

# තෝමාත්මක සංකෂිප්ත

යටිතල ව්‍යුහය



සමාජ යටිතල ව්‍යුහය හා  
අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනය



# සමාජ යටිතල ව්‍යුහය හා අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනය

ප්‍රියන්ති ප්‍රනාන්දු සහ මන්සි කුමාරසිරි

දරිද්‍රතා විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රයේ (CEPA) ප්‍රකාශනයක්

තේමාත්මක සංකීර්ණ පත්‍රිකා මාලාව  
අංක 1 - 2014

© දර්ශන විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රය, 2014

ISBN 978-955-1040-68-0

තේමාත්මක සංකීර්ණ යනු දර්ශන විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රයේ සංකීර්ණ පත්‍රිකා මාලාවේ කොටසකි. එහි අරමුණ දර්ශන විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රය විසින් තොරතුරු නිර්මාණය කරනු ලබන විෂයන්ට අදාළව කාලීනව හා ක්ෂණිකව තොරතුරු ඉදිරිපත් කිරීමයි.

සංකීර්ණ පත්‍රිකා මාලාව ප්‍රචර්ග තුනකට අයත් ය.

1. **දර්ශන සංකීර්ණ:** නො නිල ස්වරූපයකින් හා තොරතුරු අන්තර්ගත වන ආකාරයෙන් රචනා කරනු ලබන මේවායේ අරමුණ වන්නේ විශේෂඥයන්ට මෙන් ම විශේෂඥ නො වන පාඨක පිරිසකට ද තොරතුරු සැපයීමයි.
2. **ප්‍රතිපත්ති සංකීර්ණ:** මෙම ප්‍රචර්ගය කෙළින් ම සංවර්ධනය හා දර්ශන අධ්‍යයනය හා සම්බන්ධ රජයේ, රාජ්‍ය නොවන, පර්යේෂක හා ආධාරක සංවිධාන ප්‍රතිපත්ති සම්පාදකයන් ඉලක්ක කර ගනියි.
3. **තේමාත්මක සංකීර්ණ:** විශේෂඥයන්ට මෙන් ම විශේෂඥ නොවන පාඨක පිරිසකට තොරතුරු සැපයීම අරමුණු කර ගත් මේවා විසින් දර්ශන විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රයේ තේමාත්මක කලාප පහේ ප්‍රශ්න ආවරණය කරයි. ඒවා තේමාත්මක කලාප පහට අයත් වන ශ්‍රී ලංකාවේ දර්ශනව හා අසමානතාව සමග සෘජුව සම්බන්ධ වන ප්‍රශ්න හදාරයි.

**ප්‍රනාන්දු, ප්‍රියන්ති**

සමාජ යටිතල ව්‍යුහය හා අන්තර්ග්‍රාහී සංවර්ධනය / ප්‍රියන්ති ප්‍රනාන්දු  
සහ මන්සි කුමාරසිරි, - කොළඹ: දර්ශන විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රය, 2014  
පි. 14 ; සෙමී. 21 (තේමාත්මක සාරාංශ පත්‍රිකා මාලාව ; අංක 1)

ISBN 978-955-1040-68-0

I 361.1 DDC23

ii. ග්‍රන්ථමාලාව

iii. කුමාරසිරි, මන්සි සම කතෘ

1. සමාජ සේවය

2. සමාජ යටිතල ව්‍යුහය

## පෙරවදන

2010දී දරිද්‍රතා විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රය විසින් මූලෝපායික තීරණයක් ගන්නා ලදී. ඒ එහි පර්යේෂණ ධාරණාව තේමාත්මක පර්යේෂණ කලාප පහක් ඔස්සේ පෙළ ගස්වා ගන්නට ය. ඒවා නම්, පශ්චාත් ගැටුම් සංවර්ධනයන්, යටිතල පහසුකම්, සංක්‍රමණය, අනතුරුවලට භාජනය වීමේ ඉඩකඩ හා පරිසරයයි. තේමාත්මක සංක්ෂිප්ත විසින් අධ්‍යයනය කරනු ලබන්නේ මෙම පර්යේෂණ කලාප පහට අයත් වන ප්‍රශ්න වන අතර ඒවා දරිද්‍රතාව හා අසමානතාව සමග සෘජුව සම්බන්ධ වේ. මෙම පත්‍රිකාව, මන්සි කුමාරසිරි හා රොමේෂන් කුලසබානාදන් සම නායකත්වය දරන යටිතලය හා සම්බන්ධ තේමාවේ පළමු ප්‍රකාශිත සංක්ෂිප්තයයි.

නෙරංජනා ගුණතිලක හා රොමේෂන් කුලසබානාදන් විසින් කරන ලද දායකත්වය පිළිබඳව කතුවරු ඔවුන්ට සිය කෘතඥතාව පළ කරති.

මෙය මුද්‍රණය කිරීම සඳහා හා සිංහල Think Tank Initiative (TTI) ආයතනයට හා දෙමළ පරිවර්තනවලට ද අරමුදල් සැපයූ ආසියා පදනමට ද, දරිද්‍රතා විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රයේ ස්තූතිය පිරිනැමේ.

මෙම සංක්ෂිප්තයේ අන්තර්ගත දැක්ම හා අදහස් එහි කර්තෘවරුන්ගේ වන අතර ඒවා අත්‍යවශ්‍යයෙන් ම දරිද්‍රතා විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රයේ අදහස් නිරූපණය නො කරයි.

ප්‍රියන්ති ප්‍රනාන්දු, MA (ලෙස්ටර්), ශ්‍රී ලංකාවේ හා විදේශවල සංවර්ධන ක්ෂේත්‍රයේ ගෝලීය ජාලයන් සම්බන්ධීකරණයෙහි, ජාත්‍යන්තර රාජ්‍ය නොවන සංවිධානවල දේශීය කණ්ඩායම් නියෝජනයෙහි හා දේශීය රාජ්‍ය නොවන සංවිධාන සමග කටයුතු කිරීමෙහි තිස් වසරක අත්දැකීම් ඇති අයෙකි. ප්‍රවාහන හා බලශක්ති, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය, ජාලගත කිරීම හා සන්නිවේදනය යන ක්ෂේත්‍රයන් විශේෂිතව සමාජ සංවර්ධන කාරණා කෙරෙහි ඇගේ අවධානය යොමු වේ.

මන්සි කුමාරසිරි, MA (කොළඹ), දරිද්‍රතා විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රයේ දරිද්‍රතා බලපෑම් විපරම්කරන කණ්ඩායමේ සාමාජිකාවකි. ඇගේ ප්‍රධාන පර්යේෂණ ක්ෂේත්‍රය වන්නේ යටිතල පහසුකම් ව්‍යාපෘති හා අදාළව දරිද්‍රතා බලපෑම් විශ්ලේෂණය කිරීමයි.

## පටුන

1. හැඳින්වීම	1
2. සමාජ යටිතල ව්‍යුහය හා අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනය යනු කුමක්ද?	2
3. අධ්‍යාපන සම්පාදනයේ අසමානතාව හා සේවා ගුණාත්මකභාවය	4
4. සෞඛ්‍ය සේවා සම්පාදනයේ විෂමතා	7
4.1 මන්දපෝෂණය	8
4.2 වියපත් වන ජනගහණයේ ප්‍රශ්න	10
4.3 උතුරු හා නැගෙනහිර ගැටුම් තිබුණු ප්‍රදේශ හා වතුකරය	11
5. නිගමනය	13





# 1. හැඳින්වීම

කාර්යක්ෂම, විශ්වාසනීය හා දරාගත හැකි යටිතල පහසුකම් හා සේවා යනු, ආර්ථික වර්ධනයේ, දරිද්‍රතාව අවම කිරීමේ හා ධරණීය සංවර්ධනයේ අත්‍යවශ්‍ය කොටස් ලෙස සැලකේ (වෙන්, 1996). මෙහි ඇති තර්කය වන්නේ ආර්ථික හා සමාජ යටිතල පහසුකම් වෙත ඇති ප්‍රවේශය නිසා මිනිසුන් වඩා ඵලදායී වන බව හා දිළිඳුන්ට දරිද්‍රතාවෙන් ගොඩ ඒමට එය උපකාර වන බවයි. ඔවුන්ට ආර්ථික සංවර්ධනයට දායක වීම සඳහා සහ සංවර්ධනය විසින් ඇති කරනු ලබන ප්‍රශ්නවලට මුහුණ දීමට ද ඒවා උපකාර වන බවයි.

ප්‍රවාහනය, බලශක්ති, ජල සනීපාරක්ෂාව සහ විදුලි සංදේශනය යන අංශ සාමාන්‍යයෙන් ආර්ථික යටිතලය ලෙස සැලකේ. සෞඛ්‍ය හා අධ්‍යාපනය සැලකෙන්නේ සමාජ යටිතලය ලෙසයි. මෙම ද්විත්ව වර්ගීකරණය යටතේ යටිතල පහසුකම් විවිධ දේවලට අදාළ විය හැකි ය. එමගින් අධිවේගී මාර්ගවලට හෝ ග්‍රාමීය මාර්ගවලට ඇති ප්‍රවේශය, විමධ්‍යගත කරන ලද ප්‍රජා ජාල හෝ විශාල බලශක්ති ඒකක අදහස් විය හැකි ය. නාගරික දිළිඳු ජන කණ්ඩායම්වලට නළ ජලය සැපයීම හෝ ජීව ඉන්ධන වගාවන්ට ජල සම්පාදනය එයට ඇතුළත් විය හැකි ය.

යටිතල පහසුකම් නම් වචනය විවිධ මිනිසුන්ට විවිධ අදහස් ගෙන දිය හැකි ය. එසේම, යටිතල පහසුකම් හා සම්බන්ධ පිරිවැය හා වාසි ද සමානව බෙදා හැරෙන්නේ නැත. එබැවින්, යටිතල පහසුකම් නොමැතිව සෞභාග්‍යය උදා නො වේ යයි කියන ගමන් ම අප අපගෙන් ම අසා ගත යුතු ප්‍රශ්න තිබේ. ඒවා නම්, මෙතරම් ඩොලර් බිලියන ගණනක් පසුගිය වසර ගණනාව පුරා ලෝක පරිමාණයෙන් ආයෝජනය කර තිබියදීත් ලෝක ජනගහණයේ 13% කට පමණ තවමත් පිරිසිදු ජලය නැත්තේ, 19% කට විදුලිය නැත්තේ, 39% කට වැඩිදියුණු කරන ලද සනීපාරක්ෂාවක් නැත්තේ ඇයි ද යන ප්‍රශ්නයයි. (ඉන්ටර්නැෂනල් රිවර්ස්, 2012) එසේම සහග්‍රක සංවර්ධන ඉලක්ක සපුරා ගැනීම පිළිබඳව මෙතරම් ජාත්‍යන්තර කැපවීමක් තිබියදීත් ලෝකයේ ජනගහණයෙන් අටෙන් පංගුවක් සාගින්නෙන් ඉන්නේ, මෙතරම් කාන්තාවන් සංඛ්‍යාවක් දරුවන් ඉපදෙද්දී මිය යන්නේ, ධනවත් නාගරික පවුල්වලට වඩා දිළිඳු ගැමි පවුල්වල ළමයින් පාසල්වලින් පිටත සිටින්නේ ඇයි ද යන්න ද ප්‍රශ්න කළ හැකි ය. (බැන් කී මුන්, සහග්‍රක සංවර්ධන ඉලක්ක වාර්තාවේ පෙරවදන, එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවර්ධන වැඩසටහන, 2013) .

ශ්‍රී ලංකාව යනු සමාජ ක්ෂේත්‍රයෙහි ඉහළ ප්‍රතිඵල අත් කර ගත් රටකි. දළ දේශීය නිෂ්පාදනය 8% ක් වන මෙහි දරිද්‍රතා පුද්ගල ගණන දර්ශකය 2002දී 22.7% සිට 2009දී 8.9% දක්වා පහත වැටී ඇත. (දරිද්‍රතා පුද්ගල ගණන දර්ශකය ගණනය කරනු ලබන්නේ දිළිඳුකමේ, කැලරි සංඛ්‍යාව අනුව පෝෂණයේ කිසියම් මට්ටමකට වඩා පහත සිටින ජන ප්‍රතිශතය අනුවයි) මෙහි සෞඛ්‍ය දර්ශක වෙනත් බොහෝ රටවලට වඩා සුබවාදී ය. සාමාන්‍ය ආයු අපේක්ෂාව ගැහැනුන්ට අවුරුදු 77කි. පිරිමින්ට අවුරුදු 72කි. මාතෘ මරණ අනුපාතිකය ලක්ෂයකට 39.3 කි. ළදරු මරණ අනුපාතිකය උපත්

1000කට 1.3කි. උපත්වලින් 100%ක් ම පාහේ සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයන්ගේ උපකාරයෙන් සිදු වේ.

21වන සියවසේ ශ්‍රී ලංකා රජයේ බොහෝ සංවර්ධන සැලසුම් හා මූලෝපායන් විසින් යටිතල පහසුකම් සංවර්ධනයේ අඩුපාඩු හා අඩු දියුණු ප්‍රදේශ දේශීය හා ජාත්‍යන්තර ආර්ථිකයට සම්බන්ධ කිරීමේ අවශ්‍යතාව අවධාරණය කරයි. 1977 සිට බලයට පත් වූ සියලු ආණ්ඩු විසින් ආර්ථික යටිතල ව්‍යුහය කෙරෙහි අවධානය යොමු කර තිබේ. 1980 ගණන්වල සංවර්ධන ව්‍යාපෘති විසින් අවධානය යොමු කරනු ලැබුවේ වාරිමාර්ග හා බල ශක්ති අංශවලටයි. මෑතදී, එනම් 2009 වසරේ යුද්ධයේ නිමාවෙන් පසු, අවධානය යොමු වී තිබෙන්නේ ප්‍රවාහන ක්ෂේත්‍රයේ සංවර්ධනය කෙරෙහි ය. යටිතල පහසුකම් සංවර්ධනය වඩාත් අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනයකට හේතු වී ඇති බවට සාක්ෂි තිබේ. එහෙත්, ආර්ථික යටිතල ව්‍යුහය හා සම්බන්ධ ආයෝජන වැඩි වෙමින් තිබියදී, සමාජ යටිතල ව්‍යුහය හා සම්බන්ධ ආයෝජන අඩු වෙමින් තිබෙන ආකාරයක් දැකීමට පුළුවන (ද සිල්වා හා වෙනත් අය, 2012). මෙමගින් ලංකාවේ සමාජ සංවර්ධනය අඩාල වී විෂමතා වැඩි විය හැකි ය.

## 2. සමාජ යටිතල ව්‍යුහය හා අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනය යනු කුමක්ද?

සමාජ ක්ෂේත්‍රයේදී ශ්‍රී ලංකාවේ සාර්ථකත්වයට හේතුව වන්නේ ඓතිහාසික පොදු ප්‍රතිපත්ති ය. 1931දී සර්ව ජන ඡන්ද බලය පිරිනැමීමෙන් අනතුරුව 1938 සිට අධ්‍යාපනය නිදහස් කරන ලදී. යටත් විජිත අධ්‍යාපන ප්‍රතිපත්ති හේතුවෙන් සමාජ ආර්ථික, ජනවාර්ගික, ආගමික හා ප්‍රාදේශීය වශයෙන් විෂමතා ඇති වී තිබිණි. නිදහස් අධ්‍යාපනය ප්‍රවර්ධනය කළ අය මේවා ඉලක්ක කළ හ. 1943දී ආහාර සහනාධාර ක්‍රමය ආරම්භ විය. සලාක ක්‍රමය ඇරඹුණේ 1948දී ය. දශක දෙකකට පමණ පසු 1973දී රජය ත්‍රිපෝෂ වැඩසටහන ආරම්භ කළේ ය. එමගින් ඉලක්ක කරනු ලැබුවේ ගර්භනී මාතාවන්ගේ සහ තරුණ දරුවන්ගේ පෝෂණයයි. 1951දී රජය විසින් නිදහස් සෞඛ්‍යය හඳුන්වා දෙන ලදී (රත්නන්-එළිය සහ ද මෙල්, 1997 පිටුව 27).

1950 සහ 60 දශකවලදී අයවැය වියදම්වලින් 1/3ක් පමණ වෙනු කරනු ලැබුවේ සුබසාධන කටයුතු සඳහා ය (රත්නායන 1998). අධ්‍යාපනය හා සෞඛ්‍යය වෙනුවෙන් කරන ලද වියදම් දළ දේශීය නිෂ්පාදනයෙන් ප්‍රතිශතයක් ලෙස 1960 දශකයේදී 9.96%ක් ද, 1970 දශකයේදී 9.5%ක් ද විය. 1971 කැරැල්ලෙන් පසු රජය විෂමතා දුරලීම සඳහා වැඩිපුර ක්‍රියාමාර්ග ගත්තේ ය. ඒ අතර, ඉඩම් ප්‍රතිසංස්කරණ, නිවාස අයිතිය සඳහා පැනවූ සීමා, අනිවාර්ය ඉතුරුම් හා පෞද්ගලික ව්‍යවසාය ජනසතු කිරීම තිබිණි. මේ සුබසාධන සමාජවාදී ක්‍රමය එහි නිශේධනාත්මක ලක්ෂණ නිසා විවේචනයට ලක් විය. විශේෂයෙන් ම, වැවිලි ආර්ථිකයේ ආදායම මෙම සුබසාධන ක්‍රමය ආරක්ෂා කර ගැනීම සඳහා තව දුරටත් උපකාර නො වීම එයට හේතු විය. (අමර්නාතලංගම්, 2008) එසේම, එය සිය ඡන්ද පදනම් ආරක්ෂා කර ගැනීමේ සැලැවුණු දේශපාලන අරමුණු සහිත ක්‍රියාමාර්ගයක් ලෙස ද සැලකිණි.

මැන කාලීන මහ බැංකු වාර්තා විසින් පෙන්වා දෙන පරිදි රජයේ සෞඛ්‍ය හා අධ්‍යාපනික වියදම් මූල්‍යමය අගයෙන් වැඩි වී තිබෙනමුත්, දළ දේශීය නිෂ්පාදනයේ ප්‍රතිශතයක් ලෙස අඩු වී තිබේ. වැට්ටන් හා පුවර්ටෝ විසින් නිර්ණය කර ඇති පරිදි 7.5% ක ආර්ථික වර්ධනයක් ඇති ආසියාතික රටවල්, දළ දේශීය නිෂ්පාදනයෙන් 7% ක් ආර්ථික යටිතලය වෙනුවෙන් ද, 2.5%ක් සමාජ යටිතලය වෙනුවෙන් ද වෙන් කළ යුතු ය. පහත දැක්වෙන අංක 1 වගුව විසින් 2008 සිට 2011 දක්වා කාලය තුළ සමාජ යටිතලයේ ආයෝජනයන්ගේ වෙනස නිරූපණය කරනු ලැබේ. එය තිබෙන්නේ වැට්ටන් හා පුවර්ටෝ නිර්ණායකවලට වඩා බෙහෙවින් පහත් මට්ටමක යි.

මුළුමනින් ම ආර්ථික පර්යාවලෝකයකින් සලකා බැලූ කල, රටක ආර්ථිකයේ අවශ්‍යතා සපිරීම සඳහා අවශ්‍ය ඵලදායී හා කුසලතා පූර්ණ ශ්‍රම බලකායක් නිර්මාණය කිරීම පිණිස සමාජ ක්ෂේත්‍රයේ ආයෝජන, ඉවහල් වන නිසා ඒ වියදම් සාධාරණීකරණය කළ හැකි ය. එබැවින්, අධ්‍යාපනය හා සෞඛ්‍යය වෙනුවෙන් රජය විසින් කරනු ලබන වියදම් අවම වීම ජාතික මට්ටමේදී ශ්‍රම බලකායේ ගුණාත්මකභාවය පිරිහීමට හේතු විය හැකි ය. එසේම, එමගින් අධ්‍යාපනය හා සෞඛ්‍යය වෙනුවෙන් ජනතාවට අතින් කරන්නට සිදු වන වියදම ඉහළ යයි. ඉතිහාසය පුරා අධ්‍යාපනය හා සෞඛ්‍යය වෙනුවෙන් වූ වියදම් රජය විසින් දරන ලදී. එම බදු ආදායම් උපයා ගනු ලැබුවේ වක්‍ර හා ප්‍රතිගාමී ක්‍රමවලින් වුව ද, ඒවායේ වාසි අත්පත් වූයේ වඩාත් අවාසිදායක ජීවිත ගත කළ සමාජ කණ්ඩායම්වලටයි. සෞඛ්‍යයට අදාළව නම්, රජයේ සෞඛ්‍ය වියදම්වලින් 30%ක් ලැබුණේ දුප්පත් ම 20%ට ය. ධනවත් ම 20% විසින් ලබා ගන්නේ 10%ක් පමණි. ධනවත් ශ්‍රී ලාංකිකයෝ සමාජ යටිතල පහසුකම් පෞද්ගලික අංශයෙන් ලබා ගැනීමට පෙළඹීමේ ප්‍රවණතාවක් තිබේ. දීප ව්‍යාප්ත පොදු සෞඛ්‍ය හා අධ්‍යාපනික පහසුකම්වල ප්‍රයෝජන අත්පත් කර ගනු ලැබුවේ දිළිඳු පවුල් විසිනි (රත්නන්-එළිය සහ ද මෙල්, 1997) වඩා අවාසිදායක සමාජ කණ්ඩායම්වල සිටින අයට ද අධ්‍යාපනය හා සෞඛ්‍යය වෙනුවෙන් අතින් වියදම් කරන්නට සිදු වූ කල නිදහස් අධ්‍යාපනයේ හා සෞඛ්‍යයේ සමානතා ලක්ෂණය වියැකී යයි.

අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධන සංකල්පයෙන් අදහස් වන්නේ ආර්ථික වර්ධනය සෑම ක්ෂේත්‍රයක් වෙත ම පැතිරී යමින්, රටේ ශ්‍රම බලකායේ විශාල කොටසක් අන්තර්ගත කර ගනිමින් සමාජයේ සෑම පුද්ගලයෙක් ම ආර්ථික වර්ධනයේ වාසි සමාන පදනමකින් භුක්ති විඳීමයි (ලන්ඩස්ටෝම් හා ලැන්වොව්විනා, 2009). “අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනය” නම් සංකල්පය දිළින්දන්ට පක්ෂපාතී වූ ආර්ථික වර්ධනය පිළිබඳ අදහසින් වෙනස් වේ. දිළින්දන්ට පක්ෂපාතී වූ ආර්ථික වර්ධනය පිළිබඳ ප්‍රවේශයෙන් මූලිකව අවධානය යොමු කරනු ලබන්නේ දිළින්දන්ගේ සුබසාධනය වන අතර, අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනය විසින් ශ්‍රම බලකායේ මධ්‍යම පන්තික හා දිළිඳු කොටස් බහුතරය එක සමාන ලෙස ඉලක්ක කර ගනු ලැබේ. එමගින් වැඩි දියුණු කරන ලද ඵලදායීතා මට්ටමකට ඉවහල් වන පරිසරයක් නිර්මාණය කිරීමටත්, කම්කරු පන්තිය ඇතුළත් කර ගැනීමට හා පුළුල් පරිමාණ සමාජ ප්‍රතිපත්ති ක්‍රියාත්මක කිරීමටත්, ඒ ඔස්සේ විෂමතා දුරුලීමටත් ඉලක්ක කරනු ලැබේ.

**වගු අංක 1: 2008 සිට 2011 දක්වා කාලය අධ්‍යාපනය හා සෞඛ්‍යය වෙනුවෙන් රජයේ වියදම්**

	අධ්‍යාපන වියදම් දළ දේශීය නිෂ්පාදනයේ ප්‍රතිශතයක් ලෙස	අධ්‍යාපනය සඳහා සමස්ත වියදම (රු. බිලියන)	සෞඛ්‍ය වියදම් දළ දේශීය නිෂ්පාදනයේ ප්‍රතිශතයක් ලෙස	සෞඛ්‍ය ය සඳහා සමස්ත වියදම (රු. බිලියන)
2011	1.9	121.3	1.4	89.2
2010	1.9	104.2	1.3	73.8
2009	2.1	100.5	1.5	71.5
2008	2.3	100.1	1.7	74.5

මූලාශ්‍රය: මහ බැංකු වාර්තා

අසමානතාව, සංවර්ධනය වන රටවල පමණක් නොව, සංවර්ධිත රටවල ද, 21වන සියවසේ ප්‍රධාන සංවර්ධන අභියෝගය වේ. එය ආමන්ත්‍රණය කිරීමේ වැදගත්කම පර්යේෂණවලින් පමණක් නොව, අරාබි වසන්තය, වෝල් විදිය අත්පත් කර ගැනීම හා 2013 බ්‍රසීලයේ විරෝධතා වැනි ජනතාවාදී සමාජ ව්‍යාපාර විසින් ද පෙන්නුම් කරන ලදී. අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනය පිළිබඳ කතිකාවන් විසින් පිළිගනු ලබන කාරණයක් වන්නේ හොඳ වෙළඳ ආයතන, අධ්‍යාපනය, යහපාලනය හා නීතියේ ආධිපත්‍යය, දරිද්‍රතාව දුරලීමට හා අවස්ථා සහ බලාපොරොත්තු ඇති කිරීමට ඉවහල් වන බවයි. “අන්තර්ග්‍රාහී ධනවාදය”. අද වන විට ප්‍රචලිත කරනු ලබන සංකල්පයකි. එසේ ම වත්මන් සංවර්ධන ප්‍රවේශයන්ගේ අප්‍රමාණවත්බව පිළිබඳව ද කතිකාවන් තිබේ. බොහෝ රටවල් විසින් අනුගමනය කරනු ලබන සංවර්ධන මාර්ගය විසින් වාසි ලබා දෙන්නේ ටික දෙනෙකුට පමණක් බව හා ආර්ථික විද්‍යාඥයන් බලාපොරොත්තු වන “කාන්දු වීම” සිදු නො වන බව ද එහිදී හඳුනාගෙන තිබේ. මෙම පත්‍රිකාවේ අරමුණ මෙම විවිධ වූ ස්ථාවරයන් සාකච්ඡා කිරීම නො වේ. (ආර්ථික සහයෝගිතාව හා සංවර්ධනය පිළිබඳ සංවිධානය, 2013)<sup>1</sup>. එමගින් අවධාරණය කරනු ලබන කාරණය වන්නේ, ශ්‍රී ලංකාවේ සුබවාදී සමාජ සංවර්ධන ඉතිහාසයක් තිබියදී පවා, මෙම පත්‍රිකාව සම්පාදනය කරනු ලබන සමයේදී අධ්‍යාපන හා සෞඛ්‍ය පහසුකම් සම්පාදනයේ දක්නට ලැබෙන විෂමතා හේතුවෙන් අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනයට අභියෝගයක් එල්ල වී තිබෙන බව පමණි.

**3. අධ්‍යාපන සම්පාදනයේ අසමානතාව හා සේවා ගුණාත්මකභාවය**

අධ්‍යාපනයට ඇති අයිතිය වසර 60ක වැඩි කාලයක සිට ලංකාව විසින් හිමිකමක් ලෙස පිළි ගනු ලැබ තිබේ. නිදහස් අධ්‍යාපනය හා නොමිලේ පෙළ පොත්, නොමිලේ නිල ඇඳුම්, අඩු මිල ප්‍රවාහන පහසුකම්, අවාසි සහගත ආර්ථික තත්වයන් තුළ සිටින

<sup>1</sup> විවිධ අදහස් රැසක් සඳහා, ආර්ථික සහයෝගිතාව හා සංවර්ධනය පිළිබඳ සංවිධානය 2013 අප්‍රේල් මස නිකුත් කළ අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනය පිළිබඳ මතවාද සටහන් බලන්න.

සිසුන් වෙනුවෙන් විශේෂ වැඩසටහන් ආදිය හරහා සෑම මට්ටමක ම පිරිමි හා ගැහැනු ළමුන් අතර අධ්‍යාපනයට ප්‍රවේශය හා සමානාත්මතාව වර්ධනය වී තිබේ. එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස ශ්‍රී ලංකාවේ අධ්‍යාපනය හා සම්බන්ධ සිරස්තල නිදර්ශක (විශ්වීය ප්‍රාථමික අධ්‍යාපනය හා උසස් පාසල්වලට ඇතුළත් වීම වැනි) දකුණු ආසියාවේ වෙනත් රටවලට වඩා ඉහළ මට්ටමක පවතී. එහෙත්, අධ්‍යාපනික සේවාවන් අවකාශමය වශයෙන් සමව බෙදී යාම හා අධ්‍යාපනයේ ගුණාත්මකභාවය පිළිබඳ කාරණා මෙතුළ සැඟවී යයි.

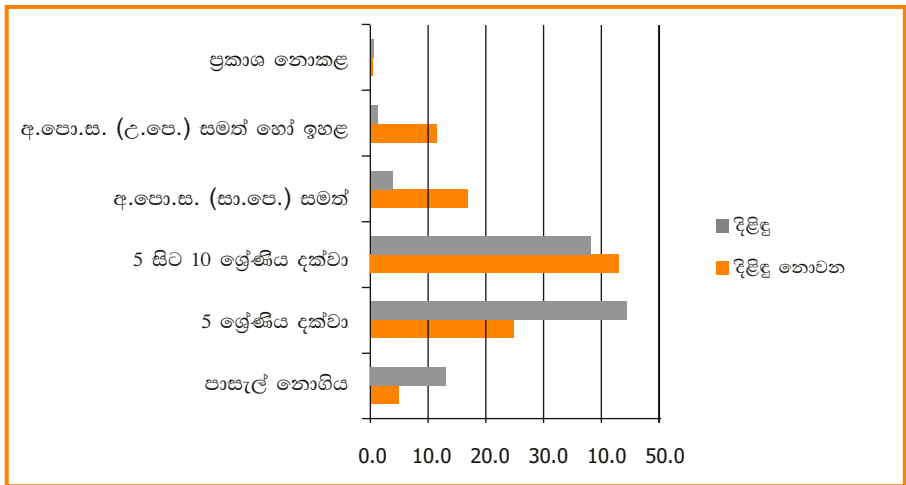
ශ්‍රී ලංකාවේ රජයේ පාසල් සිව් වර්ගයකට අයත් වේ. එනම්, 5 ශ්‍රේණිය හෝ 8 ශ්‍රේණිය දක්වා පමණක් පංති පැවැත්වෙන පාසල් (3වන වර්ගය), 11 ශ්‍රේණිය දක්වා පමණක් පංති පැවැත්වෙන පාසල් (2වන වර්ගය), 13 ශ්‍රේණිය දක්වා පංති පැවැත්වෙන, එහෙත්, උසස් පෙළ විද්‍යා විෂය ධාරාව නොමැති පාසල් (1 සී වර්ගය) සහ 13 ශ්‍රේණිය දක්වා පංති පැවැත්වෙන, උසස් පෙළ විද්‍යා විෂය ධාරාව ද තිබෙන පාසල් (1 ඒබී වර්ගය) වශයෙනි. 2009 වන විට, රටේ සමස්ත පාසල් සංඛ්‍යාවෙන් උසස් පෙළ විද්‍යා විෂයයන් උගන්වනු ලැබුවේ 1/4ක පමණි (තිලකරත්න 2009).

විවිධ වර්ගවල පාසල් විවිධ දිස්ත්‍රික්කවල බෙදී යන ආකාරය කැපී පෙනෙන අන්දමින් විවිධ ය. නිදසුනක් ලෙස උතුරු, නැගෙනහිර, උතුරුමැද හා සබරගමුව පළාත්වල 1 ඒබී හා 1 සී වර්ගයේ පාසල් සංඛ්‍යාව සෙසු පළාත්වල එම සංඛ්‍යාවට වඩා අඩු ය. නුවරඑළිය, වවුනියා, මන්නාරම, මුලතිව්, යාපනය හා මඩකලපුව දිස්ත්‍රික්කවල පාසල්වලින් 40%කට වඩා සංඛ්‍යාවක පංති ඇත්තේ 5 ශ්‍රේණිය හෝ 8 ශ්‍රේණිය දක්වා පමණි. උසස් පෙළ පංති පැවැත්වෙන්නේ පාසල් අතරින් 20%ක පමණි. රටේ සමස්ත පාසල් සංඛ්‍යාවෙන් 4.3%ක් හා උසස් පෙළ විද්‍යා පංති පැවැත්වෙන පාසල්වලින් 10.6%ක් කොළඹ දිස්ත්‍රික්කය තුළ පිහිටා තිබීම පුදුම වීමට කරුණක් නො වේ. උසස් පෙළ විද්‍යා පංති පැවැත්වෙන පාසල් අතරින් වැඩි ප්‍රමාණයක් ඇත්තේ කොළඹ, ගම්පහ, ගාල්ල, හම්බන්තොට, යාපනය හා කළුතර දිස්ත්‍රික්කවලයි (අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශය, 2012).

සාමාන්‍යයෙන් ලංකාවේ සෑම වර්ග කිලෝමීටර් 06කට ම එක් පාසලක් බැගින් තිබේ. එහෙත්, දිස්ත්‍රික්කයෙන් දිස්ත්‍රික්කයට මෙම ඝනත්වය වෙනස් වේ. කොළඹ දිස්ත්‍රික්කයේ සෑම වර්ග කිලෝ මීටර 1.6කට ම එක් පාසලක් බැගින් ඇතත්, මොනරාගල, මන්නාරම, මුලතිව් දිස්ත්‍රික්කවල පාසල් ඝනත්වය වර්ග කිලෝ මීටර් 20කට එකකි. මොනරාගල, නුවරඑළිය, කිලිනොච්චි හා වවුනියා දිස්ත්‍රික්කවල පාසල්වලින් තුනෙන් එකක පමණ පානීය ජලය නැත. මන්නාරම, ත්‍රිකුණාමලය හා මුලතිව් දිස්ත්‍රික්කවල පාසල්වලින් 50%ක පමණ විදුලි බලය නැත. මෙම පාසල්වල වැසිකිළි පහසුකම් නැතිකම නිසා ඒවා වෙත ගුරුවරුන් ආකර්ශනය කර ගැනීමට දුෂ්කර වී තිබේ. (තිලකරත්න, 2009). සිසුන් හා ගුරුවරයා අතර අනුපාතිකය දිස්ත්‍රික්කයෙන් දිස්ත්‍රික්කයට වෙනස් වන්නේ නැත. එහෙත්, සිසුන් හා උපාධි ගුරුවරුන් අතර අනුපාතිකය නම් දිස්ත්‍රික්කයෙන් දිස්ත්‍රික්කයට වෙනස් වේ. උපාධි ගුරුවරුන්ගෙන් 1/4ක් පමණ සිටින්නේ බස්නාහිර පළාතේ වන අතර 50%ක් පමණ සේවය කරන්නේ දිස්ත්‍රික්ක 06ක ය (එම).

අධ්‍යාපන සේවා සම්පාදනයේ පවතින විෂමතා, සහභාගිත්ව අනුපාතිකයන්ගෙන් හා අධ්‍යාපන ප්‍රතිඵලවලින් නිරූපණය වේ. පාසල්වලට ඇතුළත් වීම සාපේක්ෂව ඉහළ වුවත්, සිසුන්ගෙන් 9%ක් ප්‍රාථමික අධ්‍යාපනය සම්පූර්ණ කරන්නේ නැත. එක් සිසු කණ්ඩායමකින් ද්විතීයික අධ්‍යාපනයට එකතු වන්නේ 80%ක් පමණි. ද්විතීයික අධ්‍යාපනය ලබන සිසුන්ගෙන් විශ්ව විද්‍යාල ප්‍රවේශ පංතියට ඇතුළත් වන්නේ 39%ක් පමණි. ප්‍රාථමික අධ්‍යාපනය සම්පූර්ණ නො කරන සිසුන්ගෙන් වැඩි පිරිසක් දිළිඳු පවුල් ඒකකවලින් එන, විෂම හැකියාවන් ඇති, ආර්ථික වශයෙන් අවාසිදායක ප්‍රදේශවලින් එන, ගැටුම් සහිත ප්‍රදේශවල ජීවත් වන හෝ තේ, රබර් වතු වල ජීවත් වන අයයි. ප්‍රතිපත්ති අධ්‍යයන ආයතනයේ සමීක්ෂණවලින් හෙළිදරව් වන පරිදි, උෟස, මධ්‍යම, වයඹ හා නැගෙනහිර පළාත්වල සිසුන් ප්‍රාථමික අධ්‍යාපනය සම්පූර්ණ කිරීම අඩු ම මට්ටමක තිබේ (අරුණ තිලක, 2010). ගෘහ මූලිකයා අඩු අධ්‍යාපනයක් ලැබුවකු වන නිවෙස්වල වැසියන් දිළිඳුභාවයට පත් වීමේ අවස්ථාව වැඩි බව ප්‍රකාශ වන සංඛ්‍යාලේඛන තිබේ. ඒවායින්, ද්‍රව්‍යමය අඩුපාඩුකම් සහ අධ්‍යාපනයට ප්‍රවේශය අඩු වීම අතර ඇති සම්බන්ධය නිරූපණය කළ හැක.

**1 රූප සටහන: ගෘහ මූලිකයාගේ අධ්‍යාපනික මට්ටම අනුව දිළිඳු හා දිළිඳු නොවන වන පවුල් (2006/7)**



මූලාශ්‍රය: ශ්‍රී ලංකාවේ දරිද්‍රතාව (ගෘහාශ්‍රිත ආදායම් හා වියදම් සමීක්ෂණය 2006/07 මත පදනම්ව), ජන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව, 2009

අධ්‍යාපනයට ඇති ප්‍රවේශයේ අසාධාරණ ස්වභාවයෙන් හා දිළිඳුකමින් නිදහස් වීමට අසමත් වීම හේතුවෙන් ඇතැම් සමාජ කණ්ඩායම් අතර ඇතුළතින් ම දිළිඳුකම නිර්මාණය වීම හෝ නිදන්ගත දිළිඳුකම ඇති වීම දක්නට ලැබේ

ප්‍රවේශයේ අසාධාරණ තත්වයට අමතරව, බොහෝ පාසල්වල විද්‍යා අධ්‍යාපනයේ සීමිතකම මගින් අධ්‍යාපනයේ ගුණාත්මකභාවයේ වෙනස්කම් හා නිල රැකියා



වෙළඳපොළට එහි තිබෙන සම්බන්ධය නිරූපණය වේ. ඒ හේතුවෙන් ලබා දෙන අධ්‍යාපනයේ ප්‍රයෝජනවත්කම සීමා වේ. එය සාපේක්ෂ වශයෙන් ඉහළ උගත් රැකියා විද්‍යාත්මකයන් ප්‍රතිශතයක් බිහි කිරීමට දායක වෙයි (පහත 2 වගුව). විශ්ව විද්‍යාල ප්‍රතිපාදන කොමිසම හා දකුණු පළාත් සභාව එක්ව, 1999දී හා 2004දී කරන ලද සමීක්ෂණයකින් පෙන්වුම් කරනු ලබන පරිදි සමස්ත රැකියා විරහිත උපාධිධාරීන් අතරින් වැඩි ප්‍රතිශතයක් වන්නේ කලා උපාධිධාරියෝ ය (ආර්යවංශ, 2008). මෙම අධ්‍යාපන ක්‍රමය හරහා උපාධි ලබා ගන්නා උපාධිධාරීන්ට අවස්ථා හිඟ වීම නිසා ශ්‍රී ලංකාව දැනටමත් සුවිසල් මිළක් ගෙවා තිබේ. 1970 හා 1980 දශකවල ඇති වූ කැරැලි හා යම් දුරකට දෙමළ තරුණයන් අතර ඇති අසහනයන් අධ්‍යාපන ක්‍රමයේ ඇති විෂමතා සමග බැඳේ (ප්‍රනාන්දු, 2013).

**වගු අංක 2 : අධ්‍යාපන මට්ටම අනුව විරැකියා අනුපාතිකය**

අධ්‍යාපන මට්ටම	එකතුව	ස්ත්‍රී පුරුෂභාවය	
		ස්ත්‍රී	පුරුෂ
එකතුව	4.9	3.5	7.7
5 ශ්‍රේණියට පහළ	0.7	0.6	0.8
6-10 ශ්‍රේණි	3.6	2.8	5.8
අ.පො.ස. (සා.පෙ)	6.9	5.4	10.1
අ.පො.ස. (උ.පෙ.) හා ඉහළ	11.6	7.9	15.8

මූලාශ්‍රය: ශ්‍රම බලකා සමීක්ෂණය වාර්ෂික වාර්තාව, 2010, ජන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව, 2011

**4. සෞඛ්‍ය සේවා සම්පාදනයේ විෂමතා**

අඩ සියවසකටත් වැඩි කාලයක් තිස්සේ ශ්‍රී ලංකාවේ රජය සියලු පුරවැසියන්ට නිදහස් සෞඛ්‍ය පහසුකම් සම්පාදනය කරමින් සිටියි. එමගින් අතිශය සුබවාදී සෞඛ්‍ය දර්ශක නිර්මාණය වී තිබේ (1 කොටුව).

**1 කොටුව: ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය දර්ශක**

- කාන්තාවන් සඳහා අවුරුදු 77ක් ද පිරිමින් සඳහා අවුරුදු 72ක් ද වශයෙන් ආයු අපේක්ෂාව ශිඝ්‍රයෙන් වර්ධනය වී ඇත. (2002)
- කාන්තාවක විසින් සිය ජීවිත කාලය තුළදී දරනු ලබන දරුවන් ප්‍රමාණය 1994 දී ආදේශන මට්ටමේ සරුභාවය වන 2.1ට වඩා පහළට වැටිණි.
- 2006 දී ලක්ෂයකට 39.3ක් වන ශ්‍රී ලංකාවේ මාතෘ මරණ අනුපාතිකය දකුණු ආසියාවේ පහළ ම මට්ටම වේ.
- 1000 කට 8.5ක් වන ශ්‍රී ලංකාවේ ළදරු මරණ අනුපාතිකය ශ්‍රී ලංකාවට වඩා ධනවත් ඇතැම් රටවලට ද අත්පත් කර ගන්නට බැරි වී තිබේ.

මහජන සෞඛ්‍ය සේවාවන් සම්බන්ධ වගකීම බලය බෙදා හරින ලද විෂයක් වන අතර, එබැවින් මධ්‍යම ආණ්ඩුවේ සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයට අමතරව පළාත් නමයේ ම සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ ද ආයුර්වේද වෛද්‍ය කර්මය පිළිබඳ වග කියන දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශයක් ද තිබේ. සෞඛ්‍ය අංශයේ වැදගත් වන්නේ මහජන සෞඛ්‍යයයි. ඇතුළත් කර ගනු ලබන රෝගීන්ගෙන් 90-95% අතර ප්‍රතිශතයක් ජාතික හා උප ජාතික මට්ටමේ රජයේ වෛද්‍ය පහසුකම් ලබා ගන්නා අතර, බාහිර රෝගීන්ගෙන් 50%කට සේවා සපයන්නේ පෞද්ගලික අංශයේ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් විසිනි (ඉලංගසේකර හා ආනන්දසේකර, 2013). බෙහෙත් ද ඇතුළුව, සුව කිරීමේ හා වැළැක්වීමේ සෞඛ්‍ය සේවා රජය විසින් නොමිලේ සපයන මුත්, අසනීප වෙනුවෙන් පවුල් විසින් දරණු ලබන වියදම් වැඩි වෙමින් තිබේ. බෝ නොවන රෝග වැඩි වීම හා එවැනි නිදන්ගත රෝග සඳහා අඛන්ඩ වියදම්, ප්‍රවාහන වියදම් හා සමාජ සේවා හා සෞඛ්‍ය සේවා අතර සම්බන්ධීකරණයේ අඩුකම හේතුවෙන් ජනයා විසින් අතින් දැරීමට සිදු වන වියදම් වැඩි වී තිබේ (ජයසිංහ, 2010/2011).

සෞඛ්‍ය යාන්ත්‍රණය ඉතා පුළුල් ය. 2007 වසර අවසානයේදී ශ්‍රී ලංකාවේ රෝහල් 608ක් තිබිණි. සාමාන්‍යයෙන් ඕනෑම නිවසක සිට කිලෝමීටර් 4.8ක් ඇතුළත නොමිලේ බටහිර වෛද්‍ය සේවා ලබා ගත හැකි ස්ථානයක් ඇති බවට ගණන් බලා තිබේ. 2000-2007 කාලය තුළ, මිනිසුන් ලක්ෂයකට වෛද්‍යවරුන් සංඛ්‍යාව 41.1 සිට 55.1 දක්වා වර්ධනය විය. එම කාලය තුළ ම මිනිසුන් ලක්ෂයකට හෙදියන් සංඛ්‍යාව ද 78 සිට 157.3 දක්වා වැඩි විය. (එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවර්ධන වැඩසටහන, 2012). එහෙත් සෞඛ්‍ය ව්‍යුහය විවිධ භූගෝලීය ප්‍රදේශ හරහා සමාන අන්දමින් බෙදී ගොස් නැත. ශ්‍රී ලංකාවේ මානව සංවර්ධන වාර්තාවේ සඳහන් වන පරිදි, 2007දී, බස්නාහිර පළාතට සාපේක්ෂව උතුරු හා නැගෙනහිර පළාත්වල තිබුණේ අඩු රෝහල් සංඛ්‍යාවකි. එහෙත් තත්වය වැඩි දියුණු වෙමින් තිබේ (එම).

රජයේ වියදම් ඉහළ නැංවීමෙන් හා/හෝ සෞඛ්‍ය සේවා සම්පාදනයේ ප්‍රතිසංස්කරණ මගින් ආමන්ත්‍රණය කළ යුතු අභියෝග ගණනාවක් තවමත් තිබේ. ඒවා නම්, දිගටම පවතින මන්ද පෝෂණය, වියපත් වන ජනගහණයේ ප්‍රශ්න, යුද්ධයෙන් පීඩිත ප්‍රජාවන් හා වතු කම්කරු ප්‍රජාවන් වැනි විවිධ ස්වරූපවල ජන කණ්ඩායම්වල සෞඛ්‍ය හා පෝෂණ සේවා වැඩි දියුණු කිරීම ආදියයි.

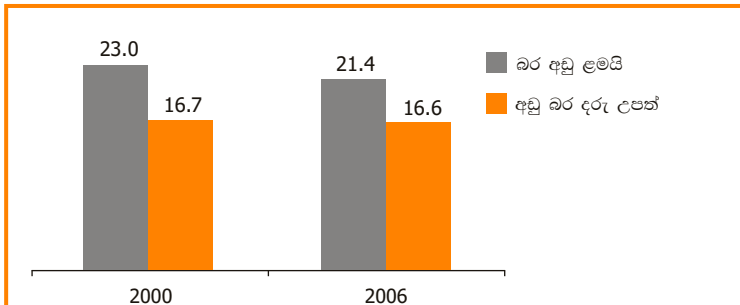
**4.1 මන්දපෝෂණය**

සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රයේ විවිධ ජයග්‍රහණ, කාන්තාවන් අතර සාපේක්ෂව ඉහළ අධ්‍යාපනයක් හා මන්දපෝෂණය හා සම්බන්ධ අනන්ත සංඛ්‍යාවක් මූලපිරීම් තිබියදීත්, මන්දපෝෂණය දිගින් දිගටම ශ්‍රී ලංකාවේ ප්‍රශ්නයක් වෙමින් තිබේ (ජයවර්ධන, 2011).



## 2 රූප සටහන: අඩු බර ළමයි හා බර අඩුව උපන් දරුවන්, 2000 සහ 2006

(ප්‍රජාතන්ත්‍රවාදී සමාජවාදී ජනරජයේ ජයවර්ධන, 2011)

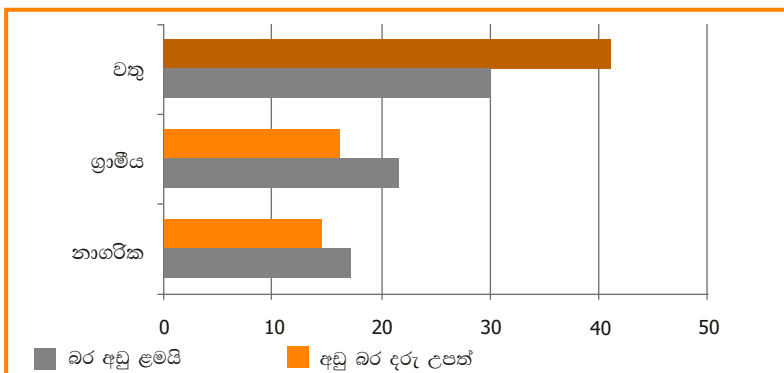


මූලාශ්‍රය: 2000 හා 2006/07 වසරවල සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ සමීක්ෂණ දත්ත අනුව ගොඩනගන ලදී.

2 රූප සටහන විසින් පෙන්නුම් කරනු ලබන පරිදි තත්වය පසුගිය වසර හයක කාලය තුළ එතරම් වෙනස් වී නැත. ඇතැම් කණ්ඩායම් අතර තත්වය නරක් වී තිබේ. නිදසුනක් ලෙස වතුකරයේ ළමයින් අතර තත්වය ඉතා නරක ය. (3 රූප සටහන) නුවරඑළිය හා බදුල්ල දිස්ත්‍රික්කවල වයස අවුරුදු 5ට අඩු ළමුන්ගෙන් පිළිවෙලින් 41%ක් හා 35%ක් කුරුභාවයට ගොදුරු වී තිබේ. (ජන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව, 2009) මන්දපෝෂණය හා ගහස්ව ආදායම, මවගේ පෝෂණ තත්වය හා මවගේ අධ්‍යාපන මට්ටම අතර ද සම්බන්ධතාවක් තිබේ. (4 රූප සටහන) (ජයවර්ධන, 2011).

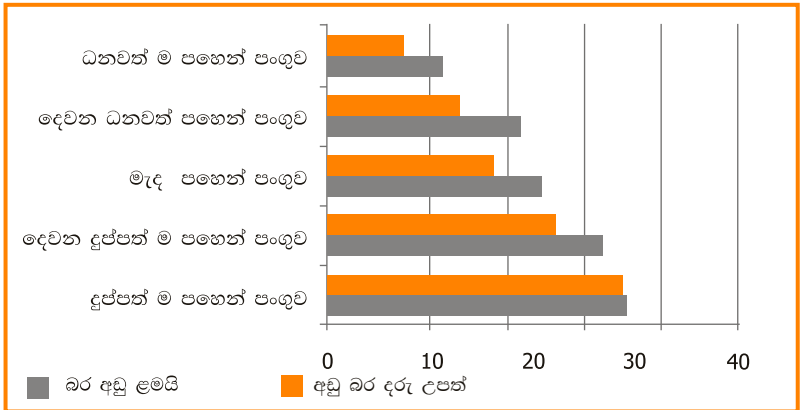
## 3 රූප සටහන: අඩු බර දරු උපන් හා අඩු බර ළමයි, 2006

(ප්‍රජාතන්ත්‍රවාදී සමාජවාදී ජනරජයේ ජයවර්ධන, 2011)



මූලාශ්‍රය: 2000 හා 2006/07 වසරවල සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ සමීක්ෂණ දත්ත අනුව ගොඩනගන ලදී.

**4 රූප සටහන: අඩු බර දරු උපක් හා අඩු බර ළමය ධනවත්කම අනුව, 2006**  
(ප්‍රජාතන්ත්‍රවාදී සමාජවාදී ජනරජයේ, 2011)



මූලාශ්‍රය: 2006/07 වසරවල සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ සමීක්ෂණ දත්ත අනුව ගොඩනගන ලදී.

**4.2 වියපත් වන ජනගහණයේ ප්‍රශ්න**

ශ්‍රී ලංකාවේ වැඩි දියුණු වූ සෞඛ්‍ය දර්ශක විසින් ඇති කරන ලද ප්‍රශ්න ද තිබේ. පිරිමින් හා ගැහැනුන් දිගු කලක් ජීවත් වන අතර, වියපත් ජනයා අතර බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ ප්‍රශ්නයකට දැන් සෞඛ්‍ය අංශය මුහුණ දෙමින් සිටියි. එයින් අදහස් වන්නේ සෞඛ්‍ය සේවාවන් වැඩිහිටියන් ගැන හා ආබාධිතභාවය පිළිබඳ වැඩි අවධානයක් යොමු කිරීමයි. ලෝක බැංකුවේ සෞඛ්‍යය, පෝෂණය හා ජනගහණය පිළිබඳ පත්‍රිකාවක (එංග්ලන්තයේ හා තවත් අය, 2010) දැක්වෙන පරිදි පසුගිය අඩ සියවස තුළ ලංකාවේ හෘද රෝග හා ආසාදන වැනි රුධිර සංසරණය ආශ්‍රිත රෝගවලින් සිදු වන මරණ සංඛ්‍යාව 3% සිට 24% දක්වා වැඩි වී තිබේ. මේ කාලය තුළ ආසාදන රෝග 42% සිට 20% දක්වා අඩු වී තිබේ. එහි වැඩි දුරටත් දැක්වෙන කරුණක් වන්නේ ශ්‍රී ලංකාවේ බෝ නොවන රෝග නිසා සිදු වන මරණ අනුපාතිකය සංවර්ධිත රටවලට වඩා 20-50% අතර ප්‍රමාණයකින් වැඩි ය. බෝ නො වන රෝග පැතිරීම ආදායම් මට්ටම් අනුව වෙනස් වේ. ධනවත් අය අතර හෘද රෝග වැඩි අතර, දිළිඳු ජනයා අතර ඇදුම වැඩි ය.

බෝ නොවන රෝග නිසා රෝගාතුර වීම අවම කර ගැනීමේ හා සෞඛ්‍ය සේවාවන් වැඩිහිටි ජනතාව වෙත සමීප කිරීමේ අවශ්‍යතාව ශ්‍රී ලංකා රජයේ අවධානයට යොමු වී තිබේ. දරුවන් නගර වෙත සංක්‍රමණය වීම නිසා බොහෝ වැඩිහිටි ජනයා තමන්ගේ ගම්වල නිවෙස්වල තනිව ජීවත් වන තත්වය හමුවේ වැඩිහිටියන් ඉලක්ක කළ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍යාරක්ෂක පද්ධතිය දැන් රජයේ ප්‍රමුඛ අවධානය යොමු වූ කාරණයක් වී තිබේ (සෞඛ්‍ය හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය, 2009). සෞඛ්‍යාරක්ෂණ පද්ධතිය මේ පවතින අන්දමින් ම, මෙම සේවාවන් සැපයීම සඳහා පුළුල් කරමින්

තිබේ. එහෙත් මේ වන විටත් එහි සැලකිය යුතු සේවක හිඟයක් ඇත (දරිද්‍රතා විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රය, 2013).

### 4.3 උතුරු හා නැගෙනහිර ගැටුම් තීව්‍රණය ප්‍රදේශ හා වතුකරය

උතුරු නැගෙනහිර හා වතු කම්කරුවන්ගේ සෞඛ්‍ය සංඛ්‍යාලේඛන ජාතික මට්ටමේ සාමාන්‍ය තත්ත්වයන්ට වඩා පහළ මට්ටමක තිබේ. උතුරු නැගෙනහිර ඇතැම් වෙනස්කම් 3 රූප සටහනේ දැක්වේ. උතුර සම්බන්ධයෙන් නිල සංඛ්‍යාලේඛන නැත. 2006/07 ජන විකසනය හා සෞඛ්‍යය පිළිබඳ සමීක්ෂණය විසින් කරුණු ගොනු කරනු ලැබුවේ නැගෙනහිර පළාතේ දිස්ත්‍රික්කවල පමණි. යුද්ධය මිනිසුන්ගේ සෞඛ්‍යයට බලපෑවේ ය. සෞඛ්‍ය පහසුකම්වලට හානි කළේ ය. අවතැන් වීම හා සුදුසුකම් සහිත කාර්ය මණ්ඩල නැතිකම සෞඛ්‍ය සේවා සම්පාදනයට දැඩිව බලපෑවේ ය. පවුල් ඒකකවල බිඳී යාම නිසා ළමාරක්ෂාව සඳහා වැඩසටහන්, වැඩිහිටි හා ආබාධිත අයට උපකාර හා මානසික කම්පනය හේතුවෙන් ජීවිතයට පත් වී සිටින මිනිසුන්ට උපකාර කිරීම වැනි වෙනත් ආකාරවල සමාජ සේවාවල අවශ්‍යතාව ද මතු වී තිබේ (එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවර්ධන වැඩසටහන, 2012).

වැවිලි ආර්ථිකයේ ආරම්භයේ සිටම වතුවල රෝගාතුර වීමේ හා මරණයට පත් වීමේ අනුපාතිකයන් ඉතා ඉහළ මට්ටමක පැවතිණි. වතුවල මාතෘ ඒකක පිහිටුවීම හා

**වගු අංක 3 : සෞඛ්‍ය තත්ත්වය පිළිබඳ සංසන්දනාත්මක දර්ශක: ශ්‍රී ලංකාව හා උතුරු නැගෙනහිර**

සෞඛ්‍ය දර්ශක	ශ්‍රී ලංකාව	උතුරු නැගෙනහිර
මාතෘ මරණ අනුපාතිකය / සජීවී උපන් ලක්ෂයකට	23	80
ළදරු මරණ අනුපාතිකය / සජීවී උපන් 1000කට	15.4 ('98)	30 (2000)
වයස අවුරුදු 50 අඩු මරණ අනුපාතිකය	12.9	නිල සංඛ්‍යා ලේඛන නැත
අසම්පූර්ණ උපන් අනුපාතිකය / ජනගහණයෙන් 1000කට (2000)	17.3	16.82
උපතේදී ආයු අපේක්ෂාව	70.7 / 75.4	නිල සංඛ්‍යා ලේඛන නැත
නිවසේ සිදු වන දරු උපන් * මුස්ලිම් ප්‍රජාව	4.0%	19.4%
	(31.4% මඩකලපුව*) (39.4% මන්නාරම*)	
මාතෘ මත්ද්‍රව්‍යවලින් පීඩාපත්වීම	48%	(24% අධිකයි)
සනීපාරක්ෂාව වෙත ප්‍රවේශය	72.6%	48.2%
සමස්ත සරුභාවයේ අනුපාතිකය	1.9	2.6%
ප්‍රතිශක්තිකරණ ආවරණය (සෞඛ්‍ය කාඩ්පත ඇති වයස අවුරුදු 50 අඩු)	80.7%	74.5%

මූලාශ්‍රය: ශ්‍රී ලංකාවේ උතුරු හා නැගෙනහිර ප්‍රදේශවල සෞඛ්‍ය පද්ධති තක්සේරුව, ශ්‍රී ලංකාවේ ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය, 2002. උපුටා ගැනීම් 1999, 2000 වාර්ෂික සෞඛ්‍ය බුලටිනය හා 2000 වසරේ උතුරු නැගෙනහිර පළාතේ සෞඛ්‍ය සංඛ්‍යාලේඛන පොත, 2001 වසරේ සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ සමීක්ෂණය (වික්‍රමගේ, දිනසක් නැත.)

ලියාපදිංචි වින්තඹුවන් සංඛ්‍යාව වැඩි කිරීම හරහා මාතෘ හා ළදරු සෞඛ්‍යය නැංවීමේ ප්‍රයත්නයන් 1930 සිට ම තිබුණ මුත්, 1970 දශකය වන විටත් මෙම අනුපාතිකයන් ඉහළ මට්ටමක තිබිණි. 1970 දශකය මුලදී වතු ජනසතු කිරීමත් සමග වතුකරයේ ජනතාවට සෞඛ්‍ය පහසුකම් සැපයීම වැඩි වූ අතර, එය වඩාත් විධිමත් විය. වතු කළමනාකරණය කරන ශ්‍රී ලංකා වැවිලි සංස්ථාව හා ජනතා වතු සංවර්ධන මණ්ඩලය යන රජයේ නියෝජිතයන්ගෙන් දෙකේ සමාජ සංවර්ධන අංශ සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ උපදෙස් පරිදි වතු වල සුබසාධන පහසුකම් ද කළමනාකරණය කළේ ය. 1992දී වැවිලි අංශය ප්‍රතිව්‍යුහගත කරමින් ප්‍රාදේශීය වතු සමාගම් 23ක කළමනාකරණය පෞද්ගලික අංශය වෙත පවරා දෙන ලදී. සමාජ සුබසාධනය වෙනුවෙන් වතු නිවාස හා සමාජ සුබසාධන අරමුදලක් පිහිටුවන ලද අතර, එයට මුදල් සපයනු ලැබුවේ පෞද්ගලික සමාගම් විසින් ගෙවන ලද බද්දකින් හා ආධාරක සංවිධානවල අරමුදල්වලිනි. එහෙත් එයට සමාජ සංවර්ධන අංශවලට මෙන් වතු වල සෞඛ්‍යාරක්ෂණ සේවා සම්පාදනයේ හා සුබසාධනයේ ආධිපත්‍යයක් නො තිබුණු අතර, එයට ක්‍රියාත්මක වන්නට සිදු වූණේ සමාගම්වල විවිධ සුබසාධන වැඩසටහන් හරහා ය. දරිද්‍රතා විශ්ලේෂණ කේන්ද්‍රය විසින් 2005දී කරන ලද අධ්‍යයනයක් විසින්, පෞද්ගලිකරණයෙන් පසු සෞඛ්‍ය සේවා සම්පාදනයේ ඇති ඇතැම් අතෘප්තිමත් තත්ත්වයන් වාර්තාගත කරන ලදී (ගුණතිලක, එන්. හා තවත් අය, 2008) කෙසේ වෙතත්, වතු නිවාස හා සමාජ සුබසාධන අරමුදල සෞඛ්‍ය ප්‍රමිතීන් නිරීක්ෂණය කිරීමෙන්, ජාතික සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීමෙන් හා සෞඛ්‍ය අවශ්‍යතා සපුරා ගැනීම වෙනුවෙන් විශේෂ දිරි දීමනා ලබා දීමෙන් ද, නිවාස, ජල සම්පාදනය හා සනීපාරක්ෂක පහසුකම් වැඩි දියුණු කිරීමෙන් ද, සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රයේ සුබවාදී වෙනස්කම් ඇති කිරීමට වතු නිවාස හා සමාජ සුබසාධන අරමුදල දායක වී තිබේ.

**වගු අංක 4 : වතුකරයේ සෞඛ්‍ය සංඛ්‍යා ලේඛන**

වසර	නියෝජිතයන්ගේ	ජනගහණය	ළදරු මරණ අනුපාතිකය	මාතෘ මරණ අනුපාතිකය	ආයතනික උපන් (%)
1985	ශ්‍රී ලංකා වැවිලි සංස්ථාව / ජනතා වතු සංවර්ධන	738,025	49.6	1.2	60.8
1992	ශ්‍රී ලංකා වැවිලි සංස්ථාව / ජනතා වතු සංවර්ධන	809,096	27.9	1.2	85.5
1995	වතු නිවාස හා සමාජ සුබසාධන අරමුදල	849,646	28.5	1.5	90.3
2000	වතු නිවාස හා සමාජ සුබසාධන අරමුදල	886,936	19.1	1.8	96.0

මූලාශ්‍රය: ශ්‍රී ලංකා මානව සංවර්ධන වාර්තාව, එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවර්ධන වැඩසටහන, 2012, 12 වන කොටුව, 7 පිටුව

මේ ප්‍රයත්නයන් හේතුවෙන් 1985දී 1000කට 49.6ක් වූ ළදරු මරණ අනුපාතිකය 2000 වන විට 1000කට 19.1 දක්වා අඩු විය. එය වසර 15ක් තුළ සිදු වූ 60%කට වැඩි වර්ධනයකි (එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවර්ධන වැඩසටහන, 2012). මෙය ප්‍රධාන ජයග්‍රහණයකි. එහෙත්, වෙනත් ක්ෂේත්‍රවල හා ජාතික සාමාන්‍යයන්ගේ සංඛ්‍යා ලේඛන තවමත් තිබෙන්නේ පසුපසිනි. මේ වෙනස්කම් බොහොමයකට හේතුව, විශේෂයෙන් ම තේ වැවිලි අංශයේ, ප්‍රාදේශීය වැවිලි සමාගම්වල සිදු වූ වෙනස්කම් බව සටහන් කළ යුතු ය. පෞද්ගලික හිමිකාරිත්වය ඇති වතු හා රබර් වතු කැපී පෙනෙන ලෙස අවාසියට ලක් වී තිබේ.

## 5. නිගමනය

අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනය අර්ථකථනය කර තිබෙන්නේ පුළුල් පදනම් සහිත සමාජ ප්‍රතිපත්ති හා වැඩිදියුණු කරන ලද ඵලදායීතා මට්ටම් හා ශ්‍රම අන්තර්ගතය මත පදනම් වූ වර්ධනයක් ලෙසයි. (ලන්ඩස්ටෝම් හා ලැන්වොව්විනා, 2009). මෙම පත්‍රිකාව විසින් අධ්‍යයනය කරනු ලැබුවේ ශ්‍රී ලංකාවේ සමාජ ප්‍රතිපත්තිවල පරිණාමයයි. එහිදී විශේෂයෙන් ම, සෞඛ්‍ය හා අධ්‍යාපන ක්ෂේත්‍රවල සමාජ යටිතලය කෙරෙහි අවධානය යොමු කරන ලදී. ඉහත කොටස්වලින් පැහැදිලි කරනු ලැබුවේ සමාජ යටිතල පහසුකම් සම්පාදනයේ සැලකිය යුතු මට්ටමක් හා සුබවාදී සමාජ සංවර්ධන දර්ශක තිබියදීත්, සියලු පුරවැසියන්ට සමාන අන්දමින් අධ්‍යාපන හා සෞඛ්‍ය සේවා සම්පාදනයේදී ශ්‍රී ලංකාව තවමත් සැලකිය යුතු අභියෝගවලට මුහුණ දී සිටින බවයි.

සෞඛ්‍ය හා අධ්‍යාපනික පහසුකම් සම්පාදනයේ සමානාත්මතාව යන්නෙන් අදහස් වන්නේ සියලු ශ්‍රී ලාංකිකයන්ට, ඔවුන් ජීවත් වන තැන, ඔවුන්ගේ ජනවාර්ගිකත්වය, වයස හා ස්ත්‍රී පුරුෂභාවය, ආදායම කුමක් වුණත්, මූලික සෞඛ්‍ය හා අධ්‍යාපන ප්‍රමිතීන් වෙත ප්‍රවේශය සහතික කිරීමයි. දළ දේශීය නිෂ්පාදනයේ අගයන් ඉහළ පැවතුණත්, ආර්ථිකය 8%ක වේගයෙන් වර්ධනය වුණත්, දැන් ශ්‍රී ලංකාව මධ්‍යම මට්ටමේ ආර්ථිකයක් ඇති රටක් බවට පත් වී තිබුණත්, මේ වනාහි රජයට සපුරා ලීම දුෂ්කර වූ වගකීමකි. සාධාරණ සේවා සම්පාදනයකින් අදහස් වන්නේ සේවා සම්පාදනයේ පවතින භූගෝලීය විෂමතා දුරලීමයි. එසේම සපයනු ලබන සේවාවේ ගුණාත්මකභාවය වැඩිදියුණු කිරීමයි. ස්ත්‍රී පුරුෂභාවය හා ජනවාර්ගිකත්වය වැනි හරස් විෂමතා හා සම්බන්ධව සමාජ යටිතලයට පිවිසීමේ දක්නට ලැබෙන වෙනස්කම් මෙම පත්‍රිකාව විසින් අවධානයට ලක් කර නැත. එහෙත්, සමාජ යටිතල පහසුකම් සම්පාදනයේ සමානාත්මතාව යනු මෙම විෂමතා කෙරෙහි ද අවධානය යොමු කර විසඳුම් ලබා දීමයි. ආර්ථික වර්ධනයේ වාසි අත්පත් කර ගැනීමේ අවස්ථාව සැමටම ලැබෙන්නේ ඒ අනුවයි.

මෙය අත්පත් කර ගැනීම සඳහා රජය බදු ආදායම් මගින් උපයා ගන්නා රජයේ

අරමුදල් සමාජ යටිතලය වෙනුවෙන් ආයෝජනය කිරීම වැඩි කළ යුතු යුතු ය. එහිදී සෞඛ්‍ය හා අධ්‍යාපන සේවා සම්පාදනයේදී වෙනස් වෙමින් ඇති භූගෝලීය සාධකවල හා රැකියා වෙළඳපොළේ අවශ්‍යතාවන් කෙරෙහි සංවේදී විය යුතු ය. සමාජ යටිතල පහසුකම් සම්පාදනයේදී පෞද්ගලික අංශයේ මැදිහත් වීම වැඩි කිරීම කෙරෙහි වැඩි නැඹුරුවක් ඇති බව පෙනේ. අනුගමනය කරනු ලබන මාර්ගය එය නම්, එහිදී පහත සඳහන් කරුණු කෙරෙහි අවධානය යොමු විය යුතු ය. සේවාවන් නාගරික හා වඩා ඉසුරුමත් ප්‍රදේශවලට සංකේන්ද්‍රණය නො විය යුතු ය. දිළිඳු, ග්‍රාමීය හා වතු ප්‍රදේශවල පහසුකම් අඩු වීම සිදු නො විය යුතු ය. රජය මෙන් ම, පෞද්ගලික අංශය ද තමන් සපයන සේවාවන් සමාජ ප්‍රජාවන්ගේ සෑම අංශයකට ම සමාන කැප කිරීමකින් යුතුව සම්පාදනය කළ යුතු ය. ඒ අනුව, සෑම කෙනෙකුට ම එක ම ප්‍රමිතියේ වෘත්තිකමය සෞඛ්‍ය හා අධ්‍යාපන සේවාවක් බලාපොරොත්තු වීමට හැකි විය යුතු ය.

## ලේඛන නාමාවලිය

- Amirthalingam, K., 2008. "Social Development, Economic Growth and the Liberalisation in Sri Lanka." *Sri Lanka Economic Journal* [Colombo] Vol. 8(2): pp 1-20, Print.
- Ariyawansa, R G., 2008. "Employability of Graduates of Sri Lankan Universities." *Sri Lankan Journal of Human Resource Management* [Colombo] Vol. 2(1): pp 92-104, Print.
- Arunatilake, N., 2010. "Equity in Education and Health Services in Sri Lanka." *Institute of Policy Studies*. Online. Accessed. 4 June 2012.  
<[http://www.ips.lk/news/newsarchive/2010/26\\_4\\_2010\\_adb\\_eq/nisha.pdf](http://www.ips.lk/news/newsarchive/2010/26_4_2010_adb_eq/nisha.pdf)>.
- CEPA, unpublished, 2013. *Baseline Assessment of the Pilot Project "Strengthening of Primary Level Care Management of Non-communicable Diseases"*, Colombo: Centre for Poverty Analysis.
- Chatterton, I. & Puerto, O.S, undated. "Estimation of Infrastructure Investment Needs in the South Asia Region." *World Bank*. Online. Accessed 26 April 2011.  
<[http://siteresources.worldbank.org/INTSARREGTOPTRANSPORT/Resources/Inf\\_Investment\\_Needs\\_IC\\_version4.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTSARREGTOPTRANSPORT/Resources/Inf_Investment_Needs_IC_version4.pdf)>.
- Chen, S. & Ravallion, M., 1996. *What Can New Service Data Tell us about Recent Changes in Distribution and Poverty*, Policy Research Working Paper. New York: The World Bank. Print.
- de Silva, N., Gunatilaka R. Lokuge G. & Meedeniya, A., 2012. "Integrating Quantitative and Qualitative Methods to Identify the Drivers of Inclusive Growth" in Indraratna, A.D.V. De S. & Vidanagama, S., *Achieving Economic Goals in the Midst of Global Challenges*. Colombo: Sri Lanka Economic Association. Chapter 6, pp 83-139. Print.
- DCS, 2011. *Annual Report of the Labour Force Survey 2010*. Colombo: Department of Census and Statistics. Online. Accessed 4 June 2012.  
<[http://www.statistics.gov.lk/samplesurvey/LFS\\_Annual%20Report\\_2010.pdf](http://www.statistics.gov.lk/samplesurvey/LFS_Annual%20Report_2010.pdf)>.
- DCS, 2009. *Demographic and Health Survey 2006-7*. Colombo: Department of Census and Statistics. Print.
- DCS, 2009. 'Poverty in Sri Lanka (based on 2006-7 HIES)', Colombo: Department of Census and Statistics. Online. Accessed 4 June 2012. <<http://www.statistics.gov.lk/poverty/reportnew-Final.pdf>>.
- Engelgau, M., Okamoto, K., Navaratne, K.V. & Gopalan, S., 2010. *Prevention and Control of Selected Chronic NCDs in Sri Lanka: Policy Options and Action*, Washington D.C: World Bank. Print.
- Fernando, P, January 2013. 'Resting on our Laurels: Human Development, Sri Lanka's Successes and Challenges', January 2013. Colombo: South Asia Policy Research Institute. Online. Accessed. 26 July 2013.  
<<http://www.thesapri.org/download/Ms.%20Priyanthi%20Fernando%20.pdf>>.
- Gunetilleke, N. Kuruppu S., & Goonasekera, S., 2008. *The Estate Workers' Dilemma: Tensions and Changes in the Tea and Rubber Plantations in Sri Lanka*. Colombo: Centre for Poverty Analysis. Print.
- Illangasekera, P. & Fonseka, N., 2013. *Private Health Care Sector in Sri Lanka*. Colombo: RAM Ratings. Print.
- International Rivers, 2012. *Infrastructure for whom? A Critique of the Infrastructure Strategies of the Group of 20 and the World Bank*, International Rivers. Print.
- Jayasinghe, S., 2010/2011. "Illness and Social Protection: An Agenda for Action in Sri Lanka." *Sri Lanka Journal of Social Sciences* [Colombo] Vol. 33/34(1 & 2), pp 25-29. Print.
- Jayawardena, P., 21 November 2011. "Sri Lanka Grapples with Child Malnutrition Despite Major Improvements in the Health Sector." *Talking Economics*. Online. Accessed 4 June 2012.  
<<http://www.ips.lk/talkingeconomics/2011/11/sri-lanka-grapples-with-child-malnutrition-despite-major-improvements-in-the-health-sector/>>.

Lundstorm, S. & Ianchovichina E., 2009. *What is Inclusive Growth?*, Policy Research Working Paper 4851. New York: World Bank. Print.

Ministry of Education, 2012. *Sri Lanka Educational Information*, Colombo: Ministry of Education. Print.

Ministry of Healthcare and Nutrition, 2009. *Human Resources for Health Strategic Plan (2009-2018) - supplementary document*. Colombo: Ministry of Healthcare and Nutrition. Print.

OECD, April 2013. "Opinion Notes." OECD Workshop on Inclusive Growth, *Organisation for Economic Cooperation and Development*. Online. Accessed 26 July 2013. <<http://www.oecd.org/inclusive-growth/Opinion%20Notes%20-%20Workshop%20Inclusive%20Growth%2003.04.2013%20EN.pdf>>.

Rannan-Eliya, R. P. & de Mel, N., 1997. *Resource Mobilisation in Sri Lanka's Health Sector*, Colombo: Institute of Health Policy, Online. Accessed August 2013. <[www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-42.PDF](http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-42.PDF)>.

Ratnayake, R. M. K., 1998. "Poverty in Sri Lanka: Incidence and Poverty Reduction Strategies." Indrarathna, A.D.V. de S. (ed.), *Fifty years of Sri Lanka's independence: A socio economic review*, Colombo: Central Bank of Sri Lanka. Print.

Tilekaratne, G., 2009. *Educational Opportunities for the Poor in Sri Lanka: Addressing Spatial Disparities*. Colombo: Institute of Policy Studies. Online. Accessed 26 July 2013 <[http://www.ips.lk/events/workshops/18\\_3\\_9\\_development\\_report/education\\_opportunities.pdf](http://www.ips.lk/events/workshops/18_3_9_development_report/education_opportunities.pdf)>.

UNDP, 2013. *Millennium Development Goals Report 2013*. New York: United Nations. Print.

UNDP, 2012. *Sri Lanka Human Development Report*. Colombo: UNDP. Print.

Wickramage, K., undated. "Major Public Health Issues in Sri Lanka: Recovery of the Post-Conflict Health System in North East Sri Lanka." Online. Accessed August 2013.





හේමාත්මක සංඝෛප්ත පත්‍රිකා මාලාව

හේමාත්මක සංඝෛප්ත

කො. 1. සමාජ යටිතල ව්‍යුහය හා අන්තර්ග්‍රාහී වර්ධනය

cepa

centre for poverty analysis

29, R G Senanayake Mawatha,  
Colombo 7, Sri Lanka

Tel: +94 (011) 4690200, 2676955

Fax: +94 (011) 2676 959

E-mail: [info@cepa.lk](mailto:info@cepa.lk)

[www.cepa.lk](http://www.cepa.lk)



The Asia Foundation



ThinkTank  
Initiative

ISBN 978-955-1040-72-7



9 789551 040727