ශ්‍රී ලංකාව සඳහා වන තිරසාර සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ මූල්‍ය ප්‍රතිපත්තිය

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

2024

1. හැඳින්වීම

1.1. පසුබිම

පසුගිය වසර ගණනාව මුළුල්ලේ අත්‍යවශ්‍ය හා ගුණාත්මක සෞඛ්‍ය සේවාවක් සැපයීම සඳහා, පැවති රජයන්ගේ කැපවීම හේතුවෙන් ශ්‍රී ලංකික සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රයේ කැපී පෙනෙන වර්ධනයක් අත්කර ගැනීමට හැකිවිය. ශක්තිමත් ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවා පද්ධතිය, ඵලදායි රෝග නිවාරණ ක්‍රියාමාර්ග සහ සෞඛ්‍ය සේවාවන් සඳහා වන රජයේ අඛණ්ඩ ආයෝජන හේතුවෙන් මාතෘ හා ළමා සෞඛ්‍ය අංශයේද, බෝවන රෝග හා සම්බන්ද රෝග සහ මරණ අනුපාතවලද කැපී පෙනෙන අඩුවීමක් දක්නට ලැබුණි. තවද සමාජ සංවර්ධනය සඳහා වූ තිරසාර ආයෝජනයන් වන නිදහස් අධ්‍යාපනය, දරිද්‍රතාවය පිටුදැකීමේ වැඩසටහන් ආදිය හේතුවෙන් මහජනතාව තුළ සෞඛ්‍ය සේවාවන් සඳහා යොමු වීමේ වර්ධනයක්ද දක්නට ලැබුණි.

කෙසේ වුවද, මෙම ලබාගත් ජයග්‍රහණයන් දුර්වල කිරීම් සඳහා රට තුල නැගීඑන අභියෝග මහත් බලපෑමක් ඇති කරනු ලබයි. වර්තමානයේ ශ්‍රී ලංකාවේ ජනගහනයෙන් 10% කට වැඩි ප්‍රතිශතයක් වයස අවුරුදු 60 හෝ ඊට වැඩි වයස් කාණ්ඩයට ඇතුලත් වන අතර, ශ්‍රී ලංකාව දකුණු ආසියාවේ විශාලතම වැඩිහිටි ජනගහනය ඇති රට බවට පත්ව ඇත. තවද, ශ්‍රී ලංකාව තුල සිදුවන බොහෝ මරණවලට ප්‍රධානතම හේතුව බෝ-නොවන රෝග බවට පත්ව ඇත. මෙම ජනගහන ව්‍යුහයේ වෙනස්වීම සහ රෝග රටාවන්ගේ වෙනස්වීමත් සමග සෞඛ්‍ය සේවාව මනා ලෙස පවත්වා ගැනීම අභියෝගාත්මක වී ඇත.

සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රය තුළ 2023 වනවිට තිරසාර සංවර්ධන ඉලක්ක සාක්ෂාත් කිරීමට "සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය"(Universal Health Coverage) ඉතා වැදගත් වේ. විශේෂයෙන්ම, තිරසාර සංවර්ධන ඉලක්ක 3.8 ට අනුව සෑම පුද්ගලයෙකුටම, මූල්‍ය බාධා නොමැතිව ගුණාත්මක සෞඛ්‍ය සේවාවක් ලබා දීම අරමුණු කරයි. 2021 දී, ශ්‍රී ලංකාවේ සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණ දර්ශකය 67ක් වන අතර, එය කලාපීය සාමාන්‍යය වන 62 ඉක්මවා තිබුණි (1). කෙසේවෙතත්, 2009 සිට 2018 දක්වා කාලය තුල මූල්‍ය ආරක්ෂාව සම්බන්ධ දර්ශක වල පහත වැටීමක් සිදුවී ඇත. සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා කරන සෘජු ගෙවීම් (Out of Pocket Expenditure) හේතුවෙන් ව්‍යසනකාරී සෞඛ්‍ය වියදම් (Catastrophic Health Expenditure) 4.7% සිට 6.4% දක්වා සහ දරිද්‍රතාව (Impoverishment) 0.7% සිට 1.1% දක්වා වර්ධනය වී ඇති අතර, එමගින් මේ දක්වා ලබාගත් සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය පවත්වා ගැනීමට හෝ තවදුරටත් වර්ධනය කිරීමට සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ ප්‍රතිපත්තිමය මැදිහත්වීම් වල අවශ්‍යතාවය පෙන්වයි.

එක්සත් ජාතීන්ගේ ළමා අරමුදලේ (UNICEF) 2023 වාර්තාවට අනුව, 2019 වසරේ දී ශ්‍රී ලංකාවේ ජාතික බහුමාන දරිද්‍රතා දර්ශකය (Multidimensional Poverty Index) 0.067 (16.0%) කි. එම වාර්තාව අනුව ශ්‍රී ලංකාවේ සෑම පුද්ගලයන් හය දෙනෙකුගෙන්ම එක් අයෙක් බහුමාන දරිද්‍රතාවයෙන් පෙලෙයි. මෙහිදී ග්‍රාමීය ප්‍රදේශ වඩා තීරණාත්මක වන අතර, සමස්ත දිළිඳු ජනගහනයෙන් 80% කට වැඩි ප්‍රතිශතයක් ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල ජීවත් වේ. තවද, වයස අවුරුදු 65 සහ ඊට වැඩි වයස් කාණ්ඩය දිළිඳුම වයස් කාණ්ඩය බවට පත්ව ඇති අතර, දළ වශයෙන් එම වයස් කාණ්ඩයේ පුද්ගලයින් පස් දෙනෙකුගෙන් එක් අයෙක් දරිද්‍රතාවයෙන් පෙළෙයි (2). එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවර්ධන වැඩසටහන (UNDP) 2023 වාර්තාවට අනුවද, දරිද්‍රතාවයට බහුමාන වශයෙන් අවදානම් ජනගහනයේ 82%ක්ම ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල ජීවත් වේ. මෙම තත්ත්වය සෞඛ්‍ය මූල්‍ය ආරක්ෂණ ප්‍රතිපත්තිවල අවශ්‍යතාවය පෙන්වයි (3).

1.2. අන්තර්ගතය

1.2.1. ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය පද්ධතිය පිළිබඳ දළ විශ්ලේෂණය

ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය සේවාව ලබාදීමේ ප්‍රධාන සැපයුම්කරු සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයයි. සෞඛ්‍ය සේවා ජාලය ප්‍රාථමික, ද්විතියික, සහ තෘතීයක ලෙස මට්ටම් තුනකට සංවිධානය වී ඇත. රෝග නිවාරණ සේවාවන්ගෙන් 100% ද, නේවාසික රෝගී ප්‍රතිකාර වලින් 95% ද, සහ බාහිර රෝගී සේවාවන් 50% ද සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය මගින් ලබාදේ. ප්‍රාථමික මට්ටම, රෝග නිවාරණ හා රෝග ප්‍රතිකාර සැපයීම සඳහා වූ සමාන්තර පද්ධති දෙකකින් සමන්විතයි. එහිදී නියමිත ජනගහනයක් සඳහා සේවා සලසන හොඳින් සංවිධානය වූ සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී (Medical Officer of Health) කාර්යාල ජාලයක් හරහා රෝග නිවාරණය සිදු කරයි. නමුත්, රෝග ප්‍රතිකාරක සේවාව අඩු සංවිධානාත්මක බවක් පෙන්නුම් කරන අතර, ද්විතියක හා තෘතියක් මට්ටමේ රෝහල් වෙත රෝගීන් යොමු කිරීම විධිමත් යාන්ත්‍රණයක් හරහා සිදු නොවේ.

පසුගිය වසර කීපය තුල, රාජ්‍ය අංශයේ බාහිර සහ නේවාසික රෝගී සත්කාර සේවා භාවිතය සැලකිය යුතු ලෙස වර්ධනය වී තිබේ. 2021 වසරේදී බාහිර රෝගී අංශයට රෝගී පැමිණීම් 26,094,945 ක් වාර්තා වී ඇති අතර නේවාසික ප්‍රතිකාර සඳහා රෝහල්ගත වීම් 5,314,193 ක් වාර්තා වී ඇත. එක් පුද්ගලයෙක් බාහිර රෝගී අංශය සඳහා පැමිණීමේ වාර ගණන වසරකට පස් වතාව ඉක්මවන අතර, එය මධ්‍යම ආදායම් ලබන ලෝකයේ අනෙක් රටවලට සාපේක්ෂව ඉහල අගයක් ගනී. තවද රෝහල්වලින් නේවාසිකව ප්‍රතිකාර ලබාගෙන පිටවන රෝගීන්ගේ අනුපාතයද (ජනගහනයෙන් 1,000කට වාර්තාවන අගය) මධ්‍යම ආදායම් ලබන අනෙක් රටවල් සමග සැසදීමේදී වැඩි අගයක් පෙන්නුම් කරයි (4). ශ්‍රී ලංකාවේ පුද්ගලික සෞඛ්‍ය අංශය ප්‍රධාන වශයෙන් ගාස්තු ආකෘතියක් යටතේ සේවා සපයන අතර, රක්ෂණ ආවරණ මගින් ඇතැම් ගාස්තු ප්‍රතිපූර්ණය කිරීමද සිදුකරනු ලැබේ. රට තුළ පවතින ආර්ථික අර්බුදය හමුවේ බාහිර රෝගී ප්‍රතිකාර සඳහා රජයේ රෝහල් වෙත පැමිණෙන රෝගීන්ගේ කැපී පෙනෙන වර්ධනයක් දක්නට ලැබේ.

1.2.2. ශ්‍රී ලංකාවේ රාජ්‍ය ආදායමේ මූල්‍ය අන්තර්ගතය

ශ්‍රී ලංකා මහ බැංකුවේ 2022 වාර්තාව අනුව, 2019 සිට 2022 දක්වා, ශ්‍රී ලංකාවේ රාජ්‍ය ආදායම, දළ දේශීය නිෂ්පාදනයේ ප්‍රතිශතයක් ලෙස 12.6% සිට 8.2% දක්වා අඩු වී ඇත. රාජ්‍ය ආදායමේ වැඩිම කොටස බදු ආදායමෙන් ලැබෙන අතර, 2022 වසරේදී එය දළ දේශීය නිෂ්පාදිතයෙන් 7.3% වේ. බදු නොවන ආදායම අඩු ප්‍රතිශතයක් වන අතර, 2022 වසරේදී එය 0.9% පමණි. රාජ්‍ය අදායම සඳහා විදේශ ආධාර ලෙස ලැබෙන අරමුදල්වල දායකත්වය ඉතාම සුළු ප්‍රතිශතයක් වන අතර එය 2022 වසරේදී දළ දේශීය නිෂ්පාදිතයෙන් 0.1%කි.

ශ්‍රී ලංකාවේ රාජ්‍ය අදායම මූලික වශයෙන් දේශීය බදු මූලාශ්‍ර මත රඳා පවතින අතර, රටේ සමස්ත බදු ආදායමේ පහළ වැටීමේ ප්‍රවනතාවය හේතුවෙන් සෞඛ්‍යය ක්ෂේත්‍රය ඇතුළු විවිධ ක්ෂේත්‍ර සඳහා රජයේ වියදම සැලකිය යුතු ලෙස සීමා කිරීමක් දක්නට ලැබේ. 2023 වසරේ දී -2.3 ක් වූ දළ දේශීය නිෂ්පාදනයේ හැකිලීම, රජයේ මූල්‍යමය අවකාශය පුළුල් කිරීම් සඳහා දායකත්වයක් ලබා නොදෙයි. කෙසේ වෙතත්, දුම්කොළ, මධ්‍යසාර, හා පැණි බීම වර්ග ආදී සඳහා බදු වැඩි කිරීම වැනි ක්‍රියාමාර්ග මගින් සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රය සඳහා අතිරේක අරමුදල් සොයාගැනීම හැකියාවක් ඇති අතර, මෙම අරමුදල් විශේෂයෙන්ම බෝ නොවන රෝග පැතිරීම කෙරෙහි බලපාන සමාජ හා වාණිජ සාධක පාලනය කිරීම සඳහා සහ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවා පද්ධතිය ශක්තිමත් කිරීමටද ආයෝජන ලෙස යොදාගත හැක.

1.2.3. සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ මූල්‍යකරණය පිළිබඳ දළ විශ්ලේෂණය

ශ්‍රී ලංකාවේ රාජ්‍ය වියදම් සඳහා වන මූලික දේශීය මූලාශ්‍රය වන්නේ බදු ආදායමයි. එම බදු ආදායමෙන් සෞඛ්‍යය අංශය සඳහා විශේෂිත බදු වෙන් කිරීමක් සිදු නොවන අතර (earmarking of taxes) අයවැය ප්‍රතිපාදන ලබා ගැනීම සඳහා අනෙකුත් අංශ සමඟ තරඟ කිරීමට සෞඛ්‍යය අංශයට සිදු වී ඇත (1). 2020 වසරේදී සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා රජයේ වියදම්, සමස්ත රජයේ වියදමෙන් 9.49% කි. ජාතික අයවැයෙන් වැඩි ප්‍රතිශතයක් සෞඛ්‍ය අංශයට වෙන් කිරීම අනෙකුත් තරඟකාරී අංශ මගින් සීමා කර ඇත. සෞඛ්‍ය අංශය සඳහා බාහිර මූලාශ්‍රවලින් (උදා: විදේශීය අරමුදල් හා අනෙකුත් දේශීය අරමුදල්) ලැබෙන දායකත්වය සාපේක්ෂව අඩු අගයක පවතින අතර වර්ෂ 2000 සිට 2020 කාලය තුල මෙම අගය වත්මන් සෞඛ්‍ය වියදම්වලින් 3% ට අඩු ප්‍රතිශතයක් ලෙස නොවෙනස්ව පවතී (6).

ශ්‍රී ලංකාව තුළ සමාජ සෞඛ්‍ය රක්ෂණ ක්‍රමයක් (Social Health Insurance) නොමැති අතර, මිලියන 1.5 කට ආසන්න රාජ්‍ය සේවකයන් සහ ඔවුන්ගෙන් යැපෙන්නන් සඳහා "අග්‍රහාර" නමින් හැඳින්වෙන අවම දායක යෝජනා ක්‍රමයක් පමණක් හඳුන්වාදී ඇත. ස්වේච්ඡා පෙර-ගෙවීම් (Voluntary pre-payment scheme) යෝජනා ක්‍රම (උදා. රක්ෂණ ආවරණ) සමස්ත සෞඛ්‍ය වියදම් සඳහා 6%ක පමණ දායකතත්වයක් ලබා ගැනේ.

සෞඛ්‍ය සේවා තුල දැනට පවතින මූල්‍ය යාන්ත්‍රනය අනුව විවිධ සේවා හා භාණ්ඩ මිලදී ගැනීම් සඳහා කලින් නිර්ණය කරන ලද වැය ශීර්ෂ හරහා ලැබෙන ප්‍රතිපාදන තුලින් පමණක් සිදුකරනු ලබයි. එබැවින් උපායමාර්ගික මිලදී ගැනීමේ ක්‍රමෝපායක් (Strategic Purchasing) දක්නට නොලැබේ.

රජය මගින් විධිමත් සෞඛ්‍ය සේවාවක් සැපයීම සඳහා, 2019 වසරේ දී අත්‍යවශ්‍ය සේවා පැකේජයක් (Essential Service Package) හඳුන්වා දුන් නමුත් එය මේ වන තෙක් සම්පූර්ණයෙන් බලාත්මක කර නැත. තවද, සෞඛ්‍ය ආයතන වර්ගීකරණය මට්ටම් තුනට අදාලව, ඒ ඒ මට්ටම් මගින් ලබාදෙන සේවාවේ ප්‍රමිතීන් පිළිබඳ නිර්වචනය කරන පැහැදිලි පැකේජයන්ද මේ දක්වා හඳුන්වාදී නැත.

මහා භාණ්ඩාගාරය විසින් අයවැය යෝජනා මත පදනම්ව සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය සඳහා මුදල් ප්‍රතිපාදන ලබාදෙන අතර, සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය මගින් මධ්‍යම රජයට සෘජුවම අයත් රෝහල් සහ ජාතික රෝග නිවාරණ වැඩසටහන් සඳහා අරමුදල් සැපයීම සිදු කරයි. පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය තම සෞඛ්‍ය සේවාවන් සැපයීම ප්‍රාථමික වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ඒකක, ප්‍රාදේශීය රෝහල්, මූලික රෝහල්, දිස්ත්‍රික් මහ රෝහල් හා රෝග නිවාරණ සේවා සපයන සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී කාර්යාල හරහා සිදුකරනු ලැබේ. විමධ්‍යගත ක්‍රමය යටතේ, ජාතික අයවැය මත පදනම්ව මුදල් කොමිෂන් සභාවේ උපදෙස් මත පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ වෙත මුදල් වෙන්කිරීම සිදුකරනු ලබයි (7). එහිදී විවිධ පළාත් වල ඒක පුද්ගල සෞඛ්‍ය වියදම්වල විෂමතා පෙන්නුම් කරන අතර, ප්‍රධාන සෞඛ්‍ය දර්ශක මත පදනම්ව, පළාත් අතර මුදල් බෙදා හැරීම විශ්ලේෂණය කිරීමේ අවශ්‍යතාවය ඉස්මතු කරයි (8).

පුද්ගලික අංශය තුල සෞඛ්‍ය වියදම් මූලිකවම රෝගියාගේ සෘජු ගෙවීම් (Out of Pocket Expenditure) මත රඳා පවතින අතර, පුද්ගලික සෞඛ්‍ය රක්ෂණය, සෘජු සේවා යෝජක ගෙවීම්, සේවා යෝජක රක්ෂණය සහ ලාභ නොලබන සංවිධානවලින් ලැබෙන දායකත්වයෙන් මේ සඳහා සුළු වශයෙන් උපකාර වේ.

1.2.4. සෞඛ්‍ය වියදම් පිළිබඳ දළ විශ්ලේෂණය

ශ්‍රී ලංකාවට සමාන අදායම් මට්ටමක පවතින අනෙක් රටවලට සාපේක්ෂව, දළ දේශීය නිෂ්පාදිතයෙන් (GDP) අඩු ප්‍රතිශතයක් සෞඛ්‍ය සඳහා වෙන් කරන පසුබිමක වුවද, ජනතාවට යහපත් සෞඛ්‍ය සේවාවක් පවත්වා ගනිමින්, අප රට අනෙකුත් රටවලට ද ආදර්ශයක් සපයයි. වර්තමාන සෞඛ්‍ය වියදම් (Current Health Expenditure/ CHE) ගණනයට රජය විසින් දරන සෞඛ්‍ය වියදම් මෙන්ම පුද්ගලික සෞඛ්‍ය වියදම්ද අන්තර්ගතවේ. වසර 2000 - 2020 කාලය තුල ලංකාවේ වර්තමාන සෞඛ්‍ය වියදම (CHE), දළ දේශීය නිෂ්පාදිතයේ ප්‍රතිශතයක් ලෙස 3.31% සිට 4.02% දක්වා පරාසයක පවතියි. එම අගය කලාපීය සාමාන්‍ය අගය වූ 3.30% අඛණ්ඩව ඉක්මවා ගොස් ඇති අතර, මෙම කාලසීමාවේ අවසාන භාගයේ දී එම අගය, පහල-මධ්‍යම ආදායම් කාණ්ඩයේ (Lower-Middle Income Countries) සාමාන්‍යය අගය වූ 3.80% ද ඉක්මවා ගොස් තිබුණි (9).

වසර 2000 සිට 2020 දක්වා කාලය තුල සෞඛ්‍ය සඳහා රජය දරණ වියදම, දළ දේශීය නිෂ්පාදිතයෙන් ප්‍රතිශතයක් ලෙස ගැනීමේදී පහල වැටීමක් දක්නට ලැබේ (2.2 % සිට 1.89% දක්වා). මෙය දකුණු ආසියානු කලාපීය රටවල් (0.86 % සිට 1.05% දක්වා) සහ පහළ මධ්‍යම ආදායම් ලබන රටවල් (1% සිට 1.36% දක්වා) සමඟ සැසඳීමේදී හිතකර අගයක් වුවද, එය ඉහළ මධ්‍යම ආදායම් ලබන රටවල් (2.21% සිට 3.2% දක්වා) සමග සැසදීමේදී සැලකිය යුතු අඩු අගයක්ව පවතී (10). මෙලෙස අයවැය ප්‍රතිපාදන අඩු වීමට ප්‍රධාන හේතුව වන්නේ ශ්‍රී ලංකාවේ රාජ්‍ය අදායම ප්‍රමාණවත් නොවීමයි. සෞඛ්‍ය සඳහා වන වෙන් කරන මුල්‍ය ප්‍රතිපාදන, වැඩිවන බෝ-නොවන රෝග සහ වැඩිහිටි ජනගහනය හේතුවෙන් ඉහලයන ඉල්ලුමට මුහුණ දීම සඳහා අනාගතයේදී ප්‍රමාණවත් නොවනු ඇත.

තවද, රජය සහ ගෘහ ඒකක මගින් වර්තමාන සෞඛ්‍ය වියදම් සඳහා සමප්‍රමාන වලින් දායක වේ. 2021 වසරේදී ඒ සඳහා රජයේ දායකත්වය 46.5% වන අතර රෝගීන්ගේ සෘජු ගෙවීම් 43.6% ක් වේ (11). සමාජ සෞඛ්‍ය රක්ෂණ දායකත්වය, බාහිර ආධාර සහ ස්වේච්ඡා පෙර ගෙවුම් වැනි අනෙකුත් මූල්‍ය ප්‍රභවයන් මගින් සෞඛ්‍ය වියදම් සඳහා 10% කට වඩා අඩු දායකත්වයක් ලබා දෙයි. පසුගිය දශක දෙක තුලදී, වත්මන් සෞඛ්‍ය වියදම්වල (CHE) ප්‍රතිශතයක් ලෙස ගත්කල සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා සේවාලාභියා පුද්ගලිකව සිදුකරන සෘජු ගෙවීම් (Out Of Pocket Expenditure) සැලකිය යුතු ලෙස වැඩි වී ඇත. සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා සේවාලාභියායා කරන සෘජු ගෙවීම් මගින් ගෘහ ඒකක තුල වර්ධනය වන මූල්‍ය දුෂ්කරතා පිළිබිඹු වන අතර, එය ව්‍යසනකාරී සෞඛ්‍ය වියදම් (Catastrophic Health Expenditure) හා දරිද්‍රතාවයට (Impoverishment) හේතුවේ. 2019 වසරේ ජනලේඛන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුවේ ගෘහස්ත ආදායම් සහ වියදම් සමීක්ෂණය (Household Income and Expenditure Survey) අනුව, ගෘහ ඒකක වල රෝගීන්ගේ සෘජු ගෙවීම් වලින් වැඩිම ප්‍රමාණය, පෞද්ගලික අංශයේ වෛද්‍ය වරුන්ගේ ගාස්තු, ඖෂධ මිලදී ගැනීම, පුද්ගලික රෝහල් සඳහා ගෙවීම්, වෛද්‍ය රසායනාගාර ගාස්තු සහ විශේෂඥ වෛද්‍ය ගාස්තු වැනි පුද්ගලික අංශයේ බාහිර රෝගී ප්‍රතිකාර සඳහා වේ (12). රජය මගින් අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ, රෝග විනිශ්චය සහ වෙනත් වෛද්‍ය සැපයුම් සඳහා මුදල් යෙදවීම මගින් රජයේ රෝහල් වල බාහිර රෝගී අංශය ශක්තිමත් කිරීම හරහා සේවාලාභියාගේ සෘජු ගෙවීම් අවම කර ගත හැකිය (13).

ඒ අනුව, ඉහල ආදායම් ලබන කණ්ඩායමේ ගෘහ ඒකක මගින් සෘජු සෞඛ්‍ය වියදම් (OOPE) වලින් තුනෙන් දෙකක ප්‍රමාණයක් දරණ අතර, පහලම ආදායම් ලබන කණ්ඩායමට ද සෘජු සෞඛ්‍ය වියදම් වලින් සැලකිය යුතු කොටසක් දැරීමට සිදු වේ. 20% ක ප්‍රතිශතයක් වූ පහලම ආදායම් ලබන කණ්ඩායම තමාගේ සමස්ත අදායමෙන් 2.2% ක ප්‍රතිශතයක් සෞඛ්‍ය වෙනුවෙන් වියදම් කරන අතර ඉහල ආදායම් ලබන කණ්ඩායමටද සෞඛ්‍ය සඳහා 3.7% ක ප්‍රතිශතයක් වියදම් කරයි. එමගින් ඉහල ආදායම් ලබන කණ්ඩායමට සාපේක්ෂව පහල ආදායම් ලබන කණ්ඩායම සෘජු සෞඛ්‍ය වියදම් සඳහා තම අදායමෙන් විශාල ප්‍රතිශතයක් කැප කරණ බව පෙන්නුම් කරයි (14). ඉහල ආදායම් ලබන කණ්ඩායම ව්‍යසනකාරී සෞඛ්‍ය වියදම් (Catastrophic Health Expenditure) වලින් වැඩිම කොටසට දායක වුවද, පහලම ආදායම් ලබන ජනතාවද ඊට සමානව බලපෑමට ලක්ව ඇති අතර එමගින් අසමාන ලෙස බෙදී ගොස් ඇති මූල්‍ය දුෂ්කරතා පිළිබිඹු කරයි.

යම් පවුලකට, සෞඛ්‍ය සඳහා වන වියදම් දැරීමට නොහැකි අවස්ථා වල (උදා: පුද්ගලික අංශයෙන් බාහිර රෝගී සේවා ලබාගැනීමේදී හා ඖෂධ මිලදී ගැනීම්) අවශ්‍ය ප්‍රතිකාර සඳහා යොමු නොවීමේ දී, මෙවැනි පවුල් සඳහා ඍජු ගෙවීම් හෝ ව්‍යසනකාරී වියදම් වාර්තා නොවේ.

සෞඛ්‍ය පද්ධතිය තුල රෝග නිවාරණ සේවාවන් සහ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවාවන් තීරණාත්මක කාර්යභාරයක් ඉටු කරයි. 2018 වසරේ දී දළ වශයෙන් වර්තමාන සෞඛ්‍ය වියදමෙන් (CHE) 74%ක් රෝගී ප්‍රතිකාරක සේවා සඳහා වැයකල අතර එයට රජයේ සහ පෞද්ගලික අංශයේ රෝහල් වලින් සපයන නේවාසික සහ බාහිර රෝගී සේවාවන් ඇතුලත් වේ. රෝග ප්‍රතිකාර සේවාවන්ට සාපේක්ෂව, රෝග නිවාරණ සඳහා ආයෝජනය කිරීම වඩාත් කාර්යක්ෂම වේ. නමුත් වර්තමාන සෞඛ්‍ය වියදම් වලින් 2% ක් පමණක් රෝග නිවාරණය සඳහා වැයවේ. 2023 වසරේදී, රජයේ සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා වියදමෙන් වැඩි ප්‍රමාණයක් පුනරාවර්තන වියදම් සඳහා 84% වෙන් කල අතර එයට සෞඛ්‍ය සේවකයින්ගේ වැටුප් සහ දීමනා මෙන්ම ඖෂධ ප්‍රසම්පාදනය මුලිකව ඇතුලත්විය. තවද, ජාතික අයවැය ගිණුම්වලට අනුව, 2014-2016 කාලය තුළ, දළ දේශීය නිෂ්පාදනයට සාපේක්ෂව, ප්‍රාග්ධන සෞඛ්‍ය වියදම් (උදාහාරන: යටිතල පහසුකම් සහ උපකරණ සඳහා වන ආයෝජනයන්) අඩු අගයක් (0.4%) ගත් අතර, මෙමගින් සෞඛ්‍ය අංශයේ ආයෝජනයන් තුල ප්‍රාග්ධන ආයෝජනයන්ගේ ඇති අඩුව පෙන්නුම් කරයි (15).

වර්තමානයේ ජනතාව තුල පවතින ප්‍රවණතාවයක් වන්නේ, රෝගී ප්‍රතිකාර සඳහා ඇති ප්‍රාථමික මට්ටමේ රෝහල් මගහැර, ඍජුවම ද්විතීයික හෝ තෘතියක රෝහල්වලට යොමුවීමයි. බාහිර රෝගීන් ගෙන් 40% ක් ද්විතියක මට්ටමේ රෝහල් වන මූලික රෝහල් හා තෘතීයක මට්ටමේ රෝහල් වන දිස්ත්‍රික් මහා රෝහල්, ශික්ෂණ රෝහල් හා ජාතික රෝහල් මගින් ප්‍රතිකාර ලබාගන්න අතර ඉතිරි 60% ප්‍රාථමික මට්ටමේ රෝහල් මගින් ප්‍රතිකාර ලබාගනී. එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස රජය මගින් මුදල් වෙන්කිරීමේදී ඵලදායි ලෙස ප්‍රතිකාර කළහැකි ප්‍රාථමික මට්ටමේ රෝහල් වෙත යොමු කිරීම වෙනුවට, මිල අධික ද්විතීයික හා තෘතීය මට්ටමේ රෝහල් වෙත වෙන්කිරීම දක්නට ලැබේ. තවද, ප්‍රාථමික මට්ටමේ රෝහල් සඳහා අඩු අරමුදල් වෙන් කිරීම නිසා සිදුවන ඖෂධ හෝ රෝග හඳුනා ගැනීමේ පහසුකම් අඩුවීම, එම රෝහල් මගහැර යාම සඳහා රෝගීන් පෙළඹවීමට හේතුවේ. එසේම, රාජ්‍ය අංශය මගින් නේවාසික රෝගී සේවා වලින් 95%ක් සැපයීමට හා බාහිර රෝගී සේවාවලින් 50% ක් සැපයීම මගින්ද ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා රජයේ ආයෝජනයේ පවතින විෂමතා පෙන්නුම් කරයි. විවිධ රෝග කාණ්ඩ සඳහා වන වර්තමාන සෞඛ්‍ය වියදම් සැලකීමේදී, වැඩිම ප්‍රතිශතය බෝ-නොවන රෝග වැළැක්වීම සහ පාලනය කිරීම (31.39%) සඳහා වෙන් කර ඇති අතර බෝ-නොවන රෝග අවධානම වැඩිවීමත් සමගම මෙම අගය වැඩිකිරීමට සිදුවනු ඇත. බෝ-නොවන රෝග සඳහා ඵලදායී ලෙස ප්‍රතිකාර කිරීම ගුණාත්මක ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවාවක් මත රඳා පවතින නමුත්, 2019 දීත්, වර්තමාන සෞඛ්‍ය වියදමෙන් 36% ක් පමණක් ප්‍රාථමික මට්ටමේ රෝහල් වෙත වෙන්කිරීම මගින් ප්‍රාථමික මට්ටමේ රෝහල් සඳහා ප්‍රමාණාත්මක අවධානයක් නොමැති බව පිළිබිඹු කරයි (16).

1.3 සාධාරණීකරණය

ශ්‍රී ලංකාවේ දැනට පවතින ජාතික සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්තියේ (2016-2015) අරමුණ වන්නේ, ශ්‍රී ලංකාව තුල සමාජ හා ආර්ථික වර්ධනය වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණයට යටත්ව, රෝගීන් කේන්ද්‍ර කරගත් සෞඛ්‍ය සේවා පද්ධතියක් ස්ථාපිත කිරීමයි. සියළුම ශ්‍රී ලාංකිකයන්ට පහසුවෙන් ළඟාවියහැකි, උසස් තත්වයේ සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධන, රෝගී නිවාරණ, රෝගී ප්‍රතිකාර හා පුනරුත්ථාපන සේවාවන් ලබා දීම මගින් ඉහළ ගුණාත්මක සෞඛ්‍ය සේවාවක් ළඟාකර ගැනීම, මෙම ජාතික සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්තිය මගින් බලාපොරොත්තු වේ. මෙහි එක් උපාය මාර්ගයක් ලෙස "රෝගියා පෞද්ගලික ලෙස සෞඛ්‍ය සේවා ලබාගැනීම සඳහා කරන ගෙවීම් අඩුකිරීම හා මූල්‍ය අවදානම් අවම කිරීම සඳහා නව උපාය මාර්ග නිර්මාණය කිරීම" අරමුණු කලද, එය තවමත් සාක්ෂාත් කරගැනීමට නොහැකි වීම හේතුවෙන් රෝගීන් පුද්ගලිකව සෞඛ්‍ය සඳහා කරන වියදම්වල වැඩි වීමේ ප්‍රවණතාවයක් දක්නට ලැබේ. තිරසාර සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ මූල්‍ය ප්‍රතිපත්තියක් සකස් කිරීම මගින් සෞඛ්‍ය සඳහා රජය මගින් සිදුකරන ආයෝජනයේ ඇති හිඩැස් පියවා ගැනීම මෙන්ම, ශ්‍රී ලංකාව ලබාඇති සෞඛ්‍ය දර්ශකවල ජයග්‍රහණ තවදුරටත් පවත්වා ගනිමින් සමස්ථ සෞඛ්‍ය පද්ධතියම ශක්තිමත් කිරීම බලාපොරොත්තු වේ.

ප්‍රමාණවත් රාජ්‍ය ආදායමක් නොමැති වීම හේතුවෙන් රජය මගින් සෞඛ්‍ය සඳහා මුදල් වෙන්කිරීම් සැලකිය යුතු ලෙස කර නැත . වැඩිවන බෝ-නොවන රෝග හා වැඩිහිටි ජනගහනයේ සෞඛ්‍ය අවශ්‍යතා නිසා වැඩිවන සෞඛ්‍ය සේවා වියදම් ජනතාව මත පැටවීමකින් තොරව රජයේ ආයෝජන වැඩි කිරීම මගින් ජනතාවට මූල්‍ය ආරක්ෂාව ලබා දීම වැදගත් වේ. මෙම අවශ්‍යතා වලට අනුව රජයේ ආයෝජන පෙළගැස්වීම මෙන්ම ජනතාවට ගුණාත්මක සෞඛ්‍ය සේවාවන් සඳහා ප්‍රවේශවීම වලක්වන මූල්‍ය බාධාවන් ආමන්ත්‍රණය කිරීමද අත්‍යවශ්‍ය වේ.

තවද, රට තුල බලපැවැත්වූ ආර්ථික අර්බුදය ජනතාව වෙත දැඩිලෙස බලපෑම් ඇතිකර ඇත. 2020 වසර සිට 2022 වසර දක්වා දරිද්‍රතා අනුපාතය 12.7% සිට 25% දක්වා දෙගුණයකින් වැඩිවී ඇති අතර එමගින් මිලියන ගණනක් ජනතාව දරිද්‍රතාවයට පත්ව ඇත. මෙම ආර්ථික දුෂ්කරතා හේතුවෙන් ජනතාව සෞඛ්‍ය සේවා වෙත යොමු වීම අඩු වී ඇති අතර, බොහෝ පුද්ගලයින් ප්‍රතිකාර මගහැරීම හෝ ප්‍රමාද කිරීම සිදු කරයි. එමගින් ව්‍යසනකාරී සෞඛ්‍ය වියදම් වැයවේ. තවද, ජනතාව රාජ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවාව වෙත වඩ වඩා යොමුවීම හරහා රාජ්‍ය සෞඛ්‍ය පද්ධතිය මත ඇතිකරන පීඩනයද ඉහල ගොස් ඇත. ජාතික අයවැයෙන් වැඩි ප්‍රමාණයක් සෞඛ්‍ය අංශය සඳහා වෙන් කිරීම ඵලදායී වුවද, අනිකුත් රාජ්‍ය අංශවල තරඟකාරීත්වය හා රජයේ සීමාසහිත මූල්‍යමය හැකියාව මේ සඳහා ඇති සැලකිය යුතු අභියෝග වේ (17).

දුම්කොළ, මධ්‍යසාර සහ පැණි බීම මත බදු වැඩිකිරීම රාජ්‍ය ආදායම ඉහල නැංවීම සඳහා ඵලදායී මාර්ගයක් වේ. එමෙන්ම ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය මගින් මෙය ආර්ථික වශයෙන් ඵලදායි ක්‍රියාමාර්ගයක් (Best buy) ලෙස වර්ගීකරණය කර ඇත (18). නිදසුනක් ලෙස, ශ්‍රී ලංකාවේ බහුලව අලෙවි වන දුම්කොළ සන්නාම වල වර්තමන දුම්කොළ බද්ද එහි සිල්ලර මිලෙන් 66.9% ක් වේ. එය තායිලන්තය වැනි රටවල දැකිය හැකි මට්ටම වූ 81.3% දක්වා වැඩි කිරීම මගින්, සැලකිය යුතු ලෙස මූල්‍ය සම්පත් ඉහළ නැංවීම සිදුකල හැකිය (19).

ශ්‍රී ලංකාවේ බෝ නොවන රෝගවල වැඩිවීම සහ වැඩිවන වයස්ගත ජනගහනය නිසා ඉහලයන සෞඛ්‍ය සේවා අවශ්‍යතාවය, සෞඛ්‍ය සේවාව නව දිසාවකට යොමුකිරීමේ අවශ්‍යතාවය පෙන්වාදෙයි. රෝග නිවාරණ සේවාව සහ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවාව වැනි වැඩිම බලපෑම් ඇතිකිරීමේ හැකියාව ඇති අංශ කෙරෙහි ඍජුවම මුදල් ලබාදීම හරහා සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රය තුළ සම්පත් බෙදාහැරීම කළමනාකරණය කළ හැකි වේ. එමගින් ජනතාවගේ සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධනය කිරීමට මෙන්ම මිල අධික විශේෂිත සත්කාර සඳහා වූ ඉල්ලුම අඩු කිරීමට හැකියාව ලැබේ (8).

තවද, ප්‍රාදේශීය රෝහල් හා මූලික රෝහල්වල ඇඳන් භාවිතා කිරීමේ අනුපාතය (Bed Occupancy) සහ ඇඳන් පිරිවැටුම් අනුපාතයට (Bed Turnover Rate) අදාලව අකාර්යක්ෂමතා දක්නට ලැබේ. සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ මූල්‍ය ප්‍රතිපත්තිය හරහා සෞඛ්‍ය සත්කාර සේවා ලබාදීමේ කාර්යක්ෂමතාවය සහ ඵලදායීතාවය ප්‍රවර්ධනය කිරීම හා පවත්නා සම්පත් උපරිම ලෙස ප්‍රයෝජනයට ගැනීම අත්‍යවශ්‍ය වේ.

ශ්‍රී ලංකාවේ සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය (UHC) සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම පිළිබඳ ප්‍රතිපත්තිය (2018) මගින්, ජනතාවට මූල්‍ය අපහසුතාවයක් ඇති නොවන පරිදි හා රටේ රෝග ව්‍යාප්තියට සරිලන පරිදි උසස් තත්ත්වයේ සෞඛ්‍ය සේවා ලබාදීමේ අවශ්‍යතාවය අවධාරණය කර ඇත. ශ්‍රී ලංකාවේ සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය වෙත යොමුවෙමින් පවතින බැවින්, සෞඛ්‍ය මූල්‍යකරණයේ සැලකිය යුතු ප්‍රතිසංස්කරණ අත්‍යවශ්‍යවේ. රෝගීන්ගේ ඍජු ගෙවීම් අඩු කිරීම කෙරෙහි අවධානය යොමු කිරීමෙන් හා මූල්‍ය දුෂ්කරතාවලින් අවධානමකට ලක්ව ඇති ජනතාව ආරක්ෂාකර ගැනීම හරහා සෞඛ්‍ය සේවාව තිරසාර මට්ටමෙන් පවත්වා ගැනීම සහතික කළ හැක.

තවද, වසර 2030 සඳහා වූ තිරසාර සංවර්ධන ඉලක්ක හා සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය වැනි ජාත්‍යන්තර මැදිහත්වීම් වලට සමාන්තරව යන ශක්තිමත් සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ මූල්‍ය ප්‍රතිපත්තියක් ස්ථාපිත කිරීම මගින් ගෝලීය සෞඛ්‍ය ඉලක්ක ළඟාකරගැනීම සඳහා රජයේ කැපවීම් පිළිබිඹු වේ. එමෙන්ම.

පසුගිය වසර ගණනාව පුරා, ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ මූල්‍යකරණයේ යම් ප්‍රතිසංස්කරණ ක්‍රියාවට නංවා ඇත. එනමුත්, වඩාත් සමානාත්මතාවයකින් යුත් කාර්යක්ෂම සෞඛ්‍ය සේවා පද්ධතියක් නිර්මාණය කිරීමට සහ සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය ළඟා කරගැනීම සඳහා, පුළුල් හා තිරසාර සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ මූල්‍ය ප්‍රතිපත්තියක් ස්ථාපිත කිරීම වැදගත් වේ.

2. ප්‍රතිපත්ති මූලධර්ම

1. රාජ්‍ය අරමුදල් මත මූලික විශ්වාසය තැබීම
2. සෞඛ්‍ය සේවා කාර්ය සාධනය සහ ජනතා සෞඛ්‍ය අවශ්‍යතා සමඟ සමපාත වන ලෙස අරමුදල් වෙන් කිරීම.
3. මූල්‍ය අවදානම් ආරක්ෂාව සහතික කරමින් සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය (UHC) ලබා ගැනීමට සාක්ෂාත් කර ගැනීම.

3. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රකාශන

1. කාර්යක්ෂම හා ඵලදායී ප්‍රතිපාදන සහතික කරමින් සෞඛ්‍ය අංශයේ මූල්‍ය තිරසාරභාවය සඳහා ප්‍රමාණවත් අරමුදල් රැස්කිරීම.
2. සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා විකල්ප මූල්‍ය යාන්ත්‍රණයන් ගවේෂණය කිරීම
3. සෞඛ්‍ය සේවා වියදම්වල කාර්යක්ෂමතාව, විනිවිදභාවය සහ වගවීම සඳහා ප්‍රමුඛත්වය ලබාදීම
4. මූල්‍ය දුෂ්කරතාවයන්ට මුහුණ නොදී අත්‍යවශ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා ප්‍රවේශය සහතික කිරීම

4. ප්‍රතිපත්ති ඉලක්ක

ප්‍රශස්ත මට්ටමෙන් සම්පත් අනුයුක්ත කිරීම, කාර්යක්ෂමතාවය වැඩිදියුණු කිරීම සහ නව්‍ය මූල්‍ය යාන්ත්‍රණ ගවේෂණය තුළින් සෞඛ්‍ය පද්ධතියේ මූල්‍ය තිරසාරභාවය සහතික කරන අතරම, ජනතාවට මූල්‍ය දුෂ්කරතාවයකින් තොරව අත්‍යවශ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා ප්‍රවේශය ලබා දීමෙන් සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය ලබා දීම.

5. අදාළත්වය සහ විෂය පථය

ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ මූල්‍ය ප්‍රතිපත්තිය මගින් සෞඛ්‍ය සේවාවල මූල්‍ය අවශ්‍යතා සපුරාලීම සඳහා නිර්මාණය කරන ලද විස්තීරණ රාමුව (Comprehensive Framework) ආමන්ත්‍රණය කරනු ලබයි. මෙම ප්‍රතිපත්තිය රාජ්‍ය සහ පෞද්ගලික යන අංශ දෙකම ආවරණය වන පරිදි සමස්ත සෞඛ්‍ය සේවා පද්ධතිය පුරා බලපැවැත්වෙනු ඇත.

6. ප්‍රතිපත්ති ක්‍රියාත්මක කිරීම

6.1. උපායමාර්ගික ක්‍රමෝපායන්

1. සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම සඳහා ප්‍රමාණවත් අරමුදල් සංචිත කිරීම සහ අරමුදල් ශක්තිමත් කිරීම සඳහා යාන්ත්‍රණයන් ශක්තිමත් කිරීම.
2. සෞඛ්‍ය සේවාවල ප්‍රවේශය වැඩි කිරීමට, ගුණාත්මකභාවය වැඩි දියුණු කිරීමට සහ කාර්යක්ෂමතාව වැඩි කිරීමට නව මූල්‍ය මෙවලම් හඳුන්වාදීම.
3. සෞඛ්‍ය පද්ධතිය තුළ අරමුදල් භාවිතයේ සහ සේවා සැපයීමේ කාර්යක්ෂමතාව සහ ඵලදායීතාවය වැඩි දියුණු කිරීම.
4. සෞඛ්‍ය වියදම් සහ සේවා සැපයීම සඳහා පාලන ව්‍යුහයන්, වගවීම සහ සම්පත් හඹායාම ශක්තිමත් කිරීම.
5. අත්‍යවශ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා ප්‍රවේශය පහසු කිරීම සඳහා අඩු වරප්‍රසාද ලත් සහ අවදානමට ලක්විය හැකි ජනතාවට මූල්‍ය ආරක්ෂාව සැපයීම.

ප්‍රතිපත්ති උපාය මාර්ගය - 1 : සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම සඳහා ප්‍රමාණවත් අරමුදල් සංචිත කිරීම සහ අරමුදල් ශක්තිමත් කිරීම සඳහා යාන්ත්‍රණයන් ශක්තිමත් කිරීම

1.1. සෞඛ්‍ය සඳහා ආදායම් වැඩි කිරීම සඳහා බදු ප්‍රතිපත්ති සමාලෝචනය කිරීම සහ ප්‍රතිසංස්කරණය කිරීම
1.2. සෞඛ්‍ය අංශය තුළ ආදායම් උත්පාදනය වැඩි දියුණු කිරීම
1.3. සෞඛ්‍ය රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රම තුලින් සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා අරමුදල් සංචිත වැඩි දියුණු කිරීම
1.4. පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා අවශ්‍යතා මත පදනම් වූ අරමුදල් වෙන් කිරීම.

ප්‍රතිපත්ති උපාය මාර්ගය - 2 : සෞඛ්‍ය සේවාවල ප්‍රවේශය වැඩි කිරීමට, ගුණාත්මකභාවය වැඩි දියුණු කිරීමට සහ කාර්යක්ෂමතාව වැඩි කිරීමට නව මූල්‍ය මෙවලම් හඳුන්වාදීම

2.1. විද්‍යාත්මක ක්‍රමවේදයක් තුලින් සෞඛ්‍ය සේවාවේ සියලුම මට්ටම් වල සත්කාරක සේවා සඳහා වන පිරිවැය ක්‍රමානුකූලව ඇස්තමේන්තු කිරීම.
2.2. තෝරාගත් සේවාවන් සඳහා සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් උපායමාර්ගිකව මිලදී ගැනීම (Strategic Purchasing) හඳුන්වාදීම.

ප්‍රතිපත්ති උපාය මාර්ගය - 3 : සෞඛ්‍ය පද්ධතිය තුළ අරමුදල් භාවිතයේ සහ සේවා සැපයීමේ කාර්යක්ෂමතාව සහ ඵලදායීතාව වැඩි දියුණු කිරීම.

3.1. ප්‍රාථමික සත්කාර කෙරෙහි විශේෂ අවධානය යොමු කරමින් ඒකාබද්ධ ප්‍රමිතිගත සත්කාර හරහා සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීමේ සඵලතාවය වැඩි දියුණු කිරීම
3.2. තීරණ ගැනීමේ ක්‍රියාවලිය සඳහා ඩිජිටල්කරණය (Digitalization) සහ සෞඛ්‍ය තොරතුරු කළමනාකරණ පද්ධති යොදාගැනීම වැඩි දියුණු කිරීම
3.3. ප්‍රසම්පාදනය සහ ඖෂධ නිර්දේශය, වෛද්‍ය සැපයුම්, රසායනාගාර පරීක්ෂණ සහ සායනික ක්‍රියාවලි තර්කානුකූලව සිදුකිරීම.

ප්‍රතිපත්ති උපාය මාර්ගය - 4 : සෞඛ්‍ය වියදම් සහ සේවා සැපයීම සඳහා පාලන ව්‍යුහයන්, වගවීම සහ සම්පත් හඹායාම ශක්තිමත් කිරීම

4.1. අමාත්‍යාංශයේ හිමිකම, වගකීම සහ වගවීම ඇතුලත් ප්‍රතිධාන භූමිකාව (stewardship) වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා යාන්ත්‍රණක් හඳුන්වාදීම
4.2. වගවීම සහ ගුණාත්මකභාවය සහතික කිරීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවකයන් වෙනුවෙන් කාර්ය සාධන අධීක්ෂණ යාන්ත්‍රණයක් ක්‍රියාත්මක කිරීම.
4.3. අරමුදල් කළමනාකරණයේ විනිවිදභාවය, වගවීම සහ කාර්යක්ෂමතාව සහතික කිරීම සඳහා මූල්‍ය අධීක්ෂණය සහ කාර්ය සාධනය සම්බන්ධ අයවැයකරණය හඳුන්වා දීම.

ප්‍රතිපත්ති උපාය මාර්ගය - 5 : අත්‍යවශ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා ප්‍රවේශය පහසු කිරීම සඳහා අඩු වරප්‍රසාද ලත් සහ අවදානමට ලක්විය හැකි ජනතාවට මූල්‍ය ආරක්ෂාව සැපයීම.

5.1. සෞඛ්‍ය සේවා ලබා ගැනීමට ප්‍රවේශ වීමේදී ඇතිවන මූල්‍ය බාධක අඩු කිරීම.
5.2. රෝගීන් සඳහා ගුණාත්මක සේවාවක් ලබාදීම සහ මූල්‍ය ආරක්ෂාව සහතික කිරීම සඳහා පුද්ගලික සෞඛ්‍ය අංශය නියාමනය කිරීම

6.2. වගකීම සහ අධිකාරිත්වය

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ මූල්‍ය ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීම සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ ලේකම්තුමාගේ නායකත්වය යටතේ සිදුවේ. සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ සෞඛ්‍ය ආර්ථික ඒකකය (Health Economic Cell) මෙම කටයුතු සම්බන්ධීකරණය කිරීමේ කේන්ද්‍රස්ථානය ලෙස කටයුතු කරනු ඇත. පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන් විසින් මෙම ප්‍රතිපත්ති පළාත් මට්ටමින් ක්‍රියාත්මක කිරීම අධීක්ෂණය කරනු ඇත. සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය අනෙකුත් සියලුම පාර්ශවකරුවන් සමඟ සහයෝගයෙන් මෙම ප්‍රතිපත්ති ඉලක්ක සාක්ෂාත් කරගැනීම සඳහා සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ මූල්‍ය ක්‍රියාකාරකම් සිදුකරනු ඇත.

6.3. අධීක්ෂණය සහ ඇගයීම

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ මූල්‍ය ප්‍රතිපත්තිය අධීක්ෂණය සහ ඇගයීමේ කටයුතු සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ සෞඛ්‍ය ආර්ථික ඒකකය (Health Economic Cell) මගින් කරනු ලැබේ. ප්‍රගතිය තක්සේරු කිරීම සහ වැඩිදියුණු කළ යුතු ක්ෂේත්‍ර හඳුනා ගැනීම සඳහා වරින් වර ඇගයීම් සිදු කරනු ලැබේ. මෙම ඇගයීම් වලින් ලැබෙන නිර්දේශ සෞඛ්‍ය ලේකම් වෙත යොමු කරනු ලබන අතර, සියලු පුරවැසියන් සඳහා මූල්‍ය ආරක්ෂණය සාක්ෂාත් කර ගැනීමේදී එහි ඵලදායිතාවය එමගින් සහතික කෙරේ.

இலங்கையின் சுகாதாரப் பராமரிப்பிற்கான நிதி வழங்கல் கொள்கை

சுகாதார அமைச்சு, இலங்கை

2024

1. அறிமுகம்

1.1 பின்னணி

பல ஆண்டுகளாக, அடுத்தடுத்து வந்த அரசாங்கங்களின் அத்தியாவசிய மற்றும் உயர்தர சுகாதார சேவைகளை வழங்குவதற்கான அர்ப்பணிப்பின் காரணமாக, இலங்கை குறிப்பிடத்தக்க சுகாதார விளைவுகளை அடைந்துள்ளது.. நாட்டின் வலுவான ஆரம்ப சுகாதார அமைப்பு, பயனுள்ள தடுப்பு நடவடிக்கைகள் மற்றும் சுகாதாரத்தில் தொடர்ச்சியான அரசு முதலீடுகள் ஆகியவை தாய், சேய் மற்றும் தொற்று நோய் சார்ந்த நோயுற்ற தன்மை மற்றும் இறப்பு விகிதங்கள் உட்பட முக்கிய சுகாதார குறிகாட்டிகளை கணிசமாக மேம்படுத்தியுள்ளன. ஒப்பீட்டளவில் குறைந்த சுகாதாரச் செலவுகள் இருந்தபோதிலும், இலவசக் கல்வி மற்றும் வறுமை ஒழிப்புத் திட்டங்கள் போன்ற சமூக மற்றும் மனித மேம்பாட்டிற்கான நிலையான முதலீடுகள், சுகாதார அணுகல் மற்றும் சுகாதாரம் தேடும் நடத்தையை மேலும் மேம்படுத்தியுள்ளன.

இருப்பினும், வளர்ந்து வரும் சவால்கள் இந்த சாதனைகளை குறைமதிப்பிற்கு உட்படுத்த அச்சுறுத்துகின்றன. தற்போது, சனத்தொகையில் 10% க்கும் அதிகமானோரை 60 அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட வயதினராகக் கொண்டு, தெற்காசியாவிலேயே அதிக வயது முதிர்ந்தவர்கள் இலங்கையில் உள்ளனர். மேலும் தொற்றா நோய்கள் (NCD) மரணத்திற்கு முக்கிய காரணமாகிவிட்டன. இந்த தொற்றுநோயியல் மற்றும் மக்கள்தொகை மாற்றங்கள் ஏற்கனவே அடைந்த வெற்றிகளை நிலைநிறுத்தவும் மேம்படுத்தவும் சுகாதார சேவைகளின் மூலோபாய மறுமதிப்பீட்டைக் கோருகின்றன. நோயாளியின் தேவைகளின் சிக்கலான தன்மையுடன் இணைந்து, முக்கிய சுகாதார அமைப்பு இலக்குகளை அடையவும் நிலைத்திருக்கும் தன்மையை உறுதி செய்யவும் ஒரு விரிவான கொள்கை பதில் அவசியமானது.

உலகளாவிய சுகாதார பரவல் (UHC) சுகாதாரம் தொடர்பான நிலையான வளர்ச்சி இலக்குகளை (SDG) அடைவதில் மையமாக உள்ளது, குறிப்பாக இலக்கு 3.8, இது நிதி சிரமமின்றி தரமான சுகாதார சேவைகளின் உலகளாவிய அணுகலை வழங்குவதை நோக்கமாகக் கொண்டுள்ளது. 2021 இல், இலங்கையின் UHC சேவை பரவல் சுட்டெண் 67 ஆனது, பிராந்திய சராசரியான 62 (1) ஐ விஞ்சியது. இருப்பினும், நிதிப் பாதுகாப்பு குறிகாட்டிகள் 2009 முதல் 2018 வரை மோசமடைந்துள்ளன: நேரடி சுகாதாரப் பாதுகாப்புக் கொடுப்பனவுகள் காரணமாக பேரழிவுகரமான சுகாதாரச் செலவுகள் (4.7% முதல் 6.4% வரை) மற்றும் வறுமை (0.7% முதல் 1.1% வரை) போன்றவை இதுவரை சாதித்துள்ள உலகளாவிய சுகாதார பரவல் (UHC) ஐ தக்கவைத்து மற்றும் மேம்படுத்துவதற்கு கொள்கை தலையீட்டின் அவசியத்தை மேற்கோள் காட்டுகிறது.

UNICEF 2023 அறிக்கையின்படி, இலங்கையின் தேசிய பல பரிமாண வறுமைச் சுட்டெண் (MPI) 2019 இல் 0.067 ஆக இருந்தது. இலங்கையில் உள்ள ஒவ்வொரு ஆறில் ஒருவர் (16.0%) பல பரிமாணங்களில் ஏழைகளாக உள்ளனர். 80% க்கும்

அதிகமான ஏழை மக்கள் வசிப்பதால் கிராமப்புறங்கள் முக்கியமானவை. இலங்கையில், 65 மற்றும் அதற்கு மேற்பட்ட வயதுடைய ஐந்தில் ஒருவர் (17.9%) வறுமையில் வாழ்வதால் அவர்கள் மிகவும் ஏழ்மையான வயதினராக உள்ளனர் (2). 2023 இல் UNDP ஆல் வெளியிடப்பட்ட சமீபத்திய அறிக்கை, 82% பல பரிமாணங்களால் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்கள் கிராமப்புறங்களில் வசிப்பதால் கூடுதலான சுகாதார நிதி வழங்கல் தொடர்பான கொள்கை சார் கவனத்தை கோருவதை மேற்கோள் காட்டியுள்ளது (3).

1.2 அமைப்பு

1.2.1 இலங்கை சுகாதார அமைப்பின் கண்ணோட்டம்

சுகாதார அமைச்சானது சுகாதார சேவைகளின் முதன்மை வழங்குநராக, கிட்டத்தட்ட 100% நோய் தடுப்பு பராமரிப்பு, 95% உள்நோயாளிகள் பராமரிப்பு மற்றும் 50% வைத்தியசாலை வெளிக்கள பராமரிப்பு (ambulatory care) ஆகியவற்றை மூன்று அடுக்குகளாக ஒழுங்கமைக்கப்பட்ட சுகாதார நிறுவனங்களின் வலையமைப்பு மூலம் வழங்குகிறது.. முதன்மை நிலையானது நோய்ச்சிகிச்சை மற்றும் நோய்த்தடுப்பு பராமரிப்பு வழங்குவதற்கு இரண்டு இணையான அமைப்புகளைக் கொண்டுள்ளது. நியமிக்கப்பட்ட மக்களுக்கு சேவை செய்யும் சுகாதார மருத்துவ அதிகாரி (MOH) அலுவலகங்களின் நன்கு ஒழுங்கமைக்கப்பட்ட அமைப்பு மூலம் நோய்த்தடுப்பு பராமரிப்பு வழங்கப்படுகிறது. ஒப்பீட்டளவில், நோய்ச் சிகிச்சை வலையமைப்பு குறைவாக ஒழுங்கமைக்கப்பட்டுள்ளது மற்றும் முதன்மை நிலையிலிருந்து உயர்நிலை நோய்ச்சிகிச்சை நிறுவனங்களுக்கு செல்லும் நோயாளிகளின் ஓட்டத்தை சீராக்க ஒரு பரிந்துரை அமைப்பு இல்லை.

வெளிநோயாளிகள் மற்றும் உள்நோயாளிகள் ஆகிய இரண்டு தரப்பினரின் பராமரிப்பிற்கும் நாட்டில் சுகாதார சேவையின் பயன்பாடு விரிவடைந்துள்ளது . 2021 ஆம் ஆண்டில், 26,094,945 வெளிநோயாளிகளின் (OPD) வருகைகள் மற்றும் 5,314,193 மருத்துவமனையில் நோயாளிகள் அனுமதிக்கப்பட்ட தடவைகள் ஆனவை, பொதுத்துறையில் வெளிநோயாளி மற்றும் உள்நோயாளிகள் ஆகிய இரண்டின் உயர் பயன்பாட்டைப் பிரதிபலிக்கிறது. ஒரு தனிநபரின் ஒரு ஆண்டிற்கான சராசரி OPD வருகைகள் ஐந்திற்கும் அதிகமாகும், இது சமனான நடுத்தர வருமானம் கொண்ட நாடுகளில் காணப்பட்ட புள்ளிவிவரங்களை மிஞ்சுகிறது. அத்துடன், 1,000 மக்கள் தொகைக்குரிய மருத்துவமனை வெளியேற்றங்களின் (hospital discharges) மூலம் அளவிடப்படும் உள்நோயாளிகளின் சேவைகள், ஒப்பிடக்கூடிய நடுத்தர-வருமான நாடுகளை விட அதிகமாகும் (4).

தனியார் துறை முக்கியமாக வெளிநோயாளிகளுக்கான சிகிச்சையை காப்பீடுகள் மூலம் பெறப்படும் பாதுகாப்பு மூலம் சேவைக்கான கட்டண மாதிரியில் வழங்குகிறது, நாட்டில் தற்போது நிலவும் பொருளாதார நெருக்கடியால், அரசு மருத்துவமனைகளில் வெளிக்கள சேவையின் (ambulatory

care) சிகிச்சையை நாடுவோரின் எண்ணிக்கையில் குறிப்பிடத்தக்க அதிகரிப்பு ஏற்பட்டுள்ளது.

1.2.2 இலங்கையின் நிதி சூழல்

இலங்கை மத்திய வங்கியின் (2022) வருடாந்த அறிக்கையின்படி, 2019 (12.6%) இலிருந்து 2022 வரை (8.2%) மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியின் (GDP) சதவீதமாக அரசாங்க வருமானத்தில் பொதுவான சரிவு உள்ளது. வரி வருவாயே மிகப்பெரிய வருமான ஆதாரமாகும் (2022 இல் மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் 7.3%), அதே சமயம் வரி அல்லாத வருவாய் ஒப்பீட்டளவில் குறைவாக உள்ளது (2022 இல் மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் 0.9%). மேலும், மானியங்கள் ஒரு சிறிய பங்கிற்கு மட்டுமே பங்களிக்கின்றன [2022 இல் மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் (2022 இல் மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் 0.1%) (5).

அரசாங்கம் முதன்மையாக பொது நிதி ஆதாரங்களை நம்பியுள்ளது மற்றும் வரி வருவாயில் ஒட்டுமொத்த சரிவு போக்கு, சுகாதாரம் உட்பட அரசாங்க செலவினங்களைக் கணிசமாகக் கட்டுப்படுத்துகிறது. 2022 இல் GDP சுருக்கம் -7.9%, நிதி இடத்தை விரிவாக்குவதை ஆதரிக்கவில்லை. இருப்பினும், சுகாதாரத்திற்கான கூடுதல் நிதியை பெறுவதற்கு புகையிலை, மதுபானம், சீனி சேர்த்த இனிப்பு பானங்கள் ஆகியவற்றின் மீதான வரி அதிகரிப்பு போன்றவற்றை ஆராய வேண்டிய அவசியம் உள்ளது, இது முதன்மை தடுப்பு முயற்சிகளுக்கு குறிப்பாக தொற்றா நோய்களை உண்டாக்கும் சமூக மற்றும் வணிக காரணிகளை சமாளிக்க பயன்படுத்தப்படலாம்.

1.2.3 சுகாதார பாதுகாப்பு நிதியுதவி பற்றிய கண்ணோட்டம்

இலங்கையானது பொதுச் செலவினங்களுக்கான முதன்மையான உள்நாட்டு நிதி ஆதாரமாக வரி வருவாயையே பெரும்பாலும் நம்பியுள்ளது. சுகாதாரத்திற்கான வரிகள் எதுவும் ஒதுக்கப்படாததால் சுகாதாரத் துறை மற்ற துறைகளுடன் அரசாங்க வரவு செலவு திட்டத்தின் தனது பங்கிற்காக போட்டியிடுகிறது (1). 2020 ஆம் ஆண்டில் மொத்த அரசாங்க செலவினங்களின் சதவீதமாக சுகாதாரத்திற்கான அரசாங்கச் செலவினம் 9.49% ஆக இருந்தது. தேசிய வரவு செலவுத் திட்டத்தில் அதிக சதவீதத்தை சுகாதாரத் துறைக்கு மறு ஒதுக்கீடு செய்வது பல போட்டி முன்னுரிமைகளால் கட்டுப்படுத்தப்படுகிறது. வெளிப்புற ஆதாரங்களில் இருந்து கிடைக்கும் சுகாதார நிதியுதவி ஒப்பீட்டளவில் சிறியதாக உள்ளது மற்றும் 2000 இலிருந்து 2020 வரை நிலையாக தற்போதைய சுகாதார செலவினத்தில் 3% க்கும் குறைவாகவே உள்ளது (6).

கிட்டத்தட்ட 1.5 மில்லியன் அரசு ஊழியர்கள் மற்றும் அவர்களை சார்ந்திருப்பவர்களுக்கு "அக்ரஹாரா" எனப்படும் குறைந்தபட்ச பங்களிப்பு திட்டம் மட்டுமே உள்ளது. இதை விட இலங்கையில் சமூக சுகாதார காப்புறுதி

முறை இல்லை. தன்னார்வ முன்-பணம் செலுத்தும் திட்டங்கள் ஒட்டுமொத்த சுகாதார செலவினத்திற்கு ஏறத்தாழ 6% பங்களிக்கின்றன (1).

வெளிப்படையான வழங்குநர்-வாங்குபவர் பிளவு இல்லை. குறிப்பிட்ட மூலோபாய கொள்முதல் ஏற்பாடுகள் இல்லாமல் வரி-உருப்படி வரவுசெலவுத் திட்டங்கள் ஆதிக்கம் செலுத்துகின்றன.

2019 ஆம் ஆண்டில், இலங்கை அரசு சுகாதார வசதிகளுக்குள் விரிவான சேவையை வழங்குவதை உறுதி செய்வதற்காக அத்தியாவசிய சேவைகள் பொதியை (SLESP) அறிமுகப்படுத்தியது. ஆனால், இன்னும் முழுமையாக செயல்படுத்தப்படவில்லை. மேலும், மூன்று வெவ்வேறு நிலை சுகாதார வசதிகளுக்கான பராமரிப்பு தரங்களை வரையறுக்கும் வெளிப்படையான தொகுப்புகள் எதுவும் இல்லை.

தேசிய கருவூலமானது வரவு செலவுத் திட்ட முன்மொழிவுகளின் அடிப்படையில் சுகாதார அமைச்சுக்கு நிதியை வழங்குகிறது. மத்திய சுகாதார அமைச்சானது தனக்கு நேரடியாக கீழ் உள்ள மருத்துவமனைகளுக்கும் தேசிய செங்குத்து தடுப்பு திட்டங்களிற்கும் நிதியளிக்கிறது. மாகாண சுகாதார அமைச்சுக்கள் முழு அளவிலான சுகாதார சேவைகளை வழங்குவதற்கு பொறுப்பாகும். இவை ஆரம்ப மருத்துவ பராமரிப்பு பிரிவுகள், பிரதேச மருத்துவமனைகள், ஆதார மருத்துவமனைகள் மற்றும் மாவட்ட பொது மருத்துவமனைகள் மூலமாகவும், தடுப்பு சுகாதார சேவைகள், சுகாதார மருத்துவ அலுவலர் (MOH) அலுவலகங்கள் மூலமாகவும் வழங்கப்படுகின்றன.

பரவலாக்கப்பட்ட அமைப்பின் கீழ், தேசிய முன்னுரிமைகளின் அடிப்படையில் நிதி ஆணைக்குழுவுடன் கலந்தாலோசித்து, மானியங்கள் மூலம் மாகாண சுகாதார அமைச்சகங்களுக்கு அரசாங்கம் நிதி ஒதுக்கீடு செய்கிறது (7). மாகாணங்கள் முழுவதும் தனிநபர் பொது சுகாதார செலவினங்களில் ஏற்றத்தாழ்வுகள் காணப்படுவது, பொது சுகாதார நிதியின் மாகாண விநியோகத்தை மறு ஆய்வு செய்ய வேண்டியதன் அவசியத்தை வலியுறுத்துகிறது. இது முக்கிய சுகாதார குறிகாட்டிகளால் வழிநடத்தப்படுகிறது (8).

தனியார் சுகாதாரத் துறையில், சுகாதார நிதி வழங்கல் முதன்மையாக கையிலிருந்து செலவிடும் செலவினங்களை (OOPE) சார்ந்துள்ளது, இதில் ஓரளவிற்கு குறைவான அளவு, தனியார் உடல்நலக் காப்பீடு, நேரடியாக முதலாளி செலுத்துதல், முதலாளி காப்பீடு மற்றும் இலாப நோக்கற்ற நிறுவனங்களின் பங்களிப்புகள் ஆகியவற்றால் வழங்கப்படுகிறது.

1.2.4. சுகாதார செலவினங்களின் கண்ணோட்டம்

அதேபோன்ற வருமான மட்டங்களைக் கொண்ட ஏனைய நாடுகளுடன் ஒப்பிடுகையில் சுகாதாரத்திற்கான மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் குறைவான ஒதுக்கீட்டின் மூலம் குறைந்த செலவில் நல்ல ஆரோக்கியத்தை

அடைவதற்கான ஒரு முன்மாதிரியாக இலங்கை எடுத்துக்காட்டுகிறது. 2000 முதல் 2020 வரை, நாட்டின் மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் ஒரு பங்காக பொது மற்றும் தனியார் செலவினங்களை உள்ளடக்கிய தற்போதைய சுகாதார செலவினம் (CHE) 3.31 % முதல் 4.02% வரையிலான வரம்பிற்குள் உள்ளது. குறிப்பாக, இலங்கையின் சுகாதார செலவு தொடர்ந்து பிராந்திய சராசரி 3.30% ஐ விட அதிகமாக உள்ளது. மற்றும் இந்த காலகட்டத்தின் பிற்பகுதியில் LMIC சராசரி 3.80% ஐ தாண்டியது (9).

இருப்பினும், மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் ஒரு பங்காக சுகாதாரத்திற்கான அரசாங்க செலவு 2000 இலிருந்து 2020 வரை குறைந்துள்ளது (2.2% முதல் 1.89% வரை). இது தெற்காசியாவில் உள்ள பிராந்திய சகாக்களுடன் (0.86% முதல் 1.05% வரை) மற்றும் குறைந்த நடுத்தர வருமான நாடுகளுடன் (GDP யில் 1.12% முதல் 1.36% வரை) ஒப்பிடப்படும்போது நன்றாக இருந்தாலும், மேல் நடுத்தர வருமான நாடுகளுடன் ஒப்பிடும்போது குறைவாகவே உள்ளது (GDP யில் 2.21% முதல் 3.2%) (10). எதிர்காலத்தில் தொற்றா நோய்கள் மற்றும் முதியோர்களின் அதிகரித்து வரும் தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்ய சுகாதாரத்திற்கான அரசாங்கச் செலவினம் போதுமானதாக இருக்காது. மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியில் சுகாதாரத் துறைக்கு போதிய சதவீத வரவு செலவு பட்டியல் ஒதுக்கீடு இல்லாததற்கு, அரசாங்கத்திடம் போதிய வருவாயின்மையே காரணமாகும்.

கடந்த இரண்டு தசாப்தங்களில் ஆரோக்கியத்திற்கான சொந்தமாக கை இருப்பிலிருந்து செலவிடும் செலவு (OOPE) (தற்போதைய சுகாதார செலவில் ஒரு%) கணிசமாக அதிகரித்துள்ளது. தற்போது, அரசாங்கமும் குடும்பங்களும் மருத்துவச் செலவுகளை கிட்டத்தட்ட சமமாகப் பகிர்ந்து கொள்கின்றன. 2021 இல், CHE இன் சதவிகித அரசாங்கச் செலவு 46.5% ஆகவும், OOPE 43.6% ஆகவும் இருந்தது (11).

சமூக சுகாதார காப்பீட்டு பங்களிப்புகள், வெளிப்புற உதவி மற்றும் தன்னார்வ முன்பணம் போன்ற பிற நிதி ஆதாரங்கள், சுகாதார செலவினங்களில் 10% க்கும் குறைவான பங்களிப்பை அளித்தன. OOPE ஆனது குடும்பங்களின் வளர்ந்து வரும் நிதிச்சுமையைக் குறிக்கிறது, அது பேரழிவுகரமான செலவுகள் மற்றும் வறுமைக்கு வழிவகுக்கும்.

மக்கள் தொகை கணக்கெடுப்பு மற்றும் புள்ளியியல் துறையின் குடும்ப வருமானம் மற்றும் செலவின கணக்கெடுப்பு (HIES) 2019 இன் படி; குடும்பங்கள் மூலம் OOPE இன் பெரும்பாலானவை தனியார் துறை வைத்தியசாலைக்கு வெளியேயான வெளிக்கள பராமரிப்பு (ambulatory care) குறிப்பாக தனியார் துறையில் உள்ள மருத்துவ பயிற்சியாளர்களுக்கான செலவு, மருந்துகளை வாங்குதல், தனியார் மருத்துவமனைகளுக்கு பணம் செலுத்துதல், மருத்துவ ஆய்வகங்களுக்கு செலுத்துதல் மற்றும் நிபுணர்களுக்கான ஆலோசனைக் கட்டணம் என்பவை ஆகும் (12). அத்தியாவசிய மருந்துகள், நோயறிதல் மற்றும் பிற மருத்துவப் பொருட்களுக்கான நிதியுதவியுடன் அரசாங்க

வைத்தியசாலைக்கு வெளியான வெளிக்கள பராமரிப்பை (ambulatory care) வலுப்படுத்துவது OOPE (13) ஐக் குறைக்கும்.

பணக்காரக் குழு (முதல் 20%) மொத்தத்தில் மூன்றில் இரண்டு பங்கு (OOPE) செலுத்தினாலும், ஏழைகளும் கணிசமான பங்கை எதிர்கொள்கின்றனர். ஏழைகள் 20% தங்கள் மொத்த குடும்ப வரவு செலவு பட்டியலில் 2.2% சுகாதாரத்திற்காக செலவிடுகிறார்கள், அதே நேரத்தில் பணக்காரர்கள் 3.7% செலவிடுகிறார்கள். இருப்பினும், உணவு அல்லாத செலவினத்தின் சுகாதாரச் செலவைக் கருத்தில் கொள்ளும்போது, பணக்காரர்களைக் காட்டிலும் ஏழைகள் அதிகப் பங்கை சுகாதாரச் செலவுகளுக்கு ஒதுக்குகிறார்கள் (14). பேரழிவு தரும் சுகாதாரச் செலவில் செல்வந்தர்கள் அதிகப் பங்கைக் கொண்டிருந்தாலும், ஏழைகள் ஏறக்குறைய சமமாகப் பாதிக்கப்பட்டுள்ளனர், இது நிதிச் சுமை எவ்வாறு நியாயமற்ற முறையில் விநியோகிக்கப்படுகிறது என்பதைக் காட்டுகிறது.

மக்களிடையே பூர்த்தி செய்யப்படாத சுகாதாரத் தேவைகளின் அளவு தெளிவாக இல்லை. குடும்பங்கள் பராமரிப்புக்காக பணம் செலுத்த முடியாத போது உதாரணமாக தனியார் துறையில் வெளிக்கள பராமரிப்பு (ambulatory care) மற்றும் மருந்தகங்களில் இருந்து மருந்துகளை வாங்குதல், மற்றும் தேவையான சிகிச்சையை (முன்கூட்டிய கவனிப்பு அல்லது பூர்த்தி செய்யப்படாத சுகாதார தேவைகள்) பெற வேண்டாம் என்று தேர்வு செய்யும்போது, அந்த குடும்பங்களுக்கு OOPE அல்லது பேரழிவு செலவுகள் பதிவு செய்யப்படவில்லை.

தடுப்பு சேவைகள் மற்றும் ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு (PHC) ஆகியவை சுகாதார அமைப்பில் முக்கிய பங்கு வகிக்கின்றன. 2018 ஆம் ஆண்டில் மொத்த CHE இல் சுமார் 74%, அரசு மற்றும் தனியார் துறைகளில் மருத்துவமனைகளால் வழங்கப்படும் உள்நோயாளிகள் மற்றும் வெளிநோயாளர் சேவைகள் உட்பட, குணப்படுத்தும் சுகாதாரப் பராமரிப்புக்காக செலவிடப்பட்டது. மாறாக, தடுப்பு பராமரிப்பு, தற்போதைய சுகாதார செலவு (CHE) இல் 2% மட்டுமே. நோய் தீர்க்கும் சிகிச்சையில் கவனம் செலுத்துவதை விட, தடுப்பு சிகிச்சையில் முதலீடு செய்வது அதிக வளம் வாய்ந்தது.

2023 ஆம் ஆண்டில், சராசரியாக 84% அரசு மருத்துவச் செலவினங்கள், மருத்துவப் பணியாளர்களுக்கான சம்பளம் மற்றும் ஊதியம் மற்றும் மருத்துவப் பொருட்களைக் கொள்முதல் செய்வதில் முதன்மையாக தொடர்ச்சியான செலவுகளுக்கு ஒதுக்கப்பட்டது. தேசிய சுகாதாரக் கணக்குகளின்படி, உள்கட்டமைப்பு மற்றும் உபகரணங்களில் முதலீடுகளை உள்ளடக்கிய மூலதன சுகாதாரச் செலவு, 2014-2016ல் மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியுடன் ஒப்பிடும்போது 0.4% குறைவாக இருந்தது, இது சுகாதாரத் துறை முதலீட்டில் மூலதன முதலீட்டில் பற்றாக்குறையைக் குறிக்கிறது (15).

இரண்டாம் நிலை அல்லது மூன்றாம் நிலை மருத்துவமனைகளில் நேரடியாக சிகிச்சை பெறுவதற்கு ஆதரவாக, குறைவான நிதியில்லாத நோய் தீர்க்கும்

ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு (PHC) சேவைகளை நோயாளிகள் புறக்கணிக்கும் போக்கு இலங்கையில் உள்ள ஒரு முக்கிய போக்கு ஆகும். ஏறத்தாழ 40% வெளிநோயாளர் வருகைகள், அடிப்படை மருத்துவமனைகள், மாவட்ட பொது மருத்துவமனைகள் போன்ற இரண்டாம் நிலை பராமரிப்பு நிறுவனங்கள் மற்றும் கற்பித்தல் மருத்துவமனைகள் மற்றும் பொது மருத்துவமனைகள் உள்ளிட்ட மூன்றாம் நிலை பராமரிப்பு நிறுவனங்களால் நிர்வகிக்கப்படுகின்றன. ஒப்பிடுகையில், ஆரம்ப நிலை மருத்துவமனைகள் வெளிநோயாளர் வருகைகளில் 60% மட்டுமே நிர்வகிக்கின்றன. இது திறமையின்மைகளை ஏற்படுத்துகிறது மற்றும் பெரும்பாலான சுகாதாரச் செலவினங்கள் ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு (PHC) நிலைக்குப் பதிலாக பல சிக்கல்களை திறம்பட நிர்வகிக்க முடியும் என்பதால் அதிக விலையுயர்ந்த இரண்டாம் நிலை மற்றும் மூன்றாம் நிலைப் பராமரிப்பை நோக்கி செலுத்தப்படுகின்றன. மருந்துகள் மற்றும் நோயறிதல்கள் பற்றாக்குறை உட்பட ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பிற்கான (PHC) க்கான நிதி குறைவாக இருப்பதால், அங்கு திறம்பட நிர்வகிக்கக்கூடிய நிலைமைகளுக்கு கூட, நோயாளிகள் ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு (PHC ஐப்) புறக்கணிக்கத் தூண்டுகிறது. மேலும், சுகாதார அமைச்சகம் உள்நோயாளிகளுக்கான சேவைகளில் 95% உள்ளடக்கிய நிலையில், தனியார் துறையானது புறநோயாளிகளுக்கான சேவைகளில் பாதியைக் (50%) கையாளுகிறது, இது ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு நிதியில் சாத்தியமான இடைவெளிகளை எடுத்துக்காட்டுகிறது.

பல்வேறு நோய் குழுக்களில் தற்போதைய சுகாதார செலவு (CHE) ஐப் பார்க்கும்போது, மிகப்பெரிய பகுதி (31.3%) தொற்றாத நோய்களைத் தடுப்பதற்கும் கட்டுப்படுத்துவதற்கும் சென்றது, மேலும் இது தொற்றா நோய்களின் சுமை அதிகரிக்கும் போது அதிகரிக்கலாம் (15). தொற்றா நோய்களை திறம்பட நிர்வகித்தல் என்பது உயர்தர ஆரம்ப சுகாதாரப் பராமரிப்பைச் சார்ந்துள்ளது, இருப்பினும் 2019 ஆம் ஆண்டில், ஆரம்ப சுகாதாரப் பாதுகாப்புக்கு 36% தற்போதைய சுகாதார செலவு (CHE) மட்டுமே ஒதுக்கப்பட்டது, இது இந்த முக்கியமான பகுதியில் போதிய கவனம் செலுத்தவில்லை என்பதைக் குறிக்கலாம்.(16).

1.3 நியாயப்படுத்துதல்

தற்போதுள்ள தேசிய சுகாதாரக் கொள்கை (2016-2025) இலங்கையின் சமூக மற்றும் பொருளாதார முன்னேற்றத்தை மேம்படுத்த உலகளாவிய சுகாதார பரவல் மூலம் நோயாளிகளை மையமாகக் கொண்ட சுகாதார அமைப்பை நிறுவுவதை நோக்கமாகக் கொண்டுள்ளது. மூலோபாய திசைகள் ஆனவை ஊக்குவிப்பு, தடுப்பு, நோய் தீர்க்கும் மற்றும் புனர்வாழ்வு சேவைகள் மூலம் சாத்தியமான மிக உயர்ந்த தரத்தில் உயர்ந்த மற்றும் அனைத்து இலங்கையர்களுக்கும் அணுகக்கூடிய சுகாதார தரங்களை அடைய முயல்கின்றன. இருப்பினும், மூலோபாய திசைகளில் ஒன்று சொந்த கை இருப்பிலிருந்து செலவுகளை (OOPE) குறைக்க புதிய உத்திகளை உருவாக்குதல்

மற்றும் நிதி அபாயங்களைக் குறைத்தல் ஆகியவற்றில் கவனம் செலுத்துகிறது. OOPE இன் அதிகரித்து வரும் போக்கைக் கருத்தில் கொண்டு இந்த இலக்கை அடைய முடியவில்லை.

நிலையான சுகாதார நிதியளிப்புக் கொள்கையை உருவாக்குவது சுகாதார நிதியளிப்பில் உள்ள இடைவெளிகளை நிவர்த்தி செய்வது மட்டுமல்லாமல் ஒட்டுமொத்த சுகாதார அமைப்பை வலுப்படுத்துவதுடன் இலங்கை தனது சுகாதார சாதனைகளைப் பேணுவதையும் விரிவுபடுத்துவதையும் உறுதிசெய்து நீண்ட கால சுகாதார சமத்துவத்தையும் நெகிழ்ச்சியையும் உறுதி செய்யும்.

இலங்கையின் தற்போதைய சுகாதார செலவினம் போதியளவு அரசாங்க வருவாயின்மையால் கட்டுப்படுத்தப்பட்டுள்ளது. தொற்றா நோய்களின் அதிகரித்து வரும் சவால்கள் மற்றும் வயதான மக்கள்தொகையின் சுகாதாரத் தேவைகளை எதிர்கொள்ள அதிக சுகாதாரச் செலவுகளின் சுமையை நோயாளிகள் மீது மாற்றாமல் அரசு வருவாயை அதிகரிப்பது அதன் மூலம் நிதிப் பாதுகாப்பைப் பேணுவது முக்கியம். சுகாதார பராமரிப்பு நிதி வழங்கல் கொள்கையை உருவாக்குவது இந்தக் கொள்கைப் பதிலில் இந்தச் சவால்களுக்கு வழிசெலுத்துவதற்கு முக்கியமானது. வளர்ந்து வரும் சுகாதாரக் கோரிக்கைகளுடன் ஆரோக்கியத்திற்கான நிதி ஆதாரங்களை சீரமைப்பதும் தரமான அத்தியாவசிய சுகாதார சேவைகளை அணுகுவதற்குத் தடையாக இருக்கும் நிதித் தடைகளை நிவர்த்தி செய்வதும் அவசியம்.

மேலும் தற்போதைய பொருளாதார நெருக்கடி மக்களை கடுமையாக பாதித்து மில்லியன் கணக்கான மக்களை வறுமையில் தள்ளியுள்ளது மற்றும் வறுமை விகிதம் 2020 இல் 12.7% இலிருந்து 2022 இல் 25% ஆக இருமடங்காக உள்ளது. இந்த பொருளாதார நெருக்கடியானது சுகாதாரப் பாதுகாப்புக்கான அணுகலைக் குறைக்க வழிவகுத்தது. சிகிச்சையைத் தவிர்ப்பது பெரும்பாலும் பேரழிவு தரும் சுகாதாரச் செலவினங்களை விளைவிக்கிறது மற்றும் அரசாங்க சுகாதார சேவைகளில் அதிக நம்பிக்கையை ஏற்படுத்துகிறது. இது அமைப்பை மேலும் சிரமப்படுத்துகிறது. தேசிய வரவுசெலவுத் திட்டத்தின் பெரும்பகுதியை சுகாதாரப் பாதுகாப்பிற்கு ஒதுக்குவது நன்மை பயக்கும் அதே வேளையில், போட்டியிடும் முன்னுரிமைகள் மற்றும் வரையறுக்கப்பட்ட நிதித் திறன் ஆகியவை குறிப்பிடத்தக்க சவால்களை முன்வைக்கின்றன (17).

புகையிலை, மது மற்றும் சீனி சேர்க்கப்பட்ட இனிப்பு பானங்கள் (SSB) மீதான வரிகளை உயர்த்துவது போன்ற பயனுள்ள நிதித் தலையீடுகள் அரசாங்க வருவாயை விரிவுபடுத்துவதற்கான நம்பிக்கைக்குரிய வழிகளை வழங்குகின்றன. குறைந்த மற்றும் குறைந்த நடுத்தர வருமானம் கொண்ட நாடுகளில், ஊனமுற்றல் சரிசெய்யப்பட்ட வாழ்க்கை ஆண்டுகளுக்கு (DALY) ≤100 USD செலவாகும். இதன் மூலம் இந்த தலையீடுகள் செலவு குறைந்தவை என்பதை சான்றுகள் நிரூபிக்கின்றன, இவை "'best buys' என வகைப்படுத்தப்பட்டுள்ளன (18). உதாரணமாக தாய்லாந்து போன்ற நாடுகளில் காணப்படுவது போன்று புகையிலை வரிகளை தற்போதைய விலையான 66.9% சில்லறை விற்பனை

விலையில் இருந்து அதிகரிப்பது (81.3% வரை)நிதி வளங்களை கணிசமாக உயர்த்தும் (19).

இலங்கையில் வளர்ச்சியடைந்து வரும் நோய் வடிவங்கள் மற்றும் மக்கள்தொகை மாற்றங்கள் அதன் சனத்தொகையின் அதிகரித்து வரும் சுகாதாரத் தேவைகளுடன் இணைந்து சுகாதாரச் சேவைகளை மறுசீரமைக்க வேண்டியதன் அவசியத்தை எடுத்துக்காட்டுகிறது. நோய் தடுப்பு சேவைகள் மற்றும் ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு (PHC) போன்ற மிகப்பெரிய தேவை மற்றும் தாக்கத்திற்கான சாத்தியமுள்ள பகுதிகளுக்கு நிதியை செலுத்துவதன் மூலம் சுகாதாரத் துறைக்குள் வள ஒதுக்கீட்டை மேம்படுத்துதல் மக்கள் ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்தலாம் மற்றும் விலையுயர்ந்த சிறப்பு கவனிப்புக்கான தேவையை குறைக்கலாம்.

மேலதிகமாக, பிரதேச மற்றும் ஆதார மருத்துவமனைகளில் நோயாளிகளிற்கான கட்டில் ஒதுக்கம் மற்றும் கட்டிலில் இன்னொருவர் பதில் அமர்த்தப்படும் விகிதங்களின் அடிப்படையில் குறிப்பிடத்தக்க செயல்பாட்டுத் திறனற்ற தன்மைகள் கண்டறியப்பட்டுள்ளன. எனவே, சுகாதாரப் பராமரிப்பு நிதி வழங்கல் கொள்கைகள் மூலம் சுகாதார சேவை வழங்குவதில் வினைத்திறன் மற்றும் செயல்திறனை ஊக்குவிப்பது வளப் பயன்பாட்டை அதிகப்படுத்துவதற்கு முக்கியமானது. (8).

உலகளாவிய சுகாதாரப் பராமரிப்பிற்கான இலங்கையின் சுகாதாரப் பராமரிப்புக் கொள்கை (2018) நாட்டின் நோய்ச் சுமைக்கு ஏற்ப விரிவான, உயர்தர அத்தியாவசிய சுகாதார சேவைகளை அணுக வேண்டியதன் அவசியத்தையும் சேவைகளை அணுகும்போது நிதி சுமை ஏற்படாமல் இருப்பதை உறுதி செய்ய வேண்டியதன் அவசியத்தையும் வலியுறுத்துகிறது. இலங்கை UHC நோக்கி நகரும் போது சுகாதார நிதியளிப்பில் கணிசமான சீர்திருத்தங்கள் அவசியம். OOPE ஐ நிவர்த்தி செய்வது மற்றும் பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்களை நிதி நெருக்கடியிலிருந்து பாதுகாப்பது சுகாதாரம் அணுகக்கூடியதாகவும் மலிவு விலையிலும் இருப்பதை உறுதி செய்யும்.

ஒரு வலுவான சுகாதார பராமரிப்பு நிதி வழங்கல் கொள்கையை நிறுவுவது, உலகளாவிய சுகாதார இலக்குகளுக்கான அரசாங்கத்தின் உறுதிப்பாட்டை நிரூபிப்பதோடு தேசிய சுகாதாரக் கொள்கையை நிறைவு செய்து SDGs 2030 மற்றும் UHC போன்ற சர்வதேச செயல்பாடுகளுடன் ஒத்துப்போகும்.

இலங்கை பல ஆண்டுகளாக சுகாதார நிதியளிப்பில் சுமாரான சீர்திருத்தங்களை நடைமுறைப்படுத்திய போதிலும் ஒரு விரிவான மற்றும் நிலையான சுகாதார பராமரிப்பு நிதி வழங்கல் கொள்கையை ஸ்தாபிப்பது மிகவும் சமமான மற்றும் திறமையான சுகாதார அமைப்பை உருவாக்குவதற்கும் உலகளாவிய சுகாதார பாதுகாப்பை நோக்கி நாட்டின் முன்னேற்றத்தை முன்னேற்றுவதற்கும் முக்கியமானது.

2. கொள்கை கோட்பாடு

1. பொது நிதி ஆதாரங்களில் முதன்மையான நம்பிக்கை

2. சுகாதார சேவை செயல்திறன் மற்றும் மக்கள் நலத் தேவைகளுடன் நிதி ஒதுக்கீட்டை சீரமைத்தல்.

3. நிதி இடர் பாதுகாப்பை உறுதி செய்யும் உலகளாவிய சுகாதார பரவல் (UHC) ஐ அடைவதற்கு வசதி

3. கொள்கை அறிக்கைகள்

1. திறமையான மற்றும் பயனுள்ள ஒதுக்கீட்டை உறுதி செய்து சுகாதாரத் துறையின் நிதி நிலைத்தன்மைக்கு போதுமான நிதி திரட்டல்

2. சுகாதார சேவை வழங்கலை மேம்படுத்த மாற்று நிதியளிப்பு வழிமுறைகளை ஆராய்தல்.

3. சுகாதார செலவினங்களின் செயல்திறன், வெளிப்படைத்தன்மை மற்றும் பொறுப்புக்கூறல் ஆகியவற்றிற்கு முன்னுரிமை கொடுத்தல்

4. நிதி நெருக்கடிகளை எதிர்கொள்ளாமல் அத்தியாவசிய சுகாதார சேவைகளை அணுகுவதற்கான உத்தரவாதம்

4. கொள்கை இலக்கு

உகந்த வள ஒதுக்கீடு, மேம்படுத்தப்பட்ட செயல்திறன் மற்றும் புதுமையான நிதியியல் வழிமுறைகளை ஆராய்தல் மூலம் சுகாதார அமைப்பின் நிதி நிலைத்தன்மையை உறுதி செய்து, பயனாளர்களுக்கு தேவையற்ற நிதி நெருக்கடியின்றி அத்தியாவசிய சுகாதார சேவைகளை அணுகுவதன் மூலம் உலகளாவிய சுகாதார பரவலை அடைதல்

5. பொருந்தக்கூடிய தன்மை & வரையெல்லை

இலங்கைக்கான சுகாதார பராமரிப்பு நிதி வழங்கல் கொள்கையானது சுகாதார சேவைகளின் நிதி தேவைகளை நிவர்த்தி செய்ய வடிவமைக்கப்பட்ட ஒரு விரிவான கட்டமைப்பை கோடிட்டுக் காட்டுகிறது. அதன் பொருந்தக்கூடிய தன்மை பொது மற்றும் தனியார் துறைகளை உள்ளடக்கிய முழு சுகாதார அமைப்பு முழுவதும் பரவியுள்ளது

6. கொள்கை அமுலாக்கம்

6.1 மூலோபாய தெரிவுகள்

1. சுகாதார சேவையை வழங்குவதற்கு போதுமான நிதியை திரட்டுதல் மற்றும் திரட்டுவதற்கான வழிமுறைகளை வலுப்படுத்துதல்.

2. அணுகலை அதிகரிக்கவும், தரத்தை மேம்படுத்தவும் மற்றும் சுகாதார சேவைகளின் செயல்திறனை அதிகரிக்கவும் நிதியுதவி கருவிகளை ஏற்றுக்கொள்ளுதல்.

3. சுகாதார அமைப்பிற்குள் நிதிப் பயன்பாடு மற்றும் சேவை வழங்கலில் வினைத்திறன் மற்றும் செயல்திறனை மேம்படுத்துதல்.

4. சுகாதாரச் செலவு மற்றும் சேவை வழங்கலுக்கான நிர்வாகக் கட்டமைப்புகள் பொறுப்புக்கூறல் மற்றும் வளங்களைக் கண்காணிப்பதை வலுப்படுத்துதல்.

5. அத்தியாவசிய சுகாதாரப் பாதுகாப்புக்கான அணுகலை எளிதாக்க பின்தங்கிய மற்றும் பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்களின் நிதி அபாயப் பாதுகாப்பை வழங்குதல்.

மூலோபாயம் 1: சுகாதார சேவையை வழங்குவதற்கு போதுமான நிதியை திரட்டுதல் மற்றும் திரட்டுவதற்கான வழிமுறைகளை வலுப்படுத்துதல்

துணை மூலோபாயங்கள்

1.1 சுகாதாரத்திற்கான வருவாயை அதிகரிக்க சுகாதார வரிக் கொள்கைகளை மதிப்பாய்வு செய்து சீர்திருத்துதல்

1.2 சுகாதாரத் துறைக்குள் வருவாய் உருவாக்கத்தை மேம்படுத்துதல்

1.3 உடல்நலக் காப்பீட்டுத் திட்டங்களின் மூலம் சுகாதார சேவைகளுக்கான நிதி திரட்டுதலை அதிகரித்தல்

1.4 மாகாணங்களுக்கு தேவை அடிப்படையிலான நிதி ஒதுக்கீடு

மூலோபாயம் 2: அணுகலை அதிகரிக்கவும், தரத்தை மேம்படுத்தவும் மற்றும் சுகாதார சேவைகளின் செயல்திறனை அதிகரிக்கவும் நிதியுதவி கருவிகளை ஏற்றுக்கொள்வது

துணை மூலோபாயங்கள்

2.1 அனைத்து நிலைகளிலும் சுகாதார சேவைகளின் முறைப்படுத்தப்பட்ட செலவு மதிப்பீடு

2.2 சுகாதார அமைச்சினால் தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட சேவைகளின் மூலோபாய கொள்முதல் அறிமுகம்

மூலோபாயம் 3: சுகாதார அமைப்பிற்குள் நிதிப் பயன்பாடு மற்றும் சேவை வழங்கலில் வினைத்திறன் மற்றும் செயல்திறனை மேம்படுத்துதல்

துணை மூலோபாயங்கள்

3.1 முதன்மை பராமரிப்புக்கு சிறப்பு முக்கியத்துவம் அளித்து ஒருங்கிணைந்த தரப்படுத்தப்பட்ட பராமரிப்பு மூலம் சுகாதார சேவை வழங்கலின் செயல்திறனை மேம்படுத்துதல்

3.2 தீர்வு காண்பதற்காக சுகாதார தகவல் மேலாண்மை அமைப்பின் டிஜிட்டல் மயமாக்கல் (digitalization) மற்றும் பயன்பாட்டை மேம்படுத்துதல்.

3.3 மருந்துகள், வழங்கீட்டு பொருட்கள், ஆய்வக பரிசோதனைகள் மற்றும் மருத்துவ தலையீடுகள் ஆகியவற்றின் கொள்முதல் மற்றும் பரிந்துரைத்தல் ஆகியவற்றை நியாயப்படுத்தல்.

மூலோபாயம் 4: சுகாதாரச் செலவு மற்றும் சேவை வழங்கலுக்கான நிர்வாகக் கட்டமைப்புகள் பொறுப்புக்கூறல் மற்றும் வளங்களைக் கண்காணிப்பதை வலுப்படுத்துதல்.

துணை மூலோபாயங்கள்

4.1 சுகாதார அமைச்சின் தலைமைப் பொறுப்பை மேம்படுத்துவதற்கான வழிமுறைகளை அறிமுகப்படுத்துதல்

4.2 பொறுப்புக்கூறல் மற்றும் தரத்தை உறுதிப்படுத்த சுகாதார சேவை வழங்குநர்களுக்கு முறைப்படுத்தப்பட்ட செயல்திறன் கண்காணிப்பு பொறிமுறையை செயல்படுத்துதல்

4.3 நிதி நிர்வாகத்தில் வெளிப்படைத்தன்மை, பொறுப்புக்கூறல் மற்றும் செயல்திறனை உறுதிப்படுத்த நிதி கண்காணிப்பு மற்றும் செயல்திறன் இணைக்கப்பட்ட வரவு செலவு திட்டத்தை அறிமுகப்படுத்துதல்

மூலோபாயம் 5: தரம் வாய்ந்த அத்தியாவசிய சுகாதாரப் பாதுகாப்பை அணுகுவதற்கு வசதியாக, பின்தங்கிய மற்றும் பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்களின் நிதி அபாயப் பாதுகாப்பை வழங்குதல்.

துணை மூலோபாயங்கள்

5.1 சுகாதாரத்தை அணுகுவதில் நிதித் தடைகளைக் குறைத்தல்

5.2 நோயாளிகளின் தரமான சேவை மற்றும் நிதி அபாயப் பாதுகாப்பை உறுதிசெய்ய தனியார் சுகாதாரத் துறையை ஒழுங்குபடுத்துதல்

6.2 பொறுப்பு மற்றும் அதிகாரம்

சுகாதார பராமரிப்பு நிதி வழங்கல் கொள்கைக்கான நிர்வாக அதிகாரம் சுகாதார அமைச்சின் செயலாளரிடம் உள்ளது. சுகாதார அமைச்சின் சுகாதாரப் பொருளாதாரப் பிரிவு இந்த நடவடிக்கைகளை ஒருங்கிணைக்கும் மையப் புள்ளியாகச் செயல்படும். மாகாண மட்டத்தில், மாகாண சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர்கள் கொள்கை அமுலாக்கத்தை மேற்பார்வையிடுவார்கள். கொள்கை இலக்குகளுடன் சீரமைப்பதை உறுதி செய்வதற்காக சுகாதார அமைச்சானது மற்ற அனைத்து பங்குதாரர்களுடனும் சுகாதார நிதியளிப்பு நடவடிக்கைகள் தொடர்பாக இணைந்து பணியாற்றும் .

6.3 கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீடு

சுகாதார பராமரிப்பு நிதி வழங்கல் கொள்கையின் கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீடு சுகாதார அமைச்சின் சுகாதார பொருளாதார அமைப்பின் மூலம் கண்காணிக்கப்படும். முன்னேற்றத்தை மதிப்பிடுவதற்கும் முன்னேற்றத்திற்கான பகுதிகளை அடையாளம் காண்பதற்கும் அவ்வப்போது மதிப்பீடுகள் நடத்தப்படும். அனைத்து குடிமக்களும் நிதி ஆபத்து பாதுகாப்பை அடைவதில் அதன் செயல்திறனை உறுதிசெய்து, சாதனைகளை மதிப்பாய்வு செய்யவும், கொள்கையில் தேவையான மாற்றங்களைத் தெரிவிக்கவும், இந்த மதிப்பீடுகளின் விளைவான பரிந்துரைகள் சுகாதாரச் செயலாளருக்கு அனுப்பப்படும்.

சான்றாதாரம்

1. Smith O. Sri Lanka: Achieving Pro-Poor Universal Health Coverage without Health Financing Reforms. Univers Heal Cover Study Ser No38,World Bank Group,Washington,DC [Internet]. 2018;(38):1–38. Available from: http://documents.worldbank.org/curated/en/138941516179080537/Sri-Lanka-Achieving-pro-poor-universal-health-coverage-without-health-financing-reforms

2. UNICEF Sri Lanka. Sri Lanka's Multidimensional Poverty Index 2019 Results_ National and Child Analysis. 2023;20–2.

3. UNDP. Understanding Multidimensional Vulnerabilities : Impact on People of Sri Lanka. 2023.

4. Ministry of Health. Annual Health Bulletin [Internet]. 2021. Available from: www.health.gov.lk

5. Central Bank of Sri Lanka. Annual Report 2022. Vol. I. 2023. 1–528 p.

6. WHO. Health financing: External health expenditure (EXT) as percentage of current health expenditure (CHE) (%) Data by country [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://apps.who.int/gho/data/node.searo.GHEDEXTCHESHA2011?lang=en

7. Finance Commission of Sri Lanka. RECOMMENDATIONS TO THE HON. PRESIDENT - 2023. 2023;(October 2022):3.

8. De Silva U, Perera MEW. Fiscal Space for Health in Sri Lanka. Monash Business School. 2023.

9. World Bank Open Data. Current health expenditure (% of GDP) [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://data.worldbank.org/

10. World Bank Open Data. Domestic General Government Health Expenditure (% of GDP) [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://data.worldbank.org/

11. World Bank Open Data. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://data.worldbank.org/

12. UNICEF Sri Lanka. BUDGET BRIEF: HEALTH SECTOR. 2021.

13. Department of Census and Statistics Ministry of Economic Policies and Plan Implementation Sri Lanka. Household Income and Expenditure Survey – 2019. 2019.

14. Rajapaksa L, De Silva P, Abeykoon P, Somatunga L, Sathasivam S, Perera S, et al. Sri Lanka health system review. Vol. 10, Health Systems in Transition. 2021. 254 p.

15. Ministry of Health Sri Lanka. National Health Accounts, Sri Lanka 2017 & 2018. 2017.

16. WHO. Health financing: PHC expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%) Data by country [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en

17. World Bank Group. Poverty : Development news, research, data | World Bank [Internet]. [cited 2024 Sep 5]. Available from: https://www.worldbank.org/en/topic/poverty

18. WHO. 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2017; Available from: https://iris.who.int/handle/10665/259232

19. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023 Protect people from tobacco smoke fresh and alive [Internet]. 2023. Available from: https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2023

HEALTHCARE FINANCING POLICY OF SRI LANKA

Ministry of Health, Sri Lanka

2024

1. Introduction

1.1 Background

Over the years, Sri Lanka has achieved remarkable health outcomes through the commitment of the successive governments in providing essential and high-quality healthcare services. The country's robust primary healthcare system, effective preventive measures, and continued government investments in health have significantly improved key health indicators, including reduced maternal, child, and communicable disease morbidity and mortality rates. Despite relatively low health expenditures, sustained investments in social and human development, such as free education and poverty alleviation programs, have further enhanced healthcare accessibility and healthcare-seeking behaviour.

However, emerging challenges threaten to undermine these achievements. With over 10% of the population now aged 60 or older, Sri Lanka has the highest proportion of older adults in South Asia. Furthermore, Non-communicable diseases (NCD) have become the leading cause of death. These epidemiologic and demographic transitions demand a strategic reassessment of health services to sustain and enhance the successes already achieved. Coupled with the increasing complexity of patient needs, a comprehensive policy response is essential to achieve key health system goals and to ensure sustainability.

Universal Health Coverage (UHC) is central to achieving the health-related Sustainable Development Goals (SDG), particularly target 3.8, which aims to provide universal access to quality health services without financial hardship. In 2021, Sri Lanka's UHC service coverage index of 67 surpassed the regional average of 62 (1). However, the financial protection indicators have worsened from 2009 to 2018: catastrophic health expenditure (4.7% to 6.4%) and impoverishment (0.7% to 1.1%) due to direct health care payments, underscoring the need for policy intervention to sustain or further enhance the UHC achieved so far.

According to the UNICEF 2023 report, Sri Lanka's National Multidimensional Poverty Index (MPI) was 0.067 in 2019. Approximately one out of every six (16.0%) people in Sri Lanka are multidimensionally poor. Rural areas are crucial since over 80% of the poor population lives there. In Sri Lanka, nearly one in five people aged 65 and older (17.9%) live in poverty, making them the poorest age group (2). A recent report published by the UNDP in 2023, has also highlighted that 82% of the multidimensionally vulnerable live in rural areas demanding further policy focus on healthcare financing (3).

1.2 Context

1.2.1 Overview of the Sri Lankan health system

The Ministry of Health is the primary provider of healthcare services, delivering nearly 100% of preventive care, 95% of inpatient care, and 50% of ambulatory care through a network of healthcare institutions organized into three tiers. The primary level has two parallel systems for the provision of curative care and preventive care. Preventive care is provided through a well-organized system of Medical Officer of Health (MOH) offices serving designated populations. Comparatively, the curative care network is less well organized and lacks a referral system to streamline the flow of patients from primary to higher levels of curative care institutions.

- Healthcare service utilization in the country is notably extensive, for both outpatient and inpatient care. In 2021, there were 26,094,945 outpatient (OPD) visits and 5,314,193 hospitalization episodes, reflecting high utilization of both out-patient and inpatient services in public sector. The average annual OPD visits per capita exceed five, surpassing figures seen in similar middle-income nations. Additionally, inpatient services, measured by hospital discharges per 1,000 population, also exceed those of comparable middle-income countries (4). The private sector predominantly provides outpatient curative care on a fee-for-service model, with some coverage provided by insurance. There has been a notable increase in the number of individuals seeking ambulatory care at government hospitals, driven by the current economic crisis in the country.

1.2.2 Fiscal context in Sri Lanka

According to the Annual Report of Central Bank of Sri Lanka (2022), there is a general decline in government revenue as a percentage of GDP from 2019 (12.6%) to 2022 (8.2%). Tax revenue is the largest source of income (7.3% of GDP in 2022) while non-tax revenue is relatively low (0.9% of GDP in 2022). Furthermore, grants contribute only to a small share (0.1% of GDP in 2022) (5).

The government primarily rely on public funding sources and the overall declining trend in tax revenue significantly constrain government spending, including for health. The GDP contraction of -7.9% in 2022 does not support expanding fiscal space. However, there is a need to explore additional funding for health such as increased tax from tobacco, alcohol, sugar-sweetened beverage which could be used for primary prevention efforts, especially to tackle the social and commercial factors driving NCD.

1.2.3 Overview of healthcare financing

Sri Lanka relies mostly on tax revenue as its primary domestic funding source for public expenditure. There is no earmarking of taxes for health and the health sector competes with other sectors for its budget share (1). Government spending on healthcare as a % of total government expenditure was 9.49% in 2020. Reallocating a larger % of the national budget to the health sector is constrained by numerous competing priorities. Healthcare financing from external sources remains relatively small and has remained static below 3% of current health expenditure from 2000-2020 (6).

Sri Lanka lacks a social health insurance system, with only a minimal contributory scheme known as "Agrahara" available for nearly 1.5 million civil servants and their dependents. Voluntary pre-payment schemes contribute approximately 6% to overall healthcare spending (1).

There is no explicit provider-purchaser split. Line-item budgets predominate without any specific strategic purchasing arrangements.

In 2019, Sri Lanka introduced the Essential Services Package (SLESP) to ensure comprehensive service delivery within government health facilities, though not fully enforced yet. Further, there are no explicit packages defining the standards of care for the three different levels of health facilities.

The National Treasury disburses funds to the Ministry of Health based on budget proposals. The central Ministry of Health funds hospitals directly under its purview and national vertical preventative programs. The Provincial Ministries of Health are responsible for delivering a full spectrum of healthcare services. These are provided through Primary Medical Care Units, Divisional Hospitals, Base Hospitals, and District General Hospitals, as well as preventive health services delivered through the

Medical Officer of Health (MOH) offices. Under the decentralized system, the government allocates funds to the Provincial Ministries of Health via grants, in consultation with the Finance Commission based on national priorities (7). Disparities in per-capita public health expenditure across provinces have been observed, emphasizing the need to review the provincial distribution of public health funding, guided by key health indicators (8).

In the private health sector, health financing primarily relies on out-of-pocket expenditure (OOPE), supplemented to a lesser extent by private health insurance, direct employer payments, employer insurance, and contributions from non-profit organizations.

1.2.4 Overview of healthcare expenditure

Sri Lanka has been considered a model for achieving good health at a low cost, exemplified by its lower allocation of GDP to health compared to other countries with similar income levels. From 2000 to 2020, Current Health Expenditure (CHE)[1], which includes both public and private spending, as a share of the country's GDP has remained within the range of 3.31 % to 4.02%. Notably, Sri Lanka's health spending has consistently surpassed the regional average of 3.30% and exceeded the LMIC average 3.80% during the latter part of this period (9).

However, government spending on health as a share of GDP has decreased from 2000 to 2020 (2.2% to 1.89%). Although this compares favorably with regional peers in South Asia (0.86% to 1.05%) and lower middle-income countries (1.12% to 1.36% of GDP), it is still significantly less than observed in upper middle-income countries (2.21% to 3.2% of GDP) (10). Further government spending on health may not be sufficient to meet the increasing demands from NCDs and the elderly population in the future. Insufficient budgetary allocation for the health sector as a % of GDP is mainly due to inadequate government revenues.

The Out-Of-Pocket Expenditure (OOPE) on health (as a % of the current health expenditure) has significantly increased during the last two decades. At present, the government and households share healthcare expenses almost equally. In 2021, the government expenditure as a % of CHE was 46.5% while the OOPE was 43.6% (11).

Other financing sources such as social health insurance contributions, external aid, and voluntary prepayments, contributed minimally, constituting less than 10% of the health expenditure. The OOPE indicates a growing financial burden to households that can lead to catastrophic spending and impoverishment.

According to the Household Income and Expenditure Survey (HIES) 2019 of the Department of Census and Statistics; most of the OOPE by households is for private sector ambulatory care such as for medical practitioners in the private sector, purchase of medicines, payments to private hospitals, payments to medical laboratories, and consultation fees for specialists (12). Strengthening government ambulatory care with funding for essential medicines, diagnostics, and other medical supplies will minimize OOPE (13).

---

[1] *Current Health Expenditure (CHE): refers to the total expenditure on health goods and services within a specified period, typically a year. It encompasses all expenditures related to the provision of healthcare services, including both public and private spending.*

Although the wealthiest group (top 20%) pays about two-thirds of all (OOPE), the poor also face a substantial share. The poorest 20% spend around 2.2% of their total household budget on health, while the richest spend about 3.7%. However, when considering health expenditure as a % of non-food expenditure, the poorest dedicate a larger share to health costs (5.6%) than the richest (4.8%), highlighting that poorer households face relatively more significant health-related financial burdens in proportion to their non-food expenditures (14). Even though the wealthiest have the highest share of the catastrophic health spending, the poorest are nearly equally affected, showing how the financial burden is unfairly distributed.

The extent of unmet healthcare needs within the population remains unclear. When households cannot afford to pay for care e.g. ambulatory care in private sector and purchase of medicines from pharmacies, and choose not to seek necessary treatment (resulting in foregone care or unmet healthcare needs), there is neither OOPE nor catastrophic spending recorded for those households.

Preventive services and primary healthcare (PHC) play crucial roles in the healthcare system. Approximately 74% of total the CHE was spent on curative healthcare in 2018, including both in-patient and out-patient services provided by hospitals, in both the government and private sectors. In contrast, preventive care accounted for only 2% of CHE. Investing in preventive care is more resource-efficient compared to focusing on curative treatments.

In 2023, the bulk of government healthcare expenditure, averaging 84%, was allocated to recurring costs primarily covering salaries and wages for healthcare personnel and the procurement of medical supplies. According to the National Health Accounts, capital health expenditure, which includes investments in infrastructure and equipment, relative to GDP was low at 0.4% during 2014-2016, indicating a shortfall in capital investment in the healthcare sector investment (15).

A concerning trend in Sri Lanka is the tendency for patients to bypass underfunded curative PHC services in favour of seeking treatment directly at secondary or tertiary hospitals. Approximately 40% of outpatient visits are managed by secondary care institutions, such as base hospitals, district general hospitals, and tertiary care facilities including teaching hospitals and general hospitals. In comparison, primary level hospitals manage only 60% of outpatient visits. This causes inefficiencies and leads to most healthcare spending being directed towards more expensive secondary and tertiary care instead of the PHC level, where many issues could be managed effectively. The under-funding for PHC, including shortages of medicines and diagnostics, often forces patients to bypass PHC, even for conditions that could be effectively managed there. Furthermore, while the Ministry of Health covers 95% of inpatient services, the private sector handles about half of outpatient services (50%), highlighting possible gaps in PHC funding.

When looking at CHE across different disease groups, the largest portion (31.39%) went towards preventing and controlling NCD, and this could increase as the burden of NCDs rises (15). Effective management of NCDs depends on high-quality PHC, yet in 2019, only 36% of the CHE was allocated to PHC, which may indicate insufficient focus on this critical area.(16).

1.3 Justification

The existing National Health Policy (2016-2025) aims to establish a patient-centric healthcare system underpinned by Universal Health Coverage to enhance the social and economic progress of Sri Lanka. The strategic directions seek to achieve the highest possible health standards through promotive, preventive, curative, and rehabilitative services that are both high in quality and accessible to all Sri Lankans. Although, one of the strategic directions focuses on "Developing new strategies to diminish out-of-pocket expenses (OOPE) and mitigate financial risks", this goal has not been achieved given the rising trend in OOPE.

Developing a sustainable health financing policy will not only address the gaps in health financing but also strengthen the overall health system, ensuring that Sri Lanka can maintain and expand its health achievements and ensuring long-term health equity and resilience.

Sri Lanka's current health expenditure is significantly constrained by inadequate government revenue. To address the challenges of rising prevalence of NCDs and the healthcare needs of an aging population, it is crucial to increase government revenue without shifting the burden of higher healthcare costs onto patients, thereby maintaining financial protection. Developing a health financing policy is pivotal in this policy response to navigate these challenges. It is essential to align financial resources for health with the evolving healthcare demands, and addressing the financial barriers that impede access to quality essential health services.

Furthermore, the ongoing economic crisis has severely impacted the population, pushing millions into poverty and causing the poverty rate to double from 12.7 % in 2020 to 25% in 2022. This economic hardship has led to reduced access to healthcare, with many individuals delaying or avoiding treatment, which often results in catastrophic health expenditures and increased reliance on government health services, further straining the system. While allocating a larger portion of the national budget to healthcare is beneficial, competing priorities and limited fiscal capacity present significant challenges (17).

Effective fiscal interventions, such as raising taxes on tobacco, alcohol, and Sugar sweetened beverages (SSB) offer promising avenues for expanding government revenue. Evidence demonstrates that these interventions are cost-effective, with a cost of ≤100 USD per Disability Adjusted Life Years (DALY) averted in low and lower middle-income countries, classified as 'Best Buys' (18). For instance, increasing tobacco taxes from the current rate of 66.9% of the retail price of the most widely sold brand to levels seen in countries like Thailand (up to 81.3%) could substantially boost fiscal resources (19).

The evolving disease patterns and demographic changes in Sri Lanka, coupled with the growing healthcare needs of its population, highlight the imperative for a reorientation of health services. Optimizing resource allocation within the health sector by directing funds to areas with the greatest need and potential for impact, such as preventive services and PHC, can improve population health and reduce the demand for expensive specialized care.

Additionally, significant operational inefficiencies have been identified in terms of bed occupancy and bed turnover rates in Divisional and Base hospitals. Therefore, promoting efficiency and effectiveness in healthcare service delivery through healthcare financing policies is crucial for maximizing resource utilization (8).

Sri Lanka's Policy on Healthcare Delivery for UHC (2018) emphasizes the need for access to comprehensive, high-quality essential health services, tailored to the country's disease burden while ensuring that people are not burdened with financial hardship when accessing these services. As Sri Lanka moves towards UHC, substantial reforms in healthcare financing are essential. Addressing OOPE and protecting vulnerable populations from financial strain will ensure that healthcare remains accessible and affordable.

Establishing a robust healthcare financing policy will align with international commitments, such as the SDGs 2030 and UHC, demonstrating the government's commitment to achieve global health targets while complementing the National Health Policy.

Although Sri Lanka has implemented modest reforms in healthcare financing over the years, establishing a comprehensive and sustainable healthcare financing policy is crucial for creating a more equitable and efficient healthcare system and advancing the country's progress toward Universal Health Coverage.

2. Policy principle

1. Primary reliance on public funding sources
2. Aligning fund allocation with health service performance and population health needs.
3. Facilitate attainment of Universal Health Coverage (UHC) ensuring financial risk protection

3. Policy statements

1. Adequate fund mobilization for the financial sustainability of the health sector while ensuring efficient and effective allocation
2. Explore alternative financing mechanisms to enhance healthcare service delivery.
3. Prioritize efficiency, transparency and accountability of healthcare expenditure
4. Guarantee access to essential health services without facing financial hardships

4. Policy goal

Achieve universal health coverage by providing access to essential health services without undue financial hardship to the users while ensuring financial sustainability of the health system through optimized resource allocation, enhanced efficiency and exploration of innovative financing mechanisms.

5. Applicability & Scope

The Health Financing Policy for Sri Lanka outlines a comprehensive framework designed to address the financing needs of healthcare services. Its applicability spans across the entire healthcare system, encompassing both public and private sectors.

6. Policy Implementation

6.1 Strategic options

1. Strengthen mechanisms for pooling and mobilizing adequate funding for healthcare service delivery.
2. Adopt financing tools to increase access, improve quality and enhance efficiency of healthcare services.
3. Enhance efficiency and effectiveness in fund utilization and service delivery within the health system.
4. Strengthen governance structures, accountability and resource tracking for health expenditure and service delivery.
5. Provide financial risk protection of the underprivileged and vulnerable populations to facilitate access to essential healthcare.

Strategy 1: Strengthen mechanisms for pooling and mobilizing adequate funding for healthcare service delivery

Sub-strategies

1.1 Review and reform health tax policies to increase revenue for healthcare
1.2 Enhance revenue generation within the health sector
1.3 Increase pooling of funds for health services through health insurance schemes
1.4 Need-based allocation of funds to the provinces

Strategy 2: Adopt financing tools to increase access, improve quality and enhance efficiency of healthcare services

Sub-strategies.

2.1 Systematic costing of healthcare services across all levels of care
2.2 Introduce strategic purchasing of selected services by the Ministry of Health

Strategy 3: Enhance efficiency and effectiveness in fund utilization and service delivery within the health system

Sub-strategies

3.1 Improve effectiveness of health service delivery through integrated standardized care with special emphasis on primary care
3.2 Enhance digitalization and utilization of health information management system for decision making.
3.3 Rationalize procurement and prescribing of medicines, supplies, laboratory investigations and clinical interventions.

Strategy 4: Strengthen governance structures, accountability and resource tracking for health expenditure and service delivery.

Sub-strategies

4.1. Introduce mechanisms to improve stewardship role of the Ministry of Health
4.2. Implement a systematic performance monitoring mechanism for health service providers to ensure accountability and quality

4.3. Introduce financial monitoring and performance linked budgeting to ensure transparency, accountability, and efficiency in fund management

Strategy 5: Provide financial risk protection of the underprivileged and vulnerable populations to facilitate access quality essential healthcare.

Sub-strategies

5.1. Reduce financial barriers in accessing healthcare

5.2. Regulate the private health sector to ensure quality service and financial risk protection of the patients

6.2 Responsibility & Authority

The administrative authority for the healthcare financing policy lies with the Secretary of the Ministry of Health. The Health Economic Cell of the Ministry of Health will serve as the focal point for coordinating these activities. At the provincial level, Provincial Directors of Health Services will oversee policy implementation. The Ministry of Health will collaborate healthcare financing activities with all other stakeholders to ensure alignment with the policy goals.

6.3 Monitoring and evaluation

The monitoring and evaluation of the Healthcare Financing policy will be overseen by the Health Economic Cell of the Ministry of Health. Periodic evaluations will be conducted to assess progress and identify areas for improvement. Recommendations resulting from these evaluations will be forwarded to the Secretary Health to review the achievements and inform any necessary adjustments to the policy, ensuring its effectiveness in achieving financial risk protection for all citizens.

References

1. Smith O. Sri Lanka: Achieving Pro-Poor Universal Health Coverage without Health Financing Reforms. Univers Heal Cover Study Ser No38,World Bank Group,Washington,DC [Internet]. 2018;(38):1–38. Available from: http://documents.worldbank.org/curated/en/138941516179080537/Sri-Lanka-Achieving-pro-poor-universal-health-coverage-without-health-financing-reforms
2. UNICEF Sri Lanka. Sri Lanka's Multidimensional Poverty Index 2019 Results_ National and Child Analysis. 2023;20–2.
3. UNDP. Understanding Multidimensional Vulnerabilities : Impact on People of Sri Lanka. 2023.
4. Ministry of Health. Annual Health Bulletin [Internet]. 2021. Available from: www.health.gov.lk
5. Central Bank of Sri Lanka. Annual Report 2022. Vol. I. 2023. 1–528 p.
6. WHO. Health financing: External health expenditure (EXT) as percentage of current health expenditure (CHE) (%) Data by country [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://apps.who.int/gho/data/node.searo.GHEDEXTCHESHA2011?lang=en
7. Finance Commission of Sri Lanka. RECOMMENDATIONS TO THE HON. PRESIDENT - 2023. 2023;(October 2022):3.
8. De Silva U, Perera MEW. Fiscal Space for Health in Sri Lanka. Monash Business School. 2023.
9. World Bank Open Data. Current health expenditure (% of GDP) [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://data.worldbank.org/
10. World Bank Open Data. Domestic General Government Health Expenditure (% of GDP) [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://data.worldbank.org/
11. World Bank Open Data. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://data.worldbank.org/
12. UNICEF Sri Lanka. BUDGET BRIEF: HEALTH SECTOR. 2021.
13. Department of Census and Statistics Ministry of Economic Policies and Plan Implementation Sri Lanka. Household Income and Expenditure Survey – 2019. 2019.
14. Rajapaksa L, De Silva P, Abeykoon P, Somatunga L, Sathasivam S, Perera S, et al. Sri Lanka health system review. Vol. 10, Health Systems in Transition. 2021. 254 p.
15. Ministry of Health Sri Lanka. National Health Accounts, Sri Lanka 2017 & 2018. 2017.
16. WHO. Health financing: PHC expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%) Data by country [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en
17. World Bank Group. Poverty : Development news, research, data | World Bank [Internet]. [cited 2024 Sep 5]. Available from: https://www.worldbank.org/en/topic/poverty
18. WHO. 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2017; Available from: https://iris.who.int/handle/10665/259232
19. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023 Protect people from tobacco smoke fresh and alive [Internet]. 2023. Available from: https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2023