



DAILY NEWS BULLETIN

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

20260917



LEGENDS IN

Healthcare

Aatmanirbharta in Healthcare: The Key to Viksit Bharat 2047

From one patient's struggle to a new generation of Indian healthcare technology

There are moments in a surgeon's life that never leave you.

For me, one of those moments came in 2012, when a 22-year-old woman with a congenital hole between the chambers of her heart came to me. She was an ideal candidate for robotic surgery. Her brother told me that she was worried a large scar from conventional surgery might affect her chances of getting married.

I offered to perform the surgery without charging my own fee. But the hospital costs were still around 74 lakh, and the family could not afford them.

Her brother tried to raise the money. A month later, he called to say he was still struggling. I never heard from him again.

I often think about that young woman. Because that was the moment when robotic surgery changed from a technology into a responsibility towards my motherland, India.

I had spent decades building my career as a cardiac surgeon in the United States. When I returned to India in 2011, I bought a Da Vinci surgical system myself because I believed Indian patients deserved access to the same advances I had seen transform surgery abroad.

But I quickly discovered that the technology was simply too expensive to scale in a country like India.

I began asking myself a question that has guided much of my life since: **If technology can transform a patient's life, why should it depend on where that patient lives or what that patient can afford?**

That question took me from being a surgeon to becoming an entrepreneur and, by necessity, a student of engineering and innovation.

Building what India did not have

When we began, there was no established surgical robotics ecosystem in India.

I started SS Innovations, now SS Innovations International, Inc. (SSI), with a small group of engineers. At one point, around ten of them were working from my home. I invested my own savings, borrowed money and sold my car and furniture. During Covid, when funding disappeared, we continued anyway. There were times when even giving salaries became difficult, and members of our team were willing to make sacrifices because they believed in what we were trying to build, a vision for a greater India.

We were not trying to make a cheaper robot.

We wanted to create something genuinely Indian, designed around the needs of our surgeons, our hospitals and our patients, while being capable of competing with the best systems in the world.

That journey resulted in the SSI Mantra. Made in India, for the World.

Today, the system has moved far beyond its beginnings. As of September 2026, the SSI Mantra had reached 238 installations globally, with more than 15,000 procedures performed and approximately 1,500 physicians trained. The platform is now being used across 12 countries.

For me, however, the most important number is not the number of robots. It is where those robots are going and whom they are reaching.

A large part of our Indian footprint is outside the traditional metropolitan centres, including Tier 2 and Tier 3 cities where advanced robotic surgery was once impossible to access. We are also working with government and medical institutions, because I believe that if indigenous technology is truly going to democratise healthcare, it cannot remain confined to premium private hospitals. After all, healthcare is not a privilege but a right of all.

This belief led us to develop SSI MantraM, our mobile telesurgery unit, a bus designed to take advanced robotic surgery and surgical expertise beyond the walls of major urban hospitals. It can travel to remote locations across the country, connecting surgeons and specialists through a high-speed fibre-optic network and enabling telesurgery, training and clinical collaboration.

We have taken MantraM to medical colleges and hospitals across India, including government institutions, allowing surgeons and students to experience, train on and engage with the technology.

This is what I mean when I talk about democratising robotic surgery. We are not trying to build technology for a few centres of excellence. We are trying to create a network in which ad-



vanced surgical capability can progressively reach more cities, more hospitals, more surgeons and, ultimately, more patients.

That is what Aatmanirbhara Bharat should mean in healthcare.

Self-reliance means creating, not merely consuming

India has achieved extraordinary success in pharmaceuticals, vaccines, space technology and digital infrastructure. Yet medical devices remain an area where we continue to depend significantly on imports.

The issue is larger than the trade balance. In advanced medical technology, dependence can affect cost, maintenance, upgrades, spare parts, software, training and the long-term ability to support technology across thousands of hospitals.

The Covid years reminded us that strategic supply chains cannot always be taken for granted.

If we want a resilient healthcare system, we must build strategic capabilities here.

I do not believe Aatmanirbhara means shutting ourselves off from the world. It means having the confidence and capability to compete with the world.

This is also why I deeply appreciate the clarity with which Prime Minister Narendra Modi has articulated the idea of Aatmanirbhara Bharat and connected it to the larger ambition of Viksit Bharat 2047. His call for India to move from being a market for the world to becoming a hub of innovation has particular meaning for those of us building complex technologies here.

For innovators, this vision is both an opportunity and a responsibility. The Prime Minister has consistently encouraged Indian scientists, engineers and entrepreneurs to take on challenges that were once considered beyond our capabilities. That encouragement matters. It creates the confidence to attempt what has not been attempted before and to believe that technologies conceived in India can stand alongside the best in the world.

I believe healthcare must be an important part of that journey.

For years, India has been seen primarily as a large market for technologies developed elsewhere or a dumping ground of obsolete technologies in the name of refurbished machinery. I want to see that perception change.

India should not be known only as the purchaser of advanced technology. It should increasingly be known as the inventor, engineer and exporter of it. Our journey is one example of what that can look like.

In April 2025, SS Innovations International Inc. began trading on Nasdaq under the symbol SSI. For a moment, that carried significance beyond a financial milestone. A technology platform conceived and engineered in India was now standing on one of the world's most prominent global capital markets.

The ambition must now be to take more Indian technologies into the world.

We should not become a dumping ground for yesterday's technology

There is another conversation we need to have honestly if India is serious about building indigenous medical technology: the growing market for refurbished high-end medical equipment.

Let me be clear. I am not against refurbished equipment. Properly refurbished technology can have a legitimate role in healthcare, particularly when it is safe, appropriately certified, transparently priced and supported through its original in-lifecycle. Further, there may be an occasional situation when such technology is not available or manufactured in India.

Sophisticated medical technology cannot be treated like second-hand consumer electronics. A surgical robot is not simply a machine that is purchased, installed and used. It is a clinical ecosystem. Its safety depends on the condition of its hardware, the reliability of its software, the availability, maintenance, upgrades, technical support and, ultimately, the ability to stand behind the technology when a patient's life depends on it.

This becomes even more important when we consider what India is trying to build. Also a patient should be given a right to know what technology he or she is getting operated on with and whether it is obsolete in the country of origin.

An Indian company developing a complex medical device invests significant financial resources, years in engineering, clinical validation, regulatory compliance, manufacturing capability and human capital. If, at the same time, India creates a market where older imported systems can enter primarily because their initial acquisition price is lower, we risk creating the wrong economic incentives.

The issue is not old versus new.

It is short-term acquisition cost versus long-term national capability.

If India wants indigenous medical technology to become more affordable, we need to allow Indian manufacturers to achieve scale. If we want scale, we need demand. If we create demand, component manufacturers, engineers, service networks, training institutions and research capabilities grow around that demand.

This is how an ecosystem becomes self-reliant.

The Government has recognised that refurbished medical devices require careful consideration and, in 2025, constituted a committee to examine and, in their regulation, including safety, performance and remaining useful life.

I welcome that conversation because the answer should not be to shut the door on refurbished technology. It should be to establish a framework that gives hospitals and patients confidence about what they are buying and getting operated on, how long it can safely be used, who is responsible for maintaining it and whether the technology remains clinically supported.

Most importantly, India should ensure that the economics of healthcare do not unintentionally

There are innovation stories that begin with a business plan and a venture capital cheque, and there are innovation stories that begin with a young woman's brother walking away because he couldn't afford 4 lakh rupees for her heart surgery.

Dr. Sudhir Srivastava's story belongs to the second kind.

A cardiac surgeon who built one of the most decorated robotic heart surgery careers in the United States, **Dr. Srivastava** returned to India in 2011 carrying a conviction that advanced surgical technology should reach far more patients than could ever afford it. What followed was not a smooth commercial rollout but a fourteen-year act of personal conviction: a mortgaged car, sold furniture, a decade of self-funding running past Rs. 500 crore, a global pandemic that wiped out early fundraising, and eventually SSI Mantra, a Made-in-India surgical robotic system, and its dramatically upgraded successor, SSI Mantra 3, engineered in an almost unbelievable five months. Today, that journey has grown into SS Innovations International, a Nasdaq-listed company working to make advanced robotic surgery affordable and accessible for all.



tionally make it easier to import yesterday's technology than to build tomorrow's technology here.

We have spent decades being one of the world's largest markets for medical technology. The next chapter should be different.

We should become one of the world's important creators of it. Making distance irrelevant.

One of India's greatest healthcare challenges is the uneven distribution of expertise.

We have exceptional surgeons and hospitals, but they are not distributed evenly across the country. A patient in a smaller city may have a hospital nearby but not the specialist required for a complex procedure.

For decades, our answer has been to move the patient.

Telesurgery gives us the possibility of moving the expertise instead.

We first demonstrated this in India through robotic cardiac telesurgery between Gurugram and Jaipur. Since then, the distances have significantly disappeared. On December 23, 2025, a group of 9 renowned experts within India performed 24 Multi-specialty Telesurgeries including Cardiac Surgeries on patients scattered across India. They got the best care in their hometowns without traveling to large metropolitan cities.

In May 2026, we collaborated with Guyana as it launched its National Robotic Surgery Programme. Using the SSI Mantra and the compact SSI MantraAsana tele-surgeon console, I performed a cardiac procedure remotely between Guyana and a patient in India across approximately 20,000 kilometres of fibre-network distance. At the time, it was the world's longest distance robotic telesurgery.

The significance of Guyana went beyond a world record.

It demonstrated how an Indian-developed platform can become part of another country's healthcare infrastructure. Guyana is not simply buying a machine. It is building capability, training clinicians and creating a new model of access to advanced surgery.

Then, in July, we pushed the boundary further. A robotic telesurgery between Colombia and India crossed more than 22,000 kilometres of network distance, eclipsing our previous record.

The record matters because it proves what is technically possible.

But the real objective is much simpler.

A patient should not have to travel thousands of kilometres merely because the expertise they need is somewhere else. Taking the operating room to the patient

Telesurgery is only one part of this vision.

If expertise can travel digitally, why should the physical infrastructure of surgery always re-

main fixed?

That question led us to MantraM, our mobile telesurgery unit. The idea is straightforward: take advanced robotic surgical capability closer to underserved communities while also creating a platform for training, demonstrations and remote surgical collaboration.

In 2025, MantraM completed its first robotic telesurgery, with a hysterectomy guided remotely from the mobile unit to an operating room in Bhopal. The unit has since travelled to medical colleges, hospitals and underserved communities across India.

It represents an idea I feel strongly about.

The future of surgery should not always require the patient to travel to the technology. Sometimes the technology should travel to the patient.

The same principle is now being taken into more specialised areas.

Our SSI Mantra platform uses 5 mm instruments that enable delicate procedures in smaller patients. In August this year, an SSI Mantra system was used to perform robotic pyeloplasty on a 45-day-old baby in Coimbatore. The infant recovered rapidly after the complex minimally invasive kidney procedure. By the end of August, 258 paediatric robotic procedures had been performed using the platform.

For me, that is more meaningful than any record.

When a 45-day-old child can benefit from technology engineered in India, the argument for indigenous innovation becomes deeply human.

From healthcare technology to national capability

The philosophy behind this work also extends beyond conventional hospitals.

Project Oporion explores how mobile surgical infrastructure can bring advanced operating capability into remote and difficult environments. Project Vinnata takes the idea further, exploring a drone-enabled trauma surgery system designed to reach casualties where conventional access may be difficult.

The applications could extend from disaster response to remote healthcare and defence.

I am particularly interested in what this could eventually mean for battlefield medicine.

A wounded soldier may not always be able to reach a major hospital quickly enough. If technology can take surgical capability to the casualty and connect that capability to an expert surgeon elsewhere, we can begin to rethink what the golden hour means.

These are technologies under development, not substitutes for today's established systems. But they represent an important direction for Indian innovation.

We should be building technologies not only for the problems we have today, but for the problems India and the world will face tomorrow.

We need an ecosystem, not just a robot

One of the greatest lessons of the last fourteen

years is that building the machine is only the beginning.

We need surgeons who can use it, engineers who understand clinical requirements, biomedical technicians who can maintain it, hospitals willing to adopt it, reliable connectivity for telesurgery, training institutions, clinical research, component manufacturers and regulatory frameworks that protect patients while enabling innovation.

This is where I believe India's next phase of development will be decided.

We have exceptional doctors. We have world-class engineers. We have a young population, a large domestic healthcare market and an increasingly sophisticated manufacturing base.

What we need is to connect these strengths. We need to create an environment in which an Indian company can take a difficult idea from a laboratory, through clinical validation, into manufacturing and eventually into hospitals around the world.

We need to make it possible for young Indian engineers to believe that they can work on technologies that are not merely assembled here but conceived here.

And we need to make sure that our best innovations have the opportunity to achieve the scale required to become affordable.

The India we must build When I look back at the journey from that 22-year-old patient to the systems we are building today, I do not see it simply as the story of one company.

I see it as a small example of what India can accomplish when necessity, talent and conviction come together.

We began with ten engineers working from a home.

We now have an Indian-developed robotic platform being used across countries and continents.

We have performed over 700 cardiac surgeries. We have taken robotic technology into paediatric surgery. We have built a mobile surgical platform. We are exploring how robotic surgery can move into disaster response and defence. And an Indian healthcare technology company now trades on Nasdaq. We have done telesurgeries across the globe.

But I do not see these achievements as the destination.

I see them as evidence that India can create. That matters because Viksit Bharat 2047 cannot be defined only by the size of our economy, the scale of our infrastructure or the sophistication of our cities.

It must also be defined by the confidence we give every citizen.

The confidence that where you live will not determine the quality of treatment you receive.

The confidence that advanced technology can be affordable.

The State and Central Government should provide insurance coverage through various State or National Ayushman Schemes for Robotic Surgeries to avoid two or three tier healthcare system. It should become mandatory for private insurers to provide coverage for Robotic surgeries.

The confidence that an Indian surgeon can work with technology designed and built in India.

And the confidence that when the world confronts a difficult problem, India will not always ask, "Who can import the solution from?"

We will increasingly ask: "Can we build the solution here?"

I believe we can.

This is the spirit behind the Prime Minister's vision of Viksit Bharat and Aatmanirbhara Bharat - an India confident in its own capabilities, willing to innovate, build and contribute to that larger national journey.

That is where India will build over the next two decades should not merely be a consumer of the world's best technology.

It should be one of the countries creating that technology, exporting it, improving it and making it accessible to millions who were once excluded from it.

That is the India I came home to build.

An India where innovation crosses borders. An India where expertise reaches the patient. And an India confident enough to tell the world, not only that we can use the future, but that we can invent it.

That is where India will truly attain Aatmanirbhara in healthcare. That is when we'll truly be on the way to Viksit Bharat 2047 and become Vishwaguru!



TO TACKLE HEAVY PATIENT LOAD

Cabinet approves 250-bed trauma block at GTB hospital



Chief Minister Rekha Gupta at Delhi Secretariat on Wednesday. **ANI**

Express News Service
New Delhi, September 16

TO TACKLE heavy patient load and expand emergency care, the Delhi Cabinet on Tuesday approved the construction of a 250-bed super-speciality-cum-trauma block at Guru Teg Bahadur (GTB) Hospital in Dilshad Garden, East Delhi, at a cost of Rs 244.87 crore, officials said.

The block will be built within the existing GTB Hospital campus, thereby doing away with the need to acquire additional land, they added.

The project will come up under Phase-IV of the Centre's Pradhan Mantri Swasthya Suraksha Yojana (PMSSY), under which the Central and state governments share project costs. Chief Minister Rekha Gupta said GTB Hospital is the only major government hospital in East Delhi and continues to face a heavy patient load, with almost all of its beds occupied.

"In view of this, there was a need to expand modern trauma facilities for accident victims and critical emergency cases. Once the new block becomes operational, critical patients will have access to 24x7 emergency and trauma care, specialist treatment, diagnostics, surgery and intensive care at one place," Gupta said.

According to the government, the seven-storey build-

ing will be spread over about 22,550 square metres and will have a basement, a ground floor and six upper floors. It will house 250 beds, including a 72-bed ICU, 48 specialist OPD rooms and nine operation theatres, an official said.

Of the total beds, 20 will be used for emergency care, five for a Burns ICU, 70 for ICU care, four for isolation, 22 for pre- and post-surgery care, 102 for general wards and 25 for private rooms, officials said.

The basement will house a blood bank and laboratory, while the ground floor will have a round-the-clock emergency department, along with CT scan, MRI and X-ray facilities.

The fourth and fifth floors will have 175 general and private ward beds, while the sixth floor will house offices, classrooms and a laboratory for training doctors, according to the statement.

Specialist services will include neurology, orthopaedics, dermatology and dental care, with 77 beds designated for critical care, an official said.

A committee comprising senior officials from the Central and Delhi governments will be set up to monitor the project and will meet every three months to review construction progress, officials said.

The hospital block is targeted for completion by 2028.

Census Town' definition is outdated: Ministry to panel

Housing and Urban Affairs Ministry says the four-decade-old definition ignores economic change, regional diversity, and peri-urban growth; RGI has decided to continue with it despite objections

Sobhana K. Nair
NEW DELHI

The four-decade-old criteria used to classify Census Towns will not be able to capture the actual scale of urbanisation in India, the Housing and Urban Affairs Ministry told a parliamentary committee, arguing that the present rigid definition, which the Registrar-General of India (RGI) has decided to continue with despite the Ministry's objections, does not account for economic and spatial transformations.

A draft report, "Census Criteria for Defining Urban Areas", was discussed by the Parliamentary Standing Committee on Housing and Urban Affairs, headed by TDP MP Magunta Sreenivasulu Reddy, on Wednesday. The Ministry, while deposing before the panel, said the old "rural-urban" binary was outdated and inadequate because of the diversity and complexity of economic activity.

The Economic Advisory Council to the Prime Minister (EAC-PM) argues that



Taking count: The Registrar-General of India has said that it was too late to alter the framework for Census 2027. FILE PHOTO

the country's urbanisation level could have been as high as 63% in 2015 based on satellite data – more than double the official Census 2011 estimate of 31%. According to the 2011 Census, out of the total population of 121 crore, around 83.3 crore Indians or nearly 68.8% of people live in rural areas, while 37.7 crore people or 31.2% of the population reside in urban areas

A Census Town is defined as a village with a minimum population of 5,000, at least 75% of the male working population

engaged in non-agricultural pursuits, and a population density of at least 400 persons per sq. km. The definition has remained unchanged since 1981.

Male bias questioned

In a communication to the RGI in February 2024, the Ministry had flagged several issues with the continued use of the 1981 definition. It objected to uniform national thresholds, saying they disadvantaged hilly and northeastern States. The Ministry also questioned the "male bias", where only the male work-

ing population was being used as a parameter to define a town. The female workforce participation should also be utilised, it said.

The Ministry also said population density was calculated using administrative boundaries rather than built-up areas, resulting in misclassification of settlements. It proposed greater use of satellite imagery and suggested a "transitional areas" category to better capture rapidly urbanising regions.

The Ministry further argued that the binary rural-urban classification overlooked peri-urban settlements and growth corridors that functioned like urban areas. It said the current system, based on data from the previous Census, could lead to both exclusion and inclusion errors. However, the RGI maintained that it was too late to alter the framework for Census 2027, as enumeration blocks, boundaries, training and field deployment depending on the rural-urban classification being finalised in advance.

GTB Hospital to get ₹244.87-cr. worth super-speciality, trauma block by 2028, says CM Gupta

The Hindu Bureau

NEW DELHI

The Delhi Cabinet has approved the construction of a 250-bed super-speciality and trauma block at Guru Teg Bahadur (GTB) Hospital in Dilshad Garden under the Centre's Pradhan Mantri Swasthya Suraksha Yojana (PMSSY), the Chief Minister's Office (CMO) stated in an official release on Wednesday.

The decision was taken at a Cabinet meeting chaired by Chief Minister Rekha Gupta on Tuesday.

The new block, to be built within the hospital campus, is estimated to cost ₹244.87 crore and is expected to be completed by 2028, the release added.

Heavy patient load

"GTB Hospital is the only major government hospital in east Delhi and continues to face a heavy patient load. Almost all its beds remain occupied. In view of this, there was a need to



CM Rekha Gupta said the new block will boost east Delhi's emergency care capacity. ANI

expand modern trauma facilities for accident victims and critical emergency cases," Ms. Gupta said.

"The Delhi government aims to expand the capacity of government hospitals while ensuring that people receive better and timely medical care when they need it," she added.

The latest development follows the Delhi government's decision in March this year to merge the GTB Hospital, the Delhi State Cancer Institute, and the Rajiv Gandhi Super Speciality Hospital into an autonomous institution on

the lines of All India Institute of Medical Sciences (AIIMS).

New block

Spread over 22,550 square metres, the new seven-storied facility will comprise a basement, ground floor, and six upper floors. It will have 250 beds, 48 specialist OPD rooms and nine modern operation theatres.

The basement will house a blood bank and laboratory, the CMO stated. The CM said that the new block will bring together all essential facilities, from 24x7 emergency care and diagnostics to intensive care and surgery.

"This will expand east Delhi's capacity to treat critical accident and emergency cases," she added.

A committee comprising senior officials from the Central and Delhi governments will be constituted to monitor the project. The committee will meet every three months to review the progress of construction.

A Woman's Heart Starts Ageing In Late 30s: Study

Cardiovascular Clock Starts Ticking Well Before Menopause

Kushagra.Dixit@timesofindia.com

New Delhi: Women may need to pay more attention to their heart health well before menopause. A long-running study suggests that their cardiovascular clock may start ticking much earlier than previously thought.

The study analysed 6,760 participants in US and followed measurements from three visits over 14 years. Researchers found that pulse pressure began shifting from a falling to a rising trajectory around 37-39 years in women, compared with about 47 years in men.

The study, recently published in the journal *Hypertension*, challenges the commonly held assumption that the rise in arterial stiffness and pulse pressure among women is primarily a consequence of the hormonal changes accompanying menopause. The widespread assumption has been that the rise in arterial stiffness among women is accompanied by the fall in oestrogen and the arrival of menopause.

Pulse pressure reflects, among other factors, the stiffness of the large arteries. In younger adults, it tends to fall as the aorta grows and becomes better able to accommodate blood ejected by the heart. With ageing, the aorta progressively stiffens and pulse pressure begins to rise.

The study suggests that the change in pulse pressure from a falling to a rising

The study suggests that the change in pulse pressure from a falling to a rising pattern begins in women in their late 30s, which is a decade earlier than in men. Among some women, this change comes nearly two decades before menopause

pattern begins in women in their late 30s, which is a decade earlier than in men. Among some women, this change comes nearly two decades before menopause.

Dr Narender Singh Jhahhria, director professor and head of cardiothoracic and vascular surgery (CTVS) at Atal Bihari Vajpayee Institute of Medical Sciences and RML Hospital, said: "In India, the incidence of women with coronary artery disease before menopause is increasing for sure, although oestrogen was supposed to be a protective factor for women. So, an early screening and modification of prevalent risk factors among younger women in their 30s should be considered."

He added that the reasons could include the increasing prevalence of diabetes, lifestyle changes and metabolic syndrome or obesity in Indian women.

What is striking in the new analysis is how early this transition appears to occur in women. Depending on the timing of menopause, the pulse-pressure

low point was found six, 14 or 19 years before menopause. The researchers found no meaningful relationship between the age at which a woman reached menopause and when her pulse pressure began its upward trajectory.

The study also found that although women had lower pulse pressure than men earlier in life, the rise became faster in women after midlife. By around 60 years, women had a higher average pulse pressure than men.

For Dr Rekha Mishra, associate director, clinical & preventive cardiology, Medanta, Noida, the findings underline the importance of monitoring blood pressure, cholesterol, blood sugar, weight and other cardiovascular risk factors from early adulthood, particularly among those with a family history of heart disease or other risk factors.

"Heart disease prevention cannot begin when symptoms appear. It needs to start earlier," she said.

Dr Aparna Jaswal, director, cardiology, Fortis Escorts Heart Institute, Okhla, said women should use their 30s and 40s as a prevention window. Her advice includes regular blood pressure checks, monitoring cholesterol and blood sugar/HbA1c, keeping track of weight and waist circumference, following a heart-healthy diet, no tobacco, limited alcohol intake, and managing sleep and stress.

CGHS 'family' expands, but contribution stays unchanged

Coverage Now Extended To Beneficiaries' Adopted Sisters

Rema.Nagarajan
@timesofindia.com

On Sept 7, the health ministry extended coverage of Central Govt Health Scheme (CGHS) to adopted sisters of scheme beneficiaries. Just a week back, the eligibility criteria for CGHS was expanded to include married sons and brothers of scheme card holders who are critically or terminally ill. Over the years, the criteria for beneficiaries have been steadily expanded. Yet the contribution by the cardholder remains the same, unlike in health insurance where the addition of a beneficiary, especially an elderly or ill beneficiary, could entail a steep increase in the premium paid.

According to the Sept 7 office memorandum, the ministry received references "regarding the eligibility of adopted sisters (i.e. sisters adopted by parents of a CGHS beneficiary) for inclusion as dependent family members under CGHS". The 'sisters' have to be legally adopted by the parents of CGHS beneficiary and have to satisfy the existing criteria of dependency (staying in the same house as the cardholder), income ceiling (not be earning more than Rs

EXPANSION OF CRITERIA FOR DEPENDENTS

Jul 1, 1954 | 'Family' originally included only the govt servant's spouse, children, stepchildren, and dependent parents living with them. Daughters and sisters were covered till they got married or got a job. If unmarried, divorced, widowed or abandoned, they were covered for life or till they got a job where the earning was above a stipulated amount. Minor brothers could also be included

March 3, 1987 | Allowed female employees to choose between including dependent parents or dependent parents-in-law

Dec 31, 1993 | Age limit for dependent son fixed at 25 years or till he started earning, whichever was earlier



May 7, 2018 | Inclusion of more conditions in definition of disability in keeping with the Rights of Persons with Disabilities Act, 2016. Thus, unmarried sons with any of the newly added 18 conditions including language disabilities such as dyslexia, dyscalculia and disgraphia and blood disorders such as haemophilia and thalassaemia, became eligible for life

July 25, 2013 | Permanently disabled dependent brother included without any age limit



Jan 19, 2012 | Minor children of widowed/separated daughters wholly dependent on primary CGHS beneficiary included

May 31, 2007 | Dependent disabled sons included beyond 25 too



July 2023 | Extended the choice of including either parents or parents-in-law to male employees as well



Sept 16, 2025 | Transgender children and siblings included irrespective of age



Sept 1, 2026 | Inclusion of sons and brothers with terminal or critical illness irrespective of age and marital status



Sept 7 | Inclusion of adopted sisters



9,000 per month plus the applicable dearness allowance) and marital status (i.e. be unmarried, divorced, abandoned or separated), as applicable to biological sisters.

The coverage of sons and brothers of beneficiaries was earlier available only to unmarried dependents. There were also age limits of 25 for sons and 18 for brothers, except for those permanently disabled, who were covered for life. The office memorandum issued by the health ministry on Sept 1 spelt out that "marriage shall not constitute a ground for cessation of CHS/medical attendance facilities in respect of de-

pendent son or brother covered under these provisions whether on account of critical/terminal illness or permanent disability..."

Also, the lifetime coverage would now also apply for "chronic, severe, critical or terminal illnesses resulting in substantial and continuing functional impairment or inability to earn a livelihood/self-sufficiency".

The addition of critically terminally ill beneficiaries could have a major financial implication for the exchequer as there is no ceiling on the amount spent on CGHS beneficiaries. Since no health insurance would normally cover a critically

or terminally ill person, this expansion is fortuitous for an ill person, but only if s/he has a parent or sibling who is a CGHS cardholder.

For dependent daughters and sisters there has never been any age limit but the coverage stops once they get married or get a job with salary above the stipulated limit. Similarly, unmarried/divorced/abandoned/separated daughters and sisters have been eligible for coverage for life, provided they fulfilled the condition of dependency and income. Children and siblings are required to "normally reside" with the primary cardholder to qualify for benefits.

Hospitals could be charging you 2,841% higher on commonly used consumables

Maha FDA Chief Urges Centre To Address 'Permissible Gap'

Rupali Mukherjee &
Anuja Jaiswal | TNN

New Delhi: An IV infusion set priced in the wholesale market for Rs 11 carries an MRP of Rs 325, while a disposable syringe available for under Rs 7 has a price tag of around Rs 60, putting a spotlight on one of the least visible components of hospital bills: the price of widely used consumables during treatment. The gap becomes even more stark for high-value devices such as pacemakers, heart valves and intraocular lenses, where the final MRP may be 10-30 fold higher than the import landed price.

Such huge mark-ups ulti-

mately inflate the patient's hospital bill and may add significantly to the out-of-pocket treatment cost.

The issue has been flagged multiple times over last 15 years but a fresh push by Maharashtra Food and Drug Administration (FDA) has revived a question that has remained unresolved for years: who ultimately sets price of a medical device — the manufacturer, the hospital or the regulator?

Several earlier analyses by National Pharmaceutical Pricing Authority (NPPA) of hospital bills had shown how certain private hospitals procured consumables at rock-bottom prices but charged patients the high

PRICE DISTORTION

Device Category	Trade Price Band
Disposable Syringes	Up to ₹20
IV Sets	Up to ₹50
Cardiac Catheters	Up to ₹500
Intraocular Lenses (IOLs)	₹200 - ₹7,000
Pacemakers	₹15,000 - ₹60,000
Heart Valves	Above ₹150,000



Source: AIMED

printed MRP, sources told TOI.

Flagging mark-ups as high as 2,841% on commonly used hospital consumables, Tukaram Mundhe, Maharashtra FDA commissioner, posted on X on Tuesday, "The regulatory gap is structural: scheduled medicines are capped under the Drugs (Prices Control) Order, 2013. Most medical devices and consumables are not, leaving both

the pricing and the information around it almost entirely unmonitored." He urged the Centre to frame guidelines to address the "permissible gap between trade procurement price and declared MRP".

Nearly a decade ago, prices for cardiac stents and orthopaedic knee implants were capped by NPPA. And, in 2020, govt capped trade margins on certain critical items,

including pulse oximeters, blood pressure monitors and glucometers, during the Coronavirus pandemic.

Historically, the industry — domestic and MNCs — have been split over the capping of trade margins. The domestic industry represented by AIMED cautioned that the current regulatory framework under the Drugs (Prices Control) Order, 2013, is inadequate to address the pricing of medical devices and has proposed capping trade margins at 75% for widely used consumables such as syringes and IV sets, and at 50% for high-value devices such as pacemakers and heart valves.

"Genuine device manufacturers and importers are at a clear disadvantage under the current system of unchecked hospital mark-ups. Ethical suppliers price their

products transparently, based on ex-factory or landed import price, but when hospitals inflate MRPs by 10-30 times, the market rewards those willing to play the distortion game. Responsible companies that refuse to indulge in excessive margins are forced out of competition or in order to survive, have to comply with these unfair demands," said Rajiv Nath, forum coordinator, AIMED, said.

As against this, Medical Technology Association of India, which represents MNCs, said it concurred with Maharashtra FDA Commissioner's "three asks of margin rationalisation, an inter-agency review and clear guidelines governing the permissible gap between trade procurement costs and declared MRPs", which is the "essence of Trade Margin Rationalisation".

Sleeping too little, or too much, could speed up aging

Anuja Jaiswal
@timesofindia.com

New Delhi: Sleeping too little, or even too much, may be linked to faster biological aging and a higher risk of death, according to a large study of nearly 5 lakh adults aged 37 to 84 years. People sleeping less than six hours had a 50% higher hazard of death from any cause, while those sleeping more than eight hours had a 40% higher hazard, compared with six to eight hours.

The study, published in *Nature*, did not establish that sleep extremes directly cause earlier death or faster aging.

Researchers analysed data from about 5,00,000 UK Biobank participants and exami-

ned 23 biological aging clocks based on magnetic resonance imaging, plasma proteins and metabolic markers. They found a U-shaped relationship between sleep duration and biological age gaps. The lowest gaps were generally recorded between 6.4 and 7.8 hours, depending on organ and sex. Among clocks showing a significant relationship, the lowest gaps occurred between 6.5 and 7.8 hours for women and 6.4 and 7.7 hours for men. The pattern was significant in 9 of 23 clocks, involving the brain, heart, lungs, liver, immune system, skin, endocrine system, fat tissue and pancreas.

"Sleep is not just about duration. Timing, depth and continuity also matter. There is no

single ideal number of hours for everyone. Consistently sleeping too little or too much, particularly less than six or more than 9 hours, may indicate non-restorative sleep or an underlying sleep disorder,

which can raise cardiovascular and metabolic risks and affect healthy aging," said Dr J C Suri, director and head, department of pulmonary, critical care and sleep medicine, Sitaram Bhartia Institute of Sci-

ence and Research.

The study identified 153 significant associations between abnormal sleep duration and future disease outcomes. Short sleep had broad links with mental health, metabolic, cardiovascular, pulmonary and digestive diseases. Researchers suggested disrupted sleep and circadian rhythms may affect inflammatory, metabolic, vascular, hormonal and tissue-repair pathways. Questions remain about young people's exposure to irregular schedules, artificial night light, late-night eating, shift work and "social jet lag". Sleep duration was self-reported, and sleep quality, interruptions, timing, architecture or regularity were not measured.

SLEEP IN INDIA: BY THE NUMBERS

16,287

Adults studied in Delhi, Chennai and Karachi

5.5%

Slept less than 5 hours

12.4%

Slept more than 9 hours

12%

Reported insomnia

14.5%

Reported moderate snoring

7.3 hours

— Average sleep duration



This is from the CARRS study, which included **5,364 adults from Delhi and 6,906 from Chennai**

{ DATES TENTATIVE, SAYS AGENCY }

NTA publishes its exam calendar for 2026-2027

HT Correspondent

letters@hindustantimes.com

NEW DELHI: The National Testing Agency (NTA) on Wednesday released its tentative examination calendar for the December 2026-March 2027 period, scheduling major examinations including UGC-NET, Joint CSIR-UGC NET, JEE (Main), CMAT and CUET-PG.

The December cycle of UGC-NET is scheduled from December 14 to 19, with December 20 and 21 kept as buffer dates, while the Joint CSIR-UGC NET will be held on December 20 and 21. JEE (Main) 2027 Session 1 will be conducted over six days — January 22-24 and January 28-30 — with January 31 kept as a buffer date. A buffer date is a backup date kept by the examination authority in case the exam cannot be conducted as originally scheduled.

NTA, however, cautioned candidates that the dates are tentative and “may undergo changes owing to administrative, academic, statutory, logistical or other unforeseen circumstances”. The agency clarified that publication of the calendar “does not constitute a notification for

any examination”.

NTA said the proposed schedule has been placed in the public domain so that “prospective candidates, educational institutions and other stakeholders can plan their academic and examination-related activities accordingly.”

The Army Cadets College examination is scheduled for January 4, the CMAT for February 7 and NITTT (National Initiative for Technical Teachers Training) Part 1 for February 26-27. CUET-PG 2027 will be conducted over 17 days in March. NITTT Part 2 is scheduled for March 5 and 7, according to the calendar.

Detailed information bulletins and examination-specific notices will be issued separately, including details on application schedules, examination city intimation, admit cards, answer keys and results.

NTA advised candidates and other stakeholders to regularly check its official website and respective examination portals for the latest updates and to “rely only on information published on the official NTA website and the respective examination portals.”

NMC tells HC: Same-sex partners can make emergency medical decisions

Shruti Kakkar

shruti.kakkar@hindustantimes.com

NEW DELHI: Same-sex partners and unmarried couples can make medical decisions on behalf of their partners during emergencies if they have been nominated or authorised to do so in the event of incapacity, the National Medical Commission (NMC) clarified in a joint affidavit filed with the Centre before the Delhi High Court on Wednesday.

NMC, in its affidavit, also said that even without prior nomination, same-sex partners and unmarried couples may, in

appropriate circumstances and subject to law, verification and safeguards, be considered persons in a relationship of care or as a "next friend" for making medical decisions on behalf of an incapacitated partner.

The affidavit will be considered by a bench of Justice Swarana Kanta Sharma on Thursday. The NMC said Clause 7.16 of the Indian Medical Council (Professional Conduct, Etiquette and Ethics) Regulations, 2002 should be read "harmoniously and purposively" with the existing legal framework so that a partner duly nominated or authorised by a competent adult patient is not

excluded from making health-care decisions merely because of the partners' sex, gender, sexual orientation or the absence of a formally recognised marriage.

The affidavit was filed in a petition by Arshiya Takkar, a queer individual, seeking directions to the Centre to frame guidelines allowing same-sex partners to give consent.

On August 20, the high court questioned the Centre over the exclusion of same-sex partners and unmarried couples from making medical decisions. It stated that recognition of live-in relationships should be accompanied by corresponding rights.

चिकित्सा का ऋण

रूसी साहित्य के महान कथाकार Anton Chekhov एक चिकित्सक भी थे। द सीगल, अंकल वान्या, श्री सिस्टर्स और द चेरी ऑर्चर्ड जैसी उनकी रचनाओं ने विश्व साहित्य और रंगमंच को

AI Image



गहराई से प्रभावित किया। उनकी कहानियों में साधारण मनुष्य के जीवन, उसकी पीड़ा और संघर्ष की गहरी समझ दिखाई देती है। सन 1890 में, लगभग 30 वर्ष की उम्र में और साहित्य में पहचान बना लेने के बावजूद चेखव ने रूस के सुदूर पूर्व में स्थित सखालिन द्वीप की कठिन यात्रा करने का फैसला किया।

उस समय सखालिन में कैदी और निर्वासित लोगों को रखा जाता था। मित्र अलेक्सी सुवोरिन ने जब इस यात्रा का कारण पूछा तो चेखव ने लिखा कि वह कैदियों की पीड़ा को जानकर चिकित्सा के प्रति अपना ऋण चुकाना चाहते हैं। सखालिन पहुंचकर उन्होंने कैदियों और स्थानीय लोगों से मुलाकात की, व्यवस्थित रूप से उनकी जानकारी जुटाई और उनके जीवन का अध्ययन किया। बाद में इन अनुभवों को उन्होंने 'The Island of Sakhalin' में दर्ज किया। यह यात्रा बताती है कि चेखव के लिए साहित्य जीवन को करीब से समझने का माध्यम भी था।

अच्छी खबर

500 मिलियन से ज्यादा पब्लिक डेटा सेट से ट्रेंड किया मॉडल

कैंसर की पहचान, इलाज में मदद के लिए AIIMS ने बनाया खास AI

AI Image

■ NBT रिपोर्ट, नई दिल्ली

कैंसर जैसी गंभीर बीमारी की जल्द पहचान और मरीजों के इलाज में डॉक्टरों की मदद के लिए AIIMS दिल्ली के वैज्ञानिकों और डॉक्टरों ने ioncology. ai सॉफ्टवेयर तैयार किया है। इस प्रोजेक्ट पर काम करने वाली टीम में मेडिकल ऑन्कोलॉजिस्ट, सर्जिकल ऑन्कोलॉजिस्ट, पैथोलॉजिस्ट, रेडियोलॉजिस्ट और लैब विशेषज्ञों के साथ वैज्ञानिक शामिल रहे हैं। AIIMS के न्यूरोबायोकेमिस्ट्री विभाग

**2,800
भारतीय
मरीजों के
डेटा पर 89%
सटीकता**

के प्रोफेसर और हेड डॉ. अशोक शर्मा के मुताबिक, यह सॉफ्टवेयर अभी रिसर्च मोड में है और इसका इस्तेमाल आम लोगों के लिए नहीं, बल्कि डॉक्टरों को इलाज में सपोर्ट देने के लिए किया जाएगा।

डॉ. अशोक शर्मा ने बताया कि मॉडल को 50 करोड़ से ज्यादा सार्वजनिक रूप से उपलब्ध डेटा सेट से ट्रेन किया गया है। इसके बाद भारतीय मरीजों के डेटा पर इसकी वैलिडेशन की गई। टीम ने करीब 2,800 मरीजों का डेटा सॉफ्टवेयर में क्यूरेट कर शामिल किया। इस दौरान करीब

89% सटीकता मिली। उनका कहना है कि यह शोध ब्रिक्स हेल्थ जर्नल में प्रकाशित हुआ है। इसमें सभी 11 ब्रिक्स देशों में अलग-अलग तरह के कैंसर की स्थिति और बीमारी से निपटने में AI की संभावित भूमिका का अध्ययन किया गया।

डॉ. शर्मा के मुताबिक, सभी ब्रिक्स देशों में कैंसर एक बड़ी स्वास्थ्य समस्या है, हालांकि अलग-अलग देशों में कैंसर के प्रकार और इसकी स्थिति अलग है। ब्राजील, रूस और भारत में ब्रेस्ट कैंसर एक प्रमुख समस्या के तौर पर सामने आता है, जबकि चीन में लंग कैंसर बड़ी चुनौती है।



अब जीनोमिक डेटा को जोड़ने की तैयारी

डॉ. शर्मा ने कहा कि सॉफ्टवेयर मरीज की बीमारी की शुरुआती पहचान और इलाज संबंधी फैसलों में डॉक्टरों को सपोर्ट करने के साथ EMR-EHR के इस्तेमाल में भी मदद करेगा। इसका उद्देश्य डॉक्टर की जगह लेना नहीं, बल्कि उनकी क्लिनिकल क्षमता बढ़ाना है। AIIMS टीम इसमें जीनोमिक डेटा जोड़कर बीमारी और जैविक प्रोफाइल के आधार पर प्रिसिजन ट्रीटमेंट की दिशा में काम कर रही है। BRICS देशों के साथ सहयोग की संभावनाएं भी तलाश रही है।

उत्तर पश्चिम रेलवे

पिंक सहेली कार्ड की अनिवार्यता फिर

यूपी के चार मेडिकल कालेजों में नीट-यूजी दाखिले में 91% आरक्षण पर रोक

विधि संवाददाता, जागरण • लखनऊ : इलाहाबाद हाई कोर्ट की लखनऊ खंडपीठ ने नीट-यूजी के तहत एमबीबीएस दाखिले के लिए अंबेडकरनगर, कन्नौज, सहारनपुर और जालौन के सरकारी मेडिकल कालेजों में करीब 91 प्रतिशत आरक्षण लागू किए जाने पर रोक लगा दी है। कोर्ट ने राज्य सरकार को 21 प्रतिशत एससी, दो प्रतिशत एसटी और 27 प्रतिशत ओबीसी आरक्षण के आधार पर काउंसिलिंग प्रक्रिया आगे बढ़ाने की अनुमति दी है। काउंसिलिंग और इसके आधार पर होने वाले दाखिले कोर्ट के अंतिम आदेश के अधीन रहेंगे।

न्यायमूर्ति आलोक माथुर और न्यायमूर्ति अमिताभ कुमार राय की पीठ ने बुधवार को मामले की सुनवाई की। याचिकाकर्ताओं की ओर से वरिष्ठ अधिवक्ता एएन त्रिपाठी ने कहा कि पिछले वर्ष सुनवाई के दौरान राज्य सरकार ने अगले शैक्षणिक सत्र से आरक्षण व्यवस्था को वैधानिक प्रविधानों के अनुरूप करने का आश्वासन दिया था। इसके बावजूद मौजूदा शैक्षणिक सत्र में चारों कालेजों की राज्य कोर्ट की सीटों पर ऐसी व्यवस्था लागू की गई, जिससे कुल आरक्षण करीब 91 प्रतिशत हो गया। याचिका में चारों सरकारी मेडिकल कालेजों में

- हाई कोर्ट ने वैधानिक 50 प्रतिशत आरक्षण के अनुरूप काउंसिलिंग आगे बढ़ाने की अनुमति दी
- 21 प्रतिशत एससी, दो प्रतिशत एसटी व 27 % ओबीसी आरक्षण के आधार पर होगी प्रक्रिया



नीट-यूजी की राज्य कोर्ट की सीटों पर इस व्यवस्था को चुनौती दी गई थी। सुनवाई के दौरान कोर्ट ने 91 प्रतिशत आरक्षण पर रोक लगा दी, लेकिन छात्रों की काउंसिलिंग पूरी तरह रोकने के बजाय एससी के लिए 21 प्रतिशत, एसटी के लिए दो प्रतिशत और ओबीसी के लिए 27 प्रतिशत आरक्षण के आधार पर प्रक्रिया जारी रखने की अनुमति दी। कोर्ट ने चिकित्सा शिक्षा विभाग के अपर मुख्य सचिव को कारण बताओ नोटिस भी जारी किया है। उनसे पूछा गया है कि पिछले वर्ष अदालत के समक्ष दिए गए आश्वासन के उल्लंघन पर उनके खिलाफ आपराधिक अवमानना की कार्यवाही क्यों न शुरू की जाए।

'यदि एक बार आरक्षण का लाभ ले लिया तो आरक्षित वर्ग सामान्य वर्ग में नहीं जा सकता'

जागरण ब्यूरो, नई दिल्ली : उत्तर प्रदेश में 69 हजार सहायक शिक्षकों की भर्ती के मामले में सामान्य वर्ग के नौकरी कर रहे सहायक शिक्षकों की ओर से दलील दी गई कि एक बार आरक्षण का लाभ लेने के बाद आरक्षित वर्ग अधिक अंक लाने पर भी सामान्य वर्ग में नहीं जा सकता। वरिष्ठ वकील शोभा गुप्ता ने कहा कि आरक्षित वर्ग के अभ्यर्थियों को इस भर्ती में आयु, फीस और अंकों में छूट दी गई है, जो कि आरक्षण की श्रेणी में आती है। अगर हाई कोर्ट की खंडपीठ का 13 अगस्त, 2024 का फैसला लागू होता है, तो छह साल से इस भर्ती के तहत नौकरी कर रहे करीब 10 हजार शिक्षक नौकरी से बाहर हो जाएंगे। मामले की अगली सुनवाई 22 सितंबर को होगी। इसकी सुनवाई जस्टिस एसवीएन भट्टी और एनवी अंजारिया की पीठ कर रही है।

बुधवार को सुप्रीम कोर्ट में इस पर बहस हुई, जिसमें चयनित व नौकरी कर रहे अभ्यर्थियों की ओर से पक्ष रखा गया। शोभा गुप्ता ने कहा कि सवाल है कि आरक्षित

- उत्तर प्रदेश शिक्षक भर्ती विवाद में सामान्य वर्ग के अभ्यर्थियों ने सुप्रीम कोर्ट में दी दलील
- कहा-हाई कोर्ट का फैसला लागू होता है, तो 10 हजार शिक्षक नौकरी से बाहर हो जाएंगे

वर्ग के तौर पर छूट ली है, क्या वे अधिक अंक आने पर अनारक्षित वर्ग की रिक्तियों पर नियुक्ति पा सकते हैं। सुप्रीम कोर्ट के चार फैसले इस मुद्दे को कवर करते हैं। गुप्ता ने यह साबित करने के लिए आंकड़े पेश किए कि ज्यादातर सीटें आरक्षित वर्ग के हिस्से में जा रही हैं।

गुप्ता ने कहा कि आरक्षित वर्ग का कहना है कि उन्होंने भले ही पहले छूट ली हो, लेकिन अगर उन्होंने सहायक शिक्षक भर्ती परीक्षा में 65 प्रतिशत या उससे अधिक अंक अर्जित किए हैं तो उन्हें सामान्य वर्ग में माना जाए। कोर्ट ने सभी पक्षों को सुनने का आश्वासन दिया है। मामले में इलाहाबाद हाई कोर्ट के आदेश को सामान्य वर्ग के चयनित अभ्यर्थियों ने चुनौती दी है।

एनालाग पनीर पर देशभर में रोक की तैयारी

अनूप कुमार सिंह • जागरण

नई दिल्ली : देश में एनालाग पनीर बनाने और इसकी बिक्री पर रोक लगाने की तैयारी है। नकली और मिलावटी पनीर के खिलाफ



‘दैनिक जागरण’ के अभियान के बाद अब

एफएसएसआइ के सीईओ राजित पुनहानी

भारतीय खाद्य सुरक्षा और मानक प्राधिकरण (एफएसएसआइ) रोक लगाने जा रहा है। इसके लिए केंद्रीय स्तर पर नियम बनाने की प्रक्रिया चल रही है। एफएसएसआइ के मुख्य कार्यकारी अधिकारी (सीईओ) राजित पुनहानी ने बुधवार को इसकी पुष्टि की। उन्होंने बताया कि 24 सितंबर को दिल्ली में एक बड़ी बैठक होने जा रही है, जिसमें सभी राज्यों के प्रतिनिधि शामिल होंगे। बैठक में एनालाग पनीर पर देशभर में रोक लगाने और इसकी बिक्री पर अंकुश लगाने के साथ ही

● एफएसएसआइ के सीईओ ने की पुष्टि, 24 सितंबर की बैठक में तय होगी आगे की दिशा

● नकली, मिलावटी व डिजर्ट से बने पनीर की बिक्री को देखते हुए उठाया जा रहा कदम

राजधानी के होटलों-रेस्त्रां में लजीज बता परोसा जा रहा जहरीला पनीर



रहें सतर्क, दिल्ली में बिक रहा डिजर्ट से बना पनीर



दैनिक जागरण में प्रकाशित खबरें ●

इस तरह के अन्य मामलों को लेकर आगे की कार्रवाई पर चर्चा होगी। ‘दैनिक जागरण’ ने पिछले दिनों लगातार समाचारों के जरिये दिल्ली समेत देश के कई हिस्सों में बड़े पैमाने पर नकली, मिलावटी और डिजर्ट से बने पनीर की बिक्री का मामला सामने रखा था। पड़ताल में सामने आया कि एनालाग की आड़

क्या होता है एनालाग पनीर

एनालाग पनीर, पनीर जैसा ऐसा उत्पाद है, जो दूध से नहीं बनता है। इसमें वनस्पति घसा, प्रोटीन, स्टार्च और अन्य खाद्य सामग्री का इस्तेमाल होता है। इसे पारंपरिक पनीर के विकल्प के रूप में तैयार किया जाता है और यह पनीर जैसा दिखता है।

में पनीर के नाम पर ऐसे उत्पाद बाजार में बेचे जा रहे हैं, जो पनीर नहीं हैं और दिल्ली में डिजर्ट से बने नकली पनीर की आपूर्ति व बिक्री धड़ल्ले से हो रही है। इसके बाद दिल्ली सरकार समेत विभिन्न राज्यों की खाद्य सुरक्षा एजेंसियों ने कार्रवाई तेज की। बता दें कि आठ राज्यों में एनालाग या गैर-डेरी

पनीर पर पहले ही रोक लगाई जा चुकी है। इनमें महाराष्ट्र, गुजरात, छत्तीसगढ़, मध्य प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, उत्तराखंड, कर्नाटक और पंजाब शामिल हैं।

प्रतिदिन 41 लाख किलो की मांग, दूध से बनता है 15.5 लाख किलो पनीर: देश में पनीर की बाजार मांग करीब 150 करोड़ किलो सालाना, यानी लगभग 41 लाख किलो प्रतिदिन है। पनीर की दैनिक आपूर्ति करीब 36 से 38 लाख किलो ही मानी जाती है। केंद्र सरकार के पशुपालन और डेरी विभाग की वार्षिक रिपोर्ट 2025 के अनुसार, वर्ष 2024-25 में देश में 2478.7 करोड़ किलो दूध का उत्पादन हुआ। इसमें 1.5 प्रतिशत यानी करीब 371.8 करोड़ किलो दूध पनीर बनाने के लिए मिला। इससे करीब 15.5 लाख किलो पनीर प्रतिदिन तैयार हो सका। दूध से बनने वाला पनीर देश की करीब 41 लाख किलो दैनिक मांग का लगभग 38 प्रतिशत है। पनीर की शेष मात्रा की आपूर्ति अन्य स्रोतों से होती है, जिसमें एनालाग पनीर और अन्य तरीके से तैयार उत्पाद शामिल हैं।

मेटा की रिपोर्ट से बच्चों के साइबर अपराध की जांच में आएगी तेजी

आइएफएसओ इकाई को एविडेंस तक पहुंचने में मिलेगी मदद

अनूप कुमार सिंह • जागरण

2024

में दिल्ली में 151 मामले दर्ज हुए, जो बच्चों को यौन रूप से दिखाने वाली सामग्री के प्रसारण से जुड़े थे

नई दिल्ली : फेसबुक और इंस्टाग्राम पर बच्चों के यौन शोषण से जुड़ी सामग्री मिलने पर मेटा अब इसकी जानकारी सीधे भारत के साइबर अपराध तंत्र को देगी। इससे दिल्ली में ऐसे मामलों की जांच को महत्वपूर्ण डिजिटल सुराग मिलने की उम्मीद है। खासकर द्वारका स्थित दिल्ली पुलिस की इंटेलिजेंस फ्यूजन एंड स्ट्रेटजिक आपरेशंस (आइएफएसओ) इकाई को संदिग्ध अकाउंट, आइपी एड्रेस और अन्य डिजिटल एविडेंस तक पहुंचने में मदद मिलेगी। दिल्ली पुलिस के अनुसार आइएफएसओ महिलाओं और बच्चों से जुड़े संवेदनशील साइबर अपराधों समेत जटिल मामलों की जांच करने वाली विशेष इकाई है। इसके पास डिलीट डाटा निकालने और मोबाइल व अन्य डिजिटल उपकरणों की फॉरेंसिक जांच की सुविधा भी है। मेटा एक अमेरिकी बहुराष्ट्रीय प्रौद्योगिकी कंपनी है, जो फेसबुक, इंस्टाग्राम, व्हाट्सएप को संचालित करती है।

बच्चों के खिलाफ आनलाइन अपराध की गंभीरता का अंदाजा एनसीआरबी के 2024 के आंकड़ों से लगाया जा सकता है। देश में बच्चों के खिलाफ साइबर अपराध के 1238 मामले सूचना प्रौद्योगिकी कानून के तहत दर्ज हुए। इनमें

बच्चे शर्म और डर के कारण नहीं बताते

बाल एवं किशोर मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञों के शोध में भी साइबरबुलिंग और आनलाइन उत्पीड़न के बाद बच्चों के सामने मदद मांगने में झिझक, परिवार से बात न कर पाना और मानसिक दबाव जैसी चुनौतियां सामने आई हैं। इसलिए विशेषज्ञों के अनुसार केवल सामग्री हटाना या

1099 मामले बच्चों को यौन रूप से दिखाने वाली सामग्री के प्रकाशन या प्रसारण से जुड़े थे। दिल्ली में ऐसे साइबर अपराध के 151 केस दर्ज हुए। यह आंकड़ा सिर्फ दर्ज मामलों को दर्शाता है।

15 जिला साइबर थानों का नेटवर्क : दिल्ली में अब सभी 15 जिलों में अलग साइबर थाना अधिसूचित है। इससे आइएफएसओ के स्तर पर मिले इनपुट को संबंधित जिले तक भेजकर स्थानीय स्तर पर जांच और कार्रवाई की जा सकती है। एनसीआर में नोएडा और गुरुग्राम में भी साइबर अपराध के लिए अलग पुलिस तंत्र सक्रिय है।

गूमिंग से शुरू होकर ब्लैकमेल तक : बच्चों को निशाना बनाने का तरीका हमेशा सीधे आपत्तिजनक सामग्री भेजने से शुरू नहीं होता।

आरोपित तक पहुंचना पर्याप्त नहीं है। प्रभावित बच्चे को सुरक्षित माहौल, परिवार का सहयोग और आवश्यकता होने पर मानसिक स्वास्थ्य सहायता भी मिलनी चाहिए। मेटा से सीधे रिपोर्ट मिलने पर जांच की गति बढ़ने के साथ प्रभावित बच्चे तक समय पर पहुंच बनाने में भी मदद मिल सकती है।

कई मामलों में अपराधी पहले सोशल मीडिया पर बच्चे से दोस्ती करता है, उम्र या पहचान छिपाकर विश्वास हासिल करता है और धीरे-धीरे निजी तस्वीर या वीडियो मांगता है। इसे गूमिंग कहा जाता है। बाद में उसी सामग्री के आधार पर ब्लैकमेल, धमकी या यौन शोषण का प्रयास किया जा सकता है।

स्कूलों ने बताया महत्वपूर्ण कदम : माउंट आबू पब्लिक स्कूल, रोहिणी की प्रधानाचार्य ज्योति अरोड़ा ने कहा कि मेटा प्लेटफॉर्म की ओर से ऐसे मामलों की सीधे रिपोर्टिंग बच्चों की सुरक्षा की दिशा में महत्वपूर्ण है। एवरग्रीन पब्लिक स्कूल, वसुंधरा एंक्लेव की प्रियंका गुलाटी ने कहा कि ऐसे प्लेटफॉर्म स्तर पर संदिग्ध गतिविधियों की पहचान व रिपोर्टिंग व्यवस्था मजबूत होना जरूरी है।

जीटीबी में बनेगा 250 बेड का ट्रॉमा ब्लॉक

फैसला

नई दिल्ली, प्रसं। दिलशाद गार्डन स्थित गुरु तेग बहादुर अस्पताल में 250 बेड का सुपर-स्पेशियलिटी कम ट्रॉमा ब्लॉक का निर्माण किया जाएगा। 244.87 करोड़ रुपये की लागत वाली इस परियोजना को दिल्ली सरकार की मंगलवार को हुई कैबिनेट बैठक में मंजूरी मिल गई है। मुख्यमंत्री ने बताया कि नया ब्लॉक जीटीबी अस्पताल के मौजूदा परिसर में ही बनाया जाएगा, इसके लिए नई जमीन खरीदने की जरूरत नहीं होगी।

मुख्यमंत्री रेखा गुप्ता ने कहा कि

सात मंजिला इमारत में 72 बेड का आईसीयू होंगे

सीएम ने बताया कि करीब 22,550 वर्ग मीटर क्षेत्र में बनने वाला यह ब्लॉक सात मंजिला होगा। इसमें 250 बेड, 48 विशेषज्ञ ओपीडी कमरे और नौ आधुनिक ऑपरेशन थिएटर होंगे। बेसमेंट में ब्लड बैंक और प्रयोगशाला की व्यवस्था होगी। ग्राउंड फ्लोर पर इमरजेंसी के साथ सीटी, एमआरआई और एक्स-रे जैसी जांच सुविधाएं उपलब्ध होंगी। दूसरी मंजिल पर 72 बेड का आईसीयू होगा, जबकि चौथी और पांचवीं मंजिल पर 175 सामान्य व निजी वार्ड बेड होंगे। छठी मंजिल पर कार्यालय, दक्षाएं और डॉक्टरों के प्रशिक्षण के लिए लैब बनाई जाएगी।



जीटीबी अस्पताल पूर्वी दिल्ली का एकमात्र बड़ा सरकारी अस्पताल है और यहां मरीजों का भारी दबाव रहता है। अस्पताल के लगभग सभी बेड भरे रहते हैं। ऐसे में दुर्घटनाओं और गंभीर

आपातकालीन मामलों के लिए आधुनिक ट्रॉमा सुविधाओं का विस्तार जरूरी था। नए ब्लॉक के शुरू होने से गंभीर मरीजों को 24 घंटे इमरजेंसी और ट्रॉमा केयर के साथ विशेषज्ञ चिकित्सा,

2028 में होगा शुरू

दुर्घटना और आपातकालीन मामलों के लिए ट्रॉमा उपचार की सुविधा होगी। ब्लड बैंक भी होगा। मुख्यमंत्री रेखा गुप्ता ने नए ब्लॉक में इमरजेंसी से लेकर जांच, गहन चिकित्सा और सर्जरी तक की आवश्यक सुविधाओं को एकीकृत तरीके से उपलब्ध कराया जाएगा। अस्पताल को वर्ष 2028 में शुरू करने का लक्ष्य रखा गया है।

जांच, सर्जरी और गहन चिकित्सा की सुविधाएं एक ही स्थान पर मिलेंगी। यह ट्रॉमा ब्लॉक प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना (पीएमएसएसवाई) फेज-4 के तहत बनाया जाएगा।

यमना के पनर्जीवन और

CRPL परिवार की ओर से विश्वकर्मा पूजा की हार्दिक शुभकामनाएं

एल
नई वि
बहादुर
मरीज
उपव
मज
बुध
के

बढ़ती गर्मी से घट रहा बच्चों की पढ़ाई का समय

नई दिल्ली। बढ़ता तापमान अब बच्चों की पढ़ाई और रोजमर्रा की दिनचर्या को भी प्रभावित करने लगा है। आईआईटी गुवाहाटी के एक नए अध्ययन के मुताबिक, जब तापमान चरम पर पहुंचता है तो बच्चे पढ़ाई में कम समय देते हैं और आराम तथा मनोरंजन जैसी गतिविधियों में अधिक समय बिताते हैं।

गर्म दिनों में स्कूल और कॉलेज जाने की दर में भी कमी देखी गई है। इससे बच्चों के सीखने के लिए उपलब्ध समय प्रभावित हो सकता है। यह अध्ययन आईआईटी गुवाहाटी के मानविकी



एवं सामाजिक विज्ञान विभाग के सहायक प्रोफेसर भास्कर ज्योति नियोग के नेतृत्व में किया गया है। इसके निष्कर्ष रिव्यू ऑफ इकोनॉमिक्स ऑफ द हाउसहोल्ड जर्नल में प्रकाशित हुए हैं।

शोधकर्ताओं ने 2019 के नेशनल टाइम यूज सर्वे के आंकड़ों को रोजाना के मौसम संबंधी आंकड़ों से जोड़कर यह देखा कि अलग-अलग तापमान में बच्चे अपने समय का इस्तेमाल कैसे करते हैं। अत्यधिक गर्म या बेहद ठंडे मौसम में बच्चों के समय के इस्तेमाल में बदलाव आता है। पढ़ाई के लिए दिया जाने वाला समय घटता है, जबकि आराम और मनोरंजन जैसी गतिविधियों के लिए समय बढ़ जाता है। गर्म दिनों में शैक्षणिक संस्थानों में उपस्थिति घटने का संबंध भी सामने आया है। अमर उजाला नेटवर्क

श्री
एक
माता
शादी
कानून
हक
अदालत
होने
उसके
रूप में
वंचित
अद
आदेश
को दो
जमीन
आदेश

क्वींस यूनिवर्सिटी के 'जर्नल ऑफ एपिडेमियोलॉजी एंड कम्युनिटी हेल्थ' में खुलासा मानसिक स्वास्थ्य के लिए वायु प्रदूषण खतरनाक, बढ़ा रहा आत्मघाती विचार

नई दिल्ली/बेलफास्ट। वायु प्रदूषण का असर श्वसन तंत्र या दिल तक ही सीमित नहीं रहा बल्कि मानसिक स्वास्थ्य पर भी इसका बेहद घातक असर पड़ रहा है। एक नए अंतरराष्ट्रीय अध्ययन के अनुसार वायु प्रदूषण के संपर्क में आने से आत्महत्या के जोखिम, आत्महत्या के प्रयास और आत्मघाती विचारों में बढ़ोतरी हो सकती है।

इस शोध में क्वींस यूनिवर्सिटी बेलफास्ट के वैज्ञानिकों ने दुनिया भर के 29 से अधिक अध्ययनों का विश्लेषण किया है और उसके आधार पर अपनी विस्तृत रिपोर्ट में यह दावा किया है। अध्ययन जर्नल ऑफ एपिडेमियोलॉजी एंड कम्युनिटी हेल्थ में प्रकाशित हुआ है। शोधकर्ताओं ने पाया कि हवा में मौजूद कुछ खास प्रदूषक तत्वों का सीधा संबंध मानसिक स्वास्थ्य बिगड़ने और आत्मघाती व्यवहार से है।



नाक और खून से मस्तिष्क तक पहुंच

वैज्ञानिकों के अनुसार, वायु प्रदूषण सिर्फ फेफड़ों या दिल को ही नुकसान नहीं पहुंचाता, बल्कि यह नाक और खून के जरिये मस्तिष्क तक पहुंच सकता है। प्रदूषित हवा के कण दिमाग में क्रॉनिक सूजन और नसों को नुकसान पहुंचा सकते हैं। यह सूजन व्यक्ति के मस्तिष्क की कार्यप्रणाली, मूड को नियंत्रित करने की क्षमता और मानसिक तनाव को सहने की शक्ति को कमजोर कर देती है।

सल्फर डाइऑक्साइड, ओजोन और ध्वनि प्रदूषण भी वजह : अध्ययन के मुताबिक हवा में मौजूद पीएम2.5 व पीएम10 जैसे छोटे कणों के अल्पकालिक और दीर्घकालिक संपर्क में आने से मानसिक स्वास्थ्य पर बेहद बुरा असर पड़ता है, जिससे व्यक्ति में मानसिक अवसाद व आत्महत्या का जोखिम काफी बढ़ जाता है। वहीं, मुख्य रूप से वाहनों के धुएं और जीवाश्म ईंधन (फॉसिल फ्यूल) के जलने से पैदा होने

वाली नाइट्रोजन डाइऑक्साइड गैस के लंबे समय तक संपर्क में रहने और आत्मघाती विचारों के बीच गहरा संबंध देखा गया है। इसके अलावा सल्फर डाइऑक्साइड, ओजोन और ध्वनि प्रदूषण को भी मानसिक तनाव और आत्महत्या के जोखिम से जुड़ा हुआ पाया गया है। अध्ययन पर और भी देशों से डाटा जुटाया जा रहा है और जल्द ही इस पर एक और रिपोर्ट पेश की जाएगी। अमर उजाला रिसर्च

बाल यौन शोषण मामला : सरकारी सूत्रों ने कहा, मेटा अब महज मध्यस्थ नहीं बल्कि एक सेवाप्रदाता कंपनी खत्म हो सकता है मेटा का कानूनी संरक्षण

नई दिल्ली। बाल यौन शोषण सामग्री और ऑनलाइन प्लेटफॉर्मों की मनमानी पर अंकुश लगाने के लिए केंद्र ने सख्ती शुरू कर दी है। सरकारी सूत्रों ने कहा कि फेसबुक व इंस्टाग्राम के मालिकाना हक वाली कंपनी मेटा को सिर्फ एक मध्यस्थ नहीं माना जा सकता, बल्कि वह एक सेवाप्रदाता है। इसलिए सूचना प्रौद्योगिकी अधिनियम की धारा 79 के तहत इसे सेफ हार्बर नहीं मिलना चाहिए।

सरकारी सूत्रों ने बुधवार को कहा, जब मेटा के एल्गोरिदम किसी सामग्री की पहुंच बढ़ाते हैं और यह तय करते हैं कि कौन सी सामग्री यूजर को कितनी दिखाई देगी तो कंपनी को अब सिर्फ एक मध्यस्थ नहीं माना जा सकता। वह एक सेवाप्रदाता है। जिस तरह सेवाप्रदाता कंपनियों की कई जिम्मेदारियां होती हैं उसी तरह



अरुण श्रीनिवास

आयोग के समक्ष एक हफ्ते में दूसरी बार पेश हुए मेटा इंडिया के अपफ्सर

बच्चों के यौन शोषण से जुड़ी सामग्री वाले विज्ञापनों की जांच के सिलसिले में मेटा इंडिया के शीर्ष अधिकारी बुधवार को राष्ट्रीय बाल अधिकार संरक्षण आयोग के समक्ष पेश हुए। यह एक हफ्ते में दूसरा मौका है, जब मेटा के अधिकारी आयोग के समक्ष पेश हुए। इनमें मेटा इंडिया के प्रमुख अरुण श्रीनिवास शामिल थे। उन्होंने मीडिया के सवालों के जवाब नहीं दिए।

मेटा ने स्वीकार की गलती : सरकारी सूत्रों ने कहा, मेटा ने गलती स्वीकार करते हुए बाल यौन शोषण से जुड़ी सामग्री की सूचना भारतीय कानून प्रवर्तन एजेंसियों को देने की प्रतिबद्धता जताई है। अब तक मेटा अमेरिका स्थित नेशनल सेंटर फॉर मिसिंग एंड एक्सप्लॉइटेड चिल्ड्रन (एनसीएमईसी) को अपनी रिपोर्ट भेजती थी।

सोशल मीडिया कंपनी को भी आगे बढ़कर अधिक जिम्मेदारी लेनी होगी। सरकार का मानना है कि अब मेटा को कानूनी संरक्षण प्राप्त नहीं है। हालांकि, कानून की व्याख्या अदालतें ही करेंगी। एजेंसी

आपत्तिजनक या फर्जी सामग्री के लिए सीधे कंपनी जिम्मेदार होगी

भारत में सोशल मीडिया का संचालन करने वाली कंपनियों को सिर्फ मध्यस्थ माना जाता है। सोशल मीडिया पर लोग अपनी सामग्री अपलोड करते हैं और सूचना प्रौद्योगिकी अधिनियम-2000 की धारा 79 के तहत पोस्ट की गई सामग्री के लिए कंपनी जिम्मेदार नहीं होती। इसे सेफ हार्बर कहा जाता है।

■ अगर कंपनी सेफ हार्बर के दायरे से बाहर जाती है तो उसके मंच पर पोस्ट किसी भी गैर कानूनी, आपत्तिजनक या फर्जी सामग्री के लिए सीधे कंपनी जिम्मेदार होगी। मेटा, गूगल और एक्स जैसी कंपनियां यह स्थिति नहीं चाहती।

दुनियाभर में जांच : भारत समेत दुनियाभर में सोशल मीडिया कंपनियों की भूमिका जांची जा रही है। इनमें लोगों को ऑनलाइन लत, मानसिक स्वास्थ्य पर दुष्प्रभावों से लेकर एल्गोरिदम में पक्षपात, हानिकारक सामग्री और अनुशंसा प्रणालियों की जांच हो रही है।

पूर्वी दिल्ली को मिलेगा बड़ा ट्रॉमा सेंटर जीटीबी में बनेगा 250 बेड का नया ब्लॉक

244.87 करोड़ रुपये की परियोजना को कैबिनेट की मंजूरी, 2028 तक पूरा करने का लक्ष्य

अमर उजाला ब्यूरो

नई दिल्ली। पूर्वी दिल्ली के गुरु तेग बहादुर (जीटीबी) अस्पताल में गंभीर दुर्घटना और आपातकालीन मरीजों के इलाज के लिए 250 बेड का सुपर-स्पेशियलिटी कम ट्रॉमा ब्लॉक बनाया जाएगा। मुख्यमंत्री रेखा गुप्ता की अध्यक्षता में बुधवार को हुई दिल्ली कैबिनेट की बैठक में 244.87 करोड़ रुपये की परियोजना को मंजूरी दी गई। प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना (पीएमएसएसवाई) के फेज-4 के तहत बनने वाले इस ब्लॉक को वर्ष 2028 तक पूरा करने का लक्ष्य रखा गया है।

अस्पताल के मौजूदा परिसर में करीब 22,550 वर्ग मीटर क्षेत्र में सात मंजिला इमारत का निर्माण किया जाएगा। इसमें बेसमेंट, ग्राउंड फ्लोर और छह मंजिलें होंगी। बेसमेंट में ब्लड बैंक और प्रयोगशाला बनाई जाएगी, जबकि ग्राउंड फ्लोर पर 24 घंटे इमरजेंसी के साथ सीटी स्कैन, एमआरआई और एक्स-रे जैसी जांच सुविधाएं उपलब्ध रहेंगी।



सांकेतिक

22,550

वर्ग मीटर क्षेत्र में सात मंजिला इमारत का किया जाएगा निर्माण

250 बेड, 9 ऑपरेशन थिएटर और ओपीडी के 48 कमरे होंगे

प्रस्तावित ब्लॉक में 20 इमरजेंसी, 5 बर्न्स आईसीयू, 70 आईसीयू, 4 आइसोलेशन, 22 प्री और पोस्ट सर्जरी, 102 सामान्य वार्ड तथा 25 निजी कमरों के बेड होंगे। गंभीर मरीजों के लिए कुल 77 क्रिटिकल-केयर बेड की व्यवस्था की जाएगी। इसके अलावा 48 विशेषज्ञ ओपीडी कमरे और 9 आधुनिक ऑपरेशन थिएटर बनाए जाएंगे।

72 बेड का आईसीयू होगा

ब्लॉक में न्यूरो, हड्डी, त्वचा और दंत चिकित्सा समेत विभिन्न विशेषज्ञ सेवाएं उपलब्ध होंगी। दूसरी मंजिल पर 72 बेड का आईसीयू प्रस्तावित है, जबकि चौथी और पांचवीं मंजिल पर सामान्य व निजी वार्ड होंगे। छठी मंजिल पर कार्यालय, कक्षाएं और डॉक्टरों के प्रशिक्षण के लिए लैब बनाई जाएगी।

मरीजों के बढ़ते दबाव को कम करने पर जोर

मुख्यमंत्री रेखा गुप्ता ने कहा कि जीटीबी अस्पताल पूर्वी दिल्ली का प्रमुख सरकारी अस्पताल है और यहां मरीजों का लगातार भारी दबाव रहता है। अस्पताल में बेड की व्यस्तता अधिक होने के कारण गंभीर दुर्घटना और आपातकालीन मामलों के लिए ट्रॉमा सुविधाओं का विस्तार जरूरी था। नए ब्लॉक में इमरजेंसी, जांच, गहन चिकित्सा और सर्जरी को एकीकृत किया जाएगा, जिससे गंभीर मरीजों के इलाज की क्षमता बढ़ेगी।

हर तीन महीने में होगी कार्य की प्रगति की समीक्षा

परियोजना की निगरानी के लिए केंद्र और दिल्ली सरकार के वरिष्ठ अधिकारियों की समिति गठित की जाएगी। समिति हर तीन महीने में बैठक कर निर्माण की प्रगति की समीक्षा करेगी। पीएमएसएसवाई फेज-4 के तहत परियोजना की लागत केंद्र और दिल्ली सरकार मिलकर वहन करेंगी। अस्पताल परिसर में ही जमीन उपलब्ध होने के कारण इसके लिए नई जमीन खरीदने की आवश्यकता नहीं होगी।

डॉक्टरों की सुरक्षा के लिए ओजोन शील्ड पहल की शुरुआत

नई दिल्ली। डॉक्टरों के साथ हिंसा, धमकी, उत्पीड़न और कानूनी विवाद के बढ़ते मामलों के बीच निजी संस्था ने चिकित्सकों की सहायता के लिए 'ओजोन शील्ड' पहल शुरू की है। बुधवार को इंडिया इंटरनेशनल सेंटर में पुडुचेरी की पूर्व उपराज्यपाल एवं पूर्व आईपीएस अधिकारी डॉ. किरण बेदी ने इसका शुभारंभ किया। पहल के तहत डॉक्टरों को जरूरत के अनुसार व्यक्तिगत सुरक्षा, मेडिको-लीगल मामलों में कानूनी सहायता और कार्डसलिंग उपलब्ध कराई जाएगी। संस्था के संस्थापक एवं प्रबंध निदेशक सुभाष सहगल ने बताया कि संकट की स्थिति में डॉक्टरों को तत्काल सहयोग देना इसका उद्देश्य है। फिलहाल शुरुआत गायनेकोलॉजिस्ट से की गई है। डॉक्टर व्हाट्सएप चैटबॉट के जरिए जुड़ सकते हैं। ब्यूरो