ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಧಾನ ಪರಿಷತ್ತು

ಚುಕ್ಕೆ ಗುರುತಿಲ್ಲದ ಪ್ರಶ್ನೆ ಸಂಖ್ಯೆ	:	143
ಮಾನ್ಯ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	:	ಶ್ರೀ ಮುನಿರಾಜು ಗೌಡ ಪಿ.ಎಂ (ವಿಧಾನ ಸಭೆಯಿಂದ ಚುಣಾಯಿತರಾದವರು)
ಉತ್ತರಿಸಬೇಕಾದ ದಿನಾಂಕ	:	13.09.2021
ಉತ್ತರಿಸಬೇಕಾದ ಸಚಿವರು	:	ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಸಚಿವರು

ಕ್ರ.ಸಂ	ಪ್ರಶ್ನೆ	ಉತ್ತರ
ಅ)	ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿರುವ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ ಎಷ್ಟು (ಹೆಸರು ಸಹಿತ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ವಿವರ ನೀಡುವುದು)	ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 41658 ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ವಿವರಗಳನ್ನು ವಿದ್ಯುನ್ಮಾನ ಪ್ರತಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ(CD)
ಆ)	ಇವರುಗಳನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಲು ಇರುವ ಮಾನದಂಡಗಳೇನು (ವಿವರ ನೀಡುವುದು)	ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಆಯ್ಕೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು **ಅನುಬಂಧ-1** ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.
ಇ)	ಇವರ ಕಾರ್ಯವ್ಯಾಪ್ತಿ ಹಾಗೂ ಮಾಸಿಕ ವೇತನವೆಷ್ಟು (ವಿವರ ನೀಡುವುದು)	ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯು ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯಾಗಿದ್ದು, ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ನೆಲೆಗಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 1000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಹಾಗೂ ನಗರಪ್ರದೇಶದ ಕೊಳಗೇರಿ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 2500 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯ ಕಾರ್ಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇವರಿಗೆ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದಿಂದ ಗೌರವಧನ ಮತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ವಿವರಗಳು ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ: **ಎ)** ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಮಾಸಿಕ ನಿಶ್ಚಿತ ಗೌರವಧನ ರೂ.4000/-ಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. **ಬಿ)** ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದಿಂದ ಎಂಟು ಆವರ್ತಕ ಮತ್ತು ನಿಯಮಿತ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಮಾಸಿಕ ನಿಶ್ಚಿತ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನ ರೂ.2000/-ಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. **ಸಿ)**ಕೋವಿಡ್-19 ರ ನಿಯಂತ್ರಣ ಚಟುವಟಿಕೆ ಗಳಿಗೆ ಮಾಸಿಕ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನ ರೂ.1000/-ಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. **ಡಿ)** ಮೇಲ್ಕಂಡ ನಿಶ್ಚಿತ ಗೌರವಧನ ಮತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ 29 ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯ ಆಧಾರದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದಡಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನದ ವಿವರಗಳನ್ನು **ಅನುಬಂಧ-2**ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಈ)	ಈ ವೇತನವನ್ನು ನಿಗದಿತ ಅವಧಿಯೊಳಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೇ?	ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ತಾಂತ್ರಿಕ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಕಾಲಮಿತಿಯೊಳಗೆ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳ 10ನೇ ತಾರೀಖಿನೊಳಗೆ ಮಾಸಿಕ ಗೌರವಧನ ಮತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನವನ್ನು ಪಾವತಿಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ.
ಉ)	ಇಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಕಾರಣಗಳೇನು ಹಾಗೂ ಈ ಬಗ್ಗೆ ಸರ್ಕಾರ ಕೈಗೊಂಡಿರುವ ಕ್ರಮಗಳೇನು?	ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಸೂಚನೆಯಂತೆ ಗೌರವಧನದವನ್ನು ಡಿಬಿಟಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮುಖೇನ ಪಾವತಿ ಮಾಡಲು ಸೂಚಿಸಿದ ಕಾರಣದಿಂದ ಡಿಬಿಟಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ದತ್ತಾಂಶಗಳ ನಮೂದು ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗಳು ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಸೀಡಿಂಗ್ ಆಗುವುದು ವಿಳಂಬವಾದ ಕಾರಣ ಮಾರ್ಚ್ ಮತ್ತು ಏಪ್ರಿಲ್ ಮಾಹೆಯ ಮಾಸಿಕ ಗೌರವಧನದ ಪಾವತಿಯು ವಿಳಂಬವಾಗಿತ್ತು. ತಕ್ಷಣವೇ ಇ-ಆಡಳಿತ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ನಿರಾಕ್ಷೇಪಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಪಡೆದು ಹಿಂದಿನ ಬಿ.ಎಂ.ಎಸ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಡಿ ಪಾವತಿ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಉಳಿದಂತೆ ಮೇ-2021ರಿಂದ ಕಾಲಮಿತಿಯೊಳಗೆ ಗೌರವಧನವನ್ನು ಪಾವತಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ.
ಊ)	ಇವರ ಮಾಸಿಕ ವೇತನವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಳ ಮಾಡುವ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಂದಿದೆಯೇ? (ವಿವರನೀಡುವುದು)	ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಹೊಸ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕೋವಿಡ್-19 ರ ಎರಡನೇ ಪರಿಹಾರ ಪ್ಯಾಕೇಜ್‌ನಲ್ಲಿ ಏಕಗಂಟಿನ ಪರಿಹಾರ ಧನವಾಗಿ ರೂ.3000/-ಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ, ಮಾಸಿಕ ವೇತನ ಹೆಚ್ಚಳದ ಬಗ್ಗೆ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಂದೆ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಕುಕ 43 ಎಸ್.ಟಿ.ಕ್ಯೂ 2021

(ಡಾ|| ಕೆ.ಸುಧಾಕರ್)
ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ
ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಸಚಿವರು

ASHA GUIDELINES

Background

The National Rural Health Mission (NRHM) launched in the year 2005, has completed seven years of implementation and is now commencing its second phase. The ASHA programme was introduced as a key component of the community processes intervention. Over the seven year period, the ASHA programme has emerged as the largest community health worker programme in the world, and is considered a critical contributor to enabling people's participation in health.

Guidelines for implementation of the ASHA programme were issued by the Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW) in 2006. The original guidelines were supplemented by several orders issued by the MOHFW to communicate policy modifications to the states. The programme has evolved substantially in the past seven years. In the journey so far, there is a better understanding of the programme through learning from the experiences of the implementers and various stakeholders, assessments and evaluations. This necessitates that existing guidelines for the programme be revised. The revised guidelines build on the original guidelines and various orders issued in the period 2006-2012.

Section - I: Roles and Responsibilities of an ASHA

The roles and responsibilities of an ASHA include the functions of a healthcare facilitator, a service provider and a health activist. Broadly her functions involve providing preventive, promotive and basic curative care in a role complementary to other health functionaries; educating and mobilizing communities particularly those belonging to marginalized communities, for adopting behaviours related to better health and create awareness on social determinants, enhancing better utilization of health services; participation in health campaigns and enabling people to claim health entitlements.

Her roles and responsibilities would be as follows:

- ASHA will take steps to **create awareness** and provide information to the community on determinants of health such as nutrition, basic sanitation and hygienic practices, healthy living and working conditions, information on existing health services and the need for timely use of health services.

- She will **counsel** women and families on birth preparedness, importance of safe delivery, breastfeeding and complementary feeding, immunization, contraception and prevention of common infections including Reproductive Tract Infection/Sexually Transmitted Infection (RTIs/STIs) and care of the young child.

- ASHA will **mobilize the community and facilitate people's access to** health and health related services available at the village/sub-centre/primary health centres, such as Immunization, Ante Natal Check-up (ANC), Post Natal Check-up (PNC), ICDS, sanitation and other services being provided by the government.

- She will **work with the Village Health, Sanitation and Nutrition Committee** to develop a comprehensive village health plan, and promote convergent action by the committee on social determinants of health. In support with VHSNC, ASHAs will assist and mobilize the community for action against gender based violence.

- She will arrange **escort/accompany** pregnant women & children requiring treatment/ admission to the nearest pre- identified health facility i.e. Primary Health Centre/Community Health Centre/First Referral Unit (PHC/CHC/FRU).

- ASHA will **provide community level curative care** for minor ailments such as diarrhoea, fevers, care for the normal and sick newborn, childhood illnesses and first aid. She will be a provider of Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) under Revised National Tuberculosis Control Programme. She will also act as a depot holder for essential health products appropriate to local community needs. A Drug Kit will be provided to each ASHA. Contents of the kit will be based on the recommendations of the expert/technical advisory group set up by the Government of India. These will be updated from time to time, States can add to the list as appropriate.

- The ASHA's role as a care provider can be enhanced based on state needs. States can explore the possibility of graded training to the ASHA to provide palliative care, screening for non-communicable diseases, childhood disability, mental health, geriatric care and others.

- The ASHA will provide **information on** about the births and deaths in her village and any unusual health problems/disease outbreaks in the community to the Sub-Centres/Primary Health Centre. She will promote construction of household toilets under Total Sanitation Campaign.

The ASHA will fulfill her role through five activities:

1. **Home Visits:** For up to two hours every day, for at least four or five days a week, the ASHA should visit the families living in her allotted area, with first priority being accorded to marginalized families. Home visits are intended for health promotion and preventive care. They are important not only for the services that ASHA provides for reproductive, maternal, newborn and child health interventions, but also for non- communicable diseases, disability, and mental health. The ASHA should prioritize homes where there is a pregnant woman, newborn, child below two years of age, or a malnourished child. Home visits to these households should take place at least once in a month. Where there is a new born in the house, a series of six visits or more becomes essential.

2. **Attending the Village Health and Nutrition Day (VHND):** The ASHA should promote attendance at the monthly Village Health and Nutrition Day by those who need Aganwadi or Auxiliary Nurse Midwife (ANM) services and help with counselling, health education and access to services.

3. **Visits to the health facility:** This usually involves accompanying a pregnant woman, sick child, or some member of the community needing facility based care. The ASHA is expected to attend the monthly review meeting held at the PHC.

4. **Holding village level meeting:** As a member or member secretary of the Village Health, Sanitation and Nutrition Committee (VHSNC), the ASHA is expected to help convene the monthly meeting of the VHSNC and provide leadership and guidance to its functioning.

These meetings are supplemented with additional habitation level meetings if necessary, for providing health education to the community.

5. **Maintain records:** Maintaining records which help her in organizing her work and help her to plan better for the health of the people.

The first three activities relate to facilitation or provision of healthcare, the fourth is mobilizational and fifth is supportive of other roles.

Selection of ASHAs

Selection of ASHAs is near completion in all states according to the norms laid during the first phase of NRHM. For the sustainability of programme, there is a need to plan for atleast 5% turnover and fresh selection every year. States need to engage more ASHAs to meet the deficit due to rise in rural population (as per 2011 Census).

The general norm will continue to be 'One ASHA per 1000 population'. When the population exceeds one thousand, another ASHA can be engaged.

Where there is more than one ASHA in a village, each ASHA needs to be allocated a set of households so that no households, particularly those in the periphery and outlying hamlets are missed.

In tribal, hilly and desert areas, the norm can be relaxed to one ASHA per habitation, depending on the workload, geographic dispersion, and difficult terrain.

In urban habitations with a population of 50,000 or less, ASHAs will be selected as in rural areas. The urban health mission is expected to extend the ASHA program to all urban areas.

- ASHA must be a woman resident of the village – preferably 'Married/Widow/Divorced/ Separated' and preferably in the age group of 25 to 45 years.
- ASHA should have effective communication skills, leadership qualities and be able to reach out to the community.
- She should be a literate woman with formal education upto Eighth Class.
- She should have family and social support to enable her to find the time to carry out her tasks.
- The educational and age criteria can be relaxed if no suitable woman with this qualification is available in the area.
- Adequate representation from disadvantaged population groups should be ensured to serve such groups better.

The District Health Society is expected to oversee the process. The Society should designate a District Nodal Officer who belongs to the regular cadre to oversee the process of selection in the entire district. She/He will be supported by the District Community Mobilizer (DCM).

At the block level, the Society should designate a Block Nodal Officers, who belongs to the regular cadre, such as the Block Medical Officer or Block Extension Educator (BEE). The Bock nodal officer will be supported by the Block Community Mobilizers (BCM) and ASHA facilitator in the selection process. The BCM and ASHA facilitators will work closely with the community in selecting the ASHA.

The ASHA Facilitators should be oriented to the selection process as part of their training in the Handbook for ASHA Facilitator. Training the BCM and facilitator is the responsibility of the state ASHA and Community Processes Resource Centre (CPRC).

The facilitators are required to raise awareness in the community about the roles and responsibilities of the ASHA and the criteria on which she is to be selected. This is done through community interaction in the form of meetings. Focus Group Discussions (FGDs) and mobilizational events such as Kala Jathas. These processes enthuse women to apply to become ASHA.

The trained facilitator will organize meeting of the households for which an ASHA is to be selected. In order to organize the meetings, the facilitators should engage actively with representatives of the Panchayat Raj Institutions (PRI), women's Self-Help groups, other Community based groups, and local Civil Society Institutions. In the meeting the facilitator will explain the roles and responsibilities of the ASHA and ask the community to select their ASHA from amongst the women interested in taking up this role. This interaction should result in short listing of at least three names from each village.

Ideally, a meeting of the Gram Sabha should be convened to select one of the three shortlisted names. The minutes of the approval process in Gram Sabha shall be recorded. The name will be forwarded by the Gram Panchayat to the Block and Nodal Officer for the record.

State Governments may modify the guidelines and the details of the selection process, based on their context except that no change may be made in the basic criteria of ASHA being a woman volunteer, with minimum education up to VIII class, (only to be relaxed in selected areas where no such candidate is available) and that she would be a resident of the village. In case any of the selection guidelines or process is modified, these should be widely disseminated in local languages.

ASHA DATABASE

An ASHA database/register will be maintained at Block, District and State levels. The function of the register is to maintain updated information on the ASHA, population coverage, households allocated, training inputs received, and performance, data on drop-outs and new appointments. Formats for the register at each level are at Annexure - I. This should be updated as specified.

Database registers will be maintained at block and district levels by the nodal officers, updated as and when required. On an annual basis the data will be consolidated and sent to the state as an aggregate number as specified in the Annexure I This would help in maintaining a comprehensive record of all the ASHAs working in the district as well as drop outs from the programme. The register will also record the number of areas without an ASHA.

CRITERIA FOR DECLARING AN ASHA AS A "DROP OUT"

ASHA is to be considered as drop out if:

- She has submitted a letter of resignation to the VHSNC and her facilitator OR
- She has not attended the three consecutive VHNDs **AND** not given reasons for the same OR

- She has not been active in most of the activities **AND** Block Community Mobilizer/Coordinator visited the village of the ASHA and ascertained through discussions with all VHSNC members that she is indeed not active.

If there is a genuine problem, she should be supported until it is overcome through the VHSNC or village SHG. If the problem persists and the community also agrees that ASHA should not continue, a signed letter stating this should be obtained from her and approved by Block Community Mobilizer after due validation from Gram Sabha/Panchayat. In case of her contesting her removal, it should be referred to the district community mobilizer or other person appointed by the secretary of the district health society who would listen to her views, record them and then take a final view. It is desirable in case of all 'dropouts' whatever the reason, to conduct and document an exit interview.

Vacancies howsoever they arise, should be filled in by the same selection process as laid down by state government, based on these guidelines.

Programme Management and Supportive Mechanisms for ASHA Programme

The ASHA programme should have a strong network of supportive structures woven around it, to facilitate her work and make her more effective as a community health worker (Chart 1). Details of the support structure have been included in Part-C of this book - as 'Guidelines for setting up Community Processes Support Structure'.

CHART 1: SUPPORT STRUCTURE FOR ASHA

NATIONAL LEVEL

NRHM Division, Department of Health and Family Welfare, Ministry of Health & Family Welfare (MOHFW), supported by Civil Society Organizations in the National ASHA Mentoring Group & National Health Systems Resource Centre (NHSRC) as Technical Support

STATE LEVEL

State ASHA Nodal Officer/Management Team within State Programme Management Unit, supported by Civil Society Organizations in the form of State Mentoring Group for ASHA and Community Processes, State ASHA and Community Processes Resource Centre and the State Trainers Team

DISTRICT LEVEL

District Coordination Committee for ASHA and Community Processes covened by DHS, District ASHA and Community Processes Team comprising of DCM and Data or Accounts assistants. Supported by DPMU or DHS, District Trainig Agencies and ASHA trainers Team

BLOCK LEVEL

Block Community Mobilizer/ Coordinators supported by Block Medical Health Officer/BPMU and all ASHA Facilitators

ASHA Facilitators 1 per 20 ASHAs supported at Village level by ANM; AWW and VHSNC, Block Community Mobilizers and PHC-Medical Officer in Charge

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ,
ಆನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ, ಬೆಂಗಳೂರು,

ದಿನಾಂಕ: 28-09-2015

ಸಂಖ್ಯೆ: ಆರ್‌ಓ(ಆರ್‌ಸಿಹೆಚ್)/10/2015-16

ಆಶಾಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿ

1. ಆಶಾಳು ಸದರಿ ಗ್ರಾಮದ ಸ್ಥಳೀಯ ನಿವಾಸಿಯಾಗಿರಬೇಕು. ಸದರಿ ಗ್ರಾಮದ 25 ರಿಂದ 45 ವಯಸ್ಸಿನ ವಿವಾಹಿತ ಮಹಿಳೆಗೆ ಆಧ್ಯತೆ ನೀಡುವುದು.
2. ಆಶಾಳು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಸಂವಹನ ಕೌಶಲ್ಯ, ಉತ್ತಮ ನಾಯಕತ್ವ ಗುಣ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯದೊಂದಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು.
3. ಆಶಾಳು 8ನೇ ತರಗತಿಯವರೆಗೂ ಓದಿದ್ದು, ಅಕ್ಷರಸ್ಥ ಮಹಿಳೆಯಾಗಿರಬೇಕು.
4. ಆಶಾಳು ಸಮುದಾಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆ ಮಾಡಲು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಮಯವನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾಗಿದ್ದು, ಇದಕ್ಕೆ ಆಕೆಯ ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸಮಾಜ ಬೆಂಬಲವಾಗಿರಬೇಕು.
5. ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸಿನ ಮಾನದಂಡ ಹೊಂದಿರುವ ಮಹಿಳೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಪಕ್ಷದಲ್ಲಿ ಸದರಿ ಮಾನದಂಡದಲ್ಲಿ ಸಡಿಲಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.
6. ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದು ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಬ್ಬ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯನ್ನು ನೇಮಕಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಆದಾಗ್ಯೂ ಬುಡಕಟ್ಟು ಮತ್ತು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಜನ ವಸತಿ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಭೌಗೋಳಿಕ ಹಂಚಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯದೊತ್ತಡಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಈ ನಿಯಮದಲ್ಲಿ ಸಡಲಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

Renuka DS

ಯೋಜನಾ ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಆರ್‌ಸಿಹೆಚ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ,
ಆನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ, ಬೆಂಗಳೂರು,

ಸಂಖ್ಯೆ: ಆರ್‌ಒ(ಆರ್‌ಸಿಹೆಚ್)/71/2018-19 ದಿನಾಂಕ: 02/03/2019

ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು

ವಿಷಯ:	ಹೊಸ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಆಯ್ಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಮಾರ್ಪಾಡಿಸುವ ಹಾಗೂ ಸ್ಪಷ್ಟೀಕರಣ ನೀಡುವ ಬಗ್ಗೆ.,
ಉಲ್ಲೇಖ:	1. ಮಾನ್ಯ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ, ಇವರ ಅಧ್ಯಕ್ಷತೆಯಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕ:16.10.2018 ರಂದು ನಡೆದ ಸಭೆಯಲ್ಲಿನ ಸಭಾ ನಡಾವಳಿಯ ಅನುಸಾರ ಸಾಕ್ಷರ ಭಾರತ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದ ಮಹಿಳಾ ಪ್ರೇರಕರನ್ನು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಹುದ್ದೆಗೆ ಪರಿಗಣಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ. 2. ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಆಯ್ಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಮಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸ್ಪಷ್ಟೀಕರಣ ಕೋರಿ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಿರುವ ದೂರವಾಣಿ ಕರೆಗಳು.

ಮೇಲ್ಕಂಡ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ನೇಮಕಾತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಹೊರಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಉಲ್ಲೇಖ(1) ರಲ್ಲಿ ಸಾಕ್ಷರ ಭಾರತ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿ ಕರ್ತವ್ಯದಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಂಡ ಮಹಿಳಾ ಪ್ರೇರಕರನ್ನು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಆಯ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಗಣಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಉಲ್ಲೇಖ (2) ರಂತೆ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಆಯ್ಕೆಗೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಮಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟೀಕರಣ ಕೋರುತ್ತಾ ವಾಸ್ತವಿಕ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲು ಸಮುದಾಯದಿಂದ ಕ್ಷೇತ್ರ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಒತ್ತಡಗಳು ಬರುತ್ತಿದ್ದು, ಈ ಬಗ್ಗೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು,ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕರು ದೂರವಾಣಿ ಮುಖೇನ ಸ್ಪಷ್ಟನೆ ಕೋರಿರುತ್ತಾರೆ.

ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಆಯ್ಕೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಳಕಂಡ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಅನುಸರಿಸಲು ಈ ಮೂಲಕ ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ, ಇನ್ನುಳಿದ ಮಾನದಂಡಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ.

1. ಖಾಲಿಯಿರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಆಯ್ಕೆಯ ಸಂಧರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಾಕ್ಷರ ಭಾರತ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿರುವ ಮಹಿಳಾ ಪ್ರೇರಕರು ಆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೆ ಪರಿಗಣಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಆಯ್ಕೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳಂತೆ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು.
2. ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಆಯ್ಕೆಗೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಪರಿಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಾಗ ವಾಸ್ತವಿಕ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಅಥವಾ ಮಧ್ಯಂತರ ವಾರ್ಷಿಕ ಅಂದಾಜು

ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು (Mid-year projected population) ಪರಿಗಣಿಸಬಾರದು. 2011 ರ ಜನಗಣತಿಯ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವುದು.

3. ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಮತ್ತು ಮಲೆನಾಡಿನ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 2011 ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರತಿ 1000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವುದು. ಒಂದು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ 1001 ರಿಂದ 1999 ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಇದ್ದರೆ ಎರಡನೇ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲು ಅವಕಾಶವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಎರಡನೇ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲು ಕನಿಷ್ಠ 2000 ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಇರಬೇಕು.

ಅಭಿಯಾನ ನಿರ್ದೇಶಕರು(ಎನ್.ಹೆಚ್.ಎಂ)

ಪ್ರತಿ: ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಗೌರವಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದೆ.

1. ಸನ್ಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಚಿವರು, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ, ವಿಕಾಸ ಸೌಧ, ಬೆಂಗಳೂರು.
2. ಸನ್ಮಾನ್ಯ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ, ವಿಧಾನಸೌಧ, ಬೆಂಗಳೂರು.
3. ಮಾನ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ.
4. ಮಾನ್ಯ ಆಯುಕ್ತರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಹಾಗೂ ಆಯುಷ್ ಸೇವೆಗಳು, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ.
5. ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು
6. ಯೋಜನಾ ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಆರ್.ಸಿ.ಹೆಚ್), ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು

ಪ್ರತಿ: ಮುಂದಿನ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ

1. ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು.
2. ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರ್‌ಸಿಹೆಚ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು.
3. ಎಲ್ಲಾ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ತಾ॥ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು
4. ಕಚೇರಿ ಪ್ರತಿ.

ಅನುಬಂಧ - 2

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದಡಿ ಒಟ್ಟು 37 ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನವನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಮಾಹೆಗೆ ಎಂಟು ಆವರ್ತಕ ಮತ್ತು ನಿಯಮಿತ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ರೂ.2000/- ಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದ್ದು, ಇನ್ನುಳಿದಂತೆ 29 ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುವ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನ ಮತ್ತು ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು:

ಎ. ಆವರ್ತಕ ಮತ್ತು ನಿಯಮಿತ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು

ಕ್ರ.ಸಂ	ಚಟುವಟಿಕೆ	ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನದ ಮೊತ್ತ (ರೂಪಾಯಿಗಳಲ್ಲಿ)
1	ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ ದಿನಾಚರಣೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗಿಯಾದರೆ	200
2	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಮಾಸಿಕ ಸಭೆಗೆ ಹಾಜರಾದರೆ	150
3	ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಹಾಗೂ ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶ ಸಮಿತಿ ಸಭೆಯನ್ನು ನಡೆಸಿದರೆ	150
4	ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಪಟ್ಟಿಯ ನಿರ್ವಹಣೆ	300
5	ಅರ್ಹದಂಪತಿಗಳ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ತಯಾರಿಸುವುದು	300
6	ಮನೆ ಮನೆ ಸಮೀಕ್ಷೆ	300
7	ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಪುಸ್ತಕದ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ	300
8	ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಹ ಮಕ್ಕಳ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ತಯಾರಿಸಿದರೆ	300

ಬಿ. ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನಗಳು

ಕ್ರ.ಸಂ	ಚಟುವಟಿಕೆ	ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನದ ಮೊತ್ತ (ರೂಪಾಯಿಗಳಲ್ಲಿ)
1.	ಗರ್ಭಿಣಿ ಆರೈಕೆಗೆ	300
2.	ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಿದರೆ	300
3.	ತಾಯಿ ಮರಣದ ವರದಿ	200
4.	ಗೃಹದಾರಿತ ನವಜಾತ ಶಿಶು ಆರೈಕೆ	250
5.	ಕಡಿಮೆ ಹುಟ್ಟು ತೂಕದ ಮಕ್ಕಳ ಅನುಸರಣೆ	50
6.	ಎಸ್.ಎನ್.ಸಿ.ಯುವಿನಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾದ ಮಕ್ಕಳ ಅನುಸರಣೆ	50
7.	ಮಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿ ಬೆಂಬಲ ಗುಂಪುಗಳ ಸಭೆಯನ್ನು ನಡೆಸಲು	100
8.	ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡುವುದು.	150
9.	ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಸಂಘಟಿಸುವುದು.	150
10.	ಮೊದಲ ವರ್ಷದ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಸೇವೆಗಳಿಗೆ	100
11.	ಎರಡನೇ ವರ್ಷದ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಸೇವೆಗಳು	75
12.	5-6 ವರ್ಷದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ ಬೂಸ್ಟರ್ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಿಸಿದರೆ	50
13.	ಪಿ.ಪಿ.ಐ.ಯು.ಸಿ.ಡಿ ಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಉತ್ತೇಜಿಸಿದರೆ	150

14.	ಪುರುಷರನ್ನು ಸಂತಾನ ನಿರೋಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಉತ್ತೇಜಿಸಿದರೆ	200
15.	ಸ್ತ್ರೀಯರನ್ನು ಸಂತಾನ ನಿರೋಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಉತ್ತೇಜಿಸಿದರೆ	150
16.	ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತಕ್ಕೆ ಉತ್ತೇಜಿಸಿದರೆ	100
17.	ಎರಡು ಜನನದ ನಡುವೆ ಅಂತರವನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿದರೆ	500
18.	ಪಿ.ಎ.ಐ.ಯು.ಸಿ.ಡಿ ಅಳವಡಿಕೆಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು	150
19.	ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳಗೆ ಆರೈಕೆ ಬೆಂಬಲದಾರರಾಗಿ ಬಹುವಿಧ ಔಷಧಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದರೆ	5000
20	ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳಗೆ ಆರೈಕೆ ಬೆಂಬಲದಾರರಾಗಿ ಹೊಸ ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಆರೈಕೆ ಪ್ರಕರಣಗಳಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದರೆ	1500
21.	ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳಗೆ ಆರೈಕೆ ಬೆಂಬಲದಾರರಾಗಿ ಹೆಚ್-ಮಾನೋಪಲಿ ರೆಜಿಮನ್ ಪ್ರಕರಣಗಳಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದರೆ	1000
22	ಕುಷ್ಠರೋಗಿಗಳಗೆ (ಎಂ.ಬಿ.ಪ್ರಕರಣಗಳು) ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದರೆ	600
23	ಕುಷ್ಠರೋಗಿಗಳಗೆ (ಪಿ.ಬಿ.ಪ್ರಕರಣಗಳು) ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದರೆ	400
24	ಕುಷ್ಠ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಿಕೆ	250
25	ಮಲೇರಿಯಾ ರೋಗಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	50
26	ಸಂಶಯಾಸ್ಪದ ಮಲೇರಿಯಾ ಪ್ರಕರಣಗಳ ಸ್ಲೈಡ್ ತಯಾರಿಸುವುದು	150
27	ಉಪ್ಪಿನ ಪರೀಕ್ಷೆ	25
28	ಹೆಚ್‌ಬಿವೈಸಿ	250
29	ಎನ್‌ಸಿಡಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು	110