

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम)

2-1 iZrkouk

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) में दो उप-मिशन शामिल हैं, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) और हाल ही में आरंभ किया गया राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम)। ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य प्रणाली के सुदृढीकरण में प्रमुख कार्यक्रम संबंधी संघटक हैं – प्रजनन-मातृ नवजात शिशु और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएचएच) और संक्रामक तथा गैर संक्रामक रोग। एनएचएम समान, वहनीय और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं को सार्वभौमिक पहुंच बनाने की परिकल्पना करता है जो उत्तरदायित्वपूर्ण हों तथा लोगों की आवश्यकता के प्रति संवदेनशील हो।

jK'Vh xteh k LokLF; fe'ku ¼uvkj, p, e% राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन ग्रामीण क्षेत्रों में विशेष तौर से कमजोर वर्गों को सुलभ, वहनीय और उत्तरदायी गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करेगा। एनआरएचएम के अधीन, अधिकार प्राप्त कार्य समूह (ईएजी) वाले राज्यों तथा पूर्वोत्तर राज्यों, जम्मू एवं कश्मीर एवं हिमाचल प्रदेश पर अत्यधिक ध्यान दिया गया है। मिशन का जोर जल, सफाई, शिक्षा, पोषण, सामाजिक और लैंगिक समानता जैसे स्वास्थ्य के अनेक निर्धारकों पर साथ-साथ कार्रवाई सुनिश्चित करने के लिए एक पूर्णरूपेण कार्यात्मक, सामुदायिक स्वामित्व वाली और सभी स्तरों पर अंतरक्षेत्रीय समाभिरूपता वाली विकेन्द्रीकृत स्वास्थ्य प्रणाली स्थापित करने पर है।

jK'Vh 'lgjh LokLF; fe'ku ¼u; wp, e% राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) शहरी जनसंख्या विशेषकर शहरी गरीबों और अन्य कमजोर वर्गों तक गुणवत्तायुक्त प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या तक उनकी पहुंच

बनाकर स्वास्थ्य स्थिति में सुधार लाएगा। एनयूएचएम चरणवार ढंग से सभी राज्य की राजधानियों, जिला मुख्यालयों और 50,000 या अधिक जनसंख्या वाले अन्य शहरों, कस्बों (2011 की जनगणना के अनुसार) को शामिल किया जाएगा। 50,000 से कम जनसंख्या वाले शहरों और कस्बों को एनआरएचएम के अंतर्गत शामिल किया जाएगा।

2-2 , uvkj, p, e@, u, p, e ds vxz ef; igy %

2-2-1 vk'kk % देश भर में 9.15 लाख से अधिक प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) को नियुक्त किया गया है जो सुविधा प्रदाता, मोबलाइजर तथा सामुदायिक स्तर परिचर्या प्रदाता का कार्य करते हैं। महिलाओं और बच्चों पर ध्यान देते हुए विशेष आबादी के कमजोर वर्गों के लोगों के लिए समुदाय में आशा को प्रथम सहयोगी के रूप में माना जाता है। वर्ष 2013 से जब राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन का आरंभ हुआ था तो आशा कर्मियों को शहरी क्षेत्रों के लिए भी चयन किया गया था। विभिन्न मूल्यांकन और निरंतर साझा समीक्षा मिशन दर्शाता है कि आशा कर्मी का संस्थागत प्रसव, प्रतिरक्षण, रोग नियंत्रण कार्यक्रम मलेरिया, काला अजार और लिम्फैटिक फाइलाइरेसिस) में सक्रिय भूमिका और स्तनपान तथा आहार क्रियाकलापों में सुधार के सकारात्मक परिणामों के योगदान में प्रमुख भूमिका है। अधिकांश राज्यों ने प्रशिक्षण, कार्यस्थल पर अनुभवी परामर्शदाता और निष्पादन मॉनीटरिंग की निरंतरता सुनिश्चित करने के लिए आशा हेतु सक्रिय प्रशिक्षण और सहायक प्रणाली की व्यवस्था की है।

2-2-2 jkxh dY; k k l fefr@vLi rky cçaku l kl kbVh सरल किंतु प्रभावी प्रबंधन ढांचा है। यह समिति

एक पंजीकृत सोसाइटी है जो अस्पताल के काम-काज का संचालन करने के लिए अस्पतालों के लिए ट्रस्टी के समूह के रूप में कार्य करता है और स्वास्थ्य केन्द्रों के अनुरक्षण हेतु उत्तरदायी है एवं अस्पताल में रोगियों हेतु बेहतर सुविधाएं सुनिश्चित करता है। रोगियों के कल्याण के लिए गतिविधियां चलाने के लिए इन समितियों को शर्त रहित धनराशि के माध्यम से वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है। अब तक लगभग सभी जिला अस्पतालों, उप जिला अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के सामुदायिक सदस्यों को शामिल करते हुए 31,763 रोगी कल्याण समितियां गठित की जा चुकी हैं।

2-2-3 मि. दक्षिण (वृद्ध) सुविधा हमारे एएनएम को इस क्षेत्र में नया आत्मविश्वास दिया है। रक्तचाप मापक, स्टेथोस्कोप, भारमापक मशीन आदि से अब कहीं बेहतर तरीके से उपकरणों से सुसज्जित हैं। वे दरअसल गुणवत्तायुक्त प्रसवपूर्व परिचर्या और अन्य स्वास्थ्य परिचर्या सेवाएं प्रदान कर सकते हैं।

2-2-4 एच.ए.एस.एन.सी. (एन.एच.ए.एस.एन.सी.) पर्यावरण और सामाजिक निर्धारकों से संबंधित मामलों का समाधान करने के लिये मूलभूत स्तर पर सामुदायिक अधिकारिता एवं भागीदारी एक महत्वपूर्ण साधन है। वीएचएसएनसी सदस्यता में पंचायती राज प्रतिनिधि, आशा एवं अन्य महत्वपूर्ण कर्मी तथा कमजोर समुदायों के प्रतिनिधि भी शामिल हैं। प्रत्येक वीएचएसएनसी को प्रतिवर्ष 10,000 रु. का अबद्ध अनुदान दिया जाता है। अब तक देशभर में 5.01 लाख वीएचएसएनसी की स्थापना की जा चुकी है। राज्यों में सार्वजनिक सेवा निगरानी और योजना सहित वीएचएसएनसी सदस्यों की भूमिकाओं एवं उत्तरदायित्वों के संबंध में उनका क्षमता निर्माण किया जा रहा है।

2-2-5 एच.ए.एस.एन.सी. सेवा प्रदानगी के लिए गहन मानव संसाधन इनपुट अपेक्षित होते हैं। एनएचएम ने संविदात्मक आधार पर 7,263 जीडीएमओ, 3,355 विशेषज्ञों, 73,154 एएनएम, 40,847 स्टॉफ नर्सों सहित राज्यों को लगभग 1.81 लाख अतिरिक्त स्वास्थ्य मानव संसाधन प्रदान करके मानव संसाधनों में व्याप्त कमियों को दूर करने की कोशिश की है। एनएचएम ने राज्यों द्वारा पता लगाई गई अभिज्ञात कार्यनीतिगत की दृष्टि से अवस्थित सुविधा केंद्रों में डॉक्टरों

को बहु-कौशल युक्त बनाने पर भी बल दिया है। उदाहरण के लिए एमबीबीएस डॉक्टरों को आपातकालीन प्रसूति परिचर्या, जीवन रक्षक संवेदनाहरण कौशल (एलएसएस) तथा लैप्रोस्कोपिक सर्जरी के क्षेत्र में प्रशिक्षित किया जाता है। नर्सिंग स्टाफ तथा सहायक कार्यकर्ताओं जैसे कि एएनएम के क्षमता निर्माण को भी पर्याप्त महत्व दिया जाता है। एनएचएम पीएचसी, सीएचसी और जिला अस्पतालों जैसे स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में आयुष की सह-अवस्थिति हेतु भी सहायता करता है। राज्यों में एनएचएम वित्तपोषण सहायता के अधीन कुल 24,890 आयुष डॉक्टरों की नियुक्ति की गई है।

2-2-6 एच.ए.एस.एन.सी. (एन.एच.ए.एस.एन.सी.) का लक्ष्य गर्भवती महिलाओं को सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसव कराने के लिए प्रोत्साहित करके मातृ मृत्यु दर में कमी लाना है। इस योजना के अंतर्गत, पात्र गर्भवती महिला को सरकारी स्वास्थ्य केन्द्र में बच्चों को जन्म देने पर नकद सहायता दी जाती है। एनएचएम की शुरुआत से इस योजना के अंतर्गत 8.55 करोड़ महिलाएं इसका लाभ उठा चुकी हैं।

2-2-7 एच.ए.एस.एन.सी. (एन.एच.ए.एस.एन.सी.) 1 जून, 2011 से आरंभ हुई जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम सभी गर्भवती महिलाओं को सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में पूर्णतः निःशुल्क और बिना किसी खर्च के सिजेरियन सहित प्रसव कराने का हक देता है। यह हकदारी आधारित दृष्टिकोण की ओर बढ़ने का संकेत है। निःशुल्क हकदारी में निःशुल्क औषध और उपभोज्य, निःशुल्क नैदानिक जांच, स्वास्थ्य संस्थानों में रहने के दौरान निःशुल्क भोजन, निःशुल्क रूप से रक्त उपलब्ध करवाना, घर से स्वास्थ्य संस्थान तक रेफर के मामलों में एक स्वास्थ्य संस्थान से दूसरे स्वास्थ्य संस्थान तक और वापस घर छोड़ने के लिए निःशुल्क परिवहन, तथा सभी प्रकार के प्रयोक्ताओं शुल्क से छूट शामिल है। इसी प्रकार की हकदारी सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में आने वाले सभी बीमार नवजातों (1 वर्ष की आयु तक) को उपलब्ध है। सभी राज्य, संघ राज्य क्षेत्रों द्वारा इस योजना को कार्यान्वित किया जा रहा है। राज्यों, संघ राज्य क्षेत्रों से प्राप्त नवीनतम रिपोर्ट के अनुसार 89 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं ने निःशुल्क दवाइयां, 82 प्रतिशत निःशुल्क नैदानिक सुविधा, 75 प्रतिशत निःशुल्क आहार, 49 प्रतिशत घर से सुविधा केन्द्र तक निःशुल्क परिवहन सुविधा और 56.03 प्रतिशत ने वापस घर तक निःशुल्क

परिवहन सुविधा प्राप्त की। रुग्ण नवजातों के लिए, 73 प्रतिशत रुग्ण नवजातों ने निःशुल्क दवाइयां, 40 प्रतिशत निःशुल्क नैदानिक सुविधा, 10 प्रतिशत रुग्ण नवजातों ने घर से सुविधा केन्द्र तक परिवहन सुविधा और 28 प्रतिशत ने वापस घर तक परिवहन सुविधा प्राप्त की।

2-2-8 **l fo/k vk/kfjr uot kr ifjp;** गृह आधारित नवजात परिचर्या योजना और सुविधा आधारित नवजात परिचर्या के आरम्भ से नवजात परिचर्या की स्थापना यह सुनिश्चित करते हुये की गयी कि प्रत्येक नवजात को जन्म के समय से 48 घंटो तक स्वास्थ्य सुविधा केंद्र में और जीवन के पहले 42 दिन घर मे अनिवार्य परिचर्या प्राप्त हो। जन्म के समय अनिवार्य नवजात परिचर्या प्रदान करने के लिए प्रसव स्थलों पर नवजात परिचर्या कार्नर (एनवीसीसी) स्थापित किए गए हैं जबकि विशेष नवजात परिचर्या एकक (एसएनसीयू) तथा नवजात स्थिरीकरण एकक (एनबीएसयू) रुग्ण नवजात शिशुओं को परिचर्या प्रदान करते हैं। जून, 2015 की स्थिति के अनुसार, पूरे देश में कुल 14,141 एनबीसीसी, 2,020 एनबीएसयू तथा 575 एसएनसीयू को प्रचालनात्मक बनाया गया है।

2-2-9 **jkVht py fpdfRl k bdlbZ ¼u, e, e;** देश में एनआरएचएम के अंतर्गत 1107 मोबाइल चिकित्सा इकाईयों (एमएमयू) हेतु 672 जिलों में से 333 जिलों को सहायता प्रदान की गई। दृश्यता, जागरूकता और जिम्मेदारी बढ़ाने के लिए सभी चल चिकित्सा इकाईयों को एक जैसे रंग और डिजाइन के साथ 'राष्ट्रीय चल चिकित्सा इकाई सेवा' के तौर पर पुनःस्थापित किया गया है।

2-2-10 **jkVht , agyd l ok ¼u, , l ½** एनआरएचएम

के आरंभ होने के समय, कॉल सेंटर आधारित एम्बुलेंस नेटवर्क वास्तविक रूप में अस्तित्व में नहीं थे। अब 31 राज्यों संघ राज्य क्षेत्र में डायल 108 अथवा 102 नं. पर टेलीफोन करके एम्बुलेंस को बुलाने की सुविधा है। डायल 108 एम्बुलेंस सेवा प्रमुखतः आपात अनुक्रिया की आवश्यकता वाले गंभीर परिचर्या, अभिघात रोगियों, दुर्घटना पीड़ितों आदि के परिवहन के लिए बनाया गया है। डायल 102 एम्बुलेंस प्रमुखतः रोगी परिवहन सेवा है, जो गर्भवती महिलाओं, रुग्ण बच्चे तथा अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता वाले रोगियों के लिए उपयोग किया जा रहा है। जेएसके में पात्र महिलाओं तथा रुग्ण बच्चे को सुविधा केंद्रों तथा वापस घर लाने कि सुविधा डायल 102 सेवा का प्रमुख प्रावधान है। इस सुविधा का लाभ किसी कॉल सेन्टर से टोल फ्री कॉल के माध्यम से उठाया जा सकता है।

वर्तमान में एनएचएम के अंतर्गत 6290 वाहनों को रोगियों, विशेषकर गर्भवती महिलाओं और बीमार नवजातों को घर से सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रों और वापस छोड़ने के वाहन के रूप में पैलबद्ध करने के अतिरिक्त, 7358 डायल-108, 400 डायल-104 और 7836 डायल-102 आपातकालीन रोगी परिवहन वाहन कार्यशील हैं।

2.2.11 उच्च-फोकस वाले राज्यों में 33 प्रतिशत तक एनएचएम निधियां अवसंरचनात्मक विकास हेतु इस्तेमाल की जा सकती हैं। एनएचएम के अंतर्गत पूरे देश में नए निर्माण एवं नवीकरण उन्नयन का ब्यौरा निम्नलिखित है:

l fo/k dftæ	u, fofuekZk		uohudj.k@mLü; u	
	vuokfnr	i jsfd, x,	vuokfnr	i jsfd, x,
उप केन्द्र (एससी)	26116	16051	17475	12992
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी)	2148	1362	9280	8196
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी)	637	356	3536	2480
एसडीएच	101	50	671	613
जिला अस्पताल (डीएच)	102	69	947	730
अन्य'	1646	762	938	690
dy	30750	18650	32847	25701

*ये सुविधा केन्द्र उपकेन्द्र से बड़े लेकिन ब्लॉक स्तर से छोटे हैं।

2-2-12 यह सुनिश्चित करने के लिए कि एनएचएम के अंतर्गत राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों एवं अन्य संस्थाओं को किए गए निधि आवंटन में बढ़ोतरी का पूर्णतः समन्वय, प्रबंधन एवं उपयोग किया जाए। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लिए वित्तीय प्रबंधन समूह (एफसीएमजी-एनएचएम) को राज्य स्तर पर गठित किया गया है।

2-2-13 **vk' qk dksed; /hjk eaykul%** 10042 पीएचसी 2732 सीएचसी, 501 डीएच उपकेन्द्र से बड़े किन्तु ब्लॉक स्तर से छोटे 5714 स्वास्थ्य केन्द्रों और सीएचसी के अलावा ब्लॉक स्तर के या उससे बड़े किन्तु जिला स्तर से छोटे 421 स्वास्थ्य केन्द्रों पर आयुष स्वास्थ्य सुविधाएं आबंटित करके आयुष को मुख्य धारा में लाया जा रहा है।

2-2-14 **LoLF; l fop/k dksed ds fy, jk'Vfr xqloÜk vk'okl u ÝeodZ dk 'hjk eaykul%** 31000 से अधिक सार्वजनिक सुविधाओं में स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता में सुधार करने तथा राज्यों को एक स्पष्ट रोडमैप मुहैया कराने के लिए राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन फ्रेमवर्क के तहत नवंबर 2014 में जिला अस्पतालों (डीएच), सीएचसी और पीएचसी के लिए गुणवत्ता मानक शुरू किए गए।

2-2-15 **dk kdYi] dk 'hjk eaykul% loZ fud LoLF; l fop/kvks dks igLdij nsus ds fy, , d igy%** सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में साफ-सफाई, स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण प्रथाओं को बढ़ावा देने के लिए कायाकल्प-पहल शुरू की गई है। इस पहल के तहत सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं का मूल्यांकन किया जाएगा और इस तरह के सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र, जो साफ-सफाई, स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण के प्रोटोकॉल की अनुकरणीय निष्पादन बैठक मानक दर्शाते हैं उन्हें पुरस्कार और प्रशस्ति प्राप्त होगा। इसके अलावा, साफ-सफाई, स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण प्रथाओं को बढ़ावा देने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए 15 मई, 2015 को स्वच्छता दिशानिर्देश जारी किए गए थे। दिशानिर्देशों में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में स्वच्छता के संबंध में योजना, आवृत्ति, तरीकों, निगरानी आदि का ब्यौरा प्रदान किया जाता है।

2-2-16 **fu%kyd vlsk/k lok igy%** राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत 5% तक अतिरिक्त धनराशि (राज्य के

सामान्य आवंटन से अधिक) उन राज्यों को प्रदान की जाती है जो निःशुल्क दवा योजना शुरू करते हैं। एनएचएम के तहत, कुछ निर्दिष्ट शर्तों को पूरा करने वाले राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को मुफ्त दवाओं के प्रावधान हेतु राज्यों के लिए निःशुल्क दवा सेवा पहल के तहत पर्याप्त धन उपलब्ध है। एनएचएम के लिए विस्तृत परिचालन दिशा-निर्देश-राज्यों को 2 जुलाई 2015 को मुफ्त दवा सेवा पहल भी जारी कर दिया गया है और ये एनएचएम की वेबसाइट पर उपलब्ध हैं।

2-2-17 **fu%kyd funku lok igy% , u, p, e-**फ्री निदान सेवा पहल सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं पर मुफ्त आवश्यक नैदानिक सेवाएं प्रदान करने के लिए 2013 में शुरू किया गया था जिसके तहत उनकी संसाधन पात्रता में राज्यों को पर्याप्त धनराशि प्रदान की गई है। केंद्र सरकार द्वारा निःशुल्क निदान सेवा पहल पर परिचालन दिशानिर्देश विकसित किए गए हैं और 2 जुलाई, 2015 को निःशुल्क आवश्यक नैदानिक सेवाओं में शामिल राज्यों के विभिन्न तंत्रों के साथ साझा किया गया है, जिसमें निम्नलिखित शामिल हैं:-

- o सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में मौजूदा प्रणालियों का सुदृढीकरण जैसे लैब के बुनियादी ढांचे, लैब तकनीशियन, उपकरणों का प्रावधान
- o उच्च लागत दृग्निम्ना आवृत्ति वाले नैदानिक सेवाओं को बाहर से प्राप्त करना; और
- o आवश्यकता के आधार पर आवश्यक मानव संसाधन की सेवाओं (जैसे रेडियोलॉजिस्ट, लैब तकनीशियन) का अनुबंध।

2-2-18 **t b fpdfRl k mi dj. k j [kj [kko%** राज्यों को सभी कार्यात्मक चिकित्सा उपकरण/मशीनरी के लिए व्यापक उपकरणों के रखरखाव हेतु उपाय की योजना बनाने के लिए कहा गया है। मंत्रालय ने मार्गदर्शन के लिए मॉडल अनुबंध दस्तावेज परिचालित किया है। चिकित्सा उपकरणों का अधिकतम उपयोग सुनिश्चित करने के लिए सभी कार्यात्मक चिकित्सा उपकरण/मशीनरी के लिए व्यापक उपकरणों के रखरखाव हेतु सहायता दी जाती है।

2-2-19 **Q kid çkfed LoLF; ns[hky%** निवारक और प्रोत्साहक स्वास्थ्य देखभाल सहित प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल जल्दी पता लगाने और तुरंत उपचार के लिए

सक्षम बनाता है और द्वितीयक और तृतीयक देखभाल के लिए एक गेट कीपिंग का कार्य करता है, और यह देखभाल की लागत को भी कम करता है। दिसंबर 2014 में, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के संचालन पर रिपोर्ट उपलब्ध कराने के लिए एक टास्क फोर्स का गठन किया। समिति को व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का संचालन करने, सेवा प्रदान करने के घटकों को अंतिम रूप देने, संस्थागत ढांचे और सेवा संगठनों को स्पष्ट बनाने, पीएचसी टीम के लिए दिशा निर्देशों का विकास करने और स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधनों पर कार्य करने तथा मानक उपचार दिशानिर्देश का विकास करने के लिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा गठित अन्य कार्य बलों के साथ समन्वय करने के लिए वर्तमान चुनौतियों की पहचान करने का कार्य सौंपा गया। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को व्यापक और सार्वभौमिक बनाने के लिए कार्रवाई के नौ क्षेत्रों का प्रस्ताव है। उनमें शामिल है:

- o संस्थागत ढांचे और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के संगठन को मजबूत बनाना
- o प्रौद्योगिकियों, ड्रग्स और व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए निदान हेतु उपयोग में सुधार करना
- o सूचना, संचार और प्रौद्योगिकी (आईसीटी) के उपयोग को बढ़ाना— रोगी और प्रदाताओं को सशक्ति बनाना
- o देखभाल की निरंतरता को बढ़ावा देना— मरीज केंद्रित देखभाल बनाना
- o देखभाल की गुणवत्ता बढ़ाना
- o स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों पर ध्यान देना
- o सामुदायिक भागीदारी पर जोर देना और स्वास्थ्य में इक्विटी संबंधी कठिनाइयों को दूर करना
- o प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का समर्थन करने के लिए मानव संसाधन नीति का विकास करना
- o वित्तपोषण, भागीदारी और जवाबदेही सहित शासन प्रणाली को सुदृढ़ बनाना
- o राज्यों को भी एक मध्य स्तरीय सेवा प्रदाता की अध्यक्षता में मौजूदा उप केन्द्रों को मजबूत बनाने के लिए एनएचएम के पीआईपी के माध्यम से सहायता दी गई है।

2-2-20 fdydjlh एंटी नेटल केयर (एएनसी), संस्थागत प्रसव, प्रसवोत्तर देखभाल (पीएनसी) और टीकाकरण के

महत्व के बारे में गर्भवती महिलाओं, बच्चों के माता-पिता और खेत के मजदूरों के बीच उचित जागरूकता पैदा करने के लिए चरणबद्ध तरीके से पूरे भारत में किलकारी और मोबाइल अकादमी सेवाएं लागू करने का निर्णय लिया गया। पहले चरण में किलकारी योजना 6 राज्यों अर्थात् उत्तराखंड, झारखंड, उत्तर प्रदेश, उड़ीसा, राजस्थान (एचपीडी) और मध्य प्रदेश (एचपीडी) में शुरू किया जाएगा। 4 राज्यों अर्थात् उत्तराखंड, झारखंड, राजस्थान और मध्य प्रदेश में मोबाइल अकादमी शुरू किया जाएगा।

fdydljh एक इंटरएक्टिव वॉयस रिसपांस (आईवीआर) आधारित मोबाइल सेवा है जिसमें सीधे गर्भवती महिलाओं, छोटे बच्चों की माताओं और उनके परिवारों के मोबाइल फोन पर गर्भावस्था और बाल स्वास्थ्य के बारे में टाईम सेंसिटिव ऑडियो संदेश (वॉयस कॉल) दिया जाता है। सेवा में महत्वपूर्ण समय अवधि को शामिल किया गया है—जहां एक साल का बच्चा होने तक गर्भावस्था के चौथे माह से मातृ/शिशु मृत्यु हो जाते हैं। ऐसे परिवार जो सेवा में अंशदान देते हैं, को प्रति सप्ताह एक पूर्व दर्ज सिस्टम सेवा प्राप्त करने के लिए फोन से सदस्यता लेते हैं। प्रत्येक कॉल की अवधि 2 मिनट हो सकती है और महिला के गर्भावस्था या बच्चे की उम्र के आधार पर परिवार द्वारा उस सप्ताह में किए जाने वाले कार्य के लिए अनुस्मारक के रूप में काम करेगा। राज्यों के लिए किलकारी सेवाएं क्षेत्रीय बोली में भी उपलब्ध होंगी।

2-2-21 ekby vdkneh पारस्परिक संचार कौशल पर किसी भी समय, कहीं भी उपलब्ध एक ऑडियो प्रशिक्षण पाठ्यक्रम है जिसे आशा अपने मोबाइल फोन से प्राप्त कर सकते हैं। यह आशा को अपनी मौजूदा ज्ञान को अद्यतन बनाने, प्राथमिकता से आरएमएनसीएच व्यवहार अपनाने के लिए परिवारों को समझाने के लिए टिप्स देता है। यह कोर्स 240 मिनट की अवधि का है और प्रत्येक में 4 सबक के साथ 11 अध्याय हैं। प्रत्येक अध्याय के अंत में उनके लिए एक प्रश्नोत्तरी है और जो एएनएम/आशा इस पाठ्यक्रम को पास करते हैं, उन्हें एक प्रमाण-पत्र प्रदान किया जाएगा।

2-2-22 jkVQ ki h Vlch jksh nok cfrjshk l ozk k dk 'hkg समुदाय में मल्टी ड्रग प्रतिरोधी तपेदिक के

बोझ पर बेहतर अनुमान प्रदान करने के लिए 13 टीबी रोधी दवाओं के लिए ड्रग प्रतिरोधी सर्वेक्षण शुरू किया गया था। यह 5214 रोगियों के एक नमूना आकार के साथ दुनिया में अब तक का सबसे बड़ा सर्वेक्षण है। इसका परिणाम 2016 तक आने की संभावना है।

2-2-23 **dkykt kj mleyu ; kt ul%** 2015 के अंत तक ब्लॉक पीएचसी स्तर पर प्रति 10,000 की आबादी पर एक से कम कालाजार के मामले की वार्षिक घटनाओं को कम करने के लिए कालाजार उन्मूलन योजना आरंभ की गई जिसमें अन्य बातों के साथ निम्नलिखित शामिल है:

- o उत्तर प्रदेश, बिहार, पश्चिम बंगाल और झारखंड के लिए जोर दिए जाने वाले नए क्षेत्र;
- o सक्रिय खोज, नई दवा आहार, समन्वित इनडोर अवशिष्ट स्त्रे (आईआरएस) आदि शामिल करने के लिए नई कार्य योजना; और
- o नई गैर-आक्रामक डायग्नोस्टिक किट का प्रयोग।

2-2-24 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत राज्यों को प्रोत्साहन के लिए मानदंडों को संशोधित किया गया। मुख्य परिणामों/आउटपुट अर्थात् आईएमआर, एमएमआर, टीकाकरण, गुणवत्तापूर्ण प्रमाणित स्वास्थ्य सुविधाओं की संख्या और अनुपात आदि पर बेहतर प्रगति दर्शाने वाले राज्य प्रोत्साहन के रूप में अतिरिक्त धनराशि प्राप्त करने में सक्षम होंगे।

2-3 **jk'Vt; 'lgjh LokF; fe'ku ¼u; wp, e½**

2-3-1 केंद्रीय मंत्रिमंडल द्वारा स्लम और समाज के कमजोर वर्गों पर विशेष ध्यान देने के साथ शहरी आबादी के लिए न्यायसंगत और गुणवत्तापूर्ण प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए एक व्यापक राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के तहत 1 मई, 2013 को एक उप-मिशन के रूप में राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) की मंजूरी दी गई। एनयूएचएम में गुणवत्तापूर्ण प्राथमिक स्वास्थ्य के लिए उनके उपयोग को सुविधाजनक बनाते हुए स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार की मांग की गई है।

वित्तीय वर्ष 2015-16 से सभी राज्यों के लिए केंद्र-राज्य का वित्त पोषण पैटर्न 60:40 है जबकि सभी उत्तर-पूर्वी राज्यों और अन्य पहाड़ी राज्यों जैसे जम्मू-कश्मीर, हिमाचल प्रदेश और उत्तराखंड के लिए केंद्र-राज्य के वित्त पोषण पैटर्न

90:10 है। संघ राज्य क्षेत्रों के मामले में पूरे एनयूएचएम कार्यक्रम का वित्त पोषण पूरी तरह से केन्द्र सरकार द्वारा किया जाता है।

एनयूएचएम के तहत, व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए शहरी परिवार कल्याण केंद्रों, शहरी स्वास्थ्य पदों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और मानव संसाधन में वृद्धि सहित मौजूदा बुनियादी ढांचे को मजबूत बनाने और उन्नयन करने के लिए राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को सहायता प्रदान की जाती है।

सात महानगरों अर्थात् मुंबई, नई दिल्ली, चेन्नई, कोलकाता, हैदराबाद, बंगलुरु और अहमदाबाद में शहरी स्थानीय निकाय (यूएलबी) के माध्यम से शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्यान्वित की जा रही है। शेष शहरों के लिए, राज्य स्वास्थ्य विभाग निर्णय लेता है कि शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम स्वास्थ्य विभाग या किसी अन्य शहरी स्थानीय निकाय के माध्यम से कार्यान्वित किया जाए।

कार्यक्रम के तहत कुछ संकेतक से संबंधित प्रगति के आधार पर एशियाई विकास बैंक (एडीबी) द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है।

2-3-2 **l ok çnkuxh vol jþuk**

एनयूएचएम में विशेष रूप से शहरी गरीबों और की स्वास्थ्य जरूरतों को पूरा करने के लिए सेवा डिलीवरी अवसंरचना की स्थापना की परिकल्पना की गई जो शहरों/कस्बों में काफी हद तक अनुपस्थित है: -

- **'lgjh çkFfed LokF; ifjp; k dte ¼ wi h pl h%** लगभग 50,000 शहरी जनसंख्या के लिए एक यू-पीएचसी के मानक के अनुसार, अंतराल विश्लेषण के अनुसार नए यू-पीएचसी की स्थापना की जाएगी। नया यू-पीएचसी प्राथमिकता के आधार पर गंदी बस्ती में अथवा उसके निकट स्थापित की जाएगी जो सभी संक्रामक और गैर-संक्रामक रोगों के लिए परामर्श के अलावा निवारण, प्रोत्साहन और ओपीडी(परामर्श), बुनियादी प्रयोगशाला निदान, औषध/गर्भनिरोधक वितरण सेवा प्रदान करेगा।
- **'lgj h l k e m f; d LokF; dte ¼ & l h pl h½ v k j Q j y v L i r k y %** अस्पताल में भर्ती रोगियों को परिचर्या प्रदान करने के लिए 30-50 बिस्तर

वाले यूएचसी की स्थापना की जाएगी। यू-सीएचसी की स्थापना 5 लाख से अधिक जनसंख्या-वाले शहरों में किया जाएगा।

- **वक्रवर्ण लोकात्मक** परिवार तथा समुदाय स्तर पर निवारण और त्वरित स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करने के लिए निर्धारित समूहों विशेषतः झुग्गी-झोपड़ी निवासियों तथा कमजोर जनसंख्या हेतु आउटरीच सेवा प्रदान करने के लिए एनयूएचएम, एनएनएम की नियुक्ति में सहायता करेंगे।

2-3-3 लोक स्वास्थ्य

एफजीके एक महिला आरोग्य समिति में 250-1,000 लाभार्थी और 50-100 के बीच परिवार शामिल हैं और बस्तियों में समुदाय आधारित सहकर्म शिक्षा समूह के रूप में कार्य करते हैं। अभी तक पहचान की सुविधाओं और प्राप्त अनुदान का प्रबंधन करने के लिए उपयोग की सुविधा के साथ निवारक और प्रोत्साहक देखभाल पर ध्यान देते हुए सामुदायिक गतिशीलता, निगरानी और रेफरल की सुविधा के लिए 40132 एमएएस किए गए हैं।

वक्रवर्ण लोक एक सीमावर्ती सामुदायिक कार्यकर्ता आशा स्वास्थ्य सुविधा और शहरी स्लम आबादी के बीच एक प्रभावी और मांग सृजक लिंक के रूप में कार्य करता है। प्रत्येक लिंक कार्यकर्ता/आशा के पास स्थानिक विचार पर आधारित 200-500 परिवारों के बीच लगभग 1000-2,500 लाभार्थियों का अच्छी तरह से परिभाषित सेवा क्षेत्र होगा। हालांकि, राज्यों के पास या तो आशा की नियुक्ति करने या अपनी जिम्मेदारियों को एमएएस को सौंपने की छूट होगी। अब तक 31,899 आशा की पहचान की गई है।

2-3-4 वक्रवर्ण

वित्तीय वर्ष 2014-15 के लिए 1924.43 करोड़ रुपए का परिव्यय आवंटित किया गया था जिसमें से 34 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को 1345.82 करोड़ रुपए आवंटित किया गया है और वित्तीय वर्ष 2015-16 में एनयूएचएम के लिए 1386 करोड़ रुपए की राशि आवंटित की गई थी जिसमें से 3 तिमाही के अंत तक 22 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को 570.44 करोड़ रुपए जारी की गई है। वित्त वर्ष 2014-15

और वित्त वर्ष 2015-16 में आवंटित की गई और जारी की गई निधि का विवरण **इफ'क'वी&आई** में है।

वित्तीय वर्ष 2013-14 में कार्यक्रम की शुरुआत के बाद से, शहरी क्षेत्रों में 4325 सुविधाओं को मजबूत बनाने, 762 नए यूपीएचसी के निर्माण और 51 नए यूसीएचसी के सुदृढीकरण के लिए सहायता प्रदान की गई है। कार्यक्रम के तहत स्वीकृत मानव संसाधनों में 2,763 चिकित्सा अधिकारी, 262 विशेषज्ञ, 18,562 एनएएम, 7597 स्टाफ नर्स, 3503 फार्मासिस्ट और 3875 प्रयोगशाला तकनीशियन, 62,803 आशा शामिल हैं और कार्यक्रम के तहत 98,128 एमएएस को भी अनुमोदित किया गया है।

अब तक राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के साथ निम्नलिखित निर्देशों को साझा किया गया है अर्थात् एनयूएचएम कार्यान्वयन फ्रेमवर्क, शहरी संदर्भ में समुदाय प्रक्रिया दिशानिर्देश, महिला आरोग्य समिति के लिए इंडक्शन मॉड्यूल (मास), शहरी क्षेत्रों में आशा के लिए इंडक्शन मॉड्यूल, लोक स्वास्थ्य प्रबंधक की नियुक्ति के लिए टीओआर, यू-पीएचसी के लिए आउटरीच दिशानिर्देश और गुणवत्ता मानक।

2-4 लोक स्वास्थ्य मिशन

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन लोक स्वास्थ्य प्रणालियों और स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी को सुदृढ करने के लिए राज्यों को वित्तपोषण प्रदान करने तथा सहायता देने का प्रमुख महत्वपूर्ण कार्य करता है। राज्यों को उक्त वित्तपोषण राज्य की कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) के आधार पर किया जाता है। राज्य पीआईपी में निम्नलिखित प्रमुख पूल शामिल हैं:

भाग I एनआरएचएम फ्लेक्सी पूल

भाग II एनयूएचएम फ्लेक्सी पूल

भाग III संक्रामक रोग के लिए फ्लेक्सीबल पूल

भाग IV गैर-संक्रामक रोग, इंजरी और अभिघात के लिए फ्लेक्सीबल पूल

भाग V आधारभूत प्रक्रियाओं का रखरखाव

वित्त वर्ष 2012-13, 2013-14, 2014-15 और 2015-16 के लिए एनएचएम के बजटीय परिव्यय और व्यय निम्नानुसार हैं:

वर्ष	कुल जनसंख्या ; कुल मृत्यु दर (करोड़ रुपये में)	कुल जनसंख्या ; कुल मृत्यु दर (करोड़ रुपये में)	कुल जनसंख्या ; कुल मृत्यु दर (करोड़ रुपये में)
2012-13	20,542.00	17,000.00	16,762.77
2013-14	20,999.00	18,100.00	18,211.45
2014-15	21,912.00	17,627.82	18,037.99
2015-16*	18,295.00	-	14,810.28
द्वारा	81,748.00	52,727.82	67,822.49

* वर्ष 2015-16 के लिए योजनागत व्यय 31/12/2015 तक है।

2-5 लोकसंख्या ; कुल जनसंख्या ; कुल मृत्यु दर

पिछले वर्षों में स्वास्थ्य परिचर्या की गुणवत्ता में सुधार के कुछ आधारभूत जनसांख्यिकी सूचक तालिका 1 में दर्शाए गए हैं। अशोधित जन्म दर (सीबीआर) 1951 में 40.8 से घटकर 1991 में 29.5 जन्म प्रति 1000 व्यक्ति हो गई और पुनः 2013 में यह 21.4 हो गई। इसी प्रकार, अशोधित मृत्यु दर (सीडीआर) में भी अत्यधिक कमी आई जो कि 1951 में 25.1 थी वह घटकर 1991 में 9.8 और 2013 में 7.0 रह गई। साथ ही भारत के महापंजीयक गृह मंत्रालय की नमूना

पंजीकरण प्रणाली (एसआरएस) के अनुमान के अनुसार कुल प्रजनन दर (15-49 वर्ष की महिला से पैदा होने वाले संभावित बच्चों की औसत संख्या) 1951 में 6.0 से घटकर 2013 में 2.3 रह गई।

(आरजीआई) द्वारा प्रकाशित (एसआरएस) की रिपोर्ट के अनुसार, मातृ मृत्यु दर भी 1992-93 में 437 प्रति लाख जीवित जन्म से घटकर 2011-13 में 167 हो गई। शिशु मृत्यु दर जो 1981 में 110 थी, 2013 में घटकर प्रति 1000 जन्म 40 हो गयी।

लोकसंख्या ; कुल जनसंख्या ; कुल मृत्यु दर

क्र.सं.	सूचक	1951	1981	1991	2001	2013 (नवीनतम उपलब्धि)
1	अशोधित जन्म दर (प्रति 1000 जनसंख्या)	40.8	33.9	29.5	25.4	21.4
2	अशोधित मृत्यु दर (प्रति 1000 जनसंख्या)	25.1	12.5	9.8	8.4	7.0
3	कुल प्रजनन दर (प्रति महिला)	6.0	4.5	3.6	3.1	2.3 (2013)
4	मातृ मृत्यु दर (प्रति 100,000 जीवित जन्म)	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	437 (1992-93) एनएफएचएस	301 (2001-03) एस.आर.एस	167 (2011-13) एस.आर.एस
5	शिशु मृत्यु दर (प्रति 1000 जीवित जन्म)	146 (1951-61)	110	80	66	40
6	जन्म पर जीवन प्रत्याशा	-	55.4 (1981-85) वर्ष के मध्य में 1983	59.4 (1989-93) वर्ष के मध्य में 1991	63.4 (1999-03) वर्ष के मध्य में 2001	67.5 (2009-13) वर्ष के मध्य में 2011

स्रोत: महापंजीयक का कार्यालय और जनगणना आयुक्त भारत, गृह मंत्रालय।

2-6 LokLF; izaku l puk izklyh ¼p, evkZl ½

स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) एक वेब आधारित निगरानी प्रणाली है जिसे स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा अपने स्वास्थ्य कार्यक्रमों की निगरानी के लिए और नीति तैयार करने और कार्यकलापों हेतु उनके द्वारा स्थापित किया गया है।

यह अक्टूबर, 2008 में शुरू हुई थी और शुरुआत में राज्य-संघ राज्य क्षेत्र एचएमआईएस पोर्टल पर जिला वार आंकड़े सूचित करते थे। एचएमआईएस को मजबूत, प्रभावी और स्थानीय स्तरीय निगरानी को सुविधाजनक बनाने के लिए सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों से अप्रैल, 2011 से सुविधा आधारित रिपोर्टिंग में बदलने का अनुरोध किया गया था। वर्तमान में 672 जिले सुविधा वार आंकड़े सूचित कर रहे हैं जबकि बृहन, मुंबई और कोलकाता एचएमआईएस वेब पोर्टल पर जिला समेकित आंकड़े अपलोड कर रहे हैं। विभिन्न पणधारियों को मानक और अनुकूलित रिपोर्ट फ़ैक्टशीट, स्कोर-कार्ड आदि के रूप में डाटा उपलब्ध कराए जा रहे हैं। निगरानी और पर्यवेक्षण प्रयोजनों के लिए केन्द्रीय राज्य सरकार के अधिकारियों द्वारा एचएमआईएस डाटा का व्यापक उपयोग किया जाता है।

डाटा गुणवत्ता के मुद्दों और पोर्टल पर उपलब्ध नवीन रिपोर्टों विशेषताओं सहित नवीनतम विकासात्मकता के संबंध में विचार करने के लिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय आवधिक समीक्षा बैठकें, कार्यशालाएं, प्रशिक्षण आदि का भी आयोजन कर रहा है। राष्ट्रीय और राज्य स्तरीय उपयोगकर्ताओं की विश्लेषणात्मक क्षमताओं को बढ़ाने के लिए उन्हें एसएएस डब्ल्यूआरएस और एसएएस-वीडीडी सॉफ्टवेयर दिए गए हैं। जीआईएस आधारित एचएमआईएस भी तैयार है और शीघ्र शुरू की जा सकती है।

2-7 l oZk k vj eW; kdu xfrfof/k ka

2-7-1 cMsi&slusij l oZk k% स्वास्थ्य गतिविधियों के स्तर और प्रभाव का आकलन करने के लिए मंत्रालय द्वारा आवधिक बड़े पैमाने पर सर्वेक्षण किए गए हैं। इन सर्वेक्षणों में राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस), जिला स्तरीय घरेलू सर्वेक्षण (डीएलएचएस), वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एचएस) आदि शामिल हैं। इन सर्वेक्षणों का मुख्य

उद्देश्य स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रभाव का आकलन करना और जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर स्वास्थ्य संबंधित संकेतकों को बनाना है।

2-7-2 ft yk Lrjlr ifjokj l oZk k% स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों द्वारा प्रदान की गई सेवाओं की उपयोगिता का मूल्यांकन करने और सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में लोगों की धारणाओं को ध्यान में रखते हुए जिला स्तरीय परिवार (डीएलएचएस) शुरू हुआ था। डीएलएचएस के अंतर्गत मातृ एवं बाल स्वास्थ्य परिवार नियोजन तथा अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं और राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) की महत्वपूर्ण गतिविधियों से संबंधित महत्वपूर्ण संकेतकों के संबंध में जिला स्तरीय अनुमान लिए गए हैं। जिला स्तरीय परिवार सर्वेक्षण (डीएलएचएस) वर्ष 2012-13 में डीएलएचएस-4 से पूर्व 1998-99 में डीएलएचएस से 2002-04 में डीएलएचएस-2 तथा 2007-08 में डीएलएचएस-3 जिला सर्वेक्षणों की श्रृंखला में चौथा था।

जिला और राज्य स्तर पर जनसंख्या, मातृ एवं बाल स्वास्थ्य और परिवार नियोजन के विश्वसनीय संकेतकों का अनुमान लगाने के उद्देश्य से डीएलएचएस का चौथा दौर (गैर एचएस राज्यों में परिवार और सुविधा सर्वेक्षण तथा एचएस राज्यों में सुविधा सर्वेक्षण) चलाया गया। सर्वेक्षण के एक भाग के रूप में पोषकता स्थिति और कुछेक जीवन शैली के अधिकारों की व्याप्तता का जिला स्तरीय अनुमान लगाने के लिए अनेक क्लिनिकल एंथ्रोओपोट्रिक और जैव रासायनिक (सीएबी) जांच किए जाते हैं। सीएबी के मुख्य घटक कद, वजन, रक्तचाप, हिमोग्लोबिन अनुमान (एचबी), रक्त शर्करा और परिवारों द्वारा प्रयोग में लाए जा रहे नमक में आयोडीन की मात्रा हेतु जांच शामिल है। 2015 में 18 राज्यों की जिला/राज्य तथ्य रिपोर्ट और सुविधा सर्वेक्षण रिपोर्ट 9 एचएस राज्यों की उपलब्ध हुई हैं।

2-7-3 ok'kd LokLF; l oZk k ¼, p, l ¼% मुख्य संकेतको जैसे कुल प्रजनन दर (टीएफआर), शिशु मृत्यु दर (आईएमआर), पांच वर्ष की आयु से कम का मृत्यु दर (यूएमआर), मातृ मृत्यु दर आदि के अनुमान के अलावा मुख्य कार्यक्रम संकेतको संबंधी जिला स्तरीय अनुमान देने के लिए वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एचएस) के तीन दौरे को मंजूरी दी गई थी। एचएस का आयोजन करने के लिए आरजीआई का कार्यालय नोडल संघ है। एचएस के

तहत 8 ईएजी (बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, राजस्थान, ओडिशा, उत्तर प्रदेश, और उत्तराखंड) में 284 जिलों को कवर किया गया था। वर्ष 2010-11, 2011-12 और 2012-13 के दौरान एएचएस आयोजित किया गया था और परिणाम प्रकाशित कर दिए गए थे। इसके अतिरिक्त एएचएस के तहत क्लिनिकल, एंथ्रोपोट्रिक और बायोकैमिकल (सीएबी) परीक्षणों के लिए एक पृथक कंपोनेट को शुरू किया गया जो ऊंचाई और वनज मापन के संबंध में आंकड़े, रक्तल्पता और शुगर के लिए ब्लड टेस्ट, रक्तचाप मापन के संबंध में आंकड़े और परिवारों में उपयोग किए जाने वाले नमक में आयोडीन का परीक्षण करेगी। सीएबी सर्वेक्षण के परिणाम 2015 में तथ्यशीट के रूप में प्रकाशित किया गया था।

2-7-4 **ifjokj LokLF; l oꝛk k ¼u, Q, p, l ¼** सर्वेक्षण करने के लिए नोडल एजेंसी के रूप में सेवारत अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान (आईआईपीएस), मुंबई, भारत सरकार के साथ स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के प्रबंधन के तहत वर्ष 1992-93 (एनएफएचएस-1), 1998-99 (एनएफएचएस-2) और 2005-06 (एनएफएचएस-3) में राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के तीन दौर चलाए गए थे। मंत्रालय ने सभी सर्वेक्षणों का एकीकरण करते हुए 3 वर्षों की अवधि के साथ जिला स्तरीय डाटा देने के लिए एक सर्वेक्षण (अर्थात् राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण) को आयोजित करने का निर्णय किया। तदनुसार, मंत्रालय ने जिला स्तर तक का आवश्यक डाटा देने के लिए सर्वेक्षण का चौथा दौर आयोजित करने की शुरुआत की।

एनएफएचएस-4 फील्ड कार्य दो चरणों में पूरा किया जाएगा जिसमें प्रथम चरण में 17 राज्यों/क्षेत्र कवर किए जाएंगे जबकि चरण दो में 15 राज्य/क्षेत्र कवर होंगे। प्रथम चरण के 16 राज्यों/क्षेत्रों में मुख्य सर्वेक्षण कार्य पूरा किया जा चुका है जबकि शेष एक राज्य अर्थात् असम में मुख्य सर्वेक्षण कार्य चल रहा है। दूसरे चरण के 15 राज्यों/क्षेत्रों में फील्ड कार्य (परिवारों का पता लगाना और सूचीकरण करना) कार्य चल रहा है।

2-7-5 **{s-h; ew; kdu ny ¼kj b/h¼** इस मंत्रालय के क्षेत्रीय कार्यालयों में 8 क्षेत्रीय मूल्यांकन दल हैं। उनमें

से आरईटी पुणे स्टाफ के अभाव में बंद है। आरईटी दल एनएचएम के कार्यकलापों का मूल्यांकन करते हैं जिसमें प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरसीएच) शामिल है जो चुनिदा जिलों में जाकर लाभार्थियों का साक्षात्कार करते हैं। यह दल समान्यतः माह में राज्य के आसपास के दो जिलों का दौरा करता है और स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों का कामकाज देखती है और यह पता लगाने के लिए लाभार्थियों का नमूना जांच करती है कि उन्हें वास्तव में सेवाएं मिली हैं। क्षेत्रीय मूल्यांकन दलों की रिपोर्ट राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को भेजी जाती है और प्रकाश में लाए गए मुद्दों पर उपचारात्मक कार्रवाई करने के लिए कहा जाता है। वर्ष 2015-16 के दौरान अक्टूबर 2015 की स्थिति अनुसार आरईटी ने 46 जिलों का दौरा किया।

2-8 t ul ¼; k vuq akku dthz ¼hvkl h¼

मंत्रालय ने देश की विभिन्न संस्थाओं में जनसंख्या स्थिरीकरण, जनसांख्यिकी और स्वास्थ्य संबंधी अन्य कार्यक्रमों से संबंधित विभिन्न विषयों पर शोध करने की दृष्टि से 18 जनसंख्या अनुसंधान केन्द्र (पीआरसी) स्थापित किए हैं। हालांकि इनमें 12 पीआरसी विश्वविद्यालयों में स्थित हैं शेष छह राष्ट्रीय प्रतिष्ठा के संस्थानों में स्थित हैं। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय सभी पीआरसी को स्टाफ के वेतन, पुस्तकों और जर्नलों, टीए/डीए, डाटाप्रोसेसिंग/स्टेशनरी/आकस्मिता इत्यादि तथा अन्य अवसंरचना के लिए वर्ष दर वर्ष आधार पर शत प्रतिशत वित्तीय सहायता अनुदान प्रदान करता है। लेखापरीक्षित लेखा विवरणों के साथ 18 पीआरसी की वार्षिक रिपोर्ट संसद के दोनों सदनों के पटल पर रखा गया है।

सभी 18 पीआरसी की लेखापरीक्षित वार्षिक रिपोर्ट लेखा विवरणों के साथ संसद के दोनों सदन के पटल पर रखी गईं। वर्ष 2014-15 के दौरान पीआरसी 100 अनुसंधान अध्ययन पूरे किए और 213 जिलों के राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना का अनुरीक्षण किया वर्ष 2015-16 के दौरान 15 नवम्बर, 2015 तक पीआरसी ने 22 अनुसंधान अध्ययन पूरे किए और 102 जिलों में एनएचएम कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना का अनुरीक्षण किया।

2-9 jk'Vfr LokLF; izkkyh l d k/ku dshz ¼u, p, l vkjl h½

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) की तकनीकी और सूचना प्रबंधन एजेंसी के रूप में सहायता प्रदान करने के लिए वर्ष 2007 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केन्द्र की स्थापना की गई थी। उत्तर पूर्वी राज्यों को तकनीकी सहायता देने के लिए (एनएचएसआरसी) की शाखा के रूप में क्षेत्रीय संसाधन केन्द्र उत्तर पूर्व आरआरसी-एनई की

स्थापना की गई।

2-10 xS&l jdkjh l xBu ¼ut hvk½

01.04.2014 से राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के अन्तर्गत एनजीओ दिशा-निर्देश संशोधित किए जा चुके हैं। इनके अन्तर्गत केन्द्र सरकार राज्यों के कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) के माध्यम से प्राप्त प्रस्तावों को ही सहायता देगी।

foÜk; o"K2014&15 vK 2015&16 dk vkoVu vK fjh n'kZs
okyk foÜk; fooj.k
[, u; wp, e]

(करोड़ रुपए में)

Ø- l a	jK; @l ak jK; {k-	2014-15		2015-16	
		vkoVu	t kjh	vkoVu	rh jh fregh rd t kjh
1	आंध्र प्रदेश	89.96	57.55	92.16	43.14
2	बिहार	40.86	16.93	32.28	16.14
3	छत्तीसगढ़	32.13	24.30	27.98	13.99
4	गोवा	2.70	1.47	0.98	--
5	गुजरात	110.58	77.30	65.31	48.98
6	हरियाणा	51.07	38.63	32.04	24.03
7	हिमाचल प्रदेश	1.43	1.08	1.08	0.81
8	जम्मू और कश्मीर	12.71	8.42	12.02	11.22
9	झारखंड	27.97	16.50	17.34	13.01
10	कर्नाटक	90.52	64.68	74.80	--
11	केरल	30.50	23.07	35.55	26.66
12	मध्य प्रदेश	104.06	78.71	88.17	63.98
13	महाराष्ट्र	318.52	240.92	214.24	--
14	ओडिशा	31.37	23.73	26.41	24.59
15	पंजाब	51.65	39.07	31.96	--
16	राजस्थान	74.91	56.66	48.70	48.70
17	तमिलनाडु	156.38	118.28	111.99	111.99
18	तेलंगाना	64.29	48.63	65.87	49.40
19	उत्तर प्रदेश	200.97	152.01	136.55	--
20	उत्तराखंड	12.84	9.71	9.79	4.90
21	पश्चिम बंगाल	160.69	121.55	115.53	--

(करोड़ रुपए में)

Ø- l a	jkt; @l ak jkt; {k-	2014-15		2015-16	
		vkoVu	t kjh	vkoVu	rh jh fregh rd t kjh
22	अरुणाचल प्रदेश	5.37	0.94	1.61	--
23	असम	99.53	33.18	36.34	--
24	मणिपुर	9.71	2.11	3.77	--
25	मेघालय	17.56	13.17	7.79	--
26	मिजोरम	10.55	4.10	8.85	4.20
27	नगालैंड	8.19	2.53	8.65	4.07
28	त्रिपुरा	10.75	1.84	13.92	1.77
29	सिक्किम	1.34	1.00	3.07	--
30	दिल्ली	82.50	62.41	54.03	54.03
31	पुदुच्चेरी	3.66	2.21	3.33	1.67
32	अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	0.74	0.47	0.38	--
33	चंडीगढ़	6.47	2.19	3.10	3.08
34	दादरा और नगर हवेली	0.90	0.47	0.21	--
35	दमन और दीव	0.83	0.00	0.20	0.08
36	लक्षद्वीप	0.22	--	--	--
	dy	1924.43	1345.82	1386.00	570.44

