6
अध्याय

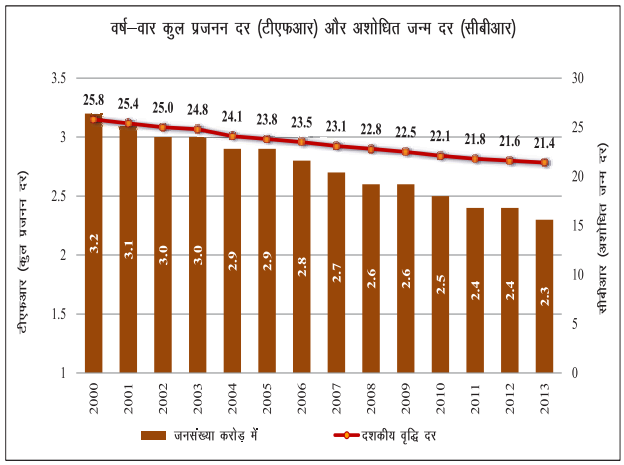
परिवार नियोजन

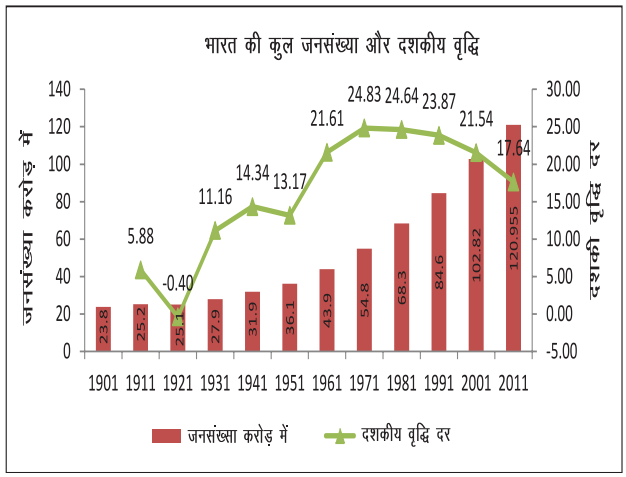
6-1 ifjp;

भारत दुनिया में पहला देश है जिसने 1952 में परिवार नियोजन के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम शुरू किया था। 1952 की अपनी ऐतिहासिक शुरुआत के बाद से परिवार नियोजन कार्यक्रम ने नीतियों और वास्तविक कार्यक्रम क्रियान्वयन के अनुसार परिवर्तन किया है। इसमें नैदानिक दृष्टिकोण से प्रजनन बाल स्वास्थ्य दृष्टिकोण में क्रमिक बदलाव हुआ है और इसके बाद राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (एनपीपी) 2000 ने समग्र व लक्ष्य मुक्त दृष्टिकोण निर्धारित किया जिससे प्रजनन क्षमता को कम करने में सहयोग मिला है।

वर्षों से यह कार्यक्रम देश के हर भाग में चलाया जा रहा है और इसने ग्रामीण क्षेत्र के पीएचसी व एससी, शहरी परिवार कल्याण केन्द्र व प्रसवोत्तर केन्द्र में भी अपनी पहुंच बनाई है। तकनीकी विकास गुणवत्ता में सुधार, व स्वास्थ्य देखभाल की कवरेज के कारण अशोधित जन्म दर व

विकास दर में तेजी से गिरावट हुई है (2011 की जनगणना के अनुसार दशकीय विकास दर में तेजी से गिरावट हुई है)।





विभिन्न नीतिगत दस्तावेजों (एनपीपीः राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000, एनएचपीः राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002 और एनआरएचएमः राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन) में वर्णित परिवार कल्याण संबंधी लक्ष्यों एवं उद्देश्यों को पूरा करने और भारत सरकार की वचनबद्धताओं (आई.सी.पी.डी. सहितः अंतरराष्ट्रीय जनसंख्या एवं विकास सम्मेलन, एम.डी.जी सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों परिवार नियोजन और (एफ.पी.) 2020 शिखर सम्मेलन तथा अन्य सहित) को पूरा करने के लिए परिवार नियोजन प्रभाग के उद्देश्यों, कार्यनीतियों एवं कार्यकलापों की रूपरेखा तैयार की गई है और उनको प्रचालित किया गया है।

1.	ifjokj fu;kstu vkSj lacaf/kr ekeyksa ij dqN rF;		
	iæg o"kksZa esa 15-7% dh tula[;k dh vk'kkfUor of)	•	वर्ष 2011 में 1210 मिलियन से 2026 में 1400 मिलियन तक
	Vh,Qvkj esa fxjkoV	•	भारत की जनसंख्या को स्थिर करने में सहायता करती है जिससे आर्थिक और सामाजिक प्रगति होती है।
	ifjokj fu;kstu esa vf/kdkf/kd fuos'k	•	यह महिलाओं को परिवार को अपनी इच्छानुसार रखने तथा अवांछित एवं असमय गर्भधारण को कम करके उच्च जनसंख्या के प्रभाव को कम करने में सहायता करता है।
		•	यह मातृ मृत्यु दर को 35 प्रतिशत तक कम करता है।
		•	नवजात मृत्यु दर और गर्भपात को अत्यधिक कम करता है।
	o"kZ 2017 rd Hkkjr ljdkj dh ifrc)rk	•	मातृ मृत्यु दर अनुपात (एम.एम.आर.) 100/100,000 तक
		•	नवजात मृत्यु दर (आईएमआर) 30/1000 तक जीवित जन्म पर
		•	कुल प्रजनन दर (टी.एएफ.आर.) 2.1 तक
2.	tula[;k of) dks iHkkfor djus okys rRo		
	ifjokj dY;k.k dh iwjh u dh xbZ vko';drk	•	डीएलएचएस–III (2007–08) के अनुसार 21.3%
	fookg vkSj igys cPps ds le; vk;q	•	22.1 प्रतिशत लड़कियों का विवाह 18 वर्ष से कम आयु में होता है।
		•	कुल प्रसवों में से 5.6 प्रतिशत प्रसव किशोरावस्था अर्थात् 15–19 वर्ष में होते हैं।
	tUe esa vUrjky j[kuk%	•	57.4 प्रतिशत जन्मों में दो बच्चों के जन्म के बीच अंतराल 3 वर्षों की अनुशंसित अवधि से 59.3 प्रतिशत जन्म कम होता है। (एसआरएस 2013)
	15&25 vk;q leg ¼efgyk,½	•	कुल प्रजनन में 52.5 प्रतिशत योगदान।
		•	मातृ मृत्यु दर में 46 प्रतिशत योगदान।
3.	ns'k esa ekStwnk tukafddh; ifjn`'; ¼tux.kuk 2011½		
	fo'o dk 2-4 ifr'kr Hkw&LFky	•	विश्व की जनसंख्या का 17.5 प्रतिशत
	1-21 fcfy;u	•	जनगणना–2011 के अनुसार भारत की जनसंख्या
	200 fefy;u	•	उत्तर प्रदेश की जनसख्या–ब्राजील की जनसंख्या से अधिक

Hkkjr esa tula[;k of)

tux.kuk o"kZ	tula[;k ¼djksM+ esa½	n'kdh; of) (%)	vkSlr okf"kZd ?kkrkadh; of) (%)
1971	54.82	24.80	2.20
1981	68.33	24.66	2.22
1991	84.64	23.87	2.16
2001	102.87	21.54	1.97
2011	121.02	17.64	1.64

	iR;{k fxjkoV ¼vfre 5 n'kdksa esa½	•	अशोधित जन्म दर – वर्ष 1951 में 40.8 प्रति 1000 से वर्ष 2013 में 21.4
		•	नवजात मृत्यु दर – 1951–61 में 146 से वर्ष 2013 में 40 तक
		•	कुल प्रजनन दर – वर्ष 1951 में 6.0 से वर्ष 2013 में 2.3 तक संदर्भित ¼lanHkZ ifjf'k"V&I½
		•	वर्ष 2001 और वर्ष 2011 के बीच वृद्धि दर में 21.54
		•	प्रतिशत से 17.64 प्रतिशत तक अत्यधिक गिरावट।
	tula[;k esa of)	•	वर्ष 2001 की तुलना में जनसंख्या में 3.08 प्रतिशत तक 0–6 गिरावट। पिछले दशक से कम, वर्ष 1991–2011 के दौरान 18.23 करोड़ की तुलना में 2001–2011 में 18.14 करोड़ जनसंख्या की वृद्धि हुई।
	egRoiw.kZ fxjkoV	•	ईएजी राज्यों (उत्तर प्रदेश, बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, राजस्थान, ओडिशा और उत्तरांचल) में दशकों तक स्थिरता के उपरांत जनसंख्या की वृद्धि दर में वर्ष 2001 में 24.99 प्रतिशत से वर्ष 2011 में 20.92 प्रतिशत तक 4.1 प्रतिशत बिन्दु तक गिरावट आई है।
4.	dqy iztuu nj ¼Vh,Qvkj½ esa izxfr		
	Vh,Qvkj esa fxjkoV	•	वर्ष 2005 में 2.9 से 2013 में 2.3 तक।
		•	उच्च फोकस वाले राज्यों में अत्यंत ज्यादा गिरावट आई।
	2-1 vFkok de Vh,Qvkj	•	23 राज्य और संघ राज्य क्षेत्र
	Vh,Qvkj 2-1&3-0	•	10 राज्य–हरियाणा–2.2, गुजरात–2.3, अरुणाचल प्रदेश–2.3, असम–2.3, छत्तीसगढ़–2.7, झारखंड–2.6, राजस्थान–2.8, मध्य प्रदेश–2.9, मेघालय–2.9 और दादरा एवं नगर हवेली–2.9
	3-0 ls T;knk Vh,Qvkj	•	2 राज्य – बिहार–3.4, उत्तर प्रदेश–3.1

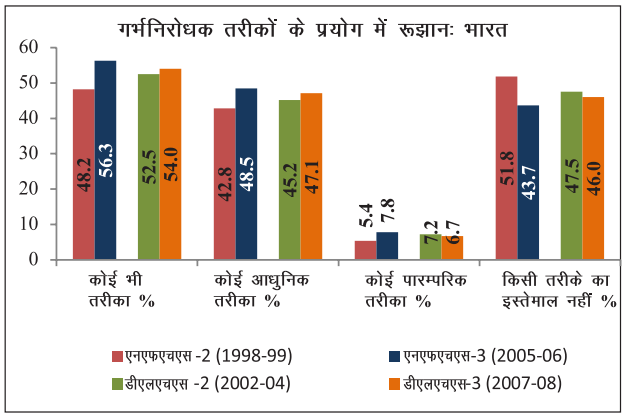
6-1-1 Hkkjr ljdkj dk mPp ldsafUær nf"Vdks.k dk izHkko

भारत सरकार ने राज्यों को टीएफआर स्तर के अनुसार अत्यंत उच्च फोकस (30 के बराबर अथवा उससे ज्यादा), उच्च फोकस (2.1 से ज्यादा और 3.0 से कम) तथा गैर–उच्च फोकस (2.1 के बराबर अथवा इससे कम) के रूप में श्रेणीबद्ध किया है।

छह अत्यधिक उच्च फोकस वाले राज्यों में उत्तर प्रदेश में 0.2 बिन्दुओं (2012 और 2013 के बीच) की गिरावट दर्ज हुई है। अत्यधिक उच्च फोकस वाले राज्यों में, झारखंड में 0.2 बिन्दुओं की गिरावट दर्ज हुई है। मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़ और गुजरात में कोई गिरावट दर्ज नहीं हुई है जबकि राजस्थान, असम और हरियाणा में 0.1 बिंदु की गिरावट हुई है।

Js.kh	jkT;	,lvkj,l&2011	,lvkj,l&2012	,lvkj,l&2013	fcUnq ifjorZu
एफपी के लिए अत्यधिक उच्च फोकस वाले राज्य	बिहार	3.6	3.5	3.4	-0.1
	उत्तर प्रदेश	3.4	3.3	3.1	-0.2
एफपी के लिए अत्यधिक उच्च फोकस वाले राज्य	मध्य प्रदेश	3.1	2.9	2.9	0.0
	राजस्थान	3.0	2.9	2.8	-0.1
	झारखंड	2.9	2.8	2.6	-0.2
	छत्तीसगढ़	2.7	2.7	2.7	0.0
	असम	2.4	2.4	2.3	-0.1
	गुजरात	2.4	2.3	2.3	0.0
	हरियाणा	2.3	2.3	2.2	-0.1
	ओडिशा	2.2	2.1	2.1	0.0

6-2 ifjokj fu;kstu ifjn`'; ¼,u,p,Q,l] Mh,y,p,l vkSj ,,p,l½



एनएफएचएस–3 (2005–06) और डीएलएचएस–3 (2007–08) के अंतिम सर्वेक्षण आकंड़े उपलब्ध है जिनका भारत में मौजूदा परिवार नियोजन स्थिति को निर्धारित करने हेतु, प्रयोग किया जा रहा है। राष्ट्रव्यापी छोटे परिवार के मानदंड को व्यापक रूप से स्वीकार किया गया है। (समग्र रूप से भारत के लिए वांछित प्रजननता दर 1.9

(एनएफएचएस–3) और गर्भनिरोधन के बारे में समान जागरूकता व्यापक है (महिलाओं में 98 प्रतिशत और पुरुषों में 98.6 प्रतिशतः एनएफएचएस 3)। एनएफएचएस और डीएलएचएस दोनों सर्वेक्षणों से पता चला है कि गर्भनिरोधक का प्रयोग सामान्यता बढ़ रहा है (इससे संबद्ध आकृति देखें)। एनएफएचएस–3 में विवाहित महिलाओं (15–49 वर्ष की आयु) में गर्भनिरोधक का प्रयोग 56.3 प्रतिशत था (एनएफएचएस–2 से 8.1 प्रतिशत बिंदु की वृद्धि) जबकि डीएलएचएस–2 एवं 3 में वृद्धि अपेक्षाकृत कम है (52.5 प्रतिशत से 54.0 प्रतिशत) है। प्रजनन के प्रमुख निर्धारक जैसे कि विवाह की आयु और पहले बच्चे के जन्म के समय आयु (जो कि समाज की वरीयताएं हैं) में भी राष्ट्रीय स्तर पर काफी सुधार दिखाई दे रहे हैं।

9 राज्यों (8 ईएजी+असम) में एएचएस सर्वेक्षण किए गए हैं जो यह दर्शाते हैं किः–

- बिहार, जिसने आधुनिक गर्भनिरोधक पद्धति के प्रयोग में कमी दर्शाई है, को छोड़कर लगभग सभी एएचएस में गर्भनिरोधक पद्धति का उपयोग स्थिर रहा है। राजस्थान और छत्तीसगढ़ ने आधुनिक गर्भनिरोधक प्रयोग में कमी ने आधुनिक गर्भनिरोधक के प्रयोग में पर्याप्त वृद्धि दर्शाई है।
- मध्य प्रदेश को छोड़कर सभी राज्यों में पूरी न की गई आवश्यकता में कमी आई है जहां यह स्थिर रही है।

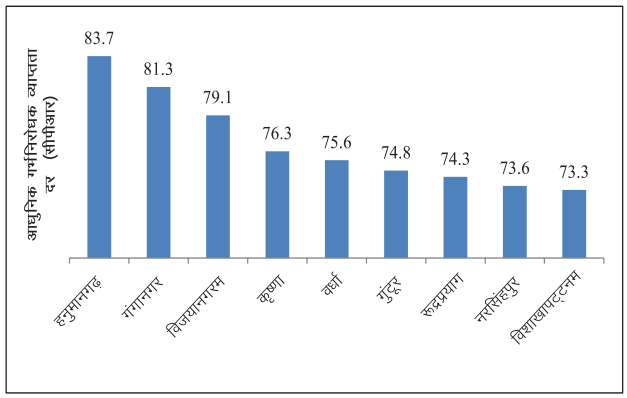
6-2-1 ftyk&okj xHkZfujks/kd 0;kIrrk

- ग्राफ में उच्चतम गर्भनिरोधक व्याप्तता वाले जिलों को दर्शाया गया है।

mPPk Qksdl okys jkT;ksa esa jkT;&okj Vh,Qvkj] vk/kqfud xHkZfujks/kd 0;kIrrk vkSj iwjh u dh xbZ vko';drk

Ø-la-	jkT;	Vh,Qvkj			,elhihvkj (%)			iwjh u dh xbZ vko';drk (%)		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
1	उत्तराखंड	2.3	2.1	2.1	55.4	54.1	54.3	23.2	18.1	15.3
2	ओडिशा	2.3	2.3	2.2	44	46.8	46.3	23.2	19.1	18.9
3	असम	2.6	2.4	2.4	35.7	37.9	38.1	24	15.9	13.1
4	छत्तीसगढ़	2.9	2.8	2.7	49.5	55.4	57.2	26.4	24.8	24.4
5	झारखंड	3.1	2.9	2.7	38.0	43.9	43.7	30.5	22.6	22.3
6	राजस्थान	3.2	3.1	2.9	58.8	59.4	62.4	19.6	12.6	13.0
7	मध्य प्रदेश	3.1	3.1	3.0	57.0	59.3	59.4	22.4	21.6	21.6
8	उत्तर प्रदेश	3.6	3.4	3.3	31.8	37.3	37.6	29.7	24.1	20.7
9	बिहार	3.7	3.6	3.5	33.9	38.2	36.5	39.2	33.5	31.5

ftyk&okj vk/kfud xHkZfujks/kd 0;kIrrk nj



6-3 ifjokj fu;kstu ls lacaf/kr ekrR̀o ,oa f'k'kq e`R;q nj

परिवार नियोजन में काफी बदलाव हुए हैं और यह मातृत्व एवं शिशु मृत्यु दर को तथा रोगों की संख्या को कम करने के साधन के रूप में सामने आया है। यह स्पष्ट है कि जिन राज्यों में उच्च गर्भनिरोधकों का प्रयोग अधिक हुआ है उनमें मातृत्व व शिशु मृत्यु दर बहुत कम है।

परिवार नियोजन में अधिकाधिक निवेश से यह महिलाओं को वांछित परिवार आकार हासिल करने तथा अनचाही एवं असमय होने वाली गर्भावस्थाओं से बचने में सहायता करके उच्च जनसंख्या वृद्धि के प्रभाव को कम करने में सहायता करता है। इसके अतिरिक्त, गर्भरोधक का इस्तेमाल प्रेरित गर्भपात होने और इनसे होने वाली अधिकतर मौतों को रोकने में मदद करता है। ऐसा अनुमान है कि परिवार नियोजन की मौजूदा अपूर्ण आवश्यकता आगामी 5 वर्षों के दौरान पूरी कर ली जाए तो हम 35,000 मातृ मौतों को रोक सकते हैं, 1.2 मिलियन नवजात शिशुओं की मौतों को रोक सकते हैं, 4450 करोड़ रुपए से अधिक की बचत का सकते हैं, और यदि सुरक्षित गर्भपात सेवाओं को अधिकाधिक परिवार नियोजन सेवाओं से जोड़ दिया जाए तो 6500 करोड़ रुपए की और बचत कर सकते हैं। यह कार्यनीति दिशानिर्देश भविष्य में परिवार नियोजन कार्यक्रम के कार्यान्वयन के मार्गदर्शक सिद्धांत होंगे।

6-3-1 jk"Vªh; ifjokj dY;k.k dk;ZØe ds varxZr xHkZfujks/kd lsok,¡

भारत में फिलहाल उपलब्ध परिवार नियोजन पद्धतियों को मोटे तौर पर दो श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है, जन्म अंतराल की पद्धतियां और स्थाई पद्धतियां। आपातकाल के मामलों में प्रयुक्त करने हेतु अन्य पद्धति (आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली) है।

6-3-1 d½ tUe varjky dh i)fr;k&; Hkfo"; ea cPps pkgus okys nEifŸk;ksa }kjk iz;qä fd, tkus gsrq

गर्भनिरोधकों की प्रतिवर्ती पद्धतियां हैं। इनमें निम्नलिखित शामिल हैं:–

d½ eq[k lsO; xHkZfujks/kd xksfy;k

- ये हार्मोनल गोलियां हैं जो प्रतिदिन अधिमानतः किसी निश्चित समय पर महिला द्वारा ली जानी होती है। इस स्ट्रिप में हार्मोनल गोली निःशुल्क दिवस के दौरान सेवन करने हेतु अतिरिक्त प्लेसिबो/ आयरन गोलियां भी होती है। यह पद्धति किसी प्रशिक्षित प्रदायक द्वारा जांच करने के उपरांत अधिकतर महिलाओं द्वारा प्रयुक्त की जा सकती हैं।
- फिलहाल न्यूनतम प्रभार के साथ आशा द्वारा लाभार्थियों को घर–घर जाकर ओसीपी की प्रदानगी संबंधी एक स्कीम है। ब्रांड 'माला–एन' सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य परिचर्या सुविधा केन्द्रों पर निःशुल्क उपलब्ध हैं।

[k½ dUMkse

- ये गर्भ निरोधकों की अवरोधक पद्धतियां हैं जो अनचाहे गर्भधारण तथा एचआईवी सहित आरटीआई/एसटीआई के सचंरण से रोकथाम की दोहरी सुरक्षा प्रदान करती है। ब्रांड "निरोधक" सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों पर निःशुल्क उपलब्ध है और आशा द्वारा न्यून तम लागत पर घर–घर जाकर इनकी आपूर्ति की जाती है।

x½ baVªk;wVsfju xHkZfujks/kd i)fr ¼vkbZ;wlhMh½

- दीर्घावधिक जन्म अंतराल के लिए कॉपरयुक्त आईयूसीडी एक अत्यधिक प्रभावी पद्धति है।
- इसका यूटेरिन विसगंतियों वाली महिलाओं अथवा एसटीआई/आरटीआई के अधिकाधिक जोखिम वाली महिलाओं (अनके व्यक्तियों के साथ यौन संबंध रखने वाली) द्वारा इस्तेमाल नहीं किया जाना चाहिए।

- स्वीकारकर्ता को आईयूसीडी सन्निवेशन के 1, 3 और 6 माह के उपरांत अनुवर्ती कार्रवाई के लिए वापिस आने की जरूरत है क्योंकि इस अवधि में निष्कासन दर उच्च होती है।
- दो प्रकारः
  - o कॉपर आईयूसीडी 380ए (10 वर्ष)
  - o कॉपर आईयूसीडी 375 (5 वर्ष)
- पद्धति डिलीवरी का नया दृष्टिकोण–सांस्थानिक प्रसवों द्वारा प्रस्तुत अवसरों का लाभ उठाने के लिए विशेष रूप से प्रशिक्षित प्रदायकों द्वारा प्रसवोत्तर आईयूसीडी सन्निवेशन उपलब्ध कराया गया।

6-3-1- [k½ LFkkbZ i)fr;k¡ ये पद्धतियां दंपत्तियों में से किसी भी सदस्य द्वारा अपनाई जा सकती हैं तथा सामान्यतः इन्हें अपरिवर्तनीय माना जाता है।

d½ efgyk cU/;hdj.k

- दो तकनीक हैंः–
  - o feuhySi¼ मिनीलेप्रोटॉमी में उदर में एक छोटा सा चीरा लगाया जाता है। फालोपियन टयूबों को काटने अथवा अवरुद्ध करने के लिए चीरा लगाया जाता है। किसी प्रशिक्षित एमबीबीएस डॉक्टर द्वारा निष्पादित किया जा सकता है।
  - o ySizkLdksfid¼ लेप्रोस्कोपी में छोटे चीरे के जरिए उदर में एक लंबी पतली टयूब में लेंस रखकर सन्निवेशन करना शामिल होता है। यह लेप्रोस्कोप डॉक्टर को उदर में फालोपियन टयूब देखने और अवरूद्ध करने अथवा काटने में समर्थ बनाती है। इसे केवल प्रशिक्षित और प्रमाणित स्त्री रोग विज्ञानी / सर्जन द्वारा किया जा सकता है।

[k½ iq#"k cU/;hdj.k

- अंडकोश में सुराख अथवा छोटे से चीरे के जरिए प्रदायक उन 2 टयूबों में से प्रत्येक का पता लगाता है जो शिश्न (वास डेफेरेंस) स्पर्म ले जाते हैं और इसे कसकर बांधकर और काटकर अथवा ऊष्मा या बिजली का इस्तेमाल करके (दहन) काट देते हैं अथवा अवरूद्ध कर देते हैं। यह प्रक्रिया इनमें प्रशिक्षित एमबीबीएस डॉक्टरों द्वारा निष्पादित की जाती है। तथापि, दंपत्ति को वीर्य में स्पर्म न पाए जाने तक बंध्यीकरण के उपरांत पहले तीन महीनों के लिए वैकल्पिक गर्भनिरोधक पद्धति का इस्तेमाल करने की जरूरत होती है।
- भारत में इस्तेमाल की जा रही दो तकनीकें:
  - o परम्परागत
  - o नॉन–स्केलपल वेसक्टॉमी – कोई चीरा नहीं, केवल सुराख किया जाता है अतः टांकें नहीं लगाए जाते हैं।

6-3-1- x½ vkikrdkyhu xHkZfujks/kd xksyh

- अनियोजित / असुरक्षित यौन संबंध से पैदा होने वाले आपातकालीन मामले में सेवन किए जाने हेतु।
- इस गोली का यौन क्रिया के 72 घंटों के भीतर सेवन किया जाना चाहिए तथा इसको एक नियमित गर्भनिरोधक का विकल्प कदापि नहीं समझा जाना चाहिए।

6-3-1 ?k½ vU; oLrq,¡&xHkkZoLFkk tkap fdV ¼ihVhds½

- ये परिवार नियोजन कार्यक्रम के लिए महत्वपूर्ण हैं। एक सप्ताह तक माहवारी न आने के उपरांत पहले ही सप्ताह में गर्भावस्था पता लगाने में सहायक यह अत्यंत साधारण पद्धति है, अतः यह गर्भावस्था के चिकित्सीय समापन के लिए तत्काल अवसर प्रदान करता है और इस प्रकार असुरक्षित गर्भपात से जाने वाली जानों को बचाता है।
- ये उपकेन्द्र स्तर पर भी उपलब्ध है तथा आशा द्वारा किए जाते हैं।

6-3-1 ³½ lsok iznkuxh fcUnq

- सभी अंतराल पद्धतियां अर्थात आईयूसीडी, ओसीपी और कंडोम उप–केन्द्र स्तर से शुरू होने वाले सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपलब्ध है। इसके अतिरिक्त, आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियां (क्योंकि वे दक्षता आधारित सेवाएं नहीं हैं) प्रशिक्षित आशाओं के जरिए ग्राम स्तर भी उपलब्ध है।

- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर अथवा उससे ऊपर के स्तर पर सामान्यतः स्थाई पद्धतियां उपलब्ध हैं। वे इन सेवाओं को प्रदान करने हेतु प्रशिक्षित एमबीबीएस बंध्यीकरण केवल विशेषज्ञ स्त्री रोग विज्ञानी/सर्जन द्वारा सीएचसी और उससे ऊपर के स्तर पर पेश की जा रही है।

ये सेवाएं लगभग 20 करोड़ पात्र दंपत्तियों को प्रदान की जा रही हैं, विभिन्न स्तर पर प्रदान की जा रही सेवाओं का ब्यौरा इस प्रकार हैः

ifjokj fu;kstu i)fr	lsok inkrk	lsok LFky
tUe esa vrj j[kus lca/kh fof/k;ka		
आईयूडी 380 ए/आईयूसीडी 375	प्रशिक्षित एवं प्रमाणित एएनएम, एलएचवी एसएन एवं डॉक्टर	उप–केन्द्र एवं उच्चतर स्तर
खाई जाने वाली गर्भनिरोधक गोलियां (ओसीपी)	प्रशिक्षित आशा, एएनएम, एलएचवी, एसएन एवं डॉक्टर	ग्राम स्तरीय उप–केन्द्र एवं उच्चतर स्तर
उप–केन्द्र और उच्चतर स्तर		
कंडोम	प्रशिक्षित आशा, एएनएम, एलएचवी, एसएन एवं डॉक्टर	ग्राम स्तरीय उप–केन्द्र एवं उच्चतर स्तर
उप–केन्द्र और उच्चतर स्तर		
lhfer fof/k;ka		
मिनीलैप	प्रशिक्षित एवं प्रमाणित एमबीबीएस डॉक्टर एवं विशेषज्ञ डॉक्टर	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं उच्चतर स्तर
लेप्रोस्कोपी बंध्यीकरण	प्रशिक्षित एवं प्रमाणित एमबीबीएस डॉक्टर और विशेषज्ञ डॉक्टर	सामान्यतः सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र
एनएसवीः नो–स्केलपल वैसेक्टॉमी	प्रशिक्षित एवं प्रमाणित एमबीबीएस डॉक्टर और विशेषज्ञ डॉक्टर	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवंएवं उच्चतर स्तर
vkikrdkyhu xHkZfujks/ku		
आपातकालीन गर्भनिरोधन गोलियां (ईसीपी)	प्रशिक्षित आशा, एएनएम, एलएचवीएसएन एवं डॉक्टर	ग्राम स्तरीय उप–केन्द्र एवं उच्चतर स्तर

टिप्पणीः ओसीपी, कंडोम जैसे गर्भनिरोधक भी सामाजिक विपणन संगठनों द्वारा प्रदान किए जाते हैं।

6-3-2 ifjokj fu;kstu lsokvksa dh iz e[k fo'ks"krk,a fuEufyf[kr gS%

d½ py jgs dk;ZdykiZ%

- आईयूसीडी जैसी जन्म अंतराल पद्धतियों पर अधिकाधिक जोर देना।
- सभी सुविधा केन्द्रों पर नियत दिवस स्थाई सेवा की उपलब्धता।
- मिनीलैप टयूबक्टॉमी सेवाओं पर बल देना क्योंकि ये काफी सरल होती हैं और इनके लिए केवल परिवार नियोजन विधि सेवा प्रदायक सेवा अवस्थिति एमबीबीएस डॉक्टर की जरूरत होती है न कि किसी स्नातकोत्तर स्त्री रोग विज्ञानी/सर्जनों की।
- आईयूसीडी सन्निवेशन में प्रशिक्षित एएनएम के साथ उप–केन्द्रों और प्रत्येक सेवा के लिए कम से कम एक–एक प्रदायक के साथ सुविधा केन्द्रों (डीएच, सीएचसी, पीएचसी, एसएचसी) को समर्थ बनाने के लिए आईयूसीडी, मिनीलैप और एनएसवी के प्रावधान के लिए एक तर्कसंगत मानव संसाधन विकास योजना विद्यमान है।

- राज्य और जिला स्तरों पर गुणवत्ता आश्वासन समितियां स्थापित करके परिवार कल्याण सेवाओं में गुणवत्तायुक्त परिचर्या सुनिश्चित करना।

- पीपीपी के अंतर्गत परिवार नियोजन सेवाओं के लिए प्रदायक आधार में वृद्धि करने हेतु अधिकाधिक निजी/एनजीओ सुविधा केन्द्रों का प्रत्यायन।

- पुरुष सहभागिता को बढ़ाना और नॉन स्केल्पल वैक्सटॉमी को बढ़ावा देना।

- बंध्यीकरण स्वीकारकर्ता के लिए मुआवजा योजनाः इस योजना के अंतर्गत स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय लाभार्थी को होने वाली पारिश्रमिक हानि तथा बंध्यीकरण करने के लिए सेवा प्रदायक (एवं दल) को मुआवजा प्रदान करता है। मुआवजा योजना का वर्ष 2014 से 11 उच्च फोकस वाले राज्यों में विस्तार किया गया है।

- 'राष्ट्रीय परिवार नियोजन बीमा योजना' (एनएफपीआईएस), जिसके अंतर्गत ग्राहकों का बंध्यीकरण करवाने के बाद मृत्यु, जटिलताओं तथा विफलता की संभावित घटनाओं हेतु बीमा किया जाता है। प्रदायक/प्रत्यायित संस्थान उन संभावित घटनाओं में अभियोग के संबंध में क्षतिपूर्ति करते हैं।

- सेवा प्रदायकों और आशा कर्मियों के लिए प्रसूति उपरांत इंट्रा–यूट्रेन गर्भनिरोधक उपकरण (पीपीआईयूसीडी) प्रोत्साहन।

- स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम के अंतर्गत अल्पावधिक आईयूसीडी (5 वर्ष तक प्रभावी), कॉपर आईयूसीडी 375 शुरू किया है। राज्य स्तरीय प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण पहले ही पूरा हो चुका है और उप–केन्द्र स्तर पर सेवा प्रदायकों को प्रशिक्षण प्रदान करने का कार्य चल रहा है।

- सरकार द्वारा आईयूसीडी सन्निवेशन (प्रसवोत्तर आईयूसीडी सन्निवेशन) की गई पद्धति शुरू की गई है।

- समर्पित परिवार नियोजन काउंसलरों की तैनाती और कार्मिक को प्रशिक्षण प्रदान करके जिला अस्पतालों में प्रसवोत्तर परिवार नियोजन सेवाओं को बढ़ावा देना।

[k½ xHkfujk/kdk dh ?kj ij fMyhojh ¼,pMhlh½

- लाभार्थियों को घर पर ही गर्भ निरोधकों की आपूर्ति हेतु आशाओं की सेवाओं का उपयोग करने के एक नई योजना शुरू की गई है। यह योजना 17 राज्यों के बड़े 233 प्रायोगिक जिलों में 11 जुलाई 2011 में आरंभ हुई और अब इसका 17 दिसम्बर, 2012 से पूरे भारत में विस्तार कर दिया गया है।

- आशा कर्मी घर पर ही गर्भनिरोधक देने हेतु अपने प्रयास के लिए लाभार्थियों से नाममात्र धनराशि अर्थात् 3 कंडोमों के पैक के लिए 1 रुपया, ओसीपी के लिए एक रुपया और ईसीपी के एक गोली के पैक के लिए 2 रुपए ले रही हैं।

x½ tUe vrjky dk lfuf'Pkr djuk ¼bl,lch½

- भारत सरकार द्वारा शुरू की गई नई योजना के अंतर्गत आशा कर्मियों की सेवाओं को नए विवाहित दंपत्तियों के लिए परामर्श हेतु इस्तेमाल किया जाएगा ताकि विवाह के उपरांत बच्चे के जन्म में 2 वर्ष तथा एक बच्चे वाले दंपत्ति, दूसरे बच्चे के जन्म में पहले बच्चे के जन्म के उपरांत 3 वर्ष का अंतराल सुनिश्चित करें। यह योजना 18 राज्यों (ईएजी, पूर्वोत्तर और गुजरात एवं हरियाणा) में चलाई जा रही है। आशा को इस योजना के अंतर्गत निम्नलिखित प्रोत्साहन राशि का भुगतान किया जाएगाः

  - o विवाह के उपरांत 2 वर्षों तक बच्चों के जन्म में अंतर रखने पर आशा को 500/– रुपए।
  - o पहले बच्चे के जन्म के उपरांत दूसरे बच्चे के जन्म के 3 वर्ष का अंतराल सुनिश्चित करने पर आशा को 500/– रुपए।
  - o दंपत्ति द्वारा 2 बच्चों तक की स्थाई सीमित पद्धति का विकल्प चुनने के मामले में 1000/–रुपए।

?k½ xHkkZoLFkk tkap fdV%

- fu'Pk;&घर पर प्रयुक्त होने वाली गर्भावस्था जांच किटें एनआरएचएम के तहत 2008 में देश भर में आरंभ की गई और इसे परिवार नियोजन प्रभाग द्वारा 24जनवरी 2012 से संचालित किया गया।
- पीटीके आशा व उप–केन्द्रों पर उपलब्ध कराई जा रही है।
- पीटेके का गर्भावस्था की पता लगाना व इसके परिणाम तय करना है।

M-½ vkl&ikl lfo/kk dUæksa rd xHkZfujks/kdksa dh vkiwfrZ iz.kkyh dk mUU;u djukA

p½ fofHkUUk lfo/kk dUæksa esa ikLVjksa] fcy vkSj vU; J0; ,oa fofM;ks lkefxz;ksa ds in'kZu ds :i esa ekax l`tu dk;ZdykiA

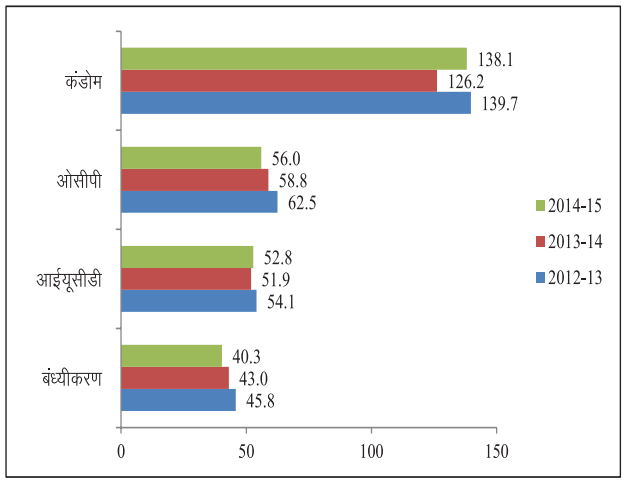
N½ mPpre Lrj ij n`<+ jktuhfrd bPNk 'kfä vkSj ,Mokdslh] fo'ks"kdj mPp iztuu nj okys jkT;ksa esaA

t½ xHkZfujks/kd dh miyC/krk esa l/kkj ykus gsrq u, fØ;kdyki

- विकल्पों का विस्तार
  - o bUtsDVscy fMiks esMªkfDlh izkstLVsjksu ,flVsV ¼Mh,eih,½(औषध तकनीकी परामर्शी बोर्ड (डीटीएबी) ने राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम के तहत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में इंजेक्टेबल गर्भनिरोधक डीएमपीए शुरू करने पर सहमति प्रदान की।
  - o ihvkbZ% प्रायौगिक प्रकिया के अधीन है।
  - o lsVØkseu% कार्यक्रम की रूपरेखा तैयार की जा रही है।
- mUur xHkZfujks/kd iSdsftax% कंडोम, ओसीपी और ईसीपी की पैकेजिंग में इन सामग्रीयों की मांग को प्रभावित करने के लिए उन्नत किया जा रहा है।
- प्रसवोत्तर परिवार नियोजन (विशेष रूप से मिनीलैप के जरिए) और एनएसवी को बढ़ावा देकर उन्नत सेवा प्रदान करने हेतु योजना की रूपरेखाः अगस्त, 2015–16 में कार्यक्रम की विस्तृत कार्यक्रम विशिष्टियों को राज्यों के साथ साझा किया गया। प्रसवोत्तर परिवार नियोजन और एनएसवी के लिए स्थाई केंद्रों को उन्नत बनाने हेतु राज्यों को सहयोग प्रदान किया जा रहा है।

6-3-3 ifjokj fu;kstu dk;ZØe dk vkmViqV gsrq iznfr

lsok iznk;xh 2014&15% वर्ष 2014–15 के दौरान परिवार नियोजन सेवाओं (लाख में) का कार्य–निष्पादन नीचे दिया गया है (स्रोतः एचएमआईएस):



- सीबीआर तथा टीएफआर में गिरावट के बावजूद आईयूसीडी और बंध्यीकरण की संख्या स्थिर रही है। प्रतिस्थापन स्तरीय प्रजननता तक पहुंचने के लिए इसमें गति बनाए रखना जरूरी है।
- जन्म अंतराल में फोकस के मौजूदा प्रयासों पर विचार करते हुए यह आशा है कि निकट भविष्य में आईयूसीडी निष्पादन में वृद्धि होगी।
- राज्यवार बंध्यीकरण और आईयूसीडी उपलब्धियां ifjf'k"V&2 में दी गई है।

6-3-4 vYidkfyd ,oa nh?kZdkfyd tUe esa varj j[kus dh fof/k ds :i esa vkbZ;wlhMh dk c<kok

भारत सरकार ने वर्ष 2006 में गर्भनिरोधक सेवाओं में विभिन्न मिश्रित विधियों में सुधार लाने के उद्देश्य से राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम में आईयूसीडी को पुनः शुरू करने के

कार्य का शुभारम्भ किया और विभिन्न स्तरों पर आईयूसीडी के प्रचार–प्रसार सहित विभिन्न कार्यनीतियों को अपनाया है जिसमें आईयूसीडी के लिए सामुदायिक एकजुटता; गुणवत्ता युक्त आईयूसीडी सेवाएं और गहन सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण कार्यकलापों द्वारा आईयूसीडी के बारे में व्याप्त मिथ्यों को दूर करने के लिए एएनएम से लेकर जन स्वास्थ्य प्रणाली स्टाफ का क्षमता निर्माण शामिल है। वर्तमान में परिवार नियोजन कार्यक्रम के तहत जन्म अंतराल की मुख्य पद्धति के रूप में आईयूसीडी सन्निवेशन के प्रोत्साहन पर ज्यादा जोर दिया जाता है।

^^vkbl;lhMh e, odfYid if'k{k.k i)fr** को उत्तम आईयूसीडी सेवाओं के प्रावधान के संबंध में सेवा प्रयोक्ताओं को प्रशिक्षित करने के लिए सितम्बर, 2007 में वयस्क शिक्षण सिद्धांत और मानवीय प्रशिक्षण तकनीक को शामिल करते हुए शुरू किया गया था और इसमें एनॉटॉमिकल, सिमुलेटर पेल्विक मॉडल का उपयोग किया गया है।

dh xbl dkjlokbl vkj mi yfC/k;k%

- अंतराल आईयूसीडी प्रशिक्षण आयोजित करने और प्रशिक्षित कार्मिकों को प्रशिक्षण पश्चात फॉलोअप देने में राज्यों को सहयोग देने में हिंदुस्तान लैटेक्स परिवार नियोजन संवर्द्धन ट्रस्ट (एचएलएफपीपीटी) संलग्न रहा है। प्रतिधारण सुनिश्चित करने के लिए आईयूसीडी सन्निवेशन के नमूना मामलों का एचएलएफपीपीटी भी फॉलोअप करेगा।
- राज्यों को निर्देश दिया गया है कि आईयूसीडी सन्निवेशन (इनसर्सन) के लिए एसएचसी और पीएचसी स्तरों पर नियत तिथि प्रति सप्ताह अधिसूचित करें।
- परिवार नियोजन कार्यक्रम के तहत सीयूआईयूसीडी–375 (5 वर्ष तक प्रभावी) आरंभ करना:

;vkblhMhy ¼vk;q"k ifDV'kujka dks tfj,½ dk ink;d vk/kkj c<kuk

- एक अल्प पुनश्चर्या पाठ्यक्रम/प्रशिक्षण के बाद आईयूसीडी में एएसयू डॉक्टरों को प्रशिक्षित करने का अनुमोदन प्रदान किया गया है तथा योग एवं प्राकृतिक चिकित्सा प्रेक्टिशनरों को छोड़कर आयुष डॉक्टरों को निर्धारित प्रशिक्षण देने के बाद जन स्वास्थ्य सुविधाओं में आईयूसीडी सन्निवेशन करने की अनुमति दी गई है।

vkbl;lhMh lokvka d fy, vkulkbV if'k{k.k

- आईयूसीडी सेवाओं के ऑनसाइट प्रशिक्षण के लिए झहपीएगो, एनजेंडर स्वास्थ्य और आईपीएएस को नियुक्त किया गया है।
- प्रशिक्षण में प्रगति का पता चलाने और प्रशिक्षण के उपरांत बेहतर अनुवर्ती निष्पादन के लिए, एक आईयूसीडी ट्रैकिंग सॉफ्टवेयर तैयार किया गया है और अब वह प्रचालित है।

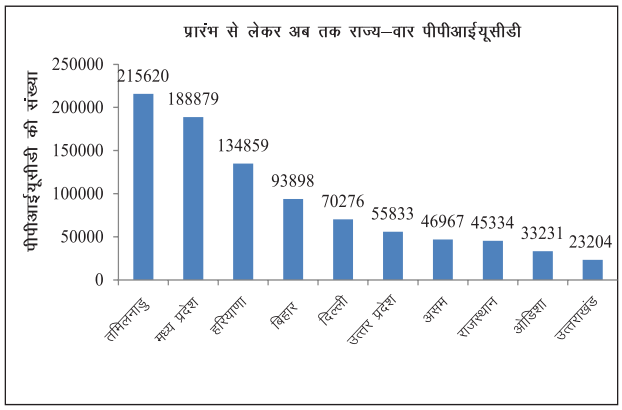
6-3-5 izlokŸkj ifjokj fu;kstu ¼ihih,Qih½ lsokvka ij cy%

- बढ़ी हुई संस्थागत प्रसवों द्वारा प्रदान किए गए अवसर का लाभ उठाने के उद्देश्य से, भारत सरकार प्रसवोत्तर एफपी सेवाओं को सुदृढ़ करने पर बल दे रही है।
- भारत के विभिन्न राज्यों में स्वास्थ्य व्यवस्था के सभी स्तरों पर पीपीएफपी सेवाएं समान रूप से प्रदान नहीं की जा रही है जिसके परिणामस्वरूप अवसर छूट रहे हैं;
- प्रसवोत्तर अवधि के दौरान आईयूसीडी का सन्निवेशन (इनसर्सन), जो प्रसवोत्तर अंतर–गर्भाशयी गर्भनिरोधक साधन (पीपीआईयूसीडी) के नाम से जाता है, पर प्रसवोत्तर अवधि के दौरान बच्चों में अंतर रखने की पूरी न हो पा रही उच्च मांग से निपटने पर ध्यान केन्द्रित किया जा रहा है।

dh xbl dkjlokbl vkj mi yfC/k;k%

- अधिक मामलों से भारित सुविधा केन्द्रों में प्रसवोत्तर आईयूसीडी (पीपीआईयूसीडी) सेवाओं को सुदृढ़ करना:
  - o वर्तमान में, जिला और उप–जिला अस्पतालों में उच्च संस्थागत प्रसव भार को देखते हुए सिर्फ इन्हीं सुविधा केन्द्रों में पीपीआईयूसीडी (इनसर्सन) हेतु प्रशिक्षित प्रदाताओं की प्लेसमेंट पर ध्यान केन्द्रित किया जा रहा है।

xkQ 6% dy ihihvkbl;lhMh lfUuo'kuk d vulkj fu"iknu dju oky 'kh"k 10 jkT;



- पीपीआईयूसीडी कार्यक्रम शुरू होने से लेकर अब तक देश भर में कुल 10,34,894 पीपीआईयूसीडी लगाए गए हैं। वर्ष 2014–15 में लगभग 5,90,217 पीपीआईयूसीडी लगाए गए हैं, जबकि वर्ष 2013–14 में यह संख्या लगभग 3,24,487 थी।
- अधिक मामलों से भारित सुविधा केन्द्रों में समर्पित परामर्शदाताओं को नियुक्त करना:
  - o निम्नलिखित क्षत्रों में परामर्श सेवाएं प्रदान करने के लिए अधिक मामलों से भारित सुविधा केन्द्रों में आरएमएनसीएच. परामशर्दाताओं को नियुक्त किए जा रहे हैं:–
  - ➢ प्रसवोत्तर परिवार नियोजन (आईयूसीडी और बंध्यीकरण);
  - ➢ कंडोम, गोलियां आदि जैसे अन्य परिवार नियोजन उपाय;
  - ➢ प्रसव का स्वास्थ्य अनुकूल समय तथा अंतर सुनिश्चित करना;
  - ➢ जच्चा और बच्चा परिचर्या;
  - ➢ स्तनपान शीघ्र आरंभ करना;
  - ➢ टीकाकरण और
  - ➢ बाल पोषाहार
- वित्त वर्ष 2014–15 में देश भर में (राज्यों के अनुमानों के अनुसार) आरएमएनसीएच+ए परामर्शदाताओं के 1633 पदों की मंजूरी प्रदान की गई है। इनमें से, 959 पद भर दिए गए हैं और वे परामर्शदाता अपने पद पर कार्यरत हैं।

6-3-6 ifjokj fu;ktu lokvk dh lfuf'Pkr inkuxh

6-3-6*d- vkbl;lhMh ¼bullu½ d fy, fu;r fnol lok ¼,QMh,l½* राज्यों को एससी और पीएचसी (सप्ताह मेंकम से कम 2 दिन) के स्तर पर नियत दिवस आईयूसीडी सन्निवेशन सेवाएं सुनिश्चित करने की सुविधा प्रदान की गई है।

6-3-6[k- lfo/kk dUæ Lrj ij c/;hdj.k e fu;r fnol fu;r lok,¡

- नियत दिवस नियत सेवाओं के निम्नलिखित उद्देश्य हैं:
  - ➢ शिविर दृष्टिकोण से बंध्यीकरण सेवाओं को नियमित नेमी सेवाओं तक ले जाना।
  - ➢ बंध्यीकरण सेवाएं प्रदान करने में स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों को आत्मनिर्भर बनाना, और
  - ➢ व्यक्तियों को अपने नामोद्दिष्ट स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र में किसी भी दिन बंध्यीकरण सेवाएं सुलभ कराना।

c/;hdj.k lokvk d fy, ,QMh,l fn'kk&funs'k	
स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र	न्यूनतम बारंबारता
जिला अस्पताल	सप्ताह में दो बार
उप–जिला अस्पताल	साप्ताहिक
सीएचसी / ब्लॉक पीएचसी	पाक्षिक
24 × 7 पीएचसी / पीएचसी	मासिक

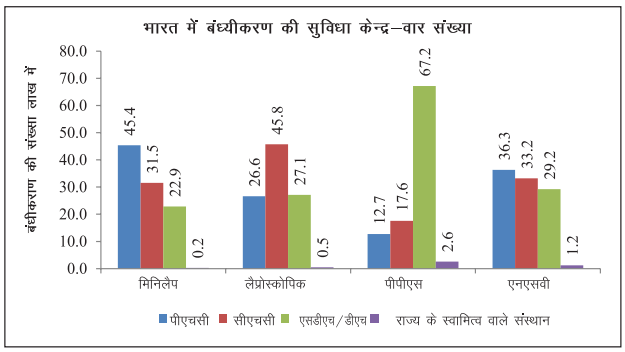
नोटः ऐसी सेवाओं को अधिकतर प्रदान करने वाले सुविधा केन्द्रों द्वारा ऐसा करना जारी रखा जाना चाहिए।

6-3-6-x- *c/;hdj.k lokvk d fy, f'kfoj* दृष्टिकोण उन राज्यों में जारी है जहां बंध्यीकरण में नियमित रूप से नियत दिवस सेवाएं प्रदान करने में अधिक समय लगता है।

6-3-6-?k- *fu;fer ifjokj fu;kstu lsok,a inku djus* के लिए परिधीय सुविधा केन्द्रों में प्रशिक्षित प्रदायकों की युक्तिसंगत तैनाती।

dh xbZ dk;Zokbl vkSj miyfC/k;ka

- वर्ष 2014–15 में सभी राज्यों में आईयूसीडी और बंध्यीकरण दोनों हेतु नियत तिथि परिवार नियोजन सेवाओं को सुदृढ़ करने की प्रतिबद्धता दर्शाई है और इसे राज्यों द्वारा की गई प्रगति के आकलन हेतु तिमाही समीक्षा तंत्र के अंतर्गत शामिल किया गया है।
- हाल ही के क्षेत्र दौरों तथा राज्यों के समीक्षा मिशन द्वारा से स्पष्ट हुआ है कि सीएचसी व इसके ऊपर के स्तर पर सुविधाओं को नियमित दिन के आधार पर एक सी सेवाओं की प्रदानगी हेतु परिचालित किया गया है।
- एचएमआईएस 2014–15 के आँकड़ों के विश्लेषण से स्पष्ट हुआ है कि:
  - o पीएचसी में लगभग 36.3% एनएसवी, सीएचसी स्तर पर 33.2%, एसडीएच/डीएच स्तर पर 29.2% तथा राज्य के स्वामत्वि वाले संस्थानों में 1.2% किए गए थे।
  - o अधिकांश मिनीलैप बंध्यीकरण (45.4%) पीएचसी स्तर पर किए जाते हैं जिसके बाद सीएचसी स्तर पर 31.5% किए जाते हैं। 22.9% मिनीलैप एसडीएच/डीएच स्तर पर तथा 0.2% राज्य के स्वामित्व वाले संस्थानो में किए गए थे।



  - o यद्यपि 26.6% लेप्रोस्केपिक बंध्यीकरण शिविर मोड के जरिए पीएचसी में किए जाते हैं। फिर भी, ये आवश्यक रूप से नोट किया जाए कि लेप्रोस्कोपिक बंध्यीकरण (45.8%) सीएचएस स्तर पर किए गए। 27.1% मामले पीपीएस एसडीएच/डीएच स्तर पर किए गए तथा 0.5% राज्य के स्वामित्व वाले संस्थानों में किए गए।
  - o जैसा कि प्रत्याशित है लगभग 67.02% पीपीएस डीएच/एसडीएच स्तर पर रिपोर्ट किए जाते हैं चूंकि इस सुविधा केन्द्रों में ही अधिकतर संस्थागत प्रसव कराए जाते हैं, फिर भी, इसे पीएचसी (12.7%) और सीएचसी (17.6%) स्तर पर भी बढ़ाए जाने की आवश्यकता है।

6-3-7 ifjokj fu;kstu esa xq.koÙkk vk'oklu

गर्भनिरोधक पद्धतियों और सेवाओं की स्वीकार्यता और निरन्तरता में परिवार नियोजन सेवाओं में गुणवत्ता आश्वासन एक निर्णायक कारक है। माननीय सर्वोच्च न्यायालय ने सिविल रिट याचिका सं.209/2003 (रमाकांत राय बनाम भारतीय संघ) के मामले में अपने आदेश दिनांक 1.3.2005 में अन्य बातों के साथ–साथ भारत संघ और राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को निदेश दिया है कि बंध्यीकरण प्रक्रियाओं के संबंध में समानता लाने हेतु बंध्यीकरण प्रक्रिया और मानदंड हेतु निम्न उपाय करके केन्द्रीय सरकार के दिशानिर्देशों का कार्यान्वयन सुनिश्चित करें:

- बंध्यीकरण प्रक्रियाएं करने के लिए चिकित्सकों/स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों का पैनल बनाना और बंध्यीकरण करने के लिए चिकित्सकों का पैनल बनाने के लिए मानदंड निर्धारित करना।
- बंध्यीकरण प्रक्रिया किए जाने के पहले प्रत्येक डाक्टर द्वारा जाँच सूची निर्धारित करना।
- बंध्यीकरण किए जाने वाले व्यक्ति की सहमति प्राप्त करने के लिए समान प्रपत्र निर्धारित करना।
- बंध्यीकरण प्रक्रिया के संबंध में शल्य क्रिया से पहले और बाद के दिशा–निर्देशों का कार्यान्वयन सुनिश्चित करने के लिए गुणवत्ता आश्वासन समिति स्थापित करना।

- बंध्यीकरण आदि के स्वीकारकर्ताओं के लिए सभी राज्यों में समान रूप से बीमा पॉलिसी प्रभावी है।

dh xbZ dkjZokbZ vkSj miyfC/k;k¡

परिवार कल्याण नियमावली और दिशा–निर्देशों में संशोधनः स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने विविध मानकों/मैनुअल/दिशा–निर्देशों में संशोधन किया है तथा राज्यों को सेवा प्रावधान की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए उसका पालन करने का निदेश दिया है। परिवार कल्याण नियमावली और दिशानिर्देशों का व्यापक प्रचार–प्रसार किया गया है तथा उन्हें एनएचएम की वेबसाइट से आसानी से प्राप्त किया जा सकता है।

- cU/;hdj.k lsokvksa esa ekud ,oa xq.koRrk vk'oklu% नवम्बर, 2014 में 'बंध्यीकरण सेवाओं में मानक एवं गुणवत्ता आश्वासन' के संबंध में एक व्यापक मैनुअल जारी किया गया था जिसमें चार मौजूदा मैनुअलों (अर्थात महिला एवं पुरुष नसबंदी मानक–2006; बंध्यीकरण मैनुअल के लिए गुणवत्ता आश्वासन मैनुअल–2006; शिविरों में बंध्यीकरण सेवाओं के लिए मानक प्रचालन प्रक्रिया–2008; बंध्यीकरण सेवाओं के लिए एफडीएस दृष्टिकोण हेतु प्रचालन दिशानिर्देश–2008) को शामिल किया गया है। इस मैनुअल में न केवल चार मैनुअलों की विषय–वस्तु को शामिल किया गया है बल्कि क्षेत्र में प्राप्त अनुभवों के आधार पर कुछ नए विषय भी शामिल किए गए हैं।
- *efgyk ulcanh ds fy, lanHkZ eSuqvy* तैयार कर लिया गया है और उसे नवम्बर, 2014 में प्रकाशित किया गया, जिसमें दो मौजूदा मैनुअलों अर्थात मिनीलैप ट्यूवेक्टॉमी के लिए संदर्भ मैनुअल–2009; कार्यक्रम अधिकारियों, प्रशिक्षण समन्वयकों और प्रशिक्षकों के लिए महिला नसबंदी में प्रशिक्षण हेतु दिशानिर्देश–2010 शामिल किए गए हैं।
- fpfdRlk vf/kdkfj;ksa vkSj uflZx dkfeZdksa ds fy, vkbZ;wlhMh lanHkZ fu;ekoyh% आंतरिक आईयूसीडी और पीपीआईयूसीडी सन्निवेशन के लिए विस्तृत नियमावली। आयुष के लिए आईयूसीडी संदर्भ नियमावली, पुरूष नसबंदीपर संदर्भ मैनुअल और परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना पर मैनुअल।
- vkj,e,ulh,p$, ijke'kZnkrkvksa ds eSuqvy नसबंदी अपनाने वालों के लिए ऑपरेशन के बाद की जटिलताओं के उपचार हेतु, नसबंदी की प्रक्रिया के कारण नसबंदी सफल न होना अथवा उसे मृत्यु होने की घटना के प्रबंधन हेतु। इस मैनुअल को वर्ष 2013 में संशोधित किया गया। प्रभाग द्वारा *Hkkjr dk Hkkoh nf"Vdks.k ifjokj fu;kstu 2020* दस्तावेज प्रकाशित किया गया जिसमें वैश्विक परिवार नियोजन 2020 की प्रतिबधता को पूरा करने में हमारे देश द्वारा किए गए प्रयासों को दर्शाया गया है। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, परिवार नियोजन प्रभाग द्वारा राज्यों को गुणवत्तापूर्ण सेवाओं की उपलब्धता में सुधार लाने में सहयोग प्रदान करने हेतु तकनीकी विशेषज्ञों की भर्ती की गई है।

6-3-8 jkT; xq.koRRkk dk;Z'kkyk,a

राज्यों और सेवा प्रदाताओं को तकनीकी मानकों से परिचित कराने हेतु परिवार नियोजन प्रभाग के तकनीकी विशेषज्ञों और कोर समूह के सदस्यों द्वारा सभी राज्यों में नवीनतम दिशानिर्देशों के लिए अभिमुखीकरण कार्यशाला आयोजित की गई है।

6-3-9 vU; lso/kukRed ;kstuk,¡

6-3-9-d- cU/;hdj.k ds Lohdkjdrkvksa ds fy, lq'kkf/kr eqvkotk ;kstuk% सरकार 1981 से केन्द्र द्वारा प्रायोजित एक योजना को क्रियान्वित कर रही है जिससे बंध्यीकरण के स्वीकारकर्ता को बंध्यीकरण कराने वाले दिन की मजदूरी के अनुसार भरपाई की जा सके। बंध्यीकरण सेवाओं के स्वीकारकर्ताओं हेतु क्षतिपूर्ति योजना 31.10.2006 से संशोधित की गई थी और 07.09.2007 से जीवन स्तर लागत में वृद्धि को देखते हुए लगातार बढ़ती परिवहन लागत, जो किसी भी व्यक्ति को उसके निवास स्थान/गाँव से निकटस्थ सेवा केन्द्र तक यात्रा करने में सक्षम बनाती है, को स्वस्थता और अन्य प्रासंगिक लागत की तुलना में मौजूदा उच्च पारिश्रमिक मुआवजों में वृद्धि होने के कारण, भारत सरकार ने 11 उच्च फोकस वाले निम्न राज्यों में वर्तमान क्षतिपूर्ति वृद्धि का अनुमोदन प्रदान किया हैः उत्तर प्रदेश, बिहार, मध्य प्रदेश, राजस्थान छत्तीसगढ़, झारखंड, ओडिशा, उत्तराखंड, असम, हरियाणा व गुजरात।

6-3-9-[k- tu lfo/kk dUnzks esa eqvkotk ;kstuk

(राशि रुपए में)

jkT;	vkWijs'ku dk izdkj	Lohdkjdrkz	vk'kk@LokLF; dk;Zdrkz	vU;	dqy
mPp Qksdl okys 11 jkT;% (उ.प्र., बिहार, मध्य प्रदेश, राजस्थान, छत्तीसगढ़, झारखंड, ओडिशा, उत्तराखंड, असम, हरियाणा, गुजरात)	पुरुष नसबंदी	2000	300	400	2700
	महिला नसबंदी	1400	200	400	2000
उच्च फोकस वाले अन्य राज्य (पूर्वोत्तर राज्य, जम्मू व कश्मीर, हिमाचल प्रदेश)	पुरुष नसबंदी	1100	200	200	1500
	महिला नसबंदी	600	150	250	1000
गैर–उच्च फोकस वाले राज्य	पुरुष नसबंदी	1100	200	200	1500
	महिला नसबंदी (केवल बीपीएल+अ.जा./अ.ज.जा.)	600	150	250	1000
	महिला नसबंदी (एपीएल)	250	150	250	650

6-3-9-x- futh ekU;rk&izkIr lfo/kk dsUnzksa esa eqvkotk ;kstuk

(राशि रुपए में)

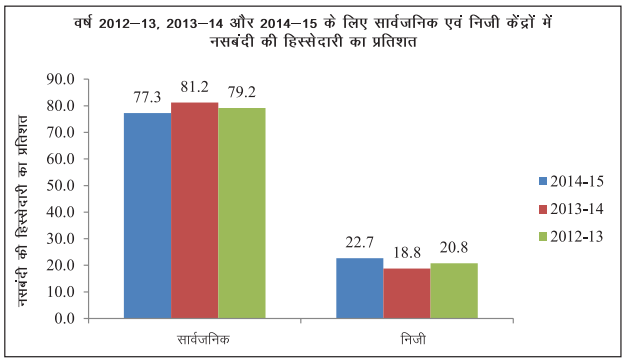
jkT;	vkWijs'ku dk izdkj	lfo/kk dsUnz	vU;@ Lohdkjdrkz	dqy
उच्च फोकस वाले 11 राज्यः (उ.प्र., बिहार, मध्य प्रदेश, राजस्थान, छत्तीसगढ़, झारखंड, ओडिशा, उत्तराखंड, असम, हरियाणा, गुजरात)	पुरुष नसबंदी (सभी)	2000	1000	3000
	महिला नसबंदी (सभी)	2000	1000	3000
उच्च फोकस वाले अन्य राज्य (पूर्वोत्तर राज्य, जम्मू व कश्मीर, हिमाचल प्रदेश)	पुरुष नसबंदी (सभी)	1300	200	1500
	महिला नसबंदी (सभी)	1350	150	1500
गैर–उच्च फोकस वाले राज्य	पुरुष नसबंदी (सभी)	1300	200	1500
	पुरुष नसबंदी (सभी)	1350	150	1500

6-3-9-?k- jk"Vªh; ifjokj fu;kstu chek ;kstuk ¼,u,QihvkbZ,l½

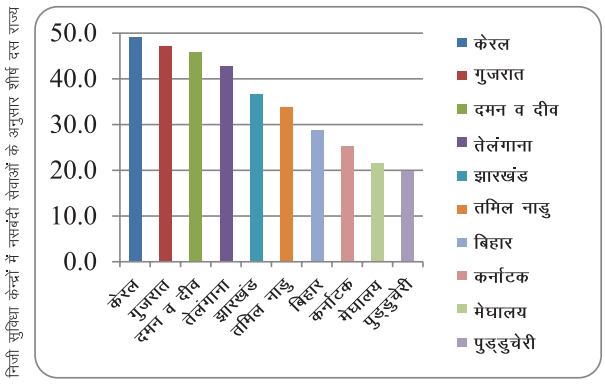
01.04.2013 से यह निर्णय किया गया कि राज्यों/संघ शासित राज्य द्वारा बंध्यीकरण के स्वीकारकर्ताओं को बंध्यीकरण आपरेशन के असफल होने अथवा उसकी मृत्यु हो जाने की असंभावित परिस्थिति में मुआवजे के भुगतान की जटिल प्रक्रिया को दूर करने के लिए सुझाव दिया जाएगा। राज्य/संघ शासित क्षेत्र इस योजना के क्रियान्वयन हेतु राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) अपने संबंधित राज्य/संघ शासित क्षेत्र कार्यक्रम के जरिए योजना के कार्यान्वयन हेतु उपयुक्त बजट प्रावधान करेगी और योजना का नाम बदलकर ''परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना'' रखा गया है।

	ulcanh v,ijs'ku ls lacaf/kr nkos	jkf'k ¼#i,½
क	अस्पताल में /डिस्चार्ज होने के सात दिनों के भीतर मृत्यु	2,00,000
ख	नसबंदी के बाद मृत्यु (डिस्चार्ज से 8–30 दिनों के भीतर)	50,000
ग	चिकित्सीय जटिलताओं के उपचार पर व्यय	25,000
घ	नसबंदी का असफल होना	30,000
ड.	प्रतिवर्ष 4 मामलों तक सुरक्षा लागत सहित मुकदमों के लिए शामिल किए गए डॉक्टर/केंद्र	2,00,000 (प्रति मामला)

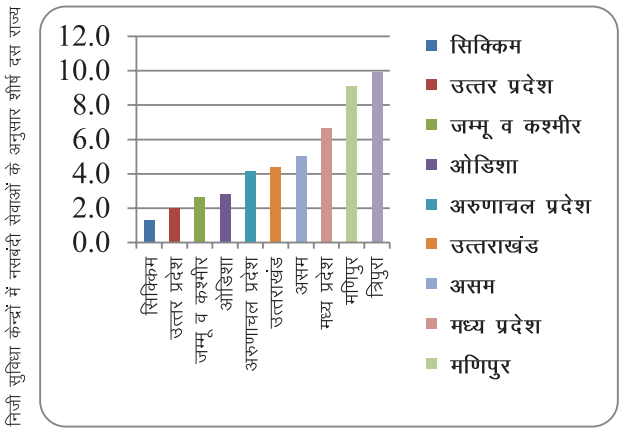
6-3-9-M- lkoZtfud futh lgHkkfxrk ¼ihihih½



- परिवार नियोजन सेवाओं में सार्वजनिक निजी सहभागिता का उद्देश्य परिवार नियोजन सेवाओं की पहुंच बढ़ाने में निजी क्षेत्र की सेवाओं का उपयोग करना है। परिवार नियोजन सेवाओं में सार्वजनिक निजी सहभागिता को बढ़ावा देने के लिए मान्यता–प्राप्त निजी सुविधा केन्द्रों और सूचीबद्ध स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों को बंध्यीकरण और एनएफपीआईएस की संशोधित मुआवजा योजना में शामिल किया गया है।
- निजी सुविधा केन्द्रों/स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों को मान्यता प्रदान करने तथा सूचीबद्ध करने की प्रणाली को जिला गुणवत्ता आश्वासन समितियां (डीक्यूएसी) तक विकेन्द्रीकृत किया गया है।
- निजी स्वास्थ्य केंद्रों में 2012–13 की तुलना में 2014–15 में बंध्यीकरण सेवाओं में कमी आई है।
- सूची के शीर्ष दस तथा नीचे के दस बंध्यीकरण निजी सुविधा केन्द्र:



निजी सुविधा केन्द्रों में नसबंदी सेवाओं के अनुसार न्यूनतम दस राज्य



निजी सुविधा केन्द्रों में नसबंदी सेवाओं के अनुसार न्यूनतम दस राज्य

6-3-9-p- ykHkkFkhZ;ksa dks ?kj&?kj tkdj vk'kkdfeZ;ksa }kjk xHkZfujks/kdksa dh gkse fMyhojh lqcèkh ;kstuk

- आशाओं को संलग्न करते हुए गर्भनिरोधकों का समुदाय आधारित वितरण और परिवार नियोजन की मांग बढ़ाने तथा जागरूकता बढ़ाने के लिए केन्द्रित आईईसी/बीसीसी प्रयास किए जा रहे हैं। पात्र दंपत्तियों द्वारा गर्भनिरोधकों तक पहुंच में सुधार लाने के लिए यह निर्णय लिया गया है कि परिवारों के घर–घर जाकर गर्भनिरोधक प्रदान की जाएं। यह योजना देश के सभी जिलों में शुरू की गई है। एचडीसी योजनाओं के तहत आशा कार्यकर्ता तमिलनाडु, पुडुचेरी और हिमाचल प्रदेश, जहां आशा कार्यकर्ताओं की व्यवस्था नहीं है, को छोड़कर भारत के सभी राज्यों में कंडोम, ओसीपी और ईसीपी का वितरण कर रही हैं। इन तीन राज्यों में गर्भ निरोधक का वितरण आंगनबाड़ी कार्यकर्ताओं और एएनएम द्वारा किया जाता है।
- योजना का 3 स्वतंत्र एजेंसियों ने मूल्यांकन किया और इसमें से निम्नलिखित बिन्दु उभर कर सामने आए:
  - o अधिकतर (62 प्रतिशत) उत्तरदाताओं ने आशा से योजना के संबंध में सुना था। दूसरे शब्दों में, आशा ही समुदाय तक इस योजना की सूचना प्रेषित कर रही है;
  - o जिन लोगों के पास आशा ने दौरा किया, उनमें से लगभग 78 प्रतिशत ने कहा कि आशा

गर्भनिरोधकों के उपयोग को बताने और परामर्श देने में सक्षम थीं;

- 95 प्रतिशत महिला लाभार्थियों (जिनका साक्षात्कार लिया गया) ने इस योजना से पूरी संतुष्टि जताई;
- उनमें से 65 प्रतिशत ने आशा से गर्भनिरोधक प्राप्त किए क्योंकि उनसे यह प्राप्त करना आसान था। दूसरे शब्दों में, आशा अपनी सहज पहुंच के कारण एक महत्वपूर्ण स्रोत के रूप में उभरी है;
- आशा द्वारा जिन उत्तरदाताओं को गर्भनिरोधक प्रदान किए गए, उनमें से 53 प्रतिशत भुगतान के लिए तैयार थे;
- 86 प्रतिशत आशाओं को विश्वास है कि दीर्घावधि में भुगतान के साथ योजना सफल होगी;
- 50 प्रतिशत आशाओं ने सकारात्मक सामुदायिक अनुक्रिया दर्शाई; और
- आशाओं ने, लाभार्थियों से किसी भुगतान के निरपेक्ष, लाभार्थियों को गर्भनिरोधक वितरित करने में सशक्त महसूस किया और विश्वास जताया।

9-3-9-N- cPpk d tUe e vrj dk lfuf'Pkr djus gr ;kstuk

इस योजना के तहत, आशाओं द्वारा नव दम्पत्तियों को बच्चों के जन्म में 2 वर्ष के अंतराल पर व एक बच्चे के बाद दूसरे बच्चे के जन्म में 3 वर्ष के अंतराल पर सलाह दी जाती है। यह योजना देश के 18 राज्यों में क्रियान्वित की गई थी, किंतु बाद के वर्षों में पश्चिम बंगाल, महाराष्ट्र, आंध्र प्रदेश, तेलंगाना तथा दमन और दीव जैसे कुछ अन्य राज्यों में दो बच्चों के जन्म में अंतर रखने संबंधी योजना की शुरुआत की गई। दादर और नगर हवेली में भी (दो बच्चों के जन्म में अंतर और बच्चों की संख्या सीमित रखने संबंधी घटकों से संबंधित) इस योजना का कार्यान्वायन शुरू किया गया है।

6-3-9- t-fo'o tul[;k fnol ,o i[kokM dk vk;kstu ¼11&24 tqykbZ 2015½

यह कार्यक्रम एक माह से ज्यादा लंबी अवधि तक चला जिसमें पहला पखवाड़ा जुटाव (मोबिलाइजेशन)/सुग्राह्यता में और इसके बाद वाला पखवाड़ा सुनिश्चित परिवार नियोजन सेवा प्रदानगी में विभाजित था।

- 27 जून से 10 जुलाई, 2015 के बीच ''दंपत्ति संपर्क पखवाड़ा'' अथवा ''जुटाव (मोबिलाइजेशन) पखवाड़ा'' का आयोजन किया गया।
- 11 जुलाई से 24 जुलाई, 2015 के बीच ''जनसंख्या स्थिरता पखवाड़ा'' अथवा "पापुलेशन स्टेबिलाइजेशन फोर्टनाइट" मनाया गया।

विज्ञान भवन में अपर सचिव एवं मिशन निदेशक एनएचएम, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की अध्यक्षता में *"आपातकालीन स्थितियों में जरूरतमंद आबादी"* विषय पर एक कार्यशाला आयोजित की गई। इसका उद्देश्य विशेष रूप से आपातकाल के दौरान जनसंख्या से संबंधित मुद्दों के संबंध में राष्ट्र की जनता को प्रेरित करना और एकजुट करना था।

माननीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री श्री जे.पी. नड्डा माननीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण राज्य मंत्री श्री श्रीपाद येसो नाईक की उपस्थिति में चित्रकारी प्रतियोगिता में विजेता स्कूली बच्चों को पुरस्कार वितरण करते हुए।

कार्यशाला के आरंभिक सत्र में माननीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री श्री जे.पी. नड्डा माननीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण राज्य मंत्री श्री श्रीपाद यसो नाईक द्वारा, उन स्कूली बच्चों को पुरस्कार भी प्रदान किए गए जिन्होंने जनसंख्या स्थिरता कोष द्वारा आयोजित चित्रकारी प्रतियोगिता पुरस्कार जीतकर स्कूलों का नाम रोशन किया था। आरंभिक सत्र के बाद एक पैनलवार्ता का आयोजन किया गया। जिसकी अध्यक्षता अपर सचिव एवं मिशन निदेशक, श्री सी.के. मिश्र द्वारा किया गया। इस कार्यक्रम में डॉ. राकेश कुमार, संयुक्त सचिव (आरसीएच) और कार्यकारी निदेशक – जनसंख्या

स्थिरता कोष (जेएसके), डॉ. जगदीश प्रसाद, स्वास्थ्य सेवा महानिदेशक और अन्य गणमान्य व्यक्तियों ने इस विषय पर अपने विचार व्यक्त किए।

6-3-10- lexz fu'iknu

- पखवाड़े (11 से 24 जुलाई 2015) के दौरान समग्र कार्य निष्पादन नीचे दिया गया है:

Ø-la-	i)fr	2013	2014	2015
1	महिला नसबंदी	1,57,431	1,49,262	1,42,372
2	पुरुष नसबंदी	8130	5085	6035
	कुल नसबंदी	1,65,561	1,54,347	1,48,407
3	कुल आईयूसीडी सन्निवेशन	3,50,642	3,93,276	3,51,444
	पीपीआईयूसीडी सन्निवेशन	-	-	43,829

बिहार, मध्य प्रदेश, झारखंड, जम्मू एवं कश्मीर जैसे कुछ राज्यों ने अपने पखवाड़े का विस्तार किया। बिहार में 31 जुलाई तक पखवाड़े का विस्तार किया गया जबकि जम्मू और कश्मीर में पुनः दूसरा पखवाड़ा शुरु किया गया। मध्य प्रदेश और झारखंड में 11 अगस्त तक पखवाड़े का विस्तांर किया गया था।

वर्ष 2015–16 में आयोजित पखवाड़े के दौरान कुल 1.48 लाख नसबंदी ऑपरेशन किए गए (1.42 लाख महिला नसबंदीकरण और 6035 पुरुष नसबंदीकरण)। वर्ष 2015–16 में पुरुष नसबंदीकरण में वृद्धि का रुझान रहा है। प्रतिकूल घटनाओं के बावजूद छत्तीसगढ़ में सबसे अधिक पुरुष नसबंदीकरण (1097) की सूचना प्राप्त हुई। महिला नसबंदीकरण में सबसे अधिक नसबंदीकरण की सूचना बिहार से प्राप्त हुई जहां महिला नसबंदीकरण की कुल संख्या 25,906 थी और उसके बाद मध्य प्रदेश (21,322) और ओडिशा (17,751) का स्थान रहा। कुल 3.51 लाख आईयूसीडी (इंटरवेल और पीपीआईयूसीडी) लगाए गए जिनमें 88% इंटरवेल आईयूसीडी और 12% पीपीआईयूसीडी लगाए गए। सबसे अधिक आईयूसीडी उत्तर प्रदेश में (43,370) लगाए गए और उसके बाद ओडिशा (41,138) तथा पश्चिम बंगाल (38,293) का स्थान रहा जबकि पीपीआईयूसीडी सबसे अधिक मध्य प्रदेश में (14,313) लगाए गए।

6-4 e[; pukfur;k vkj volj

6-4-1 fu;fer c/;hdj.k lokvk dh vuqiyC/krk%

एफडीएस दृष्टिकोण का ठीक से क्रियान्वयन न होने के कारण उप–जिला स्तर पर बंध्यीकरण सेवाओं की पहुंच सीमित है, विशेषकर यह उच्च टीएफआर वाले उच्च फोकस राज्यों में और निम्नलिखित अपूरित आवश्यकता के कारण हैं:

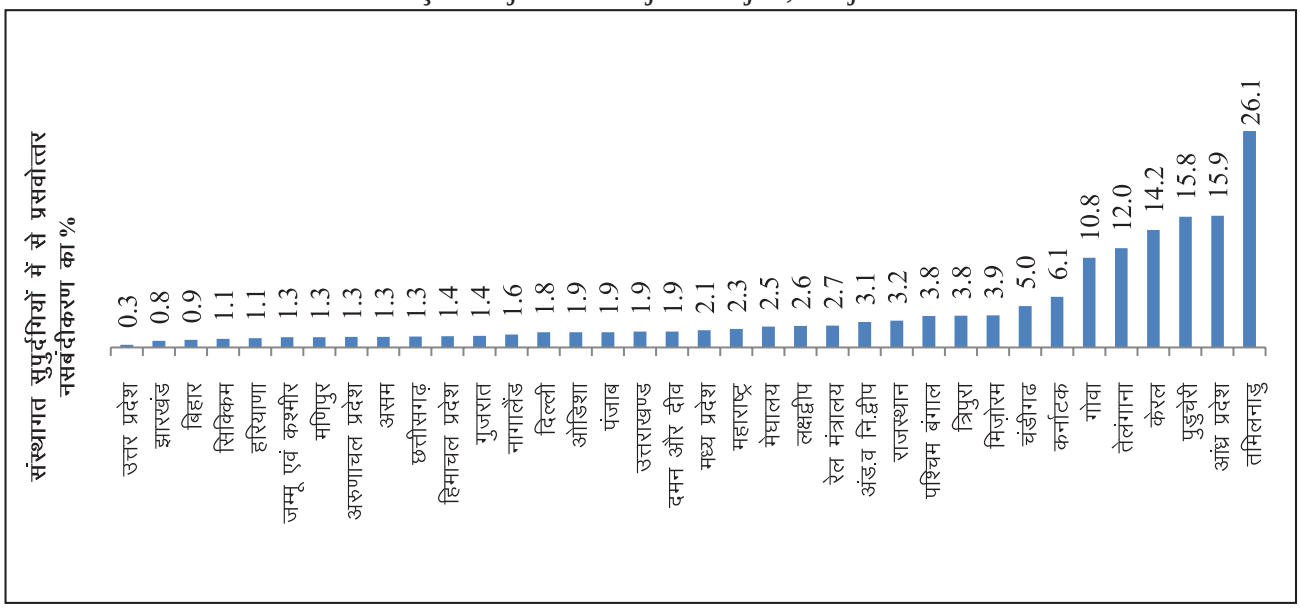
- o सीएचसी और पीएचसी में प्रशिक्षित सेवा प्रदाताओं की कमी विशेषकर मिनीलैप और एनएसवी में।
- o पूरे वर्ष सेवाओं के प्रावधान हेतु योजना की सम्मति का अभाव, और
- o सुविधा तत्परता में कमी।

- नसबंदी का मौसमी रुझानः उच्च प्राथमिकता वाले राज्यों (70–75%) में अधिकांश नसबंदी ऑपरेशन अंतिम 2 तिमाहियों में किए जाते हैं। पूर्वोत्तर राज्य अपेक्षाकृत बेहतर हैं, तथापि, बंध्यीकरण सेवाएं पूरे वर्ष में बराबर वितरित नहीं हैं। दक्षिणी राज्य पूरे वर्ष समान सेवाएं प्रदान करते हैं जो कि उनके परिणामों में भी नजर आता है।

6-4-2 c<h g, lLFkkxr ilo cuke ihih,Qih%

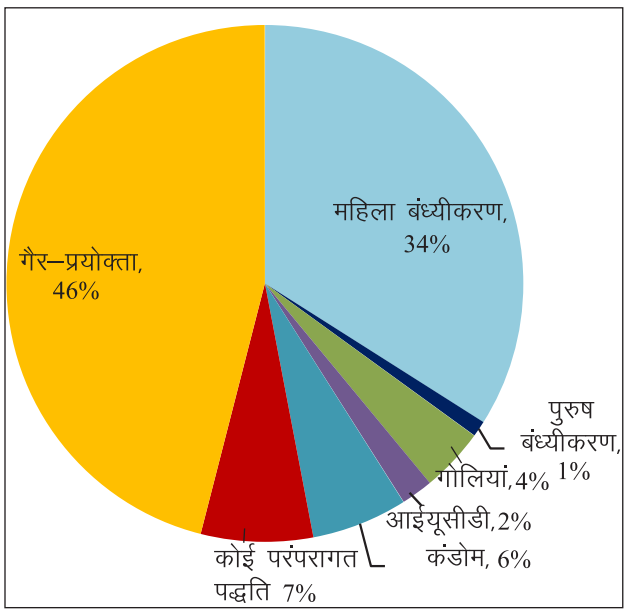
बढ़ी संख्या में संस्थागत प्रसव से उत्पन्न प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक की उच्च संभाव्यता का योजना, प्रशिक्षित प्रसवोत्तर परिवार नियोजन प्रदायकों तथा अधिकतर उच्च फोकस राज्यों में आधारभूत ढांचे के अभाव में पर्याप्त दोहन नहीं किया जा सका है। जैसा कि नीचे दिए गए ग्राफ से स्पष्ट है, वर्ष 2014–15 में तमिलनाडु में लगभग 26.1% प्रसव कराने वाली महिलाओं का प्रसवोत्तर नसबंदीकरण किया गया। उच्च प्राथमिकता वाले राज्यों में प्रसवोत्तर नसबंदीकरण की व्यापक संभावना है जहां 1–2 प्रतिशत से कम महिलाओं का प्रसवोत्तर नसबंदीकरण किया जाता है।

çlokÙkj ulcanhdj.k dk jkT;&okj %



6-4-3 cPpk e vrj j[ku d rjhdk ij i;kIr /;ku u nuk

बच्चों के जन्म में अंतर रखने की अत्यधिक अपूरित आवश्यकता के बावजूद, भारत के अधिकतर राज्यों में बच्चों के जन्म में अंतर रखने की विधियों का लगातार कम उपयोग हो रहा है। डीएलएचएस 3 के अनुसार महिला और पुरुष नसबंदियों को एक साथ मिलकर उनके उपयोग की 74.5 प्रतिशत की तुलना में बच्चों के जन्म में अंतर रखने की सभी विधियों का उपयोग वर्तमान सभी गर्भनिरोधक विधियों का उपयोग लगभग 25.5 प्रतिशत बैठता है जैसा कि चार्ट से देखा जा सकता है।



एएचएस, 2012, डीएलएचएस III और डीएलएचएस IV के सर्वेक्षण डाटा से स्पष्ट होता है कि जम्मू एवं कश्मीर के लेह एवं कारगिल जिले तथा केरल के पतनमतित्ता जिले में सबसे अधिक आईयूसीडी लगाए गए (क्रमशः 35.5%, 20.9% और 17.7%) उच्चत प्राथमिकता वाले राज्यों के सभी जिलों में आईयूसीडी लगाने की परिपाटी बहुत कम है।

गर्भ निरोधकों के लिए राज्यों से मांग और गर्भनिरोधकों के उपयोग संबंधी सर्वेक्षण निष्कर्षों में अंतर है। इस मुद्दे पर ध्यान देने के लिए गर्भनिरोधकों के अधिप्रापण/क्रय के संचार–तंत्र और आपूर्ति को वास्तविक आवश्यकता और उपयोग से प्रदर्शित करने के लिए युक्तिसंगत बनाना होगा।

6-4-4 ifjokj fu;ktu e lkotfud futh Hkkxhnkjh ¼ihihih½ भारत में अधिकतर राज्यों में सार्वजनिक निजी भागीदारी को पर्याप्त रूप से बढ़ावा नहीं दिया गया है और राज्य/जिला स्तर पर निजी प्रदायकों को अधिकृत करने में उदासीनता है जो व्यक्तियों की परिवार नियोजन सेवाओं तक व्यापक संभव पहुंच को प्रतिकूल ढंग से प्रभावित कर रही है।

6-5 Hkkoh dk;|uhfr;k

- जन्म में अंतराल रखने की विधियों पर अधिकाधिक जोर देना:
  - अंतराल और प्रसवोत्तर आईयूसीडी प्रशिक्षण
  - नियत दिवस आईयूसीडी सेवाओं का सुदृढ़ीकरण
- पीपीएफपी सेवाओं के साथ बेहतर परामर्श प्रदान करने के लिए संकेन्द्रित राज्यों में जिला अस्पतालों के सुदृढ़ीकरण के जरिए प्रसवोत्तर एफपी प्रसव प्रणाली के पुनरुज्जीवन पर फोकस करना।
- परिवार नियोजन में अनेक विकल्पों का विस्तार
- राष्ट्रीय, जिला और ब्लॉक स्तर पर इन स्तरों पर जन स्वास्थ्य प्रबधन पेशेवरों को तैनात करके प्रबंधन प्रणालियों का सुदृढ़ीकरण।
- संप्रेषण के जरिए शिक्षा, विवाह के समय आयु में विलंब करने जैसे सामाजिक कारकों पर ध्यान देना।
- प्रत्येक स्तर पर गर्भनिरोधक आपूर्ति और उपलब्धता सुदृढ़ करना।

6-6 jk"Vh; ifjokj dY;k.k dk;Øe e xHkfujk/kd

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय अन्य बातों के साथ–साथ सामाजिक विपणन योजना के अंतर्गत निःशुल्क आपूर्ति योजना तथा सार्वजनिक निजी सहभागिता (पीपीपी) के जरिए राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल को बढ़ावा देकर तथा इनका संवितरण करके राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम को लागू करने के लिए उत्तरदायी है। निःशुल्क आपूर्ति योजना के अंतर्गत गर्भनिरोधकों अर्थात कंडोमों, मुखसेव्य गर्भनिरोधक गोलियों, इंट्रा यूटेरिन डिवाइस (कॉपर टी), आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियों एवं टयूबल रिंग को प्राप्त किया जाता है और इनकी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को निःशुल्क आपूर्ति की जाती है।

इन गर्भनिरोधकों की आपूर्ति के लिए सम्पूर्ण भारत में एक निःशुल्क सरकारी नेटवर्क चैनल है जिसमें उप–केन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा सरकारी अस्पताल, राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटिज शामिल हैं।

ikfIr ifØ;k% एचएलएल लाइफ केयर (मंत्रालय के अंतर्गत एक पीएसयू) को उनके द्वारा बनाए जा रहे गर्भनिरोधकों की खरीद के लिए सरकारी अनुदेशों के अनुसार आर्डर दिए जाते हैं। शेष भाग के लिए विज्ञापित निविदा जांच के जरिए फर्मों से दर संविदाएं तय करने के लिए निविदाएं आमंत्रित की जाती हैं। विनिर्माताओं के साथ दर संविदाएं तय की जाती हैं और उनकी प्रतिस्पर्धा दरों तथा उनकी विनिर्माण क्षमता के अनुसार उन्हें आर्डर दिए जाते हैं।

x|.koŸkk vk'oklu% विनिर्माता अपने माल को निरीक्षण के लिए देने से पहले उनकी इन–हाउस जांच करते हैं। माल को स्वीकार करते समय सभी बैचों की जांच की जाती है और तत्पश्चात अग्रेषिति को माल की आपूर्ति की जाती है।

विगत दो वर्षों की मौजूदा वर्ष (नवंबर, 2015 तक) के दौरान निःशुल्क आपूर्ति योजना के अंतर्गत राज्यों को दी गई मात्रा और इस्तेमाल किया गया बजट निम्नलिखित तालिका में दिया गया है:

jkT;k@l?k jkT; {k=k dk vkifr dh xb ek=k,

xHk fujk/kd	2013-14	2014-15	2015-16 (नवंबर 2015 तक)
कंडोम (मिलियन नग में)	394.00	350.90	465.40
मुखसेव्य गोलियां (लाख साइकिल में)	361.24	551.32	255.20
आईयूडी (लाख नग में)	60.42	88.244	37.62
ट्यूबल रिंग (लाख जोड़ों में)	19.00	27.145	7.82
ईसीपी (लाख पैक में)	75.80	75.80	41.92
गर्भावस्था परीक्षण किट (लाख में)	100.14	122.40	166.12*

*वर्ष 2013–14 और 2014–15 के लिए 109.85 लाख किटें

ctV dk mi;kx

(करोड़ रुपए में)

xHkZ fujks/kd	2013-14	2014-15	2015-16 (15 नवंबर तक)
कंडोम	71.22	61.08	31.93
मुखसेव्य गोलियां	13.40	19.22	4.02
आईयूडी	14.15	19.45	3.49
ट्यूबल रिंग्स	3.00	4.47	0.63
ईसीपी	1.74	0.21	0.57
गर्भावस्था परीक्षण किट	10.01	12.88	1.93

6-6-1 lkekftd foi.ku ;kstuk

राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम ने वर्ष 1968 में कंडोमों का और 1987 में मुखसेव्य गोलियों का सामाजिक विपणन कार्यक्रम शुरू किया। सामाजिक विपणन कार्यक्रम के अंतर्गत कंडोम और मुखसेव्य गोलियां विविध आउटलेटों के जरिए अत्यधिक रियायती दरों पर लोगों को उपलब्ध करवाए जाती हैं। रियायत की सीमा 70% से 85% तक निर्भर करती है। ये दोनों गर्भनिरोधक सामाजिक विपणन संगठनों (एसएमओ) के जरिए संवितरित किए जाते हैं।

एसएमओ को डीलक्स निरोध 5 पीस का पैकेट 2.00 रुपए प्रति पैकेट की दर से दिया जाता है और उपभोक्ता को 5 पीस का पैकेट 3/– रुपए प्रति पैकेट की दर से बेचा जाता है। एक माह के लिए अपेक्षित मुखसेव्य गोलियों की एक साइकिल एसएमओ को 1.60/– रुपए की दर से दी जाती है और इसे ग्राहक को ''माला–डी'' ब्रांड व्यय के अंतर्गत प्रति स्ट्रिप 3/– रुपए की दर से बेचा जाता है। सामाजिक विपणन कार्यक्रम के तहत, इस समय सरकार का एक ब्रांड (डीलक्स निरोध) और कंडोम के 12 विभिन्न एसएमओ ब्रांड (अर्थात रक्षक, उस्ताद, जोस, मिथुन, स्टाइल, थ्रील, कामअग्नि, सवन, मिलन, बीलस, एहसास और कलाईमैक्स) बाजार में बेचे जाते है ओरल पील्स के लिए, सरकार का एक ब्रांड (माला–डी) और पील्स के 6 एसएमओ ब्रांड हैं (अर्थात अर्पण, पर्ल, एकरोज, सुनेहरी, अप्सरा और खुसी) बेची जाती है गर्भनिरोधकों के सामाजिक विपणन संबंधी कार्य समूह की सिफारिशों के आधार पर एसएमओ और ओसीपी के सरकार द्वारा निर्धारित मूल्य को नियत करने की छूट होती है।

6-6-1-d- dMkeks dh fcØh ¼ek=k ,e lhih,l eas½

Ø- l-	lkekftd foi.ku laxBu	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16 (15 नवंबर तक)
1	एचएलएल लाइफकेयर लिमिटेड, तिरुवनंतपुरम	308.76	402.60	475.88	108.52 **
2	जनसंख्या सर्विसेज इंटरनेशनल, दिल्ली @	164.49	113.27	128.20	@
3	परिवार सेवा संस्था, दिल्ली	46.03	45.83	27.77	10.30 **
4	डीकेटी, भारत, मुंबई#	54.68	0.00	0.00	0.00
5	जननी, पटना	3.66	85.77	4.83	7.99***
6	जनसंख्या स्वास्थ्य सेवा (आई), हैदराबाद	65.47	48.56	44.77	28.78***
7	पीसीपीएल, कोलकाता	3.56	रिपोर्ट नहीं किया	रिपोर्ट नहीं किया	रिपोर्ट नहीं किया
8	विश्व स्वास्थ्य भागीदार, नई दिल्ली	1.53	2.30	2.47	1.46**
	;kx	**648.18**	**698.33**	**683.92**	**157.05**

आंकड़े अनंतिम हैं। ** आंकड़े नवंबर 2015 तक के हैं। * आँकड़े अक्तूबर 2015 तक के हैं। @ 2015–16 से वापस लिए गए। #2013–14 से वापस लिए गए।*

6-6-1-[k- e[k l0; xkfy;k dh fcØh ¼ek=k yk[k lkbfdy e½

Ø- l-	lkekftd foi.ku lxBu	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16 (अक्टूबर, 2015 तक)
1	एचएलएल लाइफकेयर लिमिटेड, तिरुअनंतपुरम	115.73	50.55	162.11	22.38
2.	जनसंख्या सर्विसेज इंटरनेशनल, दिल्ली	139.43	151.81	32.34	0.00 #
3.	परिवार सेवा संस्था, दिल्ली	15.52	18.28	14.68	10.73
4.	डीकेटी, भारत, मुंबई /	28.88	0.000	0.000	0.000
5.	जननी, पटना	7.40	15.89	13.53	8.63
6.	जनसंख्या स्वास्थ्य सेवा, हैदराबाद	65.24	46.48	52.82	38.38
7.	पीसीपील, कोलकाता	4.00	0.00	रिपोर्ट नहीं किया	रिपोर्ट नहीं किया
8.	विश्व स्वास्थ्य भागीदार, नई दिल्ली	0.62	7.26	0.96	0.11
	dqy	**376.82**	**290.27**	**276.44**	**80.23**

** आंकड़े अनंतिम हैं। @ 2015–16 से वापस लिए गए। #2013–14 से वापस लिए गए।*

6-6-1-x- *lsVØkeu ¼vkj xksyh½*

सरकार द्वारा दिसम्बर, 1995 से गर्भधारण रोकने के लिए एक नॉन स्टीराइडल साप्ताहिक मुखसेव्य गर्भनिरोधक गोली, सेंटक्रोमन (जो सहेली और नोवेक्स के नाम से जानी जाती है), जो गर्भ को रोकती है और इसे सामाजिक विपणन कार्यक्रम के तहत भी रियायती दरों पर दिया जा रहा है। यह साप्ताहिक मुखसेव्य गोली सीडीआरएल, लखनऊ के स्वदेशी अनुसंधान का परिणाम है। यह गोली बाजार में 2.00 रुपए प्रति गोली की दर पर उपलब्ध है। भारत सरकार उत्पाद और प्रमोशनल रियायत के लिए 2.59 रुपए प्रति गोली की रियायत देती है।

6-6-2 xHkZfujks/kdks dh fcØh es lkekftd foi.ku dk;Øe dk dk;Z&fu"iknu

xHkZ fujks/kd	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16 (नवंबर 2015 तक)
कंडोम (मिलियन नग में)	618.18	698.33	683.93	157.05
मुखसेव्य गोलियां (लाख साइकिल में)	376.82	290.27	276.44	80.23
सहेली (लाख गोलियां में)	270.76	279.35	314.60	8.787*

** आंकड़े अनंतिम हैं।*

6-6-3 vkikrdkyhu xHkZfujks/kd xksfy;k ¼bZlhih½

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग ने वर्ष 2012–13 के दौरान राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम में "आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियों (ई–पिल्स)" की शुरुआत की। इसे गर्भनिरोधक असुरक्षित यौन संबंध के 72 घंटे के अंदर इस्तेमाल किया जाता है। वर्ष 2013–14, 2014–15 और 2015–16 (नवंबर, 2015 तक) के दौरान ई–पिल्स की निम्नलिखित मात्रा का प्रापण किया गया।

iki.k dh xbZ ek=k ¼yk[k iSd e½			
en	2013-14	2014-15	2015-16 (नवंबर 2015 तक)
ईसीपी	75.80	75.80	41.92

6-6-4 xHkkZoLFkk tkap fdV

गर्भावस्था का समय पर और शुरू में पता लगाने के लिए गर्भावस्था जांच किटों की निःशुल्क आपूर्ति की जाती है। इन किटों का उपयोग घर में भी आसानी से किया जा सकता है। वर्ष 2013–14, 2014–15 और 2015–16 के दौरान निम्नलिखित मात्राओं में गर्भावस्था जांच किटों की खरीद की गई:

en	2013-14	2014-15	2015-16 (नवंबर 2015 तक)
पीटी किटें (लाख किटें में)	100.14	122.40	166.12*

**वर्ष 2013–14 और 2014–15 के लिए 109.85 लाख किटें*

6-6-5 dkij&Vh

राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम के अंतर्गत राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को कॉपर टी–200बी की आपूर्ति की जा रही थी। वर्ष 2003–04 से इस कार्यक्रम में इंट्रा यूटेरिन डिवाइस का उन्नत संस्करण अर्थात् कॉपर टी–380–ए शुरू किया गया है। इस कॉपर–टी की शरीर में प्रतिस्थापन की दीर्घावधि होती है और इसलिए यह लगभग 10 वर्षों की अवधि तक गर्भावस्था से सुरक्षा प्रदान करती है। अब आईयूडी का उन्नत संस्करण अर्थात् टी–380ए प्राप्त किया जा रहा है और इसकी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को आपूर्ति की जा रही है। वर्ष 2012–13 से इस मंत्रालय द्वारा आईयूडी 380ए और आईयूडी–375 खरीदा जा रहा है। 37.62 लाख कॉपर टी–380ए तथा आईयूडी 375 की मात्रा के लिए आर्डर दे दिए गए हैं।

वर्ष 2013–14, 2014–15 और 2015–16 के दौरान निम्नलिखित मात्राओं में कॉपर–टी (आईयूडी) की खरीद की गई:

en	2013-14	2014-15	2015-16 (नवंबर 2015 तक)
कॉपर टी (लाख जोड़े में)	60.42	88.244	37.62

6-6-6 Vîcy fjx½ वर्ष 2013–14, 2014–15 और 2015–16 के दौरान निम्न लिखित मात्राओं में ट्यूबल रिंग की खरीद की गई:

en	2013-14	2014-15	2015-16 (नवंबर 2015 तक)
ट्यूबल रिंग (लाख जोड़े में)	19.00	27.145	7.82

6-6-7 dæh; fpfdRlk lkexh vkifr lkslkbVh ¼lh,e,l,l½

समय पर सामग्रियों की खरीद और वितरण सुनिश्ति करने के उद्देश्य से सरकार द्वारा अब एक स्वायत्त एजेंसी नामतः केंद्रीय चिकित्सा सामग्री आपूर्ति सोसाइटी (सीएमएसएस) स्थापित की गई है जिसकी एकमात्र जिम्मेदारी राज्यों में सामग्रियों की निर्बाध आपूर्ति सुनिश्चित करनी होगी। यह एजेंसी देश में खरीद और वितरण के लिए सुदृढ़ प्रणाली स्थापित करके कथित नौकरशाही के हस्तक्षेप को कम करने में समर्थ होगी जिससे प्रतिबद्ध लक्ष्यों को पूरा करने में सहूलियत होगी। वर्ष 2015–16 के लिए नीचे दी गई तालिका के अनुसार निजी विनिर्माता से संतुलित मात्रा में गर्भ निरोधकों की खरीद के लिए सीएमएसएस को इंडेंट भेज दिया गया है:

Ø-l-	en	ek=k
1.	dMke ¼yk[k uxk e½	
	निःशुलक आपूर्ति	155.132
	एसएमओ ब्रांड	113.500
	एनएसीओ के लिए निःशुल्क आपूर्ति	56.414
2.	vklhih ¼yk[k lkbfdy e½	
	निःशुल्क आपूर्ति	139.21
	एसएमओ ब्रांड	36.90
3.	आपात गर्भनिरोधक गोलियां ईसीपी (लाख पैक में)	34.294
4.	आईयूसीएस/कॉपर–टी (लाख नग में)	30.780
5.	ट्यूबल रिंगों (लाख जोड़े में)	6.39
6.	गर्भावस्था परीक्षण किट (पीटीके) (लाख नग/किट में)	46.04

ifjf'k"V 1% jkT;&okj lwpd MkVk

jkT;@la?k jkT; {ks=	dqy iztuu nj (Vh,Qvkj)			v'kkf/kr tUe nj (lhchvkj)			18 dh vk;q ls de fookfgr dU;k,a (%)		5-19 o"kZ dh ukjkuu efgykvksa }kjk iz;ksx (%)		tUe dk chp varj 2013		tUe Øe		xHkZfujks/kd dk mi;ksx djus okyh fookfgr efgykvksa (15 – 49) dk %			ifjokj fu;kstu dh fy, iwjh u dh x;h dy vko';drk (%)		
	2012	2013	,,p,l 2012	2012	2013	2012	Mh,y,p,l III	Mh,y,p,l 4	Mh,y,p,l III	Mh,y,p,l 4	36+ekg	36+ekg	3 vkj vf/kd	3 vkj vf/kd	vk/kfud i)fr (%)			2007-08 ¼Mh,y,p,l III)	,,p,l 2011	,,p,l@Mh,y,p,l 2012
	,lvkj,l	,lvkj,l		,lvkj,l	,lvkj,l	,,p,l					,,p,l 2012	,lvkj,l	Mh,y,p,l 4@,,p,l 2012	,lvkj,l 2013	Mh,y,p,l III	,,p,l 2011	,,p,l@Mh,y,p,l 2012			2012
Hkkjr	**2.4**	**2.3**	..	**22**	**21**	..	**24.6**	..	**5.6**	..	..	**40.7**	..	**24**	**47.1**	..	..	**21.3**	..	..
अंडमान	1.6*	1.6*	..	15	15	..	6	..	2.9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
आंध्र प्रदेश	1.8	1.8	..	18	17	..	28.7	14.2	10.4	5.5	..	34.8	14.3	8.9	65.1	..	66.2	8.5	..	19.1
अरुणाचल प्रदेश	2.3*	2.3*	..	19	19	..	8.2	12.9	2.5	4.3	..	..	42.6	..	49	..	43.9	14.3	..	32.3
असम	2.4	2.3	2.4	23	22	21	21.8	..	5.2	..	52.3	57.8	32.3	23	31.2	37.9	38.1	24.3	15.9	13.1
बिहार	3.5	3.4	3.5	28	28	26	46.2	..	8.2	..	45.2	35.2	44.9	37	28.4	38.2	36.5	37.2	33.5	31.5
चंडीगढ़	1.7*	1.7*	..	15	15	..	3.3	2.8	1.1	0.0	..	..	16.6	..	70.7	..	65.9	8.3	..	12.1
छत्तीसगढ़	2.7	2.6	2.7	25	24	23	21.3	..	7.3	..	46.4	37.7	28.0	25.9	47.1	55.4	57.2	20.9	24.8	24.4
दादरा नगर हवेली	2.9*	2.9*	..	26	26	..	28.7	..	4.3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
दमन दीव	2.0*	2.0*	..	18	18	..	5.4	..	1.4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
दिल्ली	1.8	1.7	..	18	17	..	6	..	2.1	..	..	53.7	..	20	55.5	..	..	13.9	..	..
गोवा	1.4*	1.4*	..	13	13	..	3.3	1.5	2.3	2.2	..	..	14.3	..	35.9	..	24.0	28.8	..	33.5
गुजरात	2.3	2.3	..	21	21	..	18.9	..	3.4	..	..	41.2	..	..	54.3	..	..	16.5	..	..
हरियाणा	2.3	2.3	..	22	21	..	15.9	5.9	4.3	2.9	..	37.4	24.1	20	54.5	..	48.6	16	..	30.4
हिमाचल प्रदेश	1.8	1.7	..	16	16	..	1.6	3.4	0.8	1.1	..	39.9	11.4	13	68.1	..	56.1	14.9	..	20.6
जम्मू व कश्मीर	1.9	1.9	..	18	18	..	7.4	..	1.2	..	..	49.4	..	25.1	41.2	..	..	21.6	..	..
झारखंड	2.8	2.8	2.7	25	25	23.0	36	..	5.9	..	51.1	44	36.2	32	30.8	43.9	43.7	34.7	22.6	22.3
कर्नाटक	1.9	1.9	..	19	18	..	22.8	14.1	10.7	6.6	..	34.3	23.1	17	60.8	..	61.6	15.8	16.1	..
केरल	1.8	1.8	..	15	15	..	6.7	2.8	2.6	0.0	..	65.9	10.8	13	53.1	..	53.9	16.8	..	19
लक्षद्वीप	1.6*	1.6*	..	15	15	..	2.6	..	0.8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
मध्य प्रदेश	2.9	2.9	3.0	27	26	25	29.2	..	5.2	..	39.7	31	33.7	26	53.1	59.3	59.4	19.3	21.6	21.6
महाराष्ट्र	1.8	1.8	..	17	17	..	17.7	12.0	9.7	4.8	..	40	19.6	16	62.6	..	65.3	14.2	..	19
मणिपुर	1.5*	1.5*	..	15	15	..	6.3	7.2	1	2.2	..	..	31.2	..	..	..	11.1	..	..	54.5
मेघालय	2.9*	2.9*	..	24	24	..	15.1	5.7	3.6	3.5	..	..	49.8	..	16.8	..	14.3	32.7	..	55.5
मिजोरम	1.7*	1.7*	..	16	16	..	9.9	6.0	2.8	2.9	..	..	42.1	..	53.5	..	59	16.7	..	21.4
नगालैंड	1.8*	1.8*	..	16	15	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ओडिशा	2.1	2.1	2.2	20	20	20	19.1	..	4.6	..	56.2	55.7	25.7	21	37.8	46.8	46.3	24	19.1	18.9
पुडुचेरी	1.8*	1.8*	..	16	16	..	3.6	4.9	2	2.7	..	..	10.6	..	57.5	..	52.3	19.8	..	27.1
पंजाब	1.7	1.7	..	16	16	..	5.9	4.9	1.7	2.0	..	42.9	19.5	12	62.9	..	59.8	11.9		15.3
राजस्थान	2.9	2.9	2.9	26	26	24	41	..	4.7	..	41.5	35.5	35.1	31	54	59.4	62.4	17.9	12.6	13
सिक्किम	1.7*	1.7*	..	17	17	..	16	8.3	5.4	6.8	..	..	18.2	..	61.1	..	53.8	16.1	..	20.2
तमिलनाडु	1.7	1.7	..	16	16	..	9.4	5.3	3.2	4.2	..	42.2	12.6	8.6	57.8	..	52.4	19.4	..	27.1
त्रिपुरा	1.4*	1.4*	..	14	14	..	21.5	19.8	9	12	..	..	19.0	..	40.8	..	40.6	12.8	..	26.7
उत्तर प्रदेश	3.3	3.3	3.3	27	27	25	33.1	..	6.3	..	43.7	40.4	45.1	30	26.7	37.3	37.6	33.8	24.1	20.7
उत्तराखंड	2.1	2.1	2.1	19	18	18.0	5.8	..	1.7	..	44.3	..	28.9	..	53.3	54.1	54.3	11.6	18.1	15.3
पश्चिम बंगाल	1.7	1.7	..	16	16	..	41.3	32.1	10.6	11	..	56.5	19.8	13	53.3	..	59.0	11.6	..	12.1

स्रोत: * एसआरएस 2010 अनुमान

ifjf'k"V&2½ jkT;ksa }kjk c/;hdj.k vkSj vkbZ;wlhMh dh la[;k½ 2014&15

jkT; la?k 'kkflr {ks=	efgyk ulcanh	iq#"k ulcanh	vkbZ;wlhMh
अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	1148	4	940
आंध्र प्रदेश	182415	2231	121579
अरुणाचल प्रदेश	982	2	3292
असम	40537	4276	98249
बिहार	513816	3498	374147
चंडीगढ़	2209	73	4587
छत्तीसगढ़	46265	1888	97355
दादरा एवं नगर हवेली	1028	3	654
दमन और दीव	275	0	168
दिल्ली	17121	811	72027
गोवा	2792	15	1360
गुजरात	318490	2268	605908
हरियाणा	65651	4214	271576
हिमाचल प्रदेश	16344	1362	23682
जम्मू–कश्मीर	12573	442	18160
झारखंड	110498	3815	92708
कर्नाटक	321007	1006	188756
केरल	91412	1281	51273
लक्षद्वीप	21	1	32
रक्षा मंत्रालय	1578	260	1327
रेल मंत्रालय	1944	132	1515
मध्य प्रदेश	367604	5980	403311
महाराष्ट्र	456770	13912	390163
मणिपुर	712	91	5285
मेघालय	2116	22	4723
मिजोरम	1545	0	2515
नगालैंड	1431	9	3865
ओडिशा	103320	2065	175035
पुडुचेरी	8628	23	7224
पंजाब	55097	3302	211067
राजस्थान	299134	4302	388609
सिक्किम	128	28	1530
तमिलनाडु	310554	1187	393894
तेलंगाना	151437	5292	55472
त्रिपुरा	4242	18	1102
उत्तर प्रदेश	228344	9798	970731
उत्तराखंड	19475	979	86810
पश्चिम बंगाल	193329	3772	146829
vf[ky Hkkjr	**3951972**	**78362**	**5277460**