या में अध्यापक नहीं हैं;
- 52 प्रतिशत के पास अपेक्षित अस्पताल बिस्तरों का अभाव है;
- 79 प्रतिशत में बिस्तर भरे रहने का प्रतिशत 60 से कम है;
- 91 प्रतिशत के पास पर्याप्त नैदानिक उपचार नहीं है; और
- 52 प्रतिशत कालेजों में छात्र/बिस्तर का अनुपात 1:3 के निर्धारित अनुपात से कहीं अधिक है।

चिकित्सा शिक्षा में वर्तमान समस्याएं

- छात्र, एक समान प्रवेश परीक्षा के माध्यम से आईएसएमएंडएच संस्थानों में प्रवेश लेते हैं; जिन छात्रों को आधुनिक चिकित्सा पद्धति में प्रवेश नहीं मिल पाता व आईएसएमएंडएच कालेजों में प्रवेश लेते हैं।
- अध्यापकों की कोटि संतोषजनक नहीं है तथा शिक्षण

सहायक सामग्री पूरी तौर पर उपलब्ध नहीं होते।

- आईएसएमएंडएच अध्यापकों और छात्रों का मनोबल निम्न होता है।
- वर्तमान आईएसएमएंडएच पाठ्य विवरण तथा पाठ्यचर्या अपर्याप्त है। परिणामस्वरूप स्नातकों के पास आईएसएमएंडएच चिकित्सा पद्धति अपनाने के लिए जानकारी, दक्षताएं और विश्वास नहीं होता।

2.9.13 यद्यपि शरीर रचना, शरीर विज्ञान और जैव-रसायन के शिक्षण पर पर्याप्त ध्यान दिया जाता है किन्तु छात्र को आईएसएमएंडएच नैदानिक तथा चिकित्सीय प्रक्रियाओं का उपयोग करने के लिए प्रशिक्षण प्रदान करने पर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया जाता। परिणामस्वरूप, इन छात्रों के पास आईएसएमएंडएच चिकित्सीय प्रक्रियाओं का उपयोग करने में विश्वास, ज्ञान और दक्षता का अभाव होता है और इनमें आधुनिक चिकित्सा पद्धति का अभ्यास करने की प्रवृत्ति होती है जिसमें ये प्रशिक्षित नहीं होते। इसलिए, रोगियों को आईएसएमएंडएच चिकित्सकों के पास जाने के बावजूद आईएसएमएंडएच चिकित्सा पद्धति के लाभ प्राप्त नहीं होता।

2.9.14 दसवीं योजना के दौरान राज्यों को निम्नलिखित के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा :

- छात्रों की क्षमता और रूचि का पता लगाने के लिए उपयुक्त पात्रता मानदंड के साथ आईएसएमएंडएच अवर स्नातक पाठ्यक्रमों हेतु एक प्रवेश परीक्षा प्रारंभ करना;
- अवर स्नातक और स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों में प्रवेश पद्धति में एकरूपता सुनिश्चित करना;
- उद्योग में रोजगार के लिए क्षमता और विशेषज्ञता क्लिनिकों के माध्यम से प्रदान की जा रही आईएसएमएंडएच सेवाओं को ध्यान में रखते हुए पाठ्यक्रम का पुनर्गठन;
- आईएसएमएंडएच विभाग के सहयोग से उत्कृष्टता के विद्यमान राष्ट्रीय केंद्रों को सुदृढ़ बनाना;
- प्रत्येक एक बड़े राज्य में अवर स्नातक/स्नातकोत्तर कालेज के माडल के रूप में प्रत्येक पद्धति के लिए कम से कम एक कालेज को सुदृढ़ करना और उसे मुख्य धारा के साथ जोड़ना; और
- आईएसएमएंडएच की परिषदों के माध्यम से शैक्षिक संस्थानों के लिए एक उपयुक्त तथा पारदर्शी प्रत्यायन पद्धति पर अमल करना।

आई. एस. एम. एंड एच. में शिक्षा में गुणवत्ता आश्वासन

2.9.15 भारतीय आयुर्विज्ञान की एक केंद्रीय परिषद् के गठन, आयुर्वेद, सिद्ध तथा यूनानी व संबद्ध मामलों के एक केंद्रीय रजिस्टर के अनुसूचना के वास्ते भारतीय आयुर्विज्ञान केंद्रीय परिषद् अधिनियम, 1970 का अधिनियमन किया गया था। भारतीय औषधियों की केंद्रीय परिषद् (सीसीआईएम) और केंद्रीय होम्योपैथी परिषद् (सीसीएच), जिनकी स्थापना क्रमशः 1970 और 1973 में की गई थी, निम्नलिखित के लिए जिम्मेदार हैं :

- आईएसएमएंडएच पाठ्यक्रमों के लिए शिक्षा के एकसमान स्तर निर्धारित करना व उनका अनुसूचना, चिकित्सकों के लिए व्यावसायिक आचरण, शिष्टाचार और नैतिकता संहिता के स्तर निर्धारित करना, और
- आईएसएमएंडएच उपयुक्त अर्हताओं की मान्यता से संबंधित मामलों के बारे में केंद्रीय सरकार को सलाह देना।

आईएसएमएंडएच मेडिकल संस्थाओं में स्तर बनाए रखने के वास्ते ये परिषदें राज्य स्तरीय बोर्ड/ परिषद के साथ तालमेल के साथ भी काम करती हैं। इसके अलावा वे क्रमशः भारतीय आयुर्विज्ञान पद्धति और होम्योपैथी के संबंध में केंद्रीय रजिस्टर रखती हैं।

2.9.16 आईएसएमएंडएच विभाग द्वारा परिषदों के कामकाज की एक समीक्षा से पता चलता है कि मानीटरन प्रक्रियाएं और अनुसूचियां पर्याप्त नहीं हैं। सीसीआईएम और सीसीएच की सिफारिशों पर प्रायः अमल नहीं किया जाता। कोई कानूनी ढांचा नहीं है और परिणामस्वरूप योग तथा प्राकृतिक चिकित्सा से संबंधित स्तर निर्धारित और प्रवर्तित करने के लिए कोई संस्थागत तंत्र नहीं है। इसलिए इन दो विधाओं में शिक्षा के स्तर सर्वाधिक कमजोर हैं।

2.9.17 प्रमुख रूप से निजी क्षेत्र में, राज्य सरकारों से अनुमति प्राप्त करके तथा विश्वविद्यालयों से संबद्धन प्राप्त करके, बड़ी संख्या में कालेजों की स्थापना की जा रही है। वर्ष 1995 और 2000 के बीच सीसीआईएम ने 73 आयुर्वेद कालेजों, 11 होम्योपैथी कालेजों तथा 3 सिद्ध कालेजों की स्थापना की अनुमति प्रदान की। कालेजों की इतनी बड़ी संख्या में स्थापना का आईएसएमएंडएच शिक्षा की गुणवत्ता पर विपरीत प्रभाव पड़ रहा है। इस समस्या पर 1997 में केंद्रीय स्वास्थ्य और परिवार

कल्याण परिषद् द्वारा और 1997 में आईएसएमएंडएच में राज्य स्वास्थ्य मंत्रियों के प्रथम सम्मेलन में चर्चा की गई थी। यह सिफारिश की गई कि भारतीय आयुर्विज्ञान केंद्रीय परिषद् अधिनियम, 1970 में और होम्योपैथी केंद्रीय परिषद् अधिनियम, 1973 में उपयुक्त संशोधन किए जाएं ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि नए कालेज निर्धारित मार्गनिर्देशों का पालन करें।

2.9.18 दसवीं योजना के दौरान घटिया मेडिकल कालेजों की संख्या में वृद्धि को रोकने तथा शिक्षण के स्तरों में गिरावट पर अंकुश लगाने के लिए हर संभव प्रयास किया जाएगा। इसके साथ-साथ, आईएसएमएंडएच विभाग यह सुनिश्चित करने के लिए उपाय करेगा कि सांविधिक परिषदें उन्हें सौंपे गए कार्य को निष्पादित करें। स्थापित किए गए सभी आईएसएमएंडएच कालेजों का समय-समय पर निरीक्षण करना आवश्यक है ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि केवल उन्हीं कालेजों को जारी रखने की अनुमति दी जाए जिनके पास आवश्यक अवस्थापना, जनशक्ति और सुविधाएं हों। निःसंदेह यह एक कठिन कार्य है किन्तु आईएसएमएंडएच शिक्षा के स्तरों में सुधार करने के लिए यह आवश्यक है।

आई. एस. एम. एंड एच. में परा-व्यावसायिक

2.9.19 इस समय आईएसएमएंडएच फार्मसी में डिग्री अथवा डिप्लोमा प्रदान करने के लिए कोई व्यवस्था नहीं है और न ही इसे सामान्य फार्मसिस्ट पाठ्यक्रम में एक विकल्प के रूप में शामिल किया गया है। इसी प्रकार, आईएसएमएंडएच में नर्सिंग के लिए किसी प्रशिक्षण की व्यवस्था नहीं है। दसवीं योजना में इन दोनों मामलों पर विचार किया जाना चाहिए ताकि आईएसएमएंडएच चिकित्सकों को आवश्यक सहायक स्टाफ उपलब्ध हो सके।

आई. एस. एम. एंड एच. में राष्ट्रीय संस्थान

2.9.20 आईएसएमएंडएच विभाग ने प्रत्येक प्रमुख विषयक्षेत्र में राष्ट्रीय संस्थान स्थापित किए हैं जिनका उद्देश्य उच्च कोटि की रोगी देखभाल, शिक्षण और अनुसंधान की व्यवस्था करते हुए उत्कृष्टता केंद्रों के रूप में कार्य करना है। यद्यपि इनमें से कुछ संस्थान भलीभांति स्थापित हैं और प्रभावी ढंग से कार्य कर रहे हैं तथापि बहुत से अपने कामकाज के प्रारंभिक स्तर पर हैं। दसवीं योजना के दौरान ये केंद्र शिक्षण, प्रशिक्षण, रोगी देखभाल और अनुसंधान तथा रोगी देखभाल स्तरों में सुधार करने में प्रमुख भूमिका निभाएंगे।

केंद्रीय सरकार द्वारा वित्तपोषित राष्ट्रीय संस्थान

- राष्ट्रीय आयुर्वेद संस्थान, जयपुर
- राष्ट्रीय यूनानी आयुर्विज्ञान संस्थान, बंगलौर।
- राष्ट्रीय होम्योपैथी संस्थान, कोलकाता
- राष्ट्रीय प्राकृतिक चिकित्सा संस्थान, पुणे
- मोरारजी देसाई राष्ट्रीय योग संस्थान, नई दिल्ली
- राष्ट्रीय सिद्ध संस्थान, चेन्नई।
- राष्ट्रीय आयुर्वेद विद्यापीठ, नई दिल्ली

* स्थापित किए जा रहे हैं

आई. एस. एम. एंड एच. में सतत मेडिकल शिक्षा (सीएमई)

2.9.21 आईएसएमएंडएच के अधिकांश पंजीकृत चिकित्सक निजी क्षेत्र में हैं (तालिका 2.9.2)। सतत मेडिकल शिक्षा के माध्यम से उनके ज्ञान और दक्षताओं को समय-समय पर अद्यतन बनाने की जरूरत है। नौवीं योजना अवधि के दौरान आईएसएमएंडएच विभाग ने पुनर्नस्थापन और सेवाकालीन प्रशिक्षण की एक स्कीम प्रारंभ की। स्कीम के अन्तर्गत शिक्षकों और चिकित्सकों के लिए एक माह के पाठ्यक्रम तथा क्षरासूत्र पंचकर्म चिकित्सा, दन्त चिकित्सा जैसे विशेषज्ञता वाले क्षेत्रों और योग में आईएसएमएंडएच चिकित्सकों के लिए दो माह के पाठ्यक्रम की व्यवस्था थी। इस पाठ्यक्रम के प्रति प्रतिक्रिया संतोषजनक नहीं थी क्योंकि अधिकांश चिकित्सकों का मत था कि वे अपने चिकित्सा कार्य को और आगे अवधि के लिए नहीं छोड़ सकते हैं।

तालिका 2.9.2

आई. एस. एम. एंड एच. में पंजीकृत मेडिकल चिकित्सक

आयुर्वेद	4,27,504
यूनानी	42,445
सिद्ध	16,599
प्राकृतिक चिकित्सा	429
होम्योपैथी	1,94,147
जोड़	6,81,124

स्रोत : आईएसएमएंडएच विभाग, 2001

2.9.22 दसवीं योजना के दौरान सभी पंजीकृत आईएसएमएंडएच चिकित्सकों को उनकी अपनी-अपनी पद्धतियों

में होने वाली प्रगतियों के बारे में अद्यतन जानकारी प्रदान करने की दिशा में प्रमुख रूप से प्रयास किया जाएगा। राजकीय नियोजित आईएसएमएंडएच चिकित्सकों को सर्वप्रथम इस सेवाकालीन प्रशिक्षण का लाभ प्रदान किया जाएगा। प्रशिक्षण सामग्री का निर्माण राष्ट्रीय संस्थानों और राज्य आईएसएमएंडएच कालेजों द्वारा विशेषज्ञों की सहायता से किया जाएगा। सीएमई कार्यक्रमों के लाभों में सुधार करने के लिए सूचना प्रौद्योगिकी में हुई प्रगतियों का इष्टतम उपयोग किया जाएगा जिससे कि इससे उनके कामकाज में बाधा न पहुंचे। योजना अवधि के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों के अन्तर्गत सेवाओं के उपयोग में सुधार और परामर्श प्रदान करने में आईएसएमएंडएच चिकित्सकों की भागीदारी को बढ़ाने के भी प्रयास किए जाएंगे। आईएसएमएंडएच चिकित्सक निम्नलिखितों में महत्वपूर्ण भूमिका निभाएंगे :

- स्वास्थ्य शिक्षा;
- राष्ट्रीय कार्यक्रमों के लिए औषधि वितरण;
- परिवार कल्याण कार्यक्रमों में अभिप्रेरण तथा परामर्श प्रदान करना;
- गर्भ निरोधकों तथा ओआरटी पैकेजों जैसी चुनिन्दा मदों के लिए डिपोधारियों के रूप में कार्य करना;
- प्रतिरक्षण के लिए प्रेरित करना; तथा
- सामुदायिक प्रयास के माध्यम से पर्यावरणीय स्वच्छता में सुधार।

औषधीय पौधों और जड़ी-बूटियों का परिरक्षण, प्रोन्नयन और खेती

2.9.23 पिछले दो दशकों के दौरान आईएसएमएंडएच में प्रयुक्त औषधियों की मांग में लगातार वृद्धि हुई है। किन्तु अच्छी कोटि के औषधि पौधों और जड़ी-बूटियों की मांग पूरी नहीं हुई है। अनेक पौधों की कीमतों में तेजी से वृद्धि हुई है जिससे वे अवहनीय हो गए हैं तथा औषधीय पौधों की कुछ नस्लों के बारे में विलुप्त हो जाने की रिपोर्टें मिली हैं जिसका मुख्य कारण जंगलों पर बढ़ता दबाव है।

औषधीय पौधे

वर्तमान समस्याएं

- औषधीय पौधों की मांग बढ़ रही है; औषधीय पौधों में व्यापार गोपनीय व अनुचित ढंग से होता है।
- लाभ कमाने के कारण असंधारणीय प्रथाओं को अमल में लाया जाता है जिसके फलस्वरूप पौधों की नस्लें

विलुप्त होने के कगार पर हैं।

- संघटकों की कोटि असंतोषजनक है जिसके कारण औषधियों की कोटि असंतोषजनक है।
- खेती को प्रोत्साहित नहीं किया जाता है और ज्यादातर पौधों को जंगलों से उखाड़ दिया जाता है।

2.9.24 योजना आयोग ने औषधीय पौधों के संरक्षण, खेती, संचारणीय उपयोग और कानूनी संरक्षण के संबंध में एक कार्य बल का गठन किया था। कार्य बल ने निम्नलिखित सिफारिशों की :

- औषधीय पौधा संरक्षण क्षेत्रों (एमपीसीए) की स्थापना, जिसके तहत सभी परि-पद्धतियां, वनों की किस्में और उप-किस्में कवर हों;
- स्थापित उद्यानों में दुर्लभ, लुप्त प्रायः औषधीय पौधों के स्थलीय संरक्षण का प्रयास किया जाए जिनका प्रबंध कृषि, बागवानी अथवा वन विभागों द्वारा किया जाए;
- जैव प्रौद्योगिकी विभाग द्वारा सृजित जीन बैंकों में सभी औषधीय पौधों के जनन द्रव्यों का भंडारण किया जाए;
- अवनत वन क्षेत्रों में वनस्पति वनों की स्थापना;
- औषधीय पौधों में संबद्ध वन क्षेत्रों का विनिर्धारण किया जाए, प्रबंधन योजनाएं तैयार की जाएं और संयुक्त वन प्रबंधन पद्धति के अन्तर्गत संचारणीय खेती को प्रोत्साहित किया जाए;
- जागरूकता बढ़ाने और पौधा भंडार की उपलब्धता बढ़ाने का कार्य करने के लिए तकनीकी रूप से अर्हताप्राप्त एनजीओ को प्रोत्साहित किया जाए और औषधीय पौधों की खेती के लिए कृषि तकनीकों को प्रोत्साहित करने में उनका सहयोग लिया जाए;
- जड़ी बूटी उत्पादों की संवीक्षा/परीक्षण/नैदानिक मूल्यांकन कार्य शुरू और पूरा किया जाए;
- आईएसएमएंडएच उत्पादों के लिए अर्हताप्राप्त स्टाफ के साथ औषधि परीक्षण प्रयोगशालाएं स्थापित की जाएं;
- एक परम्परागत ज्ञान डिजिटल लायब्रेरी की स्थापना ताकि देश में औषधीय पौधों और देश में उनके प्रयोग के संबंध में जानकारी सहज रूप से अधिप्राप्त की जा सके; और

- औषधीय पौधों के समेकित विकास के लिए औषधीय पौधा बोर्ड की स्थापना।

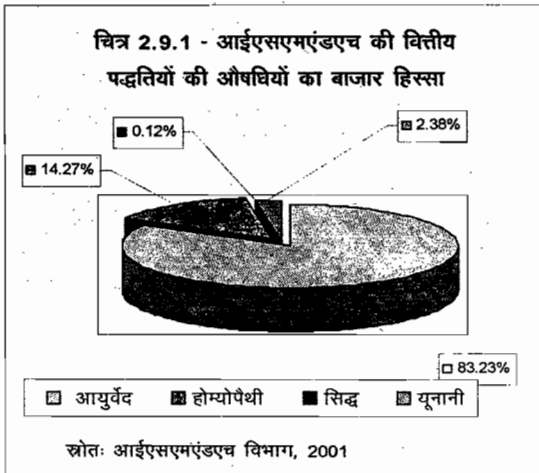
2.9.25 कार्य बल की अनेक सिफारिशें कार्यान्वित की गई हैं। औषधीय पौधों के विकास से संबंधित सभी बहु-क्षेत्रीय मुद्दों की देखभाल करने के लिए आईएसएमएंडएच विभाग में औषधीय पौधा बोर्ड की स्थापना की गई है। आशा की जाती है कि बोर्ड औषधीय पौधों के विपणन और व्यापार को औपचारिक रूप देगा और उसका आयोजन करेगा, इस क्षेत्र में सभी पण्यधारियों के प्रयासों का समन्वय करेगा और जड़ी-बूटी उत्पादों की जानकारी की उपलब्धता में सुधार बताएगा। बारह राज्य सरकारों से राज्य आयुर्विज्ञानीय पौधा बोर्ड स्थापित किए हैं। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण, पर्यावरण तथा वन, ग्राम विकास और कृषि मंत्रालय औषधीय पौधों की खेती को प्रोत्साहित कर रहे हैं। तेजी के साथ खेती करने के वास्ते निर्धारित 28 पौधों के संबंध में कृषि तकनीकों का मानकीकरण किया जा रहा है। राज्यों से औषधीय पौधों से जुड़े व्यापारियों तथा कृषकों का पंजीकरण करने के लिए उपाय लागू करने और वन विकास निगम को उद्योग के लिए औषधीय पौधों की सप्लाइ के लिए संवाहक बनाने का अनुरोध किया गया है। आरएंडडी को प्रोत्साहित करने, जीन बैंकों को समर्थन प्रदान करने तथा निर्यात बाजारों के विनिर्धारण के लिए उद्योग की सहायता करने तथा बाजार खंडीकरण संबंधी प्रस्ताव विचाराधीन हैं।

2.9.26 आईएसएमएंडएच विभाग ने परम्परागत ज्ञान डिजिटल लायब्रेरी के संबंध में एक स्कीम प्रारंभ की है। आयुर्वेद से संबंधित 14 प्राचीन पाठों में वर्णित लगभग 35,000 नुस्खे लायब्रेरी में दर्ज हैं और उन्हें कोई भी प्राप्त कर सकता है। इस कदम से परम्परागत प्रथाओं की सहज उपलब्धता में मदद मिलेगी और बाहरी व्यक्तियों द्वारा उनका पेटेन्ट कराने पर रोक लगेगी। विभाग ने भारत और विदेश में फाइल किए जाने वाले आयुर्वेद, सिद्ध और यूनानी औषधियों से संबंधित पेटेन्टों पर निगाह रखने के लिए एक पेटेन्ट सैल की स्थापना की है। सैल, पेटेन्ट फाइल करने के लिए राजकीय तथा निजी आईएसएमएंडएच वैज्ञानिकों को व्यावसायिक तथा वित्तीय सहायता भी प्रदान करेगा। पेटेन्टिंग मुद्दों के संबंध में विभाग को सलाह देने के वास्ते एक विशेषज्ञ दल गठित किया गया है।

आई. एस. एम. एंड एच. उद्योग

2.9.27 आयुर्विज्ञान की वैकल्पिक पद्धतियों में जड़ी-बूटी उत्पादों में विश्व बाजार 62 बिलियन डालर होने का अनुमान है। इसमें भारत का हिस्सा बहुत ही कम है। देश के अंदर भी

आईएसएमएंडएच उत्पादों का हिस्सा केवल 4,200 करोड़ रुपए का मामूली है; आयुर्वेदिक औषधियों और नुस्खों का उत्पादों में हिस्सा 80 प्रतिशत के लगभग है (चित्र 2.9.1)।



2.9.28 आईएसएमएंडएच विभाग द्वारा आईएसएमएंडएच उद्योग की वर्तमान स्थिति के संबंध में किए गए सर्वेक्षण से पता चला कि यह बड़े, मझौले, लघु और अत्यन्त लघु क्षेत्रों में बंटा है (तालिका 2.9.3)।

तालिका 2.9.3
भारत में आईएसएमएंडएच उद्योग

4,200 करोड़ रुपए का उद्योग (आयुर्वेद का हिस्सा 3,500 करोड़ रुपए)	
आयुर्वेदिक उत्पादों के 7,000 विनिर्माता	
• बड़े (> 50 करोड़ रुपए)	10
• मझौले (5-10 करोड़ रुपए)	25
• छोटे (1-5 करोड़ रुपए)	965
• बहुत छोटे (< एक करोड़ रुपए)	6,000

स्रोत: आईएसएमएंडएच विभाग, 2001

लघु क्षेत्रक अच्छी विनिर्माण पद्धतियों का पालन नहीं कर रहा है। कार्यकुशलता अथवा कोटि की जांच किए बिना बड़े पैमाने पर लाइसेंसिंग के जरिए पेटेन्ट मालिकाना औषधियां बाजार में आ रही हैं। ये औषधियां मंहगी हो गई हैं। अनेक उत्पादों में, जिन्हें आयुर्वेदिक औषधियां कहा जाता है, अनुपानों के रूप

में बड़ी मात्रा में संश्लेषित संघटकों का उपयोग किया जाता है। प्राच्य तथा शास्त्र उत्पादों को उचित महत्व नहीं मिल रहा है।

2.9.29 विभाग ने अच्छी विनिर्माण पद्धतियां तथा औषधियों का कोटि नियंत्रण सुनिश्चित करने के लिए अनेक उपाय किए हैं जिससे कि आईएसएमएंडएच औषधियों और नुस्खों में विश्वास में बढ़ोत्तरी हो, जिसके फलस्वरूप उनके बाजार का देश के अंदर और बाहर विस्तार होगा।

औषधियों का कोटि नियंत्रण

तालिका 2.9.4
भारत में लाइसेंसशुदा फार्मसी

आयुर्वेद	8,533
यूनानी	462
सिद्ध	385
होम्योपैथी	613
जोड़	9992

स्रोत : आईएसएमएंडएच विभाग, 2001

2.9.30 देश में बड़ी संख्या में आईएसएमएंडएच फार्मसी हैं (तालिका 2.9.4) और उनमें से बहुत सी, विशेष रूप से छोटी, अच्छी विनिर्माण पद्धतियों का पालन नहीं करती। आईएसएमएंडएच विभाग ने पिछले दो वर्षों के दौरान आयुर्वेद, सिद्ध और यूनानी औषधियों के संबंध में अच्छी विनिर्माण पद्धतियों को अंतिम रूप दिया है और उन्हें अधिसूचित किया है।

2.9.31 औषध विज्ञानीय मानक स्थापित करने तथा औषधि नियंत्रण प्रयोगशालाओं को सुदृढ़ करने के काम को नौवीं योजना में प्राथमिकतापूर्ण क्षेत्र विनिर्धारित किया गया है। फार्माकोपोइअल लेबोरेटरी आफ इंडियन सिस्टम आफ मेडिसिन (पीएलआईएम) तथा होम्योपैथिक फार्माकोपोइअल लेबोरेटरी (एचपीएल), गाजियाबाद प्रमुख आईएसएमएंडएच औषधि परीक्षण प्रयोगशालाएं हैं। तथापि, कोटि नियंत्रण सुनिश्चित करना अभी भी एक बड़ी समस्या है जिसकी वजह पर्याप्त संख्या में आईएसएमएंडएच परीक्षण प्रयोगशालाओं का अभाव है। इस समस्या से निपटने के लिए विभाग ने राज्य औषधि परीक्षण प्रयोगशालाओं को सुदृढ़ करने और आईएसएमएंडएच फार्मसियों में अच्छी विनिर्माण पद्धतियों में सुधार करने के लिए एक केंद्र प्रायोजित कार्यक्रम शुरू किया है।

औषधि कोटि नियंत्रण सुदृढ़ करने के लिए केंद्रीय सरकार के प्रयास

- फार्माकोपोइअल लेबोरेटरी ऑफ इंडियन सिस्टम आफ मेडिसिन, गाजियाबाद और होम्योपैथिक फार्माकोपोइअल लेबोरेटरी, गाजियाबाद को सुदृढ़ किया जा रहा है।
- औषध परीक्षण तथा कोटि नियंत्रण के लिए अपीलीय प्रयोगशालाओं का विनिर्धारण किया जा रहा है।
- आयुर्वेद, सिद्ध, यूनानी तथा होम्योपैथी औषधियों के संबंध में औषधि नुस्खों तथा औषध विज्ञान भंडार तैयार करने का काम तेजी से चल रहा है।
- आईएसएमएंडएच विभाग, मानकीकरण तथा कोटि नियंत्रण में औषध निरीक्षण स्टाफ तथा आईएसएमएंडएच औषध उद्योग कार्मिकों का मूल्यांकन और प्रशिक्षण कार्य कर रहा है।

तथापि, आईएसएमएंडएच औषधियों के निर्माण में प्रयुक्त संघटकों के घटिया स्तर अथवा मिलावट और संघटकों के प्रतिस्थापन और औषधियों की सुरक्षा, कार्यकुशलता और कोटि में विश्वास के अभाव की शिकायतें जारी हैं। जटिल आईएसएमएंडएच औषधियों का परीक्षण कठिन है। राज्य स्तर पर औषधि परीक्षण प्रयोगशालाएं या तो अपर्याप्त हैं अथवा विद्यमान नहीं हैं। राज्य सरकारें, औषध विज्ञानीय स्तर लागू करने के लिए लाइसेंसिंग अथवा कोटि परीक्षण आवश्यकताओं को उचित रूप से लागू नहीं कर रही हैं।

2.9.32 दसवीं योजना के दौरान आईएसएमएंडएच में प्रयुक्त औषधियों का कोटि नियंत्रण सुधारने के लिए निम्नलिखित के जरिए भरसक प्रयास किए जाएंगे:

- वर्ष 2004 तक सभी औषध विज्ञानीय कार्य पूरा करके;
- राज्य आईएसएमएंडएच फार्मसियों को आधुनिक बनाकर;
- इन फार्मसियों तथा आईएसएमएंडएच उद्योग की अच्छी विर्माण पद्धतियां अपनाने के लिए प्रेरित करके;
- केंद्रीय तथा राज्य कोटि नियंत्रण प्रयोगशालाओं को सुदृढ़ करके तथा सेंट्रल काउंसिल फार रीसर्च इन आयुर्वेद एंड सिद्ध (सीसीआरएएस) की प्रयोगशालाओं और विश्वविद्यालयों/कालेज विभागों की रसायन व जैव-रसायन प्रयोगशालाओं तथा साथ ही आधुनिक

आयुर्विज्ञान पद्धति में विद्यमान औषधि परीक्षण प्रयोगशालाओं का भी आईएसएमएंडएच औषधियों के परीक्षण और कोटि नियंत्रण के लिए प्रयोग करने की व्यवहार्यता का पता लगाना;

- कठोर औषध कोटि नियंत्रण लागू करने तथा ड्रग्स एंड कोस्मेटिक्स एक्ट (1940) और मैजिक रीमेडीज प्रीवेन्शन एक्ट 1954 के प्रावधानों का कठोरतः अनुपालन; और
- आईएसएमएंडएच के सर्वेक्षण नमूनों तथा सांविधिक नमूनों के परीक्षण से संबंधित मानीटरन कार्य।

न्यूट्रासियूटिकल्स एंड फूड सप्लीमेंटेशन प्राडक्ट्स

2.9.33 भारतीय बाजार में फूड सप्लीमेंट्स, कोस्मेटिक्स और टायलेटरीज तथा न्यूट्रासियूटिकलों की बाढ़ आ रही है। बताया गया है कि उनकी निर्यात क्षमता है। इन उत्पादों में न केवल पौधा आधारित सामग्रियों, मोहक पौधा संघटकों का समावेश होता है बल्कि संश्लेषित रसायनों का भी समावेश होता है। चूंकि ये सभी उत्पाद न तो आधुनिक आयुर्विज्ञान पद्धति अथवा आईएसएमएंडएच औषधियों की श्रेणी में आते हैं इसलिए इनपर ड्रग्स एंड कोस्मेटिक एक्ट अथवा प्रीवेन्शन आफ फूड एडल्टरेशन एक्ट (1986) लागू नहीं होता इसलिए ये बिना किसी गुणवत्ता नियंत्रण के बाजार में प्रवेश कर रहे हैं। यह महत्वपूर्ण है कि इन उत्पादों को ड्रग्स एंड कोस्मेटिक एक्ट अथवा प्रीवेन्शन आफ फूड एडल्टरेशन एक्ट के अन्तर्गत इनमें उपयुक्त संशोधन करके लाया जाए और अधिनियम के अनुपालन का सावधानीपूर्वक मानीटरन किया जाए।

मेडिकल पर्यटन

2.9.34 देश में और विदेश में परम्परागत औषधि में पुनः रूचि जागृत हो रही है जिसके फलस्वरूप आईएसएमएंडएच में उपलब्ध विशेषज्ञता उपचार की मांग बढ़ रही है। अनेक पर्यटक, कायाकल्प के लिए “पंचक्रम” उपचार और तंत्रिका-मांस पेशी और आर्थोपीडिक विकारों के लिए केरल आ रहे हैं। हिमाचल प्रदेश ने अच्छे होटलों में पंचकर्म का प्रस्ताव करके स्वास्थ्य पर्यटन के संबंध में एक स्कीम प्रारंभ की है। दसवीं योजना के दौरान इस क्षेत्र में अवसरों का पता लगाया जाएगा और उनकी व्यवस्था की जाएगी। इसके साथ ही उपयुक्त पारदर्शी गुणवत्ता तथा देखभाल की लागत संबंधी मानदंड तय किए जाएंगे और उनका मानीटरन किया जाएगा ताकि ग्राहकों का शोषण न हो।

अनुसंधान और विकास

2.9.35 आईएसएमएंडएच में चार अनुसंधान परिषदें हैं, सीसीआरएएस, सेंट्रल काउन्सिल फार रीसर्च इन यूनानी मेडिसिन्स (सीसीआरएएस) सेंट्रल काउन्सिल फार रीसर्च इन योग एंड नेचरोपैथी (सीसीआरवाईएन) और सेंट्रल काउन्सिल फार रीसर्च इन होम्योपैथी (सीसीआरएच)। ये परिषदें आयुर्विज्ञान की विभिन्न पद्धतियों में अनुसंधान के लिए शीर्ष विकाय हैं और पूर्णतः भारत सरकार द्वारा वित्तपोषित हैं। ये परिषदें बुनियादी और अनुप्रयुक्त अनुसंधान, मेडिको-वनस्पति सर्वेक्षण, औषधीय पौधों और औषधविज्ञानीय अध्ययनों की शुरुआत, मार्गदर्शन, विकास और समन्वय का कार्य करती हैं। ये परिषदें औषध मानकीकरण के उद्देश्य से अनुसंधान कार्यक्रम और नई आईएसएमएंडएच औषधियों के नैदानिक परीक्षण भी आयोजित करती हैं।

आईएसएमएंडएच में अनुसंधान और विकास में कुछ प्रमुख समस्याएं

- आईएसएमएंडएच व्यावसायिकों और शोधकर्मियों को अनुसंधान प्रविधि में प्रशिक्षण की जरूरत है।
- भारतीय स्वास्थ्य प्रणालियों, बंगलौर और पूरक चिकित्सा में बढ़ती हुई रुचि के बावजूद अनुसंधान परिषदों, उद्योग तथा शैक्षणिक संस्थाओं द्वारा किए गए किसी भी अनुसंधान को राष्ट्रीय तथा अंतर्राष्ट्रीय वैज्ञानिक पत्रिकाओं में प्रकाशित नहीं किया गया है।
- ऐसे क्षेत्रों में अनुसंधान नहीं किया गया है जिनमें आईएसएमएंडएच के अनूठे लाभ हैं जोकि जीवनशैली से जुड़े लोगों तथा जिन क्षेत्रों के लिए आधुनिक प्रणाली में औषधियां नहीं हैं, उनकी रोकथाम और प्रबंध।
- अनुसंधान कार्य, आधुनिक अस्पतालों, जहां नैदानिक सामग्री प्रचुरता में उपलब्ध है, के सहयोग से नहीं किया जाता।

2.9.36 दसवीं योजना के दौरान आरएंडडी सुधारने के लिए निम्नलिखित उपाय किए जाएंगे:

- ऐसे विशिष्ट क्षेत्रों में, जहां भारतीय आयुर्विज्ञान पद्धति (आईएसएम) की क्षमता स्थापित हो चुकी है, औषध विकास से संबंधित जैव-चिकित्सीय अनुसंधान को प्राथमिकता प्रदान की जाएगी;
- आईएसएमएंडएच के मूलभूत सिद्धांतों के संबंध में अनुसंधान को महत्व दिया जाएगा;
- आईएसएम के निवारक और प्रोत्साहक पहलुओं में, विशेष रूप से जीवन शैली संबद्ध विकारों में अनुसंधान पर बल दिया जाएगा;
- आईएसएमएंडएच की चिकित्सीय ऐतिहासिक जांच पड़ताल जारी रखी जाएगी; और
- ग्रामीण और जनजातीय क्षेत्रों में परम्परागत चिकित्सकों की प्रभावशाली तथा व्यापक रूप से स्वीकृत प्रथाओं का विनिर्धारण और मूल्यांकन दिया जाएगा।

शून्य आधारित बजट पद्धति

2.9.37 योजना आयोग ने सभी केंद्रीय मंत्रालयों/विभागों को निर्देश दिया था कि वे शून्य आधारित बजटीय विधि का प्रयोग करते हुए चालू स्कीमों की समीक्षा करें और यह पता लगाएं कि किस चालू स्कीम को दसवीं योजना में जारी रखने की जरूरत है। आईएसएमएंडएच विभाग ने यह कार्य किया।

2.9.38 क्योंकि विभाग ने केवल 1995 में काम करना शुरू किया इसलिए अधिकांश स्कीमों नौवीं योजना के दौरान शुरू की गई थी। इनमें से अधिकांश मेडिकल शिक्षा में अनिवार्य केंद्रीय संस्थानों को सुदृढ़ करने, स्वास्थ्य देखभाल, औषधि गुणवत्ता तथा अनुसंधान से संबंधित थी। इसलिए ये सभी स्कीमों जारी रहेगीं। ऐसा देखा गया है कि बड़ी संख्या में छोटी स्कीमों थी और इन्हें बड़े कार्यक्रमों में मिला दिया गया। कुछ केंद्र प्रायोजित स्कीमों का गलत वर्गीकरण करके उन्हें केंद्रीय क्षेत्रक स्कीम बना दिया गया था और इस गलती को ठीक कर दिया गया था तालिका (2.9.5)। नौवीं योजना के दौरान इन स्कीमों के लिए परिव्यय और व्यय का विवरण संक्षेप में संलग्नक 2.9.2 में दिया गया है।

तालिका 2.9.5

शून्य आधारित बजटीय कार्य का सारांश, 2001

स्कीम	स्कीमों की संख्या	नौवीं योजना परिव्यय (लाख रुपए)	नौवीं योजना-वार्षिक परिव्ययों का जोड़ (लाख रुपए)
केंद्र प्रायोजित स्कीम			
जारी रखी जाने वाली स्कीमें	1	51	51
मिलाई जाने वाली स्कीमें	3/8	5992	8047
समाप्त की जाने वाली स्कीमें	1	0	410
जोड़	4/10	6043	8508
केंद्रीय क्षेत्रक स्कीमें			
जारी रखी जाने वाली स्कीमें	1	480	680
मिलाई जाने वाली स्कीमें	8/34	20,112	27,465
जोड़	9/35	20,592	28,145

भावी मार्ग और निर्धारित लक्ष्य

2.9.39 दसवीं योजना के दौरान निम्नलिखित विषयों पर प्रमुख बल दिया जाएगा :

- आईएसएमएंडएच चिकित्सा पद्धति को मुख्य धारा के साथ जोड़ना;
- स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धि तथा राष्ट्रीय कार्यक्रमों के अंतर्गत कवरेज में सुधार करने के लिए आईएसएमएंडएच चिकित्सकों की सेवाओं का उपयोग;
- अवर स्नातक, स्नातकोत्तर शिक्षा तथा सभी चिकित्सकों के लिए सतत मेडिकल शिक्षा की कोटि में सुधार जिससे कि आईएसएमएंडएच चिकित्सकों द्वारा प्रदान की जाने वाली देखभाल की कोटि में सुधार हो सके;
- स्वास्थ्य देखभाल के सभी स्तरों पर देखभाल की कोटि और लागत का मानीटरन;
- स्वास्थ्य पर्यटन, विशेष रूप से जीवन शैली से जुड़े विकारों के निवारण और प्रबंधन के लिए स्वास्थ्य पर्यटन को प्रोत्साहन;

- औषधीय पौधों और जड़ी-बूटियों के परिरक्षण, प्रोत्साहन और खेती के संबंध में योजना आयोग के कार्य बल की सिफारिशों का कार्यान्वयन;
- आईएसएमएंडएच औषधियों और नुस्खों के संबंध में अच्छी विनिर्माण पद्धतियों और कठोर औषध गुणवत्ता नियंत्रण उपायों को लागू करना;
- देश भर में वहनीय कीमतों पर अच्छी कोटि की आईएसएमएंडएच औषधियों की उपलब्धता में सुधार करना; और
- आईएसएमएंडएच औषधियों और नुस्खों के संबंध में निर्यात क्षमता को पूर्णतः प्राप्त करना।

उपरोक्त उपायों के सफलतापूर्वक कार्यान्वयन से आईएसएमएंडएच चिकित्सा पद्धति को जनता के लिए स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था करने, गुणवत्ता में सुधार करने और स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था करने में अपना समुचित हिस्सा प्राप्त होगा और इससे देश राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (2000) और राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002) में निर्धारित लक्ष्यों को प्राप्त करने में समर्थ होगा।

संलग्नक 2.9.1

भारतीय चिकित्सा शास्त्र और होम्योपैथी पद्धति के अंतर्गत अस्पताल और औषधालय

क्रमसं०	राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के नाम			आयुर्वेद			यूनानी			होम्योपैथी			अन्य		
	औषधालय	अस्पताल	बिस्तर	औषधालय	अस्पताल	बिस्तर	औषधालय	अस्पताल	बिस्तर	औषधालय	अस्पताल	बिस्तर	औषधालय	अस्पताल	बिस्तर
1	आंध्र प्रदेश	1437	8	444	207	7	390	286	6	280	0	1	135		
2	अरुणाचल प्रदेश	4	1	15	1	-	-	41	-	-	0	0	0		
3	असम#	329	2	130	1	-	-	75	3	105	4	1	25		
4	बिहार#	522	9	871	128	4	414	181	1	100	0	0	0		
5	दिल्ली#	122	9	771	19	4	311	95	3	190	0	1*	50		
6	गोआ	59	6	245	-	-	-	56	-	-	0	0	0		
7	गुजरात	539	45	1745	-	-	-	34	9	730	10	1	1		
8	हरियाणा	414	6	840	20	1	10	20	-	-	0	0	0		
9	हिमाचल प्रदेश	1064	16	330	3	-	-	14	-	-	0	2	25		
10	महाराष्ट्र#	247	1	25	171	2	200	2	-	-	25	1	10		
11	कर्नाटक	561	124	6132	45	11	202	25	25	1480	11	18	586		
12	केरल	759#	109	2561#	1#	-	-	2754	72	1440	9#	1#	30		
13	मध्य प्रदेश	2105	34	1160	56	1	60	202	12	590	0	0	0		
14	जम्मू और कश्मीर#	463	73	11713	23	10	1400	-	77	5505	0	0	0		
15	मणिपुर	-	-	-	-	-	-	9	1	10	1	2	65		
16	मेघालय	-	-	-	-	-	-	5	-	-	0	0	0		
17	मिजोरम	1	-	-	-	-	-	1	-	-	0	0	0		
18	नागालैण्ड	-	-	-	-	-	-	2	-	-	0	0	0		
19	उड़ीसा	527	8	323	9	-	-	503	5	150	65	0	0		
20	पंजाब#	489	11	771	35	-	-	105	6	185	0	0	0		
21	राजस्थान	3486	90	1179	79	5	270	121	5	160	3	2	22		
22	सिक्किम	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	0	0		
23	तमिलनाडु	10	4	267	6	1	54	41	3	150	339	221	1716		
24	त्रिपुरा	30	1	10	-	-	-	66	1	20	0	0	0		
25	उत्तर प्रदेश #	713#	1671	9911	148#	136	1186	1378	36	399\$	0	0	0		
26	पश्चिम बंगाल#	254	3	215	-	2	110	899	14	682	0	0	0		
27	अंडमान व निकोबार द्वीप समूह	-	-	-	-	-	-	7	-	-	0	0	0		
28	चंडीगढ़ #	5	1	150	-	-	-	4	1	25	0	1	10		
29	दादर व नगर हवेली	1	1	-@	-	-	-	1	1	-@	0	0	0		
30	दमन व दीव	1	1	5	-	-	-	-	-	-	0	0	0		
31	लक्षद्वीप	4	-	-	-	-	-	2	-	-	0	0	0		
32	पांडीचेरी	12	-	-	-	-	-	1	-	-	8	0	0		
33	सीजीएचएस	31	1	25	9	-	-	34	-	-	5	0	0		
34	केन्द्रीय अनुसंधान परिषद	32	20	475	8	12	265	41	5	105	4	2	85		
35	रेल मंत्रालय	38	-	-	-	-	-	124	-	-	0	0	0		
36	श्रम मंत्रालय	129	-	-	1	-	-	25	-	-	2	0	0		
37	कोयला मंत्रालय	28	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0		
	जोड़:	14416	2258	40313	970	196	4872	7155	297	12836	487	254	2660		

स्रोत: आईएसएम एण्ड एच विभाग, 1999

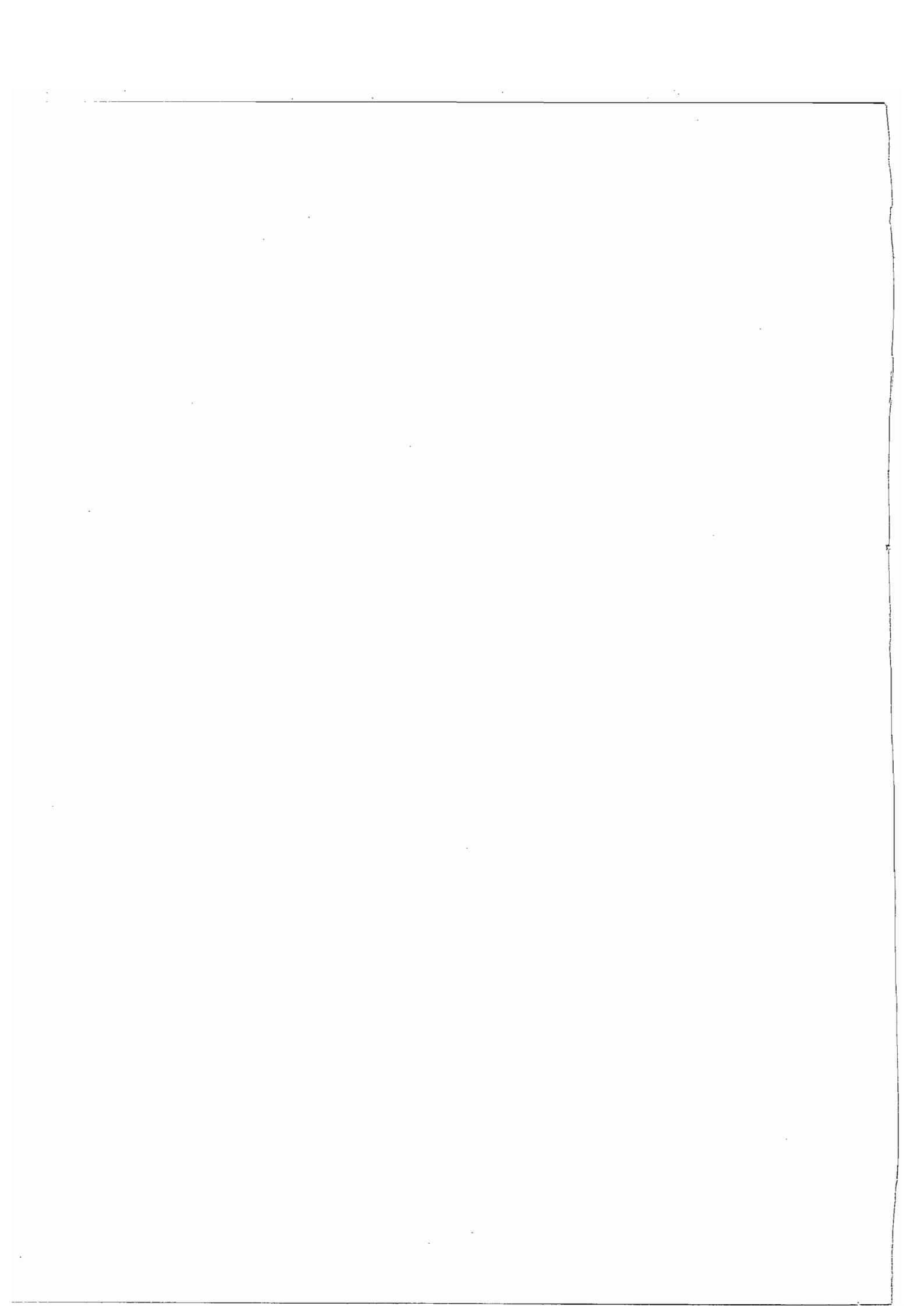
टिप्पणी: 1.4.1999की स्थिति के अनुसार क्रियाशील संस्थान शून्य सूचना

#चालू वर्ष की सूचना प्राप्त नहीं हुई है। अतः नवीनतम उपलब्ध वर्ष की दोहराई गई है। = दिल्ली में योगा अस्पतालों की सूचना स्पष्टीकरणाधीन है। \$ 1.4.98 की स्थिति के अनुसार आंकड़े @ शून्य सूचित किए गए बिस्तर स्पष्टीकरणाधीन है। आंकड़े अनंतिम है।

दसवीं योजना परिव्यय -- आईएसएम और एच विभाग

(लाख रूपए में)

	नौवीं योजना			दसवीं योजना 2002-03	
	नौवीं योजना परिव्यय	वर्षवार परिव्यय की राशि	प्रत्याशित व्यय	परिव्यय	परिव्यय
केन्द्रीय प्रायोजित स्कीमें					
क संस्थानों का विकास	2920.00	4020.00	4279.48	11750.00	1950.00
ख अस्पताल और औषधालय	490.00	402.00	73.72	4900.00	750.00
ग सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी)	51.00	51.00	0.00	1200.00	300.00
घ औषध गुणवत्ता नियंत्रण	2582.00	3700.00	3146.55	4540.00	875.00
केन्द्रीय क्षेत्र					
आईएसएम एण्ड एच को सुदृढ़ करना					
क आईएसएम एण्ड एच को सुदृढ़ करना	1650.00	2129.00	1964.61	2250.00	515.00
ख शैक्षणिक संस्थान	5282.00	6693.00	4990.65	11650.00	2615.00
ग सांविधिक संस्थान	176.00	169.00	147.00	265.00	15.00
घ अनुसंधान पारिषदें (इंद्रा और अतिरिक्त भित्ति अनुसंधान)	8391.00	10777.00	10661.94	13600.00	2520.00
ड. अस्पताल और औषधालय	71.00	292.00	314.80	2244.00	276.00
च औषधीय पौधे	1765.00	3420.00	2215.56	10700.00	2516.00
छ भेषज प्रयोगशालाओं को सुदृढ़ करना ।	1082.00	1150.00	365.50	2650.00	567.00
ज सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी)	480.00	680.00	839.28	1700.00	300.00
झ अन्य कार्यक्रम और स्कीमें	1595.00	2960.00	226.52	8550.00	1801.00
दसवीं योजना दौरान नई पहलें				1501.00	-
कुल योग	26635.00	36443.00	29225.61	77500.00	15000.00



परिवार कल्याण

प्रस्तावना

2.10.1 भारत, विश्व में दूसरा सबसे अधिक आबादी वाला देश है, जहाँ विश्व जनसंख्या के 16.7 प्रतिशत लोग विश्व के 2.4 प्रतिशत क्षेत्र में निर्वाह करते हैं। इस बात को समझते हुए कि जनांकिकीय परिवर्तन के प्रारम्भिक चरणों में अधिक जनसंख्या विकास अनिवार्य है तथा परिवर्तन की गति को तेज करना तत्काल जरूरी है, भारत 1952 में राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम तैयार करने वाला पहला देश बन गया। नीति का उद्देश्य था: "जन्म दर को उस सीमा तक कम करना जो राष्ट्रीय अर्थव्यवस्था की आवश्यकता के अनुरूप स्तर पर आबादी को स्थिर करने के लिए आवश्यक है"। 'पहली पंच वर्षीय योजना में कहा गया था कि' परिवार नियोजन के लिए प्रमुख अपील परिवार के स्वास्थ्य और कल्याण संबंधी विचारों पर आधारित है। माता के लिए बेहतर स्वास्थ्य और बच्चों की बेहतर देखभाल तथा पालन पोषण सुनिश्चित करने के उद्देश्य से परिवार को सीमा में रखना तथा बच्चों के बीच में अन्तर रखना आवश्यक तथा वांछनीय है। इसलिए इस दिशा में किए जाने वाले उपाय सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रम का एक अंग होना चाहिए'। यह वक्तव्य अन्तर्राष्ट्रीय जनसंख्या और विकास सम्मेलन (आई सी पी डी) 1994 से लगभग चार दशक पहले जारी किया गया था।

2.10.2 1950 के दशक के पूर्वार्द्ध से ही भारत की स्वास्थ्य सेवाओं के अन्तर्गत महिलाओं और बच्चों के लिए स्वास्थ्य देखभाल और गर्भ निरोधक सेवाएं प्रदान करने पर बल दिया गया है। उतरोत्तर पंच वर्षीय योजनाओं में राष्ट्रव्यापी स्वास्थ्य देखभाल अवस्थापना और जनशक्ति के नियोजित विकास के लिए नीतिगत रूपरेखा और निधियन की व्यवस्था की जाती रही है। केन्द्र प्रायोजित तथा 100 प्रतिशत केन्द्रीय वित्त पोषित परिवार कल्याण कार्यक्रम में महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य स्तर में सुधार करने और उर्वरता विनियमन हेतु महसूस की गई सभी जरूरतों को पूरा करने के लिए राज्यों को आवश्यक अतिरिक्त अवसंरचना, जनशक्ति और उपभोग्य वस्तुओं की व्यवस्था की गई है।

2.10.3 प्रौद्योगिकीय उन्नतियों और स्वास्थ्य देखभाल की सुधरी कोटि तथा कवरेज के फलस्वरूप अशोधित मृत्यु दर (सी डी आर) में जो 1951 में 25.1 थी, तेजी से गिरावट आई है और यह 1991 में 9.8 हो गई। इसके विपरीत, अशोधित जन्म दर (सी बी आर) में कमी धीमी गति से हुई है जो 1951 में 40.8 से गिरकर 1991 में 29.5 हो गई। इसके फलस्वरूप, वार्षिक घातांकी जनसंख्या वृद्धि 1971-1991 अवधि के दौरान 2 प्रतिशत से अधिक रही है। भारत में जनांकिकीय परिवर्तन की गति अपेक्षाकृत

जनसंख्या के संबंध में रा. वि. प. उप-समिति ने सिफारिश की कि परिवार कल्याण कार्यक्रम में प्रतिमान बदलाव आना चाहिए तथा निम्नलिखित पर विशेष बल दिया जाना चाहिए।

- आवश्यकता निर्धारण के आधार पर विकेन्द्रीकृत क्षेत्र-विशिष्ट योजना।
- महिलाओं और बच्चों के लिए बेहतर सुलभता और सेवाओं की कोटि पर बल।
- निष्पादन में अन्तरों को कम से कम करने के लिए असंतोषजनक निष्पादन करने वाले राज्यों/ जिलों को विशेष सहायता प्रदान करना।
- कार्यक्रम के निरीक्षण के लिए कोटि, कवरेज और प्रभाव संकेतकों के संबंध में जिला-स्तर डाटाबेस का सश्रजन।
- काहिरा में 1994 में जनसंख्या और विकास संबंधी-अन्तर्राष्ट्रीय सम्मेलन (आई सी पी डी) में ऐसे ही दृष्टिकोण की बात कही गई।
- राष्ट्रीय (रा. वि. प. उप-समिति) और अन्तर्राष्ट्रीय (आई सी पी डी) प्रयासों के बीच अभिसरण में नौवीं पंच वर्षीय योजना अवधि के दौरान परिवार कल्याण कार्यक्रम वित्तीय प्रावधान में सुधार हुआ।

धीमी किन्तु लगातार रही है। 1991 की जनगणना से पता चला कि जनसंख्या वृद्धि दर तीन दशकों के बाद 2 प्रतिशत से नीचे गिर गई। जन्म दर, मृत्यु दर और जनसंख्या वृद्धि आदि में और तेज गति से गिरावट प्राप्त करने के लिए प्रयासों पर नए सिरे से बल देने के उद्देश्य से राष्ट्रीय विकास परिषद (एन डी सी) ने जनसंख्या के संबंध में एक उप-समिति (1992) गठित की और उसकी सिफारिशों को 1993 में समर्थन प्रदान किया।

2.10.4 नौवीं योजना अवधि के दौरान, परिवार कल्याण विभाग ने रा. वि. प. उपसमिति की सिफारिशों को कार्यान्वित किया। परिवार नियोजन के संबंध में केन्द्रीय परिभाषित विधि-विशिष्ट लक्ष्यों को समाप्त कर दिया गया। सामुदायिक जरूरतों के मूल्यांकन और कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के आधार पर, जिला स्तर पर विकेन्द्रीकृत नियोजन पर बल दिया गया जिसका उद्देश्य इन जरूरतों को पूरा करना था। मातृ और बाल स्वास्थ्य और गर्भ निरोधक देखभाल के संबंध में प्रक्रिया तथा प्रभाव प्राचलों हेतु राज्य विशिष्ट लक्ष्य तैयार किए गए और प्रगति के निरीक्षण हेतु उनका इस्तेमाल किया गया। सभी कार्मिकों की दक्षताओं में सुधार करने के लिए प्रशिक्षण तथा रेफरल नेटवर्क का निर्माण करने के माध्यम से सेवाओं की कोटि तथा विषय वस्तु सुधारने के वास्ते प्रयास किए गए। पोलियो के उन्मूलन के लिए एक विशाल पल्स पोलियो अभियान शुरू किया गया। राज्यों तथा केन्द्र द्वारा वित्त पोषित अवस्थापना के उपयुक्त पुनर्गठन का सुझाव देने तथा केन्द्र द्वारा प्रतिपूर्ति के संबंध में मानदंडों को संशोधित करने के लिए परिवार कल्याण विभाग ने एक परामर्श समिति गठित की तथा समिति की सिफारिशों पर अमल करना शुरू कर दिया है। मानीटरन तथा मूल्यांकन कार्यक्रम का एक भाग बन गया है तथा डाटा का उपयोग मध्यावधि सुधारों के लिए किया जाता है। विभाग ने राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 (एन पी पी 2000) तैयार की है जिसका उद्देश्य 2010 तक उर्वरता का प्रतिस्थापन स्तर प्राप्त करना है। एन पी पी 2000 की सिफारिशों के अनुरूप मई 2000 में एक राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग की स्थापना की गई।

2.10.5 फिलहाल चिन्ता के कुछेक प्रमुख क्षेत्रों में निम्नलिखित सम्मिलित हैं:

- उर्वरता और मृत्यु दर में व्यापक अन्तर- राज्य भेद; अधिकांश घनी आबादी वाले राज्यों में, जहाँ देश की लगभग आधी आबादी रहती है, उर्वरता और मृत्यु दरें बहुत ऊंची हैं;

- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (पी एच सी)/ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों (सी एच सी) में आधारभूत ढाँचे, जनशक्ति और उपस्कर में अन्तर तथा ढाँचे और जनशक्ति के बीच बेमेल की स्थिति है; रेफरल सेवाओं का अभाव;
- 1990 के दशक के दौरान मृत्यु दर में धीमी गिरावट; नौवीं योजना में मृत्यु दर और उर्वरता के लिए निर्धारित लक्ष्य प्राप्त नहीं होंगे;
- विगत तीन दशकों के दौरान मातृ मृत्यु दर अनुपात में कोई कमी नहीं आई है; जबकि 1990 के दशक के दौरान नवजात और शिशु मृत्यु दरें स्थाई रही हैं।
- नियमित सेवा कवरेज में कमी आई है, सम्भवतः इसका कारण कार्यक्रम के अलग-अलग घटकों के लिए अभियान विधि प्रचालनों पर बल दिया जाना है;
- एकीकृत प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य (आर सी एच) सेवाएं प्रदान करने के लिए दक्षताओं में सुधार करने के लिए प्रशिक्षण पर बल दिए जाने के बावजूद, सेवाकालीन प्रशिक्षण में प्रगति बहुत धीमी रही है तथा देखभाल की कोटि और मात्रा में प्रत्याशित सुधार नहीं हुआ है;
- मूल्यांकन अध्ययनों से पता चला है कि सर्वोत्तम निष्पादन करने वाले राज्यों में भी प्रतिरक्षण के तहत कवरेज व्यापक नहीं है तथा बिहार जैसे राज्यों में कवरेज दरें बहुत निम्न हैं; पोलियो का उन्मूलन अभी किया जाना बाकी है;
- कुछ राज्यों में औषधि आपूर्ति के संभार तन्त्र में सुधार हुआ है किन्तु घनी आबादी वाले राज्यों में अभी भी यह असंतोषजनक है;
- स्थानीय रूप से सृजित सेवा डाटा और सिविल पंजीकरण का उपयोग करते हुए विकेन्द्रीकृत जिला-आधारित आयोजना, मानीटरन और मध्यावधि सुधार को अभी तक कार्यान्वित नहीं किया गया है।

दसवीं योजना के दौरान नीति

2.10.6 दसवीं योजना के दौरान, प्रतिमान बदलाव पर, जो नौवीं योजना में शुरू हुआ था, पूरी तरह से अमल किया जाएगा। यह बदलाव निम्नलिखित रूप से था:

- जनांकिकीय लक्ष्यों की बजाए सक्षम युगलों को उनके प्रजनन लक्ष्य प्राप्त करने पर बल देना;
- विधि विशिष्ट गर्भ निरोध लक्ष्यों के बजाए अवांछित गर्भ करने के लिए गर्भ निरोध हेतु पूरी न हुई जरूरतों को पूरा करना;
- परिवार नियोजन और मातृ तथा बाल स्वास्थ्य के संबंध में अनेक समानान्तर कार्यक्रमों की बजाए महिलाओं और बच्चों के लिए एकीकृत स्वास्थ्य देखभाल;
- केन्द्रीय परिभाषित लक्ष्यों की बजाए, शिशु मृत्यु दर कम करने तथा उच्च वांछित उर्वरता कम करने के वास्ते, सामुदायिक जरूरत मूल्यांकन और विकेन्द्रीकृत क्षेत्र विशिष्ट सूक्ष्म-आयोजना तथा महिलाओं और बच्चों के लिए स्वास्थ्य देखभाल हेतु कार्यक्रम का कार्यान्वयन;
- मात्रात्मक कवरेज की बजाए देखभाल की कोटि और मात्रा पर बल देना;
- प्रमुख रूप से महिला केन्द्रित कार्यक्रमों की बजाए नियोजित परिवार में पुरुषों की भागीदारी पर बल देते हुए परिवार की स्वास्थ्य देखभाल संबंधी जरूरतें पूरा करना;
- आपूर्ति प्रेरित सेवा प्रदान करने की बजाए जरूरत और मांग प्रेरित सेवा; जरूरतों को पूरा करने के वास्ते पर्याप्त तथा समय पर आपूर्ति सुनिश्चित करने के वास्ते सुधरा संभार-तंत्र;
- प्रदाता के बोध पर आधारित सेवा प्रावधान की बजाए युगलों की इच्छाओं और सुविधाओं पर ध्यान देना।

2.10.7 निम्न कारणों से जनसंख्या वृद्धि दर ऊंची बनी हुई है:

- प्रजनन आयु-वर्ग में आबादी का बड़ा आकार (जो कुल जनसंख्या वृद्धि का 60 प्रतिशत अनुमानित है);
- गर्भनिरोध की पूरी न हुई जरूरत के कारण ऊंची उर्वरता (जो लगभग 20 प्रतिशत जनसंख्या वृद्धि की परिचायक है); और
- विद्यमान ऊंची शिशु मृत्यु दर (आई एम आर) व अन्य समाजार्थिक कारणों की वजह से ऊंची

अपेक्षित उर्वरता (जिसका जनसंख्या वृद्धि में अनुमानतः लगभग 20 प्रतिशत का योगदान है)।

2.10.8 दसवीं योजना में निम्नलिखित हेतु प्रयासों को भरपूर बनाया जाएगा:

- गर्भनिरोध की पूरी न हुई जरूरतों का अनुमान लगाना और पूरा करना;
- आई एम आर तथा मातृ मृत्यु दर अनुपात (एम एम आर) में कमी करने के लिए कार्यक्रमों के माध्यम से उर्वरता के उच्च वांछित स्तर में कमी प्राप्त करना; और
- परिवारों को उनके प्रजनन लक्ष्यों को प्राप्त करने में समर्थ बनाना।

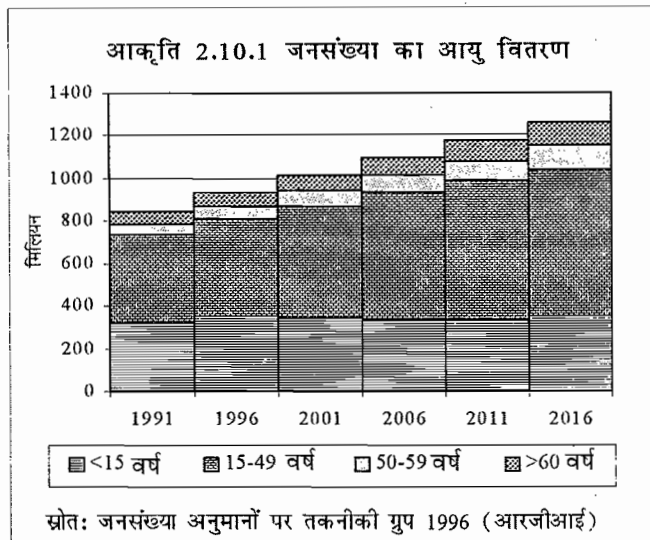
2.10.9 यदि परिवारों के प्रजनन लक्ष्य पूर्णतः प्राप्त हो जाएं तो देश 2010 तक उर्वरता के प्रतिस्थापन स्तर का राष्ट्रीय जनसंख्या नीति लक्ष्य प्राप्त करने में समर्थ बन सकेगा। मध्यावधि तथा दीर्घावधि लक्ष्य, जनांकिकीय परिवर्तन की गति को तेज करने तथा 2045 तक जनसंख्या स्थिरीकरण प्राप्त करने की यह प्रक्रिया जारी रखनी होगी। शीघ्र जनसंख्या स्थिरीकरण से देश नागरिकों की आर्थिक स्थिति और जीवन स्तर सुधारने का अपना विकासात्मक लक्ष्य प्राप्त करने में समर्थ होगा।

2.10.10 उर्वरता, मृत्यु दर और जनसंख्या वृद्धि दर में कमी लाना दसवीं योजना के दौरान प्रमुख लक्ष्य होंगे। दसवीं योजना और उससे आगे की अवधि के लिए मानीटरन योग्य 11 लक्ष्यों में से 3 निम्नलिखित हैं: आई एम आर में 2007 तक 45 प्रति 1000 और 2012 तक 28 प्रति 1000 तक कमी लाना।

- आई एम आर में 2007 तक 45 प्रति 1000 और 2012 तक 28 प्रति 1000 तक कमी लाना।
- मातृ-मृत्यु दर अनुपात में 2007 तक 2 प्रति 1000 जीवित जन्म और 2012 तक 1 प्रति 1000 जीवित जन्म तक कमी लाना; और
- 2001-2011 के बीच जनसंख्या की दशाब्दिक वृद्धि दर में कमी करके इसे 16.2 तक लाना।

जनसंख्या पूर्वानुमान :

2.10.11 योजना आयोग द्वारा 1996 में गठित भारतीय महापंजीयक (आर जी आई) की अध्यक्षता में गठित जनसंख्या संबंधी तकनीकी दल ने 1991 की जनगणना के परिणामों के आधार पर वर्ष 2016 तक जनसंख्या का पूर्वानुमान लगाया



था। विभिन्न आयु-वर्गों के संबंध में पूर्वानुमान आकृति 2.10.1 में दर्शाया गया है। इसने उस समय उस सम्भावित वर्ष का अनुमान लगाया था जिस वर्ष तक भारत में विभिन्न राज्यों द्वारा प्रतिस्थापन स्तर (2.1 का टी एफ आर) प्राप्त हो सकेगा बशर्ते कि 1981-93 के दौरान देखी गई कुल उर्वरता दर में गिरावट की हाल ही की गति बनी रहती है। दल ने अनुमान लगाया कि देश 2026 तक उर्वरता के प्रतिस्थापन स्तर प्राप्त कर लेगा। बिहार, मध्य प्रदेश,

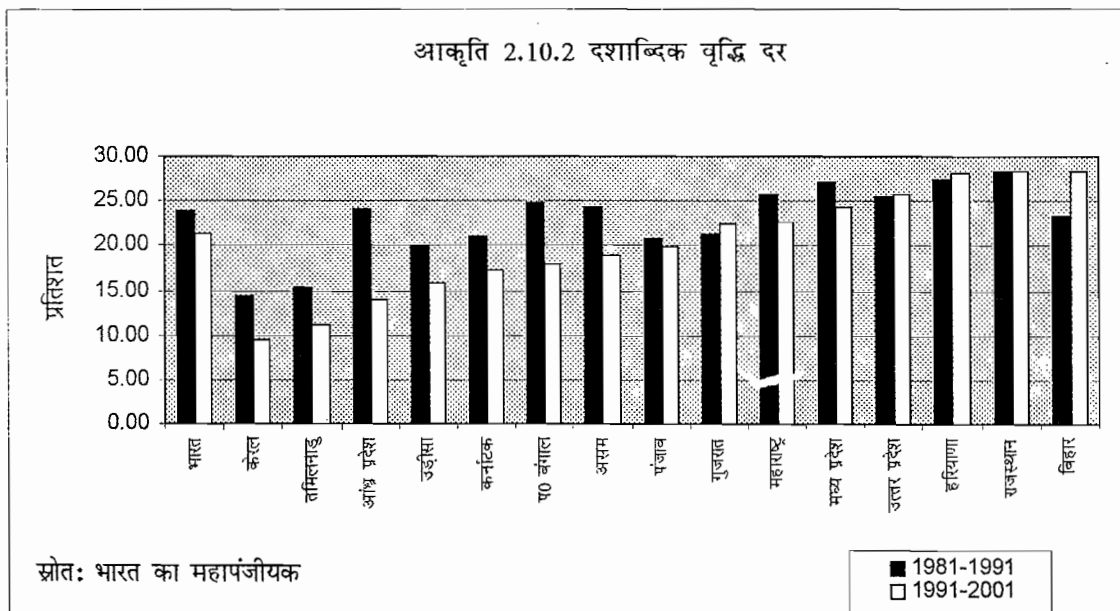
राजस्थान और उत्तर प्रदेश के घनी आबादी वाले राज्य क्रमशः 2039, 2060, 2048 और 2100 के बाद तक उर्वरता के प्रतिस्थापन स्तर प्राप्त कर लेंगे।

जनगणना (2001)

2.10.12 2001 की जनगणना से पता चला कि भारत की जनसंख्या 2001 में 1.27 बिलियन थी, जो जनसंख्या पूर्वानुमान संबंधी तकनीकी दल द्वारा लगाए गए पूर्वानुमानों से 15 मिलियन अधिक है। प्रतिद्वेष पंजीकरण पद्धति (एस आर एस) डाटा के साथ पूर्वानुमानों की तुलना से पता चलता है कि जन्म और मृत्यु दर दोनों के संबंध में पूर्वानुमान काफी कम थे। दशकीय वृद्धि दर 1981-91 में 23.86 प्रतिशत से घटकर 1991-2001 में 21.34 प्रतिशत हो गई (आकृति 2.10.2)। तमिलनाडु और कर्नाटक ने उर्वरता का प्रतिस्थापन स्तर प्राप्त कर लिया है तथा आन्ध्र प्रदेश में 1990 दशक के दौरान उर्वरता तथा दशकीय वृद्धि दर में उल्लेखनीय गिरावट आई है। अधिकांश राज्यों में दशकीय वृद्धि दर में गिरावट देखी गई है। केवल बिहार ने दशकीय वृद्धि दर में पर्याप्त वृद्धि दर्शाई है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति में यह लक्ष्य निश्चित किया गया है कि देश 2010 तक उर्वरता का प्रतिस्थापन स्तर प्राप्त कर लेगा। यदि यह प्राप्त हो जाए तो 2001-2011 में दशकीय वृद्धि दर में बहुत तेज गिरावट देखी जाएगी।

दसवीं योजना के लिए जनसंख्या अनुमान

2.10.13 दसवीं योजना तैयार करने के पहले, 1990 दशक के दौरान प्रवृत्तियों को ध्यान में रखते हुए पूर्ण अनुमान लगाना



सम्भव नहीं है क्योंकि 2001 जनगणना से आबादी के आयु और लिंग विभाजन संबंधी डाटा अभी उपलब्ध नहीं है। परिवार कल्याण विभाग ने, 1997-2012 अवधि के संबंध में जनसंख्या

पूर्वानुमान संबंधी तकनीकी दल द्वारा किए गए पूर्वानुमानों में 1997 के आधार वर्ष में ऊँची वास्तविक जनसंख्या के संबंध में आवश्यक समायोजन किए थे (तालिका 2.10.1)।

तालिका 2.10.1

2001 जनगणना जोड़ों के संबंध में समायोजित जनसंख्या पूर्वानुमान

वर्ष	1997	2002	2007	2012
जनसंख्या (मिलियन)•	951.18	1028.93	1112.86	1196.41
जनसंख्या (मिलियन)••	965.28	1044.18	1129.35	1214.14

- जनसंख्या पूर्वानुमान के संबंध में तकनीकी दल, 1996
 - 2001 जनसंख्या जोड़ों के संबंध में समायोजित
- स्रोत: परिवार कल्याण विभाग

अन्तर-राज्य भेद

2.10.14 विभिन्न क्षेत्रों में कुल जनसंख्या के संबंध में पूर्वानुमानित आकृति 2.10.3 में दर्शाए गए हैं। पूर्वानुमानित जनसंख्या, जनसंख्या वृद्धि दरों और 2.1 का टी एफ आर प्राप्त होने की समयावधि के बारे में राज्यों के बीच उल्लेखनीय अन्तर हैं। यदि वर्तमान प्रवृत्ति जारी रहती है ता अधिकांश दक्षिणी और पश्चिमी राज्य सम्भवतः 2010 तक 2.1 का टी एफ आर प्राप्त कर लेंगे। सेवाओं की आपूर्ति और उपलब्धि में सुधार करके मातृ तथा बाल स्वास्थ्य (एम सी एच) देखभाल और गर्भनिरोध के संबंध में अभी तक पूरी न हुई जरूरतों का अनुमान लगाने तथा उन्हें पूर्ण रूप से पूरा करने के लिए राजस्थान, उड़ीसा, उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश और बिहार (विभाजन से पूर्व) में तत्काल सक्रिय उपाय किए जाने की

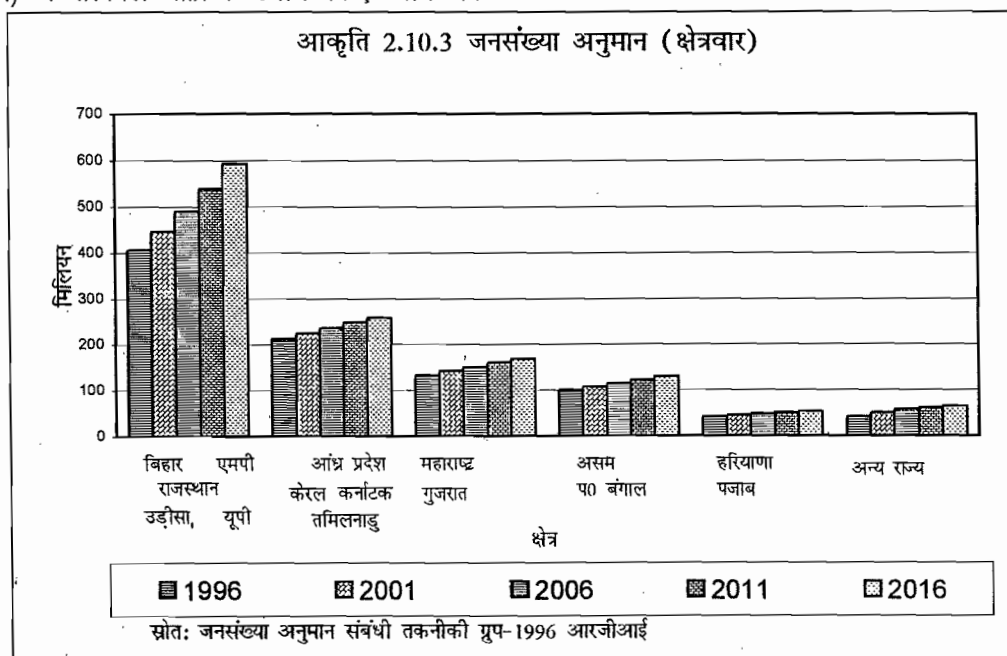
अन्तर-राज्य अन्तर

जनसंख्या, जनसंख्या वृद्धि दरों, उस समयावधि के बारे में जब तक 2.1 का टी एफ आर तथा जनसंख्या स्थिरीकरण प्राप्त होगा, राज्यों के बीच व्यापक अन्तर है।

इन अन्तरों का निम्नलिखित पर प्रमुख रूप से प्रभाव पड़ेगा:

- स्वास्थ्य और पोषण स्तर
- शिक्षा और दक्षता विकास
- समुचित परिलब्धियों के साथ समुचित रोजगार
- ग्रामीण-शहरी तथा अन्तर-राज्य उत्प्रवास
- सामाजिक और आर्थिक विकास

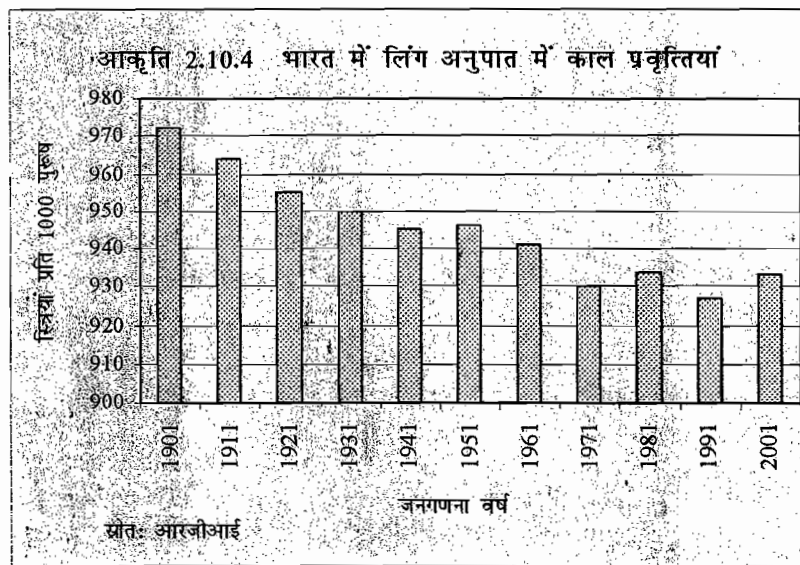
प्रयास, निष्पादन सुधारने के लिए प्रयाप्त निविष्टियों की व्यवस्था करना है जिससे कि राज्यों के बीच असमानताएं कम की जा सकें।



जरूरत है ताकि उनकी मृत्यु दरों और उर्वरता दरों में तेजी से गिरावट प्राप्त की जा सके। इन राज्यों के निष्पादन पर वह वर्ष और आबादी का आकार निर्भर करेगा जिस पर देश उर्वरता का प्रतिस्थापन स्तर प्राप्त करेगा। यह आवश्यक है कि घनी आबादी वाले राज्यों में असंतोषजनक निष्पादन, निम्न प्रतिव्यक्ति आय, निम्न साक्षरता और ऊंची जन्म दर के इस स्वः शाश्वत बने रहने वाले कुचक्र को समाप्त करने के लिए अगले दो दशकों के दौरान विशेष प्रयास किए जाएं जिससे कि प्रति व्यक्ति आय और जीवन स्तर की दृष्टि से राज्यों के बीच और बढ़ती हुई असमानताओं को रोका जा सके। इन राज्यों को विशेष सहायता प्रदान करने के वास्ते एक अधिकार प्राप्त कार्य दल स्थापित किया गया है। ऐसी सहायता से प्राप्त होने वाले लाभ काफी सीमा तक उपलब्ध निधियों का उपयोग करने और सेवाएं तथा सुविधाएं सुधारने की राज्यों की योग्यता पर निर्भर करेंगे।

लिंग भेद

2.10.15 वर्तमान शताब्दि के दौरान स्त्री-पुरुष अनुपात में सूचित की गई गिरावट एक चिन्ता का विषय है (आकृति 2.10.4)। इस निरन्तर गिरावट के लिए जिम्मेदार कारक अभी तक स्पष्टतः विनिर्धारित नहीं हैं। तथापि, यह सर्वविदित है कि प्रतिकूल स्त्री-पुरुष अनुपात लैंगिक विषमताओं का द्योतक है। यह सुनिश्चित करने की तत्काल आवश्यकता है कि सभी क्षेत्रक स्त्री-पुरुष पृथक डाटा एकत्र और रिपोर्ट करें। इससे स्त्री-पुरुष असमानता के साक्ष्य के संबंध में मानीटरन में मदद मिलेगी। सभी क्षेत्रकों से स्त्री-पुरुष पृथक डाटा के निरन्तर संग्रह, समाकलन, विश्लेषण और रिपोर्ट करने से इस बात का मानीटरन करने में मदद मिलेगी कि क्या लड़कियों और महिलाओं को ये सेवाएं समान रूप से उपलब्ध हैं।



2.10.16 0-6 आयुवर्ग में जनगणना आधारित स्त्री-पुरुष अनुपात के गंभीर अन्तर-राज्य अन्तर दर्शाते हैं (आकृति 2.10.5)। इसके अलावा, डाटा से पता चलता है कि विगत तीन दशकों के दौरान 0-6 स्त्री-पुरुष अनुपात में गिरावट आई है। (तालिका 2.10.2)। इस बात की अटकलें लगाई जा रही हैं कि क्या मादा बाल हत्या, लिंग निर्धारण परीक्षण और चुनिन्दा मादा भ्रूण हत्या कम से कम आंशिक रूप से इसके लिए जिम्मेदार है। भारत सरकार ने प्रसव-पूर्ण लिंग निर्धारण और चुनिन्दा गर्भपात पर रोक लगाते हुए एक विधान अधिनियमित किया है जबकि मादा बाल हत्या एक संज्ञेय अपराध है। किन्तु, जब तक सामाजिक अभिरूचियों में परिवर्तन नहीं होता, तब तक उन विधानों से वांछित परिवर्तन प्राप्त नहीं हो सकते। इन प्रथाओं से निपटने के लिए, विशेष रूप

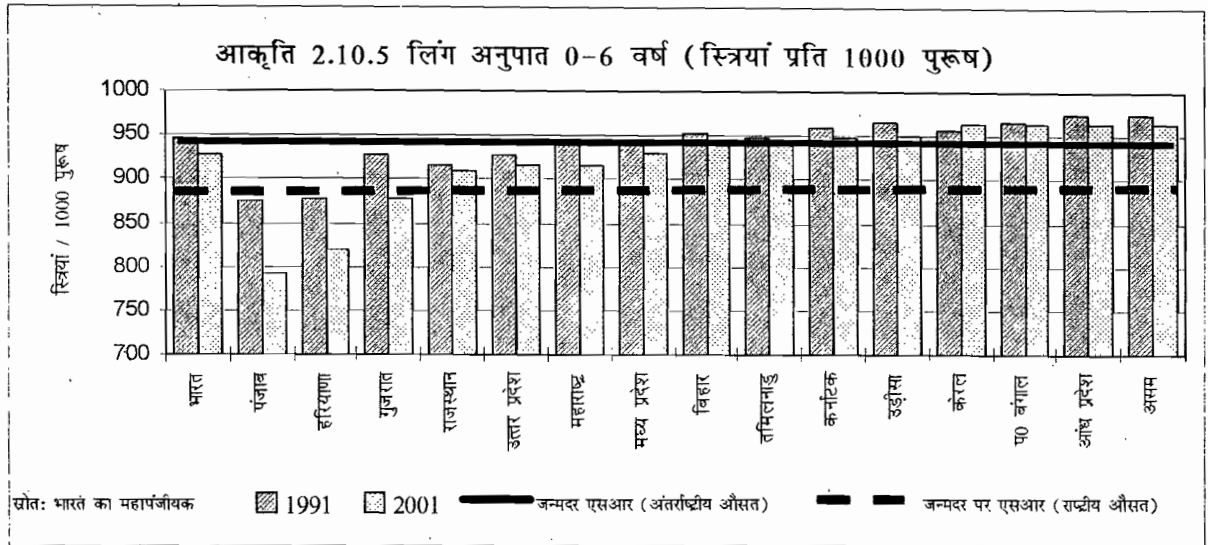
तालिका 2.10.2

बाल लिंग अनुपात (बालिका/1000 बालक)

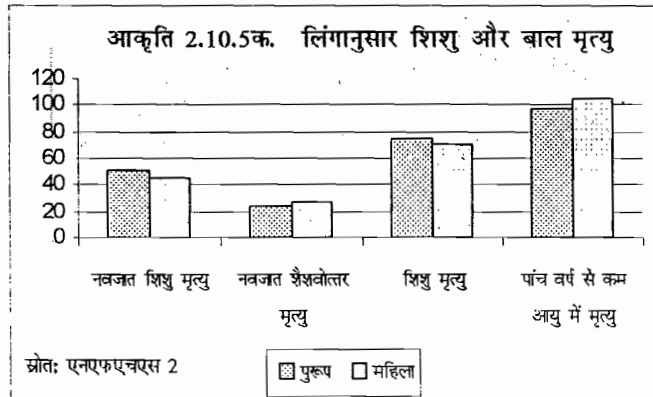
वर्ष	शहरी	ग्रामीण	जोड़
1981	935	947	962
1991	935	947	945

स्रोत : आर जी आई

से उन इलाकों में जहाँ से मादा बाल हत्या और भ्रूण हत्या की रिपोर्टें प्राप्त हुई हैं तीव्र सामुदायिक शिक्षा प्रयास करना तत्काल आवश्यक है।



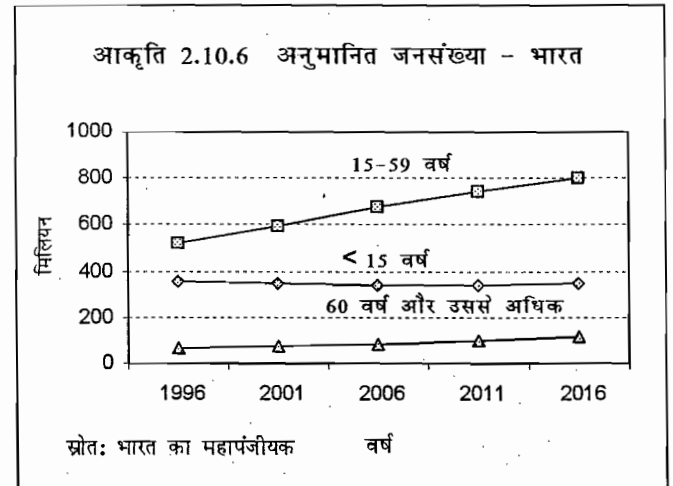
2.10.17 राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण से नवजात, जन्मोत्तर, शिशु तथा पाँच वर्ष से कम आयु वर्ग की मृत्यु दर में अन्तर साफ परिलक्षित होता है। क्योंकि बालिकाओं के बीच ऊंची मृत्यु दर के लिए कोई जीव-विज्ञानीय कारण नहीं है इसलिए ये अन्तर बालिकाओं की देखभाल करने में विद्यमान लिंग पूर्वग्रह का संकेत हैं।



2.10.18 प्रजनन आयु-वर्ग में महिलाओं के बीच मृत्यु दर पुरुषों की तुलना में अधिक है। निरन्तर रूप से ऊंची मातृ मृत्यु दर इसके लिए जिम्मेदार एक प्रमुख कारक है। आर सी एच कार्यक्रम के प्रभावी कार्यान्वयन से मातृ मृत्यु दर में पर्याप्त रूप से कमी आने की उम्मीद है। फिलहाल, जन्म के समय महिलाओं के बीच दीर्घ आयु पुरुषों की तुलना में केवल मामूली तौर पर अधिक है। तथापि, पुरुषों और महिलाओं के बीच जीवन संभाव्यता में अगले दशक में धीरे-धीरे वृद्धि होगी। प्रजनन आयु-वर्ग पार हो जाने पर महिलाओं के बीच मृत्यु दरें निम्न हैं। 60 से अधिक आयु वर्ग में महिलाएं पुरुषों को पीछे छोड़ देंगी। स्वास्थ्य, परिवार कल्याण और महिला तथा बाल विकास विभाग यह सुनिश्चित करने के लिए उपाय कर रहे हैं कि इन महिलाओं को उनकी आवश्यकतानुसार देखभाल प्राप्त हो।

जनसंख्या पूर्वानुमान और परिवार कल्याण के लिए उनके प्रभाव

2.10.19 वर्ष 1996 और 2016 के बीच तीन प्रमुख आयु वर्गों (15 से कम, 15-59, 60 वर्ष और अधिक) में भारत की पूर्वा-नुमानित जनसंख्या आकृति 2.10.6 में दर्शाई गई है। देश में कुल मिलाकर 15 वर्ष से कम आयु वर्ग में मामूली गिरावट होगी (352.7 मिलियन से 350.4 मिलियन), यद्यपि असंतोषजनक निष्पादन करने वाले राज्यों में ऐसे बच्चों की संख्या में निरन्तर



आयु वर्ग 15 वर्ष से कम

इस आयु वर्ग की संख्याओं में कोई वृद्धि नहीं होगी। निम्नलिखित को सुधारने पर बल दिया जाएगा:

- स्वास्थ्य और पोषाहार सेवाओं की कोटि और कवरेज तथा स्वास्थ्य व पोषाहार स्थिति में सुधार लाना
- शिक्षा और दक्षता विकास की बेहतर सुलभता

वृद्धि होगी जिन्हें देखभाल की जरूरत होगी। इसलिए स्वास्थ्य देखभाल अवस्थापना पर बच्चों की सदैव बढ़ती संख्या की देखभाल का बोझ नहीं पड़ेगा। वे निम्नलिखित पर अपना ध्यान केन्द्रित कर सकेंगे:

- देखभाल की कोटि में सुधार;
- प्रसव- पूर्व, प्रसव के दौरान और नवजात देखभाल पर अधिक ध्यान जिसका उद्देश्य नवजात रूग्णता और मृत्यु दर को कम करना है;
- टीका निवारणीय रोगों के विरुद्ध प्रतिरक्षण के लिए कवरेज में सुधार;
- अन्तर क्षेत्रकीय समन्वय, विशेष रूप से आई सी डी एस कार्यक्रम को प्रोत्साहन ताकि स्वास्थ्य और पोषाहार स्थिति में सुधार हो सके; और
- असुरक्षित तथा अल्पसेवित किशोरों के लिए स्वास्थ्य देखभाल की कोटि और कवरेज में सुधार।

2.10.20 आर्थिक चुनौती आवश्यक निधियां उपलब्ध कराने की है ताकि इन बच्चों को पोषाहार, शिक्षा और दक्षता विकास का अवसर प्राप्त हो सके, स्वास्थ्य क्षेत्रक को पेश आने वाली चुनौती शैशव और बाल्यावस्था में रूग्णता और मृत्यु दरों में कटौती प्राप्त करने की है ताकि पोषाहार स्थिति में सुधार हो सके और स्त्री-पुरुष में भेदभाव के कुप्रभाव समाप्त हो सकें।

आयु वर्ग 15-59 वर्ष

इस आयु वर्ग में लोगों की संख्या में अपार वृद्धि एक चुनौती है। उन्हें बड़े पैमाने पर निम्नलिखित सेवाओं की आवश्यकता होगी:

- मातृ और बाल स्वास्थ्य सेवाएं
- गर्भनिरोध संबंधी देखभाल
- स्त्री रोग चिकित्सा समस्याएं
- आर टी आई/ एस टी डी प्रबंधन
- बेहतर कोटि की सेवाओं की आशा
- एम सी एच/ परिवार नियोजन देखभाल के लिए उनकी अनुभूत जरूरतों की पूर्ति।
- यह मौका है कि उन्हें अनुभव की जाने वाली जरूरतें आर सी एच कार्यक्रम के प्रभावी कार्यान्वयन के जरिए पूरी हो जाएं तो जनांकिकीय परिवर्तन तेज करना और तीव्र जनसंख्या स्थिरीकरण प्राप्त करना संभव है।

2.10.21 15-59 आयु-वर्ग में जनसंख्या में विशाल वृद्धि होगी (519 मिलियन से 800 मिलियन) आर सी एच देखभाल के अर्न्तगत इस तेजी से बढ़ती आबादी के लिए जरूरी सेवाएं

उपलब्ध करानी होंगी। इस आयु वर्ग में लोग अधिक साक्षर होते हैं और उन्हें जानकारी की ज्यादा उपलब्धि होती है। इसलिए इन लोगों को स्वास्थ्य देखभाल संबंधी सेवाओं की बड़े पैमाने पर सुलभता और इन सेवाओं की गुणवत्ता के संबंध में अधिक जानकारी और उम्मीद होगी। परिवार कल्याण कार्यक्रम को इन लोगों की स्वास्थ्य देखभाल संबंधी जरूरतों की बड़े पैमाने पर व्यवस्था करनी होगी जिनमें मातृ और बाल स्वास्थ्य (एम सी एच) देखभाल, गर्भ निरोधक संबंधी देखभाल, स्त्री रोग चिकित्सा समस्याओं का प्रबंध, और सेवाओं की कोटि में सुधार करना शामिल है।

2.10.22 अगले दो दशकों में 60 वर्ष से अधिक की आबादी में पर्याप्त बढ़ोतरी होगी (62.3 मिलियन से 112.9 मिलियन)। 60 वर्ष से अधिक की आबादी में बढ़ोतरी को देखते हुए इस आयु वर्ग में कुछेक प्रमुख स्वास्थ्य समस्याओं के प्रबंध के लिए, जिसमें केन्सर का शीघ्र पता लगाना और उसका प्रबंध करना शामिल है, व्यवस्थाओं की जरूरत होगी।

भारत के परिवार कल्याण कार्यक्रम का विकास

परिवार कल्याण कार्यक्रम की बुनियादी बातें हैं:

- परिवार कल्याण सेवाओं की स्वीकृति स्वैच्छिक है;
- परिवार कल्याण कार्यक्रम में निम्नलिखित की व्यवस्था होगी:
 - एकीकृत एम सी एच तथा परिवार कल्याण सेवाएं;
 - जानकारी में सुधार करने के उद्देश्य से प्रभावी आई ई सी;
 - परिवार कल्याण सेवाओं की सहज और सुविधा जनक सुलभता निःशुल्क रूप से सुनिश्चित करना।

1950 का दशक

2.10.23 आजादी के समय स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रमुख रूप से शहरी, अस्पताल आधारित और उपचारात्मक थीं। मातृ तथा बाल स्वास्थ्य और बाल चिकित्सा तथा प्रसूति विज्ञान में विशेषज्ञ सामान्य चिकित्सक महिलाओं और बच्चों की स्वास्थ्य देखभाल करते थे। यद्यपि वे व्यापक एकीकृत, अच्छी कोटि की सेवाएं प्रदान करते थे किन्तु स्वास्थ्य समस्याओं का पता लगाने और प्रबंधन की प्रौद्योगिकी समिति तथा उसकी सुलभता असन्तोषजनक थी। अधिकांश लोगों को, विशेष रूप से गरीब वर्ग के तथा ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले लोगों को स्वास्थ्य देखभाल की सेवा उपलब्ध नहीं थी और इसलिए उनके बीच रूग्णता और मृत्यु दरें बहुत अधिक थीं। बहुत सी महिलाएं

अवांछित गर्भ से छुटकारा पाने के लिए गैर-कानूनी रूप से प्रेरित गर्भपात का सहारा लेती थी क्योंकि उन्हें गर्भनिरोध संबंधी देखभाल उपलब्ध नहीं थी। बहुत जल्द, जल्दी-जल्दी, बहुत से तथा बहुत देरी से ठहरने वाले गर्भ और गर्भावस्था के दौरान समस्याओं का पता लगाने और उनका उपचार करने के लिए प्रसव-पूर्व देखभाल के अभाव के कारण मातृ तथा बाल मृत्यु दरें बहुत अधिक थी। प्रसव-पूर्व, प्रसव के दौरान, प्रसवोत्तर तथा गर्भ निरोध संबंधी सेवाएं जिन्हें अत्यन्त जरूरत थी उन महिलाओं को आसानी से उपलब्ध नहीं थी।

2.10.24 प्रसुति विज्ञान चिकित्सक, जो प्रसव की बड़ी संख्या के साथ जुड़ी मातृ रुग्णता और मृत्यु को प्रतिदिन देखते थे, अपने मरीजों को, जिन्होंने अपना परिवार पूर्ण कर लिया था, शल्य बन्धनीकरण कराने के लिए समझाने-बुझाने को तैयार थे। इस तथ्य के कारण कि तकनीक सादा, सुरक्षित और प्रभावी थी तथा इसे स्थानीय बेहोशी के तहत प्रसव के तत्काल बाद किया जा सकता था, प्रसवोत्तर नलीय बन्धनीकरण लोकप्रिय हो गया। वेसेक्टामी की सुरक्षा, सरलता और कारगरता से भी सभी परिचित थे। ऐसे युगल के लिए जिसने अपना परिवार पूर्ण कर लिया था, एक भागीदार के बन्धनीकरण से प्रसव संख्या से जुड़ी मातृ रुग्णता और मृत्यु दर में कमी आई। कुछ सीमा तक इसी की वजह से 1950 के दशक के दौरान शहरी क्षेत्रों में मातृ मृत्यु दरों में कमी आई। किन्तु इन उपायों का कुल मिलकर मृत्यु दर अथवा उर्वरता अथवा देश की जनसंख्या वृद्धि दर पर कोई प्रभाव नहीं पड़ा जिसकी वजह, विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में, सुलभता असंतोषपूर्ण थी। इस प्रकार, 1950 के दशक में, अच्छी कोटि की एकीकृत मातृ तथा बाल स्वास्थ्य देखभाल और परिवार नियोजन सेवाएं उन व्यक्तियों को उपलब्ध थी जिन्हें जानकारी थी, जिनकी पहुँच थी तथा जो चिकित्सकों की सेवाएं प्राप्त कर सकते थे। ब्लाक विकास कार्यक्रम के अंग के रूप में कवरेज में सुधार करने तथा ग्रामीण क्षेत्रों तक सेवाओं का विस्तार करने के प्रयास किए गए। तथापि, इस मोर्चे पर घीमी प्रगति के लिए संसाधन तथा जनशक्ति संबंधी बाधाएं जिम्मेदार थी।

1960 का दशक

2.10.25 1960 के दशक में, छः बाल्यावस्था रोगों के निवारण के लिए कारगर टीके तथा जन्म में अन्तराल के लिए लिप्पे के लूप जैसे प्रभावी गर्भ निरोधक उपलब्ध हो गए। इन्हें लोगों तक पहुंचाने के उद्देश्य से विनिर्धारित प्राथमिकतापूर्ण सेवाएं प्रदान करने के वास्ते व्यावसायिकों द्वारा प्रभावी कार्यक्रम तैयार किए गए और उन्हें ग्रामीण क्षेत्रों में उपलब्ध सीमित स्वास्थ्य देखभाल ढाँचे के माध्यम से, जिनकी शिविरों द्वारा आपूर्ति की

गई, कार्यान्वित किया गया। ऐसे कार्यक्रमों में सर्वप्रथम परिवार नियोजन और प्रतिरक्षण कार्यक्रम शुरू किए गए। बाद में, अनेक अन्य समानान्तर कार्यक्रम परिवार कल्याण कार्यक्रमों में शामिल किए गए। पहुँच में सुधार करने के प्रयास स्वरूप, गर्भवती महिलाओं और बच्चों को देखभाल की सुविधाएं प्रदान करने तथा प्रतिरक्षण की उपलब्धता में सुधार करने के वास्ते शिविर द्वष्टिकोण अपनाया गया। किन्तु इन प्रयासों से इन असुरक्षित वर्गों की स्वास्थ्य स्थिति में कोई उल्लेखनीय सुधार नहीं हुआ क्योंकि जरूरत पड़ने पर देखभाल उपलब्ध नहीं थी और कोई रेफरल सुविधाएं नहीं थी।

2.10.26 1961 की जनगणना से बढ़ती दशकीय आबादी वृद्धि दर का पता चला जिसका कारण घटती मृत्यु दर तथा अपरिवर्तित जन्म दर था। स्वास्थ्य अवस्थापना अभी भी प्रमुख रूप से शहर-आधारित थी। 1960 के दशक के दौरान राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम में बन्धनीकरण पर बल दिया जाता रहा। शिविरों के माध्यम से ग्रामीण क्षेत्रों में सेवाएं प्रदान करने और पुरुष नसबंदी को लोकप्रिय बनाने के प्रयास किए गए। तथापि, बन्धनीकरण (ट्युबकटामी) सेवाएं मुख्य रूप से शहरी अस्पतालों तक सीमित रहीं। स्वास्थ्य शिक्षा को विस्तार शिक्षा द्वष्टिकोण के माध्यम से अस्पतालों से निकालकर समाज तक पहुँचाने के प्रयास किए गए जिससे कि जागरूकता में वृद्धि हो सके। भारत में महिलाओं के लिए लिप्पी का लूप प्रथम विश्वसनीय जन्म अन्तराल पद्धति सिद्ध हुई। शहरी क्लिनिकों में उत्साहवर्धक प्रतिक्रिया के बाद इस अन्तराल पद्धति को शिविरों के माध्यम से ग्रामीण जनता तक पहुँचाने के प्रयास किए गए। तथापि, अनुवर्ती सेवाएं प्रदान करने के लिए आधुनिक ढाँचे के बिना इस पद्धति की लोकप्रियता समाप्त हो गई। यह स्पष्ट हो गया कि जरूरी अनुवर्ती सेवाएं प्रदान करने के वास्ते अवस्थापना तथा जनशक्ति में पर्याप्त निवेश किए बगैर, जन्म दर कम करने अथवा मातृ और बाल स्वास्थ्य सूचकों में कोई सुधार नहीं हो सकता।

1970 का दशक

2.10.27 1970 के दशक में महिलाओं और बच्चों का स्वास्थ्य और पोषण स्तर सुधारने के लिए बहुत से प्रयास किए गए। सूक्ष्म पोषक न्यूनताओं और अल्प पोषण तथा महिलाओं और बच्चों पर इसके विपरीत प्रभावों के समाधान के लिए समाकलित बाल विकास सेवाओं (आई सी डी एस) के माध्यम से विशाल खुराक विटामिन 'ए' कार्यक्रम, राष्ट्रीय एनिमिआ प्रोफीलेक्सिस कार्यक्रम तथा गर्भवती व दुग्धपान कराने वाली महिलाओं और स्कूल-पूर्व बच्चों को पूरक खाद्य प्रदान करने जैसे प्रमुख उपाय किए गए। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल

अवस्थापना में सुधार के फलस्वरूप देखभाल की सुलभता में सुधार हुआ।

2.10.28 1971 की जनगणना से पता चला कि जनसंख्या में विशाल वृद्धि अब कोई बड़ा सक्षम खतरा नहीं था, केवल एक बड़ी समस्या थी जिससे उत्साह के साथ निपटने की जरूरत थी। सरकार ने परिवार नियोजन कार्यक्रम को सर्वोच्च प्राथमिकता प्रदान की तथा अनेक नए उपायों के लिए पर्याप्त निधियों की व्यवस्था की। बन्धीकरण, विशेष रूप से नसबन्दी सेवाएं बड़े पैमाने पर उपलब्ध कराई गई। इन्ट्रा-युटेरिन यंत्र (आई यू डी) तथा गर्भ निरोधक (कन्डोम), पी एच सी के माध्यम से उपलब्ध कराए गए। अस्पताल आधारित प्रसवोत्तर कार्यक्रम से प्रसव हेतु आने वाली महिलाओं को गर्भ निरोधक सेवाएं प्राप्त हुईं। चिकित्सीय गर्भपात (एम टी पी) अधिनियम 1972 से अवांछित गर्भ वाली महिलाओं को सुरक्षित गर्भपात सेवाएं मांगने और प्राप्त करने का अवसर प्राप्त हुआ।

2.10.29 तेजी से बढ़ती जनसंख्या के बारे में बढ़ती चिन्ता के फलस्वरूप राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम को पांचवीं योजना के दौरान एक प्राथमिकतापूर्ण क्षेत्रक के रूप में शामिल किया गया। 1976 के विशाल बन्धीकरण अभियान के फलस्वरूप आठ मिलियन व्यक्तियों ने बन्धीकरण कराया, किन्तु इसका जन्म दर पर कोई विशेष प्रभाव नहीं पड़ा क्योंकि व्यक्तियों का चयन उचित ढंग से नहीं किया गया। अगले वर्ष ही इसकी स्वीकार्यता में तेजी से गिरावट आई। वर्ष 1978 में, छः टीका निवारणीय रोगों के संबंध में कवरेज में सुधार करने के लिए प्रतिरक्षण का विस्तारित कार्यक्रम शुरू किया गया। वर्ष 1979 में, कार्यक्रम का नाम बदलकर राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम रखा गया तथा परिवार नियोजन सेवाओं को मातृ तथा बाल स्वास्थ्य तथा पोषण के साथ एकीकृत करने का प्रयास किया गया।

1980 का दशक

2.10.30 1980 दशक के दौरान प्रमुख रूप से, अनिवार्य प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था करने के लिए शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में केन्द्रों की एक कड़ी स्थापित करके "2000 एडी तक सभी के लिए स्वास्थ्य संबंधी डब्ल्यू एच ओ आल्मा आटा घोषणा" (1978) को प्रचालित करने पर बल दिया गया। प्रसवोत्तर केन्द्रों के नेटवर्क का, परिवार कल्याण सेवाओं की सुलभता में सुधार करने के वास्ते विस्तार किया गया। 1983

में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति तैयार की गई तथा स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के आयोजन, कार्यान्वयन तथा मानीटरन के निमित्त एक व्यापक रूपरेखा की व्यवस्था की गई। 1986 में 30 जिलों में शुरू किए गए सार्वजनिक प्रतिरक्षण कार्यक्रम (यू आई पी) का सातवीं योजना के अन्त तक 448 जिलों को कवर करने के वास्ते विस्तार किया गया।

1990 का दशक

2.10.31 1991 जनगणना से पता चला कि भारत जनांकिकीय परिवर्तन में एक 'अवसर खिड़की' में प्रवेश कर रहा है जहाँ आबादी का बहुत बड़ा अनुपात 20-40 वर्षों के आयु वर्ग में था, जब उर्वरता और मृत्यु दर में तेजी से कमी प्राप्त करना संभव होगा। जनसंख्या के संबंध में रा. वि. प. उप-समिति की रिपोर्ट से परिवार कल्याण कार्यक्रम को नया बल और गतिशीलता प्राप्त हुई। आठवीं योजना के दौरान, मातृ तथा बाल स्वास्थ्य सेवाओं की सुलभता में सुधार करने के वास्ते बाल उत्तरजीविता और सुरक्षित मातृत्व पहल और सामाजिक सुरक्षा नेट कार्यक्रम के अन्तर्गत प्रयास किए गए। सेवाओं की सुलभता और स्वास्थ्य सूचकों में अन्तर-राज्य तथा आन्तर-राज्य विशाल अन्तरों को देखते हुए परिवार कल्याण विभाग ने गर्भनिरोध के संबंध में केन्द्रीय परिभाषित, विधि विशिष्ट लक्ष्य निर्धारित करने की प्रथा समाप्त कर दी। इसके स्थान पर, इन जरूरतों की पूर्ति के उद्देश्य से विकेन्द्रीकृत क्षेत्र विशिष्ट जरूरत मूल्यांकन (समुदाय जरूरत मूल्यांकन दृष्टिकोण), योजना तथा कार्यान्वयन कार्यक्रम प्रारंभ किया।

2.10.32 वर्ष 1997 में परिवार कल्याण विभाग में प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आर सी एच) कार्यक्रम शुरू किया जिसका उद्देश्य महिलाओं और बच्चों की स्वास्थ्य देखभाल संबंधी जरूरतों को पूरा करने के लिए एकीकृत स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाएं प्रदान करना था। व्यापक आर सी एच देखभाल के घटकों का उल्लेख बाक्स में किया गया है। सभी स्तरों पर राष्ट्रव्यापी कार्यान्वयन के लिए सिफारिश किए गए अनिवार्य घटकों में निम्नलिखित शामिल हैं:

- अवांछित गर्भ का निवारण और प्रबंध;
- सुरक्षित मातृत्व प्रोत्साहित करने के लिए सेवाएं;
- बाल उत्तरजीविता प्रोत्साहित करने के लिए सेवाएं; और
- आर टी आई और यौन संचारित संक्रमण (एस टी आई) का निवारण और उपचार।

व्यापक आर सी एच देखभाल के घटक:

- कारगर मातृ तथा बाल स्वास्थ्य देखभाल।
- गर्भ निरोधक देखभाल की बेहतर सुलभता।
- अवांछित गर्भों का सुरक्षित प्रबन्धन।
- असुरक्षित वर्गों के लिए पोषाहार सेवाएं।
- आर टी आई/ एस टी डी का निवारण और उपचार।
- किशोरों के लिए प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं।
- स्त्री रोग संबंधी समस्याओं का निवारण और उपचार।
- केन्सरों, विशेष रूप से गर्भाशय, ग्रीवा और वक्ष कैंसर की जांच और उपचार।
- ये सेवाएं देश में द्वितीयक और तृतीयक देखभाल केन्द्रों में उपलब्ध हैं।
- देखभाल की मात्रा, कोटि और कवरेज में सुधार करने के प्रयास किए जा रहे हैं।

2.10.33 आर सी एच सेवाओं की सुलभता और उपलब्धता में सुधार करने तथा कार्यक्रम का निष्पादन, विशेष रूप से असंतोषजनक स्वास्थ्य सूचकों वाले राज्यों/जिलों में निष्पादन सुधारने के लिए पर्याप्त निविष्टियाँ उपलब्ध कराने के प्रयास किए गए। राज्यों/जिलों के बीच असमानताओं को कम करने तथा बेहतर निष्पादन करने वाले जिलों द्वारा अपनाई गई नीतियों का अनुकरण करके सूचकों में वृद्धिकारी सुधार प्राप्त करने के प्रयास किए गए।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति

2.10.34 राष्ट्रीय जनसंख्या नीति का तात्कालिक उद्देश्य महिलाओं और बच्चों के लिए स्वास्थ्य देखभाल और गर्भनिरोध की पूरी न हुई जरूरतों को पूरा करना है। मध्यावधि उद्देश्य टी एफ आर को 2010 तक प्रतिस्थापन स्तर; (टी. एफ. आर. को 2.1 तक) लाना है और दीर्घावधिक उद्देश्य 2045 तक जनसंख्या स्थिरीकरण प्राप्त करना है।

2.10.35 नीति के अन्तर्गत 2010 तक निम्नलिखित लक्ष्य निर्धारित किए गए हैं:

- अच्छी गर्भनिरोध सेवाओं तक सर्वसुलभ पहुँच जिससे कि छोटा परिवार मानदण्ड अपनाकर टी एफ आर 2.1 तक नीचे लाया जा सके;
- जन्म, मृत्यु और विवाह तथा गर्भ का सार्वजनिक पंजीकरण;

- सूचना/ परामर्श और उर्वरता विनियमन तथा गर्भ निरोध के संबंध में चयन विस्तृत विकल्पों सहित या सेवाओं की सार्वजनिक सुलभता;
- आई एम आर को 30 प्रति हजार जीवित जन्मों तक कम करना तथा जन्म के समय कम भार (2.5 कि. ग्राम से कम) वाले शिशुओं की संख्या में तेजी से कमी;
- टीका निवारणीय रोगों के विरुद्ध बच्चों का सार्वजनिक प्रतिरक्षण;
- लड़कियों के संबंध में देरी से विवाह को प्रोत्साहित करना, 18 वर्ष से पहले नहीं और अधिमानतः 20 वर्ष के बाद;
- 80 प्रतिशत संस्थागत प्रसवों की प्राप्ति और प्रशिक्षित व्यक्तियों द्वारा प्रसवों की प्रतिशतता 100 प्रतिशत तक बढ़ाना;
- यौन संचारित रोगों को रोकना;
- एम एम आर को प्रति 1,00,000 जीवित जन्म से 100 से भी कम करना;
- प्राथमिक शिक्षा का सर्वसुलभीकरण और प्राथमिक तथा माध्यमिक स्तरों पर लड़के और लड़कियों दोनों के संबंध में, बीच में पढ़ाई छोड़ देने वालों का प्रतिशत 20 से कम करना।

2.10.36 अनेक राज्यों/ जिलों ने यह प्रदर्शित किया है कि राष्ट्रीय जनसंख्या नीति में परिकल्पित मृत्यु दर और उर्वरता में तीव्र कटौती विद्यमान अवस्थापना और जनशक्ति के अन्दर तकनीकी रूप से व्यवहार्य है। अनिवार्य आपूर्तियाँ उपलब्ध कराने, कार्य कुशलता सुधारने और जवाबदेही सुनिश्चित करने के लिए, विशेष रूप से उन राज्यों में जहां निष्पादन फिलहाल ईष्टतम से कम है, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय से सम्बद्ध एक अधिकार-प्राप्त कार्य दल वर्ष 2001 में गठित किया गया है ताकि असंतोषजनक निष्पादक राज्यों/ जिलों में क्षमता निर्माण सुकर हो सके जिससे कि वे नीति में निर्धारित लक्ष्य प्राप्त कर सकें। यदि इन सभी प्रयासों को जोरदार ढंग से चलाया जाए तो संभव है कि 2007/ 2010 के संबंध में निर्धारित महत्वाकांक्षी परिणाम प्राप्त किए जा सकें।

राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग

2.10.37 राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग का गठन प्रधान मंत्री की अध्यक्षता में 11 मई, 2000 को किया गया था। योजना आयोग के उपाध्यक्ष इसके उपाध्यक्ष हैं। आयोग को सौंपे गए कार्य हैं:

- राष्ट्रीय जनसंख्या नीति की समीक्षा करना, उसका मानीटरन और कार्यान्वयन के लिए दिशा

निर्देश जिससे कि निर्धारित लक्ष्य प्राप्त किए जा सकें;

- स्वास्थ्य, शिक्षा, पर्यावरणीय और विकास कार्यक्रमों के बीच संकार्य प्रोत्साहित करना ताकि जनसंख्या स्थिरीकरण में तेजी लाई जा सके;
- केन्द्र में तथा राज्यों में विभिन्न एजेन्सियों के माध्यम से कार्यक्रमों के आयोजन और कार्यान्वयन में अन्तर-क्षेत्रकीय समन्वय प्रोत्साहित करना,
- इस राष्ट्रीय प्रयास के समर्थन के लिए एक सशक्त जन कार्यक्रम विकसित करना,

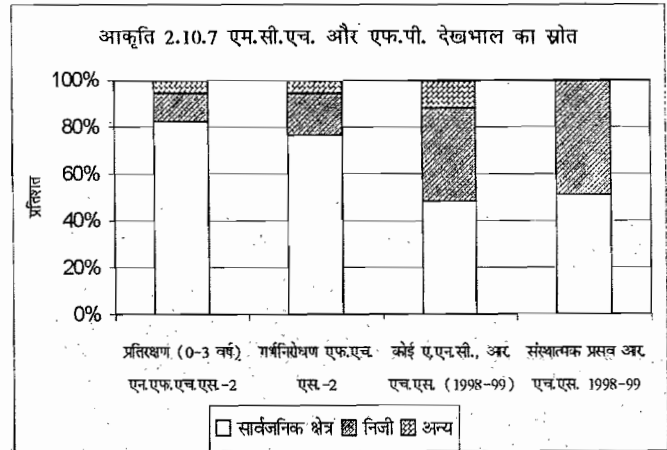
आयोग के एक स्थायी सलाहकार दल के रूप में संबंधित क्षेत्रकीय मंत्रालयों के सचिवों को मिलाकर एक महत्त्वपूर्ण सहायक दल गठित किया गया है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति में निर्धारित लक्ष्यों को प्राप्त करने के उद्देश्य से, कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के विशिष्ट पहलुओं की जांच करने के लिए 9 कार्य दल गठित किए गए थे। राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग ने, उर्वरता में गिरावट की गति तेज करने के उद्देश्य से कार्यक्रमों को कार्यान्वित करने के वास्ते असंतोषजनक निष्पादनकर्ता जिलों में जिला मजिस्ट्रेटों द्वारा तैयार की गई कार्रवाई योजनाओं को कार्यान्वित करने के लिए निधियां आबंटित की हैं।

पांच दशकों में प्राप्त अनुभव

2.10.38 विगत पांच वर्षों में परिवार कल्याण कार्यक्रमों के कार्यान्वयन से प्राप्त अनुभव इस प्रकार हैं:

- राजकीय नेटवर्क अधिकांशतः मातृ और बाल स्वास्थ्य तथा गर्भ निरोधक देखभाल सेवाएं प्रदान करता है;
- कार्यक्रम की सफलता के लिए पर्याप्त वित्तीय निविष्टियां और स्वास्थ्य अवस्थापना अनिवार्य पूर्वपेक्षाएं हैं;
- सक्षम और प्रभावी एकीकृत मातृ तथा बाल स्वास्थ्य और गर्भनिरोधक देखभाल प्रदान करने से परिवारों के साथ तालमेल कायम करने में मदद मिलती है;
- छोटा परिवार मानदण्ड प्रोत्साहित करने के लिए आई ई सी तथा प्रेरक कार्यकलाप सशक्त साधन हैं;

- लोग रूढ़िवादी हैं किन्तु जिम्मेदार तथा परिपक्व हैं और यद्यपि उनकी प्रतिक्रिया धीमी हो सकती है किन्तु यह तर्कसंगत और स्थिर होती है।



नौवीं योजना के दौरान परिवार कल्याण कार्यक्रम के निष्पादन की समीक्षा

2.10.39 नौवीं योजना के दौरान आर सी एच कार्यक्रम के अन्तर्गत विकेन्द्रीकृत आयोजन तथा शुरू किए गए उपायों से सेवाओं के कवरेज तथा कोटि में पर्याप्त सुधार होने की उम्मीद है। इसे प्राप्त करने के उद्देश्य से परिवार कल्याण विभाग को अतिरिक्त परिव्यय उपलब्ध कराया गया जिससे कि वह राज्यों को पर्याप्त वित्तीय निविष्टियां प्रदान कर सके। नौवीं योजना के लिए लक्ष्यों का पूर्वानुमान इन नए उपायों और प्रदत्त अतिरिक्त निविष्टियों के आधार पर लगाया गया था। नौवीं योजना के लिए निर्धारित लक्ष्यों, इनके संबंध में वर्तमान स्थिति संलग्नक 2.10.1 में दर्शाई गई है।

2.10.40 नौवीं योजना के दौरान निष्पादन की समीक्षा से पता चलता है कि राज्यों में स्वास्थ्य पद्धतियों के अन्तर्गत विकेन्द्रीकृत योजना को अपनाने तथा आर सी एच कार्यक्रम के घटकों के कार्यान्वयन के लिए और अधिक समय जरूरी है। आर सी एच कार्यक्रम के विशिष्ट घटकों के अन्तर्गत कवरेज में सुधार करने के प्रयास में कुछ राज्यों ने अभियान पद्धति प्रचालन प्रारंभ किए जिनका नेमी सेवाओं पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा। विशाल पल्स पोलियो अभियान के माध्यम से 2000 के अन्त तक पोलियो के उन्मूलन के लिए प्रयासों का भी नेमी सेवा प्रदान करने पर कुछ प्रतिकूल प्रभाव पड़ा। फलस्वरूप सी बी आर, युगल संरक्षण दर, एम एम आर और आई एम आर के संबंध में नौवीं योजना लक्ष्य प्राप्त होने की सम्भावना प्रतीत नहीं होती।

2.10.41 स्वतन्त्र सर्वेक्षणों से पता चला है कि अनेक राज् ने नौवीं योजना के दौरान आर सी एच कार्यक्रम के कु पक्षों के संबंध में लक्ष्य प्राप्त कर लिए जिससे यह प्रदर्शित होता है कि इन्हें विद्यमान अवस्थापना, जनशक्ति और निविष्टियों के तहत प्राप्त किया जा सकता है।

- आन्ध्र प्रदेश, पंजाब, प. बंगाल और महाराष्ट्र ने जन्म दरों में पर्याप्त कमी प्रदर्शित की है और ऐसी सम्भावना है कि अन्तिम तीन राज्य उर्वरता के प्रतिस्थापन स्तर, पूर्वानुमानों से पहले ही प्राप्त कर लेंगे।
- पंजाब ने युगल संरक्षण दर और अन्तराल विधियों का उपयोग सभी अन्य राज्यों की तुलना में पहले प्राप्त कर लिया है।
- तमिलनाडु और आन्ध्र प्रदेश ने गृह प्रसवों में काफी कमी प्राप्त की है।
- केरल, महाराष्ट्र, पंजाब और तमिलनाडु ने प्रतिरक्षण कवरेज में सुधार किया है।
- तमिलनाडु और आन्ध्र प्रदेश ने प्रसव-पूर्व देखभाल के कवरेज और कोटि में सुधार प्राप्त किया है।

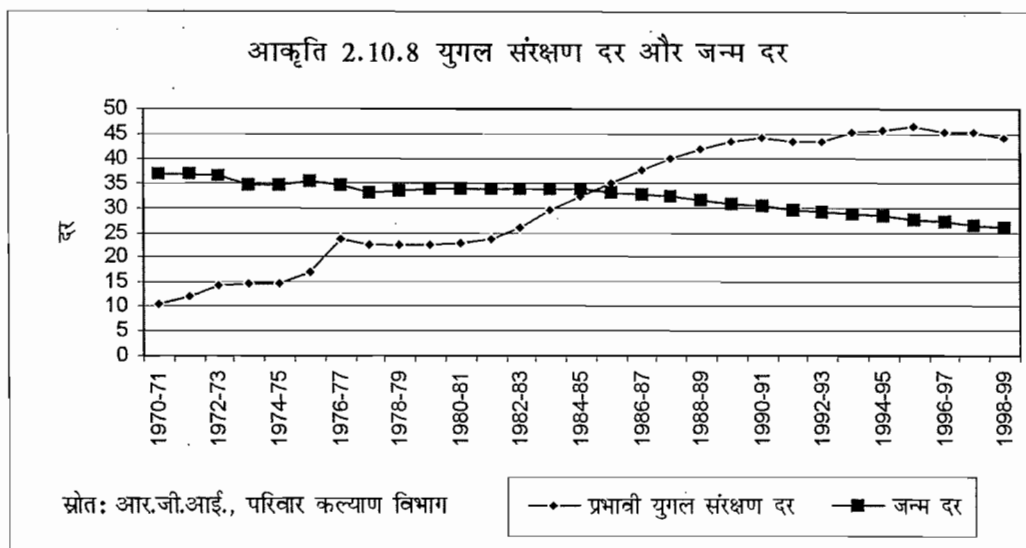
2.10.42 दसवीं योजना के दौरान, अवस्थापना की सुव्यवस्था द्वारा कार्यक्रम के कार्यान्वयन की गति तेज कर दी जाएगी, सेवाओं की कोटि, कवरेज और सक्षमता सुधारने पर बल दिया जाएगा जिससे कि परिवार कल्याण सेवाओं के संबंध में महसूस की गई सभी जरूरतों को पूर्णतः प्राप्त किया जा सके। ग्रामीण मलिन बस्तियों, दूरवर्ती ग्रामीण और जनजातीय क्षेत्रों में रहने वाली अल्प-सेवित जनसंख्या को अच्छी कोटि की सेवाओं की सुलभता में सुधार करने पर विशेष ध्यान दिया जाएगा।

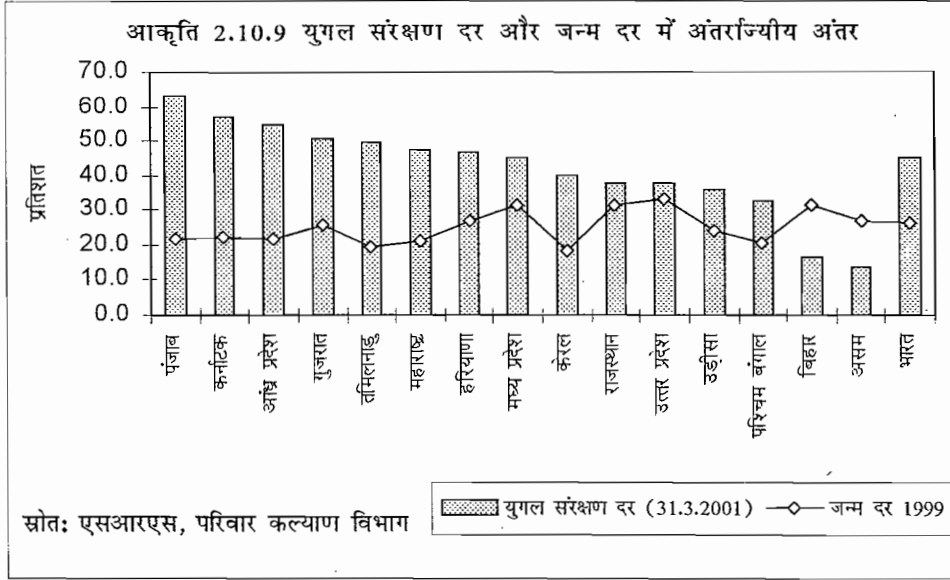
अवांछित गर्भ से बचाव

2.10.43 1970 और 1980 के दशकों के दौरान गर्भ निरोधक देखभाल की उपलब्धता सुधारने के प्रयासों के फलस्वरूप युगल संरक्षण दरों में तेजी से वृद्धि हुई। तथापि, युगल संरक्षण दर के संबंध में जन्म दर सेवा रिपोर्टों में कोई अनुरूप गिरावट नहीं आई। एस आर एस के अनुमानों से पता चलता है कि पिछले दशक में युगल संरक्षण दर में धीमी वृद्धि के बावजूद भी सी. बी. आर में लगातार गिरावट आई है (आकृति 2.10.8)। यह इसलिए हो सकता है या तो पहले गर्भ निरोधक स्वीकार्यता की अधिक रिपोर्ट की गई थी अथवा नब्बे के दशक के दौरान सेवाओं की कोटि में सुधार हुआ है और उपयुक्त समय पर उपयुक्त गर्भ निरोधकों की व्यवस्था की जा रही है।

2.10.44 युगल संरक्षण दर तथा सी बी आर में विशाल अन्तर-राज्य भिन्नताएं हैं। बिहार जैसे राज्यों में युगल संरक्षण दर निम्न है तथा जन्म दर ऊंची है। पंजाब में, युगल संरक्षण दर ऊंची हैं। केरल, तमिलनाडु और आन्ध्र प्रदेश ने सी बी आर में पर्याप्त कमी प्राप्त कर ली है यद्यपि युगल संरक्षण दर पंजाब की तुलना में कम थी (आकृति 2.10.9)। गर्भ निरोधक स्वीकार्यता दर के समय आयु और प्रसव संख्या और साथ ही अन्तराल पद्धतियों को जारी रखने की दर महत्वपूर्ण कारक है जो युगल संरक्षण दर और सी बी आर के बीच संबंध को प्रभावित करते हैं। तमिलनाडु और केरल में दो अथवा तीन बच्चों के साथ युवा महिलाओं में ट्युबकटामी की ऊंची स्वीकार्यता तथा पंजाब में तीन अथवा अधिक बच्चों के साथ अधिक उम्र की स्त्रियों के बीच भी अन्तराल पद्धतियों

आकृति 2.10.8 युगल संरक्षण दर और जन्म दर



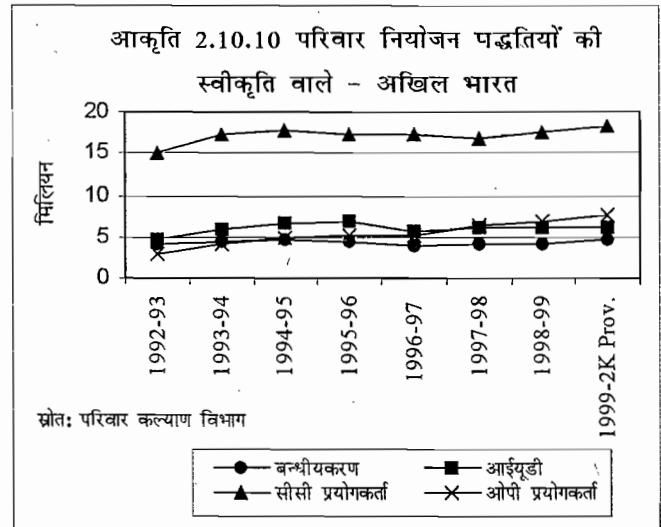


के अधिक उपयोग की वजह से इन राज्यों के बीच युगल संरक्षण दर और सी बी आर में अन्तर हो सकता है।

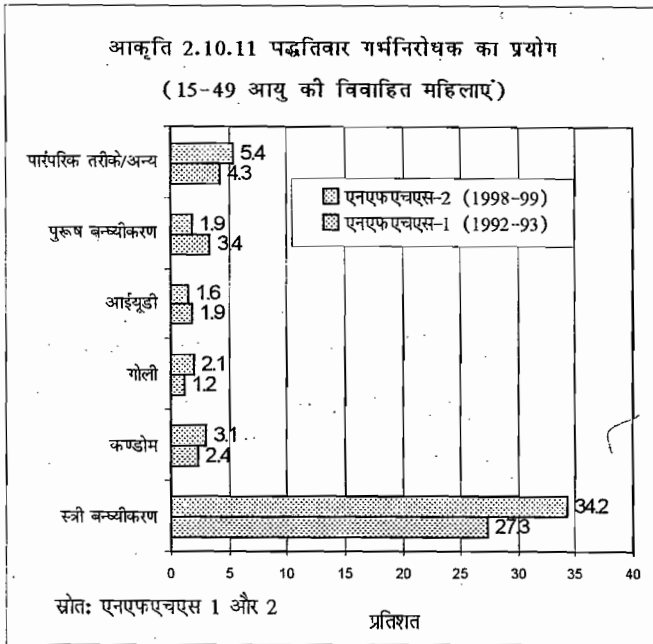
2.10.45 पिछले वर्षों के दौरान सभी राज्यों में और आबादी के सभी घटकों के बीच जन्म दर में गिरावट आई है किन्तु जन्म दर में कटौती की दर कुछ राज्यों में अधिक है। 2001 जनगणना और एस आर एस 2000 के डाटा से पता चलता है कि:

- 11.3 प्रतिशत आबादी के साथ ग्यारह राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों का सी बी आर 20 से कम है;
- 38.6 प्रतिशत आबादी के साथ बारह राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों का सी बी आर 20 और 25 के बीच है;
- 14.4 प्रतिशत आबादी के साथ सात राज्यों का सी बी आर 25 और 30 के बीच है;
- 35.7 प्रतिशत आबादी के साथ पांच राज्यों का सी बी आर प्रति 1,000 आबादी पर 30 से अधिक है।
- उच्च जन्म दर वाले धनी आबादी वाले राज्यों में गर्भनिरोध की सभी जरूरतों को पूरा करने की तत्काल आवश्यकता है।

2.10.46 नौवीं योजना अवधि के दौरान सेवा रिपोर्टों के डाटा से पता चलता है कि 1994-95 में स्वीकार्यता के स्तर की तुलना में, योजना के प्रारम्भिक वर्षों में सभी किस्मों के गर्भ निरोधकों के स्वीकारकर्ताओं में गिरावट आई है। बाद में, 1998-99 से इस गिरावट में, आई यू डी को छोड़कर, विपरीत गति आई है (आकृति 2.10.10)।

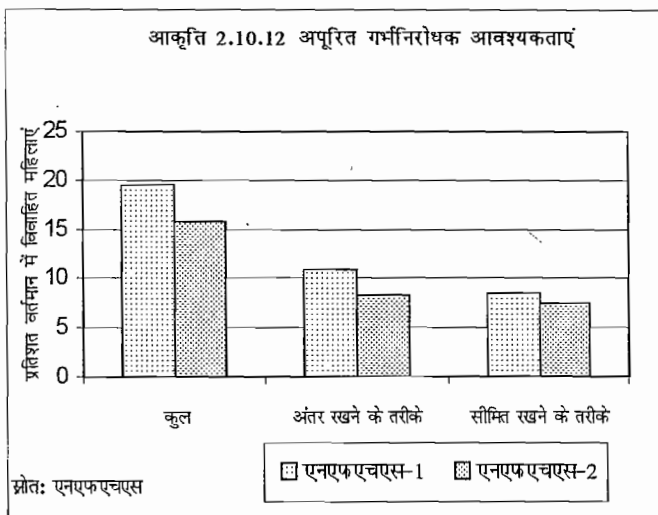


2.10.47 एन एफ एच एस 1 और 2 से 1992-93 और 1998-99 में गर्भ निरोधक विद्यमानता के संबंध में राष्ट्रव्यापी डाटा उपलब्ध हुए। सर्वेक्षण के डाटा से पता चलता है (आकृति 2.10.11) कि परिवार कल्याण विभाग की सेवा रिपोर्टों से उपलब्ध निष्पादन आंकड़ों के विपरीत, देश में बन्धीकरण और मुख्य गर्भ निरोधक स्वीकार्यता में पर्याप्त वृद्धि हुई है। केवल आई यू डी और पुरुष नसबंदी में गिरावट देखी गई है। युगल संरक्षण दर में सुधार से 1990 के दशक के दौरान सी बी आर में लगातार गिरावट देखी गई है जैसी कि एस आर एस द्वारा रिपोर्ट की गई है। परिवार कल्याण विभाग और एन एफ एच एस की सेवा रिपोर्टों से युगल संरक्षण दर डाटा में अन्तर निम्नलिखित कारणवश हो सकते हैं :



- पहले की गई अधिक रिपोर्टिंग में कटौती, जो यह दर्शाने के प्रयास में की गई कि लक्ष्य प्राप्त कर लिए गए हैं; और
- वर्तमान अवधि के दौरान सेवा रिपोर्टिंग प्रारूपों में परिवर्तनों के कारण अधूरी रिपोर्टिंग।

2.10.48 अन्तर्निर्मित स्वतन्त्र सर्वेक्षणों और राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम के अन्दर कवरेज मूल्यांकनों के डाटा से यह पुनः आश्वासन प्राप्त होता है कि उनके निष्कर्षों से पता चलता है कि 1990 के दशक के दौरान गर्भ निरोधक विद्यमानता में कोई गिरावट नहीं आई है तथापि, अन्तराल पद्धतियों, प्रसव-पूर्व देखभाल और प्रतिरक्षण के संबंध में सेवा रिपोर्टिंग के तहत कवरेज आंकड़े मूल्यांकनों के जरिए



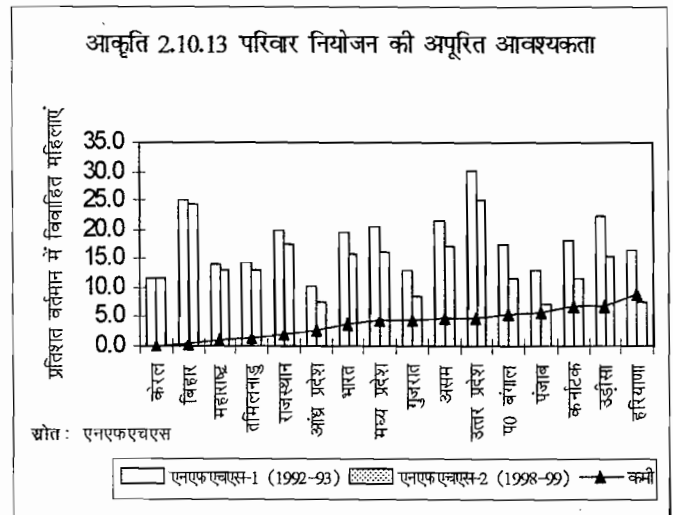
रिपोर्ट की गई कवरेज की तुलना में अभी भी काफी अधिक हैं। इस अधिक रिपोर्टिंग को ठीक करने की जरूरत है जिससे कि सेवा रिपोर्टिंग से कार्यक्रम में प्राप्त प्रगति का विश्वसनीय संकेत प्राप्त हो सके। सेवा तथा मूल्यांकन रिपोर्टों के बीच कवरेज आंकड़ों के बीच घटते हुए अन्तर का उपयोग कार्यक्रम मानीटरन में कोटि के संबंध में एक नए संकेतक के रूप में किया जा सकता है।

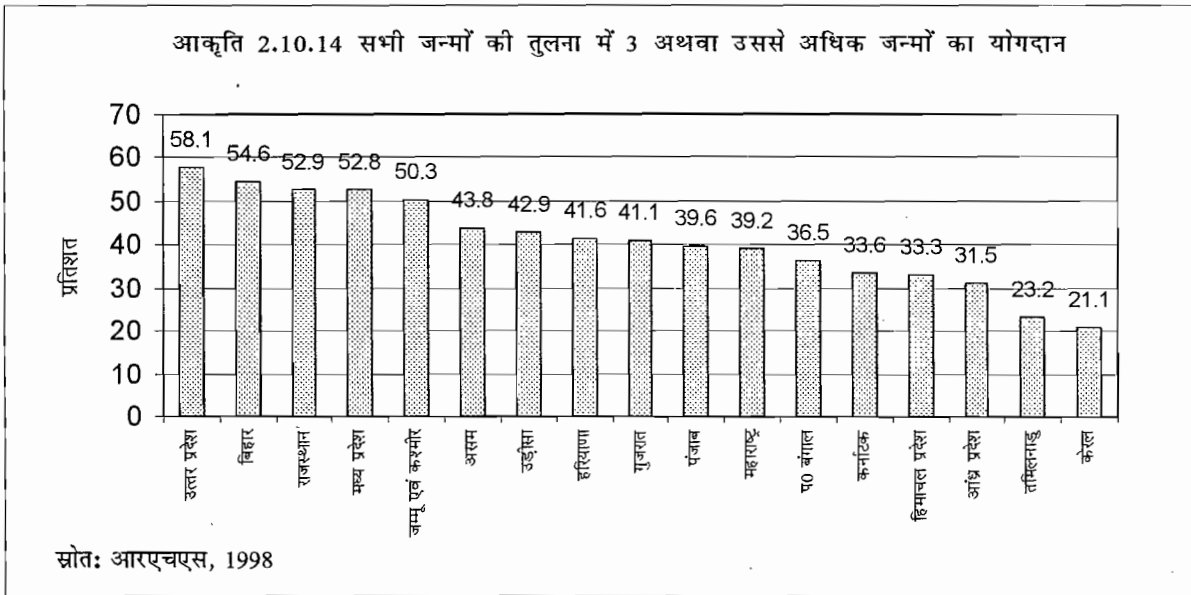
गर्भ निरोध के संबंध में पूरी न हुई जरूरत

2.10.49 एन एफ एच एस 1 और 2 (आकृति 2.10.12) से स्पष्टतः पता चलता है कि सभी राज्यों में समापन पद्धतियों और अन्तराल पद्धतियों के संबंध में पूरी न हुई जरूरतें अभी भी बहुत हैं (आकृति 2.10.13)। गर्भ निरोधकों के संबंध में पूरी न हुई जरूरतों की मात्रा में अन्तर-राज्य अन्तर हैं। यह आवश्यक है कि पूरी न हुई सभी जरूरतों को दसवीं योजना अवधि के दौरान पूर्णतः पूरा किया जाए और अवांछित गर्भ में पर्याप्त कटौती प्राप्त की जाए। पद्धतियों के लाभों और हानियों का संतुलित प्रस्तुतीकरण करने, परामर्श, सेवाओं की कोटि और अनुवर्ती देखभाल में सुधार से युगलों को गर्भ निरोध के संबंध में उपयुक्त चुनाव करने में मदद मिलेगी, युगल संरक्षण दरों और सततता दरों में वृद्धि होगी और देश को 2010 तक उर्वरता के प्रतिस्थापन स्तर का लक्ष्य प्राप्त करने में मदद मिलेगी।

जन्म संख्या का मानीटरन

2.10.50 रिपोर्ट की गई जन्म संख्या का मानीटरन, उर्वरता के प्रतिस्थापन स्तर की उपलब्धि की दिशा में प्रगति का प्रेक्षण करने की एक सरल पद्धति है। फिलहाल तीन अथवा अधि





एक की जन्म संख्या सभी जन्मों का लगभग आधा हिस्सा है। विभिन्न जन्म संख्याओं के योगदान में विशाल अन्तर-राज्य और आन्तर-जिला अन्तर मौजूद हैं (तालिका 2.10.3 और आकृति 2.10.14)। इस सूचना के आधार पर, गर्भ निरोधक विद्यमानता दर सुधारने, अंतर जन्म अन्तरालों में वृद्धि करने तथा जन्म की ऊंची संख्या को कम करने के लिए जिला-विशिष्ट विभेदक नीतियां तैयार की जा सकती हैं।

तालिका 2.10.3-अन्तर जिला भिन्नताएं
(जन्म संख्या तीन अथवा अधिक
कुल जन्मों की प्रतिशतता के रूप में)

जिलों की संख्या	
20 प्रतिशत से कम	27
20-40 प्रतिशत	165
40 प्रतिशत से ज्यादा	313

स्रोत : आर एच एस (तीव्र परिवार सर्वेक्षण 1998)

गर्भ की समापन पद्धतियां

2.10.51 सभी राज्यों में बन्धीकरण गर्भ निरोध की सर्वाधिक प्रयोग में आने वाली पद्धति है। फिलहाल विवाह की आयु बहुत कम है और अधिकांश महिलाएं अपना परिवार 20 के प्रारम्भिक वर्षों में पूरा कर लेती हैं। स्थिर विवाहों के वर्तमान भारतीय परिदृश्य में, बन्धीकरण ऐसे युगलों के लिए गर्भ निरोध की सर्वाधिक उपयुक्त पद्धति है। जिन पात्र

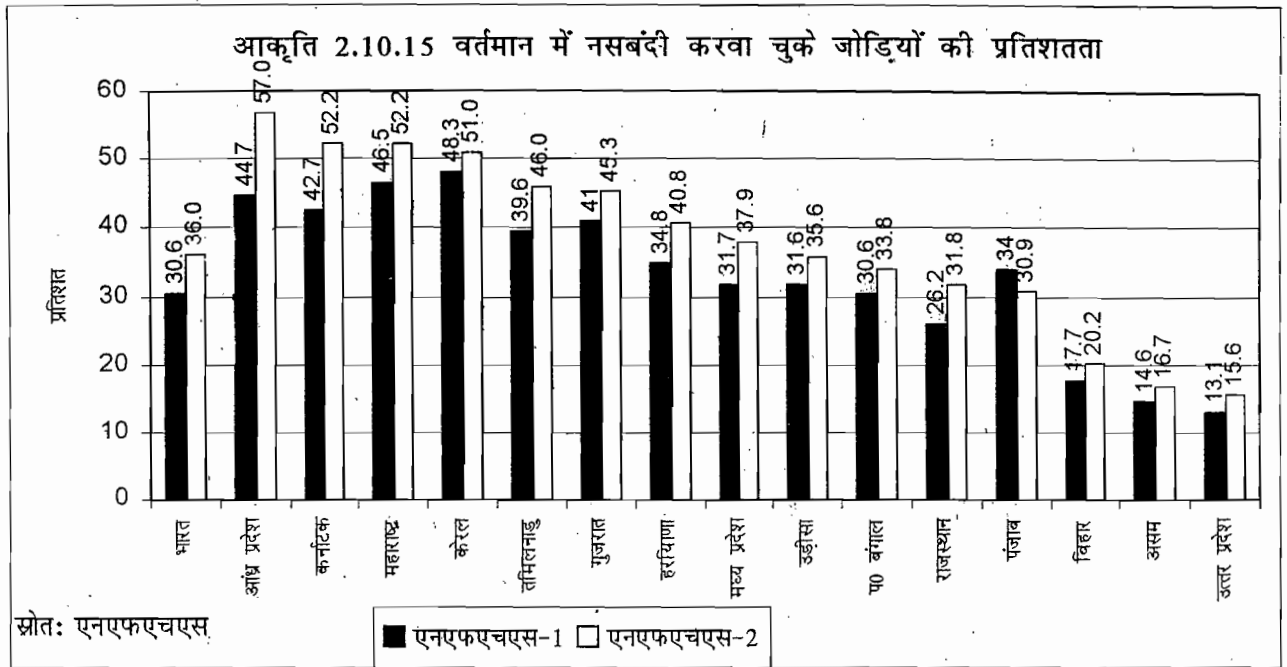
युगलों ने गर्भ के समापन की पद्धतियां अपना ली हैं उनके अनुपात में राज्यों के बीच और जिलों के बीच पर्याप्त अन्तर है (तालिका 2.10.4)। 1990 के दशक में, पंजाब को छोड़कर सभी राज्यों में फिलहाल बन्धीकरण कराने वाली महिलाओं की प्रतिशतता असम, बिहार और उत्तर प्रदेश में बहुत कम है (आकृति 2.10.15)। इन राज्यों में अधिकांश महिलाएं तीन अथवा चार बच्चे पैदा करने के बाद बन्धीकरण को चुनती हैं। सी एच सी/ पी एच सी में आर सी एच शिविरो के माध्यम से सुरक्षित, अच्छी कोटि की ट्युबकटामी/ वेसक्टामी सेवाओं की सुलभता में सुधार, इन राज्यों में बन्धीकरण की पूरी न हुई जरूरतों को पूरा करने के वास्ते एक सर्वाधिक व्यवहार्य और संघारणीय नीति हो सकती है।

तालिका 2.10.4

बन्धीकृत पात्र दम्पतियों की प्रतिशतता में
अन्तर-जिला भिन्नताएं

जिलों की संख्या	
50 से ज्यादा	75
40 से 49 प्रतिशत	101
30 से 39 प्रतिशत	106
30 से कम	223

स्रोत : आर एच एस (1998-99)



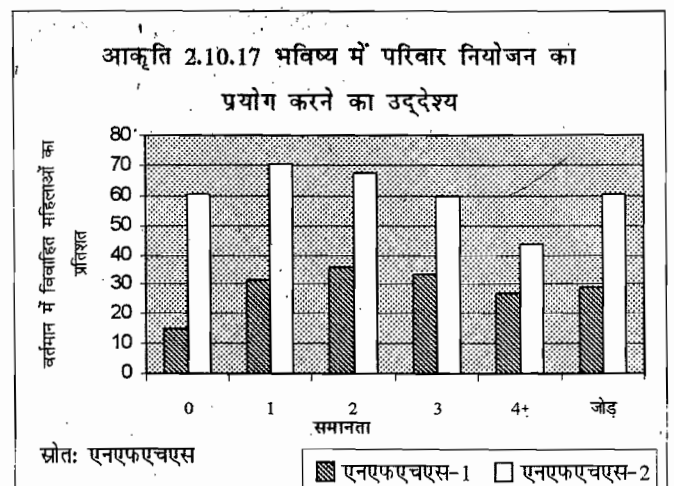
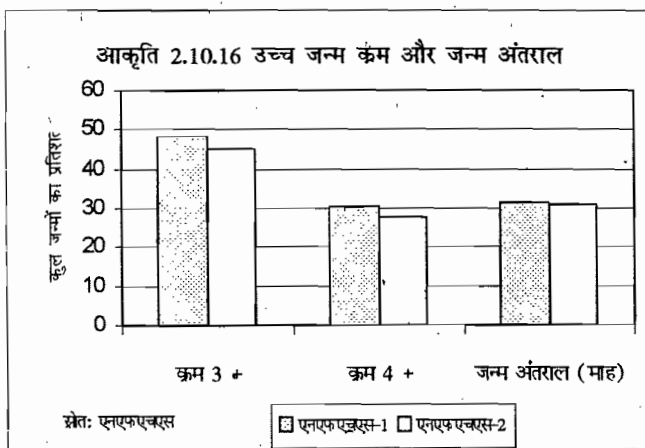
अन्तराल पद्धतियों की उभरती जरूरतें

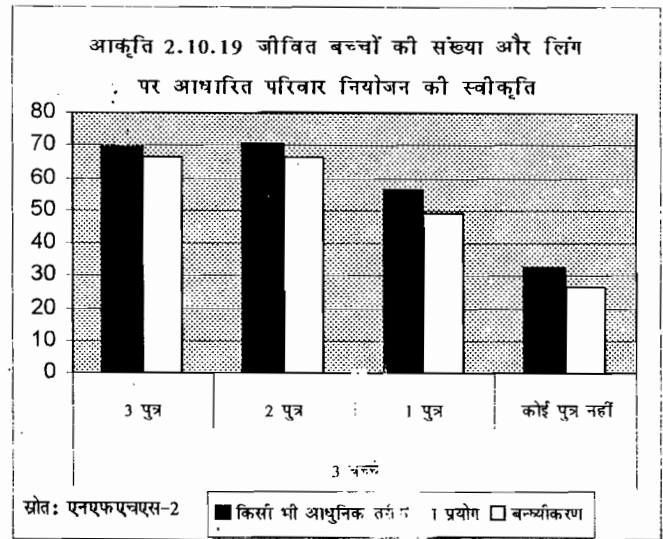
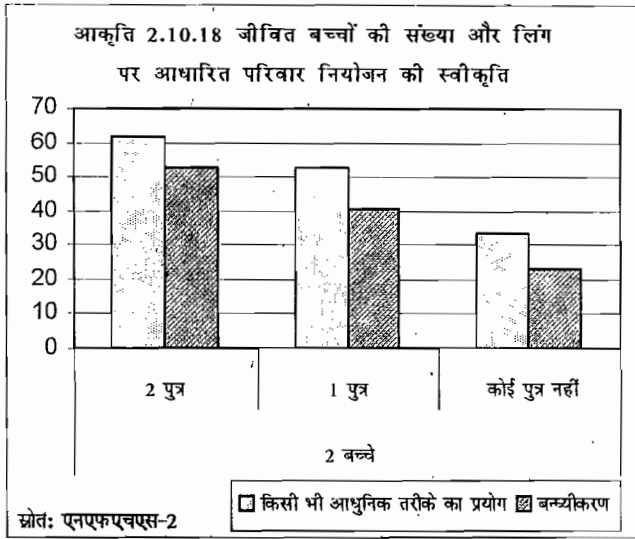
2.10.52 एन एफ एच एस के डाटा से स्पष्ट पता चलता है कि अन्तराल पद्धतियों के कम उपयोग के बावजूद औसत अन्तर-जन्म अन्तराल लगभग 30 माह है (आकृति 2.10.16)। इसका कारण सर्वव्यापी लम्बी अवधि तक स्तनपान कराना है। पहले छः माह के दौरान मात्र स्तनपान से गर्भ धारण से काफी बचाव होता है। किन्तु स्तनपान करने वाले शिशुओं के लिए पूरकों की व्यवस्था हो जाने पर स्तनपान का गर्भ निरोधक प्रभाव समाप्त हो जाता है। इस अवधि में उपयुक्त गर्भ निरोधकों के इस्तेमाल से जन्मों के बीच पर्याप्त अन्तराल सुनिश्चित हो सकेगा और अगले गर्भ धारण के जल्द होने के कारण मातृ और शिशु पोषण में गिरावट

से बचा जा सकता है। एन एफ एच एस 2 के डाटा से यह भी पता चलता है कि प्रथम जन्म से पहले गर्भ निरोध की उभरती जरूरत है (आकृति 2.10.17)। इसे दसवीं योजना के दौरान पूर्णतः पूरा किया जाना है।

लिंग भेद तथा गर्भनिरोध की स्वीकार्यता

2.10.53 एन एफ एच एस के डाटा से पता चला कि पुत्र के लिए प्राथमिकता गर्भनिरोध की स्थायी और साथ ही अस्थायी पद्धतियों की स्वीकार्यता को प्रभावित करती है (आकृति 2.10.18-19)। यह महत्वपूर्ण है कि लिंग पूर्वग्रह को कम से कम और समाप्त करने के लिए सभी संबंधितों द्वारा उपयुक्त उपाय किए जाएं जिससे बालिका वाले परिवारों के बीच गर्भ निरोधकों की स्वीकार्यता कम होती है।

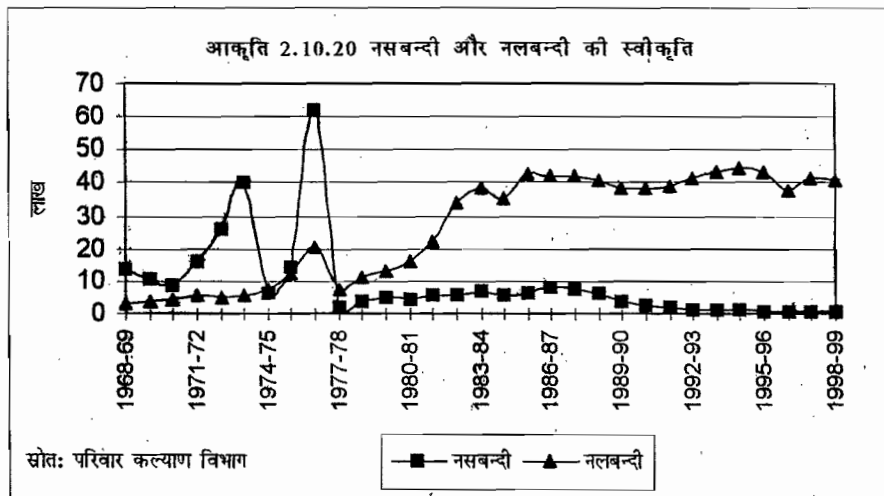




नियोजित परिवार में पुरुषों की भागीदारी

2.10.54 शिक्षा और रोजगार के निर्धारण, विवाह के समय आयु, परिवार निर्माण पद्धति, महिलाओं और बच्चों के लिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओं की सुलभता और उपयोग के निर्धारण में पुरुष महत्त्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। एस टी आई/ आर टी आई के नियंत्रण और निवारण में उनका सक्रिय सहयोग अनिवार्य है। कन्डोम का उपयोग करने वालों के बीच, एस टी आई और साथ ही गर्भावस्था के निवारण के लिए, सतत् रूप से और सही उपयोग एक अनिवार्य पूर्वापेक्षा है। 1960 और 1970 के दशकों में गर्भनिरोध की समापन पद्धति के लिए वेस्कटामी का बड़े पैमाने पर उपयोग किया जाता था किन्तु उसके बाद से इसके उपयोग में गिरावट आई है (आकृति 2.10.20)। यह जरूरी है कि वेस्कटामी को फिर से लोकप्रिय बनाने के लिए प्रयास तेज किए जाएं। यह दर्शाने के लिए पर्याप्त डाटा उपलब्ध है कि ट्युबेक्टामी की अपेक्षा वेस्कटामी सुरक्षित है। वेस्कटामी सेवाओं की सुलभता में सुधार करके

वेस्कटामी को फिर से लोकप्रिय बनाने के लिए हर संभव प्रयास किया जाएगा। सभी प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल संबंधी संस्थानों में बाह्य रोगी प्रक्रिया के रूप में सभी को सुविधाजनक समय पर ये सेवाएं (पारम्परिक अथवा नोस्केलपेल) उपलब्ध कराई जाएंगी। समय सम्बन्धी विद्यमान बाधाओं और पुरुषों की सुविधाओं को ध्यान में रखते हुए अनुवर्ती देखभाल की व्यवस्था की जाएगी। आपात स्थिति परिवहन तथा यह सुनिश्चित करने के लिए कि महिलाएं और बच्चे, जहां आपातकालीन सेवाएं उपलब्ध हैं, वहां उपयुक्त केन्द्रों पर सुविधाएं, उपलब्ध कराई गई निधियों का उपयोग सुधारने में पुरुषों की सक्रिय भागीदारी प्राप्त करने के लिए प्रयास किए जाएंगे। प्रसव-पूर्व, बाल स्वास्थ्य और प्रतिरक्षण देखभाल सुधारने और रेफरलों के अनुपालन में भी उनका सहयोग प्राप्त किया जाएगा। अगले पांच वर्षों के दौरान नियोजित परिवार संबंधी सभी प्रकार के कार्यक्रमों में पुरुषों की भागीदारी सुनिश्चित करने के प्रयास किए जाएंगे।



गर्भनिरोध के संबंध में अनुभूत जरूरतों को पूरा करने के लिए दसवीं योजना कार्यनीति

2.10.55 गर्भनिरोध के संबंध में अनुभूत सभी जरूरतों को पूरा करने के लिए दसवीं योजना कार्यनीति में निम्नलिखित को शामिल किया जाएगा :

सभी जिलों में

- गर्भनिरोध की सभी उपलब्ध पद्धतियों के लाभों और हानियों के संबंध में परामर्श और संतुलित प्रस्तुतीकरण, जिससे कि परिवार सही प्रकार का चुनाव कर सकें;
- व्यक्तियों के निवास स्थान के आस-पास अच्छी कोटि की गर्भ निरोधक देखभाल सेवाओं की सुलभता में सुधार;
- अच्छी अनुवर्ती देखभाल।

उन राज्यों में जहां तीन अथवा अधिक जन्म संख्या वाले जन्म जन्मों के 40 प्रतिशत से अधिक है :

- यदि आवश्यक हो तो सी एच सी/जिला अस्पतालों से निर्धारित दिवसों पर पी एच सी/सी एच सी में डाक्टर भेजकर ट्युबकटामी/वेस्कटामी की सुलभता सुनिश्चित करना।

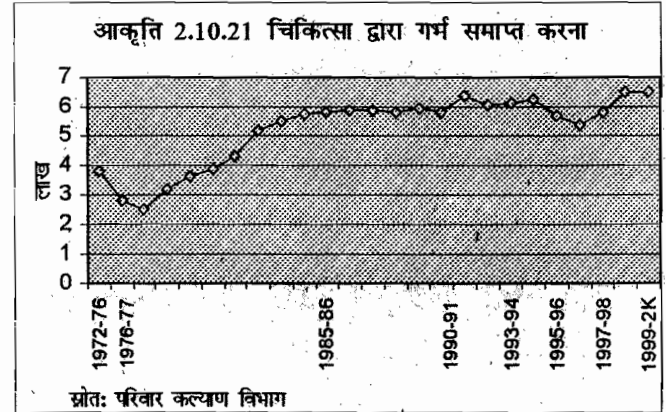
उन राज्यों/ जिलों में जहां दो अथवा कम की जन्म संख्या वाले जन्म 60 प्रतिशत से अधिक है;

- अन्तराल पद्धतियों के संबंध में पूरी न हुई जरूरतों को प्राथमिकता के आधार पर पूरा करना और समापन पद्धतियों की व्यवस्था जारी रखना।

अवांछित गर्भ का प्रबन्धन

2.10.56 अनुमान है कि 1998 में लगभग 9 प्रतिशत मातृ मृत्यु असुरक्षित गर्भपात के कारण थी। एम टी पी के संबंध में उपलब्ध सेवा डाटा से पता चलता है कि 1980 के दशक के पूर्वार्द्ध में शुरू में वृद्धि के बाद सूचित चिकित्सीय गर्भपातों की संख्या 1990 के दशक में लगभग 0.5-0.7 मिलियन के आस-पास बनी रही (आकृति 2.10.21)। देश में गैर-कानूनी तौर पर प्रेरित गर्भपातों की अनुमानित संख्या 4 से 6 मिलियन के बीच है। गैर-कानूनी गर्भपातों, गैर-कानूनी गर्भपातों के कारण रिपोर्ट की गई रूग्णता अथवा मातृ मृत्यु दर के कारण के रूप में गैर-कानूनी गर्भपातों

की अनुमानित संख्या में कोई विशेष गिरावट नहीं आई है। शीघ्र तथा सुरक्षित एम टी पी सेवाओं के माध्यम से अवांछनीय गर्भ का प्रबंध, जैसा कि एम टी पी अधिनियम के अन्तर्गत परिकल्पित है, चालू आर सी एच कार्यक्रम का एक महत्वपूर्ण घटक है।



2.10.57 नौवीं योजना के दौरान निम्नलिखित के संबंध में प्रयास किए गए:

- परिवार नियोजन सेवाओं की सुलभता में सुधार और अवांछित गर्भों की संख्या में कमी;
- एम टी पी की मांग की पूर्ति करना;
- चिकित्सकों को एम टी पी में प्रशिक्षित करके सुरक्षित गर्भपात सेवाओं की उपलब्धि में सुधार और सुरक्षित गर्भपात सेवाएं प्रदान करने वाले संस्थानों को मान्यता प्रदान करना तथा सुदृढ़ करना; और
- संस्थानों का पंजीकरण जिला स्तर तक विकेंद्रीकृत करना।

2.10.58 इन प्रयासों के बावजूद कवरेज की दृष्टि से कोई वृद्धि सूचित किए गए चिकित्सकीय गर्भपातों की संख्या में कोई वृद्धि और गैर-कानूनी प्रेरित गर्भपातों के प्रतिकूल स्वास्थ्य संबंधी परिणामों से पीड़ित महिलाओं की संख्या में किसी कटौती की रिपोर्ट नहीं है।

2.10.59 प्रेरित गर्भपात के कारण रूग्णता कम करने के संबंध में दसवीं योजना नीतियों में निम्नलिखित सम्मिलित है :

- गर्भनिरोध के लिए महसूस की गई किन्तु पूरी नहीं हुई जरूरतों को पूर्ण रूप से पूरा करके गर्भ की संख्या कम करना;
- निम्नलिखितों के माध्यम से सुरक्षित एम टी पी सेवाओं की सुलभता में सुधार करना;
- उन सभी संस्थानों में, जहां अर्हता प्राप्त स्त्री रोग

चिकित्सक तथा पर्याप्त आधारिक ढाँचा उपलब्ध है, एम टी पी सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करना;

- एम टी पी क्लिनिकों का पंजीकरण जिला स्तर तक विकेन्द्रीकृत करना;
- एम टी पी की रिपोर्ट करने के लिए विनियमों को सरल बनाना;
- सरकारी, प्राइवेट और स्वैच्छिक क्षेत्र में सुसज्जित संस्थानों में कार्यरत चिकित्सकों को एम टी पी में प्रशिक्षित करना ताकि वे भी सुरक्षित गर्भपात सेवाएं प्रदान कर सकें;
- उन मान्य केन्द्रों में जहां प्रशिक्षित चिकित्सक हैं किन्तु कोई वेक्यूम एसपीरेशन मशीन नहीं है, हस्तचालित वेक्यूम एसपीरेशन (एम वी ए) सिरेंजें प्रदान करना;
- निर्धारित दिवस पर सी एच सी/ पी एच सी का स्त्री रोग चिकित्सक द्वारा दौरा किए जाने पर सी एच सी/ पी एच सी में एम टी पी निष्पादित करने के लिए एम वी ए का उपयोग, और
- मेडिकल कालेज अस्पतालों में एम टी पी की गैर-शल्य विधियां लागू करने की व्यवहार्यता और सुरक्षा का पता लगाना तथा सेवा का क्रमिक ढंग से जिला अस्पतालों में विस्तार करना।
- यह सुनिश्चित करना कि महिलाएं एम टी पी के समय उपयुक्त गर्भ निरोध की विधि स्वीकार करें जिससे कि अवांछित गर्भ को रोका जा सके और फिर से एम टी पी की जरूरत न हो।

मातृ स्वास्थ्य

2.10.60 मातृ रूग्णता और मृत्यु दर की विद्यमान ऊंची दरें सदा ही चिन्ता का एक विषय रही हैं और प्रसव से पूर्व और प्रसव के दौरान देखभाल, जिसका उद्देश्य इनमें कमी करना है, शुरुआत से ही राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम के घटक रहे हैं। यद्यपि राज्य/ जिला विशिष्ट मातृ रूग्णता/ मृत्यु दर के संबंध के डाटा उपलब्ध नहीं हैं, तथापि एस आर एस और मृत्यु के कारणों के सर्वेक्षण से उपलब्ध आंकड़ों से मृत्यु दरों और मृत्यु के कारणों के संबंध में पर्याप्त जानकारी उपलब्ध है जिससे कि महिलाओं में प्रमुख स्वास्थ्य समस्याओं से निपटने के लिए युक्तियुक्त कार्यक्रम विकसित किए जा सकें। 1990 के दशक में एस आर एस और एन एफ एच एस 1 और 2 से मातृ मृत्यु दर पर चालू कार्यक्रमों के प्रभाव का मूल्यांकन करने के लिए स्वतन्त्र डाटा उपलब्ध हुआ। 1990 के दशक के दौरान एम एम आर में कोई कमी नहीं आई है तथा

1,00,000 से अधिक महिलाएं प्रत्येक वर्ष गर्भ-सम्बद्ध कारणों की वजह से मर जाती हैं (तालिका 2.10.5)।

तालिका 2.10.5
मातृ मृत्यु दर अनुपात

	1992-93	1997	1998
आर जी आई (नमूना पंजीकरण स्कीम) उ.न.	408	407	
राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण	424*	-	540*

• अन्तर सांख्यिकी दृष्टि से महत्वपूर्ण नहीं हैं

स्रोत: आर जी आई तथा एन एफ एच एस 1 और 2

2.10.61 एस आर एस डाटा से पता चलता है कि मातृ मृत्यु दर के प्रमुख कारणों में असुरक्षित गर्भपात, प्रसव-पूर्व और प्रसवोत्तर रक्तस्राव, अरक्तता, विघ्नकारी प्रसव-वेदना, उच्च रक्तचापीय विकार, और प्रसवोत्तर विषाक्तता शामिल है। पिछले वर्षों के दौरान मातृ मृत्यु दर के कारणों में कोई बड़ा परिवर्तन नहीं आया (तालिका 2.10.6) सुरक्षित गर्भपात सेवाएं उपलब्ध कराने में वृद्धि करके गर्भपात के कारण मौतों को रोका जा सकता है। अरक्तता, विघ्नकारी प्रसव, उच्च रक्तचापीय विकारों और पूतिदोष को अनिवार्य प्रासविक देखभाल, प्रासविक समस्याओं का पता लगाने के लिए सार्वजनीन जांच, गर्भ की जटिलताओं का रेफरल और समय पर उपचार, संस्थागत प्रसव और प्रसवोत्तर देखभाल को प्रोत्साहित करके रोका जा सकता है। आपातकालीन प्रासविक सेवाओं से गर्भावस्था के दौरान रक्तस्राव अथवा प्रसव के दौरान जटिलताओं से महिलाओं के जीवन को बचाने में मदद मिलेगी। नौवीं योजना के दौरान सभी गर्भवती महिलाओं की सार्वजनीन जांच, स्वास्थ्य समस्याओं वाली महिलाओं के विनिर्धारण, गर्भावस्था के दौरान समस्याओं के विनिर्धारण तथा उपयुक्त देखभाल की परिकल्पना की गई थी जिसमें उन केन्द्रों को रेफर करना भी शामिल है जहां उपयुक्त देखभाल उपलब्ध है। तथापि इसे प्रचलित नहीं किया गया है। इसे प्रचलित करने के लिए दसवीं योजना के दौरान सर्वोच्च प्राथमिकता दी जाएगी।

तालिका 2.10.6
मातृ मृत्यु के कारण (प्रतिशत)

रक्तस्राव	30
एनीमिया	19
पूतिता	16
विघ्नकारी प्रसव	10
गर्भपात	8
विषाक्तता	8
अन्य	8

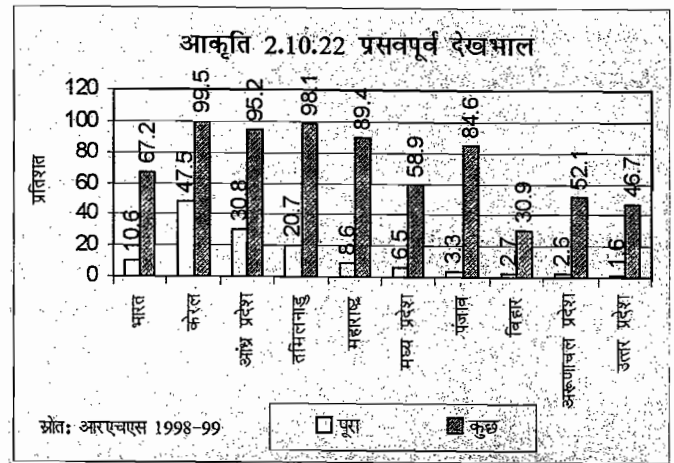
स्रोत: मृत्यु के कारणों का सर्वेक्षण, 1998

2.10.62 दसवीं योजना के दौरान निम्नलिखित के संबंध में हर संभव प्रयास किया जाएगा:

- गर्भों, मृत्यु और जन्मों का 100 प्रतिशत पंजीकरण सुनिश्चित करना जिससे कि एम एम आर के विश्वसनीय राज्य/ जिला स्तर अनुमान लगाता आधार पर उपलब्ध हो सकें।
- एस आर एस तथा अस्पताल रिकार्डों के जरिए मृत्यु के कारण का पता लगाने में सुधार, ताकि समय प्रवृत्तियों और मातृ मृत्यु दर के कारणों में परिवर्तनों का मूल्यांकन करना सम्भव हो सके।

प्रसव-पूर्व देखभाल

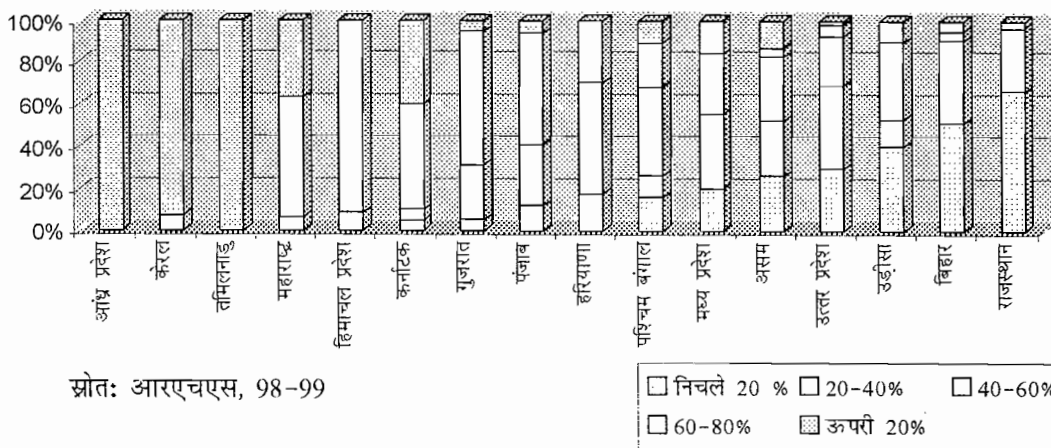
2.10.63 आर सी एच कार्यक्रमों के तहत प्रसव-पूर्व देखभाल के कवरेज, मात्रा और कोटि सुधारने के प्रयास किए गए जिससे कि मातृ व प्रसव रूग्णता तथा मृत्यु दर में पर्याप्त रूप से कमी प्राप्त की जा सके। तीव्र पारिवारिक सर्वेक्षण (आर एच एस), 1998-1999 के डाटा से पता चलता है कि राष्ट्रीय स्तर पर 67.2 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं की कम से कम एक जांच की गई किन्तु केवल 10.6 प्रतिशत की तीन बार प्रसव-पूर्व जांच की गई। असंतोषजनक स्वास्थ्य सूचकों वाले घनी आबादी वाले राज्यों में जैसे कि उत्तर प्रदेश, बिहार और मध्य प्रदेश में, प्रसव-पूर्व कवरेज बहुत कम है (आकृति 2.10.22)। आन्ध्र प्रदेश, तमिलनाडु और केरल के लगभग सभी जिलों में प्रसव-पूर्व कवरेज अच्छा था। आश्चर्यजनक है कि पंजाब के अधिकांश जिलों से बहुत कम कवरेज की रिपोर्ट प्राप्त हुई (आकृति 2.10.23)।



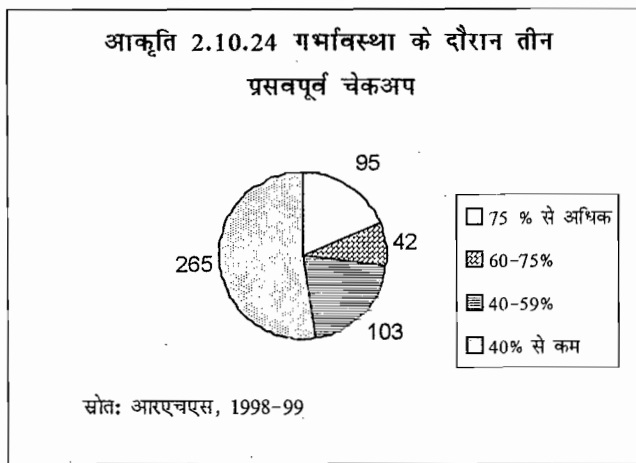
प्रसव-पूर्व देखभाल

- गर्भ का शीघ्र पंजीकरण (12-16 सप्ताह)।
- प्रसव पूर्व कम-से-कम तीन जांच।
- स्वास्थ्य समस्याओं, कुपोषण और जटिलताओं वाली महिलाओं का विनिर्धारण,
- तुरंत तथा प्रभावी उपचार की व्यवस्था जिसमें आवश्यक होने पर रेफर करना शामिल है।
- टी टी प्रतिरक्षण के साथ सभी गर्भवती महिलाओं का व्यापक कवरेज।
- अरक्तता के लिए जांच, आयर्न फोलिक एसिड गोलियों की व्यवस्था, तथा उपयुक्त उपचार की व्यवस्था।
- खाद्य, पोषाहार और विश्राम के संबंध में सलाह।
- संस्थागत प्रसव/प्रशिक्षित कार्मिकों द्वारा सुरक्षित प्रसव को प्रोत्साहन; स्वास्थ्य/विघ्नकारी समस्याओं वाली महिलाओं के लिए संस्थागत प्रसव के बारे में सलाह देना।

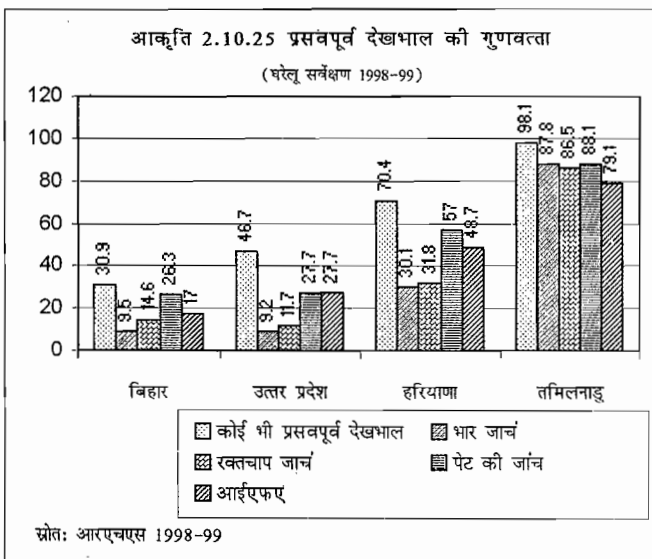
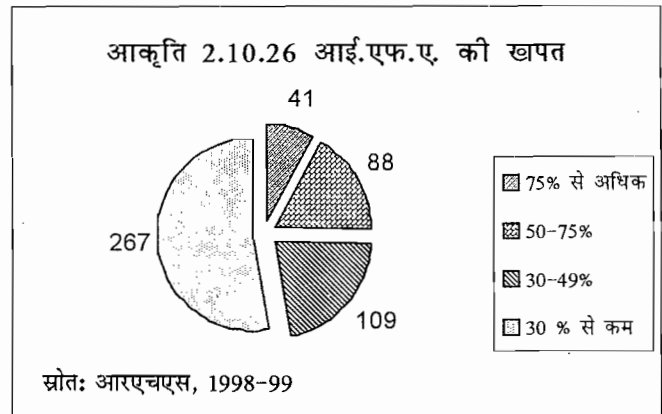
आकृति 2.10.23 तीन या अधिक ए.एन.सी. चैक-अप के अनुसार जिलों का वितरण



2.10.64 आर एच एस से स्पष्टतः पता चलता है कि केवल 95 जिलों में 75 प्रतिशत से अधिक महिलाओं ने गर्भावस्था के दौरान तीन प्रसव-पूर्व दौर किए। 265 जिलों में 40 प्रतिशत से कम महिलाओं ने तीन प्रसव-पूर्व दौर किए (आकृति 2.10.24)। उत्तर प्रदेश और बिहार में प्रसव-पूर्व देखभाल की मात्रा और कोटि गर्भावस्था के दौरान समस्याओं और जोखिम कारकों का पता लगाने और उपचारार्थ उन्हें उपयुक्त सुविधा वाले केन्द्र को रेफर करने के वास्ते उपयुक्त प्रसव-पूर्व देखभाल का उपयोग करते हुए गर्भवती महिलाओं की सार्वजनीन जांच करना जरूरी है (आकृति 2.10.25)।



2.10.66 भारत में मातृ मृत्यु दर का एक प्रमुख कारण अरक्तता है, नौवीं योजना में गर्भवती महिलाओं में रक्ताल्पता की आम जांच और उपयुक्त आयरन फोलेट उपचार की परिकल्पना की गई थी। इसे प्रचालित किया जाना है। किसी भी राज्य में रक्ताल्पता के लिए सेवाओं को प्रसव-पूर्व देखभाल को एक घटक के रूप में शामिल नहीं किया गया। आर एच एस डाटा से पता चला कि 267 जिलों में 30 प्रतिशत से कम गर्भवती महिलाओं ने आयरन फोलिक एसिड गोलियां ली थीं (आकृति 2.10.26)। दसवीं योजना के दौरान रक्ताल्पता के निवारण और प्रबंधन के लिए नौवीं योजना की नीति को पूर्ण रूप से प्रचालित करने का हर संभव प्रयास किया जाएगा।



2.10.65 असंतोषपूर्ण जांच की समस्या इस तथ्य से और भी गम्भीर हो जाती है कि इन राज्यों में समस्याओं के समाधान हेतु रेफरल संयोजन भी असंतोषजनक है जिसके फलस्वरूप मातृ/ प्रसव-सम्बन्धित रूग्णता व मृत्यु दर दोनों ऊंची बनी हुई है।

प्रसव-पूर्व देखभाल में समस्याएं

- प्रसव-पूर्व रक्ताल्पता, जोखिम विनिर्धारण तथा रेफरल में स्वास्थ्य कार्मिकों का प्रशिक्षण बहुत धीमा रहा है।
- अनिवार्य विघ्नकारी देखभाल के तहत अपर्याप्त कवरेज।
- प्रसव-पूर्व जांच की कम मात्रा और कोटि, निष्कर्षों की व्यवस्थित रिकार्डिंग का अभाव; घटिया रेफरल पद्धति तथा रेफरलों का स्वीकार न किया जाना।
- जांच तथा गेट कीपर कार्य दो तरफा रेफरल का अभाव, जिसकी वजह से अस्पतालों में अत्यधिक भीड़ हो जाती है।
- सी एच सी/ एफ आर यू में आपातकालीन प्रासविक सेवाओं का अभाव।

मातृ स्वास्थ्य सुधारने के लिए दसवीं योजना कार्यनीति

2.10.67 सभी महिलाओं को अनिवार्य प्रासविक देखभाल प्रदान करने के वास्ते आर सी एच कार्यक्रमों के तहत किए गए उपायों को दसवीं योजना के दौरान जारी रखा जाएगा। स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं की क्षमताओं के विकास में प्रशिक्षण तथा प्रसव-पूर्व देखभाल की मात्रा और कोटि सुधारने का काम शीघ्र पूरा कर लिया जाएगा जिससे कि वे समस्याओं वाली महिलाओं का पता लगाने के लिए सभी गर्भवती महिलाओं की जांच करने के लिए प्रोटोकॉल का निर्वहन करें। गर्भवती महिलाओं की जांच में सहायक नर्स मिडवाइफ (ए एन एम) एक प्रमुख व्यक्ति है और उसे आवश्यक दक्षता उन्नयन प्रशिक्षण और उपस्कर प्रदान किया जाएगा। यह सुनिश्चित करने के उद्देश्य से कि जांच तथा दो तरफा रेफरल एक मानक प्रथा बन जाए यह अनिवार्य है कि निष्कर्षों को एक प्रसव-पूर्व कार्ड में मानक प्रारूप में दर्ज किया जाए जिसे महिला अपने साथ रखे और जहाँ भी उसे रेफर किया जाए वह कार्ड प्रस्तुत करे। इस प्रयोजनार्थ एक प्रसव-पूर्व कार्ड नौवीं योजना के दौरान कुछ राज्यों द्वारा तैयार और जांचा गया था। यह आवश्यक है कि इन कार्डों को यदि आवश्यक हो तो उपयुक्त संशोधनों के साथ, सभी राज्यों में उपलब्ध कराया जाए। ए एन एम, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के साथ मिलजुल कर कार्य करेगी तथा अपने अग्रिम दौरे कार्यक्रम के अनुसार विनिर्दिष्ट दिवसों को आंगनवाड़ियों में मातृ तथा बाल स्वास्थ्य क्लिनिक आयोजित करेगी। वह गेटकीपर होगी जिसके द्वारा रेफर किए गए सभी मामलों को पीएचसी/सीएचसी में स्वीकार किया जाएगा। उन राज्यों में जहाँ ए एन एम की संख्या पर्याप्त नहीं है, वहाँ विद्यमान ए एन एम स्कूलों को सुदृढ़ करने की जरूरत है। भारी कार्य भार/ परिवहन अथवा संचार में कठिनाई वाले राज्यों/ जिलों में ठेके के आधार पर अतिरिक्त ए एन एम को भर्ती किया जा सकता है जिससे कि मातृ स्वास्थ्य की पूरी न हुई जरूरतों को पूरा किया जा सके।

2.10.68 सीएचसी/एफआरयू एक महत्वपूर्ण संस्था है जो आपातकालीन प्रासविक देखभाल की व्यवस्था करती है और रेफरल पद्धति में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। सीएचसी/एफआरयू की संख्या में सूचित किए गए अन्तर को, उप-प्रभागीय अस्पतालों, प्रसवोत्तर केन्द्रों और ब्लाक स्तर पर पीएचसी का उपयुक्त रूप से पुनर्गठन करके, पूरा किया जाएगा। जनशक्ति की उपयुक्त रूप से पुनः तैनाती के

जरिए अपेक्षित संख्या में कोर विशेषज्ञों को तैनात किया जाएगा; जहां कहीं पर्याप्त संख्या में विशेषज्ञ उपलब्ध नहीं हैं, वहां उन्हें ठेके के आधार पर अथवा अंशकालिक आधार पर नियुक्त करने पर भी विचार किया जाएगा। प्रसव-पूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल में सीएचसी/एफआरयू की क्षमता को सुदृढ़ करने के उद्देश्य से, राज्य सीएचसी में एक स्टाफ नर्स को प्रशिक्षण दिला सकते हैं जिससे कि देखभाल प्रदान करने के लिए मिडवाइफरी में कोई न कोई विशेषज्ञ उपलब्ध हो सके। अगले पाँच वर्षों के दौरान सभी सीएचसी में यह सुनिश्चित करके कि इन सीएचसी में सुसज्जित आपरेशन थियेटर है, रक्तदान कोषों तक पहुँच है, अर्हता प्राप्त प्रसूति चिकित्सक, बाल चिकित्सक और संवेदना हारक विशेषज्ञ उपलब्ध हैं, एक क्रमिक ढंग से आपातकालीन प्रासविक सेवाओं में सुधार करने के प्रयास किए जाएंगे।

2.10.69 अनिवार्य और आपात प्रसव सेवाओं की उपलब्धता और सुलभता में और मातृ स्वास्थ्य सूचकों में जिलों के बीच विशाल अन्तरों को देखते हुए, दसवीं योजना के दौरान अनिवार्य और आपात प्रसव देखभाल में वृद्धिकारी सुधार प्राप्त करने के वास्ते निम्नलिखित विभेदक नीतियां अपनाई जाएंगी :

सभी जिलों में :

- गर्भवती महिलाओं की व्यापक जांच सुनिश्चित करने के लिए जागरूकता सशर्जन; समस्याओं वाली महिलाओं का पता लगाना;
- जटिलताओं वाली महिलाओं के प्रबंध/ देखभाल के लिए उपयुक्त संस्थान को रेफर करना;
- टेटानस टोक्साइड (टी टी) प्रतिरक्षण हेतु 100 प्रतिशत कवरेज;
- रक्ताल्पता के लिए जांच और उपचार;
- निम्नलिखित के संबंध में जानकारी प्रदान करना;
- निकटतम पी एच सी, जहां समस्याग्रस्त महिलाएं डाक्टर की सलाह प्राप्त कर सकें;
- प्रसूति विशेषज्ञ और सुविधाओं के साथ निकटतम एफ आर यू, जहां प्रसव संबंधी आपात स्थिति में महिलाएं दाखिल हो सकें; और

- आपातकालीन परिवहन पद्धति तक कैसे पहुंचा जाए।

प्रसव देखभाल

बेहतर निष्पादनकर्ता जिलों में निम्नलिखित पर बल :

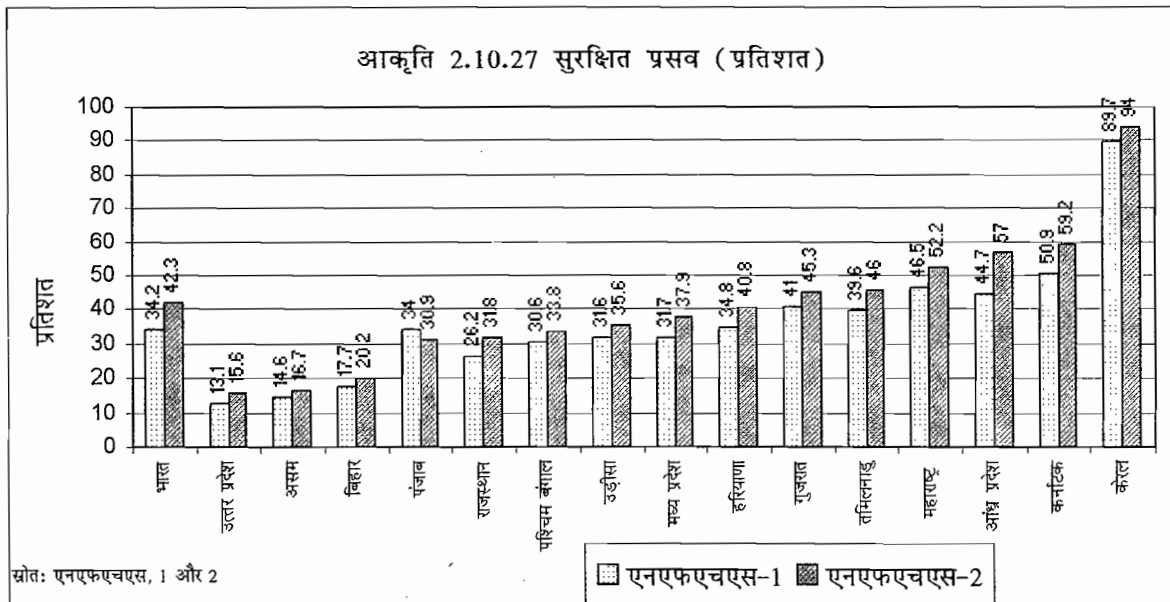
- व्यापक कवरेज और प्रसव-पूर्व देखभाल की मात्रा और कोटि में सुधार जिससे कि किसी प्रसव-पूर्व समस्या से पीड़ित महिला का शीघ्र पता लगाया जा सके;
- समस्याग्रस्त महिलाओं को देखभाल हेतु सी एच सी/ एफ आर यू को रेफर करना।

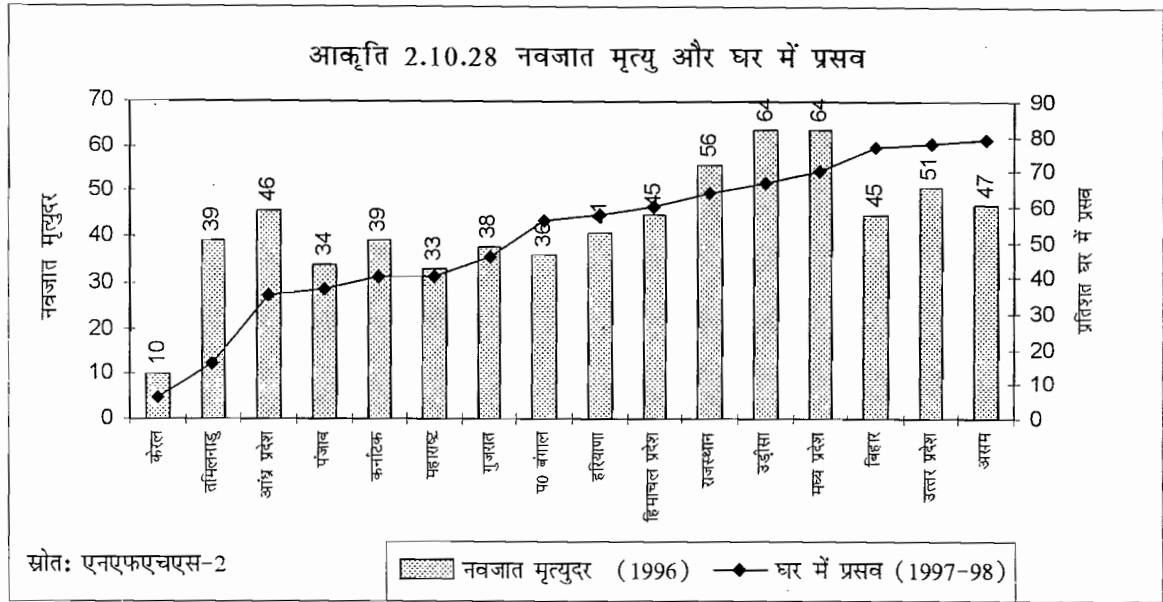
असंतोषजनक निष्पादन करने वाले जिलों में निम्नलिखित पर बल दिया जाएगा:

- ए एन एम द्वारा प्रसव-पूर्व जांच हेतु कवरेज में सुधार, गर्भावस्था के दौरान कम से कम तीन बार प्रसव-पूर्व देखभाल प्रदान करना;
- पूरे वर्ष के दौरान विशिष्ट दिवसों पर, पी एच सी/ सी एच सी में आर सी एच शिविरों की एक पद्धति विकसित करना। जहाँ समस्याग्रस्त महिलाओं की जाँच करने के लिए तथा उपचार/ रेफरल प्रदान करने के वास्ते डाक्टर/ विशेषज्ञ उपलब्ध होंगे,

2.10.70 नौवीं योजना के दौरान ऐसी परिकल्पना की गई थी कि शहरी और ग्रामीण दोनों क्षेत्रों में संस्थागत प्रसव को प्रोत्साहित करने के लिए प्रयास किए जाएंगे। इसके साथ-साथ उन जिलों में जहाँ अधिकांश प्रसव घरों में हो रहे हैं, एक गहन दार्ढ्य प्रशिक्षण कार्यक्रम द्वारा पारम्परिक प्रसव सेविका (टी.बी.ए.) का प्रशिक्षण और त्याज्य प्रसव किटों की उपलब्धता में वृद्धि करने के प्रयास किए गए। एन एफ एच एस 1 और 2 तथा आर एच एस-1998 से उपलब्ध डाटा से पता चलता है कि संस्थागत प्रसवों में, विशेष रूप से तमिलनाडु और आन्ध्र प्रदेश जैसे राज्यों में कुछ सुधार हुआ है (आकृति 2.10.27) तथापि, बहुत से राज्यों में बड़ी संख्या में ऐसे जिले हैं जहां सुरक्षित प्रसवों के संबंध में स्थिति संतोषजनक नहीं है।

2.10.71 केरल जैसे राज्य में, 90 प्रतिशत प्रसव संस्थागत होते हैं, और नवजात मृत्यु दर बहुत कम है। तथापि, उत्तर प्रदेश राज्य में नवजात मृत्यु दर ऊंची है जहां अधिकांश प्रसव घर पर होते हैं और अप्रशिक्षित व्यक्तियों द्वारा कराए जाते हैं। टी बी ए को प्रशिक्षित करने तथा उन्हें त्याज्य प्रसव किट प्रदान करने से मातृ रूग्णता एवम् नवजात मृत्यु दर में पर्याप्त कमी नहीं आई है (आकृति 2.10.28)। एन एफ एच एस-2 के डाटा से पता चला कि यद्यपि तमिलनाडु और आंध्र प्रदेश में संस्थागत प्रसवों में तेजी से वृद्धि हुई





है, तथापि नवजात मृत्यु दर में उसके अनुरूप कमी नहीं आई है, जिससे पता चलता है कि संस्थागत प्रसवों से घर लौटने वालों की प्रसव के दौरान तथा नव-प्रसवों की देखभाल की कोटि में सुधार करने की जरूरत है।

2.10.72 रक्ताल्पता, कु-प्रस्तुतीकरण, संदेहास्पद सेफालोपेलविक असमानता, गर्भावस्था के उच्च स्क्तचापीय विकारों और गर्भावधि मधुमेह जैसी समस्याओं से ग्रस्त महिलाओं का प्रसव घर पर नहीं होना चाहिए। ऐसी समस्याओं से पीड़ित महिलाओं का पता लगाने तथा उपयुक्त समय पर उन्हें देखभाल तथा सुरक्षित प्रसव के लिए पूर्व-निश्चित संस्थानों में रेफर करने के वास्ते गर्भावस्था के दौरान सभी महिलाओं की जांच करने से मातृ तथा प्रसव-सम्बन्धित रुग्णता तथा मृत्यु दर में पर्याप्त रूप से कमी आएगी। दसवीं योजना अवधि के दौरान जांच तथा साथ ही रेफर करने की पद्धति को सुव्यवस्थित बनाना होगा। रेफरल के लिए सहज अनुकरणीय प्रोटोकॉलों का विकास करना होगा तथा उन्हें सभी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को उपलब्ध कराना होगा। यदि कम जोखिम वाले मामलों में प्रसव प्रत्याशित हैं तो प्रशिक्षित व्यक्तियों द्वारा अपूतिक प्रसव हेतु प्रावधान करना होगा, जटिलताओं वाली तथा 12 घन्टे से अधिक प्रसव वेदना वाली महिलाओं को पहचानने के लिए टी बी ए को प्रशिक्षित करना होगा तथा प्रसव हेतु उन्हें अस्पतालों के लिए रेफर करना होगा। इस नीति से मातृ तथा नवजात मृत्यु दरों में कुछ कमी आने की उम्मीद है तथा इससे अच्छी प्रसव-पूर्व देखभाल और बाद में सुरक्षित संस्थागत प्रसव का मार्ग खलेगा।

2.10.73 स्पष्टतः सामान्य प्रसव वेदना के दौरान भी अप्रत्याशित जटिलताएं पैदा हो सकती हैं तथा ऐसी महिलाओं को आपातकालीन प्रासविक देखभाल हेतु तुरंत अस्पताल ले जाना जरूरी है। आपात देखभाल वाले केन्द्रों तक परिवहन का प्रबंध करने में परिवारों की मदद करने के अद्देश्य से परिवार कल्याण विभाग ने निधियां प्रदान कीं जो ग्राम स्तर पर उपलब्ध होंगी। पंचायतें, एन जी ओ और महिला संगठन तथा गांवों में पुरुष यह सुनिश्चित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाएंगे कि इस विधि का इष्टतम उपयोग किया जाए तथा समय पर परिवहन से जीवन बच सके। प्रसवोत्तर अवधि के दौरान संक्रमणों का शीघ्र पता लगाने व उनके प्रबंधन, स्तन दुग्धपान के लिए सहायता तथा पोषाहार परामर्श पर समुचित ध्यान दिया जाएगा।

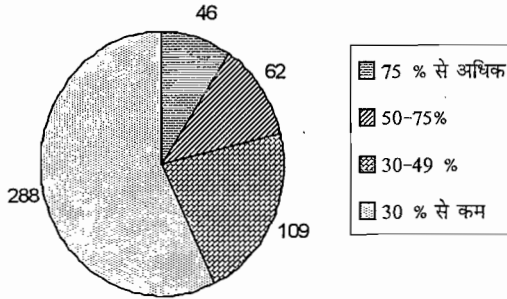
प्रसव देखभाल सुधारने के लिए दसवीं योजना कार्यनीति

2.10.74 संस्थागत प्रसवों (आकृति 2.10.29 और 2.10.30) और नवजात मृत्यु दरों के अनुपात में राज्यों/ जिलों के बीच विशाल अन्तरों को देखते हुए, मातृ तथा नवजात देखभाल में वृद्धिकारी सुधार प्राप्त करने के वास्ते एक विभेदक नीति दसवीं योजना के दौरान शुरू की जाएगी।

सभी जिलों में

- प्रसव-पूर्व जांच के जरिए गर्भावस्था के दौरान जटिलताओं वाली महिलाओं का पता लगाने और

आकृति 2.10.29 संस्थात्मक प्रसव-जिलों की स्थिति



स्रोत: आरएचएस 98-99

उन्हें सुरक्षित प्रसव हेतु उपयुक्त संस्थान को रेफर करने के संबंध में प्रयास किए जाएंगे।

निम्न संस्थागत प्रसव वाले जिलों में निम्नलिखित के संबंध में प्रयास किए जाएंगे:

- गर्भावस्था के अन्तिम चार सप्ताहों में सभी महिलाओं की जांच करना तथा यह सुनिश्चित करना कि जटिलताओं वाली महिलाओं का प्रसव अस्पताल/ संस्थानों में हो,
- स्वच्छ प्रसव में टी बी ए को प्रशिक्षित करना;
- प्रसव के दौरान उत्पन्न होने वाली समस्याओं का पता लगाने में और उन्हें अस्पतालों में रेफर करने हेतु टी बी ए को प्रशिक्षित करना;
- यह सुनिश्चित करना कि रेफर किए गए मामलों को दाखिल किया जाए और
- समस्याग्रस्त महिलाओं को कार्यात्मक एफ आर यू तक परिवहन हेतु सामुदायिक सहायता जुटाना।

उच्च संस्थागत प्रसव वाले जिलों में निम्नलिखित के संबंध में प्रयास किए जाएंगे :

- उपलब्ध सेवाओं की कोटि में सुधार करना;
- संस्थागत प्रसव चाहने वाली प्रसव वेदना के अन्तर्गत महिलाओं की समस्याओं और जरूरतों का समाधान करना;
- संस्थानों को जन-अनुकूल बनाकर सार्वजनिक संस्थागत प्रसव को उद्देश्य बनाना; और
- गुणवत्ता में क्रमिक रूप से सुधार के मानीटरन हेतु चिकित्सीय जांच।

2.10.75 रेफर किए गए सभी मामलों के लिए आपात प्रासविक देखभाल प्रदान करने के वास्ते एफ आर यू/ सी एच सी/ जिला अस्पतालों को सुदृढ़ बनाने के लिए विशिष्ट प्रयास किए जाएंगे। निम्नलिखित के संबंध में प्रयास किए जाएंगे:

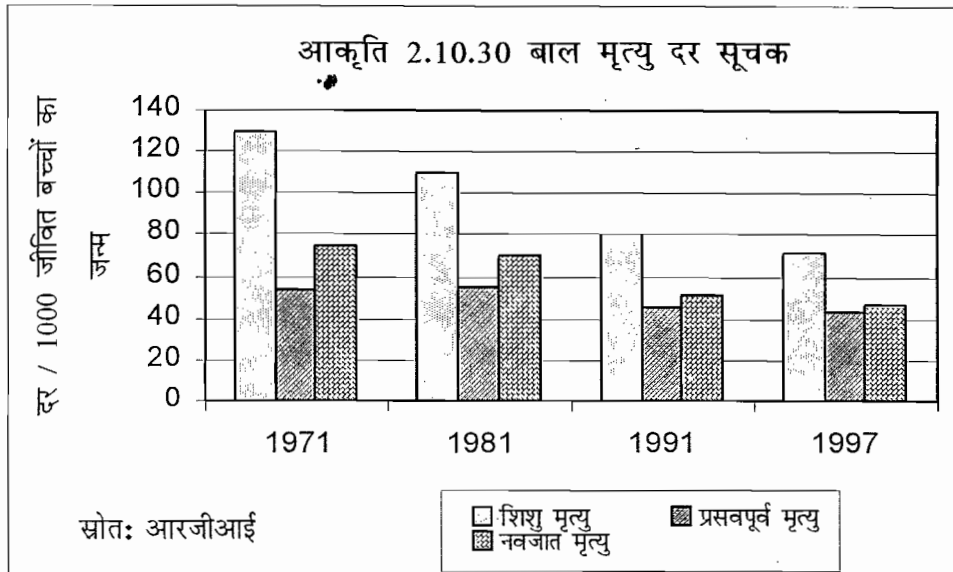
- जिन संस्थानों में आधारभूत ढांचा उपलब्ध है वहां प्रसव, स्त्री रोग/ बाल रोग में विशेषज्ञों को तैनात करके पर्याप्त संख्या में एफ आर यू/ सी एच सी को प्रचालित करना;
- आवश्यक होने पर ठेके/ अंशकालिक आधार पर विशेषज्ञों के निधियन के लिए व्यवस्था करना जिससे कि जरूरत पड़ने पर देखभाल प्राप्त हो सके; और
- संवेदनाहारक विशेषज्ञ तथा बैंकड रक्त की सुलभता में सुधार।

बाल स्वास्थ्य

2.20.76 शिशु तथा पांच वर्ष से कम आयु की मृत्यु दरें बच्चों के स्वास्थ्य स्तर के अच्छे संकेतक हैं। भारत में बाल्यावस्था के दौरान रुग्णता के संबंध में डाटा के संकलन और विश्लेषण की कोई पद्धति नहीं है। इस बात के अभाव में उपलब्ध मृत्यु दर संबंधी डाटा और मृत्यु के कारणों के विश्लेषण का उपयोग बाल स्वास्थ्य सुधारने के लिए प्राथमिकतापूर्ण उपाय तैयार करने के लिए, किया गया है। बाल स्वास्थ्य के संबंध में चल रहे प्रमुख कार्यक्रमों में निम्नलिखित शामिल हैं :

- अनिवार्य नवजात देखभाल;
- टीका निवारणीय रोगों के कारण रुग्णता और मृत्यु रोकने के लिए प्रतिरक्षण;
- पोषाहार स्तर सुधारने के लिए खाद्य तथा माइक्रो-पोषक पूरक कार्यक्रम;
- गम्भीर श्वसन संक्रमण (ए आर आई) और अतिसार के कारण मृत्यु दर रोकने के लिए कार्यक्रम।

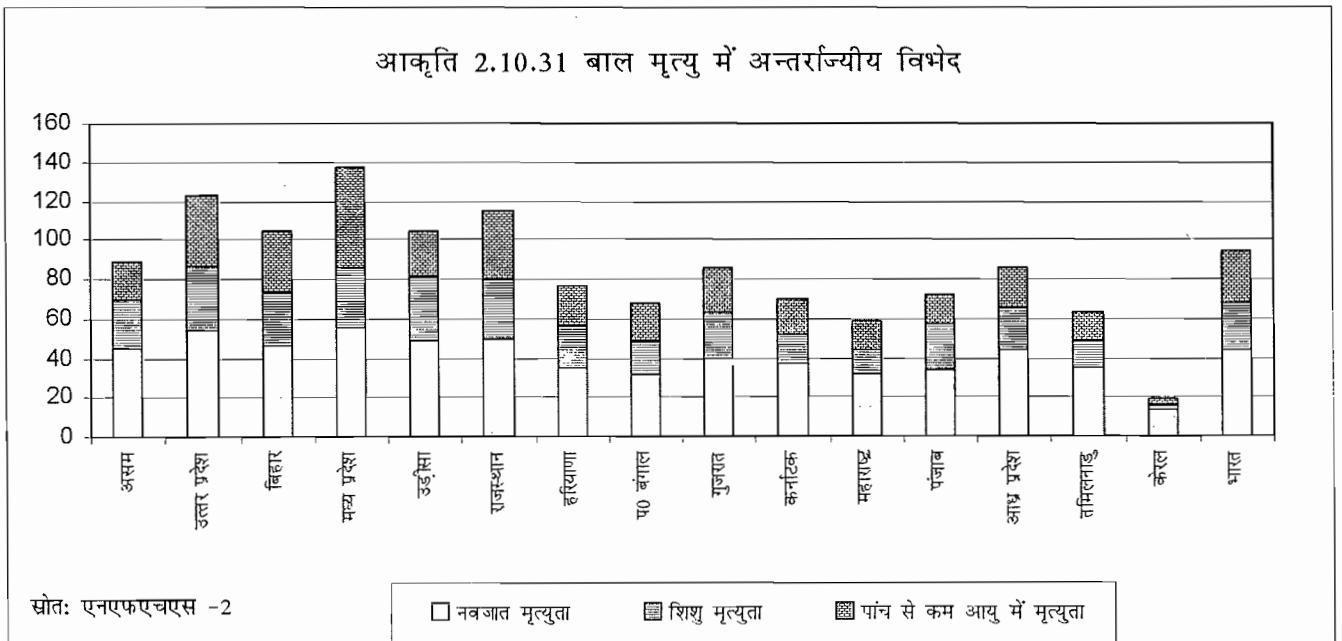
2.10.77 प्रतिरक्षण, स्वास्थ्य देखभाल और पोषाहार कार्यक्रमों की बेहतर सुलभता के फलस्वरूप 1950-1990 के बीच आई एम आर में काफी गिरावट आई है। तथापि, यह चिन्ता की बात है कि प्रसव-पूर्व और नवजात मृत्यु दर में गिरावट बहुत धीमी रही है। (आकृति 2.10.30)। 1990 के दशक के दौरान आई एम आर अपरिवर्तित रही है। नवजात शिशु और पांच वर्ष से कम मृत्यु दरों के संबंध में राज्यों के बीच काफी अन्तर है (आकृति 2.10.31)। लड़कियों में पांच वर्ष से कम मृत्यु दरें ऊंची बनी हुई हैं जिससे बाल पोषण प्रथाओं में लिंग भेदभाव का पता चलता है। विगत तीन दशकों के दौरान शिशु और बाल्यावस्था में मृत्यु के प्रमुख कारणों में कोई परिवर्तन नहीं हुआ है।



आई एम आर और सी बी आर के बीच संबंध

2.10.78 परिवार कल्याण सेवाओं और गर्भनिरोध संबंधी देखभाल की सुलभता, शिशु मृत्यु दर और जन्म दर के प्रमुख निर्धारक हैं। इस तथ्य के बावजूद कि स्वास्थ्य और गर्भनिरोध संबंधी देखभाल, दोनों ही उन्हीं कार्मिकों द्वारा प्रदान की जाती हैं, इन संकेतकों में गिरावट सदा बराबर नहीं रहती। जन्म दरों और आई एम आर में अन्तर-राज्य भेद और आन्तर-राज्य भेद काफी अधिक है। अपेक्षाकृत ऊंची आई एम आर के बावजूद, तमिलनाडु और आन्ध्र प्रदेश जैसे राज्यों ने उर्वरता में तीव्र गिरावट प्राप्त की है। उन राज्यों/जिलों में जहां उर्वरता में,

आई एम आर में अनुरूप कमी के बिना गिरावट आई है, आई एम आर कम करने के लिए संकेन्द्रित, क्षेत्र-विशिष्ट स्थिति विश्लेषण और उपाय किए जाने चाहिए। इसके लिए, जन्म दरों तथा आई एम आर के संबंध में विश्वसनीय जिला विशिष्ट डाटा वार्षिक आधार पर उपलब्ध होने चाहिए। यह, जन्म और मृत्यु को 100 प्रतिशत रिकार्ड करके और इस डाटा को जिला स्तर पर समन्वित तथा विश्लेषण करके प्राप्त किया जा सकता है। ऐसी पद्धति से हस्तक्षेप और मध्यावधि सुधारों के प्रभाव का सतत रूप से मानीटर करने में भी मदद मिलेगी। इसे प्राप्त करने के उद्देश्य से दसवीं योजना अवधि के दौरान सी आर एस को प्राथमिकता दी जाएगी।



नौवीं योजना के दौरान बाल स्वास्थ्य हस्तक्षेपणीय उपाय

2.10.79 आर सी एच कार्यक्रम के अंतर्गत, ऊंची आई एम आर तथा पांच वर्ष से कम उम्र में मृत्यु दर में योग करने वाले सभी प्रमुख कारकों में से प्रत्येक का समाधान करने के वास्ते बाल स्वास्थ्य सुधारने हेतु व्यापक एकीकृत उपाय शुरू किए गए।

बाल स्वास्थ्य देखभाल में निम्नलिखित घटक शामिल हैं:

- अनिवार्य नवजात की देखभाल
- प्रतिरक्षण
- पोषाहार
 - छः मास तक मात्र स्तन दुग्ध पान
 - पूरक खाद्य की समय पर शुरूआत
 - वृद्धि रूकावट का पता लगाना और प्रबंध
 - विशाल खुराक विटामिन-ए की पूर्ति
 - लौह पूर्ति, यदि आवश्यक हो
- निम्नलिखित का शीघ्र पता लगाना और उपयुक्त प्रबंध:
- तीव्र श्वसन संक्रमण
- अतिसार
- अन्य संक्रमण

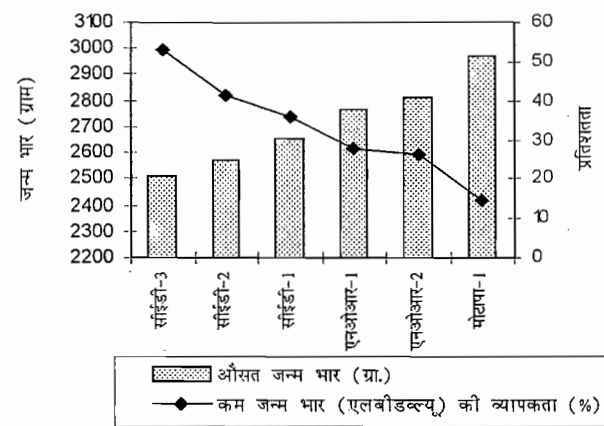
अनिवार्य नवजात शिशु देखभाल

2.10.80 जन्म के समय न्यून वजन की ऊँची विषमता वाला भारत एक विशिष्ट देश है। इस समय विभिन्न राज्यों और जिलों में जन्म के समय भार के संबंध में राष्ट्र व्यापी डाटा उपलब्ध नहीं है क्योंकि अधिकांश बच्चे घरों में पैदा होते हैं और इन बच्चों का जन्म के समय भार नहीं लिया जाता। संस्थागत प्रसवों से उपलब्ध अनुमानों तथा समुदाय आधारित लघु अध्ययनों से पता चलता है कि लगभग एक- तिहाई भारतीय शिशुओं का भार जन्म के समय 2.5 कि. ग्राम से कम था। राज्यों और आर्थिक समूहों के बीच अंतर विद्यमान हैं और निम्न आय वर्गों के बीच जन्म के समय न्यून भार दर सबसे ज्यादा है। पिछले तीन दशकों में जन्म के समय भार की प्रवृत्तियों में शायद ही कोई परिवर्तन आया है। औसत जन्म भार में लिंग भेद नोट किया गया है जबकि बच्चियों का भार नर बच्चों की तुलना में कम होता है।

2.10.81 जन्म भार, माता की पोषाहार और स्वास्थ्य स्थिति द्वारा प्रभावित होता है। जन्म भार तथा माता के बाडी मास सूचक (बी एम आई) के बीच एक अच्छा सह-संबंध होता है (आकृति 2.10.32)। रक्ताल्पता वाली महिलाओं में जन्म भार

में काफी कमी देखी गई है तथा एच बी का स्तर 8 ग्राम/ डी एल से कम हो जाने पर न्यून जन्म भार की दर दोगुनी हो जाती है। कुछेक कारक, जिनका जन्म भार पर महत्वपूर्ण प्रभाव पड़ता है, जैसे कि माता- पिता का शारीरिक रचना, अल्पावधिक सुधारात्मक उपायों से दूर नहीं हो सकते हैं। दूसरी ओर गर्भावस्था के दौरान रक्तल्पता, उच्च रक्त चाप तथा मातृ वजन में कम बढ़ोतरी का समय पर उपचार करके कम वजन वाले तथा समय से पूर्व जन्म लेने वाले शिशुओं की संख्या में कटौती की जा सकती है। दसवीं योजना के दौरान, व्यापक प्रसव- पूर्व जांच सुनिश्चित करके इन समस्याओं से ग्रस्त महिलाओं का पता लगाने तथा उनके लिए रेफरल सेवाओं सहित उपयुक्त प्रबंधन की व्यवस्था करने के प्रयास किए जायेंगे जिससे जन्म भार में सुधार हो सके।

आकृति 2.10.32 शिशुओं का जन्म भार और मातृत्व पोषाहार



स्रोत: पोषाहार समाचार 1991 कम जन्मभार: - 250 ग्राम से कम जन्म भार

2.10.82 केरल, पाण्डिचेरी और गोआ जैसे राज्यों के अनुभव से पता चलता है कि जन्म भार में किसी पर्याप्त सुधार और 2.5 कि. ग्राम से कम वजन के पैदा होने वाले शिशुओं की संख्या में कटौती किए बिना, आई एम आर में पर्याप्त कमी करना सम्भव है।

2.10.83 उपलब्ध आंकड़ों से यह पता चलता है कि केवल 10 से 15 प्रतिशत जन्म 37 सप्ताह (समय पूर्व जन्म) से पूर्व होते हैं, लगभग 20 से 25 प्रतिशत शिशुओं का भार 2.5 किलोग्राम से कम होता है किन्तु वे परिपक्व होते हैं और यहां तक कि घर में भी सामान्य देखभाल के अधीन जीवित रहते हैं। यदि 2.5 किलोग्राम से कम भार सहित जन्म लेने वाले सभी नवजात शिशुओं को जोखिम में समझा जाए और उन्हें देखभाल के लिए अस्पतालों में भेजा जाए जो अस्पतालों में भीड़ हो जाएगी। पिछले तीन दशकों के दौरान किए गए अध्ययनों से यह पता चलता है कि नवजात

और शिशु मृत्यु दरों में उस समय तेजी से वृद्धि होती है जबकि जन्म के समय भार गिरकर 2.2 किलोग्राम से कम रह जाता है और शिशु अपरिपक्व होते हैं। दसवीं योजना के दौरान सभी नवजात शिशुओं का जन्म के समय अथवा जन्म के शीघ्र बाद वजन लेने और यह सुनिश्चित करने को प्राथमिकता दी जाएगी कि समय पूर्व/ जन्म के समय 2.2 किलोग्राम से कम भार वाले नवजातों को उन केन्द्रों में भेजा जाए जहां उन्हें उपयुक्त देखभाल प्रदान की जा सके।

2.10.84 पिछले तीन दशकों के दौरान जन्म के समय कम भार के मामलों की संख्या में कमी लाने के लिए प्रसव पूर्व देखभाल के माध्यम से प्रयास किए गए थे क्योंकि:

- शिशु (विशेष रूप से नवजात शिशु) मृत्युदर के साथ इसका गहरा सम्बंध है;
- विकासशील देशों में जन्म के समय कम भार वाले मामलों की दर सर्वोच्च होती है;
- जन्म के समय के भार वाले शिशुओं की मृत्युदर में कमी लाने के लिए गहन प्रसव पूर्व देखभाल के लिए जिन प्रौद्योगिकियों की जरूरत होती है, विकासशील देश उनका खर्च सहन नहीं कर सकते।

- विगत तीन दशकों के दौरान जन्म के समय कम भार वाली बच्चियों के अनुपात में कोई बड़ी कमी नहीं रही है।
- अधिकांश राज्यों में आईएमआर में पर्याप्त कमी रही है यद्यपि जन्म के समय भार में कोई परिवर्तन नहीं रहा है।
- जन्म के समय कम भार में कमी आईएमआर में कमी के लिए अनिवार्य पूर्व अपेक्षा नहीं है।

2.10.85 दसवीं योजना के दौरान निम्न दिशाओं में भरपूर प्रयास किए जाएंगे :

- गर्भवती महिलाओं की अल्प पोषण और रक्ताल्पता के लिए जांच करना और उपयुक्त हस्तक्षेपणीय उपाय करना;
- जोखिम वाली महिलाओं को संस्थागत प्रसव की सलाह देना जो कि इष्टतम प्रसवकालीन और नवजात देखभाल प्रदान कर सकता है और नवजात की उत्तरजीविता में सुधार ला सकता है;

- ऐसी व्यवस्था करना कि सभी गृह प्रसवों के मामले में प्रसव के बाद यथासंभव शीघ्र आंगनवाड़ी कार्मिक शिशुओं का वजन लेने और जिन नवजात शिशुओं का जन्म के समय वजन 2.2 किलोग्राम से कम हो उन्हें ऐसे अस्पतालों में भेजा जाए जहां बाल रोग विशेषज्ञ उपलब्ध हों। यदि इन हस्तक्षेपणीय उपायों को पूरी तरह कार्यान्वित किया जाता है तो नवजात मृत्यु दर में थोड़े से समय के भीतर काफी कमी ला पाना संभव हो सकता है।

नवजात देखभाल का कार्यान्वयन

2.10.86 कुल नवजात मृत्यु में से दो तिहाई मौतें जन्म के पहले सात दिनों के भीतर हो जाती हैं (तालिका 2.10.7) नवजात मृत्यु के प्रमुख कारण होते हैं - समयपूर्व जन्म, श्वासवरोध तथा पूतिता (तालिका 2.10.8)। यदि देखभाल की जरूरत वाले नवजातों की पहचान कर ली जाए और उन्हें उपयुक्त सुविधा के लिए भेज दिया जाए जहां उनका कारगर उपचार हो सके तो नवजात मृत्युदर में काफी कमी लाना संभव हो सकेगा।

तालिका 2.10.7
आई एम आर के घटक

	%
शीघ्र नवजात मृत्यु दर	48
देशी से नवजात मृत्यु दर	17
नव प्रसवोत्तर मृत्यु दर	35

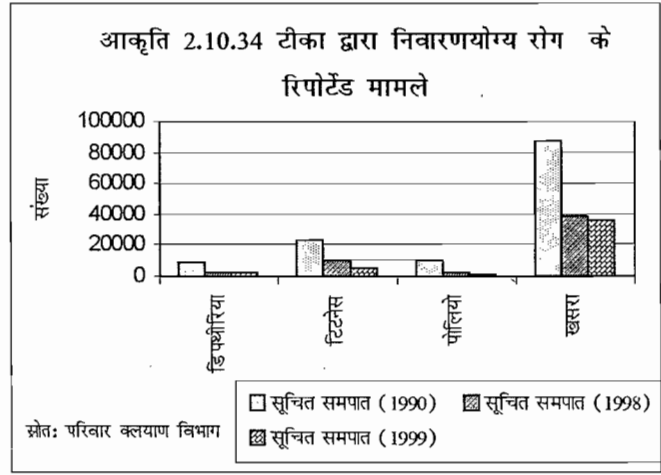
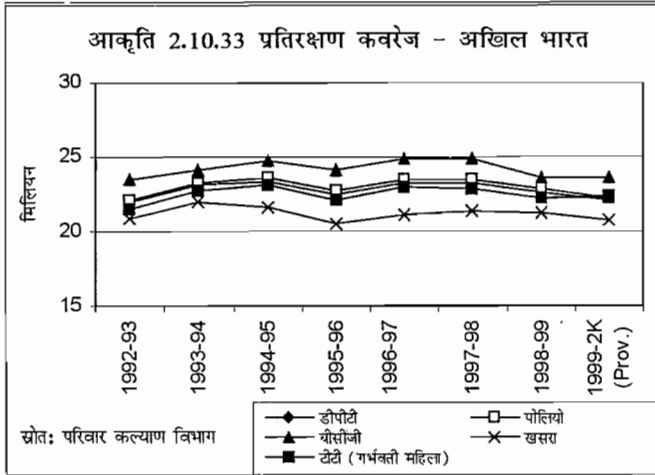
स्रोत : एस आर एस 1996

तालिका 2.10.8
नवजात मौतों के कारण (प्रतिशत)

पूतिता	52
श्वासवरोध	20
समयपूर्व जन्म	15
अन्य	13

स्रोत : आर जी आई

2.10.87 आई एम आर में कमी को तेज करने के उद्देश्य से अनिवार्य नवजात देखभाल को आर सी एच कार्यक्रम के अंतर्गत एक उपाय के रूप में शामिल किया गया। जिलों को अनिवार्य नवजात देखभाल के लिए उपस्कर की आपूर्ति



की गई; अनिवार्य नवजात देखभाल की विषय वस्तु, कोटि और कवरेज सुधारने हेतु जिला अस्पतालों और मेडिकल कालेजों में मेडिकल अधिकारियों व अन्य स्टाफ को प्रशिक्षण प्रदान किया गया। राष्ट्रीय नवजात विज्ञान मंच (एन एन एफ) के सहयोग से प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्तर पर नवजात देखभाल सुविधाओं का कार्यान्वयन किया गया। परिवार कल्याण विभाग और आई सी एम आर, ऐसी जगहों में जहाँ प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं तक पहुंच पर्याप्त नहीं है, नवजात मृत्यु दर कम करने में समुदाय - आधारित नवजात देखभाल की व्यवहार्यता और प्रभावशीलता के संबंध में अनुसंधान अद्ययनों का वित्त पोषण कर रहे हैं। दसवीं योजना के दौरान सभी जगहों में उपयुक्त अनिवार्य नवजात देखभाल के कार्यान्वयन पर बल दिया जाएगा जिससे कि संस्थागत और घर पर दोनों जगह प्रसवों में जल्द नवजात मृत्यु दर में पर्याप्त कमी आ सके।

प्रतिरक्षण

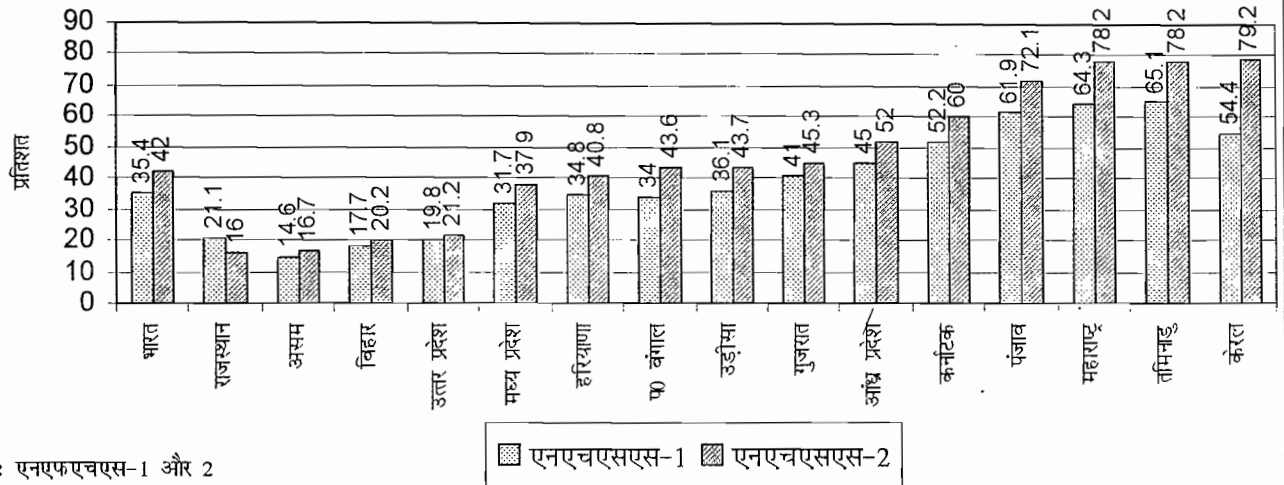
2.10.88 व्यापक प्रतिरक्षण कार्यक्रम, जिसे 1986 में एक राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी मिशन के रूप में शुरू किया गया था, 1992 में बाल उत्तरजीविता तथा सुरक्षित मातृत्व (सी एस एस एम) कार्यक्रम का तथा 1997 में आर सी एच कार्यक्रम का एक भाग बन गया। कार्यक्रम के तहत शिशुओं को तपैदिक, डिफ्थीरिया, कुकुरखांसी, पोलियो, खसरा और टेटनस के विरुद्ध टीका लगाया जाता है। 1990 के दशक के दौरान रिपोर्ट किया गया प्रतिरक्षण कवरेज आकृति 2.10.33 में दर्शाया गया है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 1983 में इन छः टीका निवारणीय रोगों के विरुद्ध 2000 तक व्यापक प्रतिरक्षण का लक्ष्य निर्धारित किया गया था। यह अभी तक प्राप्त नहीं हुआ है। तथापि, इस अवधि के दौरान टीका निवारणीय रोगों के रिपोर्ट किए गए मामलों में कमी आई है (आकृति 2.10.34)।

2.10.89 एन एफ एच एस के डाटा से पता चलता है कि 1990 के दशक में प्रतिरक्षण कवरेज में कोई कमी नहीं आई है। तथापि, किसी भी राज्य ने 80 प्रतिशत से अधिक का कवरेज स्तर प्राप्त नहीं किया है; बिहार, उत्तर प्रदेश और राजस्थान जैसे राज्यों में कवरेज स्तर बहुत कम था (आकृति 2.10.35)। डी पी टी और मुख्य पोलियो टीके की पहली, दूसरी और तीसरी खुराकों को बीच में ही छोड़ देने की दर अधिकांश राज्यों में बहुत अधिक है। अन्य टीकों की तुलना में खसरा के संबंध में लगभग 20 प्रतिशत से कम कवरेज की रिपोर्ट की गई है। 100 प्रतिशत सामान्य प्रतिरक्षण प्राप्त न होने का एक मुख्य कारण स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण में अभियान विधि कार्यक्रमों पर बल दिया जाना है। परिवार कल्याण विभाग ने अब सामान्य प्रतिरक्षण को सुदृढ़ करने की एक स्कीम शुरू की है। हेपेटाइटिस बी प्रतिरक्षण के संबंध में एक प्रायोगिक परियोजना भी शुरू हो गई है।

2.10.90 दसवीं योजना में निम्नलिखित पर प्रमुख रूप से बल दिया जाएगा :

- छः टीका निवारणीय रोगों के संबंध में शत प्रतिशत कवरेज प्राप्त करना;
- पोलियो और नवजात टेटनस का उन्मूलन
- सामान्य प्रतिरक्षण कार्यक्रमों को सुदृढ़ करना और अभियान विधि प्रचालनों को हतोत्साहित करना जो सामान्य सेवाओं में बाधा पहुंचाते हैं;
- निजी क्षेत्रक की अधिक भागीदारी;
- संचार के सभी माध्यमों के जरिए जागरूकता में सुधार;

आकृति 2.10.35 पूर्णतया प्रतिरक्षित बच्चे (प्रतिशत)



स्रोत: एनएचएसएस-1 और 2

- देखभाल की कोटि में सुधार करना, उपयुक्त, संचारणीय प्रौद्योगिकी का इस्तेमाल करते हुए टीका सुरक्षा सुनिश्चित करना;
- कवरेज की अधिक रिपोर्ट करने को सुधारना;
- हेपेटाइटिस बी टीका प्रारंभ करने के संबंध में चालू प्रायोगिक परियोजनाओं का मूल्यांकन, जिसमें माता-पिता द्वारा वहन की जाने वाली टीके की लागत भी शामिल है;
- पद्धति और कार्यक्रम पर अधिक बोझ डाले बिना नए टीके प्रदान करने के समुचित संचारणीय माडलों का पता लगाना जिसमें गरीबी रेखा से ऊपर रहने वाले लोगों से नए टीकों के लिए वास्तविक लागत वसूल करना शामिल है;
- एक क्रमिक ढंग से सभी टीका निवारणीय रोगों को कवर करने की दृष्टि से चालू पोलियो निगरानी का विस्तार करना।

है कि पिछले पांच वर्षों के दौरान सामान्य प्रतिरक्षण के तहत कवरेज में सुधार नहीं हुआ है। जनता का कुछ वर्ग ऐसा है जो सामान्य प्रतिरक्षण और पल्स पोलियो प्रतिरक्षण दोनों से ही बच जाता है। परिणामतः यद्यपि पोलियो के मामलों की संख्या में पर्याप्त कमी आई है किन्तु 2000 तक देश में शून्य पोलियो दर प्राप्त करने के लिए यह पर्याप्त नहीं है।

2.10.92 विगत चार वर्षों में रिपोर्ट किए गए पुष्टीकृत पोलियो मामलों की संख्या तालिका 2.10.9 में दर्शाई गई है। अधिकांश मामलों की रिपोर्ट उत्तर प्रदेश और बिहार से प्राप्त हुई है। अनियंत्रित पोलियो का पता लगने के बाद, जिनमें पोलियो अनुकूल मामलों के समूह वाले क्षेत्र तथा सतत पोलियो संक्रमण के क्षेत्र शामिल हैं, बकाया प्रतिरक्षण का कार्य शुरू किया जा रहा है। सभी राज्यों में निश्चित केन्द्रों तथा घर-घर जाने के दृष्टिकोण को अपनाते हुए उप-राष्ट्रीय प्रतिरक्षण दिवस (एस एन आई डी) और राष्ट्रीय प्रतिरक्षण दिवस (एन

पल्स पोलियो प्रतिरक्षण

2.10.91 1995-96 में शुरू किए गए पल्स पोलियो अभियान के तहत, पांच वर्ष से कम आयु के सभी बच्चों को, पोलियो का उन्मूलन होने तक, प्रत्येक वर्ष दिसम्बर और जनवरी में मुख्य पोलियो टीके की दो खुराक खिलाई जानी हैं। कार्यक्रम के अंतर्गत सभी राज्यों में 90 प्रतिशत से अधिक के कवरेज की रिपोर्ट प्राप्त हुई है, प्रत्येक वर्ष 120 मिलियन से अधिक बच्चों ने खुराक प्राप्त की। तथापि, यह चिन्ता की बात

तालिका 2.10.9
पोलियो मामलों की संख्या

वर्ष	पोलियो के पुष्ट मामलों की संख्या
1998	1931
1999	1126
2000	265
2001	268

स्रोत: परिवार कल्याण विभाग

आई डी) आयोजित किए जा रहे हैं। अल्पसेवित समुदायों में उच्च नेमी तथा अभियान कवरेज प्राप्त करने और परिवारों को पल्स पोलियो प्रतिरक्षण अभियानों के दौरान सामान्य प्रतिरक्षण की जरूरत के बारे में याद दिलाने के लिए विशेष प्रयास किए जा रहे हैं।

2.10.93 पोलियो उन्मूलन का चिकित्सीय लक्ष्य अनियंत्रित पोलियो के उन्मूलन द्वारा पोलियो वायरस के कारण अंगघात बीमारी को रोकना है, ताकि बच्चों को बार-बार प्रतिरक्षण की जरूरत न पड़े। यदि अगले तीन वर्षों में पोलियो के किसी और मामले की रिपोर्ट नहीं मिलती है तो देश को पोलियो मुक्त घोषित कर दिया जाएगा। सम्भवतः भारत 2004 तक पोलियो की शून्य दर प्राप्त कर लेगा। यह प्राप्त हो जाने पर, यह सुनिश्चित करने के लिए उपाय किए जाएंगे कि एक और दशक तक सामान्य प्रतिरक्षण के तहत 100 प्रतिशत कवरेज सुनिश्चित करें ताकि यह बीमारी फिर से न फैले।

2.10.94 मुख्य पोलियो टीके में जीवित क्षीण वाइरस होता है। मिस्र, डोमिनिकन गणराज्य और हैती में हाल ही के अनुभवों से पता चला है कि टीके से प्राप्त वाइरस, तंत्रिका- विषाक्त और संचारणीय बन सकता है। ऐसे उत्परिवर्ती वाइरस से इन क्षेत्रों में पोलियो फैला है जहां प्रतिरक्षण कवरेज में कमी आई थी। बहुत से देशों ने, जिन्होंने पोलियो का उन्मूलन कर दिया है, रोग के उन्मूलन के पश्चात् किल्ड पोलियो वेक्सीन इंजेक्ट करना शुरू कर दिया। भारत को, अन्य दक्षिण - एशियाई देशों के साथ- साथ, इन सभी विकल्पों पर विचार करना होगा और दसवीं योजना के दौरान उपयुक्त नीतियां तैयार करनी होंगी।

बच्चों में संक्रमण

2.10.95 एन एफ एच एस 2 के डाटा से पता चलता है कि तीन वर्ष से कम आयु के 30 प्रतिशत बच्चों को सर्वेक्षण से दो सप्ताह पहले की अवधि में ज्वर था, 19 प्रतिशत में ए आर आई के लक्षण थे तथा 19 प्रतिशत अतिसार से पीड़ित थे। लगभग दो-तिहाई बच्चों को, जिनमें ए आर आई अथवा अतिसार के लक्षण थे, स्वास्थ्य सुविधा या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के पास ले जाया गया। अतिसार के उपयुक्त उपचार की जानकारी बहुत कम बनी हुई है।

अतिसार रोग नियंत्रण कार्यक्रम

2.10.96 अतिसार बच्चों में मौत का एक प्रमुख कारण है। इनमें से अधिकांश मौतें प्रायः मल निकलने के कारण होने

वाली पानी की कमी की वजह से होती है और उन्हें तरलों के समय पर तथा पर्याप्त प्रतिस्थापन द्वारा रोका जा सकता है। मुख्य पुनर्जलीकरण कार्यक्रम 1986-87 में शुरू किया गया था जिससे कि ऐसी मौतों को रोका जा सके। अतिसार की शीघ्र पहचान और उपयुक्त प्रबंधन के उद्देश्य से स्वास्थ्य शिक्षा सी एस एस एम और आर सी एच कार्यक्रम का एक प्रमुख घटक है।

2.10.97 घर में उपलब्ध तरल पदार्थों और ओ आर एस के उपयोग के फलस्वरूप अतिसार से जुड़ी मृत्यु दर में काफी कमी आई है, जो 1985 से पहले प्रत्येक वर्ष एक से 1.5 मिलियन बच्चों की मौतों से 1996 में 6,00,000 से 7,00,000 के बीच हो गई। ओ आर एस की सुलभता में और सुधार करने के उद्देश्य से, ड्रग किट-ए के एक भाग के रूप में ओ आर एस के 150 पैकेट उपलब्ध कराए जाते हैं, जिनमें से दो को प्रत्येक वर्ष आर सी एच कार्यक्रम के अंतर्गत सभी उप-केन्द्रों को सप्लाई किया जाता है। इसके अलावा, कुछ राज्यों में सामाजिक विपणन तथा ओ आर एस की आपूर्ति सार्वजनिक वितरण प्रणाली के माध्यम से की जा रही है। तथापि, आर एच एस डाटा से पता चलता है कि ओ आर एस का उपयोग केवल नौ जिलों में अतिसार के 50 प्रतिशत मामलों में किया गया था (तालिका 2.10.10)। अतिसार के प्रभावी प्रबंधन के लिए घर में उपलब्ध तरलों/ ओ आर एस को आसानी से उपलब्ध कराने पर, आई एम आर/ पांच से कम उम्र की मौतों को कम करने के एक कम खर्चीले व कारगर साधन के रूप में, दसवीं योजना के दौरान विशेष ध्यान दिया जाएगा।

तालिका 2.10.10

अतिसार वाले बच्चों

(ओ आर एस के साथ उपचारित प्रतिशतता)

प्रतिशत	जिले
50 से ज्यादा	9
25-49	82
25 से कम	413

स्रोत : आर एच एस 1998-99

तीव्र श्वसन संक्रमण नियंत्रण

2.10.98 देश में पांच वर्ष से कम की मौतों के लगभग 30 प्रतिशत के लिए न्युमोनिया जिम्मेदार है। आर सी एच कार्यक्रम के अन्तर्गत, ड्रग किट-ए के भाग के रूप में देश में प्रत्येक उप-केन्द्र को को-ट्रिमोक्साजोल गोलियां सप्लाई की जाती

हैं। ए आर आई के लक्ष्यों के बारे में माताओं और समुदाय के सदस्यों को जानकारी दी जा रही है, जिसके लिए एन्टीबायोटिक उपचार अथवा रेफरल की जरूरत होगी। ए आर आई के शीघ्र निदान और समुचित उपचार में, जिसमें रेफरल भी शामिल है, स्वास्थ्य देखभाल कार्मिकों का प्रशिक्षण, जिसकी आर सी एच कार्यक्रम में परिकल्पना की गई थी, अभी पूरा नहीं हुआ है। दसवीं योजना अवधि के दौरान इस पर तत्काल ध्यान दिया जाएगा।

बाल स्वास्थ्य सुधारने के लिए कार्य दसवीं योजना नीति

2.10.99 राज्यों के बीच और जिलों के बीच आई एम आर तथा नवजात मृत्यु दरों में पर्याप्त अन्तर को देखते हुए दसवीं योजना के दौरान एक विभेदक नीति अपनाई जाएगी। जहां कहीं जिला-विशिष्ट डाटा सी आर एस से उपलब्ध है, वहां जिला-विशिष्ट नीति अपनाई जाएगी। ऐसा अलग डाटा उपलब्ध न होने पर राज्य विशिष्ट नीति तैयार की जाएगी। ऊंची आई एम आर वाले तथा उन राज्यों/ जिलों में जहां जल्द नवजात मृत्यु दर आई एम आर के 50 प्रतिशत से कम है, प्रारंभ में नवजात पश्चात् मृत्यु दर सुधारने पर बल दिया जाएगा। जिन जिलों/ राज्यों में आई एम आर अपेक्षाकृत कम है और जल्द नवजात मृत्यु दर आई एम आर के 50 प्रतिशत से अधिक है, वहां प्रसव-पूर्व, प्रसवकालीन और नवजात देखभाल पर प्रमुख बल दिया जाएगा।

2.10.100 सभी जिलों के संबंध में अपनाई जाने वाली नीति के निम्नलिखित घटक होंगे :

- जन्म के समय अनिवार्य नवजात देखभाल।
- जन्म के समय वजन करना और समय से पहले पैदा होने वाले बच्चों और 2.2 कि. ग्राम से कम वजन वाले नवजात बच्चों को उन संस्थानों को रेफर करना जहां बाल चिकित्सक उपलब्ध हैं।

पोषाहार उपाय

- छः मास तक मात्र स्तनपान को प्रोत्साहित करना।
- छः महीने में अर्ध-ठोस पूरक खाद्य प्रारंभ करना।

- सभी बच्चों की जांच करना जिससे कि अल्प-पोषाहार के गम्भीर ग्रेडों वाले बच्चों का पता लगा कर उनका उपचार किया जाए।
- समय सारणी के अनुसार विटामिन 'ए' पूरक की बड़ी खुराक देना।
- आवश्यक होने पर, लोह-फोलेट पूरक प्रदान करना।

स्वास्थ्य संबंधी हस्तक्षेपणीय उपाय

- छः टीका निवारणीय बीमारियों के विरुद्ध व्यापक प्रतिरक्षण।
- ए आर आई/ अतिसार का जल्द पता लगाना और प्रबंधन।

सी आर एस द्वारा सृजित जिलेवार डाटा का आयोजना तथा राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम के मानीटरन के निमित्त उपयोग करना

2.10.101 महिलाओं और बच्चों की स्वास्थ्य देखभाल की सुलभता तथा स्वास्थ्य सूचकों में अन्तर-राज्य और अन्तर-जिलों के बीच बहुत भिन्नताएं हैं। दसवीं योजना के दौरान स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की उपलब्धता और उपयोग को बढ़ाकर स्वास्थ्य सूचकों में शीघ्रता से सुधार करने के प्रयास किए जा रहे हैं। जिला स्तर पर बदलती जरूरतों को पूरा करने के उद्देश्य से परिवार कल्याण विभाग ने जिलेवार संकेतकों के आधार पर विकेन्द्रीकृत जिला-आधारित योजना और कार्यक्रम कार्यान्वयन प्रारंभ किया है। इसके लिए आवश्यक डाटा आधार, केवल जन्म और मृत्यु के 100 प्रतिशत पंजीकरण, और डाटा विश्लेषण हेतु क्षमता निर्माण के जरिए एक संघारणीय तरीके से उपलब्ध कराया जा सकता है। दसवीं योजना के दौरान इस कार्य को प्राथमिकता के आधार पर शुरू किया जाएगा।

2.10.102 देश को जन्म और मृत्यु का शत प्रतिशत पंजीकरण अभी सुनिश्चित करना है। आर जी आई कार्यालय के पास उपलब्ध सूचना से पता चलता है कि 1990 के दशक के मध्य में, 90 प्रतिशत से अधिक जन्म और मृत्यु का केरल, तमिलनाडु, दिल्ली, पंजाब और गुजरात जैसे राज्यों में पंजीकरण होता है। पी एच सी/ जिला स्तर पर वार्षिक आधार पर इन आंकड़ों के संकलन, समन्वय तथा रिपोर्ट करने के लिए भी इन राज्यों में उपाय किए गए हैं। इन

आंकड़ों का उपयोग जिला स्तर पर, आर सी एच देखभाल की पी एच सी-आधारित आयोजना और साथ ही कवरेज व प्रभाव के मूल्यांकन के लिए भी किया जाना चाहिए। उन जिलों में जहां पंजीकरण 70 प्रतिशत से अधिक है, यह सुनिश्चित करने के लिए प्रयासों में तेजी लाने के प्रयास किए जा रहे हैं कि 90 प्रतिशत में अधिक जन्म और मृत्यु की रिपोर्ट की जाए जिससे कि आयोजना तथा पी एच सी आधारित आर सी एच देखभाल के प्रभावी मूल्यांकन के लिए एक स्वतंत्र डाटा आधार उपलब्ध हो सके। जन्म और मृत्यु का 100 प्रतिशत पंजीकरण का लक्ष्य दसवीं योजना के अंत तक प्राप्त हो जाने की उम्मीद है।

किशोरों की स्वास्थ्य देखभाल

2.10.103 1990 के दशक के दौरान किशोरों की आबादी में तेजी से वृद्धि देखी गई, यह एक ऐसी प्रवृत्ति है जो अगले दो दशकों के दौरान जारी रहेगी। आर सी एच कार्यक्रम के अंतर्गत किशोरों की कुछेक स्वास्थ्य देखभाल जरूरतों को पूरा करने का प्रयास किया गया। महिला और बाल विकास विभाग ने चुने हुए ब्लकों में किशोरी शक्ति योजना (के एस वाई) शुरू की है। एन जी ओ के माध्यम से विशेषज्ञ परामर्श तथा आई ई सी सामग्री प्रदान की जानी है, जिसे तैयार किया जा रहा है। तथापि, इन सभी कार्यक्रमों के तहत कवरेज बहुत कम रही है।

2.10.104 एन एफ एच एस 2 के डाटा से पता चलता

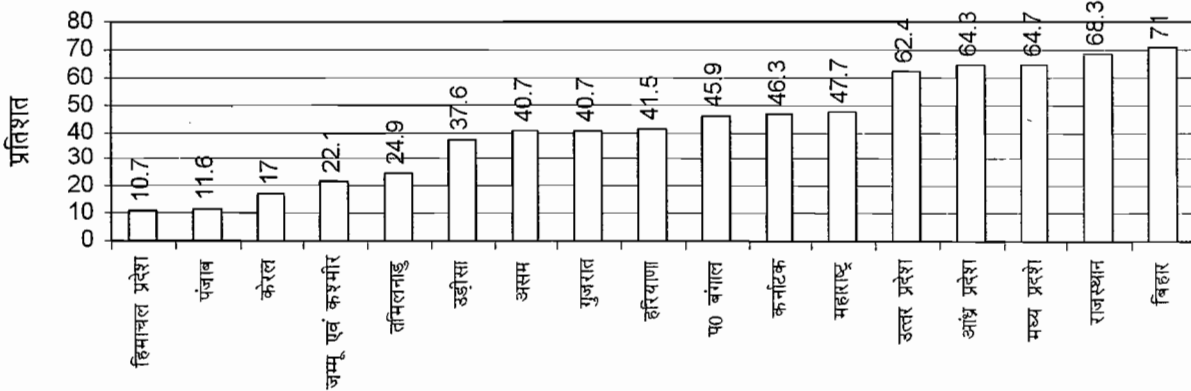
किशोर स्वास्थ्य देखभाल के लिए नौवीं योजना कार्य नीति

- बालिका, उसके माता-पिता तथा समुदाय को विवाह में देरी की जरूरत के बारे में जानकारी देने के प्रयास।
- किशोर लड़कियों की पोषण (अल्प-पोषण, अल्परक्तता), और स्वास्थ्य (संक्रमण, मासिक धर्म विकार) समस्याओं का शीघ्र पता लगाने और प्रभावी प्रबंधन के लिए कार्यक्रम।
- उच्च जोखिम वाली किशोर गर्भवती लड़कियों की समुचित प्रसव-पूर्व देखभाल।

आर सी एच और के एस वाई कार्यक्रमों के बीच अन्तर-क्षेत्रीय समन्वय को उन ब्लकों में सुदृढ़ किया जा रहा है जहां आई सी डी एस केन्द्रों में किशोर देखभाल कार्यक्रम चल रहे हैं।

है कि भारत में लड़कियों की विवाह के समय औसत आयु 16 वर्ष है तथा सभी लड़कियों में से 61 प्रतिशत का विवाह 18 वर्ष से पहले हो जाता है। प्रथम प्रसव पर औसत आयु 19.2 वर्ष है। 18 वर्ष से पहले विवाह होने वाली लड़कियों के अनुपात में विशाल अन्तर-राज्य अन्तर हैं (आकृति 2.10.36)। अल्प पोषण, रक्ताल्पता तथा असंतोषजनक प्रसव-पूर्व देखभाल के फलस्वरूप न केवल

आकृति 2.10.36 20-40 वर्ष की आयु वाली महिलाएं जिनका विवाह 18 वर्ष से कम आयु में हुआ था

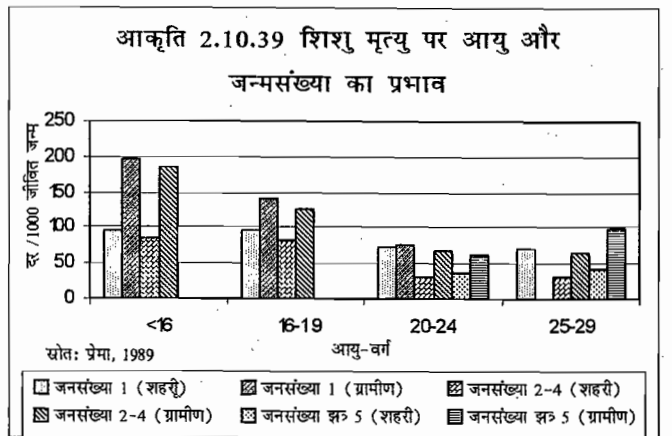
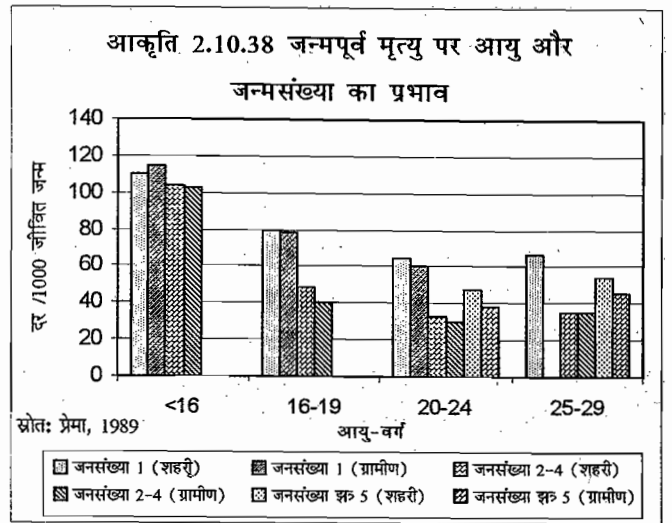
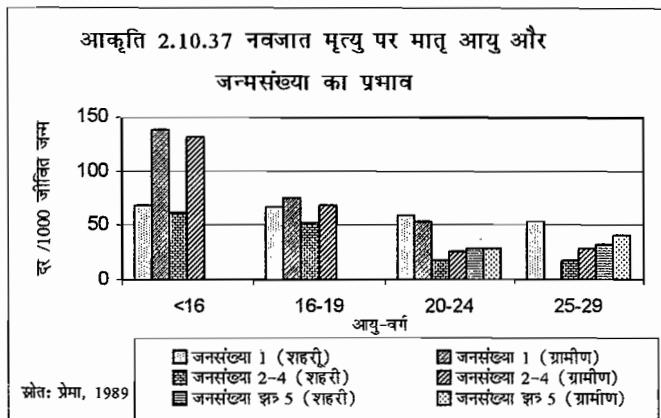


स्रोत: एनएफएचएस 2

माताओं में रुग्णता बढ़ी है बल्कि इससे कम जन्म वजन और प्रसव-पूर्व मृत्यु दर भी बढ़ता है। असंतोषजनक बाल-पोषण प्रथाओं के कारण शिशुओं में रुग्णता और अल्प-पोषण बढ़ता है, इस प्रकार अल्प पोषण खराब स्वास्थ्य की अंतर पीढ़ी चक्र बढ़ता है। सभी किशोरियों के लिए उचित पोषाहार तथा स्वास्थ्य शिक्षा, विवाह की आयु में देरी के लिए परामर्श, किशोरियों में गर्भावस्था के दौरान इष्टतम स्वास्थ्य तथा पोषाहार हस्तक्षेप आदि इस कुचक्र को तोड़ने के अन्तर क्षेत्रीय प्रारंभिक कदम हैं।

2.10.105 किशोरवय विवाहों की अधिकता को देखते हुए भारतीय परिवेश में किशोरवय गर्भधारण के विपरीत परिणामों के प्रलेखन के लिए गहन जांच की गई। भारतीय अध्ययन के आंकड़ें दर्शाते हैं कि 16 वर्ष की आयु से पहले प्रारंभिक किशोरावस्था में गर्भावस्था, मातृत्व पोषाहार, जन्म भार तथा बच्चों के जीवन रक्षा के प्रतिकूल प्रभावों से संबंधित हैं। किशोरावस्था विकास के लिए पोषाहार आवश्यकताओं के बाद गर्भावस्था की अतिरिक्त अत्यधिक पोषाहार आवश्यकताएं उन लड़कियों की अवलोकित खराब पोषाहार स्थिति के लिए मुख्य रूप से जिम्मेदार है जो 16 वर्ष की आयु से पूर्व गर्भधारण करती हैं।

2.10.106 16 वर्ष से कम आयु या कम वजन की लड़कियां, जो गर्भधारण करती हैं गर्भावस्था में कम वजन बढ़ोतरी, एनीमिया की बढ़ती प्रवृत्ति और संभवतः गर्भावस्था से उत्पन्न उच्च रक्तचाप शहरी और ग्रामीण दोनों जगह इन वर्गों में अवलोकित कम जन्म भार तथा प्रसव पूर्व नवजात तथा शिशु की उच्च मृत्यु दर के कारण हैं (आकृति 2.10.37, 38 और 39)। कम जन्म भार की उच्च दर, इन लड़कियों के बाल पालन-पोषण में प्रत्यक्ष तथा अभाव स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं की अपर्याप्त उपलब्धता और उपयोगिता विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में उच्च शिशु मृत्यु दर के कारण हैं।



2.10.107 निसंदेह, इस दिशा में प्रारंभिक किशोरवय गर्भधारण के प्रतिकूल परिणामों के प्रति जागरूकता उत्पन्न करने तथा विवाह की आयु से संबंधित कानूनों को सख्ती से कार्यान्वित करने के लिए जन समर्थन जुटाने की अनिवार्य आवश्यकता है। प्रारंभिक किशोरावस्था में गर्भ अत्यधिक असुरक्षित समझना चाहिए। और उन्हें पर्याप्त पोषाहार तथा स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध करानी चाहिए। उनके नवजात बच्चों को भी उचित स्वास्थ्य देखभाल मिलनी चाहिए स्वास्थ्य कार्मिकों को इस अत्यधिक असुरक्षित वर्ग की आवश्यकताओं के प्रति संवेदनशील होना चाहिए जो उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल की प्राप्ति और उपयोग करने में असमर्थ हैं, जिनकी उन्हें अनिवार्य आवश्यकता है। विवाह की आयु में देरी करने के लिए उचित शिक्षा के अलावा दसवीं योजना में पोषाहार और स्वास्थ्य उपाय किए जाएंगे जिससे कि किशोर लड़कियों में इष्टतम स्वास्थ्य और पोषण को प्रोत्साहित किया जा सके। यद्यपि इन राज्यों में, जहां विवाह के समय आयु में बढ़ोत्तरी हो रही है किशोरी स्वास्थ्य देखभाल पर बल दिया जाएगा, तथापि, अधिकांश राज्यों में, जहां 20 वर्ष

से कम आयु में गर्भ धारण एक आम बात है, प्रभावी प्रसव पूर्व और प्रसवकालीन देखभाल पर प्रमुख रूप से बल दिया जाएगा।

पोषाहार

2.10.108 प्रासविक परिणाम निर्धारित करने में मातृ पोषाहार और उत्तरजीविता के एक निर्धारक के रूप में बाल पोषाहार और बच्चों के स्वास्थ्य का महत्व सर्वविदित है। वर्तमान स्थिति तथा मातृ और बाल पोषाहार सुधारने के लिए प्रस्तावित उपायों पर पोषाहार खण्ड के अंतर्गत विचार किया गया है।

आर टी आई और एस टी आई

2.10.109 काफी लम्बे समय से यह माना जाता है कि आर टी आई और एस टी आई, प्रजनन आयु वर्ग में महिलाओं में सामान्य समस्याएं हैं। पिछले दो दशकों के दौरान, आर टी आई/ एस टी आई का पता लगाने और प्रबंधन में पुनः रुचि जाग्रत हुई है। इसका आंशिक कारण यह है कि क्लिनिकों में रोग हेतु विज्ञान निदान हेतु सही परीक्षण की सुविधा उपलब्ध है और वे अनेक आर टी आई/ एस टी आई हेतु तुरंत, समुचित उपचार प्रदान करने और इन संक्रमणों के दीर्घावधिक स्वास्थ्य परिणामों को रोकने की स्थिति में हैं आर टी आई/ एस टी आई पर अधिक बल दिए जाने के कारण हैं :

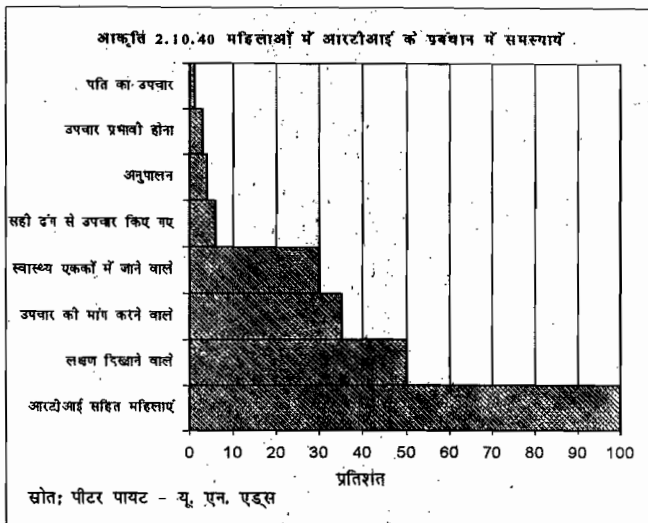
- डाक्टर बड़ी संख्या में भिन्न-भिन्न आयु वर्ग (किशोर, प्रजनन आयु-वर्ग की महिलाएं तथा वृद्ध महिलाएं) और आर टी आई हेतु देखभाल चाहने वाले समाजार्थिक वर्गों के मरीजों को देखते हैं;
- आर टी आई/ एस टी आई के उपचार हेतु एन्टीबायोटिक्स की उपलब्धता और गर्भ को रोकने के लिए गर्भ निरोधकों की उपलब्धता से एकाधिक व्यक्तियों के साथ यौन संबंधों की अधिकाधिक विद्यमानता और आर टी आई/ एस टी आई में अनिवार्य वृद्धि हुई है।
- निदान हेतु विशिष्ट परीक्षणों की बढ़ती उपलब्धता और समुचित एन्टीबायोटिक्स निर्धारित करने के प्रयासों के बावजूद, एन्टीबायोटिक प्रतिरोध बढ़ रहा है जिसके फलस्वरूप उपचार के संबंध में

न्यून प्रतिक्रिया और संक्रमण की पुनरावृत्ति हुई है, और

- अनुसंधान अध्ययनों से उपलब्ध डाटा से पता चलता है कि एच आई वी संक्रमण से संचारण का जोखिम आर टी आई द्वारा बढ़ जाता है।

2.10.110 आर टी आई/ एस टी आई के निवारण, शीघ्र पता लगाने और उपचार का महत्व सर्वविदित है। सही निदान के लिए विश्वसनीय, सहज-निष्पादन योग्य परीक्षण सहज रूप में उपलब्ध है। अधिकांश संक्रमण अभी भी सामान्य रूप से उपयोग किए जाने वाले एन्टीबायोटिक्स तथा केमोथेराप्यूटिक एजेंटों के प्रति प्रतिक्रियाशील है। सामान्य निम्न प्रजनन मार्ग संक्रमण के प्रबंधन को आर सी एच देखभाल के एक घटक के रूप में सम्मिलित किया गया है, ये सेवाएं विद्यमान प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल अवस्थापना के माध्यम से प्रदान की जानी है। परिवार कल्याण विभाग ने पी एच सी/ सी एच सी में प्रयोगशाला तकनीशियनों की कमी को पूरा करने के लिए आवश्यक औषधियां और निधियां प्रदान की हैं। किन्तु, अधिकांश राज्यों में आर टी आई निदान तथा प्रबंधन में स्वास्थ्य देखभाल कार्मिकों का प्रशिक्षण अपर्याप्त है। परिवार कल्याण विभाग ने अपने प्रयासों को राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (एन ए सी ओ) के साथ समन्वित किया है ताकि एन ए सी ओ जिला स्तर पर और उससे ऊपर आर टी आई/ एस टी आई के निदान और प्रबंधन के वास्ते निविष्टियों की व्यवस्था कर सके।

2.10.111 यह मानना महत्वपूर्ण है कि आर टी आई के प्रबंधन के लिए वर्तमान कार्यक्रम में समस्याएं हैं। आर टी आई/ एस टी आई प्रबंधन के पायट तथा फ्रानसेन माडल द्वारा आर टी आई के उपचार की समस्याओं को सारांश रूप में चित्र में दर्शाया गया है। माडल से पता चलता है कि लगभग 40 प्रतिशत महिलाएं किसी न किसी समय पर आर टी आई (आकृति 2.10.40) से पीड़ित रही हैं किन्तु ईष्टतम स्थितियों के अंतर्गत भी दोनों भागीदारों का पूर्ण उपचार केवल 1 प्रतिशत मामलों में पूरा हुआ है। इसलिए यह शायद ही आश्चर्यजनक है कि आर टी आई/ एस टी आई रोगियों के इलाज में सुधार करने के लिए सभी चालू प्रयासों के बावजूद पिछले दशक के दौरान कोई पर्याप्त सुधार नहीं हुआ है। तथापि, नैदानिक सुविधाओं और समुचित उपचार की सहज सुलभता की व्यवस्था करते हुए स्वास्थ्य शिक्षा को जारी रखना महत्वपूर्ण है।



बन्ध्यता

2.10.112 अनुमान है कि 5 और 10 प्रतिशत के बीच दम्पति हैं, यद्यपि प्रजनन आयु वर्ग में सभी दम्पतियों को गर्भनिरोध संबंधी सलाह और देखभाल की व्यवस्था महत्वपूर्ण है तथापि यह भी महत्वपूर्ण है कि जिन के बच्चे नहीं हैं उन्हें अनिवार्य नैदानिक जांच, अन्वेषण, प्रबंधन और परामर्श की सुविधा प्रदान की जाए। सी एच सी स्तर पर मुख्य रूप से बन्ध्यता के स्पष्ट कारणों का पता लगाने के लिए नैदानिक जांच करने, स्पर्म काउन्ट, डायगनोस्टिक कुरेटेज तथा ट्युबल पेटेन्सी परीक्षण जैसी प्रारम्भिक जांच पर बल दिया जाएगा। निष्कर्ष पर निर्भर रहते हुए, तत्पश्चात् दम्पतियों को निदान तथा प्रबंधन हेतु उपयुक्त सुविधाओं वाले केन्द्रों को रेफर किया जाना चाहिए। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों में सादी नैदानिक प्रक्रियाएं अपनाकर, रेफरल चाहने वाले दम्पतियों की संख्या कम करना संभव है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्तर पर प्रारम्भिक जांच और बाद में रेफरल का कार्य स्वास्थ्य देखभाल पद्धति तथा ऐसी सेवाएं चाहने वालों, दोनों की बन्ध्यता के प्रबंधन के लिए एक किफायती पद्धति है।

स्त्री रोग संबंधी विकार

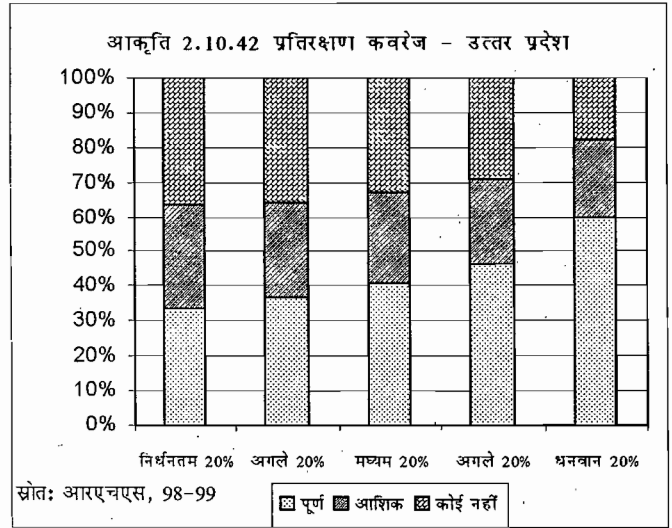
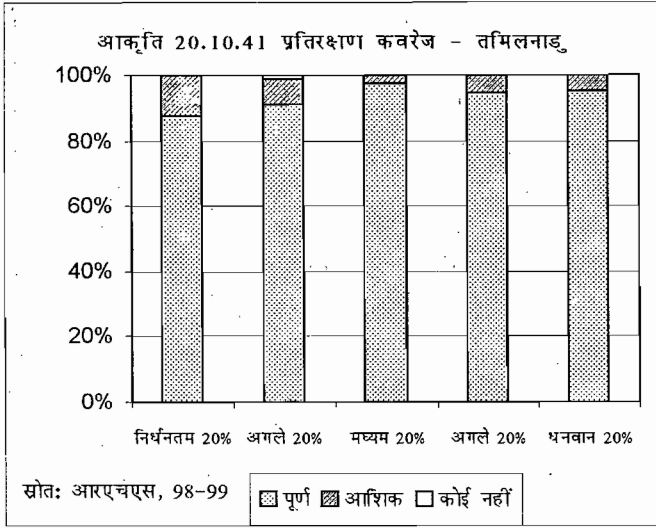
2.10.113 महिलाएं अनेक सामान्य स्त्री रोग संबंधी विकारों से पीड़ित होती हैं, जिनमें रजोधर्म से पहले और रजोनिवृत्ति आयु पर रजोधर्म संबंधी दुष्क्रिया शामिल हैं। भिन्न-भिन्न मात्राओं में अंगभ्रंश गर्भाशय अधिक प्रसवोवाली महिलाओं में एक और प्रमुख समस्या है। इनके निदान के लिए सुविधाएं जिला अस्पतालों अथवा तृतीयक देखभाल केन्द्रों में उपलब्ध

हैं। दसवीं योजना अवधि के दौरान, स्त्री रोग चिकित्सक के साथ सी एच सी अपेक्षित नैदानिक और उपचारात्मक सेवाएं प्रदान करना शुरू कर देंगे। शल्य चिकित्सा चाहने वाली महिलाओं को पी एच सी और सी एच सी, जिला अस्पतालों अथवा तृतीयक देखभाल केन्द्रों को रेफर करेंगे। ग्रीवा कैंसर भारत में एक सर्वाधिक आम कैंसर है जो महिलाओं में कैंसर के एक-तिहाई से अधिक मामलों के लिए जिम्मेदार है। पी एच सी और सी एच सी में इसका आसानी से निदान किया जा सकता है। चरण 1 और चरण 2 के शीघ्र निदान और उन स्थानों को रेफर करने से जहां रेडियोथेरापी उपलब्ध है, निकट भविष्य में ग्रीवा कैंसर से जुड़ी रूग्णता और मृत्यु दर में तीव्र कमी आएगी।

आर सी एच सेवाओं की सुलभता

2.10.114 अनुसंधान अध्ययनों से डाटा और क्लिनिकल अनुभव से पता चलता है कि सामाजिक और आर्थिक वंचना के असंतोषजनक स्वास्थ्य परिणाम होते हैं। बदले में, असंतोषजनक स्वास्थ्य की वजह से अंशतः मजदूरियों की हानि के कारण और अंशतः स्वास्थ्य देखभाल की लागत के कारण आर्थिक स्थिति में गिरावट आती है। स्वास्थ्य और पोषाहार उपायों पर बल देने के लिए विशेष प्रयास किए गए हैं ताकि आबादी के कमजोर घटकों को स्वास्थ्य और पोषाहार सेवाओं की बेहतर उपलब्धि हो सके और गृहीबी तथा कुस्वास्थ्य का कुचक्र टूट सके। तथापि, विगत 50 वर्षों के दौरान प्रयासों के बावजूद सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की बेहतर उपलब्धि ऐसे गरीबों से दूर बनी हुई है जिनकी स्वास्थ्य संबंधी जरूरतें सबसे ज्यादा हैं। यद्यपि सभी राज्यों में यह सच है, तथापि आर एच एस डाटा से कुछ रुचिकर अन्तर-राज्य तुलनाओं का पता चलता है। तमिलनाडु में निर्धनतम वर्ग की प्रतिरक्षण कवरेज दरें उत्तर प्रदेश में समश्रद्धतम वर्ग की तुलना में बेहतर है जिससे पता चलता है कि समाजार्थिक बाधाओं पर सुधरी जागरूकता और उपलब्धि के जरिए काबू पाया जा सकता है (आकृति 2.10.41 और 2.10.42)।

2.10.115 दसवीं योजना के दौरान, अनिवार्य प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, परिवार कल्याण सेवाओं और रोग नियंत्रण कार्यक्रम के संबंध में बिल्कुल मुफ्त बेहतर सुलभता के संबंध में भरसक प्रयास किया जाएगा। गरीबों के लिए अस्पताल भर्तीकरण का वित्तीय बोझ कम करने के लिए केन्द्र तथा राज्य विभिन्न विकल्प तैयार और उनका मूल्यांकन कर रहे हैं।



संभारतन्त्रीय सहायता

2.10.116 परिवार कल्याण कार्यक्रम के अंतर्गत केन्द्रीय सरकार राज्यों को औषधियों, उपस्कर किट, गर्भ निरोधक तथा टीके प्राप्त और उनकी आपूर्ति करती है। औषधि किटें जिला स्तर पर सप्लाई की जाती हैं और टीके तथा गर्भ निरोधक राज्य अथवा क्षेत्रीय स्तर पर सप्लाई किए जाते हैं। राज्यों ने अभी तक ऐसी सप्लाई को प्राप्त करने, स्वीकार्य स्थितियों में उनके भण्डारण और उनके वितरण के लिए कोई विशिष्ट अथवा समर्पित पद्धति स्थापित नहीं की है। परिणामस्वरूप, देरियां होती हैं, औषधियों की कोटि में गिरावट आती है और बरबादी होती है। परिवार कल्याण के कार्यक्रम के अंतर्गत 500 करोड़ रुपए तक की आपूर्ति की जाती है और अनुमान है कि इन्हीं कारणों से 20 से 30 प्रतिशत तक ही हानि होती है।

नौवीं योजना कार्यनीति

मात्रा की दृष्टि से पर्याप्त और उपयुक्त कोटि की अनिवार्य औषधियों, साधनों और टीकों की अबाध आपूर्ति में सुधार।

2.10.117 परिवार कल्याण विभाग ने, विभिन्न राज्यों में कार्यरत विभिन्न बाह्य निधियन एजेन्सियों के सहयोग से, प्रत्येक बड़े राज्य के लिए संभारतन्त्रीय परियोजनाएं तैयार की हैं। इसके अन्तर्गत परिकल्पना की गई है कि प्रत्येक राज्य में एक विशिष्ट एजेन्सी कायम ही जाएगी जो पांच से आठ जिलों के प्रत्येक समूह के लिए क्षेत्रीय स्तर पर

भण्डार गृहों का प्रबंध करेगी। इन भण्डारगृहों को क्षेत्र के प्रत्येक अस्पताल से एक मांगपत्र प्राप्त होगा और ये ठेके पर परिवहनकर्ता के माध्यम से 15 दिन के अन्दर आपूर्तियों की सुपुर्दगी सुनिश्चित करेंगे। कार्यकुशलता सुनिश्चित करने की दृष्टि से राज्य सरकार एजेन्सी को केवल उसके द्वारा संभाले जाने वाली आपूर्ति की प्रतिशतता के आधार पर अदायगी की जाएगी। कुछ राज्यों में संभारतन्त्रीय परियोजना पहले ही शुरू की जा चुकी है।

2.10.118 दसवीं योजना के दौरान, यह सुनिश्चित करने के प्रयास किए जाएंगे कि कायम की जा रही सुविधाएं, सभी स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों के संबंध में केन्द्रीय सरकार और राज्य सरकारों द्वारा प्रदान की गई सभी औषधियों/ टीकों/ साधनों की देखभाल करें। इस कार्यक्रम की प्रगति और पेश आने वाली समस्याओं का मानीटरन किया जाएगा और मध्यावधि सुधार शुरू किए जाएंगे।

आर सी एच में निजी क्षेत्र भागीदारी

2.10.119 आधुनिक चिकित्सा के 80 प्रतिशत से भी अधिक चिकित्सक तथा इससे भी अधिक आई एस एम एण्ड एच चिकित्सक निजी क्षेत्र में काम करते हैं। अनुमान है कि यद्यपि निजी क्षेत्र सभी उपचारात्मक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के तीन-चौथाई से अधिक की व्यवस्था करता है तथापि मातृ और बाल स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओं में इसका योगदान एक-तिहाई से भी कम है। निजी क्षेत्र भागीदारी में प्रमुख बाधाओं में निम्नलिखित शामिल हैं :

- अभी तक मुख्यतः उपचारात्मक सेवाओं पर बल दिया जाता रहा है;
- सेवाओं की कोटि प्रायः भिन्न होती है; और
- गरीब लोग इन सेवाओं के लिए अदायगी नहीं कर सकते।

2.10.120 आर सी एच कार्यक्रम के अंतर्गत, गरीब वर्गों को, विशेष रूप से अल्प सेवित क्षेत्रों में गरीब वर्गों को परिवार कल्याण सेवाएं प्रदान करने में सार्वजनिक और निजी क्षेत्रों के बीच सहयोग सुधारने के वास्ते अनेक उपाय किए गए हैं। आर सी एच देखभाल में निजी चिकित्सकों की भागीदारी बढ़ाने के लिए, उन्हें अनुस्थापन प्रशिक्षण प्रदान करके और यह सुनिश्चित करने के प्रयास किए गए कि उन्हें गर्भ निरोधक, औषधियां और टीके बिल्कुल मुफ्त सहज उपलब्ध हो सकें। दसवीं योजना के दौरान इन प्रयासों को सुदृढ़ किया जाएगा। निजी क्षेत्र में आर सी एच सेवाओं की कवरेज और कोटि सुधारने की अपार क्षमता है। चुनौती इस क्षमता के ईष्टतम उपयोग के लिए उपाय खोजने की है।

परिवार कल्याण कार्यक्रम में एन जी ओ/ स्वैच्छिक संगठनों की भूमिका

2.10.121 राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में आर सी एच हस्तक्षेपणीय उपायों के प्रचार और सामुदायिक भागीदारी बढ़ाने के बारे में भी जागरूकता पैदा करने में एन जी ओ/ स्वैच्छिक संगठनों की भूमिका बढ़ाने की परिकल्पना की गई है। अभी हाल ही तक केवल थोड़ी संख्या में एन जी ओ को परिवार कल्याण विभाग से धन प्राप्त हो रहा था क्योंकि उनमें से अधिकांश के पास पर्याप्त तकनीकी जानकारी तथा आवश्यक दक्षताएं नहीं थीं। एन जी ओ की भागीदारी बढ़ाने के प्रयास में विभाग ने निम्नलिखित कार्यों के संचालन के लिए छोटे, क्षेत्र स्तरीय एन जी ओ का चयन करने, प्रशिक्षण, सहायता तथा मानीटरन के लिए अनेक सुस्थापित एन जी ओ को शामिल किया जैसे कि फैमिली प्लानिंग एसोसिएशन आफ इण्डिया और वालन्ट्री हेल्थ एसोसिएशन आफ इण्डिया।

- मातृ तथा बाल स्वास्थ्य उपायों का पक्ष-पोषण;
- छोटे स्वस्थ परिवार को प्रोत्साहन;
- सामुदायिक भागीदारी बढ़ाना;

- विवाह की आयु में देरी करने के लिए किशोरों को सलाह और प्रोत्साहन, युवा दम्पतियों को प्रथम गर्भ में देरी करने तथा उपयुक्त गर्भ निरोध पद्धतियों का उपयोग करके दो बच्चों वाले दम्पतियों को अपना परिवार सीमित करने की सलाह और प्रोत्साहन देना;
- समुदाय तथा स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के बीच एक कड़ी के रूप में कार्य करना।

2.10.122 फिलहाल, परिवार कल्याण विभाग, 412 जिलों और 800 से अधिक एन जी ओ कवर करते हुए 97 मातृ एन जी ओ को (छोटे एन जी ओ की देखभाल करने वाले बड़े एन जी ओ) निधियां प्रदान करता है। ये एन जी ओ दस राज्यों में सभी जिलों को कवर करते हैं। किन्तु उच्च उर्वरता और मृत्यु दरों वाले राज्यों में बड़ी संख्या में ऐसे जिले हैं जहाँ एन जी ओ कार्य नहीं करते हैं। राज्य सरकारें, सेवाएं प्रदान करने अथवा पी एच सी को अपनाने में भी एन जी ओ को सम्मिलित करने का प्रयास कर रही है। परिणाम मिला-जुला रहा है, इन प्रयोगों पर बारीकी से नजर रखने की जरूरत है।

2.10.123 दसवीं योजना के दौरान निम्नलिखित क्षेत्रों में सामुदायिक भागीदारी को प्रोत्साहित करने में एन जी ओ की एक बड़ी भूमिका होगी :

- बालिकाओं के लिए पर्याप्त देखभाल की व्यवस्था करने के संबंध में लिंग संबंधी संवेदनशीलता और पक्ष-पोषण
- शिशु अनुकूल अस्पताल उपाय तथा छः मास तक मातृ स्तनपान को प्रोत्साहन;
- गर्भ निरोधकों का सामाजिक विपणन, ओ आर एस की सहज उपलब्धता/ ओ आर एस का सामाजिक विपणन सुनिश्चित करना;
- लिंग निर्धारण और चुनिन्दा आधार पर लिंग गर्भपातों के प्रतिकूल प्रभावों के बारे में समुदाय को संवेदनशील बनाना।

2.10.124 परिवार कल्याण विभाग का यह भी प्रस्ताव है कि जिन एन जी ओ के पास पर्याप्त विशेषज्ञता और अनुभव है वे आर सी एच सेवा प्रदान करने में भाग ले सकते हैं। एन जी ओ द्वारा किए जाने वाले हस्तक्षेपणीय उपायों का परियोजना अवधि की समाप्ति पर स्वतंत्र रूप से

मूल्यांकन किया जाएगा; निधियां प्रदान करना विशिष्ट बैंच मार्को के आधार पर मध्यावधि मूल्यांकन के आधार पर निर्भर करेगा। एन जी ओ, राज्य/ जिला प्रशासन और साथ ही पी आर आई के बीच नेटवर्क सुधारने के प्रयास किए जाएंगे।

उद्योगों व अन्य संगठनों की भूमिका

2.10.125 परिवार कल्याण कार्यक्रम के वांछित परिणाम प्राप्त करने के लिए केवल सरकारी प्रयास पर्याप्त नहीं होंगे। संगठित औद्योगिक क्षेत्रक देश की लगभग 14 प्रतिशत आबादी को स्वास्थ्य/ परिवार कल्याण सेवाएं प्रदान करता है। अपने कामगारों को जानकारी प्रदान करके, प्रोत्साहित करके तथा सेवाओं की सुलभता में सुधार करके उद्योग परिवार कल्याण सेवाओं की स्वीकार्यता में सुधार कर सकते हैं। जो उद्योग अपने कर्मचारियों और उनके परिवारों को स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था करते हैं, वे इन सुविधाओं का विस्तार उन फेक्टरियों के आस-पास रहने वाले लोगों तक कर सकते हैं, विशेष रूप से यदि वे अल्प-सेवित अर्ध-शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में स्थित हों। वे, ब्लाक में उपलब्ध सेवाओं में सुधार करने के लिए, उन्हें अपनाकर, क्षेत्र-विशिष्ट दृष्टिकोण अपना सकते हैं। छोटे उद्योग, सरकार के सहयोग से स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण सेवाएं प्रदान करने के वास्ते, सहकारी दल गठित कर सकते हैं। उद्योग में उपलब्ध प्रबंधकीय व अन्य दक्ष व्यक्तियों की सेवाएं सरकारी ढांचे की कार्यकुशलता सुधारने के लिए उपलब्ध कराई जा सकती हैं। आई ई सी तथा प्रोत्साहन कार्यकलाप व सामाजिक विपणन में सुधार करने में उद्योग की विपणन दक्षताएं उपयोगी हो सकती हैं।

2.10.126 संगठित व असंगठित क्षेत्र में श्रमिकों और उनके परिवारों को कवर करने की जरूरत है जिससे कि स्वास्थ्य और जनांकिकीय सूचकों में तेजी से सुधार हो सके। कामगारों और उनके परिवारों की स्वास्थ्य देखभाल संबंधी जरूरतों को पूरा करने में ट्रेड यूनियनों अपनी भूमिका का विस्तार कर सकती हैं। नौवीं योजना अवधि के दौरान, तमिलनाडु में असंगठित और अर्ध संगठित क्षेत्रों में, प. बंगाल में बागान श्रमिकों, उत्तर प्रदेश में बीड़ी कामगारों और गुजरात में दुग्ध उत्पादकों के बीच परिवार कल्याण परियोजनाएं शुरू की गईं। इन परियोजनाओं से प्राप्त अनुभव का उपयोग परिवार कल्याण सेवाएं सुधारने के लिए किया जाएगा।

2.10.127 दसवीं योजना के दौरान, उद्योग के संगठित और असंगठित क्षेत्रों, कृषि तथा श्रमिक प्रतिनिधियों को शामिल करके और उनकी भागीदारी के माध्यम से परिवार कल्याण सेवाओं की कोटि और कवरेज बढ़ाने के प्रयास किए जाएंगे। निगमित क्षेत्र के समस्या समाधान दृष्टिकोण का उपयोग स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की कार्यात्मक कार्यकुशलता को सुधारने के लिए किया जा सकता है।

अल्प सेवित आबादी की जरूरतों का समाधान करने के लिए उपाय

2.10.128 उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, बिहार और राजस्थान जैसे राज्यों में स्वास्थ्य देखभाल की सुलभता बहुत ही कम है। परिवार कल्याण विभाग द्वारा 2001 में गठित अधिकार-प्राप्त कार्य दल (ई ए जी), उपलब्ध अवस्थापना, स्वास्थ्य पद्धति के निष्पादन और स्वास्थ्य सूचकों की समीक्षा करता है और स्वास्थ्य देखभाल की सुलभता को सुधारने के संबंध में उपाय सुझाता है जिससे कि उर्वरता और मृत्यु दर में तेजी से कमी आ सके। दसवीं योजना के दौरान, इन राज्यों/ जिलों में स्वास्थ्य पद्धति की क्षमता बढ़ाने के लिए विशेष प्रयास किए जाएंगे जिससे कि उर्वरता और मृत्यु दर दोनों में तेजी से गिरावट आ सके। यदि राष्ट्रीय जनसंख्या नीति में प्रस्तावित उर्वरता और मृत्यु दर में कमी के महत्वाकांक्षी लक्ष्य प्राप्त किए जाने हैं तो यह एक अनिवार्य कदम है क्योंकि ये राज्य देश की मृत्यु दर और उर्वरता के 50 प्रतिशत से अधिक का योग करते हैं।

2.10.129 जनजातीय आबादी को (उत्तर पूर्वी राज्यों को छोड़कर) अनिवार्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की सुलभता में बहुत अधिक समस्याओं का सामना करना पड़ता है और उनका स्वास्थ्य सूचक असंतोषजनक है। परिवार कल्याण विभाग ने जनजातीय लोगों की स्वास्थ्य देखभाल संबंधी जरूरतों को पूरा करने पर बल देते हुए पहले ही अनेक कार्यक्रम शुरू किए हैं। क्षेत्र-विशिष्ट कार्यक्रमों के माध्यम से स्वास्थ्य जरूरतों को पूरा करने तथा सभी कार्यकलापों में एन जी ओ तथा जनजातीय समुदाय की भागीदारी बढ़ाने के लिए विशेष प्रयास किए जाएंगे।

2.10.130 ऐसा दर्शाया गया है कि शहरी मलिन बस्ती के लोगों के मातृ तथा बाल स्वास्थ्य सूचक असंतोषजनक हैं। बहुत सी मलिन बस्तियों में प्रतिरक्षण कवरेज बहुत निम्न है तथा बच्चे अल्प पोषित हैं। शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य

देखभाल संरचना सुधारने के लिए तथा यह सुनिश्चित करने के लिए कि उन्हें विद्यमान द्वितीयक तथा तृतीयक देखभाल संस्थानों के साथ जोड़ा जाए, परिवार कल्याण विभाग तथा स्वास्थ्य विभाग भारी निवेश कर रहे हैं। भारत जनसंख्या नीति (आई पी पी) 5, 8 और शहरी आर सी एच प्रायोगिक परियोजनाओं से अनेक नगरों में शहरी स्वास्थ्य पद्धति की क्षमताओं का निर्माण हुआ है। शहरी आबादी की प्रजनन देखभाल जरूरतों को उपलब्ध संरचना के अंदर पूर्णरूपेण पूरा करने के वास्ते शहरी स्वास्थ्य देखभाल को तर्कसंगत बनाने तथा कार्यकुशलता में सुधार करने के प्रयासों को दसवीं योजना अवधि के दौरान जारी रखा जाएगा।

कार्यकुशलता बढ़ाने के लिए कार्यनीति

2.10.131 पूरे देश के लिए एक समान मानदण्डों के आधार पर विगत तीन दशकों के दौरान स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाएं प्रदान करने के वास्ते एक विशाल आधारिक तंत्र कायम किया गया है। मूल्यांकन अध्ययनों से पता चला है कि यह निम्नलिखित कारणवश संतोषजनक ढंग से कार्य नहीं कर रहा है :

- ढांचे और काम काज के बीच तालमेल न होना;
- ज्ञान, दक्षताएं और कार्यक्रम अनुस्थापन में सुधार करने के लिए स्वास्थ्य देखभाल कार्मिकों को प्रशिक्षण का अभाव;
- सुपरिभाषित कार्यों के साथ उचित चिकित्सीय परम्परा का अभाव;
- जवाबदेही तय करने के लिए प्रथम श्रेणी के पर्यवेक्षण और पद्धति का अभाव; और
- रेफरल पद्धति का अभाव तथा कार्यात्मक एफ आर यू की कमी।

सभी राज्यों ने स्वास्थ्य पद्धति का कार्यात्मक स्तर सुधारने के उद्देश्य से स्वास्थ्य क्षेत्रक सुधार प्रारंभ किए हैं। इन पर स्वास्थ्य से संबंधित अध्याय में चर्चा की गई है।

2.10.132 आर सी एच कार्यक्रम के अंतर्गत, परिवार कल्याण विभाग ने कार्यक्रम के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए जिसमें विकेन्द्रीकृत जिला-आधारित आयोजना, कार्यान्वयन, मानीटरन और मध्यावधि सुधार शामिल हैं, प्रबंधकीय पहलुओं में प्रशिक्षण कार्यक्रम प्रबंधकों पर भारी निवेश किया है। जांच की कोटि सुधारने तथा जटिलताओं वाले व्यक्तियों के प्रबंधन

हेतु, जिसमें आवश्यक होने पर रेफर करना शामिल है, सभी वर्गों के स्वास्थ्य देखभाल व्यावसायिकों व अर्ध व्यावसायिकों की दक्षता उन्नयन की परिकल्पना की गई है। उम्मीद है कि प्रशिक्षण कार्यक्रम शीघ्र पूरा हो जाएगा और इससे अवस्थापना का प्रभावी कार्यक्रम प्रोत्साहित होगा और कार्य कुशलता में सुधार होगा। दसवीं योजना अवधि के दौरान ये प्रयास जारी रहेंगे।

2.10.133 यद्यपि सभी राज्यों ने स्वास्थ्य देखभाल की सुलभता और स्वास्थ्य तथा जनांकिकीय सूचकों में कुछ सुधार दिखाया है, तथापि कुछ राज्यों में परिवर्तन की दर बहुत धीमी रही है। नौवीं पंच वर्षीय योजना के दौरान इन राज्यों को ढांचे तथा जन शक्ति को उन्नत करने व स्कीमों को और नम्य बनाने के वास्ते, जिससे कि निजी और स्वैच्छिक क्षेत्र भाग ले सकें, अधिक निधियां प्रदान करने के प्रयास, सेवाओं की सुलभता में सुधार लाने में कारगर सिद्ध नहीं हुए हैं। दसवीं योजना के दौरान, कार्य विश्लेषण प्रारंभ करके, नामित कार्यकर्ताओं को उपयुक्त ड्युटी/ कार्य सौंपकर तथा उन्हें एक बहु-व्यावसायिक दल के रूप में कार्य करने के वास्ते प्रशिक्षित करके, कार्यकुशलता को सुधारने के प्रयास किए जाएंगे। ऐसी श्रृंखला में पहली कड़ी ग्राम आधारित कामगार होंगे जो लोगों तथा स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के बीच तालमेल कायम करेंगे और उपलब्ध सुविधाओं का उपयोग सुनिश्चित करेंगे। पी आर आई कार्यक्रमों की योजना तैयार करने में भाग लेंगे और कार्यान्वयन व मानीटरन में सहायता देंगे। ए एन एम टीका लगाएंगी शिशुओं, बच्चों और गर्भवती महिलाओं की जांच करेंगी और उन्हें उचित संस्थानों को रेफर करेंगी। पी एच सी में चिकित्सा अधिकारी पी एच सी आधारित योजना तैयार करेंगे और स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण कार्यक्रमों का मानीटरन करेंगे और उपचारात्मक सेवाएं प्रदान करेंगे, निवारणीय और प्रोत्साहक स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण से जुड़े कार्यकलापों का आयोजन और पर्यवेक्षण करेंगे और एक व्यवहार्य, कार्यात्मक रेफरल पद्धति तैयार करेंगे। सी एच सी में विशेषज्ञ उपयुक्त आपातकालीन देखभाल करेंगे तथा रेफर किए गए मरीजों की देखभाल करेंगे, सी एच सी आधारित आर सी एच कार्यक्रमों के विकास में भाग लेंगे, कार्यकलापों का मानीटरन करेंगे और मध्यावधि सुधार के लिए उपाय करेंगे। यदि काम काज की इस पद्धति का पालन किया गया तो समुदाय, समन्वयकर्ता और स्वास्थ्य कार्यकर्ता अपना-अपना वह कार्य निष्पादन करेंगे जिसके लिए वे सर्वाधिक उपयुक्त हैं और कार्यक्रम के कार्यान्वयन में सुधार होगा।

परिवार कल्याण कार्यक्रम में पी आर आई को शामिल करना

2.10.134 परिवार कल्याण कार्यक्रम में भागीदारी के बारे में राज्यों के बीच बहुत अधिक अंतर है। केरल जैसे राज्य ने पी आर आई का उपयोग करते हुए विकेन्द्रीकृत आयोजन और मानीटरन कार्यक्रम शुरू किए हैं तथा पी आर आई को अधिकार तथा धन सौंप दिया है राजस्थान, आन्ध्र प्रदेश और हरियाणा ने स्वास्थ्य क्षेत्रक में पी आर आई की भागीदारी के लिए अपने-अपने माडल कार्यान्वित किए हैं। अन्य राज्यों में अधिकार और वित्त सौंपे बगैर भागीदारी मुख्यतः आयोजना और मानीटरन के क्षेत्र में है। कुछ राज्यों में पी आर आई ने कार्यक्रम में भाग लेना अभी तक शुरू नहीं किया है। स्थिति की लगातार समीक्षा करने और उपयुक्त उपाय शुरू करने की जरूरत है।

नौवीं योजना में निम्नलिखित के संबंध में पी आर आई की भागीदारी की परिकल्पना की गई थी:

- अन्तर-क्षेत्रकीय समन्वय तथा आर सी एच कार्यक्रम के आयोजन, मानीटरन तथा प्रबंधन में सामुदायिक भागीदारी सुनिश्चित करना;
- ए एन एम, एम एम पी डब्ल्यू और ए डब्ल्यू डब्ल्यू सहित स्वास्थ्य देखभाल कार्मिकों के काम काज के पर्यवेक्षण में राज्यों की मदद करना;
- ग्राम, ब्लाक तथा जिला स्तरों पर कार्यरत स्वास्थ्य, परिवार कल्याण, आई सी डी एस, समाज कल्याण और शिक्षा आदि जैसे विभिन्न विभागों के कार्यकर्ताओं के कार्यकलापों में समन्वय सुनिश्चित करना;
- अधिक सामुदायिक भागीदारी के जरिए परिवार कल्याण कार्यक्रम की स्वीकार्यता में सुधार करना।

2.10.135 परिवार कल्याण कार्यक्रम की असली चुनौती, दूरवर्ती तथा दुर्गम क्षेत्रों में, जहां सरकारी तंत्र द्वारा प्रदत्त सेवाएं बहुत कम हैं तथा निजी क्षेत्र व एन जी ओ मौजूद नहीं है, जरूरी सेवाएं प्रभावी ढंग से उपलब्ध कराने में है। दसवीं योजना के दौरान, यह परिकल्पना की गई है

कि बुद्धिमान, सेवा-उन्मुखी सदस्यों के साथ परिपक्व पी आर आई, कार्यक्रम को एक जन कार्यक्रम बनाने तथा अपनी सेवाओं की सुलभता में सुधार करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाएंगे। ग्राम पंचायत की स्वास्थ्य समिति, स्थानीय रूप से योजना तैयार कर सकती है, प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के संबंध में पूरी न हुई जरूरतों का क्षेत्र-विशिष्ट विनिर्धारण कर सकती है और यह सुनिश्चित कर सकती है कि उन्हें पूरा करने के लिए प्रयास किए जाएं। इसे स्वास्थ्य देखभाल कार्मिकों की उपस्थिति और कार्य निष्पादन के मानीटरन का भी काम सौंपा जा सकता है। पी आर आई, राजकीय पी. एच. सी, एन जी ओ तथा निजी चिकित्सकों द्वारा सेवाओं की उपलब्धता, सुलभता और कोटि और उनके द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं की लागत के बारे में कार्यक्रम का पक्षपोषण करने और मानीटरन में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं। पी आर आई के पास, ए एन एम तथा पुरुष बहु-प्रयोजन कार्यकर्ता के आगमन कार्यक्रम की अग्रिम सूचना और डाक्टर के साथ काम करने वाले नजदीकी पी एस सी तथा बाल चिकित्सक, स्त्री रोग चिकित्सक, सर्जन अथवा डाक्टर वाले नजदीकी एफ आर यू। सी एच सी की सूची उपलब्ध होगी, जहां जटिलताओं वाले व्यक्तियों को तथा आपातकालीन देखभाल चाहने वाले व्यक्तियों को रेफर किया जा सकता है। वे, आपातकालीन परिवहन व्यवस्था के निधियन और बालिका समृद्धि योजना और मातृ लाभ स्कीम के तहत निधियों के संवितरण का मानीटरन करेंगे। ग्राम स्तर पर जन्म, मृत्यु, विवाह तथा गर्भ धारण का 100 प्रतिशत पंजीकरण सुनिश्चित करने के लिए पी आर आई की सक्रिय भूमिका और पर्यवेक्षण भी महत्वपूर्ण है।

अन्तर- क्षेत्रकीय समन्वय

2.10.136 परिवार कल्याण कार्यक्रम का कवरेज बढ़ाने और कार्यान्वयन सुधारने के लिए अन्तर-क्षेत्रकीय समन्वय, विशेष रूप से स्वास्थ्य विभाग, आई एस एम एण्ड एच विभाग, महिला और बाल विकास, मानव संसाधन विकास, ग्राम विकास, शहरी विकास, श्रम, रेलवे, उद्योग और कृषि विभागों के बीच समन्वय महत्वपूर्ण है। ऐसे कुछेक क्षेत्र जिनमें दसवीं योजना के दौरान क्षेत्रकीय समन्वय की परिकल्पना की गई है, निम्नलिखित हैं :

- स्वास्थ्य के विस्तार कार्यकर्ताओं को प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित आई ई सी संदेश उन लोगों के बीच प्रचारित करने में शामिल करना जिनके साथ वे कार्य करते हैं,

- बालिकाओं और महिलाओं का स्तर सुधारने, महिला साक्षरता और रोजगार में सुधार करने, विवाह की आयु में वृद्धि करने, ग्रामीण क्षेत्रों में और अधिक आय सृजित करने, महिलाओं और बच्चों की पोषण स्थिति सुधारने के लिए प्रयास;
- उपलब्ध सेवाओं का ईष्टतम उपयोग प्राप्त करने के लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, टी बी ए, महिला स्वास्थ्य संघ, कृषि विज्ञान केन्द्र स्वयंसेवक तथा स्कूल अध्यापक जैसे ग्राम- स्तर कार्यकर्ताओं के बीच समन्वय।

2.10.137 शिक्षा विभाग के साथ सेवाओं के अभिसरण के सुझाए गए क्षेत्रों में निम्नलिखित सम्मिलित हैं:

- स्वास्थ्य, पोषाहार और जनसंख्या से संबंधित शैक्षिक सामग्री को औपचारिक और अनौपचारिक शिक्षा की पाठ्यचर्या में सम्मिलित करना;
- आर सी एच कार्यक्रम से संबंधित आई ई सी कार्यक्रमों में सभी जिला साक्षरता समितियों को शामिल करना;
- सामाजिक रूप से उपयोगी उत्पादक कार्य के एक भाग के रूप में महीने में कम से कम एक बार गांव में विकास मानीटरन, प्रतिरक्षण तथा सम्बद्ध कार्यक्रमों में कक्षा 5 और उससे उच्चतर कक्षा के बच्चों और स्कूली अध्यापकों को शामिल करना।

2.10.138 महिला और बाल विकास विभाग के साथ सेवाओं के अभिसरण में निम्नलिखित शामिल है;

- जन्म और मृत्यु के संकलन तथा गर्भवती महिलाओं के विनिर्धारण में आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं को शामिल करना;
- प्रसव के बाद शीघ्र बच्चों का वजन तोलने में आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं को शामिल करना तथा 2.2 कि. ग्राम से कम वजन वाले नवजात बच्चों को उन केन्द्रों में भेजना जहां बाल चिकित्सक उपलब्ध हैं;
- बच्चों के 18 मास, 24 मास, 30 मास और 36 मास की आयु के होने पर बड़ी खुराक विटामिन 'ए' का कवरेज सुधारने में तथा आयरन-फोलिक एसिड औषधि के तहत गर्भवती महिलाओं के बीच अनुपालक सुधारने के वास्ते आंगनवाड़ी कार्यकर्ता की सेवाओं का उपयोग;

- अल्प पोषित गर्भवती और दुग्धपान कराने वाली महिलाओं और स्कूल-पूर्व बच्चों का यह सुनिश्चित करने के लिए विनिर्धारण कि उन्हें आई सी डी एस के तहत खाद्य पूरक कार्यक्रमों में उच्च प्राथमिकता प्राप्त हो तथा ए एन एम व डाक्टरों से उपयुक्त स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त हो;
- पी आर आई और कृषि विस्तार कार्यकर्ताओं के समन्वय से हरी पत्ती वाली सब्जियाँ, जड़ी-बूटी और मसाले पर्याप्त मात्रा में उगाने को प्रोत्साहित करना तथा यह सुनिश्चित करना कि इनकी आपूर्ति आंगनवाड़ियों को नियमित रूप से हो ताकि खाद्य पूरकों के सूक्ष्म पोषक तत्वों में सुधार हो सके।

2.10.139 आंगनवाड़ी में प्रतिरक्षण तथा महिलाओं और बच्चों की स्वास्थ्य जांच आयोजित करने में आंगनवाड़ी कार्यकर्ता ए एन एम की सहायता कर सकती है। वह, आयरन तथा फोलिक एसिड गोलियों, ओ आर एस, गर्भ निरोधकों और त्याज्य प्रसव किट के संबंध में एक डिपोधारी के रूप में कार्य करेगी। उसे एक सूची उपलब्ध कराई जाएगी जिसमें उस नजदीकी सुविधा का उल्लेख होगा जहां महिलाओं और बच्चों को रेफर किया जा सकता है जिससे कि वह आपातकालीन रेफरल की व्यवस्था करने में मदद कर सके। स्वास्थ्य विभाग, परिवार कल्याण विभाग तथा आई एस एम एण्ड एच विभाग के साथ अन्तर क्षेत्रकीय समन्वय पर संबंधित अध्यायों के अंतर्गत तथा पोषाहार स्थिति सुधारने के लिए महिला तथा बाल विकास विभाग के साथ समन्वय के बारे में खाद्य और पोषण सुरक्षा के अध्याय में चर्चा की गई है।

अनुसंधान और विकास

2.10.140 गर्भधारण और मातृ तथा बाल स्वास्थ्य में बुनियादी, नैदानिक और परिचालनात्मक अनुसंधान के वित्त पोषण हेतु आई सी एम आर एक नोडल एजेन्सी है इसके अलावा, वैज्ञानिक तथा औद्योगिक अनुसंधान परिषद (सी एस आई आर), दिल्ली, जैव-प्रौद्योगिकी विभाग (डी बी टी) तथा विज्ञान और प्रौद्योगिकी विभाग (डी एस टी), परिवार कल्याण कार्यक्रम से संबंधित अनुसंधान के लिए धन देते हैं। परिवार कल्याण विभाग के सचिव की अध्यक्षता में गठित मानव प्रजनन में अनुसंधान हेतु राष्ट्रीय समिति अनुसंधान के प्राथमिकतापूर्ण क्षेत्रों को तय करने और यह सुनिश्चित करने में सहायता करती है कि अनुसंधान कार्यक्रमों में कोई अनावश्यक दोहराव न हो। इस क्षेत्र

में अनुसंधान कार्य करने वाले प्रमुख संस्थानों में कुछेक निम्नलिखित संस्थान शामिल हैं: नेशनल इंस्टिट्यूट फार रिसर्च इन रीप्रोडक्टिव हैल्थ, मुम्बई; दि नेशनल इंस्टिट्यूट आफ न्यूट्रीशन, हैदराबाद, दि नेशनल इंस्टिट्यूट आफ हैल्थ एण्ड फैमिली वेलफेयर, नई दिल्ली और सेन्ट्रल ड्रग रीसर्च इंस्टिट्यूट, लखनऊ। आई सी एम आर, मेडिकल कालेजों में मानवीय प्रजनन अनुसंधान केन्द्र (एच आर आर सी) के नेटवर्क के माध्यम से नैदानिक तथा परिचालनात्मक अनुसंधान अध्ययन आयोजित करता है। इन्टरनेशनल इंस्टिट्यूट आफ पापुलेशन स्टडीज, मुम्बई, तथा 18 पापुलेशन रीसर्च सेन्ट्रों का एक नेटवर्क, परिवार कल्याण कार्यक्रम के विभिन्न पहलुओं के संबंध में अध्ययन और जनांकिकीय सर्वेक्षण आयोजित करता है।

2.10.141 आर सी एच कार्यक्रम के अंतर्गत, परिवार कल्याण विभाग ने, निधियन के लिए आवश्यक प्रस्तावों की जांच और सिफारिश करने के लिए, आधुनिक चिकित्सा पद्धति तथा आई एस एम एण्ड एच के तहत प्रजनन स्वास्थ्य और गर्भधारणों में अनुसंधान के लिए एक विशेषज्ञ समिति गठित की है। इसके अतिरिक्त, विभाग, कार्यक्रम में प्रयुक्त किए जाने वाले उत्पादों के परीक्षण तथा उनकी गुणवत्ता सुनिश्चित करने के वास्ते एक उपयुक्त, संस्थात्मक क्रियाविधि तैयार करने व उसके समर्थन के लिए प्रयास कर रहा है।

2.10.142 दसवीं योजना के दौरान अनुसंधान के प्राथमिकतापूर्ण क्षेत्र -:

बुनियादी तथा नैदानिक अनुसंधान

- आधुनिक चिकित्सा पद्धति में गर्भधारण औषधियों और साधनों के संबंध में नई प्रौद्योगिकी का विकास, जिसमें उर्वरता विनियमन हेतु प्रतिरक्षण संबंधी पद्धतियां शामिल हैं;
- आई एस एम एण्ड एच उत्पादों की सुरक्षा और कार्यक्षमता की जांच करना;
- आनुवांशिक उत्पादों का विनिर्धारण और करेकटराइजेशन तथा महिलाओं व बच्चों के स्वास्थ्य और प्रजनन में उनकी कार्यात्मक भूमिका पर गौर करना;
- गर्भनिरोध स्टीरायडों के संबंध में नई औषधि वितरण पद्धति का विकास और परीक्षण;
- नीम तेल और सपोनिनों व अन्य पादप-आधारित पदार्थों जैसे पादप उत्पादों के आधार पर नई

वासो-रोधी विधियों, स्पर्मसाइडों के संबंध में सुरक्षा व कार्यक्षमता अध्ययन;

- आपात गर्भनिरोध तथा एम टी पी की गैर-सर्जिकल विधियों के उपयोग के संबंध में क्लिनिकल अध्ययन;
- आर टी आई/ एस टी आई का निदान और प्रबंधन;
- प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्तर पर नवजात देखभाल सुधारने के लिए नूतन विधियां जिनमें नवजात बच्चों में पूतिता, एस्फीक्सिसा और हाइपोथेरमिया का निदान और प्रबंधन शामिल है;
- बच्चों में संक्रमण के निवारण, पता लगाने तथा प्रबंधन के संबंध में अध्ययन;
- प्रासंगिक समस्याओं का शीघ्र पता लगाना और प्रबंधन;

जनांकिकीय/ प्रचालनात्मक अनुसंधान

- चालू जनांकिकीय परिवर्तन और उसके परिणाम;
- वास्तविक कार्यक्रम स्थितियों में गर्भ निरोधकों की सततता दरें और कारगरता;
- विद्यमान अवस्थापना और जनशक्ति के माध्यम से ग्राम स्तर पर स्वास्थ्य, पोषाहार तथा परिवार कल्याण सेवाएं एकीकृत रूप से प्रदान करने के लिए प्रचालनात्मक अनुसंधान;
- जनांकिकीय परिवर्तन के विभिन्न स्तरों पर राज्यों में दम्पति संरक्षण दर तथा सी बी आर के बीच और आई एम आर में कमी तथा जन्म दर में कमी के बीच संबंध का परीक्षण;
- सुरक्षित गर्भपात सेवा की सुलभता में सुधार;
- स्वास्थ्य देखभाल के विभिन्न स्तरों में आर टी आई/ एस टी आई का पता लगाने, निवारण और प्रबंधन के उद्देश्य से अनुसंधान;
- परिवार कल्याण सेवाओं की अधिक उपयोगिता में सामुदायिक भागीदारी सुधारने के लिए सामाजिक-व्यवहारपरक अनुसंधान;

मानीटरिंग और मूल्यांकन

2.10.143 कार्यक्रम के मानीटरन हेतु गुणवत्ता, कवरेज और प्रभाव संकेतकों के संबंध में जिला-स्तर डाटाबेस सृजित करने के बारे में जनसंख्या संबंधी रा. वि. प. उप-समिति की सिफारिश को नौवीं योजना अवधि के दौरान कार्यान्वित किया गया। परिवार कल्याण कार्यक्रम में कार्यक्रमों के

मानीटरन तथा मूल्यांकन के लिए निम्नलिखित पद्धतियां प्रयोग में लाई जा रही हैं :

- राज्य तथा कार्यान्वयन एजेन्सियों से रिपोर्टें;
- नमूना पंजीकरण पद्धति और जनगणना;
- तीव्र परिवार सर्वेक्षण;
- बड़े पैमाने पर सर्वेक्षण — एन एफ एच एस, एन एस एस ओ द्वारा नमूना सर्वेक्षण और जनसंख्या अनुसंधान केन्द्रों द्वारा क्षेत्र-विशिष्ट सर्वेक्षण;
- राष्ट्रीय तथा अंतर्राष्ट्रीय एजेन्सियों द्वारा अन्य विनिर्दिष्ट सर्वेक्षण ।

2.10.144 परिवार कल्याण विभाग ने क्षेत्रीय मूल्यांकन दल गठित किए हैं जो विभिन्न गर्भ निरोधकों की स्वीकार्यता के संबंध में डाटा का नियमित सत्यापन आयोजित करते हैं तथा उन्हें वैध करते हैं। इन मूल्यांकन दलों का उपयोग, असफलता दरों, सततता दरों, और विभिन्न परिवार नियोजन पद्धतियों से जुड़ी जटिलताओं के संबंध में महत्वपूर्ण डाटा प्राप्त करने के लिए किया जा सकता है। कार्यक्रम उपायों की प्रगति और साथ ही इसके प्रभाव के संबंध में आर एच एस डाटा का उपयोग जिला-विशिष्ट समस्याओं का पता लगाने और उन्हें दूर करने के लिए किया जा रहा है। विभिन्न स्वास्थ्य संस्थानों में सुविधाओं की उपलब्धता और उपयोग का मूल्यांकन करने के लिए 1998-99 के दौरान 101 जिलों में सुविधा सर्वेक्षण आयोजित किए गए थे और पाई गई कमियों को संबंधित राज्यों और जिलों को सूचित किया गया है। आर सी एच कार्यक्रम के अन्तर्गत प्रक्रिया और कोटि संकेतकों के मानीटरन के लिए प्रारूप तैयार किया गया है और सभी राज्यों को भेजा गया है। इन पर दसवीं योजना के दौरान अमल किया जा सकता है और सशुद्ध सूचना का उपयोग मध्यावधि सुधारों के लिए किया जा सकता है।

2.10.145 1990 के दशक के दौरान किए गए पर्याप्त निवेशों के फलस्वरूप समवर्ती मूल्यांकन प्रभाव की जरूरत के बारे में जागरूकता बढ़ी है। दसवीं योजना के दौरान, सी आर एस और जिला सर्वेक्षणों के रूप में जिला स्तर पर मूल्यांकन की एक संघारणीय पद्धति लागू करके लाभ को समेकित करने के प्रयास किए जाएंगे। उपयुक्त अन्तर-क्षेत्रीय समन्वय के जरिए प्रयासों के दोहरेपन को कम करने के लिए भी प्रयास किए जाएंगे।

परिवार कल्याण संरचना का पुनर्गठन

2.10.146 जब 1970 के प्रारंभ में परिवार कल्याण कार्यक्रम

प्रारंभ किया गया था उस समय मातृ और बाल स्वास्थ्य तथा परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करने के लिए संरचना प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्तर पर अपर्याप्त और द्वितीयक तथा तृतीयक देखभाल स्तरों पर उप-ईष्टतम थी। स्थिति में तेजी से सुधार करने के उद्देश्य से परिवार कल्याण विभाग ने प्रसवोत्तर केन्द्रों, शहरी परिवार कल्याण केन्द्रों/ स्वास्थ्य केन्द्रों का सृजन और वित्त पोषण किया और उस समय विद्यमान पी एच सी (ब्लाक स्तर पी एच सी) में अतिरिक्त स्टाफ उपलब्ध कराया गया। इसके अतिरिक्त, परिवार कल्याण कार्यक्रम की शुरुआत के बाद सृजित उप-केन्द्रों में ए एन एम के लिए भी विभाग द्वारा निधियां प्रदान की गईं। परिवार कल्याण विभाग ने कार्यक्रमों के कार्यान्वयन तथा कार्मिकों के पूर्व सेवाकालीन प्रशिक्षण हेतु प्रशिक्षण संस्थान स्थापित करने के लिए राज्य और जिला स्तर संरचना का भी सृजन किया। इन सभी कार्यकलापों का वित्त पोषण योजना निधियों के माध्यम से किया जा रहा है।

2.10.147 विगत तीन दशकों के दौरान, सरकार द्वारा स्वास्थ्य देखभाल संरचना का काफी विस्तार और सुदृढीकरण किया गया है। परिवार कल्याण सेवाएं अब प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक संस्थानों द्वारा प्रदत्त सेवाओं का एक अभिन्न अंग बन गई हैं। ग्राम परिवार कल्याण केन्द्रों और प्रसवोत्तर केन्द्रों की स्कीम के तहत परिवार कल्याण विभाग द्वारा वित्त पोषित स्टाफ अब राज्य स्वास्थ्य सेवा कार्मिक है जो संरचना के भाग के रूप में कार्य करता है। इसे देखते हुए नौवीं योजना में सिफारिश की गई कि उनकी निधियन का काम राज्य स्वास्थ्य विभाग द्वारा ले लिया जाए। राज्य, 1 अप्रैल 2002 से प्रसवोत्तर केन्द्रों और ग्राम परिवार कल्याण केन्द्रों के निधियन कर्मचारियों की जिम्मेदारी संभाल लेंगे।

2.10.148 चूंकि कार्यक्रम की सुलभता बढ़ाने के लिए ए एन एम महत्वपूर्ण है इसलिए यह सुनिश्चित करने के लिए उपाय किए जाएं कि वे उपलब्ध रहें तथा उन्हें सौंपे गए कार्यों का निष्पादन करें। ए एन एम के संबंध में एक प्रमुख समस्या यह है कि यद्यपि परिवार कल्याण विभाग ने 97,000 से अधिक पदों का वित्त पोषण किया किन्तु लगभग 40,000 पदों का वित्त राज्य ने (योजनेतर से) किया। नौवीं योजना में सिफारिश की गई कि वित्त पोषण की इस विसंगति को दूर किया जाना चाहिए और 1991 की जनगणना के संबंध में मानदण्डों के अनुसार सभी ए एन एम का वित्त पोषण परिवार कल्याण विभाग द्वारा किया जाना चाहिए। इसे 1 अप्रैल 2002 से अपनाया गया है। उम्मीद है कि इससे यह सुनिश्चित होगा कि वे अपने कामकाज को चुस्त बनाते हुए अपेक्षित संख्या में ए एन एम की नियुक्ति करें तथा मातृ व बाल स्वास्थ्य देखभाल की कवरेज, मात्रा तथा कोटि में सुधार करें ।

शून्य आधारित बजट पद्धति

2.10.149 विगत में, परिवार कल्याण कार्यक्रम को एक अकेली केन्द्र प्रायोजित स्कीम समझा जाता था। परिणामस्वरूप, वित्त पोषण के शीर्ष कार्यात्मक थे, यथा कार्मिक, सेवाएं, आपूर्ति, परिवहन, क्षेत्र विकास आदि। सभी चालू कार्यक्रम मातृ और बाल स्वास्थ्य तथा प्रतिरक्षण सहित, इन कार्यात्मक शीर्षों के निविष्टि प्राप्त करते थे। नौवीं योजना में, आर सी एच, पल्सपोलियो प्रतिरक्षण और सामान्य प्रतिरक्षण जैसी बड़ी परियोजनाओं को बड़े परिव्ययों के साथ स्कीमों के रूप में शामिल कर लिया गया। योजना आयोग तथा परिवार कल्याण विभाग ने स्कीमों को युक्तिसंगत बनाने के लिए उपाय किए।

एक संशोधित स्कीम-वार सूची तैयार की गई जिसके अन्तर्गत संरचना को सुदृढ़ करने के लिए स्कीमों, क्षेत्र विकास परियोजना, प्रशिक्षण, अनुसंधान, गर्भनिरोध, प्रतिरक्षण, मातृ स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य और पोषाहार कार्यकलापों से जुड़े कार्यक्रम को विशिष्ट स्कीमों के रूप में विनिर्धानित किया गया। इसके पश्चात शून्य आधारित बजट पद्धति का प्रयास किया गया और स्कीमों के अभिसरण, छटनी करने तथा राज्यों को अन्तरित करने के लिए विनिर्धारित किया गया। शून्य आधारित बजटीय कार्य का सार तालिका 2.10.11 में दिखाया गया है। नौवीं योजना के दौरान स्कीम-वार परिव्यय और प्रत्याशित व्यय संलग्नक 2.10.2 में दिया गया है।

तालिका 2.10.11

शून्य आधारित बजट पद्धति 2001

श्रेणी	स्कीमों की संख्या	नौवीं योजना के लिए परिव्यय (करोड़ रुपये)	नौवीं योजना के दौरान प्रत्याशित व्यय (करोड़ रुपये)
राज्यों को अन्तरित की जाने वाली स्कीमें मिलाई जाने वाली तथा बनाए रखी जाने वाली स्कीमें	3	2,080.00	2,198.00
छटनी की जाने वाली स्कीमें बनाए रखी जाने वाली स्कीमें	11/40	7,640.20	7,398.39
जोड़	8	185.85	31.25
दसवीं योजना के दौरान जारी रखी जाने वाली स्कीमों की कुल संख्या	43	5,213.95	4,961.33
	94	15,120.00	14,588.97
	54	12,854.15	12,359.72

नौवीं योजना के संबंध में वर्ष वार परिव्यय, सं. अ. तथा वास्तविक खर्च तालिका 2.10.12 में दर्शाया गया है।

तालिका 2.10.12

नौवीं योजना के दौरान परिव्यय, संशोधित अनुमान तथा व्यय

वर्ष	बजट अनुमान	संशोधित अनुमान	वास्तविक व्यय
1997-98	1829.35	1829.35	1822.00
1998-99	2489.35	2253.00	2342.75
1999-2000	2920.00	3120.00	3099.76
2000-01	3520.00	3200.00	3090.11
2001-02	4210.00	3700.00	3596.63
जोड़	14968.70	14102.35	13951.25

भावी मार्ग तथा निर्धारित लक्ष्य

2.10.150 उर्वरता, मृत्यु तथा जनसंख्या वृद्धि दर कम करना दसवीं योजना के प्रमुख उद्देश्य हैं। इन्हें, महिलाओं और बच्चों की स्वास्थ्य देखभाल के संबंध में अनुभव की गई सभी जरूरतों को पूरा करके प्राप्त किया जाएगा। प्रमुख रूप से, निम्नलिखितों के जरिए महिलाओं और बच्चों की स्वास्थ्य देखभाल जरूरतों को पूरा करने के लिए सेवाओं की उपलब्धता सुधारने पर बल दिया जाएगा:

- आयोजना, कार्यान्वयन तथा निष्पादन के मानीटरन तथा प्रभावी मध्यावधि सुधार करने के लिए एक विकेन्द्रीकृत क्षेत्र-विशिष्ट दृष्टिकोण;
- सभी राज्यों/जिलों में निष्पादन में वृद्धिकारी सुधार प्राप्त करने के लिए विभेदक नीति;
- ऊँची मृत्यु और/या उर्वरता दरों वाले राज्यों/जिलों में सेवाओं तक पहुँच और उपयोगिता सुधारने के लिए विशेष प्रयास;
- प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल अवस्थापना के उपयुक्त पुनर्गठन और पुनर्संरचना के जरिए विद्यमान अवस्थापना में प्रमुख कमियों को, विशेष रूप से सी एच सी में कमियों को पूरा करना;
- यह सुनिश्चित करना कि सी एच सी में पद रिक्त न रहें; दक्षताओं में सुधार और अन्य प्रमुख कमियों को पूरा करने के लिए विद्यमान जनशक्ति की पुनः तैनाती;
- शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पद्धति के कामकाज को चुस्त बनाना; प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक देखभाल स्तर पर अच्छी कोटि की एकीकृत आर सी एच सेवाएं प्रदान करना तथा रेफरल सेवाओं में सुधार करना;
- अनिवार्य औषधियों, निदान संबंधी उपस्कर और टीकों की पर्याप्त सप्लाय करना; सप्लाय के संभार-तंत्र में सुधार;
- कवरेज सुधारने के लिए सरकार, निजी तथा स्वैच्छिक क्षेत्रों द्वारा सेवाएं प्रदान करने के लिए सुसमन्वित कार्यकलाप;

- स्थानीय स्तर पर कार्यक्रम के आयोजन, मानीटरन तथा मध्यावधि सुधार में पी आर आई को शामिल करना;
- आर सी एच सेवाओं की सुलभता में सुधार करने के लिये उद्योग के संगठित और असंगठित क्षेत्रों, कृषि श्रमिकों और श्रमिक प्रतिनिधियों को शामिल करना;
- ओ आर टी तथा गर्भ निरोधकों जैसे सादे ओवर दि काउन्टर (ओ टी सी) उत्पादों की सुलभता सुधारने के लिए सामाजिक विपणन का प्रभावी उपयोग;
- प्रभावी आई ई सी तथा प्रोत्साहन कार्यक्रम; और
- प्रभावी अन्तर क्षेत्रकीय समन्वय।

2.10.151 दसवीं योजना में आई एम आर में 2007 तक 45/1000 तक और 2012 तक 28/1000 तक कमी करने, एम एम आर में 2007 तक 2/1000 जीवित जन्म और 2012 तक 1/1000 जीवित जन्म तक कमी करने और 2001-2011 के बीच जनसंख्या की दशकीय वृद्धि दर में 16.2 तक कमी करने की परिकल्पना की गई है। मृत्यु दर और उर्वरता दर में परिकल्पित तेज गिरावट विद्यमान अवस्थापना और जनशक्ति के अन्दर व्यवहार्य है जैसा कि बहुत से राज्यों/ जिलों में देखा गया है। यह आवश्यक है कि निर्धारित लक्ष्यों को समय सीमा के अन्दर प्राप्त कर लिया जाए क्योंकि जीवन की कोटि सुधारने तथा मानक विकास के लिए ये अनिवार्य पूर्वापेक्षाएं हैं स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता और उपयोग और आबादी के स्वास्थ्य सूचकों में विशाल अन्तरों को देखते हुए एक विभेदक नीति की परिकल्पना की गई है जिससे कि सभी जिलों में वृद्धिकारी सुधार हो। बदले में इससे राज्य तथा राष्ट्रीय सूचकों में पर्याप्त सुधार होने की उम्मीद है तथा देश दसवीं योजना के लिए निर्धारित लक्ष्यों को प्राप्त करने में समर्थ होगा। संलग्नक 2.10.1 में प्रक्रिया की वर्तमान स्थिति (जैसा कि एन एफ एच एस 2 और एस आर एस से पता चलता है) और प्रभाव संकेतकों की जानकारी राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 1983 (2000 के लिए), नौवीं योजना (2002 के लिए), दसवीं योजना तथा राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 (2010 के लिए) में इनके संबंध में निर्धारित लक्ष्य दर्शाए गए हैं। राज्यवार लक्ष्य संलग्नक 2.10.3 में दर्शाए गए हैं।

संकेतक	वर्तमान स्थिति	लक्ष्य			
		एन एच पी-1983	नौवीं योजना	दसवीं योजना	एन पी पी 2000
लक्ष्य वर्ष		2000	2002	2007	2010
अशोधित जन्म दर	25.8 एसआरएस (2000)	21	24	21	21
कुल उर्वरता दर	2.85*	2.3	2.9	2.3	2.1
युगल संरक्षण दर (प्रतिशत)	46.2	60	51	65	सभी मांगों की पूर्ति
	स्वास्थ्य परिवार कल्याण विभाग (2000)				
मातृ मृत्यु अनुपात	540*	200 से नीचे	300	200	100 से नीचे
प्रसव-सम्बन्धी मृत्यु दर	-	30-35	-		
नवजात मृत्यु दर	43.4*	-	35	26	-
शिशु मृत्यु दर	68 एसआरएस (2000)	60 से कम	56	45	30 से कम
पांच से कम मृत्यु दर	94.9*	-	-	-	-
शिशुओं का पूर्ण प्रति रक्षण					
छ: टीका निवारणीय रोग से प्रतिशत	42*	85	65	100	100
- खसरा	51*				
- डी पी टी	55*				
- पोलियो	63*				
- बी सी जी	72*				
प्रसव-पूर्व देखभाल प्राप्त करने वाली गर्भवती माताएं					
-प्रसव-पूर्व कम से कम तीन जांच प्राप्त करने वालों का प्रतिशत	43.8*	100	90	90	100
-3 अथवा 4 मास के लिए आई एफ ए प्राप्त प्रतिशत	47.5*	-	-	100	90
-टी टी की दो खुराक प्राप्त करने वालों का प्रतिशत	66.8*		95	100	100
प्रसव (प्रतिशत)					
संस्थागत प्रसव (प्रतिशत)	33.6*	-	35	80	80
प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्मिकों और प्रशिक्षित जन्म परिचरों द्वारा (प्रतिशत) प्रसव	42.3 प्रतिशत*	100	45	-	100
निम्न जन्म-भार बच्चों की विद्यमानता (प्रतिशत)	30 (अनुमानित)	10	-	-	-

*स्रोत: एनएफएसएच-2

परिवार कल्याण विभाग के लिए परिव्यय

(करोड़ रुपये)

IX योजना	X योजना	स्कीम का नाम	नौवीं योजना			अनुमोदित परिव्यय	
			अनुमोदित परिव्यय	वार्षिक परिव्यय का जोड़	प्रत्याशित खर्च	दसवीं योजना	वार्षिक योजना 2002-03
	क	अवस्थापना अनुरक्षण	6231.90	6654.85	7506.17	12645.64	2303.00
1		ग्रामीण परिवार कल्याण केन्द्र	1500.00	1600.00	1600.36		
2	1	उप-केन्द्र	2200.00	2346.00	2344.60	9663.00	1809.00
3	2	शहरी प. क. सेवाएं	250.00	307.00	305.69	580.00	122.00
4	3	निदेशन और प्रशासन	671.90	541.00	465.25	1100.00	200.00
5	-	प्रसवोत्तर केन्द्र	530.00	560.00	557.94		
6	-	ग्राम स्वास्थ्य गाइड स्कीम	50.00	40.00	39.70		
7	4	संभार तंत्र सुधार	80.00	51.85	4.84	90.00	10.00
	5	ठेके पर सेवाएं/ परामर्श सेवाएं	आर सी एच में शामिल		आर सी एच में शामिल	1212.64	162.00
8	-	ए एन एम (उप-केन्द्रों का भाग)					
9	-	अतिरिक्त ए एन एम/ पी एच एन/ प्रयोगशाला तकनीशियन					
10	-	एस एम परामर्शदाता					
11	-	एनेस्थेसिस्ट					
12	-	अन्य व्यय (राज्य/राष्ट्रीय स्तर परामर्शदाता/आकस्मिकता)					
13		बकाया	950.00	1209.00	2187.79	-	-
	ख	अवस्थापना विकास	1050.00	1202.35	915.76	2412.00	364.20
14	6	क्षेत्र परियोजनाएं (आई पी पी परियोजनाएं)	800.00	820.00	637.79	987.00	74.80
15	7	सामाजिक विपणन क्षेत्र परियोजनाएं	-	82.35	6.42	25.00	10.00
16	8	यूसेड सहायित विस्थापना विकास परियोजनाएं	250.00	300.00	271.55	400.00	59.40
17	9	अन्य विदेशी सहायित अवस्थापना विकास परियोजनाएं					
18	10	ई सी सहायित एस आई पी परियोजनाएं	आर सी एच में शामिल		आर सी एच में शामिल	1000.00	220.00
	ग	परिवहन	150.00	250.50	250.65	378.00	113.00
19	11	पहले से उपलब्ध वाहनों का अनुरक्षण	150.00	-	250.65	303.00	98.00
20	12	ए एन एम को मोपेडों की सप्लाई	-	-	-	75.00	15.00
	घ	प्रशिक्षण	257.35	301.28	289.29	521.00	99.60
21	13	ए एन एम/ एल एच वी के लिए बुनियादी प्रशिक्षण	150.00	181.40	182.07	350.00	67.00
22	14	एच एफ डब्ल्यू टी सी का अनुरक्षण और सुदृढीकरण	40.00	48.06	46.94	70.00	14.00
23	15	एम. पी डब्ल्यू कार्यकर्ता (पुरुष) के लिए बुनियादी प्रशिक्षण	35.00	37.90	35.76	50.00	10.00
24	16	बुनियादी प्रशिक्षण स्कूलों का सुदृढीकरण	-	-	-	10.00	2.00
25	17	प. क. प्रशिक्षण और अनु. केन्द्र, बम्बई	5.00	5.00	2.53	10.00	1.50
26	18	एन आई एच एफ डब्ल्यू, नई दिल्ली	21.00	21.35	14.52	20.00	3.15

X योजना	X योजना	स्कीम का नाम	नौवीं योजना			अनुमोदित परिव्यय	
			अनुमोदित परिव्यय	वार्षिक परिव्यय का जोड़	प्रत्याशित खर्च	दसवीं योजना	वार्षिक योजना 2002-03
27	19	आई आई पी एस, मुम्बई	5.70	6.90	6.83	10.00	1.70
28	20	आई एम ए के लिए सहायता	0.65	0.67	0.64	1.00	0.25
		ड. अनुसंधान	96.00	107.00	96.58	159.50	30.30
29	21	जनसंख्या अनुसंधान केन्द्र	35.00	33.00	22.47	45.00	8.00
30	22	सी डी आर आई, लखनऊ	8.00	8.00	8.00	12.00	2.30
31	23	आई सी एम आर और आई आर आर	53.00	66.00	66.11	100.00	20.00
32	24	अन्य अनुसंधान परियोजनाएं	-	-	-	2.50	0.00
		च गर्भ निरोध	1541.50	1578.70	1458.35	2727.50	483.50
	25	गर्भ निरोधकों का मुफ्त वितरण	460.00	491.30	436.83	1045.00	184.00
33	-	पारम्परिक गर्भ निरोधक	265.00	310.00	286.20	800.00	-
34	-	मुख्य गर्भ निरोधक	80.00	78.40	65.66	130.00	-
35	-	आई यू डी	115.00	102.90	84.97	115.00	-
36	-	नई विधियां	-	-	-	-	-
	26	गर्भ निरोधकों का सामाजिक विपणन	400.00	428.70	407.40	660.00	115.00
37	-	पारंपरिक गर्भ निरोधक	-	360.85	339.04	550.00	-
38	-	मुख्य गर्भ निरोधक	-	67.85	68.36	110.00	-
	27	बंधीकरण	680.20	653.80	610.26	1002.00	180.50
39		बंधीकरण बिस्तर	8.60	8.60	8.79	12.00	-
40		बंधीकरण और आई यू डी लगाना	600.00	575.00	534.22	900.00	-
41		लेपरास्कोप्स की सप्लाई/ प्राप्ति	70.00	68.00	66.75	90.00	-
42		पुनः पुरानी स्थिति (रीकेनेलाइजेशन)	1.60	2.20	0.50	-	-
43	28	परीक्षण सुविधाएं	1.30	1.90	1.24	2.50	0.50
	29	नियोजित परिवार में पुरुषों की भूमिका	आर सी एच में शामिल	3.00	2.62	18.00	3.50
44		नो स्कालेपल वेस्कटामी	-	3.00	2.62	8.00	-
45		अन्य न्यून स्कीम (पुरुष भागीदारी)	-	-	-	10.00	-
	छ	प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य	5150.00	4423.30	3753.49	6333.86	1174.20
	30	प्रतिरक्षण	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	1410.00	226.00
46		सामान्य प्रतिरक्षण के वास्ते टीकों की प्राप्ति	-	-	-	850.00	-
47		कोल्ड चैन	-	-	-	35.00	-
		(क) कोल्ड चैन अनुरक्षण	-	-	-	200.00	-
		(ख) कोल्ड चैन उपस्कर	-	-	-	-	-
48		वी पी डी के विरुद्ध निगरानी	-	-	-	-	-
49		अन्य टीके (हैपाटिटिस बी)	-	-	-	325.00	-
50	31	सामान्य प्रतिरक्षण सुदृढीकरण	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	17.86	10.00
51	32	पल्स पोलियो	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	1450.00	400.00
		(क) ओ पी वी	-	-	-	870.00	240.00
		(ख) आपरेंटिंग लागत	-	-	-	580.00	160.00
	33	बाल स्वास्थ्य	-	-	-	20.00	1.00
52	-	अनिवार्य नवजात देखाभाल (गृह आधारित नवजात देखाभाल)	आर सी एच में शामिल	-	आर सी एच में शामिल	20.00	-
53	-	अतिसार रोग-निवारण/ उपचार	-	-	-	-	-

IX योजना	X योजना	स्कीम का नाम	नौवीं योजना			अनुमोदित परिव्यय	
			अनुमोदित परिव्यय	वार्षिक परिव्यय का जोड़	प्रत्याशित खर्च	दसवीं योजना	वार्षिक योजना 2002-03
54	-	ए आर आई - निवारण/ उपचार					
	34	पोषाहार पोषण	आर सी एच में शामिल		आर सी एच में शामिल		
55		विटामिन ए कार्यक्रम	-		-		
56	35	किशोर स्वास्थ्य	आर सी एच में शामिल		आर सी एच में शामिल	50.00	3.00
	36	मातृ स्वास्थ्य	आर सी एच में शामिल		आर सी एच में शामिल	1384.00	254.00
57		प्रसव-पूर्व देखभाल					
58		पोषाहार रक्ताल्पता (एनेमिया नियंत्रण डी-वर्मिंग)				30.00	-
59		गृह प्रसव देखभाल					
		(क) सामुदायिक आधारित मिडवाइफ				30.00	
		(ख) दाई प्रशिक्षण				40.00	
60		दाई किट (औषधि, किट तथा उपकरण)					
		(क) औषधि किट/ एफ आर यू औषधि/ पी एच सी औषधियां/ आर सी एच में शामिल			आर सी एच में शामिल		
		आर टी आई औषधियां				704.00	
		(ख) एम टी पी/ आर टी आई/ एस टी आई उपकरण/ किट/ आई यू डी किट				350.00	
		(ग) रक्त भण्डारण हेतु उपकरण और प्रयोगशाला उपकरण				10.00	
		(घ) सुई और सिरेंज				125.00	
		(ङ) निओ-नेटल उपकरण				20.00	
61		संस्थात्मक प्रसव को प्रोत्साहन					
		(क) 24 घंटे प्रसव				25.00	
		(ख) आपात प्रसव तथा एन एन देखभाल हेतु एफ आर यू को कार्यान्वित करना				50.00	
62	37	एम टी पी सेवाएं (सुरक्षित गर्भपात हेतु मैन्युअल वैक. एस्पिरेटर)	आर सी एच में शामिल		आर सी एच में शामिल	4.00	1.20
63	38	आर टी आई/ एस टी आई निवारण और प्रबंधन	आर सी एच में शामिल		आर सी एच में शामिल	35.00	2.00
	39	अन्य आर सी एच उपाय तथा सेवाएं	आर सी एच में शामिल		आर सी एच में शामिल	730.00	122.00
64		रेफरल परिवहन				15.00	-
65		आबादी सेवाएं				130.00	-
66		आर सी एच कैम्प				95.00	-
67		सिविल कार्य				350.00	-
68		अनुसंधान (आर सी एच कार्यकलापों में)				40.00	-
69		एम आई एस				90.00	-
70		मुख्यालय में खर्च				10.00	-

IX योजना	X योजना	स्कीम का नाम	नौवीं योजना			अनुमोदित परिव्यय	
			अनुमोदित परिव्यय	वार्षिक परिव्यय का जोड़	प्रत्याशित खर्च	दसवीं योजना	वार्षिक योजना 2002-03
71	40	एन जी ओ और स्कोवा	आर सी एच में शामिल		आर सी एच में शामिल	130.00	22.00
	4 1	प्र शिक्षाण				328.00	53.00
72		आर सी एच प्रशिक्षण	आर सी एच में शामिल		आर सी एच में शामिल	265.00	
73		आई एस एम और एच का प्रशिक्षण				15.00	
74		ए डब्ल्यू डब्ल्यू का प्रशिक्षण				48.00	
75	42	जनजातीय परियोजनाएं	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल		
76	43	शहरी मलिन बस्ती परियोजनाएं	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	700.00	5.00
77	44	जिला परियोजनाएं	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	75.00	75.00
78	45	आर सी एच के तहत अन्य परियोजनाएं	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल	आर सी एच में शामिल		
	ज	अन्य परिवार कल्याण कार्यक्रम	643.25	450.72	318.68	1900.50	355.90
79	46	मातृ लाभ स्कीम	ग्रामीण विकास				
		मंत्रालय द्वारा भेजी गई	80.00	80.00	500.00	90.00	
80	47	सूचना, शिक्षा और संचार	170.00	184.80	160.91	489.50	84.70
		आर सी एच (गैर)					
		आर सी एच					
81	48	विशेषज्ञों की यात्रा, सम्मेलन, बैठक आदि	16.10	15.35	2.15	7.00	1.50
82	49	अंतर्राष्ट्रीय योगदान	6.30	6.99	6.33	9.00	1.70
83	50	अधिकार प्राप्त कार्रवाई दल	265.00	30.00	30.00	250.00	50.00
84	51	सामुदायिक प्रोत्साहन स्कीम		30.00	5.00	300.00	60.00
85	52	परिवार कल्याण संयोजन स्वास्थ्य बीमा योजना		0.01	0.01	250.00	50.00
86	53	नीति सेमिनार		3.00	3.00	20.00	3.00
87	54	अन्य उपाय		0.03	0.03	75.00	15.00
88	—	राष्ट्रीय मानव विकाय उपाय के अंतर्गत ग्रामीण परिवार कल्याण केन्द्रों को सुदृढ़ करना	उप-केन्द्रों में शामिल (स्कीम 2)	20.00	उप-केन्द्रों में शामिल (स्कीम 2)		
89	—	निदेशन और प्रशासन के अधीन अन्य कार्यालय	28.10	29.60	29.02		
90	—	आई एस एम संस्थान	7.00	5.02	1.39		
91	—	एम सी एच का क्षेत्रीय संस्थान	0.75	0.60	0.31		
92	—	हिन्दुस्तान लेटेक्स लि.	1.90	1.72	0.13		
93	—	परिवार कल्याण परामर्शदाता स्कीम	1.00	1.00	0.00		
94	—	स्कूल स्वास्थ्य स्कीम	147.10	42.60	0.40		
55		दसवीं योजना में अतिरिक्त कार्यकलाप				25.00	0.30
56		अन्य नए उपाय				22.00	6.00
		कुल जोड़	15120.00	14968.70	14588.97	27125.00	4930.00

महिला और बाल

प्रस्तावना

2.11.1 हमारे सभी विकासात्मक प्रयासों का अन्तिम लक्ष्य, मानव विकास के अपनाने के संदर्भ में, देश के विकास की कार्यसूची में महिलाओं के सशक्तिकरण और बाल विकास को प्राथमिकता देना है। महिला और बाल दोनों मिलकर देश की आबादी का 65.6 प्रतिशत हैं और 2001 में इनकी संख्या 673.80 मिलियन (प्रक्षेपित) थी।

I. महिला सशक्तिकरण

2.11.2 वर्ष 2001 की जनगणना के अनुसार महिलाएं, स्वतंत्र लक्ष्य समूह के रूप में 495.74 मिलियन हैं और देश की कुल आबादी का 48.3 प्रतिशत हैं। एक प्रक्रिया के रूप में महिलाओं के सशक्तिकरण के लिए जीवन-चक्र अवधारणा आवश्यक है। अतः योजना बनाने की प्रक्रिया में उनके जीवन की प्रत्येक अवस्था प्राथमिकता के रूप में महत्व रखती है। प्रत्येक अवस्था में विकासात्मक जरूरतों पर निर्भर करते हुए महिला आबादी को 5 भिन्न उप समूहों में श्रेणीबद्ध किया गया है (2001 के लिए यथा प्रक्षेपित आबादी)। इनमें निम्नलिखित शामिल हैं -

- 0-14 वर्ष आयु-समूह की बालिकाओं, जिनकी संख्या 171.50 मिलियन (34.6 प्रतिशत) है, पर उनके लिंग भेद और इस अल्पवयस्क आयु में उनके प्रति भेदभाव के कारण विशेष ध्यान दिया जाना वांछित है;
- 15-19 वर्ष आयु-समूह की नवकिशोरियां, जिनकी संख्या 52.14 मिलियन (10.5 प्रतिशत) है, योजना बनाने के दृष्टिकोण से बहुत संवेदनशील हैं क्योंकि यह उनके भविष्य में समाज में उत्पादक तथा परिवार में प्रजननात्मक भूमिका निभाने के लिए तैयारी की अवस्था है;
- 15-44 वर्ष आयु-समूह की प्रजननशील महिलाओं, जिनकी संख्या 233.72 मिलियन (47.1 प्रतिशत)

है, पर उनकी प्रजनन संबंधी आवश्यकताओं के कारण विशेष सावधानी बरतने और ध्यान देने की जरूरत है;

- 45-59 वर्ष आयु-समूह की आर्थिक रूप से सक्रिय महिलाओं, जिनकी संख्या 289.40 मिलियन (58.4 प्रतिशत) हैं, की शिक्षा/प्रशिक्षण, रोजगार, आय सृजन और विकास प्रक्रिया में प्रतिभागिता, निर्णय लेने आदि जैसी विभिन्न मांगें हैं; और
- 60 वर्ष से ऊपर आयु-समूह की वृद्ध महिलाओं, जिनकी संख्या 34.87 मिलियन (7.0 प्रतिशत) है, की मुख्यतया स्वास्थ्य, वित्तीय और भावनात्मक संबल संबंधी सीमित जरूरतें हैं।

2.11.3 महिलाओं के अधिकारों और विशेषाधिकारों की सुरक्षा करने की देश की चिंता को भारत के संविधान में सर्वोत्तम रूप से अभिव्यक्त किया गया है। अनुच्छेद-14 में पुरुषों और महिलाओं को राजनैतिक, आर्थिक और सामाजिक क्षेत्रों में समान अधिकार और अवसर प्रदान किए गए हैं। जबकि अनुच्छेद-15, लिंग, धर्म, प्रजाति, जाति आदि के आधार पर किसी भी नागरिक के विरुद्ध भेदभाव का निषेध करता है और अनुच्छेद-15(3), राज्य को महिलाओं के पक्ष में सकारात्मक विवेक रखने की शक्तियां प्रदान करता है। इसी प्रकार अनुच्छेद-16 सभी नागरिकों के लिए सरकारी नियुक्तियों के मामले में समान अवसर प्रदान करता है; अनुच्छेद-39 में यह व्यवस्था है कि राज्य, जीविका के साधनों के अधिकार पुरुषों और महिलाओं को समान रूप से प्रदान करने और समान कार्य के लिए समान वेतन प्रदान करने की नीतियां बनाएं; अनुच्छेद-42 राज्य को निदेश देता है कि कार्य की स्थितियों को मानव के लिए उपयुक्त और मातृत्व राहत सुनिश्चित करने के लिए प्रावधान करे; और अनुच्छेद 51(क)(ड.) प्रत्येक नागरिक पर यह कर्तव्य लागू करता है कि महिलाओं के सम्मान का अनादर करने वाली प्रथाओं को दूर करे। इस विधितः समानता को वास्तविकता बनाने के लिए महिलाओं के पक्ष में विशेष विधान अधिनियमित/लागू करने के अलावा, समय-समय पर अनेक नीतियां और कार्यक्रम लागू किए गए थे।

नीतियां और कार्यक्रम: एक समीक्षा

2.11.4 प्रथम योजना (1951-56) से ही महिला विकास, सरकार का ध्यान आकर्षित करता रहा है। लेकिन इसे “कल्याण” के विषय के रूप में समझा गया है और इसे बेसहारा, विकलांग, वृद्ध आदि जैसे अलाभकारी समूहों के कल्याण के साथ सम्बद्ध किया गया है। 1953 में स्थापित केन्द्रीय सामाजिक कल्याण बोर्ड, महिलाओं और बच्चों के लिए कल्याण संबंधी गतिविधियां चलाने हेतु विभिन्न स्तरों, विशेष रूप से न्यूनतम स्तर पर स्वैच्छिक कार्रवाई को बढ़ावा देने के लिए राष्ट्रीय स्तर का शीर्ष निकाय है। दूसरी से पांचवी योजना (1956-79) तक, महिलाओं की शिक्षा को प्राथमिकता देने, मातृत्व और बाल स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार करने के उपाय शुरू करने, गर्भवती और बच्चों को दुग्धपान करानेवाली माताओं के लिए अनुपूरक भोजन देने के अलावा, वही कल्याणकारी दृष्टिकोण परिलक्षित होता रहा है।

2.11.5 महिलाओं के “कल्याण” से “विकास” के दृष्टिकोण में परिवर्तन छठी योजना (1980-85) में ही हो सका। तदनुसार, छठी योजना में बहु-विषयी दृष्टिकोण अपनाया गया, जिसमें स्वास्थ्य, शिक्षा और रोजगार के 3 महत्वपूर्ण क्षेत्रों पर विशेष जोर दिया गया। सातवीं योजना (1985-90) में उनके आर्थिक और सामाजिक स्तर को उठाने और उन्हें राष्ट्रीय विकास की मुख्यधारा में लाने के प्रमुख उद्देश्य के साथ विकास कार्यक्रम जारी रहे। इस दिशा में उठाया गया एक महत्वपूर्ण कदम विभिन्न विकास क्षेत्रों में “लाभार्थी-उन्मुख-स्कीमों” की पहचान करना/बढ़ावा देना था, जिनसे महिलाओं को सीधे लाभ पहुंचा। उचित शिक्षा और व्यावसायिक प्रशिक्षण के माध्यम से कुशल और अकुशल, दोनों तरह के रोजगार सृजन पर जोर देना जारी रहा। आठवीं योजना (1992-97) ने महिलाओं के विकास में अत्यंत महत्वपूर्ण भूमिका अदा की, जिसमें मुख्य रूप से मानव विकास पर ध्यान केन्द्रित किया गया। इसमें यह सुनिश्चित करना आश्वस्त किया गया कि विभिन्न क्षेत्रों में हुए विकास के लाभों से महिलाएं वंचित न रह जाएं। सामान्य विकास कार्यक्रमों के अनुपूरक के रूप में विशेष कार्यक्रम कार्यान्वित किए जाएं और अन्य विकास क्षेत्रों से महिलाओं को मिलने वाले लाभों की मॉनीटरिंग की जाए और महिलाएं, विकास प्रक्रिया में समान भागीदार और प्रतिभागी के रूप में कार्य कर सकें।

2.11.6 नौवीं योजना (1997-2002) में महिलाओं के लिए योजना बनाने की अवधारणात्मक नीति में दो महत्वपूर्ण परिवर्तन किए गए। प्रथमतः “महिलाओं का सशक्तिकरण” नौवीं योजना के नौ प्रमुख उद्देश्यों में से एक उद्देश्य बना। इस उद्देश्य के

लिए योजना का दृष्टिकोण, एक ऐसा वातावरण सृजित करना था, जहां महिलाएं घर के अंदर और बाहर, दोनों स्थानों पर, पुरुष के साथ समान भागीदार के रूप में अपने अधिकारों का मुक्त रूप से प्रयोग कर सकें। दूसरे, योजना में महिला विशिष्ट और महिलाओं से संबंधित, दोनों क्षेत्रों में उपलब्ध “विद्यमान सेवाओं के एकीकरण” का प्रयास किया गया। इसके लिए, इसमें केन्द्र और राज्य, दोनों को निदेश दिया गया कि “महिला घटक योजना” की विशेष कार्यनीति अपनाएं, जिसके माध्यम से सभी सामान्य विकास क्षेत्रों से कम-से-कम 30 प्रतिशत निधियां/लाभ, महिलाओं को मिलें। इसमें यह सुझाव भी दिया गया कि एक प्रभावी तंत्र के माध्यम से निश्चित निधियों/लाभों के मिलने पर विशेष निगरानी रखी जाए, ताकि प्रस्तावित नीति में महिलाओं के सशक्तिकरण के प्रति समग्र दृष्टिकोण का अपनाया जाना सुनिश्चित किया जा सके।

2.11.7 यह सुनिश्चित करने के लिए कि अन्य सामान्य विकास क्षेत्र, महिलाओं की अनदेखी न करें और इन क्षेत्रों के लाभ उन्हें मिलते रहें, प्रधानमंत्री कार्यालय की पहल पर 1986 में महिलाओं के लिए 27 लाभार्थी-उन्मुख स्कीमों के मॉनीटरिंग के एक विशेष तंत्र को सक्रिय किया गया। यह तंत्र, आज तक, एक प्रभावी तंत्र के रूप में कार्य कर रहा है। स्वास्थ्य, पोषण, शिक्षा, श्रम, ग्रामीण विकास, शहरी विकास, विज्ञान और प्रौद्योगिकी और महिला तथा बाल विकास के महिला विशिष्ट और महिलाओं से संबंधित क्षेत्रों की क्षेत्र/स्कीमवार उपलब्धियां, निम्नलिखित पैराग्राफों में विस्तार से दी गई हैं:

2.11.8 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2001 (प्रारूप) में यह सुनिश्चित करने का वचन दिया गया है कि मूल स्वास्थ्य रक्षा तक, महिलाओं की अधिक पहुंच बनाई जाएगी और उनके स्वास्थ्य से संबंधित, पहचान किए गए कार्यक्रमों के वित्त-पोषण को उच्चतम प्राथमिकता दी जाएगी। नौवीं योजना अवधि के दौरान, प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (1997) के भाग के रूप में कई नई पहलें की गई थीं, ताकि इसे व्यापक और ग्राहकोपयोगी बनाया जा सके। पूर्व के “बाल उत्तरजीविता और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम” के सभी हस्तक्षेप, प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम का भाग बन गए। इस अवधि के दौरान, फोकस, व्यक्तिगत सीधे हस्तक्षेप से हटकर और अधिक समग्र एकीकृत जीवन-चक्र-दृष्टिकोण की ओर हो गया, जिसमें प्रजनन, स्वास्थ्य-देखभाल पर अधिक ध्यान दिया गया। इसमें गर्भावस्था की सम्पूर्ण अवधि के दौरान, आवश्यक प्रसूति संबंधी देखभाल तक पहुंच, समुदाय के यथासंभव निकट आकस्मिक प्रसूति संबंधी देखभाल की व्यवस्था, शीघ्र और सुरक्षित गर्भपात

सेवाओं में सुधार और विस्तार तथा उप-जिला स्तर पर, प्रजनन क्षेत्र संक्रमण/संभोगजनित संक्रमण के मामलों के उपचार के लिए व्यवस्था करना शामिल है।

2.11.9 वर्ष 1985-86 में शुरू किया गया “सार्वभौम प्रतिरक्षण कार्यक्रम” जो 1997 में प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम का हिस्सा बन गया, के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं के टिटनस टॉक्साइड टीकाकरण की कवरेज, 1985-86 के 40 प्रतिशत से बढ़कर 1996-97 में 76.4 प्रतिशत और 2000-01 में 83.4 प्रतिशत हो गई। वर्ष 2001 में 17 राज्यों के 142 जिलों में दाइर्यों के प्रशिक्षण की स्कीम शुरू की गई थी। नौवीं योजना के अंत तक, 2,935 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, 22,975 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और 1,37,271 ग्राम स्तर के उप-केन्द्रों के व्यापक नेटवर्क को चालू कर दिया गया था। नौवीं योजना में शहरी और ग्रामीण, दोनों क्षेत्रों में संस्थागत प्रसूतियों को बढ़ावा देने की परिकल्पना भी की गई थी। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-1 और 2 की तुलना से पता चलता है कि संस्थागत प्रसूतियाँ, 1992-93 के 26 प्रतिशत से बढ़कर 1998-99 में 34 प्रतिशत हो गई। उपर्युक्त पहलों के परिणामस्वरूप 1991 और 1999 के बीच समयपूर्व जन्मदर 29.5 से गिरकर 26.1 हो गई और समयपूर्व मृत्युदर 9.8 से गिरकर 8.7 रह गई।

2.11.10 राष्ट्रीय पोषाहार नीति (1993) में कुपोषण और इससे संबंधित कमियों तथा बीमारियों की सभी बहुआयामी समस्याओं को दूर करने के लिए एक व्यापक अंतरक्षेत्रीय नीति की वकालत की गई है, ताकि समाज के सभी वर्गों के लिए इष्टतम पोषण हासिल किया जा सके। लेकिन इसमें कमजोर व असुरक्षित महिलाओं, माताओं और बालकों को विशेष प्राथमिकता दी गई है। महिलाओं, माताओं और बच्चों को होने वाली मैक्रो और माइक्रो-पोषणिक कमियों की दो प्रमुख समस्याओं में से प्रथम समस्या चिरकालिक-ऊर्जा की कमी के कारण होती है जबकि बाद की समस्या विटामिन ए, आयरन और आयोडीन की कमियों से होती है। नौवीं योजना में अपनाई गई नीतियों में शामिल हैं - चिरकालिक-ऊर्जा कमी के लिए सभी गर्भवती महिलाओं और दुग्धपान करानेवाली माताओं की जांच करना; 40 किलोग्राम से कम वजन की महिलाओं की पहचान करना और प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमों के अंतर्गत प्रसवपूर्व, प्रसवदौरान, और प्रसव उपरांत पर्याप्त देखभाल उपलब्ध कराना तथा यह सुनिश्चित करना कि उन्हें एकीकृत बाल विकास सेवा स्कीम के माध्यम से खाद्य सहायता प्राप्त हो। वर्ष 1975 में शुरू की गई एकीकृत बाल विकास सेवा, 6 वर्ष से कम आयु के बच्चों और गर्भवती तथा दुग्धपान करानेवाली माताओं

के संबंध में मौजूद पोषणिक कमी को पूरा करने के लिए अनुपूरक पोषण प्रदान करती है।

2.11.11 इसके अलावा, वर्ष 2000-01 से भारत सरकार 6-24 माह के आयु समूह में कुपोषण को रोकने के एक प्रयास के रूप में प्रधानमंत्री ग्रामोदय योजना के पोषणिक घटक के अंतर्गत राज्यों को अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता प्रदान कर रही है। राष्ट्रीय प्राथमिक शिक्षा पोषणिक सहायता कार्यक्रम (इसे व्यापक रूप से मध्यान्तर आहार कार्यक्रम के नाम से भी जाना जाता है) के अंतर्गत विद्यालय जाने वाले 105 मिलियन बालकों को भी अनुपूरक पोषण प्रदान किया जाता है। (“खाद्य और पोषण सुरक्षा” नामक अध्याय में और अधिक ब्यौरे उपलब्ध हैं।)

2.11.12 वर्ष 2000 में अपनाई गई राष्ट्रीय जनसंख्या नीति का उद्देश्य, जनसंख्या स्थिरीकरण से संबंधित मुद्दों को हल करना और दो बच्चों के “मानदंड” को अपनाने के प्रति एक उपाय के रूप में अच्छी गुणवत्ता की गर्भ निरोधक सेवाओं तक सभी की पहुंच सुनिश्चित करना है। इसमें 2010 तक शिशुओं की मृत्यु दर को 30 और मातृ मृत्यु दर को 100 तक लाने, बच्चों का असंक्रमीकरण (इम्यूनाइजेशन), बालिकाओं के लिए अधिक आयु में शादी को बढ़ावा देने और संस्थागत प्रसूतियों की संख्या बढ़ाने की बात कही गई है। शिशु मृत्यु दर और मातृ मृत्यु दर में धीरे-धीरे गिरावट की प्रवृत्ति दिखाई दे रही है। शिशु मृत्यु दर 1988 के 94.5 से गिरकर 1998 में 71.7 और 1999 में 70.0 हो गई, जबकि मातृ मृत्यु दर 1993 के 437 से गिरकर 1998 में 407 हो गई।

2.11.13 वर्ष 1986 में घोषित राष्ट्रीय शिक्षा नीति (1992 में संशोधित) ने सभी के लिए मूल शिक्षा प्रदान करने के कार्य को काफी गति दी है। नौवीं योजना के दौरान, किए गए ठोस प्रयासों से प्राथमिक और उच्च प्राथमिक विद्यालयों में बालकों की पहुंच में विस्तार, उनको रखने की संख्या में वृद्धि और उनकी अध्ययन उपलब्धियों में सुधार हुआ है। पूर्ण साक्षरता का लक्ष्य अर्थात् वर्ष 2005 तक 75 प्रतिशत का सतत स्तर प्राप्त करने के लिए 1998 में स्थापित राष्ट्रीय साक्षरता मिशन देश में निरक्षरता को समाप्त करने के लिए बहुआयामी नीति का अनुसरण कर रहा है। देश में कुल 600 जिलों में से 576 में साक्षरता संबंधी कार्य किया गया है। इनमें से 160 जिलों को पूर्ण साक्षरता अभियान के अंतर्गत, 264 को साक्षरता उपरांत अभियान के अंतर्गत और 152 को सतत शिक्षा स्कीम के अंतर्गत कवर किया गया है। दिसम्बर, 2001 तक, 91.53 मिलियन से अधिक व्यक्तियों को साक्षर बनाया गया था जिनमें

से 61 प्रतिशत महिलाएं थीं। वर्ष 1999-2000 तक, अनौपचारिक शिक्षा की स्कीम से 25 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में फैले 2,92,000 अनौपचारिक शिक्षा केन्द्रों में 7.3 मिलियन शिक्षार्थियों को लाभ प्राप्त हुआ था। स्कीम का लक्ष्य 6-14 वर्ष आयु-समूह के विद्यालय छोड़ने वाले बालक हैं जो सामाजिक, आर्थिक और सांस्कृतिक कारणों की वजह से औपचारिक प्रणाली से बाहर रहे हैं।

2.11.14 राष्ट्रीय शिक्षा नीति के लक्ष्यों को ग्रामीण क्षेत्रों की महिलाओं, विशेष रूप से सामाजिक और आर्थिक रूप से सीमांत समूहों की महिलाओं की शिक्षा और सशक्तिकरण के लिए ठोस कार्यक्रम में परिवर्तित करने हेतु 1989 में 'महिला समाख्या' स्कीम शुरू की गई थी। यह कार्यक्रम, फिलहाल, 10 से अधिक राज्यों में फैले 60 जिलों के 9,000 ग्रामों में कार्यान्वित किया जा रहा है। इस कार्यक्रम से उन बड़े सामाजिक-सांस्कृतिक मुद्दों को हल करने के लिए महिलाएं एकत्र होती हैं, जो शिक्षा प्रणाली में महिलाओं और बालिकाओं की प्रतिभागिता में परंपरागत रूप से रूकावट डालते हैं। निम्नतम स्तर पर महिलाओं के संगठनों का गठन करने की इसकी कार्यनीति के माध्यम से इस कार्यक्रम ने नौवीं योजना के अंत, तक 866 अनौपचारिक शिक्षा केन्द्रों और लगभग 1,000 शिशु देखभाल शिक्षा-केन्द्रों का प्रबंधन करने के अलावा समुदाय स्तर पर महिलाओं की शिक्षा के लिए मंच और वातावरण सृजित किया है।

2.11.15 जुलाई, 2000 में घोषित प्रथम राष्ट्रीय नीति में कृषि की मुख्य धारा में लिंग संबंधी चिंता को हल करने की बात कही गई है। इसमें महिलाओं के सशक्तिकरण के लिए उचित ढांचागत, कार्य और संस्थागत उपाय शुरू करने, उनकी क्षमता का निर्माण करने और उनकी पहुंच आदानों, प्रौद्योगिकी और अन्य कृषि संसाधनों तक बनाने के लिए पहल करने का वायदा किया गया है। 408 जिलों को कवर करने वाले तिलहन उत्पादन कार्यक्रम और 350 जिलों को कवर करने वाली राष्ट्रीय दाल विकास परियोजना, दोनों के अंतर्गत इन कार्यक्रमों के विभिन्न घटकों के अंतर्गत लाभ प्रदान करते समय महिला किसानों को तरजीह दी जाती है। राज्य कृषि विभाग, जो कार्यान्वयन एजेंसियां हैं, से अनुरोध किया गया है कि वे महिलाओं के अनुकूल कृषि औजारों के लाभ महिला किसानों को दें। कृषि महिला स्कीम, 15 राज्यों के एक-एक जिले में नौवीं योजना के दौरान, कार्यान्वयन हेतु अनुमोदित की गई थी। महिला किसानों के लगभग 415 व्यवहार्य समूहों का गठन किया गया था और 7,200 कृषि में काम करने वाली महिलाओं को प्रशिक्षण दिया गया था। कुल 1,603 ग्राम

आधारित प्रशिक्षण कैम्प और 78 संपर्क कामगार प्रशिक्षण कैम्प सफलता पूर्वक आयोजित किए गए थे। 4,971 परिणाम प्रदर्शनों, 66 अध्ययन दौरों और 27 महिला गोष्ठियों के माध्यम से नामांकित कृषि महिलाओं को विस्तार-समर्थन प्रदान किया गया था। स्वयंसेवी समूहों के रूप में अनुपूरक ऋण वितरण प्रणाली से गरीब महिलाओं की समस्याएं दूर हुई थीं और इच्छाएं पूरी हुई थीं। मार्च, 2000 तक, लगभग 2 मिलियन ग्रामीण गरीब परिवारों की राष्ट्रीय कृषि और ग्रामीण विकास बैंक द्वारा शुरू किए गए समर्थन और संपर्क-कार्यक्रम के अंतर्गत बनाए गए स्वयंसेवी समूहों के माध्यम से औपचारिक बैंकिंग प्रणाली से मिलने वाली वित्तीय सेवाओं तक पहुंच बनी थी। इन समूहों में लगभग 84 प्रतिशत केवल महिला समूह हैं।

2.11.16 भारत में सहकारी क्षेत्र, विश्व के सबसे बड़े सहकारी क्षेत्र के रूप में उभरा है, जिसमें विभिन्न प्रकार की 5.3 लाख सहकारी-समितियां हैं और उनके सदस्यों की संख्या 229 मिलियन है। 1993-94 के दौरान, शुरू की गई महिला सहकारी समितियों के लिए सहायता की स्कीम का लक्ष्य, केवल महिलाओं की आर्थिक बेहतरी है, जिसमें उनकी जरूरतों पर विशेष ध्यान दिया जाता है और कृषि आधारित वाणिज्यिक/ औद्योगिक क्षेत्रों में आर्थिक गतिविधियां चलाने के लिए, सहकारी समितियों का गठन करके सुनिश्चित कार्य और आय के रूप में सहायता प्रदान की जाती है। इस स्कीम के अंतर्गत नौवीं योजना के दौरान, कुल 850 महिला सहकारी समितियों को लाभ प्रदान किया गया था। महिला डेयरी सहकारी नेतृत्व कार्यक्रम, डेयरी सहकारी समितियों के शासन में उनका हस्तक्षेप सुनिश्चित करने के अलावा, आर्थिक और सामाजिक सशक्तिकरण के लिए महिला डेयरी किसानों के बीच नेतृत्व का पोषण करता है। फिलहाल, 39 दुग्ध यूनियनों द्वारा यह कार्यक्रम कार्यान्वित किया जा रहा है प्रत्येक दुग्ध यूनियन, प्रति वर्ष, 25 से 30 ग्राम डेयरी सहकारी समितियों को कवर करती है।

2.11.17 लघु उद्योग क्षेत्र में नौवीं योजना के दौरान, महिलाओं के लिए राष्ट्रीय उद्यम और लघु व्यापार विकास संस्थान ने उद्यमिता कार्यक्रम आयोजित किए थे। नारियल उद्योग में लगभग 5 लाख लोग रोजगाररत हैं और रेशे निकालने तथा कताई क्षेत्र में कार्यरत लगभग 80 प्रतिशत नारियल कामगार महिलाएं हैं। महिला नारियल योजना का उद्देश्य, नारियल के रेशों का उत्पादन करने वाले क्षेत्रों में ग्रामीण महिला दस्तकारों को स्वरोजगार के अवसर प्रदान करना है। नारियल बोर्ड द्वारा मोटरचालित चरखों पर कताई करने वाली महिलाओं को नारियल के धागे की कताई करने का प्रशिक्षण दिया जाता है।

2.11.18 श्रम और रोजगार क्षेत्र में 1974 में शुरू किए गए महिला व्यावसायिक प्रशिक्षण कार्यक्रम का लक्ष्य, महिलाओं के लिए मजदूरी रोजगार और स्वरोजगार के अवसर बढ़ाने के लिए विभिन्न कौशल प्रशिक्षण कार्यक्रम कार्यान्वित करना है। महिला रोजगार प्रशिक्षण निदेशालय के अंतर्गत, नोएडा स्थित राष्ट्रीय व्यावसायिक प्रशिक्षण संस्थान के अलावा, देश के विभिन्न भागों में 10 क्षेत्रीय व्यावसायिक प्रशिक्षण संस्थान हैं। ये संस्थान, मूल, विकसित और विकासोत्तर स्तरों पर नियमित कौशल प्रशिक्षण पाठ्यक्रम चलाते हैं। नौवीं योजना के अंत तक, 4,499 औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थान थे और इनमें 6.6 लाख स्थान थे। राज्य सरकारों के प्रशासनिक नियंत्रणाधीन महिला औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों और सामान्य औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों में महिला स्कंध के नेटवर्क के माध्यम से भी केवल महिलाओं के लिए व्यावसायिक प्रशिक्षण सुविधाएं प्रदान की जाती हैं। इन संस्थानों की संख्या 765 है (231 महिला औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थान और सामान्य औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों/निजी औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों में 534 महिला स्कंध हैं), जिनमें 46,750 प्रशिक्षण स्थान हैं। इस प्रकार, नौवीं योजनावधि के दौरान, आधुनिक और उभरते हुए व्यवसायों में महिलाओं को प्रशिक्षण देने और उनके कौशल का उन्नयन करने को उच्च प्राथमिकता दी गई थी।

2.11.19 ग्रामीण विकास के क्षेत्र में गरीबी निरोधी कार्यक्रम, ग्रामीण क्षेत्रों में सरकारी पहलों की प्रमुख विशेषता रही है। स्वर्णजयंती ग्राम स्वरोजगार योजना, 1999 में शुरू की गई थी जिसका उद्देश्य, लाभार्थियों (स्वरोजगारियों) को बैंक ऋण और सरकारी राजसहायता के मिश्रण के माध्यम से आय सृजक परिसम्पत्तियां प्रदान करके उन्हें गरीबी रेखा से ऊपर लाने का था। इसमें यह परिकल्पना की गई है कि प्रत्येक ब्लॉक में 50 प्रतिशत समूह केवल महिलाओं के होने चाहिए, जिनमें कम से कम 40 प्रतिशत स्वरोजगारियों के होंगे। इस स्कीम के शुरू होने से अब तक, 7.4 लाख स्वयं-सेवी समूहों का गठन किया गया है। नौवीं योजना के दौरान, 4.3 मिलियन स्वरोजगारियों को सहायता प्रदान की गई थी जिनमें 24 प्रतिशत महिलाएं थीं। जवाहर ग्राम समृद्धि योजना में रोजगार के 30 प्रतिशत अवसर महिलाओं के लिए आरक्षित हैं। नौवीं योजना के दौरान, जवाहर ग्राम समृद्धि योजना के अंतर्गत, 3.9 मिलियन श्रम-दिवस, जो कुल रोजगार का 28 प्रतिशत हैं, महिलाओं को प्रदान किए गए थे। इन्दिरा आवास योजना में यह शर्त है कि इस योजना के अंतर्गत मकानों का आबंटन, लाभार्थी परिवार की महिला सदस्य के नाम अथवा पति और पत्नी दोनों के संयुक्त नाम से किया जाना चाहिए। इसमें विधवाओं और अविवाहित महिलाओं को प्राथमिकता दी जाती है। 1985-86

में इसके प्रारंभ से अब तक, 7.9 मिलियन मकानों का निर्माण किया गया है। राष्ट्रीय मातृत्व लाभ योजना (अब इसे वर्ष 2001-02 से परिवार कल्याण विभाग को अंतरित कर दिया गया है) के अंतर्गत 1995 में जब इसे शुरू किया गया था, से अब तक 6.5 लाख महिलाओं को लाभ प्राप्त हुआ है, और इसके अंतर्गत प्रत्येक पहले दो जीवित बच्चों के जन्म के लिए गर्भवती महिलाओं को 500/- दिए जाते हैं। राष्ट्रीय वृद्धावस्था पेंशन स्कीम के अंतर्गत केन्द्रीय सहायता, 65 वर्ष से अधिक की आयु की उन महिलाओं और पुरुषों को प्रदान की जाती है, जिनके पास जीविका के बहुत कम साधन हैं अथवा कोई नियमित साधन नहीं हैं। नौवीं योजना के दौरान, इस स्कीम से लगभग 7.7 मिलियन महिलाओं को लाभ प्राप्त हुआ है, जिनमें से 24 प्रतिशत वृद्ध थीं। 1999 में शुरू किया गया पुनर्संरचित केन्द्रीय प्रायोजित ग्रामीण सफाई कार्यक्रम, वहां केवल महिलाओं के लिए ग्राम सफाई परिसरों का निर्माण सुनिश्चित करता है, जहां व्यक्तिगत परिवार में शौचालय का निर्माण संभव नहीं है।

2.11.20 शहरी विकास क्षेत्र के अंतर्गत स्वर्णजयंती शहरी रोजगार योजना, स्वरोजगार उद्यम संस्थापन/मजदूरी रोजगार-प्रावधान के द्वारा प्रोत्साहित करके शहरी बेरोजगारों/अल्परोजगारों के लिए लाभकारी रोजगार प्रदान करती है। शहरी स्वरोजगार कार्यक्रम की विशेष स्कीम, जो स्वर्णजयंती शहरी रोजगार योजना का एक घटक है, में शहरी गरीबों, विशेष रूप से गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाली शहरी महिलाओं को सहायता प्रदान की जाती है। शहरी क्षेत्रों में महिला और बाल विकास की स्कीम में लाभकारी स्वरोजगार उद्यम स्थापित करने के लिए शहरी गरीब महिलाओं के समूहों को सहायता प्रदान की जाती है। इन समूहों को दी गई आवर्ती निधि, कच्चे माल की खरीदारी करने और विपणन करने, अवसंरचना समर्थन प्रदान करने, बच्चे की देखभाल संबंधी गतिविधि के लिए एकमुश्त खर्च देने जैसे प्रयोजनों के लिए होती है। 1997 में इस स्कीम की शुरुआत से अब तक, शहरी क्षेत्रों में 19,730 महिला और बाल विकास समूहों का गठन किया गया है, जिसमें संयुक्त स्वरोजगार उद्यम स्थापित करने के लिए 33,875 महिलाओं की सहायता की गई है।

2.11.21 विज्ञान और प्रौद्योगिकी के क्षेत्र में महिलाओं के लिए विज्ञान और प्रौद्योगिकी कार्यक्रम का लक्ष्य, विज्ञान और प्रौद्योगिकी आदानों (इन्फुट्स) के माध्यम से महिलाओं को सशक्त करना है। इस स्कीम के अंतर्गत वित्तीय समर्थन, महिलाओं की प्रौद्योगिकी संबंधी जरूरतों की पहचान करने और प्रौद्योगिकी विकसित करने और इसे अपनाने हेतु अंतरित करने के लिए लक्षित परियोजनाओं को दिया जाता है, ताकि महिलाओं द्वारा

नौवी योजना (1997-2002) के दौरान, महिलाओं के सशक्तिकरण के लिए विशेष पहलें/उपलब्धियां

- यह सुनिश्चित करने के लिए कि अन्य विकासात्मक क्षेत्रों के लाभों से महिलाएं वंचित न रह जाएं और सभी महिला संबंधी क्षेत्रों से उन्हें कम से कम 30 प्रतिशत निधियां/लाभ प्राप्त हों, महिला घटक योजना अपनाया। नौवीं योजना के दौरान, महिला घटक योजना की प्रगति की समीक्षा करने से पता चलता है कि महिलाओं से संबंधित विभागों में से एक विभाग (अर्थात् परिवार कल्याण) से मिलने वाली निधियां, नौवीं योजना के उसके सकल बजटीय समर्थन का 70 प्रतिशत तक उच्च थी; (1997) (महिला घटक योजना संबंधी बॉक्स में ब्यौरे दिए गए हैं)
- आत्मनिर्भर स्वयंसेवी समूहों का गठन करके और आय सृजन गतिविधियों के लिए ऋण सुविधाओं तक महिलाओं की पहुंच सुनिश्चित करने के लिए, ऋण दाता संस्थाओं के साथ संपर्क विकसित करके महिलाओं के सशक्तिकरण के लिए उचित वातावरण सृजित करने हेतु “स्व-शक्ति” योजना शुरू करना; (1998)
- वार्षिक रूप से पांच विशिष्ट महिलाओं को महिलाओं के उत्थान और सशक्तिकरण में विशेष योगदान देने के लिए सम्मानित करने हेतु महिलाओं के विकास के इतिहास में प्रथम बार शुरू किया गया “स्त्री शक्ति पुरस्कार” (1999)
- मौजूदा महिला विशिष्ट और महिला संबंधित विधानों की समीक्षा करने और जहां कहीं आवश्यक हो, वहां नए विधान अधिनियमित करने अथवा संशोधन करने के लिए श्री के.सी पंत, उपाध्यक्ष, योजना आयोग की अध्यक्षता में महिला संबंधी कार्यदल का गठन करना। इस कार्यदल ने 22 मौजूदा विधानों की समीक्षा करने के अलावा, 2001 को महिला सशक्तिकरण वर्ष के रूप में मनाने के लिए महिला विषयक कार्यक्रम का भी सुझाव दिया था; (2000)
- सरकारी खर्च को अधिक प्रभावी रूप से लक्ष्यनिष्ठ करने के लिए लिंग बजटीकरण शुरू करना और पिछले बजटीय उपायों के परिणामस्वरूप किसी अवांछित लिंग विशिष्ट परिणाम को समाप्त करना; (2000-01)
- महिलाओं के प्रति सभी प्रकार के भेदभाव को समाप्त करने और सामाजिक और आर्थिक, दोनों रूप से महिलाओं को सशक्त करने के अलावा, लिंग न्याय सुनिश्चित करने के लिए महिलाओं के सशक्तिकरण के लिए राष्ट्रीय नीति अपनाया; (2001)
- अन्तः संचेतना की प्रक्रिया के माध्यम से महिलाओं में आत्म विश्वास पैदा करने के अलावा, जागरूकता पैदा करने, नकारात्मक सोच को समाप्त करने के लिए वर्ष 2001 को “महिला सशक्तिकरण वर्ष” के रूप में मनाना, ताकि वे सामाजिक, राजनैतिक और आर्थिक जीवन में राष्ट्र की मुख्य धारा में अपना सही स्थान प्राप्त कर सकें; (2001)
- इंदिरा महिला योजना को संशोधित कर “स्वयंसिद्ध” योजना के रूप में प्रस्तुत करना जो विभिन्न उद्यमितापरक उद्यमों को चलाने के लिए महिलाओं को स्वयंसेवी समूहों के रूप में गठित करने के अलावा, महिला संबंधी सभी कार्यों में उपलब्ध सेवाओं के एकीकरण की प्रमुख नीति के माध्यम से महिलाओं के सशक्तिकरण का एकीकृत कार्यक्रम है; (2001)
- “कठिन परिस्थितियों वाली महिलाओं” के लिए पुनर्वास की सेवा प्रदान करने हेतु “स्वघर” योजना शुरू करना; (2001)
- महिलाओं और बालिकाओं के प्रति घरेलू हिंसा को सभी रूपों में समाप्त करने के लिए महिलाओं के प्रति घरेलू हिंसा (निवारण) संबंधी विधेयक लागू करना; (2002)

किया जाने वाला कठिन श्रम कम किया जा सके। इस स्कीम के अंतर्गत फसल कटाई के उपरांत की प्रौद्योगिकी, भूआधारित गतिविधियां, महिला स्वास्थ्य, आय सृजन-गतिविधियों और कठिन श्रम को कम करने/समाप्त करने, ग्रामीण अभियांत्रिकी, औषधीय पौधे उगाने, बर्तन बनाने, प्राकृतिक रंग रोगन आदि जैसे

प्राथमिकता क्षेत्रों में परियोजनाएं मंजूर की जाती हैं।

2.11.22 महिला और बाल विकास क्षेत्र में नोडल महिला और बाल विकास विभाग भी नीतियां और कार्यक्रम तैयार करने, महिलाओं को प्रभावित करने वाले विधान अधिनियमित/संशोधित

करने और सरकारी और गैर-सरकारी संगठनों दोनों के प्रयासों का समन्वय करने के अलावा, कुछ नई स्कीमें भी कार्यान्वित करता है, ताकि महिलाओं के समग्र स्तर को उठा कर पुरुषों के समतुल्य लाया जा सके। इस विभाग के कार्यक्रमों में शामिल हैं :- i) सशक्तिकरण की कार्यनीतियां; ii) रोजगार और आय सृजन; iii) कल्याण और समर्थन सेवाएं; iv) जागरूकता सृजन और लिंग संवेदनशीलता; और v) सक्षम बनाने वाले अन्य उपाय। ये कार्यक्रम, स्वास्थ्य, शिक्षा, श्रम और रोजगार, ग्रामीण और शहरी विकास आदि जैसे क्षेत्रों में आम विकास कार्यक्रमों के अनुपूरक और सम्पूरक, दोनों होने की भूमिका अदा करते हैं। नौवीं योजना के दौरान, नोडल विभाग के कुछ महत्वपूर्ण एवं बीच में घटित चालू हस्तक्षेप नीचे दिए गए हैं :-

2.11.23 सशक्तिकरण की कार्यनीतियां: 1995 में शुरू की गई इंदिरा महिला योजना के पूर्व के कार्यक्रम को 2001 में 'स्वयं-सिद्ध' के नाम से लागू किया गया था ताकि महिलाओं में जागरूकता पैदा करके और माइक्रो स्तर की आय सृजन गतिविधियों तथा शिक्षा, स्वास्थ्य, अनौपचारिक शिक्षा, ग्रामीण विकास, जल आपूर्ति और उद्यमिता आदि जैसी विभिन्न सेवाओं के सुगम एकीकरण के माध्यम से आर्थिक शक्ति हासिल करने के लिए, उनकी सहायता करके उन्हें सशक्त बनाया जा सके। नौवीं योजना के 165 करोड़ रुपये के परिव्यय में से इस योजना के प्रथम तीन वर्षों के दौरान, कोई खर्च नहीं किया गया, क्योंकि स्कीम को पुनः तैयार किया जा रहा था। वर्ष 2000-01 और 2001-02 के दौरान, वर्ष 1999-2000 के मौजूदा 238 ब्लकों को बढ़ाकर 2001-02 में 650 ब्लक करने के लिए 8.95 करोड़ रुपये खर्च किए गए, जिसमें 53,100 महिला स्वयं-सेवी समूह गठित किए गए थे, जिनमें 9.3 लाख महिला लाभार्थी शामिल थीं। दूसरा सशक्तिकरण हस्तक्षेप, 'स्व-शक्ति परियोजना' है, जिसे अंतर्राष्ट्रीय विकास एसोसिएशन और अंतर्राष्ट्रीय कृषि विकास निधि से प्राप्त सहायता से 2003 तक की 5 वर्ष की अवधि के लिए 1998 में मंजूर किया गया था। बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, उत्तरांचल और उत्तर प्रदेश के 9 राज्यों के 57 जिलों में "स्व-शक्ति" काम कर रही थी। इसका प्रमुख उद्देश्य, महिलाओं के आत्मनिर्भर स्वयं-सेवी समूहों का गठन करने और स्वयं-सेवी समूहों तथा ऋण देने वाली संस्थाओं के बीच संपर्क स्थापित करके, महिलाओं के सशक्तिकरण का वातावरण तैयार करना है, ताकि महिलाओं के लिए आय सृजन गतिविधियों हेतु ऋण सुविधाओं की सतत पहुंच बनाना सुनिश्चित किया जा सके। नौवीं योजना के 102.94 करोड़ रुपये के परिव्यय में से 118 गैर-सरकारी संगठनों के माध्यम से

लगभग 9,735 स्वयं-सेवी समूहों का गठन करने के लिए, 36 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे (अक्टूबर, 2001 तक)।

2.11.24 रोजगार और आय सृजन: 1987 में शुरू किए गए प्रशिक्षण और रोजगार कार्यक्रमों के लिए समर्थन में कृषि, डेयरी कृषि, हस्तशिल्प, हथकरघा, पशुपालन, रेशम उत्पादन और मत्स्य के परंपरागत क्षेत्रों में गरीब और सम्पत्तिविहीन महिलाओं के लिए प्रशिक्षण, विस्तार-आदानों और बाजार संपर्क के माध्यम से कौशलों के उन्नयन का व्यापक पैकेज है। नौवीं योजना के 88.32 करोड़ रुपये के परिव्यय में से 76.84 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे, जिसमें 87,140 महिलाओं को लाभ प्रदान किया गया था। इस कार्यक्रम के प्रारंभ से 19 राज्यों अर्थात् आंध्र प्रदेश, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर, नागालैण्ड, उड़ीसा, सिक्किम, तमिलनाडु, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल में चलाई गई 133 परियोजनाओं के अंतर्गत लगभग 6.1 लाख महिलाओं को कवर किया जा चुका है। लगभग 60 प्रतिशत परियोजनाएं, डेयरी क्षेत्र में हैं। लगभग 8 हजार महिला डेयरी सहकारी-समितियों, जिनमें 4 लाख से अधिक सदस्य हैं, को मुख्यतः राज्य सहकारी दुग्ध परिसंघों की पहल के माध्यम से संपूर्ण देश में संगठित किया गया है। महिलाओं के लिए प्रशिक्षण सह-उत्पादन केन्द्र नामक एक अन्य कार्यक्रम (जिसे व्यापक रूप से नोराद के नाम से जाना जाता है), नॉर्वे एजेंसी फॉर डेवलेपमेंट एंड कोऑपरेशन (नोराद) की सहायता से 1982-83 में शुरू किया गया था। इस स्कीम में इलेक्ट्रॉनिक सामान, घड़ी बनाने, कंप्यूटर प्रोग्राम तैयार करने, आभूषण बनाने, सचिवालय-कार्य, सामुदायिक स्वास्थ्य-कार्य, कढ़ाई, बुनाई, आदि जैसे गैर परंपरागत व्यवसायों में प्रशिक्षण देकर, युवा महिलाओं/बालिकाओं, विशेष रूप से विद्यालय छोड़ी हुई तथा अर्ध शिक्षित युवा महिलाओं/बालिकाओं के जीवन में सुधार लाने का प्रयास किया गया है। नौवीं योजना के 88.98 करोड़ रुपये के परिव्यय में से 76.50 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे, जिसमें 53,050 महिलाओं को लाभ प्रदान किया गया था।

2.11.25 सी.एस.डब्ल्यू.बी. द्वारा कार्यान्वित किया जा रहा गरीब और जरूरतमंद महिलाओं के लिए रोजगार और प्रशिक्षण का एक और प्रमुख कार्यक्रम, सामाजिक आर्थिक कार्यक्रम है। नौवीं योजना के 26.42 करोड़ रुपये के परिव्यय में से 4.92 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे। लगभग 3,100 महिलाओं को लाभ प्रदान करने के लिए नौवीं योजना के दौरान, लगभग 62 सामाजिक आर्थिक कार्यक्रम एकक स्थापित किए गए थे। इस कार्यक्रम के लिए निश्चित लक्ष्य को हासिल करने में विफल

रहने का प्रमुख कारण, इस स्कीम को समाप्त करने का निर्णय और अंततः दसवीं योजना में इसे त्यागने का निर्णय था। 1958 से सी.एस.डब्ल्यू.बी. द्वारा चलाए जा रही वयस्क महिलाओं के लिए सघन शिक्षा और व्यवसाय प्रशिक्षण पाठ्यक्रम की स्कीम का लक्ष्य, विद्यालय छोड़ी हुई महिलाओं और बालिकाओं के लिए शिक्षा और व्यावसायिक प्रशिक्षण जारी रखकर रोजगार के नए क्षेत्र प्रदान करना है। नौवीं योजना के 45.60 करोड़ रुपये के परिव्यय के प्रति, लगभग 70,000 महिलाओं को लाभ प्रदान करने हेतु 2,805 पाठ्यक्रम चलाने के लिए 19.54 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे।

2.11.26 कल्याण और समर्थन सेवाएं: 1972-73 में शुरू किए गए नौकरी पेशा महिलाओं के लिए छात्रावास के कार्यक्रम का लक्ष्य, घरों से दूर रहने वाली, कम आय अर्जित करने वाले वर्ग की नौकरी पेशा महिलाओं को सुरक्षित और सस्ता आवास प्रदान करके रोजगार बाजार में महिलाओं के लिए बृहत्तर गतिशीलता को बढ़ावा देना है। नौवीं योजना के 51.25 करोड़ रुपये के परिव्यय में से लगभग 8000 महिलाओं को लाभ प्रदान करने वाले 102 नए छात्रावासों का निर्माण करने के लिए, 34.57 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे। इस स्कीम के प्रारंभ से आज की तारीख तक, 62,308 महिलाओं और 316 दिवस कालीन देखभाल केन्द्रों में उन पर निर्भर 8,226 बच्चों के लिए आवास की क्षमता वाले 881 छात्रावासों को मंजूरी दी

गई थी। महिला और बालिकाओं के लिए 'अल्पकालिक आवास गृह-कार्यक्रम' 1969 में शुरू किया गया था, ताकि उन महिलाओं और बालिकाओं की सुरक्षा और पुनर्वास किया जा सके, जो परिवार टूटने, मानसिक तनाव/दबाव, सामाजिक बहिष्कार, शोषण आदि के कारण, सामाजिक और नैतिक रूप से खतरे में होती हैं। नौवीं योजना के 55.64 करोड़ रुपये के परिव्यय में से 25.53 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे। फिलहाल, 271 अल्पकालिक आवास गृह हैं जिनसे 6,700 महिलाओं को लाभ मिल रहा है।

2.11.27 महिलाओं के प्रति अत्याचार रोकने के लिए शिक्षा कार्य हेतु स्वयंसेवी संगठनों को सहायता प्रदान करने की स्कीम, 1982 में शुरू की गई थी। इस स्कीम के अंतर्गत उच्च शिक्षा के महिला अध्ययन केन्द्रों और संस्थानों तथा स्वयंसेवी संगठनों को शिक्षा से संबंधित विभिन्न गतिविधियां चलाने के लिए वित्तीय सहायता दी जाती है। नौवीं योजना के 1.50 करोड़ रुपये के परिव्यय में से 0.81 करोड़ रुपये खर्च किए गए हैं। सी.एस.डब्ल्यू.बी. के माध्यम से स्वयंसेवी संगठनों और इसके फील्ड संगठनों को सुदृढ़ करने के लिए 'सामान्य सहायता अनुदान' एक बहुआयामी स्कीम है जिसमें विभिन्न कार्यक्रमों के माध्यम से महिलाओं, बच्चों, वृद्धों, दुर्बलों, विकलांगों और अन्य विशेष समूहों के लिए कल्याण सेवाएं प्रदान करने हेतु स्वयंसेवी संगठनों को वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है। नौवीं योजना के 70.03 करोड़ रुपये के परिव्यय में से 53.36 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे। इसके अलावा, फील्ड परामर्श और निरीक्षण, मूल्यांकन और आंकड़े बैंक, जैसी गतिविधियों पर होने वाला खर्च, तथा केन्द्रीय और राज्य मण्डलों के प्रशासनिक खर्च भी कवर किए जाते हैं। अनुसंधान, प्रकाशन और मॉनीटरिंग के लिए सहायता अनुदान की स्कीम के अंतर्गत, नौवीं योजना के अंत तक, 65 नए अनुसंधान अध्ययन शुरू किए गए थे। नौवीं योजना के 2.95 करोड़ रुपये के परिव्यय में से इस स्कीम के अंतर्गत 2.43 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे।

महिलाएं और लघु(माइक्रो)- वित्त

राष्ट्रीय महिला कोष ने 1993 में अपने पंजीकरण के समय से ऐसी प्रमुख लघु(माइक्रो) ऋण एजेंसी के रूप में साख स्थापित की है, जिसका फोकस, महिलाओं और अनौपचारिक क्षेत्र में गरीब और सम्पत्ति विहीन महिलाओं के लिए ऋण का प्रावधान करके उनके आर्थिक सशक्तिकरण पर है। राष्ट्रीय महिला कोष अपना समर्थन मुख्यतः 'स्वयंसिद्ध' कार्यक्रम के अंतर्गत स्वयंसेवी संगठनों, महिला विकास निगमों, महिला सहकारी समितियों, ब्लाक समितियों के माध्यम से प्रदान करता है। इसके प्रारंभ से राष्ट्रीय महिला कोष की उपलब्धियों में 992 स्वयंसेवी संगठनों/गैर-सरकारी संगठनों के माध्यम से 4.2 लाख महिलाओं को लाभ देने के लिए 109.73 करोड़ रुपये का ऋण मंजूर करना और फरवरी, 2002 तक, 82.38 करोड़ रुपये वितरित करना शामिल है। इसके अलावा, राष्ट्रीय महिला कोष की सफलता इस तथ्य में निहित है कि इसने इन सभी वर्षों में 90 प्रतिशत और उससे अधिक की वसूली(रिकवरी) दर की साख बनाए रखी है।

2.11.28 जागरूकता सृजन और लिंग संवेदनीकरण: नौवीं योजना में महिलाओं और बालिकाओं के प्रति सामाजिक विचारधारा में परिवर्तन लाने वाले प्रयासों को अधिक महत्व दिया गया था। इलैक्ट्रॉनिक, मुद्रण और फिल्म माध्यम को कवर करने वाला समन्वित प्रचार अभियान, जो महिलाओं और बालिकाओं, दोनों की सकारात्मक छवि प्रस्तुत करता है, सरकारी संचार नीति का एक अति महत्वपूर्ण घटक है। प्रवर्तन-तंत्र को सक्रिय करने के लिए राष्ट्रमण्डल महिला विकास निधि, नई दिल्ली के सहयोग से 1991 में देशव्यापी लिंग संवेदनीकरण कार्यक्रम शुरू किया गया था। राज्य गृह विभागों और गैर-

सरकारी संगठनों के सहयोग से संपूर्ण देश में महिलाओं पर अत्याचार रोकने का विशेष अभियान चलाया गया था। महिलाओं को उनके मूल अधिकारों से संबंधित नियमों की जानकारी देने के बारे में शिक्षित करने के उद्देश्य से, 1992 में साधारण और सोदाहरण प्रस्तुत करने वाले रूप में लिखी गई साक्षरता संबंधी दस कानूनी पुस्तिकाओं का प्रकाशन भी किया गया था। इन पुस्तिकाओं में संपत्ति का अधिकार, दहेज, बलात्कार, अपहरण और इन से संबंधित पुलिस प्रक्रियाओं सहित नौकरी पेशा महिलाओं, बाल मजदूर, ठेका मजदूर, गोद लेने और रखरखाव करने, हिन्दू, मुसलमान और ईसाई विवाह कानून से संबंधित नियमों को कवर किया गया था। ग्रामीण गरीब महिलाओं के लिए जागरूकता सृजन परियोजना का उद्देश्य, इन महिलाओं की जरूरतों की पहचान करना और उनमें उनके अधिकारों तथा सामाजिक मुद्दों से निपटने के बारे में भी जागरूकता पैदा करना है। 1986-87 से इस स्कीम में पंचायती राज संस्थाओं में महिलाओं की प्रतिभागिता को प्रोत्साहित करने और राष्ट्रीय अखण्डता तथा सांप्रदायिक सद्भाव में उनकी भूमिका के बारे में उन्हें शिक्षित करने पर विशेष जोर दिया गया है। नौवीं योजना के 15.63 करोड़ रुपये के परिव्यय में से 10.92 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे। सूचना और जन शिक्षा का कार्यक्रम, महिलाओं से संबंधित मुद्दों पर बहु प्रचार नीतियों के माध्यम से लोक जागरूकता पैदा करता है। नौवीं योजना के 9.75 करोड़ रुपये के परिव्यय में से 8.70 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे।

2.11.29 सक्षम बनाने वाले अन्य उपाय: इनमें औपचारिक क्षेत्र में गरीब और सम्पत्ति विहीन महिलाओं की ऋण संबंधी जरूरतें पूरी करने के लिए राष्ट्रीय स्तर के तंत्र के रूप में 1993 में स्थापित राष्ट्रीय महिला कोष शामिल है। राष्ट्रीय महिला कोष ने माइक्रो वित्त-पोषण, किफायती ऋण, स्वयंसेवी समूहों का गठन करने और स्थिर करने तथा गरीब महिलाओं के लिए उद्यम विकास की अवधारणा को व्यापक बनाने के लिए, कई बढ़ावा देने वाले उपाय किए हैं। इसके प्रारंभ से अब तक, राष्ट्रीय महिला कोष में से 109.73 करोड़ रुपये का ऋण मंजूर किया गया है और फरवरी, 2002 तक 82.38 करोड़ रुपये वितरित किए गए हैं जिससे 992 गैर-सरकारी संगठनों के माध्यम से 4.2 लाख महिलाओं को लाभ प्राप्त हुआ है। 1992 में गठित राष्ट्रीय महिला आयोग के पास महिलाओं के अधिकारों और हितों की सुरक्षा करने का आज्ञा-पत्र है। इसका प्रमुख उद्देश्य, संविधान के अंतर्गत महिलाओं को प्रदान किए गए सुरक्षा उपायों से संबंधित सभी मामलों की छानबीन, जांच और समीक्षा करना, महिला विशिष्ट और महिला संबंधी विधानों की समीक्षा करना और जहां कहीं

आवश्यक हो, संशोधन करने के सुझाव देना है तथा महिलाओं की शिकायतों को दूर करने की निगरानी रखने और सुविधा प्रदान करने की एजेंसी के रूप में कार्य करना है। महिलाओं को सीधे प्रभावित करने वाले कुल 41 विधानों में से आयोग ने 32 अधिनियमों के संबंध में समीक्षा की है और सुधारात्मक विधायी उपायों का सुझाव दिया है तथा इन्हें आगे कार्रवाई करने हेतु सरकार को अग्रेषित किया है। आयोग ने महिलाओं को शीघ्र न्याय दिलाने को उच्चतम प्राथमिकता प्रदान की है। नौवीं योजना के 16.25 करोड़ रुपये के परिव्यय में से 16.17 करोड़ रुपये खर्च किए गए हैं।

2.11.30 वर्ष 2001 को 'महिला सशक्तिकरण वर्ष' के रूप में मनाया गया था। इस वर्ष के दौरान, महिलाओं के सामाजिक, राजनैतिक और आर्थिक सशक्तिकरण से संबंधित विभिन्न विषयों पर विभिन्न गतिविधियां और कार्यक्रम चलाए गए थे। कठिन परिस्थितियों वाली महिलाओं के लिए स्कीम - "स्वधर", विभिन्न परिस्थितियों के अंतर्गत विविध स्थितियों में मजबूर महिलाओं की विभिन्न श्रेणियों की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए, लचीले और नए दृष्टिकोण के साथ तैयार की गई है। इस स्कीम का लक्ष्य, विभिन्न स्थितियों में कठोर जीवनयापन कर रही उन परित्यक्त महिलाओं और बालिकाओं के लिए आवास, खाद्य, कपड़े और देखभाल की मूल जरूरतें प्रदान करना है जिन्हें सामाजिक और आर्थिक समर्थन प्राप्त नहीं है। इसमें ऐसी महिलाओं के लिए भावनात्मक समर्थन और परामर्श प्रदान करने तथा व्यावहारिक प्रशिक्षण आदि के माध्यम से शिक्षा, जागरूकता, कौशल उन्नयन और व्यक्तित्व विकास के जरिए उनका सामाजिक और आर्थिक पुनर्वास करने का प्रयास भी किया गया है।

महिला घटक योजना और इसका प्रगामी कार्यान्वयन

2.11.31 यद्यपि महिला घटक योजना को अधिकारिक रूप से नौवीं योजना में लागू किया गया था लेकिन इसकी उत्पत्ति बहुत पहले सातवीं योजना (1985-90 में उस समय हो गई थी जब प्रधानमंत्री कार्यालय ने योजना आयोग के सहयोग से महिलाओं के लिए 27 बी.ओ.एस. की पहचान की थी। महिलाओं के लिए मिलने वाली निधियों और लाभों की मात्रा का आकलन करने के लिए, इन स्कीमों के कार्यान्वयन की प्रगति की निगरानी महिला और बाल विकास विभाग को सौंपी गई थी। इन प्रयासों को उस समय और भी मजबूत किया गया था, जब आठवीं योजना में इस वचनबद्धता का उल्लेख किया गया था कि विभिन्न क्षेत्रों में होने वाले विकास के लाभों से महिलाएं वंचित न रह जाएं और शिक्षा, स्वास्थ्य और रोजगार में महिलाओं

राष्ट्रीय महिला आयोग : महिलाओं के लिए एक सांविधिक सुरक्षा तंत्र

1992 में स्थापित राष्ट्रीय महिला आयोग, जो एक सांविधिक निकाय है, महिलाओं के अधिकारों और हितों की सुरक्षा करता है। यह इसको सौंपी गई भूमिका और गतिविधियां चलाने, अर्थात् अत्याचार की व्यक्तिगत शिकायतों; कार्य स्थान पर महिलाओं के यौन उत्पीड़न की जांच के माध्यम से महिलाओं के अधिकारों की सुरक्षा करना; पारिवारिक/महिला लोक अदालत, कानूनी जागरूकता कार्यक्रम/कैंप आयोजित करना; महिला विशिष्ट और महिला संबंधी, दोनों विधानों की समीक्षा करना; व्यक्तिगत शिकायत, अत्याचार, उत्पीड़न, अधिकार से वंचन की जांच, आदि का कार्य करना और उनके विधायी अधिकारी को बहाल करने के लिए स्वतः उपचारात्मक कार्रवाई करना जारी रखे हुए है। राष्ट्रीय महिला आयोग ने अपने प्रारंभ से कुल 24,025 शिकायतों की जांच की है, जिनमें अधिकांश शिकायतें दहेज-मृत्यु तथा दहेज उत्पीड़न संबंधी हैं। व्यक्तिगत शिकायतें सुनने के लिए आयोग द्वारा खुली अदालतें लगाना अत्यंत नया और अनौपचारिक तरीका है। महिलाओं पर सीधे प्रभाव डालने वाले 41 विधानों में से आयोग ने 32 अधिनियमों की समीक्षा की थी और इनमें उपचारात्मक विधायी उपायों का सुझाव दिया था तथा इन्हें आवश्यक कार्रवाई हेतु सरकार को अग्रेषित किया था। इसके अलावा, आयोग ने कार्य स्थल पर यौन उत्पीड़न संबंधी विधेयक और महिला और बच्चों के अवैध व्यापार की रोकथाम के लिए "सार्क" के क्षेत्रीय सम्मेलन संबंधी विधेयक का प्रारूप तैयार किया है।

आयोग के सफल कार्यों में से इसका राज्य सरकारों से जल आपूर्ति, स्वास्थ्य सेवाओं, पोषण, सफाई आदि जैसे कार्यक्रमों के लिए ग्राम स्तर पर महिलाओं के लिए कुछ प्रतिशत संसाधनों को आरक्षित करने का अनुरोध करना और सरकारी संगठनों में महिला कक्षों के कार्यों की समीक्षा करना तथा इन कक्षों को पुनः सक्रिय करने के लिए नए दिशानिर्देश जारी करना शामिल है। इसने हरियाणा, पंजाब, राजस्थान, बिहार, उत्तर प्रदेश आदि जैसे उन राज्यों, जहां तुलनात्मक रूप से महिलाओं का स्तर नीचा है, में कानून जागरूकता कैंप आयोजित करने के अलावा, महिलाओं की उभरती समस्याओं अर्थात् महिलाओं पर वैश्वीकरण का प्रभाव, महिलाओं के प्रति अत्याचारों का निवारण, आदिवासी महिलाओं के आर्थिक सशक्तिकरण, बालिकाओं को तंग करने, बाल विवाह, दलित महिलाओं के सशक्तिकरण, वेश्यालयों में महिलाएं, इलैक्ट्रॉनिक प्रचार माध्यमों में महिलाओं की छवि, देवदासियों के पुनर्वास के महत्व पर अनेक सेमिनार/कार्यशालाएं भी आयोजित की हैं। आयोग ने महिलाओं से संबंधित विभिन्न विषयों पर अध्ययन प्रायोजित करने के अलावा बलात्कार, गर्भपात, देवदासी, यौन उत्पीड़न आदि जैसी अनेक महत्वपूर्ण सामाजिक समस्याओं पर सूचनाओं का सफलतापूर्वक प्रलेखीकरण किया है।

को मिलने वाले लाभों की निगरानी की जाएगी। बाद में नौवीं योजना में महिला घटक योजना की अवधारणा, केन्द्र तथा राज्य सरकारों, दोनों को यह सुनिश्चित करने के निदेश देकर एक महत्वपूर्ण कार्यनीति के रूप में लागू की गई थी कि सभी महिला संबंधी क्षेत्रों में 30 प्रतिशत निधियां/लाभ महिलाओं के लिए निश्चित किए जाएं। अंतर क्षेत्रीय समीक्षा के प्रभावी तंत्र के माध्यम से मिलने वाली निधियों/लाभों की निगरानी की गई थी, ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि सभी संबंधित क्षेत्रों से महिलाओं को पर्याप्त निधियां/लाभ प्राप्त हों, जिससे कि यह सिद्ध किया जा सके कि महिलाओं को सशक्त करने की कार्यनीति, महिलाओं के समग्र विकास तथा उत्थान के प्रति बहु क्षेत्रीय दृष्टिकोण है।

2.11.32 महिला घटक योजना द्वारा प्रगति की समीक्षा करने से इस बात की पुष्टि हुई है कि यह अपने उद्देश्य को हासिल करने के लिए प्रभावी नीति सिद्ध होकर इससे अत्यधिक लाभ मिलना शुरू हो गया है। योजना आयोग को उपलब्ध कराई

गई सूचना के अनुसार, 15 केन्द्रीय मंत्रालयों/विभागों द्वारा कार्यान्वित की गई महिला विशिष्ट और महिला संबंधी, दोनों स्कीमों के माध्यम से महिलाओं के लिए पर्याप्त निधियां दी जा रही हैं। इनमें से यद्यपि, 4 मंत्रालयों/विभागों अर्थात् परिवार कल्याण, स्वास्थ्य, शिक्षा और भारतीय औषध पद्धति तथा होम्योपैथी विभाग, नौवीं योजना में अपने सकल बजटीय समर्थन का 50 से 70 प्रतिशत तक, उच्च हिस्सा महिलाओं को प्रदान कर रहे हैं, जबकि श्रम और ग्रामीण विकास विभाग 30 से 50 प्रतिशत योगदान दे रहे हैं और अन्य विभाग अपने सकल बजटीय समर्थन का 30 प्रतिशत से कम दे रहे हैं। इसके आधार पर महिला विशिष्ट नोडल विभागों और महिला संबंधित मंत्रालयों/विभागों से नौवीं योजना के दौरान, महिलाओं को मिलने वाली कुल राशि 51,942.53 करोड़ रुपये बैठती है जो इन मंत्रालयों/विभागों के सकल बजटीय समर्थन का 42.9 प्रतिशत है। तथापि, यदि महिला संबंधित 15 मंत्रालयों/विभागों के ही सकल बजटीय समर्थन को हिसाब में लिया जाए तो यह गिरकर 39 प्रतिशत रह जाएगा और सभी मंत्रालयों/विभागों के

सकल बजटीय समर्थन के भाग के रूप में और गिरकर 25.5 प्रतिशत रह जाएगा। (ब्यौरे बॉक्स में दिए गए हैं)। इसके अलावा, इस संपूर्ण प्रक्रिया में सबसे महत्वपूर्ण विशेषता यह नोट करने की है कि परिवार कल्याण जैसे विभाग महिलाओं की भलाई के लिए अपने कुल बजट का 70 प्रतिशत तक दे

रहे हैं। इसके अलावा समीक्षा से इन घटकों का भी पता चला है कि महिला घटक योजना ने योजना बनाने वालों के बीच जागरूकता और संवेदनशीलता पैदा की है तथा योजना बनाने वाले और प्रशासक यह सुनिश्चित करते हैं कि अन्य विकास क्षेत्रों की निधियों/लाभों से महिलाएं वंचित न रहें।

महिला घटक योजना: कुछ तथ्य और आंकड़े

(आंकड़े करोड़ रुपये में)

क्र. सं.	मंत्रालय/विभाग का नाम	नौवीं योजना (सकल बजटीय समर्थन)	महिला घटक योजना को मिलने वाली राशि	प्रतिशत (कालम 3 के प्रति, कालम 4 का)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
क.	महिला विशिष्ट(नोडल विभाग)			
	महिला और बाल विकास विभाग	7,810.42	7810.42	100.0
ख.	महिला संबंधित मंत्रालय/ विभाग			
1.	स्वास्थ्य	5,118.19	2,581.25	50.4
2.	परिवार कल्याण	15,120.20	10,541.26	69.7
3.	भारतीय औषध पद्धति और होम्योपैथी	266.35	133.18	50.0
4.	शिक्षा	20,381.64	10,212.44	50.1
5.	श्रम	899.12	300.85	33.5
6.	कृषि और सहकारिता	9,153.82	349.96	3.8
7.	ग्रामीण विकास	41,833.87	17,415.00	41.6
8.	शहरी रोजगार और गरीबी उन्मूलन	4,931.22	403.60	8.2
9.	सामाजिक न्याय और अधिकारिता	6,608.13	814.81	13.2
10.	जनजातीय कार्य	*	60.00	*
11.	विज्ञान और प्रौद्योगिकी	1,497.35	7.50	0.5
12.	सूचना और प्रसारण	680.05	30.00	4.4
13.	ऊर्जा और गैर-परंपरागत स्रोत	2,122.14	401.00	18.9
14.	लघु और कृषि आधारित उद्योग	3,786.85	868.93	23.0
15.	युवा मामले और खेल	826.09	12.33	1.5
	उप-जोड़(ख)	1,13,225.02	44,132.11	39.0
	सकल जोड़(क+ख)	1,21,035.44	51,942.53	42.9

टिप्पणी:-* सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय में सम्मिलित।

नौवीं योजना में सभी मंत्रालयों और विभागों का कुल बजटीय समर्थन (जीबीएस) 2,03,982 करोड़ रुपये था। कुल काश्त के रूप में महिला घटक योजना।

महिलाओं के लिए विधायी समर्थन

महिला विशिष्ट विधान

- अनैतिक व्यापार ((निवारण) अधिनियम, 1956 @
- दहेज प्रतिषेध अधिनियम, 1961(1961 का 28)@
- स्त्री अशिष्ट रूपण (प्रतिषेध) अधिनियम, 1986 @
- सती प्रथा (निवारण) अधिनियम, 1987(1988 का 3)

महिला संबंधी विधान

- संरक्षक और प्रतिपाल्य अधिनियम, 1860(1890 का 8)*
- भारतीय दंड संहिता, 1860**
- ईसाई विवाह अधिनियम, 1872(1872 का 15)*
- भारतीय साक्ष्य अधिनियम, 1872(संशोधित किया जाना है)
- विवाहित महिला सम्पत्ति अधिनियम, 1874(1874 का 3)*
- कर्मकार प्रतिकर अधिनियम, 1923 **
- विधि व्यवसायी(महिला) अधिनियम, 1923 @
- भारतीय उत्तराधिकार अधिनियम, 1925(1925 का 39)
- बालक विवाह अवरोध अधिनियम, 1929(1929 का 19)
- मजदूरी संदाय अधिनियम, 1936 **
- मुस्लिम स्वीय विधि(शरीयत) अधिनियम, 1937 *
- कारखाना अधिनियम, 1948 @
- न्यूनतम मजदूरी अधिनियम, 1948 @
- कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 @
- बागान श्रम अधिनियम, 1951 **
- चलचित्र अधिनियम, 1952 **
- विशेष विवाह अधिनियम, 1954 **
- हिन्दू विवाह अधिनियम, 1955(1989 का 28)
- हिन्दू दत्तक और भरण-पोषण अधिनियम, 1956*
- हिन्दू अप्राप्तवयता और संरक्षता अधिनियम, 1956*
- हिन्दू उत्तराधिकार अधिनियम, 1956*
- प्रसूति प्रसूविधा अधिनियम, 1961(1961 का 53) @
- बीड़ी तथा सिगार कर्मकार(नियोजन की शर्तें) अधिनियम, 1966 **
- विदेशीय विवाह अधिनियम, 1969(1969 का 33)
- भारतीय विवाह-विच्छेद अधिनियम, 1969(1969 का 4)
- गर्भ का चिकित्सीय समापन अधिनियम, 1971(1971 का 34)
- दण्ड प्रक्रिया संहिता, 1973 **
- बंधित श्रम पद्धति(उत्पादन) अधिनियम, 1976 @
- समान पारिश्रमिक अधिनियम, 1976 @
- ठेका श्रम (नियमन और उत्पादन) अधिनियम, 1979 @
- अन्तर्राज्यिक प्रवासी कर्मकार(नियोजन का विनियमन और सेवाशर्तें) अधिनियम 1979 @
- कुटुम्ब न्यायालय अधिनियम, 1984 @
- किशोर न्याय अधिनियम, 1986
- बाल श्रम (प्रतिषेध एवं नियमन) अधिनियम, 1986 **
- राष्ट्रीय महिला आयोग अधिनियम, 1990(1990 का 20)

- शिशु दुग्ध प्रतिस्थापी आहार बोतल और शिशु खाद्य(उत्पादन, संभरण और वितरण का नियमन) अधिनियम, 1992*
- प्रसव पूर्व जांच तकनीक (नियमन और दुरुपयोग निवारण) अधिनियम, 1994 *

* राष्ट्रीय महिला आयोग द्वारा समीक्षा की गई।

** महिला और बाल संबंधी कार्यदल द्वारा समीक्षा की गई।

@ राष्ट्रीय महिला आयोग और महिला एवं बाल संबंधी कार्यदल, दोनों द्वारा समीक्षा की गई।

विधायी उपाय

2.11.33 विधित: समानता को वास्तविकता बनाने के लिए राज्य ने महिलाओं को सामाजिक भेदभाव, हिंसा और अत्याचार से बचाने और बाल विवाह, दहेज, बलात्कार, सती प्रथा आदि रोकने के अलावा महिलाओं के अधिकारों और हितों की सुरक्षा करने के लिए महिला विशिष्ट और महिला संबंधित, दोनों विधान अधिनियमित किए हैं। सरकार का यह प्रयास रहा है कि समय-समय पर इन विधानों की समीक्षा की जाए और इनमें संशोधन किए जाएं ताकि परिवर्तित स्थितियों तथा सामाजिक मांग/दायित्वों में महिलाओं के हितों की रक्षा की जा सके। यह जिम्मेदारी 1992 में बनाए गए राष्ट्रीय महिला आयोग द्वारा निभाई जा रही है, जिसके लिए यह बनाया गया है। महिलाओं पर प्रत्यक्ष/अप्रत्यक्ष प्रभाव डालने वाले कुल 41 विधानों में से आयोग ने 32 अधिनियमों की समीक्षा की थी और कुछ संशोधनों का सुझाव दिया था तथा इन्हें आवश्यक कार्रवाई हेतु सरकार को अग्रपिष्ट किया था। 14 अधिनियमों के संबंध में आयोग की सिफारशों की श्री के.सी. पंत, उपाध्यक्ष, योजना आयोग की अध्यक्षता में गठित महिला और बाल कार्यदल द्वारा 2000 में विस्तार से जांच की गई थी। शुरु में नोडल महिला और बाल विकास विभाग ने महिलाओं के प्रति घरेलू हिंसा(निवारण) संबंधी विधेयक का प्रारूप तैयार करने के अलावा 4 महिला विशिष्ट विधानों अर्थात् अनैतिक व्यापार(निवारण) अधिनियम, 1956; दहेज प्रतिषेध अधिनियम, 1961; स्त्री अशिष्ट रूपण(प्रतिषेध) अधिनियम, 1986 और सती प्रथा(निवारण) अधिनियम, 1987 के संबंध में संशोधन लाने के लिए कार्रवाई शुरु की है। यह प्रारूप, अनुमोदन हेतु अब संसद में हैं।

महिलाओं की वर्तमान स्थिति

2.11.34 यद्यपि पिछले कुछ दशकों में कार्यान्वित की गई विभिन्न विकासात्मक नीतियों, योजनाओं और कार्यक्रमों के प्रभाव से महिलाओं की सामाजिक-आर्थिक स्थिति में सुधार

दृष्टिगोचर हुआ है, लेकिन निरक्षरता, अनभिज्ञता, भेदभाव और हिंसा जैसी समस्याएँ आज भी मौजूद हैं। निम्नलिखित पैराग्राफ में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण; साक्षरता और शिक्षा; कार्य

और रोजगार; निर्णय लेने की : स्थिति; राजनैतिक प्रतिभागिता आदि का विवेचन और महत्वपूर्ण आंकड़ों के चुनिंदा क्षेत्रों में उपलब्धियों के ब्यौरे दिए गए हैं:

सारणी-2.11.1

लिंग के अनुसार जनसंख्या और प्रति दस वर्ष विकास दर(1981-2001)

(जनसंख्या मिलियन में)

जनगणना	महिलाएं		पुरुष		जोड़	
	जनसंख्या	प्रति 10 वर्ष विकास दर*	जनसंख्या	प्रति 10 वर्ष विकास दर*	जनसंख्या	प्रति 10 वर्ष विकास दर*
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1981	330.0	24.93	353.4	24.41	683.4	24.66
1991	407.1	23.37	439.2	24.30	846.3	23.86
2001	495.7	21.79	531.3	20.93	1027.0	21.34

टिप्पणी:- * प्रति 10 वर्ष विकास दर

i) आबादी के इन आंकड़ों में पाकिस्तान और चीन के अंतर्गत क्षेत्र के आंकड़े शामिल नहीं हैं; ii) असम में 1981 की जनगणना नहीं की गई थी। 1981 के आंकड़ों में असम की अनुमानित जनसंख्या शामिल है; iii) जम्मू और कश्मीर 1991 की जनगणना नहीं हुई थी। 1991 के आंकड़ों में जम्मू और कश्मीर की जनसंख्या प्रक्षेपण संबंधी विशेषज्ञों की स्थायी समिति द्वारा यथा अनुमानित जनसंख्या(अक्टूबर, 1989) शामिल है।

स्रोत: भारत की जनगणना, 1991 और भारत की जनगणना, 2001 : जनसंख्या का अंतिम जोड़, महापंजीयक और जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

जनसांख्यिकी और महत्वपूर्ण आंकड़े

2.11.35 देश की कुल महिला आबादी में मामूली वृद्धि हुई है। यह 1991 की 407.1 मिलियन (कुल आबादी का 48.1 प्रतिशत) से बढ़कर 2001 में 495.7 मिलियन(48.3 प्रतिशत) हो गई है(सारणी 2.11.1)। यद्यपि, 0.2 प्रतिशत की वृद्धि बहुत मामूली है, लेकिन अंकों के रूप में वृद्धि 88.6 मिलियन है, जबकि 1981 और 1991 के बीच यह वृद्धि 77.1 मिलियन थी। 1991-2001 के दशक के लिए महिला आबादी की विकास दर 21.79 प्रतिशत थी जो पुरुषों से 0.86 प्रतिशत अंक अधिक थी और कुल आबादी के हिसाब से 0.45 प्रतिशत अंक अधिक थी। लेकिन महिलाओं और पुरुषों के बीच जनसांख्यिकीय असंतुलन आज की तारीख में भी मौजूद है।

2.11.36 लिंग अनुपात, जो महिलाओं के जीवित रहने की स्थिति को दर्शाता है, में बहुत मामूली सुधार हुआ है। यह 1991 के 927 से बढ़कर 2001 में 933 हो गया(सारणी 2.11.2)। यद्यपि सभी आयु समूहों के संबंध में लिंग अनुपात बढ़ा है, लेकिन यह सबसे महत्वपूर्ण आयु समूह, 0-6 में गिरा है, जो 1991 के 945 से गिरकर 2001 में 927 रह गया। यही प्रवृत्ति, पंजाब और हरियाणा जैसे आर्थिक रूप से अधिक विकसित राज्यों सहित अधिकांश राज्यों में दिखाई दी है। यह स्पष्ट रूप

से इस तथ्य की ओर संकेत करता है कि यह आवश्यक नहीं है कि आर्थिक विकास से महिलाओं के स्तर में सुधार हो ही जाएगा। इसका कारण बालिकाओं के प्रति भेदभाव और इसके परिणामस्वरूप कमजोर स्वास्थ्य तथा पोषणिक स्तर हो सकता है। यह समस्या, महिला भ्रूण हत्या और महिला शिशु हत्या की बढ़ती हुई दर से और बढ़ी है।

सारणी 2.11.2

लिंग अनुपात(1981-2001)*

जनगणना	लिंग अनुपात
(1)	(2)
1981	934
1991	927
2001	933

टिप्पणी:- * लिंग अनुपात : एक हजार पुरुषों के प्रति, महिलाएं

स्रोत: भारत की जनगणना, 2001 : जनसंख्या का अंतिम जोड़ महापंजीयक और जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

सारणी-2.11.3

जन्म के समय जीवन प्रत्याशा(1981-2001)

(वर्ष में)

वर्ष	महिलाएं	पुरुष
1981-85	55.7	55.4
1989-93*	59.7	59.0
1996-2001	65.3	62.3

टिप्पणी : *नमूना पंजीकरण प्रणाली अनुमानों पर आधारित

स्रोत : भारत की जनगणना, 1991 और भारत की जनगणना, 2001 : जनसंख्या का अनंतिम जोड़, महापंजीयक और जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

2.11.37 महिलाओं के संबंध में जन्म के समय जीवन की प्रत्याशा धीरे-धीरे बढ़ रही है(सारणी 2.11.3)। यह 1981 के 55.7 वर्ष से बढ़कर 2001 में 65.3 वर्ष हो गई है जिसने पुरुषों के 62.3 वर्ष के जीवन प्रत्याशा को भी पार कर दिया है और 1989-93 तथा 1996-2001 के बीच 5.6 वर्ष की उच्चतम वृद्धि दर्ज की है।

सारणी-2.11.4

विवाह के समय आयु का औसत (1981-1997)

(वर्ष में)

वर्ष	महिलाएं	पुरुष
1981	18.3	23.3
1991	19.5	23.9
1997	19.5	उपलब्ध नहीं

स्रोत : संबंधित वर्षों के लिए नमूना पंजीकरण प्रणाली बुलेटिन, महापंजीयक और जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

2.11.38 इसी प्रकार महिलाओं के लिए आयु का प्रभावी औसत भी 1981 के 18.3 वर्ष से बढ़कर 1997 में 19.5 वर्ष हो गया है(सारणी 2.11.4)। बाल विवाह निषेध अधिनियम, 1976, जिसमें लड़कियों के लिए विवाह की आयु 15 से बढ़ाकर 18 वर्ष कर दी गई है, ने बाल विवाह/जल्दी विवाह को कम करने में सहायता की है और इसके परिणामस्वरूप शीघ्र गर्भधारण और अपरिपक्व शिशुओं के जन्म में गिरावट आई है। इसी के साथ-साथ महिलाओं/बालिकाओं की शिक्षा और रोजगार ने भी विवाह की आयु बढ़ाने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा की है।

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण

सारणी-2.11.5

जन्म दर(1981-1999)

(प्रति हजार)

वर्ष	जन्म दर
(1)	(2)
1981	33.9
1991	29.5
1999	26.1

स्रोत : संबंधित वर्षों के लिए नमूना पंजीकरण प्रणाली बुलेटिन, महापंजीयक और जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

सारणी-2.11.6

मृत्यु दर(1981-1999)

(प्रति हजार)

वर्ष	महिलाएं	पुरुष	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)
1981	12.7	12.4	12.5
1991	9.7	10.0	9.8
1999	8.3	9.0	8.7

स्रोत : संबंधित वर्षों के लिए नमूना पंजीकरण प्रणाली बुलेटिन, महापंजीयक और जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

2.11.39 यद्यपि जन्म दर जो 1981 में 33.9 थी, गिरकर 1999 में 26.1 रह गई। इसमें 7.8 अंक की गिरावट आई, लेकिन मृत्यु दर में भी 3.8 अंक की गिरावट आई है जो 1981 के 12.5 से गिरकर 1999 में 8.7 रह गई है(सारणी-2.11.5 और 2.11.6)। तथापि, महिला मृत्यु दर में 4.4 अंक की गिरावट आई है जो 1981 के 12.7 से गिरकर 1999 में 8.3 रह गई है, लेकिन पुरुष दर में भी 3.4 अंक की गिरावट आई है अर्थात यह 1981 के 12.4 से गिरकर 1991 में 9.0 रह गई है।

सारणी 2.11.7
मातृत्व मृत्यु दर(1980-98)
(प्रति एक लाख नवजात शिशु)

वर्ष	मातृत्व मृत्यु दर
(1)	(2)
1980	468
1993	437
1998	407

स्रोत : संबंधित वर्षों के लिए नमूना पंजीकरण प्रणाली बुलेटिन, महापंजीयक और जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

2.11.40 यद्यपि, मातृत्व मृत्यु दर 1980 के 468 से गिरकर 1998 में 407 रह गई है, जो गिरावट है, लेकिन यह अभी भी बहुत अधिक है और इसलिए चिंता का विषय है(सारणी-2.11.7)। इस उच्च दर के लिए जिम्मेदार प्रमुख कारणों का ब्यौरा नीचे दिया गया है (सारणी-2.11.8):

सारणी 2.11.8
कारण का प्रतिशत वितरण - विशिष्ट
मातृत्व मृत्यु दर 1998

कारण	प्रतिशतता
(1)	(2)
रक्तस्राव	29.7
अल्परक्तता	19.0
पूतिता(सेपसिस)	16.1
बाधित प्रसव	9.5
गर्भपात	8.9
विषाक्तता	8.3
अन्य	8.5

स्रोत : मृत्यु के कारणों का सर्वेक्षण(ग्रामीण), भारत, वार्षिक रिपोर्ट, 1998, महापंजीयक और जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

2.11.41 1998 में मातृत्व मृत्यु दर की उच्चतम संख्या रक्तस्राव (29.7 प्रतिशत), इसके बाद अल्परक्तता(19 प्रतिशत) और

पूतिता(सेपसिस) (16.1 प्रतिशत) के कारण थी, जिसे बेहतर प्रजनन स्वास्थ्य-देखभाल और पोषण के माध्यम से रोका जा सकता था। 1971 में चिकित्सा गर्भपात अधिनियम को विशेष मंजूरी देने के बावजूद स्थानीय नीमहकीम और अप्रशिक्षित व्यक्तियों जैसे अनधिकृत व्यक्तियों द्वारा अस्वस्थकर और असुरक्षित स्थितियों में अवैध गर्भपात किया जाना जारी रहा है। वास्तव में 8.9 प्रतिशत मातृत्व मृत्यु का कारण गर्भपात है जो काफी अधिक है। स्वास्थ्य देखभाल-सुविधाओं तक महिलाओं की पहुंच कम होने के कारण, उनके प्रति, कैंसर, मलेरिया और तपेदिक तथा अन्य बीमारियों का अधिक खतरा होने के अलावा, प्रजनन अंग संक्रमण(आर.टी.आई.एस.) और लैंगिक अंतरण-बीमारियां(एस.टी.डी.एस.), महिलाओं के बीच उच्च रूग्णता के अन्य कारण हैं।

सारणी-2.11.9

गर्भवती महिलाओं में अल्परक्तता की विद्यमानता

श्रेणी	प्रतिशतता
(1)	(2)
सामान्य(11 जी/डीएल से कम)	13
हल्की(8-11 जी/डीएल)	40
मध्यम(5-8 जी/डीएल)	34
गंभीर (5 जी/डीएल से अधिक)	13

स्रोत : राष्ट्रीय पोषण मानीटरिंग ब्यूरो

2.11.42 राष्ट्रीय पोषण मानीटरिंग ब्यूरो(यू.एन.एम.बी.)के उपर्युक्त आंकड़ों के अलावा 1998-99 का राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण यह दर्शाता है कि 1.9 प्रतिशत विवाहित किशोरियों को गंभीर और 45.9 प्रतिशत को मध्यम दर्जे की अल्परक्तता से पीड़ित है यदि इसका पता न लगाया जाए और इसका उपचार न किया जाए तो इससे न केवल माताओं में रूग्णता दर बढ़ेगी, बल्कि कम जन्म दर का अधिक खतरा और प्रजनन पूर्व मृत्यु की उच्च दर होगी। इन किशोर माताओं के कमजोर शिशु पैदा करने की प्रक्रिया से शिशुओं में मृत्यु दर, रूग्णता और उनमें कम/कुपोषण बढ़ेगा और इस प्रकार अन्तर पीढ़ी चक्र में समस्या उत्पन्न होगी। सर्वेक्षण से पता चलता है कि महिलाओं(15-49 वर्ष) का 51.8 प्रतिशत पौषणिक अल्परक्तता का शिकार हैं, जिसे यौवन काल और अधिक विशिष्ट रूप से गर्भावस्था तथा स्तनपान के दौरान, उन्हें बेहतर पोषण प्रदान करके सुगमता से रोका जा सकता है। भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद द्वारा किए गए अध्ययनों से पता चलता है कि

गर्भवती महिलाओं में अल्परक्तता की मौजूदगी, उच्चतम है जो 50 और 90 प्रतिशत के बीच है। तथापि, राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-II में इसके 49.7 प्रतिशत होने का अनुमान लगाया गया है जो पहले की रिपोर्टों से पर्याप्त रूप से कम है। सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि प्रतिकूल प्रसूति के परिणामों से जुड़ी अल्परक्तता की औसत और गंभीर रूप में मौजूदगी (8 ग्राम प्रतिशत से कम और 5 ग्राम प्रतिशत से अधिक) उच्च बनी हुई है। (अधिक ब्यौरे 'परिवार कल्याण' अध्याय में उपलब्ध हैं।

साक्षरता और शिक्षा

2.11.43 महिला साक्षरता दर में दर्शायी गई महिला शिक्षा की उपलब्धियों से पता चलता है कि यह 1981 के 29.76 प्रतिशत से बढ़कर 2001 में 54.16 प्रतिशत हो गई है (सारणी 2.11.10)। यह नोट करना भी उत्साहजनक है कि जैसाकि 2001 की जनगणना द्वारा पहली बार पता चला है कि अशिक्षित महिलाओं की संख्या, 1991 के 200.07 मिलियन से गिरकर 2001 में 189.6 मिलियन रह गई है। इसी प्रकार महिला और पुरुष

सारणी-2.11.10

लिंग द्वारा साक्षरता दर(1981-2001)

(प्रतिशत में)

जनगणना	महिला	पुरुष	व्यक्ति	साक्षरता दर में पुरुष-महिला अन्तर
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1981	29.76	56.38	43.57	26.62
1991	39.29	64.13	52.21	24.84
2001	54.16	75.85	65.38	21.69

टिप्पणी: (1) साक्षरता दर 7 वर्ष और उससे अधिक की आबादी से संबंधित है; (2) 1981 की जनगणना साक्षरता दर में असम शामिल नहीं है। 1991 की जनगणना साक्षरता दर में जम्मू और कश्मीर शामिल नहीं है।

स्रोत: भारत की जनगणना, 2001: अंतिम जनसंख्या जोड़, महापंजीयक और जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

साक्षरों तथा विद्यालय छोड़ने वालों के बीच भी अन्तर कम होना शुरू हो गया है। तथापि, कुछ राज्यों में शिक्षा में अन्तर-क्षेत्रीय भिन्नता बहुत अधिक बनी हुई है और अभी भी 299 जिले ऐसे हैं जहां महिला साक्षरता राष्ट्रीय स्तर से कम है। 2001 में केरल में महिला साक्षरता की उच्चतम दर 87.86 प्रतिशत रिकार्ड की गई है, जबकि बिहार में 33.57 प्रतिशत की निम्नतम दर रिकार्ड की गई है।

2.11.44 इसी प्रकार, प्राथमिक और माध्यमिक, दोनों स्तरों पर बालिकाओं के लिए सकल नामांकन अनुपात, प्राथमिक स्तर के संबंध में 1980-81 के 64.1 से बढ़कर 1999-2000 में 85.2 हो गया है और इसी अवधि के दौरान, माध्यमिक स्तर के संबंध में यह 28.6 से बढ़कर 49.7 हो गया है। 1990-91 और 1999-2000 के बीच माध्यमिक स्तर पर बालिकाओं का सकल-नामांकन अनुपात भी 47.8 से बढ़कर 49.7 हो गया है (इस विषय से संबंधित आंकड़े बाल विकास के अंतर्गत सारणी 2.11.26 में दिए गए हैं)।

2.11.45 उच्चतर शिक्षा, जिसमें कालेज, विश्वविद्यालय, अभियांत्रिकी, चिकित्सा, प्रौद्योगिकी के व्यावसायिक कालेज

आदि शामिल हैं, में महिलाओं की संख्या 1990-91 के 1.32 मिलियन (33.0 प्रतिशत) से बढ़कर 1999-2000 में 3 मिलियन (39.8 प्रतिशत) हो गई है (सारणी 2.11.11)। नामांकित महिलाओं की संख्या में निरपेक्ष और सापेक्ष, दोनों रूप में वृद्धि दिखाई दी है।

2.11.46 विद्यालय छोड़ने की दर, जिसका विद्यालय में पढ़ने वालों की दर पर सीधा प्रभाव पड़ता है, में भी विद्यालयी शिक्षा के सभी स्तरों पर बालकों और बालिकाओं, दोनों के मामले में 1980-81 से 1999-2000 तक निश्चित गिरावट की प्रवृत्ति दिखाई दी है। यद्यपि, प्राथमिक और माध्यमिक स्तरों पर बालिकाओं के विद्यालय छोड़ने की दर 1980-81 के क्रमशः 62.5 और 79.4 से गिरकर 1999-2000 में 42.3 और 58.0 रह गई है, यह दर अभी भी बालकों की तुलना में अधिक है (इस विषय पर आंकड़े बाल विकास के अंतर्गत सारणी 2.11.27 में दिए गए हैं)।

कार्य और रोजगार

2.11.47 यद्यपि, महिलाओं की कार्य में प्रतिभागिता दर 1981 के 19.7 प्रतिशत से बढ़कर 2001 में 25.7 प्रतिशत हो गई है,

सारणी-2.11.11

स्नातक/स्नातकोत्तर/व्यावसायिक पाठ्यक्रमों में बालिकाओं का नामांकन
(1990-91 से 1999-2000)

(आंकड़े मिलियन में)

स्तर	1990-91		1996-97		1999-2000	
	महिला	जोड़	महिला	जोड़	महिला	जोड़
स्नातक (बी०ए०/बी०एस०सी०/बी०काम)	1.14 (34.7)	3.29	1.82 (37.4)	4.87	2.66 (40.9)	6.51
स्नातकोत्तर (एम०ए०/एम०एस०सी०/एम०कॉम०)	0.12 (32.8)	0.35	0.17 (30.5)	0.54	0.22 (39.6)	0.55
पी०एच०डी०/डी०एस०सी०/ डी०फिल०	0.01 (26.2)	0.03	0.01 (29.2)	0.04	0.02 (35.4)	0.05
बी०ई०/बी०एस०सी०(इंजी)/ बी० आर्किटेक्चर	0.03 (10.9)	0.24	0.05 (14.9)	0.33	0.08 (22.0)	0.36
एम०बी०बी०एस०	0.03 (34.3)	0.08	0.04 (35.4)	0.12	0.05 (37.8)	0.14
जोड़	1.32 (33.0)	3.99	2.09 (35.3)	5.90	3.03 (39.8)	7.61

टिप्पणी: कोष्ठकों में दिए गए आंकड़े, कुल का प्रतिशत दर्शाते हैं।

स्रोत: संबंधित वर्षों के लिए चुनिंदा शैक्षिक आंकड़े, शिक्षा विभाग, मानव संसाधन विकास मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली।

लेकिन यह अभी भी शहरी और ग्रामीण, दोनों क्षेत्रों में पुरुष की जनगणना के अनुसार मिजोरम में अधिकतम 34 प्रतिशत और कार्य में प्रतिभागिता दर से काफी कम है(सारणी 2.11.12)। पंजाब में न्यूनतम 4 प्रतिशत है। (2001 की जनगणना के प्रमुख राज्यों के बीच क्षेत्रीय अंतर अधिक है, जो 1991 की राज्यवार आंकड़े अभी उपलब्ध नहीं है।)

सारणी-2.11.12

लिंग द्वारा कार्य प्रतिभागिता दर

(प्रतिशत में)

जनगणना	जोड़/ग्रामीण/शहरी	महिला	पुरुष	व्यक्ति
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1981	जोड़	19.7	52.6	36.7
	ग्रामीण	23.1	53.8	38.8
	शहरी	8.3	49.1	30.0
1991	जोड़	22.3	51.6	37.5
	ग्रामीण	26.8	52.6	40.1
	शहरी	9.2	48.9	30.2
2001	जोड़	25.7	51.9	39.3
	ग्रामीण	31.0	52.4	42.2
	शहरी	11.6	50.9	32.2

स्रोत: भारत की जनगणना, 1991, श्रृंखला-1 और भारत की जनगणना, 2001, अनंतिम जनसंख्या योग महापंजीयक और जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

2.11.48 संगठित कार्यबल में महिलाओं के हिस्से में भी वृद्धि की प्रवृत्ति दिखाई दी है, जो 1981 के 2.8 मिलियन (12.2 प्रतिशत) से बढ़कर 1999 में 4.8 मिलियन (17.2 प्रतिशत) हो गया है (सारणी 2.11.13)। 1991 और 1999 के बीच महिलाओं के प्रतिशत अंक में वृद्धि 3.1 थी। इसके विपरीत पुरुषों के हिस्से में गिरावट आ रही है। तथापि, संगठित क्षेत्र में महिलाओं की प्रतिभागिता, पुरुषों की तुलना में अभी भी बहुत कम है।

सारणी 2.11.13
संगठित क्षेत्र में महिलाएं (1981-99)

(आंकड़े, मिलियन में)

वर्ष	महिला	पुरुष	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)
1981	2.8 (12.2)	20.1	22.9
1991	3.8 (14.1)	23.0	26.7
1999	4.8 (17.2)	23.3	28.1

टिप्पणी: कोष्ठकों में दिए गए आंकड़े, कुल प्रतिशत दर्शाते हैं।

स्रोत: रोजगार और प्रशिक्षण महानिदेशक, श्रम मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली।

2.11.49 इसी प्रकार, सार्वजनिक क्षेत्र में महिलाओं के रोजगार में वृद्धि रिकार्ड की गई है, जो 1981 के 1.5 मिलियन (9.7 प्रतिशत) से बढ़कर 1999 में 2.8 मिलियन (14.5 प्रतिशत) हो

गई है (सारणी 2.11.14)। तथापि, पुरुषों की तुलना में यह अभी भी बहुत कम है।

सारणी 2.11.14

सार्वजनिक क्षेत्र में महिलाएं (1981-99)

(आंकड़े, मिलियन में)

वर्ष	महिला	पुरुष	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)
1981	1.5 (9.7)	14.0	15.5
1991	2.4 (12.3)	16.7	19.1
1999	2.8 (14.5)	16.6	19.4

टिप्पणी: कोष्ठकों में दिए गए आंकड़े, कुल प्रतिशत दर्शाते हैं।

स्रोत: रोजगार और प्रशिक्षण महानिदेशक, श्रम मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली।

2.11.50 सार्वजनिक क्षेत्र में महिलाओं की मौजूदगी के मामले की तरह ही वे 1997 में सरकार में कुल 10.7 मिलियन कर्मचारियों की तुलना में बहुत कम केवल 14.6 प्रतिशत थीं। निसंदेह, सरकार में महिलाओं के प्रतिनिधित्व में वृद्धि की प्रवृत्ति है, यह 1981 और 1997 के बीच 11 प्रतिशत से बढ़कर 14.6 प्रतिशत हो गया है, लेकिन इसी के साथ-साथ जब इसकी तुलना शिक्षित महिलाओं की संख्या से की जाती है तो इनके प्रतिनिधित्व की दर बहुत कम बैठती है (सारणी 2.11.15)।

सारणी 2.11.15

सरकार में महिलाएं (1981-97)

(आंकड़े, मिलियन में)

वर्ष	महिला	पुरुष	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)
1981	1.2 (11.0)	9.7	10.9
1997	1.6 (14.6)	9.1	10.7

टिप्पणी: कोष्ठकों में दिए गए आंकड़े, कुल का प्रतिशत दर्शाते हैं।

स्रोत: रोजगार और प्रशिक्षण महानिदेशक, श्रम मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली।

निर्णयन

(i) प्रशासनिक

सारणी 2.11.16
प्रमुख सेवाओं में महिलाओं की प्रतिभागिता (1987-2000)

सेवा	1987		1997		2000	
	महिला	जोड़	महिला	जोड़	महिला	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
भा0प्र0से0	339 (7.5)	4,204	512 (10.2)	4,991	535 (10.4)	5,159
भा0पु0से0	21 (0.9)	2,418	67 (2.2)	3,045	110 (3.3)	3,301
जोड़	360 (5.4)	6,622	579 (7.2)	8,036	645 (7.6)	8,460

टिप्पणी: कोष्ठकों में दिए गए आंकड़े, कुल का प्रतिशत दर्शाते हैं।

स्रोत: कार्मिक और प्रशिक्षण विभाग, भारत सरकार, नई दिल्ली।

2.11.51 प्रमुख सेवाओं अर्थात् भारतीय प्रशासनिक सेवा और भारतीय पुलिस सेवा के माध्यम से निर्णायक स्तरों पर महिलाओं का प्रतिनिधित्व, जो 1987 में केवल 5.4 प्रतिशत था, 2000 में मामूली रूप से बढ़कर 7.6 प्रतिशत हो गया है (सारणी 2.11.16)। तथापि, यह आंकड़ा अभी भी बहुत कम है और इसके लिए न केवल सकारात्मक कार्रवाई अपेक्षित है बल्कि विशेष हस्तक्षेप भी अपेक्षित है, ताकि विभिन्न निर्णायक स्तरों पर महिलाओं की संख्या बढ़ाने में मदद की जा सके।

(ii) राजनैतिक

सारणी-2.11.17

पंचायती राज संस्थाओं में महिलाएं (1995-2001)

(आंकड़े, हजार में)

वर्ष	महिला	पुरुष	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)
1995#	318 (33.5)	630	948
2001@	725 (26.6)	1,997	2,722

टिप्पणी: कोष्ठकों में दिए गए आंकड़े, कुल का प्रतिशत दर्शाते हैं।

आंकड़ा, 9 राज्यों - गुजरात, हरियाणा, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, पंजाब, राजस्थान, त्रिपुरा और पश्चिम बंगाल के संबंध में है।

@ समग्र भारत के लिए (18.10.2001 के अनुसार)

स्रोत: ग्रामीण विकास मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली।

2.11.52 1993 में किए गए 73वें और 74वें संविधान संशोधन से निम्नतम (ग्रासरूट) स्तर की लोकतांत्रिक संस्थाओं अर्थात् पंचायती राज संस्थाओं और स्थानीय निकायों में केवल संख्या के रूप में महिलाओं की प्रतिभागिता पर सही प्रभाव पड़ा है (सारणी 2.11.17)। वास्तव में इन संसाधनों से महिलाओं को उनकी प्रभावी प्रतिभागिता में ही सहायता नहीं मिली है बल्कि निम्नतम स्तर के लोकतंत्र में निर्णायक होने में भी सहायता मिली है। देश में 475 जिला परिषदों में से 158 की अध्यक्ष महिलाएं हैं। ब्लाक स्तर पर ब्लाक समितियों के 51,000 सदस्यों में से 17,000 महिलाएं हैं। इसके अलावा, नगरपालिकाओं की लगभग एक तिहाई मेयर महिलाएं हैं। 1993 और 1997 के बीच हुए पंचायती राज संस्थाओं के चुनावों में महिलाओं ने कुल पदों की एक तिहाई अनिवार्य अपेक्षा से भी अधिक प्रतिभागिता प्राप्त की है जो कर्नाटक में 43.45 प्रतिशत, केरल में 36.4 प्रतिशत और पश्चिम बंगाल में 35.4 प्रतिशत है। तथापि, महिलाओं के लिए अखिल भारत के आंकड़ें दर्शाते हैं कि वर्ष 2001 में उनका प्रदर्शन अब भी कम है।

2.11.53 यद्यपि संसद में महिलाओं की संख्या 1998 के 59 से बढ़कर 2001 में 70 हो गई है, लेकिन उनका हिस्सा बहुत कम बना हुआ है जो 2001 में संसद के कुल सदस्यों के प्रति केवल 8.5 प्रतिशत दर्शाता है (सारणी 2.11.18)।

सारणी 2.11.18

संसद में महिलाओं का प्रतिनिधित्व (1998-2001)

वर्ष	महिला	पुरुष	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)
1998	59 (7.2)	761	820
1999	67 (8.5)	723	790
2001	70 (8.5)	750	820

टिप्पणी: कोष्ठकों में दिए गए आंकड़े कुल का प्रतिशत दर्शाते हैं।

स्रोत: 1. भारतीय चुनाव आयोग
2. राष्ट्रीय आसूचना केन्द्र, संसद भवन, नई दिल्ली

सारणी 2.11.19

केन्द्रीय मंत्रिपरिषद में महिलाओं का प्रतिनिधित्व (1985 और 2001)

वर्ष	महिला	पुरुष	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)
1985	4 (10.0)	36	40
2001	8 (10.8)	66	74

टिप्पणी: कोष्ठकों में दिए गए आंकड़े, कुल का प्रतिशत दर्शाते हैं।

स्रोत: राष्ट्रीय आसूचना केन्द्र, संसद भवन, नई दिल्ली

2.11.54 केन्द्रीय मंत्रिपरिषद में महिलाओं की संख्या अत्यंत कम बनी हुई है, लेकिन 1985 और 2001 के बीच इनमें 0.8 प्रतिशत की मामूली वृद्धि हुई है (सारणी 2.11.19)। इनमें से 2 कबीना स्तर की हैं और 6 राज्य मंत्री स्तर की हैं तथा इन 6 में से 2 के पास स्वतंत्र प्रभार है। ये प्रवृत्तियां, इन मुद्दों को सुनियोजित और तीव्र विधि से हल करने के अलावा सकारात्मक कार्रवाई करने की जरूरत की ओर नितांत स्पष्ट संकेत करती हैं ताकि महिलाओं को राजनीति में प्रमुख स्थान मिले तथा

उचित संख्या में महिलाओं के प्रतिनिधि न केवल निम्नतम स्तर पर आएँ, बल्कि राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर भी आएँ।

2.11.55 संक्षेप में, निम्नलिखित (सारणी 2.11.20) में बालिकाओं सहित महिलाओं की स्थिति और 21 चुनिंदा लिंग विकास संकेतकों में यथापरिलक्षित 2 विकासात्मक दशकों (1981-2001) की अवधि में उनके द्वारा की गई प्रगति दर्शाई गयी है:

सारणी-2.11.20

21 चुनिंदा लिंग विकास संकेतक: 1981 से 2001

क्र०सं०	संकेतक	महिला	पुरुष	जोड़	महिला	पुरुष	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
जनसांख्यिकी और महत्वपूर्ण आंकड़े							
1.	जनसंख्या(1981 और 2001 में मिलियन में)	330.0	353.4	683.4	495.7	531.3	1027.0
2.	प्रति दस वर्ष संवृद्धि(1981 और 2001)*	24.93	24.41	24.66	21.79	20.93	21.34
3.	लिंग अनुपात(1981-2001)**	934	-	-	933	-	-
4.	जन्म के समय जीवन प्रत्याशा(1981-85 और 1996-01 के वर्षों में)	55.7	55.4	-	65.3	62.3	-
5.	विवाह के समय आयु औसत(1981-1991 में वर्षों में)	18.3	23.3	-	19.5	23.9	-
स्वास्थ्य और परिवार कल्याण							
6.	जन्म दर(1981 और 1999 में प्रति हजार)	-	-	33.9	-	-	26.1
7.	मृत्यु दर(1981 और 1999 में प्रति हजार)	12.7	12.4	12.5	8.3	9.0	8.7
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
8.	शिशु मृत्यु दर(1988 और 1999 में प्रति हजार नवजात शिशु)	93.0	96.0	94.5	70.8	69.8	70.0
9.	बाल मृत्यु दर(1985 और 1997 में 5 वर्ष से नीचे प्रति हजार नवजात शिशु)	40.0	36.6	-	24.5	21.8	-
10.	मातृत्व मृत्यु दर(1980 और 1998 में प्रति 1 लाख नवजात शिशु)	468	-	-	407	-	-
साक्षरता और शिक्षा							
11.	साक्षरता दर(1981 और 2001)*	29.76	56.38	43.57	54.16	75.85	65.38
12.	सकल नामांकन अनुपात(1980-81 और 1999-2000) कक्षा 1 से 5	64.1	95.8	80.5	85.2	104.1	94.9
	कक्षा 6 से 8	28.6	54.3	41.9	49.7	67.2	58.8
13.	विद्यालय छोड़ने की दर(1980-81 और 1999-2000) कक्षा 1 से 5	62.5	56.2	58.7	42.3	38.7	40.3
	कक्षा 6 से 8	79.4	68.0	72.7	58.0	52.0	54.6
कार्य और रोजगार							
14.	कार्य प्रतिभागिता दर(1981 और 2001)*	19.7	52.6	36.7	25.7	51.9	39.3
15.	संगठित क्षेत्र(1981 और 1999 में मिलियन में संख्या)	2.80	20.05	22.85	4.83	23.28	28.11
		(12.2%)			(17.2%)		
16.	सार्वजनिक क्षेत्र(1981 और 1999 में मिलियन में संख्या)	1.5	14.0	15.5	2.8	16.6	19.4
		(9.7%)			(14.5%)		
17.	सरकार (1981 और 1997 में मिलियन में संख्या)	1.2	9.7	10.9	1.6	9.1	10.7
		(11%)			(14.6%)		
निर्णायक							
18.	प्रशासन(1987 और 2000 में भा०प्र०से० और भा०पु०से० की संख्या)	360	6262	6622	645	7815	8460
		(5.4%)			(7.6%)		
19.	पंचायती राज संस्थाएं(1995 और 2001 में हजार में संख्या)	318***	630***	948***	725	1997	2722
		(33.5%)			(26.6%)		
20.	संसद(1998 और 2001 में संख्या)	59	761	820	70	750	820
		(7.2%)			(8.5%)		
21.	केन्द्रीय मंत्रिपरिषद(1985 और 2001 में संख्या)	4	36	40	8	66	74
		(10%)			(10.8%)		

* आंकड़े प्रतिशत में। ** महिलाएं, प्रति हजार पुरुष। *** कुछ राज्यों नामतः गुजरात, हरियाणा, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, पंजाब, राजस्थान, त्रिपुरा और पश्चिम बंगाल के संबंध में 1995 के लिए उल्लिखित(संदर्भित)।

टिप्पणी: 1) कोष्ठकों में दिए गए आंकड़े, कालम के संबंध में जोड़ और आंकड़ों के वर्ष के प्रति, प्रतिशत दर्शाते हैं। यद्यपि आम "आधार" और आम "तुलनीय वर्ष" रखने के प्रयास किए गए थे, लेकिन इन्हें आंकड़ों की उपलब्धता में सीमितताएं और व्यावहारिक समस्याओं के कारण नहीं रखा जा सका; 2) कोष्ठकों में दिए गए वर्ष, क्रमशः कालम 3, 4 और 5 तथा 6, 7 और 8 में दिए गए आंकड़ों के वर्ष का उल्लेख करते हैं।

स्रोत: (1) भारत की जनगणना, 1991; भारत की जनगणना, 2001 अनंतिम जनसंख्या जोड़; और संबंधित वर्षों के लिए एस०आर०एस० बुलेटिन, महापंजीयक और जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली; (2) संबंधित वर्षों के लिए चुनिंदा शैक्षिक आंकड़े, शिक्षा विभाग, मानव संसाधन विकास मंत्रालय, नई दिल्ली; (3) वार्षिक रिपोर्ट, 1999-2000, प्राथमिक साक्षरता, माध्यमिक और उच्चतर शिक्षा विभाग, मानव संसाधन विकास मंत्रालय, नई दिल्ली; (4) रोजगार कार्यालय आंकड़े, रोजगार और प्रशिक्षण महानिदेशालय, श्रम मंत्रालय, नई दिल्ली; (5) कार्मिक और प्रशिक्षण विभाग, नई दिल्ली; (6) ग्रामीण विकास मंत्रालय, नई दिल्ली; (7) भारतीय चुनाव आयोग, नई दिल्ली; (8) राष्ट्रीय आसूचना केन्द्र, संसद भवन, नई दिल्ली।

2.11.56 महिलाओं द्वारा की गई प्रगति की शीघ्र समीक्षा (सारणी 2.11.20) से न केवल लाभों पर प्रकाश पड़ा है, बल्कि महिलाओं से संबंधित चिन्ता के कई महत्वपूर्ण क्षेत्र भी उभर कर सामने आए हैं जिन पर दसवीं योजना के दौरान, सरकार द्वारा ध्यान दिया जाना अपेक्षित है। इनमें शामिल है : गरीबी का बढ़ता हुआ बोझ; प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल तक असमान पहुंच, अल्प/कुपोषण, निरक्षरता की उच्च दर और प्रशिक्षण की कमी; परिसम्पत्तियों और संसाधनों तक पहुंच और इन पर नियंत्रण की कमी; शक्ति और निर्णायकों के हिस्से में असमानता; सूचना और प्रचार साधनों तक पहुंच की कमी; महिलाओं, किशोरियों तथा बालिकाओं के प्रति बढ़ती हुई हिंसा; बालिकाओं के प्रति विद्यमान भेदभाव आदि। (इनपर इस अध्याय के लिंग न्याय के अंतर्गत विस्तार से चर्चा की गई है।) इन मुद्दों/चिन्ताओं को ध्यान में रखते हुए दसवीं योजना में महिलाओं के सशक्तिकरण की चालू प्रक्रियाओं/प्रयासों को न केवल मजबूत करने बल्कि इन्हें तेज करने का दृष्टिकोण अपनाने का सुझाव दिया गया है।

दसवीं योजना का दृष्टिकोण - भावी कदम

2.11.57 राष्ट्रीय नीति में यह बात निश्चित होने के संदर्भ में महिलाओं के सशक्तिकरण के लिए दसवीं योजना का दृष्टिकोण, पिछली योजनाओं से बहुत भिन्न होगा, क्योंकि अब यह निश्चित उद्देश्यों, लक्ष्यों और समय सीमा के साथ कार्रवाई हेतु मजबूत मंच पर विद्यमान है। इसके अलावा, नौवीं योजना के दौरान, शुरू की गई महिला सशक्तिकरण की प्रक्रिया, दसवीं योजना में और इसके बाद जारी रहने की आशा है। इसलिए हाल में अपनाई गई महिला सशक्तिकरण की राष्ट्रीय नीति को निम्नलिखित के माध्यम से कार्रवाई में परिवर्तित करने से बेहतर कोई दृष्टिकोण नहीं हो सकता:-

- महिलाओं के विकास के लिए सकारात्मक आर्थिक और सामाजिक नीतियों के माध्यम से वातावरण तैयार करना, ताकि वे अपनी पूर्ण क्षमता हासिल कर सकें;
- सभी क्षेत्रों - राजनैतिक, आर्थिक, सामाजिक, सांस्कृतिक और नागरिक क्षेत्रों में महिलाओं को पुरुषों के समतुल्य सभी मानवाधिकार और मूलभूत स्वतंत्रता हासिल करने के लिए विधितः और वस्तुतः अनुमति देना;
- महिलाओं के लिए “राष्ट्र के सामाजिक, राजनैतिक और आर्थिक जीवन में” निर्णय लेने और प्रतिभागिता करने में पुरुषों के समान पहुंच सुनिश्चित करना;

- स्वास्थ्य देखभाल, सभी स्तरों पर अच्छी शिक्षा, कैरियर और व्यावसायिक मार्गदर्शन, रोजगार, समान पारिश्रमिक, व्यावसायिक स्वास्थ्य और सुरक्षा, सामाजिक सुरक्षा और सरकारी पद आदि के लिए महिलाओं की समान पहुंच सुनिश्चित करना;
- महिलाओं के प्रति सभी प्रकार के भेदभाव को समाप्त करने के लिए लक्षित विधिक प्रणाली को मजबूत करना;
- महिलाओं और पुरुषों, दोनों को सक्रिय रूप से प्रतिभागी बनाकर और शामिल करके सामाजिक विचारधारा तथा सामुदायिक व्यवहार को परिवर्तित करना;
- लिंग परिप्रेक्ष्य को विकास प्रक्रिया की मुख्य धारा में लाना;
- महिलाओं और बालिकाओं के प्रति भेदभाव और सभी प्रकार की हिंसा को समाप्त करना; और
- नागरिक समितियों, विशेषरूप से महिला संगठनों, निगमित घराने और निजी क्षेत्र की एजेंसियों के साथ हिस्सेदारी बनाना और मजबूत करना।

2.11.58 नीति में यथावर्णित प्रचालनात्मक कार्यनीति, सभी केन्द्रीय मंत्रालय और राज्य विभागों को निदेश देती है कि वे सरकारी और गैर-सरकारी, दोनों क्षेत्रों में सभी संबंधितों के साथ परामर्श की प्रतिभागी प्रक्रिया के माध्यम से इस नीति को ठोस कार्रवाई में परिवर्तित करने हेतु समयबद्ध कार्य योजना तैयार करें। तदनुसार, इस दिशा में पहला कदम, नोडल महिला और बाल विकास द्वारा इस नीति के कार्यान्वयन हेतु राष्ट्रीय कार्य योजना तैयार करके उठाया जाएगा जिसमें साझीदारों की पहचान की जाएगी; महिलाओं से संबंधित सभी विकास क्षेत्रों में कार्य मंद् निर्दिष्ट की जाएगी; इस नीति के कार्यान्वयन के प्रभावी समन्वय और निगरानी के लिए, अन्तर-निहित तंत्र विकसित किया जाएगा; इसके अलावा, लिंग विकास सूचकांक के आधार पर महिलाओं की स्थिति में सुधार लाने में नीति के कार्यान्वयन के प्रभावों का आकलन/मूल्यांकन किया जाएगा।

2.11.59 इस प्रकार तैयार की गई कार्य योजना स्पष्ट रूप से निर्दिष्ट करेगी - 1) समय के लक्ष्यों सहित प्राप्त किए जाने वाले अनुपातिक लक्ष्य, अधिमानतः महिला संबंधी अन्य राष्ट्रीय नीतियों द्वारा निश्चित समय-सीमा के अनुरूप; 2) संसाधनों की वचनबद्धता; 3) महिला घटक योजना के अंतर्गत लाभों को निश्चित करना; 4) कार्य- मंद् के कार्यान्वयन हेतु जिम्मेदारी निर्धारित करना; और 5) महिलाओं, किशोरियों और बालिकाओं

का स्तर उनके प्रतिरूपों(काउंटरपार्ट्स) के समतुल्य उठाने से संबंधित सभी नीतियों, कार्ययोजनाओं और कार्यक्रमों की प्रभावी समीक्षा, निगरानी और प्रभाव का आकलन सुनिश्चित करने के लिए संरचना और तंत्र की पहचान करना। चूंकि नीति में लक्ष्य प्राप्ति के लिए निश्चित समय-सीमा, दसवीं योजना से बाहर जा रही है, इसलिए प्रस्तावित कार्ययोजना में अपनाए जाने वाले महिलाओं और बालिकाओं के सशक्तिकरण पर सीधे प्रभाव डालने वाले दसवीं योजना में तय किए गए निम्नलिखित अनुपातिक/निगरानी योग्य, लक्ष्य (दृष्टिकोण पत्र) अपनाए जाएंगे:

- गरीबी अनुपात में 2007 तक 5 प्रतिशत अंकों और 2012 तक 15 प्रतिशत अंकों की गिरावट लाना;
- दसवीं योजना अवधि में श्रम बल में वृद्धि करने के अलावा लाभकारी (उच्च गुणवत्ता का) रोजगार प्रदान करना;
- 2003 तक सभी बालकों को विद्यालय भेजना;
- 2007 तक सभी बालकों के लिए 5 वर्ष की शिक्षा पूरी कर लेना;
- 2007 तक साक्षरता और मजदूरी दर में लिंग अंतर में कम से कम 50 प्रतिशत की कमी लाना;
- 2001 और 2011 के बीच प्रति 10 वर्षीय आबादी वृद्धि की दर को कम करके 16.2 प्रतिशत पर लाना;
- योजना अवधि के अंदर ही साक्षरता दर को बढ़ाकर 75 प्रतिशत करना;
- शिशु मृत्यु दर में गिरावट लाकर इसे 2007 तक प्रति 1000 निवजात शिशुओं के लिए 45 करना और 2012 तक 28 करना;
- मातृत्व मृत्यु दर में गिरावट लाकर इसे 2007 तक प्रति 1000 नवजात शिशु के लिए 2 करना और 2012 तक 1 करना; और
- 2007 तक सभी ग्रामों में सतत् रूप से स्वच्छ पेय जल की व्यवस्था करना।

2.11.60 उपर्युक्त लक्ष्यों को कार्रवाई में परिवर्तित करके दसवीं योजना, सभी क्षेत्रीय (सेक्टरल) नीतियों तथा कार्यक्रमों तथा कार्य योजना में लिंग सापेक्ष को मुख्य धारा में लाने की प्रमुख कार्यनीति को स्वीकार करती है। इससे लिंग भेदभाव को समाप्त करने के अंततः लक्ष्य को हासिल करने और ऐसा लिंग न्याय वातावरण तैयार करने में सहायता मिलेगी जो देश की विकास प्रक्रिया में महिलाओं और बालिकाओं को उत्प्रेरक,

प्रतिभागी और प्राप्तकर्ता के रूप में कार्य करने में प्रोत्साहित करेगा। इसके अलावा, मौजूदा अंतर को पाटने के लिए महिला विशिष्ट हस्तक्षेप शुरू किए जाएंगे।

2.11.61 इस तथ्य को स्वीकार करते हुए कि प्रशासनिक और राजनैतिक, दोनों क्षेत्रों में निर्णायक होने में महिलाओं की समान रूप से शक्ति में हिस्सेदारी और सक्रिय प्रतिभागिता, उनके सशक्तिकरण के लक्ष्य को हासिल करने के लिए बहुत मजबूत औजार है। दसवीं योजना, विधायी, कार्यकारी, न्यायिक, निगमित, सांविधिक निकायों और उनके सलाहकार आयोगों/समितियों, बोर्डों आदि सहित निर्णय लेने वाले निकायों में महिलाओं के लिए समान पहुंच और पूर्ण प्रतिभागिता की गारंटी देने के लिए सभी आवश्यक उपाय शुरू करेगी। यदि आवश्यक हुआ तो समयबद्ध आधार पर उच्चतर राजनैतिक, प्रशासनिक और विधायी निकायों में शामिल करने की आरक्षण/कोटे जैसी सकारात्मक कार्रवाई शुरू की जाएगी। दसवीं योजना के दौरान, सभी प्रशासनिक निर्णय लेने की प्रक्रियाओं में महिलाओं की प्रभावी प्रतिभागिता को प्रोत्साहित करने के लिए महिला-अनुकूल कार्मिक नीतियां लागू करना अतिरिक्त विशेषता होगी।

2.11.62 महिलाओं को उनकी आवश्यकताओं के लिए स्थायी मंच प्रदान करने हेतु और विकास के लिए अपनी क्षमताओं का योगदान देने के लिए नौवीं योजना के दौरान, महिलाओं को स्वयंसेवी समूहों में संगठित करने की शुरू की गई प्रक्रिया ने अत्यधिक प्रगति की है क्योंकि इससे सम्पूर्ण देश में 1 मिलियन से अधिक स्वयंसेवी समूह सक्रिय हुए हैं। अनुभव से पहले ही यह पता चल गया है कि ये समूह, महिलाओं की वित्तीय अथवा सामग्री संसाधनों अथवा सेवाओं तथा सूचना तक पहुंच बनाने में निम्नतम स्तर(ग्रासरूट) तक बहुत अधिक प्रभावी हुए हैं। अतः सामाजिक परिवर्तन, विकास और महिलाओं के सशक्तिकरण के एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए दसवीं योजना स्वयंसेवी समूहों के गठन को प्रोत्साहित करना जारी रखेगी।

2.11.63 चूंकि महिलाओं के सशक्तिकरण की सफलता, विभिन्न क्षेत्रीय उपलब्धियों के समग्र प्रभाव पर निर्भर करती है इसलिए दसवीं योजना के दौरान, महिला विशिष्ट और महिला संबंधित, दोनों क्षेत्रों में उपलब्ध सेवाओं, संसाधनों, अवसंरचना और जनशक्ति को अभिमुख(कनवर्ज) करने के लिए प्रयास शुरू/तेज किए जाएंगे ताकि काफी सस्ती लागत में अधिकतम लाभ प्राप्त करने का उद्देश्य हासिल किया जा सके। इसके लिए स्वास्थ्य देखभाल, पोषण अनुपूरण, सुरक्षित पेय जल, वयस्क/कार्यशील/कानूनी साक्षरता, मजदूरी और स्वरोजगार, दोनों का लाभप्रद रोजगार, साफ-सफाई, स्वास्थ्य और पोषण जागरूकता,

बीमारियों के उपचार के बारे में ज्ञान और सूचना, सुरक्षित मातृत्व प्रक्रियाओं के प्रति परामर्श, पोषण, कल्याण सेवाओं आदि को अभिमुख करने के लिए प्रयास किए जाएंगे। महिलाओं के सशक्तिकरण के मौजूदा 2 कार्यक्रमों अर्थात् “स्वशक्ति” और “स्वयंसिद्ध” में अपनाया गया एकीकृत दृष्टिकोण, स्वयंसेवी समूहों के निम्नतम स्तर के पहले ही उपलब्ध नेटवर्क के माध्यम से इसे सर्वसुलभ कराने के अंतिम उद्देश्य के साथ दसवीं योजना के दौरान, इसे और सुदृढ़ किया जाएगा तथा इसका विस्तार किया जाएगा।

2.11.64 महिलाओं के सशक्तिकरण/उन्नति को इसके विभिन्न आयामों के रूप में प्राप्त करने के लिए मानव और वित्तीय संसाधनों के रूप में सरकारी संस्थानों द्वारा और स्वयं किए गए प्रयास पर्याप्त नहीं हैं। अतः इन्हें नागरिक समिति-संगठनों (स्वयंसेवी संगठनों) द्वारा अनुसमर्थन प्रदान किए जाने की जरूरत है। सम्पूर्ण देश में पहले ही ऐसे संगठन बहुत बड़ी संख्या में उभर चुके हैं और इनमें से कुछ ने निम्नतम स्तर पर महिलाओं से संबंधित मुद्दों को उजागर करने और हल करने के प्रति, महत्वपूर्ण योगदान दे दिया है। इन संगठनों की सेवाओं को प्रोत्साहित, समर्थित और हासिल किया जाएगा ताकि महिलाओं के सशक्तिकरण की प्रक्रिया वास्तव में राष्ट्रीय और जन आंदोलन बन जाए। इसके अलावा, निगमित जगत भी इन दिनों महिलाओं के विकास सहित कल्याण/विकास के मुद्दों में गहरी रुचि प्रदर्शित कर रहा है, जिसके लिए वह अपने मर्यादित (लिमिटेड) कारोबार अधिदेशों (मेन्डेड्स) में परिवर्तन भी कर रहा है। इसके अलावा निगमित निकायों को कार्यरत लोगों के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है, इसलिए उनकी सेवाओं का उपयोग उनके कार्यबल सहित समग्र रूप से निगमित जगत को लिंग संवेदीकरण करने के लिए किया जाएगा। महिला विकास कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के लिए उनकी अवसंरचना और संसाधनों का उपयोग करने के प्रयास भी किए जाएंगे। इसके अलावा यह सुनिश्चित भी किया जाएगा कि उनकी रोजगार प्रक्रियाएं, सामाजिक और लिंग न्याय के “मानदंडों” का पालन करें। इस प्रकार दसवीं योजना, महिला सशक्तिकरण के माध्यम से उनकी सामाजिक जिम्मेदारी पूरा करने में निगमित निकायों/निजी निकायों को अधिकाधिक रूप में शामिल करने का प्रयास करेगी।

2.11.65 महिला सशक्तिकरण के प्रयासों के एक भाग के रूप में दसवीं योजना, महिला विशिष्ट और महिला संबंधी विधानों के बारे में महिला और बाल विकास संबंधी कार्यदल (2000) की सिफारिशों को ध्यान में रखेगी और यदि अपेक्षित हो तो आवश्यक संशोधन करने तथा नये विधान अधिनियमित करने के लिए शीघ्र कार्यवाई करेगी। इस संबंध में दसवीं योजना के

दौरान, सम्पत्ति के स्वामित्व और उत्तराधिकार से संबंधित विधानों पर मतैक्यता जुटाकर इनमें आवश्यक संशोधन करने पर विचार करने/प्रोत्साहित करने के लिए विशेष प्रयास किए जाएंगे और इस प्रकार उन्हें लिंग न्यायोचित बनाया जाएगा क्योंकि पैतृक-प्रणाली में सम्पत्ति के मौजूदा अधिकार ने महिलाओं को मातहत का दर्जा करने में योगदान दिया है। इसके अलावा, यह सुनिश्चित करने के लिए कि शीघ्र न्याय मिले और दोषी को सजा दी जाए, मौजूदा कानूनी/न्यायिक प्रणाली तथा प्रवर्तन-तंत्र को अधिक जवाबदेह तथा महिलाओं की जरूरतों, विशेष रूप से घरेलू हिंसा तथा व्यक्तिगत उत्पीड़न के मामले में लिंग-संवेदी बनाया जाएगा।

2.11.66 अंत में, दसवीं योजना, आबादी के ऐसे सूची-स्तंभ (पिरैमिड) में लिंग असंतुलन का संज्ञान भी लिया जाएगा, जहां समग्र रूप में महिलाओं से पुरुष अधिक हैं और अधिक आयु वाले व्यक्तियों में महिलाएं पुरुषों से अधिक हैं तथा वृद्ध महिलाओं के लिए सामाजिक सुरक्षा प्रदान करने के अलावा, बालिकाओं को संरक्षण देने हेतु तत्काल हस्तक्षेप की जरूरत है। 1999 में बालिका समृद्धि योजना के माध्यम से शुरू किए गए विशेष हस्तक्षेपों का उन किशोरियों/बालिकाओं की स्थिति पर वांछित प्रभाव हुआ प्रतीत नहीं होता है जो परिवार के अन्दर और बाहर, दोनों स्थलों पर विभिन्न प्रकार के भेदभाव की शिकार हैं। आशा की जाती है कि राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, जिसमें आबादी स्थिरीकरण पर विशेष ध्यान देने के प्रयोजनार्थ विशेष रूप से पहचान किए गए उच्च जनन क्षमता वाले 133 जिलों पर ध्यान केन्द्रित करने की अत्यधिक वकालत की गई है, कुछ समय बाद इन स्थितियों के असंतुलन को दूर कर सकेगी।

2.11.67 यद्यपि, उपर्युक्त समूची कार्यनीतियों से आशा है कि महिला सशक्तिकरण की चालू प्रक्रिया को बल प्रदान करेंगी, लेकिन दसवीं योजना भी निम्नलिखित के माध्यम से महिला सशक्तिकरण के लिए क्षेत्र विशिष्ट त्रिस्तरीय नीति का सुझाव निम्न ब्यौरे के अनुसार देती है:- 1) सामाजिक सशक्तिकरण, 2) आर्थिक सशक्तिकरण, और 3) लिंग न्याय:

i) सामाजिक सशक्तिकरण

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण

2.11.68 लक्षित समूह अर्थात् महिलाओं, माताओं, किशोरियों और बालिकाओं की स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों को पूरा करने के लिए नौवीं योजना में अपनाए गए जीवनचक्र-दृष्टिकोण के महत्व को ध्यान में रखते हुए दसवीं योजना, प्रजनन और बाल

महिला सशक्तिकरण के लिए दसवीं योजना की वचनबद्धताएं

दृष्टिकोण

महिला सशक्तिकरण, सामाजिक परिवर्तन और विकास का एजेंट, की मुख्य नीति को जारी रखना

कार्यनीति

महिला सशक्तिकरण की राष्ट्रीय नीति में किए गए उल्लेखों के आधार पर महिला सशक्तिकरण के लिए क्षेत्र विशिष्ट त्रिस्तरीय कार्यनीति अपनाना। इनमें निम्न शामिल हैं:

- **सामाजिक सशक्तिकरण** - महिलाओं की सभी मूल न्यूनतम सेवाओं तक सहज और समान पहुंच बनाने के अलावा उनके विकास के लिए विभिन्न सकारात्मक विकास नीतियां और कार्यक्रम अपनाकर अनुकूल वातावरण तैयार करना, ताकि वे अपनी पूर्ण क्षमता को हासिल कर सकें।
- **आर्थिक सशक्तिकरण** - सभी सक्षम महिलाओं को आर्थिक रूप से स्वतंत्र और आत्मनिर्भर बनाने के अंतिम उद्देश्य के साथ अगले और पिछले सम्पर्कों के साथ प्रशिक्षण, रोजगार तथा आय-सृजन का प्रावधान सुनिश्चित करना; और
- **लिंग न्याय** - सभी प्रकार का लिंग भेदभाव समाप्त करना और इस प्रकार महिलाओं को सभी क्षेत्रों अर्थात् राजनैतिक, आर्थिक, सामाजिक, नागरिक, सांस्कृतिक आदि क्षेत्रों में पुरुषों के समतुल्य न केवल विधितः बल्कि वस्तुतः अधिकार तथा मूलभूत स्वतंत्रता प्राप्त करने की अनुमति देना।

स्वास्थ्य सेवाओं को सर्वसुलभ कराने के माध्यम से आबादी के अल्प सेवा प्राप्त और सेवा विहीन वर्गों पर विशेष ध्यान देकर प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल तथा परिवार कल्याण सेवाओं तक पहुंच बनाने और उनके उपयोग में सुधार करने के लिए वचनबद्ध है। इस संदर्भ में यह राष्ट्रीय स्वास्थ्य और जनसंख्या नीति द्वारा निश्चित लक्ष्यों, विशेष रूप से महिला और बाल के संदर्भ में निश्चित लक्ष्यों को दसवीं योजना द्वारा निश्चित लक्ष्यों के अनुरूप, हासिल करने की जरूरत को भी दोहराता है।

2.11.69 इसके अलावा, दसवीं योजना, मौजूदा प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना और सेवाओं में महत्वपूर्ण अंतर को पाटने के लिए प्रधान मंत्री ग्रामोदय योजना के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने की वर्तमान नीति से भी अधिकतम लाभ उठाएगी। इस प्रकार इससे गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले ग्रामीण और शहरी लोगों को विशेष प्राथमिकता देकर महिला और बाल की पहुंच में सुधार करने में सहायता पहुंचाएगी, जो कि भुगतान करने की क्षमता पर आधारित न होकर व्यक्तिगत आवश्यकता पर आधारित होगी।

2.11.70 इस दिशा में जारी रखे जाने वाले अन्य प्रभावी उपाय गर्भ के शीघ्र पंजीकरण के माध्यम से आवश्यक प्रसूति देखभाल करने और गर्भावस्था के दौरान, खतरों का पता लगाने के लिए कम से कम तीन बार सभी गर्भवती महिलाओं की जांच करने; जिन माताओं को अधिक खतरा हो उनकी पहचान और उपचार करने; अल्परक्तता और उच्च रक्तचाप रोगों का उचित इलाज करने; जिन माताओं को अधिक खतरा हो उन्हें उच्च इलाज प्रदान करने और सुरक्षित प्रसव सुनिश्चित करने पर ध्यान केंद्रित किया जाएगा। प्रजनन जन्य संक्रमण (आर0टी0आई0) और लैंगिक जन्य संक्रमण (एस0 टी0 आई0) की रोकथाम, जांच और इलाज के लिए सेवाएं प्राथमिक क्षेत्र के रूप में और आवश्यक प्रजनन और बाल स्वास्थ्य के भाग के रूप में भी जारी रहेंगी। संस्थागत प्रसूति को बढ़ावा देने; परंपरागत दाइयों को प्रशिक्षण देकर घर में सुरक्षित प्रसूति को बढ़ावा देने तथा प्रसूति किटों की आपूर्ति करने के विशेष प्रयास भी मौजूदा मातृत्व मृत्यु दर के कम करने के लिए किए जा रहे सकल प्रयासों के एक भाग के रूप में बड़े पैमाने पर जारी रहेंगे।

सामाजिक सशक्तिकरण

महिलाओं की सभी मूल न्यूनतम सेवाओं तक सुगम और समान पहुंच बनाने के अलावा उनके विकास के लिए विभिन्न सकारात्मक विकासात्मक नीतियां और कार्यक्रम अपनाकर सक्षम वातावरण सृजित करना, ताकि वे निम्नलिखित के माध्यम से अपनी पूर्ण क्षमता हासिल कर सकें-

- प्रजनन और बाल स्वास्थ्य सेवाएं, सर्व सुलभ कराकर आबादी के अल्पसेवा प्राप्त और अधिकारविहीन वर्गों पर विशेष ध्यान केन्द्रित करके प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और परिवार कल्याण की मूल न्यूनतम सेवाएं सुनिश्चित करने के लिए सुगम और समान पहुंच बनाना।
- शिशु मृत्यु दर को कम करके प्रति हजार 30 करने और मातृत्व मृत्यु दर को कम करके प्रति लाख नवजात शिशुओं के लिए 100 करने के संदर्भ में 2010 तक राष्ट्रीय जनसंख्या नीति द्वारा निर्धारित लक्ष्य हासिल करना।
- मौजूदा प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना और पोषाहार सेवाओं में महत्वपूर्ण अंतर को पाटने के लिए प्रधान मंत्री ग्रामोदय योजना के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल और पोषाहार सहायताओं को अनुसमर्थन देना।
- स्वास्थ्य जांच, संरक्षण, स्वास्थ्य और पोषाहार शिक्षा तथा पोषाहार जागरूकता आदि जैसी आवश्यक समर्थन सेवाओं के साथ पोषाहार अनुपूरक खाद्य कार्यक्रम के माध्यम से मैक्रो और माइक्रो, दोनों पोषणिक कमियों को दूर करना।
- महिला शिक्षा के अंतर्गत की गई प्रगति को समेकित करना और राष्ट्रीय शिक्षा नीति, 1986 (1992 में संशोधित) द्वारा समर्थित महिला समानता के लिए शिक्षा के लक्ष्य को हासिल करने के लिए इसे आगे बढ़ाना।
- सभी स्तरों पर और तकनीकी और व्यावसायिक शिक्षा के क्षेत्र में महिलाओं और बालिकाओं के लिए मुफ्त शिक्षा हेतु सुगम तथा समान पहुंच प्रदान करना और उभरते हुए तथा रोजगारोन्मुखी व्यावसायों में प्रशिक्षण देना।
- मध्यान्तर आहार, छात्रावास के माध्यम से समर्थन सेवाएं प्रदान करके और वर्दी, किताबें, परिवहन प्रभार आदि मुफ्त देने जैसे प्रोत्साहन देकर नामांकन/उपस्थिति की दर बढ़ाना तथा विद्यालय छोड़ने वालों की दर कम करना।
- सभी राज्यों के लिए क्षेत्रीय व्यावसायिक प्रशिक्षण केन्द्रों और सभी जिलों तथा उप-जिलों में आवास सुविधाओं के साथ महिला औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों तथा सामान्य प्रशिक्षण संस्थानों के महिला स्कन्धों और विपणनीय व्यवसायों में प्रशिक्षण की व्यवस्था के मौजूदा नेटवर्क का विस्तार करना।
- महिलाओं और बालिकाओं की सकारात्मक छवि दिखाने के लिए प्रचार माध्यमों को प्रोत्साहित करना। लोगों की विचारधारा में परिवर्तन करना और इस प्रकार महिलाओं और पुरुषों को संतुलित रूप में प्रस्तुत करने को बढ़ावा देना।
- प्रशासनिक और प्रवर्तन तंत्र, दोनों का लिंग संवेदीकरण और यह सुनिश्चित करना कि महिलाओं को योजना बनाने, कार्यान्वित करने और निगरानी करने की प्रक्रिया में शामिल करने के अलावा उनके अधिकारों और हितों की रक्षा की जाती है।

2.11.71 इस तथ्य का ध्यान रखते हुए कि 50 प्रतिशत से अधिक प्रसव और बहुत बड़ी संख्या में अवैध गर्भपात, विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में अयोग्य व्यक्तियों द्वारा किए जाते हैं, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर चिकित्सीय गर्भपात सुविधाओं और प्रसव उपरान्त की देखभाल तक सुगम पहुंच को बढ़ावा देने के लिए विशेष प्रयास किए जाएंगे। इसके अलावा, चिकित्सीय

प्रौद्योगिकी के वाणिज्यिक प्रयोजनार्थ दुरुपयोग पर रोकथाम/ नियंत्रण को भी प्राथमिकता के आधार पर उठाया जाएगा, क्योंकि बालिका गर्भपात की घटनाएं लिंग निर्धारण के लिए चिकित्सा-प्रौद्योगिकी (अलट्रा-साउंड) के दुरुपयोग के कारण बढ़ रही हैं जिससे बालिका गर्भपात की अवैध और हानिकारक प्रक्रिया बढ़ रही है। इस दिशा में की जाने वाली कार्रवाई में

प्रसव पूर्व जांच तकनीक (नियमन और दुरुपयोग निवारण) अधिनियम, 1994 को दोनों पक्षों के लिए कड़े दंड के साथ प्रभावी रूप से लागू करना शामिल होगा। जनसंख्या वृद्धि को नियंत्रित करने के प्रभावी उपाय के रूप में महिलाओं को उनके प्रजनन अधिकार और पसंद का मुक्त रूप से उपयोग करने के लिए वातावरण तैयार करने हेतु भी प्रयास किए जाएंगे। (अधिक ब्यौरे, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण अध्याय में उपलब्ध हैं)।

खाद्य और पोषाहार सुरक्षा

2.11.72 महिलाओं, माताओं और बालिकाओं के स्वास्थ्य और पौषणिक स्तर के बीच महत्वपूर्ण संबंध को मान्यता प्रदान करते हुए दसवीं योजना में पौषणिक रूप से कमजोर इन दो समूहों पर विशेष जोर दिया गया है। ऐसा अन्तःपरिवार खाद्य-सुरक्षा सुनिश्चित करके किया गया है, क्योंकि खाद्य के आवंटन में लिंग पक्षपात होने के कारण महिलाएं और बालिकाएं अनेक पौषणिक खाद्य पदार्थों से वंचित रह जाती हैं; अल्प/कुपोषण दुश्चक्र में फंस जाती हैं। स्वास्थ्य की मामले की तरह ही महिलाओं के लिए पोषाहार के संबंध में जीवनचक्र दृष्टिकोण वांछनीय है क्योंकि उन्हें अल्पपोषण/कुपोषण और इसके परिणामस्वरूप शैशव, बाल्यकाल, यौवन और मातृत्व की नाजुक अवस्थाओं के दौरान, कमियों और बीमारियों की समस्या का अधिक खतरा होता है। अतः बृहत(मैक्रो) और लघु(माइक्रो), दोनों तरह के पोषणों, विशेष रूप से गर्भवती और दुग्धपान कराने वाली माताओं के बीच पोषण की कमियों को दूर करने के लिए विशेष प्रयास किए जाएंगे; क्योंकि इनसे न केवल महिलाओं बल्कि बच्चों, विशेष रूप से 0-24 माह के आयु समूह के बच्चों में विभिन्न बीमारियां और अपंगताएं आ जाती हैं। ऐसा इस आयु के अत्यंत कोमल होने के कारण होता है, जब सामान्यतः कुपोषण की समस्याएं घर कर जाती हैं। अतः सभी परोक्ष और अपरोक्ष पोषण अनुपूरक पोषाहार कार्यक्रमों को स्वास्थ्य-जांच, टीकाकरण, प्रसव पूर्व और प्रसव उपरांत देखभाल, स्वास्थ्य और पोषाहार शिक्षा तथा जागरूकता आदि जैसी आवश्यक पूरक सेवाओं का समर्थन दिया जाएगा, ताकि राष्ट्रीय पोषण नीति में निर्धारित लक्ष्य हासिल किया जा सके। इसके अलावा, परिवार खाद्य सुरक्षा के लिए समर्थन प्रणाली के रूप में लक्षित सार्वजनिक वितरण प्रणाली को सुप्रवाही बनाने की भी जरूरत है (अधिक ब्यौरे खाद्य और पोषाहार सुरक्षा संबंधी अध्याय में उपलब्ध हैं)।

शिक्षा और प्रशिक्षण

2.11.73 'शिक्षा को मूलभूत अधिकार' के रूप में घोषित करने

(कार्रवाई की जा रही है) का साहसिक निर्णय सरकार की यह सुनिश्चित करने की चिंता और वचनबद्धता को परिलक्षित करता है कि इस देश में पैदा हुआ प्रत्येक नागरिक साक्षर/शिक्षित हो और इस प्रकार 2007 तक सभी के लिए शिक्षा की संवैधानिक वचनबद्धता को पूरा करता है। वर्ष 2000 में शुरू किए गए "सर्वशिक्षा अभियान" के विशेष रूप से लक्षित कार्यक्रम के माध्यम से अनपढ़ंची महिलाओं और बालिकाओं तक पहुंचने के प्रयास किए जाएंगे। इस प्रकार यह सुनिश्चित करने के लिए दसवीं योजना के दौरान, सभी संभव प्रयास किए जाएंगे कि सर्वशिक्षा अभियान निर्धारित समय-सीमा के अन्दर अपनी वचनबद्धता प्राप्त कर ले।

2.11.74 दसवीं योजना में महिला शिक्षा के अंतर्गत की गई प्रगति को समेकित करने और माध्यमिक और उच्चतर शिक्षा के स्तरों पर लिंग अंतर को कम करके राष्ट्रीय शिक्षा नीति, 1986 (1992 में संशोधित) द्वारा वकालत किए गए 'महिलाओं की समानता के लिए शिक्षा' के निर्धारित लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए इसे आगे बढ़ाने के और प्रयास किए जाएंगे। इसके अलावा, पहले से ही पहचान किए गए महिलाओं में कम साक्षरता वाले खंडों (पाकिटों) की ओर तथा सामाजिक रूप से पिछड़े समूहों अर्थात् अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों, अन्य पिछड़े वर्गों, अल्पसंख्यकों आदि जैसे समूहों की महिलाओं और बालिकाओं की ओर विशेष ध्यान दिया जाएगा, क्योंकि वे अभी भी देश की शेष आबादी से पीछे हैं, इनमें महिला साक्षरता दर 5 से 10 प्रतिशत तक निम्न है, जबकि 2001 में महिला साक्षरता का राष्ट्रीय स्तर 54.16 प्रतिशत है।

2.11.75 यद्यपि दसवीं योजना में "सभी के लिए शिक्षा" को प्राथमिकता-क्षेत्र में जारी रखा गया है लेकिन महिलाओं और बालिकाओं के लिए मुफ्त शिक्षा तक सुगम और समान पहुंच बनाकर उचित वातावरण पैदा करने के लिए विशेष प्रयास किए जाएंगे। लिंग भेदभाव और पाठ्यचर्या, पाठ्य-पुस्तिकाओं और पाठ्य-सामग्री में चली आ रही रूढ़िवादिता को रोकने; लिंग संवेदनशील शिक्षा-प्रणाली सृजित करने; नियमित आधार पर अध्यापकों की लिंग संवेदनशीलता को बढ़ावा देने; प्राथमिक स्तर पर अधिक महिला अध्यापक (कम से कम 90 प्रतिशत) नियुक्त करने; मुफ्त वर्दियां, पाठ्यपुस्तक, मध्यान्तर आहार, छात्रवृत्ति, लचीला विद्यालय कार्यकाल और सम्बद्ध छात्रावास तथा शिशु-केन्द्र(क्रचिज) की सुविधा प्रदान करने जैसे विशेष प्रोत्साहन देकर बालिकाओं की विद्यालय छोड़ने की दर कम करने तथा नामांकन और विद्यालय में उपस्थिति बढ़ाने; जो महिलाएं और बालिकाएं पढ़ाई की औपचारिक प्रणाली त्याग देती हैं, उनके लिए पत्राचार पाठ्यक्रमों, दूरस्थ शिक्षा और

स्वअध्ययन कार्यक्रमों के माध्यम से जीवन भर के अध्ययन की सुविधा प्रदान करने के अलावा, शिक्षा की गुणवत्ता में सुधार करने की पहल करने के भी उपाय किए जाएंगे। वास्तव में बालिका समृद्धि योजना का पुनः तैयार किया गया कार्यक्रम शिक्षा के उसी सिद्धान्त, गरीबी रेखा से नीचे रहने वाली बालिकाओं के शिक्षा और, सशक्तिकरण के आसपास घूमता है, जिसमें इन बालिकाओं को तब तक पर्याप्त वित्तीय समर्थन प्रदान किया जाता है, जब तक वे उच्चतर माध्यमिक शिक्षा पूरी नहीं कर लेती हैं अथवा अपनी जीविका कमाने के लिए आवश्यक कौशल प्राप्त नहीं कर लेती हैं (बालिका समृद्धि योजना के अधिक ब्यौरा, बाल विकास के अंतर्गत उपलब्ध है)।

2.11.76 माध्यमिक शिक्षा का व्यावसायिकीकरण और महिलाओं के लिए व्यावसायिक प्रशिक्षण ऐसे अन्य प्राथमिकता के क्षेत्र हैं जिन पर दसवीं योजना के दौरान, अधिक ध्यान दिया जाना अपेक्षित है। इस दिशा में क्षेत्रीय व्यावसायिक प्रशिक्षण केन्द्रों के मौजूदा नेटवर्क को सभी राज्यों के लिए और आवास सुविधाओं वाले महिला औद्योगिक प्रशिक्षण संस्थानों को सभी जिलों और उप-जिलों के लिए लागू करने के प्रयास किए जाएंगे। इसी के साथ-साथ पात्र महिलाओं/बालिकाओं को उचित प्रोत्साहन देकर व्यावसायिक शिक्षा/प्रशिक्षण में भर्ती होने के लिए प्रोत्साहित करने के भी प्रयास किए जाएंगे, ताकि सामान्य और केवल महिलाओं के लिए प्रशिक्षण संस्थानों, दोनों में उपलब्ध सुविधाओं का इष्टतम उपयोग किया जा सके। नौकरीशुदा महिलाओं/बालिकाओं के लिए उनकी विशेष जरूरतों और समय का ध्यान रखते हुए अंशकालिक तथा अल्पकालिक पाठ्यक्रम शुरू करने पर भी विचार किया जाएगा। इलेक्ट्रॉनिक्स, कम्प्यूटर-अनुप्रयोग(एप्लीकेशन्स), जैव-अभियांत्रिकी, जैव-प्रौद्योगिकी, खाद्य-प्रसंस्करण, कपड़ा डिजाइनिंग, सौंदर्य-संस्कृति, संचार, प्रचार-माध्यम आदि जैसी उच्च रोजगार क्षमता वाली तकनीकी शिक्षा के उभरते हुए व्यवसायों/क्षेत्रों के लिए विकल्प देने हेतु आवश्यक प्रोत्साहन देकर महिलाओं और बालिकाओं को प्रोत्साहित करने के लिए विशेष अभियान चलाए जाएंगे।

2.11.77 इसके अलावा, उच्चतर शिक्षा की मुख्य धारा में अधिकाधिक बालिकाओं को आने के लिए प्रोत्साहित करने हेतु दसवीं योजना में व्यावसायिक पाठ्यक्रमों सहित कालेज स्तर पर बालिकाओं के लिए मुक्त शिक्षा प्रदान करने की सरकारी वचनबद्धता को लागू करने के प्रयास किए जाएंगे, ताकि महिलाओं के सशक्तिकरण की प्रक्रिया तेज हो सके। राष्ट्रीय शिक्षा नीति की शक्ति और समर्थन के साथ दसवीं योजना के दौरान, ये सभी प्रयास जारी रहेंगे, क्योंकि यह नीति, महिला सशक्तिकरण में सर्वाधिक सकारात्मक हस्तक्षेप रखती है।

कल्याण और विकास

2.11.78 दसवीं योजना "स्वधर" के कार्यान्वयन में तेजी लाएगी, यह स्कीम, "कठिन परिस्थितियों वाली महिलाओं" के लिए एक नया हस्तक्षेप है, जिसमें वेश्याओं, मंदिरों के सुपुर्द की गई महिलाओं/बालिकाओं अर्थात् देवदासियों, बासवियों, जोगिनों, सामाजिक और नैतिक खतरे वाली महिलाओं/बालिकाओं, बेसहारा/युवा/वृद्ध विधवाओं; कठिन परिस्थितियों में रह रही अकेली महिलाओं; महिला मुखिया वाले कुटुम्बों की महिलाओं और विस्थापित महिलाओं, प्राकृतिक आपदाओं से प्रभावित महिलाओं आदि के पुनर्वास पर विशेष ध्यान दिया जाता है। इस स्कीम की सेवाओं का कार्यक्षेत्र बढ़ाया जाएगा, ताकि उभरती/अभियाचक स्थितियों तथा समूहों में स्थान दिया जा सके। यद्यपि दसवीं योजना के दौरान, महिलाओं, विशेष रूप से अलाभकारी समूहों अर्थात् अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, पिछड़े वर्गों और अल्पसंख्यकों की महिलाओं की विशिष्ट/उभरती हुई जरूरतें पूरी करने के लिए अल्प आवास गृह, नौकरीपेशा महिलाओं के लिए छात्रावास, शिशु गृह आदि जैसे नोडल महिला और बाल विकास विभाग के अन्य कल्याण कार्यक्रम विस्तार के साथ जारी रहेंगे।

महिला और प्रचार माध्यम

2.11.79 प्रचार माध्यमों का उपयोग बालिकाओं और महिलाओं की सकारात्मक छवि को मानवीय सम्मान के साथ प्रस्तुत करने के लिए किया जाएगा। दसवीं योजना लिंग मुद्दों पर न केवल जन जागरूकता और शिक्षा लाने के लिए बल्कि प्रचार माध्यमों में अप्रतिष्ठित, अनादरपूर्ण और अपमानजनक छवि प्रस्तुत करने को रोकने के लिए भी सुनियोजित प्रचार माध्यम कार्यनीति की आवश्यकता को सुविचारित ढंग से पूरा करेगी। महिलाओं के लिए, विशेषरूप से सूचना और संचार प्रौद्योगिकियों के क्षेत्र में समान पहुंच सुनिश्चित करने के लिए सभी स्तरों पर निजी क्षेत्र के भागीदारों और प्रचार माध्यम के नेटवर्क को शामिल किया जाएगा। महिलाओं और पुरुषों के बीच उनकी पुरानी लैंगिक छवि की रूढ़वादिता को रोकने और संतुलित छवि को बढ़ावा देने के लिए आचार संहिता, व्यावसायिक दिशानिर्देश और अन्य स्व-नियामक तंत्र विकसित करने हेतु प्रचार माध्यमों को प्रोत्साहित करने की कार्यनीति अपनाई जाएगी। महिलाओं के सम्मान को बनाए रखने की संवैधानिक गारंटी के समर्थन में "करें" और "न करें" के विहित विवरण के साथ प्रचार नीति अपनाने की तात्कालिक आवश्यकता है।

महिला और पर्यावरण

2.11.80 जीवन और जीविका पर पर्यावरण के घटकों के प्रभाव को ध्यान में रखते हुए पर्यावरण के संरक्षण और पुनर्स्थापन में तथा पर्यावरण के निम्नीकरण के नियंत्रण में महिलाओं की प्रगतिभांगिता बढ़ाने के लिए विशेष प्रयास किए जाएंगे। अतः दसवीं योजना में मुख्य नीति केवल उन कार्यक्रमों को बढ़ावा देने के लिए होगी जिनमें पर्यावरण अनुकूल ढंग से गैर-परंपरागत ऊर्जा स्रोतों का उपयोग शामिल है। इसके अलावा, महिलाओं को सौर-ऊर्जा, बायोगैस, धुंए रहित चूल्हों और अन्य ग्रामीण उपकरणों के उपयोग का प्रचार करने के कार्य में भी शामिल किया जाएगा, ताकि इन उपायों का पारिस्थितिक प्रणाली को प्रभावित करने और ग्रामीण महिलाओं के जीवन में परिवर्तन लाने में प्रत्यक्ष और व्यवहार्य, दोनों प्रभाव पड़ें। वन संरक्षण की योजना बनाने और प्रबंधन करने में महिला समूहों को शामिल करने की जरूरत के बारे में वन कर्मचारियों और स्थानीय समुदायों को जागरूक करने के प्रयास किए जाएंगे क्योंकि उन्होंने पहले ही गुजरात और पश्चिम बंगाल में सामाजिक वानिकी के कार्यक्रमों के माध्यम से अपनी उपयोगिता सिद्ध कर दी है।

महिलाओं के लिए विज्ञान और प्रौद्योगिकी

2.11.81 इस तथ्य को मान्यता प्रदान करते हुए कि महिलाओं के विकास के लिए विज्ञान और प्रौद्योगिकी महत्वपूर्ण है, दसवीं योजना में विज्ञान और प्रौद्योगिकी संबंधी गतिविधियों, विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में चलाई जाने वाली गतिविधियों में प्रतिभांगिता करने के लिए महिलाओं को प्रोत्साहित किया जाएगा, क्योंकि इससे परिवार के कार्यों में होने वाला कठिन श्रम घटता है और बेहतर जीवन मिलता है। इनमें बालिकाओं को उच्चतर शिक्षा में विज्ञान और प्रौद्योगिकी के विषय लेने के लिए प्रोत्साहित करने के उपाय किए जाएंगे और यह सुनिश्चित किया जाएगा कि वैज्ञानिक और तकनीकी आदानों (इनपुट्स) की विकास परियोजनाओं में महिलाओं को पूर्णतः शामिल किया जाए। वैज्ञानिक सोच और जागरूकता विकसित करने के प्रयास भी तेज किए जाएंगे। महिलाओं को उन क्षेत्रों में प्रशिक्षित करने के विशेष उपाय किए जाएंगे, जहां संचार और सूचना प्रौद्योगिकी जैसे विशेष कौशल उनके पास मौजूद हैं। महिलाओं की जरूरतों के लिए उपयुक्त और उनके कठिन श्रम को कम करने के लिए उचित प्रौद्योगिकी विकसित करने के प्रयास किए जाएंगे। ऐसा महिलाओं के लिए विज्ञान और प्रौद्योगिकी परियोजनाओं के चालू कार्यक्रम के माध्यम से किया जाएगा। प्रौद्योगिकी के प्रसार और इसके उन ग्रामीण

महिलाओं, जिनके लाभ के लिए ये तैयार की गई थी, तक पहुंचने के बीच मौजूदा अंतर को कवर करने के लिए विशेष प्रयास/प्रावधान किए जाएंगे।

ii) आर्थिक सशक्तिकरण

गरीबी में महिलाएं

2.11.82 चूंकि गरीबी रेखा से नीचे रहने वाली आबादी का लगभग 70 प्रतिशत महिलाएं हैं और वे अक्सर अत्यंत/नितांत गरीब स्थितियों में होती हैं, इसलिए चालू गरीबी उन्मूलन कार्यक्रम में ऐसी महिलाओं की जरूरतों और समस्याओं की विशिष्ट रूप से दूर किए जाने की आशा रहती है क्योंकि गरीबी, पुरुषों की तुलना में महिलाओं को अधिक प्रभावित करती है। यद्यपि “स्वर्णजयंती ग्राम स्वरोजगार योजना” के अंतर्गत 40 प्रतिशत लाभ महिलाओं के लिए निश्चित किए गए हैं, लेकिन व्यवहारिक रूप में ये लाभ इसी अनुपात में महिलाओं को नहीं मिल रहे हैं जैसाकि अध्ययनों से पता चला है। अतः दसवीं योजना में विभिन्न गरीबी उन्मूलन कार्यक्रमों के अंतर्गत महिलाओं के लिए लाभों को बेहतर रूप से लक्षित करने की जरूरत को पूरा किया जाएगा। इसके अलावा, चूंकि ग्रामीण क्षेत्रों में महिला और बाल विकास विभाग की महिला विशिष्ट स्कीमों को स्वर्णजयंती ग्राम स्वरोजगार योजना के अंतर्गत शामिल/विलय किया गया है, इसलिए यह सुनिश्चित करने के लिए अधिक निगरानी रखने की आवश्यकता है कि महिलाओं के लिए निर्धारित आवंटन, स्वर्णजयंती ग्राम स्वरोजगार योजना के अन्य घटकों में न दिया जाए। इसके अतिरिक्त, जैसाकि पिछले कार्यक्रमों से सिद्ध हुआ है कि “व्यक्ति लाभार्थी दृष्टिकोण” की तुलना में “समूह दृष्टिकोण” अधिक सफल है, इसलिए गरीब महिलाओं को स्वयंसेवी समूहों का गठन करने के लिए गतिशील करने हेतु उपाय किए जाएंगे और उनकी संयुक्त क्षमता बढ़ाने के लिए आवश्यक समर्थन सेवाओं सहित उनके लिए व्यापक आर्थिक और सामाजिक विकल्प पेशकश करने वाली सेवाओं का एकीकरण किया जाएगा। इसके लिए महिलाओं के लिए उपलब्ध कार्यक्रमों को महिलाओं के सशक्तिकरण के प्रयोजनार्थ नए शुरू किए गए “स्वयं सिद्ध कार्यक्रम” को ब्लाक स्तर की कार्ययोजना में एकीकृत किया जाएगा।

कृषि और भूमि प्रबंधन में महिलाएं

2.11.83 चूंकि अधिकांश महिला कार्यबल (89.5 प्रतिशत) कृषि क्षेत्र में केन्द्रित हैं, इसलिए उन्हें दोहरे रूप से हाशिये पर रखा जा रहा है, पहले एक महिला के रूप में दूसरे भूमि अथवा

अन्य उत्पादक परिसम्पत्तियों के उत्तराधिकार से वंचित भूमिहीन श्रमिक के रूप में। अतः दसवीं योजना भूमि सुधार विधानों, सीमांकन(सीलिंग) और अधिशेष(सरप्लस) भूमि के वितरण तथा सरकारी स्कीमों के अंतर्गत संयुक्त पट्टे जारी करने का प्रभावी कार्यान्वयन सुनिश्चित करेगी। यह सुनिश्चित करने के ठोस प्रयास भी करेगी कि कृषि और इसकी सम्बद्ध गतिविधि बागवानी, लघु पशुपालन, मुर्गीपालन, मत्स्य आदि में प्रशिक्षण और विस्तार के लाभ महिलाओं की अनुपातिक संख्या में उन्हें मिलें। उत्पादकों के रूप में महिलाओं की भूमिका को ध्यान में रखते हुए अद्यतन प्रौद्योगिकी में विशेष प्रशिक्षण कार्यक्रम, बाजार की मांग को पूरा करने में ग्रामीण महिलाओं की सहायता करने के लिए लागू किए जाएंगे। उन परिवारों की संख्या बढ़ने, जिनकी मुखिया महिला हैं, के साथ कृषि के महिलाकरण के सिद्धान्त पर राष्ट्रीय स्तर पर ध्यान दिया जाएगा।

उद्योग में महिलाएं

2.11.84 इलेक्ट्रानिक्स, खाद्य प्रसंस्करण, कृषि उद्योग और वस्त्र के क्षेत्र में महिलाओं द्वारा अदा की गई महत्वपूर्ण भूमिका, दसवीं योजना के दौरान, इन क्षेत्रों के विकास के लिए महत्वपूर्ण हैं। फैक्ट्रियों और औद्योगिक स्थापनाओं में महिलाओं का हिस्सा बढ़ाने के लिए इस मौजूदा परंपरागत पक्षपात, कि महिलाएं केवल पुराने/महिला कार्यों में ही अच्छी हैं, को दूर करने के प्रयास किए जाएंगे और नये क्षेत्रों में उनका प्रवेश कराने के लिए उन्हें आवश्यक व्यावसायिक कौशल से स्वयं को सुसज्जित करने तथा पुरुषों के साथ प्रतिस्पर्धा करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा। इसी के साथ-साथ यह सुनिश्चित करने के प्रयास भी किए जाएंगे कि नियोक्ता, बाल देखभाल-सुविधाएं, मातृत्व-लाभ, विशेष-अवकाश, व्यावसायिक खतरों से सुरक्षा प्रदान करने, महिला कर्मचारी एसोसिएशन/यूनियन बनाने की अनुमति देने, कानूनी संरक्षण/सहायता देने आदि में अपनी महिला कर्मचारियों के प्रति अपने कानूनी दायित्व को पूरा करते हैं। इस संदर्भ में दसवीं योजना, ट्रेड यूनियनों को इस बात के लिए सचेत करने के लिए विशेष प्रयास करेगी कि वे महिलाओं के अधिकारों/हितों की सुरक्षा करने के बारे में रखवाले(वाचडॉग) की भूमिका निभाएं। इसके अलावा, फिलहाल यदि महिलाएं चाहें तो भी वे फैक्ट्रियों में रात्रि पारी में कार्य नहीं कर सकती। अतः दसवीं योजना, यदि महिला इच्छुक हों तो फैक्ट्रियों में रात्रि पारी में कार्य करने में महिलाओं हेतु सुविधाएं सृजित करने के उपाय शुरू करने पर विचार करेगी, जैसी कि राष्ट्रीय महिला सशक्तिकरण नीति में वकालत की गई है।

आर्थिक सशक्तिकरण

निम्नलिखित के माध्यम से सभी महिलाओं को आर्थिक रूप से स्वतंत्र और आत्म निर्भर बनाने के अंतिम उद्देश्य के साथ अगले(फारवर्ड) और पिछले(बैकवार्ड), दोनों संपर्कों के साथ प्रशिक्षण, रोजगार और आय सृजन गतिविधियों का प्रावधान सुनिश्चित करना-

- महिलाओं को विभिन्न गरीबी उन्मूलन कार्यक्रम अर्थात् स्वर्णजयंती ग्राम स्वरोजगार योजना, स्वर्णजयंती शहरी रोजगार योजना, राष्ट्रीय महिला कोष, प्रशिक्षण और रोजगार कार्यक्रम के लिए समर्थन, महिलाओं के लिए प्रशिक्षण सह-उत्पादन केन्द्र आदि के अंतर्गत स्वयंसेवी समूहों में संगठित करना और उन्हें आर्थिक रूप से स्वतंत्र तथा आत्मनिर्भर बनाने के अंतिम उद्देश्य के साथ उनकी योग्यता और आय अर्जन क्षमता बढ़ाने के लिए आवश्यक समर्थन उपायों सहित आर्थिक विकल्पों की रेंज की पेशकश करना।
- यह सुनिश्चित करना कि अनौपचारिक क्षेत्र में महिलाओं, जो 90 प्रतिशत से अधिक हैं, की कार्य स्थितियों में सुधार करने के संबंध में विशेष ध्यान दिया जाता है, क्योंकि ये न्यूनतम अथवा समान मजदूरी दिए बिना बहुत खराब बनी हुई है, अन्य सुरक्षा विधानों को भी इनमें लागू नहीं किया गया है।
- यह सुनिश्चित करने के लिए ठोस प्रयास करना कि कृषि और इसकी सम्बद्ध गतिविधि बागवानी, लघु पशुपालन, मुर्गीपालन, मत्स्य आदि में प्रशिक्षण और विस्तार के लाभ महिलाओं की अनुपातिक संख्या में उन्हें मिलें और सामाजिक वानिकी और संयुक्त वन प्रबंधन कार्यक्रमों के अंतर्गत पति तथा पत्नी के लिए संयुक्त पट्टा भी जारी किया जाए।
- यह सुनिश्चित करना कि नियोक्ता, बाल देखभाल सुविधाएं, मातृत्व लाभ, विशेष अवकाश, व्यावसायिक खतरों से सुरक्षा प्रदान करने, महिला कर्मचारी एसोसिएशन/यूनियन बनाने की अनुमति देने, कानूनी संरक्षण/सहायता देने आदि में अपनी महिला कर्मचारियों के प्रति अपने कानूनी दायित्व को पूरा करते हैं।
- प्रौद्योगिकी के विकास के कारण परंपरागत क्षेत्रों से विस्थापित हुई महिलाओं को उनके कौशल में पुनः प्रशिक्षण देना/उन्नत करना ताकि वे रोजगार के नये और विस्तारित क्षेत्रों में कार्य संभाल सकें तथा खादी और ग्रामोद्योग, हस्तशिल्प, हथकरघा, रेशम उत्पादन, लघु और कुटीर उद्योगों जैसे परंपरागत क्षेत्रों में मजदूरी/स्वरोजगार के लिए वैकल्पिक अवसरों को बढ़ाने के लिए उचित नीतियां और कार्यक्रम तैयार करना।
- उत्थान के अपेक्षित प्रावधान करने के साथ-साथ सार्वजनिक क्षेत्र की सेवाओं में महिलाओं के लिए कम से कम 30 प्रतिशत आरक्षण शुरू करने हेतु सकारात्मक कार्रवाई शुरू करना, क्योंकि 1999 में उनका केवल 14.5 प्रतिशत प्रतिनिधित्व था।
- महिलाओं के लिए नये माइक्रो ऋण तंत्र अथवा माइक्रो वित्तीय संस्थाएं स्थापित करके या राष्ट्रीय महिला कोष के सीमित कवरेज में विस्तार करने के साथ-साथ इन क्षेत्रों में मौजूदा व्यवस्थाओं को सुदृढ़ करके महिलाओं के लिए ऋण की पहुंच में वृद्धि करना।

रोजगार और आय-सृजन

2.11.85 इसके अलावा, महिला सशक्तिकरण का उद्देश्य उन्हें आर्थिक रूप से स्वतंत्र और आत्मनिर्भर बनाना है, इसलिए मजदूरी और स्वरोजगार, दोनों अवसरों को बढ़ावा देकर/विस्तार करके लाभकारी रोजगार सृजन करने हेतु विशेष प्रयास किए जाएंगे। इस संदर्भ में चालू प्रशिक्षण सह-रोजगार-सह आय सृजन कार्यक्रम अर्थात् स्वर्णजयंती ग्राम स्वरोजगार योजना, स्वर्णजयंती शहरी रोजगार योजना, प्रधान मंत्री रोजगार योजना, प्रशिक्षण और रोजगार कार्यक्रम के लिए समर्थन (स्टेप), महिलाओं के लिए रोजगार और आय-सृजन प्रशिक्षण सह-उत्पादन केन्द्र (नोराड), आदि का, रोजगार सह-आय सृजन के अधिकाधिक अवसर पैदा करने और गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाली यथा संभव अधिकाधिक महिलाओं को कवर करने के लिए और विस्तार किया जाएगा। इन प्रयासों में जिन परिवारों की मुखिया महिला हैं, उन्हें और अत्यंत/असीम गरीबी में जीवनयापन करने वाली महिलाओं को प्राथमिकता दी जाएगी। 'स्वयंसिद्ध' कार्यक्रम को दसवीं योजना के दौरान, 2000 अतिरिक्त ब्लाकों में और लागू किया जाएगा। राष्ट्रीय महिला कोष के माइक्रो ऋण कार्यक्रम को विभिन्न रोजगार-सह-आय सृजन गतिविधियों का वित्त-पोषण करने के लिए "स्वयंसिद्ध कार्यक्रम" के अंतर्गत गठित स्वयंसेवी समूहों के साथ निकट रूप से जोड़ा जाएगा। इस प्रकार, दसवीं योजना के दौरान, और इसके बाद सामाजिक और आर्थिक दोनों रूप से महिला सशक्तिकरण के लिए मजबूत आधार प्रदान करने हेतु स्वयंसिद्ध एक राष्ट्रव्यापी एकीकृत कार्यक्रम के रूप में उभरने जा रहा है।

लघु/कुटीर उद्योगों में महिलाएं

2.11.86 दसवीं योजना उन परंपरागत क्षेत्रों की पहचान करने के विशेष प्रयास करेगी जो प्रौद्योगिकी विकास, बाजार परिवर्तन तथा आर्थिक नीतियों में परिवर्तन के कारण सिकुड़ रहे हैं और विस्थापित महिलाओं को उनके पुराने कौशल में पुनः प्रशिक्षित/उन्नत करने के लिए आवश्यक प्रशिक्षण कार्यक्रम लागू करेगी, ताकि ये महिलाएं रोजगार के नये और उभरते हुए क्षेत्रों में कार्य संभाल सकें। खादी और ग्रामोद्योग, हस्तशिल्प, हथकरघा, रेशम उत्पादन, लघु और कुटीर उद्योगों जैसे परंपरागत क्षेत्रों में मजदूरी/स्वरोजगार के लिए वैकल्पिक अवसर पैदा करने के लिए उचित नीतियां और कार्यक्रम तैयार किए जाएंगे। इ क्षेत्रों में आवश्यक संरचनात्मक समायोजन करने के प्रयास करते समय महिलाओं को प्राथमिकता दी जाएगी।

असंगठित/अनौपचारिक क्षेत्र में महिलाएं

2.11.87 दसवीं योजना के दौरान, असंगठित क्षेत्र में कार्यरत महिलाओं पर विशेष ध्यान दिया जाएगा, क्योंकि वे 90 प्रतिशत से अधिक हैं, फिर भी, बिना विधायी सुरक्षा उपायों के अत्यंत खराब कार्य-स्थितियों में संघर्ष जारी रखे हुए हैं। आरंभ में समान कार्य के लिए समान वेतन की संवैधानिक वचनबद्धता पूरी करने के प्रति महिलाओं के लिए पुरुषों के समतुल्य न्यूनतम और सामान्य, दोनों मजदूरी सुनिश्चित करने के प्रयास किए जाएंगे। इसके लिए दसवीं योजना में अनौपचारिक क्षेत्र के लिए महत्वपूर्ण श्रम विधानों, विशेष रूप से उन विधानों जिनमें नियोक्ता के लिए महिला कर्मचारियों हेतु आवश्यक कल्याण सेवाओं के साथ-साथ कार्य की मूल न्यूनतम स्थितियां प्रदान करने की अनिवार्य बाध्यता हैं, को लागू करने के प्रयास भी किए जाएंगे। अनौपचारिक क्षेत्र में महिलाओं की बेहतरी के लिए आवश्यक नीतियां और कार्यक्रम तैयार करते समय चतुर्थ आर्थिक जनगणना (2001) के निष्कर्षों और परिणामों तथा राष्ट्रीय स्वरोजगाररत महिला तथा अनौपचारिक क्षेत्र महिला आयोग (श्रम शक्ति), की कार्रवाई न की गई सिफारिशों को ध्यान में रखा जाएगा।

महिलाएं और वैश्वीकरण

2.11.88 विभिन्न उत्पादों के आयात पर से सभी मात्रात्मक प्रतिबंध हटा लेने से स्वरोजगाररत महिला समूह, विशेष रूप से अनौपचारिक क्षेत्र के समूहों ने सस्ते आयातित उपभोक्ता सामानों से प्रतिस्पर्धा करने का सामना करना शुरू कर दिया है। ये सामान, भारतीय बाजार में छा रहे हैं। यद्यपि, इससे बहुत बड़ी संख्या में रोजगाररत और स्वरोजगाररत महिलाओं के विस्थापन का खतरा है, लेकिन इसी के साथ-साथ वैश्वीकरण की प्रक्रिया ने सम्पूर्ण विश्व के बाजारों में अपने उत्पादों का निर्यात करने के लिए महिला उद्यमियों के लिए भी अवसर खोल दिए हैं। इस प्रकार वैश्वीकरण में महिला सशक्तिकरण के उद्देश्य को हासिल करने के लिए नई चुनौतियां खोल दी हैं। अतः दसवीं योजना में ऐसी कार्यनीतियां तैयार करने की योजना बनाई जाएगी, जिनसे महिलाओं की क्षमता बढ़ाई जा सके और उन्हें वैश्वीकरण की प्रक्रिया के नकारात्मक आर्थिक और सामाजिक प्रभावों के साथ कदम मिलाने के लिए सशक्त किया जा सके।

सेवाओं में महिलाएं

2.11.89 दसवीं योजना, 1999 में 14.5 प्रतिशत के मौजूदा प्रतिनिधित्व के प्रति सरकारी क्षेत्र की सेवाओं में महिलाओं के

लिए कम से कम 30 प्रतिशत आरक्षण सुनिश्चित करने के लिए सकारात्मक कार्रवाई शुरू करने की आवश्यकता को मान्यता प्रदान करती है। अतः कोचिंग की सुविधाएं प्राप्त करके, एक ओर प्रतिस्पर्धी परीक्षाओं में पुरुषों के साथ महिलाओं को प्रतिस्पर्धा करने के लिए प्रोत्साहित करके और दूसरी ओर रोजगार बाजार में गतिशीलता सुनिश्चित करके नौकरी पेशा महिलाओं के लिए समर्थन सेवाएं प्रदान करके सेवाओं में महिलाओं का प्रतिनिधित्व बढ़ाने के लिए प्रयास किए जाएंगे। इसके हेतु नौकरीपेशा महिलाओं के लिए छात्रावास, कार्यस्थलों पर शिशुगृह/दिवस कालीन देखभाल केन्द्र और वृद्धों तथा अपंगों के लिए घर जैसी मौजूदा सीमित समर्थन सेवाओं का विस्तार सुनिश्चित करने के प्रयास किए जाएंगे, ताकि महिलाएं आर्थिक रूप से अधिक उत्पादक बनने के लिए समय निकाल सकें। महिलाओं के लिए बहु-प्रविष्टियां, अधिकतम आयु सीमा में वृद्धि, लचीले कार्य समय आदि जैसी विशेष रियायतें और छूट लागू करने के प्रयास भी किए जाएंगे। उपर्युक्त के अलावा दसवीं योजना मौजूदा कार्मिक नीतियों में लिंग संवेदनशीलता लाने का प्रयास भी करेगी, ताकि सेवाओं में महिलाओं की उन्नति हो सके।

महिला और माइक्रो ऋण

2.11.90 दसवीं योजना, नये माइक्रो ऋण तंत्र अथवा माइक्रो वित्तीय संस्थाएं स्थापित करने के माध्यम से अथवा मौजूदा तंत्र को सुदृढ़ करके ऋण तक महिलाओं की पहुंच बढ़ाने के लिए विस्तृत ऋण नीति की आवश्यकता को मान्यता प्रदान करती है। इस संदर्भ में दसवीं योजना के लिए पर्याप्त वित्तीय समर्थन का प्रावधान करके राष्ट्रीय महिला कोष की गतिविधियों के विस्तार पर विशेष ध्यान दिया जाएगा। विभिन्न स्वयंसेवी संगठनों से सबक सीखने के प्रयास किए जाएंगे, जिन्होंने महिलाओं के लिए माइक्रो ऋण क्षेत्र में पहले ही अपनी साख बना ली है और उन्हें अपने राज्यों के अन्दर तथा बाहर, दोनों स्थानों पर अपनी गतिविधियों का विस्तार करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा। महिला उद्यमियों के लिए ऋण और विपणन सुविधाओं के अगले और पिछले, दोनों सम्पर्कों को प्रदान करने हेतु महिला विकास निगमों, जो इसके अलावा महिलाओं को आर्थिक रूप से सशक्त बनाने के लिए सक्रिय उत्प्रेरक हैं, के साथ सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को सुसज्जित करने का प्रयास किया जाएगा। इसके अलावा, दसवीं योजना में लघु और अतिलघु क्षेत्रों में केवल महिला उद्यमियों के लिए विकास बैंक स्थापित करने के प्रयास किए जाएंगे और पूर्व के प्रयासों में तेजी लायी जाएगी।

(iii) लिंग न्याय

2.11.91 जैसाकि पहले उल्लेख किया गया है, स्वतंत्रता के बाद से ही लिंग समानता और लिंग न्याय तथा महिलाओं के अधिकारों की सुरक्षा के सिद्धान्त प्रमुख चिन्ता का विषय रहे हैं। भारत का संविधान, महिलाओं और पुरुषों, दोनों को समान अधिकार प्रदान करके न केवल लिंग समानता की गारंटी देता है, बल्कि लिंग के आधार पर भेदभाव का निषेध भी करता है। इसमें राज्यों को केवल महिलाओं के पक्ष में सकारात्मक निर्णय लेने की शक्तियां भी दी गई हैं, ताकि लिंग समानता के माध्यम से लिंग न्याय सुनिश्चित किया जा सके। पृष्ठपट(बैकड्राप) में इन दृढ़ वचनबद्धताओं के साथ महिलाओं के सशक्तिकरण की राष्ट्रीय नीति में प्राथमिकता के आधार पर लिंग भेदभाव समाप्त करना और महिलाओं के सशक्तिकरण के लिए सकारात्मक वातावरण पैदा करना, इसका मुख्य उद्देश्य तय किया गया है। इसके अनुरूप दसवीं योजना में लिंग असमानता वाले क्षेत्रों की पहचान करने के लिए समयबद्ध सर्वेक्षण/खोज करने और लिंग अंतर को दूर करने/ मौजूदा असंतुलन को समाप्त करने के लिए उपचारात्मक कार्रवाई का सुझाव देने और इस प्रकार लिंग न्याय सुनिश्चित करने का प्रावधान रखा गया है। निम्नलिखित कुछ ऐसे क्षेत्र हैं, जिनकी पहचान, तत्काल हस्तक्षेप शुरू करने के लिए की गई है।

प्रतिकूल और लगातार गिर रहे लिंग अनुपात को रोकना

2.11.92 प्रतिकूल लिंग अनुपात जो सभी समूहों के संबंध में प्रति 1000 पुरुषों के लिए 1901 के 972 महिलाओं से गिरकर 2001 में 933 रह गया है (1991 और 2000 के बीच की अवधि को छोड़कर) और 0-6 वर्ष की आयु के बालकों के लिंग अनुपात में यकायक गिरावट हुई है जो 1991 के 945 से गिरकर 2001 में 927 रह गया है, यह भारत में महिलाओं और बालिकाओं के जीवन की अत्यंत चिन्ताजनक स्थिति को दर्शाता है। लिंग अनुपातों में हमेशा से गिरावट की प्रवृत्ति का कारण बचपन से लेकर संतानोत्पत्ति की आयु तक, सभी आयु समूहों में पुरुषों की तुलना में महिलाओं में अधिक मृत्यु दर है। इसके कारणों के अन्य घटक हैं- स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सीमित पहुंच और पोषण और आहार पद्धतियों में बालिकाओं के प्रति अपेक्षाकृत भेदभाव। इस संबंध में हस्तक्षेप प्रगति पर हैं लेकिन निश्चित लक्ष्य निर्धारित करने के लिए इनका अधिक प्रभाव नहीं हुआ है। अतः दसवीं योजना में इस स्थिति के लिए जिम्मेदार कारकों की जांच करने के लिए विशेष उपाय किए

लिंग न्याय

लिंग भेदभाव को सभी रूपों में समाप्त करना और इस प्रकार निम्नलिखित के माध्यम से सभी क्षेत्रों अर्थात् राजनैतिक, आर्थिक, सामाजिक, नागरिक, सांस्कृतिक आदि क्षेत्रों में महिलाओं को पुरुषों के समतुल्य अधिकार और मूलभूत स्वतंत्रता न केवल विधितः बल्कि वस्तुतः हासिल करने के लिए सक्षम बनाना -

- भारतीय दंड संहिता, 1860 और प्रसूति पूर्व जांच तकनीक (नियमन और दुरुपयोग निवारण) अधिनियम, 1994, दोनों को दंड के अत्यंत कड़े उपायों के स्रष्ट प्रभावी रूप से लागू करके महिला गर्भपात और बालिका शिशु मृत्यु का पूर्ण उन्मूलन करना ताकि अवैध कार्य करने वालों के लिए कठिन दंड निश्चित किया जा सके।
- उन उपायों को अपनाना जो महिलाओं के प्रजनन अधिकार का ध्यान रखें ताकि वे प्रजनन संबंधी अपने विकल्प का उपयोग कर सकें।
- रोजगार के अवसरों का विस्तार सुनिश्चित करने और इस प्रकार कार्य और पहुंच, दोनों में रोजगार में असमान्यता को दूर करने के लिए श्रम मंत्रालय के निकट सहयोग में कार्यनीतियां तैयार करना।
- उत्पादक परिसम्पत्तियों और संसाधनों तक महिलाओं की पहुंच में सुधार करने के लिए मौजूदा विधानों को संशोधित करने हेतु माइक्रो आर्थिक स्तर पर हस्तक्षेप शुरू करना।
- यह सुनिश्चित करना कि कार्मिकों और उत्पादकों के रूप में अनौपचारिक क्षेत्र में महिलाओं द्वारा किए गए मूल्य वर्धन को कार्य की परंपरागत अवधारणा को पुनर्भाषित/पुनर्विवेचित करके अनुषंगी(सेटलाइट) तथा राष्ट्रीय खाते तैयार करने में मान्यता प्रदान की जाती है।
- महिला घटक योजना को स्पष्ट रूप से परिभाषित करना तथा प्रत्येक मंत्रालय/विभाग के अंतर्गत ऐसी स्कीमों/कार्यक्रमों/परियोजनाओं की पहचान करना जिन्हें महिला घटक योजना के अंतर्गत कवर किया जाना चाहिए और महिला संबंधित तंत्र अपनाना, जिसके माध्यम से इन क्षेत्रों से निधियां और लाभ महिलाओं को प्राप्त हों।
- महिला विशिष्ट नये विधानों को अधिनिश्चित करने; यदि आवश्यक हो, महिला संबंधी मौजूदा विधानों को संशोधित करने के लिए कार्रवाई शुरू करना। ऐसा पहले से ही उपलब्ध समीक्षाओं और सिफारिशों के आधार पर किया जाए, ताकि लिंग न्याय सुनिश्चित किया जा सके। इसके अलावा, लिंग भेदभाव संबंधी सभी संदर्भों को समाप्त करने के लिए सभी सहायक विधानों की समीक्षा करना।
- संसद और राज्य विधान सभाओं में महिलाओं के लिए कम से कम एक तिहाई स्थान आरक्षित करने के लिए विधान लाने हेतु शीघ्र कार्रवाई करना और इस प्रकार यह सुनिश्चित करना कि महिलाएं अपनी संख्या के अनुपात में निर्णायक निकायों में जा सकें, जिससे कि इनकी आवाज सुनी जाए।
- महिलाओं और किशोरियों सहित बालिकाओं के प्रति बढ़ती हुई हिंसा को सभी संबंधितों, विशेष रूप से प्रवर्तन प्राधिकारियों के साथ परामर्श करके तैयार किए गए सुनियोजित कार्रवाई कार्यक्रम की शक्ति और समर्थन के साथ प्राथमिकता-आधार पर रोकना; केन्द्र और राज्य, दोनों स्तरों पर कानून और व्यवस्था अधिकारियों की शक्ति के साथ प्रभावी रूप से कार्यान्वित करना और स्थिति का आकलन करना।
- लिंग विकास सूचकांक का शीघ्र मानकीकरण करना जिसके आधार पर राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्तरों पर लिंगों के संबंध में अलग-अलग आंकड़े एकत्र किए जाएंगे; पुरुषों के समतुल्य समानता हासिल करने के अंतिम उद्देश्य के साथ नियमित अंतरालों पर महिलाओं की स्थिति में सुधार करने में की गई प्रगति का आकलन करके इनका समेकन/मिलान और विश्लेषण किया जाएगा।
- लिंग न्याय समाज सृजित करने के प्रति सामाजिक उन्मुखीकरण की प्रक्रिया शुरू करना/तेज करना।

जाएंगे और महिलाओं तथा पुरुषों के बीच मौजूदा जनसांख्यिकीय असंतुलन को ठीक करने के लिए आवश्यक कार्रवाई शुरू की जाएगी, क्योंकि यह देश के भविष्य के लिए शुभ नहीं है। यह प्रभावी अंतरक्षेत्रीय समन्वय और एकीकरण के माध्यम से प्राथमिक स्वास्थ्य-देखभाल, पेयजल आपूर्ति, पोषाहार, प्राथमिक शिक्षा आदि की मूल न्यूनतम सेवाओं तक महिलाओं और बालिकाओं की सुगम पहुंच बनाने के सुनिश्चित प्रयास करेगा।

लिंग संबंधी हानिकारक पद्धतियों का उन्मूलन

2.11.93 लिंग भेदभाव की समस्या और बालिकाओं के प्रति विद्यमान भेदभाव, महिला भ्रूण तथा महिला शिशु हत्या संबंधी हानिकारक प्रक्रियाएं हैं, जिनसे अत्यधिक अवांछित गर्भपात हुए हैं और बालिका शिशु की मृत्यु की 70.8 (1999), बालिका मृत्यु की 24.5 (1997) और मातृत्व मृत्यु की 407 (1998) की उच्च दरें मौजूद हैं (अधिक ब्यौरे बाल विकास खंड के अंतर्गत दिए गए हैं)। 1991 की जनगणना के आधार पर आन्ध्र प्रदेश, बिहार, दिल्ली, गुजरात, हरियाणा, मध्य प्रदेश, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु और उत्तर प्रदेश राज्यों में 65 जिलों की पहचान समस्याग्रस्त जिलों के रूप में की गई है, जहां लिंग अनुपात प्रति 1000 महिलाओं के लिए 1100 से 1218 पुरुष के रूप में असमान्य रूप से पुरुषों के पक्ष में है। इसके अतिरिक्त वर्ष 1993 में भी महिला और बाल विकास विभाग द्वारा प्रायोजित बहुकेन्द्र अध्ययन में पहले ही इस बात की पुष्टि की गई है कि यद्यपि सम्पूर्ण देश में महिला गर्भपात करवाया जा रहा है, लेकिन कुछ समुदायों में महिला शिशु हत्या स्थानीय कुप्रथा के रूप में मौजूद है। अतः दसवीं योजना में भारतीय दण्ड संहिता, 1860 और प्रसूति पूर्व जांच तकनीक (नियमन और दुरुपयोग निवारण) अधिनियम, 1994, दोनों को प्रभावी रूप से लागू करने के लिए कार्रवाई शुरू की जाएगी, ताकि कड़ी निगरानी के साथ-साथ दोषी के लिए गंभीर दण्ड निश्चित करके महिला भ्रूण हत्या और महिला शिशु हत्या पर नियंत्रण/इसका उन्मूलन किया जा सके। इसी के साथ-साथ समाज की विचारधारा को परिवर्तित करने के लिए उसे संवेदनशील बनाने के लिए दीर्घकालिक उपाय किए जाएंगे जो बालिकाओं के प्रति इनके अवांछित होने, उपेक्षा करने और घर तथा बाहर, दोनों स्थानों पर भेदभाव करने के रूप में नकारात्मक हैं और इन्हें समस्याग्रस्त जिलों तथा समस्याग्रस्त समुदायों पर ध्यान केन्द्रित करके सम्पूर्ण देश में लागू भी किया जाएगा।

भेदभावपूर्ण पोषाहार पद्धतियों को समाप्त करना

2.11.94 महिलाओं, माताओं और बालकों में कुपोषण और

इससे संबंधित कमियां तथा बीमारियां, उनकी विकास क्षमता के लिए बहुत बड़ी चुनौती बन गई हैं। कुछ सीमा तक, इसका कारण, महिलाओं और बालिकाओं के प्रति परिवार के अंदर मौजूद भेदभावपूर्ण पोषाहार पद्धति को कहा जा सकता है। 1989-90 में राष्ट्रीय पोषाहार मानीटरिंग ब्यूरो, हैदराबाद द्वारा किए गए सर्वेक्षण में इस बात की पुष्टि की गई है कि 1-5 वर्ष की आयु समूह में 52.5 प्रतिशत से अधिक बालक और 49.3 प्रतिशत महिलाएं विभिन्न चिरकालिक ऊर्जा कमियों को झेल रही थीं और 1989-90 के दौरान, 87.5 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं में विभिन्न स्तरों की अल्पवृत्तता मौजूद थी। एकीकृत बाल विकास सेवा का कार्यक्रम, जिसे बालकों और माताओं की इन समस्याओं को हल करने के लिए 1975 में शुरू किया गया था, अपना विस्तार सम्पूर्ण देश में नहीं कर सका। इसके अलावा, अनुपूरक पोषाहार कार्यक्रम जो फिलहाल कुल 37.5 मिलियन बालकों और माताओं को कवर कर रहा है, एकीकृत बाल विकास सेवा का आधार है, इसे लगभग सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में निधियों की अपर्याप्तता के कारण कुछ धक्का लगा है। इस प्रकार दसवीं योजना यह सुनिश्चित करने के लिए तत्काल उपाय करेगी कि प्रधान मंत्री ग्रामोदय योजना के माध्यम से और राष्ट्रीय पोषाहार मिशन के द्वारा 2002 में शुरू किए गए कार्यक्रमों के अंतर्गत, पर्याप्त आवंटन उपलब्ध कराए जाएं, ताकि सभी 7.5 लाख आंगनवाड़ियों (जिनके नौवीं योजना के अंत तक चालू हो जाने की आशा है) में विहित मानदंडों के अनुसार, अनुपूरक पोषण सेवाओं को समर्थन प्रदान किया जा सके। इसके अलावा, परिवार स्तर पर सभी के लिए खाद्य सुरक्षा सुनिश्चित करने हेतु भी प्रयास किए जाएंगे, ताकि परिवार में भोजन का बंटवारा करने में महिलाओं और बालिकाओं के प्रति मौजूद भेदभाव की प्रक्रिया को समाप्त किया जा सके।

स्वास्थ्य, शिक्षा और रोजगार तक बढ़ती हुई पहुंच

2.11.95 नकारात्मक सामाजिक अवधारणा मौजूद होने के कारण कई क्षेत्रों में महिलाओं और बालिकाओं के लिए स्वास्थ्य और शिक्षा तक पहुंच में भेदभाव बना हुआ है। पालन-पोषण, पोषाहार और स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में भी भेदभाव की प्रक्रिया मौजूद है। जैसाकि पहले उल्लेख किया गया है, यह महिलाओं और बालिकाओं, विशेष रूप से गर्भवती और स्तनपान कराने वाली माताओं के स्वास्थ्य और पौषणिक स्तर से पूर्णतया परिलक्षित होता है। अतः दसवीं योजना में महिलाओं के स्वास्थ्य, जिसमें जीवन चक्र की सभी अवस्थाओं में महिलाओं और बालिकाओं की जरूरतों पर विशेष ध्यान देने के साथ पोषाहार और स्वास्थ्य सेवाएं दोनों शामिल हैं, के प्रति, समग्र दृष्टिकोण अपनाया जाएगा। इसके अतिरिक्त, व्यापक प्रजनन

और बाल स्वास्थ्य तथा एकीकृत बाल विकास सेवाओं के माध्यम से व्यापक, सस्ती और अच्छी स्वास्थ्य तथा पोषाहार देखभाल के प्रति आसान पहुंच में वृद्धि करने के विशेष प्रयास भी किए जाएंगे। महिलाओं के प्रजनन अधिकार का ध्यान रखने के लिए भी उपाय किए जाएंगे ताकि वे प्रजनन में अपने विकल्प का प्रयोग कर सकें।

2.11.96 बालिकाओं और युवा महिलाओं से शैक्षिक और घरेलू दोनों जिम्मेदारियां निभाने की आशा की जाती है, जिसके परिणामस्वरूप वे शिक्षा के क्षेत्र में कमजोर रह जाती हैं और शिक्षा प्रणाली से शीघ्र बाहर आ जाती हैं। ऐसा साक्षरता दर (2001 में महिलाओं के लिए 54.16 प्रतिशत और पुरुषों के लिए 75.85 प्रतिशत), नामांकन अनुपात (1999-2000 में प्राथमिक स्तर पर बालिकाओं के लिए 85.2 और बालकों के लिए 104.1) और विद्यालय छोड़ने वालों की दर (1999-2000 में प्राथमिक स्तर पर बालिकाओं के लिए 42.3 और बालकों के लिए 38.7) के संबंध में मौजूदा लिंग अंतर से काफी स्पष्ट होता है। इनसे महिलाओं के जीवन के सभी पहलुओं पर दूरगामी प्रभाव पड़ते हैं। अतः दसवीं योजना में उचित सामाजिक वातावरण तैयार करने के प्रयास किए जाएंगे, जिसमें महिलाएं और पुरुष तथा बालिकाएं और बालक समान समझे जाएं तथा वे उनकी पूर्ण क्षमता हासिल करने के लिए प्रोत्साहित किए जाएं। इसके अलावा, यह विशेष सकारात्मक उपायों अर्थात् मुफ्त शिक्षा प्रदान करना, अधिक महिला अध्यापक नियुक्त करना, लिंग संवेदनशील शिक्षा प्रणाली सृजित करना, छात्रावासों, मध्यान्तर आहार के प्रावधान के माध्यम से बालिकाओं के नामांकन और शिक्षा में बने रहने की दर बढ़ाना तथा जीवनकालिक अध्ययन के लिए शिक्षा की गुणवत्ता में सुधार करना और व्यावसायिक/तकनीकी कौशल का विकास करना, आदि के माध्यम से महिलाओं और बालिकाओं की पहुंच बढ़ाने के लिए विभिन्न कार्रवाई भी शुरू करेगा और इस प्रकार शिक्षा के संबंध में महिलाओं और बालिकाओं के प्रति होने वाले भेदभाव को समाप्त किया जाएगा। शिक्षा प्रणाली के सभी स्तरों पर लिंग संवेदनशील पाठ्यचर्या विकसित करने के प्रयास भी किए जाएंगे, ताकि पुराने घिसेपिटे पाठ्यक्रम की पुनरावृत्ति के मुद्दे को हल किया जा सके, जो लिंग भेदभाव के कारणों में से एक है।

2.11.97 2001 में 25.7 प्रतिशत की कार्य प्रतिभागिता की निम्न महिला दर; 1999 में संगठित क्षेत्र में उनकी 17.2 प्रतिशत की बहुत कम प्रतिभागिता; 1999 में सार्वजनिक क्षेत्र में 14.5 प्रतिशत; 1997 में सरकार में 14.6 प्रतिशत की प्रतिभागिता की बहुत नीची दर; 1999-2000 में 14 प्रतिशत

शिक्षित महिलाओं की बेराजगार होने की वर्तमान उच्च दर और आखिर में अनौपचारिक/असंगठित क्षेत्र में संघर्ष कर रही 90 प्रतिशत से अधिक महिलाओं के आंकड़ों से महिलाओं के प्रति भेदभाव और रोजगार तक उनकी पहुंच न होने के बारे में स्पष्ट रूप से पता चलता है। इन गंभीर चिंताओं को ध्यान में रखते हुए दसवीं योजना में न केवल मौजूदा सफल कार्यनीतियों को मजबूत किया जाएगा, बल्कि श्रम मंत्रालय और रोजगार क्षमता वाले अन्य संबंधित क्षेत्रों के साथ निकट सहयोग करके नई कार्यनीतियां भी तैयार की जाएंगी। आशा की जाती है कि रोजगार-अवसर संबंधी कार्यदल (2001) की सिफारिशों पर विचार करने के लिए, 2001 में योजना आयोग में गठित दसवीं योजना अवधि में 10 मिलियन रोजगार प्रतिवर्ष सृजित करने के लक्ष्य से संबंधित विशेष समूह रोजगार के अवसर बढ़ाने और रोजगार तक महिलाओं की पहुंच बनाने में सफल हो जाएगा। इस प्रकार दसवीं योजना के इन विशेष प्रयासों से न केवल मौजूदा असमानता समाप्त होने बल्कि रोजगार के क्षेत्र में लिंग न्याय के प्रति काम किए जाने की भी आशा है।

उत्पादक संसाधनों तक और उन पर नियंत्रण तक पहुंच प्रदान करना

2.11.98 भूमि, कच्ची सामग्री, ऋण, विपणन आदि, जैसे विभिन्न उत्पादक संसाधन, जो महिलाओं के आर्थिक सशक्तिकरण की कुंजी हैं, पर महिलाओं का नियंत्रण और पहुंच या तो बहुत सीमित है अथवा न के बराबर है। परंपरागत रूप से उत्तराधिकार में मिली सम्पत्ति प्रदान करने अथवा उत्पादक परिसम्पत्ति रखने में महिलाओं के प्रति भेदभाव किया गया है। अतः दसवीं योजना में महिलाओं के प्रति इन वर्षों पुराने भेदभावों को समाप्त करने और इस प्रकार उत्पादक परिसम्पत्तियों तथा संसाधनों तक महिलाओं की पहुंच में सुधार करने के लिए माइक्रो आर्थिक स्तर पर ऐसी कार्यनीतियां/हस्तक्षेप तैयार करने और यदि आवश्यक हुआ तो मौजूदा विधानों में संशोधन करने अथवा नये विधान अधिनियमित करने के माध्यम से प्रयास किए जाएंगे।

महिला को अधिक दृष्टिगोचर बनाना

2.11.99 राष्ट्रीय अर्थव्यवस्था में महिलाओं के योगदान का स्तर उच्च होने के बावजूद, राष्ट्रीय खाते में महिलाओं का कार्य अभी भी अदृश्य बना हुआ है। जैसाकि पहले ही उल्लेख किया जा चुका है, 2001 की जनगणना में केवल 25.7 प्रतिशत महिला कार्यबल रिकार्ड किया गया था। इसका कारण महिलाओं के कार्य को न तो जनसंख्या जनगणना में कभी रिकार्ड किया गया और न ही परिभाषा की समस्या के कारण राष्ट्रीय खाते में

उनका योगदान कभी रिकार्ड किया गया। लेकिन व्यवहार में महिलाएं विभिन्न क्षेत्रों के कार्यबल में काफी संख्या में कार्यरत हैं अर्थात् अनौपचारिक क्षेत्र में 90 प्रतिशत; कृषि क्षेत्र में 70 प्रतिशत; इसके सम्बद्ध क्षेत्रों में 35.3 प्रतिशत; खादी और ग्रामोद्योग में 46.1 प्रतिशत; हथकरघा और रेशम उत्पादन आदि में 65.5 प्रतिशत कार्यरत हैं और वे राष्ट्रीय अर्थव्यवस्था में काफी बड़ा योगदान भी करती हैं। इस बात को ध्यान में रखते हुए 1991 की जनगणना में अनौपचारिक क्षेत्र में महिलाओं के कार्य के संबंध में आंकड़ों का हिसाब लगाने का प्रयास किया गया था और इसे 2001 की जनगणना में और तेज किया गया था। तथापि, इस विषय पर 2001 की जनगणना की विस्तृत रिपोर्ट अभी तक प्राप्त नहीं हुई है।

2.11.100 इसके अलावा, 1998-99 के दौरान, केन्द्रीय सांख्यिकीय संगठन द्वारा किए गए महिलाओं संबंधी समय उपयोग सर्वेक्षण में यह स्पष्ट घटक सामने आया है कि महिलाओं के 51 प्रतिशत कार्य को मान्यता प्रदान नहीं की जाती है और इसलिए इसका भुगतान नहीं होता है। अतः लिंग न्याय सुनिश्चित करने के महत्वपूर्ण उपायों में से एक के रूप में दसवीं योजना में यह प्रयास किया जाएगा कि - 1) यह सुनिश्चित करने के लिए संबंधित प्राधिकारियों/संगठनों के साथ बातचीत की जाएगी कि कामगार और उत्पाद के रूप में महिलाओं के योगदान को कार्य की परंपरागत अवधारणा को पुनर्भाषित/पुनर्विवेचित करके मान्यता प्रदान की जाए; 2) जनसंख्या जनगणना और आर्थिक जनगणना के माध्यम से एकत्र की जा रही सूचना के आधार पर राष्ट्रीय अर्थव्यवस्था में महिलाओं के योगदान का आकलन किया जाए; और 3) यह महिलाओं के सशक्तिकरण संबंधी राष्ट्रीय नीति द्वारा यथा निर्देशित देश के राष्ट्रीय खाते में परिलक्षित किया जाए।

महिला घटक योजना को सुदृढ़ करना

2.11.101 महिला घटक योजना के कार्यान्वयन को यह सुनिश्चित करने के लिए अधिक प्रभावी बनाने हेतु कि सभी अन्य विकासात्मक क्षेत्रों से पर्याप्त निधि/लाभ महिलाओं को मिले, दसवीं योजना में न केवल महिला घटक योजना की अवधारणा को स्पष्ट रूप से परिभाषित किया जाएगा, बल्कि विभिन्न मंत्रालयों/विभागों की उन स्कीमों और कार्यक्रमों की पहचान करने में एक कदम और आगे बढ़ाया जाएगा, जो महिला घटक योजना के अंतर्गत कवर की जानी चाहिए। इस बात के भी प्रयास किए जाएंगे कि संबंधित कार्यक्रम के संगत मुख्य शीर्ष के अंतर्गत महिला घटक योजना के लिए उप-शीर्ष रखने की संभावना को देखा जाए, जैसाकि अनुसूचित जातियों

के लिए एस0सी0पी0 और अनुसूचित जनजातियों के लिए टी0एस0पी0 के मामले में किया जाता है। महिला और बाल विकास विभाग के पूर्वानुमोदन के बिना महिला घटक योजना से अन्य योजनाओं में किसी पुनर्विनियोजन की अनुमति नहीं दी जाएगी। प्रगति की सूचना देने के लिए विस्तृत अनुसूचियां और प्रपत्र तैयार किए जाएंगे, ताकि महिलाओं को मिलने वाले लाभों पर सतत् आधार पर कड़ी निगरानी रखी जा सके। यद्यपि, महिला घटक योजना की अवधारणा को प्रणालीबद्ध ढंग से प्रचालन में नहीं लाया गया है, लेकिन दसवीं योजना के दौरान, कड़े निगरानी तंत्र के साथ विस्तृत दिशानिर्देशों/अनुदेशों सहित इसे सुप्रवाही/सुदृढ़ किया जाएगा।

लिंग आधारित बजट बनाना

2.11.102 लिंग न्याय और लिंग संवेदनशील बजट सुनिश्चित करने के प्रति नौवीं योजना के दौरान, शुरु किए गए प्रयासों की ओर ध्यान देते हुए, दसवीं योजना में सरकारी बजट के विभाजन की प्रक्रिया जारी रहेगी, ताकि इसका लिंग अंतर प्रभाव स्थापित किया जा सके और लिंग वचनबद्धताओं को बजटीय वचनबद्धताओं में परिवर्तित किया जा सके। चूंकि लिंग बजटीयकरण की प्रक्रिया की विभाजन/विश्लेषण करने की कार्योत्तर प्रभाव होने के रूप में और इस प्रकार पिछले बजट में किसी अवांछित लिंग विशिष्ट परिणाम को समाप्त करने के संबंध में अपनी सीमाएं हैं, इसलिए यह महिलाओं के लिए पर्याप्त निधियां और लाभ सुनिश्चित करने हेतु प्रभावी उपाय नहीं हो सकता। अतः दसवीं योजना में महिला घटक योजना और लिंग बजटीयकरण की इन दो प्रभावी अवधारणाओं को एक साथ शामिल करने की तत्काल कार्रवाई शुरु की जाएगी, ताकि ये एक दूसरे के अनुपूरक की भूमिका अदा कर सकें और इस प्रकार निवारणात्मक और कार्योत्तर, दोनों प्रकार की कार्रवाई सुनिश्चित करके महिलाओं को महिला संबंधी सभी आम विकास क्षेत्रों से उनका उचित हिस्सा मिल सके। महिला सशक्तिकरण के लिए परिव्यय की मात्रा और प्रतिशत से अधिक महत्वपूर्ण यह सुनिश्चित करना है कि विभिन्न विकास क्षेत्रों से निधियां प्रभावी रूप से अभिमुख की जाएं, उचित रूप से उपयोग की जाएं और उन पर निगरानी रखी जाए। ऐसा फिलहाल प्रदान की जा रही सेवाओं और सुविधाओं में मौजूदा अंतर की पहचान करने की सुनियोजित प्रक्रिया के माध्यम से और यह सुनिश्चित करके किया जा सकता है कि उन अंतरों को पाटने के लिए पर्याप्त संसाधन दिए जाएं, क्योंकि ये अंतर ही महिला सशक्तिकरण की प्रक्रिया में प्रमुख बाधा के रूप में खड़े हुए हैं। इस संदर्भ में दसवीं योजना में बाल विकास कार्यक्रमों और नोडल महिला एवं बाल विकास

विभाग के बजट के अंदर ही आज मौजूद परिणामी अंतः बजटीय असंतुलों को अत्यधिक प्राथमिकता देने की बात भी नोट की गई है और इसे इस विभाग को सौंपी गई दो जिम्मेदारियों 'महिला सशक्तिकरण' और 'बाल विकास' के बीच संसाधनों को कहीं अधिक संतुलित तरीके से वितरित करके दूर करने का सुझाव दिया गया है।

विधान का प्रभावी प्रवर्तन

2.11.103 राष्ट्रीय महिला आयोग और महिला एवं बाल संबंधी कार्यदल द्वारा की गई समीक्षा की संस्तुतियों को ध्यान में रखते हुए दसवीं योजना में मौजूदा विधानों में संशोधन करने अथवा जहां आवश्यक हो वहां नये विधान अधिनियमित करने के लिए संबंधित मंत्रालयों/विभागों के साथ परामर्श करते हुए कार्रवाई शुरू की जाएगी। इस क्रम में सभी सहायक विधानों, संबंधित नियमों और विनियमों तथा कार्यकारी/प्रशासनिक आदेशों और दिशानिर्देशों की समीक्षा करने और सभी लिंग भेदभाव संबंधी संदर्भों को समाप्त करने का प्रयास भी किया जाएगा। ऐसा राष्ट्रीय महिला आयोग के मार्गदर्शन में सभी संबंधितों को शामिल करके सलाहमशविरे की प्रक्रिया के माध्यम से किया जाएगा। इसके अलावा, राष्ट्रीय महिला सशक्तिकरण नीति में दिए गए सुझाव के अनुसार विधान को प्रभावी रूप से कार्यान्वित करने के लिए निम्नलिखित विशिष्ट उपाय भी किए जाएंगे -

- 1) सभी संगत कानूनी प्रावधानों को कड़ाई से लागू करना और हिंसा तथा लिंग संबंधी अत्याचारों पर विशेष ध्यान केन्द्रित करके शिकायतों का तीव्र निपटान करना;
- 2) कार्यस्थल पर यौन उत्पीड़न को रोकने और दंड देने, संगठित/असंगठित क्षेत्रों में महिला कर्मचारियों की सुरक्षा करने और समान पारिश्रमिक अधिनियम, 1976 तथा न्यूनतम मजदूरी अधिनियम, 1948 जैसे संगत नियमों को कड़ाई से लागू करने के लिए उपाय करना;
- 3) महिलाओं के विरुद्ध अपराध, इसकी घटना, निवारण, जांच, निष्कर्ष और अभियोजन आदि की केन्द्र और जिला स्तरों पर राज्य द्वारा नियमित समीक्षा किया जाना; बालिकाओं और महिलाओं के प्रति हिंसा और अत्याचार से संबंधित शिकायतें दर्ज कराने और मुकदमें दर्ज कराने, जांच करने तथा कानूनी कार्यवाही करने के लिए प्रतिष्ठित स्थानीय स्वयंसेवी संगठनों को प्राधिकृत किया जाएगा;
- 4) पुलिस स्टेशनों में महिला कक्ष, महिला पुलिस स्टेशन, परिवार न्यायालय, महिला न्यायालय, परामर्श केन्द्र, कानूनी सहायता केन्द्र और न्याय पंचायतों को सुदृढ़ किया जाएगा और महिलाओं के प्रति होने वाली हिंसा तथा अत्याचार को रोकने के लिए इनका विस्तार किया जाएगा; और
- 5) विशेषरूप से तैयार की गई कानूनी जानकारी की पुस्तकों और कार्यक्रमों के माध्यम से कानूनी अधिकार, मानव

अधिकार और महिलाओं की अन्य पात्रताओं के सभी पहलुओं पर सूचना का व्यापक प्रचार-प्रसार करना।

निर्णय प्रक्रिया में महिलाओं की संख्या बढ़ाना

2.11.104 उपर्युक्त गंभीर समस्याओं के अलावा, शिक्षा, सूचना और जागरूकता सृजन की कमी से महिलाओं की स्थिति और खराब हुई है, जिससे उन्हें न केवल राजनैतिक, सामाजिक और आर्थिक प्रक्रियाओं से बाहर रखा जाता है बल्कि निर्णय प्रक्रिया से भी बाहर रखा जाता है। इस बयान की सच्चाई के अनुरूप, भारतीय प्रशासनिक सेवा और भारतीय पुलिस सेवा की प्रमुख सेवाओं में प्रशासनिक निर्णायकों में उनका प्रतिनिधित्व बहुत कम 7.6 (2000) प्रतिशत है; राजनैतिक निर्णायकों में संसद में उनका प्रतिनिधित्व 8.5 प्रतिशत (2001) और केन्द्रीय मंत्रिपरिषद में 10.8 प्रतिशत (2001) है। निःसंदेह, उनका प्रतिनिधित्व पंचायतों में 26.7 प्रतिशत (2001) है, जबकि महिलाओं के लिए आरक्षण एक तिहाई है। जब निर्णायकों के विभिन्न स्तरों पर अधिकाधिक महिलाएं नियुक्त होंगी तो महिलाओं के पक्ष में सार्वजनिक नीति पर निश्चित रूप से प्रभाव पड़ेगा और इस प्रकार महिलाओं के मुद्दे सामाजिक मुद्दों में बदल जाएंगे। अतः दसवीं योजना में, यदि वांछित हुआ तो सकारात्मक निर्णयों के माध्यम से प्रशासनिक और राजनैतिक, दोनों क्षेत्रों में विभिन्न स्तरों पर निर्णायकों में महिलाओं की संख्या बढ़ाने के लिए प्रयास किए जाएंगे। इस संदर्भ में दसवीं योजना में राज्य विधान सभाओं और लोक सभा में महिलाओं को एक तिहाई स्थान प्रदान करने के लिए लंबित विधेयक के अनुमोदन की प्रक्रिया को तेज करने के प्रयास करने में हिचकिचाहट नहीं दिखाई जाएगी।

बढ़ती हुई हिंसा को रोकना

2.11.105 महिलाओं के प्रति सदैव बढ़ती हुई हिंसा, महिलाओं और बालिकाओं के विकास में अवरोध होने के अलावा उनके निम्न और असमान स्तर की भी अभिव्यक्ति है। घर और कार्यस्थल, दोनों स्थानों पर, विशेष रूप से हाल के विगत वर्षों में, महिलाओं और बालिकाओं के प्रति हिंसा की खतरनाक प्रवृत्ति दिखाई दी है। राष्ट्रीय अपराध रिकार्ड ब्यूरो, नई दिल्ली द्वारा प्रकाशित अद्यतन आंकड़ों (1999) के अनुसार, महिलाओं के प्रति होने वाले अपराधों की कुल संख्या वर्ष दर वर्ष बढ़ रही है जो 1997 के 1.21 लाख से बढ़कर 1998 में 1.31 लाख और 1999 में 1.36 लाख हो गई है। 1999 में महिलाओं के प्रति कुल 1.36 लाख अपराधों में से सबसे अधिक उत्पीड़न का 32.3 प्रतिशत हिस्सा है; इसके बाद छेड़खानी (23.8 प्रतिशत);

अपहरण (11.7 प्रतिशत); बलात्कार (11.4 प्रतिशत); यौन उत्पीड़न (6.5 प्रतिशत); दहेज मृत्यु (4.9 प्रतिशत); अनैतिक दुराचार (6.9 प्रतिशत) और अन्य (2.5 प्रतिशत) हैं। राज्यों में कुल अपराध की सर्वाधिक घटनाएं 12.6 प्रतिशत मध्य प्रदेश में हैं, इसके बाद उत्तर प्रदेश और महाराष्ट्र में क्रमशः 12.5 प्रतिशत और 10.0 प्रतिशत हैं। दिल्ली, जहां देश की कुल आबादी का 1.3 प्रतिशत लोग रहते हैं, में कुल अपराध का 1.8 प्रतिशत मौजूद है और यहां देश में अपराध की उच्चतम 17.9 दर है (प्रति 1 लाख आबादी के लिए अपराधों की संख्या), जबकि अखिल भारत की अपराध दर 13.8 है। अतः दसवीं योजना में राष्ट्रीय और राज्य, दोनों स्तरों पर अल्पकालिक और दीर्घकालिक, दोनों प्रकार के उपाय करके सुनियोजित कार्रवाई कार्यक्रम के माध्यम से महिलाओं के प्रति हिंसा की समस्या को हल करने के कार्य को उच्च प्राथमिकता दी जाएगी। स्थिति की यह मांग भी है कि भारतीय दंड संहिता और अन्य संबंधित विधानों, दोनों में कुछ आवश्यक संशोधन करने के अलावा प्रवर्तन तंत्र को सक्रिय किया जाए, ताकि महिलाओं के प्रति विभिन्न अपराधों के लिए दंड को कड़ा बनाया जा सके। दसवीं योजना के दौरान, सामाजिक परिवर्तन लाने के लिए वचनबद्ध गैर-सरकारी संगठनों के निकट सहयोग से प्रयास शुरू करना हस्तक्षेप का अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्र है। तथापि, इस क्षेत्र में पहले से ही कार्यरत गैर-सरकारी संगठनों के निकट सहयोग से राष्ट्रीय महिला आयोग, महिलाओं और बालिकाओं के प्रति बढ़ती हुई दैनिक हिंसा को रोकने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर सकता है।

जागरूकता सृजन और लिंग संवेदनशीलता

2.11.106 महिला सशक्तिकरण में नीति की वचनबद्धताओं को ध्यान में रखते हुए लिंग न्याय संगत समाज सृजित करने के प्रति सामाजिक अनुकूलन की प्रक्रिया को तेज करने के तीव्र प्रयास किए जाएंगे। इस संबंध में महिलाओं और बालिकाओं के प्रति परिवार और समाज के अंदर नकारात्मक दृष्टिकोण को परिवर्तित करने और उनके प्रति सभी प्रकार के भेदभाव को समाप्त करने पर ध्यान केंद्रित किया जाएगा। इस प्रक्रिया में जन संचार और अन्य परंपरागत साधनों, दोनों का उपयोग करने में सरकारी और गैर-सरकारी, दोनों संगठनों द्वारा बहुत बड़ी भूमिका निभाए जाने की आशा है। लिंग संवेदनशीलता को सरकार की प्रशिक्षण प्रणाली में शामिल करके और पुनश्चर्या पाठ्यक्रम चलाकर संस्थागत बनाया जाएगा। नियमित आधार पर विशेषरूप से तैयार लिंग संवेदनशील कार्यक्रम चलाए जाएंगे जिनमें राज्य कार्मिकों अर्थात् कार्यकारी, विधांयी, न्यायिक और सभी सरकारी एजेंसियों के प्रवर्तन स्कंधों पर विशेष ध्यान

दिया जाएगा। इस दिशा में अन्य पहलों में लिंग मुद्दे के प्रति सामाजिक जागरूकता पैदा करना; महिलाओं के आदर के प्रति सभी असम्मानजनक संदर्भों को समाप्त करने के लिए पाठ्यचर्या और शैक्षिक सामग्री की समीक्षा करना; महिलाओं की समानता और सशक्तिकरण से संबंधित विशेष संदेश का प्रचार करने के लिए जनसंचार के विभिन्न रूपों का उपयोग करना शामिल है।

प्रभावी निगरानी

2.11.107 राज्य और जिला, दोनों स्तरों पर विभिन्न विकास संकेतकों के संबंध में लिंग के अलग-अलग आंकड़ों का अभाव महिलाओं के लिए पुरुषों के समतुल्य समानता हासिल करने के प्रति महिलाओं के स्तर में सुधार करने के लिए हुई प्रगति की निगरानी रखने में प्रमुख समस्या है। इस समस्या को महसूस करते हुए लिंग विकास सूचकांक का शीघ्र मानकीकरण करने के लिए तत्काल उपाय किए जाएंगे जिसके आधार पर राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्तरों पर लिंग के अलग-अलग आंकड़े एकत्र, समेकित और मिलान तथा विश्लेषित किए जाएंगे ताकि नियमित अंतरालों पर महिलाओं के स्तर की प्रगति संबंधी आकलन रिपोर्ट तैयार की जा सके, जो न केवल राष्ट्रीय स्तर पर बल्कि अन्तर्राष्ट्रीय स्तर पर भी तुलनीय होनी चाहिए। वास्तव में, नोडल महिला और बाल विकास विभाग को सी0एस0ओ0, जो पहले ही लिंग आधारित आंकड़े एकत्र और प्रकाशित कर रहा है और भारतीय महापंजीयक, राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण संगठन और संबंधित मंत्रालयों/विभागों जैसी प्राथमिक और माध्यमिक आंकड़े एकत्र करने वाली एजेंसियों के सहयोग से महिला सूचना नेटवर्क प्रणाली विकसित करनी चाहिए, ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि लिंग के संबंध में अलग-अलग आंकड़े नियमित आधार पर प्राप्त हों। इससे लिंग न्याय के अंतिम लक्ष्य को हासिल करने में किए गए प्रयासों का आकलन करने में सहायता मिलेगी। राष्ट्रीय और राज्य, दोनों स्तरों पर प्रकाशित होने वाली मानव विकास रिपोर्टों को द्विवार्षिक आधार पर जारी रखने के अलावा, इनमें लिंग संबंधी अलग अध्याय आवंटित करने के लिए राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के सहयोग से और संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम, दिल्ली की सहायता से योजना आयोग द्वारा भी प्रयास शुरू किए जाने चाहिए। इस तकनीकी निगरानी के अलावा, प्रधान मंत्री की अध्यक्षता में गठित की जा रही राष्ट्रीय महिला परिषद और 2000 में गठित संसदीय महिला सशक्तिकरण समिति, समय-समय पर महिलाओं द्वारा पुरुषों के समतुल्य लिंग समानता और लिंग न्याय हासिल करने में की गई प्रगति देखेंगी और समीक्षा करेंगी।

2.11.108 अन्त में, यदि लिंग न्याय सुनिश्चित करना है तो महिला को सामाजिक, आर्थिक और राजनैतिक रूप से सशक्त करने की जरूरत है। यदि महिला को सामाजिक रूप से सशक्त किया जाना है तो उनमें से प्रत्येक को साक्षर करना होगा उनकी पहुंच सूचना तक बनानी होगी और जागरूकता सृजित करनी होगी और उन्हें कानूनी ज्ञान देना होगा और उन्हें उनकी क्षमता हासिल करने के लिए हर प्रकार से सहायता देनी होगी। यदि महिलाओं को आर्थिक रूप से सशक्त करना है तो उन्हें व्यावसायिक कौशल प्रदान करना; रोजगार और आय सृजन प्रदान करना, माइक्रो ऋण का मुफ्त चैनल प्रदान करना, प्रबंधन और उद्यम कौशल प्रदान करना, सामाजिक सुरक्षा प्रदान करना और इस प्रकार उन्हें अधिक स्पष्ट रूप से उजागर होने की अनुमति देना आवश्यक है। यदि महिलाओं को राजनैतिक रूप से सशक्त किया जाना है तो तात्कालिक आवश्यकता सकारात्मक निर्णयों के विभिन्न रूप अपनाने की है, ताकि आनुपातिक संख्या में महिलाएं यह सुनिश्चित करने के लिए महत्वपूर्ण पदों पर पहुंचें कि उनकी आवाज सुनी जाए। वास्तव में, यह सशक्तिकरण नीति ही है जो न केवल उनके लिए एक अत्यंत चुनौतीपूर्ण कार्य के रूप में उभरी है जो महिलाओं के लिए कार्यरत है, बल्कि स्वयं महिलाओं के लिए भी एक चुनौती है।

II बाल विकास

2.11.109 बाल विकास, देश के विकास की कार्यसूची की पहली प्राथमिकता है। ऐसा न केवल इसीलिए है कि वे कोमल हैं बल्कि इसलिए है कि वे हमारी सर्वोत्कृष्ट सम्पत्ति भी हैं और देश के भविष्य के मानव संसाधन भी हैं। अतः बचपन के महत्वपूर्ण वर्षों में ही जीवन कालिक अध्ययन और मानव विकास के लिए आधारशिला रखना अनिवार्य है।

2.11.110 0-14 वर्ष आयु समूह की बाल जनसंख्या, 2001 के लिए यथा प्रक्षेपित, देश की कुल आबादी में 347.54 मिलियन (33.8 प्रतिशत) है। इनमें से 171.50 मिलियन (49.3%) बालिकाएं हैं। कुल बाल जनसंख्या में 20.71 मिलियन (6 प्रतिशत) शिशु हैं जो 1 वर्ष से कम आयु के हैं; 41.75 मिलियन (12 प्रतिशत) 1-2 वर्ष की आयु समूह के बाल्यावस्था (टोडलर्स) में हैं; 77.32 मिलियन (22.2 प्रतिशत) 3-5 वर्ष की आयु समूह के विद्यालय-पूर्व के हैं और अन्य 207.76 मिलियन (59.8%) 6-14 वर्ष की आयु समूह के हैं। यद्यपि बालकों के लिए सामूहिक रूप से विशेष ध्यान दिया जाना अपेक्षित है, तथापि तीन आयु समूहों अर्थात्, शिशु, बाल्यावस्था और विद्यालय पूर्व के बालकों के लिए उनकी आयु

विशिष्ट जरूरत के अनुरूप व्यक्तिगत ध्यान अपेक्षित है।

2.11.111 इस बात को ध्यान में रखते हुए कि बच्चे न तो आवाज उठा सकते हैं और न ही उनके पास राजनीतिक चुनाव क्षेत्र होता है, भारत के संविधान में उनके “जीवन, संरक्षण और विकास के अधिकार” को सुनिश्चित करने के लिए कतिपय विशेष सुरक्षोपाय निर्दिष्ट किए गए हैं। यद्यपि अनुच्छेद-14 में यह गारंटी दी गई है कि राज्य कानून की दृष्टि में किसी व्यक्ति की समानता से इंकार नहीं करेगा, किंतु अनुच्छेद-15(3) में बच्चों के पक्ष में कोई विशेष उपबंध बनाने के लिए राज्य को अधिकार दिया गया है। इसी प्रकार, अनुच्छेद-23, मानव व्यापार और जबरन श्रम का निषेध करता है, और इस उपबंध के उल्लंघन, को दण्डनीय अपराध मानता है; अनुच्छेद-24, किसी कारखाने या खान अथवा अन्य जोखिमपूर्ण व्यवसायों में 14 वर्ष से कम आयु के बच्चों के नियोजन को निषिद्ध करता है। अनुच्छेद-39 में निर्दिष्ट किया गया है कि कोमल आयु के बच्चों का अनुचित लाभ नहीं उठाया जाए और उनकी आयु के लिए अनुपयुक्त कार्य में उन्हें बलपूर्वक नहीं लगाया जाए तथा बच्चों के विकास के लिए उनको स्वतंत्र और सम्मानजनक परिस्थितियों में सभी अवसर और सुविधाएं दी जाएं, ताकि शोषण एवं नैतिक तथा भौतिक स्वच्छन्दता से उनके बचपन को बचाया जा सके। अनुच्छेद-45 में 14 वर्ष तक की आयु के सभी बच्चों के लिए निशुल्क तथा अनिवार्य शिक्षा का उपबंध किया गया है; तथा अनुच्छेद-47 में यह उपबंध है कि राज्य, पोषाहार और जीवन स्तर को ऊंचा उठाने तथा जन स्वास्थ्य में सुधार करने का प्रयास करेगा।

नीतियां और कार्यक्रम: एक समीक्षा

2.11.112 बच्चों का कल्याण कार्य करने को प्राथमिकता दी जाती रही है और साथ ही यह 1951 में शुरू की गई देश की विकासात्मक योजना का एक अभिन्न अंग भी है। 1960 के दशक में बाल सुरक्षा सेवाएं विकसित करने का दायित्व, कल्याणोन्मुखी दृष्टिकोण, रखने वाले स्वैच्छिक संगठनों का था। 1970 के दशक में बालकों के प्रति दृष्टिकोण कल्याण से परिवर्तित होकर विकास हो गया और तदनुसार बाल कल्याण सेवाओं का स्वास्थ्य, शिक्षा तथा पोषाहार आदि क्षेत्रों में विस्तार किया गया। महत्वपूर्ण उपायों में मातृ एवं बाल स्वास्थ्य सेवा, प्राथमिक शिक्षा, विद्यालय पूर्व तथा विद्यालय जाने वाले बच्चों के लिए अनुपूरक आहार आदि शामिल हैं। इसी अवधि के दौरान ही राष्ट्रीय बाल नीति (1974) अपनाई गई और 1975 में राष्ट्रीय महत्व की एकीकृत बाल विकास सेवा नाम से एक कार्यक्रम शुरू किया गया, जिसमें ग्राम स्तर पर एक ही खिड़की

से छह मूलभूत सेवाओं अर्थात् स्वास्थ्य-जांच, टीकाकरण, रेफरल सर्विस, अनुपूरक आहार, विद्यालय शिक्षा तथा 6 वर्ष तक के बच्चों एवं गर्भवती तथा दुग्धपान कराने वाली महिलाओं को पोषाहार संबंधी शिक्षा देना, आदि पैकेज देने का एकीकृत दृष्टिकोण अपनाया गया था।

2.11.113 पूर्ववर्ती योजनाओं में शुरू किए गए कार्यक्रमों का प्रभावी समेकन तथा विस्तार किया गया। 1983 में अपनाई गई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, जो अब संशोधित की जा रही है, में असंक्रमणीकरण और मातृत्व एवं बाल स्वास्थ्य सेवा को सर्वसुलभ करके, शिशु तथा बाल मृत्यु दर की उच्च दर में कमी लाने के कतिपय विशिष्ट लक्ष्य निर्धारित किए गए। राष्ट्रीय शिक्षा नीति (1986) ने विद्यालयों में बच्चों के व्यापक नामांकन और उनके द्वारा शिक्षा ग्रहण करते रहने पर जोर दिया गया और इस प्रकार विद्यालय छोड़ने वालों विशेष रूप से बालिकाओं के विद्यालय छोड़ने की दर कम की गई। 1986 में अधिनियमित किशोर न्याय अधिनियम ने तत्कालीन बाल अधिनियम 1961 को निरस्त किया ताकि किशोर अपराध/आवारागर्दी की समस्या से प्रभावी रूप से निपटा जा सके तथा ऐसे बच्चों की देखभाल करने के लिए ढांचे (फ्रेमवर्क) की व्यवस्था की जा सके (इसे और संशोधित किया गया तथा किशोर न्याय(देखभाल और सुरक्षा) अधिनियम, 2000 नाम दिया गया था)। 1987 में बालश्रम पर एक राष्ट्रीय नीति को अपनाकर, बालश्रम निषेध तथा विनियमन अधिनियम, 1986 का अनुसरण किया गया।

2.11.114 1990 के दशक में स्वास्थ्य, पोषाहार और शिक्षा के तीन महत्वपूर्ण क्षेत्रों में बालकों, विशेष रूप से युवा बालकों के समग्र विकास के प्रति, नीतियों और कार्यक्रमों, दोनों के रूप में अंतर्देशीय प्रयास भी किए गए। इन प्रयासों को समर्थन और बढ़ावा देने के लिए नोडल बाल विकास विभाग भी समय-समय पर विभिन्न नीतियां और कार्यक्रम अपनाता/चलाता रहा है। बाल विशिष्ट और बाल संबंधी चालू विभिन्न नीतियों और कार्यक्रमों के अनुरूप, नौवीं योजना में शुरूआती बचपन विकास सेवाओं को सर्वसुलभ बनाने के प्रति प्रयास जारी रहे, जिनमें किशोरियों और बच्चियों पर विशेष ध्यान केन्द्रित किया गया। स्वास्थ्य, परिवार कल्याण, पोषाहार, शिक्षा, श्रम, कल्याण और महिला एवं बाल विकास के क्षेत्र में क्षेत्रीय योगदान का सारांश नीचे दिया गया है:

2.11.115 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 1983 के अनुरूप, स्वास्थ्य मातृ और बाल स्वास्थ्य सेवाओं के क्षेत्र को उच्चतम प्राथमिकता प्राप्त होती रही है। बाल जीवन और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम के पूर्ववर्ती कार्यक्रम के कार्यक्षेत्र का विस्तार कर उसे प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आर0सी0एच0) के एक व्यापक कार्यक्रम

में समाहित कर दिया गया, जिसमें बाल जीवन और अन्य संबंधित उपायों पर विशेष जोर दिया गया था। सर्वसुलभ प्रतिरक्षी टीकाकरण कार्यक्रम जो आर सी एच का भाग है, के अंतर्गत 2001 के अंत तक डी.पी.टी. के संबंध में 100.3 प्रतिशत; ओ.पी.वी. के लिए 98.2 प्रतिशत; बी.सी.जी. के लिए 102.7 प्रतिशत; और खसरे के लिए 92.1 प्रतिशत की कवरेज करके महत्वपूर्ण उपलब्धियां हासिल की गई थीं। ये सभी 2001 की नमूना पंजीकरण प्रणाली के अनुसार, 1997 की 71 प्रतिशत शिशु मृत्यु दर को कम करके 1999 में 70 प्रतिशत और 1997 की 408 प्रति लाख की मातृत्व मृत्यु दर को कम करके 1998 में प्रति लाख 407 कर एक निश्चित प्रभाव डालने में सफल सिद्ध हुए थे। इस के अलावा, सरकार ने एक विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रम भी शुरू किया था, जिसका लक्ष्य, साधारण बीमारियों के लिए सभी प्राथमिक विद्यालयों के विद्यार्थियों की जांच करना, पूर्ण जांच और उपचार के लिए विद्यार्थियों को उच्च स्वास्थ्य सेवाएं (रेफरल सर्विसेज) प्रदान करना और विद्यार्थियों के स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं के बारे में समुदाय और अध्यापकों में जागरूकता पैदा करना है।

2.11.116 पोषाहार के क्षेत्र में राष्ट्रीय पोषाहार नीति (1993) और राष्ट्रीय पोषाहार कार्य योजना (1995) के प्रावधानों के अनुरूप 6 वर्ष से कम आयु के बच्चों तथा गर्भवती और स्तनपान कराने वाली माताओं को उच्चतम प्राथमिकता प्रदान की जाती है। पोषाहार के क्षेत्र में अपनाए गए अंतर-क्षेत्रीय दृष्टिकोण से पोषाहार के स्तर में निम्नानुसार पर्याप्त लाभ हुआ है: सामान्य स्तर के बालकों की संख्या 1975-79 के 5.9 प्रतिशत से बढ़कर 1996-97 में 9.8 प्रतिशत हो गई है; मध्यम 31.6 प्रतिशत से बढ़कर 40.7 प्रतिशत हो गए हैं। इसी अवधि के दौरान, अल्पबल(कमजोर) बालक 47.5 प्रतिशत से घटकर 42.7 प्रतिशत रह गए हैं जबकि गंभीर 15 प्रतिशत से घटकर 6.8 प्रतिशत रह गए हैं। राज्य सरकारों द्वारा पोषाहार और वित्त-पोषण के रूप में दी जाने वाली सहायता में गिरावट दर्ज होने के बावजूद नौवीं योजना के अंत तक 0-6 वर्ष के बालकों का विशेष पोषाहार कार्यक्रम के अंतर्गत कवरेज 31.5 मिलियन पहुंच गया है, जबकि राष्ट्रीय प्राथमिक शिक्षा पोषाहार समर्थन कार्यक्रम, जिसे साधारणतौर पर मध्यांतर आहार के रूप में जाना जाता है, के अंतर्गत नौवीं योजना के अंत में 6-14 वर्ष की आयु समूह के विद्यार्थियों की संख्या 105 मिलियन तक पहुंच गई है। 3 वर्ष से कम आयु के बच्चों में से कुपोषण को समाप्त करने के लिए राज्य योजना में एकीकृत बाल विकास सेवा के अनुपूरक आहार के लिए प्रदान की गई निधियों के अलावा, प्रधानमंत्री ग्रामोदय योजना के अंतर्गत पोषाहार घटक के लिए दी गई अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता एक अतिरिक्त वृद्धि है।

2.11.117 शिक्षा के क्षेत्र में, 1986 की राष्ट्रीय शिक्षा नीति (1992 में यथा संशोधित) कार्रवाई-कार्यक्रम (1992), सर्वसुलभ प्राथमिक शिक्षा के उपायों को विशेष बल प्रदान करते रहे हैं। इनके परिणामस्वरूप, देश, विद्यालयों की संख्या 1950-51 के 2.31 लाख से चार गुनी बढ़ाकर 1999-2000 में 9.88 लाख करके काफी बड़ी उपलब्धि हासिल कर सका था, जबकि प्राथमिक स्तर पर नामांकन, 19.2 मिलियन से लगभग 6 गुना बढ़कर 113.6 मिलियन हो गया। इसी प्रकार प्राथमिक अवस्था में सामान्य नामांकन-दर(जी.ई.आर.) बढ़कर 94.9 हो गई। चूंकि देश की 94 प्रतिशत ग्रामीण आबादी के लिए विद्यालय की सुविधाएं एक किलोमीटर के दायरे में उपलब्ध हैं और उच्च प्राथमिक अवस्था में ये सुविधाएं 84 प्रतिशत ग्रामीण आबादी के लिए, 3 किलोमीटर के दायरे में उपलब्ध हैं, इसलिए अब विद्यालय तक पहुंच होना प्रमुख समस्या नहीं है। अब, इस क्रम में अद्यतन अर्थात् वर्ष 2000 में शुरू किए गए 'सर्वशिक्षा अभियान' का लक्ष्य, 2007 तक प्राथमिक अवस्था में लिंग और सामाजिक श्रेणी का पूरा अन्तर पाटने के अलावा 2010 तक 6-14 वर्ष की आयु समूह के सभी बालकों को अच्छी प्रारंभिक शिक्षा प्रदान करना है। इन सभी प्रयासों में लड़कियों और सामाजिक व आर्थिक दृष्टि से पिछड़े एवं लाभ से वंचित समूहों अर्थात् अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति के बच्चों के लिए छात्रवृत्ति, छात्रावास सुविधाएं, मुफ्त पुस्तकें, वर्दी और मध्यांतर आहार आदि जैसी विशेष सुविधाओं के साथ-साथ, विशेष प्राथमिकता दी जाती है। वास्तव में, मध्यांतर आहार योजना से न केवल विद्यालय में नामांकन, मौजूदगी और उपस्थिति बढ़ी है, बल्कि इससे प्राथमिक कक्षाओं में विद्यार्थियों के पोषण स्तर में भी सुधार आया है।

2.11.118 बाल विकास के क्षेत्र में शीघ्र बचपन विकास को प्राथमिकता प्रदान की जाती रही है, जिसमें बालिकाओं पर विशेष ध्यान केन्द्रित किया जाता है। बालकों के समग्र विकास के लिए, एकीकृत बाल विकास सेवा का राष्ट्रव्यापी कार्यक्रम, प्रमुख हस्तक्षेप बना हुआ है। यह सेवाओं का पैकेज अर्थात् स्वास्थ्य जांच, असंक्रमणीकरण, रेफरल सर्विस, अनुपूरक पोषाहार, विद्यालय पूर्व शिक्षा और स्वास्थ्य तथा पोषाहार शिक्षा के साथ 6 वर्ष से कम आयु के विद्यालय पूर्व के बालकों और गर्भवती तथा स्तनपान कराने वाली माताओं की जरूरतें पूरी करता है। एकीकृत बाल विकास सेवा के कार्यक्रम के माध्यम से युवा बालकों के समग्र विकास को बढ़ावा देने के प्रति स्वास्थ्य, पोषाहार और विद्यालय पूर्व शिक्षा की मूल सेवाओं को एकीकृत करने के मौजूदा दृष्टिकोण को सुदृढ़ करने के प्रयास किए जा रहे थे।

नौवीं योजना (1997-2002) के दौरान बाल विकास के लिए विशेष पहलें/उपलब्धियां

- गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों की बालिकाओं के लिए विशेष पैकेज हेतु बालिका समृद्धि योजना शुरू करना, ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि सभी बालिकाएं विद्यालयों में दाखिला लें। विशेष प्रोत्साहन अर्थात् माताओं के लिए 500/- रुपये और बालिकाओं के लिए प्रथम कक्षा से 10वीं कक्षा तक 300/- रुपये से 1000/- रुपये की वार्षिक छात्रवृत्ति; (1997)
- 11-18 वर्ष के आयु समूह की बालिकाओं के पोषाहार और स्वास्थ्य स्तर में सुधार करने और लाभकारी कार्य में नियोजित होने के लिए उन्हें व्यावसायिक कौशल प्राप्त कराने हेतु एकीकृत बाल विकास सेवा के भाग के रूप में कार्यान्वित की जा रही किशोरियों की स्कीम के उन्नत रूप में "किशोरी शक्ति-योजना" को लागू करना; (2000)
- एकीकृत बाल विकास सेवा के विशेष पोषाहार कार्यक्रम को कार्यान्वित करने के लिए, मौजूदा अन्तर को पाटने हेतु प्रधानमंत्री ग्रामोदय योजना के अंतर्गत 375 करोड़ रुपये की अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता प्राप्त करना; (2001)
- नौवीं योजना के अंत तक एकीकृत बाल विकास सेवा को सर्वसुलभ बनाना ताकि देश के 54.3 मिलियन बालकों और 10.9 मिलियन गर्भवती और स्तनपान कराने वाली माताओं को लाभ पहुंचाने हेतु सभी 5,652 ब्लॉकों/वार्डों को कवर किया जा सके; (2001-02)
- आंगनवाड़ी कार्मिकों का मानदेय 500 रुपये से बढ़ाकर 1000 रुपये प्रतिमाह तथा आंगनवाड़ी सहायकों का मानदेय 260 रुपये से बढ़ाकर 500 रुपये प्रतिमाह करना ताकि निम्नतम स्तर के कार्मिकों की सेवाओं को मान्यता प्रदान की जा सके; (2002)
- परिवारों, समुदायों और गैर-सरकारी संगठनों के साथ साझेदारी करके, बालकों के प्रति संवैधानिक बचनबद्धता को पूरा करने हेतु, उन के लिए "राष्ट्रीय नीति और चार्टर" का प्रारूप तैयार करना और इस प्रकार बालकों के अधिकारों की सुरक्षा सुनिश्चित करना; (2002)
- बालकों के अधिकारों की सुरक्षा करने के लिए राष्ट्रीय बाल आयोग स्थापित करने हेतु विधेयक का प्रारूप तैयार करना; (2002)

2.11.119 एकीकृत बाल विकास सेवा की सेवाएं संपूर्ण देश के लिए लागू करके इसको सर्वसुलभ बनाने का लक्ष्य, 1995-96 के अंत तक हासिल करने की मूल रूप से परिकल्पना

की गई थी। लेकिन, निधियों की कमी के कारण, 1996 तक मंजूर की गई कुल 5,614 एकीकृत बाल विकास सेवा परियोजनाओं में से आठवीं योजना के अंत तक केवल 4200 को ही शुरू किया जा सका था और नौवीं योजना के प्रथम दो वर्षों में भी यही स्थिति बनी रही। एकीकृत बाल विकास सेवा के सर्व सुलभीकरण की प्रक्रिया, जिसे 1999-2000 में पुनः शुरू किया गया था, के संपूर्ण देश में फैले सभी 5,652 ब्लाकों/वार्डों को कवर करके नौवीं योजना के अंत तक पूरा हो जाने की आशा थी। तथापि, नौवीं योजना के अंत तक केवल 4,608 ब्लाकों में ही इसका प्रचालन किया जा सका। एकीकृत बाल विकास सेवा का सर्वसुलभीकरण होने पर इसमें लगभग 54.3 मिलियन बालकों और 10.9 मिलियन माताओं के कवर हो जाने की आशा है। नौवीं योजना के 4,980 करोड़ रूपए के परिव्यय में से 4,556.86 करोड़ रूपए खर्च हुए थे तथा 4608 एकीकृत बाल विकास सेवा की परियोजनाओं के माध्यम से 31.5 मिलियन बालकों तथा 6 मिलियन गर्भवती और स्तनपान कराने वाली माताओं को लाभ पहुंचा था।

2.11.120 विश्व बैंक से सहायता प्राप्त एकीकृत बाल विकास सेवा के कार्यक्रम 1990-91 से प्रचालन में हैं। एकीकृत बाल विकास सेवा के अंतर्गत सामान्य पैकेज प्रदान करने के अलावा, विश्व बैंक, चुनिंदा आधार पर आंगनवाड़ी भवनों और बाल विकास परियोजना अधिकारियों के कार्यालय सह-गोदामों का निर्माण करने, प्रशिक्षण एवं संचार व्यवस्था को सुदृढ़ करने, स्वास्थ्य-सेवाओं में सुधार करने, आय-सृजन की गतिविधियों आदि जैसे कुछ अतिरिक्त आदानों (इनपुट्स) के लिए सहायता प्रदान करता है। यद्यपि, विश्व बैंक सहायता प्राप्त एकीकृत बाल विकास सेवा की परियोजना-रू (1991-97) में 301 एकीकृत बाल विकास सेवा परियोजनाएं कवर की गईं, जो आंध्र प्रदेश (110) और उड़ीसा (191) में थी, लेकिन विश्व बैंक सहायता प्राप्त एकीकृत बाल विकास सेवा की परियोजना-रू (1997-2000) में 649 परियोजनाएं कवर की गईं, जो झारखंड सहित बिहार में (272) और छत्तीसगढ़ सहित मध्य प्रदेश में (377) थी। 1998-2004 में शुरू की गई विश्व बैंक सहायता प्राप्त एकीकृत बाल विकास सेवा-परियोजना-रू में आंध्र प्रदेश, केरल, तमिलनाडु, महाराष्ट्र, राजस्थान और उत्तर प्रदेश राज्यों में 1003 परियोजनाओं को कवर किए जाने की संभावना है। आंध्र प्रदेश में आंध्र प्रदेश आर्थिक पुनर्निर्माण कार्यक्रम के संपूर्ण कार्यक्रम के एक भाग के रूप में यह कार्यक्रम कार्यान्वित किया जा रहा है। नौवीं योजना के 1,163.79 करोड़ रूपए के कुल परिव्यय में से 883.62 करोड़ रूपए खर्च हुए थे।

2.11.121 एकीकृत बाल विकास सेवा का कार्यक्रम, जिसने

एकीकृत बाल विकास सेवा का सार्वजनीकरण

1975 में शुरू की गई एकीकृत बाल विकास सेवा, एक ऐसा राष्ट्रव्यापी अकेला कार्यक्रम है, जिसका लक्ष्य, गर्भवती और दुग्धपान कराने वाली माताओं का विकास करने के अलावा, 2 वर्ष तक की आयु के बच्चों पर विशेष ध्यान केंद्रित करके 6 वर्ष तक की आयु के बच्चों के समग्र विकास को बढ़ावा देना है। ऐसा 6 सेवाओं के पैकेज अर्थात् स्वास्थ्य जांच, असंक्रमणीकरण, रेफरल-सेवा, अनुपूरक पोषाहार, गैर-औपचारिक विद्यालय पूर्व शिक्षा और स्वास्थ्य तथा पोषाहार शिक्षा के माध्यम से किया जाता है। नौवीं योजना के अंत तक, संपूर्ण देश में फैले 7.5 लाख से अधिक आंगनवाड़ी केंद्रों के माध्यम से अत्यंत पिछड़े ग्रामीण/आदिवासी क्षेत्रों और शहरी झुग्गियों में रहने वाले 6 वर्ष से कम आयु के 54.3 मिलियन बच्चों तथा 10.9 मिलियन माताओं को कवर करके एकीकृत बाल विकास सेवा को सर्वसुलभ बनाने का लक्ष्य था। वर्तमान कवरेज 31.5 मिलियन बालक तथा 6.0 मिलियन गर्भवती और दुग्धपान कराने वाली माताएं हैं।

इसके साथ-साथ विश्व बैंक सहायता प्राप्त एकीकृत बाल विकास सेवा, परियोजना- I से III तक के विभिन्न सोपानों के माध्यम से प्रचालन में है, जिसमें आंध्र प्रदेश, उड़ीसा, बिहार, मध्य प्रदेश, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, तमिलनाडु, केरल, छत्तीसगढ़, झारखंड और महाराष्ट्र राज्यों में कुल 1,953 परियोजनाओं को कवर किया गया है। विश्व बैंक सहायता प्राप्त परियोजना में भवनों का निर्माण, महिलाओं और माताओं के लिए आय सृजन गतिविधियां, पौषणिक पुनर्वास सेवा का प्रयोग करना, परियोजना प्रबंधन में प्रशिक्षण, उपकरण आदि जैसे कुछ अतिरिक्त आदान (इनपुट्स) भी हैं।

एकीकृत बाल विकास सेवा, जिसने वर्ष 2000 में 25 वर्ष पूरे कर लिए हैं, का व्यक्तिगत अनुसंधानकर्ताओं तथा अनुसंधान संस्थानों, दोनों ने मूल्यांकन किया था। 1992 में राष्ट्रीय जन सहयोग और बाल विकास संस्थान द्वारा किए गए अति महत्वपूर्ण अध्ययन में पहले के इन निष्कर्षों की पुष्टि की गई थी कि विद्यालय पूर्व के बालकों और उनकी माताओं के स्वास्थ्य और पोषाहार स्तर पर एकीकृत बाल विकास सेवा का सकारात्मक प्रभाव पड़ा है। इसी प्रकार, 1995-96 के दौरान आंध्र प्रदेश में विश्व बैंक सहायता प्राप्त एकीकृत बाल विकास सेवा के लिए गए मध्यावधि मूल्यांकन से सकारात्मक परिणामों का पता चला था। लेकिन 1996-99 के दौरान, राष्ट्रीय अनुप्रयुक्त आर्थिक अनुसंधान परिषद द्वारा किए गए हाल के राष्ट्रव्यापी समवर्ती मूल्यांकन में विभिन्न सकारात्मक परिणामों के अलावा यह उल्लेख किया गया है कि अध्ययन संकेत करता है कि संबंधित विभागों के अंदर और उनके बीच, प्रभावी एकीकरण/तालमेल के अलावा, सतत आधार पर गहन प्रशिक्षण कार्यक्रम चलाए जाएं।

अक्टूबर, 2000 में अपने कार्यान्वयन के 25 वर्ष पूरे कर लिए हैं, का मूल्यांकन कई विशेषज्ञों तथा विभिन्न अनुसंधान संगठनों ने किया था। इनमें से, 1992 में राष्ट्रीय जन सहयोग और बाल विकास संस्थान, नई दिल्ली द्वारा एकीकृत बाल विकास सेवा का किया गया राष्ट्रीय मूल्यांकन तथा विश्व बैंक सहायता प्राप्त एकीकृत बाल विकास सेवा का मध्यावधि मूल्यांकन विशेष रूप से उल्लेखनीय है। यद्यपि, राष्ट्रीय जन सहयोग और बाल विकास संस्थान द्वारा किए गए अध्ययन के निष्कर्षों से विद्यालय पूर्व के बालकों के स्वास्थ्य और पोषाहार पर एकीकृत बाल विकास सेवा का बहुत ही सकारात्मक प्रभाव पड़ने का संकेत मिला था, लेकिन 1995-96 के दौरान, आंध्र प्रदेश में विश्व बैंक सहायता प्राप्त एकीकृत बाल विकास सेवा (परियोजना-२) के मध्यावधि मूल्यांकन से पता चला था कि परियोजना हस्तक्षेपों से मातृत्व मृत्यु दर गिरकर प्रति 1000 जीवितों (नवजातों) पर 62 रह गई है जो परियोजना के प्रति 1000 नवजातों के लिए 60 के लक्ष्य के अनुरूप है। 0-3 वर्ष की आयु के बालकों में गंभीर कुपोषण गिरकर लगभग 5 प्रतिशत और 3-6 वर्ष की आयु के बालकों में 3 प्रतिशत रह गया था। कम वजन के बच्चे पैदा होने का अनुपात भी गिरकर 20 प्रतिशत रह गया, जबकि परियोजना में प्रक्षेपित लक्ष्य 24 प्रतिशत था। इसी प्रकार, उड़ीसा में शिशु मृत्यु दर गिरकर 93.6 रह गई और कम वजन के बच्चे पैदा होने की घटनाएं 23 प्रतिशत रह गईं।

2.11.122 समवर्ती आधार पर तीसरा महत्वपूर्ण राष्ट्रीय स्तर का मूल्यांकन 1996-99 के दौरान राष्ट्रीय अनुप्रयुक्त आर्थिक सर्वेक्षण अनुसंधान परिषद, नई दिल्ली द्वारा किया गया था। इस मूल्यांकन का लक्ष्य, कार्यक्रम के उद्देश्यों की पूर्ति की सफलता का मूल्यांकन करने और इसके सुधार के लिए नीति पाठ तैयार करने के दृष्टिकोण से तल(ग्राउंड) पर एकीकृत बाल विकास सेवा के निष्पादन की जांच करना था। यह अध्ययन, 32 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में फैले 4,000 प्रचालित ब्लॉकों में से चुने गए लगभग 60,000 आंगनवाड़ी केन्द्रों और 1,80,000 लाभार्थी परिवारों के फील्ड सर्वेक्षण पर आधारित था। इसके कुछ महत्वपूर्ण निष्कर्षों से निम्नलिखित बातों का पता चला था:-

- i) इस तथ्य के बावजूद कि अधिकांश आंगनवाड़ी केन्द्र, लाभार्थी परिवारों से 100-200 मीटर की दूरी पर स्थित हैं, देश में एकीकृत बाल विकास सेवा से 50 प्रतिशत से अधिक पात्र बालकों और महिलाओं को लाभ प्राप्त हुआ है;
- ii) आंगनवाड़ी केन्द्रों में पर्याप्त कर्मचारी थे और अधिकांश

कर्मचारी आंगनवाड़ी केन्द्रों के आसपास रह रहे थे। तथापि, वस्तु-सूचियों की अपर्याप्त उपलब्धता और कर्मचारियों के लिए सेवा के दौरान प्रशिक्षण की अपर्याप्त व्यवस्था, कार्यक्रम के प्रभावी कार्य-निष्पादन में प्रमुख बाधाएं थी;

- iii) संस्थागत प्रसूति, टीकाकरण और प्रसूतिपूर्व की देखभाल के परिणाम एन.एफ.एच.एस.-I और II के निष्कर्षों के निकट हैं, जिनमें उल्लेख किया गया है कि केवल एक तिहाई महिलाओं को ही सही समय पर अनुपूरक भोजन प्राप्त होता है। तथापि, इनमें भोजन की गुणवत्ता अथवा मात्रा और आवृत्ति (फ्रीक्वेंसी) का उल्लेख नहीं किया गया था। ये पद्धतियां, राज्य-दर-राज्य भिन्न-भिन्न होती हैं, लेकिन आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं अथवा किसी अन्य स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं से मिलने वाले आदानों (इनपुट्स) की बजाए, स्थानीय खाद्य पद्धतियों पर अधिक निर्भर होती हैं;
- iv) यह सर्व विदित है कि अधिकतम कुपोषण 6-24 माह आयु समूह के बालकों में है। लेकिन दुर्भाग्यवश यही वह आयु समूह है, जिस तक कभी भी एकीकृत बाल विकास सेवा की पहुंच नहीं थी। अतः इस आयु समूह के बच्चों में कुपोषण को दूर करने के लिए एकीकृत बाल विकास सेवा को नई नीति अपनानी होगी। एकीकृत बाल विकास सेवा की संपूर्ण सफलता के लिए, इसमें समुदाय को शामिल करना आवश्यक है;
- v) एकीकृत बाल विकास सेवा के माध्यम से प्रचालित किए जा रहे किशोरियों के कार्यक्रम के लिए शिक्षक के रूप में एक प्रशिक्षित व्यक्ति और कुछ राशि का वित्त पोषण करने के साथ-साथ समुदाय को इसमें शामिल करने की जरूरत है। किशोरियां, भविष्य में माताएं बनेगी, इसलिए इस अवधि के दौरान उनका स्वास्थ्य एक आवश्यक अपेक्षा है। उनमें 60-90 प्रतिशत तक अरक्तता की मौजूदगी चिंता का विषय है। अतः उन तक पहुंचने की नीति को प्राथमिकता दी जानी चाहिए;
- vi) कुछ गैर-सरकारी संगठनों ने प्रचंड श्वसन-संक्रमण, नवजात शिशुओं की देखभाल, प्रसूति समय के संक्रमण के इलाज जैसे स्वास्थ्य संबंधी विभिन्न पहलुओं, जो शिशु मृत्यु को महत्वपूर्ण ढंग से बढ़ाते हैं, के लिए फील्ड स्तर के कार्यकर्ताओं की सेवाओं का सफलता पूर्वक उपयोग किया है और इस प्रकार

प्रसूति समय की मृत्यु में कमी की है। तथापि, इसके लिए समुदायगत जागरूकता और फील्ड स्तर के कार्यकर्ताओं की प्रतिभागिता, प्रशिक्षण तथा पर्यवेक्षण और अपेक्षित दवाइयों की उपलब्धता की जरूरत है;

vii) समग्र रूप से, महत्वपूर्ण संकेतकों के घटक विश्लेषण परिणामों के आधार पर आधारित राज्यों के समूचे कार्य-निष्पादन यह दर्शाते हैं कि यद्यपि गुजरात, हरियाणा, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र और उड़ीसा बेहतर निष्पादन करने वाले राज्यों में हैं, लेकिन बिहार, जम्मू एवं कश्मीर, पंजाब, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल का कार्य-निष्पादन औसत से नीचे है;

viii) कार्यक्रम के अच्छे और खराब पहलुओं की पहचान करते समय मूल्यांकन अध्ययन में सतत् आधार पर प्रशिक्षण कार्यक्रम चलाने और सेवाएं प्रदान करने में प्रभावी समन्वय करने के लिए, संबंधित विभागों के अंदर और परस्पर, दोनों स्थानों पर एकीकरण की बात कही गई है। शायद, एकीकृत बाल विकास सेवा की गतिविधियों में स्थानीय समुदाय की भागीदारी बढ़ाने के लिए अधिक गंभीर प्रयास करने की जरूरत है।

2.11.123 सभी तीनों राष्ट्रीय सर्वेक्षणों के निष्कर्षों का उपयोग करके 10वीं योजना में कार्यक्रम का प्रसंस्करण करने/समृद्ध बनाने में विषय वस्तु तथा सेवा संबंधी त्रुटियों; कार्यान्वयन और समन्वय में मौजूद समस्याओं को दूर करके तथा कार्यक्रम को समेकित/मजबूत करने की दिशा में आगे बढ़ाकर अनुवर्ती कार्रवाई जारी रखी जाएगी।

2.11.124 चालू एकीकृत बाल विकास सेवा के प्रशिक्षण कार्यक्रम को मजबूत करके, सक्रिय, जवाबदेह और विस्तृत प्रशिक्षण-सह-मानव संसाधन विकास कार्यक्रम बनाने के लिए, "उदिशा" एक विशेष प्रयास है। "उदिशा" के कार्यान्वयन हेतु, विश्व बैंक, 600.55 करोड़ रूपए तक की वित्तीय सहायता प्रदान करता है। आशा है कि राष्ट्रीय जन सहयोग और बाल विकास संस्थान, नई दिल्ली अपने बंगलौर, गुवाहाटी, इंदौर और लखनऊ स्थित 4 क्षेत्रीय केन्द्रों; 43 मध्य स्तर के प्रशिक्षण केन्द्रों और 535 आंगनवाड़ी कर्मचारी प्रशिक्षण केन्द्रों के राष्ट्रव्यापी नेटवर्क के साथ "उदिशा" को कार्यान्वित करेगा। नौवीं योजना के 329.29 करोड़ रूपये के परिव्यय में से 142.63 करोड़ रूपए खर्च किए गए थे। नौवीं योजना के दौरान, "उदिशा" के अंतर्गत 2,304 बाल विकास परियोजना अधिकारियों/अतिरिक्त बाल विकास परियोजना अधिकारियों, 4,993 पर्यवेक्षकों तथा

2.8 लाख आंगनवाड़ी कार्यकर्ता प्रशिक्षित किए गए।

2.11.125 15 अगस्त, 1997 को प्रधान मंत्री द्वारा की गई घोषणा से बालिका समृद्धि योजना का उदय हुआ था। इस घोषणा में उन्होंने कहा था कि सरकार उन परिवारों को वित्तीय सहायता प्रदान करेगी जो गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन कर रहे हैं और उनके यहां बालिका का जन्म होता है। बाद में, जब बालिका विद्यालय जाएगी तो छात्रवृत्ति भी दी जाएगी। तदनुसार, गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों में बालिका को जन्म देने वाली माताओं के लिए 500 रूपये की प्रसूति उपरांत सहायता प्रदान करने के लिए 2 अक्टूबर, 1997 को 'बालिका समृद्धि योजना' का कार्यक्रम शुरू किया गया था।

2.11.126 1996 में बालिका समृद्धि योजना की समीक्षा की गई थी और इसे नया स्वरूप प्रदान किया गया था ताकि इसे निम्नलिखित विशेषताओं के साथ अधिक प्रभावी बनाया जा सके - i) 15 अगस्त, 1997 को अथवा इसके बाद जन्म लेने वाली दो बालिकाओं तक 500 रूपये प्रति बालिका का प्रसूति उपरांत दिया जाने वाला अनुदान अब नकद भुगतान करने की बजाए लड़की के नाम, बैंक/डाकघर के ऐसे खाते में जमा कराया जाएगा, जिसमें ब्याज मिलता है। जन्म उपरांत के 500 रूपये के अनुदान का कुछ भाग अथवा जमा कराने की पात्र वार्षिक छात्रवृत्ति की राशि की निकासी की अनुमति, केवल "भाग्यश्री बालिका कल्याण बीमा योजना" के अंतर्गत बालिका के नाम बीमा पॉलिसी के प्रीमियम का भुगतान करने के प्रयोजनार्थ होनी चाहिए। ऐसे उपयोग की अनुमति, बालिका की माता/संरक्षक के विधिवत प्राधिकार से होनी चाहिए; और ii) जब बालिका विद्यालय जाना प्रारंभ कर देगी, तब उसे वार्षिक छात्रवृत्ति भी देनी शुरू की जाएगी। छात्रवृत्ति की दर कक्षा-I-III में 300 रूपये प्रत्येक, कक्षा-IV में 500 रूपये, कक्षा-V में 600 रूपए, कक्षा-VI और VII में 700 रूपये, कक्षा-VIII में 800 रूपये और कक्षा-IX और X में 1000 रूपए प्रत्येक प्रति वर्ष होगी। बालिका के संरक्षक के विकल्प पर छात्रवृत्ति की राशि को भी उसी खाते में जमा कराया जा सकता है, जिसमें प्रसूति उपरांत की अनुदान के 500 रूपये जमा कराए गए। इस जमा की गई राशि का भुगतान, बालिका की आयु 18 वर्ष होने और तब तक अविवाहित रहने पर किया जाएगा। बालिका के संरक्षक के विवेकानुसार, छात्रवृत्ति का भुगतान जिन्स के रूप में भी किया जा सकता है। उपर्युक्त संशोधन करके "संशोधित बालिका समृद्धि योजना" 1999-2000 के दौरान चलाई जा रही थी, लेकिन इसमें अधिक प्रगति नहीं हो सकी। नौवीं योजना के 390 करोड़ रूपये के परिव्यय में से 176.64 करोड़ रूपये खर्च किए गए थे

और 3.5 मिलियन बालिकाओं को कवर किया गया था। दसवीं योजना के दौरान इस स्कीम को राज्य क्षेत्र को अंतरित करने की संभावना है।

2.11.127 1975-76 में शुरु की गई कामकाजी/बीमार माताओं के बच्चों के लिए शिशु गृहों/दिवस कालिक देखभाल केन्द्रों की स्कीम, विस्तार न की जाने वाली स्कीम होने के कारण, इसमें 12,470 शिशु गृहों का स्तर बनाए रखा गया और 3.1 लाख बालकों को लाभ प्रदान किया गया। तथापि, अधिक शिशु-गृहों की मांग को पूरा करने के लिए 1994 में सामाजिक सुरक्षा निवल कार्यक्रम के अंतर्गत प्राप्त हुई 19.90 करोड़ रूपए की समग्र राशि के साथ, राष्ट्रीय शिशु-गृह निधि की स्थापना की गई थी। राष्ट्रीय शिशु-गृह निधि, मौजूदा आंगनवाडियों को आंगनवाड़ी-सह-शिशु गृहों में परिवर्तित करने के अलावा, शिशु-गृह खोलने के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करती है। नौवीं योजना के 36.05 करोड़ रूपए के परिव्यय में से 29.50 करोड़ रूपए खर्च किए गए। नौवीं योजना के दौरान राष्ट्रीय शिशु-गृह निधि के अंतर्गत 3,114 शिशु-गृह और खोले गए थे, जिनसे लगभग 79,000 और बालकों को लाभ पहुंचा था।

बालकों की वर्तमान स्थिति

2.11.128 निम्नलिखित पैराग्राफों में चर्चित विभिन्न विभागीय संकेतों में यथा परिलक्षित बालकों की वर्तमान स्थिति दर्शाती है कि विशेष ध्यान देने और स्वास्थ्य, पोषाहार, शिक्षा, कल्याण आदि के बाल विशिष्ट और बाल संबंधी, दोनों क्षेत्रों द्वारा दिए गए विशेष ध्यान और प्रभावी हस्तक्षेप की कार्रवाई से इसमें महत्वपूर्ण सुधार हुआ है। यद्यपि सभी संकेतक, अच्छी प्रवृत्ति दर्शा रहे हैं, लेकिन 0-6 वर्ष के बच्चों के संबंध में (सारणी 2.11.21) बाल लिंग अनुपात में अत्यधिक नकारात्मक प्रवृत्ति दिखाई देती है और यह न केवल जनसंख्या का विवेचन करने वालों बल्कि नीति निर्माताओं तथा योजना बनाने वालों के लिए भी गंभीर चिंता का विषय है।

सारणी-2.11.21

बाल लिंग अनुपात (0-6 वर्ष) 1981-2001

जनगणना	लिंग अनुपात (0-6 वर्ष)
1981	962
1991	945
2001	927

स्रोत: भारत की जनगणना 2001: अनंतिम जनसंख्या जोड़, महा पंजीयक एवं जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

2.11.129 0-6 वर्ष के आयु समूह में बाल लिंग अनुपात 18 अंक गिर गया है। यह 1991 के 945 से गिरकर 2001 में 927 रह गया है। गिरावट की प्रवृत्ति सिक्किम, मिजोरम, त्रिपुरा, लक्षद्वीप और केरल को छोड़कर लगभग सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों में भी दिखाई दी थी। 2001 में पंजाब में लिंग अनुपात सबसे कम 793 रिकार्ड किया गया जो 1991 में 875 था। सिक्किम में यह अधिकतम 986 रिकार्ड किया गया जो 1991 के 965 से बढ़ गया है।

2.11.130 लिंग अनुपात में गिरावट के लिए, 2001 की जनगणना में बताए गए कारणों में - बालिकाओं की उपेक्षा, जिसके परिणामस्वरूप महिला शिशु और बाल मृत्यु तथा मातृत्व मृत्यु की उच्च दरें, लिंग चयन आधारित गर्भपात (महिला भ्रूण-हत्या) की समस्याएं और महिला शिशु-हत्या, जिससे लिंग अनुपात असंतुलित होता है, शामिल हैं। वास्तव में, पुरुषों और महिलाओं की संख्या में असंतुलन, जैसाकि जनगणना में बताया गया है जन्म के समय से ही शुरू होता है, क्योंकि प्रत्येक 1000 पुरुष जन्मों के प्रति, 943 से 952 तक महिला जन्म होते हैं। इसके अलावा, जैसाकि पहले बताया गया है नोडल महिला और बाल विकास विभाग, नई दिल्ली द्वारा 1993 में प्रायोजित 'गिरता हुआ लिंग अनुपात और महिला शिशु भ्रूण हत्या की समस्या' पर कराए गए नमूना अध्ययन से भी पता चला था कि यद्यपि शहरी क्षेत्रों में महिला भ्रूणहत्या एक आम बात है, लेकिन महिला शिशु हत्या की समस्या, स्थानीय घटना है और यह आंध्र प्रदेश, बिहार, गुजरात, पंजाब, हरियाणा, मध्य प्रदेश, राजस्थान और तमिलनाडु राज्यों में कुछ समुदायों तक ही सीमित है।

2.11.131 रिपोर्टों से यह पुष्टि भी हुई है कि ये दो सामाजिक बुराइयां, मुख्यतः पुत्र के लिए जोरदार तरजीह है और इस प्रकार ये सदैव गिरने वाले लिंग अनुपात के लिए काफी हद तक जिम्मेदार हैं। लिंग निर्धारण के लिए अल्ट्रासाउंड की आधुनिक प्रौद्योगिकी का दुरुपयोग, इस समस्या में एक और आयाम जुड़ गया है। वास्तव में, प्रसव पूर्व-जांच तकनीक (नियमन और दुरुपयोग निवारण) अधिनियम, 1994 को अधिनियमित करके लिंग निर्धारण पर मौजूदा प्रतिबंध शायद ही स्थिति में कोई परिवर्तन कर सके। इसके अतिरिक्त, अनिवार्य जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 के निष्प्रभावी कार्यान्वयन की समस्या भी है, जिसके कारण महत्वपूर्ण आंकड़ों संबंधी सूचना प्राप्त नहीं होती है। परिवार कल्याण विभाग द्वारा किए गए विशेष प्रयासों के कारण केरल, तमिलनाडु, दिल्ली, पंजाब और गुजरात जैसे राज्यों ने नौवीं योजना के दौरान इन विधानों को कार्यान्वित करने में अच्छी प्रगति की है। अन्य सभी राज्यों/

संघ राज्य क्षेत्रों को इस संबंध में काफी काम करने की जरूरत है।

स्वास्थ्य

2.11.132 स्वास्थ्य के क्षेत्र में जन्म के समय जीवन-आशा बढ़ी है, जैसाकि इस अध्ययन के प्रथम भाग में पहले ही चर्चा की गई है, जबकि शिशु और बाल मृत्यु दरों में तेजी से गिरावट आई है और लिंग अन्तर लगभग समाप्त हो गया है(सारणी 2.11.22 और 2.11.23)।

सारणी 2.11.22

शिशु मृत्यु दर(1988-1999)

(प्रति हजार नवजात शिशु)

वर्ष	महिला	पुरुष	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)
1988	93.0	96.0	94.5
1998	73.5	69.8	71.7
1999	70.8	69.8	70.0

स्रोत: संबंधित वर्षों के लिए नमूना पंजीकरण प्रणाली बुलेटिन, महापंजीयक एवं जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

2.11.133 जैसाकि सारणी 2.11.22 से विदित होता है कि बालिका शिशु मृत्यु दर में 1998 और 1999 के बीच 2.7 अंकों की तीव्र गिरावट होने के अलावा, यह 1988 के 93 से तेजी से गिरकर 1999 में 70.8 रह गई है, जबकि इसी अवधि के दौरान पुरुषों के संबंध में वही बनी रही। बालिका शिशु मृत्यु दर में गिरावट लाने में महत्वपूर्ण उपलब्धियों के बावजूद, अन्तर-राज्यीय भिन्नता विद्यमान है जो 1999 में उड़ीसा में अधिकतम 96 है और गोवा में न्यूनतम 6.6 है।

सारणी 2.11.23

बाल मृत्यु दर(195-1997)

(5 वर्ष से कम आयु में प्रति हजार नवजात शिशु)

वर्ष	महिला	पुरुष
(1)	(2)	(3)
1985	40.4	36.6
1992	28.2	24.9
1997	24.5	21.8

स्रोत: संबंधित वर्षों के लिए नमूना पंजीकरण प्रणाली बुलेटिन, महापंजीयक एवं जनगणना आयुक्त, भारत सरकार, नई दिल्ली

2.11.134 यद्यपि बाल मृत्यु दर पुरुषों की तुलना में महिलाओं के लिए निरन्तर उच्चतर बनी हुई है, लेकिन लिंग अन्तर अब शनै-शनै घट रहा है (सारणी 2.11.23)। महिलाओं के लिए बाल मृत्यु दर, 1985 के 40.4 से गिरकर 1997 में 24.5 रह गई है और इसी अवधि के दौरान यह पुरुषों के संबंध में 36.6 से गिरकर 21.8 रह गई है। तथापि, इस क्षेत्र के अन्य विकासशील देशों की तुलना में यह बहुत अधिक है। शिशु मृत्यु दर की भांति बाल मृत्यु दर में भी क्षेत्रीय अन्तर विद्यमान है। 1997 में बाल मृत्यु दर, मध्य प्रदेश में अधिकतम 32.3 रिकार्ड की गई, जबकि केरल में न्यूनतम 3.3 रिकार्ड की गई।

सारणी 2.11.24

विशिष्ट कारणों से बाल मृत्यु (0-4 वर्ष) के प्रतिशत का वितरण, 2000

कारण	प्रतिशत(अनुमान)
नीचे की श्वसन नलिका में संक्रमण	17.6
प्रसव के आसपास की स्थितियां	17.1
दस्त/अतिसार रोग	17.0
टीका निवार्य रोग	10.3
जन्म जात विकृति	9.2
कुपोषण	3.2
दुर्बलता	2.4
मानव प्रतिरोधी वायरस(एच.आई.वी.)	2.2
अन्य कारण	21.0
जोड़	100.0

स्रोत: दसवीं पंचवर्षीय योजना के लिए महिला और बाल स्वास्थ्य देखभाल संबंधी कार्य दल, परिवार कल्याण विभाग, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली की रिपोर्ट

2.11.135 उच्च शिशु एवं बाल मृत्यु दर की वजह काफी सीमा तक सारणी 2.11.24 में दिए गए कारण कहे जा सकते हैं, जिनकी रोकथाम/उपचार किया जा सकता है; विशेष रूप से “नीचे की श्वसन नलिका में संक्रमण” जिससे अधिकतम 17.6 प्रतिशत मृत्यु होती है, इसके बाद प्रसव के आसपास की स्थितियां (17.1 प्रतिशत); और तदुपरांत दस्त का रोग (17.0 प्रतिशत) और टीका निवार्य रोगों से (10.3 प्रतिशत) मृत्यु होती है। ये कुल मिलाकर 60 प्रतिशत से अधिक बैठती हैं, जिन्हें प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य अनुपूरक पोषाहार सेवाओं के

प्रभावी कार्यान्वयन और बेहतर कवरेज के माध्यम से आसानी से रोका जा सकता है।

पोषाहार

सारणी 2.11.25

बालकों में कुपोषण (1 से 5 वर्ष)

पोषणिक श्रेणी	प्रतिशत		
	1975-79	1988-89	1996-97
(1)	(2)	(3)	(4)
सामान्य (>=90%)	5.9	9.9	8.9
मध्यम (75%90%)	31.6	37.6	40.6
कमजोर (60-75%)	47.5	43.8	44.3
गंभीर (<60%)	15.0	8.7	6.2

स्रोत: राष्ट्रीय पोषाहार मानीटरिंग ब्यूरो, 1999

2.11.136 विद्यालय पूर्व के बालक, आबादी का पौषणिक रूप से अत्यधिक कमजोर वर्ग है। विद्यालय पूर्व के बालकों, विशेष रूप से 0-3 वर्ष के बालकों में कुपोषण की मौजूदगी उनकी क्षमता विकास के लिए गंभीर खतरा है। भारत में कुपोषण के प्रमुख कारण, कम खुराक, जन्म के समय कम वजन, शिशु पोषाहार की खराब पद्धतियां, खराब सफाई के कारण संक्रमण और बीमारियां, जल और रहन-सहन की स्थितियां, निरक्षरता और अज्ञानता, और खाद्य वितरण में अन्तः पारिवारिक

भिन्नता है। राष्ट्रीय पोषाहार मानीटरिंग ब्यूरो, हैदराबाद ने पुष्टि की है कि बालकों में कुपोषण की गंभीर और कमजोर श्रेणियों में गिरावट की प्रवृत्ति है। (सारणी 2.11.25)।

2.11.137 इसके अलावा राष्ट्रीय पोषाहार संस्थान, हैदराबाद और अन्य एजेंसियों द्वारा किए गए सर्वेक्षणों से पता चलता है कि मैक्रो पौषणिक कमियों के साथ-साथ माइक्रो पौषणिक कमियां अर्थात् विटामिन "ए" की कमी, आयरन की कमी और आयोडिन की कमी के रोग भी विभिन्न मात्राओं में बालकों को प्रभावित कर रहे हैं। (बालकों में मैक्रो और माइक्रो पौषणिक कमियों की मौजूदगी 'खाद्य और पोषाहार सुरक्षा' अध्याय में विस्तार से दी गई है)

शिक्षा

2.11.138 शिक्षा के क्षेत्र में, प्राथमिक और मिडिल स्तरों पर लड़के और लड़कियों, दोनों की सामान्य नामांकन दर(जी.ई.आर.) में पर्याप्त वृद्धि हुई है(सारणी 2.11.26)। वर्ष 1980-81 और 1999-2000 के बीच, लड़कियों द्वारा की गई प्रगति (प्राथमिक और मिडिल स्तरों पर 21.1% अंक) लड़कों द्वारा की गई प्रगति (क्रमशः 8.3 और 12.9%) की तुलना में काफी अच्छी थी। तथापि, 1990-91 और 1999-2000 के बीच दोनों स्तरों पर लड़कों द्वारा अच्छी प्रगति करने के बावजूद, वास्तविक संख्या के रूप में अत्यधिक उच्च लिंग अन्तर बना रहा। वास्तव में, 40 मिलियन बालकों(28 मिलियन लड़कियों और 12 मिलियन लड़कों) ने कभी विद्यालयों में प्रवेश नहीं लिया, हालांकि शिक्षा को मूलभूत अधिकार बनाया जा रहा है।

सारणी- 2.11.26

कक्षा I-V और VI-VIII में सकल नामांकन अनुपात (1980-81 से 1999-2000)

वर्ष	प्राथमिक			मिडिल (VI-VIII)		
	लड़कियां	लड़के	जोड़	लड़कियां	लड़के	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1980-81	64.1	95.8	80.5	28.6	54.3	41.9
1990-91	85.5	114.0	100.1	47.8	76.6	62.1
1998-99	82.9	100.9	91.9	49.1	65.3	57.6
1999-2000*	85.2	104.1	94.9	49.7	67.2	58.8

नोट:- * अनंतिम

स्रोत: संबंधित वर्षों के लिए चुनिंदा आंकड़े, शिक्षा विभाग, मानव संसाधन विकास मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली

सारणी- 2.11.27

लड़कियों और लड़कों में विद्यालय छोड़ने की दर (1980-81 से

(प्रतिशत में)

वर्ष	प्राथमिक			मिडिल (VI-VIII)		
	लड़कियां	लड़के	जोड़	लड़कियां	लड़के	जोड़
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1980-81	62.5	56.2	58.7	79.4	68.0	72.7
1990-91	46.0	40.1	42.6	65.1	59.1	60.9
1999-2000*	42.3	38.7	40.3	58.0	52.0	54.6
(1980-81 और 1999-2000 के बीच गिरावट)	(20.2)	(17.5)	(18.4)	(21.4)	(16.0)	(18.1)

नोट:- * अनंतिम

स्रोत: संबंधित वर्षों के लिए शिक्षा के चुनिंदा आंकड़े, शिक्षा विभाग, मानव संसाधन विकास मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली

2.11.139 सारणी 2.11.27 से दोनों स्तरों पर लड़कों और लड़कियों, दोनों के संबंध में, विद्यालय छोड़ने वालों की दर में गिरावट लाकर विद्यालय में दाखिल रहने की बढ़ती हुई दरों के सकारात्मक प्रभाव का पता चलता है। नामांकन के मामले की तरह ही दोनों स्तरों पर विद्यालय छोड़ने वालों की दर में कमी करने में लड़कों की तुलना में लड़कियों ने बहुत अच्छी प्रगति की है। लेकिन इसके साथ-साथ लिंग अन्तर बना रहा, हालांकि यह वर्ष दर वर्ष कम होता गया।

दसवीं योजना हेतु दृष्टिकोण - भावी कदम

2.11.140 दसवीं योजना में "बाल विकास" को न केवल देश के भविष्य के लिए अति वांछनीय सामाजिक निवेश माना जाएगा, बल्कि इसे अपनी पूर्ण विकसित क्षमता हासिल करने के लिए प्रत्येक बालक का अधिकार माना जाएगा। वास्तव में, 1992 में बाल अधिकार संबंधी संयुक्त राष्ट्र कनवेंशन को भारत का अनुसमर्थन दिए जाने के बाद 1992 में दो राष्ट्रीय कार्य योजनाएं, एक बालकों के लिए और दूसरी बालिकाओं के लिए अपनाए जाने से सरकार के लिए यह अनिवार्य हो जाता है कि वह प्रत्येक बालक के सार्वभौमिक अधिकार को पूरा करे। इस प्रकार दसवीं योजना में प्रमुख चुनौती, देश में बहुत छोटे बालकों के लिए "जीवन, सुरक्षा और विकास" सुनिश्चित करने के अलावा, उनमें से हरेक तक पहुंच बनानी होगी। दूसरे शब्दों में दसवीं योजना, निम्नलिखित कार्यनीतियों के साथ बाल विकास के लिए अधिकार आधारित दृष्टिकोण की वकालत

करती है;

- इस बात की पुनः पुष्टि करना कि बाल अधिकारों- अर्थात् आर्थिक, सामाजिक, सांस्कृतिक, नागरिक और राजनैतिक अधिकारों को मानवाधिकारों से अलग नहीं किया जा सकता और इन्हें बाल अधिकार संबंधी संयुक्त राष्ट्र कनवेंशन (1992) द्वारा प्रदान किए गए नियामक और नीतिपरक ढांचे के अंदर प्राप्त किया जा सकता है;
- इस बात को मान्यता प्रदान करना कि बचपन के शुरुआती वर्ष - विशेष रूप से प्रसव पूर्व से प्रथम तीन वर्ष, मानव विकास की पूर्ण कार्यक्षमता और जीवन कालिक संचयी शिक्षा की उपलब्धि के लिए जीवन में अत्यंत महत्वपूर्ण और संवेदनशील अवधि है। यही वह समय होता है जब भौतिक, ज्ञानात्मक, भावनात्मक और सामाजिक विकास की आधार शिला रखी जाती है;
- उस एकीकृत दृष्टिकोण में विश्वास की पुनः पुष्टि करना जो स्वास्थ्य, पोषण, शिक्षा (बाल्यकाल-शिक्षा) और माता-पिता की बेहतर देखभाल के क्षेत्रों में उपलब्ध सेवाओं, संसाधनों, जनशक्ति और अवसंरचना के प्रभावी एकीकरण को बढ़ावा देता है और बालक के बेहतर हितों द्वारा चालित होता है;
- संस्था आधारित हस्तक्षेपों के अलावा, परिवार केन्द्रित और समुदाय आधारित हस्तक्षेपों के लिए वचनबद्धता

को बल देना। यह युवा बालकों, किशोरियों और महिलाओं के सम्पूर्ण जीवन चक्र में उनका जीवन बढ़ाने, संवृद्धि और विकास के लिए परिवार और समुदाय के अंदर व्यवहार में परिवर्तन के लिए महत्वपूर्ण है;

- पैतृक स्नेह और देखभाल की जिम्दारियों में माता-पिता, दोनों की भूमिका पर प्रकाश डालना, जिससे परिवार, छोटे बालकों की संवृद्धि और विकास को समर्थन देने के लिए प्राथमिक संस्थान के रूप में कार्य कर सके। लड़कियों और महिलाओं का स्तर उठाने के लिए पुरुषों और परिवारों को अधिकाधिक रूप से शामिल करके सकारात्मक कार्रवाई को बढ़ावा देना;
- स्थानीय आवश्यकताओं, सांस्कृतिक पैटर्न और विविधताओं के संबंध में युवा बालकों, लड़कियों और महिलाओं की देखभाल करने के लिए विकेन्द्रीकृत, स्थानीय रूप से जवाबदेह दृष्टिकोण के महत्व पर जोर देना;
- इस बात को स्वीकार करना कि सभी बालकों तक पहुंचने के प्रयास किए जाएंगे, जिसके अन्दर उन तक पहुंचने के विशेष प्रयास किए जाएंगे जिन तक पहुंचना बहुत कठिन है, और जो अत्यंत अलाभ की स्थिति, कठिन परिस्थितियों एवं खतरे में हैं, इसके

लिए इन्हें सम्बद्ध तथा शामिल करने वाली सौसाइटियों को सहयोग दिया जाएगा;

- जीवन भर के कुपोषण तथा विकलांगता में हस्तक्षेप के लिए निवारणात्मक दृष्टिकोण को यथा शीघ्र बढ़ावा देना, जिसमें 3 वर्ष से कम आयु वाले नन्हें बालकों, किशोरियों, गर्भवती और दुग्धपान कराने वाली माताओं पर ध्यान केन्द्रित किया जाएगा;
- कठिन परिस्थितियों/शोषणिक स्थितियों को झेल रहे बालक/बालिकाओं के पक्ष में समाज के दृष्टिकोण को बदलने के लिए संचार माध्यमों सहित सभी मंचों पर बालकों की चिंताओं को उचित रूप से उजागर और प्रस्तुत करना सुनिश्चित करना; और
- माता-पिता, समुदायों, नागरिक समितियों, निगमित घरानों और निजी क्षेत्र के साथ नई साझेदारी स्थापित करना और यह सुनिश्चित करना कि वे बालकों, विशेष रूप से बहुत नन्हें बालक-बालिकाओं के प्रति, अपने उत्तरदायित्व को पूरा करें।

2.11.141 उपर्युक्त नीतियों को ध्यान में रखते हुए दसवीं योजना में बाल सेवाओं की अवधारणा, दृष्टिकोण, लक्ष्य, संभावनाओं, विषय-वस्तु, गुणवत्ता और मात्रा में निम्नलिखित नीतिगत परिवर्तन लाने का प्रयास किया जाएगा:

बाल विकास के लिए नीतिगत परिवर्तन	
से	की ओर
<ul style="list-style-type: none"> ● बालकों की आयु के बारे में विभिन्न क्षेत्रों द्वारा अपनाई जाने वाली विभिन्न परिभाषाएं, ● बालकों तक पूर्णतया पहुंच बनाने के लिए विभिन्न क्षेत्रों के संसाधनों/नीतियों के अभिमुखीकरण हेतु किसी स्पष्ट तंत्र का न होना। ● विकासात्मक ढांचे के लिए वचनबद्धता ● विभिन्न आयु समूहों/ बाल अवस्थाओं के प्रति खंडित दृष्टिकोण ● लिंग समानता के हस्तक्षेप, जो महिला सशक्तिकरण पर अधिक केन्द्रित थे ● विकेन्द्रीकरण, स्ट्रेसिंग/जिला विशिष्ट कार्य नीतियों और संसाधन क्षमता पर जोर देना ● सभी ब्लाकों में सेवाओं का प्रसार और विस्तार ● आंगनवाड़ी केन्द्रों के माध्यम से केन्द्र आधारित सेवाओं का विस्तार ● शहरी गरीबों और अन्य अलाभकर स्थिति वाले समुदायों की चिंताओं के साथ शहरी झुग्गियों के बालकों और महिलाओं से संबंधित नीतियां ● गैर-सरकारी संगठनों के साथ परिकल्पित परम्परागत साझेदारी 	<p>विभिन्न बाल-विशिष्ट और बाल संबंधित स्कीमों के अंतर्गत संगत नीतियों और कार्यक्रमों पर इसके महत्वपूर्ण प्रभाव और उनकी कवरेज को ध्यान में रखते हुए "बालक और किशोर की आयु" की स्पष्ट और सही परिभाषा देने के लिए अन्तर-मंत्रालयी समिति का गठन करना।</p> <p>नन्हें बचपन की बेहतर देखभाल और विकास के प्रति "समग्र" और "सम्पूर्ण बाल दृष्टिकोण" को अपनाने के लिए सेवा-अभिमुखीकरण, संबंधित क्षेत्रों के संसाधनों को एकीकृत करने, जनशक्ति और अवसंरचना दोनों का उपयोग करने के लिए आवश्यक समन्वयकारी तंत्र स्थापित करना।</p> <p>"जीवन, सुरक्षा और विकास" के लिए बाल अधिकार को पूरा करना सुनिश्चित करने हेतु सीधी वचनबद्धता।</p> <p>3 वर्ष से कम आयु के नन्हें बालकों, बालिकाओं, किशोरियों, गर्भवती और दुग्धपान कराने वाली माताओं के महत्व पर विशेष ध्यान केन्द्रित करके "जीवन-चक्र दृष्टिकोण" अपनाना।</p> <p>युवा बालकों को महत्व देने, उनसे संपर्क करने तथा उनकी देखभाल करने के काम में समुदायों/परिवारों/पिताओं को शामिल करके बालिकाओं और महिलाओं की बेहतरी के लिए सकारात्मक कार्रवाई करना।</p> <p>स्थानीय रूप से जवाबदेह नवीनताएं लाने के लिए, पंचायती राजसंस्थाओं और स्वयंसेवी समूहों को शामिल करके जिला/समूह स्तर की नीतियों और संसाधनों पर जोर देकर "अधिक विकेन्द्रीकरण और अधिक स्वायत्तता" की ओर बढ़ना।</p> <p>हस्तक्षेप की गुणवत्ता में सुधार और विषय-वस्तु को समृद्ध बनाना जिसमें निर्धनतम, अत्यधिक अलाभ की स्थिति वालों और जिन तक पहुंचा नहीं गया है, उन सामुदायिक समूहों को बेहतर रूप से लक्षित करना।</p> <p>आंगनवाड़ी और अन्य बाल देखभाल केन्द्रों (अर्थात स्वास्थ्य देखभाल केन्द्रों, प्राथमिक विद्यालयों आदि) के माध्यम से समुन्नत गुणवत्ता वाली सेवाओं के साथ, परिवारों और समुदायों तक पहुंच बनाने के लिए पहलें करना।</p> <p>शहरी गरीबों और अन्य अलाभकर स्थिति वाले समूहों के नन्हें बालकों और महिलाओं की जरूरतें पूरी करने के लिए स्पष्ट वचनबद्धता और कार्यनीति।</p> <p>माताओं-पिताओं समुदायों, नागरिक समितियों, गैर-सरकारी संगठनों, निगमित क्षेत्रों और निजी क्षेत्रों के साथ अधिक स्पष्ट रूप से नई साझेदारी।</p>

बालकों के प्रति दसवीं योजना की वचनबद्धताएं

दृष्टिकोण

- बाल विकास की वचनबद्धता की पुनः पुष्टि करना, जिसमें छोटे बालकों के विकास पर न केवल देश के भविष्य के लिए अत्यंत वांछनीय सामाजिक निवेश के रूप में बल्कि प्रत्येक बालक को उसकी पूर्ण विकास क्षमता हासिल करने के अधिकार के रूप में भी विशेष ध्यान दिया जाना।
- प्रारूप राष्ट्रीय बाल नीति और चार्टर (2002) द्वारा की जा रही वकालत के अनुसार बाल विकास के लिए अधिकार आधारित दृष्टिकोण अपनाना।

प्रमुख कार्यनीतियां

- दो राष्ट्रीय कार्य योजनाओं (1992) - (एक बालकों के लिए और दूसरी बालिकाओं के लिए) में यथानिर्दिष्ट उनका "जीवन", "सुरक्षा" और "विकास" सुनिश्चित करने के लिए देश में प्रत्येक युवा बालक तक पहुंचना।
- लिंग अनुपात में आ रही गिरावट को रोककर और इससे संबंधित महिला भ्रूण हत्या और महिला शिशु हत्या को नियंत्रित करके जीवन बचाना सुनिश्चित करना।
- मौजूदा बाल संबंधित विधानों के प्रभावी कार्यान्वयन के माध्यम से सभी बालकों और विशिष्ट रूप से विशेष जरूरतों और समस्याओं से ग्रस्त तथा कठिन परिस्थितियों से गुजर रहे बालकों के लिए सुरक्षा सुनिश्चित करना।
- प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (आरसीएच), एकीकृत बाल विकास सेवा (आईसीडीएस), सर्व शिक्षा-अभियान (एसएसए) के तीन राष्ट्रव्यापी कार्यक्रमों तथा अन्य संबद्ध कार्यक्रमों के माध्यम से स्वास्थ्य, असंक्रमणीकरण, पोषाहार और शिक्षा के क्षेत्र में नीतियों और कार्यक्रमों का प्रभावी कार्यान्वयन करके विकास सुनिश्चित करना।
- सम्पूर्ण देश में युवा बालकों और माताओं, विशेष रूप से बालिकाओं के समग्र विकास को बढ़ावा देने हेतु एकीकृत बाल विकास सेवा को प्रमुख स्कीम के रूप में जारी रखना।
- इस बात को मान्यता प्रदान करना कि यद्यपि बाल विकास के लिए बचपन के 6 वर्ष महत्वपूर्ण हैं, लेकिन प्रसव पूर्व से जन्म के प्रथम तीन वर्ष की अवधि, पूर्ण मानव विकास-क्षमता और संचयी जीवन पर्यन्त अध्ययन की उपलब्धि के लिए आधारशिला रखने हेतु अत्यंत महत्वपूर्ण और संवेदनशील अवधि है।
- संस्था आधारित हस्तक्षेपों के अलावा, परिवार केन्द्रित तथा समुदाय आधारित हस्तक्षेपों की वचनबद्धता को समर्थन देना, जो युवा बालकों, किशोरियों तथा महिलाओं के सम्पूर्ण जीवनचक्र में उनका जीवन बढ़ाने, संवृद्धि और विकास के लिए महत्वपूर्ण हैं।
- सार्वभौम असंक्रमणीकरण कार्यक्रम के अंतर्गत शीघ्र व्यापक कवरेज हासिल करना और उच्च गुणवत्ता की एकीकृत प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यम से उनकी जरूरतें पूरी करने के लिए क्षेत्र विशिष्ट आधारित लघु (माइक्रो) योजना तैयार करना।
- 6 वर्ष से कम आयु के बालकों, 24 माह से कम आयु के बालकों को विशेष प्राथमिकता देने के साथ, "विशेष पोषाहार कार्यक्रम" के अधीन सीधे भोजन कराने के चालू कार्यक्रम के माध्यम से पौषणिक स्तर में सुधार करने के लिए लक्षित हस्तक्षेपों पर और अधिक ध्यान केन्द्रित करना।
- वृहत् (मैक्रो) और लघु (माइक्रो) पौषणिक कमियों के लिए, गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों के बालकों की व्यापक जांच को प्रचालनात्मक बनाना, क्योंकि 6 वर्ष से कम आयु के बच्चों को अधिक खतरा होता है, और भोजन पद्धतियों तथा अंतः परिवार खाद्य वितरण में परिवर्तन करके उनकी खुराक में सुधार करना।
- यह सुनिश्चित करना कि प्रत्येक बालक का नामांकन किया जाए और उन बालकों को शिक्षा प्रदान की जाए जिनका कभी नामांकन नहीं हुआ और जिन्होंने 8 वर्ष की प्राथमिक शिक्षा पूरी किए बिना ही विद्यालय छोड़ दिया है, ताकि सार्वभौम प्रारंभिक शिक्षा की वचनबद्धता को पूरा किया जा सके।
- शिशु गृह/दिवसकालिक देखभाल सेवाओं को समर्थन प्रदान करने वाली सेवाओं, जिनसे कार्यरत/रूग्ण माताओं तथा उन बालिकाओं, जिन पर अपने भाई या बहन की देखभाल का भार पड़ने की आशा है, के भार को कम करने में सहायता मिलेगी, का विस्तार करना।
- जिन्स और नकद में उनके योगदान को प्रकाश में लाने के साथ-साथ, परिवार/समुदाय, दोनों की भागीदारी को अधिकाधिक प्रोत्साहित करके, बाल संबंधित सभी कार्यक्रमों को समृद्ध बनाना।
- अनैतिक व्यापार (निवारण) अधिनियम, 1956; किशोर न्याय (देखभाल और संरक्षण) अधिनियम, 2000; बाल श्रम (प्रतिषेध और नियमन) अधिनियम, 1986, हिन्दू उत्तराधिकार अधिनियम, 1956; भारतीय दंड संहिता, 1860 और प्रसव पूर्व जांच तकनीक (नियमन और दुरुपयोग निवारण) अधिनियम, 1994 को कड़ाई से लागू करके सभी प्रकार के शोषण से बालकों को बचाना

2.11.142 बाल विकास के लिए अधिकार आधारित दृष्टिकोण स्वीकार करने के बाद सरकार के लिए यह अनिवार्य हो जाता है कि वह बालकों विशेष रूप से बालिकाओं का जीवन, संरक्षण और विकास सुनिश्चित करे। सबसे प्राथमिकता की कार्रवाई लिंग अनुपात में आ रही गिरावट और महिला भ्रूण हत्या और महिला शिशु हत्या से संबंधित समस्याओं पर काबू करके जीवन बढ़ाना सुनिश्चित करने को दी जाएगी। इससे शायद, 0-6 वर्ष आयु समूह के बाल लिंग अनुपात में तेजी से आ रही गिरावट की आकस्मिकता के प्रति कार्रवाई होगी। यह 1991 में 945 था, जो गिरकर 2001 में 927 रह गया है। बालिकाओं के लाभ के लिए नौवीं योजना के दौरान शुरू किए गए उपायों में से एक विशिष्ट स्कीम, “**बालिका समृद्धि योजना**” शुरू करना है, जिसका लक्ष्य बालिकाओं के समूचे स्तर में सुधार करना और इस प्रकार लोगों के नकारात्मक दृष्टिकोण को बदलना है, हालांकि इससे अभी भी वांछित असर हुआ प्रतीत नहीं होता है। अतः जैसाकि पहले ही झुहिला सशक्तिकरण ङ्खंड के अंतर्गत बताया गया है कि ऊपर वर्णित दोनों समस्याओं से संबंधित कानूनों को प्रस्तुत करने/हटाने के लिए प्रभावी प्रवर्तन सुनिश्चित करने के लिए विशेष प्रयास किए जाएंगे। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (2000) में यथा उल्लिखित अनिवार्य जन्म और मृत्यु पंजीकरण सुनिश्चित करने के प्रस्तावित प्रयासों से यह समस्या काफी सीमा तक हल हो जानी चाहिए। इन प्रयासों में चिकित्सीय और अर्ध-चिकित्सीय, दोनों कर्मचारी अर्थात् डाक्टर, अनुषंगी नर्स/प्रशिक्षित दाईयां, एकीकृत बाल विकास सेवा के अग्रिम पंक्ति के कार्यकर्ता और स्थानीय स्वयंसेवी संगठन प्रमुख भूमिका निभाने जा रहे हैं।

2.11.143 दूसरी प्राथमिकता, सामान्यतः बालकों और विशेषरूप से कठिन परिस्थितियों में रह रहे बालकों अर्थात् वे बालक, जिनके माता-पिता वेश्यावृत्ति में संलिप्त, नशाखोर, सांसर्गिक बीमारियों के शिकार और अस्पताल में हैं; अप्राकृतिक/ प्राकृतिक आपदाओं के शिकार हैं; बेसहारा और परित्यक्त बालक; अल्प/कुपोषण की समस्या के शिकार बालक; विकलांग बालक आदि सहित विशेष जरूरतों और समस्याओं से ग्रस्त “बालकों के संरक्षण” को प्रदान की जाएगी। विशेष समस्याओं से ग्रस्त इन बालकों की सुरक्षा करने के लिए समयोचित कार्रवाई हेतु राज्य को ही आगे आना होगा ताकि इससे होने वाली सामाजिक क्षति से बचा जा सके। चूंकि इस श्रेणी के अंतर्गत लक्षित समूह अधिकांशतः उनका है, जिनके लिए उपचारात्मक-सह-पुनर्वास सेवाओं की जरूरत है। इसलिए दसवीं योजना में विकलांगों, सामाजिक सुरक्षा और समाज कल्याण के क्षेत्र में उपलब्ध मौजूदा सेवाओं के विस्तार के प्रयास किए जाएंगे।

2.11.144 तीसरी प्राथमिकता, विकास के लिए प्रत्येक बालक, विशेषरूप से अलाभकारी और वंचित समूहों के बालकों के जन्म-अधिकार को पूरा करने के लिए दी जाएगी। अतः वर्तमान जोर बाल विकास के प्रमुख क्षेत्रों अर्थात् स्वास्थ्य, पोषाहार और शिक्षा पर दिया जाएगा। यद्यपि, गर्भधारण से 2 वर्ष की आयु तक की अत्यधिक नाजुक अवधि की समस्याएं, स्वास्थ्य, असंक्रमणीकरण, पोषाहार के महत्वपूर्ण हस्तक्षेपों और प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य तथा एकीकृत बाल विकास सेवा कार्यक्रमों के माध्यम से तथा माताओं और छोटे बालकों के मनो-सामाजिक विकास के माध्यम से हल की जाएंगी। तथापि, विद्यालय जाने से पूर्व की आयु की समस्याएं एकीकृत बाल विकास सेवा द्वारा, इसके 6 सेवा पैकेजों के साथ, हल की जाएंगी और विद्यालय जाने वालों की समस्याएं विभिन्न स्वास्थ्य, पोषाहार और शिक्षा कार्यक्रमों के माध्यम से हल की जाएंगी।

2.11.145 मौजूदा राष्ट्रीय बाल नीति, (1974), के स्थान पर बालकों के लिए राष्ट्रीय नीति और चार्टर लाने की वचनबद्धता को पूरा करने के लिए नौवीं योजना में किए गए प्रयासों को ध्यान में रखते हुए, दसवीं योजना में प्रारूप चार्टर को शीघ्र पारित कराना सुनिश्चित किया जाएगा, जिसमें राष्ट्रीय बाल आयोग की शीघ्र स्थापना के साथ अधिकार आधारित दृष्टिकोण की वकालत की गई है। आयोग, जैसी कि परिकल्पना की गई है, का लक्ष्य बाल अधिकारों की रक्षा/सुरक्षा करना है जिसमें मजबूत कानूनी अधिकार और बालकों की ओर से व्यक्तिगत मुकदमे देखने के लिए सरकारी वकील की सेवाएं लेना तथा राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग की तर्ज पर व्यक्तिगत शिकायतों की जांच/निपटान करना शामिल होगा। दसवीं योजना में बाल विशिष्ट और बाल संबंधी सभी मौजूदा नीतियों, कार्यक्रमों और विधानों की समीक्षा करने और इन्हें एक साथ शामिल करने की तात्कालिक जरूरत की पहचान भी की गई है, ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि बालकों के लिए राष्ट्रीय चार्टर में निश्चित उद्देश्य/लक्ष्य को हासिल करने में वे एक-दूसरे के पूरक और अनुपूरक हों। कानूनी जानकारी का प्रसार/प्रचार करने के लिए भी विशेष प्रयास किए जाएंगे ताकि प्रत्येक बालक, विशेषरूप से बालिका को अपने अधिकारों और विशेषाधिकारों के बारे में पर्याप्त जानकारी रहे।

2.11.146 दसवीं योजना के दौरान समग्र बाल विकास के लिए क्षेत्रीय दृष्टिकोण निम्नानुसार होगा:

स्वास्थ्य और टीकाकरण

2.11.147 बाल विकास के तीन महत्वपूर्ण क्षेत्र हैं, जिनमें असंक्रमणीकरण के साथ स्वास्थ्य रक्षा सबसे महत्वपूर्ण है,

इसके बाद सुरक्षित पेयजल की आपूर्ति के साथ पोषाहार और शिक्षा आदि का स्थान है। जैसाकि पहले उल्लेख किया गया है, दसवीं योजना के दृष्टिकोण-पत्र में शिशु मृत्यु दर के अत्यंत महत्वपूर्ण बाल स्वास्थ्य संकेतक को 1999 के 70 से कम करके 2007 तक प्रति हजार नवजात शिशुओं के लिए 45 और 2012 तक 28 करने का लक्ष्य स्पष्ट रूप से दिया गया है। चूंकि ऐसा रोहिणी (गले का रोग), कुकरखांसी, प्रसव के समय टिटनेस, तपेदिक, पोलियो और खसरे की टीके द्वारा रोकथाम की जाने वाली बीमारियों के संबंध में असंक्रमणीकरण का 100 प्रतिशत कवरेज सुनिश्चित करके ही संभव हो सकेगा, इसलिए दसवीं योजना में सर्वसुलभ टीकाकरण कार्यक्रम के माध्यम से कवरेज स्तर में सुधार करने के विशेष प्रयास किए जाएंगे। इसे प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के एक भाग के रूप में कार्यान्वित किया जा रहा है, इसके अलावा, कम कवरेज वाले पहचान किए गए क्षेत्रों में पहुंच बनाई जाएगी, ताकि सर्वसुलभ कवरेज अत्यंत शीघ्र प्राप्त की जा सके। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर बालकों, विशेषरूप से युवा बालकों, बालिकाओं और महिलाओं की स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों का मूल्यांकन करने और अच्छी गुणवत्ता की प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यम से उनकी जरूरतें पूरी करने के लिए क्षेत्र विशिष्ट आधारित लघु (माइक्रो) योजना बनाने के प्रयास किए जाएंगे। इसके अलावा, प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य के बाल जीवन कार्यक्रम में सभी गर्भवती महिलाओं के लिए सर्वसुलभ जांच उपलब्ध कराना और जिन्हें अधिक खतरा है, उनका इलाज करना सुनिश्चित किया जाएगा, ताकि प्रसव पूर्व और प्रसव उपरांत मृत्यु तथा रूग्णता में कमी लाई जा सके। सर्वोपरि, 2000 में अपनाई गई राष्ट्रीय जनसंख्या नीति और स्वास्थ्य नीति, 2001 (प्रारूप) में बाल जीवन सुनिश्चित करने के लिए निश्चित लक्ष्यों के साथ, नीति और कार्यक्रम संबंधी समर्थन प्रदान करने की आशा है (अधिक ब्यौरे स्वास्थ्य अध्याय के अंतर्गत उपलब्ध है)।

पोषाहार

2.11.148 1993 में अपनाई गई राष्ट्रीय पोषाहार नीति, 6 वर्ष से कम आयु के बालकों और गर्भवती तथा दुग्धपान कराने वाली माताओं को पौषणिक रूप से कमजोर और अत्यधिक खतरे वाले समय के रूप में मान्यता प्रदान करती है तथा अपनी सभी नीतियों और कार्यक्रम संबंधी निर्णयों में उन्हें उच्चतम प्राथमिकता प्रदान करती है। नौवीं योजना में कमियों और विफलताओं, दोनों को ध्यान में रखते हुए, दसवीं योजना इन कमजोर समूहों के पौषणिक स्तर में सुधार करने के लिए लक्षित निर्णयों पर ध्यान देने के लिए वचनबद्ध है। जैसाकि

विदित हुआ है कि खाद्य सुरक्षा के मामले में परिवार के बजाय व्यक्तिगत खाद्य सुरक्षा पर ध्यान दिया जाएगा और अलक्षित पोषाहार समर्थन की बजाय अल्प-पोषित/कुपोषित की विभिन्न श्रेणियों की पहचान की गई श्रेणियों पर ध्यान दिया जाएगा। इसके लिए दसवीं योजना में वृहत् (मैक्रो) और लघु (माइक्रो) पौषणिक कमियों के लिए कमजोर समूहों की सर्वव्यापी जांच की जाएगी। प्रस्तावित जांच में अल्प-पोषण के लिए सभी शिशुओं और विद्यालय जाने से पूर्व की आयु के बालकों, अरक्तता के लिए गंभीर अल्प-पोषण वाले सभी बालकों तथा अल्प-पोषण और अरक्तता के लिए सभी गर्भवती महिलाओं को शामिल किया जाएगा। अन्य उपायों में शामिल है - अल्प-पोषण के प्रबंधन के लिए उचित पौषणिक हस्तक्षेप शुरू करना; निवारण और शीघ्र पता लगाना; माइक्रो पौषणिक कमियों तथा संबद्ध स्वास्थ्य खतरों का उचित इलाज; और पोषाहार मानीटरिंग तथा निगरानी स्थापित करना, ताकि उभरती हुई पौषणिक समस्याओं की पहचान की जा सके और इन्हें उचित हस्तक्षेपकारी कार्यक्रमों में शामिल किया जा सके।

2.11.149 उपर्युक्त के साथ-साथ लगभग 31.5 मिलियन विद्यालय पूर्व के बालकों और 6 मिलियन गर्भवती तथा दुग्धपान कराने वाली माताओं को कवर कर रही एकीकृत बाल विकास सेवा के एक भाग के रूप में विशेष पोषाहार कार्यक्रम और लगभग 105 मिलियन विद्यालय जाने वाले बालकों को कवर करने वाला राष्ट्रीय प्राथमिक शिक्षा पोषाहार समर्थन कार्यक्रम के सीधे भोजन कराने के 2 चालू कार्यक्रमों को, नौवीं योजना के दौरान पहचान की गई वित्तीय और अन्य प्रबंधन समस्याओं को हल करके सुप्रवाही और सुदृढ़ भी किया जाएगा। विशेष पोषाहार कार्यक्रम के एक भाग के रूप में 6 से 36 माह की आयु के बालकों को घर के लिए खाद्य संपूरकों की लागतों को पूरा करने के लिए प्रधान मंत्री ग्रामोदय योजना के भाग के रूप में राज्यों को फिलहाल दी जा रही अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता को दसवीं योजना के दौरान बढ़ाया जाएगा, ताकि मौजूदा वित्तीय अंतर को पूरा किया जा सके और इस प्रकार बालकों और माताओं के लिए अनुपूरक पोषाहार के देशव्यापी कार्यक्रम का प्रभावी कार्यान्वयन सुनिश्चित किया जा सके।

2.11.150 इसके अलावा, प्रधान मंत्री के स्वतंत्रता दिवस वर्ष 2001 के अपने भाषण में की गई घोषणा की अनुवर्ती कार्रवाई के रूप में वर्ष 2002 में राष्ट्रीय पोषाहार मिशन स्थापित किया गया था जिसे देश में वृहत् (मैक्रो) और लघु (माइक्रो), दोनों पौषणिक कमियों को कम/समाप्त करने की समूची जिम्मेदारी सौंपी गई थी। राष्ट्रीय पोषाहार मिशन के प्रयासों के भाग के रूप में किशोरियों और गर्भवती तथा दुग्धपान

कराने वाली माताओं में अल्प-पोषण को दूर करने के लिए वर्ष 2002-03 के दौरान पायलट आधार पर महिला और बाल विकास विभाग द्वारा एक नया कार्यक्रम शुरू किया जा रहा है। इस कार्यक्रम में प्रत्येक प्रमुख राज्य के दो अत्यंत पिछड़े जिलों और शेष छोटे राज्यों तथा संघ राज्य क्षेत्रों में सबसे सघन आबादी वाले दो जिलों को कवर करने की आशा है। इस पायलट कार्यक्रम के अंतर्गत अर्ध/कुपोषित व्यक्तियों के पहचान किए गए परिवारों को सीधे लक्षित सार्वजनिक वितरण प्रणाली के माध्यम से मुफ्त खाद्यान्नों की आपूर्ति की जाएगी।

शिक्षा

2.11.151 “शिक्षा को” मूलभूत अधिकार के रूप में मान्य करने की प्रस्तावित घोषणा में राज्यों से यह अपेक्षा की गई है कि वे सभी रिहायशी-स्थलों में विद्यालय संबंधी पर्याप्त सुविधाओं के साथ बच्चों में 100 प्रतिशत नामांकन और उनकी पढ़ाई जारी रखना सुनिश्चित करें। इसके साथ ही विद्यालय तक उनकी पहुंच भी सुनिश्चित करें। इस प्रकार प्राथमिक शिक्षा को सर्वसुलभ बनाने का लक्ष्य हासिल करने के प्रति दसवीं योजना में नया दृष्टिकोण रखा गया है। अब तक प्राथमिक शिक्षा के क्षेत्र में अधिकांश कार्यक्रम अलग-अलग स्वरूप के थे। अतः आज की जरूरत सभी कार्यक्रमों का एकीकरण करने की है, जिसमें सम्पूर्ण देश को कवर किया जाए और इसका दृष्टिकोण समग्र तथा एकीकृत हो। इसका उत्तर हाल में लागू की गई सर्व शिक्षा अभियान स्कीम में मिल सकता है, जो दसवीं योजना अवधि के दौरान, प्राथमिक शिक्षा के सर्वसुलभीकरण का लक्ष्य प्राप्त करने के लिए प्रमुख साधन होगी। इन वचनबद्धताओं के साथ आशा है कि सर्व शिक्षा अभियान दसवीं योजना के दौरान विशेषरूप से अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अन्य पिछड़े वर्गों और अल्पसंख्यकों(मुस्लिम) की सामाजिक श्रेणियों की बालिकाओं के नामांकन और विद्यालय में बने रहने की वर्तमान कम दर की समस्या को हल करेगा।

2.11.152 राष्ट्रीय साक्षरता मिशन के नेतृत्व में शिक्षा के लिए जनता के बीच बढ़ती हुई इच्छा को, प्रारंभिक शिक्षा के सर्वसुलभीकरण के कार्यान्वयन में पंचायती राज संस्थाओं के माध्यम से समुदायों को अधिक संख्या में शामिल करके पूरा किया जाएगा। इसके अलावा, दसवीं योजना में उन बालकों पर ध्यान केंद्रित किया जाएगा जिनका कभी नामांकन नहीं हुआ है अथवा जिन्होंने प्राथमिक शिक्षा के 8 वर्ष पूरे किए बिना ही विद्यालय छोड़ दिया है। जिन तक पहुंचना कठिन है, उन्हें विशेष लक्ष्य बनाया जाएगा, ताकि उनके विद्यालय से बाहर

रहने के कारणों का पता लगाया जा सके और उन्हें प्रारंभिक शिक्षा प्रदान करने के लिए उपाय किए जा सकें।

2.11.153 विद्यालय पूर्व शिक्षा के रूप में एकीकृत बाल विकास सेवा का घटक, बाल्यकाल-देखभाल शिक्षा(ई.सी.सी.ई.), का विकास के लिए ठोस आधार प्रदान करने हेतु एक महत्वपूर्ण आदान(इनपुट) तथा शिक्षा की प्रथम सीढ़ी बना रहना जारी रहेगा। अतः दसवीं योजना के दौरान, बाल्यकाल की खेल कूद और सीखने की सुखद अवधि को सुदृढ़ करने और कम आयु के बालकों को शिक्षा प्रदान करने पर मुख्य जोर दिया जाएगा, ताकि उन्हें पारिवारिक वातावरण से शांतिपूर्वक निकालकर प्राथमिक विद्यालय में भेजा जा सके। इसके लिए एकीकृत बाल विकास सेवा और प्राथमिक शिक्षा के बीच प्रचालनात्मक सम्पर्क विकसित करने के विशेष प्रयास किए जाएंगे। ये सम्पर्क निचले स्तर(ग्रास रूट) पर सामुदायिक मूल्यांकन तथा माइक्रो योजना के आधार पर विद्यालयों के समय और स्थान के समन्वय को लागू करेंगे। लिंग और सामाजिक आर्थिक लाभ के खतरनाक अंतर-पीढ़ी चक्र को तोड़ने के लिए बालिका शिक्षा को प्रमुख निर्णय के रूप में समझा जाएगा। बालिकाओं के लिए शैक्षिक अवसरों को बढ़ाने हेतु शिशु गृहों/दिवस-कालिक सेवाओं के प्रभावी विस्तार और बाल देखभाल सेवाओं तथा प्राथमिक विद्यालयों के बीच सम्पर्क, एक प्रमुख आदान(इनपुट) होगा। बालिका समृद्धि योजना, - नौवीं योजना के दौरान शुरू की गई बालिकाओं के लिए विशेष हस्तक्षेप आधारित योजना का दसवीं योजना के दौरान प्रभावी कार्यान्वयन के साथ विस्तार किया जाएगा। इससे न केवल बालिकाओं के नामांकन में वृद्धि होगी, बल्कि उनकी विद्यालयों में मौजूदगी भी बढ़ेगी और विद्यालय छोड़ने की दर में गिरावट भी आएगी (अधिक ब्यौरे स्मरारंभिकष शिक्षारू संबंधी अध्याय में उपलब्ध है)।

बाल विकास

2.11.154 बालकों के समग्र विकास के लिए अपनाया गया एकीकृत दृष्टिकोण दसवीं योजना के दौरान जारी रहेगा क्योंकि इसने एकीकृत बाल विकास सेवा के कार्यक्रम के माध्यम से अपनी उपयोगिता पहले ही सिद्ध कर दी है। वास्तव में, एकीकृत बाल विकास सेवा, दसवीं योजना का मुख्य कार्यक्रम बना रहेगा और इसके सर्वसुलभीकरण के माध्यम से सम्पूर्ण देश के युवा बालकों के समग्र विकास को आगे बढ़ाने का प्रयास किया जाएगा। इस प्रकार 31.5 मिलियन बालकों और 6 मिलियन माताओं को कवर कर रही 4608 परियोजनाओं के माध्यम से एकीकृत बाल विकास सेवा की वर्तमान कवरेज का

विस्तार किया जाएगा, ताकि दसवीं योजना के दौरान 5652 एकीकृत बाल विकास सेवा परियोजनाओं के माध्यम से 54.3 मिलियन बालकों और 10.9 मिलियन माताओं को कवर किया जा सके। एकीकृत बाल विकास सेवा में यथाउल्लिखित युवा बालकों के समग्र विकास को बढ़ावा देने हेतु, स्वास्थ्य, पोषाहार और विद्यालय पूर्व शिक्षा की मूल सेवाओं को एकीकृत करने के लिए मौजूदा दृष्टिकोण की संभावनाओं को सामुदायिक प्रतिभागिता/सामुदायिक कार्यवाई के साथ और सुदृढ़ किया जाएगा, ताकि जिन तक पहुंचा नहीं गया अर्थात् 3 वर्ष से कम आयु के बालकों तक, पहुंचा जा सके। दसवीं योजना के दौरान महिला सशक्तिकरण से संबंधित आवश्यक हस्तक्षेपों में बालिकाओं और किशोरियों पर विशेष ध्यान केन्द्रित करके बाल विकास की संभावनाओं का विस्तार करने/व्यापक बनाने के प्रयास किए जाएंगे।

2.11.155 इसी प्रकार वर्ष 1991-92 में शुरू की गई किशोरियों के लिए चालू स्कीम अर्थात् किशोर शक्ति योजना(के.एस.वाई.) का लक्ष्य, किशोरियों को अपना भविष्य उत्पादक बनाने और न केवल परिवार निर्माण, बल्कि राष्ट्र निर्माण में भी अंतरंग व्यक्ति की भूमिका के रूप में प्रजनक की भूमिका निभाने की तैयारी करने में उन्हें सशक्त करने और स्वरोजगाररत करने का लक्ष्य है। स्वास्थ्य, पोषाहार, शिक्षा, स्वास्थ्य और पोषाहार जागरूकता के वर्तमान पैकेज में, दसवीं योजना में व्यावसायिक प्रशिक्षण और उद्यमिता कौशल के घटक को सुदृढ़ करने के अलावा, परामर्श सुविधाएं भी शामिल की जाएंगी। यह स्कीम, जो फिलहाल, 2000 एकीकृत बाल विकास सेवा ब्लाकों में प्रचालन में है, दसवीं योजना के दौरान और विस्तार किया जाएगा।

2.11.156 दसवीं योजना, कार्यरत/रूग्ण माताओं के बालकों के लिए शिशु-गृहों/दिवस-कालिक केन्द्रों की समर्थन सेवाओं की बढ़ती हुई जरूरत को मान्यता प्रदान करती है, ऐसी मान्यता आज के समय में विशेषरूप से उस संदर्भ में प्रदान की गई है, जहां अधिकाधिक महिलाएं संगठित और असंगठित, दोनों क्षेत्रों में रोजगार के लिए आगे आ रही हैं। इस संदर्भ में सम्पूर्ण देश में शिशु-गृहों का व्यापक नेटवर्क विकसित करने के लिए राष्ट्रीय शिशु-गृह निधि को और मजबूत किया जाएगा।

2.11.157 अंत में, दसवीं योजना के दौरान बाल विकास के क्षेत्र में मुख्य चुनौती, विभिन्न बाल कल्याण/बाल विकास कार्यक्रमों पर समुदायों का अधिकाधिक मालिकाना हक बनाना और इनकी गुणवत्ता में सुधार करना है। प्रथम पंक्ति के कामगारों

के ज्ञान, कौशल और क्षमता को सुदृढ़ करने के लिए अभिसारी(कनवर्जेंट) कार्यवाई को प्रवृत्त करने वाले के रूप में प्राथमिकता प्रदान की जाएगी। इसमें प्रशिक्षण प्रक्रिया में प्रमुख परिवर्तन करने होंगे ताकि इन प्रथम पंक्ति के कामगारों को सामुदायिक अवधारणा, प्रक्रिया और उत्पन्न हो रही स्थिति/मांग की समझ हो सके। इस प्रकार वास्तविकता आधारित नवाचारी दृष्टिकोणों के साथ, विकेन्द्रीकृत प्रशिक्षण कार्यनीतियां विकसित करने पर मुख्य जोर दिया जाएगा। उपर्युक्त के अनुरूप, बाल विकास कार्यक्रमों को बनाए रखने के लिए नकद और जिन्स, दोनों में सहायता को प्रवृत्त करने के लिए, एकीकृत बाल विकास सेवा में सामुदायिक प्रतिभागिता और उसके लिए योगदान के साथ नये दृष्टिकोणों का प्रयोग किया जाएगा। एकीकृत बाल विकास सेवा परियोजनाओं को गोद लेने के लिए, निगमित क्षेत्र को शामिल करने और इस प्रकार उनके सामाजिक दायित्व को पूरा करने के प्रयास भी किए जाएंगे। उपर्युक्त सिद्धान्त और पंचायती राज संस्थाओं तथा शहरी स्थानीय निकायों की परिकल्पित भूमिका, न केवल योजना बनाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाएगी, बल्कि वे मिलने वाली निधियों और बाल विकास के कार्यक्रमों के लिए इनके प्रभावी उपयोग पर भी नियंत्रण रखेंगी।

किशोरियों/बालिकाओं के प्रति भेदभाव को समाप्त करना

2.11.158 1990 के वर्षों के दौरान, विभिन्न नीतियों/कार्यक्रमों के माध्यम से सर्वोत्तम प्रयास करने के बावजूद किशोरियां/बालिकाएं अभी भी जीवन भर भेदभाव को झेलती हैं और दुर्भाग्यवश मौजूदा सामाजिक-सांस्कृतिक परंपराएं भी असमान स्तर द्वारा प्रस्तुत की गई बाधाओं को पार करने में कठिनाईयां पैदा करती हैं। इस स्थिति को ध्यान में रखते हुए दसवीं योजना किशोरियों/बालिकाओं की बेहतरी के लिए जीवन चक्रीय दृष्टिकोण की पुनः पुष्टि करती है। भारत की 2001 की जनगणना में यह सिद्ध हुआ है कि देश के लिए यह महसूस करना कितना महत्वपूर्ण है कि किशोरियों/बालिकाओं की अनदेखी देश के भविष्य को गंभीरता से प्रभावित कर सकती है। अतः दसवीं योजना में दंडात्मक उपायों सहित कड़े कानूनी उपाय करके किशोरियों/बालिकाओं के अधिकारों के प्रति सभी प्रकार के भेदभाव और उल्लंघन को समाप्त करने के प्रयासों पर ध्यान केन्द्रित किया जाएगा। इनमें महिला भ्रूण हत्या/महिला शिशु हत्या की हानिकारक पद्धति के उन्मूलन सहित बाल विवाह, बाल शोषण, बाल श्रम, बाल वेश्या आदि के संगत विधानों को कड़ाई से लागू करना शामिल है। “बालिका समृद्धि योजना” के नाम से नौवीं योजना के दौरान शुरू किए गए दीर्घकालिक

विकास उपायों का दसवीं योजना के दौरान व्यापक विस्तार किया जाएगा, ताकि न केवल बालिकाओं बल्कि बालिकाओं की माताओं को भी प्रोत्साहन दिया जा सके, जिससे कि बालिका के जन्म की खुशी मनाई जाए और परिवार, बालिका के भविष्य के लिए राज्य द्वारा दिए जाने वाले समर्थन के प्रति आश्वस्त हो। इसी प्रकार की पहल, जो तमिलनाडु, हरियाणा, पंजाब और मध्य प्रदेश राज्यों में पहले ही सफल सिद्ध हुई है, को देश के अन्य भागों में लागू किया जाएगा। बालिका को परिसम्पत्ति मानने हेतु लोगों की सोच में परिवर्तन लाने के लिए सभी प्रकार के जन संचार माध्यमों का उपयोग करने के प्रयास भी किए जाएंगे।

कठिन परिस्थितियों में बालक

2.11.159 बालकों और बालिकाओं, दोनों से संबंधित राष्ट्रीय कार्य योजना में बहुत स्पष्ट रूप से 'कठिन परिस्थितियों वाले बालकों' की पहचान आवासा बालकों, कार्यरत बालकों, बाल वेश्याओं, बाल नशाखोरों; अपराध-प्रवृत्त बालकों, विकलांग बालकों, एच0आई0वी0/एड्स पीड़ित बालकों; वे बालक, जिनके माता-पिता अस्पताल में हैं और एच0आई0वी0/एड्स, तपेदिक, कोढ़ से पीड़ित हैं; विभिन्न आपदाओं (प्राकृतिक और मानव सृजित) से प्रभावित बालकों; राष्ट्रीय और अन्तर्राष्ट्रीय युद्धों द्वारा प्रभावित बालकों अर्थात् राजनैतिक शरणार्थियों, युद्ध पीड़ितों, आंतरिक रूप से विस्थापित और वे बालक जिनके परिवार खतरे में हैं तथा जिनके परिवार विलग हो रहे हैं, के रूप में की गई है। इन विशेष समूहों के बालकों, जिन्हें देखभाल और सुरक्षा की तात्कालिक आवश्यकता है, तक पहुंचने में आज मौजूदा प्रमुख अन्तराल(गैप) की पहचान करते हुए दसवीं योजना में इस समस्या के आकार और मात्रा का मूल्यांकन करने की कार्रवाई शुरू की जाएगी और सरकारी तथा गैर-सरकारी, दोनों क्षेत्रों के चालू प्रयासों का इन तक विस्तार किया जाएगा और यदि आवश्यक हुआ तो अब तक उपेक्षित/अनदेखी किए गए समूहों को कवर करने के लिए नए कार्यक्रम शुरू किए जाएंगे।

विधान (बाल-विशिष्ट और बाल संबंधी)

2.11.160 दसवीं योजना में सभी मौजूदा बाल-विशिष्ट और बाल संबंधी विधानों की पूर्ण समीक्षा करने का प्रयास किया जाएगा, ताकि उनके प्रावधानों और कार्यान्वयन में मौजूद कमियों को दूर किया जा सके। इसके साथ-साथ मौजूदा विधानों अर्थात् बाल वेश्यावृत्ति को रोकने के लिए अनैतिक व्यापार (निवारण) अधिनियम, 1956 (1986 में यथासंशोधित); अव्यवस्था समाप्त करने और परिवार तथा समाज में अपचारी

किशोरों का पुनर्वास सुनिश्चित करने में सहायता करने के लिए किशोर न्याय (जिम्मेदारी और संरक्षण) अधिनियम, 2000; बाल श्रम को समाप्त करने के लिए बाल श्रम (प्रतिषेध और नियमन) अधिनियम, 1986; माता-पिता की सम्पत्ति में बालिकाओं के लिए समान अधिकार सुनिश्चित करने के लिए 1993 में यथा संशोधित हिन्दू उत्तराधिकार अधिनियम, 1956; अनिवार्य जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969; अनिवार्य विवाह पंजीकरण और बाल विवाह प्रतिषेध अधिनियम, 1929 (1979 में संशोधित) को कड़ाई से लागू करके सभी प्रकार के शोषणों से बालकों की सुरक्षा करने का हर संभव प्रयास किया जाएगा। महिला भ्रूणहत्या और महिला शिशु हत्या की बढ़ती हुई घटनाओं को रोकने के लिए भारतीय दंड संहिता, 1860 और प्रसव पूर्व जांच तकनीक (नियमन और दुरुपयोग निवारण) अधिनियम, 1994 के प्रावधानों पर विशेष ध्यान दिया जाएगा।

बाल विकास: एकीकृत बाल विकास सेवा के माध्यम से कार्यक्रमयुक्त दृष्टिकोण

2.11.161 25 वर्ष के अनुभव को ध्यान में रखते हुए दसवीं योजना में एकीकृत बाल विकास सेवा का कार्य केवल युवा बालकों के लिए पोषाहार और शिक्षण तक सीमित नहीं रहेगा। यह परिवार/समुदाय और आंगनवाड़ी केन्द्रों में युवा बालकों के लिए सौहार्दपूर्ण और सामाजिक वातावरण प्रदान करने के लिए देखभाल करने वाले समुदायों की क्षमता को मजबूत करने के लिए सहयोगी दृष्टिकोण को भी स्थान देगी। एकीकृत बाल विकास सेवा पहले ही उस अवस्था में पहुंच गयी है जहां न केवल इसके विस्तार को सर्वसुलभ बनाना आवश्यक है, बल्कि इसकी विषय-सूची को भी समृद्ध बनाना जरूरी है। एकीकृत बाल विकास सेवा का स्वरूप महिलाओं और समुदायों के सशक्तिकरण से संबंधित हस्तक्षेपों और क्षेत्रीय सेवाओं के एकीकरण से व्यापक हो गया है। एकीकृत बाल विकास सेवा का उभरता हुआ रेखाचित्र, दसवीं योजना के दौरान जीवन बचाने, सुरक्षा करने और विकास करने के लिए आद्य बचपन में की जाने वाली देखभाल को बढ़ावा देने के लिए स्वयं को पुनर्समर्पित करेगा। तदनुसार, दसवीं योजना अवधि के दौरान एकीकृत बाल विकास सेवा के अंतर्गत निम्नलिखित क्षेत्रों पर जोर दिया जाएगा:-

- i) **शहरी गरीबों की जरूरतें पूरी करना** - अनुमान है कि दसवीं योजना अवधि के दौरान देश में 40 प्रतिशत से अधिक गरीब बालक अधिकांशतः शहरी झुग्गियों में निवास करने वाले होंगे। अब तक एकीकृत बाल विकास सेवा के अंतर्गत पिछड़े ग्रामीण क्षेत्रों को प्राथमिकता दी गई है और उसके बाद

- शहरी झुग्गियों तथा आदिवासी क्षेत्रों पर ध्यान दिया गया है। दसवीं योजना के दौरान प्रथम प्राथमिकता शहरी/अर्ध-शहरी क्षेत्रों की झुग्गियों को दी जाएगी और इसके बाद आदिवासी क्षेत्रों तथा पिछड़े ग्रामीण क्षेत्रों पर ध्यान दिया जाएगा;
- ii) **एकीकृत बाल विकास सेवा के माध्यम से अल्पपोषण और कुपोषण निवारण** - एकीकृत बाल विकास सेवा की स्कीम के पास बालकों और महिलाओं में निरंकुश अल्पपोषण और कुपोषण को रोकने के लिए सीधे हस्तक्षेप करने हेतु अवसंरचना मौजूद है। एकीकृत बाल विकास सेवा के अंतर्गत अनुपूरक पोषाहार घटक को दसवीं योजना के दौरान, सम्पूर्ण जीवनचक्र, जिसमें विशेषरूप से 24 माह से कम आयु के छोटे बालकों, किशोरियों, गर्भवती और दुग्धपान कराने वाली माताओं को लक्षित किया जाएगा, मैक्रो और माइक्रो, दोनों पौषणिक कमियों के मुद्दों को हल करके प्राथमिकता के क्षेत्र के रूप में सुदृढ़ और नवीन बनाया जाएगा;
- iii) **आंगनवाड़ी केन्द्रों को आंगनवाड़ी-सह-शिशु गृहों में परिवर्तित करना** - एकीकृत बाल विकास सेवा के अंतर्गत दिवसकालिक सेवाएं केवल सीमित अवधि अर्थात् दोपहर 12 बजे तक उपलब्ध होती हैं। इसके कारण सेवारत और रूग्ण माताएं आंगनवाड़ी केन्द्रों की दिवसकालिक सुविधाओं का पूर्ण उपयोग नहीं कर पाती हैं। अतः आंगनवाड़ी केन्द्रों में, विशेषरूप से उन क्षेत्रों में जहां महिला कार्यबल अधिक संख्या में है, दिवसकालिक देखभाल सुविधाओं का विस्तार करने की अत्यंत जरूरत और औचित्य है;
- iv) **निर्माण स्थलों पर कार्यरत महिला श्रमिकों के लिए बाल देखभाल सुविधाएं** - सूखा, बाढ़, चक्रवात, भूकम्प आदि जैसी प्राकृतिक/ आपदाओं के दौरान लोगों को तत्काल राहत प्रदान करने की आंगनवाड़ी केन्द्रों की महत्वपूर्ण भूमिका को मान्यता प्रदान की गई है। तदनुसार, टेकेदार की लागत पर निर्माण/ कार्यस्थलों पर भी अस्थाई आंगनवाड़ी केन्द्रों की स्थापना करने का कार्य दसवीं योजना के दौरान शुरू किया जाएगा। कवर किए गए ब्लॉकों में निर्धनतम और अत्यंत वंचित/सम्पर्क न किए गए समूहों के लिए व्यापक पहुंच सुनिश्चित करने की दृष्टि से दसवीं योजना के दौरान अतिरिक्त/लघु आंगनवाड़ी केन्द्र स्थापित करना और इन पर जोर दिया जाना भी जारी रहेगा;
- v) **एकीकृत बाल विकास सेवा के अंतर्गत समुदायों को शामिल करना/समुदाय का योगदान** - एकीकृत बाल विकास सेवा का मूल दर्शन, समुदाय को सशक्त बनाना है ताकि अंततः यह जनता के कार्यक्रम के रूप में आंगनवाड़ी केन्द्रों को अपनी सुपुर्दगी में/ दत्तक ले सके। आंगनवाड़ी केन्द्रों के प्रबंधन में पंचायती राज संस्थाओं/स्थानीय शासित निकायों/ गैर-सरकारी संगठनों को सक्रिय रूप से शामिल करने के प्रयास किए जाएंगे;
- vi) **किशोरी शक्ति योजना (किशोरी शक्ति योजना - किशोरियों के लिए स्कीम) का सर्वसुलभिकरण** - एकीकृत बाल विकास सेवा के भाग के रूप में किशोरी शक्ति योजना का लक्ष्य किशोरियों को सशक्त और स्वविकसित बनाना है। दसवीं योजना के दौरान किशोरी शक्ति योजना का और विस्तार किया जाएगा। अन्य क्षेत्र की स्कीमों के साथ आवश्यक सम्पर्क करके सभी एकीकृत बाल विकास सेवा परियोजनाओं में किशोरी शक्ति योजना को सर्वसुलभ बनाने के प्रयास किए जाएंगे;
- vii) **एकीकृत बाल विकास सेवा के अंतर्गत नवाचार विकसित करना** - एकीकृत बाल विकास सेवा के अंतर्गत क्षेत्र/स्थान विशिष्ट बाधाओं और समस्याओं को हल करने के लिए महिलाओं और बालकों की देखभाल में नये दृष्टिकोणों की पहल और प्रयोग करने हेतु बढ़ा हुआ समर्थन प्रदान किया जाएगा। इसमें प्राथमिकताएं तय करने और विभिन्न सेवा घटकों अर्थात् अनुपूरक पोषाहार विकल्प (चुनिदा पोषाहार), अतिरिक्त अर्ध अध्यापक मॉडल आदि के कार्यान्वयन का प्रयास करने में स्थानीय लचीलापन शामिल है। इन नवाचारी कार्यों में एकीकृत बाल विकास सेवा के अंतर्गत बालिकाओं पर विशेष ध्यान केन्द्रित करके 3 वर्ष से कम आयु के बालकों के जीवन, संवृद्धि और विकास को बढ़ावा देने पर भी ध्यान केन्द्रित किया जाएगा;
- viii) **समर्थन और संचार को सुदृढ़ करना** - प्रतिभागिता के साथ छोटे बालकों, विशेषरूप से बालिकाओं के जीवन, संरक्षण और विकास को बढ़ावा देने के लिए 'उदिशा' से सम्बद्ध प्रमुख समर्थन, संचार और सामाजिक प्रेरणा संबंधी पहलों को शुरू किया जाएगा;
- ix) **सेवा की गुणवत्ता और प्रबंधन में सुधार करना** - नौवीं योजना के दौरान एकीकृत बाल विकास सेवा

के अंतर्गत प्रबंधन की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए शुरू किए गए प्रयास दसवीं योजना के दौरान भी जारी रहेंगे। सेवा की गुणवत्ता को उत्कृष्ट करने के लिए शिक्षा, स्वास्थ्य, परिवार कल्याण, ग्रामीण और शहरी विकास क्षेत्र को शामिल करने के सहयोगी दृष्टिकोण को मजबूत किया जाएगा;

- x) **मूल अवसंरचनात्मक सुविधाओं को मजबूत करना** - जैसाकि पहले ही एकीकृत बाल विकास सेवा के विभिन्न मूल्यांकन अध्ययनों से पता चला है कि अपनी अवसंरचनात्मक सुविधाओं के लिए आंगनवाड़ी केन्द्र बेहतर सेवा देने वाले सिद्ध हुए हैं। अतः दसवीं योजना के दौरान, जिला ग्रामीण विकास एजेंसियों (डीआरडीए), पंचायतों/स्थानीय निकायों/समुदायों/निगमित घरानों/निजी क्षेत्रों से अंशदान के माध्यम से अपेक्षित अवसंरचना विकसित करने के प्रयास किए जाएंगे।

अनुसंधान, मूल्यांकन और निगरानी

2.11.162 महिलाओं और बालकों से संबंधित महत्वपूर्ण समस्याओं पर नैदानिक/कार्रवाई अनुसंधान तथा चालू स्कीमों का मूल्यांकन/निगरानी, “अनुसंधान और प्रकाशन के लिए सहायता अनुदान” की नियमित योजना (स्कीम) के माध्यम से महिला और बाल विकास क्षेत्र में योजना बनाने की प्रक्रिया का अंग रहा है। इस स्कीम के अंतर्गत विश्वविद्यालयों, महिला अध्ययन केन्द्रों, सामाजिक कार्यकर्ताओं के विद्यालयों और स्वतंत्र अनुसंधान संगठनों को अनुसंधान/मूल्यांकन अध्ययन करने के लिए प्रोत्साहित किया जा सकता है। इन अध्ययनों के निष्कर्षों से कार्यरत महिलाओं के लिए छात्रावासों, अल्पकालिक निवास गृहों, कार्यरत और रूग्ण माताओं के लिए शिशु गृहों/दिवसकालिक देखभाल केन्द्रों जैसे कार्यक्रमों के कार्यक्षेत्र और विषयवस्तु में मध्यावधि सुधार किए गए हैं। इसके अलावा, एनसीईईआर, नई दिल्ली के माध्यम से एकीकृत बाल विकास सेवा जैसी महत्वपूर्ण स्कीमों का समवर्ती मूल्यांकन किया गया है। इस अध्ययन के निष्कर्षों के आधार पर दसवीं योजना के दौरान एकीकृत बाल विकास सेवा की विषयवस्तु और कार्यान्वयन में कुछ नीतिगत परिवर्तन किए गए हैं। महिलाओं के जीवन को प्रभावित करने वाले ईंधन, जल, पर्यावरण गिरावट जैसे विशिष्ट क्षेत्रों में महिलाओं के जीवन की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए विज्ञान और प्रौद्योगिकी को प्रयुक्त करने संबंधी अनुसंधान भी एक सतत प्रक्रिया रहे हैं।

2.11.163 प्रधान मंत्री कार्यालय द्वारा पहचान की गई महिलाओं के लिए 27 लाभार्थी उन्मुख स्कीमों की निगरानी

1986 से जारी है। अर्ध-वार्षिक प्रगति रिपोर्ट और समीक्षा बैठकों के निष्कर्ष उपचारात्मक कार्रवाई के लिए आधार तैयार करते हैं, जिनमें प्रधान मंत्री कार्यालय का सहयोग लिया जाता है। लाभार्थी उन्मुख स्कीमों की निगरानी के 15 लम्बे वर्षों के प्रयासों की समीक्षा दसवीं योजना के दौरान की जाएगी। इसके अलावा, दसवीं योजना के दौरान महिलाओं और बालकों के लिए राष्ट्रीय स्तर पर आसूचना नेटवर्क प्रणाली विकसित करने के प्रयास किए जाएंगे, जिनमें लिंग विशिष्ट संबंधी आंकड़ों को एकत्र करने पर जोर दिया जाएगा, ताकि उर्ध्वकार और अनुप्रस्थ, दोनों रूप से सूचना प्राप्त होना सुनिश्चित हो सके।

संस्थागत-तंत्र

2.11.164 नोडल महिला और बाल विकास विभाग, महिलाओं के सशक्तिकरण और बाल विकास के लिए कार्यरत सरकारी और गैर-सरकारी, दोनों प्रकार के संगठनों के प्रयासों का निर्देशन, समन्वय और समीक्षा करने के लिए, राष्ट्रीय तंत्र के रूप में कार्य करता है। नोडल विभाग के लिए समर्थन संरचना में शामिल है - i) महिलाओं के अधिकारों और विशेषाधिकारों की सुरक्षा और रक्षा करने के लिए राष्ट्रीय महिला आयोग; ii) राज्य कल्याण बोर्डों और हजारों स्वयंसेवी संगठनों का नेटवर्क बनाने के लिए शीर्ष संगठन के रूप में कार्य करने हेतु केन्द्रीय सामाजिक कल्याण बोर्ड; iii) महिलाओं और बालकों से संबंधित अनुसंधान और प्रशिक्षण केन्द्रों में विभाग की सहायता करने के लिए राष्ट्रीय जन सहयोग और बाल विकास संस्थान; iv) अनौपचारिक क्षेत्र में महिलाओं को उनके उद्यमीय उपक्रमों के लिए अग्रणी और पश्च, दोनों सम्पर्क प्रदान करने के लिए राष्ट्रीय महिला कोष, एक अन्य समर्थन संरचना है। श्रम, उद्योग, ग्रामीण विकास एवं विज्ञान और प्रौद्योगिकी के केन्द्रीय मंत्रालयों/विभागों में स्थापित महिला कक्षों से आशा है कि वे राष्ट्रीय तंत्र और महिला संबंधी मंत्रालयों/विभागों के साथ सुदृढ़ सम्पर्क विकसित करेंगे।

2.11.165 आन्ध्र प्रदेश, असम, गोवा, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, तमिलनाडु, केरल, महाराष्ट्र, मध्य प्रदेश, पंजाब, राजस्थान, सिक्किम और उत्तर प्रदेश को छोड़कर, अधिकांश राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में राज्य स्तर पर महिला और बाल विकास, अभी भी समाज कल्याण विभागों का हिस्सा है। इन राज्यों में महिला और बाल-सशक्तिकरण से संबंधित कार्यक्रमों को कार्यान्वित करने के लिए पहले ही अलग से विभाग/निदेशालय स्थापित किए गए हैं।

2.11.166 जिला स्तर पर महिला और बाल विकास के लिए कोई अलग से तंत्र मौजूद नहीं है। अतः जिला स्तर पर

संस्थाओं को सुदृढ़ किया जाएगा और आंगनवाड़ी/ग्राम/कस्बा स्तर पर महिलाओं को अपने ही स्वयंसेवी समूह संगठित करने में सहायता दी जाएगी। महिलाओं के समूहों को स्वयं संस्थागत होकर पंजीकृत सहकारी समितियां बनाने और पंचायत/नगरपालिका स्तर पर संघ बनाने के लिए सहायता दी जाएगी। ये सहकारी समितियां, बैंकों और वित्तीय संस्थानों सहित सरकारी और गैर-सरकारी माध्यमों से उपलब्ध संसाधनों का उपयोग करके और पंचायतों/नगरपालिकाओं के साथ गहन सम्पर्क स्थापित करके सभी सामाजिक और आर्थिक विकास कार्यक्रम के कार्यान्वयन में सह-क्रियाशीलता लाएंगी। राज्य/जिला/ब्लाक स्तरों पर विशिष्ट रूप से कार्यान्वयन तंत्र की गैर-मौजूदगी से महिला और बाल की विभिन्न नीतियों और कार्यक्रमों के कार्यान्वयन, पर्यवेक्षण और निगरानी संबंधी कार्य प्रभावित हुआ है। ऐसी स्थिति से अन्य सरकारी और गैर-सरकारी एजेंसियों पर निर्भरता अत्यधिक बढ़ जाती है। यह समस्या उन राज्यों में और विकराल हो जाती है, जहां स्वयंसेवी संगठनों की मौजूदगी नाममात्र की है। अतः जिन राज्यों में महिला और बाल विकास के लिए अलग से विभाग/निदेशालय नहीं है, वहां इनका शीघ्र गठन करने की तात्कालिक आवश्यकता है। केन्द्र और राज्य, दोनों स्तरों पर मौजूदा संस्थागत तंत्रों को पर्याप्त संसाधनों, मानव और वित्तीय, दोनों से युक्त करके सुदृढ़/सुप्रवाही बनाने के लिए विशेष प्रयास करने की जरूरत होगी, ताकि महिला सशक्तिकरण और बाल विकास के अत्यंत चुनौती पूर्ण कार्य को पूरा करने के लिए प्रणाली को गतिशील किया जा सके।

स्वयंसेवी कार्रवाई

2.11.167 चूंकि महिला और बाल विकास क्षेत्र की प्रमुख निर्भरता स्वयंसेवी संगठन हैं; इसलिए एकीकृत बाल विकास सेवा को छोड़कर, अधिकांश बाल विकास की स्कीमें, स्वयंसेवी संगठनों द्वारा कार्यान्वित की जा रही हैं। स्वयंसेवी क्षेत्र में विकसित नए प्रयोग और वैकल्पिक माडल समृद्ध और विविध

हैं तथा अनुकरणीय भी हैं। इन प्रयासों से ऋण, जागरूकता सृजन, महिलाओं को स्वयंसेवी समूहों में संगठित करने, स्वरोजगार, ग्रामीण मूल्यांकन में प्रतिभागिता आदि के क्षेत्र में वैकल्पिक माडलों की सफलता परिलक्षित हुई है। राष्ट्रीय महिला कोष, स्वयंसेवी संगठनों के माध्यम से अनौपचारिक क्षेत्र में गरीब और सम्पत्ति विहीन महिलाओं के लिए माइक्रो-ऋण पहुंचाने में बहुत सफल हुआ है। जिन अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों में स्वयंसेवी क्षेत्र ने अपनी साख सिद्ध की है, वे क्षेत्र, महिलाओं और बालिकाओं के विरुद्ध अत्याचार/हिंसा के प्रति लड़ाई और विभिन्न जागरूकता सृजन और लिंग संवेदीकरण कार्यक्रमों के माध्यम से सकारात्मक छवि सृजित करने से संबंधित हैं। महिला और बाल विकास के क्षेत्र में 12,000 से अधिक स्वयंसेवी संगठनों का मजबूत नेटवर्क सक्रिय है। केन्द्रीय समाज कल्याण बोर्ड, सम्पूर्ण देश में फैले इस नेटवर्क को समर्थन/सहायता प्रदान करता है, जबकि नोडल महिला और बाल विकास विभाग, उन संगठनों को देखता है जो राष्ट्रीय और राज्य स्तर पर सक्रिय हैं।

2.11.168 दसवीं योजना में महिला और बाल विकास विभाग के केन्द्रीय बजट में 13,780 करोड़ रुपये का परिव्यय उद्दिष्ट किया गया है। दसवीं योजना की तैयारी में शून्य आधारित बजट (जेडबीबी) की विभिन्न तकनीकों अर्थात् छंटनी, विलयन, गैर-योजना/अन्य केन्द्रीय मंत्रालयों/विभागों/राज्य क्षेत्रक/ अधीनस्थ संगठनों को अन्तरण, आदि लागू करके अन्यथा सीमित संसाधनों के प्रभावी वितरण को सुनिश्चित करने के विशेष प्रयास किए गए थे। जेडबीबी के प्रयोग, जिसकी वजह से स्कीमों की कुल संख्या 46 से 25 (17 केन्द्रीय और 8 केन्द्र प्रायोजित) हो गई है, का अन्तिम परिणाम और विभाग की कुल दसवीं परियोजना में उन स्कीमों के कुल हिस्से को परिलक्षित करने वाला विवरण संलग्न है। महिला और बाल कार्यक्रमों को राज्य क्षेत्रक से भी वित्तीय सहायता प्राप्त होती है।

स्वयंसेवी संगठनों के साथ साझीदारी में

12,000 से अधिक स्वयंसेवी संगठनों का राष्ट्रव्यापी नेटवर्क, महिला सशक्तिकरण और बाल विकास में अत्यंत महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर रहा है, क्योंकि वे एकीकृत बाल विकास सेवा को छोड़ कर, सरकार की नीतियों और कार्यक्रमों को कार्यान्वित करने का मुख्य भार उठा रहे हैं। इनकी पहलें, महिला साक्षरता, समर्थन सेवा, गरीब महिलाओं के लिए माइक्रो ऋण, रोजगार और आय सृजन, लिंग संवेदीकरण, महिलाओं को स्वयंसेवी समूहों में संगठित करने और महिलाओं तथा बालिकाओं पर अत्याचारों के विरुद्ध लड़ने आदि के क्षेत्रों में सफल विकल्प सिद्ध हुई हैं। स्वयंसेवी संगठनों ने स्वरोजगार प्रदान करने और गरीबों, सम्पत्ति विहीनों और जिन परिवारों के मुखिया महिलाएं हैं, उन के लिए ऋण सेवा प्रदान करने में अपनी साख स्थापित कर दी है। केन्द्रीय समाज कल्याण बोर्ड, जो स्वयंसेवी कार्य को बढ़ावा देने के लिए राष्ट्रीय स्तर पर शीर्ष निकाय है, महिलाओं और बालकों दोनों के लिए कार्यरत निम्नतम(ग्रासरूट) स्तर के स्वयंसेवी संगठन के राष्ट्रव्यापी नेटवर्क को समर्थन प्रदान करता है। इनके अलावा, महिला और बाल विकास के क्षेत्र में ब्लाक/जिला/राज्य स्तर और राष्ट्रीय स्तर पर अनेक और स्वयंसेवी संगठन कार्य कर रहे हैं। ये सभी महिला और बाल विकास के लिए राष्ट्रीय तंत्र को समर्थन प्रदान करने की बहुत बड़ी भूमिका निभाते हैं।

महिला और बाल विकास विभाग के दसवीं योजना के परिव्यय के योजना-वार ब्यौरे (2002-07)

(रूपये करोड़ में)

क्र सं	नौवीं योजना (1997-2002)			शून्य आधारित बजट तकनीक लागू करना	क्र सं	दसवीं योजना (2002-07)	
	कार्य-योजना का नाम	परिव्यय	वास्तविक व्यय			कार्य-योजना का नाम (शून्य आधारित बजट का निष्कर्ष)	परिव्यय
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	केन्द्रीय क्षेत्र की योजनाएं (सी.एस.)						
क	बाल कल्याण एवं विकास						
1.	कार्यरत/रूग्ण माताओं के बालकों के लिए शिशु गृह/ दिवसकालिक देखभाल केन्द्र	36.05	29.50	जारी रखी गई	1	कार्यरत/रूग्ण माताओं के बालकों के लिए शिशु गृह/ दिवसकालिक देखभाल केन्द्र	60.00
2.	बाल देखभाल स्कीमों के लिए राष्ट्रीय शिशु गृह निधि	0.03	0.00	समाप्त की गई (एक स्वतंत्र इकाई होगी)		—	—
3.	बालसेविका प्रशिक्षण कार्यक्रम	0.64	0.55	समाप्त की गई		—	—
4.	समेकित बाल विकास सेवा के कार्यकर्ताओं का प्रशिक्षण	329.29	142.63	कै0प्रा0स्कीम के रूप में जारी रखी गई (क्र0सं0 20)		—	—
5.	राष्ट्रीय जन सहयोग एवं बाल विकास संस्थान	15.29	11.26	जारी रखी गई	2	राष्ट्रीय जन सहयोग एवं बाल विकास संस्थान	40.00
6.	कम आयु के बालकों की शिक्षा	1.40	0.67	समाप्त की गई		—	—
7.	बालबाड़ी पोषाहार कार्यक्रम	6.50	1.51	समाप्त की गई		—	—
8.	राष्ट्रीय बाल आयोग	5.00	0.00	जारी रखी गई	3	राष्ट्रीय बाल आयोग (गठित किया जा रहा है)	7.00
	योग (क)	394.20	186.12				107.00
ख	महिला कल्याण और विकास						
9.	कार्यरत महिलाओं के लिए छात्रावास	51.25	34.57	जारी रखी गई	4	कार्यरत महिलाओं के लिए छात्रावास	85.00
10	महिलाओं के लिए प्रशिक्षण-सह -उत्पादन केन्द्र (नोराड) स्थापित करना	88.98	76.50	जारी रखी गई	5	महिलाओं के लिए प्रशिक्षण-सह -उत्पादन केन्द्र स्थापित करना (नोराड)	150.00
11	प्रशिक्षण सह रोजगार कार्यक्रम को समर्थन (स्टेप)	88.32	76.84	जारी रखी गई	6	प्रशिक्षण सह रोजगार कार्यक्रम को समर्थन (स्टेप)	150.00
12	राष्ट्रीय महिला आयोग	16.25	16.17	जारी रखी गई	7	राष्ट्रीय महिला आयोग	32.00
13	राष्ट्रीय महिला कोष	46.00	0.00	जारी रखी गई	8	राष्ट्रीय महिला कोष	148.00
14	कॉमन वेल्थ मीटिंग	1.50	1.10	समाप्त की गई		—	—
15	महिला विकास ब्यूरो को सुदृढ़ करना	0.00	0.00	समाप्त की गई		—	—
16	महिला अधिकार आयुक्त के कार्यालय का सृजन	0.03	0.00	समाप्त की गई		—	—
17	महिला समृद्धि योजना	63.15	42.85	विलय किया गया (क्र0सं0 45 में विलय)		—	—
18	महिला सशक्तिकरण परियोजना	1.27	0.77	समाप्त की गई		—	—

(रूपये करोड़ में)

क्र सं	नौवीं योजना (1997-2002)			शून्य आधारित बजट तकनीक लागू करना	क्र सं	दसवीं योजना (2002-07)	
	कार्य-योजना का नाम	परिव्यय	वास्तविक व्यय			कार्य-योजना का नाम (शून्य आधारित बजट का निष्कर्ष)	परिव्यय
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
19	केन्द्रीय समाज कल्याण बोर्ड के माध्यम से स्वयंसेवी संगठनों को सहायता अनुदान और इसके फील्ड संगठनों को सुदृढ़ करना	70.03	53.36	विलय किया गया और जारी रखी गई	9	केन्द्रीय समाज कल्याण बोर्ड के लिए सहायता अनुदान	280.00
20	महिलाओं के लिए शिक्षा का गहन पाठ्यक्रम और व्यावसायिक प्रशिक्षण	45.60	19.54	(अकेले सामूहिक कार्यक्रम के रूप में अर्थात् केन्द्रीय समाज कल्याण बोर्ड हेतु सहायता अनुदान)		1. सामान्य सहायता अनुदान : 90.00	
21	ग्रामीण और गरीब महिलाओं के लिए जागरूकता सृजन परियोजना	15.63	10.92			2. गहन पाठ्यक्रम : 14.00	
22	महिलाओं के प्रति अत्याचार निवारण हेतु शिक्षा कार्य	1.50	0.81	विलय किया गया (क्र०सं० 21 में विलय और केन्द्रीय समाज कल्याण बोर्ड को अंतरित)		3. जागरूकता परियोजना : 21.00	
23	अल्पकालिक निवास गृह	55.64	25.53	केन्द्रीय समाज कल्याण बोर्ड को अंतरित		4. अल्पकालिक आवास गृह : 75.00	
24	सामाजिक आर्थिक कार्यक्रम	26.42	4.92	समाप्त की गई		5. परिवार सलाह केन्द्र : 80.00	
25	दूरस्थ शिक्षा	3.60	2.81	जारी रखी गई	10	दूरस्थ शिक्षा	1.10
26	राष्ट्रीय महिला संसाधन केन्द्र	3.02	0.00	समाप्त की गई			
27	महिला सशक्तिकरण वर्ष 2001	0.00	12.51	समाप्त की गई			
28	कठिन परिस्थितियों वाली महिलाओं के लिए स्कीम (स्वधार)	0.00	0.08	जारी रखी गई	11	कठिन परिस्थितियों वाली महिलाओं के लिए स्कीम (स्वधार)	100.00
	योग (ख)	578.19	379.28				946.10
ग	अन्य योजनाएं के लिए सहायता अनुदान						
29	अनुसंधान, प्रकाशन और मानीटरिंग के लिए सहायता अनुदान	2.95	2.43	विलय किया गया एवं जारी रखी गई	12	अनुसंधान, प्रकाशन और मानीटरिंग के लिए सहायता अनुदान	32.61
30	महिला और बाल विकास के क्षेत्र में संगठनात्मक जागरूकता	1.00	0.86	(क्रम सं 36 के साथ विलय कर अनुसंधान, प्रकाशन और मानीटरिंग के लिए सहायता अनुदान के रूप में जारी रखी गई)			
31	मानीटरिंग एवं यूनिट मूल्यांकन कार्यक्रम	1.20	0.02				
32	स्वयंसेवी संगठनों हेतु संगठनात्मक सहायता	1.00	0.04	समाप्त की गई			
33	सूचना एवं जनसंचार माध्यम	9.75	8.70	जारी रखी गई	13	सूचना एवं जनसंचार माध्यम	35.00
34	एनईएमए	1.43	0.00	समाप्त की गई			
35	सूचना प्रौद्योगिकी	0.50	1.45	जारी रखी गई	14	सूचना प्रौद्योगिकी	2.50
	योग (ग)	17.83	13.50				70.11
	योग(क+ख+ग)	990.22	578.90				1123.21
घ	खाद्य और पोषाहार बोर्ड						
36	अनुसंधान एवं विकास	0.29	0.07	विलय किया गया (क्र०सं० 29 में विलय)			
37	राष्ट्रीय पोषाहार नीति का कार्यान्वयन	4.43	0.31	विलय किया गया और जारी रखी गई	15	राष्ट्रीय पोषाहार नीति एवं पोषाहार शिक्षा	10.00
38	दुग्ध का विटामिन ए से पौष्टिकरण	0.76	0.14	(राष्ट्रीय पोषाहार नीति और पोषाहार शिक्षा का नाम दिया गया)			
39	पूँजीगत व्यय	0.32	0.21				
40	पोषाहार शिक्षा	12.51	7.74				

क्र सं	नौवीं योजना (1997-2002)			शून्य आधारित बजट तकनीक लागू करना	क्र सं	दसवीं योजना (2002-07)	
	कार्य-योजना का नाम	परिचय	वास्तविक व्यय			कार्य-योजना का नाम (शून्य आधारित बजट का निष्कर्ष)	परिचय
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
41	पौष्टिक खाद्य का उत्पादन	0.16	0.16	समाप्त की गई		—	—
	योग (घ)	18.47	8.63				10.00
ड.	नई योजनाएं	—	—				
	योग(ड.)	—	—		16	सीआरईएमई	0.01
	योग- I (क से ड.)	1008.69	587.53		17	राष्ट्रीय महिला संसाधन केन्द्र	25.00
II	केन्द्र प्रायोजित योजनाएं						25.01
क	बाल कल्याण एवं विकास						1158.22
42	समेकित बाल विकास सेवा	4980.00	4556.86	जारी रखी गई	18	समेकित बाल विकास सेवा	10391.75
43	विश्व बैंक से सहायता प्राप्त समेकित बाल विकास सेवा परियोजनाएं	1163.79	883.62	जारी रखी गई (2004 के बाद क्र०सं० 42 में विलय किया जाना है)	19	विश्व बैंक से सहायता प्राप्त समेकित बाल विकास सेवा परियोजनाएं	1292.75
	योग (क)	6533.79	5617.12		20	समेकित बाल विकास सेवा कार्यकर्ताओं का प्रशिक्षण	462.26
44	बालिका समृद्धि योजना	390.00	176.64	राज्य को अंतरित की जानी है		बालिका समृद्धि योजना (एनडीसी का अनुमोदन प्राप्त होना है)	100.00
ख	महिला कल्याण एवं विकास						12246.76
45	एकीकृत महिला सशक्तिकरण कार्यक्रम (स्वयंसिद्ध)	165.00	8.95	जारी रखी गई	21	समेकित महिला सशक्तिकरण कार्यक्रम (स्वयंसिद्ध)	200.00
46	ग्रामीण महिला विकास और सशक्तिकरण परियोजना (स्वशक्ति परियोजना)	102.94	36.00	जारी रखी गई (2004-5 के बाद क्र०सं० 45 में विलय किया जाना है)	22	ग्रामीण महिला विकास और सशक्तिकरण परियोजना (स्वशक्ति परियोजना)	75.00
	योग (ख)	267.94	44.95				275.00
	योग (क + ख)	6801.73	5662.07				12521.76
ग	नई योजनाएं	—	—				
	योग - (ग)	—	—		23	राष्ट्रीय पोषाहार मिशन	100.00
	योग-II (क+ख+ग)	6801.73	5662.07		24	हिमाचल प्रदेश के लिए सीआईडीए सहायता कार्यक्रम	0.01
	सकल योग - (I+II)	7810.42	6249.60		25	समेकित बाल विकास सेवा iv	0.01
							100.02
							12621.78
							13780.00

नोट : विभाग के कुल आवंटित राशि का 10प्रतिशत पूर्वोत्तर राज्यों के लिए निर्धारित है।

अध्याय 2.12

कला और संस्कृति

2.12.1 भारत की संस्कृति की विशेषता एक विशिष्ट बहुत्ववादी जाति स्वभाव रहा है जो 5,000 से भी अधिक वर्षों में विकसित हुआ है। इसी के साथ, यह समाज को एक सृजनात्मक अभिव्यक्ति, मूल्य प्रणालियां तथा विश्वास पद्धतियां प्रदान करते हुए स्वांगीकरण की प्रक्रिया द्वारा लगातार विकसित होती रही है। आज के विश्व में, संस्कृति लोगों द्वारा आत्म-अभिव्यक्ति तथा समुदायों के लिए अंतःप्रेरणा के प्रकटीकरण तक ही सीमित नहीं है, अपितु रोजगार के अवसर प्रदान करने के लिए एक साधन भी है। लोगों की सृजनात्मक अंतः प्रेरणाओं की अभिव्यक्ति के रूप में इसकी भूमिका को सुदृढ़ बनाने के अतिरिक्त, बहुत बड़ी संख्या में लोग इस क्षेत्र के उत्पादन पर निर्भर होने के कारण, इस क्षेत्र को बढ़ावा देना जरूरी है।

2.12.2 संस्कृति के तीन मुख्य आयाम हैं- राष्ट्रीय पहचान, मास मीडिया तथा मूर्त और अमूर्त विरासत। राष्ट्रीय पहचान इस प्रकार के प्रश्नों के इर्द-गिर्द घूमती है- हम कौन हैं? भारतीयों के रूप में हमारी पहचान क्या है? हमारा साझा बोध या इतिहास, जीवन-शैलियां, मूल्य और विश्वास क्या है? ये केवल शैक्षिक अभिरुचि के प्रश्न ही नहीं अपितु ये गंभीर प्रश्न हैं, जिनका राष्ट्र और इसके लोगों पर प्रभाव पड़ता है। मास मीडिया में सिनेमा, रेडियो, टेलीविजन और प्रिंट मीडिया शामिल हैं। मूर्त और अमूर्त विरासत में अन्य बातों के साथ-साथ स्मारक, स्थल और पुरातत्व, मानवविज्ञान और मानव जाति विज्ञान, लोक और जनजातीय कला, नृत्य और नाटक तथा पेंटिंग, मूर्तिकला और ग्राफिकी के रूप में दृश्य कलाएं शामिल हैं।

2.12.3 संस्कृति विभाग, देश की सांस्कृतिक विरासत को परिरक्षित और परिर्वर्द्धित करने के लिए भारत सरकार की योजनागत स्कीमें चलाता है। इसका अधीनस्थ और सम्बद्ध कार्यालयों का एक नेटवर्क है और इसके अतिरिक्त स्वायत्त संस्थान/संगठन भी हैं जैसाकि भारतीय पुरातत्व सर्वेक्षण (ए.एस.आई) दिल्ली, भारतीय मानव विज्ञान सर्वेक्षण, दिल्ली, भारत का राष्ट्रीय अभिलेखागार (एन.ए.आई) दिल्ली, संग्रहालय, पुस्तकालय, अकादमियां आदि। संस्कृति विभाग की स्कीमों का केंद्र बिन्दु संस्कृति का आधारिक स्तर से विकास करना रहा है और यह संस्थानों के एक नेटवर्क के सहयोग से इस दिशा में कार्य करता चला आ रहा है।

स्वतंत्रता-प्राप्ति से लेकर प्रगति

2.12.4 विकास योजना में बल, सांस्कृतिक विरासत के परिरक्षण पर देना होगा, किन्तु एक निरंतरता के धागे से जो विविधताओं को पूर्ण संसंजकता में बांधता है।

2.12.5 शुरू की पंच वर्षीय योजनाओं में अर्थात् पहली योजना से लेकर सातवीं योजना तक मुख्य ध्यान पुरातत्व, मानव विज्ञान तथा मानव जाति शास्त्र, अभिलेखागारों, पुस्तकालयों, संग्रहालयों, अकादमियों पर केंद्रित किया गया था। केंद्रीय परिरक्षण प्रयोगशालाएं भी स्थापित की गई थीं। सभी विकास क्रिया कलापों, विशेषकर शिक्षा के क्षेत्र में सभी स्तरों पर, के साथ समेकित की जाने वाली सभी बुनियादी संकल्पनाओं में से एक संकल्पना के रूप में संस्कृति को स्वीकार करने के लिए छठी योजना में गंभीर प्रयास किए गए। सातवीं योजना के दौरान सांस्कृतिक विरासत के समसामयिक, सृजनात्मकता, परिरक्षण, प्रलेखन और संरक्षण और जाने-माने सांस्कृतिक संस्थानों पर और अधिक बल दिया गया। राष्ट्रीय महत्व के स्मारकों और स्थलों के परिरक्षण के लिए प्राथमिकता के आधार पर बड़ी संख्या में कार्यक्रम भी शुरू किए गए। क्षेत्रीय और स्थानीय संग्रहालयों, भारतीय मानव विज्ञान सर्वेक्षण, इंदिरा गांधी राष्ट्रीय कला केंद्र तथा विज्ञान संग्रहालयों को सुदृढ़ बनाने के प्रयास भी किए गए हैं। भारतीय पुरातत्व सर्वेक्षण द्वारा व्यवस्थित प्रलेखन के जरिए जनजातीय और लोक संस्कृति को बढ़ावा देने और पुस्तकालयों तथा इनसे जुड़े क्रियाकलापों के जरिए साक्षरता बढ़ाने पर भी बल दिया गया।

नौवीं योजना में प्रगति

2.12.6 लोगों में सांस्कृतिक जागरूकता पैदा करने और ग्रामीण तथा अर्ध शहरी क्षेत्रों में समाप्त हो रही लोक परंपराओं की पहचान करने, उनका पोषण तथा संवर्धन करने के लिए विभिन्न क्षेत्रों में सात जोनल सांस्कृतिक केंद्र स्थापित किए गए हैं। ये इस प्रकार हैं- पूर्वी जोनल सांस्कृतिक केंद्र, कोलकाता, उत्तर-पूर्वी जोनल सांस्कृतिक केंद्र, दीमापुर, पश्चिम जोन सांस्कृतिक केंद्र, उदयपुर, दक्षिण जोन सांस्कृतिक केंद्र तंजावूर, उत्तर केंद्रीय जोन सांस्कृतिक केंद्र, इलाहाबाद, मध्य जोन सांस्कृतिक केंद्र, नागपुर और उत्तरी जोन सांस्कृतिक केंद्र, पटियाला। ये अपने-अपने क्षेत्र में विभिन्न कार्यक्रम चलाने में सक्रिय रहे हैं।

2.12.7 नौवीं योजना अवधि के दौरान जोनल सांस्कृतिक केंद्रों को दो और क्रियाकलाप सौंपे गए- गणतंत्र दिवस लोकनृत्य त्योहार तथा समाप्त हो रही लोक कलाओं का प्रलेखीकरण। संस्कृति विभाग प्रत्येक वर्ष जोनल सांस्कृतिक केंद्रों के माध्यम से गणतंत्र दिवस की परेड में भाग लेता है। 2001 में गणतंत्र लोक नृत्य त्योहार का मुख्य प्रतिपाद्य विषय था 'पुनरुज्जीवित भारत'* इस अवसर पर 'उमंग' नामक एक विशेष कार्यक्रम आयोजित किया गया जिसमें सैंकड़ों विकलांग बच्चों ने भाग लिया।

2.12.8 भारतीय कला, संस्कृति और विरासत को परिरक्षित और परिवर्द्धित करने के लिए निधियां जुटाने के उद्देश्य से 1996में राष्ट्रीय सांस्कृतिक निधि (एन.सी.एफ.) स्थापित की गई। इस निधि में किए गए सभी अंशदान आयकर से छूट-प्राप्त हैं। नौवीं योजना के दौरान एन.सी.एफ. के सहयोग से निम्नलिखित परियोजनाएं कार्यान्वित की गईं:

- (i) पुणे में शनीवरवदा का नवीनीकरण
- (ii) शहर की समृद्ध विरासत को प्रदर्शित करने के लिए वाराणसी में सांस्कृतिक केंद्र 'ज्ञान प्रवाह' की स्थापना।
- (iii) दिल्ली में हुमायूं के मकबरे का नवीनीकरण और सौंदर्यकरण।

2.12.9 देश में विरासत स्थलों से संबंधित इंडियन ऑयल कार्पोरेशन की इंडियन ऑयल फाउंडेशन के सहयोग से पांच परियोजनाएं शुरू की गई हैं। ताज होटल समूह और अपीजे सुरेंद्र ग्रुप के साथ क्रमशः आगरा में ताज महल और नई दिल्ली में जंतर मंतर के अनुरक्षण के लिए समझौता ज्ञापनो पर हस्ताक्षर किए गए हैं। एन.सी.एफ. के माध्यम से की गई पहल कदमियों से विरासत स्थलों और स्मारकों के संरक्षण तथा परिरक्षण के लिए 30 करोड़ रुपए तक संसाधन जुटाने में मदद मिली है।

2.12.10 एन.सी.एफ. के जरिए जुटाई गई निधियां परियोजना-विशिष्ट हैं। परन्तु एन.सी.एफ. को अपने रोजमर्रा के प्रशासनिक खर्च पूरे करने के अलावा अपने क्रिया कलापों के लिए भी निधियों की आवश्यकता होती है। इस प्रयोजन के लिए सरकार 19.25 करोड़ रुपए का अंश देने के लिए वचनबद्ध है जिसमें से अभी तक 6.01 करोड़ रुपए जारी किए जा चुके हैं। इस राशि में वृद्धि करने की जरूरत है क्योंकि इस कार्पस पर उपचित ब्याज एन.सी.एफ. की जरूरतों को पूरा करने के लिए अपर्याप्त है।

2.12.11 नौवीं योजना अवधि के दौरान सांस्कृतिक संस्थाओं की विकास योजना के तहत रामाकृष्णा मिशन की शाखा रामाकृष्णा संस्कृति मिशन संस्थान, कोलकता को सहायता अनुदान दिया गया है।

2.12.12 कई केंद्रीय स्कीमे हैं जिनके माध्यम से संस्कृति विभाग उत्कृष्ट कलाकारों को अध्येतावृत्तियां, युवा कलाकारों को छात्र-वृत्तियां

और साहित्य तथा कला में विशिष्टता-प्राप्त जरूरतमंद लोगों को वित्तीय सहायता प्रदान करता है। वित्तीय सहायता विशिष्ट प्रदर्शनकारी कला परियोजनाओं के लिए व्यावसायिक समूहों और अलग-अलग व्यक्तियों तथा भवन निर्माण और साज-सामान खरीदने के लिए स्वैच्छिक सांस्कृतिक संस्थाओं को भी दी जाती है। जनजातीय/लोक कला और संस्कृति के प्रचार और प्रसार के लिए समूहों तथा व्यक्तियों को वित्तीय सहायता प्रदान करने की एक अलग स्कीम भी है। विभाग बौद्ध /तिब्बती-संस्कृति, परंपरा और सम्बद्ध क्षेत्रों में अनुसंधान के प्रचार और वैज्ञानिक विकास में कार्यरत संस्थाओं को अनुदान देता है। यह विभाग बच्चों के लिए सांस्कृतिक परिसरों सहित बहु-उद्देश्य सांस्कृतिक परिसर स्थापित करने के लिए स्वायत्त निकायों को भी निधियां प्रदान करता है।

2.12.13 इस विभाग के सम्बद्ध विभाग भारतीय पुरातत्व सर्वेक्षण (ए.एस.आई) के क्रियाकलापों में विस्तार किया गया है। इसके मौजूदा क्रिया कलापों में केंद्र द्वारा संरक्षित स्मारकों/स्थलों का अनुरक्षण, संरक्षण और परिरक्षण, पुरातत्वीय खोजें और खुदाइयां करना, स्मारकों, पुरावशोधों और खंडहरों का रासायनिक परिरक्षण, स्मारकों का पुरातत्वीय पुस्तकालय का रख-रखाव करना शामिल है। पिछले तीन वर्षों में विभिन्न स्मारकों में प्रवेश शुल्क बढ़ा दिया गया है। इसके परिणामस्वरूप शुल्क राजस्व 7 करोड़ रुपए प्रति वर्ष से बढ़ कर अनुमानतः 65 करोड़ रुपए हो गया है। स्मारकों को तीन भिन्न श्रेणियों में विभाजित किया गया है- श्रेणी क, ख, और ग. श्रेणी क में 26 स्मारक हैं जिनमें से 16 विश्व विरासत सूची में शामिल हैं और 11 स्मारक ऐसे हैं जिन्हें सूची में शामिल करने के लिए 'युनेस्को' से प्रस्तावित किया गया है। श्रेणी ख में केंद्र द्वारा संरक्षित 100 अन्य महत्वपूर्ण स्मारक शामिल हैं। शेष स्मारकों को श्रेणी ग में रखा गया है और इन्हें नया रूप देने के लिए ही नहीं अपितु पर्यटकों को बुनियादी सुविधाएं प्रदान करने के लिए भी ए.एस.आई. को भारी धन राशि की आवश्यकता होती है। श्रेणी क तथा ख के स्मारकों में प्रवेश के लिए टिकट लगाया गया है जबकि श्रेणी ग के स्मारकों के लिए कोई प्रवेश शुल्क नहीं है।

2.12.14 नौवीं योजना के दौरान, इस विभाग के अधीन इस कार्यालय राष्ट्रीय संग्रहालय ने 'भारत के उच्चतम न्यायालय और भारतीय विधिक प्रणाली के पचास वर्ष', 'कला में सिख विरासत', 'देशी चिली', 'जर्मनी में मध्य-युगीन कला', 'निजाम जेवरात', भूटान की धार्मिक और सांस्कृतिक परंपराएं आदि सहित कई प्रदर्शनियां आयोजित कीं। इसने हडप्पा की सभ्यता गैलरी जैसी अपनी स्थायी गैलरियों के आधुनिकीकरण का काम भी हाथ में लिया। इस संग्रहालय को बैंका डि क्रेडिट, नेपल्स, इटली में भारतीय जेवरों और हस्तकला में मूंगे (कोरल) के प्रयोग पर प्रदर्शनी आयोजित करने के लिए नोडल एजेंसी के रूप में भी नामित किया गया। इसके अतिरिक्त, संग्रहालय के दिल्ली परिसर में पैब्लो पिक्कासो की मूल कृतियों की एक प्रदर्शनी आयोजित की गई।

2.12.15 इलाहाबाद संग्रहालय और सलारजंग संग्रहालय, हैदराबाद, ने फोटोग्राफिक प्रदर्शनियों (हिमालय की 53 चोटियों, बौद्ध तीर्थ स्थलों की झलकियाँ) से लेकर व्याख्यानो (दि वर्ल्ड ऑफ श्रीजन पार्विस, उपेंद्र नाथ अशक के नाटक, अतीत और वर्तमान के बीच इतिहास एक संवाद के रूप में) तक और बच्चों, कालेज के छात्रों तथा व्यावसायिकों के लिए ग्रीष्म ऋतु कला शिविरों जैसे कई क्रियाकलाप हाथ में लिए। इन शिविरों में बच्चों को क्रियोन, जल रंगों, ऑयल पेस्टलों तथा ऑयलों जैसे विभिन्न माध्यमों से चित्र बनाने में प्रशिक्षित किया जाता है।

2.12.16 विभिन्न संग्रहालयों में अंतरराज्य प्रदर्शनियाँ भी आयोजित की गईं, जैसे कि सलारजंग संग्रहालय में पैनोरामा ऑफ बंगाल आर्ट और भारत कला भवन, वाराणसी में बंगाल पेंटिंग पर पैनोरामा। इसके अतिरिक्त भारतीय संग्रहालयों ने विभिन्न अंतरराष्ट्रीय प्रदर्शनियाँ आयोजित कीं जैसाकि योगी और बुद्ध, सिन्धु घाटी सभ्यता की झलकी, महात्मा बुद्ध का जीवन और जर्मनी से भारतीय कला के खजाने। नौवीं योजना के दौरान राष्ट्रीय विज्ञान संग्रहालय परिषद ने हरियाणा में कुरुक्षेत्र पैनोरामा और विज्ञान केंद्र और गोवा विज्ञान केंद्र स्थापित किया। इसके अतिरिक्त, क्षेत्रीय विज्ञान केंद्र, गुवाहाटी में एक नई गैलरी हॉल ऑफ केमिस्ट्री का उद्घाटन किया गया।

2.12.17 विकटोरिया मुख्य हाल, कोलकता के मुख्य भवन की मरम्मत और पांच गैलरियों को नया रूप देने और इनका नवीनीकरण कार्य ए.एस.आई. को सौंपा गया है। विकटोरिया मेमोरियल हाल में कई प्रदर्शनियाँ आयोजित की गईं, जिनमें '1857 के स्वतंत्रता संग्राम' तथा 'बंगाल की समसामयिक कला' पर दो बड़ी प्रदर्शनियाँ भी शामिल हैं। कोलकता का इतिहास दर्शाने वाला ध्वनि और प्रकाश कार्यक्रम 'सोन-एट-लुमीरे' नौवीं योजना के दौरान शुरू किया गया।

2.12.18 नौवीं योजना के दौरान, भारत के राष्ट्रीय लेखागार (एन.ए.आई) ने 1,64,948 अभिलेखों का मूल्यांकन किया। इसके अभिलेख प्रतिधारण अनुसूची के पुनरीक्षण कार्यक्रम में नवासी अनुसूचियों का पुनरीक्षण किया गया। केंद्रीय सरकार के विभिन्न संगठनों और सार्वजनिक क्षेत्रक उपक्रमों से कुल 504 विभागीय अभिलेख अधिकारी (डी.आर.ओ) नियुक्त किए गए और एन.ए.आई. ने 294 डी.आर.ओ. को प्रशिक्षित करने के लिए 22 अनुकूलन पाठ्यक्रम चलाए।

2.12.19 राष्ट्रीय संग्रहालय, कोलकता ने अपने संग्रह निर्माण कार्यक्रम, पाठक-सेवाओं तथा पुस्तकालय सामग्री को उन्नत करने और आधुनिक बनाने के लिए कई बड़े क्रियाकलाप आरंभ किए। नौवीं योजना में पूरे किए गए बड़े क्रियाकलाप थे- परिदाय (लैंडिंग) अनुभाग में परिचालन प्रणाली को स्वचालित बनाना, एक स्थानीय क्षेत्र नेटवर्क स्थापित करना, उन्नत पाठक सेवाएं और अपेक्षाकृत अधिक कुशल संग्रह प्रबंधन।

दुर्लभ पुस्तकों तथा अन्य सामग्रियों को परिरक्षित रखने वाले आधुनिक उपस्कर की खरीद के साथ पुस्तकालय में संरक्षण क्रिया कलापों को एक बड़ा प्रोत्साहन मिला। मुख्य भवन के बड़े नवीनीकरण कार्य आरंभ किए गए। इसके अतिरिक्त, केंद्रीय लोक निर्माण विभाग द्वारा इमारत 'भाषा भवन' के निर्माण में तेजी लाई गई। नये भवन से नेशनल लाइब्रेरी में 40,000 वर्ग मीटर स्थान और जुड़ जाएगा। अनुसंधान विद्वानों के लिए संदर्भ केंद्र होने के अतिरिक्त, नेशनल लाइब्रेरी ने पुस्तकालय व्यावसायिकों को, विशेषकर उत्तर-पूर्वी क्षेत्र में आवधिक प्रशिक्षण प्रदान किया और विभिन्न प्रासंगिक विषयों तथा मुद्दों पर पूरे देश में कार्यशालाएं, संगोष्ठियाँ तथा प्रदर्शनियाँ आयोजित कीं। सेंट्रल रेफ्रेंस लाइब्रेरी, कोलकाता, जो एक राष्ट्रीय ग्रंथ सूची और प्रलेखीकरण सुविधा के रूप में कार्य करती है, ने नौवीं योजना के दौरान विभिन्न कार्यों को कम्प्यूटरीकृत किया। इसके परिणामस्वरूप भारतीय राष्ट्रीय ग्रंथसूची का प्रकाशन अब अद्यतन है। ये अभिलेख अब ऑनलाइन देखने के लिए इलेक्ट्रॉनिक फार्मेट में उपलब्ध हैं।

2.12.20 दिल्ली पब्लिक लाइब्रेरी और सेंट्रल सेक्रेटेरियट लाइब्रेरी, दिल्ली को विभिन्न भाषाओं तथा माध्यमों में नई सामग्री प्राप्त करने के लिए एवं अपनी आधारिक संरचना का आधुनिकीकरण करने के लिए निधियाँ प्रदान की गईं। इन प्रयासों के लाभ उन्नत पाठक सेवाओं, नेटवर्किंग तथा संसाधन को आपस में बांटने के रूप में देखे जा सकते हैं। सेंट्रल सेक्रेटेरियट लाइब्रेरी में संसाधनों को बांटने की उभरती जरूरतों को पूरा करने, फार्मेट की सूची का मानकीकरण करने और सहकारी अधिप्राप्ति के लिए कई कम्प्यूटर प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित किए गए। कोन्नेमारा लाइब्रेरी, चेन्नई, तंजावुर महाराजा सेरोफोजी सरस्वती महल लाइब्रेरी, तंजावुर तथा स्टेट सेंट्रल लाइब्रेरी, मुम्बई को आधुनिकीकरण और कम्प्यूटरीकरण के लिए निधियाँ केंद्रीय अनुदानों से भी प्रदान की गईं। इनके अतिरिक्त, राजा राम मोहन राय लाइब्रेरी फाउंडेशन ने पुस्तकों का पर्याप्त स्टॉक और भण्डारण सुविधाएं विकसित करने के लिए, भवनों का निर्माण करने तथा संगोष्ठियाँ और कार्यशालाएं आयोजित करने के लिए कई तुलनीय और अतुलनीय स्कीमों के माध्यम से देश भर में पब्लिक लाइब्रेरियों को सहायता प्रदान की।

2.12.21 कोन्नेमारा पुस्तकालय, चैन्नई थंजावुर महाराज सेरोफोजी सरस्वती महल पुस्तकालय, थंजावुर और राज्य केन्द्रीय पुस्तकालय मुम्बई के आधुनिकीकरण और कम्प्यूटरकरण के लिए भी केन्द्रीय अनुदान से निधियाँ उपलब्ध कराई गई थीं। इसके अतिरिक्त, राजाराम मोहन राय पुस्तकालय फाउंडेशन ने पुस्तकों का पर्याप्त स्टॉक और भण्डारण सुविधाएं विकसित करने, भवनों के निर्माण और गोष्ठियाँ और कार्यशालाएं आयोजित करने के लिए पूरे देश में कई मैचिंग और गैर-मैचिंग स्कीमों के माध्यम से सहायता उपलब्ध कराई थी।

दसवीं योजना के लिए दृष्टिकोण तथा कार्य योजना

2.12.22 दसवीं योजना का ध्यान पुरातत्व विरासत के परिरक्षण और स्मारक परिसरों तथा संग्रहालयों के विकास के लिए एक व्यापक योजना के कार्यान्वयन पर केंद्रित करना होगा। इसके अतिरिक्त, पुरालेखीय विरासत को परिरक्षित करने और क्लासीकल, लोक और जनजातीय कला शिल्पों तथा समाप्ति के कगार पर पहुँच चुकी मौखिक परम्पराओं को प्रोत्साहित करने के प्रयास अवश्य किए जाने चाहिए।

2.12.23 संस्कृति विभाग, कला और संस्कृति को बढ़ावा देने के लिए बड़ी स्कीमे और कार्यक्रम निष्पादित करना जारी रखेगा। देश की सांस्कृतिक विरासत के संवर्धन, परिरक्षण और संरक्षण संबंधी इसका योजनागत कार्यक्रम, 34 सम्बद्ध/अधीनस्थ तथा स्वायत्त कार्यालयों/संगठनों और सांस्कृतिक संस्थानों और कई स्कीमों के माध्यम से कार्यान्वित किया जाएगा। इसके क्रियाकलाप तथा कार्यक्रम 11 मुख्य शीर्षों के अंतर्गत व्यवस्थित किए गए हैं। ये शीर्ष हैं- संवर्धन और प्रचार, पुरातत्व, संग्रहालय, अभिलेखागार, मानव विज्ञान, प्रदर्शनकारी कलाएं, पुस्तकालय, बौद्ध और तिब्बती संस्थान, आई.जी.एन.सी.ए, उत्तर-पूर्वी क्षेत्र के लिए क्रियाकलाप और अन्य व्यय।

2.12.24 अपने चालू कार्यक्रमों को जारी रखने के अलावा, सांस्कृतिक संस्थानों के प्रशासन में प्रबंधन प्रधान दृष्टिकोण आरंभ करने के लिए अंतर-संगठनात्मक नेटवर्कों को सुदृढ़ बनाने पर बल दिया जाएगा। केंद्रीय संग्रहालयों के बीच नेटवर्क सुदृढ़ बनाए जाएंगे ताकि ये संस्थान सेवा-कालीन प्रशिक्षण ग्रहण करते समय और प्रदर्शनियां आदि लगाते समय अपने अनुभवों और संसाधनों को एक दूसरे के साथ बांट सकें।

2.12.25 सांस्कृतिक संस्थानों, संरक्षण के वैज्ञानिक/प्रौद्योगिकीय सिद्धांतों, जलमग्न पुरातत्वों आदि के आर्थिक प्रबंधन जैसे क्षेत्रों पर ध्यान देने की आवश्यकता है। क्षेत्रीय और स्थानीय संग्रहालयों को सुदृढ़ बनाने के लिए वित्तीय सहायता स्कीम में भी संशोधन किया गया है, जिससे अपेक्षाकृत छोटे संग्रहालयों की मदद करने के लिए इसका विस्तार-क्षेत्र और व्यापक बना दिया गया है। संग्रहालयों को यह निर्देश दिए जाने चाहिए कि वे अपने योजनागत क्रियाकलापों के एक हिस्से के तौर पर कला कृतियों के अंकीकरण और प्रलेखन पर अधिक बल दें।

2.12.26 ए.एस.आई. के पास केंद्र द्वारा संरक्षित 3,606 स्मारक हैं जिनमें से 16 स्मारक विश्व विरासत सूची में शामिल हैं। इन स्मारकों के रख-रखाव के अतिरिक्त, संरचनात्मक संरक्षण, रासायनिक परिरक्षण और पर्यावरणीय विकास से संबंधित काम भी नियमित आधार पर किया जाता है। दसवीं योजना में प्रत्येक सर्किल में महत्वपूर्ण स्मारकों के लिए परिप्रेक्ष्यगत योजनाएं तैयार करने पर बल दिया जाएगा ताकि उनका एकीकृत विकास सुनिश्चित किया जा सके। दसवीं योजना में

ए.एस.आई. खुदाई संबंधी अपने क्रियाकलाप जारी रखेगा। परन्तु संसाधन संबंधी बाधाओं को ध्यान में रखते हुए, विश्वविद्यालयों के इतिहास तथा पुरातत्व विभागों को समय-बद्ध तरीके से विरासत स्थलों के सर्वेक्षण में शामिल करने की तुरंत आवश्यकता है।

2.12.27 औद्योगीकरण और शहरों की बढ़ती आबादी के दबाव की वजह से अतिक्रमण स्मारकों के लिए एक गंभीर समस्या बनते जा रहे हैं। इसलिए स्मारकों की सुरक्षित सीमाओं का सीमांकन करने और इनके चारों ओर ग्रील/लहरिया-जाली लगाने का प्रस्ताव किया गया है। इसके अतिरिक्त स्मारकों के चारों ओर खाली जमीन अधिग्रहण करने के प्रस्तावों पर भी कार्रवाई की जाए। सुंदर वातावरण प्रदान करने के लिए इन भू-खण्डों का भू-दृश्य चित्रण किया जाएगा।

2.12.28 भारत सरकार ने कम्बोडिया के सीम रीप में टा प्राहम समूह के मंदिरों के संरक्षण के लिए कम्बोडिया सरकार के साथ एक समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर किए हैं। विदेश मंत्रालय द्वारा आरंभ की गई इस परियोजना को दसवीं योजना के दौरान हाथ में लिया जाएगा।

2.12.29 ए.एस.आई. की इस समय चल रही मुख्य खुदाई परियोजनाएं हैं- (क) ढोलावीरा- कच्छ, गुजरात में एक हडप्पा नगर, (ख) ढालेवा-पंजाब में एक प्रोटो हडप्पा बस्ती, (ग) स्नावस्ती-उत्तर प्रदेश में एक प्राचीन ऐतिहासिक नगर, तथा (घ) कनगनाहाल्ली-सन्नाटी-कर्नाटक में एक बौद्ध स्तूप।

2.12.30 अभी हाल ही में, सौराष्ट्र, गुजरात में एक भारत-रोमन समुद्री व्यापार केंद्र 'हथाब' की खोज की गई है। उड़ीसा के उदयगिरी में एक समृद्ध बौद्ध मठ में खुदाई का काम चल रहा है। त्रिपुरा में बोक्सानगर और शिवसागर, असम में कारेंधर में खुदाई कार्य शुरू किया गया है। ये खुदाई कार्य दसवीं योजना के दौरान जारी रहेंगे।

2.12.31 पांडिचेरी में प्रसिद्ध भारत-रोमन स्थल अरिकामेडु में एक और बड़ा खुदाई कार्य आरंभ क 22रने का प्रस्ताव है। जलगत पुरातत्व जाँच के लिए ए.एस.आई. में एक नई भूगत पुरातत्व शाखा स्थापित की गई है।

2.12.32 पश्चिम बंगाल में लार्ड क्लाइव के मकान के समीप डमडम में की गई खुदाई से ईसा-पूर्व युग के पुरालेखों का पता चला है। इसी प्रकार, बेलीगार्ड, लखनऊ में की गई खुदाई से 1857-पूर्व के भवनो का पता चला है जो ब्रिटिश रेजीडेंसी से मिलते जुलते हैं। इन खुदाई कार्यों को जारी रखा जाएगा।

2.12.33 संग्रहालय क्रियाकलापों के क्षेत्र में, ए.एस.आई. गैलरियों के आधुनिकीकरण, पुरालेखों के डिजीटल प्रलेखीकरण, ग्रंथ सूचियों के प्रकाशन, संग्रहालय गाइडों, चित्र पोस्टकार्ड और अन्य सूचनापरक

सामग्री की प्रक्रिया आरंभ करेगा। इसी के साथ-साथ, नौवीं योजना अवधि के अंतिम वर्षों में आठ नये संग्रहालयों पर शुरू किया काम पूरा किया जाएगा। इन संग्रहालयों में पश्चिम बंगाल में कृष्ण बिहार पैलेस और तमलुक म्यूजियम, उत्तर प्रदेश में थानेश्वर का शेखचिल्ली का म्यूजियम तथा कर्नाटक के हैम्पी में तीन नये संग्रहालय शामिल हैं।

2.12.34 शैक्षिक क्षेत्र में, 'इंडियन आर्केलोजी- ए रिव्यू' जैसे नियमित प्रकाशन प्रकाशित करने के अलावा, खुदाई पर बकाया रिपोर्ट भी प्रकाशित की जाएंगी। एनशांटे इंडिया के प्रकाशन को भी फिर से शुरू करने का प्रस्ताव है। प्रचार और सूचना क्षेत्र में पोस्टरों और प्रचार साहित्य के अलावा 16 गाइड-पुस्तकें विश्व विरासत श्रृंखला के तहत प्रकाशित की जाएंगी।

2.12.35 परिवर्द्धित क्रियाकलापों को पूरा करने के लिए, आधारभूत सुविधाओं (प्रशासनिक तथा तकनीकी दोनों) को सुदृढ़ बनाया जाएगा। ए.एस.आई. के सर्किल कार्यालयों के कम्प्यूटरीकरण तथा आधुनिकीकरण की ओर भी ध्यान दिया जाएगा।

2.12.36 दसवीं योजना में मुख्य बल परिरक्षण सुविधाओं के आधुनिकीकरण पर होगा ताकि अभिलेखों के मरम्मत तथा सुधार कार्य की गति तेज की जा सके। एन.ए.आई. में रखे अभिलेखों तक पहुँच आसान बनाने के लिए माइक्रो फिल्म बनाने का काम तेज करने के लिए सुविधाएं बढ़ाई जाएंगी। एन.ए.आई. तथा इसके क्षेत्रीय कार्यालयों, अभिलेखों, केंद्रों, राज्य अभिलेखागार विभागों तथा सभी सरकारी संगठनों के विभागीय अभिलेख कक्षों को कम्प्यूटरों द्वारा जोड़ने का भी प्रस्ताव है। इसके अतिरिक्त, डाक्यूमेंटरी विरासत के परिरक्षण के लिए सहायता एन.ए.आई. द्वारा चलाई जा रही वित्तीय स्कीमों के जरिए जारी रहेगी। संरक्षण अनुसंधान प्रयोगशाला, लखनऊ को विकसित करने और इसे विभिन्न आधुनिक पेपर परीक्षण उपकरणों से लैस करने का भी प्रस्ताव है।

2.12.37 दसवीं योजना के दौरान, राष्ट्रीय संग्रहालय का राष्ट्रीय सूचना केंद्र (एन.आई.सी) की सहायता से कम्प्यूटरीकरण कार्य शुरू करने का प्रस्ताव है। इसमें स्थानीय क्षेत्र नेटवर्क (लान) और व्यापक क्षेत्र नेटवर्क (वान) स्थापित करना, इसके संग्रह का अंकीकरण (डिजिटलाइजेशन), पांडुलिपियों की माइक्रो फिल्म बनाना और दृश्य दौरो के लिए उपस्कर का प्रयोग करना, आदि शामिल है।

2.12.38 दसवीं योजना के दौरान विकटोरिया मेमोरियल हाल में आठ नई गैलरिया स्थापित की जाएंगी। बहुत बड़ी मात्रा में संरक्षण तथा बहाली-कार्य अभी किया जाना है। प्रलेखीकरण और कला विषयों की एक कम्प्यूटरीकृत सूची तैयार करने का काम दसवीं योजना अवधि में पूरा किया जाना है। मुगल पांडुलिपियों पर प्रदर्शनियां और टीपू

सुल्तान पर एक प्रदर्शनी ए.एस.आई. के साथ संयुक्त रूप से, दोनो विकटोरिया मेमोरियल हाल और स्त्रींगापटनम में आयोजित की जाएंगी। सलार जंग म्यूजियम में सतरह नई गैलरियां जोड़ी जाएंगी और नैशनल गैलरी ऑफ माडर्न आर्ट, नई दिल्ली के दूसरे और तीसरे विंग का निर्माण शुरू किया जाएगा।

2.12.39 संसाधनों की परेशानी को देखते हुए, समय और लागत बढ़ जाने की समस्या पर गंभीरता पूर्वक ध्यान देना होगा। सी.पी.डब्ल्यू. डी. द्वारा निर्माण कार्य की गति पर नजदीकी नजर रखने की आवश्यकता है।

2.12.40 पुस्तकालय क्षेत्र में, विभाग का दसवीं योजना के दौरान केंद्रीय और सार्वजनिक पुस्तकालयों के आधुनिकीकरण कार्य को और गति प्रदान करने का प्रस्ताव है। संसाधनों में भागीदारी, नेटवर्क की स्थापना और पाठक सेवाओं को बढ़ावा देने के लिए इलेक्ट्रॉनिके फार्मेट में राष्ट्रीय ग्रंथ सूची संबंधी डाटाबेस तैयार किया जाएगा। मौजूदा अभिलेखों का इलेक्ट्रॉनिक फार्मेटों का पूर्व-परिवर्तन कार्य नैशनल लाइब्रेरी, सेंट्रल सेक्रेटैरिएट लाइब्रेरी और दिल्ली पब्लिक लाइब्रेरी में शुरू किया जाएगा। राजा राम मोहन राय लाइब्रेरी फाउंडेशन के माध्यम से इसी प्रकार के प्रयास पब्लिक लाइब्रेरियों के लिए भी किए जाएंगे। नैशनल लाइब्रेरी में संरक्षण प्रयोगशाला एवं रामपुर राजा लाइब्रेरी, कोलकता और खुदा बख्श ओरिएंटल पब्लिक लाइब्रेरी, पटना जैसे ओरिएंटल लाइब्रेरियों का उन्नयन करने का प्रस्ताव है। नैशनल लाइब्रेरी की भाषा भवन इमारत पूरी करने के लिए काफी निधियां देने का प्रस्ताव है। खुदा बख्श ओरिएंटल पब्लिक लाइब्रेरी तथा स्टेट सेंट्रल लाइब्रेरी, तंजावर महाराजा सेरोफजी सरस्वती महल लाइब्रेरी और कोनेमारा पब्लिक लाइब्रेरी में स्थान बढ़ाने के लिए नये भवनों का निर्माण तथा व्यापक नवीनीकरण कार्यों का प्रस्ताव है। इसके अतिरिक्त, विभाग का नैशनल लाइब्रेरी में पाठकों के लिए एक छात्रावास का निर्माण करने का भी प्रस्ताव है।

2.12.41 दुर्लभ पांडुलिपियों, ऐतिहासिक प्रलेखों/पेंटिंगों का समयबद्ध तरीके से परिरक्षण/अंकीकरण करने की आवश्यकता है ताकि समय के साथ उन्हें बर्बाद होने से बचाया जा सके। दसवीं योजना में निजी संग्रहों सहित मौजूदा पुस्तकालयों के आधुनिकीकरण और उन्नयन की ओर अपेक्षाकृत अधिक ध्यान दिया जाएगा।

2.12.42 पाठक सेवाओं को और व्यापक तथा प्रभावी बनाने के लिए ग्रंथसूची नियंत्रण और कम्प्यूटरीकरण कार्यक्रम को व्यापक बनाने का प्रस्ताव है। आशा की जाती है कि नैशनल लाइब्रेरी दसवीं योजना के दौरान विभिन्न विषयों के लिए अंतिम रेफरेल केंद्र के रूप में कार्य करेगी। सार्वजनिक पुस्तकालयों में सूचना प्रौद्योगिकी में नवीनतम विकास के साथ कदम मिला कर चलने के लिए केंद्रीय तथा राज्य पुस्तकालयों के उन्नयन तथा नेटवर्किंग की योजना भी बनाई गई है।

2.12.43 नौवीं योजना के दौरान चल रही स्कीमों की प्रभावोत्पादकता का पता लगाने के लिए संस्कृति विभाग ने एक शून्य-आधारित बजट बनाने की एक क्रवायद की। इस क्रवायद के परिणामस्वरूप निम्नलिखित स्कीमों को बंद करने की सिफारिश की गई :

1. बहु-उद्देश्य सांस्कृतिक परिसर, गुवाहाटी.
2. इंडिया लाइब्रेरी।
3. छोटे पुस्तकालयों का सुदृढीकरण।
4. राजीव गांधी मेमोरियल, श्रीपेरुम्बुदुर।
5. राष्ट्रीय स्मारकों का अनुरक्षण।
6. शताब्दियां मनाना।
7. स्वतंत्रता की स्वर्ण जयंती मनाना।

2.12.44 साहित्यिक पुस्तकों तथा पत्रिकाओं का संवर्द्धन नामक एक स्कीम साहित्य अकादमी को अंतरित कर दी गई और पुस्तकालय नेटवर्क विकास संबंधी पहले से चल रही पुस्तकालय तथा सूचना प्रणाली संबंधी राष्ट्रीय नीति नामक स्कीम के साथ मिला दी गई। इस प्रकार नौ योजनागत स्कीमों को 2002-03 में निकाल दिया जाएगा।

2.12.45 प्रत्येक जेड.सी.सी. की कार्पस निधि में दसवीं योजना के दौरान उपयुक्त वृद्धि करने का प्रस्ताव है क्योंकि ये केंद्र, विशेषकर ब्याज दरें कम किए जाने के कारण घटती हुई उपचित राशियों के कारण अपने परिवर्द्धित प्रशासनिक और कार्यक्रम खर्चों को पूरा करना मुश्किल महसूस कर रहे हैं।

2.12.46 दसवीं योजना के दौरान, भारतीय मानव विज्ञान सर्वेक्षण प्राचीन अस्थि अवशेषों, किशोरों के शारीरिक विकास का ठीक प्रकार से मूल्यांकन/निर्धारण करने के लिए डी.एन.ए. का अध्ययन करेगा और पर्यटन, जनजातियों में शयन कक्ष प्रणाली आदि का अध्ययन करेगा। यह शारीरिक मानव विज्ञान में आधारीक संरचना, प्रशिक्षण और अनुकूलन, प्रकाशन कार्यक्रम और अनुसंधान से संबंधित कार्य भी शुरू करेगा।

भावी मार्ग

2.12.47 पुरालेखीय विरासत के अतिरिक्त देश की पुरातत्वीय विरासत के परिरक्षण और स्मारक परिसरों तथा संग्रहालयों के विकास के लिए प्रयास किए जाने हैं। कलासीकल, लोक तथा जनजातीय कला शिल्पों तथा मौखिक परंपराओं, जो समाप्त होने की कगार पर हैं, को प्रोत्साहित करने के लिए भी प्रयास किए जाएंगे।

2.12.48 बकाया पुरातत्व खुदाइयों कि रिपोर्टें शीघ्र प्रकाशित की जाएंगी।

2.12.49 सांस्कृतिक संस्थानों के प्रशासन में प्रबंधन प्रधान दृष्टिकोण शुरू करने के लिए अंतर-संगठनात्मक नेटवर्क सुदृढ बनाने पर अवश्य बल दिया जाना चाहिए। केंद्रीय संग्रहालयों के बीच नेटवर्क व्यवस्था को सुदृढ बनाया जाएगा ताकि ये संस्थान सेवा-कालीन प्रशिक्षण शुरू करने और प्रदर्शनियां आदि आयोजित करने में अपने अनुभव और संसाधन एक दूसरे के साथ बांट सकें।

2.12.50 प्रत्येक सर्किल में महत्वपूर्ण स्मारकों के लिए भावी योजनाएं तैयार करना ताकि उनका एकीकृत विकास सुनिश्चित हो सके।

2.12.51 ए.एस.आई. गैलरियों, पुरालेखों के अंकीय प्रलेखीकरण, ग्रंथ सूचियों के प्रकाशन, संग्रहालय गाइडों, चित्र पोस्टकार्डों तथा अन्य सूचनात्मक सामग्री की आधुनिकीकरण प्रक्रिया को सुदृढ बनाएगा।

2.12.52 नैशनल म्यूजियम का, एन.ई.सी. की सहायता से कम्प्यूटरीकरण कार्य शुरू करने का प्रस्ताव है जिसमें 'लान' और 'वान' स्थापित करना, अपने संग्रहों का अंकीयकरण, पांडुलिपियों की माइक्रो फिल्में बनाना था दृश्य दौरो के लिए उपस्कर आदि शामिल हैं।

2.12.53 कला और संस्कृति विभाग का दसवीं योजना के परिव्यय (2002-07) का स्कीमवार ब्यौरा परिशिष्ट में दिया गया है।