



සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම පිළිබඳ ප්‍රතිපත්තිය
உலகலாவியசுகாதார பாதுகாப்புக்காக சுகாதார பராமரிப்பு வழங்கல்
தொடர்பான கொள்கை
Policy on Healthcare Delivery for Universal Health Coverage
2018



සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය
சுகாதார, போசணை மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு
Ministry Of Health, Nutrition And Indigenous Medicine

ගරු සෞඛ්‍ය පෝෂණ හා දේශීය

වෛද්‍ය අමාත්‍ය වෛද්‍ය රාජිත සේනාරත්න මැතිතුමා විසින්

2018 මාර්තු මස 25 වන දින ඉදිරිපත් කල

අංක අමප/18/0675/718/038 දරණ

අමාත්‍ය මණ්ඩල සංදේශය අනුව

ශ්‍රී ලංකාවේ සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම

පිළිබඳ ප්‍රතිපත්තිය

ශ්‍රී ලංකා ප්‍රජාතාන්ත්‍රික සමාජවාදී ජනරජයේ අමාත්‍ය මණ්ඩලය විසින්

2018 අප්‍රේල් 10 වැනි දින පැවැත්වුණු අමාත්‍ය මණ්ඩල රැස්වීමේ දී

අංක 18/0675/718/038 යටතේ අනුමත කර ඇත.

ගරු සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යවරයාගේ පණිවිඩය

සෑම පුරවැසියෙක් සඳහාම විශ්වීය සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණය ලබා දීම සඳහා ශ්‍රී ලංකා රජය කැපවී කටයුතු කරයි. පෙර පැවති රජයන් ද සෞඛ්‍ය සේවාවන් නොමිලයේ සැපයීමට කැපවී කටයුතු කර ඇත්තේ විශ්වීය සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණයේ වැදගත්කම දන්නා නිසාය. මෙම ප්‍රතිපත්තියෙන් හඳුන්වා දෙන සෞඛ්‍ය පද්ධතියේ ප්‍රතිසංවිධානය විශ්වීය සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණය තවදුරටත් ශක්තිමත් කරයි. විශේෂඥ පහසුකම් සංවර්ධනය කිරීම අවධාරණය කෙරුණු අතර මේ වෙනුවෙන් බොහෝ විට ප්‍රාථමික මට්ටමෙහි යටිතල පහසුකම් සංවර්ධනය කිරීමේ කටයුතු කැපකිරීමට සිදු විය. මෙමගින් රෝගීන් ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීම සඳහා තම නිවසට ආසන්නයේ ඇති ප්‍රාථමික මට්ටමෙහි ආයතන මගහැර විශේෂඥ ආයතන කරා ආකර්ෂණය වීම සිදු විය.

වර්තමානයෙහි ශ්‍රී ලංකාවෙහි ජනගහණ ව්‍යුහය සහ රෝග තත්වයන් වෙනස්වීමට භාජනය වෙමින් පවතී. මෙම අභියෝගයන් සම්බන්ධයෙන් කටයුතු කිරීම සඳහා සෞඛ්‍ය සත්කාර සැපයීම් පද්ධතියේ ප්‍රතිසංස්කරණ ක්‍රියාවලියකට භාජනය වීම ඉතා අත්‍යවශ්‍ය වේ. මෙම ප්‍රතිසංස්කරණ ක්‍රියාවලිය මගින් බෝ නොවන රෝග, වයස්ගතභාවය, අනතුරු, මානසික සෞඛ්‍ය, පිළිකා සම්බන්දයෙන් වන සෞඛ්‍ය අවශ්‍යතා, පෝෂණය සම්බන්ධ අභියෝගයන් සහ මතු වෙමින් පවත්නා බෝ වන රෝග සම්බන්ධයෙන් සේවා සැපයීමේදී ප්‍රවේශය සහ ආරක්ෂණය (access and coverage) තවදුරටත් ඉහල නැංවීම සිදු වනු ඇත. මෙම ප්‍රතිසංස්කරණ ක්‍රියාවලිය දශකයක පමණ කාලයක් තිස්සේ ඉතා සැලකිල්ලෙන් යුතුව සිදු කරන ලද විශ්ලේෂණ, නව අදහස් සහ ඊට පක්ෂව අදහස් දැක්වීම ආදියෙහි කුඩාප්‍රාප්තියකි.

පවුලේ වෛද්‍යවරයකුගේ ක්‍රමය භාවිත කරමින්, ප්‍රාථමික සහ විශේෂඥ සත්කාර සේවාවන් අතරේ අඛණ්ඩව සත්කාර සැපයීම සහතික කෙරෙන පොකුරු පද්ධතියක් හරහා සත්කාර සේවයේ ශක්තිමත් කිරීමට මෙහිදී අවධානය යොමු වේ. නිසැකවම මහජන සෞඛ්‍ය සේවා පද්ධතියේ ඇති ශක්තීන් තව දුරටත් වර්ධනය කරමින් රෝහල් හරහා රෝගීන්ට සත්කාර සේවා ලබා දීමේ ඇති අඩුලුහුඹුකම් සකස් කර ගැනීමට මෙම මග පෙන්වීම වැදගත් වනු ඇත. මෙම ප්‍රතිසංස්කරණය සඳහා සක්‍රීයව දායක වූ සහ ඒ වෙනුවෙන් කටයුතු කල සියළු පාර්ශවයන්ට මාගේ අවංක ස්තූතිය පල කරන අතර මේ සම්බන්ධයෙන් සෞඛ්‍ය පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශයේ අදාළ සියළු නිලධාරී විසින් සිදු කරන ලද මහඟු කර්තව්‍යයද ඔවුන්ගේ කැපවීම සහ නොපසුබට උත්සාහයද ගෞරවයෙන් යුතුව අගය කරමි. මෙම ප්‍රයත්නය අඛණ්ඩව ඉදිරියට ගෙන යා යුතුය. පුළුල් ප්‍රතිසංස්කරණ ක්‍රියාවලියට අවශ්‍ය සියළු පාර්ශවිකයන්ගේ වගකීම ඇතිව සක්‍රීයව දායකත්වය සපයනු ඇතැයි මා අනිශ්චිතව බලාපොරොත්තු වෙමි.

වෛද්‍ය රාජිත සේනාරත්න
සෞඛ්‍ය පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය

கௌரவ சுகாதார, போசணை மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சரின் தகவல்

சகல மக்களுக்கும் சிறந்த சுகாதார பாதுகாப்பு வழங்குவதை உறுதிப்படுத்தும் பொருட்டு இலங்கை அரசாங்கம் அர்ப்பணிப்புடன் செயற்படுகின்றது. முன்னைய அரசாங்கங்களும் மருத்துவ சேவைகளை வழங்கும் போது அச்சேவைகள் அனைத்தும் இலவசமாக வழங்குவதற்கு அர்ப்பணிப்பு செய்துள்ளது. அரசாங்கத்தினால் நெறிப்படுத்தப்படுகின்ற சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகளை வழங்கும் அமைப்பில் தடுப்பு மற்றும் சிகிச்சை சேவைகள் நாடளாவிய ரீதியில் விரிவு படுத்துவதற்கு அது வழிவகுத்துள்ளது. இதற்கு முன்னர் நிபுணத்துவ சேவை வசதிகளை மேம்படுத்துவதற்கு அவதானம் செலுத்தி உள்ளதுடன் இதற்காக பெரும்பாலும் ஆரம்ப மட்டத்தில் அடிப்படை வசதிகளை மேம்படுத்துவதற்கான நடவடிக்கைகளை அர்ப்பணிப்பு செய்ய நேர்ந்தது. இதனால் சிகிச்சை சேவைகளை பெற்றுக் கொள்வதற்காக மக்கள் தமது வீடுகளுக்கு அண்மையில் உள்ள ஆரம்ப பராமரிப்பு நிலையங்களை புறக்கணித்து விஷேட நிபுணத்துவ நிறுவனங்களுக்கு ஈர்க்கப்படுவது நடைபெற்றது.

தற்போது இலங்கையில் சனத்தொகை கட்டமைப்பு மற்றும் நோய்களின் காரணத்தால் ஏற்படக்கூடிய விளைவுகள் மாற்றத்திற்கு தாக்கம் செலுத்துகின்றது. இச்சவால்கள் தொடர்பாக செயற்படுவதற்கு சுகாதார பராமரிப்புகள் வழங்கும் முறை சீர்திருத்தப்பட வேண்டும் என்பது மிகவும் அத்தியாவசியமானது ஆகும். இச்சீர்திருத்த நடவடிக்கைகள் மூலம் தொற்றா நோய்கள், வயோதிபமடைதல், விபத்து, உளச்சுகாதாரம், போசாக்கு தொடர்பான சவால்கள் மற்றும் வளர்ந்துவரும் தொற்றா நோய்கள் தொடர்பாக சேவைகள் வழங்கும் போது அணுகுதல் மற்றும் பாதுகாப்பு மேலும் மேம்படுத்தப்பட வேண்டும். இச்சீர்திருத்த செயற்பாடுகள் ஏறத்தாழ ஒரு தசாப்த காலமாக மிகவும் கவனத்திற்கொண்டு மேற்கொள்ளப்படும் பகுப்பாய்வு, புதிய கருத்துக்கள் மற்றும் அதற்கு ஆதரவாக கருத்து தெரிவித்தல் என்பன உச்சநிலையாக பார்க்கப்படுகின்றது.

குடும்பத்தில் மருத்துவர் ஒருவரின் முறையை பயன்படுத்தி மற்றும் தொடர்ச்சியான பராமரிப்பு சேவைகள் வழங்குவதை உறுதிப்படுத்தும் கொத்தணி அமைப்புகள் ஊடாக நிபுணத்துவ சிகிச்சை சேவைகளை வழங்குவதன் மூலம் ஆரம்ப பராமரிப்பு சேவையை வலுவாக்குவதற்கு இங்கு முக்கிய கவனம் செலுத்தப்பட்டுள்ளது. இதற்கிடையில் சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகள் வழங்கும் அமைப்பை சீர்திருத்துவதன் ஊடாக தாய் சேய் சுகாதார பராமரிப்புகள் மற்றும் தொற்று நோய்கள் தொடர்பாக பெற்றுக்கொண்டுள்ள வெற்றிகரமான முடிவுகளை விரிவு படுத்துவதற்கு பரந்த அடிப்படையில் செயற்படல் வேண்டும். நிச்சயமாக நாம் ஒரு சிறந்த பொது சுகாதார அமைப்பு தொடர்பாக எங்கள் சக்தியின் அடிப்படையில் முன்னேற்றப்பாதையில் செல்லும் போது எமது குறைகளை சரிசெய்து கொள்வதற்கு சிறந்த நடைமுறைகளை கற்றுக்கொள்ளல் மற்றும் சிறந்த முறையில் அந்த நடைமுறைகளை பயன்படுத்த வேண்டும்.

இந்த சீர்திருத்தத்திற்கு தொடர்ச்சியாக பங்களிப்பு செய்த மற்றும் அதற்காக செயற்பட்ட சகல தரப்பினருக்கும் எனது மனப்பூர்வமான நன்றிகளை தெரிவிப்பதுடன், இது தொடர்பாக சுகாதார, போசணை மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சின் சம்பந்தப்பட்ட சகல உத்தியோகத்தர்களாலும் மேற்கொண்ட அயராத முயற்சிகள் மற்றும் அர்ப்பணிப்புகளுக்கு எனது மனப்பூர்வமான பாராட்டுகளை தெரிவிக்கின்றேன். இச்சீர்திருத்தமானது, சிறப்பான முறையில் தொடர்ந்தும் முன்னோக்கி கொண்டு செல்லல் வேண்டும்.

வைத்தியர். ராஜித சேனாரத்ன

சுகாதார, போசணை மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு

Message from Hon. Minister of Health, Nutrition and Indigenous Medicine

Sri Lanka is currently undergoing changes in population structure and disease burden. To deal with these challenges, it is necessary that the health care delivery system undergoes a much needed reform process that will further improve access and coverage to cater to the growing health needs of non-communicable diseases, elderly, injuries, mental health, cancer, nutrition related challenges and the emerging communicable diseases.

The Government of Sri Lanka is committed to ensure Universal Health Coverage to all citizens. Successive governments have remained committed to provide health services free at the point of delivery. This has led to the expansion of preventive and curative services throughout the country through a government led health care delivery system. Emphasis was previously given to the development of specialized facilities, often at the expense of infrastructure development of primary level facilities. This attracted patients to seek care from specialized institutions, while bypassing primary level institutions that are closer to home.

This reform process is the culmination of almost a decade of careful analysis, innovation and advocacy. It focuses on strengthening primary care, adopting a family doctor system, and making available supportive specialized care through a cluster system that will ensure continuity of care. Meanwhile, the good health outcomes achieved in maternal and child health care and communicable diseases will be extended and broad based through the planned reorganization of the health care delivery system. Certainly we will build on our strengths of a good public health system and will learn from, and adopt suitably the good practices to address the gaps.

I extend my sincere appreciation to the numerous stakeholders who have actively participated and advocated for this reform. I appreciate the tremendous work put in by all relevant officials at the Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine and salute their dedication and perseverance. This effort must continue: the reform process will be gradual and extensive, but the outcomes will be well worth it.

Dr. Rajitha Senaratne

Minister of Health, Nutrition and Indigenous Medicine



ප්‍රතිපත්තිය සැකසීමේ සහ ක්‍රියාත්මක කිරීමේ ක්‍රියාදාමය

2007-2016 සෞඛ්‍ය මහ සැලැස්ම තුළදී ශ්‍රී ලංකාවට දැනට පවතින සහ මතුවෙමින් පවතින සෞඛ්‍ය ගැටළු සඳහා සෞඛ්‍ය සේවාවන් ලබාදීම පිළිබඳ නව ප්‍රවේශයක් යටතේ සිදු කිරීමේ අවශ්‍යතාවය හඳුනාගන්නා ලදී. ඊට අමතරව 2009 වසරේදී සිදුකරනු ලැබූ සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්ති අධ්‍යයනයකදී, ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය ආයතන උගත භාවිතය, රෝගීන් ආසන්නම සෞඛ්‍ය ආයතනය මගහැර යාම, නිදන්ගත රෝග සහිත රෝගීන් සඳහා අවශ්‍ය වූ යොමු කිරීම් ඉටු නොවීම, එම රෝගීන්ට අවශ්‍ය බෙහෙත් හේන් නොකඩවා සැපයීම ආදී ගැටළු හඳුනාගන්නා ලදී. දීර්ඝ කාලයක් තිස්සේ රෝග වැලැක්වීමේ හා මර්ධනය කිරීම සඳහා මහජන සෞඛ්‍ය අංශ විසින් සිදු කරන ලද සාර්ථක ක්‍රියාවලිය දැනට පවතින සහ මතුවෙමින් පවතින රෝග සහ බෝ නොවන රෝග පාලනය කිරීමේහිලා නව සෞඛ්‍ය සේවාවන් ලබා දීමේ ක්‍රමවේදයක් හඳුන්වා දීමට මහගු පිටුවහලක් විය.

පසුගිය දශක කිහිපය තුළම පැවති ප්‍රධාන රෝහල් (මූලික රෝහල්, දිස්ත්‍රික් මහ රෝහල්, ශික්ෂණ රෝහල් සහ විශේෂිත වූ රෝග සඳහා වූ රෝහල්) ස්ථාපනය සහ වැඩිදියුණු කිරීම යන පසුබිම තුළ මෙම ප්‍රතිපත්තිය සකස් කිරීමේ ක්‍රියාවලිය දීර්ඝ සහ අභියෝගාත්මක කටයුත්තක් විය. ඊට අමතරව ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවාවන් සැපයීමේ වගකීම පළාත් සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තු මගින් පාලනය වීම ද සලකා බැලූනු ප්‍රධාන කරුණකි. පළාත් සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තු මගින් පාලනය වූ සෞඛ්‍ය ආයතන රේඛීය සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය මගින් පාලනය වන සෞඛ්‍ය ආයතනය හා සැසඳීමේදී පැවති අඩුපාඩු ද මෙම ප්‍රතිපත්තිය සාර්ථකව සැකසීමට අභියෝගයක් විය. මෙම පළාත් සෞඛ්‍ය ආයතන වල පැවති අඩුපාඩු ප්‍රාථමික සත්කාර කෙරෙහි රෝගීන්ගේ/ ජනතාවගේ විශ්වාසය අඩු වීමටත් ඔවුන්ට තමන්ට ආසන්නතම රෝහල මග හැර වෙනත් ප්‍රධාන රෝහල් කෙරෙහි යොමුවීමටත් හේතු වී ඇත. මෙය විශම වක්‍රයක් ලෙස එම ප්‍රධාන රෝහල් කෙරෙහිම ප්‍රතිපාදන සහ පහසුකම් වෙන්කිරීමට හේතු වී ඇත.

ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර යලි පණගැන්වීමේ වාර්තාව (2006), ලෝක සෞඛ්‍ය සමුළුවේ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය පද්ධති යලි ශක්තිමත් කිරීම සඳහා වූ යෝජනාව (2009, WHA 62.12), 69 වන ලෝක සෞඛ්‍ය සමුළුවේදී ඉදිරිපත් වූ ජනතාව කේන්ද්‍ර කරගත් සෞඛ්‍ය සේවාවන් සැපයීම පිළිබඳ යෝජනා වලිය, 58වන සමුළුවේදී ඉදිරිපත් වූ තිරසාර ලෙස සෞඛ්‍ය සඳහා මූල්‍ය සේවාවන් සැපයීම පිළිබඳ යෝජනාවලිය, සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය පිළිබඳ යෝජනාවලිය, සෞඛ්‍ය සඳහා වන තිරසාර සංවර්ධන ඉලක්ක යෝජනාවලිය යනාදී ප්‍රකාශනයන් ශ්‍රී ලංකාවට අදාළව නව සෞඛ්‍ය සේවාවන් සැපයීමේ ක්‍රමවේදයට අදාළව මෙම සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්තිය සැකසීමට ඉවහල් විය.

ප්‍රථමයෙන්ම සමාජය තුළ පැවති සෞඛ්‍ය ගැටළු සඳහා සේවාවන් සැපයීමේදී පැවති අඩුපාඩු පිළිබඳව අවබෝධයක් ලබා ගන්නා ලදී. මීට ප්‍රථමයෙන් සඳහන් කළ පරිදිම 960ක් වූ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය ආයතන (ප්‍රාදේශීය රෝහල් සහ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර ඒකක) භාවිතය ඉතා අඩු මට්ටමක පැවතීම සහ ඒවායින් ගුණාත්මක ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවාවන් සැපයීමක් දක්නට නොමැති වීම නිසා රෝගීන් විශාල ප්‍රමාණයක් ඔවුන්ගේ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය ගැටළු සඳහා විශේෂඥ වෛද්‍ය ආයතනය කෙරෙහි යොමු වීම දක්නට ලැබුණි.

ශ්‍රී ලංකාව තුළ වර්ධනය වන වැඩිහිටි ජනගහන ප්‍රතිශතයට බලපාන මානසික සෞඛ්‍ය ගැටළු, පිලිකා රෝග, හදිසි අනතුරු ඇතුළු අනෙකුත් බෝ නොවන රෝග මෙන්ම තරුණ ජනගහනයේ නව සෞඛ්‍ය ගැටළු සඳහා සේවාවන් විධිමත්ව ලබාදීම මෙම ප්‍රතිපත්තිය සැකසීමේදී සැලකිල්ලට ගන්නා ලදී. ඊට අමතරව මෙම ප්‍රතිපත්තිය සම්පාදනයට සමගාමීව අතුරු ඵල ලෙස මීට පෙර නිකුත් වූ බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ ප්‍රතිපත්තිය (2010), නිදන්ගත බෝ නොවන රෝග කලමණාකරනය සඳහා අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ 16 ක් ප්‍රාථමික සත්කාර මට්ටමේදී භාවිතා කිරීම පිළිබඳ අංක 2-135/2011 දරණ වක්‍ර ලේඛය, ප්‍රාථමික රෝහල් මට්ටමේදී බෝ නොවන රෝග කලමනාකරණය සඳහා වූ

මාර්ගෝපදේශක ලියවිල්ල (2012) යනාදිය දැක්විය හැක. මීට අමතරව නියමු ව්‍යාපෘති වලදී හඳුන්වා දුන් පුද්ගලික සෞඛ්‍ය වාර්ථා, ජීවන රටා වෙනස් කිරීමේ පුහුණු මෙවලම්, ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය ආයතන අධීක්ෂණය සඳහා හඳුන්වා දුන් මෙවලම් යනාදිය කෙරෙහිද මෙම සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්තිය සැකසීමේදී අවධානය යොමු කරන ලදී.

පුද්ගලයන් කේන්ද්‍ර කරගත් සත්කාර සේවයන් අඛණ්ඩව සැපයීම සඳහා වූ මෙම නව ප්‍රවේශය සාර්ථක කර ගැනීමට සෞඛ්‍ය සේවකයන්ගේ කුසලතාවයන් ඊට අදාළව සකස් කිරීම තීරණාත්මක සාධකයක් වේ. මානව සම්පත් සම්බන්ධයෙන් පවතින අඩුපාඩු මගහැර ගැනීමට ගනු ලබන පියවර අතර වෛද්‍ය සිසුන්ගේ වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය ප්‍රාථමික රෝහල් තුළින් සේවාව සැපයීමට අදාළව අවශ්‍ය වෙනස්කම් සිදු කිරීම අතිශයින් වැදගත් යැයි සලකන ලදී. ඒ සඳහා ශ්‍රී ලංකාවේ සියළුම වෛද්‍ය පීඨයන්ගේ නියෝජනයෙන් පවත්වන ලද සම්මන්ත්‍රණ තුළින් ඊට අදාළ පොදු ශක්‍යතා රාමුවක් සකස් කර උසස් අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශය වෙත ලබා දෙන ලදී.

මෙම ප්‍රතිපත්තියට අදාළව 2016 වසරේ අයවැය විවාදයේදී ගරු සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍ය රාජීන සේනාරත්න මැතිතුමා ප්‍රාථමික සත්කාර සේවාවන් ශක්තිමත් කළ යුතු බවත් ආසන්න වශයෙන් පුද්ගලයන් 5000කට වගකියන එක් පවුලේ වෛද්‍යවරයෙක් සිටිය යුතු බවට පාර්ලිමේන්තුවේදී ප්‍රකාශ කරන ලදී.

ශ්‍රී ලංකාව ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවාවන් වැඩිදියුණු කිරීමට ගනු ලබන ප්‍රයත්නයන් පිළිබඳව දැනුවත් වූ සංවර්ධනය සඳහා වූ අන්තර්ජාතික සංවිධාන ඒ සඳහා අවශ්‍ය වන මූල්‍ය ප්‍රතිපාදන ලබා දීමට එකඟත්වය ද පළකරන ලදී.

කෙසේ නමුත් මහජනතාවට ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවාවන් වැඩිදියුණු කිරීම තුළින් උපරිම සේවාවක් ලබා දීමට ඊට අදාළව විශේෂඥ වෛද්‍ය සත්කාර සේවාවන් ද විධිමත් ලෙස වැඩිදියුණු කිරීම සිදු කිරීමත් කළ යුතු බව අවබෝධ කර ගත යුතුය.

මෙම ප්‍රතිපත්තිය දැනට සාර්ථක ලෙස පවත්වා ගෙන යන මහජන සෞඛ්‍ය සේවාවන් එලෙසම පවත්වා ගැනීම, තිරසාර සංවර්ධන ඉලක්ක කෙරෙහි අපගේ කැපවීම සහ ඉහත සඳහන් වූ අනෙකුත් ප්‍රධාන කරුණු සැලකිල්ලට ගෙන සකස් කරන ලදී.

ශ්‍රී ලංකාව තුළ සාර්ව සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණය සුරක්ෂිත කිරීම සඳහා වූ අඩිතාලම සකස් කිරීම සඳහා වූ මෙම ප්‍රතිපත්තිය 2018 අප්‍රේල් 10 වෙනි දින අමාත්‍ය මණ්ඩලය විසින් අනුමත කරන ලදී.

මෙම ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා ක්‍රියාකාරී සැලසුම්, අත්‍යවශ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවා පැකේජය, සමූහ කලමනාකරණ රාමුව, විශේෂඥ වෛද්‍ය සේවාවන් ව්‍යාප්තිය පිළිබඳ යෝජනාවලිය යනාදී ලියකියවිලි උපයෝගී කර ගනු ලැබේ. දැනට ප්‍රකාශිත ජාතික සෞඛ්‍ය කාර්ය සාධන රාමුව අංග සම්පූර්ණ අධීක්ෂණ ප්‍රතිපත්ති රාමුවක් ලෙස කටයුතු කරනු ඇති අතර එමගින් සෞඛ්‍ය සම්බන්ධයෙන් වන තිරසාර සංවර්ධන ඉලක්ක පිළිබඳ මෙරට දර්ශකයන් ඉහළ නංවනු ඇත. සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ වෙබ් අඩවිය ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීමේ ප්‍රගතිය පිළිබඳව ජනතාව සහ ඒ සම්බන්ධයෙන් උනන්දුවක් දක්වන සියලු පාර්ශව දැනුවත් කිරීමේ වේදිකාවක් ලෙස කටයුතු කරනු ඇත.

கொள்கைப் படிமுறையும் மற்றும் அமுலாக்கல் நடவடிக்கைகளும்

2007-2016 ஆம் ஆண்டு சுகாதார தலைமைத் திட்டம் உணர்வுபூர்வமான ஒரு சுகாதார பராமரிப்பு விநியோக முறைமைக்கான தேவையை இணங்கண்டது. ஆரம்ப மட்ட சுகாதார சிகிச்சை பராமரிப்பின் குறைபயன்பாடு, அருகிலுள்ள ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு நிலையங்களை தவிர்த்துக் கொள்ளல், சுகாதார பராமரிப்பின் தொடர்ச்சியை உறுதிசெய்ய சரியான ஒரு மருத்துவ சிபாரிசு முறைமையின்மை, தொற்றா நோய்கள் NCD கள் தொடர்பில் விஷேட குறிப்புடன் கூடிய சரியான பின்னூட்டல் முறையை உறுதிசெய்ய சரியான ஒரு முறைமையின்மை என்பன ஆரம்ப கட்ட கொள்கை பகுப்பாய்வு நேரத்தில் காணப்பட்ட முக்கிய பிரச்சினை விடயங்களாகும். கொள்கையின் அந்த நேரத்திலிருந்த அழுத்தம் இன்றும் கூட விஷேடமயமான சேவைகளை விஸ்தரிப்பதில் தொடர்ந்தும் இருக்கின்றது. குறித்த அந்த வலிமைகள் கடந்த காலத்தில் முக்கிய சுகாதார சவால்களை அடையாளப்படுத்தியுள்ள சிறந்த ஒரு சமுதாய சுகாதார சேவை நிகழ்ச்சித் திட்டத்திலும் காணப்படுகின்றன. ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு பணிகளை வலுப்படுத்துவதில் விஷேட அழுத்தத்துடனான சுகாதார சிகிச்சை பராமரிப்பு துறையை மேம்படுத்தும் பொருட்டு கற்றறிந்த பாடங்களுடன் அத்தகைய வலிமைகளை கட்டியெழுப்புவதற்கு வாய்ப்புகள் காணப்படுகின்றன.

பாரியளவான விஷேட சுகாதார பராமரிப்பு வைத்தியசாலைகளை (மிக சிறந்த விஷேட சுகாதார சேவைகளுக்கான ஆதார வைத்தியசாலைகள், மாவட்ட பொது வைத்தியசாலைகள், போதனா வைத்தியசாலைகள், மற்றும் சாதாரண வைத்தியசாலைகள்) நிர்மாணிப்பதற்கான கட்டும் தேவைகளுக்கு மத்தியில் ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பை வலுப்படுத்துவதற்கான அழுத்தத்தை மாற்றும் வகையில் குறித்த நடபடிமுறை நீண்டதாகவும், சவால்கள் நிறைந்ததாகவும் இருந்துள்ளது. நிரல் அமைச்சுடன் ஒப்பிடுகின்ற போது குறித்த சவால் மட்டுப் பட்ட வள ஒதுக்கீட்டிற்கு மாகாண சபை முறைமைகளுடன் நிர்மாணம் பெறும் ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்புக்கான பொறுப்பில் நிறைந்திருந்தது. ஆகையால், சுகாதார பராமரிப்பையும் உட்கட்டமைப்பு வசதியையும் வலுப்படுத்துகின்ற விடயம் நிரல் அமைச்சின் முகாமைத்துவத்தின் கீழ் வருகின்ற விஷேடமயமான வைத்தியசாலைகளில் இடம்பெற்று வந்த அபிவிருத்திகளுக்கு இணையாக இருக்கவில்லை. இந்த நிலைமை நோயாளர்களின் நம்பிக்கை இழப்புக்கு / மக்கள் தமக்கு அருகிலுள்ள ஆரம்ப சுகாதார வைத்தியசாலைகளை கடந்து வேறு வைத்தியசாலைகளுக்கு செல்வதற்கு வழிவகுத்தது. முன்கூட்டி இருந்து வருகின்ற தேவைகளுக்கு ஏற்ப சுகாதார சேவைகளை வழங்கும் பொருட்டு இந்த பொது செயன்முறை (மறைமுக) சார்ந்த கொள்கை காணப்படுகின்றது. நோயாளர்கள் பாரிய வைத்தியசாலைகளை அதிகளவில் நாடிய போது அந்த வைத்தியசாலைகளுக்கான விநியோகங்களை / ஏனைய பிற வளங்களை மேம்படுத்துவதற்கான தேவை இருந்தது. அத்தகைய வைத்தியசாலைகளின் உட்கட்டமைப்பு வசதிகளின் மேலும் விரிவாக்கத்திற்கும் பயனாக அமைந்தது.

சுகாதார முறைமையை வலுப்படுத்தல் (2009 மே 22), WHA 69-வது மாநாட்டில் அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஒன்றிணைந்த மக்கள் மைய சுகாதார சேவைகள் பற்றிய வேலைச்சட்டகம், சுகாதாரத்தில் நிலையாக நிதியிடுதல், உலகலாவிய சுகாதார பொது, மற்றும் சமூக சுகாதார காப்புறுதி என்பன பற்றிய WHA58.33 தீர்மானம், சுகாதாரத்திற்கான நிலையான அபிவிருத்தி இலக்கில் உலகலாவிய சுகாதார பொது UHC இன் பங்களிப்பு, சகல வகுதித் தொகுதிகளிலும் அனைவருக்கும் ஆரோக்கியமான வாழ்வை உறுதிசெய்தல் மற்றும் நலன்களை மேம்படுத்துதல் என்பன உள்ளிட்ட ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பை புத்துயிர்ப்பது பற்றிய உலக சுகாதார அறிக்கை, ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு தொடர்பான WHA62.12 தீர்மானம் என்பன உலகலாவிய சுகாதார பொது (UHC) பாதுகாக்கக்கூடிய ஒரு சுகாதார பராமரிப்பு சார்ந்த விநியோக மாதிரியை இனங்காண்பதற்குரிய இலங்கையின் முற்சிகளில் காணப்படும் முக்கியமான உலகலாவிய சுகாதார செல்வாக்குகளாகும்.

முன்னுரிமை சார் சுகாதார பராமரிப்பு பொறுப்பை அடையாளப்படுத்துவதில் சுகாதார முறைமையை சாவாலுக்குட்படுத்திய முக்கியமான சுகாதார சேவை இடைவெளிகளை புரிந்து

கொள்ளும் வகையில் ஆரம்ப முயற்சிகள் இருந்தன. ஏறக்குறைய 960 ஆரம்ப மட்ட சுகாதார பராமரிப்பு நிலையங்கள் (பிரதேச வைத்தியசாலைகள் மற்றும் ஆரம்ப மட்ட மருத்துவ பராமரிப்பு பிரிவுகள்) பாரியளவில் பயன்படுத்தப்படாமல் இருந்த அதே வேளையில் தரமான ஆரம்ப மட்ட சுகாதார பராமரிப்பை வழங்கக்கூடியதாகவும் தென்படவில்லை. அதிக நோயாளிகள் விஷேட மருத்துவ வசதிகளையுடைய வைத்தியசாலைகளிலுள்ள (ஆதார வைத்தியசாலை, மாவட்ட பொது வைத்தியசாலை, மாகாண மற்றும் போதனா வைத்தியசாலைகள்) ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு தேவைகளை நாடி செல்வதை அவதானிக்கக்கூடியதாகவுள்ளது.

உள சுகாதாரம், புற்றுநோய், மற்றும் உடற்காயங்கள், வயது வந்தோரின் சுகாதார பராமரிப்பு தேவைகள் மற்றும் இளைஞர்களின் சுகாதார பராமரிப்பு தேவைகள் என்பன அடங்கலாக அதிகரித்து வருகின்ற தொற்றாத நோய்கள் என்பவற்றை குணப்படுத்தும் பொறுப்பை நிறைவேற்றுவதற்கு முக்கியமான ஒரு கருசனை இருந்து வந்துள்ளது. குறித்த இந்த கொள்கை ப்படிமுறை சிக்கல்வாய்ந்ததாக இருந்துள்ளது. இதில் வதிவிடத்தினுள் வருகின்ற ஏனைய பல சுகாதார அபிவிருத்தி தலையீட்டு நடவடிக்கைகள் உள்ளடங்கியிருந்தன. தனிப்பட்ட சுகாதார பதிவு, வாழ்க்கைப்பாணியில் மாற்றத்தை ஏற்படுத்தும் பயிற்சி மற்றும் கருவிசாதனங்கள், மேற்பார்வை உபாயம் என்பன போன்ற வித்தியாசமான உபாயங்களை அறிமுகப்படுத்துவதற்கான மாதிரி தலையீட்டு நடவடிக்கைகள், ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பிலுள்ள நாள்பட்ட தொற்றாத நோய்களை கட்டுப்படுத்துவதற்கான வழிகாட்டல் முறைகளை தயாரித்தல் (2012), ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பிலுள்ள நாள்பட்ட தொற்றாத நோய்களை NCD கட்டுப்படுத்துவதற்கு தேவையான 16 மருந்து வகைகள் அங்கீகரிக்கப்பட்டதன் (2011) பேரில் முன்னுரிமை அளிக்க வேண்டிய NCD நோய்க்கான மருந்து பற்றிய 02-135/2011 ஆம் இலக்க சுற்றறிக்கையை வெளியிடுதல், நாள்பட்ட தொற்றாத நோய்கள் பற்றிய கொள்கைகளை (2010) தயாரித்து நிறைவு செய்தல் என்பன குறிப்பிடத்தக்க விடயங்களாகும். கிளினிக் மருந்து, பொது சுகாதாரம் மற்றும் நிருவாகம் ஆகிய அந்தந்த பிரிவுகளிலுள்ள நிபுணர்கள், பொருளியலாளர்கள் மற்றும் தொடர்பாடல் நிபுணர்கள் ஆகியோரின் பரந்த பங்குபற்றலுடன் இந்த ஒவ்வொரு அம்சமும் அபிவிருத்தி செய்யப்பட்டுள்ளது. நபர்களை மையமாக கொண்ட சுகாதார பராமரிப்பு சேவையை தொடர்ச்சியாக வழங்குவதற்கு சுகாதார பதவியணியினரால் தேவைப்படுத்தப்படுகின்ற ஆற்றல் திறன்களே சீர்திருத்தத்திற்கு முக்கியமாகும். அதே நேரம் அடையாளப்படுத்த வேண்டிய ஏனைய பல மனித வள இடைவெளிகள், பட்டதாரி மாணவர்களின் மருத்துவ கல்வியில் தேவையான மாற்றங்கள் என்பன மிக முக்கியமான அம்சங்களாக கருதப்பட்டன. சகல மருத்துவ பீடங்களுடனும் சம்பந்தப்பட்டு நடத்தப்பட்ட கலந்துரையாடல்கள் சிறந்த ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பை வழங்கும் நிமித்தம் மருத்துவர்கள் தொடர்பில் பொதுவான ஒரு தகவதிறன் வேலைச்சட்டகத்தை தயாரிப்பதற்கும், இந்த தேவைப்பாடுகள் பற்றி உயர் கல்வி அமைச்சுக்கு சுகாதார அமைச்சு அறியப்படுத்துவதற்கும் வழிவகுத்தன.

ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு வலுப்படுத்தப்படுதல் வேண்டும் எனவும் அதே நேரம் ஒரு குடும்ப மருத்துவர் சுமார் 5000 மக்களை கவனிக்கும் பொறுப்புடைய ஒருவராக விளங்குவதால் 'அனைவருக்கும் ஒரு குடும்ப மருத்துவர்' எனும் ஒரு முறைமையினூடாக முன்னேற்றம் காண வேண்டும் எனவும் பாராளுமன்றத்தில் நடைபெற்ற 2016 வரவுசெலவு திட்டத்திற்கான விவாதத்தில் கலந்துகொண்டு சுகாதார அமைச்சர் கௌரவ டாக்டர் ராஜித்த சேனாரட்ன அவர்கள் முதல் தடவையாக அறிவித்தார்கள்.

இலங்கை பிரகடனப்படுத்திய மாற்றங்கள் அபிவிருத்தி முயற்சிகள், மற்றும் ஆதரவு என்பன ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பை வலுப்படுத்துவதற்கான சுகாதார அபிவிருத்தி நிரலுக்கு பங்களிக்கும் வகையில் பல அபிவிருத்தி பங்களித்துவ தரப்புகள் கைகொள்வதற்கு வழிவகுத்தன.

ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பை வலுப்படுத்தும் விடயத்தை வெறுமனே தனியாக மேற்கொள்ள முடியாது என்பதும் மக்கள் உச்ச நன்மை அடைய வேண்டும் எனில் விஷேடமயமான

பராமரிப்பில் ஆதரவான மற்றும் உணர்வுபூர்வமான வளர்ச்சி அவசியம் என்பதும் புரிந்துகொள்ளக்கூடியதாகும். கொள்கையில் உத்தேசிக்கப்பட்ட மாதிரியானது, சிறந்த ஒரு சமுதாய சுகாதார சேவையின் வலிமைகளை பாதுகாக்கும் அதே வேளையில் இந்த முக்கியமான அடிப்படை அம்சங்களையும் முன்வைக்கின்றது.

நிலையான அபிவிருத்தி இலக்குகளை நோக்கிய எமது பொறுப்புகளுக்கு அமைய இலங்கையில் உலகலாவிய சுகாதார பொதி எவ்வாறு பாதுகாக்கப்பட வேண்டும் என்பது பற்றிய அடிப்படையை முன்வைக்கும் இந்த கொள்கையை அமைச்சரவை 2018 ஆம் ஆண்டு ஏப்ரல் மாதம் 10 ஆம் திகதி அங்கீகரித்தது.

செயல் திட்டம், அத்தியாவசிய சேவைகள் பொதி, கொத்தணி முகாமைத்துவ வேலைச்சட்டகம், இந்த வெளியீட்டிலுள்ள பின்னிணைப்பில் குறிப்பீடு செய்யப் பட்டுள்ள வைத்தியசாலையின் அமைவிடத்தினூடான மருத்துவ நிபுணர்கள் நிறைந்த நிலையங்களை நியாயமான முறையில் பகிர்தல் என்பன போன்ற அம்சங்கள் குறித்த இந்த கொள்கை அமுலாக்கத்திற்கு முக்கிய உபாயங்களாக அமையும். தேசிய சுகாதார செயலாற்றுகை வேலைச்சட்டகம் ஒரு பிரதான கொள்கை கண்காணிப்பு திட்டமாக தொழிற்படும். இது பேண்தகு முன்னேற்றத்திற்கான இலக்கு SDG தொடர்பான நாட்டு சுட்டிகளுக்கு பொருந்தும். சுகாதார அமைச்சின் இணையத்தளம் இது பற்றி பொதுமக்கள் மற்றும் இதன் அமுலாக்கத்தில் அக்கறையுடைய சகல தரப்புகள் ஆகியோருக்கு அறிவிப்பதற்கான அர்ப்பணிப்பு வாய்ந்த தளமாக விளங்கும்.

The Policy Process and implementation measures

The Health Master Plan 2007-2016 identified the need for a rational health care delivery system. Key issues at the time of initial policy analysis (2009) were the underutilization of primary level curative care, bypassing the closest primary care institution, lack of a proper referral system that ensured continuity of care and the lack of a proper system that ensured proper follow up with special reference to NCDs. The policy emphasis at that time, and which still continues is for expansion of specialized services. Given that strengths exist in a good community health service program that has addressed important health challenges in the past, the opportunities exist to build up on those strengths with lessons learnt to improve the curative health care sector with special emphasis on Primary care strengthening.

The process has been lengthy and challenging to change the emphasis to strengthening primary care in the midst of strong emphasis to build larger specialized care hospitals (Base hospitals, district general hospitals, teaching hospitals and hospitals for finer specialties). The challenge was fuelled in that the responsibility for primary care lies with the Provincial Council Systems to which the resource allocation was limited in comparison with the Line Ministry and hence maintenance and infrastructure strengthening has not been in par with the developments that were taking place in specialized hospitals that came under the management of the Line Ministry. This contributed to the lack of confidence of patients/people making them bypass their closest primary care hospital. The general operational (implicit) policy is to provide supplies catering to the existing demand. When patients were increasingly accessing larger hospitals the tendency was to improve supplies / other resources to those institutions, which also resulted in further expansion of their infrastructure.

Important global health influences in the Sri Lankan efforts to identify a model of health care delivery that can preserve Universal Health Coverage (UHC) are the World Health Report on Revitalizing Primary health care; Resolution WHA62.12 on Primary health care, including health system strengthening (22 May 2009), The Framework on integrated people-centered health services, adopted at the 69th WHA, Resolution WHA58.33 on Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance, the role of UHC in the Sustainable Development Goal for health: Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages,.

Initial efforts were to understand the critical health service gaps that challenged the system in addressing priority health care burden. The 960 primary level curative health institutions (Divisional hospitals and primary medical care units) were largely underutilized and were not seen to be delivering quality primary care. Large number of patients are being seen for primary care needs at the specialist institutions (Base, District General, Provincial and Teaching hospitals) . A key concern has been to respond to the increasing burden of Non Communicable Diseases, including mental health, Cancer and Injuries as well as health care needs of an ageing population whilst also addressing health needs of young persons. The policy process has been complex which included many other health development interventions falling into place. Noteworthy are the finalization of the policy on Chronic NCDs (2010), the issue of Priority NCD Drug circular no. 02-135/2011 on adoption of 16 essential

drugs for management of chronic NCDs at primary care level (2011), development of the guidelines for management of NCDs in primary health care (2012), pilot interventions to introduce different tools such as the personal health record, lifestyle modification training and tools, Supervision tool. Each of these have been developed with extensive participation of experts in respective fields of clinical medicine, public health and administration, economists and communication experts. Vital to the reform are the competencies that are needed by health cadres to provide person centered, continuity of care. Whilst several other Human resource gaps need to be addressed, the changes required in undergraduate medical education were considered of paramount importance. Discussions that involved all the Medical Faculties led to the development of a common competency framework for doctors in order to deliver better primary care and the Ministry of health informing the Ministry of Higher Education on these requirements.

Hon. Dr Rajitha Senaratne, Minister of Health in the health budget debate in 2016 for the first time announced in parliament that primary care should be strengthened and the way forward should be through a system of a "Family Doctor for All" where a family doctor is accountable and looks after a population of approximately 5000 people.

The development efforts and advocacy on the changes that Sri Lanka announced, led to several development partners showing interest to contribute to the health development agenda for strengthening primary care.

The understanding is that primary care strengthening cannot be carried out in isolation and for maximum benefit to people there should be supportive and rational development of specialized care. The model proposed in the policy brings out these key elements whilst preserving the strengths of a good community health service.

The Cabinet of Ministers on 10th April 2018 approved this policy which places the foundation on which Universal Health Coverage will be preserved in Sri Lanka, which is in keeping with our commitments towards the Sustainable Development Goals.

Key instruments to implement the policy will be the Action plan, Essential Services Package, Cluster Management framework, Rational Distribution of Specialists centres by hospital location, which are referred to in the annexure in this publication. The National Health Performance Framework will serve as an overarching policy monitoring framework, which will complement the country indicators on health for SDGs. The Ministry of Health website will serve as the platform with dedicated space to inform public and all interested stakeholders on the progress of implementation.

සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම පිළිබඳ ප්‍රතිපත්තිය

1. ප්‍රතිපත්තියෙහි පසුබිම

1.1 මුළු රටම එක හා සමානව ආවරණය වන පරිදි ගුණාත්මක තත්ත්වයෙන් ඉහළ සෞඛ්‍ය සත්කාර කිසිදු අයකිරීමකින් තොරව සැපයීම පසුගිය දශක කීපය පුරාවටම ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය සේවාව සඳහා වූ සංවර්ධන ප්‍රතිපත්තිය විය. රජය විසින් මෙහෙයවනු ලබන සෞඛ්‍ය සත්කාර සැපයීමේ පද්ධතිය තුළ නිවාරණ සහ ප්‍රතිකාරක සේවාවන් ව්‍යාප්ත කිරීම හේතුවෙන් සුවිශේෂී ජයග්‍රහණ අත්කරගෙන ඇති බව පැහැදිලි වේ. ඉහළ ආයු අපේක්ෂාව, මාතෘ මරණ හා ළමා මරණ සංඛ්‍යාව අඩුවීම, බෝවන රෝග පාලනය, මැලේරියාව, බාලක පක්ෂාසාන රෝගය සහ බරවා රෝගය තුරන් කිරීම, එන්නත් මගින් වලක්වා ගත හැකි රෝග පාලනය වැනි යහපත් සෞඛ්‍ය ප්‍රතිඵල අත් කර ගැනීම මේ අතර සුවිශේෂී වේ. ඒ හා සමාන සෞඛ්‍ය ප්‍රතිඵල අත්කරගත් අනෙකුත් රටවල් හා සසඳන කළ ශ්‍රී ලංකාව අඩු පිරිවැයකින් ඵලදායී සෞඛ්‍ය සේවාවන් ලබා දෙන බව ප්‍රකට කරුණකි. දළ ජාතික නිෂ්පාදනයේ (GDP) ප්‍රතිශතය අනුව එම රටවල් විසින් සෞඛ්‍ය සඳහා සිදු කරන ආයෝජන සාපේක්ෂව ඉතා ඉහළ අගයක් ගනියි. 2016 වසරේදී සෞඛ්‍ය සඳහා ශ්‍රී ලංකා රජයේ දායකත්වය දළ දේශීය නිෂ්පාදනයෙන් 1.6% ක් විය.

1.2 ආයෝජන ඉතා අවම වුවද, පසුගිය දශක දෙක තුළ විශේෂිත සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවාවක් සඳහා යටිතල පහසුකම් පුළුල් කිරීමට ශ්‍රී ලංකාවට හැකි විය. 2005 වසරේ සෞඛ්‍ය සත්කාර ආයතන නැවත වර්ගීකරණය කිරීම පිළිබඳ ප්‍රතිපත්තිය මගින් සහ සෑම දිස්ත්‍රික්කයකටම එක් රෝහලක්, දිස්ත්‍රික් මහ රෝහලක් මට්ටමට සංවර්ධනය කිරීම මගින් දැඩි අවශ්‍යතාවයක්ව පැවති සෞඛ්‍ය සේවාවන් පුළුල් කිරීම සිදු විය. විශේෂිත සේවාවන් සඳහා එක හා සමාන ප්‍රවේශ පහසුකම් නොමැති හා එම සේවාවන් පුළුල් කිරීමේ අවශ්‍යතාවය පැවති අවධියක නැවත වර්ගීකරණය කිරීම පිළිබඳ ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක විය.

1.3 මෙම ප්‍රතිපත්ති මගින් රෝගීන් තම නිවස ආසන්නයේ ඇති ප්‍රාථමික මට්ටමේ ආයතන වෙත යොමු නොවී විශේෂිත රෝහල් වලින් (මූලික රෝහල් හා ඉහළ මට්ටමේ රෝහල්) සෞඛ්‍ය සත්කාර ලබා ගැනීමට ආකර්ෂණය වීම කෙරෙහි බලපෑමක් ඇති කරන ලදී. විශේෂයෙන්ම විමධ්‍යගත රාමුවක් තුළ රේඛීය මූල්‍ය අයවැය මගින් සෞඛ්‍ය සඳහා මුදල් සැපයීම, විශේෂිත පහසුකම් පුළුල් කිරීමේ ප්‍රයත්නයට උපකාරී වී ඇති අතර එය ප්‍රාථමික මට්ටමේ පහසුකම් සාපේක්ෂව නොසලකා හැරීමටත්, එම පහසුකම් කෙරෙහි ජනතාවගේ ආකර්ෂණය අඩු වීමටත් හේතු වී ඇත.

1.4 වැඩි රෝග පීඩාවක් ඇති කරන්නා වූ රෝග කාණ්ඩය, බෝවන රෝග වර්ග වල සිට දියැඩියාව, අධි රුධිර පීඩනය, හෘද රෝග, ආසානය, නිදන්ගත වකුගඩු රෝග හා මානසික සෞඛ්‍ය ගැටළු වැනි බෝ නොවන රෝග දක්වා වෙනස් වීමේදී, ඒවායෙහි නිදන්ගත භාවය හේතුවෙන් අඛණ්ඩව ප්‍රතිකාර ලබා දීම කෙරෙහි වැඩි අවධානයක් යොමු කිරීම සඳහා වෙනස් ආකාරයක සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීමේ ක්‍රමයක් අවශ්‍ය වේ. ඒ සඳහා එකිනෙකාට පෞද්ගලිකව හා පවුල කේන්ද්‍ර කරගත් නිවාරණ ක්‍රමවේදයන් ද අවශ්‍ය වේ. මෙම සෞඛ්‍ය තත්වයන් පාලනයේදී පුළුල් පරාසයක ප්‍රාථමික මට්ටමේ සේවාවන් හා සුදුසු විශේෂඥ ප්‍රතිකාර සඳහා යොමු කිරීමේ හැකියාව ද ඇතුළත් සේවාවන් ගණනාවක් සමස්ථ වශයෙන් ආවරණය කිරීම අවශ්‍ය වේ.

1.5 පවතින සෞඛ්‍ය සේවාවන් සංවිධානය කිරීම මගින් නිදන්ගත බෝ නොවන රෝග කළමනාකරණය සඳහා වන ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා මෙම සංශෝධනයෙන්

උපකාරී වනු ඇත. තවද, ජනතාවගේ සාමාන්‍ය සෞඛ්‍ය අවශ්‍යතා සම්බන්ධයෙන් කටයුතු කරන වෙනත් සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්ති හා වැඩිහිටි පුද්ගලයන්ගේ සහ එක් එක් ප්‍රදේශ අනුව හඳුනාගත් වැඩි අවදානමක් සහිත ප්‍රජාවන්ගේ, විශේෂ අවශ්‍යතා ඉලක්ක කරමින් පවත්නා වූ ප්‍රතිපත්ති ක්‍රියාත්මක කිරීමේදී ද උපකාරී වනු ඇත. මෙමගින් ප්‍රාථමික සත්කාර සහ විශේෂිත සත්කාර අතර අනුකූලතාවයක් ඇති වීම හා සෞඛ්‍ය සේවාව සඳහා ප්‍රවේශය වැඩිදියුණු කිරීමට හා ඒ සඳහා වන වියදම අවම කිරීමට බලාපොරොත්තු වේ. ප්‍රතිසංවිධානය මගින් යහපත් සෞඛ්‍ය ප්‍රතිඵල අත්කර ගැනීමට සහ කාර්යක්ෂමතාව වැඩි කිරීම සඳහා භාවිතා කළ හැකි වත්මන් සෞඛ්‍ය පද්ධතිය තුළ පවතින ශක්තිමත් කරුණු මෙම ප්‍රතිපත්තියෙන් හඳුනාගනු ලැබේ.

2. ප්‍රතිපත්තියෙහි ඉලක්කය

රෝගී තත්වයන් නිසා මෙරට අත්විඳ ඇති පීඩාවට අදාලව මනාව ඒකාබද්ධ¹ වූ පරිපූර්ණ සහ කාර්යක්ෂම සෞඛ්‍ය සේවයක් සැපයීම මගින් සියළු පුරවැසියන්හට සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණයක්² ලබා දීම සහතික කිරීම.

3. ප්‍රතිපත්තියෙහි අරමුණු

- 3.1 වැඩිහිටියන්ගේ වෙනස් වන අවශ්‍යතාවන් වලට ප්‍රතිචාර දැක්වීම තුළින් ගුණාත්මකව ජීවත්වන වර්ෂ ගණන වැඩි කිරීම හා ආබාධ සහිතව ජීවත්වන වැඩිහිටි පුද්ගලයන් සංඛ්‍යාව අඩු කිරීම.
- 3.2 අඩු හා මධ්‍යම ආදායම්ලාභී කණ්ඩායම් වල සිදු වන සෞඛ්‍ය සඳහා වන විනාශකාරී වැයකිරීම් අඩු කිරීම.
- 3.3 සෞඛ්‍ය හා සම්බන්ධ අත්දැකීම් පිළිබඳ ජනතාවගේ සමස්ත තෘප්තිමත්භාවය වර්ධනය කිරීම.

4. ප්‍රතිපත්තියෙහි ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍ර

මෙම ප්‍රතිපත්තිය මගින් පහත දැක්වෙන ක්ෂේත්‍ර වලට ප්‍රමුඛතාවය ලබා දෙයි.

- 4.1 ප්‍රාථමික සත්කාර සේවාවන් ශක්තිමත් කිරීම මගින් හා පවුල කේන්ද්‍ර කරගත් ප්‍රවේශයක් මගින් පළමු වෛද්‍ය හමුවීමේදී (First contact care) ගුණාත්මක වෛද්‍ය සත්කාර ලබා දීම.
- 4.2 සුදුසු යොමු කිරීම් හා නැවත යොමු කිරීම් මගින් සෞඛ්‍ය සත්කාර සැපයීම අඛණ්ඩව සිදු කිරීම.

¹ ඒකාබද්ධ කිරීම යනු නිශ්චිත ජනගහනයකට අඛණ්ඩව සත්කාර සැපයීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවාවන් සම්බන්ධීකරණය කිරීම වේ

² ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය විසින් අර්ථ දක්වා ඇති පරිදි සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය යනු සියළුම පුද්ගලයින්ට ප්‍රමාණවත් ගුණාත්මක බවකින් යුතු අත්‍යවශ්‍ය ප්‍රවර්ධන, නිවාරණ, ප්‍රතිකාර සහ පුනරුත්ථාපන සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා ප්‍රවේශ වීමට හැකි බව සහතික කිරීමත්, එම සේවා සඳහා ගෙවීම් සිදු කිරීමේදී ඔවුන්ට මූල්‍ය දුෂ්කරතා වලට මුහුණ නොදෙන බවට සහතික වීමත් වේ. සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය, සෞඛ්‍යය හා සම්බන්ධ තිරසාර සංවර්ධන අරමුණු ලගාකරගැනීම සඳහා වන පරිපූර්ණ උපාය මාර්ගය ලෙස සැලකේ.

4.3 සාමූහිකව සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම සඳහා සාධාරණ ලෙස ව්‍යාප්ත වූ විශේෂඥ සෞඛ්‍ය සේවා ජාලයක් ඇති කිරීම.

4.4 සෞඛ්‍ය සත්කාර කෙරෙහි යොමු වීමේදී, බුද්ධිමත් වර්ග රටාවක් ඇති කිරීම සඳහා පුරවැසියන්ගේ සහභාගිත්වය සහ ප්‍රජාව බලගැන්වීම.

4.5 මූල්‍ය අවධානමෙන් ආරක්ෂා කිරීම.

4.6 අධීක්ෂණය සහ අනුවර්තනය වීම: රෝග ආවේක්ෂණය, ප්‍රමුඛතා ලබා දීම, නවෝත්පාදන/ ඉගෙනීම.

5. ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා මූලික උපක්‍රමික ක්‍ෂේත්‍ර (උපක්‍රමික දිශාවන්)

5.1 ශ්‍රී ලංකාව සඳහා සුදුසු ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවාවන් සැපයීමේ ආකෘතියක් ස්ථාපිත කිරීම මඟින් සෞඛ්‍ය සත්කාර සැපයීම ප්‍රතිසංවිධානය. (“Shared care clusters” ලෙස හඳුන්වනු ලබන ආයතන ජාලයක් ලෙස ස්ථාපිත කරන ලද ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවා සැපයීමේ පද්ධතිය සහිත නිර්දේශිත ආකෘතිය සඳහා ඇමුණුම I බලන්න)

5.2 ප්‍රාථමික මට්ටමේ ප්‍රතිකාරක සේවා සපයන ආයතනවල මානව සම්පත් ශක්තිමත් කිරීම සහ ඊට අදාළව නිශ්චිත ප්‍රදේශයක සෞඛ්‍ය සත්කාර සැපයීම සඳහා එම අරමුණට සුදුසු හා ඒ පිළිබඳ වගවියයුතු සෞඛ්‍ය ශ්‍රමබලකායක් ඇති කිරීම.

උදා: සියළුදෙනා සඳහා පවුලේ වෛද්‍යවරයෙකු 1: 5000 - (ඇමුණුම II බලන්න), නිවෙස් මූලිකව කෙරෙන සත්කාර - ප්‍රජා හෙද නිලධාරී, ප්‍රජා මනෝවෛද්‍ය හෙද නිලධාරී, ජීවන රටාව පිළිබඳ මගපෙන්වීම් ලබාදෙන කාර්යමණ්ඩල ආදිය.

5.3 ප්‍රාථමික සත්කාර මට්ටමේ සහ සත්කාර සැපයීමේ අනෙකුත් මට්ටම්වල, සියළුම අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ හා රසායනාගාර පරීක්ෂණ, සුදුසු පරිදි රෝගීන්හට ලබා ගත හැකි වීම.

5.4 ප්‍රාථමික සත්කාර මට්ටමේදී මූලික හදිසි ප්‍රතිකාර සැපයීම.

5.5 ප්‍රාථමික සත්කාර සපයන රෝහල් තුළ, විශේෂයෙන්ම ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල පවතින රෝහල්වල, එම රෝහල් ජනතාව විසින් වැඩි කිරීමට සහ එම රෝහල්වල සෞඛ්‍ය සත්කාර කාර්යමණ්ඩල රඳවා ගැනීම සඳහා අවශ්‍ය පරිසරයක් නිර්මාණය කිරීම.

5.6 විශේෂඥ සත්කාරක සේවා සාධාරණ ලෙස ව්‍යාප්ත කිරීම - සෑම ආයතන සමූහයකට අවම මට්ටමක විශේෂඥ සත්කාර සේවා පැවතීම. (ඇමුණුම III) සියළුම උප විශේෂඥ සත්කාර සේවාවන් ද, ප්‍රශස්ථ භෞතික ප්‍රවේශයක් ලැබෙන අයුරින් සාධාරණ ලෙස ව්‍යාප්ත කිරීම³.

³ අරමුණ - පළාත් එකකට හෝ දෙකකට සීමා නොවී, ප්‍රවේශය පහසු වන පරිදි මූල්‍යමය අපහසුතා අවම වන පරිදි සහ සාධාරණ ලෙස විශේෂඥ සේවා ස්ථානගත කිරීම. සියළුම විශාල තෘතීයික රෝහල්වල උප විශේෂඥ සේවා පැවතීම සාධාරණ නොවන බැවින් එම සේවාවන් හඳුනාගත් තෘතීයික රෝහල් වලට සීමා කෙරේ. ඒ අනුව සෑම ආයතනයකම අනාගත සංවර්ධනය සිදු වනුයේ සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය මගින් හඳුනාගත් සැලසුමට අනුවය.

- 5.7 කළමනාකරණය ශක්තිමත් කිරීම හරහා ආයතන සමූහවල ක්‍රියාකාරිත්වය ශක්තිමත් කිරීම.
- 5.8 කාර්යසාධන දිරිගැන්වීම් හරහා ආයතන සමූහයන්හි ක්‍රියාකාරිත්වය අගය කිරීම.
- 5.9 හඳුනාගත්/ තෝරාගත් පුද්ගලයින්ට අයකිරීමකින් තොරව සෞඛ්‍ය පහසුකම් සැපයීම සඳහා මිලට ගතහැකි පෞද්ගලික සැපයුම්කරුවන් (පෞද්ගලික වෛද්‍ය සේවාවන් සපයන වෛද්‍ය වෘත්තිකයන් - Private General Practitioners) රජය විසින් පිළිගැනීම හා නියාමනය කිරීම.
- 5.10 පුරවැසි සහභාගිත්වය, සෞඛ්‍ය බලගැන්වීම් සහ සෞඛ්‍ය සත්කාර කෙරෙහි යොමුවන ආකාරයන් වැඩිදියුණු කිරීම මගින් ඉල්ලුමෙහි වෙනස්කම් සිදු කිරීම.
- 5.11 සෞඛ්‍ය සඳහා වන මානව සම්පත් වැඩි දියුණු කිරීම, කුසලතා වර්ධනය හා ආසන්නතම ප්‍රාථමික සත්කාර සේවා සපයන රෝහල් සමඟ ක්‍රියාකාරී සම්බන්ධතා වැඩිදියුණු කිරීම තුළින් ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සේවාවන් තවදුරටත් ශක්තිමත් කිරීම.
- 5.12 සෞඛ්‍ය තොරතුරු පද්ධතියෙහි පැහැදිලි වෙනස්කම් සිදුකිරීම, ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීමට උපකාරී වනු ඇතැයි අපේක්ෂා කරන අතර, එය සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවා කළමනාකරණයට අදාළ වනු ඇත. පුද්ගල සෞඛ්‍ය වාර්තාව සහ පුද්ගලයෙකුට අනන්‍ය වූ සෞඛ්‍ය හඳුනාගැනීමේ අංකය, සම්පත් සහ සැපයුම් ජාල කළමනාකරණය, මානව සම්පත් කළමනාකරණ තොරතුරු පද්ධතිය, ආයතනික සහ ආයතන සමූහයන්ගේ කාර්යසාධන කළමනාකරණ පද්ධතිය, බාහිර රෝගීන්ගේ රෝග තත්වයන් වාර්තා කිරීම සඳහා ප්‍රාථමික සත්කාර ජාත්‍යන්තර රෝග වර්ගීකරණය (ICDPC) භාවිතා කිරීම සහ නිවැරදි සංකේතකරණයෙන් හා වාචිකව සිදු කරන පරීක්ෂණ භාවිතයෙන් මරණය කෙරෙහි බලපාන හේතු පිළිබඳ දත්ත ශක්තිමත් කිරීම තුළින් සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවා සැපයීමේ අඛණ්ඩතාව සහතික කිරීම බලාපොරොත්තු වේ.
- 5.13 පෞද්ගලික අංශය ඵලදායී ලෙස යෙදවීම සහ පළමු වෛද්‍ය හමුවීමේදී සාමාන්‍ය පෞද්ගලික වෛද්‍ය වෘත්තිකයන්ගේ මැදිහත්වීම තුළින් සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවා කිසිදු අයකිරීමකින් තොරව සැපයීම සහතික කිරීම. සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්හට පුද්ගලයින් විසින් සිදු කරන සෘජු ගෙවීම් අවම කිරීම තුළින් මූල්‍ය අවධානම අවම කිරීමේ ක්‍රමවේදයන් සොයාබැලීම සහ ක්‍රියාත්මක කිරීම.

6. ප්‍රතිපත්තිය මගින් අපේක්ෂිත ප්‍රතිඵල

- 6.1 අත්‍යාවශ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවා ආවරණය වැඩිකිරීම.
- 6.2 ප්‍රාථමික, ද්විතියික සහ තෘතීක මට්ටමෙහි සෞඛ්‍ය සත්කාර පහසුකම් සාධාරණ ලෙස ව්‍යාප්ත කිරීම.
- 6.3 ජනතාවගෙන් සෑම පුද්ගලයන් 5000 ක් සඳහාම පළමුව මුණගැසිය හැකි එක් පවුලේ වෛද්‍යවරයෙක් සිටීම.
- 6.4 සෞඛ්‍ය සත්කාර වල වත්මන් අවශ්‍යතා අනුව, සෞඛ්‍ය සඳහා වන මානව සම්පතෙහි නිපුණතා සම්මිශ්‍රණය වැඩිදියුණු කිරීම.

- 6.5 අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ සහ රසායනාගාර පහසුකම් සඳහා ප්‍රවේශය වැඩිදියුණු කිරීම.
- 6.6 හදිසි සත්කාර සඳහා ප්‍රවේශය වැඩිදියුණු කිරීම.
- 6.7 සෞඛ්‍ය සේවා, ලබා දීමේ කාර්යක්ෂමතාව වැඩිදියුණු කිරීම.
- 6.8 සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණ වැඩසටහන් සඳහා පුරුෂයන්ගේ සහභාගීත්වය වැඩිකිරීම.
- 6.9 සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණ වැඩසටහන් සඳහා සමස්ථ සහභාගීත්වය වැඩිකිරීම.
- 6.10 සෞඛ්‍ය සහ සෞඛ්‍ය සත්කාර පිළිබඳව ජනතාවගේ දැනුවත් භාවය වැඩිදියුණු කිරීම.
- 6.11 අඛණ්ඩ සත්කාර සැපයීමට ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා කාර්යමණ්ඩල සැපයීම වැඩිදියුණු කිරීම.
- 6.12 සියලුම වැඩිහිටියන් සඳහා සෞඛ්‍ය වාර්තාවක් සහ පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය හැඳුනුම් අංකයක් (PHN) ලබා දීම. සායනික තොරතුරු හුවමාරු කර ගැනීමට ආධාර වන පද්ධතීන් ස්ථාපනය කිරීම. (හුවමාරු කර ගත හැකි ඉලෙක්ට්‍රොනික සෞඛ්‍ය වාර්තා)

7. ක්‍රියාත්මක කිරීමේ පියවර

- 7.1 සෞඛ්‍ය සත්කාර ආයතන නැවත වර්ගීකරණය කිරීමේ ප්‍රතිපත්තිය වෙනුවට මෙම ප්‍රතිපත්තිය ආදේශ කරමින්, ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර ප්‍රතිසංස්කරණ හරහා උණ පූර්ණය වූ සාධාරණ සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවයක් නිර්මාණය කිරීම.
- 7.2 පවත්නා ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සේවා හරහා අත්පත් කර ගත් වාසි තව දුරටත් වර්ධනය කිරීම සහ උණ පූර්ණය කිරීම මෙම ප්‍රතිපත්තිය මඟින් සිදුවේ.
- 7.3 විවිධ සත්කාර මට්ටම් වලදී නිවාරණ, ප්‍රවර්ධන, ප්‍රතිකාරක, පුනරුත්ථාපන සහ සහන සත්කාර සේවාවන් සඳහා ප්‍රතිකාරක සහ ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සේවාවන් දායක වන්නේ කෙසේද යන්න අත්‍යවශ්‍ය සේවාවන් පැකේජය (Essential Service Package) මඟින් අර්ථ දැක්වේ.
- 7.4 භූමි තථ්‍යතාවයන් මත පදනම් වූ භූගෝලීය තොරතුරු තාක්ෂණ පද්ධති භාවිත කරමින් සෞඛ්‍ය සේවා ආයතන සමූහ (Cluster) සිතියම්ගත කිරීම සිදුකෙරෙයි.
- 7.5 සෑම ආයතන සමූහයක්ම (Cluster) ප්‍රතිකාරක සේවා කාර්ය සාධනයේදී, උප දිස්ත්‍රික් ඒකකයක් ලෙස සැලකෙන අතර, හැකි සෑම අවස්ථාවකදීම එය ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශයක ප්‍රදේශය සමග ගැලපෙන ලෙස නිර්මාණය කරනු ලැබේ. මහජන ප්‍රතිචාර සඳහා නිසි සැලකිල්ලක් දක්වමින් කාර්ය සාධන අධීක්ෂණය සහ මෙහෙය වීම ඉහල නැංවීම සඳහා පරිපාලන පද්ධතිය ශක්තිමත් කරනු ලැබේ. සමූහයන්ගේ (Cluster) කාර්යසාධනය, සායනික සහ රෝගීන්ගේ අත්දැකීම් පිළිබඳ ප්‍රතිඵල, දියුණු මට්ටමකට ගෙන ඒම සඳහා සෞඛ්‍ය පරිපාලකයන් පත්කරනු ලැබේ.

- 7.6 කාර්යභාරය මත පදනම්ව සියලු ආයතන සඳහා මෙහෙයුම් මාර්ගෝපදේශ ලබා දෙන අතර, ඒවා භාවිත කිරීම සහ ඊට අනුකූලව කටයුතු කිරීම අධීක්ෂණය කරනු ලැබේ.
- 7.7 ප්‍රතිසංවිධානය කරන ලද සෞඛ්‍ය පද්ධතියක් තුළ කටයුතු කිරීම සඳහා සෞඛ්‍ය ශ්‍රම බලකාය තුළ ආකල්පමය සහ කුසලතා වෙනසක් සිදු කළයුතු වේ. මෙහි ලා මූලික උපාධි පාඨමාලා සහ වෙනත් සෞඛ්‍ය නිලධාරී පුහුණු වැඩසටහන් ප්‍රතිසංස්කරණය කළ යුතු වේ.
- 7.8 සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණයක් උදෙසා කරන ප්‍රතිසංවිධානයේදී ප්‍රතිලාභ අවම ප්‍රජාවන් සඳහා ද සෞඛ්‍ය සේවාවන් සඳහා පහසු ප්‍රවේශයක් සලසා දිය යුතු වේ. (උදා: වැවිලි අංශයේ සියලු ප්‍රාථමික සත්කාර රෝහල් සාමූහික සත්කාර ආයතන සමූහයට (Shared care cluster) අයත් වනු ඇත. සංක්‍රමණික ශ්‍රමිකයන් සහ ඔවුන්ගේ පවුල් සඳහා මෙන්ම අවදානම් නාගරික ප්‍රජාවන් සඳහා ද ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර සඳහා පහසු ප්‍රවේශයක් සැකසෙනු ඇත)
- 7.9 සේවා ලාභීන් සහ ප්‍රජාවන් කේන්ද්‍ර කොටගත් ප්‍රතිසංවිධානයක් සඳහා පුරවැසි ක්‍රියාකාරීත්වයට සහ ප්‍රජා සහභාගීත්වයට ප්‍රමුඛතාව ලබා දෙනු ලැබේ.
- 7.10 ජාතික සෞඛ්‍ය පද්ධති කාර්යසාධන රාමුව (National Health Performance Framework) මඟින් ඵලදායීතාව, කාර්යක්ෂමතාව සහ සාධාරණත්වය පිළිබඳ හඳුනාගත් දර්ශක හරහා මෙම ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීමේ ප්‍රගතිය නිරූපණය කෙරෙනු ඇත.

ඇමුණුම I - පොදු සත්කාර ආයතන සමූහය (Shared care cluster)

1. පොදු සත්කාර ආයතන සමූහය (Shared care cluster): විශේෂඥ වෛද්‍ය සේවාවන් සපයන රෝහලක් මූලික කරගෙන, එය වටා ඇති ප්‍රාථමික සත්කාර ආයතන (ප්‍රාදේශීය සහ ප්‍රාථමික වෛද්‍ය සත්කාර ඒකක) එකතුව, පොදු සත්කාර ආයතන සමූහයක් ලෙස සැකසේ.
2. සියලු මූලික රෝහල්, දිස්ත්‍රික් මහ රෝහල් සහ පළාත් මහරෝහල් වලට සම්බන්ධ වන ප්‍රාථමික සත්කාර ආයතන හඳුනාගෙන, ඒවා පොදු සත්කාර ආයතන සමූහයන් ලෙස ක්‍රියාත්මක වනු ඇත.
3. ප්‍රාථමික මට්ටමෙහි සෑම ආයතනයක් සඳහාම සේවා සපයන ප්‍රජා ප්‍රදේශයක් සහ ජනතාවක් හඳුනාගැනෙනු ඇත. ඉහලම රෝහල වටා පිහිටි සියලු ප්‍රාථමික සත්කාර ආයතනයන්ට අයත් මුළු ප්‍රදේශය, ඉහලම රෝහල නොඑසේනම් විශේෂඥ රෝහලේ (මූලික රෝහල්, දිස්ත්‍රික් මහ රෝහල්, ශික්ෂණ රෝහල්) සේවා ප්‍රදේශය වේ. ඉහලම රෝහලට ආසන්නතම ජනතාවගේ ප්‍රාථමික සත්කාර අවශ්‍යතා සඳහා අදාළ සේවා සැපයීමට සඳහා ඉදිරියේදී වෙනම ප්‍රාථමික සත්කාර ඒකකයක් පිහිටුවිය හැකිය.
4. ප්‍රාථමික මට්ටමේ ආයතන වෙත ප්‍රාථමික සත්කාර සඳහා ප්‍රවේශ වන ජනතාව ලියාපදිංචි කර, ඔවුන් වෙත පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය වාර්තාවක් නිකුත් කරනු ඇත. පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය වාර්තාවේ ඇතුළත් රෝගියාගේ තොරතුරු දත්ත පත්‍රිකා, ප්‍රාථමික රෝහල හා ඉහල රෝහල අතර රෝගියා යොමු කිරීමේ දී සහ ආපසු යොමු කිරීමේදී (යොමු කිරීමේ නිර්ණායක මත පදනම්ව) භාවිත කිරීමට නියමිතය.
5. ප්‍රාථමික මට්ටම තුළ ප්‍රතිකාර කිරීමට අසීරු සංකූලතා සහිත රෝගීන් හා අවශ්‍ය ඖෂධ ප්‍රාථමික මට්ටම තුළ නොමැති අවස්ථා වලදී, ඉහලම රෝහල සඳහා ප්‍රවේශයක් ලබා දෙනු ඇත.
6. රෝගීන් සංඛ්‍යාව සාධාරණව ප්‍රාථමික මට්ටමෙහි ආයතන අතර බෙදාහැරෙන අතර එමඟින් විශේෂඥ රෝහල් හි සායනවල පවත්නා තදබදය අඩුවනු ඇත.
7. ප්‍රාථමික රෝගී සත්කාර ආයතන හරහා අවශ්‍ය විට රෝගීන්ට නිසි විශේෂඥ රෝහල වෙත ප්‍රවේශයක් ලැබෙන අතර, එමඟින් ප්‍රතිකාර පිළිබඳව විශේෂඥ උපදෙස් ලබා ගැනීමටත් අහිතකර ප්‍රතිඵල වැළැක්වීමටත් හැකි වනු ඇත.
8. අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ සහ රසායනාගාර පහසුකම් පැවැතීම පොදුසත්කාර ආයතන සමූහයක් ලෙස ක්‍රියාකිරීම සඳහා බලපාන මූලික අවශ්‍යතාවන් වේ. ප්‍රාථමික සත්කාර ආයතනයන්හි ඖෂධ පවත්නා බවට වග බලාගැනීම සඳහා අධීක්ෂණ ක්‍රමයක් පැවැතීම ඉතා වැදගත්වේ.
9. ප්‍රාථමික සත්කාර ආයතනයන්හිදී රසායනාගාර පරීක්ෂණ සඳහා ප්‍රවේශය ලබාදීමේදී ක්‍රම දෙකක් අනුගමනය කළ හැකිය.
 - (අ) ප්‍රාථමික රෝහල් හරහා නියැදි රැස් කර ඒවා රෝහල් සමූහයෙහි ඉහලම රෝහල වෙතට යැවීම මඟින් අදාළ පරීක්ෂාවන් සිදුකිරීම.
 - (ආ) ඇතැම් දිස්ත්‍රික්ක සඳහා වෙන් කරගත් දිනයකදී ජංගම රසායනාගාර පහසුකම් ලබා දීම වඩා යෝග්‍ය වේ.

10. ඉහලම රෝහලෙහි විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්, ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර ආයතන වල වෛද්‍යවරුන්ගේ දැනුම සහ කුසලතා යථාවත් කිරීම සම්බන්ධයෙන් වගකිව යුතු වන අතර, අවශ්‍යතාව මත පදනම්ව එම රෝහල් වල සායන පැවැත්වීම තුළින්ද අවශ්‍ය සහාය ලබාදිය හැකිය.

11. හවුලේ සත්කාර සැපයීම (Shared care) යන්නෙන් අදහස් වනුයේ;

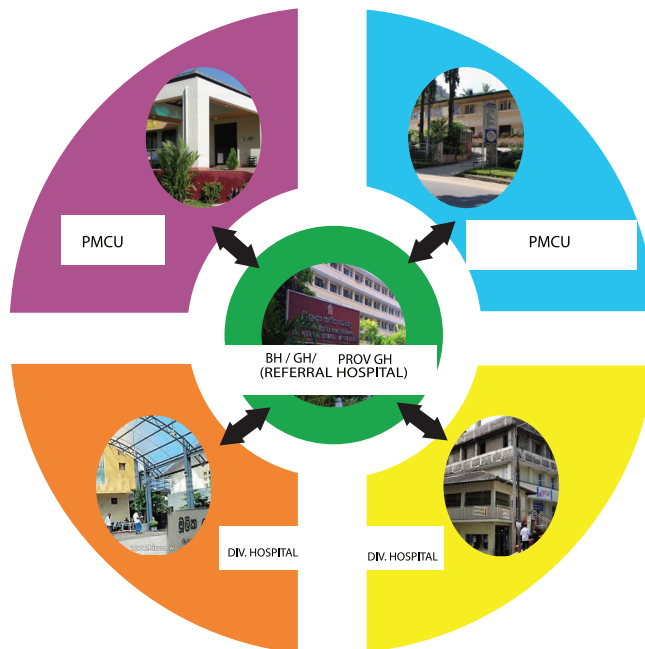
(අ) රෝගියකුගේ සෞඛ්‍ය පිළිබඳව ප්‍රාථමික සත්කාර සහ විශේෂඥ සේවා අතර අඛණ්ඩතාවකින් යුක්තව හවුලේ කටයුතු සිදු කිරීම.

(ආ) ආයතන සමූහය අතර සම්පත් හවුලේ භාවිත කිරීමට නියමිත අතර එමඟින් සම්පත් සුලභතාව සහ ප්‍රයෝජ්‍යතාව ප්‍රශස්ත මට්ටමකට ගෙන ඒම.

12. පොදු සත්කාර ආයතන සමූහ පද්ධතියක ප්‍රධාන අරමුණු;

(අ) පවත්නා ක්‍රමය තුළ සම්පත්වලින් උපරිම ප්‍රයෝජන ලබාගනිමින් අඛණ්ඩ ප්‍රතිකාර සඳහා සාර්ව ප්‍රවේශයක් (universal access) ලබා දීම.

(ආ) පොදු සත්කාර ආයතන සමූහයක් මඟින් සේවය සැපයිය යුතු ප්‍රදේශය අර්ථ නිරූපනය කර ඇති බැවින් සත්කාර සැපයීම සම්බන්ධයෙන් වගවීම බැඳුණු ක්‍රමයක් ඇති කිරීම



ඇමුණුම II - සියලු දෙනා සඳහා පවුලේ වෛද්‍යවරයෙක්

පොදු සත්කාර සපයන ආයතන සමූහයක් තුළ පවුලේ වෛද්‍යවරයා ප්‍රාථමික මට්ටමෙහි ආයතනවල (ප්‍රදේශීය රෝහල් / ප්‍රාථමික සත්කාර ඒකක/වතු රෝහල්) කටයුතු කරනු ඇත.

සේවය සපයනු ලබන ප්‍රදේශයේ ජනගහණය මත පදනම්ව, සෑම පුද්ගලයන් 5000ක් සඳහාම එක් පවුලේ වෛද්‍යවරයකු කටයුතු කරනු ඇත.

ජනගහනය 5000ක් වන පරිදි එක් පවුලේ වෛද්‍යවරයකුගේ වගකීමට යටත් ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශ කාණ්ඩ කළ හැකිය.

මෙම ප්‍රතිසංස්කරණ මඟින් වෛද්‍ය උපාධි අපේක්ෂක ඉගැන්වීමෙහි පරිවර්තනයක් සිදු විය යුතු බව අපේක්ෂා කරන අතර, ඒ තුළින් පළමු වෛද්‍ය හමුවේ දී වඩා පෞද්ගලික වූ සහ පවුල කේන්ද්‍ර කර ගත් සත්කාර සේවාවක් සැපයීමටත්, තමන්ට පැවරෙන ප්‍රදේශයේ ජනතාවගේ සෞඛ්‍යය සම්බන්ධයෙන් වගවීම සහතික කිරීමටත් හැකි වනු ඇත.

ග්‍රාමීය/දුෂ්කර ප්‍රදේශවල කාර්යමණ්ඩල රඳවා ගැනීම සඳහා ප්‍රතිපත්ති ශක්තිමත් කිරීම අවශ්‍ය වේ.

පවුල් වෛද්‍ය සේවයේ නියැලෙන වෘත්තීය කණ්ඩායම් හි සහයෝගීත්වයෙන් යුතුව, රජය විසින් පාලනය කෙරෙන පද්ධතියක් තුළ පවුල් වෛද්‍ය සේවයේ නිරත වීම සම්බන්ධයෙන් මාර්ගෝපදේශ ස්ථාපනය කළ යුතුය.

පවුල් වෛද්‍ය විද්‍යාව පිළිබඳ ඩිප්ලෝමාවක් සහිත වෛද්‍ය නිලධාරීන්, ප්‍රාථමික සත්කාර රෝහල් හි (ප්‍රාදේශීය රෝහල් හා ප්‍රාථමික සත්කාර ඒකක) සේවයේ යෙදවීම වාසි සහගත වන අතර යෝග්‍ය පරිදි ඔවුන්ව සේවයේ යෙදවීම සඳහා සෑම ප්‍රයත්නයක්ම දැරිය යුතුය.

ප්‍රාථමික සත්කාර සේවා වල නිරත වන වෛද්‍යවරුන්, පවුල් වෛද්‍ය සේවා සැපයීම පිළිබඳ දැනුවත් කිරීම සඳහා සේවාස්ථ පුහුණු වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කරනු ලැබේ.

ප්‍රාථමික සත්කාර සැපයීමේදී අඛණ්ඩ වෘත්තීය සංවර්ධනය සඳහා වන වැඩසටහනක් අවශ්‍ය වන අතර පෞද්ගලික අංශයේ ප්‍රාථමික සත්කාර සපයන වෛද්‍යවරුන් සඳහා මෙම වැඩසටහන අනිවාර්ය විය යුතුය.

සමූහ පද්ධතිය තුළ පවුලේ වෛද්‍යවරයාගේ වෘත්තීය නියැලුම ප්‍රවර්ධනය කිරීමට, ශක්‍යතා වර්ධනය කිරීම සඳහා පවුල් වෛද්‍ය විද්‍යාව පිළිබඳ විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් (පවුල් වෛද්‍ය විද්‍යාව පිළිබඳ MD සුදුසුකම් සහිත) පත් කල යුතුය. මෙම විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් සමූහ පද්ධතිය තුළ පවත්නා විශාල ප්‍රාදේශීය රෝහලකට අනුයුක්ත කල යුතුය. සංක්‍රාන්තික අවධියේදී ප්‍රශස්ථ මට්ටමේ කුසලතා සහිත වෛද්‍යවරුන් ප්‍රමාණවත් පරිදි නොමැති බැවින් මෙම විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් ප්‍රාථමික සත්කාරයන්හි යෙදෙන වෛද්‍ය නිලධාරීන්, පවුල් වෛද්‍ය සේවයෙහි නිරත විය හැකි පරිදි පුහුණු කිරීම සඳහා උපකාරී කර ගත හැක.

ඇමුණුම III - සෑම රෝහල් සමූහයක් (Cluster) සඳහා පැවතිය යුතු අවම විශේෂඥතා මට්ටම

විශේෂඥ සත්කාර සැපයීම සඳහා වන මූලික අවශ්‍යතාවන් සමස්ථයක් ලෙස පවතිනු ඇත.

උදා :- සියලුම විශේෂඥ ආයතනයන්හි

සියලුම මූලික රෝහල් ද, සමාන පහසුකම් වලින් යුක්ත වනු ඇති අතර සේවය සපයනු ලබන ජනගහණය අනුව රෝහලේ ප්‍රමාණය පමණක් වෙනස් වනු ඇත.

පහසුකම් සමාන බැවින් "A" සහ "B" ලෙස මූලික රෝහල් වර්ගීකරණය අදාළ නොවන අතර සියල්ලෙහිම පැවතිය යුතු විශේෂඥ සහ තාක්ෂණික සේවා පහත පරිදි වේ.

- ශල්‍ය වෛද්‍ය
- කායික වෛද්‍ය
- ළමා රෝග විශේෂඥ
- නාරි හා ප්‍රසව වෛද්‍ය
- දන්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය
- නිර්වින්දන
- විකිරණ
- ක්ෂුද්‍ර ජීව විද්‍යා
- ව්‍යාධිවේද
- උගුර, කන, නාසය සම්බන්ධ විශේෂඥ
- වර්ම රෝග
- සමාජ රෝග
- මනෝ වෛද්‍ය
- මනෝ චිකිත්සක
- අධිකරණ වෛද්‍ය
- මුඛ,හනුක,වක්ත්‍ර විශේෂඥ
- ලේ බැංකු සේවාව
- හදිසි අනතුරු සේවා
- ආසාදන ඒකකය
- සැලසුම් ඒකකය
- තත්ව ඒකකය

உலகலாவிய சுகாதார பாதுகாப்புக்காக சுகாதார பராமரிப்பு வழங்கல் தொடர்பான கொள்கை

01. கொள்கை பற்றிய பின்னணி:

01.1. இலங்கையில் கடந்த பல தசாப்தங்களாக சுகாதார சேவைகளின் நிமித்தம் பாரபட்டசமற்ற முறையில் நியாயமான பாதுகாப்பிடனும் மற்றும் சிறந்த தரத்துடனும் சேவையை வழங்கும் போது இலவச சுகாதார பராமரிப்பு வசதியை வழங்கலானது அபிவிருத்தியின் அங்கீகாரமாக விளங்கியுள்ளது. அரசாங்கம் வழிகாட்டும் சுகாதார விநியோக முறைமை ஒன்றில், நோய் தடுப்பு மற்றும் நோய் குணப்படுத்தல் சேவைகளின் விஸ்தரிப்பு காரணமாக குறிப்பிடப்படக்கூடிய சாதனைகள் தெளிவாக தென்படுகின்றன. அதிக ஆயுல் கால எதிர்பார்ப்பு, தாய் சேய் இறப்பு வீதம் குறைதல், தொற்றுநோய்களின் கட்டுப்பாடு, மலேரியா நோய், போலியோ இளம் பிள்ளை வாதம், யானைக்கால் நோய் என்பன போன்ற நோய்களை ஒழித்தல் மற்றும் தடுப்பூசி மூலம் தடுக்கக்கூடிய நோய்களின் கட்டுப்பாடு போன்ற சிறந்த ஆரோக்கியமான சுகாதார வெளிப்பாடுகள் தென்படுகின்றன. ஒப்பிடக்கூடிய சுகாதார விளைவுகளையுடைய ஏனைய நாடுகளுடன் ஒப்பிடும் போது நியாயமான விலையில் பயனுள்ள விதத்தில் இலங்கை தனது சுகாதார சேவையை வழங்குகின்றது. அதாவது மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியுடன் ஒப்பிடும் போது சுகாதாரத்திற்கான முதலீடு ஒப்பீட்டளவில் அதிகமாக காணப்படுகின்றது. 2016 ஆம் ஆண்டில், சுகாதாரத்திற்கு இலங்கை அரசாங்கத்தின் பங்களிப்பு மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் 1.6% வீதமாக இருந்தது.

01.2. கடந்த இரண்டு தசாப்தங்களில் முதலீடுகள் குறைவாக காணப்பட்டாலும், இலங்கையால் சிறந்த சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகளுக்காக தனது உட்கட்டமைப்பு வசதிகளை விரிவாக்க முடிந்துள்ளது. 2005 ஆம் ஆண்டில், சுகாதார பராமரிப்பு நிறுவனங்களின் மீள் வகைப்படுத்தல் மற்றும் மாவட்ட பொது வைத்தியசாலையொன்றின் தரத்திற்கு ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் ஒவ்வொரு வைத்தியசாலையை அபிவிருத்தி செய்தல் என்பன தொடர்பான கொள்கைகள் அதிக தேவையான விரிவாக்கத்தின் நிமித்தம் அறிமுகப்படுத்தப்பட்டன. இத்தகைய மீள் வகைப்படுத்தும் கொள்கையானது விஷேட சேவைகள் நியாயமான முறையில் அணுகக் கூடியதாக இல்லாத போதிலும் பயனுள்ளதாக அமைந்துள்ளது. இந்த சேவைகளை துரிதமாக விஸ்தரிப்பது அவசியம் என காணப்பட்டது.

01.3. வீட்டிற்கு அருகில் அமைந்துள்ள ஆரம்ப மட்ட சுகாதார நிறுவனங்களை தவிர்த்துவிட்டு சிறப்பு மருத்துவ மனைகளில் (ஆதார வைத்தியசாலைகள் மற்றும் அதற்கும் உயர்ந்த வசதிகளையுடைய அவ்வாறான மருத்துவ மனைகள்) சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகளை நாடச்செய்வதிலும் மற்றும் நோயாளர்களை ஈர்ப்பதிலும் இந்த கொள்கை தாக்கம் செலுத்தியுள்ளது. மத்திய அரசாங்கத்தினது மூலதனம் சார் வரவுசெலவுத்திட்டத்தினூடாக சுகாதாரத்திற்காக ஒதுக்கப்படும் நிதி, ஆரம்ப மட்ட சுகாதார வசதிகளை புறக்கணித்து, மற்றும் பொது மக்களுக்கு அவற்றின் குறைந்தளவான ஈர்ப்புத்தன்மையை ஏற்படுத்தி சிறப்பு வசதிகளை விஸ்தரிப்பதில் இந்த கொள்கை தாக்கத்தை செலுத்தியிருந்தது.

01.4. தொற்றுநோய்களிலிருந்து தொற்றாத நோய்களுக்கு மாறிவரும் சுகாதார பராமரிப்பு பொறுப்பானது தற்பொழுது நீரிழிவு நோய், இரத்த அழுத்த நோய், குருதியோட்டத் தடை (Ischemic), இருதய நோய், பக்கவாதம், நாள்பட்ட நீரிழிவு நோய், உள நல சுகாதார பிரச்சினைகள் போன்ற பல நோய்கள் அதிகமாக பரவியுள்ள இந்த நிலைமைகளில், கால தாமதம் காரணமாக சுகாதார

பராமரிப்பின் தொடர்சிக்கு அதிக கவனத்தை செலுத்தும் பொருட்டு வித்தியாசமான சுகாதார சேவை விநியோக மாதிரி வகையொன்று தேவைப்படுகின்றது. அது அவர்களுக்கு அது குடும்பமைய மற்றும் தனிப்பட்ட தடுப்பு உத்திகளை தேவைப்படுத்துகின்றது. இவ்வாறான சுகாதார நிலைமைகளின் முகாமைத்துவம் ஆரம்ப நிலை சேவைகளின் வரம்பிற்கு உலகளாவிய பாதுகாப்பு தேவைப்படுகின்றது. இது விசேட பராமரிப்பிற்கு சரியான குறிப்புடன் துணைபுரிகிறது.

01.5. இந்த மறுசீரமைப்பு தற்போதைய சுகாதார அமைப்பினூடாக நாள்பட்ட தொற்றாத நோய்களை கட்டுப்படுத்துவதற்கான கொள்கையை செயற்படுத்துவதற்கு ஆதரவளிக்கும் வகையில் திட்டமிடப்பட்டுள்ளது. இது மேலும், வயது வந்தவர்களினதும் மற்றும் மிகவும் பாதிக்கப் படக்கூடிய மக்களினதும் விஷேட தேவைகளை இலக்காகக்கொண்டு பொது மக்களுக்கு பொது சுகாதார பராமரிப்பு தேவைகளை பூர்த்தி செய்யும் வகையில் ஏனைய சுகாதார பராமரிப்பு கொள்கைகளையும் ஆதரிக்கும். ஒரு விஷேட பராமரிப்பு அடங்கிய ஆரம்ப முதலாவது தொடர்பு பராமரிப்பு ஒருங்கிணைப்பானது மக்களுக்கு சிக்கனத்துடனும் பரவலான அணுகு பிரவேச வசதியுடனும் சுகாதார பராமரிப்பு வசதிகள் விநியோக முறைமையின் பகுப்பாய்வினால் எதிர்பார்க்கப்படுகின்றது. இந்தக் கொள்கை மறுசீரமைப்பினூடாக சிறந்த சுகாதார பயன்கள் மற்றும் செயல் திறன்களுக்கு பயன்படுத்தக்கூடிய முறைமைகள் என்பவற்றில் காணப்படும் பலத்தை மேலும் அங்கீகரிக்கின்றது.

02. கொள்கை இலக்கு

நன்கு ஒருங்கிணைக்கப்பட்ட¹ விசாலமான மற்றும் திறமையான சுகாதார சேவையொன்றினூடாக, நாட்டின் நோய் அனுபவத்தால் அடைந்த சுமை தொடர்பாக அனைத்து மக்களுக்கும் உலகளாவிய சுகாதார பாதுகாப்பை² உறுதிசெய்தல்.

03. கொள்கை நோக்கங்கள்

- 03.1. ஆண்டுதோறும் அதிகரித்து வருகின்ற உயிர் வாழ்வதற்கு தரமான தேவைகளை பிரதிபலித்தல் விடயம் இதில் உள்ளீர்க்கப்பட்டுள்ளது. இதன் பயனாக அங்கவீனத்துடன் வாழும் வயதானவர்களின் எண்ணிக்கை குறைந்துள்ளது.
- 03.2. குறைந்த - நடுத்தர வருமானமுடைய குழுக்களில் அதிகளவு செலவு செய்யப்படும் சுகாதார செலவு குறைந்துள்ளது.
- 03.3. சுகாதார அனுபவம் தொடர்பில் மக்களின் ஒட்டுமொத்த திருப்தி மேம்பட்டுள்ளது.

¹ ஒருங்கிணைப்பு என்பது வரையறுக்கப்பட்ட ஒரு மக்கள் தொகைக்காக தொடர்ந்தும் பராமரிக்கப்படும் சுகாதார சேவைகளின் ஒருங்கிணைப்பு என பொருள்படும்.

² உலக சுகாதார பாதுகாப்பு (UHC) உலக சுகாதார ஸ்தாபனத்தால் பின்வருமாறு வரையறுக்கப்பட்டுள்ளது. அதாவது அனைத்து மக்களுக்கும் பயனுள்ளதாக இருக்கக் கூடிய போதுமான தரத்தில் தேவையான ஊக்குவிப்பு, நோய் தடுப்பு, சிகிச்சையளித்தல், புனர்வாழ்வளித்தல் முதலிய சுகாதார சேவைகளை அணுகக் கூடியதாகவுள்ளதா என்பதை உறுதிசெய்யும் பொருட்டு உலக சுகாதார பாதுகாப்பு (UHC) வரையறுக்கப்பட்டுள்ளது. அத்துடன் இத்தகைய சேவைகளுக்கு பணம் செலுத்தும் போது பொது மக்களுக்கு நிதி நெருக்கடி ஏற்படக்கூடாது என்பதும் இதில் உறுதிசெய்யப்படுதல் வேண்டும். சுகாதாரம் தொடர்பான SDGS (நிலையான அபிவிருத்தி குறிக்கோள்கள்) சாதனைக்கான உந்துசக்தி உத்தியாக உலகளாவிய சுகாதார பாதுகாப்பு (UHC) விளங்கி வருகின்றது.

04. கொள்கை முன்னுரிமை பகுதிகள்

கொள்கை முன்னுரிமைகள்

- 04.1. ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு வசதிப்படுத்தல் மற்றும் குடும்ப மைய அணுகுமுறை என்பவற்றினூடாக முன்னுரிமை சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகளை வழங்குதல்.
- 04.2. பொருத்தமான சிபாரிசுகள் மற்றும் மீண்டும் பரிந்துரை செய்தல் ஆகியவற்றினூடாக தொடர்ந்தும் பராமரிப்பு சேவைகளை பேணுதல்.
- 04.3. ஒருங்கிணைந்த சுகாதார பராமரிப்பு வசதிகளை ஏற்படுத்துவதற்கான விஷேட சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகளின் அடிப்படையில் நிலையாக வழங்கப்படும் சுகாதார பராமரிப்பு வலைப்பின்னலை மேம்படுத்துதல்.
- 04.4. பகுத்தறிவு ரீதியாக சுகாதாரத்தை நாடுகின்ற நடத்தையின் நிமித்தம் பிரஜைகளை ஈடுபாடுடையவர்களாக மாற்றுதல் மற்றும் அவர்களை சமூகத்தில் மேம்படச் செய்தல்.
- 04.5. நிதி நெருக்கடிகளிலிருந்து மக்களை பாதுகாத்தல்.
- 04.6. கண்காணிப்பு மற்றும் பின்னூட்டல்: நோய்கள் கண்காணிப்பு முந்துரிமை முறைமை, கண்டுபிடிப்பு / கற்றல்.

05. கொள்கை அமுலாக்கத்திற்கான முக்கிய மூலோபாய பிரிவுகள் (மூலோபாய வழிகாட்டல்கள்)

- 05.1. இலங்கைக்கு பொருத்தமான ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு PHC மாதிரியை தாபிப்பதனூடாக சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகள் வழங்கல் மறுசீரமைத்தல், ('பகிரப்பட்ட பராமரிப்பு தொகுதிகளாக' குறிப்பிடப்படும் ஒரு வலையமைப்பு தொகுதியில் PHC தாபிக்கப்பட்டு பரிந்துரைக்கப் படக்கூடிய மாதிரியை பின்னிணைப்பு I ஐ பார்க்கவும்).
- 05.2. ஆரம்ப நிலை நோய் குணப்படுத்தும் நிறுவனங்களின் மனித வளங்களை வலுப்படுத்துதல். இதில் பின்வருவன உள்ளடங்கும். (வரையறுக்கப்பட்ட பிரிவுகளில் சுகாதார பராமரிப்பு சேவை வழங்கலுக்கு பொறுப்பாகவும் அத்தகைய நோக்கங்களுக்கு பொருத்தமானதாகவும் காணப்படுகின்ற சுகாதார ஊழியர் படையை உருவாக்குதல், குறிப்பாக அனைவருக்கும் ஒரு குடும்ப மருத்துவர் 1:5000 என்ற அளவுத்திட்டம்: பின்னிணைப்பு II ஐ பார்க்கவும். வீடுகள் அடிப்படையிலான சுகாதார பராமரிப்பு - சமூக தாதிகள், சமூக உளவியல் தாதிகள், வாழ்க்கை முறை வழிகாட்டல் ஊழியர்கள்)
- 05.3. சகல வகையான அத்தியாவசிய மருந்துகள், ஆய்வுகூட பரிசோதனை வசதிகள் என்பவற்றை ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு மட்டத்தில் மற்றும் பொருத்தமான ஏனைய பராமரிப்பு மட்டங்களில் அணுகக்கூடிய விதத்தில் வழங்குதல்.
- 05.4. அடிப்படை அவசர சிகிச்சை பராமரிப்பு வசதிகளை ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு மட்டத்தில் வழங்குதல்.
- 05.5. ஆரம்ப மட்ட பராமரிப்பு வைத்தியசாலைகளில் மக்களால் அத்தகைய வைத்தியசாலைகளிலுள்ள பயன்பாட்டை மேம்படுத்தும் வகையில் ஒரு சூழலை உருவாக்குதல், மற்றும் குறிப்பாக கிராமப்புறங்களில் சுகாதார பராமரிப்பு பணியாட்களை தக்கவைத்துக்கொள்ளல்.
- 05.6. விஷேட பராமரிப்பு சேவையின் நியாயமான விநியோகம் - அனைத்து வகையான பிரிவுகளும் குறைந்தபட்சம் விஷேட பராமரிப்பு சேவை மட்டங்களை உள்ளடக்கியிருத்தல் வேண்டும். (பின்னிணைப்பு III ஐ பார்க்கவும்). இனங்காணப்பட்ட சேவைக்கு³ உகந்த உடல் ரீதியான அணுகுபிரவேசத்தை வழங்குவதற்கு அனைத்து விஷேட சேவைகளும் சமமாக வழங்கப்படுதல்.

³ நோக்கம் - பிற சிறப்புகளை / துணை சிறப்புகளை ஒன்று அல்லது இரண்டு மாகாணங்களுக்கு மட்டுமே மட்டுப்படுத்தாமல் உடல் ரீதியாக அணுகக் கூடிய ஒரு அறிவார்ந்த மலிவான மற்றும் சமமான வழியில் விநியோகிப்பதன் மூலம் சில மருத்துவ மனைகளின் பராமரிப்பு வசதிகள் சிறப்பாக இருக்கும். ஏன்னெனில் இவை அனைத்தும் பெரிய மூன்றாம் நிலை மனைகளில் இருக்க வேண்டும் என்பது ப[குத்தறிவல்ல. சுகாதார அமைச்சில் உள்ள திட்டத்தின் படி நாட்டின் ஒவ்வொரு நிறுவனத்திற்கும் அபிவிருத்திச் சாத்தியத்தை இது வரையறுக்கும்.

- 05.7. முகாமைத்துவ வலுப்படுத்துதல் மூலம் கொத்தணி ரீதியான செயல்திறன்களை வலுப்படுத்துதல்.
- 05.8. செயலாற்றுகை ஊக்குவிப்புகளினூடாக கொத்தணி செயலாற்றுகையை அங்கீகரித்தல்.
- 05.9. இனங்காணப்பட்ட / தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட நபர்களுக்கு சுகாதார ரீதியான சேவையை வழங்கும் சந்தர்ப்பத்தில், இலவச சுகாதார சேவையை வழங்கக்கூடிய தனியார் வழங்கல் நிறுவனங்களுக்கான (தனியார் பொது மருத்துவ நிறுவனங்கள்) அரசு அங்கீகாரம் மற்றும் ஒழுங்குமுறைகள்.
- 05.10. மக்களை ஈடுபடுத்துவதனூடாக தேவையில் மாற்றங்களை ஏற்படுத்துதல் மற்றும் சுகாதார வலிமையை மேம்படுத்துதல், சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகளை நாடும் தரப்புகளின் நடத்தைகளை மேம்படுத்துதல்.
- 05.11. சுகாதாரத்துக்கான மனித வளத்தினை HRH இன் கிடைப்பனவு, திறன் சேர்வுகள் மற்றும் ஆரம்ப பராமரிப்பு வைத்தியசாலைகளிலுள்ள பணியாளர்களுடனான தொழில் உறவுகள் என்பவற்றை மேம்படுத்துவதனூடாக சமூக சுகாதார சேவைகளை மேலும் வலுப்படுத்ததல்.
- 05.12. சுகாதார தகவல் அமைப்பு முறைமையின் வலுவான மாற்றங்கள் செயற்படுவதற்கு துணைபுரியும் என எதிர்பார்க்கப்படுகின்றது. அத்துடன் நோயாளர் பராமரிப்பு முகாமைத்துவத்துடன் தொடர்புபட்டு விளங்கும் என்பதுடன் தனி நபர் சுகாதாரக் கையேடு PHR மற்றும் தனி நபர்கள் சுகாதார அடையாள இலக்கம், வள மற்றும் விநியோக சங்கிலி மேலாண்மை, மனித வள முகாமைத்துவ தகவல் முறைமை, நிறுவன ரீதியான மற்றும் தொகுதி (கொத்தணி) செயலாற்றுகை முகாமைத்துவ முறைமை, வெளிநோயாளர்களின் நோயுற்ற நிலையை அறிவிப்பதற்கு ஆரம்ப பராமரிப்பு குறியீட்டிலுள்ள நோய்களின் சர்வதேச வகைப்பாட்டின் (ICDPC) பயன்பாடு சரியான குறியீட்டு முறையை உறுதிப்படுத்துவதன் மூலம் மரணத் தகரவு காரணத்தை வலுப்படுத்தல் மற்றும் வாய்மூலமான பிரேத பரிசோதனை பயன்பாடு என்பவற்றினூடாக சுகாதார பராமரிப்பு தொடர்ச்சியினை உறுதிசெய்தல் என்பவற்றுக்கும் பயனாக அமையும்.
- 5.13 தனியார் துறையில் பயனுள்ள வகையில் ஈடுபாடு மற்றும் முதல் தொடர்பு சுகாதார பராமரிப்பு தனியார் பொது மருத்துவர்களின் ஈடுபாடு, சேவையை வழங்கும் போது இலவசமாக சுகாதாரப் பராமரிப்பு சேவை வழங்குவதை உறுதிசெய்தல். நிதி ஆபத்தைக் குறைக்கக்கூடிய (Pocket) பக்கெற்று பணத்தை குறைக்கும் முறைகள் பற்றி ஆராய்ந்து அத்தகைய செயற்படுத்துதல்.

06. எதிர்பார்க்கப்பட்ட கொள்கை விளைவுகள்

- 6.1 மேம்படுத்தப்பட்ட அத்தியாவசிய சுகாதார சேவைகளின் உள்ளடக்கல்
- 6.2 ஆரம்ப, இரண்டாம் நிலை மற்றும் மூன்றாம் நிலை சுகாதார பராமரிப்பு மட்டங்களின் சுகாதார வசதிகள் சமமான முறையில் வழங்கப்படுதல்
- 6.3 ஒவ்வொரு 5000 மக்களுக்கும் ஒரு ஆரம்ப மருத்துவப் பராமரிப்பு குடும்ப வைத்திய வசதியை பெற்றுக் கொடுத்தல்
- 6.4 சுகாதார பராமரிப்புக்கான தற்போதைய தேவைப்பாடுகளை பூர்த்தி செய்வதற்கு சுகாதாரத்திற்கான மனித வளங்களின் திறன் சேர்வை மேம்படுத்துதல்

- 6.5 அத்தியாவசிய மருந்துகள் மற்றும் ஆய்வுகூட வசதிகளுக்கான அணுகு வசதிகளை மேம்படுத்துதல்
- 6.6 அவசரகால சுகாதார பராமரிப்பிற்கான அணுகு வசதிகளை மேம்படுத்துதல்
- 6.7 சுகாதார சேவை வழங்கலின் திறன்களை மேம்படுத்துதல்
- 6.8 சுகாதார பரிசோதனை நிகழ்ச்சித் திட்டங்களில் ஆண்களின் பங்கேற்பை அதிகரித்தல்
- 6.9 சுகாதார பரிசோதனை நிகழ்ச்சித் திட்டங்களில் ஒட்டுமொத்த பங்கேற்பை மேம்படுத்துதல்
- 6.10 மக்கள் மத்தியில் சுகாதார மற்றும் சுகாதார பராமரிப்பு வசதி தொடர்பான அறிவை அதிகரித்தல்
- 6.11 சமூக சுகாதார சேவைகள் பணியாளர்கள் தொடர்ச்சியான பராமரிப்புக்கு ஆதரவளிப்பதை மேம்படுத்துதல்
- 6.12 அனைத்து வயது வந்தவர்களும் தனிப்பட்ட சுகாதார பதிவேடு மற்றும் தனிப்பட்ட சுகாதார அடையாள இலக்கம் (PHN) என்பவற்றை ஒதுக்கல். பகிரப்பட்ட மருத்துவ பரிமாற்றங்களை ஆதரிக்கும் அமைப்பு முறைமைகளை (பகிரப்பட்ட மின்னணு சுகாதாரப் பதிவு) அறிமுகப்படுத்தல்

07. அமுலாக்கல் நடவடிக்கைகள்

- 7.1 இக்கொள்கையானது சுகாதாரப் பராமரிப்பு நிறுவனங்களின் மீள வகைப்படுத்தலில் ஒன்றாக பதிவீடு செய்யப்படுவதுடன் ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு வசதிகளின் மறுசீரமைப்பின் ஊடாக பூர்த்தி செய்யப்படும் நியாயமான சுகாதார பராமரிப்பிற்கு உதவும் விநியோக முறையை உருவாக்கும்.
- 7.2 இக்கொள்கை ஏற்கனவேயுள்ள சமூக சுகாதார சேவைகளுடாக நிறைவேற்றப்படும் அணுகூலங்களை மேலும் மேம்பாடடையச் செய்து கட்டியெழுப்பும்.
- 7.3 அத்தியாவசிய சேவைகள் தொகுப்பானது நோய்குணப்படுத்தல் சிகிச்சை முறை மற்றும் சமூக சுகாதார சேவைகள் என்பன எவ்வாறு தடுப்பு, ஊக்குவிப்பு, சிகிச்சையளித்தல், புனர்வாழ்வு மற்றும் நோய் வலி நிவாரண சேவை என்பவற்றுக்கு பல்வேறு பராமரிப்பு மட்டங்களில் பங்களிப்பு செய்கின்றன என்பதை வரையறை செய்யும்.
- 7.4 கொத்தணியாக வரைபடமாக்கல் (Mapping of Clusters) கள யதார்த்தங்களை அடிப்படையாகக் கொண்டு புவியியல் தகவல் முறை தொழில்நுட்பத்தைப் பயன்படுத்தி மேற்கொள்ளப்படும்.
- 7.5 இயலுமானவரை பிரதேச செயலக பிரிவுடன் ஒருங்கிணைக்கும் பொருட்டு ஒவ்வொரு தொகுதியும் (Cluster) நோய் குணப்படுத்தும் பராமரிப்பிற்கான துணை மாவட்ட செயலாற்றுகைப் பிரிவாகக் கருதப்படும். பொதுமக்களின் அக்கறை நலன் தொடர்பில் உரிய கவனத்தை செலுத்தி செயலாற்றுகை கண்காணிப்பு மற்றும் மேற்பார்வை என்பவற்றை அதிகரிப்பதற்கு நிர்வாக முறைமை

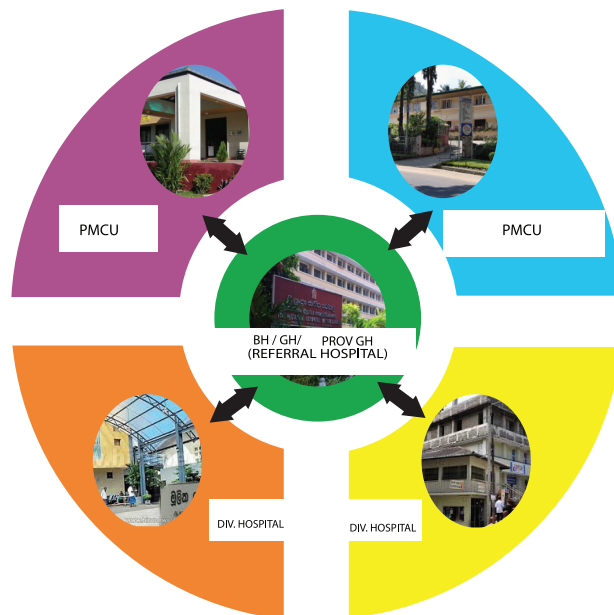
பலப்படுத்தப்படும். கொத்தணி (Cluster) செயலாற்றுகை மற்றும் மருத்துவம், நோயாளர் அனுபவ வெளிப்பாடுகள் என்பவற்றை மேம்படுத்தும் பொருட்டு சுகாதார நிர்வாகிகள் நியமிக்கப் படுவார்கள்.

- 7.6 செயற்பாட்டின் அளவைப் பொறுத்து, சகல நிறுவனங்களும் செயற்பாட்டு வழிகாட்டுதல்களைக் கொண்டிருக்கும். அங்கு பயன்பாடு மற்றும் பின்பற்றுதல் கண்காணிக்கப்படும்.
- 7.7 மறுசீரமைக்கப்பட்ட முறைமையில் செயற்படுவதற்கான அணுகுமுறை மற்றும் திறமைகள் என்பவற்றை மாற்றுவதற்கு சுகாதார வேலைப்பாடு சார்ந்த ஒரு மீள் நோக்குநிலை தேவைப் படும். இது ஆரம்ப பட்டதாரி மாணவர்களையும் (undergraduate) மற்றும் சுகாதார பணிப்பாளர்களையும் பயிற்சியளிக்கும் நிகழ்ச்சித் திட்டங்களில் சீர்திருத்தங்களை மேற்கொள்ள தேவைப்படுத்தும்.
- 7.8 இந்த சீர்திருத்தமானது உலகளாவிய சுகாதார பராமரிப்பினை சமாளிக்கும் என்பதைக் கருத்திற் கொண்டு இந்த மறுசீரமைப்பு அனைத்தும் பாதிக்கக் கூடிய சமூகங்களையும் உள்ளடக்கி அணுகலையும் வழங்கும் என்பதை குறித்த கொள்கை உறுதி செய்ய வேண்டும். (குறிப்பாக பகிரப்பட்ட பராமரிப்பு கொத்தணி (Cluster) தோட்டத் துறையில் சகல ஆரம்ப பராமரிப்பு சுகாதார வைத்தியசாலைகளையும் உள்ளடக்கியிருக்கும். தோட்ட துறை தொழிலாளர்களும் மற்றும் அவர்களது குடும்பங்களும் ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பை அணுகுவதையும் மற்றும் பாதிக்கப்படக் கூடிய நகர்ப்புற மக்களும் அத்தகைய சேவைகளை அடைந்து கொள்வார்கள் என்பதனை உறுதிசெய்யும்.)
- 7.9 மக்கள் ஈடுபாடு மற்றும் சமூக பங்கேற்பு வழிமுறைகள் என்பன அபிவிருத்திகள் வாடிக்கையாளர்கள் மற்றும் சமூக மைய அபிவிருத்திகளை உறுதிசெய்யும்.
- 7.10 தேசிய சுகாதார முறைமைகள் செயலாற்றுகை கட்டமைப்பு இனம் காணப்பட்ட செயற்றிறன், வினைத்திறன் மற்றும் சமத்துவம் போன்ற குறிகாட்டிகளினூடாக இந்த கொள்கையை செயற்படுத்தும் முன்னேற்றத்தைக் கையாளும்.

பின்னிணைப்பு - I பகிரப்பட்ட பராமரிப்புக் கொத்தணி

1. 'பகிரப்பட்ட சுகாதார பராமரிப்பு கொத்தணி': பொது சுகாதார பராமரிப்பு சிறப்புக் கூறுகளை வழங்கும் தலைமை மருத்துவ மனையாக செயற்படும் விசேட பராமரிப்பு நிறுவனம் ஒன்று கொத்தணி (Cluster) ஒன்றினை உருவாக்குவதற்கு அதனை சுற்றியுள்ள ஆரம்பப் பராமரிப்பு நோய் நீக்கும் நிறுவனங்களுடன் (பிரதேச மற்றும் ஆரம்ப மருத்துவப் பராமரிப்புப் பிரிவுகள்) ஒன்றாகக் கருதப்படும் ஒரு அலகு.
2. சகல தள வைத்தியசாலைகள், மாவட்ட பொது வைத்தியசாலைகள், மாகாண வைத்தியசாலைகள் தமது வடிகட்டல் (draining) ஆரம்ப பராமரிப்பு வைத்தியசாலைகளை (தள வைத்தியசாலை மற்றும் ஆரம்ப மருத்துவப் பராமரிப்பு நிலையம்) கொண்டிருக்கும் அதே நேரம் ஒவ்வொன்றும் பகிரப்பட்ட பராமரிப்பு கொத்தணி" ஒன்றை உருவாக்கும்.
3. ஒவ்வொரு ஆரம்ப மட்ட நிறுவனமும் அதனது சொந்த பயன்படுத்தும் (draining) சமூகப் பகுதி மற்றும் மக்கள் தொகையை கொண்டிருக்கும். சுற்றியுள்ள அனைத்து வகையான முதன்மை சுகாதார பராமரிப்பு நிறுவனங்களின் மொத்தப் பிரதேசங்களும் உச்சகட்ட அல்லது விசேட வைத்தியசாலைகளுக்கான (தள வைத்தியசாலை, மற்றும் பொது வைத்தியசாலை, போதனா வைத்தியசாலைகள்) பிடிப்பு (catchment) மக்கள் தொகையாக விளங்கும். எதிர்காலத்தில் ஒரு தனியான ஆரம்ப பராமரிப்பு பிரிவு இந்த தலைமை மருத்துவமனையை சுற்றியுள்ள மிக நெருங்கிய மக்களின் ஆரம்ப பராமரிப்பு தேவைகளை பூர்த்தி செய்ய கூடிய வகையில் அமைத்துக் கொள்ள முடியும்.
4. ஆரம்ப நிலை நிறுவனங்களின் ஆரம்ப பராமரிப்பினை அணுகும் மக்களுக்கு தனிப்பட்ட சுகாதார பதிவேடு ஒன்றுடன் பதிவு செய்யப் பட்டு வழங்கப்படும். தனிப்பட்ட சுகாதார பதிவேட்டில் முகாமைத்துவ நெறிமுறை மற்றும் ஓட்டத் தாள்கள் (Flow Sheets) பரிந்துரை மற்றும் மீண்டும் பரிந்துரைகளின் (பரிந்துரை குறிப்புகளின் அடிப்படையில்) பொருட்டு பயன்படுத்தப்பட வேண்டியுள்ளது.
5. ஆரம்ப மட்ட சிகிச்சைக்கு மிகவும் சிக்கலாகவுள்ள நோயாளிகள் மற்றும் விசேட நிறுவனங்களில் மாத்திரம் கிடைக்கும் மருந்துகளை வேண்டி நிற்கும் நோயாளிகள் தலைமை மருத்துவமனைகளில் (apex hospitals) பராமரிப்பினை அணுகுதல் வேண்டும்.
6. நோயாளர் சுகை ஆரம்ப மட்டத்தில் சமமான முறையில் பகிரப்படும். அது விசேட வைத்தியசாலைகளில் கிளினிக்குளுக்கமான நோயாளர் சுகையைக் குறைக்கும்.
7. நோயாளர்கள் தேவைப்படும்போது அதற்கான விசேட வைத்திய நிபுணரிடம் ஆரம்ப பராமரிப்பினூடாக எளிதாக அணுக முடியும். இதன் நோக்கம் சரியான நேரத்தில் ஆலோசனை பெறுவதும் சிகிச்சை திட்டங்களை தெளிவுபடுத்துவதும் எதிர்மறையான விளைவுகளை தவிர்ப்பதுவுமேயாகும்.
8. செயற்பாட்டுக்காக பகிரப்பட்ட சுகாதார பராமரிப்பிற்கான முக்கிய கோரிக்கைகள் அத்தியாவசிய மருந்துகள் மற்றும் ஆய்வுகூட வசதிகள் என்பன கிடைக்கப்பெறுவதாக அமையும். ஆரம்ப பராமரிப்பு நிறுவனங்களில் மருந்துகள் கிடைக்கும் தன்மையை உறுதிசெய்வதற்கான கண்காணிப்பு முறைமையொன்று இன்றியமையாததாக விளங்கும்.

9. ஆரம்பப் பராமரிப்பில் ஆய்வு கூட சோதனைகளை அணுகுவதற்கு, இரண்டு முறைமைகள் பின்பற்றப்பட முடியும்.
- (அ) தன்னியக்க வசதிகளுடாக கொத்தணியின் தலைமை நிறுவனத்தில் மேற்கொள்ளப்படும் மாதிரிகள் சேகரிப்பு மற்றும் சோதனைகள் முறைமை
- (ஆ) நியமிக்கப்பட்ட ஒரு நாளில் நடமாடும் ஆய்வுகூடத்தின் சேவைகளுக்கு சில மாவட்டங்களில் முன்னுரிமையளிக்கப்படுகின்றது.
10. தேவைக்கேற்ப ஆரம்பப் பராமரிப்பு வைத்தியர்களின் அறிவு மற்றும் திறன்களை நாளது வரைப்படுத்துவதற்காக கொத்தணியின் (Cluster) தலைமை வைத்தியசாலையிலுள்ள விசேட வைத்திய நிபுணர்கள் பொறுப்பாக விளங்குவார்கள் மற்றும் தேவைப்பட்டால் வெளிப்புற மருத்துவ வருகைகளுடாக ஆதரவினை விரிவாக்கிக்கொள்ள முடியும்.
11. பகிரப்பட்ட பராமரிப்பு பின்வருவனவற்றை சுட்டிக்காட்டுகிறது.
- (அ) ஒரு தனி நபரின் சுகாதாரப் பராமரிப்பானது ஆரம்ப பராமரிப்பு மற்றும் விசேட சேவைகளுக்கிடையில் ஒரு தொடர்ச்சியாக பகிரப்பட்டு உருவாகும்.
- (ஆ) கொத்தணி ஒன்றுக்குள் வளங்கள் பகிரப்பட வேண்டும். அதனால் உகந்த கிடைப்பனவு மற்றும் பயன்பாடு கிடைக்கக்கூடியதாக அமையும்.
- 12. பகிரப்பட்ட பராமரிப்பு கொத்தணி முறைமையின் முக்கிய குறிக்கோளாவன,**
- (அ) வளங்களின் உகந்த பயன்பாட்டின் மூலம் தற்போதைய முறைமையை சிறந்த முறையில் பயன்படுத்துவதன் பேரில் தொடர்ச்சியான பராமரிப்புக்கான உலகளாவிய சுகாதார அணுகலை வழங்குதல்.
- (ஆ) பகிரப்பட்ட பராமரிப்புத் கொத்தணி (Cluster) ஒன்று அதன் வரையறுக்கப்பட்ட பகுதியைக் கொண்டிருக்கும் என்பதால் சுகாதார பராமரிப்புக்கான பொறுப்புக் கூறும் ஒரு அமைப்பு முறைமையைக் கொண்டு வருதல்.



பின்னிணைப்பு - II அனைவருக்கும் ஒரு குடும்ப வைத்தியர்

குறித்த குடும்ப வைத்தியர் ஆரம்ப நிலை சிகிச்சை அளிக்கும் நிறுவனங்களின் (பிரதேச வைத்தியசாலை) ஆரம்ப மருத்துவப் பராமரிப்பு நிலையங்கள் / தோட்ட வைத்தியசாலை) பகிரப்பட்ட பராமரிப்பு கொத்தணிக்குள் செயற்படுவார்.

குறித்த பகுதியின் மக்கள் தொகையினரைப் பொறுத்து ஒவ்வொரு 5000 மக்களுக்கும் ஒரு குடும்ப வைத்தியர் இருத்தல் வேண்டும்.

கிராம அலுவலர் பிரிவுகள் 5000 மக்கள் தொகையினர் கொண்ட குழுக்களாகப் பிரிக்கப்படலாம், இதன் பொருட்டு ஒரு குடும்ப வைத்தியர் பொறுப்பு வகிப்பார்.

இந்த மறுசீரமைப்பானது வைத்தியர்கள் மேலதிக தனிப்பட்ட மற்றும் குடும்பத்தை மையமாகக் கொண்ட பராமரிப்பினை வழங்கி முதலாவது தொடர்பு பராமரிப்பினை வழங்குவதற்கு தகுதியானவர்கள் என்பதை உறுதிசெய்வதற்கு பல்கலைக்கழக மாணவர்களின் கற்பித்தலில் மாற்றம் கொண்டு வருவதற்கு அழைப்பு விடுக்கிறது. அத்துடன் அவர்கள் தமக்கு ஒதுக்கப்பட்டுள்ள பகுதி மக்களின் சுகாதார ஆரோக்கியத்திற்கு பொறுப்புள்ளவர்களாகவும் விளங்குவார்கள்.

கிராமப்புற / கஷ்டப் பிரதேசங்களில் பணியாளர்களை தக்கவைத்துக் கொள்வதற்கான கொள்கைகள் வலுப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

அரசு தலைமையிலான அமைப்பு முறை ஒன்றுக்குள், குடும்ப மருத்துவத்தை நடைமுறைப்படுத்துவதற்காக வழிகாட்டுதல்கள் தொழில் முறையான பொது நடைமுறை அமைப்புகளுடன் இணைந்து நிறுவப்பட வேண்டும்.

ஆரம்பப் பராமரிப்பு வைத்தியசாலைகளுக்கு (மாவட்ட வைத்தியசாலைகள் மற்றும் ஆரம்ப மருத்துவப் பராமரிப்பு நிறுவனங்கள்) குடும்ப மருத்துவத்தில் டிபுளோமாவை கொண்டுள்ள மருத்துவ அலுவலர்களை ஈடுபடுத்த ஒவ்வொரு இயன்ற முயற்சிகள் மேற்கொள்ளப்படுதல் வேண்டும்.

குடும்ப மருத்துவ நடைமுறை தொடர்பில் ஆரம்பப் பராமரிப்பு மீள் நோக்கல் (re orienting) தொடர்பாக அனைத்து மருத்துவ அலுவலர்களுக்கும் பயிற்சி வழங்குவதற்காக சேவையின் போதான பயிற்சித் திட்டம் ஒன்று அவசியமாகின்றது.

தொடர் தொழில் மேம்பாட்டிற்கான திட்டம் ஒன்று தேவைப்படுவதுடன் ஆரம்பப் பராமரிப்பினை வழங்கும் போது தனியார் செயற்பாட்டிற்கு கட்டாயமானதாக இருக்க வேண்டும்.

குடும்ப மருத்துவ நிபுணர்கள் (MD குடும்ப மருத்துவ தகைமையுடன்) கொத்தணி (Cluster) முறைமைக்குள் குடும்ப மருத்துவரின் செயற்பாட்டை நடைமுறைப்படுத்துவதற்கான திறன்களை கட்டியெழுப்பும் வகையில் நியமிக்கப்படுதல் வேண்டும். அவர்கள் ஒரு கிளஸ்டருக்குள் (Cluster) பெரியதொரு பிரதேச வைத்தியசாலைக்கு நியமிக்கப்படலாம். அவை உகந்த திறன் மட்டத்தைக் கொண்ட போதியளவு வைத்தியர்களை கொண்டிருக்காத வைத்தியசாலைகளாக இருப்பதால், இடைநிலைக் கட்டத்தில் குடும்ப மருத்துவத்தை செயற்படுத்துவதற்கு அவர்கள் ஆரம்பப் பராமரிப்பு மருத்துவத்தில் ஏனைய மருத்துவ அலுவலர்களை பயிற்றுவிக்க முடியும்.

பின்னிணைப்பு - III ஒவ்வொரு கி கொத்தணி மாருக்கான ஆகக் குறைந்த விசேட பராமரிப்பு மட்டம்

விசேட பராமரிப்பிற்கான அடிப்படைத் தேவைகள் அனைருக்கும் பரவலாகக் கிடைக்கக் கூடியதாக இருக்கும். அதாவது சகல சிறப்பு நிறுவனங்களிலும் கிடைக்கக் கூடியதாக இருக்கும்.

அனைத்து தள வைத்தியசாலைகளும் ஒரே விதமான வசதிகளைக் கொண்டிருக்கும். அளவு மாத்திரம் அந்தந்த வைத்தியசாலைகளின் மக்கள் தொகைக்கேற்ப வேறுபடும்.

வகை A, B தள வைத்தியசாலைகளின் வகைப்படுத்தல், சகலதும் ஒரு கட்டமாக வெளியேற்றும் முறையில் ஒத்த வசதிகளைக் கொண்டிருக்கும் என்பதால் ஏற்படையதாகாது.

அனைவருக்கும் கிடைக்க வேண்டிய விசேட மற்றும் தொழில்நுட்ப சேவைகளின் பட்டியல் பின்வருமாறு.

- பொதுச் சத்திர சிகிச்சை
- பொது மருத்துவம்
- பொதுக் குழந்தை மருத்துவம்
- பெண்ணோயியல் மற்றும் மகப்பேறியல்
- பல் அறுவை சிகிச்சை
- மயக்கமடையச் செய்தல் (Anaesthesia)
- கதிரியக்கச் சிகிச்சை
- நுண்ணுயிரியல்
- திசுத்துயரியல் (Histopathology)
- கண் மூக்கு தொண்டை சிகிச்சை
- ஒப்தொமொலொஜி
- தோல் நோய்
- Venereology (பால்வினை நோய் சம்பந்தமானது)
- உளவியல் நோய் (Psychology)
- மனநோயியல் (Psychiatry)
- தடயவியல் மருத்துவம்
- OMF
- இரத்த வங்கி
- A & E - விபத்து மற்றும் அவசர சிகிச்சை
- பக்கவாத நோய் அலகு
- திட்டமிடல் பிரிவு
- தர அலகு (Quality Unit)

Policy on Healthcare Delivery for Universal Health Coverage

1. Policy Background

- 1.1 Providing health care free at the point of delivery, with equitable coverage and of good quality has been the development mandate for health services over the past several decades in Sri Lanka. Significant achievements are evident due to expansion of preventive and curative services in a government lead health delivery system. Higher life expectancy, good health outcomes such as reduction in maternal mortality, child mortality, control of communicable diseases, elimination of malaria, poliomyelitis, Filariasis and control of vaccine preventable diseases are noteworthy. Sri Lanka is known for its effective health service delivery at reasonable cost when compared with countries with comparable health outcomes where their investment on health in terms of percentage GDP is relatively higher. In 2016 the Sri Lankan Government contribution for health was 1.6% of the GDP.
- 1.2 During the past two decades, despite low investment, Sri Lanka was able to expand its infrastructure for specialized health care services. The policies on re-categorization of health care institutions of 2005 and the development of one hospital in each district to the level of a District General Hospital brought about the expansion that was much needed. The recategorization policy was effective at a time when specialized services were not available with equitable access and there was a need to drive an expansion of these services.
- 1.3 The policy also had an effect on attracting patients to seek health care at the specialist hospitals (Base hospitals and above) whilst bypassing primary level institutions that are closer to home. Health financing through Line capital budget, especially in a decentralized setting has supported the policy of expanding specialized facilities leaving primary level facilities relatively neglected and making them less attractive to public.
- 1.4 The changing health burden from communicable disease to non-communicable disease now requires a different type of health service delivery model, to give more attention to continuity of care due to chronicity of the high prevalent conditions such as Diabetes, Hypertension, Ischaemic Heart disease, Stroke, chronic kidney disease, mental health problems. They also require prevention strategies that should be family centered and personalized. Management of these health conditions require universal coverage of a range of services to be available at primary level, supported with appropriate referral for specialized care.
- 1.5 This reform is intended to support the implementation of the policy for management of chronic non communicable diseases through organization of existing health services and will support other health care policies addressing general health care needs of the population also targeting specific needs of elderly and more vulnerable communities that need to be reached and would vary across the country. A harmonization of primary first contact care with specialized care is expected through rationalization of the Health

care delivery system, with affordability and wide access to people. The Policy also recognizes the strengths within the system which can be used for better health outcomes and efficiency through reorganization.

2. Policy Goal

To ensure Universal health coverage¹ to all citizens, relevant to the disease burden experienced in the country through a well integrated², comprehensive and efficient health service

3. Policy Objectives

- 3.1. Responding to evolving needs with quality years to life are added, resulting in reduction in elderly people living with disabilities.
- 3.2. Reduced catastrophic health spending in lower - middle income groups
- 3.3. Improved overall satisfaction of people on health experience.

¹ Universal health Coverage (UHC) is defined by the World Health Organization as ensuring that all people have access to needed promotive, preventive, curative and rehabilitative health services of sufficient quality to be effective, while also ensuring that people do not suffer financial hardship when paying for these services. UHC is considered the overarching strategy for achievement of health related SDGs.

² Integration means coordination of health services across continuum of care to a defined population.

4. Policy priority areas

The policy prioritizes

- 4.1. Provision of quality first contact care through primary care strengthening and a family centred approach,
- 4.2. Continuity of care through appropriate referral and back referral,
- 4.3. Development of a supportive and equitably distributed network of specialized care services to facilitate coordinated care
- 4.4. Citizen engagement and empowering the community for rational health seeking behavior
- 4.5 Protection from financial risk
- 4.6 Monitoring and adapting: Disease surveillance, priority setting, innovation/ learning

5. Key Strategic areas for policy implementation (Strategic directions)

- 5.1. Reorganization of health care delivery by establishing an appropriate PHC model for Sri Lanka (Recommended model where PHC system is set into a network of clusters referred to as "shared care clusters" - refer Annexure I)
- 5.2. Strengthening Human resource at Primary level curative institutions which will include; creating a health workforce that is fit for purpose and are accountable for health care delivery in defined areas, e.g. A family doctor for all 1: 5000 (refer Annexure II), home based care - community nurse, community psychiatric nurse, lifestyle guidance staff etc.
- 5.3. Providing access to all essential medicines, laboratory tests, at primary care level and other levels of care as appropriate
- 5.4. Providing basic emergency care at primary care level
- 5.5. Creating an environment within the primary care hospitals which will improve its utilization by the people and also retain healthcare personnel, especially in rural areas.
- 5.6. Equitable distribution of specialized care - All clusters to have a minimum level of specialty care - annexure III. All sub specialties distributed equitably to provide optimum physical access for identified services³

³ Purpose - to distribute other specialties/ sub specialties in a rational, affordable and equitable way making it physically accessible without being confined only to one or two provinces. In doing so only some hospitals would have finer specialties of care as it is not rational to have these in all larger tertiary hospitals. This will define the development potential for each and every institution in the country, as per the plan available in the ministry of Health.

- 5.7. Strengthening cluster performance through management strengthening
- 5.8. Acknowledging cluster performance through performance incentives
- 5.9. State recognition and regulation of Private Providers (Private General Practitioners), who can be purchased to provide health care free at the point of delivery to identified/ opted persons.
- 5.10. Changes in the demand through citizen engagement and improving health empowerment and health seeking behaviors
- 5.11. Further strengthening of the community health services through improving HRH availability, skill mix and functional linkages of staff with closest primary care hospital
- 5.12. Robust changes in the Health Information system is envisaged to support implementation and would be relevant to Patient care management and ensuring continuity of care through PHR and unique persons health identification number , resource and supply chain management, Human resource management information system, institutional and cluster performance management system, use of international classification of diseases in primary care coding (ICDPC) to report out patient morbidity, strengthen cause of death data by ensuring correct coding and use of verbal autopsy.
- 5.13. Effective engagement of the private sector and the involvement of the private General Practitioners in first contact care, ensuring provision of healthcare free at the point of delivery. Explore and implement methods to reduce out of pocket payment that will reduce financial risk.

6. Expected Outcomes of the Policy

- 6.1. Coverage of essential health services improved
- 6.2. Health facilities at primary, secondary and tertiary care level are equitably distributed
- 6.3. A first contact care Family Doctor for every 5000 population
- 6.4. Skill mix of Human resources for Health is improved to address the current requirements for health care
- 6.5. Access to essential medicines and laboratory facilities are improved
- 6.6. Access to emergency care is improved
- 6.7. Efficiency in health service delivery is improved
- 6.8. Male participation in health screening programs is increased
- 6.9. Overall participation in health screening programs are improved
- 6.10. Increased knowledge on health and healthcare among the population
- 6.11 Staffing of Community health services is improved to support continuity of care
- 6.12 All adults will have a personal health record and a personal health identification number(PHN). Systems to support shared clinical exchange are in place (shared Electronic Health Record)

7. Implementation Measures

- 7.1 This policy will replace the one on re-categorization of health care institutions and create delivery system that will support equitable health care, complemented by the Primary health care reform.
- 7.2 The policy will complement and build further on gains accomplished through existing community health services.
- 7.3 The essential services package will define how curative and community health services would contribute to preventive, promotive, curative, rehabilitative and palliative services at different levels of care.
- 7.4 Mapping of clusters will be done using Geographical information system technology based on ground realities.
- 7.5 Each cluster will be considered as a sub district unit of performance for curative care to align with DS area as much as possible. The administration system will be strengthened to enhance performance monitoring and supervision giving due consideration to public responsiveness. Health administrators will be appointed to improve cluster performance and clinical and patient experience outcomes.

- 7.6 All institutions, depending on the level of function will have operational guidelines, where the use and adherence will be monitored
- 7.7 A re orientation of Health work force would be required to change attitude and skills to perform in the reorganized system. This would need reforms in basic undergraduate and other health personnel training programs.
- 7.8 Considering that the reform addresses universal health coverage, the policy is to ensure that the reorganization would include and provide access to all vulnerable communities. (E.g. the shared care cluster would include all primary care hospitals in Plantation sector, it would ensure that migrant workers and their families have access to primary health care and vulnerable urban populations too would be reached)
- 7.9 Citizen engagement and community participatory mechanisms will be fostered to ensure that developments are client and community centred.
- 7.10 The National Health systems performance framework would capture the progress of implementation of this policy through the identified indicators of effectiveness, efficiency and equity.

Annexure I - Shared Care Cluster

1. 'Shared Care Cluster': a unit where a specialist care institute functioning as the apex hospital providing general specialties of care will be considered together with its surrounding primary care curative institutions (divisional and primary medical care units) to form a cluster.
2. All BH, DGH, PH will have their draining primary care hospitals (DH and PMCU) and will each form a 'shared care cluster'.
3. Each primary level institution will have its own draining community area and population. The total areas of all the surrounding primary care institutions will be the catchment population for the apex or specialist hospital (BH, GH, TH). In the future a separate primary care unit can be set up to cater to the primary care needs of the immediate population around this apex hospital.
4. People accessing primary care at the primary level institution will be registered and issued with a *personal health record*. Management protocol and flow sheets in personal health record are to be used for referral and back referrals (based on referral criteria)
5. Patients who are too complicated for management at primary level and who require medications only available at the specialist institutions would access care at the apex hospitals.
6. Patient load will be distributed equitably at primary level, which will reduce patient load for clinics at specialist hospitals.
7. Patients will have easier access through primary care, to the appropriate specialist when required and the objective would be to refer in a timely way, to clarify management plans and to avoid any adverse outcomes.
8. Key requisites for shared care to function would be the availability of essential drugs and laboratory facilities. A monitoring system to ensure availability of medicines in primary care institutions is vital.
9. To make access to laboratory tests at primary care, two systems can be adopted
 - a. system of collecting specimens and tests performed at apex institution of the cluster through automated facilities
 - b. Availability of services of a mobile laboratory on an appointed day is preferred in some districts
10. Specialists in apex hospital of the cluster would be responsible for updating knowledge and skills of primary care doctors as per the need and support can be extended through outreach clinical visits on demand.

11. Shared care implies that

- a. An individual's health care will be shared and form a continuum between primary care and specialized services
- b. Resources within the cluster to be shared so that there is optimum availability and utilization

12. Key objectives of shared care cluster system

- a. to provide universal access to continuing care making the best use of the existing system with optimum use of resources
- b. to bring about a system of accountability for care as a shared care cluster will have its defined catchment area.



Annexure II - A family doctor for all

The Family Doctor would function within the shared care cluster at primary level curative institutions (Divisional hospital / PMCU/ Estate hospital).

Depending on the population in the catchment area there would be one family doctor for every 5000 population.

GN divisions can be grouped to populations of 5000 for which one Family Doctor would be responsible.

This reform calls for transformation in undergraduate teaching to ensure that doctors are competent to deliver in first contact care, providing more personalized and family centred care and they are accountable for health of the population in catchment area assigned.

Policies for retention of staff in rural / difficult areas would need strengthening.

Guidelines to practice family medicine within a government led system should be established in collaboration with the professional bodies of general practice.

Deployment of Medical officers with Diploma in Family Medicine to primary care hospitals (DHs and PMCUs) is advantageous and every effort should be made to deploy them suitably.

An in service training program to train all medical officers in primary care reorienting on practice of Family medicine is needed.

A program for continuous professional development is needed and should be mandatory to private practice when providing primary care.

Family Medicine specialists (with MD Family Medicine qualification) should be appointed to build capacities to promulgate the practice of Family doctor within the cluster system. They can be appointed to a larger Divisional Hospital within a cluster and can train other Medical officers in primary care to practice Family Medicine in the transitional phase where there will not be adequate doctors who have the optimum skill level.

Annexure III - Minimum level of specialty care for each cluster

Basic requirements for specialty care will be available universally institutions i.e. in all specialized

All base hospitals will have similar facilities and only the size will differ as per the catchment population

The classification of type A, B Base hospitals will not apply as all will have similar facilities in a phased out manner. Following is the list of specialties and technical services that should be available in all.

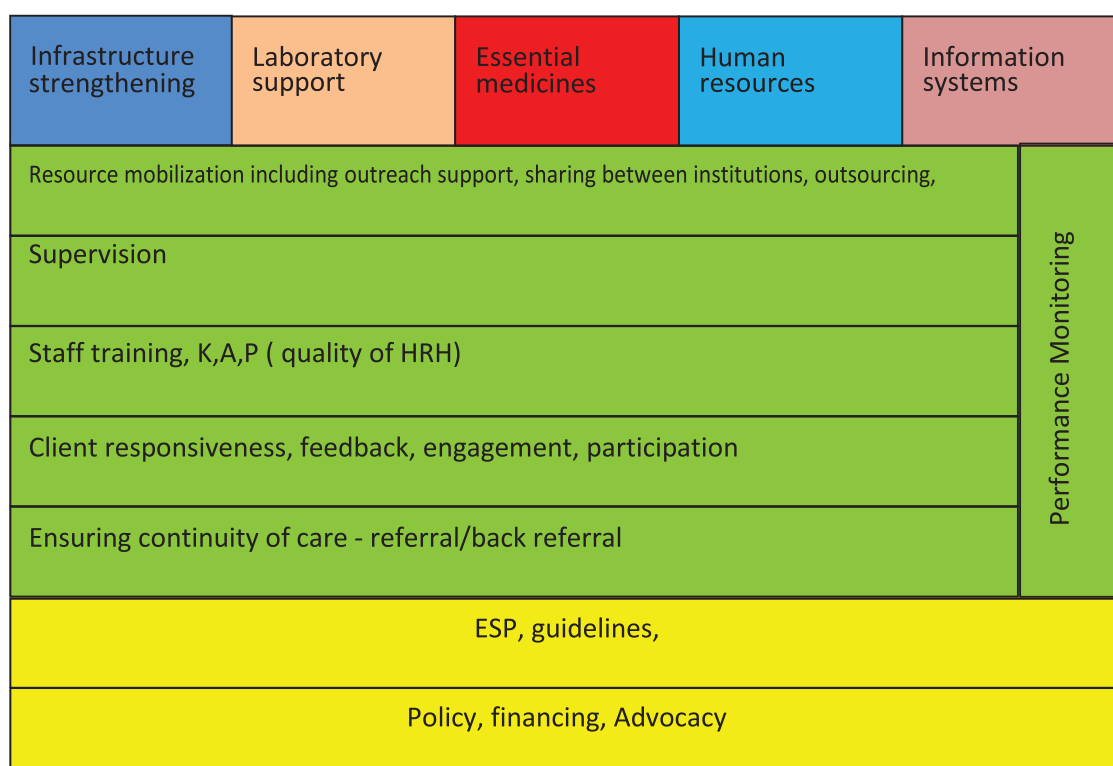
- General Surgery
- General Medicine
- General Paediatrics
- Radiology
- Microbiology
- Histopathology
- ENT
- Ophthalmology
- Dermatology
- Venereology
- Psychology
- Gynaecology and Obstetrics
- Dental Surgery
- Anaesthesia
- Psychiatry
- Forensic Medicine
- OMF
- Blood Bank
- A&E
- Stroke unit
- Planning Unit
- Quality Unit

Annexure IV - Concept note - Management support for Primary care strengthening

Management support is a vital component in the reform of health care delivery for UHC.

The figure below conceptualizes the health system support for the policy implementation

Key transformations to support the reform include managerial support. The areas are depicted in the green areas



Infrastructure strengthening, laboratory support, availability of essential medicines, Human resources and information systems are key output areas that need to be provided by the government. The policy, ESP would further spell out the specific nature of the requirement.

Emphasis on management should be for efficient use of the resources and to ensure that the desired policy goals, objectives are reached. (The green colored areas would come under the purview of management.)

The attached Results framework for cluster management gives an outline of the types of results that are expected to be monitored.

Action Framework for the implementation of the Policy on " Healthcare Delivery for Universal Health Coverage"

Emphasizing strengthening of PHC and rational distribution of supportive specialized care

The strategies outlined in the policy in section 5 are further elaborated into the Action Framework.

| Strategy | Activities | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Responsibility | |
|--|--|------|------|------|------|------|------|------|---|--|
| 5.1. Reorganization of health care delivery into a network of clusters referred to as "shared care clusters" | Location mapping of all health institutions (tertiary, secondary and primary care) | X | | | | | | | DDG (P) | |
| | Identification of clusters through linking of each base hospital and above institution with closest group of primary care institutions (Divisional hospitals and PMCU) | X | | | | | | | DDG (P) All PDHS | |
| | Strengthening planning and monitoring activities with use of GIS data base | X | X | X | | | | | DDG (P) | |
| | Strengthening GIS data base and its use at all levels | X | X | X | | | | | DDG (P) All PDHS | |
| | Capacity building of staff tasked with planning on use of GIS for planning and monitoring - central and provincial | X | X | X | X | X | X | X | DDG (P) All PDHS | |
| | Supportive Specialized care linked with primary care refer under section 5.6 | | | | | | | | | |
| | Advocacy, dissemination of plan, directions on future hospital development plans | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) I & II | |
| | Review of locations of primary care hospitals | | | | | | | X | DDG (P) DDG (MS) II D/PCS All PDHS | |

| Strategy | Activities | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Responsibility |
|---|--|------|------|------|------|------|------|------|---|
| 5.2. Strengthening Human resource at Primary level curative institutions which will include; creating a health workforce that is fit for purpose and are accountable for health care delivery in defined areas, e.g. A family doctor for all; 1: 5000 - refer to annexure II, home based care - community nurse, community psychiatric nurse, lifestyle guidance staff etc. | Advocacy for different stakeholders- political, provincial authorities, higher education, Other basic education training institutes for reforms in training | X | X | X | | | | | DGHS Head – HRCU DDG (P) DDG (MS) II DDG (ET&R) |
| | HR Workload study at primary level curative care | X | | | | | | | DDG (P) |
| | Cadre expansion to support primary care strengthening | X | X | X | | | X | X | DDG (P) D (P) |
| | Ensure Job descriptions for all categories of staff | X | X | X | X | X | X | X | All DDGs |
| | Develop supportive human Resource policy/ strategies that favour deployment to primary care positions | X | X | | | | | X | Head- HRCU DDG (P) |
| | Cadre projections | X | | | | X | | | Head- HRCU |
| | HR Deployment in a phased out way e.g.: clusters- 10,15,25,50, 75, 100 | | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) I & II DDG (P) |
| | Transforming Education to meet the new requirements of primary care strengthening (Undergraduate, basic, in service and CPD) | X | X | X | X | X | X | X | DDG (ET&R) DDG (P) |
| | Design and Implement In-service training (first few years) e.g. distance learning program on family medicine | X | X | X | X | X | X | X | DDG (P) |
| | Deployment of MDs in family medicine (upon return to country) into one of the Primary institutions within the cluster to support FM development within the cluster | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) I |
| | Policy level measures to create cadres, recruit , train and deploy | X | X | X | | | | | Head- HRCU D/Policy |
| | Create new cadres required to support PHC | | X | X | X | X | X | X | Head- HRCU D/Policy |
| | Development of CPD policy to support primary care strengthening and continuity of care at other levels | X | X | | | | | | Head- HRCU DDG (ET&R) D/Policy |

| Strategy | Activities | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Responsibility |
|---|---|------|------|------|------|------|------|-------------|--|
| 5.3. Providing access to all essential medicines, laboratory tests, at primary care level and other levels of care as appropriate | Continuous professional development for primary care implemented | | X | X | X | X | X | X | DGHS |
| | Development of the essential services scope (ESP) | X | | | | | | | DDG (P) D/OD |
| | Development and dissemination of guidelines to support implementation of the ESP | X | X | X | X | X | | | DDG (P) D/OD Relevant DDGs |
| | Identifying gaps in providing the essential services and meeting the requirements | X | X | X | | | | | DDG (P) |
| | A standing committee appointed to oversee technology assessment for procurements related to laboratory tests, equipment for primary care (this will serve for 5.4 also) | X | | | | | | | DGHS DDG Laboratory Services DDG (MS I & II) |
| | Phasing out the provision of identified gaps (drugs, tests, HR, equipment, infrastructure changes, Information systems, Monitoring systems) | | X | X | X | X | X | X | DDG (P) |
| | Supply of essential medicines and monitoring systems | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MSD) |
| | Testing out different systems for laboratory access within cluster | X | X | | | | | | DDG (LS) |
| | Point of care testing to be piloted | | X | | | X | | | DDG (LS) |
| | Essential basic emergency care services identified | X | | | | | | | DDG (P) DDG (MS) II |
| | Development and dissemination of guidelines | X | X | | | | | | DDG (MS) II |
| | Specifications of standard equipment - developed, printed and disseminated | X | X | | | | | | DDG (MS) II |
| | Gaps in institutions identified | X | X | | | | | | DDG (MS) II All PDHS |
| Institutions strengthened | | X | | | | | | DDG (MS) II | |
| Training of Human Resources in basic emergency care (development of training program and implementing) | | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) II DDG (ET&R) |

| Strategy | Activities | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Responsibility |
|--|---|------|------|------|------|------|------|------|--|
| 5.5. Creating an environment within the primary care hospitals which will improve its utilization by the people and also retain healthcare personnel, especially in rural areas. | Pre-hospital transport system improved in identified clusters (phased out) | | X | X | X | X | X | X | DDG (P) DDG (MS) I & II DDG (Admin) I D/Transport |
| | Specialists to monitor outcome of patients received from primary care in the pilot clusters (development of process and implementation) | | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) I & II D/PCS |
| | Emergency care information system | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) I & II D/Hi |
| | Cluster monitoring system for clinical outcomes (design and implementation) | | X | X | X | X | X | X | DDG (P) |
| | Improving basic requirements of water, electricity, sanitation in those which lack these | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) II D/PCS All PDHS |
| | Identifying facilit improvements to primary care institutions | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) II D/PCS All PDHS |
| | Improving road access | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) II D/PCS All PDHS |
| | Improving staff residential facilities | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) II D/PCS All PDHS |
| | Multi-stakeholder engagement for general improvements to professional staff retention in rural / difficult areas | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) II D/PCS All PDHS |
| | Sign boards, general orderliness, cleanliness | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) II D/PCS All PDHS |
| | Landscaping/community engagement to improve institution exterior | | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) II D/PCS All PDHS |
| | Outreach support from specialists to primary care doctors and | | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) II |

| Strategy | Activities | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Responsibility |
|--|--|------|------|------|------|------|------|------|--|
| | ensuring continuity of care within the cluster to be known to public to ensure confidence and compliance (part of the communication strategy & campaign) | | | | | | | | D/PCS All PDHS |
| 5.6. Equitable distribution of specialized care (All clusters to have a minimum level of specialty care - annexure III, all sub specialties distributed equitably to provide optimum physical access) Annexure IV - for identified services by province, district and institution) | Discussions with professional colleges to identify specialized facilities by secondary and tertiary care institutions | X | | | | | | | DDG (P) DDG (MS) I D/OD |
| | Mapping of specialized services current and future | X | | | | | | | DDG (P) DDG (MS) I D/OD |
| | Identifying clusters for each sub specialty | X | | | | | | | DDG (P) DDG (MS) I D/OD |
| | Profiling of existing hospitals with specialist facilities | X | | | | | | | DDG (P) DDG (MS) I D/OD |
| | Review of profiles | | | | | | X | | DDG (P) DDG (MS) I D/OD |
| | Models of outreach support tested | | X | X | | | | | DDG (P) DDG (MS) I & II |
| | Development of guidelines for step down care and utilization of underutilized beds in primary care hospitals by specialists within the cluster | | X | X | | | | | DDG (P) DDG (MS) I & II All PDHS |
| | Creation of new cadre for cluster administration (equivalent to post of deputy RDHS) | X | | | | | | | DGHS |
| | Development of Job description and dissemination | X | | | | | | | DDG (P) |
| | Development of cluster performance system and other governance tools | X | X | X | | | | | DDG (P) D/OD |
| 5.7. Strengthening cluster performance through management strengthening | Orientation of cluster managers | X | X | | | | | | DDG (P) D/OD |
| | Deployment of cluster managers on a phased out basis | X | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) I |
| | Development of guidelines innovative funds for cluster performance | | X | X | X | X | X | | DGHS |

| Strategy | Activities | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Responsibility |
|--|---|------|------|------|------|------|------|------|---|
| | improvement | | | | | | | | DDG (P) |
| | Strengthening support systems for cluster management - information management, transport | | X | X | | | | | DDG (P) All PDHS |
| 5.8. Acknowledging cluster performance through performance incentives | Reference to document concept on cluster management and on cluster management framework | | X | X | X | X | X | | DGHS DDG (P) D/OD |
| | Exploration of public finance management system for any improvement/changes | | | | X | | | | DGHS DDG (P) D/OD Dept. of National Planning Treasury |
| 5.9. State recognition and regulation of Private Providers (Private General Practitioners) | Develop standards in health care provision that would also apply to private providers of primary care | X | X | | | | | | DDG (MS) I & II D/PHSRC D/HQ&S |
| | Implementation of regulation | | X | X | X | X | X | X | DDG (MS) I & II D/PHSRC D/HQ&S |
| 5.10. Changes in the demand to improve health empowerment and health seeking behaviors | Community based studies on perceptions, health seeking behaviours and intervention studies to improve empowerment | | X | X | X | | | X | DDG (PHS) II D/HPB DDG (P) |
| | Development and dissemination of guidelines on continuous processes to obtain citizens/ community participation in decisions pertaining to service improvements | | X | X | X | X | X | X | DDG (PHS) II D/HPB DDG (P) |
| | Development and implement Phased out communication strategy to improve health seeking behavior towards accessing family doctor in closest primary care facility | | X | X | X | X | X | X | DDG (PHS) II D/HPB DDG (P) |
| | Development of Education/Communication strategies on improving health literacy /empowerment on healthy choices | | X | X | X | | | | DDG (PHS) II D/HPB DDG (P) |
| | Advocacy and support to reforms in Education sector on health empowerment through life skill development from a younger age | | X | X | X | X | X | X | DDG (PHS) II D/HPB |

| Strategy | Activities | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Responsibility |
|---|--|------|------|------|------|------|------|------|---|
| | Advocacy and support for multi sector engagement efforts towards empowerment in settings approaches. | | X | X | X | X | X | X | DDG (P) DDG (PHS) II D/HPB DDG (P) |
| 5.11. Further strengthening of the community health services through improving HRH availability, skill mix and functional linkages of staff with closest primary care hospital | HRH analysis of community health services | X | | | | | | | Head – HRCU DDG (P) DDG (PHS) I & II |
| | Revision of population norms for community health services | X | | | | | | | Head – HRCU DDG (PHS) I & II DDG (P) |
| | Review and revise job descriptions | X | | | | | | | DDG (P) D/OD DDG (PHS) I & II |
| | New schemes of recruitment where relevant | X | X | | | | | | DDG (Admin) I,II,III |
| | Increase cadre | | X | | X | | | X | DDG (P) D/P |
| | Strengthen and modernize basic training facilities | | X | X | X | | | | DDG (ET&R) |
| | Improve trainer capacities | | X | X | X | X | X | | DDG (ET&R) |
| | Guidelines identifying functional linkages between community health services and primary level curative care developed | | X | X | | | | | DDG (ET&R) |
| | Monitoring of implementation of the guidelines by cluster manager - protocols and tools to be developed | | X | | | | | | DDG (P) |
| 5.12 Robust changes in the Health Information system is envisaged to support implementation and would be relevant to Patient care management and ensuring continuity of care through PHR and unique persons health identification number , resource | Formalize the use of the unique identification number for health - advocacy, design, procurement, implementation | X | X | X | X | X | X | X | DDG (P) D/Hi All PDHS |
| | Print, distribution and Use of the Personal health record (hand held) - electronic later | X | X | X | | | | | DDG (P) All PDHS |
| | Data linking systems between primary care and apex institution for a cluster | | x | | | | | | DDG (P) D/Hi All PDHS |
| | Data linkage system for cluster management | | X | | | | | | DDG (P) |

| Strategy | Activities | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Responsibility |
|---|---|------|------|------|------|------|------|------|-----------------------------------|
| and supply chain management, Human resource management information system, institutional and cluster performance management system, use of international classification of diseases in primary care coding (ICDPC) to report out patient morbidity, strengthen COD data by ensuring correct coding and use of verbal autopsy. | | | | | | | | | D/Hi All PDHS |
| | Use of ICDPC in out patient care at primary level | X | X | X | | | | | DDG (P) D/Hi All PDHS |
| | Use of improved data management appliances by field and hospital staff - initially piloted | X | X | X | X | X | | | DDG (P) D/Hi All PDHS |
| 5.13 Effective engagement of the private sector and the involvement of the private GPs in first contact care, ensuring provision of healthcare free at the point of delivery. Explore and implement methods to reduce out of pocket payment that will reduce financial risk. | Identification of areas that require further improvement to access of Primary level curative care | X | X | X | | | | | DDG (P) DDG (MS) II D/PHSRC |
| | Exploration to Purchasing models of care with private sector in these areas | | X | X | X | | | | DDG (P) DDG (MS) II D/PHSRC |
| Strengthening Stewardship | National steering committee on organization reform / PHC strengthening at Ministry level with all Province representation | X | X | X | X | X | | | Secretary & DGHS |
| | Standing agenda item at NHDC - PHC strengthening and organization reform | X | X | X | X | X | | | Secretary & DGHS |
| | Strengthening one unit in the Ministry to take forward the agenda | X | X | | | | | | Secretary & DGHS |
| | Declaring a decade of PHC strengthening | X | | | | | | | Secretary & DGHS |
| | Formalizing the policy | X | | | | | | | Secretary & DGHS |
| Finalizing the Essential Service package and cross programmatic analysis | X | | | | | | | | DDG (P) |

| Strategy | Activities | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Responsibility |
|----------|--|------|------|------|------|------|------|------|------------------|
| | Costing of different components | X | X | | | | | | DDG (P) |
| | Coordinating to oversee that governance, monitoring tools, HR, deployment polities, other policies required for PHC strengthening are in place | X | X | X | X | X | X | X | Secretary & DGHS |
| | Giving clear guidelines for provincial health ministries to include into their development plans | X | X | X | X | X | X | | Secretary & DGHS |
| | Continuous progress monitoring linked with Provincial health authorities | X | X | X | X | X | X | | Secretary & DGHS |
| | Guidance to all development partners to be within this framework | X | X | X | X | X | | | Secretary & DGHS |
| | Coordination activities of development partners to oversee policy coherence and facilitate strategic direction. | X | X | X | X | X | | | Secretary & DGHS |
| | Liaising and informing all relevant stakeholders of the changes and necessary support / action to be taken by different stakeholders | X | X | X | X | X | | | Secretary & DGHS |
| | Securing adequate financing - central and provincial | X | X | X | X | X | | | Secretary & DGHS |
| | Identify suitable financing strategies to sustain developments | X | X | X | X | X | | | Secretary & DGHS |

Results framework for cluster management

| Results area | Outcome result | Output/ process | input |
|---|---|---|--|
| 1. Access to essential primary care medicines improved | All patients receive their required medicines within the essential list for primary care | No stock outs No expired medicines | Drug management information system Updated list of essential drugs at primary level |
| 2. Access to essential lab tests at primary care level improved | Patients do not spend out of pocket to access the essential lab tests identified to be accessed at primary level | Essential lab tests are available within the cluster (% of institutions offering the prescribed tests at a given time % of prescribed tests carried out within the institution in cluster) | a. Point of care tests b. mobile lab service c. system for collection of samples and sending results d. system of outsourcing lab tests with clear guidelines for prescribing to prevent over prescribing of tests |
| 3. Emergency care management improved | Percentage increase of emergencies managed % change in hospitalization for Asthma / selected conditions Improved quality of patients referred for emergency care from primary level (score needed) | Emergency equipment are available in working order trained human resources available (competency in emergency care) (% trained human resource available) | Essential equipment in place Human resources available Equipment monitoring system Mechanism to attend to repairs A mechanism to train in emergency care / continuous improvement of competencies |
| 4. Continuity of care improved | Improved patient outcomes (select few conditions) % of diabetics who have been referred for eye, kidney screen within the past one year (random audit of X number of patients attending) | Regular orientation and review of the understanding of cluster system and referral mechanism Random audits of patients on chronic follow up care Outreach support from specialists in apex hospital | Doctors oriented in family medicine Patients not having to wait long to access specialist care due to referral from primary care Guidelines for referral and back-referral Provision of transport for team to visit |

| Results area | Outcome result | Output/ process | input |
|---|--|--|---|
| 5. Improved utilization of primary care facilities due to back referral | % of increase of back referrals % of patients in ward who have been back referred | | Guidelines on referral and back-referral Availability of essential drugs, lab investigations and trained human resources at primary level institutions |
| 6. Health seeking behaviour towards accessing primary care facilities improved | % change in patients accessing outpatient care compared to apex hospital % increase of males accessing screening for first time | Activities to improve hospital acceptance within the community Facelift to hospital | Convenient outpatient access times Public information Innovative activities , increased community participation Minor repairs attended, color washing Innovative improvements |
| 7. Functional linkages between curative hospital and community health services strengthened | % of SMI referrals being followed up with back referral | Number of joint activities conducted Number of MOOH meetings attended by hospital doctors | |
| 8. Accountability for care within the catchment area improved | Action based on reports | % of institutions that were supervised at least two times during the year % of institutions reporting the minimum set of indicators | Supervision tool Regular review meetings at District and National level Minimum set of indicators Mobility of supervision teams Management information system |

| Results area | Outcome result | Output/ process | input |
|---|---|--|--|
| 9. Patient safety | No adverse outcomes related to safety (falls, incorrect procedures, | Review of reports Clinical safety reviews attended by specialists from apex hospital | QMU at apex hospital Event reporting system in place Regular training of staff |
| 10. Patient responsiveness | Patient satisfaction improved (score) | Review of system generated info | Mechanism to report Patient engagement and community engagement mechanisms in place |
| | Waiting time reduced | Review of system generated info | |
| | No complaints from public | Regular review of complaints and corrective action Feedback given to public on facility, service improvements | System in place for public comments/ complaints Hospital development committees in every institution |
| 11. Health care teams have necessary skills and are supportive of the changes | Health professionals participate positively in implementation No Trade union actions in relation to the reform | Health professionals participate in capacity /skill/team building programs | Identification of training needs Training plan with active involvement of specialists at apex institution Funds for different programs for capacity development. |