लैंगिक मुद्दे

19.1 प्रस्तावना

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रम का प्रमुख घटक महिलाओं और बच्चों की स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं से संबद्ध हैं क्योंकि वे रूग्ण स्वास्थ्य और रोगों के प्रति अधिक संवेदनशील हैं। चूंकि महिलाओं की जनसंख्या कुल जनसंख्या की आधी है इसलिए महिलाओं की स्वास्थ्य स्थिति के लिए यह अनिवार्य है कि रूग्ण स्वास्थ्य का पता लगाया जाए, उन पर चर्चा की जाए और भ्रांतियों को दूर किया जाए। महिलाओं को रूग्ण स्वास्थ्य मुख्य रूप से लैंगिक भेदभाव, विवाह के समय कम आयु, गर्भावस्था के दौरान जोखिम कारक, असुरक्षित, अनियोजित और बहु प्रसव, परिवार नियोजन की विधियों की सीमित पहुंच और असुरक्षित गर्भपात सेवाओं के कारण है।

इन समस्याओं से निपटने के लिए महिलाओं को सेवाओं की मांग बढ़ाने के लिए शिक्षित करने, प्रेरित करने/परिवार कल्याण कार्यक्रम को स्वीकार करने के लिए मनाने की आवश्यकता है। तदनुसार, सरकार एक जीवन चक्र नीति में सेवाएं प्रदान करने की कोशिश करती है। प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के अधीन सामान्य रूप से महिलाओं के स्वास्थ्य में सुधार करने और मातृ मृत्यु दर में कमी लाने की आवश्यकता पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2000 में काफी बल दिया गया है। इस नीति में मातृ मृत्यु दर और नवजात शिशु मृत्यु दर में कमी लाने में निचले स्तर पर समग्र अन्तरक्षेत्रीय समन्वय स्थापित करने और गैर सरकारी संगठनों, सिविल समाज, पंचायती राज संस्थाओं तथा महिला समूहों को शामिल करने के लिए एक समग्रतावादी कार्यनीति अपनाने की सिफारिश की गई है।

मातृ मृत्यु दर को कम करने के लिए मातृ स्वास्थ्य कार्यक्रम को व्यापक और उपभोक्ता अनुकूल बनाने हेतु अनेक नई पहलें की गई हैं। मुख्य कार्यकलापों में कुछ उप केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अतिरिक्त एएनएम और जन स्वास्थ्य/स्टाफ नर्सों, प्रयोगशाला तकनीशियनों, रेफरल परिवहन, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में दिन रात प्रसव सेवाओं, सुरक्षित मातृत्व परामर्शदाताओं, सुरक्षित गर्भपात सेवाओं, अनिवार्य प्रसूति परिचर्या, आपाती प्रसूति परिचर्या, संविदा और किराये के आधार पर दक्ष जनशक्ति, दाइयों के प्रशिक्षण, एफआरयू में आपाती प्रसूति परिचर्या के लिए संवदेनाहरण दक्षताओं में एमबीबीएस डॉक्टरों का प्रशिक्षण, आपाती औषध किटों के रूप में औषधों की आपूर्ति के जरिए एफआरयू का प्रचालन, एफआरयू में रक्त भंडारण और प्रजनन मार्गीय संक्रमणों/यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम और उपचार की व्यवस्था करना शामिल हैं। इन कार्यकलापों के ब्यौरे इस रिपोर्ट के मातृ स्वास्थ्य अध्याय में दिए गए हैं। तथापि, इन कार्यक्रमों से संबंधित कुछ बिन्दु नीचे दिए गए हैं :–

19.2 जननी सुरक्षा योजना (जे एस वाई)

जननी सुरक्षा योजना राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत एक सुरक्षित मातृत्व कार्यकलाप है जो गरीब महिलाओं के बीच सांस्थानिक प्रसव को बढ़ावा देने के उद्देश्य से 12 अप्रैल, 2005 को शुरू की गई थी। इस योजना को सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों में कार्यान्वित किया जा रहा है। जे एस आई एक शत प्रतिशत केन्द्र प्रायोजित योजना है।

इस योजना को अल्प सांस्थानिक प्रसव दर वाले राज्यों अर्थात् उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड, बिहार, झारखंड, मध्यप्रदेश, छत्तीसगढ़, असम, ओड़िशा, राजस्थान और जम्मू व कश्मीर के लिए विशेष छूट के साथ गरीब गर्भवती महिलाओं पर केन्द्रित किया गया है। जबकि इन राज्यों को कम निष्पादन वाले राज्यों के रूप में वर्गीकृत किया गया है, शेष राज्यों को उच्च निष्पादन वाले राज्यों का नाम दिया गया है।

मातृ परिचर्या के अलावा, इस योजना में सभी पात्र माताओं को प्रसव परिचर्या के लिए नगद सहायता प्रदान की जाती है।

प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा को स्वास्थ्य केन्द्र और समुदाय के बीच एक कारगर कड़ी के रूप में अभिज्ञात किया गया है।

नकदी सहायता हेतु पात्रता

कम निष्पादन राज्यों में	उप केन्द्र (एससी)/स्वास्थ्य केन्द्र वाले (पीएचसी)/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी)/प्राथमिक रेफरल यूनिट (एफआरयू) जैसे सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों/जिला तथा राज्य अस्पतालों अथवा मान्यता प्राप्त निजी संस्थाओं के सामान्य वार्डों में प्रसव कराने वाली सभी गर्भवती महिलाएं
उच्च निष्पादन वाले राज्यों में	गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों की 19 वर्ष और उससे अधिक आयु की गर्भवती महिलाएं और अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति की गर्भवती महिलाएं, जो उपर्युक्त संस्थानों में प्रसव करवाती हैं।

सांस्थानिक प्रसव के लिए नगद सहायता की सीमाएं

श्रेणी	ग्रामीण क्षेत्र		कुल	शहरी क्षेत्र		कुल
	माता का पैकेज	आशा का पैकेज		माता का पैकेज	आशा का पैकेज	
कम निष्पादन वाले राज्यों में	1400	600	2000	1000	200	1200
उच्च निष्पादन वाले राज्यों में	700	200*	900	600	200*	800
		600**				

* 1 अप्रैल, 2009

**15 जून, 2010

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के मिशन संचालन समूह (एमएसजी) ने दिनांक 15 जून, 2010 को हुई अपनी बैठक में आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, पश्चिम बंगाल, हिमाचल प्रदेश, गुजरात, महाराष्ट्र, तमिलनाडु, केरल, अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, दादरा और नगर हवेली, दमण और दीव तथा लक्षद्वीप के उच्च निष्पादन वाले राज्यों में जनजाति कार्य मंत्रालय द्वारा अधिसूचित जनजातीय क्षेत्रों में ग्रामीण जनजातीय महिलाओं के संबंध में सांस्थानिक प्रसव को सुविधाजनक बनाने के लिए आशा पैकेज में प्रति प्रसव 600 रूपए तक वृद्धि करने हेतु अनुमोदन प्रदान कर दिया है।

सांस्थनिक प्रसव के लिए नकद सहायता की सीमाएं

कम निष्पादन वाले राज्यों में — स्वास्थ्य केन्द्र – सरकारी या प्रत्यायित निजी स्वास्थ्य संस्थानों में प्रसव कराए गए सभी जन्म।

उच्च निष्पादन वाले राज्यों में — 02 (दो) जीवित जन्मे शिशु तक

सीजेरियन सेक्शन की रियायती लागत

इस योजना में सरकारी संस्थाओं को जहां सरकारी विशेषज्ञ तैनात नहीं हैं, सिजेरियन सेक्शन करने अथवा प्रसूति जटिलताओं का प्रबंध करने की लागत को वहन करने के लिए प्रति प्रसव 1500/–रूपए तक की सहायता दी जाती है।

घर में प्रसव कराने हेतु सहायता

19 वर्ष अथवा इससे अधिक की आयु की गरीबी रेखा के नीचे के परिवारों की सभी महिलाएं, जो घर में प्रसव कराने को अधिमान देंगी, दो जीवित बच्चों तक प्रति प्रसव 500/–रूपए की नगद सहायता पाने की पात्र हैं।

जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) की प्रगति

वर्ष 2005 में जे एस वाई के शुभारंभ से ही इसके कवरेज में वृद्धि होती रही है। वर्ष 2005–06 में लाभार्थियों की संख्या 7.39 लाख थी वह वर्ष 2006–07 में 31.58 लाख से बढ़कर वर्ष 2007–08 में 73.29 लाख, वर्ष 2008–09 में 90.37 से बढ़कर वर्ष 2009–10 में 98.93 लाख तथा वर्ष 2010–11 में 113.38 लाख हो गई। जे एस वाई के अंतर्गत व्यय, जो वर्ष 2005–06 में 38.29 करोड़ था, में वर्ष 2006–07 में 258.22 करोड़ रूपए 2007–08 में 880.17 करोड़ रूपए, 2008–09 में 1241.33 करोड़ रूपए, 2009–10 में 1473.76 करोड़ रूपए तथा 2010–11 में 1618.39 करोड़ रूपए तक वृद्धि हुई।

19.3 जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके)

- भारत सरकार ने 1 जून,2011 को जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) आरंभ किया। इस पहल से सभी गर्भवती महिलाएं जन स्वास्थ्य संस्थानों में सिजेरियन सेक्शन सहित बिल्कुल मुफ्त और बिना खर्च के प्रसव कराने की पात्र हैं, इन पात्रताओं में मुफ्त औषधि और उपभोज्य वस्तुएं, सामान्य प्रसव के दौरान 3 दिनों तक और सी–सेक्शन के दौरान 7 दिनों तक मुफ्त भोजन, मुफ्त निदान और जब भी आवश्यक हो मुफ्त रक्त देना शामिल है। इस पहल में घर से संस्थान तक, रेफरल मामले में मार्ग में पड़ने वाले संस्थान और फिर वापस घर जाने के लिए मुफ्त परिवहन भी उपलब्ध कराया जाता है। सभी नए जन्में बीमार शिशुओं को जन्म के बाद 30 दिनों तक उपचार हेतु जन स्वास्थ्य संस्थानों तक पहुंचाने के लिए इसी प्रकार की सुविधाओं की व्यवस्था की गई है।
- इस योजना से 12 मिलियन से अधिक गर्भवती महिलाओं को लाभ होने का अनुमान है जो अपने प्रसव के लिए

सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रयोग करती है। इसके अलावा यह योजना घर पर ही प्रसव कराने का विकल्प चुनने वाले लोगों को संस्थागत प्रसव का विकल्प चुनने के लिए प्रोत्साहित करेगी।

- 35 राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों में से 32 ने इस योजना का कार्यान्वयन आरंभ कर दिया है, 20 ने सभी पात्रताओं के लिए पंजीकरण किया है, 12 ने भी 1 या 2 पात्रताओं के अलावा योजना का कार्यान्वयन आरंभ कर लिया है और उत्तर–पूर्व में शेष 3 राज्यों (सिक्किम, मिजोरम और नागालैंड) में जल्द ही इसका आरंभ होने की आशा है।

19.4 गर्भवती महिलाओं की नाम के आधार पर ट्रैकिंग

- भारत सरकार ने प्रत्येक गर्भवती महिला को समय पर एएनसी, संस्थागत प्रसव और पीएनसी सहित नवजात शिशु के टीकाकरण उपलब्ध कराने के लिए उनके नाम से उनका ट्रैक रखने का नीतिगत निर्णय लिया है।

- सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों के लिए ऑनलाइन एमसीटीएस को संचालित कराया गया है, कई राज्यों ने स्वास्थ्य सुविधाओं की मास्टर डेटा प्रविष्टि लगभग पूरी कर ली है और अब राज्यों ने ऑनलाइन प्रणाली में माताओं और 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों का नाम प्रविष्टि करना आरंभ कर दिया है। एक बार पीएचसी स्तर पर डॉक्टरों और स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को आंकड़ा आधार उपलब्ध करा देने पर, किसी भी समय स्वास्थ्य सेवाएं देने के लिए एएनएम और आशा हेतु कार्ययोजना तैयार की जा सकती है। लाभार्थियों को कॉल करने और उनके आंकड़ों का सत्यापन करने के लिए एमसीटीएस कॉल सेंटर बनाए गए हैं।

- प्रतिदिन राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्तर पर विभिन्न वरिष्ठ अधिकारियों को माता और बच्चों की संख्या के एसएमएस भेजे जाते है। एएनएम/आशा को भी एसएमएस भेजे जाते हैं जो एमसीटीएस सर्वर पर दर्ज हैं ताकि एसएमएस के माध्यम से उनको अंततः कार्य योजना भेजने के प्रयोजनार्थ उनके नाम, मोबाइल नंबर और अवस्थिति के ब्यौरों का सत्यापन किया जा सके।

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

भारत में प्रतिकूल बाल–लिंग अनुपात

2011 की जनगणना (अनतिम) के अनुसार 0 से 6 वर्ष की आयु समूह के लिए शिशु लिंग अनुपात 2001 की जनगणना में दर्ज किए गए प्रति हजार लड़कों की तुलना में 927 लड़कियों का अनुपात और गिरकर 914 लड़कियों का हो गया है, 1947 के बाद से यह सबसे बदतर गिरावट है। नकारात्मक रूझान इस बात की फिर पुष्टि करता है कि बालिका पहले से भी ज्यादा खतरे में है। हिमाचल प्रदेश (906), पंजाब (846), चंडीगढ़ (867), हरियाणा (830), मिजोरम (971), तमिलनाडु (946), अंडमान और निकोबार (966) राज्यों के अलावा 22 राज्यों और और 5 संघ राज्य क्षेत्रों में सीएसआर में गिरावट का रूझान दिखाई दिया है। 951 और उससे अधिक के शिशु लिंग अनुपात वाले राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में की संख्या 18 से घटकर 9 हो गई है, 82 पाइंट की सर्वाधित गिरावट जम्मू कश्मीर में और 48 पाइंट की सबसे तेज वृद्धि पंजाब में हुई है।

जम्मू व कश्मीर, महाराष्ट्र और हरियाणा में गत 30 वर्षों में शिशु लिंग अनुपात में सबसे ज्यादा खराब गिरावट हुई थी। सबसे बड़े राज्यों में छत्तीसगढ़ में अधिकतम शिशु लिंग अनुपात (सीएसआर) 964 है जिसके बाद 956 के अनुपात के साथ केरल है। हरियाणा (830) सबसे नीचे है इसके ऊपर पंजाब (846) है। इस जनगणना में मिजोरम के अलावा, उत्तर –पूर्वी राज्यों में भी गिरावट का रूझान दिखाई दिया।

देश के आधे से अधिक जिलों सीएसआर में राष्ट्रीय औसत भी ज्यादा गिरावट दिखाई दी है। 950 और उससे अधिक के शिशु लिंग अनुपात वाले राज्यों की संख्या 259 से घटकर 182 हो गई है।

हरियाणा के रिवाड़ी (784), झज्जर (774), महेन्द्रगढ़ (778) और सोनीपत (790) जिलों और जम्मू व कश्मीर के सांबा (787) और जम्मू (795) जिलों ने 800 से कम का शिशु लिंग अनुपात दर्शाया है।

प्रतिकूल लिंग अनुपात के कारण

लिंग अनुपात में निरंतर कमी के लिए बताए गए प्रमुख सामान्य कारण हैं पुत्र को प्राथमिकता देना, बालिका शिशु की उपेक्षा करना, जिसके परिणामस्वरूप कम आयु में उच्च मृत्यु दर बालिका शिशु हत्या, बालिका भ्रूण हत्या, उच्च मातृत्व मृत्यु दर और जनसंख्या में पुरूषों की संख्या अधिक हो जाती है। लिंग निर्धारण परीक्षणों तथा गर्भपात की सेवाएं सरलता से उपलब्ध होना भी प्रक्रिया में उत्प्रेरक का काम करते हैं और गर्भधारण पूर्व लिंग निर्धारण सुविधाओं द्वारा इसे और बल मिलता है।

भारत में लिंग निर्धारण तकनीकों का उपयोग मुख्यतः अनुवांशिक असामान्यताओं का पता लगाने के लिए 1975 से किया जा रहा है। लेकिन इन तकनीकों को भ्रूण के लिंग का पता लगाने और

तत्पश्चात यदि बालिका भ्रूण है तो गर्भपात कराने के लिए अत्यधिक दुरूपयोग किया जा रहा था।

प्रीकन्सेप्शन एंड प्रिनेटल डायग्नोस्टिक टेक्नीक्स (प्रोहिबिशन ऑफ सेक्स सलेक्शन एक्ट, 1994)

बालिका भ्रूणहत्या को रोकने के लिए 1 जनवरी, 1996 से प्रीनेटल डायग्नोस्टिक टेक्नीक्स (रेग्युलेश्न एंड प्रीवेंशन ऑफ मिसयूज) एक्ट, 1994 प्रचालित किया गया। इस अधिनियम को और व्यापक बनाने के लिए इसमें संशोधन किए गए हैं। संशोधित अधिनियम और नियम 14.2.2003 से लागू हुए और पीएनडीटी एक्ट को और व्यापक बनाने के लिए इसे प्रीकन्सेप्शन एंड प्रीनेटर डायग्नोस्टिक (प्रोहिबिशन ऑफ सेक्स सिलेक्शन) एक्ट 1994 के रूप में पुनः नामित किया गया।

गर्भधारण पूर्व लिंग चयन तकनीक को इस अधिनियम की परिधि में लगाया गया है ताकि ऐसी प्रौद्योगिकियों के प्रयोग को नियमित किया जा सके जिसके कारण लिंग अनुपात में गिरावट आ रही है। अल्ट्रासाउंड मशीनों के प्रयोग को भी इस अधिनियम की परिधि में और अधिक स्पष्ट रूप से रखा गया है ताकि भ्रूण के लिंग का पता लगाने और उसके बारे में बताए जाने के लिए उनके दुरूपयोग को रोका जा सके अन्यथा इससे बालिका भ्रूण की हत्या हो जाएगी। केन्द्रीय पर्यवेक्षण बोर्ड (सी एस बी) जिसका गठन स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री की अध्यक्षता में किया गया है, को अधिनियम के कार्यान्वयन की मॉनीटरिंग करने हेतु शक्ति प्रदान की गई है। राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में अधिनियम के बेहतर कार्यान्वयन और मॉनीटरिंग के लिए सीएसबी की तर्ज पर राज्य स्तरीय पर्यवेक्षण बोर्डों का गठन किया गया है। राज्यों में अधिनियम के बेहतर कार्यान्वयन और मॉनीटरिंग के लिए राज्य/संघ राज्य क्षेत्र के स्तर के समुचित प्राधिकरणों को बहु–सदस्यीय निकाय बनाया गया है। समुचित प्राधिकरणों को कानून का उल्लंघन करने वालों की मशीनों उपकरणों और रिकार्डों की खोज, जब्ती और सीलिंग करने जिसमें परिसर को सील करना तथा गवाह नियुक्त करना भी शामिल है, के लिए सिविल न्यायालय की शक्तियां प्रदान की गई हैं। जेनेटिक क्लिनिकों/सेंटरों इत्यादि के लिए भ्रूण का लिंग निर्धारण करने वाली अल्ट्रासाउंड मशीनों और अन्य उपकरणों के उपयोग तथा गर्भधारण पूर्व लिंग चयन हेतु किए जाने वाले परीक्षणों और प्रक्रियाओं के संबंध में उचित रिकार्डों का अनुरक्षण करना अनिवार्य कर दिया गया था। अल्ट्रासाउंड मशीनों कि बिक्री को यह शर्त निर्धारित करते हुए विनियमित किया गया है कि बिक्री केवल इस अधिनियम के अंतर्गत पंजीकृत निकायों को ही की जाएगी।

अधिनियम के तहत दंड

- 3 वर्ष तक कारावास और 10,000/– रूपये तक का जुर्माना।
- तदुपरांत किसी अन्य अपराध हेतु उसे 5 वर्ष तक का कारावास और 50,000/–रूपये से 1,00,000/– रू. तक का जुर्माना हो सकता है।
- समुचित प्राधिकारी द्वारा पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर का नाम संबंधित राज्य चिकित्सा परिषद को आवश्यक कार्रवाई करने जिसमें यदि आरोप न्यायालय द्वारा लगाए गए हैं तो मामले के निपटान तक पंजीकरण को निलंबित करना शामिल है, के लिए भेजा जाता है।

राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों से प्राप्त रिपोर्ट

राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों से प्राप्त रिपोर्टों के अनुसार अधिनियम के अंतर्गत 42143 निकायों को पंजीकृत किया गया है जो अल्ट्रासाउंड, इमेज स्केनर इत्यादि का उपयोग कर रहे हैं। कानून के उल्लघंन के लिए 616 अल्ट्रासाउंड मशीनें जब्त की गई। 30.9.2011 को कानून के उल्लंघन से संबंधित 918 मामले न्यायालय/पुलिस के समक्ष थे। यद्यपि अधिकांश मामले 234 केन्द्र/क्लिीनिक को पंजीकृत न कराए जाने और रिकार्डों का अनुरक्षण न करने से संबंधित है लेकिन 237 मामले में रिकार्ड नहीं रखने, 104 मामले भ्रूण के लिंग बताए जाने 45 मामले प्रसवपूर्व/गर्भधारण निदान सुविधाओं के बारे में विज्ञापन देने और 80 अन्य मामले अधिनियम/नियम के अन्य उल्लंघन से संबंधित हैं।

पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम के उल्लंघन के विरूद्ध विभिन्न राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में कुल 83 मामलों में दोषसिद्ध किया गया है।

संबंधित राज्य सरकारों से नियमित रूप से अनुरोध किया जाता है कि चालू मामलों को निपटाए जाने के लिए प्रभावी कदम उठाए जाएं। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने इस अधिनियम के कार्यान्वयन के लिए कई कदम उठाए हैं। उठाए गए प्रमुख कदम निम्नलिखित हैं :–

(i) केन्द्रीय सलाहकार बोर्ड (सीएसबी)

अधिनियम के अंतर्गत केन्द्रीय पर्यवेक्षण बोर्ड (सीएसबी) का पुनः गठन किया गया है। नए केन्द्रीय पर्यवेक्षण बोर्ड की बैठक 4 जून, 2011 को हुई। बोर्ड ने अधिनियम के कार्यान्वयन के संबंध में राज्यों द्वारा की गई प्रगति की समीक्षा की और सभी राज्यों आदि

में चिकित्सा लेखा परीक्षा तथा प्रपत्र एफएस के ऑनलाइन रिकार्ड का अनुवर्तन करने की आवश्यकता पर बल दिया।

(ii) पीएनडीटी, नियमावली, 1996 के नियम 11 (2) में संशोधन

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम, 1994 के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए 31 मई, 2011 की अधिसूचना जी.एस.आर 426 (ई) के माध्यम से पीसी एंड पी एनडीटी (लिंग निर्धारण निषेध) नियमावली, 1996 के अंतर्गत नियम 11(2) में संशोधन किया है। संशोधित नियमों के अनुसार उपयुक्त प्राधिकारी किसी संगठन द्वारा सक्षम या प्राधिकृत अधिकारी अपंजीकृत मशीन, स्कैनर या अन्य किसी उपकरण को सील या जब्त कर सकता है यदि उस संगठन ने उक्त अधिनियम के उक्त उपबंध के अंतर्गत स्वयं को पंजीकृत नहीं किया है। ऐसे संगठनों की इन मशीनों को जब्त किया जाए और उक्त अधिनियम की धारा 23 के उपबंधों के अनुसार आगे की कार्रवाई की जाए।

(iii) सर्वाधिक कम शिशु लिंग अनुपात वाले 17 राज्यों को समेकित रूप से ध्यान देने के लिए चिन्हित किया गया है। 20 अप्रैल, 2011 को इन राज्यों के स्वास्थ्य सचिवों की बैठक हुई थी। पी सी एंड पी एनडीटी अधिनियम के कार्यान्वयन के लिए उनकी ओर से किए गए प्रयासों की गहनता से समीक्षा की गई और निम्न कार्य बिन्दुओं को मुख्य रूप से दर्शाया गया :

- ✓ राज्य पर्यवेक्षण बोर्ड का गठन/पुनर्गठन और नियमित रूप से बैठकें करना।
- ✓ राज्य/जिला और उप जिला स्तर पर उपयुक्त प्राधिकरण और परामर्श समितियों का गठन/पुनर्गठन करना।
- ✓ विज्ञापन और/अथवा भ्रूण के लिंग का निर्धारण/पहले से बताने में संलिप्त अल्ट्रासाउंड सुविधाओं के कार्यकलापों की जांच के लिए राज्य निरीक्षण और निगरानी समितियों (एसआईएमसी) का गठन।
- ✓ कम शिशु लिंग अनुपात वाले जिलों की पहचान करना और कारणों का पता लगाना।
- ✓ नियमित सर्वेक्षण कराना, पंजीकरण और नवीकरण को अद्यतित करना ताकि कॉल पंजीकरण और पोर्टेबल मशीनों के अनियंत्रित उपयोग सहित बारम्बार पंजीकरण और अनियमितताओं से बचा जा सके।
- ✓ अल्ट्रासाउंड चिकित्सालयों की प्रभावी निगरानी और पता लगाने के लिए प्रपत्र–एफ का विश्लेषण और संविदा।
- ✓ इस अधिनियम और नियमावली के उपबंधों को किसी भी उल्लंघन के विरूद्ध तुरंत कार्रवाई करना।
- ✓ अल्ट्रासाउंड विनिर्माताओं को जवाबदेह बनाना और मशीनों की बिक्री के नियमित ब्यौरे प्राप्त करना।
- ✓ केन्द्रीय पर्यवेक्षण बोर्ड को नियमित तिमाही प्रगति रिपोर्ट प्रस्तुत करना।
- ✓ अधिनियम के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए कानून के प्रवर्तकों, चिकित्सकों, न्यायापलिका आदि को जागरूक बनाना और प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित करना।
- ✓ दोषियों के विरूद्ध ऐसे मजबूत मामले तैयार करने के लिए इन–हाउस क्षमताओं को बढ़ाना जो विधिक संवीक्षा का सफलतापूर्वक सामना कर सके।
- ✓ सीमा–पार यू एस जी चिकित्सालयों के कार्यकलापों का विनियमन करने के लिए अंतर–राज्य समन्वय तंत्र तैयार करना।

(iv) राष्ट्रीय निरीक्षण और निगरानी समिति (एनआईएमसी) :–

समस्याग्रस्त राज्यों में फील्ड दौरे करके जमीनी सच्चाई का पता लगाने के लिए केन्द्र में राष्ट्रीय निरीक्षण एवं निगरानी समिति (एनआईएमसी) का पुनर्गठन किया गया है। 2010–11 के दौरान, समिति ने दिल्ली, हरियाणा, महाराष्ट्र, उत्तर प्रदेश, राजस्थान और छत्तीसगढ़ राज्यों में अल्ट्रासाउंड सुविधाओं का निरीक्षण किया है और अब तक 11'' अल्ट्रासाउंड मशीनें सील की गई है'' इस संबंध में 3 मामले न्यायालय में दायर किए गए हैं।

(v) इस मुद्दे को एनआरएचएम के अंतर्गत शामिल करना

राज्यों को पीसीएंड पीएनडीटी अधिनियम के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए अपेक्षित अवसंरचना सुदृढ़ीकरण और मानव संसाधनों को बढ़ाने के लिए एनआरएचएम के अंतर्गत उपलब्ध निधियों का लाभ उठाने के लिए कहा गया है।

2011–12 के पीआईपी में विशेष रूप से पीएनडीटी कानून के कार्यान्वयन और आई ई सी कार्यकलापों के लिए राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के लिए लगभग 22 करोड़ रूपए की धनराशि अनुमोदित की गई थी।

लिंग अनुपात मुद्दे पर सुग्राहीकरण को एएनएम और आशा के पाठ्यक्रम का भाग बनाया गया है।

(vi) जागरूकता पैदा करना

तथापि यह मान लिया गया है कि इस समस्या का सामना करने के लिए केवल कानून बनाना ही पर्याप्त नहीं हैं क्योंकि इस समस्या की जड़ें सामाजिक आचरण एवं पूर्वाग्रहों में जमी हुई हैं। प्रसवपूर्व लिंग निर्धारण और बालिका भ्रूण हत्या के विरूद्ध जागरूकता पैदा करने के लिए रेडियो, टेलीविजन ओर प्रिंट मीडिया एककों के माध्यम से कई कार्यक्रम आरंभ किए गए हैं। इस सामाजिक बुराई के विरूद्ध जागरूकता पैदा करने के लिए राज्य/क्षेत्रीय/जिला/ब्लॉक स्तरों पर स्वयंसेवी संगठनों के माध्यम से कार्यशालाएं और सेमिनार भी आयोजित किए जाते हैं। धार्मिक/अध्यात्मिक गुरूओं तथा चिकित्सा से जुड़े लोगों से भी इस बुराई को समाप्त करने के लिए सहयोग मांगा गया है। भारत सरकार को सेव द गर्ल चाइल्ड (बालिका शिशु बचाओ) अभियान चलाया है ताकि युवा लड़कियों की उपलब्धियों के रेखांकन के द्वारा पुत्र की प्राथमिकता को कम किया जा सके। इस अधिनियम के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए संसाधनों का लक्षित उपयोग सुनिश्चित करने के लिए पीएनडीटी–एनजीओ अनुदान सहायता योजना के प्रचलनात्मक दिशानिर्देशों को संशोधित किया गया है।

(vii) राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में मुख्य सचिवों को प्रभावी कदम उठाने और पीएनडीटी अधिनियम के कार्यान्वयन की नियमित रूप से निगरानी करने के लिए कहा गया है।

(viii) शिशु लिंग अनुपात में गिरावट के रूझान को रोकने के लिए निजी नेतृत्व करने हेतु सभी राज्यों के मुख्य मंत्रियों को माननीय प्रधानमंत्री द्वारा पत्र भी भेजे गए हैं।

(ix) स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री ने सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन के मुख्य मंत्रियों को संबोधित किया और इस बात पर बल दिया कि वे पीसी एंड पीएनडीटी के प्रभावी कार्यान्वयन और 0 से 6 वर्ष के आयु वर्ग में गिरते लिंग अनुपात के मामले में सामुदायिक साधन जुटाने के प्रयासों को सुनिश्चित करें।

(x) भारत के माननीय प्रधानमंत्री ने सभी राज्यों के मुख्य मंत्रियों को शिशु लिंग अनुपात में गिरते रूझान को ठीक करने के लिए व्यक्तिगत रूप से नेतृत्व करने और शिक्षा तथा सशक्तीकरण पर ध्यान देकर बालिकाओं की उपेक्षा करने की समस्या का समाधान करने का अनुरोध किया है।

(xi) पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम के प्रभावी कार्यान्वयन को सुदृढ़ करने के लिए राज्यों के स्वास्थ्य मंत्रियों के साथ माननीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री की अध्यक्षता में 28.09.2011 को मंत्रियों की बैठक बुलाई गई थी।

(xii) आंचलिक और राज्य विशेष समीक्षाओं के माध्यम से अधिनियम के प्रभावी कार्यान्वयन के नियमित मूल्यांकन को आगे भी करने का प्रस्ताव है।

(xiii) घटता हुआ बाल लिंग अनुपात तथा पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम का मुद्दा सभी मॉनीटरन दौरों में अहम होगा।

अल्ट्रासाउंड मशीनों के विनिर्माताओं के साथ बैठक

दिनांक 23.8.2011 को अल्ट्रासाउंड मशीनों के सभी मुख्य विनिर्माताओ के साथ बैठक हुई। उन्हें यह सलाह दी गई कि पीसी एंड पीएनडीटी अधिनियम के अंतर्गत यथा प्रदत्त पंजीकृत क्लीनिकों/डॉक्टरों को ही उपकरणों की बिक्री की जाए।

मेडिकल लेखापरीक्षा

देश में सभी अल्ट्रासाउंड क्लिनिकों का मेडिकल आडिट करने का प्रस्ताव है ताकि क्लिनिकों द्वारा सभी गर्भवती महिलाओं के संबंध में भरे गए फार्म एफ से छंटनी करके अधिनियम के उपाबंधों के उल्लंघन को रोका जा सके।

समीचीन प्राधिकारियों को बदलना

मुख्य चिकित्सा अधिकारी/जिला स्वास्थ्य अधिकारी के स्थान पर जिला समाहर्ता/जिला मजिस्ट्रेटों को जिला समीचीन प्राधिकारियों के रूप में नियुक्त किया गया है ताकि जमीनी स्तर पर अधिनियम के क्रियान्वयन का सुदृढ़ीकरण किया जा सके।

अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या निधि के सहयोग से पीएनडीटी अधिनियम के बारे में अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न तैयार किए हैं जो आम आदमी, चिकित्सा समुदाय और समुचित प्राधिकारियों के लिए बेहतर कार्यान्वयन हेतु अधिनियम के प्रावधानों को समझने में काफी उपयोगी साबित होगी।

पीएनडीटी की वेबसाइट

केन्द्रीय स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण मंत्रालय की वेबसाइट (www.mohfw.nic.in) अलावा माननीय केन्द्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री द्वारा पीएनडीटी प्रभाग के लिए 28.4.2008 को एक स्वतंत्र वेबसाइट pndt.gov.in शुरू की गई। इस वेबसाइट में पीएनडीटी अधिनियम, नियम, विनियम और कार्यकलाप से संबंधित जानकारी है और साथ ही इसके द्वारा फिल्ड में क्लिनिकों से जिला और राज्य सतर तक डाटा ऑन लाइन फाइल

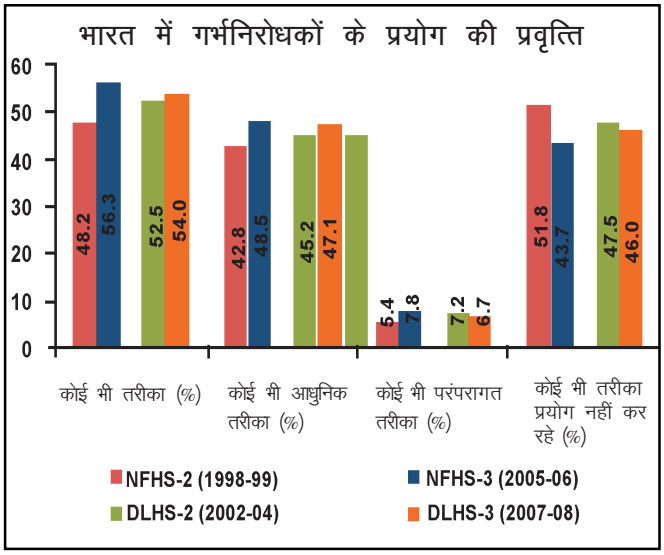
किया जा सकता है (क्लिनिकों द्वारा फार्म एफ को ऑनलाइन भेजना भी शामिल है) और इन्हें जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर पुनः प्राप्त किया जा सकता है। फोकस वाले राज्यों से चरणबद्ध तरीके से प्रयोक्ता समूहों को वेबसाइट का उपयोग करने के बारे में प्रशिक्षण देने संबंधी कार्यकलाप शुरू किया गया है। अगस्त 2011 में सभी जिला समीचीन प्राधिकारियों के लिए महाराष्ट्र में तीन दिवसीय ई–लर्निंग प्रशिक्षण आयोजित किया गया था।

टोल फ्री टेलीफोन

माननीय केन्द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री ने मंत्रालय के पीएनडीटी प्रभाग के अंतर्गत एक टोल फ्री टेलीफोन (1800110500) शुरू किया है ताकि किसी भी प्राधिकरण या व्यक्ति द्वारा इस अधिनियम के उपबंधों के उल्लंघन के विरूद्ध बेनामी, यदि ऐसी इच्छा हो, शिकायतें दर्ज की जा सके और पीएनडीटी संबंधी सामान्य सूचना प्राप्त की जा सके। तथापि इस सेवा को इस समय निलंबित कर दिया गया है क्योंकि कतिपय प्रचालात्मक विषयों पर प्रस्ताव लंबित है।

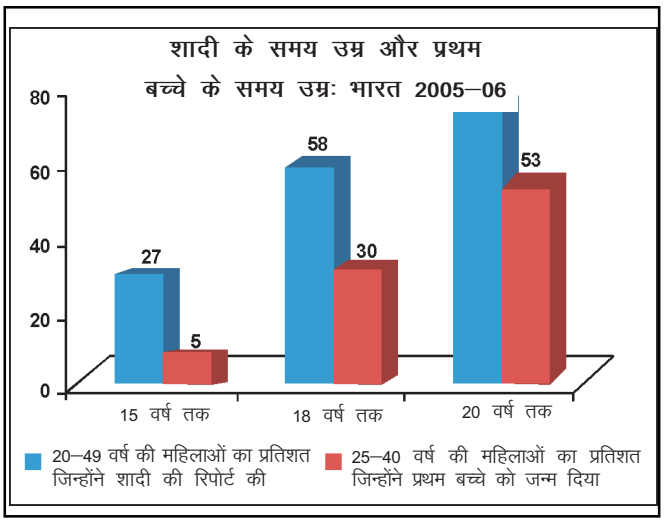
19.6 परिवार नियोजन

एनएफएचएस–3 (2005–06) और डीएलएचएस–3 (2007–08) से अंतिम सर्वेक्षण आंकड़ें उपलब्ध हैं जिनका इस्तेमाल भारत में मौजूदा परिवार नियोजन स्थिति का पता लगाने के लिए किया जा रहा है। पूरे राष्ट्र में छोटे परिवार संबंधी मानक का व्यापक रूप से स्वीकार किया जाता है (पूरे भारत के संबंध में वांछित प्रजनन दर 1.9 है) (एनएफएचएस–3) तथा गर्भनिरोधकों की सामान्य जागरूकता लगभग वैश्विक है (महिलाओं में 98 प्रतिशत तथा पुरूषों में 98.6 प्रतिशत एनएफएचएस–3)। एनएफएचएस तथा डीएलएचएस सर्वेक्षणों में यह दर्शाया कि सामान्यतः गर्भनिरोधकों का इस्तेमाल बढ़ रहा है (बराबर वाले आंकड़ें देखें)



परिवार नियोजन से संबंधित मौजूदा प्रयास

परिवार नियोजन प्रभाग को जनसंख्या स्थिरीकरण के दोहरे उद्देश्यों को पूरा करने और स्थाई विकार के व्यापक परिप्रेक्ष्य में प्रजनन स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए कार्यनीतिक उपायों के विकास कार्यान्वयन एवं मॉनीटरिंग में लगाया गया है।



परिवार नियोजन सेवाओं की प्रमुख विशेषताएं निम्नानुसार हैं :

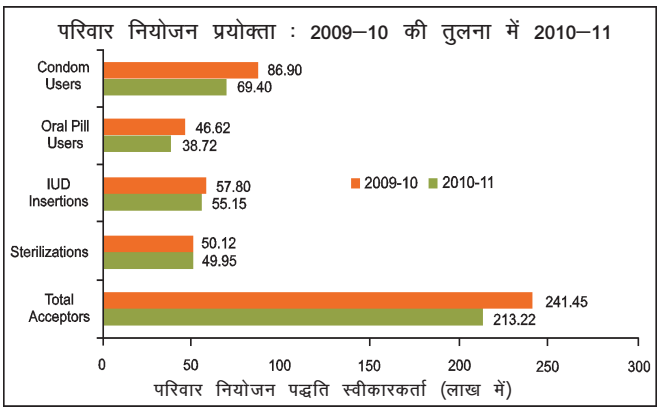
- नई पहलें : पात्र जोड़ों तक गर्भनिरोधक की पहुंच को बढ़ाने के लिए, घर तक जाकर गर्भनिरोधक देने और इस प्रयास के लिए आशा को प्रोत्साहन देने के लिए सेवाओं का उपयोग करने का निर्णय लिया गया है, शुरूआती तौर पर, 17 राज्यों में 233 जिलों में प्रायोगिक आधार पर इस पहल का कार्यान्वयन किया जा रहा है। इस योजना के तहत जिलों को सीधे गर्भनिरोधक आपूर्ति किए जा रहे हैं।
- विशेषकर अधिक जनन क्षमता वाले राज्यों में उच्चतर स्तर पर दृढ़ राजनैतिक इच्छा शक्ति और समर्थन।
- गत 2 वर्षों में विश्व जनसंख्या दिवस समारोह में सभी निर्वाचित प्रतिनिधियों को शामिल किया गया है जो जनता को परिवार नियोजन कार्यक्रम और सेवाओं के बारे में समर्थन देने के लिए एक बड़ा मंच है।
- पूर्व में स्पेसिंग पद्धतियों जैसे 10 वर्षों की प्रभावकारिता सहित आई यू सी डीः आई यू डी 380–ए पर बल दिया गया जिसके लिए विभिन्न राज्यों में 50000 से अधिक कार्मिकों को पहले ही प्रशिक्षित किया जा चुका है ताकि वैकल्पिक प्रशिक्षण पद्धति (एटीएम) के अंतर्गत गुणवत्तापरक सेवाएं दी जा सकें। अल्पावधि स्पेसिंग पद्धति के रूप में

5 वर्ष की प्रभावकारिता सहित एक नए सीयूआईयूसीडी–375 की शुरूआत करने पर भी विचार किया जा रहा है।

- संस्थागत प्रसव की बढ़ी हुई संख्या से प्राप्त अवसर का लाभ उठाने के लिए पीपीआईयूसीडी सहित पोस्ट पार्टम परिवार वियोजन को पुनजीर्वित करना। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने पहले ही उच्च संस्थागत प्रसव वाले (बेंच मार्क से अधिक) संस्थानों को 'प्रसव बिन्दु' के रूप में चिन्हित है और नामित किया है; शुरूआत में कम से कम इन सुविधा केन्द्रों पर पीपीएफपी सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए ध्यान दिया जा रहा है।
- सभी सुविधा केन्द्रों पर निर्धारित स्थायी सेवाओं की उपलब्धताः विभिन्न स्तरों पर निर्धारित दिन स्थायी परिवार नियोजन सेवाएं देने के लिए प्रचलानात्मक सुविधाएं देने हेतु प्रयास किए गए हैं। राज्य पीआईपी के माध्यम से समर्थन जेसे कि मानव संसाधन, अवसंरचना, उपकरणों आदि दिए गए हैं।
- एफडीएस को प्रभावी रूप से कार्यान्वित किए जाने तक उच्च जननक्षमता वाले राज्यों में नसबंदी शिविरों को जारी रखना।
- राज्य और जिला स्तरों पर गुणवत्ता आश्वासन समितियां गठित करके परिवार कल्याण सेवाओं में गुणवत्तापरक देखभाल सुनिश्चित करना।
- निजी सेवा प्रदाताओं को मान्यता देनाः परिवार नियोजन सेवाएं जैसे नसबंदी, आई यू सी डी इंसरशन आदि देने के लिए निजी/तौर सरकारी संगठन के सुविधा केन्द्रों को चिन्हित करने तथा मान्यता देने के लिए राज्यों को प्रोत्साहन दिया गया है।
- पुरूष भागीदारी को बढ़ावा देना और नॉन स्कैलपल पुरूष नसबंदी का संवर्धन करना।
- बाहरी सुविधाओं तक गर्भनिरोधक आपूर्ति प्रबंधन में सुधार।
- परामर्श देना, अच्छी गुणवत्तापरक सेवाएं और अनुवर्ती देखभाल की व्यवस्था और पहुंच।
- नसबंदी स्वीकार करने वाले लोगों के लिए संशोधित प्रतिपूर्ति योजना।
- राष्ट्रीय परिवार नियोजन बीमा योजना (एनएफपीआईएस) जिसके अंतर्गत रोगियों को मृत्यु, जटिलता और नसबंदी के असफल होने पर बीमा दिया जाता है और ऐसी घटना होने पर प्रदाता/मान्यता प्राप्त संस्थानों को मुकदमे के प्रति सुरक्षित रखा जाता है।

2011–12 में की गई कार्रवाई और उपलब्धियां

परिवार नियोजन सेवाओं के कार्यनिष्पादन में वर्ष 2009–10 की तुलना में 2010–11 में सभी पद्धतियों में सीमांत गिरावट दिखाई दी है (स्रोतः एचएमआईएस):



- नसबंदी की संख्या में बढ़ोतरी नहीं हुई है और यह स्थायी है, इसका एक कारण डाटा गुणवत्ता में सुधार हो सकता है।
- आई यू सी डी इंसर्शन की संख्या में गिरावट आई है, इस परिदृष्य में सुधार करने के लिए कई प्रयास किए जा रहे हैं जैसे कि ए एन एम प्रशिक्षण नेटवर्क , आईयूसीडी इंसर्शन के लिए निर्धारित दिन सेवा देना (एस एच सी और पी एच सी में) और नए बी सी सी/आई ई सी अभियानों को भी और व्यापक करना।
- प्रथम दो तिमाहियों के लिए सभी पद्धतियों की विस्तृत रिपोर्ट उपलब्ध नहीं है, तथापि पुरूष व महिला नसबंदी तथा आई यू डी इंसर्शन ने प्रोत्साहनपूर्ण रूझान दर्शाया है:
  - सितम्बर, 2011 तक 13.89 लाख महिलाओं और 0.61 लाख पुरूषों की नसबंदी की रिपोर्ट की गई है जो गत वर्ष का 29 प्रतिशत है और नसबंदी में मौसमी कारण (सीज़नलिटी) को ध्यान में रखते हुए, यह अपेक्षा की जाती है कि चालू वित्त वर्ष में कार्य–निष्पादन में सुधार होगा।

- सितम्बर, 2011 तक 27 लाख आईयूडी इंसरशनों की रिपोर्ट की गई जो गत वर्ष का 49 प्रतिशत है।

लघु और दीर्घावधि स्पेसिंग पद्धति के रूप में आईयूडी को बढ़ावा देना

2006 में भारत सरकार ने गर्भनिरोधक सेवाओं में पद्धति मिश्रण में सुधार करने के उद्देश्य से 'राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम में आई यू सी डी को प्रतिस्थापन' (http://mohfw.nic.in/NRHM/FP/Repositioning IUCD.pdf) आरंभ किया है और विभिन्न स्तरों पर आई यू सी डी का समर्थन जुटाने, गुणवत्तापूर्ण आई यू सी डी सेवाएं देने और आई यू सी डी के बारे में मिथक को समाप्त करने हेतु गठन आई ई सी कार्यकलापों के लिए एएनएम से शुरू करके जन स्वास्थ्य प्रणाली में स्टाफ की क्षमता निर्माण सहित विविध राजनीतियां अपनाई है, वर्तमान में परिवार नियोजन कार्यक्रम के अंतर्गत मुख्य–स्पेंसिंग पद्धति के रूप में आई यू सी डी इंसर्शन को बढ़ावा देने के लिए और अधिक बल दिया गया है।

''गुणवत्तापूर्ण आई यू सी डी'' सेवाओं की व्यवस्था में सेवा प्रदाताओं को प्रशिक्षण देने के लिए सितम्बर, 2007 में वयस्क शिक्षण सिद्धांतों और मानवीय प्रशिक्षण तकनीक को शामिल करते हुए एनाटोमिकल, सिम्युलेटर पेल्विक मॉडल्स का प्रयोग करके ''आई यू सी डी में वैकल्पिक प्रशिक्षण पद्धति'' आरंभ की थी।

2011–12 में की गई कार्रवाई और उपलब्धियां

- अक्टूबर, 2001 के अनुसार :

– भारत सरकार ने राष्ट्रीय स्तर पर सभी राज्यों से राज्य के प्रशिक्षकों को प्रशिक्षण दिया।

– सभी जिलों में एनाटोमिकल सिम्युलेटर पेल्विक मौडल्स वितरित किए गए हैं।

– आज की तिथि तक लगभग 50,000 सेवा प्रदाताओं (एमओ, एसएन, एलएचवी एवं एएनएम) को प्रशिक्षित किया गया है।

- आई यू सी डी प्रशिक्षण का त्वरित मूल्यांकन पूरा किया गया है जो प्रशिक्षण के महत्व पर प्रकाश डालता है क्योंकि यह असेक्टिक इंसर्शन तकनीक, परामर्श कुशलता और अनुवर्ती देखभाल पर ध्यान देता है जो ए एन एम/एलएचवी और स्टाफ नर्स की दीर्घावधि क्षमता निर्माण उपाय की अनिवार्य विशेषता है। यह रिपोर्ट इस बात पर भी प्रकाश डालती है कि सभी अध्ययन क्षेत्रों में देखे गए सामान्य रूझान लाभार्थियों ने आई यू सी डी के प्रयोग में स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र में दी गई गुणवत्तापरक सेवा के बारे में उच्च संतुष्टि दर्शाई है।

- जन्म अंतराल की पद्धतियों में गर्भ निरोधकों के विकल्पों में वर्षद्धि करने के लिए कापर आई यू सी डी–375 शुरू करने का निर्णय लिया गया है, देश में नया आई यू सी डी शुरू करने की कार्य पद्धतियां तैयार की जा रही हैं।

नो स्केलपल वैसेक्टॉमी सहित नियोजित मातृत्व–पितृत्व में पुरूष भागीदारी बढ़ाना।

- नियोजित मातृत्व–पितृत्व में पुरूष भागीदारी बढ़ाना राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 के प्रमुख कार्यनीतिक विषयों में से एक है।

- लिंग समानता मुद्दों के हाल की दशा में प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य में पुरूष भागीदारी बढ़ाने के लिए नो स्केलपल वैसेक्टामी की स्वीकार्यता को बढ़ावा देना सर्वाधिक महत्वपूर्ण और दूरगामी घटकों में से एक है।

- नो स्केलपल वैसेक्टॉमी, जो कि एक संशोधित पुरूष बंध्यीकरण तकनीक है, को एक सरल एवं सुरक्षित तकनीक के रूप में राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम में वर्ष 1997 में शुरू किया गया था।

- चिकित्सा कॉलेजों के सर्जिकल संकाय, जिला नो–स्केलपल वैसेक्टॉमी प्रशिक्षक एवं सेवा प्रदायकों को प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए मानव संसाधन विकास सहित एक त्रिस्तरीय कार्यनीति अपनाई गई।

वर्ष 2011–12 की उपलब्धियां और की गई कार्रवाई

- भारत के अधिकतर राज्यों में शिविर दृष्टिकोण जारी रहा। (http//mohfw.nic.in/NRHM/FP/Revised budget Guidelines CSS.pdf)

- नो–स्केलपन वैसेक्टॉमी में प्रशिक्षण प्राथमिकता के आधार जारी रखा गया। सितम्बर, 2010 की स्थिति के अनुसार :

- उपलब्ध नवीनतम रिपोर्ट एनआईएचएफडब्ल्यू तथा राज्य के डाटा के अनुसार और नो–स्केलपल वैसेक्टॉमी सेवा प्रदान करने के लिए देश में लगभग 8000 सुविधा केन्द्र हैं।

- राज्यों में नो–स्केलपल वैसेक्टॉमी प्रशिक्षक व्यापक रूप से उपलब्ध हैं।

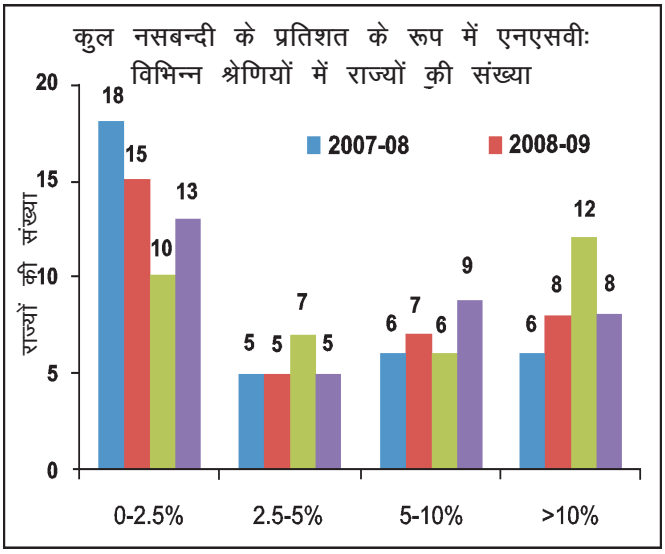
- दो क्षेत्रीय प्रशिक्षण केन्द्रों में सर्जिकल संकाय प्रशिक्षण जारी है और इसके लिए निधियां संवितरित कर दी गई हैं।

- नो–स्केलपन वैसेक्टॉमी के कार्यानिष्पादन मे सकारात्मक रूझान दर्शाया; तथापि वर्ष 2010–11 में इसमें गिरावट देखी गई है और वर्ष 2009–10 में वृद्धि देखी गई है :

गर्भनिरोधन अवधि	अप्रैल – मार्च 2009–10 2010–11 (लाख)	वार्षिक प्रभार (%)		अप्रैल–सितम्बर 2011–12 (लाख)
पुरूष बंध्यीकरण	2.74	2.17	–21.04	0.61
कुल बंध्यीकरण में पुरूष बंध्यीकरण का प्रतिशत	5.6	4.4		4.2

- कुल नसबंदी के प्रतिशत में पुरूष नसबंदी 1999 में 1.89 प्रतिशत के निम्न स्तर पर थी और बिना किसी सुधार के 2006 तक 2.5 प्रतिशत के लगभग चल रही थी। पुरूष भागीदारी बढ़ाने के गहन प्रयास के परिणामस्वरूप पुरूष नसबंदी का समानुपात 2007–08 में 4.3 प्रतिशत तक बढ़ गया और 2008–09 में यह 5. 5 प्रतिशत तक बढ़ा और 2009–10 में इसमें और सुधार हुआ और यह प्रतिशत 5.6 प्रतिशत हो गया। सितम्बर 2010–11 को समाप्त होने वाली अवधि के लिए एनएसबी की सूचित की गई संख्या 4.2 प्रतिशत है।

- चार्ट से यह स्पष्ट है कि कुल नसबंदी प्रतिशत के रूप में एनएसवी में पूरे देश में वृद्धि हुई है और अधिक से अधिक राज्य सकारात्मक दिशा में बढ़ रहे है।



19.7 संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग–नियंत्रण कार्यक्रम

क्षय रोग से सभी आयु वर्ग एवं लिंग के व्यक्ति प्रभावित होते हैं। संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत क्षय रोगियों को निःशुल्क सुविधाएं प्रदान की जाती हैं। इस प्रकार कार्यक्रम के लाभों को महिलाओं एवं लड़कियों समेत सभी के लिए एक समान रूप से उपलब्ध कराया गया है। क्षय रोगियों को डाट्स प्रदान करने के लिए महिला स्व–सहायता समुहों को डॉट्स प्रदाताओं के रूप में कार्य करने के लिए प्रोत्साहित किया गया। आशा, आंगनबाड़ी कार्यकर्ताओं, महिला मंडलों को इस प्रयोजन के लिए विशेष रूप से शामिल किया गया है।

संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत पता लगाए गए एवं उपचार शुरू किए गए क्षय रोगियों तथा उपचार के परिणामों के संबंध में लिंग आधारित आंकड़े की मॉनीटरिंग की जाती है। विभिन्न प्रकार के रोगियों एवं उपचार परिणाम के संबंध में पुरूष एवं महिला अनुपात नीचे दिया गया है। तथापि, आर एन टी सी पी पल्मोनरी टी बी मामले में अधिसूचना की स्थायी विशेषता यह है कि महिला रोगियों की तुलना में पुरूष रोगियों में रोग का पता चला है ये अनुपात 1.8:1 रहा है। कई समुदाय आधारित महामारी संबंधी अध्ययनों ने सतत् रूप से दर्शाया हे कि सभी आयु वर्गों में पल्मोनरी टी बी अधिकतर पुरूषों को होता है।

क्षयरोगियों के यथा संभव समीपस्थ देश–व्यापी उपलब्ध और पहुंच वाली क्षयरोग सेवाओं का प्रावधान यह सुनिश्चित करने हेतु महत्वपूर्ण है कि कार्यक्रम के अंतर्गत सेवाएं किसी भी भेदभाव के बगैर मौजूद हों।

विभिन्न प्रकार के मामलों में पुरूष एवं महिला अनुपात

पंजीकृत रोगी	1q 2011		M:F Ratio	2q 2011		M:F Ratio	3q 2011		पुरूष महिला
	पुरूष	महिला		पुरूष	महिला		पुरूष	महिला	अनुपात
एनएसपी	107262	48983	2.2:1	121392	53453	2.3:1	113294	49847	2.3:1
एनएसएन	52574	30868	1.7:1	56076	33392	1.7:1	55429	32793	1.7:1
एनईपी	28042	27205	1.0:1	32257	30635	1.1:1	30369	28165	1.1:1
रिलेप्स	20519	6962	2.9:1	22693	7579	3.0:1	21979	7144	3.1:1
कुल	208397	114018	1.8:1	232418	125059	1.9:1	221071	117949	1.9:1

- एनएसपी – नए स्पूटम पॉजीटिव
- एनएसएन – नए स्पूटम निगेटिव
- एनईपी – नए एक्स्ट्रा पुलमोनरी

वर्ष 2011 (जनवरी–सितम्बर) में उपचार शुरू किए गए कुल रोगी (एनएसपी, एनएसएन,एनईपी एवं रिलेप्स)

पुरूष	महिला	पुरूष : महिला अनुपात
661886	357026	1.9

पुरूषों और महिलाओं में उपचार निष्कर्ष (एनएसपी) तीसरी तिमाही, 2010

	पुरूष	%	महिला	%	कुल	%
उपचारित	91056	83.9%	**41509**	87.4%	**132565**	84.93%
उपचार पूरा किया	**3229**	3.0%	**1257**	2.6%	**4486**	2.87%
मृत्यु हुई	**4825**	4.4%	**1568**	3.3%	**6393**	4.10%
असफल	**1952**	1.8%	**716**	1.5%	**2668**	1.71%
चूककर्त्ता	**6819**	6.3%	**2252**	4.7%	**9071**	5.81%
स्थानान्तरित	**854**	0.8%	**318**	0.7%	**1172**	0.75%
कुल	**108754**		**47628**		**156382**	

एनजीओ को कुल अनुदान का भुगतान

संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीसीपी) के अंतर्गत, गैर सरकारी संगठनों की सहभागिता को जिला स्तर पर विकेन्द्रीकृत किया गया है तथा केन्द्र से गैर सरकारी संगठनों को प्रत्यक्ष रूप से कोई नकदी अनुदान नही दिया जाता है। संबद्ध जिला क्षय रोग सोसाइटी द्वारा गैर सरकारी संगठनों को निधियां दी जाती है। अनेक गैर सरकारी संगठन किसी वित्तीय सहायता के बगैर भी भाग लेते हैं। निजी क्षेत्र की भागीदारी के लिए एड्स, क्षयरोग, मलेरिया संबंधी वैकल्पिक निधि (जी एफ ए टी एम) प्राप्त आर एन टी सी पी परियोजना के अंतर्गत वर्ष 2010–11 के दौरान भारतीय चिकित्सा संघ को 450 लाख रूपए की धनराशि निर्मुक्त की गई थी और कैथोलिक विशप कांफ्रेंस आफ इंडिया (सीबीसीआई) को 450 लाख रूपए की धनराशि निर्मुक्त की गई थी तथा उपयोग प्रमाण पत्र मिल गया है।

19.8 नर्सिंग सेवाओं का विकास

नर्सिंग कार्मिक अस्पताल में सबसे बड़ा कार्यबल है। स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी प्रणाली में उनकी अहम भूमिका रहती है। इस कार्यक्रम के 95 प्रतिशत लाभार्थी केवल महिलाएं हैं। अस्पताल

एवं अन्य स्थापनाओं में गुणवत्तायुक्त रोगी परिचर्या प्रदान करने के लिए इस कार्यक्रम के जरिए नर्सिंग कार्मिक को बेहतर ढंग से सज्जित किया गया है।

महिलाओं के लिए कार्यक्रम के अंतर्गत किए गए कार्यकलाप

नर्सिंग सेवाओं के विकास के कार्यक्रम के अंतर्गत निम्नलिखित कार्य किए गए हैं :–

1. नर्सिंग कार्मिक के ज्ञान एवं कौशलों को अद्यतन बनाने के लिए सेवाकालीन प्रशिक्षण योजना के अंतर्गत नर्सों का प्रशिक्षण।
2. नर्सिंग शिक्षा एवं बुनियादी प्रशिक्षण कार्यक्रम की गुणवत्ता बेहतर करने के लिए नर्सिंग स्कूलों एवं कॉलेजों का सुदृढ़ीकरण। नर्सिंग पाठ्यक्रमों के लिए लगभग 95 प्रतिशत उम्मीदवार केवल महिलाएं हैं।

नर्सों का प्रशिक्षण

नर्सिंग कार्मिक कौशलों व ज्ञान को अद्यतन रखने के लिए सतत नर्सिंग शिक्षा स्टाफ नर्सों के लिए नर्सिंग विशिष्टता नर्सिंग स्कूलों एवं कॉलेजों के संकाय के लिए शिक्षा प्रौद्योगिकी, नर्सिंग प्रशिक्षकों के लिए प्रबंधन तकनीकों के क्षेत्र में शिक्षा के लिए कार्यक्रम शुरू किया गया है। यह 7 दिनों का पाठ्यक्रम है। आयोजन स्थल राज्य के चुनिंदा नर्सिंग कॉलेजों में होंगे। 30 नर्सों को प्रशिक्षित करने के लिए सतत नर्सिंग शिक्षा कार्यक्रम आयोजित करने हेतु सहायता पैटर्न को 75,000/–रू. से संशोधित करके 1,653,00/–रू. कर दिया गया है।

नर्सिंग स्कूलों/कालेजों का सृदृढ़ीकरण/उन्नयन

मौजूदा नर्सिंग स्कूलों/कालेजों में पद्रान किए जाने वाले प्रशिक्षण की गुणवत्ता बेहतर करने के लिए आडियों वीडियों सामग्री, फर्नीचर की खरीद, पुस्तकालय, में सुधार, भवन के संवर्धन/परिवर्तनों, परिवहन हेतु अनुदान जारी किया गया है। 10वीं योजना अवधि के दौरान प्रति संस्थान 10 लाख अनुदान दिया जा रहा है।

मेडिकल कॉलेज से संबद्ध नर्सिंग स्कूलों का नर्सिंग कॉलेजों में उन्नयन

नर्सिंग स्कूलों का उन्नयन, नर्सिंग कॉलेजों में करने के लिए ग्याहरवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान राजस्थान (5), झारखंड (3), गुजरात (2), तमिलनाडु (2), पश्चिम बंगाल (2), हिमाचल प्रदेश (1), मणिपुर (1), मिजोरम (1) एवं उत्तर प्रदेश (3) के कुल 20 संस्थानों को सहायता अनुदान जारी किया गया है।

बजट आबंटन

वर्ष 2011–12 के दौरान नर्सिंग सेवाओं के विकास के अंतर्गत बजट में 40 करोड़ रू. की राशि आबंटित की गई है।

मानव संसाधनों के अंतर्गत नर्सिंग सेवाओं का उन्नयन/सुदृढ़ीकरण

नर्सिंग कार्मिक अस्पताल में सबसे बड़ा कार्यबल है। स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी प्रणाली में उनकी अहम भूमिका रहती है। इस कार्यक्रम के 95 प्रतिशत लाभार्थी केवल महिलाएं हैं। अस्पताल एवं अन्य स्थापनाओं में गुणवत्तायुक्त रोगी परिचर्या प्रदान करने के लिए इस कार्यक्रम के जरिए नर्सिंग कार्मिक को बेहतर ढंग से सज्जित किया गया है।

महिलाओं के लिए कार्यक्रम के अंतर्गत किए गए कार्यकलाप

मानव संसाधनों के अंतर्गत नर्सिंग सेवाओं के उन्नयन/सुदृढ़ीकरण के तहत क्रियाकलापों में निम्नलिखित शामिल हैं :

- एएनएम/जीएनएम स्कूलों को खोलना
- संकाय विकास कार्यक्रम

बजट आबंटन

वर्ष 2011–12 के दौरान नर्सिंग सेवाओं का उन्नयन/सुदृढ़ीकरण के अंतर्गत बजट में 275 करोड़ रू. की राशि आबंटित की गई है।

आर्थिक कार्य संबंधी मंत्रिमंडल समिति ने ऐसे राज्यों में 132 एएनएम स्कूल एवं 137 जीएनएम स्कूल खोलने के मंत्रालय के प्रस्ताव का अनुमोदन कर दिया है जहां ऐसे स्कूल नहीं है। बिना एएनएम एवं जीएनएम स्कूल वाले 23 उच्च फोकस वाले राज्यों के 154 जिलों की पहचान कर ली गई है। एएनएम/जीएनएम स्कूलों को खोलने के लिए नई स्कीम के तहत अब तक 79.57 करोड़ रू. की राशि छह (6) राज्यों को जारी की गई है।

उच्च फोकस वाले राज्यों में नर्सिंग शिक्षा की गुणवत्ता बेहतर करने के लिए नर्सिंग में योग्य स्नातकोत्तर शिक्षकों की कमी को पूरा करने के लिए संकाय विकास कार्यक्रम अनुमोदित किया गया है और निर्धारित संस्थानों अर्थात एसएनडीटी नर्सिंग कॉलेज, मुम्बई एवं गवर्नमेंट नर्सिंग कॉलेज, मुम्बई, पीजीआईएमईआर,

चंडीगढ़ एवं गवर्नमेंट नर्सिंग कॉलेज, एसएसकेएम अस्पताल, कोलकाता में एमएससी (नर्सिंग) में प्रशिक्षण हेतु 4 राज्यों से 12 नामांकन प्राप्त हुए हैं।

19.9 राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम (एनएलईपी)

हालांकि कुष्ठ रोग लिंग के भेदभाव बगैर होता है तथापि इस रोग से महिलाओं की अपेक्षा पुरूष अधिक सामान्यतः 3:2 अनुपात में प्रभावित होते है। इसका कारण अधिकाधिक आवाजाही, संपर्क हेतु अधिकाधिक अवसर तथा पुरूष जनसंख्या के बीच बेहतर स्वास्थ्य अपेक्षित व्यवहार तथा महिलाओं की तुलना में पुरूषों की जनसंख्या अधिक होना है। महिलाओं विशेष तौर पर निम्न साक्षरता दर वाले क्षेत्रों में रोग के लक्षणों तथा चिह्नों के बारे में अधिकाधिक जागरूकता फैलाने के लिए मास मीडिया और स्थानीय मीडिया के जरिए इस जनसंख्या पर अधिक से अधिक केन्द्र बिन्दु रखने के साथ गहन आई ई सी गतिविधियां शुरू की गई है। कुष्ठ रोग के संदिग्ध मामलों को निदान हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों पर भेजने और उपचार पूरा करना सुनिश्चित करने, जिसके लिए उन्हें निष्पादन आधारित प्रोत्साहन दिया जाता है, के लिए आशा को शामिल किया गया है। इसके सामान्यतः मामलों का पता लगाने तथा मुख्यतया महिला रोगियों की पहचान करने में सहायता मिलने की आशा है।

इस कार्यक्रम के अंतर्गत मासिक आधार पर लिंग संबंधी राज्य वार असंचित डाटा इकट्ठा किया जाता है। वर्ष 2010–11 के दौरान 1,26,800 नए कुष्ठ अभिज्ञात मामालों में से 45896 (36.20 प्रतिशत) महिला रोगी थीं।