

मातृ और किशोर स्वास्थ्य

3.1 मातृ स्वास्थ्य

महिलाएं किसी भी जीवंत समाज की मजबूत स्तंभ होती हैं। इस प्रकार देश का सतत विकास तभी हो सकता है जब हम अपनी महिलाओं और बच्चों की समग्र देखभाल करेंगे। मातृ स्वास्थ्य में सुधार करने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत भारी और रणनीतिक निवेश किया गया है। बढ़ती

समानता और घटती गरीबी को देखते हुए किसी भी देश के विकास के लिए मातृ स्वास्थ्य एक महत्वपूर्ण पहलु हैं। माताओं की उत्तरजीविता तथा कल्याण न केवल उनके अपने अधिकार हैं अपितु वे व्यापक आर्थिक, सामाजिक और विकासपरक चुनौतियों से निपटने के लिए भी महत्वपूर्ण हैं।



3.2 मातृ मृत्यु दर अनुपात (एमएमआर)

भारत में मातृ मृत्यु अनुपात (एमएमआर) वर्ष 1990 में काफी अधिक था अर्थात् प्रति सौ हजार जीवित जन्मों पर बच्चों को जन्म देते समय 556 महिलाओं की मृत्यु हो जाती थी। गर्भावस्था और बाल जन्म से जुड़ी जटिलताओं के कारण

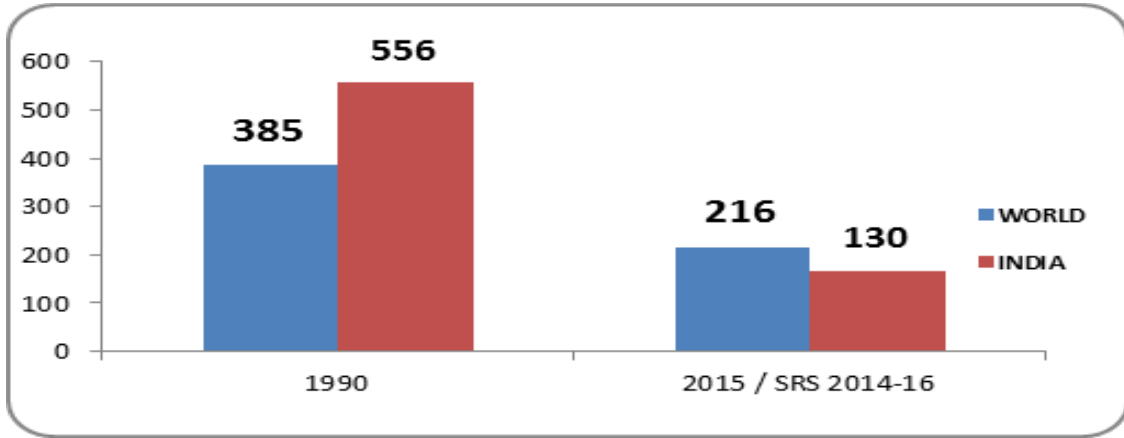
प्रतिवर्ष लगभग 1.38 लाख महिलाओं की मृत्यु हो रही थी। उस समय वैश्विक एमएमआर 385 पर अत्यंत कम था। तथापि, भारत में एमएमआर में तेजी से गिरावट आती रही है। देश में एमएमआर में वैश्विक 216 एमएमआर (2015) के मुकाबले 130 (एसआरएस 2014-16) तक गिरावट आई है। मातृ मौतों की संख्या में 77 प्रतिशत तक कमी आई है।

एमएमआईजी की रिपोर्ट के अनुसार वैश्विक मातृ मौतों में भारत की हिस्सेदारी में अत्यधिक गिरावट आई है।

- सतत विकास लक्ष्य (एमडीजी) 3 मातृ स्वास्थ्य से संबंधित है जिसका लक्ष्य मातृ मृत्यु अनुपात (एमएमआर) में कमी लाना है। (वर्ष 2030 तक प्रति 100,000 जीवित जन्मों पर 70 से कम एमएमआर किया जाना है)।

- वैश्विक रूप से 2.3% की औसत वार्षिक गिरावट के साथ वर्ष 1990 में 385 की एमएमआर से वर्ष 2015 में अनुमानित 216 मातृ मौतों में प्रति 100,000 जीवित जन्म तक विगत 25 वर्षों के दौरान विश्व के एमएमआर में लगभग 44 प्रतिशत तक की गिरावट आई। भारत में 25 वर्षों में मातृ मृत्यु में 77% की गिरावट दर्ज की गई है।

वैश्विक संदर्भ में एमडीजी-5 पर भारत की प्रगति



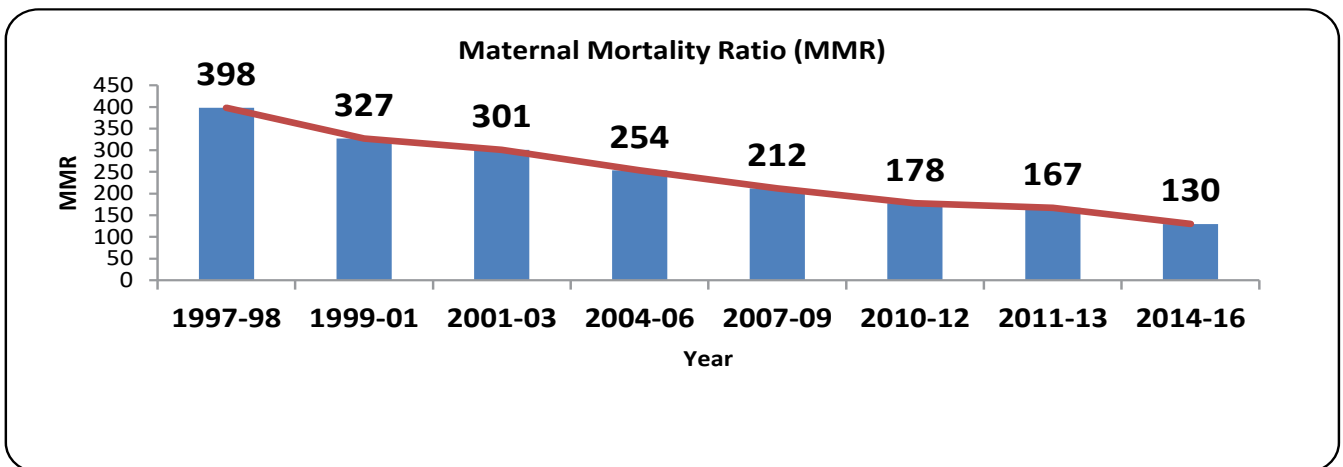
स्रोत: "मातृ मृत्यु दर में रुझान वर्ष 1990 से 2015 तक" यूएन इंटर एजेंसी एक्सपर्ट समूह तथा आरजीआई – एसआरएस

3.3 गिरता हुआ मातृ मृत्यु दर अनुपात (एमएमआर)

मातृ संबंधी मौतों का डाटा भारतीय महापंजीयक (आरजीआई) द्वारा अपनी प्रतिदर्श पंजीकरण प्रणाली (एसआरएस) के जरिए मातृ मृत्यु दर अनुपात (एमएमआर) के रूप में उपलब्ध करवाया जाता है। भारत के महापंजीयक प्रतिदर्श पंजीकरण

प्रणाली (आरजीआई-एसआरएस) की नवीनतम रिपोर्ट के अनुसार, भारत की एमएमआर ने वर्ष 2007-09 की अवधि में 212 प्रति 100,000 जीवित जन्मों से वर्ष 2011-13 की अवधि में 130 प्रति 100,000 जीवित जन्मों तक गिरावट दर्शाई है।

भारत के संबंध में एमएमआर में गिरावट की तेज गति



स्रोत: आरजीआई – एसआरएस

एमएमआर के संबंध में राज्य की प्रगति

- क. 2011-13 और 2014-16 की अवधि के दौरान एमएमआर की वार्षिक गिरावट दर 8.01% है।
- ख. असम उच्चतम एमएमआर (237) वाला राज्य बना हुआ है। इसके उपरांत उत्तर प्रदेश/उत्तराखंड (201) तथा राजस्थान (199) है।
- ग. जिन राज्यों ने 2014-16 में 100 प्रति 100,000 जीवित जन्मों का एमएमआर हासिल किया है, वे हैं—केरल, तमिलनाडु, महाराष्ट्र, तेलंगाना, गुजरात और आंध्र प्रदेश। केरल, महाराष्ट्र और तमिलनाडु राज्य एमएमआर <70 प्रति 100000 के एसडीआर-3 लक्ष्य तक पहुँच चुके हैं।
- घ. एसडीजी लक्ष्य को समान रूप से प्राप्त करने के लिए विशेष रूप से, असम (237), उत्तर प्रदेश (201), राजस्थान (199), ओडिशा (180), मध्य प्रदेश / छत्तीसगढ़ (173) और बिहार / झारखंड (165) में एमएमआर को कम करने के लिए अतिरिक्त प्रयासों की आवश्यकता होगी, जिनका एमएमआर राष्ट्रीय स्तर की तुलना में काफी अधिक है।
- ड. भारत ने 2030 तक प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर 70 एमएमआर के लिए सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) हेतु नवीनतम संयुक्त राष्ट्र के लक्ष्य को प्राप्त करने का संकल्प किया है। एनएचपी (राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति) 2017 के अनुसार, वर्ष 2020 तक एमएमआर का लक्ष्य प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर 100 है।

3.4 संस्थागत प्रसव

भारत में सांस्थागत प्रसवों में वर्ष 2007-08 में 47% से वर्ष 2015-16 (एनएफएचएस-4) में 78.9% प्रतिशत की अत्यधिक वृद्धि हुई है, जबकि इसके साथ-साथ इसी अवधि में सुरक्षित प्रसव 52.7% से बढ़कर 81.4% प्रतिशत तक हो गया है।

3.4.1 एमएमआर को कम करने के लिए मुख्य कार्यनीतियां:

- i. गर्भवती महिलाओं को स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में लाने, सुरक्षित प्रसव तथा आपातकालीन प्रसूति परिचर्या सुनिश्चित करने के लिए अप्रैल, 2005 में एक मांग सृजक स्कीम जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) शुरु

की गई। जेएसवाई के लाभार्थियों की संख्या वर्ष 2005-06 में 7.39 लाख से बढ़कर लाभार्थियों की संख्या प्रत्येक वर्ष 1 करोड़ से अधिक हो गई है। इसके अलावा, इस स्कीम पर व्यय 2005-06 में 38 करोड़ रुपए से बढ़कर वर्ष 2017-18 में 1835 करोड़ रुपए तक हो गया है। वित्तीय वर्ष 2018-19 में, व्यय की रिपोर्ट 1743.46 करोड़ (अनंतिम) है। 2005-06 (एनएफएचएस-3) में संस्थागत प्रसव 40.8% से बढ़कर 78.9% (एनएफएचएस-4) 2015-16 हो गया है।

- ii. जेएसवाई स्कीम की महत्वपूर्ण प्रगति के आधार पर भारत सरकार ने 1 जून, 2011 को जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) शुरू किया। इस पहल में सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में प्रसव करवाने वाली सभी गर्भवती महिलाएं सीजेरियन सेक्शन सहित पूर्णतः निशुल्क एवं शुल्क रहित प्रसव हेतु पात्र होती हैं। इस पात्रता में सामान्य प्रसव के साथ-साथ सी-सेक्शन होने पर ठहरने के दौरान निशुल्क दवाइयां और उपभोज्य, निशुल्क आहार, निशुल्क निदान एवं निशुल्क रक्त, जहां आवश्यक हो, शामिल है। इस पहल में घर से संस्थान तक रेफर करने पर दो सुविधा केंद्रों के बीच जाने एवं वापस घर छोड़ने के लिए निशुल्क परिवहन का भी प्रावधान है। जन्म के बाद 30 दिन तक उपचार के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में लाए जाने वाले सभी बीमार नवजात शिशुओं के लिए भी ऐसी ही पात्रताएं स्थापित की गई थीं। वर्ष 2013 में, इस स्कीम का प्रसवपूर्व व प्रसव उपरांत होने वाली जटिलताओं को कवर करने हेतु तथा 1 वर्ष की आयु तक रोगी नवजात शिशुओं के लिए भी विस्तार किया गया था। वर्ष 2018-19 में, 87% गर्भवती महिलाओं ने निःशुल्क दवाएं, 99% ने निःशुल्क निदान, 60% ने निःशुल्क आहार, 49% ने घर से सुविधा केंद्र तक निःशुल्क परिवहन प्राप्त किया जबकि 79% ने प्रसव पश्चात् घर पर वापिस निःशुल्क छुड़वाने का लाभ प्राप्त किया। जेएसवाई तथा जेएसएसके के परिणामस्वरूप गर्भवती महिलाओं द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य अवसंरचना के उपयोग में महत्वपूर्ण से वृद्धि हुई है। विगत वर्ष में सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों में 1.34 करोड़ से अधिक महिलाओं ने प्रसव करवाया है (2018-19)।

- iii. गुणवत्तायुक्त प्रसूति तथा नवजात परिचर्या प्रदान करने के लिए जिला अस्पतालों/जिला महिला अस्पतालों तथा उप जिला स्तर पर अन्य उच्च रोग भार वाले सुविधा केंद्रों के रूप में आधुनिकतम मातृ एवं बाल स्वास्थ्य स्कंधों (एमसीएच विंग्स) को मंजूरी प्रदान की गई है। 32,000 से ज्यादा अतिरिक्त पलंगों के साथ 590 से अधिक समर्पित मातृ और बाल स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों की स्वीकृति दी गई है।
- iv. मातृ मृत्यु समीक्षा (एमडीआर) की प्रक्रिया को न सिर्फ चिकित्सीय कारणों बल्कि कुछेक सामाजिक आर्थिक सांस्कृतिक निर्धारकों के साथ-साथ प्रणाली में कमियों का पता लगाने, जिनकी वजह से ऐसी मृत्यु होती है, के लिए देशभर के सुविधा केंद्रों एवं समुदाय-दोनों में संस्थापित किया गया है। इसका उद्देश्य उपयुक्त स्तरों पर सुधारात्मक कार्रवाई करना तथा प्रसूति परिचर्या की गुणवत्ता में सुधार करना है। एमडीएसआर और एमएनएम के कार्यान्वयन में की गई प्रगति के संबंध में राज्यों की गहनतापूर्वक मानिट्रिंग की जा रही है। राज्य रिपोर्टों के अनुसार वर्ष 2018-19 में लगभग 64% मातृ मृत्यु की रिपोर्ट प्राप्त हुई हैं। इनमें से 64% मृत्यु की जिला एमडीआर समितियों द्वारा समीक्षा की गई।
- v. व्यापक गर्भपात परिचर्या प्रदान की जा रही है क्योंकि आरएमएनसीएच+ए कार्यनीति के प्रजनन स्वास्थ्य घटक में यह महत्वपूर्ण तत्व है क्योंकि भारत में 8% (2001-03 एसआरएस) मातृ मृत्यु असुरक्षित गर्भपात के कारण होती हैं। फरवरी 2019 में भारत में सेवा वितरण के लिए संशोधित दिशा-निर्देश जारी किए गए हैं। सीएसी प्रशिक्षण में 13,000 से अधिक एमओयू प्रशिक्षित किए गए हैं।
- vi. स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में यौन संचरण संक्रमण (एसटीआई) और प्रजनन ट्रेक संक्रमण (आरटीआई) हेतु जांच और परिचर्या प्रदान की जा रही है क्योंकि ये भारत में महत्वपूर्ण जन स्वास्थ्य समस्या है। गर्भवती महिलाओं में एचआईवी और सिफलिस की वैश्विक जांच के लिए नीतिगत निर्णय लिया गया है। वित्त वर्ष 2018-19 की एचआईएमएस रिपोर्ट के अनुसार 80 लाख से अधिक गर्भवती महिलाओं की सिफलिस हेतु जांच और लगभग 1.86 करोड़ गर्भवती महिलाओं की एचआईवी हेतु जांच की गई है।
- vii. क्षमता निर्माण में एनेस्थेसिया (जीवन रक्षक एनेस्थेसिया कौशल— एलएसएस) तथा सी— सैक्शन सहित आपात प्रसव परिचर्या (ईएमओसी) कौशल में विशेषज्ञों की कमी को पूरा करने के लिए एमबीबीएस डॉक्टरों का प्रशिक्षण विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में तथा प्रसव तथा शिशु जन्म के दौरान परिचर्या की गुणवत्ता सुधारने के लिए एसएन/एनएम/एलएचवी का कुशल जन्म परिचारक (एसबीए) प्रशिक्षण शामिल हैं। लगभग 2412 डॉक्टरों को सी—सैक्शन सहित आपात प्रसूति देखभाल में तथा 2683 डॉक्टरों को एलएसएस में प्रशिक्षित किया गया है। राज्य रिपोर्टों के अनुसार 3,30,000 से अधिक एसएन/एलएचवी/एनएम को एसबीए के रूप में प्रशिक्षित किया गया है।
- viii. घर पर 20% से अधिक प्रसव वाले जिलों के लिए आशा/एनएम द्वारा समुदाय आधारित “मीसोप्रोसपोल के उन्नत वितरण के माध्यम से पोस्ट-पारटम हेमरेज निवारण (पीपीएच)” की शुरुआत की गई। राज्यों को प्रचालन दिशा-निर्देश और रेफ्रेंस मैनुअल जारी किए गए हैं। तथापि, उपर्युक्त दिशा-निर्देश उल्लेख करते हैं कि आशा और एनएम द्वारा आयोजित गर्भवती महिला के परामर्श सत्र के दौरान एनसी हेतु पंजीकरण की आवश्यकता और संस्थान में प्रसव करवाने हेतु जोर दिया जाए।
- ix. राज्यों में सेवा के विभिन्न संवर्गों के क्षमता निर्माण की गुणवत्ता मजबूत बनाने के लिए विभिन्न प्रशिक्षण कार्यक्रमों के निर्धारित कौशल स्टेशनों में कौशल प्रयोगशालाओं की स्थापना की गई है। राज्यों को कौशल प्रयोगशालाओं के दिशा-निर्देश और प्रशिक्षण मॉड्यूल भेजे गए हैं। प्रशिक्षकों के प्रशिक्षण के लिए अब पांच राष्ट्रीय कौशल प्रयोगशालाएँ प्रचालनरत हैं। विभिन्न राज्यों जैसे गुजरात, हरियाणा, महाराष्ट्र, मध्यप्रदेश, पश्चिम बंगाल, ओडिशा, तमिलनाडु, त्रिपुरा, जम्मू व कश्मीर, मेघालय, केरल, नगालैंड, सिक्किम, आंध्र प्रदेश, मणिपुर, हिमाचल प्रदेश, अरुणाचल प्रदेश, उत्तराखंड, पंजाब, दिल्ली, तंलगना, पुदुच्चेरी, असम और कर्नाटक में 104 स्वतंत्र कौशल प्रयोगशालाएँ स्थापित की गई हैं। आज की तिथि तक राष्ट्रीय कौशल प्रयोगशालाओं में 1184 स्वास्थ्य

कार्मिक और राज्य कौशल प्रयोगशालाओं में 2213 कार्मिक प्रशिक्षित किए गए हैं



राष्ट्रीय कौशल प्रयोगशाला में 6 दिवसीय प्रशिक्षण का एक दृश्य

- x. मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) और नवजात मृत्यु दर (एनएमआर) को कम करने के लिए, भारत सरकार ने 2015 में 7 राज्यों में जन्म के समय दक्षता की शुरुआत की है, जिसका उद्देश्य उच्च प्रभाव, साक्ष्य आधारित कार्य पर ध्यान देते हुए जन्म के समय देखभाल की गुणवत्ता में सुधार लाना है। आज तक 16,419 स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को दक्षता प्रशिक्षणों में प्रशिक्षित किया गया है। 6 राज्यों (बिहार, जम्मू और कश्मीर, नागालैंड, मेघालय, असम, केरल, और दिल्ली) में दक्षता योजना बैठक की गई और 5 राज्यों (बिहार, जम्मू व कश्मीर, नागालैंड, मेघालय, असम और केरल) में 13 टीओटी पूरा किया गया है। अब तक 743 स्वास्थ्य संस्थान संतृप्त किए जा चुके हैं।

- क. नर्सिंग मिडवाइफरी केंद्र को मजबूत बनाने के लिए सेवा-पूर्व शिक्षा: वडोदरा के कॉलेज ऑफ नर्सिंग में पांच राष्ट्रीय नोडल केंद्र (एनएनसी); कस्तूरबा नर्सिंग कॉलेज, सेवाग्राम, वर्धा; क्षेत्रीय कॉलेज ऑफ नर्सिंग, गुवाहाटी; कॉलेज ऑफ नर्सिंग, कानपुर; और कॉलेज ऑफ नर्सिंग और एमएमसी, चेन्नई और देहरादून, मेरठ, वाराणसी, कोटा, उदयपुर, जबलपुर, उज्जैन, पटना, रांची, बेरहामपुर में 7 राज्य नोडल केंद्रों को निष्पादन मानकों का 70% से अधिक हासिल करने के लिए मजबूत किया गया है।
- ख. निष्पादन के आधार पर देश भर में 20,000 से अधिक प्रसव केन्द्रों की पहचान की गई है। इन्हें व्यापक प्रजनन, मातृ एवं नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के साथ-साथ किशोरों और परिवार नियोजन आदि सेवाओं के लिए बुनियादी ढाँचे, उपकरण, प्रशिक्षित श्रमशक्ति के संदर्भ में मजबूत बनाया जा रहा है और सेवा वितरण के लिए निगरानी की जा रही है।
- ग. मातृ स्वास्थ्य उपकरण किट को कार्यक्रम प्रबंधकों के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं में सेवाओं की योजना, कार्यान्वयन और निगरानी के लिए तैयार रेकनर / हैंडबुक के रूप में विकसित किया गया है। यह प्रसव केन्द्रों पर ध्यान देता है, जिसमें पर्याप्त भौतिक बुनियादी ढाँचा स्थापित करना, रसद और आपूर्ति सुनिश्चित करना और अच्छी गुणवत्ता वाली व्यापक आरएमएनसीएच सेवाएं प्रदान करने के उद्देश्य से रिकॉर्डिंग/रिपोर्टिंग और निगरानी प्रणाली शामिल है।
- घ. मासिक ग्राम स्वास्थ्य और पोषण दिवस (वीएचएनडी) आईसीडीएस के अभिसरण में पोषण सहित मातृ और शिशु देखभाल के प्रावधान के लिए आंगनवाड़ी केंद्रों में एक आउटरीच गतिविधि है।
- ङ. मातृ एवं शिशु सुरक्षा (एमसीपी) कार्ड का उपयोग सभी राज्यों द्वारा एमसीएच और पोषण उपायों की गुणवत्ता की निगरानी और सुधार के लिए एक उपकरण के रूप में किया जा रहा है। नए मां एवं बाल संरक्षा (एमसीपी) कार्ड विकसित किए गए हैं।

- च. हर गर्भवती महिला, नवजात, शिशु और बच्चे को गुणवत्ता एएनसी, आईएनसी, पीएनसी, एफपी, टीकाकरण सेवाओं आदि के नाम से पंजीकृत करने और ट्रैक करने के लिए वेब सक्षम मां एवं बाल सुरक्षा प्रणाली (एमसीटीएस) लागू किया जा रहा है।
- छ. एनीमिया मुक्त भारत: देश में एनीमिया के व्यापक प्रसार से निपटने के लिए हाल ही में शुरू किया

गया। एनीमिया मुक्त भारत— इनटेंसिफायड आयरन प्लस पहल का उद्देश्य मौजूदा तंत्र को मजबूत बनाना है और एनीमिया से निपटने के लिए नई रणनीतियों को बढ़ावा देना है, एनीमिया के प्रसार में 2% वार्षिक गिरावट को प्राप्त करने के लिए छह लक्ष्यों और छह संस्थागत तंत्रों के माध्यम से छह लक्ष्य लाभार्थी समूहों पर ध्यान केंद्रित किया गया है।



- ज. समुदाय के लोगों विशेषतः गर्भवती महिलाओं द्वारा स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं तक पहुंच को सुगम बनाने के लिए लगभग 10 लाख प्रत्यायित समाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) नियुक्त हैं।
- झ. एएनसी, नियमित एएनसी, सांस्थानिक प्रसव, पोषण गर्भावस्था के दौरान परिचर्या इत्यादि के लिए शीघ्र पंजीकरण के संबंध में संदेश सहित नियमित सूचना, शिक्षा और संचार (आईसी)/व्यवहार परिवर्तन संचार (बीसीसी) की जाती है। राष्ट्रीय स्तर पर मानकीकृत आईसी/बीसीसी पैकेज तैयार किए गए हैं तथा

इनका राज्यों में प्रचार-प्रसार किया गया है।

- ञ. इसके अलावा, निम्न निष्पादन करने वाले जिलों पर अधिक ध्यान केंद्रित करने के लिए 256 उच्च प्राथमिकता वाले जिलों (एचपीडी) एवं 117 आकांक्षी जिलों को अभिज्ञात किया गया है। इन जिलों को 30% उच्चतम प्रति व्यक्ति निधियन, शिथिल मानदंड, अधिक निगरानी तथा ध्यान केंद्रित सहयोगात्मक पर्यवेक्षण प्रदान किया जाएगा तथा अपनी निजी स्वास्थ्य समस्याओं का समाधान करने के लिए नवीन दृष्टिकोण को अपनाने के लिए बढ़ावा दिया जाएगा।

ट. एमएमआर में गिरावट को और तेज करने दिशा में गर्भवस्था के दौरान जेस्टेशनल डायबीटिज मेलिटस, रक्तचाप के निदान व प्रबंधन के लिए जांच करने, सिजेरियन सैक्शन निष्पादन हेतु सामान्य सर्जनों का प्रशिक्षण, गर्भवस्था और स्तनपान के दौरान के केलिशियमपूरक, गर्भवस्था के दौरान कृमिनाशक, मातृ नियर मिस रिव्यू के लिए दिशा निर्देश अंतराल परिचर्या सुदृढ़ करने के लिए ऑब्स्टेट्रिक एचडीयू व आईसीयू हेतु नए प्रचालन संबंधी दिशा-निर्देश तैयार

किए गए हैं तथा राज्यों के साथ साझा किए गए हैं। प्रसव के दौरान यूटेरोटोनिक्स के उपयोग पर मंत्रिमंडल नोट, पोस्ट मार्टम हेमरेज के निवारण व नियंत्रण पर मंत्रिमंडल नोट, सुविधा प्रदाताओं के लिए प्रशिक्षण मैनुयूल और आरएमएनसीएच+ए सेवाओं के लिए पक्ष कुशल प्रयोगशालाओं के प्रतियोगियों के लिए प्रशिक्षण मैनुयूल के लिए अद्यतन दिशा-निर्देश जारी किए गए हैं।

मातृ मृत्यु दर अनुपात की प्रवृत्ति (प्रति 100,000 जीवित जन्म)

भारत / राज्य	मातृ मृत्यु दर अनुपात (प्रति 100,000 जीवित जन्म)								वाषिक गिरावट का % मिश्रित दर						
	1997-98	1999-01	2001-03	2004-06	2007-09	2010-12	2011-13	2014-16	1999-01	2001-03	2004-06	2007-09	2010-12	2011-13	2014-16
भारत	398	327	301	254	212	178	167	130	-7.6	-4.1	-5.5	-5.8	-5.7	-6.2	-8.01
आंध्र प्रदेश	197	220	195	154	134	110	92	74	4.5	-5.9	-7.6	-4.5	-6.4	-16.4	-7
असम	568	398	490	480	390	328	300	237	-13.3	11.0	-0.7	-6.7	-5.6	-8.5	-7.56
बिहार / झारखंड	531	400	371	312	261	219	208	165	-10.7	-3.7	-5.6	-5.8	-5.7	-5.0	-7.43
गुजरात	46	202	172	160	148	122	112	91	80.7	-7.7	-2.4	-2.6	-6.2	-8.2	-6.69
हरियाणा	136	176	162	186	153	146	127	101	10.9	-4.1	4.7	-6.3	-1.5	-13.0	-7.35
कर्नाटक	245	266	228	213	178	144	133	108	3.3	-7.4	-2.2	-5.8	-6.8	-7.6	-6.71
केरल	150	149	110	95	81	66	61	46	-0.3	-14.1	-4.8	-5.2	-6.6	-7.6	-8.98
मध्य प्रदेश / छत्तीसगढ़	441	407	379	335	269	230	221	173	-3.2	-3.5	-4.0	-7.1	-5.1	-3.9	-7.84
महाराष्ट्र	166	169	149	130	104	87	68	61	0.7	-6.1	-4.4	-7.2	-5.8	-21.8	-3.56
ओडिशा	346	424	358	303	258	235	222	180	8.5	-8.1	-5.4	-5.2	-3.1	-5.5	-6.75
पंजाब	280	177	178	192	172	155	141	122	-16.8	0.3	2.6	-3.6	-3.4	-9.0	-4.71
राजस्थान	508	501	445	388	318	255	244	199	-0.6	-5.8	-4.5	-6.4	-7.1	-4.3	-6.57
तमिलनाडु	131	167	134	111	97	90	79	66	10.2	-10.4	-6.1	-4.4	-2.5	-12.2	-5.82
उत्तर प्रदेश / उत्तराखंड	606	539	517	440	359	292	285	201	-4.6	-2.1	-5.2	-6.6	-6.7	-2.4	-10.99
पश्चिम बंगाल	303	218	194	141	145	117	113	101	-12.3	-5.7	-10.1	0.9	-6.9	-3.4	-3.67

स्रोत: भारत के महापंजीयक, गृह मंत्रालय (एसआरएस अनुमान)

3.5 जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई)

जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एचएचएम) के तहत सुरक्षित मातृत्व क्रियाकलाप है। इसे गर्भवती महिलाओं के बीच संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के द्वारा मातृ एवं नवजात शिशु मृत्यु दर को कम करने के उद्देश्य के साथ लागू की जा रही है।

जेएसवाई केन्द्रीय प्रायोजित योजना है जो प्रसव व प्रसवोत्तर परिचर्या को नकद सहायता से एकीकृत करती है। यह योजना सरकार व गर्भवती महिलाओं के बीच प्रभावी संबंध के रूप में प्रत्यायित समाजिक कार्यकर्ता (आशा) के रूप में निर्धारित की गई है।

3.5.1 जेएसवाई की प्रमुख विशेषताएं

यह योजना गर्भवती महिलाओं पर केन्द्रित है, जिसमें कम संस्थागत प्रसव दर वाले राज्यों जैसे उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड, बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, असम, राजस्थान, ओडिशा और जम्मू कश्मीर के लिए विशेष व्यवस्था की गई है। इन राज्यों को कम निष्पादन वाले राज्य (एलपीएस) के रूप में नामित किया गया है। शेष राज्यों को उच्च निष्पादन वाले राज्यों (एचपीएस) का नाम दिया गया है।

3.5.2 नकद सहायता के लिए पात्रता

जननी सुरक्षा योजना के तहत नकद सहायता के लिए पात्रता नीचे दर्शाई गई है:

एलपीएस	सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों, जैसे उप केंद्रों (एससी) / प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी) / सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) / प्रथम रेफरल इकाइयों (एफआरयू) / जिला या राज्य अस्पतालों के सामान्य वार्डों में जन्म देने वाली सभी गर्भवती महिलाएं।
एचपीएस	सरकारी स्वास्थ्य केंद्र, जैसे कि एससी / पीएचसी / सीएचसी / एफआरयू / जिला या राज्य अस्पताल के सामान्य वार्ड में प्रसव कराने वाली सभी बीपीएल / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति (एससी / एसटी) महिलाएं।
एलपीएस एवं एचपीएस	मान्यता प्राप्त निजी संस्थानों में प्रसव कराने वाली बीपीएल / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति की महिलाएं।

3.5.3 संस्थागत प्रसव के लिए नकद सहायता (रुपए में)

सभी श्रेणी की माताओं के लिए नकद पात्रता इस प्रकार है:

श्रेणी	ग्रामीण क्षेत्र		कुल	शहरी क्षेत्र		कुल (राशि रुपए में)
	माता का पैकेज	आशा पैकेज*		माता का पैकेज	आशा पैकेज**	
एलपीएस	1400	600	2000	1000	400	1400
एचपीएस	700	600	1300	600	400	1000

*ग्रामीण क्षेत्र में 600 रुपए के आशा पैकेज में एएनसी घटक के लिए 300 रुपए तथा संस्थागत प्रसव हेतु गर्भवती महिलाओं को लाने के लिए 300 रुपए हैं।

**शहरी क्षेत्र में 400 रुपए के आशा पैकेज में एएनसी घटक के लिए 200 रुपए तथा संस्थागत प्रसव हेतु गर्भवती महिलाओं को लाने के लिए 200 रुपए हैं।

3.5.4 सीजेरियन सेक्शन की छूट-प्राप्त लागत

जेएसवाई योजना में सरकारी संस्थानों में प्रसूति समस्याओं के प्रबंधन हेतु अथवा सीजेरियन सेक्शन करने हेतु निजी विशेषज्ञों की सेवाएं लेने का प्रावधान है जहां सरकारी विशेषज्ञ पदस्थ नहीं है।

3.5.5 घर पर प्रसव के लिए नकद सहायता

घर पर प्रसव को प्राथमिकता देने वाली गरीबी रेखा से नीचे की गर्भवती महिलाएं प्रति प्रसव के लिए 500 रुपए की नकद सहायता के लिए पात्र होती हैं भले ही उनकी आयु कुछ भी हो और उनके कितने भी बच्चे हों।

3.5.6 निजी स्वास्थ्य संस्थान को प्रत्यायित करना

प्रसव परिचर्या संस्थानों के विकल्प में बढ़ोतरी के लिए राज्यों को प्रसव सेवाएं प्रदान करने के लिए कम से कम दो इच्छुक निजी संस्थान प्रति ब्लाक प्रत्यायित करने हेतु प्रोत्साहित किया जाता है।

3.5.7 जेएसवाई के तहत प्रत्यक्ष लाभ अंतरण (डीबीटी)

जननी सुरक्षा योजना के तहत भुगतान प्रत्यक्ष लाभ अंतरण (डीबीटी) भुगतान प्रक्रिया के माध्यम से किए जा रहे हैं। इस पहल के अंतर्गत आधार से जुड़े बैंक खातों/इलेक्ट्रॉनिक निधि अंतरण के माध्यम से गर्भवती महिलाएं सीधे जेएसवाई लाभ प्राप्त करने के लिए हकदार होती हैं।

3.5.8 वास्तविक और वित्तीय प्रगति

इस योजना में कवर की गई माताओं की संख्या तथा स्कीम पर किए गए व्यय दोनों के संदर्भ में जेएसवाई की सराहनीय सफलता रही है। वर्ष 2005-06 में 7.39 लाख लाभार्थियों के औसत आंकड़ों से यह स्कीम फिलहाल प्रति वर्ष एक करोड़ से अधिक लाभार्थियों को लाभ प्रदान करती है। साथ ही स्कीम के व्यय वर्ष 2005-06 में 38 करोड़ से बढ़ाकर वर्ष 2016-17 में 1835 करोड़ रुपए कर दिया गया है। वित्तीय वर्ष 2018-19 में सूचित व्यय 1743.46 करोड़ रुपए (अनंतिम) है।

जेएसवाई की वर्ष-वार वास्तविक और वित्तीय प्रगति निम्नानुसार है:

वर्ष	लाभार्थियों की संख्या (लाख में)	व्यय (करोड़ में)
2005-06	7.39	38.29
2006-07	31.58	258.22
2007-08	73.29	880.17
2008-09	90.37	1241.34
2009-10	100.78	1473.76
2010-11	106.97	1619.33
2011-12	109.37	1606.18
2012-13	106.57	1672.42
2013-14	106.48	1764.33
2014-15	104.38	1777.04
2015-16	104.16	1708.72
2016-17	104.59	1788.10
2017-18	110.21	1835.06
2018-19*	100.41	1743.46

* वि.व. 18-19 के आंकड़े अनंतिम हैं।

उपलब्धि के संदर्भ में जेएसवाई को प्रसव परिचर्या सेवाओं के लिए गर्भवती महिलाओं द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों के अधिकाधिक उपयोग में महत्वपूर्ण कारकों में से एक के रूप में माना जाता है जैसाकि नीचे दर्शाया गया है:-

- सांस्थानिक प्रसवों में बढ़ोतरी, जो 47% (जिला स्तरीय घरेलू सर्वेक्षण-III, 2007-08) से बढ़कर 78.9% (एनएफएचएस-4, 2015-16) हो गई है
- मातृ मृत्यु अनुपात (एमएमआर), जो वर्ष 2004-06 में 254 मातृ मौतें प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों से गिरकर वर्ष 2014-16 के दौरान 130 मातृ मौतें प्रति 1,00,000 जीवित जन्म तक रह गई हैं
- आईएमआर वर्ष 2005 में 58 प्रति 1000 जीवित जन्मों से कम होकर वर्ष 2017 में 34 प्रति 1000 जीवित जन्मों तक रह गई है
- नवजात शिशु मृत्यु दर (एनएमआर) वर्ष 2006 में 37 प्रति 1000 जीवित जन्मों से कम होकर वर्ष 2016 में 24 प्रति 1000 जीवित जन्म रह गई है

3.6 प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (पीएमएसएमए)

प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (पीएमएसएमए) की शुरुआत स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा जून 2016 में की गयी है। पीएमएसएमए के तहत देश की सभी गर्भवती महिलाओं को निर्धारित दिन पर सुनिश्चित व गुणवत्तायुक्त प्रसवपूर्व परिचर्या निःशुल्क मुहैया कराई जाती है। अभियान के भाग के रूप में, प्रत्येक माह के 9वें दिन लाभार्थियों को प्रसवपूर्व परिचर्या सेवाओं का न्यूनतम पैकेज (जांच व औषधियों सहित) मुहैया कराया जाता है। इस अभियान में सरकारी सुविधा-केंद्रों में विशेषज्ञ परिचर्या प्रदान करने के लिए स्वयंसेवियों के रूप में निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाताओं को भी शामिल किया गया है। 13,672 सरकारी सुविधा-केंद्रों में 5640 से अधिक स्वयंसेवियों द्वारा 1.89 करोड़ से अधिक एनसी जांच की गई। साथ ही देशभर में 9.18 लाख से अधिक उच्च जोखिम गर्भावस्था मामलों की पहचान की गई।







3.7 राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरकेएसके)

किशोर आबादी के समग्र विकास को सुनिश्चित करने के लिए, एमओएचएफडब्ल्यू ने जनवरी 2014 में 253 मिलियन किशोरों, पुरुष और महिला, ग्रामीण और शहरी, विवाहित और अविवाहित, स्कूली और स्कूल के बाहर तक पहुंचने के लिए राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्य (आरकेएसके) का शुभारंभ किया। इस कार्यक्रम को भारत में किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम के दायरे को यौन और प्रजनन स्वास्थ्य तक सीमित रखने के साथ-साथ इसके दायरे में – पोषण, चोटों और हिंसा (लिंग आधारित हिंसा सहित), गैर-संचारी रोग, मानसिक स्वास्थ्य और पदार्थ के दुरुपयोग तक विस्तार किया गया है। यह क्लिनिक-आधारित सेवाओं से अपने स्वयं के वातावरण, जैसे कि स्कूलों, परिवारों और समुदायों में किशोरों के बढ़ावा देने और निवारण तथा उन तक पहुंचने के लिए एक प्रतिमान पारी है।

3.7.1 आरकेएसके के तहत उपायों को निम्नानुसार समूहबद्ध किया जा सकता है:-

- क. समुदाय आधारित उपाय
- ख. सुविधा केंद्र आधारित उपाय
- ग. स्कूल आधारित उपाय

(क) समुदाय आधारित उपाय

➤ सहकर्मी (पीयर) शिक्षा (पीई) कार्यक्रम

पीई कार्यक्रम का उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि 10–19 वर्ष की आयु के बीच के किशोरों या युवाओं को पोषण, यौन और प्रजनन स्वास्थ्य, एनसीडी के लिए स्थितियां, मादक द्रव्यों के सेवन, चोटों और हिंसा (जीबीवी सहित) और मानसिक स्वास्थ्य से नियमित और निरंतर सहकर्मी शिक्षा का लाभ मिले। पीई कार्यक्रम के तहत, चार पीयर एजुकेटर्स (दो लड़के और दो लड़कियां) का चयन प्रति गांव/1000 की आबादी/आशा आवास पर किया जाता है ताकि वे किशोरों तक पहुंच सकें।

पीयर एजुकेटर्स समुदाय 15–20 लड़कों और लड़कियों का समूह बनाते हैं और किशोर स्वास्थ्य पर साप्ताहिक एक से दो घंटे की भागीदारी सत्र आयोजित करते हैं।

किशोर स्वास्थ्य और उपलब्ध सेवाओं से संबंधित मुद्दों और जरूरतों के बारे में किशोरों, माता-पिता, परिवारों और हितधारकों के बीच जागरूकता बढ़ाने के लिए, ग्रामीण स्तर पर किशोर स्वास्थ्य दिवस (एएचडी) का आयोजन तिमाही आधार पर किया जाता है। पीई में एएचडी के संगठन को सुविधाजनक बनाया जाता है और किशोरों को किशोर अनुकूल स्वास्थ्य क्लिनिक (एएफएचसी) में रेफर भी किया जाता है।

वर्तमान स्थिति: मार्च 2019 तक, 2.53 लाख पीयर एजुकेटर्स चुने गए हैं, जिनमें से 1.79 लाख को प्रशिक्षित किया गया है। राज्यों में, वित्त वर्ष 2018-19 के दौरान 53,949 एएचडी का आयोजन किया गया।

➤ साप्ताहिक आयरन फोलिक एसिड अनुपूरक (डब्ल्यूआईएफएस) कार्यक्रम

डब्ल्यूआईएफएस में आयरन और फोलिक एसिड की कमी वाले एनीमिया की रोकथाम के लिए स्कूली किशोर लड़कों और लड़कियों और स्कूल से बाहर के किशोरियों के लिए साप्ताहिक पर्यवेक्षित आईएफए की गोलियां और हेलियनथिक नियंत्रण के लिए वर्ष में दो बार अल्बेंडाजोल की गोलियों का प्रावधान शामिल किया है। यह कार्यक्रम देश भर के ग्रामीण और शहरी-दोनों क्षेत्रों में लागू किया जा रहा है, जिसमें सरकारी और सरकारी सहायता प्राप्त स्कूल और आंगनवाड़ी केंद्र शामिल हैं। मध्यम/गंभीर एनीमिया के लिए लक्षित किशोरों की आबादी की जांच और एक उपयुक्त स्वास्थ्य सुविधा केंद्र में रेफर; और पोषण संबंधी एनीमिया की रोकथाम के लिए सूचना और परामर्श कार्यक्रम भी शामिल हैं।

कार्यक्रम को प्रमुख हितधारक मंत्रालयों यानी महिला और बाल विकास मंत्रालय और मानव संसाधन विकास मंत्रालय के साथ संयुक्त कार्यक्रम योजना, क्षमता निर्माण और संचार गतिविधियों के साथ अभिसरण के माध्यम से कार्यान्वित किया जाता है। कार्यक्रम में कुल 11.9 करोड़ लाभार्थियों को शामिल करने का लक्ष्य है, जिसमें 9.4 करोड़ स्कूली बच्चे और 2.5 करोड़ स्कूल ने जाने वाले बच्चे शामिल हैं।

वर्तमान स्थिति: वित्त वर्ष 2018-19 के दौरान, 4.17 करोड़ लाभार्थियों (3.59 करोड़ स्कूली किशोरों और 58 लाख स्कूल ने जाने वाली किशोर लड़कियों) को डब्ल्यूआईएफएस कार्यक्रम के तहत कवर किया गया था जो हर महीने संचालित किया जाता था।

➤ ग्रामीण भारत में किशोर लड़कियों के बीच मासिक धर्म स्वच्छता को बढ़ावा देने के लिए योजना

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा ग्रामीण क्षेत्रों में 10-19 वर्ष की आयु वर्ग की किशोरियों के बीच मासिक धर्म स्वच्छता को बढ़ावा देने के लिए

किशोरियों के लिए स्वास्थ्य सुनिश्चित करने के विशेष संदर्भ के साथ किशोर प्रजनन यौन स्वास्थ्य (एआरएसएच) के आरसीएच-II के रूप में मासिक धर्म स्वच्छता को बढ़ावा देने की योजना को शुरू किया गया था।

इस योजना के मुख्य उद्देश्य हैं:

- मासिक धर्म स्वच्छता पर किशोरियों में जागरूकता बढ़ाना।
- ग्रामीण क्षेत्रों में किशोरियों को उच्च गुणवत्ता वाले सैनिटरी नैपकिन की पहुँच और उपयोग में वृद्धि करना।
- पर्यावरण के अनुकूल तरीके से सैनिटरी नैपकिन का सुरक्षित निपटान सुनिश्चित करना।

वर्ष 2015-16 से, इस योजना का विकेंद्रीकरण किया गया था और सेनेटरी नैपकिन पैक की विकेंद्रीकृत खरीद, सुरक्षित भंडारण और निपटान के लिए आशा और नोडल शिक्षकों के प्रशिक्षण के लिए राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाओं में धनराशि को मंजूरी दी गई थी। राज्यों को निर्देश दिया गया है कि वे प्रतिस्पर्धी बोली के माध्यम से तय की गई कीमतों पर सैनिटरी नैपकिन पैक की खरीद करें।

दिनांक 2 मार्च, 2019 पर आयोजित एमएसजी की 6ठी बैठक में 15 राज्यों अर्थात् आंध्र प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, दिल्ली, गुजरात, हरियाणा, झारखंड, केरल, मध्य प्रदेश, मणिपुर, ओडिशा, पंजाब, त्रिपुरा, उत्तर प्रदेश और उत्तराखंड में 25% किशोर लड़कियों के साथ शुरू होने वाले चरणबद्ध तरीके से भारत के सभी शहरों की उन शहरी मलिन बस्तियों में मासिक धर्म स्वच्छता योजना के विस्तार की सिफारिश की गई है, जहाँ शहरी आशा की संख्या पर्याप्त है। पहले चरण में 7.98 लाख लड़कियों और 15,000 शहरी आशा तक पहुँच बनाई जाएगी।

वर्तमान स्थिति: एमएसजी के तहत सैनिटरी नैपकिन की विकेंद्रीकृत खरीद के लिए आरओपी 2018-19 में 16 राज्यों को 4254 लाख रुपये आवंटित किए गए हैं। कार्यक्रम को 9 राज्यों / केंद्र शासित प्रदेशों में शुरू किया गया है और 6 राज्यों / केंद्र शासित प्रदेशों में सेनेटरी नैपकिन की खरीद प्रक्रिया के तहत है।

(ख) सुविधा केंद्र आधारित उपाय:**➤ किशोर/किशोरियों अनुकूल स्वास्थ्य क्लिनिक (एएफएचसी)**

एएफएचसी किशोरों/किशोरियों के साथ प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के संपर्क के पहले स्तर के रूप में कार्य करते हैं। एएफएचसी का व्यापक उद्देश्य किशोरों के लिए परामर्श और नैदानिक सेवाओं का प्रावधान करना है। एएफएचसी मेडिकल कॉलेजों, जिला अस्पतालों, उप-प्रभागीय अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और शहरी स्वास्थ्य केंद्रों में किशोरों और लड़कों की विविधतापूर्ण स्वास्थ्य और परामर्श की आवश्यकता को पूरा करने के लिए स्थापित किए जाते हैं।

एएफएचसी की स्थापना के लिए समर्पित स्थान, प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी, एएनएम और काउंसलर, उपकरण, वस्तुओं और व्यापक आईईसी सामग्री की उपलब्धता आवश्यक शर्तें हैं।

वर्तमान स्थिति: देश भर में कुल 7,464 एएफएचसी स्थापित किए गए हैं। वित्त वर्ष 2018-19 के दौरान एएफएचसी से 70.71 लाख किशोरों ने परामर्श और नैदानिक सेवाओं का लाभ उठाया।

(ग) स्कूल आधारित उपाय:

भारत सरकार के आयुष्मान भारत कार्यक्रम के स्वास्थ्य और कल्याण घटक के एक भाग के रूप में स्कूल आधारित स्वास्थ्य संवर्धन गतिविधियों को शामिल किया गया है। ये गतिविधियां स्वास्थ्य शिक्षा, स्वास्थ्य संवर्धन, बीमारी की रोकथाम और स्कूल स्तर पर एकीकृत, प्रणालीगत तरीके से स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच में सुधार करेगी। आयुष्मान भारत कार्यक्रम के तहत स्कूल स्वास्थ्य संवर्धन गतिविधियाँ, एमओएचएफडब्ल्यू, स्कूल शिक्षा और साक्षरता विभाग और मानव संसाधन और विकास मंत्रालय की एक संयुक्त पहल है।

प्रत्येक स्कूल से दो शिक्षक, अधिमानतः एक पुरुष और एक महिला, को "स्वास्थ्य और कल्याण राजदूत" के रूप में नामित किया गया है और उन्हें हर सप्ताह एक घंटे के लिए रोचक गतिविधियों के रूप में स्वास्थ्य संवर्धन और रोग की रोकथाम की जानकारी का लेन-देन करने के लिए प्रशिक्षित किया जाएगा। इन स्वास्थ्य संवर्धन संदेशों का देश

में स्वास्थ्य प्रथाओं में सुधार पर भी असर पड़ेगा क्योंकि छात्र समाज में स्वास्थ्य और कल्याण दूत के रूप में कार्य करेंगे। प्रत्येक मंगलवार को स्कूलों में स्वास्थ्य और कल्याण दिवस के रूप में समर्पित किया जा सकता है।

वर्तमान स्थिति: प्रशिक्षण पाठ्यक्रम को अंतिम रूप देने के साथ, कार्यक्रम को 28 राज्यों के 85 जिलों में लागू किया जाएगा।

अन्य गतिविधियां

आरकेएसके क्षेत्रीय समीक्षा कार्यशाला: आरकेएसके कार्यान्वयन की राज्य अधिकारियों और राज्यवार समीक्षा के पुनर्गठन के लिए सभी राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों के लिए तमिलनाडु, ओडिशा, मेघालय, पंजाब और छत्तीसगढ़ में नवंबर 2018 से जनवरी 2019 के बीच पांच दो दिवसीय आरकेएसके क्षेत्रीय समीक्षा कार्यशालाएं आयोजित की गईं।

राज्य प्रतिभागियों में राज्य आरकेएसके नोडल अधिकारी, राज्य आरकेएसके सलाहकार कुछ जिला आरकेएसके अधिकारी शामिल थे। मेजबान राज्य के डब्ल्यूसीडी और शिक्षा विभागों के प्रतिनिधि भी सक्रिय रूप से शामिल थे।

कार्यशाला के लिए अपनाई गई प्रक्रिया; गतिविधियों की वर्तमान स्थिति, उपलब्धियों और चुनौतियों पर चर्चा, नई पहल पर उन्मुखीकरण और आगे के हस्तक्षेप के संबंध में सहयोगात्मक निर्णय।

राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के साथ समय-सारणी के साथ कार्रवाई योग्य बिंदुओं की समीक्षा रिपोर्ट साझा की गई है।

3.8 लक्ष्य कार्यक्रम

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने लेबर रूम और मैटरनिटी ऑपरेशन थिएटरों में देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए दिसंबर 2017 में "लक्ष्य" कार्यक्रम का शुभारंभ किया। इससे यह सुनिश्चित होगा कि गर्भवती महिलाओं को प्रसव के दौरान और प्रसव के तत्काल बाद सम्मानजनक और देखभाल की सर्वोत्तम गुणवत्ता प्राप्त हो। 180 मेडिकल कॉलेजों के साथ कुल 2,257 सुविधा केंद्रों का चयन किया गया है। राज्य उन्मुखीकरण सभी राज्यों और केंद्र शासित प्रदेशों में पूरा हो गया है। बेसलाइन मूल्यांकन 2,214 (98%) सुविधा केंद्रों में पूरा हो गया है।

अब तक, 179 लेबर रूम और 158 मैटरनिटी ऑपरेशन थियेटर राज्य द्वारा प्रमाणित हैं। 54 लेबर रूम और 38 मैटरनिटी ऑपरेशन थियेटर नेशनल लक्ष्य प्रमाणित हैं। प्रशिक्षकों का प्रथम मेडिकल कॉलेज प्रशिक्षण 17-18 सितंबर 2018 से दिल्ली में आयोजित किया गया। राष्ट्रीय स्तर के प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण दिल्ली में 15-16 अक्टूबर 2018 से आयोजित किया गया। 21-22 जनवरी 2019 को दिल्ली में प्रशिक्षकों का दूसरा मेडिकल कॉलेज प्रशिक्षण आयोजित किया गया। प्रशिक्षकों का प्रथम और द्वितीय क्षेत्रीय प्रशिक्षण भोपाल (15-16 नवंबर, 2018) और लखनऊ

(16-17 जनवरी 2019) में आयोजित किया गया, जबकि प्रशिक्षकों का तृतीय क्षेत्रीय प्रशिक्षण 26-27 मार्च, 2019 से जयपुर में आयोजित किया गया। प्रशिक्षकों का 4था क्षेत्रीय प्रशिक्षण 25-26 अप्रैल 2019 से हैदराबाद में आयोजित किया गया था। कार्यान्वयन के लिए जिला अस्पताल और मेडिकल कॉलेज अस्पताल के लिए मानक संचालन प्रक्रिया का प्रसार किया गया है। प्रमाणन प्रक्रिया में तेजी लाने के लिए, लक्ष्य सुविधाओं में संरचित गुणवत्ता सुधार चक्र लागू किया गया है। लक्ष्य संबंधित डेटा का डिजिटलीकरण लक्ष्य पोर्टल के माध्यम से शुरू किया गया है।



लक्ष्य की स्थिति

	राज्य	लक्ष्य के लिए अभिज्ञात सुविधा केन्द्रों की सं०	राष्ट्रीय प्रमाणन के लिए लागू सुविधाओं की संख्या (एमसीएच-मेडिकल कॉलेज अस्पताल (अन्य - डीएच, एसडीएच, सीएचसी, एफआरयू)				राज्य प्रमाणित सुविधा केन्द्रों की सं०				राष्ट्रीय प्रमाणित सुविधा केन्द्रों की सं०			
			एलआर		ओटी		एलआर		ओटी		एलआर		ओटी	
			एमसीएच	अन्य	एमसीएच	अन्य	एमसीएच	अन्य	एमसीएच	अन्य	एमसीएच	अन्य	एमसीएच	अन्य
1	अंडमान निकोबार द्वीप समूह	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	आंध्र प्रदेश	69	0	3	0	3	0	3	0	3	0	1	0	0
3	अरुणाचल प्रदेश	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	असम	128	0	6	0	5	3	15	3	15	0	4	0	4
5	बिहार	426	0	3	0	3	0	3	0	3	0	2	0	1
6	चंडीगढ़	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	छत्तीसगढ़	38	0	9	0	6	0	9	0	7	0	6	0	3

	राज्य	लक्ष्य के लिए अभिज्ञात सुविधा केन्द्रों की सं०	राष्ट्रीय प्रमाणन के लिए लागू सुविधाओं की संख्या (एमसीएच-मेडिकल कॉलेज अस्पताल (अन्य - डीएच, एसडीएच, सीएचसी, एफआरयू)				राज्य प्रामाणित सुविधा केन्द्रों की सं०				राष्ट्रीय प्रामाणित सुविधा केन्द्रों की सं०			
			एलआर		ओटी		एलआर		ओटी		एलआर		ओटी	
			एमसीएच	अन्य	एमसीएच	अन्य	एमसीएच	अन्य	एमसीएच	अन्य	एमसीएच	अन्य	एमसीएच	अन्य
8	दादरा एन हवेली	4	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0
9	दमन और दीव	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	दिल्ली	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	गोवा	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	गुजरात	153	10	23	10	20	12	33	12	33	5	7	5	8
13	हरियाणा	48	0	7	0	0	0	9	0	0	0	6	0	0
14	हिमाचल प्रदेश	20	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1
15	जम्मू और कश्मीर	23	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
16	झारखंड	74	0	2	0	2	0	4	0	4	0	1	0	1
17	कर्नाटक	123	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	केरल	41	0	3	0	3	0	3	0	3	0	2	0	2
19	लक्षद्वीप	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	मध्य प्रदेश	25	0	14	0	14	0	14	0	15	0	5	0	5
21	महाराष्ट्र	123	0	6	0	8	0	22	0	20	0	0	0	0
22	मणिपुर	6	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
23	मेघालय	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	मिजोरम	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	नगालैंड	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
26	ओडिशा	98	0	6	0	6	0	6	0	6	0	0	0	0
27	पुदुच्चेरी	3	2	1	2	1	2	1	2	1	0	0	0	0
28	पंजाब	25	0	4	0	2	0	4	0	1	0	1	0	1
29	राजस्थान	72	0	9	0	9	0	11	0	8	0	1	0	0
30	सिक्किम	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	तमिलनाडु	188	0	9	0	13	0	4	0	4	0	4	0	4
32	तेलंगाना	76	0	7	0	7	0	7	0	7	0	2	0	2
33	त्रिपुरा	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34	उत्तर प्रदेश	277	0	6	0	6	0	6	0	6	0	2	0	1
35	उत्तराखंड	35	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
36	पश्चिम बंगाल	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	कुल	2257	12	123	12	111	17	162	17	141	5	49	5	33

मिडवाइफरी पहल

भारत सरकार ने देखभाल की गुणवत्ता में सुधार करने और गर्भवती महिलाओं और नवजात शिशुओं के लिए सम्मानजनक देखभाल सुनिश्चित करने के लिए देश में मिडवाइफरी सेवाएं

शुरू करने के लिए एक ऐतिहासिक नीतिगत निर्णय लिया है। यह पहल दिसंबर 2018 में नई दिल्ली में आयोजित पार्टनर्स फोरम के दौरान शुरू की गई थी।



इस पहल का उद्देश्य मिडवाइफरी में नर्स प्रैक्टिशनर्स का एक केंद्र तैयार करना है जो इंटरनेशनल कॉन्फेडरेशन ऑफ मिडवाइव्स (आईसीएम) द्वारा निर्धारित दक्षताओं के अनुसार कुशल हों और करुणावान महिला-केंद्रित, प्रजनन, मातृ और नवजात स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए जानकार और सक्षम हों। नर्स प्रैक्टिशनर मिडवाइव्स

का केंद्र बनाने के लिए, जीएनएम / बीएससी नर्सों को 18 महीने का प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा जिसमें प्रसव कराने में 2 साल का अनुभव होगा। प्रशिक्षण पाठ्यक्रम इंटरनेशनल कॉन्फेडरेशन ऑफ मिडवाइफ द्वारा परिभाषित मिडवाइफरी प्रैक्टिस के लिए आवश्यक दक्षता पर आधारित होगा।

