

亚 洲

孟加拉国

国名

孟加拉人民共和国 (The People's Republic of Bangladesh)。

面积

14.4 万平方公里。

人口

1.257 亿 (1999 年) 孟加拉族占 98% ,另有 20 多个少数民族, 孟加拉语为国语, 英语为官方语言。伊斯兰教为国教。信奉伊斯兰教的人口占 86.6% ,信奉印度教的占 12.1% ,信奉佛教的占 0.6% ,信奉基督教的占 0.3% 。

首都

达卡 (Dhaka) ,人口 850 万 (1996 年) 。

简况

位于南亚次大陆东北部的恒河和布拉马普特拉河冲击而成的三角洲上。东、西、北三面与印度毗邻, 东南与缅甸接壤, 南濒孟加拉湾。海岸线 550 公里。全境 85% 的地区为平原, 东南部和东北部为丘陵地带。大部分地区属亚热带季风型气候, 湿热多雨。年平均气温为 26.5℃ 。

孟加拉族是南亚次大陆古老民族之一。孟加拉地区曾数次建立过独立国家。16 世纪, 孟加拉已发展成次大陆上人口最稠密、经济最发达、文化昌盛的地区。18 世纪中叶, 孟加拉成为英国对印度进行殖民统治的中心。19 世纪后半叶, 孟加拉成为英属印度的一个省。1947 年印、巴分治, 孟加拉被分为东、西两部分, 西部归印度, 东部归巴基斯坦。1971 年 3 月东巴宣布独立, 1972 年 1 月正式成立孟加拉人民共和国。

人口与家庭计划

一、人口现状

1. 人口增长

孟加拉国人口增长很快。独立前，1950年就达4057万人，1960年达5100万，年均增长23%。1965~1987年均增长28%。1987年总人口为1.06亿。90年代人口增长率有所下降，1990~1995年的人口自然增长率为25%左右，1999年为18%。1998年总人口为1.26亿。预计2000年和2015年人口分别为1.48亿和1.66亿。

2. 城乡人口分布

孟加拉国农村人口占大多数，1987年农村人口约占87%。

3. 人口年龄结构

1999年孟加拉国人口中，15岁以下人口占43%，65岁以上的老年人口占3%。

4. 生育水平及变动趋势

1965年其总和生育率为6.8；1987年下降为5.5；1990年其总和生育率为4.9；1995年为4.3。1999年孟加拉国总和生育率下降到3.3。

5. 人口出生率

1965年为47‰，1987年为41‰，1990年为39‰，1995年为36‰，1999年下降到27‰。

另外人口平均密度从1974年的每平方公里797人增加到了1999年的973人。30年来人口猛增，人口密度不断增大，农村人口纷纷涌入城市。

6. 死亡率

1999年的人口死亡率为8‰，婴儿死亡率为82‰。

7. 出生预期寿命

根据1999年公布的数据，孟加拉国人口的出生预期寿命为男性59岁、女性58岁。

二、人口与计划生育政策

1. 妇幼保健及计划生育的组织机构有：

全国人口委员会，由国家总理领导，是最高政策咨询机关。卫生和家庭福利部，负责制定和执行政策及所有行政指导。各级计划生育理事会，负责在全国设施以妇幼保健为基础的计划生育规划。理事会的国家总部设有行政、信息、教育及促进、妇幼保健服务、决算、财政、计划、后勤、供应及管理信息系统等部门。理事会在全国分别设有 5 个区域办公室，64 个地区办公室和 646 个分区办公室。各级都有妇幼保健及计划生育协调委员会监督所有的活动。全国从总部到基层各级共有 5 万多名专职人员。1979 年建立了孟加拉国人口研究和培训院。

2. 计划生育工作的产生和发展

孟加拉国的计划生育起步很早，但在 70 年代以前，成效不够显著。

(1) 1953~1965 年

志愿行为和政府的部分努力相结合。1960 年，政府在卫生服务中开展以诊所为基础的计划生育活动。

(2) 1965~1971 年

政府制定以基层为基础的计划生育规划。落实分区一级的组织机构。

(3) 1972~1974 年

卫生与计划生育相结合。计划生育服务在基层组织上与卫生相结合。

(4) 1975~1980 年

制定以妇幼保健为基础的多方面规划。制定国家人口政策，设定人口目标，调整计划生育机构，建立国家人口委员会作为最高政策咨询机构，开展多方面计划生育活动，雇用基层专职人员。国家将解决人口高速增长的问题作为国家的头等大事。1976 年孟加拉国宣布的人口政策中，放宽旧的禁止堕胎的旧法律，允许为妊

娠期 12 周以前的孕妇中止妊娠。法定婚龄提高到女子 18~20 岁，男子 26~28 岁。

(5) 1980~1985 年

卫生、妇幼保健和计划生育机能的结合。

(6) 1985~1990 年

制定深入的计划生育规划。迅速发展基础设施，在农村地区建立更多的服务中心，服务点设登记员，登记住户的计划生育和人口事件；在边远地区设立卫星诊所作为延伸。提供妇幼保健及计划生育服务，增加社区领袖和非政府组织的参与。

(7) 1990~1995 年

通过进一步提供服务和社区参与，降低人口的高速增长。主要包括：扩展高质量的妇幼保健及计划生育服务；增加规划实施的资源分配；动员社会的参与与支持；增加非政府组织和私人部门的介入，以增强和补充政府的努力；通过教育和参加社会、经济及政治生活提高妇女的地位。

3. 计划生育管理的内容

(1) 制定五年计划，增加政府经费

孟加拉国的计划生育是以五年计划的形式进行总体规划和开展工作的。1971 年独立前是通过巴基斯坦的五年计划实现的，1971 年独立后开始制定新的国民经济五年计划，其中包括人口和节育的内容。

(2) 采取有针对性的宣传教育。

这方面孟加拉国主要采取两种方式：一是由教育和科技部在各级学校开设人口教育课。但孟加拉国学龄儿童入学率很低，所以这一措施有局限性。二是利用广播电视等大众传媒进行宣传。以新闻广播部为例，这个部在不同的宣传部门有 6 个机构，即孟加拉国电台的计划生育室、人口活动电影及出版司、群众宣传司领导下的人口活动宣传车队、孟加拉国电视台的计划生育室、人口专题写作办公室和新闻广播部的人口计划专员办公室。由于孟加

拉国的文盲率较高，如何让众多的文盲人口接受教育仍然是一个困难的问题。

(3) 开拓市场销售

孟加拉国虽然是一个穷国，它的避孕药具市场销售工作却开展得比较好。从 1975~1983 年，市场销售占全国非诊所避孕药具社会用量的比重，从 8% 上升到 50%。

4. 面临的问题

妇女问题是孟加拉国计划生育工作的一大障碍。根据政府的方针，孟加拉国计划生育工作以妇幼保健为基础。但传统的性别隔离制度和幽居制度使妇女在行动、教育、就业、医疗等方面都受到了严重束缚。由于妇女政治地位低下，许多妇女对自身都没有控制的权力。

第二个问题是文盲率太高。孟加拉国的文盲率接近 80%，这使得许多现代的避孕、节育措施无法得到推广。

第三是农村医疗条件差。而孟加拉国的人口主要是农村人口，这使孟加拉国实现计划生育目标的难度更加大了。另外，由于伊斯兰教是孟加拉国国教，所以，同穆斯林领袖搞好合作对计划生育的工作成败关系重大。

5. 孟加拉国计划生育战略方向（1995~2005）

1994 年国际人口与发展大会后，孟加拉国制定了“孟加拉国计划生育战略方向：1995~2005”。该项战略确定了 1995~2005 年孟加拉国计划生育目标：使没有满足避孕需求的人更容易获得计划生育服务；改善计划生育服务质量，让需要获得服务的人毫无遗漏、持续、有效地采用避孕方法；提倡男性参与计划生育；鼓励长期使用避孕方法；使用于计划生育的资金有保证；促进生育率达到更替水平，加快人口稳定化进程。

6. 国家生殖健康战略

“国家生殖健康战略”于 1997 年实施，它的工作重点在 4 个服务领域：保障母亲生育安全；计划生育服务；月经的调节及流

产后并发症的治疗；除为不育症夫妇、青少年和婴儿提供服务外，还要对生殖道感染、性病加以预防和治疗。

政治

1991 年 2 月，卡·齐亚夫人出任总理。同年 8 月，议会通过宪法修正案，改总统制为议会制。自 1994 年底反对党议员辞职以来，议会一直处于只有执政党议员的不正常状态。人民联盟、民族党和伊斯兰大会党频频发动全国性罢工、罢市、封锁交通等抗议活动，向政府施压，要求卡·齐亚政府辞职，解散议会，由中立非党看守政府主持新大选。1996 年，在反对党强大压力下，议会通过了关于成立非党看守政府的第 13 次宪法修正案 此后卡·齐亚政府辞职，解散议会。6 月 12 日，孟加拉举行了第七届议会选举 人民联盟于在野 21 年后再次执政。7 月 23 日，沙哈布丁·艾哈迈德当选总统。

经济

孟加拉国是农业国，为最不发达国家之一。现政府住宅实行市场经济，继续私有化政策，改善投资环境，大力吸引外国投资，积极创建出口加工区，优先发展农业。1995/1996 年度 孟加拉国粮食产量达 190 亿公斤，进出口总额为 99.94 亿美元，比上年增长 11.9%。

国内生产总值（1996/1997 年度）：329.7 亿美元。

人均国民生产总值（1996/1997 年度）：276 美元。

国内生产总值增长率（1995/1996 年度）：5.7%。

货币名称：塔卡。

汇率（1996/1997 年度）：1 美元 = 45.45 塔卡（中间价）。

通货膨胀率（1996/1997 年度）：3.7%。

资源

已公布的天然气储量为 3113.9 亿立方米，煤储量 7.5 亿吨。森林面积约 200 万公顷，覆盖率约 13.4%。

人民生活

人民生活困苦，近一半人口生活在贫困线以下。达卡中产阶级生活指数以 1973/1974 年度为 100，1994/1995 年度增至 786.3。1995/1996 年度有注册医生 2.4 万人。

文化教育

学制为小学 5 年、中学 7 年、大学 4 年。现政府重视教育 规定 8 年级以下女生享受免费和义务教育。 1994/1995 财政年度识字率为 43.3% ；教育经费为 5.02 亿美元，占国内生产总值的 1.8% 著名高等学府有达卡大学。

与中国的外交关系

1975 年 10 月中国和孟加拉国建交，此后两国关系发展迅速。

印 度

国名

印度共和国 (The Republic of India)。

面积

297.47 万平方公里。

人口

9.87 亿 (1999 年)。有 10 个大民族和许多小民族，印度斯坦族占 46.3% 泰鲁固族 8.6% 孟加拉族 7.7% 马拉地族 7.6%，泰米尔族 7.4% 古吉拉地族 4.6% 坎拿达族 3.9% 马拉雅拉姆族 3.9% 奥里雅族 3.8% 旁遮普族 2.3%。英语和印地语同为官方语言。

首都

新德里 (New Delhi)，连同德里人口共 838 万 (1991 年普查)。

简况

位于南亚次大陆。与巴基斯坦、中国、尼泊尔、锡金、不丹、缅甸和孟加拉国为邻，濒临孟加拉湾和阿拉伯海。海岸线长 5560 公里。属热带季风气候，气温因海拔高度不同而异，喜马拉雅山区年均气温 12~14℃ 东部地区 26~29℃。

世界四大文明古国之一。公元前 325 年形成统一的奴隶制国家。1526 年建立莫卧儿帝国，成为当时世界强国之一。1600 年英国侵入，建立东印度公司。1757 年开始沦为英殖民地。1849 年全境被英占领。1947 年 6 月英将印度分为印度和巴基斯坦两个自治领。同年 8 月 15 日印巴分治，印度独立。1950 年 1 月 26 日印度共和国成为英联邦成员国。

人口与家庭计划

一、人口发展的特点

1. 人口增长状况

进入 20 世纪后，印度人口增长较快，1901 年为 2.38 亿，1996 年年中为 9.53 亿，增加了 3 倍多，年均递增 1.47%。50 年代后增长速度更快，年均递增 2.1% 以上，预计 2000 年将达 10.22 亿。人口出生率和死亡率较高，1901~1911 年平均为 49.2‰ 和 42.6‰。1951~1961 年平均为 41.7‰ 和 22.8‰，1995 年为 27.4‰ 和 9.2‰。总和生育率较高，1958 年为 5.9，1967 年为 6.7，1976 年为 4.8，1987 年为 4.3，1995 年为 3.4，预计 2000 年为 3.2。人口激增对印度经济产生了消极影响，致使经济发展速度缓慢。

2. 人口的社会构成

印度地处南亚次大陆，是多种族、多民族、多种姓、多部族、多宗教、多语言的世界第二人口大国。人口的社会构成较为复杂。据 1992~1993 年全国抽样调查，信仰印度教的人占 82%，穆斯林占 11%，信基督教的占 3%，其他宗教信仰者占 4%。按种姓划分，贱民阶级占 13%，贱民部族占 9%。城市人口占总人口的比重，1901 年为 10.85%，1951 年为 17.3%，1995 年为 27%。

3. 普遍生育

印度还是一个普遍生育，早生、多生和多生男孩愿望极强的国家。据 1961 年和 1971 年人口普查，45~54 岁的女性中仅有 0.5% 的人从未结婚。

4. 人口数据

据美国人口咨询局《1999 年世界人口数据表》所报，1999 年年中人口数为 9.87 亿；出生率为 28‰，死亡率为 9‰，年自然增长率为 19‰，人口倍增时间为 37 年；人口预测数 2010 年为 11.67 亿，2025 年为 14.14 亿；婴儿死亡率为 72‰，总和生育率为 3.4；男女出生预期寿命分别为 60 和 61 岁；城市人口占 28%；印度人口中 15 岁以下人口占 36%，65 岁以上人口占 4%。由于老年人

口的不断增加 印度政府于 1998 年决定把退休年龄提高到 60 岁。《国家养老金方案》规定，没有收入来源或得不到家庭成员照顾的 65 岁以上老年人享有一定的养老金。

二、人口控制工作的主要特点

1. 机构设置及其职能

印度由国家计划委员会（总理兼任主任）负责制定人口规划，并在宏观上协调计划生育方面的事务。

卫生与家庭福利部负责执行计划生育方案。卫生与家庭福利部内设两个总局：卫生总局和家庭福利总局，家庭福利总局负责领导全国的计划生育工作。印度从中央政府到各邦、县，未建立专门的计划生育机构，而是由各级的卫生及家庭福利部门负责管理。在基层从事计划生育的主要力量为卫生和妇幼保健人员。

2. 节育工作开展得早

首先，民间节育活动开展得早。1925 年，孟买市就出现了第一个节育诊所。30 年代，某些邦政府就已经允许在本邦开展节育活动。40 年代，成立了家庭生育计划协会。大种植园主对拥有第 5 个孩子的雇员夫妻不再免费提供住房和医疗费用。军人拥有第 5 个孩子后军营也不再提供住房等服务。其次，官方提倡节育开展得早。1951 年印度官方开始推行节育活动，成为世界上第一个官方提倡节育的国家。再次，节育计划很早就纳入国民经济计划之中，在 1951~1956 年的第一个五年计划中就列入了有关节育方面的内容，这也是世界上最早把节育工作纳入国民经济计划的国家。

3. 政府对节育工作的宏观管理

主要采取五年计划的管理方式。从第一个五年计划起，每个五年计划中都提出节育方面的基本目标和几项主要指标。在第七个五年计划（1985 年 4 月~1990 年 3 月）中提出“一对夫妇两个孩子”的家庭模式。

4. 重视法律手段

印度有早婚早育、多育的习俗，所以有必要采取法律手段。

1929年政府通过《儿童结婚限制法》，1949年把女性初婚年龄提高到15岁。1967年，马哈拉特拉邦通过一项法律，允许绝育。1971年通过全印度的《终止怀孕法》。1976年通过《家庭生育计划法》对节育工作作了较全面的规定。1978年通过《禁止儿童结婚法》，并把男、女初婚年龄分别从18岁和15岁提高到21岁和18岁。此后在1996年初还通过禁止鉴别胎儿性别的法律。

5. 采取多种经济措施

如对自愿节育的夫妇予以奖励，对不落实节育计划的进行必要的惩罚；对节育工作者给予奖励或惩罚；对社区和邦政府等予以奖励或惩罚。据记载，印度官方最早的一次大规模经济奖励是1956年由马德拉斯邦政府实施的，对接受绝育手术者、动员别人绝育者、实施手术者都有不同的奖励。几十年来，中央政府和邦政府的各种奖励措施数不胜数。同时政府还对民间组织给予大量资助，以鼓励他们参与人口控制工作。私有企业也积极支持节育工作，如印度大企业家 J. R. D. 塔塔 50年代就在自己的工厂建立了节育论据。1970年他发起建立了全国性的非政府组织家庭计划协会，1992年他获联合国人口奖。

6. 加强宣传教育

60年代后期逐渐加强了这一工作。1968年，政府又把人口教育列为全国中小学教育的内容。1992年7月，印度官方在联合国的资助下在新德里建造了5座“人口大钟”及时显示全国及各邦人口增长主要指标。

7. 重视基础建设

从50年代起，印度就在全中国设立许多机构和服务网点，并且每个五年计划都增加投资，主要包括设立妇幼保健中心、村社服务网点、各级分中心以及人员培训、避孕药具发放、宣传教育、科研等各类机构。

8. 实施“人口与发展一体化”战略

这一战略始于1977年，当时主要是人口控制与保健服务一体

化。各邦可以采取自己的发展方式。在北方邦的某些地区计划生育与农业技术推广结合进行。在某些邦，计划生育计划纳入农村综合发展规划。开展一体化战略的地区人口出生率为 30‰左右，低于未开展的地区 3 个千分点。

9. 科研与国际交流合作开展得较好

印度有关人口方面的科研与调查等开展得较早。由于英语是官方语言之一以及国家长期对外开放，印度的节育工作较早地在国际上得到广泛宣传和重视。例如在反映各国人口方面的科研、调查、普查等信息的《世界人口索引》中，1995 年摘录了有关印度的信息 198 条(中国 203 条)印度一直得到数目可观的国际援助。据不完全统计，从 1974~1983 年的 10 年内，印度至少得到国外人口援助 2.6 亿美元，同期国内政府拨款为 15.7 亿美元。1979~1994 年得到约 2.3 亿美元国外人口援助。

三、人口控制的主要成就

1. 初婚年龄大大推迟

1934~1944 年，男女初婚年龄分别为 20.4 岁和 14.4 岁。1961 年农村女性初婚年龄为 15.4 岁 城市为 17.8 岁 ;1981 年分别为 16.8 岁和 20.1 岁。1992~1993 年 全国男性为 25 岁 女性为 20 岁。

2. 避孕率提高

避孕率从 1969 年的 8%上升到 1996 年的 41%。总和生育率从 1950 年的 6.37 下降到 1995 年的 3.4。

3. 出生人口预期寿命大大提高

1891~1901 年男女出生时预期寿命分别为 24.11 岁和 24.25 岁。1971~1975 年分别为 49.5 岁和 48.7 岁。1996 年为 62.6 岁和 62.9 岁。

4. 人口素质提高，人力资本增加，并推动了经济发展

印度在加强人口控制的同时 人口素质也得到大幅度提高。在身体素质方面，不仅表现为寿命延长，而且也表现在身体体质增

强上。有人估计,仅消灭一些普遍性疾病,1956~1960年就使人口平均寿命每年提高0.8岁。

5. 国际社会对印度节育工作的评价

从几次综合评分中可以了解到国际社会对印度节育工作的评价。W.P. 毛丹(W. Parker Mauldin)和拉菲姆(Lapham)对95个发展中国家和地区(问卷是100个)1982年有关数据进行整理评估,在满分为120分的条件下,印度得75.6分,居第11位(中国101.2分,居第1位)。W.P. 毛丹和J.A. 罗斯(John A Ross)对人口在100万以上的98个发展中国家和地区1989年有关数据进行整理评价,在满分为100分的条件下,印度得70分,居第7位(前面有9个国家,有并列的;中国居第1位,得84分)美国“人口行动”组织1992年发表了对1989年及以后几年间95个发展中国家的有关数据的整理与评估结果,满分为100,印度得73分,居第13位(中国得90分居第3位)。

6. 少生人数及效益

英·甘地总理在80年代初宣布,整个70年代,由于计划生育而少生2900万人。据印度有关学者估算,到1984年,印度因计划生育共少生6090万人。拉·甘地政府的官员1986年9月宣布,印度由于节育而少生7600万人,为此共花费250亿卢比。印度官方于1991年宣布,1951~1989年由于计划生育工作而少生1.06亿人。人口控制对印度的经济发展具有重要的意义。

四、90年代中期面临的主要问题

1. 性别比失调

印度的人口男多女少,由来已久。1901年每100名女子对应103名男子,1951年为100:106,1991年为100:108,1995年为100:107。主要原因是女性的社会地位低。近几年性别鉴别技术的广泛应用,造成大量性别选择性人工流产。联合国儿童基金1995年11月公布的一项调查认为印度已经缺少4000万至5000万“新娘”。印度也曾颁布过一些法令加以禁止但成效不大。1996

年 1 月 10 日生效的新法律采取更为严厉的措施：医生滥用超声波等技术将被判处 5 年监禁并罚款 5 万卢比（约 1500 美元）；夫妇将判处 3 年监禁，罚款 1 万卢比（约 300 美元），等等。

2. 妇女地位低，导致生育愿望强烈

在印度，女性比男性生育愿望强烈，尤其是生男孩的愿望更强烈。因为女性把它作为提高自己的社会地位的主要途径。1992~1993 年的全国抽样调查表明：男女分别要求生 3.4 个和 3.7 个孩子后才肯绝育。印度在第九个五年计划（1997~2002 年）中指出要增加女孩的入学率，保持女孩的在校人数，提高妇女的文化水平。印度正在实施培训计划，使妇女的劳动技能不断提高，潜能得以充分发挥。印度依靠改变社会看法，消除各种性别歧视，鼓励妇女积极参加各类社会活动，并提出自己的观点，实现男女平等，来促进和保障妇女的权力。

3. 贫困人口多，贫困导致多生

印度贫困人口向来较多。1960~1961 年贫困人口占总人口的 38.11%。1983 年为 41.33%。1989 年为 29.9%。但据联合国预测，到 2000 年也只能降到 25%。

4. 阻碍人口控制的一些基本障碍将长期存在

如种姓制度、宗教习俗、早婚习俗等。据 1992~1993 年的抽样调查，印度贱民阶级的妇女总和生育率为 3.9，贱民部族为 3.6，其他种姓为 3.3。

五、向生殖健康目标迈进

印度在第九个五年计划中指出，控制人口增长是印度最重要的目标之一。因此，应满足所有避孕需求，降低母婴的发病率和死亡率。建议改善妇女、儿童和青少年的医疗服务质量，扩大服务范围，强调男性参与计划生育。增加初级卫生系统的职能，研制新型避孕药具，改进手术方法。生殖和儿童健康服务包括：保障母亲生育安全和营养，防止意外妊娠，安全流产服务，生殖道感染以及性病的预防和治疗，为青少年提供生殖健康服务，治疗

不孕症，诊治妇科病，实施儿童生存和营养计划。

政治

印度独立后长期由国大党统治。反对党只在 1977 年~1979 年和 1989 年~1991 年两次执政。1996 年 5 月大选后，高达总理组成了以人民党为首的 13 党联合阵线政府，在国大党的外部支持下执政。1997 年 3 月 30 日，国大党以高达政府抗击教派势力不力和排斥国大党为由撤销了对联阵政府的支持，高达被迫辞职。4 月 21 日，联阵推举外长古杰拉尔就任总理，得到国大党首肯。联阵得以在国大党支持下继续执政。11 月底，国大党以联阵政府中的德拉维达进步联盟（DMK）涉嫌暗杀前总理拉·甘地为由，要求联阵解除 DMK 3 名部长职务，遭到联阵政府的拒绝。国大党于 11 月 28 日再次撤销对联阵政府的支持，古杰拉尔政权宣告垮台。由于各党派均无力单独组阁，总统被迫宣布解散议会，提前于 1998 年 2 月、3 月间举行大选。在新政府产生之前，古杰拉尔担任看守政府总理。

1999 年 9 月 8 日印度第十三届人民院大选结果揭晓，以印度人民党为首的全国民主联盟在大选中获胜，该党领袖瓦杰帕依任新一届内阁总理。

经济

独立后经济有较大发展。1985~1990 年“七五”计划期间年均增长 5.6%。1992~1997 年“八五”计划期间计划年增长率为 5.6%。农业由严重缺粮达到基本自给。工业已形成较为完整的体系，自给能力较强。科技事业发展迅速，有较强科研能力。经济中存在的主要问题是：生产率低，经济效益差，农业受制于自然条件，工业发展缺乏资金和技术等。近年来，失业增加，通货膨胀，财政赤字，贸易逆差，外债负担，人口负担等问题日益突出，已成为经济发展的制约因素。印度政府于 1991 年 7 月开始进行经济改革，陆续颁布了新的工业、贸易、投资和外汇政策。旨在运用更为自由化的经济政策和市场机制，争取提高工业企业效益，增