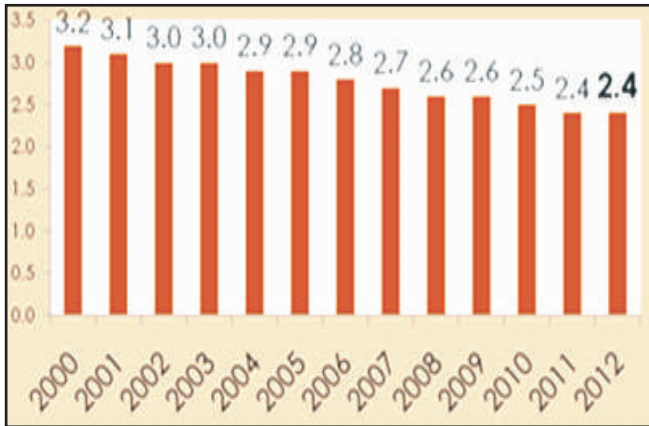


## परिवार कल्याण

### 9.1 परिचय

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।

#### वर्ष-वार कुल उर्वरता दर (टीएफआर)

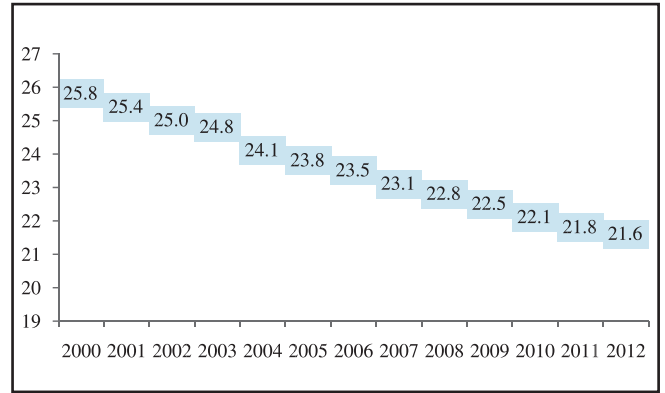


समुदाय मूल्यांकन की जरूरतों पर आधारित लक्ष्य मुक्त दृष्टिकोण अब राज्य परियोजना क्रियान्वयन योजना में परिलक्षित होता है। वर्तमान में, इस उपलब्धि के अपेक्षित स्तर का प्रत्येक राज्य द्वारा समुदायों की आवश्यकताओं जैसे गर्भनिरोधक प्रयोग, अनुरूपता, पूरी न की गई जरूरतों और मौजूदा प्रजनन शक्ति के आधार पर अनुमान लगाया जाता है।

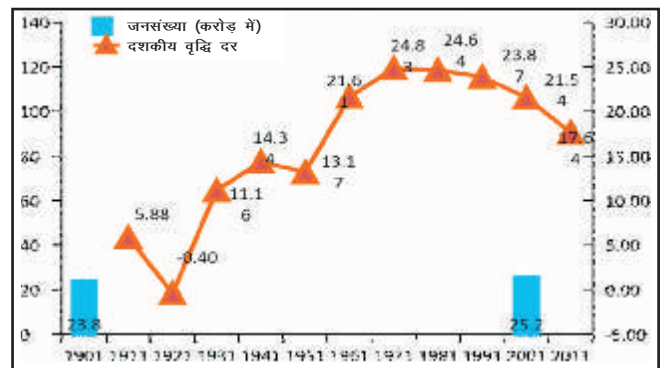
वर्षों से यह कार्यक्रम देश के हर भाग में चलाया जा रहा है और इसने ग्रामीण क्षेत्र के पीएचसी व एससी, शहरी परिवार कल्याण केन्द्र व प्रसवोत्तर केन्द्र में भी अपनी पहुंच बनाई है। तकनीकी विकास गुणवत्ता में सुधार, व स्वास्थ्य देखभाल की

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)।

#### अशोधित जन्म दर (सीबीआर)



विभिन्न नीतिगत दस्तावेजों (एनपीपी: राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000, एनएचपी: राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002 और एनआरएचएम: राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन) में वर्णित परिवार कल्याण संबंधी लक्ष्यों एवं उद्देश्यों को पूरा करने और भारत सरकार की वचनबद्धताओं (आई.सी.पी.डी. सहित: 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 कार्यक्रमों की रूपरेखा तैयार की गई है और उनको प्रचालित किया गया है।



1. **भारत में जनसंख्या और परिवार नियोजन का मौजूदा परिदृश्य**  
 पंद्रह वर्षों में 15.7% की जनसंख्या की आशान्वित वृद्धि • वर्ष 2011 में 1210 मिलियन से 2026 में 1400 मिलियन तक ।  
 टीएफआर में गिरावट • भारत की जनसंख्या को स्थिर करने में सहायता करती है जिससे आर्थिक और सामाजिक प्रगति होती है ।  
 परिवार नियोजन में अधिकाधिक निवेश • 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 ।  
 वर्ष 2015 तक भारत सरकार की प्रतिबद्धता • यह मातृ मृत्यु दर को 35 प्रतिशत तक कम करता है ।  
 • नवजात मृत्यु दर और गर्भपात को अत्यधिक कम करता है ।  
 • 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.एफ.आर.) 2.1 तक
2. **जनसंख्या वृद्धि को प्रभावित करने वाले तत्व**  
 परिवार कल्याण की पूरी न की गई आवश्यकता • डीएलएचएस-III (2007-08) के अनुसार 21.3%  
 विवाह और पहले बच्चे के समय आयु • 22.1 प्रतिशत लड़कियों का विवाह 18 वर्ष से कम आयु में होता है ।  
 जन्म में अंतराल रखना: • कुल प्रसवों में से 5.6 प्रतिशत प्रसव किशोरावस्था अर्थात् 15-19 वर्ष में होते हैं ।  
 • 57.4 प्रतिशत जन्मों में दो बच्चों के जन्म के बीच अंतराल 3 वर्षों की अनुशंसित अवधि से 57.4 प्रतिशत जन्म कम होता है । (एसआरएस 2012)  
 15-25 आयु समूह (महिलाएं) • कुल प्रजनन में 52.5 प्रतिशत योगदान ।  
 • मातृ मृत्यु दर में 46 प्रतिशत योगदान ।
3. **देश में मौजूदा जनांकिकीय परिदृश्य (जनगणना 2011)**  
 विश्व का 2.4 प्रतिशत भू-स्थल • विश्व की जनसंख्या का 17.5 प्रतिशत  
 1.21 बिलियन • जनगणना-2011 के अनुसार भारत की जनसंख्या  
 200 मिलियन • उत्तर प्रदेश की जनसंख्या-ब्राजील की जनसंख्या से अधिक

### भारत में जनसंख्या वृद्धि

जनगणना वर्ष	जनसंख्या (करोड़ में)	दशकीय वृद्धि (प्रतिशत)	औसत वार्षिक घातांकिक वृद्धि
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

## प्रत्यक्ष गिरावट (अंतिम 5 दशकों में)।

- अशोधित जन्म दर – वर्ष 1951 में 40.8 प्रति 1000 से वर्ष 2012 में 21.6 तक
- नवजात मृत्यु दर – 1951-61 में 146 से वर्ष 2012 में 42 तक
- कुल प्रजनन दर – वर्ष 1951 में 6.0 से वर्ष 2012 में 2.4 तक संदर्भित (परिशिष्ट – I) वर्ष 2001 और वर्ष 2011 के बीच वृद्धि दर में 21.54 प्रतिशत से 17.64 प्रतिशत तक अत्यधिक गिरावट।
- वर्ष 2001 की तुलना में जनसंख्या में 3.08 प्रतिशत तक 0-6 गिरावट।

## जनसंख्या में वृद्धि

- 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।

## महत्वपूर्ण गिरावट

- 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. कुल प्रजनन दर (टीएफआर) में प्रगति

### टीएफआर में गिरावट

- वर्ष 2005 में 2.9 से 2012 में 2.4 तक।
- उच्च फोकस वाले राज्यों में अत्यंत ज्यादा गिरावट आई।

### 2.1 अथवा कम टीएफआर

#### टीएफआर 21-3.0

- 23 राज्य और संघ राज्य क्षेत्र
- 10 राज्य- हरियाणा-2.3, गुजरात-2.3, अरुणाचल प्रदेश-2.3, असम-2.4, छत्तीसगढ़-2.7, झारखंड-2.8, राजस्थान-2.9, मध्य प्रदेश-2.9, मेघालय-2.9 और दादरा एवं नगर हवेली-2.9

### 3.0 से ज्यादा टीएफआर

- 2 राज्य – बिहार-3.5, उत्तर प्रदेश-3.3

**टिप्पणी:** ब्यौरे के लिए परिशिष्ट-I देखें।

## भारत सरकार के उच्च सकेन्द्रित दृष्टिकोण का प्रभाव:

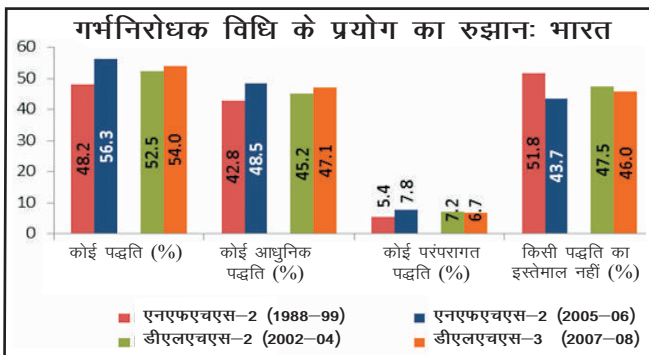
भारत सरकार ने राज्यों को टीएफआर स्तर के अनुसार अत्यंत उच्च फोकस (30 के बराबर अथवा उससे ज्यादा), उच्च फोकस (2.1 से ज्यादा और 3.0 से कम) तथा गैर-उच्च फोकस (2.1 के बराबर अथवा इससे कम) के रूप में श्रेणीबद्ध किया है।

6 अत्यधिक उच्च फोकस वाले राज्यों में मध्य प्रदेश में 0.2 बिन्दुओं की गिरावट दर्ज हुई है (2011 और 2012 के बीच) और छत्तीसगढ़ को छोड़कर अन्य सभी में 0.1 बिन्दु की गिरावट दर्ज हुई है। छत्तीसगढ़ में कोई गिरावट दर्ज नहीं हुई है।

श्रेणी	राज्य	एसआरएस 2010	एसआरएस 2011	एसआरएस 2012	बिन्दु परिवर्तन
एफपी के लिए अत्यधिक उच्च फोकस वाले राज्य	बिहार	3.7	3.6	3.5	-0.1
	उत्तर प्रदेश	3.5	3.4	3.3	-0.1
	मध्य प्रदेश	3.2	3.1	2.9	-0.1
	राजस्थान	3.1	3.0	2.9	-0.1
	झारखंड	3.0	2.9	2.8	-0.1
	चंडीगढ़	2.8	2.7	2.7	-0.0
	असम	2.5	2.4	2.4	-0.1
एफपी के लिए उच्च फोकस वाले राज्य	गुजरात	2.5	2.4	2.3	-0.1
	हरियाणा	2.3	2.3	2.3	-0.1
	उड़ीसा	2.3	2.2	2.1	-0.1

## 9.2 परिवार नियोजन परिदृश्य (एनएचएफएस, डीएलएचएस और एचएस)

एनएचएचएस-3 (2005-06) और डीएलएचएस-3 (2007-08) के अंतिम सर्वेक्षण आंकड़े उपलब्ध हैं 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 (एनएचएचएस-3) और गर्भनिरोधन के बारे में समान जागरूकता व्यापक है (महिलाओं में 98 प्रतिशत और पुरुषों में 98.6 प्रतिशत: एनएचएचएस 3)। एनएचएचएस और डीएलएचएस दोनों सर्वेक्षणों से पता चला है कि गर्भनिरोधक का प्रयोग सामान्यता बढ़ रहा है (इससे संबद्ध आकृति देखें)। एनएचएचएस-3 में विवाहित महिलाओं (15-49 वर्ष की आयु) में गर्भनिरोधक का प्रयोग 56.3 प्रतिशत था (एनएचएचएस-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। इससे संबद्ध आकृति देश में प्रजननता के सामाजिक निर्धारकों की मौजूदा स्थिति दर्शाती है।



9 राज्यों (8 ईएजी+असम) में एचएस सर्वेक्षण किए गए हैं जो यह दर्शाते हैं कि:-

- बिहार, जिसने आधुनिक गर्भनिरोधक पद्धति के प्रयोग में कमी दर्शाई है, को छोड़कर लगभग सभी एचएस में गर्भनिरोधक पद्धति का उपयोग स्थिर रहा है।

## 9.3 परिवार नियोजन से संबंधित मौजूदा प्रयास

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।

### 9.3.1 राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम के अंतर्गत गर्भनिरोधक सेवाएं:

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।

**9.3.1 क) जन्म अंतराल की पद्धतियां** – ये भविष्य में बच्चे चाहने वाले दंपतियों द्वारा प्रयुक्त किए जाने हेतु गर्भनिरोधकों की प्रतिवर्ती पद्धतियां हैं। इनमें निम्नलिखित शामिल हैं:-

#### क) मुखसेव्य गर्भनिरोधक गोलियां

- 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।

### ख) कंडोम

- ये गर्भनिरोधकों की अवरोधक पद्धतियां हैं जो अनचाहे गर्भधारण तथा एचआईवी सहित आरटीआई/एसटीआई के संचरण से रोकथाम की दोहरी सुरक्षा प्रदान करती है। ब्रांड "निरोध" सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों पर निःशुल्क उपलब्ध है और आशा द्वारा न्यूनतम लागत पर घर-घर जाकर इनकी आपूर्ति की जाती है।

### ग) इंद्रायूटेरिन गर्भनिरोधक पद्धति (आईयूसीडी)

- दीर्घावधिक जन्म अंतराल के लिए कॉपरयुक्त आईयूसीडी एक अत्यधिक प्रभावी पद्धति है।
- इसका यूटेरिन विसंगतियों वाली महिलाओं अथवा एसटीआई/आरटीआई के अधिकाधिक जोखिम वाली महिलाओं (अनेक 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 प्रकार:
  - कॉपर आईयूसीडी 380ए (10 वर्ष)
  - 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।

**9.3.1 ख) स्थाई पद्धतियां:** ये पद्धतियां दंपतियों में से किसी भी सदस्य द्वारा अपनाई जा सकती हैं तथा सामान्यतः इन्हें अपरिवर्तनीय माना जाता है।

### क) महिला बंध्यीकरण

दो तकनीक हैं:-

- **मिनीलैप-** मिनीलेप्रोटॉमी में उदर में एक छोटा सा चीरा लगाया जाता है। फालोपियन ट्यूबों को काटने अथवा अवरुद्ध करने के लिए चीरा लगाया जाता है। किसी प्रशिक्षित एमबीबीएस डॉक्टर द्वारा निष्पादित किया जा सकता है।
- **लेप्रोस्कोपिक-** लेप्रोस्कोपी में छोटे चीरे के जरिए उदर में एक लंबी पतली ट्यूब में लेंस रखकर सन्निवेशन करना शामिल होता है। यह लेप्रोस्कोप डॉक्टर को उदर में फालोपियन ट्यूब देखने और अवरुद्ध करने अथवा काटने में समर्थ बनाती है। इसे केवल प्रशिक्षित और प्रमाणित स्त्री रोग विज्ञानी/सर्जन द्वारा किया जा सकता है।

### ख) पुरुष बंध्यीकरण

- अंडकोश में सुराख अथवा छोटे से चीरे के जरिए प्रदायक उन 2 ट्यूबों 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 अवरुद्ध कर देते हैं। यह प्रक्रिया इनमें प्रशिक्षित एमबीबीएस डॉक्टरों द्वारा निष्पादित की जाती है। तथापि, दंपति 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:
  - परम्परागत
  - नॉन-स्केलपल वेसक्टॉमी - कोई चीरा नहीं, केवल सुराख किया जाता है अतः टांके नहीं लगाए जाते हैं।

### 9.3.1 ग) आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली

- 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।

### 9.3.1 घ) अन्य वस्तुएं—गर्भावस्था जांच किटें (पीटीके)

- 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 एक 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।

### 9.3.1 ङ) सेवा प्रदानगी बिन्दु

- सभी अंतराल पद्धतियां अर्थात् 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 बंधीकरण 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 दंपतियों को प्रदान की जा रही हैं, विभिन्न स्तर पर प्रदान की जा रही सेवाओं का ब्यौरा इस प्रकार है:

### 9.3.2 परिवार नियोजन सेवाओं की प्रमुख विशेषताएं निम्नानुसार हैं:

#### क) चल रहे कार्यकलाप:

- आईयूसीडी जैसी जन्म अंतराल पद्धतियों पर अधिकाधिक जोर देना।
- सभी सुविधा केन्द्रों पर नियत दिवस स्थाई सेवा की उपलब्धता।
- मिनीलैप ट्यूबकटॉमी सेवाओं पर बल देना क्योंकि ये काफी सरल होती हैं और इनके लिए केवल

परिवार नियोजन विधि	सेवा प्रदायक	सेवा अवस्थिति
<b>जन्म में अंतर रखने संबंधी विधियां</b>		
आईयूसीडी 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
कंडोम	प्रशिक्षित आशा, एएनएम, एलएचवी, एसएन एवं डॉक्टर	ग्राम स्तरीय उप-केन्द्र एवं उच्चतर स्तर
<b>सीमित विधियां</b>		
मिनी लैप	प्रशिक्षित एवं प्रमाणित एमबीबीएस डॉक्टर एवं विशेषज्ञ डॉक्टर	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं उच्चतर स्तर
लेप्रोस्कोपी बंधीकरण	प्रशिक्षित एवं प्रमाणित विशेषज्ञ डॉक्टर (प्रसूति रोग विज्ञानी एवं जनरल सर्जन)	सामान्यतः सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं उच्चतर स्तर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं उच्चतर स्तर
एनएसवी: नो-स्केलपल वैसेक्टॉमी	प्रशिक्षित एवं प्रमाणित एमबीबीएस डॉक्टर एवं विशेषज्ञ डॉक्टर	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं उच्चतर स्तर
<b>आपातकालीन गर्भनिरोधन</b>		
आपातकालीन गर्भनिरोधन गोलियां	प्रशिक्षित आशा, एएनएम, एलएचवीएसएन एवं डॉक्टर	ग्राम स्तरीय उप-केन्द्र एवं उच्चतर स्तर

**टिप्पणी:** ओसीपी, कंडोम जैसे गर्भनिरोधक भी सामाजिक विपणन संगठनों द्वारा प्रदान किए जाते हैं।



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।
- बंधीकरण स्वीकारकर्ता के लिए मुआवजा योजना: इस योजना के अंतर्गत स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय लाभार्थी को होने वाली पारिश्रमिक हानि तथा बंधीकरण 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 बंधीकरण 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 पीपीआईयूसीडी प्रोत्साहन।
- आस-पास सुविधा केन्द्रों तक गर्भनिरोधकों की आपूर्ति प्रबंधन का उन्नयन करना।
- विभिन्न सुविधा केन्द्रों में पोस्टरों, बिल और अन्य

श्रव्य एवं विडियो सामग्रियों के प्रदर्शन के रूप में मांग सृजन कार्यकलाप।

- उच्चतम स्तर पर दृढ़ राजनैतिक इच्छा शक्ति और एडवोकेसी, विशेषकर उच्च प्रजनन दर वाले राज्यों में।

## ख) गर्भनिरोधकों की उपलब्धता में उन्नयन हेतु नए कार्यकलाप:

### गर्भनिरोधकों की घर पर डिलीवरी (एचडीसी)

- 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।

## ग) जन्म अंतराल को सुनिश्चित करना (ईएसबी)

- भारत सरकार द्वारा शुरू की गई नई योजना के अंतर्गत आशा कर्मियों की सेवाओं को नए विवाहित दंपतियों के लिए परामर्श हेतु इस्तेमाल किया जाएगा ताकि विवाह के उपरांत बच्चे के जन्म में 2 वर्ष तथा एक बच्चे वाले दंपति, 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 जाएगा:
  - विवाह के उपरांत 2 वर्षों तक बच्चों के जन्म में अंतर रखने पर आशा को 500/- रुपए।
  - पहले बच्चे के जन्म के उपरांत दूसरे बच्चे के जन्म के 3 वर्ष का अंतराल सुनिश्चित करने पर आशा को 500/- रुपए।
  - दंपति द्वारा 2 बच्चों तक की स्थाई सीमित

पद्धति का विकल्प चुनने के मामले में 1000/-रुपए।

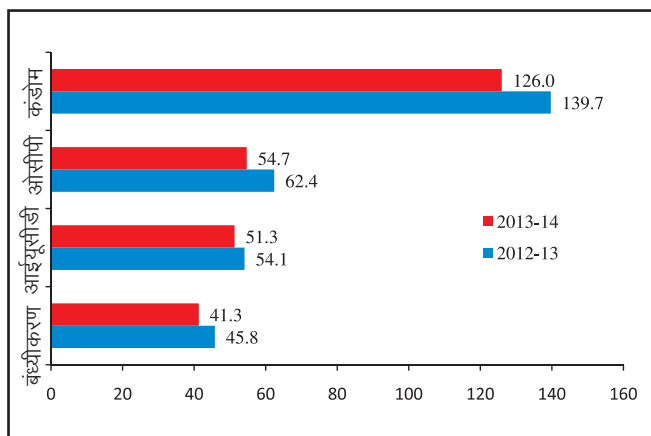
- स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम के अंतर्गत अल्पावधिक आईयूसीडी (5 वर्ष तक प्रभावी), कॉपर आईयूसीडी 375 शुरू किया है। राज्य स्तरीय प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण पहले ही पूरा हो चुका है और उप-केन्द्र स्तर पर सेवा प्रदायकों को प्रशिक्षण प्रदान करने का कार्य चल रहा है।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

#### घ) गर्भावस्था जांच किटें:

- निश्चय— घर पर प्रयुक्त होने वाली गर्भावस्था जांच किटें एनआरएचएम के तहत 2008 में देश भर में आरंभ की गई।
- पीटीके आशा व उप-केन्द्रों पर उपलब्ध कराई जा रही है।
- पीटीके का गर्भावस्था की पता लगाना व इसके परिणाम तय करना है।

#### 9.3.3 परिवार नियोजन कार्यक्रम के अंतर्गत हुई प्रगति

**सेवा प्रदायगी 2013-14:** वर्ष 2013-14 के दौरान परिवार नियोजन सेवाओं का कार्य-निष्पादन नीचे दिया गया है (स्रोत: एचएमआईएस)



- सीबीआर तथा टीएफआर में गिरावट के बावजूद आईयूसीडी और बंधीकरण 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 बंधीकरण और आईयूसीडी उपलब्धियां **परिशिष्ट-2** में दी गई है।

#### 9.3.4 अल्पकालिक एवं दीर्घकालिक जन्म में अंतर रखने की विधि के रूप में आईयूसीडी को बढ़ावा

भारत सरकार ने वर्ष 2006 में गर्भनिरोधक सेवाओं में विभिन्न विधियों के मिश्रण 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।

“आईयूसीडी में वैकल्पिक प्रशिक्षण पद्धति” 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 पेट्रिक मॉडल का उपयोग किया गया है।

#### की गई कार्रवाई और उपलब्धियां:

- अंतराल आईयूसीडी प्रशिक्षण आयोजित करने और प्रशिक्षित कार्मिकों को प्रशिक्षण पश्चात फॉलोअप देने में राज्यों को सहयोग देने में 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:
  - दिसम्बर, 2011 में राज्य मास्टर प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण पूरा हो गया।
  - जिला स्तरीय प्रशिक्षण आयोजित करने के लिए राज्यों को नमूना सीयूआईयूसीडी 375 प्रेषित किया गया है।
  - अन्य स्टॉफ का प्रशिक्षण आयोजित करने तथा अभिमुख करने के लिए पीआईपी के तहत निधियों का अनुमोदन।

### यूआईसीडील (आयुष प्रेक्टिशनरों के जरिए) का प्रदायक आधार बढ़ाना

- 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।

### आईयूसीडी सेवाओं के लिए ऑनसाइट प्रशिक्षण

- आईयूसीडी सेवाओं के ऑनसाइट प्रशिक्षण के लिए झहपीएगो, एनजेंडर स्वास्थ्य और आईपीएस को नियुक्त किया गया है।

### 9.3.5 प्रसवोत्तर परिवार नियोजन (पीपीएफपी) सेवाओं पर बल:

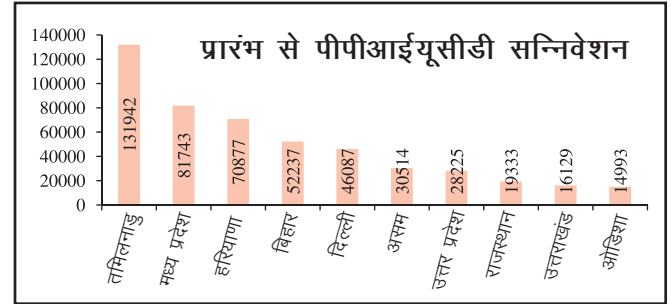
- बढ़ी हुई संस्थागत प्रसवों द्वारा प्रदान किए गए अवसर का लाभ उठाने के उद्देश्य से, भारत सरकार प्रसवोत्तर एफपी सेवाओं को सुदृढ़ करने पर बल दे रही है।
- भारत के विभिन्न राज्यों में स्वास्थ्य व्यवस्था के सभी स्तरों पर पीपीएफपी सेवाएं समान रूप से प्रदान नहीं की जा रही है जिसके परिणामस्वरूप अवसर छूट रहे हैं।
- 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।

### की गई कार्रवाई और उपलब्धियां:

- अधिक मामलों से भारत सुविधा केन्द्रों में प्रसवोत्तर आईयूसीडी (पीपीआईयूसीडी) सेवाओं को सुदृढ़ करना:
- 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।

ग्राफ 6: कुल पीपीआईयूसीडी सन्निवेशनों के अनुसार निष्पादन करने वाले 10 शीर्ष राज्य



- प्रारंभ से लेकर सितंबर 2014 तक कुल 5,65,435 सन्निवेशन लगाए गए हैं।
- अधिक मामलों से भारत सुविधा केन्द्रों में समर्पित परामर्शदाताओं को नियुक्त करना:
  - स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने, निम्नलिखित क्षेत्रों में परामर्श सेवाएं प्रदान करने के लिए अधिक मामलों से भारत सुविधा केन्द्रों में परामर्शदाताओं को नियुक्त करने का निर्णय लिया है:—
    - प्रसवोत्तर परिवार नियोजन (आईयूसीडी और बंधीकरण);
    - 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;

- प्रतिरक्षण (इम्यूनाइजेशन);
- बाल पोषण;

### 9.3.6 परिवार नियोजन सेवाओं की सुनिश्चित प्रदानगी

**9.3.6 क) आईयूसीडी (इनसर्सन) के लिए नियत दिवस सेवा (एफडीएस) :** एससी और पीएचसी (सप्ताह में कम से कम 2 दिन) के स्तर पर नियत दिवस आईयूसीडी सन्निवेशन सेवाएं सुनिश्चित करने का निर्णय लिया गया है।

### 9.3.6 ख) सुविधा केन्द्र स्तर पर बंधीकरण में नियत दिवस नियत सेवाएं:

- निम्नलिखित उद्देश्यों से देश भर में एफडीएस को कार्यान्वित किया गया है:
  - शिविर दृष्टिकोण से बंधीकरण सेवाओं को नियमित नेमी सेवाओं तक ले जाना।
  - बंधीकरण सेवाएं प्रदान करने में स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों को आत्मनिर्भर बनाना।
  - व्यक्तियों को अपने नामोद्दिष्ट स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र में किसी भी दिन बंधीकरण सेवाएं सुलभ कराना।

### बंधीकरण सेवाओं के लिए एफडीएस दिशा-निर्देश

स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र	न्यूनतम बारंबारता
जिला अस्पताल	साप्ताहिक
उप-जिला अस्पताल	साप्ताहिक
सीएचसी / ब्लॉक पीएचसी	पाक्षिक
24 × 7 पीएचसी / पीएचसी	मासिक

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

**9.3.6 ग) बंधीकरण सेवाओं के लिए शिविर दृष्टिकोण** उन राज्यों में जारी है जहां बंधीकरण में नियमित रूप से नियत दिवस सेवाएं प्रदान करने में अधिक समय लगता है।

**9.3.6 घ) नियमित परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करने के लिए** परिधीय सुविधा केन्द्रों में प्रशिक्षित प्रदायकों की युक्तिसंगत तैनाती।

### की गई कार्रवाई और उपलब्धियां:

- वर्ष 2014-15 में सभी राज्यों में आईयूसीडी और बंधीकरण 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 ये 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 2013-14 के आँकड़ों के विश्लेषण से स्पष्ट हुआ है कि:
  - पीएचसी में लगभग 34.9% एनएसवी व सीएचसी स्तर पर 33.2% एसडीएच/डीएच स्तर पर 29.7% किए गए थे।
  - अधिकांश मिनीलैप बंधीकरण (41.6%) पीएचसी स्तर पर किए जाते हैं जिसके बाद सीएचसी स्तर पर 33.9% किए जाते हैं। 24.1% मिनीलैप एसडीएच/ डीएच स्तर पर किए गए थे।
  - यद्यपि 27.9% लेप्रोस्कोपिक बंधीकरण पीएचसी में किए जाते हैं। इसका अर्थ यह नहीं है कि लेप्रोस्कोपिक बंधीकरण के लिए विशेषज्ञों की सेवाओं की आवश्यकता है। फिर भी, ये आवश्यक रूप से नोट किया जाए कि लेप्रोस्कोपिक बंधीकरण (45.7%) सीएचएस स्तर पर किए गए। 25.8% पीपीएस एसडीएच/ डीएच स्तर पर किए गए।
  - जैसा कि प्रत्याशित है, लगभग 58.1% पीपीएसडीएच/ एसडीएच स्तर पर रिपोर्ट किए जाते हैं। चूंकि इस सुविधा केंद्रों में ही अधिकतर संस्थागत प्रसव कराए जाते हैं, फिर भी, इसे पीएचसी (22.9%) तथा सीएचसी (15.5%) स्तर पर भी बढ़ाए जाने की आवश्यकता है।

### 9.3.7 परिवार नियोजन में गुणवत्ता आश्वासन

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 बंधीकरण प्रक्रियाओं के संबंध में समानता लाने हेतु बंधीकरण प्रक्रिया और मानदंड हेतु निम्न उपाय करके केन्द्रीय सरकार के दिशानिर्देशों का कार्यान्वयन सुनिश्चित करें:

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

### की गई कार्रवाई और उपलब्धियां:

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने विविध मानकों/मैनुअल/दिशा-निर्देशों का विकास किया तथा राज्यों को सेवा प्रावधान की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए उसका पालन करने का निदेश दिया, जो निम्नलिखित हैं:

- **महिला और पुरुष बंधीकरण सेवाओं के लिए मानक (2006):**
  - यह पात्रता, शारीरिक आवश्यकता, परामर्श, सूचित सहमति, शल्यक्रिया से पहले, शल्यक्रिया के बाद, और अनुपालन प्रक्रियाओं तथा जटिलताओं और प्रतिकूल प्रभावों के प्रबंधन की प्रक्रियाओं के लिए मानदंड निर्धारित करती है।
- **बंधीकरण सेवाओं के लिए गुणवत्ता आश्वासन मैनुअल (2006):**

○ राज्य और जिले में गुणवत्ता आश्वासन समितियों (क्यूएसी) के निर्माण के लिए तौर-तरीके निश्चित करता है जिनके मुख्य कार्यों में निम्नलिखित शामिल हैं:

- बंधीकरण प्रक्रियाओं हेतु चिकित्सकों का पैनल बनाना।
- निजी/एनजीओ सुविधाओं को मान्यता देना।
- बंधीकरण के बाद हुई मौतों/जटिलताओं / विफलताओं की समीक्षा/रिपोर्ट।
- कैम्पों में बंधीकरण सेवाओं हेतु मानक शल्यक्रिया प्रक्रिया (एसओपी) (2008)
- बंधीकरण सेवाओं के लिए नियत दिन स्थिर दृष्टिकोण (2008)
- आईयूसीडी संदर्भ पुस्तिका: आईयूसीडी और पीपीआईयूसीडी के प्रवेशन हेतु व्यापक पुस्तिका
- महिला नसबंदी हेतु व्यापक पुस्तिका
- पुरुष नसबंदी हेतु व्यापक पुस्तिका
- परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना:
  - नसबंदी करवाने वालों को होने वाली समस्याओं, असफलताओं व नसबंदी के कारण हुई मौतों के लिए नियमावली को 2013 में परिशोधित किया गया है।
- स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय का परिवार नियोजन विभाग ने राज्यों में सेवाओं की गुणवत्ता में संसाधन हेतु तकनीकी विशेषज्ञों की भर्ती की है।

### 9.3.8 अन्य संवर्धनात्मक योजनाएं:

#### 9.3.8 क) बंधीकरण के स्वीकारकर्ताओं के लिए संशोधित मुआवजा योजना:

- सरकार 1981 से केन्द्र द्वारा प्रायोजित एक योजना को क्रियान्वित कर रही है जिससे बंधीकरण के स्वीकारकर्ता को बंधीकरण कराने वाले दिन की मजदूरी के अनुसार भरपाई की जा सके। बंधीकरण सेवाओं के स्वीकारकर्ताओं हेतु क्षतिपूर्ति योजना 31.10.2006 से संशोधित की गई थी और 07.09.2007 से

उसमें और सुधार किया गया। प्रदान की जाने वाली क्षतिपूर्ति योजना का ब्योरा नीचे दिया गया है:

सार्वजनिक सुविधा के लिए

	मुआवजा पैकेज का ब्योरा	स्वीकारकर्ता	प्रेरक व्यक्ति	औषधि एवं ड्रेसिंग	सर्जन प्रभार	संवेदनाहरण	स्टाफ नर्स	ओटी तकनीशियन/सहायक	जलपान	शिविर प्रबंधन	संपूर्ण
उच्च फोकस वाले राज्य	वीएस-सभी	1100	200	50	100	—	15	15	10	10	1500
	टीयूबी-सभी	600	150	100	75	25	15	15	10	10	1000
गैर-उच्च फोकस वाले राज्य	वीएस-सभी टीयूबी	1100	200	50	100	25	15	15	10	10	1500
	(बी.पी.पी.एल.+अ.जा./अ.ज.जा. केवल)	600	150	100	75	15	15	15	10	10	1000
	टीयूबी (एपीएल)	250	150	100	75	25	15	15	10	10	650

निजी सुविधाओं के लिए:

श्रेणी	आपरेशन के प्रकार	सुविधा केंद्र	प्रेरक व्यक्ति	कुल
उच्च फोकस वाले राज्य	पुरुष नसबंदी (सभी)	1300	200	1500
	महिला नसबंदी (सभी)	1350	150	1500
गैर-उच्च फोकस वाले राज्य	पुरुष नसबंदी (सभी)	1300	200	1500
	महिला नसबंदी (बीपीएल+ अ.जा./अ.ज.जा.)	1350	150	1500

### 9.3.8 ख) 11 राज्यों में लिए वर्धित क्षतिपूर्ति योजना

जीवन स्तर लागत में वृद्धि को देखते हुए लगातार बढ़ती परिवहन लागत, जो किसी भी व्यक्ति को उसके निवास जन (सरकारी) सुविधाएं:

(सारी राशि रूप में)

क्र.सं.	प्रक्रिया	ट्यूबेक्टोमी		वासेक्टोमी
		अन्तराल	*पीपीएस	
1	स्वीकारकर्ता	1400	2200	2000
2	प्रेरक/आशा	200	300	300
3	औषधियाँ और ड्रेसिंग	100	100	50
4	शल्य चिकित्सक की क्षतिपूर्ति	150	250	250
5	संवेदनाहरण विज्ञानी/एमओ सहायक (यदि कोई हो)	50	50	—
6	नर्स/एएनएम	30	50	30
7	ओटी तकनीशियन/हेल्पर	30	50	30
8	क्लर्क/डॉक्यूमेन्टेशन	20	—	20
9	जलपान	10	—	10
10	विविध	10	—	10
	<b>कुल</b>	<b>2000</b>	<b>3000</b>	<b>2700</b>

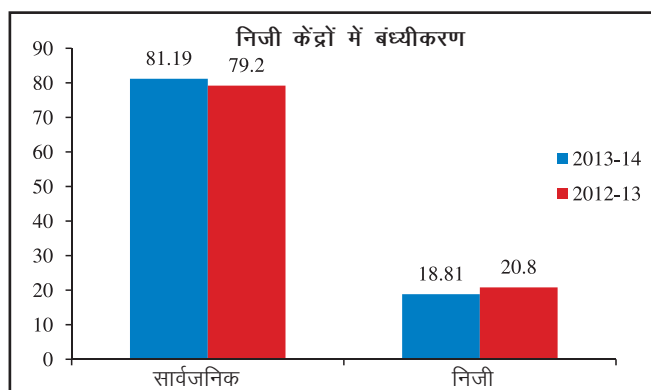
\* पीपीएस: (प्रसवोत्तर बंधीकरण)

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 है: उत्तर प्रदेश, बिहार, मध्य प्रदेश, राजस्थान छत्तीसगढ़, झारखंड, ओडिशा, उत्तराखंड, असम, हरियाणा व गुजरात।

मान्यता प्राप्त निजी/एनजीओ सुविधाएं

क्र.सं.	प्रक्रिया	ट्यूबेक्टोमी	वासेक्टोमी
1	सुविधा	2000	2000
2	स्वीकर्ता	1000	1000
	<b>कुल</b>	<b>3000</b>	<b>3000</b>

### 9.3.8 ग) राष्ट्रीय परिवार नियोजन बीमा योजना (एनएफपीआईएस)



01.04.2013 से यह निर्णय किया गया कि राज्यों/संघ शासित राज्य द्वारा बंधीकरण के स्वीकारकर्ताओं को बंधीकरण 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) के तहत

संबंधित राज्यों/संघ शासित राज्य कार्यक्रम योजनाओं (पीआईपी) के जरिए योजना का प्रावधान करेगी व इस योजना का नाम बदलकर परिवार नियोजन बीमा योजना रखा गया है।

### 9.3.8 घ) सार्वजनिक निजी सहभागिता (पीपीपी):

- 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 बंधीकरण 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।

क्र. सं.	राज्य	निजी सुविधाओं में बंधीकरण (%)		
		2012 -13	2013 -14	परिवर्तन (% अंक)
<b>शीर्ष पाँच राज्यों में</b>				
1	केरल	48.4	48.0	-0.4
2	गुजरात	20.8	37.9	17.1
3	तमिलनाडु	36.9	36.7	-0.2
4	दमन और दीव	32.4	34.5	2.2
5	दादरा और नगर हवेली	13.9	29.1	15.3
<b>निम्न पाँच राज्यों</b>				
1	ओडिशा	0.3	0.9	0.6
2	उत्तर प्रदेश	9.4	1.3	-8.1
3	जम्मू एवं कश्मीर	0.2	2.1	1.9
4	मध्य प्रदेश	8.2	3.6	-4.7
5	असम	5.9	4.9	-1.0
	<b>भारत</b>	<b>20.8</b>	<b>18.8</b>	<b>-2.0</b>

- निजी स्वास्थ्य केन्द्रों में 2012-13 की तुलना में 2013-14 में बंधीकरण सेवाओं में कमी आई है।
- सूची के शीर्ष पाँच तथा नीचे के पाँच बंधीकरण निजी सुविधा केन्द्र:

### 9.3.8 ड) लाभार्थियों के घर-घर जाकर आशाकर्मियों द्वारा गर्भनिरोधकों की होम डिलीवरी संबंधी योजना:

- 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 दंपतियों 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।
- योजना का 3 स्वतंत्र एजेंसियों ने मूल्यांकन किया और इसमें से निम्नलिखित बिन्दु उभर कर सामने आए:
  - अधिकतर (62 प्रतिशत) उत्तरदाताओं ने आशा से योजना के संबंध सुना था। दूसरे शब्दों में, आशा ही समुदाय तक इस योजना की सूचना प्रेषित कर रही है।
  - 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।
  - आशाओं ने, लाभार्थियों से किसी भुगतान के निरपेक्ष, लाभार्थियों को गर्भनिरोधक वितरित करने में सशक्त महसूस किया और विश्वास जताया।

### 9.3.8 च) बच्चों के जन्म में अंतर को सुनिश्चित करने के लिए आशाओं हेतु योजना

- इस योजना के तहत, आशाओं द्वारा नव दम्पतियों 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 जा रही है (8 ईएजी, 8 पूर्वोत्तर, गुजरात व हरियाणा)।
- आशाओं को निम्न प्रोत्साहन के लिए वेतन दिया जाएगा।
  - 500 रुपए – शादी के बाद 2 वर्ष का अंतराल सुनिश्चित करने के लिए आशाओं हेतु।
  - 500 रुपए – पहले बच्चे के जन्म के बाद दूसरे बच्चे के जन्म में 3 वर्ष के अंतराल को सुनिश्चित करने के लिए आशाओं हेतु।
  - 1000 रुपए— दम्पति द्वारा दो बच्चों के बाद स्थायी बंधीकरण अपनाने पर आशाओं हेतु।
- यह योजना 16 मई 2012 से लागू है।

### 9.3.9 विश्व जनसंख्या दिवस एवं पखवाड़े का आयोजन (11–24 जुलाई, 2014):

- पहली बार देश के सभी राज्यों में विश्व जनसंख्या दिवस मनाया गया।
- 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, 2014 के बीच “दंपति संपर्क पखवाड़ा” अथवा “जुटाव (मोबिलाइजेशन) पखवाड़ा” का आयोजन किया गया।
  - 11 जुलाई से 24 जुलाई, 2014 के बीच “जनसंख्या स्थिरता पखवाड़ा” अथवा “पापुलेशन स्टेबिलाइजेशन फोर्टनाइट” मनाया गया।

#### मुख्य निष्कर्ष:

- पखवाड़े के दौरान समग्र कार्य निष्पादन नीचे दिया गया है:
- बिहार में यह कार्यक्रम 31 जुलाई, 2014 तक चलाया गया। असम में ये सुविधा 30 अगस्त, 2014 तक 4 राज्यों में दी गई थी, जो कि रमजान के कारण सफल न हो सकी। डब्ल्यूपीडी के दौरान कुल नसबंदी 1.53 लाख थी (1.48 लाख महिला नसबंदी व पुरुष नसबंदी 5004)। बिहार में सबसे ज्यादा 27,248 महिला नसबंदी की गई, इसके बाद राजस्थान में (17,167) व ओडिशा (16,709)। सबसे ज्यादा 870 पुरुष नसबंदी उत्तर प्रदेश में की गई। जिसके

क्र.सं.	पद्धति	2013	2014
1	महिला बंधीकरण	1,57,431	1,48,251
2	पुरुष बंधीकरण	8130	5004
	<b>कुल बंधीकरण</b>	<b>1,65,561</b>	<b>1,53,255</b>
3	आईयूसीडी सन्निवेशन	3,50,642	3,88,535

बाद पिछले वर्ष की तुलना में लगभग 8% से ज्यादा आईयूसीडी सन्निवेशन 3.88 लाख की गई। इसमें सबसे अधिक आईयूसीडी सन्निवेशन राजस्थान (70,255), उसके बाद उत्तर प्रदेश (56,941) और बिहार (42,325) में किया गया।

### 9.4 मुख्य चुनौतियां और अवसर

#### 9.4.1 नियमित बंधीकरण सेवाओं की अनुपलब्धता:

- एफडीएस दृष्टिकोण का ठीक से क्रियान्वयन न होने के कारण उप-जिला स्तर पर बंधीकरण सेवाओं की पहुंच सीमित है, विशेषकर यह उच्च टीएफआर वाले उच्च फोकस राज्यों में और निम्नलिखित अपूरित आवश्यकता के कारण हैं:
  - सीएचसी और पीएचसी में प्रशिक्षित सेवा प्रदाताओं की कमी विशेषकर मिनीलैप और एनएसवी में।
  - पूरे वर्ष सेवाओं के प्रावधान हेतु योजना की सम्मति का अभाव।
  - सुविधा तत्परता में कमी।
- उच्च फोकस वाले राज्यों में अधिकांश बंधीकरण अंतिम 2 तिमाही में हुए हैं।
- पूर्वोत्तर राज्य अपेक्षाकृत बेहतर हैं, तथापि, बंधीकरण 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।

#### 9.4.2 बढ़े हुए संस्थागत प्रसव बनाम पीपीएफपी:

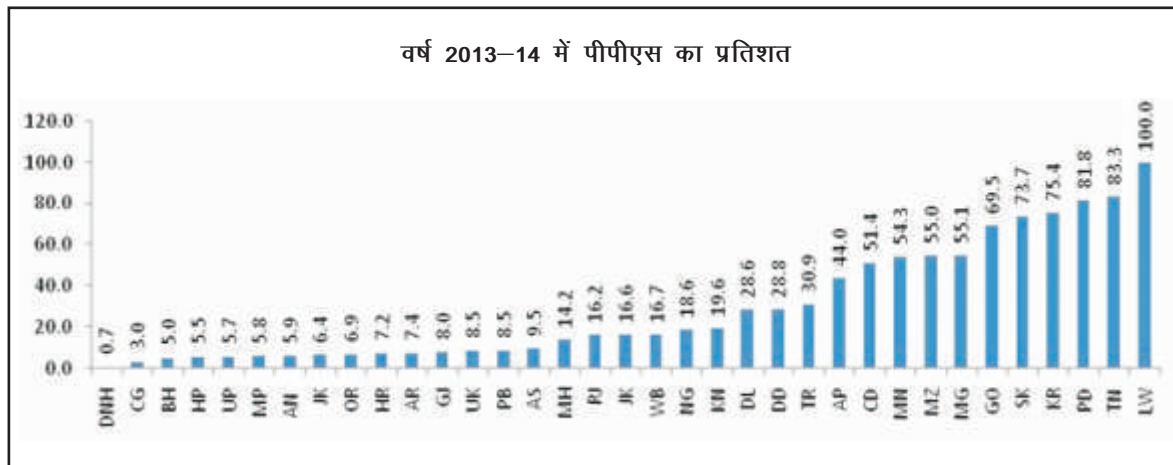
- बढ़ी संख्या में संस्थागत प्रसव से उत्पन्न प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक की उच्च संभाव्यता का, योजना, प्रशिक्षित प्रसवोत्तर परिवार नियोजन प्रदायकों तथा अधिकतर उच्च फोकस राज्यों में आधारभूत ढांचे के अभाव में पर्याप्त दोहन नहीं किया जा सका है।
- निम्नलिखित आंकड़ों से यह स्पष्ट है, जो यह दर्शाते हैं कि केरल और तमिलनाडु जैसे गैर-उच्च फोकस राज्यों के 70–80 प्रतिशत की तुलना में उच्च फोकस राज्यों में प्रसवोत्तर बंधीकरण अत्यंत कम है।

#### 9.4.3 बच्चों में अंतर रखने के तरीकों पर पर्याप्त ध्यान न देना



- बच्चों के जन्म में अंतर रखने की अत्यधिक अपूरित आवश्यकता के बावजूद, भारत के अधिकतर राज्यों में

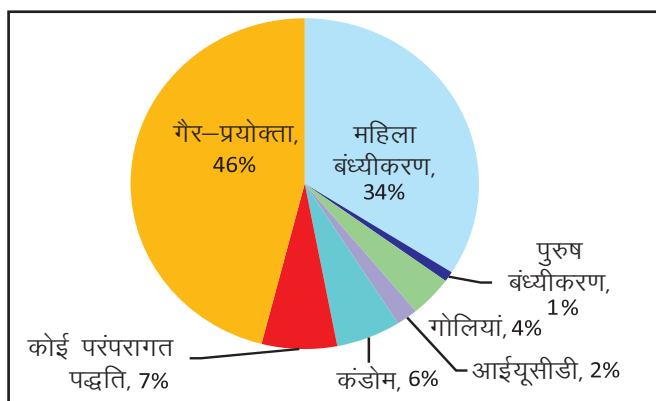
बच्चों के जन्म में अंतर रखने की विधियों का लगातार कम उपयोग हो रहा है। डीएलएचएस 3 के अनुसार महिला और पुरुष नसबंदियों को एक साथ मिलकर उनके



\* पीपीएस – प्रसवोत्तर बंधीकरण

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 2011 का नवीनतम सर्वेक्षण दर्शाता है कि आधुनिक विधियों के लिए अत्यधिक अच्छे सीपीआर वाले जिलों/राज्यों ने आईयूसीडी पर ध्यान केन्द्रित नहीं किया है और यह महिला बंधीकरण के लिए काफी कम है। आईयूसीडी का अधिकतम प्रयोग असम के कोकराझार में हुआ है। फिर भी, यह अभी बहुत कम है (5.7%)। लगभग सभी राज्यों में आईयूसीडी के 2: प्रयोग की ही रिपोर्ट मिली है। (284 में से 267 जिलों के सर्वेक्षण में), जो कि एक चिन्ता का विषय 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।

**9.4.4 परिवार नियोजन में सार्वजनिक निजी भागीदारी (पीपीपी)** 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।

### 9.5 भावी कार्यनीतियां

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

नोट: परिवार नियोजन कार्यक्रम से संबंधित सभी दिशा-निर्देश निम्नलिखित लिंक पर उपलब्ध हैं:

<http://www.mohfw.nic.in/NRHM/FP.htm>

क्र. सं.	राज्य	कुल प्रजनन दर		शिशु मृत्यु दर		मातृत्व मृत्यु अनुपात			अशोधित जन्म दर		जन्म के बीच अंतर		वर्तमान में विवाहित महिलाओं का % (15-49) गर्भनिरोधक का उपयोग		परिवार नियोजन के लिए पूरी न की गयी कुल आवश्यकता (%)	
		2012 एसआरएस	एचएस 2012	2012 एसआरएस	2012 एचएस	2010.12 एसआरएस	2012 एसआरएस	2012 एचएस	2012 एसआरएस	2012 एचएस	36 + माह एसआरएस	36 + माह एचएस 2012	आधुनिक पद्धति (%) डीएलएचएस/डीएल III	डीएलएचएस/डीएल एचएस 2012	2007-08 (डीएलएचएस)	एचएस/डीएलएच
	भारत	2.4		42		178	21.6			42.6		47.1		21.3		
1	अंड्रज निह्रीप	1.6*		24		..	15			..		..		..		
2	आंध्र प्रदेश	1.8		41		110	17.5			36.9		65.1		8.5	19.1	
3	अरुणाचल प्रदेश	2.3*		33		..	19.4			..		49		14.3	32.3	
4	असम	2.4	2.4	55	55	328	22.5	21.2		57.6	52.3	31.2		24.3	13.1	
5	बिहार	3.5	3.5	43	48	219	27.7	26.1		37.7	45.2	28.4		37.2	31.5	
6	चंडीगढ़	1.7*		20		..	14.8			..		70.7		8.3	12.1	
7	छत्तीसगढ़	2.7	2.7	47	46	230	24.5	23.2		36.3	46.4	47.1		20.9	24.4	
8	दादर एवं नगर हवेली	2.9*		33		..	25.6			..		..		..		
9	दमन और दीव	2.0*		22		..	18.1			..		..		..		
10	दिल्ली	1.8		25		..	17.5			54		55.5		13.9		
11	गोवा	1.4*		10		..	13.1			..		35.9		28.8	33.5	
12	गुजरात	2.3		38		122	21.1			41		54.3		16.5		
13	हरियाणा	2.3		42		146	21.6			39.8		54.5		16	30.4	
14	हिमाचल प्रदेश	1.8		36		..	16.2			37.9		68.1		14.9	20.6	
15	जम्मू एवं कश्मीर	1.9		39		..	17.6			49.6		41.2		21.6		
16	झारखंड	2.8	2.7	38	36	219	24.7	23.0		45.9	51.1	30.8		34.7	22.3	
17	कर्नाटक	1.9		32		144	18.5			35.6		60.8		15.8		
18	केरल	1.8		12		66	14.9			66.1		53.1		16.8	19.0	
19	लक्षद्वीप	1.6*		24		..	14.8			..		..		..		
20	मध्य प्रदेश	2.9	3.0	56	62	230	26.6	24.5		35.4	39.7	53.1		19.3	21.6	
21	महाराष्ट्र	1.8		25		87	16.6			41.7		62.6		14.2	19.0	
22	मणिपुर	1.5*		10		..	14.6			..		..		..	54.5	
23	मेघालय	2.9*		49		..	24.1			..		16.8		32.7	55.5	
24	मिजोरम	1.7*		35		..	16.3			..		53.5		16.7	21.4	
25	नागालैंड	1.8*		18		..	15.6			..		..		..		
26	ओडिशा	2.1	2.2	53	56	235	19.9	19.5		56.8	56.2	37.8		24	18.9	
27	पुडुचेरी	1.8*		17		..	15.8			..		57.5		19.8	27.1	
28	पंजाब	1.7		28		155	15.9			45.5		62.9		11.9	15.3	
29	राजस्थान	2.9	2.9	49	55	255	25.9	24.1		37.2	41.5	54		17.9	13.0	
30	सिक्किम	1.7*		24		..	17.2			..		61.1		16.1	20.2	
31	तमिलनाडु	1.7		21		90	15.7			43.5		57.8		19.4	27.1	
32	त्रिपुरा	1.4*		28		..	13.9			..		40.8		12.8	26.7	
33	उत्तर प्रदेश	3.3	3.3	53	68	292	27.4	24.8		42.2	43.7	26.7		33.8	20.7	
34	उत्तराखण्ड	2.1	2.1	34	40	292	18.5	18.0		..	44.3	53.3		11.6	15.3	
35	पश्चिम बंगाल	1.7		32		117	16.1			59		53.3		11.6	12.1	

स्रोत: \*एसआरएस 2010 अनुमान

राज्य / संघ राज्य क्षेत्र	महिला बंधीकरण	पुरुष बंधीकरण	कुल बंधीकरण	आईयूसीडी प्रवेशन
बिहार	497124	3202	500326	383113
छत्तीसगढ़	122634	4030	126664	89613
हिमाचल प्रदेश	19626	2119	21745	21003
जम्मू व कश्मीर	15476	638	16114	18571
झारखंड	105496	5471	110967	92537
मध्य प्रदेश	354987	6432	361419	383872
ओडिशा	134470	1879	136349	138696
राजस्थान	299868	3770	303638	374948
उत्तर प्रदेश	261467	9323	270790	1094963
उत्तराखंड	23088	1212	24300	91660
अरुणाचल प्रदेश	1249	2	1251	2982
असम	49375	4122	53497	84813
मणिपुर	682	129	811	4767
मेघालय	2493	14	2507	4439
मिजोरम	1781	0	1781	2887
नगालैंड	1775	15	1790	3810
सिक्किम	167	49	216	1434
त्रिपुरा	5407	23	5430	987
आंध्र प्रदेश	308205	9075	317280	195333
गोवा	2784	18	2802	1399
गुजरात	265030	1867	266897	556427
हरियाणा	68847	4068	72915	216618
कर्नाटक	310025	1390	311415	179539
केरल	96337	1805	98142	56675
महाराष्ट्र	532828	17601	550429	398759
पंजाब	59871	3986	63857	215360
तमिलनाडु	258460	1206	259666	334081
पश्चिम बंगाल	205557	5873	211430	110752
अंड. व नि. द्वीप समूह	1050	1	1051	623
चंडीगढ़	2086	74	2160	3899
दादरा एवं नागर हवेली	1494	2	1496	504
दमन और दीव	382	3	385	252
दिल्ली	17780	1401	19181	57957
लक्षद्वीप	40	0	40	51
पुडुचेरी	8742	2	8744	5569
रेलवे मंत्रालय	1891	143	2034	1447
<b>योग</b>	<b>4036683</b>	<b>90802</b>	<b>4127485</b>	<b>5128893</b>

## 9.6 राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम में गर्भनिरोधक

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 अर्थात् कंडोमों, मुखसेव्य गर्भनिरोधक गोलियों, इंद्रा यूटेरिन डिवाइस (कॉपर टी), आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियों एवं ट्यूबल 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 सोसाइटीज शामिल हैं।

**प्रापण प्रक्रिया:** 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।

**गुणवत्ता आश्वासन:** 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, 2014 तक) के दौरान निःशुल्क आपूर्ति योजना के अंतर्गत राज्यों को दी गई मात्रा और इस्तेमाल किया गया बजट निम्नलिखित तालिका में दिया गया है:

### राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को आपूर्ति की मात्रा

गर्भ निरोधक	2012-13	2013-14	2014-15 (नवंबर, 2014 तक)
कंडोम (लाख नगों में)	367.86	394.00	176.00
मुखसेव्य गोलियां (लाख चक्र में)	226.79	361.24	102.84
आईयूडी (लाख टुकड़ों में)	87.50	60.42	45.88
ट्यूबल रिंगों (लाख जोड़े में)	31.22	19.00	15.76
ईसीपी (लाख पैक में)	75.91	75.80	58.62
गर्भावस्था परीक्षण किट (रुपए में)	222.18	100.14	102.38

### बजट का उपयोग

(करोड़ रुपए में)

गर्भ निरोधक	2012-13	2013-14	2014-15 (नवंबर, 2014 तक)
कंडोम	66.50	71.22	31.81
मुखसेव्य गोलियां	8.41	13.40	3.82
आईयूडी	18.74	14.15	10.75
ट्यूबल रिंगों	4.50	3.00	24.96
ईसीपी	2.01	1.74	1.30
गर्भावस्था परीक्षण किट	21.05	10.01	0.00

### 9.6.1 सामाजिक विपणन योजना

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 अंतर्गत फिलहाल बाजार में तीन सरकारी ब्रांड और चौदह विभिन्न एसएमओ ब्रांड तथा गोलियों के सात एसएमओ ब्रांड बेचे जाते हैं। गर्भनिरोधकों के सामाजिक विपणन संबंधी कार्य समूह की सिफारिशों के आधार पर एसएमओ और ओसीपी का मूल्य निर्धारित करने की छूट होती है।

#### 9.6.1 क) कंडोमों की बिक्री (मात्रा एमसीपीएस में)

क्र.सं.	सामाजिक विपणन संगठन	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15 (अक्टूबर, 2014 तक)
1.	एचएलएल लाइफकेयर लिमिटेड, तिरुवनंतपुरम	225.03	308.76	402.60	287.64
2.	जनसंख्या सर्विसेज इंटरनेशनल, दिल्ली	164.65	164.49	113.27	36.10**
3.	परिवार सेवा संस्था, दिल्ली	67.56	46.03	45.83	16.94
4.	डीकेटी, भारत, मुंबई	89.84	54.68	0.00	0.00
5.	जननी, पटना	46.81	3.66	85.77	2.78
6.	जनसंख्या स्वास्थ्य सेवा (आई), हैदराबाद	69.20	65.47	48.56	21.54***
7.	संस्कार शिक्षा समिति, भोपाल	0.04	0.00	0.00	0.00
8.	पीसीपीएल, कोलकाता	14.51	3.56	रिपोर्ट नहीं किया	रिपोर्ट नहीं किया
9.	विश्व स्वास्थ्य भागीदार, नई दिल्ली	0.27	1.53	2.30	1.30
	<b>योग</b>	<b>677.91</b>	<b>648.18</b>	<b>698.33</b>	<b>366.30</b>

\*\* आंकड़े सितंबर 2014 तक के हैं।

\*\*\* आंकड़े अगस्त 2014 तक के हैं।

### 9.6.1 ख) खाने की गर्भनिरोधक गोलियों की बिक्री (लाख साइकिल में मात्रा)

क्र.सं.	सामाजिक विपणन संगठन	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15 (अक्टूबर, 2014 तक)
1.	एचएलएल लाइफकेयर लिमिटेड, तिरुअनंतपुरम	139.52	115.73	50.55	59.69
2.	जनसंख्या सर्विसेज इंटरनेशनल, दिल्ली	69.37	139.43	151.81	16.61
3.	परिवार सेवा संस्था, दिल्ली	19.35	15.52	18.28	8.88
4.	डीकेटी, भारत, मुंबई	184.33	28.88	सा.वि.सं. नहीं	सा.वि.सं. नहीं
5.	जननी, पटना	24.87	7.40	15.89	5.93
6.	जनसंख्या स्वास्थ्य सेवा, हैदराबाद	34.53	65.24	46.48	17.44
7.	संस्कार शिक्षा समिति, भोपाल	0.04	0.00	0.00	0.00
8.	पीसीपील, कोलकाता	0.00	4.00	0.00	0.00
9.	विश्व स्वास्थ्य भागीदार, नई दिल्ली	0.00	0.62	7.26	0.93
	<b>कुल</b>	<b>471.97</b>	<b>376.82</b>	<b>290.27</b>	<b>109.48</b>

### 9.6.1 ग) सेंटक्रोमन (ओरल गोली)

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।

### 9.6.2 गर्भनिरोधकों की बिक्री में सामाजिक विपणन कार्यक्रम का कार्य-निष्पादन

निरोधक	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14 (सितंबर 2013 तक)
कंडोम (मिलियन नग)	677.91	618.18	698.33	366.30
मुखसेव्य गोलियां (सामाजिक विपणन) (लाख चक्र)	471.97	376.82	290.27	109.48
सहेली	244.56	270.76	279.35	11.47*

\*आंकड़े अनंतिम हैं

### 9.6.3 आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियां (ईसीपी)

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग ने वर्ष 2002-03 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 2012-13, 2013-14 और 2014-15 (नवंबर, 2014 तक) के दौरान ई-पिल्स की निम्नलिखित मात्रा का प्रापण किया गया।

#### प्रापण की मात्रा (लाख पैक में)

मद	2012-13	2013-14	2014-15 (नवंबर 2014)
ईसीपी	75.91	75.80	75.80

### 9.6.4 गर्भावस्था जांच किटें (पीटीके)

वर्ष 2012-13 के दौरान 2,22,18,600 गर्भावस्था जांच किटें (पीटीके) की प्राप्ति के लिए एचएलएल लाइफकेयर लिमिटेड (मंत्रालय के अंतर्गत एक पीएसयू) को आर्डर दिए गए हैं तथा वर्ष 2013-14 के दौरान 1,00,14,705 किटें तथा 2014-15 के दौरान 2,02,53,465 किटें गर्भावस्था का समय पूर्व और शीघ्र पता लगाने के लिए निःशुल्क आपूर्ति हेतु प्राप्त की



गई। ये किटों का घर पर ही आसानी से इस्तेमाल किया जा सकता है।

#### 9.6.5 कॉपर-टी

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 इंटरा 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। 88.24 लाख कॉपर टी-380ए तथा आईयूडी 375 की मात्रा के लिए आर्डर दे दिए गए हैं, जिसमें से लगभग 50 लाख कॉपर टी-380ए और आईयूडी 375 की चालू वर्ष 2014-15 में आपूर्ति की जा चुकी है।

