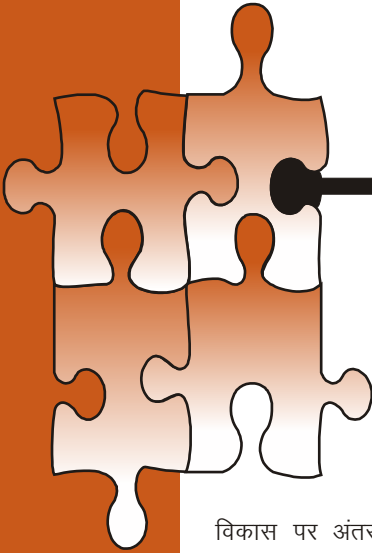


जनसंख्या से जुड़ी चिंताएं पीएफआई और सीएचएसजे द्वारा तैयार



“नई सहस्राब्दि में लोगों का कल्याण राष्ट्रों को जांचने का पैमाना बन गया है, जिसके अंतर्गत लोगों के स्वास्थ्य, पोषण और शिक्षा के स्तर; नागरिकों को मिलने वाली नागरिक और राजनैतिक स्वतंत्रता; बच्चों को मिलने वाली सुरक्षा तथा अरक्षितों और वंचितों के लिए किए गए प्रावधान शामिल हैं। यदि भारत के लोगों को स्वस्थ और आर्थिक रूप से उत्पादक जीवन जीने के साधन मुहैया करा दिए जाएं, तो यहां की विशाल आबादी इस देश की सबसे बड़ी संपदा बन कर उभर सकती है” – राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000

मिस्र के काहिरा में 1994 में हुआ जनसंख्या और विकास पर अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन (आईसीपीडी) जनसंख्या और विकास नीतियों के लिहाज से एक लंबी छलांग था क्योंकि माना जाता है कि इसने सोचने के तरीके में ही बुनियादी बदलाव पैदा किया। पहले जहां जनसंख्या नियंत्रण और जनांकिकी पर जोर दिया जाता था, उसकी जगह सतत विकास और प्रजनन स्वास्थ्य (आरएच) व प्रजनन अधिकार (आरआर) की जरूरत की स्वीकार्यता ने ले ली, जो सोच में बदलाव का एक महत्वपूर्ण कारक था। अब यह साफ हो गया था कि जनसंख्या का अर्थ सिर्फ आंकड़े और संख्याएं नहीं, बल्कि लोग हैं और यह उनके जीवन स्तर की बेहतरी से ताल्लुक रखती है। इस बात पर भी सहमति बनी कि कोई भी ऐसा प्रविधिगत लक्ष्य न हो जिसे ऊपर से थोपा गया हो, कोई बल न हो, न ही जोर-जबरदस्ती अथवा पुरस्कार और दंड आदि क्योंकि ये सभी उत्पीड़नकारी और वास्तव में प्रतिउत्पादक तरीके हैं। यह मानवाधिकारों पर हमला है जो इंसानी विकास को बाधित करेगा। आईसीपीडी की कार्य योजना (पीओए) में विकास के केंद्र में व्यक्ति को रखा गया जिसमें सारा जोर “मानव विकास, मानवाधिकार, लैंगिक समानता और समता” के स्तंभों के निर्माण पर था। पीओए ने जनसंख्या से जुड़ी चिंताओं के विकास रणनीतियों और नियोजन के साथ समग्र एकीकरण पर जोर दिया, जिसमें जनसंख्या से जुड़ी चिंताओं के साथ गरीबी उन्मूलन, खाद्य सुरक्षा, पर्याप्त आश्रय, रोजगार तथा सभी के लिए बुनियादी सेवाओं जैसे स्वास्थ्य और शिक्षा के अंतरसंबंध को संज्ञान में लिया जाना था।

आईसीपीडी के बाद जनसंख्या नीतियों की अवधारणा और क्रियान्वयन में दो बुनियादी बदलाव देखने में आए हैं। पहला, यह सुनिश्चित करना कि जनसंख्या नीतियां और कार्यक्रम अनैच्छिक प्रजनन के मूल कारणों को संबोधित करें, जैसे शिक्षा, स्वास्थ्य, रोजगार और अन्य उत्पादक संसाधनों तक पहुंच के मामले में जारी लैंगिक असमानता आदि। दूसरा मसला मौजूदा परिवार कल्याण योजनाओं को गर्भनिरोधक की आपूर्ति से आगे ले जाकर प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक विस्तारित करने का है जिसमें व्यक्तियों के

अधिकारों और सेवाओं की गुणवत्ता पर जोर हो। अतीत में अधिकतर जनसंख्या कार्यक्रम कुल प्रजनन दर (टीएफआर) और गर्भनिरोधक प्रचलन दर (सीपीआर) जैसे आंकड़ों पर आश्रित रहते थे क्योंकि ये आंकड़े कार्यक्रमों की सफलता के संकेतक की भूमिका निभाते थे। आईसीपीडी के बाद इनकी जगह सेवा की गुणवत्ता, सूचित चयन, लैंगिक कारक, महिला सशक्तीकरण तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के सभी आयामों तक पहुंच के मसलों ने ले ली।

जाहिर है, सोच, अवधारणा और समझ के स्तर पर आए इस बदलाव ने नीतियों और रणनीतियों में भी तार्किक बदलाव को अंजाम दिया। कई देशों ने जनसंख्या से जुड़ी अपनी चिंताओं को अपनी विकास रणनीतियों के साथ एकीकृत करने के लिए कदम उठाए हैं। भारत ने सन 2000 में राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (एनपीपी) की घोषणा की, जिसकी मूल भावना आईसीपीडी-पीओए पर आधारित है और जो आबादी के स्थिरीकरण के साधन के रूप में जीवन स्तर की गुणवत्ता को सुधारने पर जोर देती है।

भारत के परिवार नियोजन कार्यक्रम और जनसंख्या संबंधी नीतियों का विकास

भारत में जनसंख्या को स्थिर करने के प्रयासों का इतिहास 1951-52 में पंचवर्षीय योजनाओं की शुरुआत तक जाता है। भारत सरकार ने राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम के रूप में दुनिया का सबसे पहला और सबसे बड़ा जनसंख्या कार्यक्रम शुरू किया। इसमें उस सीमा तक परिवार नियोजन पर जोर दिया गया जो राष्ट्रीय अर्थव्यवस्था की जरूरतों के मुताबिक आबादी को स्थिर करने के लिए जन्म दर को घटाने हेतु जरूरी था। पचास के दशक में यह मोटे तौर पर शहरों के क्लिनिक तक केंद्रित कार्यक्रम रहा, और साठ के दशक में धीरे-धीरे यह ग्रामीण केंद्रित बना जिसके केंद्र में सामुदायिक रणनीति थी। 1966 में परिवार नियोजन कार्यक्रम से जुड़ी कई महत्वपूर्ण घटनाएं हुईं। इसके तहत स्वास्थ्य मंत्रालय के नियंत्रण में परिवार नियोजन का

उपलब्धियाँ व चुनौतियाँ - आई.सी.पी.डी.+15

भारत में नागर समाज द्वारा समीक्षा



एक विभाग खोल दिया गया। कार्यक्रम को केंद्र प्रायोजित बना दिया गया; बंध्याकरण को स्वीकार करने वालों के लिए वित्तीय प्रोत्साहन को लागू किया गया तथा बंध्याकरण को लक्षित कर दिया गया। सरकार ने 1976 में राष्ट्रीय जनसंख्या नीति वक्तव्य जारी किया। 1975 और 1976 के दौरान इस कार्यक्रम को बलपूर्वक लागू किए जाने के कारण यह लोगों के बीच खासा अलोकप्रिय हो गया। इससे हुए नुकसान की भरपाई करने के लिए सरकार ने परिवार नियोजन का नाम बदल कर परिवार कल्याण कर दिया जिसकी केंद्रीय रणनीति स्वेच्छा से गर्भनिरोधक को स्वीकार किया जाना था जिसमें कोई बल प्रयोग न हो। इसके बाद एक बार फिर जून 1977 में नीति वक्तव्य जारी किया गया। 1976 और 1977 दोनों वर्ष जारी किए गए वक्तव्यों को संसद में पेश किया गया, लेकिन किसी पर कभी भी कोई बहस नहीं हुई, न ही स्वीकार किया गया।

1983 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति को अपनाते वक्त संसद ने एक स्वतंत्र राष्ट्रीय जनसंख्या नीति की जरूरत पर जोर दिया था। एनडीसी द्वारा 1991 में गठित करुणाकरण कमेटी ने समस्या के मूल कारण को नजरअंदाज करते हुए दो से ज्यादा बच्चों के मामले में दंड स्वरूप सांसदों विधायकों और अन्य चुने गए जन प्रतिनिधियों को अयोग्य करार देने की बात कही। इसके बाद राज्य सभा में एक संविधान संशोधन विधेयक पेश किया गया जो आज भी विचाराधीन है। कुछ राज्य सरकारों ने हालांकि पंचायती राज और शहरी निकायों के लिए ऐसे प्रावधान किए हैं। जाहिर है कि आबादी स्थिरीकरण के ऐसे उपाय गरीबों, हाशिये के लोगों और महिलाओं को राजनैतिक सशक्तिकरण व विकास की प्रक्रिया में अलग छोड़ देते हैं और प्रतिउत्पादक होते हैं।

1993 में भारत सरकार ने जनसंख्या नीति का मसौदा तैयार करने के लिए एक विशेषज्ञ समूह के अध्यक्ष के रूप में डॉ. एम.एस. स्वामीनाथन को नियुक्त किया। इस समूह ने 1994 में जनसंख्या नीति का एक मसौदा तैयार किया, जिसमें नीति में क्रांतिकारी बदलाव की बात कही गई थी जिससे वह “जनपक्षीय, स्त्री समर्थक और प्रकृति समर्थक हो”। इसमें नीचे से ऊपर विकास की दिशा और आवश्यकता आधारित रणनीति की वकालत की गई थी। इस मसौदे को 1994 में प्रधानमंत्री के समक्ष पेश किया गया और बाद में इसे संसद में रखा गया, लेकिन यह पारित नहीं हो सका। एक बार फिर 1997 में संयुक्त मोर्चा सरकार द्वारा इसे संसद में रखने का प्रयास किया गया ताकि जनसंख्या नीति पारित हो सके, हालांकि एक बार फिर यह नहीं हो सका।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (एनपीपी), 2000

एनपीपी वास्तव में एक ऐतिहासिक दस्तावेज है और यह सही दिशा में उठाया गया महत्वपूर्ण कदम है जो जनसंख्या के मुद्दे को ज्यादा संतुलित और तार्किक नजरिये से देखता है। यह अतीत की जनांकिकीय संचालित लक्षित नीतियों के बजाय एक ऐसी नीति की बात करता है जिसमें प्रजनन स्वास्थ्य की चिंताओं को विशेष रूप से संबोधित किया गया है। एनपीपी दरअसल आईसीपीडी के एजेंडे के प्रति भारत के अनुसमर्थन और उसके सूत्रीकरण का पर्याय है जो देश में जनसंख्या और विकास संबंधी कार्यक्रमों का एक खाका मुहैया कराता है।

एनपीपी अपने दस्तावेज में “जनसंख्या नियंत्रण” के प्रयोग से बचता है और उसकी जगह “जनसंख्या स्थिरीकरण” की बात करता है, बावजूद इसके कि भारत में “जनसंख्या विस्फोट” को लेकर लोगों में गहरी और व्यापक स्वीकार्यता

कायम है। यह भारत में “जनांकिकीय गतिकी” की मौजूदा समझ के अनुकूल एक साहसिक कदम है, जो स्पष्ट संकेत देता है कि समय की मांग बल प्रयोग और नियंत्रण नहीं है, बल्कि परिवार नियोजन और प्रजनन स्वास्थ्य के लिए सूचना और सेवाएं हैं।

एनपीपी जनसंख्या पर संभवतः पहला ऐसा दस्तावेज है जो स्पष्ट शब्दों में कहता है कि आबादी को स्थिर करने का सवाल सिर्फ प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को उपलब्ध कराने, पहुंच में लाने और किफायती बनाने तक सीमित नहीं, बल्कि प्राथमिक और माध्यमिक शिक्षा की कवरेज को विस्तारित करने, स्वच्छता, स्वच्छ पेयजल, आवास और महिला सशक्तीकरण समेत शिक्षा और रोजगार तक संवर्द्धित पहुंच को सुनिश्चित करने जैसे बुनियादी कामों तक भी जाता है। यह साफ तौर पर जनसंख्या स्थिरीकरण तथा समाजार्थिक विकास और उनके घोषित लक्ष्यों व रणनीतियों— सामाजिक और जनांकिकीय दोनों— के बीच दुतरफा संपर्क और करीबी अंतरसंबंध को स्वीकार करता है, जिन्हें एक साथ सहक्रियाशील रूप से अंजाम दिया जाना होगा।

एनपीपी का तात्कालिक उद्देश्य गर्भनिरोधक, स्वास्थ्य सेवा ढांचे, स्वास्थ्यकर्मियों की जरूरत को संबोधित करना है तथा प्राथमिक प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए एकीकृत सेवाएं प्रदान करना है। इसका मध्यमकालिक उद्देश्य 2010 तक टीएफआर के स्तर को अंतरक्षेत्रीय परिचालन रणनीतियों के माध्यम से 2.1 तक ले आना है। इसका दीर्घकालिक उद्देश्य 2045 तक आबादी को एक ऐसे स्तर पर स्थिर करना है जो सतत आर्थिक वृद्धि, सामाजिक विकास और पर्यावरण संरक्षण की जरूरतों के अनुकूल हो।

इन उद्देश्यों को हासिल करने के लिए प्रत्येक मामले में 2010 तक निम्न सामाजिक—जनांकिकीय लक्ष्यों की प्राप्ति का सूत्रीकरण किया गया है:

1. प्राथमिक प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य सुविधाओं की सेवा, आपूर्ति और ढांचे की जरूरतों को संबोधित करना।
2. चौदह साल की उम्र तक स्कूली शिक्षा को मुफ्त और अनिवार्य करना, लड़कों और लड़कियों दोनों के लिए प्राथमिक व माध्यमिक स्कूलों के स्तर पर ड्रॉप आउट की दर को 20 फीसदी से नीचे लाना।
3. शिशु मृत्यु दर को प्रति हजार जन्म पर 30 फीसदी से नीचे लाना।
4. मातृ मृत्यु दर को प्रति लाख जन्म पर 100 से नीचे लाना।
5. टीकाकरण से बचाए जा सकने वाली बीमारियों के मामले में बच्चों का सार्विक टीकाकरण।
6. किशोरियों का विवाह देर से करने को प्रोत्साहन, जो कि 18 वर्ष से पहले न हो और आदर्श स्थिति में 20 वर्ष के बाद हो।
7. संस्थागत प्रसव की मात्रा 80 फीसदी और सभी प्रसव प्रशिक्षित व्यक्तियों द्वारा कराने की प्राप्ति।
8. सूचना/परामर्श तक सार्विक पहुंच की प्राप्ति, प्रजनन नियमन और गर्भनिरोधक सेवाएं व्यापक विकल्पों के साथ।
9. जन्म, मृत्यु, विवाह और गर्भधारण का सौ फीसदी पंजीकरण प्राप्त करना।
10. एड्स के फैलाव की रोकथाम तथा प्रजनन नली के संक्रमण (आरटीआई) व यौन संचारित संक्रमण (एसटीआई) के प्रबंधन और राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (नाको) के बीच ज्यादा एकीकरण।
11. संचारी रोगों का बचाव और नियंत्रण।
12. प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधानों में भारतीय औषध पद्धति

(आईएसएम) का एकीकरण और घरों तक इसका प्रसार।

13. टीएफआर के घोषित स्तर को प्राप्त करने के लिए छोटे परिवार के मानक को प्रसारित करना।
14. संबद्ध सामाजिक क्षेत्र कार्यक्रमों के क्रियान्वयन को समेकित करना ताकि परिवार कल्याण जन केंद्रित कार्यक्रम बन सके।

.हालांकि, व्यवहार और वास्तविकता में 2010 तक 2.1 का टीएफआर स्तर प्राप्त करने पर ज्यादा जोर दिया जा रहा है जबकि इसे अन्य सामाजिक-जनांकिकीय लक्ष्यों से नहीं जोड़ा गया है (जैसे आईएमआर और एमएमआर में कटौती, जन्म, मृत्यु इत्यादि का सौ फीसदी पंजीकरण इत्यादि, विवाह की अधिक उम्र आदि) और यही गंभीर चिंता का विषय बन जाता है। क्या हम बाकी सभी लक्ष्यों को नजरअंदाज कर के सिर्फ प्रजनन कटौती पर केंद्रित होना गंवारा कर सकते हैं? अपनी रणनीति और भविष्य में हमारी कार्य योजना को तय करने के लिए इन सवालों के जवाब बहुत महत्वपूर्ण हैं।

यह नीति स्वास्थ्य सेवाओं की आपूर्ति पर ज्यादा ध्यान देने और इसे अन्य सेवाओं व बुनियादी सुविधाओं के साथ समेकित करने तथा इनके लिए वित्तीय सहयोग बढ़ाने की जरूरत पर जोर देती है। इससे भी महत्वपूर्ण यह कि नीति स्थानीय स्वप्रशासन निकायों के हाथों में सत्ता को विकेंद्रीकृत करने, सेवाएं देने और प्रबंधन करने तथा जवाबदेही स्वीकार करने को भी मान्यता देती है। स्थानीय स्वप्रशासन की संवैधानिक रणनीति के रूप में विकेंद्रीकृत नियोजन के नीतिगत प्रसार और उसके प्रभावी क्रियान्वयन की स्वीकार्यता जमीनी स्तर पर प्रत्यक्ष पक्षपोषण की संभावना प्रदान करती है। जमीनी स्तर पर नीति के निर्माण, विकास और क्रियान्वयन के लिए पंचायती राज संस्थाओं को केंद्रीय मंच या उपकरण मानने की स्वीकार्यता लोगों के लिए ये संभावनाएं व अवसर पैदा करती है कि वे अपने हकों की मांग कर सकें और अपने परिवार के आकार को लेकर सूचित चयन कर सकें। इस नीति की घोषित रणनीति के तौर पर अंतरक्षेत्रीय एकीकरण की अवधारणा को कामयाबी से तभी क्रियान्वित किया जा सकता है जब संबद्ध मंत्रालयों और विभागों को जरूरी सेवाओं, जैसे प्राथमिक और माध्यमिक शिक्षा, आवास, स्वच्छता, पेयजल इत्यादि की आपूर्ति के लिए स्पष्ट दिशानिर्देश और प्रणाली जारी किए जाएं और जिनका अन्यान्य संबंध जमीनी स्तर पर प्रजनन स्वास्थ्य के साथ कायम हो।

राज्य की जनसंख्या नीतियां और दो बच्चों का मानक (2सीएन)

कई राज्य सरकारों (राजस्थान, उड़ीसा, महाराष्ट्र, आंध्र, बिहार (सिर्फ नगरपालिका स्तर पर)) ने अपनी राज्य केंद्रित जनसंख्या नीतियां पहले ही विकसित कर ली हैं (और कुछ ने इस दिशा में काम शुरू कर दिया है)। एनपीपी की मूल भावना के बिल्कुल विपरीत अधिकतर राज्यों की नीतियों में नव-माल्थुसवादी “जनसंख्या नियंत्रण” की मानसिकता प्रतिबिंबित होती है जहां आबादी को एक भारी संकट के रूप में देखा जाता है और जो नीतियां तमाम किस्म के प्रोत्साहन और दंडात्मक उपायों, संक्षिप्त कार्यक्रमों व रणनीतियों के रास्ते जनांकिकीय लक्ष्यों को हासिल करने को उद्धत हैं। इस बात के पर्याप्त साक्ष्य और दस्तावेज हैं जो दिखाते हैं कि इन नीतियों में जिन दंडात्मक उपायों का प्रावधान किया गया है, वे उत्पीड़नकारी हैं। यह भी पाया गया है कि इनकी सीधी मार गरीबों पर ही पड़ती है, खासकर दलितों, आदिवासियों और पिछड़े तबकों पर। सामाजिक रूप से पिछड़े इन समूहों के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संबंधी

जरूरतें जब तक पूरी नहीं कर दी जातीं, किसी भी किस्म के दंडात्मक उपाय का प्रस्ताव साफ तौर पर विवेकहीन और इनके मानवाधिकारों का उल्लंघन होगा। इसी तरह कल्याणकारी उपायों के तहत “दो बच्चों का मानक (2सीएन)” को शर्तकारी बनाया जाना उन्हीं तबकों को असमान रूप से वंचित करता है जिनके लिए ये योजनाएं बनी हैं। ये दंडात्मक उपाय स्त्री विरोधी भी हैं क्योंकि हमारे समाज में महिलाओं को अपने बच्चों की संख्या तय करने की आजादी नहीं है। कुछ राज्यों की नीतियों में दो से ज्यादा बच्चों वाले लोगों को पंचायती राज संस्थाओं के चुनाव लड़ने या सरकारी नौकरी करने पर रोक है, जो कि महिलाओं व अन्य हाशियाकृत समूहों के सशक्तिकरण के लिए बनी नीतियों का पूरी तरह मखौल है। इसके अलावा, दो बच्चों का मानक लोगों को कन्या भ्रूण हत्या के लिए प्रोत्साहित करता है, जिससे पहले से ही देश के कुछ हिस्सों में बदतर लैंगिक अनुपात की स्थिति और खराब हो जा रही है। महिला चंतना मंच द्वारा आंध्र प्रदेश, हरियाणा, मध्य प्रदेश, उड़ीसा और राजस्थान में किए गए अध्ययन पंचायती राज और दो बच्चों का मानक : नतीजे और प्रभाव में पाया गया कि इसका क्रियान्वयन महिलाओं और समाज के वंचित तबकों के साथ असमानता बरतता है और इसका दुरुपयोग राजनीतिक रंजिश निकालने तथा वंचित समूहों को सत्ता के पदों पर न आने देने के लिए किया जाता है। प्रजनन विकल्पों या लोगों को छोटे परिवार रखने पर भले ही कानून का असर न पड़ा हो, लेकिन यह गरीबों और वंचितों को सत्ता से दूर रखने का औजार बन गया है। जिन राज्यों में ये कानून लागू किए गए हैं, तमाम ऐसे मामले दर्ज हुए हैं जिनमें महिलाओं का परित्याग किया गया या कन्या भ्रूण का गर्भपात कराने के लिए उन्हें बाध्य किया गया। बच्चों को त्याग देने या अनाथालयों में दे दिए जाने के भी मामले सामने आए हैं।

नागरिक समाज की प्रतिक्रिया

दो बच्चों के मानक का इसके गठन के समय से ही विरोध होता रहा है। तमाम राज्यों में इसे लेकर प्रदर्शन हुए हैं, भूख हड़तालों की गईं और 2सीएन के विरोध में हस्ताक्षर अभियान चलाए गए। हिमाचल प्रदेश, हरियाणा और मध्य प्रदेश की सरकारों को नागरिक समाज संगठनों और कार्यकर्ताओं के प्रयासों व भीषण विरोध के चलते 2सीएन को वापस लेना पड़ा। ह्यूमन राइट्स लॉ नेटवर्क, हेल्थ वॉच फोरम, यूपी, बिहार तथा जन स्वास्थ्य अभियान (जेएसए) द्वारा 2002 में राष्ट्रीय स्तर की एक जनसुनवाई का आयोजन किया गया जिसमें उन लोगों की गवाहियां ली गईं जिन्हें चुनाव लड़ने के अयोग्य घोषित कर दिया गया था या फिर टुबेक्टोमी शिविरों और मातृत्व सेवाओं के मामले में जिन्हें प्रताड़ित किया गया और मानवाधिकारों का उल्लंघन किया गया। बिहार में 2सीएन को पंचायतों के स्तर पर लागू होने से रोकने का श्रेय भीषण विरोध को जाता है।

विभिन्न उच्च न्यायालयों और सुप्रीम कोर्ट में कई याचिकाएं दायर की गईं हैं। कई राज्य सरकारों ने अयोग्यता मानक के रूप में दो बच्चे का मानक लागू करने के लिए कानून बनाए हैं। ऐसा तब हुआ जब सुप्रीम कोर्ट ने जावेद बनाम हरियाणा राज्य के एक मामले में गलत संज्ञान ले लिया था। सर्वोच्च न्यायालय ने इस आधार पर यह फैसला लिया था कि दो बच्चों का मानक एनपीपी में शामिल है, लेकिन सच्चाई से बहुत देर तक दूर नहीं रहा जा सकता है। सर्वोच्च न्यायालय ने 1960 के दशक के एक अप्रासंगिक क्लब ऑफ रोम घोषणापत्र पर विश्वास कर लिया था और कहा कि “आबादी में जबरदस्त बढ़ोतरी... हाइड्रोजन बम से ज्यादा खतरनाक है।” इस विषय पर दो अज्ञात लेखकों को न्यायालय उद्धृत करता है जिन्होंने कहा था कि “1979 के बाद जनसंख्या की दर बिल्कुल नहीं बढ़ी है।”

वास्तव में, भारत में जनसंख्या वृद्धि की दर 1991 के 23.81 फीसदी से घट कर 2001 में 21.34 फीसदी हो गई थी जो कि आजादी के बाद न्यूनतम जनसंख्या वृद्धि दर थी।

2002 की शुरुआत में भारत सरकार के परिवार कल्याण विभाग ने राज्य सरकारों से अनुरोध किया कि वे अपनी जनसंख्या नीतियों में उत्पीड़नकारी तरीकों को शामिल न करें और उसने राष्ट्रीय स्तर की एक रिसोर्स कमेटी बनाई जिसका काम राज्यों की जनसंख्या नीतियों में समान तत्वों को लाना था जो एनपीपी के सामान्य सिद्धांतों और अवधारणात्मक ढांचे के दायरे में होता। उम्मीद की जा रही थी कि एनआरसी राज्यों की नई जनसंख्या नीतियों के सूत्रीकरण में परामर्श व गठजोड़ की प्रक्रिया के माध्यम से एक सार्थक और उत्प्रेरक की भूमिका निभाएगी और राज्यों की मौजूदा नीतियों की समीक्षा करेगी, जिनमें एनपीपी के अनुकूल बनाने के लिए बल प्रयोग के तरीके और दंडात्मक उपाय शामिल किए गए थे। हालांकि, इस मोर्चे पर बहुत प्रगति नहीं हो सकी है और कई राज्यों में अब भी दो बच्चों का मानक है जबकि कुछ अन्य राज्य इसी भेड़चाल में शामिल होना चाहते हैं।

एनपीपी 2000 को प्रभावी रूप से लागू करने की राह में प्रमुख चुनौतियां

अधिकार और समता आधारित रणनीत को अपनाना उतना ही चुनौतीपूर्ण है जितना प्रजनन दर को 2.1 के स्तर तक ले आना। इस लिहाज से एनपीपी का क्रियान्वयन दोहरे कार्यभार की मांग करता है— 'इच्छित लक्ष्यों को पूरा करना' और उनके लिए 'इच्छित प्रक्रिया को अपनाना'। कुछ प्रमुख चुनौतियां निम्न हैं:

- एनपीपी की कार्य योजना के क्रियान्वयन के लिए लोगों की पारंपरिक मानसिकता और व्यवस्था में उनके काम करने के तरीके को बदलना होगा।
- जनसंख्या और विकास के मानव केंद्रित तरीके के बारे में विभिन्न पक्षकारों के बीच आम सहमति के निर्माण के लिए विचार-विमर्श।
- क्रियान्वयन, राज्यों में क्रियान्वयन के बीच फर्क आदि पर निगरानी और सुधारात्मक उपायों पर परामर्श के लिए एक प्रणाली विकसित करना।
- प्राथमिक स्वास्थ्य तंत्र को मजबूत करना और एफपी/आरएच सेवाओं को समग्र स्वास्थ्य सेवा पैकेज का हिस्सा बनाना।
- एफपी के आगे अन्य स्वास्थ्य मसलों पर समुदाय की जरूरत के आकलन की प्रणाली को सशक्त बनाना।

- स्वास्थ्य सेवाओं की निगरानी में सामुदायिक भागीदारी को सुनिश्चित करना (सेवाओं का सामाजिक लेखा परीक्षण)।
- सेवा की गुणवत्ता (क्यूओसी) को सुनिश्चित करने के लिए व्यावहारिक संकेतकों का विकास।
- एनआरएचएम ने आल्मा आटा घोषणापत्र और समग्र प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा को प्रधानता देते हुए निम्न के लिए मंच प्रदान किया है:
 - अंतरक्षेत्रीय समन्वय का प्रसार।
 - नियोजन और क्रियान्वयन का विकेंद्रीकरण।
 - प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा का सशक्तीकरण।
 - निगरानी सेवाओं में समुदायों को शामिल करना तथा गांवों के स्तर पर समेकन।

इन सभी के भीतर एनपीपी के सामाजिक-जनांकिकीय लक्ष्यों की प्राप्ति में योगदान देने की संभावना निहित है। इसके बावजूद अब भी राजनीतिकों, अफसरों, जनांकक्षण विशेषज्ञों, न्यायालयों और अन्य अभिजात्य तबकों के बीच "जनसंख्या नियंत्रण" के कट्टर पैरोकार मौजूद हैं, जो मात्रात्मक लक्ष्यों पर आधारित एक तानाशाही नीतिगत तंत्र में ज्यादा राहत महसूस करते हैं। वे अक्सर "लक्ष्यमुक्त रणनीति" को एक ऐसी नीति के रूप में देखते और बताते हैं जिसमें जवाबदेही का पूर्ण अभाव है और जिसमें जमीनी स्तर पर तेज और स्पष्ट नतीजे नहीं मिलते।

एनआरएचएम एक ओर जहां इस देश के सामाजिक-जनांकिकीय लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए व्यवस्थागत सुधारों और समेकन प्रणाली को विकसित करने का अवसर मुहैया कराता है, वहीं हमें यह भी ध्यान में रखने की जरूरत है कि एनपीपी का सार दरअसल लोगों का सशक्तीकरण है और इसे एक राष्ट्रीय आंदोलन के रूप में बरते जाने की जरूरत है।

सेंटर फॉर हेल्थ एंड सोशल जस्टिस

डी-63, साकेत, नई दिल्ली - 110017

फोन नं. : 91-11-40517478, 26511425

ई-मेल : icpd15sect@gmail.com वेबसाइट : www.icpd15india.org