परिणाम – संरचना दस्तावेज (आरएफडी)

स्वास्थ्य और परिवार कल्याााण विभाग के लिए परिणाम– संरचना दस्तावेज (आरएफडी) (2014–15)

भाग– I: विजन, मिशन, उद्देश्य और कार्य

विजनः समस्त क्षेत्रों और समुदायों के उपेक्षित समूहों तथा अल्प सेवित जनसंख्या पर विशेष ध्यान देते हुए समतुल्य, सुलभ और वहनीय आधार पर गुणवत्ता पूर्ण स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराना।

मिशन :

1. द्वितीयक एवं तृतीयक स्वास्थ्य सेवा सुपुर्दगी प्रणाली के साथ मिलकर भली–भांति कार्य करने वाली व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा सुपुर्दगी प्रणाली बनाना।
2. मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य परिणामों में सुधार लाना।
3. संचारी रोगों की घटनाओं को कम करना तथा गैर–संचारी रोगों के प्रभाव को कम करने की कार्यनीति की व्यवस्था करना।
4. जनसंख्या स्थिरीकरण के लक्ष्य को प्राप्त करने की दृष्टि से जनसंख्या की वृद्धि दर में कमी सुनिश्चित करना।
5. सभी स्तरों पर पर्याप्त मिश्रित कौशल वाले स्वास्थ्य संबंधी मानव संसाधन (मेडिकल, पैरामेडिकल और प्रबंधकीय) उपलब्ध कराने हेतु प्रशिक्षण क्षमता का विकास करना।
6. देश में स्वास्थ्य सेवा सुपुर्दगी को विनियमित करना और औषधियों के तर्कसंगत उपयोग को बढ़ावा देना।

उद्देश्यः

1. द्वितीयक एवं तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल सेवा के साथ प्रभावी संपर्क के साथ समाज के सभी वर्गों के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को सर्वसुलभ पहुँच प्रदान करना।
2. मातृ एवं बाल स्वास्थ्य में सुधार लाना।
3. देश में जनसंख्या स्थिरीकरण पर ध्यान देना।
4. स्वास्थ्य के लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए मानव संसाधन का विकास करना।
5. समाज पर से रोगों के समग्र प्रभाव को कम करना।
6. द्वितीयक एवं तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल को सुदृढ़ करना।

कार्यः

1. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के क्षेत्र से संबंधित समस्याओं पर नीति बनाना।
2. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के अधीन अस्पतालों तथा अन्य स्वास्थ्य संस्थाओं का प्रबंधन करना।
3. राज्यों को उनकी स्वास्थ्य देखभाल और परिवार कल्याण प्रणाली को मजबूत बनाने के लिए सहायता प्रदान करना।
4. संचारी एवं गैर–संचारी रोगों के प्रभाव को कम करना
5. उपयुक्त चिकित्सा एवं जन स्वास्थ्य शिक्षा के माध्यम से मानव संसाधन के विकास पर ध्यान देना।
6. संविधान की समवर्ती सूची में वर्णित मामलों जैसे – चिकित्सा, नर्सिंग एवं पेरामेडिकल शिक्षा, तथा औषधियों आदि के लिए विनियामक रूपरेखा उपलब्ध कराना।
7. राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम के कार्यान्वयन से संबंधी दिशा–निर्देश तैयार करना और राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को प्रदत्त पर्यवेक्षण एवं निगरानी सहायता को मजबूत बनाना।

खंड 2 : मूल उद्देश्यों, सफलता के संकेतकों और लक्ष्यों की परस्पतर प्राथमिकताएं

प्रयोजन	भार	कार्रवाई	सफलता संकेतक	इकाई	भार	लक्ष्य / मानदंड मूल्य				
						उत्कृष्ट	अति उत्तम	उत्तम	मध्यम	निम्न
						100%	90%	80%	70%	60%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल से प्रभावी संबंध वाले समाज के सभी वर्गों के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सभी की पहुंच	30.0	स्वास्थ्य के मूलभूत ढांचे को सुदृढ़ बनाना	24000 पीएचसी की कुल संख्या में से 24.7 सुविधा देने वाले पीएचसी की सक्रियता	%	5.00	39	38.5	38	37.5	37
			5800 सीएचसी और एसडीएच की कुल संख्या में से प्रथम रैफरल यूनिटों में सीएचसी और एसडीएच को चालू करना	%	5.00	37	36.5	36	35.5	35
			2012–13 के आधारभूत आंकड़ों में रोगियों को ट्रांसपोर्ट करने की संख्या में वृद्धि	%	5.00	5	4	3	2	1
			जिला अस्पतालों में विशेष नवजात शिशु देखभाल यूनिटों की स्थापना	%	3.00	45	40	35	30	25
		पहचान किए गये उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में मानव संसाधनों की उपलब्धता को बढ़ाना	नये एएनएमएस की तैनाती	संख्या	3.00	450	400	350	300	250
			नये डाक्टरों / विशेषज्ञों की तैनाती	संख्या	3.00	250	200	150	100	70
			नई स्टाफ नर्सों की तैनाती	संख्या	4.00	450	400	350	300	250
		क्षमता निर्माण	आशा प्रशिक्षण (VI और VII माड्यूल तक)	संख्या	2.00	150000	130000	110000	90000	70000
2. माता और शिशु के स्वास्थ्य में सुधार करना	8.00	संस्थागत प्रसव को प्रोत्साहित करना	उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि	%	3.00	12	10	8	6	4
		संपूर्ण टीकाकरण लक्ष्य (0–12 मास उम्र का समूह)	बाल टीकाकरण लक्ष्य	%	3.00	88	87	86	85	84
			उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि	%	2.00	12	10	8	6	4
3. देश में जनसंख्या स्थिर करने पर ध्यान देना	8.00	जन्मोपरान्त आईयूसीडी को प्रोत्साहन देना	विगत वित्तीय वर्ष की तुलना में आईयूसीडी सन्निवेशन में वृद्धि	%	2.00	16	15	14	13	12
		प्रथम तिमाही में गर्भावस्था का पंजीकरण	विगत वित्तीय वर्ष की तुलना मे पंजीकरण में वृद्धि	%	2.00	11	10	9	8	7
			उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में विगत वित्तीय वर्ष की तुलना में पंजीकरण में वृद्धि	%	2.00	11	10	9	8	7

		राष्ट्रीय निरीक्षण और निगरानी समितियों के (पीसी और पीएनडीटी अधिनियम) दौरे	पिछले वित्तीय वर्ष की तुलना में दौरों की संख्या में वृद्धि	%	2.00	300	270	240	210	180
4. स्वास्थ्य लक्ष्यों को प्राप्त करने हेतु स्वास्थ्य के मानव संसाधनों का विकास करना	9.00	सरकारी मेडिकल कालेज को अपग्रेड और सुदृढ़ करना	चिह्नित मेडिकल कालेजों (स्नानतकोत्तर) के उन्नयन कार्य को पूरा करना	संख्या	3.00	26	25	19	18	17
		एमबीबीएस सीटों में वृद्धि के लिए सरकारी मेडिकल कालेज को अपग्रेड और सुदृढ़ करना	चिह्नित मेडिकल कालेजों (एमबीबीएस) के उन्नयन कार्य को पूरा करना	संख्या	1.00	10	8	6	4	2
		जिला/रेफरल अस्पताल सहित संबद्ध नए मेडिकल कॉलेजों की स्थापना	58 चयनित जिलों में नए मेडिकल कॉलेजों की स्थोपना के लिए राज्य सरकारों के साथ समझौता–ज्ञापन	संख्या	1.00	58	55	52	49	45
		पेरामेडिकल सांइसेस के एक राष्ट्रीय संस्थान और पेरामेडिकल सांइसेस के क्षेत्रीय संस्थानों की संस्थापना	एनआईपीएस के कार्य की शुरुआत	दिनांक	1.00	31/12/2014	31/01/2015	28/02/2015	15/03/2015	31/03/2015
		विभिन्न स्तरों पर नर्सिंग संस्थान	एएनएम / जीएनएम में शिक्षा की शुरुआत	संख्या	1.00	35	30	25	20	15
			पाठ्यक्रम को पूरा करने वाली नर्सों की संख्या	संख्या	1.00	810	729	648	576	486
5. समाज के समस्त रोग भार को कम करना	20.00	मलेरिया संक्रमण के मामलों में कमी करना	वार्षिक परजीवी संक्रमण (एपीआई)	प्रति हजार संख्या	2.00	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0
		फाइलेरिया के संक्रमण को कम करना	एक प्रतिशत से कम माइक्रो फाइलेरिया दर प्राप्त करने वाले प्रकोपग्रस्त शेष जिले (250)	संख्या	2.50	230	225	220	215	210
		कालाजार के फैलाव में कमी	10000 की जनसंख्या पर एक कालाजार के मामले मे कम बीपीएचसी रिपोर्टिंग	संख्या	2.50	500	495	490	485	480
		कुष्ठ के फैलाव में कमी	उच्च फैलाव वाले जिलों में 10 लाख जनसंख्या से अधिक (संचयी) की वार्षिक फैलाव दर	संख्या	2.00	55	50	44	39	33
			की गई पुनरूसर्जनात्मक शल्य चिकित्सा	संख्या	1.00	2800	2500	2240	1960	1680
		तपेदिक पर नियंत्रण	नए बलगम में पोजिटिव (एनएसपी) की सफलता की दर	%	1.00	90	88	85	75	70
			सीएटी –2 रोगियों के बीच डिफाल्ट रेट	%	1.00	12.5	13	13.5	14	15
			उपचार किए गए एमडीआर टीबी के अधिसूचित मामले	%	1.00	90	85	80	75	70
		अन्धता के प्रकोप में कमी	मोतियाबिन्द शल्य चिकित्सा (लाख में)	संख्या	0.50	70	65	60	55	50

			दृष्टि दोष वाले स्कूली बच्चों को चश्मे देना (लाख में)	संख्या	0.50	9	8	7	6	5
		कैंसर की जांच और उपचार हेतु सुविधाएं	तृतीयक कैंसर सुविधाओं को सुदृढ़ करना	संख्या	1.00	8	6	4	2	1
		न्यूनतम मानसिक हेल्थ केयर सुविधाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करना	उत्कृष्टता के केन्द्रों में शैक्षणिक सत्र आरंभ करना	संख्या	1.00	4	3	2	1	0
			मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञता में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों की शुरुआत करने के लिए अनुमोदन	संख्या	1.00	25	20	15	10	5
		मधुमेह, हृदय रोग और आघात की जांच, स्क्रीनिंग और आघात	जिला अस्पतालों में एनसीडी क्लिनिकों और कार्डिएक केयर की स्थापना	संख्या	1.00	170	150	130	100	80
		वृद्ध जनसंख्या को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना	क्षेत्रीय वृद्धावस्था केंद्रों की स्थापना	संख्या	1.00	4	3	2	1	0
			एआईआईएमएस दिल्ली में नेशनल इस्टीट्यूट ऑफ ऐजिंग तथा चेन्ननई में एमएमसी की स्थापना	संख्या	1.00	2	1	0.75	0.50	0.00
6. द्वितीयक और तृतीयक हैल्थ केयर को मजबूत करना	10.00	एम्स की स्थापना करना	एमबीबीएस शिक्षण के प्रयोजनार्थ नए एम्स की कार्यप्रणाली में अस्पताल बनाना	संख्या	6.00	6	5	4	3	2
		सरकारी चिकित्सा कॉलेज का उन्नयन (चरण । और ।।)	अस्पतालों के निर्माण कार्यों की समाप्ति	संख्या	2.00	6	5	4	3	2
		पीएमएसएसवाई के तीसरे चरण में 39 चिकित्सा कालेजों को अपग्रेड करना (संख्या 8)	कार्य सौंपना / शुरू करना	संख्या	2.00	9	8	6	4	3
*आरएफडी प्रणाली की दक्ष कार्यप्रणाली	3.00	अनुमोदन के लिए वर्ष 2015–16 हेतु आरएफडी के प्रारूप की समय पर प्रस्तुति	समय पर प्रस्तुति	दिनांक	2.0	05/03/2015	06/03/2015	09/03/2015	10/03/2015	11/03/2015
		वर्ष 2013–14 की समय पर प्रस्तुति	समय पर प्रस्तुति	दिनांक	1.0	01/05/2014	02/05/2014	03/05/2014	06/05/2014	07/05/2014
*मंत्रालय / विभाग की उन्नात पारदर्शिता /उन्नत सेवा सुपुर्दगी	3.00	नागरिक / ग्राहक चार्टर के कार्यान्वयन की स्वरतंत्र लेखा–परीक्षा द्वारा रेटिंग	सीसीसी में प्रतिबद्धताओं के कार्यान्वायन मी मात्रा	%	2.0	100	95	90	85	80
		शिकायत निवारण प्रबंधन (सीआरएम) के कार्यान्वयन की स्वतंत्र लेखा परीक्षा	जीआरएम को लागू करने की सफलता की मात्रा	%	1.0	100	95	90	85	80

	8.00	संशोधित प्राथमिकताओं के अनुरूप अद्यतन विभागीय कार्यनीति	दिनांक	दिनांक	2.0	01/11/2014	02/11/2014	03/11/2014	04/11/2014	05/11/2014
*सुधार प्रशासन		भ्रष्टाचार के संभावित जोखिम को कम करने के लिए अनुमोदित उपशमन कार्यनीति के सहमत लक्ष्यों का कार्यान्वयन	कार्यान्वयन का %	%	1.0	100	90	80	70	60
		आईएसओ 9001 के कार्यान्वयन के लिए सहमत लक्ष्यों का कार्यान्व्यन	कार्यान्वयन का %	%	2.0	100	95	90	85	80
		आरएफएमएस में आरएफडी सहित उत्तरदायित्वों केन्द्रों का प्रतिशत	शामिल उत्तरदायित्व केन्द्र	%	1.0	100	95	90	85	80
		अनुमोदित नवोन्मेष कार्य योजनाओं (आईएपी) के सहमत लक्ष्यों का कार्यान्वयन	कार्यान्वयन का %	%	2.0	100	90	80	70	60
* वित्तीय जवाबदेही ढांचे के अनुपालन में सुधार	1.00	सीएंडएजी के लेखा–परीक्षा पैराओं पर एटीएन की समय पर प्रस्तुति	वर्ष के दौरान सीएजी द्वारा संसद को रिपोर्ट प्रस्तुत करने की तारीख से निर्धारित तारीख (4 माह) के अंदर एटीएन का प्रतिशत	%	0.25	100	90	80	70	60
		पीएसी रिपोर्टों पर पीएसी सचिवालय को एटीआर की समय पर प्रस्तुति	वर्ष के दौरान पीएसी द्वारा संसद को रिपोर्ट प्रस्तुदत करने की तारीख से निर्धारित तारीख (6 माह) के अंदर एटीआरएस का प्रतिशत	%	0.25	100	90	80	70	60
		31.3.2014 से पहले संसद को प्रस्तुत सीएंडएजी रिपोर्टों के लेखा–परीक्षा पैरा पर लंबित एटीएन का शीघ्र निपटान	वर्ष के दौरान निपटाए गए बकाया एटीएन का प्रतिशत	%	0.25	100	90	80	70	60
		31.3.2014 से पहले संसद को प्रस्तुत पीएसी रिपोर्टों पर लंबित एटीआर का शीघ्र निपटान	वर्ष के दौरान निपटाए गए बकाया एटीआरएस का प्रतिशत	%	0.25	100	90	80	70	60

**** अनिवार्य उद्देश्य***

खंड 3 : सफल संकेतकों के प्रवृत्ति मूल्य

उद्देश्य	कार्रवाई	सफलता सूचक	इकाई	वित्तीय वर्ष 12/13 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 13/14 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 14/15 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 15/16 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 16/17 का मानक मूल्य
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल से प्रभावी संबंध वाले समाज के सभी तबकों के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सभी की पहुंच	स्वास्थ्य के मूलभूत ढांचे को सुदृढ़ बनाना	24000 पीएचसी की कुल संख्या में से 24 X 7 सुविधा देने वाले पीएचसी की सक्रियता	%	--	36.7	38.5	40.5	41.5
		5800 सीएचसी और एसडीएच की कुल संख्या मे से प्रथम रैफरल यूनिटों में सीएचसी और एसडीएच को चालू करना	%	--	36.3	36.5	38	39
		2013–14 के आधारभूत आंकड़ों में रोगियों को ट्रांसपोर्ट करने की संख्या में वृद्धि	%	--	120	4	4	3
		जिला अस्पतालों में विशेष नवजात शिशु देखभाल यूनिटों की स्थापना	%	--	26	40	40	40
	पहचान किए गये उच्च प्राथमिकता जिलों में मानव संसाधनों की उपलब्धता को बढ़ाना	नये एएनएमएस की तैनाती	संख्या	6439	1800	400	250	250
		नये डाक्टरों / विशेषज्ञों की तैनाती	संख्या	1644	1350	200	130	130
		नई स्टाफ नर्सों की तैनाती	संख्या	3278	3800	400	300	300
	क्षमता निर्माण	आशा प्रशिक्षण (vi और vii माड्यूल तक)	संख्या	151922	130000	130000	130000	110000
2. माता और शिशु के स्वास्थ्य में सुधार करना	संस्थागत प्रसव को प्रोत्साहित करना	उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि	%	--	--	10	10	10
	संपूर्ण टीकाकरण लक्ष्य (0–12 मास उम्र का समूह)	बाल टीकाकरण लक्ष्य	%	85.7	85.7	87	88	88
		उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि	%	--	--	10	10	10
3. देश में जनसंख्या स्थिर करने पर ध्यान देना	जन्मोपरान्त आईयूसीडी को प्रोत्साहन देना	विगत वित्तीय वर्ष की तुलना में आइयुसीडी सन्निरवेशन में वृद्धि	%	--	238.1	15	15	15
	प्रथम तिमाही में गर्भावस्था का पंजीकरण	विगत वित्तीय वर्ष की तुलना मे पंजीकरण में वृद्धि	%	-0.8	3.7	10	10	10
		उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में विगत वित्तीय वर्ष की तुलना मे पंजीकरण में वृद्धि	%	-	-	10	10	10
	राष्ट्रीय निरीक्षण और निगरानी समितियों के (पीसी और पीएनडीटी अधिनियम) दौरे	पिछले वित्तीकय वर्ष की तुलना में दौरों की संख्या में वृद्धि	%	-	25	270	0	0

उद्देश्य	कार्रवाई	सफलता सूचक	इकाई	वित्तीय वर्ष 12/13 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 13/14 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 14/15 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 15/16 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 16/17 का मानक मूल्य
1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. स्वास्थ्य लक्ष्यों को प्राप्त करने हेतु स्वास्थ्य के मानव संसाधनों का विकास करना	सरकारी मेडिकल कालेज को अपग्रेड और सुदृढ़ करना	चिह्नित मेडिकल कालेजों (स्नातकोत्तयर) के अपग्रेडेशन को पूरा करना	संख्या	--	--	25	25	25
	एमबीबीएस सीटों में वृद्धि के लिए सरकारी मेडिकल कालेज को अपग्रेड और सुदृढ़ करना	चिह्नित मेडिकल कालेजों (एमबीबीएस) के अपग्रेडेशन को पूरा करना	संख्या	--	--	8	8	8
	जिला/रेफरल अस्प ताल सहित संबद्ध नए मेडिकल कॉलेजों की स्थापना	58 चयनित जिलों में नए मेडिकल कॉलेजों की स्थापिना के लिए राज्यो सरकारों के साथ समझौता–ज्ञापन	संख्या	--	--	55	3	0
	पेरामेडिकल सांइसेस के एक राष्ट्रीय संस्थान और पेरामेडिकल सांइसेस के क्षेत्रीय संस्थानों की संस्थापना	एनआईपीएस के कार्य की शुरुआत	दिनांक	31/10/2012	15/03/2014	31/01/2015	--	--
		एएनएम / जीएनएम में शिक्षा की शुरुआत	संख्या	2	5	4	0	0
	विभिन्न स्तरों पर नर्सिंग संस्थान की स्थापना	एएनएम / जीएनएम में शिक्षा की शुरुआत	संख्या	12	5	30	30	30
		पाठ्यक्रम को पूरा करने वाली नर्सों की संख्या	संख्या	--	--	729	729	729
5. समाज के समस्त रोग भार को कम करना	मलेरिया संक्रमण के मामलों में कमी करना	वार्षिक परजीवी संक्रमण (एपीआई)	जनसंख्या प्रति 1000	0.88	0.7	0.8	0.7	0.7
	फाइलेरिया के संक्रमण को कम करना	एक प्रतिशत से कम माइक्रो फाइलेरिया दर प्राप्त करने वाले प्रकोपग्रस्त शेष जिले (250)	संख्या	186	203	225	250	250
	कालाजार के फैलाव में कमी	10000 की जनसंख्या पर एक कालाजार के मामले मे कम बीपीएचसी रिपोर्टिंग	संख्या	342	393	495	587	587
	कुष्ठ के फैलाव में कमी	उच्च फैलाव वाले जिलों में 10 लाख जनसंख्या से अधिक (संचयी) की वार्षिक फैलाव दर	संख्या	24	30	50	50	55
		की गई पुनरूसर्जनात्मक शल्य चिकित्सा	संख्या	2413	2065	2500	2500	2500
	तपेदिक पर नियंत्रण	नया बलगम पोजिटिव (एनएसपी) की सफलता की दर	%	88	88	88	88	88
		सीएटी –2 रोगियों के बीच डिफाल्ट रेट	%	--	13	13	13	13
		उपचार किए गए एमडीआर टीबी के अधिसूचित मामले	%	--	50	85	85	85

उद्देश्य	कार्रवाई	सफलता सूचक	इकाई	वित्तीय वर्ष 12/13 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 13/14 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 14/15 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 15/16 का मानक मूल्य	वित्तीय वर्ष 16/17 का मानक मूल्य
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	अन्धता के प्रकोप में कमी	मोतियाबिन्द शल्य चिकित्सा (लाख में)	संख्या	63	52	65	66	66
		दृष्टि दोष वाले स्कूली बच्चों को चश्मे देना (लाख में)	संख्या	7	4	8	9	9
	कैंसर की जांच और उपचार हेतु सुविधाएं	तृतीयक कैंसर सुविधाओं को सुदृढ़ करना	संख्या	--	4	6	6	6

	न्यूनतम मानसिक हेल्थ केयर सुविधाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करना	उत्कृष्टता के केन्द्रों में शैक्षणिक सत्र आरंभ करना	संख्या	--	--	3	3	3
		मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञता में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों की शुरुआत करने के लिए अनुमोदन	संख्या	14	0	20	39	30
	डायबिटीज, हृदय रोग और आघात की जांच, स्क्रीनिंग और आघात	जिला अस्पतालों में एनसीडी क्लिनिकों और कार्डिएक केयर की स्थापना	संख्या	--	--	150	150	150
	वृद्ध जनसंख्या को हेल्थ केयर प्रदान करना	क्षेत्रीय जेरियट्रिक केन्द्रो की स्थापना	संख्या	0	4	3	3	3
		एआइआइएमएस दिल्ली में नेशनल इस्टीट्यूट आफ ऐजिंग तथा चैन्नई में एमएमसी की स्थापना	संख्या	--	1	1	1	1
6. द्वितीयक और तृतीयक हैल्थ केयर को मजबूत करना	एम्स की स्थापना करना	एमबीबीएस शिक्षण के प्रयोजनार्थ नए एम्सस की कार्यप्रणाली में अस्पमताल बनाना	संख्या	--	--	5	5	5
	सरकारी चिकित्सा कॉलेज का उन्नरयन (चरण ! एक !!)	अस्पतालों के निर्माण कार्यों की समाप्ति	संख्या	--	3	5	5	5
	पीएमएसएसवाई के तीसरे चरण में 39 चिकित्सा कालेजों को अपग्रेड करना।	कार्य सौंपना / शुरू करना	संख्या	--	2	8	15	14
*आरएफडी प्रणाली की दक्ष कार्यप्रणाली	अनुमोदन के लिए वर्ष 2015–16 हेतु आरएफडी के प्रारूप की समय पर प्रस्तुति	समय पर प्रस्तुति	दिनांक	--	--	06/03/2015	--	--
	वर्ष 2013–14 की समय पर प्रस्तुति	समय पर प्रस्तुति	दिनांक	--	--	02/05/2014	--	--
*'मंत्रालय / विभाग की उन्न्त पारदर्शिता/ उन्नत सेवा सुपुर्दगी	नागरिक / ग्राहक चार्टर के कार्यान्वरयन की स्वतंत्र लेखा–परीक्षा द्वारा रेटिंग	सीसीसी में प्रतिबद्धताओं के कार्यान्व यन मी मात्रा	%	--	--	95	--	--
	शिकायत निवारण प्रबंधन (सीआरएम) के कार्यान्वयन की स्वतंत्र लेखा परीक्षा	जीआरएम को लागू करने की सफलता की मात्रा	%	--	--	95	--	--
* सुधार प्रशासन	संशोधित प्राथमिकताओं के अनुरूप अद्यतन विभागीय कार्यनीति	दिनांक	दिनांक	--	--	02/11/2014	--	--
	भ्रष्टाचार के संभावित जोखिम को कम करने के लिए अनुमोदित उपशमन कार्यनीति के सहमत लक्ष्यों का कार्यान्वयन	कार्यान्वयन का %	%	--	--	90	--	--
	आईएसओ 9001 के कार्यान्वरयन के लहए सहमत लक्ष्यों का कार्यान्वयन	कार्यान्वयन का %	%	--	--	95	--	--
	आरएफएमएस में आरएफडी सहित उत्तरदायित्व केन्द्रों का प्रतिशत	शामिल उत्तरदायित्व केन्द्र	%	--	--	95	--	--

	अनुमोदित नवोन्मेतष कार्य योजनाओं (आईएपी) के सहमत लक्ष्यों का कार्यान्वयन	कार्यान्वयन का %	%	--	--	90	--	--
* वित्तीय जवाबदेही ढांचे के अनुपालन में सुधार	सीएंडएजी के लेखा–परीक्षा पैराओं पर एटीएन की समय पर प्रस्तुति	वर्ष के दौरान सीएजी द्वारा संसद को रिपोर्ट प्रस्तुत करने की तारीख से निर्धारित तारीख (4 माह) के अंदर एटीएन का प्रतिशत	%	--	--	90	--	--
	पीएसी रिपोर्टों पर पीएसी सचिवालय को एटीआर की समय पर प्रस्तुति	वर्ष के दौरान पीएसी द्वारा संसद को रिपोर्ट प्रस्तुात करने की तारीख से निर्धारित तारीख (6 माह) के अंदर एटीआरएस का प्रतिशत	%	--	--	90	--	--
	31.3.2014 से पहले संसद को प्रस्तुत सीएंडएजी रिपोर्टों के लेखा–परीक्षा पैरा पर लंबित एटीएन का शीघ्र निपटान	वर्ष के दौरान निपटाए गए बकाया एटीएन का प्रतिशत	%	--	--	90	--	--
	31.3.2014 से पहले संसद को प्रस्तु1त पीएसी रिपोर्टों पर लंबित एटीआर का शीघ्र निपटान	वर्ष के दौरान निपटाए गए बकाया एटीआरएस का प्रतिशत	%	--	--	90	--	--

**** अनिवार्य उद्देश्य***

संकेताक्षर की सूची		
क्र.सं.		
1	एएनएम	सहायक नर्स मिडवाइफ
2	एपीआई	वार्षिक परजीवी प्रकोप
3	आशा	प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
4	आयुष	आयुर्वेद, योग–प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्धा एवं होम्योपैथी
5	बीपीएचसी	ब्लॉक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
6	सीएचसी	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र
7	डीपीएमआर	विकलांगता रोकथाम और चिकित्सा पुनर्वास
8	एफआरयू	प्रथम रेफरल यूनिट
9	आईएमआर	शिशु मृत्यु दर
10	आईयूडी	इंट्रा–यूटेराइन डिवाइस
11	एमडीआर–टीबी	मल्टी–ड्रग प्रतिरोध तपेदिक
12	एमएमआर	मातृ मृत्यु अनुपात
13	एमएमयू	सचल चिकित्सा इकाई
14	नाको	राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन
15	एनसीडी	गैर–संचारी रोग
16	एनआईपीएस	राष्ट्रीय न्यूनतम साझा कार्यक्रम
17	पीएचसी	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
18	पीआरआई	पंचायती राज संस्था
19	आरएनटीसीपी	संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम
20	एससी	उप केंद्र
21	टीबी	तपेदिक
22	टीएफआर	पूर्ण प्रजनन दर
23	वीएचएसएनसी	ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता और पोषाहार समिति

खंड : 4 सफलता संकेतकों का विवरण तथा प्रस्तावित उपाय पद्धति

क्र.सं.	सफल संकेतक	विवरण	परिभाषा	माप	सामान्य टिप्पणियां
1.	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर कुल 24000 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों का 24 **X** 7 सुविधा का संचालन करना	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर 24 **X** 7 सुविधा का संचालन करना	एनआरएचएम के अंतर्गत, इन सुविधाओं में कम–से–कम 1–2 चिकित्सा अधिकारियों और 3 से अधिक स्टाकफ नर्सों की तैनाती करके प्राथमिक स्वोस्त्रक केंद्रों का चरणबद्ध ढंग से 24 **X** 7 सेवाएं प्रदान करने के लिए संचालन किया जा रहा है। डिलीवरी सेवाएं प्रदान कर रहे सभी 24 **X** 7 कार्य करने वाले प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में नवजात देखभाल कक्ष भी हो सकते हैं और उनमें बुनियादी नवजात देखभाल सेवाएं प्रदान की जा सकती हैं जिनमें कृत्रिम श्वासन, संक्रमणों से बचाव, ऊष्मा की व्यवस्था और आरंभिक एवं अनन्य स्तनपान शामिल हैं।	**नए प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के लिए स्टाफ** 1. चिकित्सा अधिकारी.....1 2. फार्मासिस्ट.....1 3. नर्स मिड–वाइफ (स्टाफ नर्स) 1 + 2 संविदा पर दो अतिरिक्त (स्टाफ नर्स 4. स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला)/एएनएम.....1 5. स्वास्थ्य प्रशिक्षक.....1 6. स्वास्थ्य सहायक (पुरुष).....1 7. स्वास्थ्य सहायक (महिला)ध्एलएचवी.....1 8. उच्च श्रेणी लिपिक.....1 9. निम्नो श्रेणी लिपिक.....1 10. प्रयोगशाला तकनीशियन.....1 11. ड्राइवर (वाहन की उपलब्धक्तता होने पर) 12. वर्ग IV.....4 कुल (संविदागत स्टॉफ को छोड़कर).....15	प्राथमिक स्वास्थ्य और केंद्र ग्रामीण समुदाय और चिकित्सा अधिकारी के बीच का प्रथम संपर्क बिंदु है। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की परिकल्पना ग्रामीण जनसंख्या को स्वास्थ्य देखभाल के बचाव संबंधी और संवर्धनात्मक पहलुओं पर बल देते हुए समेकित उपचारात्मक एवं बचाव स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए की गई थी। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की स्थापना और रखरखाव न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम (एमएनपी)/बुनियादी न्यूनतम सेवा (बीएमएस) कार्यक्रम के अंतर्गत राज्य सरकारों द्वारा किया जाता है। न्यूनतम आवश्यकता के अनुसार एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र पर एक चिकित्सा अधिकारी और उसकी सहायता के लिए 14 पैरामेडिकल एवं अन्य स्टाफ की नियुक्ति की जानी होती है।
2.	कुल 5800 सीएचसी और एसडीएच में से प्रथम रेफरल यूनिटों (एफआरयू) में सीएचसी और एसडीएच का संचालन	प्रथम रेफरल यूनिटें (एफआरयू)	एफआरयू बच्चों के लिए महिला और गंभीर श्वसन संक्रमण (एआरआई) के लिए गहन प्रसूति देखभाल के लिए का प्रावधान है। इसके लिए मानव संसाधन, रक्त भंडारण केन्दों (बीएससी) तथा अन्य संभार–तंत्र को जोड़कर सामूहिक योजना बनाने की आवश्यकता होती है। एफआरयू की परिभाषा में निम्नलिखित घटक भी शामिल हैं: क. अनिवार्य प्रसूति देखभाल ख. रक्त भंडारण यूनिट ग. नवजात शिशु देखभाल सेवाएं, जिला अस्पतालों, उप जिला अस्पतालों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों का प्रथम रेफरल यूनिटों के रूप में उन्नयन करने के प्रयास किए जा रहे हैं।	**सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के लिए स्टाफः** 1. चिकित्सा अधिकारी (एक सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र में प्रशिक्षित तथा शेष 3 योग्य सर्जन, जच्चा–बच्चा चिकित्सक, फिजिशियन, बाल रोग विशेषज्ञ होंगे).....4 2. नर्स मिडवाइफ (स्टाफ नर्स) .....7 3. ड्रेसर.....1 4. फार्मासिस्टफ/कम्पाउण्डर.....1 5. प्रयोगशाला तकनीशियन.....1 6. रेडियोग्राफर.....1 7. वार्ड बॉय.....2 8. धोबी.....1 9. सफाईकर्मी.....3 10. माली.....1 11. चौकीदार.....1 12. आया.....1 13. चपरासी.....1	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसीएस) की स्थापना और रखरखाव न्यूनतम आवश्यकता सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसीएस) की स्थापना और रखरखाव न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम (एमएनपी) /बुनियादी न्यूनतम सेवा (बीएमएस) कार्यक्रम के अंतर्गत राज्य सरकारों द्वारा किया जाता है। न्यूनतम मानदंडों के अनुसार, एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में चार चिकित्सा विशेषज्ञ अर्थात सर्जन, फिजिशियन, प्रसूति विज्ञानी और बाल रोग विशेषज्ञ और उनकी सहायता के लिए 21 पैरामेडिकल एवं अन्य स्टाफ की तैनाती की जानी अपेक्षित है। इसमें 30 इन–डोर बिस्तर और एक ऑपरेशन थिएटर, एक्स–रे, लेबर रूम और प्रयोगशाला सुविधाएं

				कुलः 25	होती हैं। यह 4 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के लिए एक रेफरल केंद्र के रूप में कार्य करता है और जच्चा–बच्चा देखभाल तथा विशेषज्ञ परामर्श के लिए सुविधाएं भी प्रदान करता है।
3.	वर्ष 2013–14 के बेसलाइन आंकड़ों की तुलना में परिवहन किए गए रोगियों की संख्या में वृद्धि	रोगी परिवहन प्रणाली	चिकित्सा आवश्यकता, और चिकित्सा सुविधा से उच्चतर चिकित्सा सुविधा के मामले में दुर्घटना स्थल या घर या अन्य किसी स्थल से उपयुक्त प्रथम रेफरल यूनिट अस्पताल से रेफरल यूनिट अस्पताल तक परिवहन/	वर्ष 2013–14 में बेसलाइन आंकड़ों की तुलना में परिवहन किए गए रोगियों की संख्या	
4.	शेष जिला अस्पतालों में विशेष नवजात बाल देखभाल यूनिटों की स्थापना	विशेष नवजात शिशु देखभाल यूनिटें(एसएनसीयू)	विशेष नवजात देखभाल यूनिटें(एसएनसीयू) रुग्ण नवजात विशेषकर 1800 ग्राम से कम समयपूर्व और जन्म के समय कम वजन वाले शिशुओ को उपचार उपलब्ध कराती हैं।	एसएनसीयू 12–16 बिस्तरों वाली यूनिटें होती हैं जिनमें 24 7 घंटे सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए बात चिकित्सक / चिकित्सा अधिकारी और पर्याप्त संख्या में स्टॉफ नर्सें होती हैं। इन स्टॉफ सदस्यों को गुणवत्ता देखभाल उपलब्ध कराने के लिए सुविधा आधारित नवजात देखभाल प्रशिक्षण नामक विशेष प्रशिक्षण में प्रशिक्षित किया जाता है। एनएनसीयू रेडिएंट वार्मरों, फोटोथरैपी मशीनों और पुनर्जीवन और ऑक्सीजन प्रदानगी से सुसज्जित होते हैं।	ये यूनिटें व्यापक उपचार उपलब्ध कराती हैं जिसमें फ्लूइड, ऑक्सीजन थरैपी, स्तनपान सहायता, फोटोथरैपी और कंगारू मदर देखभाल सहित समयपूर्व जन्म लेने वाले शिशुओं की देखभाल शामिल है। ये यूनिटें शिशुओं के जन्म के दौरान उन्हें गर्म रखकर, संक्रमण की रोकथाम, पुनर्जीवन, स्तनपान शीघ्र शुरू करने और नवजात का वजन करने जैसी अनिवार्य नवजात देखभाल उपलब्ध कराती हैं। इसके अलावा, यह यूनिट से डिस्चार्ज हुए सभी शिशुओं और उच्च जोखिम वाले नवजात शिशुओं, टीकाकरण सेवाओं और रेफरल सेवाओं की निगरानी भी करती है।
5.	नए एएनएम की तैनाती	सहायक नर्स धात्री	सहायक नर्स धात्री भारतीय परिचर्या परिषद द्वारा प्रमाणित एक सुप्रशिक्षित पराचिकित्सक होती है। सहायक नर्स मिडवाइफ भारत में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओं के उपयोग में वृद्धि के लिए मुख्य अभिकर्ता के मुख्य अभिकर्ता हैं। एक सहायक नर्स धात्री से अपेक्षा की जाती है कि वह मातृ स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य एवं परिवार नियोजन सेवाओं पोषण शिक्षा स्वास्थ्य शिक्षा पर्यावरणीय स्वच्छता के सुधार हेतु सहयोगात्मक सेवा संचारी रोगों के नियंत्रण हेतु टीकाकरण छोटी बीमारियों के	एएमएन की संख्या	सप्ताह / पखवाड़ा के दौरान किए जा रहे कार्यों पर चर्चा करने के लिए ''आशा'' के साथ साप्ताहिक / पाक्षिक बैठक आयोजित करना। ''आशा'' के प्रशिक्षण के लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ता (एडब्यूपस डब्यूय) के साथ एक विशेषज्ञ के रूप में कार्य करना। ''आशा'' को आउटरीच सत्र की तारीख और समय के बारे में ''आशा'' को सूचित करना और आउटरीच सत्र के संभावित

			उपचार और आपातकाल तथा आपदाओं में प्राथमिक उपचार में सहभागी बनने की अपेक्षा की जाती है। इन कर्तव्यों के अतिरिक्त, एनआरएचएम के तहत, ''आशा'' संबंधी दिशानिर्देशों में यथा परिकल्पित, महिला प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (''आशा'') को दिशानिर्देश और प्रशिक्षण देने में एक सहायक नर्स धात्री को निम्नलिखित कार्य करने होंगे.		लाभार्थियों को लाने के लिए उन्हें दिशा–निर्देश भी प्रदान करना। आंगनवाड़ी केंद्र पर स्वास्थ्य दिवसों के आयोजन में भाग लेना और दिशानिर्देश देना। संबंधित ग्राम के पात्र युगल रजिस्टर को अद्यतन करने में ''आशा'' की सहायता लेना। गर्भवती महिलाओं को आरंभिक परीक्षणों के लिए उप–केंद्र में आने के लिए प्रोत्साहित करने में ''आशा'' की सहायता लेना। ''आशा'' सहायक नर्स धात्री को विवाहित युगलों को परिवार नियोजन अपनाने के लिए उप–केंद्र में लाने में सहायता करती है। गर्भवती महिलाओं को आयरन फॉलिक एसिड (आईएफए) की गोलियों का पूरा कोर्स तथा टेटनस के इंजेक्शकन आदि लेने के लिए प्रोत्साहित करने में ''आशा'' को दिशा–निर्देश देना। ''आशा'' को ओरल पिल्स के खुराक शिड्यूल और दुष्प्राभावों के बारे में प्रबोधित करना। गर्भावस्था और लेबर के गंभीर संकेतों के बारे में ''आशा'' को प्रशिक्षित करना ताकि वह समय पर पहचान कर लाभार्थी को आगे उपचार प्राप्त करने में सहायता कर सके। ''आशा'' को आरंभिक एवं आवधिक प्रशिक्षण अनुसूची के बारे में तारीख, समय और स्थातन की सूचना दे सके। सहायक नर्स धात्री यह भी सुनिश्चित करेगी कि प्रशिक्षण के दौरान ''आशा'' को कार्य–निष्पादन के लिए प्रतिपूर्ति और प्रशिक्षण में उपस्थित होने के लिए टीए/डीए प्राप्त हो। सहायक नर्स धात्री से यह अपेक्षा की जाती है कि वह हुई प्रगति के संबंध में ''आशाओं'' से जानकारी प्राप्ति करे और पीएचसी स्तर पर रिपोर्ट को समेकित करे। ''आशा'' सहायक नर्स धात्री तथा गांव

					के बीच एक सेतु का काम करेगी और पंचायत के प्रति जवाबदेह होगी।
6.	नए चिकित्सकों / विशेषज्ञों की तैनाती	चिकित्सक / विशेषज्ञ	भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम के अंतर्गत मान्यता–प्राप्त मेडिकल व्यावसायिक	चिकित्सकों / विशेषज्ञों की संख्या	
7.	नई स्टॉफ नर्सों की तैनाती	स्टॉफ नर्स	भारतीय परिचर्या परिषद अधिनियम 1947 के अंतर्गत मान्यता–प्राप्त पराचिकित्सा व्यावसायिक	स्टॉफ नर्स की संख्या	
8.	प्रशिक्षित आशा (VI और VII मॉड्यूल तक)	मान्यता–प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा)	आशा समुदाय में स्वास्थ्य कार्यकर्ता होते हैं जो स्वास्थ्य और इसके सामाजिक निर्धारकों के बारे में जागरुकता पैदा करती हैं और समुदाय को स्थानीय स्वास्थ्य योजना और मौजूदा स्वास्थ्य सेवाओं के बढ़ते उपयोग और जवाबदेही के लिए एकजुट करती हैं। मान्यता–प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) समुदाय और स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र के बीच एक अहम कड़ी होती है। इस कार्य में महिलाओं को अस्पतालों में प्रसव कराने, बच्चों को टीकाकरण के लिए क्लिनिकों में लाने, परिवार नियोजन (उदाहरण के लिए, सर्जिकल बंध्याकरण कराने) के लिए प्रोत्साहित करना, प्राथमिक चिकित्सा के साथ मूल रोग और चोट का इलाज करना, जनसंख्या संबंधी रिकार्ड रखना और ग्रामीण स्वच्छता में सुधार करना शामिल है। आशा से स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली और ग्रामीण जनसंख्या के बीच एक प्रमुख संचार प्रणाली के रूप में सेवा करने की अपेक्षा भी की जाती है। प्रशिक्षित महिला समुदाय स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा को प्रति 1000 आबादी पर एक के अनुपात में उपलब्ध कराया जा रहा है। आदिवासी, पर्वतीय, मरुस्थल क्षेत्रों के लिए कार्यभार के आधार पर नियमों में प्रति बसावट एक आशा के लिए छूट दी गई है।	प्रशिक्षित आशा कर्मियों की संख्या	
9.	उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार मानकर संस्थागत प्रसवों में प्रतिशत वृद्धि	संस्थागत प्रसव	मातृ और नवजात मृत्यु दर को कम करने के लिए संस्थागत प्रसव या सुविधा केन्द्रों में	संस्थागत प्रसव में स्वास्थ्य सुविधाओं की निम्नलिखित श्रेणियों में सुपुर्दगियां शामिल हैं: • अस्पताल	असुरक्षित प्रसव को एक ऐसे प्रसव के रूप में परिभाषित किया जाता है जो घर पर अथवा संस्थान में कुशल

			जन्म	• औषधालय / क्लिनिक • यूएचसी / यूएचपी / यूएफडब्ल्यूसी • सीएचसी / ग्रामीण अस्पताल • पीएचसी • उप केन्द्र • आयुष अस्पताल / क्लिनिक	स्टाफ और/अथवा प्रशिक्षित दाइयों की गैर–मौजूदगी में करवाया गया हो।
10.	लक्षित बच्चों का टीकाकरण किया गया	टीकाकरण कार्यक्रम	टीकाकरण बच्चों को समुदाय में उनके संपर्क में आने से पहले हानिकारक संक्रमण से बचाता है। टीकाकरण कार्यक्रम जीवन के लिए ऐसी जानलेवा बीमारियों, जिनसे बचा जा सकता है, से बच्चों को बचाने के लिए अनिवार्य कार्यक्रम हैं।	टीकाकरण किए गए लक्षित बच्चों का प्रतिशत	
11.	उच्च प्राथमिकता वाले जिलों को आधार मानते हुए बच्चों के टीकाकरण के लक्ष्य में प्रतिशत वृद्धि	उच्च प्राथमिकता वाले जिले	समान स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करने और स्वास्थ्य निष्कर्ष में तेजी से सुधार लाने के लिए स्वास्थ्य परिणाम में अंतर–राज्यीय असमानताओं को प्रभावी ढंग से दूर करने के लिए व्यवस्थित प्रयास करना। प्रत्येक राज्य में सभी जिलों में कम से कम 25 प्रतिशत को मिश्रित स्वास्थ्य सूचकांक के आधार पर उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में पहचान की गई है। सभी आदिवासी और एलडब्ल्यूएफ प्रभावित जिले, जो राज्य के औसत मिश्रित स्वास्थ्य सूचकांक से कम हैं, को उच्च प्राथमिकता वाले जिलों के रूप में भी शामिल किया गया है।	उच्च प्राथमिकता वाले जिलों को आधार मानते हुए बच्चों के टीकाकरण के लक्ष्य में प्रतिशत वृद्धि	ये जिले उच्च प्रतिव्यक्ति वित्त–पोषण, मानदंडों में छूट, बढ़ी हुई निगरानी और केन्द्रित सहायक पर्यवेक्षण प्राप्त करेंगे।
12.	पिछले वित्तीय वर्ष की तुलना में आईयूसीडी सन्निवेशन में वृद्धि	प्रसव पश्चात् इंट्रा यूट्रेन गर्भनिरोधक उपकरण सन्निवेशन	पीपीआईयूसीडी सन्निवेशसन से प्रसव (योनि प्रसव / शल्यक्रिया द्वारा प्रसव) के 48 घंटों के अंदर अंतर्गर्भाशयी गर्भनिरोधक उपकरण (सीयूआईयूसीडी380ए/सीयूआईयूसीडी 375) से सन्निवेशन होता है। यह पद्धति सुरक्षित और प्रभावी है और इसे प्रशिक्षित डॉक्टर या नर्स द्वारा किया जाता है।	आईयूसीडी सन्निवेशन में प्रतिशत वृद्धि	
13.	पिछले वित्तीय वर्ष की तुलना में पंजीकरण में वृद्धि	गर्भावस्था पंजीकरण प्रणाली	इस प्रणाली का उद्देश्यं प्रथम पंक्ति के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और स्वास्थ्य प्रणालियों को उनके कार्यक्षेत्र के भीतर मातृ, नवजात शिशु और शिशु मृत्यह दर में कमी लाने के लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए, गर्भावस्था, जन्मों और	पिछले वित्तीय वर्ष की तुलना में पंजीकरण में वृद्धि	

			परिणामों के पंजीकरण को संभव बनाते हुए सुदृढ़ करना है। आवश्यकतानुसार, अपेक्षित नियमित प्रसवपूर्व एवं प्रसवोपरांत देखभाल के साथ–साथ आपातकालीन सहायता एवं रेफरल प्रदान करने के लिए, सटीक, जनसंख्या–आधारित अंश और हर स्वास्थ्य प्रणाली की जवाबदेही में सुधार कर सकते हैं। इस प्रकार, गर्भावस्था पंजीकरण प्रणालियों से स्वास्थ्य प्रणालियों में बढ़ोतरी हो सकती है, जवाबदेही बढ़ सकती हैं और मृत्यु दर में कमी आ सकती है।		
14.	उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में पिछले वित्तीय वर्ष की तुलना में पंजीकरण में वृद्धि	उच्च प्राथमिकता वाले जिले	समान स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करने और स्वास्थ्य निष्कर्ष में तेजी से सुधार लाने के लिए स्वास्थ्य परिणाम में अंतर–राज्यीय असमानताओं को प्रभावी ढंग से दूर करने के लिए व्यवस्थित प्रयास करना। प्रत्येक राज्य में सभी जिलों में कम से कम 25 प्रतिशत को मिश्रित स्वास्थ्य सूचकांक के आधार पर उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में पहचान की गई है। सभी आदिवासी और एलडब्ल्यूएफ प्रभावित जिले, जो राज्य के औसत मिश्रित स्वास्थ्य सूचकांक से कम हैं, को उच्च प्राथमिकता वाले जिलों के रूप में भी शामिल किया गया है।	पिछले वित्तीय वर्ष की तुलना में प्रतिशत वृद्धि	
15.	पिछले वित्तीय वर्ष की तुलना में दौरों की संख्या में वृद्धि	पीसीपी और पीएनडीटी अधिनियम के अंतर्गत राष्ट्रीय निरीक्षण और निगरानी समिति (एनआईएमसी)	भारत सरकार ने निम्नलिखित निबंधनों एवं शर्तों के साथ राष्ट्रीय निरीक्षण एवं मॉनीटरिंग समिति (एनआईएमसी) गठित की है:– • पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम, 1994 के प्रभावी कार्यान्वियन के संबंध में राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के क्षेत्रीय दौरे करना। • पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम, 1994 के प्रभावी कार्यान्वयन का अनुवीक्षण करने के लिए गठित राज्य उपयुक्त प्राधिकरण, राज्य सलाहकार समिति के सदस्यों के साथ बैठक आयोजित करना। • जिला उपयुक्त प्राधिकरण द्वारा अनुरक्षित रिकॉर्डों का मूल्यांकन, जिसमें सभी पंजीकृत यूएसजी क्लीनिकों द्वारा प्रत्येक	पिछले वित्तीय वर्ष की तुलना में दौरों की संख्या में प्रतिशत वृद्धि	

			माह की 5 तारीख तक प्रस्तुत समेकित रिपोर्टों का परीक्षण शामिल है। • जिला/उप–जिला सलाहकार समितियों के साथ बैठकें आयोजित करना और कानून के पालन हेतु सदस्यों को उनकी भूमिकाओं और जिम्मेदारियों की जानकारी देना। • सुविधा द्वारा अनुरक्षित रिकॉर्डों का यादृच्छिक निरीक्षण, जिसमें पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम, 1994 के उपबंधों के अनुसार, पंजीकरण (फॉर्म–क), नवीनीकरण, फॉर्म–च आदि शामिल हैं। • जिला उपयुक्त प्राधिकरण द्वारा सुविधाओं के रिकॉर्डों/प्रलेखों की तलाशी लेने/जब्त करने की सुविधाएं, जिनमें सुविधाओं के गैर–पंजीकरण/रिकॉर्डों का रखरखाव न करने, लिंग निर्धारण सेवाएं देने/लिंग निर्धारण का विज्ञापन देने/पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम, 1994 के अंतर्गत उल्लंघनों के संबंध में दोषियों पर ठोस आपराधिक मामला बनाना शामिल हैं। • अधिनियम के तहत उल्लंघनों की तुलना में की गई कार्रवाई रिपोर्ट और न्यायिक मामलों के संबंध में राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के साथ अनुवर्ती कार्रवाई।		
16.	चयनित चिकित्सा कॉलेज का उन्नयन कार्य पूरा करना (स्नातकोत्तर)	चिकित्सा कॉलेज का उन्नयन	स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम आरंभ करके/स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों में सीटों की संख्या में वृद्धि करने के लिए अभिचिह्नित सरकारी मेडिकल कॉलेजों का केंद्रीय निधियन के तहत एक–बारगी अनुदान के रूप में स्तरोन्नयन करना।	चिकित्सा कॉलेजों की संख्या जहां उन्नयन कार्य पूरा किया गया है।	
17.	चयनित चिकित्सा कॉलेज का उन्नयन कार्य पूरा करना (स्नातकोत्तर)				
18.	58 चयनित जिलों में नए चिकित्सा कॉलेजों की स्थापना के लिए राज्य सरकारों के साथ समझौता–ज्ञापन	चयनित जिले	अभिचिह्नित सरकारी मेडिकल कॉलेजों को एमबीबीएस सीटों को बढ़ाने के लिए केंद्रीय निधियन के तहत एक–बारगी अनुदान के रूप में स्तरोन्नयन किया गया है।		
19.	एनआईपीएस के लिए कार्य शुरू करना	दिल्ली में राष्ट्रीय पराचिकित्सा विज्ञान संस्थान (एनआईपीएस)	स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने अपनी केन्द्रीय प्रायोजित योजना में पराचिकित्सा पाठ्यक्रमों के लिए दिल्ली में नजफगढ़ में राष्ट्रीय पराचिकित्सा विज्ञान (एनआईपीएस) की स्थापना की परिकल्पना की गई है।	एनआईपीएस का कार्य शुरू करने की तारीख	

20.	आरआईपीएस के लिए कार्य शुरू करना	पैरामेडिकल क्षेत्रीय विज्ञान संस्थान (आरआईपीएस)	पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों के संचालन हेतु निप्स, रिप्स की स्थापना और राज्य सरकार मेडिकल कॉलेज को सहायता नामक केंद्र–प्रायोजित योजना के तहत, एक–बारगी अनुदान के माध्यम से स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय नागपुर, भोपाल, भुवनेश्वर, चंडीगढ़, कोयम्बटूर, हैदराबाद, लखनऊ और बिहार में आठ रिप्स की स्थापना करेगा।	आरआईपीएस की संख्या जहां कार्य शुरू हो चुका है।	
21.	नए एएनएम / जीएनएम संस्थानों में शिक्षण शुरू करना	एएनएम और जीएनएम स्कूल	नर्सों की कमी को दूर करने और नर्सिंग कार्मिकों की उपलब्धिता को विकसित देशों के अनुरूप बनाने की दिशा में, देश में नर्सिंग के संवर्धन के लिए नई योजनाएं परिकल्पित की जा रही हैं। भारत सरकार की नीति उन जिलों में एएनएम (सहायक नर्सिंग एवं मिडवाइफरी) स्कूल और जीएनएम (जनरल नर्सिंग एवं मिडवाइफरी) स्कूल खोलने की है, जहां वर्तमान में ऐसे कोई स्कूल नहीं हैं, जिससे यह सुनिश्चित हो सके कि देश के सभी जिलों में कम से कम एक–एक नर्सिंग स्कूल हो।	नए एएनएम / जीएनएम संस्थानों की संख्या जहां शिक्षण प्रारंभ हो चुका है।	
22.	पाठ्यक्रम को पूरा करने के लिए नर्सों की संख्या में वृद्धि			पाठ्यक्रम पूरा करने वाले एएनएम / जीएनएम की संख्या	
23.	वार्षिक परजीवी घटना (एपीआई)	वार्षिक परजीवी घटना (एपीआई)	यह परजीवी फैलने की घटना को उजागर करने वाला सूचकांक है जिसकी गणना निम्नलिखित सूत्र के माध्यम से की जा सकती है: एपीआई = (1 वर्ष के दौरान पुष्ट मामले/निगरानी में रखी गई जनसंख्या) x 1000.	1 वर्ष के दौरान प्रति 1000 जनसंख्या पर पुष्ट मामले	
24.	1 प्रतिशत से कम की माइक्रो फिलारिया दर प्राप्त करने के लिए स्थानिक जिले (250)	स्थानिक जिले	फैलाव वाले क्षेत्रों में मलेरिया/फायलेरियेसिस परजीवी के लाक्षणिक वाहक का और ज्वर वाले व्यक्ति की रक्त फिल्म में परजीवियों का बार–बार पता लगता है। अत्यधिक उच्च विस्तार वाले क्षेत्रों में एट्रीब्यूंटेबल अंश के ऐसे अनुमान संभवतः सटीक न हों क्योंकि बहुत कम व्यक्ति ही परजीवी मुक्त होते हैं। इसके अलावा, पैरासाइटेमिया के निम्न स्तरों को दबाने के लिए गैर–मलेरिया ज्वर होते हैं जिसके परिणामस्वरूप अंश के अनुमान पूर्वाग्रहयुक्त हो सकते हैं।	1 प्रतिशत से कम की माइक्रो फिलारिया दर प्राप्त करने वाले स्थानिक जिलों की संख्या	'व्यापक खुराक अभियान (एमडीए) के तहत पात्र व्यक्तियों को शामिल करना" लिंफाटिक फिलारिसिस के उन्मूलन हेतु संकेतक है: इसकी गणना इस प्रकार की जाती है: एमडीए के दौरान एंटी फिलारियल ड्रग प्राप्त व्यक्तियों की संख्या ————————————x 100 फिलारियल के जोखिम वाली पात्र जनसंख्या
25.	बीपीएचसी द्वारा प्रति 10000 की जनसंख्या पर काला–आजार के एक से कम मामले की रिपोर्टिंग	काला–आजार	काला–आजार जीनस लेईशमानिया के प्रोटोजोन परजीवी से उत्पन्न धीरे–धीरे बढ़ने वाला एक स्वदेशी रोग है। भारत में लेईशमानिया दोनोवानी इस रोग को उत्पन्न करने वाले एकमात्र परजीवी हैं। यह परजीवी मुख्यतः रेटिकुलोईनडोथेलियन प्रणाली का संक्रमण करता है और यह अस्थि मज्जा,		काला–आजार के लक्षण निम्न प्रकार हैं:– बार–बार और रूक–रूककर बुखार आना या भूख काफी कम लगना, कृशकाय होना, स्पलीनोमेगैली – तिल्ली का काफी अधिक बढ़ना, यकृत का प्रायः सॉफ्ट और नॉन–टेंडर होना – इसका तिल्ली से अधिक न

			तिल्ली, यकृत में प्रचुर मात्रा में पाया जाता है। काला–आजार उपरांत डर्मल लेईशमानिसिस (पीकेडीएल) ऐसी अवस्था है जिसमें लेईशमानिया डोनोबानी त्वचा कोशिकाओं पर आक्रमण करती है, वहां रहती है और विकसित होती है तथा डर्मल लेईसिस के रूप में बनती है। कुछ काला–आजार मामले में कुछ वर्षों के उपचार के बाद पीकेडीएल में बनती है।		बढ़ना, नरम, चिकनी सतह, तीव्र लिमफाडेनोपैथी – भारत में सामान्यतः नहीं होता। त्वचा का शुष्क, पतली और पपड़ीदार होना, तथा बालों का उड़ना। हलके रंग वाले व्यक्तियो के हाथों, पैरों, उदर और चेहरे की त्वचा का रंग बिगड़कर धूसर होना, जिसे भारतीय नाम काला–आजार है। इसका अर्थ है – ''काला ज्वर'' रक्ताल्पता – जिससे रक्ताल्पता में वृद्धि होती है और इसमें शरीर पतला हो जाता है और तिल्ली के बढ़ने से रोगियों का आकार अलग से दिखाई देता है।
26.	अधिक संभावित जिले जहां प्रति लाख जनसंख्या (संचयी) पर वर्ष में 10 से अधिक नए मामलों का पता लगने की दर	अधिक संभावित जिले	वर्ष 2010–11 में वार्षिक नए मामलों का पता लगाने की दर (एएनसीडीआर) पर अधिक संभावना वाले जिलों (2009) की पहचान की गई थी। सभी जिलों में प्रति 10,000 जनसंख्या पर 10 से अधिक एएनसीडीआर जिले थे। सफलता संकेतक के डिजाइन का लक्ष्य प्रस्तावित जिलों की संख्या की तुलना में एएनसीडीआर को कम करके वार्षिक प्रगति का आकलन करने के लिए प्रति लाख जनसंख्या पर 10 से कम करना था।	अधिक संभावित जिलों की संख्या जिनकी वर्ष में नए मामलों का पता लगाने की दर प्रति लाख जनसंख्या पर 10 से कम है।	एएनसीडीआर की गणना वर्ष के दौरान पता लगाए गए नए मामलों की संख्या के रूप में की जाती है _____x 100000 31 मार्च को जनसंख्या
27.	की गई पुनर्रचना शल्यक्रिया	पुनर्रचना शल्यक्रिया (आरसीएस)	कुष्ठ से प्रभावित रोगियों की पुनर्रचना शल्यक्रिया शल्यक्रिया (आरसीएस) उनके हाथों, पैरों या आंखों आदि की विकृति में सुधार करने के लिए की जाती है ताकि उनकी कार्यात्मक क्षमता में सुधार हो सके।	पुनर्रचना शल्यक्रिया (आरसीएस) की संख्या	भारत सरकार के मान्यता–प्रापत ारसीएस केन्द्रों द्वारा की गई पुनर्रचना शल्यक्रिया (आरसीएस) की संख्या को मासिक आधार पर दर्ज किया जाता है। आरसीएस कुष्ठ रोग के कारण अशक्तता से प्रभावित व्यक्ति की मदद करता है ताकि अशक्तता में सुधार हो सके। सरकार और एनजीओ क्षेत्रों में आरसीएस का निष्पादन करने के लिए 111 केन्द्र मान्यता–प्राप्त हैं। वर्ष में लगभग 2400 से 2500 आरसीएस किए जाते हैं।
28.	नए स्पुटम पोजिटिव (एनएसपी) की सफलता दर	नए स्पुटम पोजिटिव (एनएसपी) की सफलता दर	"मामले का पता लगाने" शब्द की परिभाषा यह है कि मरीज में क्षय रोग का पता चला है तथा इसे राष्ट्रीय निगरानी प्रणाली में रिपोर्ट किया गया है। स्मीयर–पोसिटिव टीबी का वह मामला है जब माईकोबैक्टीरियम ट्यूबरक्लोसिस बेसिलाई मरीज के बलगम में दिखाई देता है जब इसकी माइक्रोस्कोप के नीचे अच्छी तरह से स्टेन करके जाँच की जाती है। "नए मामले" का अर्थ है कि मरीज ने अतीत में टीबी का उपचार नहीं किया या	नए स्पुटम पोजिटिव (एनएसपी) की सफलता दर	

			एंटी टीबी केवल 1 माह से कम तक उपचार लिया हो, नए स्मीयर पोजिटिव मामला खोज दर की गणना, विशिष्ट दल (तिमाही/वार्षिक) में अधिसूचित नए स्मीयर पोजिटिव मामलों की संख्या का विभाजन उसी तिमाही/वर्ष हेतु जनसंख्या में नए स्मीयर पोजिटिव मामलों की अनुमानित संख्या से किया जाएगा जिसे प्रतिशत में दर्शाया जाएगा। नया स्मीयर पोसिटिव उपचार सफलता दर शब्द विशिष्ट समूह (त्रैमासिक/वार्षिक) में पंजीकृत नए स्मीयर पोजिटिव टीबी मामलों की कुल संख्या की तुलना में ठीक हो चुके या पूर्ण इलाज किए गए नए स्मीयर पोजिटिव टीबी मामलों को दर्शाता है।		
29.	सीएटी–।। रोगियों में डिफाल्ट दर	क्षयरोग कार्यक्रम के अंतर्गत श्रेणी–।। उपचार	मरीज जिसने पूर्व में क्षय रोग का उपचार करवाया है के प्रबंधन का विषय बहस का मुद्दा रहा है। वर्ष 1991 में, विश्व स्वास्थ्य संगठन (ड्ब्ल्यू एच ओ) ने टीबी उपचार के पूर्व इतिहास वाले सभी मरीजों के लिए "श्रेणी–।। पुनः उपचार व्यवस्था" के प्रयोग की सिफारिश की है। श्रेणी–।। व्यवस्था ने प्रथम पंक्ति के अभिकर्ता के लिए स्ट्रपटोमाइसिन शामिल किया गया है तथा 8 माह के लिए उपचार जारी रखना है। बहु अवलोकन अध्य्यन ने कोटि–।। उपचार प्राप्त कर रहे व्यक्तियों में परिणामों की जाँच तथा मिश्रित परिणाम दर्शाया हैद्य 60–80% श्रेणी में संपूर्ण सफलता दर, आरंभिक उपचार घटना में असफल हो चुके हैं या रिलेप्स हो चुके मरीजों में अत्यंत बदतर परिणाम देखा गया है।	सीएटी–।। रोगियों में डिफाल्ट दर प्रतिशत में	
30.	एमडीआर–टीबी के अधिसूचित मामलों का उपचार	बहु औषध प्रतिरोधी क्षय रोग (एमडीआर–टीबी)	बहु औषध प्रतिरोधी क्षय रोग (एमडीआर–टीबी) क्षय रोग के रूप में परिभाषित किया गया है जो कि कम से कम आयोनाइजिड (आईएनएच) तथा रिफामपिसिन (आरएमपी) के प्रतिरोधी है, जोकि टीबी रोधी औषध का दो अत्यधिक प्रभावी प्रथम श्रेणी उपचार हैं।	बहु औषध प्रतिरोधी क्षय रोग (एमडीआर–टीबी) के अधिसूचित मामलों के प्रतिशत का उपचार किया गया।	
31.	की गई मोतियाबिंद शल्यक्रिया (लाख में)	मोतिया बिंद	मोतिया बिन्द आँख के भीतर लैंस में झाई पड़ने से होती है जिससे देखने की क्षमता में कमी आती है। यह दृष्टिहीनता का अति सामान्य कारक है तथा पारंपरिक तौर पर इसका उपचार सर्जरी द्वारा किया जाता है। दृष्टि दोष लैंस पर झाइ पड़ने के कारण होती है क्योंकि यह प्रकाश को जाने एवं आँख के पीछे रेटीना में गिरने से रोकती है। आम तौर पर यह जैविक जरावस्था के कारण होती है	की गई मोतियाबिंद शल्यक्रिया	

			परन्तु इसके व्यापक विभिन्न कारण भी हैं। अतिसमय में लैंस में पीला भूरा रंग जमा हो जाता है तथा यह लैंस फाइबर के सामान्य संरचना में बाधा के कारण सहित, प्रकाश के संचार में कमी लाता है जिसके फलस्वरुप दृष्टि समस्या आती है। मोतिया बिन्द से प्रभावित व्यक्तियों को अधिकतर रंगों को पहचानने में कठिनाई आती है तथा फर्क में बदलाव, गाडी चलानें, पढ़ने, चेहरा पहचानने, तेज प्रकाश की रोशनी का सामना करने में कठिनाई का सामना करना पड़ता है।		
32.	अपवर्तक दृष्टि दोष वाले बच्चों को चश्में दिए गए (लाख में)	अपवर्तक दृष्टि दोष	अपवर्तक दृष्टि दोष एक अति सामान्य नेत्र दोष है। यह तब होता है जब नेत्र बाहरी दुनिया से ईमेज को स्पष्ट तरीके से नहीं देख पाती। अपवर्तक दृष्टि दोष के कारण नज़र धुंधली हो जातीह ै जो कभी–कभार इतनी गंभीर हो जाती है जिससे दृष्टि दोष उत्पन्न हो जाता है।	अपवर्तक दृष्टि दोष वाले बच्चों को दिए गए चश्मों की संख्या।	
33.	तृतीयक कैंसर केन्द्र के प्रचालन का सुदृढ़ीकरण	राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम	भारत में, एक समय में 2 से 2.5 मिलियन कर्क रोगी होने का अनुमान है, जिसमें से प्रत्येक वर्ष करीब 0.7 मिलियन नए मामले शामिल होते हैं तथा प्रत्येक वर्ष इसमें से प्रायः आधे मर जाते हैं। नए कैंसर रोगियों में से दो तिहाई रोगी उपचार के समय अग्रिम तथा लाइलाज चरण में आते हैं। इन प्रभावित मरीजों में से 60% से अधिक मरीज 35 से 65 वर्ष के मध्य अपने जीवन के प्रौढ़ अवस्था में हैं। जीवन प्रत्याशा में वृद्धि तथा विकास के साथ साथ बदलती हुई जीवन शौली के फलस्वरुप कैंसर मामलों की संख्या में वर्तमान संख्या के मुकाबले तीन गुणा हो सकती है। यह बहुत पहले ही एहसास हो चुका है देश में अति सामान्य कैंसर रोग दोनों पुरुष तथा महिलाओं में सिर या गर्दन का तथा महिलाओं में गर्भाशय ग्रीवा में कैंसर रोग है। भारत के शहरी क्षेत्रों में सभी प्रकार के कैंसर रोगों का उम्र समायोजित प्रभावित प्रति 100,000 दर पुरुषों के लिए 106–130 है तथा महिलाओं के लिए 100–140 है जोकि अमेरिका, ब्रिटेन तथा जापान की दरों की तुलना में काफी कम है। सभी पुरुषों कैंसर रोगियों में 50% रोगी तथा महिलाओं में 25% कैंसर रोगी तंबाकू से संबंधित हैं (सभी कैंसर रोगियों का कुल 34% तंबाकू से संबंधित है)। यह भविष्यवाणी हुई है कि वर्ष 1995–2025 के मध्य तंबाकू संबंधी	प्रचालन के सुदृढ़ीकरण हेतु तृतीयक कैंसर केन्द्र के	यह कार्यक्रम वर्ष 1990–91 में आरंभ किया गया था तथा इस कार्यक्रम के तहत प्रत्येक राज्य तथा संघ शासित प्रदेशों को स्वास्थ्य शिक्षा, रोग का आरंभिक स्तर पर पता लगाने तथा दर्द निवारण उपायों पर उनकी परियोजनाओं तैयार करने की सलाह दी है। इस उद्देश्य हेतु उन्हें 15 लाख रुपए एक–बारगी सहायता तथा 10 लाख रुपए चार वर्ष की आवर्ती सहायता प्राप्त हो सकती हैद्य जिला कार्यक्रम में पाँच अंश हैंः 1. स्वास्थ्य शिक्षा; 2. जल्दी पता लगने; 3. मेडिकल व पैरामेडिकल कर्मचारियों का प्रशिक्षण; 4. प्रशामक उपचार तथा दर्द में राहत, तथा 5. समन्वय एवं मोनिटेरिंग। जिला कार्यक्रम, क्षेत्रीय कैंसर केन्द्रों /सरकारी अस्पतालों/ मेडिकल कॉलेजों से जुड़ा हुआ है। प्रभावी कार्यकरण हेतु प्रत्येक जिले में जहाँ आरंभ किया गया है में एक जिला कैंसर सोसाइटी है जिसकी अध्यक्षता स्थानीय केलेक्टर / मुख्य चिकित्सा अधिकारी करेंगे। मेडिकल कॉलेज के डीन, जिला परिषद, गैर सरकारी संगठन के प्रतिनिधि अन्य सदस्य होंगे।

			कैंसर रोगियों की संख्या में 7 गुणा बढ़ोत्तरी हो सकती है। इस समस्या का नियंत्रण करने के लिए भारत सरकार ने वर्ष 1975 में राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम आरंभ किया तथा प्रारंभिक बचाव तथा लक्ष्यों के कैंसर को आरंभिक तौर पर पता लगाने के लिए वर्ष 1984–85 में इसकी कार्यनीतियों में संशोधन किया गया। • तबांकू संबंधी कैंसर की प्राथमिक रोकथाम। • गर्भाशय ग्रीवा, मुँह, छाती इत्यादि के कैंसर की द्वित्तीयक रोकथाम; और • तृतीय रोकथाम में क्षेत्रीय कर्क केन्द्रों तथा मेडिकल कॉलेजों (दंत चिकित्सा कॉलेजों सहित) के माध्यम से राष्ट्रीय स्तर पर दर्द निवारण सहित चिकित्सीय सेवाओं कां विस्तार एवं सुदृढ़ीकरण शामिल है।		
34.	उत्कृष्टता केन्द्र में शैक्षणिक सत्र शुरू करना	मानसिक स्वास्थ्य के लिए उत्कृष्टता केन्द्र	मानसिक स्वास्थ्य के लिए उत्कृष्टता केन्द्र के पेशेवरों का एक बहु विषयक दल से बना होता है जो मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में रोकथाम, हस्तक्षेप और अनुसंघान में उत्कृष्ट पद्धति नीति में शामिल होता है।	उत्कृष्टता केन्द्र में शुरू किए गए शैक्षणिक सत्रों की संख्या	उत्कृष्टता केन्द्र में शैक्षणिक सत्रों की संख्या
35.	मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञताओं में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों की स्थापना के लिए अनुमोदन	राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम	मानसिक व तंत्रिका संबंधी विकार इससे संबंधित विकलांगता के बचाव एवं उपचार के उद्देश्य से देश में मानसिक स्वास्थ्य देखभाल संरचना की अत्यधिक कमी को ध्यान में रखते हुए तथा समाज में मानसिक बीमारी के बढ़ते बोझ को देखते हुए भारत सरकार ने वर्ष 1982 में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम आरंभ किया था। निम्नलिखित उद्देश्यों सहित जीवन की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए कुल राष्ट्रीय विकास में, सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं का सुधार करने एवं मानसिक स्वास्थ्य सिद्धांतों को लागू करने हेतु मानसिक स्वास्थ्य तकनीकी का प्रयोग करना – • निकट भविष्य में सभी, जनसंख्या के विशेषकर अति संवेदनशील तथा वंचित वर्ग, हेतु न्यूनतम मानसिक स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता एवं पहुँच सुनिश्चत करना। • स्वास्थ्य देखभाल में तथा समाजिक विकास में मानसिक स्वास्थ्य ज्ञान को लागू करने हेतु प्रोत्साहित करना। • मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के विकास में समाज की भागीदारी को बढ़ावा देना तथा समाज में स्व–सहायता के प्रति	मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञताओं में शुरू किए गए स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों की संख्या	

			प्रयासों को प्रोत्साहित करना।		
36.	जिला अस्पतालों में अतिरिक्त एनसीडी क्लिनिकों और हृदय देखभाल यूनिटों की स्थापना करना	जिला अस्पतालों में एनसीडी क्लिनिकों और हृदय देखभाल यूनिटों की स्थापना करना	भारत सरकार ने कैंसर, मधुमेह, हृदवाहिका रोग और आघात की रोकथाम एवं नियंत्रण करने; कैंसर, मधुमेह, हृदवाहिका रोग और आघात जैसे गैर–संचारी रोगों के बोझ को कम करने के लिए एक राष्ट्रीय कार्यक्रम शुरू किया है जो मानव जीवन के संभावित उत्पादक वर्षों को कम करने का एक प्रमुख कारक है जिससे व्यापक आर्थिक हानि होती है। कार्यक्रम का मुख्य उद्देश्य जिला स्तर पर एनसीडी क्लिनिकों की स्थापना के साथ–साथ स्वस्थ जीवन शैली को भी बढ़ावा देना है।	जिला अस्पतालों में अतिरिक्त एनसीडी क्लिनिकों और हृदय देखभाल यूनिटों की संख्या	
37.	क्षेत्रीय वृद्धजन केन्द्रों की स्थापना	वृद्धजन केन्द्र	वृद्ध लोगों की सेवाओं में एक विशिष्ट सेवा केन्द्र जिसमें अत्यधिक देखभाल, जरावस्था आकलन, पुनर्वास, चिकित्सा और नर्सिंग सेवाएं और थरैपी सेवाएं।	स्थापित वृद्धजन केन्द्रों की संख्या	
38.	एम्स दिल्ली और एमएमसी, चेन्नई में राष्ट्रीय वृद्धजन संस्थान की स्थापना	राष्ट्रीय वृद्धजन संस्थान	राष्ट्रीय वृद्धजन संस्थान बुजुर्गों की देखभाल के लिए स्वास्थ्य जनशक्ति का सृजन और विस्तार करना तथा सक्रिय और स्वस्थ बुजुर्गों को साक्ष्य आधार उपलब्ध कराने के लिए जराचिकित्सा और जराविज्ञान के क्षेत्रों में उच्च गुणवत्ता वाले अनुसंधान को प्रोत्साहित करना है।	स्थापित राष्ट्रीय वृद्धजन संस्थान की संख्या	
39.	एमबीबीएस शिक्षण के उद्देश्य से नए एम्स को कार्यात्मक बनाने के लिए अस्पताल निर्माण	नए एम्स	पहले चरण में, देश में गुणवत्ता चिकित्सा शिक्षा उपलब्ध करने के लिए भोपाल, भुवनेश्वर, जोधपुर, पटना, रायपुर और ऋषिकेश में छः एम्स स्थापित किए जा रहे हैं।	नए एम्स की संख्या, जहां एमबीबीएस शिक्षण के उद्देश्य से अस्पतालों को कार्यशील बनाया गया है।	
40.	निर्माण कार्य को पूरा करना	चिकित्सा कॉलेजों के उन्नयन के लिए निर्माण कार्य	उन्नयन कार्यक्रमों में सुपर स्पेशिएलिटी ब्लॉक / आघात केन्द्र, आदि के निर्माण के जरिए मौजूदा सरकारी चिकित्सा कॉलेज के स्वास्थ्य अवसंरचना में सुधार करने और मौजूदा तथा नई सुविधाओं के लिए चिकित्सा उपकरण की खरीद की परिकल्पना की गई है।	कई निर्माण कार्य पूरे किए गए	
41.	कार्य सौंपना / शुरू करना	कार्य सौंपना / शुरू करना	कार्य सौंपना / शुरू करना पीएमएमएसवाई के तीसरे चरण में 39 चिकित्सा कॉलेजों के उन्नयन से संबंधित है।	चिकित्सा कॉलेजों की संख्या, जहां कार्य सौंपने / शुरू करने का कार्य प्रारंभ किया गया है।	

खण्ड : 5 अन्य विभागों की विशिष्ट निष्पादन आवश्यकताएं

स्थल का प्रकार	राज्य	संगठन का प्रकार	संगठन का नाम	संगत सफल संकेतक	इस संगठन से आपकी क्या अपेक्षाएं हैं	इन आवश्यकताओं का औचित्य	इस संगठन से अपनी आवश्यकता की मात्रा बताएं	यदि आपकी आवश्यकता पूरी नहीं होती है तो क्या होगा
केन्द्र सरकार		विभाग	आयुष विभाग	• 24000 पीएचसी की कुल संख्या में से 24.7 सुविधा देने वाले पीएचसी की सक्रियता • नये डाक्टरों / विशेषज्ञों की तैनाती • आशा प्रशिक्षण (VI और VII माड्यूल तक) • विगत वित्तीय वर्ष की तुलना मे दौरों की संख्या में वृद्धि • वार्षिक परजीवी संक्रमण (एपीआई) • एक प्रतिशत से कम माइक्रो फाइलेरिया दर प्राप्त करने वाले प्रकोपग्रस्त शेष जिले (250) • 10000 की जनसंख्या पर एक कालाजार के मामले मे कम बीपीएचसी रिपोर्टिंग	• देश में गुणवत्ता स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओ को बढ़ावा देने के लिए सतत निगरानी करना	• नागरिकों की स्वास्थ्य देखभाल को प्रोत्साहित करने के लिए राष्ट्रीय प्रतिक्रिया को सुदृढ़ करना	• पूरी सहायता और प्रतिबद्धता	• इससे राष्ट्रीय लक्ष्यों और कार्यक्रम के निष्कर्षों को प्राप्त करने में बाधा आएगी।
			एडस नियंत्रण विभाग	• 2013–14 के आधारभूत आंकड़ों में रोगियों का परिवहन करने की संख्या में वृद्धि • आशा प्रशिक्षण (VI और VII माड्यूल तक) • 3. नए बलगम में पोजिटिव (एनएसपी) की सफलता की दर	• देश में गुणवत्ता स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओ को बढ़ावा देने के लिए सतत निगरानी करना			• इससे राष्ट्रीय लक्ष्यों और कार्यक्रम के निष्कर्षों को प्राप्त करने में बाधा आएगी।
			स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग	• उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि • बाल टीकाकरण लक्ष्य • उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि • विगत वित्तीय वर्ष की तुलना मे पंजीकरण में वृद्धि • उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में विगत वित्तीय वर्ष की तुलना में पंजीकरण में वृद्धि • वार्षिक परजीवी संक्रमण (एपीआई) • एक प्रतिशत से कम माइक्रो फाइलेरिया दर प्राप्त करने वाले प्रकोपग्रस्त शेष जिले (250) • 10000 की जनसंख्या पर एक कालाजार के मामले मे कम बीपीएचसी रिपोर्टिंग	• देश में गुणवत्ता स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओ को बढ़ावा देने के लिए सतत निगरानी करना			

				• उच्च फैलाव वाले जिलों में 10 लाख जनसंख्या से अधिक (संचयी) की वार्षिक फैलाव दर • नए बलगम में पोजिटिव (एनएसपी) की सफलता की दर • सीएटी –2 रोगियों के बीच डिफाल्ट रेट • उपचार किए गए एमडीआर टीबी के अधिसूचित मामले • 13. दृष्टि दोष वाले स्कूली बच्चों को चश्मे देना (लाख में)				
			युवा कार्य विभाग	• उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि • बाल टीकाकरण लक्ष्य • 3. उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि	• देश में गुणवत्ता स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओं को बढ़ावा देने के लिए सतत निगरानी करना			
		मंत्रालय	पंचायती राज मंत्रालय	• उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि • बाल टीकाकरण लक्ष्य • विगत वित्तीय वर्ष की तुलना मे पंजीकरण में वृद्धि • वार्षिक परजीवी संक्रमण (एपीआई) • एक प्रतिशत से कम माइक्रो फाइलेरिया दर प्राप्त करने वाले प्रकोपग्रस्त शेष जिले (250) • 10000 की जनसंख्या पर एक कालाजार के मामले मे कम बीपीएचसी रिपोर्टिंग • उच्च फैलाव वाले जिलों में 10 लाख जनसंख्या से अधिक (संचयी) की वार्षिक फैलाव दर • दृष्टि दोष वाले स्कूली बच्चों को चश्मे देना (लाख में)	• देश में गुणवत्ता स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओं को बढ़ावा देने के लिए सतत निगरानी करना			
			महिला और बाल विकास मंत्रालय	• आशा प्रशिक्षण (VI और VII माड्यूल तक) • उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि • बाल टीकाकरण लक्ष्य • उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि • 5. दौरों की संख्या में वृद्धि			• पूर्ण सहायता और प्रतिबद्धता	

			पेयजल और स्वच्छता मंत्रालय	• 24000 पीएचसी की कुल संख्या में से 24.7 सुविधा देने वाले पीएचसी की सक्रियता • एसडीएच की कुल संख्या में से प्रथम रैफरल यूनिटों में सीएचसी और एसडीएच को चालू करना • जिला अस्पतालों में विशेष नवजात शिशु देखभाल यूनिटों की स्थापना • चयनित चिकित्सा कॉलेजों (स्नातकोत्तर) का उन्नयन कार्य पूरा करना (स्नातकोत्तर) • चयनित चिकित्सा कॉलेजों (एमबीबीएस) का उन्नयन कार्य पूरा करना • एनआईपीएस के कार्य की शुरुआत • आरआईपीएस के कार्य की शुरुआत • वार्षिक परजीवी संक्रमण (एपीआई) • एक प्रतिशत से कम माइक्रो फाइलेरिया दर प्राप्त करने वाले प्रकोपग्रस्त शेष जिले (250) • 10000 की जनसंख्या पर एक कालाजार के मामले मे कम बीपीएचसी रिपोर्टिंग • 11. नए बलगम में पोजिटिव (एनएसपी) की सफलता की दर			• पूर्ण सहायता और प्रतिबद्धता	
			जनजातीय कार्य मंत्रालय	• 2013–14 के आधारभूत आंकड़ों में रोगियों को ट्रांसपोर्ट करने की संख्या में वृद्धि • आशा प्रशिक्षण (VI और VII माड्यूल तक) • उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि • बाल टीकाकरण लक्ष्य • विगत वित्तीय वर्ष की तुलना मे पंजीकरण में वृद्धि • वार्षिक परजीवी संक्रमण (एपीआई) • एक प्रतिशत से कम माइक्रो फाइलेरिया दर प्राप्त करने वाले प्रकोपग्रस्त शेष जिले (250) • उच्च फैलाव वाले जिलों में 10 लाख जनसंख्या से अधिक (संचयी) की वार्षिक फैलाव दर • नए बलगम में पोजिटिव (एनएसपी) की सफलता की दर • दृष्टि दोष वाले स्कूली बच्चों को चश्मे देना (लाख में) • क्षेत्रीय वृद्धावस्था केंद्रों की स्थापना				

			रक्षा मंत्रालय	• 24000 पीएचसी की कुल संख्या में से 24.7 सुविधा देने वाले पीएचसी की सक्रियता • 5800 सीएचसी और एसडीएच की कुल संख्या में से प्रथम रैफरल यूनिटों में सीएचसी और एसडीएच को चालू करना • 2013–14 के आधारभूत आंकड़ों में रोगियों को ट्रांसपोर्ट करने की संख्या में वृद्धि • नये एएनएमएस की तैनाती • नये डाक्टरों / विशेषज्ञों की तैनाती • नई स्टाफ नर्सों की तैनाती • आशा प्रशिक्षण (VI और VII माड्यूल तक) • उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि • बाल टीकाकरण लक्ष्य • उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 31 मार्च, 2014 को आधार रेखा मानते हुए संस्थागत प्रसव में प्रतिशत वृद्धि • विगत वित्तीय वर्ष की तुलना में आईयूसीडी सन्निवेशन में वृद्धि • विगत वित्तीय वर्ष की तुलना मे पंजीकरण में वृद्धि • वार्षिक परजीवी संक्रमण (एपीआई) • एक प्रतिशत से कम माइक्रो फाइलेरिया दर प्राप्त करने वाले प्रकोपग्रस्त शेष जिले (250) • 10000 की जनसंख्या पर एक कालाजार के मामले मे कम बीपीएचसी रिपोर्टिंग • उच्च फैलाव वाले जिलों में 10 लाख जनसंख्या से अधिक (संचयी) की वार्षिक फैलाव दर • की गई पुनरूसर्जनात्मक शल्य चिकित्सा • नए बलगम में पोजिटिव (एनएसपी) की सफलता की दर • सीएटी –2 रोगियों के बीच डिफाल्ट रेट • उपचार किए गए एमडीआर टीबी के अधिसूचित मामले • मोतियाबिन्द शल्य चिकित्सा (लाख में) • दृष्टि दोष वाले स्कूली बच्चों को चश्मे देना (लाख में)		• देश में गुणवत्ता स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओं को बढ़ावा देने के लिए सतत निगरानी करना		• इससे राष्ट्रीय लक्ष्यों और कार्यक्रम के निष्कर्षों को प्राप्त करने में बाधा आएगी।

खण्ड : 6 मंत्रालय / विभाग के कार्यकलापों का परिणाम / प्रभाव

क्रमांक	मंत्रालय / विभाग का परिणाम / प्रभाव	संयुक्त रुप से	सफलता संकेतक	इकाई	2011-12	2012-13 (अपेक्षित)	2013-14 (अनुमानित)	2014-15 ((अनुमानित)	2015-16 (अनुमानित)
1	स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक बेहतर पहुंच	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	प्रति 1000 जन संख्या पर प्राथमिक हेल्थ केयर केन्द्रों की औसत संख्या	संख्या	0.0287	0.0289	0.0291	0.0293	0.0295
			प्रति जिला प्राथमिक हेल्थ केयर केन्द्रों की औसत संख्या	संख्या	37.32	37.57	37.71	37.92	38.13
2	मृत्यु दर में कमी	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	शिशु मृत्यु दर	प्रति 1000 जीवित जन्म	42	37	32	28	25
			कच्ची मृत्यु दर	प्रति 1000 जनसंख्या	7	6.9	6.8	6.7	6.6
3	मातृ स्वास्थ्य में बेहतरी	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	कुल प्रसवों के प्रतिशत के तौर पर संस्थागत प्रसव	%	82	85	86.5	86.5	86.5
			संपूर्ण टीकाकरण	%	85	85.7	87	87	87
4	जनसंख्या दर के विकास में गिरावट	राज्य/केन्द्र शसित प्रदेश	कुल प्रजनन दर	प्रति स्त्री जन्में बच्चे	2.4	2.4	2.3	2.3	2.2
5	संचारी और गैर–संचारी बीमारियों के प्रभाव में कमी प्रति 1000 जनसंख्या पर डॉक्टरों की संख्या	राज्य/केन्द्र शसित प्रदेश	वार्षिक परजीवी व्यापकता	प्रति 1000 जनसंख्या	0.85	1.10	1 से कम	1 से कम	1 से कम
			उच्च प्रभाव जिलों (209) में 10 से कम प्रति लाख जनसंख्या कुष्ठ की वार्षिक व्यापकता दर	जिलों की संख्या	24	30	50	50	55
			की गयी पुनः संरचनात्मक शल्य चिकित्सा (कुष्ठ)	संख्या	2413	2065	2500	2500	2500
			नया बलगम पोजटिव सफलता दर	%	88	88	88	88	88
6	मानव संसाधनों का विकास	राज्य/केन्द्र शसित प्रदेश	प्रति 1000 जनसंख्या पर डॉक्टरों की संख्या	संख्या	0.085	0.086	0.087	0.088	0.089