अध्याय 23

लैंगिक मुद्दे

23.1 प्रस्तावना

प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) कार्यक्रम, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के तत्वावधान के तहत एक व्यापक प्रमुख कार्यक्रम है, जिसमें मातृ एवं शिशु मृत्यु दर और कुल प्रजनन दर को कम करने तथा आरसीएच लक्ष्य प्राप्त करने के लिए निर्धारित किए जाते हैं। आरसीएच कार्यक्रम का उद्देश्य गुणवत्तापूर्ण प्रजनन और बाल स्वास्थ्य सेवाओं की सुलभता और उपयोग में सामाजिक और भौगोलिक असमानताओं को कम करना है। राज्य सरकारों के साथ साझेदारी में अप्रैल 2005 में शुरू किया गया यह कार्यक्रम भारत सरकार की राष्ट्रीय जनसंख्या नीति–2000, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति–2002 और मिलेनियम विकास लक्ष्यों के अनुरूप है। आरसीएच कार्यक्रम के प्रमुख घटक हैं–मातृ स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य, प्रतिरक्षण, परिवार नियोजन, किशोर स्वास्थ्य (एएच) और पीसी.पीएनडीटी अधिनियम का कार्यान्वयन।

भारत सरकार ने 2013 में प्रजनन, मातृ, नवजात, बाल और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच+ए) संकल्पना की शुरुआत की और यह मूल रूप से महिलाओं और बच्चों में मृत्यु दर के प्रमुख कारणों के साथ.साथ स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं तक पहुंच और उपयोग में विलंब का समाधान करता है। यह कार्यनीति प्रजनन, मातृ, नवजात, बाल और किशोर स्वास्थ्य के पांच प्रमुख विषयों या विषयगत क्षेत्रों के माध्यम से व्यापक परिचर्या प्रावधान पर आधारित है, और यह समानता, सार्वभौमिक परिचर्या, हकदारी और जवाबदेही के मूल सिद्धांतों से अधिशासित है। इसे जीवन की विभिन्न अवस्थाओं पर समान ध्यान देते हुए 'सतत परिचर्या' प्रदान करने के लिए विकसित किया गया है। प्रत्येक घटक के तहत कार्यक्रम के कार्यकलापों व पहलों पर विस्तृत चर्चा नीचे दी गई है।

23.2 जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई)

जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) गर्भवती महिलाओं में संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देकर मातृ एवं नवजात मृत्यु दर को कम करने के उद्देश्य के साथ एक सुरक्षित मातृत्व कार्यकलाप व पहल है।

जेएसवाई एक केंद्रीय प्रायोजित योजना है, जिसमें प्रसूति और प्रसवोत्तर परिचर्या के साथ नकदी सहायता भी शामिल है। इस योजना ने सरकार और गर्भवती महिलाओं के बीच, एक प्रभावकारी लिंक के रूप में, प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) को चिन्हित किया है।

23.2.1 जेएसवाई की महत्वपूर्ण विशेषताएं

इस योजना में उन राज्यों के लिए विशेष अनुदान के साथ गर्भवती महिलाओं पर जोर दिया गया है, जहाँ संस्थागत प्रसव दर कम है। ऐसे राज्यों में उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड, बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, असम, राजस्थान, ओडिशा और जम्मू एवं कश्मीर शामिल हैं। इन राज्यों को न्यून निष्पादन करने वाले राज्यों (एलपीएस) का नाम दिया गया है, शेष जबकि राज्यों को उच्च निष्पादन करने वाले राज्यों (एचपीएस) के रूप में वर्गीकृत किया गया है।

23.2.2 नकद सहायता के लिए पात्रता

जेएसवाई के तहत नकद सहायता के लिए पात्रता नीचे दर्शाई गई है:

एलपीएस	सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों, जैसे कि उप केंद्रों (एससी)/प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी)/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी)/प्रथम रेफरल यूनिटों (एफआरयू)/जिला या राज्य अस्पतालों के सामान्य वार्डों में प्रसव कराने वाली सभी गर्भवती महिलाएं।

एचपीएस	सरकारी स्वास्थ्य केंद्र, जैसे कि एससी/पीएचसी/सीएचसी/एफआरयू/जिला या राज्य अस्पताल के सामान्य वार्डों में प्रसव कराने वाली सभी बीपीएल/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति (अ.जा./अ.ज.जा.) की महिलाएं।
एलपीएस और एचपीएस	प्रत्यायित निजी संस्थाओं में बीपीएल/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति की महिलाएं।

23.2.3 संस्थागत प्रसव के लिए नकद सहायता (रु. में)

विभिन्न श्रेणी की माताओं के लिए नकद हकदारी निम्न प्रकार है:

श्रेणी	ग्रामीण क्षेत्र		कुल	शहरी क्षेत्र		कुल (राशि रुपये में)
	माता का पैकेज	आशा का पैकेज*		माता का पैकेज	आशा का पैकेज*	
एलपीएस	1400	600	2000	1000	400	1400
एचपीएस	700	600	1300	600	400	1000

'ग्रामीण क्षेत्रों में आशा के लिए रु. 600 के पैकेज में एएनसी घटक के लिए रु. 300 और संस्थागत प्रसव सुविधा के लिए रु. 300 शामिल हैं।

''शहरी क्षेत्रों में आशा के लिए रु. 400 के पैकेज में एएनसी घटक के लिए रु. 200 और संस्थागत प्रसव सुविधा के लिए रु. 200 शामिल हैं।

23.2.4 सीजेरियन आपरेशन की लागत के लिए सब्सिडी देना

इस योजना में सरकारी संस्थानों, जहाँ सरकारी विशेषज्ञ चिकित्सक तैनात नहीं हैं, में सीजेरियन ऑपरेशन या प्रसूति संबंधी समस्याओं के प्रबंधन के लिए किसी निजी विशेषज्ञ चिकित्सक की सेवाएं अनुबंधित करने का प्रावधान है।

23.2.5 घर पर प्रसव के लिए नकद सहायता

ऐसी बीपीएल गर्भवती महिलाएं, जो अपने घर पर प्रसव कराना चाहती हैं, 500 रुपये प्रति प्रसव की नकदी सहायता के लिए पात्र हैं और इसमें उसकी आयु और उसके बच्चों की संख्या पर विचार नहीं किया जाता है।

23.2.6 निजी स्वास्थ्य संस्थाओं का प्रत्यायन

प्रसूति परिचर्या संस्थाओं के विकल्प को बढ़ाने के लिए, राज्यों को प्रसूति सेवाएं प्रदान करने हेतु प्रति ब्लॉक कम से कम दो इच्छुक निजी संस्थाओं को प्रत्यायित करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है।

23.2.7 जेएसवाई के अंतर्गत प्रत्यक्ष लाभ अंतरण

जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत भुगतान प्रत्यक्ष लाभ अंतरण (डीबीटी) मोड के माध्यम से किए जा रहे हैं। इस पहल के तहत पात्र गर्भवती महिलाएं अपने आधार लिंक्ड बैंक खातों/इलेक्ट्रॉनिक निधि अंतरण में सीधे जेएसवाई लाभ प्राप्त करने के लिए पात्र हैं।

23.2.8 वास्तविक और वित्तीय प्रगति

इस योजना में कवर की गई माताओं की संख्या और किए गए व्यय, दोनों के आधार पर जेएसवाई ने अभूतपूर्व सफलता प्राप्त की है। 2005–06 में 7.39 लाख लाभार्थियों की मामूली संख्या के साथ, इस योजना के अंतर्गत वर्तमान में प्रत्येक वर्ष एक लाख से अधिक लाभार्थियों को लाभ उपलब्ध कराया जा रहा है। इसके अलावा, योजना का व्यय वर्ष 2005–06 में 38 करोड़ रुपए से बढ़कर 2017–18 में 1835 करोड़ रुपए हो गया है। वित्तीय वर्ष 2018–19 में (तीसरी तिमाही तक) 1743.46 करोड़ (अनंतिम) रुपए खर्च होने की रिपोर्ट है।

उपलब्धि के आधार पर, जेएसवाई को गर्भवती महिलाओं द्वारा प्रसव परिचर्या सेवाओं के लिए जन स्वास्थ्य सुविधाओं के बढ़ते उपयोग में महत्वपूर्ण कारकों में से एक माना जाता है, जिन्हें नीचे दर्शाया जा रहा है:

- संस्थागत प्रसव 47% (डीएलएचएस–3) 2007–08) से बढ़कर 78.9% (एनएफएचएस.4, 2015–16) हो गए हैं;
- मातृ मृत्यु का अनुपात (एमएमआर) जो वर्ष 2004–06 में प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर 254 मातृ मृत्यु से घटकर 2014–16 के दौरान प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर 130 मातृ मृत्यु थी;
- आईएमआर 2005 में प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 58 से घटकर 2016 में प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 34 थी;
- शिशु मृत्यु दर (एनएमआर) 2006 में प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 37 से घटकर 2016 में प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 24 थी।

जेएसवाई की वर्ष–वार वास्तविक और वित्तीय प्रगति निम्नवत है:

वर्ष	लाभार्थियों की संख्या (लाख में)	व्यय (रुपये करोड़ में)
2005-06	7.39	38. 29
2006-07	31.58	258. 22
2007-08	73.29	880. 17
2008-09	90. 37	1241. 34
2009-10	100.78	1473.76
2010-11	106.97	1619.33
2011-12	109.37	1606.18
2012-13	106.57	1672.42
2013-14	106.48	1764.33
2014-15	104.38	1777.04
2015-16	104.16	1708.72
2016-17	104.59	1788.10
2017-18	110.21	1835.06
2018-19*	100.41	1743.46

** वित्तीय वर्ष 2018–19 के आंकड़े अनंतिम हैं।*

23.3 जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके)

जेएसवाई योजना की अभूतपूर्व सफलता को ध्यान में रखते हुए, भारत सरकार ने 1 जून, 2011 को जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) की शुरूआत की। इस पहल में सरकारी स्वास्थ्य संस्थाओं में प्रसव कराने वाली सभी गर्भवती महिलाएं सीजेरियन ऑपरेशन सहित पूर्ण रूप से निःशुल्क और बिना कोई भुगतान किए प्रसव कराने के लिए पात्र हैं। ऐसी महिलाओं की इस योजना में जो हकदारियां हैं, उनमें निःशुल्क औषधियां, कंज्युमेबल, प्रसव के दौरान निःशुल्क आहार, निःशुल्क नैदानिक सेवाएं और आवश्यकतानुसार निःशुल्क रक्त चढ़ाना जैसी सुविधाएं शामिल हैं। इस पहल में घर से स्वास्थ्य केंद्र तक/से आने–जाने तथा किसी अन्य स्वास्थ्य केंद्र में रेफर किए जाने के बाद वापस घर छोड़ने के लिए निःशुल्क परिवहन की भी सुविधा प्रदान की जाती है। इसी प्रकार की सुविधाएं उन सभी बीमार नवजात शिशुओं के लिए भी उपलब्ध कराई जाती हैं, जो जन्म के बाद 30 दिनों तक उपचार लेने हेतु जन स्वास्थ्य संस्थाओं में आते हैं। वर्ष 2013 में, इस योजना को प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर अवधि के दौरान होने वाली समस्याओं और 1 वर्ष तक की आयु के बीमार शिशुओं को भी कवर करने के लिए विस्तारित किया गया।

वर्ष 2018–19 में, 87% गर्भवती महिलाओं ने मुफ्त औषधियां, 99% ने निःशुल्क निदान, 60% ने निःशुल्क आहार, 49% ने घर से स्वास्थ्य केंद्र तक आने के लिए निःशुल्क परिवहन सुविधा प्राप्त की जबकि 27.9% ने प्रसव के बाद घर वापस जाने के लिए निःशुल्क परिवहन सुविधाएं प्राप्त कीं। जेएसवाई और जेएसएसके के परिणामस्वरूप, गर्भवती महिलाओं द्वारा जन स्वास्थ्य अवसंरचना का उपयोग काफी बढ़ गया है। पिछले वर्ष (2018–19) में सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में 1.34 करोड़ महिलाओं ने प्रसव कराया।

23.4 राष्ट्रीय एंबुलेंस सेवाएं (एनएएस)

वर्तमान में, 32 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में यह सुविधा है, जहाँ लोग एंबुलेंस बुलाने के लिए 108 या 102 टेलीफोन नंबर डायल कर सकते हैं। डायल 108 मुख्य रूप से एक आपातकालीन सहायता प्रणाली है, जिसे मुख्यतः गंभीर परिचर्या, आघात एवं दुर्घटनाग्रस्त आदि जैसे रोगियों को सहायता देने के लिए तैयार किया गया है। डायल 102 सेवाओं में मुख्य रूप से मूलभूत रोगी वाहन शामिल है जिसका उद्देश्य गर्भवती महिलाओं और बच्चों की आवश्यकताओं को पूरा करना है, हालांकि अन्य श्रेणी के रोगी भी इसका लाभ उठा रहे हैं और उन्हें इससे वंचित नहीं किया गया है। जेएसएसके के अंतर्गत जो हकदारियां हैं, उनमें माताओं और बच्चों के लिए घर से सुविधा केन्द्र तक आने.जाने, रेफरल के मामले में एक से दूसरे सुविधा केन्द्र तक आने.जाने और वापस घर छोड़ने के लिए निःशुल्क वाहन सुविधा डायल 102 सेवा के मुख्य केन्द्र बिन्दु हैं। काल सेंटर को निःशुल्क कॉल करके इस सेवा का लाभ लिया जा सकता है।

वर्तमान में, रोगियों को विशेष रूप से गर्भवती महिलाओं और बीमार नवजात शिशुओं को घर से जन स्वास्थ्य सुविधा केंद्र ले जाने और वापस लाने हेतु परिवहन के लिए 5857 पैनलबद्ध वाहनों के अलावा, 9312 डायल–108, 604 डायल–104 और 9976 डायल–102 आपातकालीन सहायता सेवा वाहन एनएचएम के तहत कार्यरत हैं।

23.5 मातृ और शिशु निगरानी प्रणाली (एमसीटीएस)

वेब समर्थित मातृ और शिशु निगरानी प्रणाली को गुणवत्तापूर्ण एएनसी, आईएनसी, पीएनसी, एफपी और प्रतिरक्षण सेवाओं के लिए प्रत्येक गर्भवती महिला, नवजात शिशु एवं बाल को

उसके नाम के साथ पंजीकृत करने और निगरानी करने के लिए कार्यान्वित किया जा रहा है। 31 मार्च, 2019 तक 16.54 करोड़ गर्भवती महिलाओं और 13.95 करोड़ बच्चों को एमसीटीएस के तहत पंजीकृत किया गया है। (अधिक जानकारी अध्याय 2 में दी गई है।)

23.6 राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके)

आरबीएसके ब्लॉक स्तर पर समर्पित मोबाइल स्वास्थ्य टीमों की पहुंच का विस्तार करके बाल स्वास्थ्य जांच और शुरु में ही कार्रवाई सेवाएं प्रदान करता है। ये दल 0 से 6 वर्ष की आयु वर्ग के सभी बच्चों की आंगनवाड़ी केंद्रों पर वर्ष में दो बार और सरकारी स्कूल और सरकारी सहायता प्राप्त स्कूलों में 6–18 वर्ष के बच्चों की एक बार स्क्रीनिंग कराते हैं। । आरबीएस में स्क्रीनिंग, पुष्टि और प्रबंधन सहित 30 सामान्य स्वास्थ्य स्थितियॉ शामिल है। इन स्थितियों को न केवल समस्या की गंभीरता के आधार पर चुना गया था, बल्कि प्रारंभिक वर्षों विशेष रूप से बच्चे के संज्ञानात्मक विकास में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। समग्र क्षमता, लॉजिस्टिक्स और लागत के संदर्भ में, विशेषकर प्रीवर्बल बच्चों के बीच इन स्थितियों में से कुछ का इलाज करना बेहद मुश्किल है, लेकिन आरबीएसके के तहत ऐसी चुनौतियों को स्वास्थ्य वितरण प्रणाली की अपनी सीमाओं के बावजूद जानबूझकर स्वीकार किया गया। किंतु यदि उनका निराकरण नहीं किया जाता है तो वे बच्चे के मस्तिष्क के विकास की महत्वपूर्ण अवधि को के दौरान उस पर नकारात्मक रूप से प्रभाव डाल सकते हैं, जैसे जन्मजात हृदय रोग, जन्मजात बहरापन, जन्मजात मोतियाबिंद, शैशवावस्था के दौरान विकासात्मक देरी का इलाज। राज्य/संघ राज्य क्षेत्र उच्च प्रसार/स्थानिकता के आधार पर कुछ और शर्तें शामिल कर सकते हैं। शून्य से अठारह वर्ष के आयु वर्ग में अनुमानित 32.8 बच्चों को चरणबद्ध तरीके से कवर करने की उम्मीद है। आरबीएसके जन्म दोषों के लिए सभी डिलीवरी पॉइंट पर सभी नवजात शिशुओं की स्क्रीनिंग भी प्रदान करता है। आरबीएसके विकलांगता को रोकने या कम करने के लिए सभी जिलों में प्रारंभिक उपचार केंद्र प्रदान करता है।

जन्म दोष, रोग, देरी से शारीरिक विकास और विकृतियों को दूर करने हेतु की गई कार्यनीतिक पहलें निम्न प्रकार हैं:

- **आरबीएसके के तहत बाल स्वास्थ्य जांच–** इस पहल के अंतर्गत जन्म दोषों, रोगों, विकृतियों, देरी से शारीरिक विकास (4डी) का त्वरित रूप से पता लगाने और परिवारों का जेब खर्च घटाने के जरिए बच्चों के जीवन की समग्र गुणवत्ता में सुधार लाने के उद्देश्य से बाल स्वास्थ्य जांच और शीघ्र उपचार सेवाएं प्रदान की जाती हैं। ब्लॉक स्तर पर समर्पित मोबाइल चिकित्सा स्वास्थ्य टीमें (जांच के प्रयोजनार्थ) स्थापित की गई हैं जिनमें चार स्वास्थ्य कार्मिक, यानी दो आयुष चिकित्सक (एक पुरुष, एक महिला), एएनएम/स्टाफ नर्स और एक फार्मासिस्टशामिल हैं। वर्ष 2018–19 में कुल 11,576 मोबाईल हेल्थ टीमें कार्यरत हैं।
- इस पहल के तहत, 2017–18 में, 19.7 करोड़ बच्चों की जांच की गई थी, 1.1 करोड़ बच्चों को किसी न किसी 4डी से चिन्हित किया गया था, 91.3 लाख बच्चों को द्वितीयक/तृतीयक सुविधाओं के लिए रेफर किया गया था, 58.8 लाख बच्चों ने द्वितीयक/तृतीयक सुविधा सेवा केंद्रों का लाभ उठाया।
- आरबीएसके के तहत 2018–19 में 19.3 करोड़ बच्चों की जांच की गई जिनमें से 0–3 वर्ष के 5.63 करोड़ के हैं और 1.35 करोड़ बच्चों को 4 डी में कुछ महत्वपूर्ण रोग है और 53 लाख को तृतीयक स्तर पर उपचार प्राप्त हुआ है।
- वर्ष 2018–19 में, देश भर में कुल 51,792 बच्चों की जांच और जन्मजात हृदय रोग की पुष्टि की गई, जिसमें से 39,186 बच्चों का उपचार किया गया है।
- वर्ष 2018–19 में देश भर में 11,399 बच्चों की जांच की और जन्मजात बहराहन की पुष्टि जिसमें से 6,801 बच्चों का उपचार किया गया है।
- वर्ष 2018–19 में देश भर में 15,052 बच्चों की जांच की गई और क्लब फूट की पुष्टि की गयी है और जिसमें से 11,347 बच्चों का उपचार किया गया है।
- वर्ष 2018–19 में, 13,310 बच्चों की जांच की गई और पूरे देश में क्लेफ्ट लिप / तालु की पुष्टि की गई , जिसमें से 9,009 बच्चों का उपचार किया गया है।
- वर्ष 2018–19 में देश भर में 4093 बच्चों की जांच की गई और जन्मजात मोतियाबिंद के साथ की पुष्टि देश भर में मोतियाबिंद की पुष्टि की गयी जिसमें से 3,099 बच्चों का उपचार किया गया है।
- **जिला त्वरित उपचार केंद्रों (डीईआईसी) की**

स्थापना – इन केंद्रों को ब्लॉकों से रेफर किए गए मामलों का प्रबंधन करने और सर्जिकल प्रबंधन की आवश्यकता पड़ने पर, कथित बच्चों को तृतीयक स्तर की स्वास्थ्य सेवाओं के साथ जोड़ने के लिए देश के जिलों में शुरू किया जाना है। अब तक 92 डीईआईसी पूर्णतः कार्यात्मक बनाए जा चुके हैं।

- **जन्म दोष निगरानी प्रणाली (बीडीएसएस)** को जन्मजात विसंगतियों की पहचान करने हेतु एक साधन के रूप में कार्य करने के लिए स्थापित किया जा रहा है। प्रत्येक राज्य में कम से कम एक निगरानी केंद्र, विशेष रूप से किसी मेडिकल कॉलेज में, स्थापित किए जाने की परिकल्पना की गई है। वर्तमान में, 55 मेडिकल कॉलेज जन्म दोष निगरानी प्रणाली का एक भाग हैं।

23.7 लिंग अनुपात

भारत में प्रतिकूल बाल लिंग अनुपात

बाल लिंग अनुपात (सीएसआर)

2011 की जनगणना के अनुसार, 0–6 वर्ष आयु वर्ग के शिशु लिंग अनुपात (सीएसआर) 2001 की जनगणना में दर्ज किए गए प्रति हजार लड़कों की तुलना में 927 लड़कियों से घटकर 918 हो गया है। 79 अंकों की सर्वाधिक गिरावट जम्मू और कश्मीर में और 48 अंकों की सर्वाधिक वृद्धि पंजाब में हुई है (**अनुलग्नक–1**)।

देश के आधे जिलों में शिशु लिंग अनुपात में राष्ट्रीय औसत की तुलना में अधिक गिरावट आई है। 950 और उससे अधिक शिशु लिंग अनुपात वाले जिलों की संख्या 259 से घटकर 182 हो गई है। यह नकारात्मक रूझान इस तथ्य की पुष्टि करता है कि बालिका शिशु पहले से भी ज्यादा खतरे में है।

जन्म के समय लिंग अनुपात

भारत के महापंजीयक द्वारा 21 राज्यों में कराए गए प्रतिदर्ष पंजीकरण सर्वेक्षण 2015 के अनुसार, जन्म पर लिंग अनुपात (एसआरबी), हालांकि जो अभी भी कम है, 2004–06 में 892 से सुधरकर 2006–08 में 902 और पुनः सुधरकर 2013–2015 में 900 हो गया है (एसआरएस)। हरियाणा और छत्तीसगढ़ में क्रमशः 832 और 963 का न्यूनतम और उच्चतम एसआरबी दर्ज किया गया *(राज्य वार विवरण* **अनुलग्नक–2** *में)*।

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण IV के अनुसार, जन्म पर लिंग अनुपात में 5 अंकों का सुधार हुआ है, जो वर्ष 2005–06 में 914 अंकों से बढ़कर 2015–16 में 919 है। पंजाब (एनएफएचएस–3 में सुधार 734 से एनएफएचएस–4 में 860 है), केरल (एनएफएचएस.3 में सुधार 925 से एनएफएचएस–4 में 1047 है) और मेघालय (एनएफएचएस–3 में सुधार 907 से एनएफएचएस–4 में 1009 है) जैसे राज्यों के संबंध में 100 से अधिक अंकों का उल्लेखनीय सुधार पाया गया है। दूसरी ओर, 14 राज्यों, अर्थात सिक्किम (809) , उसके बाद झारखण्ड (919), अरुणाचल प्रदेश (920) और असम (929) के संबंध में 100 से अधिक अंकों की तीव्र गिरावट पाई गई है। *राज्यवार विवरण* **अनुलग्नक–3** *पर है।*

प्रतिकूल लिंग अनुपात के कारण

भारत में लिंग निर्धारण तकनीकों का उपयोग मुख्यतः आनुवंशिक असामान्यताओं का पता लगाने के लिए 1975 से किया जा रहा है। लेकिन इन तकनीकों को भ्रूण के लिंग का पता लगाने और तत्पश्चात यदि बालिका भ्रूण है, तो गर्भपात कराने के लिए अत्यधिक दुरुपयोग किया जा रहा था। लिंग निर्धारण परीक्षण और गर्भपात सेवाओं की आसान उपलब्धता भी इस प्रक्रिया में उत्प्रेरक साबित हुई है। पुत्र प्राथमिकता, बालिका शिशु की उपेक्षा के परिण ाामस्वरुप कम उम्र में उच्च मृत्यु दर, बालिका शिशु हत्या, बालिका भ्रूण हत्या, उच्चतम मातृ मृत्युदर तथा जनसंख्या की गणना में पुरुष पूर्वाग्रह जैसी सामाजिक असमानता वाले कार्य भी इसके कारण हैं।

गर्भधारण और प्रसव–पूर्व नैदानिक तकनीक–पीसी एवं पीएनडीटी (लिंग चयन का निषेध) अधिनियम, 1994

बालिका भ्रूण हत्या को रोकने के लिए 1 जनवरी, 1996 से प्रसवपूर्व नैदानिक तकनीक (विनियमन और दुरुपयोग की रोकथाम), अधिनियम, 1994 लागू किया गया। इस अधिनियम को और अधिक व्यापक बनाने के लिए इसमें संशोधन किए गए। संशोधित अधिनियम 14.2.2003 से लागू हुआ और इसे ''गर्भधारण और प्रसवपूर्व नैदानिक तकनीक (लिंग चयन का प्रतिषेध) अधिनियम, 1994'' का नया नाम दिया गया (पीसी एंड पीएनडीटी एक्ट)।

गर्भधारण पूर्व लिंग चयन तकनीकों को इस अधिनियम की परिधि में लाया गया है ताकि ऐसी प्रौद्योगिकियों के प्रयोग

को नियमित किया जा सके जिसके कारण लिंग अनुपात में गिरावट आ रही है। अल्ट्रासाउंड मशीनों के प्रयोग को भी इस अधिनियम की परिधि में और अधिक स्पष्ट रूप से रखा गया है ताकि भ्रूण के लिंग का पता लगाने और उसके बारे में बताए जाने के लिए उनके दुरुपयोग को रोका जा सके अन्यथा इससे बालिका भ्रूण की हत्या की जाएगी। अधिनियम के अंतर्गत और कड़ी सजाएं विहित की गई हैं ताकि यह अधिनियम के कम से कम उल्लंघन के लिए निवारक के रूप में कार्य कर सके। समुचित प्राधिकरणों को कानून का उल्लंघन करने वालों की मशीनों और उपकरण ों और रिकार्डों की खोज, जब्ती और सीलिंग करने, जिसमें परिसर को सील करना तथा गवाह नियुक्त करना भी शामिल है, के लिए सिविल न्यायालय की शक्तियां प्रदान की गई हैं।

राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम का कार्यान्वयन

राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों द्वारा प्रस्तुत तिमाही प्रगति रिपोर्ट (क्यूपीआर) सितम्बर, 2018 के अनुसार, जेनेटिक परामर्श केन्द्र, जेनेटिक प्रयोगशाला, जेनेटिक क्लीनिक, अल्ट्रासाउंड क्लीनिक और इमेजिंग सेंटर सहित 62,666 नैदानिक सुविधाएं पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम के तहत पंजीकृत की गई हैं। अब तक, कानून का उल्लंघन करने पर कुल 2,081 मशीनों को सील व जब्त किया गया है। अधिनियम के तहत जिला उपयुक्त प्राधिकारियों द्वारा कुल 2840 मामले न्यायालयों में दायर किए गए हैं और अब तक 586 दोषसिद्ध किए गए हैं। दोषसिद्धि के बाद 138 डॉक्टरों के चिकित्सा लाइसेंस निलंबित/रद्द किए गए हैं। राज्यवार विवरण **अनुलग्नक–4** में है।

भारत सरकार द्वारा उठाए गए कदम

गर्भधारण एवं प्रसवपूर्व निदान तकनीक (लिंग चयन का निषेध) नियम, 1996 में संशोधनः भारत सरकार ने अधिनियम के तहत नियमों में अनेक महत्वपूर्ण संशोधनों को अधिसूचित किया है, जो निम्नवत् हैं:

1. नियम 11(2) को गैर.पंजीकृत मशीनों की जब्ती तथा गैर–पंजीकृत क्लीनिकों/सुविधा–केन्द्रों के लिए दंड का प्रावधान करने के लिए संशोधित किया गया है। पूर्व में दोषी पंजीकरण शुल्क का पांच गुणा जुर्माना देकर बच सकता था;

2. नियम 3 'ख' को पोर्टेबल अल्ट्रासाउन्ड मशीनों के विनियमन तथा मोबाइल जेनेटिक क्लीनिक द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के विनियमन के संबंध मे शामिल किया गया है;

3. नियम 3(3) (3) को एक जिले के भीतर अधिकतम दो अल्ट्रासाउंड सुविधा–केन्द्रों में अल्ट्रासोनोग्राफी संचालित करने के लिए अधिनियम के तहत मेडिकल प्रैक्टिशनरों के पंजीकरण को सीमित करने के लिए शामिल किया गया है। ऐसे घंटों की संख्या, जिनके दौरान पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर को प्रत्येक क्लीनिक में उपस्थित रहना होगा, उसे विशिष्ट रूप से स्पष्ट किया जाएगा।

4. नियम 5(1) को पीएनडीटी नियम, 1996 के नियम 5 के तहत निकायों में जेनेटिक परामर्श केन्द्र, जेनेटिक प्रयोगशाला, जेनेटिक क्लीनिक, अल्ट्रासाउंड क्लीनिक या इमेंजिंग सेंटर के लिए हेतु पंजीकरण शुल्क को

प्रगति कार्ड

क्र.सं.	संकेतक	सितम्बर 2017 तक	सितम्बर 2018 तक	सितंबर 2017 से सितंबर 2018 तक प्रगति
1	कुल पंजीकृत सुविधाएं	59214	62666	3452
2	पीसी और पीएनडीटी अधिनियम के तहत न्यायालयों में चल रहे मामले	2695	2840	145
3	निपटाए गए कुल मामलों की संख्या	1250	1377	127
4	सील/जब्त की गई मशीनों की संख्या	1992	2081	89
5	दोषसिद्ध मामलों की संख्या	421	586	165
6	रद्द किए गए चिकित्सा लाइसेंसों की संख्या	118	138	20

वर्तमान में रु. 3000/– से बढ़ाकर रु. 25,000/– तक करने तथा संयुक्त रूप से जेनेटिक परामर्श केन्द्र, जेनेटिक प्रयोगशाला तथा जेनेटिक क्लीनिक, अल्ट्रासाउंड क्लीनिक या इमेजिंग केन्द्र की सेवा प्रदान करने वाले संस्थान, अस्पताल, नर्सिंग होम या किसी स्थान हेतु रु. 4000/– से बढ़ाकर रु. 35,000/– करने के लिए संशोधित किया गया है।

5. नियम 13 को प्रत्येक जेनेटिक परामर्श केन्द्र, जेनेटिक प्रयोगशाला, जेनेटिक क्लीनिक तथा इमेजिंग सेंटर के लिए कर्मचारी, स्थान, पता बदलने तथा स्थापित उपकरण के बारे में ऐसे बदलाव की अपेक्षित तिथि के 30 दिन पहले उपयुक्त प्राधिकारी को सूचित करने तथा बदलावों को विधिवत शामिल करते हुए नया प्रमाण.पत्र जारी करने की मांग को अनिवार्य करने के लिए संशोधित किया गया है।

6. दिनांक 10 जनवरी, 2014 के सा.का.नि. 14(अ) के तहत एमबीबीएस डॉक्टरों के लिए अल्ट्रासाउंड में छह माह के प्रशिक्षण हेतु नियमों को अधिसूचित किया गया है। इन नियमों में प्रषिक्षण पाठ्यक्रम, संस्थानों के प्रत्यायन हेतु मानदंड और दक्षता आधारित मूल्यांकन परीक्षण हेतु प्रक्रिया शामिल है।

7. दिनांक 31 जनवरी, 2014 के सा.का.नि. 77(अ) के तहत संशोधित प्रपत्र 'एफ' को अधिसूचित किया गया है। संशोधित प्रपत्र को अधिक सरल बनाया गया है क्योंकि आक्रामक और गैर आक्रामक भागों को अलग कर दिया गया है।

8. दिनांक 24 फरवरी, 2014 के सा.का.नि. 119 (अ) के तहत उपयुक्त प्राधिकारियों के लिए आचार संहिता नियम अधिसूचित किए गए हैं। विधिक, निगरानी, प्रशासनिक और वित्तीय प्रक्रियाओं को स्पष्ट रूप से निर्धारित किया गया है ताकि पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम के प्रभावकारी क्रियान्वयन के दौरान उपयुक्त प्राधिकारियों को मदद दी जा सके।

9. पीसी एंड पीएनडीटी नियम, 1996 के तहत दिनांक 22.05.2017 के सा.का.नि. 492 (अ) के माध्यम से अपील की प्रक्रिया को निर्दिष्ट और अधिसूचित किया गया है।

10. सरकारी नैदानिक सुविधाओं के लिए पंजीकरण और नवीनीकरण शुल्क से छूट के लिए पीसी एंड पीएनडीटी नियम, 1996 के तहत 19.06.2017 के सा. का.नि. 599 (अ) के माध्यम से नियमों को अधिसूचित किया गया है।

कार्यान्वयन की निगरानी एवं समीक्षा में वृद्धि

1. पीएनडीटी अधिनियम के तहत केन्द्रीय पर्यवेक्षी बोर्ड (सीएसबी) का पुनर्गठन किया गया है। सीएसबी की 18वीं, 19वीं, 20वीं और 21वीं बैठकें छह माह के अंतराल पर 14 जनवरी, 2012, 20 जुलाई, 2012, 16 जनवरी, 2013 तथा 23 जुलाई, 2013 को आयोजित की गईं। सीएसबी की 12वीं बैठक 13 अक्टूबर, 2014 को हुई थी। सीएसबी की 23वीं बैठक 24 जून, 2015 को आयोजित की गई थी जिसमें अधिनियम के प्रभावकारी क्रियान्वयन हेतु महत्वपूर्ण नीतिगत निर्णय लिए गए। सीएसबी की 24वीं बैठक 05 अप्रैल, 2016 को हुई थी। 25वीं सीएसबी बैठक 5 जनवरी, 2017 को आयोजित की गई। सीएसबी की 26वीं बैठक 24 जनवरी, 2018 को आयोजित की गई थी।

2. भारतीय उच्चतम न्यायालय ने रिट याचिका (सिविल) 129/2017 के मामलें में पीसी और पीएनडीटी अधिनियम की धारा 23 के तहत निर्धारित दंडों और प्रपत्र च के अनुरक्षण सहित सांविधिक प्रावधान को सही ठहराया है। भारतीय संघ के पक्ष में दिनांक 03. 05.2018 का 93 पृष्ठों का ऐतिहासिक निर्णय तुरंत अनुपालन सुनिश्चित करने हेतु मुख्य सचिवों के स्तर पर राज्य/ संघ राज्य क्षेत्रों को संसूचित किया गया है।

3. वित्त वर्ष 2017–18 में पंजाब, गुजरात, उत्तराखण्ड, केरल, आंध्र प्रदेश, मणिपुर, महाराष्ट्र, झारखण्ड, ओडिशा, असम, छत्तीसगढ, सिक्किम, जम्मू और कश्मीर, कर्नाटक, उत्तर प्रदेश, दिल्ली, पश्चिम बंगाल, तमिलनाडु, राजस्थान और चंडीगढ राज्यों/ संघ राज्य क्षेत्रों में 20 एनआईएमसी निरीक्षण किए गए हैं। इसके अलावा, वर्ष 2018–19 में, आंध्र प्रदेश, तेलंगाना, हरियाणा, गुजरात, उत्तर प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, ओडिशा, पंजाब और मध्य प्रदेश के राज्यों में 9 एनआईएमसी निरीक्षण किए गए हैं। एनआईएमसी की टिप्पणियों और सिफारिशों को उनके संबंधित

अधिकारियों को आगे भी आवश्यक कार्रवाई के लिए भेज दिया गया है।

4. राष्ट्रीय न्यायिक अकादमी के माध्यम से न्यायपालिका के अभिविन्यास और संवेदीकरण की शुरुआत की गई है। राष्ट्रीय न्यायिक अकादमी उच्च न्यायालय के न्यायाधीशों के लिए अभिविन्यास कार्यक्रमों में विशेष पीसी और पीएनडीटी अधिनियम सत्र आयोजित कर रही है। आंध्र प्रदेश, गुजरात, झारखंड, कर्नाटक, महाराष्ट्र, राजस्थान, हरियाणा, ओडिशा, पंजाब, मध्य प्रदेश, उत्तराखंड, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल और चंडीगढ़ राज्यों में न्यायिक अधिकारियों और सरकारी अभियोजकों के लिए संवेदीकरण कार्यक्रम चलाए जा रहे थे।

5. महिला और बाल विकास मंत्रालय द्वारा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय और मानव संसाधन विकास मंत्रालय के साथ साझेदारी में शुरू की गई राष्ट्रीय योजना ''बेटी बचाओ, बेटी पढ़ाओ'', को पूरे भारत में विस्तारित किया गया है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने अतिरिक्त 61 जिलों के लिए सभी अभिविन्यास कार्यक्रमों/बहुक्षेत्रीय जिला कार्य योजनाओं में पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम पर जागरूकता और क्षमता निर्माण के लिए सक्रिय रूप से भाग लिया है।

6. राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में राज्य निरीक्षण एवं निगरानी समितियां गठित की गई हैं और वे जमीनी स्तर पर नियमित निरीक्षण कर रहे हैं। पिछली तिमाही (जून–सितंबर, 2018) में महाराष्ट्र राज्य (8126) ने और उसके बाद पंजाब (1228) ने सर्वाधिक निरीक्षण किए।

7. सरकार ने रिट यचिका (सिविल) सं. 341/2008 में माननीय उच्चतम न्यायालय के दिनांक 16.11.2016 के निर्देशों के अनुसार वर्ष 2016 में एक नोडल एजेंसी भी स्थापित की है ताकि पीसी और पीएनडीटी अधिनियम 1994 के तहत इंटरनेट पर प्रतिबंधित प्रसव लिंग निर्धारण या लिंग चयन और पूर्वधारणा से संबंधित ई– विज्ञापवनका विनियमन किया जा सके और उन्हें हटाया जा सके। इस नोडल एजेंसी को वर्ष 2018 के दो कार्मिकों के संवर्धित समर्पित मानव संसाधन द्वारा सुदृढ़ किया गया है।

8. मानक प्रचलानात्मक दिशा–निर्देशों (एसओजी) पर एक हस्तपुस्तिका विकसित की गई है तथा इसे पीसी एण्ड पीएनडीटी एक्ट, 1994 के प्रभावी एवं मानकपूर्ण कार्यान्वयन हेतु उचित प्राधिकारियों को भेजा गया है।

9. यूएनएफपीए के तकनीकी समर्थन के साथ बिहार, राजस्थान, महाराष्ट्र, मध्य प्रदेश, ओडिशा, उत्तर प्रदेश, गुजरात, छत्तीसगढ़, उत्तराखंड और पश्चिम बंगाल सहित 10 राज्यों में वर्ष 2018–19 के दौरान जिला उपयुक्त अधिकारियों और पीएनडीटी नोडल अधिकारियों के लिए क्षमता निर्माण कार्यशालाएं आयोजित की गई। अब तक, बिहार, राजस्थान, महाराष्ट्र, मध्य प्रदेश, ओडिशा, गुजरात, पश्चिम बंगाल और उत्तराखंड राज्यों में प्रशिक्षण पूरा हो चुका है।

10. 15 राज्यों के लिए क्षेत्रीय समीक्षा बैठक आयोजित की गई अर्थात ओडिशा, आंध्र प्रदेश, तेलंगाना, पश्चिम बंगाल, झारखंड, छत्तीसगढ़, बिहार, असम, अरुणाचल प्रदेश, नागालैंड, मणिपुर, मिजोरम , मेघालय, त्रिपुर, सिक्किम और ओडिशा में 18 मार्च और 19 मार्च, 2019 को बैठक आयोजित की गई।

11. केंद्र सरकार एनएचएम के तहत समर्पित पीएनडीटी प्रकोष्ठ की स्थापना, क्षमता निर्माण, निगरानी, एडवोकेसी अभियानों आदि सहित कार्यान्वयन संरचनाओं को को सुदृढ़ करने हेतु वित्तीय सहायता प्रदान करती है।

12. विभिन्न न्यायालयों में कुल 79 मामले लंबित हैः 45 विभिन्न उच्च न्यायालयों में और 34 (1 डब्ल्यूपी, 5 एसएलपी+ 28 स्थानांतरण याचिकाएं) भारत के सर्वोच्च न्यायालय के समक्ष लंबित हैं।

23.8 परिवार नियोजन

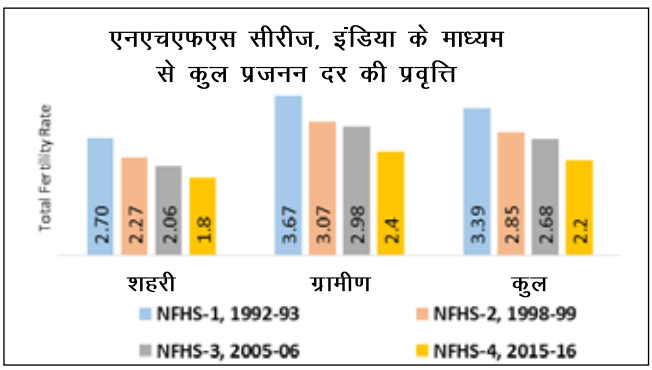
वर्ष 1952 में शुरू किया गया परिवार नियोजन कार्यक्रम जनसंख्या स्थिरीकरण पर ध्यान देने के साथ अपनी तरह

का पहला राष्ट्रीय स्तर का कार्यक्रम था। दशकों से कार्यक्रम वर्तमान समग्र और लक्ष्य मुक्त दृष्टिकोण के लिए विकसित हुआ है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 ने प्रजनन और बाल स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए हस्तक्षेप के माध्यम के रूप में कार्यक्रम को फिर से परिभाषित किया। परिवार नियोजन कार्यक्रम पूरा ज्ञान और प्रजनन अधिकारों और सेवाओं तक पहुंच सुनिश्चित करने पर केंद्रित है और महिलाओं और पुरुषों को व्यक्तिगत प्रजनन विकल्प चुनने में सक्षम बनाता है।

परिवार नियोजन कार्यक्रम के उद्देश्यों, कार्यनीतियों और कार्यकलापों को विभिन्न नीतियों (राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000; राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 और राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन) के लक्ष्यों और उद्देश्यों के अनुरूप तैयार किया गया है और अंतर्राष्ट्रीय मंचों पर भारत की प्रतिबद्धता की प्रशंसा की गई है। (अर्थात अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या और विकास सम्मेलन–आईसीपीडी, सतत विकास लक्ष्य–एसडीजी एफपी 2020 और अन्य।)

वर्षों से, कार्यक्रम का विस्तार देश के कोने तक पहुँचने के लिए किया गया है और ग्रामीण क्षेत्रों में पीएचसी और एससी में, शहरी क्षेत्रों में शहरी परिवार नियोजन केंद्रों और प्रसवोत्तर केंद्रों में शुरू किया गया है। प्रौद्योगिकी विकास, गुणवत्ता में सुधार और स्वास्थ्य देखभाल से कुल प्रजनन दर और वृद्धि दर (2011) में गिरावट आई है। जनगणना दशकीय वृद्धि दर में सबसे ज्यादा गिरावट देखी गई। 24 राज्यों और केंद्रशासित प्रदेशों ने पहले ही प्रतिस्थापन प्रजनन स्तर हासिल कर लिया है जो भारत की कुल आबादी का लगभग 55% है।

उत्तर प्रदेश ने नागालैंड के बाद टीएफआर में सबसे बड़ी गिरावट दिखाई है। जिन राज्यों ने कमी दिखाई है, उनके लिए टीएफआर की स्थिति नीचे दी गई है:



राज्य	एनएफएचएस III	एनएफएचएस IV	अंतर
उत्तर प्रदेश	3.8	2.7	1.1
नागालैंड	3.7	2.7	1.0
अरूणाचल प्रदेश	3.0	2.1	0.9
मध्य प्रदेश	3.1	2.3	0.8
राजस्थान	3.2	2.4	0.8
सिक्किम	2.0	1.2	0.8
मेघालय	3.8	3.0	0.8
झारखंड	3.3	2.6	0.7
बिहार	4.0	3.4	0.6
हरियाणा	2.7	2.1	0.6
मिजोरम	2.9	2.3	0.6
त्रिपुरा	2.2	1.7	0.5
भारत	**2.7**	**2.2**	**0.5**
उत्तराखंड	2.6	2.1	0.5
पश्चिम बंगाल	2.3	1.8	0.5
दिल्ली	2.1	1.7	0.4
छत्तीसगढ़	2.6	2.2	0.4
गुजरात	2.4	2.0	0.4
जम्मू और कश्मीर	2.4	2.0	0.4
पंजाब	2.0	1.6	0.4
कर्नाटक	2.1	1.8	0.3
केरल	1.9	1.6	0.3
ओडिशा	2.4	2.1	0.3
महाराष्ट्र	2.1	1.9	0.2
असम	2.4	2.2	0.2
मणिपुर	2.8	2.6	0.2
गोवा	1.8	1.7	0.1
तमिलनाडु	1.8	1.7	0.1

23.9 मिशन इंद्रधनुष (एमआई)

भारत सरकार ने 2020 तक पूर्ण प्रतिरक्षण कवरेज को कम से कम 90% तक बढ़ाने के उद्देश्य के साथ दिसंबर 2014 में मिशन इंद्रधनुष की शुरूआत की, जिसे कम कर 2018 तक किया गया था।

मिशन इंद्रधनुष कम प्रतिरक्षण कवरेज (जैसे दुर्गम पहुंच वाले क्षेत्रों, रिक्त उप–केंद्रों, टीका निवारणीय रोगों, प्रतिरोधक पॉकेटों के हालिया प्रकोप वाले क्षेत्रों) पर लक्षित एक केंद्रित दृष्टिकोण है।

मिशन इंद्रधनुष ने 554 जिलों को कवर करते हुए छह चरणों (अप्रैल 2015 से दिसंबर 2018 तक) को पूरा कर लिया है जिसमेः

- 3.39 करोड़ बच्चों तक पहुंच
- 81.79 लाख बच्चों का पूर्ण टीकाकरण
- 87.18 लाख गर्भवती महिलाओं का टीकाकरण

मिशन इंद्रधनुष का विस्तृत चरण–वार कवरेज **अनुलग्नक–5** में दिया गया है।

एकीकृत बाल स्वास्थ्य और प्रतिरक्षण सर्वेक्षण (इंचिस) की रिपोर्ट के अनुसार, मिशन इंद्रधनुष के पहले दो चरणों में एक वर्ष में पूर्ण प्रतिरक्षण कवरेज में विगत में 1% वृद्धि/वर्ष की तुलना में 6.7% की वृद्धि हुई है। शहरी क्षेत्रों (3.1%) की तुलना में वृद्धि ग्रामीण क्षेत्रों (7.9%) में ज्यादा थी और इस प्रकार कार्यक्रम का फोकस शहरी क्षेत्रों की ओर बदला है।

गहन मिशन इंद्रधनुष

- 26 अप्रैल 2017 को सक्रिय शासन और समय पर कार्यान्वयन (प्रगति) बैठक में मिशन इंद्रधनुष की समीक्षा के दौरान, दिसंबर, 2018 तक मिशन के तहत लक्ष्य प्राप्त करने के निर्देश दिए गए।
- तदनुसार, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने 121 जिलों, 17 शहरी क्षेत्रों और पूर्वोत्तर राज्यों के 52 जिलों (24 राज्यों के कुल 190 जिलों/शहरी क्षेत्रों) की पहचान की है जहाँ गहन मिशन इंद्रधनुष आयोजित किया गया था। जिलों और शहरी क्षेत्रों की सूची **अनुलग्नक–4** पर दी गई है। 8 अक्तूबर, 2017 को वाडनगर, गुजरात में माननीय प्रधान मंत्री द्वारा गहन मिशन इंद्रधनुष का शुभारंभ किया गया।
- माननीय प्रधान मंत्री और कैबिनेट सचिव द्वारा गतिविधियों की बारीकी से निगरानी की गई।
- गहन मिशन इंद्रधनुष में नियमित प्रतिरक्षण सूक्ष्म योजनाओं में आईआईएमआई सत्रों की गहन तैयारी, क्रियान्वयन और एकीकरण शामिल होगा।
- सबसे धीमी प्रगति वाले शहरी स्लम क्षेत्रों और जिलों में हेड–काउंट सर्वेक्षणों के आधार पर लाभार्थियों की बकाया सूची पूरी करने और निर्धारित भूमिकाओं के साथ अन्य मंत्रालयों/विभागों के साथ बढ़ते तालमेल पर जोर दिया गया है।

23.10 किलकारी और सचल अकादमी

किलकारी जिसका अर्थ है 'एक बच्चे की हंसी', गर्भावस्था के दूसरी तिमाही से गर्भावस्था, बच्चे के जन्म और बच्चे की देखभाल के बारे में परिवारों को सीधे निःशुल्क, साप्ताहिक, समय–उपयुक्त 72 ऑडियो संदेश देता है, जब तक कि बच्चा एक वर्ष का नहीं हो जाता। किलकारी को 13 राज्यों में शुरू किया गया हैः असम, बिहार, छत्तीसगढ़, दिल्ली, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, मध्य प्रदेश, ओडिशा, राजस्थान, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल और उत्तराखंड। 28 फरवरी, 2019 की स्थिति के अनुसार किलकारी के तहत लगभग 19.87 करोड़ सफल कॉल (प्रत्येक कॉल लगभग 1 मिनट) किए गए थे।

मोबाइल अकादमी एक मुफ्त ऑडियो प्रशिक्षण पाठ्यक्रम है जो मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशाकर्मी) के ज्ञान के आधार का विस्तार करने और रिफ्रेश करने और उनके संचार कौशल में सुधार करने के लिए डिज़ाइन किया गया है। मोबाइल अकादमी आशाओं को उनके मोबाइल फोन के माध्यम से एक प्रशिक्षण अवसर प्रदान करता है जो कि लागत प्रभावी और कुशल दोनों है। यह किसी भी समय, कहीं भी प्रशिक्षण पाठ्यक्रम है जो मोबाइल फोन के माध्यम से एक साथ हजारों आशाओं को प्रशिक्षित कर सकता है। मोबाइल अकादमी वर्तमान में 13 राज्यों/केंद्रशासित प्रदेश असम, बिहार, छत्तीसगढ़, दिल्ली, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, मध्य प्रदेश, ओडिशा, राजस्थान, उत्तर प्रदेशों, उत्तराखंड और पश्चिम बंगाल में चल रही है। एमसीटीएस / आरसीएच पोर्टल में दर्ज 1,58,233 आशा कर्मियों ने

मोबाइल अकादमी पाठ्यक्रम शुरू कर दिया है जिसमें से 1,27,443 (लगभग 81%) आशा कर्मियों ने 28 फरवरी, 2019 की स्थिति के अनुसार पाठ्यक्रम पूरा कर लिया है।

किलकारी और मोबाइल अकादमी 15 जनवरी, 2016 को केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्री द्वारा शुरू की गई थी। साथ में, किलकारी और मोबाइल अकादमी व्यक्तिगत और सामुदायिक स्तर पर और सक्षम वातावरण बनाकर सशक्तिकरण और क्षमता निर्माण के द्वारा परिवार नियोजन, प्रजनन, मातृत्व और बाल स्वास्थ्य, पोषण, स्वच्छता और स्वच्छता सहित परिवार के स्वास्थ्य में सुधार कर रहे हैं।

23.11 कार्य स्थल पर यौन उत्पीड़न शिकायत समिति

जहां तक, कार्यस्थलों पर महिलाओं के यौन उत्पीड़न पर शिकायत समिति, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय का संबंध है, वर्ष 2018–19 के दौरान समिति को दो शिकायतें प्राप्त हुई थीं। समिति ने नियत प्रक्रिया के बाद, दोनों मामलों में, रिपोर्टों को अंतिम रूप दिया और आगे की कार्रवाई के लिए स्वास्थय और परिवार कल्याण मंत्रालय के संबंधित प्रशासनिक प्रभागों को भेज दिया।

समिति ने लैंगिक संवेदनशीलता पर नियमित कार्यशालाओं का आयोजन करके कार्य स्थलों पर यौन उत्पीड़न के बारे में मंत्रालय के अधिकारी और कर्मचारियों को संवेदनशील बनाने की सिफारिश की थी। कार्य स्थलों पर महिलाओं के यौन उत्पीड़न से संबंधित अधिनियमों को उपयुक्त स्थानों पर पोस्टर के माध्यम से दर्शाया जा सकता है। "शी–बॉक्स" लगाकर और मंत्रालय की वेबसाइट के माध्यम से सभी संबंधितों को कार्यस्थलों पर महिलाओं के यौन उत्पीडन संबंधी शिकायत समिति के गठन की जानकारी दी जा सकती है।

कुल मिलाकर, वर्ष 2018–19 के दौरान समिति की 12 बार बैठकें हुई।

23.12 नर्सिंग सेवाओं का विकास

नर्सिंग कार्मिक किसी अस्पताल में सबसे बड़ा कार्यदल हैं। वे स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं । देश भर में एएनएम और जीएनएम स्कूलों की स्थापना के लिए नर्सिंग सेवाओं के उन्नयन / सुदृढ़ीकरण की केंद्र प्रायोजित योजना को लागू करने के लिए वर्ष 2018–19 के लिए 66.00 करोड़ रुपये की राशि आवंटित किए गए थे। नर्सिंग कर्मियों को इस कार्यक्रम के माध्यम से अस्पतालों में गुणवत्तापरक रोगी परिचर्या प्रदान करने और अन्य सेटिंग्स में भी बेहतर सुसज्जित किया गया है। उपलब्ध आंकड़ों के अनुसार 95% लाभार्थी केवल महिलाएं हैं और इसलिए, कार्यक्रम का महिला सशक्तीकरण पर महत्वपूर्ण प्रभाव पड़ेगा।

अनुलग्नक–1

पिछली तीन जनगणनाओं में शिशु लिंग अनुपात का रुझान

क्र. सं.	राज्य / संघ राज्य क्षेत्र	1991	2001	पूर्ण अंतर (1991-2001)	2001	2011	पूर्ण अंतर (2011-2001)
		कुल	कुल	कुल	कुल	कुल	कुल
	भारत	**945**	**927**	**-18**	**927**	**918**	**-9**
1	जम्मू और कश्मीर	ला.न.	941	ला.न.	941	862	-79
2	दादरा और नगर हवेली	1013	979	-34	979	926	-53
3	लक्षद्वीप	941	959	18	959	911	-48
4	दमन और दीव	958	926	-32	926	904	-22
5	आंध्र प्रदेश	975	961	-14	961	939	-22
6	राजस्थान	916	909	-7	909	888	-21
7	नगालैंड	993	964	-29	964	943	-21
8	मणिपुर	974	957	-17	957	936	-21
9	महाराष्ट्र	946	913	-33	913	894	-19
10	उत्तराचंल	948	908	-40	908	890	-18
11	झारखंड	979	965	-14	965	948	-17
12	उत्तर प्रदेश	927	916	-11	916	902	-14
13	मध्य प्रदेश	941	932	-9	932	918	-14
14	ओडिशा	967	953	-14	953	941	-12
15	त्रिपुरा	967	966	-1	966	957	-9
16	बिहार	953	942	-11	942	935	-7
17	सिक्किम	965	963	-2	963	957	-6
18	छत्तीसगढ़	974	975	1	975	969	-6
19	पश्चिम बंगाल	967	960	-7	960	956	-4
20	मेघालय	986	973	-13	973	970	-3
21	असम	975	965	-10	965	962	-3
22	पुडुचेरी	963	967	4	967	967	0
23	तमिलनाडु	948	942	-6	942	943	1
24	कर्नाटक	960	946	-14	946	948	2
25	दिल्ली	915	868	-47	868	871	3
26	गोवा	964	938	-26	938	942	4
27	केरल	958	960	2	960	964	4
28	मिजोरम	969	964	-5	964	970	6
29	गुजरात	928	883	-45	883	890	7
30	अरुणाचल प्रदेश	982	964	-18	964	972	8
31	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	973	957	-16	957	968	11
32	हिमाचल प्रदेश	951	896	-55	896	909	13
33	हरियाणा	879	819	-60	819	834	15
34	चंडीगढ़	899	845	-54	845	880	35
35	पंजाब	875	798	-77	798	846	48

अनुलग्नक–2

भारत और बड़े राज्यों में जन्म के समय लिंग अनुपात (प्रति 1000 लड़कों पर लड़कियां) एसआरएस 2012–14 से 2014–16

क्र. सं.	भारत और बड़े राज्य / आवधिक*	2012-14	2013-15	परिवर्तन	2013-15	2014-16	परिवर्तन
	भारत	**906**	**900**	**-6**	**900**	**898**	**-2**
1.	आंध्र प्रदेश	919	918	-1	918	913	-5
2.	असम	918	900	-18	900	896	-4
3.	बिहार	907	916	9	916	908	-8
4.	छत्तीसगढ़	973	961	-12	961	963	2
5.	दिल्ली	876	869	-7	869	857	-12
6.	गुजरात	907	854	-53	854	848	-6
7.	हरियाणा	866	831	-35	831	832	1
8.	हिमाचल प्रदेश	938	924	-14	924	917	-7
9.	जम्मू और कश्मीर	899	899	0	899	906	7
10.	झारखंड	910	902	-8	902	918	16
11.	कर्नाटक	950	939	-11	939	935	-4
12.	केरल	974	967	-7	967	959	-8
13.	मध्य प्रदेश	927	919	-8	919	922	3
14.	महाराष्ट्र	896	878	-18	878	876	-2
15.	ओडिशा	953	950	-3	950	948	-2
16.	पंजाब	870	889	19	889	893	4
17.	राजस्थान	893	861	-32	861	857	-4
18.	तमिलनाडु	921	911	-10	911	915	4
19.	तेलंगाना	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	901	अनुपलब्ध
20.	उत्तर प्रदेश	869	879	10	879	882	3
21.	उत्तराखंड	871	844	-27	844	850	6
22.	पश्चिम बंगाल	952	951	-1	951	937	-14

अनुलग्नक–3

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस–3) (2005–06) और एनएफएचएस–4 (2015–16) के अनुसार जन्म पर लिंग अनुपात

क्र. सं.	राज्य	पिछले पांच वर्षों में जन्मे बच्चों का जन्म पर लिंग अनुपात (प्रति 1000 लड़कों पर लडकियां)		
		एनएफएचएस-3	एनएफएचएस-4	परिवर्तन
	भारत	**914**	**919**	**5**
1.	पंजाब	734	860	126
2.	केरल	925	1047	122
3.	मेघालय	907	1009	102
4.	हरियाणा	762	836	74
5.	तमिलनाडु	897	954	58
6.	महाराष्ट्र	867	924	57
7.	गोवा	921	966	44
8.	बिहार	893	934	41
9.	राजस्थान	847	887	40
10.	हिमाचल प्रदेश	913	936	23
11.	जम्मू और कश्मीर	902	922	20
12.	त्रिपुरा	959	966	7
13.	छत्तीसगढ़	972	977	4
14.	गुजरात	906	907	1
15.	कर्नाटक	922	910	-11
16.	पश्चिम बंगाल	976	960	-16
17.	उत्तर प्रदेश	922	903	-19
18.	उत्तराखंड	912	888	-23
19.	दिल्ली	840	817	-23
20.	नगालैंड	984	956	-28
21.	ओडिशा	963	933	-30
22.	मध्य प्रदेश	960	927	-33
23.	मणिपुर	1014	962	-51
24.	मिजोरम	1025	946	-79
25.	असम	1033	929	-104
26.	अरुणाचल प्रदेश	1071	920	-151
27.	झारखंड	1091	919	-172
28.	सिक्किम	984	809	-175
29.	अंडमान व नोकोबार द्वीप समूह		859	
30.	आंध्र प्रदेश		914	
31.	चंडीगढ़		981	
32.	दादर और नगर हवेली		1013	
33.	दमन और दीव		923	
34.	लक्षद्वीप		922	
35.	पुडुचेरी		843	
36.	तेलंगाना		874	

अनुलग्नक–4

क्र. सं.	राज्य/संघ राज्य क्षेत्र	पंजीकृत निकायों की संख्या	न्यायालयों/पुलिस में चल रहे मामलों की संख्या	जब्त/सील की गई मशीनों की संख्या	दोषसिद्धि*	निरस्त/निलंबित चिकित्सा लाइसेंस
1	आंध्र प्रदेश	3119	20	18	0	0
2	अरुणाचल प्रदेश	97	0	-	0	0
3	असम	930	11	4	1	0
4	बिहार	2761	132	38	6	0
5	छत्तीसगढ़	700	14	0	0	0
6	गोवा	174	1	1	0	0
7	गुजरात	5994	235	2	18	7
8	हरियाणा	2144	313	562	85	21
9	हिमाचल प्रदेश	464	0	4	1	0
10	जममू और कश्मीर	493	3	13	1	0
11	झारखंड	761	32	0	2	0
12	कर्नाटक	4711	49	58	38	0
13	केरल	1737	0	-	0	0
14	मध्य प्रदेश	1730	50	17	4	3
15	महाराष्ट्र	8672	587	462	99	79
16	मणिपुर	130	0	-	0	0
17	मेघालय	50	0	-	0	0
18	मिजोरम	61	0	-	0	0
19	नगालैंड	49	0	0	0	0
20	ओडिशा	1001	66	-	5	0
21	पंजाब	1603	147	38	31	1
22	राजस्थान	3102	716	506	149	21
23	सिक्किम	27	0	0	0	0
24	तमिलनाडु	6717	123	-	109	2
25	तेलंगाना	3547	24	108	3	0
26	त्रिपुरा	48	1	-	0	0
27	उत्तराखंड	647	47	12	4	0
28	उत्तर प्रदेश	6031	139	39	20	1
29	पश्चिम बंगाल		24	29	0	0
30	अंडमान और निकोबार	17	0	-	0	0
31	चंडीगढ़	183	1	-	0	0
32	दादर और नगर हवेली	16	0	0	0	0
33	दमन और दीव	10	0	0	0	0
34	दिल्ली	1584	104	170	10	3
35	लक्षद्वीप	9	0	-	0	0
36	पुडुचेरी	109	1	-	0	0
	कुल	**62666**	**2840**	**2081**	**586**	**138**

अनुलग्नक–5

मिशन इंद्रधनुष (सभी चरण) कवरेज रिपोर्ट
(12 अप्रैल, 2019 के अनुसार)

(आंकड़े लाख में)

क्र. सं.	संकेतक	चरण-1	चरण-2	चरण-3	चरण-4	आईएमआई	एमआई–जीएसए*	एमआई–ईजीएसए*	चरण-6	कुल
1	आयोजित सत्रों की संख्या	9.61	11.55	7.44	6.30	6.04			0.97	41.91
2	दिए गए एंटीजन की संख्या	190.09	172.84	151.56	118.46	158.44			14.56	805.95
3	प्रतिरक्षित गर्भवती महिलाओं की संख्या	20.95	16.83	17.83	13.18	11.86	1.13	4.29	1.13	87.18
4	पूर्ण प्रतिरक्षित गर्भवती महिलाओं की संख्या	11.13	8.94	9.56	7.13	6.66			0.62	44.04
5	प्रतिरक्षित बच्चों की संख्या	75.75	70.30	62.08	46.65	59.49	4.97	15.26	4.94	339.44
6	पूर्ण प्रतिरक्षित बच्चों की संख्या	19.81	18.17	16.34	12.25	14.01			1.21	81.79
7	पहली बार टीकाकरण किए गए बच्चों की संख्या	0.00	9.31	12.06	6.84	8.55			0.62	37.39
8	विटामिन ए खुराक दिए गए बच्चों की संख्या	19.85	20.53	17.98	15.13	18.46			1.44	93.39
9	वितरण किए गए ओआरएस पैकेटों की संख्या	16.93	13.62	21.38	16.64	11.17			1.07	80.81
10	वितरण की गई जिंक गोलियों की संख्या	57.03	44.85	80.70	52.10	39.18			0.84	274.70

** डाटा जीएसए/ईजीएसए पोर्टल से लिया गया है।*