

## भारत में शासन और लोक सेवा प्रदायगी: सार्वजनिक स्वास्थ्य एवं शिक्षा

<sup>1</sup>डॉ. अभय प्रसाद सिंह; <sup>2</sup>डॉ. कृष्ण मुरारी

<sup>1</sup>असिस्टेंट प्रोफेसर, पी.जी.डी.ए.वी. कॉलेज, दिल्ली विश्वविद्यालय।

<sup>2</sup>असिस्टेंट प्रोफेसर, शहीद भगत सिंह कॉलेज, दिल्ली विश्वविद्यालय।

सार्वजनिक सेवाएं मानव पूंजी की गुणवत्ता में सुधार के माध्यम से विकास को प्रत्यक्ष रूप से प्रभावित करती हैं। विकासशील देशों के लिए अपने आर्थिक प्रदर्शन में सुधार के लिए सार्वजनिक स्कूल की गुणवत्ता में सुधार करना महत्वपूर्ण है। मानव पूंजी का दूसरा महत्वपूर्ण घटक स्वास्थ्य है। स्वास्थ्य का उत्पादन संवृद्धि से सीधा संबंध है क्योंकि जनसंख्या की जीवन प्रत्याशा में एक अतिरिक्त वर्ष देश के कुल उत्पादन में 4 प्रतिशत की वृद्धि में योगदान देता है (ब्लूम एवं अन्य, 2004)। वैश्विक स्तर पर प्रमुख विकास विमर्शों ने मानव पूंजी के विकास में शिक्षा को मुख्य मानक के रूप में माना है एवं स्वास्थ्य को अपेक्षित प्रमुखता नहीं दिया गया है। हालांकि, नीतियों में स्वास्थ्य की प्रमुखता सामूहिक आर्थिक विकास के लिए विशेष महत्व रखता है (ब्लूम एवं अन्य, 2004)। इस संदर्भ में अमर्त्य सेन (2007ए) का मत है कि समावेशी आर्थिक विकास के लिए सार्वजनिक शिक्षा और स्वास्थ्य सेवाओं की समान आवश्यकता है।

### स्वास्थ्य सेवा प्रदायगी

भारत की सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता पर समय-समय पर प्रश्न उठते रहे हैं। भारत के छोटे शहरों और ग्रामीण क्षेत्रों में विशिष्ट स्वास्थ्य सेवाओं का अभाव है। दूसरी ओर, सुदूर क्षेत्रों में आधारभूत स्वास्थ्य सेवा का भी अभाव देखा गया है। यह माना जाता है कि भारत में स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय सकल घरेलू उत्पाद का लगभग एक प्रतिशत है जो आवश्यकता की तुलना में कम है (कालरा, 2015)। ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली भ्रष्टाचार, स्वास्थ्य कर्मियों की अनुपस्थिति और चिकित्सकों, स्वास्थ्य संबंधी आधारभूत सुविधाओं एवं दवाओं की कमी से त्रस्त है। स्वास्थ्य सुविधाओं और पोषण की कमी के कारण बड़ी संख्या में गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाएं और बच्चे एनीमिया, कुपोषण और अन्य बीमारियों से पीड़ित हैं। इस तथ्य के बावजूद कि राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम), 2005 चिकित्सा बुनियादी ढांचे में क्षेत्रीय असंतुलन को कम करने और विकेंद्रीकरण के माध्यम से जनशक्ति के उपयोग को बढ़ावा देने की दिशा में काम कर रहा है। लेकिन जवाबदेही की पूर्ति के अभाव और स्वास्थ्य कर्मियों की अनुपस्थिति ने मिशन के लक्षित उद्देश्यों की प्राप्ति में अवरोध उत्पन्न किया है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (नेशनल रूरल हेल्थ मिशन-एनआरएचएम) 12 अप्रैल 2005 को शुरू किया गया था। इस कार्यक्रम का उद्देश्य ग्रामीण क्षेत्रों में सबसे गरीब परिवारों के लिए स्वास्थ्य सेवा को

गुणवत्तापूर्ण, सुलभ, सस्ती और जवाबदेह बनाना है। एनआरएचएम के तहत, अति-महत्वपूर्ण स्वास्थ्य संकेतक वाले क्षेत्रों की ओर ध्यान सुनिश्चित करने के लिए विशेष फोकस क्षेत्रों के रूप में वर्गीकृत किया गया है। इस मिशन का उद्देश्य सभी स्तरों पर पूरी तरह कार्यात्मक, सामुदायिक स्वामित्व वाली, विकेंद्रीकृत स्वास्थ्य वितरण प्रणाली स्थापित करना है। इसका उद्देश्य पानी, स्वच्छता, शिक्षा, पोषण, सामाजिक और लैंगिक समानता जैसे स्वास्थ्य निर्धारकों की एक विस्तृत श्रृंखला पर एक साथ कार्रवाई सुनिश्चित करना है। 1 मई 2013 को सरकार ने राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (नेशनल अर्बन हेल्थ मिशन-एनयूएचएम) को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (नेशनल हेल्थ मिशन-एनएचएम) के उप-मिशन के रूप में मंजूरी दी। एनयूएचएम का लक्ष्य बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करके शहरी गरीबों पर ध्यान केंद्रित करते हुए शहरी आबादी की स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतों को पूरा करना है। इसे मौजूदा स्वास्थ्य देखभाल सेवा वितरण प्रणाली को बेहतर बनाकर और झुग्गी-झोपड़ी में रहने वालों को लक्षित करके प्राप्त किया जा सकता है। इन योजनाओं के लक्षित उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए शहरी विकास मंत्रालय, आवास और शहरी गरीबी उन्मूलन मंत्रालय, मानव संसाधन एवं विकास मंत्रालय और महिला एवं बाल विकास मंत्रालय, आदि की महत्वपूर्ण भूमिका तय की गई है (स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, 2015)।

भारत में एनएचएम के अतिरिक्त भी कई अन्य स्वास्थ्य सेवाओं संबंधी नीतिगत पहल किए गए हैं। दिल्ली में पहले से ही व्यापक सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाएं होने के बावजूद, मोहल्ला क्लिनिक ने सेवाओं का प्रभावी उपयोग दिखा है। शहरी मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता [अक्रेडिटेड सोशल हेल्थ एक्टिविस्ट्स (आशा)] के चयन में वृद्धि भी अधिकांश राज्यों में अच्छी थी। मध्य प्रदेश, गुजरात, त्रिपुरा और आंध्र प्रदेश जैसे राज्यों में महिला आरोग्य समितियों (एमएस) का गठन किया गया है। गुजरात, केरल और तमिलनाडु को छोड़कर लगभग सभी राज्यों में आवंटित राशी का अनुपयोग एक आम समस्या है। तमिलनाडु में शिशु, बाल और मातृ मृत्यु दर तुलनात्मक रूप से कम है। कर्नाटक ने केवल फोन कॉल करके एक घंटे के भीतर आपातकालीन स्वास्थ्य सहायता उपलब्ध कराने की प्रणाली विकसित की है। गुजरात और महाराष्ट्र भी इसी तरह की सेवाएं प्रदान कर रहा है। भारत सरकार ने 2014 में स्वच्छ भारत मिशन शुरू किया है। इसके तहत हर घर में

शौचालय बनवाकर एवं खुले में शौच की बाध्यता या व्यवहार को खत्म करना लक्षित किया गया है।

### स्वास्थ्य सेवाओं में वितरण की चुनौतियाँ

स्वास्थ्य सेवाओं की प्रदायगी में कई चुनौतियाँ हैं। भारत में स्वास्थ्य सेवाओं के संचालन के लिए धन का प्रवाह, गरीब तबकों के लिए सेवाओं की उपलब्धता, स्वास्थ्य कर्मी-रोगी अनुपात, सेवा की गुणवत्ता, आदि से संबंधित कुछ प्रमुख चुनौतियाँ हैं। एनयूएचएम और गैर-संचारी रोग [नॉन-कम्यूनिकेबल डिजिजेज(एनसीडी)] कार्यक्रमों के तहत आवंटित राशि का उपयोग सबसे कम किया गया है। एनसीडी कार्यक्रमों के तहत कॉमन रिव्यू मिशन (सीआरएम) राज्यों में बिहार ने आवंटित राशि का सबसे कम इस्तेमाल किया। जिला स्तरीय व्यवस्थाओं की स्थापना अभी अधर में है। दिल्ली, आंध्र प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, महाराष्ट्र और उत्तर प्रदेश में एनयूएचएम के तहत शहरी स्थानीय निकायों को जोड़ने के लिए बहुत प्रयास करने की आवश्यकता है। हालांकि, शहरी स्थानीय निकायों को जोड़ने में चंडीगढ़ और केरल अच्छे उदाहरण हैं। दिल्ली और गुजरात को छोड़कर, शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र [अर्बन प्राइमरी हेल्थ सेंटर (यूपीएचसी)] झुग्गी बस्तियों के भीतर या आसपास के क्षेत्रों में अभी भी काम नहीं कर रहे हैं। मानव संसाधनों की उपलब्धता और भर्ती भी राज्यों के बीच भिन्नता है। कुछ राज्य मानव संसाधनों की कमी से जूझ रहे हैं और कुछ भर्ती किए गए कर्मचारियों के कम उपयोग से जूझ रहे हैं। यूपीएचसी द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं अभी भी पर्याप्त नहीं हैं क्योंकि अधिकांश राज्य प्रजनन और बाल स्वास्थ्य [रीप्रोडक्टिव एण्ड चाइल्ड हेल्थ (आरसीएच)] सेवाएं प्रदान करते हैं, लेकिन विभिन्न रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के सेवाओं को शामिल नहीं करते हैं (स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, 2016, 18-20)। बिहार और छत्तीसगढ़ जैसे कुछ राज्यों ने अभी तक महिला आरोग्य समिति (एमएस) का गठन नहीं किया है। स्वच्छता में कोताही एक प्रमुख सार्वजनिक स्वास्थ्य चिंता है (स्पीअर्स एवं अन्य, 2013)। अधिकांश आबादी के पास पाइप से पानी की आपूर्ति की सेवा उपलब्ध नहीं है। सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के अभाव में स्वास्थ्य देखभाल की स्थिति निजी स्वास्थ्य प्रणाली पर निर्भर है। इससे गरीब और गैर-जागरूक रोगियों का शोषण होता है (सेन, 2014)।

ब्राजील, दक्षिण कोरिया, चीन, क्यूबा, ब्रिटेन या इटली जैसे देशों में बुनियादी स्वास्थ्य सेवा प्रदायगी सरकार द्वारा किया जाता है। सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा के व्यापक नेटवर्क के बिना कोई भी स्वास्थ्य क्षेत्र में व्यपक परिवर्तन संभव नहीं है (सेन, 2015)। भारत को थाईलैंड, चीन और बांग्लादेश जैसे देशों से सीखना होगा। थाईलैंड ने सार्वभौमिक बीमा प्रणाली और नियमित स्वास्थ्य सभाओं जैसे कई स्वास्थ्य नवाचारों की शुरुआत की है। बांग्लादेश ने महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, शिक्षकों और गैर सरकारी संगठनों की रचनात्मक भूमिका के माध्यम से महिला एजेंसी के महत्व को स्थापित किया है (सेन 2014)।

### स्वास्थ्य सेवा में सुधार के लिए सुझाव

राज्यों को एनयूएचएम के तहत शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य कर्मियों के चयन और प्रशिक्षण में तेजी लाने की जरूरत है। शहरी क्षेत्रों में आशा कार्यक्रम

के मामले में राज्यों को शहरी आशा की भूमिका को मजबूत करने के लिए एनआरएचएम से प्राप्त अनुभवों का उपयोग और अनुकूलन करने की आवश्यकता है। दूसरा मुद्दा यह है कि शहरी क्षेत्रों में आशा के लिए प्रोत्साहन राशि को बढ़ाने की आवश्यकता है। तीसरा, शहरी क्षेत्रों में महिला आरोग्य समिति की भूमिका के बारे में स्पष्ट उल्लेख की जरूरत है।

भारत में स्वास्थ्य सेवाओं के संचालन के लिए लोक वित्त की उपलब्धता एवं इसका नियमित एवं अबाध प्रवाह आवश्यक है। आवंटित लोक वित्त का एक बड़ा हिस्सा वेतन एवं स्वास्थ्य भवन निर्माण में ही प्रयोग किया जाता है। इस बात से इनकार नहीं किया जा सकता कि इन दो मदों में किया जा रहा व्यय बेहतर स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध कराने की प्रक्रिया के लिए आवश्यक है। परंतु आवंटित राशि में दवाओं की उपलब्धता, स्वास्थ्य संबंधी जांच, नवीन व उत्कृष्ट तकनीक की उपलब्धता, आदि का भी समायोजन आवश्यक है। स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में स्वास्थ्य कर्मियों के अनुपस्थिति की समस्या के निराकरण के लिए यह आवश्यक है कि चिकित्सा कर्मियों की जवाबदेही स्थानीय स्वशासन निकायों द्वारा गठित निगरानी समितियों के प्रति सुनिश्चित की जाए।

भारत में स्वास्थ्य कर्मी-रोगी अनुपात में साम्य स्थापित करने की दिशा में बड़ी संख्या में गुणवत्तापूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाओं, जैसे आयुर्विज्ञान शिक्षण संस्थान एवं नर्सिंग प्रशिक्षण संस्थान, स्वास्थ्य जांच कर्मी के लिए प्रशिक्षण संस्थान, आदि के स्थापना की आवश्यकता है। स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता को सुनिश्चित करने के लिए निजी आयुर्विज्ञान शिक्षण संस्थानों का व्याहरिक रूप से नियमन एवं मानकीकरण आवश्यक है। स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता में सुधार के लिए यह भी आवश्यक है कि भारत में प्रचलित स्वास्थ्य व्यवस्थाओं का मानकीकरण हो एवं उनके बीच आपसी समन्वय स्थापित किया जाए।

### शिक्षा सेवा प्रदायगी

ग्रामीण क्षेत्रों में शिक्षा, निचले और उच्च प्राथमिक स्तर पर सर्व शिक्षा अभियान (एसएसए), 2001 के बाद से नामांकन और प्रतिधारण के सार्वभौमिकरण के मामले में बहुत अच्छा प्रदर्शन कर रही है। मुफ्त और अनिवार्य शिक्षा के अधिकार (राइट ऑफ चिल्ड्रेन टू फ्री एण्ड कम्पलसरी एजुकेशन ऐक्ट, 2009) के बाद से शिक्षा कहीं अधिक सुव्यवस्थित हो गई है। मध्याह्न भोजन कार्यक्रम ने छात्रों को शिक्षण संस्थानों में आने और दैनिक शैक्षणिक अवधि तक बनाए रखने में मदद की है। बिहार के अलावा, उत्तराखंड और दिल्ली में साइकिल, पुस्तक, पोशाक, छात्रवृत्ति, आदि जैसे प्रोत्साहन द्वारा विद्यार्थियों में समय से पहले शिक्षा छोड़ देने की प्रवृत्ति पर अंकुश लगाने का योजनागत प्रयास किया गया है।

लेकिन सकल नामांकन में अभूतपूर्व वृद्धि मात्रात्मक प्रगति का सूचक है। इसे एक प्रारंभिक चरण के रूप में देखा जाना चाहिए। स्कूल इनपुट की गुणवत्ता में अच्छा प्रदर्शन नहीं करते हैं जैसे कि पुस्तकालयों में शैक्षिक सहायता, शिक्षण तकनीकों में नवाचार, और पाठ्येतर और सह-

पाठ्यक्रम गतिविधियों को बढ़ावा देना। स्वच्छता भी एक महत्वपूर्ण कारक है क्योंकि अधिकांश स्कूलों में पर्याप्त और स्वच्छ शौचालयों की कमी है। स्वच्छ भारत अभियान इस दिशा में एक क्रांतिकारी कदम है। भोजन की गुणवत्ता स्वस्थ और स्वास्थ्यकर होनी चाहिए।

राष्ट्रीय माध्यमिक शिक्षा अभियान (आरएमएसए), 2009 उच्च प्राथमिक और माध्यमिक स्तर पर लड़कियों और सामाजिक रूप से वंचित बच्चों की स्कूल छोड़ने की दर को कम करने के लिए शुरू किया गया था। आरएमएसए का उद्देश्य माध्यमिक शिक्षा का सार्वभौमिकरण करना है। सूचना और संचार प्रौद्योगिकी जैसे कार्यक्रमों ने माध्यमिक स्तर पर विकलांगों के लिए समावेशी शिक्षा, लड़कियों के छात्रावासों के निर्माण और संचालन और उच्च माध्यमिक शिक्षा के व्यावसायीकरण की बढ़ावा दिया है। कवरेज में वृद्धि से प्रशासन में दक्षता और संसाधनों का अधिकतम उपयोग हुआ। आरएमएसए की चिंताएं छात्र-शिक्षक अनुपात, शिक्षा मानकों, शिक्षकों के सेवाकालीन प्रशिक्षण की कमी, पुस्तकालयों, प्रयोगशालाओं के लिए अपर्याप्त आवंटित राशि, अतिरिक्त और सह-पाठ्यचर्या संबंधी गतिविधियों और सूचना और संचार प्रौद्योगिकियों के उपयोग में देरी है (मिश्रा, 2015, 25-27)।

### शिक्षा सेवा प्रदायगी के समक्ष चुनौतियाँ

भारत में शिक्षा सेवाओं की प्रदायगी के समक्ष नीतिगत, प्रक्रियात्मक, संरचनात्मक, संसाधनात्मक, आदि कई चुनौतियों उत्तरोत्तर रूप से विद्यमान हैं। भारत में शिक्षा सेवाओं के शासन में कुछ प्रमुख चुनौतियाँ इस प्रकार हैं, जैसे, त्रुटिपूर्ण शैक्षणिक परिणाम, आवंटित राशि की अपर्याप्तता एवं उसके समयबद्ध उपलब्धता में अवरोध, शिक्षकों की अनुपस्थिति, छात्रों के ड्रॉप-आउट की प्रवृत्ति, विषम शिक्षक-छात्र अनुपात, सह और पाठ्येतर गतिविधियों पर कम ध्यान, आदि। शिक्षक की अनुपस्थिति, विषम छात्र-शिक्षक अनुपात और खराब स्कूली बुनियादी ढांचे के कारण शैक्षणिक परिणाम में गिरावट आता है। शिक्षकों द्वारा छात्र की उपेक्षा की घटनाएं चिंताजनक रूप से बढ़ रही हैं। निजी स्कूलों के प्रसार के कारण 2014 में शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों के सरकारी स्कूलों में नामांकन में लगभग 10 प्रतिशत की कमी आई है (एएसईआर 2014)। शिक्षकों की अनुपस्थिति को रोकने की दिशा में विशेष प्रयास की जरूरत है। सार्वजनिक शिक्षक प्रशिक्षण संस्थानों का अभाव है। शिक्षकों पर शिक्षेतर कार्यों के निर्वाह से संबंधित बाध्यताओं से शिक्षा में नियमितता और गुणवत्ता पर नकारात्मक प्रभाव पड़ता है। शिक्षा के फंड का एक बड़ा हिस्सा कर्मचारियों के वेतन और बुनियादी ढांचे के लिए उपयोग किया जाता है। पुस्तकालयों, प्रयोगशालाओं, खेलकूद, सांस्कृतिक और विस्तार गतिविधियों जैसे शिक्षण सहायक सामग्री के लिए निधि आवंटन बहुत कम है। आवंटित राशि को जारी करने में आमतौर पर अनियमितता पाया जाता है।

### शिक्षा सेवा सुधार संबंधी सुझाव

भारत में एक बहुत बड़ी जनसंख्या शिक्षा प्राप्ति के लिए सार्वजनिक शिक्षा व्यवस्था पर निर्भर है। देश की इस गरीब जनसंख्या के समक्ष निजी

स्कूलों की मंहगी शिक्षा व्यवस्था में शिक्षा प्राप्त करने का विकल्प नहीं है। यदि इन परिवारों के बच्चों को सार्वजनिक शिक्षा प्रदायगी सुनिश्चित नहीं कराया जाएगी तो वो शिक्षा के लाभ से वंचित रह जाएंगे। इस संदर्भ में सार्वजनिक निधि का पर्याप्त एवं सतत आवंटन आवश्यक है। वर्तमान में आवंटित राशि का बड़ा हिस्सा शिक्षकर्मियों के वेतन और शैक्षणिक संस्थाओं के आधारभूत संरचना विकास में खर्च हो जाता है। इस लिए शिक्षा क्षेत्र में आवंटित राशि में वृद्धि की जरूरत है ताकि शिक्षण सुविधाओं जैसे, पुस्तकालय, प्रयोगशाला, क्रीड़ा, सांस्कृतिक और विस्तार गतिविधियों जैसे शिक्षण सहायक सामग्री के लिए भी प्रयास राशि की उपलब्धता हो। इसके अतिरिक्त सुदूर क्षेत्रों में भी सार्वजनिक शिक्षण संस्थानों की उपलब्धता सुनिश्चित की जानी चाहिए।

बेहतर शिक्षण परिणाम सुनिश्चित करने के लिए बड़ी संख्या में सार्वजनिक शिक्षक-प्रशिक्षण संस्थानों की आवश्यकता है। नियमित रूप से शिक्षकों का पाठ्यचर्या अनुकूल प्रशिक्षण का प्रावधान किया जाना चाहिए। शिक्षकों की अनुपस्थिति की समस्या का विवेकपूर्ण निराकरण अपेक्षित है। महिला शिक्षकर्मियों की नियुक्ति ऐसे शिक्षा संस्थानों में हो जो उनके आवास से अधिक दूरी पर न हो। अन्य शिक्षकों की नियुक्ति एवं स्थानांतरण संबंधी निर्णय भी विवेकपूर्ण हो ताकि उनके पास स्वाध्याय का प्रयास समय हो। शिक्षकों को शिक्षेतर कार्यों के अनावश्यक बोझ से मुक्त किया जाना चाहिए ताकि शैक्षणिक नियमितता एवं गुणवत्ता बरकरार रहे। शैक्षणिक संस्थाओं को गैर-शैक्षणिक कार्यों के लिए इस्तेमाल न किया जाए।

अमर्त्य सेन ने शिक्षकों की अनुपस्थिति पर चिंता व्यक्त की और सुझाव दिया कि भारत में स्कूल निरीक्षण प्रणाली की खराब स्थिति को प्राथमिकता के आधार पर संबोधित करने की आवश्यकता है। उन्होंने आगे सुझाव दिया कि विभिन्न सामाजिक समूहों और विशेष रूप से प्राथमिक विद्यालय शिक्षक संघों के साथ सकारात्मक सहयोग होना चाहिए (सेन 2007बी)।

किसी देश को साक्षर बनाने में सार्वजनिक विद्यालयों की अहम भूमिका होती है। ब्रिटेन, अमेरिका और जापान हों या आज दक्षिण कोरिया, चीन, थाईलैंड, या वियतनाम हो इन सभी देशों में सार्वजनिक शिक्षा प्रदायगी से साक्षरता में अनुकरणीय वृद्धि हुई है। निजी स्कूल भी पूरक भूमिका निभाते हैं लेकिन वह सार्वजनिक शिक्षा की उपलब्धता का विकल्प नहीं हो सकता है (सेन 2015)। सेन ने महिला साक्षरता पर जोर दिया है और तर्क दिया कि महिला साक्षरता पारिवारिक मामलों में महिलाओं की आवाज को बढ़ा सकती है एवं लिंग असमानता और बाल मृत्यु दर को कम कर सकती है। विकास में बुनियादी शिक्षा का योगदान केवल आर्थिक प्रगति तक ही सीमित नहीं है; स्कूली शिक्षा के कई अन्य लाभ भी हैं। शिक्षा का जीवन की गुणवत्ता पर शक्तिशाली प्रभाव पड़ता है (सेन 2007बी)।

**निष्कर्ष**

वैश्विक अर्थव्यवस्था में एक ओर जहां भारत उत्कृष्ट गुणवत्ता वाले मानव संसाधनों को उपलब्ध कराने वाले देश के रूप में उभरा है वहीं दूसरी ओर देश की एक बड़ी जनसंख्या को गुणवत्तापूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य एवं शिक्षा सेवाओं की उपलब्धता नहीं है। इस कारण भारत में श्रम शक्ति बड़े पैमाने पर अशिक्षित और अस्वस्थ है। यह भारत के वैश्विक आर्थिक शक्ति के रूप में उभरने की दिशा में एक बड़ी बाधा है। भारत में स्वास्थ्य एवं शिक्षा क्षेत्रों में दो विफलताएं जो स्पष्ट रूप से परिलक्षित हुई हैं, ये बच्चों में व्यापक कुपोषण और निरक्षरता से संबंधित हैं (सेन 2007ए)। भारत के विकास का यह नीतिगत दृढ़संकल्प सहजता से फलीभूत हो

सकता है, यदि स्वास्थ्य और शिक्षा संबंधी सेवा प्रदायगी की गुणवत्ता को सुनिश्चित करने की दिशा में अविलंब प्रयास किया जाए।

छोटे शहरों और कम विकसित राज्यों में स्वास्थ्य, शिक्षा एवं अन्य बुनियादी सुविधाओं के बेहतर प्रदायगी के लिए नए-शासन दृष्टिकोण और शहरी-ग्रामीण विकास में संतुलन की आवश्यकता है। इसके साथ यह भी महत्वपूर्ण है कि सभी शहरों और कस्बों में गरीब प्रवासियों और कम विशेषाधिकार प्राप्त वर्गों के लिए स्वास्थ्य एवं शिक्षा योजनाओं के बेहतर कार्यान्वयन के लिए प्रयास किए जाएं।

**संदर्भ**

1. एएसईआर, (2014), एएसईआर, 2014: एनुअल स्टेटस ऑफ एजुकेशन रिपोर्ट, (रिपोर्ट प्रेपरेड बाय एएसईआर एंड प्रथम) <<http://www.asercentre.org/Keywords/p/234.html>> से 25 सितंबर 2016 को एक्सेस किया गया।
2. कालरा, आदित्य, (2015), इंडिया कीपस टाइम रेन ऑन पब्लिक हेल्थ स्पेन्डिंग इन 2015-16 बजट, रीउटर्स, <[HTTPS://WWW.REUTERS.COM/ARTICLE/INDIA-HEALTH-BUDGET-IDINKBN0LW0LQ20150228](https://www.reuters.com/article/INDIA-HEALTH-BUDGET-IDINKBN0LW0LQ20150228)> से 10 नवम्बर 2015 को एक्सेस किया गया।
3. सेन, ए., (2007ए) अर्जेंट नीड फॉर रिफॉर्म इन पब्लिक सर्विसेस, द हिन्दू, न्यू दिल्ली, 19 दिसम्बर.
4. सेन, ए., (2007बी), एकाउंटेबिलिटी नीडेड इन डिलीवरी ऑफ एलिमेंटरी एजुकेशन, लाइव मिनट (ई-पेपर) <<http://www.livemint.com/>> से 8 नवम्बर 2015 को एक्सेस किया गया।
5. सेन, ए., (2014), प्राइवेट हेल्थकेयर शुड नॉट रिप्लेस पब्लिक सर्विसेस, बिजनेस स्टैंडर्ड (ई-पेपर) <[https://www.business-standard.com/article/news-ians/private-health-care-shouldn-t-replace-public-services-amartya-sen-114021901292\\_1.html](https://www.business-standard.com/article/news-ians/private-health-care-shouldn-t-replace-public-services-amartya-sen-114021901292_1.html)> से 8 नवम्बर 2015 को एक्सेस किया गया।
6. सेन, ए., (2015), द अमर्त्य सेन इंटरव्यू: द फेलियर ऑफ द स्टेट इज कंटीन्यूइंग इन इंडिया (इन इंटरव्यू विद इन्द्राणी बासु, हुफ्फपोस्ट, (ऑनलाइन न्यूज पोर्टल) <[https://www.huffpost.com/archive/in/entry/amartya-sen-interview\\_n\\_6720062?utm\\_hp\\_ref=in-amartya-sen-india-politics](https://www.huffpost.com/archive/in/entry/amartya-sen-interview_n_6720062?utm_hp_ref=in-amartya-sen-india-politics)> से 25 सितंबर 2016 को एक्सेस किया गया।
7. स्पीअर्स, डी. एवं अन्य, (2013) ओपन डेफिकेशन एंड चाइल्डहुड स्टंटिंग इन इंडिया: एन इकोलॉजिकल एनालिसिस ऑफ न्यू डाटा फ्रॉम 112 डिस्ट्रिक्ट्स, पलोस वन, 8(9) 16 सितंबर, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073784>> से 14 सितंबर 2014 को एक्सेस किया गया।
8. मिश्रा, आर.के., (2015), राष्ट्रीय माध्यमिक शिक्षा अभियान टेक्स ए नोजडाईव, इकनोमिक एंड पोलिटिकल वीकली, 50(43) पृष्ठ 25-27.
9. ब्लूम, डी.ई. एवं अन्य (2004), द इफेक्ट ऑफ हेल्थ ऑन इकनोमिक ग्रोथ: ए प्रोडक्शन फंक्शन अप्रोच, वर्ल्ड डेवलपमेंट, 32, पृष्ठ 1-13.
10. हनुशेक, एरिक, (2014), 'हेल्थ एंड इकनोमिक ग्रोथ', पी. अधियन और एस. डलौफ, (सं), द हैंडबुक ऑफ इकनोमिक ग्रोथ वॉल्यूम 2बी, हॉलैंड: नॉर्थ हॉलैंड पब्लिशर्स।
11. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, (2015), अचिवमेंट्स अंडर द नेशनल रूरल हेल्थ मिशन (एनआरएचएम), <<http://pib.nic.in/newsite/PrintRelease.aspx?relid=123670>> से 10 दिसंबर 2016 को प्राप्त की गई।
12. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, (2016), 10वां सी.आर.एम. रिपोर्ट, 2016, नई दिल्ली: स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, <[https://nhm.gov.in/images/pdf/monitoring/crm/10th-crm/Report/10th\\_CRM\\_Main\\_Report.pdf](https://nhm.gov.in/images/pdf/monitoring/crm/10th-crm/Report/10th_CRM_Main_Report.pdf)> से 2 दिसम्बर 2016 को प्राप्त की गई।
13. नेशनल सैंपल सर्वे ऑर्गेनाइजेशन (एनएसएसओ), (2013), की इंडीकेटर्स ऑफ ड्रिंकिंग वाटर, सैनिएशन, हाइजीन एंड हाउसिंग कंडीशन इन इंडिया (रिपोर्ट नंबर के.आई. (69/1.2)', नई दिल्ली: नेशनल सैंपल सर्वे कार्यालय, सांख्यिकी और कार्यक्रम मंत्रालय कार्यान्वयन, भारत सरकार।
14. कुंडू, डी. और डी. सामंत, (2011), रिडिफाइनिंग द इंकलूसिव अर्बन एजेंडा इन इंडिया, इकनोमिक एंड पोलिटिकल वीकली, 46(5), पृष्ठ 55-63.
15. महादेविया, डी., (2011), ब्रांडेड एंड रिन्यूड? पॉलिसीज, पॉलिटिक्स एंड प्रोसेसेज ऑफ अर्बन डेवलपमेंट इन द रिफार्म एरा, इकनोमिक एंड पोलिटिकल वीकली, 46(31), पृष्ठ 56-64।
16. रेड्डी, आर., (2016), टू लोकेट द स्कैम यूज जी.पी.एस., आउटलुक, 22 अगस्त, <<https://www.outlookindia.com/magazine/story/to-locate-the-scams-use-gps/297693/?prev>> से 25 नवम्बर 2016 को एक्सेस किया गया।
17. साहनी, डी., (2012), व्हाई इज डेल्टा रनिंग आउट ऑफ वाटर?, <[www.blogs.wsj.com/](http://www.blogs.wsj.com/)> से 11 अप्रैल 2014 को एक्सेस किया गया।
18. सिंह, ए.पी., (2009), अनइंटेडेड सिटी एंड चैलेंजेज ऑफ अर्बन रिन्यूअल एंड डेवलपमेंट इन डेल्टा, राजवीर शर्मा (सं) अर्बन गवर्नेंस इन इंडिया: मेजर इश्यूज एंड चैलेंजेज, न्यू दिल्ली, रिसर्च इंडिया प्रेस, पृष्ठ 279-97.
19. सिंह, एस. (2014), व्हाई इट इज टाइम फॉर डेल्टा टू थिंक बियॉन्ड एन ऑवर ऑफ डार्कनेस, द हिंदुस्तान टाइम्स, दिल्ली, 31 मार्च.
20. शर्मा डी.सी., (2013), डेल्टा फियर्स वाटर शोर्टेज एज ग्राउंड वाटर लेवल हिट्स डेंजरस लो, इंडिया टुडे, 6 मार्च.
21. ओल्केन बी. और आर पांडे, (2012), करप्शन इन डेवलपिंग कंट्रीज, एनुअल रिव्यू ऑफ इकनोमिक्स, 4(1), पृष्ठ 479-509.