

- Principle 1: Be Accountable  
Principle 2: Be Flexible  
Principle 3: Be Efficient

The newly required system is costly. Selection of cost-effective interventions by technological assessment is essential. Even in the current services, management should be reoriented toward efficiency. To become efficient, continuous analysis of demand and the effort to match supply to demand is needed. To use limited resources in changing environment, flexibility is a useful operation principle. The system has to be accountable to people who receive the care and pay for the service. Transparency and information openness should be a policy.

In line with the above, adequate capacity should be strengthened in vital areas such as policy analysis, monitoring and evaluation, health promotion and consumer education. With the devolution of powers to the Provincial ministries of health by the 1987 constitutional amendments, provincial authorities were handed over new responsibilities without preparing them for the same. This has also brought about many inefficiencies and inequities.

நடப்பு epidemiological மாற்றம் காரணமாக நோயாளிகள் எதிர்பார்க்கக்கூடிய எதிர்நோக்குவதற்குப் புதிய, அதிக செலவுடைய தொழில் நுண்கங்களும் மருந்துப் பொருட்களும் தேவைகள் குறிப்பிடத்தக்கவை. தொழில் நுண்க மட்டத்திலும் சேவைகள் வழங்கலில் சாதக நிலையிலும் அரசாங்கத்துறையில் மாற்றம் தொடருமானால், நோயாளிகள் அதிகமதிகம் தனியார் துறையை நோக்கி நகர்வார்கள். ஆனால் தனியார் துறைச் சேவைகளின் விலைகள் விரைந்து உணர்வது தடையாக உள்ளது. உள்ள மாறுபாடுகள் மக்களுடைய சுகாதாரம் நாடும் நடத்தையைப் பாதிப்பனவாக உள்ளன. ஆதனால், கடந்த காலம் போல் தரமான சேவைகளை வழங்க இயலா நிலைக்கு இட்டுச் செல்லும்.

ஆயினும் சாதகமான பக்கத்தில் எழுகின்ற தேவைகட்கும், மாறுகின்ற நோய்ச் சமைக்கும் பரிகாரம் காணக்கூடிய சுகாதார முறைமைக்கு வலுவூட்டக்கூடிய ஒரு புதிய நீண்டகாலத் தந்திரோபாயச் சுகாதாரக் கொள்கையை அமைத்துச் செயற்படுத்துவதன் மூலம் மீண்டும் 21 ஆம் நூற்றாண்டில் இலங்கை தலை - மைதாங்கும் மாதிரியாகத் திகழலாம்.

இலங்கை ஒரு புதியது காணும், நோய்த்தடுப்பு மற்றும் நோய்த்தீர்ப்பு பராமரிப்புக் கொள்கையால் புதிதாக எழுகின்ற மற்றும் பரிணமிக்கின்ற இலக்கு நோய்கட்குக்கூட குறைந்த செலவில் நல்ல சுகாதாரத்தை அடைய முடியும். ஆதன் பின் இலங்கை மக்கள் ஒரு நியாயமான, பொறுப்புடைய மற்றும் நம்பிக்கை வாய்ந்த சுகாதாரம் பராமரிப்பு வழங்கல். முறைமையை அனுபவிப்பார்கள்.

### 3.4 நிறுவன சீர்திருத்துத்திற்குப் புரதானு கோர்ப்பாடுகள்

சுகாதாரச் துறைச் சீர்திருத்தம், நிறுவகரீதியாகப் பல்வேறு நிபுணர்கள். தேவைப்படுவது, சிக்கலானது. ஆயினும், சீர்திருத்தத்தின் மிகவும், எங்கும் ஊடுருவியுள்ள விளைவு நிதி மீளமைப்பாக இருக்க வேண்டும். ஆதன் ஊடாக சுகாதாரத் துறையிலுள்ள அனைத்து முக்கிய பணிகளும் மீள் ஒழுங்குபடுத்தப்படும். நிதிச் சீர்திருத்தம். வலியுறுத்தும். பிரதான எண்ணக்கருக்கள் கீழே தரப்பட்டிருள்ளன.

#### 3.4.1 வரி அடியொற்றிய நிதி மாதிரி

சுகாதார பராமரிப்புக்கு அரசாங்க நிதியிடல் நியதிகளின்படி இரு முக்கிய அணுகுமுறைகள் கையாளப்படுகின்றன.

- 1) வரியை அடியொற்றியதும் குடியரிமை அத்துடன் :: அல்லது வதிவிட அந்தஸ்தில் தங்கியுள்ள உரித்தாரிமை, மற்றும்
- 2) உரித்துப் பெறுவதற்காக தவணைக் கட.டணம் கொடுப்பனவை

அடியொற்றிய சமூகக் காப்புறுதி இலங்கையில் நிதியிடலுக்கான அடியொற்றிய முதல் வகை.

சுகாதாரப் பராமரிப்பு வரியை

சுகாதார சேவைகளை இயக்குகின்ற அரசாங்கங்கள் உள்ள ஐக்கிய இராச்சியம், நியூசிலாந்து மற்றும். டென்மார்க் போன்ற நாடுகளில். ஆடிக்கடி வரி வருமானங்கள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. இவ் அணுகுமுறை அரசாங்கம் நேரடியாக வசதிகளைத் தனக்குச் சொந்தமாகக் கொண்டு இயக்கி, முகாமை செய்கிறது. வழங்கலின் நிதியீடல், கொடுப்பனவு மற்றும் அமைப்புக்கிடையே பெருமளவில் இணைப்பை அளிக்கிறது.

ஸ்கந்திநேவிய நாடுகளிலும் ஐக்கிய இராச்சியத்திலும் அரசாங்க வரவுசெலவுத்திட்டங்களில் சட்டப்படியான ஒதுக்கீடுகளிலிருந்து நலன்புரி அரசம் நிதியீடல் பொறிமுறைமுறையும் வீருத்தி செய்யப்பட்டுள்ளன. இதற்கு எடுத்துக்காட்டக்கூடிய உதாரணம் முன்னைய பிரித்தானிய தேசிய சுகாதாரச் சேவை. ஆயினும், இம்மாதிரி ஐக்கிய இராச்சியம், நியூசிலாந்து மற்றும் டென்.மார்க். நாடுகளில். ஏற்கனவே பெருமளவுக்குச் சீர்திருத்தப்பட்டுள்ளன.

### 3.4.2 Purchase-Provider Split

Tax revenue has often been used in countries mentioned above, where the government operates some health services, and need to raise revenue to support those services. It is generally argued that tax-based funding systems lack direct links between financing mechanisms and expenditure, resulting in no incentive to minimise costs. These systems also are generally characterised by sloppy accounting and weak, delayed reporting of financial performance.

Countries with state financed systems have initiated a fundamental reform measure known as the **purchase-provider split**. These governments separate public purchasing (payment for the services) from public providers (supply of services). This is a central policy component for “managed competition”, which aims at improving efficiency and maintaining cost control through cash limits. This split creates a situation closer to the **third-party-payer mechanism in social insurance**, where the service provider is always obliged to make a claim to the insurer for disbursement based on its service record. This mechanism is typically used as the institutional basis for a more accountable system.

Interestingly, under the traditional system, where financing, payment and the organisation of service delivery are under the same authority but without explicit links, the provider (hospital) has little real organisational incentive to develop a functional system of medical information. The purchaser-provider split creates that incentive, as the payment organisation requires detailed information to justify the reimbursement of provider entities.

### 3.4.3 மருத்துவமனை அடியொற்றிய முகாமைத்துவம்

“மருத்துவமனை அடியொற்றிய முகாமைத்துவம்” எனும் சொற்றொடர் “சுயாதீனமான மருத்துவமனைகளின் முறைமை” என மீள் சொற்றொடரால் குறிப்பிடலாம். ஆயினும் “சுயாதீனம்” ஒரு சறுக்கும் சொல் அதன் பயன்பாடு வேறுபடக் கூடும். இலங்கையில் மருத்துவமனைச் சுயாதீனம் ஸ்ரீ ஜயவர்த்தனபுர பொது மருத்துவமனை ( ஸ்ரீ. ஜ . பொ .ம ) உடன் சமப்படலாம். ஆயினும் ஸ்ரீ ஜ பொ ம மட்டுமே சுயாதீன அமைப்பிற்கு இயலுமான வகை அன்று மருத்துவமனை சுயாதீன மட்டங்கள் பரந்த வீச்சடையவையாக இருக்கலாம்.

வேறுபட்ட சில சுயாதீன முகாமைத்துவத்தைக் காணலாம். 1930 இலிருந்து பல சந்தர்ப்பங்களில் பொதுத்துறை மருத்துவமனை முகாமைத்துவம் சீர்திருத்தப்பட்டன. தாய்லாந்து இந்தோனேசியா மற்றும் ஐக்கிய இராச்சியத்தில் வெற்றிகரமான உதாரணங்கள் காணப்படுகின்றன. மத்தியப்படுத்தப்பட்ட பணிக்குழு ஆட்சியின் கட்டுப்பாட்டிலிருந்து விடுபட்டு மருத்துவமனை அடியொற்றிய முகாமைத்துவத்திலும் நிதியீடலிலும் அதிகமதிகம் தங்கியிருத்தலை நோக்கி நகர்ந்து செல்லல் இந் நாடுகளால் பின்பற்றப்பட்ட ஒரு புது அணுகுமுறை ஆகும்.

### 3.5 சுருத்தாரு வசதிகளுக்கு ஏதிர்தூர்லுத் குருவு

திறமையான வள ஒதுக்கீடும் அதை ஈடுபடுத்தலும் நியதிகளின்படி “ மித மிஞ்சிய கூட்டங் கொண்ட அதியுர் மட்ட சுகாதார வசதிகளும் கீழ் மட்ட சுகாதார வசதிகள் குறைவாக நுகரப்படுவதும்” இலங்கையில் மிகப் பாரிய பிரச்சனைகளுள் ஒன்றாக இனங் காணப்பட்டுள்ளது பெருமளவுக்கு இட அமைவுகள் தரம் வாய்ந்த பெருந் தொகையான சுகாதார வசதிகள் இன்மை அதே வேளை பல்வேறு மட்டங்களுக்கு இணைக்கப்பட்டுள்ள வசதிகள் பற்றி நன்கு வரையறுக்கப்பட்ட பணிகள் இன்மை ஆகியவற்றுடன் தொடர்புபட்டது பணியாற்றும் சேவை உட்படுத்தப்பட்டுள்ள பரப்புக்கள் முறைமையையோ மேலிருந்து கீழ்நோக்கி நிருவகிக்கப்படும் செயற்பாட்டு முறைமையையோ இல்லாமல் போதியளவு எண்ணிக்கையான கீழ்மட்ட சுகாதார வசதிகள் அமைந்திருப்பதை புவியியல் தகவல் முறைமை (புலு) ஆய்வுகள் வெளிப்படுத்தின

வழங்கப்பட்டுள்ள மருத்துவமனை படுக்கைகளின் எண்ணிக்கையைப் பொறுத்த வரை பிற தென் ஆசிய நாடுகளுடன் ஒப்பீடுகையில் உள்ள மருத்துவமனைப் படுக்கைகளில் இலங்கை முன்னிடம் வகிக்கிறது. ஆயினும் வைத்தியர் , சனத்தொகை, வீகித மட்டத்திற்கோ மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்திக்குச் சுகாதாரச் செலவினத்தின் பகர்வு மட்டத்திற்கோ பொருந்துகின்ற என்ற அர்த்தத்தைத் தரமாட்டாது. மருத்துவமனை படுக்கைகளுக்கு எதிர்காலக் கேள்வி வலையமைப்பை யதார்த்த மயமாக்கல் மற்றும் வெளிநோயாளர் திணைக்களங்கள் அத்துடன் மருத்துவமனையில் சேர்க்கம் நோயாளரின் எண்ணிக்கையைக் குறைப்பதற்கான ஆற்றல் ஆகியவற்றில் பெருமளவு தங்கியிருக்கும்.

ஒரு எதிர்வு கூறல் ஆய்வு ஓர் எடுகோளின்படி இந்நாட்டின் சுகாதார நிலைமைகள் முன்னேற்றமடையும். மற்றும் நோயைக் கண்டு கொள்வதற்கான பரிசோதனைகளுடன் வெளிநோயாளர் திணைக்களம் மிகச் சிறப்பாகச் செயற்படும். ஒருவர் ஆண்டுதோறும் மருத்துவமனைக்கு அனுமதிக்கப்படுவோர் எண்ணிக்கை 1000 போர் கொண்ட சனத்தொகைக்குக் குறையுமென எதிர்பார்க்கப்படுகிறது. மருத்துவமனையில் தங்கியிருக்கும் காலம் 5 .5 நாட்களாகவும் அத்துடன் ஏறத்தாழ 80 % படுக்கைகள் நிரப்பப்படும் 2015 ஆம் ஆண்டின் மதிப்பீட்டின்படி ஏறத்தாழ 60,000 மருத்துவமனைப் படுக்கைகள் தேவைப்படும். இது இப்போதைய எண்ணிக்கையான 59.635 க்குச் சமமாகும் இதன் அர்த்தம் மேலதிகப் படுக்கைகள் எவையும் தேவைப்படமாட்டாது. என்பது இவ் வீகிதம் அதாவது 1000 சனத்தொகைக்கு 154 போர் மருத்துவமனைக்கு ஆண்டுதோறும் அனுமதிக்கப்படல் என்பது அடையக் கூடியதாக மதிப்பீட்டப்பட்டுள்ளது. இதுவே சுமுதியில் நடைமுறைப்படுத்துவதற்காகக் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளது.

### 3.6 ஏதிர்தூர்லுச் சுருத்தாருச் சேலுவுகுளு

முன்னைய அத்தியாயங்களில் நோக்கியவாறு நோய்களின் சமை பெருமளவு மாறி வருகிறது அதற்கு அரசாங்க மற்றும் குடும்பத் துறைகள் ஆகிய இரண்டிலும் வீதிக்கப்படும். அதிகரித்த நிதி வளங்கள் தேவை எதிர் காலத்தில் தேசிய பொருளாதாரத்திற்கு சுகாதாரச் செலவுகள் இயலுமானவையா இல்லையா என்பது அதி முக்கிய அம்சம் இவ் அம்சங்கள் சுமுதியில் பின்வருமாறு பரிசோதனை செய்யப்பட்டுள்ளன.

#### 3.6.1 மாபெரும் அணுகுமுறை

தேசிய மட்டத்தில் சுகாதார நிதி பிரதானமாக அரசாங்கச் செலவினங்களிலிருந்தும் பராமரிப்புக்கான தனியார் கொடுப்பனவுகளிலிருந்தும் கிடைக்கின்றன. 1999 இல் சுகாதாரத் துறைக்காக மொத்த நிதி ஆதரவில் 90 % வீதம் இவ் வீரு நிதி வளங்களிலிருந்தே பிரதிநிதித்துவப்பட்டன. ஒரு முன்றாவது நிதித் தந்திரோபாயம், சமூகச் சுகாதாரக் காப்புறுதி , ஒரு மாற்று அணுகுமுறையைப் பிரதிநிதித்துவப் படுத்துவது அடுத்த பதினைந்து ஆண்டுகளின்போது வீர்வடைய எதிர்பார்க்கப்படுகிறது. ஆயினும் அது இப்போது இந் நாட்டில் இல்லாததால் அது எவ்வாறு பரிணாமம் பெறும் என எதிர்வு கூறுவது கடினம். ஆகையால் முன்றாவது நிதி அரசாங்கச்

செலவீனங்கட்கு உட்பட்டு இருக்குமென கருதிக் கொள்ளப்படுகிறது. ஏனெனில் அது இன்றியமையாமல் வர ஆதரவின் இடைவெளியை நிரப்புவதாக இருக்கும்.

மொத்த வீட்டுச் செலவுகளுக்காக (அ) மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியின் வளர்ச்சி வீசிதம், (ஆ) மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் சுகாதார அமைச்சின் பங்கு, அத்துடன் (இ) வீட்டுச் செலவு நெகிழ்ச்சி, சம்பந்தமாக மொத்தச் சுகாதாரச் செலவுகள் பல்வேறு மட்டங்களிலும் அதிகரிக்கும் எனப் பல்வேறு எடுகோள்களும் தரப்பட்டுள்ளன.

2002 இல் மொத்தச் சுகாதாரச் செலவுகள் ஏறத்தாழ ரூ 50 இலிருந்து 55 மில்லியனாக மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது. அது 2015 இல் ஆகக் குறைந்த ரூ 169 மில்லியனிலிருந்து ஆகவும் உயர்வாக ரூபா 464 மில்லியன் வரை உயர்ந்து செல்லும் அதிகரிப்பு ஆகக் குறைந்தது மும்மடங்கு ஆகக் கூடியது ஒன்பது மடங்காக இருக்கும். இம் மதிப்பீடுகள் மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியின் மொத்தப் பங்கின் செலவுகளின் மட்டம் 2002 இல் முறையே ஏறத்தாழ 3 % இலிருந்து 3.6 % க்குமீடையே உயரும்.

அட்டவணை 3.1 2015 க்குள் இலங்கைக்கான மொத்தச் சுகாதாரச் செலவின் எதிர்வு கூறல்கள் ( மாபெரும் அணுகுமுறை )

	மொத்தச் சுகாதாரச் செலவு எதிர்வுகூறல்		
	கீழ்	நடு	மேல்
2002 (மில்லியன் ரூபாக்களில்)	50-55 (மொ 2 உ யில் 3 %)	50-55	50-55
2015 (மில்லியன் ரூபாக்களில்)	169	267 + 326	464
2015 (மொ 2 உ இல் %)	3.6%	4.5 % + 5 %	6.7%

ஆதாரம்: சுகாதார அமைச்சு ஐ.ச.ஓ. நிறுவன ஆய்வுக்குழு

### 3.6.2 எதிர்காலத்தில் சுகாதார நிதிமீது தாக்கங்கள்

மதிப்பீடு சுகாதாரத்துக்கென அர்ப்பணிக்கப்பட்ட பங்கு நடப்பு மட்டமாகிய மொ 2 உ இல் ஏறத்தாழ 3 % இலிருந்து வளருமென உணர்த்துகிறது. இவ் ஆய்வில் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட சான்றுகளுள் பல இப் பங்கு மொ 2 உ இல் 4 % இலிருந்து 5 % வரை வளருமெனக் குறிப்பாகத் தெரிவிக்கின்றன. மாபெரிய மற்றும் நுண்ணிய அணுகுமுறைகள் இவ் அடிப்படைக் கண்டுபிடிப்பை ஆலோசனை கூற முற்படுகின்றன. அத்தகைய நிலையில் போக்குகள் தொடர்ந்து அத்துடன் எடுகோள்களும் நிலைபெறுமானால் அப்போது இலங்கை சர்வதேச நியமங்களுக்கு நிகரான அல்லது அதை விடவும் அதிகமான செலவீன மட்டத்தை அளிக்க முடியும். தரப்பட்டுள்ள இதிலிருந்து இன்றியமையா சுகாதார சேவைகட்கு நிதியீட முடியும்.

ஓர் உயர்ந்த சனத்தொகை வளர்ச்சியைப் பரிசீலனை செய்தாலும் இரு அணுகுமுறைகளும் எவ்வாறாயினும் சனத்தொகையின் வயது அதிகரிப்பையும் கொள்ளைநோய் மாறுநிலையையும் கருத்திற் கொள்வதாயில்லை. வாழ்க்கை முழுவதற்குமான தலையீடுகள் இல்லாவிடினும் அடிக்கடி நீண்ட தவணை தேவைப்படும். தொற்றமாட்டா நோய்களுக்கான சுகாதார சேவைகளை வழங்குவதற்குரிய மிக உயர்ந்த செலவு அவர்கள் கருத்தில் கொள்ளவில்லை. அதனால் இரண்டில் எந்த அணுகு முறையைக் கையாளும் ஆய்வுகள் மொத்தச் சுகாதாரச் செலவீனங்களின் குறைவான மதிப்பீடாக அமையலாம்

இலங்கை மக்கள் மேலதிக பராமரிப்பை எங்கே பெற்றுக் கொள்வார்கள் அத்துடன் இப் பராமரிப்புக்கு வரிகள் ஊடாக நேரடியாகவோ மறைமுகமாகவோ கொடுப்பனவு செய்வார்கள் என்ற பிரச்சினை மேலதிக அக்கறைக்குரியது நுண்ணிய அணுகுமுறை மக்கள் தனியார் பராமரிப்பை அரசாங்கப் பராமரிப்பை விடக்

கூடுதலாக பயன்படுத்த முற்படுவார்களாயின் அவர்கள் தாங்கள் பெற்றுக் கொள்ளும்  
 பராமரிப்புக்கு மொத்த ஊள்நாட்டு உற்பத்தியின் ஒரு பெரும் பங்கை அவர்கள்  
 கொடுப்பனவு செய்வார்கள் மக்கள் பெறச் செல்லும் பராமரிப்பு பெரும் அளவில்  
 அரசாங்கத் துறையிலிருந்து அவர்கள் பெற்றுக் கொள்ளும் பராமரிப்பின் சேவைத்  
 தரத்தால் நிர்ணயிக்கப்படும் பொது வசதிகட்கு மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில்  
 ஒரு பெரும் பங்கு செலவிடப்படுவதால் பொது வசதிகளுக்கு வழங்கப்படும்  
 சேவைகள் வளர்ச்சியுற்றால் தனியார் வசதிகளைப் பயன்படுத்துவோரின் பராமரிப்புச்  
 செலவை ஓராண்டிற்கு ஆகக் குறைந்தது 20 மில்லியன் ரூபாவாலாவது  
 குறைக்க இயலும் அத் தொகை அரசாங்கத்துறைச் சுகாதாரச் செலவீனங்கட்கான  
 முதலீட்டில் ஒரு நல்ல வீளைவைப் பிரதிபலிக்கும்



#### 4. துந்தீநோர்புயர்த்தீற்கு இலக்குகள், துத்துவுக்குள் முற்றும் நுமுபீக்குஜகுப் பேற்றுப்புகுள்.

ஒரு நீதியும் செழிப்பும் மிக்க சமூகத்திற்கான மனித வள அடித்தளம் கட்டியெழுப்பப்படுவதற்கு மக்களில் முதலீடு செய்யும் தேவையை இலங்கை அங்கீகரிக்கிறது. முழு சனத் தொகையின் அடிப்படைத் தேவைகளை உறுதிப்படுத்தல் நிகழ்தல், அத்துடன் ஒவ்வொரு பிரசைக்கும் தனது முழு வகை வளத்தை உணர்வதற்கான வாய்ப்புகளை வழங்கல் ஆகியவை வறுமையை எதிர்கொள்ள அரசாங்கத் தந்திரோபாயத்தின் நடுமையம். இன்று வறுமையைக் குறைப்பதிலும் பொருளாதார வளர்ச்சியை ஊக்குவிப்பதற்கும் உன்னதமான நலம் ஒரு முக்கிய வகிபாகத்தை வகிக்கின்றது என பரவலாக ஏற்றுக் கொள்ளப்படுகிறது.

##### 4.1 நோக்கு

ஒரு நாட்டிற்குப் பங்களிப்புச் செய்யும் அதன் பொருளாதார, சமூக, மன மற்றும் ஆன்மீக நலம் ஆகியவற்றை வளர்க்கும் ஒரு நலம் மிகுந்த நாடு இவ் அரசாங்கத்தின் இலக்கு. இது மக்களுடைய தேவைகட்கு ஏற்பச் செயற்படுதல், முழுமையான, உயர்தரம் மிகுந்த, சமத்துவமுடைய, செலவு வீணைத் திறனுடைய அத்துடன் நிலைத்து நிற்கக்கூடிய சுகாதாரச் சேவைகளைப் பங்குடமையுடன் பணியாற்றல் ஆகியவற்றினூடாக அடையப்படும்.

##### 4.2 ஆட்புஜடுயர்கு ஆஜமுயும் துத்துவுக்குள்

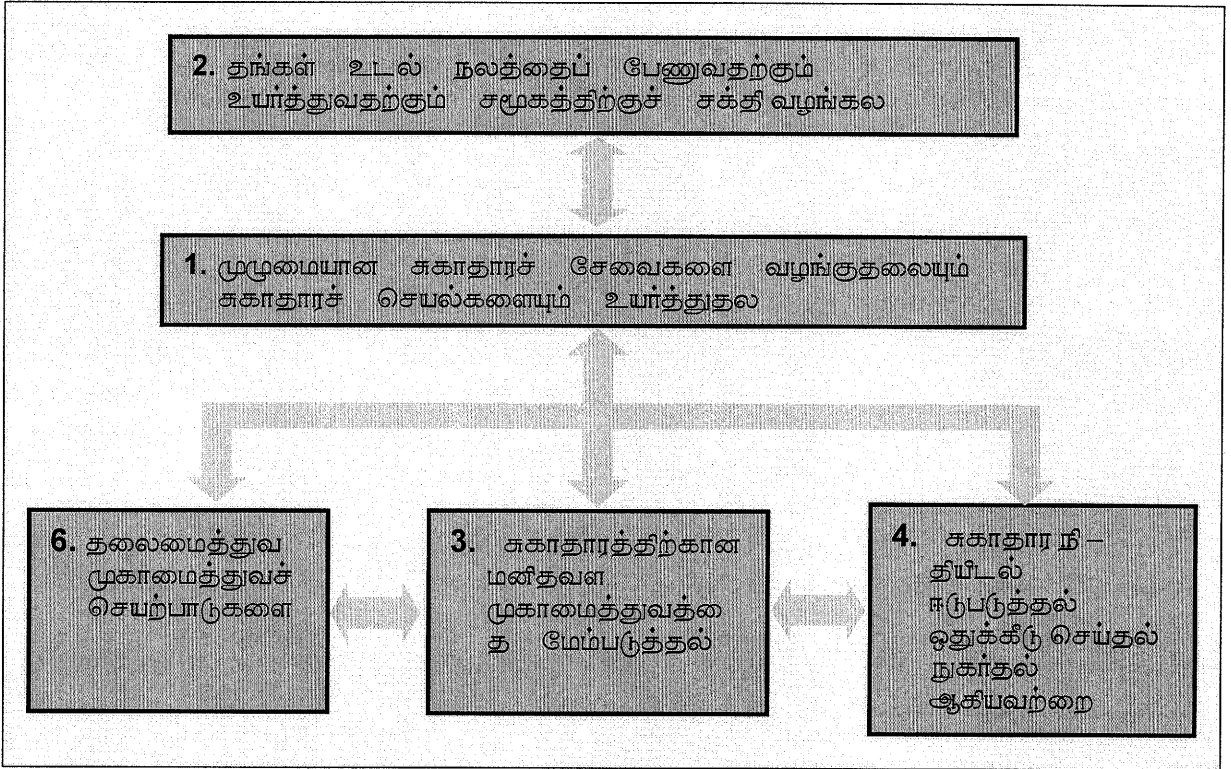
நோக்கு பின்வரும் நிகழ்வுகளைப் பிரதிபலிக்கின்றனவா

- 1) மக்கள் தங்கள் சொந்த உடல் நலத்திற்காகக் குறிப்பிடத்தக்க அளவு பங்களிப்புச் செய்ய முடியும். அத்துடன் அரசாங்கம் அவர்களுடைய வகைவளங்களை உணர்வதற்கு உதவவேண்டும்.
- 2) அரசாங்கத்தினுடைய வகிபாகம் வெறுமனே சேவைகளை வழங்குவதன்று ஆனால் சுகாதாரம் மேலோங்கப் பங்களிப்புச் செய்யும் அரசாங்கத் திணைக்களங்களுக்கும் வெளிவார் முகவரகங்களுக்கும் இடையே பங்குடைமைகளை வளர்ப்பது. இவை உள்ளடங்குபவை:
  - வடிவமைப்பு, முகாமைத்துவம் மற்றும் சேவைகள் பயன்பாட்டில் சமூகங்கள்
  - சுகாதாரப் பராமரிப்பை வழங்குவதிலும் நிதியிடலிலும் பிரதான பாத்திரமேற்று நடக்கும் தனியார்துறையும் அரசாங்கமல்லாத அமைப்புகளும்.
  - அபிவிருத்திப் பங்காளர்கள் (கொடையாளிகளும் பிற சர்வதேச முகவரகங்களும்)
- 3) அரசாங்கம் பின்வருமாறு சுகாதாரச் சேவைகள் இருப்பதை உறுதிப்படுத்தும் :
  - அரசாங்கமும் பொதுமக்களும் பெற்றுக் கொள்ளக் கூடியதாகவும் செலவிடக் இயலக் கூடியதாகவும் இருத்தல்
  - வழங்கும் இடத்தில் அரச சேவைகளுக்கு எவ்விதக் கட்டணமும் அறவிடப்படாமை.
  - முழுமையானதாகவும் அனைத்து சனத்தொகைக்கும் சேவையாற்றல்
  - அரசாங்க மற்றும் தனியார்துறைகள் இரண்டிற்கும் ஏற்றுக் கொள்ளத்தக்க தரமுடையதாக இருத்தல்.
  - எழுகின்ற மற்றும் மாறிவருகின்ற சுகாதாரத் தேவைகட்கு இசைவாக இருத்தல்.
  - பயன்படுத்துவொருக்கும் பெருந்தொகையா சனத்தொகைக்கும் பதில் சொல்லும் பொறுப்புக் காட்டக் கூடியதாக இருத்தல்.
  - சான்றை அடியொற்றியதாக இருத்தல் அத்துடன்
  - நீடித்து நிலைக்கக் கூடியதாக இருத்தல்.

### 4.3 துந்திரோப்புயு நோக்குக்குள்

மக்களுடைய சுகாதார நிலையை மேலோங்கச் செய்யும் நோக்கு பின்வரும் தந்திரோபாய நோக்கங்கள் ஊடாக முன்வைக்கப்படுவதால் அடையப்படும்.

1. சுகாதாரச் சேவை வழங்கலையும் சுகாதார நடவடிக்கைகளையும் மேம்படுத்தல்.
2. சமூகங்கள், குடும்பங்கள், தனியாட்களுடைய சுகாதார நடவடிக்கைகளை வலிமைப்படுத்தல்.
3. சுகாதாரத்துக்கான மனித வளங்களின் முகாமைத்துவத்தை மேம்படுத்தல்
4. சுகாதார முறைமையின் தலைமைத்துவ மற்றும் முகாமைத்துவப் பணிகளை வலிமைப்படுத்தல்.
5. சுகாதார நிதி திரட்டல், ஒதுக்கீடு மற்றும் நுகர்வு மேம்படுத்தப்படல்.



படம் 4.1 ஐந்து தந்திரோபாய குறிக்கோள்களிடையே ஒன்றொன்றிற்கு இடையேயான உறவு

ஒவ்வொரு தந்திரோபாய குறிக்கோளின் கீழும் உடனடியாக அடையப்பட வேண்டிய குறிக்கோள்கள் கீழே வகுத்துத் தரப்பட்டுள்ளன ஹ

1. நோய்ச்சமையைக் குறைப்பதுடன் உடல் நலத்தை உயர்த்தும் முழுமையான சுகாதாரச் சேவைகள் வழங்கப்படுவதை உறுதிப்படுத்தல் ஹ
  - 1) செயற்திறனை அதிகரித்தலும் வசதிகள் மற்றும் சேவைகளுக்கான சுகாதார வலையமைப்பை வலிமைப்படுத்தலும்
  - 2) தந்திரோபாயத் தலையீடுகள் ஊடாக முன்னுரிமை நோய்கள்: நிலைமைகளைக் குறைத்தல்



- 3) சேவை வழங்கல் தரத்தை வளப்படுத்தல்
  - 4) பாதிப்புக்குள்ளாகக் கூடிய மக்கள் தொகைகளின் சுகாதார நிலையை உயர்த்துதல்
  - 5) சுகாதார சேவைகளில் மக்கள் நம்பிக்கையையும் நோயாளி: வாடிக்கையாளர் மனநிறைவையும் அதிகரித்தல்
  - 6) புதிய தொழில் நுணுக்கங்கட்கு வாய்ப்பளித்தல்
  - 7) துறைமையான சுகாதார சேவை வழங்கலை வளப்படுத்தும் முகமாக பொதுமக்கள் - தனியார் பங்களிப்புகளை வலிமைப்படுத்தல்
  - 8) சேவை வழங்கலுக்காகப் போதியளவுமருந்து வகைகள் பொருட்கள் மற்றும் உபகரண வகைகளை உறுதிப்படுத்தல்
2. தங்கள் உடல்நலத்தைப் பேணுவதில் கூடிய சுறுசுறுப்பான பங்களிப்பை நோக்கிக் (குடிமனைகளை உள்ளடக்கி) சமூகங்கட்குச் சக்தியளித்தல்
- 1) பராமரிப்புக்குப் பொதுமக்கள் தங்கள் உரிமைகளு இ மாற்றுத் தெரிவுகளு இ பற்றிய அறிவை மேம்படுத்தல்
  - 2) நடத்தை மற்றும் வாழ்க்கைப்பாணி மாற்றங்களை ஊக்குவிப்பதில் சீவில் சமூகத்திலும் அரசு அல்லாத அமைப்புக்களிலும் பங்கேற்பதை மேம்படுத்தல்
  - 3) ஓர் உள்ளிடாகச் செயற்படும்போது பொதுமக்கள் தங்கள் தேவைகள் மற்றும் சுகாதார முறையைப் பற்றிய அவர்களின் மனப்பார்வையை கண்காணித்தல்
3. சுகாதார அபிவிருத்திக்கும் முகாமைத்துவத்திற்குமான மனித வளங்களை மேம்படுத்தல்
- 1) மனித வள அபிவிருத்தி மற்றும் முகாமைத்துவத்தில்தேசிய மற்றும் மாகாண கல்வி அமைச்சுகளின் கொள்ளளவுகளை வலிமைப்படுத்தலும் செயற்பாடுகளை விரிவுபடுத்தலும்
  - 2) சுகாதாரத்துக்கான அபிவிருத்தியையும் முகாமைத்துவத்தையும் செயற்திறன் மிக்கதாகக் கல்
  - 3) சுகாதாரப் பணியாளர்களின் முகாமைத்துவம் சீகிச்சையளித்தல் மற்றும் பொதுச் சுகாதாரச் தகவுகளை மேம்படுவதற்கு
4. சுகாதார நிதியீட்டலு இ வள ஒதுக்கீடு மற்றும் நுகர்வு ஆகியவற்றை மேம்படுத்தல்
- 1) சுகாதாரத் துறையின் நிதி நிலைத்து நின்றவை வலிமைப்படுத்துவதற்காக அனைத்து மட்டங்களிலும் அரசாங்கத்தின் நிதி ஆதரவை அதிகரித்தல்
  - 2) பொது நிதியங்களை ஒதுக்கீடு செய்யும் திறமையை மேம்படுத்தல்
  - 3) உள்ள நிதிவளங்களின் அதியுச்சப் பயன்களைப் பெற்றுக் கொள்ளல்
  - 4) நிதி முகாமைத்துவத்தை வலிமைப்படுத்தல்
  - 5) நிதி ஒப்புரவையும் அதனோடு தொடர்புபட்டவற்றைப் பெற்றுக் கொள்வதற்கான ஒப்புரவையும் மேம்படுத்தல்
  - 6) தேசிய நடைமுறைப்படுத்தலை நோக்கிய கருத்துடன் மாற்று நிதிப் பொறி முறைகளை இனங்காணலும் பரிசோதனை செய்தலும்
  - 7) தனியார் துறைப் பங்களிப்பை உச்சப்படுத்துவதற்காக சேவைப் பயன்பாடு ஆகியவை பற்றிய அறிக்கையீடல் உட்படத் தகவல் பரிமாற்றப் பொறிமுறையை தோடக்கத்தில் நிறுவுதல்

5. சுகாதார முறைமையின் தலைமைத்துவ மற்றும் முகாமைத்துவப் பணிகளை வலிமைப்படுத்தும் மயுடையதாக்கல்

- 1) தேசிய மற்றும் பயன்படுத்தப்பட்ட மட்டங்களில் முகாமைத்துவ நிறைவேற்றுகையை வலிமைப்படுத்தல்
- 2) சுகாதார வைத்தியர் அலுவலகத்தினதும் பன்முகப்படுத்தப்பட்ட அலகுகளினதும் திறமை செயற்திறன் மற்றும் பதில் சொல்லும் பொறுப்பு ஆகியவற்றை வளப்படுத்தல்
- 3) தேவைப்படின இ நிறைவேற்றுவ முகாமைத்துவ முறைகளை வலிமைப்படுத்தலும் அறிமுகப்படுத்தலும்
- 4) அரசாங்க மற்றும் தனியார் சேவை வழங்குனர்களின் சேவைகளை ஒழுங்கு முறைப்படுத்துவதற்காக ஒரு முறைமையை நிறுவுதல்
- 5) முகாமைத்துவத் தகவல் முறையை வலிமைப்படுத்தல் பிற துறைகளுடனான கூட்டிணைப்பையும் பங்காளருடைமைகளையும்
- 6) வலிமைப்படுத்தல்
- 7) சுகாதார ஆய்வு மற்றும் தொழில் நுணுக்க மதிப்பீடுகளின் உசற்றலளவை மதிப்பீடு செய்தல்
- 8) மருத்துவமனைகள் மற்றும் அலகுகள் ∴ பிரிவுகளின் சுதந்திரத்தை வலிமைப்படுத்தல்

#### 4.4 ஊனுஞ்சு குடிநீர் றுசருளுமுஞ் ஐலு டுமுகருனுயுஆனுர்முயு ஆளுளுகுர்இ டுளுசருரு

லைமுடி ஐைதசயுமும றசரங்முங் 21 தம ளைதகைய ரைனஉ ஐைதசயுமுமா ஐ'லன தம மர்னா ஂா டையைடச றந் கரண லைன கைடுர் றுலுுகாமய ரன்னு ரசமு ஐைடுர்னத லை ரமயமுக-அனயஐமுா றதர டளசளுர் வீணறாளுதளுகுவயனணயை தலை. லை ரநகஇயசளானத லை ஊனா கசனய.ா லப.நமளுர் தநஇநடயதளுர் லை றதர டளசளுர் கரமயர ற்'தலுர் வு'ஐமு முந்சளா லநடள ரஃ .முமய தஇப இனெழளுர் ராம டசநமுங் றந்முயகதண. டப றர்சத வைசஊஐள் அனமளா உஇா லை மைளுஅனசஊஐனத றடுமுயளத இனெ.நமளுரப கமனலநடளத ளைபளம உம.லமகாய றமங்அள்ளடாழ தசை 2015 தம தளப லசள றளடளமய றதர டளசளுரபழ கரர.ளமய டிஇடயட டச றந்.

ஊஐங்மும றனசய்ளட லை கைடுர் கடனரளரை தளளமய தளகலுயஐகாமய முளள'ங் உம்னத கடயமயமும கடனப ஊஐங்மும றனசயுஹளடா லை கைடுர் ய்யதா ம.னளபங்தளுர் ஐ'லன நைஇநயையரடய டையை கடனப் ளகணை கரர் ய்யதாமய கரமயர டிமுளசள டனஇர் றீஇ உம்னதக.ய கைடுர் ய்யதா லை கைடுர் அழயமுளா கடகசலள டிஅத்யதம டசநமுங் லை அமதமுனதாமய நைஇடளஇயஇப .மளரளமய டிமுளசள தசை 10 ட டனஇா லைன உன்ளட கைடுர் றசரங்முங் லை டிஇயஇட அளளளகாஇ டளசளுர் ஐ'லன தளு டனசயுாப கைடுர் றரன்ர்ஓலுா றுசமுளு டமுளானடசமங் இநகணை.