

where that kind of tailoring and customization in each State can be done along with consultations with the GST Council and that I think will be able to address the very specific circumstances pertaining to each State.

ग्रामीण क्षेत्रों में डॉक्टर और स्वास्थ्य सुविधाएं

*5. श्री नरेश अग्रवाल: क्या स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री यह बताने की कृपा करेंगे कि:

(क) क्या यह सच है कि डॉक्टर ग्रामीण क्षेत्रों में तैनाती से परहेज़ करते हैं;

(ख) यदि हां, तो इसके क्या कारण हैं; और

(ग) क्या सरकार की यह सुनिश्चित करने की कोई योजना है कि ग्रामीण क्षेत्रों में पर्याप्त संख्या में डॉक्टर उपलब्ध हों और ग्रामीणों को भी स्वास्थ्य सुविधाएं सुलभ हो सकें?

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री (श्री जगत प्रकाश नड्डा): (क) से (ग) विवरण सभा पटल पर रख दिया गया है।

विवरण

(क) अध्ययन से प्राप्त अनुमान दर्शाते हैं कि ग्रामीण क्षेत्रों की तुलना में शहरी क्षेत्रों में प्रति 10000 जनसंख्या पर लगभग चार गुना एलोपैथिक चिकित्सक हैं। इसमें निजी और सार्वजनिक क्षेत्र के चिकित्सक शामिल हैं। तथापि, ग्रामीण क्षेत्रों के प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में तैनात चिकित्सकों की संख्या। वर्ष 2007 में 22608 से बढ़कर वर्ष 2014 में 27355 हो गई है;

(ख) अध्ययन से कई ऐसे कारणों का पता चला है, जिनकी वजह से चिकित्सक ग्रामीण क्षेत्रों में सेवा करने की अनिच्छा दर्शाते हैं, इनमें इन क्षेत्रों में तैनात चिकित्सकों के बीच पेशेवर अलगाव का भाव तथा जीवन स्थितियों और सामान्य सुख सुविधाओं में अंतर शामिल है।

(ग) ग्रामीण और दूरस्थ क्षेत्रों में सेवा करने हेतु डॉक्टरों को प्रोत्साहित करने के लिए, उन्हें निम्नलिखित सुविधाएं प्रदान करने हेतु भारतीय चिकित्सा परिषद ने केंद्र सरकार के पूर्व अनुमोदन से स्नातकोत्तर चिकित्सा शिक्षा विनियम 2000 में संशोधन किया है;

(i) सरकारी सेवा में जिन चिकित्सा अधिकारियों ने दूरस्थ एवं कठिन क्षेत्रों में कम-से-कम तीन वर्ष सेवा की है, उन्हें स्नातकोत्तर डिप्लोमा पाठ्यक्रम में 50 प्रतिशत आरक्षण देना; और

(ii) स्नातकोत्तर चिकित्सा पाठ्यक्रमों में दाखिला हेतु प्रवेश परीक्षा में, दूरस्थ या कठिन क्षेत्रों में प्रति वर्ष की गई सेवा हेतु प्राप्तांक के 10 प्रतिशत और प्राप्तांक के अधिकतम 30 प्रतिशत तक के हिसाब से प्रोत्साहन देना।

इसके अतिरिक्त राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के तहत ग्रामीण और दूरस्थ में सेवा करने वाले चिकित्सकों को दुर्गम क्षेत्र भत्ता प्रदान करने के लिए और उनके आवासीय भवन के लिए वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है, ताकि डॉक्टरों को ऐसे क्षेत्रों के सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों की सेवाएं आकर्षक लगे। राज्यों को भी सलाह दी गई है कि वे तैनाती और स्थानांतरण की नीतियां पारदर्शी रखें और तर्कसंगत ढंग से चिकित्सकों को तैनात करें।

Availability of doctors and healthcare facilities in rural areas

†*5. SHRI NARESH AGRAWAL: Will the Minister of HEALTH AND FAMILY WELFARE be pleased to state:

- (a) whether it is a fact that the doctors avoid being posted in the rural areas;
- (b) if so, the reasons therefor; and
- (c) whether Government has any plan to ensure that sufficient number of doctors are available in the rural areas and the villagers could also avail the healthcare facilities?

THE MINISTER OF HEALTH AND FAMILY WELFARE (SHRI JAGAT PRAKASH NADDA): (a) to (c) A Statement is laid on the Table of the House.

Statement

(a) Estimates from studies indicate that there are about four times as many allopathic doctors per 10000 population in urban areas as compared to the rural areas. This includes doctors in private and public sector. However, there is an increase in the number of doctors posted in Primary Health Centres in rural areas from 22,608 in year 2007 to 27,355 in year 2014.

(b) Studies have identified various reasons for reluctance of doctors to serve in rural areas including feeling of professional isolation among doctors posted in these areas and disparity in the living conditions and general amenities.

(c) In order to encourage the doctors to work in remote and difficult areas, the Medical Council of India with the previous approval of Central Government has amended the Post Graduate Medical Education Regulations, 2000 to provide:

- (i) 50% reservation in Post Graduate Diploma Courses for Medical Officers in the Government service who have served for at least three years in remote and difficult areas; and,
- (ii) Incentive at the rate of 10% of the marks obtained for each year in service in remote or difficult areas up to the maximum of 30% of the marks obtained in the entrance test for admissions in Post Graduate Medical Courses.

Further, under the National Health Mission (NHM), financial support is provided to States, *inter-alia* for giving hard area allowance to doctors for serving in rural and remote areas and for their residential quarters, so that doctors find it attractive to join public health facilities in such areas. States have also been advised to have transparent policies of posting and transfer, and deploy doctors rationally.

† Original notice of the question was received in Hindi.

श्री नरेश अग्रवाल: माननीय सभापति जी, सभी लोग कम से कम इतना तो जानते हैं कि देश की 70 प्रतिशत आबादी गांवों में रह रही है और गांवों में 70 प्रतिशत डॉक्टरों की कमी है। गांवों के ज्यादातर लोगों को झोला छाप डॉक्टरों से इलाज कराना पड़ता है। आपने मेरे प्रश्न का आधा पार्ट तो एक्सेप्ट किया है, आधा पार्ट एक्सेप्ट नहीं किया है, इसलिए मैं मंत्री महोदय से सिर्फ इतना जानना चाहता हूँ कि जो डब्ल्यूएचओ की गाइडलाइन्स हैं, उसके मुताबिक देश के ग्रामीण स्तर की जो आबादी है, वहां कितने डॉक्टर होने चाहिए? इस समय आपके पास कितने डॉक्टर उपलब्ध हैं और कैसे आप उनकी कमी को पूरा करेंगे? साथ ही साथ मैं जानना चाहूंगा कि क्या सरकार कोई ऐसी नीति बनाने का निर्णय ले रही है, जैसे जब गुलाम नबी आज़ाद साहब मंत्री थे तो उन्होंने कहा था कि हम विलेज डॉक्टर के लिए अलग से डिग्री देंगे? क्या आप एमसीआई को कोई ऐसी डायरेक्शन देना चाहते हैं कि विलेज डॉक्टर्स की अलग से रिक्रूटमेंट हो, अलग से उनकी पढ़ाई हो और उनकी पोस्टिंग भी गांवों में हो, ताकि डॉक्टर्स की कमी पूरी हो सके?

श्री जगत प्रकाश नड्डा: सभापति जी, जैसा कि माननीय सदस्य ने कहा है, सच में यह विषय एक लंबे समय से चल रहा है, क्योंकि हमारे मेडिकल फेडरेशन में जो मेनपावर रिसोर्सिंग हैं, उनकी कमी लंबे समय से चली आ रही है। वह कमी सिर्फ डॉक्टर्स के लैवल पर ही नहीं है, बल्कि पैरा-मेडिक्स के लैवल पर भी है और अन्य लैवल्स पर भी है। जो WHO का स्टैंडर्ड है, वह एक डॉक्टर के ऊपर 1000 मरीजों का है। हमारी जो अभी स्थिति है, वह एक डॉक्टर पर 1674 मरीजों का अनुपात है। इस हिसाब से माना जाए, तो We have 746 doctors और हमें लगभग 14 लाख से भी अधिक डॉक्टर्स की आवश्यकता है। यह कुल मिलाकर एक स्थिति है। इसके बाद जो दूसरी स्थिति है, वह यह है कि ग्रामीण क्षेत्रों के मुकाबले अर्बन एरियाज में डॉक्टर चार गुना अधिक हैं। इस प्रकार रूरल एरियाज में डॉक्टरों की कमी है। कोशिश हुई है और कोशिश के अनुसार प्राइमरी हेल्थ सेंटर्स में 2007 में 22,608 डॉक्टर्स थे, वे बढ़कर 2014 में 23,755 हो गए। कुछ तो हमने सरकारी तौर पर प्रयास किया और फेसिलिटीज बढ़ाई, ताकि डॉक्टर्स रूरल एरियाज में जाएं। इस प्रकार की हमने कोशिश की है। इसके लिए पहला काम तो हमने यह किया था कि जो पी.जी. डिप्लोमा के कोर्सेस होंगे, उनमें 50 परसेंट उन्हें लिया जाएगा, जो डॉक्टर्स तीन साल ग्रामीण एरिया में सर्व करेंगे। इसी तरीके से जो ग्रामीण एरिया में सर्व करेंगे और पी.जी. की डिग्री लेना चाहेंगे, उन्हें प्रति वर्ष के हिसाब से 10 प्रतिशत मार्क्स में to the maximum level of 30% मार्क्स दिए जाएंगे। इस फेसिलिटी के साथ-साथ जो पी.जी. डॉक्टर्स ग्रामीण एरिया में सर्व करते हैं, उन्हें रैम्युनरेटिव तरीके से प्रोत्साहित करने की कोशिश की जाएगी।

महोदय, जब मैं अपनी स्टेट में था, तो वहां भी मैंने उन्हें स्पेशल एलाउंस और स्पेशल सीट्स देकर के, पी.जी. में, बाद में, एश्योरेंस के साथ कि आपको पोस्ट ग्रेज्युएट में सीधे एंट्री मिल सकेगी, इस तरह के प्रोसीजर्स किए थे। इन प्रोसीजर्स के माध्यम से हम चल रहे हैं, लेकिन मैं इसमें यह जरूर कहूंगा कि we will have to take some decisions at policy level, जिसे कहते हैं कि मूलतः कुछ परिवर्तन करना पड़ेगा, क्योंकि गैप इतना बड़ा है कि इसे पूरा करने के लिए बहुत बड़े लैवल पर काम करने की आवश्यकता है। यह बात आज की ही नहीं है, बल्कि आज से 10 साल पहले भी, जब मैं स्टेट में हेल्थ मिनिस्टर था, तब से किसी भी हेल्थ मिनिस्टर के लिए चाहे वह विधान सभा हो या संसद हो, जवाब देने में दिक्कत होती है कि वहां ग्रामीण एरियाज में डॉक्टर्स नहीं पहुंच रहे हैं। इस दृष्टि से मैंने जो कोशिश की है, हमारे प्रैडेसेसर साहब

ने भी कोशिश की थी, उसी को आगे बढ़ाते हुए, एम.सी.आई. और आई.एम.ए. के साथ हमने कुछ डायलॉग किए हैं।

महोदय, यू.पी.ए. गवर्नमेंट ने, बीच में जो हेल्थ ऑफीसर्स लगाने की बात कही थी, उस दृष्टि से डिग्री दिए जाने के बारे में हमने बात को आगे बढ़ाने की कोशिश की थी, वह स्टैंडिंग कमेटी में गया था और बाद में वह मैटर मंत्रालय के पास वापस आ गया और वह बिल की शेष नहीं ले सका। इसलिए यदि हम अपनी तरफ से एकांगी सोच लेकर डेवलप करेंगे, तो उसका कोई लाभ नहीं होगा। We will have to think by taking everybody on board, i.e., MCI, IMA and health fraternity altogether. वह कोशिश हमने की है। हमने उन्हें कुछ निवेदन भेजा है और उनसे भी हमने मांगा है, क्योंकि आई.एम.ए. ने भी कहा है "चलो गांव की ओर", तो मैंने उनसे पूछा है कि आपका कॉन्सेप्ट चलो गांव की ओर, क्या है और उसमें गांव की ओर किस के जाने की बात कर रहे हैं? How do we go forward? मुझे उम्मीद है कि आने वाले समय में हम इसे कुछ कांक्रिटिज कर सकेंगे और पॉलिसी की दृष्टि से इसे कुछ परिवर्तित कर के ज्यादा से ज्यादा डॉक्टर्स हम भेज सकें, इस परिस्थिति में हम होंगे।

श्री नरेश अग्रवाल: माननीय चेयरमैन साहब, माननीय मंत्री जी ने जो उत्तर दिया है, मैं उसी संदर्भ में जानना चाहता हूँ कि हिन्दुस्तान में प्रति वर्ष कितने डॉक्टर्स आप उत्पन्न कर रहे हैं, यानी जो आपकी रिपोर्ट है, उसके हिसाब से कितने डॉक्टर्स और कितने स्पेशलिस्ट आपके यहां प्रति वर्ष तैयार हो रहे हैं और उनमें से कितने प्रतिशत विदेश चले जाते हैं?

श्रीमन्, मेरे पास जो सूचना है उसके अनुसार 30 हजार डॉक्टर्स हर साल हिन्दुस्तान में डॉक्टर की डिग्री लेते हैं और उनमें से करीब 40 परसेंट विदेश चले जाते हैं। बाकी जो बचते हैं, उनमें से 80 प्रतिशत शहरी इलाके में जाते हैं। इस प्रकार गांवों में डॉक्टर्स की कमी रहती है। इसलिए मैं आपसे इसमें सिर्फ दो चीजें जानना चाहता हूँ कि जो लोग विदेश जा रहे हैं, वे हम से पैसा लेकर, आपकी सब्सिडी से पढ़ाई करते हैं और उसके बाद विदेश चले जाते हैं। उन्हें हिन्दुस्तान में रोकने के लिए आप क्या प्रयास कर रहे हैं?

श्री सभापति: एक ही सवाल पूछिए।

SHRI JAGAT PRAKASH NADDA: Sir, about 55,000 doctors are produced every year. जहां तक विदेश जाने का सवाल है, जैसा आपने कहा, उसका प्रतिशत इस समय मेरे पास नहीं है, लेकिन मैं यह जरूर कहूंगा कि लोगों के जाने का प्रोसेस निश्चित रूप से चलता रहता है। जैसा मैंने कहा, इसमें बहुत पॉलिसी लेवल पर डिजीजन लेने की जरूरत है। हमारी आज की जो व्यवस्था है, इसमें कोई भी डॉक्टर अब एमबीबीएस पर ही नहीं रुक रहा है। He is going forward for an M.S. or M.D. course which we are trying to increase here in our country.

दूसरी बात यह है कि हर मेडिकल कॉलेज ने बॉन्ड्स भरवाने की कोशिश करके देख लिया है। इस सबके बावजूद भी डॉक्टर्स के जाने की संख्या कम नहीं हुई, इसलिए हमें ऐसा परिवर्तन करना पड़ेगा कि हमारे यहां डॉक्टर्स की ट्रेनिंग की कैपेसिटी बढ़े। इसके साथ-साथ ग्रामीण डॉक्टर्स की दृष्टि से हमें क्या कॉन्सेप्ट डेवलप करना है, वह डेवलप किया जाए ताकि हम वहां मैनुपावर दे सकें। हमारे यहां जनरल प्रैक्टिशनर्स का कॉन्सेप्ट खत्म हो रहा है, प्रैक्टिकली अब खत्म ही हो गया है। फैमिली डॉक्टर्स का कॉन्सेप्ट ही खत्म हो गया है। ये चीजें हैं, जिन पर विचार करने की

जरूरत है और मैंने इसीलिए कहा कि जब तक हम आईएमए को इसमें ऑन बोर्ड नहीं लेते हैं और उनके साथ इसकी चर्चा नहीं करते हैं, हमारे ध्यान में कुछ चीजें हैं, लेकिन हम यह कहेंगे कि अभी हमारी कोशिश यह है। We can't stop people from going abroad. वह एफआरसीएस करना चाहता है, वह एमआरसीजी करना चाहता है, उसको मार्क्स मिले हैं, उसका एडमिशन होता है, तो वह जाए। जो जाते हैं, उनमें से बहुत से वापस भी आते हैं, क्योंकि आज हमारे यहां जो फैकल्टीज हैं, एम्स में हमारी जितनी भी फैकल्टीज हैं, वे सब वहां लंबे समय तक रहने के बाद ही आए हैं। उसी तरह से किंग जॉर्ज मेडिकल यूनिवर्सिटी में भी हमारी जो फैकल्टीज हैं, वे सारे के सारे वहां से डिग्रीज लेने के बाद आए हैं, तो इसको रोकना भी कोई बहुत पॉजिटिव कदम नहीं है, लेकिन इसके साथ-साथ हम कैसे इस कमी को पूरा कर सकें, इस पर विचार करने की जरूरत है। इसके लिए जैसा मैंने कहा कि कुछ मूल परिवर्तन की दृष्टि से, जैसे हम कहते हैं कि हर दृष्टि से एमबीबीएस के सिस्टम को एडॉप्ट करें या कुछ और चीजों को साथ में जोड़ें, इस बारे में विचार करने की जरूरत है और वह विचार हम करेंगे।

SHRI A.U. SINGH DEO: Mr. Chairman, Sir, thank you. On an average, according to the figures available with me, a single doctor serves about 12,000 people in India but the WHO recommends the norm of one doctor per one thousand people. Despite such an acute shortage of doctors, the UPA Government had sanctioned 58 new medical colleges across India. What has happened to that? Where would they churn out new doctors for rural areas of our country? What other steps are being taken to increase the doctor density in the rural areas and the provision of quality healthcare service in rural areas? Would the Government consider setting up e-healthcare facilities in rural areas? Please give us details thereof. Really, what has happened to the 58 new medical colleges which were supposed to come up across India?

MR. CHAIRMAN: Is that one question or more than one question?

SHRI JAGAT PRAKASH NADDA: Sir, it is more than one question, but I will answer them.

MR. CHAIRMAN: Please answer one.

SHRI JAGAT PRAKASH NADDA: Sir, as far as the 58 colleges are concerned, we are expediting that matter. It is with the State Governments. They have to send the DPRs. We are initiating it and we are sending them reminders. As they come, they will be taken care of. This is the first point. Secondly, it is a continuous process which we have adopted. We want to upgrade district hospitals associated with medical colleges so that the hospital also increases its capacity and medical students get the training.

श्रीमती विप्लव ठाकुर: सर, मैं माननीय मंत्री जी से जानना चाहती हूँ कि ठीक है, डॉक्टर्स की बहुत शॉर्टेज है, इनके लिए भी लिमिटेशन है, तो क्या इस बारे में ये सोच सकते हैं कि हमारे इंडियन सिस्टम्स ऑफ मेडिसिन में जो डॉक्टर्स बनकर आते हैं, वे भी पांच साल का कोर्स करके आते हैं, तो उनको थोड़ा सा फ्रेशर कोर्स देकर हम रूरल एरियाज में, पीएचसीज में लगाएं?

हमने ऐसा हिमाचल प्रदेश में किया था और यह बहुत सक्सेसफुल हुआ था, तो क्या इसको ध्यान में रखकर डॉक्टर्स की जो कमी है, उसको उन डॉक्टर्स के द्वारा पूरा किया जा सकता है? क्या इस बारे में ये सोचेंगे और इस पर कोई पॉलिसी बनाएंगे? इंडियन सिस्टम्स ऑफ मेडिसिन के इतने कॉलेजेज हैं, तो उन डॉक्टर्स को भी एब्जॉर्ब किया जा सकता है और इस कमी को पूरा किया जा सकता है।

श्री जगत प्रकाश नड्डा: माननीय सदस्या और मैं, दोनों एक ही प्रदेश से आते हैं और हम दोनों को ही स्वास्थ्य मंत्रालय में काम करने का सौभाग्य प्राप्त हुआ है। हमारे ही समय में हमने आयुर्वेदिक डॉक्टर्स को, इंडियन सिस्टम्स ऑफ मेडिसिन के डॉक्टर्स को नेशनल प्रोग्राम में जोड़ा था। आज कई प्रदेश इस प्रावधान को adopt कर रहे हैं। इसमें एक दिक्कत आती है और वह दिक्कत यह है कि according to the norms, the Indian system of doctors can dispense the medicine, but they cannot prescribe. इसलिए उस दृष्टि से ...(व्यवधान)... वही मैंने कहा कि जब तक हम सबको ऑन बोर्ड नहीं लेंगे, आईएमए से हमारी बातचीत हो रही है, उसमें कुछ परिवर्तन करने की जरूरत होगी। वह विचाराधीन है, लेकिन जब तक हम उनको ऑन बोर्ड न ले लें और उनसे बातचीत न कर लें कि उनके इस पर क्या व्यूप्वाइंट्स हैं, तब तक हम कुछ कमिट नहीं कर सकते। लेकिन महाराष्ट्र ने और बाकी बहुत सी स्टेट्स ने भी इसको अडॉप्ट किया है और यह method बहुत कारगर सिद्ध हो रहा है। इससे कम से कम रूरल डॉक्टर्स पर या रूरल हेल्थ केयर सिस्टम पर एक अच्छा प्रभाव पड़ा है।

MR. CHAIRMAN: Prof. Ram Gopal Yadav.

प्रो. राम गोपाल यादव: सभापति महोदय, मैं माननीय मंत्री जी से सीधे-सीधे यह जानना चाहता हूँ कि जो ग्रामीण background के लड़के हैं, डॉक्टर बनने के बाद वे भी गांव में नहीं जाना चाहते। क्या आप मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया को इस तरह का कोई निर्देश देने का कष्ट करेंगे कि जो एमबीबीएस या एमडी, एमएस करके निकलें, वे कम से कम पांच वर्ष तक देश के अंदर रहकर सेवा करें और उसमें से कम से कम दो वर्ष अनिवार्य रूप से गांव के अस्पतालों में रहें और जो ऐसा नहीं कर सकते हैं, उनका प्राइवेट प्रैक्टिस करने का रजिस्ट्रेशन नहीं होना चाहिए, वह रद्द होना चाहिए। क्या इस तरह का कोई कदम आप उठाएंगे? ...(व्यवधान)...

MR. CHAIRMAN: Thank you.

श्री जगत प्रकाश नड्डा: सर, अभी इस तरीके से लिखित रूप में तो उनको कुछ नहीं भेजा है और न ही अभी ऐसा कोई विचार आया है लेकिन इतना जरूर है कि उनके साथ बातचीत हुई है कि उनका जो कांसेप्ट है, "चलो गांव की ओर" इसमें एमसीआई का क्या रोल हो सकता है। How they can bring changes in the rules and regulations, so that ज्यादा से ज्यादा डॉक्टर्स के हम गांव में जाने की व्यवस्था कर सकें और इस पर उन्होंने आश्वासन दिया है कि वे विचार करके हमें बताएंगे।

MR. CHAIRMAN: Thank you.

प्रो. राम गोपाल यादव: इस तरह से तो वहां कोई जाएगा ही नहीं। जब तक आप इसे कम्पलसरी नहीं करेंगे तब तक कोई जाएगा ही नहीं। आप कितना ही इंसेटिव देते रहिए, वे तनखाह ज्यादा लेंगे और शहर में आ जाएंगे।