7 अध्याय

अन्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम

7-1 jk"Vh; dSalj] e/kqesg] ºnokfgdk jksx vkSj vk?kkr jksdFkke vkSj fu;=.k dk;ZØe ¼,uihlhMhlh,l½

भारत गैर–संक्रामक रोगों (एनसीडी) के बढ़ते भार से तीव्र स्वास्थ्य अंतरण का अनुभव कर रहा है। मुख्य गैर–संक्रामक रोगों जैसे हृदवाहिका रोग, कैंसर, पुराने श्वसन रोग, मधुमेह तथा अन्य एनसीडी से सभी मौतों का लगभग 60 प्रतिशत का अनुमान लगाया गया है जिससे एनसीडी भारत में मृत्यु का प्रमुख कारण बन रहा है। एनसीडी जीवन के ऊर्जावान उत्पादक वर्षों में पर्याप्त हानि पहुँचा रहा है। वर्षों से हृदय रोग, आघात और मधुमेह के कारण असमय मृत्यु के कारण हानियां बढ़ने का भी अनुमान लगाया गया है।

प्रमुख एनसीडी के निवारण और नियंत्रण के लिए आधारभूत सुविधा सुदृढ़ीकरण, मानव संसाधन विकास, स्वास्थ्य संवर्धन, षीघ्र निदान, प्रबंधन और रेफरल पर ध्यान देते हुए वर्ष 2010 में (एनपीसीडीसीएस) आरंभ किया गया। कार्यालय के तहत सामान्य एनसीडी के लिए सेवाएं प्रदान करने के लिए जिला और सीएचसी स्तरों पर एनसीडी अस्पतालों की स्थापना की जा रही है। आपातकालीन हृदय देखभाल के लिए सुविधाएं प्रदान करने के लिए चुने गए जिलों में हृदय रोग देखभाल इकाइयों (सीसीयू) की भी स्थापना की जा रही है।

2010–2012 की अवधि के दौरान, 21 राज्यों के 100 जिलों में कार्यक्रम का कार्यान्वयन किया गया। कार्यक्रम कार्यान्वयन के प्रारंभिक चरण की समीक्षा से बाधाओं को दूर करने में सहायता मिली तथा तदनुसार कार्यक्रम को रणनीतिक बनाया गया है।

7-1-1 12oha ;kstuk ds fy, lq'kkf/kr j.kuhfr;k fuEukuqlkj gS&

- समुदाय, सिविल सोसायटी समुदाय आधारित संगठन मीडिया आदि को शामिल करते हुए व्यवहार परिवर्तन के माध्यम से स्वास्थ्य को प्रोत्साहन देना;
- मधुमेह उच्च रक्तचाप और कैंसर का शीघ्र पता लगाने के लिए उपकेंद्र और उससे ऊपर के स्तर पर स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करते की प्रणाली में सभी स्तरों पर जरूरत पड़ने पर जांच, आउटरीच कैम्प की भी परिकल्पना की गई है;
- एनसीडी अस्पतालों की स्थापना कर शीघ्र निदान, उपचार और जांच के माध्यम से दीर्घकालिक गैर–संक्रामक रोगों विशेषकर कैंसर, मधुमेह, सीवीडी और आघात की रोकथाम और नियंत्रण करना;
- रोकथाम शोध नैदानिक जांच उपचार आईईसी/बीसीसी प्रचालनात्मक अनुसंधान और पुनर्वास हेतु स्वास्थ्य परिचर्या के विविध स्तरों पर क्षमता निर्माण करना
- स्वास्थ्य सेवा के प्राथमिक द्वितीयक और तृतीयक स्तरों पर नैदानिक जांच और लागत प्रभावी उपचार हेतु सहायता प्रदान करना; और
- पर्यवेक्षण प्रणाली के माध्यम से एनसीडी डाटा बेस के विकास में सहायता प्रदान करना और एनसीडी

रूग्णता और मृत्यु तथा जोखिम कारकों की निगरानी करना।

2012–2017 की अवधि के लिए कार्यक्रम हेतु कुल योजना आबंटन 8,096 करोड़ रू. है (भारत सरकार का हिस्सा 6,535 करोड़ रू. है और राज्य सरकारों का हिस्सा 1,561 करोड़ रू. है) राज्य सरकारों को संबंधित राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के राज्य पीआईपी के माध्यम से एनसीडी फ्लेक्सीपूल के माध्यम से धनराशि प्रदान की जा रही है जिसमें केन्द्र और राज्य के शेयर का अनुपात 75:25 है। (पूर्वोत्तर और पहाड़ी राज्यों को छोड़कर, जहां हिस्से का अनुपात 90:10 है)।

7-1-2 dk;Øe dh rgr miyfC/k;k¡

- राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों से प्राप्त कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) के अनुसार भारत सरकार ने वित्तीय वर्ष 2015–16 में अन्य 96 जिलों (कुल 462 जिले) में कार्यक्रम को लागू करने की मंजूरी दे दी है।
- स्वास्थ्य कार्यक्रमों और चिकित्सा अधिकारियों के लिए प्रशिक्षण मोड्यूल विकसित किए गए हैं।
- 30 सितम्बर, 2015 की स्थिति के अनुसार सभी 36 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में कार्यक्रम कार्यान्वयनाधीन है। अभी तक, देश में कुल 195 जिला एनसीडी प्रकोष्ठों और 201 जिला अस्पतालों की स्थापना की गई है। विभिन्न जिलों में 65 सीसीयू, 61 दिवस परिचर्चा केन्द्र और 1,362 सीएचसी एनसीडी अस्पतालों की भी स्थापना की गई है। तुलनात्मक प्रगति इस प्रकार हैं :–

Øe- la-	Lkqfo/kk,a	31 ekpZ 2014 dh fLFkfr ds vuqlkj	flrEcj 2015 dh fLFkfr ds vuqlkj
1	एनसीडी राज्य सैल	21	36
2	एनसीडी जिला सैल	96	195
3	एनसीडी जिला क्लीनिक्स	95	201
4	सीसीयू जिला सुविधाएं	51	65
5	जिला दिवस देखभाल केन्द्र	38	61
6	सीएचसी एनसीडी क्लीनिक्स	204	1362

राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों से प्राप्त मासिक रिपोर्टों के अनुसार अप्रैल, 2015 से सितम्बर, 2015 की अवधि के दौरान, नामित एनसीडी अस्पतालों में 60 लाख से अधिक लोगों की जांच की गई है। उनमें से लगभग 8 प्रतिशत लोगों में मधुमेह तथा 12 प्रतिशत लोगों में उच्च रक्तचाप पाया गया। इन एनसीडी अस्पतालों में जाने वाले लोगों में भी लगभग 40,800 लोगों को हृदवाहिका रोगों और 6000 से अधिक लोगों को सामान्य कैंसर (मुख, गर्भाशय और स्तन कैंसर) से पीड़ित पाया गया।

- अपने राष्ट्रीय संदर्भ में एनसीडी विश्वव्यापी निगरानी संरचना और कार्रवाई योजना को विश्वव्यापी रूप से अपनाने वाला भारत पहला देश है।
- अभी तक एनआईएफएचडब्ल्यू द्वारा 22 नवम्बर, 2011 के बाद से 36 प्रशिक्षण सत्रों में 95 प्रशिक्षकों और 717 एमओ को प्रशिक्षित किया गया है।
- कैंसर जांच दिशानिर्देश तैयार किए गए हैं और राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को भेजा गया है।
- 6 जिलों में स्कूल आधारित मधुमेह जांच कार्यक्रम पर पायलट परियोजनाएं चलाई गई हैं; तथा
- एनआईएचएफडब्ल्यू के सहयोग से तीसरी कक्षा से 10वीं कक्षा तक स्कूलों के लिए स्वास्थ्य शिक्षा पर पाठ्य पुस्तक विकसित की जा रही हैं।

7-1-3 dk;dze dh rgr ubZ igysa

d- jk"Vªh; cgq&{ks=h; dk;Zokbl ;kstuk% एनसीडी का जोखिम कारक बहु–कारकीय तथा एनसीडी के निवारण हेतु उपचार बहु–क्षेत्रीय स्वरूप का है। डब्ल्यूएचओ के समन्वय से एक राष्ट्रीय बहु–क्षेत्रीय कार्रवाई योजना तैयार की गई है तथा सितम्बर, 2015 में केन्द्रीय सरकार के 39 मंत्रालयों/विभागों को उनकी टिप्पणियों/प्रतिकियाओं हेतु भेजी गई है। संबंधित विभागों में एनसीडी के निवारण और नियंत्रण के संबंध में कार्रवाई का समन्वय करने के लिए विभागों से संयुक्त सचिव स्तर के अधिकारी को नोडल अधिकारी के रूप में नामित करने का अनुरोध किया गया है।

[k- ,uihlhMhlh,l vkj vkjch,ld dk rgr okr jksx xLr gn; jksx ¼vkj,pMh½ dk fuokj.k vkj fu;a=.k dk fy, mik;% वात रोग ग्रस्त हृदय रोग (आरएचडी) के निवारण और नियंत्रण के लिए, तीन चयनित जिलों (गया–बिहार, फिरोजाबाद–उत्तर प्रदेश और होशंगाबाद–मध्य प्रदेश) में एनपीसीडीसीएस और आरबीएसके के तहत संयुक्त रूप से एक पायलट योजना चलाई जा रही है तथा बाद में चरणबद्ध रूप से अन्य चयनित जिलों में इसका विस्तार किया जाएगा। इस उपाय के अंतर्गत रणनीतियों में बच्चों में गले संबंधी बैक्टीरियल खरास के निवारण और उपचार के संबंध में जागरूकता पैदा करना और वातरोगग्रस्त बुखार और आरएचडी की जांच और प्रबंधन संबंधी स्वास्थ्य कर्मियों का प्रशिक्षण शामिल है। आरबीएसके की भूमिका संदेहास्पद मामलों की

मधुमेह हेतु जांच

जांच करना तथा उचित उपचार व जांच के लिए नजदीकी एनपीसीडीसीएस स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में रेफर करना है।

एनसीडी क्लिनिक में उच्चरक्तचाप के लिए जांच

x- ,uihlhMhlh,l dk lkFk vk;q"k dk ,dhdj.k% सामान्य एनसीडी के निवारण और प्रबंधन के लिए आयुष सुविधा केन्द्रों और पद्धतियों को एनपीसीडीसीएस के साथ एकीकृत किया जा रहा है। एक उपाय के रूप में योग को एनसीडी निवारण और प्रबंधन के महत्वपूर्ण भाग के रूप में प्रोत्साहित किया जा रहा है। संयुक्त दल द्वारा एनपीसीडीसीएस आयुष एकीकरण गतिविधियों के लिए पायलट जिलों का चयन किया गया है। चयनित जिलों में होम्योपैथी के लिए दार्जिलिंग (पश्चिम बंगाल) और कृष्णानगर (आंध्र प्रदेश) आयुर्वेद के लिए गया (बिहार), भीलवाड़ा (राजस्थान) और सुरेन्द्रनगर (गुजरात), तथा आयुर्वेद के लिए लखीमपुर खीरी (उत्तर प्रदेश) शामिल है।

?k- ,uihlhMhlh,l dk lkFk vkj,uVhlhih dk ,dhdj.k% भारत में क्षयरोग और मधुमेह के प्रबंधन के लिए एक राष्ट्रीय रणनीति तैयार करने के लिए, आरएनटीसीपी और एनपीसीडीसीएस के

कार्डियक केयर यूनिट

जिला कैंसर सुविधा केन्द्र

मौजूदा कार्यक्रमों के भीतर ''संयुक्त क्षयरोग–मधुमेह सहयोगात्मक गतिविधियों के लिए राष्ट्रीय संरचना विकसित किया गया है। इससे क्षयरोग और मधुमेह दोनों की रूग्णता की दो तरफा जांच, शीघ्र पहचान और बेहतर उपचार परिणाम सुनिश्चित होगा।

7-1-4 jk"Vh; d lj] e/keg] °nokfgdk jkx ¼Vhlhlhlh½ vkj vk?kkr jkdFkke vkj fu;=.k dk;Øe ¼,uihlhMhlh,l½

कैंसर द्वितीयक देखभाल योजना (टीसीसीसी) को मजबूत बनाने के लिए निम्नलिखित गतिविधियों के साथ राष्ट्रीय कैंसर, मधुमेह, हृदवाहिका रोग और आघात रोकथाम और नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीसीडीसीएस) के तहत एक योजना चलाई जा रही है।

इस योजना के तहत, राज्य कैंसर संस्थान (एससीआई)/तृतीयक कैंसर देखभाल केन्द्र गहन कैंसर निदान, उपचार और देखभाल सेवाएं प्रदान करेगा। एससीआई कैंसर संबंधी गतिविधियों के लिए राज्य में शीर्ष संस्थान होगा। एससीआई आऊटरीच सेवाएं, निदान और रेफरल उपचार प्रदान करेगा, उपचार प्रोटोकॉल विकसित करेगा, शोधकार्य करेगा तथा इस क्षेत्र में राज्य के कर्मिकों की क्षमता बढ़ाएगा। टीसीसीसी द्वारा उन्हीं गतिविधियों, को निचले स्तर पर चलाया जाएगा।

,llhvkb vkj Vhlhlhlh dh vif{kr Hkfedk

- एससीआई/टीसीसीसी द्वारा गहन कैंसर निदान, उपचार और देखभाल सेवाएं प्रदान की जाएगी;
- एससीआई इस क्षेत्र में एक रोल मॉडल और अग्रणी होगा। यह अन्य सरकारी संस्थानों (टीसीसीसी और आरसीसी) को सलाह देने के लिए नोडल और शीर्ष संस्थान के रूप में कार्य करेगा। उसी प्रकार टीसीसीसी को अपने संबंधित क्षेत्रों में (वे क्षेत्र जहां से रोगी टीसीसीसी में आते हैं) जिला स्तर और उससे नीचे के अस्पतालों सहित कैंसर से संबंधित गतिविधियों में भी सलाह देनी चाहिए;
- एससीआई/टीसीसीसी कैंसर की रोकथाम को बढ़ावा देना; और एनपीसीडीसीएस के अंतर्गत आउटरीच और अन्य गतिविधियों तथा अन्य संबंधित जन स्वास्थ्य कार्यक्रमों में भाग लेगा।
- एससीआई/टीसीसीसी कैंसर के डॉक्टरों/स्वास्थ्य कार्मियों के प्रशिक्षण में सहायता करेगा;
- एससीआई/टीसीसीसी कैंसर पंजीकरण कार्यक्रम में भाग लेना;
- एससीआई/टीसीसीसी कैंसर के लिए अनुसंधान गतिविधियों को बढ़ावा देना; और
- एनपीसीडीसीएस और अन्य सरकारी कार्यक्रमों के तहत कैंसर की जांच किए गए रोगी टीसीसीसी और एससीआई में तृतीयक देखभाल निदान और उपचार प्राप्त करेगें।

इस योजना के तहत, राज्य के हिस्से सहित एससीआई के लिए 120 करोड़ रू. और टीसीसीसी के लिए 45 करोड़ रू. का एक–मुश्त अनुदान देने का प्रावधान किया गया है। इस अनुदान का उपयोग उपकरणों की प्राप्ति और भवन निर्माण के लिए किया जाएगा। केन्द्र और राज्य सरकार के हिस्से का अनुपात 75:25 हैं (पूर्वोत्तर राज्यों और पहाड़ी राज्यों को छोड़कर, जहां हिस्से का अनुपात 90:10 है) वर्ष 2015–16 से केन्द्र और राज्य के बीच धनराशि के हिस्सेदारी का अनुपात बदलकर 60:40 कर दिया गया है। जबकि पूर्वोत्तर और पहाड़ी राज्यों का अनुपात 90:10 पर ही रखा गया है।

o"k 2014&15 d nkjku ,uihlhMhlh,l d Vhlhlhlh ;ktuk d rgr tkjh dh xb foRrh; lgk;rkA

Ø- l-	jkT;	lLFkku dk uke	ftld fy, ifj;ktuk dh etjh nh xb
1.	कर्नाटक	किदवई मेमोरियल इंस्टीट्यूट ऑफ ओंकालॉजी (आरसीसी), बेंगलुरू	एससीआई
2.	केरल	सरकारी मेडिकल कॉलेज, कोझीकोड	टीसीसीसी
3.	त्रिपुरा	कैंसर अस्पताल (आरसीसी), अगरतला	एससीआई
4.	गुजरात	गुजरात कैंसर रिसर्च इंस्टीट्यूट, अहमदाबाद	एससीआई
5.	पश्चिम बंगाल	सरकारी मेडिकल कॉलेज, बर्धमान	टीसीसीसी
6.	जम्मू और कश्मीर	शेर–ए–कश्मीर इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल सांइसेज्, श्रीनगर	एससीआई
7.	तमिलनाडु	कैंसर इंस्टीट्यूट (आरसीसी), आडियार, चेन्नई	एससीआई

o"k 2015&16 d nkjku ,uihlhMhlh,l d Vhlhlhlh ;kstuk d rgr vuekfnr ifj;kstuk

Ø- l-	jkT;	lLFkku dk uke	ftld fy, ifj;kstuk dh eatjh nh xbZ
1.	हिमाचल प्रदेश	इंदिरा गांधी मेडिकल कॉलेज, शिमला	टीसीसीसी
2.	उत्तर प्रदेश	संजय गांधी स्नातकत्तोर इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल सांइसेज्, लखनऊ	टीसीसीसी
3.	मिजोरम	सिविल अस्पताल, आइजवल	टीसीसीसी
4.	बिहार	इंदिरा गांधी इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल सांइसेज्, पटना	एससीआई

7-2 jk"Vªh; rackdw fu;a=.k dk;ZØe ¼,uVhlhih½

भारत विश्व में तंबाकू का दूसरा सबसे बड़ा उपभोक्ता है। भारत में तंबाकू के प्रकोप में काफी भिन्नता है इसमें धुंए और धूम्ररहित तंबाकू उत्पादों का भी उपयोग किया जाता है और इसकी इकाइयों में बीड़ी और धूम्ररहित उत्पादों का विनिर्माण करने वाली संगठन के अभाव वाली इकाइयां भी हैं और बहुराष्ट्रीय निगम भी हैं। भारत में हर वर्ष तंबाकू से होने वाले रोगों से लगभग 1 मिलियन लोगों के मरने का अनुमान है। तंबाकू के उपयोग से विश्व भर में लगभग 6 मिलियन लोग प्रति वर्ष मरते हैं।

वैश्विक वयस्क तम्बाकू सर्वेक्षण भारत (जीएटीएस 2010) में पाया गया कि जो 15 वर्ष एवं उससे अधिक की आयु समूह के 35 भारतीय वयस्क किसी न किसी रूप में तम्बाकू का उपभोग करते हैं। विशेष रूप से धूम्ररहित तंबाकू उत्पादों (एसएलटी) के उपयोग की स्थिति अत्यधिक गम्भीर है देश में लगभग 33 प्रतिषत वयस्क पुरुष और 18 प्रतिशत महिलाएं एसएलटी का उपभोग कर रहे हैं। भारत में 20–34 आयु समूह वाले व्यक्तियों में रोज तंबाकू का उपयोग करना शुरू करने की औसत उम्र कम हो कर 17.8 वर्ष हो गई है। वैश्विक युवा तम्बाकू सर्वेक्षण – (जीवाईटीएस), 2006 के अनुसार भारत में 13–15 वर्ष की आयु समूह के 14.6 प्रतिशत छात्र किसी रूप में तम्बाकू का इस्तेमाल करते हैं:– 4.4 प्रतिशत सिगरेट पीते हैं और 12.5 प्रतिशत तंबाकू का किसी अन्य रूप में उपयोग करते हैं।

तम्बाकू सेवन तथा अप्रत्यक्ष धूम्रपान (एसएचएस) के खतरनाक दुष्प्रभावों से युवाओं और जन सामान्य को बचाने की मंशा से भारत सरकार ने ''सिगरेट और अन्य तम्बाकू उत्पाद (विज्ञापन का प्रतिषेध और व्यापार और वाणिज्य, उत्पादन, आपूर्ति और वितरण का विनियमन) अधिनियम 2003 (सीओटीपीए–2003)'' नामक कानून बनाया है। कानून के विशेष उपबंधों में, सार्वजनिक स्थानों पर धूम्रपान पर प्रतिबंध (धारा–4); सिगरेट और अन्य तम्बाकू उत्पादों के प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष विज्ञापन, संवर्धन एवं प्रयोजन पर प्रतिबंध (धारा–5); 18 वर्ष से कम आयु के व्यक्तियों को सिगरेट और अन्य तम्बाकू उत्पादों की बिक्री करने पर प्रतिबंध [(धारा–6क)]; शैक्षिक संस्थाओं के समीप तम्बाकू उत्पादों की बिक्री करने पर प्रतिबंध [(धारा–6ख)]; और तम्बाकू उत्पादों के पैक पर सांविधिक चेतावनियों (चित्रात्मक चेतावनियों सहित) का अनिवार्य प्रदर्शन (धारा–7) शामिल हैं। डब्ल्यूएचओ फ्रेमवर्क कंवेंशन ऑन टोबैको कंट्रोल (एफसीटीसी) के निर्माण हेतु विचार–विमर्श में भारत एक अग्रणी देश था जिसने फरवरी 2004 में इसकी पुष्टि की थी। भारत डब्ल्यूएचओ एफसीटीसी के लक्ष्यों और प्रावधानों के लिए प्रतिबद्ध है तथा सभी संगत पणधारकों के साथ सक्रिय भागीदारी करते हुए और तंबाकू नियंत्रण के मामले से विश्वव्यापी रूप से निपटने के लिए समझौते के उद्देश्यों को प्राप्त करने का प्रयास कर रहा है। इसके अतिरिक्त, भारत कुछ ऐसे देशों में से एक है जिसने एक समर्पित राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी) आरभ किया है। एनटीसीपी तम्बाकू नियंत्रण कानून–सीओटीपीए–2003 का प्रभावी रूप से कार्यान्वित करने तथा तम्बाकू के उपयोग के हानिकारक प्रभावों और तंबाकू नियंत्रण कानूनों के बारे में जागरूकता लाने का प्रयास कर रहा है। 12वीं पंचवर्षीय योजना अवधि के दौरान एनटीसीपी के तहत शामिल किए जाने वाले अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्र हैं– स्वास्थ्य एवं सामाजिक कार्यकर्ताओं, एनजीओ, स्कूल शिक्षकों, प्रवर्तन अधिकारियों आदि का प्रशिक्षण, स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम, ग्राम स्तरीय तंबाकू नियंत्रण गतिविधियों के लिए पंचायती राज संस्थानों के साथ समन्वय; और जिला स्तर पर भेषज–विज्ञान उपचार सुविधाओं के प्रावधान सहित नशा–मुक्ति सुविधा केंद्रों की स्थापना और उनका सुदृढ़ीकरण करना। एनटीसीपी देशभर में स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी प्रणाली के सभी स्तरों पर

तंबाकू मुक्ति सेवाओं के विस्तार के साथ–साथ गुणवत्ता में सुधार लाने के लिए वचनबद्ध है।

7-2-1 o"kZ 2015&16 dk nkSjku izeq[k miyfC/k;k¡

वर्तमान में भारत के 35 राज्यों में राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ को सहायता प्रदान की जाती है। गैर–संचारी रोग हेतु 'राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन' (एनएचएम) फैलेक्सीपूल के तहत 31 राज्यों के 108 जिलों में जिला तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठों को सहायता प्रदान की जाती है।

खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम, 2006 के तहत जारी दिनांक 1 अगस्त, 2011 के खाद्य सुरक्षा और मानक (ब्रिकी पर निषेध और प्रतिबंध) विनियम 2011 निर्धारित करता है कि तंबाकू और निकोटीन को किसी खाद्य उत्पाद के संघटक के तौर पर प्रयोग नहीं किया जाएगा। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के लगातार प्रयासों से 34 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों ने पिछले वर्ष तंबाकू या निकोटीन वाले गुटका और पान–मसाला के विनिर्माण, बिक्री और भण्डारण पर प्रतिबंध लगाने वाले खाद्य सुरक्षा विनियम को क्रियान्वित करने के लिए आदेश जारी किए हैं। इन 34 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों ने वर्ष 2015–16 के लिए तंबाकू या निकोटीन वाले गुटका और पान–मसाला पर प्रतिबंध को जारी रखा है। इसके अतिरिक्त, कई राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों –मिजोरम, मणिपुर, महाराष्ट्र, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, आंध्र प्रदेश, पश्चिम बंगाल, दादरा एवं नागर हवेली और दिल्ली में नाम या रूप पर ध्यान दिए बिना धूमरहित तम्बाकू उत्पादों के सभी रूपों जैसे चबाने वाले तंबाकू, जर्दा, खैनी और अन्य सुगंधित तथा संसाधित किए गए चबाने वाले तम्बाकू पर प्रतिबंध लगाया गया है। उल्लेखनीय रूप से स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने संसाधित/सुगंधित चबाने वाले तम्बाकू के सभी रूपों पर प्रतिबंध को कार्यान्वित करने के लिए खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम 2006 के तहत आवश्यक अधिसूचना जारी करने पर विचार करने के लिए सभी राज्यों को पत्र लिखा है।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ग्लोबल वयस्क तम्बाकू सर्वेक्षण (जीएटीएस–2) के दूसरे चरण का आयोजन करने जा रहा है। जीएटीएस–2 तम्बाकू के प्रयोग के प्रचलन की निगरानी करेगा और देश में प्रमुख तम्बाकू नियंत्रण संकेतकों का पता लगाएगा। टाटा सामाजिक विज्ञान संस्थान (टीआईएसएस), मुम्बई का यह सर्वेक्षण कराने के लिए प्रमुख एजेंसी के रूप में चयन किया गया है। इसके अलावा, सर्वेक्षण की संपूर्ण प्रक्रिया की निगरानी करने के लिए एक तकनीकी सलाहकार और निगरानी समिति (टीएएमसी) की स्थापना की गई है। जीएटीएस–2 के लिए अनुसंधान साधन/प्रश्नावली को अंतिम रूप दिया जा रहा है। इस सर्वेक्षण को वित्तीय वर्ष 2015–16 में आयोजित किया जाएगा और इसके परिणाम 2016 के अंत तक या 2017 के प्रारंभ में प्राप्त होने की संभावना है।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अथक प्रयासों के परिणामस्वरूप वित्त मंत्रालय ने बजट 2015–16 में 65 मिलीमीटर तक लम्बाई की सिगरेट पर 25 प्रतिशत तथा अन्य लम्बाई की सिगरेटों पर 15 प्रतिशत उत्पाद शुल्क बढ़ाया है। इसी प्रकार की वृद्धि सिगारों, चेरूट और सिगारिलों पर भी लगाई गई है। इसके अलावा, सचिव (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण) ने सचिव (राजस्व) से जन स्वास्थ्य और कल्याण के हित में निम्नलिखित नीतिगत विकल्पों पर विचार करने का अनुरोध किया है:

- सभी तम्बाकू उत्पादों के लिए एक 'व्यापक कर नीति' का विकास करना ताकि उन पर समान दरों पर कर लगाया जा सके और वे परिवार आय में मुद्रा स्फीति और परिवर्तनों दोनों से संबद्ध हो सके।
- सिगरेट पर लगाए गए केन्द्रीय उत्पाद शुल्क को सभी स्लैब पर एक–समान बढ़ाया जाए और इसके अतिरिक्त यथा–मूल्य कर लगाया जाए।
- बीड़ी पर लगाया गया केन्द्रीय उत्पाद शुल्क बढ़ाया जाए और कराधान के प्रयोजनार्थ हस्त निर्मित बीड़ी और मशीन से निर्मित बीड़ी के अंतर को हटा दिया जाए।

तम्बाकू नियंत्रण कानून – 'सिगरेट और अन्य तम्बाकू उत्पाद (विज्ञापन का निषेध तथा व्यापार और वाणिज्य उत्पादन, आपूर्ति और वितरण का विनियम) अधिनियम,

2003 (सीओटीपीए–2003)' की समीक्षा करने और संशोधनों के लिए सुझाव देने के लिए एक समिति के लिए गठन किया गया था। इसकी सिफारिशों के आधार पर मंत्रिमंडल के लिए एक नोट का प्रारूप तैयार किया गया है और उसे अंतर–मंत्रालयीन परामर्श के लिए परिचालित किया गया। आम जनता सहित सभी भागीदारों की टिप्पणियां प्राप्त प्राप्त करने के लिए पूर्व विधायी परामर्श के भाग के रूप में संशोधन विधेयक पब्लिक डोमेन में रखा गया।

मंत्रालय तीन तम्बाकू उत्पाद परीक्षण प्रयोगशालाओं (एक शीर्ष तथा दो क्षेत्रीय) की स्थापना करने की प्रक्रिया में है।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने कंपनी अधिनियम, 2013 की धारा 135 तथा उनके अंतर्गत बनाए गए नियमों के अंतर्गत निगमित सामाजिक उत्तरदायित्व (सीएसआर) के अनुसरण में अपने कार्यकलापों से अवांछित आनुषंगिक लाभ प्राप्त करने के लिए तम्बाकू उद्योग को रोकने के लिए एक प्रणाली विकसित कराने के उद्देश्य से कॉपोरेट कार्य मंत्रालय के प्रतिनिधियों के साथ बैठकें आयोजित की हैं।

विश्व तम्बाकू निषेध दिवस (डब्ल्यूएनटीडी–2015) को मनाने के लिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने वित्त मंत्रालय और स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के सहयोग से 'तम्बाकू उत्पादों के अवैध व्यापार की रोकथाम' विषय पर एक–दिवसीय परामर्श का आयोजन किया। इस परामर्श का उद्देश्य नीति निर्माताओं और कार्यान्वयन एजेंसियों को तम्बाकू उत्पादों के वित्तीय, कानूनी और अवैध व्यापार के स्वास्थ्य पर पड़ने वाले प्रभावों के बारे में जागरूक करना था। कार्यशाला के भागीदारों में केन्द्रीय उत्पाद और शुल्क बोर्ड (सीबीईसी) तथा खाद्य एवं औषधि प्रशासन विभाग के अधिकारी शामिल हैं।

विभाग ने कृषि और सहकारिता विभाग से तम्बाकू बोर्ड (वाणिज्य मंत्रालय) द्वारा प्रस्तावित 'बार्न वाई आउट योजना' की जांच करने के लिए अनुरोध किया था जिसमें ऐसे किसानों को 500,000 रू. प्रति बार्न की सहायता उपलब्ध थी, जो तम्बाकू खेती को बदलने के लिए तैयार थे तथा इस प्रायोगिक परियोजना के अंतर्गत परिकल्पित अनुसार वैकल्पिक फासलों का चयन करने से संबंधित भारत सरकार और राज्य सेवाए द्वारा कार्यान्वित की जा रही योजनाओं को भी किसानों से जोड़ा जा रहा है।

विभाग ने सचिव आर्थिक कार्य विभाग वित्त मंत्रालय से यह सुनिश्चित करने का भी अनुरोध किया कि भारत सरकार का कोई सार्वजनिक क्षेत्र का उपक्रम (पीएसयू) तम्बाकू उद्योग में निवेश न करें। उल्लेखनीय है कि तम्बाकू नियंत्रण पर विश्व स्वास्थ्य संगठन फ्रेमवर्क सम्मेलन के अनुच्छेद 5.3 में देशों को अपने क्षेत्राधिकार में तम्बाकू उद्योग को किसी अधिमान उपचार की सीमित करने के लिए आवश्यक सुरक्षा करने का अधिदेश दिया गया है।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने 24 सितम्बर, 2015 को यह अधिसूचित किया कि 15 अक्तूबर, 2014 को पूर्व में अधिसूचित 'तम्बाकू पैक चित्रात्मक चेतावनी' पर नए नियम 1 अप्रैल, 2016 से लागू होंगे। उल्लेखनीय है कि इन नियमों में तंबाकू उत्पाद पैक के दोनों और 85 प्रतिशत मूल प्रदर्शित क्षेत्र पर चित्रात्मक स्वास्थ्य चेतावनी प्रदर्शित करने (चित्र के लिए 60 प्रतिशत तथा पाठ के लिए 25 प्रतिशत) का अधिदेश दिया गया है।

7-2-2 jkT;k }kjk vPNh jhfr;k

उत्तराखंड, पंजाब, राजस्थान, हरियाणा, मिजोरम, चंडीगढ़ और उत्तर प्रदेश की राज्य/संघ राज्य क्षेत्र की सरकारों ने सीओटीपीए, 2003 की धारा 7 के तहत खुली सिगरेट की बिक्री पर प्रतिबंध लगाने का आदेश/अधिसूचना जारी किया।

झारखंड सरकार द्वारा जिला स्तर पर मानसिक अपराध समीक्षा बैठकों में एक एजेंडा के रूप में सीओटीपीए उल्लंघनों को शामिल करने के लिए पूरे राज्य के सभी जिला पुलिस प्रमुखों को एक पत्र भेजा गया। इसे मंत्रालय द्वारा प्रस्तुत राष्ट्रीय तम्बाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी) के प्रचालनशील दिशा–निर्देशों की तर्ज पर किया गया है।

उत्तर प्रदेश सरकार ने विभिन्न तम्बाकू उत्पादों पर वैट बढ़ा दिया अधिसूचना के अनुसार सिगरेट, सिंगार और पान मसाला पर 40 प्रतिशत कर लगाया जाएगा। इससे पहले सिगरेट और सिंगार पर 25 प्रतिशत वैट था जबकि पान मसाला को 30 प्रतिशत बढ़ाया गया।

मिजोरम सरकार ने सभी तम्बाकू उत्पादों पर मौजूदा 20 प्रतिशत वैट से बढ़ाकर 30 प्रतिशत कर दिया।

जुलाई 2015 में पंजाब सरकार द्वारा राज्य में डब्ल्यूएचओ एफसीटीसी की धारा 5.3 के विभिन्न प्रावधानों को लागू करने के लिए एक अधिकार–प्राप्त समिति का गठन करने की अधिसूचना की गई। समिति की अध्यक्षता प्रधान सचिव (स्वास्थ्य), पंजाब सरकार द्वारा की जाएगी तथा इसमें सभी भागीदार सरकारी विभागों का प्रतिनिधित्व होगा।

11 सितंबर, 2015 को मिजोरम राज्य के दूसरे तंबाकू रोधी दिवस को मनाते हुए मिजोरम सरकार ने सीओटीपीए की धारा–4 और धारा–6 के प्रावधानों को लागू करने के लिए राज्यभर के विभिन्न पुलिस कार्मिकों और अन्य संबंधित अधिकारियों को प्राधिकृत करते हुए अधिसूचना जारी की है।

अपने क्षेत्राधिकार में सीओटी, 2003 के कार्यान्वयन की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए तथा जिलों में सीओटीपीए–2003 के विविध प्रावधानों के कार्यान्वयन में परिवीक्षाधीन आईएएस/आईपीएस/पीसीएस/पीपीएस अधिकारियों को शामिल करने के लिए राज्यभर के सभी डिविजनल कमिश्नर को प्रधान सचिव (गृह), उत्तर प्रदेश, सरकार द्वारा एक सरकारी आदेश जारी किया गया था।

तेलंगाना राज्य में सीओटीपीए–2003 के प्रावधानों के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए, राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ द्वारा 15000 चालान बुक प्रिंट कराई गईं और राज्य के सभी 10 जिलों के विभिन्न सरकारी विभागों को वितरित की गई थीं।

राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, असम इस संबंध में विधि प्रवर्तन एजेंसियों के सहयोग से राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ द्वारा नियमित प्रवर्तन अभियान चला रहा है; जिसमें जोरहाट और मेट्रो के एनटीसीपी जिलों के बार और रेस्त्रां में धारा–4 के उल्लंघन पर विशेष बल दिया जा रहा है।

राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, महाराष्ट्र ने तंबाकू नियंत्रण के लिए ब्लाक–स्तरीय और ग्राम–स्तरीय समन्वय समितियों के गठन से संबंधित ब्यौरेवार दिशानिर्देशों का निर्माण किया है। यह राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ द्वारा इस मामले प्रस्तुत व्यापक दिशानिर्देशों के अनुरूप है।

तकनीकी शिक्षा निदेशालय, पश्चिम बंगाल सरकार ने एक अधिसूचना के द्वारा राज्य के सभी तकनीकी कॉलेजों को तंबाकू–मुक्त शिक्षण संस्थान घोषित किया। यह राज्य तंबाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, पश्चिम बंगाल के परामर्श से किया गया था।

लगभग सभी राज्य तंबाकू नियंत्रण के कार्य में शामिल लोगों के लिए प्रशिक्षण एवं ओरिएंटेशन कार्यक्रम तथा तंबाकू नियंत्रण पर जागरूकता कार्यक्रम चला रहे है।

7-3 jk"Vªh; ekufld LokLF; dk;Øe ¼,u,e,pih½

7-3-1 ekufld LokLF; lc/kh fodkjk dk ckÖk

मानसिक बीमारी देश में रूग्णता के एक प्रमुख कारण के रूप में उभर रही है। इन बीमारियों में अन्य विकारों के साथ–साथ अवसाद, बाइपोलर मानसिक अवस्था विकास, चिंता, व्यक्तित्व संबंधी विकास, विभ्रम, मादक पदार्थ के सेवन संबंधी विकार, मनोवैज्ञानिक एवं यौन विकार, निद्रा संबंधी विकार शामिल हैं। ऐसा अनुमान है कि किसी भी समय में भारत में 6% से 7% की आबादी किसी–न–किसी प्रकार की मानसिक बीमारी से पीड़ित होती है। डब्ल्यूएचओ का अनुमान है कि चार में से एक व्यक्ति अपने जीवनकाल में कम–से–कम एक बार किसी मानसिक बीमारी से प्रभावित होगा। अपने स्वास्थ्य संबंधी लक्ष्यों को हासिल करने के लिए रोकथाम, उपचार एवं पुनर्वास के जरिए मानसिक बीमारी का समाधान करना आवश्यक है। साथ ही, उत्पादकता में वृद्धि पर भी इसका हितकर प्रभाव पड़ेगा जिसके फलस्वरूप अर्थव्यवस्था के लिए आय के स्तरों में वृद्धि होगी। अच्छे मानसिक स्वास्थ्य से जीवन की गुणवत्ता में भी सुधार आएगा। गरीबी और मानसिक बीमारी के बीच गहरा संबंध है। अतः मानसिक बीमारी का समाधान करते हुए गरीबी और सुविधाओं से वंचित रह जाने का भी समाधान होगा।

मानसिक स्वास्थ्य की जानकारी एवं दक्षताओं को प्रोत्साहित करने तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा विकास में सामुदायिक भागीदारी को बढ़ावा देने तथा समुदाय में स्वसहायता को प्रेरित करने के लिए सभी के लिए न्यूनतम मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या की उपलब्धता एवं सुगमता सुनिश्चित

करने के उद्देश्य से 1982 में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम शुरू किया गया था।

चूंकि अधिकांश मानसिक विकारों में अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं होती है और इनका उपचार सामुदायिक स्तर पर किया जा सकता है अतः धीरे–धीरे मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं का दृष्टिकोण अस्पताल आधारित परिचर्या (संस्थागत) से बदलकर समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या हो गया है।

7-3-2 ftyk ekufld LokLF; dk;Øe

निम्हांस, बंगलौर द्वारा बनाए गए बेल्लारी मॉडल के आधार पर जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (1996) शुरू किया गया था। मानसिक रूप से बीमार होने की शीघ्र पहचान के अतिरिक्त जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम में अब जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम में प्रोत्साहन वर्धक और रोकथाम संबंधी क्रियाकलापों को शामिल किया गया है जिनमें शामिल हैं :–

- विद्यालय मानसिक स्वास्थ्य सेवाएंः विद्यालय में जीवन कौशल शिक्षा, परामर्श सेवा;
- कॉलेज परामर्शी प्रशिक्षण सेवाएंःशिक्षक/परामर्शदाता के जरिए;
- कार्य स्थल तनाव प्रबंधनः औपचारिक तथा अनौपचारिक क्षेत्र जिनमें कृषक, महिलाएं आदि शामिल हैं;
- आत्महत्या रोकथाम सेवाएंः जिला स्तर पर परामर्शी केन्द्र, सुग्राही कार्यशालाएं, आईईसी, हेल्पलाइन्स आदि।

वर्तमान में, देश के 241 जिलों में डीएमएचपी का विस्तारकिया गया है।

7-3-3 tu'kfä fodkl ;kstuk,a

देश में मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में योग्य पेशेवरों की अत्यधिक कमी है। जनशक्ति की कमी को पूरा करने के लिए सरकार ने अनेक योजनाएं आरम्भ की हैं।

d- ekufld LokLF; ds {ks= esa mRd"Vrk dsUæ dh LFkkiuk&जनशक्ति की अत्यधिक कमी को दूर करने तथा दीर्घावधि तक अत्याधुनिक मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाओं की व्यवस्था के लिए अभिज्ञात मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य अस्पतालों/संस्थानों का उन्नयन एवं सुदृढ़ीकरण करके मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में उत्कृष्टता केंद्र स्थापित किये जा रहे हैं। अभी तक मानसिक स्वास्थ्य में उत्कृष्टता केन्द्रों के रूप में बनाए जाने के लिए 11 मानसिक स्वास्थ्य संस्थाओं को वित्त–पोषित किया गया है। 12वीं पंचवर्षीय योजनावधि के दौरान 337 करोड़ रुपए (प्रति केन्द्र 33.70 करोड़ रूपए तक) की कुल बजटीय सहायता से 10 और उत्कृष्टता केन्द्रों की स्थापना करने की परिकल्पना की गई है।

[k- Lukrdksÿkj izf'k{k.k foHkkxksa dh LFkkiuk@mUu;u&मानसिक स्वास्थ्य में जनशक्ति के विकास को प्रोत्साहन देने के लिए अन्य प्रशिक्षण केन्द्र (सरकारी मेडिकल कॉलेज, सरकारी सामान्य अस्पताल/राज्य द्वारा चलाए जाने वाले मानसिक स्वास्थ्य संस्थान) को मानसिक स्वास्थ्य में स्नातकोत्तर पाठ्रयक्रम आरम्भ करने हेतु या दाखिले की क्षमता बढ़ाने के लिए भी सहायता दी जाएगी। अब तक मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञताओं अर्थात मनश्चिकित्सा, क्लिनिक मनोविज्ञान, मनश्चिकित्सीय नर्सिंग और मनश्चिकित्सा सामाजिक कार्य में 27 स्नातकोत्तर विभागों की स्थापना/सुदृढ़ीकरण के लिए सहायता दी गई थी। 12वीं पंचवर्षीय योजनावधि के दौरान प्रति पीजी विभाग के लिए 0.87 करोड़ से 0.99 करोड़ की सीमा सहित मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञताओं में 93 अतिरिक्त पीजी विभागों की स्थापना/सुदृढ़ीकरण के लिए सहायता प्रदान करने की परिकल्पना की गई है।

7-3-4 vuqla/kku vkSj izf'k{k.k

देश में मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में अनुसंधान में कमी है। मूलभूत, अनुप्रयुक्त और प्रचालनात्मक अनुसंधान करने के लिए संस्थानों/संगठनों को मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में धनराशि प्रदान की जाएगी। कुशल मानसिक स्वास्थ्य जनशक्ति की कमी को दूर करने के लिए अभिज्ञात संस्थाओं

में डीएमएचपी टीम को एक लघु अवधि का कौशल आधारित प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा। मानक उपचार दिशा–निर्देश, प्रशिक्षण मॉड्यूल्स, सीएमई, मानसिक स्वास्थ्य में दूरस्थ शिक्षा ज्ञान पाठ्यक्रम, सर्वेक्षण आदि को भी सहायता दी जाएगी।

7-3-5 lpuk] f'k{kk vkj lpkj ¼vkbblh½

यह देखा गया है कि मानसिक रोगों और इसके उपचार के विषय में कम जागरूकता है। मानसिक रोगों से ढेर सारे कलंक जुड़े हुए हैं, जिससे उपलब्ध मानसिक स्वास्थ्य संसाधनों का कम उपयोग हो पाता है। मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम, 1987 के उपबंधों के संबंध में सार्वजनिक एवं कार्यान्वयन प्राधिकारियों में जागरूकता भी बहुत कम है। जिला स्तर पर जिला स्वास्थ्य कार्यक्रम द्वारा सूचना शिक्षा और संप्रेषण के क्रियाकलापों के जरिए इन मुद्दों को हल किया जाता है। जिला स्तरीय क्रियाकलापों के अतिरिक्त राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम प्रभाग, श्रव्य–दृश्य और प्रिंट मीडिया के जरिए राष्ट्रव्यापी जन प्रचार मीडिया अभियानों को संचालित करता है। मानसिक विकृतियों संबंधी मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं तथा कलंक में कमी लाने के संबंध में जागरूकता पैदा करने संबंधी एक गहन राष्ट्रीय स्तरीय मास मीडिया अभियान एनएमएचपी के अंतर्गत शुरू किया गया था।

7-3-6 dUæ rFkk jkT; ekufld LokLF; ikf/kdj.kksa dk fy, lgk;rk

मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम, 1987 के अनुसार केन्द्र स्तर पर केन्द्रीय मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण और राज्य स्तर पर राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण का प्रावधान है। इन सांविधिक शासी निकायों को एक राज्य/संघ राज्य क्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के विकास, विनियमन और समन्वय सेवाओं के कार्य सौंपे जाते हैं और वे अपने संबंधित राज्यों तथा संघ (राज्य क्षेत्रों में मानसिक स्वास्थ्य) अधिनियम, 1987 के कार्यान्वयन के लिए भी उत्तरदायी होता है। राज्यों में क्रियात्मक एसएमएचए होने चाहिए ताकि मानसिक स्वास्थ्य क्रियाकलाप शुरू किए जा सकें। अब तक 32 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में 32 राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकारियों को निधियां प्रदान की गई हैं।

7-3-7 fuxjkuh rFkk eY;kdu

राज्यों में मौजूदा एनएमएचपी योजनाओं के कार्यान्वयन में सुधार लाने और निगरानी को सुदृढ़ बनाए जाने के लिए 12वीं योजना अवधि के दौरान कार्यक्रम के तहत सहायता को अनुमोदित किया गया है। निम्हांस, बंगलुरू के माध्यम से देश में मानसिक रोगियों की संख्या तथा मानसिक स्वास्थ्य संसाधन की उपलब्धता सुनिश्चित करने हेतु एक सर्वेक्षण किया गया।

7-3-8 n'k dk fofHkUu ljdkjh ekufld LokLF; lLFkkuksa dk okLrfod dkedkt dh tkp

भारत के माननीय उच्चतम न्यायालय ने डॉ उपेन्द्र बक्शी बनाम उत्तर प्रदेश राज्य और अन्य मामले में दिनांक 09.4.2015 के अपने आदेश में, *अन्य बातों के साथ साथ* केंद्र सरकार, स्वास्थ्य मंत्रालय को संयुक्त सचिव की अध्यक्षता वाली एक समिति के गठन करने का निदेश दिया, जो प्रत्येक राज्य/संघ राज्य क्षेत्रों के दो प्रख्यात चिकित्सकों सहित, राज्य मानवाधिकार आयोग के सदस्य सचिव व राज्य विधिक सेवा प्राधिकरण सहित संबंधित राज्य के स्वास्थ्य सचिवों संघ राज्य क्षेत्रों के स्वास्थ्य सेवा निदेशक के सहयोग से संबंधित राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में स्थापित विभिन्न संस्थानों के मौजूदा कामकाज की जांच करेगी।

उपर्युक्त दिशा–निर्देशों के अनुसरण में, सचिव स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भारत सरकार ने स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग में सेवारत दस संयुक्त सचिवों को, अधिकारियों के गठित दल के साथ मिलकर विभिन्न मानसिक स्वास्थ्य संस्थानों में मौजूदा कामकाज की वास्तविक जांच करने का निदेश दिया है।

मानसिक स्वास्थ्य संस्थानों का दौरा करने विभिन्न दलों को मार्गदर्शन प्रदान करने के लिए और आकलन के मानदण्ड में समानता लाने के लिए स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय (डीजीएचएस) के अधिकारियों द्वारा एक जांच सूची तैयार की गई थी। इसके पश्चात, उक्त जांच सूची की निम्हांस, बंगलुरू के विशेषज्ञ मार्गदर्शन में विधीक्षा की गई थी और तदनुसार रिर्पोटिंग के लिए संबंधित दलों द्वारा उसका

उपयोग किया गया था।

कुल 43 मानसिक स्वास्थ्य संस्थानों का दौरा किया गया था। इनमें से, तीन संस्थान नामतः राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य एवं तंत्रिका विज्ञान संस्थान (निम्हांस), बंगलुरू; केन्द्रीय मनश्चिकित्सा संस्थान, रांची; और लोकप्रिय गोपीनाथ बारदोलाई क्षेत्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थान, तेजपुर, असम भारत सरकार के प्रशासनिक नियंत्रण में आते हैं। शेष 40 संस्थान विभिन्न राज्यों के हैं।

निरीक्षणों की प्रगति और उसकी टिप्पणियों/सिफारिशों की कई मामलों में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के सचिव द्वारा समीक्षा की गई थी। तत्पश्चात, ऐसे सभी संबंधित राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के संबंधित मुख्य सचिवों द्वारा एक एडवाइजरी जारी की गई थी, जहां मानसिक स्वास्थ्य संस्थान मौजूद हैं, एडवाइजरी में निरीक्षण दलों की टिप्पणियों/सिफारिशों पर बल दिया गया था।

7-4 jk"Vh; nf"Vghurk fu;=.k dk;Øe ¼,uihlhch½

वर्ष 1976 में राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीसीबी) एक शत–प्रतिशत केंद्रीय प्रायोजित योजना के रूप में वर्ष 2020 तक दृष्टिहीनता की दर 0.3 प्रतिशत तक कम करने के लक्ष्य के साथ आरंभ किया गया था। 2006–07 के दौरान एनपीसीबी के तहत परिहार्य दृष्टिहीनता के संबंध में कराए गए त्वरित सर्वेक्षण में दृष्टिहीनता की व्याप्तता दर 1.1 प्रतिशत (2001–02) से कम होकर 1 प्रतिशत (2006–07) होने का पता चला है।

7-4-1 e[; mÌ';%

- ,uihlhch d vrxr pyk, tkjg rhu egRoi.k dk;dykik dk tkjh j[kuk%
    - o प्रतिवर्ष 66 लाख मोतियाबिंद शल्य चिकित्सा करना;
    - o अपवर्तक दोष से पीड़ित स्कूली बच्चों की स्कूल में नेत्र जांच करना और प्रतिवर्ष 9 लाख निःशुल्क चश्मों का वितरण करना;
    - o केराटोप्लास्टी के लिए प्रतिवर्ष 50,000 दान किए गए नेत्रों को एकत्र करना;
- देश में नेत्र रोग से पीड़ित लोगों की कुल संख्या के आकलन के आधार पर प्राथमिक, द्वितीयक एवं तृतीयक स्तरों पर उपचार योग्य दृष्टिहीनों का पता लगाकर तथा उनका उपचार करके परिहार्य दृष्टिहीनता के बैकलॉग को कम करना।
- व्यापक सार्वभौमिक नेत्र परिचर्या सेवाएं तथा उत्तम सेवा उपलब्ध कराने के माध्यम से ''सभी के लिए नेत्र स्वास्थ्य'' हेतु एनपीसीबी की कार्यनीति तैयार करना और उसे सुदृढ़ करना तथा नेत्र रोग की रोकथाम करना।
- क्षेत्रीय नेत्र विज्ञान संस्थानों (आरआईओ) का सुदृढ़ीकरण एवं उन्नयन जिससे कि वे नेत्र विज्ञान के विभिन्न उप–विशेषज्ञता तथा अन्य भागीदारों जैसे मेडिकल कॉलेज, जिला अस्पतालों, उप–जिला अस्पतालों, दृष्टि केंद्रों, एनजीओ नेत्र अस्पतालों में भी उत्कृष्टता केंद्र बन सकें।
- देश के सभी जिलों में उच्च गुणवत्ता की व्यापक नेत्र परिचर्या उपलब्ध कराने हेतु मौजूदा अवसंरचना सुविधाओं को सुदृढ़ करना और अतिरिक्त मानव संसाधन विकसित करना।
- नेत्र परिचर्या के संबंध में समुदाय में जागरुकता बढ़ाना और निवारक उपायों पर जोर देना।
- दृष्टिहीनता एवं नेत्र रोग की रोकथाम के लिए अनुसंधान को बढ़ाना और विस्तारित करना।
- नेत्र परिचर्या प्रदान करने में स्वैच्छिक संगठनों/निजी चिकित्सकों की भागीदारी सुनिश्चित करना।

7-4-2 e[; fo'k"krk,@mÌ';k dk ikIr dj fy, viukbZ xbZ dk;Zuhfr;k¡

- स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान प्रणाली के जरिए तथा गैर–सरकारी संगठनों एवं निजी चिकित्सकों की भागीदारी के माध्यम से निःशुल्क मोतियाबिंद सर्जरी पर सतत जोर देना;

- डायबेटिक रेटिनोपैथी और ग्लूकोमा का शीघ्र पता लगाने और उपचार करने के लिए राष्ट्रव्यापी जागरूकता सृजन करना। इन उभरती बीमारियों पर शीघ्र ध्यान दिए जाने की जरूरत है ताकि देश से उपचार की जाने वाली अंधता का उन्मूलन किया जा सके;

- मोतियाबिंद के अलावा अन्य रोगों जैसे कि समय–पूर्व रेटिनोपैथी (आरओपी), कार्नियल ट्रांसप्लांटेशन, विट्रियो– रेटिनल सर्जरी, बाल्यकालीन दृष्टिहीनता के उपचार इत्यादि को शामिल करके व्यापक नेत्र परिचर्या कार्यक्रमों पर जोर देना;

- जांच नेत्र शिविरों के आयोजन द्वारा 50 वर्ष से अधिक आयु के लोगों की सक्रिय जांच (स्क्रीनिंग), तथा शल्य क्रिया योग्य मामलों को निर्धारित नेत्र परिचर्या केंद्रों में ले जाकर दृष्टिहीन व्यक्तियों के बैकलॉग में कमी लाना;

- अपवर्तक दोष परिहार्य दृष्टिहीनता का प्रमुख कारण है। अपवर्तक दोषों की पहचान एवं उपचार के लिए बच्चों की स्क्रीनिंग तथा पीड़ितों एवं सामाजिक–आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के बच्चों को मुफ्त चश्मों की व्यवस्था;

- सार्वजनिक निजी भागीदारी के जरिए नेत्र परिचर्या सेवाओं के लिए अल्पसेवित क्षेत्रों को शामिल करना;

- स्वास्थ्य कार्मिकों का उनकी दक्षता को बेहतर करने उच्च गुणवत्ता वाली नेत्र सेवाओं की प्रदानगी में उनके ज्ञान को बढ़ाने के लिए क्षमता निर्माण;

- समुदाय में नेत्र परिचर्या संबंधी जागरुकता सृजित करने के लिए सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण (आईईसी) कार्यकलाप;

- राज्यों के क्षेत्रीय नेत्र विज्ञान संस्थानों एवं मेडिकल कॉलेजों का चरणबद्ध ढंग से सुदृढ़ीकरण करके नवीनतम उपकरण उपलब्ध कराना तथा जनशक्ति को प्रशिक्षण प्रदान करना ताकि उन्हें इन क्षेत्रों में उत्कृष्टता केंद्रों के रूप में उन्नत किया जा सके;

- अवसंरचना एवं उपकरणों को उन्नत बनाकर तथा संविदा आधार पर नेत्र विज्ञानियों एवं पीएमओए यथेष्ट संख्या में उपलब्ध कराकर और मूलभूत दवाइयों और औषधियों के लिए निश्चित धनराशि उपलब्ध कराकर जिला अस्पतालों का सुदृढ़ीकरण;

- एक पीएमओए की तैनाती वाले सभी पीएचसी में दृष्टि केंद्र स्थापित करके प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या (नेत्र परिचर्या) पर सतत जोर देना; और

- बेहतर कवरेज के लिए बहुद्देशीय जिला मोबाइल ओप्थालमिक इकाइयां।

7-4-3 12oha iapo"khZ; ;kstuk dh fy, ctV vkcaVu %

2800 करोड़ रुपए के कुल प्रस्तावित बजट में से जिला स्तर तक नेत्र–परिचर्या कार्यकलापों के लिए अधिकार प्राप्त कार्यक्रम समिति (ईपीसी) द्वारा 2506.90 करोड़ रुपए के प्रावधान को मंजूरी दी गई है। वर्ष 2013–14 तथा 2014–15 के दौरान तृतीयक स्तर की क्रियाकलापों (आरआईओ मेडिकल कालेज आदि) को जारी रखने हेतु व्यय वित्त समिति (ईएफसी) द्वारा 130.00 करोड़ रुपए के प्रावधान को मंजूरी दी गई थी।

7-4-4 12oha iapo"khZ; ;kstuk dh nkSjku ubZ igysa

- राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों के जिला अस्पतालों में बहुद्देश्यीय जिला चल नेत्र चिकित्सा इकाइयां स्थापित करने हेतु प्रावधान।

- प्रेसबायोपिया से पीड़ित वृद्ध व्यक्तियों को निःशुल्क चश्मे के वितरण हेतु प्रावधान।

7-4-5 e[; fu"iknu ldrdk dh o"k&okj ixfr%
ekfr;kfcn d vkij'ku

o"k	y{;	fu"ikfnr ekfr;kfcn 'kY; fØ;kvk dh l[;k	vkbvk,y d lkFk % l tjh
2012-13	66,00,000	63,02,894	95
2013-14	66,00,000	62,63,150	95
2014-15	66,00,000	64,19,933	95
2015-16	66,00,000	25,11,867	95

टिप्पणी: वर्ष 2015–16 के आंकड़े अनंतिम हैं।

Ldy u= tkp ¼LØhfuax½ dk;Øe

o"k	viorld nk"kk okyk Ldyh vk;| oxl d cPPkk dk inRr e¶r p'ek dh l[;k	
	y{;	miyfC/k
2012-13	9,00,000	7,08,861
2013-14	9,00,000	6,24,942
2014-15	9,00,000	7,35,718
2015-16	9,00,000	2,31,094

टिप्पणी: वर्ष 2015–16 के आंकड़े अनंतिम हैं।

dkful;y iR;kjki.k d fy, nku fd, x, u=k dk lxg.k

o"k	nku fd, x, u=k dk lxg.k	
	y{;	miyfC/k
2012-13	50,000	53,543
2013-14	50,000	57,944
2014-15	50,000	57,668
2015-16	50,000	24,510

टिप्पणी: वर्ष 2015–16 के आंकड़े अनंतिम हैं।

7-5 jk"Vh; cf/kjrk jkdFkke ,o fu;=.k dk;Øe ¼,uihihlhMh½

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने वर्ष 2006–07 (जनवरी 2007) में 25 जिलों को शामिल करते हुए प्रायोगिक आधार पर राष्ट्रीय बधिरता रोकथाम एवं नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीपीसीडी) शुरू किया गया। एनएसएसओ सर्वेक्षण के अनुसार वर्तमान में बधिरता से ग्रस्त रोगियों की वर्तमान संख्या प्रति एक लाख जनसंख्या पर 291 व्यक्तियों की है और डब्ल्यूएचओ अनुमानों के अनुसार भारत के 63 मिलियन व्यक्ति पहले ही अपंगता से ग्रस्त हैं।

fuEufyf[kr mÌ';k d lkFk dk;Øe vkjEHk fd;k x;k Fkk %

- रोग अथवा चोट के कारण होने वाली परिहार्य बधिरता की रोकथाम करना;
- श्रव्य हानि एवं बहरेपन के लिए उत्तरदायी कर्ण समस्याओं की शुरू में ही पहचान, निदान एवं उपचार;
- बहरेपन से पीडित सभी आयु वर्गों के व्यक्तियों का चिकित्सीय रूप से पुर्नवास करना;
- बहरेपन वाले व्यक्तियों के लिए पुनर्वास कार्यक्रम की निरंतरता के लिए मौजूदा अंतर–क्षेत्रीय संयोजनों को सुदृढ़ करना; और
- उपस्कर एवं सामग्री तथा प्रशिक्षण कार्मिकों के लिए सहायता की प्रदानगी के जरिए कर्ण परिचर्या सेवाओं के लिए संस्थागत क्षमता को विकसित करना।

dk;uhfr;k%

- कान से संबंधित परिचर्या हेतु सेवा प्रदानगी का सुदृढीकरण करना।
- कान से संबंधित परिचर्या सेवाओं के लिए मानव संसाधन का विकास करना।
- बधिरता की रोकथाम पर विशेष बल देते हुए उचित और प्रभावी आईईसी कार्यनीतियों के माध्यम से
- जन–जागरूकता को प्रोत्साहित करना और
- कार्यक्रम के तहत चयनित जिला अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की संस्थागत क्षमता का विकास करना।

nh?kkof/k mÌs';% श्रवण विकलांगता और बहरेपन के प्रमुख कारणों की रोकथाम और नियंत्रण करना ताकि 12वीं पंचवर्षीय योजना के अंत तक मौजूदा रोगियों की संख्या के 25% तक कुल रोगियों की संख्या में कमी लाना है।

dk;Øe d ?kVd g%&

- tu'kfä if'k{k.k vkj fodkl&श्रवण विकलांगता और बहरेपन के मामलों की रोकथाम, शीघ्र पहचान और उपचार के लिए जमीनी स्तर के कार्यकताओं को मेडिकल स्तर के विशेषज्ञों (ईएनटी और श्रवण विज्ञान) द्वारा प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा।
- {kerk fuek.k&ईएनटी/श्रवण विज्ञान अवसंरचना के मामले में जिला अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु।
- lok iko/kku&स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी प्रणाली के विभिन्न स्तरों पर श्रवण और वाक् विकलांगता के मामलों की शीघ्र पहचान और उपचार तथा पुनर्वास।
- lpuk] f'k{kk vkj lipk"k.k ¼vkbbZlh½@0;ogkj ifjorlu lipk"k.k ¼chlhlh½ xfrfof/k;k d ek/;e l tkx:drk mRiUUk djuk&श्रवण विकलांगता का विशेषकर बच्चों में शीघ्र पता लगाना ताकि ऐसे मामलों का समय पर उपचार संभव हो तथा बधिरता से जुड़े कलंक को समाप्त करना किया जा सके।

मौजूदा जिलों के अतिरिक्त 200 और जिलों में इस कार्यक्रम के विस्तार हेतु 12वीं पंचवर्षीय योजना में 304.79 करोड़ रुपए आवंटित किए गए हैं। 2013–14 तक निधियों को राज्य स्वास्थ्य सोसायटी को जारी किया गया था, 2014–15 से ट्रेजरी के माध्यम से निधि जारी की गई। अब 2015–16 में, कार्यक्रम को एनएचएम के स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढ़ीकरण संघटक में शामिल है और 36 राज्यों तथा संघ राज्य क्षेत्रों के 291 जिलों में कार्यक्रम को कार्यान्वित करने के लिए 51.97 करोड़ रूपए को अनुमोदन प्रदान किया गया है।

7-6 jk"Vh; ¶ykjkfll jkdFkke o fu;=.k dk;Øe ¼,uihihlh,Q½

फ्लोरोसिस लोक स्वास्थ्य समस्या है जो लम्बे समय तक पेयजल/खाद्य उत्पाद/औद्योगिक प्रदूषकों के सेवन के माध्यम से अधिक फ्लोराइड लेने से उत्पन्न होता है। इसमें दंत फ्लोरोसिस, कंकाल फ्लोरोसिस और गैर–कंकाल फ्लोरोसिस जैसे मुख्य स्वास्थ्य विकार पनपते हैं। ये हानिकारक प्रभाव स्थाई और अपरिवर्तनीय प्रकार के होते हैं जो सर्वसाधारण और समुदाय के स्वास्थ्य पर प्रभाव डालते हैं और इसका असर देश के आर्थिक विकास पर भी पड़ता है।

राष्ट्रीय फ्लोरोसिस रोकथाम व नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीपीसीएफ) 11वीं पंचवर्षीय योजना (2008–09) से शुरू किया गया था जिसका लक्ष्य था प्रभावित राज्यों में इसकी रोकथाम करना और नियंत्रण करना। कार्यक्रम के उद्देश्य हैं:–

- प्रोजेक्ट की शुरुआत के लिए पेयजल और स्वच्छता मंत्रालय के सर्वेक्षण आंकड़ों को आधार मानते हुए इसका मूल्यांकन और प्रयोग करना
- चुनिंदा क्षेत्रों फ्लोरोसिस का व्यापक प्रबंधन; और
- फ्लोरोसिस मामलों की रोकथाम, निदान और प्रबंधन के लिए क्षमता निर्माण। अभी तक 111 जिलों को चरणबद्ध रूप से एनपीपीसीएफ के अंतर्गत लाया गया है।

राष्ट्रीय पोषकता संस्थान, हैदराबाद में 50 व्यक्ति को प्रशिक्षित करने के लिए प्रशिक्षकों के प्रशिक्षण (टीओटी) के दो कार्यक्रम चलाए गए (राज्य नोडल अधिकारी, जिला नोडल अधिकारी और जिला परामर्शदाता एनपीपी सीएफ) फ्लोराइड और आर्सेनिक प्रभावित क्षेत्रों के लिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय तथा पेयजल और स्वच्छता मंत्रालय ने आईईसी के लिए संयुक्त रूप से कार्यनीति बनाई है। इसकी उपलब्धि के लिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय तथा पेयजल और स्वच्छता मंत्रालय के माननीय मंत्रियों और सचिवों की संयुक्त बैठकें की गई थीं और इसके उपरांत 13 मई, 2015 को दोनों विभागों के राज्य सचिवों और दोनों मंत्रालयों के सचिवों के बीच वीडियो कांफ्रेंस की गई। 11 राज्य के 50 जिलों की संयुक्त आईईसी अभियान के लिए पेयजल और स्वच्छता मंत्रालय के साथ सूची तैयार

की गई। एनपीपीसीएफ से प्रभावित सभी राज्यों के राज्य नोडल अधिकारियों तथा संबंधित राज्यों के क्षेत्रीय निदेशकों (स्वास्थ्य और परिवार कल्याण) की 06 नवम्बर, 2015 को समीक्षा बैठक की गई।

7-7 jk"Vªh; o`)tu LokLF; ifjp;kZ dk;ZØe ¼,uih,plhbZ½

11वीं योजना की अवधि के दौरान 21 राज्यों के 100 पता लगाए गए जिलों में वृद्धजनों की स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं के समाधान के लिए भारत सरकार ने राष्ट्रीय वृद्धजन स्वास्थ्य परिचर्या कार्यक्रम (एनपीएचसीई) की शुरूआत की है। इस कार्यक्रम के अंतर्गत देश के विभिन्न क्षेत्रों में 08 क्षेत्रीय जराचिकित्सा केंद्रों को रेफरल यूनिट के रूप में भी विकसित किया गया है।

एनपीएचसीई कार्यक्रम का बुनियादी लक्ष्य है कि आउटरीच सेवाओं सहित राज्य परिचर्या प्रदायता प्रणाली के विभिन्न स्तरों पर वरिष्ठ नागरिकों को पृथक, विशेषज्ञ और व्यापक स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान की जाए। एनपीएचसीई में रोकथाम और प्रोत्साहक परिचर्या, रोग प्रबंधन, वृद्धजन सेवाओं के लिए स्वास्थ्य जनशक्ति का विकास, चिकित्सा पुनर्वास और उपचारात्मक कार्यकलाप और आईईसी कुछ ऐसी कार्यनीतियों की संकल्पना की गई है।

अधिक से अधिक जिलों को चरणबद्ध तरीके से कवर किए जाने की आशा है। देश के चुनिंदा चिकित्सा कॉलेजों में 12 और क्षेत्रीय जराचिकित्सा केन्द्रों को कार्यक्रम के अंतर्गत विकसित किया जाना प्रस्तावित है। इसके अलावा, दो राष्ट्रीय वृद्धजनों केन्द्र (एनसीए) भी एम्स, नई दिल्ली तथा मद्रास मेडिकल कॉलेज, चेन्नई में स्थापित किए जा रहे हैं, जिनके मूलभूत कार्य जरा रोग के क्षेत्र में स्वास्थ्य पेशेवरों का प्रशिक्षण, अनुसंधान क्रियाकलाप और स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी करना है।

विभिन्न स्वास्थ्य सेवा स्तरों पर कार्यक्रम के अंतर्गत स्थापित जराचिकित्सा और कार्यकलापों का ब्यौरा निम्न प्रकार हैः

- 8 lqij fof'k"V laLFkkuksa esa tjkfpfdRlk foHkkx½ देश के विभिन्न क्षेत्रों में स्थित 8 पता लगाए गए क्षेत्रीय चिकित्सा संस्थानों में 30 बिस्तरों की अंतरंग रोगी सुविधा वाले जराचिकित्सा विभाग तैयार किए जा रहे हैं। रेफरल उपचार, अनुसंधान और कार्मिक शक्ति विकास की व्यवस्था के अलावा, ये संस्थाएं स्वास्थ्य पदाधिकारियों के विभिन्न स्तरों के लिए प्रशिक्षण सामग्री तैयार करने तथा अद्यतन बनाने, आईईसी सामग्री, दिशानिर्देश इत्यादि तैयार करने में सक्रिय रूप से शामिल है। कार्मिक शक्ति, उपस्करों, दवाइयों, भवन के विनिर्माण, प्रशिक्षण इत्यादि के लिए निधियां प्रदान की गई हैं।

- 104 ftyk vLirkyksa esa tjkfpfdRlk ,dd½ इस कार्यक्रम को 24 राज्यों के 104 जिलों में क्रियान्वित किया जा रहा है। विशेष रूप से जराचिकित्सीय रोगियों के लिए 10 बिस्तर वाले जराचिकित्सा वार्ड और समर्पित ओपीडी सेवाएं स्थापित करने का प्रावधान है। संविदात्मक कार्मिक शक्ति, उपस्करों, दवाइयों, भवन निर्माण, प्रशिक्षण इत्यादि के लिए सहायता अनुदान दिया गया है। 2015–16 के दौरान मौजूदा 104 जिलों के अतिरिक्त 131 अथवा और जिलों में कार्यक्रम कार्यान्वयन का प्रस्ताव है और इसी वर्ष और जिलों को शामिल करने की प्रक्रिया चल रही है।

- 104 fpfUgr ftyksa esa fLFkr lh,plh esa iquokZl ,dd½ वृद्ध व्यक्तियों के लिए सप्ताह में दो बार समर्पित स्वास्थ्य क्लीनिकों का प्रावधान है। अभिज्ञात जिलों के अंतर्गत आने वाले सभी सीएचसी में पुनर्वास एकक की स्थापना भी की जा रही है। कार्मिक शक्ति, उपस्करों, प्रशिक्षण के लिए सहायता अनुदान प्रदान किया गया है। पुनर्वास कर्मी जरूरत मंद वृद्धों को फिजियोथेरेपी सेवा प्रदान करता है।

- 104 fpfUgr ftyksa esa fLFkr ih,plh esa dk;Zdyki½ प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी द्वारा अभिज्ञात पीएचसी में साप्ताहिक जराचिकित्सा

क्लीनिकों की व्यवस्था की गई है। जांच और उपचार की आवश्यकता वाले रोगों के लिए व्यक्ति को प्रथम रेफरल यूनिट अर्थात सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र अथवा आवश्यकतानुसार जिला अस्पताल को रेफर किया जाएगा। उपस्कर के प्रापण के लिए पीएचसी को एक–बारगी अनुदान दिया जाएगा।

- **104 ftyk esa fLFkr mi&dsUæ esa dk;Zdyki%** उप–केन्द्रों में तैनात एएनएम/पुरूष स्वास्थ्य कर्मी अपने–अपने क्षेत्राधिकार में आने वाले क्षेत्रों में वृद्धों के घर–घर जाएंगे। वे पीएचसी से उपयुक्त केलिपर्स और सहायक युक्तियों की व्यवस्था करेंगे/करेंगी और इसे अक्षम वृद्धों को चलने–फिरने में सक्षम बनाने हेतु उन्हें प्रदान करेंगे/करेंगी। अभिज्ञात उप केन्द्रों पर छोटी–मोटी बीमारी के उपचार और पुनर्वास उपकरणों की व्यवस्था भी होगी। सहायक यंत्रों और उपकरण खरीदने के लिए उप केन्द्रों को सहायता अनुदान दिया जाएगा।

- **dk;Øe ds rgr vc rd fuEufyf[kr èkujkf'k tkjh dh xbZ g%** 2012–13 के दौरान 68.55 करोड़ रु. की राशि और वर्ष 2013–14 के दौरान 115.91 लाख रु. और 2014–15 के दौरान 2289.33 लाख रु.।

bl dk;Øe ds rgr vc rd fuEufyf[kr iz;kl miyfCèk;ka gqbZ g%

lHkh 8 {ks=h; tjkfpfdRlk dsUæksa vFkkZr

(1) अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान , नई दिल्ली;

(2) मद्रास चिकित्सा महाविद्यालय, चेन्नई;

(3) ग्रान्ट्स चिकित्सा महाविद्यालय एवं जेजे अस्पताल, मुम्बई

(4) शेरे–ए–कश्मीर इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेज (एसकेआईएमएस) जम्मू एवं कश्मीर;

(5) राजकीय चिकित्सा महाविद्यालय, तिरूवनंतपुरम;

(6) गुवाहाटी चिकित्सा महाविद्यालय, असम;

(7) डॉ. एस.एन चिकित्सा महाविद्यालय, जोधपुर, राजस्थान; और

(8) बनारस हिंदू विश्वविद्यालय, उत्तर प्रदेश में

जरा चिकित्सा ओपीडी की शुरूआत की गई है।

6 {ks=h; tjk fpfdRlk dsUæksa esa vrjax lqfo/kk,a 'kq: dh xbZ ;Fkk%

(1) अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली;

(2) मद्रास चिकित्सा महाविद्यालय, चेन्नई;

(3) ग्रान्ट्स चिकित्सा महाविद्यालय एवं एवं जेजे अस्पताल, मुम्बई

(4) शेरे–ए–कश्मीर इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेज (एसकेआईएमएस) जम्मू एवं कश्मीर;

(5) राजकीय चिकित्सा महाविद्यालय, तिरूवनंतपुरम;

(6) डॉ एस एन चिकित्सा महाविद्यालय, जोधपुर, राजस्थान;

आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, राजस्थान, पंजाब, सिक्किम, उत्तर प्रदेश, उतराखंड और पश्चिम बंगाल राज्यों में 68 जराचिकित्सा ओपीडी/वार्ड और विभिन्न जिला अस्पताल खोले जाने की रिपोर्ट प्राप्त हुई है। 12 राज्यों के 36 जिला अस्पतालों में फीजियोथेरेपी दैनिक जराचिकित्सा क्लीनिक शुरू किए जा चुके हैं।

आंध्र प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, पंजाब, उतराखंड, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल 15 राज्यों में 390 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में द्विसाप्ताहिक जराचिकित्सा क्लीनिक शुरू किए गए।

गॉधीनगर, जाम नगर, (गुजरात); मेवात (हरियाणा); लेह, कुपवाड़ा, कारगिल, डोडा, ऊधमपुर (जम्मू और कश्मीर); रांची, धनबाद, बोकारो (झारखंड); शिमोगा एवं कोलार

(कर्नाटक) तथा पूर्वी सिक्किम, दक्षिणी सिक्किम (सिक्किम) में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में साप्ताहिक जराचिकित्सा क्लीनिक शुरू किए गए।

7-8 jk"Vh; e[k ¼vkjy½ lc/kh LokLF; dk;Øe ¼,uvk,pih½

राष्ट्रीय मुख (ओरल) संबंधी स्वास्थ्य कार्यक्रम निम्नलिखित उद्देश्यों के साथ भारत सरकार द्वारा एक नई पहल है:–

- मुख स्वास्थ्य के निर्धारकों, जैसे स्वास्थ्यवर्धक आहार, मुख स्वास्थ्य आदि में सुधार तथा ग्रामीण एवं शहरी आबादी तक मुख समस्या की पहुँच में विषमता को कम करना।
- उपजिला/जिला अस्पताल के स्तर पर शुरूआत करते हुए मुख स्वास्थ्य सेवाओं के सुदृढ़ीकरण के माध्यम से मुख संबंधी रोगों से अस्वस्थता को कम करना।
- मुख स्वास्थ्य संवर्धन एवं निवारक सेवाओं को सामान्य स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली तथा अन्य क्षेत्रों, जो मुख्य स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं, के साथ एकीकृत करना।
- जन स्वास्थ्य लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए लोक निजी प्रतिभागिता (पीपीपी) को बढ़ाना।

कार्यक्रम में दो अलग–अलग कार्यकलाप हैं यथाः (i) एनएचएम के छत्र के अधीन जिला स्तरीय कार्यकलाप (ii) तृतीयक स्तरीय कार्यकलाप (राज्य स्तरीय और केंद्र स्तरीय कार्यकलाप)।

jk"Vh; LokLF; fe'ku l?kVd% यह राज्यों के स्वास्थ्य केंद्रों (जिला स्तरीय और उसके नीचे) के सहायतार्थ निम्न संघटकों के दंत चिकित्सा एकक के लिए हैं:

- मानव शक्ति सहायता (दंत चिकित्सक, दंत हाइजीनिस्ट और दंत सहायक);
- दंत कुर्सी सहित उपस्कर; और
- दंत प्रक्रिया के लिए कंज्यूमेबल।

rrh;d l?kVd %

- पोस्टर, टीवी, रेडियो झल्कियां (स्पॉट्स), प्रशिक्षण माड्यूल जैसे आईईसी सामग्री तैयार करना;
- राष्ट्रीय, क्षेत्रीय नोडल अधिकारी प्रशिक्षण कार्यक्रम करना ताकि कार्यक्रम प्रबंधन कौशल का संवर्धन हो और कार्यक्रम की स्थिति की समीक्षा करना; और
- राज्य/जिला स्तर के प्रशिक्षक तैयार करने के लिए राष्ट्रीय, क्षेत्रीय कार्यशालाओं का संचालन करना व स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी से संबद्ध पराचिकित्सा कार्मिकों को प्रशिक्षित करना।

foÙk o"k 2015&16 e çxfr %

- मुख स्वास्थ्य कार्यकलापों के समर्थन में 29 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों से प्रस्ताव प्राप्त हुए थे और इन्हें राष्ट्रीय मुख स्वास्थ्य कार्यक्रम (एनओएचपी) के माध्यम से समर्थित करने पर विचार किया है। एनओएचपी के अंतर्गत समर्थन कार्यकलापों में एनएचएम वित्त को 12.8 करोड़ रुपये जारी करने के लिए सिफारिश की गई। देशभर के 28 राज्य/संघ राज्य क्षेत्रों को 12.6 करोड़ रुपये की राशि का आंशिक अथवा पूरे तौर पर 103 दंत परिचर्या एककों हेतु अनुमोदन भेजे गए। आज की तारीख तक 15 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को मिशन फ्लेक्सीपूल (स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढ़ीकरण) के अंतर्गत संस्वीकृति जारी की गई।
- 20 मार्च को सीडीईआर, एम्स में विश्व मुख स्वास्थ्य दिवस मनाया गया जिसमें लोक व्याख्यान, निबंध और चित्रकला प्रतियोगिताएं आयोजित की गईं। देश भर के दंत चिकित्सा कॉलेजों में मुख स्वास्थ्य दिवस बड़े शानदार ढंग से मनाया गया जिसमें विभिन्न गतिविधियाँ आयोजित की गईं।
- मुख स्वास्थ्य शिक्षा पर पोस्टर डिजाइन किए गए जिन्हें मुख स्वास्थ्य जागरुकता पैदा करने के लिए 10 राज्यों में वितरित किया जाना है;

- एनओएचपी के निम्नलिखित पहलुओं को देखने के लिए एक टास्कफोर्स बनाई गई है:
  - o दंत व्यवसायियों की मौजूदा और भविष्य की आवश्यकता का मूल्यांकन करना;
  - o दंत परिचर्या प्रदानगी प्रणाली की पुनर्संरचना और अवसंरचना का मूल्यांकन करना; और
  - o मुख स्वास्थ्य का राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम में संयोजन।

  टास्क फोर्स समिति के अध्यक्ष ने मंत्रालय को अंतिम रिपोर्ट प्रस्तुत कर दी है।

- प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र कसौली, हिमाचल प्रदेश में 13 नवम्बर, 2015 को समस्त महिला दंत चिकित्सा क्लीनिक का उद्घाटन किया गया जिसमें दंत चिकित्सक, दंत स्वास्थ्य विज्ञानी और दंत सहायक जैसे तैनात सभी पद पर महिलाएं हैं।

7-9 jk"Vªh; jktekxksZa ij ljdkjh vLirkyksa esa vfHk?kkr ifjp;kZ lqfo/kk dsUæksa ds fodkl ds fy, {kerk fuekZ.k

सड़क दुर्घटना से लगी चोटें, मृत्यु और अपंगता के प्रमुख कारणों में से एक है। डब्ल्यूएचओ की ''सड़क सुरक्षा पर वैश्विक स्थिति रिपोर्ट 2015'' के अनुसार सड़क दुर्घटना में 1.25 मिलियन से अधिक लोगों की मृत्यु हुई है तथा लगभग 50 मिलियन लोग जख्मी होते हैं। सड़क दुर्घटना से होने वाली मृत्यु विश्व भर में होने वाली मृत्यु के प्रमुख आठ कारणों में से एक है, यदि इस समस्या से तत्काल नहीं निपटा गया तो 2030 तक मृत्यु के आम कारणों में इसका पांचवा स्थान होने की संभावना है। जहां तक भारत का संबंध है दुर्घटनाओं के कारण होने वाली मृत्यु और अपंगता की संख्या धीरे–धीरे बढ़ रही है। वर्ष 2011 के दौरान लगभग 4.98 लाख सड़क दुर्घटनाएं हुई थीं जिनमें 1.42 लाख व्यक्तियों की मृत्यु हुई और 5 लाख से अधिक व्यक्ति घायल हुए थे।

7-9-1 11oha iapo"khZ; ;kstuk ¼,QokbZ ih½

11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान 100% केंद्रीय निधियन प्रावधान के साथ 732.75 करोड़ रू. के परिव्यय से एक अभिघात परिचर्या योजना को भारत सरकार द्वारा मंजूरी दी गई है, ताकि सरकारी अस्पतालों में 140 अभिघात परिचर्या केंद्रों का एक नेटवर्क स्थापित किया जा सके। पहले चरण के दौरान दिल्ली–कोलकाता–चेन्नई–मुंबई–दिल्ली को जोड़ने वाले 5,846 कि.मी. के स्वर्णिम चतुर्भुज राजमार्ग कॉरिडोर के साथ–साथ कश्मीर से कन्याकुमारी और सिलचर से पोरबंदर को जोड़ने वाले 7,716 कि.मी. के उत्तर–दक्षिण एवं पूरब–पश्चिम कॉरिडोर का चयन किया गया है। इस योजना के जरिए अभिघात परिचर्या सुविधाएं प्रदान करने के लिए निर्दिष्ट अस्पतालों का उन्नयन किया जाना था। यह संकल्पना की गई थी कि कॉरिडोरों पर अभिघात परिचर्या केंद्रों का नेटवर्क स्थापित करने से भारत में दुर्घटना के एक घंटे के भीतर (गोल्डन आवर) अभिघात परिचर्या प्रदान करके सड़कों पर दुर्घटना जनित अभिघात के कारण होने वाली अपंगता एवं मृत्यु को कम किया जाएगा। 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान निम्नलिखित कार्यकलाप किए गए थे :

- अभिज्ञात 140 अस्पतालों में से, 118 अस्पतालों के अभिघात केंद्रों को अभिघात योजना के तहत निधि प्रदान की जानी थी। 20 केंद्रों को पीएमएसएसवाई योजना के तहत निधि जारी की जानी थी और दिल्ली में स्थित 2 अभिघात केंद्र डॉ. आर.एम.एल. अस्पताल और एम्स की स्वयं की निधि से स्थापित किए गए।
- अभिघात परिचर्या नेटवर्क को इस प्रकार डिजाइन किया गया है कि किसी भी अभिघात पीड़ित व्यक्ति को अभिघात परिचर्या सुविधाओं से युक्त निर्दिष्ट अस्पतालों में 50 कि.मी. से अधिक दूरी तक नहीं ले जाया जाएगा। इस प्रयोजन के लिए एनएचएआई (सड़क परिवहन एवं राजमार्ग मंत्रालय) द्वारा निर्दिष्ट राजमार्गों पर 50 कि.मी. की दूरी पर एक सुसज्जित मूलभूत जीवन रक्षक एंबुलेंस लगाया जाएगा। सड़क परिवहन एवं राजमार्ग मंत्रालय ने राष्ट्रीय राजमार्गों हेतु इन एम्बूलेंसों की आपूर्ति की है।

7-9-2 12oha iapo"khZ; ;kstuk ¼,QokbZ ih½

इस योजना को 12वीं योजनावधि तक विस्तारित किया जा रहा है और इस प्रस्ताव को, 899.29 करोड़ रूपए के कुल

बजट परिव्यय के साथ सीसीईए द्वारा पहले ही अनुमोदित कर दिया गया है। निम्नलिखित छोटे–मोटे परिवर्तनों के साथ उसी ढॉचे पर अन्य 85 नए अभिघात परिचर्या केंद्रों की स्थापना का प्रस्ताव था:–

d- राष्ट्रीय राजमार्गों पर स्थित राज्य सरकारों के अस्पतालों को चिह्नित करने के लिए निम्नलिखित मापदंड होंगे:–

- दो राजधानी वाले शहरों को जोड़ता हो;
- राजधानी वाले शहर को छोड़कर प्रमुख शहरों को जोड़ता हो;
- बंदरगाहों को राजधानी वाले शहर से जोड़ता हो;
- औद्योगिक कस्बों को राजधानी वाले शहर से जोड़ता हो;
- दुर्घटना प्रवण ब्लैक स्पॉट डाटा।

85 अभिघात केंद्रों की स्थापना के लिए अस्पतालों की पहचान उचित समय पर सभी पणधारियों के परामर्श से की जाएगी जिन्हें 11वीं योजना में शामिल नहीं किया गया था, उन राज्यों को और पहाड़ी एवं पूर्वोत्तर राज्यों को वरीयता दी जाएगी।

[k- 11वीं योजना की तरह यह 100 प्रतिशत केंद्र प्रायोजित योजना नहीं है। सहायता राशि को केंद्र और राज्य सरकारों के बीच 60:40 के अनुपात में साझा किया जाएगा। पूर्वोत्तर राज्यों तथा हिमाचल प्रदेश, उत्तराखंड और जम्मू एवं कश्मीर पहाड़ी राज्यों के लिए यह अनुपात 90:10 होगा।

x- इस योजना को 'स्वास्थ्य एवं चिकित्सा शिक्षा योजना में मानव संसाधन' के दायरे में विलय कर दिया गया है। इसलिए योजना के 12वीं योजना के घटक पर इस व्यापक योजना के तहत स्थापित मानक लागू होंगे। फिर भी 11वीं योजना के घटक 11वी योजना कि मूल योजना के अनुसार ही होंगे।

?k- राष्ट्रीय इंजरी पर्यवेक्षण, क्षमता निर्माण और अभिघात पंजीकरण केंद्र की स्थापना डॉ. आरएमएल अस्पताल में की जाएगी।

3- पुनर्वास इकाइयों की स्थापना के लिए 11वीं पंचवर्षीय योजना और 12वीं पंचवर्षीय योजना के एल–।। अभिघात परिचर्या सुविधा केंद्रों को निधि जारी की जाएगी।

p- कार्यक्रम के तहत 12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान राष्ट्रीय सम्मेलन आयोजित किए जाएंगे।

N- अभिघात परिचर्या केंद्रों में कार्य करने वाले चिकित्सकों और नर्सों तथा एम्बुलेंस में तैनात पराचिकित्सों को प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा।

7-9-3 12oh ipo"kh; ;kstuk d nkSjku miyfC/k;k

- जारी निधि :

2012–13	:	23.90 करोड़ रुपए
2013–14	:	23.67 करोड़ रुपए
2014–15	:	35.78 करोड़ रुपए

- आघात परिचर्या केंद्र की स्थापना की संभावनाओं का पता लगाने के लिए 12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान कार्यक्रम के अंतर्गत 68 मेडिकल कालेजों/जिला अस्पतालों का निरीक्षण किया गया। स्क्रीनिंग कमेटी ने 41 मेडिकल कालेज/जिला अस्पतालों का अनुमोदन किया जिसका तदनंतर स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री ने भी अनुमोदन कर दिया।
- डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल में राष्ट्रीय इंजरी निगरानी केंद्र और क्षमता निर्माण केंद्र स्थापित किया जा चुका है। एनआईसी में इंजरी निगरानी के लिए सॉफ्टवेयर विकसित किया है। एनआईएसई के लिए वेब साइट भी विकसित की जा चुकी है जिसे सुरक्षा ऑडिट के लिए भेजा गया है।डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल में राष्ट्रीय इंजरी निगरानी केंद्र के लिए ईएफसी के अनुसार संविदात्मक आधार पर मानव शक्ति की भर्ती की जा चुकी है।
- एनटीआरआई आस्ट्रेलिया के सहयोग से राष्ट्रीय इंजरी निगरानी केंद्र के लिए न्यूनतम डाटा सेट और अन्य प्रलेख विकसित किए जा रहे हैं।

- डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल में स्थापित राष्ट्रीय इंजरी निगरानी केंद्र और क्षमता निर्माण केंद्र में कार्यरत मानव संसाधन में इस अस्पताल द्वारा एकत्र इंजरी निगरानी डाटा का प्राथमिक विश्लेषण कर लिया है।

- 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान स्थापित अभिघात परिचर्या केंद्रों के डॉक्टरों के प्रथम एटीएलएस व जेएलएस प्रशिक्षण डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल में आयोजित किया गया।

- सड़क सुरक्षा पर उच्चतम न्यायालय समिति के निर्देशों के अनुसार स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय को राष्ट्रीय अभिघात प्रणाली योजना बनानी है जिसके लिए सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों से राज्य कार्रवाई योजना के लिए अनुरोध किया जा चुका है। इस संबंध में दो क्षेत्रीय कार्यशाला आयोजित की जा चुकी हैं। उत्तरी और उत्तर-पश्चिम क्षेत्र के राज्यों के लिए 19 और 20 अगस्त, 2015 को और दक्षिणी तथा दक्षिण पश्चिम राज्यो के लिए 28 और 29 दिसम्बर, 2015 को एर्नाकुलम, केरल राज्य में आयोजित की गई थीं।

- भारत के उच्चतम न्यायालय के निर्देशों के अनुसार "रिपोर्ट ऑफ द वर्किंग ग्रुप ऑन इमरजेंसी केयर इन इंडिया, 2011" पर कार्य करने के लिए, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय में गठित समिति की नियमित बैठकें की जा रही हैं। समिति की गई कार्रवाई रिपोर्ट नियमित रूप से माननीय उच्चतम न्याायालय को प्रस्तुत कर रही है।

- स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय को माननीय उच्चतम न्यायालय द्वारा दिए गए निर्देशों के अनुसार एडवाइजरी जारी करने के लिए कहा गया है ताकि राज्य पैरामेडिकल स्टाफ के प्रशिक्षण के अनुरूप ही राज्य कोर्स प्रारम्भ करें। सभी राज्यों को अस्पताल पूर्व अभिघात तकनीशियन कोर्स पाठ्यक्रम की प्रति भेजते हुए सभी राज्यों को परिचालित किया गया है जो कि स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा विकसित किया गया था।

- कार्यक्रम की आईईसी गतिविधियों के अंतर्गत नेक व्यक्ति और प्राथमिक चिकित्सा पर दृश्य-श्रव्य, प्रिंट सामग्री विकसित की जा रही है। कार्यकलापों की प्रगति की निगरानी के लिए डीएवीपी और सीएचईवी के साथ नियमित रूप से बैठकें की जा रही हैं।

- वित्त वर्ष 2015-16 के लिए आईईसी कार्रवाई योजना स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय द्वारा अनुमोदित की गई थी और तदनंतर इसे आईईसी प्रभाग को अग्रेषित किया गया था। सूचना, शिक्षा और संप्रेषण (आईईसी) की पूरक बजट व्यवस्था के अनुसार इस वित्त वर्ष की शेष अवधि के दौरान पूरी की जा सकने वाली कार्ययोजना स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय को अनुमोदनार्थ प्रस्तुत की जा रही हैं।

- 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान जिन राज्यों को निधियां जारी की गई थीं उनके साथ नियमित समीक्षा बैठकें की जा रही हैं ताकि 11वीं पंचवर्षीय योजना के अभिघात परिचर्या केंद्रों को कार्यात्मक बनाया जा सके।

- वित्त वर्ष 2015-16 के पूरक अनुदान में कार्यक्रम के लिए कुल 55 करोड़ रुपये की राशि अनुमोदित की गई थी जिसमें से 34.26 करोड़ रुपये कार्यक्रम के विभिन्न घटकों के लिए जारी किए जा चुके हैं।

7-10 cul bt fj t fuokj.k ,o ic/ku jk"Vh; dk;Øe ¼,uihih,echvkbZ½

7-10-1 11oha iapo"khZ; ;kstuk dk nkSjku ik;yV ifj;kstuk%

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा वर्ष 2010 में 29 करोड़ रुपए के कुल बजट के साथ "जलन अभिघात के

निवारण हेतु पायलट कार्यक्रम'' (पीपीपीबीआई) नामक एक पायलट कार्यक्रम शुरू किया गया था। इस कार्यक्रम को निम्नलिखित तीन मेडिकल कॉलेजों एवं 6 जिला अस्पतालों में शुरू किया गया था:

- gfj;k.kk% स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान, रोहतक, जनरल अस्पताल, गुडगांव, सिविल अस्पताल पानीपत।
- fgekpy in'k% कांगड़ा स्थित डॉ. राजेन्द्र प्रसाद मेडिकल कॉलेज, टांडा, हमीरपुर जिला अस्पताल, मंडी जिला अस्पताल।
- vle% गुवाहाटी मेडिकल कॉलेज, नागांव जिला अस्पताल, धुबरी जिला अस्पताल।

पीपीपीबीआई का लक्ष्य बर्न इंजरिज की रोकथाम तथा होने वाली बर्न इंजरिज के मामलों में सामयिक एवं उपयुक्त उपचार को सुनिश्चित करना था, ताकि मृत्युदर, समस्याओं एवं परिणामी अक्षमताओं को कम किया जा सके और अक्षमता हाने पर प्रभावी पुनर्वासीय कार्यकलाप किए जा सकें।

7-10-2 12oh ipo"kh; ;ktuk d nkjku jk"Vh; dk;Øe%

- पायलट परियोजना की संपूर्ण कार्यक्रम के रूप में निरंतरता हेतु प्रस्ताव को ईएफसी द्वारा दिनांक 17.05.2013 को अनुमोदित किया गया था तथा इस स्वीकृति के पश्चात, सीसीईए ने दिनांक 6 फरवरी, 2014 को कार्यक्रम को स्वीकृति दी।
- एनपीपीएमबीआई अब एक चालू कार्यक्रम होगा और 12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान 67 राज्य सरकारी मेडिकल कॉलेजों और 19 जिला अस्पतालों को कवर करेगा। जिला अस्पताल घटक को एनएचएम/एनआरएचएम के तहत लिया जाएगा।
- 12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान यह कार्यक्रम 100: केंद्रीय प्रायोजित स्कीम नहीं होगा। यह कार्यक्रम ''स्वास्थ्य एवं चिकित्सा शिक्षा स्कीम में मानव संसाधन'' का एक हिस्सा होगा और राज्यों को मुहैया करायी जानी वाली सहायता को इस मूल स्कीम के तहत निर्धारित किए गए मानदंडों द्वारा शासित किया जाएगा। इस स्कीम के तहत दिए गए मानदंडों में एक महत्वपूर्ण मानदंड यह है कि विभिन्न घटकों के लिए इस कार्यक्रम के तहत प्रस्तावित सहायता को केंद्र और राज्य सरकार के बीच 60:40 के अनुपात में साझा किया जाएगा (उत्तराखंड, हिमाचल प्रदेश एवं जम्मू कश्मीर के उत्तर पूर्वी एवं पहाड़ी राज्यों हेतु यह अनुपात 90:10 होगा)।

7-10-3 dk;Øe d e[; mÌ'; g%

- जलन अभिघातों के मामलों, उसके कारण होनी वाली मृत्यु दर, रुग्णता एवं अक्षमता को कम करना;
- जन सामान्य एवं आघात योग्य समूहों विशेषकर महिलाओं, बच्चों, औद्योगिक एवं खतरनाक व्यावसायिक कर्मियों के बीच जागरुकता का सुधार करना।
- व्यवहार परिवर्तन संचार, जलन प्रबंधन एवं पुनर्वास क्रियाकालापों हेतु उपयुक्त अवसंरचनात्मक सुविधा एवं नेटवर्क की स्थापना करना तथा
- जलन अभिघातों, निगरानी तथा उत्तरगामी मूल्यांकन हेतु प्रभावी आवश्यकता आधारित कार्यक्रम योजना के लिए हमारे देश में जलन अभिघातों का व्यवहारात्मक, सामाजिक एवं अन्य निर्धारकों के लिए अनुसंधान करना।

7-10-4 dk;Øe d fuEufyf[kr e[; ?kVd g%

- रोकथाम कार्यक्रम (आईईसी)
- उपचार
- पुनर्वास
- प्रशिक्षण
- निगरानी एवं मूल्यांकन; और
- अनुसंधान

7-10-5 ctV iko/kku rFkk iLrkfor 0;;%

जलन– अभिघात के निवारण एवं प्रबंधन के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम हेतु 500 करोड़ रुपए आबंटित किए गए हैं।

इसमें से 450 करोड़ रुपए मेडिकल कॉलेज कम्पोनेंट में जलन–वार्डों के विकास के लिए आबंटित किए गए हैं और शेष 50 करोड़ रुपए एनएचआरएम के तहत जिला अस्पताल कम्पोनेंट के लिए रखे गए हैं।

7-10-6 efMdy dkyst ?kVd%

12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, इस कार्यक्रम का चरणबद्ध प्रक्रिया मे देशभर के 67 मेडिकल कॉलेजों को कवर करने के लिए विस्तार किया जाना है। पायलट परियोजना के तहत 11वीं योजना के दौरान लिए गए 3 मेडिकल कॉलेजों का शेष कार्य भी 67 नए मेडिकल कॉलेजों के साथ किया जाएगा। इस प्रकार कुल मेडिकल कॉलेज (67+3)= 70 होंगे।

7-10-7 ,uvkj,p,e d lkFk lgfØ;k&ftyk ?kVd%

12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान जिला अस्पताल घटक को एनआरएचएम के अंतर्गत व्यवस्थित किया जाएगा। इस घटक के अंतर्गत पूरे देश में जलन–वार्डों के विकास के लिए 19 जिला अस्पतालों की पहचान की जाएगी। पायलट परियोजना के अंतर्गत 11वीं योजना के दौरान 6 जिला अस्पतालों के अधूरे कार्य को भी 19 नए जिला अस्पातालों के साथ हस्तगत किया जाएगा। इस प्रकार अनुदान पर विचार करने के लिए शामिल किए जाने वाले कुल जिला अस्पतालों की संख्या (19+6)=25 होगी।

7-10-8 o"k 2015&16 dh miyfC/k;k%

- कार्यक्रम के प्रचालक दिशा–निर्देशों को अंतिम रूप देकर राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में परिचालित कर दिया गया है।
- राज्य के सरकारी मेडिकल कालेजों/जिला अस्पतालों में प्रस्तावित बर्न यूनिट/वार्ड का वास्तु शिल्प डिजाइन और उपस्करों की सूची व जनशक्ति का विशेषज्ञ ग्रुप बैठक में संशोधन किया गया;
- 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान विकसित की गई व्यावहारिक हैंडबुक/बर्न इंजरी प्रबंधन नियम पुस्तक परिशोधित की जा चुकी है। तेजाब के शिकार से संबंधित मानक उपचार दिशा–निर्देशों का एक अध्याय व्यावहारिक हैंडबुक में जोड़ा गया है;
- देश में राष्ट्रीय स्तर पर बर्न इंजरी से संबंधित डाटा एकत्र, समेकन और विश्लेषण करने के लिए बर्न डाटा रजिस्ट्री विकसित की गई है और शीघ्र ही कार्यान्वित की जाएगी;
- बर्न युनिटों की स्थापना संभाव्यता के लिए अभी तक 65 (35 मेडिकल कालेज और 30 जिला अस्पताल) का निरीक्षण किया गया। स्क्रीनिंग समिति ने 43 (30 मेडिकल कालेज और 13 जिला अस्पताल) की सिफारिश की और स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्री ने बर्न यूनिट स्थापित करने हेतु अनुमोदन प्रदान किया;
- एनपीपीएमबीआई की सूचना, शिक्षा और संप्रेषण गतिविधियों के अंतर्गत आईईसी प्रिंट सामग्री (8 पोस्टर/चार्ट/पम्प्लेट) विकसित करके राज्यों में वितरित किए गए। अप्रैल, 2015 माह के दौरान बाह्य प्रचार अभियान के लिए 5 रेलगाड़ियों पर प्रचार आवरण किया गया;
- वर्ष 2015–16 के लिए आईईसी कार्रवाई योजना को अंतिम रूप देकर आईईसी प्रभाग, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय को भेजा गया;
- एनपीपीएमबीआई के अंतर्गत जिला अस्पताल घटक के लिए प्रचालन दिशा–निर्देशों को अंतिम रूप देकर एनएचएम प्रभाग को वेबसाइट पर अपलोड करने के लिए भिजवाया गया। एनएचएम प्रभाग ने एनपीपीपएमबीआई के जिला अस्पताल घटक को एफएमआर कोड (बी–28) सृजित किया गया;
- सफदरजंग अस्पताल और डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल में 30 नवम्बर से 5 दिसम्बर, 2015 तक बर्न इंजरी प्रबंधन पर 9 प्रशिक्षणार्थियों के बैच में 20 चिकित्सा अधिकारियों को 6 दिन का व्यावहारिक प्रशिक्षण प्रदान किया गया।

7-11 [kk| if"Vdj.k

खाद्य पुष्टिकरण एक लोक स्वास्थ्य उपाय है जिसका लक्ष्य है सामान्य आहार ग्रहणता में पोषक तत्वों को जोड़ना ताकि पोषकता विकारों की रोकथाम/नियंत्रण हो पाए। ये एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें खाद्यों में पोषक तत्वों की थोड़ी

सी मात्रा जोड़ी जाती है ताकि जनसंख्या के आहार की गुणवत्ता में बेहतरी लाई जा सके।

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय अनिवार्य खाद्य मदों के खाद्य पुष्टिकरण के लिए महिला और बाल विकास मंत्रालय (एमडब्ल्यूसीडी) और विज्ञान और प्रौद्योगिकी मंत्रालयों से मिलकर कार्य कर रहा है।

वर्ष 2015–16 के दौरान इससे संबद्ध मुख्य गतिविधियां निम्नानुसार हैं:

- वर्ष 2015 में डब्ल्यूएचओ / यूनीसेफ / यूएनडब्ल्यूएफपी के सहयोग से गेंहू के आटे के पुष्टिकरण के संबंध में राष्ट्रीय स्तर पर परामर्श किया गया जिसमें एमडब्ल्यूसीडी, अन्य संबद्ध विभागों और तकनीकी विशेषज्ञों ने प्रतिभागिता की।

- स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने विश्व स्वास्थ्य संगठन के सहयोग से प्रचालक साक्ष्य जुटाने के लिए प्रदर्शक प्रोजेक्ट के रूप में गेंहू के आटे की लौह, फोलिक एसिड और विटामिन बी–12 से पुष्टिकरण का क्रियान्वयन किया। इसे हरियाणा के अंबाला जिले में क्रियान्वित किया जा रहा है और वित्त वर्ष 2015–16 के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत 108 लाख रुपये का अनुमोदन किया गया है।

- स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने सचिव एमडब्ल्यूसीडी की अध्यक्षता में एमडब्ल्यूसीडी मंत्रालय द्वारा आयोजित दो अंतर्मंत्रालयों की बैठक में भाग लिया जिसमें भारत में, माइक्रोन्यूट्रिएंट अल्पता, खाद्य पुष्टिकरण के विस्तार और नीति / विधेयक बनाने के संदर्भ में मसौदा तैयार करने पर विचार किया गया।

- खाद्य पुष्टिकरण की व्यापक नीति निर्धारण के लिए सचिव एमडब्ल्यूसीडी ने निदेशक, एनआईएन (आईसीएमआर) स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय की अध्यक्षता में एक समिति का गठन किया। समिति में विभिन्न मंत्रालयों और विभागों, उद्योगों और खाद्य पुष्टिकरण के क्षेत्र में कार्य कर रहे विशेषज्ञों के प्रतिनिधि शामिल हैं।

7-12 jk"Vªh; vax çR;kjki.k dk;Øe ¼,uvkVhih½

मानव अंग प्रत्यारोपण अधिनियम, 1994 में उपचार प्रयोजन के लिए मानव अंगों का निकालना, भंडारण और प्रत्यारोपण की प्रणाली और मानव अंगों के व्यापार की रोकथाम का उल्लेख है। ये अधिनियम 2011 में संशोधित किया गया था और 10–01–2014 से प्रवृत्त हुआ। इसमें मृत व्यक्ति के अंगदान को प्रोत्साहन देने के उपबंध किए गए हैं। इस समय यह अधिनियम गोवा, हिमाचल प्रदेश, पश्चिम बंगाल, राजस्थान, सिक्किम, मणिपुर, झारखंड, जैसे सात राज्यों और सभी संघ राज्य क्षेत्रों में लागू है। अन्य राज्यों को भी इस संशोधन को अंगीकार करने का अनुरोध किया गया है। अधिनियम के अनुसरण में मानव अंगों और ऊतकों के प्रत्यारोपण नियम, 27 मार्च 2014 को अधिसूचित किए जा चुके हैं। संशोधित अधिनियम और संशोधित नियमों में शवों के अंगदान को प्रोत्साहन देने संबंधी कई प्रावधान किए गए हैं।

संशोधित अधिनियम, 2011 के कुछ महत्वपूर्ण संशोधनों में शामिल हैं – अंगों के साथ–साथ अधिनियम में ऊतकों को शामिल करना, 'नजदीकी संबंधी' की परिभाषा का विस्तार जिसमें पौत्र–पौत्रियां, नाती–नातिन, दादा–दादी, नाना–नानी शामिल किए गए हैं, आईसीयू में भर्ती संभावित दानकर्ताओं के परिचरों से अनिवार्य पूछताछ का प्रावधान और उन्हें अंगदान के विकल्प के बारे में सूचित करना अगर वे इसके लिए तैयार हैं, अधिनियम में सभी पंजीकृत अस्पतालों में 'प्रत्यारोपण समन्वयक' की अनिवार्य व्यवस्था और अंगों के व्यापार में उच्च शास्तियों का प्रावधान, संवेदनशील और गरीबों का संरक्षण करना, मस्तिष्क मृत्यु प्रमाणीकरण समिति का सरलीकरण, प्रशिक्षित तकनीशियन आदि द्वारा कार्निया निकालने की अनुमति।

भारत सरकार ने संशोधित अधिनियम के अनुसार कार्यकलापों, जनशक्ति के प्रशिक्षण और मृतक व्यक्ति के

अंगदान को प्रोत्साहन देने के लिए राष्ट्रीय अंग प्रत्यारोपण कार्यक्रम की शुरूआत की है। उक्त कार्यक्रम के अंतर्गत सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली में राष्ट्रीय नेटवर्किंग, राष्ट्रीय पंजीकरण, अंगों और ऊतकों के प्रापण और वितरण के लिए ऑनलाइन प्रणाली उपलब्ध करवाने और मृतक के अंग और ऊतक दान को प्रोत्साहित करने के लिए सर्वोच्च स्तर पर एक राष्ट्रीय अंग और ऊतक प्रत्यारोपण संगठन (एनओटीटीओ) की स्थापना की है। इसके अलावा एनओटीटीओ में एक राष्ट्रीय बायो मेटीरियल केंद्र की स्थापना भी की है। तमिलनाडु, महाराष्ट्र, असम और संघ राज्य क्षेत्र चंडीगढ़ में क्षेत्रीय अंग और ऊतक प्रत्यारोपण संगठन (आरओटीटीओ) नामक 4 क्षेत्रीय स्तर के संगठन स्थापित किए जा रहे हैं।

मानव अंगों की आपूर्ति और मांग में बहुत बड़ा अंतर है। तथापि, सरकार ने अंगदान प्रोत्साहन और ऐसे दान की प्रक्रिया की सरलीकरण के लिए कई कदम उठाए हैं। सर्वसाधारण को अद्यतन सूचना उपलब्ध करवाने के लिए टॉलफ्री सहायता नंबर (1800114770) के साथ 24x7 एक कॉल सेंटर शुरू किया गया है और ऑनलाइन और ऑफलाइन अंगदान शपथ देने की सुविधा भी दी जा रही है। भारतीय अंगदान दिवस हर वर्ष 2010 से मनाया जा रहा है। राष्ट्रीय अंग और ऊतक दान और प्रत्यारोपण रजिस्ट्री शुरू की गई है। देश के विभिन्न भागों के दानकर्ता परिवार के सदस्य और अंगदान से संबंधित राष्ट्रीय स्लोगन प्रतियोगिता के विजेताओं को सम्मानित करना, प्रिंट मीडिया के माध्यम से अंगदान का प्रचार करना, डिस्प्ले बोर्ड, मोबाइल एसएमएस आदि, सर्वसाधारण को मोबाइल एसएमएस के जरिए प्रेरक संदेश भेजे गए, अंगदान के प्रति जागरुकता पैदा करने का प्रयत्न किया गया। भारत के सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को डीएवीपी के माध्यम से हर रोज 20 नवम्बर से 26 नवम्बर, 2015 तक 7 दिनों की अवधि के दौरान 10 लाख एसएमएस भेजे गए। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के सचिव की अध्यक्षता में एक अंतर्मंत्रालयी समन्वय समिति गठित की गई जिसमें संबंधित मंत्रालयों/विभागों के प्रतिनिधि शामिल किए गए ताकि अंगदान के प्रोत्साहन की विभिन्न गतिविधियों को समन्वित किया जा सके। माननीय प्रधानमंत्री ने भी अंगदान कार्यक्रम आदि की महत्ता पर बल दिया है।

okf"kd vxnku fnol

प्रथम भारतीय अंगदान दिवस 27 नवंबर, 2010 को मनाया गया। 6ठा भारतीय अंगदान दिवस 27 नवंबर, 2015 को विज्ञान भवन में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री, भारत सरकार की उपस्थिति में शानदार ढंग से मनाया गया। एनओटीटीओ द्वारा आयोजित राष्ट्रीय स्तर की प्रतियोगिताओं में विजेताओं को तीन श्रेणियों में पुरस्कार वितरित किए गए यथा एनएटीटीओ के लोगो का सृजन, डोनर कार्ड की पृष्ठभूमि का डिजाइन और अंगदान से संबंधित स्लोगन लिखना।

इस दिवस पर दानकर्ता परिवार के सदस्यों को भी आमंत्रित किया गया। लगभग 14 दानकर्ता परिवार इसमें शामिल और उन्हें भी पुरस्कृत किया गया।