

MONITORING OF
PUBLIC HEALTH POLICIES & PROGRAMMES

NATIONAL CONSULTATION

Consultation

a report
New Delhi | January 23-24, 2006

Organized by
Centre For Health And Social Justice, New Delhi

Monitoring of Public Health Policies and Programs

National Consultation

English and Hindi Report

Consultation Organised by

Centre for Health and Social Justice, New Delhi

With support from

Packard Foundation, New Delhi

Executive Summary

Context

The Government of India announced the National Rural Health Mission (NRHM) in April 2005, as a mechanism to deliver public health programmes to its citizens through a comprehensive and coordinated approach. This approach acknowledges the gaps in the earlier fragmented vertical programmes, and also includes provisions for greater quality of services, transparency of approach and accountability at all levels. The Reproductive and Child Health Two (RCH 2) is considered the flagship programme of the NRHM and this programme has undergone very rigorous planning in order to ensure greater impact at the ground level. With the National AIDS Control Programme (NACP) 2 drawing to a close the Government initiated a participatory approach to framing the NACP towards the end of 2005, which included the provision of the email based discussion through Solution Exchange. There is evidence that the government is keen to introduce progressive and people oriented policies and programmes, however these may not succeed without a creative mechanism of active and constructive vigilance and monitoring by the civil society so that the policy directions and programme inputs actually lead to more efficient, effective and quality service delivery to the people in the community.

In order to define the need and agenda for such a creative civil society role in the process of ensuring that the public health policies and programmes are able to meet their stated objectives, a two day consultation was organised on the 23 and 24th of January, 2006 in Delhi. This consultation brought together leading civil society actors in the area of public health and HIV/AIDS to deliberate upon issues and options for engaging in this process of creative vigilance.

Objectives

The overall purpose of the consultation was to identify key issues and strategies for monitoring government policies and programmes intended to promote health rights as well as the sexual and reproductive health and rights of the citizens of India. The three main programme areas that were considered for monitoring in the context of existing policies, laws and constitutional provisions were the National Rural Health Mission, the Reproductive and Child Health 2 and the National AIDS Control Programme 3. Within this overall purpose the objectives of the consultation were to

1. Identify key outcomes within each program or approach which has the potential to make the greatest impact on the existing health status of the community
2. Identify potential spaces within existing programme delivery mechanisms which allow for civil society monitoring
3. Identify strategies and partners for effective civil society monitoring

Structure of the Consultation

The Consultation was divided into five sessions. The first four sessions included participants from civil society and the discussions were centred around

- Monitoring Public Health Programme Issues and Experiences
- Potential Spaces and Opportunities for Civil Society Monitoring in NRHM and NACP 3
- Mechanisms for Civil Society Vigilance
- Issues, Strategies and Partnerships for Civil Society Monitoring of Public Health Programmes and Policies

A series of recommendations were drawn up in through the discussions which were then shared with representatives of international organisations (like UNAIDS and WHO) and with national organisations vested with the mandate for monitoring government programmes like the office of the Comptroller and Auditor General (CAG), in the final session.

Detailed proceedings of the meeting are reported later.

Participants

The consultation was attended by 25 persons representing different civil society organisations from across the country, public health specialists, researchers, people's health movement, people living with HIV/ AIDS, programme managers and so on. Many of those present had been participants in the various Government committees and deliberations relating to the NRHM, RCH 2 and the NACP 3 preparatory processes.

Recommendations

Specific Issues and Outcomes which could be monitored

NRHM related

- ASHA Selection
- Village Health Plan and District Health Plan
- Involvement of PRIs
- Mapping Resources for implementation of NRHM
- Public – Private partnerships
- Health financing and cost of healthcare for the poor
- Implementation of Community Monitoring mechanisms and rights education of communities

RCH 2 related

- Implementation of Janani Suraksha Yojna
- Institutional delivery
- Referral Transport mechanisms

Issue Specific

- Role of Home based delivery and Traditional Birth Attendants
- Identify gaps in data e.g. relating to Maternal Health
- Follow up of Supreme Court Guidelines regarding Family Planning operations

NACP 3

- Setting of Indicators and Monitoring and Evaluation procedures
- Inclusion of HIV/ AIDS issues in Village Health Planning

Nature of Civil Society Fora

- Formal institution which can act as the secretariat and assist in coordination

- Loose network with partners
- Larger coalition in alliance with other networks

Recommendations for Immediate Action

- Prepare a review paper of who is doing what (mapping as done above) to understand who among these groups are looking at NRHM or NACP and to explore areas for partnership or skill building
- What are the current institutional mechanisms and opportunities for monitoring within NRHM and NACP3
- Collect State Project Implementation Plans (PIPs)
- Build platforms for Community Monitoring and develop common platforms between groups / individuals working on Public Health – Reproductive Health – HIV
- Identify mechanisms for sharing information
- Track appointment of ASHAs
- Start collecting information on the implementation of NRHM
- Have a similar meeting to review progress – if possible by April 2006

Detailed Report

The Centre for Health and Social Justice organized the National Consultation on Public Health Policies on 23rd–24th January 2006 in Delhi. The participants (see Annexure 1 for list of participants) comprised of leaders of civil society organisations from across the country, public health specialists, researchers, people's health movement, people living with HIV/ AIDS, programme managers and so on. Dr. Abhijit Das, Director, Centre for Health and Social Justice, welcomed the participants and provided the background for holding such a consultative process. He emphasized that public health had been marginalized for long and it is time that it became a primary concern of the country. For a long time family planning and reproductive health had been the main face of the health programme and now in the recent times, there was the new dimension of HIV/AIDS. Dr. Das mentioned that there need to integrate HIV/AIDS programming with primary health care.

A brief round of introduction by all participants led to the first session on sharing positive experiences from different parts of the country. Mr. A.K. Nanda from Population Foundation of India chaired the session.

23rd January - Session One: Monitoring Public Health Program Issues and experiences

Chair : *Mr A R Nanda*

Dr. Abhay Shukla, of SATHI- CEHAT and National Convenor of the People's Health Movement in India (*Jan Swasthya Abhiyan in India*) presented Monitoring Health Services in Rights Perspective, an experience of *Jan Swasthya Abhiyan* (JSA). He began with a brief history of JSA and the need for Right to Health Campaign. The campaign looked at the provisions of the Indian Constitution to right to health. Dr. Shukla focused on the National Public Consultation on Right to Health Care, organized by National Human Right Commission (NHRC) in collaboration with JSA. The main focus was on the 60 documented cases of denial of right to health. The key elements of the campaign were (1) Documenting specific cases of denial of care by public health facilities (2) participatory surveys on what services were available and not available using a checklist, (3) Jan Sunwais or Regional Public Hearing and (5) National Public Hearing. In the regional and national hearings, the National Human Rights Commission was involved, which attracted the government's attention. The NHRC has subsequently issued guidelines to all state governments and to the Government of India for respecting and fulfilling the right to health care. Subsequent outcomes were also visible in the Common Minimum Program, which included the intention to increase the health budget from less than one percent to 2% to 3% of GDP and in the introduction of ASHA (Accredited Social Health Activist). The other initiative taken by JSA was the launching of the collaborative NRHM Watch and People's Rural Health Watch for monitoring RCH II and NRHM.

Ms. Jashodhara Dasgupta made a presentation on Sahayog's experience in *Creating Voice for Demanding Accountability in Uttaranchal- Social Audit as a mechanism for monitoring maternal health outcomes*. In her presentation she described the process of social audit in two districts of Uttaranchal. The presentation underlined the core principles of social audit – seeking permission from state, maintaining confidentiality and cross checking information. The concrete outcomes included the formation of the committees at the Panchayat levels, increased service delivery by local health providers, quality consciousness in the community and an improved relationship between the service providers and the members of the community.

Dr. Narendra Gupta from Prayas, Chittorgarh presented their experience of organizing *Jan Sanwads (or Public Dialogue) for Monitoring Access to Reproductive Health Service Delivery in Rajasthan*. They had organized 6 dialogues across the state and 522 testimonies had been collected from 152 villages. Besides community women, ANMs and other health providers and also district level authorities were present at the public hearing. These hearings, which were organised under the aegis of the Rajasthan State Women's Commission also functioned as courts and police was engaged in the process as well. In the evening the State Women's Commission would organise a debriefing meeting with the Collector, Chief Medical Officer and all the medical officers of the district. This dialogue process brought the women and health providers on the same platform but often took an accusatory turn.

At this point Mr. A.R. Nanda, Chairperson of the session, opened the discussion to the floor. Some of the key questions and concerns which emerged were as following:

- Who comprises Civil Society?
- Monitoring is a 'management term' but social audit is more suited for civil society action
- What do we mean by rights based approach?
- ANMs often end up being at the receiving end of flaks. Junior level office bearers are often penalised
- Is violence part of health or a separate element?
- Did indebtedness emerge as an issue in the Jan Sunwais?
- Have private providers of health care been monitored?
- How are rights on sexuality being addressed?
- Not enough is being spoken about corruption.

Dr. Abhay Shukla clarified that frontline healthcare providers should not be targeted. The JSA and Health Department jointly monitored and came out with structural and systemic issues and did not attack any individual. He also accepted the requirement to address the rights related to private sector and said that it would be taken up in the next phase. He admitted the fact that the issue of sexuality had not been touched yet.

Ms. Jashodhara Dasgupta emphasised the need to develop common understanding of 'rights'. She also stressed on the suitability of justice and reparation over punishment as fear of punishments suppresses facts from surfacing.

Dr. Narendra Gupta emphasized on the capacity building of para-medics and medical officers. He also linked bio-ethical practices with clinical skills, which would mitigate the problems. Simultaneously, he talked about convergence between providers and users. Dr. Gupta clarified that violence as a public health issue is now being recognized in Rajasthan.

Ms. Shruti Pandey, Human Rights Law Network, presented a paper on *Advocacy against Coercive Population Policies*. She started with a brief history of the different programs introduced by the government since 1951, which had strong component of target oriented approach and means for population control. After the ICPD there was a move towards a target-free and a more decentralized and people centred approach which led to the formulation of National Population Policy (NPP) in 2000. Despite these changes, there are many areas of concern – the two child laws in many states, lack of informed choice and poor quality of services. She pointed out that advocacy at community level and policy level is an on-going strategy through a large loose coalition which has resulted in change in 'language' of key policy makers and the population control focus has been diluted in NRHM.

Ms. Rupsa Mullick, of Centre for Health and Gender Equity (CHANGE), USA shared their experience of *The Case of the 'Gag Rule' and 'Loyalty Oath Regarding Prostitution'* in the context of Donor Accountability in India. CHANGE primarily monitors US policies and funding streams that affect women's health and rights abroad. CHANGE tracks funds at the level of donor country and at the level the recipient countries. They create an evidence base at the level of implementation, through tracking impact, influence, appropriation, monitoring implementation of policies and program both at donor and recipient level. Then they engage in policy advocacy both with donor and recipient. Ms. Mullick cited the cases of the Global GAG Rule, which disallows US-funded NGOs from supporting work around abortion. The other example mentioned was that of the Global AIDS Act that bars the use of federal funds to promote, support or advocate the legalization or practice of prostitution. The impact is that it is in contrary to best practices in public health and will undermine efforts to stem the spread of HIV and human trafficking.

Session Two: Potential Spaces and Opportunities for Civil Society Monitoring in NRHM and NACP 3

Chair : Dr Amar Jesani

Ms. Renu Khanna, SAHAJ made a presentation on *NRHM - Potential for Constructive Vigilance*. She began by stating that the Mission document had several sections that offer opportunity for vigilance. Specific issues that can be monitored were

- how ASHAs are selected; their accountability to the Panchayats, quality of their training, their drug kits,
- how is devolution of functions, funds and powers taking place in the context of PRIs and Health,
- how do Village Health Committees and village health plans function, what is the quality of plans,
- strengthening of sub centers and PHCs, CHCs,
- inter-sectoral convergence in District Health Plan, whether disease control programs are being strengthened,
- regulation or informal and private sector, private-public partnership, new health financing ,
- medical education, revitalization of state health training institutes, technical support, monitoring of timelines,
- budgetary outlays and quality of outcomes.

Ms. Renu Khanna, laid out the pattern of work that is going on in Gujarat, where JSA and Health Department has working committees, series of consultations have taken shape. She also mentioned Kerala's decentralization process and Nagaland's communitization experiences.

Dr. Bobby John, Center for Sustainable Health and Development made a presentation on *Preparatory Processes towards NACP 3 and Potential for Civil Society Vigilance*. He elaborated NACO's initiative to involve civil society individual and organizations in the planning for the third phase of the National AIDS Control Programme (NACP-III). A team emerged and NACP-III formulation has begun. A number of working groups have been established to discuss programmatic and management issues. To support this design process, a public e-Consultation was launched on 19th July 2005 by Dr. S.Y. Quraishi, Director General of the NACO under the Solution Exchange initiative of the United Nations Country Team in India to seek inputs from all relevant stakeholders and interested citizens. Members were asked to respond on pre-selected

thirteen different topics, like prevention, focused interventions, communication/advocacy, human rights, partnerships, etc. India's partnership with civil society in tackling HIV/AIDS is attracting international attention. The consultative process that went into the design of the Third India AIDS Project (NACP III) has been wide-ranging and all-embracing. It is being disseminated as best practice to other countries in the region and the world.

Dr. Amar Jesani opened the session for discussion. Some of the issues discussed were

- Is ASHA an activist or a cheap service provider?
- Let us look at accountability and governance within health service systems and not at care and services only
- HIV has made a paradigm shift in public health programming creating a central role for infected and affected people and rights of individuals
- Can village health plans be audited
- Do women have the right to choose the place of birth, do people have the right to visit nonformal (quack) providers.

Dr. Smarajit Jana raised his concern about how to erect a public health system when the entire system is actually crumbling down. He also emphasized on integration in the context of HIV/AIDS. Dr. Abhijit Das pointed out that despite the gaps in NRHM; there is space to hold government accountable. Mr. Nanda expressed his concern over Village Health plans. Dr. Mira Shiva threw light on the frequent shifts of policies and quoted the instance of non-availability of drugs for TB. She also highlighted the importance of looking at trade related policies and their impact on drugs and health. Ms. Anandi stressed on the fact that mass education and awareness generation happened in the context of HIV/AIDS but the same is not happening in other public health issues. NRHM needs to include HIV/AIDS. Dr. Sunil Kaul pointed out the necessity to focus to outcome indicators apart from process indicators. Dr. Sharad Iyengar spoke of mechanisms to integrate HIV/AIDS and other public health issues and also called for consensus of civil society on its role and entity. Lester Coutinho was of the opinion lessons from other movements should be drawn, for example the environment movement succeeds because of middle class ownership, such ownership has to be created in the context of health. Dr. Prakashamma laid thrust on expediting the process of bringing about amendments in NRHM as gaps remain, especially in relation to ASHA. Dr. Bobby John's plea was that HIV/AIDS and other health concerns should not become separate factions. Ms. Renu Khanna referred to the significance of micro-experiences of women's groups while talking about ASHA. Dr. Mira Shiva's mentioned that health workers, trained by various organizations should be incorporated within the ASHA scheme.

24th January – Session Three: Issues, Strategies and Partnerships for Civil Society Monitoring of Public Health Programs and Policies

A brief review of presentations and discussions of 23rd January was made by Dr. Abhijit Das. Following this recap there was a brainstorming session on issues, strategies and partnerships for Civil Society (CS) monitoring. The discussions started with review of the nature and functioning of existing civil society action in public health and HIV/ AIDS related advocacy and monitoring. This was followed up with the identification of areas which called for attention. Participants were invited to bring up critical issues which would require concerted efforts. Given below is the list of key comments and questions which discussed in the session –

Issues

- Public Health is not yet in the mainstream. It has to be brought into the realm of people's consciousness (e.g., the issue of landmines has become priority even though it doesn't concern all people)
- The focus should be wide-ranging and all-embracing and approach comprehensive. Besides Reproductive and Sexual health, controversial issues such as drugs should be looked into.
- Service Delivery monitoring is of utmost importance
- The impact of international policies on local policies and programme implementation and outcomes needs to be studied

Strategies

- Avoid duplicating or repeating what is already being done. Research and data generation should focus on gaps in evidence
- A huge pool of data is available from different departments. Tenders in newspapers often carry crucial information. This data can be used, instead of creating new data.
- Information gathering and implanting ideas into the right minds is a crucial way to continue vigilance.
- We need to meet, share, inform and brief each other regularly
- Ensure adequate civil society access to data and policy processes, especially at the district level and below
- Conscious engagement with the media on public health issues
- Prepare and issue issue-wise report cards and briefing notes
- Next generation political leaders should gradually become contact points. Allies have to found in the government.
- Relationship with Donors? How openly should information be placed before Donors? Would this threaten them? Or should we keep them out of the process?
- Setting up Independent Commission for Health Audit
- Need to create community monitoring tools
- We need to build capacities to track budgets and expenditures
- Need to understand the differences between monitoring and advocacy.
- Advocacy is a full-time engagement.
- Need to go slow at first but to keep the effort sustained
- Develop and equip new leadership

Partnerships

- Consensus is a dynamic process and it has to be built in on whatever issues that are being dealt upon from time to time.
- Exclusion has to be avoided at all cost. In the past processes, North East, Bihar and Jharkhand had been sidelined. However, small or unsophisticated the data might be, the spirit of the coalition should be to include it.
- Learning from past experience of Healthwatch, or JSA - the need to develop a sustainable mechanisms as well as develop the skills necessary
- Credibility of the group has to be formed.
- The propelling force for undertaking the task of Civil Society Vigilance has to come from a coordinating centre.
- Issues often get dissipated owing to lack of coordination between organizations and government officials.

Session Four: Setting an Agenda for Action for Civil Society Monitoring

Continuing the discussions of the earlier session it was decided that this session should focus on preparing a common agenda for Civil Society Monitoring. The session was moderated by Dr. Abhijit Das and rapporteured by Lester Coutinho. The deliberations were divided into three sections –

- Mapping groups/individuals/networks engaged in monitoring activities ,
- Issues/outcomes which could be monitored and
- Nature of civil society forum

A summary of the deliberations has been presented below –

Mapping of Issues for Monitoring and Groups/individuals/networks engaged in monitoring activities

<i>Issues</i>	<i>Groups</i>
Strengthening public health systems	Jan Swasthya Abhiyan – NRHM watch WHO – Commission on Social Determinants of Health
Budget Analysis and Expenditure Tracking	CEHAT , IPPF , CAG , NCAER , Population Council , CESS , NCAS – CBGA, Poornima in Bangalore
Donor database and policies / priorities	UNFPA , CHANGE
Monitoring indebtedness for health	NCAER, World Bank, CEHAT, JNU – Centre for Community Medicine
Decentralisation, governance, rights and reforms – pertaining to health	SAKHI, Achuta Menon Centre, Centre for Development Studies,
Policy Formulation Process	Healthwatch, Centre for Policy Research, Population Council, IEG- HPRU, JNU-CCM, Parliamentary Research Service
Private Sector – Data/ Regulation/ Quality	CEHAT , HIS, WB, IIM – A and B, IIT-Chennai, MIDS, JNU- CCM
Medical / Nursing / Pharmacy/Paramedic – Education and Training and Public Health Education	AMC, Academy for Nursing Services, CHC
Enactment of laws for accountability	CEHAT/Sabu – PCPNDT; QoCFP- HWUPB /HRLN
Laws and regulation on Health and related judgements	Lawyers Collective, HRLN, CAMH,
Emergence of New Institutions and vested interests	AIDAN, HAI, TWN-PHN, WTO, CORP-Watch
Monitor institutionalized monitoring systems at all levels	???
Monitoring Gaps in Evidence	???

Specific Issues and Outcomes which could be monitored

NRHM related

- ASHA Selection
- Village Health Plan and District Health Plan
- Involvement of PRIs
- Mapping Resources for implementation of NRHM
- Public – Private partnerships
- Health financing and cost of healthcare for the poor
- Implementation of Community monitoring mechanisms and rights education of communities

RCH 2 related

- Implementation of Janani Suraksha Yojna
- Institutional delivery
- Referral Transport mechanisms

Issue Specific

- Role of Home based delivery and Traditional Birth Attendants
- Identify gaps in data eg. relating to Maternal Health
- Follow up of Supreme Court Guidelines regarding Family Planning operations

NACP 3

- Setting of Indicators and Monitoring and Evaluation procedures

Nature of Civil Society Fora

- Formal institution which can act as the secretariat and assist in coordination
- Loose network with partners
- Larger coalition in alliance with other networks

Recommendations for Immediate Action

- Prepare a review paper of who is doing what (mapping as done above) to understand who among these groups are looking at NRHM or NACP and to explore areas for partnership or skill building
- What are the current institutional mechanisms and opportunities for monitoring within NRHM and NACP3
- Collect State Project Implementation Plans (PIPs)
- Build platforms for Community Monitoring and develop common platforms between groups / individuals working on Public Health – Reproductive Health – HIV
- Track appointment of ASHAs
- Start collecting information on the implementation of NRHM
- Have a similar meeting to review progress – if possible by April 2006

Session Five: Sharing of Strategies and Plans with International Organizations, donors and with national monitoring organizations

Representatives of International Organisations, Donor Organisations and National Monitoring Organisations had been invited to the final session of the consultation, and representatives of UNAIDS, WHO-SEARO, IPPF and Office of the CAG attended the final session. Dr. Abhijit

Das started session welcoming the invitees and sharing the objectives of the consultation process. The deliberations of the consultation were also shared.

Dr. Rueben, from UNAIDS congratulated the effort and said that there was perhaps no better time for starting such an initiative. The role of community or user monitoring had been acknowledged and such processes should now be mainstreamed. As the nodal agency of the M&E Reference Group on HIV/AIDS he also welcomed participation of members from this group in it. He also said that information generated from such civil society monitoring processes should be shared with donors, the departments as well as the departmental Parliamentary Standing Committees.

Dr. Razia Pendse, of WHO- SEARO, said that the group had taken upon itself a very large task because it was a very broad issue. There was need to focus on some issues and to find ways of simplifying monitoring systems and taking data to the community level. It was also necessary to find ways in which such data could be used from a users perspective. She felt that there was a possibility for using mechanisms developed within other programme like the Geographic Information System (GIS) for polio surveillance for other purposes like maternal mortality. She also said that there was a possibility of doing pilots in developing simple monitoring tools in partnership with WHO- SEARO.

Mr. V.P. Sharma, Office of the Comptroller and Auditor General of India, was present during the meeting. He clarified that the Department has so far audited accounts but performance audit is not regular feature. However they also conducted such audits and recently conducted a performance audit of the AYUSH activities within the health department. However the office of the CAG was interested in these deliberations and would like to be in touch.

Ms Anjali Capila briefly shared the new initiative of IPPF in training officers of CAG in Gender and Reproductive Health through which it was expected that they would be better equipped to do performance audits of all departments which had a gender mandate.

The meeting ended with a vote of thanks for all participants and invitees and with the resolve that Community Monitoring was essential for protecting health rights as well as ensuring health care services for all.

Note on Participation of Invitees: The following organizations expressed their regret in attending in the meeting and were interested in the follow up.
DFID, European Union, MacArthur Foundation, National Commission of Women, Population Council, UNFPA and World Bank.

Annexure One

List of Participants

Name & Designation	Institution and Address	Email	Phone/Mobile
A.R.Nanda Executive Director	Population Foundation of India, B-28 Qutub Institutional Area, New Delhi - 110016	prema@popfound.org	011-52899771, 9810604990
Abhay Shukla National Convenor, Jan Swasthaya Abhiyan	Sathi-CEHAT Jan Swasthya Abhiyan, Flat no. 3 and 4 Aman-E Terrace, Plot No. 140 Dahanukar Colony, Kothrud, Pune-411029	abhayseema@vsnl.com ; cehatpun@vsnl.com	020-25451413, 25452325, 09422317517
Abhijit Das Director	Centre for Health and Social Justice C -152 Golf View Apartments, Saket, New Delhi - 110017	abhijitdas@chsj.org	9415410152
Amar Jesani Coordinator	Centre for Studies in Ethics and Rights 4 th Floor, Candellar, 26 St. John Baptist Road, Bandra West Mumbai 400050	jesani@vsnl.com	022-26406703
Anandi Yuvaraj Senior Programme Officer	India HIV/AIDS Alliance Kushal House, 3 rd Floor, 39, Nehru Place New Delhi-110019	ayuvaraj@allianceindia.org	011-52633081-84
Anjali Capilla Program Officer	International Planned Parenthood Federation South Asia (IPPF-SARO)	acapila@ippfsar.org	9871593766
Bobby John Ex. Director	Centre for Sustainable Health and Development/Massive Effort Campaign	bj@bjohn.org	020-26835946, 09822063119
C.V. Madhukar	Parliamentary Research Service c/o Centre for Policy Research, Dharma Marg, Chanankyapuri, New Delhi-110021	prsindia@prsindia.org madhukar@prsindia.org	011-26115273-76
Fiona Barr Country Director	India HIV/AIDS Alliance Kushal House, 3 rd Floor, 39 Nehru Place, New Delhi-110024	fbarr@allianceindia.org	5163-30884
Jashodhara Dasgupta Coordinator	Sahayog A-240, Indira Nagar, Lucknow -226016	jashodhara@sahayogindia.org	0522-2310747, 9415410153
Leila Caleb Varkey	Public Health Professional, P 404, Sector 21, Noida	Leila.caleb@gmail.com	0120-2547373, 9899500063

Lester Coutinho Country Program Advisor	Packard Foundation B-5, 2 ND Floor, G.K.Enclave II, New Delhi - 110049	lcoutinho@packard.org	011- 51435468/67
Mira Shiva	Public Health Specialist/All India Drug Action Forum A-60, Hauz Khas, New Delhi - 110016	mshiva@nda.vsnl.net.in	011-26855010
Narendra Gupta	Prayas B-8, Bapu Nagar Senth, Chittorgarh -312025	narendra531@rediffmail.com prayasact@sancharnet.in	0147-2243788, 9414110328
Prakashamma Director	ANS-WERS F-1, Shridi Apartments, Rajbhavan Road, Somajiguda, Hyderabad - 500082	hyd2_dirans@sancharnet.in	9440065707
Priya Nanda	Public Health Professional C2-2300 Vasant Kunj New Delhi-110070	pnanda@jhu.edu	9871812518
Rajat Ray Program Officer	Behavior Change Communication – IPPF- SARO	rray@ippfsar.org	9871292711
Razia Pendse Reproductive Health Research Unit	WHO-SEARO	pendser@searo.who.int	9810308257
Renu Khanna Founder Trustee	SAHAJ 1 Tejas Appt, 53 Haribhakti Colony, Old Padra, Baroda- 390007, Gujarat	sahajbrc@icenet.co.in	0265-2340223, 9427054006
Ruben F. del Prado Deputy Country Coordinator	UNAIDS India	delprador@unaids.org	9811204229
Rupsa Mallick Program Director- South Asia	Centre for Health and Gender Equity 6365 Sector C, Pocket 6, Vasant Kunj, New Delhi - 110070	rmallick@genderhealth.org	011-51767096, 9313309594
Samarajit Jana Deputy Director	CARE India	sjana@careindia.org	9811169169
Shalini Swaroop	Intern, HRLN		9899972823
Sharad Iyengar	ARTH	arth@softhome.net	0294-2451033
Shruti Pandey Director, Women's Justice Initiative	Human Rights Law Network 65 Masjid Road, Jangpura, New Delhi	wji.delhi@hrln.org	9811107409
Sunil Kaul	The Ant Ward 10, BOC Gate, Bongaigaon- 783380	scowl@satyam.net.in sunil@theant.org	9435122042 03664-225506
Usha Rai	Media Professional	usharai1948@rediffmail.com	9810371911

V.P.Sharma Asst. Administrative (Report Officer)	Office of the Comptroller and Auditor General of India 10, Bahadur Shah Zafar Marg, New Delhi - 110002	svprakash50@rediff mail.com	011-23231440 (extn.424), 9891910219
Jayeeta Chowdhury Program Officer	Centre for Health and Social Justice	jayeeta@chs.org	011-26536041 9871630112
Namrata Jha	Packard Foundation	njha@packard.org	41435468-67
Monica Wahengbham	Packard Foundation	mwehengbham@pac kard.org	41435468-67

Annexure Two

Important Issues discussed during the Consultation

The need and purpose of civil society monitoring

- Public health is not yet in the mainstream. It has to be brought into the realm of people's consciousness (e.g., the issue of landmines has become priority even though it doesn't concern all people). Civil society monitoring may help in building this momentum
- How to build large civil society coalition on health which includes academics, programme managers, health professionals, community as well as political parties, PRI, media and middle class
- What should be the role of people in watching or monitoring public services
- How can people's concerns, expectations and experiences be incorporated into technical Monitoring and Evaluation of large projects and programmes which are meant for empowering and assisting the people
- Civil society monitoring of public health systems and services should be balanced with critical self monitoring
- Social audits can be a powerful tool for civil society monitoring
- There is a need to include the private sector within civil society and social audits on public health
- There is a need to be vigilant about changes in other rules, regulations and policies which affect public health like TRIPS, Drug Policies, CGHS etc.
- What is the purpose of Civil Society monitoring - to Influence? To Engage ? to Pressurise?
- How can lessons of the HIV/ AIDS movement where affected people are at the centre of programming concerns be incorporated into public health

Mechanisms and Strategies for Monitoring

- Information gathering and sharing and implanting ideas into the right minds is a crucial way to continue vigilance.
- A huge pool of data is available from different departments. Tenders in newspapers often carry crucial information. This data can be used, instead of creating new data.
- How to ensure information flows (communication) about policies, programmes provisions on one side and programme implementation and community experiences on the other.
- There is need to monitor policies and programmes at different levels – community implementation, district and state level planning, reviewing and resource allocations, National level planning, reviewing and outlays.
- HIV – AIDS needs to be included into public health planning right from the village health plan upwards
- How to bridge concerns around HIV/ AIDS and public health starting with advocates and practitioners from both sides
- How can monitoring be linked to on the ground level problem solving
- How can civil society monitoring be integrated with the formal systems of vertical oversight including Departmental Review as well as Legislative and Financial oversight

- Next generation political leaders should gradually become contact points. Allies have to be found in the government.
- Relationship with Donors? How openly should information be placed before Donors? Would this threaten them? Or should we keep them out of the process?

Partnerships and Coalition

- There is a need to have a loose civil society forum which can meet independently to deliberate issues of common interest
- Consensus is a dynamic process and it has to be built in on whatever issues that are being dealt upon from time to time.
- Credibility of the group has to be formed.
- Exclusion has to be avoided at all cost. In the past processes, North East, Bihar and Jharkhand had been sidelined. However, small or unsophisticated the data might be, the spirit of the coalition should be to include it.
- Learning from past experience of Healthwatch, or JSA - the need to develop a sustainable mechanism as well as develop the skills necessary
- The propelling force for undertaking the task of Civil Society Vigilance has to come from a coordinating centre.
- Issues often get dissipated owing to lack of coordination between organizations and government officials.

Nature of Civil Society Fora

- Formal institution which can act as the secretariat and assist in coordination
- Loose network with partners
- Larger coalition in alliance with other networks

Issues and Outcomes that could be monitored

Broad List of Issues

- The focus should be wide-ranging and all-embracing and approach comprehensive. Besides Reproductive and Sexual health, controversial issues such as drugs should be looked into.
- Service Delivery monitoring is of utmost importance
- The impact of international policies on local policies and programme implementation and outcomes needs to be studied
- Indicators related to the strengthening public health systems
- Monitoring available monitoring systems
- Identify gaps in evidence
- Budget Analysis and expenditure tracking
- Implementation of programme provisions using time-bound output indicators
- Donor policies and priorities
- Emergence of new institutions and their interest- Consultancy firms / Financing mechanisms – insurance schemes / Drugs – drug related regulations / Research and so on
- Indebtedness due to health care expenditure
- Policy formulation processes
- Private sector – regulations / compliance / partnerships/ performance /accountability

- Laws relating to Health / important cases and judgements / current litigation / laws relating to public health programmes and accountability / implementation of such laws
- Medical / Nursing / Pharmacy / Paramedic Training – Pre- service and continuing
- Public health education – content / strategies/ outreach

Specific List of Issues

NRHM related

- ASHA Selection
- Village Health Plan and District Health Plan
- Involvement of PRIs
- Mapping Resources for implementation of NRHM
- Public – Private partnerships
- Health financing and cost of healthcare for the poor
- Implementation of Community monitoring mechanisms and rights education of communities

RCH 2 related

- Implementation of Janani Suraksha Yojna
- Institutional delivery
- Referral Transport mechanisms

Issue Specific

- Role of Home based delivery and Traditional Birth Attendants
- Identify gaps in data eg. relating to Maternal Health
- Follow up of Supreme Court Guidelines regarding Family Planning operations

NACP 3

- Setting of Indicators and Monitoring and Evaluation procedures

Recommendations for Immediate Action

- Prepare a review paper of who is doing what (mapping as done above) to understand who among these groups are looking at NRHM or NACP and to explore areas for partnership or skill building
- What are the current institutional mechanisms and opportunities for monitoring within NRHM and NACP3
- Collect State Project Implementation Plans (PIPs)
- Build platforms for Community Monitoring and develop common platforms between groups / individuals working on Public Health – Reproductive Health – HIV
- Track appointment of ASHAs
- Start collecting information on the implementation of NRHM
- Have a similar meeting to review progress – if possible by April 2006

जनस्वास्थ्य नीतियों व कार्यक्रमों की नागर समाज द्वारा निगरानी

परामर्श गोष्ठी

आयोजक

सेन्टर फॉर हेल्थ एण्ड सोशल जस्टिस
नई दिल्ली

आर्थिक सहयोग से
पेकार्ड फाउन्डेशन

प्रतिवेदन एक दृष्टि में

सन्दर्भ

अप्रैल, 2005 में भारत सरकार ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की घोषणा की जिसके द्वारा जन स्वास्थ्य कार्यक्रमों को लोगों तक व्यापक एवं समन्वयित तरीके से पहुँचाया जा सके। यह तरीका इससे पूर्व चलाए गए तमाम स्वास्थ्य कार्यक्रमों में मौजूद खामियों को स्वीकारता है तथा नये कार्यक्रम में सेवाओं की गुणवत्ता, व्यवस्था में पारदर्शिता और सभी स्तरों पर जवाबदेही सुनिश्चित कराने के तरीकों को शामिल करता है। प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य -2 (आर.सी.एच.-2) योजना को एन.आर.एच.एम. के प्रतीक के रूप में माना गया है। इस कार्यक्रम में काफी ठोस आधारों पर गहराई से नियोजन किया गया है ताकि जमीनी स्तर पर इसका व्यापक व ठोस असर पड़ सके।

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एन.ए.सी.पी.) 2 के समापन पर सरकार ने सहभागिता प्रक्रिया की शुरुआत एन.ए.सी.पी. -3 को गढ़ने के लिए की है। जिसमें ईमेल पर आधारित चर्चा समूह ने अनुभवों के आधार पर संभावित समाधानों को सुझाने की सुविधा उपलब्ध कराई गई है।

इस बात के प्रमाण हैं कि सरकार अनेक प्रगतिशील तथा जनआधारित नीतियों और कार्यक्रमों को आरंभ करने के लिये अत्यंत उत्सुक है, परन्तु यह सब लोगों के सक्रिय व सृजनात्मक निगरानी की ठोस व्यवस्था के बिना सम्भव नहीं होगा। इसके फलस्वरूप नीतियों व कार्यक्रमों द्वारा समुदाय में लोगों तक ज्यादा प्रभावी व गुणवत्तापरक स्वास्थ्य सुविधाएँ पहुँचाना संभव हो सकेगा।

इसी क्रम में नागर समाज के महत्वपूर्ण भूमिकाओं की जरूरत व एजेण्डा को निर्धारित करने के लिए, ताकि जन स्वास्थ्य नीतियाँ व कार्यक्रम अपने उद्देश्य तक पहुँच सकें, एक दो दिवसीय परामर्श गोष्ठी दिनांक 23 व 24 जनवरी 2006 को दिल्ली में आयोजित की गई। इस परामर्श गोष्ठी में जनस्वास्थ्य व एच.आई.वी./एड्स पर कार्य कर रहे कई सामाजिक कर्मियों को आमंत्रित किया गया ताकि रचनात्मक निगरानी की प्रक्रिया से जुड़े विषयों और विकल्पों को तलाशा जा सकें।

उद्देश्य

भारतीय नागरिकों के स्वास्थ्य अधिकारों जिसमें, यौनिक व प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार भी शामिल हैं, को बढ़ावा देने वाले महत्वपूर्ण विषयों और सरकारी नीतियों व कार्यक्रमों पर निगरानी रखने के लिये मुद्दों और रणनीतियों को पहचानना इस परामर्श गोष्ठी का समग्र उद्देश्य था। इसका उद्देश्य मौजूदा नीतियों, कानून और संवैधानिक धाराओं के सन्दर्भ में तीन प्रमुख कार्यक्षेत्रों—राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एन.आर.एच.एम.), प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य-2, एन.ए.सी.पी.-3 पर निगरानी करना था।

इस समेकित लक्ष्य के अन्तर्गत इस परामर्श गोष्ठी के प्रमुख प्रयोजन निम्नलिखित थे :

- (1) सभी योजनाओं और तरीकों के उन सभी महत्वपूर्ण परिणामों को पहचाना जाये जिनमें मौजूदा स्वास्थ्य परिस्थितियों पर व्यापक प्रभाव डालने की क्षमता है।
- (2) वर्तमान में योजनाओं को लागू करने वाली प्रक्रियाओं में उन सब संभावनाओं और मौकों को पहचाना जाये जहाँ समुदाय व लोग भी निगरानी करने में योगदान कर सकें।
- (3) प्रभावी लोक निगरानी के लिए रणनीतियों व साझेदारों को पहचानना।

परामर्श गोष्ठी का ढाँचा :

परामर्श गोष्ठी को पाँच सत्रों में बाँटा गया था। पहले चार में सामाजिक क्षेत्र से जुड़े लोगों ने भाग लिया और निम्न बिन्दुओं पर विचार-विमर्श किये गए :

- जन स्वास्थ्य कार्यक्रम के मुद्दों और अनुभवों की निगरानी
- एन.आर.एच.एम. और एन.ए.सी.पी.-3 की लोगों द्वारा निगरानी के सम्भावित अवसर व संभावनाएं।
- लोक निगरानी की व्यवस्था व कार्य पद्धति
- जन स्वास्थ्य नीति और कार्यक्रमों की लोक निगरानी के लिए मुद्दे, रणनीति और साझेदारी

इस परामर्श गोष्ठी द्वारा के द्वारा अनेक सुझावों और प्रस्तावों को सामने लाया गया और फिर इनको अन्तरराष्ट्रीय संस्थानों जैसे (UNAIDS व WHO) और राष्ट्रीय संस्थानों जिनको सरकारी कार्यक्रमों की निगरानी करने के लिए शामिल किया गया था (जैसे – CAG) तथा सभी संस्थानों के प्रतिनिधियों के साथ बाँटा गया।

बैठक की विस्तृत कार्यवाही बाद में दी गई है।

प्रतिभागी

पूरे देश के विभिन्न सामाजिक संस्थाओं से जन स्वास्थ्य विशेषज्ञ, शोधकर्ता, जन स्वास्थ्य अभियान, एचआईवी/एड्स से प्रभावित व्यक्ति, कार्यक्रम प्रबंधन आदि से जुड़े क्षेत्रों से 25 व्यक्तियों ने इस परामर्श गोष्ठी में भाग लिया। उनमें से कुछ लोग तो एन.आर.एच.एम., आर.सी.एच.-2 और एन.ए.सी.पी.-3 के प्रारंभिक प्रक्रियाओं से जुड़ी अनेक सरकारी समितियों में भाग ले चुके थे।

संस्तुतियाँ

कुछ प्रमुख मुद्दों व परिणाम जिनकी निगरानी की जा सकती है

एन.आर.एच.एम. से संबंधित :

- आशा का चयन
- ग्राम स्वास्थ्य योजना और जिला स्वास्थ्य योजना
- पंचायत प्रतिनिधियों की भागीदारी
- एन.आर.एच.एम. के क्रियान्वयन के लिये संसाधनों का आकलन
- सार्वजनिक व निजी क्षेत्र की भागीदारी

- गरीबों के लिये स्वास्थ्य सेवायें व स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए आवश्यक धन की उपलब्धि
- समुदायिक निगरानी व्यवस्था को लागू करना और समुदाय में अधिकारों पर जानकारी प्रदान करना

आर.सी.एच.-2 से सम्बन्धित :

- जननी सुरक्षा योजना का क्रियान्वयन
- अस्पतालों व स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसव
- रेफरल यातायात व्यवस्था

मुद्दों से संबंधित :

- घर में प्रसव व पारम्परिक दाईयों का योगदान
- मातृ स्वास्थ्य से संबंधित आँकड़ों की कमियों को पहचानना
- परिवार नियोजन संबंधित कार्यक्रमों पर सुप्रीम कोर्ट के दिशा निर्देशों का पालन

एन.ए.सी.पी.-3 :

- निगरानी प्रक्रिया के लिए सूचक निर्धारित करना
- ग्राम स्वास्थ्य योजना में एच.आई.वी./एड्स विषयों को सम्मिलित करना

नागर समाज के साथ काम का स्वरूप :

- औपचारिक संस्थान जो कि सचिवालय की तरह कार्य करे और समन्वय में सहयोग दे
- अपने साझेदारों के साथ लचीला नेटवर्क
- अन्य नेटवर्कों के साथ तालमेल के द्वारा महासंघ तैयार करना

त्वरित कार्यवाई के लिये सुझाव :

- एन.आर.एच.एम. या एन.ए.सी.पी. में से कौन सा समूह किसको देख रहा है, और साझेदारी या कौशलवृद्धि के क्षेत्रों की पहचान के लिये एक रिपोर्ट (मैपिंग करना-कौन क्या कर रहा है) तैयार करना ।
- वर्तमान में संस्थागत कार्य पद्धति और एन.आर.एच.एम तथा एन.ए.सी.पी -3 के अन्तर्गत निगरानी के अवसर क्या हैं।
- प्रदेश प्रोजेक्ट क्रियान्वयन योजना (PIPS) को इकट्ठा करना ।
- समुदाय द्वारा निगरानी के लिए एक साझा मंच तैयार करना और जनस्वास्थ्य-प्रजनन स्वास्थ्य व एच.आई.वी. पर कार्य कर रहे समूह व व्यक्तियों के बीच साझा मंच तैयार करना
- सूचनाओं के आदान-प्रदान के तरीकों को पहचानना
- आशा के चयन को देखना
- एन.आर.एच.एम. के क्रियान्वयन पर सूचनाओं को एकत्र करने की प्रक्रिया प्रारम्भ करना
- इसी तरह की एक बैठक प्रगति समीक्षा के लिए आयोजित करना, संभव हो तो अप्रैल 2006 में

स्वास्थ्य और सामाजिक न्याय केन्द्र ने जन स्वास्थ्य नीति पर राष्ट्रीय परामर्श गोष्ठी का आयोजन दिल्ली में 23-24 जनवरी को किया। इस परामर्श गोष्ठी में भाग लेने वालों में (प्रतिभागियों की सूची के लिये देखें परिशिष्ट-1) देशभर की सामाजिक संस्थानों के मुखिया, जनस्वास्थ्य विशेषज्ञ, शोधकर्ता, जनस्वास्थ्य अभियान, एचआईवी/एड्स प्रभावित लोग, कार्यक्रमों के प्रबंधन आदि से जुड़े लोग शामिल थे।

डा. अभिजीत दास, निर्देशक, स्वास्थ्य एवं सामाजिक न्याय केन्द्र ने प्रतिभागियों का स्वागत किया और इस तरह की परामर्श गोष्ठी की भूमिका लोगों के सामने रखते हुए इस बात पर जोर दिया कि समाज में स्वास्थ्य को बहुत समय से अनदेखा किया गया है परन्तु अब समय आ गया है कि यह इस देश के लिये प्रमुख मुद्दा बने। काफी समय से परिवार नियोजन और प्रजनन स्वास्थ्य ही स्वास्थ्य योजना का मुख्य रूप रहा है और आजकल, एचआईवी/एड्स का नया आयाम आया है। डा. अभिजीत दास ने एचआईवी/एड्स योजना को प्राथमिक स्वास्थ्य देखरेख के साथ सम्मिलित करने की आवश्यकता पर जोर दिया।

23-जनवरी, प्रथम सत्र : जनस्वास्थ्य कार्यक्रमों से जुड़े मुद्दों और अनुभवों पर निगरानी

अध्यक्षता : श्री ए. आर. नन्दा

डा० अभय शुक्ला, (साथी, सेहत) से और जो जनस्वास्थ्य आन्दोलन के राष्ट्रीय संयोजक हैं ने "अधिकारगत दृष्टिकोण से स्वास्थ्य सेवाओं की निगरानी"— जनस्वास्थ्य अभियान के अनुभव का प्रस्तुत किया। उन्होंने आरंभ में जन स्वास्थ्य आन्दोलन की संक्षिप्त इतिहास की जानकारी दी और स्वास्थ्य अभियान चलाने के अधिकार के बारे में बताया। इस अभियान के द्वारा भारतीय संविधान की 'स्वास्थ्य अधिकारों' से जुड़ी धाराओं को देखा गया। डा० शुक्ला ने स्वास्थ्य देखरेख के अधिकारों पर हुई राष्ट्रीय सामाजिक गोष्ठी पर ध्यान केंद्रित किया जो कि जन स्वास्थ्य आन्दोलन के सहयोग से एन. एच.आर.सी. ने आयोजित करवाई थी। 60 दस्तावेजित केस जिनमें देखरेख के अधिकारों का हनन हुआ था, इस सुनवाई का प्रमुख केंद्र था। अभियान के मुख्य तत्व थे:

- (1) विशिष्ट केस का जिनमें सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाइयों द्वारा देखरेख न की गयी हो, इन केस का अभिलेखन
- (2) एक सूची बनाकर, कौन सी सेवायें उपलब्ध हुई और कौन सी नहीं का सहभागी सर्वेक्षण।
- (3) प्रादेशिक जन सुनवाईयां
- (4) राष्ट्रीय जन सुनवाईयां

प्रादेशिक तथा राष्ट्रीय सुनवाईयों में राष्ट्रीय मानव अधिकार आयोग ने भाग लिया था, जिस कारण सरकार का ध्यान इस ओर गया। बाद में एन.एच.आर.सी. ने सभी प्रदेश सरकारों और भारतीय सरकारों के लिये निर्देश जारी किये जिससे कि स्वास्थ्य देखरेख के अधिकार का सम्मान हो और उसे पूरा किया जाये।

साझा न्यूनतम कार्यक्रम को एक उपलब्धि के रूप में देखा गया जिसमें स्वास्थ्य बजट जो कि 1 प्रतिशत से भी कम है उसे जीडीपी का 2%-3% तक बढ़ाने का और आशा (एक्रीडेटेड सोशल हेल्थ एक्टिविस्ट) को जोड़ना शामिल था। आर. सी.एच.-2 एन.आर.एच.एम. और पर निगरानी के लिए एन.आर.एच.एम. निगरानी समूह (एन.आर.एच.एम. वॉच) और ग्रामीण स्वास्थ्य निगरानी समूह का जन स्वास्थ्य आन्दोलन द्वारा बनाया गया।

सुश्री जशोधरा दास गुप्ता द्वारा “*क्रीएटिंग वाईसेस फॉर डीमानडिंग अकाऊनटीबिलिटी इन उत्तरांचल-सोशल ऑडिट ऐज अ मिकैनिज्म फार मानीटरिंग मेटरनल हेल्थ आऊटकम्स*” प्रस्तुति में उन्होंने “सहयोग” के अनुभवों को प्रस्तुत किया। उत्तरांचल के 2 जिलों में सामाजिक अंकेक्षण (सोशल ऑडिट) का विस्तृत वर्णन किया। इस प्रस्तुति में इन मौलिक सिद्धान्तों को विशेष रूप से बल दिया गया है— प्रदेश से आज्ञा लेना, गोपनीयता बनाये रखना, जानकारी की प्रमाणिकता को जाँचना।

ठोस परिणामों के रूप में निकल कर आये थे— पंचायत स्तर पर समितियों का गठन, क्षेत्रीय सेवा दाता के द्वारा सेवाओं की उपलब्धता में वृद्धि, समाज में विशेष चेतना और सेवाओं को उपलब्ध करवाने वाले और समाज के सदस्यों के बीच सुधरे संबंध।

प्रयास, चित्तौड़गढ़ से डा0 नरेन्द्र ने राजस्थान में प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की निगरानी के लिये जन संवाद को आयोजित करने के अनुभवों को प्रस्तुत किया। उन्होंने पूरे प्रदेश में 6 संवादों का आयोजन किया और 152 गाँवों में से 522 प्रमाण एकत्रित किये थे। इसके अतिरिक्त सामाजिक महिला, ए.एन.एम. और अन्य स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध करवाने वाले स्वास्थ्य सेवक तथा जिला स्तर प्राधिकरण भी संवाद के दौरान उपस्थित थे। राजस्थान प्रदेश महिला आयोग के संरक्षण में यह संवाद आयोजित किये गये थे और कोर्ट की तरह भी कार्य किया था तथा पुलिस भी प्रक्रिया में शामिल हुई थी। शाम को प्रदेश महिला आयोग जिला अधिकारी, मुख्यचिकित्सा अधिकारी (सी.एम.ओ.) और जिला के अन्य स्वास्थ्य अधिकारियों की एक गोष्ठी को आयोजित किया जाता था। इस संवाद प्रक्रिया के द्वारा महिलाओं और स्वास्थ्य अधिकारियों को मंच पर लाया गया किन्तु कई बार यह दोषारोपण का स्वरूप भी ले लेता था।

सत्र के अध्यक्ष श्री ए.आर. नन्दा ने इन बिन्दुओं पर चर्चा के लिए खुला सत्र रखा जिसमें कुछ प्रश्न और चिन्ताएं उभरकर आये हैं :

- नागर समाज में कौन व्यक्ति सम्मिलित है?
- मॉनिटरिंग एक प्रबंधकीय टर्म है जबकि सोशल ऑडिट ज्यादा लोगों द्वारा की जा रही कार्यवाई से जुड़ता है।
- हम अधिकारों पर आधारित प्रक्रिया से क्या समझते हैं
- ए0 एन0 एम0 ही अधिकतर निन्दा के पात्र बनते हैं। छोटे स्तर के अधिकारी ही सदा दण्डित किये जाते हैं।
- क्या हिंसा स्वास्थ्य का हिस्सा है या अलग है।
- क्या जनसुनवाईयों के दौरान इलाज के कारण कर्ज में डूब जाना एक मुद्दे के रूप में उभरा ?
- क्या निजी स्वास्थ्य सुविधा प्रदाईयों पर भी निगरानी की जाती है।
- यौनिक अधिकार के मुद्दे को कैसे देखा जा रहा है।
- भ्रष्टता के बारे में अधिक नहीं बोला जाता है।

डा0 अभय शुक्ला ने स्पष्ट किया कि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवकों को निशाना नहीं बनाया जाना चाहिए। जन स्वास्थ्य आन्दोलन और स्वास्थ्य विभाग ने साथ मिलकर एक ढाँचाकृत और व्यवस्थित तरीके से मुद्दों को सामने लाने का प्रयास किया है और किसी व्यक्ति विशेष पर दोषारोपण नहीं किया है। उन्होंने नीजि क्षेत्र के सन्दर्भ में स्वास्थ्य अधिकारों के मुद्दे को देखने की आवश्यकता को स्वीकारा और कहा कि यह अगले चरण में इसे उठाया जायेगा। उन्होंने इस बात को माना कि यौनिकता का मुद्दे को अभी चर्चा के लिये छुआ ही नहीं गया है।

सुश्री जशोधरा दासगुप्ता ने “अधिकारों” पर साझी समझ को विकसित करने की आवश्यकता पर जोर दिया। उन्होंने न्याय और उससे जुड़ी सजा पर तैयारी पर भी बल दिया क्योंकि अनेक तथ्य सजा के भय से दबा दिये जाते हैं।

डां नरेन्द्र गुप्ता ने स्वास्थ्य सेवक और चिकित्सा अधिकारियों की क्षमता वृद्धि पर जोर दिया। उन्होंने *बायो इथीकल प्रैक्टिस* को चिकित्सकीय कौशल से जोड़ा, जिससे कि समस्याओं को समाप्ति की ओर ले जाया जा सके। साथ ही साथ उन्होंने स्वास्थ्य सेवा प्रदाई और उपभोक्ता को एक मंच पर लाकर चर्चा कराने की बात भी कही। डा. गुप्ता ने स्पष्ट किया कि राजस्थान में हिंसा का मुद्दा अब जन स्वास्थ्य से जोड़कर देखा जाना प्रारम्भ हुआ है।

मानवाधिकार कानून नेटवर्क की सुश्री श्रुती पाण्डे ने "जनसंख्या नीतियों पर पैरोकारी" पर एक पेपर प्रस्तुत किया। उन्होंने आरंभ में 1951 से सरकार के द्वारा प्रस्तुत की गयी अनेक योजनाओं के इतिहास के बारे में बताया जिसमें अधिकतर हिस्से में लक्ष्य आधारित और जनसंख्या नियंत्रण के नज़रिये से देखा गया था। आई.सी.पी.डी. के पश्चात एक लक्ष्यमुक्त, विकेन्द्रित और जन आधारित नज़रिये की ओर एक कदम उठाया गया है जिसके आधार पर राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (NPP) 2000 में बनायी गयी है। इन सब बदलाव के बाद भी अनेक चिन्ता के क्षेत्र हैं जैसे— कुछ प्रदेशों में 2 बच्चों का कानून, जानीबूझी चयन (इन्फॉर्मड च्वाइसस) की कमी और गुणवत्तापरख सेवाओं की कमी है। उन्होंने इस तरफ ध्यान दिलाया कि कई व्यक्तियों व समूहों द्वारा जुड़कर लगातार समुदाय तथा नीति के स्तर पर पैरोकारी की जा रही है, जिसके परिणामस्वरूप नियोजनकर्ताओं की भाषा में बदलाव आया है और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में जनसंख्या नियंत्रण के दबाव को कम किया गया है।

सेन्टर फॉर हेल्थ एण्ड जेण्डर इक्वेलिटी (चेन्ज) यू0 एस0 ए0 की सुश्री रुपसा मलिक ने भारत में दाता संस्थाओं की जबाबदेही के संदर्भ में अपने अनुभव '*द केस आफ गैंग रूल*' एण्ड '*लॉयलटी ओथ रिगार्डिंग प्रास्टीट्यूशन*' प्रस्तुत किया। चेन्ज मुख्यतः यू0 एस0 की नीतियों व दान के स्वरूप (*फण्डिंग स्ट्रीम*) पर निगरानी करता है जो महिलाओं के स्वास्थ्य व अधिकारों को प्रभावित करता है। चेन्ज दान करने वाले और दान लेने वाले देशों के स्तर पर फण्ड की निगरानी करता है। वे क्रियान्वयन के स्तर पर होने वाले असर, दूसरों के साथ होने वाला प्रभाव, उपयुक्तता, नीति और कार्यक्रम के क्रियान्वयन की निगरानी आदि के माध्यम से सबूत इकट्ठा करते हैं। इसके बाद वे दान देने वाले तथा दान लेने वाले दोनों के साथ नीतिगत पैरोकारी करते हैं। मलिक ने कुछ ऐसे ग्लोबल गैंग रूल के केसों का उदाहरण दिया जो यू.एस. से फण्ड प्राप्त संस्थाओं को गर्भपात जैसे मुद्दे पर काम करने में मदद नहीं करती। उन्होंने एक और उदाहरण ग्लोबल एड्स एक्ट का दिया, जो वैश्यावृत्ति को सहायता व पैरोकारी करता है। इसका असर सार्वजनिक स्वास्थ्य की गुणवत्तापरख सेवा के विपरित है तथा ये एचआईवी/एड्स व मानव ट्रेफिकिंग के फैलाव को रोकने के लिये की गयी कोशिशों को भी कम करता है।

सत्र दो – एन.एच.आर.एम. व एन.ए.सी.पी.-3 में नागर समाज द्वारा निगरानी के लिए सम्भावित जगह व मौके।

अध्यक्षता – अमर जेसानी

सुश्री रेनू खन्ना, (सहज) ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की रचनात्मक निगरानी पर प्रस्तुतिकरण किया। उन्होंने यह बताया कि मिशन दस्तावेज में कई भागों में निगरानी के मौके उपलब्ध थे। कुछ मुद्दे जिन पर निगरानी हो सकती है, वे इस प्रकार है –

- आशा का चयन किस प्रकार होता है, उनकी पंचायत के प्रति क्या जवाबदेही है, उनके प्रशिक्षण की गुणवत्ता व उनको दी जाने वाली सामग्री की गुणवत्ता
- पंचायतें व स्वास्थ्य के संदर्भ में किस तरह से गतिविधियों, फण्ड और ताकतों का अन्तर्गण कैसे होता है।
- किस प्रकार से ग्रामीण स्वास्थ्य समितियां तथा ग्रामीण स्वास्थ्य योजनायें काम करती हैं। इन योजनाओं की गुणवत्ता क्या है।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा उप स्वास्थ्य केन्द्रों को सशक्त करना।

- जिला स्वास्थ्य योजनाओं में अन्तर-विभागों का जुड़ाव, जहाँ बिमारी नियंत्रण योजनायें भी सशक्त हो रही हैं।
- अनौपचारिक व निजी विभागों का, निजी व सार्वजनिक के बीच साझेदारी, नयी स्वास्थ्य फाईनेन्सिंग व्यवस्था आदि का नियमन।
- चिकित्सा शिक्षा, राज्य स्वास्थ्य प्रशिक्षण केन्द्रों का नवीनिकरण, तकनीकी सहायता, समय सीमा की निगरानी।
- बजट से जुड़े मुद्दे व परिणमों की गुणवत्ता।

सुश्री रेनू खन्ना ने गुजरात में चल रहे काम के बारे में बताया जहाँ जन स्वास्थ्य अभियान व स्वास्थ्य विभागों की समितियाँ हैं, और जहाँ कई परामर्श गोष्ठियाँ हो चुकी हैं। उन्होंने केरल की विकेन्द्रित प्रक्रिया तथा नागालैंड के सामुदायिक अनुभवों के बारे में बताया।

डा० बाबी जॉन, *सेन्टर फार सस्टेनेबल हेल्थ एण्ड डेवलपमेन्ट* ने एन.ए.सी.पी 3 के लिये शुरुवाती प्रक्रिया और नागर समाज द्वारा निगरानी की सम्भावनाओं के ऊपर प्रस्तुतिकरण किया। उन्होंने *नेको* द्वारा नागर समाज और संस्थाओं को एन.ए.सी.पी-3 की नियोजन प्रक्रिया में जोड़ने हेतु की गई कोशिश के बारे में बताया। एक टीम का निर्माण हुआ है तथा एन.ए.सी.पी 3 के गठन की प्रक्रिया शुरू हो गयी है। कार्यक्रमों और प्रबंध सम्बंधित मुद्दों पर चर्चाओं के लिये कई कार्य समूह बन चुके हैं। इस प्रक्रिया के अर्न्तगत एक ई – परामर्श को 19 जुलाई 2005 को आरंभ किया गया था। ये प्रक्रिया डा० एस. वाई. कुरेशी, महानिदेशक नेको द्वारा *सोल्युशन एक्सचेन्ज इनिशियेटिव ऑफ यू.एन. कन्ट्री टीम इन इन्डिया* के तहत शुरू की गई थी जिससे की संबंधित स्टेकहोल्डर और इच्छुक नागरिकों से मदद मिल सके। सदस्यों से पहले से चुने गए 13 विषयों पर जैसे— रोकथाम (prevention), सघन हस्तक्षेप (focused interventions), संचार, पैरोकारी, नागरिक अधिकार, साझेदारी आदि पर जबाव देने के लिए कहा गया था। एच.आई.वी./एड्स को काबू में करने के लिए भारत में नागर समाज की साझेदारी की प्रक्रिया ने काफी हद तक अन्तर्राष्ट्रीय समुदाय का ध्यान आकर्षित किया है। लोगों को जोड़कर परामर्श प्रक्रिया, जो एन.ए.सी.पी-3 के लिये अपनायी गई, वह काफी हद तक समेकित और व्यापक है। यहां के अनुभव दूसरे देशों में एक बेहतर अभ्यास के नमूने के तौर पर, दुनिया के अन्य देशों में प्रस्तुत किए जा रही है।

डा० अमर जेसानी ने चर्चा के लिये सत्र खोला। कुछ विषयों पर चर्चा की गई जो इस प्रकार है :

- क्या आशा एक आन्दोलनकारी है या एक सस्ती सेवाप्रदाई
- हमें जबाबदेही और नियमन (governance) को स्वास्थ्य सेवा तंत्र के अन्दर भी देखने की जरूरत है, न कि सिर्फ सेवाओं और देखभाल में।
- एच.आई.वी. ने प्रभावित और संक्रमित लोगों व उनके व्यक्तिगत अधिकारों के लिए जन स्वास्थ्य कार्यक्रमों में विशेष जगह बनाकर एक प्रतिमान बदलाव (paradigm shift) किया है।
- क्या गाम्भीर्य स्वास्थ्य योजनाओं का आडिट किया जा सकता है।
- क्या महिलाओं को जन्म देने के स्थान का चयन करने का अधिकार है। क्या लोगों को अनौपचारिक सेवा प्रदाईयों के पास जाने का अधिकार है।

डा० समरजीत जाना ने अपनी चिन्ताये व्यक्त की किस प्रकार से सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र को मजबूत किया जाए, जब पूरा तंत्र ही चरमराता हुआ दिख रहा हो। उन्होंने एच.आई.वी./एड्स के संदर्भ में समेकिकता (integration) पर जोर दिया। डा० अभिजीत दास ने एनआरएचएम में कमियों के बावजूद सरकार को जवाबदेह बनाने की बात की। श्री नन्दा ने गाँव की स्वास्थ्य योजनाओं पर अपनी चिन्ता व्यक्त की। डा० मीरा शिवा ने योजनाओं में हो रहे परिवर्तन पर प्रकाश डालते हुए क्षय रोग की दवाईयों की उपलब्धता न होने की बात की। उन्होंने बाजार से जुड़ी नीतियों की अहमीयत व

उनका स्वास्थ्य पर प्रभाव पर भी प्रकाश डाला। सुश्री आन्नदी ने कहा कि लोगों में बड़े पैमाने पर शिक्षा और जागरूकता एच.आई.वी./एड्स के संदर्भ हुआ है, पर ये अन्य जनस्वास्थ्य मुद्दों के साथ नहीं हो रहा है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में एच.आई.वी./एड्स को सम्मिलित करने की जरूरत है। डा० सुनील कौल परिणामों के सूचक के साथ-साथ प्रक्रिया के सूचक पर भी ध्यान देने का सुझाव दिया।

डा० शरद अयंगर ने एच.आई.वी./एड्स व अन्य स्वास्थ्य के मुद्दों को समेकित करने के लिये तरीकों के बारे में बताया। उन्होंने नागर समाज की भूमिका तथा व्यक्तियों की सहमति (Consensus) की भी मांग की। लेस्टर कोटिनो का कहना था कि हमें दूसरे आन्दोलनों से सीख लेनी चाहिए जैसे— पर्यावरण आन्दोलन क्योंकि इसमें मध्यम वर्गीय लोग खुद मालिक थे, इसी प्रकार का हक स्वास्थ्य के संदर्भ में होना चाहिए।

डा० प्रकाशअम्मा ने एन.आर.एच.एम. में संशोधन की बात पर जोर दिया क्योंकि एन.आर.एच.एम. में कुछ कमियाँ हैं खासकर के आशा के संदर्भ में। डा० बाबी जान ने कहा कि एचआईवी/एड्स व अन्य स्वास्थ्य की जिम्मेदारियाँ अलग-अलग भागों में नहीं बटीं होनी चाहिए। रेनू खन्ना ने आशा के सन्दर्भ में महिला समूहों के सूक्ष्म अनुभवों की ओर संकेत किया। डा. मीरा शिवा ने कहा कि जो विभिन्न संस्थाओं द्वारा प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्यकर्ता हैं उनको भी आशा के तहत सम्मिलित करना चाहिए।

24 जनवरी, सत्र तीन : नागर समाज द्वारा जनस्वास्थ्य नीतियों व कार्यक्रमों की निगरानी के लिए मुद्दे, रणनीति व साझेदारी।

डा.अभिजीत दास ने 23 जनवरी के प्रस्तुतीकरणों व चर्चाओं का संक्षिप्त पुर्नावलोकन प्रस्तुत किया। इसके पश्चात, नागर समाज द्वारा निगरानी हेतु मुद्दों, रणनीतियों व साझेदारी पर विचार करने के लिए एक चर्चा सत्र रखा गया। चर्चा की शुरुआत मौजूदा नागर समाज द्वारा जनस्वास्थ्य, एच.आई.वी./एड्स की निगरानी व पैरोकारी करने के तरीकों से हुयी। इसके बाद उन क्षेत्रों को चिन्हित किया गया जो गंभीर हैं तथा ज्यादा ध्यान देने की जरूरत हैं। प्रतिभागियों को चिन्तनीय मुद्दों को उठाने के लिये आमंत्रित किया गया। सत्र में चर्चाओं से निकली कुछ टिप्पणियाँ व प्रश्न इस प्रकार हैं—

- जनस्वास्थ्य अभी भी मुख्य मुद्दा नहीं है, इस मुद्दे की तरफ लोगों का ध्यान केन्द्रित करना है। (जिस प्रकार खदानों का मुद्दे गंभीर रूप से लिया गया जबकि यह सभी का मुद्दा नहीं था।)
- प्रजनन व यौन स्वास्थ्य के अतिरिक्त विवादास्पद मुद्दे जैसे दवाईयों पर भी ध्यान देना चाहिए।
- सेवा प्रदाताओं की निगरानी बहुत आवश्यक है।
- अन्तराष्ट्रीय नीतियों का स्थानीय नीतियों व कार्यक्रमों के क्रियान्वयन तथा उनसे निकले परिणामों पर हो रहे प्रभावों का अध्ययन करने की जरूरत है।

रणनीति :

- जो हो चुका है उसे दोहराने से बचना चाहिये। अनुसंधान व आकड़े एकत्रण सबूतों में खामियों पर केन्द्रित होना चाहिए।
- अलग-अलग विभागों में बहुत आंकड़े मौजूद हैं। अखबारों में निकले टेण्डर कई बार काफी सूचना देते हैं। इन आंकड़ों का इस्तेमाल किया जा सकता है बजाए कि नये आंकड़ों को जुटाया जाय।
- सूचना को एकत्र करना तथा उपयुक्त लोगों तक पहुँचाना ताकि वे अच्छे तरीके से निगरानी जारी रख सकें, एक महत्वपूर्ण रास्ता होगा।

- हमें लगातार एक दूसरे से मिलकर अनुभव तथा सूचनाएं बांटने की आवश्यकता है।
- यह सुनिश्चित करना कि नागर समाज की आकड़ो तथा नीतियों से जुड़ी प्रक्रियाओं तक पहुँच हो खासतौर पर जिला स्तर व उससे नीचे के स्तरों पर।
- मीडिया के साथ जुड़ाव खासकरके जनस्वास्थ्य मुद्दों पर।
- मुद्दे आधारित स्पट व रिपोर्ट कार्ड तैयार करना।
- राजनीतिक नेताओं की अगली पीढी से धीरे-धीरे हमारे सम्पर्क बिन्दु बनने चाहिए, सरकार में मुद्दे पर मिलकर काम करने हेतु मित्र बनने चाहिए।
- दाता के साथ कैसे सम्बन्ध हैं ? सूचनाओं को कितना खोलकर दाताओं के सामने रखा गया? क्या यह उनके लिए चुनौती है ? क्या हमें उनको इस प्रक्रिया के बाहर रखना चाहिए ?
- हेल्थ आडिट के लिए स्वतंत्र आयोग की स्थापना।
- सामुदायिक निगरानी के तरीके खोजने की आवश्यकता।
- बजट और होने वाले व्यय पर निगरानी रखने के लिए हमें अपनी क्षमताओं को बढ़ाने की आवश्यकता है।
- पैरोकारी व निगरानी में अंतर समझने की जरूरत।
- पैरोकारी एक पूर्ण कालिक काम है।
- इसके लिये शुरुआत धीमी गति से भले हो लेकिन कोशिशों को लगातार रखने की जरूरत है।
- नये नेतृत्व को उभारने तथा सक्षम बनाने की जरूरत है।

साझेदारी :

- सामंजस्य एक प्रक्रिया है और इसे मुद्दों के आधार पर समय-समय पर बदलना पड़ता है।
- अलगाव किसी भी कीमत पर नहीं होना चाहिये। उत्तर पूर्व, बिहार व झारखण्ड को अलग कर दिया गया है। आंकड़े चाहे कितने भी छोटे और सरल हों उन्हें गंभीरता से लेना चाहिये।
- हेल्थवॉच व जे.एस.ए. के पिछले अनुभवों से यह सीख मिलती है कि हमें स्थायी विकल्पों को विकसित करने की आवश्यकता है। साथ ही साथ क्षमता भी विकसित करनी होगी।
- समूह की विश्वसनीयता बनानी होगी।
- नागर समाज द्वारा निगरानी के काम को आगे बढ़ाने की ताकतें समन्वय केन्द्र से आनी चाहिए
- कई बार संस्थाओं और सरकारी कर्मचारियों के बीच आपसी सामंजस्य न होने के कारण मुद्दे दब जाते हैं।

सत्र : 4 — नागर समाज द्वारा निगरानी की कार्यवाही के लिए एजेण्डा बनाना

पिछले सत्रों की चर्चाओं में यह तय हुआ कि इस सत्र में नागर समाज द्वारा निगरानी हेतु एक साझा एजेण्डा तय करेंगे। सत्र को डा. अभिजीत दास ने चलाया व नागर समाज निगरानी के लिए एक एजेण्डा तैयार करने के लिए सत्र रखा जिसको तीन भागों में बांटा गया—

- समूहों / व्यक्तियों / निगरानी से जुड़े नेटवर्कों की पहचान करना।

➤ मुद्दे/परिणाम की पहचान करना जिन पर निगरानी हो सकती है।

➤ नागर समाज मंच का स्वरूप तैयार करना।

चर्चाओं से निम्नलिखित प्रकार के बिन्दु निकल कर आये:

समूहों /व्यक्तियों/ निगरानी से जुड़े नेटवर्कों की पहचान करना:

मुद्दे	समूह
सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्रों को सशक्त बनाना	जन स्वास्थ्य अभियान – एन.आर.एच.एम. वॉच, डब्लू.एच. ओ.–कमिशन आन सोशल डिटिरमेन्ट्स ऑफ हेल्थ
बजट का विशलेषण व खर्च का हिसाब देखना	सेहत, आई.पी.पी.एफ., सी.ए.जी., एन.सी.ए.ई.आर., पापुलेशन काउन्सिल, सीईएसएस, एनसीएसएस–सीबीजीए, बेगलौर में पूर्णिमा
दाता डेटाबेस –नीति/प्राथमिकताएं	यूएनएफपीए, चेन्ज
चिकित्सा से बढ़ रहे कर्ज पर निगरानी	एन.सी.ए.ई.आर., विश्व बैंक, सेहत, जेएनयू–सेन्टर फॉर कम्युनिटी मेडिसिन
विकेन्द्रिकरण, प्रबंधन व नियंत्रण, अधिकार और अनुकूल स्वास्थ्य के लिए बदलाव	सखी, अच्युता मेनन सेन्टर, सेन्टर फॉर डेवलपमेन्ट स्टडीज
नीति निर्धारण प्रक्रिया	हेल्थवॉच, सेन्टर फॉर पालिसी रिसर्च, पापुलेशन काउन्सिल, आई.ई.जी.–एचपीआरयू, जेएनयू–सीसीएम, प्रिलिमिनरी रिसर्च सर्विस
नीजि क्षेत्र–आंकड़े/नियमन/गुणवत्ता	सेहत, एचआएस, डब्लू बी, आई.आई.एम.–ए और बी, आई.आई.टी.–चैन्नई, एम.आई.डी.एस, जे.एन.यू, जे.एन.यू.–सीसीएम
मेडिकल/नर्सिंग/फारमेसी/पेरामेडिक–शिक्षा और प्रशिक्षण तथा जन स्वास्थ्य शिक्षा	ए.एम.सी., एकेडमी फार नर्सिंग सर्विसेस, सी.एच.सी
जवाबदेही के लिए कानूनों का अधिनियमन	सेहत/साबू–पी.सी.पी.एन.डी.टी., क्यू.ओ.सी.एफ.पी.–एच.डब्ल्यू.पी.बी./एच.आर.एल.एन.
स्वास्थ्य पर कानून और नियम तथा संबंधित फैसले	लॉयर्स क्लैक्टिव, एच.आर.एल.एन., सी.ए.एम.एच.
नये संस्थाओं और स्वहित वाले लोगों का उद्भव	एआडीएन, एच.ए.आई., टी.डब्ल्यू.एन.–पी.एच.एन., डब्ल्यू. टी.ओ., सीओआरपी–वॉच

विशेष मुद्दे व निकले हुए परिणाम जिनकी निगरानी हो सकती है –

एन.आर.एच.एम. से संबंधित :

➤ आशा का चयन

➤ ग्राम स्वास्थ्य योजना और जिला स्वास्थ्य योजना

- पंचायत प्रतिनिधियों की भागीदारी
- एन.आर.एच.एम. के क्रियान्वयन के लिये संसाधनों का आकलन
- सार्वजनिक व निजी क्षेत्र की भागीदारी
- गरीबों के लिये स्वास्थ्य सेवायें व स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए आवश्यक धन की उपलब्धि
- समुदायिक निगरानी व्यवस्था को लागू करना और समुदाय में अधिकारों पर जानकारी प्रदान करना

आर.सी.एच.-2 से सम्बन्धित :

- जननी सुरक्षा योजना का क्रियान्वयन
- अस्पतालों व स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसव
- रेफरल यातायात व्यवस्था

मुद्दों से संबंधित :

- घर में प्रसव व पारम्परिक दाईयों का योगदान
- मातृत्व स्वास्थ्य से संबंधित आँकड़ों की कमियों को पहचानना
- परिवार नियोजन संबंधित कार्यक्रमों पर सुप्रीम कोर्ट के दिशा निर्देशों का पालन

एन.ए.सी.पी.-3 :

- निगरानी पक्रिया के लिए सूचक निर्धारित करना
- ग्राम स्वास्थ्य योजना में एच.आई.वी./एड्स विषयों को सम्मिलित करना

नागर समाज के साथ काम का स्वरूप :

- औपचारिक संस्थान जो कि सचिवालय की तरह कार्य करे और समन्वय में सहयोग दे ।
- अपने साझेदारों के साथ लचीला नेटवर्क
- अन्य नेटवर्कों के साथ तालमेल के द्वारा महासंघ तैयार करना

त्वरित कार्यवाई के लिये सुझाव :

- एन.आर.एच.एम. या एन.ए.सी.पी. में से कौन सा समूह किसको देख रहा है, और साझेदारी या कौशलवृद्धि के क्षेत्रों की पहचान के लिये एक रिपोर्ट (मैपिंग करना—कौन क्या कर रहा है) तैयार करना ।
- वर्तमान में संस्थागत कार्य पद्धति और एन.आर.एच.एम तथा एन.ए.सी.पी -3 के अन्तर्गत निगरानी के अवसर क्या हैं ।
- प्रदेश प्रोजेक्ट क्रियान्वयन योजना (PIPS) को इकट्ठा करना ।
- समुदाय द्वारा निगरानी के लिए एक साझा मंच तैयार करना और जनस्वास्थ्य—प्रजनन स्वास्थ्य व एच.आई.वी. पर कार्य कर रहे समूह व व्यक्तियों के बीच साझा मंच तैयार करना
- सूचनाओं के आदान—प्रदान के तरीकों को पहचानना

- आशा के चयन को देखना
- एन.आर.एच.एम. के क्रियान्वयन पर सूचनाओं एकत्र करने की प्रक्रिया प्रारम्भ करना
- इसी तरह की एक बैठक प्रगति समीक्षा के लिए आयोजित करना—संभव हो तो अप्रैल 2006 में

सत्र :5 अन्तराष्ट्रीय संस्थाएं, दाता और राष्ट्रीय निगरानी करने वाली संस्थाओं के साथ रणनीति व योजनाओं की शेयरिंग

अन्तराष्ट्रीय संस्थाओं, दाता संस्थाओं और राष्ट्रीय निगरानी करने वाले संस्थाओं के प्रतिनिधियों को परामर्श गोष्ठी के अन्तिम सत्र में आमंत्रित किया गया तथा यूएनएआईडीएस, डब्लूएचओ—सीईएआरओ, आईपीपीएफ और सीएजी के सदस्यों के द्वारा अन्तिम सत्र में भाग लिया गया। डा. अभिजीत दास द्वारा सभी आमंत्रित सदस्यों का स्वागत किया गया और परामर्श गोष्ठी की कार्यवाही के उद्देश्यों को बताया गया। परामर्श गोष्ठी से निकले मुख्य बिन्दुओं को भी बताया गया।

डा. रूबीन, (यूएनएआईडीएस) ने की गयी कोशिशों की सराहना करते हुए कहा कि इस प्रकार के प्रयासों का प्रारम्भ करने का इससे अच्छा समय और कोई नहीं हो सकता। समुदाय की भूमिका को महत्व दिया गया है और इसे मुख्य मुद्दे की तरह उठाना चाहिए। एचआईवी/एड्स पर एम-ई रेफरेंस ग्रुप के नोडल एजेंसी होने के नाते उन्होंने इनके सदस्यों को भाग लेने के लिए प्रेरित किया। उन्होंने यह भी कहा कि नागर समाज द्वारा निगरानी प्रक्रिया से निकली सूचना को दाता संस्थाओं, विभागों और डिपार्टमेंटल पार्लियामेन्ट्री स्टेन्डिंग कमिटी के साथ भी बांटना चाहिए।

डा. रजिया पेन्डसे (डब्लूएचओ—सीईएआरओ) ने कहा कि समूह ने अपने उपर बहुत बड़ी जिम्मेदारी ली है क्योंकि ये व्यापक मुद्दा है। निगरानी व्यवस्था को सरल बनाने की तथा समुदाय तक पहुँचाने की आवश्यकता है। साथ ही यह भी आवश्यक है कि हम आकड़ों को उपयोगकर्ता के नज़रियें से देखें। उन्होंने यह भी महसूस किया कि जिस प्रकार की व्यवस्था पोलियो की निगरानी, भौगोलिक सूचना प्रबन्ध (जीआईएस) के माध्यम से की जाती है वैसी व्यवस्था मातृत्व मृत्यु दर रोकने के लिए भी की जा सकती है। उन्होंने यह भी कहा कि निगरानी के आसान तरीके डब्लूएचओ—सीईएआरओ के साथ साझेदारी करके विकसित किये जा सकते हैं।

श्री वी.पी. शर्मा (आफिस ऑफ दि कन्ट्रोलर एण्ड ऑडिटर जनरल ऑफ इण्डिया) भी इस परामर्श गोष्ठी के दौरान उपस्थित थे। उन्होंने जोर देते हुए कहा कि विभाग में अब तक के लेखा की गणना की गई है पर कामकाज की गणना आम नहीं है। फिर भी हाल में स्वास्थ्य विभाग के अर्न्तगत आयुष की गतिविधियों के कामकाज की गणना की गई। सीएजी का कार्यालय इस काम में रूचि रखता है तथा सम्पर्क बनाना चाहता है।

सुश्री अंजली कपिला ने आईपीपीएफ की पहल, जिसके अर्न्तगत सीएजी के कार्यकर्ताओं का जेण्डर और प्रजनन स्वास्थ्य पर प्रशिक्षण किया गया है को संक्षेप में बताया। इस प्रशिक्षण से यह आशा रखी गई कि सभी कार्यकर्ता सभी विभागों के कार्य का जेण्डर आधारित ऑडिट करने के लिए और अधिक सक्षम होंगे जो एक जेण्डर मेण्डेट है।

सभी प्रतिभागियों को धन्यवाद देते हुए गोष्ठी का समापन किया गया तथा सभी ने यह महसूस किया कि समुदायिक निगरानी, सभी के लिए स्वास्थ्य सेवाएं व स्वास्थ्य अधिकारों को सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक है।

परिशिष्ट-१ : प्रतिभागियों की सूची के लिए अंग्रेजी प्रतिवेदन को देखें।

परिशिष्ट-२

परामर्श गोष्ठी के दौरान कुछ महत्वपूर्ण मुद्दे जिन पर चर्चा की गई

नागर समाज द्वारा निगरानी की आवश्यकता व उद्देश्य :

- जनस्वास्थ्य अभी भी मुख्य मुद्दा नहीं है, इस मुद्दे की तरफ लोगों का ध्यान केन्द्रित करना है। (जिस प्रकार खदानों का मुद्दा गंभीर रूप से लिया गया जबकि यह सभी का मुद्दा नहीं था।) नागर समाज द्वारा निगरानी इसे गति देने का काम कर सकती है।
- स्वास्थ्य के मुद्दे पर नागर समाज का एक बड़ा फोरम कैसे तैयार किया जाए जिसमें शिक्षा विद्, कार्यक्रम प्रबंधक, स्वास्थ्य व्यवसायी, समुदाय के साथ-साथ राजनीतिक पार्टियां, पंचायती संस्थाएं, मीडिया और मध्यम वर्ग के लोग भी शामिल हो।
- सार्वजनिक सेवाओं पर निगरानी या निगाह रखने में लोगों की क्या भूमिका होनी चाहिए।
- बड़ी परियोजनाओं और कार्यक्रमों की तकनीकी निगरानी एवं मूल्यांकन में लोगों की चिन्ताएं, अपेक्षाएं और अनुभवों को किस तरह से शामिल किया जा सकता है जिससे लोगों को सशक्त बनाने में मदद पहुंचाया जा सकें।
- जन स्वास्थ्य व्यवस्थाओं एवं सुविधाओं की नागर समाज द्वारा विवेचनात्मक स्वनिगरानी के साथ संतुलित किया जाना चाहिए
- सोशल ऑडिट नागर समाज निगरानी के लिए एक शक्तिशाली तकनीक/औजार हो सकती है।
- जनस्वास्थ्य पर सोशल ऑडिट के लिए नागर समाज में निजी क्षेत्र को भी जोड़ने की आवश्यकता है।
- अन्य कानूनों, नियमों में हो रहे बदलाव पर भी सतर्क रहने व निगाह रखने की जरूरत है जो जन स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं जैसे – ट्रिप्स (टी.आर.आई.पी.एस.), दवा नीति, सी.जी.एच.एस. आदि।
- नागर समाज द्वारा निगरानी का उद्देश्य क्या है— प्रभावित करना? शामिल करना? दबाव डालना?
- एच.आई.वी./एड्स आन्दोलन, जहाँ प्रभावित लोग कार्यक्रम नियोजन के केन्द्र बिन्दु में थे, से निकली सीख को जन स्वास्थ्य में कैसे ले सकते हैं।

निगरानी के लिए व्यवस्था तंत्र और रणनीति :

- सूचना को एकत्र करना तथा उपयुक्त लोगों तक पहुँचाना ताकि वे अच्छे तरीके से निगरानी जारी रख सकें, एक महत्वपूर्ण रास्ता होगा।
- अलग-अलग विभागों में बहुत आंकड़े मौजूद हैं। अखबारों में निकले टेण्डर कई बार काफी सूचना देते हैं। इन आंकड़ों का इस्तेमाल किया जा सकता है बजाय कि नये आंकड़ों को जुटाया जाए।
- नीतियों, कार्यक्रमों में की गई व्यवस्थाओं से जुड़ी सूचनाएं तथा दूसरी तरफ कार्यक्रम का क्रियान्वयन और समुदाय के अनुभव आदि पर संचार को कैसे सुनिश्चित कर सकते हैं।

- नीतियों व कार्यक्रमों की विभिन्न स्तरों पर निगरानी करने की जरूरत है—सामुदायिक क्रियान्वयन, जिला और राज्य स्तर पर नियोजन, संसाधनों का आवंटन और मूल्यांकन प्रक्रिया, राष्ट्रीय स्तर पर नियोजन, मूल्यांकन तथा निकलने वाले परिणाम।
- एच.आई.वी./एड्स को जनस्वास्थ्य, गाँव से लेकर उपर के हर स्तर पर हो रहे नियोजन में जोड़ने की आवश्यकता है।
- एच.आई.वी./एड्स और जनस्वास्थ्य पर कार्यरत पैरोकार तथा क्रियान्वयन से जुड़े कार्यकर्ता दोनों के चिन्ताओं और मुद्दों के बीच एक ताल-मेल बनाने की आवश्यकता है।
- जमीनी स्तर पर समस्याओं के निराकरण के साथ निगरानी प्रक्रिया को कैसे जोड़ा जा सकता है
- नागर समाज द्वारा निगरानी की प्रक्रिया को किस तरह औपचारिक व्यवस्था में हो रहे विभागीय मूल्यांकन व साथ ही साथ विधायकीय व वित्त से जुड़ी निगरानी में कैसे जोड़ सकते हैं।
- राजनीतिक नेताओं की अगली पीढ़ी से धीरे-धीरे हमारे सम्पर्क बिन्दु बनने चाहिए, सरकार में मुद्दे पर मिलकर काम करने हेतु मित्र बनने चाहिए।
- दाता के साथ कैसे सम्बन्ध हैं ? सूचनाओं को कितना खोलकर दाताओं के सामने रखा गया? क्या यह उनके लिए चुनौती है ? क्या हमें उनको इस प्रक्रिया के बाहर रखना चाहिए ?

साझेदारी व मंच बनाना

- एक नागर समाज मंच होना चाहिए जो मिलकर आम मुद्दों पर चर्चा करेंगे
- सामंजस्य एक प्रक्रिया है और इसे मुद्दों के आधार पर समय-समय पर बदलना पड़ता है।
- समूह की विश्वसनीयता बनाना आवश्यक है
- अलगाव किसी भी कीमत पर नहीं होना चाहिये। उत्तर पूर्व, बिहार व झारखण्ड को अलग कर दिया गया है। आंकड़े चाहे कितने भी छोटे और सरल हों उन्हें गम्भीरता से लेना चाहिये।
- हेल्थवॉच व जे.एस.ए. के पिछले अनुभवों से यह सीख मिलती है कि हमें स्थायी विकल्पों को विकसित करने की आवश्यकता है। साथ ही साथ क्षमता भी विकसित करनी होगी।
- नागर समाज द्वारा निगरानी के काम को आगे बढ़ाने की ताकतें समन्वय केन्द्र से आनी चाहिए
- कई बार संस्थाओं और सरकारी कर्मचारियों के बीच आपसी सामंजस्य न होने के कारण मुद्दे दब जाते हैं।

नागर समाज के साथ काम का स्वरूप :

- औपचारिक संस्थान जो कि सचिवालय की तरह कार्य करे और समन्वय में सहयोग दे
- अपने साझेदारों के साथ लचीला नेटवर्क
- अन्य नेटवर्कों के साथ तालमेल के द्वारा महासंघ तैयार करना

मुद्दे व परिणाम जिसकी निगरानी की जा सकती है:

विस्तृत मुद्दों की सूची :

- सभी तरीकों और पद्धतियों को समावेशित करते हुए हमारा फोकस व्यापक होना चाहिए, प्रजनन और यौन स्वास्थ्य के अलावा अन्य विवादित मुद्दे जैसे दवा आदि भी देखा जाना चाहिए
- सेवा प्रदायी व्यवस्था की निगरानी सबसे अधिक महत्वपूर्ण है। अन्तराष्ट्रीय नीतियों का स्थानीय नीतियों कार्यक्रम तथा क्रियान्वन पर होने वाले असर का अध्ययन भी किया जाना चाहिए।
- जनस्वास्थ्य व्यवस्थाओं को मजबूत करने वाले सूचको को देखा जाना चाहिए
- उपलब्ध निगरानी व्यवस्थाओं पर निगरानी करना।
- सबूतों में कमियों को पहचानना।
- बजट का विशलेषण तथा खर्चों पर निगरानी करना।
- कार्यक्रम का क्रियान्वयन समय बाध्यता व परिणाम सूचकों के आधार पर।
- दाताओं की नीतियां एवं उनकी प्राथमिकताएं
- उभर रही नई संस्थाएं तथा उनकी रुचियां—कन्सलटेंसी फर्म/वित्तीय सुविधाएं प्रदान करने वाली व्यवस्थाएं जैसे – बीमा योजनाएं/दवाईयां—दवाईयों को नियंत्रित करने वाले नियम/शोध आदि
- इलाज में हो रहे खर्च से कर्ज में डूबना
- नीति निर्धारण की प्रक्रियाएं
- नीजि क्षेत्र—नियमन/अनुपालन/साझेदारी/निष्पादन/जवाबदेही
- स्वास्थ्य/महत्वपूर्ण केस और उनके न्यायिक फैसले, वर्तमान में चले रहे मुकदमें/जनस्वास्थ्य और जवाबदेही से संबंधित कानून/ऐसे कानूनों का क्रियान्वयन
- मेडिकल/नर्सिंग/फारमेसी/पैरामेडिक प्रक्षिण—सेवा में जुड़ने से पहले और बाद में लगातार
- जनस्वास्थ्य शिक्षा—विषय वस्तु/रणनीति/परिणाम

विशिष्ट मुद्दों की सूची

एन.आर.एच.एम. से संबंधित :

- आशा का चयन
- ग्राम स्वास्थ्य योजना और जिला स्वास्थ्य योजना
- पंचायत प्रतिनिधियों की भागीदारी
- एन.आर.एच.एम. के क्रियान्वयन के लिये संसाधनों का आकलन
- सार्वजनिक व निजी क्षेत्र की भागीदारी
- गरीबों के लिये स्वास्थ्य सेवायें व स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए आवश्यक धन की उपलब्धि

- समुदायिक निगरानी व्यवस्था को लागू करना और समुदाय में अधिकारों पर जानकारी प्रदान करना

आर.सी.एच.-2 से सम्बन्धित :

- जननी सुरक्षा योजना का क्रियान्वयन
- अस्पतालों व स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसव
- रेफरल यातायात व्यवस्था

मुद्दों से संबंधित :

- घर में प्रसव व पारम्परिक दाईयों का योगदान
- मातृ स्वास्थ्य से संबंधित ऑकड़ों की कमियों को पहचानना
- परिवार नियोजन संबंधित कार्यक्रमों पर सुप्रीम कोर्ट के दिशा निर्देशों का पालन

एन.ए.सी.पी.-3 :

- निगरानी प्रक्रिया के लिए सूचक निर्धारित करना

त्वरित कार्यवाई के लिये सुझाव :

- एन.आर.एच.एम. या एन.ए.सी.पी. में से कौन सा समूह किसको देख रहा है, और साझेदारी या कौशलवृद्धि के क्षेत्रों की पहचान के लिये एक रिपोर्ट (मैपिंग करना—कौन क्या कर रहा है) तैयार करना
- वर्तमान में संस्थागत कार्य पद्धति और एन.आर.एच.एम तथा एन.ए.सी.पी -3 के अन्तर्गत निगरानी के अवसर क्या हैं
- प्रदेश प्रोजेक्ट क्रियान्वयन योजना (PIPS) को इकट्ठा करना
- समुदाय द्वारा निगरानी के लिए एक साझा मंच तैयार करना और जनस्वास्थ्य—प्रजनन स्वास्थ्य व एच.आई.वी. पर कार्य कर रहे समूहों व व्यक्तियों के बीच साझा मंच तैयार करना
- सूचनाओं के आदान-प्रदान के तरीकों को पहचानना
- आशा के चयन को देखना
- एन.आर.एच.एम. के क्रियान्वयन पर सूचनाओं को एकत्र करने की प्रक्रिया प्रारम्भ करना
- इसी तरह की एक बैठक प्रगति समीक्षा के लिए आयोजित करना—संभव हो तो अप्रैल 2006 में