

गरीबी उन्मूलन में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की भूमिका

वीर कुमार राय*

स्वस्थ समाज एवं समृद्ध समाज के निर्माण के हेतु समावेशी विकास की अवधारणा महत्वपूर्ण है। समावेशी विकास के अन्तर्गत रोजगारी, गरीबी उन्मूलन प्रतिव्यक्ति आय में वृद्धि एवं कृषि उद्योग में विकास आदि को शामिल किया जाता है। इसके सन्दर्भ में गरीबी उन्मूलन कार्यक्रम में स्वस्थ जीवन शैली की महत्वपूर्ण भूमिका होती है। विश्व बैंक के अनुसार कुपोषण से भारत वार्षिक रूप से अपने सकल घरेलू उत्पाद का 2-3% का लगातार नुकसान झेल रहा है। गरीबी में कुपोषण की समस्या व्याप्त है। गरीबी के कुपोषित होने के कारण शरीर कमजोर होता है जिससे वे अपने श्रम क्षमता का उपयोग कर उत्पादकता के रूप में करते हैं। कम उत्पादकता की वजह से कमजोर अर्थव्यवस्था का निर्माण होता है। इसकी वजह से ही भारत का विनिर्माण और अन्य उद्योगों में वैश्विक खिलाड़ी बनने का सपना अधूरा रह जाता है। अतः कुपोषण की समस्या को समाप्त करने हेतु राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत संचालित समेकित बाल विकास योजना जैसी योजनाएँ महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं।

गरीबी की अवधारणा – विभिन्न देशों में लोगों के जीवन-स्तर एक-दूसरे से भिन्न होने तथा लोगों की आवश्यकताएँ पृथक होने के कारण निर्धनता की कोई सर्वमान्य परिभाषा नहीं दी जा सकती है। कुछ परिभाषाएँ निम्नलिखित हैं।

वीर के अनुसार – निर्धनता रहन-सहन की एक ऐसी दशा है जिसमें स्वास्थ्य और शारीरिक कुशलता का अभाव है।

ए0 पी0 बर्नबास के अनुसार – निर्धनता आर्थिक अभाव की स्थिति मात्र नहीं है यह सामाजिक तथा आर्थिक वंचन भी है।

भारत में योजना आयोग के अनुसार निर्धन वह व्यक्ति है जिन्हें एक व्यक्ति को ग्रामीण क्षेत्रों में प्रतिदिन 2400 कैलोरी भोजन तथा शहरी क्षेत्रों में 2100 कैलोरी भोजन प्रति व्यक्ति उपभोग न करने की स्थिति में हो।

उपर्युक्त विश्लेषण से स्पष्ट है कि निर्धनता एक सापेक्षिक अवधारणा है। निर्धनता का आशय उस स्थिति से है जिसमें समाज का एक वर्ग के लोग अपने

*शोधार्थी राजनीति विज्ञान विभाग, बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय, (केन्द्रीय विश्वविद्यालय) लखनऊ

जीवन की बुनियादी आवश्यकताओं की पूर्ति नहीं कर पाते हैं। इस प्रकार गरीबी के सापेक्षिक अवधारणा होने से गरीबी को मापने हेतु दो प्रतिमानों का प्रयोग करते हैं।

(क) सापेक्षिक प्रतिमान (ख) निरपेक्ष प्रतिमान

सापेक्षिक प्रतिमान में विभिन्न आयु वर्गों के बीच कितनी असमानताएं हैं इसका माप किया जाता है। इसमें कई सूचकांक हैं जैसे-लारेंज वक्र एवं गिनी गुणांक। मानव विकास रिपोर्ट 2014 के अनुसार 2013-2014 में आय की असमानता का गिनी गुणांक 33.9 था, जो दक्षिण अफ्रीका, चीन, श्रीलंका एवं संयुक्त राज्य अमेरिका से अच्छा था।

निरपेक्ष प्रतिमान एक न्यूनतम आय अथवा उपभोग स्तर पर आधारित है। भारत में इसे मापने के लिए हेड काउन्ट, अनुपात उपभोग, सूचकांक, कॉस्ट आफ लिविंग इंडेक्स, बहुआयामी गरीबी सूचकांक (MPI) आदि का प्रयोग किया जाता है।

भारत में गरीबी की वर्तमान स्थिति – भारत में गरीबी मापने हेतु सर्वप्रथम ब्रिटिश शासन के दौरान पहली बार दादा भाई नौरोजी ने अपनी पुस्तक "पावर्टी एवं अनब्रिटिश रूल इन इंडिया" में जीने की न्यूनतम आवश्यकताओं की पूर्ति के आधार पर किया था। स्वतंत्रता के पश्चात पहली बार वैज्ञानिक तरीके से वर्ष 1971 में नेशनल सैंपल सर्वे (NSS) ने नीलकांठ डांडेकर और वी एम रथ के फार्मूले के आधार पर "उपभोग खर्च के आकड़ों" का इस्तेमाल किया गया। इसके बाद कई समितियाँ गठित की गईं। जैसे वाई के अलघ समिति (वर्ष 1979), लकड़वाला समिति (वर्ष 1993), सुरेश तेन्दुलकर समिति (वर्ष 2004) एवं सी0 रंगराजन समिति (वर्ष 2012) इत्यादि। योजना आयोग के नवीनतम आँकड़ों (वर्ष 2011-12) में देश में निर्धनों कि कुल संख्या 26.93 करोड़ आकलित की गई है। राज्यों में सर्वाधिक निर्धनता अनुपात छत्तीसगढ़ में (39.93) है।

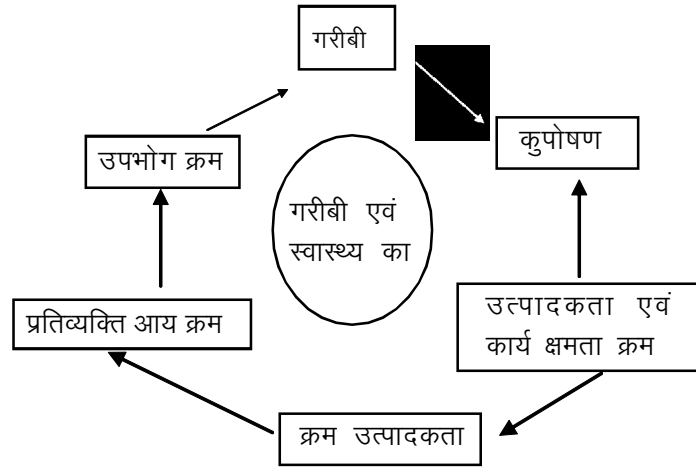
तालिका 1

भारत में निर्धनता अनुपात व निर्धनों की संख्या

वर्ष	निर्धनता अनुपात (प्रतिशत में)			निर्धनों की निरपेक्ष संख्या (लाखों में)		
	अखिल भारत	ग्रामीण क्षेत्र	शहरी क्षेत्र	सम्पूर्ण भारत	ग्रामीण क्षेत्र	शहरी क्षेत्र
2004-05	37.2	42.0	25.5	4072.2	3258.1	814.1
2009-10	29.8	33.8	20.9	3546.8	2782.1	764.7
2011-12	21.9	25.7	13.7	2697.8	2166.6	531.2

(स्रोत-योजना आयोग की निर्धनता रिपोर्ट, 2011-12)

निर्धनता उन्मूलन एवं स्वास्थ्य में संबंध—स्वस्थ व्यक्ति की उत्पादक क्षमता एवं कार्य क्षमता कमजोर एवं कुपोषित व्यक्ति से ज्यादा होती है। अतः गरीबी के कारण लोगों में अनुत्पादकता एवं अक्षमता की स्थिति पाई जाती है। इसलिए गरीबी के कारणों में कुपोषण भी एक कारण है। निम्नस्तरीय स्वास्थ्य सुविधाओं के कारण जनसंख्या दर में वृद्धि जन्मदर एवं मृत्यु दर में वृद्धि उच्च स्थिति होती है। इन सभी के चलते गरीबी का एक दुष्चक्र बन जाता है। जिसे निम्न डायग्राम से स्पष्ट किया गया है।



अतः भारत में बेहतर विश्वसनीय गुणवत्तापूर्ण ग्रामीण क्षेत्र में स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध कराने हेतु राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन शुरू किया गया है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन— राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का प्रारंभ, प्रधानमंत्री द्वारा 12 अप्रैल 2005 को ग्रामीण क्षेत्रों में निर्धनतम परिवारों को सुलभ, वाहनीय और उत्तरदायी गुणवत्तायुक्त सेवाएँ प्रदान करने के लिए किया गया था। मिशन का जोर जल, सफाई, शिक्षा, पोषण, सामाजिक और लैंगिक समानता जैसे स्वास्थ्य के अनेक निर्धारकों पर साथ-साथ कार्रवाई सुनिश्चित करने के लिए एक पूर्णरूपेण कार्यात्मक, सामुदायिक स्वामित्व वाली और सभी स्तरों पर अंतर-क्षेत्रीय, समय विकेंद्रित स्वास्थ्य प्रदान प्रणाली स्थापित करने पर है। इसका संचालन पूरे देश में किया जा रहा है, परन्तु इसमें निम्नलिखित 18 राज्यों पर विशेष ध्यान केन्द्रित किया जा रहा है—

1. अधिकार प्राप्त कार्य समूह वाले 8 राज्य—बिहार, उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, उड़ीसा, झारखण्ड, छत्तीसगढ़, राजस्थान, उत्तरांचल।

2. पूर्वोत्तर राज्य—असम, अरुणाचल प्रदेश, नागालैण्ड, मिजोरम, त्रिपुरा, सिक्किम एवं मेघालय।
3. अन्य राज्य—हिमाचल प्रदेश एवं जम्मू कश्मीर।

महत्वपूर्ण कार्यक्रम—

जननी सुरक्षा कार्यक्रम— यह एक शत प्रतिशत केन्द्र प्रायोजित योजना है जिसकी शुरुआत 12 अप्रैल 2003 में की गई। इसका प्रमुख उद्देश्य गरीब गर्भवती महिलाओं में संस्थागत प्रसव को प्रोत्साहित करना है। यह मांग आधारित योजना है।

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम— इसकी शुरुआत 1 जून 2011 को सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव के लिए जाने वाली महिलाओं से किसी भी तरह के खर्च को खत्म करने तथा बीमार नवजातों को जन्म के 30 दिनों तक इलाज के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों तक पहुँच के लिए की गई थी।

राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम— इसकी शुरुआत 6 फरवरी 2013 को महाराष्ट्र के थाणे जिले के पालघर से की गई। इसका उद्देश्य सार्वमौलिक बाल स्वास्थ्य जाँच के माध्यम से बच्चों के सम्पूर्ण जीवन की गुणवत्ता को सुधारना है। इस कार्यक्रम के तहत बच्चों की जन्मजात कमियों, रोगों के विकास में देरी तथा विकलांगता आदि जैसी समस्याओं की प्रारम्भिक अवस्था में ही पहचान कर उन्हें शीघ्र ही स्वास्थ्य सेवा प्रदान की जाएगी। इस कार्यक्रम को आंगनबाड़ी, सरकारी स्कूलों और सरकारी सहायता प्राप्त विद्यालयों में भी लागू किया जाएगा।

नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम— इस कार्यक्रम के अन्तर्गत जन्म से संबंधित समस्याओं, आईपोथर्मिया से बचाव, स्तनपान के पूर्व शुरुआत तथा नवजात पुनर्जीवन आधार हेतु स्वास्थ्य कार्य-कर्ताओं को नवजातों की देखभाल एवं पुनर्जीवन के लिए प्रशिक्षित करने का लक्ष्य है।

व्यापक टीकाकरण कार्यक्रम—यह बच्चों के घातक रोगों से बचाव के लिए चलाया जाने वाला कार्यक्रम है। इसके अन्तर्गत पेंटावैलेंट वैक्सीन, मोनोवैलेंट, हेपेटाइटिस बी वैक्सीन, डी.पी.टी. इत्यादि टीकाकरण किया जा रहा है।

पल्स पोलियो टीकाकरण भी इसी के अन्तर्गत आता है।

आशीर्वाद— यह बाल स्वास्थ्य गारंटी योजना का नाम है। इसकी शुरुआत उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा प्रदेश के सवा करोड़ बच्चों के स्वास्थ्य परीक्षण एवं उनके इलाज की समुचित व्यवस्था स्थापित करने हेतु 31 जनवरी 2013 को शुरू की गई। इसके तहत कक्षा 1 से 12 तक के बच्चों और स्कूल न जाने वाले बच्चों का स्वास्थ्य परीक्षण एवं इलाज किया जायेगा। यह आयुष डॉक्टरों द्वारा संचालित किया जाए।

मातृ एवं शिशु ट्रेकिंग प्रणाली – इसके अन्तर्गत प्रत्येक गर्भवती महिला को समय से प्रसव पूर्व देखभाल, संस्थागत प्रसव और उपरान्त देखभाल तथा बच्चों के टीकाकरण की सुविधा उपलब्ध कराई जाती है।

- एकीकृत बाल विकास तथा सेवा योजना।
- राजीव गांधी राष्ट्रीय शिशु केन्द्र योजना

यह 0–6 वर्ष की आयु वर्ग के बच्चों को पूरक आपत्तिक दवाओं और आकस्मिकताओं के लिए प्रावधान मुहैया कराती है।

एकीकृत बाल विकास तथा सेवा योजना – इसकी शुरुआत 1975 में की गयी। इसका उद्देश्य 6 वर्ष तक के उम्र के बच्चों गर्भवती महिलाओं और स्तनपान कराने वाली महिलाओं को स्वास्थ्य पोषण एवं शैक्षणिक सेवाओं का एकीकृत पैकेज प्रदान करना है तथा ऑगनबाड़ी, भवनों, सीडीपीओ कार्यालयों एवं गोदामों के निर्माण के लिए ऋण प्राप्त करना है।

समाजवादी 108 डायल योजना

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का गरीबी उन्मूलन पर प्रभाव –राष्ट्रीय ग्रामीण मिशन स्वास्थ्य मिशन के तहत विभिन्न कार्यक्रम एवं योजनाएं संचालित की जा रही है। जैसे-जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम मीड डे मील योजना, मिशन इन्द्रधनुष योजना, आदि के कारण लोगों के स्वास्थ्य बेहतर होंगे। उनमें सक्षमता एवं उत्पादकता में वृद्धि होगी। जनसंख्या नियंत्रित होगी। स्वच्छ पेयजल एवं असंक्रमणक एवं संक्रामक रोग पर नियंत्रण होने से लोगों की स्वास्थ्य पर खर्च कम होंगे। इन सबका परिणाम गरीबी उन्मूलन पर होगा।

स्वास्थ्य सेवा उद्योग का उदय व स्वास्थ्य सेवा लागत की वजह से बढ़ती निर्धनता –राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2015 के मसौदे में आगे कहा गया है कि स्वास्थ्य सेवा की समस्त आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र में सार्वजनिक निवेश का न होना, स्वास्थ्य सेवा की लागत की वजह से, सेवाओं के दाम पर निर्धनता के संदर्भ में बदहाल होती स्थिति के रूप में बहुत अच्छे से परिलक्षित हुआ है। रोगों के बोझ का रूख असंक्रामक रोगों की ओर मुड़ गया है और चूंकि ये रोग बेहद भीड़भाड़ वाले सरकारी मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के अलावा सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियों के दायरे में नहीं आते ऐसे में लोगों को निजी स्वास्थ्य सेवाओं का रूख करना पड़ा है। यह बदलाव शहरी क्षेत्रों में और पुरानी बीमारियों के मामले में ज्यादा स्पष्ट है। इस परिवर्तन का तत्काल प्रभाव स्वास्थ्य सेवाओं की कीमत में बेतहाशा वृद्धि के रूप में सामने आया है और अपेक्षाकृत अच्छा प्रदर्शन करने वाले केरल और तमिलनाडु जैसे राज्यों भी इससे अछूते नहीं रहे हैं।

यह परिवर्तन उद्योग की तरह स्वास्थ्य सेवा के क्षेत्र में भी निजी क्षेत्र की त्वरित वृद्धि का कारण और परिणाम है जबकि निजी स्वास्थ्य सेवा,मोटे तौर पर किसी डॉक्टर के दवाखाने या छोटे नर्सिंग होम तक सीमित होती थी, जहां मालिक ही निवेशक और प्रबंधक होते थे और जहां शीर्ष प्रबंधन के वेतन और मुनाफे में बहुत कम अंतर होता था वहीं वह यह नए प्रकार की निजी स्वास्थ्य सेवा है जो निवेशकों से मिले धन पर आधारित है जिनकी मुख्य चिंता निवेश पर मोटा मुनाफा कमाना होता है। यह निजी स्वास्थ्य सेवा उद्योग लगभग 15 प्रतिशत सीएजीआर पर वृद्धि कर रही है, सेवा क्षेत्र के वृद्धि दर से दोगुना और समग्र राष्ट्रीय वृद्धि दर से तीन गुना अधिक है। इसने व्यापक उद्यम पूंजी भी आकृष्ट की है। इसके बिल्कुल पीछे निजी स्वास्थ्य बीमा उद्योग भी है जिसमें प्रत्यक्ष विदेशी निवेश की सीमाएं घटाएं जाने के बाद और ज्यादा तेज गति से वृद्धि होने की संभावना है। निजी स्वास्थ्य सेवा उद्योग का मूल्य 40 बिलियन डॉलर है और बाजार के स्रोतों के मुताबिक इसके 2020 तक 280 बिलियन तक बढ़ने का अनुमान है। इसमें से लगभग 50 प्रतिशत अस्पताल सेवाओं को जाता है, जिसके लिए मरीज भुगतान करते हैं। शेष औषधीय, चिकित्सकीय उपकरण और बीमा खंडों को जाता है।

निजी स्वास्थ्य सेवा उद्योग की वृद्धि सुनिश्चित करती है कि जनसंख्या के शीर्ष 10 की स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच है। जो तुलनात्मक रूप से वैश्विक तौर पर बेहतरीन है। स्वास्थ्य सेवा उद्योग का खंड, इस 10 प्रतिशत की जरूरतें पूरी करता है और साथ ही विदेशी ग्राहकों/मरीजों को भी आकृष्ट करता है। हालांकि यह विशेषज्ञों को स्वास्थ्य क्षेत्र के इस खंड में नौकरी करने के लिए आकृष्ट करता है जिसका आशय है कि जिन्हें विशेषज्ञ के परामर्श की आवश्यकता है वे भले ही आय या धन की दृष्टि से शीर्ष दस प्रतिशत में न आते हों उन्हें इन कॉर्पोरेट अस्पतालों में ही जाना होगा। यह निजी स्वास्थ्य सेवा उद्योग के लिए अनर्थकारी स्वास्थ्य खर्च का भार भी बढ़ाता है। वैश्विक मापदंडों के अनुसार एक अथवा दो दशमक को सम्मिलित करने वाला बाजार बहुत विशाल, ज्यादातर यूरोपीय देशों से बड़ा बाजार है लेकिन इसकी वजह से आंतरिक स्तर पर विशेषज्ञों का प्रतिभा पलायन होता है और तो और यह क्षेत्र उन्हें सार्वजनिक क्षेत्र के शीर्षतम वेतन के समान वेतन दे, तो भी उन्हें सार्वजनिक क्षेत्र के प्रति आकृष्ट करना या बनाए रख पाना तेजी से मुश्किल होता जा रहा है।

इस बात का खतरा है कि इनमें से ज्यादातर अस्पताल जिस व्यापक मॉडल पर आधारित है यथा-रैफर करने वाले डॉक्टरों को प्रोत्साहन देना अथवा किसी दवा या निदान का नुस्खा लिखने वाले या निदान का ज्यादा उपयोग करने वाले डॉक्टरों को प्रोत्साहन देना ये सभी मानक व्यवसायिक परिपाटी बन सकते हैं और इसकी वजह से अच्छी सेवा के बारे में जनता में गलत धारणा बन सकती है।

सरकार द्वारा किये जा रहे प्रयास — भारत सरकार एवं विभिन्न राज्य सरकार द्वारा गुणवत्तापूर्ण बेहतर स्वास्थ्य सुविधा हेतु कई प्रयास किए जा रहे हैं। जो निम्नलिखित हैं—

1. वित्तीय संरक्षण के प्रति सरकार के प्रयास — इस दिशा में सरकार के मुख्य प्रयास हैं कि यह सुनिश्चित किया जाये कि कम से कम सभी राष्ट्रीय कार्यक्रमों का लक्ष्य सबको निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराना हो, जो सबके लिए निःशुल्क हो और उसकी पहुंच सर्वव्यापी हो तथा कवरेज की अपेक्षाकृत अच्छे दर हो। इसलिए राष्ट्रीय नीति का मसौदा इंगित करता है कि भारत में सार्वजनिक रूप से वित्त पोषित एचआईवी के लिए एआरटी ड्रग्स कार्यक्रम है। जो दुनिया के विशालतम कार्यक्रमों टीबी, कुष्ठ, त्वरित नैदानिक किट्स और तीसरी पीढ़ी के रोगाणु-रोधक सहित सभी औषधियां और निदान निःशुल्क हैं और इसी तरह कीटाणुनाशकों से उपचारित मच्छरदानियां जो पूरे इलाके के जनसंख्या को कवर करती हैं। संपूर्ण प्रतिरक्षण और गर्भावस्था से जुड़ी देखभाल के संबंध में भी काफी हद तक ऐसा ही है। इनमें से ज्यादातर क्षेत्रों में निजी बाजारों का योगदान बहुत कम रहा है।

केन्द्र ने हाल ही में राज्यों को सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में निःशुल्क औषधियां और नैदानिक सेवाएं मुहैया कराने में सहायता देने के लिए योजना शुरू की है। इससे और उस क्षमता से अधिक खर्च में कमी लाने में मदद मिलेगी, जो गरीबों को सरकारी अस्पतालों तक में वहन करना पड़ता है। हालांकि सरकार अस्पतालों में ओओपीई निजी स्वास्थ्य सेवाओं की लागत से अमूनन एक-तिहाई से कम और तो और उनके दसवें हिस्से से भी कम है लेकिन यह बची हुई राशि भी ज्यादातर भारतीयों को निर्धन बना रही है। इस बात पर सर्वसम्मति बढ़ती जा रही है कि व्यापक पहुंच और वित्तीय संरक्षण उपलब्ध कराने का सबसे कारगर तरीका सरकारी अस्पतालों और स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं में उपयोगकर्ता शुल्क समाप्त करना और निःशुल्क दवाओं और नैदानिक सुविधाएं उपलब्ध कराना है।

2. सरकार द्वारा वित्तीय पोषित बीमा कार्यक्रम — सरकार द्वारा शुरू किया गया तीसरा उपाय सार्वजनिक रूप से वित्तीय पोषित बीमा योजनाएँ हैं। जो गरीबों के अस्पताल में भर्ती होने पर आने वाले खर्च को बहन करती है। इस संदर्भ में केंद्र सरकार की प्रमुख योजना-राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना है। तो मोटे तौर पर द्वितीय श्रेणी की स्वास्थ्य सेवा की जरूरतें पूरी करती है। इसके अलावा आठ या उससे ज्यादा राज्यों ने बीमा कार्यक्रम शुरू किए हैं जो तीसरी श्रेणी की स्वास्थ्य सेवा की जरूरतें पूरी करते हैं। इन विविध योजनाओं में सांकेतिक जनसंख्या की कवरेज 2014 में करीब 370 मिलियन (जनसंख्या का करीब एक-चौथाई) थी। इस आबादी का लगभग दो- तिहाई (108 मिलियन) हिस्सा गरीबी की रेखा से नीचे जीवन यापन करने वाले लोगों की श्रेणी का है।

बीमा निस्संदेह ऐसा करने का उत्कृष्ट तरीका में से एक है। लेकिन इसे नियामक स्तर पर ज्यादा प्रयास करके सहायता पूर्णता प्रदान करने की आवश्यकता है। समस्त देश, जिनमें निजी सेवा प्रदाताओं से खरीद पर आधारित स्वास्थ्य प्रणाली है वहां व्यापक नियामक व्यवस्था लागू है।

3. निजी क्षेत्र के साथ जोड़ना — निजी क्षेत्र की वृद्धि का मार्ग दर्शन करने के लिए बीमा और विनियमन के अलावा अन्य रास्ते भी हैं। शिकायत निवारण तंत्र निजी क्षेत्र के लिए मददगार हो सकता है। साथ ही छोटे सेवा प्रदाताओं और नर्सिंग होम्स के लिए प्रशिक्षण एवं कौशल में सुधार का प्रावधान भी सहायक हो सकता है। गैर-लाभकारी वर्गों के साथ भागीदारी करने से भी व्यापक लाभ हो सकता है, जिनके लिए कम कड़े विनियमों की जरूरत होती है। गौण अथवा सहायक सेवाओं के लिए भागीदारी जो सार्वजनिक सेवा प्रावधानों का विकल्प प्रस्तुत करने की जगह उन्हें पूर्णता प्रदान करती है। मिसाल के तौर पर डायल 108 सेवाओं ने अच्छा प्रदर्शन किया है।

निष्कर्ष — इस प्रकार राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लक्ष्यों एवं उद्देश्यों की प्राप्ति हेतु संचालित विभिन्न कार्यक्रम एवं योजनाओं निजी क्षेत्र पंचायतों एवं सभ्य समाज की भागीदारी से आम गरीबी एवं वंचित वर्ग तक वहनीय एवं विश्वसनीय सुविधाएं उपलब्ध होने से गरीबी उन्मूलन होगा और राष्ट्रीय घरेलू उत्पाद में वृद्धि होगी।

सन्दर्भ ग्रंथ सूची —

1. अहुजा, राम—2016 “सामाजिक समस्याएं” रावत पब्लिकेशन्स जयपुर, पृष्ठ संख्या 23—26।
2. अग्रवाल, जी० के०— 2010 “सामाजिक विघटन” एस० बी० पी० डी० पब्लिशिंग हाउस, आगरा, पृष्ठ संख्या 170—172।
3. “भारत लोग और अर्थ व्यवस्था” एन० सी० ई० आर० टी०, नई दिल्ली (2003), पृष्ठ संख्या 40।
4. भारत 2014, सूचना एवं प्रकाशन विभाग, 64—बी सी० जी० ओ०, काम्पलेक्स लोधी रोड, नई दिल्ली, पृष्ठ संख्या—387।
5. जैन, महेन्द्र—2016 “भारतीय अर्थव्यवस्था” प्रतियोगिता दर्पण, आगरा, पृष्ठ संख्या 47—53।
6. ओझा, शिवकुमार—2016 “भारतीय अर्थव्यवस्था” बौद्धिक प्रशासन, बी—4ए, श्री राम भवन, देवनगर, झूंसी, इलाहाबाद, पृष्ठ संख्या 72—75।
7. योजना, फरवरी 2016, 64—बी, सूचना भवन, सीजीओ परिसर, लोधी रोड, नई दिल्ली, पृ० सं० 9—13.
8. राष्ट्रीय ग्रामीण एवं स्वास्थ्य मिशन, कार्य योजना (खण्ड—12)।



