

अन्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम

11.1 राष्ट्रीय कैंसर, मधुमेह, हृदवाहिका रोग और आघात रोकथाम और नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीसीडीसीएस)

गैर-संचारी रोग (एनसीडी) विश्वभर में वयस्कों की मृत्यु और रुग्णता के महत्वपूर्ण कारण हैं। गैर-संचारी रोग विश्वभर में बड़ी तेजी से फैल रहे हैं और कई देशों में विशेष रूप से औद्योगिकीकरण सामाजिक-आर्थिक विकास तीव्र शहरीकरण, जनांकिकीय और जीवन-शैली परिवर्तनों के कारण यह महामारी की हद तक बढ़ चुका है। ये रोग एक प्रमुख सार्वजनिक स्वास्थ्य चुनौती है जो सामाजिक-आर्थिक विकास को निष्प्रभावी कर देती है और इस कारण विश्वभर में विशेषकर कम व मध्यम आमदनी वाले देशों में स्वास्थ्य प्रणाली और सामाजिक कल्याण की मांग बढ़ गई है। गैर-संचारी रोग संचारी रोगों से आगे निकलते हुए अब विश्वभर में रुग्णता और असामयिक मृत्यु का सबसे आम कारण हो गया है।

रोग भाग

विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा प्रकाशित एनसीडी कंट्री प्रोफाइल 2014 के अनुसार, गैर-संचारी रोगों के कारण सकल मृत्यु दर 60% थी। रोग विशेष की हिस्सेदारी इस प्रकार थी: हृदवाहिका रोग-26% कैंसर-7% मधुमेह-2% सीओपीडी-13% अन्य एनसीडी-12%। भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद के राष्ट्रीय कैंसर पंजीकरण कार्यक्रम (एनसीआरपी) के आधार पर, प्रति वर्ष लगभग 11 नए मामले सामने आने तथा लगभग 5 लाख मृत्यु के मामलों के साथ, देश में विभिन्न प्रकार के कैंसर के लगभग 28 लाख मामले होने का अनुमान है। आम कैंसरों में स्तन, गर्भाशय और मुख का कैंसर शामिल है।

बढ़ती चुनौती का सामना करने के लिए और विभिन्न देशों और जनसंख्या के बीच बढ़ती असमानता को दूर करने के

लिए वैश्विक, क्षेत्रीय और राष्ट्रीय स्तर पर तत्काल कार्रवाई करने की आवश्यकता है। इस बात को ध्यान में रखते हुए कि कैंसर, मधुमेह, सीवीडी और आघात के कई ऐसे समान जोखिम कारक हैं जिनका उपचार संभव है, भारत सरकार ने राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम (एनसीसीपी) को राष्ट्रीय कैंसर, मधुमेह, हृदवाहिका रोग और आघात रोकथाम और नियंत्रण कार्यक्रम के साथ मिलाने के बाद 2010-11 के दौरान एक राष्ट्रीय कैंसर, मधुमेह, हृदवाहिका रोग और आघात रोकथाम और नियंत्रण कार्यक्रम का आरंभ किया। एनपीसीडीसीएस का ध्यान प्रमुख रूप से स्वस्थ जीवनशैली को बढ़ावा देने, मधुमेह, उच्च रक्तचाप, हृदवाहिका रोग और गर्भाशय कैंसर, स्तन कैंसर और मुख के कैंसर जैसे आम कैंसर की शीघ्र नैदानिक जांच और उपचार करने पर है।

एनपीसीडीसीएस कार्यक्रम के उद्देश्य हैं:

- समुदाय, सिविल सोसायटी समुदाय आधारित संगठन मीडिया आदि को शामिल करते हुए व्यवहार परिवर्तन के माध्यम से स्वास्थ्य को प्रोत्साहन;
- मधुमेह उच्च रक्तचाप और कैंसर का शीघ्र पता लगाने के लिए उपकेंद्र और उससे ऊपर के स्तर पर स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करते की प्रणाली में सभी स्तरों पर जरूरत पड़ने पर जांच, आउटरीच कैम्प की भी परिकल्पना की गई है;
- दीर्घकालिक गैर-संचारी रोगों विशेषकर कैंसर, मधुमेह, सीवीडी और आघात की रोकथाम और नियंत्रण करना;
- रोकथाम, शीघ्र नैदानिक जांच उपचार आईईसी/बीसीसी प्रचालनात्मक अनुसंधान और पुनर्वास हेतु स्वास्थ्य परिचर्या के विविध स्तरों पर क्षमता निर्माण करना;

- स्वास्थ्य परिचर्या के प्राथमिक द्वितीयक और तृतीयक स्तरों पर नैदानिक जांच और लागत प्रभावी उपचार हेतु सहायता प्रदान करना; और
- पर्यवेक्षण प्रणाली के माध्यम से एनसीडी डाटाबेस के विकास में सहायता प्रदान करना और एनसीडी रुग्णता और मृत्यु तथा जोखिम कारकों की निगरानी करना।

स्वास्थ्य प्रणाली के विभिन्न स्तरों पर सेवाओं का पैकेज

स्वास्थ्य सुविधा	सेवाओं का पैकेज
उप केंद्र	<ul style="list-style-type: none"> • स्वास्थ्य संबंधी व्यवहार में बदलाव और परामर्श को बढ़ावा देना • बी.पी. की माप और ग्लूकोस्ट्रिप विधि द्वारा रक्त ग्लूकोज का उपयोग कर 'समय-समय' पर जांच करना • सामान्य कैंसर के प्रारंभिक चेतावनी संकेतों की पहचान और उन्हें रेफर करना • संदिग्ध मामलों को सीएचसी/पास के स्वास्थ्य सुविधा केंद्र में रेफर करना
पीएचसी	<ul style="list-style-type: none"> • व्यवहार में बदलाव और परामर्श के लिए स्वास्थ्य संवर्धन करना • बी.पी. की माप और ग्लूकोस्ट्रिप विधि द्वारा रक्त ग्लूकोज का उपयोग कर 'समय-समय' पर जांच करना • उच्च रक्तचाप और मधुमेह के साधारण मामलों का नैदानिक निदान और उपचार करना • सामान्य कैंसर के प्रारंभिक चेतावनी संकेतों की पहचान और उन्हें रेफर करना • संदिग्ध मामलों को सीएचसी में रेफर करना
सीएचसी / एफआरयू	<ul style="list-style-type: none"> • परामर्श सहित रोकथाम और स्वास्थ्य संवर्धन करना। • नैदानिक और प्रयोगशाला जांच के माध्यम से शीघ्र निदान करना • (सामान्य प्रयोगशाला जांच: रक्त शर्करा, लिपिड प्रोफाइल, ईसीजी, अल्ट्रासाउंड, एक्स-रे आदि, यदि उपलब्ध नहीं हैं, तो आउटसोर्स किया जा सकता है) • सामान्य सीवीडी, मधुमेह और स्ट्रोक के मामलों का उपचार करना • सामान्य कैंसर (मुख, स्तन, गर्भाशय और प्रोस्टेट) की 'समय-समय' पर जांच • जिला अस्पताल / उच्चतर स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केंद्र को गंभीर मामलों को रेफर करना
जिला अस्पताल	<ul style="list-style-type: none"> • मधुमेह, सीवीडी और कैंसर का जल्दी निदान करना • जांच: रक्त में शर्करा, लिपिड प्रोफाइल, किडनी फंक्शन टेस्ट (केएफटी), लीवर फंक्शन टेस्ट (एलएफटी), ईसीजी, अल्ट्रासाउंड, एक्स रे, मैमोग्राफी आदि उपलब्ध नहीं हैं, तो आउटसोर्स किया जाएगा। • चिकित्सा के (बाह्य, रोगी, अंतरंग रोगी और गहन देखभाल) मामलों का उपचार • सामान्य कैंसर (मुख, स्तन, गर्भाशय और प्रोस्टेट) की समय-समय पर जांच करना • उच्चतर स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केंद्र को गंभीर मामलों को रेफर करना • स्वास्थ्य संबंधी व्यवहार में बदलाव और परामर्श को बढ़ावा देना • कैंसर के मामलों में अनुवर्ती कीमोथेरेपी • पुनर्वास और कार्य चिकित्सा सेवाएं
चिकित्सा महाविद्यालय	<ul style="list-style-type: none"> • जिला अस्पताल की मानिट्रिंग • मधुमेह, सीवीडी और अन्य संबद्ध बीमारियों का शीघ्र निदान और उपचार करना • स्वास्थ्य कर्मियों को प्रशिक्षण देना • प्रचालनात्मक अनुसंधान करना
तृतीयक कैंसर केंद्र	<ul style="list-style-type: none"> • जिला अस्पताल को सलाह और आउटरीच गतिविधियां • रोकथाम, जल्दी पता लगाना, निदान, उपचार, मिनिमल एक्सेस सर्जरी, सर्जरी के बाद देखभाल, उपशामक देखभाल और पुनर्वास सहित व्यापक कैंसर देखभाल • स्वास्थ्य कर्मियों को प्रशिक्षण • प्रचालनात्मक अनुसंधान

क्रियान्वयन स्थिति

एनपीसीडीसीएस 2010 में आरम्भ किया गया था और यह 36 राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों में कार्यान्वित किया जा रहा है। आरम्भ से अब तक कुल 364 जिलों में क्रियान्वित किया गया है। 12वीं योजना के दौरान एनपीसीडीसीएस के घटकों को जिला एवं उससे नीचे के स्तर तक के क्रियाकलापों को एनएचएम के अंतर्गत लाया गया है। 12वीं पंचवर्षीय योजना के अंत तक सभी 650 जिलों में इसे आरम्भ किए जाने का प्रस्ताव है।

➤ एनसीडी प्रकोष्ठों/क्लीनिकों की कार्यात्मक स्थिति:

- 28 राज्यों में राज्य एनसीडी प्रकोष्ठ स्थापित किए गए हैं।
- 147 जिलों में जिला एनसीडी प्रकोष्ठ स्थापित किए गए हैं।
- 152 जिलों में जिला एनसीडी क्लीनिक स्थापित किए गए हैं।
- 65 जिलों में कार्डियाक परिचर्या एकक स्थापित किए गए हैं।
- 43 जिलों में कीमोथेरेपी सेवाएं आरम्भ की गई हैं।
- 1260 सीएचसी क्लीनिक स्थापित किए गए हैं।
- कुल 5.95 करोड़ व्यक्तियों की मधुमेह एवं उच्च रक्तचाप हेतु जांच की गई है।
- प्रशिक्षकों के प्रशिक्षण कार्यक्रम में 95 प्रशिक्षार्थियों को प्रशिक्षण प्रदान किया गया है।
- 36 प्रशिक्षण सत्रों में राज्यों द्वारा 717 चिकित्सा अधिकारियों को प्रशिक्षण प्रदान किया गया है।

➤ जारी निधि: वित्त वर्ष 2014-15 के दौरान एनसीडी फ्लेक्सिबल के तहत जारी निधि:

- एनएचएम द्वारा आबंटित निधि—283.95 करोड़ रुपए;
- 75 प्रतिशत आबंटन — 212.96 करोड़ रुपए
- राज्यों के पास उपलब्ध — 64.89 करोड़ रुपए अव्ययित शेष; और
- राज्यों को जारी निधियां —184.66 करोड़ रुपए।

कार्यक्रम के विभिन्न कारकों के तहत राज्यों को जारी निधि की निगरानी के लिए भारत सरकार का कार्यक्रम प्रभाग जिम्मेदार है। इसी प्रकार, जिलों को जारी निधि और जिला/राज्य में किए गए व्यय के लिए राज्य जिम्मेदार है। राज्य एनसीडी को केंद्र में स्थित राष्ट्रीय एनसीडी प्रकोष्ठ को व्यय का विवरण प्रस्तुत करना होता है।

एनपीसीडीसीएस के अंतर्गत तृतीयक परिचर्या केंसर केंद्र (टीसीसीसी) योजना

योजना के तहत देश के विभिन्न भागों में 20 राज्यों में 20 राज्य केंसर संस्थान (एससीआई) और 50 तृतीयक परिचर्या केंसर केंद्र (टीसीसीसी) की स्थापना को सहयोग प्रदान करने की परिकल्पना की गई है। इसका व्यापक उद्देश्य सभी राज्यों में तृतीयक केंसर परिचर्या के लिए क्षमता का निर्माण करना है ताकि केंसर के लिए व्यापक परिचर्या हेतु सबकी पहुँच बनायी जा सके।

- एससीआई केंसर संबंधी गतिविधियों के लिए राज्य में सर्वोच्च संस्थान होगा;
- इसके द्वारा केंसर तृतीयक परिचर्या का कार्य करने वाले राज्य के अन्य संस्थानों की गतिविधियों हेतु परामर्श देने और उनमें समन्वय करने का कार्य किए जाने की संभावना है;
- एससीआई राज्य के भीतर जानकारी, विशेषज्ञता और क्षमता बनाम केंसर के प्रमुख रिपोजिट्री के रूप में उभरेगा;
- टीसीसीसी उससे नीचे के स्तर पर इसी प्रकार की गतिविधि को अंजाम देगा;
- एससीआई के लिए 120 करोड़ रुपए तक और टीसीसीसी के लिए 45 करोड़ रुपए तक के प्रस्ताव को अनुमोदन प्रदान किया जा सकता है; और
- राज्य सरकार को स्वीकृत लागत का 25% देना होगा।

प्रमुख गैर-संचारी रोगों के रोकथाम और नियंत्रण के लिए किए गए कार्य :

- गैर-संचारी रोगों के लिए राष्ट्रीय निगरानी ढाँचे को स्वीकार किया गया;
- बहुक्षेत्रीय दृष्टिकोण के माध्यम से जीवनशैली आधारित रोगों के जोखिम को कम करने के लिए 2020 और 2025 हेतु दीर्घावधि लक्ष्यों का निर्धारण;

- गैर-संचारी रोगों की रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय बहुक्षेत्रीय कार्य-योजना के विकास के लिए डब्ल्यूएचओ के सहयोग से एक परामर्श बैठक का आयोजन किया गया, यूएनआईएटीएफ ने राष्ट्रीय बहुक्षेत्रीय कार्य-योजना के विकास के लिए भारत का दौरा किया;
- वायु प्रदूषण के स्वास्थ्य पहलू पर नजर रखने के लिए सचिव (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण) की अध्यक्षता में

एक जांच समिति का गठन किया गया है। घरेलू वायु प्रदूषण और इसके स्वास्थ्य प्रभावों पर नजर रखने के लिए 2 विशेषज्ञ समूहों का निर्माण किया गया है;

- गैर-संचारी रोगों के संबंध में व्यवहार और जीवनशैली परिवर्तन को बढ़ावा देने के लिए आयुष चिकित्सकों का उपयोग करने के लिए एक मसौदा दिशा-निर्देश तैयार किया जा रहा है।

एनपीसीडीसीएस के तहत बुनियादी ढांचे का राज्यवार ब्योरा बुनियादी सुविधाओं का विवरण

2015 जनवरी तक

क्र. स.	राज्य	राज्य एनसीडी प्रकोष्ठ	जिला एनसीडी प्रकोष्ठ	सीसीयू	जिला एनसीडी क्लीनिक	सीएचसी एनसीडी क्लीनिक	दिवस देखभाल केन्द्र
1	आंध्र प्रदेश	1	8	4	8	55	0
2	अरुणाचल प्रदेश	1	9	0	9	18	0
3	असम	1	5	3	5	22	3
4	बिहार	1	6	2	6	0	0
5	छत्तीसगढ़	1	3	2	6	38	3
6	गोवा	1	2	2	2	4	0
7	गुजरात	1	7	4	6	68	1
8	हरियाणा	1	5	4	5	2	4
9	हिमाचल प्रदेश	1	3	2	3	5	0
10	जम्मू	1	2	0	2	4	0
	कश्मीर		3	3	3	22	3
11	झारखंड	1	3	0	3	30	0
12	कर्नाटक	1	5	5	5	17	5
13	केरल	1	5	4	5	85	4
14	मध्य प्रदेश	1	5	5	5	46	5
15	महाराष्ट्र	1	11	6	11	121	5
16	मणिपुर	0	0	0	0	0	0
17	मेघालय	1	2	0	2	0	0
18	मिजोरम	1	4	1	4	0	0
19	नगालैंड	1	0	0	3	0	0
20	ओडिशा	1	5	5	5	4	2

क्र. स.	राज्य	राज्य एनसीडी प्रकोष्ठ	जिला एनसीडी प्रकोष्ठ	सीसीयू	जिला एनसीडी क्लीनिक	सीएचसी एनसीडी क्लीनिक	दिवस देखभाल केन्द्र
21	पंजाब	1	3	2	3	33	0
22	राजस्थान	1	7	6	7	25	6
23	सिक्किम	1	2	2	2	0	1
24	तमिलनाडु	1	32	0	32	621	0
25	तेलंगाना	0	0	0	0	0	0
26	त्रिपुरा	0	0	0	0	0	0
27	उत्तर प्रदेश	1	5	0	5	18	0
28	उत्तराखंड	1	1	0	1	4	0
29	पश्चिम बंगाल	1	3	3	3	38	1
30	अंडमान एवं निकोबार	0	0	0	0	0	0
31	चंडीगढ़	1	0	0	0	0	0
32	दादरा एवं नगर हवेली	0	0	0	0	0	0
33	दमन और दीव	0	0	0	0	0	0
34	लक्षद्वीप	0	0	0	0	0	0
35	दिल्ली	0	0	0	0	0	0
36	पुडुचेरी	1	1	0	1	0	0
कुल योग		28	147	65	152	1260	43

नोट: संबद्ध राज्यों द्वारा ब्यौरे प्रदान किए गए हैं।

11.2 राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी)

भारत विश्व में तंबाकू का दूसरा सबसे बड़ा उपभोक्ता है। भारत में तंबाकू के प्रकोप में काफी भिन्नता है इसमें धुंए और धूम्ररहित तंबाकू उत्पादों का भी उपयोग किया जाता है और इसकी इकाइयों में बीड़ी और धूम्ररहित उत्पादों का विनिर्माण करने वाली संगठन के अभाव वाली इकाइयां भी हैं और बहुराष्ट्रीय निगम भी हैं। भारत में हर वर्ष तंबाकू से होने वाले रोगों से लगभग 1 मिलियन लोगों के मरने का अनुमान है। तंबाकू के उपयोग से विश्व भर में लगभग 6 मिलियन लोग प्रति वर्ष मरते हैं।

वैश्विक वयस्क तम्बाकू सर्वेक्षण भारत (जीएटीएस) 2010 में पाया गया कि जो 15 वर्ष एवं उससे अधिक की आयु समूह के 35% भारतीय वयस्क किसी न किसी रूप में तम्बाकू का उपभोग करते हैं। विशेष रूप से धूम्ररहित तंबाकू उत्पादों(एसएलटी) के उपयोग की स्थिति अत्यधिक गम्भीर

है देश में लगभग 33% वयस्क पुरुष और 18% महिलाएं एसएलटी का उपभोग कर रहे हैं। भारत में 20-34 आयु समूह वाले व्यक्तियों में रोज तंबाकू का उपयोग करना शुरू करने की औसत उम्र कम हो कर 17.8 वर्ष हो गई है। वैश्विक युवा तम्बाकू सर्वेक्षण – जीवाईटीएस, 2006 के अनुसार भारत में 13-15 वर्ष की आयु समूह के 14.6% छात्र किसी रूप में तम्बाकू का इस्तेमाल करते हैं – 4.4% सिगरेट पीते हैं और 12.5% तंबाकू का किसी अन्य रूप में उपयोग करते हैं।

तम्बाकू सेवन तथा अप्रत्यक्ष धूम्रपान (एसएचएस) के खतरनाक दुष्प्रभावों से युवाओं और जन सामान्य को बचाने की मंशा से भारत सरकार ने “सिगरेट और अन्य तम्बाकू उत्पाद (विज्ञापन का प्रतिषेध और व्यापार और वाणिज्य, उत्पादन, आपूर्ति और वितरण का विनियमन) अधिनियम 2003 (सीओटीपीए-2003)” नामक कानून बनाया है।

कानून के विशेष उपबंधों में, सार्वजनिक स्थानों पर धूम्रपान पर प्रतिबंध (धारा-4); सिगरेट और अन्य तम्बाकू उत्पादों के प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष विज्ञापन, संवर्धन एवं प्रयोजन पर प्रतिबंध (धारा-5); 18 वर्ष से कम आयु के व्यक्तियों को सिगरेट और अन्य तम्बाकू उत्पादों की बिक्री करने पर प्रतिबंध (धारा-6क); शैक्षिक संस्थाओं के समीप तम्बाकू उत्पादों की बिक्री करने पर प्रतिबंध (धारा-6ख); और तम्बाकू उत्पादों के पैक पर सांविधिक चेतावनियों (चित्रात्मक चेतावनियों सहित) का अनिवार्य प्रदर्शन (धारा-7) शामिल हैं। डब्ल्यूएचओ फ्रेमवर्क कंवेशन ऑन टोबैको कंट्रोल (एफसीटीसी) के निर्माण हेतु विचार-विमर्श में भारत एक अग्रणी देश था जिसने फरवरी 2004 में इसकी पुष्टि की थी। भारत डब्ल्यूएचओ एफसीटीसी के लक्ष्यों और प्रावधानों के लिए प्रतिबद्ध है तथा सभी संगत पणधारकों के साथ सक्रिय भागीदारी करते हुए और तंबाकू नियंत्रण के मामले से विश्वव्यापी रूप से निपटने के लिए समझौते के उद्देश्यों को प्राप्त करने का प्रयास कर रहा है। इसके अतिरिक्त, भारत कुछ ऐसे देशों में से एक है जिसने एक समर्पित राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी) आरंभ किया है। एनटीसीपी तंबाकू नियंत्रण कानून-सीओटीपीए 2003 को प्रभावी रूप से कार्यान्वित करने तथा तंबाकू के उपयोग के हानिकारक प्रभावों और तंबाकू नियंत्रण कानूनों के बारे में जागरूकता लाने का प्रयास कर रहा है। 12वीं पंचवर्षीय योजना अवधि के दौरान एनटीसीपी के तहत शामिल किए जाने वाले अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्र हैं— स्वास्थ्य एवं सामाजिक कार्यकर्ताओं, एनजीओ, स्कूल शिक्षकों, प्रवर्तन अधिकारियों आदि का प्रशिक्षण, स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम, ग्राम स्तरीय तंबाकू नियंत्रण गतिविधियों के लिए पंचायती राज संस्थानों के साथ समन्वय; और जिला स्तर पर भेषज-विज्ञान उपचार सुविधाओं के प्रावधान सहित नशा-मुक्ति सुविधा केंद्रों की स्थापना और उनका सुदृढ़ीकरण करना। एनटीसीपी देशभर में स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी प्रणाली के सभी स्तरों पर तंबाकू मुक्ति सेवाओं के विस्तार के साथ-साथ गुणवत्ता में सुधार लाने के लिए प्रतिबद्ध है।

11.2.1 2014-15 के दौरान प्रमुख उपलब्धियाँ

वर्तमान में भारत के 31 राज्यों में राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ को सहायता प्रदान की जाती है। गैर-संचारी रोग हेतु 'राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन' के तहत 29 राज्यों के 53 जिलों

में जिला तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठों को सहायता प्रदान की जाती है। 'राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन' और 'राष्ट्रीय गैर-संचारी रोग कार्यक्रम' के सम्मिलित सहयोग से 12वीं पंचवर्षीय योजना में एनटीसीपी को और विस्तार देने का प्रस्ताव है।

खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम, 2006 के तहत जारी दिनांक 1 अगस्त, 2011 के खाद्य सुरक्षा और मानक (ब्रिकी पर निषेध और प्रतिबंध) विनियम 2011 निर्धारित करता है कि तंबाकू और निकोटीन को किसी खाद्य उत्पाद के संघटक के तौर पर प्रयोग नहीं किया जाएगा। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के लगातार प्रयासों से 33 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों ने पिछले वर्ष तंबाकू या निकोटीन वाले गुटका और पान-मसाला के विनिर्माण, बिक्री और भण्डारण पर प्रतिबंध लगाने वाले खाद्य सुरक्षा विनियम को क्रियान्वित करने के लिए आदेश जारी किए हैं। इन 33 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों ने वर्ष 2014-15 के लिए तंबाकू या निकोटीन वाले गुटका और पान-मसाला पर प्रतिबंध को जारी रखा है। इसके अतिरिक्त, मेघालय ने 2014-15 में पहली बार इन तंबाकू उत्पादों पर प्रतिबंध लगाया है। उल्लेखनीय है कि स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने सभी राज्यों को लिखा है कि वे चबाने वाले संसाधित/स्वादिष्ट/सुगंधित तंबाकू के 'सभी रूपों' पर प्रतिबंध को क्रियान्वित करने के लिए खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम 2006 के तहत आवश्यक अधिसूचना जारी करने पर विचार करें।

विश्व स्वास्थ्य संगठन के सहयोग से स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने "भारत में तंबाकू संबंधी रोगों का आर्थिक बोझ (2014)" शीर्षक से एक अध्ययन कराया है। अध्ययन में तंबाकू के प्रयोग से होने वाले 4 रोगों नामतः हृदवाहिका रोग, कैंसर, क्षयरोग और श्वसन रोग पर लगने वाली प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष लागत को शामिल किया गया है। यह पाया गया कि भारत में तंबाकू के उपयोग से 35 से 69 की आयु समूह वाले व्यक्तियों पर वर्ष 2011 में इन 4 रोगों के कारण 104,500 करोड़ रुपए की कुल आर्थिक लागत आई। यह अनुमानित लागत जीडीपी का 1.6% है तथा वर्ष 2011-12 में स्वास्थ्य पर राज्य और केंद्र सरकार के समेकित व्यय से 12% अधिक है।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अथक प्रयासों के परिणामस्वरूप वित्त मंत्रालय ने बजट 2014 में 65

मिलीमीटर तक लम्बाई की सिगरेट पर 72% तथा अन्य लम्बाई की सिगरेटों पर 11% से 21% उत्पाद शुल्क बढ़ाया है। इसी प्रकार सिगार, चेरूट और सिगारिलो पर भी कर की दर को बढ़ाया गया है। मूल उत्पाद शुल्क पान-मसाला पर 12% से बढ़ाकर 16%, अविनिर्मित तंबाकू पर 50% से बढ़ाकर 55% तथा जर्दा सुगंधित तंबाकू, गुटका और चबाने वाले तंबाकू पर 60% से बढ़ाकर 70% किया गया है। इसके अतिरिक्त बैगेज नियम को भी संशोधित किया गया है – शुल्क मुक्त अनुमति को सिगरेट के मामले में 200 से घटाकर 100, सिगार 50 से घटाकर 25 तथा तंबाकू के संबंध में 250 ग्राम से 125 ग्राम कर दिया गया है।

तंबाकू नियंत्रण कानून-सीओटीपीए 2003 की समीक्षा करने और उसमें संशोधन का सुझाव देने के लिए एक समिति का गठन किया गया था। समिति ने कई सिफारिशें कीं, जिनमें अन्य बातों के साथ-साथ सार्वजनिक स्थान पर धूमपान पर प्रतिबंध, बिक्री स्थल पर विज्ञापन, तंबाकू उत्पादन की बिक्री हेतु निम्नतम वैधानिक उम्र, तंबाकू उत्पादों की खुली बिक्री, टार और निकोटीन अंशों का चित्रण तथा दण्डात्मक प्रावधान आदि शामिल हैं। मंत्रिमंडल के लिए एक मसौदा नोट तैयार किया गया है और विधान-पूर्व परामर्श के लिए परिचालित किया गया है।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा तंबाकू उत्पादों के हानिकारक प्रभावों के संबंध में गहन जागरूकता अभियान चलाया गया। धूम्ररहित तंबाकू के उपयोग से विशेषकर महिलाओं पर पड़ने वाले हानिकारक प्रभावों के बारे में जागरूकता उत्पन्न करने के लिए 'सुनीता' नामक एक नया अभियान आरंभ किया गया था। यह अभियान धूम्ररहित तंबाकू का उपयोग करने वाले कैंसर रोग से बच गए व्यक्तियों का व्यक्तिगत प्रयास है। इस अभियान से संबंधित स्पॉट को भारत भर में पहुँचाने के लिए 17 भारतीय भाषाओं में डब किया गया है।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने सार्वजनिक स्वास्थ्य पर इलेक्ट्रॉनिक निकोटीन प्रदानगी प्रणाली (ईएनडीएस) के मौजूदा और संभावित प्रभाव के वर्तमान साक्ष्य पर विचार-विमर्श करने के लिए जुलाई, 2014 में एक गोलमेज सम्मेलन का आयोजन किया ताकि इन उत्पादों के खिलाफ विविध वैश्विक प्रयासों का पता लगाया जा सके और भारत के लिए उपयुक्त उपायों के बारे में निर्णय किया जा सके।

भारत के पूर्वोत्तर राज्यों (पूर्वोत्तर राज्यों सहित) में एनटीसीपी के क्रियान्वयन की समीक्षा करने के लिए इम्फाल, मणिपुर में 19 व 20 अगस्त, 2014 को एक दो-दिवसीय क्षेत्रीय कार्यशाला का आयोजन किया गया था। इन राज्यों में एनटीसीपी के कार्यान्वयन को बढ़ावा देने तथा तंबाकू नियंत्रण के तंत्र की बेहतर परिपाटियों को साझा करने के अलावा तंबाकू-मुक्त पूर्वोत्तर के लिए अभियान चलाने वाले स्कूली छात्रों की एक रैली का आयोजन किया गया था। इस आयोजन के दौरान एक शपथ ग्रहण समारोह का भी आयोजन किया गया था।



स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने 15 अगस्त, 2014 को चित्रात्मक स्वास्थ्य चेतावनी के संबंध में नए नियम अधिसूचित किए थे। नए नियम, जो कि 1 अप्रैल, 2015 से प्रभावी होंगे, तंबाकू के पैक के दोनों ओर (सामने और पीछे) के 85% प्रमुख प्रदर्श क्षेत्र पर चित्रात्मक स्वास्थ्य चेतावनी का चित्रण करने का निर्देश देते हैं। इस पहल के साथ भारत सबसे बड़ी स्वास्थ्य चेतावनी के मामले में विश्व में अग्रणी हो गया है।

तंबाकू और तंबाकू से संबंधित मामलों पर एक समग्र नीति की समीक्षा और उसके निर्माण के लिए 12 प्रमुख पणधारी मंत्रालयों के प्रतिनिधित्व सहित कैबिनेट सचिव की अध्यक्षता में राष्ट्रीय स्तर पर सचिवों की एक अंतर-मंत्रालयी समिति का गठन किया गया है। उक्त समिति की पहली बैठक 10 दिसंबर, 2014 को आयोजित की गई थी।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने सलाम बांबे फाउण्डेशन, टाटा मेमोरियल अस्पताल, हेलिस शेखसरिया जन स्वास्थ्य संस्थान, मुंबई और तंबाकू के खिलाफ कार्रवाई

परिषद – भारत (एसीटी-भारत) के साथ 15-16 दिसंबर, 2014 को मुंबई में तंबाकू या स्वास्थ्य पर तीसरे राष्ट्रीय सम्मेलन (एनसीटीओएच) का आयोजन किया था। सम्मेलन का विषय था “शामिल करें, सशक्त करें, समाप्त करें”। एनसीटीओएच सत्रों में तंबाकू उत्पादों की पैकेजिंग और लेबलिंग, तंबाकू के विज्ञापन, प्रोत्साहन और प्रायोजित करने, युवाओं में तंबाकू के उपयोग की व्याप्तता, तंबाकू पर निर्भरता से संबंधित मांग में कमी के उपाय और नशामुक्ति, नीति और विधिक कार्यकलाप, जिन्हें वरीयता दी जानी है, किए जाने वाले जनसंख्या आधारित सर्वेक्षण, डब्ल्यूएचओ-एफसीटीसी के भारत में क्रियान्वयन में मौजूदा कमियाँ तथा भारतीय संदर्भ में तंबाकू नियंत्रण हेतु भविष्य में संसाधनों के आवंटन सहित भारत में तंबाकू के नियंत्रण के कई महत्वपूर्ण पहलुओं को शामिल किया गया।

11.2.2 राज्यों द्वारा बेहतर कार्य

लोकसभा आम चुनाव-2014 के दौरान, विभिन्न राज्य सरकारों – बिहार, झारखंड, राजस्थान, उत्तर प्रदेश, कर्नाटक आदि ने अपने क्षेत्राधिकार के पोलिंग केंद्रों को धूम्रपान मुक्त सार्वजनिक स्थल घोषित किया था। क्षेत्रीय स्तर पर, इसकी निगरानी जिला एनटीसीपी नोडल अधिकारियों के सहयोग से स्थानीय चुनाव अधिकारियों द्वारा की गई थी।

पश्चिम बंगाल सरकार द्वारा जारी की गई एडवाइजरी के आधार पर, राज्य खेल विभाग ने विभाग और इसके सभी अधीनस्थ कार्यालयों; और राज्य के सभी खेल संबंधी संस्थानों और स्थलों को तंबाकू मुक्त क्षेत्र के रूप में अधिसूचित कर दिया है।

राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, पश्चिम बंगाल की एडवाइजरी के आधार पर पश्चिम बंगाल सरकार ने सक्षम प्राधिकारियों को तंबाकू नियंत्रण पर निर्देश देते हुए एक अधिसूचना जारी की है कि वे राज्य, जिला और नगरपालिका स्तरीय तंबाकू नियंत्रण नोडल अधिकारियों की पहचान करें; सार्वजनिक आयोजन करने हेतु अनुमोदन प्रदान करने से पहले अनिवार्य सीओटीपीए के अनुपालन को सुनिश्चित करने के लिए एक प्रणाली बनाएं तथा विभिन्न सरकारी कार्यालयों में धूम्रपान मुक्त नियमों का उल्लंघन करने वालों के खिलाफ कार्रवाई करने के लिए अधिकारियों की पहचान करें।

राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, उत्तर प्रदेश द्वारा जारी निर्देशिका के आधार पर उत्तर प्रदेश राज्य सड़क परिवहन

निगम के महाप्रबंधक ने राज्य भर के सभी क्षेत्रीय प्रबंधकों को आदेश दिया कि वे सभी बसों में तंबाकू नियंत्रण संबंधी निर्देशों को प्रदर्शित करें और अपने-अपने अधिकार क्षेत्र में सीओटीपीए-2003 के विभिन्न प्रावधानों को कड़ाई से लागू करें।

उत्तर प्रदेश के राज्य पुलिस विभाग द्वारा राज्य के विभिन्न जिलों में प्रदर्शित दीवारों की चित्रकारियों में अन्य संदेशों के साथ-साथ ‘सार्वजनिक स्थानों में धूम्रपान निषेध’ संबंधी जागरूकता संदेश को भी शामिल किया गया था। राज्य तंबाकू प्रकोष्ठ, उत्तर प्रदेश द्वारा निर्देशिका जारी करने के बाद भी यही किया गया था और इससे यह प्रदर्शित होता है कि राज्य में तंबाकू-मुक्त समाज के निर्माण में पुलिस विभाग और स्वास्थ्य विभाग के बीच साझेदारी हो रही है।

राज्य के निचले स्तरों पर सीओटीपीए-2003 के प्रावधानों के कार्यान्वयन में सुधार लाने के लिए तथा एनटीसीपी के प्रचालनात्मक दिशा-निर्देशों के अनुसार, राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, महाराष्ट्र ने राज्य में प्रखण्ड एवं गाँव के स्तर पर समन्वय समितियाँ गठित करने हेतु पंचायती राज एवं ग्रामीण विकास विभाग के साथ सहयोग किया।

राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, राजस्थान ने ‘पहल’ – राज्य सरकार द्वारा राज्यभर में एक टोल-फ्री कॉल सेंटर के जरिए तंबाकू नशा-मुक्ति से संबंधित सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए शुरू की गई तंबाकू हेल्पलाइन का मूल्यांकन किया। आरंभिक आकलन में यह पता चला कि तंबाकू सेवन करने वालों में जिन लोगों ने इन सेवाओं का उपयोग किया उनमें तंबाकू की लत छोड़ने की दर लगभग 18% थी।

राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, सिक्किम द्वारा जारी दिशा-निर्देशों के तहत, राजधानी गंगटोक में राज्य नोडल अधिकारी (एनटीसीपी) और स्वच्छता, औषध, आईईसी तथा एफएसएसएआई विभागों के सदस्यों के एक दल द्वारा सीओटीपीए-2003 के विभिन्न प्रावधानों के अनुपालन की निगरानी की गई। यह निगरानी एक सप्ताह से अधिक अवधि तक की गई और उल्लंघन करने वाले कई व्यक्तियों को निगरानी दल द्वारा चुनौती दी गई।

राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, झारखंड द्वारा राज्य सरकार को एक निर्देशिका भेजी गई कि राज्य के प्रवर्तन में सुधार लाने हेतु सीओटीपीए-2003 के तहत अधिकारियों को अधिसूचित किया जाए।

स्वास्थ्य आयुक्त-सह-सचिव, ओडिशा सरकार ने राज्यभर के सभी जिलों के समाहर्ता-सह-जिला दण्डाधिकारियों और मुख्य जिला चिकित्सा पदाधिकारियों को निर्देश जारी किया कि वे अपने-अपने अधिकार क्षेत्र के सभी सरकारी अस्पतालों को तंबाकू-मुक्त के रूप में घोषित करें। परिणामस्वरूप अस्पताल परिसर में किन्हीं प्रकार के तंबाकू उत्पादों की बिक्री की अनुमति नहीं होगी और मरीजों, कर्मचारियों या आगंतुकों द्वारा अस्पताल के प्रांगण में किन्हीं प्रकार के तंबाकू उत्पादों का सेवन पूर्णतः निषिद्ध होगा। ओडिशा राज्य में धुआँ तंबाकू उत्पादों के अत्यधिक खपत की पृष्ठभूमि में इसका महत्व बढ़ जाता है।

राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, मिजोरम द्वारा राज्यभर में विभिन्न नियंत्रण परिवर्ती गतिविधियों के लिए संकेतकों एवं मापक उपकरणों को विकसित करने की प्रक्रिया शुरू की गई। यह योजना इसलिए तैयार की जा रही है कि कार्यक्रम का मूल्यांकन वैज्ञानिक तरीके से किया जा सके और आगे के लिए सबसे अच्छी कार्यनीति तैयार की जा सके।

ग्रामीण स्तरों पर तंबाकू नियंत्रण की संकल्पना को बल देने के लिए राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, मध्य प्रदेश द्वारा सभी जिलों के सीएमएचओ के साथ मिलाकर एक निर्देशिका तैयार की गई, जिसमें राज्य के सभी 55,000 गांवों में पंचायत भवनों/प्राथमिक विद्यालयों/ग्राम स्वास्थ्य केंद्रों की दीवारों पर तंबाकू-रोधी स्लोगन चित्रांकित करने के निर्देश दिए गए।

राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, असम द्वारा शिक्षा विभाग, असम सरकार के सहयोग से गुवाहाटी के राष्ट्रीय खेल सरूसजई स्टेडियम में दिनांक 14 नवंबर, 2014 को बाल दिवस के अवसर पर राज्यभर के 10,000 से अधिक स्कूली बच्चों को शामिल करते हुए एक व्यापक तंबाकू-रोधी 'सिग्नेचर अभियान' चलाया गया।

उत्तराखंड सरकार द्वारा दिनांक 29 नवंबर, 2014 को जारी एक अधिसूचना के अनुसार, राज्य में सीओटीवीए-2003 की धारा-7 के प्रावधानों के तहत सिगरेट की खुली बिक्री पर प्रतिबंध लगाया गया है। इसी प्रकार के एक प्रयास में, पंजाब सरकार द्वारा दिनांक 6 जनवरी, 2015 की एक अधिसूचना के द्वारा सिगरेट और तंबाकू उत्पादों की खुली बिक्री को प्रतिबंधित किया गया है।

कर्नाटक राज्य ने दिनांक 3 दिसंबर, 2014 को माननीय स्वास्थ्य मंत्री की अध्यक्षता में आयोजित एक समारोह में बंगलुरु ग्रामीण जिले को तंबाकू-मुक्त घोषित किया।

11.3 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एनएमएचपी)

11.3.1 मानसिक स्वास्थ्य संबंधी विकारों का बोझ

मानसिक बीमारी देश में रुग्णता के एक प्रमुख कारण के रूप में उभर रही है। इन बीमारियों में अन्य विकारों के साथ-साथ अवसाद, बाइपोलर मानसिक अवस्था विकास, चिंता, व्यक्तित्व संबंधी विकास, विभ्रम, मादक पदार्थ के सेवन संबंधी विकार, मनोवैज्ञानिक एवं यौन विकार, निद्रा संबंधी विकार शामिल हैं। ऐसा अनुमान है कि किसी भी समय में भारत में 6% से 7% की आबादी किसी-न-किसी प्रकार की मानसिक बीमारी से पीड़ित होती है। डब्ल्यूएचओ का अनुमान है कि चार में से एक व्यक्ति अपने जीवनकाल में कम-से-कम एक बार किसी मानसिक बीमारी से प्रभावित होगा। अपने स्वास्थ्य संबंधी लक्ष्यों को हासिल करने के लिए रोकथाम, उपचार एवं पुनर्वास के जरिए मानसिक बीमारी का समाधान करना आवश्यक है। साथ ही, उत्पादकता में वृद्धि पर भी इसका हितकर प्रभाव पड़ेगा जिसके फलस्वरूप अर्थव्यवस्था के लिए आय के स्तरों में वृद्धि होगी। गरीबी और मानसिक बीमारी के बीच गहरा संबंध है। अतः मानसिक बीमारी का समाधान करते हुए गरीबी और सुविधाओं से वंचित रह जाने का भी समाधान होगा।

मानसिक स्वास्थ्य की जानकारी एवं दक्षताओं को प्रोत्साहित करने तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा विकास में सामुदायिक भागीदारी को बढ़ावा देने तथा समुदाय में स्वसहायता को प्रेरित करने के लिए सभी के लिए न्यूनतम मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या की उपलब्धता एवं सुगमता सुनिश्चित करने के उद्देश्य से 1982 में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम शुरू किया गया था।

चूंकि अधिकांश मानसिक विकारों में अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं होती है और इनका उपचार सामुदायिक स्तर पर किया जा सकता है अतः धीरे-धीरे मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं का दृष्टिकोण अस्पताल आधारित परिचर्या (संस्थागत) से बदलकर समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या हो गया है।

11.3.2 मानसिक स्वास्थ्य नीति (एमएचपी)

भारत में मानसिक रोग और अंतर्राष्ट्रीय रूप से स्वीकृत दिशा-निर्देशों के विशिष्ट संदर्भ में देश के लिए एक

मानसिक स्वास्थ्य नीति के निर्माण के विशिष्ट कार्य के लिए एक विशेषज्ञ समूह का गठन किया गया था। इस मंत्रालय ने मानसिक स्वास्थ्य को प्रोत्साहन देने, मानसिक रोग की रोकथाम करने, सभी व्यक्तियों को उनके पूरे जीवनकाल के दौरान पहुँच के भीतर, सस्ते, और गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य एवं सामाजिक परिचर्या प्रदान करके मानसिक रोग से प्रभावित व्यक्तियों को स्वस्थ करने और उन्हें सामाजिक-आर्थिक रूप से सक्षम बनाने की दृष्टि से पहली बार 10 अक्टूबर, 2014 को राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य नीति आरंभ की थी। इसका लक्ष्य मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं से संबद्ध तनाव, अपंगता, अलगाव, रुग्णता तथा असामयिक मृत्यु को कम करना है।

11.3.3 जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

निम्हांस, बंगलौर द्वारा बनाए गए बेल्लारी मॉडल के आधार पर जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (1996) शुरू किया गया था। मानसिक रूप से बीमार होने की शीघ्र पहचान के अतिरिक्त जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम में अब जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम में प्रोत्साहन वर्धक और रोकथाम संबंधी क्रियाकलापों को शामिल किया गया है जिनमें शामिल हैं :-

- *विद्यालय मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं:* विद्यालय में जीवन कौशल शिक्षा, परामर्श सेवा;
- *कॉलेज परामर्शी प्रशिक्षण सेवाएं:* शिक्षक / परामर्शदाता के जरिए;
- *कार्य स्थल तनाव प्रबंधन:* औपचारिक तथा अनौपचारिक क्षेत्र जिनमें कृषक, महिलाएं आदि शामिल हैं;
- *आत्महत्या रोकथाम सेवाएं:* जिला स्तर पर परामर्शी केन्द्र, सुग्राही कार्यशालाएं, आईईसी, हेल्पलाइन्स आदि।

वर्तमान में, देश के 241 जिलों में डीएमएचपी का विस्तार किया गया है।

11.3.4 जनशक्ति विकास योजनाएं

देश में मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में योग्य पेशेवरों की अत्यधिक कमी है। जनशक्ति की कमी को पूरा करने के लिए सरकार ने अनेक योजनाएं आरम्भ की हैं।

क. मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में उत्कृष्टता केन्द्र की स्थापना— जनशक्ति की अत्यधिक कमी को दूर करने तथा दीर्घावधि तक अत्याधुनिक मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाओं की व्यवस्था के लिए अभिज्ञात मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य अस्पतालों/संस्थानों के उन्नयन एवं सुदृढीकरण करके मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में उत्कृष्टता केन्द्र स्थापित किये जा रहे हैं। योजना अवधि में पूंजीगत कार्य, उपस्कर, पुस्तकालय संकाय अधिष्ठापन एवं प्रतिधारण कार्य के लिए 338 करोड़ रुपए की कुल (प्रति केन्द्र 30 करोड़ रुपए) बजटीय सहायता दी जानी थी। अभी तक मानसिक स्वास्थ्य में उत्कृष्टता केन्द्रों के रूप में बनाए जाने के लिए 11 मानसिक स्वास्थ्य संस्थाओं को वित्त-पोषित किया गया था। 12वीं पंचवर्षीय योजनावधि के दौरान 360 करोड़ रुपए (प्रति केन्द्र 36 करोड़ रुपए तक) की कुल बजटीय सहायता से 10 और उत्कृष्टता केन्द्रों की स्थापना करने की परिकल्पना की गई है।

ख. स्नातकोत्तर प्रशिक्षण विभागों की स्थापना/उन्नयन— मानसिक स्वास्थ्य में जनशक्ति के विकास को प्रोत्साहन देने के लिए अन्य प्रशिक्षण केन्द्र (सरकारी मेडिकल कॉलेज, सरकारी सामान्य अस्पताल/राज्य द्वारा चलाए जाने वाले मानसिक स्वास्थ्य संस्थान) को मानसिक स्वास्थ्य में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम आरम्भ करने हेतु या दाखिले की क्षमता बढ़ाने के लिए भी सहायता दी जाएगी। अब तक मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञताओं अर्थात् मनश्चिकित्सा, क्लिनिक मनोविज्ञान, मनश्चिकित्सीय नर्सिंग और मनश्चिकित्सा सामाजिक कार्य में 27 स्नातकोत्तर विभागों की स्थापना/सुदृढीकरण के लिए सहायता दी गई थी। 12वीं पंचवर्षीय योजनावधि के दौरान प्रति पीजी विभाग के लिए 1.07 करोड़ से 1.25 करोड़ की सीमा सहित मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञताओं में 93 अतिरिक्त पीजी विभागों की स्थापना/सुदृढीकरण के लिए सहायता प्रदान करने की परिकल्पना की गई है।

11.3.5 अनुसंधान और प्रशिक्षण

देश में मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में अनुसंधान में कमी है। मूलभूत, अनुप्रयुक्त और प्रचालनात्मक अनुसंधान करने के लिए संस्थानों/संगठनों को मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में धनराशि प्रदान की जाएगी। कुशल मानसिक स्वास्थ्य जनशक्ति की कमी को दूर करने के लिए अभिज्ञात संस्थाओं में डीएमएचपी टीम को एक लघु अवधि का कौशल आधारित प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा। मानक उपचार दिशा-निर्देश, प्रशिक्षण मॉड्यूल्स, सीएमई, मानसिक स्वास्थ्य में दूरस्थ शिक्षा ज्ञान पाठ्यक्रम, सर्वेक्षण आदि को भी सहायता दी जाएगी।

11.3.6 सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी)

यह देखा गया है कि मानसिक रोगों और इसके उपचार के विषय में कम जागरूकता है। मानसिक रोगों से ढेर सारे कलंक जुड़े हुए हैं, जिससे उपलब्ध मानसिक स्वास्थ्य संसाधनों का कम उपयोग हो पाता है। मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम (1987) के उपबंधों के संबंध में सार्वजनिक एवं कार्यान्वयन प्राधिकारियों में जागरूकता भी बहुत कम है। जिला स्तर पर जिला स्वास्थ्य कार्यक्रम द्वारा सूचना शिक्षा और संप्रेषण के क्रियाकलापों के जरिए इन मुद्दों को हल किया जाता है। जिला स्तरीय क्रियाकलापों के अतिरिक्त राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम प्रभाग, श्रव्य-दृश्य और प्रिंट मीडिया के जरिए राष्ट्रव्यापी जन प्रचार मीडिया अभियानों को संचालित करता है। मानसिक विकृतियों संबंधी मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं तथा कलंक में कमी लाने के संबंध में जागरूकता पैदा करने संबंधी एक गहन राष्ट्रीय स्तरीय मास मीडिया अभियान एनएमएचपी के अंतर्गत शुरू किया गया था।

11.3.7 केन्द्र तथा राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरणों के लिए सहायता

मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम, 1987 के अनुसार केन्द्र स्तर पर केन्द्रीय मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण और राज्य स्तर पर राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण का प्रावधान है। इन सांविधिक शासी निकायों को एक राज्य/संघ राज्य क्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के विकास, विनियमन और समन्वय सेवाओं के कार्य सौंपे जाते हैं और वे अपने संबंधित राज्यों तथा संघ (राज्य क्षेत्रों में मानसिक स्वास्थ्य) अधिनियम, 1987 के कार्यान्वयन के लिए भी उत्तरदायी होते

हैं। राज्यों में क्रियात्मक एसएमएचए होने चाहिए ताकि मानसिक स्वास्थ्य क्रियाकलाप शुरू किए जा सकें। अब तक 32 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में 32 राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकारियों को निधियां प्रदान की गई हैं।

11.3.8 निगरानी तथा मूल्यांकन

राज्यों में मौजूदा एनएमएचपी योजनाओं के कार्यान्वयन में सुधार लाने और निगरानी को सुदृढ़ बनाए जाने के लिए 12 वीं योजना अवधि के दौरान कार्यक्रम के तहत सहायता को अनुमोदित किया गया है। निम्हांस, बंगलुरु के माध्यम से देश में मानसिक रोगियों की संख्या तथा मानसिक स्वास्थ्य संसाधन की उपलब्धता सुनिश्चित करने हेतु एक सर्वेक्षण किया गया।

11.4 पोषण

स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय पोषण प्रकोष्ठ (न्यूट्रिशन सेल) द्वारा नीति निर्माण, कार्यक्रम कार्यान्वयन और मूल्यांकन तथा विभिन्न स्तरों के मेडिकल और परा मेडिकल कार्मिकों के लिए प्रशिक्षण पाठ्यक्रम से जुड़े सभी विषयों पर तकनीकी सलाह प्रदान करता है। इसके अतिरिक्त यह खाद्य पदार्थों की संरक्षित गुणवत्ता, पोषण संबंधित प्रस्तावों, परियोजना मूल्यांकन आदि जैसे मामलों हेतु तकनीकी निविष्टि प्रदान करता है।

पोषण प्रकोष्ठ फ्लूराइड से संबंधित स्वास्थ्य समस्याओं पर ध्यान देने/दूर करने के लिए वर्ष 2008-09 शुरू की गई स्वास्थ्य संबंधी एक नई पहल अर्थात् "राष्ट्रीय फ्लूरोसिस निवारण और नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीपीसीएफ)" के कार्यान्वयन में सभी प्रशासनिक और तकनीकी मामलों का समन्वय और निगरानी करता है। यह कार्यक्रम देश के 18 राज्यों के 111 जिलों में क्रियान्वित किया जा रहा है। 12वीं पंचवर्षीय योजना में अन्य 84 जिलों में इसका विस्तार किया जाएगा।

यह प्रकोष्ठ सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी से होने वाले विकारों, भोजन संबंधी गंभीर विकारों और विभिन्न प्रकार की सूचना, शिक्षा व संप्रेषण सामग्री के प्रसार के जरिए स्वास्थ्य जीवन शैली को बढ़ावा देने के बारे में जागरूकता उत्पन्न करने के प्रयास कर रहा है। पर्चे और पोस्टरों, वीडियो स्पॉट्स, राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम, आहार संबंधी चिरकालिक गैर संचारी रोग तथा स्वस्थ जीवन शैली को बढ़ावा देने संबंधी फिल्म तैयार की

गई थी। “मौजूदा पौषणिक थिरेपी-नैदानिक प्रथाओं में दिशानिर्देश डॉक्टरों- आहारविदों तथा नर्सों के लिए एक पुस्तिका” को प्रकाशित और संबंधित संस्थानों/अस्पतालों, डॉक्टरों/स्वास्थ्य पेशेवरों को परिचालित किया गया है।

11.5 राष्ट्रीय राजमार्गों पर सरकारी अस्पतालों में अभिघात परिचर्या सुविधा केंद्रों के विकास के लिए क्षमता निर्माण

सड़क दुर्घटना से लगी चोटें, मृत्यु और अपंगता के प्रमुख कारणों में से एक है। डब्ल्यूएचओ की “सड़क सुरक्षा पर वैश्विक स्थिति रिपोर्ट 2013” के अनुसार सड़क दुर्घटना में 1.2 मिलियन से अधिक लोगों की मृत्यु होती है तथा लगभग 50 मिलियन लोग जख्मी होते हैं। सड़क दुर्घटना से होने वाली मृत्यु विश्व भर में होने वाली मृत्यु के प्रमुख 8 कारणों में से एक है, यदि इस समस्या से तत्काल नहीं निपटा गया तो 2030 तक मृत्यु के आम कारणों में इसका पांचवा स्थान होने की संभावना है। जहां तक भारत का संबंध है दुर्घटनाओं के कारण होने वाली मृत्यु और अपंगता की संख्या धीरे-धीरे बढ़ रही है। वर्ष 2011 के दौरान लगभग 4.98 लाख सड़क दुर्घटनाएं हुई थी जिनमें 1.42 लाख व्यक्तियों की मृत्यु हुई और 5 लाख से अधिक व्यक्ति घायल हुए थे।

11वीं पंचवर्षीय योजना:

11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान 100% केंद्रीय निधियन प्रावधान के साथ 732.75 करोड़ रु. के परिव्यय से एक अभिघात परिचर्या योजना को भारत सरकार द्वारा मंजूरी दी गई है, ताकि सरकारी अस्पतालों में 140 अभिघात परिचर्या केंद्रों का एक नेटवर्क स्थापित किया जा सके। पहले चरण के दौरान दिल्ली- कोलकाता-चेन्नई-मुंबई-दिल्ली को जोड़ने वाले 5,846 कि.मी. के स्वर्णिम चतुर्भुज राजमार्ग कॉरिडोर के साथ-साथ कश्मीर से कन्याकुमारी और सिलचर से पोरबंदर को जोड़ने वाले 7,716 कि.मी. के उत्तर-दक्षिण एवं पूरब-पश्चिम कॉरिडोर का चयन किया गया है। इस योजना के जरिए अभिघात परिचर्या सुविधाएं प्रदान करने के लिए निर्दिष्ट अस्पतालों का उन्नयन किया जाना था। यह संकल्पना की गई थी कि कॉरिडोरों पर अभिघात परिचर्या केंद्रों का नेटवर्क स्थापित करने से भारत में दुर्घटना के एक घंटे के भीतर (गोल्डन आवर) अभिघात परिचर्या प्रदान करके सड़कों पर दुर्घटना जनित अभिघात के

कारण होने वाली अपंगता एवं मृत्यु को कम किया जाएगा। 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान निम्नलिखित कार्यकलाप किए गए थे :

- अभिघात 140 अस्पतालों में से, 118 अस्पतालों के अभिघात केंद्रों को अभिघात योजना के तहत निधि प्रदान की जानी थी। 20 केंद्रों को पीएमएसएसवाई योजना के तहत निधि जारी की जानी थी और दिल्ली में स्थित 2 अभिघात केंद्र डॉ. आर.एम.एल. अस्पताल और एम्स स्वयं की निधि से स्थापित किए गए।
- अभिघात परिचर्या नेटवर्क को इस प्रकार डिजाइन किया गया है कि किसी भी अभिघात पीडित व्यक्ति को अभिघात परिचर्या सुविधाओं से युक्त निर्दिष्ट अस्पतालों में 50 कि. मी. से अधिक दूरी तक नहीं ले जाया जाएगा। इस प्रयोजन के लिए एनएचएआई (सड़क परिवहन एवं राजमार्ग मंत्रालय) द्वारा निर्दिष्ट राजमार्गों पर 50 कि. मी. की दूरी पर एक सुसज्जित मूलभूत जीवन रक्षक एंबुलेंस लगाया जाएगा। सड़क परिवहन एवं राजमार्ग मंत्रालय ने राष्ट्रीय राजमार्गों हेतु इन एम्बुलेंसों की आपूर्ति की है।
- 11वीं योजना के दौरान के दौरान 352.69 करोड़ रुपए की राशि जारी की गई थी।

12वीं पंचवर्षीय योजना

इस योजना को 12वीं योजनावधि तक विस्तारित किया जा रहा है और इस प्रस्ताव को, 899.29 करोड़ रुपए के कुल बजट परिव्यय के साथ सीसीईए द्वारा पहले ही अनुमोदित कर दिया गया है। निम्नलिखित छोटे-मोटे परिवर्तनों के साथ उसी ढाँचे पर अन्य 85 नए अभिघात परिचर्या केंद्रों की स्थापना का प्रस्ताव था :-

- क. राष्ट्रीय राजमार्गों पर स्थित राज्य सरकारों के अस्पतालों को चिह्नित करने के लिए निम्नलिखित मापदंड होंगे:-
- दो राजधानी वाले शहरों को जोड़ता हो;
 - राजधानी वाले शहर को छोड़कर प्रमुख शहरों को जोड़ता हो;

- बंदरगाहों को राजधानी वाले शहर से जोड़ता हो;
- औद्योगिक कस्बों को राजधानी वाले शहर से जोड़ता हो;
- दुर्घटना प्रवण ब्लैक स्पॉट डाटा।

85 अभिघात केंद्रों की स्थापना के लिए अस्पतालों की पहचान उचित समय पर सभी पणधारियों के परामर्श से की जाएगी। जिन्हें 11वीं योजना में शामिल नहीं किया गया था, उन राज्यों को और पहाड़ी एवं पूर्वोत्तर राज्यों को वरीयता दी जाएगी।

ख. 11वीं योजना की तरह यह 100 प्रतिशत केंद्र प्रायोजित योजना नहीं है। सहायता राशि को केंद्र और राज्य सरकारों के बीच 70:30 के अनुपात में साझा किया जाएगा। पूर्वोत्तर राज्यों तथा हिमाचल प्रदेश, उत्तराखंड और जम्मू एवं कश्मीर पहाड़ी राज्यों के लिए यह अनुपात 90:10 होगा।

ग. इस योजना को 'स्वास्थ्य एवं चिकित्सा शिक्षा योजना में मानव संसाधन' के दायरे में विलय कर दिया गया है। इसलिए योजना के 12वीं योजना के घटक पर इस व्यापक योजना के तहत स्थापित मानक लागू होंगे। फिर भी 11वीं योजना के घटक 11वीं योजना कि मूल योजना के अनुसार ही होंगे।

घ. राष्ट्रीय इंजरी पर्यवेक्षण, क्षमता निर्माण और अभिघात पंजीकरण केंद्र की स्थापना डॉ. आरएमएल अस्पताल में की जाएगी।

ङ. पुनर्वास इकाइयों की स्थापना के लिए 11वीं पंचवर्षीय योजना और 12वीं पंचवर्षीय योजना के एल-II अभिघात परिचर्या सुविधा केंद्रों को निधि जारी की जाएगी।

च. कार्यक्रम के तहत 12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान राष्ट्रीय सम्मेलन आयोजित किए जाएंगे।

छ. अभिघात परिचर्या केंद्रों में कार्य करने वाले चिकित्सकों और नर्सों तथा एम्बुलेंस में तैनात पराचिकित्सकों को प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा।

12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान उपलब्धियाँ

जारी निधि :

2012-13	:	23.896 करोड़ रुपए
2013-14	:	23.671 करोड़ रुपए
2014-15	:	0.61 करोड़ रुपए

- अभिघात योजना के तहत समन्वय और क्रियान्वयन के लिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय तथा सड़क परिवहन और राजमार्ग मंत्रालय की एक कोर कमेटी का गठन किया गया है;
- कार्यक्रम के क्रियान्वयन हेतु राज्य सरकार द्वारा हस्ताक्षर किए जाने वाले समझौता ज्ञापन को आईएफडी द्वारा अनुमोदित किया गया है और इस पर सहमति व्यक्त की गई है। इस समझौता ज्ञापन को राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों को परिचालित किया गया है;
- कार्यक्रम के प्रचालन संबंधी दिशा-निर्देशों को अंतिम रूप दिया गया है। अभिघात योजना के प्रचालन संबंधी दिशा-निर्देशों को राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों को परिचालित किया गया है;
- अभिघात परिचर्या सुविधा केंद्रों की स्थापना की व्यवहार्यता के आंकलन के लिए अब तक 29 अस्पतालों और मेडिकल कॉलेजों का निरीक्षण किया गया है;
- अभिघात और वर्ग योजनाओं हेतु जांच समिति का निर्माण किया गया है। समिति के समक्ष विचारार्थ विषयों में योजना के प्रस्ताव के जांच, राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में स्थलों की प्राथमिकता तय करना और अभिघात परिचर्या सुविधा केंद्रों और बर्न इकाइयों के विकास में की गई वास्तविक और वित्तीय प्रगति की निगरानी करना शामिल है;
- राज्यों में स्थापित की जाने वाली अभिघात परिचर्या सुविधाओं के लिए सिफारिश की गई जनशक्ति और उपकरणों की सूची को तकनीकी संसाधन समूह (टीआरजी) द्वारा संशोधित किया गया है;
- सेंट्रल डिजाइन ब्यूरो के सहयोग से एल-III, II और एल-I हेतु अभिघात परिचर्या सुविधा केंद्रों के

योजनाबद्ध डिजाइन डायग्राम तैयार किया गया है;

- कार्यक्रम के तहत की जाने वाली आईईसी गतिविधियों हेतु सीएचईबी ने आईईसी कार्य-योजना तैयार की है;
- राष्ट्रीय इंजरी पर्यवेक्षण, क्षमता निर्माण और अभिघात पंजीकरण केंद्र को डॉ० आरएमएल अस्पताल के आपातकालीन ब्लॉक के चौथे और छठे तल पर स्थापित किया गया है। एनआईसी ने इंजरी पर्यवेक्षण के लिए सॉफ्टवेयर का विकास किया है;
- डॉ० आरएमएल अस्पताल के एनआईएससी और अभिघात पंजीकरण हेतु अपेक्षित संविदात्मक जनशक्ति के लिए डॉ. आरएमएल द्वारा विज्ञापन प्रकाशित किया गया है;
- डॉ० आरएमएल अस्पताल द्वारा 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान स्थापित अभिघात परिचर्या सुविधा केंद्रों में तैनात चिकित्सकों और नर्सों को विकसित अभिघात जीवन रक्षक तथा बुनियादी जीवन रक्षक प्रशिक्षण का आयोजन किया जा रहा है;
- 2007 के दौरान आरंभ किए गए अस्पताल पूर्व अभिघात तकनीशियन पाठ्यक्रम को डब्ल्यूएचओ के साथ मिलकर एक कार्य-निष्पादन समझौते (एपीडब्ल्यू) के माध्यम से एक विशेषज्ञ समूह द्वारा संशोधित किया जा रहा है; तथा
- एल-II अभिघात परिचर्या सुविधा केंद्रों में पुनर्वास इकाई की स्थापना करने के लिए दिशा-निर्देश को अंतिम रूप दिया जा रहा है।

11.6 राष्ट्रीय बधिरता रोकथाम एवं नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीपीसीडी)

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने वर्ष 2006-07 (जनवरी 2007) में 25 जिलों को शामिल करते हुए प्रायोगिक आधार पर राष्ट्रीय बधिरता रोकथाम एवं नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीपीसीडी) शुरू किया गया। अब यह कार्यक्रम 27 राज्यों एवं 6 केंद्र शासित प्रदेशों के 281 जिलों में क्रियान्वित किया गया है।

निम्नलिखित उद्देश्यों के साथ कार्यक्रम आरम्भ किया गया था :

- रोग अथवा चोट के कारण होने वाली परिहार्य बधिरता की रोकथाम करना;

- श्रव्य हानि एवं बहरेपन के लिए उत्तरदायी कर्ण समस्याओं की शुरु में ही पहचान, निदान एवं उपचार;
- बहरेपन से पीड़ित सभी आयु वर्गों के व्यक्तियों का चिकित्सीय रूप से पुनर्वास करना;
- बहरेपन वाले व्यक्तियों के लिए पुनर्वास कार्यक्रम की निरंतरता के लिए मौजूदा अंतर-क्षेत्रीय संयोजनों को सुदृढ़ करना; और
- उपस्कर एवं सामग्री तथा प्रशिक्षण कार्मिकों के लिए सहायता की प्रदानगी के जरिए कर्ण परिचर्या सेवाओं के लिए संस्थागत क्षमता को विकसित करना।

कार्यनीतियां:

- कान से संबंधित परिचर्या हेतु सेवा प्रदानगी का सुदृढीकरण करना।
- कान से संबंधित परिचर्या सेवाओं के लिए मानव संसाधन का विकास करना।
- बधिरता की रोकथाम पर विशेष बल देते हुए उचित और प्रभावी आईईसी कार्यनीतियों के माध्यम से जन-जागरूकता को प्रोत्साहित करना और
- कार्यक्रम के तहत चयनित जिला अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की संस्थागत क्षमता का विकास करना।

दीर्घावधि उद्देश्य : श्रवण विकलांगता और बहरेपन के प्रमुख कारणों की रोकथाम और नियंत्रण करना ताकि 12वीं पंचवर्षीय योजना के अंत तक मौजूदा रोगियों की संख्या के 25% तक कुल रोगियों की संख्या में कमी लाना है।

कार्यक्रम के घटक हैं:-

क. जनशक्ति प्रशिक्षण और विकास- श्रवण विकलांगता और बहरेपन के मामलों की रोकथाम, शीघ्र पहचान और उपचार के लिए जमीनी स्तर के कार्यकर्ताओं को मेडिकल स्तर के विशेषज्ञों (ईएनटी और श्रवण विज्ञान) द्वारा प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा।

ख. क्षमता निर्माण- ईएनटी/श्रवण विज्ञान अवसंरचना के मामले में जिला अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु।

ग. सेवा प्रावधान— स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी प्रणाली के विभिन्न स्तरों पर श्रवण और वाक् विकलांगता के मामलों की शीघ्र पहचान और उपचार तथा पुनर्वास।

घ. आईईसी/बीसीसी गतिविधियों के माध्यम से जागरूकता उत्पन्न करना— श्रवण विकलांगता का विशेषकर बच्चों में शीघ्र पता लगाना ताकि ऐसे मामलों का समय पर उपचार संभव हो तथा बधिरता से जुड़े कलंक को समाप्त करना।

मौजूदा जिलों के अतिरिक्त 200 और जिलों में इस कार्यक्रम के विस्तार हेतु 12वीं पंचवर्षीय योजना में 304.79 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं। 2013-14 तक निधियों को राज्य स्वास्थ्य सोसायटी को जारी किया गया था, 2014-15 से ट्रेजरी के माध्यम से निधि जारी की गई। वर्ष 2014-15 के लिए कार्यक्रम का बजट अनुमान 17.36 करोड़ रुपए है, अब तक 2014-15 के दौरान 16 राज्यों और 4 संघ शासित क्षेत्रों के 53 नए जिलों तथा 111 मौजूदा जिलों को 980.45 लाख रुपए जारी किए गए हैं।

11.7 राष्ट्रीय फ्लूरोसिस निवारण और नियंत्रण कार्यक्रम

फ्लोरोसिस, जोकि एक सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या है, लंबे समय तक पेयजल खाद्य पदार्थों/औद्योगिक प्रदूषकों के जरिए अधिक मात्र में फ्लोरोसिस लेने के कारण होता है। इसके परिणामस्वरूप दंत फ्लूरोसिस कंकाली फ्लूरोसिस, गैर-कंकाली फ्लूरोसिस और जैसे प्रमुख स्वास्थ्य विकार हो जाते हैं। ये हानिकारक प्रभाव स्थाई और अनुत्क्रमणीय होने के कारण इनकी प्रकृति व्यक्ति और समुदाय के स्वास्थ्य के लिए प्रतिकूल होती है जिससे देश की वृद्धि विकास और अर्थव्यवस्था पर असर पड़ता है।

11 वीं पंचवर्षीय योजना(2008-09) में भारत सरकार द्वारा देश में फ्लूरोसिस की रोकथाम करने और नियंत्रण के लक्ष्य के साथ राष्ट्रीय फ्लूरोसिस रोकथाम और नियंत्रण कार्यक्रम के रूप में एक नई स्वास्थ्य पहल शुरू की गयी है। 11वीं योजना में 17 राज्यों के 100 जिलों को चरणबद्ध तरीके से इस कार्यक्रम में शामिल किया गया है और वर्ष 2013-15 के दौरान अतिरिक्त 11 जिलों को शामिल किया गया है। इस

कार्यक्रम के उद्देश्य (i) परियोजना शुरू करने के लिए पेय जल और स्वच्छता मंत्रालय के फ्लूरोसिस के आधारभूत सर्वेक्षण आंकड़ों का आकलन और उपयोग करना, (ii) चुने गए क्षेत्रों में फ्लूरोसिस का व्यापक उपचार, (iii) फ्लूरोसिस के रोगियों के निवारण, निदान और उपचार के लिए क्षमता निर्माण करना शामिल है।

इस कार्यक्रम के तहत अपनायी गई कार्यनीति में समुदाय में फ्लूरोसिस की निगरानी, प्रशिक्षण एवं जनशक्ति सहयोग के रूप में क्षमता निर्माण (मानव संसाधन), चिकित्सा अस्पतालों में नैदानिक सुविधाओं की स्थापना, उपचार शल्य क्रिया सहित फ्लूरोसिस का प्रबंधन, फ्लूरोसिस के मामले की रोकथाम एवं नियंत्रण हेतु पुनर्वास एवं स्वास्थ्य शिक्षा।

दिनांक 21 मार्च, 2014 को क्रमशः राज्य नोडल अधिकारियों एवं जिला परामर्शदाताओं की समीक्षा बैठक तथा फ्लोरोसिस की रोकथाम हेतु मौजूदा नीति की समीक्षा करने हेतु तकनीकी सलाहकार समिति की राज्य के प्रतिनिधियों एवं विशेषज्ञों के साथ बैठक आयोजित की गई। तकनीकी सलाहकार समिति की दूसरी बैठक के बाद, एनपीपीसीएफ के दिशा-निर्देशों का संशोधन प्रक्रियाधीन है।

12वीं पंचवर्षीय योजना के लिए बजट आबंटन 135.00 करोड़ रु. और वर्ष 2014-15 के लिए 2.68 करोड़ रु. है।

11.8 राष्ट्रीय वृद्धावस्था स्वास्थ्य परिचर्या कार्यक्रम (एनपीएचसीई):

भारत सरकार ने वृद्ध व्यक्तियों की विभिन्न स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं पर ध्यान देने के लिए "राष्ट्रीय वृद्धावस्था स्वास्थ्य परिचर्या कार्यक्रम"(एनपीएचसीई) शुरू किया है। यह कार्यक्रम 11 वीं योजनावधि के दौरान 21 राज्यों के 100 चिह्नित जिलों में शुरू किया गया है। इस कार्यक्रम के अंतर्गत देश के विभिन्न क्षेत्रों में रेफरल इकाइयों के रूप में आठ क्षेत्रीय जरा चिकित्सा केंद्र भी स्थापित किए गए हैं।

एनपीएचसीई कार्यक्रम का मूल उद्देश्य आउटरीच सेवाओं सहित राज्य स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी के विभिन्न स्तर पर वरिष्ठ नागरिकों को पृथक, विशिष्ट और व्यापक स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करना है। निवारक और संवर्धक परिचर्या, बीमारी का उपचार, जराचिकित्सा सेवा के लिए स्वास्थ्य

कार्मिक शक्ति विकास, चिकित्सा पुनर्वास एवं थेराप्यूटिक कार्यकलाप और आई ई सी कुछ ऐसी कार्यनीतियाँ हैं जिनकी एनपीएचसीई में सकल्पना की गई है।

12 वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान 225 जिलों को चरणबद्ध तरीके से कवर किए जाने की उम्मीद है। देश के चुनिंदा चिकित्सा कॉलेजों में 12 और क्षेत्रीय जराचिकित्सा केन्द्रों को कार्यक्रम के अंतर्गत लिया जाना प्रस्तावित है इसके अलावा, दो राष्ट्रीय जरावस्था केन्द्र (एनसीए) भी एम्स, नई दिल्ली तथा मद्रास मेडिकल कॉलेज, चेन्नई में स्थापित किए जा रहे हैं, जिनके मूलभूत कार्य जरा रोग के क्षेत्र में स्वास्थ्य व्यवसायियों का प्रशिक्षण, अनुसंधान क्रिया कलाप और समस्या परिचर्या प्रदान करना है।

विभिन्न स्वास्थ्य परिचर्या स्तर पर कार्यक्रम के अंतर्गत स्थापित जराचिकित्सा और कार्यकलापों का ब्यौरा इस प्रकार होगा :

- **8 सुपर विशिष्ट संस्थाओं में जरा चिकित्सा विभाग :** देश के विभिन्न क्षेत्रों में स्थित 8 अभिज्ञात क्षेत्रीय चिकित्सा संस्थाओं में 30 बिस्तरों की अंतरंग रोगी सुविधा वाले जराचिकित्सा विभाग तैयार किए जा रहे हैं। रेफरल उपचार, अनुसंधान और कार्मिक शक्ति विकास की व्यवस्था के अलावा, ये संस्थाएं स्वास्थ्य पदाधिकारियों के विभिन्न स्तरों के लिए प्रशिक्षण सामग्री तैयार करने तथा अद्यतन बनाने, आईईसी सामग्री, दिशानिर्देश इत्यादि तैयार करने में सक्रिय रूप से शामिल है। कार्मिक शक्ति, उपस्करों, दवाइयों, भवन के विनिर्माण, प्रशिक्षण इत्यादि के लिए निधियां प्रदान की गई हैं।
- **104 जिला अस्पतालों में जराचिकित्सा एकक :** इस कार्यक्रम को 24 राज्यों के 104 जिलों में क्रियान्वित किया जा रहा है। विशेष रूप से जराचिकित्सीय रोगियों के लिए 10 बिस्तर वाले जराचिकित्सा वार्ड और समर्पित ओपीडी सेवाएं स्थापित करने का प्रावधान है। संविदात्मक कार्मिक शक्ति, उपस्करों, दवाइयों, भवन के विनिर्माण, प्रशिक्षण इत्यादि के लिए अनुदान दिया गया है।

2014-15 के दौरान मौजूदा 100 जिलों के अतिरिक्त और 04 जिलों में कार्यक्रम कार्यान्वयन किया जाएगा और इसी वर्ष और जिलों को शामिल करने की प्रक्रिया चल रही है।

- **104 चिह्नित जिलों में स्थित सीएचसी में पुनर्वास एकक:** वृद्ध व्यक्तियों के लिए सप्ताह में दो बार समर्पित स्वास्थ्य क्लिनिकों का प्रावधान है। अभिज्ञात जिलों के अंतर्गत आने वाले सभी सीएचसी में पुनर्वास एकक की स्थापना भी की जा रही है। कार्मिक शक्ति, उपस्करों, प्रशिक्षण के लिए अनुदान प्रदान किया गया है। पुनर्वास कर्मी जरूरत मंद वृद्धों को फिजियोथेरेपी सेवा प्रदान करेगा।
- **104 चिह्नित जिलों में स्थित पीएचसी में कार्यकलाप :** प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी द्वारा अभिज्ञात पीएचसी में साप्ताहिक जराचिकित्सा क्लीनिकों की व्यवस्था की गई है। जांच और उपचार की आवश्यकता वाले रोगों के लिए व्यक्ति को प्रथम रेफरल यूनिट अर्थात सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र अथवा आवश्यकतानुसार जिला अस्पताल को रेफर किया जाएगा। उपस्कर के प्रापण के लिए पीएचसी को एक बारगी अनुदान दिया जाएगा।
- **104 जिलों में स्थित उप-केन्द्र में कार्यकलाप :** उप-केन्द्रों में तैनात एएनएम/पुरुष स्वास्थ्य कर्मी अपने-अपने क्षेत्राधिकार में आने वाले क्षेत्रों में वृद्धों के घर-घर दौरे करेंगे। वे पीएचसी से उपयुक्त केलिपर्स और सहायक युक्तियों की व्यवस्था करेंगे/करेंगी और इसे अक्षम वृद्धों को चलने-फिरने में सक्षम बनाने हेतु उन्हें प्रदान करेंगे/करेंगी। अभिज्ञात उप केन्द्रों पर छोटी-मोटी बीमारी के उपचार और पुनर्वास उपकरणों की व्यवस्था भी होगी। सहायक यंत्रों और उपस्कर खरीदने के लिए उप केन्द्रों को सहायता अनुदान दिया जाएगा।

11वीं योजना की शेष अवधि के लिए 288 करोड़ रु. के परिव्यय से इस योजना को मंजूरी दी गई। व्यय को केंद्र एवं राज्य सरकार के बीच 80:20 के अनुपात में साझा किया

गया। 11वीं योजना के दौरान राज्यों/8 क्षेत्रीय जरा चिकित्सा केंद्रों को कुल 112.86 करोड़ रु. की राशि जारी की गई। एनपीएचसीई के तहत राज्यों को इसी तर्ज पर 2012-13 के दौरान 68.55 करोड़ रु. की राशि और वर्ष 2013-14 के दौरान 115.91 लाख रूपए जारी किए गए। 12वीं पंचवर्षीय योजना में कुल 1710.13 करोड़ रु. की मंजूरी प्रदान की गई है। इसमें से 1147.56 करोड़ राशि जिला स्तर तक शुरू की जाने वाली क्रियाकलापों के लिए निर्धारित है। 12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान केंद्र एवं राज्य के बीच निधि की साझेदारी 75:25 के अनुपात में है। 562.57 करोड़ की राशि तृतीयक स्तर की क्रियाकलापों के लिए निर्धारित है। वर्ष 2014-15 के लिए निर्धारित राशि 50.83 करोड़ रु. है और अब तक इस वित्तीय वर्ष के दौरान राष्ट्रीय वृद्धावस्था स्वास्थ्य परिचर्या कार्यक्रम (एनपीएचसीई) के क्रियान्वयन और उसे जारी रखने के लिए राज्यों को इसी तर्ज पर 20.90 करोड़ रु. की राशि जारी की गई है।

इस कार्यक्रम के तहत अब तक निम्नलिखित उपलब्धियां हुई हैं:

सभी 8 क्षेत्रीय जराचिकित्सा केंद्रों, अर्थात् (1) अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली; (2) मद्रास चिकित्सा महाविद्यालय, चेन्नई; (3) ग्रान्ट्स चिकित्सा महाविद्यालय एवं जेजे आयुर्विज्ञान संस्थान (एसकेआईएमएस), जम्मू एवं कश्मीर; (5) राजकीय चिकित्सा महाविद्यालय, तिरुवनंतपुरम; (6) गुवाहाटी चिकित्सा महाविद्यालय, असम; (7) डॉ एस एन चिकित्सा महाविद्यालय, जोधपुर, राजस्थान; और (8) बनारस हिंदू विश्वविद्यालय, उत्तर प्रदेश में जरा चिकित्सा ओपीडी की शुरुआत की गई है।

6 क्षेत्रीय जरा चिकित्सा केंद्रों, अर्थात् अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली; मद्रास चिकित्सा महाविद्यालय, चेन्नई; ग्रान्ट्स चिकित्सा महाविद्यालय एवं जेजे आयुर्विज्ञान संस्थान (एसकेआईएमएस), जम्मू एवं कश्मीर; राजकीय चिकित्सा महाविद्यालय, तिरुवनंतपुरम; डॉ एस एन चिकित्सा महाविद्यालय, जोधपुर, राजस्थान; में

अंतरंग सेवाएं शुरू की गई हैं।

राज्यों में आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, राजस्थान, पंजाब, सिक्किम, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड और पश्चिम बंगाल से 65 जराचिकित्सा ओपीडी/ वार्ड और विभिन्न जिला अस्पताल खोले जाने की रिपोर्ट प्राप्त हुई है। 10 राज्यों के 28 जिला अस्पतालों में फीजियोथेरेपी दैनिक जराचिकित्सा क्लिनिक कभी शुरू किए गए हैं।

29 जिलों के सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में द्विसाप्ताहिक जराचिकित्सा क्लिनिक शुरू किए गए। ये जिले हैं:— डिब्रूगढ़, जोरहाट, कामरूप, लखीमपुर, शिवसागर (असम), बिलासपुर, जसपुर नगर, रायपुर (छत्तीसगढ़), गाँधीनगर, सुरेन्द्र नगर, (गुजरात), मेवात, यमुनानगर (हरियाणा), लेह, कुपवाड़ा, कारगिल, डोडा, ऊधमपुर (जम्मू और कश्मीर), शिमोगा, कोला (कर्नाटक), पूर्वी सिक्किम, दक्षिणी सिक्किम (सिक्किम) और भटिण्डा (पंजाब)।

गांधीनगर, जामनगर (गुजरात); मेवात (हरियाणा); लेह, कुपवाड़ा, कारगिल, डोडा, ऊधमपुर (जम्मू और कश्मीर); रांची, धनबाद, बोकारो (झारखंड); शिमोगा एवं कोलार (कर्नाटक); तथा पूर्वी सिक्किम, दक्षिणी सिक्किम (सिक्किम) में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में साप्ताहिक जराचिकित्सा क्लिनिक शुरू किए गए हैं।

11.9 राजकीय मेडिकल कॉलेजों में भौतिक चिकित्सा एवं पुनर्वास विभाग (पीएमआर) में सुविधाओं का उन्नयन

10वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान एसएफसी द्वारा वर्ष 2004 में 'राज्य सरकार के मेडिकल कॉलेजों में पीएमआर विभाग में सुविधाओं के उन्नयन' के लिए 5.2 करोड़ रु. की मंजूरी दी गई थी जिसका उद्देश्य मौजूदा मेडिकल कॉलेजों में स्वतंत्र पीएमआर विभाग सृजित करना और व्यापक पुनर्वास सेवाओं के लिए आवश्यक उपस्कर एवं कार्मिक शक्ति उपलब्ध कराने के जरिए विभाग की सुविधाओं में वृद्धि उनका सदृढीकरण करना था।

इस योजना को 11वीं योजना में राज्य सरकारों के कुल 30 मेडिकल कॉलेजों में स्वतंत्र पीएमआर विभाग स्थापित करने के लक्ष्य से विस्तारित किया गया जिसके निम्नलिखित उद्देश्य थे:

- अभिज्ञात मेडिकल कॉलेजों में स्वतंत्र पीएमआर विभाग की स्थापना करना।
- प्रत्येक पीएमआर विभाग के तहत एक जिला, सीएचसी एवं पीएचसी में चिकित्सा पुनर्वास सेवाएं उपलब्ध कराना।
- द्वितीयक एवं तृतीयक पुनर्वास सेवाएं उपलब्ध कराने हेतु मेडिकल एवं पैरामेडिकल स्टाफ का प्रशिक्षण।
- देश में व्यापक सेवा प्रदान प्रणाली में युक्त आदर्श प्रशिक्षण केंद्रों के रूप में 2 शीर्ष पीएमआर विभागों की स्थापना करना।

29 मेडिकल कॉलेजों का निरीक्षण किया गया और इस योजना को 28 मेडिकल कॉलेजों में लागू करने का प्रस्ताव किया गया। फिर भी केवल 21 मेडिकल कॉलेजों को पीएमआर विभाग स्थापित करने के लिए वित्तीय सहायता प्रदान की गई (6 मेडिकल कॉलेजों को 10वीं योजना में)। चूंकि शेष 7 मेडिकल कॉलेजों से समझौता ज्ञापन प्राप्त नहीं हुआ, अतः उन्हें निधि जारी नहीं की जा सकी। 2011 में इस योजना को जीटीबी अस्पताल नई दिल्ली से निष्पादनहीनता के कारण वापस ले लिया गया। इसलिए वर्तमान में इस योजना को देश के 20 सरकारी मेडिकल कॉलेजों में कार्यान्वित किया जा रहा है।

इस योजना के तहत 4 घटकों के अंतर्गत निधि उपलब्ध करायी जाती है:

- कार्मिक शक्ति की भर्ती;
- उपस्कारों का प्रापण;
- सामग्री एवं आपूर्ति;
- अनुरक्षण एवं कार्यालय उपस्कर।

11वीं पंचवर्षीय योजना में व्यय

(करोड़ रुपए में)

वर्ष	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	कुल
मेडिकल कॉलेजों की संख्या	2	3	2	8	—	15
व्यय	104.34	98.59	194.00	482.10	76.15	955.18

तथापि, योजना के मध्यावधि मूल्यांकन के बाद, 12 वीं योजना हेतु पहले प्रस्तुत एसएफसी को संशोधित करने का प्रस्ताव है। हिस्सेदार मेडिकल कॉलेजों से विचार मांगे गए हैं, जिसके आधार पर एसएफसी को संशोधित किया जाएगा।

सामान्य उद्देश्य

व्यापक पुनर्वास सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए राजकीय मेडिकल कॉलेजों का क्षमता निर्माण करना और स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी प्रणाली के सभी स्तरों पर अपेक्षित यथेष्ट कार्मिक शक्ति का प्रशिक्षण।

11.10 राष्ट्रीय मुख (ओरल) संबंधी स्वास्थ्य कार्यक्रम (एनओएचपी)

भारत में मुख्य दंत रोग की व्याप्ति अधिक है और यह सर्वविदित है कि योजनागत (सिस्टमिक) स्वास्थ्य पर मुख्य रोगों का व्यापक प्रभाव पड़ता है। खराब मुख स्वास्थ्य व्यक्ति के चेहेरे की सुंदरता को प्रभावित करता है, भोजन चबाने की क्रिया पर प्रतिकूल प्रभाव डालता है, असहनीय पीड़ा उत्पन्न करता है और उसे उत्पादकता की हानि होती है, क्योंकि पीड़ित व्यक्ति पूरे समय तक काम नहीं कर पाता है। इन मुद्दों के समाधान के लिए एक व्यापक मुख स्वास्थ्य कार्यक्रम पर विचार किया गया।

यह कार्यक्रम भारत सरकार द्वारा शुरू की गई एक नई पहल है और इसे 12वीं योजना के प्रस्ताव में शामिल किया गया है। 12वीं योजना की शेष अवधि के दौरान 100.00 करोड़ रु. के अनंतिम बजट प्रावधान के साथ प्रति वर्ष 50 जिलों की

दर से देश भर के 200 जिलों में इस कार्यक्रम को कार्यान्वित करने का प्रस्ताव है। वर्ष 2013-14 के लिए बजट आबंटन 15.73 करोड़ रु है। इस कार्यक्रम के मुख्य उद्देश्य निम्नलिखित हैं:-

- मुख स्वास्थ्य के निर्धारिकों, जैसे स्वास्थ्यवर्धक आहार, मुख स्वास्थ्य आदि में सुधार तथा ग्रामीण एवं शहरी आबादी तक मुख समस्या की पहुँच में विषमता को कम करना।
- प्राथमिक एवं द्वितीयक स्तर पर मौजूदा स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान प्रणाली का सुदृढीकरण।
- प्राथमिक एवं द्वितीयक स्तर पर मौजूदा स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान प्रणाली का सुदृढीकरण।
- मुख स्वास्थ्य संवर्धन एवं निवारक सेवाओं को सामान्य स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली तथा अन्य क्षेत्रों, जो मुख्य स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं, के साथ एकीकृत करना।

कार्यक्रम के कार्यान्वयन के लिए कार्यनीति :

1. **आईईसी और बीसीसी:** यह बातचीत, ग्रामीण आउटडोर विधियों और जनसंचार माध्यमों, मुख स्वास्थ्य संबंधी निर्देशों, मुँह के विकारों की रोकथाम की सरल विधियों, आहार संबंधी परामर्श, तंबाकू सेवन संबंधी- परामर्श, शुरू में पहचान एवं रेफरल, शिशु दंत देखभाल संबंधी निर्देशों, गर्भवती माताओं के लिए मुख देखभाल, दंत क्षरण की रोकथाम के संबंध में स्कूली कार्यक्रम के दौरान निर्देशों, दंतशूल के लिए

दर्द निवारक दवाओं आदि के माध्य से संचालित किया जाएगा।

2. **प्रशिक्षण:** सभी स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों का सामान्य मुख स्वास्थ्य प्रशिक्षण, नोडल अधिकारियों (मुख स्वास्थ्य कार्यक्रम) का विशेष प्रशिक्षण।
3. **मानव संसाधन:** राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों के प्रयासों को संपूरित करने के लिए संविदा के आधार पर दंत शल्य-चिकित्सक, दंत स्वास्थ्य विज्ञानी और दंत सहायक।
4. **संभार संबंधी (लॉजिस्टिकल) सहयोग:** सहयोगी उपकरणों एवं सामग्रियों के साथ एक डेंटल चेअर।
5. **व्यापक कार्यक्रम प्रबंधन:** विभिन्न पणधारकों के साथ समन्वय एवं संपर्क सहित एनओएचसी, एसओएचसी तथा जिला स्तर और निचले स्तरों पर।
6. **निगरानी, पर्यवेक्षण एवं मूल्यांकन:** एनसीडी प्रकोष्ठ के मौजूदा मानव संसाधन का उपयोग करते हुए और कार्यक्रम के तहत जिला से लेकर केंद्र तक सभी स्तरों पर एनओएचपी की निगरानी की जाएगी।

एसएफसी नोट: निम्नलिखित क्रियाकलापों, अर्थात् प्रशिक्षण मॉड्यूलों का विकास, प्रशिक्षण क्रियाकलाप, आईईसी और अनुसंधान क्रियाकलाप आदि के लिए सचिव (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण) द्वारा 19.00 करोड़ रु की धनराशि के लिए एसएफसी को मंजूरी दी गई है। इस संबंध में, सीडीईआर, एम्स के साथ पहले ही एक समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर किया गया है और इस प्रयोजन के लिए उन्हें 101.00 लाख रु की धनराशि पहले ही जारी की जा चुकी है।

बजट आवंटन

- वर्ष 2014-15 में अनुमोदित परिव्यय : 2.66 करोड़ रु0
- प्रायोगिक परियोजनाएँ : 2.21 करोड़ रु0

राज्य सरकारों/केंद्र शासित प्रदेशों से प्राप्त कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाओं (पीआईपी) की वर्तमान स्थिति निम्नानुसार है:

(लाख रूपए में)

क्र. स.	राज्य/संघ शासित क्षेत्र के नाम	2014-15 के लिए अनुमोदित पीआईपी	टिप्पणियां
1	हिमाचल प्रदेश	31.23	पीआईपी 2013-14 के आधार पर जारी
2	मिजोरम	17.32	पीआईपी 2013-14 के आधार पर जारी
3	जम्मू और कश्मीर	28.32	पीआईपी 2013-14 के आधार पर जारी
4	मध्य प्रदेश	40.80	पीआईपी 2014-15 के आधार पर जारी
5	राजस्थान	11.54	पीआईपी 2014-15 के आधार पर जारी
6	सिक्किम	5.00	पीआईपी 2014-15 के आधार पर जारी
	कुल	129.21	

निम्नलिखित की जाँच करने के लिए इस मंत्रालय द्वारा एक केंद्रीय कार्य बल का भी गठन किया गया है— (i) दंत चिकित्सा पेशेवरों की मौजूदा एवं भावी आवश्यकताओं का आंकलन (ii) दंत देखभाल सेवा प्रणाली की पुनः संरचना के लिए आधारभूत संरचना का आंकलन एवं उसकी आवश्यकता और (iii) मुख स्वास्थ्य का राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के साथ एकीकरण।