

**श्री दिन्शा जे. पटेल:** सर, Tailoring and Readymade Garments का percentage 14.71% है, Food Products का 12.41%, Fabricated and Metal Products 8.5%, वस्त्र 6.49%, Furniture 5.69%, Machinery Equipment 4.9% और जो पहले बताया गया है, उद्योगों की बात की गई है तो रिजर्व बैंक और SIDBI के साथ बात करने के बाद जो हुआ, उससे भी उद्योगों में बढ़ावा आया है। 2007 में जो बंद उद्योग थे, उनकी संख्या 1,32,081 थे, मगर इन सभी प्रयासों की वजह से 2008 में उनकी संख्या 99,941 रह गई और इसमें 28% की कमी हुई है। इसलिए कौशल जो बनाया है, उसमें भी जैसा मैंने बोला कि 4.9 और 5.1 के प्राइवेट की वजह से करीब 10 करोड़ राष्ट्रीय कौशल विकास निगम और राष्ट्रीय कौशल विकास फंड भी दिया गया है, इससे हमारा जो माइक्रो, लघु और मध्यम उद्योग है, उसमें बढ़ावा होगा और इसी तरीके से यह योजना एप्लाइ हो जाएगी।

#### **Failure of NRHM in achieving targets**

\*404. PROF. ALKA BALRAM KSHATRIYA:††  
SHRIMATI SHOBHANA BHARTIA:

Will the Minister of HEALTH AND FAMILY WELFARE be pleased to state:

(a) whether the National Rural Health Mission (NRHM) has failed to achieve its targets in the last few years;

(b) if so, the factors responsible therefor: and

(c) the manner in which the various targets are sought to be achieved during the current year?

THE MINISTER OF HEALTH AND FAMILY WELFARE (SHRI GHULAM NABI AZAD): (a) to (c) A statement is laid on the Table of the House.

#### **Statement**

(a) No. In fact the success of the National Rural Health Mission (NRHM) has been validated not only through internal monitoring systems but also through external Surveys and Review Missions. **In fact the Second Common Review Mission has confirmed that NRHM has galvanized the public sector health system in every State, leading to higher Out Patient Department cases (OPD), In Patient Department cases (IPD), institutional delivery and improved coverage of immunization, diagnostics and ambulance services.**

(b) Does not arise.

(c) The achievement of a programme has to be seen on outcome indicators, process indicators, physical and financial progress over a given period. On all of these parameters, the performance of the NRHM over the last four years has been very positive. This is confirmed by external validation by the Registrar General of India and the District Level Household and Facility Survey carried out by the International Institute for Population Sciences, Mumbai, in 2007-08.

The status in brief is as follows:—

---

††The question was actually asked on the floor of the House by Prof. Alka Balram Kshatriya.

**(i) Outcome indicators:**

	Baseline	Current Progress	Target
Maternal Mortality Rate (MMR) (as per Sample Registration Survey (SRS))	301 (2001-03)	254 (2004-06)	100 by 2012
Infant Mortality Rate (IMR) (as per SRS)	58 (2005)	55 (2007)	30 by 2012
Total Fertility Rate (TFR) (as per SRS)	2.9 (2004)	2.7 (2007)	2.1 by 2012
Institutional Delivery (as per District Level Household Survey) (DLHS)	40.9% (2002-04)	47% (2007-08)	80% by 2012
Immunization (as per DLHS)	45.9% (2002-04)	54.1% (2007)	Full immunization by 2012

**(ii) Process indicators:**

	Target as per framework document	Achievement as per DLHS (2007-08)
Village Health Committee	30% by 2007	29.2%
2nd Auxiliary Nurse Midwife (ANM) with Sub Centres*	30% by 2007	19.8%
Primary Health Centres (PHCs) 24 x 7	As per time line, 30% by 2007	53.1%

\*The positioning of 2nd ANM is related to availability of human resources. Clearly more time is needed in States where ANM schools had closed down and human resource capacity is inadequate.

**(iii) Financial progress:**

	2004-05	2006-07	2008-09	Target
Public Expenditure on Health GDP	0.97%	1.27%	1.41%	2 - 3%
as percentage of GDP				by 2012

**(iv) Physical progress as on 15.5.09:**

ASHA	Village Health and Sanitation Committee	Joint A/C at Sub centre	24 x 7 facility	First referral unit
Selection	Training			
6,96,044	5,81,391	4,01,938	3,18,281	12,785
				2,373

Doctors and Specialists	AYUSH				beneficiaries (In lakhs)
	Doctors	Staff Nurse	Para medics	ANM	
9,172	5,321	22,789	5,428	39,633	186.83

The achievements of NRHM are very significant. Health being a State subject, the Mission allows for a partnership with States to achieve health goals. It has tried to address the issues based on understanding of the problem by the States and their demand. While a lot remains to be done in the field of Primary Health Care, it is also true that a lot has been achieved over the last four years. In any case, public health is a *marathon and not a sprint*.

**प्रो. अलका क्षत्रिय:** सभापति जी, संपूर्ण देश के ग्रामीण क्षेत्र में गरीब और असुरक्षित वर्ग के लोगों को प्रभावकारी प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधा मुहैया कराने के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन योजना शुरू की गई है, जो कुछ राज्यों में काफी अच्छी तरह से चल रही है, लेकिन अभी भी कुछ राज्यों में यह योजना ठीक तरह से नहीं चल रही है। इसलिए मैं माननीय मंत्री जी से जानना चाहती हूँ कि क्या आप इसका evaluation करवाते हैं? दूसरा प्रश्न यह है कि जो NGOs इसमें काम कर रहे हैं, क्या उनकी मॉनीटरिंग करने की कोई व्यवस्था है? मंत्री जी ने प्रश्न के “ग” भाग के जवाब में बताया है कि ANM का 2007 का जो निर्धारित लक्ष्य था, उस लक्ष्य की तुलना में, उसकी प्राप्ति बहुत कम है। तो मैं माननीय मंत्री जी से यह भी जानना चाहूंगी कि ये लक्ष्य कब तक प्राप्त कर लिए जाएंगे?

SHRI DINESH TRIVEDI: Sir, the hon. Member has, rightly, pointed out that this programme has achieved its objectives, but we have a long way to go. I have no hesitation in accepting that, but, at the same time, we cannot even overlook the achievements, which we have made. Not only us — you take any parameter of the achievements of the National Rural Health Mission — but also the people coming from outside are saying that this is a unique programme. As far as the NGOs are concerned, this programme encourages not only at the Centre and the State level but also at the community level. So, it is a great *sangam* of all of them. So, NGOs do come at the community level. As far as the monitoring of the NGOs is concerned, the entire programme is monitored.

**प्रो. अलका क्षत्रिय:** सभापति जी, माननीय मंत्री जी ने मेरे प्रश्न के “ग” भाग के बारे में, ANM के 2007 के निर्धारित लक्ष्य की प्राप्ति के बारे में पूछे गए सप्लीमेंटरी सवाल का जवाब फिर भी नहीं दिया है। मेरा दूसरा सवाल यह है कि इस योजना के अंतर्गत गांवों में जो ASHA workers लगाई जाती हैं, उनके दो उद्देश्य हैं — एक तो गांवों के अंदर लोगों को अच्छी स्वास्थ्य सुविधा मिले और साथ ही ASHA workers को जीवनयापन के लिए कुछ पैसा मिले, लेकिन उनको कमीशन के आधार पर रखा जाता है। अब होता यह है कि कमीशन बहुत कम है और कुछ लोग सीधे हॉस्पिटल चले जाते हैं या घर पर ही डिलीवरी करवा लेते हैं, इसकी वजह से उन ASHA workers को कमीशन नहीं मिलता है। इसलिए मैं माननीय मंत्री जी से जानना चाहती हूँ कि जिस तरह से family health worker को रखा जाता है, उसी तरह से क्या वे ASHA workers को regular basis पर रखे जाने की कोई योजना बना रहे हैं, ताकि वे अपना जीवनयापन कर सकें? कुछ राज्यों में ASHA workers के लिए जो पैसे दिए जाते हैं, वे ASHA workers पर नहीं लगाए जाते हैं, बल्कि दूसरी योजनाओं पर खर्च कर दिए जाते हैं, जैसे कि हिमाचल प्रदेश में किया जाता है, तो इस बारे में आप क्या कदम उठाना चाहते हैं?

**SHRI DINESH TRIVEDI:** Sir, as far as the ASHA workers are concerned, first of all, let me take this opportunity to compliment them. It is a huge exercise and they are not paid commission; they are paid incentives. Incentives are paid to all the ASHA workers in a uniform manner. As far as the question of Himachal Pradesh is concerned, Sir, you will appreciate that Health itself is a State subject and we cannot really force any State to do, but we encourage the States to come into all the uniformity programmes.

**SHRIMATI SHOBHANA BHARTIA:** Sir, the outlay for the health sector in the Budget has almost entirely gone to the National Rural Health Mission, yet, Sir, the Report indicates that there are many gaps and shortages as far infrastructure is concerned. So, right from the sub-centres to the Primary Health Centres to the Community Health Centres, these shortages seem to be increasing rather than the gap reducing. In fact, the situation is quite alarming and many health centres do not have even labour rooms or operation theatres. So, how does the Minister propose to ensure health for the common man unless he addresses the gap in the health infrastructure?

**SHRI DINESH TRIVEDI:** Sir, I am not trying to escape the answer, but I am just trying to tell you the reality. The reality is that this entire implementation is totally dependent on the State. As far as the Centre is concerned, they encourage the State. They oversee the thing and wherever the State requires some kind of assistance, that is where we give the assistance. But, as far as the outlay is concerned, I must mention if you take the Tenth Five Year Plan, and compare it with the Eleventh Five Year Plan, there has been an increase of 217 per cent on this programme.

**श्री रवि शंकर प्रसाद:** महोदय, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय में राज्य मंत्री की क्षमताओं पर बिना कोई टिप्पणी किए हुए, मैं इस विषय की गंभीरता को देखते हुए माननीय कैबिनेट मंत्री जी का ध्यान चाहूंगा। पहले तो मैं आपको साधुवाद दूंगा कि आपने तथ्यों को बड़ी ईमानदारी से रखा है और अगर आप प्रश्न के उत्तर के दूसरे भाग को देखें, तो बहुत चिंताजनक स्थिति है। आपने Infant Mortality का टारगेट 2005 में यानी baseline में 58 फिक्स किया है और 2007 में 55 फिक्स किया है, तो 2012 तक यह 30 कैसे होगा? Immunization में आपने 2002 में 45.9% बताया है, वह पांच साल बाद यानी 2007 में 54.1% है, तो मात्र तीन साल बाद यानी 2012 में आप पूर्ण immunization की बात कैसे करते हैं? यह चिंता होती है। अगर भारत का बचपन इतना कमजोर होगा, तो मजबूत बुनियाद कैसे होगी? माननीय मंत्री जी, मैं जानता हूँ कि स्वास्थ्य राज्य का विषय है, लेकिन फिर भी इस विषय की गंभीरता को देखते हुए, जब हिन्दुस्तान में दुनिया के सबसे अधिक कमजोर बच्चे हैं, मजबूर बच्चे हैं, तो आप इसके लिए क्या सार्थक प्रयास कर रहे हैं, ताकि यह टारगेट प्रमाणिकता से प्राप्त किया जा सके?

**श्री गुलाम नबी आज़ाद:** सभापति महोदय, माननीय सदस्य ने बहुत ही अच्छा प्रश्न पूछा है और जिस गंभीरता से इन्होंने इसको लिया है, उसी गंभीरता से हमने भी लिया है। सबसे पहले NRHM का कोई भी प्रोग्राम हो, चाहे वह infrastructure से संबंधित हो या manpower बढ़ाने की बात हो या MMR हो या IMR हो, इनको बड़े सख्त मोनिटरिंग की जरूरत है तथा सेंटर और स्टेट के बीच coordination की आवश्यकता है। साथ ही यह भी देखने में आया है कि जब से, यानी पिछले तीन-चार वर्षों से, सेन्ट्रल गवर्नमेंट ने यह intervention शुरू किया और यह सिर्फ इसी में नहीं दिखता है, बल्कि आप यह रोड में भी देखेंगे कि जब गवर्नमेंट ऑफ इंडिया, चाहे वह आपकी सरकार के जमाने में शुरू की गई हो, जैसे Golden Quadrilateral या उसके बाद हम लोग बिल्कुल गांव तक पहुंचने की बात की, तब से लोग समझते हैं कि अच्छा अब यह गवर्नमेंट ऑफ इंडिया ने लिया

है, तो हमारी जिम्मेदारी खत्म हो गई है। इसी तरह से, जब से NRHM के द्वारा गवर्नमेंट ऑफ इंडिया ने पैसे की वजह से या infrastructure create करने की वजह से या दूसरी facilities देने की वजह से intervention शुरू किया, तब से मुझे जो लगता है और जो मैं देख रहा हूँ कि आहिस्ता-आहिस्ता the State Governments are trying to chicken out of this, to wriggle out of this. कुछ राज्य जो अपनी जिम्मेदारी समझते हैं कि हमारे पास इतना काम था, सेन्ट्रल गवर्नमेंट की वजह से और इसको धक्का देंगे तथा इसको पूरा करेंगे। वह सोचते हैं कि अच्छा जो चल रहा था, अब उसको यह पूरा ही करेगा, इसलिए हम और किसी तरफ जाएंगे। आपने जिस तरह से फरमाया, मैं सिर्फ इसी में नहीं कह रहा हूँ, इसके बाद जो हमारा इंटर सेशन काल होगा, मैं अपने सभी ऑफिसर्स की टीम के साथ सभी राज्यों में जा रहा हूँ और उन राज्य सरकारों पर यह अनिवार्य करना चाहता हूँ कि हम आपकी मदद के लिए आए हैं कि हमारे पूरे हेल्थ सेक्टर की जो हालत है, उसको हमें तुरंत ठीक करना है, न कि सौ साल के बाद ठीक करना है। इसके लिए तमाम प्रयास किए जाएंगे। यह सिर्फ न केवल एक चीज के लिए होगा, बल्कि जितने भी हेल्थ से संबंधित विषय हैं, उन सभी के लिए होगा।

**श्री आर.सी. सिंह:** सभापति महोदय, पहले पूरे तौर पर ट्रेंड हेल्थ कर्मी गांव में काम कर रहे थे, वे कुछ दवाइयां भी देते थे और उनको सम्मानित भत्ता भी मिलता था। उन्हें 2002 में बंद कर दिया गया। वे ग्रामीण स्वास्थ्य कर्मी आज भी हैं। सरकार ने नेशनल रूरल हेल्थ मिशन चालू किया है। मैं यह जानना चाहता हूँ कि इस मिशन में ग्रामीण स्वास्थ्य कर्मी को लगा करके इसे और effectively चालू किया जा सकता है, क्या इस तरह की सरकार की कोई व्यवस्था है?

**श्री गुलाम नबी आज़ाद:** सर, एनआरएचएम में एक ढांचा बना है और वह पूरे देश के लिए है। अलग-अलग राज्यों का अलग-अलग सिस्टम है। मेरे पास अभी केरल के 12-13 एमपीज़ एक डेलीगेशन लेकर आए थे। उनके कुछ employees हैं, जो 2000 से ज्यादा हैं और जिनकी आठ-दस साल से *ad-hoc* बेसिज़ पर appointment है। इसी तरह से जम्मू-कश्मीर में बहुत सारे लोग हैं जो *ad-hoc* appointment पर काम करते हैं। वे उन सबको एनआरएचएम में डालना चाहते हैं। एनआरएचएम में एक सिस्टम बना है कि डिस्ट्रिक्ट लैवल पर कौन से गैप हैं, जिनको हम पूरा कर सकते हैं — चाहे वह डॉक्टर हो, स्पेशलिस्ट हो, सीएचसी लैवल पर या प्राइमरी हेल्थ सेंटर लैवल पर हो। Indian Public Health Standards ने जो Standards निर्धारित किए हैं, उसमें जो गैप रहता है — डिस्ट्रिक्ट लैवल पर, तहसील लैवल पर, ब्लॉक लैवल पर और प्राइमरी हेल्थ सेंटर लैवल पर — वही गैप हम पूरा कर सकते हैं। पूरे हेल्थ सिस्टम को चलाने के लिए स्टेप की जो अलग-अलग स्कीम्स हैं, उनके संबंध में हमारे पास कोई प्रोविज़न नहीं है। वह राज्य सरकारों को ही देखना पड़ेगा।

SHRI KUMAR DEEPAK DAS: Sir, there are highest number of cancer patients at Barpeta in Assam. Every year, for Cancer treatment, thousands of patients have to go outside, to places like Mumbai, Vellore etc. Will the Health Minister do something with a view to support and take care of the rural people and their health? Sir, in this region, they are not having facilities for treatment of cancer. Will the Government take care of this aspect?

**श्री गुलाम नबी आज़ाद:** आप NRHM से कैसर पर कहां चले गए।

SHRI KUMAR DEEPAK DAS: Sir, NRHM means rural healthcare, which includes cancer treatment. So, there should be specific super-speciality hospital in Assam. ...*(Interruptions)*...

MR. CHAIRMAN: Please finish your question.

SHRI KUMAR DEEPAK DAS: Sir, it is like an epidemic in my District. Thousands of patients are going to Mumbai and Vellore every year. This is like an epidemic. So, we need special super-speciality cancer treatment centre at Barpeta. Will the Government take care of this aspect?

SHRI GHULAM NABI AZAD: Sir, it is true that the cancer is increasing in our country, and, if one goes to Tata Memorial Hospital, Mumbai, you will find more rush than that on the railway station of Delhi or Mumbai. You have to reach to the Doctor over the heads of few thousand people. So, one has to go deep into this problem, and, I personally feel that unless we have, in each State capital a Tata-like institution, I do not think, we are going to come to any conclusion. Particularly, so far as the North-Eastern States are concerned, the Eastern and North-Eastern States are the ones who are really feeling the pinch of it because they have to go all the way to Mumbai for the treatment. We have some centres at the State capital, but we do not have them at the District level or sub-divisional level.

श्री रवि शंकर प्रसाद: सर, आप एम्स का काम पूरा करा दीजिए, बहुत समय से पेंडिंग है। ...*(व्यवधान)*... आप मंत्री बन गए हैं तो जो 6 एम्स हैं, उनका काम आप पूरा करा दीजिए।

SHRI BIRENDRA PRASAD BAISHYA: Sir, our point is that the ...*(Interruptions)*...

श्री सभापति: बैठ जाइए। उन्हें समाप्त कर लेने दीजिए। Please. ...*(Interruptions)*... He is answering the question. Dr. Sahib, please. ...*(Interruptions)*...

SHRI BIRENDRA PRASAD BAISHYA: Sir, according to the report of the World Health Organisation, maximum number of cancer patients are coming from the...*(Interruptions)*...

MR. CHAIRMAN: Mr. Baishya, it is not your turn. ...*(Interruptions)*... Have you finished your answer, Mr. Minister?

SHRI GHULAM NABI AZAD: Yes, Sir.

MR. CHAIRMAN: Question No. 405.

#### **CAG on wasteful expenses made by FCI**

\*405. SHRI N.K. SINGH:

SHRIMATI SHOBHANA BHARTIA:††

Will the Minister of CONSUMER AFFAIRS, FOOD AND PUBLIC DISTRIBUTION be pleased to state:

(a) whether CAG has recently pointed out several discrepancies in expenses incurred by the Food Corporation of India (FCI);

(b) if so, the facts and details thereof;

(c) whether there is a need to revamp the functioning of FCI and to bring in transparency;

---

††The question was actually asked on the floor of the House by Shrimati Shobhana Bhartia.