

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग का वर्ष 2013-14 का
परिणाम-संरचना दस्तावेज़ (आरएफडी)

खण्ड 1 विभाग का विजन, मिशन, उद्देश्य और कार्य

विजन : समस्त क्षेत्रों और समुदायों के उपेक्षित समूहों तथा अल्प सेवित जनसंख्या पर विशेष ध्यान देते हुए समतुल्य, सुलभ और वहनीय आधार पर गुणवत्तापूर्ण 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।

उद्देश्य :

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।
7. गुणवत्तापूर्ण सेवाओं के साथ कुष्ठ रोग के प्रभाव को कम करना तथा निःशक्तता रोकथाम एवं चिकित्सा पुनर्वास (डीपीएमआर) सेवाओं में बढ़ोतरी करना।

कार्य :

1. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के क्षेत्र से संबन्धित 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 पैरामेडिकल 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।

खण्ड -2 : प्रमुख उद्देश्यों सफलता के संकेतकों एवं लक्ष्यों में परस्पर प्राथिकताएं

खण्ड -2 : स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के परिणाम क्रमवर्क दस्तावेज की उपलब्धि 2013-14														
क्र. सं.	प्रयोजन	भार	कार्रवाई	सफलता संकेतक	इकाई	भार	लक्ष्य/मानक मूल्य				निषेदान			
							उत्कृष्ट	अति उत्तम	उत्तम	मध्यम	निम्न	उपलब्धि	अनुमान	भारिता
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.	द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल से प्रभावी संबंध वाले समाज के सभी तबकों के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सभी की पहुंच	32.0	स्वास्थ्य के मूलभूत ढांचे को मजबूत बनाना	24000 पीएचसी की कुल संख्या में से 24x7 सुविधा देने वाले पीएचसी की सक्रियता	%	4.00	35.0	34.5	34.0	33.5	33.0	36.7	100.0	4.0
				4000 सीएचसी की कुल संख्या में से प्रथम रैंफरल यूनिटों (एफआरयू) में सीएचसी की सक्रियता	%	4.00	35.0	34.5	34.0	33.5	33.0	36.3	100.0	4.0
				31-3-2013 को आधारभूत आकड़ों में सचल मेडिकल यूनिटों (एमएमयू) द्वारा सेवा प्रदान करने में वृद्धि	%	3.00	12	10	8	6	5	17	100.0	3.0
				2012-13 के आधारभूत आकड़ों में रोगियों को ट्रांसपोर्ट करने की संख्या में वृद्धि	%	4.00	12	10	8	6	5	34	100.0	4.0
				जिला अस्पतालों में विशेष नवजात शिशु देखभाल यूनिटों की स्थापना	%	2.00	15	12	9	6	5	26	100.0	2.0
				विगत वित्तीय वर्ष के अंत तक ग्रामीण स्वास्थ्य, स्वच्छता व पोषण समिति (पीएचएसएससी) के लिए जारी कोष का उपयोग	%	2.00	55	50	45	40	35	74	100.0	2.0
				सामुदायिक भागीदारी को मजबूत बनाना	%	3.00	1300	1250	1000	900	800	1800	100.0	3.0
				पहचान किए गये उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में मानव संसाधनों को उपलब्धता बढ़ाना	संख्या	3.00	300	250	200	175	150	1350	100.0	3.0
				नयी स्टॉफ नर्सों की तैनाती	संख्या	3.00	600	500	450	400	375	3800	100.0	3.0
				अशा प्रशिक्षण (VI और VII माड्यूल तक)	संख्या	4.00	100000	80000	60000	40000	20000	130000	100.0	4.0
2	माता और शिशु के स्वास्थ्य में सुधार करना	8.00	संस्थागत डिलीवरियों को प्रोत्साहित करना	कुल डिलीवरियों में संस्थागत डिलीवरियों की कुल संख्या का प्रतिशत	%	3.00	85	82	80	78	75	85.04	100.0	3.0
				सुरक्षित डिलीवरियों को प्रोत्साहित करना	%	2.00	6	5	4	3	2	14.06	100.0	2.0
				संपूर्ण टीकाकरण लक्ष्य (0-12) मास	%	3.00	87	85	83	81	79	85.7	93.5	2.8
				उम्र का समूह जन्मोपरान्त	%	2.00	15	10	8	7	6	238.1	100.0	2.0
				आइयूसीडी को प्रोत्साहन देना	%	2.00	20	15	12	10	8	3.75	0.0	0.0
				प्रथम तिमाही में गर्भावस्था का पंजीकरण	%	2.00	15	10	8	7	6	238.1	100.0	2.0
3	देश में जनसंख्या स्थिर करने पर ध्यान देना	8.00	विगत वित्तीय वर्ष की तुलना में आइयूसीडी इन्सर्सन में वृद्धि	विगत वित्तीय वर्ष की तुलना में आइयूसीडी इन्सर्सन में वृद्धि	%	2.00	20	15	12	10	8	3.75	0.0	0.0
				विगत वित्तीय वर्ष की तुलना में आइयूसीडी इन्सर्सन में वृद्धि	%	2.00	15	10	8	7	6	-10.9	0.0	0.0

4	स्वास्थ्य लक्ष्यों को प्राप्त करने हेतु स्वास्थ्य के मानव संसाधनों का विकास करना	राष्ट्रीय निरीक्षण और निगरानी समितियों के (पीसी और पीएनडीटी एक्ट) दारे सस्कारी मेडिकल कालेज को अपग्रेड और मजबूत करना एक परामेडिकल साइंसेस राष्ट्रीय संस्थान (एनआईपीएस) और परामेडिकल साइंसेस के क्षेत्रीय संस्थानों (आरआईपीएस) की संस्थापना विभिन्न स्तरों पर नर्सिंग संस्थान की स्थापना 5 समाज के समस्त रोग भार को कम करना	दौरों की संख्या में वृद्धि	%	2.00	25	20	18	15	10	25	100.0	2.0
		चिह्नित मेडिकल कालेजों के अपग्रेडेशन को पूरा करना	संख्या		5.00	24	20	15	13	10	1	0.0	0.0
		एनआईपीएस के कार्य की शुरुआत	दिनांक		1.00	5/3/14	15/3/14	20/3/14	25/3/14	31/3/14	0	एच/ए	एच/ए
		आरआईपीएस के कार्य की शुरुआत	संख्या		1.00	6	5	3	2	1	0	0.0	0.0
		एएनएम टीचिंग स्कूलों की शुरुआत	संख्या		1.00	27	25	20	15	3	5	61.67	0.62
		जीएनएम स्कूलों की स्थापना हेतु निधि को जारी करना	संख्या		1.00	28	25	20	15	10	1	0.0	0.0
		वार्षिक परजीवी संक्रमण प्रति हजार	प्रति हजार		2.50	1.30	1.40	1.52	1.67	1.80	0.7	100.0	2.5
		एक प्रतिशत से कम माइक्रो फाइलेरिया दर प्राप्त करने वाले प्रकोपग्रस्त शेष जिले (64)	संख्या		2.00	50	45	40	35	30	203	100.0	2.0
		10000 की जनसंख्या पर एक कालाजार के मामले में कम बीपीएक्सरी रिपोर्टिंग में से ऐसे बीपीएक्सरी के शेष 275 मामले	संख्या		2.00	150	140	130	125	120	393	100.0	2.0
		उच्च फेलाव वाले जिलों (209) में प्रति लाख जनसंख्या में दस से कम की वार्षिक फेलाव दर की गई पुनःसंज्ञानात्मक शल्य चिकित्सा	संख्या		1.00	75	70	65	60	55	30	0.0	0.0
		नया बलगम पोजिटिव (एनएससी) सफलता दर	%		0.50	3000	2700	2400	2100	1800	2065	68.83	0.34
		श्रेणी-II रोगियों के बीच डिफाल्ट रेट	%		1.00	90	88	85	75	70	88	90.0	0.9
		उपचार के लिए एमडीआर टीबी पर नोटिफाई किए गए केंस	%		1.00	12.5	13	13.5	14	15	14	70.0	0.7
		बी गई मोतियाबिन्द शल्य चिकित्सा (लाख में)	%		0.50	55	50	45	40	35	91	100.0	0.5
		अन्धता के प्रकोप में कमी	संख्या		0.50	70	63	56	49	42	60	85.71	0.43
		केंसर के जांच और उपचार हेतु सुविधाओं को मजबूत बनाना	संख्या		0.50	8	7.2	6.4	5.6	4.8	7	87.5	0.44
		तंबाकू परीक्षण प्रयोगशालाओं की स्थापना	संख्या		0.50	50000	45000	40000	35000	30000	52000	100.0	0.5
		न्यूनतम मानसिक	संख्या		0.50	75	70	65	60	50	24	0.0	0.0
		उत्कृष्टता केंद्रों में अकेडेमिक सेशन आरंभ करना	संख्या		1.00	5	4	3	2	1	4	90.0	0.9
		तंबाकू परीक्षण प्रयोगशालाओं की स्थापना	संख्या		0.50	6	4	3	2	1	0	0.0	0.0
		उत्कृष्टता केंद्रों में अकेडेमिक सेशन आरंभ करना	संख्या		1.00	5	4	3	2	1	0	0.0	0.0

हेल्थ केयर सुविधाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करना	मानसिक स्वास्थ्य स्पेशलिस्टिज में पीजी कोर्सों की शुरुआत करने के लिए अनुमोदन	संख्या	0.50	25	20	15	10	5	0	0.0	0.0
डायबिटीज, हृदय रोग और स्ट्रोक की जांचए स्क्रीनिंग और स्ट्रोक	जिला अस्पतालों में एनसीडी क्लिनिकों और कार्डिएक केयर की स्थापना	संख्या	0.50	80	70	60	50	40	43	63.0	0.32
वृद्ध जनसंख्या को हेल्थ केयर प्रदान करना	जिला एवं निचले स्तर के अस्पतालों में एनसीडी की स्क्रिनिंग के वार्ड का संचालन	संख्या	0.50	100	75	70	65	60	60	60.0	0.3
वृद्ध जनसंख्या को हेल्थ केयर प्रदान करना	क्षेत्रीय वृद्धत्वस्था केंद्रों की स्थापना एम्स, दिल्ली व एम्समसी, डेन्ने में राष्ट्रीय वृद्ध स्वास्थ्य केंद्रों की स्थापना	संख्या	0.50	5	4	3	2	1	5	100.0	0.5
वृद्ध जनसंख्या को हेल्थ केयर प्रदान करना	संस्थानों को स्थापित (संख्या 6) सरकारी चिकित्सा कालों को अपग्रेड करना (संख्या 8) अनुमोदन हेतु ड्राफ्ट आरएफडी 2014-15 को समय पर प्रस्तुत करना	संख्या	4.00	5	4	3	2	1	6	100	4.0
6 द्वितीयक और तृतीयक केयर को मजबूत करना	अस्पतालों के निर्माण कार्यों की समाप्ति अस्पतालों के निर्माण कार्यों की समाप्ति	% संख्या	3.00	100	90	85	80	75	76	62.0	1.86
* आरएफडी प्रणाली की कुशल कार्य-प्रणाली	समय पर प्रस्तुति	दिनांक	2.0	5/3/14	6/3/14	7/3/14	8/3/14	11/3/14	30/5/13	100.0	2.0
* पारदर्शिता/सेवा प्रदाता मंत्रालय/विभाग	समय पर प्रस्तुति	दिनांक	10	1/5/13	2/5/13	3/5/13	6/5/13	7/5/13	6/5/13	70.0	0.7
* प्रशासनिक सुधार	कार्यान्वयन का प्रतिशत	%	2.0	100	95	90	85	80	93	86.0	1.72
	कार्यान्वयन का प्रतिशत	%	1.0	100	95	90	85	80	47	0.0	0.0
	कार्यान्वयन का प्रतिशत	%	1.0	100	95	90	85	80	90	80.0	0.8
	कार्यान्वयन का प्रतिशत	%	2.0	100	95	90	85	80	80	60.0	1.2
	कार्यान्वयन का प्रतिशत	%	2.0	100	95	90	85	80	95	90.0	1.8
	कार्यान्वयन का प्रतिशत	दिनांक	1.0	27/1/14	28/1/14	29/1/14	30/1/14	31/1/14	28/1/14	90.0	0.9

अनुसार	दिनांक	10/9/13	17/9/13	24/9/13	1/10/13	8/10/13	17/9/13	90.0	1.8
मंत्रालय/विभाग की कोर तथा नैर कोर गतिविधियों का पता लगाना	कार्यप्रणाली को समय पर अद्यतन करना	2.0	100	90	70	60	33	0.0	0.0
2.00	12वीं योजना के प्रथमिकताओं के विभागीय कार्यप्रणाली को अद्यतन करना	2.0	100	90	70	60	33	0.0	0.0
1.00	सीएडएजी के ऑडिट पैराग्राफों पर एटीएन को समय पर प्रस्तुत करना	0.25	100	80	70	60	100	100.0	0.25
	पीएसी रिपोर्टों पर पीएसी सचिवालय को एटीआर को समय पर प्रस्तुत करना	0.25	100	90	70	60	100	100.0	0.25
	31.3.2012 से पहले संसद को प्रस्तुत की गई सीएडएजी रिपोर्टों के ऑडिट पैराग्राफों पर लंबित एटीएन का शीघ्र निपटान	0.25	100	80	70	60	42.86	0.0	0.0
	31.3.2012 से पहले संसद को प्रस्तुत की गई सीएडएजी रिपोर्टों के ऑडिट पैराग्राफों पर लंबित एटीआर का शीघ्र निपटान	0.25	100	80	70	60	100	100.0	0.25

खंड-3 : सफलता संकेतकों के प्रवृत्ति मूल्य, आरएफडी 2013-14

क्र.सं.	उद्देश्य	भार	कार्रवाई बिन्दु	सफलता सूचक		मानक मूल्य	प्रत्याशित	लक्ष्य मूल्य	अनुमानित मूल्य	अनुमानित मूल्य
				सफलता सूचक	इकाई					
1	द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल से प्रभावी संबंध वाले समाज के सभी तबकों के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सभी की पहुंच	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल से प्रभावी संबंध वाले समाज के सभी तबकों के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सभी की पहुंच	32.0	स्वास्थ्य के मूलभूत ढांचे को मजबूत बनाना	24000 पीएचसी की कुल संख्या में से पीएचसी स्तर पर 24x7 सुविधा का संचालन	%	-	-	34.5	34.5	34.5
				4000 सीएचसी की कुल संख्या में से सीएचसी का फस्ट रेफरल यूनिटों के रूप में संचालन	%	-	-	34.5	34.5	34.5
				31-3-2013 को आधारभूत आकड़ों में मोबाइल मेडिकल यूनिटों द्वारा सेवा प्रदान करने में वृद्धि	%	-	-	10	10	10
				2012-13 के आधारभूत आकड़ों में रोगियों को ट्रांसपोर्ट करने की संख्या में वृद्धि	%	-	-	10	10	10
				जिला अस्पतालों में विशेष नवजात शिशु देखभाल यूनिटों की स्थापना	%	-	-	12	12	12
				विगत वित्तीय वर्ष के अंत तक ग्रामीण स्वास्थ्य, स्वच्छता व पोषण समिति (पीएचएसएनसी) के लिए जारी कोष का उपयोग	%	-	-	50	50	50
				नये एएनएमएस की तैनाती	संख्या	7200	8000	1250	1250	1250
				नये डाक्टरों/विशेषज्ञों की तैनाती	संख्या	1000	1100	250	250	250
				नयी स्टाफ नर्सों की तैनाती	संख्या	2500	3000	500	500	500
				आशा प्रशिक्षण (VI और VII माइयूल तक)	संख्या	100000	130000	80000	80000	80000
2	माता और शिशु के स्वास्थ्य में सुधार करना	8.0	संस्थागत खिलविरियों को प्रोत्साहित करना	कुल खिलविरियों में संस्थागत खिलविरियों की कुल संख्या का प्रतिशत	%	82	82	82	82	82
				सुरक्षित खिलविरियों को प्रोत्साहित करना	%	-	-	5	5	5
				संपूर्ण टीकाकरण लक्ष्य (0-12 मास उम्र का समूह)	%	87	85	85	85	85
3	देश में जनसंख्या स्थिर करने पर ध्यान देना	8.0	जनमोपनात आइयूसीडी को प्रोत्साहन देना	विगत वित्तीय वर्ष की तुलना में आइयूसीडी इनसर्सन में वृद्धि	%	-	-	10	10	10

4	स्वास्थ्य लक्ष्यों को प्राप्त करने हेतु स्वास्थ्य के मानव संसाधनों का विकास करना	प्रथम तिमाही में गर्भावस्था का पंजीकरण	विगत वित्तीय वर्ष की तुलना में पंजीकरण में वृद्धि	%	-	-	15	15	15
		इंटरवल इंटरा यूटेरिल को प्रोत्साहन देना डिवाइस (आइयूडी) इनसर्शन	विगत वित्तीय वर्ष की तुलना में आइयूडी इनसर्शन में वृद्धि	%	-	-	10	10	10
		राष्ट्रीय निरीक्षण और निगरानी समितियों के (पीसी और पीएनडीटी एक्ट) दौरे	दौरों की संख्या में वृद्धि	%	-	-	20	20	20
5	समाज के समस्त रोग भार को कम करना	9.0 सरकारी मेडिकल कालेज को अपग्रेड और मजबूत करना	विहित मेडिकल कालेजों के अपग्रेडेशन को पूरा करना	संख्या	30	20	20	20	20
		एक राष्ट्रीय पैरामेडिकल साइसेस संस्थान और 8 क्षेत्रीय पैरामेडिकल साइसेस संस्थान की संस्थापना	एनआइपीएस के कार्य की शुरुआत	दिनांक	विस., 31,2011	अक्तू. 31, 2012	15/3/2014	शून्य	शून्य
		विभिन्न स्तरों पर नर्सिंग संस्थान की स्थापना	आरआइपीएस के कार्य की शुरुआत	संख्या	4	5	5	5	5
5	समाज के समस्त रोग भार को कम करना	18.0 मलेरिया संक्रमण के मामलों में कमी करना	वार्षिक परजीवी संक्रमण (एपीआई)	प्रति 1000 जनसंख्या	1.10	0.85	1.40	1.40	1.40
		फाइलेरिया के संक्रमण को कम करना	एक प्रतिशत से कम माइक्रो फाइलेरिया दर प्राप्त करने वाले प्रकोपग्रस्त शेष जिले (64)	संख्या	-	-	45	45	45
		कालाजार के फैलाव में कमी	10000 की जनसंख्या पर एक कालाजार के मामले में कम बीपीएचसी रिपोर्टिंग में से ऐसे बीपीएचसी के शेष 275 मामले	संख्या	-	-	140	140	140
		कुछ के फैलाव में कमी	उच्च फैलाव वाले जिलों (209) में प्रति एक लाख जनसंख्या में दस से कम की वार्षिक व्यापता	संख्या	-	-	70	70	70
		तपेदिक पर नियंत्रण	की गई पुनःसर्जनात्मक शल्यचिकित्सा नया बलनम पोजिटिव (एनएसपी) सफलता दर	संख्या	2570	2548	2700	2700	2700
			श्रेणी-II रोगियों के बीच डिफाल्ट रेट	%	88.0	88.0	88.0	88.0	88.0
			उपचार के लिए एमडीआर टीबी पर नोटिफाइड किए गए मामले	%	-	-	50.0	50.0	50.0
				%	-	-	50.0	50.0	50.0

अस्थता के प्रकोप में कमी	की गई मोलियाबिन्दु शल्य चिकित्सा (लाखों में)	संख्या	65	68	66	66
	दृष्टि दोष स्कूली बच्चों को बरसे देना (लाखों में)	संख्या	3	4	7.2	7.2
5 समाज के समस्त रोग भार को कम करना	कोरनिया ट्रांसप्लान्टेशन के लिए दान की गयी आंखों का संघ	संख्या	60000	60000	45000	45000
	केंसर के जांच और उपचार हेतु सुविधा केंद्रों को मजबूत बनाना	संख्या	70	75	70	70
	तृतीयक केंसर सुविधा केंद्रों को मजबूत करना	संख्या	6	5	4	4
	तंबाकू, परीक्षण प्रयोगशालाओं की स्थापना	संख्या	4	6	4	4
	न्यूनतम मानसिक हेल्थ केयर सुविधाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करना	संख्या	1	1	4	4
	डायबिटीज, हृदय रोग और स्ट्रोक की जांच, स्क्रिनिंग और स्ट्रोक	संख्या	-	-	20	20
	वृद्ध जनसंख्या को हेल्थ केयर प्रदान करना	संख्या	70	80	70	70
	संस्थानों को स्थापित करना (संख्या 6)	संख्या	-	-	4	4
	संस्थानों को स्थापित करना	संख्या	-	-	1	1
	द्वितीयक और तृतीयक हेल्थ केयर को मजबूत करना	%	-	-	90	90
सरकारी चिकित्सा कालों को अपग्रेड करना (संख्या 8)	संख्या	-	-	3	3	

खण्ड 4 : सफलता संकेतकों का विवरण एवं परिभाषा तथा प्रस्तावित मापन पद्धति

1. प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी)

प्राथमिक स्वास्थ्य 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। मार्च 2011 की स्थिति के अनुसार, देश में 23,887 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र कार्य कर रहे थे।

नए प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के लिए स्टाफ

चिकित्सा अधिकारी	1
फार्मासिस्ट	1
नर्स मिड-वाइफ (स्टाफ नर्स)	1 + 2 संविदा पर दो अतिरिक्त स्टाफ नर्स
स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला)/एएनएम	1
स्वास्थ्य प्रशिक्षक	1
स्वास्थ्य सहायक (पुरुष)	1
स्वास्थ्य सहायक (महिला)/एलएचवी	1
उच्च श्रेणी लिपिक	1
निम्न श्रेणी लिपिक	1
प्रयोगशाला तकनीशियन	1
ड्राइवर (वाहन की उपलब्धता के अध्यक्षीन)	1
चतुर्थ श्रेणी	4
कुल (संविदा पर स्टाफ को छोड़ कर)	15

2. प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर 24x7 सुविधाओं का प्रचालन

सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं/एतक चौबीसों घंटे पहुँच सुनिश्चित करने के लिए, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों से चौबीसों घंटे बुनियादी जच्चा-बच्चा एवं नर्सिंग सुविधाएं प्रदान करने की अपेक्षा की गई है। एनआरएचएम के अंतर्गत, इन सुविधाओं में कम-से-कम 1-2 चिकित्सा अधिकारियों और 3 से अधिक स्टाफ नर्सों की तैनाती करके प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों का चरणबद्ध ढंग से 24x7 सेवाएं प्रदान करने के लिए संचालन किया जा रहा है। डिलीवरी सेवाएं प्रदान कर रहे सभी 24x7 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 श्वसन, संक्रमणों से बचाव, ऊष्मा की व्यवस्था और आरंभिक एवं अनन्य स्तनपान शामिल हैं।

3. सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी)

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों 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 अर्थात् 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 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। मार्च 2011 की स्थिति के अनुसार, देश में 4,809 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र कार्य कर रहे हैं।

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के लिए स्टाफ :

चिकित्सा अधिकारी (एक सार्वजनिक स्वास्थ्य में प्रशिक्षित तथा शेष 3 योग्य सर्जन, जच्चा-बच्चा चिकित्सक, फिजिशियन, बाल रोग विशेषज्ञ होंगे)	4
नर्स मिडवाइफ (स्टाफ नर्स)	7
ड्रेसर	1
फार्मासिस्ट / कम्पाउण्डर	1
प्रयोगशाला तकनीशियन	1
रेडियोग्राफर	1
वार्ड बॉय	2
धोबी	1
सफाईकर्मी	3
माली	1
चौकीदार	1
आया	1
चपरासी	1
कुल	25

4. प्रथम रेफरल यूनिट (एफआरयू)

महिलाओं को व्यापक जच्चा-बच्चा देखभाल और बच्चों को गंभीर श्वसन संक्रमण (एआरआई) उपचार का प्रावधान करने के लिए जिला अस्पतालों, उप जिला अस्पतालों और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों का प्रथम रेफरल यूनिटों के रूप में स्तरोन्नयन किया जा रहा है। इसके लिए मानव संसाधनों, रक्त भंडारण केंद्रों (बीएससी) एवं अन्य संभारतंत्रों को जोड़ कर समग्र योजना-निर्माण की आवश्यकता है। प्रथम रेफरल यूनिट (एफआरयू) की परिभाषा में निम्नलिखित तीन घटक शामिल हैं:

- आवश्यक जच्चा-बच्चा देखभाल
- रक्त भंडारण इकाई का प्रावधान
- नवजात देखभाल सेवाएं

आवश्यकतानुसार, प्रथम रेफरल यूनिट (एफआरयू) दिशा-निर्देश देखे जा सकते हैं।

5. सचल चिकित्सा इकाई (एमएमयू)

इसका मुख्य उद्देश्य दूरस्थ, सुदूर पर्वतीय और जनजातीय क्षेत्रों में सचल चिकित्सा इकाइयों के प्रयोग के माध्यम से बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान करना है। प्रथम उपाय के रूप में, देश के सभी जिलों में एक सचल चिकित्सा इकाई की परिकल्पना की गई है।

6. रोगी परिवहन प्रणाली

चिकित्सा संबंधी आवश्यकता की स्थिति में दुर्घटना स्थल अथवा घर अथवा अन्य स्थान से निकटतम उपयुक्त प्रथम रेफरल इकाई अस्पताल तक परिवहन और एक चिकित्सालय से उच्चतर चिकित्सालय तक परिवहन।

7. विशेष नवजात बाल देखभाल इकाइयां (एसएनसीयू)

ये जिला अस्पतालों में विशेष उपकरणों वाली विशेष नवजात एवं बीमार बच्चों के लिए देखभाल इकाइयां हैं, जिनमें फोटोथेरेपी यूनिट, ऑक्सीजन हुड, इन्फ्यूजन पम्प, रेडिएंट वार्मर, लेरिंजोस्कोप एवं ईटी ट्यूब, नेजल कौनुअल्स बैग तथा मास्क और वजन तोलने की मशीन की सुविधाएं होती हैं।

इन इकाइयों में 3 फिजिशियन, 10 नर्स और 4 सहायक स्टाफ के साथ, कम से कम 12 से 16 बिस्तर होते हैं जो विशेष देखभाल की आवश्यकता वाले नवजातों अथवा बच्चों को निओनेटल सेप्सिस के साथ पैदा हुए नवजात और न्यूमोनिया, डिहाइड्रेशन आदि वाले बच्चे के लिए व्यवस्था, हाइपोथर्मिया की रोकथाम, संक्रमण की रोकथाम, शीघ्र इनीशिएसन एवं अनन्य स्तनपान, प्रसवोपरांत देखभाल, टीकाकरण और रेफरल सेवाओं जैसी सेवाएं चौबीसों घंटे प्रदान करते हैं।

8. ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति (वीएचएसएनसी)

ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति (वीएचएसएनसी) से ग्राम स्तरीय स्वास्थ्य कार्य योजना तैयार करने की उम्मीद की जाती है। इसमें पंचायत अध्यक्ष/सदस्य, सिविल सोसायटी के प्रतिनिधि, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता (एडब्ल्यूडब्ल्यू) और ऑगजीलियरी नर्स मिडवाइफ (एएनएम) शामिल हैं। पंचायतों को प्रोत्साहित करने के लिए ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समितियों (वीएचएसएनसी) का गठन करने हेतु एनआरएचएम के माध्यम से एकीकृत अनुदान प्रदान किए जाते हैं। इन अनुदानों का उपयोग ग्रामों की स्थानीय स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किया जाता है जिनमें उप-केंद्रों की रखरखाव संबंधी आवश्यकताएं शामिल हैं।

9. उच्च प्राथमिकता वाले/विशेष ध्यान दिए जाने वाले राज्य/जिले

इस मिशन में पूरा देश शामिल है। 18 उच्च फोकस राज्य हैं— उत्तर प्रदेश, उत्तरांचल, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, बिहार, झारखंड, ओडिशा, राजस्थान, हिमाचल प्रदेश, जम्मू-कश्मीर, असम, अरुणाचल प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, नागालैंड, मिजोरम, सिक्किम और त्रिपुरा। शेष राज्यों को समेकित फायनेंशियल एनवेलप के माध्यम से कार्यक्रम प्रबंधन इकाइयों और एससी, पीएचसी और सीएचसी के स्तरोन्नयन के लिए विशेष फोकस वाले राज्यों की पद्धति का अनुसरण करना है।

राज्य स्वास्थ्य मिशन स्वास्थ्य प्रणाली के संरचनागत सुधार के लिए रोडमैप तैयार करेगा, जिसमें ऊर्ध्वाधर संरचनाओं की आमेलन/समेकन, प्रशासनिक एवं वित्तीय शक्तियों का प्रत्यायन और विकेंद्रीकरण पंचायती राज संस्थाओं का सशक्तीकरण; मिशन के कार्यान्वयन हेतु प्रचालन दिशानिर्देश तैयार करना; संभारतंत्रीय व्यवस्थाएं; रोग निगरानी; आईईसी; और एमआईसी शामिल हैं, जबकि, जिला स्वास्थ्य मिशन जिला और उप-जिला स्तरों पर सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाओं का नियंत्रण, निर्देशन और प्रबंधन करेंगे। यह जिला स्वास्थ्य निधि की सभी निधियन एजेंसियों से प्राप्त निधियों के संबंध में एक समेकित जिला कार्य योजना तैयार करने और कार्यान्वित करने के लिए उत्तरदायी होगा।

10. ऑगजीलियरी नर्स मिडवाइफ (एएनएम)

ऑगजीलियरी नर्स मिडवाइफ भारत में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओं के उपयोग में वृद्धि के लिए मुख्य अभिकर्ता के मुख्य अभिकर्ता हैं। एक ऑगजीलियरी नर्स मिडवाइफ 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 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 यथापरिकल्पित, महिला प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (“आशा”) को दिशानिर्देश और प्रशिक्षण देने में एक ऑगजीलियरी नर्स मिडवाइफ को निम्नलिखित कार्य करने होंगे:

- 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 (एडब्ल्यूडब्ल्यू) के साथ एक संसाधन व्यक्ति 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 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” ऑगजीलियरी नर्स मिडवाइफ 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 इंजेक्शन आदि लेने के लिए प्रोत्साहित करने में “आशा” को दिशा-निर्देश देना;
- “आशा” को ओरल पिल्स के खुराक शिड्यूल और दुष्प्रभावों 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; और
- “आशा” को आरंभिक एवं आवधिक प्रशिक्षण अनुसूची के बारे में तारीख, समय और स्थान की सूचना दे सके। ऑगजीलियरी नर्स मिडवाइफ यह भी सुनिश्चित करेगी कि प्रशिक्षण के दौरान “आशा” को कार्यनिष्पादन के लिए प्रतिपूर्ति और प्रशिक्षण में उपस्थित होने के लिए टीए/डीए प्राप्त हो।

ऑगजीलियरी नर्स मिडवाइफ से यह अपेक्षा की जाती है कि वह हुई प्रगति के संबंध में “आशा कर्मियों” से जानकारी प्राप्त करे और पीएचसी स्तर पर रिपोर्ट को समेकित करे। “आशा” ऑगजीलियरी नर्स मिडवाइफ तथा गांव के बीच एक सेतु का काम करेगी और पंचायत के प्रति जवाबदेह होगी।

11. प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (“आशा”)

प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (“आशा”) समुदाय तथा स्वास्थ्य सुविधा के बीच अनिवार्य कड़ी है। प्रति 1000 की जनसंख्या के अनुपात में प्रत्येक गांव में एक प्रशिक्षित महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता—“आशा” की नियुक्ति की जा रही है। जनजातीय, पर्वतीय, मरुस्थलीय क्षेत्रों के लिए कार्यभार के आधार पर प्रत्येक बस्ती के लिए एक “आशा” के मानकों में छूट दी जाती है।

12. संस्थागत प्रसव

संस्थागत प्रसव में निम्नलिखित श्रेणी की स्वास्थ्य सुविधाओं में हुए प्रसव शामिल हैं:

- अस्पताल;
- औषधालय / क्लिनिक;
- यूएचसी / यूएचपी / यूएफडब्ल्यूसी;
- सीएचसी / ग्रामीण अस्पताल;
- पीएचसी;
- उप केन्द्र; और
- आयुष अस्पताल / क्लिनिक।

13. असुरक्षित प्रसव

असुरक्षित प्रसव को एक ऐसे प्रसव के रूप में परिभाषित किया जाता है जो घर पर अथवा संस्थान में कुशल स्टाफ और / अथवा प्रशिक्षित बर्थ अटेंडेंट (दाइयों) की गैर-मौजूदगी में करवाया गया हो।

14. टीकाकरण कार्यक्रम

टीकाकरण कार्यक्रम जीवन के लिए ऐसी जानलेवा बीमारियों जिनसे बचा जा सकता है, से बच्चों को बचाने के लिए अनिवार्य कार्यक्रम हैं।

15. इंट्रा यूटेरिन गर्भनिरोधक साधन (आईयूसीडी)

इंट्रा यूटेरिन गर्भनिरोधक साधन (आईयूसीडी) प्लास्टिक अथवा कॉपर से बनी एक छोटी डिवाइस है जिसे गर्भनिरोध के एक प्रभावी तरीके के रूप में गर्भाशय के भीतर रखा जाता है। इसे गर्भाशय में रखने का कार्य एक प्रशिक्षित परिवार नियोजन प्रोफेशनल द्वारा ही किया जाना चाहिए।

16. कॉपर से बनी इंट्रायूटरीन डिवाइस (आईयूडीएस) का प्रसवोपरांत इनसर्सन

कॉपर से बनी इंट्रायूटरीन डिवाइस (आईयूडी) का प्रसवोपरांत तुरंत (प्लेसेंटा की डिलीवरी के 10 मिनट के भीतर) इनसर्सन सामान्यतः सुरक्षित और प्रभावी होता है, तथापि, अंतराल के बाद इनसर्सन की तुलना में इसमें इसके निकल जाने का जोखिम अपेक्षाकृत अधिक होता है। प्रसवोपरांत तत्काल आईयूडी इनसर्सनों को सर्वाधिक विकसित देश की सैटिंग्स में कार्यान्वित किया जा सकता है और इस प्रयोजनार्थ किसी भी प्रकार की उपलब्ध कॉपर बीयरिंग आईयूडी का उपयोग किया जा सकता है।

17. गर्भावस्था पंजीकरण प्रणालियां

इस प्रणाली का उद्देश्य प्रथम पंक्ति के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और स्वास्थ्य प्रणालियों को उनके कार्यक्षेत्र के भीतर मातृ, नवजात शिशु और शिशु मृत्यु दर में कमी लाने के लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए गर्भावस्थाओं, जन्मों और 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 है और मृत्यु दर में कमी आ सकती है।

18. पीसी एवं पीएनडीटी अधिनियम के तहत राष्ट्रीय निरीक्षण एवं मॉनीटरिंग 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 कार्यान्वयन 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 क्लिनिकों द्वारा प्रत्येक 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/सीज 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 मजबूत आपराधिक केस बनाना शामिल हैं; और
- 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।

19. अभिचिह्नित मेडिकल कॉलेजों का स्तरोन्नयन

स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम आरंभ करके/स्नातकोत्तर पाठ्यक्रमों में सीटों की संख्या में वृद्धि करने के लिए अभिचिह्नित सरकारी मेडिकल कॉलेजों का केंद्रीय निधियन के तहत एककालिक अनुदान के रूप में स्तरोन्नयन करना।

20. दिल्ली में राष्ट्रीय पैरामेडिकल विज्ञान संस्थान (निप्स) और आठ क्षेत्रीय पैरामेडिकल विज्ञान संस्थान (रिप्स)

“पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों के संचालन हेतु निप्स, रिप्स की स्थापना और राज्य सरकार मेडिकल कॉलेज को सहायता” नामक केंद्र-प्रायोजित योजना के तहत, एककालिक अनुदान के माध्यम से स्वास्थ्य मंत्रालय नजफगढ़, दिल्ली में एक निप्स और नागपुर, भोपाल, भुवनेश्वर, चंडीगढ़, कोयम्बटूर, हैदराबाद, लखनऊ और बिहार में आठ रिप्स की स्थापना करेगा।

21. एएनएम (ऑग्लीयरी नर्सिंग एवं मिडवाइफरी) और जीएनएम (जनरल नर्सिंग एवं मिडवाइफरी) स्कूल

नर्सों की कमी को दूर करने और नर्सिंग कार्मिकों की उपलब्धता 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 (ऑगजीलियरी 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।

22. वार्षिक पैरासाइट इनसिडेंस (एपीआई)

यह परजीवी फैलने की घटना को उजागर करने वाला सूचकांक है जिसकी गणना निम्नलिखित सूत्र के माध्यम से की जा सकती है:

$$\text{एपीआई} = (1 \text{ वर्ष के दौरान पुष्ट मामले} / \text{निगरानी में रखी गई जनसंख्या}) \times 1000$$

23. स्थानिक मारी वाले जिले

स्थानिक मारी वाले क्षेत्रों में मलेरिया / फायलेरियेसिस परजीवी के लाक्षणिक वाहक अक्सर पाए जाते हैं और ज्वर वाले व्यक्ति की रक्त फिल्म में परजीवियों का पता लगता है। अत्यधिक उच्च विस्तार वाले क्षेत्रों में एट्रीब्यूटेबल 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 एट्रीब्यूटेबल अंश के अनुमान पूर्वाग्रहयुक्त हो सकते हैं।

24. मलेरिया

मलेरिया के निर्धारण के लिए निम्नलिखित संकेतकों का उपयोग किया जाता है:

क) *निगरानी- वार्षिक रक्त परीक्षण दर (एबीईआर):* निगरानी के अधीन कुल जनसंख्या में व्यक्तिवार्षिक रूप से परीक्षित स्लाइडों की कुल संख्या का प्रतिशत। इसकी गणना इस प्रकार की जाती है:

$$\frac{\text{वर्ष में जांच की गई स्लाइडों की संख्या}}{\text{निगरानी के तहत जनसंख्या}} \times 100$$

ख) *मलेरिया का फैलाव- वार्षिक परजीवी फैलाव (एपीआई):* निगरानी के तहत वार्षिक प्रति 1000 जनसंख्या में पुष्ट मलेरिया के मामले। इसकी गणना इस प्रकार की जाती है:

$$\frac{\text{वर्ष में पुष्ट मलेरिया संबंधी मामलों की संख्या}}{\text{निगरानी के तहत जनसंख्या}} \times 1000$$

25. फाइलेरिया

“व्यापक खुराक अभियान” (एमडीए) के तहत पात्र व्यक्तियों को शामिल करना’ लिंफाटिक फाइलेरियासिस के उन्मूलन हेतु संकेतक है,

इसकी गणना इस प्रकार की जाती है:

$$\frac{\text{एमडीए के दौरान एंटी फिलारियल ड्रग प्राप्त व्यक्तियों की संख्या}}{\text{फिलारियल से प्रभावित होने वाली पात्र जनसंख्या}} \times 100$$

26. कालाज़ार

कालाज़ार का पता लगाने हेतु संकेतक प्रति 10,000 जनसंख्या में कालाज़ार के वार्षिक नए मामलों का पता लगाना है।

$$\frac{\text{वर्ष में कालाज़ार मामलों की संख्या}}{\text{कालाज़ार स्थानिक जनसंख्या}} \times 10000$$

27. कुष्ठ

$$\text{वार्षिक नया मामला खोज दर (एएनसीडीआर)} = \frac{\text{वर्ष के दौरान पता लगाए गए नए मामलों की संख्या}}{\text{31 मार्च की स्थिति के अनुसार जनसंख्या}} \times 100000$$

28. उच्च बोझ वाले जिले

विशेष ध्यान देकर कुष्ठ रोग के उन्मूलन हेतु 10 से कम प्रति लाख जनसंख्या की दर से वार्षिक फैलाव दर से 209 उच्च बोझ वाले जिलों को चिन्हित किया गया है। फैलाव की दर (पी आर) 3.74 / 10,000 जनसंख्या है (मार्च 2001) जोकि वर्ष 1981 में 57 / 10,000 थी। 13 राज्यों में <1 / 10,000 उन्मूलन स्तर हासिल कर लिया है। 4 राज्य, उन्मूलन स्तर को प्राप्त करने वाले हैं। मुख्य रूप से बिहार, झारखण्ड, छत्तीसगढ़, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल, उड़ीसा तथा मध्य प्रदेश में कुष्ठ रोग स्थानिक है जहाँ यह 64% पाया जाता है। बिहार में भारत के कुल 24% कुष्ठ के मामले दर्ज हैं। कार्यक्रमों में गहनता लाने के कारण, वर्ष 2000–2001 में भारत में कुल 5.59 लाख मामलों का पता चला है। पता लगाए गए वार्षिक नए मामले 4 से 7.8 लाख थे। जिनमें से कुल 18.5% बच्चे थे। विकृति के नए मामले श्रेणी-II व इस से ऊपर 2.7% थे। एमबी के नए मामले 34% थे। नये मामलों में एमबी के मामले 34% थे। एकल घाव के नए मामले 10% थे, परन्तु यह क्षेत्र दर क्षेत्र भिन्न थे। यह भारत में वर्धा में 22% से लेकर तमिलनाडु में 80% से अधिक तक की भिन्नता है।

29. क्षय रोग

‘केस डीटेक्शन’ 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 ट्यूबरकलोसिस बेसिलाई मरीज के बलगम में दिखाई देता है जब इसकी माइक्रोस्कोप के नीचे अच्छी तरह से स्टेन कर जाँच की जाती है।

“नए मामले” का अर्थ है कि मरीज ने अतीत में टीबी का उपचार नहीं किया या एंटी टीबी केवल 1 माह से कम तक उपचार लिया हो,

नए स्मीयर पोसिटिव मामला खोज दर की गणना, विशिष्ट दल (तिमाही / वार्षिक) में अधिसूचित नए स्मीयर पोसिटिव मामलों की संख्या का विभाजन उसी तिमाही / वर्ष हेतु जनसंख्या में नए स्मीयर पोसिटिव 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 पोसिटिव टीबी मामलों की कुल संख्या की तुलना में ठीक हो चुके या पूर्ण इलाज किए गए नए स्मीयर पोसिटिव टीबी मामलों को दर्शाता है।

30. क्षय रोग कार्यक्रम के तहत श्रेणी II 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 (डब्ल्यू एच ओ) ने टीबी उपचार के पूर्व इतिहास वाले सभी मरीजों के लिए “श्रेणी-II रिट्रीटमेंट रेजिम” के प्रयोग की सिफारिश की है। श्रेणी-II रेजिम ने प्रथम पंक्ति के अभिकर्ता के लिए स्ट्रपटोमाइसिन शामिल किया गया है तथा 8 माह के लिए उपचार जारी रखना है। बहु आवलोकन अध्ययन ने श्रेणी-II उपचार प्राप्त कर रहे व्यक्तियों में परिणामों की जाँच तथा मिश्रित परिणाम दर्शाया है 60-80% श्रेणी में संपूर्ण सफलता दर, आरंभिक उपचार एपीसोड में फ़ैल हो चुके हैं या रिलेप्स हो चुके मरीजों में अत्यंत बदतर परिणाम देखा गया है।

31. 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 आइजोनाज़िड (आइएनएच) तथा रिफामपाइसिन (आर एम पी) के प्रतिरोधी है, जोकि एंटी टी बी औषध का दो अत्याधिक प्रभावी प्रथम श्रेणी उपचार हैं। आइसोलेट जो कि एंटी टीबी ड्रग के अन्य कोई मिश्रण के लिए बहु प्रतिरोधी हैं परन्तु आइएनएच तथा आरएमपी के लिए नहीं, इन्हें एमडीआर – टीबी में वर्गीकृत नहीं किया गया है। एमडीआर – टीबी अन्यथा इलाज किए जाने वाले टीबी के लिए जब एंटीबयोटिक के कोर्स में बाधा आने के कारण तथा 100% बेक्टीरिया को मारने के लिए शरीर में ड्रग के स्तर में कमी होने पर विकसित किया गया है। यह कई कारणों के कारण से हो सकता है : मरीज बेहतर महसूस करने के वजह से अपने एंटीबयोटिक कोर्स को बीच में रोक सकते हैं, ड्रग की आपूर्ति का समाप्त होना या उसमें कमी होना, मरीज का समय समय पर अपनी दवाई लेने में भूल करना या मरीज ने प्रभावी चिकित्सा प्राप्त न किया हो, अधिकांश टीबी चिकित्सा में अल्पावाधि कीमोथेरेपी शामिल है जिसमें बहु औषध प्रतिरोधी ट्यूबरक्लोसिस से बहुत कम मरीजों का उपचार हो रहा है। दूसरी पंक्ति में विलंब के कारण बहु औषध प्रतिरोधी ट्यूबरक्लोसिस इलाज में सफल नहीं हो पाते हैं। एमडीआर- टीबी एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को ड्रग-सेंसेटिव टीबी की तरह तथा उसी प्रकार फ़ैलता है दूसरी पंक्ति का एंटी टीबी चिकित्सा का पेटेंट बंद होने पर भी इसका मूल्य अधिक है, जिसके कारण गरीब राष्ट्रों के मरीजों के इलाज में अत्यधिक कठिनाई आती है।

32. दृष्टिहीनता के नियंत्रण हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम (एनपीसीबी)

दृष्टि विकलंगता तथा दृष्टि हीनता के नियंत्रण हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम 100% केन्द्रीय प्रायोजित कार्यक्रम के रूप वर्ष 1976 में आरंभ हुआ था तथा इसमें पूर्व के ट्राकोमा नियंत्रण कार्यक्रम को शामिल किया गया जो दृष्टिहीनता के फ़ैलाव को (1986-89 में 1.49%) 0.3% से कम करने के लिए तथा भविष्य में बैकलोग को रोकने के निम्न दिए गए उद्देश्यों से प्रत्येक वर्ष दृष्टिहीनता के नए मामलों को सेवा प्रदान करने के लिए कार्यक्रम की बुनियादी सुविधाओं तथा क्षमता स्तरों को स्थापित करने के लिए वर्ष 1963 में आरंभ किया गया था—

- प्रत्येक 5 लाख जनसंख्या हेतु नेत्र परिचर्या सुविधा केन्द्रों को स्थापित करना;
- सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों, सीएचसी, उप जिला स्तरों पर दृष्टि देखभाल सुविधाओं के लिए मानव संसाधनों को विकसित करना;
- सेवा सुपुर्दगी की गुणवत्ता में सुधार तथा
- नागरिक समाज तथा निजी सेक्टर की भागीदारी को सुरक्षित करना।

33. मोतियाबिन्द

मोतियाबिन्द आँख के भीतर लेंस 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 लेंस पर झाई पड़ने के कारण होती है क्योंकि यह प्रकाश को जाने एवं आँख के पीछे रेटिना में गिरने से रोकती है। आम तौर पर यह जैविक जरणता के कारण होती है परन्तु इसके व्यापक विभिन्न कारण भी हैं, अतिसमय में, लेंस में पीला भूरा रंग जमा हो जाता है तथा यह लेंस फाइबर के सामान्य संरचना में बाधा के कारण सहित, प्रकाश के संचार में कमी लाता है जिसके फलस्वरूप दृष्टि समस्या आती है। मोतियाबिन्द से प्रभावित व्यक्तियों को अधिकतर रंगों को पहचानने में कठिनाई आती है तथा फर्क में बदलाव, गाड़ी चलाने में, पढ़ने में, चहरे पहचानने में, तेज प्रकाश की रोशनी का सामना करने में कठिनाई का सामना करना पड़ता है।

34. राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम

भारत में, एक समय में 2 से 2.5 मिलियन कैंसर 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 शैली के फलस्वरूप 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 समयोजित प्रभावित प्रति 100,000 दर पुरुषों के लिए 106–130 है तथा महिलाओं के लिए 100–140 है जोकि यूएस ए यूके तथा जपान 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 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 के आरंभिक तौर पर पता लगाने के लिए वर्ष 1984–85 में इनके कार्यनीतियों में संशोधन किया गया।

- तंबाकू संबंधी कैंसर रोगों का प्राथमिक रोकथाम;
- गर्भाशय ग्रीवा, मुँह, छाती इत्यादि के कैंसर का द्वितीयक रोकथाम; तथा
- तृतीयक रोकथाम में क्षेत्रीय कैंसर केन्द्रों तथा मेडिकल कॉलेजों (डेन्टल कॉलेजों सहित) के माध्यम से राष्ट्रीय स्तर पर दर्द से राहत सहित चिकित्सीय सेवाओं में विस्तार एवं सुदृढीकरण शामिल है।

जिला कैंसर रोग नियंत्रण कार्यक्रम

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 से राहत उपायों पर उनकी परियोजनाओं तैयार करने की सलाह दी गई है। इस उद्देश्य हेतु उन्हें 15 लाख रुपए एक कालिक सहायता तथा 10 लाख रुपए चार वर्ष की आवर्ती सहायता प्राप्त हो सकती है। जिला कार्यक्रम के पाँच अंश हैं :

1. स्वास्थ्य शिक्षा;
2. शिघ्र पहचान;
3. मेडिकल व पैरामेडिकल कर्मचारियों का प्रशिक्षण;
4. प्रशामक उपचार तथा दर्द में राहत तथा

5. समन्वय एवं मोनिटरिंग। 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 डीनए जिला परिषद, गैर सरकारी संगठन के प्रतिनिधि अन्य सदस्य होंगे।

35. राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एनएमएचपी)

मानसिक व तंत्रिका संबंधी विकार इससे संबंधित विकलांगता के बचाव एवं उपचार के उद्देश्य से देश में मानसिक स्वास्थ्य देखभाल संरचना की अत्यधिक कमी तथा को ध्यान में रखते हुए तथा समाज में मानसिक बिमारी के भारी बोझ को देखते हुए भारत सरकार ने वर्ष 1982 में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम आरंभ किया। 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 सुनिश्चित 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 स्वयं सहायता के प्रति प्रयासों को प्रोत्साहित करना।

36. राष्ट्रीय मधुमेह नियंत्रण कार्यक्रम

मधुमेह एक दीर्घकालिक रोग है जो वंशगत तथा/या अग्न्याशय में इन्सुलिन के उत्पादन में अभिगृहित कमी या इसके प्रभाव के कारण होता है। इसके परिणामस्वरूप, रक्त में ग्लूकोस की मात्रा बढ़ जाती है। एक प्रकार से, अग्न्याशय इन्सुलिन का उत्पादन नहीं कर पाता है जो कि जीवित रहने के लिए अनिवार्य है। यद्यपि, नोन-इन्सुलिन आश्रित मधुमेह अति सामान्य है। इस प्रकार का मधुमेह अधिकतर व्यस्कों में तथा इन्सुलिन की क्रिया को शरीर द्वारा ठीक से प्रतिक्रिया न कर पाने से होता है। भारत जैसे कई विकासशील देशों से कुपोषण संबंधी मधुमेह देखे गए हैं।

रोगों का प्रभाव

विश्वव्यापी स्तर पर डाइबिटीज का प्रसार 4% (1995) है, जो 2025 में 5.4% होगा। अधिकतर पाश्चात्य समुदायों में इसका अनुमानित प्रसार 2% से 5% है। अब यह ज्ञात है कि कुछ विकासशील देशों में इसकी पहुँच 10% से 20% तक हो सकती है। भारतीय अध्ययनों से पता चला है कि डाइबिटीज के प्रसार की दर नई दिल्ली में 2.1% और केरल में 12.4% है तथा ग्रामीण क्षेत्रों में यह दर कम पायी गई है। चूँकि डाइबिटीज एक क्रोनिक रोग है तथा इसमें जीवनपर्यंत उपचार की आवश्यकता होती हैए परिणामस्वरूप रोगी और उसके परिवार पर आर्थिक बोझ पड़ता है। डाइबिटीज का सर्वाधिक महत्वपूर्ण पक्ष जटिलताएं पैदा होने से प्रबंधन की लागत का बढ़ना है। डाइबिटीज में हृदय रोग 21.4%, न्यूरोपेथी 17.5%, पेरिफेरल वस्कूलर डिजीज़ 6.3%—30%, रेटिनोपथी 19.0% तथा माइक्रोअलबुमीना 26.3% है। इन चिंताजनक आंकड़ों के आधार पर भारत सरकार ने 1987 में पाइलेट स्तर पर राष्ट्रीय मधुमेह नियंत्रण कार्यक्रम तमिलनाडु, जम्मू और कश्मीर तथा कर्नाटक के कुछ जिलों में निम्नलिखित उद्देश्यों के साथ शुरू किया गया:—

- उच्च-जोखिम पीड़ितों की पहचान और स्वास्थ्य शिक्षा के रूप में शीघ्र पहचान से डाइबिटीज की रोकथाम;
- उच्च-जोखिम समूह की मृत्यु दर व मृत्यु संख्या के सटीक उपचार तथा रोगों का शीघ्र निदान;
- रोग की गंभीर और क्रोनिक मेटाबोलिकए कार्डियोवस्क्यूलरए रीनल तथा आक्युलर जटिलता की रोकथाम;
- डाइबिटीज के रोगियों के लिए शारीरिक लाभ तथा शिक्षा संबंधी समान अवसर का प्रावधान; और
- आंशिक और पूरी तरह अशक्त डाइबिटीज वाले लोगों का पुनर्वास।

संकेताक्षरों की सूची

क्र.सं.

1	एबीईआर	वार्षिक रक्त परीक्षण दर
2	एसीडीआर	एनुअल केस डिटेक्शन रेट
3	एएनएम	सहायक नर्स मिडवाइफ
4	एपीआई	वार्षिक परजीवी प्रकोप
5	एआरटी	एंटी-रेट्रोवाइरल उपचार
6	आशा	प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
7	एडब्ल्यूडब्ल्यू	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता
8	आयुष	आयुर्वेद, योग-प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्धा एवं होम्योपैथी
9	बीपीएचसी	ब्लॉक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
10	बीएसएस	व्यवहार निगरानी सर्वेक्षण
11	सीसीईए	आर्थिक मामलों की मंत्रिमंडलीय समिति
12	सीजीएचएस	केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना
13	सीएचसी	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र
16	डीएचएफ	डेंगू रक्तस्रावी ज्वर
17	डीएलएचएस	जिला स्तरीय घरेलू सर्वेक्षण
18	डॉट्स	डायरेक्ट ऑब्जर्व्ड ट्रीटमेंट शॉर्ट कोर्स
19	डीपीएमआर	विकलांगता रोकथाम और चिकित्सा पुनर्वास
20	डीपीएमयू	जिला कार्यक्रम प्रबंधन इकाई
21	ईएफसी	व्यय वित्त समिति
22	ईएलएफ	लसीका फाइलेरिया उन्मूलन
23	ईएलआईएसए	एंजाइम-लिंकड इम्यूनोसेर्बेट अस्से
24	ईएमओसी	आपातकालीन प्रसूति देखभाल
25	ईपीडब्ल्यू	अधिकार प्राप्त अधिप्राप्ति विंग
26	एफआरयू	प्रथम रेफरल यूनिट
27	एफएमजी	वित्तीय प्रबंधन समूह
28	जीएनएम	जनरल नर्सिंग एवं मिडवाइफरी
29	एचआईवी/एड्स	ह्यूमन इम्यूनो-डेफिसिएंसी वायरस/एक्वायर्ड इम्यूनो डेफिसिएंसी सिंड्रोम
30	आईसीएमआर	भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद
31	आईसीटीसी	एकीकृत परामर्श और परीक्षण केंद्र

32	आई.डी.एस.पी.	एकीकृत रोग निगरानी परियोजना
33	आईईसी	सूचना, शिक्षा एवं संचार
34	आईएफपीएस	परिवार नियोजन सेवा नवाचार
35	आईएमएनसीआई	नवजात और बचपन की बीमारी का एकीकृत प्रबंधन
36	आईएमआर	शिशु मृत्यु दर
37	आईटी	सूचना प्रौद्योगिकी
38	आईयूडी	इंट्रा-यूटेराइन डिवाइस
39	जेएसवाई	जननी सुरक्षा योजना
40	जेई	जापानी मस्तिष्ककोप
41	एलएचवी	लेडी हेल्थ विजिटर
42	एलएसएस	जीवन-रक्षक संज्ञाहरण कौशल
43	एमडीए	मास ड्रग एडमिनिस्ट्रेशन
44	एमपीडब्ल्यू	बहुउद्देश्यीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता
45	एमबीए	प्रबंधन व्यवसाय प्रशासन
46	एमडीआर-टीबी	मल्टी-ड्रग प्रतिरोध तपेदिक
47	एमआईएस	प्रबंधन सूचना प्रणाली
48	एमएमआर	मातृ मृत्यु अनुपात
49	एमएमयू	सचल चिकित्सा इकाई
50	एमओ	चिकित्सा अधिकारी
51	एमओयू	समझौता ज्ञापन
52	नाको	राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन
53	एनसीडी	गैर-संचारी रोग
54	एनसीएमपी	राष्ट्रीय न्यूनतम साझा कार्यक्रम
55	एनईआईजीआरआईएमएस	इंदिरा गांधी पूर्वोत्तर क्षेत्रीय स्वास्थ्य व चिकित्सा विज्ञान संस्थान
56	एनएफएचएस	राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण
57	एनजीओ	गैर-सरकारी संगठन
58	एनएचपी	राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति
59	एनएचआरसी	राष्ट्रीय स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र
60	एनआईसी	राष्ट्रीय सूचना विज्ञान केन्द्र
61	एनआईडी	राष्ट्रीय टीकाकरण दिवस
62	एनआईपीएस	पैरामैडिकल राष्ट्रीय विज्ञान संस्थान

63	एनएलईपी	राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम
64	एनपीसीबी	राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम
65	एनआरएचएम	राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन
66	एनएसवी	नॉन-स्केल्पल पुरुष नसबंदी
67	एनवीबीडीसीपी	राष्ट्रीय वेक्टर-जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम
68	पीएचसी	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
69	पीआईपी	परियोजना कार्यान्वयन योजना
70	पीएमएसएसवाई	प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना
71	पीपीपी	सार्वजनिक निजी भागीदारी
72	पीआर	व्याप्तता दर
73	पीआरआई	पंचायती राज संस्था
74	आरसीएच	प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य
75	आरएचआरसी	क्षेत्रीय स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र
76	आरकेएस	रोगी कल्याण समिति
77	आरएनटीसीपी	संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम
78	एसबीए	कुशल जन्म परिचर
79	एससी	उप केंद्र
80	एसएचआरसी	राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र
81	एसएनआईडी	उप राष्ट्रीय टीकाकरण दिवस
82	एसएन	स्टाफ नर्स
83	एसओई	व्यय-विवरण
84	एसपीएमयू	राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई
85	एसआरएस	नमूना पंजीकरण प्रणाली
86	टीबी	तपेदिक
87	टीएफआर	टोटल फर्टिलिटी रेट
88	टीआई	लक्षित कार्यक्रम
89	यूसी	उपयोग प्रमाणपत्र
90	यूएचसी	शहरी स्वास्थ्य केंद्र
91	यूएचपी	शहरी स्वास्थ्य पोस्ट
92	यूएफडब्ल्यूसी	शहरी परिवार कल्याण केंद्र
93	वीएचएससी	ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति

खण्ड -5 : अन्य विभागों की विशिष्ट निष्पादन आवश्यकताएँ

विभाग/मंत्रालय	संबंधित प्रगति	आपको किसकी जरूरत है?	आपको इसकी जरूरत क्यों है?	आपको कितनी जरूरत है?	यदि आपको यह न मिले तो क्या होता है?
<ul style="list-style-type: none"> पंचायती राज महिला और बाल, एचआरडी पेयजल स्वच्छता आदिवासी मामले गृह रक्षा युवा मामले नाको आयुष स्वास्थ्य अनुसंधान मेडिकल काउंसिल आफ इण्डिया डेन्टल काउंसिल आफ इण्डिया फार्मसी काउंसिल आफ इण्डिया इण्डियन नर्सिंग काउंसिल 	<ul style="list-style-type: none"> मुख्य धारा में जोड़ने के तहत प्रशिक्षित व्यक्तियों की संख्या इस देश में नागरिकों के लिए हेल्थ केयर को प्रभावित करने वाले जीवन की गुणवत्ता को बढ़ाने के लिए विभागों/संस्थानों के कार्यक्रमों के अन्तर्गत क्षेत्र को बढ़ाना सभी स्तरों पर पर्याप्त कौशल मिश्रण के साथ (मेडिकल पैरामेडिकल और प्रबन्धकीय) स्वास्थ्य सेवाओं को प्रदान करने के लिए प्रशिक्षित व्यक्तियों की संख्या 	<ul style="list-style-type: none"> विभिन्न स्वास्थ्य और परिवार कल्याण स्कीमों और प्रशिक्षण कार्यक्रमों को शामिल करने के लिये दिशा निर्देश देश में उत्तम स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओं को प्रोत्साहित करने के लिए सतत निगरानी 	साथी नागरिकों के स्वास्थ्य सेवा को बेहतर बनाने के लिए राष्ट्रीय उत्तदायित्व को मजबूत बनाना	पूर्ण समर्थन और संकल्प	यह राष्ट्रीय लक्ष्यों और कार्यक्रम परिणामों को प्राप्त करने में रुकावट डालेगा
सभी राज्य सरकारें	<ul style="list-style-type: none"> सेवा विहीन और दुर्बल समूह पर विशेष फोकस के साथ उत्तम हेल्थ केयर सेवाओं को प्राप्त करने वाले व्यक्तियों की संख्या स्थापित व्यापक प्राथमिक हेल्थ केयर डिलीवरी सिस्टम की संख्या और द्वितीयक केयर व तृतीयक हेल्थ डिलीवरी सिस्टम के साथ उनका बढ़िया कार्यान्वयन जुड़ाव 	<ul style="list-style-type: none"> विभिन्न स्वास्थ्य और परिवार कल्याण परिणामों का कार्यान्वयन और उसकी प्रगति की सामयिक रिपोर्टिंग 	हेल्थ केयर पर बल देते हुए साथी नागरिकों के जीवन की गुणवत्ता को बढ़ाना	सतत निगरानी के साथ प्रभावी कार्यान्वयन हेतु 100 प्रतिशत संकल्प और समर्थन	अल्पसेवित जनसंख्या और दुर्बल समूहों पर विशेष फोकस के साथ सभी क्षेत्रों और समुदायों को समान पहुंच और वहनीय आधार पर उत्तम हेल्थ केयर की उपलब्धता को कार्यान्वयन

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

क्रमांक	मंत्रालय/विभाग का परिणाम/प्रभाव	संयुक्त रूप से	सफलता संकेतक	इकाई	2011-12	2012-13(अर्पक्षित)	2013-14 (अनुमानित)	2014-15 (अनुमानित)	2015-16 (अनुमानित)
1	हेल्थ केयर सेवाओं तक बेहतर पहुँच	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	प्रति 1000 जन संख्या पर प्राथमिक हेल्थ केयर केंद्रों की औसत संख्या	संख्या	0.0201	0.022	0.0199	0.0198	0.0197
2	मृत्यु दर में कमी	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	प्रति जिला प्राथमिक हेल्थ केयर केंद्रों की औसत संख्या	संख्या	37.32	37.45	37.89	38.33	39.03
			शिशु मृत्यु दर	प्रति 1000 जीवित जन्म	43	39	35	31	27
3	मातृ स्वास्थ्य में बेहतरी	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	अशोधित मृत्यु दर	प्रति 1000 जनसंख्या	7.1	7.0	7.0		
			कुल प्रसवों के प्रतिशत के तौर पर संस्थागत प्रसव (आयु वर्ग 0-12 माह)	%	82	82	75	75	75
4	जनसंख्या दर के वृद्धि में गिरावट	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	संपूर्ण टीकाकरण	%	87	85	85	86	87
			कुल प्रजनन दर	प्रति स्त्री जन्में बच्चे	2.5	2.4	2.4	2.3	2.3
5	संवारी और गैरसंवारी बीमारियों के प्रभाव में कमी	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	वार्षिक परलौकी व्यापकता (मलेरिया)	प्रति 1000 जन संख्या	1.10	0.85	1.10	<1.0	<1.0
			उच्च प्रभाव जिलों (209) में 10 से कम प्रति लाख जनसंख्या कुष्ठ की वार्षिक व्यापकता दर	जिलों की संख्या	-	-	70	70	70
6	मानव संसाधनों का विकास	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	की गयी पुनः संरचनात्मक शाल्य चिकित्सा (कुष्ठ)	संख्या	2570	2548	2700	2700	2700
			नया बलगम पौजटिव (एनएस्पी) सफलता दर	%	88	90	92	92	92
			प्रति 1000 जनसंख्या पर डॉक्टरों की संख्या	संख्या	0.074	0.075	0.076	0.077	0.078

- नोट : 1. अशोधित मृत्यु दर - प्रति 1000 जनसंख्या पर बिन्दु गिरावट
 2. वर्ष 2013-14 के बाद से कुष्ठ व्यापकता दरें उपलब्ध हैं।
 3. संकेतक शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) प्रति 1000 जीवित जन्म पर बिन्दु गिरावट।