

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, स्वास्थ्य एवं जनसंख्या नीतियां

2.1 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन दूर-दराज के ग्रामीण क्षेत्रों में निर्धनतम परिवारों को सुलभ, वहनीय और उत्तरदायी गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए माननीय प्रधानमंत्री द्वारा 12 अप्रैल, 2005 को शुरू किया गया था। कार्यान्वयन हेतु विस्तृत कार्यद्वारा, जिसने एनआरएचएम के अधीन अनेक प्रकार के कार्यकलापों को सुकर बनाया, को केंद्रीय मंत्रिमंडल द्वारा जुलाई, 2006 में अनुमोदित किया गया था। एनआरएचएम के अधीन असंतोषजनक स्वास्थ्य संकेतकों वाले दुर्गम क्षेत्रों जहां आवश्यकता थी, पर अत्यधिक ध्यान देना सुनिश्चित करने के लिए उन्हें विशेष फोकस राज्यों के रूप में वर्गीकृत किया गया। मिशन का जोर जल, सफाई, शिक्षा, पोषण, सामाजिक और लैंगिक समानता जैसे स्वास्थ्य के अनेक निर्धारकों पर साथ-साथ कार्रवाई सुनिश्चित करने के लिए एक पूर्णरूपेण कार्यात्मक, सामुदायिक स्वामित्व वाली और सभी स्तरों पर अंतरक्षेत्रीय समाभिरूपता वाली विकेंद्रीकृत स्वास्थ्य प्रदाय प्रणाली स्थापित करने पर है। विखंडित स्वास्थ्य क्षेत्र के भीतर सांस्थानिक एकीकरण से यह आशा की गई थी कि यह सभी स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए भारतीय जन स्वास्थ्य मानकों के लिए निर्धारित परिणामों पर ध्यान देगा। सीमित परिभाषित योजनाओं से एनआरएचएम इस ध्यान को सभी स्तरों पर ग्राम से जिला स्तर तक एक कार्यात्मक स्वास्थ्य प्रणाली में बदल रहा है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन स्वास्थ्य परिचर्या पर सार्वजनिक व्यय में वृद्धि कर रहा है जो सकल घरेलू उत्पाद के 0.9 प्रतिशत से बढ़कर सकल घरेलू उत्पाद का 2 से 3 प्रतिशत हो गया है। ऐसे नीति संबंधी निदेश के परिणामों से स्वास्थ्य के लिए केंद्र सरकार के बजटीय परिव्यय में बढ़ोतरी ही नहीं हुई अपितु राज्य भी उतनी ही बढ़ोतरी अर्थात् राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन योजना में 15 प्रतिशत अंशदान सहित वर्ष में बजट में कम से कम 10 प्रतिशत बढ़ोतरी करते हैं। अन्य महत्वपूर्ण परिणाम यह है कि राज्य स्वास्थ्य क्षेत्र ऐसी निधियों के प्रवाह को अवशोषित करने की क्षमताएं विकसित कर लेता है। वर्तमान में विशेष रूप से उच्च ध्यान दिए जाने वाले राज्यों में इन निधियों को अवशोषित करने

में अनेक कठिनाईयां हैं और अल्पतम निष्पादन वाले राज्यों, जिनके लिए संसाधनों का अत्यधिक अवशोषण अपेक्षित है, में उनके पास पहले से मौजूदा निधियों को खर्च करने की कुछ सबसे बड़ी समस्याएं हैं। यह सबसे प्रमुख कारण है कि राज्य स्वास्थ्य प्रणालियों में सुधार करने और उन्हें सुदृढ़ बनाने की प्रक्रिया को निधि प्रवाह वृद्धि के अनुरूप संचालित किए जाने की आवश्यकता है।

इस प्रकार एनआरएचएम स्वास्थ्य क्षेत्र के सुधार के बारे में भी है। एनआरएचएम में परिकल्पित ढांचागत सुधार पांच घटकों पर संगठित है, जिनमें से प्रत्येक अनेक अतिव्याप्ति मूलभूत कार्यनीतियों से निर्मित है।

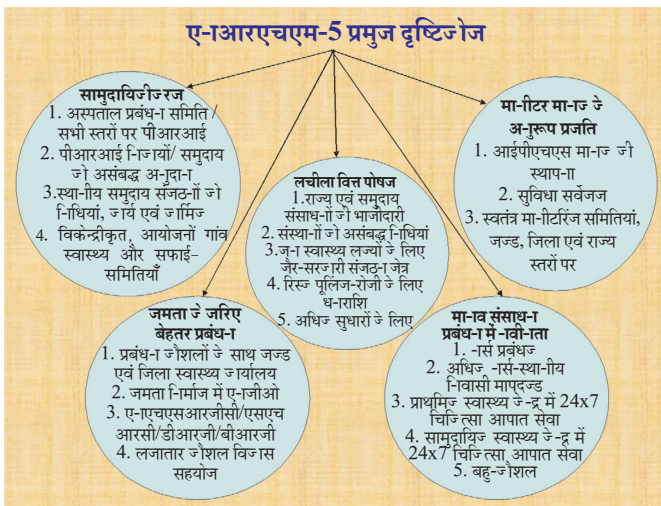
- (क) **समुदाय द्वारा भागीदारी और स्वामित्व में वृद्धि करना:** इसे पीआरआई, आशा कार्यक्रम, ग्रामीण स्वास्थ्य और स्वच्छता समिति की भूमिका में वृद्धि करके, अस्पताल विकास समितियों में संवर्धित सार्वजनिक भागीदारी, जिले में जिला स्वास्थ्य सोसायटियों और ग्रामीण स्वास्थ्य नियोजन प्रयासों और एक विशेष समुदाय मानीटरिंग पहल तथा गैर-सरकारी संगठन की भागीदारी के लिए अधिक व्यवस्था करके प्राप्त करने का प्रयास किया गया है।
- (ख) **बेहतर प्रबंधन क्षमता:** इसका कोर मौजूदा कार्यबल में प्रबंधन और जन स्वास्थ्य दक्षताओं का सृजन करके प्रबंधन का व्यावसायीकरण करना रहा है जिसकी प्रणाली में दक्ष प्रबंध कार्मिकों को शामिल करके सहायता दी जाएगी।
- (ग) **फ्लेक्सिबल वित्तपोषण:** इस स्तंभ की कार्यनीति प्रत्येक ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति, उप-केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, जिला अस्पताल सहित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र को निधियां प्रदान करना है।
- (घ) **स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए मानव संसाधनों में अभिनव परिवर्तन:** राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की केंद्रीय चुनौती सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के लिए पर्याप्त भर्ती

सुनिश्चित करने और भर्ती किए गए कार्मिकों के पर्याप्त कार्यकरण के बारे में पुराने प्रश्नों के निश्चित उत्तर ढूँढना है। तत्काल अंतरों को भरने तथा अब के बाद अल्पसेवित क्षेत्रों में कार्य करने के लिए स्टाफ ढूँढने के लिए स्थानीय रेजीडेंसी, प्रोत्साहन और अभिनव परिवर्तन सुनिश्चित करने के लिए संविदात्मक नियुक्ति का मार्ग और बहु दक्ष तथा बहु कार्य के विकल्प अन्य अभिनव परिवर्तनों के उदाहरण हैं जिनमें पुरानी समस्याओं के नए समाधान ढूँढने का प्रयास किया गया है।

(ड.) **मानिटरिंग के साथ मानकों और मानदण्डों का नियतन:** भारतीयजन स्वास्थ्य(आईपीएचएस) मानदंडों का निर्धारण मिशन की एक सबसे अधिक महत्वपूर्ण कोर कार्यनीति को चिन्हित करता है। इसके बाद अंतरों का पता लगाने के लिए एक सुविधा सर्वेक्षण किया गया है और वित्तपोषण को इस तरह से पता लगाए गए अंतरों को समाप्त करने के लिए निर्देशित किया गया है।

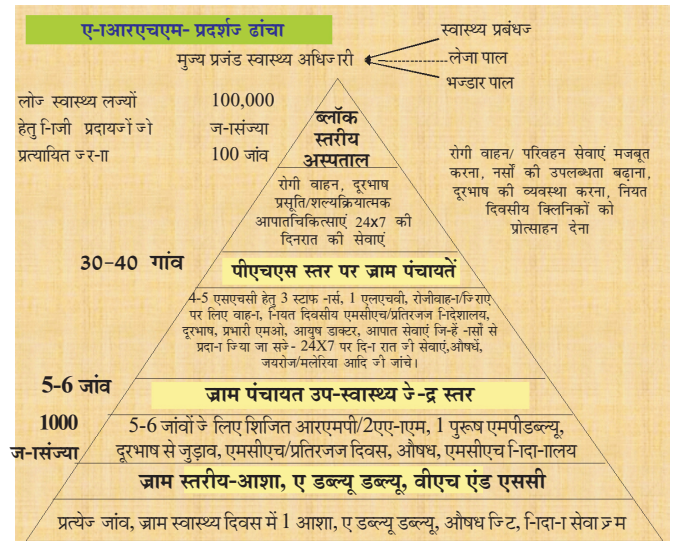
बहिरंग रोगी सेवाओं, नैदानिक सुविधाओं, सांस्थानिक प्रसवों तथा अंतरंग रोगी परिचर्या के उपयोग में वृद्धि हुई है। जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) के अंतर्गत वृहत पैमाने पर मांग पक्ष के वित्तपोषण से निर्धन परिवार सार्वजनिक क्षेत्र के सुविधा केंद्रों पर अभूतपूर्व पैमाने पर पहुँच सके हैं। 2005 में इसकी शुरुआत होने से अब तक जेएसवाई के अंतर्गत 463.32 लाख से अधिक महिलाओं को शामिल किया गया है।

2.1.2 रोगी कल्याण समिति/ अस्पताल प्रबंधन सोसाइटी सरल किंतु प्रभावी प्रबंधन ढांचा है। यह समिति एक पंजीकृत सोसाइटी है जो अस्पताल के काम-काज का संचालन करने के लिए अस्पतालों के लिए ट्रस्टी के समूह के रूप में कार्य करता है। रोगी कल्याण के लिए कार्यकलाप करने हेतु अबद्ध (untied) निधि के जरिए इन समितियों को वित्तीय सहायता दी जाती है। लगभग सभी जिला अस्पतालों, अनुमंडलीय अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में सामुदायिक सदस्यों को शामिल करते हुए अब तक 29949 रोगी कल्याण समितियां गठित की जा



एनआरएचएम के अंतर्गत अनेक महत्वपूर्ण पहलें प्रचालित की गई हैं।

2.1.1 समुदाय और स्वास्थ्य प्रणाली के बीच कड़ी स्थापित करने के लिए इस मिशन के अंतर्गत 8.55 लाख से अधिक सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवकों जिन्हें प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) कहा जाता है, को काम में लगाया गया है। जनसंख्या के वंचित वर्गों विशेषतौर पर महिलाओं एवं बच्चों जो ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचना कठिन पाते हैं, की स्वास्थ्य संबंधी मांगों के लिए प्रथम ठहराव स्थल आशा है। आशा कार्यक्रम का राज्यों में विस्तार हो रहा है और यह लोगों को जनस्वास्थ्य प्रणाली में वापस लाने में विशेष तौर पर सफल रहा है तथा इससे



चुकी हैं। रोगी कल्याण समितियां विभिन्न भूमिकाएं जैसे कि प्रापण मुद्दे तय करना, सेवाओं का दर नियतन तथा नवीकरण योजनाएं निष्पादित कर रही हैं। रोगी कल्याण समितियों ने स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों को वाटर फिल्टर, इवर्टर तथा अन्य उपयोगी सेवाएं प्रदान की हैं।

2.1.3 उप केंद्रों को अबद्ध अनुदानों (untied grants) ने हमारे एएनएम को नया आत्म विश्वास दिया है जो रक्तचाप मापक उपस्कर, स्टेथेस्कोप, भारमापक मशीन आदि से अब कहीं बेहतर रूप से उपकरणों से सज्जित हैं। वे दरअसल उचित प्रसवपूर्व परिचर्या और अन्य स्वास्थ्य परिचर्या संवाएं प्रदान कर सकते हैं। ग्राम स्वास्थ्य सफाई एवं पोषण समिति मूलभूत स्तर पर सामुदायिक

अधिकारिता का एक महत्वपूर्ण साधन है। वीएचएसएनसी स्थानीय समुदाय विशेषतौर पर गरीब परिवारों तथा बच्चों की आकांक्षाओं को प्रदर्शित करती है। एनआरएचएम के अंतर्गत प्रत्येक वीएचएसएनसी को प्रतिवर्ष 10,000 रु. का अबद्ध अनुदान दिया जाता है जिसका उपयोग पंचायती राज प्रतिनिधियों एवं कई राज्यों में अन्य सामुदायिक सदस्यों की भागीदारी के जरिए किया जाता है। अब तक देशभर में 4.96 लाख वीएचएसएनसी की स्थापना की जा चुकी है। अनेक राज्यों में ग्राम की स्वास्थ्य स्थिति को बनाए रखने के लिए वीएचएसएनसी सदस्यों की भूमिकाओं एवं उत्तरदायित्वों के संबंध में उनका क्षमता निर्माण किया जा रहा है।

2.1.4 स्वास्थ्य परिचर्या सेवा परिदान के लिए गहन मानव संसाधन इनपुट अपेक्षित होते हैं। जैसा कि विभिन्न सर्वेक्षणों में देखा जा सकता है, देश में जनस्वास्थ्य परिचर्या क्षेत्र में मानव संसाधनों की भारी कमी है। एनआरएचएम ने संविदात्मक आधार पर 8630 डॉक्टरों तथा विशेषज्ञों, 66784 एएनएम, 328604 स्टॉफ नर्सों, 14434 पराचिकित्साकर्मी को विनियोजित करके मानव संसाधनों में व्याप्त कमियों को दूर करने की कोशिश की है। भर्ती के अलावा एनआरएचएम ने राज्यों द्वारा अभिज्ञात कार्यनीतिगत दृष्टि से अवस्थित सुविधा केंद्रों में डॉक्टरों को बहुकौशल्युक्त बनाने पर बल दिया है। उदाहरण के लिए एमबीबीएस डॉक्टरों को आपातकालीन प्रसूति परिचर्या (ईएमओसी), जीवन रक्षक संवेदनाहरण कौशल (एलएसएस) तथा लैपरोस्कोपिक सर्जरी के क्षेत्र में प्रशिक्षित किया जाता है। उसी प्रकार नर्सिंग स्टाफ तथा सहायक कार्यकताओं जैसे कि एएनएम के क्षमता निर्माण पर पर्याप्त महत्व दिया जाता है।

आयुष के अंतर्गत मानव संसाधन: अनेक राज्यों ने सह-अवस्थापन की सहायता से प्रभावी सेवा परिदान के लिए आयुष के मानव संसाधनों का उपयोग किया है। इन राज्यों ने एनआरएचएम के अंतर्गत पीएचसी तथा सीएचसी में 10851 आयुष डॉक्टरों को संविदा के आधार पर तैनात किया है तथा राज्यों को उन डॉक्टरों को अपनी चिकित्सा पद्धति की दवाओं से मदद मिलती है।

2.1.5 अनेक असेवित क्षेत्र सचल चिकित्सा एककों के जरिए लाभान्वित किए गए हैं। अब तक देश में 1842 एमएमयू 442 जिलों में प्रचालनात्मक है। आंध्र प्रदेश में शुरू की गई आपातिक अनुक्रिया, प्रणाली (ईएमआरआई) व्यवस्था से राज्य में सुसज्जित रोगी वाहनों को कहीं भी अतिशीघ्र प्राप्त करने में लोग समर्थ होते हैं। ऐसे सामान्य नमूने दाहराए जाने के लायक हैं तथा एनआरएचएम की कोशिशें अनुसरण को बढ़ाने पर रही हैं। अच्छे कार्य कर चुके

क्षेत्रों में पहुंचने वाले सभी राज्य स्तरीय दलों को मौके दिलवाकर अच्छे कार्यों को बढ़ाने की कोशिश की गई है। एक दूसरे से सीखने को बहुत कुछ है तथा एनआरएचएम अंतरराज्यीय नियमित दौरों के जरिए बेहतर कार्यनीतियां सुनिश्चित करने के लिए राज्यों को जोड़ने पर बढ़ावा देता है।

2.1.6 यद्यपि कुछ क्षेत्रों में सरकारी स्वास्थ्य सुविधाएं बढ़े कार्यभार से निपटने के लिए एनआरएचएम के अंतर्गत लचीले वित्त के उपयोग से सक्रिय हुई हैं, तथापि अनेक अन्य क्षेत्रों से अब भी बहुत कुछ करना है ताकि स्वास्थ्य सुविधाएं लोगों की स्वास्थ्य परिचर्या की बढ़ती जरूरत पूरी करने हेतु स्वयं को दुरुस्त बना सकें। अब राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की चुनौती बढ़ती हुई संख्या में परिवारों, जिनका सरकारी तंत्र में विश्वास फिर से स्थापित हो गया है, को गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करना है। एनआरएचएम गरीब परिवारों, जो इतनी अधिक आशा एवं आकांक्षा के साथ सार्वजनिक प्रणाली में शामिल हुए हैं, को निराश नहीं कर सकता है। गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य परिचर्या के लिए सुविधाओं को बेहतर करने में अत्यावश्यकता की भावना है।

2.1.7 एनआरएचएम की सफलता राज्यों की अनुक्रियाओं द्वारा रची गई है। यह तय करना राज्यों की जिम्मेदारी है कि उनकी प्राथमिकताएं क्या हैं। जिला एवं राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाएं अनुमोदन के आधार हैं। राज्यों एवं क्षेत्रों की विविध आवश्यकताओं के लिए उपयुक्त बैठने के लिए किसी भी कार्यक्रम में इससे पहले इतना अधिक लचीलापन नहीं रहा है। एनआरएचएम ने राज्यों के साथ भागीदारी का एक नया मानदंड निश्चित किया है जहां राज्य यह निश्चय करते हैं कि सार्वजनिक क्षेत्र की स्वास्थ्य प्रणाली की समस्या का समाधान करने के लिए क्या आवश्यक है। मानव संसाधन, भौतिक अवसंरचना, उपस्कर, क्षमता निर्माण, संसाधन, दक्षता उन्नयन, संसाधन इत्यादि अभूतपूर्व पैमाने पर उपलब्ध हैं। एनआरएचएम का दर्शन अविश्वास से विश्वास की आरे अग्रसर होना है। पंचायती राज संस्थाओं के संरक्षण में एनआरएचएम ने एक उत्तरदायी ढांचा बनाने की कोशिश की है जिससे प्रत्येक स्वास्थ्य सुविधा केंद्र उन लोगों जिनकी आवश्यकताओं की यह पूर्ति करेगा, के प्रति उत्तरदायी हो जाएगा। ग्राम स्वास्थ्य एवं सफाई समितियों से आरम्भ होकर एनआरएचएम ने यह सुनिश्चित करने के लिए कि स्वास्थ्य संस्थाओं के पास समुदाय की भागीदारी से सेवा प्रदान करने में लचीलापन हो, पंचायती राज संस्था के ढांचे के भीतर सुविधा विशिष्ट सार्वजनिक संस्थाएं बनाई हैं।

2.1.8 ग्राम से जिला स्तर तक स्वास्थ्य प्रणाली की सभी आवश्यकताओं को एनआरएचएम के जरिए पूरा किया जा सकता

है और राज्यों ने अपनी आवश्यकताओं के अनुकूल नई योजनाएं तैयार की हैं। सार्वजनिक क्षेत्र की स्वास्थ्य प्रणाली के बेहतर प्रबंधन की आवश्यकता को समझते हुए एनआरएचएम ने राज्यों को सभी स्तरों पर एवं सभी संस्थाओं के लिए प्रबंधन सहायता प्रदान की है। चौबीसों घंटे सेवाएं प्रदान करने की सार्वजनिक क्षेत्र की सुविधा केंद्रों की आवश्यकता को देखते हुए उपचर्या संस्थाओं, नर्सों एवं सहायक नर्स धात्रियों पर बल दिया जाना राज्यों को इसका प्रमुख संदेश रहा है।

2.1.9 उन्नत वित्तीय प्रबंधन: यह सुनिश्चित करने के लिए कि एनआरएचएम के अंतर्गत राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों एवं अन्य संस्थाओं को किए गए निधि आवंटन में बढ़ोतरी का पूर्णतः समन्वय, प्रबंधन एवं उपयोग किया जाएगा, अधिकार कार्यक्रम समिति (ईपीसी) की सिफारिशों के अनुसार उत्तरवर्ती वित्तीय प्रबंधन ढांचा एवं निधियों की निर्मुक्ति, अनुवीक्षण एवं उपयोग के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लिए वित्तीय प्रबंधन समूह गठित किया गया है।

मिशन संचालन समूह केंद्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय की अध्यक्षता में गठित एनआरएचएम के अधीन एक शीर्ष स्तरीय निर्णयकर्ता निकाय है। 21 जून, 2011 को हुई मिशन संचालन समूह की बैठक में लिए गए इसके मुख्य निर्णय निम्नलिखित हैं:-

- लाभार्थियों के घरों पर आशा द्वारा गर्भनिरोधकों (कंडोम, ओसीपी,ईसीपी) की प्रदानगी।
- जिला स्तरीय परिवार सर्वेक्षण (डीएलएचएस-4) कराना- 26 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में से जहां वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एएचएस) नहीं किया जा रहा है।
- मासिक धर्म संबंधी स्वच्छता को बढ़ावा देने के लिए योजना में फेर-बदल जिसमें 20 राज्यों के 152 जिलों तथा करीब 1.5 करोड़ किशोरियों को शामिल किया गया है।
- व्यापक स्वास्थ्य परिचर्या के लिए विशिष्ट वित्तीय अभिगम जिसके द्वारा स्वास्थ्य सुविधा केंद्र में रोग भार तथा उसके द्वारा प्रदत्त सेवाओं के आधार पर अबद्ध निधियों एवं रोगी कल्याण समिति के अनुदानों का आबंटन किया जाएगा।
- गृह आधारित नवजात परिचर्या में आशा को शामिल करना।
- स्वास्थ्य क्षेत्र में अनुवीक्षणीय लक्ष्यों एवं विशिष्ट सुधार कार्य सूची के कार्यान्वयन के लिए राज्यों को निधियों के आबंटन के मानदंडों में संशोधन।

- पोषण को ग्राम स्वास्थ्य एवं सफाई समितियों के अधिदेश में शामिल करने के लिए इसका विस्तार तथा इसका पुनः नामकरण ग्राम स्वास्थ्य, सफाई एवं पोषण समिति (वीएचएसएनसी) के रूप में करना।
- एनआरएचएम के अंतर्गत आयुष को मुख्यधारा में लाने के लिए आयुष अस्पतालों तथा औषधालयों के विकास के लिए केंद्रीय प्रायोजित योजना में आंशिक संशोधन।

2.1.10 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत (30.9. 2011 तक की स्थिति) प्रगति

आशा:

- देश भर में 8.55 लाख आशाओं का चयन किया गया है जिनमें से 8.07 लाख आशाओं को पहले माड्यूल तक और 7.36 लाख आशाओं को दूसरे माड्यूल तक, 7.13 लाख आशाओं को तीसरे माड्यूल तक, 6.90 लाख आशाओं को चौथे माड्यूल तक, 5.73 लाख आशाओं को पांचवें माड्यूल तक, 0.93 लाख आशाओं को छठे माड्यूल तक तथा 0.92 लाख आशाओं को सातवें माड्यूल तक प्रशिक्षण दिया गया है।
- 7.41 लाख से अधिक आशाओं को प्रशिक्षण के बाद तैनात किया गया है और ड्रग किट भी उपलब्ध कराई गई।

अवसंरचना

- 89 जिला अस्पतालों, 420 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, 1434 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों तथा 18054 स्वास्थ्य उप-केंद्रों को नवनिर्माण के लिए शामिल किया गया है। इनमें से 59 जिला अस्पतालों, 173 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, 571 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों तथा 8839 उप-केंद्रों का निर्माण-कार्य पूरा हो गया है।
- 505 जिला अस्पतालों, 2301 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, 4025 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों तथा 12947 स्वास्थ्य उप केंद्रों को नवीकरण/उन्नयन के लिए शामिल किया गया है। इनमें से 234 जिला अस्पतालों, 1144 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, 2397 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों तथा 8911 उप-केंद्रों का उन्नयन/नवीकरण पूरा कर लिया गया है।
- 8330 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को चौबीसों घंटे (24x7) कार्यात्मक बनाया गया है तथा 2353 सुविधा केंद्रों को प्रथम रेफरल एककों के रूप में प्रचालनात्मक बनाया गया है।

- देश में सभी 1.47 लाख उप केंद्रों (आरएचएस 2010) को 10,000–10,000रु. की अबद्ध निधियों के साथ सुदृढ़ किया गया है।

जनशक्ति

- महत्वपूर्ण रिक्तियों को भरने के लिए एनआरएचएम के अंतर्गत राज्यों द्वारा 8630 डॉक्टरों, 10851 आयुष डॉक्टरों, 3028 विशेषज्ञों, 66784 संविदा एएनएम, 32860 स्टाफ नर्सों, 14434 पैरामेडिकल स्टाफ तथा 3855 आयुष पैरामेडिकल स्टाफ की संविदा पर नियुक्ति की गई है ताकि महत्वपूर्ण मानव संसाधन की कमी को पूरा किया जा सके।

प्रबंधन सहायता

- 634 जिलों में जिला कार्यक्रम प्रबंधन एकक स्थापित किया गया है जहां 580 जिला कार्यक्रम प्रबंधक तथा 555 जिला लेखाकार तैनात हैं।
- ब्लॉक तथा नीचे के स्तरों पर स्वास्थ्य प्रणाली को सहायता प्रदान करने के लिए 3785 ब्लॉक प्रबंधकों सहित करीब 4675 ब्लॉक प्रोग्राम प्रबंधन एकक स्थापित किया गया है।

सचल चिकित्सा एकक

- विभिन्न राज्यों में 1842 सचल चिकित्सा एकक प्रचालनात्मक हैं जहां 442 जिलों को शामिल करते हुए भीतरी क्षेत्रों में सेवाएं दी जाती हैं।

प्रतिरक्षण

- पोलियो की प्रगति की गहन मानीटरिंग-आशा की सेवाएं उपयोगी हैं।
- 4 राज्यों में 11 जिलों में जेई टीकाकरण पूरा किया गया। 2006–07 के दौरान 93 लाख बच्चों को टीके दिए गए। वर्ष 2007 में 10 राज्यों के 26 जिलों में जेई वैक्सीनेशन किया गया है। ऐसे 4 राज्यों में 11 जिलों में जहां वर्ष 2006 में जेई टीकाकरण शुरू किया गया, डीपीटी की बूस्टर खुराक से 1–2 वर्ष की आयु के बच्चों को टीका लगाने के लिए नेमी रोग प्रतिरक्षण में जेई वैक्सीन शुरू की गई है।
- पोलियो के मामलों का घर-घर जाकर पता लगाना और गहन मानीटरिंग करना।

- देश में 7 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में से प्रसवपूर्व टेस्टनस समाप्त कर दिया गया है।

- राष्ट्रीय स्तर पर समग्र टीकाकरण 43.5 प्रतिशत रहा। (डीएलएचएस-II)

- ईएजी और पूर्वोत्तर राज्य के लिए त्वरित टीकाकरण कार्यक्रम शुरू किया गया।

संस्थागत प्रसव

- सभी राज्यों में जननी सुरक्षा योजना आरंभ की गई है। इससे 2005–06 में 7.34 लाख महिलाएं, 2006–07 में 30.73 लाख महिलाएं, 2007–08 में 73.08 लाख महिलाएं और 2008–09 में 90.80 लाख महिलाएं, वर्ष 2009–10 में 100.66 लाख महिलाएं, वर्ष 2010–11 में 113.38 तथा वर्तमान वित्त वर्ष 2011–12 में अब तक 47.3 लाख महिलाएं लाभान्वित हुई हैं।

अभिसरण (कनवर्जेन्स)

- 2006–07 में 35 लाख से अधिक, 2007–08 में 49 लाख, 2008–09 में 58 लाख 2009–10 में 58 लाख वर्ष 2010–11 में 69 लाख तथा 2011–12 में 14 लाख ग्रामीण स्तर पर मासिक स्वास्थ्य और पोषण दिवसों का अब तक आयोजन किया जा रहा है।

- राज्यों में 496338 ग्राम स्वास्थ्य और स्वच्छता समितियों का गठन किया गया है। उनकी बीमारी फैलने से रोकने में सहायता ली जा रही है।

- आईसीडीएस/पेयजल/स्वच्छता/एनएसीओ/पीआर आई के आधारभूत कार्य के साथ अभिसरण पूरा हुआ।

- 29949 स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों (694 जिला अस्पताल, 4835 सीएचसी, 990 सुविधा केंद्र, सीएससी को छोड़कर ब्लॉक स्तर से ऊपर, 17028 सीएचसी तथा उप केंद्र से ऊपर तथा ब्लॉक स्तर से नीचे 6402 सुविधा केंद्र) में रोगी कल्याण समितियां पंजीकृत की गई हैं। प्रति जिला अस्पताल 5 लाख रु., प्रति सीएचसी 1 लाख रु. तथा प्रति पीएचसी 1 लाख रु. दिए जाते हैं।

- 26 से अधिक राज्यों में स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम आरंभ किए गए हैं।

स्वास्थ्य संबंधी कार्य योजनाएं

- वर्ष 2006–07 में 31, 2007–08 में 35, 2008–09 में 35,

2009–10 में 35, वर्तमान वर्ष 2010–11 में 35 राज्यों से पीआईपी प्राप्त हुए। राज्यों की परियोजना कार्यान्वयन योजना का मूल्यांकन किया गया है और वर्ष 2011–12 के लिए निधियां जारी की जा रही हैं।

- एकीकृत जिला स्वास्थ्य कार्य योजनाओं के पहले चरण को 636 जिलों हेतु अंतिम रूप दे दिया गया है।

आयुष को मुख्य धारा में लाना

- राज्य में आयुष को मुख्य धारा में लाया जा रहा है। जिला और जिला स्तर से निम्न स्तर की स्वास्थ्य संस्थाओं में कुल 14960 आयुष सुविधा केंद्र हैं। आयुष के कार्यकर्ता राज्य स्वास्थ्य मिशन/सोसायटी/आरकेएस/आशा प्रशिक्षण के सदस्य के रूप में होते हैं।

प्रशिक्षण

- एमओ/एएनएम के लिए एनेस्थीसिया, स्किल्ड बर्थ अटेंडेंस में प्रशिक्षण। एएनएम/एलएमबी/एमओ के लिए एकीकृत कौशल विकास प्रशिक्षण, एमओ के लिए आपातकालीन प्रसूति रोग संबंधी देखभाल और स्कैलपल रहित वैसेक्टोमी में प्रशिक्षण, सीएमओ के लिए प्रोफेशनल विकास कार्यक्रम आदि तेजी से चल रहे हैं।
- सभी राज्यों में एएनएम स्कूलों को अपग्रेड किया जा रहा है।
- नए नर्सिंग स्कूल खोले जा रहे हैं।

स्वास्थ्य संसाधन केंद्र

- राष्ट्रीय स्तर पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र स्थापित किए गए।
- पूर्वोत्तर के लिए क्षेत्रीय संसाधन केंद्र स्थापित किए गए।
- राज्यों द्वारा राज्य संसाधन केंद्र स्थापित किए जा रहे हैं।

मानीटरिंग एवं मूल्यांकन

- 8 राज्यों में आशा/जेएसवाई का यूएनएफपीए/यूनिसेफ/जीटीजेड द्वारा स्वतंत्र मूल्यांकन।
- यूनिसेफ द्वारा टीकाकरण कवरेज का मूल्यांकन किया गया।
- प्रमाणित संस्थाओं जैसे इंस्टीट्यूट आफ पब्लिक आडिटर्स आफ इंडिया द्वारा स्वतंत्र मानीटरिंग।

- 9 राज्यों नामतः राजस्थान, उड़ीसा, महाराष्ट्र, मध्य प्रदेश, तमिलनाडु, छत्तीसगढ़ झारखंड, कर्नाटक और असम में चरण 1 की सामुदायिक मानीटरिंग पूरी कर ली गई है।
- कई स्वतंत्र एजेंसियों द्वारा समवर्ती मूल्यांकन किया जा रहा है।
- अधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्यों के लिए जिला वार वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण तैयार किए जा रहे हैं। मंत्रिमंडल का अनुमोदन मिल गया है।

2.2 राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन

प्रस्तावित राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) का उद्देश्य शहरी आबादी की जन स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं को पूरा करना है। शहरी आबादी के लिए जन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की आवश्यकता को पूरा करने के लिए शहरी क्षेत्रों में प्राथमिक, गौण और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल सेवा सुपुर्दगी प्रणाली का पुनरुद्धार/सृजन/उन्नयन करना शामिल होगा। स्वास्थ्य सेवा से जुड़े व्यावसायिकों, उपर्युक्त प्रौद्योगिकी नई अवसंरचना का सृजन एवं उन्नयन तथा वर्तमान अवसंरचना के उपयोग और विद्यमान स्वास्थ्य सेवा प्रणाली सुपुर्दगी प्रणाली के सुदृढीकरण में निवेश करके यह कार्य किया जाएगा।

समस्या की गंभीरता को समझते हुए वारहवीं पंचवर्षीय योजना में शहरी स्वास्थ्य को प्रमुख क्षेत्र के रूप में लिया जाएगा। झुग्गी बस्ती और अन्य शहरी गरीबों पर ध्यान केन्द्रित करते हुए शहरी आबादी के लिए एनयूएचएम का आरंभ किया जाएगा। शहरी झुग्गी बस्ती में जन स्वास्थ्य और स्वच्छता को बढ़ाने के लिए बारहवीं पंचवर्षीय योजना में शहरी झुग्गी बस्तियों में कार्यरत सिविल सोसाइटी संगठन (सीएसओ) के अनुभवों को भी शामिल किया जाएगा। इसके लिए गैर-सरकारी संगठन-सरकारी संगठनों की भागीदारी का मार्ग बनाने और संसाधनों की समुदाय स्तरीय निगरानी और उनका सही उपयोग विकसित करने की जरूरत होगी।

एनयूएचएम निम्नलिखित तथ्यों को सुनिश्चित करेगा :

- शहरी क्षेत्रों, विशेष रूप से शहरी गरीबों में स्वास्थ्य समस्याओं का निपटान करने के लिए संसाधनों की उपलब्धता।
- शहरी गरीबों और अन्य कमजोर वर्गों को ध्यान में रखते हुए शहरी आबादी की विविध स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए आवश्यकता आधारित शहर विशिष्ट शहरी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली।

- स्वास्थ्य कार्यकलापों की आयोजना, कार्यान्वयन और निगरानी में और पूर्व सक्रिय रूप से संलग्नता के लिए समुदाय के साथ भागीदारी।
- तेजी से बढ़ती शहरी आबादी की स्वास्थ्य संबंधित चुनौतियों का सामना करने के लिए संस्थागत तंत्र और प्रबंधन प्रणाली।
- गैर सरकारी संगठनों, धर्मार्थ अस्पतालों और अन्य भागीदारों के साथ भागीदारी के लिए ढांचागत कार्य।

एनयूएचएम में 50000 से अधिक की आबादी वाले सभी शहर/कस्बे शामिल होंगे। 50000 से कम आबादी वाले कस्बों को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के अंतर्गत शामिल किया जाएगा। इसमें झुग्गी निवासियों सहित अन्य सीमांत शहरी निवासी जैसे रिक्शा चालक, रेहड़ी वाले, रेलवे और बस अड्डे के कूली, बेघर लोगों, बेघर बच्चों, भवन निर्माण स्थल के मजदूर जो झुग्गी या निर्माण स्थल पर हो सकते हैं इन सभी को शामिल किया जाएगा।

विद्यमान शहरी स्वास्थ्य पोस्टों और शहरी परिवार कल्याण केन्द्रों को एनयूएचएम के अंतर्गत वर्तमान अवसंरचना के रूप में लिया जाएगा और इसके उन्नयन पर भी विचार किया जाएगा। समस्त विद्यमान मानव संसाधनों को उपयुक्त रूप से पुनः संगठित किया जाएगा और उनकी वर्तमान आबादी कवरेज के आधार पर पुनर्गठित किया जाएगा।

जवाहरलाल नेहरू शहरी नवीकरण मिशन (जेएनयूआरएम), राजीव आवास योजना (आरएवाई) और एनयूएचएम के बीच अंतरक्षेत्रीय समन्वय तंत्र और अभिसरण की योजना तैयार की जाएगी। वर्तमान में, ई एफ सी ज्ञापन तैयार किया गया है और प्रसताव पर अपनी टिप्पणी देने के लिए संबंधित मंत्रालयों को परिचालित किया गया है।

2.3 स्वास्थ्य नीति

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2002 (एन. एच. पी.-2002) का मुख्य उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि देश में समग्र सामाजिक और भौगोलिक विस्तार में एक समान स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान की जाएं। नीति में लोगों की स्वास्थ्य स्थिति में सुधार की आवश्यकता को सामाजिक क्षेत्र में प्रमुख ध्यान दिए जाने योग्य क्षेत्रों में से एक क्षेत्र के रूप में रेखांकित किया गया है। यह राष्ट्रीय स्तर पर लोक स्वास्थ्य उपायों के लिए और अधिक वित्त पोषण तथा संगठनात्मक पुनः की आवश्यकता पर केन्द्रित है ताकि स्वास्थ्य सुविधाओं तक

समान पहुंच बनाई जा सके। देश की आम जनसंख्या में अच्छे स्वास्थ्य का स्वीकार्य मानक कमी वाले क्षेत्रों में नई अवसंरचना की स्थापना द्वारा और विद्यमान संस्थाओं में अवसंरचना के उन्नयन द्वारा विकेन्द्रीकृत लोक स्वास्थ्य प्रणाली तक पहुंच बढ़ाकर प्राप्त किया जा सकता है। केंद्र सरकार द्वारा अत्यधिक योगदान के माध्यम से सकल लोक स्वास्थ्य निवेश को बढ़ाने पर बल दिया गया है। क्षेत्रीय आबंटन में बढ़ोतरी के माध्यम से प्राथमिक स्वास्थ्य स्तर पर निवारक और उपचारात्मक पहलों को प्राथमिकता दी जाएगी।

2.4 राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति-2000 के लक्ष्यों को पूरा करने, अंतरक्षेत्रीय समन्वय को बढ़ावा देने, योजना एवं कार्यान्वयन सिविल सोसायटी को शामिल करने, देश में जनांकिकीय रूप से कमजोर राज्यों में कार्यनिष्पादन में विकास हेतु नई पहलें आरम्भ करने और राष्ट्रीय जनसंख्या नीति में निर्धारित लक्ष्यों के सहयोगार्थ अंतरराष्ट्रीय सहायता की संभावनाओं का पता लगाने के उद्देश्य से राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 के क्रियान्वयन हेतु पुनरीक्षा करने, निगरानी करने और निर्देश देने के लिए मई, 2000 में राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 के लक्ष्यों के अनुसरण में राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग की स्थापना की गई थी।

इस आयोग की पहली बैठक 22.7.2000 को हुई थी और उस समय के माननीय प्रधानमंत्री ने निम्न राष्ट्रीय सामाजिक जनांकिकीय आंकड़े रखने वाले राज्यों पर ध्यान केन्द्रित करने के लिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय में एक अधिकार प्राप्त कार्यदल के गठन और जनसंख्या स्थिरीकरण में योगदान देने हेतु रचित विशिष्ट रूप से सहायक परियोजनाओं के लिए राष्ट्रीय स्वैच्छिक स्रोतों से धन को एकधारा में लाने हेतु एक स्थल प्रदान करने के लिए राष्ट्रीय जनसंख्या स्थिरीकरण कोष की स्थापना की घोषणा की थी।

राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग को माननीय प्रधानमंत्री की अध्यक्षता में 40 सदस्यों के साथ अप्रैल, 2005 में पुनर्गठित किया गया है। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री और योजना आयोग के उपाध्यक्ष इस आयोग के उपाध्यक्ष हैं। वर्तमान सदस्यों में उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, राजस्थान, बिहार, झारखंड, केरल और तमिलनाडु के मुख्य मंत्री भी शामिल हैं।

पुनर्गठित राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग ने निम्नलिखित पर निर्णय लिया था:-

- सभी जिलों का वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण होना चाहिए जिसे वार्षिक आधार पर प्रकाशित किया जा सके ताकि जिला स्तर पर स्वास्थ्य सूचकों को अपेक्षाओं की तुलना में आवधिक रूप से प्रकाशित किया जाए, निगरानी एवं तुलना की जाए।
- स्वास्थ्य प्रदानगी प्रणाली में कमियों की पहचान करने तथा राज्यों की स्वास्थ्य एवं जनांकिकीय स्थिति में विकास करने में उपयोगी उपाय सुझाने के लिए बिहार, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, मध्य प्रदेश और उड़ीसा राज्यों की जनसंख्या प्रोफाइल का अध्ययन करने के लिए विशेषज्ञों के 5 समूहों की स्थापना करना।

वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एएचएस): वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण का प्रथम दौर 8 अधिकार प्राप्त कार्य समूह (ईएजी) वाले राज्यों नामतः बिहार, झारखंड, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, राजस्थान, उड़ीसा तथा असम के 284 जिलों में वर्ष 2010-11 के दौरान भारत के महापंजीयक के कार्यालय के जरिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा संचालित करवाया गया।

कुछ एएचएस संकेतकों के संबंध में महत्वपूर्ण परिणाम 10.08.2011 को आरजीआई के कार्यालय द्वारा राज्यवार बुलेटिन के रूप में जारी किए गए हैं जिनमें अशोधित जन्मदर, अशोधित मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर, नवजात एवं नवजात पश्च मृत्यु दर, 5 वर्ष से कम के बच्चों की मृत्यु दर, जन्म के समय लिंग अनुपात, लिंग अनुपात (0-4 वर्ष) तथा समग्र लिंग अनुपात से संबंधित जिला स्तरीय आंकड़े शामिल हैं। इसके अलावा, प्रत्येक राज्य के अनेक जिलों के लिए मातृ मृत्यु अनुपात भी जारी किया गया है।

सर्वेक्षण 2010-11 के दौरान किया गया आंकड़ों के लिए संदर्भ अवधि 2007-09 है।

विशेषज्ञ समूह: बिहार, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, मध्य प्रदेश और उड़ीसा राज्यों की जनसंख्या प्रोफाइल का अध्ययन करने के लिए विशेषज्ञों के 5 समूह गठित किए गए थे। विशेषज्ञ समूहों की मसौदा रिपोर्टें आयोग में प्राप्त हो गई हैं और जनांकिकीय आंकड़ों को सही करने के लिए इसकी जांच की गई है और इन्हें निम्न कार्यों के लिए संबंधित 5 राज्यों को भेज दिया गया है:-

- विशेषज्ञ समूह की रिपोर्ट पर टिप्पणी करना।
- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत जनसंख्या के स्थिरीकरण के लिए वे क्या कर रहे हैं उसकी अद्यतन रिपोर्ट प्रदान करना।

- राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग की आगामी बैठक में जनसंख्या स्थिरीकरण पर उनके कार्यों का एक प्रस्तुतीकरण तैयार करना।

यह आयोग राज्यों द्वारा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के कार्यान्वयन के सम्पूर्ण बुनियादी ढांचे के तहत जनसंख्या स्थिरीकरण को नीतिगत सहायता प्रदान करता रहा है। यह आयोग भारत के महापंजीयक और आर्थिक वृद्धि संस्थान के सहयोग से कई प्रकाशन प्रस्तुत कर चुका है जो राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लक्ष्यों में बल दिए गए जनसंख्या स्थिरीकरण प्राप्त करने के लिए भावी जनांकिकीय रुझानों, चुनौतियों और सुझाए गए उपायों पर बहुमूल्य जानकारी प्रस्तुत करते हैं।

प्रधानमंत्री की अध्यक्षता में आयोग की दूसरी बैठक 21 अक्टूबर, 2010 को आयोजित की गई। आयोग ने अन्य विषयों के साथ-साथ जनसंख्या स्थिरीकरण पर विचार विमर्श किया और उसके बाद आयोग ने हितधारकों के लिए प्रमुख बिन्दुओं की अनुशंसा करते हुए व्यापक सहमति से निम्नलिखित संकल्प पारित किए:

● प्राथमिकता देना

- जनसंख्या स्थिरीकरण को उच्च प्राथमिकता दी जानी चाहिए।
- मुख्यमंत्री द्वारा छोटे परिवार के मापदंड को बढ़ावा देने के लिए नेतृत्व प्रदान किया जाना चाहिए।
- सामाजिक विशेषज्ञों, सामाजिक वैज्ञानिकों एवं सम्प्रेषण विशेषज्ञों को शामिल किया जाना चाहिए।
- जनसंख्या संबंधी विषयों पर ध्यान केन्द्रित करते हुए पल्स पोलियो कार्यक्रम की तर्ज पर सुरक्षित मातृत्व अभियान चलाया जाना चाहिए।

● व्यावहारिक कार्यकलाप

- आईसी अभियान में जोरदार ढंग से पुनः जान फूँकी जानी चाहिए।
- परिवार नियोजन सेवाओं की अपूरित आवश्यकता को पूरा करने के लिए कार्यनीति लागू करना।
- जन स्वास्थ्य सेवाओं और सुविधाओं जैसे कि साफ सुथरा शौचालय, स्वच्छ जल, विद्युत आदि की व्यवस्था सुदृढ़ करना।
- ऐसे सभी केंद्रों, जहां प्रसव कराए जाते हैं, में प्रसवोत्तर परिवार नियोजन सेवाएं सुदृढ़ करना।

- देर से शादी करने, पहले बच्चे के जन्म में देरी करने और दो बच्चों के जन्म के बीच अंतर रखने को बढ़ावा देने पर जोर देना।
- सभी सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में दवाओं की उपलब्धता।
- परिवार नियोजन कार्यक्रमों में आयुष डाक्टरों को शामिल करना।
- **अंतर्देशीय समन्वय**
- जनसंख्या स्थिरीकरण कार्यक्रम में मानव संसाधन विकास, महिला एवं बाल विकास और पंचायती राज मंत्रालयों को सक्रिय रूप से शामिल किया जाना चाहिए।
- विशेषकर लड़कियों की शिक्षा के लिए सर्वाधिक ध्यान देना।
- महिलाओं के सशक्तिकरण के लिए कम उम्र में ही प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य विषयों सहित पारिवारिक जीवन के बारे में किशोरियों को शिक्षा देना।
- विशेषकर गर्भवती महिलाओं की पौषणिक स्थिति में सुधार करने के उपायों को सुदृढ़ किया जाना चाहिए।
- ईएसआई, रेलवे तथा प्रतिरक्षा सेवाओं जैसी संस्थाओं द्वारा चलाई जा रही संस्थाओं/अस्पतालों को परिवार नियोजन सेवाओं में शामिल किया जाना चाहिए।
- **अन्य उपाय**
- लड़कियों की शादी की विधिक आयु बढ़ाने पर विचार किया जाना।
- चिकित्सा शिक्षा में जेंडर को शामिल किया जाना।
- मुस्लिम समुदाय के सदस्यों में कार्य कर रहे गैर सरकारी संगठनों को छोटे परिवार के मानदंडों के बारे में जागरूकता बढ़ाने के कार्य में सक्रिय रूप से शामिल किया जाना चाहिए।
- गर्भनिरोधक के उपलब्ध विकल्पों को बढ़ाने के लिए और अधिक नवीन गर्भनिरोधक विकसित करने के लिए अनुसंधान पर जोर देना।
- स्वास्थ्य क्षेत्र और परिवार नियोजन की निधियों की उपलब्धता बढ़ाई जानी चाहिए।

2.5 जनसंख्या स्थिरता कोष (जेएसके)

राष्ट्रीय जनसंख्या स्थिरीकरण कोष का गठन राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग के तहत जुलाई, 2000 में किया गया था। इसके बाद इसे अप्रैल, 2002 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग में स्थानांतरित कर दिया गया था। इसे जून, 2003 में सोसायटी पंजीकरण अधिनियम (1860) के तहत जनसंख्या स्थिरता कोष के रूप में पुनः नामित एवं पुनर्गठित किया गया था। जनसंख्या स्थिरता कोष के सामान्य निकाय की अध्यक्षता स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री द्वारा की जाती है जबकि शासी बोर्ड की अध्यक्षता सचिव (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण) द्वारा की जाती है। कार्यकारी निदेशक कोष के मुख्य कार्यकारी अधिकारी हैं।

जनसंख्या स्थिरता कोष ने जनसंख्या स्थिरीकरण हेतु कई पहलों की हैं जिनका ब्यौरा निम्नानुसार है:—

जीआईएस मैपिंग: जनसंख्या स्थिरता कोष ने जीआईएस मैपों और जनगणना आंकड़ों के एक अनूठे आमेलन के माध्यम से देश के 485 जिलों और उनके उपमंडलों की मैपिंग आरम्भ की है। ये मैप सड़कों की उपलब्धता के संबंध में पहुंच और उपलब्ध आधारभूत स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे की पहचान करते हैं। क्षेत्र में जनसंख्या के घनत्व के संबंध में स्वास्थ्य सेवा उपलब्धता का गहन दृष्टिकोण प्रदान करने के लिए प्रत्येक जिले में जनसंख्या के घनत्व को एक और स्तर के रूप में शामिल किया गया है।

राष्ट्रीय हेल्पलाइन: जनसंख्या स्थिरता कोष एक हेल्पलाइन (1800-11-6555) प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य से संबंधित विषयों पर विश्वसनीय एवं वास्तविक सूचना प्रदान करने के लिए चलाता है। यह मुख्यतया उत्तर प्रदेश, बिहार, राजस्थान, मध्य प्रदेश, झारखंड और छत्तीसगढ़ जैसे उच्च जोखिम वाले राज्यों से किशोरों, नव दम्पतियों और हाल ही में शादी करने वाली दम्पतियों के लिए है। 30 नवम्बर, 2011 तक हेल्पलाइन में लगभग 3 लाख काल्स आई एवं 5,00,000 से अधिक प्रश्न पूछे गए। प्राप्त किए जा रहे प्रश्नों में सबसे अधिक संख्या गर्भनिरोधन, गर्भ, यौन स्वास्थ्य एवं प्रजननता के विषयों की हैं। उच्च गुणवत्ता सेवाएं सुनिश्चित करने के लिए कड़ी गुणवत्ता जांच सेवाएं स्थापित हैं। हेल्पलाइन नम्बर को बढ़ावा देने के लिए गहन प्रचार-प्रसार किया गया है।

प्रेरणा कार्यनीति: यह कार्यनीति देश के पिछड़े जिलों के ऐसे युवा विवाहित बीपीएल दम्पतियों की पहचान करती और उन्हें मान्यता देती है जिन्होंने उस जिले की अन्य युवा दम्पतियों हेतु एक रोल मॉडल के रूप में उत्तरदायी मातृत्व-पितृत्व मानदंड अपनाया है। जनसंख्या स्थिरता कोष ने ऐसे दम्पतियों के लिए पुरस्कार शुरू किया है जो बुनियादी मानदंड पूरे करते हैं अर्थात:

19 साल की आयु में कन्या का विवाह, विवाह के दो साल के पश्चात पहला बच्चा, पहले एवं दूसरे बच्चे के बीच तीन साल का अंतर रखना जिसके पश्चात माता या पिता किसी एक का बन्धीकरण। जिले में आयोजित व्यापक रूप से प्रचार-प्रसार किए गए तथा बहुसंख्या में उपस्थित जनसमूह के समारोह में दम्पतियों को किसान विकास पत्रों के रूप में 19000 रु. तथा एक प्रमाणपत्र से पुरस्कृत किया जाता है जेएसके ने 2008 में प्रेरणा कार्यनीति शुरू की है। जनसंख्या स्थिरता कोष ने केंद्रीय मंत्रालयों/विभागों, जिला प्रशासन, सिविल सोसायटी, समुदाय और कोरपोरेट घरानों के साथ कार्य किया है और 30 नवम्बर, 2011 तक प्रेरणा पुरस्कार के लिए राजस्थान, छत्तीसगढ़, बिहार तथा मध्य प्रदेश के सुदूर एवं पिछड़े जिलों के 441 दंपतियों की पहचान की है।

संतुष्टि:— संतुष्टि कार्यनीति सितम्बर, 2007 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा पहले से ही उद्घोषित योजना के तहत निजी क्षेत्र के स्त्री रोग विशेषज्ञों और नसबंदी चिकित्सकों को सार्वजनिक निजी भागीदारी में बन्धीकरण आपरेशन करने के अवसर की व्यवस्था करती है। इस योजना के अंतर्गत अप्रैल, 2010 से नवम्बर, 2011 की अवधि के दौरान 1865 बन्धीकरण कराए गए हैं।

2.5.1. विश्व जनसंख्या दिवस 2011 का आयोजन

विश्व जनसंख्या दिवस को मनाने के लिए 11 जुलाई 2011 को दिल्ली में विज्ञान भवन में जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए युवाओं संबंधी कार्यशाला आयोजित की गई।

इस कार्यशाला को जनसंख्या स्थिरता कोष (जेएसके) तथा युवा कार्य मंत्रालय के नेहरू युवा केंद्र संगठन द्वारा संयुक्त रूप से आयोजित किया गया। युवा मामले एवं खेल राज्य मंत्री श्री अजय माकन तथा डा. सैयद हमीद, सदस्य, योजना आयोग कार्यशाला के मुख्य अतिथि थे।

उच्च फोकस वाले 7 राज्यों के 21 चुनिंदा जिलों के 96 ब्लॉक से 400 स्वयंसेवकों ने भाग लिया था। इन स्वयंसेवकों को जनसंख्या स्थिरीकरण से संबंधित विभिन्न मुद्दों के लिए कार्यशाला में सुग्राही बनाया गया तथा अपने ब्लॉक में चेंज एजेंट बनने के लिए प्रशिक्षित किया गया। कार्यशाला में क्विज एवं स्किट प्रतियोगिताएं आयोजित की गईं जिनमें सभी युवाओं ने सक्रियतापूर्वक भाग लिया। कार्यशाला का प्रिंट इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के जरिए व्यापक प्रचार-प्रसार किया गया।

2.5.2. उच्च जनसंख्या वृद्धि वाले राज्यों में कार्यकलाप

जेएसके ने एक प्रायोगिक परियोजना के लिए सितम्बर, 2011 में एक विख्यात राष्ट्रीय गैर सरकारी संगठन स्पिक मैके के साथ

सहयोग किया है। यह कार्यक्रम बिहार के सिवान के नरेन्द्रपुर गांव में चलाया गया था। बिहार के 38 गांवों के 32 स्कूलों के 350 छात्रों ने हिस्सा लिया था। यह अन्नयोन्यक्रियात्मक सत्र सिवान के जीरादेई ग्राम में भारत के प्रथम राष्ट्रपति स्वर्गीय डा. राजेन्द्र प्रसाद के आवास में आयोजित किया गया था।

श्रीमती धरित्री पण्डा, कार्यकारी निदेशक, जेएसके ने छात्रों को संबोधित किया तथा बाल विवाह, जनसंख्या वृद्धि से संबंधित समस्याओं के बारे में संदेश दिए तथा उन उपायों का उल्लेख किया जिनके जरिए छात्र अपनी विवाह को यदि आगे नहीं तो कम से कम अपनी विधिक आयु तक आगे बढ़ाने के अपने अधिकार का दृढ़तापूर्वक इस्तेमाल कर सकते हैं। इसके बाद छात्रों ने प्रश्न पूछे जिनका उत्तर कार्यकारी निदेशक, जेएसके द्वारा दिया गया।

जनसंख्या स्थिरता कोष को स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के खेमे में भाग के रूप में आईआईटीएफ 2011 में हिस्सा भी मिला। जेएसके ने जन सूचना के लिए अपनी गतिविधियों का प्रदर्शन करने हेतु स्टॉल भी लगाया है।

2.6 परिवार नियोजन बीमा योजना

2.6.1 भारत वर्ष 1952 में राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम शुरू करने वाला पहला देश है जिसमें सामाजिक आर्थिक विकास और पर्यावरण संरक्षण के अनुरूप स्तर पर जनसंख्या को स्थिर करने के लिए आवश्यक सीमा तक जन्म दर को कम करने हेतु प्रजनन संबंधी विनियम पर जोर दिया गया है। तभी से भारत का जनांकिकीय एवं स्वास्थ्य प्रोफाइल लगातार बेहतर हुआ है।

2.6.2 मजदूरियों की हानि के लिए बन्धीकरण कराने वाले व्यक्तियों को मुआवेजे देने की भारत सरकार की योजना:

परिवार नियोजन के स्थायी तरीके को अपनाने के लिए लोगों को प्रोत्साहित करने के लिए इस मंत्रालय द्वारा 1981 से केंद्र प्रायोजित योजना कार्यान्वित की जा रही है ताकि बन्धीकरण कराने वालों को उस दिन के वेतन के नुकसान की प्रतिपूर्ति की जा सके जिस दिन उन्होंने बन्धीकरण हेतु चिकित्सा सुविधा ली थी।

बन्धीकरण कराने वालों को मजदूरियों की हुई हानि के लिए, परिवहन, आहार, औषधों, कपड़े आदि के लिए राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को जारी निधियों में से नकद मुआवजा देने के साथ-साथ कुछ राज्य/संघ राज्य क्षेत्र कुछ राशि विविध प्रयोजन निधि का निर्माण करने के लिए भी रख रहे हैं जिसका उपयोग बन्धीकरण कराने वाले को अथवा उसकी मृत्यु होने जैसी दुर्भाग्यपूर्ण दशा में उसके नामिति को अथवा अक्षमता होने पर अथवा बन्धीकरण

प्रक्रिया के कारण होने वाली ऑपरेशन के पश्चात् की जटिलताओं के उपचार हेतु अनुग्रह राशि का भुगतान करने के लिए निम्न प्रकार से किया जाता है:-

- i) मृत्यु के मामलों में 50,000 रूपए प्रति मामला
- ii) अक्षमता होने पर 30,000 रूपए प्रति मामला
- iii) ऑपरेशन उपरांत होने वाली गंभीर जटिलता के उपचार की लागत हेतु 20,000 रूपए प्रति मामला।

उक्त सीमा से अधिक देयता को संबंधित राज्य/संघ राज्य क्षेत्र/एनजीओ/स्वयंसेवी संगठन द्वारा अपने संसाधनों से वहन किया जाएगा।

माननीय उच्चतम न्यायालय ने सिविल रिट याचिका सं. 209/2003 (रमाकांत राय बनाम भारत सरकार) में 1.3.2005 को दिए गए अपने आदेश में भारत सरकार और राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को अन्य बातों के साथ-साथ यह निदेश दिए कि निम्न के द्वारा बंध्याकरण प्रक्रियाओं को करने के लिए भारत सरकार के दिशा निर्देशों का और बंध्याकरण प्रक्रियाओं के संबंध में समरूपता लाने के लिए इसके मानकों का प्रवर्तन सुनिश्चित किया जाए:-

- I. बंधीकरण प्रक्रियाएं करने के लिए डाक्टरों/स्वास्थ्य सुविधाओं का पैनाल तैयार करना और बंधीकरण प्रक्रियाएं करने के लिए डॉक्टरों का पैनाल तैयार के लिए मानदंड निर्धारित करना।
- II. चैकलिस्ट बनाना जिसका प्रत्येक डॉक्टर द्वारा बंधीकरण प्रक्रिया करने से पूर्व अनुपालन किया जाए।
- III. बंधीकरण कराने वाले व्यक्ति की सहमति प्राप्त करने के लिए एकसमान प्रपत्र तैयार करना।
- IV. बंध्याकरण प्रक्रियाओं के संबंध में ऑपरेशन पूर्व और ऑपरेशन पश्चात् दिशानिर्देशों का अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए गुणवत्ता आश्वासन समिति का गठन करना।
- V. बंध्याकरण इत्यादि कराने वालों के लिए सभी राज्यों में समरूप बीमा नीति को लागू करना।

उक्त सभी निदेशों पर विचार किया गया है और मंत्रालय की वेबसाइट (www.mohfw.nic.in) पर उपलब्ध बंध्याकरण सेवाओं में मानक और गुणवत्ता आश्वासन संबंधी अद्यतन किए गए मैनुअलों में समेकित किया गया है। परिवार नियोजन बीमा

योजना भी माननीय उच्चतम न्यायालय के निदेश के अंतर्गत 29 नवम्बर, 2005 से आरंभ की गई पहलों में से एक है।

विद्यमान सरकारी योजना के अंतर्गत बंध्याकरण की असफलता के लिए कोई प्रतिपूर्ति भुगतान नहीं किया जाता था और बंध्याकरण प्रक्रियाओं इत्यादि के लिए प्रोफेशनल सेवाएं देने के लिए डॉक्टरों/स्वास्थ्य केंद्रों को कोई क्षतिपूर्ति सुरक्षा प्रदान नहीं की गई थी। डाक्टरों/स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों के लिए प्रतिपूर्ति बीमा कवर की बहुत मांग थी क्योंकि कई सरकारी डॉक्टरों को इस समय बंधीकरण की विफलता के कारण लोगों के मुआवजा दावों की वजह से मुकदमेबाजी का सामना करना पड़ रहा है। इससे डाक्टरों/स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में बंधीकरण आपरेशन करने के प्रति अनिच्छा पैदा हो गई है।

2.6.3 29 नवम्बर, 2005 (प्रथम वर्ष) से परिवार नियोजन बीमा योजना:-

बंधीकरण कराने वालों को ऑपरेशन उपरांत होने वाली जटिलताओं के उपचार हेतु अथवा असक्षमता अथवा बंध्याकरण प्रक्रिया के कारण होने वाली मृत्यु के लिए अनुग्रह राशि का भुगतान समाप्त करने के लिए बंधीकरण की असफलता, बंधीकरण के परिणामस्वरूप होने वाली चिकित्सा संबंधी जटिलताओं अथवा मृत्यु के मामलों को देखने के लिए और बंध्याकरण करने वाले डॉक्टर/स्वास्थ्य केन्द्र को क्षतिपूर्ति सुरक्षा प्रदान करने के लिए 29.11.2005 से परिवार नियोजन बीमा योजना (एफ.पी.आई.एस.) आरंभ की गई जो निम्नानुसार है:

खण्ड I :

खण्ड	कवरेज	सीमाएं
क)	अस्पताल में बंधीकरण के कारण मृत्यु	1,00,000 रु.
ख)	अस्पताल से डिस्चार्ज होने के 30 दिन के भीतर बंधीकरण के कारण मृत्यु	30,000 रु.
ग)	बंधीकरण की असफलता (बंधीकरण के पश्चात गर्भधारण के पहले मामले सहित)	20,000 रु.
घ)	बंध्याकरण आपरेशन के कारण हुई चिकित्सा संबंधी जटिलताओं के उपचार हेतु व्यय (आपरेशन के 60 दिन के भीतर)	20,000* रु.
प्रत्येक खंड में बीमा कंपनी की कुछ देयता वर्ष में 9 करोड़ रूपए से अधिक नहीं होनी चाहिए।		
(*वास्तविक व्यय के आधार पर प्रतिपूर्ति की राशि, 20,000 रु. से अधिक नहीं)		

खण्ड II :

केन्द्रीय सरकार, राज्य सरकार, स्थानीय सरकारों, अन्य सार्वजनिक क्षेत्रों के डॉक्टरों/स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों तथा गैर सरकारी एवं प्राइवेट क्षेत्र के सभी मान्यता प्राप्त डॉक्टरों/स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों सहित सभी डाक्टरों/स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों, जो परिवार नियोजन और ऐसे ऑपरेशन करते हैं, को बंधीकरण की विफलता, मृत्यु या चिकित्सीय जटिलता से उत्पन्न दावों के लिए प्रत्येक डॉक्टर/स्वास्थ्य सुविधा केंद्र के लिए प्रत्येक मामले हेतु अधिकतम मामलों तक के लिए क्षतिपूर्ति कवर प्रदान किया जाएगा। इस कवर में विधिक लागत और न्यायालय में अभियोजित डॉक्टर/स्वास्थ्य सुविधा केंद्र के बचाव की वास्तविक विधि भी शामिल होगी, जिसका वहन कतिपय सीमाओं के भीतर बीमा कम्पनी द्वारा किया जाएगा।

2.6.4 29 नवम्बर, 2006 से संशोधित योजना (दूसरा वर्ष):

इस योजना का सीमाओं एवं भुगतान प्रक्रिया में परिवर्तन के साथ दिनांक 29.11.2009 से ऑरियेंटल बीमा कम्पनी के साथ नवीनीकरण किया गया। संशोधित पैकेज और मार्ग निर्देश निम्नलिखित हैं:-

खण्ड	कवरेज	सीमाएं
I	Iए अस्पताल में बंधीकरण के कारण या अस्पताल से छुट्टी किये जाने की तारीख से 7 दिनों के भीतर मृत्यु	2 लाख रू.
	Iबी अस्पताल से छुट्टी किए जाने की तारीख से 8-30 दिनों के भीतर बंधीकरण के कारण मृत्यु	50 हजार रू.
	Iसी बंधीकरण की विफलता	25,000 रू.
	Iडी अस्पताल से छुट्टी किए जाने की तारीख से जटिलता के लिए 60 दिनों तक उपचार की लागत	वास्तविक लागत 25,000 रू. से अधिक नहीं
	II प्रत्येक डॉक्टर/सुविधा केंद्र के लिए क्षतिपूर्ति बीमा, किन्तु एक वर्ष में चार मामलों से अधिक नहीं	प्रति दावा 2 लाख रू. तक
बीमा कंपनी की कुल देयता प्रत्येक खंड के अंतर्गत एक वर्ष में 9 करोड़ रू. से अधिक नहीं होगी।		

2.6.5 1 जनवरी, 2008 से संशोधित योजना (तीसरा वर्ष):

50 लाख बंधीकरण स्वीकारकर्ताओं के आधार पर इस योजना को सीमाओं और भुगतान प्रक्रिया परिवर्तन के साथ दिनांक 1.1.08 से आईसीआईसीआई लोम्बार्ड बीमा कम्पनी के साथ नवीनीकृत किया गया और इसमें सुधार किया गया। संशोधित पैकेज निम्नलिखित है:-

खण्ड	कवरेज	सीमाएं
I	ए अस्पताल में बंधीकरण के बाद या अस्पताल से छुट्टी किये जाने की तारीख से 7 दिनों के भीतर मृत्यु	2 लाख रू.
	बी अस्पताल से छुट्टी किए जाने की तारीख से 8-30 दिनों के भीतर बंधीकरण के कारण मृत्यु	50 हजार रू.
	सी बंधीकरण की विफलता	30,000 रू.
	डी अस्पताल से छुट्टी किए जाने की तारीख से जटिलता के लिए 60 दिनों तक उपचार की लागत	वास्तविक लागत 25,000 रू. से अधिक नहीं
	II प्रत्येक डॉक्टर/सुविधा केंद्र के लिए क्षतिपूर्ति बीमा, किन्तु एक वर्ष में चार मामलों से अधिक नहीं	प्रति दावा 2 लाख रू. तक
बीमा कंपनी की कुल देयता प्रत्येक खंड के अंतर्गत एक वर्ष में 9 करोड़ रू. से अधिक नहीं होगी।		

दिनांक 1.1.2008 से दिनांक 31.12.2008 की अवधि के लिए प्रीमियम के रूप में 31741700 रू. का भुगतान किया गया। 3786 दावों के लिए 13.63 करोड़ रू. का भुगतान किया गया। इनमें से 9 करोड़ रू. का भुगतान आईसीआईसीआई द्वारा और 4.63 करोड़ का भुगतान मंत्रालय द्वारा नवम्बर, 2010 तक 9 करोड़ रू. की बीमा देयता से अधिक के दावों के लिए किया गया।

2.6.6 1 जनवरी, 2009 से संशोधित योजना(चौथा वर्ष):

इस योजना को निम्नानुसार परिवर्तन के साथ दिनांक 1.1.2009 से 45 लाख बंधीकरण स्वीकारकर्ताओं के आधार पर

आईसीआईसीआई लोम्बार्ड बीमा कम्पनी के साथ नवीनीकृत किया गया।

खण्ड	कवरेज	सीमाएं
I ए	अस्पताल में बंधीकरण के बाद या अस्पताल से छुट्टी किये जाने की तारीख से 7 दिनों के भीतर मृत्यु	2 लाख रू.
बी	अस्पताल से छुट्टी किए जाने की तारीख से 8-30 दिनों के भीतर बंधीकरण के कारण मृत्यु	50 हजार रू.
सी	बंधीकरण की विफलता	30,000 रू.
डी	अस्पताल से छुट्टी किए जाने की तारीख से जटिलता के लिए 60 दिनों तक उपचार की लागत	वास्तविक लागत 25,000 रू. से अधिक नहीं
II	प्रत्येक डॉक्टर/सुविधा केंद्र के लिए क्षतिपूर्ति बीमा, किन्तु एक वर्ष में चार मामलों से अधिक नहीं	प्रति दावा 2 लाख रू. तक
बीमा कंपनी की कुल देयता प्रत्येक खंड के अंतर्गत एक वर्ष में 9 करोड़ रू. से अधिक नहीं होगी।		

दिनांक 1.1.2009 से दिनांक 31.12.2009 की पॉलिसी अवधि के लिए 49297951 रू. की राशि प्रीमियम के रूप में अदा की गई। 14.40 करोड़ रू. की राशि 3821 दावों के लिए भुगतान की गई जिसमें से 9 करोड़ रू. आईसीआईसीआई द्वारा अदा किए गए और 5.40 करोड़ मंत्रालय द्वारा नवम्बर, 2010 तक 9 करोड़ रू. की बीमा देय की सीमा से अधिक के दावों के लिए अदा किए गए।

2.6.7 1 जनवरी, 2010 से संशोधित योजना (पांचवा वर्ष):

इस योजना को 50 लाख बंधीकरण स्वीकारकर्ताओं के आधार पर उपरोक्त पॉलिसी 2009 के अंतर्गत किए गए वर्णन के अनुसार सभी उपलब्ध फायदों सहित दिनांक 1.1.2010 से आईसीआईसीआई लोम्बार्ड बीमा कम्पनी के साथ नवीनीकृत किया गया। तथापि, बीमा कम्पनी की कुल देयता संशोधित की गई और यह कुल 14 करोड़ रू. से अधिक नहीं होगी जिसमें प्रत्येक खंड के अंतर्गत 9 करोड़ रू. की बजाए खंड-I एवं II के अंतर्गत की राशि शामिल होगी।

दिनांक 1.1.2010 से दिनांक 31.12.2010 की पॉलिसी अवधि के लिए 143390000 रू. की राशि प्रीमियम के रूप में अदा की गई। 10.73 करोड़ रू. के 3132 दावों के लिए आईसीआईसीआई द्वारा नवम्बर, 2010 तक अदा किया गया।

2.6.8 1 जनवरी, 2010 से संशोधित योजना (छठा वर्ष):

इस योजना को दिनांक 1.1.2011 से आईसीआईसीआई लोम्बार्ड बीमा कम्पनी के साथ नवीनीकृत किया गया। उपलब्ध लाभ निम्नानुसार है:-

खण्ड	कवरेज	सीमाएं
I ए	अस्पताल में बंधीकरण के कारण (बंधीकरण आपरेशन की प्रक्रिया के दौरान सहित) या अस्पताल से छुट्टी किये जाने की तारीख से 7 दिनों के भीतर मृत्यु	2 लाख रू.
I बी	अस्पताल से छुट्टी किए जाने की तारीख से 8-30 दिनों के भीतर बंधीकरण के कारण मृत्यु	50 हजार रू.
I सी	बंधीकरण की विफलता	30,000 रू.
I डी	अस्पताल से छुट्टी किए जाने की तारीख से जटिलता (बंधीकरण आपरेशन की प्रक्रिया के दौरान सहित) के लिए 60 दिनों तक उपचार की लागत	वास्तविक लागत 25,000 रू. से अधिक नहीं
II	प्रत्येक डॉक्टर/सुविधा केंद्र के लिए क्षतिपूर्ति बीमा, किन्तु एक वर्ष में चार मामलों से अधिक नहीं	प्रति दावा 2 लाख रू. तक
बीमा कंपनी की कुल देयता प्रत्येक खंड के अंतर्गत एक वर्ष में खंड-I के अंतर्गत 25.00 करोड़ रू. खण्ड-II के अंतर्गत 1.00 करोड़ रू. से अधिक नहीं होगी।		

2.7 बंधीकरण कराने वालों के लिए मुआवजा

लोगों को परिवार नियोजन का स्थायी तरीका अपनाने के लिए बढ़ावा देने की दृष्टि से सरकार 1981 से केंद्र प्रायोजित योजना का कर्यान्वयन कर रही है ताकि बंध्याकरण कराने वालों को उस

दिन के वेतन के अनुसार ही प्रतिपूर्ति की जा सके जिस दिन उसने बंध्याकरण हेतु चिकित्सा सुविधा प्राप्त की।

इस योजना के अंतर्गत बंधीकरण स्वीकारकर्ताओं को मजदूरी में हुए नुकसान के लिए मुआवजा को दिनांक 31.1.2006 से संशोधित कर दिया गया और दिनांक 7.9.2007 से इसमें और भी सुधार किया गया है। मुआवजा पैकेज में परिवार नियोजन में पुरुष की भागीदारी को बढ़ाने के लिए अर्थात् सरकारी सुविधा केंद्रों में वेसेकटॉमी और ट्यूबेकटॉमी के लिए इसे मौजूदा 800 रु. से बढ़ाकर कमशः 1500 रु. और 1000 रु.

तथा अधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्यों में सभी श्रेणियों और अधिक ध्यान नहीं दिए जाने वाले राज्यों में गरीबी रेखा से नीचे के व्यक्तियों/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति, जहां गरीबी रेखा से नीचे के व्यक्ति, अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति और गरीबी रेखा से उपर के व्यक्ति के रूप में जनसंख्या का वर्गीकरण किया गया हो, के लिए मान्यताप्राप्त प्राइवेट स्वास्थ्य केंद्र में तथा सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों/मान्यता प्राप्त प्राइवेट संस्थानों में वेसेकटॉमी और ट्यूबेकटॉमी दोनों के लिए 1500 रु. करने संबंधी संशोधन को अनुमोदित कर दिया गया है। संशोधित योजना का ब्यौरा निम्नानुसार है।

सार्वजनिक (सरकारी) सुविधाएं :

श्रेणी	प्रतिपूर्ति पैकेज का ब्यौरा	स्वीकार-कर्ता	अभिप्रेरक	औषध और ड्रेसिंग	सर्जन प्रभार	संवेदना हरण	स्टाफ नर्स	ओटी/टेक्नीशियन हेल्पर	रिफ्रेस्मेंट	कैंप प्रबंधन	कुल
*उच्च फोकस वाले 18 राज्य	वेसेकटॉमी (सभी) ट्यूबेकटॉमी (सभी)	1100 600	200 150	50 100	100 75	— 25	15 15	15 15	10 10	10 10	1500 1000
**गैर उच्च फोकस वाले 17 राज्य/संघ क्षेत्र	वेसेकटॉमी (सभी) ट्यूबेकटॉमी (बीपीएल+अनु. जाति/अनु.ज. जा. केवल)	1100 600	200 150	50 100	100 75	— 25	15 15	15 15	10 10	10 10	1500 1000
**गैर उच्च फोकस वाले 17 राज्य/संघ क्षेत्र	ट्यूबेकटॉमी (बीपीएल+अनु. जाति/अनु.ज. जा. केवल) अर्थात् एपीएल	250	150	100	75	25	15	15	10	10	650

प्रत्यायित प्राइवेट/एनजीओ सुविधा केंद्र:

श्रेणी	आपरेषन का प्रकार	सुविधा	अभिप्रेरक	कुल
*उच्च फोकस वाले 18 राज्य	वेसेकटॉमी (सभी)	1300	200	1500
	ट्यूबेकटॉमी (सभी)	1350	150	1500
**गैर उच्च फोकस वाले 17 राज्य/संघ क्षेत्र	वेसेकटॉमी (सभी)	1300	200	1500
	ट्यूबेकटॉमी (बीपीएल+एससी/एसटी)	1350	150	1500

*अधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्य— बिहार, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, झारखंड, छत्तीसगढ़, उत्तराखंड, उड़ीसा, जम्मू और कश्मीर, हिमाचल प्रदेश, असम, अरुणाचल प्रदेश, मणिपुर, मिजोरम, मेघालय, नागालैंड, त्रिपुरा, सिक्किम।

**अधिक ध्यान नहीं दिए जाने वाले राज्य— कर्नाटक, केरल, तमिलनाडु आंध्र प्रदेश, महाराष्ट्र, गोवा, गुजरात, पंजाब, हरियाणा, पश्चिम बंगा, दिल्ली, चंडीगढ़, पुदुचेरी, अंडमान और निकोबार द्वीपसमूह, लक्षद्वीप और दादर और नगर हवेली, दमन और दीव।

मौतों, जटिलताओं एवं विफलताओं के मामले में मुआवजे के भुगतान के लिए विविध प्रयोजन वाली निधि सृजित करने हेतु उपरोक्त राशि के विनियोजन की अनुमति नहीं है क्योंकि ये पहले ही राष्ट्रीय परिवार नियोजन बीमा योजना के अंतर्गत कवर हो गई हैं।

2.8 स्वास्थ्य बीमा योजना

भारत सरकार ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के ढांचे के अंतर्गत गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों के लिए स्वास्थ्य बीमा योजना तैयार करने का प्रावधान किया है। इस योजना के लिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय प्रति बीपीएल परिवार के लिए अधिकतम 300 रु. के अध्यक्षीन 75 प्रतिशत तक वार्षिक किस्त की लागत में आर्थिक सहायता देता है।

इस बीच श्रम एवं रोजगार मंत्रालय ने असंगठित क्षेत्र के बीपीएल कामगारों को कवर करने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना शुरू की।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना में असंगठित क्षेत्र में बीपीएल परिवारों को (पांच की इकाई) को प्रति वर्ष 30000 रु. के लिए स्मार्ट कार्ड आधारित कैशलेस स्वास्थ्य बीमा कवर की व्यवस्था है। इस योजना को वर्तमान में राज्य के नोडल एजेंसियों द्वारा 25 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में चलाया जा रहा है।

2.9 प्रीकन्सेप्शन एंड प्रीनेटल डायग्नोस्टिक टेक्नीक्स (प्रोहिबिशन ऑफ सेक्स सिलेक्शन) एक्ट, 1994

भारत में प्रतिकूल बाल लिंग अनुपात

2011 की जनगणना (अंतिम) के अनुसार 0-6 वर्ष के आयु वर्ग के लिए बाल लिंग अनुपात 2001 की जनगणना में दर्ज प्रति हजार बालको पर 927 के मुकाबले और कम हो कर 914 हो गया है। यह 1947 के बाद बदतर गिरावट है। इस नकारात्मक रुझान से इस तथ्य की पुनःपुष्टि होती है कि बालिका शिशु अपूर्व जोखिम में है। हिमाचल प्रदेश (906), पंजाब (846), चंडीगढ़ (867), हरियाणा (830), मिजोरम (971), तमिलनाडु (946), अंडमान व निकोबार द्वीप समूह (966) के राज्यों को छोड़कर 22 राज्यों एवं 5 संघ राज्य क्षेत्रों में बाल लिंग अनुपात से गिरावट का रुझान प्रदर्शित हुआ है। 951 एवं उससे अधिक के बाल लिंग अनुपात में 18 से 9 तक की गिरावट आई है। 82 बिन्दुओं की सर्वाधिक गिरावट जम्मू व कश्मीर में हुई है तथा 48 बिन्दुओं की सर्वाधिक वृद्धि पंजाब में हुई है। (तालिका-1)

जम्मू व कश्मीर, महाराष्ट्र तथा हरियाणा में बाल लिंग अनुपात में 30 वर्षों में बदतर गिरावट आई है। बड़े राज्यों में छत्तीसगढ़ में 964 का सर्वाधिक बाल लिंग अनुपात है जिसके बाद केरल में

959 है। हरियाणा (830) निचले स्थान पर है जिसके पहले पंजाब (846) है। जनगणना से मिजोरम को छोड़कर पूर्वोत्तर राज्यों में भी गिरावट का रुझान प्रदर्शित होता है। देश के आधे राज्यों में बाल लिंग अनुपात में राष्ट्रीय औसत से अधिक गिरावट देखी गई। 950 और उससे अधिक के बाल लिंग अनुपात वाले जिलों में 259 से 182 की गिरावट आई है। हरियाणा के रिवाड़ी (784), झज्जर (774), महेन्द्रगर (778) तथा सोपीपत (790) तथा जम्मू व कश्मीर के साम्बा (787) एवं जम्मू (795) जिलों से 800 से नीचे का बाल लिंग अनुपात प्रदर्शित होता है (तालिका-II)

प्रतिकूल लिंग अनुपात के कारण:

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

भारत में लिंग निर्धारण तकनीकों का उपयोग मुख्यतः आनुवंशिक असामान्यताओं का पता लगाने के लिए 1975 से किया जा रहा है। लेकिन इन तकनीकों का भ्रूण के लिंग का पता लगाने और तत्पश्चात यदि बालिका भ्रूण है तो गर्भपात कराने के लिए अत्यधिक दुरुपयोग किया जा रहा था।

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

गर्भधारण पूर्व लिंग चयन तकनीक को इस अधिनियम की परिधि में लाया गया है ताकि ऐसी प्रौद्योगिकियों के प्रयोग को नियमित किया जा सके जिसके कारण लिंग अनुपात में गिरावट आ रही है। अल्ट्रासाउंड मशीनों के प्रयोग को भी इस अधिनियम की परिधि में और अधिक स्पष्ट रूप से रखा गया है ताकि भ्रूण के लिंग का पता लगाने और उसके बारे में बताए जाने के लिए उनके दुरुपयोग को रोका जा सके अन्यथा इससे बालिका भ्रूण की जाएगी। केंद्रीय पर्यवेक्षण बोर्ड (सीएसबी) जिसका गठन स्वास्थ्य

और परिवार कल्याण मंत्री की अध्यक्षता में किया गया है, को अधिनियम के कार्यान्वयन की मॉनीटरिंग करने हेतु शक्ति प्रदान की गई है। राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में अधिनियम के बेहतर कार्यान्वयन और मॉनीटरिंग के लिए सीएसबी की तर्ज पर राज्य स्तरीय पर्यवेक्षण बोर्डों का गठन किया गया है। राज्यों में अधिनियम के बेहतर कार्यान्वयन और मॉनीटरिंग के लिए राज्य/संघ राज्य क्षेत्र के स्तर के समुचित प्राधिकरणों को बहु-सदस्यीय निकाय बनाया गया है। समुचित प्राधिकरणों को कानून का उल्लंघन करने वालों की मशीनों, उपकरणों और रिकार्डों की खोज, जब्ती और सीलिंग करने जिसमें परिसर को सील करना तथा गवाह नियुक्त करना भी शामिल है, के लिए सिविल न्यायालय की शक्तियां प्रदान की गई हैं। जेनेटिक क्लिनिकों/सेंटर्स इत्यादि के लिए भ्रूण का लिंग निर्धारण करने वाली अल्ट्रासाउंड मशीनों और अन्य उपकरणों के उपयोग तथा गर्भधारण पूर्व लिंग चयन हेतु किए जाने वाले परीक्षणों और प्रक्रियाओं के संबंध में उचित रिकार्डों का अनुरक्षण करना अनिवार्य कर दिया गया था। अल्ट्रासाउंड मशीनों की बिक्री को यह शर्त निर्धारित करते हुए विनियमित किया गया है कि बिक्री केवल इस अधिनियम के अंतर्गत पंजीकृत निकायों को ही की जाएगी।

अधिनियम के तहत दंड

- 3 वर्ष तक कारावास और 10,000 रूपए तक का जुर्माना।
- तदुपरांत किसी अन्य अपराध हेतु उसे 5 वर्ष तक का कारावास और 50,000/100,000 रूपए तक का जुर्माना हो सकता है।
- समुचित प्राधिकारी द्वारा पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर का नाम संबंधित राज्य चिकित्सा परिषद को आवश्यक कार्रवाई करने जिसमें यदि आरोप न्यायालय द्वारा लगाए गए हैं तो मामले के निपटान तक पंजीकरण को निलंबित करना शामिल है, के लिए भेजा जाता है।

राज्यों संघ राज्य क्षेत्रों की स्थिति तथा उनसे प्राप्त रिपोर्ट

राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों से प्राप्त रिपोर्टों के अनुसार अधिनियम के अंतर्गत 42143 निकायों को पंजीकृत किया गया है जो अल्ट्रासाउंड, इमेज स्कैनर इत्यादि का उपयोग कर रहे हैं। कानून के उल्लंघन के लिए 616 अल्ट्रासाउंड मशीनें जब्त की गईं। 30.9.2011 को कानून के उल्लंघन से संबंधित 918 मामले न्यायालय के समक्ष थे। यद्यपि अधिकांश मामले (234) केन्द्र/क्लिनिक को पंजीकृत न कराए जाने और 237 मामले रिकार्डों का अनुरक्षण न करने से संबंधित है, फिर भी 104 मामले

भ्रूण के लिंग के संप्रेषण, 45 मामले प्रसव पूर्व/गर्भधारण निदान सुविधाओं के बारे में विज्ञापन देने के बारे में तथा जाने और 80 मामले अधिनियम/नियमों के अन्य उल्लंघन से संबंधित हैं। (तालिका – IV)

पीसी एवं पीएनडीटी के उल्लंघनों के लिए विभिन्न राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में दोषसिद्धि के कुल 83 मामले दर्ज किए गए हैं। (तालिका-III)

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

(I) केन्द्रीय पर्यवेक्षी बोर्ड (सीएसबी):

अधिनियम के तहत केंद्रीय पर्यवेक्षी बोर्ड (सीएसबी) को पुनर्गठित किया गया है। नए केंद्रीय पर्यवेक्षी बोर्ड की बैठक 4 जून, 2011 को हुई। बोर्ड ने अधिनियम के कार्यान्वयन के संबंध में राज्यों द्वारा की गई प्रगति की समीक्षा की तथा सभी राज्यों में चिकित्सा जांच तथा फार्म एफ के ऑन लाइन रिकार्ड पर अनुवर्ती कार्रवाई इत्यादि करने की आवश्यकता पर बल दिया।

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

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम, 1994 के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए दिनांक मई, 2011 की अधिसूचना सा.का.नि. 426 (अ) के जरिए पीसी एवं पीएनडीटी (लिंग चयन का प्रतिषेध) नियमावली 1996 के नियम अधीन 11(2) में संशोधन किया है। संशोधित नियम के अनुसार उपयुक्त प्राधिकारी या उसके द्वारा प्राधिकृत अधिकारी किसी ऐसे संगठन के पंजीकृत मशीन स्कैनर या किसी अन्य उपस्कर को सील तथा जब्त कर सकता है यदि संगठन ने उक्त अधिनियम के उक्त उपबंध के तहत अपने आप को पंजीकृत नहीं करवाया है। ऐसे संगठनों की ऐसी मशीनें जब्त कर ली जाएंगी तथा उक्त अधिनियम की धारा 23 के उपबंधों के अनुसार कार्रवाई की जाएगी।

(III) सर्वाधिक विषम बाल लिंग अनुपात वाले 17 राज्यों की समन्वित रूप से ध्यान देने के लिए पहचान की गई है। 20 अप्रैल 2011 को इन राज्यों के स्वास्थ्य सचिवों की बैठक बुलाई गई थी। पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम कार्यान्वित करने के लिए

उनकी ओर से की गई कोशिशों की गहनपूर्वक समीक्षा की गई तथा निम्नलिखित कार्य बिन्दुओं को उजागर किया गया:

- ✓ राज्य पर्यवेक्षी बोर्ड का गठन/ पुनर्गठन करना तथा नियमित बैठकें आयोजित करना।
- ✓ राज्य/जिला तथा उप जिला स्तरों पर उपयुक्त प्राधिकरण एवं सलाहकार समितियों का गठन/पुनर्गठन करना।
- ✓ विज्ञापन तथा/या भ्रूण के लिंग का निर्धारण/प्रकटन में शामिल अल्ट्रासाउंड सुविधाओं की गतिविधियों को नियंत्रित करने के लिए राज्य निरीक्षण एवं अनुवीक्षण समितियां (एसआईएमसी) गठित करना।
- ✓ विषय बाल लिंग अनुपात वाले जिलों की पहचान करना तथा इनके कारणों को व्यवस्थित करना।
- ✓ ऑन कॉल पंजीकरण तथा पोर्टेबल मशीनों के निर्बाध इस्तेमाल सहित बहुतेरे पंजीकरणों एवं अनियमितताओं से बचने के लिए नियमित सर्वेक्षण कराना, पंजीकरणों को अद्यतन एवं नवीकृत करना।
- ✓ अल्ट्रासाउंड क्लिनिकों के प्रभावी अनुवीक्षण एवं निर्धारण के लिए फार्म-फ का विश्लेषण एवं संवीक्षा।
- ✓ अधिनियम एवं नियमों के उपबंधों में उल्लंघन के विरुद्ध कार्रवाई करना।
- ✓ अल्ट्रासाउंड विनिर्माताओं को उत्तरदायी बनाना तथा मशीनों की बिक्री का नियमित रूप से ब्यौरा प्राप्त करना।
- ✓ केन्द्रीय पर्यवेक्षी बोर्ड के पास नियमित तिमाही प्रगति रिपोर्ट प्रस्तुत करना।
- ✓ अधिनियम के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए कानून प्रवर्तकों, चिकित्सकों, न्यायपालिका इत्यादि के लिए प्रशिक्षण कार्यक्रम को सुग्राही बनाना तथा इसका संचालन करना।
- ✓ अपराधियों के विरुद्ध प्रबल मामले बनाने के लिए इन-हाउस क्षमताओं का उन्नयन करने जो विधिक संवीक्षा का सफलता के साथ मुकाबला कर सके।
- ✓ सीमाओं के पार यू.एस.जी. निदान केन्द्रों के कार्यकलापों को विनियमित करने के लिए अन्तर-राज्य समन्वय तंत्र खोज निकालना।

(IV) राष्ट्रीय निरीक्षण और मॉनीटरिंग समिति (एनआईएमसी) :

समस्याग्रस्त राज्यों के फील्ड दौरे के माध्यम से वास्तविकता का जायजा लेने के लिए राष्ट्रीय निरीक्षण और मॉनीटरिंग समिति

गठित की गई। वर्ष 2010-11 के दौरान समिति ने दिल्ली, हरियाणा, महाराष्ट्र, उत्तर प्रदेश राजस्थान, छत्तीसगढ़ में अल्ट्रासाउंड संविधाओं का निरीक्षण किया गया। अब तक 11 अल्ट्रासाउंड मशीनें जब्त की गई हैं, इस संबंध में 3 मामले न्यायालय में दर्ज किए गए हैं।

(V) एनआरएचएम के अंतर्गत मुद्दे को समाविष्ट करना:

राज्यों को पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए अपेक्षित अवसंरचना के सुदृढीकरण तथा मानव संसाधनों के संवर्धन के लिए एनआरएचएम के अंतर्गत उपलब्ध निधिकरण का लाभ उठाने के लिए कहा गया है।

2011-12 पीआईपी में राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को पीएनडीटी कानून के कार्यान्वयन तथा आईईसी कार्यक्रमों के लिए विनिर्दिष्ट रूप से लगभग 22 करोड़ की राशि अनुमोदित की गई।

लिंग अनुपात मुद्दे पर सुग्राहिता को एएनएम तथा आशा के लिए पाठ्यक्रम का भाग बना दिया गया है।

(VI) जागरूकता पैदा करना:

फिर भी, ऐसा माना जाता है कि सामाजिक व्यवहार एवं पूर्वधारणाओं में पैठ वाली इस समस्या से निपटने के लिए केवल विधान पर्याप्त नहीं है। इस समस्या की जड़ें सामाजिक आचरण एवं पूर्वाग्रहों में जमी हुई हैं। प्रसवपूर्व लिंग निर्धारण और बालिका भ्रूण हत्या के विरुद्ध जागरूकता पैदा करने के लिए रेडियो, टेलीविजन और प्रिंट मीडिया एककों के माध्यम से कई कार्यक्रम आरंभ किए गए हैं। इस सामाजिक बुराई के विरुद्ध जागरूकता पैदा करने के लिए राज्य/क्षेत्रीय/जिला ब्लाक स्तरों पर स्वयंसेवी संगठनों के माध्यम से कार्यशालाएं और सेमिनार भी आयोजित किए जाते हैं। धार्मिक/आध्यात्मिक गुरुओं तथा चिकित्सा से जुड़े लोगों से भी इस बुराई को समाप्त करने के लिए सहयोग मांगा गया है। भारत सरकार को सेव द गर्ल चाइल्ड (बालिका शिशु बचाओं) अभियान चलाया है ताकि युवा लड़कियों की उपलब्धियों के रेखांकन के द्वारा पुत्र की प्राथमिकता को कम किया जा सके। पीएनडीटी-एनपीओ सहायता अनुदान योजना के लिए प्रचालनात्मक दिशानिर्देशों में संशोधन किया गया है जिससे कि अधिनियम के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए संशोधनों का लक्षित सुनिश्चित हो सके।

(VII) राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के मुख्य सचिवों को पीएनडीटी अधिनियम के कार्यान्वयन के लिए प्रभावी उपाय करने तथा इसके कार्यान्वयन की नियमित रूप से मानीटरिंग करने के लिए कहा गया है।

- (VIII) बाल लिंग अनुपात में गिरते हुए रुझान पर काबू पाने के लिए वैयक्तिक नेतृत्व प्रदान करने हेतु सभी राज्यों के मुख्य मंत्रियों को माननीय प्रधानमंत्री द्वारा पत्र भी लिखे जा रहे हैं।
- (IX) स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री ने सभी राज्यों के मुख्यमंत्रियों/संघ राज्य संघों के प्रशासन को संबोधित किया है जिसमें उनसे पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम के प्रभावी कार्यान्वयन तथा 0-6 वर्ष के आयु वर्ग में गिरते हुए लिंग अनुपात के मामले में सामुदायिक जुटाव सुनिश्चित करने का आग्रह किया गया है।
- (X) भारत के माननीय प्रधानमंत्री ने सभी राज्यों के मुख्यमंत्रियों से बाल लिंग अनुपात में गिरते हुए रुझान को प्रतिवर्तित करने तथा शिक्षा एवं अधिकारिता पर बल देकर बालिका शिशु की उपेक्षा को समाप्त करने के लिए वैयक्तिक नेतृत्व प्रदान करने का आग्रह किया है।
- (XI) पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम के प्रभावी कार्यान्वयन को सुदृढ़ करने के लिए राज्यों के स्वास्थ्य मंत्रियों के साथ माननीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री की अध्यक्षता में 28.09.2011 को एक मंत्रालयीन बैठक आयोजित की गई।
- (XII) आंचलिक तथा राज्य विशिष्ट समीक्षाओं के जरिए अधिनियम के प्रभावी मूल्यांकन के नियमित मूल्यांकन को अग्रसारित करने का प्रस्ताव है।
- (XIII) घटता हुआ बाल लिंग अनुपात तथा पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम के कार्यान्वयन का मुद्दा सभी राज्य अनुवीक्षण दौरो का केन्द्र बिन्दु होगा।

अल्ट्रासाउंड मशीनों के विनिर्माताओं के साथ बैठक:

23.8.2011 को अल्ट्रासाउंड मशीनों के सभी प्रमुख विनिर्माताओं के साथ एक बैठक की गई। उपस्करों की बिक्री केवल पंजीकृत क्लिनिकों/डाक्टरों को ही करने की सलाह दी गई जैसा कि पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम में प्रावधान किया गया है।

चिकित्सा जांच:

देश में सभी अल्ट्रासाउंड क्लिनिकों की चिकित्सा जांच करने का प्रस्ताव है ताकि क्लिनिकों द्वारा सभी गर्भवती महिलाओं के संबंध

में भरे गए फार्म एफ की संवीक्षा करके अधिनियम के उल्लंघनकर्ताओं को पकड़ा जा सके।

उपयुक्त प्राधिकारियों को बदलना:

मुख्य चिकित्सा अधिकारी/जिला स्वास्थ्य अधिकारी के बदले, जिला कलेक्टर/जिला मजिस्ट्रेट को निचले स्तर पर अधिनियम के कार्यान्वयन को सुदृढ़ करने के लिए जिला उपयुक्त प्राधिकारी के रूप में नामित किया गया है।

अक्सर पूछ जाने वाले प्रश्न (एफएक्यूज):

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

पीएनडीटी पर वेबसाइट:

केंद्रीय स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण मंत्रालय की वेबसाइट (www.mohfw.nic.in) के अलावा माननीय केन्द्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री द्वारा पीएनडीटी प्रभाग के लिए 28.4.2008 को एक स्वतंत्र वेबसाइट pnndt.gov.in शुरू की गई। इस वेबसाइट में पीएनडीटी अधिनियम, नियम, विनियम और कार्यकलाप से संबंधित जानकारी है और साथ ही इसके द्वारा फील्ड में क्लिनिकों से जिला और राज्य स्तर तक डाटा ऑन लाइन फाइल किया जा सकता है (क्लिनिकों द्वारा फार्म एफ को आनलाइन भेजना भी शामिल है) और इन्हें जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर पुनः प्राप्त किया जा सकता है। फोकस वाले राज्यों से चरणबद्ध तरीके से प्रयोक्ता समूहों को वेबसाइट का उपयोग करने के बारे में प्रशिक्षण देने संबंधी कार्यकलाप शुरू किया गया है। अगस्त, 2011 में सभी जिला उपयुक्त प्राधिकारियों के लिए तीन दिवसीय ई-लर्निंग प्रशिक्षण चलाया गया।

टॉल फ्री टेलीफोन:

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

तालिका-I

वर्ष 2001-2011 के दौरान संघ राज्य क्षेत्रवार लिंग अनुपात
एवं बाल लिंग अनुपात

भारत तथा राज्य/ संघ राज्य क्षेत्र/जिला	लिंग अनुपात		बाल लिंग अनुपात	
	2001	2011	2001	2011
1	2	3	4	5
भारत	933	940	927	914
जम्मू व कश्मीर	892	883	941	859
हिमाचल प्रदेश	968	974	896	906
पंजाब	876	893	798	846
चंडीगढ़	777	818	845	867
उत्तराखंड	962	963	908	886
हरियाणा	861	877	819	830
दिल्ली	821	866	868	866
राजस्थान	921	926	909	883
उत्तर प्रदेश	898	908	916	899
बिहार	919	916	942	933
सिक्किम	875	889	963	944
अरुणाचल प्रदेश	893	920	964	960
नागालैंड	900	931	964	944
मणिपुर	974	987	957	934
मिजोरम	935	975	964	971
त्रिपुरा	948	961	966	953
मेघालय	972	986	973	970
असम	935	954	965	957
पश्चिम बंगाल	934	947	960	950
झारखंड	941	947	965	943
उड़ीसा	972	978	953	934

छत्तीसगढ़	989	991	975	964
मध्य प्रदेश	919	930	932	912
गुजरात	920	918	883	886
दमन व दीव*	710	618	926	909
दादरा एवं नगर हवेली*	812	775	979	924
महाराष्ट्र	922	925	913	883
आंध्र प्रदेश	978	992	961	943
कर्नाटक	965	968	946	943
गोवा	961	968	938	920
लक्षद्वीप	948	946	959	908
केरल	1058	1084	960	959
तमिलनाडु	987	995	942	946
पुदुच्चेरी*	1001	1038	967	965
अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह*	846	878	957	966

स्रोत: जनगणना 2001 एवं 2011, भारत के महापंजीयक के कार्यालय

*संघ राज्य क्षेत्र

तालिका-II

वर्ष 2011 में बाल लिंग अनुपात के संदर्भ में निचले दस जिले

क्रम सं.	जिला	बाल लिंग अनुपात	राज्य
1	झज्जर	774	हरियाणा
2	महेन्द्रगढ़	778	हरियाणा
3	रिवाड़ी	784	हरियाणा
4	साम्बा	787	जम्मू व कश्मीर
5	सोनीपत	790	हरियाणा
6	जम्मू	795	जम्मू व कश्मीर
7	बीड	801	महाराष्ट्र
8	अम्बाला	807	हरियाणा
9	रोहतक	807	हरियाणा
10	पिथौरागढ़	812	उत्तराखंड

वर्ष 2011 में बाल लिंग अनुपात के संदर्भ में शीर्ष दस जिले

क्रम सं.	जिला	बाल लिंग अनुपात	राज्य
1	आईजोल	984	मिजोरम
2	पूर्वी सिंयांग	984	अरुणाचल प्रदेश
3	नवादा	985	बिहार
4	कोलासिब	987	मिजोरम
5	नबरंगापुर	988	उड़ीसा
6	बस्तर	991	छत्तीसगढ़
7	कामरूप मेट्रोपोलिटन	994	असम
8	दक्षिण बस्तर दांतेवाड़ा	1005	छत्तीसगढ़
9	तवांग	1005	अरुणाचल प्रदेश
10	लाहौल एवं स्पीति	1013	हिमाचल प्रदेश

तालिका-III

जीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम 1994 के उल्लंघनकर्ताओं के विरुद्ध दर्ज मामलों का ब्यौरा
(सितम्बर, 2011 तक)

क्रम सं.	राज्य/संघ राज्य क्षेत्र	गैर-पंचायत	अभिलेखों का अनुरक्षण	भ्रूण का लिंग प्रकटकरना	लिंग चयन के बारे में विज्ञापन	अन्य उल्लंघन	चल रहे मामले	दोषसिद्धि	सील/जब्त मशीनें
1	आंध्र प्रदेश	8	5	0	0	3	16	0	3
2	अरुणाचल प्रदेश	.	.	.	.	.	0	0	.
3	असम	.	.	.	.	.	0	0	.
4	बिहार	6	.	3	.	1	10	0	1
5	छत्तीसगढ़	5	.	.	.	.	5	0	5
6	गोवा	3	.	.	.	.	3	0	.
7	गुजरात	10	67	0	5	0	82	4	.
8	हरियाणा	11	18	27	6	0	62	29	.
9	हिमाचल प्रदेश	.	0	.	0	7	7	0	.
10	जम्मू व कश्मीर	.	.	1	.	.	1	0	1
11	झारखंड	.	.	0	.	.	0	0	.
12	कर्नाटक	8	.	1	.	4	13	0	.
13	केरल	.	.	.	.	.	0	0	.
14	मध्य प्रदेश	2	9	6	1	4	22	0	.
15	महाराष्ट्र	40	80	29	9	0	158	18	183
16	मणिपुर	.	.	.	.	.	0	0	.
17	मेघालय	.	.	.	.	.	0	0	.
18	मिजोरम	.	.	.	.	.	0	0	.
19	नागालैंड	.	.	.	.	.	0	0	.
20	उड़ीसा'	.	.	.	.	.	19	0	0
21	पंजाब	18	44	30	7	16	115	23	0
22	राजस्थान'	.	.	.	.	.	192	4	298
23	सिक्किम	.	.	.	.	.	0	0	.
24	तमिलनाडु	67	3	1	1	5	77	0	72
25	त्रिपुरा	.	0	.	.	.	0	0	.
26	उत्तराखंड	1	5	2	1	.	9	0	1
27	उत्तर प्रदेश	14	1	2	5	34	56	0	49
28	पश्चिम बंगाल'	7	.	.	.	.	7	0	0
29	अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	.	.	.	.	.	.	0	0
30	चण्डीगढ़	1	.	.	1	.	2	1	.
31	दादरा एवं नगर हवेली	.	.	.	.	.	.	0	0
32	दमन व दीव	.	.	.	.	.	0	0	.
33	दिल्ली	40	5	2	9	6	62	4	3
34	लक्षद्वीप	.	.	.	.	.	0	0	.
35	पुदुच्चेरी	.	.	.	.	.	0	0	.
	कुल	234	237	104	45	80	918	83	616

❖ उड़ीसा, पश्चिम बंगाल एवं राजस्थान के संबंध में पृथक्करण नहीं किया गया है।

तालिका-IV

सितम्बर, 2011 तक निकायों के प्रकार के आधार पर पंजीकरण

क्रम सं.	राज्य / संघ राज्य	निकाय का प्रकार			कुल				
		जीसीसी	जीएल	जीसी					
				यूएससी / आईसी	जेएजीसीसी / जीएल / जीसी	एमसी (वी)	ओबी / आई वी एफसी / आईसी		
1	आंध्र प्रदेश	290	184	545	2113	1062	42	25	4261
2	अरुणाचल प्रदेश	.	.	.	23	.	.	.	23
3	असम	.	.	.	456	.	.	.	456
4	बिहार	.	1090	.	.	.	.	.	1090
5	छत्तीसगढ़	16	.	.	3	390	4	3	416
6	गोवा	.	.	.	134	1	4	.	139
7	गुजरात	214	52	1060	787	1402	22	41	3578
8	हरियाणा	67	.	.	1209	.	.	.	1276
9	हिमाचल प्रदेश	.	.	.	228	.	.	.	228
10	जम्मू व कश्मीर	.	.	.	133	.	.	.	133
11	झारखंड	.	.	.	626	.	.	.	626
12	कर्नाटक	49	122	228	1663	139	50	63	2314
13	केरल	.	.	.	.	1510	.	.	1510
14	मध्य प्रदेश	3	4	.	1493	14	30	15	1559
15	महाराष्ट्र	202	26	329	6629	75	12	11	7284
16	मणिपुर	.	.	1	23	5	.	.	29
17	मेघालय	.	.	.	23	.	.	.	23
18	मिजोरम	.	.	.	39	.	.	.	39
19	नागालैंड	.	.	.	21	.	.	.	21
20	उड़ीसा	.	.	.	601	.	.	.	601
21	पंजाब	68	.	.	1202	.	10	6	1286
22	राजस्थान	.	3	172	1133	456	32	25	1821
23	सिक्किम	.	.	.	24	.	.	.	24
24	तमिलनाडु	.	.	.	.	4642	.	.	4642
25	त्रिपुरा	.	.	.	59	.	3	.	62
26	उत्तराखंड	.	.	.	410	.	14	2	426
27	उत्तर प्रदेश	283	3	340	3432	329	12	31	4430
28	पश्चिम बंगाल	3	3	3	1862	2	.	.	1873
29	अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	.	.	.	9	.	.	.	9
30	चण्डीगढ़	.	.	3	.	65	.	.	68
31	दादरा एवं नगर हवेली	.	.	.	11	.	.	.	1
32	दमन व दीव	.	.	.	12	.	.	.	12
33	दिल्ली	0	2	80	1221	472	.	12	1787
34	लक्षद्वीप	.	.	.	9	9	.	.	18
35	पुदुच्चेरी	.	.	.	67	1	.	.	68
	कुल	1196	1489	2772	25703	10514	235	234	42143

2.10 स्वास्थ्य देखरेख की गुणवत्ता में सुधार

पिछले वर्षों में स्वास्थ्य देखरेख की गुणवत्ता में सुधार को कुछ आधारभूत जनसांख्यिकी सूचकों के संबंध में दर्शाया गया है (नीचे दी गई सारणी देखें)। अशोधित जन्म दर (सीबीआर) 1951 में 40.8 से घटकर 1991 में 29.5 हो गई और पुनः 2009 में यह 22.5 हो गई। इसी प्रकार से अशोधित मृत्यु दर (सीडीआर) में भी अत्यधिक कमी आई जो कि 1951 में 25.11 मृत्यु प्रति हजार व्यक्ति से घटकर 1991 में 9.8 रह गई और 2009 में 7.3 रह गई। साथ ही भारत के महापंजीयक, गृह मंत्रालय की नमूना पंजीकरण प्रणाली (एसआरएस) के अनुमान के अनुसार कुल प्रजनन दर (15-49 वर्ष की महिला से पैदा होने वाले संभावित बच्चों की औसत संख्या) 1951 में 6.0 से घटकर 2009 में 2.6 रह गई।

एसआरएस, आरजीआई की रिपोर्ट के अनुसार मातृत्व मृत्यु दर भी 1992-93 में 437 प्रति एक लाख (100,000) जीवित जन्म से घटकर 2007-09 में 217 हो गई। शिशु मृत्यु दर जो 1981 में 110 थी, 2009 में घटकर 50 प्रति 1000 जीवित जन्म हो गई। बाल मृत्यु दर भी 1972 के 57.3 से घटकर 2009 में 14.1 हो गई है।

तालिका 1: परिवार कल्याण कार्यक्रमों की उपलब्धियां

क्रम सं.	मानदंड	1951	1981	1991	वर्तमान स्तर
1	अशोधित मृत्यु दर (प्रति हजार जनसंख्या)	40.8	33.9	29.5	22.5 (2009)
2	अशोधित जन्म दर (प्रति हजार जनसंख्या)	25.1	12.5	9.8	7.3 (2009)
3	कुल प्रजनन दर (प्रति महिला)	6.0	4.5	3.6	2.6 (2009)
4	मातृ मृत्यु दर (प्रति 100,000 जनसंख्या)	अनु-पलब्ध	अनु-पलब्ध	437 (1992-93)	212 (2007-09) एन एसआरएस एफएचएस
5	शिशु मृत्यु दर (प्रति हजार जीवित जन्म)	146 (1951-61)	110	80	50 (2009)
6	बाल (0-4) मृत्यु दर प्रति हजार बच्चे	57.3 (1972)	41.2	26.5	14.1 (2009)
7	दंपत्ति संरक्षण दर (%) \$	10.4 (1971)	22.8	44.1	40.4 (2011)

स्रोत: महापंजीयक का कार्यालय, गृह मंत्रालय भारत।
(%) \$ स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग

परिवार नियोजन के तरीके:

देश में 2010-11 के दौरान विभिन्न परिवार नियोजन के तरीकों को अपनाने वालों की कुल संख्या 34.89 मिलियन थी। नीचे दी गई तालिका 2 में 2010-11 और 2011-12 (सितम्बर, 2011 तक) में अखिल भारतीय स्तर पर परिवार नियोजन संबंधी उपलब्धियों के बारे में संक्षिप्त ब्योरा दिया गया है।

तालिका-2: परिवार नियोजन तरीकों से परिवार नियोजित करने वाले

(आंकड़े मिलियन में)

क्रम सं.	उपलब्धि*	उपलब्धि*		
		2010-2011	2011-12 (अप्रैल 2011 से सितम्बर 2012)	2010-11 (अप्रैल 2010 से सितम्बर 2011)
1.	बंधीकरण	5.01	1.50	1.50
2.	आईयूडी इंसर्शन	5.56	2.66	2.55
3.	कंडोम प्रयोक्ता (सम्)	16.01	14.12\$	12.90
	i. मुफ्त वितरण योजना के अंतर्गत (सम्)	6.98	5.94	6.82
	ii. वाणिज्यिक वितरण योजना के अंतर्गत (सम्)	9.03**	8.19	6.08
4.	ओरल पिल्स प्रयोक्ता (सम्)	8.31\$	5.15\$	5.77
	i. मुफ्त वितरण योजना के अंतर्गत (सम्)	3.92	3.39	3.67
	ii. वाणिज्यिक वितरण योजना के अंतर्गत (सम्)	4.38**	1.77	2.10
कुल स्वीकार्यकर्ता		34.89	23.44\$	22.73\$

*: अनंतिम आंकड़े

स्रोत: एचएमआईएस पोर्टल

सम: समकक्ष

** ब्रांडेड पूर्ण लागत में वाणिज्यिक बिक्री के आंकड़े शामिल नहीं किए गए हैं। आंकड़ा अभी मंत्रालय के एसएसएम प्रभाग से आना है।

\$:- पूर्णांकित के कारण कुल मेल नहीं खाता।

वर्ष 2009-10 की तुलना में 2010-11 में प्रतिरक्षण कार्य निष्पादन का ब्यौरा तालिका 3 में दिया गया है। तालिका 4 में वर्ष 2011-12 एवं 2010-11के दौरान संबंधित वर्षों के अप्रैल-दिसम्बर की अवधि के लिए तुलनात्मक कार्यनिष्पादन दिया गया है।

तालिका 3

वर्ष 2010-11 के दौरान आरसीएच कार्यक्रम (अखिल भारत) की अंतर्गत रोग प्रतिरक्षण के मूल्यांकित आवश्यकता बनाम उपलब्धि (अखिल भारत)

(आंकड़े 000 में)

क म सं.	कार्यकलाप	2010-11 मूल्यांकित आवश्यकता		उपलब्धि*		2010-11 मूल्यांकित आवश्यकता की उपलब्धि का%
		2010-11	2010-11	2009-10	2009-10	
1	2	3	4	5	6	
A. रोग पतिरक्षण						
i.	गर्भवती माताओं हेतु टेटनस का टीकाकरण	29681	23192	24534		78.1
ii.	बच्चों के लिए डीपीटी-टीकाकरण	25536	22766	24945		89.2
iii.	पोलिया	25536	22804	24836		89.3
iv.	बी.सी.जी.	25536	23879	25605		93.5
v.	मीजल्स	25536	22102	23896		86.6
vi.	बच्चों के लिए डीटी प्रतिरक्षण	25092	9685	18016		38.6
vii.	टी.टी. (10 साल)	26065	14294	16443		54.8
viii.	टी.टी. (16 साल)	26013	13003	14296		50.0
B. महिलाओं में पोषण संबंधी अनीमिया के लिए प्रोफायलेक्सिस						
		29681	23867	25720		80.4
C. विटामिन ए की कमी के कारण दृष्टिहीनता के लिए प्रोफायलेक्सिस \$						
i.	पहली खुराक (1 वर्ष से कम+ 1वर्ष से अधिक)	25536	22577	23941		88.4
ii.	5वीं खुराक	24551	18236	20201		74.3
iii.	9वीं खुराक	24887	13507	13126		54.3

* अनंतिम आंकड़े

तालिका 4

वर्ष 2011-12 के दौरान आरसीएच कार्यक्रम (अखिल भारत) के अंतर्गत रोग प्रतिरक्षण के अनुमानित आवश्यकता बनाम उपलब्धि (अखिल भारत)

(आंकड़े 000में)

क्रम सं.	कार्यकलाप	2010-11 मूल्यांकित आवश्यकता	उपलब्धि*		2011-12 मूल्यांकित आवश्यकता की उपलब्धि का%
			2011-12 (अप्रैल 11 से सितम्बर 11)	2009-10 (अप्रैल 11 से सितम्बर 10)	
1	2	3	4	5	6
A. रोग प्रतिरक्षण					
i.	गर्भवती माताओं हेतु टेटनस का टीकाकरण	30151	11350	11579	37.6
ii.	बच्चों के लिए डीपीटी-टीकाकरण	26030	10365	10744	39.8
iii.	पोलिया	26030	9988	10676	38.4
iv.	बी.सी.जी.	26030	10979	11502	42.2
v.	मीजल्स	26030	10581	10586	40.6
vi.	बच्चों के लिए डीटी प्रतिरक्षण	22894	4719	4883	20.6
vii.	टी.टी. (10 साल)	23768	7032	7127	29.6
viii.	टी.टी. (16 साल)	24912	6522	6424	26.2
B. महिलाओं में पोषण संबंधी अनीमिया के लिए प्रोफायलेक्सिस					
30151		9429	12669	31.3	
C. विटामिन ए की कमी के कारण दृष्टिहीनता के लिए प्रोफायलेक्सिस					
पहली खुराक (1 वर्ष से कम+ 1 वर्ष से अधिक)		26030	10407	11636	40.0
5वीं खुराक		23252	8320	9370	35.8
9वीं खुराक		22909	6141	6309	26.8

*आंकड़े अनंतिम हैं।

स्रोत: एचएमआईएस पोर्ट

2.11 स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस):

जिला स्तर पर आंकड़ों का अभिग्रहण करने में सहायता प्रदान करने के लिए अक्टूबर, 2008 में एक वेब आधारित स्वास्थ्य एमआईएस (एचएमआईएस) पोर्टल शुरू किया गया। एचएमआईएस पोर्टल से जिला स्तर से सूचना का तेजी से प्रवाह हुआ है। राज्यों द्वारा प्रदत्त सूचना आधारित राज्य/जिला तथ्य पत्र प्रकाशित किए गए हैं तथा पणधारियों को इनसे अवगत कराया गया है। 21 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों ने भी वर्ष 2010-11 में सुविधा स्तरीय रिपोर्टिंग अपनाई है। शेष राज्यों के लिए सुविधा स्तरीय रिपोर्टिंग को अत्यावश्यक रूप से शिफ्ट करने के लिए प्रयास किए जा रहे हैं। गुणवत्ता एवं आंकड़ों के समापन से संबंधित कार्यशाला आयोजित की गई और सभी संबंधितों को सुविधावार रिपोर्टिंग की उपयोगिता के बारे में सुग्राही बनाया है। राज्य तथा जिला स्तर पर विश्लेषणात्मक क्षमताओं में सुधार लाने के लिए उपाय शुरू किए गए हैं तथा एचएमआईएस का संवर्धन किया जा रहा है।

2.11.1 माता तथा बच्चों की पहचान करना:

माता तथा बच्चों की पहचान गर्भवती महिलाओं की नाम आधारित पहचान है ताकि स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को पर्याप्त एवं समयोचित फीडबैक दिया जा सके है जो तत्पश्चात संस्थागत प्रसवों को प्रोत्साहित करने के अलावा यह सुनिश्चित करेंगे कि गर्भवती महिलाओं को समुचित प्रसवपूर्व एवं प्रसवोत्तर परिचर्या प्राप्त हो सके। इस प्रणाली का लक्ष्य नवजातों की भी पहचान करना है जिससे कि समयोचित एवं पूर्ण रोग प्रतिरक्षण उनके लिए सुनिश्चित करवाया जा सके। इन उपायों से मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) तथा शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) में सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों के अनुरूप कमी लाया जाना प्रत्याशित है। एमसीटीसी का सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में कार्यान्वयन किया जा चुका है। फिलहाल नए गर्भवती महिलाओं तथा नए नवजातों की 100 प्रतिशत कवरेज सुनिश्चित करने के लिए राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में अवसंरचना को सुदृढ़ करने के लिए प्रयास किए जा रहे हैं। हाल ही में राष्ट्रीय ई-गवर्नेंस प्लान (एनईजीपी) के अंतर्गत मिशन मोड के रूप में एमसीटीसी को शामिल किया गया है। इस अभियान से भारत सरकार के प्रयासों को एमसीटीएस के उद्देश्यों को हासिल करने के लिए आई-टी समर्थ सेवाओं के उपयोग को बढ़ाने के संबंध में बल मिलने की आशा है। राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को प्राथमिक रूप से ब्लाक तथा उप-केन्द्र स्तरों पर गहन क्षमता निर्माण करने की आवश्यकता है। एमसीटीएस के कार्यान्वयन की स्थिति की केंद्र स्तर पर मानीटरिंग की जा रही है जिसके लिए डैशबोर्ड तैयार हो गए हैं। एमसीटीएस की सहायक सेवाएं

प्रदान करने के लिए एनआईएचएफडब्ल्यू में एक बहु-भाषी हेल्प डेस्क स्थापित किया जा रहा है। माता तथा बाल पहचान हेल्पडेस्क (एमसीटीएच) से एमसीटीएस से प्राप्त कार्यचालन डाटा शीट के आधार पर लाभार्थियों एवं स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को निर्गामी कॉल करके माता तथा बच्चे के अभिलेखों के अभिपुष्ट होने की आशा है। एमसीटीएच से स्वास्थ्य कार्यक्रमों के बारे में जागरूकता पैदा होने तथा स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं तथा लाभार्थियों को मार्गदर्शन मिलने की भी आशा है।

2.12 सर्वेक्षण तथा मूल्यांकन कार्यक्रमलाप

जिला स्तरीय परिवार सर्वेक्षण: जिला स्तरीय परिवार सर्वेक्षण (डीएलएचएस-3) जिला सर्वेक्षणों की श्रृंखला में तीसरा था तथा इससे 2007-08 में आयोजित किया गया था। डीएलएचएस-3 ने सेवा की गुणवत्ता के मूल्यांकन, कार्यक्रम प्रबंधन की समीक्षा तथा प्रभाव के निर्धारण के लिए प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आरसीएच-II) कार्यक्रम के अंतर्गत यथा परिकल्पित मिडलाइन सर्वेक्षण के रूप में कार्य किया। डीएलएचएस 3 के अंतर्गत मातृ एवं बाल स्वास्थ्य, परिवार नियोजन तथा अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं से संबंधित महत्वपूर्ण संकेतकों के संबंध में अनुमान वर्तमान वित्तीय वर्ष के दौरान प्रकट किए गए। वर्ष 2011-12 में उन 26 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में डीएलएचएस का अगला दौर आयोजित करवाए जाने का निर्णय लिया गया है जहां वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एएचएम) नहीं करवाया जा रहा है। एएचएस तथा डीएलएचएस-4 से प्राप्त आंकड़ों का इस्तेमाल राष्ट्रीय रिपोर्ट तैयार करने के लिए किया जाएगा। इसके अलावा, सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में सुविधा सर्वेक्षण किया जाएगा जैसा कि विगत में किया गया था। इसके अलावा, पोषण तथा रक्ताल्पता इत्यादि से संबंधित सीएबी संघटकों जिन्हें एएचएस में शामिल किया जा रहा है, को डीएलएचएम में भी शामिल किया जाएगा। डीएलएचएस-4 शुरू करने का आरंभिक कार्य अंतिम चरण में है तथा इसे मार्च, 2012 में शुरू किए जाने की संभावना है। डीएलएचएस-4 पूरा कर लिया जाएगा तथा तथ्य पत्रों एवं रिपोर्टों के रूप में परिणाम 2012-13 के दौरान वितरित किए जाएंगे।

एनआरएचएम का समवर्ती मूल्यांकन: एनआरएचएम के अधिकार प्राप्त कार्यक्रम समिति द्वारा किए गए निर्णय के अनुसरण में मंत्रालय ने सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के 187 जिलों में एनआरएचएम का समवर्ती मूल्यांकन किया है जिसके तहत अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान, मुंबई के जरिए एनआरएचएम के अंतर्गत शुरू किए गए कार्यक्रमलापों एवं कार्यक्रमों को कवर किया गया है। अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान ने समवर्ती

मूल्यांकन करने के लिए नोडल एजेंसी के रूप में कार्य किया तथा क्षेत्र (फील्ड) कार्य सर्वेक्षण/अनुसंधान का अध्ययन करने में अनुभव वाली स्वतंत्र एजेंसियों को आउटसोर्स किया गया। 187 जिलों के लिए तथा पत्र (फैक्टशीट) अक्टूबर, 2010 में मंत्रालय में प्रसारित किया गया। राष्ट्रीय तथा राज्य की रिपोर्टों को वर्तमान वित्तीय वर्ष में जारी किया गया।

क्षेत्रीय मूल्यांकन दल: इस मंत्रालय के क्षेत्रीय कार्यालयों में 7 क्षेत्रीय मूल्यांकन दल स्थित हैं जो चुनिंदा जिलों का दौरा और लाभार्थियों का साक्षात्कार करके नमूने के आधार पर प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम सहित एनआरएचएम के कार्यकलापों का मूल्यांकन करता है। राज्यों के क्षेत्रीय मूल्यांकन दल की रिपोर्टों को इनमें प्रकाश में लाए गए मुद्दों के बारे में उपचारी उपाय करने के लिए भेजा जाता है। वर्ष 2010-11 के दौरान 133 जिलों का आरईटी द्वारा दौरा किया गया।

वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण: मंत्रालय द्वारा शुरू किए गए वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एएचएस) का लक्ष्य आईएमआर,टीएफआर इत्यादि सहित जिला स्वास्थ्य प्रोफाइल तैयार करना है तथा यह ईएजी राज्यों तथा असम के 284 जिलों में वार्षिक आधार पर चलाया जा रहा है। यह एएचएस भारत के महापंजीयक, गृह मंत्रालय के माध्यम से संचालित किया जा रहा है। एएचएस एक मिश्र मॉडल है जहां पर क्षेत्रीय कार्य को बाह्य/विदेशी अभिकरणों से करवाया जाएगा और उसका पर्यवेक्षण भारत के महापंजीयक का स्टाफ करेगा। एएचएस का पहला दौर पूरा हो चुका है तथा अगस्त, 2011 में प्रारम्भिक परिणाम वितरित कर दिए गए। सर्वेक्षण का दूसरा दौर भी 2011-12 में शुरू किया जा चुका है।

इसके अलावा, वर्ष 2011-12 के अंतर्गत एएचएस के अंतर्गत नैदानिक एंथ्रोपेट्रिक एवं जीवन रसायन (सीएबी) परीक्षण एएचएस में शुरू किए गए हैं जिनमें ऊंचाई एवं वजन प्रबंधन, रक्ताल्पता एवं शर्करा के लिए रक्त जांच, रक्त दबाव मापन तथा परिवारों द्वारा प्रयुक्त नमक में आयोडीन की जांच संबंधी आंकड़े भी एकत्र किए जाएंगे। एएचएस का सीएबी घटक 2011-12 में शुरू किया जाएगा तथा 2012-13 में पूरा कर लिया जाएगा तथा परिणाम वितरित किए जाएंगे।

2.13 जनसंख्या अनुसंधान केंद्र:

मंत्रालय ने देश की विभिन्न संस्थाओं में जनसंख्या स्थिरीकरण, जनसांख्यिकी और अन्य स्वास्थ्य संबंधी कार्यक्रमों से संबंधित विभिन्न विषयों पर शोध करने की दृष्टि से 18 जनसंख्या अनुसंधान केंद्र (पीआरसी) स्थापित किए हैं।

वर्ष 2010-11 के दौरान मंत्रालय द्वारा सौंपे गए अध्ययन सहित अनुसंधान के कुछ महत्वपूर्ण विषयों पर जनसंख्या अनुसंधान केंद्रों (पीआरसी) द्वारा पूरा किए गए 86 अध्ययनों का ब्यौरा नीचे दिया गया है:

- 1) भारत में जनन अक्षमता: इसके स्तर, रुझान, निर्धारक तथा परिवार प्रभाव।
- 2) कर्नाटक में महिला अधिकारिता एवं उनके विरुद्ध हिंसा संबंधी अध्ययन।
- 3) एमडीजी संकेतकों का उप-राष्ट्रीय आकलन: विभेदक डाटा गुणवत्ता वाले दो राज्यों का विश्लेषण।
- 4) भारत में दीर्घकालिक वृद्धावस्था अध्ययन (एलएएसआई) प्रायोगिक सर्वेक्षण।
- 5) कर्नाटक में प्रजनन संबंधी परिवर्तन: नवीन अवलोकन।
- 6) पर्यावरण अपकर्ष: भारत में क्षेत्रीय अनुभव।
- 7) स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआइएस) डाटा की गुणवत्ता का मूल्यांकन करने के लिए मैनुअल
- 8) जिला स्तर पर जनसंख्या प्रक्षेपण।
- 9) एचआईएमएस, कर्नाटक के लिए रोग प्रतिरक्षण डाटा की गुणवत्ता का मूल्यांकन।
- 10) कर्नाटक में नवजात परिचर्या सेवाएं, एचएमआईएस डाटा की गुणवत्ता का विश्लेषण।
- 11) कर्नाटक में 2009-10 से 2010-11 तक एचएमआईएस के लिए चयनित संकेतकों का विश्लेषण।
- 12) जिला मानव विकाय रिपोर्ट, होशियारपुर, पंजाब।
- 13) यमुना कार्य योजना-11 (वाईएपी-11) के अंतर्गत जनभागीदारी तथा जागरूकता कार्यक्रम।
- 14) मातृ स्वास्थ्य परिचर्या संकेतकों की जिलावार क्रम-सूची हरियाणा राज्य के लिए एचएमआईएस डाटा का विश्लेषण।
- 15) राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के अंतर्गत जिलों की वार्षिक समीक्षा राज्यवार समेकित निष्कर्ष, मार्च, 2011
- 16) चंडीगढ़ संघ राज्य क्षेत्र में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का समवर्ती मूल्यांकन, 2010

- 17) पंजाब में 11वीं पंचवर्षीय योजना का मध्यावधिक मूल्यांकन, अगस्त, 2010
- 18) चंडीगढ़ में 11वीं पंचवर्षीय योजना का मध्यावधिक मूल्यांकन, अक्टूबर, 2010
- 19) हिमाचल प्रदेश में 11वीं पंचवर्षीय योजना का मध्यावधिक मूल्यांकन, अक्टूबर, 2010
- 20) उत्तर प्रदेश के चुनिंदा जिलों में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का त्वरित मूल्य निर्धारण।
- 21) भारत में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का मूल्यांकन अध्ययन।
- 22) भारत और नेपाल में लिंग, वातावरण एवं सामूहिक क्रिया।
- 23) एशिया में जनसंख्या संबंधी बुढ़ापा की चुनौती के लिए तैयारी: नीति विकास के वैज्ञानिक आधार का सुदृढ़ीकरण।
- 24) दक्षिण एशिया में बदलत हुए जनांकिकी परिदृश्य भौगोलिक भू-दृश्य में बदलाव एवं रोजगार, बुढ़ापा और वृद्धों की सुरक्षा के उदीयमान मुद्दे।
- 25) परिवार संरचना, वृद्धों के लिए जीविका व्यवस्था तथा उनका सामाजिक आयाम।
- 26) राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी अधिनियम(नरेगा) श्रमिकों के लिए श्रमउपलब्ध करता है: बाह्य प्रवसन के संदर्भ में नरेगा पर कुछ टिप्पणियां।
- 27) व्यापक विकास की प्राप्ति: भौगोलिक प्रवसन एवं समाजिक-आर्थिक प्रवृत्तियां का तुलनात्मक अध्ययन।
- 28) प्रवसन के लिए भौगोलिक प्रवृत्तियां, विकास निष्पादन एवं उपलक्षणा: भारत के दो पर्वतीय राज्यों का एक अध्ययन।
- 29) भारत में वयोवृद्धों की स्वास्थ्य स्थिति।
- 30) भारत के शैक्षिक जीवन चक्र पर लैंगिक विषमताएं।
- 31) राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन: स्टॉकटेकिंगमालसूची की एक तैयारी।
- 32) भारत में बाल कुपोषण एवं आहार प्रक्रिया के निर्धारक।
- 33) पंजाब में बाल स्वास्थ्य एवं पौषणिक स्थिति का लैंगिक भेदक।
- 34) कर्नाटक में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का समवर्ती मूल्यांकन।
- 35) गोवा में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का समवर्ती मूल्यांकन।
- 36) राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के समवर्ती मूल्यांकन(सीईएनएचआरएम) की विशिष्टताएं।
- 37) गोवा राज्य के लिए एचएमआरएस डाटा का जिला एवं सुविधानुसार विश्लेषण।
- 38) तमिलनाडु चरण II एवं III में द्वितीय स्तर के जन अस्पताल के सुविधा मूल्यांकन।
- 39) तमिलनाडु, पुदुच्चेरी एवं अंडमान और निकोबार द्वीपसमुह में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का समवर्ती मूल्यांकन।
- 40) ईजीएस प्रशिक्षुओं की शैक्षणिक उपब्धियों का स्तर और आसपास के औपचारिक एलपी विद्यालयों के स्तर का मूल्यांकन: एक तुलनात्मक अध्ययन।
- 41) असम में बुढ़ापाकी जिलेवार तुलना।
- 42) एमडीजी का गरीबी एवं स्वास्थ्य संबंधी लक्ष्यों की प्रगति: क्षेत्रीय विश्लेषण।
- 43) क्या पुत्र की चाह अभी तक भारत में जनसंख्या स्थिरीकरण में मुख्य अवरोध है: एनएफएचएस डाटा पर आधारित एक जांच।
- 44) भारत में स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस): परिस्थिति एवं चुनौतियां।
- 45) उत्तर प्रदेश के जिलों के लिए जनसंख्या स्थिरीकरण योजनाएं।
- 46) बिहार के रोहतास जिला में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनएचआरएम) के कार्यान्वयन का तीव्र मूल्य निर्धारण।
- 47) बिहार के दरभंगा जिला में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनएचआरएम) के कार्यान्वयन का तीव्र मूल्यनिर्धारण।
- 48) नेपाल और भारत में प्रथम विवाह की उम्र तथा प्रथम जन्म की उम्र में गणितीय प्रतिमान को जोड़ना।
- 49) 1999-2010 भारत में प्रजनन प्रवृत्ति एवं मातृ स्वास्थ्य का मध्यम स्तर: विकास का पुनरावलोकन।

- 50) सुरक्षित किशोर पारगमन एवं स्वास्थ्य उपक्रमण (सीधी): महाराष्ट्र के पांच जिलों में विवाहित नवयुवतियों के जनन स्वास्थ्य के सुधार हेतु परियोजना का मध्यरेखीय मूल्यांकन सर्वेक्षण।
- 51) उत्तर पूर्वी भारत में दीर्घकालिन जनांकीय प्रवृत्तियां तथा इसकी व्यापक सार्थकता 1901–2001
- 52) घरेलू हिंसा तथा एचआईवी/एड्स महामारियां— एक पर्यवेक्षण।
- 53) भारत में मातृ रूग्णता में सामाजिक—आर्थिक विषमताएं: एक विश्लेषण घटक।
- 54) रोजगार एवं उच्च शिक्षा से इसकी संबद्धता: भारत के विभिन्न सामाजिक समूहों का एक विश्लेषण।
- 55) हरियाणा में वैवाहिक ढाँचों पर लिंग अनुपात का असर।
- 56) एम.पी. में प्राथमिक रजिस्टर से माता एवं बच्चा खोज प्रणाली में डाटा अधिग्रहण।
- 57) मध्य प्रदेश के लिए स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) वेब पोर्टल डाटा का विश्लेषण तथा एचएमआईएस डाटा की क्षेत्रीय जांच।
- 58) छत्तीसगढ़ के लिए एचएमआईएस वेब पोर्टल डाटा का विश्लेषण एवं एचएमआईएस डाटा की क्षेत्रीय जांच।
- 59) मध्य प्रदेश में माता एवं बच्चा खोज प्रणाली का अध्ययन।
- 60) छत्तीसगढ़ में माता एवं बच्चा खोज प्रणाली का अध्ययन।
- 61) एम.पी. एवं छत्तीसगढ़ में ग्रामीण स्वास्थ्य आंकड़ों तथा एचएमआईएस में विसंगतियों का अध्ययन।
- 62) बुद्धगाम जिला—जम्मू और कश्मीर के छडोरा प्रमंडल में जच्चा एवं बच्चा खोज प्रणाली के कार्यान्वयन की स्थिति रिपोर्ट।
- 63) जम्मू में जच्चा एवं बच्चा खोज संरचना पर रिपोर्ट।
- 64) जम्मू और कश्मीर के गोदेरबल जिला में एचएमआईएस की वर्तमान स्थिति।
- 65) अनंतनाग जिला के शांगस प्रमंडल में डाटा गुणवत्ता मुद्दे।
- 66) मातृ स्वास्थ्य देखभाल में जन स्वास्थ्य सुविधाओं का उपयोग: भारत के मुख्य राज्यों में तुलनात्मक अध्ययन।
- 67) भारत में राज्यों द्वारा जनन—क्षमता के निर्धारक: एक प्रारंभिक जांच।
- 68) भारत में किशोरावस्था मातृत्व पर अध्ययन।
- 69) भारत में पुरुषों में यौनाचार के उच्च जोखिम की व्यापकता एवं अविवाहित पुरुषों में यौन संबंधों की शुरुआत का समय।
- 70) दक्षिण भारतीय राज्यों में जन्म के समय वजन की तुलना।
- 71) केरल में वृद्धों से दूर्व्यवहार का अध्ययन।
- 72) 1991–2001 के दौरान केरल में अंत: प्रवसन।
- 73) केरल में घरेलू सुखसुविधाएं: जिलावार अध्ययन।
- 74) केरल में बाल श्रमिक।
- 75) 2009–10 के दौरान राजस्थान के स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) के डाटा गुणवत्ता को बेहतर करना।
- 76) 2010–11 में राजस्थान के एचएमआईएस के डाटा गुणवत्ता को बेहतर करना।
- 77) बडोदरा जिला के चार अर्ध ग्रामीण तालुकाओं में सुरक्षित मातृत्व एवं बाल उत्तरजीविता परियोजना के कार्यान्वयन का आधारभूत, अध्ययन।
- 78) भारत में पर्यावरणीय दशाएं एवं स्वास्थ्य स्थिति: संबद्धताओं की जांच।
- 79) स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) डाटा का विश्लेषण।
- 80) स्वास्थ्य परिचर्या में देशज प्रणाली एवं सामाजिक सांस्कृतिक पद्धतियां: हिमाचल प्रदेश में शिमला शहर का अध्ययन।
- 81) भारत में दीर्घकालीन बुढ़ापा का अध्ययन।
- 82) गहन जिला स्तरीय अभियान, महाविद्यालयों, तकनीकी संस्थानों में रेड रिबन क्लबों एवं नेहरू युवा केंद्र संगठन, युवा सेवा तथा खेल विभाग के जरिए गैर—छात्र युवाओं के लिए रेड रिबन क्लबों का मूल्यांकन एवं प्रभाव संबंधी अध्ययन।
- 83) समेकित बाल विकास कार्यक्रम (आईसीडीपी) का सर्वेक्षण।