

15. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण

दसवीं योजना अवधि में प्राथमिक और सेकंडरी स्तर पर स्वास्थ्य सेवा प्रणाली में संघटनात्मक सुधार प्रभावी होने से स्वास्थ्य सेवा नीतियों और रणनीतियों ने संक्रमण काल सेवा और उससे तृतीयक स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता के लिए क्षेत्रीय संतुलन को गतिशील कर दिया। स्वास्थ्य के आधार तंत्र में सुधार और जनसंख्या की स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों को पूरा करने के लिए व्यापक सुधार और नीति संबंधी पहलें की गई हैं। रुग्णता और मृत्यु दर को कम करने के लिए रोगों के मोर्चे पर भी अनेक पहल हुई हैं।

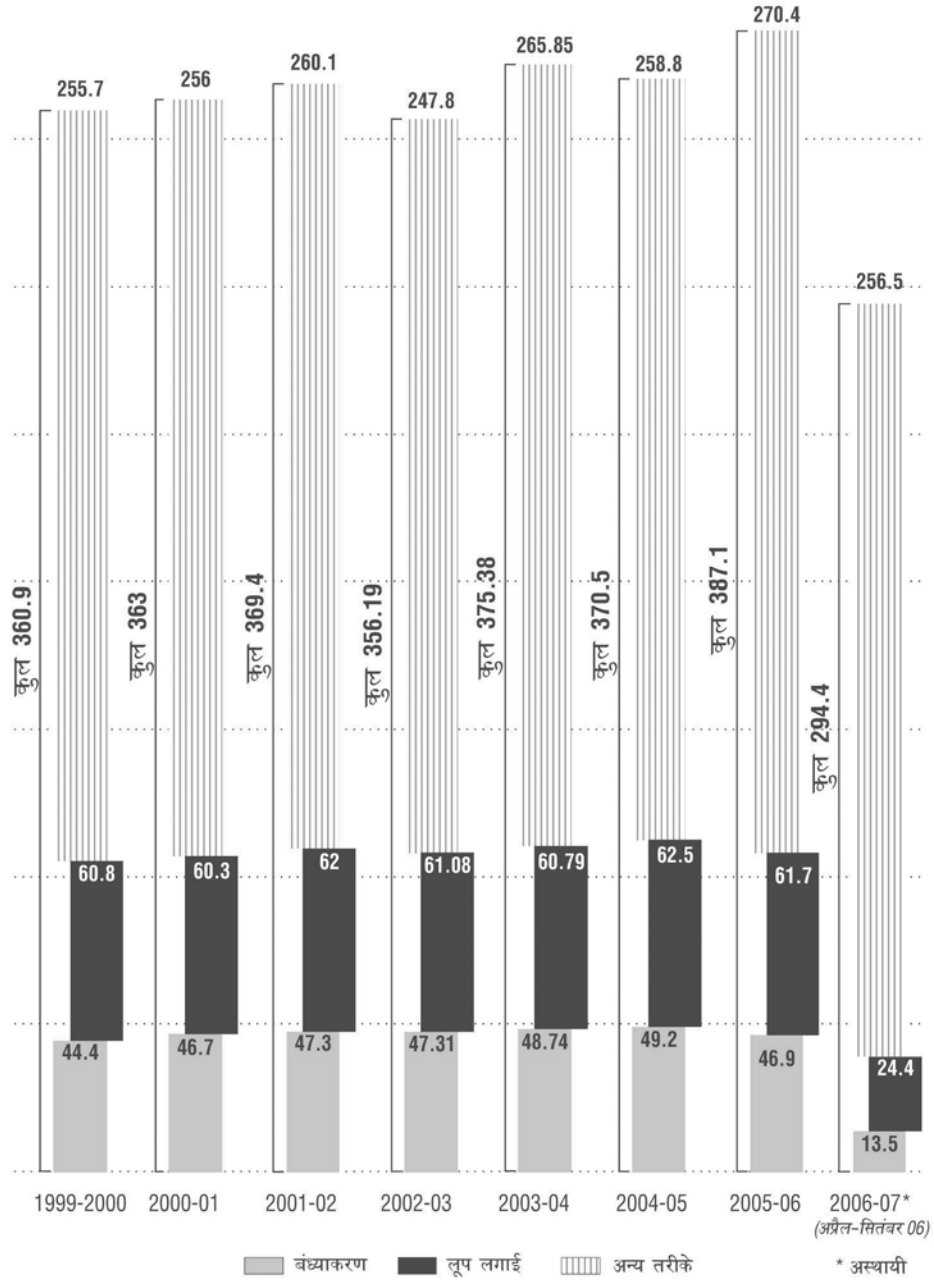
राष्ट्रीय न्यूनतम साझा कार्यक्रम (एनसीएमपी) के अंतर्गत स्वास्थ्य देखभाल सात महत्वपूर्ण क्षेत्रों में से एक है और आयोजना अवधि सामाजिक अर्थिक विकास की समग्र रणनीति में स्वास्थ्य एक महत्वपूर्ण हिस्सा है। एनसीएमपी में स्वास्थ्य क्षेत्र को विशेष ध्यान दिए जाने से स्वास्थ्य और परिवार कल्याण दोनों के अंतर्गत तैयार कार्यक्रमों का मुख्य आधार बन गया है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) एनसीएमपी को लागू करने का मुख्य मंच बन गया है। एनआरएचएम आरसीएच II राष्ट्रीय संक्रामक रोग नियंत्रण कार्यक्रम, टी.बी. मुख्य एनपीसीवी और एकीकृत रोग निगरानी परियोजना जैसे स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण कार्यक्रमों को संरक्षण प्रदान करता है। इसने सेक्टर स्वास्थ्य समस्याओं पर भी ध्यान दिया और स्वास्थ्य के मुख्य कारकों सफाई, स्वच्छता, पोषण और सुरक्षित पेयजल को उसमें शामिल करके संबंधित सामाजिक क्षेत्र विभागों के आमेलन की हिमायत की है। मिशन की मुख्य रणनीतियों में प्रत्यापित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आरंभ) की पहचान और चुनाव, विकेंद्रीकृत नियोजन, वर्तमान ढांचे का सशक्तीकरण- उपकेंद्रों, पीएचसी, सीएचसी क्षेत्रवार दृष्टिकोण, लचीला वित्त, सामुदायिक भागीदारी, जनशक्ति विकास और गैर सरकारी दावेदारों के साथ भागीदारी शामिल है।

प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना सेवा में तृतीयक स्वास्थ्य सेवा विकसित करने के लिए एक बड़ी पहल है ताकि क्षेत्रीय आधार पर ऐसी सुविधाएं उपलब्ध हो सकें, यह मेडिकल कालेजों की स्थापना, और उन्नत सेवा के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदानकर मानव संसाधन विकास के असंतुलन को भी दूर करेगा। इस योजना के तहत एम्स की तरह के छह संस्थानों की स्थापना के अलावा 13 मेडिकल कालेजों का उन्नयन किया जाएगा।

अन्य संचारी और गैर संचारी रोगों की समस्या से निपटने के लिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय देश भर में अंधापन, एड्स, कैंसर, मानसिक रोग आदि के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम लागू कर रहा है। संचारी और गैर संचारी रोगों के प्रति त्वरित कार्यवाही और नियंत्रण के लिए रोग निगरानी व्यवस्था की जा रही है। स्वास्थ्य देखभाल, मेडिकल शिक्षा और अनुसंधान में लगे केंद्रीय संस्थानों और संगठनों को लगातार मजबूत किया जा रहा है ताकि उभरने वाली बीमारियों से वे निपट सकें।

देश की जनसंख्या की सामान्य स्थिति में 1990 से महत्वपूर्ण सुधार हुआ है। पुरुषों की औसत आयु 59.7 वर्ष से 1991 में 63.7 वर्ष और महिलाओं की इसी अवधि के दौरान 60.9 से 66.9 वर्ष

परिवार नियोजन के तरीके अपनाने वाले (लाखों में)



KBK

हो गई है। बाल मृत्यु, अपरिपक्व जन्म दर और मृत्यु दर में भी गिरावट आई है। कुष्ठ और टी.बी. जैसे संचारी रोगों के लिए बनाई गई रणनीति पूरी तरह सफल हुई है। संक्रामक रोगों के मामले में कार्यक्रम के अंतर्गत समन्वित प्रयास किए जा रहे हैं, जबकि एड्स के लिए मुख्य रणनीति आधार तंत्र को मजबूत कर लक्षित कार्यक्रम चलाने की है।

संचारी रोगों के कारण ऊंची मृत्युदर गैर संचारी रोगों के कारण बढ़ता बोझ, पोषण की समस्याएं, गर्भनिरोधकों की मांग न पूरी होना, अनचाही उच्च जन्मदर चिंताओं के अन्य क्षेत्र हैं।

राष्ट्रीय संक्रामक रोग नियंत्रण कार्यक्रम

राष्ट्रीय संक्रामक रोग नियंत्रण कार्यक्रम निदेशालय केंद्र द्वारा प्रायोजित योजनाओं की निगरानी और समन्वय तथा प्रमुख संक्रामक रोगों जैसे मलेरिया, फाइलेरिया, कालाजार, जापानी इन्सेफ़लाइटिस, डेंगू रक्तस्रावजन्य बुखार आदि बीमारियों को रोकने और उनको नियंत्रित करने का काम करता है।

मलेरिया—यह एक परजीवी से फैलने वाली गंभीर बीमारी है, जो *प्लाजमोडियम फाल्सीपेरम* या *प्लाजमोडियम वाइवेक्स* नामक मच्छर से फैलती है। मच्छरों की 9 प्रमुख प्रजातियां हैं। ये मलेरिया फैलाती हैं। इस बीमारी के मुख्य लक्षण हैं—बुखार के साथ कंपकपी, सिरदर्द और मितली आना। रक्त की सूक्ष्मदर्शी जांच द्वारा इस बीमारी की पहचान होती है। उचित उपचार के बाद अधिकतर मलेरिया पीड़ित रोगी कुछ दिनों में ठीक हो जाते हैं। लेकिन अगर पी.फेल्सीपेरम मच्छर के काटे मरीज का ठीक समय से इलाज न किया गया तो उसकी हालत तेजी से बिगड़ने लगती है। स्वतंत्रता प्राप्ति के समय देश में मलेरिया पीड़ितों की संख्या 7.5 करोड़ थी। उस दौरान हर साल इससे आठ लाख लोगों की मौत होती थी। भारत सरकार ने 1953 में राष्ट्रीय मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम (एनएमसीपी) शुरू किया। डी.डी.टी. के छिड़काव से मलेरिया के मामलों में तेजी से कमी आई। वर्ष 1958 में एनएमसीपी को राष्ट्रीय मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम (एनएमईपी) में बदल दिया गया। इसमें भारी सफलता मिली। वर्ष 1965-66 में मलेरिया पीड़ितों की संख्या घटकर एक लाख रह गई और इससे होने वाली मौतों का सिलसिला थम गया। परंतु वित्तीय और प्रशासनिक बाधाओं के कारण देश भर में फिर मलेरिया पीड़ितों की संख्या सन 1967 के बाद बढ़ गई। और 1976 में मलेरिया के 64.70 लाख मामले दर्ज किए गए।

मलेरिया से होने वाली मौतों को रोकने और पीड़ितों की संख्या घटाने के तात्कालिक उद्देश्य से वर्ष 1977 में मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम को कुछ संशोधनों के साथ संशोधित कार्ययोजना के रूप में शुरू किया गया। इस कार्यक्रम को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली से जोड़ दिया गया। कीटनाशक दवाओं के छिड़काव का तरीका बदल दिया गया। अब उन्हीं क्षेत्रों में कीटनाशक दवाओं का छिड़काव किया जाने लगा, जहां एक साल में प्रति हजार आबादी में दो या उससे अधिक मलेरिया के मामले पाए गए। इस उपाय से मलेरिया के मामलों में काफी कमी आई और यह 64.7 लाख से घटकर वर्ष 1996 तक प्रतिवर्ष 25 से 30 लाख तक रह गए। सन 1997 से इसमें गिरावट का क्रम जारी है। सन 2002 में पहली बार एक हजार की आबादी में मलेरिया पीड़ितों की संख्या दो से कम थी और तब से ऐसे मामलों की संख्या 2 से भी कम हो गई।

जनजातीय, दुर्गम, दूरदराज एवं वनबहुल क्षेत्रों में, जहां पहुंचने में मुश्किलें होती हैं, योजना के क्रियान्वयन में दिक्कतें आती हैं। पूर्वोत्तर राज्यों और आंध्र प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, झारखंड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा और राजस्थान के जनजाति-बहुल क्षेत्रों में मलेरिया के मामलों की संख्या ज्यादा

होती है। राज्य सरकारें कार्यक्रम के नियोजन, क्रियान्वयन, निरीक्षण और निगरानी के लिए जिम्मेदार होती हैं। पूर्वोत्तर के राज्यों को कार्यक्रम क्रियान्वयन हेतु शत-प्रतिशत सहायता प्रदान की जाती है।

एड्स, टीबी और मलेरिया के लिए ग्लोबल फंड से 27 जून, 2005 को एक समझौता करके गहन मलेरिया नियंत्रण परियोजना सिक्किम को छोड़कर पूर्वोत्तर के राज्यों, उड़ीसा, झारखंड और पश्चिम बंगाल के उच्च जोखिम वाले क्षेत्रों, दूरदराज के बीहड़ क्षेत्रों में सामुदायिक भागीदारी से तीव्र निदान और इलाज, कीटनाशकों के छिड़काव और मच्छरदानी के इस्तेमाल और मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रमों के प्रति जागरूकता और सामुदायिक, एनजीओ और निजी क्षेत्र की भागीदारी बढ़ाने के उद्देश्य से लागू की गई।

आठ राज्यों जैसे आंध्रप्रदेश, छत्तीसगढ़, झारखंड, गुजरात, मध्यप्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा और राजस्थान के 100 जिलों के जनजाति बहुल वाले 1045 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी) को 1997 से विश्व बैंक की सहायता से चलनेवाली विस्तारित मलेरिया नियंत्रण परियोजना (ईएमसीपी) के तहत संचालन लागत सहित शत-प्रतिशत सहायता दी जाती है।

विश्व बैंक की 'मलेरिया नियंत्रण और काला-अजार उन्मूलन' की 2008-09 से प्रभावी 5 वर्ष की नई परियोजना, को बैंक ने मंजूरी दे दी है।

देश में 1996 से आज तक मलेरिया की स्थिति इस प्रकार है :

वर्ष	मामले (लाख में)		मौतें	वार्षिक परजीवी घटनाएं*
	कुल	पी.एफ.		
1996	3.4	1.18	1010	3.48
1997	2.66	1.04	879	2.86
1998	2.22	1.03	664	2.44
1999	2.28	1.14	1048	2.41
2000	2.03	1.05	932	2.09
2001	2.09	1.01	1005	2.06
2002	1.84	0.89	902	1.80
2003	1.87	0.85	1006	1.82
2004	1.92	0.89	949	1.84
2005	1.82	0.81	963	1.68
2006	1.79	0.75	1708	1.65
2007	1.48	0.73	1173	1.35
2008 (जुलाई तक)	0.29	0.15	154	0.26

*वापघ (एजीआई) प्रयोगशाला की संख्या है
प्रति 1000 जनसंख्या पर पुष्ट मामले

फाइलेरिया—लिम्फैटिक फाइलेरिएसिस एक ऐसी गंभीर बीमारी है, जो शरीर के अंगों को काफी कमजोर और अयोग्य बना देती है। यह बीमारी *क्यूलेक्स क्वीनक्यूफेसीएटस* नामक मच्छर से फैलती है। इससे पीड़ित व्यक्ति के शरीर एवं जननांगों में सूजन आ जाती है और वह कोई भी काम करने में असमर्थ हो जाता है। इससे पीड़ित व्यक्ति को बुखार और दर्द भी होता है। फिलहाल इस हालत वाले रोगी का कोई इलाज नहीं है। इससे बीमारी बढ़ने का खतरा भी बना रहता है। देश के 20 राज्यों और केंद्रशासित प्रदेशों के 250 से अधिक जिलों में इस बीमारी के मामले प्रकाश में आए हैं। इन क्षेत्रों की आबादी 50 करोड़ है।

वर्ष में एक बार सामूहिक रूप से फाइलेरिया निरोधी दवा पिलाकर विश्वस्तर पर 2020 तक इसके उन्मूलन का लक्ष्य रखा गया है। इसके लिए 1997 से सात राज्यों के तेरह जिलों में 4.10 करोड़ की जनसंख्या के लिए एकल खुराक दवा पिलाने की अग्रणी परियोजना शुरू की गई। 2003 तक इसके अंतर्गत 31 जिले आ गए। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002 में वर्ष 2015 तक लार्वा फाइलेरिया (लिम्फैटिक फाइलेरिएसिस) के उन्मूलन का लक्ष्य रखा गया है। इसी के मद्देनजर भारत सरकार ने लिम्फैटिक फाइलेरिएसिस के जोखिम वाली जनसंख्या को डार्फ ईथीकार्बामेजीन (डीईसी) को एक खुराक पिलाने का अभियान शुरू किया। सन 2004 में इस बीमारी से प्रभावित देशों के 20 राज्यों के 202 जिलों की 40.70 करोड़ की जनसंख्या को एमडीए के लिए लक्षित किया गया। दवा पिलाने योग्य 37.81 करोड़ जनसंख्या में (गर्भवती महिलाओं, दो वर्ष से कम के बच्चों और गंभीर रूप से बीमार लोगों को छोड़कर) 27.67 करोड़ यानी 73.19 प्रतिशत को दवा दी गई। वर्ष 2005 में 229 जिलों की दवायोग्य 483.18 मिलियन जनसंख्या में से 71.70 प्रतिशत यानी 346.43 मिलियन को इस कार्यक्रम के अंतर्गत लाया गया। लेकिन वर्ष 2006 में 15 राज्यों में यह कार्यक्रम चलाया गया और 493.45 मिलियन योग्य जनसंख्या में 61.09 प्रतिशत यानी 301.44 मिलियन को दवा दी गई। वर्ष 2007 में जोखिम वाले सभी जिलों की 508.81 मिलियन जनसंख्या में से 82.80 प्रतिशत यानी 421.31 मिलियन को इस कार्यक्रम में लाया गया।

डेंगू बुखार/डेंगू रक्तस्राव बुखार—डेंगू बुखार एक वायरल ज्वर है, जो मादा एडिस (*एडीस एडिप्टी*) मच्छर के काटने से फैलता है। एडिस मच्छर कंटेनर, कूलर, बेकार पड़े टायरों, कप, गमलों तथा टूटे-फूटे बर्तनों में जमा पानी में पैदा होते हैं। हमारे देश में डेंगू बुखार का पहला मामला 1963 में कोलकाता में सामने आया था। देश में आमतौर पर सभी चार तरह का डेंगू पाया जाता है। डेंगू का विषाणु संक्रमण या तो प्रकट नहीं होता या समरूप ज्वर उत्पादक रोग के रूप में (वायरल सिंड्रोम) प्रकट होता है, इसका दूसरा प्रकार डेंगू बुखार (डीएफ) या डेंगू रक्त स्रावजन्य (डीएचएफ) रोग है।

हाल के वर्षों में शहरीकरण के विस्तार तथा जीवनशैली में परिवर्तन के कारण डेंगू के मामले अर्ध शहरी एवं ग्रामीण क्षेत्रों में बढ़ रहे हैं। पश्चिम बंगाल, दिल्ली, केरल, तमिलनाडु, गुजरात, कर्नाटक, महाराष्ट्र, राजस्थान, पंजाब और हरियाणा सर्वाधिक प्रभावित क्षेत्रों में आते हैं। वर्ष 2005 में डेंगू के 11985 मामले एवं इनसे 157 लोगों की मृत्यु की सूचना प्राप्त हुई जोकि मुख्यतः पश्चिम बंगाल से है। वर्ष 2006 के दौरान 12317 मामलों में 184 की मौत हुई। वर्ष 2007 में मई तक 245 मामले और दो मृत्यु दर्ज की गई है। चूंकि डेंगू का कोई विशेष उपचार नहीं है अतः मुख्य जोर घरों, कार्यस्थलों में मच्छरों के पनपने की स्थितियों से बचने एवं मनुष्य-मच्छर के बीच संपर्क को कम से कम करने पर है। डेंगू के प्रभावी नियंत्रण के लिए सामुदायिक जागरूकता एवं सहयोग के साथ-साथ समाज के विभिन्न तबकों के बीच तालमेल महत्वपूर्ण है। इसके अलावा दिल्ली, मुंबई, चंडीगढ़, गोवा इत्यादि की तरह सभी नगरीय क्षेत्रों में मच्छरों के उत्पन्न होने की स्थितियों को रोकने के लिए नगरीय कानूनों तथा भवन निर्माण कानूनों के प्रवर्तन और उन्हें लागू किए जाने पर भी जोर दिया जाना चाहिये।

चिकनगुनिया—चिकनगुनिया दुर्बल बनाने वाली अघातक वायरल बीमारी है जिसका प्रकोप भारत में 36 वर्ष बाद 2006 में हुआ। यह डेंगू बुखार से मिलता-जुलता है। यह चिकनगुनिया वायरस से होता है। यह मादा एडिस मच्छर, मुख्यतया एडिस इजिप्टी मच्छर के काटने से फैलता है। मनुष्य ही चिकनगुनिया वायरस का मुख्य स्रोत होता है। मच्छर संक्रमित व्यक्ति को काटकर अन्य लोगों को काटते हैं, जिससे यह बीमारी फैलती है। संक्रमित व्यक्ति से यह बीमारी किसी और को नहीं हो सकती। वर्ष 2006 में चिकनगुनिया के 13 लाख, 9 हजार मामले प्रकाश में आए लेकिन किसी की

मृत्यु नहीं हुई। वर्ष 2007 में चिकनगुनिया के 59535 संदिग्ध मामलों का पता चला लेकिन मौत एक भी नहीं हुई। वर्ष 2008 में जुलाई तक चिकनगुनिया क 64548 संदिग्ध मामले प्रकाश में आए लेकिन मौत एक भी नहीं हुई।

जापानी इन्सेफ़लाइटिस—जापानी इन्सेफ़लाइटिस एक वायरल बीमारी है, जिससे होने वाली मौतों की दर अधिक है। यह बीमारी लंबे समय तक रहती है। यह रोग सूक्ष्म विषाणु के कारण होता है। ये विषाणु धान के खेतों और पानी वाले क्षेत्रों में अधिक होते हैं। इसे फैलाने वाले मच्छर मैदानों में रहते हैं, जिससे इस पर नियंत्रण पाना मुश्किल होता है। जापानी एन्सेफ़लाइटिस के अधिक मामले उत्तर प्रदेश, आंध्र प्रदेश, प. बंगाल, असम, तमिलनाडु, कर्नाटक, केरल, बिहार, गोवा और हरियाणा में पाए गए हैं। सन 2005 में यह बीमारी उत्तर प्रदेश में एक महामारी के रूप में प्रकट हुई जिसके कारण इसके कुल 6,727 मामले सामने आये और इससे 1,682 लोगों की मृत्यु हुई। वर्ष 2006 में जापानी इन्सेफ़लाइटिस के 2832 संदिग्ध मामले सामने आये और 658 लोगों की मृत्यु हुई। वर्ष 2007 में मई तक 102 मामलों और 28 मौतों की जानकारी मिली है। जे.ई. का कोई विशेष उपचार नहीं है। राज्य सरकारों तथा केंद्र सरकार द्वारा इस महामारी को रोकने के लिये कई प्रयास किए गए जिसमें चुनिंदा क्षेत्रों में टीकाकरण भी शामिल है। जापानी इन्सेफ़लाइटिस की रोकथाम में टीकाकरण के महत्व को देखते हुए केंद्र सरकार ने वर्ष 2006 के दौरान पांच राज्यों (उत्तर प्रदेश, बिहार, असम, कर्नाटक तथा पश्चिम बंगाल के ग्यारह जिलों में एक से 15 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों के लिए एक टीकाकरण कार्यक्रम चलाया। इसे सार्वजनिक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम का अभिन्न अंग बना दिया गया है। वर्ष 2007 में इस कार्यक्रम का विस्तार 9 राज्यों के 27 जिलों में और 2008 में 9 राज्यों के 23 जिलों में किया गया।

कालाजार—कालाजार एक परजीवी बीमारी है जो *लीशमानिया डोनोवनी* नामक परजीवी से होती है और *फ्लेबोटोमस अर्जेटाइपस* नामक मक्खी के काटने से फैलती है। यह बीमारी ग्रामीण क्षेत्रों में सामाजिक और आर्थिक रूप से कमजोर वर्गों में अधिक पाई जाती है। इससे पीड़ित व्यक्ति को रह-रहकर ज्वर होता रहता है, भूख नहीं लगती, वजन कम होने लगता है और धीरे-धीरे जिगर बढ़ जाता है। यह बीमारी लंबे समय तक रहती है। उचित इलाज नहीं होने पर रोगी की मौत हो जाती है। यह बीमारी बिहार, झारखंड और प. बंगाल में तथा उत्तर प्रदेश के कुछ हिस्सों में प्रायः सामने आती है। केंद्रीय सरकार ने वर्ष 1990-91 में कालाजार नियंत्रण कार्यक्रम शुरू किया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002 में सन 2010 तक कालाजार के उन्मूलन का लक्ष्य रखा गया है। पीड़ितों की संख्या 1992 के 77099 के मुकाबले 2006 में घटकर 39179 और मौतों की संख्या 1419 से 187 हो गई। वर्ष 2007 में 44533 मामले प्रकाश में आए और 203 मौतें हुईं। वर्ष 2008 में जुलाई तक 16969 मामले और 72 मौतें रिकार्ड की गईं। 2010 तक कालाजार के उन्मूलन का लक्ष्य हासिल करने के लिए केंद्र सरकार महामारी वाले राज्यों को 100 प्रतिशत सहायता प्रदान कर रही है। तकनीकी निर्देशन अलग है। संक्रमण नियंत्रण के लिए समय पर घरों के भीतर डीडीटी का छिड़काव, मरीजों को संपूर्ण इलाज के अलावा गहन सामाजिक जागरूकता पर बल दिया जा रहा है। भारत सरकार ने कालाअजार के उन्मूलन के लिए निम्नलिखित प्रयास शुरू किए हैं:

1. कालाजार पखवाड़े के माध्यम से काला-अजार के मरीजों की खोज।
2. संपूर्ण इलाज सुनिश्चित करने के लिए सभी केंद्रों में मरीज कोडिंग योजना की पहल।
3. शुरुआती दौर में ही कालाजार का पता लगाने और बेहतर इलाज के लिए त्वरित निदानात्मक परीक्षण (आरके 39) और दवा पिलाने का तरीका लागू किया गया।

4. पीड़ित समुदाय को कालाजार के कार्यकर्ताओं की पहचानकर उनके माध्यम से लोगों को काला अजार की सूचना शीघ्र देने और इलाज कराने के लिए जागरूक करना।
5. अस्पतालों में इलाज के दौरान मरीजों को मुफ्त भोजन प्रदान करना।
6. भारत सरकार, आईसीएमआर और मेडिकल कालेजों की टीम तैनात कर घरों के भीतर स्प्रे की गहन निगरानी।

क्षयरोग—देश में क्षयरोग (टीबी) की गंभीर समस्या है। दुनिया के क्षयरोग पीड़ितों का पांचवां हिस्सा यहीं पाया जाता है। यहां हर वर्ष करीब 18 लाख क्षयरोगी बढ़ जाते हैं। इनमें से करीब 8 लाख क्षयरोगी स्मीयर पॉजीटिव, अर्थात् ऐसे होते हैं जिनसे यह बीमारी दूसरों को होने का बहुत अधिक खतरा होता है। इसके एक रोगी से एक वर्ष में औसतन 10-15 लोगों को संक्रमण होता है। हमारे देश में इस रोग से हर तीसरे मिनट में दो लोगों की और प्रतिदिन एक हजार लोगों की मौत होती है।

देश में वर्ष 1962 में राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी) शुरू किया गया था, लेकिन इसमें खास सफलता नहीं मिली। अतः कम से कम 85 प्रतिशत रोगियों के इलाज और 70 प्रतिशत रोगियों की पहचान करने के उद्देश्य से संशोधित राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीसीपी) डॉट्स प्रणाली के साथ 26 मार्च, 1997 को शुरू किया। इसका उद्देश्य है: (I) नए संक्रामक टी.बी. मामलों में उपचार दर 85 प्रतिशत बनाए रखना, (II) जनसंख्या में ऐसे मामलों की खोज दर 70 प्रतिशत हासिल करना। आरएनटीसीपी चरणबद्ध रूप में लागू किया गया और 23 मार्च, 2006 तक यह पूरे देश में लागू हो गया। यह कार्यक्रम विश्व बैंक, डीएएनआईडीए, डीएफआईडी, यूएसएआईडी, जीडीएफ और जीएफएटीएम की सहायता से देश में चरणबद्ध तरीके से क्रियान्वित किया जा रहा है।

संशोधित क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम देश के लिए बहुत अच्छा रहा। इसमें इलाज का औसत 85 प्रतिशत रहा और मृत्युदर घटकर पांच प्रतिशत से भी कम हो गई। नब्बे प्रतिशत नए स्मीयर पॉजीटिव रोगियों को डीओटीएस (डॉट्स) के तहत निगरानी में रखा गया है। संशोधित राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम के तहत अब तक 86.4 लाख रोगियों का इलाज किया गया, जिससे 15.75 लाख से अधिक लोगों को मौत के मुंह से बचाया जा सका। इस कार्यक्रम के तहत प्रतिमाह एक लाख से अधिक रोगियों का इलाज किया जाता है। 2007 में केवल हमारे देश में डीओटीएस के तहत 14.75 लाख रोगियों का इलाज किया गया। कार्यक्रम एनजीओ, निजी चिकित्सकों, कार्पोरेट जगत आदि सहित सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के बाहर स्वास्थ्य सुविधा प्रदाताओं से प्रभावी भागीदारी चाहता है। एमडीआर-टीबी मरीजों का इलाज डॉट्स प्लस रणनीति 2007 के शुरू में गुजरात और महाराष्ट्र में शुरू हो चुकी है और चरणबद्ध तरीके से इसे पूरे देश में लागू किया जाएगा।

राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम—सन 1955 में सरकार ने राष्ट्रीय कुष्ठ रोग नियंत्रण कार्यक्रम शुरू किया था। सन 1983 में इसे राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम (एनएलईपी) के रूप में बदल दिया गया। विश्व बैंक की सहायता से राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन परियोजना का पहला चरण 1993-94 में शुरू हुआ और मार्च, 2000 में समाप्त हुआ।

राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम के दूसरे चरण की शुरुआत 1 अप्रैल, 2001 को तीन वर्ष के लिए की गई। इसका उद्देश्य कुष्ठ रोग को सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या के रूप में 2005 के अंत तक पूरी तरह समाप्त कर देना था ताकि उसके बाद 10,000 की जनसंख्या में एक कुष्ठ रोगी भी न रहे। वर्तमान में दूसरी कुष्ठ रोग उन्मूलन परियोजना का विकेंद्रीकरण राज्यों और जिले में किया गया है। कुष्ठ रोग निवारण सेवा को सामान्य स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रमों के साथ समन्वित किया गया है तथा

सभी सरकारी अस्पतालों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, उपकेंद्रों और औषधालयों पर निःशुल्क बहुऔषधीय थेरेपी उपलब्ध कराई गई है। यह कार्यक्रम एनआरएचएम में मिला दिया गया है। राज्य और जिला कुष्ठ सोसाइटियों को राज्य और जिला स्वास्थ्य सोसाइटियों में विलय कर दिया गया है।

सन 1998 से 2003 तक राष्ट्रीय स्तर पर कुष्ठ रोग के बारे में जागरूकता पैदा करने और बहुऔषध चिकित्सा के विशेष मरीजों की पहचान के लिए चार राष्ट्रव्यापी संशोधित कुष्ठ उन्मूलन अभियान चलाए गए, जिनमें 9.3 लाख कुष्ठ रोगियों की पहचान कर बहुऔषध चिकित्सा प्रणाली से उनका इलाज किया गया।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 में 2005 तक कुष्ठ उन्मूलन का लक्ष्य (मरीजों की संख्या 10,000 की आबादी पर एक करने का) निर्धारित किया। देश ने राष्ट्रीय स्तर पर सार्वजनिक स्वास्थ्य की एक समस्या के रूप में कुष्ठ रोग से निवारण का लक्ष्य दिसंबर 2005 में हासिल कर लिया और 10,000 की आबादी पर मरीजों की संख्या 0.95 रह गई। मार्च 2007 तक यह दर 10,000 की आबादी पर 0.72 रह गई।

28 राज्यों और केंद्रशासित प्रदेशों से कुष्ठ रोग लगभग खत्म हो गया है। अन्य 9 राज्य और केंद्रशासित प्रदेश यह लक्ष्य प्राप्त करने वाले हैं। वहां प्रति 10,000 आबादी के पीछे औसतन 1 से 2 मरीज हैं। बिहार, छत्तीसगढ़, झारखंड, उड़ीसा, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल, चंडीगढ़, दादरा और नागर हवेली और दिल्ली में प्रति 10,000 मरीजों की संख्या एक और 2 रह गई है और ये उन्मूलन की दिशा में अच्छी प्रगति कर रहे हैं। वर्ष 2007-08 के दौरान कुष्ठ के कुल 1.37 लाख नए मामलों का पता लगा और नए मामलों के पता लगाने की दर प्रति एक लाख की जनसंख्या पर 11.70 रही। वर्ष 2007-08 में जिन 1.41 लाख नए रोगियों को छुट्टी दी गई उनमें से 1.23 लाख (87.2 प्रतिशत) का इलाज पूरा हो गया था और वे पूरी तरह से ठीक हो गए थे।

वर्ष के दौरान जोखिम वाल 275 ब्लकों और 45 शहरी क्षेत्रों में कुष्ठ के प्रति जागरूकता पैदा करने के लिए अभियान चलाया गया। इस अभियान के दौरान कुष्ठ के 4884 मामलों का पता चला और उनका इलाज शुरू कर दिया गया।

कुष्ठ पीड़ित लोगों में असमता की संख्या घट गई है लेकिन विकृत अंगों को ठीक करने के बहुत से मामले हैं। कुष्ठ प्रभावित लोगों की असमक्षता दूर करने के लिए सर्जरी करने वाले केंद्रों को बढ़ाकर असमता निषेध और चिकित्सकीय पुनर्वास गतिविधियों में तेजी लाई गई। इससे कुष्ठ प्रभावित लोग समुदाय में सम्मानजनक स्थान प्राप्त कर सकेंगे क्योंकि इससे लोगों पर लगा लांछन भी कम होगा।

आईईसी गतिविधियां तेज की गईं और इस अभियान का विषय 'कुष्ठ मुक्त भारत की ओर' है जिसका अर्थ हुआ कुष्ठ का बोझ कम होना, मामलों की जल्द सूचना देना और इलाज पूरा कराना, कुष्ठ रोगियों के लिए अच्छी सेवाएं तथा लांछन और भेदभाव में कमी है।

दृष्टिहीनता नियंत्रण का राष्ट्रीय कार्यक्रम

1. दृष्टिहीनता नियंत्रण का राष्ट्रीय कार्यक्रम 1976 में पूरी तरह से केंद्र प्रायोजित परियोजना के रूप में दृष्टिहीनों की संख्या 1.4 प्रतिशत से 0.3 प्रतिशत के लक्ष्य से शुरू किया गया। 2001-02 के एक सर्वे के अनुसार दृष्टिहीनता की व्यक्तिगत 1.1 प्रतिशत है। दसवीं योजना का लक्ष्य दृष्टिहीनता की व्याप्ति 2007 तक घटाकर 0.8 प्रतिशत करना था। दृष्टिहीनता 1 प्रतिशत है (2006-07 सर्वे)

2. दृष्टिहीनता के मुख्य कारण हैं: मोतियाबिंद (62.6 प्रतिशत), भेंगापन (19.79 प्रतिशत), पुतली अंधता (0.90 प्रतिशत), ग्लूकोमा (5.80 प्रतिशत), शल्य क्रिया जटिलताएं (1.2 प्रतिशत), पोस्टी रियर कैपसुल आपेरिनफिकेशन (0.90 प्रतिशत), पोस्टीरियर सेगमेंट डिसऑर्डर (4.70 प्रतिशत), अन्य (4.19 प्रतिशत), बालअंधता/अल्पदृष्टि की अनुमानित राष्ट्रीय व्याप्ति प्रति हजार 0.80 है।
3. कार्यक्रम के उद्देश्य हैं:-
- दृष्टिहीनों की पहचान और उनका इलाज करके दृष्टिहीनता के बकाया को कम करना;
 - हर जिले में नेत्र देखभाल सुविधाएं विकसित करना;
 - नेत्र देखभाल सेवाओं के लिए मानव संसाधन विकसित करना;
 - सेवा प्रदान करने की गुणवत्ता में सुधार;
 - नेत्र देखभाल में स्वैच्छिक संगठनों की भागीदारी सुनिश्चित करना।
4. बजट आबंटन: आबंटन और व्यय इस प्रकार है:

वर्ष	बजट आबंटन	व्यय
2002-03	85.00	84.62
2003-04	86.00	85.62
2004-05	88.00	87.20
2005-06	93.32	92.84
2006-07	111.87	111.53
2007-08 **	171.87	164.95
2008-09	250.00	

**अनंतिम (2007-08 में 6.67 करोड़ रुपये वापस किए)

5. उपलब्धियां

(क)

वर्ष	लक्ष्य	उपलब्धि	आईओएल से सर्जरी प्रतिशत
2002-03	4000000	3857133	77
2003-04	4000000	4200138	83
2004-05	4200000	4513667	88
2005-06	4513000	4905619	90
2006-07	4500000	5040089	93
2007-08	5000000	5404406	94
2008-09 **	6000000	192805	

**अनंतिम

(ख) स्कूल नेत्र स्क्रीनिंग कार्यक्रम

वर्ष	प्रशिक्षित शिक्षक	स्कूली बच्चों की जांच	बच्चों में भेंगापन	चश्मे दिए गए बच्चों की संख्या
2002-03	35267	9736805	506663	98697
2003-04	88317	19260984	552963	184305

2004-05	97310	26862932	572691	283070
2005-06	126163	29737168	771901	385403
2006-07	203221	35429289	963168	456634
2007-08	193629	27676430	1126985	512020
2008-09**	163	1138682	13742	12663

**अनंतिम

ग. नेत्रदान (संग्रहित)

वर्ष	संग्रहित नेत्रों की संख्या
2003-04	23741
2004-05	23553
2005-06	28007
2006-07	30007
2007-08	38546
2008-09**	1310

**अनंतिम

दान की गई आंखों का संग्रहण और उपयोग: वर्तमान में देश में हर वर्ष लगभग बीस हजार नेत्रों का संग्रहण किया जाता है। अस्पताल के माध्यम से नेत्रदान की गई आंखों का संग्रहण, जो घातक रूप से बीमार मरीजों, दुर्घटना में घायलों और अन्य गंभीर बीमारियों से पीड़ितों के रिश्तेदारों को नेत्रदान के लिए प्रेरित करते हैं। हर साल 25 अगस्त से 8 सितंबर तक नेत्रदान पखवाड़ा नेत्रदान/नेत्र बैंकिंग को बढ़ावा देने के लिए आयोजित किया जाता है। इस कार्यक्रम में गुजरात, तमिलनाडु, महाराष्ट्र, दिल्ली, चंडीगढ़, आंध्र प्रदेश, केरल और कर्नाटक अग्रणी राज्य हैं।

घ. नेत्र शल्य चिकित्सकों को प्रशिक्षण

वर्ष	संख्या
2002-2003	176
2003-2004	229
2004-2005	350
2005-2006	250
2006-2007	250
2007-2008	300
2008-2009**	

**अनंतिम

(ङ) आईईसी गतिविधियां: केंद्र, राज्य और जिला दृष्टिहीनता नियंत्रण सोसाइटियों के तौर पर आईईसी गतिविधियां चलाई जाती हैं; नेत्रदान पखवाड़ा (25 अगस्त से 8 सितंबर) और विश्व दृष्टि दिवस (अक्टूबर का दूसरा गुरुवार) के दौरान विशेष जागरूकता कार्यक्रम चलाए गए। केंद्रीय स्तर पर आईईसी सामग्री तैयार करके राज्यों को वितरित की जाती है। केंद्र द्वारा प्रशिक्षण नियम और दिशा-निर्देश तैयार करके वितरित किए जाते हैं। जुलाई 2002 से तिमाही पत्रिका का प्रकाशन भी शुरू किया गया है।

(ण) **स्वैच्छिक संगठनों को मदद:** स्वैच्छिक संगठन कार्यक्रमों को लागू करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। जिला कलेक्टर/उप आयुक्त की अध्यक्षता में पूरे देश में जिला दृष्टिहीनता नियंत्रण सोसाइटियां (डीबीसीएस) स्थापित की गई हैं। अब तक 604 डीबीसीएस स्थापित की जा चुकी हैं। राज्य और जिला स्तर पर इन सोसाइटियों का विलय जिला स्वास्थ्य सोसाइटियों में कर दिया गया है। योजना के तहत जनजातीय और ग्रामीण क्षेत्रों में नेत्र देखभाल इकाइयों के विस्तार/उन्नयन के लिए अधिकतम 25 लाख रुपये का अनुदान दिया जाता है नेत्र बैंकों के उन्नयन के लिए 10 लाख रुपये की एक बार और हर जोड़ी नेत्र के लिए 1000 रुपये की आवर्ती सहायता दी जाती है। अब तक 74 गैर सरकारी संगठनों को 2006-07 में इस योजना के तहत सहायता दी गई है। अब तब स्वैच्छिक क्षेत्र के 45 नेत्र बैंकों को दान दिए गए नेत्रों के संग्रहण को बढ़ावा देने के लिए सहायता दी गई है।

एनपीसीबी के तहत पूर्वोत्तर के राज्यों में मोतियाबिंद और अन्य व्यापक नेत्र देखभाल गतिविधियों के लिए विशेष अभियान:

गुवाहाटी में 8-11-2005 को एनआरएचएम के उद्घाटन के बाद एनपीसीबी के तहत पूर्वोत्तर के राज्यों में मोतियाबिंद के आपरेशन की दर बढ़ाने और स्कूलों में आंखों की जांच कार्यक्रम और नेत्र देखभाल के व्यापक कार्यक्रम शुरू किए गए। अभियान को सफल बनाने के लिए पूर्वोत्तर के राज्यों में मोतियाबिंद आपरेशन के लिए डॉ. राजेन्द्रप्रसाद केंद्र, नई दिल्ली, वेन्यू आई हास्पिटल, नई दिल्ली, अरविंद आई हास्पिटल मदुरै (तमिलनाडु) जैसे प्रतिष्ठित संस्थानों के डाक्टरों को तैनात किया गया है। नतीजतन 2005-06 में मोतियाबिंद के लगभग 57141 आपरेशन किए गए जबकि लक्ष्य 59000 का था। वर्ष 2006-07 में पूर्वोत्तर राज्यों में मोतियाबिंद के 62145 आपरेशन होने की रिपोर्ट है जबकि लक्ष्य 59000 का था। हाल के वर्षों में पहली बार पूर्वोत्तर के राज्यों ने वार्षिक लक्ष्य से अधिक हासिल किया है।

कार्यक्रम के तहत उपलब्धियां

- जिला स्तर के अस्पतालों में 307 नेत्र आपरेशन थियेटर और नेत्र वार्ड बनाए गए।
- आंख की सामान्य बीमारियों के निदान और इलाज के लिए उपकरणों की आपूर्ति।
- आईओएल शल्य क्रिया और अन्य सुपर विशिष्टताओं में 2000 से अधिक नेत्र सर्जनों का प्रशिक्षण।
- वर्ष 2006-07 में मोतियाबिंद के 50,40,336 आपरेशन किए गए जबकि लक्ष्य 45,00,000 का था, जिसमें से 94% आपरेशन इंट्रा आकुलर लेंस लगाने के थे।
- मोतियाबिंद आपरेशनों की संख्या 1993 से धीरे-धीरे बढ़ी है। वर्तमान में मोतियाबिंद आपरेशन की दर प्रति 10 लाख 4500 है। इंट्रा आकुलर लेंस लगाने के लिए मोतियाबिंद के आपरेशनों का प्रतिशत 1994 में केवल 9 था जो 2006-07 में 93% हो गया।
- हाल के सर्वे में इस बात की पुष्टि हुई है कि इंट्रा आकुलर लेंस लगाने के मोतियाबिंद के आपरेशन परंपरागत आपरेशन से ज्यादा सफल हुए हैं।
- मोतियाबिंद आपरेशन के बाद अल्प दृष्टता वाले मामलों में अनुवर्ती कार्रवाई महत्वपूर्ण कारक रहा।

नई पहल (प्रस्ताव)

- पूर्वोत्तर के राज्यों, बिहार, झारखंड, जम्मू और कश्मीर, हिमाचल प्रदेश, उत्तराखंड और कुछ अन्य राज्यों की मांग के अनुसार जिला और उप जिला अस्पतालों में नेत्र वार्ड और नेत्र आपरेशन थियेटर्स का निर्माण।
- नए जिलों के जिला, उप जिला, अस्पतालों में नेत्र सर्जनों और सहायकों की नियुक्ति।
- उन पीएचसी/दृष्टि केंद्रों में नेत्र सहायकों की नियुक्ति, जहां अभी कोई नहीं है (वर्तमान में ब्लाक स्तर के पीएचसी में नेत्र सहायक हैं)
- सरकारी और एनजीओ क्षेत्र के नेत्रबैंकों में अनुबंध पर नेत्रदान काउंसलर्स की नियुक्ति।
- एनजीओ को मोतियाबिंद के अलावा मधुमेह, ग्लूकोमा प्रबंधन, लेजर तकनीक, पुतली प्रत्यारोपण, बाल अंधता आदि के इलाज के लिए अनुदान सहायता। मोतियाबिंद/इंट्रा आकुलर लेंस लगाने के हर मामले पर 750 रुपये और ऊपर वर्णित नेत्र की किसी भी बीमारी के हर मामले पर 1000 रुपये अनुदान सहायता। पूर्वोत्तर के राज्यों, पहाड़ी और रेगिस्तानी क्षेत्रों में मोतियाबिंद के लिए 850 रुपए और अथ नेत्र देखभाल प्रबंधन के लिए 1100 रुपये का प्रस्ताव है।
- पूर्वोत्तर राज्यों में मोतियाबिंद के मामलों को निपटाने और अन्य नेत्र देखभाल केंद्रों पर विशेष ध्यान।
- नेत्र विज्ञान में टेलीमेडिसिन (नेत्र देखभाल प्रबंधन सूचना और संचार नेटवर्क)।
- निजी चिकित्सकों की भागीदारी।
- 11वीं पंचवर्षीय योजना में एनपीसीबी ने कार्यान्वयन के लिए 1550 करोड़ रुपए का प्रावधान।

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम**1. एचआईवी/एड्स की भारत में स्थिति**

- (क) राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे सहित विभिन्न स्रोतों से प्राप्त सूचनाओं के आधार पर 2006 में तैयार संशोधित अनुमानों के अनुसार देश में एचआईवी पीड़ितों की संख्या 20 लाख से 31 लाख है। इनमें युवाओं की संख्या 0.36 प्रतिशत (0.27 प्रतिशत से 0.47 प्रतिशत) है।
- (ख) युवाओं में एचआईवी प्रचलन दर पिछले दो-तीन वर्षों में स्थिर हो गई है। (0.41 प्रतिशत 2004, 2005 में 0.39 प्रतिशत और 2006 में 0.38 प्रतिशत)
- (ग) आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र और तमिलनाडु में देश के 63 प्रतिशत एचआईवी ग्रस्त व्यक्ति रहते हैं।
- (घ) 39.3 प्रतिशत महिलाएं और 3.8 प्रतिशत बच्चे इससे ग्रस्त हैं।
- (ङ) 84.6 प्रतिशत संक्रमण यौन संबंधों और 4.34 प्रतिशत जन्म के साथ जुड़ा होता है। क्रमशः 1.8 प्रतिशत और 1.9 प्रतिशत संक्रमण दवाओं के इंजेक्शन और दूषित रक्त और रक्त उत्पाद के इस्तेमाल से होता है।
- (च) सामान्य जनसंख्या के मुकाबले उच्च जोखिम समूहों में एचआईवी की व्याप्ति लगभग 6 से 8 गुना अधिक है। सेंटिनल सर्विलेंस 2004-2006 के आंकड़ों के आधार पर जिलों को चार वर्गों में बांटा गया है। ए श्रेणी में 156, बी श्रेणी में 39, सी श्रेणी में 296 और डी श्रेणी में 119 जिले हैं।

सेंटिनल सर्वे 2007 के मुख्य परिणाम

- एचआईवी सेंटिनल सर्वे 2007 कुल 1134 सेंटिनल साइट्स पर - सामान्य जनसंख्या के 646 और उच्च जोखिम समूह जनसंख्या (एफएसडब्लू, एमएसएम, आईडीयू, आब्रजक और ट्रक-चालक) के 488 साइट्स पर किया गया।
- कुल 3,60,848 नमूने लिए गए।
- वर्ष 2007 में भी देश में एचआईवी पीड़ित मामलों में बढ़ोत्तरी हुई। सामान्य जनसंख्या के मुकाबले उच्च जोखिमवाली जनसंख्या में इसका खतरा अधिक है। आईडीयू (7.26 प्रतिशत), एमएसएम (7.41 प्रतिशत), एफएसडब्लू (5.06 प्रतिशत) और एनसी क्लीनिक जाने वालों में केवल (0.51 प्रतिशत) है।
- आंध्र प्रदेश में 1 प्रतिशत शेष सभी राज्यों के एनसी क्लीनिक जाने वालों में एचआईवी का खतरा 1 प्रतिशत से कम है।
- वर्ष 2007 में जिला स्तर पर 98 जिलों (128 साइट्स) में एनसी क्लीनिक जाने वालों में एचआईवी 1 प्रतिशत है। इनमें से 22 जिले कम प्रचलन वाले राज्यों में हैं। 13 जिलों में एनसी क्लीनिक जाने वालों में 3 प्रतिशत से अधिक का खतरा है। 11 नए जिलों की पहचान की गई है जिनमें एनसी एचआईवी का खतरा 1 प्रतिशत है।
- अखिल भारतीय स्तर पर दक्षिण भारतीय और पूर्वोत्तर के राज्यों में एनसी क्लीनिक जाने वालों में इसकी कमी आई है जबकि उत्तर के चार राज्यों गुजरात, राजस्थान और पश्चिम बंगाल में एनसी क्लीनिक जाने वालों में बढ़ोत्तरी का रुख नजर आया है।
- महाराष्ट्र, मणिपुर, तमिलनाडु, पंजाब, चंडीगढ़, पश्चिम बंगाल, केरल, उड़ीसा और दिल्ली ने आईडीयू में उच्च व्याप्ति दिखाया।
- कर्नाटक, आंध्र प्रदेश, महाराष्ट्र, मणिपुर, दिल्ली, गोवा और गुजरात में एमएसएम में उच्च प्रचलन दिखाया।
- मणिपुर, नगालैंड और चेन्नई में हस्तक्षेपों का प्रभाव पड़ा और गिरावट का रुख रहा जबकि मेघालय, मिजोरम, पश्चिम बंगाल, मुंबई, केरल और दिल्ली में बढ़ा। पंजाब, चंडीगढ़ और उड़ीसा में रुख स्पष्ट नहीं है लेकिन आईडीयू में प्रचलन 5-10 प्रतिशत है।
- एमएसएम में दक्षिण भारतीय और पूर्वोत्तर के राज्यों में एचआईवी का रुख बढ़ाव की ओर है।
- राष्ट्रीय स्तर पर एफएसडब्ल्यू में गिरावट स्पष्ट है जबकि आईडीयू में महामारी 12 प्रतिशत के आसपास स्थिर है और एमएसएम में स्थिरता से बढ़ोत्तरी का रुख देखा गया।
- एफएसडब्लू में दक्षिणी राज्यों में हस्तक्षेपों का प्रभाव पड़ा और गिरावट दिखाई दी जबकि पूर्वोत्तर के राज्यों में बढ़ोत्तरी का रुख रहा जो महामारी की दोहरी प्रवृत्ति की ओर संकेत करता है।
- वर्ष 2007 के लिए एचआईवी आकलन प्रक्रिया प्रगति पर है।

विभिन्न हस्तक्षेपों पर राष्ट्रीय प्रतिक्रिया

क. उच्च जोखिम वाली जनसंख्या के लिए लक्षित हस्तक्षेप (टीआई) परियोजनाओं का उद्देश्य अति असुरक्षित जनसंख्या एचआईवी के संचारण को रोकना है। ऐसे जनसंख्या समूहों में—सेक्स वर्कर्स, इंजेक्शन से नशीली दवाएं लेने वाले, समलैंगिक यौन संबंध, ट्रक चालक और बाहर से आने वाले

श्रमिक शामिल हैं। देश के विभिन्न राज्यों और केंद्र शासित प्रदेशों में इस समय 871 लक्षित हस्तक्षेप काम कर रहे हैं। एनएसीपी III के अंतर्गत सभी उच्च जोखिम समूहों को 2100 टीआई और 50% टीआई को सीबीओ में विकसित कर शामिल करने का लक्ष्य है। हाल ही में मुख्तीय प्रतिस्थापन थैरेपी को राष्ट्रीय कार्यक्रम के एक भाग के रूप में क्षति में कमी के तहत लागू किया गया है ताकि इंजेक्शन से नशीले पदार्थ लेने वालों में एचआईवी संक्रमण कम किया जा सके।

ख. रक्त सुरक्षा

लगभग 1.1 प्रतिशत संचारण प्रदूषित रक्त से होता है। रक्त के माध्यम से संचारण 1 प्रतिशत से कम करने का लक्ष्य है। 1088 से अधिक ब्लड बैंकों को आधुनिक बनाया गया है और कुल रक्त संग्रहण में 59 प्रतिशत से अधिक स्वैच्छिक रक्तदान से जुटाया गया और रक्त को एचआईवी, मलेरिया, हेपेटाइटिस बी और सी तथा सिफलिस की जांच को अनिवार्य कर दिया गया है। इससे प्रदूषित रक्त से एचआईवी संक्रमण लगभग 6.07 प्रतिशत (1999), 4.61 प्रतिशत (2003), 2.07 प्रतिशत (2005), 1.96 प्रतिशत (2006), 1.1 प्रतिशत (2007) हुआ है।

रक्त सुरक्षा कार्यक्रम राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम का एक महत्वपूर्ण संघटक है क्योंकि अच्छा रक्त और रक्त उत्पाद की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए मांग और आपूर्ति के अंतर को पूरा करना है। रक्त सुरक्षा कार्यक्रम का दृष्टिकोण यह सुनिश्चित करना है कि जिस मरीज को रक्तदान की आवश्यकता हो उसे सुरक्षित और अच्छा रक्त अच्छी तरह से समन्वित राष्ट्रीय रक्ताधान सेवाओं के माध्यम से मिले। इसका विशिष्ट उद्देश्य रक्तदाताओं में पद्धति-प्रतिक्रियक को 1 प्रतिशत से कम करना है। वर्तमान नियामक ढांचे में हर रक्त यूनिट में रक्ताधान से होने वाले पांच संक्रमणों (टीआई) यथा एचआईवी, हेपेटाइटिस-बी, हेपेटाइटिस-सी सिफलिस और मलेरिया की जांच अनिवार्य है। टीआई का उपयोग रक्ताधान के लिए किया जाता है।

चार नए कदम हाल ही में उठाए गए हैं:

1. 4 मेट्रो में अत्याधुनिक ब्लड बैंकों का गठन जिसमें प्रतिदिन एक लाख रक्त यूनिट का संग्रहण हो सके। इस पर 400 करोड़ रुपये का प्रावधान किया गया है। यह प्रस्ताव सीसीईए को स्वीकृति के लिए भेजा गया है।
2. 250 करोड़ रुपए के फ्रैक्सनेशन संयंत्र संबंधी प्रस्ताव सीसीईए के पास स्वीकृति के लिए है।
3. रक्त सुरक्षा में मानक नियमन कानून का प्रारूप विधि मंत्रालय के पास भेजा गया है।
4. राष्ट्रीय रक्ताधान प्राधिकरण का गठन।

ग. एकीकृत परामर्श और परीक्षण केंद्र

एचआईवी संक्रमित 70 प्रतिशत को यह नहीं मालूम होता कि उसकी हैसियत क्या है और उन्हें परामर्श और परीक्षण सुविधाएं देने की जरूरत है। सभी मेडिकल कालेजों, जिला, उपजिला स्तर के अस्पतालों और कुछ समुदाय स्वास्थ्य केंद्रों में आईसीटीसी की स्थापना की गई है और इस सेवा का विस्तार देश के सभी सीएचसी और 24 घंटे वाले पीएचसी में करने का प्रस्ताव है। देश में एकीकृत परामर्श और परीक्षण केंद्रों की संख्या 2004 में 982 से बढ़कर 2005 में 1476, 2006 में 4027 और 2007 में 4567 हो गई है। इन केंद्रों में जांच किए जाने वाले व्यक्तियों की संख्या 2004 में 17.4 लाख से बढ़कर 2006 में 40.3 लाख और 2007-08 में 76.5 लाख हो गई। इसका उद्देश्य

उच्च जोखिम व्यवहार या ऐसे लक्षण वाले व्यक्ति, जो आमतौर पर एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों में दिखाई देते हैं, को परामर्श देकर सालाना एक करोड़ व्यक्तियों की जांच की जाए। आईसीटीसी के सामान्य लोगों में सकारात्मकता दर 2004 में 14 प्रतिशत से घटकर 2007 में 7.8 प्रतिशत रह गई। 3580 आईसीटीसी में एचआईवी-टीबी सहयोगी और प्रतिसंदर्भ सेवाएं प्रदान करती हैं और अब इसे सभी आईसीटीसी में बढ़ाया जा रहा है।

घ. माता-पिता से बच्चों में संचारण निवारण

सभी आईसीटीसी केंद्रों में गर्भवती महिलाओं के लिए परामर्श और जांच सेवाएं उपलब्ध हैं। बड़ी संख्या में एनसी और संस्थागत प्रसव वाले अस्पतालों के प्रसूति और स्त्री रोग विभाग में आईसीटीसी की व्यवस्था है। वर्ष 2004 में 8.8 लाख गर्भवती महिलाओं को परामर्श देकर जांच की गई। 2005 में 13.7 लाख, 2006 में 21 लाख और 2007-08 में 35.1 लाख की जांच की गई। जांच की गई एनसी महिलाओं में 20229 को एचआईवी पाजिटिव पाया गया। एचआईवी महिलाओं को प्रसव पीड़ा के समय प्रोफिलैक्सिस नेविरापाइन की एक खुराक और जन्म के 72 घंटे के भीतर नवजात को एक खुराक दी गई। 2007-08 में पाजिटिव 60 प्रतिशत मां-बच्चे को नेविरापाइन की खुराक दी गई। कार्यक्रम का उद्देश्य है सलाह और जांच वाली महिलाओं की संख्या बढ़े तथा ए और बी श्रेणी के जिलों में एचआईवी पाजिटिव महिलाओं में 70 प्रतिशत को अगले वर्ष नेविरापाइन दी जाए। उच्च ड्राप आउट दर की ओर ध्यान देने और जागरूकता स्तर और सेवाओं की मांग बढ़ाने की आवश्यकता है।

ङ. यौन संचारित संक्रमण

एनएसीओ द्वारा समर्थित एसटीआई क्लिनिकों की संख्या 2005 में 815 से बढ़कर 2007 में 895 हो गई। एसटीआई इलाज किए जाने वाले मरीजों की संख्या 2005 में 17.5 लाख से ऊपर थी, जो बढ़कर 2006 में 20.2 लाख और 2007 में 25.9 लाख हो गई। 2001 के आधारभूत सर्वे के अनुसार किसी भी समय युवा जनसंख्या में 6 प्रतिशत में एसटीआई के लक्षण होते हैं। इस प्रकार अनुमानित एसटीआई मरीजों और सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं में इलाज कराने वालों में भारी अंतर है। एनएसीओ और आरसीएच डिवीजन ने 2006 में एसटीआई के प्रबंधन की नियमावली संयुक्त रूप से तैयार की ताकि सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों में सेवाएं मजबूत की जाएं और निजी क्षेत्र के डाक्टरों को भी इसमें शामिल किया जाए। संयुक्त प्रशिक्षण सामग्री भी विकसित की गई है। ए और बी श्रेणी के जिलों में निजी डाक्टरों की भागीदारी के लिए एक पैकेज भी तैयार किया गया है हर एसटीआई लक्षण समूह की दवाएं रंगीन डिब्बों में दी जाती हैं ताकि बाहरी स्वास्थ्य सुविधाओं में एसटीआई का प्रबंधन किया जा सके।

ण. देखभाल और सहायता

भारत सरकार ने 1 अप्रैल, 2004 से निःशुल्क एआरटी प्रदान करने के लिए नीति और कार्यक्रम प्रतिबद्धता की घोषणा की। एंटी रिट्रोवाइरल ट्रीटमेंट (एआरटी) कम से कम 3 एआरवी दवाओं का मिश्रण है जो बचाव-निग्रह के अग्रिम चरण में पहुंचे एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों को दी जाती हैं। इस समय देश में 174 एआरटी केंद्र हैं। इन केंद्रों में 1.46 लाख से अधिक मरीजों को निःशुल्क एआरटी दिया जा रहा है (मई 2008)। इसके अलावा लगभग 35,000 मरीजों को निजी और एनजीओ सेक्टर में एआरटी दिया जा रहा है। दूसरी श्रेणी के एआरवी दवाएं 2008 से मुंबई और चेन्नई में

निःशुल्क दी जा रही हैं। उच्च प्रचलन वाले राज्यों में, पीएलएचए को एआरटी का अभ्यस्त बनाने, दवों के अनुसरण पर परामर्श और अनुवर्ती व्यवहार, संक्रमण और पोषण प्रबंधन, उन पीएलएचए तक पहुंचकर और गृह आधारित सेवाओं से एआरटी पूर्व देखभाल करना जो अभी तक एआरटी पर नहीं है, 159 सामुदायिक देखभाल केंद्र भी स्थापित किए गए हैं। मरीजों की परेशानियों और अप्रत्यक्ष व्यय को कम करने के लिए एआरटी केंद्रों से जुड़े 46 औषधि वितरण केंद्र बनाए गए हैं। मार्च 2009 तक इनकी संख्या 250 हो जाएगी। इन संपर्क केंद्रों के कारण मरीजों को एआरटी केंद्रों में 2 बार जाना पड़ेगा, अभी 12 बार जाना पड़ता है। दूसरे श्रेणी का इलाज अग्रणी आधार पर 2 केंद्रों में शुरू किया गया, जिनमें 42 लोगों का इलाज हो रहा है, इस वर्ष के अंत तक 6 केंद्र और 3000 मरीज होने की आशा है।

छ. राष्ट्रीय बाल एड्स पहल

एचआईवी संक्रमित और प्रभावित बच्चों को (एआरटी सहित) व्यापक देखभाल और सहायता के लिए एनएसीओ ने राष्ट्रीय बाल एड्स पहल की शुरुआत 30 नवंबर 2006 को की। इस पहल के लिए एनएसीओ ने इंडियन अकादमी ऑफ पेडियाट्रिक्स (आईएपी) यूनीसेफ, डब्लूएचओ और क्विंटन फाउंडेशन के साथ बाल एआरटी के लिए दिशा-निर्देश तैयार किए हैं। सभी एआरटी में बच्चों के लिए एआरवी दवाएं उपलब्ध हैं। एआरवी वाले बच्चों की संख्या अक्टूबर 2006 से पहले 1800 थी, मई 2008 में बढ़कर 9955 हो गई। 32,500 की निगरानी की जा रही है। पहल के अंतर्गत अन्य कार्यक्रमों में क्षेत्रीय बाल केंद्रों की स्थापना, निःशुल्क सीडी 4 निगरानी, 18 माह तक के बच्चों के लिए निःशुल्क डीएनए पीसीआर जांच, 5 किलोग्राम से कम वजन के बच्चों के लिए तरल दवाइयां, संक्रमणों का निदान और इलाज और सूक्ष्म पुष्टिकर पूरक शामिल हैं। इस पहल में बालरोग चिकित्सकों, परामर्शदाताओं का प्रशिक्षण, निदान के लिए प्रयोगशालाओं की स्थापना, शुष्क रक्त नमूनों को ले जाने के लिए शुष्क रक्त चित्ती प्रणाली लागू करना भी शामिल है।

सीएलएचए (एचआईवी/एड्स वाले बच्चे) अनाथों की देखभाल और सहायता एनएसीपी-III का अभिन्न अंग है। इन बच्चों के लिए जीएफएटीएम-आरडी-VI के अंतर्गत एक व्यापक सेवा पैकेज तैयार कर 2007 में पालनपोषण आधारित देखभाल और सहायता सेवाओं के माध्यम से प्रदान किया गया।

ज. निरोध को बढ़ावा

हस्तक्षेप के स्तर पर एचआईवी/एड्स रोकने में निरोध महत्वपूर्ण है। परिवार नियोजन के अलावा एसटीआई और एचआईवी/एड्स से सुरक्षा के लिए निरोध के इस्तेमाल को बढ़ावा दिया जाता है और सभी आईसीटीसी और एआरटी केंद्रों और एसटीआई क्लिनिकों में निरोध के इस्तेमाल को बढ़ावा देने के लिए प्रेरित किया जाता है और निरोध भी दिया जाता है। 2006 में 1250 मिलियन निरोध मुफ्त बांटे गए, सामाजिक विपणन से 604 मिलियन निरोध बांटे गए और 389 मिलियन बाजारों के माध्यम से बेचे गए। 11025 निरोध बेचने वाली मशीनें लगाई गई हैं और 11000 मशीनें लगाई जा रही हैं। एनएसीपी-III के तहत 30 लाख स्थानों से 3.5 अरब निरोध वितरण का लक्ष्य है।

झ. आईईसी कार्यक्रम

एनएसीओ संचार रणनीति पर काम कर रहा है, जो जागरूकता से हटकर व्यवहार परिवर्तन के लिए है। एनएसीओ ने लांछन और भेदभाव, सेवाओं को बढ़ावा, यथा परामर्श और जांच, एआरटी, निरोध का इस्तेमाल, रक्त सुरक्षा पर ध्यान दिया है। युवा और महिलाओं पर विशेष बल दिया गया है जिन्हें

एचआईवी संक्रमण आसानी से हो सकता है। ए और बी श्रेणी के जिलों में बीसीसी हस्तक्षेपों पर ध्यान देने के लिए गांव स्तर के संपर्क कर्मियों का काडर बनाया जाएगा। सामान्य जनसंख्या में गहन आईसीसी ग्रामीण जनसंख्या एचआईवी/एड्स के बारे में जागरूकता लगभग 75 प्रतिशत (बीएसएस 2006) हो गई है। किशोर शिक्षा कार्यक्रम के तहत 114345 से अधिक हाई स्कूलों को एचआईवी/एड्स और जीवन कौशल शिक्षा कार्यक्रम में कवर किया गया है। 1 दिसंबर 2007 को शुरु की गई रेड रिबन एक्सप्रेस 180 स्टेशनों और 27,000 किलोमीटर की यात्रा कर रही है। हर स्टेशन पर इसके लिए भारी भीड़ जुटी। यह 30 नवंबर 2008 का दिल्ली लौटने वाली है।

ट. मुख्यधारा में लाना

प्रधानमंत्री की अध्यक्षता में एड्स के बारे में उच्चस्तरीय राष्ट्रीय परिषद का गठन किया गया है, जिसमें 33 मंत्रालयों और विभागों के प्रतिनिधि यह सुनिश्चित करने के लिए हैं कि संबद्ध मंत्रालयों और विभागों के कार्यक्रमों की मुख्यधारा में एचआईवी/एड्स निवारक गतिविधियों को रखा जाए। निजी क्षेत्र, समाज के संगठन पीएलएच नेटवर्क और सरकारी विभाग निदान, देखभाल, सहायता, इलाज और सेवा प्रदान करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाएंगे।

7. वित्तीय आबंटन

पिछले तीन वर्षों के दौरान आबंटित और व्यय की गई धनराशि का विवरण :

(करोड़ रुपए में)

वर्ष	आबंटित धन	उपयोग किया गया
2005-06	533.50	532.70
2006-07	705.00	512.00

एनएसीपी III के दौरान विभिन्न कार्यक्रमों को लागू करने के लिए वित्तीय संसाधनों की योजना तैयार की गई है। योजना पर कुल 11585 करोड़ रुपए की आवश्यकता होगी। इसमें से 8023 करोड़ रुपए का प्रावधान बजट में होने का अनुमान है, शेष निजी चंदे, द्विपक्षीय और संयुक्त राष्ट्र संगठनों की सीधी सहायता से मिलेगा।

तालिका 1. एनएसीपी III, घटकवार बजट का सारांश

(करोड़ रुपए में)

कार्यक्रम घटक	कुल अनुमानित राशि	योग का प्रतिशत	बजट में प्रदान की जानेवाली आवश्यक राशि	बजट के तहत व्यय प्रतिशत
निवारण	7,786	67.2	5886	73.36
देखभाल सहायता और इलाज	1,953	16.9	1584	19.74
कार्यक्रम प्रबंधन	910	7.9	450	5.6
निगरानी देखरेख और अनुसंधान	360	3.0	103	1.3
आपात सहित अन्य	576	5.0	-	-
योग	11,585	100	8023	100

तालिका-2 बजट के माध्यम से धन देनेवाले स्रोतों का सूचक :

तालिका 2. एनएसीपी III बजट समर्थन के लिए स्रोत

क्रम संख्या	स्रोत	राशि (रु./करोड़)	विदेशी मुद्रा डालर	% कुल राशि
I.	सीधा बजट समर्थन : एनआरएचएम सहित भारत सरकार	2861		35.7
II.	ईएसी (विदेशी सहायता घटक)			
I.	विश्व बैंक	1328	295 मिलियन डालर	16.6
II.	डीएफआईडी	808	90 मिलियन पाउंड स्टर्लिंग	10.1
III.	जीएफटीएम II, III और IV दौर	824	183 मिलियन डालर	10.3
IV.	जीएफटीएम VI स्वीकृति के चरण	963	214 मिलियन डालर	12
V.	जीएफटीएम भविष्य के दौर	1014	225 मिलियन डालर	12.6
VI.	यूएसएड	225	50 मिलियन डालर	2.7
	योग ईएसी	5162	-	64.3
	कुल योग	8023	-	100

(1 यूएसडी=आईएनआर 45)

(1 पाउंड स्टर्लिंग=आईएनआर 85)

वर्ष 2005-06, 2006-07 और 2007-08 के अनुमानित लक्ष्य/उपलब्धियां

क्रम	विवरण	2005-06		2006-07		2007-08	
		कार्यक्रम लक्ष्य (इकाइयां)	वर्ष लक्ष्य	उपलब्धि	वर्ष लक्ष्य	उपलब्धि	वर्ष लक्ष्य
	एनएसीपी III						

उच्च जोखिम
जन संख्या में
निवारक पैकेज

1.	सीएसडब्ल्यू, एमएसएमआईयूडी के लिए टीआई संख्या सामान्य जन-संख्या में निवारण	2100	1100	1088	1477	1259	1300
2.	किशोर शिक्षा कार्यक्रम वाले स्कूलों की संख्या	144409	72205	90,000	1,11,000	1,11,000	14,006

एसटीआई प्रबंधन में सुधार							
3.	एसटीआई क्लिनिकों की संख्या स्वैच्छिक परामर्श और परीक्षण	उप जिला स्तर की सुविधाएं और 25000 निजी व्यवसायी	845	845	975	974	
4.	आईसीटीसी क्लिनिकों की संख्या रक्त सुरक्षा उपाय	4975	1470	1476	3394	3394	
5.	माडल ब्लड बैंकों की संख्या		9	9	10	10	
6.	रक्त संघटक विलगीकरण इकाइयों की संख्या संचयी	162	82		122		122
7.	स्थापित प्लाज्मा विखंडन इकाइयों की संख्या (संचयी) पीपीटीसीटी कार्यक्रम	2	0	0	1	0	1
8.	पीपीटीसीटी केंद्रों की संख्या देखभाल, सहायता और इलाज	4955	1500	1508	2425	2423	4333
9.	एआरटी केंद्रों की संख्या	250	54	56	100	101	150
10.	एआरटी पर पीएलएचए की संख्या	300000	25,000	-	50,000	56,916	125,000
11.	एआरटी पर बच्चों की संख्या	40,000	0	0	0	3459	10,000
12.	स्थापित सामुदायिक केंद्रों की संख्या	350	50	50	121	122	147
13.	स्थापित ड्राप-इन केंद्रों की संख्या क्षमता निर्माण		70	70	80	84	0
14.	ऐरो सर्विलेंस साइट्स की संख्या	1200	600	750	1160	1162	1200

15. स्थापित जिला इकाइयों की संख्या	611	0	-	0	-	163
---------------------------------------	-----	---	---	---	---	-----

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन

क्र. किए जाने सं वाले कार्य	वार्षिक लक्ष्य	तिमाही लक्ष्य भौतिक				तिमाही लक्ष्य वित्तीय (लाख रुपए में)			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1. एकीकृत परामर्श और परीक्षण केंद्र आईसीटीसी	1518	118	200	200	1000	3859	4436	5348	5667
2. स्टाफ प्रशिक्षण	87000	13050	26100	2523	22620	1531.8	3063.6	2961.48	2655.12
3. जिला स्तर के ब्लड बैंकों का आधुनिकीकरण	39	0	0	19	20	448.13	448.13	467.4	508
4. रक्त संघटक विलगीकरण इकाइयां	40	0	0	0	40	302.99	302.99	302.99	594.19
5. प्लाज्मा विखंडन इकाइयां	1	0	0	0	1				458.0
6. एसटीआर सेवा लेने वालों की संख्या	1	2	2.3	2.8	2.9	2500	2875	3500	3625
7. नए ऐंटीनल साइट्स	198	0	0	198	0			788	
8. लक्षित 600 कार्यक्रम	38	162	200	200	456.0	1944.0	5200.0	5200.0	
9. सामुदायिक देखभाल केंद्र	69	0	20	20	29	0	320.0	320.0	464.0
10. एआरटी इलाज केंद्र	25	0	25	0	0	0	325	0	0
11. स्कूल के अंतर्गत जाए जाने वाले स्कूल एड्स विवरण	14441	0	5000	5000	1441	200	800	800	160
12. स्थापित जिला इकाइयों की संख्या	154	0	60	100	154	0	93.6	108.8	128.4

तालिका: राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम की प्रगति मई 2008 तक

क्र. सं.	गतिविधियां/संघटक	आधार सितंबर 1999	उपलब्धि 2006-07	उपलब्धि 2007-08	2008-09 के लिए लक्ष्य
1.	एचआईवी के लिए संवेदी साइट्स की स्थापना	180	1122	1156	1156
2.	एड्स जागरूकता के लिए स्कूल और कॉलेजों की कवरेज	0	93000	114345	1,52,000
3.	एनएसीओ के माध्यम से निरोध बिक्री मशीन	0	11000	11,025	11,025
4.	वितरित निरोध		1.6 बिलियन	2.2 बिलियन	2.5 बिलियन
5.	रक्त बैंकों का आधुनिकीकरण	960	883	1092	1092
6.	स्वैच्छिक रक्तदान (आवश्यकता का %)	20%	52%	59.2%	70%
7.	आईसीटीसी की स्थापना	0	3394	4567	5150
8.	एचआईवी जांच	0	4 मिलियन (2002-06)	7.65 मिलियन (2007-08)	12 मिलियन
9.	पीपीटीसीटी सेवा केंद्र	0	864	3245	5150
10.	एचआईवी-टीबी सहयोगी सेवा केंद्र	0	1264	3580	5150
11.	सरकारी एसटीआई क्लीनिक	504	845	845	845+2500 प्रा. क्लीनिक्स
12.	एंटी-रेट्रो वाइरल थेरेपी केंद्र	0	96	174	236
13.	एआरटी पर मरीज	0	47693	1,45,000	2,20,000
14.	एआरटी पर बच्चे	0	2305	9955	15,000
15.	सामुदायिक सेवा केंद्र	0	122*	159	250
16.	एकीकृत हस्तक्षेप परियोजनाओं से उच्च जोखिम जनसंख्या का कवरेज	300	1088*	871	1441

*मूल्यांकन और रणनीति में सुधार के बाद संख्या में कटौती

राज्यवार अनुमानित युवा एचआईवी प्रचलन और अनुमानित पीएलएचए की संख्या 2006 में

राज्य/केंद्रशासित प्रदेश	युवाओं में अनुमानित एचआईवी व्याप्ति %	अनुमानित पीएलएचए संख्या (लाख रुपये में)
आंध्र प्रदेश	1.05	5.26
कर्नाटक	0.81	2.76
महाराष्ट्र	0.74	4.95
मणिपुर	1.67	0.25
नगालैंड	1.26	0.19
तमिलनाडु	0.39	2.46
गोवा	0.73	0.07
गुजरात	0.43	1.44
पुडुचेरी	0.55	0.04

अरुणाचल प्रदेश	0.05	0.02
असम	0.03	0.09
बिहार	0.16	0.74
छत्तीसगढ़	0.17	0.38
दिल्ली	0.27	0.3
हरियाणा	0.1	0.39
हिमाचल प्रदेश	0.03	0.01
जम्मू और कश्मीर	0.04	0.02
झारखंड	0.11	0.18
केरल	0.13	0.62
मध्य प्रदेश	0.11	0.46
मेघालय	0.06	0.02
मिजोरम	0.74	0.05
उड़ीसा	0.22	0.48
पंजाब	0.12	0.2
राजस्थान	0.17	0.56
सिक्किम	0.08	0.01
त्रिपुरा	0.12	0.05
उत्तर प्रदेश	0.11	1.13
उत्तराखंड	0.08	0.04
पं. बंगाल	0.3	1.49
अंडमान और निकोबार द्वीप	0.37	0.02
चंडीगढ़	0.34	0.03
दादरा और नगर हवेली	100 से ज्यादा मामले	
दमन और दीयु	100 से ज्यादा मामले	
लक्षद्वीप	कोई नतीजा नहीं	
भारत	0.36	24.7

राष्ट्रीय आयोडीन न्यूनता विकार नियंत्रण कार्यक्रम

आयोडीन शरीर के लिए आवश्यक पौष्टिक तत्व है। मनुष्य की सामान्य शारीरिक वृद्धि के लिए प्रतिदिन 100 से 150 माइक्रोग्राम आयोडीन जरूरी है। प्रतिदिन के भोजन में आयोडीन की कमी के कारण गलगंड और अन्य कई रोग हो जाते हैं। 35 राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों के 324 जिलों में कराए गए सर्वेक्षणों में पता चला है कि 263 जिलों में आयोडीन की कमी से होने वाले रोगों का प्रकोप 10 प्रतिशत से ज्यादा है। अनुमान है कि देश में सात करोड़ 10 लाख लोग आयोडीन की कमी से होने वाली बीमारियों के शिकार हैं।

सरकार सन 1962 से राष्ट्रीय आयोडीन न्यूनता विकृति नियंत्रण कार्यक्रम कार्यान्वित कर रही है। इसे पहले राष्ट्रीय गलगंड नियंत्रण कार्यक्रम कहा जाता था। इस कार्यक्रम में आयोडीन युक्त नमक उपलब्ध कराने, आयोडीन न्यूनता विकृति सर्वेक्षण/पुनर्सर्वेक्षण, आयोडीन वाले नमक पर प्रयोगशालाओं में नजर रखने, स्वास्थ्य शिक्षा और प्रचार पर ध्यान दिया जाता है। देश में आयोडीनयुक्त नमक का वार्षिक

उत्पादन 48 लाख मीट्रिक टन है। सरकार ने खाद्य अपमिश्रण निवारण अधिनियम 1954 के अंतर्गत गैर-आयोडीन वाले नमक की पूरे देश में बिक्री 17 मई 2006 से प्रतिबंधित करने का फैसला किया।

राज्यस्तर पर कार्यक्रम के प्रभावी क्रियान्वयन के लिए स्वास्थ्य मंत्रालय सभी राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों आईडीडी नियंत्रण प्रकोष्ठ और आईडीडी निगरानी प्रयोगशाला के अतिरिक्त सर्वे और स्वास्थ्य शिक्षा और लोगों द्वारा आयोडीन युक्त नमक का उपयोग के लिए प्रचार के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करता है।

स्वास्थ्य मंत्रालय दूरदर्शन, आकाशवाणी, क्षेत्र प्रचार निदेशालय, गीत और नाट्य विभाग और विज्ञापन और दृश्य प्रचार निदेशालय, रेलवे एवं डाकतार विभाग जैसी एजेंसियों के माध्यम से सूचना, शिक्षा और संचार कार्यक्रम से ग्रामीण और पिछड़े इलाके के लोगों को शिक्षित करने का काम कर रहा है।

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

गंभीर मानसिक विकारों में सिजोफ्रेनिया, बाई पोलर विकार, आर्गेनिक साइकोसिस और गहन अवसाद से 1000 की जनसंख्या में 20 व्यक्ति पीड़ित होते हैं। इस जनसंख्या के लिए निरंतर इलाज और नियमित अनुवर्ती ध्यान देने की आवश्यकता होती है। देश में लगभग एक करोड़ लोग मानसिक रूप से बीमार हैं, जिन्हें उचित इलाज नहीं मिलता है। आधे से अधिक का कभी इलाज ही नहीं होता। इलाज की उपलब्धता और इलाज के फायदे की जानकारी न होना महत्वपूर्ण कारण है। एक तरफ देश की विशाल जनसंख्या दूसरी तरफ मनोचिकित्सकों की कम संख्या, हर तीन लाख जनसंख्या पर एक मनोचिकित्सक उपलब्ध है। ग्रामीण क्षेत्रों में, जहां 70 प्रतिशत जनसंख्या रहती है, मनोचिकित्सक/जनसंख्या का अनुपात दस लाख पर एक से भी कम हो सकता है।

इसके लिए 1982 में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम शुरू किया गया जिसके तीन उद्देश्य हैं:

- निकट भविष्य में न्यूनतम मानसिक स्वास्थ्य देखभाल सभी खासकर जनसंख्या के सबसे असुरक्षित वर्गों को उपलब्ध और उस तक पहुंच हो।
- मानसिक स्वास्थ्य का ज्ञान और सामान्य स्वास्थ्य देखभाल में कुशलता और सामाजिक विकास में बढ़ावा देना।
- मानसिक स्वास्थ्य सेवा विकास में सामुदायिक भागीदारी और समुदाय में स्व मदद को बढ़ावा देना।

जिला स्तर पर आधारित माडल मानसिक स्वास्थ्य देखभाल विकसित किया गया और 1986-1995 के बीच निमहन्स द्वारा कर्नाटक के बेल्लारी जिले में परखा गया। इसे जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (डीएमएचपी) के रूप में अपनाया गया और इसे 22 राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों के 27 जिलों में 1996 में शुरू हुई नौवीं पंचवर्षीय योजना में लागू किया गया।

दसवीं पंचवर्षीय योजना में एनएमएचपी की रणनीति पुनः तय की गई और मानसिक बीमारियों तक प्रभावी पहुंच और प्रभाव के लिए वह एकतरफा की बजाय बहुतरफा कार्यक्रम बन गया। मुख्य रणनीतियां निम्न थीं:

- डीएमएचपी का देश के 100 जिलों तक विस्तार।

- मानसिक अस्पतालों का आधुनिकीकरण।
- सरकारी मेडिकल कालेजों/सामान्य अस्पतालों के मनोचिकित्सा विभाग का उन्नयन।
- सेवा में सुधार के लिए मानसिक स्वास्थ्य प्रशिक्षण।

इस समय जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम का देश के 121 जिलों में कार्यान्वयन हो रहा है। 75 सरकारी मेडिकल कालेजों/सामान्य अस्पतालों के मनोचिकित्सा विभाग के उन्नयन और 26 मानसिक अस्पतालों के आधुनिकीकरण के लिए अनुदान जारी किया गया है।

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के लिए 11वीं पंचवर्षीय योजना में 1000 करोड़ रुपए का आबंटन किया गया है। एनएमएचपी के क्रियान्वयन के लिए वर्ष 2008-09 में 70 करोड़ रुपए का प्रावधान किया गया है। 11वीं पंचवर्षीय योजना कार्यक्रम का विकेंद्रीकरण राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के साथ मिला है ताकि अधिकतम परिणाम मिल सके। एनएमएचपी के प्रस्तावित संघटक इस प्रकार हैं:

1. जनशक्ति की गंभीर कमी दूर करने के लिए वर्तमान मानसिक अस्पतालों को उन्नयन और मजबूत करके मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में उत्कृष्ट केंद्रों की स्थापना।
2. मानसिक स्वास्थ्य में जनशक्ति विकास को गति प्रदान करना, अन्य प्रशिक्षण केंद्रों (सरकारी मेडिकल कालेजों/सामान्य अस्पतालों) को भी मानसिक स्वास्थ्य में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम शुरु करने या क्षमता बढ़ाने के लिए भी सहायता।
3. मानसिक अस्पतालों में आधुनिकीकरण और मेडिकल कालेजों/सामान्य अस्पतालों के मनोचिकित्सा विभाग के उन्नयन के लिए 10वीं योजना की स्कीमों को वितरित करना।
4. जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम में जीवन कौशल प्रशिक्षण और स्कूल, कालेजों में परामर्श सेवाएं, कार्यस्थलों के दबाव प्रबंधन और आत्महत्या निवारक सेवाओं के अतिरिक्त संघटक जोड़ना।
5. अनुसंधान- मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में बहुत कमी है, इसे दूर करने के लिए कदम उठाना।
6. आईईसी- मानसिक बीमारी से बहुत से लांछन जुड़ जाते हैं। इस बात पर बल देने की आवश्यकता है कि मानसिक बीमारियों का इलाज हो सकता है। 11वीं योजना के दौरान मीडिया के माध्यम से गहन अभियान की योजना।
7. कार्यक्रम के क्रियान्वयन में एनजीओ और सार्वजनिक निजी भागीदारी। इससे डीएचएचपी के अंतर्गत समुदाय मानसिक स्वास्थ्य पहलों की पहुंच बढ़ेगी।
8. निगरानी, क्रियान्वयन और मूल्यांकन - केंद्र/राज्य/जिला स्तर पर प्रभावी निगरानी से एनएमएचपी के विभिन्न संघटकों के क्रियान्वयन में मदद मिलेगी।

याज (चर्मरोग) उन्मूलन कार्यक्रम

याज उन्मूलन कार्यक्रम केंद्र द्वारा प्रायोजित योजना के रूप में 1996-97 में उड़ीसा के कोरापुट जिले में शुरू किया गया था। नौवीं पंचवर्षीय योजना में दस राज्यों—आंध्र प्रदेश, उड़ीसा, महाराष्ट्र, मध्य-प्रदेश, छत्तीसगढ़, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश, झारखंड, असम और गुजरात—के याज प्रभावित सभी 49 जिलों में इसे क्रियान्वित किया गया। इस कार्यक्रम का उद्देश्य देश के सुदूर आदिवासी क्षेत्रों तक पहुंच बनाना था।

इस कार्यक्रम के नियोजन, निगरानी और मूल्यांकन के लिए भी राष्ट्रीय संचारी रोग संस्थान को नोडल एजेंसी बनाया गया। इसकी उन्मूलन रणनीति में प्रशिक्षित जनशक्ति विकास, मरीजों का इलाज तथा संपर्क और उन्हें सूचित, शिक्षित और हर तरह की जानकारी देना शामिल है। अन्य संबद्ध क्षेत्रों के साथ तालमेल भी इस कार्यनीति का भाग है। इस कार्यक्रम को महामारी संबंधी स्वास्थ्य निदेशालयों द्वारा मौजूदा स्वास्थ्य सेवा प्रणाली के जरिए क्रियान्वित किया जाता है। इसे लागू करने के बाद याज मामलों में भारी कमी दर्ज की गई। जिन दो राज्यों में याज के 3571 मामले दर्ज किए गए थे वहीं 1996 से 2004 के बीच किसी एक भी मामले की सूचना नहीं मिली। एचएफएम ने माननीय एचएफएम द्वारा 19 सितंबर, 2006 को याज उन्मूलन की घोषणा की गई।

दसवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान इस कार्यक्रम के लिए 4.5 करोड़ रुपये की धनराशि आवंटित की गई थी। खोज, दवाओं की प्राप्ति, आई.ई.सी. सामग्री के विकास, चिकित्साधिकारियों और स्वास्थ्यकर्मियों के प्रशिक्षण आदि के लिए अनुदान के रूप में राज्यों से वित्तीय मदद मिलती है। वित्त वर्ष 2008-09 के लिए इस मद में 50 लाख रुपये की राशि आवंटित की गई है।

राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम

कैंसर भारत में एक महत्वपूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या है। हर साल इसके 7-9 लाख मामले सामने आते हैं। अनुमान है कि इस समय लगभग 25 लाख कैंसर मरीज मौजूद हैं। देश में हर साल कैंसर से चार लाख मौतें होती हैं। देश में 40 प्रतिशत कैंसर का कारण तम्बाकू है। इसलिए तम्बाकू जनित कैंसर मनुष्यों में आम है जैसे कि फेफड़ों, मुंह का कैंसर। महिलाओं में गर्भ और स्तन कैंसर साधारण सी बात है।

इसे रोकने और इसका जल्दी पता लगाने और इलाज के उद्देश्य से 1975-76 में राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम शुरू किया गया। बीमारी की बदलती आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए इसमें तीन संशोधन किए गये जिसमें तीसरा संशोधन दिसंबर 2004 में हुआ। समस्या की गंभीरता और देश में कैंसर के इलाज की सुविधाओं की उपलब्धता में भौगोलिक स्तर पर ध्यान केंद्रित किया गया। संशोधित कार्यक्रम के अंतर्गत 5 महत्वपूर्ण स्कीमों आती हैं—(1) नए क्षेत्रीय कैंसर केंद्रों को मान्यता। इन केंद्रों को 5 करोड़ रुपये का एकबारगी अनुदान दिया जाता है। (2) पहले से विद्यमान क्षेत्रीय कैंसर केंद्रों को मजबूत बनाना। इन केंद्रों को 3 करोड़ रुपये का एकबारगी अनुदान दिया जाता है। (3) ओंकोलॉजी विभाग की स्थापना के लिए सरकारी संस्थानों (मेडिकल कालेजों और सरकारी अस्पतालों) को दिए जाने वाले अनुदान की राशि बढ़ाकर 3 करोड़ रुपये कर दी गई है। (4) जिला कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम—इन्हें दिए जाने वाले अनुदान की रकम बढ़ाकर 90 लाख रुपये कर दी गई है जिसे 5 वर्षों में दिया जाएगा। (5) विकेंद्रीकृत गैर-सरकारी संगठन स्कीम-सूचना, शिक्षा और संपर्क गतिविधियों के लिए गैर-सरकारी संगठनों को प्रति शिविर 8 हजार रुपये का अनुदान दिया जाएगा। (6) वर्ष 2006-07 के लिए वर्तमान क्षेत्रीय कैंसर केंद्रों को उत्कृष्टता का केंद्र बनाने की योजना मंजूर की गई और इलाहाबाद, बेंगलौर, अहमदाबाद तथा तिरुवनंतपुरम के क्षेत्रीय कैंसर केंद्रों को 16 करोड़ रुपये का अनुदान सहायता दी गई।

- इस समय देश में 25 क्षेत्रीय कैंसर केंद्र हैं जो व्यापक कैंसर देखभाल सेवा प्रदान करते हैं। 210 संस्थाओं में रेडियो थेरेपी सुविधा है।
- एक राष्ट्रीय रणनीतिक कार्य बल 11वीं योजना में राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम की रणनीति तय करने के लिए गठित किया गया है।

- प्रशिक्षण — स्वास्थ्य देखभाल के सभी स्तरों पर स्वास्थ्य कर्मियों की क्षमता बढ़ाने के लिए कैंसर नियंत्रण, तंबाकू छुड़ाने और उपशासक देखभाल के लिए प्रशिक्षण नियमावली विकसित की गई है।
- आनकोनेट-इंडिया : सी.डी.ए.सी तिरुवनंतपुरम को आनकोनेट इंडिया को चालू करने का जिम्मा सौंपा गया है। परियोजना के तहत सभी 25 क्षेत्रीय कैंसर केंद्रों को एक-दूसरे से और हरेक केंद्र को क्रम से 5 बाहरी केंद्रों से संबद्ध किया जाएगा।
- आईएआरसी की सदस्यता : भारत कैंसर अनुसंधान में अंतर्राष्ट्रीय एजेंसी का सदस्य बन गया है, जो देश में कैंसर अनुसंधान को बढ़ावा देगा।
- राष्ट्रीय कैंसर जागरूकता दिवस : राष्ट्रीय कैंसर जागरूकता दिवस 7 नवंबर, 2007 को एनसीटी के सहयोग से मनाने के लिए एक बैठक का आयोजन किया गया।

आपातकालीन चिकित्सा राहत

वर्ष 2007 में आंध्रप्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल में भारी वर्षा के कारण बाढ़ आई। मणिपुर में पक्षी फ्लू के बारे में सूचना मिली। सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के स्वास्थ्य सेवाओं के महानिदेशालय का आपात चिकित्सा राहत विभाग (ईएमआर) राज्यों को जनशक्ति और आवश्यक वस्तुओं की आपूर्ति कर स्वास्थ्य राहत गतिविधियों का समन्वय करता है।

बिहार, उत्तरप्रदेश, केरल, असम और हिमाचल प्रदेश में बाढ़ से हुई क्षति का आकलन करने के लिए गृह मंत्रालय की टीमों में स्वास्थ्य मंत्रालय के प्रतिनिधि थे। स्वास्थ्य क्षेत्र आपात प्रबंधन योजना के बारे में 17-18 दिसंबर 2007 को राष्ट्रीय विचार विमर्श देश में आपात तैयारी और प्रतिक्रिया का मजबूत करने के उद्देश्य से हुई। जिसमें राष्ट्रीय स्वास्थ्य क्षेत्र आपदा प्रबंधन योजना को अंतिम रूप देने और आपदा प्रबंधन योजना के प्रारूप पर राज्य की स्वास्थ्य एजेंसियों और प्रमुख विशेषज्ञों की राय लेने के लिए हुई।

भारत सरकार ने 4-6 दिसंबर, 2007 को नई दिल्ली में पक्षी फ्लू और विश्वव्यापी रोगों की तैयारियों के बारे में अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन का आयोजन किया। 111 देशों और 29 अंतर्राष्ट्रीय संगठनों के प्रतिनिधियों ने इसमें भाग लिया। विभिन्न देशों के स्वास्थ्य और पशुपालन मंत्रियों ने विचार-विमर्श को आगे बढ़ाया। बैठक ने वाशिंगटन, जेनेवा, बीजिंग, विएना और बर्माको को सम्मेलन जिसे वन वर्ड, यूनाइटेड अगेंस्ट ऐवियन एंड पेंडेमिक इन्फ्लुएंजा का नाम दिया गया था, के बाद विश्व समुदाय को एक मंच पर लाने का यह छठा मौका था। 'एक विश्व, एक स्वास्थ्य' की ओर बढ़ने के लिए सम्मेलन ने एक रूपरेखा तैयार की है। ईएमआर डिवीजन ने केरल और लक्षद्वीप में चिकुनगुनिया की जांच में समन्वय किया। गोरखपुर, सहारनपुर और बिहार में इन्सेफलाइटिस की जांच के लिए भी टीमें भेजीं। संबंधित राज्य सरकारों को निवारक और इलाज के बारे में सलाह दी गई। उड़ीसा के रायगडा, कोरापुर और कालाहांडी जिलों में डायरिया/हैजा फैला। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने प्रभावित क्षेत्रों में स्थिति के आकलन के लिए उच्चस्तरीय केंद्रीय टीम भेजी। केंद्रीय स्वास्थ्य टीमें स्थिति पर नियंत्रण में राज्य सरकार की मदद के लिए प्रभावित जिलों में तैनात रहीं।

पशुपालन विभाग, डेयरी और मत्स्य विभाग ने 25 जुलाई 2007 को मणिपुर के पूर्वी इंफाल जिले में चिंगमेरांग गांव में पक्षी फ्लू अधिसूचित किया। राज्य सरकार को सभी आवश्यक मदद दी गई। स्थिति पर लगातार नजर रखी गई। मानव में पक्षी फ्लू का कोई मामला सामने नहीं आया।

खाद्य अपमिश्रण रोकथाम कार्यक्रम

उपभोक्ताओं के लिए शुद्ध खाद्य पदार्थों की आपूर्ति सुनिश्चित करना स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की जिम्मेदारी है। इसको ध्यान में रखते हुए 1954 में खाद्य अपमिश्रण रोकथाम अधिनियम बनाया गया। इसका उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि उपभोक्ताओं को शुद्ध खाद्य पदार्थ मिलें और उनके साथ किसी भी तरह की धोखाधड़ी नहीं हो। इस अधिनियम में तीन बार (1964, 1976 और 1986 में) संशोधन हुआ है। इन संशोधनों का उद्देश्य अधिनियम की खामियों को दूर कर उसे और कारगर बनाना तथा उसके क्रियान्वयन में उपभोक्ताओं एवं स्वैच्छिक संगठनों की महत्वपूर्ण भूमिका सुनिश्चित करना है।

संवैधानिक स्थिति और पीएफए अधिनियम का परिपालन

इस अधिनियम की विषयवस्तु संविधान की समवर्ती सूची में शामिल है लेकिन इस कानून का क्रियान्वयन राज्यों और केंद्रशासित प्रदेशों द्वारा किया जाता है। केंद्र सरकार मुख्य रूप से इसके क्रियान्वयन में सलाहकार की भूमिका निभाती है। हालांकि अधिनियम के प्रावधानों के मुताबिक वह अपने विभिन्न वैधानिक दायित्वों को भी निभाती है।

खाद्य पदार्थों की गुणवत्ता विनियमित करने वाले कानून देश में 1899 से लागू रहे हैं। सन 1954 तक कई राज्यों ने इसके लिए अपने कानून बनाए थे लेकिन नियमों और खाद्य पदार्थों के विनिर्देशों में काफी अंतर था जिसके कारण अंतर-प्रांतीय व्यापार में बाधा आती थी। 1937 में भारत सरकार द्वारा नियुक्त केंद्रीय सलाहकार बोर्ड और 1943 में गठित खाद्य अपमिश्रण समिति ने खाद्य अपमिश्रण स्थिति की समीक्षा कर एक केंद्रीय कानून की सिफारिश की। खाद्य एवं औषधि अपमिश्रण का विषय संविधान की समवर्ती सूची में शामिल है अतः केंद्र को इस पर कानून बनाने का अधिकार है। अतः भारत सरकार ने एक कानून बनाया, जिसका नाम है खाद्य अपमिश्रण निवारक अधिनियम, 1954। यह अधिनियम 15 जून, 1955 से लागू हुआ। इस अधिनियम ने इससे पहले राज्यों द्वारा बनाए गए सभी कानून रद्द कर दिए।

खाद्य गुणवत्ता नियंत्रण सेवाएं— भारत में खाद्य गुणवत्ता और खाद्य सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए तीन स्तर की व्यवस्था है : (क) भारत सरकार (ख) राज्य/केंद्रशासित सरकारें (ग) स्थानीय निकाय।

भारत सरकार की भूमिका-केंद्रीय पीएफए कक्ष

खाद्य अपमिश्रण अधिनियम केंद्रीय कानून है। इसके अंतर्गत निर्धारित मानक देशभर में समान रूप से लागू हैं। नियम और मानक निर्धारित करने के अलावा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय निम्नलिखित गतिविधियां चलाता है—(1) खाद्य कानूनों को लागू करने हेतु राज्य/स्थानीय निकायों के साथ निकट संपर्क रखना। (2) राज्य की गतिविधियों पर नजर रखना, खाद्य विषाक्तता के मामलों की रिपोर्टें प्राप्त करना और समय-समय पर राज्यों का दौरा करना। (3) वरिष्ठ अधिकारियों/निरीक्षकों/विश्लेषकों के लिए प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित करना। (4) प्रदर्शनियां लगाकर और विचार गोष्ठियां/प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित करके तथा पुस्तिकाएं प्रकाशित करके इस कार्यक्रम के बारे में उपभोक्ताओं में जागरूकता बढ़ाना। (5) शिशु आहार और शिशुओं को दूध के विकल्पों के लेबल अनुमोदित करना ताकि छोटे बच्चों के स्वास्थ्य की रक्षा की जा सके। (6) आईएसओ/एफएओ/डब्ल्यूएचओ और कोडेक्स जैसी अंतर्राष्ट्रीय संस्थाओं के साथ तालमेल करना। (7) खाद्य पदार्थों को खराब करने वाले रंगों के

बारे में सर्वेक्षण और मॉनीटरिंग संचालित करना। (8) कोलकाता, गाजियाबाद, मैसूर और पुणे स्थित केंद्रीय खाद्य प्रयोगशालाओं को प्रशासनिक/वित्तीय/तकनीकी सहायता देना और राज्यों/स्थानीय निकायों द्वारा स्थापित खाद्य प्रयोगशालाओं को तकनीकी दिशा-निर्देश प्रदान करना। (9) राष्ट्रीय मॉनीटरिंग एजेंसी के रूप में खाद्य विकिरण संबंधी नीतिगत मुद्दों पर फैसला करने के अपने निहित अधिकार संबंधी गतिविधियां संचालित करना। (10) खाद्य पदार्थों के विश्लेषण की नियम पुस्तिका बनाना।

भारत में कोडेक्स संपर्क बिंदु : स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय देश में अंतर्राष्ट्रीय खाद्य मानकों से संबंधित एफ.ए.ओ./डब्ल्यू.एच.ओ. की संयुक्त संस्था कोडेक्स आहार आयोग और उसकी सहायक समितियों की विभिन्न बैठकों के एजेंडे पर देश के दृष्टिकोण को जांचने और तैयार करने के लिए राष्ट्रीय कोडेक्स संपर्क बिंदु के रूप में काम करता है। भारतीय पक्ष को तैयार करने और उसे अंतिम रूप देने के लिए मंत्रालय ने एक राष्ट्रीय कोडेक्स समिति का गठन किया। इस समिति ने 24 उप समितियां बनाईं।

भारत कोडेक्स एलीमेंटेरियस कमीशन की बैठकों में भाग लेता रहा है। वह एशिया की समन्वय समिति और कोडेक्स कमोडिटी कमेटियों की बैठक में भी शामिल होकर भारत का दृष्टिकोण पेश कर बैठकों में उनका बचाव करता है।

कोडेक्स और खाद्य पदार्थों में मिलावट की रोकथाम में समरसता : खाद्य पदार्थों में अंतर्राष्ट्रीय व्यापार की व्यवस्था संबंधी एस.पी.एस. और टी.बी.टी. समझौतों पर भारत द्वारा हस्ताक्षर करने और देश में खाद्यान्नों के आयात पर मात्रात्मक प्रतिबंध हटाने के बाद खाद्य उत्पादों के मानक को समरस बनाने की प्रक्रिया, खाद्य योजकों के प्रयोग सूक्ष्म जैविक आवश्यकता में तथा नियमों का संतुलन बहुत पहले से कोडेक्स एलिमेंटेरियस कमीशन तथा अंतर्राष्ट्रीय मानक आयोग द्वारा निर्धारित किए गए अंतर्राष्ट्रीय मानकों के अनुरूप कर दिए गए हैं।

राज्यों और केंद्रशासित प्रदेशों की सरकारों की भूमिका : खाद्य पदार्थों से संबंधित कानूनों को लागू कराने की पहली जिम्मेदारी राज्यों और केंद्रशासित प्रदेशों की सरकारों की है। देश में 28 राज्य और 7 केंद्रशासित प्रदेश हैं। अधिकतर राज्यों में इस कानून के क्रियान्वयन की जिम्मेदारी स्वास्थ्य सेवा निदेशालय पर है लेकिन कुछ राज्यों में इसे खाद्य व औषधि प्रशासन के अंतर्गत औषधि प्रशासन के साथ निदेशालय द्वारा संयुक्त रूप से लागू कराया जाता है। इसका प्रशासन राज्यों की प्रशासनिक व्यवस्था पर छोड़ दिया गया है लेकिन इस बात पर जोर दिया गया है कि राज्यों का प्रशासनिक ढांचा कुछ भी हो, इसके लिए खाद्य विज्ञान में पूर्ण योग्यता और अनुभव प्राप्त एक वरिष्ठ अधिकारी होना चाहिए जो खाद्य टेक्नोलॉजी और खाद्य विश्लेषण में निपुण हो। साथ ही, इसकी सहायता के लिए सहायक अधिकारी और निरीक्षक होने चाहिए। खाद्य कंपनियों और उद्योगों के लिए नियम तय करने और लाइसेंस शर्तें व विश्लेषण शुल्क निर्धारित करने के अधिकार भी राज्य सरकारों को प्राप्त हैं। खाद्य वस्तुओं में मिलावट रोकथाम अधिनियम के प्रावधानों में करीब 300 संशोधन किए गए हैं। साथ ही अधिक खपत वाली करीब 250 वस्तुओं के लिए मानक निर्धारित किए गए हैं। संशोधनों को निर्धारित करते समय खाद्य उद्योग क्षेत्र में कोडेक्स/तकनीकी विकास द्वारा निर्धारित मानक/खान-पान की आदतें/जनसमूह का पौष्टिकता स्तर/सामाजिक/सांस्कृतिक गतिविधियों आदि को ध्यान में रखा जाता है।

अधिकतर राज्यों में नगरपालिका और नगर निगम क्षेत्रों में खाद्य नियमों को स्थानीय निकाय लागू करते हैं। इसके लिए स्थानीय निकाय खाद्य निरीक्षकों को नियुक्त करता है। स्थानीय निकाय खाद्य कंपनियों और उद्योगों को अनुज्ञप्ति (लाइसेंस) भी देते हैं।

देश में चार केंद्रीय खाद्य प्रयोगशालाएं हैं। इनके अलावा जिला/क्षेत्र या राज्य स्तर पर 72 खाद्य प्रयोगशालाएं भी हैं। प्रायः प्रत्येक राज्य में उनकी आवश्यकता के अनुसार एक या उससे अधिक खाद्य प्रयोगशालाएं हैं। इनमें से करीब 12 प्रयोगशालाएं स्थानीय निकायों के प्रशासनिक नियंत्रण में हैं, जबकि शेष सभी पर राज्य सरकारों का प्रशासनिक नियंत्रण है।

इस कार्यक्रम में निम्नलिखित कठिनाइयां महसूस की गई हैं : (i) राज्यों/स्थानीय निकायों के पास खाद्य निरीक्षक की कमी। (ii) नीचे दिए जा रहे मुद्दों पर परीक्षण प्रयोगशालाओं की खामियां—(क) प्रशिक्षित जनशक्ति की अपर्याप्तता (ख) अपर्याप्त परीक्षण सुविधाएं (ग) आधुनिक उपकरणों की अनुपलब्धता (घ) बजट आवंटन की अपर्याप्तता (iii) संदर्भ की मानक सामग्री की अनुपलब्धता। (iv) खाद्य मिलावट निवारण के लिए राज्य/स्थानीय निकाय अथवा जिला-स्तर पर कार्यक्रम अधिकारी की अनुपलब्धता और (v) सभी कार्यकर्ताओं के लिए नियमित रूप से रिक्रेशर कोर्सेस की उपलब्धता।

कठिनाइयां दूर करने के केंद्र सरकार के प्रयास : (i) सब प्रकार के कर्मचारियों के रिक्रेशर प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित किए जा रहे हैं यानी—(क) खाद्य निरीक्षक (ख) स्थानीय (स्वास्थ्य) अधिकारी (ग) खाद्य (स्वास्थ्य) अधिकारी (घ) सार्वजनिक विश्लेषक और रासायनिक।

विश्लेषक और रासायनज्ञ के लिए प्रशिक्षण उनकी प्रयोगशाला में ही आयोजित किया जाता है। ये प्रशिक्षक छह कार्यदिवसों तक प्रयोगशाला में रहते हैं। पहले वे हर प्रयोगशाला को अच्छे प्रयोगशाला व्यवहारों के अनुसार स्थापित करते हैं जिसके बाद विशेष प्रशिक्षण आयोजित किया जाता है। (ii) राज्य खाद्य परीक्षण प्रयोगशालाओं को आधुनिकतम उपकरण दिए जा रहे हैं ताकि हर राज्य में एक प्रयोगशाला उपयुक्त रूप से सक्षम बनाई जा सके। प्रयास किए जा रहे हैं कि सप्लाई किए जाने वाले उपकरणों की वारंटी कम से कम तीन वर्ष हो, साथ ही उसमें काम आने वाली सामग्री और प्रशिक्षण भी पूर्तिकर्ता विश्लेषक रासायनज्ञ को दे ताकि वे इन उपकरणों का इस्तेमाल कर सकें। (iii) प्रयास किए जा रहे हैं कि हर राज्य में कंप्यूटर, जिला मुख्यालयों के कंप्यूटर से जोड़ दिए जाएं। इस पर आने वाले खर्च की राशि विश्व बैंक की सहायता से केंद्र सरकार देगी। इससे हर तरह की सूचना का आदान-प्रदान हो सकेगा और नेटवर्क बनाया जा सकेगा। (iv) हर खाद्य परीक्षण प्रयोगशाला को 5 वर्ष के लिए केंद्रीय बजट से कम से कम एक रासायनज्ञ विश्व बैंक की सहायता से देने के प्रयास किए जा रहे हैं। (v) प्रस्ताव है कि हर राज्य की एक प्रयोगशाला को खाद्य अपमिश्रण अधिनियम के नियम 65 में सूचीबद्ध कीटनाशकों और नियम 57 के अंतर्गत सूचीबद्ध धातुओं और एफ्लेटॉक्सिनो के बारे में मानक संदर्भ सामग्री उपलब्ध करा दी जाए। (vi) अधिकांश प्रयोगशालाओं को विश्लेषण विधि संबंधी पुस्तकें जैसे एओएसी, पीयरसन, फूड केमिकल कोडेक्स दे दी गई हैं। इस साल भी उन्हें अतिरिक्त संदर्भ ग्रंथ दिए जा रहे हैं। (vii) उपभोक्ताओं, व्यापारियों, दुकानदारों तथा गली-गली सामान बेचने वालों के लिए प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित किए गए हैं। इस साल भी खाद्य सुरक्षा पर एक उपभोक्ता शिक्षा कार्यक्रम आयोजित किया जाएगा। (viii) बंदरगाह (स्वास्थ्य) अधिकारियों/हवाई अड्डा स्वास्थ्य अधिकारियों/तटकर अधिकारियों/कस्टम हाउस क्लीयनिंग एजेंटों और आयातकों के लिए विशेष प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित किए गए हैं। उन्हें खाद्य अपमिश्रण अधिनियम के नियमों और अन्य प्रावधानों जैसे डिब्बाबंदी जिंस अधिनियम और तटकर अधिनियम आदि में प्रशिक्षित किया गया है ताकि वे आयातित खाद्य सामग्री को समुचित रूप से संभाल सकें।

खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम 2006 : खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम, 2006 (एफएसएसए) संसद द्वारा अगस्त 2006 में मंजूर किए जाने के बाद खाद्य अपमिश्रण निवारक अधिनियम 1954 उसी दिन रद्द हो जाएगा, जिस दिन नया अधिनियम लागू होगा।

अधिनियम और इसी सूची में विनिर्दिष्ट आदेशों के रद्द होने के बावजूद, अधिनियम में निहित मानक, सुरक्षा आवश्यकताएं और अन्य प्रावधान तथा नियम व विनियमन तथा अनुसूची सूचीबद्ध तब तक प्रभावी और लागू रहेंगे जब तक नए अधिनियम के तहत मानकों का निर्धारण या नियमों और विनियमनों को विनिर्दिष्ट नहीं कर दिया जाता।

विश्व बैंक समर्थित खाद्य सुरक्षा पर क्षमता निर्माण परियोजना

दुनिया भर में खाद्य वस्तुओं के व्यापार के विस्तार के बाद खाद्य सुरक्षा महज घरेलू मुद्दा नहीं रह गया है। विभिन्न देशों की सरकारों के लिए विश्व व्यापार संगठन के समझौतों के मुताबिक अपने देश में आधुनिक खाद्य नियंत्रण और सुरक्षा कार्यक्रमों का विकास आवश्यक हो गया है। यह मुद्दा सिर्फ उत्पादों के मानकों से ही नहीं, बल्कि उत्पादन प्रक्रिया पर नियंत्रण से भी संबंधित है। इस देश में खाद्य सुरक्षा का ढांचा मजबूत करने के उद्देश्य से सरकार ने खाद्य सुरक्षा और औषधि गुणवत्ता नियंत्रण के लिए विश्व बैंक की सहायता से पांचवर्षीय क्षमता निर्माण परियोजना शुरू की है। परियोजना के उद्देश्य और तत्त्व हैं—(i) केंद्रीय और राज्य स्तर पर प्रयोगशालाओं में सुविधाएं तथा क्षमता बढ़ाना और उसके कर्मचारियों को प्रशिक्षित करना। इसके लिए अलग से यह भी प्रस्ताव किया गया कि जिन प्रयोगशालाओं को एन.ए.बी.एल. से मान्यता मिली हो, उन्हीं को जांच करने की वैधानिक अनुमति मिले। (ii) मध्यम और लघु खाद्य प्रसंस्करण कार्यों में जी.एम.पी. और एच.ए.सी.सी.पी. शुरू किया गया और सूक्ष्म जैविक पदार्थों की जांच समेत प्रयोगशालाओं में सुविधाओं को बढ़ाया गया। (iii) लघु, कुटीर और असंगठित क्षेत्रों में प्रशिक्षण के जरिए खाद्य सुरक्षा व स्वच्छता के बारे में जागरूकता बढ़ाना। (iv) ग्राहकों के विचार जानने के लिए नियमित रूप से घरों के सर्वेक्षण की प्रणाली विकसित करना, ताकि नीति विकसित करने और कार्यक्रमों में सुधार के लिए आवश्यक व महत्वपूर्ण जानकारी मिल सकें। (v) बेहतर निगरानी और आंकड़ों के संकलन के लिए प्रबंधन सूचना प्रणाली तथा केंद्र व राज्यों के कार्यालयों और केंद्रीय एवं राज्यस्तर की प्रयोगशालाओं के बीच इलेक्ट्रॉनिक संपर्क स्थापित करना। इस पांचवर्षीय परियोजना का लागत खर्च करीब 354 करोड़ रुपये होने का अनुमान है। यह परियोजना अक्टूबर, 2003 से प्रभावी हो गई है।

भारतीय चिकित्सा परिषद

भारतीय चिकित्सा परिषद की स्थापना एक विधायी संस्था के रूप में भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम, 1933 के अंतर्गत की गई (बाद में इसे निरस्त कर भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम, 1956 लाया गया, जिसमें 1958 में मामूली संशोधन किए गए)। वर्ष 1993 में भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम, 1956 में व्यापक संशोधन कर नए मेडिकल कालेज खोलने, उनकी सीटों में बढ़ोतरी और नए पाठ्यक्रम शुरू करने के लिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की मंजूरी को अनिवार्य बना दिया गया, ताकि देश में स्वास्थ्य शिक्षा के प्रतिमानों का नियमन हो सके। चिकित्सा परिषद अधिनियम, 1956 को पुनः 2001 में संशोधित किया गया, ताकि भारतीय चिकित्सा परिषद चिकित्सा के क्षेत्र में विदेशी योग्यता हासिल करने वाले भारतीय नागरिकों को देश में प्रैक्टिस करने के लिए चिकित्सा पंजीकरण जारी करने से पूर्व उनकी कुशलता की जांच के लिए परीक्षा ले सके। इस संशोधन

के जरिए विदेशी संस्थानों में स्नातक-पूर्व चिकित्सा पाठ्यक्रमों में प्रवेश लेने के इच्छुक छात्रों के लिए भी यह अनिवार्य कर दिया गया है कि वे भारतीय चिकित्सा परिषद् से इस आशय का योग्यता प्रमाणपत्र लें कि परिषद् द्वारा सुनिश्चित मानदंडों को वे पूरा करते हैं।

परिषद् के मुख्य कार्य हैं—स्नातक-पूर्व तथा स्नातकोत्तर स्तर पर चिकित्सा शिक्षा के समान मानक बनाए रखना, भारतीय मेडिकल पंजीका बनाना, एक-दूसरे देशों में चिकित्सा की डिग्रियों को मान्यता देने के लिए इन देशों के साथ तालमेल बनाए रखना, चिकित्सा शिक्षा जारी रखना और मान्य चिकित्सा योग्यताओं वाले चिकित्सकों को अस्थायी/स्थायी मान्यता प्रदान करना तथा अतिरिक्त योग्यताओं का पंजीकरण और राष्ट्रमंडल देशों में जाने वाले चिकित्सकों को प्रतिष्ठित (गुड स्टैंडिंग) डाक्टर का प्रमाणपत्र देना। इस समय देश में 264 मेडिकल कालेज हैं। इनमें से 185 को भारतीय चिकित्सा परिषद् की मान्यता प्राप्त है। केंद्र सरकार ने 90 नए मेडिकल कालेजों को एम.बी.बी.एस. पाठ्यक्रम चलाने की अनुमति प्रदान की है। इन कालेजों में प्रतिवर्ष करीब 30,122 विद्यार्थियों को प्रवेश दिया जा सकता है।

केंद्रीय स्वास्थ्य शिक्षा ब्यूरो

केंद्रीय स्वास्थ्य शिक्षा ब्यूरो की स्थापना 6 दिसंबर, 1956 को केंद्रीय स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अंतर्गत भारत में स्वास्थ्य शिक्षा और स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए की गई। इसके उद्देश्य इस प्रकार हैं—(क) स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय की योजनाओं, कार्यक्रमों और उपलब्धियों की व्याख्या करना। (ख) स्वास्थ्य व्यवहार, स्वास्थ्य शिक्षा प्रक्रिया और सहायता उपकरणों के डिजाइन तैयार करना और अनुसंधान करवाना तथा उसका मार्गदर्शन करना। (ग) स्वास्थ्य समस्याओं और कार्यक्रमों के अनुकूल स्वास्थ्य प्रोन्नयन और शिक्षा सामग्री के प्रोटोटाइप तैयार और वितरित करना। (घ) स्वास्थ्य शिक्षा और अनुसंधान के तरीकों के बारे में स्वास्थ्य एवं समुदाय कल्याणकर्मियों को प्रशिक्षित करना। प्रशिक्षण के तौर-तरीके और सहायक उपकरण विकसित करना। (ङ) स्कूली छात्रों और कर्मियों को स्वास्थ्य शिक्षा देने में स्कूलों और प्रशिक्षण संस्थानों के अध्यापकों की सहायता करना। (च) राज्य, जिला और अन्य स्तरों पर स्वास्थ्य शिक्षा के प्रसार हेतु कार्य करने के लिए संगठनात्मक ढांचे के वास्ते दिशा-निर्देश देना। (छ) स्वास्थ्य शिक्षा में लगी सरकारी और गैर-सरकारी एजेंसियों को तकनीकी सहायता देना। (ज) स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधियों को बढ़ावा देने में अंतर्राष्ट्रीय एजेंसियों के साथ सहयोग करना।

यह ब्यूरो नई दिल्ली में कोटला रोड पर स्थित है। इसका प्रमुख निदेशक स्तर का है और उसकी सहायता के लिए विभिन्न विषयों के जानकार अधिकारी हैं। उद्देश्यों की पूर्ति के लिए इस ब्यूरो के चार तकनीकी और एक प्रशासनिक प्रभाग हैं। इस विभाग के बारे में इंटरनेट की वेबसाइट <http://cheb.nic.in> तथा ईमेल : divcheb@nic.in से जाना जा सकता है। वर्तमान चुनौतियों एवं स्वास्थ्य शिक्षा एवं उसके प्रसार की आवश्यकताओं को ध्यान में रखते हुए cheb को चार तकनीकी एवं एक प्रशासनिक विभाग में पुनर्गठित किया गया है। हर प्रभाग का नेतृत्व एक वरिष्ठ अधिकारी करता है। जिसके कार्यों में दीर्घ एवं कम अवधि के प्रशिक्षण देना शामिल है। यह स्वास्थ्य शिक्षा में दो वर्ष की अवधि के स्नातकोत्तर डिप्लोमा का संचालन करता है। यह भारतीय चिकित्सा परिषद् से मान्यता प्राप्त और दिल्ली विश्वविद्यालय से संबद्ध है। कम अवधि का पाठ्यक्रम सामान्यतः एक सप्ताह अवधि का होता है और यह विभिन्न स्तर के स्वास्थ्यकर्मियों के लिए होता है। पराचिकित्सक तथा गैर स्वास्थ्य कर्मियों के लिए स्वास्थ्य शिक्षा और स्वास्थ्य संवर्धन के क्षेत्र में

प्रमाणपत्र पाठ्यक्रमों को पुनः शुरू किए जाने का प्रस्ताव है। डाइट्स की फैकल्टी के लिए स्वास्थ्य संवर्धन एवं शिक्षा के अल्पावधि के पाठ्यक्रम भी चलाए जाते हैं। स्वास्थ्य शिक्षा के बारे में स्नातकोत्तर डिप्लोमा का पाठ्यक्रम अद्यतन किया गया है। एक, दिन एक सप्ताह और तीन माह के अल्पावधि प्रशिक्षण पाठ्यक्रम का प्रारूप निर्धारित किया जा चुका है, जिस पर इस वर्ष राष्ट्रीय कार्यक्रम में विचार किया जाएगा।

यह ब्यूरो विभिन्न पक्षों पर मुद्रित एवं इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के लिए सामग्री तैयार करता है। इनमें पोस्टर, पर्चे, पैम्फ्लेट तथा दूरदर्शन एवं अन्य चैनलों के प्रसारण के लिए वीडियो स्पॉट आदि शामिल हैं। यह ब्यूरो विभिन्न स्वास्थ्य मेलों में भाग लेता है। जन-जागरूकता के उद्देश्य से विभिन्न स्वास्थ्य मुद्दों पर प्रदर्शनियां लगाता है।

राष्ट्रीय आरोग्य निधि

मंत्रालय के अंतर्गत 'राष्ट्रीय रोग सहायता कोष' की स्थापना सन 1997 में 5 करोड़ रुपये की राशि से की गई। बाद में इसका नाम बदलकर 'राष्ट्रीय आरोग्य निधि' (आर.ए.एन) कर दिया गया। 21 राज्यों, केंद्र शासित प्रदेशों (जहां विधान सभाएं हैं) में इस कोष की स्थापना की गई। ये राज्य हैं : कर्नाटक, मध्य प्रदेश, त्रिपुरा, आंध्र प्रदेश, तमिलनाडु, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, महाराष्ट्र, पश्चिम बंगाल, केरल, मिजोरम, राजस्थान, गोवा, गुजरात सिक्किम, बिहार, छत्तीसगढ़, झारखंड, उत्तराखंड, दिल्ली और पांडिचेरी। इन राज्यों व केंद्रशासित प्रदेशों को योजना के प्रावधानों के अनुरूप अनुदान की धनराशि जारी की जाती है। अन्य राज्यों में भी आरोग्य निधि स्थापित करने के लिए कहा गया है। सभी पांचों केंद्रशासित प्रदेशों (जहां विधायिका नहीं है,) लक्षद्वीप, दमन और द्वीप, दादर एवं नागर हवेली, अंडमान और निकोबार द्वीपसमूह और चंडीगढ़ ने अपने यहां इस निधि की स्थापना की है। गरीबी रेखा से नीचे के प्रत्येक रोगी को 50,000 रुपये की तात्कालिक सहायता देने के लिए तीन केंद्रीय अस्पतालों और राष्ट्रीय स्तर के तीन प्रतिष्ठित संस्थानों के चिकित्सा अधीक्षकों को राष्ट्रीय आरोग्य निधि से धन आवंटित किया जाता है। ये अस्पताल और संस्थान हैं—दिल्ली के राम मनोहर लोहिया अस्पताल, सफदरजंग अस्पताल, एल.एच.एम.सी. अस्पताल, श्रीमती सुचेता कृपलानी अस्पताल और अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान; चंडीगढ़ का पी.जी.आई.एम.ई.आर. और पांडिचेरी का जे.आई.पी.एम.ई.आर. अस्पताल। बाद में एन.आई.एम.एच.ए.एन.एस. (बंगलौर), सी.एन.सी.आई. (कोलकाता), एस.जी.पी.पी.जी.आई.एम.एस. (लखनऊ), गांधी स्मारक अस्पताल, किंग जॉर्ज मेडिकल कालेज (लखनऊ) और केंद्रीय मनोविज्ञान संस्थान (रांची) में भी यह योजना लागू की गई। इन सभी को समान सुविधाएं दी गईं। समय-समय पर इस निधि में धन दिया जाता है।

राष्ट्रीय राजमार्गों पर आपातकालीन सुविधाएं

राष्ट्रीय राजमार्गों पर दुर्घटना की आशंका वाले कस्बों व शहरों में स्थित चुनिंदा अस्पतालों (राज्य सरकार के) की आपातकालीन सुविधाओं को बेहतर बनाने के लिए एक अग्रगामी परियोजना के तहत सरकार आर्थिक सहायता प्रदान करती है। सहायता की अधिकतम राशि 1 करोड़ 50 लाख रुपये या अस्पताल द्वारा मांगी गई रकम (जो भी कम हो) उपलब्ध कराई जाती है। इस योजना का मुख्य उद्देश्य आपातकालीन सेवाओं को मजबूती प्रदान करने के लिए राज्य सरकार केंद्र शासित प्रदेशों के अस्पतालों/संस्थानों को निम्नलिखित आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु अनुदान सहायता उपलब्ध कराना है—(i) दुर्घटना और मानसिक आघात के उपचार के लिए आवश्यक उपकरण तथा पूर्ण रूप से उपकरणयुक्त एम्ब्युलेंस;

(ii) संचार प्रणाली; (iii) बुनियादी ढांचा (रक्त बैंक, जांच कक्ष, पुनर्जीवन, आई.सी.यू. और जले हुए रोगियों के लिए विशेष बिस्तर-7), एक्स-रे कक्ष, स्वागत कक्ष, नियंत्रण कक्ष और लघु शल्यक्रिया कक्ष; (iv) बिस्तर, उपकरण आदि।

राष्ट्रीय चिकित्सा विज्ञान अकादेमी

सन 1961 में नई दिल्ली में राष्ट्रीय चिकित्सा विज्ञान अकादेमी की स्थापना चिकित्सा विज्ञान की प्रगति को बढ़ावा देने के उद्देश्य से की गई थी। यह अकादेमी फेलो और सदस्यों का चुनाव कर प्रतिभाओं तथा योग्यताओं को मान्यता देती है। चिकित्सा व्यवसायियों को नई समस्याओं से निपटने, उन्हें स्वास्थ्य सेवाएं देने तथा उनके ज्ञान को अद्यतन बनाने के लिए अकादेमी ने 1982 से चिकित्सा शिक्षा जारी रखने का एक कार्यक्रम (सी.एम.ई.) लागू किया है। इस अकादेमी में 25 जून, 2008 तक 6 मानद फेलो, 756 फेलो और 4203 सदस्य थे।

भारतीय फार्मैसी परिषद

भारतीय फार्मैसी परिषद का गठन फार्मैसी अधिनियम, 1948 के अंतर्गत किया गया। इसकी मुख्य जिम्मेदारी फार्मासिस्टों के लिए प्रशिक्षण के समान स्तर के नियम लागू करना और उनका नियमन करना है। यह परिषद फार्मासिस्टों का पंजीकरण भी करती है। इस समय मान्यताप्राप्त 4 संस्थानों में हर वर्ष 29,958 विद्यार्थियों को फार्मैसी का डिप्लोमा और 276 संस्थानों में हर साल 15,815 विद्यार्थियों को फार्मैसी की डिग्री दी जाती है। इस समय देश में विभिन्न राज्यों की फार्मैसी परिषदों में 5.76 लाख फार्मासिस्ट पंजीकृत हैं।

एकीकृत रोग निगरानी परियोजना

पृष्ठभूमि : एकीकृत रोग निगरानी परियोजना नवंबर 2004 में शुरू की गई। यह देश में राज्य आधारित निगरानी कार्यक्रम है। इसका उद्देश्य किसी रोग के आसन्न प्रकोप के बारे में चेतावनी देना है ताकि उसे रोकने के लिए समय पर प्रभावी पहल की जा सके। इससे जारी रोग नियंत्रण कार्यक्रम के बारे में भी आवश्यक आंकड़े मिल सकेंगे, जिससे स्वास्थ्य संसाधनों का प्रभावी आवंटन किया जा सके। इस परियोजना के लिए 2004-09 तक के लिए कुल बजट 408.76 करोड़ रुपये है।

महत्वपूर्ण संघटक

- निगरानी गतिविधियों का एकीकरण और विकेंद्रीकरण
- सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रयोगशालाओं को मजबूत बनाना
- मानव संसाधन विकास - राज्य, जिला निगरानी अधिकारियों, त्वरित अनुक्रिया दल, अन्य चिकित्सकीय और अर्ध चिकित्सकीय कर्मचारियों का प्रशिक्षण
- आंकड़ों के संचयन, परितुलन, संग्रह, विश्लेषण और प्रसारण के लिए सूचना प्रौद्योगिकी का उपयोग

परियोजना प्रबंधन

परियोजना क्रियान्वयन के लिए केंद्र, राज्य और जिला स्तर पर निगरानी इकाइयों की स्थापना की गई है। राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्तर पर निगरानी समितियां परियोजना की निगरानी कर रही हैं।

आईटी नेटवर्किंग

एकीकृत रोग निगरानी परियोजना (आईडीएसपी) सभी जिला, राज्य मुख्यालयों, और सभी सरकारी मेडिकल कालेजों से एकत्र की जाती है—सेटेलाइट ब्राडबैंड हाइब्रिड नेटवर्क पर संपर्क कायम कर रहा है। इस संबंध में एनआईसी से एक समझौते पर हस्ताक्षर किए गए हैं। इसरो ने 279 साइट्स को सक्रिय कर दिया है। ब्राडबैंड संपर्क के लिए एनआईसी 644 आंकड़ा केंद्र साइट्स पर आवश्यक उपकरण लगा दिए हैं। एनआईसी 507 ब्राडबैंड साइट्स सक्रिय कर दिए हैं। पूरा हो जाने पर ब्राडबैंड पर 800 साइट्स, 400 (इन 800 में से) साइट्स सेटेलाइट और ब्राडबैंड से दोहरा संपर्क रहेगा। इस नेटवर्क से त्वरित आंकड़ा अंतरण, वीडियो कन्फ्रेंसिंग और भविष्य में आईडीएसपी के अंतर्गत ई-शिक्षा संभव होगा। एक 24x7 काल सेंटर का 21 फरवरी, 2008 को उद्घाटन किया गया है। निःशुल्क नंबर 1075 पर देश के किसी भी भाग से बीमारी के बारे में एलर्ट आता है और उसे पुष्टि तथा आवश्यक होने पर उचित कार्रवाई के लिए संबद्ध जिला/राज्य निगरानी ईकाइयों को भेज दिया जाता है। 1075 पर बीएसएनएल/एमटीएनएल से सभी राज्यों से संपर्क किया जा सकता है।

आंकड़ा प्रबंधन

आईडीएसपी के तहत आंकड़ा साप्ताहिक (रविवार-सोमवार) आधार पर इकट्ठा किया जाता है। सूचना तीन विशिष्ट तरीके से एकत्र की जाती है—एस (संदिग्ध मामले), पी (अनुमानित मामले) और एल (प्रयोगशाला पुष्टि मामले) जो स्वास्थ्य कर्मियों, क्लीनिक और क्लीनिक प्रयोगशाला कर्मियों द्वारा भेजे जाते हैं। जब कभी किसी क्षेत्र में किसी बीमारी के बढ़ने की प्रवृत्ति होती है तो चिकित्सा अधिकारियों/त्वरित अनुक्रिया दलों द्वारा जांच और बीमारी को नियंत्रित किया जाता है।

आईडीएसपी को इस समय 80% (319/399) जिलों से साप्ताहिक बीमारी निगरानी रिपोर्ट प्राप्त होती है। पहले चरण में सभी 210 जिले (100%) और दूसरे चरण के 189 में से 109 (58%) जिले केंद्रीय निगरानी ईकाई (आईडीएसपी) को साप्ताहिक रिपोर्ट भेज रहे हैं। संबंधित जिलों द्वारा आंकड़ा विश्लेषण और कार्रवाई की जा रही है। सार्वजनिक और निजी क्षेत्र के बड़े चिकित्सालयों और संक्रामक रोग अस्पतालों से भी आंकड़े भेजने पर जोर दिया जा रहा है। अब सभी राज्यों से अचानक सतर्क देश पर साप्ताहिक रिपोर्ट मांगी जा रही है। औसतन 22 राज्य हर सप्ताह केंद्रीय निगरानी ईकाई आईडीएसपी को भेज रहे हैं। यहां तक कि शून्य होने की खबर भी जरूरी है।

आंकड़े इकट्ठा करने के प्रारूप के सरलीकरण की आवश्यकता को देखते हुए विशेषज्ञों ने एनआईसीडी के अतिरिक्त महानिदेशक और निदेशक की अध्यक्षता में विशेषज्ञों ने अप्रैल, 2008 में आईडीएसपी प्रारूप (एस.पी.एल.) को सरल बना दिया है। उसे मई 2008 मुख्य निदेशक (सांख्यिकी) के पास (स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय) सचिव की अध्यक्षता वाली क्लियरिंग हाउस से स्वीकृति और संभव हो तो एनआरएचएम को शामिल करने के लिए भेज दिया गया है।

आईडीएसपी में प्रशिक्षण त्रिस्तरीय है: मास्टर प्रशिक्षक (राज्य और जिला निगरानी अधिकारियों और आरआरटी सदस्यों को राष्ट्रीय स्तर के 9 संस्थानों में प्रशिक्षित किया जाता है) चिकित्सा अधिकारियों और जिला प्रयोगशाला तकनीशियनों को मास्टर प्रशिक्षक राज्य स्तर पर प्रशिक्षित करते हैं और स्वास्थ्य कर्मियों तथा प्रयोगशाला तकनीशियनों और संस्थानों में सहायकों को जिला स्तर पर जिला अधिकारी/मेडिकल अधिकारी प्रशिक्षित करते हैं। राज्य/जिला निगरानी टीमों का पहले चरण के 9 राज्यों और दूसरे चरण के 13 राज्यों का प्रशिक्षण पूरा हो गया है। तीसरे चरण के राज्यों के राज्य और जिला

निगरानी टीमों का प्रशिक्षण भी शुरू हो चुका है। कुल 1922 मास्टर प्रशिक्षकों को भी प्रशिक्षित किया गया है। राज्य स्तर पर पहले और दूसरे चरण में 21501 चिकित्सा अधिकारियों, 131706 स्वास्थ्य कर्मियों, 846 जिला स्तरीय प्रयोगशाला तकनीशियनों और 4235 बाहरी प्रयोगशाला तकनीशियनों को आईडीएसपी में प्रशिक्षित किया जा चुका है। राज्य स्तर पर प्रशिक्षण में मुख्य रूप से रोग निगरानी, संक्रामक विज्ञान अवधारणाओं और आंकड़ा प्रबंधन पर जबकि जिला प्रशिक्षण में आंकड़ा संग्रह और रिपोर्टिंग की सही प्रक्रिया पर ध्यान दिया गया। आवश्यकता आधारित दो सप्ताह का विशेष रोग निगरानी और क्षेत्र संक्रामक विज्ञान प्रशिक्षण कार्यक्रम जिला निगरानी अधिकारियों के लिए शुरू किया गया है। इसमें 33 जिला निगरानी अधिकारियों को प्रशिक्षित किया जा चुका है

प्रयोगशाला को मजबूत बनाना

देश के 50 जिला प्रयोगशालाओं को संक्रमण प्रवृत्त रोगों की निदान पुष्टि के लिए मजबूत किया जा रहा है। 33 राज्यों (बिहार और लक्षद्वीप से प्रतीक्षा है) के 48 प्रयोगशालाओं से उपलब्ध जनशक्ति, उपकरण, स्थान, उपयोग्य, किए जा रहे जांच और रक्त सुरक्षा के उपायों के बारे में सूचना मिल गई है। आईडीएसपी द्वारा विकसित जिला प्रयोगशालाओं का माडल प्रारूप सभी राज्यों को भेज दिया गया है।

चार क्षेत्रों में प्रशिक्षण के लिए अस्थायी रूप से निर्धारित चार राष्ट्र स्तरीय प्रयोगशालाओं का नाम नीचे दिया गया है:

बी.जे. मेडिकल कालेज, पुणे, उष्णकटिबंधीय औषधि स्कूल कोलकाता, राष्ट्रीय संचारी रोग संस्थान, दिल्ली स्टैनली मेडिकल कॉलेज, चेन्नई।

प्रयोगशालाओं द्वारा उपकरणों, उपभोग्य वस्तुओं, रीएजेंटों और उपकरण समूहों की खरीद के व्योरे का प्रारूप तैयार होने की प्रक्रिया में है।

एनसीडी जोखिम कारक निगरानी

आईडीएसपी के तहत आईसीएमआर को एनसीडी जोखिम कारकों की निगरानी सौंपी गई है। अध्ययन किए जाने वाले जोखिम कारकों में ऊंचाई, वजन, घेरा, शारीरिक निष्क्रियता, भोजन, जनसंख्या की सामाजिक रूपरेखा प्लाज्मा ग्लूकोज, कोलेस्ट्रॉल, शराब की खपत और धूम्रपान शामिल हैं। आंध्रप्रदेश, तमिलनाडु, केरल, महाराष्ट्र, मध्यप्रदेश, उत्तराखंड और मिजोरम में 2007-08 में सर्वे शुरू किया गया, जुलाई 2008 में पूरा हो गया।

मधुमेह निवारण और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय नियंत्रण कार्यक्रम सीवीडी और आघात की शुरुआत भारत सरकार ने की। कार्यक्रम के तहत जिला आधारित एनसीडी जोखिम कारक सर्वे की भी उसी तरीके के उपयोग से बनाई गई। विभाग ने तय किया है कि मधुमेह निवारण और नियंत्रण कार्यक्रम, सीवीडी, आघात अलग से सर्वे नहीं करेगा और आईडीएसपी सर्वे के परिणामों को कार्यक्रम में उपयोग किया जाएगा।

आईसीएमआर ने दूसरे चरण के सर्वे की तैयारी शुरू कर दी है।

शहरी निगरानी

शहरी निगरानी दिल्ली में राज्य आईडीएसपी का अंश है। मुंबई, कोलकाता और चेन्नई में शहरी निगरानी की योजना विकसित की गई है। कोलकाता में कार्यक्रम शुरू है, आंशिक रिपोर्टिंग शुरू हो गई है मुंबई

ने समझौते पर हस्ताक्षर कर लिया है, शेष अंतरण आयोजित की जा रही है (सोसायटी पंजीयन अभी नहीं हुआ है) चेन्नई शहरी निगरानी के लिए समझौता करने वाला है। ऐआईडी अस्पताल परियोजना के अंतर्गत 4 शहरों और बेंगलूरु, अहमदाबाद, और हैदराबाद को आईडी अस्पतालों से रिपोर्टिंग मजबूत करने के लिए धन दिया गया है।

पक्षी फ्लू निवारण और नियंत्रण

आईडीएसपी के तहत पक्षी फ्लू संबंधित कार्यक्रमों के लिए तीन वर्ष (2006-09) की खातिर 20.85 करोड़ रुपए मानव संघटक के लिए दिए गए हैं। 10 प्रयोगशालाओं और आईसीएमआर की चार शाखा प्रयोगशालाओं के साथ एक नेटवर्किंग माडल विकसित की गई है। यह एल 4 और एल 5 स्तर की रिफरेंस प्रयोगशालाओं का नेटवर्क होगा। इस संदर्भ में छह प्रयोगशालाओं से समझौते हो चुके हैं। इन प्रयोगशालाओं के लिए उपकरणों की खरीद प्रगति पर है।

मानव संसाधन

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय आईडीएसपी के तहत 766 तकनीकी सलाहकारों की नियुक्ति अनुबंध के आधार पर करने को तैयार हो गया है। इस प्रकार आईडीएसपी 646 संक्रामक रोग विज्ञानी (एक ही राज्य मुख्यालय और 611 जिला मुख्यालयों पर) 85 सूक्ष्मजीव विज्ञानी (एक ही राज्य मुख्यालय और पहचान किए गए 50 जिलों में जहां प्रयोगशालाओं को प्राथमिकता के आधार पर मजबूत किया जाएगा) 35 कीट विज्ञानी (एक हर राज्य मुख्यालय पर) ताकि रोग निगरानी और अनुक्रिया प्रणाली को मजबूत किया जा सके। वर्तमान में एनएचएसआरसी से भर्ती के पहले चरण पर समझौते का प्रारूप देने को कहा गया है।

निगरानी

संयुक्त सचिव (स्वास्थ्य) और आईडीएसपी के अतिरिक्त महानिदेशक और परियोजना निदेशक आईडीएसपी की प्रगति की साप्ताहिक समीक्षा कर रहे हैं। प्रगति की हर पखवाड़े समीक्षा विशेष सचिव (स्वास्थ्य) करते हैं। परियोजना की छमाही समीक्षा विश्व बैंक की टीम करती है। अंतिम समीक्षा जून 2008 में हुई थी। इसके अलावा विश्व बैंक के एक सलाहकार (डॉ. क्लेयर ब्रूम) ने आईडीएसपी की समीक्षा की। स्वस्थ स्पर्धा के लिए राज्यों को श्रेणी प्रदान की जाती है। 10-17 सितंबर 2007 में सीडीसी अटलांटा की 5 सदस्यीय टीम ने आईडीएसपी परियोजना की समीक्षा की।

वित्त

बजट अनुमान 2007-08 (योजना)	:	80 करोड़ रुपए
संशोधित बजट अनुमान	:	55 करोड़ रुपए
व्यय 31-3-08 तक	:	41.19 करोड़ रुपए

भारतीय दंत परिषद

भारतीय दंत परिषद एक विधायी संस्था है, जिसकी स्थापना दंत चिकित्सक अधिनियम, 1948 के तहत की गई थी। इसका उद्देश्य देश में दंत शिक्षा, व्यवसाय और उसकी नीतियों का नियमन करना है। दंत

संस्थाओं में पर्याप्त शैक्षणिक सुविधाओं के आकलन के लिए परिषद समय-समय पर उनका निरीक्षण भी करती है। अभी देश में कुल 224 दंत कालेज काम कर रहे हैं। इनमें 2006-07 के सत्र में 16,930 छात्र बी.डी.एस. पाठ्यक्रमों में शिक्षा हासिल कर रहे हैं। 31 मई, 2006 तक पंजीकृत दंत चिकित्सकों की संख्या 78,578 थी।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम)

आशा

- छह लाख आशा के मुकाबले 481871 आशा का चयन (इसमें जनजातीय और पूर्वोत्तर की आशा भी शामिल हैं)
- गैर-आशा राज्यों ने (जनजातीय इलाकों के लिए आशा के अलावा) 147984 संपर्क कार्यकर्ताओं का चयन किया।
- 536057 आशा और संपर्क कार्यकर्ताओं को परिस्थिति अनुकूलन प्रशिक्षण दिया गया। इनमें से 224951 आशा को उपकरणों सहित तैनात किया गया है।

आधारभूत ढांचा

- देश के सभी उपकेंद्रों (1,46,000) को 10,000 रुपए की राशि प्रदान की गई है। 132279 उपकेंद्रों ने एएनएम और प्रधानों के संयुक्त खाते खोले हैं ताकि 10000 रुपए की राशि का उपयोग हो सके। 141178 उपकेंद्रों में कम से कम एक एएनएम है।
- 4045 सीएचसी में 2966 की पहचान आईपीएचएस के रूप में उन्नयन के लिए की गई और 2569 में सुविधा सर्वे पूरा हो चुका है।

रोगी कल्याण समितियां

- विभिन्न केंद्रों में 18447 से अधिक रोगी कल्याण समितियां स्थापित।

जनशक्ति

- कमी को पूरा करने के लिए राज्यों ने अनुबंध पर 8514 डॉक्टर और विशेषज्ञ, 28814 एएनएम, 11537 स्टाफ नर्स और 4380 चिकित्सा सहायकों की नियुक्ति की है।

प्रबंध सहायता

- 1071 से अधिक पेशेवरों (सीए/एमबीए) की राज्यों और 521 जिला स्तरीय कार्यक्रम प्रबंध इकाइयों (पीएमयू) और 2883 ब्लकों में एनआरएचएम की मदद के लिए नियुक्ति की गई।

सचल चिकित्सा ईकाइयां

- 318 जिलों के लिए हरेक में एक सचल चिकित्सा ईकाई के लिए राशि जारी की गई। राज्यों ने अपने धन से 200 सचल चिकित्सा ईकाइयों का प्रचालन किया है।

प्रतिरक्षण

- पोलियो प्रगति की गहन निगरानी - आशा की सेवा उपयोगी।

- 8 राज्यों के 36 जिलों में जेई टीकाकरण पूरा 2006-07 के दौरान 16.48 मिलियन बच्चों का प्रतिरक्षण। दिसंबर 2007 से बिहार के दो जिलों में टीकाकरण चल रहा है। 4 राज्यों के 11 जिलों में 2006 में जेई टीकाकरण किया गया। इन राज्यों ने नियमित प्रतिरक्षण में जेई टीका 1-2 आयु वर्ग में डीपीटी के बूस्टर खुराक से लगाने के लिए लागू किया है।
- पोलियो की घर-घर जांच और गहन निगरानी।
- देश के 7 राज्यों से नवजात में टेटनस उन्मूलन की घोषणा।
- राष्ट्रीय स्तर पर (एनएफएचएस-III) पूर्ण प्रतिरक्षण 43.5%।
- ईएजी और एनई राज्यों में त्वरित प्रतिरक्षण कार्यक्रम शुरू।

संस्थागत प्रसव

- जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) सभी राज्यों में लागू। 2006-07 में 27.61 लाख और 2007-08 में 53.13 महिलाओं ने इसका लाभ उठाया।

नवजात देखभाल

- इस वर्ष 142 जिलों में एकीकृत नवजात और बाल्यावस्था रोगों का एकीकृत प्रबंध।
- नवजात विज्ञानी फोरम की मदद से देशभर में नवजात देखभाल में 55519 स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों को प्रशिक्षण।
- घर में जन्मे नवजात की देखभाल के लिए डॉ. ए.भंग की सलाह से माड्यूल विकसित। घर में नवजात की देखभाल के लिए उत्तर प्रदेश, बिहार, उड़ीसा, राजस्थान और मध्यप्रदेश में आशा का प्रशिक्षण।

सम्मिलन

- विभिन्न राज्यों की आंगनवाड़ियों में 39.03 (2007-08) से अधिक मासिक स्वास्थ्य और पोषण दिवसों का आयोजन।
- राज्यों द्वारा 228413 ग्रामीण स्वास्थ्य और सफाई समितियों का गठन। इन्हें बीमारियां के प्रकोप से निपटने में लगाया जा रहा है।
- आईसीडीएस/पेयजल/सफाई/एनएसीओ/पीआरआई के सम्मिलन का आधारभूत कार्य पूरा।
- तमिलनाडु, पश्चिम बंगाल, कर्नाटक, आंध्र प्रदेश और पूर्वोत्तर राज्यों द्वारा स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम शुरू।

स्वास्थ्य कार्य योजनाएं

- 31 राज्यों में 2006-07 में 35 राज्यों में 2007-08 में और 35 राज्यों से 2008-09 में परियोजना क्रियान्वयन योजना (पीआईसी) की एनआरएचएम में समीक्षा की गई और वर्ष 2007-08 के लिए राशि जारी की गई है।
- 509 जिलों के लिए एकीकृत जिला स्वास्थ्य कार्य योजनाएं (डीएचएपी) को अंतिम रूप दिया गया।

आयुष को मुख्यधारा में लाना

- आयुष को मुख्यधारा में लाने का काम राज्यों में शुरू। आयुष की प्रैक्टिस करने वालों 3783 को पीएचसी में स्थान दिया गया। आयुष राज्य स्वास्थ्य मिशन/सोसायटी के सदस्य।

प्रशिक्षण

- संवेदनाहरण, दक्ष प्रसव सेवा (एसबीए) में प्रशिक्षण एमओ/एएनएम के लिए प्रशिक्षण शुरू किया गया। एएनएम/एलएमबी/एमओ के लिए एकीकृत दक्षता विकास प्रशिक्षण, एमओ के लिए आयात प्रसव विज्ञान देखभाल, बिना चीरे की नसबंदी (एनएसबी) सीएमओ के लिए व्यावसायिक विकास कार्यक्रम पूरी तेजी से चल रहे हैं।
- सभी राज्यों में एएनएम स्कूलों का उन्नयन।
- नए नर्सिंग स्कूल शुरू किए गए।

मातृ एनजीओ

- अब तक नियुक्त 340 जिलों के लिए 332 मातृ एनजीओ आशा प्रशिक्षण और अन्य कार्यक्रमों में शामिल हैं।

स्वास्थ्य संसाधन केंद्र

- राष्ट्रीय स्तर पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र (एनएचएसआरसी) स्थापित
- क्षेत्रीय संसाधन केंद्र पूर्वोत्तर में स्थापित।

निगरानी और मूल्यांकन

- आठ राज्यों में यूएनएफपीए/यूनीसेफ/जीटीजेड द्वार आशा/जेएसवाई का स्वतंत्र मूल्यांकन।
- प्रतिरक्षण का यूनीसेफ द्वारा मूल्यांकन।
- इंस्टीट्यूट ऑफ पब्लिक आडिटर्स आफ इंडिया द्वारा स्वतंत्र निगरानी।
- सामुदायिक निगरानी का आधारभूत कार्य पूरा।

सर्वे

- एनएफएचएस-III और डीएलएचएस-II पूरा।

वित्तीय प्रबंधन

- मंत्रालय में एनआरएचएम के अंतर्गत वित्तीय प्रबंधन समूह का गठन।
- मंत्रालय के लिए 2005-06 के दौरान कुल 6731.16 करोड़ रुपये के आवंटन का 5862.57 करोड़ रुपये एनएचआरएम के हिस्से के रूप में जारी किए गए।
- एनएचआरएम कार्यक्रमों के लिए 9065 करोड़ रुपये की आरई के मुकाबले 2006-07 में 7361.08 करोड़ रुपये जारी किए गए।
- वित्त वर्ष 2007-08 में मंत्रालय के लिए 11010 करोड़ रुपये के कुल आवंटन का 10189.03 करोड़ रुपये एनआरएचएम के अंश के रूप में जारी किए गए।

सूचक	स्रोत और वर्ष	राष्ट्रीय स्थिति
1. बाल मृत्यु दर	नमूना पंजीकरण प्रणाली आरजीआई कार्यालय 2004	देश में 58, केरल में सबसे कम 12 और मध्य प्रदेश में सबसे अधिक 79
2. मातृ मृत्यु दर	नमूना पंजीकरण प्रणाली 2003	देश में 301, केरल में सबसे कम 110 और उत्तर प्रदेश और उत्तराखंड में सबसे अधिक 517 (2001-03)
3. अस्पताल में भर्ती बिना सरकारी स्रोत से इलाज	राष्ट्रीय नमूना सर्वे 60वां दौर 2004	देश में 22%, बिहार में सबसे कम 5% और हिमाचल के प्रदेश में सबसे अधिक 68%
4. सार्वजनिक अस्पतालों में अंतरंग रोगी इलाज	राष्ट्रीय नमूना सर्वे 60वां दौर 2004	देश में 41.7%, बिहार में सबसे कम 14.4% और जम्मू और कश्मीर में सबसे अधिक 91.30%
5. अस्पताल में ही भर्ती पर औसत व्यय	राष्ट्रीय नमूना सर्वे 60वां दौर 2004	सरकारी अस्पतालों में 3238 रुपए की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों के निजी अस्पताल में 7408 रुपए।
6. स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थिति	डीएलएचएस और आईआईपीएस द्वारा समन्वित सर्वे	आवश्यक वस्तुओं का कम से कम 60 प्रतिशत अगर पर्याप्त माना जाए तो केवल 76% एफआरयू और 63% सीएचसी में पर्याप्त ढांचा है, 61% एफआरयू और 46% सीएचसी में पर्याप्त उपकरण हैं, 32% एफआरयू और 24% सीएचसी में पर्याप्त आपूर्ति होती है और 37% एफआरयू और 14% सीएचसी में पर्याप्त स्टाफ है। सर्वे से पहले तीन महीने के दौरान 58% पीएचसी में प्रसव कराया गया, 6% में एमटीबी, 22% में नवजात शिशु की देखभाल, 65% में आईयूडी लगाया गया तथा 41% में बंध्याकरण किया गया। अगर तमिलनाडु, महाराष्ट्र और केरल में 90% से अधिक पीएचसी में पर्याप्त कर्मचारी हैं तो उड़ीसा, पश्चिम बंगाल और बिहार में यह 20 प्रतिशत से भी कम है।
7. बच्चों और महिलाओं में एनीमिया	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे 2005-06	6-35 माह के 79.1% बच्चों को एनीमिया है 15-49 आयुवर्ग की विवाहित महिलाओं को भी एनीमिया है।
8. प्रतिरक्षण	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे 2005-06	केवल 43.5% बच्चे पूरी तरह प्रतिरक्षित हैं।
9. संस्थागत जन्म, 3 प्रसव पूर्व निरीक्षण और प्रसव बाद निरीक्षण	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे 2005-06	संस्थाओं में 40.7% प्रसव, 50.7% 3 प्रसव पूर्व निरीक्षण, 36.4% प्रसव बाद निरीक्षण
10. बाल रुग्णता	तमिलनाडु, हिमाचल	32% बच्चों को बुखार, 21% को अतिसार, 17%

प्रदेश, महाराष्ट्र, को लगातार खांसी, 11% को अत्यधिक दुर्बलता,
राजस्थान, छत्तीसगढ़ 5% को चर्म ददोरा, 2% को आंख में संक्रमण।
और उत्तर प्रदेश में 50% बच्चों को कोई न कोई समस्या थी।
फोकस सर्वे-2004

अब तक की प्रगति

4. एनआरएचएम को अभी दो वर्ष भी नहीं हुए लेकिन राज्यों के साथ भागीदारी से स्वास्थ्य क्षेत्र में कुछ महत्वपूर्ण उपलब्धियां हुई हैं। नीचे दी गई तालिका में इस अवधि के दौरान की उपलब्धियों और राज्यों से इस बारे में प्राप्त तथ्य प्रदर्शित हैं।

सुधार के क्षेत्र	राज्यों से
1. बाह्य रोगी मामले	राज्यों से मिली रिपोर्टों में महत्वपूर्ण सुधार के संकेत मिलते हैं। बिहार में हर महीने प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में जानेवाले रोगियों की औसत संख्या जनवरी 2006 में 39 से बढ़कर अगस्त 2006 में 3015 हो गई। पंजाब में पीआरआई के तहत 1510 सहायक केंद्रों के माध्यम से वैकल्पिक स्वास्थ्य सेवा के कारण बाह्य रोगी के मामले जून से अक्टूबर 2006 के बीच 290% बढ़ गई। मोतियाबिंद आपरेशन के मामले में 39.6% बढ़ोतरी हुई, क्षयरोग का पता लगाने में 11.8% बढ़ोतरी तथा स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत जांच किए गए छात्रों की संख्या 25.1% बढ़ने की रिपोर्ट है। गुजरात में बाह्य रोगी मामले एक वर्ष में 33.6 लाख से बढ़कर अब तक 24.92 लाख से अधिक हो गए हैं।
2. स्वास्थ्य केंद्रों में प्रसव	राज्यों से प्राप्त रिपोर्टों के अनुसार जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत वित्तीय सहायता मिलने से स्वास्थ्य केंद्रों में होने वाले प्रसवों की संख्या काफी बढ़ी है। पिछले वर्ष जसुयो के 6 लाख मामलों की तुलना में इस वर्ष अभी तक यह संख्या 21 लाख से अधिक हो गई है। मध्य प्रदेश के 50 ब्लॉकों के 1152 पीएचसी में धनवंतरि योजना के तहत होनेवाले प्रसवों की संख्या 100% से अधिक बढ़ी (26% से 53%) है। उड़ीसा के केबीके क्षेत्र के मलकानगिरी और कोरापुर जिलों के 3 सीएचसी के आंकड़ों के अनुसार प्रसवों की संख्या क्रमशः 88 से 149, 59 से 120 और 97 से 169 हो गई है। हरियाणा में नई योजना के कारण प्रसवों की संख्या 2004-05 के 28% से बढ़कर 2005-06 में 43.60% हो गई।
3. दवाओं की उपलब्धता	राज्यों ने दवाओं की खरीद के लिए बहुत प्रभावी व्यवस्था की है। एनआरएचएम ने तमिलनाडु औषधि आपूर्ति निगम की सफलता को देखते हुए विकेंद्रीकृत दवा खरीद पर जोर दिया। मिशन के तहत राज्यों को दवाओं की खरीद के लिए धनराशि जारी की गई। बिहार ने भी आवश्यक दवाओं की सूची में शामिल दवाओं की खरीद के लिए बहुत प्रभावी और कुशल व्यवस्था की है। उत्तर प्रदेश और झारखंड ने बाह्य रोगियों के लिए प्रति व्यक्ति आवंटन संशोधित किया जिससे स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों पर दवाओं की उपलब्धता बेहतर हुई है। असम जैसे पूर्वोत्तर के राज्य टीएनएमएससी से दवाएं खरीद रहे हैं।

4. प्रतिरक्षण प्रतिरक्षण में सुधार का दायरा बढ़ाने के लिए जहां आवश्यक हो वैकल्पिक टीके की उपलब्धता को बढ़ावा, प्रतिरक्षण सत्रों में प्रोत्साहन प्रदान कराना, झारखंड जैसे दौरे शुरू करने जैसे गंभीर प्रयास किए गए। यूनिसेफ के हाल ही के मूल्यांकन में उत्तर प्रदेश, बिहार और झारखंड में स्थिति सुधरी है। आंगनवाड़ी केंद्रों में मासिक स्वास्थ्य दिवसों का आयोजन किए जाने से नियमित प्रतिरक्षण को बढ़ावा मिला है।
5. मासिक स्वास्थ्य दिवस 45 लाख से अधिक मासिक स्वास्थ्य दिवसों का आयोजन आंगनवाड़ी केंद्रों में किए जाने से एएनसी, पीएनसी प्रतिरक्षण, मौलिक औषधियों की उपलब्धता आदि को बढ़ावा मिला है। एएनएम एडब्लूडब्लू की मौजूदगी में सफल मासिक दिवसों की रिपोर्ट त्रिपुरा, उड़ीसा, मध्य प्रदेश, राजस्थान, छत्तीसगढ़ आदि सहित सभी राज्यों से मिल रही है। उड़ीसा मासिक दिवसों का उपयोग मलेरिया प्रभावित क्षेत्रों में करता है। हर गांव में ग्राम स्वास्थ्य और सफाई समितियों के गठन से सार्वजनिक स्वास्थ्य उपायों पर इन मासिक स्वास्थ्य दिवसों पर विशेष ध्यान दिया जाएगा।
6. रेजिडेंट सामुदायिक कार्यकर्ता/व्यावहारिक उपकेंद्र 4.5 लाख से अधिक आशा, सामुदायिक कार्यकर्ता संपर्क कार्यकर्ताओं को चुना गया है और चयन के विभिन्न चरणों में हैं। ये प्रतिरक्षण और अन्य स्वास्थ्य सेवा चाहने वाले, जेएसवाई, सार्वजनिक स्वास्थ्य उपायों, पोषण और स्वास्थ्य शिक्षा और परिवार के व्यवहारों के बारे में सामुदायिक लामबंदी में प्रमुख भूमिका निभा रहे हैं।
जरूरत होने पर अनुबंध पर एएनएम की नियुक्ति और वार्षिक दस हजार रुपए के खुले अनुदान से लगभग सभी 1,44,988 उपकेंद्रों को व्यावहारिक बना दिया गया है। उपकेंद्रों ने धनराशि से रक्तचाप उपकरण, तौलने की मशीन, परीक्षण मेज की मरम्मत और उपकेंद्र की सफाई आदि आवश्यक चीजें खरीदी हैं। अनुदान के कारण इन उपकेंद्रों में बच्चे भी जन्म लेने लगे हैं। 7877 उपकेंद्रों में दूसरा एएनएम लागू है।
7. दो अतिरिक्त नर्सों दो अतिरिक्त नर्सों के साथ 2297 पीएचसी को 24x7 का बना दिया गया सहित 24x7 के है। इनमें 780 तो केवल तमिलनाडु में 24x7 के बनाए गए।
पीएचसी
8. सीएचसी/उप जिला/जिला अस्पतालों से सेवा के लिए सामुदायिक दबाव जेएसवाई के अंतर्गत वित्तीय सहायता, और आशा/ सामुदायिक कर्मचारी सभी राज्यों में सीएचसी/उपजिला और जिला अस्पतालों पर सेवा के लिए दबाव बना रहे हैं। सामुदायिक दबाव स्वास्थ्य सुविधाओं पर प्रदर्शन में सुधार के लिए दबाव बना रहा है। सभी 3910 सीएचसी को भारतीय स्वास्थ्य मानकों की ओर बढ़ने के लिए बीस लाख रुपए पहली किस्त के रूप में जारी किए जा चुके हैं। 2101 सीएचसी ने मानकों के अनुरूप खाई भरने के लिए सर्वे करवाया है। सभी 22669 पीएचसी को आरकेएस की देखरेख में इस्तेमाल करने के लिए 50,000 रुपए वार्षिक रखरखाव अनुदान और 25000 रुपए मुक्त अनुदान के रूप में दिए गए हैं। कुछ सुविधाओं का काम पूरा हो गया है और कुछ में चल रहा है।

9. रोगी कल्याण समितियां देश में 13000 से अधिक रोगी कल्याण समितियां, अस्पताल विकास समितियां गठित की गई हैं। लगभग सभी जिला/उपजिला अस्पतालों और सीएचसी ने अपना बैंक खाता खोल लिया है। पीएचसी भी ऐसा करने की प्रक्रिया में है। पांच लाख रूपए जिला अस्पताल आरकेएस को और एक लाख रूपए उप जिला सीएचसी पीएचसी अस्पतालों केंद्रों को दिए गए हैं। इनसे अस्पतालों के कामकाज को अधिक जवाबदेह, पारदर्शी और आवश्यकता आधारित होने की उम्मीद है।
10. एमएमयू के माध्यम से पहुंच का दायरा बढ़ा राज्यों में 129 सचल मेडिकल यूनिटों (एमएमयू) को अपने संसाधनों/ एन आरएचएम से चालू कर दिया है। एनआरएचएम ने 314 जिलों के लिए एमएमयू की स्वीकृति दी है। जिनके इस वित्तीय वर्ष में चालू हो जाने की उम्मीद है। कई राज्यों में इन कार्यक्रमों में एनजीओ शामिल हैं। गुजरात, आंध्र प्रदेश, पश्चिम बंगाल, उड़ीसा ने सचल यूनिटों की पहुंच दूरदराज के क्षेत्रों में पहुंचाने के लिए प्रभावी प्रणाली स्थापित की है।
11. गैर सरकारी सेवा प्रदाताओं के साथ भागीदारी हर राज्य में गैर सरकारी संगठनों के साथ लाभकारी भागीदारी के प्रयास किए गए हैं। वीएचएआई और करुणा ट्रस्ट जैसे प्रसिद्ध एनजीओ ने अरुणाचल प्रदेश के दूरदराज के इलाकों में पीएचसी को चलाने की जिम्मेदारी ली है। गैर-सरकारी विशेषज्ञों को सरकारी अस्पतालों में प्रति मामले के आधार पर भुगतान किया जा रहा है। गुजरात के पांच जनजातीय जिलों में चिरंजीवी योजना के अंतर्गत गरीबी की रेखा से नीचे (बीपीएल) महिलाएं स्त्री रोग विशेषज्ञों के निजी नर्सिंग होम में बच्चों को जन्म दे रही हैं और उसका खर्च सरकार उठा रही रही है। आशा और सामुदायिक कर्मियों को क्षमता निर्माण प्रयासों में हर राज्य में एनजीओ महत्वपूर्ण भूमिका निभा रहे हैं। 2277 गैर-सरकारी प्रदाताओं को जननी सुरक्षा योजना के तहत मान्यता प्रदान की गई है।
12. क्षमता निर्माण कार्यक्रम, वित्त और आंकड़ा प्रबंधन पेशे से जुड़े 1200 से अधिक लोग जिला और राज्य स्तर पर इस प्रणाली में शामिल हो चुके हैं। कुछ राज्यों में कुछ लोग ब्लॉक स्वास्थ्य प्रबंधक के रूप में शामिल हो रहे हैं। कुशल लोगों के शामिल होने से कार्यक्रम प्रबंधन, निगरानी और मूल्यांकन वित्तीय रिपोर्टिंग और रिकार्ड रखने में सुधार हुआ है।
- नवजात और बाल रोग प्रबंधन के लिए आईएमएनसीआई प्रशिक्षण 25 से अधिक राज्यों में शुरू हो चुका है। एमओ और एएनएम को जन्म परिचारक प्रशिक्षण, एमओ को आपात प्रसव देखभाल के लिए एनेस्थेसिया, और प्रसव देखरेख प्रशिक्षण, प्रोफेशनल विकसित कार्यक्रम और एनआरएचएम की राज्य स्तर की टीम के लिए जिला नियोजन और मूल्यांकन कार्यक्रम बढ़े पैमाने पर शुरू किए गए हैं।
13. विकेंद्रीकृत नियोजन और जिला स्वास्थ्य विकेंद्रीकृत नियोजन की प्रक्रिया पूरे देशभर में शुरू हो चुकी है। मध्य प्रदेश और छत्तीसगढ़ के हर जिले में जिला नियोजन प्रक्रिया पूरी हो चुकी है। अन्य राज्य भी जिला नियोजन में काफी आगे हैं। हर जिले को

- कार्य योजनाओं का मूल्यांकन विकेंद्रीकृत नियोजन के लिए दस लाख रुपए का अनुदान दिया गया था। सभी 606 जिलों ने मार्च 2007 में यह प्रक्रिया पूरी कर ली। जिला स्वास्थ्य कार्ययोजनाओं को हर स्तर पर समुदायों और स्वास्थ्य अधिकारियों से सलाह मशविरे से तैयार किया गया है। छत्तीसगढ़ ने हर पंचायत में मानव विकास सूचकांक विकसित करने और उसी मानव विकास रैंकिंग के आधार पर पंचायतों को पुरस्कृत करने का नया अभ्यास शुरू किया है।
14. प्रभावी निगरानी और मूल्यांकन एनआरएचएम ने निगरानी और मूल्यांकन की प्रभावी व्यवस्था बनाई है। एस सी और एसटी जैसे कमजोर समूहों के संबंध में कामकाज के बारे में जानकारी देनेवाले विस्तृत एमआईएस चालू किए गए हैं। राज्यों से गतिविधिवार रिपोर्टों के साथ एक वित्तीय प्रबंधन रिपोर्टिंग प्रणाली सक्रिय हो गई है। एनजीओ के साथ भागीदारी से समुदाय निगरानी की पॉइलट पटल की जा रही है। भारतीय सार्वजनिक लेखा-परीक्षा संस्थान ने पांच राज्यों (बिहार, उत्तर प्रदेश, असम, तमिलनाडु और केरल) में जांच का काम शुरू कर दिया है। यूएनएफपीए/यूनिसेफ की सहायता से आशा कार्यक्रम का मूल्यांकन शुरू हो गया है। राज्यों के कामकाज का स्वतंत्र मूल्यांकन उत्कृष्ट संस्थानों से कराने की प्रक्रिया अंतिम चरण में है। क्षेत्र आधारित संयुक्त समीक्षा प्रणाली आरसीएच II के लिए है जो एनआरएचएम के प्रमुख क्षेत्रों को भी देखता है। इस तरह की तीन समीक्षाएं हो चुकी हैं।

अब और आगे

5. प्रगति तालिका से जैसा स्पष्ट है कि पिछले दो वर्षों में राज्यों के साथ भागीदारी में बहुत कुछ हासिल किया गया है। यह ऐसा क्षेत्र है जिसमें एक साथ कई मोर्चों पर कार्रवाई की आवश्यकता है। ग्रामीण स्वास्थ्य और सफाई समितियां, रोगी कल्याण समितियां और पंचायती राज संस्थान समितियां स्वास्थ्य के सभी निर्धारकों पर सामूहिक कार्यवाई का दुर्लभ अवसर प्रदान कर रही हैं। स्थानीय निवासियों की प्रत्यापित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की सेना का शक्तिशाली स्वास्थ्य प्रणाली से संपर्क सार्वजनिक क्षेत्र की स्वास्थ्य प्रणाली पर बेहतर सेवा प्रदान करने के लिए ज्यादा दबाव डालेगी। गैर-सरकारी प्रदाताओं के साथ आवश्यकता आधारित पारदर्शी भागीदारी से मजबूत प्रणाली का परिवार कल्याण, रोग निगरानी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों आदि पर सकारात्मक प्रभाव पड़ेगा। आवश्यकतानुसार मानव संसाधन का उपयोग और हर स्तर पर प्रोत्साहन की व्यवस्था से स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने की नई प्रणाली बनाने में मदद मिलेगी। पिछले दो वर्षों के अनुभव ने हमें यह विश्वास दिया है कि हम सही रास्ते पर हैं और जरूरत है क्षमता निर्माण के सामूहिक प्रयास के साथ संस्थागत सुधारों और विकेंद्रीकरण की। राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र की स्थापना इस दिशा में एक कदम है। पूर्वोत्तर क्षेत्रीय संसाधन केंद्र पूर्वोत्तर के आठ राज्यों में आवश्यकता आधारित कार्यक्रम विकसित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभा रहा है।

प्रशिक्षण विभाग

समुदाय को अच्छी सेवा इस बात पर निर्भर करती है कि स्वास्थ्य कर्मचारी अपने दायित्व का निर्वाह किस प्रकार करते हैं, जो मुख्यतया उनकी शिक्षा और प्रशिक्षण पर निर्भर करता है। परिवार कल्याण

विभाग ने पंचवर्षीय योजनाओं की शुरुआत से ही स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा प्रभावी और सक्षम स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में प्रशिक्षण के महत्व को स्वीकार किया है।

सेवा पूर्व और सेवा के दौरान विभिन्न वर्गों के स्वास्थ्य कर्मियों को विभिन्न योजनाओं/गतिविधियों के माध्यम से प्रशिक्षण दिया जाता है।

1. एनआरएचएम के अंतर्गत आशा का प्रशिक्षण

भारत सरकार ने आम लोगों खासकर गरीब महिलाओं और बच्चों को अच्छी प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने के उद्देश्य से 2005 में एनआरएचएम की शुरुआत की। इस मिशन के अंतर्गत प्रत्यापित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा एक महत्वपूर्ण कदम है।

आशा के अंतर्गत प्रशिक्षित महिला सामुदायिक स्वास्थ्य वालंटियर सार्वजनिक प्रतिरक्षण, सुरक्षित प्रसव, नवजात देखभाल, जलजनित और संचारी रोगों के निवारण, पोषण सुधार और घरेलू शौचालयों को बढ़ावा देने के सामुदायिक कार्रवाई को मजबूती प्रदान करती हैं।

आशा का क्षमता निर्माण उसकी प्रभावोत्पादकता बढ़ाने में महत्वपूर्ण है और यह एक निरंतर प्रक्रिया है। आशा का शुरुआती प्रशिक्षण 12 महीनों में पांच दौरों और 23 दिन में पूरा होता है। हर दूसरे महीने दो दिन का पुनर्प्रशिक्षण होता है। 18 उच्च फोकस वाले राज्यों में 265024 प्रशिक्षित आशा हैं। यह योजना शुरू में एनआरएचएम के अंतर्गत उच्च फोकस वाले केवल 10 राज्यों उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड, बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, उड़ीसा, राजस्थान, असम और जम्मू और कश्मीर में शुरू की गई, जिसे पूर्वोत्तर के राज्यों और अन्य राज्यों के जनजातीय क्षेत्रों में भी लागू कर दिया गया। देश के अन्य राज्यों की सरकारें आरसीएच-II के अंतर्गत परियोजना क्रियान्वयन योजना (पीआईपी) में संपर्क कार्यकर्ता (आशा के समान) को अपना सकती हैं। आशा के चयन और प्रशिक्षण में 30 अप्रैल, 2007 तक की प्रगति निम्न तालिका में दी गई है :

क्षेत्र	मिशन अवधि के लिए प्रस्तावित आशा	चुनी गई आशा की संख्या	05-06	चुनी गई आशा की संख्या	06-07	कुल चुनी गई	कुल प्रशिक्षित
10 उच्च फोकस राज्यों में	406530	119983	252249	356610	249859		
पूर्वोत्तर के उच्च फोकस राज्यों में	46979	9058	24871	33929	15165		
अन्य राज्यों के जनजातीय क्षेत्रों में	21643	0	0	0	0		
अन्य क्षेत्रों के संपर्क कार्यकर्ता	116934	0	91013	910113	81275		
योग	592086	129041	368133	481552	346299		

2. एनएम/एलएचवी के मौलिक प्रशिक्षण की केंद्र प्रायोजित योजना

एनएम/एलएचवी ग्रामीण क्षेत्रों में परिवार कल्याण सेवाओं में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं, इसलिए इन्हें उचित प्रशिक्षण देना जरूरी है ताकि ग्रामीण जनसंख्या को अच्छी सेवाएं मिल सकें। परिवार कल्याण विभाग इसके लिए राज्यों को 336 एनएम/बहुदेशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला) स्कूलों और 42 एलएचवी/स्वास्थ्य सहायक (महिला) प्रोत्साहन प्रशिक्षण स्कूलों को चलाने के लिए वित्तीय सहायता देता है। इन स्कूलों की प्रवेश क्षमता क्रमशः 13,000 और 2600 है।

ये प्रशिक्षण संस्थान आवश्यक संख्या में एएनएम और एलएचवी को सेवा-पूर्व प्रशिक्षण प्रदान करते हैं ताकि देश के उप केंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, ग्रामीण परिवार कल्याण केंद्रों और स्वास्थ्य चौकियों में उनकी तैनाती की जा सके। एएनएम की प्रशिक्षण अवधि डेढ़ साल और प्रवेश की न्यूनतम योग्यता 10वीं कक्षा उत्तीर्ण होना है। पांच वर्ष के अनुभव वाले वरिष्ठ एएनएम को छह महीने का प्रोत्साहन प्रशिक्षण दिया जाता है ताकि वे एलएचवी/स्वास्थ्य सहायक (महिला) बन सकें।

स्कूल में स्टाफ की संख्या छात्रों की वार्षिक प्रवेश क्षमता पर निर्भर करती है। विभाग ने 7 फरवरी, 2001 से वित्तीय सहायता की पद्धति में परिवर्तन कर दिया है। वेतन के अलावा प्रशिक्षार्थियों को भत्ता, आपात खर्च और किराए की इमारत में चलनेवाले स्कूलों का किराया विभाग द्वारा दिया जाता है।

3. बहुदेशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला) के बुनियादी प्रशिक्षण के लिए केंद्र प्रायोजित योजना

बहुदेशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला) के बुनियादी प्रशिक्षण योजना छठी योजना में स्वीकार की गई और शत प्रतिशत केंद्र प्रायोजित योजना के रूप में 1984 में शुरू की गई। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्रों और बहुदेशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष) के बुनियादी प्रशिक्षण स्कूलों द्वारा सेवापूर्व प्रशिक्षण प्रदान किया जाता है। एक वर्ष का प्रशिक्षण पूरा होने पर पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता को एएनएम स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला) के साथ उप केंद्रों में तैनात किया जाता है।

इसके लिए वित्तीय सहायता की पद्धति 7 फरवरी, 2001 से संशोधित की गई है। सभी आवश्यक खर्च सरकार उठाती है।

4. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्रों का रखरखाव

परिवार नियोजन कार्यक्रम की गुणवत्ता और क्षमता में सुधार तथा स्वास्थ्य सेवा में लगे कर्मियों के रवैए के परिवर्तन के लिए सेवा के दौरान प्रशिक्षण प्रदान करने के उद्देश्य से देश में 47 स्वास्थ्य और परिवार कल्याण केंद्रों की स्थापना की गई। इन प्रशिक्षण केंद्रों को केंद्र प्रायोजित स्वास्थ्य और परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र रखरखाव योजना के तहत सहायता दी जाती है। ये प्रशिक्षण केंद्र अब परिवार कल्याण विभाग सेवा के दौरान प्रशिक्षण कार्यक्रमों का संचालन कर रहे हैं। इसके अलावा कुछ चुनिंदा केंद्र पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के लिए एक वर्ष का पाठ्यक्रम भी चलाते हैं। वेतन के अलावा सभी आवश्यक खर्च विभाग उठाता है।

5. बुनियादी प्रशिक्षण स्कूलों (बेसिक ट्रेनिंग स्कूल) को मजबूत बनाना

यह योजना 10वीं आयोजना में 10 करोड़ रुपए के आवंटन से शुरू की गई है। बुनियादी प्रशिक्षण स्कूलों को मजबूत बनाने की योजना का मुख्य उद्देश्य एएनएम/एलएचवी प्रशिक्षण स्कूलों को अधिकतम 21.5 लाख रुपए की सहायता मरम्मत, इमारत को बढ़िया बनाने, छात्रावास, फर्नीचर, उपकरण और पुस्तकें/एवी एड्स के लिए दी जाती है।

वर्ष 2005-06 के दौरान चार राज्यों मिजोरम, तमिलनाडु, उड़ीसा और नगालैंड को 13 एएनएम

प्रशिक्षण स्कूलों को मजबूत बनाने के लिए 203.60 लाख रुपए दिए गए और वर्ष 2006-07 में केरल, कर्नाटक, गोवा और असम को 12 एएनएम प्रशिक्षण स्कूलों के लिए 207.89 लाख रुपए जारी किए गए।

6. प्रजनन और बाल स्वास्थ्य प्रशिक्षण कार्यक्रम के अंतर्गत प्रशिक्षण

आरसीएच के दूसरे चरण में परिवार कल्याण सेवा से संबद्ध लोगों को सेवा के दौरान प्रशिक्षण के लिए विकेंद्रीकृत दृष्टिकोण अपनाया गया है। राज्यों से परियोजना क्रियान्वयन योजना (पीआईपी) के अंतर्गत विभिन्न कार्यक्रम तथा प्रशिक्षण आवश्यकताओं और स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के आरसीएच फ्लेक्सी पूल से जारी राशि की जरूरतों के बारे बताने को कहा गया है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण राष्ट्रीय संस्थान को 20 सहयोगी प्रशिक्षण संस्थानों के साथ एनआरएचएम और आरसीएच II के अंतर्गत प्रशिक्षण के लिए नोडल संस्थान बनाया गया है। राष्ट्रीय संस्थान को केंद्र संचालित कुछ प्रशिक्षण कार्यक्रम के आयोजन और देश भर में एनआरएचएम/आरसीएच प्रशिक्षण गतिविधियों पर सहयोगी प्रशिक्षण संस्थानों की सहायता से निगरानी की जिम्मेदारी सौंपी गई है।

7. प्रोफेशनल डेवलपमेंट कोर्स (पीडीसी)

प्रबंधन, सार्वजनिक स्वास्थ्य और स्वास्थ्य क्षेत्र सुधारों के बारे में जिला चिकित्सा अधिकारियों के लिए प्रोफेशनल डेवलपमेंट पाठ्यक्रम एसआईपी के अंतर्गत वित्तीय मदद से यूरोपीय आयोग के सहयोग से लागू किया गया। लेकिन एसआईपी के समाप्त होने पर इस पाठ्यक्रम को आरसीएच II के अंतर्गत केंद्र द्वारा संचालित प्रशिक्षण कार्यक्रम बना दिया गया। सीसीएच एंड एफ डब्ल्यू की सिफारिश के बाद सीएमओ/सिविल सर्जन के रूप में प्रोन्नति के लिये इसे पूर्व आवश्यकता मान लिया गया। इसकी प्रासंगिकता और महत्व को देखते हुए यह पाठ्यक्रम पूरे देश में 13 चिह्नित प्रशिक्षण संस्थानों द्वारा चलाया जाता है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने स्वास्थ्य और परिवार कल्याण राष्ट्रीय संस्थान को राष्ट्रीय नोडल प्रशिक्षण संस्थान बना दिया है। 2006-07 के दौरान 264 जिला स्तर के चिकित्सा अधिकारियों को 15 बैचों में प्रशिक्षण दिया गया जिससे 2 अप्रैल, 2007 तक प्रशिक्षितों की संख्या 729 हो गई है।

8. ग्रामीण स्वास्थ्य और परिवार कल्याण ट्रस्ट का गांधीग्राम संस्थान (जीआईआर एचएफडब्लूटी)

फोर्ड फाउंडेशन की वित्तीय सहायता, भारत सरकार और तमिलनाडु सरकार द्वारा 1964 में इसकी स्थापना की गई थी। गांधीग्राम संस्थान में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण प्रशिक्षण केंद्र देश के 47 केंद्रों में से एक है। संस्थान में प्रशिक्षण केंद्र केंद्रीय प्रशिक्षण संस्थान के रूप में कार्य करता है। यह संस्थान प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, निगमों/नगरपालिकाओं और तमिलनाडु एकीकृत पोषण परियोजना में कार्यरत स्वास्थ्य कर्मियों को प्रशिक्षण देता है। प्रशिक्षण कार्यक्रमों में ओरिएंटेशन प्रशिक्षण, पुनश्चर्या प्रशिक्षण, विभिन्न वर्गों के स्वास्थ्य कर्मियों को स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के विभिन्न विषयों में दक्षता प्रदान करना, जो तमिलनाडु डॉ. एम.जी.आर. मेडिकल विश्वविद्यालय से संबद्ध है।

गांधीग्राम संस्थान एनएम, स्टाफ नर्सों और नर्सिंग कालेज के छात्रों की क्षमता उन्नयन में क्षेत्रीय

स्वास्थ्य शिक्षक प्रशिक्षण संस्थान आरएचटीआईटी के माध्यम से लगा हुआ है। इसने 2005-06 में निम्नलिखित पाठ्यक्रमों का आयोजन किया:

1. नर्सिंग शिक्षा और प्रशासन में डिप्लोमा : 13 छात्रों को 2004-05 और 7 को 2005-06 के दौरान प्रशिक्षित किया गया।
2. महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और सहायक नर्स/मिडवाइफ प्रोत्साहन पाठ्यक्रम : 18 छात्रों को 2004-05 और 30-30 को 2005-06 और 2006-07 में प्रशिक्षण दिया गया।
3. सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सिंग में अल्पावधि प्रशिक्षण : सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सिंग में कुल 943 में से 94 जीएनएम, 36 डीएनईए, 672 बीएससी, 41 एमएससी और 120 एनजीओ के लोगों को प्रशिक्षण प्रदान किया गया।

संस्थान बुनियादी स्तर के प्रोफेशनल को स्वास्थ्य शिक्षक बनाने के लिए एक वर्ष का डिप्लोमा पाठ्यक्रम 1964 से चला रहा है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन और प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम द्वितीय चरण के अंतर्गत मातृत्व स्वास्थ्य कार्यक्रम

1. एक लाख गर्भवती महिलाओं में 301 की मृत्यु का अनुपात देश में सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए चिंता का सबसे बड़ा कारण रहा है। इसका मतलब है कि हर वर्ष लगभग 77 हजार महिलाओं की मृत्यु गर्भावस्था और बच्चे के जन्म संबन्धी कारणों से होती है। मातृत्व मृत्यु अनुपात देश और अन्य बड़े राज्यों का परिशिष्ट-1 में है।
2. इसके मद्देनजर राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में मातृत्व मृत्यु अनुपात 2012 तक प्रतिलाख 100 से भी कम करने का लक्ष्य रखा गया है। इसके लिए कई विशेष कदम उठाए गए हैं। इनका क्रियान्वयन सभी राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों में 1992 से और बाद में प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के प्रथम और द्वितीय चरण में हो रहा है। इनमें आवश्यक प्रसव देखभाल, आपात प्रसव देखभाल, गरीब परिवारों की महिलाओं को नगद सहायता ताकि वे स्वास्थ्य केंद्र पर जाकर इलाज कराएं और गर्भावस्था की जटिलताओं से बच सकें, उप केंद्रों पीएचसी, एफआरयू में दवाओं और उपकरणों का प्रावधान, अनुबंधित स्टाफ का प्रावधान-एनेस्थेसिस्ट और स्त्री रोग विशेषज्ञों सहित अर्ध-चिकित्सकीय स्टाफ देना ताकि प्रसव, नवजात और बच्चों की देखभाल की सेवा उपलब्ध हो सके। राज्यों और केंद्र शासित प्रदेशों को चुनिंदा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में चौबीस घंटे प्रसव की सुविधा उपलब्ध कराने के लिए धनराशि दी गई। परम्परागत दाइयों के प्रशिक्षण पर ध्यान दिया गया। कमजोर/ईएजी राज्यों के सभी जिलों में कम उपयोग में आनेवाले प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों पर प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य शिविरों के आयोजन के लिए धनराशि प्रदान की गई ताकि लोगों की पहुंच बढ़ सके।
3. 593 जिलों में किए गए आरसीएच परिवार सर्वे और राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे (एनएफएचएस III (2005-06) के परिणामों से पता चलता है कि प्रसव पूर्व, संस्थागत सुरक्षित प्रसवों और जन्म-बाद के देखभाल में सुधार हुआ है। लेकिन सेवा प्रदान करने में कुछ कमियां रह गई हैं जो राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के लक्ष्यों की राह में रोड़े बन रही हैं। राज्यवार मुख्य मातृत्व स्वास्थ्य सूचक परिशिष्ट II में हैं।
4. प्रशिक्षण और सुरक्षित मातृत्व सहित अच्छी स्वास्थ्य सेवा का दायरा बढ़ाने के लिए पूरे देश में ग्रामीण जनसंख्या पर विशेष बल देने के लिए सरकार ने 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

शुरू किया। कमजोर सार्वजनिक स्वास्थ्य सूचकों और/या कमजोर ढांचे वाले 18 राज्यों की पहचान अधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्यों के रूप में की गई है। ये राज्य हैं अरुणाचल प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, जम्मू और कश्मीर, मणिपुर, मिजोरम, मेघालय, मध्य प्रदेश, नगालैंड, उड़ीसा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तराखंड और उत्तर प्रदेश। यह मिशन पांच वर्ष 2007-12 तक कार्य करेगा।

5. एनआरएचएम (2005-12) और आरसीएच II (2005-10) के अंतर्गत सरकार मातृत्व मृत्यु दर कम करने का लक्ष्य हासिल करने के लिए चार बड़े उपायों प्रसव के दौरान और नवजात की देखभाल जरूरी, हर जन्म पर दक्ष सहायक, जटिलताओं और अभिरेक्ष जरूरत वालों की आपात प्रसव देखभाल। इसके अलावा सुरक्षित गर्भपात और आरटीआई तथा एसटीआई के लिए सेवाएं।

6. प्रसव की देखभाल आवश्यक

इसमें प्रसवपूर्व, संस्थागत, सुरक्षित प्रसूति सेवाएं और जन्म बाद की देखभाल शामिल है। समय पर और जल्दी आपातस्थिति का पता लगाने के लिए प्रसव पूर्व तीन जांच की जाएं और महिला को प्रसव संबंधी देखभाल की हर सुविधा दी जाए। सरकार ने सभी राज्यों और केंद्र शासित प्रदेशों को इन सेवाओं पर विशेष ध्यान और निगरानी रखने का निर्देश दिया है।

- **पीएचसी और सीएचसी में चौबीसों घंटे प्रसूति सेवाएं उपलब्ध कराना :** आरसीएच II के अंतर्गत सभी सीएचसी और 50% पीएचसी में चौबीसों घंटे प्रसूति सेवा उपलब्ध करने का प्रस्ताव है। राज्य सरकारों और केंद्र शासित प्रदेशों को व्यापक योजना बनाने की सलाह दी गई है और केंद्र सरकार इन पीएचसी को व्यवहारिक बनाने के लिए भारी धनराशि निवेश कर रही है।
- **मां और नवजात शिशु की जन्मोत्तर देखभाल :** नवजात को 24 घंटे के भीतर तथा तीसरे और सातवें दिन उसके घर जाना जन्मोत्तर होनेवाली आपातस्थिति की पहचान और प्रबंधन के लिए महत्वपूर्ण है। एएनएम, एलएचवी और स्टाफ नर्सों को इस दौरान किसी आपातस्थिति से निपटने के लिए जागरूक बनाया जा रहा है।

7. प्रसव के समय दक्ष लोगों की उपस्थिति

प्रसव के समय कुछ अन्य कठिनाइयों से निपटने के लिए सरकार ने यह नीतिगत निर्णय लिया है कि स्टाफ नर्सों और एएनएम माता की जान बचाने के लिए आपातस्थिति में सुई लगाने और अन्य जरूरी कार्य कर करें। इसके लिए एसएन/एएनएम को एसबीए के रूप में प्रशिक्षित करना होगा ताकि वे सामुदायिक स्तर पर कार्य कर सकें।

8. एफआरयू में आपात प्रसव नवजात की देखभाल का प्रावधान

एफआरयू को सक्रियात्मक बनाते समय जन शक्ति, रक्त भंडारण इकाई, अभिदेक्ष संपर्क आदि जैसे महत्वपूर्ण घटक वहां होने चाहिए। प्रशिक्षित जनशक्ति की उपलब्धता (एमबीबीएस डाक्टरों का प्रशिक्षण) को, एफआरयू को सक्रियात्मक बनाने से जोड़ा जाना चाहिए।

9. एमबीबीएस डॉक्टरों का एनेस्थेटिक कुशलता और आपात प्रसव देखभाल के लिए प्रशिक्षण

गर्भावस्था या बच्चे के जन्म के समय जटिलताएं पैदा होने पर गर्भवती महिला को बचाने के लिए उचित और समय पर आपात प्रसव देखभाल को पूरे विश्व में महत्वपूर्ण माना गया है। इसके लिए प्रथम अभिदेक्ष इकाइयों को उप जिला- सीएचसी स्तर पर सक्रियात्मक बनाना आरसीएच

II की एक नाजुक रणनीति है। अब तक इन एफआरयू को विभिन्न कारणों से, जिनमें से विशेषज्ञ जन शक्ति जैसे स्त्रीरोग विशेषज्ञ, एनेस्थेतिस्ट को जिला और उप जिला स्तर पर कभी कार्यशील नहीं बनाया जा सका है।

इसे देखते हुए जमीनी स्तर पर आपात प्रसव आवश्यकताओं के प्रभावी और बेहतर प्रबंधन के लिए सरकार ने एमबीबीएस डॉक्टरों की एनेस्थेटिक निपुणता के लिए नीतिगत निर्णय लिया है और 18 सप्ताह का प्रशिक्षण कार्यक्रम लागू कर रही है। प्रशिक्षण उतने ही डॉक्टरों को दिया जाएगा, जितने की आवश्यकता एफआरयू और सीएचसी को सक्रियतात्मक बनाने के लिए होगी। इनका कार्य केवल आपात प्रसव स्थिति से निपटने तक सीमित होगा। यह किसी भी तरह डिग्री डिप्लोमा लेकर विशेषज्ञ एनेस्थेतिस्ट का कार्य करनेवाले का प्रतिस्थापन नहीं होगा।

राज्य सरकारों को प्रशिक्षण संबंधी दिशानिर्देश जारी किए जा चुके हैं कि प्रशिक्षण के लिए मेडिकल कालेजों की पहचान करें। प्रशिक्षण कार्यक्रम जारी है और मार्च 2007 तक 41 डॉक्टरों को प्रशिक्षित किया जा चुका है और वे यह कार्य भी कर रहे हैं।

10. **प्रसव प्रबंधन दक्षता :** सरकार ने प्रसव प्रबंधन दक्षता के लिए भारतीय प्रसव विज्ञान और स्त्री रोग विशेषज्ञ सोसायटी के सहयोग से एमबीबीएस डॉक्टरों का प्रशिक्षण चालू किया है। 16 सप्ताह का शल्यक्रिया सहित प्रसव प्रबंधन दक्षता का प्रशिक्षण कार्यक्रम तैयार किया है जिसे लागू किया जा रहा है।
11. **सुरक्षित गर्भपात सेवाएं/ गर्भावस्था का चिकित्सकीय समापन (एमटीजी) :** आरसीएच कार्यक्रम का यह एक महत्वपूर्ण घटक है और मातृत्व मृत्युदर कम करने का एक साधन है। असुरक्षित गर्भपात से 8% मौतें होती हैं। आरसीएच कार्यक्रम के अंतर्गत सुरक्षित गर्भपात सेवाओं को मजबूत बनाने के लिए एमटीपी अधिनियम और नियमों में 2002-03 में संशोधन किया गया है ताकि जिलों को एमटीपी केंद्रों को मान्यता प्रदान करने का अधिकार मिल सके। राज्यों द्वारा एमटीपी तकनीक में चिकित्सकीय जनशक्ति को प्रशिक्षित करके पीएचसी, सीएचसी और एफआरयू में चौबीसों घंटे एमटीपी सेवाओं को मजबूत बनाया जा सके।
12. **आरसीएच II के तहत एफआरयू, सीएचसी और 24x7 पीएचसी में आरटीआई/एसटीआई सेवाओं का प्रावधान:** इन सेवाओं का राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के साथ केस प्रबंधन में सेवाओं का उपयोग, प्रयोगशाला सेवाओं, सलाहकार सेवाओं, दवाओं, उपकरणों, रक्त सुरक्षा आदि के संदर्भ में आमेलन हो सकता है।
13. **रोग निरोध और पोषण एनीमिया का इलाज :** एनएफएचएस III (2005-06) के परिणामों के अनुसार 15-49 आयु वर्ग की विवाहित महिलाओं में से 56.1% रक्ताल्पता की शिकार होती हैं। गर्भवती महिलाओं के मामले में यह संख्या बढ़कर 57.8% हो जाती है। रोग निरोध और रक्ताल्पता के इलाज के लिए देश में 1997-98 से ही एक कार्यक्रम चल रहा है। इस कार्यक्रम के तहत सभी गर्भवती और बच्चे को दुग्धपान करानेवाली महिलाओं को एक सौ दिन तक गोली दी जाती है जिसमें 100 एमजी लोहा और 5 एमजी फोलिक एसिड होती है। खून की जिनमें अधिक कमी होती है उन्हें इन गोलियों की दोगुनी खुराक दी जाती है।
14. **एफआरयू में रक्त भंडारण केंद्र की स्थापना :** कभी-कभी एफआरयू में खून चढ़ाने की सेवा उपलब्ध न होने से गर्भावस्था से जुड़ी जटिलताओं का इलाज नहीं हो पाता। औषधि और सौंदर्य प्रसाधन अधिनियम को संशोधित कर एफआरयू को रक्त भंडारण केंद्र की स्थापना का प्रावधान किया गया है।

15. **जननी सुरक्षा योजना :** जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्रसव के दौरान माताओं और नवजात की मृत्यु दर कम करने के उद्देश्य से लागू की जा रही है। इसमें गरीब गर्भवती महिलाओं को स्वास्थ्य केंद्रों में प्रसव के लिए जाने को बढ़ावा दिया जाता है। यह योजना पूरी तरह से केंद्र प्रायोजित है और सभी राज्यों और केंद्र शासित राज्यों में लागू की गई है।
- (अ) योजना में आशा, प्रत्यापित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को सरकार और गरीब गर्भवती महिलाओं के बीच, खराब प्रदर्शन करने वाले दस राज्यों, 8 ईएजी राज्यों के अलावा, असम, जम्मू और कश्मीर, पूर्वोत्तर के राज्यों और अन्य जनजातीय क्षेत्रों में, प्रभावी संपर्क के रूप में पहचान की है। महिला कार्यकर्ता की मुख्य भूमिका गर्भवती महिलाओं को मातृत्व सेवाओं का लाभ उठाने के लिए प्रेरित करना होता है।
- (ब) योजना में उन राज्यों की गरीब गर्भवती महिलाओं पर विशेष ध्यान दिया जाता है, जहां वे प्रसव के स्वास्थ्य केंद्रों में नहीं जातीं। ये राज्य हैं—उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड, बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, असम, उड़ीसा, राजस्थान और जम्मू और कश्मीर। इनको खराब प्रदर्शन वाले राज्य (एलपीएस), शेष को उच्च प्रदर्शन वाले राज्य (एचपीएस) के रूप में बांटा गया है।
16. **समुदाय और संस्थागत स्तर पर अभिदेक्ष सेवाएं :** समुदाय और प्रथम अभिदेक्ष इकाई के बीच संपर्क स्थापित करना, आपात स्थितियों में सेवाओं का उपयोग करना एक आवश्यक घटक है। चूंकि आपातस्थितियों का अनुमान नहीं लगाया जा सकता, इसलिए राज्यों को सलाह दी गई है कि प्रभावी अभिदेक्ष संपर्क स्थापित करने के लिए रणनीति बनाएं ताकि गर्भवती महिलाएं आपातस्थिति के दौरान सेवा का लाभ उठा सकें।
17. **ग्रामीण स्वास्थ्य और पोषण दिवस :** आंगनवाड़ी केंद्रों में एक महीने में कम से कम एक बार ग्रामीण स्वास्थ्य और पोषण दिवस का आयोजन गर्भवती महिलाओं को प्रसव पूर्व सेवा प्रदान करना, 4 स्वास्थ्य केंद्रों में प्रसव के लिए प्रेरित करना और स्वास्थ्य देखभाल की शिक्षा के अलावा विभिन्न सेवाओं का लाभ प्रदान करने के लिए किया जाता है। राज्यों से मिली जानकारी के अनुसार मार्च 2007 तक 19.95 लाख ग्रामीण स्वास्थ्य और पोषण दिवसों का आयोजन किया जा चुका था।
18. **भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानक :** प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानकों के क्रियान्वयन से ढांचा, उपकरण और विशेषज्ञ जनशक्ति उपलब्ध कराकर अच्छी सेवा सुनिश्चित की जा सकेगी।

परिवार नियोजन कार्यक्रम

जनसंख्या स्थिरता के लिए राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 और दसवीं योजना में गर्भनिरोधकों की मांग पूरी करने पर जोर देना इस बात का संकेत है कि (विवाहित औरतें, जो और बच्चा नहीं चाहतीं, गर्भ निरोध का कोई उपाय नहीं अपना रही हैं) सीमन और दो बच्चों के बीच अंतर—दोनों के लिए मांग पूरी न होने की समस्या अधिकतर राज्यों में है।

बंध्याकरण आपरेशन में 2005-06 के मुकाबले 2006-07 में 3.8% की गिरावट आई। आईयूडी

के उपयोग में 3.6% और कंडोम की स्वीकार्यता में 0.4% गिरावट दर्ज की गई। सिफ ओपी का उपयोग 9.2% बढ़ा है (कंडोम और ओपी के मामले में मुफ्त वितरित और सामाजिक विपणन के माध्यम से आपूर्ति-दोनों शामिल हैं)।

दो वर्ष के दौरान गर्भनिरोध के उपयोग के आंकड़े इस प्रकार हैं :-

उपाय	उपलब्धि (लाख में)		परिवर्तन %
	2006-07	2005-06	
बंध्याकरण	4,514,092	4,691,975	-3.8
आईयूडी	5,945,859	6,168,584	-3.6
कंडोम का इस्तेमाल	20,630,468	20,718,296	-0.4
ओपी	8,946,014	8,194,545	9.2

अन्य उपाय

दो बच्चे के बीच अंतर रखने के उपायों की स्वीकार्यता बहुत कम है। आईयूडी 380 ए को क्षमता, प्रभाव और लागत के कारण 2002 में सीयूटी (Cut)200 के स्थान पर लाया गया। लेकिन इसके बावजूद आईयूडी की स्वीकार्यता नहीं बढ़ी है, जिसका एक कारण कुशल कर्मियों की कमी है। इस समस्या के समाधान के लिए आईयूडी सेवाओं में प्रशिक्षण के लिए वैकल्पिक प्रशिक्षण तरीके की शुरुआत जो (Zoe) शरीर रचना श्रोणीय माडल से की गई है। इसका आरंभिक चरण पूरे देश के 12 राज्यों में एक-एक जिले में शुरू किया जा रहा है।

आपात गर्भनिरोधक गोलियां (ईसीपी) पहली बार एनएफडब्लूपी 02-03 में शुरू की गई थीं। ये असुरक्षित यौन संबंध से अनचाहे गर्भ को रोकती हैं। सभी सेवा प्रदाताओं को ईसीपी के उपयोग के बारे में दिशानिर्देश तैयार किए जा रहे हैं।

बिना चीरे की नसबंदी (एनएसवी)

पुरुष नसबंदी साठ के दशक में गर्भनिरोध का सबसे अधिक स्वीकार्य उपाय था और कुल बंध्याकरण का 70-80% था। लेकिन विभिन्न कारणों से इसकी स्वीकार्यता घटकर 2-3% रह गई। जनसंख्या और प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम में पुरुषों को अग्रणी भूमिका देने, परिवार नियोजन का उत्तरदायित्व निभाने के उद्देश्य से बजट में विशेष प्रावधान दसवीं आयोजना में पुरुष भगीदारी के तहत किया गया है। एनएसवी में कुशल कर्मियों की कमी पूरी करने के उद्देश्य से सरकार ने जिला प्रशिक्षकों के प्रशिक्षण की रणनीति के तहत हर जिले में एक जिला प्रशिक्षक होगा, जिस पर इच्छुक व्यक्ति को सेवा देने के अलावा अन्य डॉक्टरों को प्रशिक्षण का दायित्व होगा। अब तक 264 जिलों में यह लागू हो चुका है। एनएसवी को मेडिकल शिक्षा की मुख्य धारा में लाने के लिए देश के सात केंद्रों में मेडिकल कालेज के सर्जरी विभाग के सदस्यों को प्रशिक्षण दिया जा रहा है। सरकार ने बंध्याकरण को स्वीकार करनेवालों को दी जानेवाली मुआवजे की राशि बढ़ा दी है। सरकार ने नवंबर 2005 में राष्ट्रीय परिवार नियोजन बीमा योजना शुरू की है। इसके अंतर्गत आपरेशन कराने वाले व्यक्ति की दुर्भाग्य से मौत, जटिलता और असफलता होने पर परिजनों या उसे मुआवजा दिया जाता है। इसके अलावा डॉक्टरों का भी क्षतिपूर्ति बीमा होता है ताकि वे व्यक्ति की मृत्यु या अन्य कोई गड़बड़ी होने पर मुकदमे का खर्च उठा सकें।

जन्म-पूर्व शिशु के लिंग का पता लगाने पर रोक

कन्या भ्रूणहत्या को रोकने के उद्देश्य से बच्चे के जन्म से पहले लिंग का पता लगाने की तकनीक के दुरुपयोग पर रोक लगाने के लिए प्रसव पूर्व जांच अधिनियम, 1994 बनाया गया, जो एक जनवरी, 1996 से देश भर में लागू कर दिया गया। यह कानून गर्भ में पल रहे शिशु के लिंग का पता लगाने से रोकता है। इस कानून के तहत प्रसव से पूर्व शिशु लिंग के बारे में पता लगाने संबंधी विज्ञापन पर भी रोक है। इस अधिनियम के प्रावधानों का उल्लंघन करने वाले व्यक्ति को पांच साल तक की कैद और एक लाख रुपये तक का जुर्माना हो सकता है। इसके अलावा उसका पंजीकरण और लाइसेंस भी रद्द हो जाएगा।

इस अधिनियम के क्रियान्वयन में आ रही बाधाओं को दूर करने और जन्म से पहले लिंग निर्धारण पर प्रतिबंध लगाने के लिए तथा उच्चतम न्यायालय के निर्देशों को ध्यान में रखते हुए इसके नियमों और कानूनों में संशोधन किए गए, जो 14 फरवरी, 2003 से प्रभावी हैं।

इस अधिनियम का क्रियान्वयन जिला स्तर पर उचित अधिकारी करता है। राष्ट्रीय स्तर पर एक निगरानी समिति गठित की गई है, जो समस्यावाले राज्यों का दौरा कर जमीनी हकीकत का आकलन करती है। देश में अधिनियम का क्रियान्वयन मजबूत बनाने के लिए एक नेशनल सपोर्ट एंड मानीटरिंग सेल (एनएसएस) की भी स्थापना की गई है। गर्भधारण और जन्म पूर्व निदानात्मक तकनीकी अधिनियम और तत्संबंधी नियमों को और प्रभावी बनाने के लिए सरकार अधिनियम और नियमों में और संशोधन करने पर विचार कर रही है।

नियमित प्रतिरक्षण कार्यक्रम

बच्चों के जीवन को खतरनाक परिस्थितियों से सुरक्षा के लिए प्रतिरक्षण कार्यक्रम एक प्रमुख उपाय है। प्रतिरक्षण के विस्तारित कार्यक्रम के रूप में देश में प्रतिरक्षण कार्यक्रम की शुरुआत 1978 में हुई। इसे 1985 में सर्व प्रतिरक्षण कार्यक्रम (यूआईपी) के रूप में गति मिला और 1989-90 तक देश के सभी जिलों में इसे चरणबद्ध रूप में लागू किया गया। 1992 में यह बाल और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम का हिस्सा बन गया। 1997 से प्रतिरक्षण गतिविधियां राष्ट्रीय प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम का महत्वपूर्ण संघटक बन गया। 2005 में शुरू हुए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यक्रम का प्रतिरक्षण एक प्रमुख क्षेत्र है।

सरकार प्रतिरक्षण कार्यक्रम के अंतर्गत टीके से रोकी जाने वाली छह बीमारियों क्षय रोग, डिप्थीरिया, पर्ट्यूसिस, टेटनस, पोलियो और खसरे के टीके प्रदान कर रही है। टीकाकरण कार्यक्रम इस प्रकार है :

बीसीजी (बेसिलस काल्मेट्टर-ग्यूरिन) जन्म पर।

डीपीटी (डिप्थीरिया, पर्ट्यूसिस और टेटनस टोक्सोइड) -6,10,14 सप्ताहों और 16-24 माह की आयु में।

ओपीवी (पोलियो) 6,10,14 सप्ताहों और 16-24 माह की आयु और संस्थागत जन्म के समय खुराक।

खसरा-9-12 माह की आयु।

टीटी (डिप्थीरिया और टेटनस टोक्सोइड) 5 वर्ष की आयु।

टीटी (टेटनस टोक्सोइड)-10 वर्ष और 16 वर्ष की आयु।

टीटी- गर्भवती महिलाओं के लिए दो खुराक या अगर तीन वर्ष के भीतर टीका लगा है तो एक खुराक।

नियमित प्रतिरक्षण का दायरा बढ़ाने के लिए सरकार ने एनआरएचएम के एक भाग के रूप में 2005-06 में निम्नलिखित कदम उठाए हैं :

- सभी तरह के प्रतिरक्षण के लिए वर्तमान सिरिंजों के स्थान पर एडी सिरिंजों का उपयोग।
- बीसीजी वियाल 20 से घटाकर 10 खुराक करना।
- पीएचसी से उप केंद्रों और दूरदराज के लिए टीका पहुंचाने की वैकल्पिक योजना।
- शहर की गंदी बस्तियों और कम पहुंच वाले क्षेत्रों में टीकाकरण गतिविधियों की आउटसोर्सिंग।
- निरीक्षण और निगरानी का सशक्तीकरण।
- निरीक्षण और निगरानी में जिला प्रतिरक्षण अधिकारी की मदद से सचल सहायता।
- छह महीने में जिले के अधिकारियों की राज्य स्तरीय समीक्षा बैठक।
- प्रत्यापित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, संपर्क कार्यकर्ताओं, महिला स्व मदद समूहों आदि द्वारा बच्चों को प्रतिरक्षण स्थल तक जाने के लिए प्रेरित करना।

भारतीय नर्सिंग परिषद

भारतीय नर्सिंग परिषद का गठन नर्सिंग अधिनियम, 1947 के तहत किया गया है। यह परिषद नर्सों, दाइयों, सहायक नर्स दाइयों तथा स्वास्थ्यचरों के प्रशिक्षण का समान स्तर बनाए रखती है और उसे नियमित करती है। परिषद विभिन्न नर्सिंग पाठ्यक्रमों के लिए पाठ्यक्रम निर्धारित करती है और नियम बनाती है। अभी देश में कुल 1602 सामान्य नर्सिंग और मिडवाइफ स्कूल, 440 सहायक नर्स मिडवाइफ स्कूल, 817 बी.एस.-सी. नर्सिंग कालेज और स्नातकोत्तर नर्सिंग कोर्स चलाने वाले 91 कालेज हैं। प्रतिवर्ष 25-30 हजार नर्स तथा 10-12 हजार सहायक नर्स और मिडवाइफ इन स्कूलों और कालेजों से प्रशिक्षित होकर निकलती हैं। 31 दिसंबर 2006 तक विभिन्न राज्यों की नर्सिंग परिषदों में 928194 नर्स और 5,26,242 सहायक नर्स मिडवाइफ पंजीकृत थीं।

पल्स पोलियो प्रतिरक्षण

विश्व स्वास्थ्य सम्मेलन के 1988 के प्रस्ताव के अनुरूप पल्स पोलियो प्रतिरक्षण कार्यक्रम 1995-96 में 3 वर्ष से कम आयु के सभी बच्चों के लिए शुरू किया गया। पोलियो उन्मूलन की गति बढ़ाने के लिए 1996-97 में लक्षित आयु वर्ग 5 वर्ष कर दिया गया। 1998-99 में शीतकालीन सत्र के दौरान राष्ट्रीय प्रतिरक्षण दिवस के अवसर पर दो बार निर्धारित केंद्रों पर दवा पिलाई जाती थी।

इसके बावजूद एनआईडी में 5-6 प्रतिशत बच्चे छूट जाते थे। इसीलिए 1990-2000 में केंद्रों के अलावा एनआईडी/उप एनआईडी के दो-तीन बार घर-घर जाकर दवा पिलाई जा रही है। इससे 2-3 करोड़ बच्चों को दवा पिलाई गई, जिन्हें पहले कभी दवा नहीं पिलाई गई थी। इसके तहत देश में लगभग 17 करोड़ बच्चों को दवा पिलाई गई।

टाइप तीन के पोलियो वायरस में से 1999 में टाइप 2 का उन्मूलन हो गया। टाइप 3 वायरस पश्चिम उत्तर प्रदेश के चार जिलों में सीमित रह गए। टाइप 1 के पोलियो वायरस भी उत्तर प्रदेश और बिहार के जिलों में सिमटकर रह गए हैं।

वर्ष 2007 में 27 जुलाई तक पोलियो के 124 मामले सामने आए 39 मामले टाइप 1 और टाइप 3 के हैं, इनका फैलाव 39 जिलों तक सीमित है। पोलियो वायरस का फैलाव रोकने के लिए 2007-08 में निम्नलिखित रणनीतियां अपनाई गई हैं :

- उत्तर प्रदेश, बिहार और प्रभाव वाले अन्य जिलों और राज्यों में 2007 के पहले सात महीनों में 2 एनआईडी और 4 एसएनआईडी लागू किए गए। मई का एसएनआईडी उड़ीसा, आंध्र प्रदेश, असम, छत्तीसगढ़, झारखंड, हरियाणा, पंजाब, गुजरात, चंडीगढ़ और पश्चिम बंगाल और कर्नाटक तथा मध्य प्रदेश के उच्च जोखिमवाले जिलों में लागू किया गया।
- बिहार ने जोखिमवाले 17 जिलों में अतिरिक्त अभियान चलाया।
- पश्चिमी उत्तर प्रदेश और बिहार के पोलियो प्रभावित क्षेत्रों में 2007 एमओपीवी 1 का प्रयोग किया गया।
- टाइप 3 के वायरस को नियंत्रित करने के लिए पश्चिमी उत्तर प्रदेश के पांच जिलों में मार्च में एमओपीवी 3 और अप्रैल में पूरे उत्तर प्रदेश में टीओपीवी और जुलाई 2007 के एसएनआईडी 18 पश्चिमी जिलों में एमओपीवी 3 का प्रयोग किया गया।
- 2007 के द्वितीयार्ध अगस्त-दिसंबर 2007 में होनेवाले एसएनआईडी के चार दौरों में एमओपीवी 1 का प्रयोग होगा।
- देश के अन्य भागों में पोलियो वायरस का पता चलने पर एसआईए चलाया जाएगा।
- जनवरी और फरवरी 2008 में दो एनआईडी क्रियान्वित होंगे।
- यात्रा कर रहे बच्चों को पोलियो की दवा पिलाने के लिए रेलवे स्टेशनों, लंबी दूरी की ट्रेनों के भीतर, बड़े बस अड्डों, बड़े चौराहों, धार्मिक समारोह स्थलों आदि पर बूथ लगाए जा रहे हैं, इससे उत्तर प्रदेश, बिहार और मुंबई में 50 लाख से अधिक बच्चों को दवा पिलाई जाएगी।
- बिहार और उत्तर प्रदेश से पंजाब, हरियाणा, दिल्ली और मुंबई जाने वाले लोगों की पहचान की जाएगी और 2007 के नियोजित एसएनआईडी में उत्तर प्रदेश और बिहार के साथ उन्हें भी शामिल किया जाएगा।
- बच्चों को बूथों तक जाने और दवा पिलाने में आशा की भागीदारी सुनिश्चित की जाएगी।
- छूटे हुए बच्चों को आशा/ए डब्लू डब्लू के सहयोग से महीनों के दौरान दवा पिलाई जाएगी।
- कार्यक्रम में समुदाय की बेहतर भागीदारी के लिए पश्चिमी उत्तर प्रदेश के जिलों में समुदाय के नेताओं और अन्य प्रभावशाली लोगों को शामिल करने की रणनीति अपनाई जा रही है।
- यूनिसेफ, रोटर, कोर जैसी एजेंसियां समुदाय को प्रेरित करने के लिए प्रभावी लोगों का सहयोग ले रही हैं।
- राज्यों को नियमित प्रतिरक्षण के दायरे में सुधार करने की सलाह दी जा रही है ताकि समुदाय प्रतिरक्षण बढ़े और इन राज्यों में पोलियो वायरस फिर अपनी जड़ें न फैला सके।

पोषण

स्वास्थ्य सेवाओं के महानिदेशालय का पोषण प्रकोष्ठ नीति निर्धारण, कार्यक्रम क्रियान्वयन, निगरानी और मूल्यांकन, चिकित्सकीय और अर्ध-चिकित्सकीय कर्मियों के प्रशिक्षण विषय वस्तु से संबंधित हर मामले में तकनीकी सलाह देता है। यह खाद्य पदार्थों के स्तर और लेबिल, प्रस्तावों, परियोजना मूल्यांकन, अनुसंधान परियोजनाओं की समीक्षा आदि की तकनीकी जांच का काम करता है। यह प्रकोष्ठ मामूली पोषण संबंधी रोगों, भोजन संबंधी गंभीर रोगों और स्वस्थ जीवन शैली के बारे में जागरूकता विभिन्न प्रकार के आईईसी सामग्री के प्रसार से कर रहा है। अब तक उपर्युक्त मुद्दों पर पोस्टरों, पर्चों, वीडियो स्पार्ट्स तैयार किए हैं। कुपोषण और स्वस्थ जीवन शैली को बढ़ावा और मानकीकृत अस्पताल डाइट्स के दिशानिर्देश की समीक्षा और अद्यतन किए जाने की प्रक्रिया चल रही है।

प्रकोष्ठ राष्ट्रीय और क्षेत्रीय स्तर की बैठकों और वर्कशापों का आयोजन उपर्युक्त विषयों पर करता है। फ्लूरोसिस के निवारण और नियंत्रण का शीघ्र ही राष्ट्रव्यापी कार्यक्रम शुरू किया जाएगा।

पोषण संबंधी मामूली खामियों को नियंत्रित करने के लिए अग्रणी परियोजना के बारे में तकनीकी, प्रशासनिक और बजट की समीक्षा और समन्वय का कार्य शुरू हो चुका है। पोषण प्रकोष्ठ 17 राज्यों और केंद्र शासित प्रदेशों में पोषण डिवीजन से पोषण संबंधी मामूली खामियों और भोजन संबंधी गंभीर गैर-संचारी रोगों के बारे में जानकारी देता रहता है।

परिवार कल्याण से संबद्ध स्वास्थ्य बीमा योजना

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 ने बंध्याकरण को बढ़ावा और प्रेरित करने के उपाय के रूप में परिवार कल्याण से संबद्ध स्वास्थ्य बीमा योजना शुरू करने का प्रस्ताव किया। परिवार कल्याण विभाग ने इस योजना के लिए व्यापक विचार-विमर्श किया।

परिवार नियोजन (क्षतिपूर्ति) बीमा योजना 29 नवंबर, 2005 को शुरू की गई जो सरकारी और मान्यता प्राप्त निजी सुविधाओं में परिवार नियोजन का आपरेशन कराने वाले व्यक्ति की मौत, बंध्याकरण की असफलता और चिकित्सकीय जटिलताओं के लिए बीमा कवर प्रदान करता है। 29 नवंबर, 2005 से 31 दिसंबर 2007 तक यह पालिसी, ओरिएंटल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के पास थी। ओआईसीएल से पालिसी समाप्त होने के बाद आईसीआईसीआई लोम्बार्ड से पालिसी का नवीकरण किया गया। क्षतिपूर्ति बीमा योजना बंध्याकरण के कारण अस्पताल या अस्पताल से छुट्टी होने के सात दिन के भीतर मौत पर दो लाख रुपये, अस्पताल से छुट्टी के 8-30 दिन के भीतर मौत पर 50000 रुपये और बंध्याकरण की चिकित्सकीय असफलता पर 30,000 रुपये प्रदान किए जाते हैं। योजना के तहत डाक्टर/केंद्रीय, राज्य, स्थानीय निकायों, अन्य सार्वजनिक क्षेत्रों और सभी मान्यताप्राप्त डाक्टर/चिकित्सा गैर सरकारी और निजी क्षेत्र में परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करने वाली सुविधाओं में बंध्याकरण की असफलता, मौत या चिकित्सकीय जटिलता के लिए प्रति डाक्टर/स्वास्थ्य सुविधा में प्रति मामले पर दो लाख रुपये की क्षतिपूर्ति की गारंटी रहती है। इसमें अदालत में डाक्टर या चिकित्सा सुविधा के खिलाफ मुकदमे का खर्च भी कुछ सीमा तक बीमा कंपनी द्वारा उठाया जाता है।

राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग

राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग का गठन मई 2000 में राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 की समीक्षा, निगरानी और क्रियान्वयन इस तरह करने का निर्देश देने के लिए किया गया कि नीति के उद्देश्य पूरे हों, अंतरक्षेत्रीय

सहयोग बढ़े, नियोजन और क्रियान्वयन में सोसायटी भी शामिल हो, जनसंख्या की दृष्टि से कमजोर राज्यों कामकाज सुधारने के लिए सुविधाओं की पहल की जा सके और राष्ट्रीय जनसंख्या नीति के लक्ष्यों के समर्थन के लिए अंतर्राष्ट्रीय सहयोग की संभावनाएं तलाशी जा सकें। आयोग की पहली बैठक 22 जुलाई 2000 को और अंतिम बैठक 23 जुलाई 2007 को हुई थी। पहली बैठक में तत्कालीन प्रधानमंत्री ने स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय में अधिकार प्राप्त कार्य समूह के गठन की घोषणा की ताकि जनसंख्या की दृष्टि से कमजोर सूचकों वाले राज्यों के लिए राष्ट्रीय जनसंख्या स्थिरीकरण कोष का गठन कर जनसंख्या स्थिरीकरण में योगदान देने वाली परियोजनाओं को सहायता दी जाए। राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग 11 अप्रैल 2005 को पुनर्गठित किया गया, जिसमें प्रधानमंत्री की अध्यक्षता में 40 सदस्य हैं। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री तथा योजना आयोग के उपाध्यक्ष आयोग के उपाध्यक्ष हैं। सदस्यों में उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, राजस्थान, बिहार, झारखंड, केरल और तमिलनाडु के मुख्यमंत्री भी शामिल हैं।

निर्देशन और प्रशासन

योजना के अंतर्गत जिला और राज्य परिवार कल्याण ब्यूरो, ग्रामीण परिवार कल्याण केंद्रों और पीओएल वाहनों के लिए व्यय में तीस वर्ष बाद संशोधन किया गया है सभी राज्यों को वर्तमान कर्मचारियों की स्थिति की समीक्षा, अप्रासंगिक हो गए पदों की समाप्ति और आवश्यक पदों का सृजन इस उद्देश्य के लिए भारत सरकार से प्राप्त अनुदान के दायरे में करने की छूट दी गई है। राज्यों/केंद्र शासित क्षेत्रों को पिछले वित्त वर्ष के अंकक्षित व्यय के आधार पर राशि जारी की जाती है।

बंध्याकरण और आईयूडी (मुआवजा योजना)

मुआवजा योजना आरसीएच-II के लचीले पूल में है इसलिए वर्ष 2007-08 में राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों को जारी करने के लिए अलग नहीं रखा गया। लेकिन परिवार नियोजन में पुरुष भागीदारी बढ़ावा देने के उद्देश्य से नसबंदी कराने वाले को 800 रुपये से 1500 रुपये और नसबंदी कराने वाले को 800 रुपये से 1000 रुपये और मान्यता प्राप्त निजी स्वास्थ्य सुविधाओं में कराने वाले को नसबंदी और नलबंदी दोनों के लिए 800 रुपये से 1500 रुपये उच्च फोकस वाले राज्यों में बीपीएल/एससी/एसटी को गैर उच्च फोकस वाले राज्यों में दिया जाएगा।

स्वास्थ्य बीमा

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के अंतर्गत स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने स्वास्थ्य के लिए नई वित्तीय व्यवस्था का पता लगाने के लिए कार्यबल का गठन किया है। कार्यबल के अधिकार क्षेत्र में वर्तमान व्यवस्था की समीक्षा, स्वास्थ्य वित्त पोषण और जोखिम पूल योजनाओं में मानव संसाधन, सब्सिडी की आवश्यकता, समानता और गैर-भेदभाव, विभिन्न राज्यों में संभाव्यता, पाइलट का डिजाइन तथा समुदाय आधारित स्वास्थ्य बीमा माडल्स शुरू करने की साइट्स और वित्त पोषण योजनाओं को लागू करने में ढांचागत सुधार शामिल हैं।

मंत्रालय ने राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों को स्थानीय जरूरतों के मुताबिक अग्रणी आधार पर स्वास्थ्य बीमा माडल्स तैयार करने की सलाह दी है। आंध्र प्रदेश, राजस्थान, मध्यप्रदेश और मिजोरम ने उपर्युक्त पाइलट परियोजना के लिए प्रस्ताव सहायता के लिए भेजे हैं। विवरण इस प्रकार हैं:

अ. आंध्र प्रदेश: आंध्र प्रदेश से अनंतपुर, महबूबनगर और श्रीकाकुलम जिलों में स्वास्थ्य बीमा योजना लागू करने के लिए प्रयोगात्मक परियोजना 46.20 करोड़ रुपये की राशि की मांग के साथ प्राप्त हुई। वर्ष 2007-08 में केंद्र सरकार अंश के रूप में 10 करोड़ रुपये की राशि पर सहमति हुई। आंध्र प्रदेश सरकार ने दूसरे चरण में 5 दिसंबर 2007 से पांच और जिलों चित्तूर, पूर्वी गोदावरी, पश्चिमी गोदावरी, नलगोंडा और रंगारेड्डी में आरोग्य श्री सामुदायिक स्वास्थ्य बीमा योजना लागू की। राज्य सरकार ने 2008-09 में 15 और जिलों में तीन चरणों में योजना का विस्तार करने का प्रस्ताव भेजा है।

ब. असम: राज्य सरकार से 2008-09 में स्वास्थ्य बीमा योजना लागू करने का प्रस्ताव पीआईपी में शामिल किया है। पीआईपी में विस्तृत प्रस्ताव नहीं दिया गया। राज्य सरकार से रूपरेखा के अनुरूप प्रयोगात्मक परियोजना का विवरण देने का आग्रह किया गया है।

स. राजस्थान: राजस्थान सरकार से श्रीगंगानगर, उदयपुर, चित्तौड़गढ़, डूंगरपुर और बांसवाड़ा जिलों के लिए प्रयोगात्मक परियोजना प्राप्त हुई है। प्रस्ताव पर विचार कर मंत्रालय ने वर्ष 2007-08 के एनआरएचएम फ्लेक्सीपूल के तहत कुल प्रीमियम 37.82 करोड़ रुपये का 75% 23.64 करोड़ रुपये इस शर्त के तहत दिए कि भारत सरकार के योजना आयोग के दिशा-निर्देशों के अनुसार बीपीएल परिवारों की संख्या होनी चाहिए।

द. मध्यप्रदेश: मध्यप्रदेश राज्य सरकार से मार्च 2007 में बीपीएल परिवारों के लिए स्वास्थ्य बीमा योजना लागू करने का प्रस्ताव मिला। मंत्रालय द्वारा सुझाए गए प्रारूप के अनुसार विवरण नहीं दिया गया था इसलिए विवरण देने और उसे वर्ष 2008-09 के एनआरएचएम के कार्यक्रम क्रियान्वयन योजना में शामिल करने को कहा गया।

ई. मिजोरम: मिजोरम के मुख्यमंत्री ने स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री से राज्य में स्वास्थ्य बीमा योजना स्वीकृत कर एनआरएचएम के तहत धन जारी करने का आग्रह किया। बीपीएल परिवारों के लिए प्रयोगात्मक परियोजना भी मिली लेकिन उसे दिशा-निर्देशों के अनुसार तैयार करने का आग्रह किया गया।

पूर्व धारण और प्रसवपूर्व लिंग निर्धारण निषेध

बालिका भ्रूण हत्या रोकने के लिए प्रसव पूर्व निदानात्मक तकनीक (नियमन और दुरुपयोग निवारण) अधिनियम 1994 पारित किया गया और 1 जनवरी 1996 से प्रभावी है। अधिनियम और नियम तथा विनियमनों को 14 फरवरी 2003 को संशोधित किया गया। इसका मुख्य उद्देश्य गर्भ धारण से पूर्व या बाद में लिंग चयन तकनीक के इस्तेमाल और लिंग के आधार पर गर्भपात पर प्रतिबंध और ऐसी तकनीकों को नियमित करना है।

लिंग चयन और भ्रूण के लिंग निर्धारण पर निषेध के अतिरिक्त ऐसी सेवाएं देने वालों के विज्ञापनों और प्रसव पूर्व तकनीक का इस्तेमाल कर भ्रूण के लिंग की जानकारी देने पर भी निषेध है। किसी भी प्रावधान का उल्लंघन करने पर 5 वर्ष की और 1,00,000 रुपये का जुर्माना तथा चिकित्सा व्यवसायों/निदान केंद्रों, क्लीनिक आदि का पंजीयन/लाइसेंस रद्द करने की सजा का प्रावधान है।

राज्य/केंद्र शासित प्रदेश और जिला स्तर उचित अधिकारी कानून का क्रियान्वयन करते हैं। केंद्र में राष्ट्रीय निरीक्षण और निगरानी समिति (एनआईएमसी) गठन किया गया है जो समस्याग्रस्त राज्यों का दौरा कर जमीनी हकीकत का पता लगाती है। देश में कानून के क्रियान्वयन के लिए राष्ट्रीय सहायता एवं निगरानी प्रकोष्ठ (एनएसएमसी) का गठन हुआ है।

राष्ट्रीय स्तर पर 'बालिका बचाओ' सम्मेलन का आयोजन 28 अप्रैल 2008 को नई दिल्ली में हुआ। प्रधानमंत्री डॉक्टर मनमोहन सिंह ने उसका उद्घाटन किया। इसका उद्देश्य बालिका भ्रूण हत्या

और नतीजतन बाल लिंग अनुपात में गिरावट और समाज को कमजोर बनाने में उसके प्रभाव की गंभीरता को सामने लाना था।

उसी अवसर पर निःशुल्क टेलीफोन नंबर 1800 110 500 और एक वेबसाइट शुरू किया गया ताकि जनता पीएनडीटी से संबंधित जानकारियां हासिल कर पीसी और पीएनडीटी अधिनियम, 1994 के प्रावधानों का उल्लंघन करने वालों की शिकायत कर सके। वेबसाइट से देश भर के क्लिनिक फार्म एफ भरनकर जिला और राष्ट्रीय स्तर तक के आंकड़े हासिल कर सकते हैं। इस कानून को सख्त बनाने के लिए केंद्र सरकार अधिनियम और नियम/विनियमनों को और कड़ा करने पर विचार कर रही है।

सांख्यिकी विभाग

1. सांख्यिकी विभाग पर निम्न व्यापक गतिविधियों का दायित्व है:

- **निगरानी और मूल्यांकन:** एनआरएचएम के तहत गुणवत्ता आश्वासन, कार्यक्रम प्रबंधन, सामुदायिक निगरानी, त्रिभुजन, आईटी पहल आदि सहित एमआईएस/एमआईईएस गतिविधियों का।
- **संपर्क और समन्वय:** आंकड़ा, संरचना, संग्रहण और प्रसार के लिए राज्य सरकारों और केंद्रीय मंत्रालयों के बीच।
- **प्रसार:** मासिक कामकाज, परिवार कल्याण वार्षिकी, तदर्थ रिपोर्टें, विशेष रिपोर्टें आदि रिपोर्टें और प्रकाशनों का।
- **विश्लेषण:** क्षेत्रीय मूल्यांकन टीमों की रिपोर्टों के प्रसार के लिए जांच और समेकन और कार्यक्रम डिवीजनों और राज्य सरकारों द्वारा अनुवर्ती कार्रवाई।
- **अंतर्राष्ट्रीय समन्वय:** आंकड़ा प्रसार की अंतर्राष्ट्रीय प्रतिबद्धताओं और सार्क, एस्कैप आदि के तहत अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय मानकों और क्षेत्रीय सहयोग बरकरार रखना।
- **मार्गदर्शन:** एनआरएचएम के अंतर्गत राष्ट्रीय/राज्य पीआईपी रिपोर्टों का विश्लेषण और एमएंडई/एमआईएस गतिविधियों के लिए मार्गदर्शन।
- **सर्वे:** राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे, जिला स्तर गृह सर्वे और वार्षिक स्वास्थ्य सर्वे, जनसंख्या विकास रणनीति।
- **अनुसंधान संस्थाएं:** 18 जनसंख्या अनुसंधान केंद्र: प्रशासन, सहायता।
- **विविध:** संसद के सवाल स्वास्थ्य सूचना प्रणाली, वार्षिक स्वास्थ्य सर्वे जीए विभिन्न कार्यबलों/समीतियों को सचिवालयी सहायता।

2. उपर्युक्त कार्यों के लिए विभाग निम्न योजनाएं चला रहा है:

ए. एमआईएस योजना मंत्रालय के कार्यकलापों और मंत्रालय द्वारा कराए गए राष्ट्रव्यापी सर्वेक्षणों की निगरानी और मूल्यांकन सतत कार्य है।

बी. पीआरसी योजना भी सतत योजना है जिसमें विश्वविद्यालयों, संस्थानों में स्थित जनसंख्या अनुसंधान केंद्र सर्वे और मूल्यांकन अध्ययन करते हैं जिससे केंद्र और राज्य सरकारों को स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए नीतियां बनाने में सहायता मिलती है।

ए. योजना का नाम : एमआईएस योजना

एमआईएस योजना का संबंध मंत्रालय द्वारा शुरू किए गए विभिन्न कार्यक्रमों के मध्य में सुधार के लिए निगरानी और मूल्यांकन के लिए है। इसीलिए कार्यक्रमों के प्रभाव का आकलन करने के लिए कार्यक्रम

के क्रियान्वयन की प्रति की निगरानी न केवल जरूरी बल्कि अनिवार्य है। निगरानी का केंद्र आरसीएच-II / एनआरएचएम के अंतर्गत प्रदत्त सेवाओं की गुणवत्ता और प्रक्रियाएं होंगी।

एमआईएस योजना के मुख्य संघटकों में नियमित निगरानी, सर्वे, कार्यक्रम प्रबंधन, गुणवत्ता आश्वासन, एमआईआई का त्रिभुजन, आकलन, ई-शासन, सीएनए प्रकोष्ठ सर्वे/अध्ययनों के माध्यम से प्रशिक्षण शामिल हैं।

ए. नियमित निगरानी

1. समय-समय पर एमआईएस सूचना सुधरे हुए प्रारूप में जिलों/राज्यों से प्राप्त करना। यह प्रारूप राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों को केंद्र को सूचना देने के लिए भेजा जा चुका है। सभी स्तरों पर नियोजन और निगरानी में सूचना के उपयोग पर बल दिया जाएगा। नियमित निगरानी से प्रक्रिया सूचकों के द्वारा जबकि प्रभाव सूचकों के आंकड़े सर्वे से एकत्रित किए जाएंगे।
2. जिला और राज्य स्तर पर उपयोग के लिए वेब/इंटरनेट आधारित साफ्टवेयर उपलब्ध कराना।
3. चरणबद्ध तरीके से पूर्ण कंप्यूटरीकरण/ई-नेट संबद्धता/एमआईएस कार्यकलापों, कंप्यूटरीकरण-हार्डवेयर साफ्टवेयर प्राप्ति।

बी. कार्यक्रम प्रबंध मूल्यांकन

आईआईएम अहमदाबाद को राजस्थान और गुजरात में एक पाइलट दिया गया था। अध्ययन रिपोर्टों के आधार पर आईआईएम अहमदाबाद एक प्रारूप विकसित कर जिला और राज्य/केंद्र शासित प्रदेश स्तर पर प्रबंध क्षमता के मूल्यांकन में उसकी परख करेगा।

सी. निगरानी और मूल्यांकन का त्रिभुजन

एनआरएचएम भौतिक सूचकों और हस्तक्षेपों के प्रभावों की प्रगति की निगरानी समुदाय की आवश्यकताओं के अनुसार त्रिभुजन प्रक्रिया से करना चाहता है जिसमें प्रदत्त सेवाओं और प्रबंध प्रक्रियाओं की गुणवत्ता का आश्वासन हो। किसी सूचक के बारे में तीन स्वतंत्र स्रोतों से प्रासंगिक गुणात्मक और मात्रात्मक सूचना प्राप्त करना जिससे गलत जानकारी देने की संभावना न्यूनतम हो जाती है। आंकड़े के त्रिभुजन के क्रियान्वयन की रूपरेखा विकास में भागीदारों और एम और ई के कार्य समूह से विचार-विमर्श के बाद ही तय किया जाएगा। त्रिभुजन के तीन संघटक हैं:

- एमआईएस सूचकों की पहचान का प्रारूप विकसित करेगा। एमआईएस इस तरह विकसित किया जाएगा कि ब्लॉक/वार्ड और संभवतः एससी/एसटी और लिंग संबंधी सूचनाओं को अलग कर देगा।
- सामुदायिक निगरानी - पीआरआई, एनजीओ और गृहों की प्रतिनिधि संगठन और जहां उपलब्ध हो ग्रामीण सूचना का उपयोग; और
- विशेष अध्ययन/सर्वे यथा एनएफएचएस, डीएलएचएस आदि।

डी. गुणवत्ता मूल्यांकन निगरानी

आरसीएच सेवाओं की गुणवत्ता में लगातार सुधार और मूल्यांकन एनआरएचएम/आरसीएच-II कार्यक्रम की प्राथमिकताओं में है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ऐसी व्यवस्थित रूपरेखा विकसित करना

चाहता है कि उसकी पैठ मां और बाल स्वास्थ्य और परिवार नियोजन सेवाओं तक हो सके जो आरसीएच-II कार्यक्रम के तहत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली द्वारा प्रदान की जा रही हैं। चूंकि गुणवत्ता मूल्यांकन और सुधार नवजात चरण में हैं। अतः सरल दृष्टिकोण अपनाने और प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के चुनिंदा सूचकों तक सीमित रखने का निश्चय किया गया ताकि नियमित गतिविधियों के रूप में क्यूए गतिविधियां भी आत्मसात हो सकें। नवधारण होने के कारण राष्ट्रीय स्तर तक लाने से पहले कुछ चुनिंदा जिलों में क्यूए को पाइलट किया जाए। वर्तमान में परीक्षण पूर्व अभ्यास चल रहा है।

ई. ई-शासन पहल

ई-शासन पहल के रूप में सूचना प्रौद्योगिकी का लाभ उठाकर तेजी से आनलाइन आंकड़ा प्रसार के लिए ई-मोड तरीकों का उपयोग किया जाए।

एफ. समकालिक मूल्यांकन

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की निगरानी और मूल्यांकन रणनीति में थोड़े-थोड़े समय पर मिशन का बाह्य मूल्यांकन/समकालिक मूल्यांकन कराने पर बल दिया गया है। इन समकालिक मूल्यांकनों से सरकार कार्यक्रम के पर्यावरण नीति और क्रियावयन दिशा-निर्देशों में सुधार कर सकती है ताकि वह लक्षित समूह के लिए अधिक प्रभावी और लाभकारी हो सके।

इस उद्देश्य से सांख्यिकी विभाग ने पूरे देश में एनआरएचएम का समकालिक मूल्यांकन चरणबद्ध रूप में करने की प्रक्रिया शुरू की है:

1. राष्ट्रीय सर्वेक्षण

सांख्यिकी विभाग समय-समय पर राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे (एनएफएचएस) और जिला स्तर गृह सर्वे (डीएलएचएस) सर्वे स्वास्थ्य परिवार कल्याण कार्यक्रमों के प्रभाव के आंकलन के लिए करता है। हाल ही में प्रधानमंत्री कार्यालय और योजना आयोग ने वार्षिक आधार पर स्वास्थ्य सूचकों पर जिला स्तर के अनुमान की आवश्यकता और महत्व पर बल दिया है जिसके लिए वार्षिक स्वास्थ्य सर्वे के बारे में सोचा जा रहा है।

ए. डीएलएचएस-III: वर्तमान में मंत्रालय जिला स्तर गृह सर्वे का तीसरा दौर करने की प्रक्रिया में है। यह सर्वे आरसीएच चरण-II के कार्यक्रम का मध्यवर्ती मूल्यांकन होगा।

बी. वार्षिक स्वास्थ्य सर्वे: राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग और पीएमओ की बैठक में लिए गए निर्णयों के अनुरूप सभी जिलों की जिला स्वास्थ्य रूपरेखा तैयार करने के लिए वार्षिक स्वास्थ्य सर्वे (एचएस) करने की प्रक्रिया में है। भारत के महापंजीयक को शीर्ष एजेंसी बनाया गया है। एनआरएचएम के मिशन संचालन समूह (एमएसजी) ने अपनी तीसरी बैठक में असम सहित 284 ईएजी जिलों में एचएस की स्वीकृति दी है।

जनसंख्या अनुसंधान केंद्र योजना (पीआरसी)

भारत सरकार ने निम्नलिखित उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए चरणबद्ध रूप से 12 प्रतिष्ठित विश्वविद्यालयों और 6 संस्थानों, जनसंख्या अनुसंधान केंद्रों की स्थापना की है:

I. परिवार नियोजन संचार आईआई और अनुसंधान सहित परिवार नियोजन से संबंधित अनुसंधान परियोजनाएं चलाना,

II. जनसंख्या संबंधी अनुसंधान,

III. जैविक अध्ययन और जनसंख्या नियंत्रण के गुणात्मक पहलू

4. अनुसंधान से प्राप्त नतीजों को योजना, रणनीति बनाने और चल रही परियोजनाओं में सुधार के लिए लाभकारी ढंग से करना। ये केंद्र स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के तहत मंत्रालय के सांख्यिकी विभाग के अधीन काम कर रहे हैं। नियमित सावधि रिपोर्टों से इनकी गतिविधियों पर निगरानी रखी जाती है। भारत सरकार कर्मचारियों के वेतन पुस्तकों, पत्रिकाओं, स्टेशनरी, सर्वेक्षणों के लिए वाहन, अन्य जरूरी और अनुसंधान अध्ययनों के लिए शत-प्रतिशत वित्तीय सहायता साल दर साल अनुदान सहायता के रूप से प्रदान करती है।

स्नातकोत्तर चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान संस्थान (पीजीआईएमईआरएम) चंडीगढ़

पीजीआईएमईआर, चंडीगढ़, पंजाब सरकार की वित्तीय और प्रशासनिक मदद से केवल योग्यता के आधार पर छात्रों और शिक्षकों के चयन के लिए स्थापित किया गया था। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के अधीन यह संसद द्वारा 1 अप्रैल, 1967 से पारित (1966 के अधिनियम 51) के माध्यम से देश का महत्वपूर्ण और स्वायत्त संस्थान बन गया।

स्नातकोत्तर चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान संस्थान चंडीगढ़, राष्ट्रीय महत्व का एक अनुसंधान संस्थान है और अपने अनुसंधान कार्यक्रमों और अच्छे अनुसंधानों, राष्ट्रीय देखभाल पर केंद्रित और उन्हें अत्याधुनिक तरीकों और प्रौद्योगिकी से अतुलनीय इलाज प्रदान करना होता है।

राष्ट्रीय परीक्षा बोर्ड (एनबीई)

भारत सरकार द्वारा कार्य समूह की रिपोर्ट के आधार पर 1975 में राष्ट्रीय परीक्षा बोर्ड की स्थापना की गई, जिसका कार्य क्षेत्र इस प्रकार है:

- (अ) स्नातकोत्तर डिग्रियां और डिप्लोमे प्रदान करने के लिए परीक्षा के स्तर में एक रूपता की आवश्यकता की जांच करना और अगर जरूरी हो इसे हासिल करने के लिए, वर्तमान प्रणाली को हटाकर उसमें एक या अधिक परीक्षा संस्थाएं स्थापित करना या अन्य कोई तरीका अपनाता ताकि चिकित्सा विज्ञान की विभिन्न विशिष्टताओं में स्नातकोत्तर परीक्षाओं के स्तर में सुधार हो।
- (ब) भारतीय चिकित्सा विज्ञान अकादमी और भारतीय सर्जन एसोसिएशन के प्रस्ताव के अनुरूप इस तरह की राष्ट्रीय परीक्षा संस्था, संस्थाओं के स्वरूप, कार्यक्षेत्र और अधिकार के बारे में सिफारिश।
- (2) राष्ट्रीय परीक्षा बोर्ड चिकित्सा विज्ञान के क्षेत्र में परीक्षा आयोजित करने वाली एक मात्र संस्था है। आधुनिक चिकित्सा शास्त्र के विभिन्न विभागों और सहयोगी विशिष्टताओं के विशेषज्ञों से विचार विमर्श से परीक्षाओं के स्तर और गुणवत्ता को निरंतर मूल्यांकन इसकी महत्वपूर्ण गतिविधियों में से है। बोर्ड 58 विशिष्टताओं और 9 दंत विशिष्टताओं में परीक्षाओं का आयोजन करता है और कार्पोरेट क्षेत्र सहित सार्वजनिक व निजी क्षेत्र के 550 संस्थाओं/अस्पतालों को परीक्षाओं में बैठने वाले उम्मीदवारों को प्रशिक्षण देने के लिए मान्यता प्रदान की है। भारत सरकार और स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने बोर्ड द्वारा प्रदत्त डिप्लोमा को विश्वविद्यालयों के स्नातकोत्तर और डाक्टोत्तर स्तर के समकक्ष माना है।
- (3) परीक्षा के बाद बोर्ड की योग्यता प्रमाणपत्र हासिल करने वाले किसी अस्पताल या शिक्षण संस्थानों में विशेषज्ञ के पद पर नियुक्ति के योग्य हो जाते हैं। स्वतंत्र परीक्षाओं के आयोजन में बोर्ड के अनुभवों का लाभ भारत सरकार 2002 से विदेशी चिकित्सा स्नातकों की स्क्रीनिंग परीक्षण में उठा रही है।