

## रोग नियंत्रण कार्यक्रम [एनएचएम]

### 5-1 ifjp;

अनेक राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम जैसे राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण, कुष्ठ रोग उन्मूलन, क्षयरोग नियंत्रण, दृष्टिहीनता नियंत्रण तथा आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम अब राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के क्षेत्राधिकार के अंतर्गत आ गए हैं।

### 5-2 jk'Vh; oDVj t fur jlsk fu; æ.k dk Øe ¼u-ohchMhl hi li½

राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत शामिल वेक्टर जनित रोग नामतः मलेरिया, जापानी एन्सेफेलिटीज (जे.ई.), डेंगू, चिकुनगुनिया, कालाजार और लिम्फेटिक फाइलेरिया के निवारण तथा नियंत्रण के लिए एक व्यापक कार्यक्रम हैं। इन छः रोगों में से दो रोग नामतः कालाजार और लिम्फेटिक फाइलेरिसिस को 2015 तक समाप्त करने का लक्ष्य है। राज्य इसके क्रायान्वयन के लिए उत्तरदायी हैं, जबकि एनवीबीडीसीपी निदेशालय, दिल्ली अनुमोदित पैटर्न के अनुसार नकद तथा मद के रूप में राज्यों को तकनीकी सहायता, नीतियां एवं सहायता प्रदान करता है। मलेरिया, फाइलेरिया, जापानी एन्सेफेलिटीज, डेंगू तथा चिकुनगुनिया के रोग मच्छरों द्वारा फैलते हैं जबकि कालाजार सैंडपलाई द्वारा फैलता है। किसी भी क्षेत्र में वेक्टर जनित रोगों का संचरण संक्रमित वेक्टर की व्याप्तता तथा मानव-वेक्टर के संपर्क पर निर्भर है जो आगे और विभिन्न कारकों द्वारा प्रभावित होता है जैसे जलवायु, मानव की सोने की आदतों, वेक्टर की सघनता और काटना इत्यादि।

एन.वी.बी.डी.सी.पी के अन्तर्गत वेक्टर जनित रोगों के निवारण तथा नियंत्रण के लिए सामान्य नीति का वर्णन नीचे किया गया है:-

¼½ ,dh-r oDVj çcaku जिसमें चयनित उच्च जोखिम क्षेत्रों में घर के भीतर अवशिष्ट छिड़काव (आईआरएन), कीटनाशी उपचारित मच्छरदानी का प्रयोग (एलएलआईएन), लार्वाभक्षी मछली का प्रयोग, शहरी क्षेत्रों में बायो-लार्वानाशक सहित लार्वारोधी उपाय और स्रोत में कमी लाने सहित लघु पर्यावरणीय इंजीनियरी शामिल हैं।

¼½ jlsk çcaku जिसमें प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष और प्रहरी पर्यवेक्षण सहित शीघ्र मामला अभिज्ञान तथा संपूर्ण प्रभावी उपचार रेफरल सेवाओं का सुदृढीकरण, महामारी के लिए तैयारी तथा त्वरित अनुक्रिया शामिल है।

¼½ l gk d mik जिनमें व्यवहार परिवर्तन संचार, अंतर क्षेत्रक समाभिरूपता, क्षमता निर्माण के माध्यम से मानव संसाधन विकास शामिल हैं।

¼½ जेई के लिए सिर्फ Vhdkdj.k।

¼½ çfr o"lZQ ki d Lrj ij vlsk/k fi yluk (सिर्फ लिम्फेटिक फाइलेरिसिस के लिए)

### 5-2-1 eyfj; k

- मलेरिया एक तीव्र परजीवी रोग है जो भारत में प्लास्मोडियम फाल्सीपेरम या प्लासमोडियम विवेक्स द्वारा होती है। निदान की पुष्टि रक्त की बूंद की सूक्ष्मादर्शी जांच तथा रैपिड डायग्नोस्टिक किट्स जांच द्वारा की जाती है। अधिकांश रोगी उत्कट

स्थिति से एक सप्ताह के भीतर स्वस्थ हो जाते हैं। मलेरिया विशेषकर *Plasmodium vivax* के कारण देश के विभिन्न भागों में व्याप्त है क्योंकि कई बार इसमें तब जटिलताएं उत्पन्न हो सकती हैं यदि इसका शीघ्र उपचार न किया जाए।

- भारत में मलेरिया वेक्टर की 9 प्रजातियां हैं जिनमें से ग्रामीण मलेरिया के लिए प्रमुख रोगाणु मच्छर अर्थात् एनॉफिलिज क्यूलिसीफेसीज संपूर्ण देश में व्याप्त है तथा यह स्वच्छ भूजल संग्रहणों में पनपता है। अन्य महत्वपूर्ण , *Anopheles stephensi* और , *Anopheles fluviatilis* प्रजातियां नामतः और एन. फ्लूविएटेलिस बहते झरनों, साफ जल की धाराओं में पनपती हैं। कुछेक रोगाणु प्रजातियां वन क्षेत्रों में ग्रोव, लैगून इत्यादि में भी पनपती हैं चाहे उनमें जैव प्रदूषण हो।
- शहरी क्षेत्रों में मलेरिया मुख्यतः , *Anopheles stephensi* द्वारा फैलता है जो घरेलू तथा अर्ध-घरेलू

स्थितियों में मानव निर्मित जल पात्रों जैसे टैंक, कुएं, सिस्टर्न इत्यादि में पनपते हैं जो कम या अधिक स्थायी स्वरूप के होते हैं तथा इसलिए उनमें संपूर्ण वर्ष मलेरिया पोषण के लिए सघनता अनुरक्षित रहती है। मानव क्रियाकलाप के बढ़ने जैसे शहरीकरण, औद्योगिकीकरण तथा निर्माण परियोजनाएं जिनके कारण परिणामी प्रवसन, जल एवं ठोस अपशिष्टक प्रबंधन का अभाव तथा बिना छांटे वस्तुओं का प्रयोग तथा उनका निपटान (टायर, पात्र, जंक सामग्री, कप इत्यादि) मच्छर अनुकूल स्थितियां उत्पन्न करते हैं तथा इस प्रकार वेक्टर जनित रोगों के विस्तार में योगदान देते हैं।

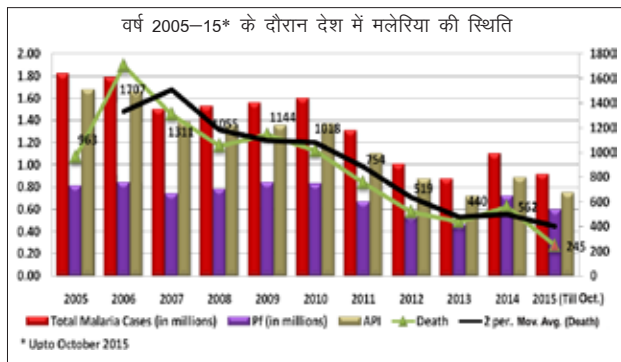
तक कुल रोगियों, पीएफ रोगियों, मौतों और एपीआई की स्थिति तालिका और रेखाचित्र में दी गई है। वर्ष 2011 तक मलेरिया रोगियों और उससे हुई मौतों का राज्य-वार ब्यौरा *Figure 1* में दिया गया है।

2006-2015 के दौरान मलेरिया रोगियों, पीएफ रोगियों, मौतों और एपीआई का राज्य-वार ब्यौरा

वर्ष	मलेरिया रोगियों (LAK)		पीएफ रोगियों (PFAR)	मौतों (D)	एपीआई (API)
	कुल	पीएफ			
2006	1.79	0.84	1707	1.66	
2007	1.50	0.74	1311	1.39	
2008	1.53	0.78	1055	1.36	
2009	1.56	0.84	1144	1.36	
2010	1.60	0.83	1018	1.37	
2011	1.31	0.67	754	1.10	
2012	1.01	0.53	519	0.88	
2013	0.88	0.46	440	0.72	
2014	1.10	0.72	562	0.89	
2015 (अक्तूबर तक)	0.92	0.60	245	0.75	

मलेरिया के स्वतंत्रता-पूर्व अनुमान प्रतिवर्ष लगभग 75 मिलियन मामले तथा 0.8 मिलियन मृत्यु के थे। साठ के दशक के मध्य के वर्षों में यह समस्या वस्तुतः समाप्त हो गई थी किन्तु पुनः उभरने के कारण 1976 में 6.47 मिलियन मामलों की वार्षिक सूचना प्राप्त हुई। संशोधित प्रचालन योजना वर्ष 1977 में शुरू की गई तथा मलेरिया की वार्षिक घटनाओं में कमी आनी शुरू हो गई। वर्ष 2006 तक ये मामले 2 से 3 मिलियन मामलों के बीच नियंत्रित रहे जिसके पश्चात मामलों की संख्या में कमी आनी शुरू हो गई है।

वर्ष 2011 के दौरान, मलेरिया के लगभग 1.31 मिलियन मामले, 0.67 मिलियन पीएफ (Pf) मामले तथा 754 मृत्यु की रही जबकि वर्ष 2012 के दौरान 1.01 मिलियन मामलों, 0.53 पीएफ मामले और 519 मौतों की सूचना मिली है। लगभग 91 प्रतिशत मलेरिया के मामलों तथा 99 प्रतिशत मृत्यु की सूचना पूर्वोत्तर राज्यों आंध्र प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, राजस्थान तथा पश्चिम बंगाल से प्राप्त हुई। तथापि, अन्य राज्य भी संवेदनशील रहे तथा उनमें स्थानीय तथा संकेन्द्रक रोगों की घटनाएं घटती हैं। वर्ष, 2013 के दौरान, 0.88 मिलियन मामलों, 0.46 मिलियन पीएफ मामलों तथा 440 मौतों की सूचना प्राप्त हुई थी। वर्ष, 2013 के दौरान 0.88 मिलियन मामलों, 0.46 मिलियन पीएफ मामलों तथा 440 मौतों की सूचना प्राप्त हुई है। वर्ष 2014 के दौरान, मलेरिया के लगभग 1.10 मिलियन मामले, 0.72 मिलियन पीएफ मामले और 562 मौत के मामले थे। वर्ष 2015 (अक्तूबर तक) 0.92 मिलियन मामलों, 0.60 मिलियन पीएफ मामलों और 245 मौतों की सूचना प्राप्त हुई है।



वर्ष 2001 के बाद किए गए अध्ययनों में अत्यधिक उच्च और बारम्बार प्लाज्मोडियम फाल्सीपेरम से क्लोरोक्विन में प्रतिरोध का पता चल रहा है। अतः आर्टेमिसिन कम्बिनेशन उपचार (एसीटी) को अब पूरे देश में पीएफ मामलों के लिए

फस्ट लाइन उपचार के रूप में इस्तेमाल किया गया है। तथापि, पूर्वोत्तर राज्यों में वर्तमान में प्रयोग की जा रही एसपी-एसीटी के प्रतिरोध के शुरुआती लक्षण नजर आ रहे हैं और इसलिए तकनीकी सलाहकार समिति की सलाह पर पूर्वोत्तर राज्यों में पीएफके मामलों के उपचार के लिए ओर्टमेथेर-लूमेफैन्ट्राइन (एसी-एएल) के प्रभावी योग की सिफारिश की गई है। निगरानी को सुदृढ़ करने के लिए पी.फाल्सीपेरम के कारण मलेरिया के निदान के लिए तीव्र नैदानिक परीक्षण (आरडीटी) की शुरुआत उच्च स्थानिक क्षेत्रों में की गई है और इनका संवर्धन किया जा रहा है।

इसे देखते हुए कि 50 प्रतिशत मलेरिया के मामले देश में पी विवेक्स के कारण है, इस वर्ष जमीनी स्तर पर देश में बाइवैलेंट आरडीटी (पीवी और पीएफ संक्रमण दोनों का पता लगाने के लिए) आरंभ किया है। इन क्षेत्रों में आशाओं को मलेरिया रोगियों के निदान और उपचार में प्रशिक्षित किया गया है और इस प्रकार वे रोगियों की शीघ्र पहचान और उपचार में शामिल हैं। भारत सरकार राष्ट्रीय वेक्टर जन्य रोग नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत तकनीकी सहायता और संभार-तंत्र सहायता प्रदान करती है जिसमें मलेरिया रोधी औषधियां, डीडीटी, लार्वीसाइड्स आदि शामिल हैं। राज्य सरकारों को कार्यक्रम का क्रियान्वयन करना है तथा अपेक्षित मानव संसाधन तथा अन्य, संभार-तंत्र सुनिश्चित करना है।

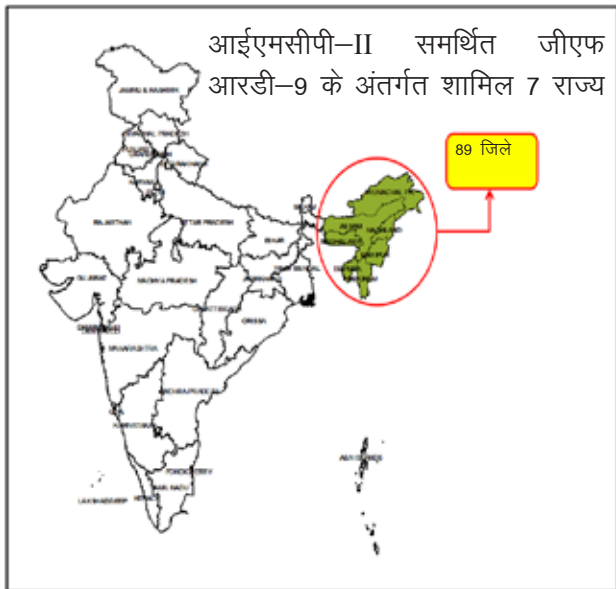
मलेरिया से निपटने के लिए कुछ मलेरिया जोखिम क्षेत्रों में बाहरी सहायता के माध्यम से अतिरिक्त सहायता प्रदान की जाती है। i) वर्तमान में, मलेरिया नियंत्रण हेतु विश्व निधि सहायता-प्राप्त गहन मलेरिया नियंत्रण परियोजना (आईएमसीपी-1) को कार्यान्वित किया जा रहा है। ii) दिनांक 31.12.2013 को विश्व बैंक समर्थित मलेरिया नियंत्रण और कालाजार उन्मूलन परियोजना बंद कर दी गई थी।

इन परियोजनाओं के अंतर्गत निम्नलिखित क्षेत्र शामिल हैं:

- fo'o fuf/k l gk rk çkr ^xgu eyfj; k fu; æ.k\* %kZel hi&n!

पूर्वोत्तर के 7 राज्यों में पांच वर्ष की अवधि के लिए

अक्टूबर, 2010 से वैश्विक निधि चरण 9 समर्थित त्वरित मलेरिया नियंत्रण परियोजना (आईएमसीपी-II) का कार्यान्वयन किया जा रहा है। इस परियोजना क्षेत्र में 89 जिलों में 46 मिलियन जनसंख्या कवर की जाती है। इस परियोजना की कार्यनीतियां गहन आईईसी तथा स्वास्थ्य कर्मियों एवं सामुदायिक स्वयं सेवियों के क्षमता निर्माण तथा प्रशिक्षण के जरिए मच्छरदानी (टिकाऊ कीटनाशक मच्छरदानी) सहित शीघ्र निदान और पूरा उपचार, समेकित वेक्टर नियंत्रण हैं। मानव शक्ति, आरडीटी, औषधियों तथा एलएलआईएन के रूप में इन परियोजना क्षेत्रों को विशिष्ट इन्पुट दिए जाते हैं। पहले चरण की अवधि दो वर्ष है जो अक्टूबर, 2010 से शुरू होकर सितम्बर 2012 तक है। चरण- II की अवधि तीन वर्ष अर्थात् अक्टूबर, 2012 से सितम्बर, 2015 तक है। केरिंटॉस इंडिया इस परियोजना में पूरक भागीदार और मुख्य प्राप्तकर्ता 2 (पीआर 2) है।



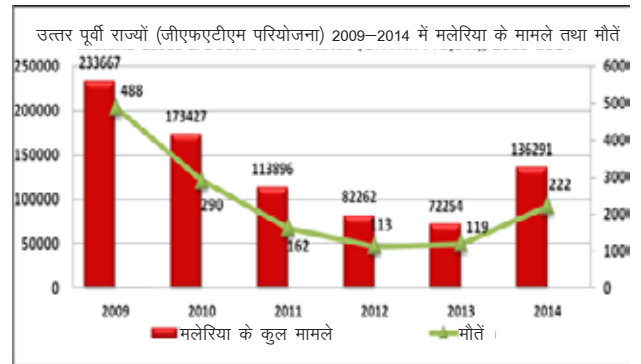
परियोजना क्षेत्र में दी जा रही निम्नानुसार है:-

- राज्य और जिला स्तर पर परियोजना निगरानी एककों के लिए परामर्शदाताओं और सहायक कर्मचारियों के रूप में मानव संसाधन सहायता और

उप-जिला स्तर पर मलेरिया तकनीकी पर्यवेक्षण एवं प्रयोगशाला तकनीशियन।

- जिला वीबीडी परामर्शदाताओं, चिकित्सा अधिकारी/प्रयोगशाला तकनीशियनों/आशा, सीएचवी के रूप में स्वैच्छिक कार्यकर्ताओं आदि का क्षमता निर्माण।
- मलेरिया के गंभीर रोगियों के उपचार हेतु दीर्घावधि तक चलने वाली कीटनाशी मच्छरदानियां (एलएलआईएन), मलेरिया के तुरन्त निदान के लिए त्वरित नैदानिक परीक्षण, वैकल्पिक औषधियां अर्थात् आर्टेमिसिनिन आधारित काम्बिनेशन थेरेपी और इंजेक्शन आर्टेसुनेट जैसी वस्तुओं की व्यवस्था।
- सचल सहायता, मॉनीटरिंग, मूल्यांकन और प्रचलनात्मक अनुसंधान (औषधि रोधी और कीट विज्ञानी पहलुओं संबंधी अध्ययन) सहित नियोजन और प्रशासन।

परियोजना कार्यकलापों का प्रभाव, परियोजना वाले राज्यों (7) में मलेरिया के मामलों और मलेरिया के कारण होने वाली मौतों में कमी के रूप में नजर आता है जैसा कि ग्राफ में दर्शाया गया है।



मलेरिया के कारण होने वाली मौतों को रोकने तथा उसके संचरण और रूग्णता में कमी लाने के प्रमुख उद्देश्यों के साथ 1971 में भारत सरकार द्वारा एनवीबीडीसीपी के अंतर्गत शहरी मलेरिया योजना (यूएमएस) को मंजूरी दी गई थी। यह योजना 19 राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों के 131 कस्बों में क्रियान्वित की जा रही है जिसमें लगभग 130 मिलियन लोगों का बचाव किया जा रहा है। इस योजना के अंतर्गत नकद सहायता के माध्यम से भारत सरकार लार्वीसाइड का समर्थन कर

रही है, तथापि, क्रियान्वयन हेतु कर्मचारियों तथा प्रचालन लागत का इंतजाम राज्य/निगम/नगरपालिका द्वारा किया जाना है।

मलेरिया के कुल मामलों में से 10 प्रतिशत शहरी क्षेत्रों से रिपोर्ट किए

जाते हैं। अहमदाबाद, चेन्नई, कोलकाता, मुम्बई, वडोदरा, विशाखापट्टनम, विजयवाड़ा आदि से अधिकांश संख्या में मलेरिया रोगियों की सूचना प्राप्त हुई थी। वर्ष 2011-2015 के दौरान देश के सभी शहरों में मलेरिया की तुलनात्मक जानपदिक रोग विज्ञानी रूपरेखा इस प्रकार है:-

2011&2015 दस लाख प्रति 19 जून; मलेरिया के कुल मामलों में से 10 प्रतिशत शहरी क्षेत्रों से रिपोर्ट किए							
वर्ष	कुल मामले	शहरी मामले	शहरी दर	कुल दर	शहरी दर	ग्रामीण दर	मृत्यु
2011	130316971	142502	13910	9.77	2.07	0.21	147
2012	130329138	82554	8236	9.98	1.35	0.14	61
2013	131279000	65568	5463	8.33	1.04	0.09	43
2014	74919964	203486	15129	7.43	--	--	14
2015	1058242338	17395	1566	9.00	--	--	--

पीएफ = प्लाज्मोडियम फाल्सीपेरम, एसपीआर = स्लाइड पॉजिटिविटी दर, एसएफआर = स्लारइड फाल्सीपेरम दर।

शहरी मलेरिया योजना के तहत मलेरिया नियंत्रण कार्यनीतियां हैं: (i) परजीवी नियंत्रण और (ii) वेक्टर नियंत्रण।

इसके तहत अप्रत्यक्ष अभिकरणों जैसे अस्पतालों, औषधालयों निजी एवं सरकारी क्षेत्र के अस्पतालों के माध्यम से उपचार किया जाता है। प्रत्येक स्वास्थ्य क्षेत्र/मलेरिया नियंत्रण एजेंसियों जैसे नगर-निगम, रेलवे, रक्षा सेवाओं द्वारा बड़े शहरों में मलेरिया क्लीनिक स्थापित किए जाते हैं।

स्रोत की कमी, लार्वाभक्षी का उपयोग, लार्वाभक्षी मछली का उपयोग, स्थान पर छिड़काव, लघु इंजीनियरिंग और विधायी उपाय शामिल हैं।

शहरी मलेरिया का नियंत्रण मुख्य रूप से घरेलू और अर्द्ध घरेलू क्षेत्रों या आवासीय खंडों और सरकारी/व्यावसायिक भवनों, निर्माण स्थलों में मच्छरों के प्रजनन से बचाने के लिए शहरी उप-नियमों के कार्यान्वयन पर आधारित है। उपनियम बनाए गए हैं और दिल्ली, चेन्नई, मुम्बई, चंडीगढ़, अहमदाबाद, भावनगर, सूरत, राजकोट, भोपाल, अगरतला व गोवा में इन उपनियमों को कार्यान्वित किया जाता है।

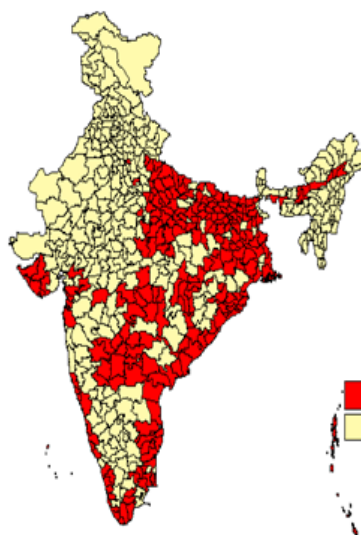
इसके अलावा, डेंगू की समस्या की शहरी क्षेत्रों से भी काफी

सूचना प्राप्त की जा रही है। इसलिए 12वीं योजनावधि के दौरान, शहरी वीबीडी योजना शुरू की गई है।

### 5-2-2 मलेरिया नियंत्रण योजना

लिम्फैटिक फाइलारियासिस, जो एक परजीवी रोग है, का मुख्य कारण वुचेरिया बेंक्राफटी है तथा यह गंदगी और प्रदूषित पानी में पनपने वाले क्यूलेक्स विननक्वेफारसिटस मच्छर द्वारा मुख्यतः संचारित होता है। तथापि प्रदूषित पानी की अनुपस्थिति में यह साफ पानी में भी पनप सकता है।

### मलेरिया नियंत्रण योजना



■ स्थानिकमारी जिले  
■ गैर-स्थानिकमारी जिले

यह संक्रमण ग्रामीण और शहरी दोनों क्षेत्रों में मौजूद रहता है। यह एक चिरकालिक रोग है और मुख्यतः लिम्फोडेमा और हाईड्रोसिल के रूप में व्याप्त होता है। यह रोग ब्रुजिया मालायी नामक एक अन्य परजीवी से भी उत्पन्न होता है जो मुख्यतः मेनसोनिया एन्थुलिफेरा द्वारा संचारित होता है जोकि इस परजीवी का मुख्य वेक्टर है। एम. यूनिफोर्मिस भी इस रोग के संचरण में भूमिका निभाता है और इसलिए यह ब्रुजिया संक्रमण के लिए द्वितीयक वेक्टर है। उपलब्ध रिपोर्टों के अनुसार, ब्रुजिया संक्रमण की व्याप्तता केरल के छोटे क्षेत्र तक सीमित है।



यह रोग 16 राज्यों तथा 5 संघ राज्य क्षेत्रों के लगभग 255 जिलों में स्थानिकमारी है। इन 255 जिलों के लगभग 630 मिलियन जनसंख्या को लिम्फेटिक फाइलेरियासिस का खतरा है। विकलांगता के अलावा, यह रोग प्रभावित व्यक्तियों को आर्थिक क्षति और व्यक्तिगत अभिघात पहुंचाता है तथा सामाजिक कलंक से भी जुड़ा है, यद्यपि यह घातक नहीं है।

भारत सरकार लिम्फेटिक फाइलेरियासिस के वैश्विक उन्मूलन के लिए वर्ष 1997 में विश्व स्वास्थ्य संघ संकल्प की भी हस्ताक्षरकर्ता है। इस रोग के वैश्विक उन्मूलन का लक्ष्य वर्ष 2020 रखा गया है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002)

ने वर्ष 2015 तक भारत में लिम्फेटिक फाइलेरियासिस के उन्मूलन की परिकल्पना की है।

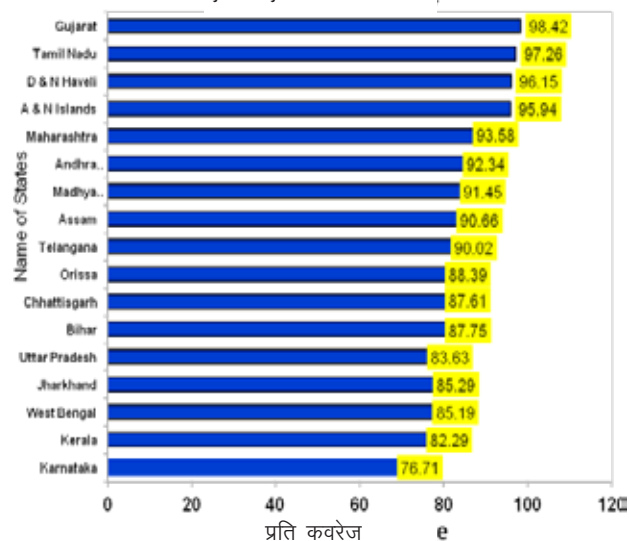
लिम्फेटिक फाइलेरियासिस उन्मूलन की कार्यनीति निम्न प्रकार है:

- रोग के संचरण को रोकने हेतु उन सभी लोगों को जो पांच वर्ष या उससे अधिक समय से जोखिम झेल रहे हैं, गर्भवती महिलाओं को छोड़कर सभी दवाई लेने के योग्य सभी लोगों को, 2 वर्ष से कम आयु के बच्चों को तथा गंभीर रूप से बीमार लोगों को प्रति वर्ष मास ड्रग एडमिनिस्ट्रेशन (एमडीए) की एकल खुराक।

लिम्फोडेमा मामलों के गृह आधारित उपचार को बढ़ावा तथा अभिज्ञात सीएचसी/जिला अस्पतालों/चिकित्सा। लिम्फेटिक फाइलेरियासिस का उन्मूलन करने के लिए 2004 के दौरान भारत सरकार ने डीईसी गोलियों की एकल खुराक के साथ एमडीए की शुरुआत की।

डीईसी+अल्बेंडाजोल के सह-परिदाय में वर्ष 2007 से इस कार्यक्रम में 2004 में 202 जिलों को कवर किया गया जबकि वर्ष 2007 तक सभी 250 (विभाजन के कारण अब 255) एलएफ स्थानिकमारी वाले जिलों को कवर किया गया। इस कवरेज में वर्ष 2004 में 72.4% से वर्ष 2014 में 86.8% तक उन्नयन हुआ है।

एमडीए कवरेज: 2014,



- ईएलएफ क्रियाकलाप के दौरान औषधि अनुपालन में सुधार पर जोर देने के लिए 14-20 दिसंबर, 2014 के दौरान एमडीए को राष्ट्रीय फाइलेरिया सप्ताह के रूप में मनाया गया है। किंतु 17 राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों में लक्षित सभी 184 जिलों में पर्यवेक्षण में तेजी लाने के लिए तिथियों को आगे बढ़ा दिया गया। एमडीए अभियान दिनांक 14 दिसंबर, 2014 से शुरू हुआ और सबसे अंत में बिहार राज्य में मई, 2015 में अभियान को पूरा किया गया। एमडीए के दौरान इस लक्ष्य की तुलना में 86.8% जनसंख्या को शामिल किया गया।
- अक्टूबर, 2015 तक 53 जिलों (असम के 5, गोवा के 2, गुजरात के 5, कर्नाटक के 3, केरल के 4, महाराष्ट्र के 6, तमिलनाडु के 16, ओडिशा के 6, पश्चिम बंगाल के 4 तथा दमन और दीव एवं पुदुचेरी के 1-1) जिलों में पहला संचरण आकलन सर्वेक्षण (टीएएस) सफलतापूर्वक पूरा कर लिया गया है और वहां एमडीए बंद करने की स्थिति प्राप्त हो गई है।
- अन्य 65 जिलों में पहले टीएएस की तैयारी की जा रही है और शेष 137 जिलों में एमडीए 2015 चरण शुरू किया जाएगा। एमडीए 2014 चरण का राज्य-वार कवरेज **ifj'kV&7** में दर्शाया गया है।
- वर्ष 2015-16 के दौरान, डब्ल्यूएचओ के सहयोग से पांच प्रशिक्षण कार्यशालाएं आयोजित की गई हैं और एमडीए तथा टीएएस दोनों क्रियाकलापों के लिए राज्यों एवं जिलों के 150 कर्मचारियों को प्रशिक्षित किया गया है।

लिम्फोडेमा तथा हाइड्रोसील मामलों का सूचीयन, इन फाइलेरिया स्थानिक जिलों में घर-घर जाकर सर्वेक्षण करके, वर्ष 2004 से शुरू किया गया था। सूचीबद्ध मामलों को राज्य स्वास्थ्य प्राधिकारियों द्वारा नियमित रूप से अद्यतन किया जा रहा है तथा मामले दर्ज किए जा रहे हैं। यह वृद्धि मुख्यतः आरंभिक वर्षों के दौरान अपूर्ण सर्वेक्षणों तथा समुदाय के पक्ष पर लिम्फोडेमा तथा हाइड्रोसेल की अपनी अभिव्यक्तियों को उद्घाटित करने में हिचकिचाहट के कारण है। अक्टूबर, 2014 तक के अद्यतन आंकड़े दर्शाते हैं कि लगभग 12 लाख नैदानिक लक्षणों वाले (8 लाख लिम्फोडेमा तथा 4 लाख हाइड्रोसेल के मामले) मामले सूचीबद्ध किए गए हैं। कुल 1.29 लाख हाइड्रोसील के मरीजों का ऑपरेशन किया गया है। चिरकालिक लिम्फोडेमा

के मामलों में द्वितीयक बैक्टीरियल तथा फंगल संक्रमण की रोकथाम के लिए साफ-सफाई रखने हेतु पैर धोने की पहल भी की गई है ताकि रोगियों को बारंबार तीव्र आघातों से राहत मिले। राज्य नियमित रूप से सूची को अद्यतन करते हैं तथा अपने संबंधित हाइड्रोसील ऑपरेशन्स में तीव्रता लाते हैं।



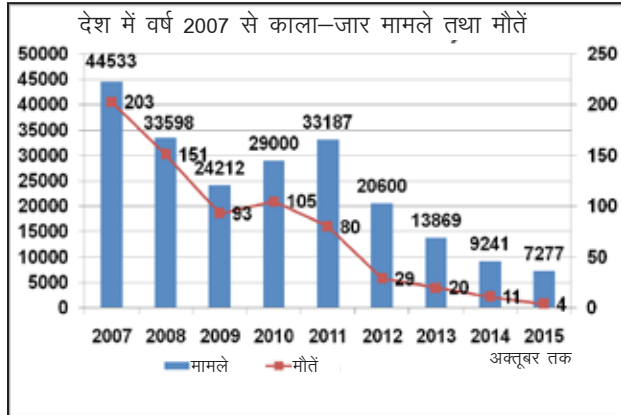
दमन और दीव में टीएएस की जांच

सभी क्रियान्वयन एककों (जिलों) में माइक्रो फाइलेरिया सर्वेक्षण एमडीए से पहले रात्रि रक्त सर्वेक्षण के माध्यम से किया जा रहा है। यह सर्वेक्षण दिशा-निर्देशों के अनुसार 4 निगरानी तथा 4 यादृच्छिक स्थलों पर किया जाता है, तथा कुल 4000 स्लाईड्स (प्रत्येक स्थल से 500) एकत्र की जाती हैं। राज्यों द्वारा उपलब्ध करवाए गए डाटा एमडीए जिलों में माइक्रो फाइलेरिया दर के कम होने को दर्शाते हैं (2014 में 1.24% से घटकर 2014 में 0.44% तक)।

### 5-2-3 दक्यत क्ज

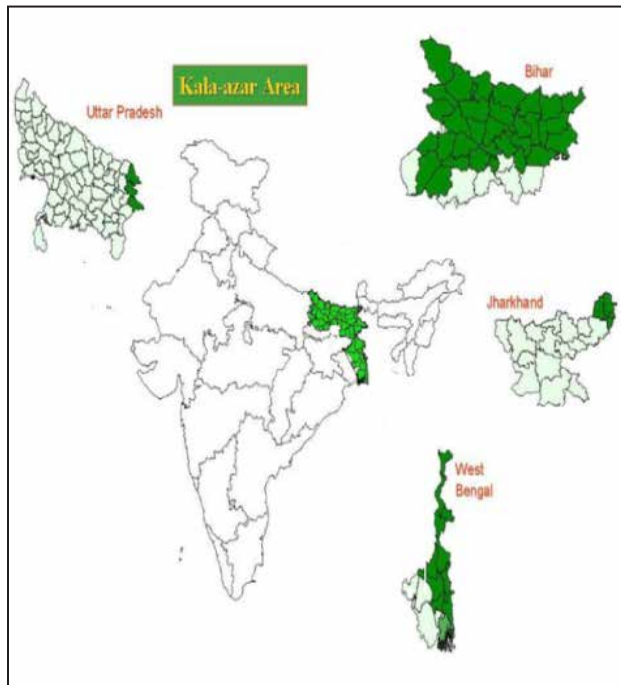
कालाजार प्रोटोजोआ परजीवी *लेईशमानिया डोनोवानी* के कारण होता है तथा सैंड फ्लाय (फेलबोटोमस अर्जेंटिपस) के माध्यम से फैलता है जो छायादार, अंधेरे, नम तथा गर्म स्थलों पर, नर्म मृदा के दरारों तथा छिद्रों में, ईंटों तथा पत्थरों के ढेरों इत्यादि में पनपता है। सैंड फ्लाय प्रजनन की रोकथाम के लिए उचित साफ-सफाई तथा स्वच्छता महत्वपूर्ण है। इस रोग का राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002) के अनुसार वर्ष 2015 तक उन्मूलन करने का भी लक्ष्य है। उन्मूलन के लक्ष्य को हासिल करने के लिए मामले का पता लगाने और उपचार अनुपालन को सुदृढ़ किया गया है तथा कालाजार की शीघ्र नैदानिक परीक्षण किट तथा एकल खुराक लिपोसोमल एम्फोटेरिसिन बी इंजेक्शन तथा अल्पावधि की कॉंबिनेशन औषधि दी जाती है। कालाजार उन्मूलन पर राष्ट्रीय रूपरेखा अगस्त 2014 में बनाई

गई थी जिसमें विशिष्ट समय-सीमा, राज्य और जिला स्तरीय वीबीडी परामर्शदाताओं की भूमिका और जवाबदेही, कालाजार तकनीकी पर्यवेक्षक (केटीएस), निगरानी एवं पर्यवेक्षण के लिए मोटर साइकिल सहित व्यवस्था की गई है।



### कालाजार 54 जिलों (बिहार में 33, झारखंड में 4, प. बंगाल में 11 तथा उत्तर प्रदेश में 6) में विशेष रूप से व्याप्त है।

कालाजार नियंत्रण कार्यक्रम वर्ष 1990-91 में शुरू किया गया था। रोग के सर्वाधिक मामले वर्ष 1992 में थे, जब स्थानिकमारी राज्यों से 77,102 मामले और 1419 मृत्यु की



सूचना प्राप्त हुई थी। वर्ष 2007 में सूचित मामले 44533 से घटकर वर्ष 2009 में 24212 मामले हो गए। वर्ष 2012 की तुलना में वर्ष 2013 में कालाजार मामले घटकर 32.67% रह गए तथा मृत्यु के मामले भी घटकर 31.03% रह गए। वर्ष 2014 के दौरान, वर्ष 2013 की तुलना में काला-अजार के मामलों में 33.37% की और मौत के मामलों में 45% की कमी दर्ज की गई। अक्टूबर 2015 तक भी कमी में यही रुझान पाया गया और 7277 मामले और 4 मौत के मामले दर्ज किए गए। वर्ष 2011 से काला-अजार के मामलों एवं उसके कारण होने वाली मौतों का राज्य-वार ब्यौरा में दिया गया है।

### कालाजार के उन्मूलन के लक्ष्य

- कालाजार के उन्मूलन के लक्ष्य
  - o मामले की शीघ्र पहचान और पूरा उपचार;
  - o रेफरल का सुदृढीकरण;
- , कालाजार के उन्मूलन के लक्ष्य
  - o आंतरिक अवशिष्ट छिड़काव (आईआरएस);
  - o साफ-सफाई और स्वच्छता के रख-रखाव द्वारा पर्यावरण प्रबंधन;
- कालाजार के उन्मूलन के लक्ष्य
  - o सामाजिक जुटाव के लिए व्यवहार परिवर्तन संबंधी संप्रेषण;
  - o अंतर-क्षेत्रीय समाभिरूपण;
  - o प्रशिक्षण और मॉनीटरिंग तथा मूल्यांकन द्वारा क्षमता निर्माण;

कालाजार के उन्मूलन के लक्ष्य को हासिल करने के लिए भारत सरकार दिसम्बर 2003 से 50% कालाजार रोधी दवाइयों, निदान और डीडीटी के अलावा, राज्य सरकारों को सत्रे की 100 प्रतिशत संचालन लागत प्रदान कर रही है।

कालाजार उन्मूलन के लिए निम्नलिखित पहलें की गई हैं:

- उपयुक्त स्तर पर स्पष्ट लक्ष्यों, उद्देश्यों, कार्यनीतियों, गतिविधियों और कार्यों की समय-सीमा से कालाजार उन्मूलन (2014) हेतु राष्ट्रीय रूपरेखा तैयार की गई



है। इस दस्तावेज को राष्ट्रीय, राज्य, जिला और उप-जिला स्तर पर केंद्रीत प्रयासों हेतु तैयार किया जाता है।

- कालाजार रोगी हेतु 28 दिनों के लंबी अवधि के उपचार को एकल दिवस एकल खुराक उपचार तक घटा दिया गया है और उत्तम उपचार अनुपालन हेतु 10 दिनों का संयुक्त उपचार;
- प्रभावकारी निगरानी के लिए राज्य परामर्शदाताओं, जिला वीबीडी परामर्शदाताओं और काला-अजार तकनीकी पर्यवेक्षकों को नियोजित करके और निगरानी हेतु उन्हें मोटरसाइकल उपलब्ध कराकर मानव संसाधन को सुदृढ़ करना।
- संदिग्ध मामले को रेफर करने और पूरे उपचार को सुनिश्चित करने के लिए कालाजार कार्यकत्ता/स्वास्थ्य स्वयंसेवक/आशा को 300/- रुपए तथा अंतरंग अपशिष्ट छिड़काव के एक राउंड में 100/रु. अर्थात् समुदाय की स्वीकार्यता के लिए जागरूकता पैदा करने हेतु छिड़काव के दोनों राउंडों के लिए 200/रु. की प्रोत्साहन राशि;
- औषधि नुस्खे (रेजिमेन) पर विचार किए बिना मजदूरी में होने वाले नुकसान के लिए मरीज को 500/-रु. का प्रोत्साहन तथा पीकेडीएल मरीजों को 2000/-रु. का प्रोत्साहन और रोगी और रोगी के साथ आने वाले एक परिचर को निःशुल्क आहार सहायता;
- ग्रामीण विकास मंत्रालय के सहयोग से गरीबों एवं उपेक्षित समुदायों (महादलित समुदायों), जो सबसे ज्यादा प्रभावित होते हैं, के लिए पक्के मकानों का निर्माण।
- प्रचालनात्मक अनुसंधान।
- दवाइयों एवं नैदानिक जांच किटों की यथेष्ट आपूर्ति।
- सामुदायिक जागरूकता और सामाजिक एकजुटता के लिए आईईसी/बीसीसी क्रियाकलाप।
- कठिन क्षेत्रों में सेवाएं उपलब्ध कराने तथा सहयोगात्मक पर्यवेक्षण के लिए बिल एवं मिलिंडा गेट्स फाउंडेशन (बीएमजीएफ)/सीएआरई, मेडिसिंस सैंस फ्रंटियर्स (एमएसएफ), ड्रग फॉर

नेगलेक्टड डिजीज इनिशिएटिव (डीएनडीआई), पीएटीएच, काला-सीओआरई, राजेन्द्र मेमोरियल रिसर्च इन्स्टीट्यूट (आरएमआरआई) राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केंद्र (एनसीडीसी) पटना और डब्ल्यूएचओ जैसे भागीदार कठिन क्षेत्रों में सेवा प्रदान करने सहयोगात्मक प्रवेक्षण कार्यक्रम में सक्रिय सहयोग कर रहे हैं।

- एनवीबीडीसीपी के सहयोग से राजेंद्र मेमोरियल आयुर्विज्ञान अनुसंधान संस्थान, पटना के माध्यम से परामर्शदाताओं एवं चिकित्सा अधिकारियों का क्षमता-निर्माण और प्रशिक्षण और।
- वर्ष 2015 में, बिहार के सात जिलों में डीडीटी के स्थान पर सिंथेटिक पायरिथोरिड कीटनाशक का प्रयोग। काला-अजार स्थानिकमारी की अधिक संभावना वाले 21 जिलों में सिंथेटिक पायरिथोरिड का प्रयोग स्तारित करने का प्रस्ताव।
- उच्च अधिकारियों तथा प्रधानमंत्री कार्यालय (पीएमओ) द्वारा काला-अजार उन्मूलन कार्यक्रम की आवधिक समीक्षा।

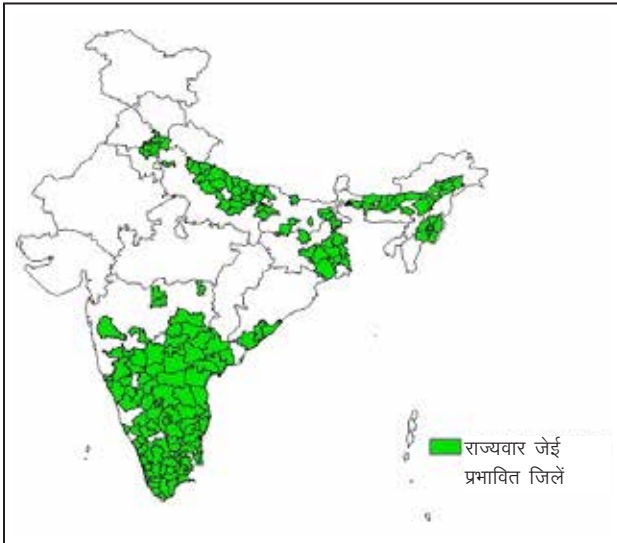
## मिथक

- वर्ष 2012 से काला-अजार के मामलों और उसके कारण होने वाली मौतों की संख्या में निरंतर कमी हो रही है। वर्ष 2014 में, वर्ष 2013 की तुलना में काला-अजार के मामलों में 33.36% की और मौत के मामलों में 45% की कमी आई। वर्ष 2015 में सितंबर माह तक 6763 मामलों एवं 4 मौतों की सूचना प्राप्त हुई है।
- वर्ष 2014 के दौरान, स्थानिक मारी वाले 611 ब्लॉक पीएचसी में से 454 (74%) ब्लॉक पीएचसी में प्रति 10 हजार की जनसंख्या पर एक मामले से कम का लक्ष्य हासिल कर लिया गया है। वर्ष 2013 में, उपलब्धि 67% थी।
- आज की तिथि तक 3589 मरीजों का लाइपोसोमल एंफोटेरिसिन बी द्वारा एकल दिवस उपचार किया गया है।
- भागीदार राज्य के भागीदार के साथ मिलकर संयुक्त रूप से कार्यक्रम की सक्रिय निगरानी कर रहे हैं।

### 5-2-4 t ki kuh , U QykvI t sbZ

जापानी एन्सेफलाइटिस एक जूनोटिक रोग है जो मुख्यतः क्यूलेक्स विशनुई समूह से संबंधित रोगाणु मच्छर द्वारा पारेषित होता है। प्रकृति में पारेषण चक्र का अनुरक्षण सुअरों तथा जल पक्षियों जैसे जे.ई. वायरस के पशु जलाशयों द्वारा होता है। मनुष्य इसके लिए डेड एंड होस्ट है अर्थात् जे.ई. एक संक्रमित व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को नहीं फैलता। उन क्षेत्रों में यह रोग अधिक फैलता है जहां पशुओं/पक्षियों तथा मानवों के बीच सन्निकट अंतःक्रिया होती है। जे.ई. रोगाणु धान के खेतों जैसे विशाल जलाशयों में पनपते हैं। इस रोग का खतरा लगभग 375 मिलियन लोगों को है।

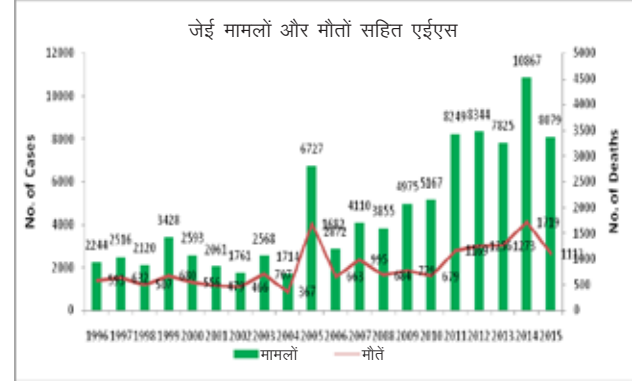
#### जेई से प्रभावित क्षेत्र



t bZ एक्यू ट इन्से फलाइटिस सिंड्रोम (एईएस) के अंतर्गत दर्शाया जाता है। अतः राज्यों से प्रदान किए जाने वाले आंकड़े जेई मामलों सहित कुल एईएस के लिए हैं। पुष्ट किए गए जेई मामलों को भी अलग किया गया है।

t kui fnd jlx foKkuh fLFkr&जे.ई. की सूचना देश के विभिन्न भागों से प्राप्त हुई है। यह रोग 21 राज्यों के 204 जिलों में स्थानिकमारी है जिनमें से असम, बिहार, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल में रोग भार की 80% से अधिक सूचना मिलती रही है। वर्ष 2014 के दौरान जेई सहित तीव्र एंसेफालाइटिस सिंड्रोम के कारण 10867 मामले तथा 1719 मृत्यु के मामले सूचित किए गए हैं। वर्ष 2015 (30.11.2015 तक) के दौरान जेई सहित ए.ई.एस के 8079 मामले तथा 1112 मृत्यु के मामले सूचित किए गए।

राज्यों द्वारा सूचित एईएस और जेई के मामलों तथा उनसे होने वाली मौतों का राज्य-वार ब्यौरा ifjf'kV&5 क एवं 5 [k में दिया गया है।



इस रोग का कोई विशिष्ट उपचार नहीं हैं। लाक्षणिक तथा शीघ्र रोगों उपचार, मृत्यु तथा जटिलताओं के जोखिम को न्यूनतम करने के लिए अत्यंत आवश्यक है। भारत सरकार ने वर्ष 2006 में 1 से 15 वर्ष की आयु के बीच के बच्चों के लिए एकल खुराक लाइव एटेन्यूएटिड जे.ई. (एस.ए. 14-14-2) के साथ जे.ई. टीकाकरण कार्यक्रम की शुरुआत की जिसे नए रोगियों को कवर करने के लिए 16-24 माह की आयु वाले बच्चों को नेमी टीकाकरण के तहत एक खुराक दी जाएगी। इसके अलावा, अप्रैल 2013 से आरआई के अंतर्गत विशेषज्ञ समूह की सिफारिशों के बाद, सबसे पहले 9 माह की आयु वाले बच्चे को जेई टीके की दो खुराक और दूसरी बार 16-24 माह की आयु में खुराक को शामिल किया गया है। हालांकि, जेई टीकाकरण के तहत 182 जिलों को कवर किया गया है (नवंबर 2015 तक)।

इसके अतिरिक्त, समुदाय में समुचित संदेशों का प्रसार करने के लिए मीडिया, अंतर वैयक्तिक संचार इत्यादि जैसे विभिन्न माध्यमों के जरिए समाजिक एकजुटता जैसे जन स्वास्थ्य उपायों का क्रियान्वयन महत्वपूर्ण है। विशेषतः सुबह से संध्या तक, सुअरों को मानव बस्तियों से दूर रखना अथवा सुअर बाड़ों में रखना, जब रोगाणु मच्छरों को काटने का समय होता है, इस बात रखने पर जोर दिया जाता है। मच्छरदानियों का प्रयोग करके तथा शरीर को पूरी तरह ढक कर मानव मच्छर संपर्क से बचाव के संबंध में समुदाय का सुग्राहीकरण का भी प्रचार किया जाता है। चूंकि मामलों की शीघ्र रिपोर्टिंग

किसी जटिलता तथा मृत्यु दर से बचाव के लिए महत्वपूर्ण है, समुदाय को लक्षणों तथा चिह्नों के बारे में तथा साथ ही स्वास्थ्य केन्द्रों/अस्पतालों में स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता के बारे में पूर्ण जानकारी दी जाती है। इसके अतिरिक्त, राज्यों को सलाह दी जाती है कि वे प्रभावित क्षेत्रों में रोग फैलने पर नियंत्रण के रूप में मैलाथियोन (तकनीकी) से धूमिकरण करें।

मुख्यतः उत्तर प्रदेश में गैर-जापानी एन्सेफलाइटिस के कारण स्थिति की गंभीरता को देखते हुए दिनांक 4.11.11 मंत्री समूह गठित की गई थी जिन्होंने एन्सेफेलाइटिस के प्रकोप से रोकथाम के लिए बहु आयामी कार्यनीति का सुझाव दिया था। मंत्री समूह की चार बैठकें हुईं (21 नवम्बर, 25 नवम्बर, 9 दिसम्बर, 2011 और 2 फरवरी 2012) मंत्री समूह की सिफारिशों दिनांक 18.10.2012 को मंत्रिमंडल द्वारा अनुमोदित की गईं। निम्नलिखित मंत्रालयों की भागीदारी के साथ असम, बिहार, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल और तमिलनाडु राज्यों में 60 उच्च प्राथमिक जिलों में रोकथाम और नियंत्रण संबंधी प्रयासों को मजबूत बनाने के लिए एकीकृत दृष्टिकोण मुख्य था।

1. नोडल मंत्रालय के रूप में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
2. पेयजल आपूर्ति एवं स्वच्छता मंत्रालय
3. आवास एवं गरीबी उपशमन मंत्रालय
4. महिला एवं बाल विकास मंत्रालय
5. सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता मंत्रालय

मुख्य कार्यनीतिक क्षेत्र निम्नलिखित हैं:

- जनस्वास्थ्य प्रयासों का सुदृढीकरण
- 60 जिला अस्पतालों में शिशु रोग आईसीयू की स्थापना
- 62 अतिरिक्त जिलों में जेई टीकाकरण
- 5 राज्यों के 10 विभिन्न चिकित्सा महाविद्यालयों के पीएमआर की स्थापना
- ग्रामीण और बस्तियों में शुद्ध पेयजल, स्वच्छता प्रदान करना

- 60 अभिज्ञात जिलों में जिला पुर्नवास और परामर्श केंद्रों की स्थापना
- माहामारी वाले क्षेत्रों में बच्चों की पोषणिक स्थिति में सुधार करना
- इनसेफलाइटिस मामलों के पूर्व रेफरल में सहायता के लिए आशा की भागीदारी

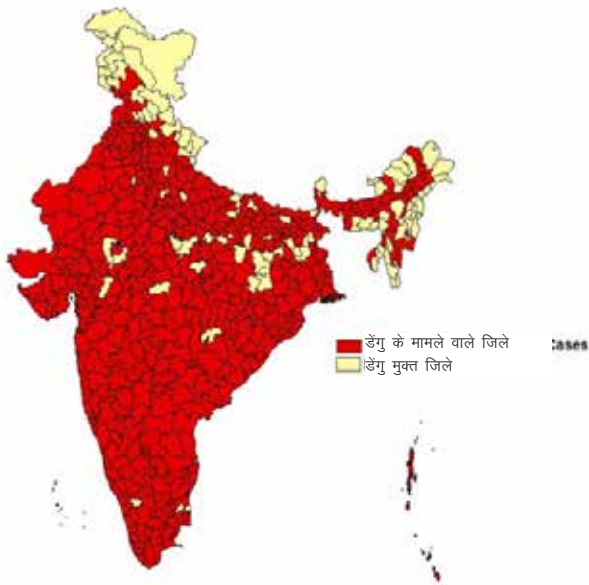
### 5-2-5 MxwToj @Mxwj äI hoh Toj

डेंगू ज्वर एक फैलने वाला वायरस रोग है, यह मच्छरों के कारण होता है। एडीज एजिप्टी और एई. अल्बोपिक्टस दोनों ही संचरण में शामिल हैं। एडीज एजिप्टी मच्छर मानव निर्मित पात्रों में पनपना पसंद करते हैं जैसे सीमेंट की टंकियों, ओवरहेड टंकियों, भूमिगत टंकियों, टायरों, डेजर्ट कूलरों, पिचरों, फेंके गए पात्रों, जंक सामग्री इत्यादि जिनमें पानी एक सप्ताह से अधिक समय तक सड़ता रहता है। यह दिन में काटने वाला मच्छर होता है तथा यह घरों के अंदर कठिनाई से मिलने वाले अंधेरे क्षेत्रों में आराम करना पसंद करता है। एडीज अल्बोपिक्टस मच्छर प्राकृतिक स्थानों जैसे पेड़ों के कोटरों के अंदर, प्रतिरोपण इत्यादि में पनपते हैं। तीव्र शहरीकरण, त्रुटिपूर्ण जल प्रबंधन सहित शहरी, अर्ध शहरी तथा ग्रामीण क्षेत्रों में अनुपयुक्त जल भंडारण पद्धतियों के कारण, जो मच्छर स्थलों की प्रचुरता में सहायक होती है, हाल के वर्षों में डेंगू के जोखिम में वृद्धि दिखाई दी है। डेंगू के मामलों की संख्या मानसून के पश्चात चरम शिखर पर होती है तथा यह समान रूप से नहीं फैलता। तथापि, दक्षिणी राज्यों और गुजरात में यह संचरण बारहमासी है। डेंगू एक स्वतः सीमित होने वाला उत्कृष्टम मच्छर पारेषित



जंक मैटेरियल

डेंगु प्रभावित क्षेत्र



रोग है जिसके लक्षण ज्वर, सिर दर्द, मांसपेशियों, जोड़ों में दर्द, त्वचा पर एलर्जी, मतली तथा उबकाई आना है। कुछ संक्रमण डेंगू रक्त स्रावी ज्वर (डीएचएफ) में सहायक होते हैं तथा अपने अति उत्कृष्ट रूप में डेंगू आघात लक्षण (डीएसएस) से रोगी की जान को मुख्यतः वर्धित परिमेयता तथा आघात के कारण खतरा हो सकता है। हालांकि वर्ष 2014 के दौरान 40571 मामले और 137 मौत सूचित किए गए थे। मामले की मृत्यु दर, जो 1996 में 3.3 प्रतिशत थी, वर्ष 2010 में घटकर 0.4 प्रतिशत और 2014 में 0.3 प्रतिशत रह गई थी। यह रोग प्रतिवर्ष नए भौगोलिक क्षेत्रों में फैल रहा है।

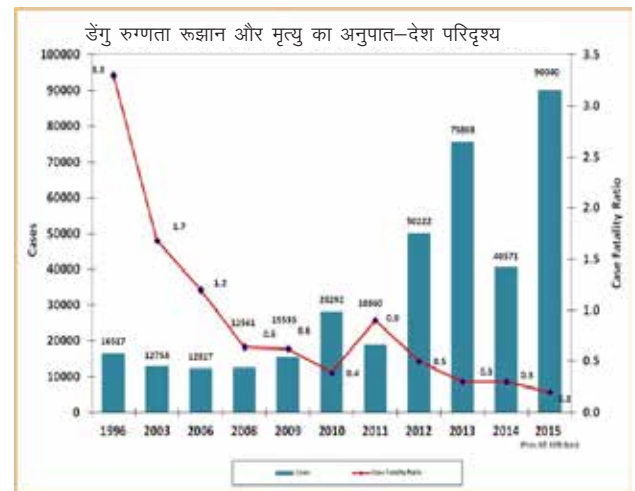


छत की खुली टंकियां

डेंगू 35 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में स्थानिकमारी के रूप में है। वर्ष 1996 के पश्चात 16517 मामले (संदिग्ध) तथा 545 मृत्यु के मामले वर्ष 2003, 2005 2008, 2010, 2012 एवं 2013 सूचित किए गए थे। वर्ष 2011 में कुल 18860 मामले तथा 169 मृत्यु के मामलों की सूचना प्राप्त हुई। वर्ष 2012 में, कुल 50222 मामलों तथा 242 मृत्यु के मामलों की सूचना और वर्ष 2013 के दौरान 75808 मामलों और 193 मौतों की सूचना मिली थी। वर्ष 2014 के दौरान, 40571 मामलों और 137 मौतों की सूचना प्राप्त हुई। महाराष्ट्र (54) से सबसे ज्यादा मौतों की सूचना मिली और इसके बाद मध्य प्रदेश (13) और केरल (11) का स्थान था। वर्ष 2015 (नवम्बर तक) के



बेकार टायर



दौरान 90040 मामलों और 181 मौतों की सूचना प्राप्त हुई है (ifj'kV&2)।

डेंगू के लिए कोई विशिष्ट वायरल रोधी औषध या टीका नहीं है। मृत्यु दर को केवल आरंभिक निदान तथा मामलों के त्वरित लाक्षणिक प्रबंधन द्वारा ही न्यूनतम किया जा सकता है। डेंगू ज्वर के नैदानिक प्रबंधन के लिए दिशानिर्देश तैयार किए गए हैं तथा उन्हें व्यापक परिचालन क्लीनिकल प्रशिक्षित करके उनके क्षमता-निर्माण हेतु राज्यों को भेजा गया है। डेंगू की रोकथाम तथा नियंत्रण के लिए दिनांक 26/5/2011 को सचिवों की समिति द्वारा एक मध्यावधिक योजना को मंजूरी दी गई थी जिसे क्रियान्वयन हेतु राज्यों के साथ साझा किया गया है। डेंगू की रोकथाम और नियंत्रण संबंधी मध्यावधि योजना ('ओक्टायलोग' के रूप में प्रसिद्ध) के मुख्य घटक निम्नलिखित हैं:

- fuxjku& रोग और कीट विज्ञानी निगरानी।
- jkxh ççaku& प्रयोगशाला निदान और नैदानिक प्रबंधन।
- oDVj ççaku&स्रोत ह्रास, रसायन नियंत्रण, व्यक्तिगत रक्षा और विधान के लिए पर्यावरणिक प्रबंधन।
- ççki vuç; k&स्थानिकमारी तैयारी और मीडिया प्रबंधन।
- {lerk fuelZk&प्रशिक्षण, मानव संसाधन और ऑपरेशन रिसर्च का सुदृढीकरण।
- Q logkfj d ifjorZ l ççk k& सामाजिक जुटाव और सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण (आईईसी)।
- varj&क्षेत्रीय समन्वय-शहरी विकास, ग्रामीण विकास, पंचायती राज, सड़क परिवहन मंत्रालय और शिक्षा क्षेत्र के साथ।
- e,uhVju vç i; Zçk k& रिपोर्टें, समीक्षा, फील्ड दौरों और फीडबैक का विश्लेषण।

मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक तथा अंतर-वैयक्तिक माध्यम, बाह्य प्रचार के साथ-साथ सिविल समाज संगठन (एनजीओ/सीबीओ/स्व-सहायता समूह), पीआरआई तथा नगर निगम निकायों के साथ अंतर क्षेत्रक सहयोग के जरिए गहन

स्वास्थ्य शिक्षा क्रियाकलापों पर जोर दिया गया है। जुलाई माह को डेंगू रोधी माह के रूप में माना जाता है जब राज्य नियमित आईईसी/बीसीसी गतिविधियों के अलावा सामुदायिक जागरूकता और जुटाव अंतर-वैयक्तिक संचार आदि हेतु व्यापक अभियान शुरू करते हैं।

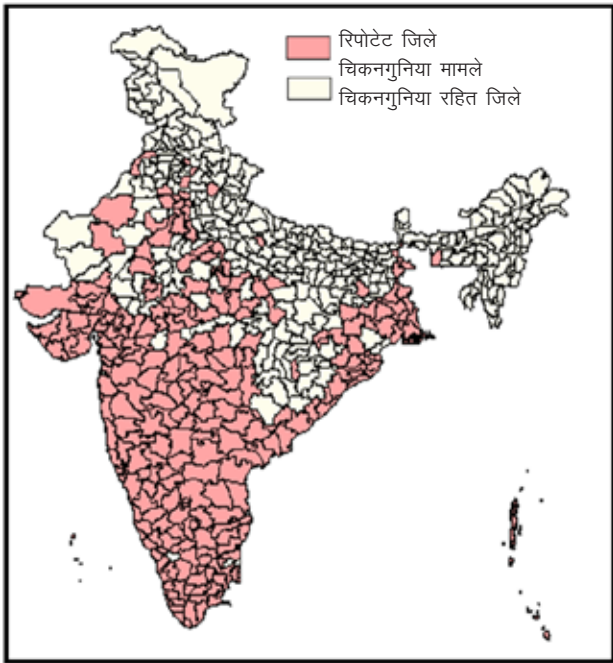
कार्यक्रम द्वारा नियमित पर्यवेक्षण तथा अनुवीक्षण किया जाता है। भारत सरकार ने राज्यों के साथ परामर्श करके स्थानिकमारी वाले राज्यों में नैदानिक सुविधाओं के वर्धन के लिए प्रयोगशाला सहायता वाले 521 प्रहरी निगरानी अस्पतालों का पता लगाया गया है। इसके अतिरिक्त, तुरन्त निदान तथा समर्थन सहायता के लिए, 15 शीर्ष रेफरल प्रयोगशालाओं का पता लगाया गया है जिन्हें सेंटीनल निगरानी अस्पतालों से जोड़ा गया है ¼fj'kV&8¼

शीघ्र निदान के लिए इलिसा आधारित एनएस1 किटें इस कार्यक्रम के अंतर्गत शुरू की गई हैं जो संक्रमण के पहले दिन से रोग का पता लगा सकते हैं। आईजीएम कैप्चर एलिसा जांच संक्रमण के 5वें दिन के बाद मामले का पता लगा सकती है।

### 5-2-7 fpdçxç; k

चिकुनगुनिया एक दुर्बल करने वाली, गैर-घातक वायरल बीमारी है जो चिकुनगुनिया वायरस द्वारा फैलती है। यह रोग तीन दशकों के अंतराल के पश्चात् देश में पुनः उभरा है। भारत में चिकुनगुनिया ज्वर की वृहत महामारी के मामले 60 एवं 70 के दशक में सूचित हुए थे। 1963 (कोलकाता), 1965 (तमिलनाडु में चेन्नई तथा पुदुच्चेरी), आंध्र प्रदेश में सागर तथा महाराष्ट्र में नागपुर) तथा 1973 (महाराष्ट्र में बरसी) में सूचित की गई थी। यह रोग एडीज मच्छर द्वारा भी फैलता है। ए.ई. एजिप्टि तथा ए.ई. अल्बोपिक्टस, दोनों ही इस रोग को फैला सकते हैं। मानवों को चिकुनगुनिया वायरस का प्रमुख स्रोत या भंडार माना जाता है। अतः मच्छर सामान्यतः इस रोग को रोग संक्रमित व्यक्तियों को काटने के पश्चात अन्य व्यक्तियों को काटकर फैलाते हैं। संक्रमित व्यक्ति संक्रमण को सीधे दूसरे व्यक्ति तक नहीं फैला सकता (अर्थात् यह छूत का रोग नहीं है)। चिकुनगुनिया ज्वर के लक्षण डेंगू ज्वर में अवलोकित लक्षणों से प्रायः नैदानिक

रूप से समान ही होते हैं। तथापि, डेंगू से विपरीत रक्तस्रावी अभिव्यक्तियां विरले ही होती हैं तथा चिकुनगुनिया वायरस संक्रमण में आघात का अवलोकन नहीं होता। यह जोड़ों के अत्यंत दर्द (आथ्रालजिया) तथा चकत्तों के साथ-साथ ज्वर से अभिलक्षित होती है। चिकुनगुनिया महामारी प्रकोप से मामलों की भारी संख्या है किन्तु इसमें मृत्यु विरले ही होती है। कभी-कभी रोग का उपचार होने के काफी बाद भी जोड़ों का दर्द लंबे समय तक बना रहता है।



वर्ष 2006 के दौरान, देश में नैदानिक रूप से संदिग्ध चिकुनगुनिया के कुल 1.39 मिलियन मामले सूचित किए गए थे। 35 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में से निम्नलिखित 28 राज्य/संघ राज्य क्षेत्र प्रभावित हुए थे—आंध्र प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, असम, बिहार, गोवा, गुजरात, हरियाणा, झारखंड, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, मेघालय, महाराष्ट्र, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड, पश्चिम बंगाल अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह, चंडीगढ़, दिल्ली, दादरा एवं नगर हवेली, लक्षद्वीप और पुद्दुचेरी। चिकुनगुनिया से सीधे संबंधित मृत्यु का कोई मामला सूचित नहीं किया गया था। वर्ष 2007 में कुल 14 राज्य प्रभावित हुए थे और संदिग्ध चिकुनगुनिया ज्वर के 59535 मामले सूचित किए गए थे जिनमें मृत्यु का कोई मामला नहीं था। उसके बाद वर्ष 2008, 2009, 2010 2011,

2012 और 2013 में संदिग्ध चिकुनगुनिया ज्वर के 95091, 73288, 48176, 20402, 15977 और 18840 मामले सूचित किए गए और मृत्यु का कोई मामला सूचित नहीं किया गया। वर्ष 2014 में चिकुनगुनिया के कुल 16049 संदिग्ध मामले सूचित किए गए थे जबकि वर्ष 2015 (नवंबर तक) 24997 संदिग्ध मामले सूचित किए गए थे ¼ f f 'KV&3¼



जैसा कि पहले भी उल्लेख किया जा चुका है, एडीज मच्छर दिन के दौरान काटते हैं तथा वे मानव निर्मित विविध प्रकार के पात्रों में पनपते हैं जो मानव बस्तियों के आसपास आमतौर पर विद्यमान होते हैं। इन पात्रों जैसे फेंके गए टायर, फूलदान, पुराने पानी के ड्रम, पारिवारिक जल की नांद, जल भंडारण पात्र तथा प्लास्टिक के खाद्य पदार्थ रखने के पात्रों में वर्षों का जल एकत्र हो जाता है जो एडीज मच्छरों के प्रजनन का स्रोत बन जाता है। ए.ई. एजिप्टि ने केरल को छोड़कर सभी राज्यों में रोग फैलाने में प्रमुख भूमिका निभाई, जबकि ए.ई. अल्बोपिक्टस ने मुख्य निभाई है। ए.ई. अल्बोपिक्टस का प्रजनन रबड़, बागानों के लेटेक्स संग्रहण कपों, अरेका पाम के पत्तों, फलों के छिलकों, पत्तों के एक्सिट, पेड़ों के कुटीरों इत्यादि में पाया गया।

चिकुनगुनिया संक्रमण का इलाज करने के लिए न तो कोई टीका है और न ही कोई औषधि उपलब्ध है। सहायक उपचार जिनसे संलक्षणों में आराम मिलता है जैसे गैर-स्टीरोयडल एंटी-इंफ्लेमेटरी औषधि लेना तथा काफी आराम करना लाभप्रद पाया गया है।

भारत सरकार निरंतर स्थिति की निगरानी कर रही है तथा राज्यों को चिकुनगुनिया ज्वर की रोकथाम तथा नियंत्रण के लिए मार्गनिर्देश तथा परामर्श भेज रही है। चूंकि डेंगू



तथा चिकुनगुनिया के संचरण में समान रोगाणु अंतग्रस्त होते हैं, रोगाणु नियंत्रण द्वारा संचरण जोखिम अपचयन के लिए कार्यनीतियां भी समान हैं। चिकुनगुनिया तथा डेंगू/ डेंगू रक्तस्रावी ज्वर की रोकथाम तथा नियंत्रण के लिए एक व्यापक दीर्घकालिक कार्य योजना तैयार की गई है तथा उसे मार्गदर्शन हेतु राज्यों को भेजा गया है। राज्यों को संभार-तंत्र तथा निधियों के रूप में सहायता उपलब्ध कराई जाती है। राज्य स्वास्थ्य अधिकारियों के तकनीकी मार्गदर्शन के लिए प्रभावित राज्यों में केन्द्रीय दल भेजे जाते हैं। चूंकि अधिकांश संचरण घर में होता है, अतः चिकुनगुनिया की रोकथाम तथा नियंत्रण के लिए कार्यक्रम कार्यनीतियों के सफल क्रियान्वयन के लिए समुदाय भागीदारी एवं सहयोग अत्यंत महत्वपूर्ण है। समुदाय की कारगर भागीदारी के लिए लोगों को चिकुनगुनिया तथा इस तथ्य के बारे में बताया जाता है कि स्वयं समुदाय द्वारा ही प्रभावी निवारण उपाय करके बड़ी-बड़ी महामारियों से बचाव किया जा सकता है। इसलिए समुदाय शिक्षा और जागरूकता के लिए परामर्श और सामाजिक एकत्रीकरण के माध्यम से पर्याप्त प्रयास किए गए हैं।

चिकुनगुनिया के लिए सक्रिय निगरानी करने तथा नैदानिक सुविधाओं का संवर्धन करने के लिए, प्रभावित राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में डेंगू के उपचार में लगे 521 सेंटिनल निगरानी अस्पताल (परिशिष्ट-4) चिकुनगुनिया परीक्षण भी करते हैं। इन संस्थानों के लिए डेंगू तथा चिकुनगुनिया नैदानिक किटों (आईजीएम कैचर एलिसा) दोनों की व्यवस्था राष्ट्रीय विषाणु विज्ञान संस्थान, पुणे के माध्यम से की जाती है तथा लागत की प्रतिपूर्ति भारत सरकार द्वारा की जाती है।

इसके अतिरिक्त, रोग के आगामी विस्तार को रोकने के लिए सेंटिनल निगरानी अस्पतालों से किसी संदिग्ध मामले की सूचना मिलने पर संबंधित स्वास्थ्य प्राधिकारियों द्वारा त्वरित प्रतिक्रिया की परिकल्पना की गई है।

ct V , oaQ ;

12वीं योजनावधि के दौरान बीई, आरई और व्यय निम्नवत है:

(करोड़ रु. में)

क्र.सं.	बीई	आरई	व्यय
2012-13	572.00	455.00	304.38
2013-14	572.00	310.48	324.28
2014-15	572.00	572.00	480.00
2015-16	505.65	-	-

### 5-3 कुष्ठ रोग नियंत्रण कार्यक्रम का बजट

राष्ट्रीय कुष्ठ रोग कार्यक्रम (एनएलईपी) ने वर्ष 1983 में अपने प्रारंभिक समय से कुष्ठ रोग के भार को कम करने में प्रभावशाली सफलता प्राप्त की है। देश ने कुष्ठ रोग उन्मूलन के उद्देश्य को एक जन-स्वास्थ्य समस्या के रूप में प्राप्त किया है, अर्थात् राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 द्वारा निर्धारित दिसम्बर, 2005 तक राष्ट्रीय स्तर पर 10000 की जनसंख्या पर व्याप्तता दर (पीआर) 1 से भी कम है। यद्यपि प्रसार राष्ट्रीय व राज्य स्तर पर कम हुआ है। लेकिन फिर भी नए मामले लगातार सामने आ रहे हैं और इन नए मामलों को जीएचसी प्रणाली के द्वारा गुणवत्तायुक्त कुष्ठ रोग सुविधाएं दी जाएगी।

योजना बजट को 11वीं योजना के 219.00 करोड़ रु. से काफी बढ़ाकर 12वीं योजना में 500.00 करोड़ रु. कर दिया गया है। वर्ष 2014-15 के लिए अनुमोदित बजट 51 करोड़ रु. और किया गया व्यय 42.54 करोड़ रु. था।

i "BHF

- राष्ट्रीय कुष्ठ नियंत्रण कार्यक्रम भारत सरकार द्वारा वर्ष 1955 में शुरू किया गया था। वर्ष 1982

से मल्टी ड्रग थेरेपी का व्यापक प्रयोग शुरू हुआ और वर्ष 1983 में राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम की शुरुआत की गई। तब से रोग भार को कम करने की दिशा में काफी प्रगति हुई है। भारत में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002 द्वारा जन-स्वास्थ्य समस्या के रूप में कुष्ठ के उन्मूलन के लिए निर्धारित लक्ष्य, जिसे राष्ट्रीय स्तर पर प्रति 10,000 की आबादी पर 1 मामले से कम निर्धारित किया गया है, को वर्ष 2005 में हासिल कर लिया गया।

- इस कार्यक्रम के निम्नलिखित संघटक हैं:
  - रोगी पहचान और प्रबंधन
  - अक्षमता निवारण और चिकित्सा पुनर्वास
  - सूचना, शिक्षा और संप्रेषण (आईईसी/व्यवहार परिवर्तन संचार सहित)
  - मानव संसाधन और क्षमता निर्माण
  - कार्यक्रम प्रबंधन

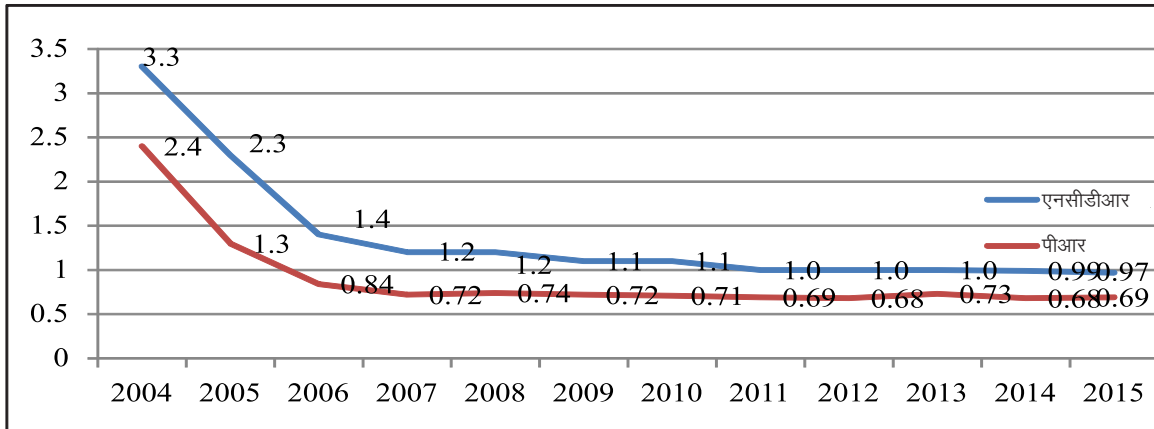
### तुलनात्मक विश्व स्तर पर कुष्ठ उन्मूलन की स्थिति

- 34 राज्यों/संघशासित राज्यों ने कुष्ठ उन्मूलन की स्थिति को प्राप्त कर लिया है। सिर्फ छत्तीसगढ़ व दादरा नगर हवेली ने अभी तक उन्मूलन की स्थिति को प्राप्त नहीं किया है। छत्तीसगढ़ व दादरा व नगर हवेली में 10000 की जनसंख्या पर पीआर 2 से 5 के बीच में है। चार अन्य राज्यों/केंद्र शासित राज्यों नामतः उड़ीसा, लक्षद्वीप, दिल्ली और

चंडीगढ़, जिन्होंने पहले उन्मूलन की स्थिति को प्राप्त कर लिया है, उसमें चालू वर्ष में व्याप्तता दर (पीआर) में थोड़ी वृद्धि (1-2) हुई है। वर्ष 2014-15 के दौरान 125785 नए मामलों का पता लगाया गया और दिनांक 31 मार्च, 2015 की तिथि के अनुसार व्याप्ति दर 0.69 थी। साथ ही, कुल 669 जिलों में से कुल 532 (79.52%) जिलों में व्याप्ति दर (पीआर) प्रति 10,000 की जनसंख्या पर 1 से कम है।

- मार्च, 2015 के अंत तक 88833 कुष्ठ मामले दर्ज किए गए (उपचाराधीन)।
  - वर्ष 2014-15 में, कुष्ठ रोग के कुल 125785 नए मामलों का पता लगाया गया और उनका इलाज शुरू किया गया, जबकि पिछले वर्ष उसी अवधि के दौरान 126913 नए मामलों का पता लगाया गया था। इस प्रकार, नए मामले का पता लगाने की वार्षिक दर (एएनसीडीआर) प्रति 1,00,000 की जनसंख्या पर 9.73 है।
  - वर्ष 2014-15 में कुष्ठ रोग से प्रभावित व्यक्तियों की विकलांगताओं को दूर करने के लिए 2883 पुनर्निर्माण सर्जरी की गई।
  - वर्ष 2013 में विश्व भर में सूचित 215656 कुष्ठ मामलों में से भारत में 126913 मामले सूचित किए गए। इस प्रकार, दुनिया भर में पता लगाए गए नए मामलों में 58.8% मामले भारत में पाए गए।
1. दिनांक 31 मार्च, 2015 की तिथि के अनुसार एएनसीडीआर के आधार पर जिला-वार स्थिति इस

2004 से 2015 तक कुष्ठ उन्मूलन की स्थिति का विश्लेषण (एनसीडीआर और पीआर प्रति 10,000 जनसंख्या)

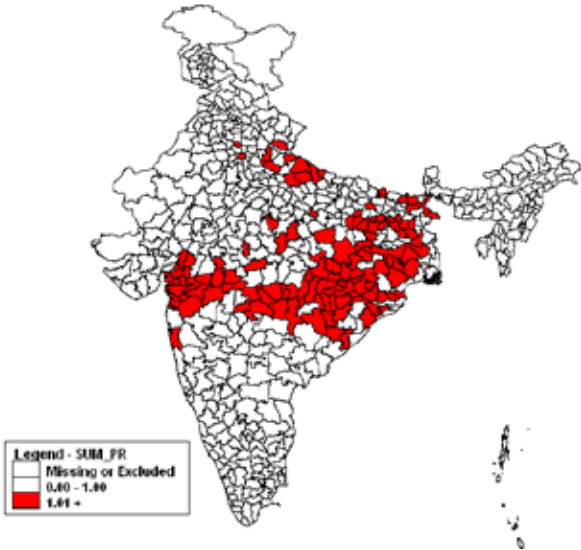




प्रकार है: कुल 669 जिलों में से 477 जिला में में एएनसीडीआर प्रति 100,000 की आबादी पर 10 से कम है और 78 जिलों में एएनसीडीआर प्रति 100,000 की आबादी पर 20 से अधिक है। केवल बिहार (2), छत्तीसगढ़ (3), गुजरात (5), महाराष्ट्र (3) और दादरा एवं नगर हवेली (1) के 14 जिले ऐसे हैं जहां एएनसीडीआर प्रति 1000,00 की जनसंख्या पर 50 से अधिक है।

2. 12वीं योजनावधि में सभी जिलों में उन्मूलन (प्रति 10,000 की आबादी पर 1 से कम) का लक्ष्य है। मार्च, 2015 के अनुसार, उन जिलों, जहां उन्मूलन का लक्ष्य अभी तक हासिल नहीं हुआ है, की संख्या 137 है।

पीआर>1/10000 वाले 137 जिले को दर्शाने वाला एमपी



igy

- i. mPp LFkufdekjh okys ft yla ea fo'kk dk Zlyki% 17 राज्यों/संघ शासित प्रदेशों के 209 जिलों ने 10 प्रति लाख जनसंख्या से अधिक एएनसीडीआर (वार्षिक नए रोगी पहचान दर) की सूचना दी थी। वर्ष 2013-14 से तत्काल पहचान और पूरा उपचार, क्षमता निर्माण एवं व्यापक आईईसी, एमडीटी की पर्याप्त उपलब्धता, जिला केन्द्र के सुदृढीकरण, नियमित अनुवीक्षण तथा पर्यवेक्षण एवं समीक्षा, न्यूरिटिस और प्रतिक्रिया के लिए नेमी अनुवर्ती कार्रवाई, आत्म परिचर्या कवायदें,

पर्याप्त मात्र में एमसीआर फुटवीयर की आपूर्ति तथा कैंप एप्रोच के जरिए आरसीएस निष्पादन में उन्नयन के लिए विशेष कार्यकलाप आयोजित किए गए।

- ii. fodylark jkdfke o fpfdRl k i qokZ% 8000/- रुपए की राशि कुष्ठ रोग प्रभावित व्यक्तियों को उनके सरकारी/गैर सरकारी संस्थान संस्थानों में की गई पुनर्वास शल्य प्रक्रिया के दौरान उनके वेतन की क्षतिपूर्ति के लिए दी गई। सरकारी संस्थानों को 5000/- रुपए प्रति की गई आरसीएस आपूर्ति की खरीद व अन्य सर्जरी के दौरान हुए सहायक प्रति व्यय के लिए दिया गया। कैम्पों में किए गए आरसीएस पर 5000/- रुपए अतिरिक्त दिए गए।

- iii. vk'kk dh Hkxhnlj l% कुष्ठ रोगियों को निदान के लिए उनके गांवों से प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में लाने एवं उपचार पूरा करने के लिए रोगियों से संपर्क बनाए रखने के कार्य में आशा को शामिल करने की एक योजना बनाई गई। आशा की भागीदारी को सुगम करने के लिए उनको प्रोत्साहन के रूप में निम्नानुसार भुगतान दिया जा रहा है।

- उनके द्वारा लाए गए रोगी की पुष्टि होने पर— 250/- रुपए।
- विनिर्दिष्ट समय-सीमा में रोगी के उपचार को पूरा करने पर पाउसीबैसिलरी (पीबी) कुष्ठ रोगी 400/- रुपए और मल्टी बैसिलरी (एमबी) कुष्ठ रोगी 600/- रुपए। इस योजना को ऐसे किसी अन्य व्यक्ति के लिए भी विस्तारित किया गया है जो कुष्ठ रोग के किसी मामले को समाने लाता है या सूचना देता है।
- कोई स्पष्ट अंग विकृति शुरू होने से पहले आरंभिक मामला—250 रु.
- हाथों, पैरों अथवा आँख में स्पष्ट अंग विकार वाला कोई नया मामला—200 रु.

### 5-4 l ákk/kr jkVt; {k jks fu; a.k dk De ¼kj, uVh li li½

अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर संस्तुत किए गए डायरेक्टली ओबसर्वड ट्रीटमेंट शार्ट कोर्स (डीओटीएस) की नीति पर आधारित हैं।

जो वर्ष 1997 में आरंभ किया गया था जिसका विश्व बैंक तथा अन्य विकसित सहभागियों की सहायता से पूरे देश में विस्तार किया गया। पूरे देश को इस योजना के अंतर्गत लाया गया, जब मार्च 2006 में एक बिलियन जनसंख्या (1114 मिलियन) को शामिल किया गया जो 2013 की पहली तिमाही में बढ़कर 1247 मिलियन हो गई। हालांकि भारत दुनिया का दूसरा सबसे बड़ी आबादी वाला देश है, 2014 में यहां क्षय रोग के कुल 23% मामले थे।

#### 5-4-1 क्षय रोग के नए मामलों की संख्या

- **क्षय रोग के नए मामले प्रतिवर्ष:** 1,00,000 जनसंख्या पर 167 मामले।
- **क्षय रोग के नए मामले प्रतिवर्ष:** 2.5 मिलियन मामले—1,00,000 जनसंख्या पर 195 मामले।
- **क्षय रोग के नए मामले प्रतिवर्ष:** लगभग 2,20,000 मृत्यु प्रतिवर्ष—1,00,000 जनसंख्या पर 17 मौतें।
- लगभग 5% क्षय रोगियों को एचआईवी पॉजिटिव है।
- डीआर—टीबी (दवा—प्रतिरोधी टीबी):—
  - 2.2% नए मामले और
  - 15% पहले इलाज किए गए मामले

वर्ष 2014 में 9.6 मिलियन क्षयरोग मामलों की अनुमानित वैश्विक वार्षिक घटना में से भारत में 23% कुल मामले थे, जो 2—2.3 मिलियन मामले भारत में थे। विश्व स्वास्थ्य संगठन की रिपोर्ट 2014 के अनुसार, भारत में लगभग 2.2 मिलियन मामले थे।

#### 5-4-2 क्षय रोग के नए मामलों की संख्या प्रतिवर्ष

क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम का उद्देश्य क्षयरोग के कारण हुई मृत्यु व रुग्णता को कम करना और जब तक भारत में क्षयरोग के मामले महत्वपूर्ण जन-स्वास्थ्य समस्या न बन जाए तब तक संक्रमण के प्रसारण को कम करना है।

#### 5-4-3 क्षय रोग के नए मामलों की संख्या प्रतिवर्ष

- क्षयरोग के कारण होने वाली मृत्यु दरों को कम करना;
- औषध प्रतिरोध के पुनः उद्गमन को रोकना और क्षयरोग मामलों में प्रभावीपूर्ण तरीके से औषध प्रतिरोध का प्रबंध करना;

- एचआईवी प्रभावित क्षयरोग रोगियों के परिणामों में संशोधन करना;
- निजी क्षेत्रों को बड़े पैमाने पर उनकी स्वास्थ्य सेवाओं की महत्वपूर्ण भूमिका के आधार पर शामिल करना; और
- प्रभावी पर्यवेक्षण और निगरानी हेतु सामान्य स्वास्थ्य प्रणाली के अंतर्गत एनआरएचएम ब्लॉक स्तरीय एककों के साथ मूलभूत आरएनटीसीपी प्रबंधन एककों को पुनः विकेंद्रित और संशोधित करना।

#### 5-4-4 क्षय रोग के नए मामलों की संख्या प्रतिवर्ष

- व्याप्तता और प्रसार के लिए प्राप्त सहस्राब्दि विकास लक्ष्य के लिए प्रगति;
  - क्षयरोग का प्रसार वर्ष 2005 में 209/लाख जनसंख्या से घटकर 2014 में 167/लाख जनसंख्या हो गया;
  - 2005 में व्याप्तता 365/लाख जनसंख्या से घटकर 2014 में 195/लाख जनसंख्या रह गई; और
  - क्षयरोग की मृत्यु दर 2005 में 36 से घटकर 2013 में 17 रह गई है।
- आरएनटीसीपी ने पिछले पांच वर्षों के दौरान 7.1 मिलियन से अधिक मामलों का उपचार किया है।
- वर्ष 2014 में इस कार्यक्रम में 8.7 मिलियन क्षय रोग के संदिग्ध रोगियों की जांच की गई।
- पिछले पांच वर्षों के दौरान 1.3 मिलियन अतिरिक्त मौतें होने से रोकी गई;
- उपचार सफलता दर पूर्व—आरएनटीसीपी काल में 25 प्रतिशत से तीन गुणा होकर वर्तमान में (2014) 88 प्रतिशत हो गई है और इसी अवधि में क्षयरोग से मृत्यु दर 29 प्रतिशत से घटकर 4 प्रतिशत रह गई है;
- क्षयरोग के सभी मामलों की अधिसूचना को अनिवार्य बनाया गया है;
- क्षयरोग नैदानिक के लिए वाणिज्यिक सेरोलॉजी जांच पर प्रतिबंध लगाया गया है;
- गुणवत्ता आश्वासित नैदानिक के लिए 13,000 से

अधिक नामित माइक्रोस्कोपिक केंद्रों (डीएमसीएस) की स्थापना की गई है। इसके अलावा, पहली पंक्ति की औषध संदिग्धता जांच के लिए 64 प्रयोगशालाएं तथा दूसरी पंक्ति के लिए 25 प्रयोगशालाएं स्थापित की गई हैं। रिफामपिसिन रोधी क्षयरोग के तीव्र निदान के लिए कुल 121 सीबीएनएएटी मशीनों का प्रयोग किया जा रहा है;

- मार्च 2013 से औषध रोधी क्षयरोग सेवाओं के कार्यात्मक प्रबंधन की राष्ट्रव्यापी कवरेज की जा रही है। वर्ष 2014 में कार्यक्रम में 255408 एमडीआर संदिग्धों की जांच की गई और 25652 मामलों की पहचान की गई जिसमें से 24073 का उपचार प्रारंभ किया गया;
- एनएसीपी (राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम) और आरएनटीसीपी ने वर्ष 2007 में "राष्ट्रीय संयुक्त/क्षयरोग/एचआईवी सहयोगात्मक कार्यकलाप ढांचा" विकसित किया, जिसमें 2009 में संशोधन किया गया था। ढांचे में देश के क्षयरोग/एचआईवी सहयोगात्मक कार्यकलापों की नीति दर्शाई गई है। आरएनटीसीपी के अंतर्गत एचआईवी सह-संक्रमित क्षयरोग सेवाएं अब देश भर में उपलब्ध हैं। वर्ष 2014 में एचआईवी के 1034712 क्षयरोगियों की जांच की गई (कुल पंजीकृत क्षयरोगियों का 72%); 44171 (जांच किए गए का 4%) रोगी एचआईवी पोजिटिव पाए गए और उनकी एचआईवी परिचर्या की गई। इन 94% रोगियों को कोट्रिमाॅक्सजोल प्रोफिलैक्टिक थेरेपी (सीपीटी) पर रखा गया जबकि इनमें से 91% को एंटी-रिट्रोवायरल थेरेपी (एआरटी) प्रदान की गई;
- इस कार्यक्रम ने जनजातीय एवं अन्य सीमांत समूहों तक पहुंच में विकास करने के लिए एक जनजातीय कार्य योजना तैयार की है जिसे जनजातीय/दुर्गम क्षेत्रों में अतिरिक्त क्षयरोग एककों एवं डीएमसी, अतिरिक्त स्टॉफ, जनजातीय क्षेत्रों में रोगी एवं परिचर के परिवहन के लिए क्षतिपूर्ति और संविदा स्टाफ को वेतन की अधिक दर आदि के प्रावधान से क्रियान्वित किया जा रहा है;
- सभी राज्य 'पर्यवेक्षण और निगरानी कार्यनीति'—राष्ट्रीय

स्तह पर पीएचआई स्तर से निष्पादन की निगरानी के लिए विस्तृत दिशानिर्देश, साधन और संकेतक कार्यान्वित कर रहे हैं;

- डाटा प्रबंधन के लिए कार्यक्रम द्वारा निक्षय, जो कि मामलों के आधार पर वेब-आधारित टीबी मामला प्रबंधन प्रणाली है, का उपयोग किया जा रहा है और उसके विभिन्न मॉड्यूलों को क्रमशः उन्नत बनाया जा रहा है।
- एसीएसएम कार्यकलाप, कार्यक्रम में ही अंतर्निहित है और इन्हें विशेषकर आरएनटीसीपी सेवाओं की मांग का सृजन करके; मानकीकृत क्षयरोग परिचर्या के लिए प्रदायकों को प्रेरित करके, प्रवृत्ति और आदतों में बदलाव लाकर तथा रोग के बारे में जागरूकता सृजन करके राष्ट्रीय स्तर से समुदाय के सबसे नजदीकी स्तर तक गहन रूप से कार्यान्वित किया जाता है।

#### 5-4-5 ubZigy

- सूचना संचार प्रौद्योगिकी समर्थित क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम (ई-निक्षय);
- राष्ट्रव्यापी क्षयरोग-रोधी औषध प्रतिरोध सर्वेक्षण;
- अभिनव गहन क्षयरोग मामलों का पता लगाना तथा भारत में एआरटी केन्द्र में बढ़ते रोगियों का उपयुक्त इलाज करना;
- फामार्कोविजिलेंस और प्रतिकूल औषध प्रतिक्रिया (एडीआर) निगरानी।

#### 5-4-6 ckgola ipo"klZ ; kt uk& çLrkfor eq ; f0; kdylki

12वीं पंचवर्षीय योजना में सर्वव्यापी पहुंच सहित आरएनटीसीपी के मुख्य उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए निम्नलिखित प्रमुख क्रियाकलाप प्रस्तावित हैं;

- आउटरीच में सुधार लाकर, संभावित लोगों में मामले का पता लगाने के प्रयासों में तेजी लाकर, बेहतर नैदानिक उपकरण स्थापित करके तथा निजी क्षेत्र में निदान किए गए एवं उपचार किए गए मरीजों तक सेवाओं का विस्तार करके सभी टीबी मरीजों का शीघ्र एवं उन्नत रोग निदान सुनिश्चित करना।

- देश भर में एमडीआर टीबी के उपचार के संवर्धन सहित निदान किए गए सभी टीबी मरीजों को उच्च गुणवत्ता के उपचार के लिए मरीज-हितैषी पहुंच में सुधार लाना।
- प्रखण्ड स्तर पर एनआरएचएम के साथ अभीष्ट समन्वय हेतु कार्यक्रम प्रणालियों को फिर से सुदृढ़ करना और सभी स्वास्थ्य कर्मचारियों के लिए मानव संसाधन विकास करना।
- विकास हेतु कार्यक्रम आधारित अनुसंधान एवं प्रभावी कार्यक्रम में अभिनव विचारों को शामिल करते हुए प्रत्येक टीबी मरीज के लिए सतत गुणवत्ता सुधार एवं उत्तरदायित्व हेतु पर्यवेक्षण, मॉनिटरिंग, निगरानी एवं कार्यक्रम प्रचालन में वृद्धि करना।

#### 5-4-7 vkj, uVh li h grqfoÜk, vlcV/u

12वीं योजना में आरएनटीसीपी के लिए प्रस्तावित बजट 4500.15 करोड़ रुपए है।

(करोड़ रुपए)

Ø-l a	o"K	okLrkfod vloV/u	Tlkjh èkujk' k@ Q ;
1	2012-13	467.00	466.15
2	2013-14	516.76	516.55
3	2014-15	640.00	639.94
4	2015-16	640.00*	511.47

\*बजट अनुमान

#### 5-5 jkVt, vk kMu vYi rkfodkj fu; a.k dk Øe ¼uvkbZMMh li h½

आयोडीन एक आवश्यक सूक्ष्मपोषक तत्व है जो मनुष्य की सामान्य वृद्धि एवं विकास के लिए 100-150 माइक्रोग्राम प्रतिदिन आवश्यक होता है। आयोडीन की अल्पता से शारीरिक एवं मानसिक मन्दता, क्रैटिनिज्म, गर्भपात, मृत जन्म, बहरापन, मूकता, भेंगापन, बुद्धिलब्धि की कमी, पढ़ने लिखने में मंदता एवं विभिन्न प्रकार को घेंघा (ग्वाइटर) रोग हो सकता है। सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के 386 जिलों में किए गए नमूना सर्वेक्षणों के परिणामों से पता चला है कि 335 जिले स्थानिकमारी वाले हैं जहां आयोडीन अल्पता विकारों की व्याप्तता 5 प्रतिशत से अधिक है। कोई भी

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र आईडीडी से मुक्त नहीं है।

mís; (

- आयोडीन अल्पता विकारों की मात्रा का मूल्यांकन करने के लिए सर्वेक्षण।
- साधारण नमक के स्थान पर आयोडीनयुक्त नमक की आपूर्ति।
- प्रत्येक 5 वर्ष के बाद आयोडीन अल्पताजन्य विकारों और आयोडीनयुक्त नमक के प्रभाव का मूल्यांकन करने के लिए पुनर्सर्वेक्षण।
- आयोडीनयुक्त नमक और पेशाब में आयोडीन की मात्रा की प्रयोगशाला में मॉनीटरिंग।
- स्वास्थ्य शिक्षा एवं प्रचार-प्रसार।

egRbi wZmi yfC/k k%

- आयोडीनयुक्त नमक के उत्पादन के उदारीकरण के फलस्वरूप अब तक आयोडीनयुक्त 777 नमक यूनिटों की स्थापना की गई है और आयोडीनयुक्त नमक की क्षमता 222 लाख टन है।
- अप्रैल, 2015 से अगस्त, 2015 तक क्रमशः 26.44 और 25.17 लाख टन आयोडीनयुक्त नमक का उत्पादन/आपूर्ति दर्ज की गई।
- राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम के प्रभावकारी कार्यान्वयन के लिए 33 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों ने अपने राज्य स्वास्थ्य निदेशालय में आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण प्रकोष्ठ स्थापित किया है।
- आयोडीनयुक्त नमक की गुणवत्ता और पेशाब में आयोडीन की मात्रा की मॉनीटरिंग के लिए 34 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों ने आयोडीन अल्पता विकार मॉनीटरिंग प्रयोगशाला पहले ही स्थापित कर ली है जबकि शेष राज्य इसको स्थापित करने की प्रक्रिया में हैं।
- वर्ष 2014-15 की तीसरी और चौथी तिमाही के दौरान, एनआईडीडीसीपी के कार्यान्वयन की समीक्षा के लिए राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों द्वारा चेन्नई, अहमदाबाद, गुवाहाटी और चंडीगढ़ में चार मंडल स्तरीय बैठकें बुलाई गईं।
- नवंबर, 2015 के प्रथम सप्ताह में, एआईआईएच और पीएच, कोलकाता में राज्य/केंद्रशासित प्रदेश

आईडीडी निगरानी प्रयोगशाला के प्रयोगशाला तकनीशियनों/प्रयोगशाला सहायकों के लिए 'आयोडीनयुक्त नमक की प्रयोगशाला निगरानी के प्रबंधन और मूत्र के जरिए आयोडीन के उत्सर्जन' विषय पर चार दिवसीय प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित किया गया।



दिनांक 2 नवंबर, 2015 को कोलकाता में एआईआईएच एवं पीएच के तहत प्रयोगशाला तकनीशियनों के प्रशिक्षण का उद्घाटन सत्र

- आयोडीनीकृत नमक में आयोडीन की मात्रा के अनुमान के लिए अगस्त 2015 तक नमक के कुल 11494 नमूनों का परीक्षण किया गया जिसमें से नमक के 10826 (94%) नमूनों को मानकों के अनुरूप पाया गया था (आयोडीन की मात्रा 15 पीपीएम से अधिक)।
- अगस्त 2015 तक आयोडीन की जैव उपलब्धता के लिए मूत्रीय आयोडीन उत्सर्जन के अनुमानों के लिए मूत्र के कुल 3586 नमूनों का विश्लेषण किया गया था जिसमें से 3467 नमूनों (97%) को मानक के अनुरूप पाया गया।
- अगस्त 2015 तक उपभोग स्तर पर आयोडीनीकृत नमक की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए नमक जांच किट द्वारा कुल 1820398 नमूनों का विश्लेषण किया गया था जिसमें से नमक के कुल 1355406 (74%) नमूनों की गुणवत्ता सामान्य पाई गई (अर्थात् नमक में आयोडीन की मात्रा 15 पीपीएम से अधिक)।
- आयोडीनयुक्त नमक के उपयोग के संबंध में जागरूकता बढ़ाने के लिए विभिन्न भाषाओं में विभिन्न संचार माध्यमों के जरिए प्रसारित किए जाने

के उद्देश्य से आयोडीन से संबंधित दृश्य/श्रव्य स्पॉटों तथा रेडियो जिंगलों को तैयार करने हेतु बैठकें आयोजित की जा रही हैं।

## l pʊk f'kʌk , oal ʌʃk k dk Zlyki

d½ nʃn'kʌ ds t fʃ, l s dk Zlyki %स्वस्थ भारत आयोडीन अल्पताजन्य विकारों के परिणामों और आयोडीनयुक्त नमक के सेवन के लाभों के बारे में संदेशों वाले आईडीडी स्पॉट प्रतिदिन दूरदर्शन के चैनलों (राष्ट्रीय नेटवर्क डीडी न्यूज एवं डीडी स्पोर्ट्स) के जरिए प्रसारित किए जा रहे हैं।

[k½ vkdk lok lh dsek; e l s dk Zlyki %आयोडीन अल्पताजन्य विकारों के परिणामों और आयोडीनयुक्त नमक के सेवन के लाभों के बारे में संदेश देने वाले आईडीडी स्पॉट आकाशवाणी द्वारा सभी 18 क्षेत्रीय भाषाओं में इसके 37 विविध भारती चैनलों के जरिए 114 प्राइमरी चैनलों और 6 क्षेत्रीय चैनलों के जरिए प्रसारित किए जाते हैं। 24 एफएम चैनलों (4 एफएम गोल्ड चैनलों सहित) के जरिए भी संदेश प्रसारित किए जाते हैं।

x½ Mh oli h rFlk j syos dsek; e l s fdz k dlyki % दिनांक 21 अक्टूबर, 2015 को देशभर में वैश्विक आईडीडी निवारण दिवस मनाया गया। वैश्विक आईडीडी निवारण दिवस की पूर्व संध्या पर डीएवीपी के माध्यम से राष्ट्रीय एवं क्षेत्रीय समाचार-पत्रों में आईडीनयुक्त नमक प्रयोग करने के लाभों से संबंधित संदेश प्रकाशित किए गए। 16-18 राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों को शामिल करते हुए रेलवे के 12 विभिन्न मंडलों में कंप्यूटरीकृत रेलवे आरक्षण टिकटों के माध्यम से आईडीडी और आयोडीनयुक्त नमक के प्रयोग के संबंध में संदेश दिए जा रहे हैं।

?k½ jkʌ; Lokʌ; funs kky; ds t fʃ, dk Zराज्य सरकारों को भी उनकी क्षेत्रीय भाषाओं में स्थानीय स्तर पर आईडीडी कार्यक्रमलाप करने के लिए तथा उन्हें ज्यादा प्रभावी के लिए अनुदान दिए गए हैं ताकि आईडीडी कार्यक्रमलापों का प्रभाव अधिक प्रभावी ढंग से हो सके जिसमें सभी जिलों में वैश्विक आयोडीन अल्पताजन्य विकार निवारण दिवस का आयोजन करना शामिल है।

nsk eajkt; &okj eyfj; k dh fLFkr

Ø- l a	jkt; @l ak 'kfl r {k=	2011		2012		2013		2014		2015 (अनंतिम अक्टूबर तक)	
		Elkys	ElR q	Elkys	ElR q	Elkys	ElR q	Elkys	ElR q	Elkys	ElR q
1	आंध्र प्रदेश	34949	5	24699	2	19787	0	21077	0	21176	0
2	अरुणाचल प्रदेश	13950	17	8368	15	6398	21	6082	9	4461	3
3	असम	47397	45	29999	13	19542	7	14540	11	11918	0
4	बिहार	2643	0	2605	0	2693	1	2043	0	3123	1
5	छत्तीसगढ़	136899	42	124006	90	110145	43	128993	53	96774	8
6	गोवा	1187	3	1714	0	1530	0	824	0	680	1
7	गुजरात	89764	127	76246	29	58513	38	41608	16	36732	1
8	हरियाणा	33401	1	26819	1	14471	3	4485	1	2176	0
9	हिमाचल प्रदेश	247	0	216	0	141	0	102	0	56	0
10	जम्मू और कश्मीर	1091	0	864	0	698	0	291	0	189	0
11	झारखंड	160653	17	131476	10	97786	8	103735	8	69847	3
12	कर्नाटक	24237	0	16466	0	13302	0	14794	2	9401	0
13	केरल	1993	2	2036	3	1634	0	1751	6	1274	2
14	मध्य प्रदेश	91851	109	76538	43	78260	49	96879	26	77035	14
15	महाराष्ट्र	96577	118	58517	96	43677	80	53385	68	42902	27
16	मणिपुर	714	1	255	0	120	0	145	0	168	0
17	मेघालय	25143	53	20834	52	24727	62	39168	73	40477	65
18	मिजोरम	8861	30	9883	25	11747	21	23145	31	24308	0
19	नगालैंड	3363	4	2891	1	2285	1	1936	2	1386	3
20	ओडिशा	308968	99	262842	79	228858	67	395035	89	361825	64
21	पंजाब	2693	3	1689	0	1760	0	1036	0	608	0
22	राजस्थान	54294	45	45809	22	33139	15	15118	4	9321	0
23	सिक्किम	51	0	77	0	39	0	35	0	26	0
24	तमिलनाडु	22171	0	18869	0	15081	0	8729	0	4980	0
25	तेलंगाना*	--	--	--	--	--	--	5189	0	9361	3
26	त्रिपुरा	14417	12	11565	7	7396	7	51240	96	29047	19
27	उत्तराखंड	1277	1	1948	0	1426	0	1171	0	1419	0
28	उत्तर प्रदेश	56968	0	47400	0	48346	0	41612	0	38137	0
29	पश्चिम बंगाल	66368	19	55793	30	34717	17	26484	66	20198	30
30	अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	1918	0	1539	0	1005	0	557	0	363	0
31	चंडीगढ़	582	0	201	0	150	0	114	0	148	0
32	दादरा व नगर हवेली	5150	0	4940	1	1778	0	669	1	502	0
33	दमन और दीव	262	0	186	0	91	0	56	0	64	0
34	दिल्ली	413	0	382	0	353	0	98	0	54	0
35	लक्षद्वीप	8	0	9	0	8	0	0	0	2	0
36	पुदुच्चेरी	196	1	143	0	127	0	79	0	50	1
	<b>dg</b>	<b>1310656</b>	<b>754</b>	<b>1067824</b>	<b>519</b>	<b>881730</b>	<b>440</b>	<b>1102205</b>	<b>562</b>	<b>920188</b>	<b>245</b>

\* नवसृजित राज्य 2014 में तत्कालीन आंध्र प्रदेश से पृथक होकर बना। 2014 से पहले के आंकड़े आंध्र प्रदेश में जोड़ दिए गए हैं।

विद्युत वितरण & 2

राज्यवार विद्युत वितरण

क्र. सं.	राज्य/क्षेत्र	2011		2012		2013		2014		2015 (वित्त वर्ष 30 अप्रैल तक)	
		कु. मीटर	कि. वी.	कु. मीटर	कि. वी.	कु. मीटर	कि. वी.	कु. मीटर	कि. वी.	कु. मीटर	कि. वी.
1	आंध्र प्रदेश	1209	6	2299	2	910	1	1262	5	2891	2
2	अरुणाचल प्रदेश	0	0	346	0	0	0	27	0	1933	1
3	असम	0	0	1058	5	4526	2	85	0	1011	1
4	बिहार	21	0	872	3	1246	5	297	0	1700	0
5	छत्तीसगढ़	313	11	45	0	83	2	440	9	362	1
6	गोवा	26	0	39	0	198	2	168	1	254	0
7	गुजरात	1693	9	3067	6	6272	15	2320	3	4905	9
8	हरियाणा	267	3	768	2	1784	5	214	2	8066	12
9	हिमाचल प्रदेश	0	0	73	0	89	2	2	0	19	1
10	जम्मू और कश्मीर	3	0	17	1	1837	3	1	0	137	0
11	झारखंड	36	0	42	0	161	0	36	0	91	0
12	कर्नाटक	405	5	3924	21	6408	12	3358	2	4691	9
13	केरल	1304	10	4172	15	7938	29	2575	11	3740	25
14	मध्य प्रदेश	50	0	239	6	1255	9	2131	13	1592	6
15	मेघालय	0	0	27	2	43	0	0	0	13	0
16	महाराष्ट्र	1138	25	2931	59	5610	48	8573	54	4164	21
17	मणिपुर	220	0	6	0	9	0	0	0	52	0
18	मिजोरम	0	0	6	0	7	0	19	0	43	0
19	नगालैंड	3	0	0	0	0	0	0	0	9	0
20	ओडिशा	1816	33	2255	6	7132	6	6433	9	2304	2
21	पंजाब	3921	33	770	9	4117	25	472	8	13731	18
22	राजस्थान	1072	4	1295	10	4413	10	1243	7	3466	7
23	सिक्किम	2	0	2	0	38	0	5	0	21	0
24	तमिलनाडु	2501	9	12826	66	6122	0	2804	3	3841	6
25	त्रिपुरा	0	0	9	0	8	0	6	0	36	0
26	तेलंगाना	0	0	0	0	0	0	704	1	1740	2
27	उत्तर प्रदेश	155	5	342	4	1414	5	200	0	2662	9
28	उत्तराखंड	454	5	110	2	54	0	106	0	1382	1
29	पश्चिम बंगाल	510	0	6456	11	5920	6	3934	4	6822	10
30	अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	6	0	24	0	67	0	139	0	143	0
31	चंडीगढ़	73	0	351	2	107	0	13	0	848	0
32	दिल्ली	1131	8	2093	4	5574	6	995	3	15730	38
33	दादरा व नगर हवेली	68	0	156	1	190	0	641	1	1038	0
34	दमन और दीव	0	0	96	0	61	0	46	0	110	0
35	पुदुच्चेरी	463	3	3506	5	2215	0	1322	1	493	0
	<b>कुल</b>	<b>18860</b>	<b>169</b>	<b>50222</b>	<b>242</b>	<b>75808</b>	<b>193</b>	<b>40571</b>	<b>137</b>	<b>90040</b>	<b>181</b>

ns'k ea jkt; & o'kj u'skfud : i l sl an'k fpduxfu; k ds ekeys

Ø- l a	jkt; @l ak' kfl r {k=	2011	2012	2013	2014	2015 (vufre 30 uoaj rd)
1	आंध्र प्रदेश	99	2827	4827	1359	696
2	अरुणाचल प्रदेश	0	0	0	0	35
3	असम	0	0	742	0	0
4	बिहार	91	34	0	0	1
5	गोवा	664	571	1049	1205	471
6	गुजरात	1042	1317	2890	574	282
7	हरियाणा	215	8	1	3	1
8	झारखंड	816	86	61	11	21
9	कर्नाटक	1941	2382	5295	6962	19475
10	केरल	183	66	273	272	164
11	मध्य प्रदेश	280	20	139	161	45
12	मेघालय	168	0	0	0	78
13	महाराष्ट्र	5113	1544	1578	1572	154
14	ओडिशा	236	129	35	10	81
15	पंजाब	0	1	0	2	0
16	राजस्थान	608	172	76	50	7
17	तमिलनाडु	4194	5018	859	543	281
18	तेलंगाना	0	0	0	1687	2023
19	त्रिपुरा	0	0	0	34	151
20	उत्तर प्रदेश	3	13	0	4	0
21	उत्तराखंड	18	0	0	0	0
22	पश्चिम बंगाल	4482	1381	646	1032	722
23	अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	96	256	202	161	63
24	चंडीगढ़	1	1	1	0	0
25	दिल्ली	110	6	18	8	23
26	दादरा व नगर हवेली	0	100	2	0	0
27	लक्षद्वीप	0	0	0	0	0
28	पुद्दुचेरी	42	45	146	399	223
<b>dy</b>		20402	15977	18840	16049	24997



ifj' k'V&4

Mxwvlf\$ fpdpxfu; k dsfy, i gjh fuxjkuh vLi rkyk ¼ l , l , p½dh l ph

Øe l a	jkt; @ l ak 'kfl r {k=	, l , l , p l d; k
1	अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	3
2	आंध्र प्रदेश	19
3	अरुणाचल प्रदेश	7
4	असम	13
5	बिहार	7
6	चंडीगढ़	1
7	छत्तीसगढ़	4
8	दिल्ली	33
9	दमन और दीव	2
10	दादरा व नगर हवेली	1
11	गोवा	3
12	गुजरात	32
13	हरियाणा	22
14	हिमाचल प्रदेश	5
15	जम्मू	10
16	झारखंड	5
17	कर्नाटक	32
18	केरल	26
19	लक्षद्वीप	1
20	मध्य प्रदेश	36
21	महाराष्ट्र	37
22	मणिपुर	2
23	मेघालय	3
24	मिजोरम	1
25	नगालैंड	2
26	ओडिशा	35
27	पुद्दुचेरी	5
28	पंजाब	21
29	राजस्थान	27
30	सिक्किम	2
31	तमिलनाडु	30
32	तेलंगाना	16
33	त्रिपुरा	2
34	उत्तर प्रदेश	37
35	उत्तराखंड	7
36	पश्चिम बंगाल	32
	<b>dy</b>	<b>521</b>

राज्यवार, बजट लागू होने से पहले, बजट के दौरान

क्र. सं.	राज्य/क्षेत्र	2011		2012		2013		2014		2015 (30.11.2015 तक)	
		एकेय्स	एकड़	एकेय्स	एकड़	एकेय्स	एकड़	एकेय्स	एकड़	एकेय्स	एकड़
1	आंध्र प्रदेश	73	1	64	0	345	3	31	0	23	0
2	अरुणाचल प्रदेश	0	0	0	0	0	0	102	11	73	2
3	असम	1319	250	1343	229	1388	272	2194	360	1323	260
4	बिहार	821	197	745	275	417	143	1358	355	255	80
5	दिल्ली	9	0	0	0	0	0	0	0	1	0
6	गोवा	91	1	84	0	48	1	17	0	0	0
8	हरियाणा	90	14	5	0	2	0	6	1	2	0
7	झारखंड	303	19	16	0	270	5	288	2	143	1
9	कर्नाटक	397	0	189	1	162	0	75	0	243	1
10	केरल	88	6	29	6	53	6	6	2	13	1
11	मेघालय	0	0	0	0	0	0	212	3	74	8
12	महाराष्ट्र	35	9	37	20	0	0	0	0	43	0
13	मणिपुर	11	0	2	0	1	0	16	0	34	0
14	नगालैंड	44	6	21	2	20	0	20	1	10	1
15	पंजाब	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0
16	तमिलनाडु	762	29	935	64	77	8	346	4	714	0
17	त्रिपुरा	0	0	0	0	211	0	323	0	350	4
18	उत्तराखंड	0	0	174	2	0	0	2	0	2	0
19	उत्तर प्रदेश	3492	579	3484	557	3096	609	3329	627	2736	425
20	पश्चिम बंगाल	714	58	1216	100	1735	226	2385	348	1938	329
21	तेलंगाना*	--	--	--	--	--	--	155	5	101	0
	<b>कुल</b>	<b>8249</b>	<b>1169</b>	<b>8344</b>	<b>1256</b>	<b>7825</b>	<b>1273</b>	<b>10867</b>	<b>1719</b>	<b>8079</b>	<b>1112</b>

\*2014 में सृजित किया गया

निर्देशांक V&5 [क]

निर्देशांक; संयोजित बजट परिवर्तन

क्र. सं.	राज्य/क्षेत्र	2011		2012		2013		2014		2015 (पी) (30.11.2015 तक)	
		एकड़	एकड़	एकड़	एकड़	एकड़	एकड़	एकड़	एकड़	एकड़	एकड़
1	आंध्र प्रदेश	4	1	3	0	7	3	0	0	0	0
2	अरुणाचल प्रदेश	0	0	0	0	0	0	32	3	30	2
3	असम	489	113	463	100	495	134	761	165	614	135
4	बिहार	145	18	8	0	14	0	20	2	62	10
5	दिल्ली	9	0	0	0	0	0	0	0	1	0
6	गोवा	1	0	9	0	3	1	0	0	0	0
7	हरियाणा	12	3	3	0	2	0	5	1	2	0
8	झारखंड	101	5	1	0	89	5	90	2	42	1
9	कर्नाटक	23	0	1	0	2	0	13	0	21	1
10	केरल	37	3	2	0	2	0	3	2	2	1
12	महाराष्ट्र	6	0	3	0	0	0	0	0	6	0
13	मणिपुर	9	0	0	0	0	0	1	0	6	0
11	मेघालय	0	0	0	0	0	0	72	3	39	8
14	नगालैंड	29	5	0	0	4	0	6	0	0	0
15	पंजाब	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	तमिलनाडु	24	3	25	4	33	0	36	3	46	0
17	त्रिपुरा	0	0	0	0	14	0	14	0	23	4
18	उत्तराखंड	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0
19	उत्तर प्रदेश	224	27	139	23	281	47	191	34	340	39
20	पश्चिम बंगाल	101	3	87	13	140	12	415	78	308	67
21	तेलंगाना*	--	--	--	--	--	--	0	0	4	0
	<b>कुल</b>	<b>1214</b>	<b>181</b>	<b>745</b>	<b>140</b>	<b>1086</b>	<b>202</b>	<b>1661</b>	<b>293</b>	<b>1548</b>	<b>268</b>

\*2014 में सृजित किया गया

ns k eajkt; &okj dkykt kj dh fLFkr

(02.12.2015 के अनुसार)

क्र. सं.	प्रभावित राज्य	2011		2012		2013		2014		2015 (ih)	
		Elkys	ER q	Elkys	ER q	Elkys	ER q	Elkys	ER q	Elkys	ER q
1	बिहार	25222	76	16036	27	10730	17	7615	10	5654	4
2	झारखंड	5960	3	3535	1	2515	0	937	0	1071	0
3	पश्चिम बंगाल	1962	0	995	0	595	2	668	1	440	0
4	उत्तर प्रदेश	11	1	5	0	11	1	11	0	103	0
5	उत्तराखंड	0	0	7	1	0	0	4	0	3	0
6	दिल्ली '	19	0	11	0	6	0	0	0	2	0
7	असम	5	0	6	0	4	0	1	0	1	0
8	सिक्किम	7	0	5	0	8	0	5	0	3	0
9	हिमाचल प्रदेश	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	dy	33187	80	20600	29	13869	20	9241	11	7277	4

\* = आयातित, (पी) = अनंतिम

ifj' k'V&7

fyEQSVd Qkbyfj; kfl l mleyu grqQ ki d vlsk/h i nluxh ¼ eMh ½ds  
nlsku t ul f; k djojt ¼ fr'kr½

क्र. सं.	राज्य / संघ शासित क्षेत्र	2011 j kmM	2012 j kmM	2013 j kmM	2014 j kmM
1	आंध्र प्रदेश	92.48	93.84	92.32	92.34
2	तेलंगाना	93.23	92.36	93.70	90.02
3	असम	78.10	81.19	78.67	90.66
4	बिहार	, uMh	86.38	, uMh	87.75
5	छत्तीसगढ़	90.06	, uMh	89.18	87.61
6	गोवा	96.21	, eMh, ca dj fn; k x; k		
7	गुजरात	97.66	99.04	99.38	98.42
8	झारखंड	86.53	84.36	, uMh	85.29
9	कर्नाटक	91.81	93.84	93.70	76.71
10	केरल	89.62	80.90	73.33	82.29
11	मध्य प्रदेश	89.27	87.88	87.89	91.45
12	महाराष्ट्र	89.28	89.24	91.00	93.58
13	ओडिशा	90.55	, uMh	91.10	88.39
14	तमिलनाडु	93.58	94.76 (4 जिले)	, uMh	97.26
15	उत्तर प्रदेश	80.45	83.15	70.69	83.63
16	पश्चिम बंगाल	79.23	84.83	86.95	85.19
17	अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	90.15	90.06	88.93	95.94
18	दादरा व नगर हवेली	98.51	96.88	95.83	96.15
19	दमन और दीव	90.89	, eMh, ca dj fn; k x; k		
20	लक्षद्वीप	73.94	, uMh	94.22	, uMh
21	पुद्दुचेरी	97.14	, eMh, ca dj fn; k x; k		
	dy	87.97	86.82	81.80	86.80

एनडी:- नहीं किया गया

'k'k'zjQjy iz k'kyk a

1. राष्ट्रीय वायरोलाजी संस्थान, पुणे।
2. राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केंद्र (पूर्ववर्ती एनआईसीडी, दिल्ली)
3. राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य एवं तंत्रिका विज्ञान संस्थान, बेंगलुरु।
4. संजय गांधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान, लखनऊ।
5. स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान, चंडीगढ़।
6. अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली।
7. आईसीएमआर वायरस यूनिट, राष्ट्रीय हैजा और जठरांत्र रोग संस्थान, कोलकाता।
8. क्षेत्रीय चिकित्सा अनुसंधान केंद्र, डिब्रुगढ़, असम।
9. किंग इंस्टीट्यूट ऑफ प्रीवेंटिव मेडिसिन्स, चेन्नई।
10. इंस्टीट्यूट ऑफ प्रीवेंटिव मेडिसिन्स, हैदराबाद।
11. बी.जे. मेडिकल कॉलेज अहमदाबाद।
12. राज्य जन स्वास्थ्य प्रयोगशाला, तिरुवनंतपुरम, केरल।
13. रक्षा अनुसंधान विकास और स्थापना, ग्वालियर।
14. क्षेत्रीय जनजातीय चिकित्सा अनुसंधान केंद्र (आईसीएमआर), जबलपुर, मध्य प्रदेश
15. क्षेत्रीय चिकित्सा अनुसंधान केन्द्र (आईसीएमआर), भुवनेश्वर, ओडिशा