



මුඛ සෞඛ්‍ය පිළිබඳ
ජාතික ප්‍රතිපත්තිය

(වර්ෂ 2024 -2030)

දත්ත වෛද්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාලය

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

ශ්‍රී ලංකාව

ඉලක්කගත බලපැවැත්වෙන දිනය : 2024.03.01

පටුන

1. හැඳින්වීම.....	1
I. පසුබිම.....	1
II. අරමුණ සහ සන්දර්භය.....	5
III. තාර්කිකත්වය.....	5
2. ප්‍රතිපත්ති මූලධර්ම.....	7
3. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රකාශන.....	7
4. ප්‍රතිපත්ති ඉලක්කය.....	8
5. අදාළත්වය සහ විෂය පථය.....	8
6. ප්‍රතිපත්ති ක්‍රියාත්මක කිරීම.....	8
I. උපාය මාර්ග.....	8
II. වගකීම සහ අධිකාරිය.....	11
III. අධීක්ෂණය සහ ඇගයීම.....	11

DRAMA

1. හැඳින්වීම

I. පසුබිම

මුඛ සෞඛ්‍ය යනු සමස්ත සෞඛ්‍ය, යහපැවැත්ම සහ ජීවන තත්වය පිළිබඳ ප්‍රධාන දර්ශකයකි. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය මුඛ සෞඛ්‍ය නිර්වචනය කරනුයේ මෞඛ, දත්ත සහ මුහුණ ආශ්‍රිත අවයවයන් අත්‍යාවශ්‍ය කාර්යය ඉටු කර ගැනීම සඳහා ප්‍රමාණවත් පරිදි යහකියාකාරකමින් යුක්ත වීමයි. එනම් ආහාර ගැනීම, ශ්වසනය, කථනය වැනි අත්‍යාවශ්‍ය කාර්යයන් ඉටු කිරීමට අමතරව ආත්ම විශ්වාසය, යහපැවැත්ම සහ සමාජගත වීමට ඇති හැකියාව, තම වැඩ කටයුතු වේදනාවක්, අසහනයක් සහ අපහසුතාවයකින් තොරව තම දෛනික වැඩ කටයුතු කර ගැනීමේ හැකියාවයි.

මුඛ සෞඛ්‍ය, සමස්ත සෞඛ්‍ය සමඟ හා බැඳී පවත්නා අතර, එය ජීවිතයේ මුල් අඛිතාලමේ සිට මහජන විය දක්වා කාලානුරූප වෙනසකට භාජනය වේ. දත්ත ව්‍යසනය, පරිදත්ත (විදුරුමස් ආශ්‍රිත) රෝග, දත් හැලීයාම, මුඛ පිළිකා තත්ව, දත්ත භ්‍රෝමෝසියාව, මුඛයට සිදුවන හානි, ශාරීරික වෛද්‍යමය තත්වයන්ගේ මෞඛ ප්‍රකාශන, බෙදුණු තොළ සහ බෙදුණු තල්ල වැනි උපත් ආබාධ මුඛ සෞඛ්‍ය පිළිබඳ අප කතා කරන වසරයට මූලිකව ඇතුළත් වේ.

බොහෝ මෞඛ ව්‍යාධි තත්ව වයස් කාණ්ඩ මත රඳා පවතින බැවින්, ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය මෞඛ සෞඛ්‍ය දර්ශක නිර්වචනය කිරීමේදී දර්ශක වයස් කාණ්ඩ උපයෝගී කරගෙන තිබේ. මේ අතුරින් දත්ත ව්‍යසනය ළමා වියේ රෝගයක් වශයෙන් පිළිගැනෙන අතර පරිදත්ත රෝග සහ මුඛ පිළිකාව බොහෝ විට මහජන විය හා සම්බන්ධ රෝග ලෙස සැලකේ. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ නිර්ණායකයන්ට අනුකූලව වසර 10 කට වරක් ජාතික මුඛ සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණයක් ශ්‍රී ලංකාවේ පවත්වනු ලැබේ. වගුව 01 මඟින් දත්ත ව්‍යසනය හා පරිදත්ත රෝග වල කාලාන්තර ප්‍රවණතාව පෙන්වනුම් කරයි. එමඟින් සියලුම වයස් කාණ්ඩ වල මුඛ සෞඛ්‍ය තත්වයන්ගේ කාලය සමඟ වූ දියුණුව පෙන්වනුම් කෙරේ.

වගුව 01: ශ්‍රී ලංකාව තුළ දත්ත ව්‍යසනය හා පරිදත්ත රෝග ප්‍රවණතා (මූලාශ්‍රය: ජාතික මුඛ සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය -සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය)

වයස් කාණ්ඩය	දර්ශකය	1983/84	1994/95	2002/03	2015/16
අවුරුදු 5	දත්ත ව්‍යසනයේ පැතිරීම	78%	76.4%	65.5%	63.1%
	මධ්‍යයන dmft	4.4	4.1	3.6	3.0
අවුරුදු 12	දත්ත ව්‍යසනයේ පැතිරීම	67%	53.1%	40.0%	30.4%
	මධ්‍යයන DMFT	1.9	1.4	0.9	0.6
	පරිදත්ත රෝග වලින් තොර	12%	13.4%	23.31%	55.3%
අවුරුදු 15	දත්ත ව්‍යසනයේ පැතිරීම	-	69.7%	52.2%	41.5%
	මධ්‍යයන DMFT	-	2.5	1.5	1.0
	පරිදත්ත රෝග වලින් තොර	-	12.7%	25.49%	53.5%
අවුරුදු 35-44	දත්ත ව්‍යසනයේ පැතිරීම	92%	91.1%	89.8%	92.5%
	මධ්‍යයන DMFT	9.2	10.1	8.4	6.5
	පරිදත්ත රෝග වලින් තොර	5%	2.1%	9.7%	47.4%
අවුරුදු 65-74	දත්ත ව්‍යසනයේ පැතිරීම	-	64.5%	71.1%	98.3%
	මධ්‍යයන DMFT	-	22.5	17.2	18.4

dmft: දිරාපත් වූ, ගැලවූ සහ පිරවූ ප්‍රාථමික දත් ගණන

DMFT: දිරාපත් වූ, ගැලවූ සහ පිරවූ ස්ථිර දත් ගණන

ශ්‍රී ලංකාවේ බහුලව දක්නට ලැබෙන මුඛ රෝග තත්ත්වයන් වනුයේ දත්ත ව්‍යසනය, පරිදත්ත රෝග, මුඛ පිළිකා, විකලාංග දත්ත රෝග, බෙදුණු තොල් සහ තල්ලයි. සංසන්දනය සඳහා භාවිතා කරන දර්ශක වයස් කාණ්ඩය වන 12 හැවිරිදි ළමුන් අතර, වර්තමානයේ දත්ත ව්‍යසන තත්වය, ඉහළ ආදායම් ලබන රටවල් හා සම මට්ටමක පවතී. රට තුළ ෆ්ලෝරයිඩ් දන්තාලේප සුලභ වීම සහ එය භාවිතය සඳහා ශ්‍රී ලාංකිකයන් තුළ ඇති නැඹුරුව මේ සඳහා ඉවහල් වූ ප්‍රධාන සාධකයක් ලෙස සැලකිය හැකි අතර, 12 හැවිරිදි ළමුන්ගෙන් 80% ක් දත් පිරිසිදු කිරීම සඳහා ෆ්ලෝරයිඩ් සහිත දන්තාලේප භාවිතා කිරීම ඒ සඳහා සාක්ෂි දරයි. 1994-95 ජාතික මුඛ සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය හා සසඳන විට, 2015-16 සමීක්ෂණයේ දී, එකඟ දත්තවත් නොමැති ප්‍රතිශතයේ 25.6% ක අඩුවීමක් දක්නට ලැබෙන අතර, ෆ්ලෝරයිඩ් සහිත දන්තාලේප භාවිතය වැඩි වීම එයට හේතු විය හැක. අවුරුදු 65-74 වයස් කාණ්ඩයේ එකඟ දත්තවත් නොමැති ප්‍රතිශතය 11.3% ක් වන නමුදු එයින් උඩු ඇන්දට සහ පහල ඇන්දට සම්පූර්ණ දත් ඇදී පළඳින ප්‍රතිශතය 3.1% පමණකි (ජාතික මුඛ සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය, 2015-16).

මුඛ පිළිකාව ශ්‍රී ලාංකික පිරිමින් අතර සුලභම පිළිකාව වන අතර එයට ප්‍රධාන වශයෙන් හේතු වී ඇත්තේ බුලත් සැපීමේ පුරුද්ද සහ දුම් රහිත දුම්කොළ භාවිතයයි. දැනට දෛනිකව දුම් රහිත දුම්කොළ භාවිතා කරන ප්‍රතිශතය පිරිමින් සඳහා 19.7% ක් ද සහ කාන්තාවන් සඳහා 3.2% ක් ද වේ (STEPS 2021). මුඛ පිළිකා හඳුනා ගැනීමේ අනුපාතය ජනගහනය 100,000 කට පිරිමින් අතර 22ක් වූ අතර කාන්තාවන් අතර 5.8ක් වේ. රෝග විනිශ්චය කරන අවස්ථාවේ දී පිළිකා වර්ගීකරණයට (staging) ලක් වී ඇති රෝගීන් අතරින්, 42.9% ක් පමණ IV අදියර ලෙස හඳුනාගෙන ඇති අතර, 7.1% ක් පමණක් I අදියර ලෙස හඳුනාගෙන ඇති අතර, එය මුඛ පිළිකා ප්‍රමාද වී හඳුනා ගැනීමේ ප්‍රවණතාව පෙන්වුම් කරයි (ශ්‍රී ලංකා පිළිකා ලේඛනය, 2022).

වයස අවුරුදු 12 වයස් කාණ්ඩයේ දරුවන්ගෙන් 15.7% ක ප්‍රතිශතයක් උග්‍ර විකලාංග දත්ත රෝග වලින් යුතු වීම, විකලාංග දත්ත ප්‍රතිකාර සඳහා ඇති අවශ්‍යතාවය පිළිබිඹු කරයි. බෙදුණු තොල් සහ තල්ල ඇතිවීම ලොව දෙවනුවට සුලබ උපත් ආබාධ තත්වය වන අතර එය උපත් 500-1000 ට 1ක් පමණ වීමද, ශ්‍රී ලංකාව ඇතුළු සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල මෙම තත්වය ඉහල අගයක පැවතීම ද දැකිය හැකිය.

මීට අමතරව ජනගහනය තුළ, විශේෂිත මුඛ රෝග සහ තත්වයන් සඳහා සුවිශේෂී අවධානයක් යොමුවිය යුතු කොටස් දක්නට ඇත. ශ්‍රී ලංකාවේ වියලි කලාපයේ භූගත ජලයේ ෆ්ලෝරයිඩ් සාන්ද්‍රණය ඉහල ප්‍රදේශ වල දත්ත ෆ්ලෝරෝසියාව සහිත ජනතාව වෙසෙන කලාප දක්නට ඇත. දත්ත ව්‍යසන තත්ත්වය ඇතිවීමේ ඉහල ප්‍රවණතාවක් අඩු සමාජ ආර්ථිකමය තත්වයන් තුළ වෙසෙන දරුවන්, විශේෂ අවශ්‍යතා සහිත දරුවන්, ළමා නිවාස වල දරුවන් සහ රැදවියන් අතර දැකිය හැකිය. එසේම එම කණ්ඩායම් අතර පරිදත්ත රෝග ද බහුලව දැකිය හැකිය. වතු කම්කරුවන්, ධීවරයින්, ප්‍රවාහන සේවකයින් සහ පතල්කරුවන් වැනි වෘත්තීය කණ්ඩායම් අතර පූර්ව මුඛ පිළිකා සහ මුඛ පිළිකා ඇතිවීමේ වැඩි අවදානමක් ඇත.

ජනගහනයෙන් දළ වශයෙන් තුනෙන් දෙකකට (64%) ක්ලෝමීටර 5ක දුරකින් රජයේ දත්ත සායනයකට ප්‍රවේශය ඇත. රට තුළ මුඛ රෝග බහුලව දක්නට ලැබුණද, ශ්‍රී ලාංකිකයන්ගෙන් 19.7%ක් වයස අවුරුදු 65 වන විට කිසිදු දිනක දත්ත සායනයක් වෙත ප්‍රතිකාර සඳහා යොමුවී නොමැති අතර, එමගින් මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා වෙත යොමු වීමේ ප්‍රවණතාව විදහා දක්වයි (ජාතික මුඛ සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය, 2015-16).

රාජ්‍ය මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා සැපයුම් පද්ධතිය නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (දත්ත වෛද්‍ය සේවා) ගේ මෙහෙයවීම යටතේ ක්‍රියාත්මක වේ. පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය, ජාතික පිළිකා මර්දන වැඩසටහන, බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ වැඩසටහන සහ සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධන කාර්යාංශයේ ජාතික වැඩසටහන් හරහා

පාසල් සෞඛ්‍ය, මාතෘ හා ළමා සෞඛ්‍ය, පිළිකා පාලනය සහ සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධන කටයුතුවලට මුඛ සෞඛ්‍ය ඒකාබද්ධ කර ඇත. ප්‍රාදේශීය දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා ජාතික හා ප්‍රාදේශීය මට්ටමට සම්බන්ධ කරන කේන්ද්‍රස්ථානයක් ලෙස ක්‍රියා කරයි.

දළ වශයෙන් ශ්‍රී ලංකාව තුළ එක් දත්ත වෛද්‍යවරයෙකු සඳහා ජනගහන අනුපාතය 1:12460 කි. ගෝලීය තත්වය හා සැසඳීමේ දී එය සැලකිය යුතු ලෙස අඩු මට්ටමක පවතී. රාජ්‍ය අංශයේ සියලුම මට්ටම් වල රෝහල්වල මුඛ සෞඛ්‍ය හා සම්බන්ධ බාහිර රෝගී සත්කාර ලබා ගත හැකිය. එසේම, තෝරාගත් ද්විතීයික සත්කාර මට්ටමේ සහ තෘතීයික සත්කාර මට්ටමේ රෝහල්වල මුඛ, හනුක හා වත්‍ර සැත්කම්, දත්ත සංරක්ෂණ, විකලාංග දත්ත වෛද්‍ය විද්‍යාව සහ මෞඛ ව්‍යාධි විද්‍යාව පිළිබඳ විශේෂිත සත්කාර සපයනු ලැබේ.

ප්‍රාදේශීය රෝහල් සහ ප්‍රාථමික වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ඒකක වල මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාවන්ට අදාළ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවා සපයනු ලැබේ. තවද, සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී (MOH) ප්‍රදේශවල පිහිටා ඇති නව යොවුන් දත්ත සායන (ADC), ප්‍රජා දත්ත සායන (CDC) සහ සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී කාර්යාලවල ක්‍රියාත්මක වන සායන 169ක් පමණ සංඛ්‍යාවක් හරහා ප්‍රජා මූලික මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා සපයනු ලැබේ (සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, 2023). රජයේ අංශයේ දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍යවරුන් 166ක් පමණ ADC, CDC සහ MOH සායනවලට අනුයුක්තව සිටිති. ඔවුන්, හඳුනාගෙන ඇති ප්‍රමුඛතා කණ්ඩායම් සඳහා පුළුල් මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාවක් සපයන අතර, අවුරුදු 3 ට අඩු ළමුන්, වයස අවුරුදු 13 ට වැඩි පාසල් දරුවන්, ගර්භණී මවුන් සහ විශේෂ සෞඛ්‍ය අවශ්‍යතා ඇති පුද්ගලයින් සඳහා ද සේවා සපයයි. දත්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සඳහා ප්‍රවේශය වැඩි කිරීම අරමුණු කොට රාජ්‍ය අංශයේ මධ්‍යම සහ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා හරහා ජංගම දත්ත වෛද්‍ය සේවා ක්‍රියාත්මක කරයි.

රාජ්‍ය අංශයේ දත්ත වෛද්‍ය සේවා සැපයුම් ජාලයට අමතරව පෞද්ගලික දත්ත සායන රටපුරා විසිරී ක්‍රියාත්මක වේ. දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍යවරු 250ත් 300ත් අතර සංඛ්‍යාවක් පූර්ණකාලීනව පෞද්ගලික වෛද්‍ය සේවයේ යෙදී සිටිති. මීට අමතරව, රාජ්‍ය සේවයේ නියුතු දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍යවරුන්ගෙන් 60% - 70% අතර ප්‍රමාණයක් පෞද්ගලික අංශයේද සේවය කරති. වගුව 2 මගින් 2021 වසරේ ශ්‍රී ලංකාවේ මුඛ සෞඛ්‍ය ශ්‍රම බලකාය පෙන්වුම් කෙරේ.

වගුව 2: ශ්‍රී ලංකාවේ මුඛ සෞඛ්‍ය ශ්‍රම බලකාය- 2021

වර්ගය	සංඛ්‍යාව
දත්ත වෛද්‍ය විශේෂඥයින් (මුඛ, හනු සහ වත්‍ර පිළිබඳ සැත්කම්, දත්ත සංරක්ෂණ, විකලාංග දත්ත වෛද්‍ය විද්‍යාව, මෞඛ ව්‍යාධි විද්‍යාව සහ ප්‍රජා දත්ත වෛද්‍ය විද්‍යාව)*	125
දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍යවරුන්*	1654
පාසල් දත්ත විකිත්සකවරියන්	356
දත්ත කාර්මික ශිල්පීන්	44

* සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, ආරක්ෂක අමාත්‍යාංශය සහ විශ්වවිද්‍යාලවල

පාසල් දත්ත විකිත්සකවරියන් (School Dental Therapists) වයස අවුරුදු 3 සිට 13 දක්වා ළමුන් සඳහා ප්‍රාථමික සහ ද්විතීයික රෝග නිවාරණ සත්කාර සේවා සපයයි. තවද, ප්‍රමුඛතා කණ්ඩායම් කෙරෙහි විශේෂ අවධානයක් යොමු කරමින් ප්‍රජාව තුළ මුඛ සෞඛ්‍ය පිළිබඳ දැනුවත්භාවය වැඩිදියුණු කිරීමේදී ඔවුන් සුවිශාල කාර්යභාරයක් ඉටු කරයි. ඔවුන් නිවාරණ සහ ප්‍රවර්ධන මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාව ලබා දෙන ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවා කණ්ඩායමේ පූර්ණ සාමාජිකයෙකු ලෙසද සේවය කරයි. දත්ත විකිත්සකවරියන් මූලික පාසල් ලෙස හඳුන්වන පාසල්වල පිහිටුවා ඇති පාසල් දත්ත සායනවල සේවයේ

නියුතු වේ. ඊට අමතරව, සෑම දත්ත විකිත්සකවරියකටම පෝෂිත පාසල් ලෙසින් හැඳින්වෙන අවට පාසල් කිහිපයක් පවරා ඇති අතර, ඇය එම පාසල් වෙත ගොස් සිය වගකීම් විෂය පථය තුළ පුළුල් මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාවක් ලබා දීම සිදු කරයි. එක් දත්ත විකිත්සකවරියක් සඳහා සම්මත ඉලක්කගත ජනගහනය පාසල් දරුවන් 2000ක් සහ පෙරපාසල් දරුවන් 500ක් වන නමුදු, දැනට එක් දත්ත විකිත්සකවරියක් විසින් සේවා සපයන ඉලක්කගත දරුවන් සංඛ්‍යාව සාමාන්‍ය අගයක් ලෙස ගත කල 3103 ක් පමණ වේ. දත්ත විකිත්සක හිඟයට අමතරව, රට පුරා ඔවුන්ගේ ව්‍යාප්තියේ කැපී පෙනෙන විෂමතාවක් ද පෙන්නුම් කරයි.

මීට අමතරව ශ්‍රී ලංකාවේ දත්ත සෞඛ්‍ය නගා සිටුවීම සඳහා ප්‍රජා සෞඛ්‍ය වින්තලු නිලධාරීන්, මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂකවරුන්, ප්‍රජා සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරීන්, හෙද නිලධාරීන්, සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරීන් සහ වෛද්‍ය නිලධාරීන් විශාල සේවයක් ඉටු කරති. එසේම පෙර පාසල් සහ ප්‍රාථමික පාසල් ගුරුවරු ද මුඛ සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධන කටයුතු සඳහා සහභාගී වේ.

දත්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සඳහා සැලකිය යුතු ප්‍රමාණයක තාක්ෂණික උපාංග අවශ්‍ය වන අතර, ඒවා එක් එක් ආයතනවල සපයන සත්කාර මට්ටම අනුව රජය විසින් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ වෛද්‍ය සැපයුම් අංශය හරහා සපයනු ලැබේ.

රට තුළ මුඛ රෝග නිවාරණය සඳහා වර්ගාත්මක වෙනස්කම් සිදුකිරීම අත්‍යාවශ්‍යය වේ. වර්ගාත්මක වෙනස්කම් සඳහා අවධානය යොමු වන්නේ 'BCD' හරහා මුඛ සෞඛ්‍යය ප්‍රවර්ධනය කිරීමටයි: Brushing- මුඛ සනීපාරක්ෂාව වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා දන්මැදීමක්, Checkup- මුඛ රෝග කල්තියා හඳුනා ගැනීම සඳහා මුඛ පරීක්ෂාවක්, Diet- මුඛ රෝග වැළැක්වීම සඳහා සෞඛ්‍යය සම්පන්න ආහාර රටාවකට යොමු කිරීමත් කෙරෙහි මෙහිදී විශේෂ අවධානයක් යොමු වේ. විශේෂයෙන්ම කාන්තාවන් අතර ඉහළ සාක්ෂරතාව, සහ මහජන සෞඛ්‍ය පද්ධතිය කෙරෙහි ඇති විශ්වාසය හේතුවෙන් වෛද්‍ය උපදෙස් පිළිපැදීමට ඇති නැඹුරුව සෞඛ්‍යය හා බැඳුණු වර්ගාත්මක වෙනස්කම් සිදුකිරීම සඳහා හිතකර වේ. කෙසේ වෙතත්, වර්ගාත්මක වෙනස්කම් සිදුකිරීමට ඇති අභියෝග ලෙස බුලත් සැපීම හා බැඳුණු සංස්කෘතික හා ආගමික පසුබිම, සාම්ප්‍රදායික ආහාර සමඟ බැඳුණු ඉහළ සීනි පරිභෝජනය සහ විශේෂයෙන් ළමයින් ඉලක්ක කර ගනිමින් සීනි නිෂ්පාදන පුළුල් ලෙස වාණිජමය වශයෙන් ප්‍රවර්ධනය කිරීම සැලකිය හැකිය. මීට අමතරව, ෆ්ලෝරයිඩ් සහිත දන්තලේප සහ දන් බුරුසු සඳහා දැරිය යුතු වියදම ඇතැම් ජනකොටස් අතර මුඛ සනීපාරක්ෂාව අඩු මට්ටමක පැවතීමට හේතු විය හැක.

මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම පිළිබඳව සහ තෝරාගත් මුඛ රෝග ව්‍යාප්තිය පිළිබඳව නීතිපතා දත්ත රැස්කරන සක්‍රීය නිරීක්ෂණ යාන්ත්‍රණයක් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය මඟින් දියත් කර ඇත. කෙසේ වෙතත්, පවතින මුඛ සෞඛ්‍ය තොරතුරු පද්ධතිය කඩදාසි මත පදනම් වූ (paper-based) ක්‍රමයක් වීම හේතුවෙන් දත්ත මත පදනම් වූ කාලීන තීරණ ගැනීම සඳහා දායක වීමේ හැකියාව අඩුපන වේ.

මේ වන විට, මුඛ සෞඛ්‍ය නංවාලීම සඳහා විවිධ ජාතික සහ අන්තර්ජාතික මූල පිරිමි සිදුකර ඇත. වර්ෂ 2021 දී, 74 වැනි ලෝක සෞඛ්‍ය සමුළුවේදී, අනෙකුත් සාමාජික රටවල් සමඟ ශ්‍රී ලංකාව විසින් මෙහෙයවන ලද යෝජනාවක් හරහා මුඛ සෞඛ්‍යය, න්‍යාය පත්‍ර අංශයක් ලෙස පිළිගනු ලැබීය. මෙමගින්, පොදු අවදානම් සාධක පිළිබඳව කටයුතු කිරීමේ වැදගත්කම, ස්ථාවර සහ ගුණාත්මක සත්කාර ලබා දීමට මුඛ සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයන්ගේ හැකියාව ඉහළ නැංවීම සහ මුඛ සෞඛ්‍යය, සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය (Universal Health Coverage) ප්‍රතිලාභ පැකේජවලට ඇතුළත් කිරීමේ වැදගත්කම අවධාරණය කෙරිණි. එසේම, 2030 ඉලක්ක සමඟ මුඛ සෞඛ්‍යය පිළිබඳ ගෝලීය උපාය මාර්ගයක් සහ ක්‍රියාකාරී සැලැස්මක් සකස් කරන ලෙස එය ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයෙන් ඉල්ලා සිටියේය.

ශ්‍රී ලංකාව මිනමාටා සම්මුතියට අත්සන් කර ඇති අතර, දත්ත සංරක්ෂණ ප්‍රතිකාර සඳහා රසදිය මිශ්‍ර ලෝහය භාවිතය ක්‍රමානුකූලව අඩු කිරීමටත් විකල්ප දත්ත සංරක්ෂණ ද්‍රව්‍ය භාවිතයටත් අනුගත වී ඇත.

දුම්කොළ සහ මධ්‍යසාර පිළිබඳ ජාතික අධිකාරී පනත (NATA පනත) 2016 වර්ෂයේදී සංශෝධනය කරන ලද අතර එමඟින් දුම් රහිත දුම්කොළ නිපැයුම් නිෂ්පාදනය කිරීම, ආනයනය කිරීම, විකිණීම හෝ විකිණීම සඳහා ඉදිරිපත් කිරීම තහනම් කර ඇත. දියවැඩියා රෝගය (type 2 diabetes), තරබාරුකම සහ දත්ත ව්‍යසනය වැළැක්වීම සඳහා සීනි පරිභෝජනය අඩු කිරීමේ අරමුණින් 2017 වර්ෂයේදී ශ්‍රී ලංකාව තුළ සීනි සහිත පාන වර්ග (Sugar- Sweetened Beverage) බද්දක් පනවන ලදී.

II. අරමුණ සහ සන්දර්භය

ශ්‍රී ලංකා සෞඛ්‍ය සේවය නිදහස් සේවාවක් ලෙස ක්‍රියාත්මක වේ. නිදහස ලැබීමෙන් පසු කාල වකවානුව පුරාවටම සමාජ සුඛසාධනය රජයේ ප්‍රමුඛතාවයක් විය. 2022 මැයි මස පැවති හත්තැ පස්වන ලෝක සෞඛ්‍ය සමුළුවේදී සම්මත කරගත් 'මුඛ සෞඛ්‍යය පිළිබඳ ගෝලීය උපාය මාර්ගය'(A75/10 Add.1 සහ WHA75(11)); 'අග්නිදිග ආසියාව සඳහා WHO කලාපීය කමිටුවේ යෝජනාව (SEA/RC75/R2)- අග්නිදිග ආසියාවේ මුඛ සෞඛ්‍යය සහ ඒකාබද්ධ අක්ෂි සත්කාර ඇතුළු NCDS සඳහා අධීක්ෂණ ප්‍රගතිය සහ ත්වරණය කිරීමේ සැලැස්ම'- දින 9/9 /2022; 2021 මැයි මස මුඛ සෞඛ්‍යය පිළිබඳ යෝජනාව (WHA74.5); ගෝලීය මුඛ සෞඛ්‍ය ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම (2023–2030), 'අග්නිදිග ආසියාවේ මුඛ සෞඛ්‍ය සඳහා ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම 2022-2030 (මුඛ සෞඛ්‍යය සඳහා සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණයක් කරා)-2022', සහ සැප්තැම්බර් 2023, ඕස්ට්‍රේලියාවේ සිඩ්නි නුවර පැවති ලෝක දත්ත වෛද්‍ය සම්මේලන (FDI - World Dental Federation) මහා සභාව විසින් සම්මත කරන ලද FDI ප්‍රතිපත්ති ප්‍රකාශයන් මෙම ප්‍රතිපත්තිය සැකසීම සඳහා පසුබිම සපයා ඇත.

මෙම ප්‍රතිපත්තිය 2016-2025 ජාතික සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්තිය සහ අනෙකුත් සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්ති (මාතෘ හා ළමා සෞඛ්‍ය පිළිබඳ ජාතික ප්‍රතිපත්තිය, නිදන්ගත බෝ නොවන රෝග වැළැක්වීම සහ පාලනය කිරීම සඳහා වන ජාතික ප්‍රතිපත්ති සහ උපාය මාර්ගික රාමුව, විශ්ව සෞඛ්‍ය සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම පිළිබඳ ප්‍රතිපත්තිය, පිළිකා වැළැක්වීම සහ පාලනය පිළිබඳ ජාතික ප්‍රතිපත්ති සහ උපාය මාර්ගික රාමුව, ජාතික සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධන ප්‍රතිපත්තිය, සෞඛ්‍ය තත්ව ආරක්ෂණය සහ ආරක්ෂාව පිළිබඳ ජාතික ප්‍රතිපත්තිය) සහ අදාළ රජයේ සෞඛ්‍ය නොවන ප්‍රතිපත්ති සමඟ ද අනුකූල වේ. මෙම ප්‍රතිපත්තිය පුළුල් සමාජ ආරක්ෂණ ජාල හරහා සමාජ සාධාරණත්වයේ වැදගත්කම හඳුනා ගන්නා වසර 2048 වන විට අප රට පූර්ණ සංවර්ධිත රාජ්‍යයක් බවට පත් කිරීමේ රජයේ ඉලක්කයට අනුකූල වේ.

III. තාර්කිකත්වය

බොහෝ මුඛ රෝග සහ තත්ත්වයන් වලක්වා ගත හැකිය. මුඛ රෝග වැළැක්වීම සහ පාලනය සඳහා ලාභදායී, සාක්ෂි පදනම් කරගත් උපාය මාර්ග පවතින නමුදු, ශ්‍රී ලාංකීයින් අතර මුඛ රෝග බහුලය. රාජ්‍ය අංශයේ නොමිලයේ සෞඛ්‍ය සේවා සැපයුවද, මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා යොමුවීමේ රටාව (health seeking behaviour) පිළිබඳ සැලකීමේදී යම් යම් දුර්වලතා දැකිය හැකිය.

මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාවන් ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවා පහසුකම්වලට සම්පූර්ණයෙන්ම ඒකාබද්ධ නොවීම හේතුවෙන් ඇතැම් භූගෝලීය ප්‍රදේශවල මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාවන් වෙත ප්‍රවේශවීමේ යම් යම් දුෂ්කරතා ඇති වේ. ප්‍රමාණවත් සහ සාධාරණ ලෙස බෙදා හරින ලද යටිතල පහසුකම් සහ ශ්‍රම බලකායක් පිහිටුවීම සමගම ප්‍රතිකාර සඳහා යොමු කිරීමේ පද්ධතිය (referral system) තවදුරටත් කාර්යක්ෂම කිරීම මගින්, සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය (Universal Health Coverage) සාක්ෂාත් කර ගැනීම සඳහා දායකත්වයක් ලබාගත හැකිවේ. ගර්භණී මාතාවන්, දරුවන් සහ අනෙකුත් ප්‍රමුඛතා කණ්ඩායම් ඉලක්ක කර ගනිමින් දැනට ක්‍රියාත්මක වන මුඛ සෞඛ්‍ය වැඩසටහන් වල උපරිම ප්‍රතිපල, සේවා සපයන්නන් සහ

පාර්ශ්වකරුවන් අතර ප්‍රමාණවත් සම්බන්ධීකරණයක් නොමැතිකම හේතුවෙන් සාක්ෂාත් කර ගැනීමට නොහැකි වී ඇත.

මුඛ රෝග වැළැක්වා ගැනීම සඳහා යහපත් මුඛ සෞඛ්‍ය පුරුදු අත්‍යවශ්‍ය වේ. සියලුම ශ්‍රී ලාංකිකයන්හට වයස අවුරුදු 80 වන විට අවම වශයෙන් භාවිතයට ගතහැකි දත් 20 ක්වත් තබා ගැනීම සඳහා, ගර්භනී අවධියේ සහ සිට ජීවන චක්‍රය පුරාවට මුඛ සෞඛ්‍ය පිළිබඳ දැනුවත් කිරීම සිදු කළයුතුව ඇත. කෙසේ වුවද, මුඛ සෞඛ්‍ය පිළිබඳ දැනුවත් කිරීමේ දී වැඩිහිටි සහ වයස්ගත කණ්ඩායම් සඳහා ප්‍රමාණවත් අවධානයක් යොමුකිරීම මේ වනවිට සිදුවී නොමැත.

වැඩිහිටියන් සහ වයස්ගත පුද්ගලයන් දත්ත පරීක්ෂාවන් සඳහා යොමු වීමේ ප්‍රවණතාව අවම මට්ටමක පවතී. මෙම කණ්ඩායමේ පුද්ගලයන් හට මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාවන් වෙත ප්‍රවේශ වීමේ යම් යම් දුෂ්කරතා ඇතුළු සෞඛ්‍ය පද්ධතියේ ඇති දුර්වලතා සහ ඒ පිළිබඳ දැනුවත්භාවයක් නොමැතිකම මීට ප්‍රධාන වශයෙන් හේතු වේ. මුඛ රෝග ප්‍රමාද වී හඳුනා ගැනීම හේතුවෙන් කල්යාණය දත් ගැලවී යාම හෝ දත් ගැලවීමට සිදු වීමේ ප්‍රතිඵලයක් ලෙස ස්වාභාවික දත් අහිමි වීම සිදු වේ. ශ්‍රී ලංකාවේ වර්ධනය වන වැඩිහිටි ජනගහනය සහ මෙම ජනගහනයේ මුඛ සෞඛ්‍ය අවශ්‍යතා සපුරාලීම සඳහා නිර්මාණය කර ඇති ප්‍රජා මූලික වැඩසටහන් ප්‍රමාණවත් නොවීම නිසා මෙම ගැටලුව තවදුරටත් උග්‍ර වේ. දත් අහිමි වීම යහපෝෂණයට සහ සමාජ යහපැවැත්මට අහිතකර ලෙස බලපායි. ඊට විසඳුමක් ලෙස කෘත්‍රීම දත් ලබාදීම සඳහා සමාජ සේවා උපයෝගී කර ගැනීමේ හැකියාව තවමත් සොයා බලා නොමැත. වැඩිහිටි මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා, සෞඛ්‍ය සේවයට ප්‍රමාණවත් ලෙස ඒකාබද්ධ වී නොමැති අතර, දත් අහිමි වූවන්ගේ සමාජ ආර්ථික තත්ත්වය සමඟ දැනට පවතින දත්ත සංරක්ෂණ ප්‍රතිකාර ක්‍රම ගැලපෙන ලෙස සකස් කිරීම සෞඛ්‍ය අංශයට අභියෝගාත්මක කාර්යයක් වී ඇත.

ජංගම දත්ත වෛද්‍ය ඒකක ප්‍රමාණවත් නොවීම ද මුඛ රෝග කල්තියා හඳුනා ගැනීමට බාධාවක් වී ඇත. ඉහළ අවදානම් සහිත වෘත්තීය කණ්ඩායම් (වතු කම්කරුවන්, ධීවරයින්, ප්‍රවාහන සේවකයන් සහ පතල් කම්කරුවන්) අතර මුඛ පිළිකා තත්ව හඳුනාගැනීම සඳහා සහ ළමුන් සහ අඩු වරප්‍රසාද ලත් ප්‍රජාවන් අතර දත්ත ව්‍යසනය ඇතුළු අනෙකුත් මුඛ රෝග හඳුනා ගැනීම සඳහා මේ තත්වය විශේෂයෙන් බලපෑ ඇත.

ජනගහනයේ මුඛ සෞඛ්‍යය තත්වය වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා, දැරිය හැකි මිලකට දත්තාලේප සහ දත් බුරුසු මිලදී ගැනීමේ හැකියාව ඉහළ නැංවීම සඳහා, ඒවායේ මිල ගණන් පහල දැමීමට, එහා බැඳුණු බදු අඩු කිරීම ඉතා වැදගත් වේ. ඊට සමගාමීව, නිසි අයුරින් දත් මැදීමේ තාක්ෂණය සමාජගත කිරීමේ වැඩසටහන් පැවැත්වීම අත්‍යවශ්‍ය වේ. දත්ත ව්‍යසනය පාලනය කිරීම සඳහා ෆ්ලෝරයිඩ් ආශ්‍රිත නිෂ්පාදන භාවිතා කිරීම ද ඇතුළුව ජනගහනයේ මුඛ සෞඛ්‍යය සඳහා ප්‍රශස්ත ලෙස ෆ්ලෝරයිඩ් භාවිතය පිළිබඳ ජාතික මාර්ගෝපදේශයක් (national guidance on optimal fluoride delivery) ද අත්‍යවශ්‍ය වේ.

දැනුවත් කිරීමේ වැඩසටහන් හරහා සිනි සහිත ආහාර වාණිජමය ලෙස ප්‍රවර්ධනයට එරෙහිව කටයුතු කිරීම සහ පැණිරස පාන වර්ග (Sugar-Sweetened Beverages- SSB) මත බදු වැඩි කිරීම වැනි සාක්ෂි පදනම් කරගත් විකල්ප ක්‍රියාමාර්ග අනුගමනය කිරීම අවශ්‍ය වේ. දුම්කොළ සහ මධ්‍යසාර පිළිබඳ ජාතික අධිකාරී පනත (NATA පනත) ශක්තිමත් කිරීම මගින් දුම් රහිත දුම්කොළ නිෂ්පාදන භාවිතය අවම කිරීම අවශ්‍ය වේ.

ශ්‍රී ලංකාව තුළ ක්‍රියාත්මක වන ‘ශ්‍රී ලංකා අත්‍යවශ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවා පැකේජය-2019’ (Sri Lanka Essential Health Service Package-2019) තුළ මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාව ක්‍රියාවට නැංවීම දැනට ප්‍රශස්ත මට්ටමක නොමැත. සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය (Universal Health Coverage) සඳහා වන සෞඛ්‍ය සේවා බෙදාහැරීමේ ප්‍රතිපත්තියේ (2018) පෙන්නුම් කර ඇති පරිදි, මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා, හවුල් සත්කාර පර්ෂද පද්ධතිය (shared care cluster system) සමඟ ඒකාබද්ධ කිරීමේ යාන්ත්‍රණයක් හඳුනාගෙන නොමැත.

ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ ලැයිස්තුවේ ඇති සියලුම දත්ත ඖෂධ සහ පිරවුම් ද්‍රව්‍ය (ඇමුණුම I) දැනට ජාතික අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ ලැයිස්තුවට (national essential medicines list) ඇතුළත් කර නොමැති අතර, මෙම තත්වය රට තුළ අත්‍යවශ්‍ය දත්ත ඖෂධ සහ පිරවුම් ද්‍රව්‍ය සහතික කිරීම සඳහා හිතකර නොවේ. නව්‍ය ‘ග්‍රම බලකා කුසලතා මිශ්‍ර ආකෘති’(workforce skill mix models) හඳුනාගෙන, ප්‍රායෝගිකව ක්‍රියාත්මක කර නොමැති අතර, වත්මන් සෞඛ්‍ය ග්‍රම බලකායේ පුහුණුව ජනගහනයේ මුඛ සෞඛ්‍ය අවශ්‍යතාවලට සඳහා ප්‍රශස්ත ලෙස සකස් වී නොමැත.

තවද, සීමිත සම්පත් හා බැඳුණු අභියෝග හමුවේ විකලාංග දත්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සහ දත්ත සංරක්ෂණය පිළිබඳ විශේෂිත ප්‍රතිකාර ලබා දීමේදී ප්‍රමුඛත්වය දීම සඳහා, කලින් තීරණය කළ නිර්ණායක ඇතුළත් ස්ථාපිත යාන්ත්‍රණ අවශ්‍ය වේ. මුඛ, හනු සහ වත්‍ර පිළිබඳ ශල්‍යකර්ම සේවා ලබාදීම, එනම් ප්‍රධාන වශයෙන් උපත් විකෘතිතා සහ අනතුරට ලක්වීම් (trauma) කළමනාකරණය, රෝහල් සත්කාර මට්ටම මත පදනම්ව විධිමත් කළ යුතුය.

මුඛ සෞඛ්‍ය තොරතුරු කළමනාකරණ පද්ධතිය මේ වන තෙක් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ ඩිජිටල් සෞඛ්‍ය ගෘහ නිර්මාණ සැලැස්ම (digital health architecture blueprint) හරහා සංවර්ධනය කරන ලද හැකියාවන් තුලට අන්තර්ග්‍රහණය කර නොමැත. ජාතික මුඛ සෞඛ්‍ය පර්යේෂණ න්‍යාය පත්‍රය(national oral health research agenda), මහජන සෞඛ්‍ය සහ ජනගහන පාදක මැදිහත්වීම් සඳහා නිසි ලෙස යොමු කළ යුතුය.

දළ දේශීය නිෂ්පාදිතය (GDP) හි ප්‍රතිශතයක් ලෙස රජයේ සෞඛ්‍ය වියදම් 2018 හි 3.9% (ජාතික සෞඛ්‍ය ගිණුම්, ශ්‍රී ලංකාව 2018) සිට 2021 දී 2.3% (ශ්‍රී ලංකා මහ බැංකුවේ වාර්ෂික වාර්තාව) දක්වා අඩුවීමක් පෙන්නුම් කරයි. විශේෂිත උපකරණ සහ ද්‍රව්‍ය අවශ්‍ය වන හෙයින් මුඛ රෝග කළමනාකරණය සම්පත් තිවු ස්වරූපයක් පෙන්නුම් කරයි. රාජ්‍ය අංශය හරහා, ප්‍රතිකාර අවශ්‍යතා සපුරාලීමේ අපහසුතා මෙතීසා තවදුරටත් තිවුවේ. මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා ලාභදායී හොඳම භාවිතයන් (cost-effective best practices) සහ සුදුසු තාක්ෂණය ඒකාබද්ධ කිරීම කෙරෙහි ප්‍රමාණවත් අවධානයක් යොමු කළ යුතුය.

විවිධ පාර්ශ්වකරුවන් විසින් සපයනු ලබන සේවාවන් වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා සහ සමස්ත ශ්‍රී ලාංකික ජනතාවගේ මුඛ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය ඉහළ නැංවීම සඳහා මුඛ සෞඛ්‍යය පිළිබඳ පැහැදිලි ප්‍රතිපත්තියක් ස්ථාපිත කිරීම ඉතා වැදගත් වේ.

2. ප්‍රතිපත්ති මූලධර්ම

1. ප්‍රජා සෞඛ්‍ය ප්‍රවේශය
2. සමානාත්මතාවය අරමුණු කරගත්, ජීවන පටය සහ පුද්ගල කේන්ද්‍රීය ප්‍රවේශය
3. ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවා සහ බෝනෝවන රෝග මර්ධනය සමග මුඛ සෞඛ්‍යය ඒකාබද්ධ කිරීම
4. නායකත්වය, සහයෝගිතාව සහ වගවීම

3. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රකාශන

1. සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධනය සහ නිවාරණය හරහා මුඛ රෝග සහ තත්වයන් පාලනය කිරීම
2. සමස්ත ජනතාවට පරිපූර්ණ, ඒකාබද්ධ හා ගුණාත්මක මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාවක්
3. යෝග්‍ය තාක්ෂණයන්, ප්‍රමාණවත් දත්ත වෛද්‍ය සැපයුම් සහ නිපුණ ග්‍රම බලකාය හරහා මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා වැඩි දියුණු කිරීම
4. දත්ත පද්ධති, පර්යේෂණ, හවුල්කාරිත්වය, රෙගුලාසි සහ පාලනය හරහා වඩා යහපත් මුඛ සෞඛ්‍යයක්

4. ප්‍රතිපත්ති ඉලක්කය

ප්‍රවර්ධනය, නිවාරණය, ප්‍රතිකාරාමය, පුනරුත්ථාපනය සහ සහන සත්කාරමය (palliative) වශයෙන් ඉහල ගුණාත්මකභාවයෙන් සහ ප්‍රවේශයකින් යුත් මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා තුළින් ලබාගත හැකි ඉහලම මුඛ සෞඛ්‍ය තත්ත්වයක් සමස්ත ජනතාවම ආවරණය වන පරිදි ළඟා කර ගැනීම.

5. අදාළත්වය සහ විෂය පථය

මෙම ප්‍රතිපත්තිය වයස, ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය, සමාජ-ආර්ථික තත්ත්වය හෝ ස්ථානය පදනම් කර නොගෙන සමස්ත ජනතාව සඳහාම අදාළ වේ.

6. ප්‍රතිපත්ති ක්‍රියාත්මක කිරීම

1. උපාය මාර්ග

උපායමාර්ගය 1: ජීවන චක්‍ර ප්‍රවේශය හරහා ප්‍රවර්ධනය, නිවාරණය, ප්‍රතිකාරාමය, පුනරුත්ථාපනය සහ සහන සත්කාරමය මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාවක් සාධාරණ ලෙස සමස්ත ජනතාව වෙත සැපයීම

උපායමාර්ගය 2: මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීමේදී නායකත්වය, මහ පෙත්වීම සහ පාලනය ශක්තිමත් කිරීම

උපායමාර්ගය 3: දත්ත වෛද්‍ය සැපයුම්, යෝග්‍ය තාක්ෂණයන් සහ මෙවලම් තිබීම තහවුරු කිරීම

උපායමාර්ගය 4: මුඛ සෞඛ්‍යට අදාළව සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය (Universal Health Coverage) සඳහා සාධාරණ ලෙස ව්‍යාප්ත වූ නිපුණ මුඛ සෞඛ්‍ය ශ්‍රම බලකායක් තහවුරු කිරීම.

උපායමාර්ගය 5: මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා ලබා ගැනීමේදී සැමට මූල්‍ය අවදානම් ආරක්ෂාව (financial risk protection) සහතික කිරීම

උපායමාර්ගය 6: සායනික, ප්‍රජා සෞඛ්‍ය, සහ පරිපාලන කටයුතුවලදී දැනුවත් තීරණ ගැනීමට සහාය වීම සඳහා මුඛ සෞඛ්‍ය තොරතුරු පද්ධතිය (Oral Health Information System) ශක්තිමත් කිරීම

උපායමාර්ගය 7: ජීවන අවධි සහ ස්ථානීය ප්‍රවේශය හරහා වඩා යහපත් මුඛ සෞඛ්‍යයක් සඳහා ප්‍රජාවන් සවිබල ගැන්වීම

උපායමාර්ගය 8: මුඛ සෞඛ්‍ය පර්යේෂණ සහ ඩිජිටල් නවෝත්පාදන දිරිමත් කිරීම සහ නැගී එන ගැටළු නිරාකරණ හැකියාවන් ගොඩනැගීම

උපායමාර්ගය 1: ජීවන චක්‍ර ප්‍රවේශය හරහා ප්‍රවර්ධනය, නිවාරණය, ප්‍රතිකාරමය, පුනරුත්ථාපනය සහ සහන සත්කාරමය මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාවක් සාධාරණ ලෙස සමස්ත ජනතාව වෙත සැපයීම

- 1.1 ප්‍රජාව සහ සායන පදනම් කරගත් නිවාරණ මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාව ශක්තිමත් කිරීම
- 1.2 මුඛ, හනු සහ වත්තු ශල්‍යකර්ම, විකලාංග දත්ත වෛද්‍ය විද්‍යාව, ප්‍රතිස්ථාපන දත්ත වෛද්‍ය විද්‍යාව සහ මුඛ ව්‍යාධිවේදය ඇතුළු ප්‍රතිකාර සහ පුනරුත්ථාපන සත්කාර වැඩි දියුණු කිරීම
- 1.3 සෑම තරාතිරමකම මුඛ රෝග ඇති රෝගීන් සඳහා සහන සත්කාර සේවා සැපයීම (ප්‍රජා හෝ නිවස, MOH සහ සායන, ප්‍රාථමික වෛද්‍ය සත්කාර ඒකක (PMCU), ප්‍රාදේශීය රෝහල, ශීර්ෂ (Apex)- මූලික හෝ ඉන් ඉහල රෝහල්)
- 1.4 මහජන අවශ්‍යතා සහ රෝග සුලබතාව මත පදනම්ව මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා සාධාරණ ලෙස බෙදා හැරීම
- 1.5 අවදානමට ලක්විය හැකි කණ්ඩායම් (චතු කම්කරුවන් / ධීවරයින් / ප්‍රවාහන සේවකයින් / පතල් කම්කරුවන්) කෙරෙහි විශේෂ අවධානයක් යොමු කරමින් බාධක වලට සාර්ථකව මුහුණ දෙමින් මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාවල ප්‍රවේශ්‍යතාව, සේවා සුදානම සහ ප්‍රතිචාර දැක්වීම වැඩි දියුණු කිරීම
- 1.6 සියලුම සේවා මට්ටම් වලදී රෝගීන් සඳහා පිරිනැමෙන අඛණ්ඩ මුඛ සෞඛ්‍ය සේවාව තහවුරු වනසේ රෝගීන් යොමු කිරීමේ පද්ධතිය ශක්තිමත් කිරීම

උපායමාර්ගය 2: මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීමේදී නායකත්වය, මහ පෙත්වීම සහ පාලනය ශක්තිමත් කිරීම

- 2.1 වඩා යහපත් මුඛ සෞඛ්‍යයක් සඳහා භාරකාරත්ව කාර්යයන් සහ සිදු කරනා උද්දේශනය (advocacy) ශක්තිමත් කිරීම.
- 2.2 මුඛ සත්කාර සේවා සැපයීම නියාමනය කිරීම
- 2.3 හවුල්කාරිත්වයන් වර්ධනය කිරීම සහ ජාලකරණය (networking) ශක්තිමත් කිරීම

උපායමාර්ගය 3: දත්ත වෛද්‍ය සැපයුම්, යෝග්‍ය තාක්ෂණයන් සහ මෙවලම් තිබීම තහවුරු කිරීම

- 3.1 දත්ත වෛද්‍ය සැපයුම් (ඖෂධ, ද්‍රව්‍ය, උපකරණ, උපාංග) ප්‍රමාණවත් සහ අඛණ්ඩව සැපයීම තහවුරු කිරීම
- 3.2 සාක්ෂි පදනම් කරගත්, ලාභදායී සහ දේශීයව අනුවර්තනය කළ හැකි තාක්ෂණයන් හඳුන්වා දීම.

උපායමාර්ගය 4: මුඛ සෞඛ්‍යයට අදාළව සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය (Universal Health Coverage) සඳහා සාධාරණ ලෙස ව්‍යාප්ත වූ නිපුණ මුඛ සෞඛ්‍ය ශ්‍රම බලකායක් තහවුරු කිරීම.

4.1 අදාළ පාර්ශ්වකරුවන් සමඟ සම්බන්ධ වී මුඛ සෞඛ්‍ය ශ්‍රම බලකාය සඳහා සාක්ෂි පදනම් කරගත් යාවත්කාලීන සේවක සංඛ්‍යා සම්මතයන් සහ සේවක සංඛ්‍යා ප්‍රක්ෂේපණ (projections) තහවුරු කිරීම.

4.2 බඳවා ගැනීම්, සාධාරණ ලෙස බෙදා හැරීම සහ ශ්‍රම බලකාය රඳවා ගැනීමේ කාර්යක්ෂම හා ඵලදායී යාන්ත්‍රණයක් සහතික කිරීම.

4.3 ශ්‍රම බලකායේ සියලුම කාර්යවල දැනුම සහ කුසලතා වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා යාන්ත්‍රණයන් විධිමත් කිරීම

උපායමාර්ගය 5: මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා ලබා ගැනීමේදී සැමට මූල්‍ය අවදානම් ආරක්ෂාව සහතික කිරීම

5.1 සර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය (UHC) මූල්‍යකරණ යාන්ත්‍රණයන් හරහා තිරසාර මූල්‍යකරණ ආකෘති භාවිතා කරමින් බෙදාහැරීමේ අවස්ථාවේදී අත්‍යවශ්‍ය මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා නොමිලේ ලබා ගත හැකි බව සහතික කිරීම

5.2 මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා ප්‍රමාණවත් අයවැයක් වෙන් කිරීම.

උපායමාර්ගය 6: සායනික, ප්‍රජා සෞඛ්‍ය, සහ පරිපාලන කටයුතුවලදී දැනුවත් තීරණ ගැනීමට සහාය වීම සඳහා මුඛ සෞඛ්‍ය තොරතුරු පද්ධතිය (Oral Health Information System) ශක්තිමත් කිරීම

6.1 මුඛ සෞඛ්‍යයට අදාළ සායනික, ප්‍රජා සෞඛ්‍ය, සහ පරිපාලනය සම්බන්ධ තොරතුරු ඵලදායී සහ කාර්යක්ෂම කළමනාකරණය සහතික කිරීම.

6.2 මුඛ සෞඛ්‍ය තොරතුරු භාවිතා කරමින් සේවා සැපයීම සහ සේවා අඛණ්ඩව පවත්වාගෙන යාම වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා මුඛ සෞඛ්‍ය තොරතුරු බෙදා හැරීම සහ අදාළ පාර්ශ්ව කරුවන් සමඟ බෙදා ගැනීම සහතික කිරීම

උපායමාර්ගය 7: ජීවන අවධි සහ ස්ථානීය ප්‍රවේශය හරහා වඩා යහපත් මුඛ සෞඛ්‍යයක් සඳහා ප්‍රජාවන් සවිබල ගැන්වීම

7.1 ෆ්ලෝරයිඩ් වලට යෝග්‍ය සහ ඵලදායී ලෙස නිරාවරණය කිරීම සහ දුම්කොළ භාවිතය, මද්‍යසාර භාවිතය සහ සීනි අධික ආහාර වැනි පොදු අවදානම් සාධක අවම කිරීම ඇතුළුව මුඛ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා ප්‍රජාවන් සවිබල ගැන්වීම සඳහා අවශ්‍ය තොරතුරු සැපයීම සහ කුසලතා වර්ධනය කිරීම.

7.2 සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධන සැකසුම් (health promotion settings)- පාසල්, සේවා ස්ථාන, පෙර පාසල්, රෝහල්, ගම් සහ මව් හවුල්, සහ ප්‍රජා පාදක ප්‍රවේශයන් හරහා වඩා හොඳ මුඛ සෞඛ්‍යයක් සඳහා හිතකර පරිසරයක් ඇති කිරීම

උපායමාර්ගය 8: මුඛ සෞඛ්‍ය පර්යේෂණ සහ ඩිජිටල් නවෝත්පාදන දිරිමත් කිරීම සහ මතුවෙමින් පවතින ගැටලු නිරාකරණ හැකියාවන් ගොඩනැගීම

8.1 ශ්‍රී ලංකාව තුළ මුඛ සෞඛ්‍ය පර්යේෂණ පැවැත්වීම ප්‍රවර්ධනය කිරීම

8.2 ශ්‍රී ලංකාවේ මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා, මුඛ සෞඛ්‍ය පර්යේෂණ වල සොයාගැනීම්, ප්‍රචාරය කිරීම සහ භාවිතා කිරීම

8.3 රෝගීන් කේන්ද්‍ර කරගත් ඩිජිටල් සෞඛ්‍ය නවෝත්පාදන (digital health innovations) ප්‍රවර්ධනය කිරීම

8.4 මුඛ සෞඛ්‍ය අංශය ශක්තිමත් කිරීම සඳහා මතුවෙමින් පවතින ගැටලු (emerging issues) වලට විසඳුම් සෙවීම

II. වගකීම සහ අධිකාරිය

මුඛ සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්ති පිළිබඳ පරිපාලන අධිකාරිය සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ ලේකම් සතුය. සෞඛ්‍ය ලේකම්වරයාගේ ප්‍රධානත්වයෙන් මුඛ සෞඛ්‍ය පිළිබඳ ජාතික උපදේශක කමිටුවක් (national advisory committee on oral health), මගින් මේ සඳහා මගපෙන්වීම් සපයනු ලබන අතර මෙම ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්වරයා වගකිව යුතුය. නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (දත්ත වෛද්‍ය සේවා) මේ සම්බන්ධව කේන්ද්‍රස්ථානයක් ලෙස ක්‍රියා කරයි. පළාත් මට්ටමින් ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන් වගකිව යුතුය. දත්ත වෛද්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාලය, පළාත් සහ ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් මුඛ සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම සම්බන්ධීකරණය කරනු ඇත. පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය, ජාතික පිළිකා මර්දන වැඩසටහන සහ සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධන කාර්යාංශය යන ස්ථාපිත මුඛ සෞඛ්‍ය ඒකක සහිත අධ්‍යක්ෂක ආයතන ද මුඛ සෞඛ්‍ය ක්‍රියාකාරකම් සම්බන්ධීකරණය කරන අතර ජාතික ඉලක්ක සපුරා ගැනීමේ වගකීම දරයි.

III. අධීක්ෂණය සහ ඇගයීම

ජාතික මුඛ සෞඛ්‍ය වැඩසටහනෙහි ජාතික ඉලක්ක සපුරා ගැනීමේ වගකීම නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (දත්ත වෛද්‍ය සේවා) විසින් දරනු ලබයි. ඒ සඳහා, ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම (action plan) සහ අධීක්ෂණ සහ ඇගයීම් සැලැස්ම (monitoring and evaluation plan) හරහා, මෙම ප්‍රතිපත්තිය නිරන්තර අධීක්ෂණය සහ ඇගයීමකට ලක් කරනු ලැබේ. එම නිර්දේශ මුඛ සෞඛ්‍ය පිළිබඳ ජාතික උපදේශක කමිටුව (national advisory committee on oral health) වෙත යොමු කරනු ලැබේ. ජාතික ඉලක්ක සපුරා ගැනීම සඳහා සහාය වීම සඳහා මධ්‍ය කාලීන සහ පූර්ණ කාලීන ඇගයීම් සිදු කරනු ලැබේ.

ඇමුණුම

1. ශ්‍රී ලංකා ජාතික සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්තිය (2016 - 2025)
2. මාතෘ හා ළමා සෞඛ්‍ය පිළිබඳ ජාතික ප්‍රතිපත්තිය (2012)
3. නිදන්ගත බෝ නොවන රෝග වැළැක්වීම සහ පාලනය සඳහා ජාතික ප්‍රතිපත්ති සහ උපාය මාර්ගික රාමුව (2022)
4. සාර්ව සෞඛ්‍ය ආවරණය සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම පිළිබඳ ප්‍රතිපත්තිය (2018)
5. පිළිකා වැළැක්වීම සහ පාලනය පිළිබඳ ජාතික ප්‍රතිපත්ති සහ උපාය මාර්ගික රාමුව (2015)
6. ජාතික සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධන ප්‍රතිපත්තිය (2010)
7. සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ තත්ත්වය සහ ආරක්ෂාව පිළිබඳ ජාතික ප්‍රතිපත්තිය (2015)



வாய் சுகாதாரம் பற்றிய தேசிய கொள்கை

(2024 -2030)

பல் மருத்துவ சேவைகள் இயக்குநர் அலுவலகம்

சுகாதார அமைச்சு

இலங்கை

இலக்கு அமலுக்கு வரும் திகதி: மார்ச் 1, 2024

பொருளடக்கம்

1. அறிமுகம்.....	1
I. பின்னணி.....	1
II. நோக்கம் & சூழ்நிலை.....	8
III. அடிப்படைக் கோட்பாடு.....	9
2. கொள்கை கோட்பாடுகள்.....	12
3. கொள்கை அறிக்கைகள்.....	12
4. கொள்கை இலக்கு.....	12
5. பொருந்தக்கூடிய தன்மை & நோக்கம்.....	13
6. கொள்கை செயலாக்கம்.....	13
I. உத்திகள்.....	13
II. பொறுப்பு மற்றும் அதிகாரம்.....	17
III. கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீடு.....	17

DRUID

1. அறிமுகம்:

1. பின்னணி

வாய் சுகாதாரம் என்பது ஒட்டுமொத்த ஆரோக்கியம், நல்வாழ்வு மற்றும் வாழ்க்கைத் தரத்தின் முக்கிய குறிகாட்டியாகும். உலக சுகாதார அமைப்பு (WHO) வாய்வழி ஆரோக்கியத்தை வாய், பற்கள் மற்றும் வாய்-முக அவயவங்கள் என வரையறுக்கிறது, இது தனிநபர்கள் சாப்பிடுவது, சுவாசிப்பது மற்றும் பேசுவது போன்ற அத்தியாவசிய செயல்பாடுகளைச் செய்ய உதவுகிறது, மேலும் தன்னம்பிக்கை, நல்வாழ்வு மற்றும் வலி, அசௌகரியம் மற்றும் சங்கடம் இல்லாமல் பழகுவதற்கும், வேலை செய்வதற்குமுரிய திறன் போன்ற உளவியல் பரிமாணங்களை உள்ளடக்கியது.

வாய் சுகாதாரம் ஆரம்ப வாழ்க்கையிலிருந்து முதுமை வரை வாழ்நாள் முழுவதும் மாறுபடும் மற்றும் பொது சுகாதாரத்துடன் ஒருங்கிணைந்ததாகும். இது பல் சொத்தை, பற்சுற்றிழைய (ஈறு) நோய், பல் இழப்பு, வாய்ப் புற்றுநோய், ஃபுளோரோசிஸ், வாய்-முக அவயவங்களின் காயங்கள், மருத்துவ நிலைகளின் வாய்வழி வெளிப்பாடுகள் மற்றும் உதடு மற்றும் அண்ணப் பிளவு போன்ற பிறவிக் குறைகள் உள்ளிட்ட பல்வேறு நோய்கள் மற்றும் நிலைமைகளை உள்ளடக்கியது.

பொதுவான வாய் சம்பந்தமான நோய்கள் வயதுடன் தொடர்பானவை என்பதால், வாய் சுகாதார குறிகாட்டிகளை வரையறுப்பதில், உலக சுகாதார அமைப்பு (WHO) குறியீட்டு வயதுக் குழுக்களை வரையறுத்துள்ளது. பல் சொத்தை ஒரு குழந்தை பருவ நோயாகக் கருதப்படுகிறது, அதே சமயம் பற்சுற்றிழைய நோய்கள் மற்றும் வாய்ப் புற்றுநோய் பெரும்பாலும் வயதானவர்களிடையே காணப்படும் நோய்களாகும். உலக சுகாதார அமைப்பின் (WHO) அடிப்படை விதிகளுக்கு அமைய 10 ஆண்டுகளுக்கு ஒருமுறை நாடளாவிய ரீதியில் வாய் சுகாதார ஆய்வு நடத்தப்படுகிறது. அட்டவணை 1. ஆனது இலங்கையில் பல் சொத்தை மற்றும் பற்சுற்றிழைய நோய்களின் போக்குகளைக் காட்டுகிறது, இது அனைத்து வயதினரிடையேயும் வாய் சுகாதார நிலையில் பல ஆண்டுகளாக முன்னேற்றம் இருப்பதை சுட்டிக்காட்டுகிறது.

அட்டவணை 1: பல் சொத்தை மற்றும் பற்சுற்றிழைய நோய்கள் - இலங்கையின் போக்குகள் (ஆதாரம்- சுகாதார அமைச்சு- தேசிய வாய் சுகாதார ஆய்வு)

வயது குழு	காட்டி	1983/84	1994/95	2002/03	2015/16
5 வயது	பல் சொத்தை பரவல்	78%	76.4%	65.5%	63.1%
	சராசரி dmft	4.4	4.1	3.6	3.0
12 வயது	பல் சொத்தை பரவல்	67%	53.1%	40.0%	30.4%
	சராசரி DMFT	1.9	1.4	0.9	0.6
	பற்சுற்றிழைய நோய்கள் இல்லாமல்	12%	13.4%	23.31%	55.3%
15 வயது	பல் சொத்தை பரவல்	-	69.7%	52.2%	41.5%
	சராசரி DMFT	-	2.5	1.5	1.0
	பற்சுற்றிழைய நோய்கள் இல்லாமல்	-	12.7%	25.49%	53.5%
35-44 வயது	பல் சொத்தை பரவல்	92%	91.1%	89.8%	92.5%
	சராசரி DMFT	9.2	10.1	8.4	6.5
	பற்சுற்றிழைய நோய்கள் இல்லாமல்	5%	2.1%	9.7%	47.4%
65-74 வயது	பல் சொத்தை பரவல்	-	64.5%	71.1%	98.3%
	சராசரி DMFT	-	22.5	17.2	18.4

dmft : சிதைந்த, காணாமல் போன மற்றும் நிரப்பப்பட்ட பற்களின் எண்ணிக்கை- முதன்மை பற்கள்

DMFT: சிதைந்த, காணாமல் போன மற்றும் நிரப்பப்பட்ட பற்களின் எண்ணிக்கை- நிரந்தர பற்கள்

பல் சொத்தை, பற்சுற்றிழைய நோய், வாய்ப்புற்று நோய், பல் வரிசை சீரின்மை, உதடு மற்றும் அண்ணப் பிளவு குறைபாடுகள் ஆகியவை இலங்கையில் மிகவும் பொதுவான வாய் சம்பந்தமான சுகாதார நிலைமைகளாகும். தற்போது, 12 வயது (ஒப்பிடுவதற்குப் பயன்படுத்தப்படும் குறியீட்டு வயதுக் குழு) குழந்தைகளிடையே பல் சொத்தையின் அளவு அதிக வருமானம் கொண்ட நாடுகளுக்கு இணையாக உள்ளது. நாட்டில் ஃபுளோரைடு கலந்த பற்பசையின் பரவலான இருப்பு மற்றும் அதிகரித்த பயன்பாடு ஒரு முக்கிய பங்களிக்கும் காரணியாக இருக்கலாம், ஏனெனில் 12 வயதுடையவர்களில் 80% ஆனவர்கள் பற்களை சுத்தப்படுத்துவதற்கு

ஃபுளோரைடு அடங்கிய பற்பசையைப் பயன்படுத்துகின்றனர். 2015-16 ஆய்வானது 1994-95 ஆம் ஆண்டின் தேசிய வாய் சுகாதார ஆய்வுடன் ஒப்பிடும் போது, பற்கள் இழந்த வாய் பரவலானது 25.6% குறைவடைந்துள்ளது, இது ஃபுளோரைடு அடங்கிய பற்பசையின் அதிகரித்த பயன்பாட்டின் காரணமாக இருக்கலாம். ஆயினும் கூட, 65-74 வயதுடைய குழுவினரிடையே பற்கள் இழந்த வாய் பரவலானது 11.3% ஆக காணப்படுகின்றது, மேலும் இந்த வயதினரில் 3.1% ஆனவர்கள் மட்டுமே மேல் மற்றும் கீழ் முழு செயற்கை பல் தொகுதியைப் (full dentures) பயன்படுத்துகின்றனர் (தேசிய வாய் சுகாதார ஆய்வு, 2015-16).

இலங்கை ஆண்களிடையே வாய்ப் புற்றுநோயானது முன்னணி புற்றுநோயாக காணப்படுகிறது, இது முக்கியமாக வெற்றிலையுடன் புகையிலை மற்றும் பாக்கு மெல்லும் பழக்கம் மற்றும் புகையற்ற புகையிலையின் பயன்பாடு ஆகியவற்றால் ஏற்படுகிறது. STEPS கணக்கெடுப்பு 2021 இன் படி, 19.7% ஆண்களும் 3.2% பெண்களும் தினமும் புகையற்ற புகையிலையைப் பயன்படுத்துகின்றனர். ஆண்களிடையே வாய் புற்றுநோய் பாதிப்பு விகிதம் 100,000 சனத்தொகைக்கு 22.0 ஆகவும் பெண்களிடையே 5.8 ஆகவும் இருந்தது (இலங்கை புற்றுநோய் பதிவேடு, 2020). வாய்ப்புற்று நோயின் வியாதி நிர்ணயம் செய்யும் தருணத்தில் நடத்தப்பட்ட படிநிலைப்படுத்துதலின் போது 42.9% வீதமானவை நிலை IV இல் காணப்படுகின்றன, அதே நேரத்தில் 7.1% மட்டுமே நிலை I இல் காணப்படுகின்றன. இது வாய்ப் புற்றுநோய் தாமதமாக கண்டறியப்படுவதை குறிக்கிறது.

12 வயதுக்குட்பட்டவர்களிடையே 15.7% கடுமையான பல் வரிசை சீரின்மை இருப்பது (தேசிய வாய் சுகாதார ஆய்வு, 2015-2016) சிறுவர்கள் மத்தியில் பல் சீரமைப்பு சிகிச்சையின் அவசியத்தைக் குறிக்கிறது. உலகளாவியரீதியில் பொதுவான பிறவிக்குறைபாடுகளிடையே, உதடு மற்றும் அண்ணப் பிளவு குறைபாடுகள் இரண்டாவதாக காணப்படுகிறது, முறையே பிறப்பு சதவிகிதமானது சராசரியாக 500 இல் 1, 1000 இல் 1 என்ற அளவில் காணப்படுகிறது, மற்றும் இலங்கை உட்பட குறைந்த வருமானம் மற்றும் அபிவிருத்தி அடைந்து வரும் நாடுகளில் அதிக எண்ணிக்கையில் ஏற்படுகின்றன.

மேலும், வாய் சம்பந்தமான நோய்கள் மற்றும் நிலைமைகளை எதிர்கொள்ளும் பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்களுக்கு குறிப்பிட்ட சிறப்பு கவனம் தேவை. நிலத்தடி நீர் ஃபுளோரைடு அளவைப் பொறுத்து இலங்கையில் உலர் வலயத்தில் சில பகுதிகளில் ஃபுளோரோசிஸ் காணப்படுகிறது. சமூகப் பொருளாதார ரீதியாக பின்தங்கிய குழந்தைகள், சிறப்புத் தேவைகள் உள்ள குழந்தைகள் மற்றும் சிறுவர் இல்லங்கள் மற்றும் சிறைச்சாலைகளில் உள்ள தனிநபர்கள் போன்ற

நிறுவனமயமாக்கப்பட்ட மக்கள்தொகைப் பிரிவுகளில் பல் சொத்தையின் துருவமுனைப்பு (polarisation) காணப்படுகிறது. இத்தகைய குழுக்களிடையே பற்சுற்றிழைய நோய்களும் பொதுவாக காணப்படுகின்றன. தோட்டத் தொழிலாளர்கள், மீனவர்கள், போக்குவரத்துத் தொழிலாளர்கள் மற்றும் சுரங்கத் தொழிலாளர்கள் போன்ற தொழில் குழுக்களுக்கு வாயிலே ஏற்படக் கூடிய புற்றுநோயை தோற்றுவிக்கும் வீரியம் மிக்க நோய்கள் (opmd) மற்றும் வாய்ப் புற்றுநோய்க்கான அதிக ஆபத்துக்கள் உள்ளன.

சனத்தொகையில் மூன்றில் இரண்டு பங்கினர் (64%) 5km சுற்றளவில் அரசாங்க பல் மருத்துவ மனையை அணுகியிருக்கின்றனர். நாட்டில் வாய் சம்பந்தமான நோய்கள் அதிகமாக பரவியுள்ள போதிலும், இலங்கையில் குறிப்பிடத்தக்க 19.7% பேர் 65 வயதிற்குள் பல் பராமரிப்பை ஒருபோதும் நாடவில்லை, இது வாய் சம்பந்தமான ஆரோக்கியத்தை தேடும் நடத்தையின் நிலையை எடுத்துக்காட்டுகிறது (தேசிய வாய் சுகாதார ஆய்வு, 2015-16).

மாநில வாய் சுகாதார விநியோக அமைப்பானது, துணை இயக்குநர் ஜெனரல் (பல் மருத்துவ சேவைகள்) தலைமையில் உள்ளது. குடும்ப சுகாதார பணியகம், தேசிய புற்றுநோய் கட்டுப்பாட்டு திட்டங்கள், தொற்றா நோய்களுக்கான இயக்குநர் அலுவலகம் மற்றும் சுகாதார மேம்பாட்டு பணியகம் ஆகியவற்றின் தேசிய திட்டங்கள் மூலம் பள்ளிகளின் சுகாதாரம், தாய் மற்றும் குழந்தை ஆரோக்கியம், புற்றுநோய் கட்டுப்பாடு மற்றும் சுகாதார மேம்பாட்டு நடவடிக்கைகள் ஆகியவற்றில் வாய் சுகாதாரம் ஒருங்கிணைக்கப்பட்டுள்ளது. பிராந்திய பல் வைத்திய அதிகாரி தேசிய மற்றும் பிராந்திய மட்டத்தை இணைக்கும் ஒரு மைய புள்ளியாக (focal point) செயல்படுகின்றார்.

இலங்கையில் பல் வைத்தியர் மக்கள் தொகை விகிதம் 1:12460 ஆகும், இது உலகளாவிய ரீதியாக ஒப்பிடுகையில் மிகவும் குறைவாகும். அரசுத் துறையில், அனைத்து நிலை மருத்துவமனைகளிலும் வெளிநோயாளர்களுக்கான வாய் சுகாதார சிகிச்சை உள்ளது. தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட இரண்டாம் நிலை பராமரிப்பு நிலை மற்றும் மூன்றாம் நிலை பராமரிப்பு நிலை மருத்துவமனைகளில் வாய் மற்றும் முக-தாடை அறுவை சிகிச்சை (oral and maxillofacial surgery), மறுசீரமைப்பு பல் மருத்துவம் (restorative dentistry), பல் சீராக்கல் (orthodontics) மற்றும் வாய் சம்பந்தமான நோயியல் (oral pathology) ஆகியவற்றில் சிறப்புப் பராமரிப்பு வழங்கப்படுகிறது.

மொத்தமாக 766 பிரதேச மருத்துவமனைகள் மற்றும் 135 முதன்மை மருத்துவப் பிரிவுகளில் வாய் சுகாதாரம் தொடர்பான ஆரம்ப சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்கப்படுகிறது. மேலும், சுகாதார மருத்துவ அதிகாரி (Medical Officer of Health) பகுதிகளில் உள்ள சமூக வாய் சுகாதார சேவைகள் மொத்தமாக 169, இவை இளம்பருவ பல் மருத்துவ மனைகள் (Adolescent Dental Clinics), சமூக பல் மருத்துவ மனைகள் (Community Dental

Clinics) மற்றும் சுகாதார மருத்துவ அதிகாரி அலுவலகங்களில் செயல்படும் பல்மருத்துவ கிளினிக்குகள் ஆகும் (சுகாதார அமைச்சகம், 2023). இளம்பருவ பல் மருத்துவ மனைகள் (Adolescent Dental Clinics), சமூக பல் மருத்துவ மனைகள் (Community Dental Clinics) மற்றும் சுகாதார மருத்துவ அதிகாரி அலுவலகங்களில் செயல்படும் பல்மருத்துவ கிளினிக்குகளில் அரசாங்கத் துறையிலுள்ள சுமார் 166 பல் வைத்தியர்கள் இணைக்கப்பட்டுள்ளனர். அவர்கள் 3 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகள், 13 வயதுக்கு மேற்பட்ட பள்ளிச் சிறுவர்கள், கர்ப்பிணித் தாய்மார்கள் மற்றும் சிறப்பு சுகாதாரத் தேவைகள் உள்ள தனிநபர்களை உள்ளடக்கிய, அடையாளம் காணப்பட்ட முன்னுரிமை குழுக்களுக்கு விரிவான வாய் சுகாதார சேவையை வழங்குகிறார்கள். பல் பராமரிப்புக்கான அணுகலை அதிகரிக்க, அரசுத் துறையானது மத்திய மற்றும் மாகாண சுகாதார சேவைகள் மூலம் நடமாடும் பல் மருத்துவ சேவைகளை வழங்குகிறது.

அரசாங்க வாய் சுகாதார சேவை வழங்கல் வலையமைப்புக்கு மேலதிகமாக, தனியார் பல் மருத்துவ நிலையங்கள் நாடு முழுவதும் சிதறிக்கிடக்கின்றன. சுமார் 250 முதல் 300 பல் வைத்தியர்கள் முழு நேர தனியார் பயிற்சியில் ஈடுபட்டுள்ளனர். கூடுதலாக, 60% முதல் 70% ஆன அரசுப் பணியில் உள்ள பல் வைத்தியர்கள் இரட்டைப் பயிற்சியில் ஈடுபடுகின்றனர். 2021 ஆம் ஆண்டிற்கான இலங்கையில் உள்ள வாய் சுகாதார பணியாளர்களை அட்டவணை 2 குறிப்பிடுகிறது.

அட்டவணை 2: இலங்கையில் உள்ள வாய் சுகாதார பணியாளர்கள்

வகை	எண்
பல் ஆலோசகர்கள் (வாய் மற்றும் முக-தாடை அறுவை சிகிச்சை, மறுசீரமைப்பு பல் மருத்துவம், பல் சீராக்கல் மற்றும் வாய் சம்பந்தமான நோயியல் மற்றும் சமூக பல் மருத்துவம்)*	125
பல் வைத்தியர்கள்*	1654
பாடசாலை பற்சிகிச்சையாளர்கள்	356
பற்சிகிச்சை ஆய்வுகூட தொழில்நுட்பவியலாளர்கள்	44

*சுகாதார அமைச்சு, பாதுகாப்பு அமைச்சு மற்றும் பல்கலைக்கழகங்களில்

பாடசாலை பற்சிகிச்சையாளர்கள் (School Dental Therapists) 3 முதல் 13 வயது வரையிலான குழந்தைகளுக்கு முதன்மை மற்றும் இரண்டாம் நிலை தடுப்பு பராமரிப்பு வழங்குகிறார்கள். மேலும், முன்னுரிமை குழுக்களில் சிறப்பு கவனம் செலுத்துவதன் மூலம் சமூகத்தில் வாய்

சுகாதார விழிப்புணர்வை மேம்படுத்துவதில் பாடசாலை பற்சிகிச்சையாளர்கள் முக்கிய பங்கு வகிக்கின்றனர். தடுப்பு மற்றும் ஊக்குவிப்பு வாய் சுகாதாரப் பராமரிப்பை வழங்கும் ஆரம்ப சுகாதாரக் குழுவின் ஒருங்கிணைந்த உறுப்பினராகவும் அவர்கள் பணியாற்றுகின்றனர். பாடசாலை பற்சிகிச்சையாளர்கள் அடிப்படை பள்ளிகள் என குறிப்பிடப்படும் பள்ளிகளில் நிறுவப்பட்ட பள்ளி பல் மருத்துவ மையங்களில் இருந்து செயல்படுகின்றனர். கூடுதலாக, ஒவ்வொரு பாடசாலை பற்சிகிச்சையாளருக்கும் அருகிலுள்ள பல பள்ளிகள் சார்புப் பள்ளிகள் (feeder school) என அழைக்கப்படுகின்றன, அங்கு அவர் தனது பொறுப்புகளின் வரம்பிற்குள் விரிவான வாய் சுகாதார சேவையை வழங்குகிறார். ஒரு பாடசாலை பற்சிகிச்சையாளருக்கான நிலையான இலக்கு மக்கள்தொகை 2000 பள்ளிக் குழந்தைகள் மற்றும் 500 பாலர் குழந்தைகள் என நிர்ணயிக்கப்பட்டாலும், பாடசாலை பற்சிகிச்சையாளருக்கு உள்ளடக்கப்பட்ட தற்போதைய சராசரி இலக்கு மக்கள் தொகை 3103 ஆகும். பற்றாக்குறைக்கு கூடுதலாக, நாடு முழுவதும் பாடசாலை பற்சிகிச்சையாளர்களின் குறிப்பிடத்தக்க தவறான விநியோகம் (maldistribution) உள்ளது.

மேலும், ஏனைய சுகாதார ஊழியர்களான பொது சுகாதார மருத்துவிச்சிகள், பொது சுகாதார பரிசோதகர்கள், பொது சுகாதார தாதி உத்தியோகத்தர்கள், தாதி உத்தியோகத்தர்கள், சுகாதார வைத்திய அதிகாரிகள் மற்றும் மருத்துவ உத்தியோகத்தர்கள் இலங்கையர்களின் வாய் சுகாதார நிலையை மேம்படுத்துவதற்கு பங்களிக்கின்றனர். மேலும், முன் பள்ளி ஆசிரியர்கள் மற்றும் ஆரம்ப பாடசாலை ஆசிரியர்களும் வாய் சுகாதார மேம்பாட்டு முயற்சிகளில் தீவிரமாக பங்கேற்கின்றனர்.

பல் பராமரிப்பு சேவையை வழங்குவதற்கு கணிசமான அளவு உபகரணங்கள் மற்றும் தொழில்நுட்பம் தேவைப்படுகிறது, இது ஒவ்வொரு நிறுவனத்திலும் வழங்கப்படும் பராமரிப்பின் அளவைப் பொறுத்து அரசாங்கம் வழங்குகிறது. சுகாதார அமைச்சின் மருத்துவ விநியோகப் பிரிவின் ஊடாக பல் சுகாதாரம் சம்பந்தமான விநியோகங்கள் (dental supplies) வழங்கப்படுகின்றன.

நாட்டில் வாய் சம்பந்தமான நோய்களின் சுமையைக் குறைக்க நடத்தை மாற்றம் அவசியமாகும். நடத்தை மாற்றத்தின் முக்கிய கவனம் BCD மூலம் வாய் ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்துவதாகும்: வாய் சுகாதாரத்தை மேம்படுத்துவதற்காக பல் துலக்குதல், வாய் சம்பந்தமான நோய்கள் மற்றும் நிலைமைகளை முன்கூட்டியே கண்டறிவதற்கான சோதனை (வாய்வழி), மற்றும் பல் சொத்தையைத் தடுப்பதற்கான உணவுமுறை. குறிப்பாக பெண்களிடையே உயர் கல்வியறிவு விகிதம் மற்றும் பொது சுகாதார

அமைப்பில் உள்ள நம்பிக்கையின் காரணமாக மருத்துவ ஆலோசனைக்கு இணங்குவது நடத்தை மாற்றத்தை எளிதாக்குகிறது. எவ்வாறாயினும், வெற்றிலை மெல்லும் கலாச்சார, மத பிணைப்பு மற்றும் பாரம்பரிய உணவுடன் இணைக்கப்பட்ட சர்க்கரை நுகர்வு அதிகரிப்பு மற்றும் குறிப்பாக குழந்தைகளை இலக்காகக் கொண்ட சர்க்கரைப் பொருட்களின் பரவலான வணிக ஊக்குவிப்பு ஆகியவற்றின் காரணமாக சவால்கள் எழுகின்றன. மேலதிகமாக, ஃபுளோரைடு அடங்கிய பற்பசை மற்றும் பற்காரிகை ஆகியன இலகுவாக கிடைக்கக் கூடியமை, மக்கள் தொகையில் சில பிரிவினரிடையே சிறந்த வாய்ச்சுகாதாரத்திற்கு பங்களிக்கின்றன.

சுகாதார அமைச்சானது அரசு துறையின் வாய் சுகாதார சேவை வழங்கல் மற்றும் தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட வாய் சம்பந்தமான நோய்களின் சுமை பற்றிய தரவுகளை நாடளாவிய ரீதியில் தொடர்ந்து சேகரிக்க தீவிர நுணங்கு மேற்பார்வை (active surveillance) பொறிமுறையை கொண்டுள்ளது. எவ்வாறாயினும், தற்போதுள்ள வாய் சுகாதார தகவல் அமைப்பானது, காகித அடிப்படையிலான முறையை நம்பியுள்ளது, இது உடனடி தரவு சார்ந்த முடிவெடுப்பதற்கான சிறந்த ஊக்கத்தை கட்டுப்படுத்துகிறது

தற்போது, பல உலகளாவிய, பிராந்திய மற்றும் தேசிய முன்முயற்சிகள் வாய் ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்த உதவுகின்றன. 2021 இல், 74 வது உலக சுகாதார சபையில், மற்ற உறுப்பு நாடுகளுடன் இலங்கை தலைமையிலான தீர்மானத்தின் மூலம் வாய் சுகாதாரம் ஒரு நிரல் உருப்படியாக (agenda item) அங்கீகரிக்கப்பட்டது. இது பகிரப்பட்ட ஆபத்து காரணிகளை (shared risk factors) நிவர்த்தி செய்தல், நிலையான மற்றும் தரமான பராமரிப்பை வழங்குவதற்கான வாய் சுகாதார நிபுணர்களின் திறனை மேம்படுத்துதல் மற்றும் உலகளாவிய சுகாதார பாதுகாப்பு (Universal Health Coverage) நன்மை தொகுப்புகளில் (package) வாய் சம்பந்தமான சுகாதாரத்தை உள்ளடக்குதல் ஆகியவற்றின் முக்கியத்துவத்தை எடுத்துரைத்தது. மேலும் இது 2030 இலக்குகளுடன் வாய் சுகாதாரம் குறித்த உலகளாவிய மூலோபாயம் (global strategy) மற்றும் செயல் திட்டத்தை (action plan) உருவாக்குமாறு உலக சுகாதார அமைப்பிடம் (WHO) கோரிக்கை விடுத்துள்ளது.

மினமாட்டா உடன்படிக்கையில் இலங்கையும் கையொப்பமிட்டுள்ளது மற்றும் பல் மறுசீரமைப்புக்காக பாதரச கலவையைப் (mercury alloy) பயன்படுத்துவதை படிப்படியாகக் குறைத்து, மாற்று மறுசீரமைப்பு பொருட்களுக்கு நாடு மாறியுள்ளது. புகையிலை மற்றும் மதுசாரம் மீதான தேசிய அதிகாரசபை (NATA) சட்டம் 2016 ஆம் ஆண்டில் திருத்தப்பட்டது, இது புகையில்லா புகையிலை பொருட்களை உற்பத்தி செய்வது, இறக்குமதி செய்வது, விற்பனை செய்வது அல்லது விற்பனைக்கு வழங்குவது ஆகியவற்றை தடை செய்கிறது. இலங்கையில் 2017 ஆம் ஆண்டு வகை 2 நீரிழிவு நோய், உடல் பருமன்

மற்றும் பல் சொத்தையைத் தடுக்க சர்க்கரை நுகர்வை குறைக்கும் நோக்கத்துடன், சர்க்கரை-இனிப்பு பானங்கள் வரி விதிக்கப்பட்டது.

II. நோக்கம் & சூழ்நிலை

இலங்கை அரசாங்கம் சுகாதார சேவைகளை விநியோகப் புள்ளியில் (point of delivery) இலவசமாக வழங்குகிறது. சுதந்திரத்திற்கு பிந்தைய காலம் முழுவதும் சமூக நலன் என்பது அரசாங்கத்தின் முன்னுரிமையாக இருந்து வருகிறது. இந்தக் கொள்கையானது மே மாதம் 2022 இல் எழுபத்தி ஐந்தாவது உலக சுகாதாரச் சபையில் (A75/10 Add.1 மற்றும் WHA75(11)) ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்ட 'வாய்ச்சுகாதாரத்திற்கான உலகளாவிய மூலோபாயம்' மூலம் வழிநடத்தப்படுகிறது; தென்கிழக்கு ஆசியாவிற்கான உலக சுகாதார அமைப்பின் (WHO) பிராந்தியக் குழுவின் தீர்மானம் (SEA/RC75/R2)- 9/9/2022 தேதியிட்ட தென்கிழக்கு ஆசிய பிராந்தியத்தில், வாய்சுகாதார மற்றும் ஒருங்கிணைந்த கண் பராமரிப்பு உட்பட, தொற்றா நோய்களுக்கான கண்காணிப்பு முன்னேற்றம் மற்றும் துரித திட்டம்; மே மாதம் 2021 தேதியிட்ட வாய்ச்சுகாதாரம் (WHA74.5) பற்றிய தீர்மானம்; வரைவு உலகளாவிய வாய்ச்சுகாதார செயல் திட்டம் (2023-2030), 'தென்-கிழக்கு ஆசியாவில் வாய்ச்சுகாதாரத்திற்கான செயல் திட்டம் 2022-2030 (வாய்ச்சுகாதாரத்திற்கான உலகளாவிய சுகாதார பாதுகாப்பு நோக்கி)-2022' மற்றும் FDI பொதுச் சபையால் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்ட FDI கொள்கை அறிக்கைகள்: செப்டம்பர் 2023, சிட்னி, ஆஸ்திரேலியா.

இந்தக் கொள்கையானது தேசிய சுகாதாரக் கொள்கை 2016-2025 மற்றும் பிற சுகாதாரக் கொள்கைகள் (தாய் மற்றும் குழந்தை நலம் பற்றிய தேசியக் கொள்கை, நாள்பட்ட தொற்றாத நோய்களைத் தடுப்பதற்கும் கட்டுப்படுத்துவதற்குமான தேசியக் கொள்கை மற்றும் மூலோபாயக் கட்டமைப்பு, உலகளாவிய சுகாதார பாதுகாப்புக்காக (Universal Health Coverage) சுகாதார விநியோக கொள்கை, புற்றுநோய் தடுப்பு மற்றும் கட்டுப்பாட்டுக்கான தேசிய கொள்கை மற்றும் மூலோபாய கட்டமைப்பு, தேசிய சுகாதார மேம்பாட்டுக் கொள்கை, சுகாதாரத் தரம் மற்றும் பாதுகாப்புக்கான தேசியக் கொள்கை) மற்றும் பொருத்தமான அரசாங்கத்தின் சுகாதாரமற்ற கொள்கைகள் ஆகியவற்றுடன் ஒத்திசைவாகவுள்ளது. விரிவான சமூக பாதுகாப்பு வலைப்பின்னல்கள் மூலம் சமூக நீதியின் முக்கியத்துவத்தை அங்கீகரிக்கும் 2048 ஆம் ஆண்டிற்குள் நமது நாட்டை முழு வளர்ச்சியடைந்த நாடாக மாற்றும் அரசாங்கத்தின் குறிக்கோளுடன் இது ஒத்துப்போகிறது.

III. அடிப்படைக் கோட்பாடு

பல வாய் சம்பந்தமான நோய்களைத் தடுக்கும் திறன் இருந்தபோதிலும், அவற்றைத் தடுப்பதற்கும் கட்டுப்படுத்துவதற்கும் செலவு குறைந்த ஆதார அடிப்படையிலான உத்திகள் இருந்தாலும், இலங்கை மக்களிடையே வாய் சம்பந்தமான நோய்களின் கணிசமான சுமை நீடிக்கிறது. அரசாங்கத் துறையில் வாய் சுகாதாரச் சேவைகள் விநியோகப் புள்ளியில் (point of delivery) இலவசமாகக் கிடைத்தாலும் கூட, மக்களின் மோசமான வாய் சுகாதாரத்தை தேடும் நடத்தை குறித்து குறிப்பிடத்தக்க கவனம் (concern) தேவையாக உள்ளது.

வாய் சுகாதார சேவைகள் ஆரம்ப சுகாதார நிலை வசதிகளில் முழுமையாக ஒருங்கிணைக்கப்படவில்லை, இதன் விளைவாக சில புவியியல் பகுதிகளில் வாய் சுகாதார சேவைகளை அணுகுவதில் சிக்கல்கள் உள்ளன. ஒரு செயற்பாட்டு பரிந்துரை அமைப்புடன் (functional referral system) இணைந்து போதுமான மற்றும் சமநிலையாக விநியோகிக்கப்பட்ட உட்கட்டமைப்பு வசதிகள் மற்றும் பணியாளர்களை நிறுவுதல் உலகளாவிய சுகாதார பாதுகாப்பை (Universal Health Coverage), அடைய பங்களிக்கும். கர்ப்பிணித் தாய்மார்கள், முன் பள்ளி மற்றும் பள்ளி குழந்தைகள் மற்றும் பிற முன்னுரிமை குழுக்களை இலக்காகக் கொண்ட தற்போதைய சுகாதார திட்டங்களில் வாய் சுகாதாரத்தை ஒருங்கிணைப்பதற்கான முழு சாத்தியமும் சேவை வழங்குபவர்கள் மற்றும் பங்குதாரர்களிடையே போதுமான ஒருங்கிணைப்பு இல்லாததால் உணரப்படவில்லை.

வாய் சம்பந்தமான நோய்களைத் தடுப்பதற்கு நல்ல வாய் சுகாதாரப் பழக்கவழக்கங்கள் அவசியம். கர்ப்பம் மற்றும் ஆரம்ப வருடங்களில் தொடங்கி வாழ்க்கைச் சுழற்சி முழுவதும் வாய் சுகாதார கல்வியறிவை மேம்படுத்துவது, அனைத்து இலங்கையர்களும் 80 வயதிற்குள் குறைந்தபட்சம் 20 செயல்பாட்டு பற்களை வைத்திருப்பதை உறுதி செய்வதை இலக்காகக் கொள்ள வேண்டும். இருப்பினும், வயது வந்தோர் மற்றும் முதியோர் குழுக்களிடையே வாய் சுகாதார விழிப்புணர்வு முயற்சிகளில் குறைவான கவனமே காணப்படுகிறது.

வாய் சுகாதார சேவைகளை அணுகுவதில் உள்ள சிரமங்கள் உட்பட, சுகாதார அமைப்பில் உள்ள குறைபாடுகள் மற்றும் விழிப்புணர்வு இல்லாமை காரணமாக வயது வந்தவர்கள் மற்றும் முதியவர்கள் வழக்கமான பல் பரிசோதனைகளுக்கு வருவதில்லை. இது இறுதியில் வாய் சம்பந்தமான நோய்களை தாமதமாக கண்டறிவதற்கு இட்டுச் செல்வதன் காரணமாக பற்கள் விழுதல் அல்லது பல் பிரித்தெடுத்தல்களுக்கு (tooth extraction) வழிவகுக்கிறது, இதன் விளைவாக முழுமையான அல்லது பகுதியளவு பற்கள் இழந்த வாய் (இயற்கையான பற்கள் இழப்பு) ஏற்படுகிறது. இலங்கையில் வளர்ந்து வரும் முதியோர் சனத்தொகை மற்றும் இந்த மக்களின் வாய் சுகாதார தேவைகளை நிவர்த்தி செய்வதற்காக வடிவமைக்கப்பட்ட

சமூக அடிப்படையிலான வேலைத்திட்டங்களின் போதாமை ஆகியவற்றால் இந்த பிரச்சனை மேலும் மோசமடைந்துள்ளது. பற்கள் இழந்த வாய், ஊட்டச்சத்து மற்றும் சமூக நல்வாழ்வை நேர்மறையாக மோசமாக பாதிக்கிறது. தீர்வாக செயற்கை பற்களை வழங்க சமூக சேவைகளைப் பயன்படுத்துவதற்கான சாத்தியக்கூறுகள் இன்னும் ஆராயப்படவில்லை. முதியோர் வாய் சுகாதார சேவைகள் பொது சுகாதாரத்தில் போதுமான அளவில் ஒருங்கிணைக்கப்படவில்லை, இதனால் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் சமூக பொருளாதார நிலையுடன் பொருத்தமான மறுசீரமைப்பு பல் மருத்துவ தலையீடுகளை சேர்ப்பது சுகாதார துறைக்கு சவாலாக உள்ளது.

அதிக ஆபத்துள்ள தொழில் குழுக்களிடையே (தோட்டத் தொழிலாளர்கள், மீனவர்கள், போக்குவரத்துத் தொழிலாளர்கள் மற்றும் சுரங்கத் தொழிலாளர்கள்) வாய் புற்றுநோயை பரிசோதிப்பதற்கும், குழந்தைகள் மற்றும் பின்தங்கிய சமூகத்தினரிடையே பல் சொத்தை உள்ளிட்ட பிற வாய் சம்பந்தமான நிலைமைகளை பரிசோதிப்பதற்கும், குறிப்பாக நடமாடும் பல் மருத்துவ பிரிவுகளின் பற்றாக்குறை காணப்படுகிறது, இது வாய்வழி நோய்களின் ஆரம்பகால நோயறிதலைத் தடுக்கிறது.

மக்களின் வாய் ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்த, பற்பசை மற்றும் பற்காரிகை ஆகியவற்றின் மீதான வரியைக் குறைப்பது அவற்றை மிகவும் மலிவாக கிடைக்கச் செய்கிறது. அதே நேரத்தில், சரியான பல் துலக்குதல் நுட்பத்தில் சமூக நடத்தை மாற்ற பிரச்சாரங்களை நடத்துவது மிகவும் அத்தியாவசியமானது. கூடுதலாக, பல் சொத்தையை நிர்வகிப்பதற்கு ஃபுளோரைடு தயாரிப்புகளைப் பயன்படுத்துவது உட்பட, மக்களின் வாய்வழி ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்துவதற்கு உகந்த ஃபுளோரைடு விநியோகம் குறித்த நாட்டிற்கேயுரிய திட்டவட்டமான வழிகாட்டுதல்கள் தேவைப்படுகிறது.

விழிப்புணர்வு நிகழ்ச்சிகள் மூலம் சர்க்கரை உணவுகளை வணிக ரீதியாக மேம்படுத்துவதை எதிர்த்துப் போராடுவதற்கான முயற்சிகள் மற்றும் சர்க்கரை-இனிப்பு பானங்கள் (SSB) மீதான வரியை அதிகரிப்பது போன்ற உணவு சூழலை மேம்படுத்துவதற்கான ஆதார அடிப்படையிலான விருப்பங்களை வலியுறுத்தல் அவசியமாகும். NATA சட்டத்தை வலுப்படுத்துவதன் மூலம் புகையில்லா புகையிலை பொருட்களை எளிதாக அணுகுவது குறைக்கப்பட வேண்டும்.

வாய் சுகாதார சேவையை வழங்குவதில் 'இலங்கை அத்தியாவசிய சுகாதார சேவைகள் தொகுப்பை' (Sri Lanka Essential Health Services Package) (2019) நடைமுறைப்படுத்துவது மிகவும் உகந்ததாகும். உலகளாவிய சுகாதார பாதுகாப்புக்காக (Universal Health Coverage) (2018) சுகாதார விநியோக கொள்கையில் காட்டப்பட்டுள்ளபடி, வாய் சுகாதாரத்தை பகிரப்பட்ட பராமரிப்பு தொகுதி அமைப்பில் (shared care cluster system)

ஒருங்கிணைப்பதற்கான ஒரு வழிமுறை அடையாளம் காணப்படவில்லை.

தற்போது தேசிய அத்தியாவசிய மருந்துப் பட்டியலில், WHO இன் அத்தியாவசிய மருந்துகளின் மாதிரி பட்டியலில் (இணைப்பு 1) இணைக்கப்பட்டுள்ள அனைத்து பல் மருந்துகள் மற்றும் தயாரிப்புகள் இணைக்கப்படவில்லை. இதனால் நாட்டில் அத்தியாவசியமான பல் மருந்துகள் கிடைப்பது தடைப்படுகிறது. நவீன தொழிலாளர் திறன் கலவை மாதிரிகள் கண்டறியப்பட்டு நடைமுறைப்படுத்தப்படவில்லை, மேலும் தற்போதைய சுகாதாரப் பணியாளர் பயிற்சியானது மக்களின் வாய் சுகாதாரத் தேவைகளுக்கு ஏற்புடைய வகையில் உகந்ததாக இல்லை.

மேலும், வரையறுக்கப்பட்ட வளங்களுடன் தொடர்புடைய சவால்களை எதிர்கொள்வது, பல் சீராக்கல் மற்றும் மறுசீரமைப்பு பல் மருத்துவத்தில் சிறப்பு கவனிப்புக்கு முன்னுரிமை அளிக்க, முன்னரே தீர்மானிக்கப்பட்ட அளவுகோல்கள் உட்பட நிறுவப்பட்ட வழிமுறைகளின் தேவைப்பாடு உள்ளது. வாய் மற்றும் முக-தாடை அறுவை சிகிச்சை சேவைகள், குறிப்பாக வாய் மற்றும் முக பிறவி குறைபாடுகள் மற்றும் அதிர்ச்சியை நிர்வகிப்பதற்கான கவனிப்பின் அளவை அடிப்படையாகக் கொண்டு நெறிப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

சுகாதார அமைச்சின் டிஜிட்டல் சுகாதார மூலக்கட்டமைப்பு வரைபடத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள திறன்களில் வாய் சுகாதார தகவல் மேலாண்மை அமைப்பு இணைக்கப்படவில்லை. தேசிய வாய் சுகாதார ஆராய்ச்சி நிகழ்ச்சி நிரல் பொது சுகாதாரம் மற்றும் மக்கள் தொகை அடிப்படையிலான தலையீடுகளை நோக்கி சரியான முறையில் இயக்கப்பட வேண்டும்.

மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியின் சதவீதமாக வெளிப்படுத்தப்பட்ட அரசாங்க சுகாதாரச் செலவு 2018 இல் 3.9% இலிருந்து (தேசிய சுகாதாரக் கணக்குகள், இலங்கை 2018) 2021 இல் 2.3% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது (2021- இலங்கை மத்திய வங்கியின் வருடாந்த அறிக்கை). வாய் சம்பந்தமான நோய்களை நிர்வகித்தல், சிறப்பு உபகரணங்கள் மற்றும் பொருட்கள் தேவைப்படுதல் ஆகியவற்றுக்கான ஆதார தீவிர கோரிக்கைகள் அரசாங்கத் துறையின் மூலம் தற்போதைய சிகிச்சையை சந்திப்பதில் உள்ள சவால்களை மேலும் அதிகரிக்கிறது. வாய் சுகாதார சேவைகளில் செலவு குறைந்த சிறந்த நடைமுறைகள் மற்றும் பொருத்தமான தொழில்நுட்பத்தை ஒருங்கிணைப்பதில் போதுமான முக்கியத்துவம் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

பல்வேறு பங்குதாரர்களால் வழங்கப்படும் சேவைகளில் உள்ள இடைவெளிகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கும், முழு இலங்கை மக்களின் வாய் சுகாதார நிலையை மேம்படுத்துவதற்கும் வாய்வழி சுகாதாரம் குறித்த வெளிப்படையான கொள்கையை ஸ்தாபித்தல் மிகவும் முக்கியமானது.

2. கொள்கை கோட்பாடுகள்

1. பொது சுகாதார அணுகுமுறை
2. சம அந்தஸ்து விழிப்புணர்வு, வாழும் காலம் (life-course) மற்றும் மக்களை மையமாகக் கொண்ட அணுகுமுறை
3. ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு மற்றும் தொற்றா நோய்களில் வாய்ச்சுகாதாரத்தை ஒருங்கிணைத்தல்
4. தலைமைத்துவம், ஒத்துழைப்பு மற்றும் பொறுப்புக்கூறல்

3. கொள்கை அறிக்கைகள்

1. சுகாதார மேம்பாடு மற்றும் தடுப்பு மூலம் வாய் சம்பந்தமான நோய்கள் மற்றும் நிலைமைகளின் பரவல் மற்றும் நிகழ்வுகளைக் குறைத்தல்
2. அனைத்து மக்களுக்கும் விரிவான, ஒருங்கிணைந்த மற்றும் தரமான வாய்ச்சுகாதார சேவைகள்
3. பொருத்தமான தொழில்நுட்பங்கள், போதுமான பல் சுகாதாரம் சம்பந்தமான விநியோகங்கள் (dental supplies) மற்றும் திறமையான பணியாளர்கள் மூலம் வாய்ச்சுகாதார சேவையை மேம்படுத்துதல்
4. தரவு அமைப்புகள், ஆராய்ச்சி, கூட்டாண்மை, ஒழுங்குமுறைகள் மற்றும் ஆளுகை மூலம் சிறந்த வாய்ச்சுகாதாரம்

4. கொள்கை இலக்கு

விரிவான ஊக்குவித்தல், தடுப்பு, குணப்படுத்துதல், புனர்வாழ்வு மற்றும் வலி நிவாரண கவனிப்பு வாய்ச்சுகாதார சேவைகள் மூலம் அனைத்து இலங்கையர்களுக்கும் கிடைக்கக்கூடிய மற்றும் மக்களுக்கு அணுகக்கூடிய உயர் தரமான வாய்ச்சுகாதார சேவைகள் மூலம் அடையக்கூடிய மிக உயர்ந்த வாய்ச்சுகாதார நிலையை அடைதல்

5. பொருந்தக்கூடிய தன்மை & நோக்கம்

வயது, பாலினம், சமூக-பொருளாதார நிலை அல்லது இருப்பிடம் ஆகியவற்றைப் பொருட்படுத்தாமல் அனைத்து இலங்கையர்களுக்கும் இந்தக் கொள்கை பொருந்தும்.

6. கொள்கை செயலாக்கம்

1. உத்திகள்

உத்தி 1: சமமான அந்தஸ்துள்ள முறையில் வாழ்க்கை சுழற்சி அணுகுமுறை மூலம் அனைத்து இலங்கையர்களுக்கும் ஊக்குவிப்பு, தடுப்பு, குணப்படுத்துதல், புனர்வாழ்வு மற்றும் வலி நிவாரண கவனிப்பு வாய்ச்சுகாதார சேவைகளை வழங்குதல்

உத்தி 2: வாய்ச்சுகாதார வழங்கலில் தலைமை, வழிகாட்டுதல் மற்றும் நிர்வாகத்தை வலுப்படுத்துதல்

உத்தி 3: பல் சுகாதாரம் சம்பந்தமான விநியோகங்கள் (dental supplies) பொருத்தமான தொழில்நுட்பங்கள் மற்றும் உபகரணங்கள் கிடைப்பதை உறுதி செய்தல்

உத்தி 4: உலகளாவிய வாய்ச்சுகாதார பாதுகாப்புக்காக சமமாக விநியோகிக்கப்படும் திறமையான வாய்ச்சுகாதார பணியாளர்கள் கிடைப்பதை உறுதி செய்தல்

உத்தி 5: அனைவருக்கும் வாய்ச்சுகாதார சேவைகளைப் பெறுவதில் நிதி இடர் பாதுகாப்பை உறுதி செய்தல்

உத்தி 6: மருத்துவ, பொது சுகாதாரம், மற்றும் நிர்வாக செயல்பாடுகளில் தகவலறிந்த முடிவெடுப்பதை ஆதரிக்க வாய்ச்சுகாதார தகவல் அமைப்பை (Oral Health Information System) வலுப்படுத்துதல்

உத்தி 7: வாழும் காலத்திலும் (life course) முக்கிய அமைப்புகளிலும் (key settings) சிறந்த வாய்ச்சுகாதாரத்திற்காக சமூகங்களை மேம்படுத்துதல்

உத்தி 8: வாய்ச்சுகாதார ஆராய்ச்சி மற்றும் டிஜிட்டல் கண்டுபிடிப்புகளை ஊக்குவித்தல் மற்றும் வளர்ந்து வரும் சிக்கல்களுக்கு தீர்வு காணுதல்

உத்தி1: சமமான அந்தஸ்துள்ள முறையில் வாழ்க்கை சுழற்சி அணுகுமுறை மூலம் அனைத்து இலங்கையர்களுக்கும் ஊக்குவிப்பு, தடுப்பு, குணப்படுத்துதல், புனர்வாழ்வு மற்றும் வலி நிவாரண கவனிப்பு வாய்ச்சுகாதார சேவைகளை வழங்குதல்

1.1 சமூகம் மற்றும் மருத்துவ அடிப்படையிலான தடுப்பு வாய்ச்சுகாதாரப் பாதுகாப்பை வலுப்படுத்துதல்

1.2 வாய் மற்றும் முக-தாடை அறுவை சிகிச்சை (oral and maxillofacial surgery), பல் சீராக்கல் (orthodontics), மறுசீரமைப்பு பல் மருத்துவம் (restorative dentistry), மற்றும் வாய் சம்பந்தமான நோயியல் (oral pathology) உட்பட குணப்படுத்தும் மற்றும் புனர்வாழ்வு சிகிச்சையை மேம்படுத்துதல்

1.3 அனைத்து நிலைகளிலும் (சமூகம் அல்லது வீடு, சுகாதார வைத்திய அதிகாரி அலுவலகம் மற்றும் பிணியாய்வு நிலையங்கள், முதன்மை மருத்துவ பராமரிப்பு பிரிவு, பிரதேச மருத்துவமனை, உச்ச-தள வைத்தியசாலை மற்றும் அதற்கு மேல்) வாய் சம்பந்தமான நோய்களால் பாதிக்கப்பட்ட நோயாளிகளுக்கு வலி நிவாரண கவனிப்பு (palliative) சேவைகளை வழங்குதல்

1.4 மக்களின் தேவைகள் மற்றும் நோய் சமூக ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் வாய்ச்சுகாதார சேவைகளின் சமநிலையான விநியோகம்

1.5 பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுக்களுக்கு* சிறப்பு முக்கியத்துவம் அளித்து தடைகளைத் தாண்டி வாய் சம்பந்தமான பராமரிப்பு சேவைகளின் அணுகல், சேவைத் தயார்நிலை மற்றும் பதிலளிக்கும் தன்மையை மேம்படுத்துதல்

(*தோட்டத் தொழிலாளர்கள் / மீனவர்கள் / போக்குவரத்து தொழிலாளர்கள் / சுரங்கத் தொழிலாளர்கள்)

1.6 நோயாளிகளின் வாய்ச்சுகாதாரப் பராமரிப்பின் தொடர்ச்சியை உறுதிசெய்ய பரிந்துரை முறையை (referral) வலுப்படுத்துதல்.

உத்தி 2: வாய்ச்சுகாதார வழங்கலில் தலைமை, வழிகாட்டுதல் மற்றும் நிர்வாகத்தை வலுப்படுத்துதல்

2.1 சிறந்த வாய்ச்சுகாதாரத்திற்கான செயன்முறை செயல்பாடுகள் (stewardship functions) மற்றும் துணை வலிமை (advocacy) கொடுத்து வலுப்படுத்துதல்

2.2 வாய் சம்பந்தமான பராமரிப்பு சேவையை ஒழுங்குபடுத்துதல்

2.3 கூட்டாண்மைகளை (partnership) உருவாக்குதல் மற்றும் அதன் வலையமைப்பை வலுப்படுத்துதல்

உத்தி 3: பல் சுகாதாரம் சம்பந்தமான விநியோகங்கள் (dental supplies) பொருத்தமான தொழில்நுட்பங்கள் மற்றும் உபகரணங்கள் கிடைப்பதை உறுதி செய்தல்

3.1 போதுமான மற்றும் தொடர்ச்சியான பல் சுகாதாரம் சம்பந்தமான விநியோகங்கள் (dental supplies) வழங்குவதை உறுதி செய்தல்* (மருந்துகள், பொருள், உபகரணங்கள், சாதனங்கள்)

3.2 சான்று அடிப்படையிலான, செலவு குறைந்த மற்றும் உள்நாட்டில் தகவமைக்கக்கூடிய தொழில்நுட்பங்களை அறிமுகப்படுத்துதல்.

உத்தி 4: உலகளாவிய வாய்ச்சுகாதார பாதுகாப்புக்காக சமமாக விநியோகிக்கப்படும் திறமையான வாய்ச்சுகாதார பணியாளர்கள் கிடைப்பதை உறுதி செய்தல்

4.1 பொருத்தமான பங்குதாரர்களுடன் தொடர்பு கொண்டு வாய்ச்சுகாதாரப் பணியாளர்களுக்கான சான்றுகள் அடிப்படையிலான புதுப்பிக்கப்பட்ட தொழில் நிலைப்பிரிவு திட்ட அமைவு (cadre) விதிமுறைகள் மற்றும் கணிப்புகளை உறுதி செய்தல்.

4.2 ஆட்சேர்ப்பு, சமநிலையான விநியோகம் மற்றும் பணியாளர்களைத் தக்கவைத்தல் ஆகியவற்றின் திறமையான மற்றும் பயனுள்ள பொறிமுறையை உறுதி செய்தல்

4.3 அனைத்து வகை பணியாளர்களின் அறிவு மற்றும் திறன்களை மேம்படுத்துவதற்கான நெறிமுறை வழிமுறைகள் (streamline mechanism)

உத்தி 5: அனைவருக்கும் வாய்ச்சுகாதார சேவைகளைப் பெறுவதில் நிதி இடர் பாதுகாப்பை உறுதி செய்தல்

5.1 உலகளாவிய சுகாதார பாதுகாப்பு (Universal Health Coverage) நிதி பொறிமுறைகள் மூலம் நிலையான நிதி மாதிரிகளைப் பயன்படுத்தி விநியோகப் புள்ளியில் (point of delivery) அத்தியாவசிய வாய்ச்சுகாதார சேவைகள் இலவசமாக கிடைப்பதை உறுதி செய்தல்

5.2 வாய்ச்சுகாதார சேவைகளுக்கு போதுமான பங்கீட்டை (budget) ஒதுக்குதல்

உத்தி 6: மருத்துவ, பொது சுகாதாரம், மற்றும் நிர்வாக செயல்பாடுகளில் தகவலறிந்த முடிவெடுப்பதை ஆதரிக்க வாய்ச்சுகாதார தகவல் அமைப்பை (Oral Health Information System) வலுப்படுத்துதல்

6.1 வாய்ச்சுகாதாரம் தொடர்பான மருத்துவ, பொது சுகாதாரம், நிர்வாக மற்றும் ஆராய்ச்சி சம்பந்தமான தகவல்களின் பயனுள்ள மற்றும் திறமையான நிர்வாகத்தை உறுதி செய்தல்.

6.2 வாய்ச்சுகாதாரத் தகவலை செயல்படுத்துவதையும், தொடர்ச்சியாக பராமரிப்பதையும் மேம்படுத்துவதற்காக, வாய்ச்சுகாதாரத் தகவலைப் பரப்புதல் மற்றும் பகிர்தல் ஆகியவற்றை உறுதிப்படுத்துதல்

உத்தி 7: வாழும் காலத்திலும் (life course) முக்கிய அமைப்புகளிலும் (key settings) சிறந்த வாய்ச்சுகாதாரத்திற்காக சமூகங்களை மேம்படுத்துதல்

7.1 பொருத்தமான புளோரைடுகளை திறம்பட பயன்படுத்துதல் மற்றும் புகையிலை பயன்பாடு, மதுவின் தீங்கு விளைவித்தல் மற்றும் சர்க்கரை அதிகம் உள்ள உணவுகள் போன்ற பொதுவான ஆபத்து காரணிகளைக் குறைப்பது உட்பட, சமூகங்களின் வாய்ச்சுகாதார நிலையை மேம்படுத்துவதற்குத் தேவையான தகவல்களை வழங்குதல் மற்றும் திறன்களை மேம்படுத்துதல் மூலம் சமூகங்களை மேம்படுத்தல்

7.2 சுகாதார மேம்பாட்டு அமைப்புகள் மற்றும் சமூகம் சார்ந்த தளங்கள் - பள்ளிகள், பணியிடங்கள், பாலர் பள்ளிகள், மருத்துவமனைகள், கிராமங்கள் மற்றும் தாய் ஆதரவு குழுக்கள் மூலம் சிறந்த வாய்ச்சுகாதாரத்திற்கு உகந்த சூழலை வளர்ப்பது

உத்தி 8: வாய்ச்சுகாதார ஆராய்ச்சி மற்றும் டிஜிட்டல் கண்டுபிடிப்புகளை ஊக்குவித்தல் மற்றும் வளர்ந்து வரும் சிக்கல்களுக்கு தீர்வு காணுதல்

8.1 இலங்கையில் வாய்ச்சுகாதார ஆராய்ச்சி நடத்துவதை ஊக்குவித்தல்

8.2 இலங்கையில் வாய்ச்சுகாதார சேவைகளை மேம்படுத்துவதற்காக வாய்ச்சுகாதார ஆராய்ச்சி கண்டுபிடிப்புகளை பரப்புதல் மற்றும் பயன்படுத்துதல்

8.3 நோயாளியை மையமாகக் கொண்ட டிஜிட்டல் சுகாதார கண்டுபிடிப்புகளை ஊக்குவித்தல்

8.4 வாய்ச்சுகாதாரத் துறையை வலுப்படுத்துவதற்கு வளர்ந்து வரும் சிக்கல்களுக்கு தீர்வு காணுதல்

II. பொறுப்பு மற்றும் அதிகாரம்

வாய்ச்சுகாதார கொள்கையின் நிர்வாக அதிகாரம் சுகாதார அமைச்சின் செயலாளரிடம் உள்ளது. சுகாதார செயலாளர் தலைமையில் வாய் சுகாதாரம் குறித்த தேசிய ஆலோசனைக் குழு வழிகாட்டுதலை வழங்கும் மற்றும் இந்தக் கொள்கையை நடைமுறைப்படுத்துவதற்கு சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் நாயகம் பொறுப்பாவார். துணை இயக்குநர் ஜெனரல் (பல் மருத்துவ சேவைகள்) ஒரு மையப் புள்ளியாக (focal point) இருப்பார். மாகாண மட்டத்தில் கொள்கையை நடைமுறைப்படுத்துவதற்கு மாகாண சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர்கள் பொறுப்பாவார்கள். தேசிய, மாகாண மற்றும் பிராந்திய அளவில் வாய் சுகாதார சேவைகளை வழங்குவதை பல் மருத்துவ சேவைகள் இயக்குநர் அலுவலகம் ஒருங்கிணைக்கும். குடும்ப சுகாதார பணியகம், தேசிய புற்றுநோய் கட்டுப்பாட்டு திட்டம் மற்றும் சுகாதார மேம்பாட்டு பணியகம் ஆகியவற்றில் நிறுவப்பட்ட வாய் சுகாதார அலகுகளைக் கொண்ட இயக்குநர் அலுவலகங்கள் வாய் சுகாதார நடவடிக்கைகளை ஒருங்கிணைத்து தேசிய இலக்குகளை அடைவதற்கு பொறுப்பாகும்.

III. கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீடு

துணை இயக்குநர் ஜெனரல் (பல் மருத்துவ சேவைகள்), செயல் திட்டம் மற்றும் கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீட்டுத் திட்டத்தின் மூலம், தேசிய வாய்ச்சுகாதாரத் திட்டத்தின் வழக்கமான கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீட்டின் மூலம் தேசிய இலக்குகளை அடைவதற்கு பொறுப்பானவராவார். மேலும் பரிந்துரைகள் வாய் சுகாதாரம் தொடர்பான தேசிய ஆலோசனைக் குழுவுக்கு அனுப்பப்படும். தேசிய இலக்குகளை அடைவதற்கு ஆதரவாக இடைக்கால மற்றும் இறுதி கால மதிப்பீடுகள் மேற்கொள்ளப்படும்.

இணைப்பு

1. இலங்கை தேசிய சுகாதாரக் கொள்கை (2016 - 2025)
2. தாய் மற்றும் குழந்தைகள் நலம் பற்றிய தேசிய கொள்கை (2012)
3. நாள்பட்ட தொற்றாத நோய்களைத் தடுப்பதற்கும் கட்டுப்படுத்துவதற்கும் தேசியக் கொள்கை மற்றும் மூலோபாயக் கட்டமைப்பு (2022)
4. உலகளாவிய சுகாதார பாதுகாப்பிற்கான (Universal Health Coverage) சுகாதார விநியோகத்திற்கான கொள்கை (2018)
5. புற்றுநோய் தடுப்பு மற்றும் கட்டுப்பாட்டுக்கான தேசிய கொள்கை மற்றும் மூலோபாய கட்டமைப்பு (2015)
6. தேசிய சுகாதார மேம்பாட்டுக் கொள்கை (2010)
7. சுகாதாரத் தரம் மற்றும் பாதுகாப்புக்கான தேசியக் கொள்கை (2015)



National Policy on Oral Health

(Year 2024 -2030)

Directorate of Dental Services

Ministry of Health

Sri Lanka

Target effective date: 1st of March 2024

Contents

1. Introduction	1
I. Background	1
II. Purpose & Context	5
III. Rationale	5
2. Policy principles	7
3. Policy statements	7
4. Policy Goal	7
5. Applicability & Scope	7
6. Policy Implementation	8
I. Strategies	8
II. Responsibility & Authority	10
III. Monitoring & Evaluation	10

Draft

1. Introduction:

I. Background

Oral health is a key indicator of overall health, well-being and quality of life. The World Health Organization (WHO) defines oral health as the state of the mouth, teeth and orofacial structures that enables individuals to perform essential functions, such as eating, breathing and speaking, and encompasses psychosocial dimensions, such as self-confidence, wellbeing and the ability to socialise and work without pain, discomfort and embarrassment.

Oral health varies over the life course from early life to old age and is integral to general health. It encompasses a range of diseases and conditions that include dental caries, periodontal (gum) disease, tooth loss, oral cancer, dental fluorosis, orofacial trauma, oral manifestations of medical conditions, and birth defects such as cleft lip and palate.

As common oral diseases are age related, in defining oral health indicators, WHO has adapted index age groups. Dental caries is considered a childhood disease while periodontal diseases and oral cancer are mostly diseases of old age. A nationwide oral health survey is conducted once in 10 years according to WHO criteria. Table 1 shows dental caries and periodontal disease trends in Sri Lanka, indicating an improvement in oral health status over the years among all age groups.

Table 1: Dental Caries and periodontal disease- trends in Sri Lanka (Source- Ministry of Health- National Oral Health Survey)

Age Group	Indicator	1983/84	1994/95	2002/03	2015/16
5 years	Caries prevalence	78%	76.4%	65.5%	63.1%
	Mean dmft	4.4	4.1	3.6	3.0
12 years	Caries prevalence	67%	53.1%	40.0%	30.4%
	Mean DMFT	1.9	1.4	0.9	0.6
	Without periodontal diseases	12%	13.4%	23.31%	55.3%
15 years	Caries prevalence	-	69.7%	52.2%	41.5%
	Mean DMFT	-	2.5	1.5	1.0
	Without periodontal diseases	-	12.7%	25.49%	53.5%
35- 44 years	Caries prevalence	92%	91.1%	89.8%	92.5%
	Mean DMFT	9.2	10.1	8.4	6.5
	Without periodontal diseases	5%	2.1%	9.7%	47.4%
65- 74 years	Caries prevalence	-	64.5%	71.1%	98.3%
	Mean DMFT	-	22.5	17.2	18.4

dmft: Number of decayed, missing and filled primary teeth

DMFT: Number of decayed, missing and filled permanent teeth

Dental caries, periodontal disease, oral cancer, malocclusion, cleft lip and cleft palate anomalies are the most common oral health conditions in Sri Lanka. Currently, the level of

tooth decay among 12-year-old children, which is the index age group used for comparisons, is on par with high income countries. Wide availability and increased use of fluoridated toothpaste in the country may have played a pivotal role, as evidenced by the fact that 80% of 12-year-olds use fluoridated toothpaste for tooth cleaning. The 2015-16 survey reveals a 25.6% decrease in the prevalence of edentulousness compared to the 1994-95 national oral health survey, which could also be attributed to the increased use of fluoridated toothpaste. However, within the 65–74-year-old cohort, there is 11.3% with complete edentulousness (complete loss of natural teeth) and only 3.1% in this age group use upper and lower full dentures (National Oral Health Survey, 2015-2016).

Oral cancer is the leading cancer among Sri Lankan males which is mainly attributed to the habit of using betel quid with tobacco and areca nut and use of smokeless tobacco. According to STEPS survey 2021, 19.7% of males and 3.2% of females use smokeless tobacco daily. Oral cancer incidence rate among males was 22.0 and among females was 5.8 per 100,000 population (Sri Lanka Cancer Registry, 2020). Among cases which have been staged at the point of diagnosis, 42.9% were identified as stage IV, while only 7.1% were identified as stage I, suggesting late diagnosis of oral cancers.

A prevalence of 15.7% severe malocclusion among the 12-year-old age group (National Oral Health Survey, 2015-2016) suggests a significant need for orthodontic treatment among children. Globally, cleft lip and palate anomalies are the second most common congenital malformations with average birth prevalence of 1 in 500 to 1 in 1000, while higher numbers occur in low-income and developing countries, including Sri Lanka.

Moreover, specific attention is required for vulnerable populations facing oral diseases and conditions. Depending on the ground water fluoride levels, fluorosis is seen in some pockets in the dry zone in Sri Lanka. Polarisation of dental caries is evident among socioeconomically disadvantaged children, those with special needs and populations residing in institutions including children's homes and prisons. Periodontal diseases are also common among these groups. Certain occupational sectors including estate workers, fishermen, transport workers and mine workers have a higher risk for Oral Potentially Malignant Disorders (OPMD) and oral cancer.

Approximately two thirds (64%) of the population has access to a government dental clinic within a radius of 5km. Despite the high prevalence of oral diseases in the country, a noteworthy 19.7% of Sri Lankans has never sought dental care by the age of 65 years, highlighting the status of oral health seeking behaviour (National Oral Health Survey, 2015-16).

The state oral healthcare delivery system is headed by Deputy Director General (Dental Services). Oral health is integrated into schools health, maternal and child health, cancer control and health promotional activities through the national programmes at the Family Health Bureau, National Cancer Control Programmes, the Directorate of NCD and Health Promotion Bureau. The Regional Dental Surgeon acts as a focal point bridging the national and regional level.

In Sri Lanka, the dentist to population ratio is 1:12460, which is notably low in comparison to the global context. In the government sector, outpatient oral health care is available at all levels of hospitals. Specialised care in Oral and Maxillofacial Surgery, restorative dentistry, orthodontics and oral pathology are provided at selected secondary care level and tertiary care level hospitals

Primary health care related to oral health services are provided at divisional hospitals and Primary Medical Care Units. Furthermore, community oral health services located at Medical Officer of Health (MOH) areas are provided at a total number of 169 Adolescent Dental Clinics (ADC), Community Dental Clinics (CDC) and dental clinics functioning at MOH offices (Ministry of Health, 2023). Around 166 Dental Surgeons in the government sector are attached to ADC, CDC and MOH clinics. They provide comprehensive oral healthcare to identified priority groups, encompassing children below 3 years, school children over 13 years of age, pregnant mothers and individuals with special healthcare needs. In an effort to enhance access to dental care, the government sector provides mobile dental services through both the central and provincial health services.

Apart from the government oral health service delivery networks, there are private dental clinics scattered throughout the country. Approximately 250 to 300 Dental Surgeons are engaged in full time private practice. Furthermore, 60%-70% of government-employed Dental Surgeons engage in dual practice. Table 2 indicates the oral health workforce in Sri Lanka for the year 2021.

Table 2: Oral health workforce in Sri Lanka- 2021

Category	Number
Dental Consultants (Oro-maxillofacial surgery, restorative dentistry, orthodontics, oral pathology and community dentistry)*	125
Dental Surgeons*	1654
School Dental Therapists	356
Dental Laboratory Technicians	44

**In Ministry of Health, Ministry of Defence and Universities*

School Dental Therapists (SDTT) provide primary and secondary preventive care for children between 3 to 13 years of age. Furthermore, SDTT play a crucial role in improving oral health awareness within the community with special focus on priority groups. They also serve as an integral member of the primary healthcare team delivering preventive and promotive oral health care. SDTT operates from School Dental Clinics established in schools, referred to as base schools. In addition, each SDT is assigned several nearby schools known as feeder schools where she visits to deliver comprehensive oral health care within the scope of her responsibilities. While the standard target population per SDT is set at 2000 school children and 500 preschool children, the current average target population covered by a SDT is 3103. In addition to the shortage, there is a notable maldistribution of SDTT across the country.

Furthermore, other health personal such as Public Health Midwives, Public Health Inspectors, Public Health Nursing Officers, Nursing Officers, Medical Officers of Health and Medical Officers also contribute towards uplifting the oral health status of Sri Lankans. Additionally, preschool teachers and primary school teachers actively participate in oral health promotion efforts.

Dental care requires a considerable amount of armamentarium and technology, which the government supplies based on the level of care provided at each institute. Provision of dental supplies is through the Medical Supplies Division of the Ministry of Health.

Behaviour change is crucial for reducing the burden of oral diseases in the country. The focus of the behavioural change is promotion of oral health through BCD: Brushing for improving oral hygiene, Checkup (oral) for early identification of oral diseases and conditions, and Diet for prevention of dental caries. The high literacy rate particularly among women, and adherence to medical advice influenced by the trust in the public health system facilitates behaviour change. However, challenges arise due to the cultural and religious ties to betel chewing, and increased sugar consumption linked to traditional food, and the widespread commercial promotion of sugary products especially targeting children. Additionally, affordability of fluoridated toothpaste and toothbrushes may contribute to sub-optimal oral hygiene among certain segments of the population.

The Ministry of Health maintains an active surveillance mechanism to regularly collect data nationwide on oral health service provision by the government sector and on the burden of selected oral diseases. However, the existing oral health information system relies on a paper-based method limiting the optimal support for timely data-driven decision making.

Presently, several global, regional and national initiatives are in place to promote the improvement of oral health. In 2021, at the 74th World Health Assembly, oral health was recognized as an agenda item, through a resolution led by Sri Lanka with other member states. It highlighted the importance of addressing shared risk factors, enhancing the capacity of oral health professionals to deliver consistent and quality care, and to include oral health in universal health coverage (UHC) benefit packages. It also requested WHO to develop a global strategy and action plan on oral health with 2030 targets.

Sri Lanka is also a signatory in Minamata Convention and the country has switched to alternative restorative materials with phasing down of using mercury alloy for dental restorations. In 2016, amendments were made to the National Authority on Tobacco and Alcohol (NATA) act prohibiting manufacturing, importing, selling or offering for sale of any smokeless tobacco product. In the year 2017, a sugar-sweetened beverages (SSB) tax was imposed in Sri Lanka, with the aim of reducing sugar consumption to prevent type 2 diabetes mellitus, obesity and dental caries.

II. Purpose & Context

Sri Lankan government provides health services free of charge at the point of delivery. Social welfare has been a government priority throughout the post independent era. This policy is guided by ‘Global Strategy on Oral Health’ adopted on May 2022 at the Seventy-fifth World Health Assembly (A75/10 Add.1 and WHA75(11)); ‘Resolution of the WHO regional committee for South-East Asia (SEA/RC75/R2)- Monitoring progress and the acceleration plan for NCDs, including oral health and integrated eye care, in the South-East Asia region’- dated 9/9/2022; resolution on oral health (WHA74.5) dated May 2021; Global Oral Health Action Plan (2023–2030), ‘Action plan for oral health in South-East Asia 2022–2030 (Towards universal health coverage for oral health)-2022’, and FDI Policy statements adopted by the FDI General Assembly: September 2023, Sydney, Australia.

This policy is also coherent with National Health Policy 2016-2025 and other health policies (the National Policy on Maternal and Child Health, The National Policy and Strategic Framework for Prevention and Control of Chronic Non-Communicable Diseases, Policy on Healthcare Delivery for Universal Health Coverage, National Policy & Strategic Framework on cancer prevention & control, National Health Promotion Policy, National Policy on Healthcare Quality and Safety) and relevant government non-health policies. It is also in line with the government goal of making our country a fully developed state by 2048, which recognizes the importance of social justice through extensive social security networks.

III. Rationale

Despite the preventability of many oral diseases and, the availability of cost-effective evidence-based strategies for their prevention and control, a substantial burden of oral diseases persists among the Sri Lankan population. Even with the availability of oral health services free at the point of delivery in the government sector, there is a significant concern regarding the status of oral health-seeking behaviour of the population.

Oral health services are not fully integrated into primary health care facilities resulting in difficulties in accessing oral health services in certain geographical areas. The establishment of adequate and equitably distributed infrastructure facilities and workforce, together with a functional referral system will contribute towards achieving Universal Health Coverage (UHC). The full potential for integration of oral health into ongoing health programmes targeting pregnant mothers, preschool and school children, and other priority groups has not been fully realised due to inadequate coordination between service providers and other stakeholders.

Good oral health habits are essential for prevention of oral diseases. Enhancing oral health literacy across the life cycle, beginning with pregnancy and early years should be aimed at ensuring that all Sri Lankans retain a minimum of 20 functional teeth by the age of 80 years. However, there is lack of attention to oral health awareness initiatives among adult and elderly groups.

Adults and elderly do not attend for routine dental checkups due to lack of awareness and deficiencies in the health system including difficulties in accessing oral health services. This has led ultimately to falling out of teeth or tooth extractions due to late diagnosis of oral diseases, resulting in complete or partial edentulousness (loss of natural teeth). This problem is aggravated by the growing elderly population in Sri Lanka and inadequacy of community based programmes designed to address the oral health needs of this population. Edentulousness adversely affects nutrition and social wellbeing. The potential of utilizing social services to provide artificial teeth as a solution is yet to be explored. Elderly oral health services are inadequately integrated into general healthcare, making it challenging for the health sector to match suitable restorative dentistry interventions with the socioeconomic status of those affected.

Inadequate facilities particularly the shortage of mobile dental units for screening of oral cancer among high risk occupational groups (estate workers, fishermen, transport workers and mine workers) as well as for screening of other oral conditions including dental caries among children and deprived communities, have hindered early diagnosis of oral diseases.

To enhance the oral health of the population, it is crucial to reduce tax on toothpaste and toothbrushes to improve affordability. Concurrently, conducting social behaviour change campaigns on proper brushing technique is essential. Additionally, country specific guidance is needed on optimal fluoride delivery for uplifting oral health of the population, inclusive of using fluoride preparations for managing dental caries.

Efforts in combatting commercial promotion of sugary foods through awareness programmes and, endorsing evidence-based options to improve food environment such as increasing tax on sugar-sweetened beverages (SSB) is needed. Easy access to smokeless tobacco products should be curtailed by strengthening of the NATA act.

The implementation of the Sri Lanka Essential Health Services Package (2019) in delivery of oral healthcare is sub-optimal. A mechanism for integration of oral healthcare into the shared care cluster system, as demonstrated in the Policy on Healthcare Delivery for Universal Health Coverage (2018) has not been identified.

The national essential medicines list does not currently incorporate all dental medicines and preparations listed in the WHO model list of essential medicines (Annexure I) thereby hindering the availability of essential dental medicines in the country. Innovative workforce skill mix models have not been identified and put into practice and, the current health workforce training are not optimally tailored to respond to the oral health needs of the population

Furthermore, there is a necessity for established mechanisms, including predetermined criteria, to prioritise specialised care in orthodontics and restorative dentistry, addressing challenges associated with limited resources. Oral and Maxillofacial Surgery services, specifically for managing orofacial congenital malformations and trauma should be streamlined based on level of care.

The oral health information management system has not been incorporated into the capabilities outlined in the digital health architecture blueprint of the Ministry of Health. The national oral health research agenda need to be appropriately directed toward public health and population-based interventions.

The government health expenditure expressed as a percentage of GDP witnessed a reduction from 3.9% in 2018 (National Health Accounts, Sri Lanka 2018) to 2.3% in 2021 (2021- Central Bank of Sri Lanka Annual Report). The resource intensive demands of managing oral diseases, requiring specialised equipment and material further exacerbates the challenges in meeting the current treatment through the government sector. Adequate emphasis should be placed on integrating cost-effective best practices and suitable technology into oral health services.

Establishing an explicit policy on oral health is crucial for addressing gaps in the services provided by various stakeholders, and enhancing the oral health status of the entire Sri Lankan population.

2. Policy principles

1. Public health approach
2. Equity focused, life-course and people-centred approach
3. Integration of oral health in primary health care and NCDs
4. Leadership, collaboration and accountability

3. Policy statements

1. Reduce the prevalence and incidence of oral diseases and conditions through health promotion and prevention
2. Comprehensive, integrated and quality oral health services to all people
3. Oral health service improvement through appropriate technologies, adequate dental supplies and skilled workforce
4. Better oral health through data systems, research, partnerships, regulations and governance

4. Policy Goal

Achieve the highest attainable oral health status for all through comprehensive promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative oral health services of high quality made available and accessible to people.

5. Applicability & Scope

This policy applies to all people regardless of age, gender, socio-economic status or location.

6. Policy Implementation

I. Strategies

Strategy 1: Provide promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative oral health care to all Sri Lankans through life cycle approach in an equitable manner

Strategy 2: Strengthen leadership, direction and governance in oral healthcare provision

Strategy 3: Ensure availability of dental supplies, appropriate technologies and equipment

Strategy 4: Ensure the availability of an equitably distributed, competent oral health workforce for universal oral health coverage

Strategy 5: Ensure financial risk protection in receiving oral health services for all

Strategy 6: Strengthen the Oral Health Information System (OHIS) to support informed decision making in clinical, public health and administrative functions.

Strategy 7: Empower communities for better oral health across the life course and in key settings

Strategy 8: Promote oral health research and digital innovations, and address emerging issues

Strategy 1: Provide promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative oral health care to all Sri Lankans through life cycle approach in an equitable manner

1.1 Strengthen community and clinic based preventive oral health care

1.2 Improve curative and rehabilitative care including oral and maxillo-facial surgery, orthodontics, restorative dentistry, and oral pathology

1.3 Provision of palliative care services for patients with oral diseases at all levels (Community or Home, MOH & clinics, PMCU, Divisional Hospital, Apex-BH & above)

1.4 Equitable distribution of oral health services based on population needs and disease burden

1.5 Improve accessibility, service readiness and responsiveness of oral care services by overcoming the barriers with special emphasis on vulnerable groups (estate workers/fishermen/transport workers/mine workers)

1.6 Strengthen the referral system to ensure continuum of oral health care of the patients through all levels of service delivery

Strategy 2: Strengthen leadership, direction and governance in oral healthcare provision

2.1 Foster and strengthen stewardship functions and advocacy for better oral health.

2.2 Regulation of oral care service provision

2.3 Develop partnerships and strengthen networking

Strategy 3: Ensure availability of dental supplies, appropriate technologies and equipment

- 3.1 Ensure adequate and continuous provision of dental supplies* (medicines, material, equipment, devices)
- 3.2 Introduce evidence based, cost effective and locally adaptable technologies.

Strategy 4: Ensure the availability of an equitably distributed competent oral health workforce for universal oral health coverage

- 4.1 Ensure evidence based updated cadre norms and cadre projections for the oral health workforce in liaison with relevant stakeholders.
- 4.2 Ensure an efficient and effective mechanism of recruitment, equitable distribution and retention of workforce.
- 4.3 Streamline mechanisms to improve knowledge and skills of all categories of the workforce

Strategy 5: Ensure financial risk protection in receiving oral healthcare services for all

- 5.1 Ensure availability of essential oral healthcare services free of charge at point of delivery using sustainable financing models through UHC financing mechanisms
- 5.2 Allocate sufficient budget for oral healthcare services.

Strategy 6: Strengthen the Oral Health Information System (OHIS) to support informed decision making in clinical, public health and administrative functions

- 6.1 Ensure the effective and efficient management of clinical, public health, and administrative related information related to oral health.
- 6.2 Ensure the dissemination and sharing of oral health information to improve provision and continuation of care translating oral health information into action

Strategy 7: Empower communities for better oral health across the life course and in key settings

- 7.1 Provide necessary information and develop skills to empower communities to improve their oral health status including effective exposure to appropriate fluorides and reduce common risk factors such as tobacco use, harmful use of alcohol and diets high in sugar
- 7.2 Foster conducive environment for better oral health through health promotion settings and community based platforms – schools, workplaces, preschools, hospitals, villages and Mother Support Groups

Strategy 8: Promote oral health research and digital innovations, and address emerging issues

- 8.1 Promote conducting oral health research in Sri Lanka
- 8.2. Disseminate and utilise oral health research findings for betterment of oral healthcare services in Sri Lanka
- 8.3 Promote patient-centred digital health innovations
- 8.4 Address emerging issues to strengthen the oral health sector

II. Responsibility & Authority

The administrative authority on oral health policy lies with the Secretary of the Ministry of Health. A National advisory committee on oral health under the chairmanship of the Secretary Health will provide guidance and Director General of Health Services will be responsible for the implementation of this policy. Deputy Director General (Dental Services) will be the focal point. Provincial Directors of Health Services will be responsible for implementation of the policy at the provincial level. The Directorate of Dental Services will coordinate the provision of oral health services at the national, provincial and regional level. Directorates with established oral health units at Family Health Bureau, National Cancer Control Programme, and Health Promotion Bureau will also coordinate oral health activities and be responsible for achievement of national targets.

III. Monitoring & Evaluation

Deputy Director General (Dental Services) is responsible for achieving the national targets through regular monitoring and evaluation of the national oral health program, through the action plan and the monitoring and evaluation plan. The recommendations will be forwarded to the National advisory committee on oral health. Mid-term and end-term evaluations will be carried out to review the achievements of the national targets.

ANNEX

1. Sri Lanka National Health Policy (2016 - 2025)
2. National Policy on Maternal and Child Health (2012)
3. National Policy and Strategic Framework for Prevention and Control of Chronic Non-Communicable Diseases (2022)
4. Policy on Healthcare Delivery for Universal Health Coverage (2018)
5. National Policy & Strategic Framework on cancer prevention & control (2015)
6. National Health Promotion Policy (2010)
7. National Policy on Healthcare Quality and Safety (2015)

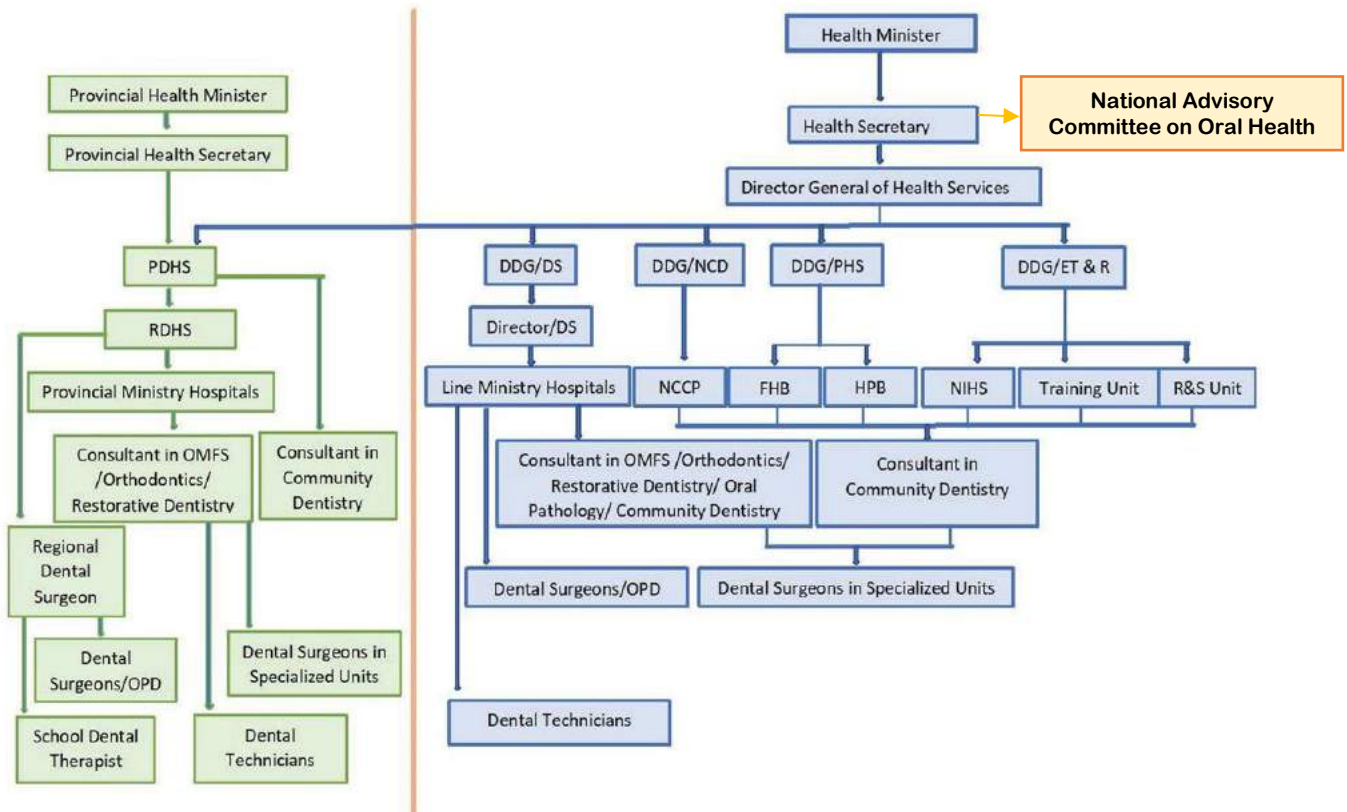


Figure 1: Organogram of the Oral Healthcare Service Profile under the Ministry of Health