DAILY NEWS BULLETIN

LEADING HEALTH, POPULATION AND FAMILY WELFARE STORIES OF THE Day

Thursday **20260625**

.

pole in a multipolar Asia, as India envisions.
As a result, the Quad, rebuilt in Trump 1.0 as a

than a simple name change

states while giving Iran leverage on key issues – military, connectivity, and economic security. Oman and Qatar are now closer to Iran than

a dropped prefix.

Clearing the road to timely trauma care in India

Piyush Tewari

The Founder and the CEO of SaveLIFE Foundation, a non-profit committed to saving lives through road safety and trauma care

On May 26, 2026, the Supreme Court of India delivered a landmark judgment with implications for public health policy. Hearing a writ petition filed by SaveLIFE Foundation in October 2024, a Bench of Justices J.K. Maheshwari and Atul S. Chandurkar, in *SaveLIFE Foundation & Anr. vs Union of India & Ors.*, held that the right to trauma care is an integral part of the right to life under Article 21 of the Constitution. The Court ruled that this right extends from the site of injury to definitive hospital treatment and issued nine binding directions to the Union, States and Union Territories, with implementation timelines ranging from three to six months.

Around 4.67 lakh Indians die every year from injuries such as road crashes, falls, burns, drowning, industrial mishaps, fires and disasters, according to National Crime Records Bureau data. Road crashes alone account for nearly 1.77 lakh deaths. Trauma is the leading cause of death among Indians aged 18-45. The Law Commission (201st Report) has estimated that half of road-crash fatalities could be prevented with timely care, while a 2021 NITI Aayog-AIIMS Emergency and Injury Care Report found that at least 30% of deaths are linked to delays in emergency response. India does not lack policies or guidelines; what it has lacked is a uniform, enforceable trauma-care framework.

What the top court has held

The Bench built on earlier jurisprudence. In *Parmanand Katara vs Union of India* (1989), the Court recognised the duty of doctors to render emergency aid. In *Paschim Banga Khet Mazdoor Samiti vs State of West Bengal* (1996), it read access to emergency care into Article 21. In the present order, Article 21, the Court held, covers the entire chain that connects an injured person to medical care: the bystander, the emergency call, the ambulance, the paramedic, the receiving facility. The framing imposes a positive obligation on the state to build and sustain an integrated trauma response system.

> Judicial oversight may finally realise the constitutional right to trauma care

This matters because survival in trauma depends on systems rather than on individual institutions. A well-equipped hospital cannot compensate for a delayed ambulance. An ambulance cannot help if the bystander is afraid to call. A trauma surgeon cannot save a patient who never reaches the hospital in time.

A cooperative federalism approach

Public health, hospitals and ambulance services fall under the State List in the Seventh Schedule, making cooperation between the Union and the States essential for a uniform trauma-care framework. Compliance affidavits and information notes filed by 34 States and Union Territories indicate a willingness to implement Union policies and standardise trauma care. Accepting the Attorney General's submission that the Union should act as an enabler, the Bench called for "sustained and concerted efforts" by both levels of government. The directions do not alter the constitutional division of powers; they provide judicial backing to existing frameworks such as Prime Minister - Road Accident Victims' Hospitalisation and Assured Treatment (PM RAHAT), the National Ambulance Code AIS-125, Emergency Response Support System (ERSS)-112, the emergency medical technician (EMT) curriculum, the Good Samaritan Rules and the Health Ministry's trauma-care guidelines.

The directions fall into five clusters. On communications, all emergency numbers (100, 101, 102, 108, 1033, 1091 and their State variants) must be integrated into helpline 112 within three months, with mass media publicity. On bystander protection, every State must set up physical and digital grievance-redress systems for Good Samaritans, with nodal authorities at the State and district levels. On pre-hospital response, all registered ambulances, public and private, must comply with the National Ambulance Code, carry GPS integrated in real time with helpline 112, and undergo structured audits of response times and clinical outcomes. States must also adopt the National Commission for Allied and Healthcare Professions (NCAHP)-notified EMT curriculum. On hospitals, trauma facilities must be graded and designated so their capabilities are transparent. On finance, States have eight weeks to operationalise PM RAHAT, the Centre's cashless treatment scheme for road-crash victims; non-implementation will count as a violation of the Motor Vehicles Act. The Court has additionally directed the Ministry of Health and Family Welfare to notify a national medical rescue protocol and a Trauma Registry data format, with State trauma registries to link up to a coordinated national registry.

A follow-up, the challenges

The order's significance lies as much in its compliance architecture as in its constitutional declaration. Copies will be sent to every Chief Secretary. Action Taken Reports must be filed with the Court Registry, and the Attorney General of India is to monitor implementation. The matter has been listed to be heard again in about four months for further directions.

Implementation will be challenging. State capacity varies widely, ambulance networks remain uneven, and helpline integration has lagged for long. The burden of inaction, however, has shifted. States must now demonstrate progress before the Court. For an injured Indian, the question after a crash or a fall should no longer be which number to call, whether help will arrive, or whether there is a capable hospital nearby. The Court has settled the constitutional question; governments must now ensure that timely and effective trauma care becomes a reality.

LETTERS TO THE EDITOR

reform. The task may be large, but the human and economic costs of inaction are far greater.

Razor's edge

High heat and low rainfall is threatening agricultural produce

The southwest monsoon deficit nationwide has increased from 35% to 43%; the winds' northward advance was stalled near Mumbai; and both the U.S. NOAA and the India Meteorological Department (IMD) expect a moderate-to-strong El Niño this year. The El Niño suppresses the vertical air movement needed for rainclouds to form while a warming Pacific is weakening the trade winds that bring moisture to the subcontinent. The Madden-Julian Oscillation is also in an unfavourable phase and the Indian Ocean Dipole currently cannot offer a buffer. Further, while northwest India has received 5% more rain than normal, central India and the northeast face deficits of 63% and 43%, respectively. But with two-thirds of the seasonal rainfall historically arriving in July and August, the monsoon may still recover and salvage the season. Together with reservoir storage at 30.4% of capacity, compared with 25.1% during previous El Niño years, there is no reason for alarm yet. However, the effects for agriculture are more concerning. The Agriculture Ministry has already prioritised 111 districts out of 315 vulnerable ones based on their irrigation coverage. Extreme heat has been reducing farm labour productivity. High heat and rain shortfall have sown anxiety over the cardamom harvest in Idukki, a fate that bodes ill for other plantation crops in the Western Ghats.

Both the *kharif* sowing window for rice, pulses, and oilseeds and the availability of fertilizers could come under pressure, the latter due to Chinese export curbs and tensions in West Asia, heightening the risks of lower soil moisture and higher input stress. Retail food inflation was 4.2% in April; further deficits will especially threaten vegetables and pulses, complicating the monetary policy. The fundamental problem is the way India has built its rural economy around the assumption of reliable rainfall delivery. No adaptation strategy can indefinitely outpace unchecked warming, so limiting future warming should amount to reducing the extent of exposure. The ideal sustainable strategies are to switch from rain-centric to water-centric organisation, reduce dependence on water-intensive crops, and improve resilience. Pathways for the first two have already been outlined. On the last, while the Agriculture Ministry's extant contingency plans reflect the need for adjustable sowing windows and alternative seed varieties, the principal variable remains implementation at scale. Second, the government should consider a new authority to coordinate inter-State water use and cropping changes based on extended El Niño forecasts, eliminating the cropping governance currently fragmented between the Agriculture and Jal Shakti Ministries, and the IMD.

Fuelling Europe's heat

The omega block

As a heatwave engulfs western Europe, the average temperature in France touched an all-time record of 30°C on Wednesday. This heat is due to a weather pattern known as an omega block

WHAT IS AN 'OMEGA BLOCK'?

An omega block takes its name from the shape of the Greek letter Ω — with a bulge of warmer, settled high pressure held between two cooler low pressure systems. The "blocking" element refers to how the high pressure area of warm air gets stuck.

Under normal conditions, the jet stream carries weather systems steadily from west to east.

But during an omega block, that flow becomes disrupted and can buckle dramatically north and south, isolating the pressure systems.

Weaker steering winds and temperature contrasts in the atmosphere contribute to these slow-moving, locked patterns.

The result is that hot, still air gets lodged over the same area. Omega blocks typically last between three and 10 days, but can persist for weeks.

WHAT HAPPENS IN SUCH A PHENOMENON?

Under the high-pressure area in the centre, conditions become hot and dry. The high pressure also suppresses cloud formation, resulting in clear, sunny skies that allow temperatures to climb.

Regions in the low-pressure areas flanking the heatwave, meanwhile, are more likely to see cooler, rainy conditions

UK lies on the boundary between the high-pressure system and the cooler air to the northwest - producing intense heat in the south and east, and cooler, wetter conditions in the north and west

Number of dangerous humid heat days on the rise: Study

Jasjeev Gandhiok
letters@hindustantimes.com

NEW DELHI: The number of 'dangerous humid heat days' — those where the daily maximum wet-bulb temperature, a measure that combines heat and humidity to capture how much cooling sweating can provide a person, was 25°C (77°F) or higher — has shot up across India, from an average of 101 such days a year in the 1970s to 141 days a year during 2016-2025, a new global study has found.

Released on Wednesday by the US-based NGO Climate Central, the study attributed the increase primarily to human-induced climate crisis. Globally, it said, the number of such days has risen from 10 a year in the 1970s to 23 a year in the last decade (2016-25).

The study covered 254 countries and territories and 961 cities worldwide, and found a sharp increase in dangerous humid heat days across Indian cities. In Delhi, the number rose from 96 days in the 1970s to 135 in 2016-25. In Mumbai, it rose from 136 to 206 over the same period, and in Chennai, from 205 to 257. The worst-affected Indian city assessed was Tirunelveli in Tamil Nadu, where the count rose from 119 to 273.

THE NUMBER OF SUCH DAYS HAVE SHOT UP FROM 101 A YEAR IN THE 1970s TO 141 DAYS A YEAR DURING 2016-2025

Researchers analysed global weather conditions from 1970 to 2025 to determine how often dangerous humid heat occurred, and how much of it could be attributed to human-caused climate change. The study used data from the European Centre for Medium-Range Weather Forecasts' (ECMWF) ERA5 dataset, a reanalysis record that reconstructs past weather conditions by combining observations with modelling.

Nearly two-thirds (64%) of global dangerous humid heat days since 1970 can be attributed to human-caused climate change, the study said. It said these conditions put many people at risk of heat-related illnesses.

"While high temperatures pose risks to everyone, older adults, children, pregnant people, individuals with underlying health conditions, and people without access to cooling face disproportionately greater dangers. Humidity only piles on to the risks, making even seemingly mild days far more dangerous than they appear. As global temperatures continue to rise due to the burning of fossil fuels, dangerous humid heat is becoming more frequent and widespread," the study added.

Dr Lisa Patel, a clinical associate professor of paediatrics at Stanford Children's Health and executive director of the Medical Society Consortium on Climate and Health, said the numbers were a wake-up call.

"Dangerous humid heat has more than doubled since the 1970s. We're already seeing the consequences play out in real time. Fans are fainting at World Cup matches in cities like Houston, and that's not a coincidence. This kind of data is exactly the tool clinicians and public health officials need to anticipate where heat-related illness will strike and who is most at risk before people end up in the ER," she said.

France detects 1st Ebola case

Agence France-Presse
letters@hindustantimes.com

PARIS: France on Wednesday announced its first confirmed case of Ebola identified on its territory, a doctor who had flown back from the Democratic Republic of Congo (DRC), which is fighting a major outbreak.

It is the first time France has detected Ebola. In 2014, during an outbreak in west Africa, two patients were transported to France, but they had been diagnosed abroad.

The patient, who arrived in Paris on Tuesday, "boarded a commercial flight from Kinshasa and was almost asymptomatic — except for headaches", the health ministry said.

The doctor's condition "slightly deteriorated during the flight", after which the patient was immediately isolated and taken into care upon landing in Paris, even before the disease was officially identified, the ministry added. Prime Minister Sebastien Lecornu's office said he was monitoring the situation "very closely", but the health ministry stressed that the risk of transmission remained low.

A healthcare worker takes samples from a patient suffering from Ebola in Bunia, Ituri, DRC on Tuesday. AFP

The World Health Organization chief, Tedros Adhanom Ghebreyesus, said the global risk "remains low".

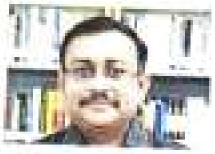
ALIMA (The Alliance for International Medical Action), an international medical humanitarian organisation, said the patient was one of its doctors.

Sustaining India's low-fertility future

India is entering a new demographic phase. The latest Sample Registration System data puts the country's total fertility rate at 1.9 children per woman, below both the global average of 2.2 and the replacement level of 2.1 needed to keep a population stable. For a country that has long worried about population growth, this marks an important turn.

However, the decline is not uniform. Rural fertility is still around the replacement mark, while urban fertility has fallen to 1.5. The sharper divide is geographic. Delhi's fertility rate stands at an ultra-low of 1.2, while Kerala, Tamil Nadu and West Bengal are at 1.3. These levels are lower than those in the United States (1.6), Finland (1.4), and Japan (1.3). At the other end, Bihar remains at 2.9, followed by Uttar Pradesh (2.6), Madhya Pradesh (2.4), and Rajasthan (2.3).

The implication is that India has crossed into low fertility as a nation, but not as one demographic economy. While some States are already moving rapidly towards ageing, others still have large cohorts set to enter the labour force over the next two decades. India must create productive opportunities for young workers in poorer and younger States, while strengthening income, care, and health systems for older populations where fertility has already fallen very low.



Amarendu Nandy

Associate Professor, Economics & Public Policy Area, Indian Institute of Management (IIM) Ranchi. Views are personal

A difficult shift

The transition could indeed be challenging. Western Europe and Japan aged after they had industrialised, brought a large share of workers into formal employment, widened their tax systems, and built welfare institutions with some capacity for risk-pooling. Even then, ageing strained public finances; Japan saw the burden push public debt above 200% of GDP.

India enters the same demographic passage on a weaker institutional and fiscal base. Its per-capita income is around $2,800. Its direct tax base remains narrow, with net direct taxpayers accounting for only about 6% of the total population. State governments, tasked with much of the social-sector response, are already fiscally stretched.

The labour-market base is just as fragile. Since most workers spend their lives in informal or semi-formal work, old-age income security remains largely outside formal employment contracts. A contribution-based pension system works best when earnings are predictable, employment is formal, and workers can save regularly over decades. In India, that assumption holds for only a minority of the workforce.

Since most workers spend their lives in informal or semi-formal work, old-age income security remains largely outside formal employment contracts

Existing public safety nets acknowledge this vulnerability but do not provide meaningful income security. The Atal Pension Yojana assumes sustained contributions across one's working life, which is difficult for informal workers with volatile incomes. The old-age pension under the National Social Assistance Programme remains ₹200 a month for those aged 60 to 79 and ₹500 for those above 80. Such support does not protect the elderly from dependence.

Income security, however, is only one part of the problem. For generations, India's welfare state has been partly hidden inside the household. The joint family, co-resident children, and unpaid female care absorbed many of the costs of old age. That arrangement is weakening under the pressure of urbanisation, migration, nuclear households; and women's educational and work aspirations. Studies of left-behind elderly parents show that while children's migration improves monetary resources, it worsens loneliness and health vulnerability.

To be sure, India has about 150 million people aged 60 and above. By 2050, that number is projected to rise to 347 million, or nearly one-fifth of the population. Yet the income base of old age remains weak. NITI Aayog has noted that 70% of the elderly depend on others while 78% have no pension cover. These numbers explain why India needs an inflation-indexed minimum pension floor, not as a substitute for contributory pensions, but as a basic layer of public risk-pooling for old age.

Ageing will also change the nature of healthcare demand. The pressure will come from the long-term management of hypertension, diabetes, dementia, disability, and palliative dependence. India has shown that sustained public investment can alter demographic outcomes. It did so for fertility, institutional deliveries, and child survival. The same mission-mode action will now be needed for embedding geriatric care into nursing practice, district health planning, and primary care.

The question of migration

The transition also has a federal dimension. The fastest-ageing States will increasingly need workers from younger States. This could be a source of national balance, but only if younger States invest aggressively in education, health, and skills, so that their workers do not merely move into low-wage informality elsewhere. It will also require older, richer, and more urbanised States to treat migrants not as temporary labour but as citizens who help sustain their economies and therefore deserve portable protection. A national labour market cannot rest on welfare systems tied narrowly to domicile. If workers move across State borders, their entitlements must move with them. Portability of welfare benefits must be one of the foundations of an ageing economy.

International evidence shows that low fertility can accompany prosperity. The difficulty is that India is entering mass ageing before completing the transitions that made ageing manageable elsewhere. India's low-fertility future will be sustainable only if stronger public systems gradually assume responsibilities that large families once carried quietly.

दैनिक जागरण
सप्तरंग
तकनीक की दुनिया का
गुरुवार, 25 जून, 2026

न्यू गैजेट

एआइ+ नोवा2 प्रो

बोट एयरडोप्स प्रोफ्लिप

वार-बार नोटिफिकेशन, एल्गोरिदम जनरेटेड कंटेंट, स्क्रीन पर लगातार काम करने की आदत और तरह-तरह के एआइ टूल्स के चलते मानसिक थकान होने लगती है। प्रोडक्टिविटी बढ़ाने वाले ये टूल्स किस तरह एकाग्रता की कमी और तनाव की अधिकता का कारण बन रहे हैं, बता रहे हैं ब्रह्मानंद मिश्र

एआइ दे रहा डिजिटल थकान!

कुछ उपयोगी उपाय

एक लिमिट से ज्यादा ही खतरा

प्रोडक्टिविटी बढ़ाने का भ्रम तो नहीं

एआइ की डिजिटल थकान में भूमिका

ताकि किसी की नजर न पड़े। ... कोई नियम नहीं बनाया गया है।

डेंगू, चिकनगुनिया के मामलों ने बढ़ाई चिंता

जासं, नई दिल्लीः राजधानी में मानसून से पहले ही डेंगू, मलेरिया और चिकनगुनिया अपना प्रभाव दिखाने लगे हैं। अब तक डेंगू के 347, मलेरिया के 87 और चिकनगुनिया के 19 मामले सामने आए हैं। इस स्थिति ने सरकार को चिंता में डाल दिया है। चिंता मानसून के दौरान इन मामलों के तेजी से बढ़ने की आशंका को लेकर है। एमसीडी की तैयारियां इसे लेकर माकूल नजर नहीं आ रही हैं। बुधवार को दिल्ली के स्वास्थ्य मंत्री डा. पंकज सिंह ने समीक्षा बैठक में मौजूदा स्थिति और तैयारियों का जायजा लिया तथा सभी एजेंसियों को रोकथाम संबंधी उपायों को सख्ती से लागू करने के निर्देश दिए। साथ ही सरकारी और निजी अस्पतालों तथा प्रयोगशालाओं को इंटीग्रेटेड हेल्थ इंफार्मेशन प्लेटफार्म (आइएचआइपी) के माध्यम से रियल टाइम रिपोर्टिंग के निर्देश भी दिए, ताकि समय पर प्रभावी कार्रवाई की जा सके। 35 सेंटिनल सर्विलांस अस्पताल सक्रिय रूप से मामलों की निगरानी कर रहे हैं। हालांकि अभी तक डेंगू या मलेरिया से किसी मौत की आधिकारिक जानकारी नहीं हुई है।

डेंगू, मलेरिया और चिकनगुनिया के बढ़ते मामलों को लेकर बैठक करते स्वास्थ्य मंत्री डा. पंकज सिंह • सौः दिल्ली सरकार

- अब तक डेंगू के 347, मलेरिया के 87 और चिकनगुनिया के 19 मरीज मिले
- स्वास्थ्य मंत्री डा. पंकज सिंह ने की समीक्षा बैठक

स्वास्थ्य मंत्री डा. पंकज कुमार सिंह ने बैठक में निगरानी व्यवस्था, अस्पतालों की तैयारियों, मच्छर नियंत्रण गतिविधियों और जन-जागरूकता अभियानों की भी समीक्षा की। इस बात को लेकर नाराजगी जताई कि अब तक इसे लेकर सजगता और सतर्कता में ढिलाई बरती जा रही थी। मंत्री ने सभी को निर्देशित किया कि वह सभी मच्छरजनित बीमारियों से निपटने के लिए पूरी तरह तैयार रहें। उन्होंने बताया कि अब इसके लिए डीजीएचएस मुख्यालय में कंट्रोल रूम संचालित किया जा रहा है और जांच किट, दवाइयों, रक्त एवं अन्य जरूरी संसाधनों की उपलब्धता पर लगातार नजर रखी जा रही है।

निजी मेडिकल कॉलेजों को सरकारी फीस के लिए मजबूर नहीं कर सकते

सुप्रीम कोर्ट ने कहा, ऐसा किया तो बंद हो जाएंगे निजी कॉलेज, देश को डॉक्टरों की जरूरत

अमर उजाला ब्यूरो

नई दिल्ली। सुप्रीम कोर्ट ने कहा कि निजी मेडिकल कॉलेजों को सरकारी कॉलेजों जैसी फीस लेने के लिए बाध्य नहीं किया जा सकता। ऐसा किया तो निजी मेडिकल कॉलेज बंद हो जाएंगे, जबकि देश को डॉक्टरों की जरूरत है। इस टिप्पणी के साथ शीर्ष अदालत ने राजस्थान के निजी मेडिकल कॉलेजों की फीस संरचना को चुनौती वाली याचिका पर हस्तक्षेप से इन्कार कर दिया।

जस्टिस बीवी नागरत्ना व जस्टिस ...मिनाल्य बागची की पीठ राजस्थान ...ईकोर्ट के आदेश को चुनौती देने ...ली याचिका पर सुनवाई कर रही थी। ...चिकाकर्ता ने दलील दी थी कि ...जस्थान के निजी मेडिकल कॉलेजों ...वार्षिक ट्यूशन फीस 18.90 लाख ...पये से लेकर 25 लाख रुपये तक है, ... आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग ...डब्ल्यूएस) के लिए निर्धारित 8 लाख ...ये की आय सीमा के अनुरूप नहीं ... शीर्ष कोर्ट ने कहा कि स्ववित्तपोषित ...थानों से यह अपेक्षा नहीं की जा ...ती कि वे सरकारी संस्थानों के ...न फीस लें। पीठ ने कहा कि कोई ...न सिर्फ फीस ज्यादा बताकर इसे कम करने की मांग नहीं कर सकता। 22 वर्षीय याचिकाकर्ता छात्र ने नीट-यूजी 2025 परीक्षा दी थी। वह सामान्य वर्ग से था, पर उसके पास ईडब्ल्यूएस प्रमाणपत्र था। उसने पहले दो काउंसलिंग राउंड में निजी कॉलेजों का विकल्प नहीं चुना। तीसरे राउंड में हाईकोर्ट से अंतरिम आदेश मिलने के बाद उसने ईडब्ल्यूएस श्रेणी में भाग लिया। उसे एक निजी मेडिकल कॉलेज में सामान्य सीट आवंटित हुई। छात्र ने हाईकोर्ट में चुनौती देते हुए कहा कि उसकी पसंद के कॉलेज में ईडब्ल्यूएस सीटें खाली थीं और ईडब्ल्यूएस छात्रों से भी सामान्य वर्ग के समान फीस ली जा रही है।

जिनके पास फीस नहीं, वे सरकारी कॉलेज चुनें

जस्टिस बीवी नागरत्ना ने कहा कि जिन छात्रों के पास भुगतान की क्षमता है, वे फीस दे सकते हैं। वहीं, जो छात्र फीस वहन नहीं कर सकते, वे छात्रवृत्ति, आर्थिक सहायता या सरकारी मेडिकल कॉलेज में प्रवेश जैसे विकल्प अपना सकते हैं।

बाध्य नहीं कर सकते : सुप्रीम कोर्ट ने कहा, स्व-वित्तपोषित संस्थानों का मतलब ही है कि वे अपनी आर्थिक व्यवस्था के आधार पर काम करते हैं। अगर निजी संस्थानों को सरकारी फीस ढांचे पर चलने के लिए बाध्य किया गया, तो चिकित्सा शिक्षा में उनका योगदान खत्म हो जाएगा और वे संस्थान बंद होकर अन्य क्षेत्रों में जा सकते हैं।

राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग के निर्देश का मुद्दा

याचिकाकर्ता ने राष्ट्रीय चिकित्सा आयोग (एनएमसी) के 3 फरवरी 2022 के कार्यालय ज्ञापन का हवाला दिया था। इसमें निजी मेडिकल कॉलेजों और डीम्ड विश्वविद्यालयों की 50 फीसदी सीटों की फीस संबंधित राज्य के सरकारी मेडिकल कॉलेजों की फीस के बराबर रखने की सिफारिश की गई थी। सुप्रीम कोर्ट दलील से सहमत नहीं दिखा। जस्टिस जॉयमाल्य बागची ने कहा कि रिकॉर्ड के अनुसार राजस्थान सरकार ने इस ज्ञापन को लागू नहीं किया है। एनएमसी के ज्ञापन को चुनौती वाली एक अन्य याचिका भी सुप्रीम कोर्ट में लंबित है।

हाईकोर्ट की एकल व खंडपीठ पहले ही खारिज कर चुकीं याचिका

हाईकोर्ट की एकल पीठ और बाद में खंडपीठ ने छात्र की याचिका खारिज कर दी थी। हाईकोर्ट ने कहा था कि ईडब्ल्यूएस आरक्षण संविधान के 103वें संशोधन के तहत केवल प्रवेश प्रक्रिया तक सीमित है। किसी स्पष्ट कानूनी प्रावधान के अभाव में यह निजी मेडिकल कॉलेजों में रियायती फीस का अधिकार नहीं देता। सुप्रीम कोर्ट ने आदेश में दखल से इन्कार करते हुए याचिका खारिज कर दी। हालांकि, कहा कि यदि कोई कानूनी सवाल बनता है तो उसे भविष्य के लिए खुला रखा जाएगा।

15 ...

की ...

दिल्ल...

नई दिल्ल... को 15 ... की 26 ... का चिकि... अनुमति ... इंडिया ...

यूनिसेफ की रिपोर्ट **23.4 करोड़ बच्चे एक साथ तीन जलवायु जोखिम में, स्वास्थ्य, पोषण पर खतरा**

दो या अधिक जलवायु खतरों की जद में भारत के 97% बच्चे

अमर उजाला नेटवर्क

नई दिल्ली। भारत में जलवायु परिवर्तन का असर बच्चों पर तेजी से गहराता जा रहा है। संयुक्त राष्ट्र बाल कोष (यूनिसेफ) की 16 जून 2026 को जारी रिपोर्ट के अनुसार देश के 97 प्रतिशत बच्चे कम से कम दो जलवायु खतरों का सामना कर रहे हैं, जबकि 23.4 करोड़ से अधिक बच्चे एक साथ तीन या उससे ज्यादा जलवायु जोखिमों की चपेट में हैं।

रिपोर्ट के मुताबिक अत्यधिक गर्मी, सूखा, बाढ़, उष्णकटिबंधीय तूफान और वायु प्रदूषण जैसी चुनौतियां बच्चों के स्वास्थ्य, पोषण, शिक्षा और सुरक्षा पर गंभीर असर डाल रही हैं। रिपोर्ट के अनुसार भारत में लगभग 41.16 करोड़ बच्चे कम से कम दो जलवायु संबंधी खतरों से प्रभावित हैं। इनमें सूखा, नदियों और तटीय क्षेत्रों में बाढ़, उष्णकटिबंधीय तूफान, लू, अत्यधिक गर्मी, जंगल की आग और धूल भरी आंधियां शामिल हैं। इनमें से 23.4 करोड़ से अधिक बच्चे, जो देश की कुल बाल आबादी का लगभग 55 प्रतिशत हैं, कम से कम तीन जलवायु खतरों का सामना कर रहे हैं। यूनिसेफ का कहना है कि कई बच्चों के लिए ये खतरे अलग-अलग नहीं बल्कि एक साथ मौजूद हैं, जिससे उनके जीवन और विकास पर कई स्तरों पर असर पड़ता है।

रिपोर्ट बताती है कि सूखा और अत्यधिक गर्मी भारत में बच्चों के लिए सबसे व्यापक जलवायु जोखिम हैं। करीब 15.88 करोड़ बच्चे ऐसे क्षेत्रों में रहते हैं जहां ये दोनों खतरे मौजूद हैं। वहीं 8.41 करोड़ बच्चे ऐसे इलाकों में रहते हैं जहां उष्णकटिबंधीय तूफान, सूखा और अत्यधिक गर्मी तीनों का खतरा है। इसके अलावा 3.85 करोड़ बच्चे नदियों में बाढ़, सूखा और अत्यधिक गर्मी के संयुक्त जोखिम वाले क्षेत्रों में रहते हैं।

सूखा संभातवित क्षेत्रों में 41.02 करोड़ बच्चे

यूनिसेफ के मुताबिक सूखा भारत में बच्चों को प्रभावित करने वाला सबसे व्यापक जलवायु खतरा है। देश के 96 प्रतिशत से अधिक बच्चे, यानी लगभग 41.02 करोड़ बच्चे, ऐसे क्षेत्रों में रहते हैं जहां सूखे की आशंका बनी रहती है। सूखे का असर केवल पानी की उपलब्धता तक सीमित नहीं रहता, बल्कि यह खाद्य सुरक्षा, पोषण और परिवारों की आजीविका को भी प्रभावित करता है। इसके परिणामस्वरूप बच्चों में कुपोषण और स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं का जोखिम बढ़ जाता है।

एचआईवी के इलाज में बड़ी कामयाबी, मल्टीपल स्केलेरोसिस की दवा वायरस के खात्मे में कारगर

हिमांशु अरविंद मिश्र

नई दिल्ली। एचआईवी के इलाज और फंक्शनल क्योर की दिशा में वैज्ञानिकों को बड़ी सफलता मिली है। एक नये अध्ययन में पाया गया है कि मस्तिष्क और रीढ़ की हड्डी से जुड़ी दुर्लभ बीमारी (मल्टीपल स्केलेरोसिस) के इलाज में इस्तेमाल होने वाली दवा फिंगोलिमोड एचआईवी वायरस को शरीर में पनपने से रोकने में बेहद प्रभावी साबित हो सकती है।

शोधकर्ताओं ने एक ऐसे मरीज का अध्ययन किया, जिसे मल्टीपल स्केलेरोसिस था और वह कई वर्षों से फिंगोलिमोड ले रहा था। इस दौरान उसे एचआईवी संक्रमण हुआ। वैज्ञानिकों ने

3 साल एआरटी लेने के बाद मरीज के शरीर में नहीं मिला वायरस

पाया कि सामान्य मरीजों की तुलना में उसके शरीर में वायरस का स्तर काफी कम था। तीन साल तक एंटीरेट्रोवायरल थेरेपी (एआरटी) लेने के बाद उसके शरीर में एचआईवी का सक्रिय भंडार लगभग खत्म हो गया। स्पेन के बार्सिलोना के आईडीआईबीएपीएस और हॉस्पिटल क्लीनिक डी बार्सिलोना के वैज्ञानिकों ने मिलकर ये अध्ययन किया है। इसके मुताबिक इलाज शुरु होने के एक साल बाद मरीज के शरीर में वायरस का रिजर्वायर भी अन्य मरीजों की तुलना में 28 गुना कम पाया गया। सबसे चौंकाने वाली बात रही कि तीन साल बाद वैज्ञानिकों को उसके शरीर में कोई भी सक्रिय और पूर्ण एचआईवी वायरस नहीं मिला।

एचआईवी को छिपने नहीं देती यह दवा : एचआईवी की सबसे बड़ी चुनौती है कि इलाज के बाद भी वायरस शरीर की कुछ कोशिका:ओं में छिपा रहता है। मगर, इस अध्ययन में फिंगोलिमोड लेने वाले मरीज की कोशिकाओं से न सिर्फ वायरस खत्म हो गया बल्कि उसको दोबारा सक्रिय करना भी संभव नहीं हो पाया।

नशामुक्त भारत का 'मेगा प्लान' कल जारी होगा

तैयारी

नई दिल्ली, विशेष संवाददाता। केन्द्रीय गृह एवं सहकारिता मंत्री अमित शाह शुक्रवार (26 जून) को नशामुक्त भारत का 'मेगा प्लान' जारी करेंगे।

नारको कोआर्डिनेशन सेंटर (एनसीओआरडी) की दसवीं शीर्ष स्तरीय बैठक की अध्यक्षता करते हुए शाह सिंथेटिक मादक पदार्थों और डार्कनेट तस्करी पर कड़े प्रहार के लिए तीन साल का साझा रोडमैप भी रखेंगे।

राष्ट्रीय राजधानी नई दिल्ली के विज्ञान भवन में एनसीओआरडी की 10वीं शीर्ष-स्तरीय बैठक होगी। नारकोटिक्स कंट्रोल ब्यूरो (एनसीबी) द्वारा आयोजित यह बैठक नशामुक्त भारत के दृष्टिकोण को आगे बढ़ाने के लिहाज से महत्वपूर्ण मानी जा रही है। बैठक हाइब्रिड मोड में आयोजित होगी, जिसमें 44 केंद्रीय मंत्रालयों एवं विभागों के प्रमुख हितधारकों के साथ राज्यों और मादक पदार्थ कानून प्रवर्तन एजेंसियों के 108 प्रतिनिधि भाग लेंगे। अमित शाह 'मादक पदार्थ नियंत्रण पर विजन डॉक्यूमेंट (2026-2029)' जारी करेंगे। केंद्र सरकार के विभिन्न विभागों, मादक पदार्थ प्रवर्तन एजेंसियों और अन्य हितधारकों के साथ व्यापक विचार-विमर्श के बाद तैयार यह दस्तावेज मादक पदार्थों की समस्या से निपटने के लिए मांग में कमी, आपूर्ति में कमी और नुकसान में कमी के लिए साझा रोडमैप प्रदान करेगा। गृह मंत्री अमित शाह बैठक के दौरान 'एनसीबी वार्षिक रिपोर्ट-2025' भी जारी करेंगे। इसके साथ ही वह जम्मू और गुवाहाटी में नवनिर्मित एनसीबी आंचलिक कार्यालयों का उद्घाटन भी करेंगे।

6,000 करोड़ मूल्य के नशीले पदार्थ नष्ट होंगे

गृह मंत्री 'ऑनलाइन ड्रग्स डिस्पोजल फोर्टनाइट कैंपेन' की भी शुरुआत करेंगे। इस विशेष अभियान के तहत देशभर में विभिन्न केंद्रीय और राज्य कानून प्रवर्तन एजेंसियों द्वारा लगभग 2,09,500 किलोग्राम नशीले पदार्थ नष्ट किए जाने की उम्मीद है। इन नशीले पदार्थों का अनुमानित मूल्य करीब 6,000 करोड़ रुपये बताया गया है।

'जीरो टॉलरेंस' नीति को मिलेगा बल

सरकार का मानना है कि मादक पदार्थों की समस्या से प्रभावी ढंग से निपटने के लिए 'होल-ऑफ-गवर्नमेंट अप्रोच' आवश्यक है। अधिकारियों का कहना है कि सरकार मादक पदार्थ की तस्करी के खिलाफ जीरो टॉलरेंस की नीति पर काम कर रही है।

में विलय नहीं कर सकता।

रूस गया था।

'तो फिर निजी मेडिकल कॉलेज बंद हो जाएंगे'

नईदिल्ली, विशेष संवाददाता। सुप्रीम कोर्ट ने बुधवार को कहा कि निजी मेडिकल कॉलेजों को सरकारी संस्थानों के बराबर शुल्क लेने के लिए मजबूर नहीं किया जा सकता। ऐसा किया गया तो निजी मेडिकल कॉलेज बंद हो जाएंगे।

पीठ ने निजी मेडिकल कॉलेजों की शुल्क को चुनौती देने वाली याचिका को खारिज करते हुए यह टिप्पणी की। पीठ ने राजस्थान हाईकोर्ट के फैसले के खिलाफ ईडब्ल्यूएस के एक छात्र की अपील को खारिज कर दिया। हाईकोर्ट ने निजी मेडिकल कॉलेजों में शुल्क को कम करने या सरकारी संस्थानों के बराबर करने से इनकार कर दिया था। जस्टिस नागरत्ना ने कहा कि 'कोई यह नहीं कह सकता कि निजी संस्थानों में फीस बहुत अधिक है।

जब याचिकाकर्ता की ओर से अधिवक्ता ने कहा कि राजस्थान में निजी मेडिकल कॉलेजों की फीस 25 लाख रुपये तक है तो इस पर पीठ ने कहा कि छात्रों के पास स्कॉलरशिप पाने का विकल्प भी मौजूद है।