



DAILY NEWS BULLETIN

LEADING HEALTH, POPULATION AND FAMILY WELFARE STORIES OF THE Day
Saturday

20260502

Learning outcomes and child health are linked



Soumya Swaminathan and Drishti Sharma

AS INDIA observed POSHAN Pakhwada last month, attention was focused on improving nutrition outcomes for women and children. This year's emphasis on early brain development is especially timely. Global evidence suggests that investments in early-childhood development can generate significant economic returns — through higher future earnings, better learning outcomes, and reduced social costs — often exceeding returns from those made later in life. Advances in neuroscience show that early childhood represents a once-in-a-lifetime window, when nutrition, health, stimulation, and responsive caregiving together shape the developing brain.

Over the past two decades, India has laid a solid foundation. The National Food Security Act, POSHAN Abhiyaan, ICDS, maternity benefits, and school meals reflect sustained policy commitment. The National Education Policy, 2020 recognises Early Childhood Care and Education as a crucial "foundational stage", with the goal of universal, quality pre-primary education by 2030. At the same time, national surveys continue to report high levels of stunting, wasting, and anaemia, as well as learning gaps.

In early childhood, nutrition and development outcomes depend critically on the quality of care children receive. Delivering its full spectrum requires convergence across the sectors responsible for health, nutrition, childcare, and early learning.

The anganwadi network has been a cornerstone of service delivery, providing nutrition, health, and early learning support at scale. In practice, however, different systems prioritise different objectives. Anganwadis largely focus on food supplementation; health systems emphasise survival and disease control; and childcare and early learning receive comparatively less attention until children reach school age, particularly for

mothers. Mobile Creches has shown the feasibility of providing childcare near work-sites in urban informal settings. The Centre's Palna initiative, which strengthens anganwadi-cum-crèches for children of working parents, reflects growing recognition of the need to integrate childcare within existing service platforms.

Building on these experiences, India can strengthen early brain-development outcomes through three practical administrative priorities. First, make care a defined function of existing frontline platforms. Anganwadi centres and primary health services already reach families during pregnancy and early childhood. Clear instructions can enable these platforms to integrate counselling on responsive caregiving and maternal well-being alongside nutrition services. Structured caregiving messages can be incorporated into routine antenatal visits, immunisation days, and home-based care schedules. Where feasible, anganwadi activities can be adjusted to better serve younger children and working caregivers.

Second, link childcare provision more deliberately with livelihoods and social protection programmes, with an enabling role for the private sector. This requires clearer guidance allowing local governments to use converged funds for community-based childcare, particularly in high-migration and informal-work settings. Simple measures — such as locating childcare centres near work-sites, markets, or villages with high female labour participation — can significantly reduce care-work trade-offs.

Third, strengthen programme reviews by tracking child development outcomes alongside service delivery. While nutrition programmes are closely monitored, reviews often focus on inputs such as rations distributed or beneficiaries reached. Routine reviews should also consider a small set of

... Saddam Hussein, the dictator of Iraq, invaded Iran the following year. Over the next eight years, a generation of Iranian strategic thinkers internalised an important doctrinal lesson as the West supplied weapons to Iraq and global organisations like

... Rafsanjani in 2015. The Pakistani military kept successive civilian governments in the dark about Khan's clandestine activities. Prime Minister Benazir Bhutto stumbled upon this by sheer accident when

1989. It propped up the Taliban in 1996. It sheltered Osama Bin Laden and Taliban figures during the alleged War on Terror. All was forgiven

Learning outcomes and child health are linked



Soumya Swaminathan and Drishti Sharma

AS INDIA observed POSHAN Pakhwada last month, attention was focused on improving nutrition outcomes for women and children. This year's emphasis on early brain development is especially timely. Global evidence suggests that investments in early-childhood development can generate significant economic returns — through higher future earnings, better learning outcomes, and reduced social costs — often exceeding returns from those made later in life. Advances in neuroscience show that early childhood represents a once-in-a-lifetime window, when nutrition, health, stimulation, and responsive caregiving together shape the developing brain.

Over the past two decades, India has laid a solid foundation. The National Food Security Act, POSHAN Abhiyaan, ICDS, maternity benefits, and school meals reflect sustained policy commitment. The National Education Policy, 2020 recognises Early Childhood Care and Education as a crucial "foundational stage", with the goal of universal, quality pre-primary education by 2030. At the same time, national surveys continue to report high levels of stunting, wasting, and anaemia, as well as learning gaps.

In early childhood, nutrition and development outcomes depend critically on the quality of care children receive. Delivering its full spectrum requires convergence across the sectors responsible for health, nutrition, childcare, and early learning.

The anganwadi network has been a cornerstone of service delivery, providing nutrition, health, and early learning support at scale. In practice, however, different systems prioritise different objectives. Anganwadis largely focus on food supplementation; health systems emphasise survival and disease control; and childcare and early learning receive comparatively less attention until children reach school age, particularly for those under three. These gaps are most visible for working families in agriculture, construction, domestic work, and other informal occupations. When childcare is hard to access, families are forced into difficult choices, affecting both children's development and women's ability to work.

All this underscores the need for stronger structural support. Several initiatives point the way forward. Karnataka's Koosina Mane demonstrates how community-based childcare, supported through converged funding and panchayat leadership, can benefit both children and working

mothers. Mobile Creches has shown the feasibility of providing childcare near work-sites in urban informal settings. The Centre's Palna initiative, which strengthens anganwadi-cum-crèches for children of working parents, reflects growing recognition of the need to integrate childcare within existing service platforms.

Building on these experiences, India can strengthen early brain-development outcomes through three practical administrative priorities. First, make care a defined function of existing frontline platforms. Anganwadi centres and primary health services already reach families during pregnancy and early childhood. Clear instructions can enable these platforms to integrate counselling on responsive caregiving and maternal well-being alongside nutrition services. Structured caregiving messages can be incorporated into routine antenatal visits, immunisation days, and home-based care schedules. Where feasible, anganwadi activities can be adjusted to better serve younger children and working caregivers.

Second, link childcare provision more deliberately with livelihoods and social protection programmes, with an enabling role for the private sector. This requires clearer guidance allowing local governments to use converged funds for community-based childcare, particularly in high-migration and informal-work settings. Simple measures — such as locating childcare centres near work-sites, markets, or villages with high female labour participation — can significantly reduce care-work trade-offs.

Third, strengthen programme reviews by tracking child development outcomes alongside service delivery. While nutrition programmes are closely monitored, reviews often focus on inputs such as rations distributed or beneficiaries reached. Routine reviews should also consider a small set of child development indicators, service-quality measures, and equity markers. Better use of existing data systems across sectors can support local planning and accountability without adding undue reporting burdens.

The timing is right. As India invests in human capital and advances towards the vision of Viksit Bharat 2047, ensuring that children not only survive but thrive is central to inclusive growth.

Swaminathan is chairperson, M S Swaminathan Research Foundation and former chief scientist, WHO. Sharma is principal scientist (grade II), Health and Nutrition Policy, MSSRF

In early childhood, nutrition and development outcomes depend critically on the quality of care children receive

The Broken Eggs

Bl
li
N
FT
w

NOT SCREEN TIME, INDIA'S REAL DIGITAL STRESS IS DEPENDENCE

A TOI-CENABH* poll suggests India's digital stress runs deeper than just high screen time. Dependence and loss of control are the bigger warning signs, especially among youth



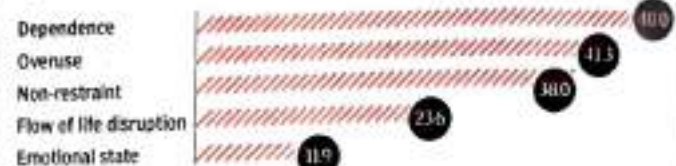
India's digital problem may be less about hours spent online and more about the grip devices have on everyday life. In a poll of over 20,000 respondents, 25.7% fell in the high or very high-risk category for digital dependence, even though the overall score remained in the moderate



range. The strongest warning signs were not just heavy use, but dependence, overuse and loss of control. Younger Indians, especially those aged 15 to 35, emerged as the most exposed group, suggesting that for many users the challenge is no longer simply screen time, but how deeply digital habits are shaping daily behaviour.

1 BEYOND SCREEN TIME: DEPENDENCE SCORES HIGHER THAN EVERY OTHER FORM OF DIGITAL STRAIN

The biggest problem is not emotional distress or even sheer overuse, but dependence itself – the extent to which digital devices have become hard to do without. Participants were assessed for digital addiction (using Mentacry's Digital Addiction Scale) across five dimensions:



DEPENDENCE: A strong psychological attachment, such as keeping devices close while sleeping or feeling uneasy when they are lost. Feeling anxious if it is misplaced or taking it with you even when leaving a room for a short time

OVERUSE: Using digital devices excessively or outside of their intended purposes. Includes habits like checking your phone during meals, while in social

gatherings, or while doing other work

NON-RESTRAINT: Inability to control or reduce time spent on digital devices. Reflects a struggle to regulate usage or having made unsuccessful attempts to cut back on screen time

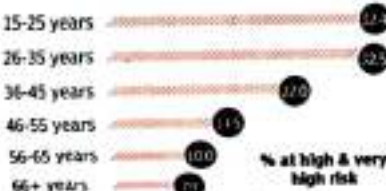
FLOW OF LIFE DISRUPTION: When digital use interferes with daily responsibilities, social interactions, or leads to neglect of the surrounding environment.

Indicates that your digital habits may cause you to miss real-world opportunities, neglect school or home duties

EMOTIONAL STATE: Developing negative emotions (anxiety, anger, unhappiness) when unable to use digital devices. Feeling bored, annoyed or angry when disconnected, or feeling that your primary source of happiness comes from using these devices

2 YOUNG ADULTS AT THE CENTRE: ABOUT ONE IN THREE IN 15-35 AGE BAND IS IN HIGH-RISK ZONE

Roughly one in three respondents aged 15-35 fall in the high-risk category, and the risk then declines steadily with age. That makes this less an only-teen story and more a wider young-adult story, spanning both students and working-age users



3 HOW THE PROBLEM CHANGES WITH AGE: AMONG THE YOUNGEST, OVERUSE DOMINATES; BY 26-35, DEPENDENCE TAKES OVER

Among 15- to 25-year-olds, overuse is the most prominent trait. But in the 26-35 bracket, dependence becomes the highest-scoring dimension. That suggests the issue may evolve from heavy engagement into something more entrenched and habitual as people move through early adulthood

Age group (years)	Dependence	Overuse	Non-restraint	Flow of life	Emotional state
15-25	3.391	3.443	3.233	3.161	2.729
26-35	3.544	3.434	3.222	3.068	2.622
36-45	3.367	3.292	2.97	2.785	2.527
46-55	3.278	2.924	2.778	2.581	2.379
56-65	3.242	2.704	2.605	2.38	2.307
66+	3.149	2.465	2.475	2.234	2.384

Figures are mean scores, lower the better

4 NOT A FULL-BLOWN CRISIS: BUT A SIZEABLE MINORITY SHOWS BROAD DIGITAL STRAIN

Most respondents are not in deep trouble. But nearly 13% show widespread impact across dimensions, not just one isolated issue. That is large enough to make the problem important, but not alarming as yet



The larger point in the poll is that India's digital challenge is becoming less about exposure to technology and more about the terms of that exposure. Devices are no longer just tools of work, leisure or connection. For many users, especially younger adults, they are becoming habits that are difficult to regulate and harder to step away from. The warning sign, then, is not simply how long people stay online, but how deeply digital behaviour is beginning to shape everyday life.

Addressing this requires not withdrawal from technology, but a conscious shift toward healthier digital ecosystems and habits. The most hopeful insight from this study

is that the majority of users fall into a "balanced" category not yet clinically severe, but not entirely risk-free either. This is a window of opportunity.

Importantly, stepping away from digital devices is neither practical nor desirable. Technology today underpins how we work, communicate, learn, and participate in society. It enables efficiency, access, and growth in ways that are now fundamental to everyday life. The challenge, therefore, is not to reduce usage blindly, but to reshape how we use it.

We are not yet dealing with a population in crisis but we are standing at the edge of one.

*Centre for Neurogenetics & Brain Health

is invariably priceless. Take Peace of Mind – the other kind of Made in Space stuff, which needs neither tech, nor titanium flask.

When Did Ordinary Life Become A Disease?

How overdiagnosis is making us feel worse

Neurologist and seizure expert, **Suzanne O'Sullivan**, often sees patients who already have three, four, five pre-existing diagnoses, which don't yet have a cure. In a medical world racing pell-mell towards fancy new tests, she finds it very important to ask the patient, 'What has happened to you?' That's different from, 'What is wrong with you?'

Her book, *The Age of Diagnosis: Sickness, Health and Why Modern Medicine Has Gone Too Far*, reminds us that we are all as different on the inside as we are on the outside. Every genetic test and every MRI can show 'abnormalities'. Such capabilities can make it difficult for anybody at any age, to consider themselves perfectly healthy.

Plus, disease definitions keep expanding. When in 2003, American Diabetes Association lowered the threshold for normal glucose level in a fasting person from 6.1 millimoles per litre to 5.6, it increased the number of pre-diabetics two- to threefold. Drawing in milder cases is an 'overdiagnosis' problem, when higher rates of disease detection don't deliver improvements in long-term health.

A predictive diagnosis is actually only a warning about the future, which, however, is not guaranteed. O'Sullivan underlines that even cancer screening programmes do not necessarily reduce either cancer deaths or overall mortality. All they do is assume that all cancers will grow malignantly and threaten life, so treat each of them equally aggressively.

Basically, although not all cancer cells grow to cause illness and death, all of them cause the same fear. One thing that will help is giving small errant cells found on screening, which show no definite evidence of growth, a different name than the

one we have given to fast-growing, symptomatic tumours.

There is also a social contagion element. After Angelina Jolie revealed she carried a BRCA1 variant and had undergone risk-reducing breast surgery, this genetic test and surgery went up worldwide. And the term 'long Covid' was actually coined by someone on Twitter.

The danger that O'Sullivan's pointing to is that when the number of people with a diagnosis rises dramatically, drawing in those with even the mildest form of a condition, it can trivialise the disorder for those most severely affected, and divert resources from those most in need. Not to mention overshadowing the life of the

overdiagnosed, with blood tests, doctors' appointments, and a needless sense of losing control over their destiny.

Today, one in 36 American children has autism, dramatically up from one in 150 two decades ago. There is no blood test or scan for this diagnosis. It's based entirely on societal agreement on what

'normal' behaviour looks like, with Elon Musk and Anthony Hopkins now included on the autism spectrum. But if the purpose of diagnosis is to predict what an individual needs, that's no longer possible.

Patients in need of heavy care, like non-verbal, 20-year-old Elijah end up being neglected. When he has a full-on meltdown on a bus, his mother tells the staring passengers, "This is what autism looks like, not what you saw on the telly last night!" They look away.

The word patient, O'Sullivan reminds us, is drawn from the Latin verb *pati*, which means to suffer. She says it's time to turn the dial back on making non-diseases into diseases. Ageing, poor sleep, sex drive difficulties, menopause, unhappiness, everything is not a problem that medicine will cure. Many of these are just ordinary life experiences.

mindfield

SHORT TAKES ON BIG IDEAS



बांझ पुरुषों के लिए नई उम्मीद, एआई तकनीक ने खोजे छिपे शुक्राणु

31 मई 31 जून

अमर उजाला नेटवर्क



माइक्रोफ्लूइडिक चिप का होता है उपयोग

सामान्यतः एक मिलीलीटर वॉय में लाखों शुक्राणु होते हैं, लेकिन एजुसमिथ नामक स्थिति में एक भी शुक्राणु मिलना मुश्किल होता है। यह एक ऐसी स्थिति है जिसमें पुरुष के वॉय में शुक्राणु नहीं के बराबर होते हैं। इस तकनीक में माइक्रोफ्लूइडिक चिप का उपयोग होता है। यह एक बेहद पतली प्लैटिफॉर्म जैसा उपकरण होता है, जिसमें से नमूना गुजरता है। इसके साथ हाई-स्पीड इमेजिंग सिस्टम प्रति सेकंड सैकड़ों तस्वीरें लेता है और एआई एल्गोरिदम उनमें से शुक्राणु को पहचान करता है। कोलंबिया यूनिवर्सिटी फर्टिलिटी सेंटर के निदेशक जेव विलियम्स के अनुसार, यह ऐसे ही जैसे मत्स्य के समुद्र में एक बेहद दुर्लभ कण को ढूँढना। एआई यह काम कुछ मिलीसेकंड में कर देता है, जबकि इंसान के लिए यह लगभग असंभव होता है।

वॉशिंगटन/न्यूयॉर्क। कृत्रिम बुद्धिमत्ता (एआई) आधारित एक नई तकनीक ने उन पुरुषों के लिए उम्मीद की किरण जगा दी है जिन्हें बांझ घोषित कर दिया गया था। अमेरिका की कोलंबिया यूनिवर्सिटी की स्मर्न ट्रैक एंड रिक्वरी (स्टार) प्रणाली ऐसे मामलों में भी शुक्राणु खोज पा रही है, जहां पारंपरिक जांच में एक भी शुक्राणु नहीं मिलता। इस तकनीक की मदद से कई दंपतियों को वर्षों बाद माता-पिता बनने का सुख मिला है।

बीबीसी के अनुसार अमेरिका के न्यू जर्सी की एक महिला, जिन्हें रिपोर्ट में पेनेलोप नाम से संबोधित किया गया है, नवंबर 2025 में तब भावुक हो

रई जब डॉक्टर ने उन्हें गर्भवती होने की खबर दी। करीब दस साल की असफल कोशिशों के बाद वह संभव हो सका। रिपोर्ट के अनुसार उनके पति को क्लाइनफेल्डर सिंड्रोम नाम की आनुवंशिक बीमारी थी, जिसमें पुरुषों में अतिरिक्त एक्स क्रोमोसोम

होता है और आमतौर पर शुक्राणु सभ्य बेहद कम या शून्य होता है। डॉक्टरों ने पहले ही साफ कर दिया था कि उनके पति के जैविक पिला बनने की संभावना लगभग नहीं के बराबर है। लेकिन स्टार तकनीक ने उनके नमूने में छिपे कुछ शुक्राणु

खोज निकाले, जिनकी मदद से इन विट्रो फर्टिलाइजेशन (आईवीएफ) यानी शरीर के बाहर निषेचन की प्रक्रिया सफल हुई। स्टार प्रणाली एआई और मशीन लर्निंग का उपयोग करके बेहद दुर्लभ शुक्राणुओं को पहचानती है।

30 फीसदी मामलों में मिली है सफलता

रिपोर्ट के अनुसार इस तकनीक के उपयोग से पिछले साल पहला बच्चा जन्मा, जो लगभग दो दशक से बांझपन में जूझ रहे एक दंपति के लिए बड़ी सफलता थी। अब तक 175 मरीजों पर किए गए परीक्षणों में करीब 30 प्रतिशत मामलों में शुक्राणु खोजने में सफलता मिली है। इतना ही नहीं, यह तकनीक पारंपरिक मानव जांच की तुलना में 40 गुना अधिक शुक्राणु खोजने में सक्षम रही है। आईवीएफ प्रक्रिया में हार्मोन की सही मात्रा तय करने, अंडाणु और ध्रुव की गुणवत्ता का आकलन करने में भी मशीन लर्निंग का उपयोग बढ़ रहा है। इससे उपचार को अधिक व्यक्तिगत और प्रभावी बनाने में मदद मिल रही है।

तैयारी | संक्रामक बीमारियों की जांच की नई तकनीक, टीका और दवाएं विकसित करने पर खास जोर

एम्स में वायरस पर शोध के लिए लैब बनेगी

रणविजय सिंह

नई दिल्ली। एम्स में अत्याधुनिक केंद्रीयकृत बायोसेफ्टी लेवल तीन (बीएसएल-3) लैब बनेगी। इसके लिए एम्स प्रशासन ने पहल की है। यदि सबकुछ योजना के अनुसार रहा, तो संस्थान के कन्वर्जन ब्लॉक में लैब बनाने का कार्य जल्द शुरू भी हो सकता है। इसका मकसद बैक्टीरिया, वायरस और फंगल संक्रमण के कारण होने वाली बीमारियों पर शोध को बढ़ावा देना है। इससे संक्रामक बीमारियों की जांच की नई अत्याधुनिक तकनीक, दवाएं और टीके विकसित करने में मदद मिलेगी। साथ ही मरीजों को जांच की बेहतर सुविधा भी मुहैया होगी।

एम्स प्रशासन के मुताबिक,



संस्थान में पहले बीएसएल-3 लैब थी। उसका इस्तेमाल कोरोना की जांच और शोध में किया गया था। 16 जून 2021 को एम्स के कन्वर्जन ब्लॉक में मौजूद उस लैब में आग लग गई थी। पांच वर्ष पूर्व हुई इस घटना के बाद दोबारा बीएसएल-3 लैब शुरू नहीं हो पाई। लैब में बायो सेफ्टी के लिए

जांच की सुविधा बढ़ेगी

इस लैब के बनने से संक्रामक बीमारियों की जांच की सुविधा बढ़ेगी। इससे पीड़ित मरीजों के संपल की जांच भी हो सकेगी। साथ ही भविष्य में कोरोना जैसी महामारी आने पर जांच व शोध में मदद मिलेगी। लैब का मकसद संक्रामक बीमारियों पर शोध को बढ़ावा देना है।

विशेष व्यवस्था रहती है। ताकि यहां होने वाले परीक्षण के कारण भी संक्रमण न फैलने पाए। अब एम्स ने नए सिरे से बीएसएल लैब बनाने के लिए प्रक्रिया शुरू की है, जो पहले से ज्यादा आधुनिक होगी। 35 करोड़ की लागत से कन्वर्जन ब्लॉक के नौवां मंजिल पर यह लैब बनेगी। यह लैब

शॉवर की सुविधा होगी

बीएसएल-3 लैब में सेफ्टी के मानक बेहद सख्त होते हैं। इस लैब के निकास गेट पर शॉवर की सुविधा होगी। ताकि इस लैब में काम करने वाले स्वास्थ्यकर्मी शॉवर लेने के बाद ही बाहर निकल सकें। साथ ही इसमें बड़े स्तर पर हेफा फिल्टर इस्तेमाल होंगे। ताकि बाहर से लैब में स्वच्छ हवा ही जा सके।

एम्स के सेंट्रलाइज कोर रिसर्च फैसिलिटी (सीसीआरएफ) का हिस्सा होगी। इस लैब की डिजाइन, ढांचागत निर्माण, संक्रमण से बचाव सहित तमाम सुविधाएं अंतरराष्ट्रीय मानकों के अनुरूप होगी। इसमें एक ही जगह वायरोलॉजी व बैक्टीरियोलॉजी दोनों तरह की लैब उपलब्ध होगी।

भारत में खास तरह के डायबिटीज के मामले पहचान से बाहर

Hemwati.Rajaura1

@timesofindia.com



■ नई दिल्ली: एक नई इंटरनैशनल स्टडी में सामने आया है कि डायबिटीज का एक खास प्रकार मोनोजेनिक डायबिटीज, भारत में बड़ी संख्या में पहचान से बाहर रह रहा है। यह स्टडी डायबिटीज रिसर्च एंड क्लिनिकल प्रैक्टिस जर्नल में प्रकाशित हुई है। इसमें जापान और भारत के विशेषज्ञों ने मिलकर शोध किया। भारत की ओर से यह रिसर्च मशहूर मद्रास डायबिटीज रिसर्च फाउंडेशन के नेतृत्व में की गई।

यह डायबिटीज का ऐसा रूप है, जो किसी एक खास जीन में बदलाव के कारण होता है। आम टाइप-1 या टाइप-2 डायबिटीज से यह अलग है। सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि इसका इलाज भी अलग हो सकता है। कुछ मरीजों को इंसुलिन की जरूरत नहीं होती, जबकि कुछ मामलों में सिर्फ खास दवाओं से बेहतर नियंत्रण मिल सकता है। स्टडी में भारत और जापान के मरीजों की तुलना की गई। जापान में हर 100 संदिग्ध मरीजों में लगभग 23 लोगों में यह बीमारी पाई गई, जबकि भारत में यह आंकड़ा सिर्फ 7 लोगों तक सीमित रहा।

लक्षणों से पकड़ना आसान नहीं

मोनोजेनिक डायबिटीज की सबसे बड़ी चुनौती है कि इसके लक्षण एक जैसे नहीं होते। किसी मरीज का शुगर बहुत ज्यादा हो सकता है, किसी का सामान्य से थोड़ा ऊपर। कुछ मरीज कम उम्र में बीमार होते हैं, लेकिन उनका वजन सामान्य रहता है। यही कारण है कि कई बार इसे साधारण डायबिटीज मान लिया जाता है। डॉक्टर अक्सर यह मानते हैं कि अगर परिवार की कई पीढ़ियों में डायबिटीज हो, तभी जीन वाला डायबिटीज होगा। लेकिन स्टडी में भारत के सिर्फ करीब 39% मरीजों में ही तीन पीढ़ियों तक डायबिटीज का इतिहास मिला। 60% मामलों में पारिवारिक रिकॉर्ड नहीं था।

अमीर देश 2048 तक सर्वाइकल कैंसर से होंगे मुक्त

नई दिल्ली। उच्च आय वाले अमीर देश टीकाकरण और बेहतर स्क्रीनिंग के दम पर साल 2048 तक सर्वाइकल कैंसर (गर्भाशय शीवा का कैंसर) को पूरी तरह खत्म करने की राह पर हैं, वहीं निम्न और मध्यम आय वाले देशों में हालत अभी भी चिंताजनक बनी हुई है। इस कैंसर को टीकाकरण और स्क्रीनिंग के जरिये रोका जा सकता है।

कनाडा के सीएचयू डी क्यूबेक-यूनिवर्सिटी लाबल रिसर्च सेंटर के शोधकर्ताओं सहित विशेषज्ञों की एक टीम ने चेतावनी दी है कि इस अंतर के कारण आने वाले समय में गरीब देशों की महिलाओं को इस बीमारी का कहीं अधिक सामना करना पड़ेगा। विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के अनुसार, सर्वाइकल कैंसर के लगभग 99 फीसदी मामले ह्यूमन पैपिलोमावायरस (एचपीवी) के संक्रमण



बढ़ती असमानता और चुनौतियां : अध्ययन में पांच अलग-अलग रणनीतियों का मॉडल तैयार किया गया। इसमें पाया गया कि यदि मौजूदा स्थिति बनी रही, तो गरीब देशों में कैंसर की दर में केवल 23 फीसदी की ही कमी आएगी। शोधकर्ताओं का मानना है कि यदि इन देशों में 90 फीसदी टीकाकरण का लक्ष्य हासिल कर लिया जाए, तो उप-सहारा अफ्रीका को छोड़कर बाकी गरीब देशों में भी इसे खत्म किया जा सकता है।

से जुड़े होते हैं। संगठन ने एक लक्ष्य तय किया है कि सर्वाइकल कैंसर की दर प्रति एक लाख महिलाओं में चार से भी कम हो सके। इसके लिए

90-70-90 का फॉर्मूला तय किया गया है, इसमें 90 फीसदी लड़कियों को 15 वर्ष की आयु तक एचपीवी का टीका लग जाए। एजेंसी

कैंसर मुक्त भारत की ओर बढ़ते कदम

भारत के संदर्भ में लैसैट ऑन्कोलॉजी के एक पिछले अध्ययन (सितंबर 2022) ने सकारात्मक संकेत दिए थे। इसके अनुसार, यदि भारत में 90 फीसदी कवरेज के साथ एकल-खुराक टीकाकरण प्रभावी रूप से लागू किया जाता है, तो कैंसर के मामलों में 78 फीसदी तक की कमी आ सकती है।

क्या कहते हैं विशेषज्ञ : विशेषज्ञों का कहना है कि कम लागत वाले टीके, सिंगल-डोज वैक्सिन और लड़कों को भी टीकाकरण अभियान में शामिल करने जैसे कदम इस वैश्विक लड़ाई को आसान बना सकते हैं। शोध में कहा गया है कि टीकाकरण और नियमित जांच के माध्यम से कैंसर को रोक सकते हैं।

Healthcare Isn't a Luxury Good

The Economic Times



Ateesh Tankha & Ashish Dave

After the pandemic receded, India stood at a critical inflection point in healthcare. Facility modernisation, specialisation expansion and systemic upgradation were the need of the hour. In 2022-24, about \$30 bn was invested by PE firms in the sector, which now own more than 50% of India's top hospitals. This is not anomalous, as the model has been successful abroad. In the US, for instance, some 488 hospitals are owned by PE firms, representing 8.5% of private hospitals.

But with capital come costs: elevated hospital expenditure, insurance premium inflation and accessibility challenges for many patients. And without sufficient government subsidies, alternative and quality public facilities, and an active litigious framework, akin to that in the US, which can keep predatory pricing in check while exacting draconian penalties for misdiagnoses, negligence, malpractice and overselling, these issues become structural rather than incidental.

Does India have the regulatory will and policy architecture to ensure that investor returns, and patient-first outcomes grow in tandem?

An analysis of two dimensions could help such an assessment.

► **Efficiency** There is no doubt that by consolidating a fragmented network

of clinics, driving high margin speciality hospitals like cardiac, cancer and fertility units, and accelerating digital and technological solutions like diagnostics and telemedicine, PE-backed chains have raised the bar on operational excellence. At a higher cost, of course.

However, efficiency gains should not be dismissed. Diagnostic turnaround times have compressed in tech-enabled PE-owned facilities, while electronic medical records, largely absent in standalone hospitals a decade ago, are now par for the course.

Moreover, in the wake of efficiency comes expansion. For example, Max Healthcare plans to add 10,000 beds by 2027, while Apollo, with a 43.5% FII stake (versus the promoter-family share of 29%), has also targeted 4,300 new beds in the same period.

What must be more critically examined, however, is whether that value is equitably distributed: between investors, institutions and patients.

► **Nature of PE-funded ownership** Expansion targets and high internal rates of return (18-25%) push hospitals to maximise revenues and margins. This has exacerbated medical inflation, forcing insurers to raise premiums by 10-15% in 2025 owing to higher claims costs, resulting in Indians paying 25% higher premiums. Moreover, as the landed cost of surgeries has spiked 50-70% since 2020, out-of-pocket expenses now account for 39% of all health

Drop the knife, not the scalpel

expenditure.

In summary, PE ownership raises costs for everyone through:

► **Consolidation** Concentration allows large hospital chains to dictate terms to insurers, obviating the need to reduce patient charges.

► **Emphasis on profitability** Hospital chains prioritise high-margin specialities over general medicine, increasing the average revenue per bed while limiting access for routine care.

► **Upselling and package unbundling** To improve margins, hospitals add extra diagnostic tests and non-essential services to bills, inflating costs.

► **Rising insurance premiums** When hospital charges rise, insurers raise premiums or restrict coverage, shifting the burden to patients via co-payment or premium hikes.

► **Urban market concentration** PE-backed chains typically cater to big cities, unlike in the US, where 27% of these chains serve rural populations.

Without safeguards, investor-driven hospitals transfer costs directly onto payers and patients. As such, claims oversight and pricing transparency are urgent operational requirements to meet public health goals. These could be achieved by:

► **Transparent billing** Through standardised price lists for common procedures, preventing arbitrary markups and communicating clearer expectations.

► **Tiered pricing/referral** Incentivise chains to reserve a fixed share of beds for low-income patients at regulated

rates, cross-subsidised by premium services.

► **Outcome-based contracts** Reimburse based on quality/outcome metrics rather than procedure count, discouraging unnecessary services and rewarding efficiency.

► **Regulatory empowerment** Strengthen bodies like IRDAI, or create a dedicated health regulator, to audit hospital pricing, handle patient grievances and award penalties.

► **Primary care investment** Encourage PEs to fund primary care and preventive health services (through insurance-linked models or PPPs), alleviating the need for expensive hospital services.

► **Faster claims settlements** Enforce payment rules within agreed-upon settlement timelines or use automated clearing facilities to ensure hospitals get paid on time.

► **Long-term investment horizons** Promote longer investment timelines, which would be compatible with infrastructure-building.

Ultimately, protecting affordability is imperative. A balanced approach can ensure patients benefit from capital investment in hospitals. Without this, millions are at risk from catastrophic bills. With global uncertainty and a falling rupee, this will only deteriorate. PE involvement can be part of the solution — if coupled with policy frameworks that enforce price transparency, timely reimbursements and patient rights.

Quality healthcare should be a premium service valued by the majority, not an exclusive privilege monopolised by the price-agnostic.

Tankha is founder-CEO, ALSOWTSE Content Solutions, and Dave is a senior insurance professional



कर उसके पास से हाथ में खुलासा हुआ।
 कर उसके पास से हाथ में खुलासा हुआ।

अध्ययन | एसएनएमसी और मानसिक स्वास्थ्य संस्थान के शोध में खुलासा, एक साथ कई नशा करने वाले मरीजों का प्रतिशत पहले तीन था अब 29 फीसदी

कई तरह का नशा करने वालों में बढ़ रहा ओरल कैंसर का खतरा

● वरिष्ठ संशोधक/प्रबल लिखारी

आगरा | मुख कैंसर के पीछे लंबकू, बाड़ी वजह माना जाता है। लेकिन, कई तरह का नशा करने वालों में यह मुन्बमी की तरह बढ़ रहा है। नारा अध्ययन में बताया गया है कि कई नशा करने वाले मुख कैंसर का सबसे ज्यादा लिखार हो रहे हैं। नेशनल टोबैको कंट्रोल प्रोग्राम (एनटीपीपी) लागू होने के बाद भार अंकड़े केंद्र चौकाने वाले हैं।

इंडियन नॉन-आम फिलिक हेल्थ रिसर्च एंड डेवलपमेंट में जून 2025 को एसएनएमसी और मानसिक स्वास्थ्य संस्थान पर अध्ययन प्रकाशित हुआ है। अध्ययन के तहत 2004 से 2006 तक एसएनएमसी में

मुख कैंसर के सिर्फ 32 मरीज दर्ज किए गए थे। जबकि एनटीपीपी लागू होने के 15 साल बाद 2022 से 2023 तक केवल एक साल में मुख कैंसर के मरीजों की संख्या बढ़कर 549 हो गई। शिंप और उम के पैटर्न में भी बदलाव देख सकते हैं। पहले हर साल मरीजों में 7 पुरुष और एक महिला हुआ करती थी। अब इसका अनुपात सांभ पुरुष और एक महिला हो गई है। इससे पता चलता है कि अब महिलाओं में भी यह बीमारी पहले की अपेक्षा बढ़ रही है। अध्ययन की सबसे अहम बात यह है कि पहले एक तरह का नशा करने वाले मरीजों का प्रतिशत तीन था। यह बढ़कर 29 प्रतिशत हो गया है। इसमें लंबकू, शिंपेट, जयप,

37 से 22 रह गए तीसरी स्टेज के मरीज

जयसुखर, सरकारी अस्पतालों में जांच और मुफ्त इलाज से अति नशील मरीजों में कमी आई है। तीसरी स्टेज पर अस्पताल पहुंचने वाले मरीज पहले 37 फीसदी थे। यह अब घटकर 22 फीसदी रह गए हैं। जबकि दुबरी स्टेज पर जाने वाले की संख्या में 18 से बढ़कर 36 फीसदी तक का इजाफा हुआ है। वहीं अब बीसवीं तक के अंकड़ों पर इलाज करने वाले की संख्या में वृद्धि हुई है।



खेने जैसी चीजें शामिल हैं। सिर्फ पुरुषों करने वाले मरीजों की संख्या 28 से घटकर सात प्रतिशत रह गई है।

दुटखा, खेनी खाने वाले उल्लेखी हैं। अलग-अलग प्रकारों के डॉ. तामसुभ छावानी, डॉ. सुधली, डॉ.

शुरुआती मरीज छह से बढ़कर 26 फीसदी

जगसुखर के कारण शुरुआती मरीजों की संख्या में भी वृद्धि हुई है। इनका प्रतिशत पहले छह था, अब यह बढ़कर 26 फीसदी तक हो गया है। जबकि एन-2 जैसे नशील मामले 50 फीसदी से घटकर सिर्फ 25 फीसदी रह गए हैं। इसलिए, अब मुख कैंसर से मरने वाले में भी कमी आई है। अधिकतर मरीज इलाज पर खर्चों के बाद टीक से जाते हैं। हालांकि उनकी मुखकृति खराब हो जाती है।

असुरा खट्ट, डॉ. डलभाई शिंदे, डॉ. कृतिष्ठा वर्मा, डॉ. ध्रुव मृगाई, डॉ. अदिति कुमार उत्तम और इंस्टीट्यूट

तीन महीने के अंदर पहुंच रहे अस्पताल

एक सकारात्मक बदलाव यह भी है कि अब ज्यादातर मरीज तीन महीने के अंदर अस्पताल पहुंच रहे हैं। जबकि पहले 12 महीने से अधिक देर से पहुंचने वाले मरीजों की संख्या सबसे ज्यादा थी। यही कारण है कि अब डाक्टर मुख कैंसर के अधिकतर मरीजों को बचाने में सफल हो रहे हैं। सरदार, पीडिया, नेशनल मेडिकल एंड जगसुखर बढ़ने से लोग जल्द जांच कराने अस्पताल पहुंचने लगे हैं।

आफ मेंटल हेल्थ एंड डेवलपमेंट के डॉ. मोहित जैन शामिल थे।



दु...
 अ...
 बरत,
 पीडिया
 मुख...
 दिया।
 से पं...
 का। ग...
 जान...
 का...
 लेकिन
 मुख...
 आगे...
 बेना...
 सुर...
 पुलिस
 परि...
 किया

Children with higher screen time before they turn 1 likely to show autism signs by age 3, says AIIMS study

Ankita Upadhyay
New Delhi, May 1

IF YOU have been exposing your infant to cartoons on devices, hoping they would be distracted and finish their meals, this screen time could affect their brain. A study by the All-India Institute of Medical Sciences (AIIMS) Delhi has found that children exposed to higher screen time before the age of one were more likely to show signs of autism by the age of three.

Children with autism spectrum disorder (ASD) not only showed earlier and more problematic digital media use than peers but also had higher rates of sleep problems and reduced physical activity, the study — currently in the process of publication — said.

ASD is a neurodevelopmental condition affecting brain development, characterised by challenges in social communication, interaction, and restricted or repetitive behaviours. It is considered a "spectrum" because symptoms, severity, and abilities vary widely, ranging from individuals needing significant support to those who are highly independent.

Dr Sheffali Gulati, professor of paediatric neurology at AIIMS Delhi, said, "The findings will help us develop structured, ASD-specific screen-time guidelines and caregiver counselling norms."

"The study clearly shows that exposing infants to screens before 18 months can have consequences. Future research should track people over time, use brain scans and measure hormones like melatonin and dopamine to better understand how biological changes happen," she added. Simultaneously, there should be emphasis on balanced digital exposure and physical activity.

The study was conducted on 250 children in the 3-6 age group, including 150 children with autism and 100 children who have achieved normal development milestones. It found

that children with autism had higher scores for media addiction, lower scores for sleep and physical activity.

Gulati said that previous international research also supports this association. "A large 2022 study in 'JAMA Paediatrics', involving over 84,000 mother-child pairs, found that longer screen time at one year of age was significantly associated with ASD at three years," she added.

Multiple meta-analyses have similarly shown a strong association between early screen exposure (especially in 0-5 age group) and increased likelihood of autism, with longer duration of screen time linked to higher risk.

Gulati said that screen time falls under environmental triggers of autism, alongside genetic and epigenetic or environmental influences. "Autism has a genetic basis with heritability patterns seen in twin studies, but environmental exposures such as pollution, pesticides, parental age, and lifestyle factors also play a role by influencing genes," she added.

Gulati stressed that early identification is crucial. "Signs can be detected even in the first year of life, such as lack of eye contact, not responding to name, delayed speech, or loss of acquired language. Children with autism may also focus on some parts of a toy or item rather than playing with them. The term spectrum means every child is different. Not all children show the same signs, and the severity also varies widely," she said. She argued for early screening and intervention because brain plasticity is highest in the first three years, leading to better outcomes.

Pointing out that the prevalence of autism is rising, Gulati said, "Older Indian data suggested about one in 89 children, but newer international estimates, including recent CDC data, indicate much higher prevalence. The WHO estimates around 1 in 100 globally."

डॉक्टर की योग्यता से लेकर फीस तक... सब करना होगा डिस्प्ले

AI Image



■ NBT रिपोर्ट, नई दिल्ली

केंद्र सरकार निजी क्लिनिकों और डॉक्टरों की सेवाओं में पारदर्शिता लाने की तैयारी में है। इसके तहत, डॉक्टरों की योग्यता से लेकर फीस तक सब कुछ डिस्प्ले करना होगा। यह जानकारी अंग्रेजी के साथ-साथ स्थानीय भाषा में भी लिखनी होगी, ताकि मरीजों को पहले से पता चल जाए कि इलाज का खर्च कितना आएगा।

सरकार चाहती है कि मरीजों को डॉक्टरों की योग्यता, रजिस्ट्रेशन नंबर और सेवा का समय भी दिखाई दे। यानी मरीज को यह जानने के लिए पूछताछ न करनी पड़े कि डॉक्टर कितनी फीस लेते हैं या उनकी योग्यता क्या है?

इसके अलावा क्लिनिक, पॉलीक्लिनिक, सैपल कलेक्शन सेंटर और मॉर्च्युरी के लिए न्यूनतम मानक भी तय करने का प्रस्ताव है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने क्लिनिकल एस्टैब्लिशमेंट्स के लिए नए ड्राफ्ट मानकों पर राज्य, मेडिकल संस्थाओं और आम लोगों से सुझाव मांगे हैं।

तय किए जाएंगे न्यूनतम मानक

प्रस्ताव में यह भी है कि क्लिनिकों में कुछ जरूरी इमरजेंसी दवाएं हमेशा रहे। इनमें हार्ट अटैक, एलर्जी, घबराहट, दौरे की दवाएं शामिल होंगी। नए नियमों के तहत, क्लिनिकों के लिए बुनियादी सुविधाएं भी अनिवार्य की जा सकती हैं। जैसे परामर्श कक्ष का न्यूनतम आकार 70 वर्ग फुट रखा जा सकता है। रिसेप्शन और वेटिंग एरिया के लिए भी अलग जगह तय होगी।

निजी क्लिनिकों के लिए केंद्र सरकार बना रही है नए मानक

अगर कोई क्लिनिक मरीजों को कुछ घंटों के लिए भर्ती करता है, तो प्रति बेड कम से कम 65 वर्ग फुट जगह देना अनिवार्य होगा। इसके अलावा साफ पानी, अच्छी रोशनी, वेंटिलेशन का इंतजाम और फिसलन-रहित फर्श जैसी सुविधाएं भी अनिवार्य होंगी।

will be revealed tomorrow.

Yesterday's Answer:
GRAP Stage-1

... was 36.4 degrees Celsius, three not normal, against 39.9 degrees Celsius er. The minimum temperature was 2

Leprosy to be made a notifiable disease, govt submits proposal

TIMES NEWS NETWORK

New Delhi: Delhi is set to join states like Tamil Nadu, Maharashtra, Karnataka and Bengal in making leprosy a notifiable disease under the Delhi Epidemic Diseases Act. The health department has submitted a formal proposal for approval.

The notification will mandate all govt and private healthcare providers, including clinics, hospitals and individual practitioners, to report every new leprosy case to the district leprosy officer for early intervention and response.

The capital has already notified several diseases, including human rabies, cholera, malaria, Covid and tuberculosis, under the Act. The addition of leprosy to the list will enable effective surveillance, early diagnosis, targeted interventions and prompt treatment with standard multi-drug therapy, which is available free of cost in govt facilities, health minister Pankaj Singh said.

In a statement, Delhi govt noted that while India officially achieved its target of leprosy "elimination" as a public health threat (prevalence rate below 1 per 10,000 population) in 2005, the country still accounts for roughly 59% of all new global cases.

A recent pan-India study found that over 44% of leprosy patients are managed by private health facilities and are

unreported to National Leprosy Eradication Programme (NLEP). Hidden cases in the community continue transmission, and variance in treatment protocols raises the threat of drug resistance.

WHO's independent evaluation of the NLEP programme in India suggests that leprosy should be included in the list of diseases mandatory for notification.

"Leprosy is completely curable. Making it a notifiable disease will help us find hidden cases, stop transmission and ensure every patient gets standard treatment with dignity. This is a critical step towards honouring our commitment to a leprosy-free Delhi and supporting India's journey towards the interruption of its transmission by 2030," said Singh.

Mandatory notification is set to transform the fight against leprosy by enabling swift diagnosis and medical intervention to prevent permanent disability. By enhancing surveillance in high-risk areas and deploying post-exposure prophylaxis through rigorous contact tracing, the policy aims to break the chain of transmission. The move seeks to destigmatise the disease by treating it as a manageable medical condition, which is expected to improve patient compliance and align all healthcare providers towards the national goal of total eradication.

May 18 deadline to apply for DU law programmes

New Delhi: Delhi University has opened admissions for its five-year integrated law programmes at Faculty of Law for the academic session 2026-27, inviting applications for BA LLB (Hons) and BBA LLB (Hons).

Candidates can apply online, with the registration window open till May 18, 11.59 pm.

The university said admissions to both programmes will be based solely on Common Law Admission Test 2026 scores. Applicants

have been advised to carefully check the eligibility criteria before registering. DU said no additional eligibility conditions will apply beyond those notified in the university's bulletin of information and on its admission portal.

The non-refundable registration-cum-allocation fee has been set at Rs 1,500 for candidates from the UR, OBC-NCL and EWS categories, and Rs 1,000 for SC, ST and PwBD applicants. **TNA**

PG
TG
Co
Sp
PR
Vo
Lib
Yo
La

PG
Edu
TG
San
PR
Spe
Off
Acc
Rec
Lib
Nur

PG
Sci
Car
Tea
Inst

TG
PR
NT
Off
Spe

Qu
App
res
10:
can
sho
Mar
pos
DP

re-deliberately erased or defaced, raising suspicion about their source and legality." DCP (outer) Vikram Singh said. 7/14

... was declared a convicted offender by a court in Dec last year. 7/14

"We have not been given any clear updates about what

situation has left the entire family devastated. Bhatia said that the two

as the family continues to wait for answers and accountability," he added.

Pay, pray, wait: Inside the life of loved ones at a hospital

TIMES NEWS NETWORK

New Delhi: If The Eagles had ever spent a night outside an ICU of a Delhi private hospital, "Hotel California" might have gone like this: "You can check out any time you like, but you can never leave... the waiting area".

Because the longest nights in these hospitals are not just endured by patients, they are also survived by attendants.

Step into any hospital corridor past midnight and you'll see them: attendants, that's how they describe loved ones these days, in various stages of exhaustion. Some are half-asleep on plastic chairs, others pacing with their phones or some, rare as it may be, with a book in hand, all waiting for that one update that

they either dread or are hopeful for. Bags become pillows. Bedsheets double up as blankets. Mosquitoes, of course, come free with the package.

This is the "stay" you get while paying bills that could fund a weekend at an actual five-star hotel. In private hospitals, where daily ICU rates run upwards of Rs 20,000, families choose them over govt hospitals in the hope of better facilities in trying times.

Inside, the patient has machines, monitors and medical staff. Outside, the attendant has a chair, if she is lucky. There are no proper resting areas and certainly no privacy. Conversations often happen with strangers who become temporary companions in shared anxiety.

Time behaves strangely



Nights stretch endlessly. Days blur into each other. Meals are irregular, sleep is broken and comfort is not even part of the conversation.

And yet, the system runs

as if this is perfectly normal.

Need to stay for three nights? Adjust on the chair. A week? You'll figure it out. There's an unspoken assumption that attendants

Inside, the patient has machines, monitors and medical staff. Outside, the attendant has a chair, if she is lucky. There are no proper resting areas and certainly no privacy

don't need rest, don't need space and definitely don't need basic dignity. Their role is simple: wait, worry and pay.

Pay for the room. Pay for the treatment. Pay for the tests. Pay for things you don't fully understand but are too stressed to question.

What you don't pay for, and don't get, is care for yourself.

Hospitals advertise and pride themselves on advanced care, cutting-edge technology and world-class infrost-

structure. Yet, the people who hold the entire emotional weight of the situation, and who indirectly keep the "business" afloat, are left to fend for themselves in corridors.

No quiet spaces. Not even protection from a buzzing mosquito at 8am.

Of course, hospitals are busy places. Resources are stretched. Attendants are expected to wait, worry, sign, pay and somehow keep going — with little space, rest or dignity.

The person outside, staring at a closed ICU door, counting hours, runs on the hope of getting answers that they also know they probably won't get.

In this version of Hotel California, the patient, and by default the attendant, might get discharged someday, but never really check out.

पेड़ों का बचपन में खेलने का है। इस शुरुआत से।

को लेकर अनेक सवाल खड़े किए हैं। घर-घर पहुंचने का अभियान शुरू कर

घर-घर अभियान शुरू होगा।

वृद्धों को बचाने पर जोर दिया गया है।

तैयारी | केंद्र सरकार डॉक्टरों की फीस में पारदर्शिता लाने के लिए योजना पर कर रही काम, परामर्श कक्ष का न्यूनतम आकार 70 वर्ग फुट होना अनिवार्य होगा

डॉक्टरों को अब अपने बोर्ड पर लिखनी होगी फीस और योग्यता

डॉक्टरों का बोर्ड

नई दिल्ली। अब डॉक्टरों को अपनी फीस, योग्यता और रजिस्ट्रेशन नंबर को अडिजी के साथ-साथ स्वामीय धारा में भी बोर्ड पर लिखना अनिवार्य होगा। केंद्र सरकार एक नई योजना पर काम कर रही है। इसके तहत डॉक्टरों और विशेषज्ञों को यह करना होगा।

इमारतों की दबाए स्टॉक में रखनी होगी : चिकित्सक एंटेब्लिशमेंट नियम में किए जाने वाले इन संशोधनों के अन्तर्गत से सरकार कुछ और बड़े नियम लागू करने की तैयारी में है। डॉक्टरों के परामर्श कक्ष का न्यूनतम आकार 70 वर्ग फुट होना अनिवार्य होगा। फ्लोरिनो को कुछ नए इमारतों

दबाए स्टॉक में रखनी होगी। इनमें एंटीबायोटिक, एंटीबिऑटिक इन्जेक्शन, सीने में दर्द (एंबुडना) के लिए अडोसोलेरबडड डिनिटेट, री और पब्लाइड के लिए डायनेम, नैपेर एलर्जी के लिए टेक्सापेथोसोन और दिल की बीमियों भइकन के लिए एंटीबिऑटिक जैसी दवाएं शामिल हैं।

दिल्ली, आंध्र प्रदेश भी शामिल हैं : यह योजना केवल क्लीनिकों तक सीमित नहीं है, बल्कि इसमें दिल्लीवाले चले क्लीनिक, डायग्नोस्टिक सेंटर, डॉक्ट-स्टे केयर व सुपरपर भी शामिल होंगे। नेशनल मेडिकल कमीशन के आंकड़ों के मुताबिक, भारत में 43,486 निजी स्वास्थ्य सुविधाएं और 13,86,136 डॉक्टर हैं।



43 हजार से ज्यादा निजी स्वास्थ्य सुविधाएं और 13 लाख से अधिक डॉक्टर हैं

दिल्लीवाले क्लीनिक और डायग्नोस्टिक सेंटर भी जांच के दायरे में आएंगे

मरीजों की सुविधा और सुरक्षा प्राथमिकता

- नए नियमों के अनुसार हर चिकित्सक के प्रवेश द्वार पर एक बड़ा साइनबोर्ड होना चाहिए।
- इस पर काम के छठे और दसवें जून तक को संचालित की जाएगी।
- रजिस्ट्रेशन और वेडिंग एजेंसी के लिए कम से कम 35 वर्ग फुट की जगह होनी चाहिए।
- जहां मरीजों को आठ घंटे रखने की सुविधा है, वहां प्रति बेड कम से कम 65 वर्ग फुट की जगह हो।
- परिसर में साफ पानी, रोशनी और वेंटिलेशन की उचित व्यवस्था हो।
- साथ ही कर्मियों के कालेन मुसा होना चाहिए और टीवरी पर सैलन, वीडे वा दीमक नहीं होने चाहिए।

निजी अस्पतालों ने किया स्वागत

भारतीय अस्पताल नेटवर्क मैक्स हेल्थकेयर ने इन प्रस्तावित मानकों का स्वागत किया। मैक्स हेल्थकेयर के अध्यक्ष ने कहा कि भारतीय मरीजों में डॉक्टर की जानकारी प्रदर्शित करने जैसे कदमों से मरीजों के स्वास्थ्य में सुधार आएगा और स्वास्थ्य प्रणाली में उनका भरोसा बढ़ेगा। इससे पूरे देश में एकलव्य और पारदर्शिता आएगी। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय को भेजे गए ईमेल का रिप्लाय कोई जवाब नहीं मिला है।