

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, स्वास्थ्य एवं जनसंख्या नीतियां

2.1 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम)

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 (आरएमएनसीएच+एच) 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।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) :

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 पूर्ण रूपेण कार्यात्मक, सामुदायिक स्वामित्व वाली और सभी स्तरों पर अंतरक्षेत्रीय समाभिरूपता वाली विकेन्द्रीकृत स्वास्थ्य प्रदाय प्रणाली स्थापित करने पर है।

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम): 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।

एनआरएचएम के अंतर्गत कुछ मुख्य पहल :

2.1.1 आशा: देश भर में 8.96 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। 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 सांझा समीक्षा मिशन दर्शाता है कि आशा कर्मियों 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।

2.1.2 रोगी कल्याण समिति (पेशेन्ट वेलफेयर समिति)/अस्पताल प्रबंधन सोसाइटी 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। अब तक लगभग सभी जिला अस्पतालों, उप जिला अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के सामुदायिक सदस्यों को शामिल करते हुए अब तक 30,338 रोगी कल्याण समितियां गठित की जा चुकी हैं।

2.1.3 उप केंद्रों को अबद्ध अनुदानों ने हमारे एएनएम को इस क्षेत्र में नया आत्म विश्वास 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।

2.1.4 ग्राम स्वास्थ्य सफाई एवं पोषण समिति, (वीएचएसएनसी) पर्यावरण और सामाजिक निर्धारकों से सम्बंधित मामलों का समाधान करने के लिये मूलभूत स्तर पर सामुदायिक अधिकारिता एवं भागीदारी एक महत्वपूर्ण साधन है। वीएचएसएनसी स्थानीय समुदाय विशेष तौर पर गरीब परिवारों तथा बच्चों की आकांक्षाओं को प्रदर्शित करती है। एनआरएचएम के अंतर्गत प्रत्येक वीएचएसएनसी को प्रतिवर्ष 10,000 रु. का अबद्ध अनुदान दिया जाता है जिसका उपयोग पंचायती राज प्रतिनिधियों एवं कई राज्यों में अन्य सामुदायिक सदस्यों की भागीदारी के जरिए किया जाता है। अब तक देशभर में 5.12 लाख वीएचएसएनसी की स्थापना की जा चुकी है। अनेक राज्यों में ग्राम की स्वास्थ्य स्थिति को बनाए रखने के लिए वीएचएसएनसी सदस्यों की भूमिकाओं एवं उत्तरदायित्वों के संबंध में उनका क्षमता निर्माण किया जा रहा है।

2.1.5 स्वास्थ्य परिचर्या सेवा प्रदानगी के लिए गहन मानव संसाधन इनपुट अपेक्षित होते हैं। देश में जनस्वास्थ्य परिचर्या क्षेत्र में मानव संसाधनों की भारी कमी है। एनआरएचएम/एनएचएम ने संविदात्मक आधार पर 7974 डॉक्टरों 2882 विशेषज्ञों, 72505 एएनएम, 37966 स्टॉफ नर्सों, को विनियोजित करके लगभग 1.81 लाख अतिरिक्त स्वास्थ्य मानव संसाधन प्रदान करके मानव संसाधनों में व्याप्त कमियों को दूर करने की कोशिश की है। स्वास्थ्य मानव संसाधन हेतु सहयोग प्रदान करने के अलावा, एनएचएम ने राज्यों द्वारा पता लगाई गई अभिज्ञात कार्यनीतिगत की दृष्टि से अवस्थित सुविधा केंद्रों में डॉक्टरों को बहु-कौशल युक्त बनाने पर बल दिया गया 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। उसी प्रकार नर्सिंग स्टाफ तथा सहायक कार्यकर्ताओं जैसे कि एएनएम के क्षमता निर्माण पर पर्याप्त महत्व दिया जाता है। एनआरएचएम पीएचसी, सीएचसी और जिला अस्पतालों जैसे स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में आयुष की सह-अवस्थिति हेतु भी सहायता करता है। राज्यों में एनआरएचएम वित्तपोषण सहायता के अधीन कुल 21361 आयुष डॉक्टरों की नियुक्ति की गई है।

2.1.6 जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) का लक्ष्य गर्भवती महिलाओं को सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों में प्रसव कराने के लिए प्रोत्साहित करके मातृ मृत्यु दर में कमी लाना है। इस योजना के अंतर्गत, पात्र गर्भवती महिला को सरकारी स्वास्थ्य केंद्र में बच्चों को जन्म देने पर नकद सहायता दी जाती है। एनआरएचएम की शुरुआत से इस योजना के अंतर्गत 7.33 करोड़ महिलाएं इसका लाभ उठा चुकी हैं।

2.1.7 जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके): 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 प्रयोक्ता 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। राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों से प्राप्त नवीनतम रिपोर्ट के अनुसार 84 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं ने निःशुल्क दवाइयां, 77 प्रतिशत निःशुल्क नैदानिक सुविधा, 69 प्रतिशत निःशुल्क आहार, 47 प्रतिशत घर से सुविधा केंद्र तक निःशुल्क परिवहन सुविधा और 39 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।

2.1.8 सुविधा आधारित नवजात परिचर्या: गृह आधारित नवजात परिचर्या योजना और सुविधा आधारित नवजात परिचर्या के आरम्भ से नवजात परिचर्या की स्थापना यह सुनिश्चित करते हुए की गयी कि प्रत्येक नवजात को जन्म के समय से 48 घंटों तक स्वास्थ्य सुविधा केंद्र में और जीवन के पहले 42 दिन घर में 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। सितंबर, 2014 तक पूरे देश में कुल 14,135 एनबीसीसी, 1,810 एनबीएसयू तथा 548 एसएनसीयू को प्रचालनात्मक बनाया गया है।

2.1.9 राष्ट्रीय चल चिकित्सा इकाई (एनएमएमयू): देश में एनआरएचएम के अंतर्गत 1685 एमएमयू हेतु 672 जिलों में से 369 जिलों को सहायता प्रदान की गई। दृष्यता, जागरूकता और जिम्मेदारी बढ़ाने के लिए सभी चल चिकित्सा इकाइयों को एक जैसे रंग और डिजाइन के साथ 'राष्ट्रीय चल चिकित्सा इकाई सेवा' के तौर पर पुनःस्थापित किया गया है।

2.1.10 राष्ट्रीय एंबुलेंस सेवा: एनआरएचएम के आरंभ होने से पहले कॉल सेंटर आधारित एम्बुलेंस नेटवर्क वास्तविक रूप में अस्तित्व में नहीं थे। अब 30 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में 108 अथवा 102 नं. पर टेलीफोन करके एम्बुलेंस को बुलाने की सुविधा है। 108 एम्बुलेंस सेवा प्रमुखतः आपात अनुक्रिया की आवश्यकता वाले गंभीर परिचर्या, अभिघात रोगियों, दुर्घटना पीड़ितों आदि के परिवहन के लिए बनाया गया है। 102 एम्बुलेंस प्रमुखतः रोगी परिवहन सेवा है, जो को गर्भवती महिलाओं, रुग्ण बच्चे तथा अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता वाले रोगियों के लिए उपयोग किया जा रहा है। जेएसके के पात्र महिलाओं तथा रुग्ण बच्चे को सुविधा केंद्रों तथा वापस घर लाने की सुविधा डायल 102 सेवा का

प्रमुख प्रावधान है। वर्तमान में 5778 से अधिक वाहनों को रोगियों विशेषकर गर्भवती महिलाओं और बीमार नवजातों को घर से सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों और वापस छोड़ने के वाहन के रूप में पैलबद्ध करने के अतिरिक्त 7058 डायल – 108,400 डायल – 104 और 5713 डायल – 102 आपातकालीन रोगी परिवहन वाहन कार्यशील है।

2.1.11 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:

सुविधा केन्द्र	नए विनिर्माण		नवीनीकरण/उन्नयन	
	अनुमोदित	पूरे किए गए	अनुमोदित	पूरे किए गए
उप केन्द्र (एससी)	24,701	13,881	17,395	12,480
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी)	1,932	1051	9,028	7,610
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी)	619	285	3,231	2,072
एसडीएच	88	41	611	541
जिला अस्पताल (डीएच)	98	58	908	656
अन्य*	709	172	851	659
कुल	28,147	15,488	32,024	24,018

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

2.1.12 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) गठित किया गया है।

2.1.13 आयुष को मुख्य धारा में लाना: 8365 पीएचसी 1945 सीएचसी, 401 डीएच उपकेन्द्र से बड़े किन्तु ब्लॉक स्तर से छोटे 4433 स्वास्थ्य केंद्रों और सीएचसी के अलावा ब्लॉक स्तर के या उससे बड़े किन्तु जिला स्तर से छोटे 582 स्वास्थ्य केंद्रों पर आयुष स्वास्थ्य सुविधाएं आबंटित करके आयुष को मुख्य धारा में लाया जा रहा है।

2.1.14 माता और शिशु ट्रेकिंग प्रणाली (एमसीटीएस) :

स्वास्थ्य परिचर्या सेवा प्रदानगी प्रणाली में सुधार लाने तथा निगरानी तंत्र को सुदृढ़ करने के लिए सूचना प्रौद्योगिकी निर्देशित एक नई पहल के तौर पर भारत सरकार तंत्र को सुदृढ़ करने के लिए सूचना प्रौद्योगिकी निर्देशित एक नई पहल के तौर पर भारत सरकार द्वारा आरंभ की गई यह एक नाम आधारित ट्रेकिंग प्रणाली है। एमसीटीएस का निर्माण, सभी गर्भवती महिलाओं और बच्चों (0-5 वर्ष) के संबंध में सूचना प्राप्त करने और उन्हें ट्रेक करने के लिए किया गया है ताकि वे पूरी तरह मातृ और शिशु स्वास्थ्य सेवा प्राप्त कर सकें और इस प्रकार मातृ नवजात और शिशु रुग्णता तथा मृत्यु में कमी आए जो कि राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का एक लक्ष्य है।

एमसीटीएस सूचना प्रौद्योगिकी उपकरणों और तकनीकों पर अत्यधिक निर्भर है और यह इसका उपयोग जमीनी स्तर के स्वास्थ्य सेवा प्रदायकों और ज्यादातर लाभार्थियों द्वारा भी किए जाने को प्रोत्साहित करता है। एमसीटीएस एक केन्द्रीकृत वेब आधारित अनुप्रयोग है जो उसी समय गर्भवती महिला और बच्चे के बारे में और इसके पश्चात उन्हें प्रदान की गई स्वास्थ्य परिचर्या सेवा के संबंध में सूचना की प्रविष्टि करनेकी सुविधा प्रदान करता है। यह प्रणाली उन्हें समय पर तथा सभी सेवाएं प्रदान किया जाना सुनिश्चित करने के लिए फील्ड स्तर के स्वास्थ्य परिचर्या सेवा प्रदायकों हेतु कार्य योजना के निर्माण की सुविधा भी प्रदान करती है। स्वास्थ्य सेवा प्रदायकों तथा लाभार्थी सेवा प्रदानगी के संबंध में सचेत करने के लिए और समय पर नियत सेवा प्रदान करने के लिए एमसीटीएस मोबाइल आधारित एमएमएस प्रौद्योगिकी का उपयोग करता है। यह प्रणाली स्थिति नोट और कार्रवाई योग्य संदेशों को स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी व्यवस्था के विविधि स्तरों के नीति निर्माताओं, स्वास्थ्य प्रबंधकों और स्वास्थ्य प्रशासकों तक भी पहुंचाने की व्यवस्था करता है ताकि समय पर आवश्यक कार्रवाई की जा सके।

वर्ष 2014-15 (अक्तूबर तक) के दौरान एमसीटीएस में कुल 1,12,84,510 गर्भवती महिलाओं को पंजीकृत किया गया था जो कि दर्शाता है कि 2014-15 (अक्तूबर तक) में गर्भवती महिलाओं की अनुमानित संख्या के 65.81% का पंजीकरण हुआ। वर्ष 2014-15 (अक्तूबर तक) के दौरान एमसीटीएस में 8433911 बच्चों का पंजीकरण किया गया जो कि दर्शाता है कि 2014-15 (अक्तूबर तक) में शिशुओं की अनुमानित संख्या में के 54.10 प्रतिशत का पंजीकरण हुआ।

2.2 नई पहल

1. **भारत नवजात कार्य योजना (आईएनएपी):** भारत नवजात वर्ष योजना (आईएनएपी) को दिनांक 18 सितंबर, 2014 को नई दिल्ली में माननीय केन्द्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री द्वारा आरंभ किया गया था। उक्त योजना में देश में निवारण योग्य नवजात मृत्यु तथा मृत्यु जन्म में कमी को बढ़ाने के लिए कार्यनीति की लक्ष्य को दर्शाया गया है। आईएनएपी प्रभावी समाधानों के नवीनतम साक्ष्य को परिभाषित करता है जो न सिर्फ मृत जन्म तथा नवजात मृत्यु दर किंतु मातृ मृत्यु दर के भार को कम करने में मदद करता है। कार्यान्वयन, मॉनीटरिंग और मूल्यांकन तथा प्रस्तावित समाधानों को बढ़ाने के लिए स्पष्ट समय सीमा के साथ यह अनुमानित किया गया है कि भारत में नवजात स्वास्थ्य को सुधार करने के लिए कार्य कर रहे सभी पणधारक वर्ष 2030 तक एनएमआर को घटाकर एक अंक तथा वर्ष 2030 तक एससीआर को एक अंक में लाने के लिए कर्मठतापूर्व कार्य कर रहे हैं। आईएनएपी को वर्तमान आरएमएनसीएच +ए रुपरेखा के तहत लागू तथा एकीकरण, निष्पक्षता, लिंग, गुणवत्ता परिचर्या, समाभिरूपता, जवाबदेहिता तथा भागीदारी द्वारा निर्देशित किया जाएगा। योजना की मजबूती मृत जन्म को प्रभावित करते हुए समाधान पैकेज के छह स्तंभों पर बनाया गया है। प्रभावी कार्यान्वयन के लिए मॉनीटरिंग तथा मूल्यांकन हेतु डैशबोर्ड संकेतकों की सूची के साथ एक विधिवत् योजना बनाई गई है।

2. **तीव्र अतिसार नियंत्रण पखवाडा (आईडीसीएफ):** को दिनांक 28 जुलाई, 2014 को नई दिल्ली में माननीय केन्द्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री द्वारा आरंभ किया गया था। आईडीसीएफ में सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के सभी जिलों में बचपन में होने वाले अतिसार के कारण होने वाली मृत्यु की रोकथाम करने के लिए दिनांक 28 जुलाई से 8 अगस्त, 2014 तक तेज गति से लागू की जाने वाली शामिल है। इन क्रियाकलापों में मुख्यतः हिमायती क्रियाकलापों का तीव्रकरण, जागरूकता सृजन क्रियाकलाप, अतिसार प्रबंधन सेवा प्रावधान, ओआरएस-लिंग कार्नर की स्थापना, आशा

- कर्मी द्वारा ओआरएस का वितरण, कुपोषित बच्चों की पहचान तथा उनका उपचार और नवजात तथा शिशुओं के आहार संबंधित क्रियाकलापों को बढ़ावा देना शामिल है।
3. **राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके):** यह पहल फरवरी, 2013 में आरंभ की गई थी और यह पहल चार 'डी' अर्थात् अपंगता सहित जन्म के समय विकार, रोग, कमी, बच्चे के विकास में देशी की शीघ्र जांच और उपचार के माध्यम से बाल स्वास्थ्य जांच और शीघ्र उपचार सेवा प्रदान करने के लिए है। 2014-15 में एनआरएचएम के अंतर्गत 12922 राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम सचल स्वास्थ्य टीमों तथा 226 जिला शीघ्र उपचार केन्द्र को अनुमोदन प्रदान किया गया है। वर्ष 2014-15 (मार्च से जून, 2014 तक) की प्रथम तिमाही में लगभग 1.33 करोड़ बच्चों की जांच की गई, 8.44 लाख बच्चों को उपचार के लिए स्वास्थ्य सुविधाकेन्द्र में रेफर किया गया। लगभग 4.36 लाख बच्चों ने द्वितीयक और तृतीयक परिचर्या प्राप्त की है।
 4. **राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम:** जनवरी, 2014 में एक नई पहल आरंभ की गई है ताकि देश के 253 मिलियन किशोरों तक पहुंच बनाई जा सके और स्वास्थ्य केन्द्र आधारित सेवाओं की वृद्धि करके सामुदायिक स्तर पर समकक्ष या श्रेष्ठ जनों द्वारा उपचार आरंभ किया जा सके। यह पहल प्रजनन और यौन स्वास्थ्य के अतिरिक्त किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम पर बल देती है तथा जीवन कौशल, पोषण, चोट और हिंसा (लिंग आधारित हिंसा सहित) गैर-संचारी रोगों मानसिक स्वास्थ्य और पदार्थ उपयोग पर अधिक ध्यान देती है।
 5. **मातृ और बाल स्वास्थ्य शाखा (एमसीएचविंग):** सेवाओं की बढ़ी हुई मांग को पूरा करने के लिए अधिक बिस्तरों की क्षमता वाले सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 100/50/30 बिस्तरों वाले मातृ और बाल स्वास्थ्य (एमसीएच) शाखा को मंजूरी प्रदान की गई है। 20 राज्यों के 477 स्वास्थ्य केन्द्रों में 29,000 से अधिक अतिरिक्त बिस्तरों को मंजूरी प्रदान की गई है।
 6. **निःशुल्क औषध और निःशुल्क नैदानिक सेवा:** औषध और निःशुल्क नैदानिक जांचों की उच्च लागत के कारण स्वास्थ्य परिचर्या पर होने वाले अत्यधिक फुटकर व्यय सभी की पहुंच में तथा सभी के लिए वहनीय स्वास्थ्य परिचर्या के प्रावधान में साबित होती है। इससे निपटने के लिए मंत्रालय ने एनआरएचएम के अंतर्गत उन राज्यों को रिसोर्स इन्वेलप के 5 प्रतिशत तक प्रोत्साहन देना आरंभ किया है जिन राज्यों ने सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आने वाले सभी रोगियों के लिए निःशुल्क अनिवार्य औषध योजना लागू की है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत निःशुल्क औषध सेवा पहल और निःशुल्क नैदानिक सेवा पहल-इन पहलों को लागू करने वाले राज्यों को पर्याप्त धनराशि प्रदान की जा रही है। सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रों में पहुंचने वाले सभी रोगियों को निःशुल्क अनिवार्य औषध तथा/या नैदानिक जांच का प्रावधान करने की नीति अधिसूचित करने वाले राज्य सूचना प्रौद्योगिकी आधारित एक वृहद प्रापण, संभार तंत्र और आपूर्ति श्रृंखला तंत्र का निर्माण करते हैं, उनके पास स्वास्थ्य केन्द्र की प्रकृति के आधार पर अलग अलग स्वास्थ्य केन्द्रों के अनुसार अनिवार्य औषध सूची/नैदानिक जांच सूची होती है, सशक्त औषध विनियामक और गुणवत्ता आश्वासन प्रणाली नामक उपचार दिशा-निर्देश होते हैं और औषधों और नैदानिक सुविधा के युक्तिसंगत उपयोग को सुनिश्चित करने के लिए नुस्खों की लेखा परीक्षा होती है।
एनएचएम के तहत वर्ष 2013-14 में लगभग 2000 करोड़ रुपये निःशुल्क औषध को सहयोग प्रदान करने तथा निःशुल्क नैदानिक सहायता के लिए राज्यों 292.00 करोड़ रुपए (जेएसएसके सहित) प्रदान किए गए थे।
 7. **राष्ट्रीय आयरन प्लस** पहल भारत में एक गंभीर सार्वजनिक स्वास्थ्य चुनौती-आयरन अल्पता एनीमिया की रोकथाम और नियंत्रण के लिए एक अन्य नई पहल है। इसके अलावा गर्भवती महिलाओं और दूध पिलाने वाली माताओं के अलावा, इसका उद्देश्य बच्चों, किशोरों और प्रजनन आयु समूह की महिलाओं के लिए

आईएफए पूरक प्रदान करना है। इसके अतिरिक्त, बच्चों, किशोरों और प्रजनन आयु वाली महिलाओं को डिवर्मिंग हेतु अलवेंडाजोल टेबलेट प्रदान किए जायेंगे। इस पहल के तहत किशोरों के लिए साप्ताहिक आयरन और फोलिक एसिड पूरक (डब्ल्यूआईएफएस) एक महत्वपूर्ण रणनीति है। इसके लिए प्रचालनात्क दिशा दिशा-निर्देश फरवरी, 2013 में जारी किया गये गए हैं। राष्ट्रीय आयरन प्लस पहले के तहत पहले ही 32 राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों में डब्ल्यूआईएफएस (10-19 वर्ष के आयु ग्रुप) आरंभ कर दिया गया है। डब्ल्यूआईएफएस में मार्च, 2014 तक 3.76 करोड़ लाभार्थियों को शामिल किया गया है।

8. **प्रजनन, मातृत्व, नवजात, बाल किशोर स्वास्थ्य सेवा (आरएमएनसीएच+ए):** भारत में प्रजनन मातृत्व, नवजात, शिशु बाल और किशोर स्वास्थ्य हेतु रणनीतिक दृष्टिकोण अपनाते हुए एनएचएम के तहत निरंतर देखभाल का दृष्टिकोण किशोरावस्था की महत्वपूर्ण जीवन अवस्था पर तथा बाल उत्तरजीविता, मातृ स्वास्थ्य और परिवार नियोजन के बीच संबंध को उजागर करता है। इसका उद्देश्य समुदाय और स्वास्थ्य केन्द्र आधारित स्वास्थ्य सेवाओं तथा स्वास्थ्य प्रणाली के विविध स्तरों के बीच रेफरल संबंध को सुदृढ़ करना है।
9. **प्रसव केन्द्र (डीपी):** उन स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों, जहाँ किसी निश्चित मानदंड के ऊपर सेवाओं और कार्य के लिए अधिक मांग है, की पहचान व्यापक प्रजनन, मातृत्व, नवजात, बाल तथा किशोर स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के उद्देश्य के साथ 'प्रसवकेन्द्र' के रूप में की गई है। आधारभूत सुविधा, मानव संसाधन, औषधि, उपकरण आदि के रूप में इन प्रसव केन्द्रों को सुदृढ़ बनाने के लिए निधियां आबंटित की गई हैं। एनएचएम के तहत संकेन्द्रित सहायता के लिए लगभग 17,000 स्वास्थ्य केन्द्रों की 'प्रसव केन्द्र' पहचान की गई है।
10. **वैश्विक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी):** वैश्विक स्वास्थ्य कवरेज की ओर बढ़ना 12वीं योजना का प्रमुख लक्ष्य है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन वैश्विक स्वास्थ्य कवरेज की ओर बढ़ने का प्रमुख जरिया है। भारत ने कमियों को पूरा करने के लिए निजी क्षेत्र के सहयोग से सामाजिक

सुरक्षा के एक महत्वपूर्ण भाग के रूप में सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली द्वारा वहनीय गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य परिचर्या के प्रावधान पर निर्भर करने वाले मार्ग की रूपरेखा तैयार की है। वैश्विक स्वास्थ्य कवरेज प्रायोगिक परियोजनाओं को प्रत्येक राज्य के कम से कम एक जिले में सहायता प्रदान की जाएगी। राज्यों को अनिवार्य सेवा पैकेज सहित उसके दिशानिर्देश जारी किए गए हैं। इन प्रायोगिक परियोजनाओं से उम्मीद है कि वे इस बात को दर्शा पाएंगे कि स्वास्थ्य संबंधी विषमता को कम करने के किस प्रकार परिचर्या सुविधा और परिचर्या लागत जन्य सामाजिक सुरक्षा का, बहुत ही किफायती और अर्थपूर्ण ढंग से विस्तार किया जा सकता है।

11. **माता और शिशु ट्रेकिंग सुविधा केन्द्र (एमसीटीएफसी):** एमसीटीएफसी राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान से संचालित हो रहा है। यह 80 हेल्पडेस्क एजेंटों द्वारा संचालित किया जा रहा है। ये नियमित तौर पर लाभार्थियों और सेवा प्रदायकों दोनों को ध्वनि अनुक्रिया आधारित प्रणाली (आईपीआरएस) के माध्यम से माता और शिशु परिचर्या सेवा की नवीनतम जानकारी के द्वारा उनका मार्गदर्शन और उनकी सहायता करने के अतिरिक्त एमसीटीएफसी में प्रविष्टि किए गए आंकड़ों का भी वैधीकरण करेंगे। एमसीटीएफसी सरकार के माता और शिशु स्वास्थ्य संबंधी कार्यक्रमों के संबंध में जागरूकता उत्पन्न करेंगे तथा प्रदान की जा रही सेवाओं पर फीडबैक भी प्राप्त करेंगे।

इसके अतिरिक्त माता और शिशु ट्रेकिंग पोर्टल पर एक ऐसा माड्यूल दिया गया है जिसके द्वारा राज्य/संघ राज्य क्षेत्र इसका उपयोग एमसीटीएफसी आंकड़ों के वैधीकरण हेतु कॉल करने फीडबैक प्राप्त करने और माता एवं शिशु स्वास्थ्य से संबंधित कार्यक्रमों हेतु जागरूकता बढ़ाने के लिए कर सकती है।

12. **गुणवत्ता आश्वासन (क्यू ए) :** वर्तमान रणनीति विभिन्न गुणवत्ता प्रणालियों के अलग-अलग दृष्टिकोण की ओर ध्यान केन्द्रित करने की है। एनएबीएच, आईएसओ, जेसीआई और अन्य वैज्ञानिक साहित्य जैसी मौजूदा गुणवत्ता प्रणाली की उत्तम परिपाटियों के आधार

पर, गुणवत्ता आश्वासन पर समग्र प्रचालनात्मक दिशा-निर्देश आरंभ किए गए हैं जबकि राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानक प्रकाशित किए गए हैं। गुणवत्ता आश्वासन का खाका राज्यों को सक्षम बनाने तथा मौजूदा प्रणाली के मुकाबले और वहनीय प्रणाली लाने के लिए राज्यों के भीतर एक सुदृढ़ संस्थागत तंत्र के विकास की परिकल्पना करता है। कुल 8 प्रमुख महत्वपूर्ण क्षेत्र— सेवा प्रावधान, रोगी अधिकार निवेश, सहयोगी सेवाओं, नैदानिक सेवाओं, संक्रमण नियंत्रण गुणवत्ता प्रबंधन और उत्पादन को चिन्हित किया गया है। प्रत्येक महत्वपूर्ण क्षेत्र हेतु मानक बनाए गए हैं तथा इन मानकों का अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए ब्यौरे वार जांच सूची निर्धारित की गई है। सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रों का आकलन किया जाएगा और चरण वार ढंग से गुणवत्ता की दर्ज की जाएगी।

नैदानिक परिचर्या के अलावा, रोगी अधिकार गोपनीयता निजता, राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम दिशा निर्देशों का अनुपाल, स्वास्थ्य केन्द्रों की स्वच्छता आदि मुद्दों को भी महत्व दिया गया है। एक विश्वसनीय गुणवत्ता आश्वासन प्रणाली (जिला और राज्य आकलन के माध्यम से सत्यापित) वाले स्वास्थ्य केन्द्रों को राष्ट्रीय स्तर के प्रमाणन के लिए आकलित किया जाएगा। राष्ट्रीय प्रमाणन प्राप्त करने में सफल होने पर स्वास्थ्य केन्द्रों को प्रोत्साहन तथा गुणवत्ता आश्वासन प्रमाणन दिया जाएगा।

13. **आशा प्रमाणन:** ज्ञान और कौशल आकलन के द्वारा आशा की सामर्थ्य और पेशेवर विश्वसनीयता बढ़ाने के लिए आशा के प्रमाणन का प्रस्ताव हाल ही में मंजूर किया गया है। आशा का प्रमाणन राष्ट्रीय मुक्त विद्यालय संस्थान (एनआईओएस) द्वारा किया जाएगा। कार्यक्रम के निम्नलिखित घटकों, नामतः प्रशिक्षण पाठ्यक्रम राज्य प्रशिक्षण स्थल/जिला प्रशिक्षण स्थल, प्रशिक्षक और आशा तथा आशा प्रदायकों को प्रत्यायन/प्रमाणन के अंतर्गत लिया जाएगा। आशा के प्रमाणन और आशा को प्रशिक्षण देने में संलग्न संबद्ध एजेंसियों के प्रत्यायन द्वारा, आशा की क्षमता और पेशेवर विश्वसनीयता बढ़ाने, प्रशिक्षण की गुणवत्ता बढ़ाने तथा कार्यक्रम से अपेक्षित

परिणाम सुनिश्चित करने, अपनी पहचान तथा आशा के महत्व को प्रोत्साहित करने के अलावा समुदाय को आशा द्वारा सेवा की गुणवत्ता के संबंध में आश्वासन प्रदान करने का इरादा है।

14. **एनजीओ दिशानिर्देश:** बारहवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान हाल ही में एनएचएम के अंतर्गत एनजीओ की संलग्नता के संबंध में दिशानिर्देश जारी किए गए हैं। नए दिशानिर्देश एनजीओ द्वारा चलाए जा रहे कार्यक्रमों हेतु राज्य की अधिक भागीदारी की परिकल्पना करते हैं और राज्यों के साथ एनजीओ की भागीदारी का एक विस्तृत ढांचा प्रदान करते हैं तथा स्वास्थ्य परिचर्या सेवा प्रदानगी में सुधार लाने के लिए क्षमता निर्माण, समुदाय आधारित सेवा प्रदानगी को सहयोग देने, अनुसंधान और दस्तावेजीकरण के माध्यम से नवोन्मेष का विकास, प्रचार प्रसार करने तथा सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के प्रमुख क्षेत्रों की क्षमताओं की पूर्ति करने में उनकी भागीदारी हेतु सुविधा प्रदान करते हैं।

2.3 राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) (नई योजना)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) को एक उप-मिशन के रूप में राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) को दिनांक 1 मई, 2013 को केन्द्रीय मंत्रिमंडल द्वारा अनुमोदित किया गया था जिसका उद्देश्य समाज की गंदी बस्ती तथा कमजोर वर्ग पर विशेष ध्यान केन्द्रित करते हुए शहरीजन संख्या को न्यायोचित तथा गुणवत्ता प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या सेवा प्रदान करना है।

एनयूएचएम का उद्देश्य पुनर्निमित प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली लक्षित आउटरीच सेवाएं तथा समुदाय और शहरी स्थानीय निकायों की भागीदारी के माध्यम से गुणवत्ता स्वास्थ्य परिचर्या की उचित पहुंच की सुविधा द्वारा शहरी जनसंख्या, विशेषतः गरीब और अन्य सुविधाहीन वर्गों की स्वास्थ्य स्थिति में सुधार करना है।

एनयूएचएम में 50000 से अधिक आबादी वाले सभी राज्यों के राजधानी, जिला मुख्यालय तथा शहर/कस्बे शामिल होंगे। इसमें मुख्य रूप से झुग्गी निवासियों और रिक्शा चालकों, रेहड़ी वालों, रेलवे स्टेशन एवं बस अड्डे के

कुलियों, बेघर लोगों, निराश्रित बच्चों निर्माण स्थल के मजदूरों जैसे अन्य सीमांत जन-समूहों को शामिल किया जाएगा।

सभी राज्यों के लिए केंद्र-राज्य निधीयन अनुपात 75:25 होगा, जबकि सिक्किम तथा अन्य विशेष श्रेणी के राज्यों-जम्मू और कश्मीर, हिमाचल प्रदेश एवं उत्तराखण्ड राज्यों सहित पूर्वोत्तर राज्य के लिए केंद्र-राज्य निधीयन का अनुपात 90:10 होगा।

सेवा सुपूदगी अवसंरचना का सुदृढीकरण/स्थापना

एनयूएचएम के तहत मौजूदा शहरी परिवार कल्याण केन्द्र (यूएफडब्ल्यूसी) शहरी स्वास्थ्य पोस्ट (यूएचपी), शहरी आरसीएच केन्द्रों आदि को सुदृढ किया जाएगा तथा शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (यू-पीएचसी) के रूप में उन्नयन किया जाएगा। इसके अतिरिक्त को शहरी गरीब के स्वास्थ्य परिचर्या के आवश्यकताओं का समाधान करने के लिए नए यू-पीएचसी और यू-सीएचसी की भी स्थापना की जाएगी।

- **शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या केन्द्र (यू-पीएचसी):** 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।
- **शहरी-सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (यू-सीएचसी) और रेफरल अस्पताल:** अस्पताल में भर्ती रोगियों को परिचर्याप्रदान 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।
- **आउटरीच सेवाएं:** घर 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।

झुग्गी जनसंख्या के लिए निर्धारित समाधान

झुग्गी निवासियों तथा शहरी गरीब जनसंख्या के लिए एनयूएचएम के तहत निम्नलिखित निर्धारित समाधान किए गए हैं:

- लगभग 200-500 घरों को लेते हुए 1000-2500 जनसंख्या प्रति एक आशा कर्मी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र और शहरी झुग्गी जनसंख्या के बीच प्रभावी और मांग सृजन करने वाली कड़ी के रूप में कार्य करेगी।
- **महिला आरोग्य समिति (एमएस):** 250-500 जनसंख्या वाले प्रत्येक 50-100 घरों के लिए एक महिला आरोग्य समिति (एमएस) झुग्गी बस्ती में समान शिक्षा समूह के आधारित समुदाय के रूप में कार्यकरेगी। वे निवारण और त्वरित परिचर्या पर ध्यान केन्द्रित करते हुए सामुदायिक जुटाव, मॉनीटरिंग और रेफरल में शामिल होगी।

वित्तीय प्रगति

12वीं योजना में एनयूएचएम के लिए 15,143 करोड़ रुपए का आबंटन किया गया है। एनयूएचएम के लिए वर्ष 2013-14 के संशोधित अनुमान में 1000 करोड़ रुपए प्रदान किया गया था जिसमें से 662.33 करोड़ रुपए राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों से प्राप्त पीआईपी के आधार पर 29 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को जारी किया गया (विवरण-I)। वर्तमान वित्तीय वर्ष के लिए 1924.43 करोड़ रुपए को परिव्यय का आबंटन किया गया। अब तक वर्तमान वर्ष के दौरान 19 राज्यों (विवरण-I) को 780.27 करोड़ रुपए की राशि जारी कर दी गई है।

एनयूएचएम कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी)

वित्तीय वर्ष 2013-14 की दिल्ली, अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह और दादर नगर हवेली संघ राज्य क्षेत्र के अलावा 32 राज्यों से कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाएं (पीआईपी) प्राप्त हुए। प्राप्त 32 एनयूएचएमपीआईपी से 3 संघ राज्य क्षेत्रों, लक्षद्वीप, चंडीगढ़ और दमन और दीव के अलावा 29 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को अनुमोदन दिया गया। 3 संघ राज्य क्षेत्रों के पीआईपी

को अनुमोदन नहीं दिया गया क्यों कि पीआईपी अत्यंत छोटा था अथवा एनयूएचएम के तहत शामिल किए जाने का प्रस्ताव करने वाले शहर अत्यंत छोटे शहर थे।

वित्तीय वर्ष 2014-15 में, लक्षद्वीप और दमन और दीव के अलावा 34 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों से कार्यक्रम कार्यान्वयन

योजनाएं (पीआईपी) प्राप्त हुए। सभी 34 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को अनुमोदन दिया गया।

अब तक हुई प्रगति: अनुमोदन का ब्यौरा विवरण-II (क), विवरण-II (क), विवरण - III (ख) और विवरण (IV) में दिए गए हैं।

विवरण-I

2013-14 और 2014-15 के दौरान 15.11.2014 तक एनयूएचएम फ्लेक्सिबल पूल के तहत जारी निधियां

क्रमांक.	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश के नाम	2013-14 (रु. करोड़)	2014-15 (रु. करोड़)
1	आंध्र प्रदेश	65.0000	51.8600
2	अरुणाचल प्रदेश	0.5400	-
3	असम	4.8800	33.1800
4	बिहार	13.9100	13.7400
5	छत्तीसगढ़	10.9650	24.3000
6	गोवा	0.3200	-
7	गुजरात	52.8700	37.1700
8	हरियाणा	25.8800	38.6300
9	हिमाचल प्रदेश	0.8500	1.0800
10	जम्मू और कश्मीर	10.3500	-
11	झारखंड	6.7275	-
12	कर्नाटक	38.1100	30.4300
13	केरल	13.6000	23.0700
14	मध्य प्रदेश	23.3600	78.7100
15	महाराष्ट्र	121.9400	-
16	मणिपुर	0.7650	-
17	मेघालय	2.4800	13.1700
18	मिजोरम	1.0900	3.5200
19	नगालैंड	0.9400	-
20	ओडिशा	19.3300	23.7300
21	पुडुचेरी	0.9450	-
22	पंजाब	25.5975	39.0700
23	राजस्थान	40.8000	56.6600
24	सिक्किम	0.3870	-
25	तमिलनाडु	78.9900	118.2800
26	त्रिपुरा	1.2200	-
27	उत्तर प्रदेश	54.7200	-
28	उत्तराखंड	1.0000	9.7100
29	पश्चिम बंगाल	44.6600	121.5500
30	दिल्ली	0.0000	62.4100
	कुल	662.22700	780.27000

*19 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को 465.72 करोड़ की राशि जारी करने का प्रस्ताव सहमति के लिए आईएफडी को भेज दिया गया है।

29 राज्यों / संघ शासित क्षेत्रों के लिए एनयूएचएम पीआईपी (वित्तीय वर्ष 2013-2014) के तहत अनुमोदन

1)	शहरों / कस्बों की संख्या कवर	764
2)	यू-पीएचसी	
	क) सुदृढ़ किए जाने वाले मौजूदा सुविधा केन्द्रों की संख्या	1936
	ख) स्वीकृत नई यूपीएचसीकी संख्या	902
	ग) यू-पीएचसी के लिए स्वीकृत नए निर्माण की संख्या	584
3)	यू-सीएचसी	
	क) सुदृढ़ किए जाने वाले मौजूदा सुविधा केन्द्रों की संख्या	98
	ख) यू-पीएचसी के लिए स्वीकृत नए निर्माण की संख्या	27
4)	मोबाइल स्वास्थ्य इकाइयों	90
5)	आशा	39,836
6)	एमएस	111,498
7)	स्वास्थ्य कियोस्क	197

बजट का विवरण

29 राज्यों / संघ शासित क्षेत्रों के लिए अनुमोदित/जारी की गई राशि	राशि (करोड़ में)
अनुमोदित कुल राशि	रुपये 877.50
जारी कुल राशि	रुपये 662.23

वित्तीय वर्ष 2013-2014 के लिए एनएचयूएम के तहत स्वीकृत कुल मानव संसाधन

विभिन्न स्तरों पर स्वीकृत स्टाफ	स्टाफ का प्रकार	अनुमोदित नए स्टाफ
कार्यक्रम प्रबंधन स्टाफ	एसपीएमयू में	113
	डीपीएमयू में	804
	सीपीएमयू में	207
चिकित्सा अधिकारी	एमओ (फुल टाइम)	1039
	एमओ (अंशकालिक)	2373
विशेषज्ञ	विशेषज्ञ	127
पैरामैडिकल स्टाफ	स्टाफ नर्स	6288
	एलएचवी	0
	एएनएम	12,367
	एलटी	2176
	फार्मासिस्ट	1972
लिपिक स्टाफ	(एलडीसी / डीईओ सह लेखापाल / कार्यालय सहायक)	1533
सहयोगी कर्मचारी - वर्ग	ग्रुप-डी के कर्मचारियों	1980
कोई अन्य	ओटी टेक्नीशियन / स्वास्थ्य पर्यवेक्षक / एमपीडब्ल्यू	8
	कुल	30,987

एनयूएचएमके तहत अनुमोदन(वित्तीय वर्ष 2014–2015)

वित्तीय वर्ष 2014–15 (संचयी) के लिए एनयूएचएम के अनुमोदन का सार		
क्र.सं.	संकेतक	अनुमोदित सं
1	शामिल किए गए शहरों / कस्बों की संख्या	906
2	यू-पीएचसी	
	क) सुदृढ़ किए जाने वाले मौजूदा सुविधा केन्द्रों की संख्या	*
	ख) स्वीकृत नई यूपी एच सी की संख्या	1402
	सी) यू-पी एच सी के लिए स्वीकृत नए निर्माण की संख्या	569
3	यू-सीएचसी	
	क) सुदृढ़ किए जाने वाले मौजूदा सुविधा केन्द्रों की संख्या	99
	ख) यू-पीएचसी के लिए स्वीकृत नए निर्माण की संख्या	35
4	मोबाइल स्वास्थ्य इकाइयों	13
5	आशा	56,002
6	एमएएस	92,173

* डाटा अभी मान्य किया जाना है।

वित्तीय वर्ष 2014–15 (संचयी) के लिए एनयूएचएम के अनुमोदन का सार			
क्र.सं.	स्टाफ को विभिन्न स्तरों पर मंजूरी दे दी है	स्टाफ का प्रकार	कुल अनुमोदित स्टाफ
1	विभिन्न स्तरों पर स्वीकृत स्टाफ	एसपीएमयू में	197
		डीपीएमयूमें	926
		सीपीएमयू में	359
2	कार्यक्रम प्रबंधन स्टाफ	एमओ (फुल टाईम)	2353
		एमओ (अंशकालिक)	2973
3		विशेषज्ञ	160
4	चिकित्सा अधिकारी विशेषज्ञ पैरामैडिकल स्टाफ	स्टाफ नर्स	7209
		एलएचबी	86
		एएनएम	17,584
		एलटी	3231
		फार्मासिस्ट	2978
		अन्य स्टाफ	3279
		कुल	41,335

एनएचयूएम के तहत अनुमोदित राज्य-वार शहरों की संख्या

क्र.सं.	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश का नाम	2013-14 में एनयूएचएम के तहत अनुमोदित किए जाने वाले शहरों की संख्या	2014-15 में एनयूएचएम के तहत अनुमोदित किए जाने वाले शहरों की संख्या
1	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	0	1
2	आंध्र प्रदेश	116	74
3	अरुणाचल प्रदेश	2	2
4	असम	14	14
5	बिहार	15	15
6	चंडीगढ़	0	1
7	छत्तीसगढ़	15	19
8	दादरा एवं नागर हवेली	0	1
9	दमन और दीव	0	0
10	दिल्ली	0	1
11	गोवा	4	4
12	गुजरात	70	70
13	हरियाणा	29	28
14	हिमाचल प्रदेश	3	3
15	जम्मू और कश्मीर	7	7
16	झारखंड	14	14
17	कर्नाटक	5	23
18	केरल	15	37
19	लक्षद्वीप	0	0
20	मध्य प्रदेश	50	70
21	महाराष्ट्र	95	95
22	मणिपुर	3	3
23	मेघालय	3	3
24	मिजोरम	2	2
25	नगालैंड	2	4
26	ओडिशा	18	36
27	पुडुचेरी	4	4
28	पंजाब	40	40
29	राजस्थान	33	33
30	सिक्किम	1	1
31	तमिलनाडु	88	88
32	तेलंगाना	0	41
33	त्रिपुरा	1	3
34	उत्तर प्रदेश	83	131
35	उत्तराखंड	0	6
36	पश्चिम बंगाल	32	32
	कुल	764	906

2.4 स्वास्थ्य नीति

सरकार द्वारा स्वास्थ्य के क्षेत्र में अपनाई गई वर्ष 2002 कार्यनीति का मार्गदर्शन करती है। एनएचपी 2002, वर्ष 1983 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति से विकसित हुई थी। भोर समिति रिपोर्ट (1946) में मार्गदर्शन दिया गया था जिसमें देश के भावी स्वास्थ्य विकास के मुख्य सिद्धांतों में अन्य बातों के साथ-साथ शामिल था कि "कोई भी व्यक्ति चिकित्सा देखभाल के लिए भुगतान करने में असमर्थता की वजह से इसे प्राप्त करने में विफल नहीं रहना चाहिए। आधुनिक चिकित्सा पद्धति की जटिलताओं को देखते हुए स्वास्थ्य सेवाओं को पूर्णतया विकसित होने पर उचित निदान और उपचार के लिए आवश्यक सभी परामर्शदाता, प्रयोगशाला और संस्थागत सुविधाएं प्रदान करनी चाहिए।" वर्ष 1978 में आलमा अता में 'सभी के लिए स्वास्थ्य की घोषणा' के नीतिगत दिशा-निर्देश, 1983 के राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति विवरण के अंगीकरण के साथ ही भारत सरकार की घोषित नीति हो गई। स्वास्थ्य एवं विकास संबंधी वृहत आर्थिक (मैक्रो इकोनॉमिक) आयोग की 2005 की रिपोर्ट से सरकार के नीतिगत दिशा-निर्देश एवं रूप-रेखा तैयार करने में और योगदान मिला।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 की संरचना में देश में प्रचलित सामाजिक आर्थिक परिस्थितियों की पृष्ठभूमि में जन स्वास्थ्य उद्देश्यों की त्वरित उपलब्धि की परिकल्पना की गई है। एनएचपी 2002 के कुछ प्रमुख पहलुओं में अन्य बातों के साथ-साथ निम्नलिखित शामिल हैं: स्वास्थ्य केंद्रों की उपलब्धता में कमी को पूरा करना, स्वास्थ्य लक्ष्यों की प्राप्ति में विभिन्न राज्यों के बीच के अंतर के साथ-साथ ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों के बीच के अंतर को कम करना तथा समाज के साधन संपन्न लोगों एवं अपेक्षाकृत कमजोर वर्ग के लोगों के बीच सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की उपलब्धता और उससे प्राप्त लाभों की असमानता को कम करना। तदनुसार, सुविधाओं की समानता को निरंतर प्राथमिकता के साथ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों का विस्तार करने और उनमें सुधार लाने पर विशेष जोर दिया गया है। सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों को स्थानीय स्व-शासनों के माध्यम से कार्यान्वित करने पर जो दिया गया है। चिकित्सा शिक्षा के उन्नत मानक सुनिश्चित करने एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य करने एवं

सार्वजनिक स्वास्थ्य तथा परिवार आयुर्विज्ञान में विशेषज्ञों की कमी को दूर करने की आवश्यकता, चिकित्सकों/ बिस्तरों की तुलना में नर्सों के अनुपात में सुधार लाने की आवश्यकता, उपचार के नियमों (रेजिमेन) को अत्यावश्यक जेनरिक औषधियों की सीमित संख्या पर आधारित करने की आवश्यकता और खाद्य तथा औषधि प्रशासन को प्रगामी रूप से सुदृढ़ करने की आवश्यकता ऐसे विभिन्न पहलू हैं जिन पर इस नीति में जोर दिया गया है। इसके अतिरिक्त इसमें संगठित शहरी प्राथमिक परिचर्या संरचना और विकेन्द्रीकृत मानसिक स्वास्थ्य सेवा के नेटवर्क का गठन तथा मानसिक स्वास्थ्य संस्थानों के वास्तविक अबसंरचना का उन्नयन की परिकल्पना की गई है। इसमें सूचना, शिक्षा और संप्रेषण नीति की परिकल्पना की गई है जो बच्चों को नियमित स्वास्थ्य जांच प्रदान करने तथा उनमें स्वस्थ रहने के व्यवहार को बढ़ावा देने के अलावा निवारात्मक स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान करने के उद्देश्य से केवल मास मीडिया का उपयोग और स्कूली स्वास्थ्य कार्यक्रम को प्राथमिकता द्वारा प्रभावी रूप से संपर्क नहीं की जा सकने वाली जनसंख्या समूहों को सूचना अधिकतम प्रचार के लिए उपयोग किया जाएगा।

पंचवर्षीय योजनाओं में एक विकासशील अर्थव्यवस्था की गत्यात्मकता को ध्यान में रखते हुए इस नीति के कार्यान्वयन के लिए कार्यनीति की रूपरेखा प्रस्तुत की गई है। तदनुसार, स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए बारहवीं पंचवर्षीय योजना में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के स्वरूप को परिवर्तित कर राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन संचालित करने पर विचार किया गया है, जिसके अंतर्गत ग्रामीण एवं शहरी दोनों क्षेत्रों को शामिल किया जाएगा। इसके अंतर्गत चुनिंदा कम आय वाले शहरी क्षेत्रों में सार्वजनिक क्षेत्र की प्राथमिक देखभाल सुविधाएं मुहैया कराने, विशेष रूप से सार्वजनिक क्षेत्र की संस्थाओं में सार्वजनिक स्वास्थ्य पर अधिक ध्यान देते हुए स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े व्यवसायियों के लिए अध्यापन एवं प्रशिक्षण कार्यक्रमों का विस्तार करने, औषधि एवं खाद्य विनियामक तंत्र को सुदृढ़ करने, मेडिकल प्रैक्टिस को विनियमित करने, मानव संसाधन विकसित करने, स्वास्थ्य क्षेत्र में सूचना प्रौद्योगिकी को बढ़ावा देने और सर्वव्यापक स्वास्थ्य देखभाल के लिए उपयुक्त अवसंरचना

निर्मित करने पर विचार किया गया है। बारहवीं योजना की कार्यनीति ग्यारहवीं योजना में की गई पहलों को सुदृढ़ करना है ताकि आबादी के कमजोर एवं सीमांत वर्गों पर ध्यान केंद्रित करके स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का और विस्तार किया जा सके। अतः इसके अंतर्गत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियों के पर्याप्त विस्तार और सुदृढ़ीकरण तथा सुदृढ़ प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता पर विचार किया गया है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 के बनने से अब तक देश के स्वास्थ्य क्षेत्र में हुए परिवर्तन की दृष्टि से सरकार ने नई स्वास्थ्य नीति बनाने का निर्णय लिया है। तदनुसार नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2015 को पणधारकों के विस्तृत परामर्श के लिए दिनांक 30 दिसम्बर, 2014 को सार्वजनिक डोमेन में प्रदर्शित किया गया है।

2.5 राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग (एनसीपी)

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 के उद्देश्यों के अनुसरण में मई, 2000 में राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग का गठन किया गया। इसका उद्देश्य नीति में निर्धारित लक्ष्यों को प्राप्त करने, अंतर-क्षेत्रीय समन्वय को बढ़ावा देने, आयोजन एवं कार्यान्वयन में सिविल सोसायटी को शामिल करने, देश में जनसांख्यिकीय दृष्टि से कमजोर राज्यों में कार्य-निष्पादन में सुधार लाने हेतु की गई पहलों में सुविधा प्रदान करने और राष्ट्रीय जनसंख्या नीति में निर्धारित लक्ष्यों के समर्थन में अंतरराष्ट्रीय सहयोग की संभावनाओं की खोज करने के उद्देश्य से राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (एनपीपी) के कार्यान्वयन की समीक्षा करना, उसकी मॉनीटरिंग करना तथा उसके कार्यान्वयन के लिए दिशा-निर्देश देना था।

आयोग की पहली बैठक दिनांक 23.07.2000 को आयोजित हुई और तत्कालीन माननीय प्रधानमंत्री ने स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के भीतर एक अधिकार प्राप्त कार्य समूह के गठन की घोषणा की थी। इसका उद्देश्य राष्ट्रीय सामाजिक जनसांख्यिकीय सूचकांकों में नीचे रहने वाले राज्यों पर ध्यान केंद्रित करना और राष्ट्रीय जनसंख्या स्थिरीकरण कोष खजनसंख्या स्थिरता कोष, की स्थापना करना था, जिससे राष्ट्रीय स्वैच्छिक स्रोतों से प्राप्त धन का

उपयोग जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए विशेष रूप से तैयार की गई सहायक परियोजनाओं के लिए किया जा सके।

अप्रैल, 2005 में माननीय प्रधान मंत्री, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री की अध्यक्षता में 40 सदस्यों के साथ राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग का पुनर्गठन किया गया और योजना आयोग के उपाध्यक्ष आयोग के उपाध्यक्ष होंगे। वर्तमान सदस्यों में उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, राजस्थान, बिहार, झारखंड, केरल और तमिलनाडु राज्यों के मुख्य मंत्री शामिल हैं।

पुनर्गठित राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग के निर्णय निम्नलिखित हैं:

- सभी जिलों के वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण जिसका वार्षिक प्रकाशन हो, करवाया जाना चाहिए जिससे कि जिला स्तर पर स्वास्थ्य संकेतकों को आवधिक रूप से प्रकाशित मॉनीटर और बेंचमार्क के लिए तुलना की जा सके।
- स्वास्थ्य सुपुदगी प्रणालियों में कमजोरियों की पहचान करने तथा राज्यों के स्वास्थ्य और जनसांख्यिकीय की स्थिति में सुधार करने हेतु उपायों का सुझाव देने के लिए बिहार, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, मध्य प्रदेश और ओडिशा राज्यों के जनसंख्या रूपरेखा का अध्ययन करने के लिए विशेषज्ञों के पांच समूहों का गठन किया गया है।

2.5.1 वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एएचएस)

वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण का प्रथम दौर 8 अधिकार प्राप्त कार्य समूह (ईएजी) वाले राज्यों नामतः बिहार, झारखंड, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड, मध्यप्रदेश, छत्तीसगढ़, राजस्थान, ओडीशा तथा असम के 284 जिलों में वर्ष 2010-11 के दौरान भारत के महापंजीयक के कार्यालय के जरिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा संचालित करवाया गया।

कुछ एएचएस संकेतकों के संबंध में महत्वपूर्ण परिणाम 10.08.2011 को आरजीआई के कार्यालय द्वारा राज्य-वार बुलेटिन के रूप में जारी किए गए हैं जिनमें अशोधित जन्म दर, अशोधित मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर, सवजात एवं नवजात पशु मृत्यु दर, 5 वर्ष से कम के बच्चों की मृत्यु दर, जन्म के समय लिंग अनुपात, लिंग अनुपात (0-4 वर्ष) तथा समग्र लिंग अनुपात से संबंधित जिला स्तरीय आंकड़े शामिल हैं।

इसके अलावा, प्रत्येक राज्य के अनेक जिलों के लिए मातृ मृत्यु अनुपात भी जारी किया गया है।

सर्वेक्षण 2010-11 के दौरान किया गया और आंकड़ों के लिए संदर्भ अवधि 2007-09 है।

2.5.2 विशेषज्ञ समूह

बिहार, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, मध्य प्रदेश और ओडिशा राज्यों की जनसंख्या प्रोफाइल का अध्ययन करने के लिए विशेषज्ञों के 5 समूह गठित किए गए थे। विशेषज्ञ समूहों की मसौदा रिपोर्टें आयोग में प्राप्त हो गई हैं और जनांकिकीय आंकड़ों को सही करने के लिए इसकी जांच की गई है और इन्हें निम्न कार्यों के लिए संबंधित पांच राज्यों को भेज दिया गया है:-

- विशेषज्ञ समूह की रिपोर्टि पर टिप्पणी करना।
- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत जनसंख्या के स्थिरीकरण के लिए वे क्या कर रहे हैं उसकी अद्यतन रिपोर्ट प्रदान करना।
- राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग की आगामी बैठक में जनसंख्या स्थिरीकरण पर उनके कार्यों का एक प्रस्तुतिकरण तैयार करना।

यह आयोग राज्यों द्वारा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के कार्यान्वयन के संपूर्ण बुनियादी ढांचे के तहत जनसंख्या स्थिरीकरण को नीतिगत सहायता प्रदान करता रहा है। यह आयोग भारत के महापंजीयक और आर्थिक वृद्धि संस्थान के सहयोग से कई प्रकाशन प्रस्तुत कर चुका है जो राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लक्ष्यों में बल दिए गए जनसंख्या स्थिरीकरण प्राप्त करने के लिए भावी जनांकिकीय रुझानों, चुनौतियों और सुझाए गए उपायों पर बहुमूल्य जानकारी प्रस्तुत करते हैं।

दिनांक 21 अक्टूबर, 2010 को माननीय प्रधान मंत्री की अध्यक्षता में आयोग की दूसरी बैठक संपन्न हुई। आयोग ने इस मामलों के साथ जनसंख्या स्थिरीकरण मामले पर विचार विमर्श किया तथा उसके पश्चात आयोग ने पणधारकों के लिए मुख्य बिंदुओं की सिफारिश करते हुए सर्वसम्मति के साथ निम्नलिखित संकल्प को अंगीकृत किया:

➤ प्राथमिकता देना

- जनसंख्या स्थिरीकरण को उच्च प्राथमिकता दी जानी चाहिए।
- मुख्यमंत्री द्वारा छोटे परिवार के मापदंड को बढ़ावा देने के लिए नेतृत्व प्रदान किया जाना चाहिए।
- सामाजिक विशेषज्ञों, सामाजिक वैज्ञानिकों एवं सम्प्रेषण विशेषज्ञों को शामिल किया जाना चाहिए।
- जनसंख्या संबंधी विषयों पर ध्यान केंद्रित करते हुए पल्स पोलियो कार्यक्रम की तर्ज पर सुरक्षित मातृत्व अभियान चलाया जाना चाहिए।

➤ व्यावहारिक कार्यकलाप

- आईसी अभियान में जोरदार ढंग से पुनः जान फूँकी जानी चाहिए।
- परिवार नियोजन सेवाओं की अपूरित आवश्यकता को पूरा करने के लिए कार्यनीति लागू करना।
- जन स्वास्थ्य सेवाओं और सुविधाओं जैसे कि साफ सुथरा शौचालय, स्वच्छ जल, विद्युत आदि की व्यवस्था सुदृढ़ करना।
- एस, सभी केंद्रों, जहां प्रसव कराए जाते हैं, में प्रसवोत्तर परिवार नियोजन सेवाएं सुदृढ़ करना।
- देर से शादी करने, पहले बच्चे के जन्म में देरी करने और दो बच्चों के जन्म के बीच अंतर रखने को बढ़ावा देने पर जोर देना।
- सभी सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में दवाओं की उपलब्धता।
- परिवार नियोजन कार्यक्रमों में आयुष डॉक्टरों को शामिल करना।

➤ अंतर्देशीय समन्वय

- जनसंख्या स्थिरीकरण कार्यक्रम में मानव संसाधन विकास, महिला एवं बाल विकास और पंचायती राज मंत्रालयों को सक्रिय रूप से शामिल किया जाना चाहिए।
- विशेषकर लड़कियों की शिक्षा के लिए सर्वाधिक ध्यान देना।
- महिलाओं के सशक्तिकरण के लिए कम उम्र में ही प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य विषयों सहित पारिवारिक जीवन के बारे में किशोरियों को शिक्षा देना।

- विशेषकर गर्भवती महिलाओं की पौषणिक स्थिति में सुधार करने के उपायों को सुदृढ़ किया जाना चाहिए।
- ईएसआई, रेलवे तथा प्रतिरक्षा सेवाओं जैसी संस्थाओं द्वारा चलाई जा रही संस्थाओं/अस्पतालों को परिवार नियोजन सेवाओं में शामिल किया जाना चाहिए।

➤ अन्य उपाय

- लड़कियों की शादी की विधिक आयु बढ़ाने पर विचार किया जाना।
- चिकित्सा शिक्षा में जेंडर को शामिल किया जाना।
- मुस्लिम समुदाय के सदस्यों में कार्य कर रहे गैर सरकारी संगठनों को छोटे परिवार के मानदंडों के बारे में जागरूकता बढ़ाने के कार्य में सक्रिय रूप से शामिल किया जाना चाहिए।
- गर्भनिरोधक के उपलब्ध विकल्पों को बढ़ाने के लिए और अधिक नवीन गर्भनिरोधक विकसित करने के लिए अनुसंधान पर जोर देना।
- स्वास्थ्य क्षेत्र और परिवार नियोजन की निधियों की उपलब्धता बढ़ाई जानी चाहिए।

2.6 जनसंख्या स्थिरता कोष (जेएसके)

राष्ट्रीय जनसंख्या स्थिरिकरण कोष का गठन राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग के तहत जुलाई, 2000 में किया गया था। इसके बाद इसे अप्रैल, 2002 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग में स्थानांतरित कर दिया गया था। इसे जून, 2003 में सोसायटी पंजीकरण अधिनियम (1860) के तहत जनसंख्या स्थिरता कोष के रूप में पुनः नामित एवं पुनर्गठित किया गया था। जनसंख्या स्थिरता कोष के सामान्य निकाय की अध्यक्षता स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री द्वारा की जाती है जबकि शासी बोर्ड की अध्यक्षता सचिव (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण) द्वारा की जाती है। कार्यकारी निदेशक कोष के मुख्य कार्यकारी अधिकारी हैं।

जनसंख्या स्थिरता कोष ने जनसंख्या स्थिरिकरण हेतु कई पहल की हैं जिनका ब्यौरा निम्नानुसार है:—

प्रेरणा योजना:

लड़कियों के लिए विवाह की उम्र बढ़ाने तथा कम उम्र की माताओं एवं शिशुओं के स्वास्थ्य के हित में दो बच्चों के बीच अंतर बढ़ाने के लिए जनसंख्या स्थिरता कोष (राष्ट्रीय जनसंख्या स्थिरिकरण कोष) ने सात उच्च संकेन्द्रित

(फोकस) राज्यों— उत्तर प्रदेश, मध्यप्रदेश, बिहार, राजस्थान, छत्तीसगढ़, झारखंड तथा ओडिशा में प्रेरणा, एक उत्तरदायी मातृत्व कार्यनीति की शुरुआत की है।

इस कार्यनीति में उन दंपतियों की पहचान की जाती है तथा उन्हें पुरस्कृत किया जाता है जिन्होंने कम उम्र में विवाह तथा कम उम्र में बच्चे के जन्म की और अनेक बच्चों के जन्म की रूढ़िवादिता को त्याग कर दृष्टिकोण बदलने में सहायता दी हो।

इस योजना के तहत पुरस्कार की पात्रता के लिए लड़की का विवाह 19 वर्ष की आयु के बाद किया जाना चाहिए तथा विवाह के कम से कम 2 वर्ष के बाद पहले बच्चे को जन्म दिया जाना चाहिए, बाल शिशु के जन्म पर दंपति को 10000 रुपए अथवा कन्या शिशु के जन्म पर 12000 रुपए का पुरस्कार दिया जाएगा। यदि दूसरे बच्चे का जन्म पहले बच्चे के जन्म से 3 वर्षों के बाद होता है तथा माता-पिता में से कोई भी दूसरे बच्चे के जन्म के एक वर्ष के भीतर परिवार नियोजन की स्थायी विधि स्वेच्छापूर्वक अपनाते हैं तो दंपति को अतिरिक्त 5000 रुपए (बाल शिशु के जन्म पर) तथा 7000 रुपए (बालिका शिशु के जन्म पर) दिए जाएंगे। पुरस्कार की राशि राष्ट्रीय बचत प्रमाण-पत्र (एनएससी) के रूप में दी जाती है। यह योजना केवल गरीबी रेखा से नीचे के लोगों के लिए है।

1 अप्रैल, 2014 से दिसंबर,

2014 तक वित्तीय वर्ष 2014-15

में प्रेरणा योजना के तहत प्रदान दंपति की संख्या

राज्य	जिला	पहचान किए गए दंपतियों संख्या
छत्तीसगढ़	धमतरी	30
	कांकेर	4
	राजनंदगांव	34
झारखंड	हजारीबाग	15
मध्य प्रदेश	छिंदवाड़ा	93
	कुल	176

संतुष्टि योजना:

संतुष्टि भारत के अत्यधिक आबादी वाले राज्यों अर्थात बिहार, उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, राजस्थान, झारखंड, छत्तीसगढ़ तथा ओडिशा के लिए जनसंख्या स्थिरता कोष (जेएसके) की एक योजना है। इस योजना के अंतर्गत जनसंख्या स्थिरता कोष सार्वजनिक-निजी-भागीदारी (पीपीपी) विधि से ऑपरेशन

करने के लिए सार्वजनिक क्षेत्र के स्त्री रोग विशेषज्ञों तथा वैसेक्टोमी सर्जन को आमंत्रित करता है।

इस योजना के अनुसार, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के दिशा-निर्देशों में यथाविनिर्दिष्ट अपेक्षित सुविधाओं (बंधीकरण सेवाओं के लिए गुणवत्ता आश्वासन नियम पुस्तिका) वाला मान्यता प्राप्त निजी नर्सिंग होम/ अस्पताल जनसंख्या स्थिरता कोष के साथ समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर कर सकता है। समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर करने पर निजी अस्पताल/नर्सिंग होम प्रोत्साहन के लिए तब पात्र बन जाएगा। यह पात्रता राज्य स्वास्थ्य सोसायटी द्वारा अनुमोदित होगी।

योजना के लिए कार्यनीति:

- किसी माह में 10 ट्यूबेक्टॉमी (महिला बंधीकरण) / वैसेक्टोमी (पुरुष बंधीकरण) ऑपरेशन करने वाले प्रत्यायित निजी अस्पतालों/नर्सिंग होम संतुष्टि कार्यनीति के अंतर्गत भुगतान के लिए पात्र हो जाएंगे।
- उपर्युक्त मानदंड का अनुपालन करने वाले निजी सुविधा केंद्र जेएसके दावे के अतिरिक्त एनएचएम निधियों से 500/- रुपए प्रतिरोगी हेतु पात्र हैं।
- अब बंधीकरण ऑपरेशन करवाने वाले व्यक्ति सार्वजनिक सुविधा केंद्र में उनको प्रदत्त धनराशि के समान पारिश्रमिक मुआवजे के भुगतान संबंधी प्रावधान भी है अर्थात् ट्यूबेक्टॉमी के लिए 600/- रुपए और वेसक्टॉमी के लिए 1100/- रुपए।
- राज्य में कार्यरत सभी विख्यात एनजीओ भी स्कीम में भाग लेने हेतु पात्र होंगे यदि उनकी सुविधाओं का भुगतान राज्य स्वास्थ्य सोसाईटी द्वारा किया जाता है (गुणवत्ता आश्वासन का अपेक्षित मानदंड पूरा करने के पश्चात)।
- निजी क्षेत्र को ट्यूबेक्टॉमी और वैक्सेटॉमी का बंधीकरण ऑपरेशन करने के लिए पीएचसी और सीएचसी अवसंरचना का उपयोग करने की अनुमति होगी

सेवा का प्रकार	स्वास्थ्य केंद्र का प्रकार	लाभार्थियों को जेएसके द्वारा प्रदत्त पारिश्रमिक मुआवजा (रुपए)	निजी प्रदायकों को जेएसके द्वारा भुगतान (रुपए)	कुल रुपये में
ट्यूबेक्टॉमी	निजी	600/-	500/-	1100/-
वेक्सेटॉमी	निजी	1100/-	500/-	1600/-

संतुष्टि कार्य नीति के तहत किए गए बंधीकरण का विवरण नीचे दिया गया है:

वित्तीय वर्ष (2014 –15) में संतुष्टियोजना के तहत आयोजित बंधीकरण ऑपरेशन की संख्या

राजस्थान	जिला	मामले
	चित्तौड़गढ़	273
	बीकानेर	864
	जयपुर	722
	अजमेर	263
	अलवर	158
	कोटा	183
	उदयपुर	1337
	चौमू	213
	भीलवाड़ा	474
	बूंदी	227
मध्य प्रदेश	भोपाल	41
कुल		4755

2.6.1 राष्ट्रीय हेल्पलाइन

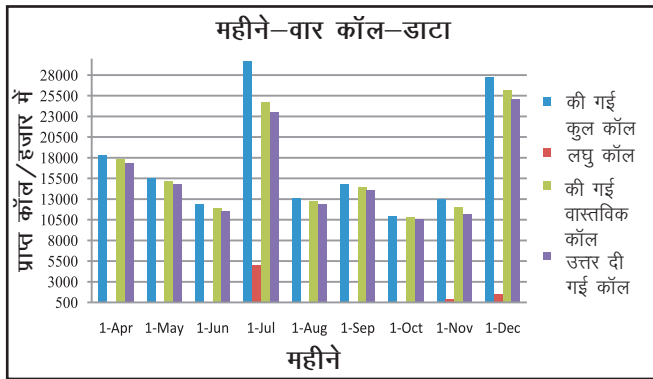
जनसंख्या स्थिरता कोष ने भारत में प्रजनन स्वास्थ्य, यौन स्वास्थ्य, परिवार नियोजन तथा शिशु एवं बाल स्वास्थ्य आदि के संबंध में अपने तरह के पहले राष्ट्रीय हेल्पलाइन की शुरुआत की।

राष्ट्रीय हेल्पलाइन का उद्देश्य प्रजनन स्वास्थ्य, यौन स्वास्थ्य, गर्भ निरोधन, गर्भावस्था, बाल स्वास्थ्य, तथा संबंधित मुद्दों पर विश्वसनीय सूचना उपलब्ध कराना है। यह विशेष रूप से बिहार, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, मध्य प्रदेश, झारखण्ड एवं छत्तीसगढ़ जैसे अधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्यों के किशोरों, नव-विवाहित एवं वैवाहिक संबंध से जुड़ने वाले व्यक्तियों के लिए है। किन्तु किसी भी उम्र का कोई भी व्यक्ति मदद ले सकता है। आरंभ में मैसर्स स्पर्श बीपीओ सर्विस लिमिटेड को एक वर्ष की अवधि के लिए ठेका दिया गया था। ठेके को और एक वर्ष के लिए बढ़ा दिया गया।

राष्ट्रीय हेल्पलाइन सेवा के तहत शामिल विषय :

- राष्ट्रीय हेल्पलाइन सेवा के तहत शामिल विषय
- एचआईवीएड्स सहित यौन संचारित संक्रमण
- यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य परिपक्वता
- गर्भ निरोधक
- महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य मामले
- बांझपन
- प्रजनन नलिका संबंधित मामले तथा विकास
- गर्भावस्था
- स्तन स्वास्थ्यसे संबंधित समस्याएं
- गर्भपात और एमटीपी अधिनियम
- पुरुषों में प्रजनन संबंधी मामले
- बाल स्वास्थ्य
- पुरुषों में यौन स्वास्थ्य से संबंधी मामले
- सामान्य नवजात परिचर्या
- नवजात से संबंधित सामान्य समस्या
- नवजात तथा स्तनपान
- शिशु की देखभाल
- वाल्यावस्था की समस्याएं

दिल्ली के अग्रणी चिकित्सा महाविद्यालयों के चिकित्सकों की सहायता से प्रजनन, यौन और नवजात तथा शिशु स्वास्थ्य पर 879 प्रश्नों का एक प्रश्न बैंक बनाया गया है।



केंद्रित राज्यों में थोक संदेश अभियान के कारण जुलाई माह में पूछताछ की संख्या में वृद्धि हुई। जेएसके ने लोक सभा टीवी के माध्यम से काल सेंटर को एक माह तक बढ़ावा दिया है।

जेएसके के 7 केन्द्रित राज्यों में चार माह के लिए प्रिंट मीडिया अभियान को जारी किया गया। पूछताछ को सुचारु रूप से संचालित करने के लिए प्रिंट मीडिया अभियान को चार समूहों में विभाजित किया गया है पहला, मध्य प्रदेश और छत्तीसगढ़, दूसरा राजस्थान और ओडिशा, तीसरा बिहार और झारखंड तथा चौथा उत्तर प्रदेश एवं प्रचारके कारण लगभग 2000 कॉल प्रति दिन प्रति कॉल सेंटर में कार्यकारियों द्वारा प्राप्त किए जाते हैं। कॉल में बढ़ोत्तरी विज्ञापन के सीधे अनुपातिक है जैसा कि जुलाई और दिसंबर, 2014 में कम कॉल की तुलना में मई, जून, अगस्त और सितंबर, 2014 को अधिक थी।

बाध्यताएं— वर्ष भर में बार-बार/सतत प्रसार की आवश्यकता है।

2.6.2 विश्व जनसंख्या दिवस 2014

जनसंख्या स्थिरता कोष ने जनसंख्या मुद्दे से संबंधित जागरुकता और अपने परामर्शी प्रयासों के भाग के रूप में दिनांक 11 जुलाई, 2014 को विश्व जनसंख्या दिवस के अवसर पर अनेक परामर्शी कार्यक्रम आयोजित किए। इन कार्यक्रमों में (क) 'जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए वाक' (ख) जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए किशोरों तथा युवाओं को शामिल करने हेतु राष्ट्रीय कार्यशाला (ग) 7 उच्च केंद्रित राज्य में जनसंख्या से सम्बंधित मामलों में जागरुकता बनाने के लिये थोक संदेश अभियान। लगभग 3 लाख लोगो ने थोक संदेश अभियान का लाभ उठाया।

(i) 'जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए दौड़'

जनसंख्या दिवस वाक से आरंभ हुई जिसको माननीय केन्द्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण ने सुश्री शबाना आजमी (पूर्व संसद सदस्य) की उपस्थिति में हरी झंडी दी। दौड़इंडिया गेट से विजय चौक तक थी जो प्रातः 7.00 बजे आरंभ हुई। सचिव (स्वास्थ्य और परिवार कल्याण) अपर सचिव, (स्वास्थ्य), जनसंख्या स्थिर कोष के कार्यकारी निदेशक, डॉ. राकेश कुमार और विभिन्न मंत्रालयों के महत्वपूर्ण गणमान्य ने इस कार्यक्रम में भाग लिया।

दिल्ली के विभिन्न स्कूलों, चिकित्सा महाविद्यालयों एवं कई अन्य संगठनों के 2000 से अधिक युवकों ने जनसंख्या स्थिरीकरण के प्रति अपना समर्थन व्यक्त करने हेतु इस कार्यक्रम (वॉक) में हिस्सा लिया। यह “वॉक” निम्न महिला साक्षरता, कम उम्र में विवाह, कम उम्र में शिशु-जन्म के अलावा कई अन्य चुनौतियों, जिनका समाधान जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए आवश्यक है, के उपायों में गति लाने तथा उनके प्रति जागरूकता पैदा करने का एक प्रयास था। जनसंख्या स्थिरीकरण के प्रति समर्थन में हाथों में पोस्टर लेकर और नारे लगाते हुए सबने इस कार्यक्रम में हिस्सा लिया।

(ii) “जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए किशोरों तथा युवाओं को शामिल करने हेतु राष्ट्रीय कार्यशाला”

विश्व जनसंख्या स्थिर कोष (जेएसके) ने 25वीं जनसंख्या दिवस बनाने हेतु दिनांक 11 जुलाई, 2014 को इंडिया हैबीटेड सेंटर, नई दिल्ली में ‘जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए किशोरों तथा युवाओं को शामिल करने हेतु राष्ट्रीय कार्यशाला’ का आयोजन किया गया। कार्यशाला में उच्च केंद्रित राज्यों से 5 प्रेरणा दंपतियों, विकास भागीदार, राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय एजेंसिया जैसे यूएनएफपीए, डब्ल्यूएचओ, यूनेस्को, यूनिसेफ सहित विभिन्न क्षेत्रों से विशेषज्ञों ने भाग लिया।

सचिव,स्वास्थ्य और परिवार मंत्रालय, भारत सरकार मुख्य अतिथि थे और सुश्री फ्रेडेरिका मेजेर, राष्ट्र प्रतिनिधि; यूएनएफपीए भारत थी। कार्यशाला को शोभान्वित करने वाले अन्य महत्वपूर्ण गणमान्य लोगों में श्री नीलंजन सन्याल, सचिव, आयुष, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, श्री सी.के. एएस एवं एमडी (राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन), डॉ. राकेश कुमार, संयुक्त सचिव एवं ईडी-जेएसके और सुश्री पूनम मुटरेजा, ईडी-पीएफआई उपस्थिति थे।

राष्ट्रीय संवाद का आयोजन जनसंख्या स्थिर कोष तथा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा संयुक्त रूप से

किया गया। चयनित जिलों के जिलाधीशों, संसद सदस्यों, सिविल सोसाइटी, निजी एवं कारपोरेट क्षेत्र, विकास भागीदार, अंतर्राष्ट्रीय एजेंसियों, अनुसंधानकर्ता, क्लीनिशियन सहित केन्द्र सरकार और विभिन्न स्वायत्त संगठनों के लगभग 300 प्रतिनिधियों ने राष्ट्रीय संवाद में भाग लिया। पैनल चर्चा इस कार्यक्रम का भाग था।

2.6.3 भारतीय अंतर्राष्ट्रीय व्यापार मेला (आईआईटीएफ) नवंबर, 14–27, 2014

दिनांक 14 नवंबर, 2014 को 34वें भारतीय अंतर्राष्ट्रीय व्यापार मेला, 2014 का प्रगति मैदान, नई दिल्ली में केन्द्रीय स्वास्थ्य मंत्री,श्री जे.पी. नड्डा ने स्वास्थ्य पेवेलियन का उद्घाटन किया।

स्वास्थ्य पेवेलियन, आईआईटीएफ 2014 में जेएसके ने जनसंख्या स्थिरीकरण तथा जनसंख्या स्थिरीकरण से संबंधित मामलों में जागरूकता बढ़ाने को दर्शाते हुए एक स्टाल लगाया।

क्र.सं.	जेएसके स्टाल में क्रियाकलाप	आगन्तुकों की कुल संख्या
1.	जेएसके आनलाइन विवज	5468
2.	जेएसके और उसकी योजनाओं के संबंध में जानकारी	1603
3	पुरुष परामर्श	154
4	महिला परामर्श	118
	कुल	7343

इस वर्ष स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा स्वास्थ्य पेवेलियन का थीम ‘आशा: एक परिवर्तित एजेंट’ घोषित किया गया।

जेएसके अपनी योजनाओं को बढ़ावा देने के लिए विभिन्न क्रियाकलाप का आयोजन करता है:

- जागरूकता सृजन हेतु ऑनलाइन विवज
- आरसीएच पर सीधे परामर्श
- आईईसी सामग्रियों के विवरण के माध्यम से राष्ट्रीय हेल्पलाइन को बढ़ावा देना
- शपथ बोर्ड

पिछले वर्ष के व्यापार मेला की तुलना में इस वर्ष जेएसके स्टाल में आने वालों की अधिक संख्या यह दर्शाती है कि जनता/नागरिक अब प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी मामलों के संबंध में अधिक से अधिक जानने के उत्सुक हैं।

2.6.4 जेएसके वर्चुअल संसाधन केन्द्र (<http://jskvrc.gov.in>)

जेएसके का वर्चुअल संसाधन केन्द्र (<http://jskvrc.gov.in>) निम्नलिखित विषयों में परामर्श और संप्रेषण की पहुंच प्रदान करने के लिए ऑनलाइन सेवा है।

मुख्य विषय	अतिरिक्त विषय
मातृत्व स्वास्थ्य	संक्रमण
लिंग	शिशु लिंग अनुपात
लिंग अनुपात और कन्या भ्रूण हत्या	रक्ताल्पता
शिशु एवं नवजात स्वास्थ्य	स्तनपान
किशोर और जनसंख्या	विवाह के समय आयु
परिवार नियोजन	जन्म में अंतर
प्रसव पश्चात देखभाल	प्रतिरक्षण
महिला सशक्तिकरण	यौन तथा लैंगिकता
एचआईवी/एड्स	
पोषण	

प्रमुख विकास भागीदार अर्थात् यूनेसफ, पीएफआई, यूएनएफपीए, जनसंख्या प्रथम, वीएचएआई आदि ने जेएसके वर्चुअल संस्थान केन्द्र संसाधन केन्द्र में परामर्श सामाग्री आडियो, वीडियो, पोस्टर, बैनर आदि दिया है। अभी तक जेएसके वर्चुअल संसाधन केन्द्र ने सात लाख से अधिक आगन्तुकों को उपस्थिति दर्ज की।

2.6.5 जेएसके ऑनलाइन क्विज (<http://jskquiz.com>)

जेएसके ने जनसंख्या स्थिरीकरण, प्रजनन स्वास्थ्य और यौन स्वास्थ्य तथा जीवन शैली से संबंधित मामलों पर किशोरों के लिए ऑनलाइन क्विज बनाया है। क्विज का प्रमुख उद्देश्य युवाओं को जनसंख्या, प्रजनन, यौन स्वास्थ्य और जीवन शैली से संबंधित मामलों पर जागरूकता बढ़ाना है।

भारतीय अंतर्राष्ट्रीय व्यापार मेला (आईआईटीएफ), प्रगति मैदान, नई दिल्ली के दौरान जेएसके ऑनलाइन क्विज किशोरों के बीच आकर्षण का केन्द्र था और 5400 से अधिक आगन्तुक की उपस्थिति दर्ज थी।

2.7 गर्भधारण पूर्व और प्रसव पूर्व नैदानिक तकनीक (लिंग चयन का प्रतिशोध) अधिनियम, 1994

2.7.1 भारत में प्रतिकूल बाल-लिंग अनुपात

2011 की जनगणना (अंतिम) के अनुसार 0 से 6 वर्ष की आयु समूह के लिए शिशु लिंग अनुपात 2001 की जनगणना में दर्ज किए गए प्रति हजार लड़कों की तुलना में 927 लड़कियों का अनुपात और ज्यादा गिरकर 918 लड़कियों का हो गया है, नकारात्मक रुझान इस बात की फिर पुष्टि करता है कि बालिका पहले से भी ज्यादा खतरे में है। पुडुचेरी (967), तमिलनाडु (943), कर्नाटक (948), दिल्ली (871), गोवा (942), केरल (964), मिजोरम (970), गुजरात, (890), अरुणाचल प्रदेश (972), अंडमान और निकोबार (968), हिमाचल प्रदेश (909), हरियाणा (834), चंडीगढ़ (880) और पंजाब (846), राज्यों के अलावा 18 राज्यों और 3 संघ राज्य क्षेत्रों में सीएसआर में गिरावट का रुझान दिखाई दिया है। 79 की सर्वाधिक गिरावट जम्मू कश्मीर में और 48 पाइंट की सबसे तेज वृद्धि पंजाब में हुई है।

(परिशिष्ट- I)

जम्मू व कश्मीर, महाराष्ट्र और हरियाणा में गत 30 वर्षों में शिशु लिंग अनुपात में सबसे ज्यादा खराब गिरावट हुई है। बड़े राज्यों में छत्तीसगढ़ में अधिकतम शिशु लिंग अनुपात (सीएसआर) 969 है जिसके बाद 964 के अनुपात के साथ केरल है। हरियाणा (834) सबसे नीचे है इसके ऊपर पंजाब (846) है। इस जनगणना में मिजोरम के अलावा, उत्तर-पूर्वी राज्यों में भी गिरावट का रुझान दिखाई दिया। देश के आधे से अधिक जिलों सीएसआर में राष्ट्रीय औसत भी ज्यादा गिरावट दिखाई दी है। 950 और उससे अधिक के शिशु लिंग अनुपात वाले जिलों की संख्या 259 से घटकर 182 हो गई है।

2.7.2 प्रतिकूल लिंग अनुपात के कारण

लड़कियों की उपेक्षा तथा निम्न लिंग अनुपात स्तरों के कारण लड़कों को तरजीह देना, महिलाओं की निम्न स्थिति, लड़कों से जुड़ी सामाजिक और वित्तीय सुरक्षा, दहेज एवं महिलाओं के खिलाफ हिंसा सहित सामाजिक-सांस्कृतिक प्रथाएं हैं। कन्या भ्रूण हत्या में सहायक लिंग निर्धारण परीक्षणों की सहज उपलब्धता इस प्रक्रिया में उत्प्रेरक

साबित हो रही है जिसे गर्भधारण पूर्व लिंग चयन सुविधाओं द्वारा और ज्यादा बढ़ावा दिया जाता है। भारत में लिंग निर्धारण तकनीकों का उपयोग मुख्यतः अनुवांशिक 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।

2.7.3 गर्भधारण-पूर्व और प्रसव-पूर्व नैदानिक तकनीक(लिंग चयन का प्रतिषेध) अधिनियम, 1994

बालिका भ्रूण हत्या को रोकने के लिए 1 जनवरी, 1996 से प्रसवपूर्व नैदानिक तकनीक (विनियमन और दुरुपयोग की रोकथाम) अधिनियम, 1994 प्रचालित किया गया। इस अधिनियम को और व्यापक बनाने के लिए इसमें संशोधन किए गए हैं। संशोधित अधिनियम और नियम 14.2.2003 से लागू हुए और पीएनडीटी एक्ट को और व्यापक बनाने के लिए इसे "गर्भधारण पूर्व और प्रसव पूर्व नैदानिक तकनीक (लिंग चयन का प्रतिषेध) अधिनियम, 1994" के रूप में पुनः नामित किया गया।

गर्भधारण पूर्व लिंग चयन तकनीक को इस अधिनियम की परिधि में लगाया गया है ताकि ऐसी प्रौद्योगिकियों के प्रयोग को नियंत्रित 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। केन्द्रीय पर्यवेक्षण बोर्ड (सी एस बी) जिसका गठन स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री की अध्यक्षता में किया गया है, को अधिनियम के कार्यान्वयन की मॉनीटरिंग करने हेतु भाक्ति प्रदान की गई है। राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में अधिनियम के बेहतर कार्यान्वयन और मॉनीटरिंग के लिए सीएसबी की तर्ज पर राज्य स्तरीय पर्यवेक्षण बोर्ड का गठन किया गया है। राज्यों में अधिनियम के बेहतर कार्यान्वयन और मॉनीटरिंग के लिए राज्य/संघ राज्य क्षेत्र के स्तर के

समुचित प्राधिकरणों को बहु-सदस्यीय निकाय बनाया गया है। 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, उपकरणों 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 भाक्तियां प्रदान की गई हैं। भ्रूण का लिंग निर्धारण करने वाली अल्ट्रासाउंड मशीनों और अन्य उपकरणों के उपयोग तथा गर्भधारण पूर्व लिंग चयन हेतु किए जाने वाले परीक्षणों और प्रक्रियाओं के संबंध में उचित रिकार्डों का अनुरक्षण करना अनिवार्य कर दिया गया था। अल्ट्रासाउंड मशीनों की बिक्री को यह भारत निर्धारित करते हुए विनियमित किया गया है कि बिक्री केवल इस अधिनियम के अंतर्गत पंजीकृत निकायों को ही की जाएगी।

2.7.4 अधिनियम के तहत दंड

- 3 वर्ष तक कारावास और 10,000/- रुपये तक का जुर्माना।
- तदुपरांत किसी अन्य अपराध हेतु उसे 5 वर्ष तक का कारावास और 50,000/-रुपये से 1,00,000/- रु. तक का जुर्माना हो सकता है।
- समुचित प्राधिकारी द्वारा पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर का नाम संबंधित राज्य चिकित्सा परिषद को आवश्यक कार्रवाई करने के लिए भेजा जाता है। जिसमें यदि आरोप न्यायालय द्वारा लगाए गए हैं तो मामले के निपटान तक पंजीकरण को निलंबित करना और अपराध सिद्ध होने पर पहली बार अपराध के लिए 5 वर्षों तक और इसके बाद अपराध होने पर स्थायी रूप से नाम हटाना शामिल है।

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

जून, 2014 तक राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों द्वारा प्रस्तुत गुणवत्ता प्रगति रिपोर्टें (क्यूपीआर) के अनुसार 50311

निकायों का पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम के तहत पंजीकृत किया गया है। कानून का उल्लंघन करने के लिए अब तक 16826 मशीनों को सील तथा जब्त कर लिए गए

हैं। देश में हरियाणा, पंजाब, राजस्थान और महाराष्ट्र में अपराधि की संख्या अधिक है। 98 डाक्टरों के चिकित्सा लाइसेंस को निलम्बित किया गया है। (परिशिष्ट –II)

अधिनियम के कार्यान्वयन पर छमाही प्रगति कार्ड

	मामले	दोषी	सील करना	लाइसेंस निरस्तीकरण / लंबन
मई, 2011	869	55	409	—
जन, 2012	1040	85	869	16
जून, 2012	1212	111	866	33
जन, 2013	1327	111	989	33
जुलाई, 2013	1521	116	1180	53
सितम्बर, 2013	1833	143	1242	65
अप्रैल, 2014	1919	191	1685	83

2.7.6 हाल में भारत सरकार (जीओआई) द्वारा किए गए उपाय

गर्भधारण-पूर्व और प्रसव-पूर्व नैदानिक तकनीक (लिंग चयन का प्रतिषेध) नियम, 1996 में संशोधन:

हाल में भारत सरकार ने अधिनियम के तहत नियमों में विभिन्न महत्वपूर्ण संशोधन अधिसूचित किया है जो निम्नलिखित है :-

- नियम 11 (2) का संशोधन गैर पंजीकृत मशीनों को जब्त करने गैर पंजीकृत क्लिनिकों/केंद्रों के लिए दंड का प्रावधान करने के लिए किया गया है। इससे पूर्व दोषी पंजीकरण शुल्क के पांच गुना के बराबर राशि काभुगतान करके छूट जाते थे।
- पोर्टेबल अल्ट्रासाउंड मशीनों और मोबाइल जेनेरिक क्लिनिक द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के विनियमन के संबंध में नियम 3 ख को शामिल किया गया है।
- जिला में दो अल्ट्रासाउंड केंद्रों में अधिकतम दो अल्ट्रासोनोग्राफी करवाने के लिए अधिनियम के तहत योग्य चिकित्सकों के पंजीकरण को प्रतिबंधित करने के लिए नियम 3 (3) (3) को शामिल किया गया है। प्रत्येक क्लिनिक में पंजीकृत चिकित्सकों की उपस्थित रहने के

घंटों की संख्या पहले ही निर्धारित कर दी जाएगी।

- नियम 5 (1) का संशोधन किया गया है जिसका उद्देश्य पीएनडीटी नियम 1996 के नियम 5 के तहत जेनेरिक क्लिनिक, अल्ट्रासाउंड क्लिनिक अथवा इमेजिंग केंद्र के लिए वर्तमान के पंजीकरण शुल्क रु. 3000/- रुपए से बढ़ाकर 25,000/- तथा संस्थान, अस्पताल, नर्सिंग होम अथवा कोई केंद्र जो संयुक्त रूप से जेनेरिक परामर्शदात्री केंद्र, जेनेरिक प्रयोगशाला और जेनेरिक क्लिनिक, अल्ट्रासाउंड क्लिनिक अथवा इमेजिंग केंद्र की सेवाएं प्रदान करता हो, के लिए पंजीकरण शुल्क 4000/- से बढ़ाकर 35,000/- रुपए करना है।
- नियम 13 को संशोधन किया गया है जिसमें प्रत्येक जेनेरिक परामर्शदात्री केंद्र, जेनेरिक प्रयोगशाला,

हाल ही में निम्नलिखित संशोधनों को अधिसूचित किया गया है-

क्र.सं.	पीसी एवं पीएनडीटी नियमों में संशोधन	अधिसूचना तिथि
1.	सोनोलॉजिस्ट के लिए छह माह का प्रशिक्षण पाठ्यक्रम	10 जनवरी, 2014
2.	फार्म एफ का संशोधित रूप	4 फरवरी, 2014
3	उपयुक्त प्राधिकारियों के लिए आचार संहिता	26 फरवरी, 2014

जेनेरिक क्लीनिक, अल्ट्रासाउंड क्लीनिक और इमेजिंग केंद्र को कर्मचारी, स्थान, पता और स्थापित उपकरण के प्रत्येक परिवर्तन को परिवर्तन के अनुमानित तारीख के 30 दिन पहले उपयुक्त प्राधिकार को सूचित करना तथा विधिवत शामिल किए गए परिवर्तनों के नए प्रमाणपत्र जारी करवाना आवश्यक बनाया गया है।

2.7.7 मानीटरिंग और कार्यान्वयन की समीक्षा में वृद्धि

- केंद्रीय पर्यवेक्षण बोर्ड (सीएसबी) के तहत पीएनडीटी अधिनियम की पुनः स्थापना किया गया था। सीएसबी की 18वीं, 19वीं, 20वीं और 21वीं बैठकें छह माह के अंतराल में दिनांक 14 जनवरी, 2012, 20 जुलाई 2012, 16 जनवरी, 2013 और 23 जुलाई, 2013 को संपन्न हुईं। पीएनडीटी नियमों में महत्वपूर्ण संशोधनों को अनुमोदित और अधिसूचित किए गए हैं। दिनांक 13 अक्टूबर, 2014 को सीएसबी की 22वीं बैठक संपन्न हुई। पीएनडीटी नियमों में मुख्य संशोधनों को अनुमोदित और अधिसूचित किया गया।
- अत्यधिक विषम शिशु अनुपात वाले 14 राज्यों की संगठित ध्यानकर्षण के लिए पहचान कर ली गई है।
- राष्ट्रीय निरीक्षण और मॉनीटरिंग समिति (एनआईएमसी) द्वारा निरीक्षणों में वृद्धि हुई है। 29 राज्यों के 64 जिलों में निरीक्षण किया जा चुका है। अगस्त, 2011–सितम्बर, 2014 तक कुल 114 क्लिनिकों का निरीक्षण किया गया और 83 क्लिनिकों को सील कर दिया गया। 28 मामले न्यायालय में पहले ही दर्ज किए जा चुके हैं।
- अधिनियम के प्रभावी कार्यान्वयन के माध्यम से लिंग निर्धारण के विरुद्ध प्रयास में तीव्रीकरण को राज्य के बैठकों में नियमित रूप से जांच की जा रही है। वित्त वर्ष 2013–14 में क्षेत्रीय समीक्षा कार्यशालाओं का आयोजन किया गया। वित्त 2014–15 में 30 अक्टूबर से 24 नवंबर, 2014 तक उत्तर, पश्चिम, केंद्रीय, पूर्वोत्तर और दक्षिण क्षेत्रों में क्षेत्रीय समीक्षा

कार्यशालाओं के आयोजन किए गए हैं।

2.7.8. सभी भागीदारों के लिए क्षमता संवर्धन कार्यक्रम

- अधिनियम को लागू करने के संबंध में राज्य स्तर पर क्षमता संवर्धन कार्यक्रम को राजस्थान, गुजरात, पश्चिम बंगाल, हरियाणा, केरल, महाराष्ट्र, उत्तर प्रदेश और बिहार राज्यों में जिला पीएनडीटी अधिकारियों के लिए भी आयोजित किया गया है।
- न्यायाधीशों और सरकारी वकीलों के लिए क्षमता संवर्धन कार्यक्रम को चंडीगढ़, महाराष्ट्र, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल, आंध्र प्रदेश, गुजरात और राजस्थान में आयोजित किया गया।

2.7.9 स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा किए गए अन्य उपाय

- स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के साथ मिलकर महिला और बाल विकास मंत्रालय देश के 100 लिंग क्रिटिकल जिलों में 'बेटी बचाओ-बेटी पढ़ाओ (बीबीबीपी)' अभियान पर समन्वयपूर्ण कार्य कर रहा है।
- पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम के सख्त और प्रभावीपूर्ण कार्यान्वयन के लिए राज्य और जिला स्तर पर सांस्थानिक सुदृढीकरण हेतु राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को निदेश दिए गए हैं।
- मंत्रालय के वेबसाइट (www.mohfw.nic.in) के अतिरिक्त पीएनडीटी प्रभाग के लिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री द्वारा एक स्वतंत्र वेबसाइट pndt.gov.in की शुरुआत की गई है। इस वेबसाइट में अधिनियम और नियमों से संबंधित संगत जानकारी प्राप्त होती है।
- किसी प्राधिकारी अथवा व्यक्ति द्वारा अधिनियम के प्रावधानों के किसी प्रकार के उल्लंघन होने के लिए जनता को शिकायत दर्ज करने अज्ञात रूप से, यदि कोई चाहे तो, और पीएनडीटी संबंधित सामान्य जानकारी प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री ने टॉल फ्री टेलीफोन (1800110500) की शुरुआत की है।

पिछले तीन जनगणनाओं में बाल लिंग अनुपात की प्रवृत्ति

क्र. सं.	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	1991	2001	निरपेक्ष अंतर (1991-2001)	2001	2011	निरपेक्ष अंतर (2001-2011)
		कुल	कुल	कुल	कुल	कुल	कुल
1	जम्मू एवं कश्मीर	लागू नहीं	941	लागू नहीं	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	उत्तरांचल	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	उड़ीसा	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	पॉण्डिचेरी	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	गोआ	964	938	-26	938	942	4
27	केरल	958	960	2	960	964	4
28	मिज़ोरम	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
	भारत	945	927	-18	927	918	-9

नोट : (-) नकारात्मक चिह्न दर्शाता है।

पीसी एवं पी एन डी अधिनियम (जून, 2014 तक) के तहत पंजीकरण, मामलों और आरोपों की संख्या की स्थिति

क्र. स.	राज्य/संघ राज्य क्षेत्र	पंजीकृत निकायों की संख्या	चल रहे न्यायिक मामलों/पुलिस मामलों की संख्या	रोगियों की संख्या	चिकित्सा लाइसेंस के निलंबन/रद्दीकरण की संख्या	जब्त/सील मशीन
1	आंध्र प्रदेश	5003	52	0	0	132
2	अरुणाचल प्रदेश	35	0	0	0	0
3	असम	705	5	0	0	0
4	बिहार	1418	6	11	0	6
5	छत्तीसगढ़	656	7	0	0	0
6	गोवा	152	1	0	0	1
7	गुजरात	4400	126	6	1	3
8	हरियाणा	1594	100	54	9	241
9	हिमाचल प्रदेश	258	0	1	0	0
10	जम्मू व कश्मीर	315	6	1	0	72
11	झारखंड	695	19	0	0	0
12	कर्नाटक	2878	45	0	0	0
13	केरल	1548	0	0	0	0
14	मध्य प्रदेश	1404	18	2	2	2
15	महाराष्ट्रा	9020	483	61	59	709
16	मणिपुर	87	0	0	0	0
17	मेघालय	36	0	0	0	0
18	मिजोरम	47	0	0	0	0
19	नागालैंड	45	0	0	0	0
20	उड़ीसा	685	24	3	0	6
21	पंजाब	1396	127	28	4	0
22	राजस्थान	2232	585	37	21	387
23	सिक्किम	24	0	0	0	0
24	तमिलनाडु	5494	77	0	0	72
25	त्रिपुरा	66	0	0	0	0
26	उत्तराखंड	538	24	0	0	5
27	उत्तर प्रदेश	5300	137	1	0	34
28	पश्चिम बंगाल	2238	13	0	0	14
29	अंडमान व निकोबार द्वीपसमूह	10	0	0	0	0
30	चंडीगढ़	112	2	0	0	2
31	दादर एवं नगर हवेली	13	0	0	0	0
32	दमन व द्वीप	12	0	0	0	0
33	दिल्ली	1794	62	1	2	0
34	लक्षद्वीप	18	0	0	0	0
35	पुदुच्चेरी	83	0	0	0	0
	कुल	50311	1933	206	98	1686

2.8 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के तहत कार्यक्रमों के लिए वित्तपोषित का तरीका

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन जन स्वास्थ्य प्रणालियों और स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी को सुदृढ़ करने के लिए राज्यों को वित्तपोषित प्रदान करने तथा सहायता देनेके लिए प्रमुख महत्वपूर्ण कार्य करता है। राज्यों को उक्त वित्तपोषित प्रदान करने तथा सहायता देने के लिए प्रमुख महत्वपूर्ण कार्य करता है। राज्यों को उक्त वित्तपोषण राज्य के कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) के आधार पर किया जाता

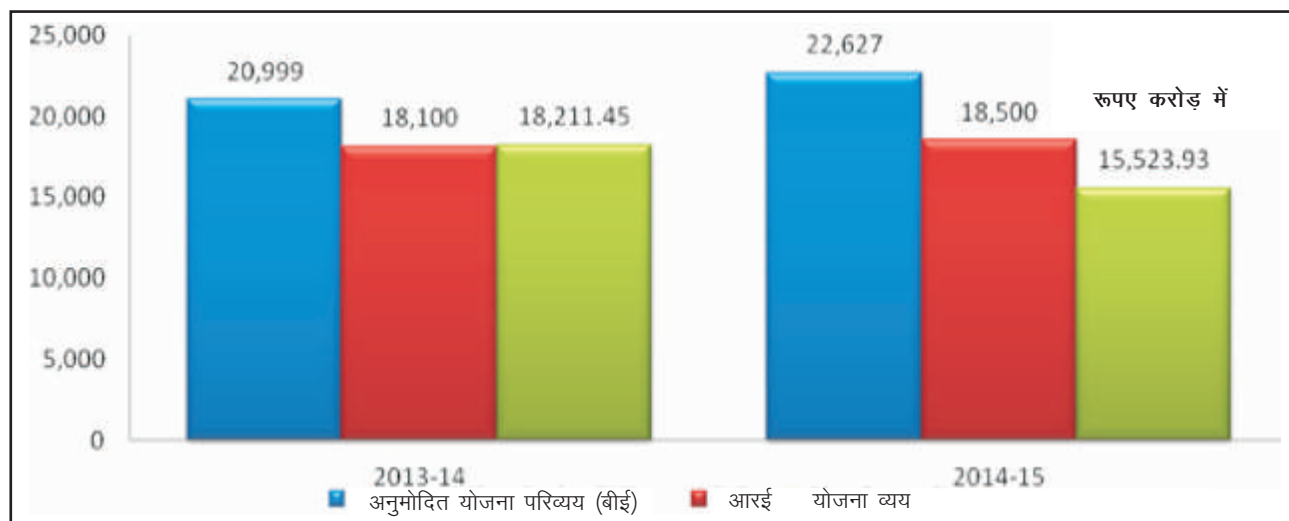
है। राज्य पीआईपी में निम्नलिखित प्रमुख पूल शामिल हैं:—

- भाग I एनआरएचएम फ्लेक्सी पूल
- भाग II एनयूएचएमफ्लेक्सी पूल
- भाग III संक्रामक रोग के लिए फ्लेक्सिबल पूल
- भाग IV गैर-संक्रामकरोग, इंजरी और अभिघात के लिए फ्लेक्सिबल पूल
- भाग V अवसंरचना रखरखाव

वित्त वर्ष 2013-14 और 2014-15 के लिए एनएचएम के बजटीय परिव्यय और व्यय निम्नानुसार है :

वर्ष	अनुमोदित योजना बजटीय परिव्यय (बीई) (करोड़ रुपये में)	संशोधित अनुमान (आरई) (करोड़ रुपये में)	योजनागत व्यय (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	22,627.03	18,500.00	15,523.93**
कुल	64,168.03	53,600.00	50,497.71

*वर्ष 2014-15 के लिए योजनागत व्यय अनंतिम है।



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के वर्ष 2013-14 और 2014-15 (अनंतिम) के दौरान योजना बजट परिव्यय (आर.ई.) और व्यय का योजनानुसार ब्रेक-अप संलग्न है।

2.9 स्वास्थ्य परिचर्या की गुणवत्ता में सुधार

पिछले वर्षों में स्वास्थ्य परिचर्या की गुणवत्ता में सुधार को कुछ आधारभूत जनसांख्यिकी सूचकों के संबंध में दर्शाया गया है (नीचे दी गई सारणी देखें)। 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 2012 में 2.4 रह गई।
आरजीआई द्वारा प्रकाशित एसआरएस की रिपोर्ट के अनुसार मातृ मृत्यु दर भी 1992-93 में 437 प्रति लाख

(100,000) जीवित जन्म से घटकर 2010-12 में 178 हो गई। शिशु मृत्यु दर जो 1981 में 110 थी, 2013 में घटकर

तालिका 1: स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण कार्यक्रम की उपलब्धियां

क्र. सं.	मापदंड	1951	1981	1991	2001	2013 (नवीनतम उपलब्धि)
1	अशोधित जन्म दर (प्रति जनसंख्या)	40.8	33.9	29.5	25.4	21.4
2	अशोधित मृत्यु दर (प्रति हजार जनसंख्या)	25.1	12.5	9.8	8.4	7.0
3	कुल प्रजनन दर (प्रति म.)	6.0	4.5	3.6	3.1	2.4 (2012)
4	मातृ मृत्यु दर (प्रति 100,000 जीवित जन्म)	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	437 (1992-93) एनएफएचएस	301 (2001-03) एसआरएस.	178 (2010-12) एसआरएस.
5	शिशु मृत्यु दर (प्रतिहजार जीवित जन्म)	146 (1951-61)	110	80	66	40

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

परिवार नियोजन के तरीके

देश में वर्ष 2013-14 के दौरान नामांकित विभिन्न परिवार नियोजन तरीकों के स्वीकारकर्ताओं की कुल संख्या 27.48

मिलियन थी। नीचे दी तालिका 2 अखिल भारतीय स्तर पर वर्ष 2013-14 और 2014-15 (अप्रैल 2014 से अक्टूबर, 2014 तक) के दौरान परिवार नियोजन उपलब्धियों के संबंध में स्थिति दर्शायी गई है।

तालिका 2: संपूर्ण भारत के तरीकों द्वारा परिवार नियोजन स्वीकारकर्ता (आंकड़े. मिलियन में)

क्रम सं.	तरीके	उपलब्धि*		
		2013-14 (अप्रैल 2013-मार्च 14)	2014-15 (अप्रैल 2014-अक्टूबर.14)	2013-14 (अप्रैल 2013-अक्टूबर.13)
1.	नसबंदी	04.21	01.36	01.74
2.	आईयूडी सान्निवेशन	05.19	02.74	03.00
3.	कंडोम उपयोगकर्ता	12.60\$	13.00\$	12.53
	i. मुफ्त वितरा योजना के तहत (समकक्ष)	04.62	03.72	04.54
	ii. वाणिज्यिक वितरण योजना के तहत (समकक्ष)	07.99	09.27	07.99
4.	गर्भनिरोधक उपयोगकर्ता	05.47	04.02	05.30
	i. मुफ्त वितरण योजना के तहत (समकक्ष)	03.05	02.72	02.88
	ii. वाणिज्यिक वितरण योजना के तहत (समकक्ष)	02.42	01.30@	02.42
	कुल स्वीकारकर्ता	27.48\$	21.12	22.56\$

स्रोत: एमएमआईएस पोर्टल (दिनांक 25 अप्रैल 2014 की स्थिति अनुसार)

*:अनतिम आंकड़े/जून 2014 तक के आंकड़े समकक्ष :- पूरे आंकड़े. के कारण कुल मैच नहीं करता है।

वर्ष 2013-14 के साथ-साथ 2012-13 का रोग प्रतिरक्षण निष्पादन सारणी तीन में दिया गया है।

तालिका: 3 वर्ष 2013-14 के साथ-साथ वर्ष 2012-13 के दौरान प्रतिरक्षण की मूल्यांकित आवश्यकता की तुलना में उपलब्धि : (पूरे भारत में)

(आंकड़े 000 में)

क्र.सं.	क्रियाकलाप	2013-14के लिलिए मूल्यांकित आवश्यकता	उपलब्धि		मूल्यांकित आवश्यकता की उपलब्धि 2013-14
			2013-14	2012-13	
1	2	3	4	5	6
क.	रोग प्रतिरक्षण				
i.	गर्भवती माताओं हेतु टिटनस प्रतिरक्षण	29576	23613	22755	79.8
ii.	बच्चों का डीपीटी प्रतिरक्षण	25760	19254	21399	74.7
iii.	पोलियो	25760	23170	22295	88.9
iv.	बी.सी.जी.	25760	23978	23670	93.1
v.	खसरा	25760	22824	22741	88.6
vi.	बच्चों का डीटी प्रतिरक्षण	23503	10999	10174	46.8
vii.	टी.टी. (10 साल)	24398	14433	14132	59.2
viii.	टी.टी. (16 साल)	25573	13879	13566	54.3
ख.	महिलाओं में पोषण संबंधी रक्ताल्पता के लिए प्रोफायलेक्सिस	29576	23849	20281	80.6
ग.	विटामिन ए की कमी के कारण दृष्टिहीनता के प्रोफायलेक्सिस				
i.	पहली खुराक (1 वर्ष से कम तथा 1 वर्ष से अधिक)	25760	18712	17232	72.6
ii.	5वीं खुराक	23883	15350	11724	64.3
iii.	9वीं खुराक	23520	13388	10151	56.9

*अनंतिम आंकड़े # पेंटावैलेंट टीकों को आरंभ करने के कारण कमी आई।

स्रोत: एचएमआईएस पोर्टल (7 नवंबर 2014 की स्थिति के अनुसार)

तालिका 4: वर्ष 2014-15 (अप्रैल, 2014 से अक्टूबर, 2014 तक) के दौरान प्रतिरक्षण के साथ-साथ उपलब्धि का मूल्यांकित आकलन । संपूर्ण भारत

(आंकड़े. 000 में)

क्र.सं.	क्रियाकलाप	2013-14के लिलिए मूल्यांकित आवश्यकता	उपलब्धि		मूल्यांकित आवश्यकता की उपलब्धि 2014-15
			2014-15 (अप्रैल से अक्टूबर 2014)	2013-14 (अप्रैल से अक्टूबर 2013)	
1	2	3	4	5	6
क.	रोग प्रतिरक्षण				
i.	गर्भवती माताओं हेतु टिटनस प्रतिरक्षण	29961	12615	13780	42.1
ii.	बच्चों का डीपीटी प्रतिरक्षण	26091	9455रु	10759	36.2
iii.	पोलियो	26091	11616	12822	44.5
iv.	बी.सी.जी.	26091	12206	13481	46.8
v.	खसरा	26091	12205	13291	46.8
vi.	बच्चों का डीटी प्रतिरक्षण	23809	6595	6049	27.7
vii.	टी.टी. (10 साल)	24716	7719	8321	31.2
viii.	टी.टी. (16 साल)	25904	7482	8127	28.9
ख.	महिलाओं में पोषण संबंधी रक्ताल्पता के लिए प्रोफायलेक्सिस	29961	13764	13286	45.9
ग.	विटामिन ए की कमी के कारण दृष्टिहीनता के प्रोफायलेक्सिस				
i.	पहली खुराक (1 वर्ष से कम तथा 1 वर्ष से अधिक)	26091	10458	10641	40.1
ii.	5वीं खुराक	24194	8058	7637	33.3
iii.	9वीं खुराक	23825	7120	6586	29.9

*अनंतिम आंकड़े # पेंटावैलेंट टीकों को आरंभ करने के कारण कमी आई।

स्रोत: एचएमआईएस पोर्टल (7नवंबर 2014 की स्थिति के अनुसार)

2.10 स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस)

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

यह अक्तूबर 2008 में शुरू हुआ था और शुरूआत 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 के लिए अनुरोध किया गया था। वर्तमान में 633 जिले (667 में से) सुविधा वार आंकड़े सूचित कर रहे हैं जबकि शेष एचएमआईएस वेब पोर्टल पर जिला समेकित आंकड़े अपलोड कर रहे हैं। विभिन्न स्टेकहोल्डर को मानक और अनुकूलित रिपोर्ट, फ़ैक्टशीट, स्कोर-कार्ड आदि के रूप में डाटा उपलब्ध कराए जा रहे हैं। निगरानी और पर्यवेक्षण प्रयोजनों के लिए

केंद्रीय राज्य सरकार अधिकारियों द्वारा एचएमआईएस डाटा का काफी उपयोग किया जाता है।

डाटा गुणवत्ता, वैचारिक मुद्दों और पोर्टल पर उपलब्ध नई रिपोर्ट, विशेषताएं सहित नवीनतम विकासों के संबंध में विचार करने के लिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय आवधिक समीक्षा बैठके, कार्यशालाएं, प्रशिक्षण आदि का भी आयोजन कर रहा है। राष्ट्रीय और राज्य स्तरीय उपयोगकर्ताओं की विश्लेषणात्मक क्षमताओं को बढ़ाने के लिए, उन्हें एसएस डब्ल्यू आर एस और एसएस-वीडीडी साफ्ट वेयर दिए गए हैं। जीआईएस के रूप में एचएमआईएस को बनाने के लिए प्रक्रिया चल रही है।

2.11 सर्वेक्षण और मूल्यांकन गतिविधियां

2.11.1 बड़े पैमाने पर सर्वेक्षण: स्वास्थ्य गतिविधियों के स्तर और प्रभाव का आकलन करने के लिए मंत्रालय द्वारा आवधिक बड़े पैमाने पर सर्वेक्षण किए गए हैं। इन सर्वेक्षण 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।

2.11.2 जिला स्तरीय घरेलू सर्वेक्षण : स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों द्वारा प्रदान की गई सेवाओं की उपयोगिता का मूल्यांकन करने और सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में लोगों की धारणों को ध्यान में रखते हुए जिला स्तरीय घरेलू (डीएचएचएस) शुरू हुआ था। जिला स्तरीय घरेलू सर्वेक्षण (डीएलएचएस-3) वर्ष 1998-99 में डीएलएचएस-2 तथा 2002-04 में डीएलएचएस-11 के बाद जिला सर्वेक्षणों की श्रृंखला में तीसरा था। डीएलएचएस के अंतर्गत मातृ एवं बाल स्वास्थ्य परिवार नियोजन तथा अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) की महत्वपूर्ण गतिविधियों से संबंधित महत्वपूर्ण संकेतकों के संबंध में जिला स्तरीय अनुमान लिए गए हैं।

जिला और राज्य स्तर पर जनसंख्या, मातृ एवं बाल स्वास्थ्य और परिवार नियोजन के विश्वसनीय सांकेतिको का अनुमान

लगाने के उद्देश्य से डीएलएचएस का चौथा दौरा किया गया है। सर्वेक्षण के भाग के रूप में पोषणिक स्थिति और कुछेक जीवन शैली विकारों की व्याप्तता हेतु जिला स्तरीय अनुमान बताने के लिए अनेकों क्लीनिकल एंथ्रोपोमेट्रीक और जैवरसायनिक (सीएबी) जांच किए गए हैं। सीएबी के मुख्य घटक कद, वजन और रक्त चाप, रक्त का अनुमान (एचबी), रक्त शर्करा और गृहों द्वारा प्रयोग किए जाने वाले नमक में आयोडीन की मात्रा हेतु जांच हैं। जिला/राज्य तथ्य शीट अब 21 राज्यों के लिए उपलब्ध है।

2.11.3 वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एचएस): मुख्य सांकेतिको जैसे कुल प्रजनन दर (टीएफआर), शिशु मृत्यु दर (आईएमआर), पांच वर्षकी आयु से कम का मृत्यु दर (यू 5 एमआर), मातृ मृत्यु दर आद के अनुमान के अलावा मुख्य कार्यक्रम सांकेतिको 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, नौ राज्यों, नामतः असम, बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, राजस्थान, ओडीसा, उत्तर प्रदेश और उत्तराखंड में 284 जिलों को कवर किया गया था। वर्ष 2010-11, 2011-12 और 2012-13 के दौरान एचएस आयोजित किया गया था और अब परिणाम उपलब्ध है। इसके अतिरिक्त एचएस के तहत क्लिनिकल, एनथ्रोपोमेट्रिक और बायोकैमिकल (सीएबी) परीक्षणों के लिए एक पृथक कंपोनेट को शुरू किया गया जो उंचाई और वजन मापन के संबंध में आंकड़े, रक्ताल्पता और शुगर के लिए ब्लड टेस्ट, रक्तचाप मापन के संबंध में आंकड़े और घरों में उपयोग किए जाने वाले नमक में आयोडीन का परीक्षण करेगी। सीएबी कंपोनेट से संबंधित कार्य प्रगति पर है।

2.11.4 राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस): सर्वेक्षण करने के लिए नोडल एजेंसी के रूप में सेवारत अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान (आईआईपीएस), मुंबई 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 दौरे किए गए थे। मंत्रालय ने सभी सर्वेक्षणों का एकीकरण करना और वर्षों की अवधि के साथ जिलास्तरीय डाटा देने के लिए एक सर्वेक्षण (अर्थात्, राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण) को आयोजित करने का निर्णय किया है। तदनुसार, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय संबंधी जिला स्तर तक का आवश्यक डाटा देने के लिए वर्ष 2014-15 के दौरान सर्वेक्षण का चौथा दौरा आयोजित किया जाएगा। (एनएफएचएस4) सर्वेक्षण की नीतियों, योजना और प्रक्रिया से संबंधित निर्णयों को सुकर बनाने के लिए तीन समितियां नामतः संचालन समिति, तकनीकी सलाहकार समिति (टीएसी) और प्रशासनिक एवं वित्तीय प्रबंधन समिति गठित की गई है। इस सर्वेक्षण का सेम्पलिंग डिजाईन और प्रश्नावली को अंतिम रूप दिया गया और क्षेत्र संबंधी कार्य हेतु एजेंसिया का चयन चल रहा है। एनएफएचएस का फील्ड कार्य दो चरणों में किया जाएगा। प्रथम चरण के राज्यों/राज्य समूहों/संघ राज्य क्षेत्रों के लिए सर्वेक्षण एजेंसियोंसे 'प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण' (टीओटी) जैसी क्रियाकलाप पूरी हो गई है तथा फिल्ड अन्वेषणकर्ताओं का प्रशिक्षण शीघ्र प्रारंभ होगा।

2.11.5 क्षेत्रीय मूल्यांकन दल (आरईटी): इस मंत्रालय के क्षेत्रीय कार्यालयों में 7 क्षेत्रीय मूल्यांकन दल स्थित हैं जो चुनिंदा जिलों का दौरा और लाभार्थियों का साक्षात्कार करके नमूने के आधार पर प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम सहित एनआरएचएम के कार्यक्रमलापों का मूल्यांकन करते हैं। ये टीमें सामान्यतः प्रत्येक माह राज्य में पास ही के दो जिलों का दौरा करती हैं और स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों का काम काज देखती है तथा यह पता लगाने के लिए लाभार्थियों के नमूनों की जांच करती हैं कि क्या उन्हें वास्तव

में सेवाएं मिली है। क्षेत्रीय मूल्यांकन दलों की रिपोर्टों को इनमें प्रकाश में लाए गए मुद्दों के बारे में उपचारी उपाय करने के लिए राज्यों को भेजा जाता है। अक्टूबर, 2014 के दौरान आरईटी द्वारा 40 जिलों के दौरे किए गए।

2.12 जनसंख्या अनुसंधान केंद्र (पीआरसी):

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 केंद्र (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 जर्नलो, 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।

2.13 राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र (एनएचएसआरसी)

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, हेतु तकनीकी सहायता और जानकारी प्रबंधन एजेंसी के रूप में वर्ष 2007 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र के रूप में स्थापित हुआ था। पूर्वोत्तर राज्यों हेतु तकनीकी सहायता संगठन के रूप में राष्ट्रीय संसाधन केंद्र, पूर्वोत्तर (आरआरसी-एनई) एनएचएसआरसी की एक शाखा के रूप में कार्यरत है।

