NATIONAL HEALTH MISSION
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ

कार्यक्रम प्रबंधकों हेतु दिशानिर्देशिका

कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ
कार्यक्रम प्रबंधकों हेतु दिशानिर्देशिका

NATIONAL HEALTH MISSION
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

vkHkkj

प्रस्तुत दिशानिर्देशिका वर्ष 2007– 09 के दौरान लगभग 1600 गांवों और 300 चिकित्सा संस्थानों में सामुदायिक निगरानी कार्यक्रम के प्रथम चरण को लागू करने में प्रयोग किये गए अध्ययन उपकरणों (टूल्स) पर आधारित है।

विभिन्न स्वयं सेवी संगठनों, कम्युनिटी एक्शन हेतु गठित सलाहकार समूह (एजीसीए), राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र तथा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के प्रतिनिधियों के एक उप–समूह द्वारा गहन समीक्षा उपरांत ही इस दिशानिर्देशिका को प्रस्तुत किया गया है।

इस कार्य हेतु हम श्री मनोज झालानी, संयुक्त सचिव (नीति) एवं सुश्री लिमातुला यादेन, निदेशक– राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय तथा एजीसीए सदस्यों के निरंतर मार्गदर्शन व प्रोत्साहन हेतु आभार व्यक्त करते हैं।

,d ckr----

प्रस्तुत दिशानिर्देशिका में 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' अवधारणा में प्रयुक्त शब्दों का हिंदी रूपांतरण न करते हुए इसे अंग्रेज़ी भाषा में यथावत रखते हुए ही प्रयोग किया गया है ताकि देश के सभी प्रान्तों में और सभी स्तरों पर इस अवधारणा पर संवाद–संप्रेक्षण में एकरूपता बनी रहे।

C.K. Mishra
Additional Secretary &
Mission Director, NHM
Telefax 23061066, 23063809
E-mail asmd-mohfw@nic.in

सत्यमेव जयते

भारत सरकार
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
निर्माण भवन, नई दिल्ली - 110011
GOVERNMENT OF INDIA
MINISTRY OF HEALTH & FAMILY WELFARE
NIRMAN BHAVAN, NEW DELHI - 110011

सन्देश

सामुदायीकरण, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की पांच मुख्य रणनीतियों में से एक है. मिशन का लक्ष्य स्वास्थ्य सेवाओं तक सभी की पहुंच को सुलभ बनाना है जो कि न्यायसंगत, वहनीय और गुणवत्तापरक होने के साथ ही लोगों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं के प्रति पूरी तरह जवाबदेह भी हो समुदाय आधारित निगरानी जो कि अब *'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ'* के नाम से जानी जाती है, को मिशन की जवाबदेहिता ढ़ांचे के तहत आवश्यक तीन प्रक्रियाओं में शामिल किया जाना मिशन की सामुदायिक भागीदारी के प्रति गंभीरता का स्पष्ट संकेत देता है. मिशन की स्थापना के लगभग तुरंत बाद ही, वर्ष 2005 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा कम्युनिटी एक्शन हेतु सलाहकार समूह (ए.जी.सी.ए) की स्थापना की गयी. ए.जी.सी.ए में जन स्वास्थ्य व नागरिक संगठनों के विशेषज्ञ शामिल हैं, जिनका उद्देश्य सरकार को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के लिए कम्युनिटी एक्शन के मुद्दे पर परामर्श उपलब्ध कराना है. पोपुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया (पीऍफ़आई) संस्था इस सलाहकार समूह (एजीसीए) के सचिवालय के रूप में कार्य करती है.

स्वाथ्य सेवाओं की समुदाय आधारित निगरानी का प्रथम चरण ए.जी.सी.ए. के मार्गदर्शन में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के सहयोग से आरम्भ किया गया. इस चरण में वर्ष 2007- 2009 के दौरान नौ राज्यों यथा; असम, छत्तीसगढ़, झारखण्ड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओड़िसा, राजस्थान और तमिलनाडु में कार्य आरम्भ किया गया था. इस पहल का बाहरी एजेंसी द्वारा किये गए मूल्यांकन में कई सकारात्मक परिणाम सामने आये व इसे अन्य राज्यों में भी लागू करने की अनुशंसा की गयी. उसके बाद से अधिकांश राज्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत अपनी कार्यक्रम क्रियान्वयन योजना निर्माण (पीआइपी) में समुदाय आधारित निगरानी को आवश्यक घटक के तौर पर शामिल करते आ रहे हैं.

कार्यक्रम प्रबंधकों के लिए प्रस्तुत दिशानिर्देशिका राष्ट्रीय, राज्य , ज़िला व उप-ज़िला स्तर पर कार्य करते हुए बनी समझ व अनेक लोगों के संचित अनुभवों पर आधारित है. इस दिशानिर्देशिका में 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' प्रक्रिया को क्रियान्वित करने व सुद्रढ़ीकरण करने सम्बन्धी सिद्धांतों जैसे क्रियान्वयन हेतु आवश्यक संस्थागत तंत्र व प्रक्रियाओं को स्पष्ट किया गया है. इस दस्तावेज़ को एजीसीए सदस्यों के मार्गदर्शन में अनेक नागरिक संगठनों के परामर्श कर तैयार किया गया है.

आशा है कि राज्य इस दिशानिर्देशिका का उपयोग करेंगें और यह दिशानिर्देशिका राज्य, ज़िला व उप-ज़िला स्तर पर कार्यरत कार्यक्रम प्रबंधकों को 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' प्रक्रिया को राज्य-विशेष लक्ष्यों/परिस्थितियों के अनुरूप अपनाने में मार्गदर्शन करेगी ताकि इसको सफलता पूर्वक विस्तारित रूप में क्रियान्वित किया जा सके.

नवंबर २४, २०१५

सी के मिश्रा

Manoj Jhalani, IAS
Joint Secretary
Telefax : 23063687
E-mail : manoj.jhalani@nic.in

सत्यमेव जयते

भारत सरकार
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
निर्माण भवन, नई दिल्ली – 110011
GOVERNMENT OF INDIA
MINISTRY OF HEALTH & FAMILY WELFARE
NIRMAN BHAVAN, NEW DELHI - 110011

आमुख

१० वर्ष पूर्व आरम्भ किये गए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में जन-भागीदारी को केंद्रीय रणनीति के रूप में रखा गया है | मुझे यह बताते हुए अत्यंत प्रसन्नता हो रही है कि मिशन द्वारा समर्थित ए. जी. सी. ए. (एडवाइजरी ग्रुप ऑन कम्युनिटी एक्शन) समूह द्वारा जन-भागीदारी को बढाने हेतु महत्वपूर्ण उप्लब्धियाँ हासिल की गयी हैं | कार्यक्रम प्रबंधकों के लिए तैयार की गयी दिशानिर्देशिका एव स्वास्थ्य केंद्र समितियों के लिए बनायी गयी उपयोगकर्ता पुस्तिका उनके कार्यों के मुख्य परिणाम हैं | मैं यहाँ ए. जी. सी.ए. समूह के सदस्यों की प्रतिबद्ता एव सचिवालय की कड़ी मेहनत का विशेष रूप से उल्लेख करना चाहता हूँ कि उनके सतत प्रयास से ही ये संभव हो पाया |

ए. जी. सी. ए की विभिन्न गतिविधियों में शामिल हो कर मेरा ये अनुभव रहा है कि सरकारी स्वास्थ्य तंत्र, नागरिक संगठनों एव जनसधारण की अपेक्षायों में तालमेल बिठाना कोई सरल कार्य नहीं है | दिशानिर्देशिका, उपयोगकर्ता पुस्तिका एव प्रपत्रों का तैयार होना ए. जी. सी. ए सदस्यों के आपसी तालमेल एवं सामुदायिक प्रयास के प्रति समर्पण का ही परिणाम है |

सामुदायिक प्रयास सतत विकास प्रक्रिया का एक अभिन्न अवयव है | स्वास्थ्य मंत्रयालय ने इसकी महता को ध्यान में रखते हुये जनभागीदारी को बढ़ावा देने एवं ए. जी. सी. ए के सहयोग के चलते २२ राज्यों एव संघीय राज्यों ने इसे अपनी वार्षिक कार्यक्रम योजना का हिस्सा बनाया है | राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के लक्ष्यों को प्राप्त करने हेतु ये बहुत आवश्यक है कि राज्यों द्वारा सामुदायिक प्रयास को संस्थागत स्वरुप देने के लिए निरंतर प्रयास किये जाये |

हम राज्य सरकारों से आग्रह करते हैं कि वे दिशानिर्देशिका, उपयोगकर्ता पुस्तिका एव प्रपत्रों को राज्य संदर्भ अनुसार अनुवाद कर इस्तेमाल में लायें एवम् आवश्कतानुसार ए. जी. सी. ए सदस्यों अथवा सचिवालय से मदद लें | हम राज्यों को प्रेरित भी करना चाहते हैं कि जनभागीदारी की इस मुहिम में वे गैरसरकारी संगठनो एवम् पंचायती राज संस्थायों को भी अवश्य शामिल करें एव इस हेतु उनका यथोचित प्रतिनिधित्व सुनिश्चित करें

नवंबर २३, २०१५

मनोज झालानी

दिशानिर्देशिका की संरचना

दिशानिर्देशिका मूलतः पांच अनुभागों में बंटी है। अनुभाग एक, कम्युनिटी एक्शन के प्रयोगात्मक चरण के अनुभवों और सीखों के साथ–साथ सम्पूर्ण प्रक्रिया के महत्वपूर्ण पक्षों का एक परिदृश्य प्रस्तुत करता है। अनुभाग दो, 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' को लागू करने के लिए आवश्यक संस्थागत ढांचे और उससे जुड़े विभिन्न हितभागियों की भूमिकाओं व जिम्मेदारियों पर चर्चा करता है। अनुभाग तीन में 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' के अध्ययन उपकरणों के प्रयोग की विधि को स्पष्ट किया गया है। अनुभाग चार, रिपोर्ट कार्ड बनने के बाद अपनाई जाने वाली नियोजन प्रक्रिया के चरणों जिसमें 'फीडबैक के तरीके व स्तर' तथा 'इंटर–सेक्टोरल कन्वर्जेन्स' (अन्तर्क्षेत्रीय) भी शामिल हैं, को स्पष्ट करता है। और अंत में अनुभाग पांच, विभिन्न स्तरों पर सहयोगी इकाइयों के क्षमता–निर्माण हेतु अपनाई जाने वाली प्रक्रिया पर केन्द्रित है।

प्रस्तुत दिशानिर्देशिका को तैयार करने में जिस संदर्भ सामग्री को मूल आधार बनाया गया है उसके बारे में और विस्तृत जानकारी हेतु इस लिंक पर जाकर देख सकते हैं– www.nrhmcommunityaction.org/manualstools.html यह दिशानिर्देशिका राज्य, जिला, व ब्लॉक स्तर पर सामुदायिक प्रक्रियाओं के हस्तक्षेप हेतु नियुक्त कार्यक्रम प्रबंधकों तथा राज्य के साथ 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' की प्रक्रिया में भागीदारी निभाने वाले गैर सरकारी संगठनों के प्रतिनिधियों हेतु उपयोग की दृष्टि से तैयार की गयी है।

संक्षिप्त शब्दावली

lh,,p (CAH)	स्वास्थ्य के लिए सामुदायिक प्रयास
,thlh, (AGCA)	कम्युनिटी एक्शन हेतु गठित सलाहकार समूह
, ,Q (AF)	आशा फैसिलिटेटर
,,u,e (ANM)	औक्सिल्लारी नर्स मिडवाइफ
, ,u lh (ANC)	गर्भावस्था के दौरान देखभाल
vk'kk (ASHA)	मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
, Vh vkj (ATR)	एक्शन टेकन रिपोर्ट
, MCy MCy (AWW)	आँगनबाड़ी कार्यकर्ता
, MCy lh (AWC)	आंगनबाड़ी केंद्र
ch lh ,e (BCM)	ब्लॉक कम्युनिटी मोबिलाईजर
lh ch ,e ih (CBMP)	लोकाधारित निगरानी एवं नियोजन
lh ch vk (CBO)	समुदाय आधारित संगठन
lh ,e vk (CMO)	मुख्य चिकित्सा अधिकारी
lh ,e ,p vk (CMHO)	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
lh ,p lh (CHO)	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र
,p,evkb,l (HMIS)	हेल्थ मैनेजमेंट इनफार्मेशन सिस्टम
vkbZ lh Mh ,l (ICDS)	समेकित बाल विकास सेवाएँ
,e vk ,p ,Q MCy (MOHFW)	स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
,e Vh , (MTA)	मातृ–शिक्षक समिति
,u th vk (NGO)	गैर सरकारी संगठन
,u ,p ,e (NHM)	राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
,u vkj ,p ,e (NRHM)	राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन
ih ,Q vkbZ (PFI)	पापुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया
ih vkbZ ih (PIP)	प्रोग्राम इम्प्लीमेंटेशन प्लान
ih Vh , (PTA)	अभिभावक–शिक्षक समिति
ih ,p lh (PHC)	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
ih ,e lh (PMC)	नियोजन एवं निगरानी समितियां
vkj ds ,l (RKS)	रोगी कल्याण समिति
,l lh (SC)	उप स्वास्थ्य केंद्र
oh ,p ,u Mh (VHND)	ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस
oh,p,l,u,lh (VHSNC)	ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति
jkT; vk'kk esVfjax xzi (SAMG)	स्टेट आशा मेंटरिंग ग्रुप
,l ,p vkj lh (SHRC)	राज्य स्वास्थ्य संदर्भ केंद्र

विषय सूची

सन्देश iii

प्रस्तावना iv

दिशानिर्देशिका की संरचना v

संक्षिप्त शब्दावली vi

vuHkkx 1
पृष्ठभूमि, प्रक्रिया एवं मुख्य विशेषताएँ 1

vuHkkx 2
संस्थागत ढांचा व संयोजन 6

vuHkkx 3
'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' के अध्ययन उपकरण (टूल्स) 9

vuHkkx 4
रिपोर्ट कार्ड परिणामों को साझा करना व अनुवर्ती प्रक्रियाएं 14

vuHkkx 5
क्षमता–निर्माण 16

lyXud 1

'kCnkFk

शब्दार्थ

दिशानिर्देशिका में प्रयुक्त कुछ शब्दों के अंग्रेजी/हिन्दी अर्थ समझने में सरलता व संप्रेक्षण की एकरूपता की दृष्टि से यहाँ स्पष्ट किये जा रहे हैं–

स्वास्थ्य के लिए सामुदायिक प्रयास	Community Action for Health
अन्तर्क्षेत्रीय	Inter-Sectoral
उपकरण	Tools
प्रपत्र	Formats
दिशानिर्देशिका	Guidelines
प्रायोगिक चरण	Pilot Phase
जवाबदेही ढांचा	Accountability Framework
सामुदायिक प्रक्रियाएं	Community Processes
सामुदायीकरण अर्थात किसी मुद्दे पर समुदाय को जोडना, सामुदायिक स्वीकार्यता अथवा सामुदायिक स्तरीय प्रयास/भागीदारी/क्रिया/पहल इत्यादि	Communitization
सहजीकरण	Facilitation
पात्रता	Entitlements
हितभागी	Stakeholders
मिड–डे मील/ मध्यान्त भोजन	Mid-day meal
मिलान	Triangulation
मुक्त/निर्बंध राशि	Untied Fund
आधारभूत संरचना	Institutional structures/systems
आवर्तन	Rotation
संरचित	Structured
अवयव	Components

1 vuHkkx

पृष्ठभूमि, प्रक्रिया, एवं मुख्य विशेषताएँ

'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' (स्वास्थ्य के लिए सामुदायिक प्रयास) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत एक प्रमुख रणनीति है जो कि पूर्व में स्वास्थ्य सेवाओं हेतु 'समुदाय आधारित निगरानी व नियोजन' (सीबीएमपी) के नाम से जानी जाती रही है। इसे राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के 'जवाबदेही ढांचे' (अकाउंटेबिलीटी फ्रेमवर्क) के एक महत्वपूर्ण स्तंभ के तौर पर देखा गया है जो कि यह सुनिश्चित करता है कि सेवाएँ उन लोगों तक पहुंचे जिनके लिए उनका प्रावधान किया गया है। मिशन का जवाबदेही ढाँचा त्रि–आयामी प्रक्रिया है जिसमें आतंरिक निगरानी, समय–समय पर सर्वेक्षण एवं अध्ययन, तथा समुदाय आधारित निगरानी शामिल हैं। स्वास्थ्य के क्षेत्र में जन समुदाय की भागीदारी को बढ़ाने की दृष्टि से तथा समुदाय–जनित गतिविधियों को प्रेरित करने की दृष्टि से भी सामुदायिक निगरानी को महत्वपूर्ण अवयव माना गया है। पीएचसी, ब्लाक, जिला तथा राज्य सभी स्तरों पर नियोजन एवं निगरानी समितियों का प्रावधान किया गया है। जवाबदेही का ये ढांचा नियमित रूप से यह आकलन करता है कि समुदाय के लोगों की स्वास्थ्य आवश्यकताएं व स्वास्थ्य सम्बन्धी अधिकारों की पूर्ति हो रही है या नहीं; व ऐसा करते समय विभिन्न स्तरों पर लागू की जाने वाली समुदाय आधारित नियोजन व निगरानी प्रक्रिया के केंद्रबिंदु में 'लोग' निहित होते हैं।

वर्ष 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा कम्युनिटी एक्शन हेतु सलाहकार समूह (एजीसीए) का गठन किया गया। इस समूह का मंतव्य एनआरएचएम को सामुदायिक निगरानी प्रयासों सहित कम्युनिटी एक्शन हेतु परामर्श देना था। इस समूह में जन स्वास्थ्य के मुद्दे पर कार्य करने वाले विख्यात जन स्वास्थ्य विशेषज्ञों एवं नागरिक संगठनों के प्रतिनिधियों को शामिल किया गया है। पोपुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया (पी एफ आई) संस्था इस सलाहकार समूह (एजीसीए) का सचिवालय है।

एजीसीए के मार्गदर्शन में नौ राज्यों के 36 जिलों के 1600 गांवों में स्वास्थ्य सेवाओं हेतु सामुदायिक निगरानी हस्तक्षेप को प्रयोगात्मक आधार पर लागू किया गया। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने इस प्रयास को सहयोग प्रदान किया। इस प्रक्रिया के तहत स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर तथा आउटरीच सेवाओं के जरिये प्रदान की जा रही स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में आकलन

'पापुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया 2010। 'रिवाइविंग होप्स रियेलाईजिंग राइट्स': एनआरएचएम के तहत सामुदायिक निगरानी के प्रथम चरण पर आधारित रिपोर्ट। नई दिल्ली।

करने व समुदाय आधारित पूछताछ करने के लिए विभिन्न स्तरों पर नियोजन एवं निगरानी समितियों तथा ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति का क्षमता–निर्माण महत्वपूर्ण कार्य था। कुछ समय पश्चात् इस प्रयास का बाहरी एजेंसी द्वारा मूल्यांकन किया गया। मूल्यांकन में समुदाय आधारित निगरानी एवं नियोजन प्रक्रिया द्वारा एनआरएचएम के तहत स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार होने जैसे सकारात्मक परिणामों के प्राप्त होने की पुष्टि की गयी। इस मूल्यांकन के प्रमुख निष्कर्ष इस प्रकार थे–

^dE;fuVh ,D'ku Q,j gYFk* jk"Vh; LokLF; fe'ku d rgr ,d çe[k j.kuhfr g tk fd io e LokLF; lokvk gr ^lkeqnk; vk/kkfjr fuxjkuh o fu;k tu* ¼lhch,eih½ d uke l tkuh tkrh jgh gA bl jk"Vh; LokLF; fe'ku d ^tokcngh <kp* ¼vdkmVfcyhVh Ýeod½ d egRoi.k LrHk d rkj ij ekuk x;k gA

- स्वास्थ्य सेवा प्रावधानों व स्वास्थ्य सम्बन्धी अधिकारों/पात्रता के बारे में समुदाय की जागरूकता में वृद्धि पायी गयी है।
- स्थानीय नियोजन में समुदाय की भागीदारी व सहयोग बढ़ा जिसके परिणामस्वरूप समुदाय स्तर पर कार्यरत स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा सेवा प्रदान करने में आने वाली कठिनाइयों में कमी आई है।
- ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति द्वारा चिन्हित स्थानीय प्राथमिकताओं पर ग्राम स्तरीय निर्बंध मुक्त राशि के उपयोग में उल्लेखनीय वृद्धि मिली है।
- स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता, प्रकार (रेंज), और गुणवत्ता में सुधार हुआ है, विशेषकर ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवसों (वीएचएनडी) के अवसर पर।
- जननी सुरक्षा योजना के लाभों के समयबद्ध व पूर्ण भुगतान में उल्लेखनीय सुधार हुआ है व साथ ही सेवा प्रदाताओं द्वारा अनौपचारिक रूप से मांगे जाने वाले भुगतान के मामलों में भी उल्लेखनीय कमी आई है।
- स्वास्थ्य रिपोर्ट कार्ड को जन सुनवाई के जरिये साझा करने से सेवा प्रदाताओं के साथ संवाद का एक मंच प्राप्त हुआ है व सुधार हेतु सम्मिलित रूप से कार्य करने व योजना बनाने का रास्ता भी खुला है। इन प्रयासों में निजी दवा दुकानों से दवा खरीदने की बाध्यता वाले दवा–पर्चे लिखने की परिपाटी को ख़त्म करना व रोगी कल्याण समिति के माध्यम से, बहुधा अनुपलब्ध रहने वाली, अत्यावश्यक दवाइयों को उपलब्ध कराना शामिल हैं।
- कुछ क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों से स्वास्थ्य सेवा का लाभ लेने वाले लोगों की संख्या में बढ़ोत्तरी के प्रमाण प्राप्त हुए हैं।
- स्वास्थ्य केन्द्रों पर नागरिक स्वास्थ्य अधिकार–पत्र, सुझाव पेटी, अत्यावश्यक दवाइयों की सूची इत्यादि चस्पा होने के साथ–साथ उनकी उपलब्धता भी सुनिश्चित हुई है।
- कुछ जिलों में निष्क्रिय पड़ी प्रयोगशाला सुविधाओं को शुरू किया गया।
- कुछ ब्लॉकों में ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति की बैठकों में बच्चों व किशोरों के मुद्दों को उठाने के लिए समिति में किशोरों (12–17 वर्ष) की भागीदारी बढ़ी है।
- समुदाय की मांग पर एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) पर मोबाइल मेडिकल यूनिट को स्वीकृत किया गया है।

'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' यह सुनिश्चित करता है कि जिन स्वास्थ्य सेवाओं को प्राप्त करने के लिए लोग अधिकृत हैं, उनकी उपलब्धता और गुणवत्ता के आकलन की प्रक्रिया में भी समुदाय की सक्रिय भागीदारी हो और लोगों के स्वास्थ्य अधिकारों की पूर्ति हो।

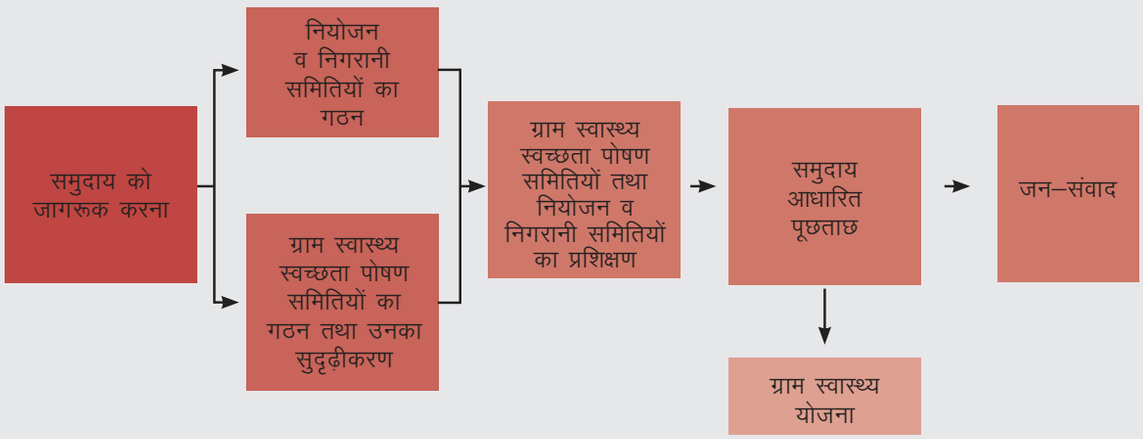
^dE;fuVh ,D'ku Q,j gYFk* ¼LokLF; d fy, lkeqnkf;d i;kl½ dh çfØ;k

'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' की प्रक्रिया के प्रमुख अवयव निम्नवत हैं:

- समुदाय में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत देय पात्रताओं तथा सेवा प्रदाताओं की भूमिकाओं व जिम्मेदारियों के बारे में जागरूकता पैदा करना।

- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी), ब्लॉक, जिला व राज्य स्तर पर नियोजन व निगरानी समितियों (पीएमसी) का गठन तथा उनका सुदृढ़ीकरण करना।
- गांव/ग्राम पंचायत स्तर पर ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समितियों को 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' की प्रक्रिया अपनाने के लिए सुदृढ़ करना।
- समस्त ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता पोषण समिति (वीएचएसएनसी) व सभी स्तरों पर पीएमसी के सदस्यों को प्रशिक्षित करना।
- समुदाय व संस्थान स्तर पर उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं की निगरानी के लिए अध्ययन उपकरणों के माध्यम से, वर्ष में दो बार समुदाय आधारित पूछताछ व चिकित्सा संस्थानों का आकलन करना।
- सामने आई कमियों को साझा करने व समाधान ढूँढ़ने के लिए प्रमुख हितभागियों के साथ समय–समय पर पैरवी की दृष्टि से जन–संवाद का आयोजन करना।
- राज्य स्तरीय नियोजन प्रक्रियाओं में एकीकरण हेतु गांव, ब्लॉक व जिला स्वास्थ्य योजनाएं तैयार करना।

fp= 1% ^dE;qfuVh ,D'ku Q,j gsYFk* dh çfØ;k dk pj.k



çe[k fo'k"krk,a

1. कम्युनिटी एक्शन की प्रक्रिया का संचालन एक ऐसी संस्था द्वारा होना आवश्यक है जो कि कुछ हद तक स्वास्थ्य सेवाओं की वितरण प्रणाली से स्वतंत्र हो। राज्य, जिला, व ब्लॉक स्तर पर एक ऐसी ही संस्था की आवश्यकता रहेगी जिसकी स्वास्थ्य विभाग पर निर्भरता न हो और उसकी सामुदायिक प्रक्रिया के कार्यान्वयन में महत्वपूर्ण भूमिका हो। उसकी भूमिका परामर्शदाता तक ही सीमित न हो। प्रशासन से कोई प्रतिक्रिया न होने पर यह एजेंसी पैरवी करने की भूमिका भी निभाएगी।
2. इस प्रकार की एजेंसी को स्वास्थ्य प्रणाली से जुड़े अधिकारियों के सहयोग की आवश्यकता रहेगी। राज्य व जिला स्तर पर एक बहु–हितभागी दल द्वारा इस सम्पूर्ण प्रक्रिया को दिशा–निर्देशन प्रदान किया जाना चाहिए। इस प्रक्रिया में नोडल सिविल सोसायटी संगठन अथवा विविध सिविल सोसायटी संगठनों के समूह/संघ, जिनकी दक्षता व विश्वसनीयता ज्ञात हो, के भी सहयोग की आवश्यकता होगी। प्रत्येक स्तर पर इन संगठनों/समूहों की भूमिका नियोजन समितियों के सदस्यों की क्षमता निर्माण करने, मुख्य गतिविधियों के क्रियान्वयन में सहजीकरण करने, व पैरवी करने की होगी।
3. पीएचसी, ब्लॉक, जिला, व राज्य स्तर पर नियोजन एवं निगरानी समितियों (पीएमसी) को स्थापित करना होगा ताकि हर स्तर से प्राप्त फीडबैक को अगले स्तर पर होने वाले नियोजन में सम्मिलित किया जा सके। जहाँ यदि पीएमसी गठित नहीं हो सकी हैं वहां ब्लॉक व जिला स्तर पर नियमित समीक्षा बैठकों के आयोजन के बारे में विचार किया जा सकता है और नियोजन हेतु, जो भी वर्तमान व्यवस्था हो, उसका प्रयोग किया जा सकता है।

4. सम्पूर्ण प्रक्रिया के क्रियान्वयन की देखरेख का कार्य राज्य व जिला स्तर पर गठित बहु–हितभागी सलाहकार समूहों अर्थात राज्य व जिला स्तरीय कम्युनिटी एक्शन हेतु सलाहकार समूहों द्वारा किया जायेगा। ये समूह या तो राज्य स्तर पर सामुदायिक प्रक्रियाओं को सहयोग करने वाले राज्य आशा मेंटरिंग समूह (स्टेट आशा मेंटरिंग ग्रुप) से अलग पूर्णतः स्वतंत्र रूप से गठित किये जा सकते हैं, या फिर इन्हें वर्तमान व्यवस्थात्मक ढ़ांचे के तहत भी स्थापित किया जा सकता है।
5. जब विविध हितभागियों को जोड़ना हो तो उनके मध्य संवाद के लिए एक मंच का होना आवश्यक होता है जहाँ, स्वास्थ्य अधिकारियों, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, पंचायती राज संस्थाओं के सदस्यों से लेकर समुदाय के सदस्य व सिविल सोसायटी संगठनों के प्रतिनिधि इत्यादि शामिल होंगे। इन संवादों में स्थानीय स्तर पर ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति व रोगी कल्याण समिति जैसी इकाइयाँ व उच्च स्तर पर अन्य अतिरिक्त इकाइयां भी शामिल होंगी। सिविल सोसायटी संगठनों के प्रतिनिधि इन संवाद मंचों के सह–संयोजक बनाये जा सकते हैं ताकि इनकी नियमितता सुनिश्चित की जा सके। इस प्रकार की बैठकें कम से कम तीन माह में एक बार आयोजित की जायेंगीं जिनमें समुदाय से प्राप्त फीडबैक से चिन्हित कमियों पर चर्चा की जा सकेगी व उन पर कार्यवाही हेतु योजना बनाई जा सकेगी।
6. इस प्रकार की बैठकों के दायरे में विभिन्न विभागों के प्रतिनिधि शामिल होगें जिससे कि स्वास्थ्य के विभिन्न सामाजिक निर्धारकों पर एकीकृत कार्रवाई का एक आधार बन सके। अलग–अलग स्तरों पर गठित इस बहु–हितभागी समूह में विभिन्न विभागों के प्रतिनिधियों का शामिल होना इसलिए भी ज़रुरी होगा ताकि स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों पर कार्यवाही हेतु आवश्यक विशेषज्ञता, कौशल एवं दक्षता को प्राप्त किया जा सके। ब्लॉक व जिला स्तर पर सामान्यता प्रशासनिक अधिकारी, समेकित बाल विकास सेवाएं (आईसीडीएस), जलापूर्ति, स्वच्छता एवं अन्य सम्बंधित विभागों के साथ–साथ पंचायती राज प्रतिनिधि भी इन बहु–हितभागी समितियों (निगरानी एवं नियोजन समितियों) का हिस्सा होंगे। प्रभावी अन्तर्क्षेत्रीय हस्तक्षेपों के लिए (बहुधा भिन्न–भिन्न स्तरों पर अलग–अलग प्रयास के स्थान पर एकीकृत प्रयास) सभी संभागियों हेतु प्रशिक्षण एवं अन्य क्षमता–निर्माण गतिविधियों के आयोजन की आवश्यकता होगी।
7. निगरानी एवं नियोजन प्रक्रियाओं से उभरे मुद्दों के समाधान के लिए स्वास्थ्य विभाग की प्रतिबद्धता आवश्यक होगी अन्यथा सम्पूर्ण प्रक्रिया को लागू करना महज़ एक अनैतिक और अनुपयोगी क्रिया भर रह जायेगा। समुदाय की यही अपेक्षा रहेगी कि मुक्त राशि के अलावा भी, उसके द्वारा चिन्हित मुद्दों के हल के लिए सरकार का सहयोग प्राप्त हो।
8. स्वास्थ्य के लिए कम्युनिटी एक्शन की प्रक्रिया का स्वास्थ्य विभाग के सभी स्तरों पर एक साथ क्रियान्वित होना ज़रुरी है। क्रियान्वन के दौरान सभी स्तरों के मध्य आपसी प्रभावी तालमेल होना भी ज़रुरी होगा। कम्युनिटी एक्शन के प्रभावी क्रियान्वयन के लिए मात्र समुदाय आधारित गतिविधियों पर ही निर्भर नहीं रहा जा सकता।
9. जिन मुद्दों का निराकरण नहीं हो सका है उनको स्वास्थ्य प्रणाली के अगले स्तर पर व्यवस्थित रूप से प्रस्तुत करना एवं समाधान हेतु चर्चा करनी होगी। सुदृढ़ फीडबैक व्यवस्था एवं नियमित कार्यवाही रिपोर्ट (एक्शन टेकन रिपोर्ट) के माध्यम से विभिन्न स्तरों पर लिए गए निर्णयों को हर निचले स्तर पर सूचित करना होगा।
10. कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ कार्यक्रम को 'आशा' हेतु स्थापित सहयोगी ढ़ांचे द्वारा पूर्ण सहयोग होना चाहिए व इसमें आशाओं की भागीदारी को भी प्रेरित करना चाहिए। ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति और रोगी कल्याण समितियां 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' का अभिन्न अंग हैं। अतः, प्रभावी सामुदायिक प्रतिनिधित्व हेतु इनको सक्रिय करना, अभिमुख करना व आवश्यकता पड़ने पर इनका विस्तार करना भी ज़रुरी है। सिविल सोसायटी संगठनों को 'सामुदायिक हस्तक्षेप हेतु स्थापित किये गए सहयोगी ढांचों' को सहयोग देना चाहिए व समुदाय द्वारा दिए गए सुझावों को सम्मलित करना चाहिए।

राज्य व जिला स्तर पर विविधताएं मौजूद हैं। चाहे वह ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति (वीएचएसएनसी) और निगरानी व नियोजन समितियों (पीएमसी) के सदस्यों का प्रशिक्षण हो, अथवा सहयोगी ढ़ांचे हों जिनमें गैर सरकारी संगठनों के साथ साझेदारी भी शामिल है या फिर स्वास्थ्य अधिकारों को लेकर समुदाय में जागरूकता हो। इसीलिए, अध्ययन उपकरणों में प्रत्येक प्रश्न को एक स्तर प्रदान किया गया है। राज्यों को यह छूट है कि वे निम्न आधारों पर अध्ययन उपकरणों में परिवर्तन कर सकते हैं : अ) स्वास्थ्य विभाग की कार्यशीलता, ब) क्रियान्वित करने वाली संस्थाओं की क्षमताएं व दक्षताएं, स) 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' कार्यक्रम के क्रियान्वयन की अवधि।

इसके साथ ही कुछ निश्चित आधारों (क्षमता–निर्माण हेतु संसाधनों की उपलब्धता, सिविल सोसायटी संगठनों की उपस्थिति, व जन स्वास्थ्य प्रणाली की स्थिति) को तय किया गया है जिनके आधार पर क्षेत्रों (जहाँ नियोजन एवं निगरानी प्रक्रिया क्रियान्वित की जाएगी) की क्षमता आंकी जाएगी कि वे निर्धारित तीन स्तरों में से कौन से स्तर पर हैं जिससे ये स्पष्टता हो सकेगी कि किस जगह कौन सा कार्य प्राथमिकता पर लेना होगा व उसकी रणनीति क्या होगी? ये स्तर इस प्रकार हैः

{k=k dh fo'k"krk,%

igyk Lrj%

- {kerk&fuek.k gr lalk/ku% प्रशिक्षण हेतु आधारभूत ढ़ांचा जैसे कि प्रशिक्षित संदर्भ व्यक्तियों का दल तथा आशा, रोगी कल्याण समितियों, ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समितियों इत्यादि के लिए सहयोगी व्यवस्था का कमज़ोर या पूर्णतया अनुपस्थित होना।
- Lo;a lsoh laLFkkvk dh mifLFkfr% क्षेत्र में कमज़ोर स्वयं सेवी संस्थाओं/एनजीओ का होना।
- tu LokLF; ç.kkyh dh fLFkfr% दूरस्थ और पहुँच से बाहर वाले इलाके/क्षेत्र जहाँ आधारभूत संरचनाओं व मानव संसाधन की दृष्टि से जन स्वास्थ्य प्रणाली कमज़ोर है।

इस स्तर पर, 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' मुख्यतः मूल पात्रताओं व गुणवत्ता के पक्षों जैसे; साफ–सफाई, स्वास्थ्य कर्मचारियों का व्यवहार, व ओपीडी सेवाओं की समय सारिणी का प्रदर्शन इत्यादि पर ही केन्द्रित रहेगी। इस स्तर के तहत आने वाले क्षेत्रों में कम्युनिटी एक्शन का लक्ष्य सेवाओं के लिए मांग पैदा करना, सेवाओं की उपलब्धता सम्बन्धी महत्वपूर्ण कमियों को उजागर करना होगा ताकि स्वास्थ्य प्रणाली इनके बारे में उचित निराकरण कर सके।

nljk Lrj%

- {kerk&fuek.k gr lalk/ku% इस स्तर पर प्रशिक्षण हेतु आवश्यक आधारभूत संरचनाओं व प्रशिक्षित संदर्भ व्यक्तियों की उपलब्धता जैसे प्रशिक्षण संसाधन ठीक–ठाक हों। आशा, रोगी कल्याण समितियों और ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समितियों हेतु सहयोगी व्यवस्थाएं मौजूद होने के साथ कार्यरत भी हैं। यद्यपि प्रशिक्षण संसाधन परिपूर्ण हैं परन्तु सहयोगात्मक पर्यवेक्षण को और मजबूत करने की आवश्यकता है।
- Lo;a lsoh laLFkkvk dh mifLFkfr% समुदाय स्तरीय प्रशिक्षण में अनुभव प्राप्त स्वयं सेवी संस्थाओं की सशक्त मौजूदगी तो है परन्तु जिला/राज्य स्तर पर उनका पूरी तरह से उपयोग नहीं किया गया है।
- tu LokLF; ç.kkyh dh fLFkfr% क्षेत्र में पर्याप्त संख्या में कार्यरत पीएचसी हैं, मानवसंसाधन की ठीक–ठाक उपलब्धता है, प्रशिक्षित व कार्यरत आशाएं मौजूद हैं, ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस अधिकांशतः नियमित आयोजित होते हैं, व एएनएम नियमित रूप से क्षेत्र भ्रमण करती है।

पहले स्तर पर जितने भी पहलु शामिल किये गए हैं, इस स्तर पर उनके साथ–साथ, सेवाओं की उपलब्धता मात्र से आगे बढ़ कर, इस प्रक्रिया में स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता को भी केन्द्रित किया जाएगा। इसके तहत परामर्श सेवाएँ, संक्रमण रोकथाम व अन्य प्रोटोकॉल सम्बन्धी पहलु भी शामिल होंगे।

rhljk Lrj%

- {kerk&fuek.k gr lalk/ku% इस स्तर पर प्रशिक्षण हेतु आवश्यक आधारभूत संरचनाओं व प्रशिक्षित संदर्भ व्यक्तियों की उपलब्धता व प्रशिक्षण मैन्युअल आदि से प्रशिक्षण संसाधन पर्याप्त व पूर्णतः विकसित हैं। साथ ही सहयोगात्मक पर्यवेक्षण हेतु भी पर्याप्त क्षमता है।
- Lo;a lsoh laLFkkvk dh mifLFkfr% न केवल, मजबूत सिविल सोसायटी संगठनों की मौजूदगी है बल्कि 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' हेतु उनका पूरी तरह से उपयोग भी हो रहा है।
- tu LokLF; ç.kkyh dh fLFkfr% क्षेत्र में प्रशिक्षित व कार्यरत आशाएं मौजूद हैं, ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण दिवस नियमित आयोजित होते हैं, व एएनएम नियमित रूप से क्षेत्र भ्रमण करती है, पीएचसी व उप स्वास्थ्य केंद्र स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान कर रहे हैं, जननी सुरक्षा योजना व जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम का व्यापक फैलाव है। कुल मिलाकर जन स्वास्थ्य प्रणाली कार्यरत है, निपुण है, तथा मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के अतिरिक्त अन्य स्वास्थ्य सेवाएं भी दी जा रही हैं।

पहले व दूसरे स्तर पर शामिल पहलुओं के अतिरिक्त, कम्युनिटी एक्शन इस स्तर पर स्वास्थ्य की व्यापक परिभाषा पर केन्द्रित होगा। इस स्तर पर यह मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के अतिरिक्त स्वास्थ्य सेवाओं के शैक्षणिक पक्ष का भी समावेश करेगा।

2

vu|Hkkx

संस्थागत ढ़ांचा व संयोजन

विभिन्न स्तरों पर गठित होने वाली समितियों का संयोजन निम्नवत रहेगाः

rkfydk 1% fofHkUu lfefr;ksa dh lajpuk o la;kstu

lajpuk	la;kstu
jkT; Lrjh; fu;kstu o fuxjkuh lfefr	■ 30% सदस्य राज्य विधान सभा के चयनित प्रतिनिधियों (एमएलए/एमएलसी) में से हों। ■ 15% सदस्य जिला समितियों के गैर–पदाधिकारी सदस्यों में से होंगे। ये सदस्य वार्षिक आवर्तन (रोटेशन) पद्धति अनुसार होंगे जिससे कि राज्य के विविध क्षेत्रों के विभिन्न जिलों का प्रतिनिधित्व हो सके। ■ 20% सदस्य स्वास्थ्य अधिकारों पर कार्यरत राज्य स्तरीय एनजीओ/सीबीओ इत्यादि संगठनों के प्रतिनिधि होंगे जो कि समुदाय आधारित निगरानी प्रक्रिया से जुड़े हों। ■ 25% सदस्य राज्य के स्वास्थ्य विभाग से होंगे। जिसमें कि शासन सचिव, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण; आयुक्त, स्वास्थ्य; स्वास्थ्य सेवा निदेशालय के अन्य आवश्यकता अनुरूप अधिकरी (राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के मिशन निदेशक समेत) व राज्य स्वास्थ्य प्रणाली संदर्भ केंद्र/नियोजन इकाई के तकनीकी विशेषज्ञ शामिल हों। ■ 10% सदस्य अन्य सम्बंधित विभागों व कार्यक्रमों के अधिकारी होंगे जैसे, महिला एवं बाल विकास विभाग, जल एवं स्वच्छता विभाग, व ग्रामीण विकास विभाग के अधिकारी। v/;{k% कोई भी एक चयनित प्रतिनिधि (एमएलए) lfpo% किसी भी एक एनजीओ/सीबीओ का प्रतिनिधि dk;Zdkjh v/;{k% शासन सचिव, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण

ftyk Lrjh; fu;ktu o fuxjkuh lfefr	■ 30% सदस्य जिला परिषद् प्रतिनिधि हों। ■ 25% सदस्य जिला स्वास्थ्य अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधिकारी, सिविल सर्जन अथवा उसी स्तर के कोई अन्य अधिकारी हों। ■ 15% सदस्य ब्लॉक समितियों के गैर–पदाधिकारिक सदस्यों में से हों ■ 20% सदस्य स्वास्थ्य अधिकारों पर कार्यरत एनजीओ/सीबीओ इत्यादि संगठनों से होंगे जो कि जिले में किसी न किसी स्तर पर (पीएचसी/ब्लॉक) समुदाय आधारित निगरानी कार्यक्रम की प्रक्रिया से भी जुड़े हों। ■ 10% सदस्य जिले की अस्पताल प्रबंधन समिति के प्रतिनिधि हों। v/;{k% जिला परिषद् प्रतिनिधि lfpo% किसी भी एक एनजीओ/सीबीओ का प्रतिनिधि dk;Zdkjh v/;{k% मुख्य चिकित्सा अधिकारी अथवा उसी स्तर का अन्य कोई अधिकारी
Cyd Lrjh; fu;ktu o fuxjkuh lfefr	■ 30% सदस्य ब्लॉक पंचायत समिति के सदस्य हों (या तो ब्लॉक पंचायत समिति के अध्यक्ष/अध्यक्षा या उसके सदस्य, कम से कम एक महिला सदस्य अवश्य हो।) ■ 20% सदस्य ब्लॉक की पीएचसी नियोजन व निगरानी समितियों के गैर–पदाधिकारिक सदस्यों में से होंगे। ये सदस्य वार्षिक रोटेशन पद्धति अनुसार होंगे जिससे कि सभी पीएचसी प्रतिनिधित्व कर सकें। ■ 20% सदस्य ब्लॉक में सामुदायिक स्वास्थ्य व स्वास्थ्य अधिकारों पर कार्यरत एनजीओ/सीबीओ इत्यादि संगठनों से होंगे जो कि स्वास्थ्य सेवाओं की निगरानी में भी सम्मिलित हों। ■ 20% सदस्य अधिकारीगण होंगे जैसे कि सम्बंधित ब्लॉक चिकित्सा अधिकारी, खंड विकास अधिकारी (बीडीओ), व चयनित पीएचसी के चिकित्सा अधिकारी। ■ 10% सदस्य सीएचसी स्तरीय रोगी कल्याण समिति के प्रतिनिधि सदस्य हों। v/;{k% ब्लॉक पंचायत समिति प्रतिनिधि lfpo% किसी भी एक एनजीओ/सीबीओ का प्रतिनिधि dk;Zdkjh v/;{k% सम्बंधित ब्लॉक चिकित्सा अधिकारी
ih,plh fu;ktu o fuxjkuh lfefr	■ 30% सदस्य पंचायत संस्थाओं के प्रतिनिधि हों (पीएचसी क्षेत्र की पंचायत समिति के सदस्य)। ■ 20% सदस्य ग्राम स्वास्थ्य कमेटियों के गैर–पदाधिकारिक सदस्यों में से हों। ■ 20% सदस्य पीएचसी क्षेत्र में सामुदायिक स्वास्थ्य व स्वास्थ्य अधिकारों पर कार्यरत एनजीओ/सीबीओ इत्यादि संगठनों के सदस्यों में से हों। ■ 20% सदस्य स्वास्थ्य व पोषण देखभाल सेवा से सम्बंधित हों जिसमें पीएचसी के चिकित्सा अधिकारी, और पीएचसी क्षेत्र से कम से कम एक ए एन एम/नर्स, अवश्य हों। ■ 10% सदस्य पीएचसी स्तरीय रोगी कल्याण समिति के प्रतिनिधि सदस्य हों। v/;{k: पंचायत प्रतिनिधि जो कि आवश्यक रूप से पीएचसी के कार्यक्षेत्र वाली पंचायत समिति से होगा। dk;Zdkjh v/;{k% सम्बंधित पीएचसी के चिकित्सा अधिकारी
xke LokLF; LoPNrk ,oa ik"k.k lfefr	■ गाँव की ग्राम पंचायत के सदस्य ■ आशा, आंगनबाड़ी कार्यकर्ता, ए एन एम ■ स्वयं सहायता समूह की नेता, अभिभावक–शिक्षक समिति (पीटीए)/मातृ–शिक्षक समिति (एमटीए) सचिव, गांव में कार्यरत कोई भी समुदाय आधारित संगठन प्रतिनिधि, उपभोक्ता समूह प्रतिनिधि। v/;{k% पंचायत सदस्य (महिला अथवा एस सी/एस टी सदस्य को प्राथमिकता) l;kt d% आशाय जहाँ आशा उपलब्ध न हो वहां गांव की आंगनबाड़ी कार्यकर्ता।

स्रोतः एनआरएचएम फ्रेमवर्क फॉर इम्प्लीमेंटेशन, 2005–2012

rkfydk 2% fofHkUu fgrHkkfx;k dh vyx&vyx Lrjk ij lkenkf;d iNrkN e Hkfedk o ftEenkfj;k

fgrHkkxh	Hkfedk o ftEenkfj;k
jkT; vk'kk@lkenkf;d çfØ;k lla/ku dæ@jkT; ukMy ,uthvk	■ स्तरों के वर्गीकरण के आधार पर (जैसा कि अनुभाग 1 में मुख्य विशेषताओं के तहत बताया गया है) सामुदायिक पूछताछ व स्वास्थ्य–संस्थान सर्वेक्षण प्रपत्रों को समझना व राज्य के अनुरूप बनाना ■ अध्ययन उपकरणों का स्थानीय भाषा में अनुवाद करना ■ राज्य व जिले हेतु प्रशिक्षकों को चिन्हित व प्रशिक्षित करना
ftyk dE;fuVh ekfcykbtj@ ftyk dk;Øe çc/kd@ ftyk MVk vflLVV@ ftyk Lrjh; ,uthvk	■ जिला प्रशिक्षकों के लिए प्रशिक्षण आयोजित करना। ■ जिला निगरानी व नियोजन समितियों का अभिमुखीकरण करना। ■ जिला अस्पताल/उप–जिला अस्पताल/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र से सूचना (डेटा) के संकलन, मिलान व विश्लेषण करने में सहयोग करना। ■ जन संवाद के आयोजन में सहयोग। ■ चिन्हित हुए मुद्दों/कमियों पर फॉलो–अप कार्यवाही सुनिश्चित करना। ■ विभिन्न ब्लॉक की योजनाओं को जांचना व उनको जिला स्तरीय नियोजन हेतु शामिल करना।
Cy,d fpfdRlk vf/kdkjh@ ukMy vf/kdkjh@ Cy,d dE;fuVh ekfcykbtj@ vk'kk QflfyVVj@ Cy,d ,uthvk	■ ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति सदस्यों का प्रशिक्षण करना। ■ ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति व आशा फैसिलिटेटर को ग्राम व स्थानीय स्वास्थ्य संस्थान रिपोर्ट कार्ड तैयार करने हेतु सहयोग प्रदान करना। ■ ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति के सदस्यों का मासिक बैठकों के दौरान मार्ग–दर्शन करना। ■ ब्लॉक निगरानी व नियोजन समिति को अभिमुख करना। ■ सूचना संकलन, मिलान व विश्लेशण में मदद करना। ■ जन संवाद के आयोजन में सहयोग करना। ■ चिन्हित हुए मुद्दों/कमियों पर फॉलो–अप एवं कार्यवाही सुनिश्चित करना। ■ ग्राम स्तरीय योजनाओं का संकलन व उनका ब्लॉक स्तरीय योजना बनाने में प्रयोग करना।
xke LokLF;] LoPNrk ,o iks"k.k lfefr@ ipk;rh jkt lLFkk çfrfuf/k@ Lo;a lgk;rk lsg@ lenk; vk/kkfjr lxBu	■ आशा/आशा फैसिलिटेटर/ एनजीओ/ सीबीओ के माध्यम से समुदाय आधारित पूछताछ व स्वास्थ्य केंद्र सर्वेक्षणों को आयोजित करना। ■ रिपोर्ट कार्ड तैयार करना। ■ समुदाय के साथ रिपोर्ट कार्ड परिणामों को साझा करना व उभरी कमियों/मुद्दों को पीएचसी स्तर पर सुलझाने हेतु प्रस्तुत करने के लिए चिन्हित करना। ■ सेवा प्रदाता द्वारा स्वास्थ्य सेवा के दौरान अथवा सेवा के बाद उपजे प्रतिकूल परिणाम वाले मामलों में देखभाल/सेवा देने से इनकार के मामलों को प्रस्तुत करना। ■ रिपोर्ट कार्ड के परिणामों के आधार पर ग्राम स्वास्थ्य योजना तैयार करना।

3 vuHkkx

‘कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ’ के लिए उपकरण (टूल्स)

सामुदायिक पूछताछ व स्वास्थ्य केंद्र सेवा आकलन की प्रक्रियाएं संरचित उपकरणों (टूल्स) के माध्यम से की जाएँगी व वर्ष में दो बार इनका आयोजन किया जायेगा। ये उपकरण इस तरह से बनाये गए हैं कि समुदाय प्रतिनिधि, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत सोचे गये सेवा वितरण के मानकों, पात्रता व सेवा गारंटी को सरलता के साथ समझ सकें। इस प्रकार ‘जागरूक समुदाय’ एवं स्वास्थ्य कार्मिकों के मध्य संवाद संभव होता है जिसमें स्टाफ, दवाइयां, मूलभूत सुविधाएँ, सेवाओं की गुणवत्ता, व विभिन्न सेवाओं एवं पात्रताओं तक पहुँच आदि मुद्दों पर चर्चा की जाती है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत सेवा गारंटियां और राज्यों द्वारा सुनिश्चित की गईं अतिरिक्त गारंटियों में समय–समय पर संशोधन किया जाता है व अमूमन एक राज्य से दूसरे राज्य में इनमें अंतर होता है। ये एक बेहद ज़रुरी कार्य है कि एक राज्य के भीतर सभी गारंटियों को चिन्हित व सूचीबद्ध किया जाये जिससे उस जानकारी के आधार पर समुदाय को प्रेरित किया जा सके तथा समुदाय व स्वास्थ्य केंद्र आधारित पूछताछ के लिए टूल्स लागू किये जा सकें। एजीसीए सचिवालय राज्यों को ‘कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ’ पर उनके अनुरूप प्रक्रियाएं पहचानने एवं अपनाने में पूर्ण सहयोग व मार्गदर्शन देगा।

‘कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ’ के लिए तैयार अध्ययन उपकरणों के तहत बने प्रपत्र समुदाय प्रतिनिधियों को स्वास्थ्य सेवाओं से जुड़े विभिन्न मुद्दों पर सूचनाओं का संकलन व तुलना करने में सहयोग प्रदान करेंगे। विभिन्न राज्यों में सामुदायिक निगरानी हेतु संरचित उपकरणों के प्रयोग से जुड़े अनुभवों का संलग्नक 1 में उल्लेख किया गया है।

midj.kk d vo;o

उपकरणों के तहत दो प्रकार के प्रपत्रों का प्रयोग किया गया है जिसमें से एक समुदाय के लिए व दूसरा स्वास्थ्य केन्द्रों हेतु प्रयुक्त किया जायेगा (तालिका 3)। समुदाय हेतु प्रपत्रों में मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सम्बन्धी हकदारी, किशोर स्वास्थ्य, गांव में उपलब्ध सामान्य स्वास्थ्य सेवाएँ व आईसीडीएस से जुड़े पक्ष समाहित किये गए हैं। स्वास्थ्य केंद्र सम्बन्धी प्रपत्र विभिन्न स्तरों जैसे कि; उप–स्वास्थ्य केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी), सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी), व आंगनबाड़ी केंद्र आदि पर दी जाने वाली सेवाओं से सम्बंधित हैं। प्रपत्रों का विवरण तथा उनको काम में कैसे लिया जायेगा– के बारे में ‘उपयोगकर्ता संदर्भ पुस्तिका’ में विस्तृत रूप से समझाया गया है। यह उपयोगकर्ता संदर्भ पुस्तिका पीएचसी, ब्लॉक और जिला स्तर पर गठित निगरानी व नियोजन समितियों तथा वीएचएसएनसी सदस्यों के उपयोग हेतु तैयार की गयी है।

rkfydk 3% lenk; o LokLF; dæ Lrj ij lpuk d lidyu dk rjhdk o lEcf/kr çi= dk fooj.k

lenk; gr midj.k					
Øe l	v/;;u midj.k ¼Vy½	rjhdk	mÙkjnkrk	mÙkjnkrkvk dh l[;k	çi= l[;k
1	मातृ स्वास्थ्य सेवायें	व्यक्तिगत साक्षात्कार	वे माताएं जिनका पिछले छह माह में प्रसव हुआ हो	प्रति गांव 5 महिलाएं (3 गरीब/वंचित समुदाय से व 2 सामान्य वर्ग से)	प्रपत्र संख्या–1
2	आशा हेतु सहयोगी सेवाएँ	व्यक्तिगत साक्षात्कार	आशा	क्षेत्र की समस्त आशाएं	प्रपत्र संख्या–2
3	किशोर स्वास्थ्य सेवाएँ	केन्द्रित समूह चर्चा	11–19 वर्ष के स्कूल जाने वाले व नहीं जाने वाले दोनों प्रकार के किशोरों का मिश्रित समूह	प्रति गांव 1 समूह प्रति समूह 8–10 किशोर	प्रपत्र संख्या–3
4	ग्राम स्वास्थ्य सेवाएँ	केन्द्रित समूह चर्चा	10–12 महिलाओं –पुरुषों का मिश्रित समूह	प्रति गांव 2 समूह (एक समूह वंचित समुदाय से व एक समूह सामान्य वर्ग से)	प्रपत्र संख्या–4
5	बाल स्वास्थ्य सेवाएँ	व्यक्तिगत साक्षात्कार	0–2 वर्ष की आयु के बच्चों की माताएं	प्रति गांव 5 माताएं (3 गरीब/वंचित समुदाय से व 2 सामान्य वर्ग से होंगीं।)	प्रपत्र संख्या–5
6	आई सी डी एस सेवाएँ	केन्द्रित समूह चर्चा	0–6 वर्ष की आयु के बच्चों की माताएं	प्रति गांव 1 समूह (यदि वहां दलित/ अल्पसंख्यक समुदाय हो तो एक अलग समूह चर्चा आयोजित की जा सकती है)	प्रपत्र संख्या–6
7	आंगनबाड़ी केंद्र	व्यक्तिगत साक्षात्कार/ अवलोकन	आंगनबाड़ी कार्यकर्ता	प्रति आंगनबाड़ी केंद्र 1 कार्यकर्ता	प्रपत्र संख्या–7
8	मिड डे मील व स्कूल स्वास्थ्य योजना	केन्द्रित समूह चर्चा	5–10 विद्यार्थी (6–14 आयु वर्ग के)	प्रति स्कूल 1 समूह	प्रपत्र संख्या–8
LokLF; dæ gr midj.k					
9	उप स्वास्थ्य केंद्र	व्यक्तिगत साक्षात्कार/ अवलोकन	एएनएम	प्रति उप स्वास्थ्य केंद्र 1 एएनएम	प्रपत्र संख्या–9*
10	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी)	व्यक्तिगत साक्षात्कार/ अवलोकन	चिकित्सा अधिकारी	प्रति पीएचसी 1	प्रपत्र संख्या– 10*
11	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी)	व्यक्तिगत साक्षात्कार/ अवलोकन	वरिष्ठ चिकित्सा अधिकारी	प्रति सीएचसी 1	प्रपत्र संख्या– 11
12	स्वास्थ्य केंद्र से सेवा प्राप्त कर बाहर आनेवाले मरीजों से साक्षात्कार	व्यक्तिगत साक्षात्कार	मरीज/ परिचारक (साथ में आया व्यक्ति)	प्रति केंद्र 5 व्यक्ति जिनमें से कम से कम तीन महिलाएं हों।	प्रपत्र संख्या–12

*सामुदायिक प्रक्रियाओं के लिए दिशानिर्देश, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार 2013 अनुसार।

midj.kk@çi=k d ç;kx dk rjhdk

सामुदायिक निगरानी की प्रक्रिया में दो प्रकार के उपकरणों का प्रयोग किया गया है जिसमें समुदाय व स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर उपलब्ध सेवाओं व हकों के बारे में पूछताछ हेतु प्रश्न सम्मिलित हैं। सेवाओं के बारे में समुदाय की प्रतिक्रिया को व्यक्तिगत साक्षात्कार तथा केन्द्रित समूह चर्चा के माध्यम से जाना जायेगा।

समुदाय स्तरीय प्रपत्र ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति (वीएचएसएनसी) सदस्यों द्वारा भरे जायेंगे, जबकि स्वास्थ्य–केंद्र सम्बन्धी प्रपत्र प्रत्येक स्तर पर सम्बंधित संस्थान की निगरानी व नियोजन समिति (पीएमसी) सदस्यों द्वारा भरे जायेंगे। प्रत्येक प्रश्न के लिए प्राप्त उत्तर को निम्न रूप से अंकित किया जायेगा–

अच्छा – हरा रंग

औसत – पीला रंग

खराब – लाल रंग

व्यक्तिगत साक्षात्कार लेते समय वीएचएसएनसी/पीएमसी सदस्य, प्राप्त प्रतिक्रियाओं को उनके उत्तर के आधार पर सम्बंधित रंग के डिब्बे में सही का निशान लगाएंगे। जबकि, समूह चर्चाओं के दौरान समूह सदस्यों को आपसी विचार–विमर्श करके सामूहिक रूप से एक निष्कर्ष पर पहुँचने में मदद की जाएगी व तदुपरांत उनका उत्तर अंकित किया जायेगा। चर्चाओं से प्राप्त परिणामों को समुदाय की बड़ी सभा में पुष्टि हेतु प्रस्तुत किया जायेगा।

पूछताछ की यह गतिविधि वर्ष में दो बार आयोजित की जाएगी तथा इसको 'कब किया जायेगा' के बारे में तय करते समय प्रोग्राम इम्प्लीमेंटेशन प्लान (पीआईपी) निर्माण की प्रक्रिया को ध्यान में रखना होगा। इससे, समुदाय आधारित निगरानी प्रक्रिया (सीबीएमपी)/'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' से प्राप्त सुझावों/संकेतों को पीआइपी में समावेशित करने में मदद मिलेगी।[2]

xke o LokLF; dæ Lrjh; fjikV dkM dk ldyu

इस स्तर पर पूछताछ से संकलित जानकारी को निम्नवत प्रस्तुत किया जायेगाः

- ग्राम स्वास्थ्य रिपोर्ट कार्ड (तालिका 5 अनुसार)
- स्वास्थ्य केंद्र रिपोर्ट कार्ड (तालिका 6 अनुसार)

ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति सदस्यों अथवा निगरानी व नियोजन सदस्यों द्वारा विभिन्न रंगों के डिब्बों की संख्या की गणना के आधार पर सूचनाओं/डेटा का मिलान किया जायेगा। विभिन्न सेवाओं के लिए प्रपत्रों में प्राप्त स्कोर का मिलान किया जायेगा व रिपोर्ट कार्ड तैयार किया जायेगा (तालिका 5 व 6)। डेटा/जानकारी का मिलान तालिका 4 में दिए गए रंग निर्धारण के आधार पर निर्भर करेगा।

rkfydk 4% jx fu/kkj.k dk vk/kkj

vk/kkj	vfre fu/kkjd jx
यदि 'हरे' रंग के सही के निशान 75% से अधिक हैं तो	हरा
यदि 'हरे' रंग के सही के निशान 50–74% के बीच हैं तो अथवा यदि 'हरे' रंग के सही के निशान 50% से कम हैं लेकिन हरे व पीले सही के निशानों की कुल संख्या लाल रंग से अधिक है तो	पीला
हरे व पीले रंग के सही के निशानों की कुल संख्या लाल रंग से कम है तो	लाल

प्रत्येक गांव के लिए रिपोर्ट कार्ड बन जाने के बाद ये हर अगले स्तर पर अर्थात पीएचसी, ब्लॉक, व जिला स्तर पर संचित (क्यूमूलेटिव) रिपोर्ट कार्ड की भांति तैयार किये जायेंगे। ये ही प्रक्रिया स्वास्थ्य केन्द्रों के रिपोर्ट कार्ड संचित करने में अपनाई जाएगी।

---

[2]इसके पीछे प्रमुख तर्क यह है कि नियमित निगरानी, नियोजन व उसके बाद अनुवर्ती (फॉलो–अप) क्रियाओं के मध्य संतुलन कायम करना जो कि पूछताछ की सम्पूर्ण प्रक्रिया में समुदाय की बन रही रुचि को बनाये रखने तथा स्वास्थ्य तंत्र को समुदाय जनित मुद्दों पर प्रतिक्रिया देने के लिए समय देगा। पूरी प्रक्रिया को इस प्रकार समयबद्ध किया जाये कि कार्यवाही से उपजी योजना को जिले व राज्य स्तर पर होने वाली पीआइपी प्रक्रिया में समावेशित किया जा सके।

rkfydk 5% xke LokLF; fjikV dkM

ØA l	LokLF; lok, o eq	vPNk	vkl r	[kjkc
1	ekr LokLF; lok,			
	गर्भावस्था देखभाल			
	प्रसव			
	प्रसव पश्चात् देखभाल			
	परिवार नियोजन			
	जननी सुरक्षा योजना पात्रता			
	जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम			
2	fd'kkj LokLF; lok,			
3	vk'kk gr lg;kxh lok,			
4	lkekU; LokLF; lok,			
	सेवायों की गुणवत्ता			
	बीमारी/रोग निगरानी			
	उपचार सेवाएँ			
	मुक्त (अनटाइड) राशि			
5	cky LokLF; lok,			
	टीकाकरण			
	बाल्यावस्था की बीमारियाँ			
6	vkblhMh,l lok,			
	पोषाहार सुनिश्चितता			
	वृद्धि निगरानी			
	रेफरल सेवाएँ			
	अन्य सेवाएँ			
	समुदाय की सहभागिता			
	भेदभाव			
7	feM&M ehy o 'kkyk LokLF; dk;Øe			
	मिड–डे मील/ मध्यान भोजन सेवाएँ			
	स्कूल स्वास्थ्य			
8	vk'kk dh dk;ç.kkyh d ckj e /kkj.kk[3]			

[3]इस बात का ध्यान रखा जाये कि आशा की कार्यप्रणाली के बारे में अनुभव को मातृ स्वास्थ्य, किशोर स्वास्थ्य, सामान्य स्वास्थ्य, व बाल स्वास्थ्य सेवाएँ सम्बन्धी सभी प्रपत्रों से समेकित किया जायेगा।

rkfydk 6% LokLF; dæ fjikV dkM

Øe	çi=@e|í	अच्छा	औसत	खराब
1	lkeqnkf;d LokLF; dæ ¼lh,plh½			
	मातृ स्वास्थ्य सेवायें			
	परिवार नियोजन सेवायें			
	उपचार सेवायें			
	आउटरीच सेवायें			
	आधारभूत सुविधाएँ			
	दवाइयों, व अन्य गैर–चिकित्सकीय सामग्रियों की उपलब्धता			
	मानव संसाधन			
	जवाबदेही			
	मातृ एवं शिशु मृत्यु समीक्षा			
2	çkFkfed LokLF; dæ ¼ih,plh½			
	vk/kkjHkr lfo/kkvk dh miyC/krk			
	LVkQ dh miyC/krk			
	lkekU; lok;i			
	दवाओं की उपलब्धता			
	उपचार सेवाओं की उपलब्धता			
	प्रजनन एवं मातृ स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता			
	बच्चों की देखभाल एवं टीकाकरण सेवाएँ			
	प्रयोगशाला सम्बन्धी एवं महामारी प्रबंधन सेवाएँ			
3	mi&LokLF; dæ			
	स्टाफ की उपलब्धता			
	आधारभूत सुविधाओं की उपलब्धता			
	स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता			
4	lokvk dh x|.koÙkk ¼,fXtV bVj0;½			

4

vu|Hkkx

रिपोर्ट कार्ड को साझा करना व अनुवर्ती (फॉलो-अप) क्रियाएं

ग्राम व स्वास्थ्य–संस्थान रिपोर्ट कार्ड तैयार हो जाने के बाद ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति द्वारा ग्राम सभा स्तर की एक बैठक का आयोजन किया जायेगा जिसमें सभी गांव वासियों, सामुदायिक संगठन प्रतिनिधि, स्वयं सहायता समूह सदस्य, आशा, एएनएम, व आंगनबाड़ी कार्यकर्ता इत्यादि को बुलाया जायेगा। इस बैठक में समिति के अध्यक्ष द्वारा रिपोर्ट कार्ड के परिणामों को सभी को बताया जायेगा, कमियों पर चर्चा की जाएगी व सुधार हेतु किये जा सकने वाले आवश्यक समाधानों को चिन्हित किया जायेगा। तदुपरांत एक कार्य–योजना सामने आ सकेगी। योजना तैयार करने हेतु नियोजन पत्रक का उपयोग किया जा सकता है जिसको नमूने के तौर पर तालिका –7 में दिया गया है।

vuqorhZ dk;Zokgh ¼Q,yks&vi½ grq ;kstuk

- स्थानीय स्तर पर तैयार की गयी कार्य–योजना का ग्राम स्तर पर पालन हो रहा है अथवा नहीं। यह कार्य ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति की मासिक बैठक के दौरान किया जा सकता है।
- जिन मुद्दों का ग्राम स्तर पर समाधान संभव न हो पा रहा हो उन्हें पीएचसी स्तर पर प्रस्तुत किया जायेगा तथा ब्लाक स्तरीय कार्य–योजना में सम्मिलित किया जायेगा।

rkfydk 7% fu;kstu i=d

dfe;k ¼fjiksVZ dkMZ esa ykyo ihys jax esa fpfUgr½	dfe;ksa dk dkj.k	lEHkkfor lek/kku	mÙkjnkf;Ro	le;&lhek	okfNr lg;ksx
अ.					
ब.					
स.					

कुछ मुद्दों का समाधान स्थानीय स्तर पर ही मिल जायेगा, परन्तु कुछ मुद्दे ऐसे होंगे जिनका स्थानीय स्तर पर हल संभव नहीं हो पायेगा और जिनको अगले स्तर पर प्रस्तुत करने की आवश्यकता पड़ेगी। उदाहरणतः,

अ) स्थानीय सेवा वितरण सम्बन्धी कमियांः एएनएम का अनियमित क्षेत्र भ्रमण, ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवसों पर अत्यंत सीमित सेवाओं की उपलब्धता, गांव की सभी महिलाओं व बच्चों तक सेवाओं का न पहुंच पाना, आंगनबाड़ी केंद्र पर पोषाहार की अनियमित उपलब्धता, इत्यादि मुद्दे स्थानीय स्तर पर व फील्ड स्टाफ के स्तर पर ही सुलझाये जा सकते हैं।

ब) आधारभूत सुविधाओं/दवाइयों/उपकरणों इत्यादि सम्बन्धी मुद्देः जैसे कि उप–स्वास्थ्य केंद्र की खराब स्थिति होना, या रक्तचाप (बीपी) जांचने के खराब उपकरण जिसे ठीक कराने के लिए मामूली फण्ड की ज़रूरत होगी, जिसके लिए अनटाइड फण्ड का उपयोग किया जा सकता है। हांलाकि, वे मुद्दे जिनके लिए बड़ी राशि की आवश्यकता हो सकती है जैसेः स्वास्थ्य केंद्र के भवन की मरम्मत, दवाइयों की खरीद इत्यादि मुद्दे प्रोग्राम इम्प्लीमेंटेशन प्लान (पीआईपी) में शामिल किये जा सकते हैं।

> एक बार जब ग्राम स्तर पर रिपोर्ट कार्ड सबके साथ साझा कर लिए जाते हैं, अगले चरण में पीएचसी व ब्लॉक स्तरीय रिपोर्ट कार्ड (संचित ग्राम रिपोर्ट कार्ड व संस्थान रिपोर्ट कार्ड) को साझा करने के लिए ब्लॉक स्तर पर जन सुनवाई का आयोजन किया जायेगा।

एक बार ग्राम स्तर पर रिपोर्ट कार्ड सबके साथ साझा कर लेने के बाद, अगले चरण में पीएचसी व ब्लॉक स्तरीय रिपोर्ट कार्ड (संचित ग्राम रिपोर्ट कार्ड व स्वास्थ्य संस्थान रिपोर्ट कार्ड) को साझा करने के लिए ब्लॉक स्तर पर जन संवाद का आयोजन किया जायेगा। जन संवाद आयोजन की प्रक्रिया को 'उपयोगकर्ता सन्दर्भ पुस्तिका' में विस्तार से स्पष्ट किया गया है।

çfrfØ;k ¼QhMcSd½ 0;oLFkk

रिपोर्ट कार्ड से प्राप्त सूचनाओं व प्रतिक्रियाओं के आधार पर सुधारात्मक उपाय किए जा सकते हैं। इसके लिए निम्न चरणों को ध्यान में रखना होगा–

- रिपोर्ट कार्ड के परिणामों पर व अनुवर्ती (फॉलो–अप) कार्यवाही हेतु ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति, ग्राम सभा, पीएचसी–ब्लॉक–जिला स्तरीय निगरानी व नियोजन समितियों, रोगी कल्याण समिति, व जिला स्वास्थ्य समिति की बैठक में चर्चा करना।
- ब्लॉक व जिला स्तर पर कार्यक्रम प्रबंधकों के पास उपलब्ध सर्वेक्षण डेटा तथा एचएमआइएस (HMIS) डेटा के साथ कम्युनिटी एक्शन से प्राप्त डेटा का मिलान (ट्राईअंग्युलेशन) करना।
- पीएचसी–ब्लॉक–जिला स्तरीय निगरानी व नियोजन समितियों की बैठकों में पोषण, जल एवं स्वच्छता, तथा शिक्षा इत्यादि विभागों के प्रतिनिधियों को शामिल करना क्योंकि कम्युनिटी एक्शन के प्रपत्रों में इन विभागों से सम्बन्धी प्रश्न/मुद्दे भी शामिल किये गए हैं।

5 vuHkkx क्षमता-निर्माण

'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' को सभी स्तरों पर सफलतापूर्वक लागू करने के लिए राज्य स्तर पर तय किये गए प्रशिक्षण प्रारूप के अनुसार ही क्षमता–निर्माण कार्यक्रमों को अपनाया जायेगा। प्रशिक्षणों का कई स्तरों पर आयोजन किया जायेगा।

- राष्ट्रीय एजीसीए सचिवालय द्वारा राज्य स्तरीय दक्ष–प्रशिक्षकों को तैयार किया जाएगा।
- राज्य स्तरीय दक्ष–प्रशिक्षक, जिला स्तरीय प्रशिक्षकों का दल तैयार कर प्रशिक्षित करेंगें। इस दल में जिले के विभिन्न ब्लॉक से व्यक्तियों को (3 प्रति ब्लॉक) प्रशिक्षण हेतु शामिल किया जायेगा।

कम्युनिटी एक्शन के क्रियान्वयन के लिए मूलभूत आवश्यकता यह है कि जन–सेवाओं की निगरानी सम्बन्धी प्रपत्र (टूल) को ग्राम स्तर तक काम में लेने के लिए उन्हें व्यवस्थित रूप से स्थापित किया जाये, जैसा कि सामुदायिक प्रक्रियाओं हेतु दिशानिर्देशिका में भी स्पष्ट है।

- तत्पश्चात, तैयार जिला स्तरीय प्रशिक्षक समूह ब्लॉक कम्युनिटी मोबिलाईजर, आशा फैसिलिटेटर, व उप–जिला स्तर पर चयनित आशाओं को प्रशिक्षित करेगा।
- जिला स्तरीय प्रशिक्षक, ब्लॉक कम्युनिटी मोबिलाईज़र, आशा फैसिलिटेटर, व आशा के सहयोग से प्रत्येक ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति से पांच सदस्यीय टीम को प्रशिक्षित करेंगें।

राज्य व जिला प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण आशा व ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति प्रशिक्षण हेतु तय किये गए राज्य प्रशिक्षण स्थलों/केन्द्रों पर आयोजित किया जायेगा। ब्लॉक कम्युनिटी मोबिलाईज़र, आशा फैसिलिटेटर, व आशा का प्रशिक्षण उप–जिला/ब्लॉक स्तर पर आयोजित किया जायेगा। राज्य व जिला प्रशिक्षकों हेतु व्यक्तियों को क्षेत्र की गैर–सरकारी संस्थाओं से चुना जा सकता है। आवश्यकता पड़ने पर प्रशिक्षणों को योग्य गैर–सरकारी संस्थाओं के साथ मिलकर भी आयोजित किया जा सकता है।

राज्य स्तर पर विविधताएं मौजूद हैं, चाहे वह ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति और निगरानी व नियोजन समितियों के सदस्यों का प्रशिक्षण हो, या गैर सरकारी संगठनों की भागीदारी सहित सहयोगी ढांचे हों। कम्युनिटी एक्शन के क्रियान्वयन के लिए मूलभूत आवश्यकता है कि जन–सेवाओं की निगरानी उपकरण/ प्रपत्र (टूल्स) को अंतिम स्तर तक काम में लेने के लिए उन्हें व्यवस्थित रूप से स्थापित किया जाये। ये प्रपत्र आशा व आशा फैसिलिटेटर के सहयोग से ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति सदस्यों द्वारा भरे जाने हैं। ये प्रपत्र समुदाय व स्वास्थ्य विभाग दोनों ही के लिए सीखने/जानकारी प्राप्त करने का अवसर प्रदान करेंगें। जैसे–जैसे राज्य 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' की प्रक्रिया में सहज होते जाएँ, वे तालिका 3 में दिए गए प्रपत्रों के साथ आगे बढ़ सकते हैं।

ऐसे इलाके जो दूरस्थ हैं व पहुँच के बाहर हैं तथा साथ ही जहाँ जन स्वास्थ्य सेवाएं कमज़ोर हैं, अपर्याप्त मानव संसाधन है, आशा व ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति सदस्यों के प्रशिक्षण की व्यवस्था नहीं है, योग्य एनजीओ व सामुदायिक संगठनों का अभाव है, सामुदायिक प्रक्रियाओं के लिए सहयोगी व्यवस्था अनुभवहीन है, सेवा गारंटी व स्वास्थ्य हकों की पूर्ति सुनिश्चित नहीं हो पाती है, उन क्षेत्रों में 'कम्युनिटी एक्शन' के लिए आवश्यक व्यवस्था को धीरे–धीरे क्रमिक रूप से क्रियान्वित करना होगा। इस स्तर पर कम्युनिटी एक्शन का लक्ष्य स्वास्थ्य सेवाओं के लिए मांग पैदा करना, सेवाओं की उपलब्धता सम्बन्धी महत्वपूर्ण कमियों को उजागर करना होगा ताकि स्वास्थ्य तंत्र द्वारा इनके बारे में सोचा जा सके व सुधारात्मक उपायों को लागू किया जा सके।

lyXud 1

dE;fuVh ,D'ku dk;Øek dk dN mnkgj.k

^dE;fuVh ,D'ku Q,j gYFk* dk;Øe] rfeyukM

तमिलनाडु में 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थ' कार्यक्रम को SOCHARA (सोसायटी फॉर कम्युनिटी हेल्थ अवेयरनेस, रिसर्च एंड एक्शन) संस्था द्वारा क्रियान्वित किया गया। कार्यक्रम के प्रायोगिक चरण में राज्य के पांच जिलों के 14 ब्लॉक के 446 पंचायतों को शामिल किया गया था।

कार्यक्रम के तहत ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति के सदस्यों को समुदाय स्तर पर जांच करने हेतु प्रयोग किये जाने वाले प्रपत्रों के बारे में प्रशिक्षित किया गया। सदस्यों द्वारा निगरानी प्रक्रिया के जरिये एकत्रित की गयी सूचनाओं को पंचायत स्तरीय रिपोर्ट कार्ड में शामिल किया गया व ग्राम पंचायत बैठक में प्रस्तुत किया गया। छह महीने में एक बार ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति के सदस्य उप–स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र पर उपलब्ध सेवाओं की निगरानी करते थे। इसके साथ ही प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र पर सेवा प्राप्त करके बाहर आनेवाले मरीजों परिचारकों के साथ एग्जिट इंटरव्यू भी लिए गए। उनसे कहा जाता कि वे सेवाओं के प्रति अपनी संतुष्टता को समझ कर रंग के माध्यम से प्रतिक्रिया दें– हरा रंग यदि आप पूरी तरह से संतुष्ट हैं, अन्यथा लाल रंग अर्थात आप संतुष्ट नहीं हैं। समस्त प्रतिक्रियाओं को चयनित प्रतिनिधियों, एवं ब्लॉक/जिला स्तरीय स्वास्थ्य अधिकारियों के समक्ष विश्लेषण हेतु रखा जाता व सम्बंधित चिकित्सा संस्थान के चिकित्सा अधिकारी प्रभारी को रिपोर्ट प्रस्तुत की जाती। मरीजों को भी कागज़ पर अपना फीडबैक लिखने के लिए प्रेरित किया गया जिसको अंततः, संस्थान स्तर के नियोजन में सुधार हेतु शामिल किया गया।

कुछ जिलों में इस प्रक्रिया को तालुका स्तर के अस्पतालों व जिला अस्पतालों में भी क्रियान्वित किया गया। पंचायत स्वास्थ्य नियोजन दिवस (छह माह में एक बार) के अवसर पर अध्यक्ष, पंचायत वार्ड सदस्य व समुदाय के सदस्यों के सामने पंचायत रिपोर्ट कार्ड के नतीजों को बांटा जाता था। ग्राम नर्स व पीएचसी चिकित्सा अधिकारी सहित सभी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को इस बैठक हेतु बुलाया जाता व स्वास्थ्य सेवाओं के लिए संतुष्टता की रंग आधारित प्रतिक्रिया पर चर्चा की जाती। इस नियोजन बैठक का उद्देश्य होता था कि किस प्रकार आगामी छह माह में 'लाल' को 'हरे' में बदला जाये। सुधार हेतु चिन्हित किये गए मुद्दों में से सभी उपस्थित सदस्यों की सहमति से दो–तीन मुद्दों को तय किया जाता ताकि उनके सुधार हेतु कार्य योजना बनायीं जा सके। योजनार्थ लिए गए निर्णयों को एक योजना प्रारूप में ढाला जाता जिसमें समय–सीमा व जिम्मेदारियों का स्पष्ट उल्लेख किया जाता था।

LoLFk ipk;r ;ktuk] NÙkhlx<

राज्य में ग्राम स्वास्थ्य सेवाओं की निगरानी करने के लिए स्वस्थ पंचायत योजना के तहत 29 प्रश्नों की अनुसूची का प्रयोग किया गया व साथ ही गांव में होने वाले जन्म और मृत्यु को दर्ज करने के लिए एक रजिस्टर भी बनाया गया। इस प्रकार की निगरानी से प्रत्येक माह दो या तीन मुद्दों को सुधार हेतु चिन्हित किया जाता, उनके कारणों को विश्लेषित किया जाता व संभावित समाधानों की योजना तैयार की जाती। योजना निर्माण की प्रक्रिया में महत्वपूर्ण बात ये होती थी कि समय–अवधि व ज़िम्मेदारी निर्धारण का स्पष्ट उल्लेख किया जाता है। इसके अतिरिक्त 12–16 ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समितियों का एक 'संकुल' बनाया गया और इन संकुलों की प्रति माह बैठक आयोजित की जाती। इस मंच से फायदा यह हुआ कि विभिन्न गांवों की ऐसी समस्याएं जो कि सभी के लिए समान हैं व जिनके लिए स्वास्थ्य विभाग के उच्च स्तरीय अधिकारियों के हस्तक्षेप की आवश्यकता होती है, उनकी पहचान और निराकरण करने में सुगमता हो गयी। इन प्रक्रियाओं को गाँव और संकुल स्तर से ब्लॉक तक ले जाने के लिए ब्लॉक स्तर पर वर्ष में दो बार जन संवाद या स्वस्थ पंचायत सम्मेलन आयोजित किये जाते हैं।

राज्य स्वास्थ्य संदर्भ केंद्र (एसएचआरसी) द्वारा वार्षिक सर्वेक्षण का आयोजन किया जाता है जिन्हें स्वस्थ पंचायत सर्वे कहते हैं। इस सर्वे का उद्देश्य ग्राम व पंचायत स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति का आकलन करना है। इस सर्वे के तहत मितानिन प्रशिक्षकों द्वारा, 10 सूचकांकों के आधार पर, ढाणी/मगरा/पुरवा/खेड़ा (हैमलेट) स्तर पर प्रत्येक घर से व ढाणी/मगरा/पुरवा/खेड़ा–बैठकों के जरिये सूचनाओं का संकलन किया गया। सर्वे में पूर्वाग्रह की सम्भावना को शून्य करने की दृष्टि से मितानिन प्रशिक्षक अपने कार्य–स्थल जिले में सर्वे का कार्य न कर एक–दूसरे के जिले में करते हैं। इस सूचना से पंचायत स्तर का स्कोर कार्ड तैयार किया जाता है जिसे पंचायत के सरपंच को प्रस्तुत किया जाता है। इससे सरपंच को दिशा मिलती कि किन मुद्दों को प्राथमिकता के तौर पर सुधार हेतु चयन करना है। इसके साथ ही ढाणी/मगरा/पुरवा/खेड़ा स्तर के आंकड़ों का विश्लेषण राज्य स्तर पर किया जाता है ताकि पंचायत स्तरीय समेकित सूचकांक के साथ–साथ पंचायत– स्तरीय समग्र स्वास्थ्य व मानव संसाधन सूचकांक भी प्राप्त किये जा सकें। इसके बाद इन आधारों पर ब्लॉक स्तर पर पंचायतों को श्रेणी (रैंक) प्रदान की जाती व उच्च स्थान प्राप्त करने वाली पंचायत को नकद पुरस्कार प्रदान किया जाता ताकि वे और उत्कृष्ट कार्य करने के लिए प्रोत्सहित हो सकें।

le|nk; vk/kkfjr fu;kt u o fuxjkuh dk;Øe] fcgkj

बिहार में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत वर्ष 2011 से, राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार व स्वयं सेवी संगठनों की सहभागिता से समुदाय आधारित नियोजन व अनुश्रवण कार्यक्रम क्रियान्वित किया गया। कार्यक्रम के तहत पांच जिलों के 300 गाँव शामिल थे।

ग्राम नियोजन व अनुश्रवण समिति, ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता व पोषण दिवस के अवसर पर दी जाने वाली सेवाओं की निगरानी करती। इसके अतिरिक्त नियोजन व निगरानी समिति सदस्य पूर्व–निर्धारित मुद्दों पर स्वास्थ्य सेवाओं की निगरानी हेतु एक पूर्व–निर्मित प्रश्नावली प्रपत्र का प्रयोग करते थे। इस प्रकार से प्राप्त सूचनाओं को ग्राम व पंचायत स्तरीय रिपोर्ट कार्ड में शामिल किया जाता था ताकि सेवाओं की रंग आधारित गणना (अच्छी सेवाओं के लिए हरा रंग, औसत स्तर के लिए पीला रंग व खराब सेवाओं के लिए लाल रंग) कर आकलन किया जा सके। इन दोनों ही स्तर के रिपोर्ट कार्ड को ग्राम व पंचायत स्तर बैठकों में प्रस्तुत किया जाता था तथा समुदाय के साथ संभावित समाधानों पर चर्चा की जाती थी। इस समुदाय स्तरीय पूछताछ के साथ ही स्वास्थ्य केन्द्रों के सर्वे को भी किया जाता ताकि उप–स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर सेवाओं की उपलब्धता व गुणवत्ता का आकलन किया जा सके। इसके साथ ही ब्लॉक व पीएचसी स्तर पर जन संवाद का आयोजन किया जाता जिसके माध्यम से समुदाय व जन–स्वास्थ्य प्रणाली के मध्य परस्पर भागीदारी बढ़ने के साथ ही समुदाय के लोगों, स्थानीय प्रशासन, व स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के मध्य आपसी संवाद का दायरा भी बढ़ा।

ekr` xgk dh fuxjkuh dk;Øe] dukVd

पब्लिक अफेयर्स सेंटर (पीएसी) नामक संस्था ने बेंगलुरु नगरपालिका क्षेत्र के अधीन स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा उपलब्ध करायी जा रही मातृ स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता की निगरानी हेतु एक नया तरीका अपनाया। वर्ष 2000 में संस्था ने प्रसूति गृहों के लिए 'सिटीजन रिपोर्ट कार्ड सर्वे' का काम लिया और इस सर्वे में उन्होंने पाया कि सेवाओं की गुणवत्ता अत्यन्त निम्न दर्जे की है व व्यापक स्तर पर भ्रष्टाचार मौजूद है। वर्ष 2009 में पीएसी ने फॉलो–अप करते हुए अपने साथी संस्थायों के साथ मिलकर पुनः निगरानी प्रयास किया ताकि प्रदान की जा रही सेवाओं की वर्तमान दशा ज्ञात हो।

वर्ष 2010 में ''सिटीजन रिपोर्ट कार्ड' का पहला चरण पूरा हुआ जिसमे बेंगलुरु के नगरपालिका क्षेत्र के 12 प्रसूति गृहों के सर्वे के साथ–साथ स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं एवं उपयोगकर्ताओं के एक प्रकार के फोरम के साथ साक्षात्कार किया गया। इन समस्त स्रोतों से प्राप्त सूचनाओं का संकलन और विश्लेषण कर 'सिटीजन रिपोर्ट कार्ड' बनाया। रिपोर्ट कार्ड के नतीज़ों को बेंगलुरु नगरपालिका प्राधिकारियों को प्रस्तुत किया गया ताकि चिन्हित मुद्दों पर सुधार के लिए पैरवी की जा सके।

---

lkr% 'कम्युनिटी एक्शन फॉर हेल्थः एक्सपीरियंसेस, लर्निंग्स एंड चौलेंजेज़' –मोनोग्राफः पापुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया, नई दिल्ली

इसी दिशा में आगे बढ़ते हुए 'समुदाय स्कोर कार्ड' के बारे में सोचा गया ताकि निगरानी प्रक्रिया में समुदाय को जोड़ा जा सके। समुदाय स्कोर कार्ड के लिए सबसे पहले सूचकांकों को तय किया गया। तीन प्रसूति गृहों में सेवा प्राप्त कर रहे उपयोगकर्ताओं व स्वास्थ्य देखभाल करने वाले कार्मिकों से समूह चर्चा करके स्कोर कार्ड्स को भरा गया। प्रसूति गृहों के स्टाफ, बेंगलुरु नगरपालिका के उच्चाधिकारियों, व सेवा उपयोगकर्ताओं के साथ एक सम्मिलित बैठक में समुदाय स्कोर कार्ड के नतीजों को साझा किया गया व उन पर चर्चा की गयी। परिणामस्वरूप, सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए कार्य योजना का निर्माण संभव हो सका।

ykdk/kkfjr fuxjkuh o fu;kstu] egkjk"V

महाराष्ट्र में वर्ष 2007–09 में पांच जिला में प्रायोगिक परियोजना के तौर पर लोकाधारित निगरानी एवं नियोजन प्रक्रिया (सीबीएमपी) को क्रियान्वित किया गया। वर्तमान में इसके तहत 13 जिलों के 37 ब्लॉक के अधीन 150 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और 680 गाँव जोड़े जा चुके हैं। राज्य नोडल एजेंसी के रूप में 'सपोर्ट फॉर एडवोकेसी एंड ट्रेनिंग टू हेल्थ इनिशिएटिव्स' (साथी) संस्था लोकाधारित निगरानी एवं नियोजन प्रक्रिया का क्रियान्वयन कर रही है। इसके अतिरिक्त लगभग 25 स्वयं सेवी संस्थाएं समुदाय आधारित निगरानी एवं नियोजन प्रक्रिया में अपनी भागीदारी निभा रही हैं।

स्वास्थ्य सेवाओं के लिए समुदाय की प्रतिक्रिया व स्वास्थ्य संस्थान द्वारा प्रदान की जा रही सेवाओं के आकलन के द्वारा से सूचना एकत्रित की जाती है व रिपोर्ट कार्ड तैयार किया जाता है।

- निर्धारित अध्ययन उपकरणों जैसे गहन साक्षात्कार, केन्द्रित समूह चर्चा, केस अध्ययन, व उपलब्ध दस्तावेज़ों की समीक्षा इत्यादि के माध्यम से समुदाय के स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति अनुभवों व प्रतिक्रियाओं का संकलन किया जाता है।
- स्वास्थ्य सेवाओं को प्रदान करने एवं विभिन्न सम्बंधित गतिविधियों को क्रियान्वित करने की स्थिति के आधार पर रिपोर्ट कार्ड में तीन रंग के कोड प्रदान किये गए हैं (हरा रंग 75–100ः सेवाओं की उपलब्धता व गतिविधियों की पूर्णता पर पीला रंग 50–74ः सेवाओं की उपलब्धता व गतिविधियों की पूर्णता परय तथा लाल रंग 1–49 ः सेवाओं की उपलब्धता व गतिविधियों की पूर्णता पर)।
- सभी स्तरों से प्राप्त सूचनाओं/आंकडों को परखा व विश्लेषित किया जाता है ताकि 'सिटीजन रिपोर्ट कार्ड' तैयार किया जा सके जो कि ग्राम, उप–स्वास्थ्य केंद्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर तैयार होता है।
- प्रत्येक निगरानी एवं नियोजन समितियां अपने से उच्च स्तर की समिति को समय–समय पर रिपोर्ट प्रस्तुत करती हैं ताकि उन मुद्दों के लिए समाधान सुनिश्चित किये जा सके जिनके लिए समितियां अपने स्तर पर निदान हेतु अभाव महसूस करती हैं।

अधिक जानकारी के लिए कृपया http://www.nrhmcommunityaction.org/ लिंक देखें।

dE;qfuVh ,D'ku gsrq xfBr lykgdkj lewg ¼,thlh,½

सचिवालय
ikiqys'ku QkmMs'ku v,Q bafM;k
बी–28, कुतुब इन्सिट्टयूशन एरिया, तारा क्रीसेंट
नई दिल्ली–110016, भारत
टेलीफोन: + 91-11-43894100; फैक्स: +91-11-43894199
E-mail: agca@populationfoundation.in
www.nrhmcommunityaction.org

NATIONAL HEALTH MISSION
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

jk"Vªh; LokLF; fe'ku
स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय
भारत सरकार
नई दिल्ली