



सत्यमेव जयते



विशेषज्ञ समिति की रिपोर्ट भारत में जनजातीय स्वास्थ्य खाई कैसे मिटाएँ ? : भविष्य के लिये मार्गदर्शन

नीति निर्धारण के लिये संक्षिप्त विवरण



स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
भारत सरकार
एवं
जनजातीय कार्य मंत्रालय
भारत सरकार

भारत में जनजातीय स्वास्थ्य खाई कैसे मिटाएँ ? : भविष्य के लिये मार्गदर्शन



1) समिति का गठन क्यों?

- 10.4 करोड़ से ज्यादा आदिवासी लोग भारत में रहते हैं जो कि पूरे देश में 705 जनजाति के रूप में फैले हैं तथा देश की पूरी जनसंख्या का 8.6% हैं। आदिवासी लोग भौगोलिक, सामाजिक-आर्थिक, राजनीतिक, अतः राष्ट्रीय मानसिकता की दृष्टि से कगार पर रहे हैं। आदिवासी क्षेत्रों में स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवा एक अनसुलझी समस्या बनी हुई है।
- लेकिन राष्ट्र को इसकी जानकारी कैसे हो? आदिवासी स्वास्थ्य पर अलग से आंकड़े संकलित नहीं किये गये थे। इससे आदिवासी स्वास्थ्य के प्रति एक सुविधाजनक अनभिज्ञता को स्वीकृति मिल गयी। भारत सरकार ने आजादी के साठ साल और ग्यारह पंचवर्षीय योजनाओं के बाद, यह माना कि हमें आदिवासी लोगों के स्वास्थ्य को गंभीर और विशेष चिंता के रूप में देखना होगा।
- यह समिति, जो कि इस प्रकार की कार्यवाही के लिये पहली समिति है, दो उद्देश्यों के लिये गठित की गयी थी 1) आदिवासी क्षेत्रों में स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवा की वर्तमान स्थिति क्या है और खाई क्यों है? 2) इस अंतर को तेजी से दूर करने के लिए भविष्य के लिए क्या रणनीति होनी चाहिए ?

अक्टूबर 2013 में भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय (MoHFW) और जनजातीय कार्य मंत्रालय (MoTA) ने संयुक्त रूप से डॉ. अभय बंग की अध्यक्षता में जनजातीय स्वास्थ्य पर विशेषज्ञ समिति गठित की। इसके सदस्यों में लंबे समय से जनजातीय लोगों के साथ काम कर रहे प्रमुख विद्वान, सामाजिक संस्थाओं के सदस्य और नीति निर्माता शामिल थे।

- संभवतः, भारत में आदिवासी स्वास्थ्य पर यह पहली विस्तृत रिपोर्ट है।

2) भारत में जनजातीय स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवा की वर्तमान स्थिति

2.1) आदिवासी लोग कहाँ रहते हैं?

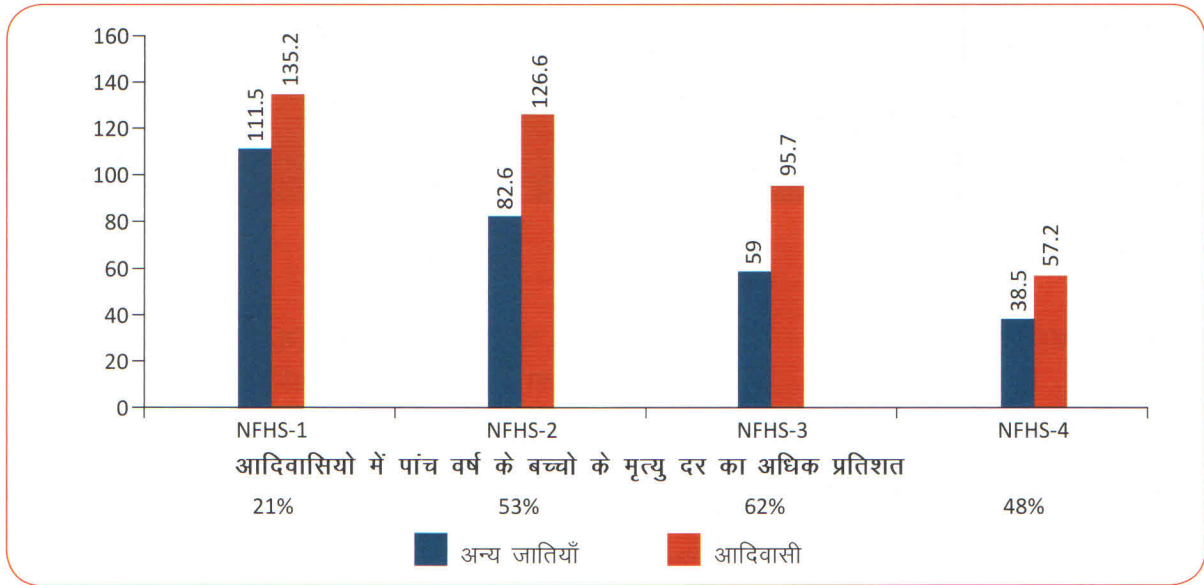
भारत में 10.4 करोड़ आदिवासी लोग बड़ी संख्या में दस राज्यों और उत्तर-पूर्व में केंद्रित हैं। देश की लगभग 90% आदिवासी जनसंख्या ग्रामीण इलाकों में रहती है। देश के 90 जिले या 809 ब्लॉक ऐसे हैं जिनमें 50% से अधिक आबादी आदिवासीयों की है और वे देश की आदिवासी आबादी का लगभग 45% हिस्सा हैं। दूसरे शब्दों में, आदिवासी जनसंख्या के लगभग 55% लोग इन 809 आदिवासी बहुल प्रखंडों के बाहर रहते हैं। अतः उन पर भी ध्यान देने की जरूरत है।

आदिवासी लोगों का स्थान देश में आर्थिक, शैक्षणिक एवं सामाजिक स्तर तथा सुविधाओं तक पहुंच की श्रेणी में सबसे निम्न स्तर पर है।

2.2) बालमृत्यु दर

- राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS) 1 से 4 (1992-93 से 2015-16) तक के आँकड़ों के विश्लेषण से पता चलता है कि 26 साल (1988 - 2014) की अवधि में जनजातीय शिशु मृत्यु दर (IMR) 90 से घट कर 44 हो गया है। यह निश्चित रूप से एक बड़ा सुधार है।
- यद्यपि, समाज के दूसरे समूहों के साथ का बालमृत्यु दर का अंतर 10% से बढ़कर 38% हो गया है।
- आदिवासी क्षेत्रों में पाँच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर (U-5 MR) 135 (1988 में) से घटकर 57 (2014 में) हो गयी जो की 58% की कमी दर्शाती है। लेकिन, समाज के दूसरे समूहों की तुलना में अनुसूचित जनजातियों (एसटी) में पाँच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर का अंतर 21% से बढ़कर 48% (आकृति.1) हुआ है। वर्ष 2014 तक, ऐसे कुछ

आकृति.1: पिछले 25 वर्षों में अनुसूचित जनजातियों एवं अन्य जातियों में पांच वर्षों की उम्र तक के बाल मृत्यु दर की तुलना



*अन्य जातियाँ अर्थात अनुसूचित जाति, जनजाती तथा पिछड़ी जतियों से भिन्न जातियाँ

राज्यों में जहाँ आदिवासी आबादी अधिक है वहाँ 5 वर्ष तक की बाल मृत्यु दर दूसरे राज्यों की तुलना में दो-तीन गुना अधिक था।

- वर्ष 2011 के अंत तक, भारत में सालाना लगभग 146,000 पाँच वर्ष तक के आदिवासी बच्चों की मृत्यु हुई है (NFHS और जनगणना 2011 के आधार पर अनुमानित)।

2.3) रोगों का बोझ

देश में आदिवासी आबादी को बीमारियों के तिहरे बोझ का सामना करना पड़ता है। जहाँ कि उनके बीच कुपोषण एवं मलेरिया और तपेदिक जैसी संक्रमणीय बीमारियाँ प्रचलित हैं, वही तेजी से हो रहे शहरीकरण, पर्यावरणीय संकट और बदलती जीवनशैली के परिणामस्वरूप कैंसर, उच्च रक्तचाप और मधुमेह जैसी गैर-संक्रमणीय बीमारियों के प्रसार में भी वृद्धि हुई है। इसके अलावा मानसिक बीमारियाँ, विशेष रूप से व्यसन तीसरा बोझ है।

मलेरिया: यद्यपि आदिवासी समुदाय राष्ट्रीय जनसंख्या का केवल 8% है, फिर भी वे मलेरिया से संबंधित बीमारी के सभी मामलों का 30%, पी. फाल्सीपेरम का 60% से अधिक, और मलेरिया से जुड़ी राष्ट्रीय मृत्यु का 50% हिस्सा वहन करते हैं। इसके परिणामस्वरूप उनपर प्रति वर्ष 6000 करोड़ रुपये का आर्थिक बोझ पड़ता है।

क्षय रोग: आदिवासी समुदाय में फेफड़े से संबंधित क्षयरोग का अनुपात देश के बाकी तबकों से काफी अधिक है— यह 100,000 जनसंख्या पर 256 के विरुद्ध, 703 है।

आदिवासी क्षेत्रों में रोग प्रकार में संक्रमण (epidemiologic transition) (और गैर-संक्रमणीय बीमारियों की वृद्धि देखी जा रही है। प्रत्येक चार आदिवासी वयस्कों में एक उच्च रक्तचाप से पीड़ित होता है।

2.4) कुपोषण

कुपोषित (कम वजन) आदिवासी बच्चों के प्रतिशत में कमी आयी है। यह 2005-6 (NFHS-3) में 54.5% थी, जो 2015-16 (NFHS-4) में 42% हो गयी। हालाँकि, अन्य सामाजिक समूहों की तुलना में आदिवासी बच्चे सबसे ज्यादा कुपोषित हैं। 'अन्य' जातियों की तुलना में आदिवासी समुदाय में कम वजन के बच्चों का अनुपात लगभग डेढ़ गुना अधिक है।

आदिवासी बहुल क्षेत्रों (मेलघाट, नंदुरबार, ठाणे) में बढ़ते कुपोषण और बाल मृत्यु की घटनाओं की सूचना बार-बार मीडिया के द्वारा और राज्य विधानसभा में दी गई है।

आदिवासी पोषण का विरोधाभास

- आदिवासी लोगों में कुपोषण (बच्चों में स्टंटिंग (उम्र की तुलना में छोटा कद और कम वजन), और वयस्कों में कम BMI(बॉडी मास इंडेक्स)) गैर-आदिवासियों की तुलना में ज्यादा और अस्वीकार्य रूप से अधिक है।
- आदिवासियों में पिछले दशक में खाद्य पदार्थों और विभिन्न पोषक तत्वों जैसे की प्रोटीन, कैलोरी, विटामिन के सेवन में कमी आई है।

3. फिर भी, संभवतः कम शारीरिक गतिविधि और संक्रमक रोगों में कमी के कारण पौष्टिक अपव्यय कम हुआ है, फलस्वरूप बच्चों में लाक्षणिक कुपोषण एवं वयस्कों में कम BMI का प्रसार कुछ हद तक कम हुआ है।

2.5) मानसिक स्वास्थ्य और व्यसन/नशा

56% गैर-आदिवासी पुरुषों की तुलना में 15-54 वर्ष आयु वर्ग के लगभग 72% आदिवासी पुरुष तंबाकू का सेवन करते हैं। राष्ट्रीय स्तर पर आधे से ज्यादा आदिवासी पुरुष किसी न किसी रूप में शराब का सेवन करते हैं। यह राष्ट्रीय स्तर पर गैर-आदिवासी पुरुषों (30%) के मुकाबले अधिक है।

3) स्वास्थ्य सेवा

3.1) स्वास्थ्य सेवाओं की मांग

आदिवासी रुग्णों द्वारा ली गयी करीब 50 प्रतिशत बाह्य रुग्ण सेवा एवं दो-तिहाई से ज्यादा अंतरुग्ण सेवा सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में होती है। 'अन्य' जाति समूह में ये अनुपात क्रमशः 18.5% और 34.5% है। इस प्रकार, आदिवासी जब बाहरी स्वास्थ्य सेवा की तलाश करते हैं, तो वे सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा पर अत्यधिक निर्भर करते हैं। यह इस बात का संकेत है कि, आदिवासी क्षेत्रों में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं को मजबूत करने की आवश्यकता है साथ ही यह सुनिश्चित करने की

भी कि ये सुविधाएं ऐसे योग्य और संवेदनशील स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा संचालित की जाये जो आदिवासी लोगों का सम्मान करते हैं। परंतु, दुर्भाग्यवश ऐसा नहीं है।

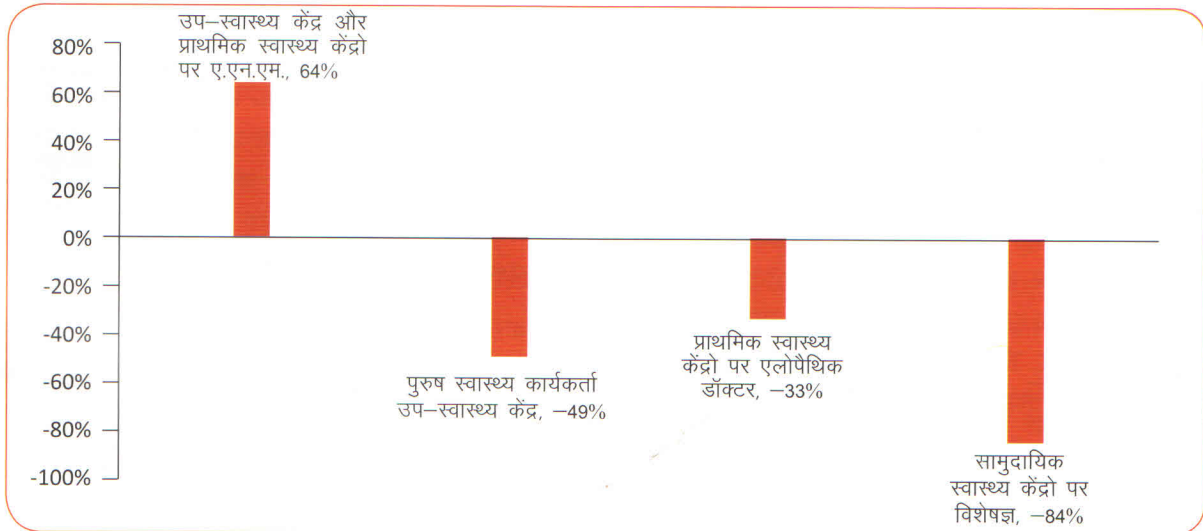
3.2) स्वास्थ्य सेवा की आधारभूत व्यवस्था

देश के लगभग आधे राज्यों के आदिवासी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा संस्थानों की संख्या मौजूदा मानदंडों की तुलना में कम है – यह कमी उपस्वास्थ्य केंद्रों (SHC) में 27%, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (PHC) में 40%, और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (CHC) में 31% तक है।

3.3) स्वास्थ्य सेवा के लिए मानव संसाधन

- स्थिति को आकृति 2 में दिखाया गया है।
- आदिवासी क्षेत्रों में PHC और CHC में डॉक्टरों और विशेषज्ञों की रिक्त पदों की बड़ी संख्या और 90% डॉक्टरों पर लागू सेवा अनुबंध का पालन ना होना, आश्चर्यजनक और दुःखद विरोधाभास हैं!
- इस बात के पक्के सबूत हैं कि आशा (ASHA) यह आदिवासी क्षेत्रों में कई स्वास्थ्य सेवाओं की कमियों को दूर करने का एक बहुत ही उचित, वास्तविक और प्रभावी तरीका है। फिर भी, इस समिति ने आदिवासी राज्यों की पर्यवेक्षण के दौरान यह पाया कि राज्य स्वास्थ्य मिशन में या तो इस तथ्य के अहसास की कमी है या फिर वे इस उपाय को अमल करने में असमर्थ हैं।

आकृति क्र. 2: स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन (दस राज्यों* के आदिवासी क्षेत्रों में % अतिरिक्त/कम)



स्रोत: आरएचएस डेटा 2017 के आधार पर गणना

* घनी आदिवासी जनसंख्या वाले दस राज्य – आंध्र प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, जम्मू-कश्मीर, झारखंड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा और राजस्थान।

3.4 योजना एवं वित्त

आदिवासी स्वास्थ्य के बारे में जनसंख्या स्तर पर आँकड़ों की कमी एवं स्वास्थ्य कार्यक्रमों के नियोजन तथा क्रियान्वयन में स्थानीय आदिवासी समुदाय के सहभागिता की कमी ये मुख्य चुनौतिया हैं।

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग को कुल जनसंख्या में आदिवासी जन के अनुपात के अनुसार अपनी योजना के वित्त का उतना अनुपात आदिवासी उप-योजना (TSP) के लिये सुरक्षित करना आवश्यक है। केवल सात राज्यों ने आदिवासी उप-योजना के तहत स्वास्थ्य के लिए धन आवंटित किया है। इन सात राज्यों में से किसी ने भी आदिवासी उप-योजना के तहत आने वाले निधि के बारे में इस दिशानिर्देश का पालन नहीं किया कि यह निधि कम-से-कम आदिवासी जनसंख्या के अनुपात जितना हो।

4) आदिवासी स्वास्थ्य की स्थिति: निदान

भारत में आदिवासी स्वास्थ्य निम्नलिखित दस समस्याओं से ग्रसित है:

- 1) संक्रामक बीमारियां, मातृ और शिशु स्वास्थ्य की समस्याएं एवं कुपोषण आज भी मौजूद हैं;
- 2) मानसिक तनाव और नशे करने की आदत सहित असंक्रामक बीमारियां तेजी से बढ़ रही हैं।
- 3) दुर्घटनाएं, सांप और पशु का काटना, और हिंसात्मक संघर्ष के कारण होनेवाली जख्में;
- 4) भौगोलिक इलाका, दूरी और वातावरण के कारण उत्पन्न कठिन प्राकृतिक परिस्थितियां;
- 5) शिक्षा, आय, आवास, संचार, पानी और स्वच्छता से संबंधित कमजोर सामाजिक-आर्थिक निर्धारक;
- 6) अपर्याप्त स्वास्थ्य सेवा और गुणवत्ता की कमी और गुणवत्ता की कमी/ स्वास्थ्य सेवा की पहुंच और व्यापकता कम हैं और परिणाम अपर्याप्त हैं;
- 7) सभी स्तरों पर स्वास्थ्य मानव संसाधन में गंभीर बाधाएं; बाहर से आये पेशेवर में आदिवासी क्षेत्रों में सेवा देने की इच्छा की कमी, एवं स्थानीय मानव संसाधनों को स्वास्थ्य प्रणाली द्वारा प्रशिक्षित नहीं किया जाना तथा कार्यसेवा का मौका नहीं देना;
- 8) अधिकांश राज्यों में आदिवासी स्वास्थ्य के लिए वैध और आवश्यक वित्तीय हिस्सा आवंटित या उपयोग में नहीं लाया जाता है। इसके अलावा, आदिवासी स्वास्थ्य पर हुए वास्तविक व्यय के पारदर्शी लेखा-जोखा की कमी है।
- 9) आँकड़े एवं निगरानी और मूल्यांकन की कमी जो उपरोक्त सभी समस्याओं को छिपा लेती है;

10) व्यक्ति से लेकर राष्ट्रीय स्तर तक आदिवासियों के राजनीतिक सशक्तीकरण का अभाव जो इन समस्याओं को बढ़ाता है। इसके अतिरिक्त, नियोजन, प्राथमिकता निर्धारण और उनके क्रियान्वयन में आदिवासियों का बहुत थोड़ा समावेश है।

फिर भी, पिछले कुछ दशकों में आदिवासी स्वास्थ्य स्थिति में काफी महत्वपूर्ण सुधार हुए हैं। यह तथ्य राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण II, III, IV और बच्चों के रैपिड सर्वे (RSoc) अथवा राष्ट्रीय पोषण निगरानी ब्यूरो (NNMB) द्वारा आदिवासी आबादी के पोषण के विभिन्न समय पर किये गये सर्वेक्षणों द्वारा प्राप्त प्रजनन दर, शिशु मृत्यु दर, बाल मृत्यु दर और बाल कुपोषण की तुलना करके देखा जा सकता है।

आज भी आदिवासी समुदाय कुपोषण, संक्रामक बीमारियों एवं मातृ और शिशु स्वास्थ्य समस्याओं के बोझ से काफी पीड़ित हैं, तभी आदिवासियों में बिमारियों में बदलाव की शुरुवात होने के प्रमाण भी पाये गये हैं।

निष्कर्ष: आदिवासियों की स्वास्थ्य स्थिति सबसे कमजोर है और वे बीमारियों का तिगुना बोझ उठाते हैं। इसके अलावा, अनुसूचित क्षेत्रों में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली पर आदिवासियों की अत्यधिक निर्भरता के बावजूद, यह स्वस्थ सेवा अपर्याप्त सेवा, कम गुणवत्ता और कम परिणाम इन समस्याओं से ग्रसित है, और कभी-कभी गलत प्राथमिकताओं को भी लक्षित करती है। इसके पीछे एक महत्वपूर्ण कारण स्वास्थ्य सेवाओं की योजना बनाने और क्रियान्वयन में आदिवासी जन के सामुदायिक भागीदारी का अभाव है। इसलिए, आदिवासी समुदायों की आवश्यकताओं और आकांक्षाओं के अनुसार एवं उनकी पूर्ण भागीदारी के साथ, सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली का पुनर्गठन और मजबूती करना, राज्य और केंद्र दोनों स्तर पर स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालयों के लिए सर्वोच्च प्राथमिकता होनी चाहिए।

5) लक्ष्य

आदिवासी जन के लिए स्वास्थ्य सेवा के दो व्यापक लक्ष्य हैं – आदिवासियों की स्वास्थ्य स्थिति में उपस्थित वर्तमान अंतर को भरना और वर्ष 2027 तक आदिवासी स्वास्थ्य सेवा की पहुंच और स्वास्थ्य सूचकांकों को राज्य के औसत के समकक्ष स्तर पर लाना।

उप-लक्ष्य

- i) अगले पांच वर्षों में (2022 तक), आदिवासियों के लिए एक सार्वत्रिक, सक्षम, कार्यशील, और टिकाऊ स्वास्थ्य सेवा प्रणाली का निर्माण करना।

- ii) स्वास्थ्य के लिये सर्वत्र खर्च की गई प्रति व्यक्ति राशि के अलावा कुल स्वास्थ्य बजट के 8.6% के बराबर बजट आदिवासी स्वास्थ्य पर अतिरिक्त आवंटित एवं खर्च करना। इसके सिवाय जनजातीय मामलों के मंत्रालय को अपने बजट का 15% आदिवासी स्वास्थ्य का बजट भी खर्च करना चाहिए।
- iii) राष्ट्रीय एवं राज्य स्तर पर 'जनजातीय स्वास्थ्य परिषद' और 'जनजातीय स्वास्थ्य निदेशालय' नामक दो संस्थाओं की स्थापना जिसके अंतर्गत आँकड़ों को एकत्रित करने, उसकी निगरानी एवं मुल्यांकन तथा वित्त सुनिश्चित करने की प्रणाली हो।

6) स्वास्थ्य सेवा की व्यवस्था

- नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2017) में प्रस्तावित सार्वत्रिक स्वास्थ्य का वादा, और एचएलईजी (HLEG 2011) द्वारा प्रस्तावित सार्वत्रिक स्वास्थ्य कवरेज, दोनों आदिवासी क्षेत्रों से शुरू होना चाहिए।
- यह समिति सिफारिश करती है कि सरकार को आदिवासी स्वास्थ्य के अपने 70% संसाधनों को जनजातीय क्षेत्रों में प्राथमिक सेवा के प्रावधान के लिये केंद्रित करना चाहिए। यह निम्नलिखित दो तरीकों से संभव है: 1) आदिवासी लोगों को स्वास्थ्य हेतु सशक्त बनाकर (जैसे स्वास्थ्य साक्षरता में वृद्धि, और समुदाय में स्वास्थ्य सेवाओं की क्षमता जैसे की आदिवासी मानव संसाधन का निर्माण) और 2) स्वास्थ्य सेवा के प्रावधानों को समुदाय के करीब ला कर।
- स्वास्थ्य सेवाओं की टोकरी में बड़ी संख्या में विविध सेवाएं शामिल होनी चाहिए, और इनके साथ पर्याप्त मानव संसाधनों और बुनियादी ढांचे को उपलब्ध करना चाहिए।

6.1) प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा: यह विशेषज्ञ समिती आदिवासी क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के लिए निम्नलिखित संरचना का सुझाव देती है:

- 6.1.1) गांव में सेवा क्षमता : आदिवासी ग्रामसभा तथा समुदाय के प्रमुख लोगों के सक्रिय सहयोग एवं भागीदारी और प्रशिक्षित स्थानीय आदिवासी युवा स्वयंसेवक, (जिसे कि आरोग्य मित्र कह सकते हैं), प्रशिक्षित पारंपरिक दाई एवं आशा के द्वारा समुदाय में प्राथमिक देखभाल।

यह समिति सिफारिश करती है कि आदिवासी क्षेत्रों में हर 50 परिवारों या 250 आबादी के लिए एक आशा होनी चाहिए। इसके अलावा आदिवासी क्षेत्रों में आशा को गैर संख्यात्मक कार्य के लिए प्रति माह उनके कुल तय मानदेय का 50% भुगतान निश्चित रूप से किया जाना चाहिए एवं शेष 50% का भुगतान कार्य के आधार पर होना चाहिए। उसके कुल भुगतान का कम से कम आधा जो स्थायी एवं निश्चित है, ग्राम सभा या वीएचएसएनसी (VHSNC) के माध्यम से दिया जाना चाहिए।

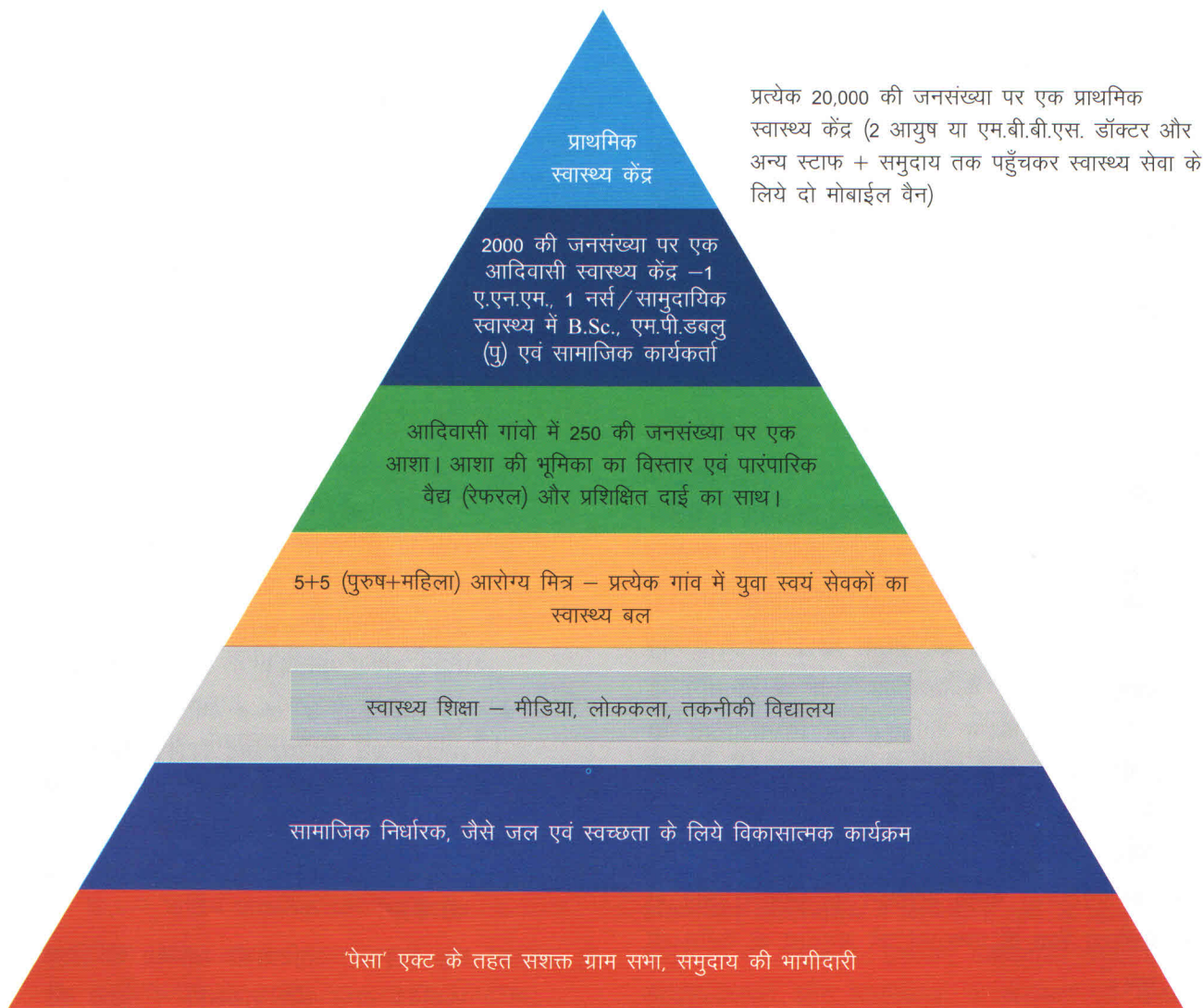
6.1.2) आदिवासी स्वास्थ्य एवं आरोग्य केंद्र में प्राथमिक सेवा

- आदिवासी क्षेत्रों में स्वास्थ्य उप केंद्र का नाम बदलकर 'आदिवासी स्वास्थ्य एवं आरोग्य केंद्र' (Tribal Health & Wellness Centre (THWC)) रखा जाना चाहिए और 15 प्रकार की निवारक, प्रोत्साहक, उपचारात्मक और पुनर्वास की व्यापक स्वास्थ्य सेवायें प्रदान करना चाहिए।
- इन उप-केंद्रों को 3-5 वर्षों में आदिवासी स्वास्थ्य एवं आरोग्य केंद्र (THWC) बनाने के बाद, समिति ने उनकी कुल संख्या में वृद्धि कर 40000 THWC (यानी 1 THWC प्रति 2,000 आबादी) बनाने की सिफारिश की है।
- यह THWC आदिवासी स्वास्थ्य के लिए मध्यबिंदु होगा और शुरुआत में 3000 की आबादी को और अंततः 5 किमी के घेरे के भीतर 2000 की आबादी तक सेवा प्रदान करेगा।
- बुनियादी स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए यहां एक प्रशिक्षित आयुर्वेदिक डॉक्टर या नर्स / प्रैक्टिशनर तैनात किया जाएगा।

6.1.3) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र – प्रत्येक केंद्र में निम्नलिखित सुविधायें होनी चाहिए:

- मोबाइल आउटरीच सेवाएं: स्वास्थ्य सेवा की पहुंच में सुधार करने के लिए, प्रत्येक पीएचसी में दो मोबाइल आउटरीच सर्विसेज (MOS) भी होंगी जो कि महीने में कम से कम एक बार क्षेत्र के हर गांव जायेगी और

आकृती – 3 आदिवासी क्षेत्र के लिये प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पिरामिड



बुनियादी स्वास्थ्य सेवा, एएनसी, स्वास्थ्य जांच/टेस्ट, सामान्य और पुरानी बीमारियों के लिये दवाएं, महामारी नियंत्रण और स्वास्थ्य शिक्षा जैसी सेवायें प्रदान करेगी।

- हर पीएचसी के साथ दस THWC और प्रत्येक पी.एच.सी. में दो चिकित्सा अधिकारियों का प्रावधान रखें जिससे आदिवासी गांवों तक स्वास्थ्य सेवा के पहुंचने में वृद्धि होगी।
- स्वास्थ्य कर्मियों के लिए परिवहन: जनजातीय क्षेत्रों में दूरी और फैली हुई आबादी को देखते हुए, स्वास्थ्य कर्मियों (जैसे की एएनएम और एमपीडब्ल्यू) के लिए दो पहिया वाहन प्रदान करना महत्वपूर्ण है

ताकि वे न्यूनतम समय में अधिकतम क्षेत्र को कवर करने में सक्षम हो सकें। सरकार, बैंकों के माध्यम से, इन स्वास्थ्य कर्मियों को व्यक्तिगत ऋण उपलब्ध करा सकती है।

6.2) उच्च स्तर की स्वास्थ्य सेवायें और वित्तीय संरक्षण:

उच्च स्तर की अस्पताल में स्वास्थ्यसेवा के लिए जनजातीय लोगों को कॅशलेस सेवा सुनिश्चित करने के लिए सरकारी चिकित्सा बीमा योजनाओं के माध्यम से वित्तीय सुरक्षा प्रदान की जानी चाहिए। आदिवासी लाभार्थियों के प्रतिशत के लिए सभी मौजूदा सरकारी बीमा कार्यक्रमों का मूल्यांकन भी किया जाना चाहिए।

6.3) आदिवासी आबादी के बीच स्वास्थ्य साक्षरता की कमी हैं। चूंकि, स्वास्थ्य का ज्ञान सबसे अच्छी औषधि और सर्वोत्तम टीका हैं, महिलाओं, पुरुषों, युवाओं और बच्चों की निरंतर स्वास्थ्य शिक्षा के लिए विशाल स्वास्थ्य साक्षरता अभियान का होना एक किफायती कार्यक्रम है।

6.4) स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम:

स्कूल स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम के माध्यम से स्वास्थ्य शिक्षा और स्वास्थ्य सेवा के प्रावधान सुनिश्चित करना जनजातीय स्वास्थ्य में एक पीढ़ीगत और सांस्कृतिक परिवर्तन ला सकता है। आदिवासी लड़कों और लड़कियों के लिए आश्रम स्कूल और छात्रावास एक ऐसा ही अवसर प्रदान करते हैं।

6.5) अनुसूचित क्षेत्रों के बाहर आदिवासियों के लिए स्वास्थ्य सेवा:

आदिवासी आबादी के लिए कल्याणकारी योजनाएं, चाहे वे शिक्षा के लिये हो या स्वास्थ्य सेवा के लिए, निर्धारित क्षेत्रों या एकीकृत आदिवासी विकास परियोजना (ITDP) में रहने वाले लोगों तक ही सीमित रही हैं। आदिवासी बहुल प्रखंडों के बाहर लगभग 55% (5.78 करोड़) आदिवासी आबादी रहती है। इससे उन क्षेत्रों के बाहर रहने वाले आदिवासियों की जरूरतों के उपाय करना और भी अनिवार्य हो जाता है। ये आदिवासी परिवार अपने प्राकृतिक संसाधनों और सामुदायिक समर्थन से विस्थापितों की तरह हैं।

यह समिति अनुसूचित क्षेत्रों या आदिवासी बहुल क्षेत्रों के बाहर रहने वाले आदिवासी लोगों के लिए नौ उपाय सुझाती है। इनमें से कुछ हैं –

1. **सामाजिक फेसीलीटेटर:** बाहर रहने वाले आदिवासी लोगों के अलगाव, अज्ञानता और संशय को दूर करने के लिए, जनजातीय मामलों के मंत्रालय को अनुसूचित क्षेत्रों के बाहर रहने वाले प्रति 2000 आदिवासी परिवारों को समय-समय पर मिलने, उनकी स्वास्थ्य आवश्यकताओं की पहचान करने, स्वास्थ्य सेवाओं की मांग उत्पन्न करने और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच के साथ-साथ अन्य सरकारी लाभ प्रदान करने के लिए एक सामाजिक फेसीलीटेटर नियुक्त करना चाहिए।
2. **आदिवासी स्वास्थ्य कार्ड:** सभी आदिवासी लोगों को स्वास्थ्य बीमा जैसे विशेष लाभ एवं स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में तेजी से सुविधा प्राप्त करने में सक्षम बनाने के लिए एक आदिवासी स्वास्थ्य कार्ड प्रदान किया जाना चाहिए।

3. **स्वास्थ्य स्वयं-सहायता-समूह का गठन:** चूंकि PESA निर्धारित क्षेत्रों के बाहर लागू नहीं होगा, इसलिए जनजातीय मामलों के मंत्रालय और स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय को फैले हुए आदिवासी परिवारों में पारस्परिक समर्थन, सूचना साझा करने और स्वास्थ्य सेवा मांग बढ़ाने के लिए स्वयं-सहायता-स्वास्थ्य समूहों के गठन की सुविधा उपलब्ध करानी चाहिए।

7. आदिवासी स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन

- आदिवासी समाज की विशेषताओं को ध्यान में रखते हुए जहां तक संभव हो स्वास्थ्य सेवा प्रदाता स्थानीय आदिवासी ही होना चाहिए। परंतु, वर्तमान स्वास्थ्य कार्यकर्ताबल का स्वरूप इसके विपरीत है।
 - आदिवासी क्षेत्रों में एक जीवंत, उत्तरदायी और सुलभ स्वास्थ्य कार्यकर्ताबल को निरंतर तरीके से उपलब्ध करने का एकमात्र तरीका यह है कि स्थानीय आदिवासी लोगों को स्वास्थ्य कार्यकर्ताबल के रूप में प्रशिक्षित और तैनात किया जाए।
 - यह महत्वपूर्ण है कि स्वास्थ्य सेवा कार्यबल का केंद्र शीर्ष विशेषज्ञों और डॉक्टरों के बजाय गांव समुदायों के नजदीक रखना ज्यादा आवश्यक है।
- 7.1) आदिवासी क्षेत्रों में आशा की भूमिका विस्तारित होनी चाहिए। आदिवासी आशाओं से आठ प्रकार के कार्यों और प्रति दिन 4 घंटे का काम अपेक्षित है।
 - 7.2) ब्रिज कोर्सेस के माध्यम से मध्य-स्तरीय सेवा प्रदाताओं को तैयार कर उन्हें उप-केंद्रों में रखा जाना चाहिए।
 - 7.3) आदिवासी क्षेत्रों में काम करने के लिए डॉक्टरों को आकर्षित करने के लिए, MO (चिकित्सा अधिकारी) के कुल वेतन में 30% की वृद्धि और कार्य में मासिक प्रदर्शन से जुड़े प्रोत्साहक को देने की जरूरत है।
 - 7.4) आदिवासी क्षेत्रों में समर्पित डॉक्टरों को उपलब्ध कराने के लिए यह समिति आदिवासी जिलों में, विशेष रूप से निर्धारित क्षेत्रों में आदिवासी छात्रों के लिए, मेडिकल कॉलेजों के निर्माण की सिफारिश करती है।
 - 7.5) एक हजार आदिवासी स्वास्थ्य अधिकारी: 25% या ज्यादा अनुपात में आदिवासी आबादी वाले सभी जिलों में, प्रधान मंत्री आदिवासी स्वास्थ्य फेलो (Prime Minister Tribal Health Fellow i.e. PMTHF) को जिला आदिवासी स्वास्थ्य अधिकारी नियुक्त किया जाना चाहिए। इसी प्रकार, PMTHF से चुने गए

एक तालुका आदिवासी स्वास्थ्य अधिकारी को 809 आदिवासी बहुल प्रखंडों में नियुक्त किया जाना चाहिए।

809 तालुका आदिवासी स्वास्थ्य अधिकारी + 150 जिला आदिवासी स्वास्थ्य अधिकारी + कुछ राज्य और राष्ट्रीय स्तर के अधिकारी = आदिवासी स्वास्थ्य को क्रियान्वित करने के लिए कुल 1000 आदिवासी स्वास्थ्य अधिकारियों का एक नया सूचीबद्ध, सशक्त और प्रभावी कैंडर बनाना चाहिए।

8) आदिवासी क्षेत्रों में विशेष स्वास्थ्य समस्याओं का संबोधन

8.1) यह समिति राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत 91 आदिवासी वर्चस्व वाले जिलों में एक नई आदिवासी मलेरिया कार्ययोजना को तत्काल आरंभ करने की दृढ़ता से सिफारिश करती है।

8.2) नवजात, शिशु एवं बाल मृत्यु दर को तेजी से कम करने (3 साल में 30% कमी और 5 वर्षों में 50% कमी) के लिये यह समिति गृह-आधारित नवजात और बाल देखभाल (HBNCC) को विविध तरीकों से मजबूत करने की सिफारिश करती है।

8.3) आदिवासी आबादी के बीच कुपोषण को कम करना: आदिवासियों में कुपोषण के उत्पत्ति के कारणों का स्रोत एक जटिल जाल है। इसलिए, कुपोषण की समस्या से निपटने के लिए एकात्मिक कार्यक्रमों की आवश्यकता है।

1. खाद्य सुरक्षा और स्थानीय खाद्य पदार्थों के उपयोग को प्रबल करना।

2. समेकित बाल विकास प्रणाली (आईसीडीएस) को सुदृढ़ बनाना: आईसीडीएस का लक्ष्य गर्भावस्था के समय और बचपन के पहले दो वर्षों के दौरान सेवा हो। केंद्र-आधारित सेवा से गृह-आधारित सेवा द्वारा पहुंच बढ़ाने के लिये बदलाव करना चाहिए।

3. स्थानीय खाद्य पदार्थों का ज्ञान और खाने की आदतों की जानकारी के आधार पर माताओं को पोषण परामर्श देना चाहिये।

4. संक्रमक बिमारीयों की रोकथाम और उपचार।

8.4) नशीले पदार्थों के उपयोग को नियंत्रित करना और व्यसन मुक्ति और मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करना।

8.5) यह समिति सिकल सेल रोग कार्यक्रम के पुनःपरीक्षण और एक नई रणनीति के रचना की सिफारिश करती है।

9) आदिवासी स्वास्थ्य पर अनुसंधान और आँकड़े

9.1) विभिन्न जनजातियों के स्वास्थ्य परम्पराओं, विशेष रूप से आदिवासी उपचार/स्वास्थ्य प्रणालियों का अध्ययन, लेखन और परीक्षण करना।

9.2) समिति यह सिफारिश करती है कि वर्तमान में चल रहे विविध राष्ट्रीय सर्वेक्षणों के उद्देश्यों में आदिवासी आबादी में विभिन्न स्वास्थ्य दरों को गिनने के लक्ष्य को भी सम्मिलित किया जाए। राष्ट्रीय सर्वेक्षण जैसे की राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS), जिला स्तरीय स्वास्थ्य सर्वेक्षण (DLHS), वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (AHS), राष्ट्रीय प्रतिदर्श सर्वेक्षण कार्यालय (NSSO), प्रतिदर्श पंजीकरण प्रणाली (SRS) और जनगणना के माध्यम से आदिवासी स्वास्थ्य संबंधित विशिष्ट अनुमान दरों की निर्मिती होनी चाहिए।

9.3) आदिवासी स्वास्थ्य पर रिपोर्ट का हर तीन साल पर प्रकाशन कर देश के सामने रखा जाना चाहिए।

9.4) आदिवासी स्वास्थ्य सूचकांक (Tribal Health Index): आम नीति निर्माताओं और लोगों को आदिवासी आबादी में स्वास्थ्य के अभाव, उसकी प्रगति और कमी को समझने हेतु आदिवासी स्वास्थ्य कि दशा को संक्षेप में दर्शाने के लिए एक समग्र आदिवासी स्वास्थ्य सूचकांक बनाया जाना चाहिए। इस सूचकांक का उपयोग आदिवासी स्वास्थ्य में सुधार की प्रगति को जांचने, संसाधन आवंटित करने और राज्यों/जिलों को प्रगति के आधार पर रैंकींग/श्रेणीबद्ध करने के लिए किया जाना चाहिये।

9.5) गैर-सरकारी संस्थानों में जनजातीय स्वास्थ्य शोध उत्कृष्टता केंद्रों की स्थापना। इसकी शुरुआत, देश में इस प्रकार की 15 साइट स्थापित कर करना चाहिए।

10) शासन और भागीदारी

चुनौती 1: शासन के सभी स्तरों पर आदिवासी स्वास्थ्य के लिए एक अधिक जवाबदेह और केंद्रित शासन संरचना का निर्माण (चित्र-4) – प्रस्तावित नई संरचना निम्नलिखित है:

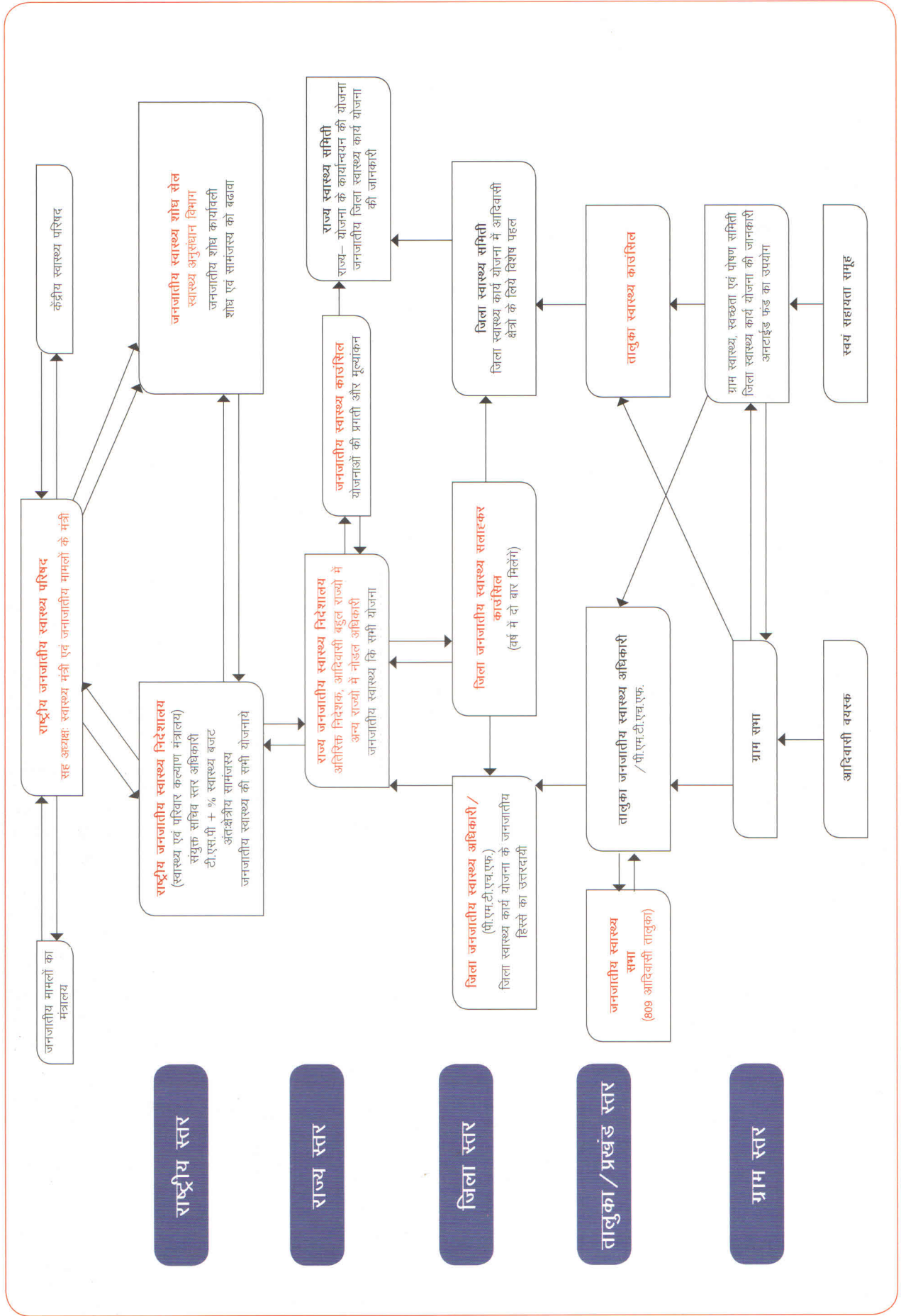
1. शीर्ष संस्था के रूप में राष्ट्रीय जनजातीय स्वास्थ्य परिषद

2. राष्ट्रीय जनजातीय स्वास्थ्य रोडमैप तैयार किया जाना है

3. राष्ट्रीय जनजातीय स्वास्थ्य निदेशालय:

4. स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग के अंतर्गत स्थापित जनजातीय स्वास्थ्य अनुसंधान कक्ष (टीएचआरसी)

आकृती - 4. आदिवासी स्वास्थ्य की प्रस्तावित प्रशासन रचना



5. जनजातीय स्वास्थ्य परिषद, निदेशालय और जनजातीय स्वास्थ्य अनुसंधान कक्ष की राज्य स्तर पर भी शुरुआत करनी चाहिये। यह कम से कम बड़ी आदिवासी आबादी वाले 9 राज्यों में अवश्य की जानी चाहिए।
6. एक हजार जनजातीय स्वास्थ्य अधिकारी: सभी आदिवासी बहुल (25% आदिवासी आबादी वाले) जिलों में, प्रधान मंत्री जनजातीय स्वास्थ्य फेलो (पीएमटीएचएफ) को जिला जनजातीय स्वास्थ्य अधिकारी के रूप में नियुक्त किया जाना चाहिए। इसी प्रकार, पीएमटीएचएफ से चुने गए तालुका जनजातीय स्वास्थ्य अधिकारी को 809 आदिवासी बहुल तालुका में नियुक्त किया जाना चाहिए।

चुनौती 2: पांच-स्तरोँ पर संस्थानों के माध्यम से नीतियों, योजनाओं और सेवाओं को आकार देने में आदिवासी लोगों की भागीदारी में वृद्धि।

1. राष्ट्रीय और राज्य स्तर पर जनजातीय स्वास्थ्य सलाहकार परिषद
2. जिला स्तर सलाहकार जनजातीय स्वास्थ्य परिषद
3. जनजातीय स्वास्थ्य सभा
4. गांव स्वास्थ्य, स्वच्छता और पोषण समितियां
5. ग्राम सभा

चुनौती 3: स्थानीय स्तर की योजना

जिला जनजातीय स्वास्थ्य कार्ययोजना की तैयारी। जनजातीय स्वास्थ्य कार्ययोजना तैयार करने की इकाई जिला, उप-जिला या समेकित आदिवासी विकास अभिकरण (आईटीडीए) होना चाहिए।

चुनौती 4: अनुसूचित क्षेत्रों में रहने वाले गैर-आदिवासी लोगों के लिये भी सेवा की आवश्यकता।

आदिवासी ब्लॉक में रहने वाली लगभग 2 करोड़ गैर आदिवासी आबादी को स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित रखना न तो संभव है और न ही वांछनीय है। इसलिए, आदिवासी क्षेत्रों के लिए निधी उस क्षेत्र की कुल जनसंख्या पर आधारित होना चाहिए, न कि केवल कुल आदिवासी आबादी पर।

11) जनजातीय स्वास्थ्य वित्त व्यवस्था

- 11.1) राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2017) के अनुसार राष्ट्रीय स्तर पर एक सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली चलाने

के लिए, सकल घरेलू उत्पाद का कम से कम 2.5% स्वास्थ्य पर आवंटित किया जाना चाहिए।

- 11.2) जनजातीय स्वास्थ्य (आदिवासी उपयोजना) के आवंटन को बढ़ाकर इसे स्वास्थ्य बजट के कम से कम 8.6 प्रतिशत तक लाना होगा। इसके अलावा आदिवासी और कमजोर आबादी वाले क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग को बढ़ाने के लिए कार्यान्वयन को सशक्त करना चाहिये।
- 11.3) टीएसपी दिशानिर्देशों का पालन: 2013 में योजना आयोग द्वारा जारी दिशानिर्देश स्पष्ट रूप से निर्धारित करते हैं कि "टीएसपी के तहत व्यय केवल वर्तमान खाई को भरने के लिए, एक अतिरिक्त प्रावधान है और सामान्य प्रावधानों के अलावा अतिरिक्त दिया जाना है। विभिन्न योजनाओं और कार्यक्रमों में आदिवासियों के लिए नियमित सेवा और लाभ के अतिरिक्त TSP निधी उपलब्ध होना चाहिए ...

यहां, अतिरिक्तता के सिद्धांत को ध्यान में रखना महत्वपूर्ण है। इसका मतलब है कि स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा जनजातीय क्षेत्रों में हो रही नियमित गतिविधियों और व्यय आदिवासी उपयोजना के तहत निर्धारित 8.6 प्रतिशत का हिस्सा नहीं है।

11.4) आदिवासी स्वास्थ्य के लिए धन

- स्वास्थ्य बजट 2015-16 (राज्य + केंद्रशासित प्रदेश): 1,26,830 करोड़ रुपये
- स्वास्थ्य बजट 2015-16 (केंद्र सरकार, MoHFW): 33,282 करोड़ रुपये
- कुल स्वास्थ्य बजट 2015-16 (राज्यों + UT+ स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय केंद्र सरकार): 1,60,112 करोड़ रुपये
- आदिवासी स्वास्थ्य के लिये अपेक्षित कुल स्वास्थ्य बजट का आदिवासी उपयोजना आवंटन: 15,676 करोड़ रुपये
- देश में कुल आदिवासी आबादी: 10.4 करोड़
- आदिवासी उपयोजना दिशानिर्देशों के अनुसार प्रति व्यक्ति आदिवासी स्वास्थ्य के लिये अतिरिक्त आवंटन: 1507 रुपये

योजना आयोग के दिशानिर्देश स्पष्ट रूप से बताते हैं कि आदिवासी उपयोजना का धन एक अतिरिक्त है।

इसलिए देश में आदिवासी स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति व्यय को देश में प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य व्यय और आदिवासी उपयोजना के अनुसार आदिवासी स्वास्थ्य के लिए प्रति व्यक्ति आवंटन का जोड़ होना चाहिए। यह प्रति व्यक्ति प्रति वर्ष 2447 रुपये (1507+940) के बराबर है (2015-16)।

दिलचस्प बात यह है कि अगर राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के मुताबिक देश में सकल घरेलू उत्पाद का 2.5 प्रतिशत स्वास्थ्य पर खर्च किया जाता है, तो स्वास्थ्य पर कुल व्यय 3,39,400 करोड़ रुपये होगा, जो प्रति व्यक्ति 2707 रुपये है। इस प्रकार, वर्तमान परिस्थितियों में, आदिवासी उपयोजना के दिशानिर्देशों के पालन से यह सुनिश्चित होगा कि कम से कम आदिवासी आबादी के लिए, कुल प्रतिव्यक्ति स्वास्थ्य व्यय राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति और विभिन्न समितियों की सिफारिशों के अनुरूप है। दूसरे शब्दों में, जब तक देश के समग्र स्वास्थ्य बजट में वृद्धि नहीं होती है, तब तक टीएसपी दिशानिर्देशों के पालन से समाज के कमजोर वर्ग जैसे की आदिवासियों में प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य व्यय सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य व्यय के लगभग बराबर होगा। इससे केवल आदिवासी आबादी के समग्र स्वास्थ्य और कल्याण में सुधार ही नहीं होगा बल्कि यह राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के मसौदे को लागू करने के लिए हमें एक कदम आगे ले जाएगा।

11.5) आदिवासी कल्याण मंत्रालय या विभाग का स्वास्थ्य पर होनेवाला प्रतिशत निर्धारित करें: मंत्रालय या विभाग के तहत जिला आवंटन का 15% स्वास्थ्य पर खर्च किया जाना अनिवार्य किया जाये।

11.6) सभी आदिवासी लोगों को स्वास्थ्य बीमा प्रदान करें:

यह सुनिश्चित करना महत्वपूर्ण है कि सभी आदिवासी लोग – चाहे वे निर्धारित आदिवासी क्षेत्रों के अंदर या बाहर रह रहे हों– सरकारी बीमा कार्यक्रमों के अंतर्गत आते हैं।

साथ ही यह सुनिश्चित करने के लिए सख्त दिशानिर्देश और सतर्कता की आवश्यकता होगी कि स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता पैसे कमाने के लिए कमजोर आदिवासीयों को अनावश्यक या अत्यधिक चिकित्सा प्रक्रियाओं पर जोर न दें।

समिति दृढ़ता से मानती है कि बीमा प्रणाली को स्वास्थ्य सेवाओं के निजीकरण के लिए इस्तेमाल

नहीं किया जाना चाहिए। इस योजना के तहत नामांकित निजी स्वास्थ्य सुविधाओं को एक मजबूत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के विकल्प के रूप में नहीं माना जाना चाहिए। यह जरूरी है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली देश भर में विशेष रूप से जनजातीय क्षेत्रों में मजबूत हो।

11.7) निगमित सामाजिक उत्तरदायित्व (CSR) फंड का लाभ उठाना:

11.8) आदिवासी क्षेत्रों में स्थित निकासी उद्योगों पर उपकर लगाया जाए।

11.9) वित्तीय आँकड़ों का संग्रह और पारदर्शिता:

वर्तमान में, आदिवासी स्वास्थ्य पर वित्तीय आँकड़ों की अनुपलब्धता यह आदिवासी क्षेत्रों में आवंटन और धन के उपयोग की खराब निगरानी से उत्पन्न होती है। इसे संबोधित करने के लिये यह निश्चित करना होगा कि केंद्र और राज्य विभाग को दी गई और उपयोग हुई सभी राशी का लेखा-जोखा रखे। इसके साथ ही आदिवासी आबादी/जिलों में हुए व्यय पर असंगत (disaggregated) लेखांकन रिपोर्ट बनाये। इसे न केवल राज्य और केंद्रीय बजट के विश्लेषण में किया जाना चाहिए, बल्कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन निधि के प्रवाह और सार्वजनिक रूप से वित्त पोषित स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के धन के लिए भी किया जाना चाहिए।

11.10) निष्कर्षतः आदिवासी स्वास्थ्य के वित्तनियोजन के तीन निम्नलिखित आवश्यक तत्व हैं:

i. आदिवासी आबादी के हिस्से के अनुपात के अनुसार स्वास्थ्य मंत्रालयों (केंद्र और राज्यों) द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य आवंटन और व्यय में तत्काल वृद्धि (कुल रु 15,676 करोड़), और यह सुनिश्चित करना कि इसका 70% प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पर खर्च किया जाये;

ii. आदिवासी उपयोजना दिशानिर्देशों का सख्त अनुपालन कर यह सुनिश्चित करना कि आदिवासी स्वास्थ्य पर कुल सार्वजनिक व्यय कमसे कम प्रति व्यक्ति 2447 रुपये हो। यह इसे राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 के लक्ष्य से मेल खाने वाले राष्ट्रीय जीडीपी के 2.5 प्रतिशत के बराबर स्तर पर लाएगा।

iii. सरकार द्वारा सुचारु निधी प्रवाह के साथ साथ पारदर्शी लेखाजोखा, वित्तीय निगरानी और विश्वसनीय आँकड़े उपलब्ध हो।

जनजातीय स्वास्थ्य विशेषज्ञ समिति

1.	डॉ. अभय बंग (सर्च, गडचिरोली)	अध्यक्ष
2.	श्री. मनोज झालानी, (अपर सचिव व मिशन निदेशक), स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भारत सरकार)	सदस्य सचिव
3.	श्रीमती नेइडोनो अंगामी, (नागालैंड)	सदस्य
4.	प्रो. एच. बेक, (टाटा सामाजिक विज्ञान संस्थान, मुंबई)	सदस्य
5.	डॉ. योगेश जैन (जन स्वास्थ्य सहयोग, बिलासपुर)	सदस्य
6.	डॉ. जोसेफ मरिअनुस कुजूर, (जनजातीय अनुसंधान संस्थान, भारतीय सामाजिक संस्थान, नई दिल्ली)	सदस्य
7.	प्रो. दिलीप मावळंकर, (निदेशक, भारतीय जन स्वास्थ्य संस्थान, गांधीनगर)	सदस्य
8.	डॉ. फौजदार राम (निदेशक, अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान, मुंबई)	सदस्य
9.	(स्व.) डॉ. नीरु सिंह, (निदेशिका, जनजातीय स्वास्थ्य पर राष्ट्रीय अनुसंधान संस्थान(आय.सी.एम. आर.), जबलपुर)	सदस्य
10.	डॉ. एच. सुदर्शन, (विवेकानंद गिरीजन कल्याण केंद्र, कर्नाटक)	सदस्य
11.	डॉ. टी. सुंदरा रामन/डॉ. संजीव कुमार, (कार्यकारी निदेशक, एन.एच.एस.आर.सी. (राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र, नई दिल्ली)	सदस्य
12.	संयुक्त सचिव, (जनजातीय मामलों का मंत्रालय, भारत सरकार)	सदस्य

