04

भारतीय संसद
लोक सभा

महिलाओं को शक्तियां प्रदान करने संबंधी समिति
(2020-2021)

(सत्रहवीं लोक सभा)

'महिला स्वास्थ्य परिचर्या : नीतिगत विकल्प'

['महिला स्वास्थ्य परिचर्या : नीतिगत विकल्प' पर महिलाओं को शक्ति प्रदान करने संबंधी समिति (2017-18) की ग्यारहवीं रिपोर्ट (सोलहवीं लोक सभा) में शामिल सिफारिशों पर सरकार द्वारा कार्रवाई की गई]

चौथी रिपोर्ट

लोक सभा सचिवालय
नई दिल्ली
फरवरी, 2021/ माघ, 1942 (शक)

चौथी रिपोर्ट

महिलाओं को शक्तियां प्रदान करने संबंधी समिति
(2020-2021)

(सत्रहवीं लोक सभा)

'महिला स्वास्थ्य परिचर्या: नीतिगत विकल्प'

12 फरवरी, 2021 को लोक सभा में प्रस्तुत किया गया।
12 फरवरी, 2021 को राज्य सभा के पटल पर रखा गया।

लोक सभा सचिवालय
नई दिल्ली

फरवरी, 2021/ माघ, 1942 (शक)

ई.डब्ल्यू.सी.सं. 117

मूल्यः रूपये

© 2021 लोक सभा सचिवालय

..... के अंतर्गत प्रकाशित

विषय सूची

		पृष्ठ सं.
महिलाओं को शक्तियां प्रदान करने संबंधी समिति (2020-2021) की संरचना		**(ii)**
प्राक्कथन	.....	(iii)
अध्याय एक	प्रतिवेदन	1
अध्याय दो	टिप्पणियां/सिफारिशें, जिन्हें सरकार ने स्वीकार कर लिया है	20
अध्याय तीन	टिप्पणियां/सिफारिशें, जिनके संबंध में समिति सरकार के उत्तरों को देखते हुए आगे कार्यवाही नहीं करना चाहती	43
अध्याय चार	टिप्पणियां/सिफारिशें, जिनके संबंध में समिति ने सरकार के उत्तर स्वीकार नहीं किए हैं	44
अध्याय पांच	टिप्पणियां/सिफारिशें, जिनके संबंध में सरकार के अंतिम उत्तर अभी प्राप्त नहीं हुए हैं	50

अनुबंध

I	9.2.2021 को हुई **पहली** बैठक का कार्यवाही सारांश।	54
II	समिति (**सत्रहवीं** लोक सभा) के **ग्यारहवे** प्रतिवेदन में अंतर्विष्ट टिप्पणियों/सिफारिशों पर सरकार द्वारा की गई कार्रवाई का विश्लेषण	56

महिलाओं को शक्तियां प्रदान करने संबंधी समिति (2020-2021)

डॉ. हिना विजयकुमार गावीत - सभापति

सदस्य

लोक सभा

2. श्रीमती लॉकेट चटर्जी
3. श्रीमती संगीता कुमारी सिंह देव
4. श्रीमती अन्नपूर्णा देवी
5. कुमारी राम्या हरिदास
6. श्रीमती के. कनिमोझी
7. कुमारी शोभा कारान्दलाजे
8. श्रीमती कविता मलोथू
9. श्रीमती रक्षा निखिल खाडसे
10. श्रीमती पूनमबेन माडम
11. श्रीमती ज्योत्स्ना चरणदास महंत
12. श्रीमती जसकौर मीना
13. श्रीमती क्वीन ओझा
14. श्रीमती शारदा अनिल पटेल
15. श्रीमती रीती पाठक
16. श्रीमती नवनीत रवि राणा
17. श्रीमती शताब्दी राय (बनर्जी)
18. श्रीमती गोमती साय
19. श्रीमती शर्मिष्ठा सेठी
20. श्रीमती वांगा गीता विश्वनाथ

राज्य सभा

21. श्रीमती जया बच्चन
22. श्रीमती झरना दास बैद्य
23. श्रीमती मीशा भारती
24. श्रीमती वंदना चव्हाण
25. श्रीमती शांता क्षत्री
26. श्रीमती एम. सी. मैरी कॉम
27. श्रीमती ममता मोहन्ता
28 सुश्री सरोज पाण्डेय
29. श्रीमती सम्पतिया उइके
30. श्रीमती छाया वर्मा

सचिवालय

.1श्रीमती। कल्पना शर्मा अपर सचिव -

.2श्री अजय कुमार गर्ग - निदेशक

3. श्रीमती। रीना गोपालकृष्णन अतिरिक्त निदेशक -

4 धा नेगीश्रीमती। रा . समिति अधिकारी -

प्राक्कथन

मैं, महिलाओं को शक्तियां प्रदान करने संबंधी समिति का सभापति, समिति द्वारा उसकी ओर से प्रतिवेदन प्रस्तुत करने हेतु प्राधिकृत किये जाने पर 'महिला स्वास्थ्य परिचर्या : नीतिगत विकल्प' विषय पर समिति के ग्यारहवे प्रतिवेदन (सोलहवीं लोक सभा) (2020-21) में अंतर्विष्ट सिफारिशों पर सरकार द्वारा की गई कार्यवाही संबंधी यह चौथा ंप्रतिवेदन सत्रहवीं) (लोकसभा प्रस्तुत करती हूँ ।

2. महिलाओं को शक्तियां प्रदान करने संबंधी समिति का **ग्यारहवाँ** प्रतिवेदन 03.01.2018 को लोक सभा में प्रस्तुत किया गया था और इसी दिन राज्य सभा के पटल पर रखा गया था। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण ने प्रतिवेदन में अंतर्विष्ट सभी टिप्पणियों/सिफारिशों पर की गई कार्रवाई संबंधी उत्तर भेज दिए हैं ।

3. महिलाओं को शक्तियां प्रदान करने संबंधी समिति (2020-21) ने दिनांक .09.02.2021 को हुई अपनी बैठक में प्रारूप की-गई-कार्रवाई संबंधी प्रतिवेदन पर विचार किया और उसे स्वीकार किया। बैठक का कार्यवाही सारांश अनुबंध-एक में दिया गया है।

4. समिति के ग्यारहवे प्रतिवेदन (सोलहवीं लोक सभा) में अंतर्विष्ट सिफारिशों पर सरकार द्वारा की गई कार्रवाई का विश्लेषण अनुबंध-दो में दिया गया है।

5. संदर्भ की सुविधा के लिए, समिति की टिप्पणियों/सिफारिशों को प्रतिवेदन में मोटे अक्षरों में मुद्रित किया गया है।

नई दिल्ली;
09 फरवरी, 2021
20 माध, **1942 (शक)**

डॉ. **हीना** विजयकुमार गावित,
सभापति,
महिलाओं को शक्तियां प्रदान करने संबंधी समिति

प्रतिवेदन

अध्याय - एक

महिलाओं को शक्तियां प्रदान करने संबंधी समिति का यह प्रतिवेदन 'महिला स्वास्थ्य परिचर्या : नीतिगत विकल्प' विषयक समिति के ग्यारहवें प्रतिवेदन (वीं16लोक सभा) में अंतर्विष्ट टिप्पणियों सिफारिशों/पर सरकार द्वारा की गई कार्रवाई के बारे में हैइस प्रतिवेदन में | सिफारिशें स्वास्थ्य और परिवार कल्याण/अंतर्विष्ट टिप्पणियां मेंमंत्रालय से संबंधित है|

2. समिति का यह ग्यारहवां प्रतिवेदन दिनांक 03.01.2018 को लोक सभा में प्रस्तुत किया गया और उसी दिन साथ-के-साथ राज्य सभा के पटल पर रखा गया था।

3. इस प्रतिवेदन में अंतर्विष्ट सभी 09 सिफारिशों/टिप्पणियों से संबंधित की-गई-कार्रवाई उतर उतर सरकार से प्राप्त हो गए हैं। इनकी जांच की गई है और निम्नवत वर्गीकृत किया गया है:

(एक) टिप्पणियां/सिफारिशें, जिन्हें सरकार ने स्वीकार कर लिया है:

सिफारिश सं. 2.1, 2.2, 2.4, 2.6, 2.7 और 2.8

कुल: 06

(अध्याय-दो)

(दो) टिप्पणियां/सिफारिशें, जिनके संबंध में सरकार के उत्तरों को देखते हुए समिति आगे कार्रवाई नहीं करना चाहती:

सिफारिश सं. शून्य

कुल: शून्य

(अध्याय-तीन)

(तीन) टिप्पणियां/सिफारिशें, जिनके संबंध में समिति ने सरकार के उत्तरों को स्वीकार नहीं किया

है और जिन्हें दोहराए जाने की आवश्यकता है :

सिफारिश सं. 2.3 और 2.5

कुल: 02

(अध्याय-चार)

(चार) टिप्पणियां/सिफारिशें, जिनके संबंध में सरकार के अंतिम उत्तर अभी प्राप्त नहीं हुए हैं:

सिफारिश सं. 2.9

कुल: 01

(अध्याय-पांच)

4. समिति का मानना है कि सरकार द्वारा उनकी सिफारिशों के कार्यान्वयन को अत्यंत महत्व दिया जाएगा। ऐसे मामलों में जहां सरकार के लिए किन्हीं कारणों से सिफारिशों को अक्षरश: कार्यान्वित करना संभव नहीं है, समिति को ऐसे मामले की जानकारी कार्यान्वयन न कर पाने के कारणों सहित दी जाए। समिति चाहती है कि इस प्रतिवेदन के अध्याय-एक में अंतर्विष्ट सिफारिशों/ टिप्पणियों से संबंधित की-गई-कार्रवाई टिप्पण इस प्रतिवेदन के प्रस्तुतीकरण करने के तीन माह के भीतर समिति को प्रस्तुत किए जाएं|

5. समिति अब सरकार के उन की-गई-कार्रवाई टिप्पणों पर विचार करेगी, जिन्हें या तो दोहराए जाने की आवश्यकता है अथवा जिन पर आगे टिप्पणियाँ किए जाने की आवश्यकता है।

क. दूरस्थ क्षेत्रों में प्रसूति-पूर्व केंद्र बनाये जाने की आवश्यकता

सिफारिश (पैरा सं. **2.1**)

6. अपने मूल प्रतिवेदन में समिति ने निम्नवत सिफारिश की थी: -

"समिति का मत है कि केंद्र और राज्य की नीतियों में निर्बाध समन्वय से ही विशेषत: देश में मातृत्व और शिशु मृत्यु दर नीचे लाने और प्रसव-पूर्व, प्रसवांतर और प्रसव के पश्चात् दी जाने वाली सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार कर भारत में मातृत्व तथा शिशु स्वास्थ्य परिदृश्य के समग्र विकास में योगदान कर महिला स्वास्थ्य परिचर्या में उल्लेखनीय परिवर्तन लाये जा सकते हैं। समिति ने विषय की जांच के दौरान पाया कि मंत्रालय ने गर्भवती महिलाओं के लिये परिवहन पर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया है विशेषत: तब जब उन्हें प्रसव पीड़ा आरंभ हो गई हो। समिति ने पाया है कि दुर्गम भौगोलिक परिस्थितियों, परिवहन सुविधाओं के अभाव, प्राकृतिक आपदाओं, देश के कुछ भागों में उग्रवादियों के कारण खतरों, कर्फ्यू, हड़तालों और आकस्मिक परिस्थितियों से उत्पन्न होने वाले ऐसे अनेक कारकों जिनसे उन महिलाओं जिनके प्रसव का समय निकट आ चुका है के लिये गंभीर स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं हो सकती हैं, को देखते हुए गर्भवती महिलाओं को सरलता से निकटतम प्रसूति केंद्र तक पहुँचाना अभी भी एक कठिन कार्य है। अत: समिति सिफारिश करती है सरकार ऐसे प्रसव पूर्व केंद्रों का निर्माण करे जो प्रसूति केंद्रों के निकट हों और जहां प्रसूति की अनुमानित तिथि से 7 से 10 दिन पहले गर्भवती महिलाओं को लाकर रखा जा सके, जहां कुशल चिकित्सा कर्मी उनकी देखभाल करेंगे और उन्हें उनके स्वास्थ्य की आवश्यकतानुसार उपयुक्त भोजन और और दवाइयां देंगे। समिति का मानना है कि इससे अधिकांशत: गरीब और सीमांत परिवारों के खर्च में भी कमी आयेगी जिन्हें देश के कई भागों में दूरस्थ अस्पतालों तक गर्भवती महिलाओं को ले जाने के लिये वाहन किराये पर लेने के लिये भारी धनराशि का भुगतान करना पड़ता है। इसके अलावा, इन केंद्रों के होने से मातृत्व मृत्यु और प्रसव के दौरान होने वाली अन्य जटिलताओं में कमी आयेगी, चूंकि प्रत्येक वर्ष भारी संख्या में महिलाएं अस्पताल पहुँचने में विलंब या किसी अन्य कठिनाई के कारण गांव से अस्पताल के रास्ते में अपने बच्चों को जन्म देती हैं। यहां समिति यह भी सुझाव देती है कि सरकार सुंदरबन के दूरस्थ और ग्रामीण क्षेत्रों जैसे गोसाबा, पाथर प्रतिमा और संदेशखली और मुर्शिदाबाद जिले में पश्चिम बंगाल राज्य द्वारा ऐसे केंद्र बनाये जाने में प्राप्त की गई सफलता का अध्ययन करें। समिति ने पाया है कि इन नवीन पहले से राज्य में एक वर्ष के कम समय में मातृत्व मृत्यु दर गिर कर 41 से 27 प्रति हजार लाइव बर्थ हो गई है और इस उपलब्धि को मंत्रालय द्वारा हाल ही में चौथे "लोक स्वास्थ्य परिचर्या में श्रेष्ठ और नवीन

नवीन पद्धति संबंधी राष्ट्रीय शिखर सम्मेलन" में सम्मानित भी किया गया है। समिति सरकार द्वारा मातृत्व लाभ अधिनियम, 1961 में संशोधन कर सभी महिला कर्मचारियों के लिये वेतन सहित मातृत्व अवकाश को 12 सप्ताह से बढ़ा कर 26 सप्ताह किये जाने की सराहना करती है। समिति यह भी आशा करती करती है कि सरकार अविलम्ब उपयुक्त दिशा-निर्देश जारी करेगी ताकि न केवल वेतन सहित मातृत्व अवकाश की अवधि बढ़ाने के संबंध में अपितु देश की निजी और सार्वजनिक क्षेत्र में काम करने वाली सभी महिलाओं के लिये "घर से काम करने की सुविधा" और शिशु गृह जैसे अन्य प्रावधानों के संबंध में भी यह संशोधन सही मायने में समर्थकारी सिद्ध हो सके।"

7. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने अपने की-गई-कार्रवाई उत्तर में, उपरोक्त उल्लिखित सिफारिश पर निम्नवत उत्तर दिया: -

1. प्रसूति-पूर्व केंद्रों/जन्म प्रतीक्षा गृहों की स्थापना करने के लिए परियोजना कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) में राज्यों/ संघ राज्य क्षेत्रों को निधि जारी करके भारत सरकार ने इस संबंध में आवश्यक कदम उठाए हैं। जेब से होने वाले व्यय में कमी लाने और रास्ते में विलंब तथा अन्य संबंधित कठिनाइयों के कारण होने वाली मातृ मृत्यु और अन्य प्रसवोत्तर समस्याओं में कमी लाने के उद्देश्य से वर्तमान में 7 राज्यों नामत: पश्चिम बंगाल, ओडिशा, केरल, छत्तीसगढ़, तेलंगाना, गुजरात और आंध्र प्रदेश में ऐसे केंद्र स्थापित हैं। स्वास्थ्य राज्य का विषय है, इसलिए जन स्वास्थ्य केंद्रों में अनिवार्य औषधियों, निदान, नैदानिक परीक्षणों और चिकित्सा उपकरणों की उपलब्धता सुनिश्चित करने की प्राथमिक जिम्मेदारी संबंधित राज्य सरकार की है। विभिन्न कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में भारत सरकार सहायक भूमिका निभाती है।
2. वैकल्पिक मॉडलों का उपयोग करके रोगी परिवहन एंबुलेंस सेवा अर्थात 108/102 प्रदान करने के लिए एनएचएम के अंतर्गत राज्यों को निधियों का प्रावधान करना एनएचएम की एक उपलब्धि (हॉलमार्क) है। वर्तमान में (दिसंबर 2019 की स्थिति के अनुसार) कुल 26368 एंबुलेंस सेवाएं दी जा रही हैं, जिनमें से 10139 एंबुलेंस 108 के अंतर्गत, 10730 एंबुलेंस 102 के अंतर्गत और अन्य 5499 रोगी परिवहन एंबुलेंस गर्भवती महिलाओं और बच्चों को परिवहन सेवाएं दे रही हैं।
3. जेएसएसके के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं और रुग्ण शिशुओं को 1 वर्ष तक निम्नलिखित नि:शुल्क रेफरल परिवहन पात्रता प्रदान की जाती है: - घर से स्वास्थ्य केंद्र तक, आवश्यक होने पर उच्च केंद्र में ले जाने हेतु और केंद्र से घर छोड़ने हेतु।

4. सभी राज्य सरकारों द्वारा प्रसूति लाभ अधिनियम, 1961 के प्रावधान खानों और सर्कस को छोड़कर छोड़कर सभी क्षेत्रों में प्रवर्तित और कार्यान्वित किए जाते हैं। प्रसूति लाभ अधिनियम, 1961 के प्रावधानों का सख्ती से प्रवर्तन एवं अनुपालन करने के लिए राज्य सरकारों को समय-समय पर एडवाइजरी जारी की जाती है।

श्रम एवं रोजगार मंत्रालय ने दिनांक 12.04.2017 को राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को जारी की गई अपनी एडवाइज़री में प्रस्तुति लाभ (संशोधन) अधिनियम 2017 और प्रसूति अवकाश की सवेतन बढ़ाई गई अवधि, 'वर्क फ्रॉम होम' और 'क्रेच' सुविधा सहित प्रसूति लाभ अधिनियम, 1961 में शामिल किए गए प्रावधानों के अधिनियम के बारे में सूचना दी है। एडवाइज़री में अधिनियम के प्रावधानों के संबंध में मंत्रालय में प्राप्त कुछ प्रश्नों पर स्पष्टीकरण भी दिया गया है। राज्यों/संघ राज्य राज्य क्षेत्रों को ये स्पष्टीकरण अनुपालन हेतु नोट करने और इन्हें व्यापक रुप में परिचालित करने के लिए कहा गया है, ताकि गर्भवती कामकाज़ी महिलाओं को उनके अधिकारों के प्रति जागरूक किया जा सके। क्रेच सुविधाओं के लिए नियम बनाने और अधिसूचित करने हेतु कार्रवाई करने से संबंधित दिनांक 17.11.2017 की एक एडवाइज़री भी जारी की गई है। इन एडवाइज़री की प्रतियां अनुलग्नक-एक और दो पर संलग्न हैं।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने भी प्रसूति लाभ (संशोधन) अधिनियम, 2017 के अनुसार प्रसूति अवकाश के प्रावधान, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम)/राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली प्रणाली संसाधन केंद्र (एनएचएसआरसी) के अधीन संविदात्मक आधार पर (एक वर्ष की संविदा पर) सभी सेवारत महिला परामर्शदाताओं के लिए भी 26 सप्ताह या उनकी संविदा अवधि समाप्त होने - जो भी पहले हो, के लिए इस शर्त पर लागू करने का निर्णय लिया गया है की प्रसूति अवकाश पर जाने से पहले महिला सलाहकार ने पिछले 12 महीनों में 80 दिन कार्य किया हो। प्रसूति अवकाश पूर्ण वेतन अवकाश होगा, जो वर्तमान में सलाहकारों को दिए जा रहे एक महीने के अवकाश के अतिरिक्त होगा। सलाहकार अपनी संविदा के निबंधन एवं शर्तों के अनुसार प्रसूति अवकाश के विस्तारित लाभ वर्ष 2020-21 से प्राप्त करने की पात्र होंगी। इस संबंध में दिनांक 11 जून, 2020 का पत्र संख्या जैड.18015/21/2017-एनएचएम-II/एनएचएम-I अनुलग्नक-तीन पर संलग्न है।"

समिति की टिप्पणियां

8. मातृ/शिशु मृत्यु दर, गरीब और सीमांत परिवारों के लिए आउट ऑफ पॉकेट खर्च, अस्पताल जाते हुए मार्ग में विलंब के कारण स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं और उससे जुड़ी अन्य कठिनाइयों को कम करने के लिए समिति ने अपने मूल प्रतिवेदन में सिफारिश की थी कि गर्भवती महिलाओं के लिए 'प्री-डिलीवरी हब्स' बनाए जाएं जहां उन्हें डिलीवरी की तारीख से बहुत पहले लाया जा सके और उचित आहार और चिकित्सा देखभाल प्रदान की जा सके। समिति यह भी चाहती थी कि सरकार देश के निजी और सार्वजनिक क्षेत्र दोनों में सभी कामकाजी महिलाओं के लिए अधिक अवधि के सवेतन मातृत्व अवकाश, 'वर्क फ्रॉम होम', और 'क्रेच' सुविधा के संबंध में मातृत्व लाभ (संशोधन) अधिनियम, 2017 के तहत उपयुक्त दिशानिर्देश जारी करे।

मंत्रालय ने अपने उत्तर में बताया है कि भारत सरकार ने 'प्री डिलीवरी हट्स/बर्थ वेटिंग होम्स' स्थापित करने के लिए परियोजना कार्यान्वयन योजना (पीआईपी) में राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को निधियां जारी करने के लिए प्रावधान किया है और वर्तमान में सात राज्यों नामतः पश्चिम बंगाल, ओडिशा, केरल, छत्तीसगढ़, तेलंगाना, गुजरात और आंध्र प्रदेश में ऐसे प्री डिलीवरी हट स्थापित किए गए हैं। मंत्रालय ने यह भी सूचित किया है कि श्रम और रोजगार मंत्रालय ने राज्य/संघ राज्य क्षेत्रों के लिए अपनी दिनांक 12.04.2017 की एडवाइजरी में मातृत्व लाभ (संशोधन) अधिनियम, 2017 के अधिनियमन और उन उपबंधों जिन्हें मातृत्व लाभ अधिनियम 1961 में जोड़ा गया है, के बारे में बताया है जिसमें अधिक अवधि का सवेतन मातृत्व अवकाश, वर्क फ्राम होम तथा 'क्रेच' सुविधा शामिल है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम)/राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केन्द्र (एनएचएसआरसी) के अंतर्गत अनुबंध के आधार पर (एक वर्ष के अनुबंध के अंतर्गत) कार्य कर रही सभी महिला कंसलटेंट को 26 सप्ताह की अवधि अथवा उनके अनुबंध की अवधि पूरी होने तक, जो भी पहले हो, मातृत्व लाभ (संशोधन) अधिनियम, 2017 के अनुसार मातृत्व अवकाश प्रदान करने का भी निर्णय लिया है।

समिति 'प्री-डिलीवरी हब्स' स्थापित करने के लिए निधियां जारी करने की समिति की सिफारिश पर मंत्रालय द्वारा उठाए गए कदम की प्रशंसा करती है और यह नोट करके प्रसन्न है कि 7 राज्यों में ऐसे हब की स्थापना कर दी गयी है। इसके साथ ही, समिति चाहती है कि मंत्रालय यह सुनिश्चित करे कि देश के सभी शेष 22 राज्यों में ऐसे हब स्थापित किए जाए ताकि

स्वास्थ्य देखभाल का लाभ अधिक से अधिक भावी माताओं तक पहुंच सके। समिति यह भी चाहती है कि उसे उन महिला लाभार्थियों की संख्या के बारे में बताया जाए जिन्होंने विभिन्न राज्यों में 'प्री-डिलीवरी हब्स' की सुविधा का लाभ उठाया है।

इसके अतिरिक्त, समिति लगभग सभी क्षेत्रों में मातृत्व लाभ अधिनियम, 1961 के उपबंधों के अधिनियमन और कार्यान्वयन, मातृत्व लाभ (संशोधन) अधिनियम, 2017 के अधिनियमन के बारे में श्रम और रोजगार मंत्रालय की एडवाइजरी और मातृत्व लाभ अधिनियम 1961 में जोड़े गए अधिक अवधि का सवेतन मातृत्व अवकाश, वर्क फ्राम होम और क्रेच सुविधा जैसे उपबंधों के बारे में जानकर प्रसन्न है। समिति, एनएचएम/एनएचएसआरसी के अंतर्गत अनुबंध के आधार पर कार्य कर रही महिला कंसलटेंट को अतिरिक्त मातृत्व लाभ प्रदान करने में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के प्रयासों की सराहना भी करती है। समिति चाहती है कि उसे अनुबंध पर कार्य करने वाली उन महिलाओं की संख्या के बारे में बताया जाए जिन्होंने मातृत्व लाभ (संशोधन) अधिनियम, 2017 के अधिनियमन के बाद से उक्त लाभ लिया है।

ख. 'आशा' की मांग को पहचानना और अन्य लोगों के लिए कार्यक्षेत्र- का विस्तार करना

सिफारिश (पैरा सं. **2.3**)

9. समिति ने अपने मूल प्रतिवेदन में निम्नवत सिफारिश की है: -

"समिति सरकार के फ्लैगशिप स्वास्थ्य कार्यक्रमों और देश में संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के लिये गर्भवती महिलाओं और सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं के बीच महत्वपूर्ण सम्पर्क के रूप में मान्यता-प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्त्रियों (आशा) की भूमिका की सराहना करती है। आशा कार्यकर्त्रियां गर्भवती महिलाओं का पता लगाकर उन्हें समय पर प्रसवपूर्व देखभाल प्रदान करने और जननी सुरक्षा योजना के तहत जिन प्रोत्साहनों और सुविधाओं की वे पात्र हैं उनका लाभ दिलवाने में सहायता करती हैं तथा राज्य सरकारें देश के बृहत ग्रामीण क्षेत्रों में विभिन्न सर्वेक्षण करवाने और स्वास्थ्य कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में उनकी सेवाएं लेती हैं। समिति यह भी नोट करती है कि उन्हें क्षयरोग के मामलों का पता लगाने और स्कूलों में जाकर विद्यार्थियों के स्वास्थ्य सूचकांकों की निगरानी करने का अधिदेश भी भी प्राप्त है। तथापि, यह आश्चर्यजनक है कि आशा कार्यकर्त्रियां मानद स्वयंसेवक होने के नाते केवल

निष्पादन आधारित प्रोत्साहनों की ही पात्र हैं। वे इस बड़े देश के उत्तरी भाग से लेकर दक्षिणी भाग तक कठिन परिश्रम कर रही हैं परंतु उनका कोई निर्धारित वेतन नहीं है। विषय की जांच के दौरान समिति ने यह भी पाया कि ये कार्यकर्त्रियां देश के अनेक राज्यों में अपने पारिश्रमिक के भाग के रूप में नियत वेतन घटक की मांग करती रही हैं। समिति के विचार में देश को उनके द्वारा दी जा रही सेवाओं की सराहना करनी चाहिये। अतः समिति आग्रह करती है कि आशा कार्यकर्त्रियों की भूमिका की सराहना करते हुए तथा उनके परिवारों को थोड़ी वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिये उन्हें निष्पादन आधारित प्रोत्साहन देने के साथ-साथ मंत्रालय उन्हें निश्चित मासिक वेतन जो 3000 रुपये प्रतिमाह से कम न हो, हो, देने के लियो प्रस्ताव तैयार वित्त मंत्रालय को अनुमोदनार्थ प्रस्तुत करे। इसके अतिरिक्त समिति यह यह भी सिफारिश करती है कि आशा कार्यकर्त्रियों के प्रशिक्षण तंत्र में मौजूदा बाधाओं जैसे योग्य प्रशिक्षकों, अवसंरचना और उपकरणों की कमी को तत्काल दूर किया जाये ताकि आशा कार्यकर्त्रियों की विशिष्ट आवश्यकताओं की जानकारी रखने वाले विशेषज्ञों द्वारा तैयार किये गये उपभोक्ता अनुकूल मॉड्यूल्स से उन्नत प्रशिक्षण प्राप्त करके वे स्वास्थ्य क्षेत्र की उभरती जरूरतों को बेहतर ढंग से पूरा करने के योग्य बन सकें। समिति यह भी आग्रह करती है कि सरकार उन राज्य सरकारों/संघ राज्य क्षेत्रों की सरकारों के साथ तत्काल मामला उठाये जहां आशा कार्यकर्त्रियों की संख्या प्राधिकारियों द्वारा तय की गई संख्या से काफी कम है। समिति यह भी सिफारिश करती है कि दूरस्थ में इन कार्यकर्त्रियों की कमी दूर करने तथा समाज में रोजगार के अवसर बढ़ाने के लिये पुरुषों और यदि संभव हो तो ट्रांसजेण्डर समुदाय के लोगों को भी आशा के कार्य के लिये रखा जाये।

10. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने अपने की-गई-कार्रवाई उत्तर में, उपर्युक्त उल्लिखित सिफारिश पर निम्नवत उत्तर दिया: -

"महिला सशक्तिकरण संबंधी संसदीय समिति ने आशाकर्मियों की सेवाओं का सर्वेक्षण आदि करने करने के लिए राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों की सरकारों द्वारा उनका उपयोग किए जाने के अलावा गर्भावस्था तथा सुरक्षित प्रसव कराने, पात्रताओं को समर्थकारी बनाने, टीबी तथा स्कूल स्वास्थ्य में भी उनकी भूमिका को स्वीकार किया है। आशाकर्मी नवजातों, बच्चों, चिरकालिक बीमारियों इत्यादि की परिचर्या से संबंधित अन्य कार्यों में भी शामिल होती हैं।

जन स्वास्थ्य एवं अस्पताल राज्य का विषय होने के कारण आशा कार्यक्रम भुगतान सहित, संबंधित राज्य/संघ राज्य क्षेत्र की सरकारों द्वारा आयोजित किया जाता है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत आशाकर्मियों की स्वास्थ्य स्वयंसेवक होने की परिकल्पना की गई है तथा वे केवल प्रोत्साहन आधारित कार्य/क्रियाकलाप के ही पात्र हैं। आशाकर्मियों के लिए नियत मासिक प्रोत्साहन राशि जिसे राष्ट्रीय स्तर पर अंतिम रूप दिया जाता है, की केन्द्रीय सरकार द्वारा नियमित रूप से समीक्षा की जाती है तथा जिन क्रियाकलापों के लिए आशाकर्मियों को प्रोत्साहन दिए जाएंगे उनका समय - समय पर विस्तार किया जाता है। तथापि, राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत नेमी और संचयी प्रोत्साहनों के अलावा विशेष संदर्भ/आवश्यकता के अनुसार आशाकर्मियों को दिए जाने वाले प्रोत्साहनों के अलावा विशेष संदर्भ/आवश्यकता दिए जाने वाले प्रोत्साहनों के प्रकार के बारे में भी निर्णय करने में लचीलापन प्रदान किया जाता है।

इसके अलावा, वर्ष 2018 में आशाकर्मियों के उल्लेखनीय सहयोग तथा प्रतिबद्धता को स्वीकार करते हुए आशाकर्मी लाभ पैकेज की शुरूआत की गई थी। पैकेज में निम्नलिखित शामिल हैं:

- नेमी और संचयी प्रोत्साहन राशि में संशोधन कर उसे 1000 रुपये प्रतिमाह से बढ़ाकर 2000/- रुपये कर दिया गया।
- पात्र आशाकर्मियों तथा आशा सुविधा प्रबंधकों का पंजीकरण करके पात्र आशाकर्मियों तथा आशा सुविधा प्रबंधकों को निम्नलिखित योजनाओं में जीवन बीमा, दुर्घटना बीमा तथा पेंशन का लाभ दिया जाता है:-
    - प्रधानमंत्री जीवन ज्योति बीमा योजना (330/- रुपये प्रीमियम, जिसके अंशदान का भुगतान भारत सरकार द्वारा किया जाता है)
    - प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना (12/-रुपये प्रीमियम जिसके अंशदान का भुगतान भारत सरकार द्वारा किया जाता है)।
    - प्रधान मंत्री श्रम योगी मानधन (प्रीमियम, के 50% अंशदान का भुगतान भारत सरकार द्वारा तथा 50% अंशदान का भुगतान लाभार्थी द्वारा किया जाता है)

आशा प्रोत्साहनों तथा सामाजिक सुरक्षा उपायों की सूची अनुलग्नक-चार पर संलग्न है।

एनएचएम के तहत जून, 30 तक प्रति आशाकर्मी 1000/- रुपये प्रतिमाह तथा प्रति आशा प्रदायक प्रतिमाह 5000/- रुपये का अतिरिक्त प्रोत्साहन देने का भी प्रावधान किया गया है। (फा.सं. जेड-18015/4/2020-एनएचएम-2 (पार्ट-) यह प्रोत्साहन आशाकर्मियों तथा आशा सुविधा प्रदायकों द्वारा द्वारा किए गए कोविड-19 महामारी की रोकथाम तथा समुदाय और स्वास्थ्य प्रणाली की सहायता के लिए अक्सर ड्यूटी समाप्त होने के पश्चात भी जाने तथा अपने रुटीन के आउटरीच क्रियाकलापों को करने के लिए सम्मान स्वरूप दिया गया है । कोविड-19 महामारी की वर्तमान परिस्थिति को देखते

हुए इस प्रोत्साहन को 31.3.2021 तक बढ़ाने के लिए ईएफसी द्वारा जो प्रस्ताव किया गया है उस पर स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा कार्रवाई प्रारंभ कर दी गई है।

आशाकर्मियों तथा आशा सुविधा प्रदायकों के प्रशिक्षण के लिए पर्याप्त संख्या में प्रशिक्षकों, बुनियादी अवसंरचना तथा उपकरणों का प्रावधान करने संबंधी संसदीय समिति द्वारा की गई टिप्पणी के संबंध में, राष्ट्रीय मुक्त शिक्षा संस्थान (एनआईओएस), स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र (एनएचएसआरसी) के बीच वर्ष 2014 में एक त्रिपक्षीय समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर किए गए थे। इस कार्यक्रम में निम्नलिखित शामिल हैं: - प्रशिक्षण पाठ्यक्रम का मानकीकरण, प्रशिक्षण स्थलों का प्रत्यायन तथा प्रशिक्षकों, आशाकर्मियों और आशा सुविधा प्रदायकों का प्रमाणीकरण। आशा कर्मियों द्वारा गुणवत्तापूर्ण सेवाएं देना सुनिश्चित करने के लिए पुनश्चर्या प्रशिक्षणों का भी प्रबंध किया जाता है। प्रशिक्षकों तथा प्रशिक्षण अवसंरचना के लिए वित्तीय और तकनीकी सहायता तथा अपेक्षित प्रशिक्षण उपकरण एनएचएम के माध्यम से राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को उपलब्ध कराई जाती है। इन सभी लागतों को कवर करने के लिए यह सहायता प्रति आशाकर्मी प्रतिवर्ष 16,000/- रुपए की दर से उपलपब्ध कराई जाती है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र (एनएचएसआरसी) आशाकर्मियों के प्रशिक्षण से संबंधित प्रशिक्षण संसाधन सामग्री को राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के साथ साझा करने में सहायक रहा है। हाल ही में, आशाकर्मियों को कोविड-19 महामारी में उनकी भूमिका के बारे में तथा इस संबंध में क्या करना चाहिए तथा क्या नहीं करना चाहिए के बारे में प्रशिक्षण सामग्री तथा प्रशिक्षण भी उपलब्ध कराया गया था।

आशाकर्मियों के रिक्त पदों को भरने के संबंध में राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के साथ होने वाली एनएचएम समीक्षा बैठकों कॉमन रिव्यू मिशन (सीआरएम) ब्रीफिंग्स, राष्ट्रीय कार्यक्रम समन्वय समिति (एनपीसीसी) की बैठकों में केन्द्रीय सरकार द्वारा नियमित रूप से इस मुद्दे की समीक्षा की जाती है। जनजातीय तथा पहाड़ी क्षेत्रों के लिए आशाकर्मियों के चयन के लिए मानकों में ढील दी जाती है ताकि रिक्त पदों को भरा जा सके। आशाकर्मियों की अद्यतन स्थिति के अनुसार, एनएचएसआरसी के जुलाई, 2019 के आंकड़ों के अनुसार, आशाकर्मियों का 96 प्रतिशत (ग्रामीण) तथा 85 प्रतिशत (शहरी) पद भरे हुए हैं। ब्यौरा अनुलग्नक-पांच पर संलग्न है।

आयुष्मान भारत स्वास्थ्य और आरोग्य केन्द्र (एबी-एचडब्ल्यूसी) कार्यक्रम के प्रारंभ होने के साथ ही, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय एचडब्ल्यूसी स्तर पर प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या टीम का सृजन करने के लिए राज्यों को पुरुष स्वास्थ्य कर्मी उपलब्ध करा रहा है। उप केंद्र स्तर पर स्वास्थ्य और आरोग्य केंद्र में टीम में सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी, एक पुरुष बहुउद्देशीय कर्मी,

कर्मी, एक महिला बहुउद्देशीय कर्मी तथा पांच-पांच आशाकर्मी होते हैं। ट्रांसजेंडर समुदाय से आशाकर्मियों की भर्ती करने के संबंध में समिति के सुझाव को नोट कर लिया गया है।"

समिति की टिप्पणियां

11. सरकार के कार्यक्रमों विशेषकर, महिला स्वास्थ्य देखरेख, में आशा कार्यकर्ताओं के महत्वपूर्ण योगदान को स्वीकार करते हुए समिति ने सरकार से आग्रह किया था कि आशा कार्यकर्ताओं को दिए जाने वाले मौजूदा कार्य आधारित प्रोत्साहन के अतिरिक्त उन्हें कम से कम 3,000/- रुपए प्रतिमाह सुनिश्चित मासिक वेतन के लिए वित्त मंत्रालय के समक्ष एक प्रस्ताव पेश करे। समिति ने आशा कार्यकर्ताओं के लिए एडवांस लेवल ट्रेनिंग और पुरुषों, और यदि संभव हो तो ट्रांसजेंडर समुदाय के लोगों की भर्ती के द्वारा रिक्तियों को भरने की भी सिफारिश की थी।

उत्तर में, समिति को सूचित किया गया है कि विभिन्न शीर्षों के अंतर्गत एनएचएम के तहत आशा कार्यकर्ताओं के लिए वर्ष 2018 से प्रोत्साहन में वृद्धि की गयी है। तथापि, समिति यह नोट करके निराश है कि मंत्रालय के उत्तर में आशा कार्यकर्ताओं के लिए सुनिश्चित मासिक वेतन के बारे में कुछ नहीं कहा गया है। सरकारी स्वास्थ्य कार्यक्रमों में आशा कार्यकर्ताओं के प्रशंसनीय कार्य के मद्देनजर समिति अपनी पूर्व सिफारिश को दोहराती है और मंत्रालय से आग्रह करती है कि कम से कम 3,000/- रुपए प्रतिमाह सुनिश्चित मासिक वेतन के लिए एक प्रस्ताव तैयार करें और उसे अनुमोदन के लिए वित्त मंत्रालय के समक्ष रखे। आशा कार्यकर्ता की भूमिका को स्वीकार करते हुए और उनके परिवारों को वित्तीय मदद प्रदान करते हुए यह वेतन उन्हें दिए जाने वाले मौजूदा कार्य आधारित प्रोत्साहन के अतिरिक्त है।

जहां तक आशा के पदों को भरने का संबंध है तो समिति इस बात से प्रसन्न नहीं है कि लगभग 15 प्रतिशत रिक्तियां शहरी क्षेत्रों में और 04 प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों में अभी भी रिक्त है। इसलिए समिति दोहराती है कि राज्य/संघ राज्य क्षेत्रों की सरकारों जिनमें निर्धारित लक्ष्य की तुलना में आशा कार्यकर्ताओं की बहुत कम संख्या है। उनसे आग्रह किया जाए कि ट्रांसजेंडर समुदाय की भर्ती सहित सभी रिक्तियों को भरने के लिए तेजी से कदम उठाए जाएं और इसकी सूचना समिति को भी दें।

ग. मिड-डे-मील योजना की व्यापक पहुँच और बेहतर निगरानी

सिफारिश (पैरा सं. **2.5**)

12. समिति ने अपने मूल प्रतिवेदन में निम्नवत सिफारिश की:

"समिति ने बार-बार देश में कुपोषण के समाधान और उसे कम करने के लिये केंद्र तथा राज्य सरकारों द्वारा चलाई जा रही विभिन्न योजनाओं और कार्यक्रमों के महत्व को उजागर किया है। समिति ने यह भी पाया कि जनजातीय बच्चों में व्याप्त चिरकारी ऊर्जा की कमी भारत में सामान्य सामान्य आबादी में पायी जाने वाली पोषणता की कमी की तुलना में अधिक चिंताजनक है। इस तथ्य पर राष्ट्रीय पोषण संस्थान, हैदराबाद तथा राष्ट्रीय पोषण निगरानी ब्यूरो ने भी बल दिया है। है। इस संबंध में समिति को विश्वास है कि जनजातीय समुदाय में कुपोषण के समाधान और उसकी कमी को समाप्त करने के लिए अधिक से अधिक यथासंभव जनजातीय बच्चों को दैनिक रूप से गर्म पका हुआ भोजन प्रदान किए जाने की आवश्यकता है। इसलिए, समिति सिफारिश करती है कि जनजातीय क्षेत्रों में निजी तौर पर प्रबंधित स्कूलों तथा स्कूल न जाने वाले उन बच्चों को भी मिड-डे-मील योजना में शामिल किया जाना चाहिए जो कई दिनों तक खेतों में लगे रहते हैं अथवा गांवों के आसपास अन्य भृत्य जैसे कार्यकलापों में लगे रहते हैं। जनजातीय क्षेत्रों में निजी स्कूलों पर सरकारी पदाधिकारियों द्वारा मिड-डे-मील योजना के सार्थक कार्यान्वयन के संबंध में निगरानी रखी जा सकती है लेकिन स्कूल प्राधिकारियों को निधियां सरकार द्वारा विद्यमान मानदंडों के अनुसार ही आबंटित की जानी चाहिए, स्थानीय पंचायतों द्वारा स्कूल न जाने वाले अथवा स्कूल बीच में छोड़ने वाले जनजातीय बच्चों के लिए दैनिक रूप से भोजन तैयार करने तथा पका-पकाया भोजन देने का कार्य किया जा सकता है। इसके अलावा, समिति को इसमें कई शिकायतें मिलती हैं जैसे भ्रष्टाचार, मिड-डे-मील योजना की निधियों का दुर्विनियोजन तथा चोरी आदि होने की शिकायतें। यद्यपि समिति इस बात को समझती है कि उपलब्ध संसाधनों से तैयार भोजन को प्रदान करने की पूरी जिम्मेदारी राज्य सरकारों/संघ राज्य क्षेत्र सरकारों की है, तथापि, केंद्र सरकार मिड-डे-मील योजना के दिशा-निर्देशों के कड़े और कठोर कार्यान्वयन से ऐसी अनियमितताओं को कम से कम कर सकती है। समिति संबंधित मंत्रालय से चाहती है कि वह राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को ऐसी अनियमितताओं का पता लगने तथा व्यावहारिक समयावधि पर मिड-डे-मील योजना की संपरीक्षा करने के लिए अपने पदाधिकारियों के निरंतर स्थल दौरे आरंभ करने के लिए प्रोत्साहित करे। इस प्रकार से, समिति स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय से

संबंधित प्राधिकारियों से यह मुद्दा उठाने तथा उनकी प्रतिक्रिया को उस तक पहुँचाने का आग्रह करती है।"

13. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने अपने की-गई-कार्रवाई उत्तर में, उपर्युक्त उल्लिखित सिफारिश पर निम्नवत उत्तर दिया: -

विद्यालयों मे चल रही राष्ट्रीय मिड-डे-मील योजना एक केंद्र प्रायोजित योजना है जो मिड-डे-मील मील योजना (एमडीएमएस) योजना के रूप में प्रसिद्ध है। यह समग्र शिक्षा के अन्तर्गत सहायता प्राप्त मदरसों और मकतबों सहित सरकारी, सरकारी अनुदान प्राप्त स्कूलों, विशेष प्रशिक्षण केन्द्रों केन्द्रों में कक्षा I-VIII में पढ़ने वाले स्कूली बच्चों को कवर करती है। मिड-डे-मील योजना का उद्देश्य निम्न के माध्यम से भारत में अधिकांश बच्चों की दो जरूरी समस्याओं नामतः भूख और शिक्षा का समाधान करना हैः

एक. कक्षा I-VIII में पढ़ने वाले बच्चों की पोषण संबंधी स्थिति में सुधार करना।

दो. वंचित वर्गों के गरीब बच्चों को नियमित रूप से स्कूल जाने के लिए प्रोत्साहित करना और कक्षा की गतिविधियों पर ध्यान केन्द्रित करने में उनकी मदद करना।

तीन. ग्रीष्मकालीन अवकाश के दौरान सूखा प्रभावित क्षेत्रों में प्राथमिक स्तर के बच्चों को पोषण संबंधी सहयोग प्रदान करना।

2. तथापि, जनजातीय क्षेत्रों में संचालित निजी स्कूलों के साथ-साथ स्कूल के बाहर के जनजातीय बच्चों को एमडीएमएस के अन्तर्गत कवर करने से संबंधित समिति के सुझाव को नोट कर लिया गया है और इस विषय में राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के साथ परामर्श किया जाएगा।

3. यहां भी उल्लेख किया जा सकता है कि योजना के अन्तर्गत बच्चों को गुणवत्तापूर्ण भोजन प्रदान किया जाए, यह सुनिश्चित करने के लिए सरकार ने केन्द्र, राज्य और जिला स्तर पर एक व्यापक निगरानी तंत्र को अपनाया है। राष्ट्रीय स्तर पर, मानव संसाधन विकास मंत्री की अध्यक्षता में एक अधिकार प्राप्त समिति और साथ ही एक राष्ट्रीय स्तरीय संचालन-सह निगरानी समिति के साथ-साथ कार्यक्रम अनुमोदन बोर्ड (पीएबी) योजना की निगरानी करते हैं और इसके सुचारू एवं प्रभावी कार्यान्वयन के लिए उपायों का सुझाव देते हैं। राज्य स्तर पर, राज्य सचिव की अध्यक्षता वाली एक राज्य स्तरीय संचालन-सह-निगरानी समिति और जिला स्तर पर, जिले के लोक सभा के वरिष्ठतम सदस्य की अध्यक्षता में एक जिला स्तरीय समीति योजना के कार्यान्वयन की निगरानी

निगरानी करती है। स्थानीय स्तर पर, ग्राम पंचायत/ग्राम सभा, ग्राम शिक्षा समितियों (वीईसी), अभिभावक- शिक्षक एसोसिएशन (पीटीए) और विद्यालय प्रबंधन समितियों (एमएमसी) के सदस्य सदस्य बच्चों को प्रदान किए गए। मिड-डे-मील की नियमितता एवं पौष्टिकता, भोजन को पकाने और परोसने में स्वच्छता, बेहतर गुणवत्ता के सामग्री, ईधन आदि की खरीद को समयबद्ध करने के लिए, मैन्यू में विविधता का कार्यान्वयन ताकि यह बच्चों के लिए आकर्षक बने और दैनिक आधार पर सामाजिक एवं लैंगिक समानता की सुनिश्चितता पर निगरानी रखते हैं। राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को सामाजिक लेखापरीक्षा करने हेतु निदेशित करने के अलावा, केन्द्र समय-समय पर फील्ड दौरों के माध्यम से योजना की समीक्षा के लिए संयुक्त समीक्षा मिशनों (जेआरएम) का गठन करता है।

समिति की टिप्पणियां

14. जनजातीय समुदाय के बच्चों में कुपोषण की समस्या का समाधान करने और उसे कम करने के लिए समिति ने सिफारिश की थी कि जनजातीय क्षेत्रों में प्राइवेट स्कूलों और स्कूल से बाहर के जनजातीय बच्चों को मिड-डे-मील योजना (एमडीएमएस) के अंतर्गत शामिल किया जाए। इस संबंध में, यह सूचित किया गया है कि सिफारिश को मंत्रालय द्वारा नोट कर लिया गया है और इस मामले में राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों के साथ परामर्श किया जाएगा। समिति पाती है कि मंत्रालय का उत्तर लापरवाहीपूर्ण है और यह महसूस करती है कि यदि मंत्रालय उसकी सिफारिशों के बारे में गंभीर होता तो समिति को अपना उत्तर प्रस्तुत करने से पूर्व निर्धारित समय के भीतर इस संबंध में परामर्श पूर्ण हो गया होता। इस समय समिति इसी बात पर जोर देती है कि उसकी सिफारिशों पर सर्वोच्च् प्राथमिकता के आधार पर विचार किया जाए और की-गई-कार्रवाई की सूचना यथाशीघ्र समिति को दी जाए।

घ. महिलाओं का मानसिक स्वास्थ्य: प्राथमिकता देने की तत्काल आवश्यकता

सिफारिश (पैरा सं. 2.9)

15. समिति ने अपने मूल प्रतिवेदन में निम्नवत सिफारिश की:

"इस बात से कोई इंकार नहीं किया जा सकता कि हमारी भारी आबादी में से ज्यादातर महिलाएं ही मानसिक रोगों से ग्रस्त हैं। समिति को यह भी लग रहा है कि सामाजिक पूर्वाग्रहों, भय, लांछन और अज्ञानता के चलते महिलाओं के मानसिक रोगों के बारे में अक्सर पता ही नहीं चल पाता। समिति समाज के इस रवैये की कड़ी निंदा करती है और सरकार से महिलाओं को घेरने वाले इन रोगों के संबंध में जागरूकता पैदा करने तथा इनको संभावित उपचार उपलब्ध करवाने का आग्रह करती है। समिति को ऐसा लगता है कि इससे इनकी मानसिक रोग संबंधी बात करने के पर उन पर लगा लांछन मिटाने में सहायता मिलेगी। साथ ही विभिन्न पृष्ठभूमि वाली महिलाओं को सरकारी और निजी स्वास्थ्य परिचर्या में उपचार करने और परामर्श मिलने में भी सहायता मिलेगी। यह समय का तकाजा है कि इस संबंध में सभी अभिकरणों-ग्राम पंचायतों, पंचायत समितियों, पुलिस, स्थानीय प्रशासन, शैक्षणिक संस्थाओं, मनोवैज्ञानिक विभागों, परामर्शदाताओं, परिचर्यादाताओं और समाज से निर्बाध सहयोग मिले जिससे कि मानसिक प्रकरणों के बारे में अभियान चलाया जा सके। समिति सिफारिश करती है कि मंत्रालय राज्य/संघ राज्य क्षेत्रों से देश की प्रत्येक कमजोर महिला और बालिका की पहुंच तक इसे औपचारिक रूप से यह एक अग्रणीय कार्यक्रम का रूप देने की बात करे ताकि उन्हें मानसिक रोग के विभिन्न पहलुओं की जानकारी मिल सके और उन्हें अपने निकट संभावित उपचार के अवसर उपलब्ध हो सकें। इस प्रकार से समिति पुरजोर सिफारिश करती है कि मानसिक रोगों पर कुल स्वास्थ्य बजट के व्यय का प्रतिशत बढ़े और इसके अतिरिक्त आश्रय स्थलों में संबंधित सुविधाओं के उन्नयन के गंभीर प्रयास किए जाएं क्योंकि उनमें से अधिकतर की स्थिति संतोषजनक नहीं है। ये आश्रय स्थल देश ही नहीं बल्कि अंतरराष्ट्रीय स्तर के बेहतर कार्यनिष्पादक आश्रय स्थल बनें। समिति सामुदायिक जीविका, क्रूर अमानवीय और अवक्रमित इलाज से संरक्षण, समानता और भेदभाव बिना, सूचना का अधिकार, गोपनीयता, मानसिक रोग के संबंध में सूचना के निर्गमन पर प्रतिबंध, मेडिकल अभिलेख तक पहुँच का अधिकार, निजी करारों और संचार का अधिकार, विधिक सहायता का अधिकार तथा सेवाओं के उपबंध में कमी के विरूद्ध शिकायत करने का अधिकार आदि के रूप में मानसिक बीमारी से ग्रस्त व्यक्तियों के लिए मानसिक परिचर्या और सेवाएं सुनिश्चित करने वाले मानसिक परिचर्या अधिनियम के उत्कृष्ट मानवीय

दृष्टिकोण की सहायता करती है। समिति को चिंता इस बात से है कि विभिन्न प्रावधानों से संबंधित नियम अभी तक निरूपित नहीं किए गए हैं। समिति सिफारिश करती है कि मंत्रालय नियमों के निरूपण हेतु सक्रिय प्रयास करे तथा यह सुनिश्चित करे कि यह अधिनियम अक्षरश: अनुपालित हो। समिति मंत्रालय को यह अनुसरण कराने का अपना परम कर्तव्य समझती है कि कमजोर वर्गों के लिए अनुकंपा और न्याय के रवैये की आवश्यकता यह सुनिश्चित करने में होती है कि विधानों का कार्यान्वयन अक्षरश: हो और समाज के अंतिम व्यक्ति तक न्याय पहुंचे। इस आवश्यकता के लिए मंत्रालय वास्तविक रूप से इस संबंध में सेवाएं देने वालों को जागरूक करने को सुनिश्चित करने हेतु एक व्यापक संवेदनशील बनाने संबंधी प्रशिक्षण कार्यक्रम और जागरूकता संबंधी कार्यशालाओं का आयोजन करे। समिति मंत्रालय को निदेशित करती है कि वह व्यापक तथा प्रभावी प्रशिक्षण योजना तथा वास्तविक प्रतिप्राप्ति तंत्र विकसित करे ताकि सेवाओं तक पहुँच में अधिनियम पूर्णत: कार्य करे और समिति को इस संबंध में उठाए गए कदमों से अवगत कराया जाए।".

16. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने अपने की-गई-कार्रवाई उत्तर में, उपर्युक्त उल्लिखित सिफारिश पर निम्नवत उत्तर दिया: -

"भारत सरकार देश में मानसिक स्वास्थ्य की गुणवत्तापूर्ण सेवाएं प्रदान करने के लिए विभिन्न पहले अग्रसक्रिय रूप से कर रही है। सरकार की पहलें उन सभी के लिए अभिप्रेत हैं जिन्हें मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी सहायता की आवश्यकता है भले ही वह किसी भी लिंग, जाति या धर्म का हो।

मानसिक बीमारियों की चुनौती से निपटने के लिए सरकार देश में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एनएमएचपी) को कार्यान्वित कर रही है। एनएमएचपी के तहत, जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (डीएमएचपी) के कार्यान्वयन को देश के 655 जिलों में मंजूरी दी गई है। जिसका उद्देश्य है मानसिक विकारों/ बीमारियों का शीघ्र पता लगाना और इनका प्रबंधन। डीएमएचपी के अंतर्गत शामिल किए गए क्रियाकलापों में लक्षित हस्तक्षेप सम्मिलित हैं जैसे कि कार्यस्थल पर तनाव का प्रबंधन, आत्महत्या रोकथाम क्रियाकलाप, जीवन की कुशलताओं में प्रशिक्षण, स्कूल और कॉलेज में परामर्श (काउंसलिंग), समुदाय में जागरूकता सृजन से जुड़े

क्रियाकलाप और विभिन्न श्रेणियों के स्वास्थ्यकर्मियों को अल्पावधि के प्रशिक्षण देना। मानसिक बीमारियों के बारे में आम जनता में जागरूकता लाने के लिए सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी) संबंधी क्रियाकलाप डीएमएचपी का अभिन्न अंग हैं। जिला स्तर पर आईईसी और जागरूकता सृजन क्रियाकलापों के लिए डीएमएचपी के अंतर्गत प्रत्येक जिले को 4 लाख रुपए तक की निधियां प्रदान की जाती हैं।

देश में मानसिक स्वास्थ्य से जुड़े योग्य पेशेवरों की कमी को दूर करने के लिए सरकार मानसिक स्वास्थ्य की विशेषताओं के उत्कृष्टता केंद्रों की स्थापना तथा स्नातकोत्तर विभागों के सुदृढ़ीकरण/ सुदृढ़ीकरण/ स्थापना के लिए जनशक्ति विकास स्कीमें लागू कर रही है। अभी तक देश में मानसिक स्वास्थ्य की विशेषज्ञताओं के 25 उत्कृष्टता केंद्रों और 47 स्नातकोत्तर विभागों के सुदृढ़ीकरण/ स्थापना के लिए सहायता प्रदान की गई है। तृतीयक स्तर की मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाएं केंद्र और राज्य सरकारों द्वारा संचालित समर्पित मानसिक स्वास्थ्य संस्थानों और मेडिकल कॉलेजों के माध्यम से दी जाती हैं। एनएमएचपी की जनशक्ति विकास स्कीमों के अलावा, सरकार देश के अल्पसेवित क्षेत्रों में मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या सेवाएं प्रदान करने के लिए भी जनशक्ति की उपलब्धता को बढ़ा रही है जिसमें स्वास्थ्य परिचर्या के विभिन्न श्रेणियों के के सेवा प्रदाताओं जैसे कि चिकित्सा अधिकारी, मनोवैज्ञानिक, सामाजिक कार्यकर्ता और नर्सों को देशभर में मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या की गुणवत्तापूर्ण सेवाएं प्रदान करने के लिए ऑनलाइन प्रशिक्षण पाठ्यक्रम कराए जाते हैं। ये ऑनलाइन प्रशिक्षण तीन केंद्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थानों में स्थित डिजिटल अकादमियों के माध्यम से दिए जाते हैं।

29.05.2018 को मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या अधिनियम, 2017 लागू किया गया था। इस अधिनियम का उद्देश्य है मानसिक बीमारी से ग्रस्त व्यक्तियों के लिए मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या और सेवाओं का प्रावधान करना और मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या और सेवाओं की प्रदायगी के दौरान ऐसे व्यक्तियों के अधिकारों को सुरक्षा प्रदान करना, बढ़ावा देना और पूरा करना। इस अधिनियम में मानसिक स्वास्थ्य संस्थानों में स्वास्थ्य परिचर्या और उपचार करा रही महिलाओं की विशेष जरूरतों को पूरा करने, पुलिस अधिकारियों समेत सरकारी अधिकारियों में अधिनियम के उपबंधों के बारे में जागरूकता लाने और इसका प्रशिक्षण देने तथा मानसिक बीमारी से जुड़े कलंक को कम करने के लिए अलग से प्रावधान किए गए हैं। अधिनियम के

उपबंधों को प्राथमिक रूप से राज्य सरकारों द्वारा क्रियान्वित किया जाना है। अधिनियम के उपबंधों के अनुसार, राज्य सरकारों से अपेक्षा है कि वे नियम और विनियम बनाने, राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरणों की स्थापना, राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण कोषों का सृजन, मानसिक स्वास्थ्य समीक्षा बोर्डों की स्थापना जैसे कतिपय कार्य करें। राज्य सरकारों से यह भी अपेक्षा की गई है कि वे स्वास्थ्य परिचर्या के सभी प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्तरों स्तरों पर और सरकार द्वारा संचालित सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को को सामान्य स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं में एकीकृत करने के लिए आवश्यक कदम उठाएं। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने विभिन्न अर्द्धशासकीय पत्रों के मार्फत सभी राज्यों/ संघ राज्य क्षेत्रों की सरकारों से अनुरोध किया है कि वे इस अधिनियम के कार्यान्वयन के लिए आवश्यक कार्रवाई करें। अभी तक, 20 राज्यों/ संघ राज्य क्षेत्रों में राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण स्थापित किए जा चुके हैं। जैसा कि इस अधिनियम में विचार किया गया था, केंद्र सरकार ने केंद्रीय मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण और मानसिक स्वास्थ्य समीक्षा बोर्ड नियमावली, राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण नियमावली और मानसिक रोगी के अधिकारों से संबंधित नियमावली बनाई है जो 29.05.2018 को लागू की गई थी।"

समिति की टिप्पणियां

17. मानसिक स्वास्थ्य की जिन समस्याओं का महिलाएं झेलती हैं उस लांछन को दूर करने के लिए जागरूकता पैदा करने हेतु समिति ने अपने मूल प्रतिवेदन में मंत्रालय से आग्रह किया था कि राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के सहयोग से एक बड़ी योजना शुरू करे ताकि हरेक कमजोर महिला और बालिका को मानसिक बीमारियों और उनके आसपास इसके संभावित उपचार की जानकारी दी जा सके। समिति ने इस प्रयोजन हेतु स्वास्थ्य बजट में वृद्धि करने और मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम के अंतर्गत नियम बनाने की भी सिफारिश की थी ताकि इसे उन महिलाओं और बालिकाओं के लिए वास्तव में प्रभावी बनाया जा सके जोकि सबसे कमजोर हैं और जो सामान्य तौर पर भय और लांछन के कारण अपनी मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं पर चर्चा नहीं करती।

समिति यह नोट करके प्रसन्न है कि सरकार देश में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एनएमएचपी) कार्यान्वित कर रही है जिसके अंतर्गत मानसिक विकारों/बीमारियों का शीघ्र पता लगाने और उनका प्रबंधन करने के लिए देश में 655 जिलों के लिए जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कार्यान्वयन को मंजूरी दी गई है। यद्यपि, शिक्षा और संचार (आईईसी) के लिए जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (डीएमएचपी) के तहत मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के लिए देश के प्रत्येक जिले के लिए 4 लाख रुपए की राशि आबंटित की गयी है, समिति यह महसूस करती है कि स्वतः स्फूर्त व्यवहारिक दृष्टिकोण और समय पर हस्तक्षेप समय की मांग है।

यद्यपि, केन्द्र सरकार ने केन्द्रीय मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण और मानसिक स्वास्थ्य समीक्षा बोर्ड नियम, राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण नियम और मानसिक रोगियों के अधिकार नियम बनाए हैं, जैसा कि मानसिक स्वास्थ्य देखरेख अधिनियम 2017 में विचार किया गया था, समिति यह नोट करती है कि मंत्रालय ने आश्रय स्थलों पर सुविधाओं को बढ़ाने के अलावा, मानसिक बीमारियों पर खर्च किए गए कुल स्वास्थ्य बजट प्रतिशत में वृद्धि करने हेतु समिति की सिफारिश के बारे में कुछ नहीं कहा है। इसके बजाय, मंत्रालय ने इसके कार्यान्वयन की पूरी जिम्मेदारी राज्य सरकारों पर डालते हुए केवल अपने मौजूदा कायक्रमों को ही दोहराया है। इससे स्पष्ट है कि यह अंतिम स्थिति पर नहीं पहुंचा है और जहां तक समिति की सिफारिशों पर उचित कार्रवाई का प्रश्न है तो इससे कोई उद्देश्य पूरा नहीं होता। मानसिक रूप से बीमार व्यक्तियों, विशेष रूप से महिलाओं को केन्द्र सरकार द्वारा किए गए उपायों से कितना लाभ हुआ है और कितनी महिलाओं का पुनर्वास किया गया है, इस संबंध में स्पष्ट डेटा के बिना, समिति देश में वास्तविक स्थिति समझने में नाकाम है। अतः समिति चाहती है कि मंत्रालय इस प्रतिवेदन की प्रस्तुति के 3 माह के भीतर इन मुद्दों के संबंध में एक व्यापक अंतिम उत्तर/कार्य-योजना लेकर आए।

द्वितीय अध्याय

गोष्ठी द्वारा प्राप्त की गई मान्यताएँ / मान्यताएँ

दूरस्थ क्षेत्रों में प्रसूति-पूर्व केंद्र बनाये जाने की आवश्यकता

(सिफारिश नंबर 2.1)

समिति का मत है कि केंद्र और राज्य की नीतियों में निर्बाध समन्वय से ही विशेषत: देश में मातृत्व और शिशु मृत्यु दर नीचे लाने और प्रसव-पूर्व, प्रसवांतर और प्रसव के पश्चात् दी जाने वाली सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार कर भारत में मातृत्व तथा शिशु स्वास्थ्य परिदृश्य के समग्र विकास में योगदान कर महिला स्वास्थ्य परिचर्या में उल्लेखनीय परिवर्तन लाये जा सकते हैं। समिति विषय की जांच के दौरान पाया कि मंत्रालय ने गर्भवती महिलाओं के लिये परिवहन पर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया है विशेषत: तब जब उन्हें प्रसव पीड़ा आरंभ हो गई हो। समिति ने पाया है कि दुर्गम भौगोलिक परिस्थितियों, परिवहन सुविधाओं के अभाव, प्राकृतिक आपदाओं, देश के कुछ भागों में उग्रवादियों के कारण खतरों, कर्फ्यू, हड़तालों और आकस्मिक परिस्थितियों से उत्पन्न होने वाले ऐसे अनेक कारकों जिनसे उन महिलाओं जिनके प्रसव का समय निकट आ चुका है के लिये गंभीर स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं हो सकती हैं, को देखते हुए गर्भवती महिलाओं को सरलता से निकटतम प्रसूति केंद्र तक पहुँचाना अभी भी एक कठिन कार्य है। अत: समिति सिफारिश करती है सरकार ऐसे प्रसव पूर्व केंद्रों का निर्माण करे जो प्रसूति केंद्रों के निकट हों और जहां प्रसूति की अनुमानित तिथि से 7 से 10 दिन पहले गर्भवती महिलाओं को लाकर रखा जा सके, जहां कुशल चिकित्सा कर्मी उनकी देखभाल करेंगे और उन्हें उनके स्वास्थ्य की आवश्यकतानुसार उपयुक्त भोजन और दवाइयां देंगे। समिति का मानना है कि इससे अधिकांशत: गरीब और सीमांत परिवारों के खर्च में भी कमी आयेगी जिन्हें देश के कई भागों में दूरस्थ अस्पतालों तक गर्भवती महिलाओं को ले जाने के लिये वाहन किराये पर लेने के लिये भारी धनराशि का भुगतान करना पड़ता है। इसके अलावा इन केंद्रों के होने से मातृत्व मृत्यु और प्रसव के दौरान होने वाली अन्य जटिलताओं में कमी आयेगी, चूंकि प्रत्येक वर्ष भारी संख्या में महिलाएं अस्पताल पहुँचने में विलंब या किसी अन्य कठिनाई के कारण गांव से अस्पताल के रास्ते में अपने बच्चों को जन्म देती हैं। यहां समिति यह सुझाव देना चाहती है कि सरकार सुंदरबन के दूरस्थ और ग्रामीण क्षेत्रों जैसे गोसाबा, पाथर प्रतिमा और संदेशखली और मुर्शिदाबाद जिले में पश्चिम बंगाल राज्य द्वारा ऐसे केंद्र बनाये जाने में प्राप्त की गई सफलता का अध्ययन करें। समिति ने पाया है कि इन नवीन पहले से राज्य में एक वर्ष के कम समय में मातृत्व मृत्यु दर गिर कर 41 से 27 प्रति हजार लाइव बर्थ हो गई है और इस उपलब्धि को मंत्रालय द्वारा हाल ही में चौथे "लोक स्वास्थ्य परिचर्या में श्रेष्ठ और

और नवीन पद्धति संबंधी राष्ट्रीय शिखर सम्मेलन" में सम्मानित भी किया गया है। समिति सरकार द्वारा मातृत्व लाभ अधिनियम, 1961 में संशोधन कर सभी महिला कर्मचारियों के लिये वेतन सहित मातृत्व अवकाश को 12 सप्ताह से बढ़ा कर 26 सप्ताह किये जाने की सराहना करती है। समिति यह भी आशा करती है कि सरकार अविलम्ब उपयुक्त दिशा-निर्देश जारी करेगी ताकि न केवल वेतन सहित मातृत्व अवकाश की अवधि बढ़ाने के संबंध में अपितु देश की निजी और सार्वजनिक क्षेत्र में काम करने वाली सभी महिलाओं के लिये "घर से काम करने की सुविधा" और शिशु गृह जैसे अन्य प्रावधानों के संबंध में भी यह संशोधन सही मायने में समर्थकारी सिद्ध हो सके।

मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के उत्तर

1. प्रसूति-पूर्व केंद्रों/जन्म प्रतीक्षा गृहों की स्थापना करने के लिए परियोजना कार्यान्वयन योजना में राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को निधि जारी करके भारत सरकार ने इस संबंध में आवश्यक कदम उठाए हैं। जेब से होने वाले व्यय में कमी लाने और रास्ते में विलंब तथा अन्य संबंधित कठिनाइयों के कारण होने वाली मातृ मृत्यु और अन्य प्रसवोत्तर समस्याओं में कमी लाने के उद्देश्य से वर्तमान में 7 राज्यों नामत: पश्चिम बंगाल, ओडिशा, केरल, छत्तीसगढ़, तेलंगाना, गुजरात और आंध्र प्रदेश में ऐसे केंद्र स्थापित हैं। स्वास्थ्य राज्य का विषय है, इसलिए जन स्वास्थ्य केंद्रों में अनिवार्य औषधियों, निदान, नैदानिक परीक्षणों और चिकित्सा उपकरणों की उपलब्धता सुनिश्चित करने की प्राथमिक जिम्मेदारी संबंधित राज्य सरकार की है। विभिन्न कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में भारत सरकार सहायक भूमिका निभाती है।
2. वैकल्पिक मॉडलों का उपयोग करके रोगी परिवहन एंबुलेंस सेवा अर्थात 108/102 प्रदान करने के लिए एनएचएम के अंतर्गत राज्यों को निधियों का प्रावधान करना एनएचएम की एक उपलब्धि (हॉलमार्क) है। वर्तमान में (दिसंबर 2019 की स्थिति के अनुसार) कुल 26368 एंबुलेंस सेवाएं दी जा रही हैं, जिनमें से 10139 एंबुलेंस 108 के अंतर्गत, 10730 एंबुलेंस 102 के अंतर्गत और अन्य 5499 रोगी परिवहन एंबुलेंस गर्भवती महिलाओं और बच्चों को परिवहन सेवाएं दे रही हैं।
3. जेएसएसके के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं और रुग्ण शिशुओं को 1 वर्ष तक निम्नलिखित नि:शुल्क रेफरल परिवहन पात्रता प्रदान की जाती है: - घर से स्वास्थ्य केंद्र तक, आवश्यक होने पर उच्च केंद्र में ले जाने हेतु और केंद्र से घर छोड़ने हेतु।
4. सभी राज्य सरकारों द्वारा प्रसूति लाभ अधिनियम, 1961 के प्रावधान खानों और सर्कस को छोड़कर सभी क्षेत्रों में प्रवर्तित और कार्यान्वित किए जाते हैं। प्रसूति लाभ अधिनियम, 1961 के प्रावधानों का सख्ती से प्रवर्तन एवं अनुपालन करने के लिए राज्य सरकारों को समय-समय पर एडवाइजरी जारी की जाती है।

श्रम एवं रोजगार मंत्रालय ने दिनांक 12.04.2017 को राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को जारी की गई अपनी एडवाइज़री में प्रस्तुति लाभ (संशोधन) अधिनियम 2017 और प्रसूति अवकाश की सवेतन बढ़ाई गई अवधि, 'वर्क फ्रॉम होम' और 'क्रेच' सुविधा सहित प्रसूति लाभ अधिनियम, 1961 में शामिल किए गए प्रावधानों के अधिनियम के बारे में सूचना दी है। एडवाइज़री में अधिनियम के प्रावधानों के संबंध में मंत्रालय में प्राप्त कुछ प्रश्नों पर स्पष्टीकरण भी दिया गया है। है। राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को ये स्पष्टीकरण अनुपालन हेतु नोट करने और इन्हें व्यापक रुप में परिचालित करने के लिए कहा गया है, ताकि गर्भवती कामकाज़ी महिलाओं को उनके अधिकारों के प्रति जागरूक किया जा सके। क्रेच सुविधाओं के लिए नियम बनाने और अधिसूचित करने हेतु कार्रवाई करने से संबंधित दिनांक 17.11.2017 की एक एडवाइज़री भी जारी की गई है। इन एडवाइज़री की प्रतियां अनुलग्नक-I और II पर हैं।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने भी प्रसूति लाभ (संशोधन) अधिनियम, 2017 के अनुसार प्रसूति अवकाश के प्रावधान, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम)/राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र (एनएचएसआरसी) के अधीन संविदात्मक आधार पर (एक वर्ष की संविदा पर) सभी सेवारत महिला सलाहकारों के लिए भी 26 सप्ताह या उनकी संविदा अवधि समाप्त होने - जो भी पहले हो, के लिए इस शर्त पर लागू करने का निर्णय लिया गया है की प्रसूति अवकाश पर जाने से पहले महिला सलाहकार ने पिछले 12 महीनों में 80 दिन कार्य किया हो। प्रसूति अवकाश पूर्ण वेतन अवकाश होगा, जो वर्तमान में सलाहकारों को दिए जा रहे एक महीने के अवकाश के अतिरिक्त होगा। सलाहकार अपनी संविदा के निबंधन एवं शर्तों के अनुसार प्रसूति अवकाश के विस्तारित लाभ वर्ष 2020-21 से प्राप्त करने की पात्र होंगी। इस संबंध में दिनांक 11 जून, 2020 का पत्र संख्या जैड.18015/21/2017-एनएचएम-II/एनएचएम-I अनुलग्नक-III पर है।

[मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय एफ। सं। M.2015/80/2017-MCH दिनांक 13th July, 2020]

<u>समिति की सिफारिश</u>

(कृपया रिपोर्ट के अध्याय I के पैरा 8 देखें

आरएसबीवाई में विसंगतियां दूर करना

सिफारिश (पैरा सं. २.२)

.

समिति इस बात की सराहना करती है कि सरकार ने गरीबी रेखा के नीचे रहने वाले परिवारों और असंगठित कामगारों की अन्य परिभाषित श्रेणियों के लोगों की स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाओं तक पहुँच बढ़ाने और उनकी अपनी जेब से होने वाले खर्च को कम करने के लिये राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) शुरू की है। तथापि समिति ने पाया है कि योजना के कार्यान्वयन में अनेक खामियां हैं जिनसे देश में योजना का उद्देश्य ही विफल हो रहा रहा है। प्रभावी कार्यान्वयन में एक प्रमुख बाधा यह है कि आरएसबीवाई के तहत पैनलबद्ध निजी अस्पताल अनावश्यक सर्जरी, रोग को अधिक गंभीर बता कर और अस्पताल में दाखिल करने जैसे अनेक अनियमितताएं कर गरीब लाभार्थियों का शोषण कर रहे हैं। योजना के तहत दर्ज परिवारों की बहुत कम संख्या, लक्षित जनसंख्या में जानकारी का अभाव, अस्पतालों में दी जा रही सेवाओं की गुणवत्ता और उन तक पहुँच के बारे में अक्सर सही फीडबैक न मिलना और व्यक्तियों तथा एजेंसियों द्वारा स्वतंत्र संवीक्षा और आकलन के लिये सार्वजनिक तौर पर आरएसबीवाई कार्यक्रम के बहुत कम आंकड़े उपलब्ध होना अन्य बाधाएं हैं। अतः समिति सिफारिश करती है कि देश के जिन जिलों में आरएसबीवाई का कार्यान्वयन किया जा रहा है वहां मजबूत निगरानी तंत्र स्थापित किया जाये। योजना में व्याप्त विसंगतियों का पता लगाने और लाभार्थियों की शिकायतों के निवारण के लिये इन निगरानी समितियों में केंद्र और राज्य सरकार के कार्यकर्ता, स्थानीय निकायों के सदस्य और प्रत्येक जिले के प्रतिष्ठित समाजसेवी संगठनों के प्रतिनिधि होने चाहिये। समिति यह भी सिफारिश करती है कि इन समितियों के पास आवश्यक विधिक अधिदेश होना चाहिये कि वे संबंधित राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में राज्य स्तर पर कार्यरत ऐसी ही उच्चाधिक प्राप्त समिति के साथ अस्पतालों/नर्सिंग होम्स को पैनल से हटाने का मुद्दा उठाने के बाद उन्हें पैनल से हटा सकें। समिति आरएसबीवाई लाभार्थियों को योजना की पूरी जानकारी दिये जाने की आवश्यकता समझती है और इसके लिये समिति गरीब रोगियों में जागरूकता पैदा करने और पात्र परिवारों के पंजीकरण के कार्य में उन्हें सक्रिय भूमिका देने के लिये पंचायती राज संस्थाओं और गैर-सरकारी संगठनों को इस योजना के कार्यान्वयन में शामिल करने की आवश्यकता पर बल देती है। इसके अतिरिक्त समिति यह भी चाहती है कि आरएसबीवाई से संबंधित आंकड़े/जानकारी सार्वजनिक तौर पर ऑनलाइन और ऑफलाइन उपलब्ध होने चाहिये जैसा कि नरेगा जैसी योजना मे तहत किया जा रहा है ताकि समाज तक अधिक लाभ पहुँचाने के लिये स्वतंत्र अनुसंधानकर्ता और समाज सेवा की भावना रखने वाले व्यक्ति योजना के प्रभाव का बेहतर मूल्यांकन कर सकें।

मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के उत्तर

समिति की अनुशंसा	की गई कार्रवाई की अद्यतन स्थिति
समिति इस बात की सराहना करती है कि सरकार ने गरीबी रेखा के नीचे रहने वाले परिवारों और असंगठित कामगारों की अन्य परिभाषित श्रेणियों के लोगों की स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाओं तक पहुँच बढ़ाने और उनकी अपनी जेब से होने वाले खर्च को कम करने के लिये राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) शुरू की है। तथापि समिति ने पाया है कि योजना के कार्यान्वयन में अनेक खामियां हैं जिनसे देश में योजना का उद्देश्य ही विफल हो रहा है। प्रभावी कार्यान्वयन में में एक प्रमुख बाधा यह है कि आरएसबीवाई के तहत पैनलबद्ध निजी अस्पताल अनावश्यक सर्जरी, रोग को अधिक गंभीर बता कर और अस्पताल में दाखिल करने जैसे अनेक अनियमितताएं कर गरीब लाभार्थियों का शोषण कर रहे हैं। योजना के तहत दर्ज परिवारों की बहुत कम संख्या, लक्षित जनसंख्या में जानकारी का अभाव, अस्पतालों में दी जा रही सेवाओं की गुणवत्ता और उन तक पहुँच के बारे में अक्सर सही फीडबैक न मिलना और व्यक्तियों तथा एजेंसियों द्वारा स्वतंत्र संवीक्षा और आकलन के लिये सार्वजनिक तौर पर आरएसबीवाई कार्यक्रम के बहुत कम आंकड़े उपलब्ध होना अन्य बाधाएं हैं।	राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना, जब 23 सितंबर, 2018 को प्रारंभ की गई थी, तो यह आयुष्मान भारत - प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (एबी-पीएमजेएवाई) में सम्मिलित कर ली गई थी। आयुष्मान भारत - प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना विश्व में सबसे बड़ी स्वास्थ्य बीमा योजना है, जिसका उद्देश्य 10.74 करोड़ से अधिक गरीब एवं कमजोर परिवारों (लगभग 50 करोड़ लाभार्थियों), जो निम्नतम स्तर पर रह रही भारतीय जनसंख्या का 40% है, को स्वास्थ्य कवर प्रदान करना है। इसमें परिवारों को क्रमशः ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों के लिए सामाजिक-आर्थिक जाति जनगणना 2011 (एसईसीसी-2011) के अभावग्रस्तता एवं व्यावसायिक मानदंड के आधार पर शामिल किया गया है। पीएमजेएवाई को इसका यह वर्तमान नाम दिए जाने से पहले इसका पूर्व नाम राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा योजना (एनएचपीएस) था। बाद में इस योजना में वर्तमान राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) सम्मिलित कर दी गई, जो वर्ष 2008 में प्रारंभ की गई थी। इसलिए पीएमजेएवाई के अंतर्गत उल्लिखित कवरेज में वे परिवार भी शामिल हैं, जो आरएसबीवाई में तो शामिल थे, किंतु वर्तमान में एसईसीसी 2011 में शामिल नहीं है। वर्तमान में 32 राज्य और संघ राज्य क्षेत्र एबी-पीएमजेएवाई को कार्यान्वित कर रहे हैं।
क. अतः समिति सिफारिश करती है कि देश के जिन जिलों में आरएसबीवाई का कार्यान्वयन किया जा रहा है वहां मजबूत निगरानी तंत्र स्थापित किया जाये। योजना में व्याप्त	क. शिकायतों का सामयिक निवारण सुनिश्चित करने के लिए एबी-पीएमजेएवाई में जिला, राज्य स्तर की शिकायत निवारण समितियों वाली एक तीन स्तरीय शिकायत निवारण संरचना है। इन समितियों का प्रतिनिधित्व सरकारी अधिकारियों द्वारा किया जाता है और वे सभी

विसंगतियों का पता लगाने और लाभार्थियों की शिकायतों के निवारण के लिये इन निगरानी समितियों में केंद्र और राज्य सरकार के कार्यकर्ता, स्थानीय निकायों के सदस्य और प्रत्येक जिले के प्रतिष्ठित समाजसेवी संगठनों के प्रतिनिधि होने चाहिये।	शिकायतग्रस्त हितधारकों की शिकायतों की जांच करते हैं। शिकायतें 24X7 कॉल सेंटर, वेब पोर्टल http://cgrms.pmjay.gov.in के माध्यम से या जिला, राज्य का राष्ट्रीय कार्यालय में व्यक्तिगत रूप से आकर पंजीकृत करा सकते हैं।
ख. समिति यह भी सिफारिश करती है कि इन समितियों के पास आवश्यक विधिक अधिदेश होना चाहिये कि वे संबंधित राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में राज्य स्तर पर कार्यरत ऐसी ही उच्चाधिक प्राप्त प्राप्त समिति के साथ अस्पतालों/नर्सिंग होम्स को को पैनल से हटाने का मुद्दा उठाने के बाद उन्हें पैनल से हटा सकें।	ख. मिशन में परिकल्पित लाभ प्रदान करने के लिए राज्य स्वास्थ्य एजेंसी (एसएचए) इन दिशा-निर्देशों के अनुसार, राज्य स्वास्थ्य एजेंसी के मुख्य कार्यकारी अधिकारी की अध्यक्षता वाली राज्य पैनलबद्धता समिति (एसईसी) के माध्यम से उनके संबंधित राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के निजी एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य परिचर्या सेवा प्रदाताओं को और केंद्रों को पैनल में शामिल करेगी अथवा कराएगी। राज्य जिला पैनलबद्धता समिति (डीईसी) के माध्यम से भौतिकीय सत्यापन संचालित करके पैनलबद्धता आवेदन का सत्यापन करने की विधि के संबंध संबंध में निर्णय लाने के लिए स्वतंत्र हैं। अनुशासनात्मक कार्रवाई करने, पैनल से हटाने का कार्य इन समितियों के कार्य-क्षेत्रों में आता है। डीईसी दंड लगाने की अनुशंसा कर सकती है और एसईसी प्रत्येक मामले में गंभीरता/नियमितता /पैमाने/मंशा के आधार पर एक लिखित आदेश में स्पष्ट रूप से उल्लेखित कारणों से, बड़ा या छोटा दंड लगि सकती है। सभी मामलों में अस्पताल द्वारा आर्थिक दंड का भुगतान एसएचए को किया जाएगा।
ग. समिति आरएसबीवाई लाभार्थियों को योजना की पूरी जानकारी दिये जाने की आवश्यकता समझती है और इसके लिये समिति गरीब रोगियों में जागरूकता पैदा करने और पात्र परिवारों के पंजीकरण के कार्य में उन्हें सक्रिय भूमिका देने के लिये पंचायती राज संस्थाओं और गैर-सरकारी संगठनों को इस योजना के कार्यान्वयन में शामिल करने की आवश्यकता पर बल देती है।	ग. आरएसबीवाई, जो नामांकन आधारित योजना थी, की तुलना में एबी-पीएमजेएवाई एक पात्रता आधारित योजना है। तथापि, लाभार्थियों की अधिकारिता के लिए जागरूकता फैलाना आवश्यक है, इसलिए एनएचए के विस्तृत आईईसी दिशा-निर्देश एवं लाभार्थी अधिकारिता गाइडबुक्स हैं।
घ. इसके अतिरिक्त समिति यह भी चाहती है कि आरएसबीवाई से संबंधित आंकड़े/जानकारी सार्वजनिक तौर पर ऑनलाइन और ऑफलाइन	घ. पात्रता का पता लगाने के लिए एबी-पीएमजेएवाई पात्र

उपलब्ध होने चाहिये जैसा कि नरेगा जैसी योजना मे तहत किया जा रहा है ताकि समाज तक अधिक लाभ पहुँचाने के लिये स्वतंत्र अनुसंधानकर्ता और समाज सेवा की भावना रखने वाले व्यक्ति योजना के प्रभाव का बेहतर मूल्यांकन कर सकें।	लाभार्थी डाटा ऑनलाइन उपलब्ध है। अपनी पात्रता की जांच करने के लिए कोई भी व्यक्ति या तो http://mera.pmjay.gov.in पर लॉग इन कर सकता है अथवा हेल्पलाइन नंबर 14555 पर संपर्क कर सकता है। इसके अतिरिक्त, http://pmjay.gov.in पर पीएमजेएवाई का पब्लिक डैशबोर्ड है, जहां राज्य स्तर तथा जिला स्तर पर उपयोग संबंधी डाटा उपलब्ध है।

[मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय एफ। सं। M2015/80/2017-MCH दिनांक 13th July, 2020]

आहार पोषणयुक्त बनाना: रक्ताल्पता दूर करने का नवीन उपाय

सिफारिश (पैरा संख्या 2.4)

समिति यह जानकर चिंतित है कि देश में 56.2% महिलाओं में रक्ताल्पता है। जहां शहरी क्षेत्रों में यह प्रतिशत 51.5 है वहीं ग्रामीण क्षेत्रों में स्थिति और भी खराब है जहां यह आंकड़ा 58.2% है। 60 के दशक में मध्य से खाद्यान्न उत्पादन में देश द्वारा बड़ी सफलताएं अर्जित करने के बाद भी यह स्थिति है। समिति यह जानकर भी आश्चर्यचकित है कि हालांकि देश में राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम, 2013 से लागू है और आईसीडीएस, मध्याह्न मध्याह्न भोजन योजना और सार्वजनिक वितरण प्रणाली जैसे खाद्यान्न पात्रता कार्यक्रम भी चलाये जा रहे हैं फिर भी भी महिलाओं और बच्चों में आयरन की कमी की समस्या का निवारण नहीं किया जा सका है। अत: समिति का मानना है अब तक सरकार का ध्यान केवल खाद्यान्न उपलब्ध करवाने पर उसके पौष्टिक होने विशेषत: आयरन अनुपूरक उसके मौजूद हो यह सुनिश्चित करने पर नहीं था जबकि इस पहलू पर काफी पहले भोजन को पोषणयुक्त बनाने जैसे नवीन दृष्टिकोण के माध्यम से ध्यान दिया जा सकता था जो हमारे समाज के लिये लाभकारी होता। समिति को यह भी स्मरण है कि विगत में इस स्थिति में सुधार करने के लिये खाद्यान्नों को पोषणयुक्त बनाने के विषय पर राष्ट्रीय सम्मेलन भी हुआ था परंतु तब से इस दिशा में कोई उल्लेखनीय कार्य नहीं हुआ है।

मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के उत्तर

संदर्भ संख्या	संदर्भ पैरा	एफएसएसएआई द्वारा की गई कार्रवाइ रिपोर्ट
2.4	2.4 समिति यह जानकर चिंतित है कि देश में 56.2% महिलाओं में रक्ताल्पता है। जहां शहरी क्षेत्रों में यह प्रतिशत 51.5 है वहीं ग्रामीण क्षेत्रों में स्थिति और भी खराब है जहां यह आंकड़ा 58.2% है। 60 के दशक में मध्य से खाद्यान्न उत्पादन में देश द्वारा द्वारा बड़ी सफलताएं अर्जित करने के बाद भी यह स्थिति है। समिति यह जानकर भी आश्चर्यचकित है कि हालांकि देश में राष्ट्रीय राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम, 2013 से लागू है और आईसीडीएस, मध्याह्न भोजन भोजन योजना और सार्वजनिक वितरण प्रणाली जैसे खाद्यान्न पात्रता कार्यक्रम भी भी चलाये जा रहे हैं फिर भी महिलाओं और बच्चों में आयरन की कमी की समस्या का निवारण नहीं किया जा सका है। अत: समिति का मानना है अब तक सरकार का ध्यान केवल खाद्यान्न उपलब्ध करवाने पर पर उसके पौष्टिक होने विशेषत: आयरन अनुपूरक उसके मौजूद हो यह सुनिश्चित करने पर नहीं था जबकि इस पहलू पर काफी पहले भोजन को पोषणयुक्त बनाने जैसे नवीन दृष्टिकोण के माध्यम से ध्यान दिया जा सकता था जो हमारे समाज के लिये लाभकारी होता। समिति को यह भी स्मरण है कि विगत में इस स्थिति में सुधार करने के लिये खाद्यान्नों को पोषणयुक्त बनाने के विषय पर राष्ट्रीय सम्मेलन भी हुआ था परंतु तब से इस दिशा में कोई उल्लेखनीय कार्य नहीं हुआ	एफएसएसएआई ने आहार पौष्टिकरण के क्षेत्र में बढ़त हासिल की है तथा आहार के पौष्टिकरण विषय पर वर्ष 2016 में हुए राष्ट्रीय सम्मेलन के पश्चात् से की गई कार्रवाई की रिपोर्ट निम्नवत् है: **विनियामक सहयोग** 1. भारत खाद्य सुरक्षा ओर मानक प्राधिकरण (एफएसएसएआई) ने **तेल एवं दूध (विटामिन ए और डी के साथ), गेहूं का आटा तथा चावल (आयरन, फोलिक एसिड तथा विटामिन बी 12 के साथ) ओर डबल पौष्टिक नमक (आयोडीन एवं आयरन के साथ)** जैसे मुख्य **खाद्य पदार्थों में आहार पौष्टिकरण के बारे में दिनांक 2 अगस्त, 2018** को खाद्य सुरक्षा और मानक (आहार पौष्टकरण) विनियम, 2018 को राजपत्र में अधिसूचित कर दिया है। 2. पौष्टिक आहारों के लिए लोगो (+एफ) ने पौष्टिकरण को सख्ती से राष्ट्रीय एजेंडा में शामिल करते हुए, पौष्टिकरण को अंगीकार करने हेतु एक स्वास्थ्य संबंधी मुद्दे का सृजन किया है। है। प्रीमिक्स आपूर्तिकर्ताओं के विभिन्न एडवाइजरी, +एफ लोगो का प्रबंधन तथा पोषण एवं पैष्टिकरण संबंधी वैज्ञानिक पैनल द्वारा अनुमोदित पौष्टिक आहारों की लेबल घोषणा के लिए वैज्ञानिक स्वास्थ्य दावे भी जारी किए गए थे। 3. विनियमों में संशोधन करने के लिए शुद्धिपत्र, संकलन (अक्टूबर, 2018 ओर सितंबर, 2019) जारी किए गए। आहार व्यवसायों के लिए एफएसएसएआई की एफएलआरएस लाइसेंस प्रणाली के माध्यम से +एफ लोगो का पृष्ठाकंन

	है। अत: समिति सिफारिश करती है कि सरकार प्राथमिकता आधार पर खाद्यान्नों को आयरन से युक्त करने का कार्य करे और और यह समय की आवश्यकता है कि सभी संबंधित मंत्रालयों में इस संबंध में समन्वय हो। समिति खाद्यान्नों को पोषणयुक्त बनाने पर बल देती है चूंकि इससे खाद्यान्न की गुणवत्ता और प्रकृति में में परिवर्तन नहीं होता, इसका किसी प्रकार से विरोध नहीं हो रहा, इसे शीघ्र शुरू किया जा सकता है और इससे बहुत कम समय में जनात को पोषणयुक्त आहार के लाभ मिल सकते हैं। इसके अतिरिक्त यह लागत प्रभावी है विशेषकर यदि विद्यमान प्रौद्योगिकी और संवितरण प्रणाली का लाभ लाभ उठाया जाये तो। समिति "खाद्य सुरक्षा और मानक (खाद्यान्नों को पोषणयुक्त बनाना) विनियम, 2016" पर भी बल देना चाहती है जिनका देश में खाद्यानों को पोषणयुक्त बनाने मानक सुनिश्चित करने, पौष्टिक खाद्यान्नों के उत्पादन, विनिर्माण, वितरण, बिक्री और खपत को बढ़ावा देने के लिये मार्गदर्शी सिद्धांतों के रूप में सरकार द्वारा अनुसरण अनुसरण किया जाये। **अत**: समिति सिफारिश करती है कि सरकार प्राथमिकता आधार पर खाद्यान्नों को आयरन से युक्त करने का कार्य करे और और यह समय की आवश्यकता है कि सभी संबंधित मंत्रालयों में इस संबंध में समन्वय हो। समिति खाद्यान्नों को पोषणयुक्त बनाने पर बल देती है चूंकि	तथा प्रीमिक्स और एफआरके विनिर्माताओं के लिए एफएफआरसी पोर्टल पर एसओपी सृजित किया गया। 4. एफएसएसएआई ने हितधारकों को अपेक्षित तकनीकी सहायता उपलब्ध कराने के लिए एक नोडल पांइट के रूप में आहार पौष्टिकरण संसाधन केंद्र (एफएफआरसी), http:// ffrcfssai.gov.in की स्थापना की है। संसाधन सामग्री को जिन्स-वार विकसित किया गया है अर्थात तकनीकी हैंडबुक, प्रशिक्षण मैन्यूअल एफएक्यू सहित टूल किट्स, प्रत्यायित प्रीमिक्स आपूर्तिकर्ताओं तथा उपकरण विनिर्माताओं के लिए मानक परिचालन प्रक्रियाओं का सृजन करना, सूक्ष्म पोषण तत्वों की जांच करने के लिए एनएबीएल प्रत्यायित प्रयोगशालाओं की सूची। **ओपन मार्किट की उपलब्धता** 5. पांच मुख्य आहारों के लिए स्वैच्छिक पौष्टिकरण प्रारंभ हो गया है। वर्तमान में **सभी 5 पौष्टिक आहारों के 157 ब्रांड रखने वाली 114 शीर्ष कंपनियां** तथा क्षेत्रीय ब्रांड खुले बाजार में उपलब्ध हैं तथा इनकी उपस्थिति समूचे भारत तथा क्षेत्रीय स्तर पर है। इनमें पौष्टिक

	इससे खाद्यान्न की गुणवत्ता और प्रकृति में में परिवर्तन नहीं होता, इसका किसी प्रकार से विरोध नहीं हो रहा, इसे शीघ्र शुरू किया जा सकता है और इससे बहुत कम समय में जनात को पोषणयुक्त आहार के लाभ मिल सकते हैं। इसके अतिरिक्त यह लागत प्रभावी है विशेषकर यदि विद्यमान प्रौद्योगिकी और संवितरण प्रणाली का लाभ लाभ उठाया जाये तो। समिति "खाद्य सुरक्षा और मानक (खाद्यान्नों को पोषणयुक्त बनाना) विनियम, 2016" पर भी बल देना चाहती है जिनका देश में खाद्यानों को पोषणयुक्त बनाने मानक सुनिश्चित करने, पौष्टिक खाद्यान्नों के उत्पादन, विनिर्माण, वितरण, बिक्री और खपत को बढ़ावा देने के लिये मार्गदर्शी सिद्धांतों के रूप में सरकार द्वारा अनुसरण अनुसरण किया जाये।	तेल के 80 ब्रांड, पौष्टिक दूध के 55 ब्रांड, पौष्टिक गेहूं के आटे के 12 ब्रांड, पौष्टिक चावल चावल के 2 ब्रांड तथा डबल पौष्टिक नमक के 8 8 ब्रांड हैं। **<u>अनिवार्य पौष्टिकरण के संबंध में</u>** 6. खाद्य तेलों तथा दूध के अनिवार्य पौष्टिकरण के लिए एफएसएसएआई ने अपना प्रस्ताव प्रस्तुत किया है। सरकारी खाद्य सुरक्षा तंत्र कार्यक्रम 7. **महिला और बाल विकास मंत्रालय (शिक्षा एवं साक्षरता विभाग)** ने गेहूं के आटे, खाद्य तेल तथा डबल पौष्टिक नमक के अनिवार्य पौष्टिकरण के लिए क्रमश: दिनांक 10 जुलाई, 2018 के पत्र संख्या 25/16/2015-न्यूट्रिशन डेस्क तथा दिनांक 2 अगस्त, 2017 के पत्र संख्या 14-10/2016-एमडीएम 1-2(ईई-5) के तहत आईसीडीएस और एमडीएम में एडवाइजरी जारी की थी। हाल में, एमडब्ल्यूसीडी ने दिनांक 28 फरवरी, 2019 के संख्या 25/16/2015 -न्यूट्रिशन डेस्क के तहत आईसीडीएस तथा एसएबीएलएल के अंतर्गत पौष्टिक चावल सहित एडवाइजरी जारी की है। उपभोक्ता कार्य मंत्रालय, खाद्य एवं सार्वजनिक वितरण विभाग ने भी दिनांक 22 दिसंबर, 2016 को एक परिपत्र सं. 13-14-2016-बीपी-2 दिनांक 17 सितंबर, 2018 में एक अनुस्मारक जारी किया था जिसमें उन राज्यों को जो गेहूं के आटे का वितरण कर रहे हैं (केवल 7 राज्य) को पीडीएस के तहत वितरण के लिए केवल पौष्टिक आटा ही उपयोग करने के निर्देश दिए गए थे। इसके अलावा, खाद्य तथा सार्वजनिक वितरण विभाग ने राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में पौष्टिक खाद्य तेलों के प्रचार को बढ़ावा

		देते हुए दिनांक 1 अक्टूबर, 2018 को अ.शा. संख्या 14-बीपी(1)/2008 के तहत एक एडवाइजरी जारी की है। इसके अतिरिक्त, पीडीएस में चावल के पौष्टिकरण को बढ़ावा देने के के लिए पीडीएस एक केन्द्रीय योजना शुरू कर रही है। 8. महिला और बाल विकास मंत्रालय द्वारा दिनांक 28 फरवरी, 2019 को जारी आदेश (अ.शा.संख्या 25/16/2015-न्यूट्रिशन डेस्क) में आईसीडीएस तथा एसएबीएलए के तहत पौष्टिक गेहूं का आटा, पौष्टिक खाद्य तेल तथा डबल पौष्टिक नमक के अतिरिक्त पौष्टिक चावल के अनिवार्य उपयोग हेतु राज्यों को निर्देश दिए गए हैं। 9. भारतीय खाद्य निगम (एफसीआई) के माध्यम से एक व्यवस्थित तरीके से खाद्य वस्तुओं के पौष्टिकरण पर नजर रखने के लिए स्कूल शिक्षा तथा साक्षरता विभाग द्वारा (फा.सं. 1-4/2018-डेस्क (एमडीएम) आदेश जारी किए गए हैं। 10. चावल के पौष्टिकरण तथा उसका सार्वजनिक वितरण प्रणाली के तहत वितरण करने के संबंध में सरकार द्वारा केन्द्र प्रायोजित पायलट योजना योजना को प्रशासनिक अनुमोदन दे दिया गया है। यह अनुमोदन 147.61 करोड़ रुपए के कुल बजट परिव्यय के साथ तीन वर्ष के लिए दिया गया है जो वर्ष 2019-20 से प्रारंभ हो रहा है। **11.** आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, गोवा, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, झारखण्ड, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, तेलंगाना, त्रिपुरा, उत्तराखण्ड, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल कुल 22 राज्यों अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, चण्डीगढ़, चण्डीगढ़, दादर और नगर हवेली, दमन और

		दीव तथा दिल्ली जैसे 5 संघ राज्य क्षेत्रों ने आईसीडीएस, एमडीएम और पीडीएस नामक सरकारी सुरक्षा नेट कार्यक्रमों (एसएनपी) में अनेक मदों के सुपोषण को अपनाया है। प्रशिक्षण और क्षमता निर्माण **12.** 18 राज्यों में 425 एफएसओ को खाद्य पोषण के संबंध में प्रशिक्षित किया गया। **13.** मदों की खाद्य सुपोषण की प्रक्रिया के बारे में एफबीओ को प्रशिक्षित किया गया। **14.** एफएसएसएआई अधिसूचित एनएबीएल प्रयोगशालाओं के 48 कार्मिकों को तेल, दुग्ध, गेहू के आटे में सूक्ष्म पोषक तत्वों के परीक्षण के बारे में प्रशिक्षित किया गया। **15.** केन्द्रीय भण्डार के 127 स्टोर के प्रभारियों के लिए सेनेटाईजेशन कार्यशाला का आयोजन किया गया। कार्यक्रम और उपभोक्ता जागरूकता **16.** प्रधानमंत्री द्वारा मन की बात (नवम्बर, 2017) 2017) में खाद्य से पोषण का उल्लेख **17.** राष्ट्रीय स्ट्रीट खाद्य उत्सव (जनवरी, 2018) **18.** धूप परियोजना (09 अप्रैल, 2018) **19.** विश्व दुग्ध दिवस (01 जून, 2018) **20.** माननीय प्रधान मंत्री ने अग्र पंक्ति के स्वास्थ्य स्वास्थ्य कामगारों को अपने सम्बोधन में एनीमिया से लड़ने की एक कार्यनीति के रूप में डीएफएस का उल्लेख किया (सितम्बर, 2018) **21.** स्वस्थ भारत यात्रा (अक्टूबर, 2018- जनवरी, 2019)

		22. ईट राईट मेला (दिसम्बर, 2018 और 2019) **23.** सम्पूर्ण दिल्ली में 200 स्कूलों में ईट राईट इंडिया दौड़ (पोषण) का आयोजन (अप्रैल, 2019) **24.** सम्पूर्ण भारत में 600 स्कूलों में खाद्य पोषण के संबंध में मस्कट एक्टीवेशन (जुलाई, 2019) **25.** चार राज्यों में खाद्य पोषण के बारे में जागरूकता सृजन के बारे में सीआरओ के साथ सहभागिता। **26.** टीवीसी, रोडियो स्पोट्स, वीडियो, राज्य विशिष्ट कलैटरल्स, एफएफआरसी वेबसाईट और एन्य आईईसी विषय वस्तु का सृजन और प्रसार किया गया। **27.** दिल्ली/एनसीआर में 140 से अधिक खुदरा स्टोर्स और आउटलेट्स में पोषण के लिए परिसर ब्रांडिंग, ई-रिटेल पर प्रथम पोषित खाद्य स्टोर, अमेजन वेबसाईट पर पोषित खाद्यान्नों की पृथक श्रेणी।

[मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय एफ। सं। M
2015/80/2017-MCH दिनांक 13th July, 2020]

असुरक्षित गर्भपात: इसे सुरक्षित ढंग से कराने का समय

सिफारिश (पैरा संख्या 2.6)

समिति बेहतर प्रसूति-परिचर्या और महिला स्वास्थ्य की बेहतरी की दिशा में सरकार द्वारा की जा रही पहलों पहलों को स्वीकार करती है लेकिन एक मुद्दा जो अभी भी पीड़ादायक है वे भारत में असुरक्षित गर्भपात की बढ़ती घटनाओं से संबंधित है। गरीब और वंचित महिलाओं तथा बालिकाओं को न केवल सामान्य तौर पर मूल यौन और प्रजनन स्वास्थ्य से वंचित रखा गया है बल्कि सुरक्षित गर्भपात सेवाओं तक भी उनकी पहुँच न के बराबर है। समिति देश में गर्भपात संबंधी मौतों की भयानक उच्च प्रतिशतता को भी इसका कारण मानती है जो कि एक अनुमान के अनुसार देश में प्रतिवर्ष होने वाली सभी मातृत्व संबंधी मौतों का आठ प्रतिशत है। इसके अलावा गर्भपात के बारे में जानकारी की अत्यधिक कमी है और समिति इस बात से सुविदित है कि लगभग 80 प्रतिशत महिलाओं को इस बात की जानकारी नहीं है कि गर्भपात हमारे देश में विधिसम्मत है इसलिए अवांछित गर्भ के गर्भपात हेतु महिलाओं, बालिकाओं और उनके परिवारों को पिछले दरवाजे से सेवा प्रदान करने वालों पर पूर्णत: निर्भर रहना पड़ता है। इसके अतिरिक्त, महिलाओं को गर्भपात करने के लिए यदि गर्भधारण की अवधि 20 सप्ताह से अधिक हो जाती है तो विधिक कार्रवाई का सहारा लेना चाहिए। समिति ने यह भी पाया है कि न्यायिक प्रक्रिया इतनी धीमी है कि प्राय: पीड़िता की गर्भधारणावधि विधिक सीमा को लांघ देती है और वह गर्भपात नहीं करा पाती है जिससे उसे हमारे देश के ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में नीम-हकीमों की धूर्तता और मनमानी को भी झेलना पड़ता है। इसलिए, समिति पुरजोर सिफारिश करती है कि सरकार को कमजोर क्षेत्रों को हटाने तथा गर्भपात की अनुमत्य अवधि को 24 सप्ताह तक बढ़ाने तथा यह प्रतिबंध गंभीर असमानताओं युक्त अजन्मे बच्चों पर लागू न हो के लिए मेडिकल टर्मिनेशन ऑफ प्रेगनेंसी अधिनियम, 1971 में संशोधन करना चाहिए। ''शादीशुदा'' शब्द को भी हटा देना चाहिए ताकि कोई भी अंतिम उपाय के रूप में छद्म क्लीनिकों की निर्भरता के बिना गर्भपात करा सके। समिति को सरकार से उम्मीद है है कि वह विद्यमान अधिनियम के बारे में अन्य आपत्तियों की भी जांच करें और कभी भी महिला के प्रजनन के अधिकार में तथा लिंग चयन की प्रक्रिया के दौरान किए गए गर्भपात के बीच के अंतर को स्पष्ट रूप से देखें, उससे भ्रमित न हो। समिति यह भी चाहती है कि परिवार कल्याण कार्यक्रम में इस प्रक्रिया की विधिक सम्मता के बारे में जानकारी हो तथा सरकारी अस्पतालों में सुरक्षित गर्भपात सेवाओं के बारे में व्यापक अभियान चले और समाज के चारों ओर तेजी से पनप रहे अवैध गर्भपात क्लीनिकों पर कड़ी कार्रवाई किए जाने की व्यवस्था हो।

मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के उत्तर

- मार्च, 2020 में विचार-विमर्श के पश्चात गर्भ का चिकित्सीय समापन (संशोधन) विधेयक, 2020 को पेश किया गया और पारित किया गया। इस विधेयक को अभी राज्य सभा में पारित किया जाना है।

- विधेयक में महिलाओं की कमजोर श्रेणियों के लिए गर्भपात की उच्चतर गर्भावधि सीमा को 20 सप्ताह से से बढ़ाकर 24 सप्ताह करने का प्रस्ताव किया गया।
- संशोधन में चिकित्सा बोर्ड द्वारा की गई जाँच के अनुरूप सारभूत भ्रूण संबंधी विषमताओं के मामले में गर्भाशय के लिए उच्चतर गर्भावधि को लागू करने का प्रस्ताव नहीं है।
- सभी महिलाओं की सुरक्षित गर्भपात संबंधी सेवाओं तक पहुँच बढ़ाने के लिए, सभी महिलाओं के लिए उनकी वैवाहिक स्थिति पर ध्यान दिए बिना गर्भपात संबंधी सेवाओं के प्रावधान का प्रस्ताव किया गया है।
- प्रस्तावित विधेयक महिलाओं की सुरक्षा और देखभाल की ओर एक कदम है और सुरक्षित एवं गुणवत्तापूर्ण परिचर्या के साथ कोई समझौता किए बिना सुरक्षित तथा कानूनी गर्भपात तक महिलाओं की पहुँच और परिधि का विस्तार करेगा। यह प्रस्ताव महिलाओं के लिए सम्मान, स्वायत्तता, विश्वसनीयता और न्याय भी सुनिश्चित करेगा जिन्हें गर्भ के समापन की आवश्यकता है।
- सुरक्षित गर्भपात सेवाओं के बारे में जागरुकता बढ़ाने के लिए, भारत सरकार द्वारा सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में व्यापक गर्भपात परिचर्या संबंधी क्रियाकलापों को सहयोग प्रदान किया जाता है।

[मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय एफ। सं। M2015/80/2017-MCH दिनांक 13th July, 2020]

परिवार नियोजन तथा गर्भनिरोधक: उच्च कुल प्रजनन दर वाले राज्यों पर और अधिक बल दिया जाना।

सिफारिश (पैरा सं। 2.7)

2.7 समिति यह नोट कर प्रसन्न है कि देश में परिवार नियोजन के काफी अधिक विकल्प उपलब्ध हैं, इससे अधिकतर राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में कुल प्रजनन दर में गिरावट आई है। तथापि, समिति महसूस करती है कि सरकार के लिए इस बावत आत्मतुष्टि नहीं होनी चाहिए क्योंकि उच्च प्रजनन वाले जिलों के आंकड़े अब तक की गई गई प्रगति को दरकिनार कर देते हैं। समिति यह नोट कर क्षुब्ध है कि बिहार और उत्तर प्रदेश में उच्च प्रजनन दर अभी भी विद्यमान है। समिति को यह भी महसूस होता कि यद्यपि ये राज्य भोगौलिक तथा जनांककीय दृष्टि से बड़े हैं बड़े हैं लेकिन इनमें इस सफलता को विफल करने की क्षमता है वह भी तब जब सरकार तत्काल रूप से कुल प्रजनन

दर को कम करने में विफल रहती है तो। इसलिए समिति सरकार को देश के इन राज्यों में शहरी पितृसत्ता द्वारा उत्पन्न विभिन्न शहरी-ग्रामीण, गरीब-अमीर, सामाजिक-सांस्कृतिक यथार्थ पर विचार करते हुए उनकी विशिष्ट आवश्यकताओं की दृष्टि से विशेष योजनाएं तैयार करनी चाहिए और उन्हें मिशन-मोड के अंतर्गत कार्यान्वित करना करना चाहिए। अन्य राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में अपनाई गई परिवार नियोजन विधियों के सर्वोत्तम उदाहरणों को पुन: तैयार किया जाए तथा उनकी जांच की जाए, उनका उपयोग प्रोत्साहनों तथा हतोत्साहनों की नवोन्मेषी योजना के साथ इसे प्रयोजनार्थ किया जाए। इसके अलावा, समिति को विश्वास है कि यह मिशन सभी हितधारकों की भागीदारी और केन्द्र तथा राज्य सरकारों, राजनीतिक, सामाजिक तथा धार्मिक संगठनों, गैर-सरकारी संगठनों, समाज की लोकप्रिय हस्तियों, चिकित्सकों, नर्सों और स्वास्थ्य-कर्याकर्ताओं को लक्षित समुदायों तक इस संदेश को पहुंचाने में साथ आने के लिए प्रोत्साहित कर सफल बनाया जा सकता है। इसलिए समिति सिफारिश करती है कि मंत्रालय इस बावत रूप-रेखा तैयार करें, एक व्यापक निष्पादनकारी तंत्र निरूपित करे तथा अगले छह माह में उसे देश के बेहतर निष्पादक राज्यों तक पहुंचने में इन राज्यों की सहायतार्थ लागू करे।

मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के उत्तर

यह ज्ञात होना उत्साहवर्धक है कि समीति ने सरकार द्वारा किए गए परिवार नियोजन के विकल्पों की प्रशंसा की है। बिहार और उत्तर प्रदेश जैसे उच्च प्रजनन दर वाले राज्यों के लिए विशेष योजनाएं तैयार करने की समिति की सिफारिश पर सरकार ने 07 उच्च फोकस वाले राज्यों के 146 उच्च प्रजनन दर (कुल प्रजनन दर >3) वाले जिलों में एक भली-भाँति नियोजित योजना, मिशन परिवार विकास की शुरूआत की है जो देश की जनसंख्या का 44% है:

- उत्तर प्रदेश (57 जिले)
- बिहार (37 जिले)
- मध्य प्रदेश (25 जिले)
- राजस्थान (14 जिले)
- झारखण्ड (09 जिले)
- छत्तीसगढ़ (02 जिले)
- असम (02 जिले)

योजना के उद्देश्य निम्नवत है:

- सुनिश्चित सेवाएं प्रदान करना।
- सम्वर्धनात्मक योजनाएं शुरू करना।

- वस्तुगत सुरक्षा सुनिश्चित करना।
- सम्वर्धित सेवा प्रदानगी के लिए क्षमता निर्माण करना।
- समर्थकारी पर्यावरण का सृजन करना।

सरकार इन जिलों के निष्पादन का अध्ययन और निगरानी करते हुए इनमें हुई प्रगति की समीक्षा करती है। इन जिलों में मिशन परिवार विकास के अंतर्गत परिवार नियोजन सेवाओं के उपयोग में वृद्धि देखी गई है। जो निम्नानुसार है:

- वर्ष 2018-19 की तुलना में वर्ष 2019-20 में बंध्यीकरण (नसबंदी) निष्पादन में 12.4% का सुधार देखा गया है।
- पुरुष नसबंदी के मामलों में वर्ष 2017-18 से 2019-20 तक 32% की वृद्धि हुई है।
- पीपीआईयूसीडी की प्राप्ति दर में भी वृद्धि हुई है जो वर्ष 2018-19 में 12.1% थी और वर्ष 2019-20 में बढ़कर बढ़कर 14.5% हो गई।
- वर्ष 2019-20 में इंजेक्शन के जरिए दी जाने वाली गर्भ निरोधक दवा मेड्रोक्सी प्रोजेस्टीरोन एसीटेट (अंतरा कार्यक्रम) की 7.9 लाख से अधिक खुराकें दी गई।

इसके अलावा, नव विवाहिताओं के लिए 'सास बहू सम्मेलन', 'नई पहल' किट और 'सारथी-पहियों पर जागरूकता' जैसे मांग-सृजन और जागरूकता क्रियाकलाप इन जिलों में शुरू की गई कुछ उल्लेखनीय पहले हैं:

- नई पहल किटें नवविवाहितों के बीच गर्भनिरोध जैसे रुकावटपूर्ण परंतु अति महत्वपूर्ण मुद्दों पर चर्चा करने करने के लिए दंपतियों के बीच बिना रोक-टोक बातचीत बढ़ाने के लिए अभिप्रेत हैं। समुदाय द्वारा व्यापक तौर पर इन्हें स्वीकारा गया है। वर्ष 2018-19 में आशाकर्मियों ने 5 राज्यों के एमपीवी जिलों में 418575 नई पहल किटें वितरित की।
- सास बहू सम्मेलन का उद्देश्य है पारस्परिक खेलों और व्यायामों के माध्यम से बहुओं और सासों के युग्मों के बीच परिवार नियोजन पर अधिक से अधिक बातचीत और जागरूकता को सुकर बनाना। वर्ष 2018-19 में एमपीवी जिलों में 186997 सास बहू सम्मेलन (एसबीएस) संचालित किए गए जिनमें प्रति सम्मेलन औसतन 25 सहभागियों ने भाग लिया।
- 'सारथी' एक वाहन है जो पारस्परिक संचार के उपकरणों, सूचना शिक्षा संचार (आईईसी) सामग्री और एफपी सामग्री के साथ सुसज्जित है। वर्ष 2018-19 में सारथी द्वारा कवर किए गए ब्लॉकों की संख्या 1517 थी।

इसके अलावा, वर्तमान में सरकार निम्नलिखित पर बल दे रही है:

- परिवार नियोजन की प्रसवोत्तर सेवाओं को बढ़ावा देना
- दो बच्चों के बीच अंतर रखने की पद्धतियों पर और अधिक बल देना
- परिवार नियोजन संबंधी वस्तुओं का वितरण और आपूर्ति को सुप्रवाही बनाना
- सेवा प्रदाताओं का क्षमता विकास
- जागरूकता सृजन के लिए समग्र मीडिया अभियान

प्राप्त की गई सफलताएं:

इन प्रयासों के परिणामस्वरूप भारत ने प्रभावशाली उपलब्धियां हासिल की हैं:

- कुल जन्म दर (टीएफआर) में पर्याप्त गिरावट आई है जो वर्ष 2005 में 2.9 से गिरकर वर्ष 2017 (एसआरएस) (एसआरएस) में 2.2 पर आ गई
- 36 में से 24 राज्यों/ संघ राज्य क्षेत्रों ने 2.1 या इससे कम की प्रतिस्थापन स्तर की जन्मदर पहले ही हासिल कर ली है और केवल बिहार की टीएफआर (3.2, एसआरएस 2017) 3 से अधिक है।
- क्रूड जन्म दर (सीबीआर) में गिरावट आई है जो वर्ष 2005 में 23.8 थी वर्ष 2017 (एसआरएस) में गिरकर 20.2 पर आ गई।
- दशकीय वृद्धि दर 1990-2000 में 21.54% थी जो 2001-11 के दशक में गिरकर 17.64% पर आ गई।
- भारत की वांछित जन्म दर एनएफएचएस-III में 1.9 थी जो एनएफएचएस-IV में और गिरकर 1.8 पर आ गई।
- किशोरावस्था में जन्म दर 16% (एनएफएचएस-III) से आधी होकर 8% (एनएफएचएस-IV) पर आ गई।
- किशोरावस्था में विवाह की दर 47.4% (एनएफएचएस-III) से गिरकर 26.8% (एनएफएचएस-IV) पर आ गई।

यह स्पष्ट है कि किए गए क्रियाकलापों के अब लाभ मिलने लगे हैं। आज, भारत प्रतिस्थापन स्तर की जन्म दर हासिल करने ही वाला है, इसने प्रजनन से जुड़ी स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाने की दिशा में महत्वपूर्ण कदम उठाए हैं।

गैर-संचारी रोग: एक कदम आगे बढ़ाने की आवश्यकता

2.8 यह सर्वविदित तथ्य है कि चिरकारी गैर-संचारी रोगों ने संचारी रोगों का स्थान ग्रहण कर लिया है क्योंकि यह ही विश्वभर में रूग्णता और अकाल मृत्यु के आम कारण बन गये हैं। समिति भारत में महिलाओं के बीच गैर-संचारी रोगों की ग्रस्तता से अवगत है। ये रोग निरन्तर बढ़ते जा रहे हैं और देश के सम्मुख गंभीर स्वास्थ्य संबंधी

चुनौतियों को खड़ा कर रहे हैं जिसके कारण गरीब परिवारों को इन रोगों के महंगे इलाज और उपचार की लम्बी अवधि के कारण आर्थिक बर्बादी झेलनी पड़ रही है। इसलिए, समिति यह नोट कर प्रसन्न है कि सरकार ने कैंसर, मधुमेह, हृदय रोग और आघात की रोकथाम के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम आरंभ किया है। यद्यपि, यह कार्यक्रम वर्ष 2010 में शुरू किया गया था लेकिन अभी भी स्वास्थ्य-संवर्धन, इन रोगों की रोकथाम, शीघ्र चिन्हीकरण, रेफरल सेवाएं, दवाएं तथा नैदानिक तथा पर्याप्त प्रबंधन के लिए बहुत कुछ किया जाना वाछंनीय है। इस संबंध में समिति का मत है कि सरकार द्वारा तैयार किए गए एनपीसीडीसीएस के प्रचालनात्मक रूप से दिशा-निर्देशों को सफलतापूर्वक राज्यों को परिचालित नहीं किया गया है। उप-केन्द्रों तथा जन-स्वास्थ्य केन्द्रों में इन सेवाओं के उपयोग में भारी कमी रहती है। समिति सिफारिश करती है कि आर्थिक रूप से पिछड़े समुदायों के लोगों के लिए दवा तथा नैदानिक सेवाओं को या तो नि:शुल्क अथवा बहुत ही सस्ती दरों पर उपलब्ध कराया जाए। समिति यह सुझाव भी देना चाहती है कि मंत्रालय को इन स्वास्थ्य केन्द्रों में आने वाली महिलाओं तथा पुरूष मरीजों को बेहतर गुणवत्ता की जेनेरिक दवाओं की आपूर्ति सुनिश्चित करनी चाहिए। समिति पुरजोर सिफारिश करती है कि मंत्रालय को देशभर में कार्यक्रम की निगरानी सुदृढ़ करनी चाहिए और देश में गैर-संचारी रोगों से बेहतरीपूर्वक निपटने के लिए सामान्य समुदायों की तथा विशेष रूप से महिलाओं की सहायतार्थ उपयुक्तता से कार्य करने के लिए इन दिशा-निर्देशों के अनुपालन हेतु राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों से आग्रह करना चाहिए।

[मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय एफ। सं। M.2015/80/2017-MCH दिनांक 13th July, 2020]

गैर-संचारी रोग: एक कदम आगे बढ़ाने की आवश्यकता

सिफारिश (पैरा संख्या 2.8)

यह सर्वविदित तथ्य है कि चिरकारी गैर-संचारी रोगों ने संचारी रोगों का स्थान ग्रहण कर लिया है क्योंकि यह ही विश्वभर में रूग्णता और अकाल मृत्यु के आम कारण बन गये हैं। समिति भारत में महिलाओं के बीच गैर-संचारी रोगों की ग्रस्तता से अवगत है। ये रोग निरन्तर बढ़ते जा रहे हैं और देश के सम्मुख गंभीर स्वास्थ्य संबंधी चुनौतियों को खड़ा कर रहे हैं जिसके कारण गरीब परिवारों को इन रोगों के महंगे इलाज और उपचार की लम्बी अवधि के कारण आर्थिक बर्बादी झेलनी पड़ रही है। इसलिए, समिति यह नोट कर प्रसन्न है कि सरकार ने कैंसर, मधुमेह, हृदय रोग और आघात की रोकथाम के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम आरंभ किया है। यद्यपि, यह कार्यक्रम वर्ष 2010 में शुरू किया गया था लेकिन अभी भी स्वास्थ्य-संवर्धन, इन रोगों की रोकथाम, शीघ्र चिन्हीकरण, रेफरल

सेवाएं, दवाएं तथा नैदानिक तथा पर्याप्त प्रबंधन के लिए बहुत कुछ किया जाना वाछंनीय है। इस संबंध में समिति का मत है कि सरकार द्वारा तैयार किए गए एनपीसीडीसीएस के प्रचालनात्मक रूप से दिशा-निर्देशों को सफलतापूर्वक राज्यों को परिचालित नहीं किया गया है। उप-केन्द्रों तथा जन-स्वास्थ्य केन्द्रों में इन सेवाओं के उपयोग में भारी कमी रहती है। समिति सिफारिश करती है कि आर्थिक रूप से पिछड़े समुदायों के लोगों के लिए दवा तथा नैदानिक सेवाओं को या तो निःशुल्क अथवा बहुत ही सस्ती दरों पर उपलब्ध कराया जाए। समिति यह सुझाव भी देना चाहती है कि मंत्रालय को इन स्वास्थ्य केन्द्रों में आने वाली महिलाओं तथा पुरूष मरीजों को बेहतर गुणवत्ता की जेनेरिक दवाओं की आपूर्ति सुनिश्चित करनी चाहिए। समिति पुरजोर सिफारिश करती है कि मंत्रालय को देशभर में कार्यक्रम की निगरानी सुदृढ़ करनी चाहिए और देश में गैर-संचारी रोगों से बेहतरीपूर्वक निपटने के लिए सामान्य समुदायों की तथा विशेष रूप से महिलाओं की सहायतार्थ उपयुक्तता से कार्य करने के लिए इन दिशा-निर्देशों के अनुपालन हेतु राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों से आग्रह करना चाहिए।

मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के उत्तर

गैर-संचारी रोगों की बढ़ती चुनौती को दूर करने के लिए सरकार देश में सभी राज्यों/ संघ राज्य क्षेत्रों में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के तहत कैंसर, मधुमेह, हृदयवाहिका रोगों और आघात के निवारण और नियंत्रण हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीसीडीसीएस) को क्रियान्वित कर रही है, जिसमें अवसंरचना के सुदृढ़ीकरण, मानव संसाधन विकास, स्वास्थ्य संवर्द्धन, समयपूर्व निदान (डायग्नोसिस), प्रबंधन और रेफरल पर विशेष बल दिया दिया गया है। जिले और इससे नीचे के स्तर पर किए जाने वाले क्रियाकलापों के लिए राज्यों को एनएचएम के तहत वित्तीय सहायता दी जाती है जो 60:40 (पूर्वोत्तर व पर्वतीय राज्यों के मामले में 90:10) के अनुपात में दी जाती है। एनपीसीडीसीएस के तहत 616 जिला एनसीडी क्लिनिक, 3975 सीएचसी एनसीडी क्लिनिक, 176 जिला कार्डियक केयर यूनिटें, 210 जिला डे केयर सेंटर स्थापित किए गए हैं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के तहत व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या के भाग के रूप में सामान्य सामान्य गैर-संचारी रोगों (मधुमेह, उच्च रक्तचाप और सामान्य कैंसर नामतः मुख, स्तन और गर्भाशय का कैंसर) के निवारण और नियंत्रण, जांच और प्रबंधन के लिए जनसंख्या आधारित पहल कार्यान्वित की जा रही है। इस पहल के तहत 30 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्तियों को सामान्य एनसीडी की जांच के लिए लक्ष्य के तौर पर लिया जाता है। प्रशिक्षित फ्रंटलाइन कर्मियों (आशाकर्मी और एएनएम) के माध्यम से निवारण, नियंत्रण और जांच संबंधी सेवाएं प्रदान की जा रही है तथा पीएचसी, सीएचसी, जिला अस्पतालों और अन्य तृतीयक परिचर्या संस्थानों के माध्यम से रेफरल सहायता और स्वास्थ्य परिचर्या में निरंतरता सुनिश्चित की जाती है। रोग का शुरू के चरण में पता लगाना,

अनुवर्ती उपचार, नियमित उपचार पर डटे रहना आदि के माध्यम से रोगों के बेहतर प्रबंधन में पीबीएस मददगार हो सकता है। विभिन्न श्रेणियों के स्वास्थ्य स्टाफ नामतः नर्सों, एएनएम, आशाकर्मियों और चिकित्सा अधिकारियों के प्रशिक्षण के लिए प्रशिक्षण मॉड्यूल तैयार किए गए हैं।

सामान्य एनसीडी की स्क्रीनिंग (जांच) भी आयुष्मान भारत- स्वास्थ्य और आरोग्य केंद्रों के तहत दी जाने वाली सेवा का अभिन्न अंग है। अभी तक भारत भर में 40477 स्वास्थ्य और आरोग्य केंद्रों को प्रचालनरत किया गया है जबकि 1.5 लाख एचडब्ल्यूसी का लक्ष्य रखा गया है। एचडब्ल्यूसी के माध्यम से अभी तक मधुमेह के लिए 3.55 करोड़, उच्च रक्तचाप के लिए 4.23 करोड़, स्तन कैंसर के लिए 1.25 करोड़ और गर्भाशय कैंसर के लिए 82.5 लाख व्यक्तियों की जांच की जा चुकी है।

एनसीडी की जनसंख्या आधारित जांच से एनसीडी के जोखिम कारकों के बारे में लोगों में जागरूकता भी आती है। एनसीडी की रोकथाम और इनका शीघ्र पता लगाने के बारे में जागरूकता प्रिंट और इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के साथ-साथ सोशल मीडिया के माध्यम से सभी स्तरों पर लाई जा रही है। राष्ट्रीय कैंसर जागरूकता दिवस और विश्व कैंसर दिवस भी प्रतिवर्ष क्रमशः 7 नवंबर और 4 फरवरी को मनाए जाते हैं। प्रगति मैदान, नई दिल्ली में भारत अंतर्राष्ट्रीय व्यापार मेले (आईआईटीएफ) के दौरान एनसीडी की बाबत जागरूकता और इसका शीघ्र पता लगाने के लिए प्रतिवर्ष विशेष जांच शिविर लगाए जाते हैं। समय-समय पर स्वास्थ्य जागरूकता अभियान चलाने के लिए राज्य सरकारों से अनुरोध किया जाता है और इन्हें इसके लिए निधियां भी दी जाती हैं।

कैंसर की तृतीयक स्वास्थ्य परिचर्या की सुविधाओं को बढ़ाने के लिए केंद्र सरकार 'कैंसर हेतु तृतीयक स्वास्थ्य परिचर्या सुविधा केंद्रों का सुदृढ़ीकरण' नामक स्कीम को कार्यान्वित कर रही है। इस स्कीम के तहत, देश के विभिन्न भागों में राज्य कैंसर संस्थानों (एससीआई) और कैंसर हेतु तृतीयक स्वास्थ्य परिचर्या केंद्रों (टीसीसीसी) की स्थापना के लिए राज्यों/ संघ राज्य क्षेत्रों को सहायता प्रदान की जाती है। अभी तक 39 संस्थानों (19 एससीआई और 20 टीसीसीसी) को मंजूरी दी गई है।

एनपीसीडीसीएस के तहत हुई प्रगति की समीक्षा राज्य सरकारों के साथ आवधिक रूप से की गई बैठकों और वीडियो कॉन्फ्रेंसिंग के माध्यम से की जाती है। हाल ही में, इस कार्यक्रम की समीक्षा करने के लिए दिसंबर, 2019 माह में राज्यों/ संघ राज्य क्षेत्रों के साथ तीन बैठकें दिल्ली (दो) और बेंगलुरु (एक) में आयोजित की गई। इसके अलावा, कार्यक्रम की समीक्षा वार्षिक रूप से राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के सामान्य समीक्षा मिशनों (सीआरएम) के माध्यम से की जाती है। सितंबर, 2019 में राज्य के स्वास्थ्य सचिवों और प्रधान सचिवों के साथ आयोजित तिमाही समीक्षा बैठक के दौरान, एनएचएम के अंतर्गत सभी कार्यक्रमों की समीक्षा की गई जिनमें एनसीडी की रोकथाम और नियंत्रण के लिए चलाए गए कार्यक्रम भी शामिल थे। केंद्रीय स्वास्थ्य और परिवार

कल्याण परिषद (सीसीएचएफडब्ल्यू) भी स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा किए जा रहे क्रियाकलापों की की समीक्षा करती है। सीसीएचएफडब्ल्यू की एक बैठक केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्री की अध्यक्षता में नई दिल्ली में 10 अक्टूबर, 2019 को आयोजित की गई थी जिसमें राज्यों के स्वास्थ्य मंत्रियों ने भाग लिया था।

एनसीडी का उपचार या तो नि:शुल्क होता है या सरकारी संस्थानों में रियायत दरों पर होता है। एनएचएस की नि:शुल्क दवा पहल के अंतर्गत, जिला स्तर तक के जन स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में दवाएं और नैदानिक सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध कराई जाती हैं। इसके अलावा, राष्ट्रीय आरोग्य निधि (आरएएन) की अम्ब्रेला स्कीम के 'स्वास्थ्य मंत्री कैंसर रोधी कोष' घटक के अंतर्गत गरीब रोगियों के उपचार के लिए वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है। उपचार हेतु सस्ती दवाएं और विश्वसनीय इम्प्लांट (अमृत) नामक एक नवीन पहल स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा शुरू की गई थी जिसका उद्देश्य है उपचार हेतु जीवन रक्षक दवाएं, अन्य औषधियां और चिकित्सीय डिस्पोजेबल डिस्पोजेबल सस्ती दरों पर प्रदान करना। अमृत स्कीम नवंबर, 2015 से क्रियान्वित की जा रही है। जिसे अब अमृत दीनदयाल औषधालय के नाम से जाना जाता है। वर्तमान में, राज्यों/ संघ राज्य क्षेत्रों में 200 से अधिक औषधालय हैं जिनमें 5200 से अधिक दवाएं, इम्प्लांट, सर्जिकल डिस्पोजेबल और अन्य उपभोज्य वस्तुएं बाजार दरों से 50% कम दामों पर बेचे जा रहे हैं। 15 फरवरी, 2020 की स्थिति के अनुसार, अमृत औषधालयों से 187.35 लाख रोगी लाभान्वित हुए हैं। अधिकतम खुदरा मूल्य पर संवितरित दवाओं का मूल्य 1974.82 करोड़ रुपए बनता है और रोगियों को अमृत स्टोरों से 1000.22 करोड़ रुपए की बचत का लाभ हुआ है जिससे उनका जेबी खर्च कम हुआ है।

प्रधानमंत्री भारतीय जन-औषधि परियोजना (पीएमबीजेपी) को फार्मास्युटिकल्स विभाग, भारत सरकार के अधीन भारत के ब्यूरो ऑफ फार्मा सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों (पीएसयू) द्वारा क्रियान्वित किया जा रहा है। जिसका जिसका उद्देश्य है "प्रधानमंत्री जन-औषधि केंद्रों" नामक अनन्य केंद्रों के माध्यम से सभी के लिए विशेषकर गरीब और वंचित लोगों के लिए सस्ती कीमतों पर गुणवत्तापूर्ण दवाएं उपलब्ध कराना ताकि स्वास्थ्य परिचर्या के लिए जेब पर पड़ने वाले व्यय भार को कम किया जा सके। कुल 900 दवाओं और 154 सर्जिकल व उपभोज्य वस्तुओं को हाल ही में प्रधानमंत्री भारतीय जन-औषधि परियोजना (पीएमबीजेपी) की उत्पाद टोकरी में शामिल किया गया है। इस स्कीम के तहत 5000 से अधिक जन-औषधि केंद्र स्थापित किए गए हैं।

प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (पीएमजेएवाई) का उद्देश्य है 10.74 करोड़ गरीब और कमजोर परिवारों (लगभग (लगभग 50 करोड़ लाभार्थी) को द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी अस्पतालीकरण सेवा के लिए प्रतिवर्ष प्रति परिवार 5 लाख रुपए का स्वास्थ्य बीमा कवर प्रदान करना। परिवारों को क्रमशः ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के लिए सामाजिक-आर्थिक जातिगत जनगणना 2011 (एसईसीसी 2011) के अभावग्रस्तता और व्यावसायिक मानदंडों के आधार पर शामिल किया जाता है। स्कीम की शुरुआत से ही एनसीडी के उपचार को पीएमजेएवाई के लाभ पैकेजों में शामिल किया गया है।

जैसा कि देखा जा सकता है, सरकार ने एनसीडी के बढ़ते रोग भार का समाधान करने के लिए भी कदम उठाए हैं। ये क्रियाकलाप महिलाओं सहित सामान्य जन स्तर पर किए गए हैं। इसके अलावा, जैसे कि ऊपर बताया गया है, सरकार के जनसंख्या आधारित जांच कार्यक्रम में स्तन और गर्भाशय कैंसरों का शीघ्र पता लगाने, इनके निदान और उपचार पर बल दिया गया है।

[मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय एफ। सं। M2015/80/2017-NCH दिनांक 13th July, 2020]

अध्याय III

छूट / देयता, जो कि सरकार के प्रयासों की दृष्टि से पूरी तरह से उचित नहीं हैं - NIL

अध्याय IV

सरकार की ओर से प्राप्त होने वाली शर्तों के संबंध में आयोग / सिफारिशें, जो कि समिति द्वारा स्वीकार नहीं की गई हैं और जो आवश्यक हैं

मान्यता-प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्त्रियों की मांग को स्वीकार करना और अन्य के लिये अवसर पैदा करना

(पैरासंख्या 2.3)

समिति सरकार के फ्लैगशिप स्वास्थ्य कार्यक्रमों और देश में संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के लिये गर्भवती महिलाओं और सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं के बीच महत्वपूर्ण सम्पर्क के रूप में मान्यता-प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्त्रियों की भूमिका की सरहाना करती है। आशा कार्यकर्त्रियां गर्भवती महिलाओं का पता लगाकर उन्हें समय पर प्रसवपूर्व देखभाल प्रदान करने और जननी सुरक्षा योजना के तहत जिन प्रोत्साहनों और सुविधाओं की वे पात्र हैं उनका लाभ दिलवाने में सहायता करती हैं तथा राज्य सरकारें देश के बृहत ग्रामीण क्षेत्रों में विभिन्न सर्वेक्षण करवाने और स्वास्थ्य कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में उनकी सेवाएं लेती हैं। समिति यह भी नोट करती है कि उन्हें क्षयरोग के मामलों का पता लगाने और स्कूलों में जाकर विद्यार्थियों के स्वास्थ्य सूचकांकों की निगरानी करने का अधिदेश भी प्राप्त है। तथापि यह आश्चर्यजनक है कि आशा कार्यकर्त्रियां मानद स्वयंसेवक होने के नाते केवल निष्पादन आधारित प्रोत्साहनों की ही पात्र हैं। वे इस बड़े देश के उत्तरी भाग से लेकर दक्षिणी भाग तक कठिन परिश्रम कर रही हैं परंतु उनका कोई निर्धारित वेतन नहीं है। विषय की जांच के दौरान समिति ने यह भी पाया कि ये कार्यकर्त्रियां देश के अनेक राज्यों में अपने पारिश्रमिक के भाग के रूप में नियत वेतन घटक की मांग करती रही हैं। समिति के विचार में देश को उनके द्वारा दी जा रही सेवाओं की सराहना करनी चाहिये। अत: समिति आग्रह करती है कि आशा कार्यकर्त्रियों की भूमिका की सराहना करते हुए तथा उनके परिवारों को थोड़ी वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिये उन्हें निष्पादन आधारित प्रोत्साहन देने के साथ-साथ मंत्रालय उन्हें निश्चित मासिक वेतन जो 3000 रुपये प्रतिमाह से कम न हो, देने के लियो प्रस्ताव तैयार वित्त मंत्रालय को अनुमोदनार्थ प्रस्तुत करे। इसके अतिरिक्त समिति यह भी सिफारिश करती है कि आशा कार्यकर्त्रियों के प्रशिक्षण तंत्र में मौजूदा बाधाओं जैसे योग्य प्रशिक्षकों, अवसंरचना और उपकरणों की कमी को तत्काल दूर किया जाये ताकि आशा कार्यकर्त्रियों की विशिष्ट आवश्यकताओं की जानकारी रखने वाले विशेषज्ञों द्वारा तैयार किये गये उपभोक्ता अनुकूल मॉड्यूल्स से उन्नत प्रशिक्षण प्राप्त करके करके वे स्वास्थ्य क्षेत्र की उभरती जरूरतों को बेहतर ढंग से पूरा करने के योग्य बन सकें। समिति यह भी आग्रह

करती है कि सरकार उन राज्य सरकारों/संघ राज्य क्षेत्रों की सरकारों के साथ तत्काल मामला उठाये जहां आशा कार्यकर्त्रियों की संख्या प्राधिकारियों द्वारा तय की गई संख्या से काफी कम है। समिति यह भी सिफारिश करती है कि कि दूरस्थ में इन कार्यकर्त्रियों की कमी दूर करने तथा समाज में रोजगार के अवसर बढ़ाने के लिये पुरुषों और यदि संभव हो तो ट्रांसजेण्डर समुदाय के लोगों को भी आशा के कार्य के लिये रखा जाये।

मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के उत्तर

महिला सशक्तिकरण संबंधी संसदीय समिति ने आशाकर्मियों की सेवाओं का सर्वेक्षण आदि करने के लिए राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों की सरकारों द्वारा उनका उपयोग किए जाने के अलावा गर्भावस्था तथा सुरक्षित प्रसव कराने, कराने, पात्रताओं को समर्थकारी बनाने, टीबी तथा स्कूल स्वास्थ्य में भी उनकी भूमिका को स्वीकार किया है। आशाकर्मी नवजातों, बच्चों, चिरकालिक बीमारियों इत्यादि की परिचर्या से संबंधित अन्य कार्यों में भी शामिल होते हैं।

जन स्वास्थ्य एवं अस्पताल राज्य का विषय होने के कारण आशा कार्यक्रम भुगतान सहित, संबंधित राज्य/संघ राज्य क्षेत्र की सरकारों द्वारा आयोजित किया जाता है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत आशाकर्मियों की स्वास्थ्य स्वयंसेवक होने की परिकल्पना की गई है तथा वे केवल प्रोत्साहन आधारित कार्य/क्रियाकलाप के ही पात्र हैं। आशाकर्मियों के लिए नियत मासिक प्रोत्साहन राशि जिसे राष्ट्रीय स्तर पर अंतिम रूप दिया जाता है, की केन्द्रीय सरकार द्वारा नियमित रूप से समीक्षा की जाती है तथा जिन क्रियाकलापों के लिए आशाकर्मियों को प्रोत्साहन दिए जाएंगे उनका समय - समय पर विस्तार किया जाता है। तथापि, राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत नेमी और संचयी प्रोत्साहनों के अलावा विशेष संदर्भ/आवश्यकता के अनुसार आशाकर्मियों को दिए जाने वाले प्रोत्साहनों के अलावा विशेष संदर्भ/आवश्यकता दिए जाने वाले प्रोत्साहनों के प्रकार के बारे में भी निर्णय करने में लचीलापन प्रदान किया जाता है।

इसके अलावा, वर्ष 2018 में आशाकर्मियों के उल्लेखनीय सहयोग तथा प्रतिबद्धता को स्वीकार करते हुए आशाकर्मी लाभ पैकेज की शुरूआत की गई थी। पैकेज में निम्नलिखित शामिल हैं:

- नेमी और संचयी प्रोत्साहन राशि में संशोधन कर उसे 1000 रुपये प्रतिमाह से बढ़ाकर 2000/- रुपये कर दिया गया।
- पात्र आशाकर्मियों तथा आशा सुविधा प्रबंधकों का पंजीकरण करके पात्र आशाकर्मियों तथा आशा सुविधा प्रबंधकों को निम्नलिखित योजनाओं में जीवन बीमा, दुर्घटना बीमा तथा पेंशन का लाभ दिया जाता है:-
    - प्रधानमंत्री जीवन ज्योति बीमा योजना (330/- रुपये प्रीमियम, जिसके अंशदान का भुगतान भारत सरकार द्वारा किया जाता है)

- प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना (12/-रुपये प्रीमियम जिसके अंशदान का भुगतान भारत सरकार द्वारा किया जाता है)।
- प्रधान मंत्री श्रम योगी मानधन (प्रीमियम, के 50% अंशदान का भुगतान भारत सरकार द्वारा तथा 50% अंशदान का भुगतान लाभार्थी द्वारा किया जाता है)

आशा प्रोत्साहनों तथा सामाजिक सुरक्षा उपायों की सूची अनुलग्नक-IV पर है।

एनएचएम के तहत जून, 30 तक प्रति आशाकर्मी 1000/- रुपये प्रतिमाह तथा प्रति आशा प्रदायक प्रतिमाह 5000/- रुपये का अतिरिक्त प्रोत्साहन देने का भी प्रावधान किया गया है। (फा.सं. जेड-18015/4/2020-एनएचएम-2 (पार्ट-iv) यह प्रोत्साहन आशाकर्मियों तथा आशा सुविधा प्रदायकों द्वारा किए गए कोविड-19 महामारी की रोकथाम रोकथाम तथा समुदाय और स्वास्थ्य प्रणाली की सहायता के लिए अक्सर ड्यूटी समाप्त होने के पश्चात भी जाने तथा अपने रुटीन के आउटरीच क्रियाकलापों को करने के लिए सम्मान स्वरूप दिया गया है । कोविड-19 महामारी की वर्तमान परिस्थिति को देखते हुए इस प्रोत्साहन को 31.3.2021 तक बढ़ाने के लिए ईएफसी द्वारा जो प्रस्ताव किया गया है उस पर स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा कार्रवाई प्रारंभ कर दी गई है।

आशाकर्मियों तथा आशा सुविधा प्रदायकों के प्रशिक्षण के लिए पर्याप्त संख्या में प्रशिक्षकों, बुनियादी अवसंरचना तथा उपकरणों का प्रावधान करने संबंधी संसदीय समिति द्वारा की गई टिप्पणी के संबंध में, राष्ट्रीय मुक्त शिक्षा संस्थान (एनआईओएस), स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र (एनएचएसआरसी) के बीच वर्ष 2014 में एक त्रिपक्षीय समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर किए गए थे। इस कार्यक्रम में निम्नलिखित शामिल हैं: - प्रशिक्षण पाठ्यक्रम का मानकीकरण, प्रशिक्षण स्थलों का प्रत्यायन तथा प्रशिक्षकों, आशाकर्मियों और आशा सुविधा प्रदायकों का प्रमाणीकरण। आशा कर्मियों द्वारा गुणवत्तापूर्ण सेवाएं सेवाएं देना सुनिश्चित करने के लिए पुनश्चर्या प्रशिक्षणों का भी प्रबंध किया जाता है। प्रशिक्षकों तथा प्रशिक्षण अवसंरचना के लिए वित्तीय और तकनीकी सहायता तथा अपेक्षित प्रशिक्षण उपकरण एनएचएम के माध्यम से राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को उपलब्ध कराई जाती है। इन सभी लागतों को कवर करने के लिए यह सहायता प्रति आशाकर्मी प्रतिवर्ष 16,000/- रुपए की दर से उपलपब्ध कराई जाती है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र (एनएचएसआरसी) आशाकर्मियों के प्रशिक्षण से संबंधित प्रशिक्षण संसाधन सामग्री को राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के साथ साझा करने में सहायक रहा है। हाल ही में, आशाकर्मियों को कोविड-19 महामारी में उनकी भूमिका के बारे में तथा इस संबंध में क्या करना चाहिए तथा क्या नहीं करना चाहिए के बारे में प्रशिक्षण सामग्री तथा प्रशिक्षण भी उपलब्ध कराया गया था।

आशाकर्मियों के रिक्त पदों को भरने के संबंध में राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के साथ होने वाली एनएचएम समीक्षा बैठकों कॉमन रिव्यू मिशन (सीआरएम) ब्रीफिंग्स, राष्ट्रीय कार्यक्रम समन्वय समिति (एनपीसीसी) की बैठकों में केन्द्रीय सरकार द्वारा नियमित रूप से इस मुद्दे की समीक्षा की जाती है। जनजातीय तथा पहाड़ी क्षेत्रों के लिए आशाकर्मियों के चयन के लिए मानकों में ढील दी जाती है ताकि रिक्त पदों को भरा जा सके। आशाकर्मियों की अद्यतन स्थिति के अनुसार, एनएचएसआरसी के जुलाई, 2019 के आंकड़ों के अनुसार, आशाकर्मियों का 96 प्रतिशत प्रतिशत (ग्रामीण) तथा 85 प्रतिशत (शहरी) पद भरे हुए हैं। ब्यौरा अनुलग्न-V पर संलग्न है।

आयुष्मान भारत स्वास्थ्य और आरोग्य केन्द्र (एबी-एचडब्ल्यूसी) कार्यक्रम के प्रारंभ होने के साथ ही, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय एचडब्ल्यूसी स्तर पर प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या टीम का सृजन करने के लिए राज्यों को पुरुष स्वास्थ्य कर्मी उपलब्ध करा रहा है। उप केंद्र स्तर पर स्वास्थ्य और आरोग्य केंद्र में टीम में सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी, एक पुरुष बहुउद्देशीय कर्मी, एक महिला बहुउद्देशीय कर्मी तथा पांच-पांच पांच आशाकर्मी होते हैं। ट्रांसजेंडर समुदाय से आशाकर्मियों की भर्ती करने के संबंध में समिति के सुझाव को नोट कर लिया गया है।

[मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय एफ। सं। M2015/80/2017-MCH दिनांक 13th July, 2020]

समिति की टिप्पणियाँ
(कृपया रिपोर्ट के अध्याय I के पैरा 11 देखें

मध्याह्न भोजन योजना की व्यापक पहुँच और बेहतर निगरानी

सिफारिश (पैरा संख्या 2.5)

समिति ने बार-बार देश में कुपोषण के समाधान और उसे कम करने के लिये केंद्र तथा राज्य सरकारों द्वारा चलाई जा रही विभिन्न योजनाओं और कार्यक्रमों के महत्व को उजागर किया है। समिति ने यह भी पाया कि जनजातीय बच्चों में व्याप्त चिरकारी ऊर्जा की कमी भारत में सामान्य आबादी में पायी जाने वाली पोषणता की कमी कमी की तुलना में अधिक चिंताजनक है। इस तथ्य पर राष्ट्रीय पोषण संस्थान, हैदराबाद तथा राष्ट्रीय पोषण निगरानी ब्यूरो ने भी बल दिया है। इस संबंध में समिति को विश्वास है कि जनजातीय समुदाय में कुपोषण के समाधान और उसकी कमी को समाप्त करने के लिए अधिक से अधिक यथासंभव जनजातीय बच्चों को दैनिक रूप से से गर्म पका हुआ भोजन प्रदान किए जाने की आवश्यकता है। इसलिए, समिति सिफारिश करती है कि जनजातीय क्षेत्रों में निजी तौर पर प्रबंधित स्कूलों तथा स्कूल न जाने वाले उन बच्चों को भी मध्याह्न भोजन योजना में शामिल किया जाना चाहिए जो कई दिनों तक खेतों में लगे रहते हैं अथवा गांवों के आसपास अन्य भृत्य जैसे कार्यकलापों में लगे रहते हैं। जनजातीय क्षेत्रों में निजी स्कूलों पर सरकारी पदाधिकारियों द्वारा मध्याह्न भोजन योजना के सार्थक कार्यान्वयन के संबंध में निगरानी रखी जा सकती है लेकिन स्कूल प्राधिकारियों को निधियां सरकार द्वारा विद्यमान विद्यमान मानदंडों के अनुसार ही आबंटित की जानी चाहिए, स्थानीय पंचायतों द्वारा स्कूल न जाने वाले अथवा स्कूल

स्कूल बीच में छोड़ने वाले जनजातीय बच्चों के लिए दैनिक रूप से भोजन तैयार करने तथा पका-पकाया भोजन देने का कार्य किया जा सकता है। इसके अलावा समिति को इसमें कई शिकायतें मिलती हैं जैसे भ्रष्टाचार, मध्याह्न भोजन भोजन योजना की निधियों का दुर्विनियोजन तथा चोरी आदि होने की शिकायतें। यद्यपि समिति इस बात को समझती है कि उपलब्ध संसाधनों से तैयार भोजन को प्रदान करने की पूरी जिम्मेदारी राज्य सरकारों/संघ राज्य क्षेत्र सरकारों की है तथापि केंद्र सरकार मध्याह्न भोजन योजना के दिशा-निर्देशों के कड़े और कठोर कार्यान्वयन से ऐसी अनियमितताओं को कम से कम कर सकती है। समिति संबंधित मंत्रालय से चाहती है कि राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को ऐसी अनियमितताओं का पता लगने तथा व्यावहारिक समयावधि पर मध्याह्न भोजन योजना की संपरीक्षा करने के के लिए अपने पदाधिकारियों के निरंतर स्थल दौरे आरंभ करने के लिए प्रोत्साहित करे। इस प्रकार से, समिति स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय से संबंधित प्राधिकारियों से यह मुद्दा उठाने तथा उनकी प्रतिक्रिया को उस तक पहुँचाने का आग्रह करती है।

मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के उत्तर

विद्यालयों मे चल रही राष्ट्रीय मध्याह्न भोजन योजना एक केद्र प्रायोजित योजना है जो मध्याह्न भोजन योजना (एमडीएमएस) योजना के रूप में प्रसिद्ध है। यह समग्र शिक्षा के अन्तर्गत सहायता प्राप्त मदरसों और मकतबों सहित सरकारी, सरकारी अनुदान प्राप्त स्कूलों, विशेष प्रशिक्षण केन्द्रों में कक्षा I-VIII में पढ़ने वाले स्कूली बच्चों को कवर करती है। मध्याह्न भोजन योजना का उद्देश्य निम्न के माध्यम से भारत में अधिकांश बच्चों की दो जरूरी समस्याओं नामतः भूख और शिक्षा का समाधान करना हैः

i. कक्षा I-VIII में पढ़ने वाले बच्चों की पोषण संबंधी स्थिति में सुधार करना।
ii. वंचित वर्गों के गरीब बच्चों को नियमित रूप से स्कूल जाने के लिए प्रोत्साहित करना और कक्षा की गतिविधियों पर ध्यान केन्द्रित करने में उनकी मदद करना।
iii. ग्रीष्मकालीन अवकाश के दौरान सूखा प्रभावित क्षेत्रों में प्राथमिक स्तर के बच्चों को पोषण संबंधी सहयोग प्रदान करना।

2. तथापि, जनजातीय क्षेत्रों में संचालित निजी स्कूलों के साथ-साथ स्कूल के बाहर के जनजातीय बच्चों को एमडीएमएस के अन्तर्गत कवर करने से संबंधित समिति के सुझाव को नोट कर लिया गया है और इस विषय में राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के साथ परामर्श किया जाएगा।

3. यहां भी उल्लेख किया जा सकता है कि योजना के अन्तर्गत बच्चों को गुणवत्तापूर्ण भोजन प्रदान किया जाए, यह सुनिश्चित करने के लिए सरकार ने केन्द्र, राज्य और जिला स्तर पर एक व्यापक निगरानी तंत्र को अपनाया है। राष्ट्रीय स्तर पर, मानव संसाधन विकास मंत्री की अध्यक्षता में एक शक्तिप्राप्त समिति और साथ ही एक राष्ट्रीय स्तरीय संचालन-सह निगरानी समिति के साथ-साथ कार्यक्रम अनुमोदन बोर्ड (पीएबी) योजना की निगरानी करते हैं और इसके सुचारू एवं प्रभावी कार्यान्वनय के लिए उपायों का सुझाव देते हैं। राज्य स्तर पर, राज्य सचिव की अध्यक्षता वाली एक राज्य स्तरीय संचालन-सह-निगरानी समिति और जिला स्तर पर, जिले के लोक सभा के वरीष्ठतम सदस्य की अध्यक्षता में एक जिला स्तरीय समीति योजना के कार्यान्वयन की निगरानी करती है। स्थानीय स्तर पर, ग्राम पंचायत/ग्राम सभा, ग्राम शिक्षा समितियों (वीईसी), अभिभावक- शिक्षक एसोसिएशन (पीटीए) और विद्यालय प्रबंधन समितियों (एमएमसी) के सदस्य बच्चों को प्रदान किए गए। मध्याह्न भोजन की नियमितता एवं पौष्टिकता, भोजन को पकाने और परोसने में स्वच्छता, बेहतर गुणवत्ता के सामग्री, ईधन आदि की खरीद को समयोचितता, मैन्यू में विविधता का कार्यान्वयन ताकि यह बच्चों के लिए आकर्षक बने और दैनिक आधार पर सामाजिक एवं लैंगिक समानता की सुनिश्चितता पर निगरानी रखते हैं। राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को सामाजिक लेखा करने के निर्देशों के अलावा, केन्द्र समय-समय पर फील्ड दौरों के माध्यम से योजना की समीक्षा के लिए संयुक्त समीक्षा मिशनों (जेआरएम) का गठन करता है।

[मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय एफ। सं। M2015/80/2017-MCH दिनांक 13th July, 2020]

समिति की टिप्पणियाँ

(कृपया रिपोर्ट के अध्याय I केपैरा 14 देखें)

अध्याय V

सरकार के अधिकारों के संबंध में मान्यताएँ / सिफारिशें

डी। महिलाओं का मानसिक स्वास्थ्य: प्राथमिकता देने की तत्काल आवश्यकता

सिफारिश (पैरा संख्या 2.9)

एक रिपोर्ट के अनुसार, विश्व स्वास्थ्य संगठन की भविष्यवाणी है कि 20% भारतीय जनसंख्या वर्ष 2020 तक मानसिक स्वास्थ्य संबंधी बीमारियों से पीड़ित हो जाएगी। और कोई भी लाभ लेने वाला नहीं है कि उनमें से एक बड़ी आबादी महिलाओं की होगी। समिति यह भी महसूस करती है कि हमारा मुख्य रूप से एक असंवेदनशील समाज है जहाँ गहरे सामाजिक पूर्वाग्रह, भय, कलंक और अज्ञानता अक्सर घर और बाहर की सीमाओं के भीतर महिलाओं को होने वाली मानसिक बीमारियों को पहचानने में विफल होते हैं। समिति समाज के इस रवैये की कड़ी निंदा करती है और सरकार से आग्रह करती है कि वह मानसिक बीमारियों के बारे में लगातार बात करे जिससे एक महिला पीड़ित हो सकती है और इसके संभावित उपचार भी कर सकती है। यह समिति महसूस करती है, मानसिक स्वास्थ्य के मुद्दों को कलंकित करने और सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य सुविधाओं में उपचार और परामर्श प्राप्त करने के लिए विभिन्न पृष्ठभूमि की महिलाओं को लाने में मदद करेगी। देश में मानसिक मुद्दों के बारे में व्यापक रूप से से प्रचार करने के लिए सभी एजेंसियों-ग्राम पंचायतों, पंचायत सिमिटिस, पुलिस, स्थानीय प्रशासन, शैक्षणिक संस्थानों, मनोचिकित्सा विभागों, परामर्शदाताओं, देखभाल करने वालों और समाज के बीच समय की आवश्यकता है। समिति का सुझाव है कि मंत्रालय को राज्यों / संघ शासित प्रदेशों के साथ औपचारिक बातचीत शुरू करनी चाहिए ताकि यह देश के हर कमजोर महिलाओं और लड़कियों तक पहुंचने के लिए एक फ्लैगशिप कार्यक्रम के रूप में औपचारिक रूप दे सके और उन्हें मानसिक बीमारियों के विभिन्न पहलुओं के बारे में बता सके। उपचार के संभावित अवसर वे स्वयं अपने संबंधित क्षेत्रों में प्राप्त कर सकते हैं। भारत में, स्वास्थ्य बजट का केवल 1-2% मानसिक स्वास्थ्य पर खर्च किया जाता है, समाज में समस्या की गंभीरता की तुलना में अल्प राशि है। इस प्रकार, समिति देश के कुल स्वास्थ्य बजट का कम से कम 5-6%

हिस्सा बढ़ाने की पुरजोर सिफारिश करती है। समिति आश्रय गृहों में सुविधाओं को अपग्रेड करने की भी जोरदार सिफारिश करेगी वे कम से कम कहने के लिए नारकीय हैं। इन्हें देश के बेहतर प्रदर्शन करने वाले घरों के बाद तैयार किया गया है।

मंत्रालय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के उत्तर

भारत सरकार देश में मानसिक स्वास्थ्य की गुणवत्तापूर्ण सेवाएं प्रदान करने के लिए विभिन्न पहले अग्रसक्रिय रूप से कर रही है। सरकार की पहलें उन सभी के लिए अभिप्रेत हैं जिन्हें मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी सहायता की आवश्यकता है भले ही वह किसी भी लिंग, जाति या धर्म का हो।

मानसिक बीमारियों की चुनौती से निपटने के लिए सरकार देश में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एनएमएचपी) को कार्यान्वित कर रही है। एनएमएचपी के तहत, जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (डीएमएचपी) के कार्यान्वयन को देश के 655 जिलों में मंजूरी दी गई है। जिसका उद्देश्य है मानसिक विकारों/ बीमारियों का शीघ्र पता लगाना और इनका प्रबंधन। प्रबंधन। डीएमएचपी के अंतर्गत शामिल किए गए क्रियाकलापों में लक्षित हस्तक्षेप सम्मिलित हैं जैसे कि कार्यस्थल पर तनाव का प्रबंधन, आत्महत्या रोकथाम क्रियाकलाप, जीवन की कुशलताओं में प्रशिक्षण, स्कूल और कॉलेज में परामर्श (काउंसलिंग), समुदाय में जागरूकता सृजन से जुड़े क्रियाकलाप और विभिन्न श्रेणियों के स्वास्थ्यकर्मियों को अल्पावधि के प्रशिक्षण देना। मानसिक बीमारियों के बारे में आम जनता में जागरूकता लाने के लिए सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी) संबंधी क्रियाकलाप डीएमएचपी का अभिन्न अंग हैं। जिला स्तर पर आईईसी और जागरूकता सृजन क्रियाकलापों के लिए डीएमएचपी के अंतर्गत प्रत्येक जिले को 4 लाख रुपए तक की निधियां प्रदान की जाती हैं।

देश में मानसिक स्वास्थ्य से जुड़े योग्य पेशेवरों की कमी को दूर करने के लिए सरकार मानसिक स्वास्थ्य की विशेषताओं के उत्कृष्टता केंद्रों की स्थापना तथा स्नातकोत्तर

विभागों के सुदृढ़ीकरण/ स्थापना के लिए जनशक्ति विकास स्कीमें लागू कर रही है। अभी तक देश में मानसिक स्वास्थ्य की विशेषज्ञताओं के 25 उत्कृष्टता केंद्रों और 47 स्नातकोत्तर विभागों के सुदृढ़ीकरण/ स्थापना के लिए सहायता प्रदान की गई है। तृतीयक स्तर की मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाएं केंद्र और राज्य सरकारों द्वारा संचालित समर्पित मानसिक स्वास्थ्य संस्थानों और मेडिकल कॉलेजों के माध्यम से दी जाती हैं। एनएमएचपी की जनशक्ति विकास स्कीमों के अलावा, सरकार देश के अल्पसेवित क्षेत्रों में मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या सेवाएं प्रदान करने के लिए भी जनशक्ति की उपलब्धता को बढ़ा रही है जिसमें स्वास्थ्य परिचर्या के विभिन्न श्रेणियों के सेवा प्रदाताओं जैसे कि चिकित्सा अधिकारी, साइकोलॉजिस्ट, सामाजिक कार्यकर्ता और नर्सों को देशभर में मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या की गुणवत्तापूर्ण सेवाएं प्रदान करने के लिए ऑनलाइन प्रशिक्षण पाठ्यक्रम कराए जाते हैं। ये ऑनलाइन प्रशिक्षण तीन केंद्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थानों में स्थित डिजिटल अकादमियों के माध्यम से दिए जाते हैं।

29.05.2018 को मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या अधिनियम, 2017 लागू किया गया था। इस अधिनियम का उद्देश्य है मानसिक बीमारी से ग्रस्त व्यक्तियों के लिए मानसिक स्वास्थ्य स्वास्थ्य परिचर्या और सेवाओं का प्रावधान करना और मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या और सेवाओं की प्रदायगी के दौरान ऐसे व्यक्तियों के अधिकारों को सुरक्षा प्रदान करना, बढ़ावा देना और पूरा करना। इस अधिनियम में मानसिक स्वास्थ्य संस्थानों में स्वास्थ्य परिचर्या और उपचार करा रही महिलाओं की विशेष जरूरतों को पूरा करने, पुलिस अधिकारियों समेत सरकारी अधिकारियों में अधिनियम के उपबंधों के बारे में जागरूकता लाने और इसका प्रशिक्षण देने तथा मानसिक बीमारी से जुड़े कलंक को कम करने के लिए अलग से प्रावधान किए गए हैं। अधिनियम के उपबंधों को प्राथमिक रूप से राज्य सरकारों द्वारा क्रियान्वित किया जाना है। अधिनियम के उपबंधों के अनुसार, राज्य सरकारों से अपेक्षा है कि वे नियम और विनियम बनाने, राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरणों की स्थापना, राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण कोषों का सृजन, मानसिक स्वास्थ्य समीक्षा बोर्डों की स्थापना जैसे कतिपय कार्य करें। राज्य सरकारों से यह भी अपेक्षा की गई है कि वे स्वास्थ्य परिचर्या के सभी प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्तरों पर और सरकार द्वारा संचालित सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को सामान्य स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं में एकीकृत करने के लिए आवश्यक कदम उठाएं। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने विभिन्न अर्द्धशासकीय पत्रों के मार्फत सभी राज्यों/ संघ राज्य क्षेत्रों

की सरकारों से अनुरोध किया है कि वे इस अधिनियम के कार्यान्वयन के लिए आवश्यक कार्रवाई करें। अभी तक, 20 राज्यों/ संघ राज्य क्षेत्रों में राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण स्थापित किए जा चुके हैं। जैसा कि इस अधिनियम में विचार किया गया था, केंद्र सरकार ने केंद्रीय मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण और मानसिक स्वास्थ्य समीक्षा बोर्ड नियमावली, राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण नियमावली और मानसिक रोगी के अधिकारों से संबंधित नियमावली बनाई है जो 29.05.2018 को लागू की गई थी।

समिति की टिप्पणियाँ

(कृपया रिपोर्ट के अध्याय I के पैरा 17 देखें

नई दिल्ली;
09 फरवरी 2021 ,
20 माघ(शक) 1942 ,

डॉ,हिना विजयकुमार गावीत .
सभापति,
महिलाओं को शक्तियां प्रदान करने संबंधी समिति।

महिलाओ को शक्ति प्रदान करने वाली समिति (2020-2021)

समिति के प्रथम सत्र में कार्यवृत्त का आयोजन **9 फरवरी, 2021 को** किया गया

समिति बजे तक 1500 बजे से 1400 कमेटी रूम 1, ब्लॉक ए, पहली मंजिल, संसद भवन का विस्तार, नई दिल्ली में बैठी ।

उपस्थित

डॉ - हीना विजयकुमार गावित . अध्यक्ष

सदस्य

लोक सभा

2. **श्रीमती संगीता कुमारी सिंह देव**
3. **कुमारी शोभा कारान्दलाजे**
4. **श्रीमती रक्षा निखिल खाडसे**
5. **श्रीमती जसकौर मीना**
6. **श्रीमती क्वीन ओझा**
7. **श्रीमती शारदा अनिल पटेल**
8. **श्रीमती रीती पाठक**
9. **श्रीमती नवनीत रवि राणा**
10. **श्रीमती शताब्दी राय)बनर्जी(**
11. **श्रीमती शर्मिष्ठा सेठी**

राज्य सभा

12. **श्रीमती झरना दास बैद्य**
13. **श्रीमती वंदना चव्हाण**
14. **श्रीमती छाया वर्मा**

सचिवालय

1. **श्रीमती कल्पना शर्मा - अपर सचिव**
2. **श्रीमती माया लिंगी - निदेशक**
3. **श्रीमती रीना गोपालकृष्णन - अपर निदेशक**

2. शुरुआत में, अध्यक्ष ने विषयों के चयन के बारे में मेमोरेंडम नंबर पर विचार करने के लिए 1 बुलाई गई महिलासशक्तिकरण समिति के पहले बैठक में सदस्यों का स्वागत किया। (2021-2020) इसके बाद, अध्यक्ष ने अपनी प्रारंभिक टिप्पणी में समिति के कार्य और पिछले कार्यकाल के दौरान समिति द्वारा किए गए कार्य और कार्य के बारे में जानकारी दी।

3. XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXX

4. समिति ने 'महिला स्वास्थ्य सेवानीति विकल्प :' विषय पर महिलाओं की अधिकारिता समिति 16) वीं रिपोर्ट 11 की (2018-2017)वीं लोकसभामें शामिल सिफारिशों पर कार्रवाई रिपोर्ट (पर मसौदा रिपोर्ट पर भी विचार किया। कुछ विचारबाद विमर्श के-, समिति ने बिना किसी संशोधन के मसौदा रिपोर्ट को अपनाया और संसद के दोनों सदनों को अंतिम रूप देने के लिए अध्यक्ष को अधिकृत किया।

5. समिति ने चयनित विषयों की परीक्षा के संबंध में अप्रैल, के महीने में एक अध्ययन 2021 यात्रा करने का भी निर्णय लिया।

समिति ने फिर स्थगित कर दिया।

परिशिष्ट – दो

(देखिए, प्राक्कथन का पैर 4)

महिलाओं को शक्तियां प्रदान करने संबंधी समिति (2020-21) की 'महिला स्वास्थ्य परिचर्या : नीतिगत विकल्प' संबंधी सोलहवें प्रतिवेदन (सोलहवीं लोक सभा) में अंतर्विष्ट सिफारिशों पर सरकार द्वारा की गई कार्यवाही का विश्लेषण ।

(एक)	सिफारिशों की कुल संख्या	09
(दो)	टिप्पणियाँजिन्हें सरकार ने स्वीकार ,सिफारिशें/ कर लिया है 2.7 ,2.6 ,2.4 ,2.2 , 2.1 .पैरा सं)और (2.8	06 %66.66
(तीन)	टिप्पणियाँमिति जिनके संबंध में स ,सिफारिशें/ सरकार के उत्तरों को देखते हुए आगे की कार्यवाही : नहीं करना चाहती प्रतिशत	शून्य शून्य
(चार)	टिप्पणियाँजिनके संबंध में समिति ने ,सिफारिशें/ सरकार के उत्तर सिवकर नहीं किए हैं और जिन्हें दोहराए जाने की आवश्यकता है 2.3 .पैरा सं)और (2.5 प्रतिशत	02 %22.22
(पाँच)	टिप्पणियाँ जिनके संबंध में सरकार के ,सिफारिशें/ (2 .पैर सं) अंतिम उत्तर अभी प्राप्त नहीं हुए हैं प्रतिशत	01 %11.11