ශ්‍රී ලංකාවේ ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය

2021-2030

(2022/05/09 දින අමාත්‍ය මණ්ඩල අනුමැතිය හිමි වන ලදී.)

පටුන

1. හැඳින්වීම 1

2. ප්‍රතිපත්ති පසුබිම 2

3. ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය 2010 සංශෝධනය කිරීමේ අවශ්‍යතාවය 5

4. ප්‍රතිපත්ති ක්‍රියාවලිය 5

5. දැක්ම 5

6. පරමාර්ථය 6

7. මාර්ගෝපදේශ මූලධර්ම 6

8. ප්‍රතිපත්ති අරමුණු 6

9. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍ර 6

10. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍ර සඳහා මූලික උපායමාර්ගික නිර්දේශ 7

10.1. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය I - සියළුම පුරවැසියන් සඳහා ආහාර හා පෝෂණ සුරක්ෂිතතාවය 7

10.2. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය II - සම්බන්ධීකරණය වූ බහු ආංශික සහයෝගිතාව සහ හවුල්කාරිත්වය 8

10.3. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය III - ආරක්ෂිත ආහාර සඳහා වූ අයිතිය තහවුරු කිරීම සහ සදාචාර විරෝධී අලෙවිකරණය වැළැක්වීම සඳහා ශක්තිමත් නීතිමය රාමුව 8

10.4. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය IV - ජීවිත කාලය පුරා ඉහළ නංවන ලද පෝෂණය 9

10.5. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය V - හදිසි අවස්ථා වලදී සහ ඉතා අයහපත් කාලගුණ තත්ත්වයන්හි දී පෝෂණ ප්‍රවර්ධනය 11

10.6. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය VI - පර්යේෂණ හා තොරතුරු උපායමාර්ගික කළමනාකරණය 11

11. ප්‍රතිපත්තියේ අපේක්ෂිත ප්‍රතිඵලය 12

12. ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීම 13

12.1. බහු ආංශික පෝෂණ ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම සම්බන්ධීකරණය 15

12.2. පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය අධීක්ෂණය සහ ඇගයීම 17

13. ක්‍රියාකාරී උපායමාර්ගික රාමුව 18

14. පාරිභාෂිත වාග් මාලාව 66

15. ඇමුණුම 70

ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය

1. හැඳින්වීම

ප්‍රජා සෞඛ්‍ය, සංවර්ධනය සහ ඵලදායිතාව ඉහළ නැංවීම සඳහා පෝෂණය ඉතා වැදගත් වන අතර අපේක්ෂිත පෝෂණ ඉලක්ක වෙත ළඟා වීම සඳහා, ආහාර[1] හා පෝෂණ[2] සුරක්ෂිතතාවය තීරණාත්මක ලෙස බලපායි. පෝෂ්‍යදායී ආහාර නිසි ප්‍රමාණයන්ගෙන්, තම අභිමතය පරිදි සපුරා ගැනීම සඳහා භෞතික, සමාජීය හා ආර්ථික හැකියාව, සියළු ජනතාවට සැමවිටම පැවතීම, ආහාර හා පෝෂණ සුරක්ෂිතතාවය වේ.

ශ්‍රී ලංකාවේ ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය ප්‍රථම වරට සකසන ලද්දේ 1986 වසරේදී වන අතර, එහි වරින් වර සංශෝධන කීපයක් සිදු කරන ලදී. 2010 ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය, පෙර සියළුම පෝෂණ ප්‍රතිපත්ති වල සංශෝධනයන් ද ඇතුළත්ව ඒවායේ ඉදිරි පියවරක් ලෙස සකස් කර ඇත. ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය, පෝෂණය හා සම්බන්ධ සෞඛ්‍ය හා සෞඛ්‍ය නොවන ප්‍රතිපත්තීන් බොහොමයක් සමඟ බැඳී ඇත. මෑතකාලයේ දී රටේ සමාජ ආර්ථික තත්ත්වයේ බොහෝ වෙනස්කම් සිදු වූ අතර පෝෂණ තත්ත්වය ඉහළ නංවාලීම සඳහා බොහෝ වැඩසටහන් ද ක්‍රියාත්මක කරන ලදී. එහෙත් පසුගිය දශක දෙක තුළ, අවුරුදු 5ට අඩු ළමුන්ගේ කෘෂ බව[3] හා මිටි බව[4] වැනි විෂමපෝෂණය[5] හා සම්බන්ධ නිර්ණායකයන්* හි සැලකිය යුතු ධනාත්මක වෙනසක් පෙන්නුම් නොකෙරේ. විද්‍යාත්මක සාක්ෂි මගින් පෝෂණ තත්ත්වය වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා ඉලක්ක ගත සෘජු[6] හා වක්‍ර[7] පෝෂණ මැදිහත්වීම් වල වැදගත්කම පෙන්වා දී ඇත. සෘජු හා වක්‍ර පෝෂණ මැදිහත් වීම් ලබා දීම සඳහා ඇති හොඳම ආකෘතිය ලෙස සියළු වයස් කාණ්ඩ ඉලක්ක කර ගත් ජීවන චක්‍ර ප්‍රවේශය හඳුනාගෙන ඇත. සෞඛ්‍ය අංශයට පමණක් පෝෂණය සඳහා බලපාන සාධක වෙනස් කල නොහැකි බැවින්, මෙම ප්‍රවේශයන් විවිධ අංශ හරහා ක්‍රියාත්මක කළ යුතුව ඇත.

ජනතාවගේ පෝෂණ සුරක්ෂිතතාවය සඳහා විවිධත්වයෙන් යුතු ආහාර නිසි ප්‍රමාණ වලින් හා ආරක්ෂිත අන්දමින් දිනපතා පරිභෝජනය කිරීම අත්‍යවශ්‍ය වේ. මේ උදෙසා, සමාජ චර්යා වෙනස් කිරීම සඳහා වූ සන්නිවේදනය හරහා සෞඛ්‍යමත් ආහාර පුරුදු හා ආදායම් මාර්ග විධිමත් ව කළමනාකරණය කිරීම, ගෘහ මට්ටමින් පුරුදු පුහුණු කළ යුතුය. තිරසාර චර්යාත්මක වෙනසක් සඳහා සාර්ථක මූලික පියවර ලෙස, සෞඛ්‍ය හා සෞඛ්‍ය නොවන අංශ අතර මනා සහයෝගිතාවයක් ගොඩනැඟීම මෙන්ම සමාජයේ ප්‍රජා පෝෂණ වැඩසටහන් සැලසුම් කිරීම හෝ දැනට පවතින වැඩසටහන් මනා සම්බන්ධීකරණයකින් සිදුකිරීම ද හඳුනාගෙන ඇත. මේ සඳහා උපකාරී වන පරිසරයක් නිර්මාණය කර ගැනීම පිණිස ප්‍රජාවගේ පෝෂණ අවශ්‍යතාවය සපුරා ගැනීම සඳහා බලවත් ලෙස කැප වූ දේශපාලන හා සමාජීය නායකත්වයක් අත්‍යාවශ්‍ය වේ.

---

* අවුරුදු 5ට අඩු ළමුන්ගේ කෘෂ බව හා මිටි බව පිළිවෙලින් 15% හා 17% වේ (DHS, 2016).

1 -7 සඳහා පාරිභාෂිත වාග් මාලාව බලන්න.

ආහාර නිෂ්පාදනය වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා නවීන තාක්ෂණික ක්‍රම භාවිතය, දේශගුණික වෙනස්වීම් වැනි විවිධ ව්‍යසන තත්ත්වයන්ට ඔරොත්තු දීමේ හැකියාව සහිත නිෂ්පාදන ඇති කිරීම සහ ආහාර නිෂ්පාදකයින්ගේ ධාරිතාවය වර්ධනය කිරීම හඳුනාගත් පියවර වේ. ඉල්ලුමට සරිලන ලෙස ආහාර නිෂ්පාදනය හා වෙළඳපොළ මිල පාලනය කිරීම සහ ආදායම් උත්පාදන සඳහා තිරසාර මාර්ග ඇති කිරීම තුළින් පොදු ජනතාවට පෝෂ්‍යදායි ආහාර වේලක් දැරිය හැකි මිලකට ලබාගැනීම සහතික කළ යුතු වේ. මීට අමතරව අඩු වරප්‍රසාද ලත් ජනතාව සඳහා ඇතැම් විට සමාජ ආරක්ෂණ ජාල හරහා පහසුකම් සැලසීම ද සහතික කළ යුතු වේ.

.

පෝෂණ ප්‍රතිපත්තියේ අභිප්‍රාය, සෞඛ්‍ය හා සෞඛ්‍ය නොවන අනෙකුත් ප්‍රතිපත්ති සමඟ සමපාත වෙමින්, සමාජ හා ආර්ථික සංවර්ධනය උදෙසා වන රජයේ ප්‍රතිපත්ති ක්‍රියාත්මක කිරීමට සහයෝගය දැක්වීම ය. මෙම ප්‍රතිපත්තියෙන්, ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවය කෙරෙහිද අවධානය යොමු කරමින් විශ්වීය සෞඛ්‍ය ආවරණය සඳහා, පවත්නා සෞඛ්‍ය සේවා පද්ධතිය උපරිම ආකාරයෙන් ක්‍රියාත්මක කරගත හැකි ආකාරය ද සලකා බලනු ඇත. මීට අමතරව මෙම ප්‍රතිපත්තියේ සෞඛ්‍ය සම්බන්ධ උපාය මාර්ග ක්‍රියාත්මක කිරීම, ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ ප්‍රතිසංස්කරණ වලට අනුකූල ව විය යුතු ය.

එබැවින්, පෝෂණයට අදාළ අනෙකුත් සියළුම ජාතික සහ පළාත් සෞඛ්‍ය (උදා; මාතෘ හා ළමා සෞඛ්‍යය, බෝ නොවන රෝග, වැඩිහිටි) මෙන්ම සෞඛ්‍ය නොවන ප්‍රතිපත්තීන් ද, (උදා; කෘෂිකාර්මික, ජාතික පානීය ජල, වෙළඳ හා තීරු බදු ආදී) මෙම ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තියට සහය දැක්විය යුතු ය.

2. ප්‍රතිපත්ති පසුබිම

2.1. මානව අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ විශ්ව ප්‍රකාශනය (1948) සඳහන් කරන පරිදි 'ආහාර සඳහා වන අයිතිය', රටේ ජනතාවගේ පෝෂණ තත්ත්වය, ගුණාත්මක ජීවන තත්ත්වය සහ ඵලදායිතාව ඉහළ නැංවීම සඳහා අත්‍යවශ්‍ය, 'ප්‍රමාණවත් ජීවන තත්ත්වයක් ගත කිරීම' සඳහා වන අයිතියේ අංගයකි. ශ්‍රී ලංකාව දකුණු ආසියානු රටවල් අතර කැපී පෙනෙන හා බොහෝ සංවර්ධිත රටවල් හා සැසඳිය හැකි උසස් සෞඛ්‍ය කාර්ය සාධනයක් අත්කර ගෙන තිබේ. කෙසේ නමුත් සාක්ෂි මත පදනම් කරගත් පෝෂණ මැදිහත්වීම් ක්‍රියාත්මක කර තිබියදීත්, ජනගහන පෝෂණ දර්ශක වල පසුබෑමක් පෙන්නුම් කිරීම, මෙකී මැදිහත්වීම වල ගුණාත්මකභාවය හා ආවරණය යන අංශයන් පිළිබඳ යළි සලකා බැලීමේ වැදගත්කම ඉස්මතු කරයි. පසුගිය දශක දෙක තුළ අඩු උපත් බර, අවුරුදු පහට අඩු දරුවන් අතර මිටි බව හා කෘෂ බව වැනි මන්දපෝෂණ දර්ශක එකතැනම රැඳී පවතින අතර ජනගහනයේ ඇතැම් කොටස් අතර අධික බර හා ස්ථූලතාවය වැඩිවීමේ ප්‍රවණතාවක් දක්නට ලැබේ. මීට අමතරව, ගර්භණී මව්වරුන් අතර පෝෂණ රක්තහීනතාවය සහ පාසල් ළමුන් අතර විටමින් ඩී ඌනතාවය වැනි ක්ෂුද්‍ර පෝෂක ඌනතාවයන් ද මහජන සෞඛ්‍ය ගැටළු වේ. මන්දපෝෂණය, අධිපෝෂණය හා ක්ෂුද්‍ර පෝෂක ඌනතාවයන් (සැඟවුණු සාගින්න) යන මෙකී තත්ත්වයන් "විෂමපෝෂණයේ ත්‍රිත්ව-පැතිකඩ" ලෙස හැඳින්වේ. මීට අමතරව දිස්ත්‍රික්ක අතරත් වතුකර හා නාගරික

ජනාවාස ප්‍රජාව වැනි අවදානම් සහිත කණ්ඩායම් අතරත් විෂමපෝෂණයේ අසමානතා තවදුරටත් දැකගත හැක.

2.2. 2030 තිරසාර සංවර්ධන න්‍යාය පත්‍රය සඳහා සියළුම එක්සත් ජාතීන්ගේ සාමාජික රටවල් 2015 වසරේ දී, තිරසාර සංවර්ධන ඉලක්ක 17 ක් (SDG) සම්මත කර ගන්නා ලදී. ඒ අතරින් දෙවන තිරසාර සංවර්ධන ඉලක්කය වන "සාගින්න තුරන් කිරීම", පෝෂණය සෘජුව ම ආමන්ත්‍රණය කරයි. තවද 'පිරිසිදු ජලය සහ සනීපාරක්ෂාව', 'දැරිය හැකි සහ පිරිසිදු බලශක්තිය', 'කර්මාන්ත, නවෝත්පාදන හා යටිතල පහසුකම්', 'අසමානතාවයන් අවම කිරීම', 'තිරසාර නගර සහ ප්‍රජාවන්', 'වගකීමෙන් යුතු පරිභෝජනය සහ නිෂ්පාදනය', 'දේශගුණික ක්‍රියාකාරකම්', 'මිහිමත ජීවය', 'ඉලක්කයන් සඳහා සබඳතා' යනාදී අරමුණු නවයක් කරා ළඟාවීම පෝෂණ ඉලක්ක සපුරා ගැනීමට වක්‍ර ලෙස පහසුකම් සපයයි. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය විසින් පෝෂණය හා සබැඳි ක්‍රියාකාරකම් සඳහා දශකයක් ප්‍රකාශයට පත් කරමින් 2025 වන විට මාතෘ, ළදරු හා ළමා පෝෂණය වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා වූ ගෝලීය ඉලක්ක* හයක් අනුමත කරන ලදී. ඒ අනුව, මෙම ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා වූ උපායමාර්ගික රාමුව පිළියෙළ කිරීමේ දී මෙකී තිරසාර සංවර්ධන ඉලක්කයන් සහ ගෝලීය ඉලක්කයන් සලකා බලන ලදී.

2.3. විෂමපෝෂණය බහුවිධ ස්වභාවයකින් යුක්ත වන අතර ඊට සෘජු හා වක්‍ර ලෙස හේතු වන සාධක රාශියක් පවතී. පළතුරු, එළවළු හා ප්‍රෝටීන් ප්‍රභවයන් ප්‍රමාණවත් ලෙස පරිභෝජනය නොකිරීම, කාබෝහයිඩ්‍රේට සහ මේද අධිකව පරිභෝජනය වැනි සෞඛ්‍යමත් නොවන ආහාර පුරුදු හා ක්‍රියාශීලි නොවන ජීවන රටාවන්, මෙම තත්ත්වය සඳහා සෘජු ලෙස දායක වන සාධක වේ. රටේ ජනගහනයෙන් දහයෙන් එකකට පමණ ආහාර සුරක්ෂිතතාවයක් නොමැත. එබැවින් අවදානම් සහිත ප්‍රජාව අතර විෂමපෝෂණය අවම කිරීම සඳහා ආරක්ෂිත හා සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර මිලදී ගැනීමේ හැකියාව, ආහාර සුලභව පැවතීම හා ඒවාට ඇති ප්‍රවේශය වැඩි කළ යුතුය. නොදියුණු කෘෂිකාර්මික භාවිතයන්, දේශගුණික වෙනස්වීම් වලට ඔරොත්තු දීමේ හැකියාව ඇති ආහාර නිෂ්පාදන නොමැතිකම, දේශීය ආහාර හුවමාරු යාන්ත්‍රණ සංවිධානාත්මකව සිදු නොවීම සහ සෞඛ්‍යයට අහිතකර ආහාර ආනයනය කිරීම යන කරුණු වසර පුරා ආරක්ෂිත හා සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර සුලභතාවය කෙරෙහි අහිතකර ලෙස බලපායි. පෝෂ්‍යදායි ආහාර සඳහා ප්‍රමාණවත් ප්‍රවේශයක් නොමැති වීම හා පෝෂ්‍යදායි ආහාර පරිභෝජනය අඩුවීම කෙරෙහි සැපයුම් දාමය පුරා සිදුවන ආහාර විනාශය[8] හා නාස්තිය[9], සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර අලෙවිසැල් හිඟවීම සහ සදාචාර විරෝධී අලෙවිකරණය බලපායි. මෙම ගැටළු විසඳීම සඳහා පෝෂණය හා සම්බන්ධ වගකීම් දරණ සියළුම පාර්ශවකරුවන් සහභාගිවීම අත්‍යාවශ්‍ය වේ.

---

* වයස අවුරුදු 5ට අඩු දරුවන්ගේ මිටිබව 40% කින් සහ කෘෂබව 5%ට වඩා අඩු වීම, වයස අවුරුදු 5ට අඩු දරුවන් අතර අධි බර 2012 පැවති ගෝලීය අගය වූ 7% සිට තවදුරටත් වැඩි නොවීම, ප්‍රජනන වයසේ පසු වන කාන්තාවන්ගේ රක්තහීනතාවයේ ගෝලීය ප්‍රතිශතය 2012 පැවති 29% සිට 15.2% ක් දක්වා 50% කින් අඩු කිරීම, අඩු උපත් බර සහිත ළදරුවන්ගේ ප්‍රතිශතය 30% කින් අඩු කිරීම, උපතේ සිට පළමු මාස හයේදී මව්කිරි පමණක් ලබා දීමේ ගෝලීය ප්‍රතිශතය 50% පවත්වා ගැනීම (ගෝලීය පෝෂණ ඉලක්ක 2025).

8-9 සඳහා පාරිභාෂිත වාග් මාලාව බලන්න.

2.4. ආහාර ආරක්ෂිතභාවය යනු ආහාර නිෂ්පාදනය, පරිහරණය, ගබඩා කිරීම, ප්‍රවාහනය සහ පිළියෙළ කිරීම ඇතුළුව ආහාර සැපයුම් දාමය පුරාම අන්තරාදායක ද්‍රව්‍ය[10] වලට ආහාර නිරාවරණය වීම වළක්වා ගැනීම මගින් ගුණාත්මකභාවය සහතික කිරීමයි. අන්තරාදායක ආහාරයන් පාරිභෝගිකයාගේ සෞඛ්‍යයට කෙටි හා දිගුකාලීන ලෙස හානිදායක වන අතර පාරිභෝගිකයා තුළ පෝෂ්‍යදායී ආහාර කෙරෙහි සෘණාත්මක ප්‍රතිචාර ඇති කළ හැකිය. ආහාර ආරක්ෂිතතා ක්‍රියාකාරකම් සතුටුදායක මට්ටමක නොමැති වීම කෙරෙහි ප්‍රමාණවත් රසායනාගාර පහසුකම් හා මානව සම්පත් මෙන්ම සේවාවන්හි අධීක්ෂණය හා ඇගයීම් නොමැතිකම වැනි කරුණු බලපායි.

2.5. ප්‍රජාවේ පෝෂණ අවශ්‍යතා සපුරාලීමේ දී ඔවුන්ගේ චර්යාවන්, සමාජයේ සහ සම වයසේ මිතුරන්ගේ බලපෑම, ආර්ථික තත්ත්වය, දෛනික ප්‍රමුඛතාවයන් සහ සේවාවන් පවතින්නේ ද යන්න සහ ඒවා සඳහා ප්‍රවේශය, මිථ්‍යාවන්, තහංචි සහ සාරධර්ම ඇතුළු සංස්කෘතික හා සමාජ සම්මතයන් මෙන්ම පවත්නා කෘෂිකාර්මික හා වෙළඳපළ පද්ධති මත තීරණය වේ. ඉහත අවශ්‍යතා සපුරාලීම සඳහා සමාජ හැසිරීම් වෙනස් කිරීමේදී; උපදේශනය, චර්යා වෙනස් කිරීමේ සන්නිවේදන උපාය මාර්ග ක්‍රියාත්මක කිරීම, ප්‍රජාව බලමුළු ගැන්වීම සහ බලකරණය සලකා බැලිය යුතුය. පෝෂණය හා සම්බන්ධ දැනුම, ආකල්ප හා පුරුදු යහපත් ලෙස වැඩි දියුණු කිරීම තුළින් චර්යා වෙනසක් ඇති කිරීම පිණිස අන්තර් පුද්ගල සන්නිවේදනය, ජනමාධ්‍ය හා සමාජ මාධ්‍ය සමඟ අන්තර් ක්‍රියාකාරීත්වය දිරිගන්වන හිතකර පරිසරයන් නිර්මාණය කිරීමට තිරසාර යාන්ත්‍රණ අත්‍යවශ්‍ය වේ. ස්ථූලතාවය, මන්දපෝෂණය සහ දේශගුණික විපර්යාස යනාදිය හා සමගාමීව පවතින ගෝලීය සමමුහුර්ත වසංගතය[11] මානව වර්ගයාට මහත් අවදානමක් වන අතර, මෙම තත්ත්වය වෙනස් කිරීමට ද්විත්ව[12] හා ත්‍රිත්ව[13] පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් මෙන්ම හදිසි තත්ත්වයන් කෙරෙහි නිසි ප්‍රතිචාර දැක්වීම හරහා ද හැකියාව ඇත.

2.6. අතිගරු ජනාධිපතිතුමාගේ සභාපතිත්වයෙන් යුත් ජාතික පෝෂණ කවුන්සිලය (NNC), ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලයේ විෂය පථය යටතේ පෝෂණය සම්බන්ධ ප්‍රතිපත්ති තීරණයන් ගැනීම හා සම්බන්ධීකරණය සිදු කරයි. පරිපාලන පද්ධතීන් සහ පාලනය සවිමත් කිරීම, මූල්‍යකරණය, යටිතල පහසුකම් සහ මානව සම්පත් ඇතුළු ආයතනික ධාරිතාව වැඩි දියුණු කිරීම, ජාතික පෝෂණ නිරීක්ෂණ පද්ධතියේ (NNSS) නිසි ක්‍රියාකාරීත්වය, වැඩසටහන් සැලසුම් කිරීමේදී පර්යේෂණ සාක්ෂි හා නිරීක්ෂණ දත්ත උපයෝගී කර ගැනීම, ආහාර පනත (1980) සහ එහි රෙගුලාසි විධිමත්ව ක්‍රියාත්මක කිරීම, ඉදිරියේ දී පාර්ලිමේන්තු පනතක් ලෙස සම්මත කිරීමට නියමිත මව්කිරි දීම ප්‍රවර්ධනය කිරීම, ආරක්ෂා කිරීම හා අනුබල දීම සහ නම් කළ නිෂ්පාදන අලෙවි කිරීම පිළිබඳ ශ්‍රී ලංකා රීති සංග්‍රහය (සංශෝධිත 2002) ක්‍රියාත්මක කිරීම, ආහාර සැපයුම් දාමය පුරා අවදානම් කළමනාකරණය සහ ප්‍රජා පෝෂණය වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා රාජ්‍ය නොවන අංශයේ ක්‍රියාකාරී සහභාගීත්වය යනාදිය වහා ඉටු විය යුතු අවශ්‍යතා ලෙස පිළිගෙන ඇත. ජාතික පෝෂණ නිරීක්ෂණ පද්ධතිය, පළාත්, දිස්ත්‍රික්ක හා කොට්ඨාස පද්ධතීන් යනාදී පවත්නා ව්‍යුහයන් හරහා බහුඅංශ පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම්

10-13 සඳහා පාරිභාෂිත වාග් මාලාව බලන්න.

සම්බන්ධීකරණය හා ක්‍රියාත්මක කිරීම් ශක්තිමත් කිරීම, පෝෂ්‍යදායි ආරක්ෂිත ආහාර නිෂ්පාදන සඳහා ඉල්ලුම හා සැපයුම මත බලපෑම් ඇති කිරීම, පෝෂණය පිළිබඳ ඉලක්ක සපුරා ගැනීම සඳහා අවශ්‍ය වේ.

3. ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය 2010 සංශෝධනය කිරීමේ අවශ්‍යතාවය

පෝෂණය සඳහා වැය කරන සෑම ඩොලර් එකකටම ප්‍රතිලාභ ලෙස නැවත ඩොලර් 16 ක් ලබා ගත හැකි බවට හඳුනාගෙන ඇති අතර ශ්‍රී ලාංකිකයන්ගේ පෝෂණ තත්ත්වය වැඩි දියුණු කිරීම ජාතික ප්‍රමුඛතාවයක් බව ශ්‍රී ලංකා රජය අවධාරණය කරයි. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය විසින් ප්‍රකාශයට පත් කර ඇති පෝෂණය සඳහා ක්‍රියාකාරී දශකය සම්පූර්ණ වන වසර 2025 වන විට, මාතෘ, ළදරු හා ළමා පෝෂණය වැඩි දියුණු කිරීමට අවශ්‍ය වන ජාතික ඉලක්ක හා තිරසාර සංවර්ධිත ඉලක්ක ගෝලීය රාමුව තුළ සිදු කිරීමට ශ්‍රී ලංකා රජය පියවර ගෙන ඇත. අවුරුදු 5 ට අඩු ළමුන් අතර සාපේක්ෂව ධනාත්මක වෙනසක් නොපෙන්වන පෝෂණ දර්ශක සහ ආහාර සම්බන්ධ බෝ නොවන රෝග තත්ත්වයන් සීඝ්‍ර ඉහළ යෑම වැනි රටේ වර්තමාන පෝෂණ ගැටළු සැලකිල්ලට ගත් කළ, මෙම කාලය තුළ තිරසාර සංවර්ධිත ඉලක්ක සහ ගෝලීය පෝෂණ ඉලක්ක සපුරා ගැනීම සඳහා, පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය සංශෝධනය කිරීම වර්තමානයේ අවශ්‍යතාවය වී ඇති බව හඳුනාගෙන ඇත.

4. ප්‍රතිපත්ති ක්‍රියාවලිය

ප්‍රමුඛත්වය දිය යුතු ජාතික පෝෂණ ගැටළු, සියළුම අදාල අංශ නියෝජනය වන පරිදි සැදුම් ලත් විද්වත් තාක්ෂණික මඩුල්ලක් මගින් හඳුනාගන්නා ලදී. බාහිර උපදේශකවරයකුගේ විසින් 2010 ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක වූ ආකාරය සමාලෝචනය සිදු කරන ලද අතර සිවිල් සමාජ සංවිධාන මගින් ඉදිරිපත් කල නිර්දේශ ද සැලකිල්ලට ගන්නා ලදී. මෙම කණ්ඩායම් දෙකෙන්ම ලබා ගත් තාක්ෂණික අදහස්, මධ්‍යම මට්ටමේ කළමණාකරුවන්, අදාල අංශ නියෝජනය කරන ප්‍රතිපත්ති විශාරදයන් හා සිවිල් සමාජ සංවිධානවල නියෝජිතයන් සහභාගී වූ වැඩමුළුවකදී නැවත පුළුල්ව සමාලෝචනය කරන ලදී. අදාල සියළුම පාර්ශවකරුවන් සමඟ පැවති සාකච්ඡා කිහිපයක දී ප්‍රතිපත්ති සංශෝධනයට ඇතුළත් විය යුතු අන්තර්ගතය හඳුනා ගන්නා ලදී. විද්වත් අදහස් අන්තර්ගත කරමින් ප්‍රතිපත්ති කෙටුම්පත සකස් කළ අතර සියළු පාර්ශවකරුවන් හා පැවති උපදේශන වැඩමුළුවක දී ඒ පිළිබඳ අවසාන එකඟතාවයකට එළැඹිණි. ඉන් අනතුරුව ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීම පිළිබඳ එකඟතාවයකට එළඹීම සඳහා නැවත උපදේශන වැඩමුළුවක් පවත්වන ලදී. සියළු විද්වත් අදහස් සහ මහජන ප්‍රතිචාර ද සැලකිල්ලට ගනිමින් 2021-2030 ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය සකසන ලදී.

5. දැක්ම

සියළු ශ්‍රී ලාංකිකයන්ට ප්‍රශස්ත පෝෂණයක්.

6. පරමාර්ථය

තිරසාර සංවර්ධනය සඳහා දායක වීමට හැකිවන ලෙස සියළු ශ්‍රී ලාංකිකයින්ගේ පෝෂණ යහ පැවැත්ම සාක්ෂාත් කර ගැනීම සහ පවත්වාගෙන යෑම.

7. මාර්ගෝපදේශ මූලධර්ම

පහත සඳහන් මග පෙන්වීම් තුළින් ක්‍රමෝපායන් ක්‍රියාවට නැංවේ.

I. සියළුම පුරවැසියන් ඇතුළත් වීම
II. ආරක්ෂිත හා පෝෂ්‍යදායි ආහාර ලබා ගැනීමේ අයිතිය
III. ජනතාව කේන්ද්‍ර කර ගත් ප්‍රතිපත්තියක් වීම
IV. ස්ත්‍රී පුරුෂ සමානාත්මතාවය සහ සංවේදීතාව
V. සදාචාරාත්මක හා සාක්ෂි පදනම් කරගත් භාවිතයන් අනුගමනය කිරීම
VI. රාජ්‍ය නොවන හා පෞද්ගලික අංශය ඇතුළුව බහු පාර්ශවකරුවන්ගේ මැදිහත්වීම
VII. රාජ්‍ය හා පෞද්ගලික හවුල්කාරිත්වය
VIII. ප්‍රජා සහභාගීත්වය සහ බලගැන්වීම
IX. සම්පත් ඵලදායී හා කාර්යක්ෂම ලෙස භාවිතා කිරීම
X. පෝෂණ මැදිහත්වීම් තිරසාරව ක්‍රියාත්මක කිරීම

8. ප්‍රතිපත්ති අරමුණු

සාක්ෂි මත පදනම් වූ ඍජු හා වක්‍ර පෝෂණ ක්‍රියාමාර්ග හරහා සියළුම ශ්‍රී ලාංකිකයින්ගේ පෝෂණ අවශ්‍යතා ජීවිත කාලය පුරා සහතික කිරීම තුළින් වසර 2030 වන විට සියළු ආකාරයේ විෂමපෝෂණ තත්ත්වයන් අවසන් කිරීම.

9. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍ර

I. සියළුම පුරවැසියන් සඳහා ආහාර හා පෝෂණ සුරක්ෂිතතාවය
II. සම්බන්ධීකරණය වූ බහු ආංශික සහයෝගිතාව සහ හවුල්කාරිත්වය
III. ආරක්ෂිත ආහාර සඳහා වූ අයිතිය තහවුරු කිරීම සහ සදාචාර විරෝධී අලෙවිකරණය වැළක්වීම සඳහා වූ ශක්තිමත් කළ නීතිමය රාමුව
IV. ජීවිත කාලය පුරා ඉහළ නංවන ලද පෝෂණය
V. හදිසි අවස්ථාවල දී සහ ඉතා අයහපත් කාලගුණ තත්ත්වයන්හි දී පෝෂණ ප්‍රවර්ධනය
VI. පර්යේෂණ හා තොරතුරු උපායමාර්ගික කළමනාකරණය

10.ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍ර සඳහා මූලික උපායමාර්ගික නිර්දේශ

ප්‍රතිපත්ති ක්‍රියාවට නැංවීමේ දී එක් එක් ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතාවයන් සඳහා නිර්දේශිත උපායමාර්ගික ක්‍රමවේදයන් පහතින් දක්වා ඇත.

10.1. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය I - සියළුම පුරවැසියන් සඳහා ආහාර හා පෝෂණ සුරක්ෂිතතාවය

ප්‍රජාවේ පෝෂණය නගා සිටුවීම සඳහා ආහාර සුරක්ෂිතතාව ඇති කිරීම අත්‍යවශ්‍ය කරුණකි. ගෘහස්ථ ආහාර සුරක්ෂිතතාව නොමැති වීමේ ප්‍රතිඵලයක් ලෙස ප්‍රජාව තුළ සාගින්න හා විෂමපෝෂණය ඇති වේ. පෝෂ්‍යදායි ආහාර සුලභ බව, ඒවා සඳහා පහසුවෙන් ප්‍රවේශ වීමේ හා මිල දී ගැනීමේ හැකියාව සහ පරිභෝජනය කිරීම, ආහාර හා පෝෂණ සුරක්ෂිතතාවය සඳහා වූ ප්‍රධාන අංග ලෙස සැලකේ. සියළුම කාලයන්හි දී, සැමට ආහාර පහසුවෙන් මෙන්ම ප්‍රමාණවත් ලෙස ලබා ගැනීමට හැකි විය යුතුය. ආහාර සුරක්ෂිතතාව නොමැති වීම කෙරෙහි බලපාන ප්‍රධාන සාධකයක් ලෙස දුගී බව හැදින්විය හැකි අතර ආහාර වල මිල ගණන් ඉහළ යෑම මෙම තත්ත්වය තවත් උග්‍ර වීමට හේතු වේ. සමාජ, ආර්ථික හා ජීවන රටා මගින් මෙහෙයවනු ලබන ආහාර පරිභෝජනයේ විවිධත්වය, පළාත්, දිස්ත්‍රික්ක හා විවිධ අංශයන්හි (නාගරික, ග්‍රාමීය, වතු) ජනතාව ආහාර සඳහා වැය කරන වියදම් රටාවන් මගින් පෙන්නුම් කරයි.

පෝෂ්‍යදායී ආහාර ප්‍රමාණවත් ලෙස භාවිතා කිරීමට ඇති බාධක ලෙස, ආහාර නිෂ්පාදනයේ දී හා භාවිතයේ දී සිදු වන නාස්තිය හේතුවෙන් ඒවා අවශ්‍යතා සහිත පුද්ගලයන්ට නොලැබීම , සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර සහිත අලෙවිසැල් නොමැති වීම, අනාරක්ෂිත ආහාර සහ සදාචාර විරෝධී අලෙවිකරණය ආදී කරුණු සැලකේ.

වතුකරයේ හා නාගරික ජනාවාස ප්‍රජාව, කෙටිකාලීන හෝ නිදන්ගත රෝග ඇති පුද්ගලයින්, ගර්භණී මාතාවන් හා මන්දපෝෂිත දරුවන්, අඩු උපත් බර දරුවන් හා අන්ත දුගී බවින් පෙළෙන ජනගහනය, පෝෂණ අවදානමට ලක් වූවන් ලෙස හඳුනාගෙන ඇත.

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍ර - I සඳහා වූ ප්‍රධාන උපායමාර්ගික නිර්දේශ;

10.1.1. පෝෂණ සංවේදී ආහාර අගය දාමය[14] මගින් ගුණාත්මක සහ සෞඛ්‍යාරක්ෂිත ආහාර වල සුලභතාවය සහ සැමට සමාන ප්‍රවේශය වැඩි දියුණු කිරීම

10.1.2. සෞඛ්‍යාරක්ෂිත ආහාර චර්යාවන් ප්‍රවර්ධනය කිරීම සඳහා සුදුසු මූල්‍යමය උපාය මාර්ගයන් අනුගමනය කිරීම

10.1.3. විවිධත්වයෙන් යුතු ආහාර පරිභෝජනය තුළින් සියළු පෝෂ්‍ය පදාර්ථ ප්‍රශස්ත මට්ටමින් ලබා ගැනීම සහ ආහාර නාස්තිය අවම කිරීම සඳහා ප්‍රජාව බලමුළු ගැන්වීම හා බලකරණය

14 සඳහා පාරිභාෂිත වාග් මාලාව බලන්න

10.2. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය II - සම්බන්ධීකරණය වූ බහු ආංශික සහයෝගිතාව සහ හවුල්කාරිත්වය

පෝෂණ මැදිහත්වීම් සඳහා සෞඛ්‍ය හා සෞඛ්‍ය නොවන පද්ධති ශක්තිමත් කිරීම, පෝෂණය සඳහා දේශපාලන කැපවීම, පෝෂණ වැඩසටහන් වල මූල්‍යකරණය සහ වගවීම යන කරුණු පෝෂණ පරමාර්ථ සාක්ෂාත් කර ගැනීමේ පදනම වේ. ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තියේ අපේක්ෂිත ප්‍රතිඵල ලබා ගැනීම සඳහා පුළුල් සන්නිවේදන මාර්ගයන් ඔස්සේ රාජ්‍ය, රාජ්‍ය නොවන, සංවර්ධන ආයතන සහ පෞද්ගලික අංශය ඇතුළු අදාළ සියලු පාර්ශවකරුවන් පෝෂණ ප්‍රවර්ධනය සඳහා බලමුළු ගැන්වීම අවශ්‍ය වේ. සියලු විෂමපෝෂණ තත්ත්වයන් තුරන් කිරීම පිණිස ඍජු හා වක්‍ර පෝෂණ ක්‍රියාමාර්ග සංයෝජනය කිරීම අවශ්‍ය වන අතර ඒ සඳහා පෝෂණය පිළිබඳ බහු අංශික ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම තීරණාත්මක වේ.

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය II සඳහා වූ ප්‍රධාන උපායමාර්ගික නිර්දේශ;

10.2.1. තමාගේ විෂය පථයන්ට අනුකූලව ඍජු හා වක්‍ර පෝෂණ මැදිහත්වීම් සඳහා සෞඛ්‍ය හා සෞඛ්‍ය නොවන රාජ්‍ය පද්ධතීන් ශක්තිමත් කිරීම.

10.2.2. පෝෂණය සඳහා වූ බහු ආංශික ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම ඵලදායී ලෙස ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා තිරසාර දේශපාලන කැපවීමෙන් යුතු ඉහළ මට්ටමේ, ඒකාබද්ධ වූ හා ශක්තිමත්ව මෙහෙයවනු ලබන, උපායමාර්ගික සම්බන්ධීකරණ යාන්ත්‍රණයක් ප්‍රතිස්ථාපනය කිරීම.

10.2.3. ජාතික, පළාත්, දිස්ත්‍රික්, ප්‍රාදේශීය හා ග්‍රාමීය මට්ටමින්, බහු ආංශික පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් සහයෝගිතාවයෙන් යුතුව සිදු කිරීම සඳහා වගවීමේ යාන්ත්‍රණයන් ද ඇතුළත් ඵලදායී සම්බන්ධීකරණ පද්ධතියක් ස්ථාපිත කිරීම

10.3. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය III - ආරක්ෂිත ආහාර සඳහා වූ අයිතිය තහවුරු කිරීම සහ සදාචාර විරෝධී අලෙවිකරණය වැළක්වීම සඳහා ශක්තිමත් නීතිමය රාමුව

ආහාර ආරක්ෂිතබව සඳහා උපකාරී වන අංශ ලෙස ආහාර නිෂ්පාදනය හා සම්බන්ධ සියළු අංශයන් හා සෞඛ්‍ය (ආහාර පාලන පරිපාලන ඒකකය), වෙළඳ, පාරිභෝගික කටයුතු නියාමන අධිකාරිය, පොලිසිය සහ පළාත් පාලන ආයතනයන් වැනි පරිපාලන ආයතනයන් හඳුනා ගත හැකි අතර ප්‍රමාණවත් සනීපාරක්ෂාව සහ ආරක්ෂිත ආහාරමය පරිසරයක් ඇති කිරීම සඳහා මෙම ආයතන සහය වේ. කෘමිනාශක සහ පළිබෝධනාශක යෙදූ ශාකමය නිෂ්පාදන, ප්‍රතිජීවක හා අනෙකුත් රසායනික අවශේෂයන් අඩංගු වූ ධීවර හා සත්ත්ව නිෂ්පාදන හා ජානමය වශයෙන් වෙනස් කරන ලද ආහාර, පෝෂ්‍යදායී ආහාර පරිභෝජනය පිළිබඳ ප්‍රජාවගේ විශ්වාසය බිඳ වැටීමට හේතු වේ. රට තුළ පරිභෝජනය කරන ආහාර හා ජලයේ ආරක්ෂාව සහතික කිරීමට, ජලයේ ගුණාත්මකභාවය සහ ආහාර වල රසායනික අවශේෂ හා ජානමය සංයුතිය විශ්ලේෂණය සඳහා පහසුකම් සහිත අධීක්ෂණ පද්ධතියක් ස්ථාපිත කිරීමත්, නියාමන යාන්ත්‍රණයන් නිසි ලෙස ක්‍රියාත්මක කිරීමත් අවශ්‍ය වේ.

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය III සඳහා වූ ප්‍රධාන උපායමාර්ගික නිර්දේශ;

10.3.1 ආහාර සැපයුම් දාමය පුරා ආහාර පිළිබඳ වූ නීති පද්ධති විධිමත් කිරීම.

10.3.2 ශක්තිමත් නීතිමය යාන්ත්‍රණයක් තුළින් සදාචාර විරෝධී අලෙවිකරණය පාලනය කිරීම.

10.3.3 ආහාරවල ආරක්ෂිතබව සඳහා වූ අධීක්ෂණ යාන්ත්‍රණය ශක්තිමත් කිරීම.

10.3.4 ජලයේ ගුණාත්මකබව හා ආරක්ෂිතබව පිළිබද රෙගුලාසි, ප්‍රමිතීන් හා මාර්ගෝපදේශ නිසි පරිදි බලාත්මක කිරීම

10.3.5. ආහාර වල ආරක්ෂිතබව සුරැකීම පිණිස සහ ගුණාත්මකබව පවත්වා ගැනීම සඳහා සියළු පාර්ශවකරුවන් බලකරණය.

10.4. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය IV - ජීවිත කාලය පුරා ඉහළ නංවන ලද පෝෂණය

පූර්ව ගර්භණී කාන්තාවන්ගේ දුර්වල පෝෂණ තත්ත්වය විෂම චක්‍රයක් ලෙස ඉදිරි දරු පරපුරේ ජීවන චක්‍රය පුරා විහිදේ. ප්‍රජනන වයසේ දී කාන්තාවන්ගේ පෝෂණය, කළලයේ වර්ධනය මෙන්ම බිළිඳාගේ උපත් බර සහ පෝෂණ තත්ත්වය කෙරෙහි බලපෑම් ඇති කරයි.

බොහෝ අවස්ථාවන්හී දී, අඩු උපත් බර සහිත ළදරුවන්, ඔවුන්ගේ ළමාවිය, නව යොවුන් විය, වැඩිහිටි විය හා මහළුවිය දුර්වල ශාරීරික හා මානසික වර්ධනයක් සහිතව ගත කරන අතර අඩු ඵලදායිතාවයක් හා අඩු ගුණාත්මක බවින් යුතු ජීවන තත්ත්වයක් පෙන්නුම් කරයි. ජීවන චක්‍රයේ සියළු අවධීන් පුරා පෝෂණයේ වැදගත්කම පිළිබඳව ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තියට අමතරව මාතෘ හා ළමා සෞඛ්‍ය, බෝ නොවන රෝග, හා වැඩිහිටි සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්ති වල ද අන්තර්ගත කර ඇත. විෂමපෝෂණය, බෝ නොවන රෝග කෙරෙහි අවදානම් සාධකයක් වන අතර එය මුළු රටට, ප්‍රජාවට හා ගෘහ මට්ටමින් ද විවිධ බලපෑම් ඇති කරයි. විවිධ පාර්ශවකරුවන්ගේ සහාය ඇතිව පුද්ගල හා/හෝ පවුල් පදනම් කරගත් ගැටළු විශ්ලේෂණය කිරීමත් ත්‍රිත්ව ක්‍රියාකාරී පෝෂණ සැලැස්ම ක්‍රියාත්මක කිරීමත් ජීවන චක්‍රයේ සියළු අවධීන් පුරා නිසි පෝෂණය පවත්වා ගැනීමත් ජනතාවගේ ජීවිතයේ ගුණාත්මකබව ඉහළ නංවාලීමට පමණක් නොව රටේ සමාජීය හා ආර්ථික සංවර්ධනයට ද වැදගත් ය.

ශ්‍රී ලංකාවේ විවිධ භූගෝලීය ප්‍රදේශයන් හි වෙසෙන සහ විවිධ ආර්ථික මට්ටම් සහිත ජන කණ්ඩායම් අනුව පෝෂණ තත්ත්වයේ විෂමතා පවතින බව සාක්ෂි මගින් පෙන්වා දී ඇත. විශේෂයෙන් වතු සහ නාගරික ජනාවාස ප්‍රජාව මන්දපෝෂණයට ගොදුරු වීමේ අවදානම වැඩි අතර නාගරීකරණය හේතුවෙන් සිදු වන ආහාර පුරුදු වල වෙනස්කම් නාගරික ජනගහනයේ පෝෂණ තත්ත්වයට බලපායි. ජනතාව අතර බෝ නොවන රෝග ඇති වීම සීඝ්‍රයෙන් වැඩි

වෙමින් පවතින බැවින්, මන්දපෝෂණය, අධිපෝෂණය හා ක්ෂුද්‍ර පෝෂක ඌනතාවයන් අඩු කිරීම සඳහා ත්‍රිත්ව පෝෂණ ක්‍රියාකාරී සැලැසුම් ක්‍රියාත්මක කිරීම, තිරසාර බහු ආංශික ප්‍රවේශයක් තුළින් සිදු කිරීමේ අවශ්‍යතාව පෙනී යයි.

ක්ෂය රෝගය, ඒඩ්ස් වැනි බෝ වන රෝග වලින් සහ තරබාරුකම, පිළිකා සහ මානසික සෞඛ්‍ය ගැටළු වැනි බෝ නොවන රෝග වලින් පීඩා විඳින අය සහ ළමයින්, වැඩිහිටියන් හා ආබාධිත පුද්ගලයන් වැනි පෝෂණය පිළිබඳ විශේෂ අවධානයක් යොමු කළ යුතු අයගේ ජීවිතයේ ගුණාත්මක බව උසස් කිරීම සඳහා ඔවුන්ගේ පෝෂණ තත්ත්වය නිරන්තරයෙන් අධීක්ෂණය කරමින් අවශ්‍ය පියවර ගත යුතුය.

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය IV සඳහා වූ ප්‍රධාන උපායමාර්ගික නිර්දේශ;

10.4.1 යුවළක්, තම පළමු දරුවා හෝ ඉන් අනතුරුව වන ගැබ් ගැනීම් සැලසුම් කිරීමේ දී හිතකර පරිසරයක් තුළ ප්‍රශස්ත පෝෂණයකින් යුතුව ගර්භණීභාවයට එළැඹීම පිණිස පූර්ව ගර්භණී රැකවරණ සේවා සැපයීම.

10.4.2 ගර්භණී සහ පසු ප්‍රසව කාන්තාවන් (දරු ප්‍රසූතියෙන් මාස හයක් සම්පූර්ණ වන තුරු) සඳහා අවශ්‍ය පෝෂණ සේවා සැපයීම සඳහා වන යාන්ත්‍රණයන් ශක්තිමත් කිරීම තුලින් ඔවුන් සඳහා නිසි පෝෂණ රැකවරණය සැලසීම.

10.4.3 දරු උපතින් පසු ඉක්මනින් මව්කිරි ලබා දීම ඇරඹීම සඳහාත් පළමු මාස හය සම්පූර්ණ වන තෙක් මව්කිරි පමණක් ලබාදීම සඳහාත් හිතකර පරිසරයක් සෑම ස්ථානයක ම නිර්මාණය කිරීම.

10.4.4 පෝෂ්‍යදායී හා ආරක්ෂිතව නිවසේදී සකස් කරන ලද සුදුසු, අමතර ආහාර ලබා දීම, වසර දෙකක් සහ ඉන් ඔබ්බට මව්කිරි දීම සහ ප්‍රශස්ථ මුල් ළමාවිය රැකවරණය සහ සංවර්ධනය (ECCD) ප්‍රවර්ධනය කිරීම යන කරුණු කෙරෙහි විශේෂ අවධානයක් යොමු කරමින් සාක්ෂි මත පදනම් වූ පෝෂණ මැදිහත්වීම් හරහා සියළුම ළදරුවන්, කුඩා දරුවන් සහ පෙර පාසල් දරුවන් සඳහා ශක්තිමත් පදනමක් ගොඩනැගීම.

10.4.5 පාසැල් විෂය නිර්දේශය තුළින් පෝෂණ අධ්‍යාපනය ලබා දීමෙන් හා හිතකර පාසල් පරිසරයක් ගොඩ නැංවීමෙන් සෞඛ්‍යමත් ආහාර පුරුදු හා ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් ඇති කරලීමට ප්‍රාථමික ශ්‍රේණී වල දරුවන් බලකරණය කිරීම.

10.4.6 සමාජ සාධකයන් හඳුනා ගනිමින්, නව යොවුන් හා යොවුන් මිතුරු ප්‍රවේශයන් හරහා නව යෞවනයන් හා තරුණයන් අතර ප්‍රශස්ථ පෝෂණය සහ වර්ධනය, ප්‍රවර්ධනය කිරීම.

10.4.7 පුළුල් පෝෂණ සේවාවන් සැපයීම සමඟින් සෞඛ්‍යමත් ආහාර ඇතුළුව සෞඛ්‍ය සම්පන්න ජීවන රටාවකට හුරු වීම සඳහා වැඩිහිටියන් සවිබල ගැන්වීම.

10.4.8. සියළු වයස්ගත වූවන් සඳහා ප්‍රශස්ථ පෝෂණයක් සහ නිසි පෝෂණ සේවාවන් සඳහා ප්‍රවේශයක් ඇති කිරීමට හිතකර පරිසරයක් ස්ථාපිත කිරීම.

10.4.9 අවදානමට ලක්විය හැකි ජනතාවගේ පෝෂණ තත්ත්වය වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා සුදුසු මැදිහත්වීම් ක්‍රියාත්මක කිරීම.

10.4.10 කෙටි කාලීන හෝ නිදන්ගත රෝග ආශ්‍රිතව හටගන්නා විෂමපෝෂණය වැළැක්වීම සහ කළමනාකරණය කිරීම.

10.5. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය V - හදිසි අවස්ථා වලදී සහ ඉතා අයහපත් කාලගුණ තත්ත්වයන්හි දී පෝෂණ ප්‍රවර්ධනය

ආපදාවන්ට ලක්විය හැකි ප්‍රදේශ සිතියම් ගත කිරීම, ආපදා පුරෝකථනය හා ආපදා වලදී ඉලක්කගත පෝෂණ ක්‍රියාමාර්ග මගින් පෝෂ්‍යදායී ආහාර සැපයීම, ප්‍රජා පෝෂණය සුරැකීම හා වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා අවශ්‍ය වේ. නිරන්තරයෙන් ඇති වන දීර්ඝ නියඟයන් සහ ගංවතුර තත්ත්වයන්, වාර්ෂිකව නිශ්චිත කාල සීමාවන් තුළ සාමාන්‍යයෙන් සිදුවන්නකි. දේශගුණික විපර්යාස වල දී, ආහාර පද්ධතියේ ඔරොත්තු දීමේ හැකියාව කෙරෙහි අවධානය යොමු කිරීම, ආහාර අගය දාමයන්හි තිරසාර පැවැත්ම සඳහා අවශ්‍ය වේ. ප්‍රජාවගේ පෝෂණ අවශ්‍යතා සපුරා ගැනීම පිණිස, ගෝලීය වසංගතයන්හි දී ආහාර සම්බන්ධ හදිසි තත්ත්වයන් අවම කිරීමේ පියවර සුපරික්ෂාකාරීව සැලසුම් කිරීම කළ යුතු වේ.

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය V සඳහා වූ ප්‍රධාන උපායමාර්ගික නිර්දේශ;

10.5.1 ආපදාවන්ගෙන් බලපෑමට ලක් වූ ජනතාවගේ පෝෂණ අවශ්‍යතා සැපයීමට, ආපදා පෙර සූදානම් සැලසුම් පහසුවෙන් ක්‍රියාත්මක කිරීමට හැකි වන පරිදි, ප්‍රතිරෝධී යාන්ත්‍රණයන් ශක්තිමත් කිරීම හා විධිමත් කිරීම.

10.5.2 මෙහෙයුම් මාර්ගෝපදේශයන්ට අනුකූලව, පීඩාවට පත් වූ ජනගහනය සඳහා ආරක්ෂිත හා ප්‍රමාණවත් පෝෂණය සහතික කිරීම සඳහා ආපදා සහන කාර්ය මණ්ඩල සහ වැඩසටහන් කළමණාකරුවන් ඇතුළු අදාළ පාර්ශවකරුවන් බලකරණය කිරීම

10.6. ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය VI - පර්යේෂණ හා තොරතුරු උපායමාර්ගික කළමනාකරණය

සාක්ෂි මත පදනම් වූ ඉලක්කගත පෝෂණ ක්‍රියාමාර්ග තුළින් වඩාත් ඵලදායී ලෙස රටේ ජනතාවගේ විෂමපෝෂණය පිටු දැකිය හැකි වේ. තොරතුරු උපායමාර්ගික පද්ධති සහ වලංගු පර්යේෂණ හරහා ලබා ගන්නා සාක්ෂි, විවිධ සංවිධාන මට්ටම් වලින් ක්‍රියාත්මක වන පෝෂණ වැඩසටහන් කාර්යක්ෂමව හා ඵලදායීව සිදු කිරීම සඳහා අවශ්‍ය තීරණ ගැනීමේ ක්‍රියාවලියට සහය වේ.

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය VI සඳහා වූ ප්‍රධාන උපායමාර්ගික නිර්දේශ;

10.6.1 සාක්ෂි මත පදනම් වූ වැඩසටහන් හා ප්‍රතිපත්තිමය තීරණ සඳහා සහාය වීම පිණිස උපායමාර්ගික තොරතුරු කළමනාකරණ පද්ධති ශක්තිමත් කිරීම.

10.6.2 ආහාර චර්යා රටා ආවේක්ෂණ යාන්ත්‍රණයක් ස්ථාපිත කිරීම සහ එය පෝෂණ අධීක්ෂණ හා ඇගයීම් ක්‍රියාවලියට අන්තර්ගත කිරීම.

10.6.3 සාක්ෂි මත පදනම් වූ තොරතුරු ජනනය කිරීම සඳහා සුදුසු පර්යේෂණ වලට සහාය වීම හා පෝෂණ මැදිහත්වීම් පිළිබඳ උපදේශනය, සැලසුම් කිරීම, ක්‍රියාත්මක කිරීම සහ නිති ඇගයීම සඳහා මෙම සාක්ෂි උපයෝගී කර ගැනීම.

11. ප්‍රතිපත්තියේ අපේක්ෂිත ප්‍රතිඵලය

මෙම ප්‍රතිපත්තියේ අපේක්ෂිත අවසන් ප්‍රතිඵලය වන්නේ භූගෝලීය හා සමාජ ආර්ථික විෂමතා අවම තත්ත්වයක පවතිමින් ශ්‍රී ලාංකික ජනතාවගේ පෝෂණ තත්ත්වය වැඩි දියුණු වීමයි.

මේ සඳහා පහත සඳහන් ප්‍රතිඵලයන් සාක්ෂාත් කර ගත යුතු වේ.

1. මන්දපෝෂණය, අධි පෝෂණය හා ක්ෂුද්‍ර පෝෂක ඌනතාවය යනාදී වූ විෂමපෝෂණය අඩු වීම.
2. සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර සුලභබව, ඒ සඳහා පහසුවෙන් ප්‍රවේශ වීමේ හා මිලදී ගැනීමේ හැකියාව හා පරිභෝජනය යනාදී වූ ආහාර හා පෝෂණ සුරක්ෂිතතාව තහවුරු වීම.

11.1. ශ්‍රී ලංකාවේ ජනතාවගේ විෂමපෝෂණය අඩු කිරීම පිණිස;

11.1.1. මන්දපෝෂණය

11.1.1.1. වසර 2030 වනවිට මිටි බවෙන් පෙළෙන අවුරුදු 5 ට අඩු දරුවන්ගේ ප්‍රතිශතය 17.3% සිට 10% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ජන විකාශන හා සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය, 2016).

11.1.1.2. වසර 2030 වන විට, කෘෂ බවෙන් පෙළෙන අවුරුදු 5 ට අඩු දරුවන්ගේ ප්‍රතිශතය 15.1 % සිට 5 % ට වඩා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ජන විකාශන හා සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය, 2016).

11.1.1.3. වසර 2030 වන විට, ළදරුවන්ගේ අඩු උපත් බර අනුපාතිකය 15.7 % සිට 10 % දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ජන විකාශන හා සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය, 2016).

11.1.1.4 වසර 2030 වන විට, වයසට අනුව ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය අඩු අවුරුදු 10– 18 අතර ළමයින්ගේ ප්‍රතිශතය 26.9% සිට 18% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ජාතික පෝෂණ සමීක්ෂණය, වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය, 2018).

11.1.2. අධි බර හා ස්ථුලතාවය

11.1.2.1 වසර 2030 වන විට අධි බර සහිත වයස අවු. 5 ට අඩු ළමයින්ගේ ප්‍රතිශතය දැනට පවතින අගයෙහි (0.6%) සිට තව දුරටත් වැඩි නොවී පවත්වා ගැනීම (ජාතික සමීක්ෂණ, වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය, 2012).

11.1.2.2 වසර 2030 වන විට නව යොවුන් දරුවන්ගේ අධි බර සහ ස්ථුලතාවය දැනට පවතින අගයන්ගේ (අනුපිළිවෙලින් 7.6 % හා 2.2%) සිට තව දුරටත් වැඩි නොවී පවත්වා ගැනීම (ජාතික සමීක්ෂණ, වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය, 2018).

11.1.2.3. වසර 2030 වන විට අධි බර සහිත වැඩිහිටියන් හා වයස්ගත පුද්ගලයන්ගේ (අවුරුදු 18-69) ප්‍රතිශතය 23.4% සිට 15% දක්වා අඩු කිරීම හා ස්ථුලතාව 5.9% සිට තව දුරටත් අඩු කිරීම (බෝ නොවන රෝග සමීක්ෂණය, 2015).

11.1.3 ක්ෂුද්‍ර පෝෂක ඌනතා

11.1.3.1 වසර 2030 වන විට අවුරුදු 5 ට අඩු ළමයින්, නව යෞවනයින්, වැඩිහිටියන් හා ගර්භණී මව්වරුන් අතර සියළුම ක්ෂුද්‍ර පෝෂක ඌනතාවයන් 10 % ට වඩා අඩු කිරීම.

11.2. ශ්‍රී ලාංකික ජනතාවගේ ආහාර සුරක්ෂිතතාවය හා ආරක්ෂිතබව වැඩි කිරීම පිණිස;

11.2.1. ආහාර සුරක්ෂිතතාව

11.2.1.1. වසර 2030 වන විට, ආහාර සුරක්ෂිතතාව නොමැති ගෘහ ඒකක ප්‍රතිශතය 10.3% සිට 5% දක්වා අඩු කිරීම (ආහාර සුරක්ෂිතතා සමීක්ෂණය 2014).

11.2.1.1. වසර 2030 වන විට, ගෘහස්ථ ආහාර අනාරක්ෂිත ප්‍රවේශ පරිමාණයෙහි (HFIAS) අගය 9.2 සිට 5 දක්වා අඩු කිරීම (ආහාර සුරක්ෂිතතා සමීක්ෂණය 2014) .

11.2.2. ආහාර ආරක්ෂිතබව

11.2.2.1. රට තුළ ඇති සියළුම ආහාර පරිභෝජනය සඳහා ආරක්ෂිත වීම

12. ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාත්මක කිරීම

ජාතික, පළාත්, දිස්ත්‍රික්ක හා ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් පෝෂණ සම්බන්ධ ක්‍රියාකාරකම් සැළසුම් කිරීම, ක්‍රියාත්මක කිරීම, අධීක්ෂණය සහ ඇගයීම සඳහා, මෙම ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය මාර්ගෝපදේශ ලේඛනයක් වනු ඇත. රාජ්‍ය, පෞද්ගලික හා කර්මාන්ත අංශ සහභාගී කොට ගත් විවිධ ඍජු හා වක්‍ර පෝෂණ ක්‍රමෝපායන් මෙහි ඇතුළත් වේ. මෙය ක්‍රියාත්මක කිරීම රජයේ වගකීම වන අතර, එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවිධාන, අනෙකුත් සංවර්ධන

පාර්ශවකරුවන්, සිවිල් සමාජ සංවිධාන හා පෞද්ගලික අංශ ඇතැම් ක්‍රියාකාරකම් වල දී ඒවාට නියම කළ වගකීම් සඳහා සහයෝගය දක්වයි. මෙම ප්‍රතිපත්තිය 2030 අවසානය දක්වා බලාත්මක වන අතර 2025 දී මධ්‍ය කාලීන සමාලෝචනයෙන් පසුව අවැසි නම් යාවත්කාලීන කළ හැක.

මෙම ප්‍රතිපත්තිය කාර්යක්ෂමව ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා තිරසාර හා ඵලදායී ආයතනික යාන්ත්‍රණයක් අනිවාර්ය වේ. සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් මෙම ලේඛනය සැකසීමේ ක්‍රියාවලියට නායකත්වය දුන් අතර සෞඛ්‍ය මූලික සැලසුමට අනුගතව සාක්ෂි මත පදනම් වූ, ඍජු පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් සැලසුම් කිරීම, ක්‍රියාත්මක කිරීම, අධීක්ෂණය හා ඇගයීම පිළිබඳ වගකීම දරයි. අදාල සෙසු අමාත්‍යාංශ විසින් තම විෂය පථයට අනුකූලව, වක්‍ර පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් සිදු කරයි.

ජනාධිපති ලේකම් කාර්යාලය යටතේ ක්‍රියාත්මක වූ ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය විසින් බහු ආංශික පෝෂණ ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම (2018-2025) සකස් කළ අතර එමගින් ප්‍රධාන වශයෙන් ඍජු හා වක්‍ර පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් සම්බන්ධීකරණය, අධීක්ෂණය හා ඇගයීම පිළිබඳ වගකීම දරණ ලදී.

ජාතික, පළාත්, දිස්ත්‍රික් හා ප්‍රාදේශීය මට්ටමින්, ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය හා බහු ආංශික පෝෂණ ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම, ඵලදායී ලෙස සම්බන්ධීකරණය, අධීක්ෂණය හා ඇගයීම සිදු කළ යුතුය. ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය, ජාතික මට්ටමින් සම්බන්ධීකරණය සිදු කිරීම ඉහළ මට්ටමේ සම්බන්ධීකරණ ආයතනයක් සහ අදාල අමාත්‍යාංශවල ඉහළ පෙළ නියෝජිතයන්ගෙන් සමන්විත ජාතික පෝෂණ මෙහෙයුම් කමිටුවක් විසින් සිදු කළ යුතුය. ජාතික වශයෙන් වැදගත්, සාක්ෂි මත පදනම් වූ ප්‍රතිපත්තිමය තීරණ ගැනීම හා ක්‍රියාකාරකම් අධීක්ෂණය කිරීම එම ආයතනය විසින් සිදු කළ යුතුය.

ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය තුළ, ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍ර සහ හඳුනාගත් මූලික උපාය මාර්ගික නිර්දේශ මත පදනම්ව සැකසූ ක්‍රියාකාරී උපායමාර්ගික සැලැස්මක් දක්වා ඇත. එහි එක් එක් මූලික උපායමාර්ගික නිර්දේශයන්ට යටත්ව ප්‍රධාන ක්‍රියාකාරී ක්ෂේත්‍ර, අපේක්ෂිත ප්‍රතිඵල හා අධීක්ෂණ දර්ශකයන් ඇතුළත් කර ඇත. තවද මෙකී ප්‍රධාන ක්‍රියාකාරකම් ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා වගකිවයුතු අංශ සහ සංවිධාන ද ක්‍රියාකාරී උපායමාර්ගික සැලසුම තුළ හඳුනාගෙන තිබේ. මෙම ලේඛනය මත පදනම්ව පළාත් මෙන්ම පෝෂණය හා සම්බන්ධ අංශ සහ අනෙකුත් ආයතනයන් හට ද පෝෂණයට අදාළ උපායමාර්ගික සැලසුම් ගොඩ නගා ගත හැක. මෙකී සියළුම උපායමාර්ගික සැලසුම් ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා අවශ්‍ය පිරිවැය 2030 වන තුරු සෑම වසරක් සඳහාම ගණනය කළ යුතු වේ.

12.1. බහු ආංශික පෝෂණ ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම සම්බන්ධීකරණය

පහත දැක්වෙන බහු ආංශික සම්බන්ධීකරණ ව්‍යුහයන් මගින්, ජාතික, පළාත්, දිස්ත්‍රික්ක හා ප්‍රාදේශීය මට්ටමින්, බහු ආංශික පෝෂණ ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම ක්‍රියාත්මක කිරීම ඵලදායී ලෙස සම්බන්ධීකරණය, අධීක්ෂණය හා ඇගයීම සහතික කළ යුතුය.

ජාතික පෝෂණ සභාව

අතිගරු ජනාධිපතිතුමා මෙහි මුලාසනය දරණු ලබන අතර පෝෂණයට අදාළ ප්‍රතිපත්තිමය මඟ පෙන්වීම හා තීරණ ගැනීම සිදු කරනු ලබයි. මෙම ජාතික පෝෂණ සභාව වසරකට දෙවරක් රැස්වීමට නියමිත අතර, සියළු ඇමතිවරුන්, පළාත් ප්‍රධාන ඇමතිවරුන්, සියළු දේශපාලන පක්ෂ නියෝජනය කරමින් පාර්ලිමේන්තු මන්ත්‍රීවරුන් හා අනිකුත් පාර්ශවකරුවන්ගේ ආයතන ප්‍රධානීන් සහභාගි විය යුතුයි.

ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය

මෙය ජාතික පෝෂණ සභාවේ ලේකම් කාර්යාලය වන අතර, ජනාධිපති ලේකම්ගේ විෂය පථයට යටත් වේ. මෙම ආයතනය, බහු ආංශික පෝෂණ ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම සම්බන්ධීකරණය, අධීක්ෂණය හා ඇගයීම සඳහා වගකීම දරණු ලබයි.

පෝෂණය පිළිබඳ ජාතික මෙහෙයුම් කමිටුව

මෙම කමිටුවේ මුලසුන ජනාධිපති ලේකම් විසින් දරණු ලබයි. මෙය කාර්තුවකට වරක් රැස් විය යුතු අතර, අමාත්‍යාංශ ලේකම්වරුන්, පළාත් ප්‍රධාන ලේකම්වරුන්, උසස් අධ්‍යාපන ආයතන නියෝජිතයන්, එක්සත් ජාතීන්ගේ නියෝජිත ආයතන ඇතුළු සංවර්ධන හවුල්කරුවන්ගේ නියෝජිතයින්, සිවිල් සමාජ සංවිධාන හා පුද්ගලික අංශය මේ සඳහා සහභාගි විය යුතුයි. පෝෂණය පිළිබඳ ජාතික මෙහෙයුම් කමිටුව විසින් පෝෂණය සම්බන්ධ ක්‍රියාකාරකම් වල සමස්ථ ප්‍රගතිය සමාලෝචනය කිරීමත් පෝෂණ දර්ශකයන් ඉහළ නැංවීම සඳහා බහු ආංශික සහයෝගය තහවුරු කිරීමත් කළ යුතුය. මෙහි දී ඉදිරිපත් වන විශේෂිත ප්‍රතිපත්තිමය යෝජනා ඉහළ පෙළ බලධාරීන්ගේ මැදිහත්වීම් සඳහා යොමු කිරීම, ජාතික පෝෂණ සභාවේ දී සිදු කළ යුතුය.

පෝෂණය පිළිබඳ තාක්ෂණික උපදේශක කමිටුව

මෙය පෝෂණය පිළිබඳ ජාතික මෙහෙයුම් කමිටුවේ ක්‍රියාකාරකම් සඳහා සහය වීමට ඇති තාක්ෂණික අංශය විය යුතු අතර බහු ආංශික පෝෂණ ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම සහ අනිකුත් පෝෂණය හා සම්බන්ධ ප්‍රතිපත්ති හා උපාය මාර්ග ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා තාක්ෂණික දායකත්වය සැපයීම ට මෙම කමිටුව ස්ථාපිත කළ යුතුය. මෙම කමිටුව, පෝෂණය හා සම්බන්ධ ගැටළු සඳහා තාක්ෂණික මඟපෙන්වීම ලබා දීම පිණිස රජයේ ආයතනයන්, උසස් අධ්‍යාපන ආයතනයන්, එක්සත් ජාතීන්ගේ නියෝජිත ආයතනයන් හා අනෙකුත් සංවර්ධන

හවුල්කරුවන්, සිවිල් සමාජ සංවිධානයන් හා පුද්ගලික අංශය ආදී වූ විවිධ අංශයන් හි තාක්ෂණික විශේෂඥයන් එක් රැස් කළ යුතු වේ.

පෝෂණය පිළිබඳ අමාත්‍යාංශ මෙහෙයුම් කමිටු

මෙම කමිටු වල මුලසුන අදාළ අමාත්‍යාංශ ලේකම්වරු විසින් දැරිය යුතු වන අතර ඒවායේහි දී ගනු ලබන යෝජනා හා නිර්දේශ පෝෂණය පිළිබඳ තාක්ෂණික උපදේශක කමිටුව දැනුවත් කළ යුතුය. මෙම අමාත්‍යංශ මෙහෙයුම් කමිටු යටතේ තම විෂය පථයට අනුකූලව පෝෂණය පිළිබඳ නිර්දේශ ලබා දීම සඳහා තාක්ෂණික අනු කමිටු පිහිටුවිය හැකිය.

පෝෂණය පිළිබඳ වන පළාත් මෙහෙයුම් කමිටුව

මෙම කමිටුවේහි මුලසුන පළාත් ප්‍රධාන ලේකම්වරයා විසින් දරණු ලබන අතර තෙමසකට වරක් රැස් විය යුතුය. මෙහි දී පළාත් අමාත්‍යාංශ ලේකම්වරු, අදාළ රාජ්‍ය ආයතන වල අංශ ප්‍රධානින්, උසස් අධ්‍යාපන ආයතන නියෝජිතයන්, සංවර්ධන හවුල්කරුවන්ගේ නියෝජිතයන්, හා පළාත තුළ ක්‍රියාත්මක වන සිවිල් සමාජ සංවිධාන හා පෞද්ගලික අංශය රැස් කළ යුතුවේ.

පෝෂණය පිළිබඳ දිස්ත්‍රික් මෙහෙයුම් කමිටුව

දිස්ත්‍රික් ලේකම්වරයා විසින් මෙහි මුලසුන හොබවන අතර මෙම කමිටුව දෙමසකට වරක් රැස් විය යුතු වේ. මේ සඳහා දිස්ත්‍රික්කය තුළ ඇති අදාල රාජ්‍ය ආයතන වල අංශ ප්‍රධානීන්, උසස් අධ්‍යාපන ආයතන නියෝජිතයන්, සංවර්ධනය හවුල්කරුවන්ගේ නියෝජිතයන්, සිවිල් සමාජ සංවිධාන හා පෞද්ගලික අංශය රැස් කළ යුතුවේ.

පෝෂණය පිළිබඳ වන ප්‍රාදේශීය මෙහෙයුම් කමිටුව

ප්‍රාදේශීය ලේකම්වරයා විසින් මුලසුන දරණ මෙම කමිටුව මසකට වරක් රැස් විය යුතු වේ. මෙහි දී සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී කාර්යාල ඇතුළු ප්‍රදේශයේ තුළ ඇති අදාල රාජ්‍ය ආයතන වල අංශ ප්‍රධානින්, උසස් අධ්‍යාපන ආයතන නියෝජිතයන්, සංවර්ධන හවුල්කරුවන්ගේ නියෝජිතයන්, සිවිල් සමාජ සංවිධාන හා පෞද්ගලික අංශය එක්රැස් කළ යුතු වේ.

පළාත්, දිස්ත්‍රික් හා ප්‍රාදේශීය මෙහෙයුම් කමිටු, ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් දිස්ත්‍රික් පෝෂණ ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම අධීක්ෂණය කිරීමේ මූලික ව්‍යුහයන් විය යුතුය. බහු ආංශික සම්බන්ධීකරණය හරහා ප්‍රදේශයේ පෝෂණ ගැටළු විසඳීම ඔවුන් විසින් සහතික කළ යුතු වේ.

12.2. පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය අධීක්ෂණය සහ ඇගයීම

බහු ආංශික සෘජු හා වක්‍ර පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් අධීක්ෂණය හා ඇගයීම සඳහා උපායමාර්ගික තොරතුරු කළමනාකරණ අංශයක් ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලයෙහි පිහිටු විය යුතුය. සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ පෝෂණ අංශයෙහි පිහිටුවන උපායමාර්ගික තොරතුරු කළමනාකරණ අංශය, සෘජු පෝෂණ මැදිහත්වීම් ප්‍රතිඵල අධීක්ෂණය සහ ඇගයීම සඳහා කේන්ද්‍රස්ථානය විය යුතු අතර එය ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලයෙහි උපායමාර්ගික තොරතුරු කළමනාකරණ අංශය හා සම්බන්ධ විය යුතුය.

13. ක්‍රියාකාරී උපායමාර්ගික රාමුව

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය 1 - සියලුම පුරවැසියන් සඳහා ආහාර හා පෝෂණ සුරක්ෂිතතාවය				
උපායමාර්ගික නිර්දේශයන්	**ප්‍රධාන ක්‍රියාකාරී ක්ෂේත්‍ර**	**අධීක්ෂණ දර්ශක හා/හෝ 2030 වන විට ඉලක්ක**	**වගකිව යුතු ප්‍රධාන අංශ /සංවිධාන**	**උපායමාර්ගික නිර්දේශයන් තුළින් අපේක්ෂිත ප්‍රතිඵල**
1.1. පෝෂණ සංවේදී ආහාර අගය දාමය මගින් ගුණාත්මක සහ සෞඛ්‍යාරක්ෂිත ආහාර වල සුලභතාවය සහ සැමට සමාන ප්‍රවේශය වැඩි දියුණු කිරීම.	1.1.1 අ.) සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර වල සුලභතාවය සහ ප්‍රවේශය වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා තිරසාර පෝෂණ සංවේදී ආහාර අගය දාමයන් (කෘෂිකර්මාන්තය, පශු සම්පත්, ජලජීවී වගාව, ධීවර කර්මාන්තය) ශක්තිමත් කිරීම. ආ.) වසරේ විවිධ කාලයන්හි බහුල, සාම්ප්‍රදායික හා ඌන පරිභෝජිත භෝග ඇතුළු විවිධ වූ කෘෂිකාර්මික නිෂ්පාදන වල සුලභතාව සහතික කිරීම. ඇ.) තිරසාර ලෙස කෘෂිකාර්මික අංශය හරහා තෙල් සහිත ඇට වර්ග සහ පියළි ඇට වර්ග වල සුලභතාවය හා ඒවා සඳහා ප්‍රවේශය සහතික කිරීම.	1.1.1.1. ජනතාව විසින් බහුලව පරිභෝජනය කරනු ලබන ආහාර වල තක්සේරු ගත වාර්ෂික අවශ්‍යතාවයෙන්, රට තුළ සපුරා ගනු ලබන ප්‍රතිශතය ([නිෂ්පාදනය + ආනයනය]/අවශ්‍යතාවය x 100) (මූලාශ්‍රය -කෘෂිකර්ම අමාත්‍යාංශ දත්ත) (2020 වසරේ දී බහුලව භාවිතා වන ආහාර සඳහා වාර්ෂික තක්සේරුව මෙට්‍රික් ටොන් වලින් ඇමුණුම 1හි දක්වා ඇත). 1.1.1.2. ගෘහස්ථ ආහාර අනාරක්ෂිත ප්‍රවේශ පරිමාණයෙහි (HFIAS) අගය 9.2 (2014) සිට 5 දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ආහාර සුරක්ෂිතතා සමීක්ෂණය).	- ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - කෘෂිකර්ම - ධීවර - වෙළඳ - මූල්‍ය - පශු සම්පත්	1.1.1 ගුණාත්මක හා සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර ද්‍රව්‍ය (කෘෂිකාර්මික, පශු සම්පත් හා ධීවර යනාදී), රටේ පරිභෝජනය සඳහා ප්‍රමාණවත්ව පැවතීම. 1.1.2 සියළුම පුරවැසියන් සඳහා වසර පුරා ගුණාත්මක හා සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර ලබා ගැනීම සඳහා ඇති ප්‍රවේශය සහතික කර තිබීම. 1.1.3 රට තුළ, ගුණාත්මක සහ සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර සඳහා රෙගුලාසි සහ අධීක්ෂණ යාන්ත්‍රණයන් පැවතීම. 1.1.4 පසු අස්වනු හානිය අවම කිරීම සඳහා යටිතල පහසුකම් වැඩි දියුණු කර තිබීම.

	1.1.2 ආරක්ෂිත සහ පෝෂ්‍යදායි ආහාර වල සුලභතාවය හා ඒවා සඳහා ප්‍රවේශය ඉහළ නැංවීම සඳහා ගෙවතු වගාව ප්‍රවර්ධනය කිරීම.	1.1.2.1. ප්‍රාදේශීය වශයෙන් වගා කළ හැකි විවිධ ප්‍රමාණයේ සහ වර්ගයේ ගෙවතු අතරින් වගා කළ ප්‍රතිශතය, දැනට පවතින මට්ටමට වඩා 30% කින් වැඩි කිරීම (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- කෘෂිකර්ම - සමාජ සවිබල ගැන්වීම - පළාත්/ ප්‍රාදේශීය සභා	1.1.5 ප්‍රජාවන් තුළ ආහාර ස්වෛරීභාවය සහ සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර රටා සඳහා හිතකර පරිසරයක් නිර්මාණය වී තිබීම.
	1.1.3 පරිභෝජනය සඳහා දේශීයව අභිජනනය කළ සත්ත්වයන් ඇති කරමින් ගෘහාශ්‍රිත සත්ව පාලනය ශක්තිමත් කිරීම.	1.1.3.1. එක් එක් ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාසය තුළ ගෘහාශ්‍රිත සත්ත්ව පාලනය සඳහා යෝග්‍ය යැයි ඇස්තමේන්තු කර ඇති පවුල් සංඛ්‍යාවෙන්, ප්‍රමාණවත් ලෙස සහයෝගය ලැබූ පවුල් වල ප්‍රතිශතය, දැනට පවතින මට්ටමට වඩා 30% කින් වැඩි කිරීම (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- පශු සම්පත් - සමාජ සවිබල ගැන්වීම - පළාත්/ ප්‍රාදේශීය සභා	
	1.1.4 ඉඩම් පරිහරණයේ කාර්යක්‍ෂමතාවය, වාරිමාර්ග පහසුකම් සහ භෝග වගා තීව්‍රතාවය වැඩි දියුණු කිරීම තුළින් ආහාර සුරක්ෂිතතාව ඉහළ නැංවීම.	1.1.4.1. කෘෂිකාර්මික ඉඩම් පරිහරණය කිරීමේ කාර්යක්ෂමතාව දැනට පවතින අගයට වඩා 10% කින් වැඩි කිරීම (මූලාශ්‍රය - කෘෂිකර්ම දෙපාර්තමේන්තුව).	- ජාතික සැලසුම් - වාරිමාර්ග - කෘෂිකර්ම	
	1.1.5 අස්වනු නෙලීමේ තාක්‍ෂණයන්, සැපයුම් දාමය සඳහා සුදුසු ප්‍රවාහන හා ගබඩා	1.1.5.1. ආහාර හානි දර්ශකය, දැනට පවතින අගයෙන් 30% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ජනලේඛන සහ	- කෘෂිකර්ම - පශු සම්පත් - ධීවර - පළාත්/ ප්‍රාදේශීය සභා	

	පහසුකම් වැඩි දියුණු කිරීම මගින් පසු අස්වනු හානිය අඩු කිරීම.	සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව/DCS).	- ප්‍රවාහන - විද්‍යා හා තාක්ෂණ - මූල්‍ය	
	1.1.6 පරිසර හිතකාමී ආහාර අගය දාමයන් ප්‍රවර්ධනය කිරීම.	1.1.6.1. ලියාපදිංචි වී ඇති මුළු ගොවිපළ වලින් මනා කෘෂිකාර්මික පිළිවෙත් (GAP) සඳහා සහතික කර ඇති ගොවිපළ වල අනුපාතය (මූලාශ්‍රය - කෘෂිකර්ම දෙපාර්තමේන්තුව).	- කෘෂිකර්ම - පශු සම්පත් - පරිසර	
	1.1.7 ආහාර සැපයුම් දාම කළමනාකරණය සඳහා අදාල සියළුම පාර්ශවකරුවන් බලකරණය කිරීම (උදා. ගුණාත්මක ආහාර නිෂ්පාදනය, අස්වැන්නෙන් පසු ආහාර හානිය අඩු කිරීම, ආහාර ස්වෛරීභාවය[15]).	1.1.7.1. පළාත්, දිස්ත්‍රික් සහ ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් හඳුනාගත් පාර්ශවකරුවන්ගෙන් පුහුණුව ලැබූ අනුපාතය (මූලාශ්‍රය - පළාත් සභා, දිස්ත්‍රික් හා ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- කෘෂිකර්ම - පශු සම්පත් - ධීවර - වෙළඳ - මූල්‍ය	
	1.1.8 ආහාර සුරක්ෂිතතාවය සඳහා වූ ආවේක්ෂණය ශක්තිමත් කිරීම (උදා: අස්වැන්න සහ ආහාරයේ ගුණාත්මකභාවය නිරීක්ෂණය කිරීම, නිෂ්පාදන හා ආනයන පිළිබඳ පුරෝකථනය කිරීම).	1.1.8.1. ආහාර සුරක්ෂිතතාවය පිළිබඳ සමීක්ෂණ වාර්තා නියමිත කාල සීමාවන්හි දී තිබීම (සෑම වසර තුනකට වරක්) (මූලාශ්‍රය - කෘෂිකර්ම අමාත්‍යාංශය) 1.1.8.2. සෑම දෙවසරකට වරක් ආහාර පිරිවැය පිළිබඳ සමීක්ෂණ වාර්තා පැවතීම (මූලාශ්‍රය - කෘෂිකර්ම අමාත්‍යාංශය).	- කෘෂිකර්ම - පශු සම්පත් - ධීවර - වෙළඳ	

15 සඳහා පාරිභාෂිත වාග් මාලාව බලන්න.

	1.1.9 ප්‍රධාන ආහාර/අත්‍යවශ්‍ය ආහාර සබලකරණය/ජෛව සබලකරණය මගින් පෝෂක ප්‍රමාණය යෝග්‍ය ලෙස වැඩි දියුණු කිරීම.	1.1.9.1. වසරක දී ජෛව සබලකරණය කරන ලද භෝග සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - කෘෂිකර්ම දෙපාර්තමේන්තුව).	- කෘෂිකර්ම - වෙළඳ - සෞඛ්‍ය	
	1.1.10 වාණිජමය වශයෙන් සකස් කළ ආහාර සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර සඳහා වූ පෝෂණ ප්‍රමිතීන් /පෝෂක සාධනීය මට්ටම් වලට අනුකූලව නැවත සකස් කිරීම.	1.1.10.1. බහුලව පරිභෝජනය කරන ආහාර අතරින් වාර්ෂිකව, සෞඛ්‍ය සම්පන්න ලෙස නැවත සකස් කරන ලද ආහාර සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය).	- කෘෂිකර්ම - වෙළඳ - සෞඛ්‍ය - කර්මාන්ත	
1.2. සෞඛ්‍යා රක්ෂිත ආහාර චර්යාවන් ප්‍රවර්ධනය කිරීම සඳහා සුදුසු මූල්‍යමය උපාය මාර්ගයන් අනුගමනය කිරීම	1.2.1. සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවන ආහාර සඳහා බදු මුදල් වැඩි කිරීම.	1.2.1.1. සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවන ආහාර සඳහා බදු රෙගුලාසි තිබීම (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය).	- මූල්‍ය - වෙළඳ - පාරිභෝගික කටයුතු	1.2.1. සියළුම පුරවැසියන් සඳහා ගුණාත්මක හා සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර මිලදී ගැනීමේ හැකියාව සහතික කර තිබීම. 1.2.2. රට තුළ අත්‍යවශ්‍ය ආහාර ද්‍රව්‍ය වල මිල ස්ථාවර පැවතීම.

	1.2.2. අ.) සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර වල මිල පාලනය කිරීම. ආ.) ආහාර මිලෙහි අස්ථාවරභාවය සීමා කිරීම සඳහා සහය වන තොරතුරු පද්ධතීන් (නිෂ්පාදනය, ප්‍රවණතා, දේශගුණික සාධක ආදී) සම්බන්ධීකරණය කිරීම.	1.2.2.1. ආහාර මිල විෂමතා දර්ශකය මූලික මට්ටමේ සිට 30% කින් අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය -DCS). 1.2.2.2. ආහාර හා මධ්‍යසාර නොවන පාන සඳහා පාරිභෝගික මිල දර්ශකය (Consumer price index) 131.8 (2018) සිට 110 දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - DCS).	- මූල්‍ය - වෙළඳ - පාරිභෝගික කටයුතු - සෞඛ්‍ය - කෘෂිකර්ම - පශු සම්පත් - ධීවර	
	1.2.3. ඉලක්කගත සමාජ ආරක්ෂක යෝජනා ක්‍රම තුළින් අවදානම් සහිත පුද්ගලයන්ගේ පෝෂණය ඉහළ නැංවීම.	1.2.3.1. ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් හඳුනා ගත් පුද්ගලයන් අතරින්, එක් එක් සමාජ ආරක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ සහය ලැබූ පුද්ගලයන්ගේ ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- මූල්‍ය - වෙළඳ - සමාජ සවිබල ගැන්වීම්	
	1.2.4. අඩු ආදායම්ලාභී ජනතාව අතර ආදායම් උත්පාදනය කිරීම.	1.2.4.1. ගිනි සංගුණකය (Gini co-efficient) 39.85% (2016) සිට 30% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ලෝක බැංකුව). 1.2.4.2. ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් හඳුනාගත් පවුල් අතරින් වාර්ෂිකව, ආදායම් උත්පාදන ක්‍රියාකාරකම් සඳහා සහය ලැබූ ගෘහ ඒකක වල ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- මූල්‍ය - ජාතික සැලසුම් - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - පළාත්/ ප්‍රාදේශීය සභා	

	1.2.5. මූල්‍ය කළමනාකරණය තුළින් ගෘහස්ථ මට්ටමින් පෝෂ්‍යදායි ආහාර පරිභෝජනය ඉහළ නැංවීම.	1.2.5.1. වාර්ෂිකව ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් සිදු කරනු ලැබූ, ගෘහ මූල්‍ය කළමනාකරණ දැනුවත් කිරීමේ වැඩසටහන් ගණන (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- මූල්‍ය - ජාතික සැලසුම් - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - සෞඛ්‍ය	
	1.2.6. හඳුනාගත් ජනතාව සඳහා සහනදායි මිලට අත්‍යාවශ්‍ය සහ සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර ද්‍රව්‍ය බෙදා දීම.	1.2.6.1. වාර්ෂිකව සහන මිලට බෙදා හරින ලද අත්‍යවශ්‍ය/සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර ද්‍රව්‍ය ගණන (මූලාශ්‍රය - මුදල් අමාත්‍යාංශ දත්ත).	- මූල්‍ය - ජාතික සැලසුම් - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - සෞඛ්‍ය	
1.3. විවිධත්ව යෙන් යුතු ආහාර පරිභෝජනය තුලින් සියළු පෝෂ්‍ය පදාර්ථ ප්‍රශස්ත මට්ටමින් ලබා ගැනීම, සහ ආහාර නාස්තිය අවම කිරීම සඳහා ප්‍රජාව බලමුළු ගැන්වීම හා බලකරණය.	1.3.1. සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර රටා ප්‍රවර්ධනය කිරීම පිණිස ජාතික පෝෂණ සන්නිවේදන උපායමාර්ග සැකසීම සහ සමාජ චර්යා වෙනස් කිරීමේ සන්නිවේදන ක්‍රියාත්මක කිරීම.	1.3.1.1. යාවත්කාලීන කරන ලද ජාතික පෝෂණ සන්නිවේදන උපායමාර්ග පැවතීම (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධන කාර්යාංශය - සෞ.ප්‍ර.කා. දත්ත පද්ධතිය). 1.3.1.2. වාර්ෂිකව සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර රටා ප්‍රවර්ධනය කිරීම සඳහා ක්‍රියාත්මක කල සමාජ අලෙවිකරණ ව්‍යාපෘති සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - සෞ.ප්‍ර.කා. දත්ත පද්ධතිය). 1.3.1.3. දිනකට පළතුරු සහ එළවළු 5 ක් (එළවළු වර්ග 2 ක්, පලා වර්ගයක් සහ පළතුරු වර්ග 2ක්)	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - කෘෂිකර්ම - පශු සම්පත් - ධීවර - අධ්‍යාපන - මාධ්‍ය - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - සිවිල් සමාජ සංවිධාන - ප්‍රජා මූලික සංවිධාන	1.3.1. ප්‍රජාව තුළ විවිධත්වයෙන් යුතු ආහාර පරිභෝජනය වැඩි දියුණු වී තිබීම. 1.3.2. ගෘහස්ථ මට්ටමින්, නාස්තියෙන් තොරව ආහාර ප්‍රශස්ත ලෙස පරිභෝජනය කර තිබීම.

		පරිභෝජනය කරන අවුරුදු 18 සිට 69 දක්වා ජනගහනයේ ප්‍රතිශතය 27.5% (2015) සිට සිට 40% දක්වා වැඩි කිරීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ සමීක්ෂණය).		
	1.3.2. දිස්ත්‍රික් සහ ප්‍රාදේශීය පෝෂණ ප්‍රවර්ධන ක්‍රියාකාරකම්, ජාතික උපායමාර්ග (උදා. පෝෂණ සන්නිවේදන උපායමාර්ග, ක්ෂුද්‍ර පෝෂක උපායමාර්ග, බෝ නොවන රෝග වැළැක්වීම හා පාලනය සඳහා වන උපායන්) හා සමපාත වන පරිදි විධිමත්ව සැලසුම් කිරීම හා ක්‍රියාත්මක කිරීම.	1.3.2.1. දිස්ත්‍රික් හා ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් සැලසුම් කළ පෝෂණ ප්‍රවර්ධන මැදිහත්වීම් අතරින් ක්‍රියාත්මක කරන ලද මැදිහත්වීම් වල ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - දිස්ත්‍රික්/ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - ප්‍රතිපත්ති සැලසුම් - සෞඛ්‍ය - පළාත්/දිස්ත්‍රික් / ප්‍රාදේශීය අධිකාරීන්	
	1.3.3. විද්‍යාත්මක තොරතුරු මත පදනම්ව, සමබල ආහාර, විවිධත්වයෙන් යුතු පෝෂ්‍යදායි ආහාර පරිභෝජනය සහ ආහාර වල ආරක්ෂිතබව යනාදී කරුණු පිළිබඳව දැනුවත් කිරීම තුළින්, සමාජය කෙරෙහි බලපෑම් ඇති කළ හැකි පුද්ගලයන් හා ආයතන (උදා. සිවිල් සමාජ සංවිධාන, පෞද්ගලික අංශය, මාධ්‍යවේදීන්)	1.3.3.1. සමාජය කෙරෙහි බලපෑම් ඇති කළ හැකි පුද්ගලයන්/ආයතන සඳහා සැලසුම් කළ, විවිධත්වයෙන් යුතු සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර රටා පිළිබඳ දැනුවත් කිරීමේ වැඩසටහන් අතරින් ක්‍රියාත්මක කරන ලද සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අංශ දත්ත පද්ධතීන්).	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - අධ්‍යාපන - මාධ්‍ය - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - පළාත්/දිස්ත්‍රික් / ප්‍රාදේශීය අධිකාරීන් - සිවිල් සමාජ සංවිධාන - ප්‍රජා මූලික සංවිධාන	

	බලකරණය සහ බලමුළු ගැන්වීම.			
	1.3.4. ග්‍රාමීය මට්ටමින් සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර රටා ප්‍රවර්ධනය කිරීම සඳහා සාක්ෂි මත පදනම් වූ මැදිහත්වීම් ක්‍රියාත්මක කිරීම.	1.3.4.1. ග්‍රාමීය මට්ටමින් සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර රටා ප්‍රවර්ධනය කිරීම සඳහා ක්‍රියාත්මක කිරීමට සැලසුම් කල ක්‍රියාකාරකම් වලින් ක්‍රියාත්මක කරනු ලැබූ සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී/සෞ.වෛ. නි. කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- දිස්ත්‍රික්/ ප්‍රාදේශීය/ග්‍රාමීය සෞඛ්‍ය බලධාරීන් - පෝෂණය හා සම්බන්ධ අනෙකුත් අංශ - සිවිල් සමාජ සංවිධාන - ප්‍රජා මූලික සංවිධාන - රාජ්‍ය නොවන සංවිධාන - පෞද්ගලික අංශය	
	1.3.5. සිල්ලර වෙළඳ සහ පාරිභෝගික මට්ටමින් සිදුවන ආහාර නාස්තිය අවම කිරීම සඳහා ප්‍රජාව බලකරණය.	1.3.5.1. පෙර වසරට සාපේක්ෂව සිල්ලර හා පාරිභෝගික මට්ටමින් සිදුවන ඒක පුද්ගල ආහාර නාස්තිය අඩු වීම ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - කෘෂිකර්ම අමාත්‍යාංශය).	- සෞඛ්‍ය - අධ්‍යාපන - මාධ්‍ය - සිවිල් සමාජ සංවිධාන	

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය II - සම්බන්ධීකරණය වූ බහු ආංශික සහයෝගිතාව සහ හවුල්කාරීත්වය				
උපායමාර්ගික නිර්දේශයන්	**ප්‍රධාන ක්‍රියාකාරී ක්ෂේත්‍ර**	**අධීක්ෂණ දර්ශක හා/හෝ 2030 වන විට ඉලක්ක**	**වගකිව යුතු ප්‍රධාන අංශ /සංවිධාන**	**උපායමාර්ගික නිර්දේශයන් තුළින් අපේක්ෂිත ප්‍රතිඵල**
2.1. තමාගේ විෂය පථයන් ට අනුකූලව සෘජු හා වක්‍ර පෝෂණ මැදිහත්වීම් සඳහා සෞඛ්‍ය හා සෞඛ්‍ය නොවන රාජ්‍ය පද්ධතීන් ශක්තිමත් කිරීම.	2.1.1. තත්ත්ව විශ්ලේෂණයකින් පසුව තිරසාර පෝෂණ මැදිහත්වීම් සඳහා සියළු අංශවල ආයතනික ධාරිතාවයන් (උදා. මානව, මූල්‍ය, යටිතල පහසුකම්, තාක්ෂණික) ශක්තිමත් කිරීම.	2.1.1.1. අදාල අමාත්‍යාංශ වල පෝෂණය හා සම්බන්ධ කාර්ය මණ්ඩල සඳහා සැලසුම් කළ සංඛ්‍යාවෙන් බඳවා ගන්නා ලද සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතීන්). 2.1.1.2. අදාල අමාත්‍යාංශ වල, සෘජු සහ වක්‍ර පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් සැපයීමේ ධාරිතාව වැඩි කිරීම පිණිස සැලසුම් කළ වැඩසටහන් සංඛ්‍යාවෙන් ක්‍රියාත්මක කරන ලද සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතීන්). 2.1.1.3. පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් සඳහා වෙන් කරන ලද අරමුදල් ප්‍රමාණයෙන් ඒ සඳහා වැය කරනු ලැබූ මුදල ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතීන්). 2.1.1.4. අදාල අමාත්‍යාංශ වල පෝෂණ මැදිහත් වීම් සිදු කිරීම සඳහා, වැඩි දියුණු කිරීමට සැලසුම්	-ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය -කළමනාකරණ සේවා -ජාතික සැලසුම් -මූල්‍ය -ජාතික අයවැය දෙපාර්තමේන්තුව -පෝෂණය හා සම්බන්ධ වගකීම් දරණ සියළු අමාත්‍යාංශ	2.1.1. අදාල අංශ/සංවිධාන වල, පෝෂණ හා සම්බන්ධ දැනුවත් සහ කුසලතාවයෙන් යුතු මානව සම්පත්, මූල්‍ය සම්පත් සහ යටිතල පහසුකම් අවශ්‍යතාවය පරිදි වැඩි දියුණු වී තිබීම.

		කළ යටිතල පහසුකම් අතරින් වැඩි දියුණු කළ සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - අමාත්‍යංශ දත්ත පද්ධතීන්).		
2.2. පෝෂණය සඳහා වූ බහු ආංශික ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම ඵලදායී ලෙස ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා තිරසාර, දේශපාලන කැපවීමෙන් යුතු ඉහළ මට්ටමේ ඒකාබද්ධ වූ හා ශක්තිමත්ව මෙහෙයවනු ලබන, උපායමාර්ගික සම්බන්ධීකරණ යාන්ත්‍රණයක් ප්‍රතිස්ථාපනය කිරීම	2.2.1. දේශපාලන නායකත්වය සහ අනෙකුත් පාර්ශවකරුවන් අතර නිරන්තර උපදේශනය සඳහා විධිමත් යාන්ත්‍රණයක් සකස් කිරීම.	2.2.1.1. පෝෂණය සඳහා වූ බහු ආංශික ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම ඵලදායි ලෙස ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා ඉහළ මට්ටමින් ක්‍රියාත්මක වන සම්බන්ධීකරණ සහ උපදේශන යාන්ත්‍රණයක් තිබීම (මූලාශ්‍රය - ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය).	- ජාතික පෝෂණ කමිටුව - ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - පෝෂණය පිළිබඳ ජාතික මෙහෙයුම් කමිටුව	2.2.1. බහු ආංශික ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම ඵලදායි ලෙස ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා තිරසාර ලෙස ඉහළ මට්ටමෙන් ක්‍රියාත්මක වන සම්බන්ධීකරණ යාන්ත්‍රණයක් පැවතීම. 2.2.2. පෝෂණය හා සම්බන්ධ සියළුම ප්‍රතිපත්ති, අදාල ජාතික/ජාත්‍යන්තර ප්‍රතිපත්ති/උපාය මාර්ග/ප්‍රමිතීන් සහ නීති වලට අනුකූලව සම්පාදනය කර තිබීම.
	2.2.2. පෝෂණය හා සම්බන්ධ ප්‍රතිපත්ති තුළට ඊට අදාල ජාතික සහ ජාත්‍යන්තර ප්‍රතිපත්ති, උපාය මාර්ග, ප්‍රමිතීන් සහ රෙගුලාසි අන්තර්ගත කිරීම.	2.2.2.1. අදාල ජාතික ප්‍රතිපත්තීන් සහ ජාතික හා ජාත්‍යන්තර පෝෂණ උපාය මාර්ග/ප්‍රමිතීන් සහ නීති සංග්‍රහයන්ට අනුකූලව ක්‍රියාත්මක වන පෝෂණය සඳහා වූ බහු ආංශික ක්‍රියාකාරී සැලැස්මක් තිබීම (මූලාශ්‍රය - ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය).	- ජාතික පෝෂණ කමිටුව - ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - පෝෂණය පිළිබඳ ජාතික මෙහෙයුම් කමිටුව - පෝෂණය හා සම්බන්ධ වගකීම් දරණ සියළු අංශ	
2.3. ජාතික, පළාත්, දිස්ත්‍රික්, ප්‍රාදේශීය හා ග්‍රාමීය මට්ටමින්, බහු ආංශික	2.3.1. පෝෂණය සඳහා වූ බහු ආංශික ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම කළමනාකරණය කිරීම සඳහා ජාතික,	2.3.1.1. කාර්ය සටහනට අනුව පවත්වන ලද රැස්වීම් ගණන; අ). ජාතික පෝෂණ සභාව - වසරකට වරක්	- ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය	2.3.1. පෝෂණය සඳහා වූ බහු ආංශික ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම ඵලදායි සහ

පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් සහයෝගිතාවයෙන් යුතු ව සිදු කිරීම සඳහා වගවීමේ යාන්ත්‍රණයන් ද ඇතුළත් ඵලදායී සම්බන්ධීකරණ පද්ධතියක් ස්ථාපිත කිරීම	පළාත්, දිස්ත්‍රික්, ප්‍රාදේශීය හා ග්‍රාමීය මට්ටමින් ක්‍රියාකාරී සම්බන්ධීකරණ යාන්ත්‍රණයක් ස්ථාපිත කිරීම.	ආ). පෝෂණය පිළිබඳ ජාතික මෙහෙයුම් කමිටුව- මාස 3 ට වරක් ඇ). පෝෂණය පිළිබඳ තාක්ෂණික උපදේශක කමිටුව - අවශ්‍යතාවය පරිදි) ඈ). පෝෂණය පිළිබඳ පළාත් මෙහෙයුම් කමිටු - මාස 3කට වරක් ඉ). පෝෂණය පිළිබඳ දිස්ත්‍රික් මෙහෙයුම් කමිටු - මාස 2කට වරක් ඊ). පෝෂණය පිළිබඳ ප්‍රාදේශීය මෙහෙයුම් කමිටු - මාස 1කට වරක් එ) ග්‍රාමීය කමිටු - මාස 1කට වරක් (මූලාශ්‍රය - අදාල ආයතන වල දත්ත පද්ධතීන්).	- දිස්ත්‍රික් ලේකම් කාර්යාල - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල - සෞඛ්‍ය	කාර්යක්ෂම ලෙස ක්‍රියාත්මක කර තිබීම.
	2.3.2. ජාතික, පළාත්, දිස්ත්‍රික්, ප්‍රාදේශීය හා ග්‍රාමීය මට්ටමින් පෝෂණ ප්‍රතිපත්තීන්, උපායමාර්ගික සහ ක්‍රියාකාරී සැලසුම් ක්‍රියාත්මක කිරීම සම්බන්ධීකරණය කිරීම.	2.3.2.1. ජාතික, දිස්ත්‍රික්, ප්‍රාදේශීය සහ ග්‍රාමීය මට්ටමින් පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් පිළිබඳ සමාලෝචන වාර්තා/රැස්වීම් වාර්තා තිබීම (මූලාශ්‍රය - අදාල ආයතන වල දත්ත පද්ධතීන්).	- ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - දිස්ත්‍රික් ලේකම් කාර්යාල - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල - සෞඛ්‍ය	
	2.3.3. බහු පාර්ශවකරුවන්ගේ සහයෝගිතාවය හරහා රජයේ, රාජ්‍ය	2.3.3.1. දිස්ත්‍රික්, ප්‍රාදේශීය, ග්‍රාමීය මට්ටමින් පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් සඳහා	- පෝෂණය හා සම්බන්ධ වගකීම් දරණ සියලු අංශ	

	නොවන, පෞද්ගලික අංශයේ සහ සිවිල් සමාජ සංවිධාන සමඟ ඇති සම්බන්ධතාවය ශක්තිමත් කිරීම.	සහභාගී වූ රාජ්‍ය නොවන සංවිධාන/ සිවිල් සමාජ සංවිධාන/ පෞද්ගලික අංශයේ සංවිධාන සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - අදාල දත්ත පද්ධතීන්).	- රාජ්‍ය නොවන සංවිධාන සහ සිවිල් සමාජ සංවිධාන - පෞද්ගලික අංශය	

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍රය III - ආරක්ෂිත ආහාර සඳහා වූ අයිතිය තහවුරු කිරීම සහ සදාචාර විරෝධී අලෙවිකරණය වැළැක්වීම සඳහා වූ ශක්තිමත් කළ නීතිමය රාමුව				
උපායමාර්ගික නිර්දේශයන්	**ප්‍රධාන ක්‍රියාකාරී ක්ෂේත්‍ර**	**අධීක්ෂණ දර්ශක හා/හෝ 2030 වන විට ඉලක්ක**	**වගකිව යුතු ප්‍රධාන අංශ /සංවිධාන**	**උපායමාර්ගික නිර්දේශයන් තුළින් අපේක්ෂිත ප්‍රතිඵල**
3.1 ආහාර සැපයුම් දාමය පුරා ආහාර පිළිබඳ වූ නීති පද්ධති විධිමත් කිරීම.	3.1.1. වීදි ආහාර, ක්ෂණික ආහාර ඇතුළු ජනතාව විසින් සුලභව පරිභෝජනය කරනු ලබන ආහාර ද්‍රව්‍ය සඳහා ප්‍රමුඛතාවය දෙමින් ආහාර වල ආරක්ෂිතබව පිළිබඳ නීති සහ ප්‍රමිතීන් හඳුන්වාදීම හෝ සමාලෝචනය සහ සංශෝධනය කිරීම.	3.1.1.1. ආහාර පිළිබඳව සැලසුම් කළ නීති සංඛ්‍යාවෙන් හඳුන්වා දෙන ලද නව නීති සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය). 3.1.1.2. සංශෝධනය කිරීමට සැලසුම් කළ ආහාර පිළිබඳව නීති සංඛ්‍යාවෙන් සංශෝධනය කළ නීති සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය).	- සෞඛ්‍ය - නීති - පාරිභෝගික කටයුතු අධිකාරිය	3.1.1. රට තුළ ඇති ආහාර, පරිභෝජනය සඳහා ජෛව විද්‍යාත්මකව, රසායනිකව සහ භෞතික වශයෙන් ආරක්ෂිතව පැවතීම.
	3.1.2. පවත්නා සහ අළුතින් සකස් කරන ලද නීති ශක්තිමත් ලෙස බලාත්මක කිරීම.	3.1.2.1. සියළුම ආහාර පරිශ්‍රයන් සංඛ්‍යාවෙන් ආහාර අධිකාරිය යටතේ ලියාපදිංචි වී ඇති පරිශ්‍රයන් සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්). 3.1.2.2. පාරිභෝගික අධිකාරියට ලැබුණු සියළුම පැමිණිලි අතරින් විමර්ශනය කරන ලද	- සෞඛ්‍ය - ප්‍රාදේශීය සභා - පාරිභෝගික කටයුතු අධිකාරිය - ආහාර පරිශ්‍රයන්	

		පැමිණිලි සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍ර - පාරිභෝගික අධිකාරියේ දත්ත පද්ධතිය).		
3.2 ශක්තිමත් නීතිමය යාන්ත්‍රණයක් තුළින් සදාචාර විරෝධී අලෙවිකරණය පාලනය කිරීම.	3.2.1. පෝෂක ආකෘතිය (nutrient profile model) ඇතුළු සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවන ආහාර ප්‍රවර්ධන නියාමනය සඳහා පවතින යාන්ත්‍රණ විධිමත්ව ක්‍රියාත්මක කිරීම.	3.2.1.1. ආහාර වෙළඳ දැන්වීම් සඳහා අනුමැතිය ලබා දීම පිණිස ජාතික කමිටුවක් තිබීම (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ අංශය). 3.2.1.2. ලේබල් කිරීම සහ ප්‍රචාරණය සඳහා වන රෙගුලාසි උල්ලංඝනය කිරීම සම්බන්ධයෙන් ගොනු කර ඇති නඩු සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය).	- සෞඛ්‍ය - පාරිභෝගික කටයුතු අධිකාරිය - මාධ්‍ය	3.2.1. රට තුළ ආහාර පාන (ළමුන් සඳහා වූ ආහාරපානද ඇතුළුව) ප්‍රවර්ධනය නියාමනය කිරීම පිණිස ක්‍රියාත්මක වන යාන්ත්‍රණයක් ස්ථාපිත කර තිබීම. 3.2.2. මව්කිරි දීම ප්‍රවර්ධනය කිරීම, ආරක්ෂා කිරීම හා අනුබල දීම සහ නම් කළ නිෂ්පාදන අලෙවි කිරීම පිළිබඳ ශ්‍රී ලංකා රීති සංග්‍රහය පාර්ලිමේන්තු පනතක් ලෙස සම්මත කිරීම සහ ඊට අදාළ නීති පූර්ණ වශයෙන් බලාත්මක කර තිබීම.
	3.2.2. මව්කිරි ආදේශක / ළදරුවන් සහ කුඩා දරුවන් සඳහා වන කිරිපිටි, කිරි සහ කිරි නිෂ්පාදන, ළදරුවන් සහ කුඩා දරුවන් සඳහා වාණිජමය වශයෙන් සකසන ලද ආහාරපාන නියාමනය කිරීම සඳහා ශක්තිමත් නීති ක්‍රියාත්මක කිරීම.	3.2.2.1. අධීක්ෂණය කරන ලද වෙළඳ දැන්වීම් අතරින් මව්කිරි ආදේශක / ළදරුවන් සහ කුඩා දරුවන් සඳහා වන කිරිපිටි, කිරි සහ කිරි නිෂ්පාදන, ළදරුවන් සහ කුඩා දරුවන් සඳහා වාණිජමය වශයෙන් සකසන ලද ආහාරපාන ප්‍රචාරණය සඳහා වන නීති වලට අනුගත නොවූ වෙළඳ දැන්වීම් සංඛ්‍යාවේ ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර	- සෞඛ්‍ය - පාරිභෝගික කටයුතු අධිකාරිය - ආහාර නිෂ්පාදකයන් සහ බෙදාහරින්නන් - පාරිභෝගික සංවිධාන	

		ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය).		
3.3 ආහාර වල ආරක්ෂිතබව සඳහා වූ අධීක්ෂණ යාන්ත්‍රණය ශක්තිමත් කිරීම.	3.3.1. ආහාර වල පෝෂක සංයුතිය සහ ජෛව විද්‍යාත්මක (ජානමය ඇතුළුව), රසායනික, භෞතික (විකිරණ ඇතුළුව) විෂකාරක තක්සේරුව සඳහා විශ්ලේෂණ ධාරිතාව ශක්තිමත් කිරීම.	3.3.1.1. ජාතික විද්‍යාගාරයක් ලෙස නව විද්‍යාගාරයක් ස්ථාපිත කොට තිබීම හෝ පවත්නා රසායනාගාරයක් වැඩි දියුණු කොට තිබීම (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය). 3.3.1.2. අවම වශයෙන් සෑම පළාතකටම රජයේ රස පරීක්ෂක දෙපාර්තමේන්තු ශාඛාවක් සහ ආහාර විශ්ලේෂණය සඳහා අවශ්‍ය සියළු සම්පත් සහිත රසායනාගාරයක් තිබීම (මූලාශ්‍රය - පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාල දත්ත/ රජයේ රස පරීක්ෂක දෙපාර්තමේන්තුව).	-සෞඛ්‍ය -මූල්‍ය -ජාතික සැලසුම් -පළාත්/ප්‍රාදේශීය සභා -රජයේ රස පරීක්ෂක දෙපාර්තමේන්තුව	3.3.1. අරක්ෂිත ආහාර සඳහා ඇති අයිතිය තහවුරු කිරීම පිණිස ආහාර ආරක්ෂිතබව අධීක්ෂණය කිරීමේ යාන්ත්‍රණය ශක්තිමත් කර තිබීම. 3.3.2. ආහාර වල, ජෛව විද්‍යාත්මක, රසායනික, භෞතික සහ පෝෂණ ඇගයීම සඳහා යටිතල පහසුකම්, මානව හා අනෙකුත් සම්පත් ඇතුළු විශ්ලේෂණ ධාරිතාව ශක්තිමත්ව පැවතීම.
	3.3.2. පාංශු සංරක්ෂණ පනත බලාත්මක කිරීම සඳහා අදාල අංශ ශක්තිමත් කිරීම.	3.3.2.1. පාංශු සංරක්ෂණ පනත බලාත්මක කිරීම සඳහා අදාල අංශ මගින් ගෙන ඇති පියවරයන් සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - ඉඩම් අමාත්‍යාංශය).	-කෘෂිකර්ම -පාරිසරික -වැවිලි -මූල්‍ය -අනෙකුත් අදාල අංශ	
3.4. ජලයේ ගුණාත්මකබව හා ආරක්ෂිතබව පිළිබද රෙගුලාසි, ප්‍රමිතීන් හා මාර්ගෝපදේශ නිසි පරිදි	3.4.1. පානීය ජලයේ ගුණාත්මකභාවය හා ආරක්ෂාව පිළිබද රෙගුලාසි සකස් කිරීම.	3.4.1.1. ජලයේ ගුණාත්මකභාවය සහ ආරක්ෂිතබව පිළිබද රෙගුලාසි තිබීම (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය).	-සෞඛ්‍ය -ජල සම්පාදන -පරිසර -ප්‍රාදේශීය සභා -මහවැලි සංවර්ධන	3.4.1. සියලුම ආකාරයේ ජල සැපයුම් ව්‍යාපෘති සහ බෝතල් කළ ජලය, පානය සඳහා ආරක්ෂිතව තිබීම.

බලාත්මක කිරීම.				3.4.2 ජලයේ ගුණාත්මකබව සඳහා වූ රෙගුලාසි බලාත්මක කර තිබීම.
	3.4.2. ජලයේ ගුණාත්මකභාවය ආවේක්ෂණය ශක්තිමත් කිරීම.	3.4.2.1. පරීක්ෂාවට ලක් කළ සියළුම ජල සාම්පල අතරින් සතුටුදායක සාම්පල වල ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය -.සෞ.වෛ.නි. කාර්යාල දත්ත).	-සෞඛ්‍ය -ජල සම්පාදන	
3.5. ආහාර වල ආරක්ෂිතබව සුරැකීම පිණිස සහ ගුණාත්මකබව පවත්වා ගැනීම සඳහා සියළු පාර්ශවකරුවන් බලකරණය.	3.5.1. ආහාර පිළිබඳ රෙගුලාසි ද ඇතුළුව ඒවායේ ආරක්ෂිතබව පිළිබඳව, ආහාර නිෂ්පාදකයින්, බෙදාහරින්නන්, හසුරුවන්නන් සහ පාරිභෝගිකයින් අතර දැනුවත්භාවය වැඩි කිරීම.	3.5.1.1. සියළුම පාර්ශවකරුවන් අතර ආහාර ආරක්ෂිතබව පිළිබඳ දැනුවත්භාවය වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා ගත් උපාය මාර්ග පැවතීම (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ දත්ත පද්ධතිය). 3.5.1.2. ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් ක්‍රියාත්මක වන පාරිභෝගික සමාජ/සංවිධාන සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	-සෞඛ්‍ය -පාරිභෝගික අධිකාරිය	3.5.1. අදාල පාර්ශවකරුවන්ගේ ධාරිතාවය සහ ආහාර ආරක්ෂිතතාව පිළිබඳ පද්ධති වැඩි දියුණු කර තිබීම.
	3.5.2. ආහාර ආරක්ෂිතබව පිළිබඳ රෙගුලාසි ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා අදාල සියළු පාර්ශවකරුවන්ගේ හා පද්ධතිවල ධාරිතාව වර්ධනය.	3.5.2.1. ආහාර ආරක්ෂිතබව සහ පවිත්‍රතාවය පිළිබඳ ගැටළු පැමිණිලි කිරීම සඳහා ක්ෂණික දුරකථන අංකයක් පැවතීම (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ දත්ත පද්ධතිය).	-සෞඛ්‍ය	

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍ර IV - ජීවිත කාලය පුරා ඉහළ නංවන ලද පෝෂණය				
උපායමාර්ගික නිර්දේශයන්	**ප්‍රධාන ක්‍රියාකාරී ක්ෂේත්‍ර**	**අධීක්ෂණ දර්ශක හා/හෝ 2030 වන විට ඉලක්ක**	**වගකිව යුතු ප්‍රධාන අංශ /සංවිධාන**	**උපායමාර්ගික නිර්දේශයන් තුළින් අපේක්ෂිත ප්‍රතිඵල**
4.1 යුවළක්, තම පළමු දරුවා හෝ ඉන් අනතුරුව වන ගැබ් ගැනීම් සැලසුම් කිරීමේ දී හිතකර පරිසරයක් තුළ, ප්‍රශස්ත පෝෂණයකින් යුතුව ගර්භණීභාවයට එළැඹීම පිණිස පූර්ව ගර්භණී රැකවරණ සේවා සැපයීම.	4.1.1. අ.) නව විවාපත් යුවල් අතර මන්දපෝෂණය සඳහා අවදානම් සාධක සඳහා නිසි පියවර ගැනීම පිණිස පූර්ව ගර්භණී රැකවරණ පැකේජයක් විධිමත්ව ක්‍රියාත්මක කිරීම. ආ.) යුවලක් තම පළමු දරු උපතින් අනතුරුව, මීළඟට සැලසුම් කරන ගැබ් ගැනීම් සඳහා අන්තර්-ගර්භණී රැකවරණ පැකේජය ශක්තිමත්ව ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.1.1.1. ගර්භණී කාන්තාවන්ගෙන් 80% කට වඩා පූර්ව ගර්භණී රැකවරණ සේවා ලබා තිබීම (මූලාශ්‍රය: eRHMIS). 4.1.1.2. මුල් සායන පැමිණීමේදී, සමාන්‍ය ශරීර ස්කන්ධ දර්ශක අගය (18.5 - 24.9) ඇති ගර්භණී කාන්තාවන්ගේ ප්‍රතිශතය 57% (2017) සිට 65% දක්වා වැඩි වීම (මූලාශ්‍රය: eRHMIS).	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය	4.1.1. පූර්ව ගර්භණී රැකවරණය තුළින් අනාගත දෙමව්පියන් අතර සුදුසු පෝෂණ තත්ත්වයක් පවත්වා ගැනීම. 4.1.2. කාන්තාවන් තම පළමු දරු උපතින් අනතුරුව සිදුවන ගැබ් ගැනීම් සඳහා ප්‍රශස්ත පෝෂණ මට්ටමක් ඇතිව එළැඹීම. 4.1.3. පූර්ව ගර්භණී පෝෂණ තත්ත්වය නිසි ලෙස පවත්වා ගැනීම සඳහා, ප්‍රජනන වයසේ කාන්තාවන් සිටින ගෘහ ඒකක බලකරණය කොට තිබීම.
	4.1.2. සමාජ අවදානම් සාධක අවම කිරීම පිණිස අවශ්‍ය යාන්ත්‍රණ ස්ථාපිත කිරීමෙන් ගර්භණීභාවයට පත්වීමට පෙර ප්‍රශස්ත පෝෂණ තත්ත්වයක් වෙත ළඟා වීම සඳහා නව විවාහපත් යුවළ, නව යොවුන් වියේ ගැහැණු දරුවන් සහ යෝග්‍යතා පවුල් බලකරණය කිරීම.	4.1.2.1. වයස අවුරුදු 15-49 අතර විවාහකව සිටින/සිටි, අඩු බරක් සහිත කාන්තාවන්ගේ ප්‍රතිශතය දැනට පවතින 9.1% (2016) සිට 5% දක්වා අඩු වීම (මූලාශ්‍රය: ජන විකාශ සහ සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය - ජ.වි.සෞ.ස.). 4.1.2.2. වයස අවුරුදු 15-49 අතර විවාහකව සිටින/සිටි, අධි බරක් සහිත කාන්තාවන්ගේ	- සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - අධ්‍යාපන - වනිතා කටයුතු - සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - සිවිල් සමාජ සංවිධාන - ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය	

		ප්‍රතිශතය 32% (2016) සිට 15% දක්වා අඩු වීම (මූලාශ්‍රය: ජ.වි.සෞ.ස.). 4.1.2.3. වයස අවුරුදු 15-49 අතර විවාහකව සිටින/සිටි, තරබාරුබවෙන් පෙළෙන කාන්තාවන්ගේ ප්‍රතිශතය 13% (2016) සිට 10% ට වඩා අඩු විම (මූලාශ්‍රය: ජ.වි.සෞ.ස.). 4.1.2.4. පළමු ත්‍රෛමාසිකයේ රක්තහීනතාවය සහිත මව්වරුන්ගේ ප්‍රතිශතය I8.3% (2019) සිට 9% දක්වා අඩු විම (මූලාශ්‍රය: eRHMIS).		
	4.1.3. දරු ප්‍රසූතියෙන් මාස 6 කට පසු, මව්කිරි ලබා දෙන/පසු ප්‍රසව මව්වරුන්ගේ පෝෂණ තත්ත්වය අධීක්ෂණය කිරීම සහ විෂමපෝෂණය දුරු කිරීම පිණිස නිසි පියවර ගැනීම සඳහා යාන්ත්‍රණයක් ස්ථාපිත කිරීම.	4.1.3.1. මව්කිරි දෙන / පසු ප්‍රසව කාන්තාවන් සඳහා දරු ප්‍රසූතියෙන් මාස හයකට පසු සිදු කරන පෝෂණ ඇගයුම 90% ක් ආවරණය කිරීම. (මූලාශ්‍රය: eRHMIS)	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය	
4.2. ගර්භණී සහ පසු ප්‍රසව කාන්තාවන් (දරු ප්‍රසූතියෙන් මාස හයක් සම්පූර්ණ වන තුරු) සඳහා අවශ්‍ය පෝෂණ සේවා සැපයීම	4.2.1. ගර්භණී කාන්තාවන්ගේ සහ පසු ප්‍රසව මව්වරුන්ගේ පෝෂණය වැඩි දියුණු කිරීම/නිසි ලෙස පවත්වා ගැනීම හා ප්‍රශස්ථ උපත් බරක්	4.2.1.1. ගර්භණී කාන්තාවන් අතරින් අවම වශයෙන් 80% ක් වත් ගර්භණී සමය තුළ අපේක්ෂිත බර අත්පත් කර ගැනීම (මූලාශ්‍රය: eRHMIS).	- සෞඛ්‍යය - දේශීය වෛද්‍ය	4.2.1. සියළුම ගර්භණී සහ පසු ප්‍රසව මව්වරුන්ට ජාතික මාර්ගෝපදේශයන්ට අනුකූලව ගුණාත්මක පෝෂණ සේවාවන් ලැබී තිබීම.

සඳහා වන යාන්ත්‍රණයන් ශක්තිමත් කිරීම තුළින් ඔවුන් සඳහා නිසි පෝෂණ රැකවරණය සැලසීම.	සහිත ළදරුවෙකු බිහි කිරීම සඳහා මාතෘ රැකවරණය පිළිබඳ ජාතික මාර්ගෝපදේශ විධිමත් ලෙස ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.2.1.2. සති 28 දී, පෝෂණ රක්තහීනතාවයෙන් පෙළෙන ගර්භණී කාන්තාවන්ගේ ප්‍රතිශතය, පවතින අගය වූ 30.3% (2019) සිට 15% දක්වා අඩු වීම (මූලාශ්‍රය - eRHMIS). 4.2.1.3. ළදරුවන්ගේ අඩු උපත් බර අනුපාතිකය 15.7 % (2016) සිට 10 % දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය: IMMR සහ DHS සැසඳීම).		4.2.2. ගර්භණී සහ පසු ප්‍රසව මව්වරුන්ට පෝෂණ සේවා සැපයීම සඳහා ප්‍රමාණවත් සම්පත්, රෝග නිවාරණ සහ ප්‍රතිකාරක සෞඛ්‍ය අංශවලට ලබා දී තිබීම. 4.2.3. ගර්භණී සහ පසු ප්‍රසව මව්වරුන්ට නිසි පෝෂණය ලබා ගැනීම පිණිස ඔවුන්ගේ ගෘහ ඒකක සවිබල ගන්වා තිබීම. 4.2.4. ගර්භණී සහ පසු ප්‍රසව මව්වරුන් ගේ පෝෂණ තත්ත්වය ප්‍රවර්ධනය කිරීම සඳහා සියළුම අදාල පාර්ශවකරුවන් සක්‍රියව සම්බන්ධ වීම. 4.2.5 ගර්භණී සහ පසු ප්‍රසව මව්වරුන් අතර විෂමපෝෂණය අඩු වී තිබීම. 4.2.6. සියළුම ළදරුවන් ප්‍රශස්ත උපත් බරක් සහිතව උපත ලැබීම.
	4.2.2. හඳුනාගත් පෝෂණ ගැටළු සඳහා ප්‍රතිචාර ලෙස සේවා සැපයීමට සහ ගර්භණී සහ පසු ප්‍රසව මව්වරුන්ගේ නිසි පෝෂණ තත්ත්වය සහතික කිරීම සඳහා ප්‍රමාණවත් සම්පත් (කුසලතා පූර්ණ කාර්ය මණ්ඩල, මූල්‍ය ප්‍රතිපාදන සහ අනෙකුත් සම්පත්) වෙන් කිරීම.	4.2.2.1. ගර්භණී සහ පසු ප්‍රසව මව්වරුන් ඉලක්ක කර ගනිමින් සිදු කළ පෝෂණ ප්‍රවර්ධන කටයුතු සඳහා වැය කළ ඒක පුද්ගල වියදම (මූලාශ්‍රය - පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්). 4.2.2.2. අනුමත සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් (PHM) සංඛ්‍යාවෙන් පුරප්පාඩුව ඇති ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- ජාතික සැලසුම් - මූල්‍ය - සෞඛ්‍ය - පළාත් පාලන ආයතන	
	4.2.3. ප්‍රශස්ත මාතෘ පෝෂණයක් සහතික කිරීම පිණිස ගර්භණී සහ පසු ප්‍රසව මව්වරුන් සිටින ගෘහ ඒකක සවිබල ගැන්වීම සඳහා බහු ආංශික ක්‍රියාකාරකම් ශක්තිමත් කිරීම.	4.2.3.1. විවිධ පාර්ශවකරුවන් විසින් එක් එක් පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරි කොට්ඨාශ මට්ටමින් සිදු කිරීමට සැලසුම් කළ පෝෂණ ප්‍රවර්ධන මැදිහත්වීම් සංඛ්‍යාවෙන් සිදු කළ මැදිහත්වීම්	- සමාජ සේවා - වනිතා කටයුතු - යෞවන - සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - සිවිල් සමාජ සංවිධාන	

		සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය නිලධාරි කාර්යාල, සිවිල් සමාජ සංවිධාන, අනෙකුත් අදාල අංශ දත්ත පද්ධතීන්).		
4.3. දරු උපතින් පසු ඉක්මනින් මව්කිරි ලබා දීම ඇරඹීම සඳහාත් පළමු මාස හය සම්පූර්ණ වන තෙක් මව්කිරි පමණක් ලබාදීම සඳහා ත්, හිතකර පරිසරයක් සෑම ස්ථානයකම නිර්මාණය කිරීම.	4.3.1. සමාජීය සහාය සවිමත් කිරීම සහ නිවැරිදි පෝෂණ තොරතුරු සැපයීම තුළින් පළමු මාස හයේ දී ළදරුවන් සඳහා මව්කිරි පමණක්ම ලබා දීම සහතික කිරීමට, එම ළදරුවන් සිටින ගෘහ ඒකක බලකරණය කිරීම.	4.3.1.1. ළදරුවා ගේ වයස මාස හය වන තුරු මව්කිරි පමණක් ලබා දීමේ ප්‍රතිශතය 82% (2016). සිට 90% දක්වා වැඩි කිරීම (මූලාශ්‍රය: ජ.වි.සෞ.ස.).	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය	4.3.1. දරු ප්‍රසූතියෙන් පසු සෑම නව ජන්මියෙකුටම, වහාම මව්කිරි ලබා දීම ඇරඹීම හා පළමු මාස 6 සම්පූර්ණ වන තුරු ළදරුවාට මව්කිරි පමණක්ම ලබා දීම වැඩි දියුණු කර තිබීම. 4.3.2. මාතෘ සේවාවන් සහිත සියළු රෝහල් වල 'මව් සහ ළදරු මිතුරු සංකල්පය' ක්‍රියාත්මක කර තිබීම. 4.3.3. 'පවුල් මිතුරු රැකියා ස්ථාන සංකල්පය' දීප ව්‍යාප්තව ක්‍රියාත්මක කර තිබීම. 4.3.4. පළමු මාස 6 සම්පූර්ණ වන තුරු ළදරුවාට මව්කිරි පමණක්ම ලබා දීම සඳහා සියළුම මව්කිරි දෙන මව්වරුන්ට මාතෘ වරප්‍රසාද ලබා දීම.
	4.3.2. 'මව් සහ ළදරු මිතුරු රෝහල් සංකල්පය' ක්‍රියාත්මක විම සහතික කිරීම.	4.3.2.1. දරු උපතින් පසු වහාම මව්කිරි දීම ආරම්භ කිරීම 98% ක් දක්වා වර්ධනය කර පවත්වා ගැනීම. (මූලාශ්‍රය: eRHMIS/ ජ.වි.සෞ.ස.) 4.3.2.2. අවම වශයෙන් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ගෙන් 90% කටවත්, මව්කිරි ලබා දීම හා 'මව් සහ ළදරු මිතුරු රෝහල් සංකල්පය' පිළිබඳ නිපුණතා ධාරිතාව වැඩි දියුණු කිරීමේ වැඩසටහන් පවත්වා තිබීම (මූලාශ්‍රය: eRHMIS, සෞ.වෛ.නි. කාර්යාල දත්ත). 4.3.2.3. 'මව් හා ළදරු මිතුරු රෝහල් සංකල්පය'	- මූල්‍ය - ජාතික සැලසුම් - පළාත් පාලන ආයතන - සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - ජල සැපයුම්	

		සියළුම සෞඛ්‍ය සත්කාර ආයතනයන්හි ක්‍රියාත්මක වීම (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය).		
	4.3.3. ඕනෑම ස්ථානයක දී මව්කිරි දීම සඳහා සුදුසු පරිසරයක් ඇති කිරීම.	4.3.3.1. රජයේ සෞඛ්‍ය සත්කාර ආයතනයන් අතරින් අවම වශයෙන් 75% ක අනුමත මාතෘ සහ ළමා රැකවරණ සේවා සැපයීම සඳහා වූ නිලධාරීන් සංඛ්‍යාව සේවය කිරීම (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය).	- මූල්‍ය - කම්කරු - රාජ්‍ය පරිපාලන - ජාතික සැලසුම් - පළාත් පාලන ආයතන - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - වනිතා කටයුතු - රාජ්‍ය, පෞද්ගලික සහ අවිධිමත් අංශ ආයතන	
	4.3.4. රැකියාවල නියුතු සියළු කාන්තාවන් සඳහා මාතෘ වරප්‍රසාද බලාත්මක කොට ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.3.4.1. රැකියා ස්ථාන අතරින් අවම වශයෙන් 40% ක් වත් 'පවුල් මිතුරු රැකියා ස්ථාන' ලෙස සහතික කොට තිබීම (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- කම්කරු - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - වනිතා කටයුතු - රාජ්‍ය පරිපාලන - රාජ්‍ය, පෞද්ගලික සහ අවිධිමත් අංශ ආයතන	
4.4 පෝෂ්‍යදායී හා ආරක්ෂිතව නිවසේදී සකස් කරන ලද සුදුසු, අමතර ආහාර ලබා දීම, වසර දෙකක් සහ ඉන් ඔබ්බට මව්කිරි දීම සහ ප්‍රශස්ථ මුල් ළමාවිය රැකවරණය සහ සංවර්ධනය (ECCD)	4.4.1. අ.) ළදරුවන්ට හා කුඩා දරුවන්ට ආහාර ලබා දීම (IYCF) සඳහා ප්‍රජාව සවිබල ගැන්වීම. ආ.) ළදරුවන්ට හා කුඩා දරුවන්ට ආහාර ලබා දීම සඳහා ප්‍රජාව කෙරෙහි නැඹුරුව, ප්‍රාදේශීය වශයෙන් විශේෂයෙන් සැකසූ	4.4.1.1. මාස 20-23 අතර ළමුන් අතර නොකඩවා මව්කිරි දීමේ ව්‍යාප්තිය 86.6% (2016) සිට 95% දක්වා වැඩිවීම (මූලාශ්‍රය: ජ.වි.සෞ.ස.) 4.4.1.2. වයස මාස 6-23 අතර දරුවන්ගෙන්, පිළිගත හැකි අවම ආහාර විවිධත්වය[16] සහිත ආහාර ලබා ගන්නා ප්‍රතිශතය 72.6% (2016)	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - ළමා ලේකම් කාර්යාලය - කෘෂිකර්ම/ධීවර /පශු සම්පත් - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - සිවිල් සමාජ සංවිධාන - මූල්‍ය - වෙළඳ	4.4.1. සියළු මව්වරුන් පළමු වසර දෙක සහ ඉන් ඔබ්බට මව්කිරි නොකඩවා ලබා දීම. 4.4.2. ළදරුවන් සහ කුඩා දරුවන් සඳහා පිළිගත හැකි අවම ගුණාත්මක ආහාර (අවම ආහාර විවිධත්වය සහ අවම ආහාර වේල්) ලබා දීම වැඩි දියුණු වී තිබීම.

16 සඳහා පාරිභාෂිත වාග්මාලාව බලන්න.

ප්‍රවර්ධනය කිරීම යන කරුණු කෙරෙහි විශේෂ අවධානයක් යොමු කරමින් සාක්ෂි මත පදනම් වූ පෝෂණ මැදිහත්වීම් හරහා සියළුම ළදරුවන්, කුඩා දරුවන් සහ පෙර පාසල් දරුවන් සඳහා ශක්තිමත් පදනමක් ගොඩනැගීම.	ක්‍රියාකාරකම්, ජනගහනයේ විවිධ උප සංස්කෘතීන්ට අයත් ජන කොට්ඨාස වෙත ළඟා විය හැකි ජාතික රාමුවක් තුළ සැලසුම් කිරීම සහ ක්‍රියාත්මක කිරීම.	සිට 95% දක්වා වැඩි කිරීම (මූලාශ්‍රය: ජ.වි.සෞ.ස.). 4.4.1.3. වයස මාස 6-23 අතර දරුවන්ගෙන් පිළිගත හැකි අවම ආහාර වේල් ගණන[17] ගන්නා ප්‍රතිශතය 86.1% (2016) සිට 90% දක්වා වැඩි කිරීම (මූලාශ්‍රය: ජ.වි.සෞ.ස.). 4.4.1.4. වයස මාස 6-23 අතර දරුවන්ගෙන් පිළිගත හැකි අවම ගුණාත්මක ආහාර[18] (අවම ආහාර විවිධත්වය සහ අවම ආහාර වේල්) ලබා ගන්නා ප්‍රතිශතය 62% (2016) සිට 90% දක්වා වැඩි කිරීම (මූලාශ්‍රය: ජ.වි.සෞ.ස.).	- පෞද්ගලික අංශය - සංවර්ධන පාර්ශවකරුවන්	4.4.3. ළදරුවන් සහ කුඩා දරුවන් සඳහා වන පිළිගත හැකි අවම ආහාර වේල් ගණන ලබා දීම වැඩි දියුණු වී තිබීම. 4.4.4. ළදරුවන් සහ කුඩා දරුවන් සඳහා අවම ආහාර විවිධත්වය සහිත ආහාර ලබා දීම වැඩි දියුණු වී තිබීම. 4.4.5. වයස අවුරුදු පහට අඩු ළමුන්ගේ පෝෂණ තත්ත්වය වැඩි දියුණු වී තිබීම. 4.4.6. මව්කිරි දීම ප්‍රවර්ධනය කිරීම, ආරක්ෂා කිරීම හා අනුබල දීම සහ නම් කළ නිෂ්පාදන අලෙවි කිරීම පිළිබඳ පනත, මාතෘ වරප්‍රසාද හා ආහාර පනත ඇතුළුව ළදරුවන්ට හා කුඩා දරුවන්ට ආහාර ලබා දීමට අදාල නීති බලාත්මක කර තිබීම. 4.4.7. පෙර පාසල් දිවා ආහාර වැඩසටහනේ ආවරණය වැඩි දියුණු කොට තිබීම. 4.4.8. හිතකර පරිසරය ක් තුළින් පූර්ව ළමාවිය සංවර්ධන ක්‍රියාකාරකම් ශක්තිමත් කොට තිබීම
	4.4.2. සෑම ස්ථානයකදීම , ඉහළ ආවරණයකින් සහ ප්‍රමිතියකින් යුතුව වයස අවුරුදු 5 ට අඩු සියළුම දරුවන්ගේ වර්ධනය, විධිමත්ව හා ගුණාත්මකව ඇඟයීම සහ ප්‍රවර්ධනය කිරීම.	4.4.2.1. මිටි බවෙන් පෙළෙන අවුරුදු 5 ට අඩු දරුවන්ගේ ප්‍රතිශතය 17.3% (2016) සිට 10% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ජ.වි.සෞ. ස). 4.4.2..2. කෘෂ බවෙන් පෙළෙන අවුරුදු 5 ට අඩු දරුවන්ගේ ප්‍රතිශතය 15.1 % (2016) සිට 5 % ට වඩා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ජ.වි.සෞ. ස). 4.4.2.3. අධි බර[19] සහ ස්ථූලතාවයෙන්[20] පෙළෙන වයස අවු. 5 ට අඩු දරුවන්ගේ ප්‍රතිශතය දැනට පවතින අගයෙහි සිට තව දුරටත් වැඩි	- සෞඛ්‍ය	

17-20 සඳහා පාරිභාෂික වාග්මාලාව බලන්න.

		නොවී පවත්වා ගැනීම (මූලාශ්‍රය - ජාතික වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය, 2012).		
	4.4.3. මව්කිරි දීම ප්‍රවධනය කිරීම, ආරක්ෂා කිරීම හා අනුබල දීම සහ නම් කළ නිෂ්පාදන අලෙවි කිරීම පිළිබඳ පනත, මාතෘ වරප්‍රසාද හා ආහාර පනත ඇතුළුව ළදරුවන්ට හා කුඩා දරුවන්ට ආහාර ලබා දීමට අදාළ නීති විධිමත්ව ක්‍රියාත්මක කිරීම සහ ශක්තිමත් කිරීම.	4.4.3.1. කැබිනෙට් මණ්ඩලයේ අනුමත වූ මව් කිරි ලබා දීම පිළිබඳ පනතක් පැවතීම සහ ආහාර පනත, මාතෘ වරප්‍රසාද පිළිබඳ නීති සංශෝධනය කර බලාත්මකව පැවතීම (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය/ කම්කරු/ රාජ්‍ය පරිපාලන අමාත්‍යංශ).	- සෞඛ්‍ය - නීති - පාරිභෝගික කටයුතු - ළදරුවන් හා කුඩා දරුවන් සඳහා ආහාර නිපදවන / ආනයනය කරන කර්මාන්ත/වාණිජ ආයතන	
	4.4.4. දිවා ආහාර වැඩසටහන් ඇතුළුව අදාල මැදිහත්වීම් තුළින් සියළුම පෙර පාසල් දරුවන් අතර නිවසේදී සහ පෙර පාසල්වල දී සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර චර්යාවන් ගොඩ නැංවීම සහතික කිරීම.	4.4.4.1. හඳුනාගත් පෙර පාසල් අතුරින් අවම වශයෙන් 50% කට වත් දිවා ආහාරය ලැබීම (මූලාශ්‍රය - ළමා කටයුතු අමාත්‍යාංශය).	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - පළාත් පෙර පාසල් අධිකාරීන් - ළමා ලේකම් කාර්යාලය - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - මූල්‍ය - සිවිල් සමාජ සංවිධාන - සංවර්ධන පාර්ශවකරුවන්	
	4.4.5. වයස අවුරුදු පහට අඩු ළමුන්ගේ මනා පෝෂණය සඳහා දායක වන ප්‍රශස්ත මනෝ සමාජීය සංවර්ධනය උදෙසා නිවෙස්හිදී, දිවා සුරැකුම්	4.4.5.1. සංවර්ධනය උත්තේජනය කිරීම සඳහා උපකාරී වන පොත් හෝ ක්‍රීඩා භාණ්ඩ වැනි ද්‍රව්‍ය සඳහා ළමුන්හට ඇති ප්‍රවේශය දැනට පවතින අගයේ (2016) සිට 15%	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - පළාත් පෙර පාසල් බලධාරීන් - ළමා ලේකම් කාර්යාලය - සමාජ සවිබල ගැන්වීම්	

	මධ්‍යස්ථානයන්හිදී සහ පෙර පාසල් වලදී සිදු කරන පූර්ව ළමාවිය සංවර්ධන ක්‍රියාකාරකම් සඳහා බහු ආංශික දායකත්වය ශක්තිමත් කිරීම.	කින් වැඩි දියුණු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ජ.වි.සෞ. ස).	- සිවිල් සමාජ සංවිධාන	
	4.4.6. කාලීන අවශ්‍යතාවයන්ට සරිලන පරිදි සෘජු සහ වක්‍ර පෝෂණ මැදිහත්වීම් ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.4.6.1. වාර්ෂිකව, වයස අවුරුදු 5 ට අඩු ළමුන් සඳහා සැලසුම් කල සෘජු පෝෂණ මැදිහත්වීම් අතුරින් පවත්වනු ලැබූ සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්). 4.4.6.2. වාර්ෂිකව, වයස අවුරුදු 5 ට අඩු ළමුන් සඳහා සැලසුම් කළ වක්‍ර පෝෂණ මැදිහත්වීම් අතරින් පවත්වනු ලැබූ සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - අදාල අමාත්‍යංශ දත්ත පද්ධතීන්).	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - ළමා ලේකම් කාර්යාලය - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - මූල්‍ය - කෘෂිකර්ම/ධීවර /පශු සම්පත් - සිවිල් සමාජ සංවිධාන	
4.5 පාසැල් විෂය නිර්දේශය තුළින් පෝෂණ අධ්‍යාපනය ලබා දීමෙන් හා හිතකර පාසැල් පරිසරයක් ගොඩ නැංවීමෙන් සෞඛ්‍යමත් ආහාර පුරුදු හා ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම්	4.5.1. දෛනික කැලරි අවශ්‍යතාවයෙන් තුනෙන් එකක් ආවරණය වන පරිදි ප්‍රාථමික ශ්‍රේණි වල දරුවන් සඳහා පාසල් දිවා ආහාර වැඩසටහන විධිමත් කිරීම හා ව්‍යාප්ත කිරීම.	4.5.1.1. හඳුනාගත් පාසල් වල ප්‍රාථමික ශ්‍රේණි වල දරුවන් සඳහා දිවා ආහාරය වැඩසටහන 100% ක ආවරණයක් සහිතව ක්‍රියාත්මක කිරීම (මූලාශ්‍රය - අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතිය). 4.5.1.2. අවුරුදු 6-12 දරුවන් අතර කෘෂ[21] බවෙහි ව්‍යාප්තිය 30.2%	- අධ්‍යාපන - මූල්‍ය - සෞඛ්‍ය - එක්සත් ජාතීන්ගේ නියෝජිත සංවිධාන - සිවිල් සමාජ සංවිධාන	4.5.1. පාසැල් දරුවන් හට පෝෂ්‍යදායී ආහාර සඳහා ඇති ප්‍රවේශය වැඩි දියුණු වී තිබීම. 4.5.2. සෑම පාසල් දරුවෙක්ම සෞඛ්‍ය සම්පන්න ජීවන රටාවක් සඳහා බලගැන්වී සිටීම. 4.5.3. ප්‍රශස්ත පෝෂණයක් හා ජීවන

21 සඳහා පාරිභාෂිත වාග් මාලාව බලන්න.

ඇති කරළීමට ප්‍රාථමික ශ්‍රේණි වල දරුවන් බලකරණය කිරීම.		(2016) සිට 15% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ජාතික වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය). 4.5.1.3. අවුරුදු 6-12 අතර දරුවන් අතර මිටි බවෙහි[22] ව්‍යාප්තිය 11.5 (2016) සිට 10% දක්වා අඩු කිරීම. (මූලාශ්‍රය - ජාතික වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය). 4.5.1.4. ප්‍රථමික ශ්‍රේණිවල දරුවන් අතර නීරක්තියෙහි හි ව්‍යාප්තිය 11.7% (2016) සිට 10% ට වඩා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ජාතික වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය).		රටාවක් ළඟා කර ගැනීමට සියළුම පාසල් තුළ පහසුකම් සපයා තිබීම. 4.5.4. සියළු පාසල් තුළ ජලය, සනීපාරක්ෂක හා ස්වස්ථතා පහසුකම් වැඩි දියුණු වී තිබීම.
	4.5.2. සෞඛ්‍ය සම්පන්න පාසල් ආපනශාලා මාර්ගෝපදේශ ක්‍රියාත්මක කිරීම ද ඇතුළුව නිවසේ දී හා පාසලේදී සෞඛ්‍යමත් ආහාර පුරුදු ප්‍රවර්ධනය කිරීම.	4.5.2.1. දිවයිනේ පවතින සියළුම පාසල් ආපනශාලා අතුරින්, පාසල් ආපනශාලා ප්‍රතිපත්තියට අනුකූලව ක්‍රියාත්මක වන (A සහ B ශ්‍රේණිය) ආපනශාලා සංඛ්‍යාවේ ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - ජාතික සමීක්ෂණ). 4.5.2.2. අධි බර[23] හා ස්ථූලතාවයෙන්[24] පෙළෙන වයස අවුරුදු 6-12 අතර දරුවන්ගේ ප්‍රතිශතය 2016 දී පැවති 6.1% හා 2.9% සිට තව දුරටත් වැඩි නොවී පවත්වා ගැනීම (මූලාශ්‍රය - ජාතික වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය).	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - අධ්‍යාපන - ආපනශාලා	

22-24 සඳහා පාරිභාෂිත වාග් මාලාව බලන්න.

	4.5.3. පාසල්වලට යාබදව සෞඛ්‍යයට අහිතකර ආහාර වල සුලභතාවය නියාමනය කිරීම සඳහා, පාසල් ආසන්නයේ (මීටර් 200ක් ඇතුළත) සෞඛ්‍යයට අහිතකර ආහාර අලෙවිසැල් තහනම් කිරීම ඇතුළුව අවශ්‍ය නීති සම්පාදනය කර ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.5.3.1. පාසල්වලට යාබදව සෞඛ්‍යයට අහිතකර ආහාර සඳහා ඇති ප්‍රවේශය නියාමනය කිරීම පිණිස නීති පැවතීම (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය).	- නීති - වෙළඳ - ආහාර කර්මාන්ත - විධිමත් සහ අවිධිමත් ආහාර අලෙවි ආයතන	
	4.5.4. සෑම යෝග්‍ය ස්ථානයකදීම (පාසල්, නිවාස යනාදී) ක්‍රීඩා හා ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් ප්‍රවර්ධනය කිරීම.	4.5.4.1. ප්‍රාථමික ශ්‍රේණි වල සියළුම දරුවන් දිනකට අවම වශයෙන් පැයක්වත් ක්‍රීඩා හා ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් වල නිරත වීම (මූලාශ්‍රය - ජාතික සමීක්ෂණ). 4.5.4.2. සතියකට පැය 3ක ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් ඇතුළත් වන පරිදි ප්‍රාථමික පාසල් විෂය මාලාව සකස් කර තිබීම (මූලාශ්‍රය - අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතිය). 4.5.4.3. සියළු ප්‍රාථමික පාසල් දරුවන් අතුරින් තරඟකාරී නොවන ක්‍රීඩා දෙකක නියැලී සිටින ප්‍රාථමික පාසල් ළමුන්ගේ ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතිය).	- මුල්‍ය - ජාතික සැලසුම් - නාගරික සංවර්ධන - ක්‍රීඩා - අධ්‍යාපන - ළමා ලේකම් කාර්යාලය - ප්‍රාදේශීය සභා	

	4.5.5. වයසට සරිලන පරිදි සෞඛ්‍ය සහ පෝෂණ අධ්‍යාපනය ද ඇතුළත් ව පාසැල් සෞඛ්‍ය වැඩසටහන් විධිමත්ව ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.5.5.1. ප්‍රාථමික පාසල් ළමුන් සඳහා සුදුසු සෞඛ්‍ය සහ පෝෂණ අධ්‍යාපනය, පාසල් විෂය මාලාවට අන්තර්ගත කර තිබීම (මූලාශ්‍රය - අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතිය). 4.5.5.2. නියමිත කාල පරාසයන්හි දී, ප්‍රාථමික පාසල් ළමුන් අතර සිදු කළ ජාතික පෝෂණ සමීක්ෂණ වාර්තා පැවතීම (මූලාශ්‍රය - ජාතික වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය).	- අධ්‍යාපන - සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය	
	4.5.6. පාසැල් තුළ ජලය, සනීපාරක්ෂක හා ස්වස්ථතා පහසුකම් වැඩි දියුණු කිරීම සහ නඩත්තු කිරීම.	4.5.6.1. ජාතික වශයෙන් පිළිගත් සම්මතයන්ට අනුකූල වන පරිදි සෑම පාසලකම ප්‍රමාණවත්, සහ ක්ෂුද්‍ර විද්‍යාත්මකව හා රසායනිකව ආරක්ෂිත ජල සැපයුමක් පැවතීම (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය). 4.5.6.2. ජාතික වශයෙන් පිළිගත් සම්මතයන්ට අනුකූල වන ලෙස සෑම පාසලකම නිසි පරිදි නඩත්තු කරනු ලැබූ වැසිකිළි පහසුකම් පැවතීම (මූලාශ්‍රය - අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතිය). 4.5.6.3. සෑම පාසලකම සනීපාරක්ෂක තුවා	- ප්‍රාදේශීය සභා - ජල සැපයුම්	

		බැහැර කිරීමේ පහසුකම් ද ඇතුළත් විධිමත් කසළ බැහැර කිරීමේ යාන්ත්‍රණයක් තිබීම (මූලාශ්‍රය - අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතිය).		
4.6. නව යොවුන් හා යොවුන් මිතුරු ප්‍රවේශයන් හරහා සමාජ සාධකයන් කෙරෙහි මැදිහත් වෙමින්, නව යෞවනයන් හා තරුණයන් අතර ප්‍රශස්ථ පෝෂණය සහ සංවර්ධනය ප්‍රවර්ධනය කිරීම.	4.6.1. පාසල්, අනෙකුත් අධ්‍යාපන සහ පුහුණු ආයතන, රැකියා ස්ථානයන් හි ආපනශාලා ප්‍රතිපත්තීන් හා සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර මාර්ගෝපදේශ ස්ථාපිත කිරීම/විධිමත් ලෙස ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.6.1.1. පාසල්, අනෙකුත් අධ්‍යාපනික සහ පුහුණු ආයතන සහ සේවා ස්ථානවල ආපනශාලා සඳහා සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර වල සුලභතාවය සහ ආහාර ආරක්ෂිතබව මත පදනම් වූ ශ්‍රේණිගත කිරීමේ ක්‍රමයක් (A/B/C ශ්‍රේණිය) තිබීම (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය). 4.6.1.2. අධි බර[23] හා ස්ථූලතාවයෙන්[24] පෙළෙන වයස අවුරුදු 10-18ත් අතර දරුවන්ගේ ප්‍රතිශතය 2018 දී අනුපිළිවෙලින් පැවති 7.6% හා 2.2% සිට තව දුරටත් වැඩි නොවී පවත්වා ගැනීම (මූලාශ්‍රය - ජාතික වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය). 4.6.1.3. ස්ථූලතාවයෙන් පෙළෙන වයස අවුරුදු 18-29 ත් අතර යෞවනයන්ගේ ප්‍රතිශතය 2015 දී පැවති 3.0% සිට තව දුරටත් වැඩි නොවී පවත්වා ගැනීම	- සෞඛ්‍ය - අධ්‍යාපන - උසස් අධ්‍යාපන - වෘත්තීය පුහුණු - ආහාර කර්මාන්ත - ආහාර අළෙවි ආයතන	4.6.1. අවශ්‍යතා අනුව පෝෂණ මැදිහත් වීම් සිදු කිරීම පිණිස පාසැල් සෞඛ්‍යය වැඩසටහන මගින් සෑම පාසැල් සිසුවෙකුම අධීක්ෂණය කර තිබීම. 4.6.2. අධ්‍යාපන ආයතන තුළ ආපනශාලා ප්‍රතිපත්තිය සහ මාර්ගෝපදේශ ක්‍රියාත්මක කර තිබීම. . 4.6.3. අවශ්‍ය සියළුම පාසල් දරුවන් සඳහා පාසැල් දිවා ආහාරය සපයා තිබීම. 4.6.4. නව යොවුන් හා යෞවනයන් ගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය හා වයසට අනුව නිසි ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම්හි නිරත වීම. 4.6.5. යෞවනයන් අතර මනා පෝෂණ තත්ත්වයක් තිබීම. 4.6.6. සෞඛ්‍ය සම්පන්න ජීවන රටාවකට හුරුවීමට සෑම

23-24 සඳහා පාරිභාෂිත වාග් මාලාව බලන්න.

		සහ අධි බර සහිත යෞවනයන්ගේ ප්‍රතිශතය 15.8% (2015) සිට 12% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ සමීක්ෂණය).		යෞවනයෙක් ම බල ගන්වා තිබීම. 4.6.7. සෞඛ්‍ය සම්පන්න චර්යාවන් ප්‍රවර්ධනය සඳහා යොවුන් පුහුණු ආයතන වලට පහසුකම් සලසා තිබීම. 4.6.8. ගෝලීය පාසල් සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණයන් නියමිත කාලයන්හි දී පැවැත්වීම.
	4.6.2. හඳුනාගත් සියළුම පාසල් ආවරණය වන පරිදි පාසැල් දිවා ආහාර වැඩසටහන පුළුල් කිරීම	4.6.2.1. හඳුනාගත් පාසල් වල නව යොවුන් දරුවන් සඳහා දිවා ආහාරය වැඩසටහන 100% ක ආවරණයක් සහිතව ක්‍රියාත්මක කිරීම (මූලාශ්‍රය - අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතිය).	- අධ්‍යාපන - මූල්‍ය - සෞඛ්‍ය - සංවර්ධන පාර්ශවකරුවන් - සිවිල් සමාජ සංවිධාන	
	4.6.3. වයසට සරිලන පරිදි සෞඛ්‍ය සහ පෝෂණ අධ්‍යාපනය ද ඇතුළත් කරගනිමින් පාසැල් සෞඛ්‍ය වැඩසටහන විධිමත් ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.6.3.1. පාසල් යන නව යොවුන් දරුවන් සඳහා වයසට සරිලන සෞඛ්‍ය සහ පෝෂණ අධ්‍යාපනය 100% ක ආවරණයක් සහිතව ක්‍රියාත්මක වීම (මූලාශ්‍රය - අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතිය). 4.6.3.2. නියමිත කාල පරාසයන්හි දී සිදු කළ ජාතික නව යොවුන් පෝෂණ සමීක්ෂණ (ජාතික වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය) සහ ගෝලීය පාසැල් සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණ (ප. සෞ. කා.) වාර්තා පැවතීම. 4..6.3.3. අවුරුදු 10-18 ත් දරුවන් අතර කෘෂ බවෙහි[21] ව්‍යාප්තිය 26.9% (2018) සිට 10% දක්වා අඩු	- අධ්‍යාපන - සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය	

		කිරීම (මූලාශ්‍රය - ජාතික වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය). 4.6.3.4. අවුරුදු 10-18 ත් අතර දරුවන් අතර මිටි බවෙහි[22] ව්‍යාප්තිය 13% (2016) සිට 10% දක්වා අඩු කිරීම. (මූලාශ්‍රය - ජාතික වෛද්‍ය පර්යේෂණායතනය).		
	4.6.4. හිතකර පරිසරයක් තුළින් සියළුම පාසල් දරුවන්ගේ සහ යෞවනයන්ගේ ශාරීරික යෝග්‍යතාව වැඩි දියුණු කිරීම.	4.6.4.1. පාසල් යන සියළුම නව යොවුන් දරුවන් අතුරින් ශාරීරික යෝග්‍යතාවය සඳහා ඇගයීමට ලක් කළ දරුවන්ගේ ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතිය). 4.6.4.2. අධ්‍යාපන අංශ/අමාත්‍යාංශ තොරතුරු පද්ධතියේ දරුවන්ගේ ශාරීරික යෝග්‍යතාව සහ පෝෂණ තත්ත්වය පිළිබඳ තොරතුරු පැවතීම (මූලාශ්‍රය - අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතිය). 4.6.4.3. වයස අවුරුදු 13-17 අතර සිසුන් අතරින් පෙර සතිය තුළ දින 7 පුරා අවම වශයෙන් දිනකට මිනිත්තු 60 ක් වත් ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් වල නිරත වූ සිසුන්ගේ ප්‍රතිශතය 2016 දී පැවති 15.5% සිට 50% දක්වා වැඩි	- මූල්‍ය - ජාතික සැලසුම් - නාගරික සංවර්ධන - අධ්‍යාපන - ළමා ලේකම් කාර්යාලය - ක්‍රීඩා - යෞවන - පළාත් පාලන	

21-22 සඳහා පාරිභාෂිත වාග් මාලාව බලන්න.

		කිරීම (මූලාශ්‍රය - ගෝලීය පාසල් සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය). 4.6.4.4. වයස අවුරුදු 13-17 සිසුන් අතුරින් සාමාන්‍ය පරිදි ගෙවෙන දිනකදී පාසලේ හෝ ගෙදර වැඩ වල නොයෙදී සිටින කාලයේ පැය තුනක් හෝ වැඩි ගණනක් වාඩිවී, රූපවාහිනිය. නරඹමින්, පරිඝනක ක්‍රීඩාවල නිරත වෙමින්, හෝ මිතුරන් සමඟ කතාබස් කරමින් ගත කරන සිසුන්ගේ ප්‍රතිශතය 2016 දී පැවති 37.3% සිට 10% හෝ ඊට වඩා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - ගෝලීය පාසල් සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය).		
	4.6.5. යෞවනයන් අතර සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර රටා, ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් හා මනෝ-සමාජීය සහයෝගිතාව ප්‍රවර්ධනය කිරීම සඳහා නව යොවුන් හා යොවුන් මිතුරු සෞඛ්‍ය සේවා (AYFHS) මධ්‍යස්ථාන පිහිටුවීම හා විධිමත් කිරීම.	4.6.5.1. නව යොවුන් හා යොවුන් මිතුරු සෞඛ්‍ය සේවා මධ්‍යස්ථාන මගින් වාර්ෂිකව පැවැත්වීමට සැලසුම් කළ පෝෂණය සහ ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් පිළිබඳ වැඩසටහන් අතුරින් පැවත් වූ වැඩසටහන් සංඛ්‍යාවේ ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - දිස්ත්‍රික් සමාලෝචන දත්ත). 4.6.5.2. අවුරුදු 15-24 අතර නව යොවුන් වියේ දරුවන් සහ යෞවනයන් අතුරින් පෙර සතිය තුළ සෞඛ්‍යයට අහිතකර ආහාර නොගත් දරුවන්ගේ සහ	- සෞඛ්‍ය - අධ්‍යාපන - උසස් අධ්‍යාපන - වෘත්තීය පුහුණු - යෞවන	

		යෞවනයන්ගේ ප්‍රතිශතය 33.4% (2012-13) සිට 40% දක්වා වැඩි වීම (මූලාශ්‍රය- ජාතික තරුණ සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය).		
	4.6.6. උසස් අධ්‍යාපන ආයතන, වෘත්තීය පුහුණු මධ්‍යස්ථාන සහ රැකියා ස්ථාන වල සිටින යෞවනයන්ගේ පෝෂණ තත්ත්වය ඇගයීම සඳහා යාන්ත්‍රණ ස්ථාපිත කිරීම.	4.6.6.1. නියමිත කාල පරාසයන්හි දී සිදු කළ ජාතික නව යොවුන් පෝෂණ සමීක්ෂණ වාර්තා පැවතීම (මූලාශ්‍රය - පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය).	- සෞඛ්‍ය - උසස් අධ්‍යාපන - වෘත්තීය පුහුණු - යෞවන	
	4.6.7. යෞවනයන් සඳහා වූ සියළුම පාසල්, අධ්‍යාපන, පුහුණු සහ රැකියා ආයතන සඳහා ප්‍රමාණවත් ජලය, සනීපාරක්ෂක හා ස්වස්ථතා පහසුකම් සැපයීම.	4.6.7.1 ජාතික වශයෙන් පිළිගත් සම්මතයන්ට අනුකූල වන ලෙස සෑම අධ්‍යාපන, පුහුණු සහ රැකියා ආයතනයකම ජලය, සනීපාරක්ෂක හා ස්වස්ථතා පහසුකම් පැවතීම (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය).	- පළාත් පාලන - ජල සැපයුම්	
4.7 පුළුල් පෝෂණ සේවාවන් සැපයීම සමඟින් සෞඛ්‍යමත් ආහාර ඇතුළුව සෞඛ්‍ය සම්පන්න ජීවන රටාවකට හුරු වීම සඳහා වැඩිහිටියන් සවිබල ගැන්වීම.	4.7.1. සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර රටා සඳහා වූ ආහාර මාර්ගෝපදේශ සඳහා උපායමාර්ගික අලෙවිකරණ සහ සන්නිවේදන සැලැස්ම ක්‍රියාත්මක වීම විධිමත් කිරීම.	4.7.1.1. සංශෝධිත ශ්‍රී ලාංකිකයන් සඳහා වූ ආහාර මාර්ගෝපදේශ බෙදා හැරීම සඳහා උපාය මාර්ගික අලෙවිකරණ සහ සන්නිවේදන සැලැස්මක් තිබීම (මූලාශ්‍රය - පෝෂණ අංශය). 4.7.1.2. සංශෝධිත ශ්‍රී ලාංකිකයන් සඳහා වූ	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - කෘෂිකර්ම/ පශු සම්පත්/ධීවර - වෙළඳ - පාරිභෝගික කටයුතු අධිකාරිය - විද්‍යා සහ තාක්ෂණ - පළාත් පාලන - ක්‍රීඩා	4.7.1. සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර සුලභතාව, ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් වැඩි දියුණු කිරීම හා මත්ද්‍රව්‍ය අනිසි භාවිතය වැළැක්වීම සඳහා ජාතික හා ප්‍රාදේශීය ප්‍රතිපත්ති, නීති සහ මාර්ගෝපදේශ පැවතීම.

		ආහාර මාර්ගෝපදේශ බෙදා හැරීම සඳහා සැකසූ උපායමාර්ගික අලෙවිකරණ සහ සන්නිවේදන සැලැස්මේ ක්‍රියාකාරකම් වලින් අවම වශයෙන් 10% ක් වාර්ෂිකව සම්පූර්ණ කර තිබීම (මූලාශ්‍රය - පෝෂණ අංශය).	- අධ්‍යාපන - මාධ්‍ය	4.7.2. වැඩිහිටියන් අතර විෂමපෝෂණය අඩු වී තිබීම. 4.7.3. 4.7.3. රැකියා ස්ථානවල ආපනශාලා ප්‍රතිපත්තිය සහ මාර්ගෝපදේශ විධිමත් ව ක්‍රියාත්මක වීම. 4.7.4. ප්‍රජා මට්ටමින් සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර අලෙවිසල් සහ ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා පහසුකම් ස්ථාපිත කර තිබීම.
	4.7.2. සෑම ස්ථානයකදීම හිතකර පරිසරයක් තුළින් සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර චර්යාවන් ඇති කර ගැනීමට වැඩිහිටියන් බලකරණය කිරීම.	4.7.2.1. අවුරුදු 30-44 අතර වැඩිහිටියන්ගේ අධි බරෙහි[25] ව්‍යාප්තිය 2015 පැවති 29.3% සිට 24% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ සමීක්ෂණය). 4.7.2.2. අවුරුදු 45-59 අතර වැඩිහිටියන්ගේ අධි බරෙහි ව්‍යාප්තිය 2015 පැවති 28.2% සිට 26% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ සමීක්ෂණය). 4.7.2.3. අවුරුදු 18-59 අතර වැඩිහිටියන්ගේ තරබාරු බවෙහි[26] ව්‍යාප්තිය 2015 දී පැවති 5.9% සිට 3% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ සමීක්ෂණය). 4.7.2.4. දිනපතා එළවළු හා පළතුරු වර්ග 5 ක් ආහාරයට ගන්නා වැඩිහිටියන් ප්‍රතිශතය 2015 දී පැවති 27.5% සිට 35% දක්වා වැඩි කිරීම	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - කෘෂිකර්ම/ පශු සම්පත්/ධීවර - වෙළඳ - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - සිවිල් සමාජ සංවිධාන - මූල්‍ය - ආහාර අලෙවි සැල - කර්මාන්ත - පෞද්ගලික අංශය	

25 - 26 සඳහා පාරිභාෂිත වාග් මාලාව බලන්න.

		(මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ සමීක්ෂණය).		
	4.7.3. රැකියා ස්ථාන වල ආපනශාලා මාර්ගෝපදේශයන් ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.7.3.1. රැකියා ස්ථානවල ආපනශාලා සඳහා සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර වල සුලභතාවය සහ ආහාර ආරක්ෂිතබව මත පදනම් වූ ශ්‍රේණිගත කිරීමේ ක්‍රමයක් (A/B/C ශ්‍රේණිය) තිබීම (මූලාශ්‍රය - පාරිසරික, වෘත්තීය සෞඛ්‍ය සහ ආහාර ආරක්ෂණ විද්‍යුත් දත්ත පද්ධතිය).	- සෞඛ්‍ය - ආහාර කර්මාන්ත - ආහාර	
	4.7.4. සෑම ස්ථානයකදීම වැඩිහිටියන් සඳහා අවශ්‍ය පෝෂණ රැකවරණ සේවා සැපයීම.	4.7.4.1. ප්‍රාදේශීය මට්ටමින්, නිශ්චිත කාල සීමාවන්හි දී වැඩිහිටි ජනගහනය අතර පෝෂණ තක්සේරු කිරීමේ යාන්ත්‍රණයක් තිබීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග ඒකකය). 4.7.4.2. ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් සෑම වසර තුනකට වරක් පෝෂණ තත්ත්වය සඳහා ඇගයීමට ලක් කළ වැඩිහිටියන්ගේ ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග ඒකකය).	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය	
	4.7.5. හිතකර පරිසරයක් සහ දැනුවත්භාවය ගොඩ නැඟීම හරහා අවදානම් සහගත පුද්ගයන් ඇතුළු සියළුම වැඩිහිටියන් ශාරීරික	4.7.5.1. සෑම දිස්ත්‍රික්කයකම වාර්ෂිකව ස්ථාපිත කරන ලද විවෘත ව්‍යායාම ශාලා/ ඇවිදීමේ මං තීරු සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - දිස්ත්‍රික් ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- මූල්‍ය - ජාතික සැලසුම් - නාගරික සංවර්ධන - ක්‍රීඩා - සෞඛ්‍ය - ප්‍රාදේශීය සභා	

	ක්‍රියාකාරකම් සඳහා බලකරණය කිරීම.	4.7.5.2. ක්‍රියාකාරී ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් වැඩසටහනක් සහිත සෞඛ්‍ය සේවා ආයතන සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය: සුවදිවි සායන සමාලෝචනය/ බෝ නොවන රෝග ඒකකය). 4.7.5.3. මහජනතාව අතර කායික ක්‍රියාකාරකම් ප්‍රවර්ධනය කිරීම සඳහා පුහුණු කරන ලද සෞඛ්‍ය සේවකයින් සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය: සුවදිවි සායන සමාලෝචනය/ බෝ නොවන රෝග ඒකකය). 4.7.5.4. ප්‍රමාණවත් පරිදි ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් වල නොයෙදෙන වයස අවුරුදු 18-59 වැඩිහිටියන්ගේ ප්‍රතිශතය 30.4% (2015) සිට 25% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ සමීක්ෂණය).		
	4.7.6. වැඩිහිටියන් ඉලක්ක කරගත් පෝෂණ මැදිහත්වීම් අධීක්ෂණය හා ඇගයීම.	4.7.6.1. නිශ්චිත කාලයන්හි සිදු කරන ලද වැඩිහිටියන් අතර බෝ නොවන රෝග සඳහා අවදානම් සාධක හඳුනා ගැනීම සඳහා සිදු කරන STEP සමීක්ෂණ වාර්තා පැවතීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග ඒකකය).	- සෞඛ්‍ය - සමාජ සවිබල ගැන්වීම්	
4.8. සියළු වයස්ගත පුරවැසියන්	4.8.1. සියළුම ස්ථාන වල (ප්‍රජාව, ආයතනගත)	4.8.1.1. ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් වයස්ගත පුද්ගලයන්ගේ පෝෂණ ඇගයීමේ	- සෞඛ්‍ය - වැඩිහිටි ලේකම් කාර්යාලය	4.8.1. වයස්ගත පුද්ගලයන් සඳහා සාක්ෂි පදනම් කර ගත්,

සඳහා ප්‍රශස්ථ පෝෂණයක් සහ නිසි පෝෂණ සේවාවන් සඳහා ප්‍රවේශයක් ඇති කිරීමට හිතකර පරිසරයක් ස්ථාපිත කිරීම.	වෙසෙන වයස්ගත පුරවැසියන් සඳහා පෝෂණ ඇගයුම, පෝෂණ සහාය සහ රැකවරණය ඇතුළු පෝෂණ සත්කාර සේවා සැපයීම පිණිස පරිපූර්ණ යාන්ත්‍රණයක් ස්ථාපිත කිරීම.	ආවරණය (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ දත්ත පද්ධතිය). 4.8.1.2. අවුරුදු 60-69 අතර වැඩිහිටියන්ගේ අඩු බරෙහි ව්‍යාප්තිය 2015දී පැවති 16.4% සිට 10% දක්වා හෝ ඊට වඩා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ සමීක්ෂණය).		පරිපූර්ණ පෝෂණ සත්කාර සහ උපකාරක සේවා සැලසුම් කර තිබීම. 4.8.2. සියළුම වයෝවෘද්ධ පුරවැසියන් සඳහා යෝග්‍ය, පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් සහ රැකවරණ සේවා ලැබීම. 4.8.3. වැඩිහිටියන් සඳහා පෝෂණ සහය සහ රැකවරණ සේවා පිළිබඳ කාර්යක්ෂම අධීක්ෂණ යාන්ත්‍රණයක් පැවතීම.
	4.8.2. පෝෂණ සේවා සඳහා ප්‍රවේශ වීමට වයස්ගත පුද්ගලයන් බලකරණය කිරීම.	4.8.2.1. අවුරුදු 60-69 අතර වැඩිහිටියන්ගේ අධි බරෙහි ව්‍යාප්තිය 2015 පැවති 23.7% සිට 17% දක්වා හෝ ඊට වඩා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ සමීක්ෂණය). 4.8.2.2. අවුරුදු 60-69 අතර වැඩිහිටියන්ගේ තරබාරු බවෙහි ව්‍යාප්තිය 2015 දී පැවති 6.3% සිට 5% ට වඩා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ සමීක්ෂණය).	-	
	4.8.3. සියළුම වයස්ගත පුරවැසියන් සඳහා යෝග්‍ය, පරිපූර්ණ පෝෂණ මැදිහත්වීම් ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා අවශ්‍ය සම්පත් (මානව, මූල්‍ය, යටිතල පහසුකම්) ඉහළ නැංවීම.	4.8.3.1. වයස්ගත පුද්ගලයන් සඳහා පෝෂණ රැකවරණය සැලසීම පිණිස රාජ්‍ය සේවයට/පද්ධතියට ඇතුළත් කර ගනු ලැබූ පෝෂණ වෘත්තිකයන් ගේ සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය).	- සෞඛ්‍ය - මූල්‍ය - ජාතික සැලසුම්	

	4.8.4. වැඩිහිටි නේවාසික සත්කාර ආයතන සඳහා වූ ජාතික පෝෂණ ගුණාත්මක ප්‍රමිතීන් සැකසීම හා ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.8.4.1. ලියාපදිංචි වයස්ගත පුද්ගලයන් සඳහා රැකවරණය සලසන ආයතන අතුරින් ජාතික පෝෂණ ගුණාත්මක ප්‍රමිතීන් අනුගමනය කරන ආයතන සංඛ්‍යාවේ ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - පෝෂණ අංශය).	- සෞඛ්‍ය - වැඩිහිටි ලේකම් කාර්යාලය - සමාජ සේවා - නේවාසික රැකවරණ ආයතන	
	4.8.5. සෑම ස්ථානයකදීම වයස්ගත පුද්ගලයන් සඳහා ඔවුන්ගේ හැකියාව/ධාරිතාව අනුව ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් සිදු කිරීම පිණිස පහසුකම් සැපයීම.	4.8.5.1. වයස්ගත පුද්ගයන්ට ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් වල නිරතවීම සඳහා පහසුවෙන් ප්‍රවේශ විය හැකි විවෘත ස්ථාන පැවතීම (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්). 4.8.5.2. එක් එක් දිස්ත්‍රික්කය තුළ වාර්ෂිකව ස්ථාපිත කරන ලද විවෘත ව්‍යායාම ශාලා, ඇවිදින මංතීරු සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්). 4.8.5.3. ප්‍රමාණවත් පරිදි ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් වල නොයෙදෙන වයස අවුරුදු 60-69 වැඩිහිටියන්ගේ ප්‍රතිශතය 36% (2015) සිට 15% දක්වා අඩු කිරීම (මූලාශ්‍රය - බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ සමීක්ෂණය).	- මුල්‍ය - ජාතික සැලසුම් - නාගරික සංවර්ධන - ක්‍රීඩා - පළාත් පාලන/ප්‍රාදේශීය සභා	

	4.8.6. සියළු ස්ථානයන් හා සියළු තලයන්හි වෙසෙන වැඩිහිටියන් සඳහා පෝෂණ සහාය සහ රැකවරණ සේවාවන් පිළිබඳ නිරන්තර අධීක්ෂණ කිරීමේ යාන්ත්‍රණයක් ස්ථාපිත කිරීම.	4.8.6.1. වාර්ෂිකව එක් එක් මට්ටමින්, වයස්ගත පුද්ගලයන් සඳහා පෝෂණ සේවා සැපයීම පිළිබඳව පවත්වන ලද සමාලෝචන රැස්වීම් සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යංශ/පළාත්/දිස්ත්‍රික්/ප්‍රාදේශීය දත්ත පද්ධතීන්).	- සෞඛ්‍ය	
4.9 අවදානමට ලක්විය හැකි ජනතාවගේ පෝෂණ තත්ත්වය වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා සුදුසු මැදිහත්වීම් ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.9.1. ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් පෝෂණ අවදානමට ලක්විය හැකි පුද්ගලයින් / ගෘහයන් / ප්‍රජාවන් (අඩු පහසුකම් සහිත/ කෙටි කාලීන හෝ නිදන්ගත රෝග වලින් පෙළෙන්නන්/ වතුකර හා නාගරික ජනාවාස ප්‍රජාව ආදිය) සිතියම් ගත කිරීම.	4.9.1.1. ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් පෝෂණ අවදානම සහිත ගෘහ ඒකක පිළිබඳ යාවත්කාලීන වූ සිතියමක් තිබීම (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- ජාතික සැලසුම් - මූල්‍ය - සෞඛ්‍ය - පළාත්/ප්‍රාදේශීය බලධාරීන්	4.9.1. අවදානමට ලක්විය හැකි/ අවදානම් තත්ත්වයන්ට ලක් වූ ජනතාවගේ පෝෂණය දියුණු වී තිබීම. 4.9.2. අවදානමට ලක් වූ ප්‍රජාවන් තුළ කෙටි කාලීන ආසාදනයන් වැළැක්වීම හා පාලනය පිණිස ජීවන තත්ත්වය හා සෞඛ්‍ය සම්පන්න වටපිටාව/පරිසරය ඉහළ නංවා තිබීම.
	4.9.2. අවදානම් තත්ත්වයන්ගේ ස්වභාවය අනුව ඉලක්කගත සෘජු හා වක්‍ර පෝෂණ මැදිහත්වීම් සැලසුම් කිරීම හා ක්‍රියාත්මක කිරීම.	4.9.2.1. අවදානමට ලක්විය හැකි, අඩු බර සහිත පුද්ගලයින්ගේ ප්‍රතිශතය පැවති අගයට වඩා 30% කින් අඩු වීම (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්). 4.9.2.2. අවදානමට ලක්විය හැකි පුද්ගලයින් අතර අධි බර සහ ස්ථූලතාවයේ ප්‍රතිශතය පැවති අගයට වඩා 30% කින් අඩු වීම (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය	- සෞඛ්‍ය - ජල සැපයුම් - පළාත් පාලන/ප්‍රාදේශීය සභා - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - සිවිල් සමාජ සංවිධාන	

		සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).		
4.10 කෙටි කාලීන හෝ නිදන්ගත රෝග ආශ්‍රිතව හටගන්නා විෂමපෝෂණය වැළැක්වීම සහ කළමනාකරණය කිරීම.	4.10.1. නිදන්ගත රෝග සහිත බාහිර රෝගීන් සඳහා පෝෂණ සේවා සැපයීම පිණිස සෞඛ්‍ය පද්ධතිය ශක්තිමත් කිරීම.	4.10.1.1. එක් එක් දිස්ත්‍රික්කය තුළ ස්ථාපිත කර ඇති පෝෂණ සායන සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය	4.10.1. අවදානමට ලක්විය හැකි පුද්ගලයින් අතර කෙටි කාලීන හා නිදන්ගත ආසාදන / රෝග වැළැක්වීම සහ පාලනය කිරීම සඳහා ජීවන තත්ත්වය උසස් කර තිබීම සහ සෞඛ්‍ය සම්පන්න පරිසරයක් ස්ථාපිත කර තිබීම. 4.10.2. කෙටිකාලින සහ / හෝ නිදන්ගත රෝග ඇති රෝගීන් අතර විෂමපෝෂණය වැළැක්වීම සහ පාලනය කිරීම සඳහා යාන්ත්‍රණ ක්‍රියාත්මක කර තිබීම.
	4.10.2. රෝගීන් නේවාසිකව ප්‍රතිකාර ලබන සහ පුනුරුත්ථාපනය වන සමය තුළ මනා පෝෂණය සහතික කිරීමට යාන්ත්‍රණය විධිමත් කිරීම.	4.10.2.1. කෙටි කාලීන සහ / හෝ නිදන්ගත රෝග වලින් පෙළෙන රෝගීන් අතර විෂමපෝෂණය වැළැක්වීම සහ පාලනය කිරීම සඳහා යාන්ත්‍රණ ක්‍රියාත්මක කර තිබීම (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය).	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය	
	4.10.3. සමාජ චර්යා වෙනස් කිරීම සඳහා වූ සන්නිවේදනය හරහා ගෘහාශ්‍රිත හා ප්‍රජා මට්ටමෙන් කෙටි කාලීන/ නිදන්ගත රෝග වලින් පෙළෙන අතරතුර සහ ඉන් අනතුරුව රෝගීන් සඳහා ප්‍රශස්ත පෝෂණයක් සැපයීම උදෙසා ප්‍රජාව සවිබල ගැන්වීම.	4.10.3.1. එච්.අයි.වී./ඒඩ්ස් සමඟ ජීවත් වන පුද්ගලයින් අතුරින් කෘෂ බවින් පෙළෙන පුද්ගලයන්ගේ ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - ජාතික ලිංගාශ්‍රිත රෝග හා ඒඩ්ස් මර්දන වැඩසටහන). 4.10.3.2. ක්ෂය රෝගයෙන් පෙළෙන පුද්ගලයින් අතුරින් කෘෂ බවින් පෙළෙන පුද්ගලයන්ගේ ප්‍රතිශතය (මූලාශ්‍රය - ක්ෂය රෝග මර්දන හා ළය රෝග පිළිබඳ ජාතික වැඩසටහන). 4.10.3.3. පිළිකා ඇති පුද්ගලයින් අතුරින් කෘෂ බවින් පෙළෙන පුද්ගලයන්ගේ ප්‍රතිශතය	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - සමාජ සවිබල ගැන්වීම් - සිවිල් සමාජ සංවිධාන	

		(මූලාශ්‍රය - ජාතික පිළිකා මර්දන වැඩසටහන).		
	4.10.4. ආදායම් උත්පාදනය, සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර සහ පෝෂණ අතිරේක සඳහා ප්‍රවේශය, ආරක්ෂිත ජලය සහ සනීපාරක්ෂාව තුළින් මන්දපෝෂණය වැළැක්වීම සහ පාලනය කිරීම සඳහා බෝ නොවන රෝග සහ බෝ වන රෝග (ක්ෂය රෝගය, පාචන රෝග, HIV/AIDS, ආදිය) සහිත ජනතාව බලකරණය කිරීම.	4.10.4.1. ආරක්ෂිත ජල පහසුකම් සහිත ජනතාවගේ ප්‍රතිශතය 94% (2014) සිට 100% දක්වා ඉහළ නැංවීම (මූලාශ්‍රය - GLAAS). 4.10.4.2. වයස අවුරුදු 5ට අඩු දරුවන් අතර කෙටි කාලීන ශ්වසන ආසාදන පැවති මට්ටමේ සිට 50% කින් අඩු කීරීම (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය). . 4.10.4.3. වයස අවුරුදු 5ට අඩු දරුවන් අතර පාචන රෝග පැවති මට්ටමේ සිට 50% කින් අඩු කීරීම` (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය).	- සෞඛ්‍ය - දේශීය වෛද්‍ය - ජල සැපයුම් - ප්‍රාදේශීය සභා	

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍ර V - හදිසි අවස්ථා වලදී සහ ඉතා අයහපත් කාලගුණ තත්ත්වයන්හි දී පෝෂණ ප්‍රවර්ධනය				
උපායමාර්ගික නිර්දේශයන්	**ප්‍රධාන ක්‍රියාකාරී ක්ෂේත්‍ර**	**අධීක්ෂණ දර්ශක හා/හෝ 2030 වන විට ඉලක්ක**	**වගකිව යුතු ප්‍රධාන අංශ /සංවිධාන**	**උපායමාර්ගික නිර්දේශයන් තුළින් අපේක්ෂිත ප්‍රතිඵල**
5.1. ආපදාවන්ගෙන් පීඩාවට ලක් වූ ජනතාවගේ පෝෂණ අවශ්‍යතා සැපයීමට, ආපදා පෙර සූදානම් සැලසුම් පහසුවෙන් ක්‍රියාත්මක කිරීමට හැකි වන පරිදි, ප්‍රතිරෝධී යාන්ත්‍රණයන් ශක්තිමත් කිරීම හා විධිමත් කිරීම.	5.1.1 සියළු තලයන්හි (ජාතික, පළාත්, දිස්ත්‍රික් හා ප්‍රාදේශීය), පෝෂණයට අදාල ආපදා පෙර සූදානම් හා අවම කිරීමේ සැලසුම් ශක්තිමත්ව ක්‍රියාත්මක කිරීම.	5.1.1.1 ජාතික, පළාත්, දිස්ත්‍රික් සහ ප්‍රාදේශීය තලයන්හි ඇති සියළුම ආපදා පෙර සූදානම් සහ අවම කිරීමේ සැලසුම් වලට පෝෂණ ක්‍රියාකාරකම් ඇතුළත් වී තිබීම (මූලාශ්‍රය - ආපදා කළමනාකරණ මධ්‍යස්ථාන දත්ත පද්ධතීන්). 5.1.1.2. ආපදාවට ලක් වූ සියළු ගෘහයන් අතරින් අත්‍යාවශ්‍ය පෝෂ්‍යදායී ආහාර මල්ලක් ලැබූ ගෘහයන් සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්). 5.1.1.3. ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් පෝෂක අතිරේකයන් (ආහාර ද ඇතුළත්ව) ලබා දීම සඳහා හඳුනාගත් අවදානම් සහිත පුද්ගලයින් අතරින් ඒවා ලැබූ සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්). 5.1.1.4. ග්‍රාමීය මට්ටමින් පීඩාවට ලක් වූ ජනතාව	- ආපදා කළමනාකරණ මධ්‍යස්ථාන - සෞඛ්‍ය - ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - පළාත්/ දිස්ත්‍රික් /ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලය - පළාත් පාලන ආයතන -	5.1.1. ආපදා කළමනාකරණ සැලසුම් වල අවදානමට ලක් විය හැකි ජනතාවගේ පෝෂණ අවශ්‍යතා ප්‍රමාණවත් ලෙස ඇතුළත් කොට ක්‍රියාත්මක කර තිබීම. 5.1.2. ආපදා පෙර සූදානම සහ හදිසි අවස්ථා අවම කිරීම සඳහා අදාල සියළුම පාර්ශවකරුවන් බලකරණය කර තිබීම. 5.1.3. අහිතකර කාලගුණික තත්ත්වයන්ට ඔරොත්තු දෙන ශාක ප්‍රභේද පැවතීම

		අතුරින් පසු ආපදා පෝෂණ ආවේක්ෂණයට ඇතුළත් වූ සංඛ්‍යාව අනුපාතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - සෞ.වෛ. නි. කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).		
	5.1.2. දේශගුණික විපර්යාස සහ ඉතා අයහපත් කාලගුණික තත්ත්වයන් සඳහා පුරෝකථන කිරීමේ සහ පූර්ව අනතුරු ඇඟවීමේ යාන්ත්‍රණයක්, බහු ආංශික සහයෝගයෙන් යුතුව ග්‍රාමීය මට්ටමින් ස්ථාපිත කිරීම.	5.1.2.1. ග්‍රාමීය මට්ටමින් සිදුවූ සියළු ඉතා අයහපත් කාලගුණික තත්ත්වයන් අතුරින් පූර්ව අනතුරු ඇඟවීම් නිකුත් කරන ලද සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - ආපදා කළමනාකරණ මධ්‍යස්ථාන දත්ත පද්ධතීන්).	- ආපදා කළමනාකරණ මධ්‍යස්ථාන - පාරිසරික - දිස්ත්‍රික්/ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල - පළාත් පාලන ආයතන/ ග්‍රාම නිලධාරීන්	
	5.1.3. දේශගුණික විපර්යාස, ඉතා අයහපත් කාලගුණික තත්ත්වයන් සහ වෙනත් ආපදා සඳහා පූර්ව සූදානම පිණිස ප්‍රජාව බලකරණය කිරීම.	5.1.3.1. දිස්ත්‍රික් මට්ටමින් ආපදාවන් සඳහා අවදානම් යයි ඇස්තමේන්තු කර ඇති ප්‍රජාවන් අතුරින් පූර්ව සූදානම් වැඩසටහන් (අභ්‍යාස) ක්‍රියාත්මක කළ සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - දිස්ත්‍රික් ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- ආපදා කළමනාකරණ මධ්‍යස්ථාන - සෞඛ්‍ය - ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - දිස්ත්‍රික් ලේකම් කාර්යාලය - පළාත් පාලන - පාරිසරික - සංවර්ධන පාර්ශවකරුවන්/ සිවිල් සමාජ සංවිධාන	

	5.1.4. හදිසි අවස්ථා වලදී සහ ඉන් අනතුරුව විෂමපෝෂණය නිසි ලෙස කළමනාකරණය කිරීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවකයින්ගේ ධාරිතාව වර්ධනය කිරීම	5.1.4.1. දිස්ත්‍රික් මට්ටමින් හදිසි අවස්ථා සහ ඉන් අනතුරුව විෂමපෝෂණය නිසි ලෙස කළමනාකරණය කිරීම සඳහා පුහුණු කළ අදාල සෞඛ්‍ය කාර්ය මණ්ඩල සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- සෞඛ්‍ය	
	5.1.5 අහිතකර කාලගුණ තත්ත්වයන්ට ඔරොත්තු දෙන ශාකමය ආහාර වර්ග (සහල්, පියළි හා ඇට වර්ග, එළවළු සහ පළතුරු ආදිය) නිසි පර්යේෂණ මගින් හඳුන්වා දීම හා අදාල ව්‍යාපෘතීන් අඛණ්ඩව ක්‍රියාත්මක කිරීම	5.1.5.1 කාලගුණයට ඔරොත්තු දෙන ශාකමය ආහාර ප්‍රභේද හඳුනා ගැනීම සඳහා වාර්ෂිකව සිදු කරන ලද පර්යේෂණ ගණන (මූලාශ්‍රය - කෘෂිකර්ම දෙපාර්තමේන්තුව). . 5.1.5.2 වාර්ෂිකව පර්යේෂණ කිරීමෙන් හඳුනාගත් දේශගුණයට ඔරොත්තු දෙන නව ආහාර පැළෑටි වර්ග අතුරින් වගා කරන ලද සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - කෘෂිකර්ම දෙපාර්තමේන්තුව).	- කෘෂිකර්ම - විශ්වවිද්‍යාල - පර්යේෂණ ආයතන	
5.2. මෙහෙයුම් මාර්ගෝපදේශයන්ට අනුකූලව, පීඩාවට පත් වූ ජනගහනය සඳහා ආරක්ෂිත හා ප්‍රමාණවත් පෝෂණය සහතික කිරීම සඳහා ආපදා	5.2.1. හදිසි අවස්ථා වලදී පෝෂණ සහය ලබා දීම සඳහා මෙහෙයුම් මාර්ගෝපදේශ සකස් කිරීම/යාවත්කාලීන කිරීම/සංශෝධනය කිරීම.	5.2.1.1 හදිසි අවස්ථා වලදී පෝෂණ සහාය ලබා දීම සඳහා සකස් කළ හෝ පවතින මෙහෙයුම් මාර්ගෝපදේශ සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - ආපදා කළමනාකරණ මධ්‍යස්ථාන දත්ත පද්ධතීන්).	- සෞඛ්‍ය - ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - ආපදා කළමනාකරණ මධ්‍යස්ථාන	5.2.1. පීඩාවට පත් වූ ජනතාවට ප්‍රමාණවත් හා ගුණාත්මක සේවාවන් සැපයීමට පාර්ශවකරුවන් බලකරණය කිරීම.

සහන කාර්ය මණ්ඩල සහ වැඩසටහන් කළමණාකරුව න් ඇතුළු අදාල පාර්ශවකරුන් බලකරණය කිරීම.		5.2.1.2. යාවත්කාලීන කිරීමට හෝ සංශෝධනය කිරීමට අවශ්‍ය මෙහෙයුම් මාර්ගෝපදේශ අතුරින් එසේ කළ මාර්ගෝපදේශ සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - ආපදා කළමනාකරණ මධ්‍යස්ථාන දත්ත පද්ධතීන්).		
	5.2.2. විවිධ විෂයන්ට අදාල විශේෂඥ කණ්ඩායමක් යෙදවීම හරහා ආහාර නිසි ලෙස පරිභෝජනය සහ නාස්තිය වැළැක්වීම පිළිබඳව විශේෂ අවධානය යොමු කරමින් සෑම දිස්ත්‍රික්කයකම හදිසි පෝෂණ සැලසුම් ක්‍රියාත්මක කිරීම.	5.2.2.1. හදිසි අවස්ථාවන් වලදී පෝෂණ සැලසුම් ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා විවිධ විෂයන්ට අදාල විශේෂඥ කණ්ඩායම් යෙදවූ දිස්ත්‍රික්ක සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - දිස්ත්‍රික් ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- ආපදා කළමනාකරණ මධ්‍යස්ථාන - සෞඛ්‍ය - දිස්ත්‍රික් ලේකම් කාර්යාලය	
	5.2.3. සෑම දිස්ත්‍රික්කයකම ආපදා තත්ත්වයන්හි දී ක්‍රියාකාරී සෞඛ්‍ය හා අදාල සෞඛ්‍ය නොවන අංශ ඇතුළත් සම්බන්ධීකරණ කමිටුවක් විධිමත්ව ක්‍රියාත්මක කිරීම හරහා හදිසි අවස්ථාවන් වලදී ජනතාවගේ නිසි පෝෂණය පවත්වා ගැනීම.	5.2.3.1. න්‍යාය පත්‍රයේ පෝෂණය ඇතුළත් කොට ක්‍රියාත්මක වන සෞඛ්‍ය සහ අදාල සෞඛ්‍ය නොවන අංශ ඇතුළත් සම්බන්ධීකරණ කමිටුවක් සහිත දිස්ත්‍රික්ක වල සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - දිස්ත්‍රික් ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- සෞඛ්‍ය - ආපදා කළමනාකරණ මධ්‍යස්ථාන - දිස්ත්‍රික් ලේකම් කාර්යාල	

ප්‍රතිපත්ති ප්‍රමුඛතා ක්ෂේත්‍ර IV - පර්යේෂණ හා තොරතුරු උපායමාර්ගික කළමනාකරණය				
උපායමාර්ගික නිර්දේශයන්	**ප්‍රධාන ක්‍රියාකාරී ක්ෂේත්‍ර**	**අධීක්ෂණ දර්ශක හා/හෝ 2030වන විට ඉලක්ක**	**වගකිව යුතු ප්‍රධාන අංශ/සංවිධාන**	**උපායමාර්ගික නිර්දේශයන් තුළින් අපේක්ෂිත ප්‍රතිඵල**
6.1. සාක්ෂි මත පදනම් වූ වැඩසටහන් හා ප්‍රතිපත්තිමය තීරණ සඳහා සහය වීම පිණිස උපායමාර්ගික තොරතුරු කළමනාකරණ පද්ධති ශක්තිමත් කිරීම.	6.1.1. සියළුම සෘජු හා වක්‍ර පෝෂණ මැදිහත්වීම් නිත්‍ය කාලීන අධීක්ෂණයට සහ ඇගයීමට ලක් කිරීම.	6.1.1.1 පෝෂණය පිළිබඳ ක්‍රියාකාරී උපාය මාර්ගික තොරතුරු කළමනාකරණ පද්ධතියක් සහිත පාර්ශවකරුවන් සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - . ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය)	- ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - සංගණන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව - අදාල සියළුම අමාත්‍යාංශ - පළාත්, දිස්ත්‍රික් හා ප්‍රාදේශීය අධිකාරීන්	6.1.1. පෝෂණ ප්‍රතිඵල සහ පුරෝකථන පිළිබඳව ඇති සාක්ෂි අදාල පාර්ශවකරුවන්ට සහ / හෝ ප්‍රජාවට සන්නිවේදනය කර තිබීම.
	6.1.2 ප්‍රජා පෝෂණය වැඩි දියුණු කිරීම හා ආරක්ෂා කිරීම සඳහා තීරණ ගැනීම පිණිස පෝෂණ ආවේක්ෂණ පද්ධතියක් භාවිතා කිරීම.	6.1.2.1 ජාතික මට්ටමේ ක්‍රියාකාරී පරිපූර්ණ පෝෂණ ආවේක්ෂණ පද්ධතියක් තිබීම (මූලාශ්‍රය - . ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය).	- අදාල සියළුම අමාත්‍යාංශ - පළාත්, දිස්ත්‍රික් හා ප්‍රාදේශීය අධිකාරීන් - පෝෂණය සම්බන්ධ ක්‍රියාකාරකම් සඳහා වගකිව යුතු අනෙකුත් සියළුම අංශ/ සංවිධාන	
	6.1.3. පෝෂණ සම්බන්ධ තොරතුරු පිළිබඳ ප්‍රජාව දැනුවත් කිරීම.	6.1.3.1. දිස්ත්‍රික් මට්ටමින් මහජනතාව සමඟ පෝෂණ දත්ත හුවමාරු කිරීමේ යාන්ත්‍රණයක් තිබීම (මූලාශ්‍රය - දිස්ත්‍රික්	- අදාළ සියළුම අමාත්‍යාංශ - පළාත්, දිස්ත්‍රික් හා	

		ලේකම් කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්). 6.1.3.2. ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් විශේෂිත පෝෂණ ගැටළු පිළිබඳව මහජනතාව දැනුවත් කිරීම සඳහා අන්තර් ක්‍රියාකාරී වේදිකාවන් තිබීම (මූලාශ්‍රය - සෞ.වෛ. නි. කාර්යාල දත්ත පද්ධතීන්)	ප්‍රාදේශීය අධිකාරීන් - සංවර්ධන පාර්ශවකරුවන් - සිවිල් සමාජ සංවිධාන	
6.2. ආහාර චර්යා රටා අවේක්ෂණ යාන්ත්‍රණයක් ස්ථාපිත කිරීම සහ එය පෝෂණ අධීක්ෂණ හා ඇගයීම් ක්‍රියාවලියට අන්තර්ගත කිරීම.	6.2.1. ආහාර හැසිරීම් අධීක්ෂණය කිරීම සහ ඇගයීම.	6.2.1.1. ආහාර චර්යා ආවේක්ෂණය, උපායමාර්ගික තොරතුරු කළමනාකරණ පද්ධතියට ඇතුළත් කර තිබීම (මූලාශ්‍රය- පෝෂණ අංශය)	- ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - සෞඛ්‍ය	6.2.1. පෝෂණ මැදිහත්වීම් සැලසුම් කිරීම සහ ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා ප්‍රජාව තුළ ආහාර චර්යා රටා අධීක්ෂණය කර ඵලදායී ලෙස භාවිතා කර තිබීම
	6.2.2. ඉලක්ක කරගත් සමාජ චර්යා වෙනස් කිරීමේ සන්නිවේදන මැදිහත්වීම් ක්‍රියාවට නැංවීම සඳහා ආහාර චර්යා රටා ආවේක්ෂණ තොරතුරු භාවිතා කිරීම	6.2.2.1 ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවන පෝෂණ චර්යා රටා වෙනස් කිරීමට ක්‍රියාත්මක කල සමාජ චර්යා වෙනස් කිරීමේ වැඩසටහන් සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - සෞ.වෛ. නි. කාර්යාල/සිවිල් සමාජ සංවිධාන දත්ත පද්ධති)	- ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - සෞඛ්‍ය - පෝෂණය හා සම්බන්ධ කටයුතු සඳහා වගකිව යුතු සියළුම අංශ	
	6.2.3. ප්‍රජාව තුළ පරිභෝජන රටාවන් සහ පෝෂණ තත්ත්වයන් හඳුනා ගැනීමට නිශ්චිත කාල සීමාවන්හිදී සමීක්ෂණ සිදු කිරීම	6.2.3.1 ප්‍රජාව තුළ පෝෂණ තත්ත්වයන් සහ පරිභෝජන රටා හඳුනා ගැනීම සඳහා සැලසුම් කරන ලද සමීක්ෂණ අතරින් නිශ්චිත කාල සීමාවන්හි	- ජාතික පෝෂණ ලේකම් කාර්යාලය - සෞඛ්‍ය	

		දී සිදු කරන ලද සමීක්ෂණ සංඛ්‍යාව ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ / ජනලේඛන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව දත්ත පද්ධතීන්).	- ජනලේඛන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව	
6.3. සාක්ෂි මත පදනම් වූ තොරතුරු ජනනය කිරීම සඳහා සුදුසු පර්යේෂණ වලට සහාය වීම හා පෝෂණ මැදිහත්වීම් පිළිබඳ උපදේශනය, සැලසුම් කිරීම, ක්‍රියාත්මක කිරීම සහ නිති ඇගයීම සඳහා මෙම සාක්ෂි උපයෝගී කර ගැනීම.	6.3.1. සාක්ෂි මත පදනම් වූ සෘජු සහ වක්‍ර පෝෂණ මැදිහත්වීම් සැලසුම් කිරීම සහ ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා පර්යේෂණ අවශ්‍යතා හඳුනා ගැනීම සහ ඒවා මත පදනම්ව පර්යේෂණ සිදු කිරීම.	6.3.1.1. පෝෂණය සම්බන්ධයෙන් හඳුනාගත් පර්යේෂණ අවශ්‍යතා පදනම් කර ගනිමින් සිදු කරන ලද පර්යේෂණ සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ/ විශ්ව විද්‍යාල දත්ත පද්ධතීන්). 6.3.1.2. ආහාර පරිභෝජනය හා සම්බන්ධ වෙළඳපොළ හැසිරීම් පිළිබඳ සිදු කළ සමීක්ෂණ සංඛ්‍යාව (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ / විශ්ව විද්‍යාල/ දත්ත පද්ධතීන්).	- අදාල සියළුම අමාත්‍යාංශ - සංවර්ධන පාර්ශ්වකරුවන් - රජය නොවන සංවිධානය	6.3.1. පෝෂණ මැදිහත්වීම් සඳහා ප්‍රමුඛතාවය දීම සහ ක්‍රියාත්මක කිරීම පිණිස වඩාත් ප්‍රතිරෝධී ආහාර චර්යා හඳුනාගෙන තිබීම. 6.3.2. හඳුනාගත් පෝෂණ තත්ත්වයන් අධීක්ෂණය කිරීම සඳහා මූලික අගයන් නිශ්චය කර තිබීම.
	6.3.2 ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය ක්‍රියාවට නැංවීම අධීක්‍ෂණය කිරීම සඳහා අවශ්‍ය සියළුම සෘජු සහ වක්‍ර පෝෂණ මැදිහත්වීම් සඳහා මූලික අගයන් නිශ්චය කිරීම.	6.3.2.1 ජාතික පෝෂණ ප්‍රතිපත්තිය අධීක්ෂණය සහ ඇගයීම සඳහා මූලික අගයන් සහ නිශ්චිත කාල සීමාවන්හි පවත්නා අගයන් පැවතීම (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ / ජනලේඛන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව/විශ්ව විද්‍යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- අදාල සියළුම අමාත්‍යාංශ - ජනලේඛන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව - විශ්ව විද්‍යාල / සමීක්ෂණ ආයතන - සංවර්ධන පාර්ශවකරුවන්	

			- රාජ්‍ය නොවන සංවිධාන	
	6.3.3. නිතර ආහාරයට ගන්නා සහ සාම්ප්‍රදායික නොවන ආහාර වල පෝෂණ සංයුතිය විශ්ලේෂණය සහ ජෛව උපයෝගීතාව පිළිබඳ පර්යේෂණ පැවැත්වීම.	6.3.3.1. යාවත්කාලීන කරන ලද ආහාර සංයුති වගු පැවතීම (මූලාශ්‍රය - වෛද්‍ය පර්යේෂණායතන දත්ත පද්ධතිය). 6.3.3.2. පෝෂ්‍ය පදාර්ථ වල ජෛව උපයෝගීතාව පිළිබඳව සිදු කළ පර්යේෂණ ගණන (මූලාශ්‍රය - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ /විශ්ව විද්‍යාල දත්ත පද්ධතීන්).	- සෞඛ්‍ය - සංගණන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව - විශ්ව විද්‍යාල / සමීක්ෂණ ආයතන	
	6.3.4. ප්‍රමුඛතා පර්යේෂණ සහ නිශ්චිත කාලයන්හි දී සිදු කරන සමීක්ෂණ සඳහා අවශ්‍ය සම්පත් නියමිත කාල සීමාවන් තුළදී ලබා දීම.	6.3.4.1 අවශ්‍ය පරිදි මූල්‍ය සම්පත් තිබීම (මූලාශ්‍රය - අදාළ අංශයන්හි දත්ත පද්ධතීන්). 6.3.4.2. පර්යේෂණ සඳහා හඳුනාගත් යටිතල පහසුකම් අතරින් පවතින ප්‍රමාණය ප්‍රතිශතයක් ලෙස (මූලාශ්‍රය - අදාල අංශයන්හි දත්ත පද්ධතීන්).	- අදාල සියළුම අමාත්‍යාංශ - මූල්‍ය - විද්‍යා සහ තාක්ෂණ - ජාතික සැලසුම්	

14.පාරිභාෂිත වාග් මාලාව

1. **ආහාර සුරක්ෂිතතාව** - සෑම දෙනාටම ක්‍රියාශීලී සහ සෞඛ්‍ය සම්පන්න ජීවිතයක් පිණිස අවැසි ආරක්ෂිත සහ පෝෂ්‍යදායී ආහාර, තමාගේ ආහාර අවශ්‍යතාවය හා අභිමතය පරිදි සපුරා ගැනීම සඳහා ප්‍රවේශයක් භෞතිකව හා ආර්ථික වශයෙන් සෑම විටම පැවතීම ආහාර සුරක්ෂිතතාවය වේ (ගෝලීය ආහාර අනාරක්ෂිතබව පිළිබඳ වාර්තාව 2001, ලෝක ආහාර සහ කෘෂිකර්ම සංවිධානය).

2. **පෝෂණ සුරක්ෂිතතාව** - සෑම දෙනාටම ක්‍රියාශීලී සහ සෞඛ්‍ය සම්පන්න ජීවිතයක් සඳහා අවැසි ආහාර, තමාගේ ආහාර අවශ්‍යතාවය හා අභිමතය පරිදි, ප්‍රමාණවත් ලෙසත්, ගුණාත්මක (විවිධත්වය, අන්තර්ගත පෝෂ්‍ය පදාර්ථ සහ ආරක්ෂිතබව ආදී) ලෙසත් පරිභෝජනය කිරීම පිණිස සෑම විටම පැවතීම පෝෂණ සුරක්ෂිතතාවය වේ. සනීපාරක්ෂිත පරිසරය, ප්‍රමාණවත් සෞඛ්‍ය තත්ත්වය, අධ්‍යාපනය සහ රැකවරණය මේ හා බැඳී පවතින අනෙකුත් කරුණු වේ (ගෝලීය ආහාර අනාරක්ෂිතබව පිළිබඳ වාර්තාව, ලෝක ආහාර සහ කෘෂිකර්ම සංවිධානය, ලෝක ආහාර වැඩසටහන, කෘෂිකර්ම සංවර්ධනය සඳහා වන ජාත්‍යාන්තර අරමුදල, 2012).

3. **විෂමපෝෂණය**- පුද්ගලයෙකු විසින් ශක්තිය සහ/හෝ පෝෂ්‍ය පදාර්ථ ලබා ගැනීමේ ඌනතා, අතිරික්තයන් හෝ අසමතුලිතතාවයන් පැවතීම විෂමපෝෂණය වේ (තොරතුරු පත්‍රිකාව, ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය, 2020). මන්දපෝෂණය, අධිපෝෂණය සහ ක්ෂුද්‍ර පෝෂක ඌනතා ඊට ඇතුළත් වේ.

4. **අවුරුදු 5 ට අඩු ළමුන් අතර කෘෂ බව** - දරුවාගේ උසට අදාළ බර, ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ ළමා වර්ධන ප්‍රමිති මධ්‍යනයේ සිට සම්මත අපගමනයන් දෙකකට වඩා පහළින් (-2SD) පැවතීමයි. එය ආසන්න කාල සීමාව තුළ විශාල ලෙස බර අඩු වූ බව පෙන්නුම් කරන අතර කෙටි කාලීන සාගින්න මෙයට හේතු වේ.

5. **අවුරුදු 5 ට අඩු ළමුන් අතර මිටි බව** - දරුවාගේ වයසට අදාළ උස, ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ ළමා වර්ධන ප්‍රමිති මධ්‍යනයේ සිට සම්මත අපගමනයන් දෙකකට වඩා පහළින් (-2SD) පැවතීමයි. මෙමගින් දරුවාගේ වර්ධනය සහ සංවර්ධනය අඩාල වීම පෙන්නුම් කරයි. මෙය බොහෝ විට දුර්වල පෝෂණය, නිතර නිතර ආසාදනයන්ට ගොදුරු වීම සහ ප්‍රමාණවත් නොවන මනෝ සමාජීය උත්තේජනයන්ගේ ප්‍රතිඵලයකි.

6. **ඍජු (පෝෂණ විශේෂිත) මැදිහත්වීම්** - විෂමපෝෂණය කෙරෙහි ඍජුව බලපාන සහ ආසන්නතම සාධක ඉලක්ක කර ගනිමින් සිදු කරන මැදිහත්වීම් වේ (උදා: ළමුන් සඳහා විටමින් A සහ සින්ක් අතිරේකය, පළමු මාස හයේදී මව්කිරි පමණක් දීම, ආහාර විවිධත්වය ප්‍රවර්ධනය කිරීම සහ ආහාර සබලකරණය).

7. **වක්‍ර (පෝෂණ සංවේදී) මැදිහත්වීම්** - පෝෂණය කෙරෙහි වක්‍රව බලපාන සහ ඊට පාදක වූ සාධක (උදා, දරිද්‍රතාවය; ආහාර අනාරක්ෂිතභාවය; ප්‍රමාණවත් සත්කාර සම්පත් සඳහා ප්‍රවේශ වීමේ නොහැකියාව) ඉලක්ක කර ගනිමින් සිදු කරන මැදිහත්වීම් වන අතර කෘෂිකර්මාන්තය,

සෞඛ්‍යය, සමාජ ආරක්ෂණය, පූර්ව ළමාවිය සංවර්ධනය, අධ්‍යාපනය, ජලය සහ සනීපාරක්ෂාව වැනි පෝෂණයට අදාළ ක්ෂේත්‍ර මගින් සිදු කරනු ලැබේ.

8. **ආහාර හානිය** - අස්වනු නෙලා ගත් අවස්ථාවේ සිට සිල්ලර වෙළඳ මට්ටම දක්වා (එනම් සිල්ලර වෙළඳ මට්ටම හැර) ආහාර අගය දාමය පුරා සිදු වන ආහාර අපතේ යාම වේ.

9. **ආහාර නාස්තිය** - සිල්ලර වෙළෙඳ , ආහාර සේවා (ආහාර අලෙවිසැල්, ආපනශාලා) සහ පාරිභෝගික යන මට්ටම්වල දී ආහාරවල සිදු වන ප්‍රමාණාත්මක හෝ ගුණාත්මක හානිය වේ.

10. **අන්තරාදායක ද්‍රව්‍ය** - ජීව විද්‍යාත්මක, ජානමය, රසායනික සහ භෞතික හේතු නිසා, ආහාර මගින් බෝ වන හෝ බෝ නොවන රෝග වලට තුඩු දෙන ද්‍රව්‍ය වේ.

11. **තරබාරුකම, මන්දපෝෂණය සහ දේශගුණික විපර්යාස පිළිබඳ ගෝලීය සමමුර්ත වසංගතය** - තරබාරුකම, මන්දපෝෂණය සහ දේශගුණික විපර්යාස සමගාමී ලෙස සිදු වන ගෝලීය වසංගත වේ.

12. **ද්විත්ව රාජකාරි පෝෂණ මැදිහත්වීම්** - මන්දපෝෂණය සහ අධිපෝෂණය ඉලක්ක කොට සිදු කරන පෝෂණ මැදිහත්වීම් වේ.

13. **ත්‍රිත්ව රාජකාරි පෝෂණ මැදිහත්වීම්** - මන්දපෝෂණය, අධිපෝෂණය මෙන්ම ක්ෂුද්‍ර පෝෂක ඌනතාවයන් යන විෂමපොෂණයේ ත්‍රිත්ව ස්වරූපයන් ඉලක්ක කොට සිදු කරන පෝෂණ මැදිහත්වීම් වේ.

14. **ආහාර අගය දාමය** - ආහාර නිෂ්පාදන සැකසීම සඳහා අවශ්‍ය වන සම්බන්ධීකරණ වූ නිෂ්පාදන සහ අගය එකතු කිරීමේ ක්‍රියාකාරකම්වලට සහභාගී වන සියළුම පාර්ශ්වකරුවන්ගෙන් සමන්විත සැපයුම් දාමය වේ (පෝෂණය පිළිබඳ දෙවන ජාත්‍යන්තර සම්මන්ත්‍රණය, රෝමය, 2014).

15. **ආහාර ස්වෛරීභාවය**- පරිසර හිතකාමී, තිරසාර ක්‍රම මගින් නිපදවන, සෞඛ්‍ය සම්පන්න සහ සංස්කෘතිකමය වශයෙන් සුදුසු ආහාර ලබා ගැනීම සහ ඔවුන්ටම ආවේනික ආහාර සහ කෘෂිකාර්මික ක්‍රියාවලින් සඳහා යොමු වීමට සඳහා මිනිසුන්ට ඇති අයිතිය (Nyeléni/න්යේලනී ප්‍රකාශය, ආහාර ස්වෛරීභාවය පිළිබඳ පළමු ගෝලීය සංසදය, මාලි, 2007).

16. **පිළිගත හැකි අවම ආහාර විවිධත්වය**- දිනපතා, පෝෂණීය වශයෙන් ප්‍රමාණවත් සහ විවිධාංගීකරණය වූ ආහාර ලබා ගැනීම සඳහා ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය මගින් නිර්දේශිත ආහාර කාණ්ඩ අටෙන් අවම වශයෙන් පහක්වත් ඇතුළත් ආහාර පරිභෝජනය කිරීම වේ (පෝෂණ දත්ත පද්ධතිය, ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය). ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය මගින් 2021 වසරේ ප්‍රකාශයට පත්කළ ළදරුවන්ට හා කුඩා දරුවන්ට ආහාර ලබා දීම පිළිබඳ ඇගයීමේ දර්ශකයන්ට අනුව, පෙර දින තුළදී, නිර්දේශ කරන ලද ආහාර කාණ්ඩ අටෙන්, අවම වශයෙන් කාණ්ඩ පහක් ඇතුළත් ආහාරපාන පරිභෝජනය කළ මාස 6-23 අතර ළමුන්ගේ ප්‍රතිශතයක් ලෙස මෙම දර්ශකය ගණනය කෙරේ. කෙසේ වෙතත්, උපායමාර්ගික රාමුවේ සඳහන් මූලික අගය ඊට පෙර නිකුත් කළ මාර්ගෝපදේශයට අනුව ලබා දී ඇත.

17. **පිළිගත හැකි අවම ආහාර වේල් ගණන**- මාස 6-23 අතර ළමුන් සඳහා දිනක දී, ඝන, අර්ධ ඝන හෝ මෘදු ආහාර, මාස 6-8 ළමුන් සඳහා අවම වශයෙන් දෙකක් සහ වයස අවුරුදු 9-23 ළමුන් සඳහා අවම වශයෙන් තුනක් වේ. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය මගින් 2021 වසරේ ප්‍රකාශයට පත් කළ ළදරුවන්ට හා කුඩා දරුවන්ට ආහාර ලබා දීම පිළිබඳ ඇගයීමේ දර්ශකයන්ට අනුව, පෙර දිනය තුළ දී, ඝන, අර්ධ ඝන හෝ මෘදු ආහාර (නමුත් මව්කිරි නොදෙන ළමුන් සඳහා කිරි ආහාර ද ඇතුළුව) අවම වාර ගණන හෝ පරිභෝජනය කළ මාස 6-23 අතර දරුවන්ගේ ප්‍රතිශතය ලෙස මෙම දර්ශකය ගණනය කෙරේ. කෙසේ වෙතත්, උපායමාර්ගික රාමුවේ සඳහන් මූලික අගය ඊට පෙර නිකුත් කළ මාර්ගෝපදේශයට අනුව ලබා දී ඇත.

18. **පිළිගත හැකි අවම ගුණාත්මක ආහාර**- මව්කිරි දීමේ තත්ත්වය සැලකිල්ලට ගනිමින්, ආහාර විවිධත්වය සහ ආහාර වේල් ගණන පිළිබඳ ප්‍රමිතීන් ඒකාබද්ධ කළ දර්ශකයකි (ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය මගින් ප්‍රකාශයට පත් කළ ළදරුවන්ට හා කුඩා දරුවන්ට ආහාර ලබා දීම පිළිබඳ ඇගයීමේ දර්ශකයන්, 2007 භාවිතයෙන් ගොඩනගන ලදී).
පිළිගත හැකි අවම ගුණාත්මක ආහාර වේල පහත පරිදි අර්ථ දැක්වේ:
මව්කිරි බොන දරුවන් සඳහා: පෙර දිනය තුළ පිළිගත හැකි අවම ආහාර විවිධත්වය සහ ඔවුන්ගේ වයස සඳහා අවම ආහාර වේල් ගණන ලබා ගැනීම.
මව්කිරි නොබොන දරුවන් සඳහා: පෙර දිනය තුළ, පිළිගත හැකි අවම ආහාර විවිධත්වය සහ ඔවුන්ගේ වයස සඳහා අවම ආහාර වේල් ගණන මෙන්ම කිරි ආහාර දෙකක් ලබා ගැනීම
ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය මගින් 2021 වසරේ ප්‍රකාශයට පත් කළ ළදරුවන්ට හා කුඩා දරුවන්ට ආහාර ලබා දීම පිළිබඳ ඇගයීමේ දර්ශකයන්ට අනුව, පෙර දින තුළදී, පිළිගත හැකි අවම ගුණාත්මක ආහාර පරිභෝජනය කළ මාස 6-23 අතර ළමුන්ගේ ප්‍රතිශතයක් ලෙස මෙම දර්ශකය ගණනය කෙරේ. කෙසේ වෙතත්, උපායමාර්ගික රාමුවේ සඳහන් මූලික අගය ඊට පෙර නිකුත් කළ මාර්ගෝපදේශයට අනුව ලබා දී ඇත.

19. **අවුරුදු 5 ට අඩු ළමුන් අතර අධි බර** - දරුවාගේ උසට අදාළ බර, ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ ළමා වර්ධන ප්‍රමිති මධ්‍යනයේ සිට සම්මත අපගමනයන් දෙකකට වඩා ඉහළින් (+2SD) පැවතීමයි.

20. **අවුරුදු 5 ට අඩු ළමුන් අතර තරබාරුකම/ස්ථූලතාවය** - දරුවාගේ උසට අදාළ බර, ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ ළමා වර්ධන ප්‍රමිති මධ්‍යනයේ සිට සම්මත අපගමනයන් තුනකට වඩා ඉහළින් (+3SD) පැවතීමයි.

21. **අවුරුදු 5-19 අතර ළමුන් අතර කෘෂ බව** - දරුවාගේ වයසට අදාළ ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ 5-19 වයස් කාණ්ඩය සඳහා වන වර්ධන ප්‍රමිති මධ්‍යනයේ සිට සම්මත අපගමනයන් දෙකකට වඩා පහළින් (-2SD) පැවතීමයි.
22. **වයස අවුරුදු 5-19 අතර ළමුන් අතර මිටිබව** - දරුවාගේ වයසට අදාළ උස, ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ ළමා වර්ධන ප්‍රමිති මධ්‍යනයේ සිට සම්මත අපගමනයන් දෙකකට වඩා පහළින් (-2SD) පැවතීමයි.

23. **අවුරුදු 5-19 අතර ළමුන් අතර අධි බර** - දරුවාගේ වයසට අදාළ ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකයේ අගය ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ අවුරුදු 5-19 වයස් කාණ්ඩය සඳහා වන ප්‍රමිති මධ්‍යනයේ සිට සම්මත අපගමනයකට වඩා ඉහළින් (+1SD) පැවතීමයි.

24. **අවුරුදු 5-19 අතර ළමුන් අතර තරබාරුකම** - දරුවාගේ වයසට අදාළ ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකයේ අගය ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ අවුරුදු 5-19 වයස් කාණ්ඩය සඳහා වන ප්‍රමිති මධ්‍යනයේ සිට සම්මත අපගමනයන් දෙකකට වඩා ඉහළින් (+2SD) පැවතීමයි.

25. **වැඩිහිටියන් අතර අධි බර** - ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකයේ අගය 25 හෝ ඊට වඩා වැඩි වීම වේ (වැඩිහිටියන් සඳහා ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය ගණනය කරනු ලබන්නේ බර (kg) උසෙහි වර්ගයෙන් ($m^{2)}$ බෙදීමෙනි; BMI = බර (Kg)/උස^2 (m^2).

26. **වැඩිහිටියන් අතර තරබාරුකම** - ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකයේ අගය 30 හෝ ඊට වඩා වැඩි වීම වේ.

15.ඇමුණුම

සුලභව භාවිත කරන ආහාරවල වාර්ෂික මූලික ඇස්තමේන්තුව 2020 වසර සඳහා මෙට්‍රික් ටොන් (MT) වලින්. (මෙය වාර්ෂිකව සිදුවන ජනගහන වෙනස අනුව වෙනස් කළ යුතුය).

1. සහල් - 1,663,200MT
2. පියළි ඇට වර්ග - 415,800MT
3. මාළු - 418,857MT
4. කුකුල් මස් - 147,420MT
5. සෝයා - 29,484
6. හරක් මස් - 29,484MT
7. එළු මස් - 29,484MT
8. ඌරු මස් - 29,484MT
9. මූල එළවළු - 491,400
10. කොළ පැහැති එළවළු - 491,400
11. පලා - 737,100
12. අනෙකුත් එළවළු - 638,820
13. පළතුරු - 1,965,600
14. ඇට වර්ග (රටකජු ආදිය) -189,000
15. බිත්තර (සංඛ්‍යාව) -7,560,000
16. කිරි (කිලෝ ලීටර්) - 756,000
17. පොල් (ගෙඩි ගණන) - 3,931,200
18. පොල් තෙල් (කිලෝ ලීටර්) - 49,140
19. වෙනත් තෙල් (ඒක-දාම අසංතෘප්ත මේද) - කිලෝ ලීටර් 98,280
20. සීනි සහ හකුරු - 294,840

(මූලාශ්‍රය – වෛද්‍ය පර්යේෂණ ආයතනය)

இலங்கையின்
தேசிய போசாக்கு கொள்கை
2021 - 2030

உள்ளடக்கம்

1. அறிமுகம் 1

2. கொள்கைப்பின்னணி 2

3. **தேசிய போசாக்கு கொள்கை 2010 இன் திருத்தத்திற்கான பகுத்தறிவு** 5

4. **கொள்கை செயல்முறை** 5

5. நோக்கு 5

6. **இலக்கு** 5

7. **வழிகாட்டுதல் கோட்பாடுகள்** 6

8. **கொள்கைக் குறிக்கோள்** 6

9. **நடவடிக்கைகளுக்கான கொள்கை முன்னுரிமை பகுதிகள்** 6

10. **முன்னுரிமை பகுதிகளுக்கான முக்கிய மூலோபாய திசைகள்** 7

10.1. கொள்கை முன்னுரிமைப் பகுதி I இற்கான பிரதான முலோபாயத் திசைகள்- அனைத்து குடிமக்களுக்கும் உணவு மற்றும் போஷாக்கு பாதுகாப்பு.......... 7

10.2. கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி II இற்கான மூலோபாய திசைகள் - ஒருங்கிணைந்த பல்துறை ஒத்துழைப்பும் கூட்டாண்மையும்… 8

10.3. கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி III இற்கான மூலோபாய திசைகள் - பாதுகாப்பான உணவுக்கான உரிமையைப் பாதுகாப்பதற்கும், நெறிமுறையற்ற சந்தைப்படுத்துதலில் இருந்து பாதுகாப்பதற்கும் சட்ட கட்டமைப்பை பலப்படுத்துதல்.......... 8

10.4. கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி IV இற்கான மூலோபாய திசைகள் - வாழ்நாள் முழுவதும் போசாக்கு மேம்பாடு.......... 9

10.5. கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி V இற்கான மூலோபாய திசைகள் - அவசரகால சூழ்நிலைகள் மற்றும் தீவிர வானிலை நிலைகளில் போசாக்கு மேம்பாடு.......... 11

10.6. கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி VI இற்கான மூலோபாய திசைகள் - மூலோபாய தகவல் மேலாண்மையும் ஆராய்ச்சியும் 12

11. கொள்கையின் எதிர்பார்க்கப்படும் தாக்கம் - 12

12. அமுல்படுத்தல் 13

13. சொற்களஞ்சியம் 54

14. பின்னிணைப்பு 58

தேசிய போசாக்குக் கொள்கை

1. அறிமுகம்

ஒரு தனிநபரினதும் சமூகத்தினதும் ஆரோக்கியத்திற்கும் வளர்ச்சிக்கும் உற்பத்தித்திறனுக்கும் போசாக்கு மிக முக்கியமாகும். சமூகத்தின் போசாக்கு தொடர்பான முடிவுகள் உணவு[1] மற்றும் போசாக்கு[2] பாதுகாப்பை கணிசமாக சார்ந்துள்ளது, அனைத்து மக்களும், எப்போதும் போசாக்கான உணவுக்கு, பௌதிக-சமூக மற்றும் பொருளாதார அணுகலைக் கொண்டிருக்கும் போதும், உணவுத் தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்ய அவர்களின் தனிப்பட்ட விருப்பங்களுக்கு ஏற்ப போதுமான அளவு உட்கொள்ளும் போதே ஏற்படும்.

இலங்கையில் முதன்முதலில் தேசிய போசாக்குக் கொள்கை (NNP) 1986 இல் உருவாக்கப்பட்டதுடன், அதன் பின்னர் பல திருத்தங்கள் மேற்கொள்ளப்பட்டுள்ளன. முந்தைய கொள்கைகளின் திருத்தங்கள் தே.போ.கொ 2010 உடன் இணைக்கப்பட்டுள்ளதுடன், இது அனைத்து போசாக்குக் கொள்கைகளின் தொடர்ச்சியும் ஆகும். தே.போ.கொ உடன் இணைந்த பல சுகாதார மற்றும் சுகாதாரம் சாரா போசாக்கு தொடர்பான கொள்கைகள் உள்ளன. நாட்டில் சமூக-பொருளாதார நிலையில் பல ஏற்ற இறக்கங்கள் மற்றும் செயற்படுத்தப்பட்ட திட்டங்கள் இருந்தபோதிலும், ஐந்து வயதிற்க்குட்பட்ட குழந்தைகளிடையே* போசாக்குக் குறைபாடு[3], மெலிதல்[4], குள்ளமாதல்[5] போன்றன கடந்த இரு தசாப்தங்களில் தேக்கநிலையில் உள்ளன. தற்போதைய சான்றுகள் போசாக்கு நிலையை மேம்படுத்த நேரடி[6] மற்றும் மறைமுக[7] இலக்குகளின் போசாக்குத் தலையீடுகளை இலக்குப்படுத்தப்படுவதன் முக்கியத்துவத்தை எடுத்துக்காட்டுகின்றன. வாழ்க்கைப் பாதையின் அனைத்து நிலைகளையும் கருத்தில்கொண்டு நேரடி மற்றும் மறைமுக போசாக்குத் தலையீடுகளை வழங்கும் சிறந்த மாதிரியாக வாழ்க்கைச் சுழற்சி அணுகுமுறை அங்கீகரிக்கப்பட்டுள்ளது. போசாக்கினைத் தீர்மானிக்கும் சக்திகளாகவுள்ள பல்வேறு துறைகளினுடாக இந்த அணுகுமுறைகள் அமுல்படுத்தப்படுவதுடன் சுகாதாரத் துறையால் மாத்திரம் ஈடுபடமுடியாது.

குடித்தொகையின் போசாக்கு பாதுகாப்பிற்கு தினசரி பன்முகப்படுத்தப்பட்ட பாதுகாப்பான உணவை போதுமான அளவில் பயன்படுத்துவது அவசியம். வீட்டு மட்டத்தில் சரியான வருமான முகாமைத்துவத்தினையும் ஆரோக்கியமான உணவு பழக்கவழக்கங்களையும் ஏற்படுத்தும் விதத்திலான சமூக நடத்தை மாற்ற தொடர்பாடல் மூலம் இதனை அடைய முடியும். நிலையான நடத்தை மாற்றத்திற்கு ஏதுவான ஒரு சூழலை உருவாக்குவதன் அடிப்படையில், சமூகத்தின் போசாக்கு தேவைகளை நிவர்த்தி செய்ய வலுவான அர்ப்பணிப்புள்ள அரசியல் மற்றும் சமூக தலைமைத்துவம் அவசியம். போசாக்கு தொடர்பான நடத்தை மாற்றத்தில் வெற்றிகரமான முன்முயற்சிகள் என சுகாதார மற்றும் சுகாதாரம் சாரா துறைகளில் பங்குடைமை உருவாக்கம் மற்றும் கூட்டணி அத்துடன் போசாக்கு தலையீடுகளுக்கான தொடர்புகளை மேம்படுத்துவதற்கான கிடைக்கக்கூடிய சமூக அடிப்படையிலான தளங்களை நிறுவுதல் அல்லது பயன்படுத்துதல் போன்றன நிரூபிக்கப்பட்டுள்ளன. உணவு உற்பத்தியை மேம்படுத்துவதற்கான நடவடிக்கைகளாக மூல உணவு உற்பத்தியாளர்களின் திறன் மேம்பாடு, புதிய தொழினுட்பங்களைப் பயன்படுத்தும் தேவைப்பாடு மற்றும் காலநிலை மாறுபாடு உள்ளிட்ட பல்வேறு அனர்த்த தணிப்பு

*5 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளிடையே மெலிதலும்[2] குள்ளமாதலும்[3] முறையே 15% மற்றும் 17% ஆகும் (DHS, 2016)
1-7 க்கான வரையறைகளுக்கு சொற்களஞ்சியத்தைக் பார்க்கவும்.

முகாமைத்துவம் ஆகியன அடையாளம் காணப்பட்டன. சத்தான உணவொன்றின் மலிவுத்தன்மையானது குறிப்பாக சமூகத்தில் பின்தள்ளப்பட்டோரும் கூட நிலையான வருமான உருவாக்கம் மூலமாகவோ அன்றி சிலவேளைகளில் சமூக பாதுகாப்பு முறைமைகளின் ஊடாகவோ அன்றி சந்தை விலைகளில் கட்டுப்பாடு மற்றும் கேள்விக்கு ஏற்றவாறு மாறும் உணவு உற்பத்திக்கூடாகவோ அனைத்து வீடுகளும் போதுமான வளமுடன் இருப்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றது.

தேசிய போசாக்கு கொள்கை அரசாங்கத்தின் சமூக மற்றும் பொருளாதார அபிவிருத்தி கொள்கைகளிற்கு ஒத்திசைவதுடன், சுகாதாரம் மற்றும் சுகாதாரம் சாரா துறைகளின் விசேட கொள்கைகளுடனும் அவற்றின் அமுலாக்கத்திற்கும் ஆதரவளிக்கின்றன. ஆரம்ப பராமரிப்பில் கவனம் செலுத்துவதன் மூலம், உலகளாவிய சுகாதார பரவலுக்கான சுகாதார பராமரிப்பு விநியோக தொகுதியின் பரவலை எவ்வாறு அதிகரிக்க முடியும் என்பது குறித்து கொள்கையின் மூலம் பரிசீலிக்கப்படும்.

தேசிய போசாக்கு கொள்கைக்கு மற்றைய போசாக்கு சார் தேசிய, மாகாண சுகாதாரம் மற்றும் சுகாதாரம் சாரா கொள்கைகள் அதாவது தாய் சேய் நலன் தொற்றா நோய்கள், முதியோர் நலன், விவசாயம், தேசிய குடிநீர் கொள்கை, வர்த்தக மற்றும் வர்த்தக சலுகை கொள்கைகள் போன்றன ஒத்திசைவாகவும், இசைந்தும் காணப்படவேண்டும். இக்கொள்கையின் சுகாதாரம் சார் உபாயங்களின் அமுலாக்கமானது ஆரம்ப சுகாதார பராமரிப்பு திட்டத்துடன் இணைந்து செல்லவேண்டும்.

2. கொள்கைப்பின்னணி

2.1. மனித உரிமைகளுக்காக உலகளாவிய பிரகடனம் (1948) போதிய வாழ்க்கைத் தரத்திற்கான உரிமையின் ஒரு பகுதியாக ‘உணவுக்கான உரிமையை’ அறிவித்தது, இது போசாக்கு நிலை, வாழ்க்கைத் தரம் மற்றும் நாட்டின் மக்களின் உற்பத்தித்திறனை மேம்படுத்துவதற்கு அவசியமானதாகும். இலங்கை ஏனைய தெற்காசிய நாடுகளிடையே சுகாதார செயற்திறனில் மிக உயர் நிலையை அடைந்துள்ளதுடன் அபிவிருத்தி அடைந்த நாடுகளுடன் கூட ஒப்பிடக்கூடியதாகவுள்ளது. இதனுடன் தொடர்புடைய அனைத்து ஆதாரங்களையும் அடிப்படையாகக் கொண்ட போசாக்கு நடவடிக்கைகளை அமுல்படுத்திய போதிலும் மக்கள் தொகை போசாக்கு குறிகாட்டிகள் வீழ்ச்சியைக் காட்டுகின்றன, இது தரம் மற்றும் முழு அளவிலான மறுபரிசீலனை செய்வதற்கான தேவையைக் எடுத்துக்காட்டுகிறது. கடந்த இரு தசாப்தங்களாக ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட சிறார்களிடையே குறை போசாக்கு குறிகாட்டிகளான நிறைகுறைவு, மெலிதல் மற்றும் குள்ளமாதல் போன்றன தொடர்ச்சியாக காணப்படும் அதேவேளை நிறை அதிகரிப்பு மற்றும் அதீத உடல் பருமன் என்பனவும் இலங்கை மக்களிடையே அதிகரித்துச்செல்கின்றது. மேலும், நுண்ணூட்டச்சத்து குறைபாடாகிய, கர்ப்பிணித் தாய்மார்களிடையேயான போசாக்குக் குருதி சோகையும் பாடசாலை சிறார்களிடையேயான விட்டமின் “டி” குறைபாடும் பொது சுகாதார பிரச்சினைகளாகும். குறைபோஷாக்கு, மிகை போஷாக்கு மற்றும் நுண்ணூட்டச்சத்து குறைபாடு என்பன ஒருமித்து மந்தபோஷாக்கின் மும்மை சுமைகளாக இந்நிலைமை கூறப்படுகின்றது. மேலும், இந்த நாட்டில் மாவட்டங்கள்,

பெருந்தோட்டங்கள் மற்றும் நகர்ப்புற ஏழை சமூகங்கள் போன்ற பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்கள் குழுக்களிடையே மந்த போசாக்கில் வேறுபாடு காணப்படுகின்றது.

2.2. ஐக்கியநாடுகள் சபையின் அனைத்து உறுப்பு நாடுகளும் நிலையான அபிவிருத்தியின் 2030 நிகழ்ச்சி நிரலுக்காக 2015 இல் 17 நிலையான அபிவிருத்தி இலக்குகளை (எஸ்.டி.ஜி - SDG) ஏற்றுக்கொண்டன. அவற்றில் SDG-2 பூச்சிய பசி என்பது போசாக்கினை நேரடியாகக் குறிக்கிறது. மற்றைய ஒன்பது எஸ்.டி.ஜி.களை அடைதல், அவையாவன 'தூய்மையான நீர் மற்றும் சுத்தம்", 'மலிவானதும் தூய்மையானதுமான சக்தி ஆற்றல்', 'நிறுவனம் புத்தாக்கம் மற்றும் உட்கட்டமைப்பு', 'ஏற்றத்தாழ்வுகளைக் குறைத்தல்", 'நிலையான நகரங்கள் மற்றும் சமூகங்கள்', 'பொறுப்பான நுகர்வு மற்றும் உற்பத்தி', 'காலநிலை நடவடிக்கை', 'நில வாழ்க்கை', 'இலக்குகளுக்கான கூட்டாண்மை' ஆகியன போசாக்கு இலக்குகளை மறைமுகமாக அடைய உதவுகிறது. உலக சுகாதார நிறுவனம் தாய், சேய் மற்றும் சிறுவர் போசாக்கினை* மேம்படுத்தும் முகமாக ஆறு உலக இலக்குகளிற்கு ஒப்புதல் அளித்து 2025 ஆம் ஆண்டை போசாக்கு மீது நடவடிக்கை எடுக்கும் பத்தாண்டுகளாக அறிவித்துள்ளது. அதன் படி இந்த கொள்கையின் செயற்பாட்டிற்கான மூலோபாய கட்டமைப்பில் SDG க்கள் மற்றும் உலகளாவிய இலக்குகளின் தசாப்த நடவடிக்கை ஆகியவை கருதப்பட்டன.

2.3. மந்த போசாக்கு பல நேரடி மற்றும் மறைமுக அடிப்படை காரணங்களைக் கொண்ட பன்முகத் தன்மையைக் கொண்டுள்ளது. முறையற்ற உணவுப் பழக்கவழக்கங்களான புரத மூலங்கள், பழங்கள் மற்றும் மரக்கறிகளின் போதிய நுகர்வின்மை, அதிக மாப்பொருள் மற்றும் அதிக கொழுப்பு நிறைந்த உணவின் நுகர்வு, ஓரிடத்திலேயே உட்கார்ந்த வாழ்க்கை முறைகள் ஆகியவை நாட்டின் இந்த நிலைமைக்கு சில நேரடி பங்களிப்பு காரணிகளாகும். சராசரியாக பத்தில் ஒரு மக்கள் நாட்டில் உணவு பாதுகாப்பு இன்றி உள்ளனர். எனவே, பாதுகாப்பானதும் ஆரோக்கியமானதுமான உணவுகளிற்குரிய மலிவுத்தன்மை கிடைப்பனவு மற்றும் அணுகலை மேம்படுத்துவதன் மூலம் பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்கள் மத்தியில் மந்தபோசாக்கினை குறைக்கலாம். ஆண்டு முழுவதும் பாதுகாப்பானதும் ஆரோக்கியமானதுமான உணவு கிடைப்பனவு ஆனது மோசமான விவசாய நடைமுறைகள், உணவு உற்பத்தியில் காலநிலை பாதிப்பிலிருந்து மீண்டுவர முடியாமை, ஒழுங்கமைக்கப்பட்ட உள்ளூர் உணவு பரிமாற்ற வழிமுறைகள் இன்மை மற்றும் ஆரோக்கியமற்ற உணவு இறக்குமதிகள் ஆகியவற்றால் மோசமாக பாதிக்கப்படுகிறது. போசாக்கு நிறைந்த உணவிற்குரிய அணுகலும் பயன்பாடும் ஆனது விநியோகச் சங்கிலி பூராவும் உணவு இழப்பும்[8] உணவு வீணாதலும்[9], ஆரோக்கியமான உணவு விற்பனை நிலையங்களின் பற்றாக்குறை மற்றும் ஆரோக்கியமற்ற உணவை நியாயமற்ற முறையில் விற்பனை செய்தல் ஆகியவற்றால் குறைக்கப்படுகின்றது. இந்த பிரச்சினைகளுக்கு தீர்வுகாண போசாக்கு தொடர்பான பொறுப்புகளைக் கொண்ட அனைத்து பங்குதாரர்களின் ஈடுபாடும் அவசியம்.

* ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளிடையே 5% இற்கும் குறைவான மெலிதல் வீதம் மற்றும் குள்ளமாதல் வீதத்தை 40% குறைத்தல், 5 வயதிற்குட்பட்ட சிறு பராய அதிக எடை 2012 ஆம் ஆண்டின் 7% என்ற உலகளாவிய அடிப்படையிலிருந்து அதிகரிக்கவில்லை. இனப்பெருக்கத்தில் வயதிலுள்ள பெண்கள் மத்தியில் இரத்தசோகையின் உலகளாவிய பரவலை 2012 ஆம் ஆண்டில் 29 % இருந்து 2025 ஆம் ஆண்டில் 15 % வரை 50% த்தால் குறைத்தல். குறைந்த பிறப்பு எடையை 30% இற்கு குறைத்தல் மற்றும் முதல் ஆறு மாதங்களில் உலகளாவிய EBF அளவை 50% இற்கு (உலகளாவிய போசாக்கு இலக்குகள், 2025) பராமரிததல்.

8 - 9 க்கான வரையறைகளுக்கு சொற்களஞ்சியத்தைக் பார்க்கவும்.

2.4. உணவுப் பாதுகாப்பு என்பது உணவுத்தரத்தை பேணுவதுடன், உணவு தயாரிப்பில் உள்ளிட்ட விநியோகச் சங்கிலி முழுவதும் உற்பத்தியிலிருந்து கையாளுதல், சேமிப்பு, போக்குவரத்து மற்றும் இறுதி தயாரிப்பு வரையில் உணவு அபாயகரமான பொருட்களுடன்[10] மாசுபடுவதைத் தடுத்து உணவின் தரத்தை மேம்படுத்தலைக் குறிக்கும். அபாயகரமான பொருட்கள் ஆனது, நுகர்வோரின் ஆரோக்கியத்திற்கு உடனடியாகவோ அன்றி நீண்ட காலத்திற்கோ தீங்கு விளைவிப்பத்தனால் போசாக்கான உணவுக்கு நுகர்வோரிடமிருந்து எதிர்மறையான பதிலுக்கே வழிவகுக்கும். போதுமான ஆய்வக வசதிகள், மனித வளங்கள், உணவுக் கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீட்டுச் சேவைகளின்மை காரணமாக உணவு பாதுகாப்பு நடவடிக்கைகளை செயற்படுத்துவது திருப்திகரமான மட்டத்தில் இல்லை.

2.5. மக்கள் தத்தம் போஷாக்கு தேவைகளை எவ்வாறு நிவர்த்தி செய்கின்றனர் என்பதனை சமுதாயத்தினதும், சக நபர்களினதும் செல்வாக்கு, பொருளாதார மட்டம், நாளாந்த முன்னுரிமைகள், சேவைகளுக்கான கிடைப்பனவும் அணுகலும், புராதன நம்பிக்கைகள் விழுமியங்கள் உள்ளடங்கலான கலாசார சமூக நியமங்கள் மற்றும் நடைமுறையிலுள்ள விவசாய சந்தை அமைப்புகள் போன்றனவே தீர்மானிக்கின்றன. மேற்கூறிய தேவைகளுக்கு ஏற்ப சமூக நடத்தை மாற்றத்தை ஏற்படுத்த பரிந்துரைத்தல், நடத்தை மாற்ற தொடர்பாடல் உத்திகளை அமுலாக்குதல் மற்றும் சமுதாயத்தை பலப்படுத்தலும், அணிதிரட்டலும் என்பன கருத்தில் கொள்ளப்படவேண்டும். போசாக்கு தொடர்பான அறிவு, நடத்தை மற்றும் பழக்கங்களை மேம்படுத்துவதன் மூலம், நடத்தை மாற்றத்தை ஏற்படுத்த, வெகுஜன மற்றும் சமூக ஊடகங்களுடனான தொடர்பு, ஒருவருக்கொருவர் இடையேயான தொடர்பாடலை ஊக்குவிக்கும் சூழல்களை இயக்குவதற்கான நிலையான பொறிமுறைகள் என்பன முக்கியமானவை. உலகளாவிய பிரச்சினைகளான[11] அதீத உடல் பருமன், குறைபோஷாக்கு, காலநிலை மாற்றம் என்பன மனிதனுக்கு பெரும் அச்சுறுத்தல் விடுவிப்பதுடன் இந்நிலைமையை மாற்ற அவசரகால பதிலளிப்பும், இரட்டை[12] மற்றும் மும்மை கடமை[13] போசாக்கு செயற்பாடுகளும் உதவும்.

2.6. அதிமேதகு ஜனாதிபதியினால் தலைமை தாங்கப்படும் தேசிய போசாக்கு கவுன்சிலின் கீழ் இயக்கப்படும் தேசிய போசாக்கு செயலகம் ஆனது போசாக்கு தொடர்பான கொள்கை முடிவுகளை செயல்படுத்த ஒருங்கிணைக்கிறது. சமூக போசாக்கினை மேம்படுத்துவதற்கான உடனடி தேவைப்பாடுகளாக ஒரு சில விடயங்கள் அடையாளம் காணப்பட்டுள்ளன. அவையாவன: ஆளுகை மற்றும் நிர்வாக முறைமைகளை பலப்படுத்தல், நிதி வளங்கள், உட்கட்டமைப்பு மற்றும் மனித வளம் உள்ளடங்கலான நிறுவக இயலுமைகளை வலுப்படுத்தல். நிகழ்ச்சி திட்டத்தை திட்டமிடுகையில் ஆராய்ச்சி சான்றுகளையும் கண்காணிப்புத் தரவுகளையும் பயன்படுத்துதல், 1980 ஆம் ஆண்டின் உணவுச் சட்டம் மற்றும் அதன் ஒழுங்குவிதிகளைப் போன்று தாய்ப் பாலூட்டல் கையேட்டையும் பாராளுமன்றத்தில் ஒரு சட்டமாக அமுலாக்கல், உணவு விநியேகித்தல் சங்கிலி பூராகவும் ஆபத்து முகாமைத்துவம், அரசு சாரா துறையின் உயிர்ப்பான பங்களிப்பு என்பனவாகும். போசாக்கு இலக்குகளை அடைவதற்கு, பாதுகாப்பானதும் ஆரோக்கியமானதுமான உணவுப் பொருட்களின் கோள்வி மற்றும் நிரம்பலின் செல்வாக்கு செலுத்தும் வண்ணம் நடைமுறையிலுள்ள அமைப்புக்களான, தேசிய போசாக்கு கண்காணிப்பு மற்றும் மாகாண, மாவட்ட, பிரதேச முறைமைகள் மூலம் பல்துறை சார்ந்த போசாக்கு இடையீடுகளை ஒருங்கிணைத்தலும் அமுலாக்குதலும் பலப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

10 – 13 க்கான வரைவிலக்கணங்களுக்கு சொற்களஞ்சியத்தை பார்க்குக.

3. தேசிய போசாக்கு கொள்கை 2010 இன் திருத்தத்திற்கான பகுத்தறிவு

போசாக்கிற்கென செலவிடப்பட்ட ஒவ்வொரு டொலரும் 16 டொலர்களாக மீள்வருவதுடன் இலங்கை அரசாங்கம் இலங்கையர்களின் போசாக்கு நிலையினை முன்னேற்றுவதனை ஒரு தேசிய முன்னுரிமையாக வலியுறுத்துகின்றது. இலங்கை SDGs க்களை ஏற்றுக்கொண்டுள்ளதுடன், உலகளாவிய கட்டமைப்புக்குள் தேசிய இலக்குகளை அமைத்து போசாக்கு நடைவடிக்கைகளுக்கான தசாப்தமாக அறியப்படும் 2025 ஆம் ஆண்டுக்குள் தாய், சேய் மற்றும் இளஞ்சிறார்களின் போசாக்கினை (MIYCN) மேம்படுத்துகிறது. ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளிடையே ஒப்பீட்டளவில் தேக்க நிலையில் உள்ள போசாக்கு குறிகாட்டிகளையும், உணவு தொடர்பான தொற்றா நோய்களை அதிகரிப்பது போன்ற நாட்டின் தற்போதைய தேவையையும் கருத்தில் கொண்டு, அந்தக் காலத்திற்குள் உலகளாவிய போசாக்கு இலக்குகள் மற்றும் நிலையான அபிவிருத்தி குறிப்புக்களை அடைய போசாக்கு கொள்கையை திருத்துவதன் அவசியம் கண்டறியப்பட்டது.

4. கொள்கை செயல்முறை

சகல பொருத்தமான துறைகளினால் பிரதிநிதித்துவப்படுத்தும் நிபுணர்கள் கொண்ட தொழினுட்ப குழுவால் அலசி ஆராயப்பட்டு தேசிய போசாக்கு பிரச்சனைகளுக்கு முன்னுரிமை அளிக்கப்பட்டது. தேசிய போசாக்குக் கொள்கை 2010 ஐ நடைமுறைப்படுத்துவது தொடர்பாக வெளிப்புற ஆலோசகர் மற்றும் சிவில் சமூக அமைப்புகளால் மதிப்பாய்வு செய்யப்பட்டு அதே நேரத்தில் தேசிய போசாக்குக் கொள்கை 2010 இனை செயல்படுத்துவது குறித்து பரிந்துரைகள் வழங்கப்பட்டன. இக் கொள்கைத் திருத்தத்தில் அடையாளம் காணப்பட்ட இந்த இரண்டு மதிப்புரை தொழினுட்பக் குழுக்களின் கருத்துகளும் மத்திய நிலை முகாமையாளர்கள் மற்றும் பொருத்தமான துறைகளின் கொள்கை வல்லுநர்கள் மற்றும் சில சிவில் சமூக அமைப்புக்களை உள்ளடங்கலான பரந்த பங்கேற்பாளர்களினை பிரதிநிதித்துவப் படுத்திய பட்டறையில் முக்கோணப்படுத்தப்பட்டன. நிபுணத்துவ கருத்துகள் உள்ளடக்கப்பட்ட மாதிரி கொள்கை வரைபு தயாரிக்கப்பட்டு, போசாக்கு நடைவடிக்கைகளை பிரதிநிதித்துவப்படுத்தும் சகல பொருத்தமான துறைகளின் பங்கேற்புடன் கூடிய நிபுணத்துவப் பட்டறையில் முடிவாக்கப்பட்டதுடன், இன்னொரு நிபுணத்துவ பட்டறையும் கொள்கை அமுலாக்க உடன்படிக்கைக்காக நடாத்தப்பட்டது. பின்னர் தேசிய போசாக்கு கொள்கை 2021 -2023 பொது மக்களின் கருத்துகளுக்கு இணங்க இறுதி செய்யப்பட்டது.

5. நோக்கு

அனைத்து இலங்கையர்களுக்கும் உகந்த போசாக்கு

6. இலக்கு

அனைத்து இலங்கையர்களும் போசாக்கு செழுமையை அடைந்து கொண்டும், பராமரித்தும், நிலையான அபிவிருத்திக்கு திறம்பட பங்களிக்க அவர்களுக்கு உதவுகிறது.

7. வழிகாட்டுதல் கோட்பாடுகள்

பின்வரும் வழிகாட்டுதல் கோட்பாடுகளைப் பின்பற்றுவது அனைத்து உத்திகளையும் செயல்படுத்துவதை பிரதிபலிக்கும்.

i. அனைவரையும் உள்ளடக்கியது
ii. பாதுகாப்பான மற்றும் சத்தான உணவை அணுகுவதற்கான உரிமை.
iii. மக்களை மையமாகக் கொண்ட கொள்கை
iv. பாலின சமத்துவம் மற்றும் உணர்திறன்
v. நெறிமுறை மற்றும் சான்றுகள் சார்ந்த நடைமுறைகளை ஏற்றுக்கொள்வது
vi. பல பங்குதாரர்களின் ஈடுபாடு
vii. பொது மற்றும் தனியார் கூட்டு
viii. சமூக ஈடுபாடும் அதிகாரமும்
ix. வளங்களை திறனுடனும் திறமையாகவும் பயன்படுத்துதல்
x. போசாக்கு தலையீடுகளின் நிலையாக அமுல்படுத்தல்

8. கொள்கைக் குறிக்கோள்

2030 இக்குள் அனைத்து வகையான போசாக்குக் குறைபாட்டையும் முடிவுக்குக் கொண்டுவருவதைக் கருத்தில் கொண்டு, சான்றுகளை அடிப்படையாக்கிய விசேடத்துவமும் உணர்திறன் மிக்க போசாக்கு நடவடிக்கைகள் மூலம் அனைத்து இலங்கையர்களினதும் ஆயுட்காலம் முழுவதுமான போசாக்குத் தேவைகளை நிறைவேற்றுவதை உறுதி செய்தல்.

9. நடவடிக்கைகளுக்கான கொள்கை முன்னுரிமை பகுதிகள்

I. அனைத்து குடிமக்களுக்கும் உணவு மற்றும் போசாக்கு பாதுகாப்பு
II. ஒருங்கிணைந்த பல்துறை ஒத்துழைப்பு மற்றும் கூட்டாண்மை.
III. பாதுகாப்பான உணவு உரிமையை பாதுகாக்கும் வகையிலானதும், நியாயமற்ற சந்தைப்படுத்தலை தடுக்கும் வகையிலானதுமான சட்ட கட்டமைப்பை வலுப்படுத்தல்.
IV. வாழ்க்கை வட்டம் முழுவதும் போசாக்கு முன்னேற்றம்.
V. அவசர கால சூழ்நிலைகள் மற்றும் தீவிர வானிலை நிலைமைகளில் போசாக்கு ஊக்குவிப்பு
VI. மூலோபாய தகவல் மேலாண்மை மற்றும் ஆராய்ச்சி

10. முன்னுரிமை பகுதிகளுக்கான முக்கிய மூலோபாய திசைகள்

கொள்கை அமுலாக்க செயல்முறைக்கு வழிகாட்ட ஒவ்வொரு கொள்கை முன்னுரிமை பகுதிக்கும் மூலோபாய திசைகள் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளன.

10.1. கொள்கை முன்னுரிமைப் பகுதி I இற்கான பிரதான முலோபாயத் திசைகள்- அனைத்து குடிமக்களுக்கும் உணவு மற்றும் போஷாக்கு பாதுகாப்பு

சமூக போசாக்கினை மேம்படுத்துவதற்கு உணவு மற்றும் போசாக்கு பாதுகாப்பு அவசியமாவதுடன் பசி மற்றும் மந்த போசணை ஆகியன வீட்டு உணவு பாதுகாப்பின்மையின் முக்கிய விளைவுகளாகும். சத்தான உணவின் கிடைக்கும் தன்மை, அணுகல், மலிவு மற்றும் பயன்பாடு ஆகியவை உணவு மற்றும் போசாக்கு பாதுகாப்பின் முக்கிய பரிமாணங்கள் ஆகும். மக்களுக்கு அனைத்து பருவங்களிலும் எளிதாக அணுகக்கூடிய உணவு, போதுமான அளவுகளில் கிடைக்கவேண்டும். உணவு பாதுகாப்பின்மைக்கான முக்கிய தடைகளில் ஒன்றாக வறுமை ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டுள்ளதுடன், இது உணவுப் பொருட்களின் விலைகள் அதிகரிப்பதன் மூலம் அதிகரிக்கிறது. சமூக பொருளாதார மற்றும் வாழ்க்கை முறை காரணிகளின் ஊடாக, துறைகள் (நகர்ப்புற, கிராமப்புற, மலையக) மாகாணங்கள் மற்றும் மாவட்டங்களுக்கு இடையேயான உணவு செலவிடுதலின் வேறுபாடு பல்வேறு உணவுகள் உண்ணப்படுதலை குறிப்பிடுகின்றது. ஆரோக்கியமான உணவின் பயன்பாட்டினை தடுப்பனவையாக தேவையான மக்களிற்கு உணவு கிடைக்காமல் உணவு வீணாதலும் உற்பத்தி இழப்பும், ஆரோக்கியமான உணவு கிடைகாமை, பாதுகாப்பற்ற உணவு மற்றும் நியாயமற்ற சந்தைப்படுத்தல் என்பன காணப்படுகின்றன.

போசாக்கு பற்றாக்குறையால் மிக அதிகம் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்களாக நகர்ப்புற, தோட்டப்புற ஏழைகள், கடுமையான நோய்கள் அல்லது நாட்பட்ட நோய்களினால் பாதிக்கப்பட்டவர்கள், குறைந்த பிறப்பு நிறையுடைய குழந்தைகள், ஏழ்மையான கர்ப்பிணி பெண்கள், ஏழ்மையான குடும்பங்களின் குழந்தைகள் என்பனவோர் அங்கீகரிக்கப்படுள்னர்.

கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி I இற்கான முக்கிய மூலோபாய திசைகள்;

10.1.1. போசாக்கு உணர்திறன் மிக்க உணவு மதிப்பு சங்கிலி[14] மூலம் தரமானதும் ஆரோக்கியமானதுமான உணவுக்கான சமமான கிடைப்பனவு அணுகலை மேம்படுத்துதல்.

10.1.2. ஆரோக்கியமான உணவு நடத்தைகளை ஊக்குவிக்க பொருத்தமான நிதி உத்திகளை ஏற்றுக்கொள்ளல்.

10.1.3. உணவுப் பல் வகைப்படுத்துவதினாலும் உணவுக் கழிவுகளை குறைப்பதன் ஊடாக அனைத்து போசாக்குகளை உச்சளவில் நுகர்வதற்கு சமூக வலுவூட்டல் மற்றும் அணிதிரட்டல்.

14 க்கான வரைவிலக்கணங்களுக்கு சொற்களஞ்சியத்தை பார்க்குக.

10.2. கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி II இற்கான மூலோபாய திசைகள் - ஒருங்கிணைந்த பல்துறை ஒத்துழைப்பும் கூட்டாண்மையும்.

போசாக்கு இலக்குகளை அடைவதற்குரிய அடித்தளங்களாக, போசாக்கு இடையீடுகளை வழங்க, சுகாதார மற்றும் சுகாதாரம் சாரா முறைமைகளை பலப்படுத்தல், போசாக்கிக்கான அரசியல் அர்ப்பணிப்பு மற்றும் போசாக்கு நிகழ்ச்சித்திட்டத்திக்குரிய நிதியுதவியும் பொறுப்புக்கூறலும் என்பவற்றை கூறலாம். விரும்பத்தக்க விளைவுகளை அடைவதற்கு, தேவையான தொடர்பாடல் அலைவரிசையின் விரிவான கலவையின் மூலம் போசாக்கு மேம்பாட்டை பரிந்துரைப்பதற்கு அரச, அரச சார்பற்ற, அபிவிருத்தி முகவர் மற்றும் தனியார் துறை உள்ளடங்கலான பொருத்தமான பங்குதாரர்களின் அணிதிரட்டல் அவசியமாகும். மந்தபோசாக்கின் சகல வகையின் முடிவுக்கும், போசாக்கு சார் பல்துறை செயல்திட்டம் அதாவது விஷேட போசாக்கு மற்றும் போசாக்கு உணர்திறன் மிக்க செயல்களினால் இசைவாக்கப்படுதல் அவசியமாகும்.

கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி II இற்கான முக்கிய மூலோபாய திசைகள்;

10.2.1. அவர்களின் கட்டளைப்படி நேரடி மற்றும் மறைமுக தலையீடுகளை வழங்குவதற்காக சுகாதாரம் மற்றும் சுகாதாரம் சாரா அரச அமைப்புகளை வலுப்படுத்துதல்.

10.2.2. போஷாக்கு (MsAPN)க்கான பல்துறை செயல்திட்டத்தை திறம்பட செயல்படுத்துவதற்கு, ஒரு உயர் நிலை, ஒத்திசைந்த மற்றும் வலுவான தலைமையிலான மூலோபாய ஒருங்கிணைப்பு பொறிமுறையை கொண்டுள்ள அரசியல் அர்ப்பணிப்பு மீளவும் வலிவுறுத்தப்படுகின்றது.

10.2.3. மத்திய, மாகாண, மாவட்ட, பிரதேச மற்றும் கிராம மட்டங்களில் பல்துறை போஷாக்குசார் செயற்பாடுகளிற்குரிய ஒத்துழைப்பு வழங்கும், பொறுப்பு கூறும் பொறிமுறை உள்ளடங்கலாக திறம்பட இயங்கும் ஒருங்கிணைப்பு தொகுதியை உருவாக்குதல்.

10.3. கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி III இற்கான மூலோபாய திசைகள் - பாதுகாப்பான உணவுக்கான உரிமையைப் பாதுகாப்பதற்கும், நெறிமுறையற்ற சந்தைப்படுத்துதலில் இருந்து பாதுகாப்பதற்கும் சட்ட கட்டமைப்பை பலப்படுத்துதல்

தலைமை உணவு அதிகாரி (உணவு கட்டுப்பாட்டு நிர்வாக பிரிவு), வர்த்தகம், நுகர்வோர் விவகார அதிகாரி, காவல்துறை மற்றும் உள்ளூர் அரசாங்க அதிகாரிகள் போன்ற கட்டுப்பாட்டு அதிகாரிகளுடன் போதுமான சுகாதாரத்துடன் கூடிய சூழலில் உணவு பாதுகாப்பின் அனைத்து தொடர்புடைய துறைகளாலும் உணவுப் பாதுகாப்பு ஆதரிக்கப்படுகிறது. தாவர அடிப்படையிலான உற்பத்திப்பொருட்களில் உள்ள பூச்சிக்கொல்லிகள் மற்றும் பீடைகொல்லிகள், நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பான்கள் மற்றும் மீன்வள மற்றும் கால்நடை வளர்ப்பில் உள்ள பிற இரசாயன எச்சங்கள்,

மரபணு மாற்றப்பட்ட உணவு ஆகியவை சத்தான உணவை உட்கொள்வதில் நம்பிக்கையை இழக்க செய்யக்கூடிய சில எடுத்துக்காட்டுகள் ஆகும். ஒழுங்குமுறை வழிமுறைகளை முறையாக அமுல்படுத்துதல் மற்றும் கண்காணிப்பு முறையை நிறுவுதல் ஆகியவற்றுடன் உணவு மற்றும் நீர் தர பகுப்பாய்வின் இரசாயனவியல் எச்சங்கள் மற்றும் மரபணு பகுப்பாய்வுக்கான வசதிகள் நாட்டில் நுகரப்படும் உணவு மற்றும் நீரின் பாதுகாப்பை உறுதி செய்யவேண்டும்.

கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி III இற்கான முக்கிய மூலோபாய திசைகள்;

10.3.1. உணவு வழங்கல் சங்கிலி முழுவதும் உணவு சட்ட முறைமைகளை நெறிப்படுத்துதல்.

10.3.2. ஒரு வலுவான சட்டவாக்க பொறிமுறையின் மூலம் நெறிமுறையற்ற சந்தைப்படுத்தலை கட்டுப்படுத்துதல்.

10.3.3. உணவின் தரம் மற்றும் பாதுகாப்பிற்கான கண்காணிப்பு பொறிமுறையை பலப்படுத்துதல்

10.3.4. நீரின் தரம், பாதுகாப்பு மற்றும் சுகாதார விதிமுறைகள், தரநிலைகள் மற்றும் வழிகாட்டுதல்கள் அமுல்படுத்துவதை மேம்படுத்துதல்.

10.3.5. உணவுப் பாதுகாப்பு நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்வதற்கும், உணவு தரத்தை பராமரிப்பதற்கும் அனைத்து பங்குதாரர்களுக்கும் அதிகாரம் அளித்தல்.

10.4. கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி IV இற்கான மூலோபாய திசைகள் - வாழ்நாள் முழுவதும் போசாக்கு மேம்பாடு

பெண்களின் கர்ப்பகாலத்திற்கு முன்னரான மந்தபோசாக்கு மட்டம், எதிர்கால சந்ததியினரின் வாழ்க்கை வட்டம் முழுவதும் ஒரு தீங்கான சுழற்சியாக தொடர்கிறது. இனப்பெருக்க வயதில் உள்ளவர்களின் போசாக்கு ஆனது, கருவின் வளர்ச்சி, பிறப்பு எடை மற்றும் அவர்களுக்கு பிறந்த குழந்தைகளின் போசாக்கு மட்டத்தை பாதிக்கிறது என்பது தெளிவாகிறது. பெரும்பாலான சந்தர்ப்பங்களில், குறைந்த பிறப்பு எடையுடன் பிறந்த குழந்தைகள் தங்கள் குழந்தைப் பருவம், கட்டிளமைப்பருவம், வயதுவந்தோர் மற்றும் முதியோர் முதலான பருவங்களை, பலவீனமான வளர்ச்சி மற்றும் விருத்தியுடனும் குறைந்த உற்பத்தித்திறன் மற்றும் வாழ்க்கை தரத்துடனும் கழிக்கின்றனர். வாழ்க்கைச் சுழற்சியின் போதான போசாக்கு என்பது தேசிய போசாக்கு கொள்கையைத் தவிர, தாய் மற்றும் சேய் நலக் (தா.சே.ந) கொள்கை, தொற்றா நோய்க் கொள்கை, முதியோர் நலக் கொள்கை ஆகியவற்றுடன் இனங்காணப்பட்டுள்ளது. தொற்றா நோய்களுக்கு போசாக்கு குறைபாடு ஒரு ஆபத்து காரணியாக இருப்பதுடன், நாட்டின் பருநிலை, சமூகம் மற்றும் வீட்டு மட்டங்களில் பல தாக்கங்களையும் ஏற்படுத்துகின்றது. தனிப்பட்ட மற்றும்/அல்லது குடும்ப அடிப்படையிலான சிக்கல் பகுப்பாய்வு, தொடர்புடைய பங்குதாரர்களின் ஆதரவுடன் மும்மடங்கு போசாக்கு நடவடிக்கைகள் மற்றும் வாழ்க்கைச் சுழற்சி முழுவதும் சரியான போசாக்குப் பாராமரித்தல்

ஆகியவை மக்கள்தொகையின் வாழ்க்கைத்தரத்தை மேம்படுத்துவததோடு மட்டுமல்லாமல் நாட்டின் சமூக மற்றம் பொருளாதார வளர்ச்சிக்கும் முக்கியமானது ஆகும்.

வெவ்வேறு புவியியல் பகுதிகளிலும், நாட்டில் செல்வந்தர் குழுக்களிடையேயும் போசாக்கு ஒழுங்கின்மை இருப்பதனை நிரூபிக்கும் சான்றுகள் உள்ளன. குறிப்பாக மலையக மக்கள் மற்றும் நகர்புற ஏழைகள் பெரும்பாலும் போசாக்கு குறைபாட்டால் பாதிக்கப்படுகினறனர். நகரமயமாக்கல் காரணமாக உணவு பழக்கவழக்கங்களின் மாற்றங்கள் நகரப்புற மக்களின் போசாக்கு நிலையை பாதித்தன. தொற்றுநோய், அதிக போசாக்கு, நுண்ணூட்டச்சத்து குறைபாடுகளை குறைப்பதற்கான மும்மடங்கு போசாக்கு நடவடிக்கைகளுக்கு நிலையான பல்துறை அணுகுமுறையின் அவசியத்தைக் காட்டும் வகையில் தொற்றாநோய்கள் உள்ளவர்கள் ஆபத்தான முறையில் உயர்ந்து வருகின்றனர். காகநோய் மற்றும் பிற சுவாச நோய்கள் போன்ற தொற்று நோய்களினால் பாதிக்கப்பட்டவர்கள்; HIV மற்றும் எய்ட்ஸ் நோயுடன் வாழுகின்ற மக்கள்; அதீத உடல் பருமன், புற்றுநோய் மற்றும் மனநலப் பிரச்சினைகள் போன்ற தொற்று நோய் அல்லாத நோய்களை உடையவர்கள்; குழந்தைகள், முதியவர்கள் மற்றும் ஊனமுற்றோர் போன்ற விசேட கவனம் தேவைப்படுபவர்கள் போன்றவர்களின் வாழ்க்கைத்தரத்தை மேம்படுத்த கவனிக்கப்படவேண்டும்.

கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி IV இற்கான முக்கிய மூலோபாய திசைகள் -:

10.4.1. தங்கள் முதல் குழந்தையையோ அல்லது அடுத்தடுத்த பிரசவத்தினையோ திட்டமிட்டும் தம்பதிகள் கர்ப்பம் தரிக்க உச்சளவு போசாக்குடன் கூடிய ஆதரவான சூழலில் முன் கர்ப்ப கால பராமரிப்பினை வழங்குதல்.

10.4.2. கர்பிணிகளுக்கும் பிரசவத்திற்குப் பின்னரும் சரியான போசாக்கினை பாதுகாப்பதன் மூலம் (பிரசவத்திற்குப் பிறகு ஆறு மாதங்கள் நிறைவடையும் வரை) பெண்களுக்கு தேவையான போசாக்கு சேவைகளை வழங்குவதற்கான வலுப்படுத்தும் முறைமைகள் உறுதிசெய்தல்.

10.4.3. தாய்ப்பாலூட்டலை விரைவாக தொடங்கவும் ஆறு மாதங்கள் நிறைவடையும் வரை தனி தாய்ப்பாலூட்டலை சகல இடங்களிலும் மேற்கொள்ளக்கூடிய இயலுமான சூழலை உருவாக்கல்.

10.4.4. பின்வரும் போசாக்கு இடையீடுகளான பொருத்தமான, சத்தான, பாதுகாப்பான, வீட்டிலே தயாரிக்கப்பட்ட குறைநிரப்பு உணவுக்கு சிறப்பு முக்கியத்தவம் அளித்து இரண்டு வருடங்கள் மட்டுமே அன்றி அதற்கு மேலும் தாய்ப்பாலூட்டுவதன் மூலம் கைக்குழந்தைகள், இளஞ்சிறார்கள் மற்றும் முன்பள்ளி சிறார்களிடையே பலமான அடித்தளமொன்றை உருவாக்குதலும் உகந்த ஆரம்ப குழந்தை பராமரிப்பு மற்றும் விருத்தியினை மேம்படுத்துதல் (ECCD).

10.4.5. ஆரோக்கியமான உணவு பழக்கவழக்கங்கள் மற்றும் உடற்பயிற்சியுடனான போசாக்கு கல்வியினை அனைத்து முன்பள்ளி குழந்தைகளினதும் மனதில் பதியவைக்க பள்ளிப் பாடத்திட்டத்தின் மூலமும் ஆதரவான பாடசாலைச் சூழல் மூலமும் அதிகாரம் அளித்தல்.

10.4.6. கட்டிளம் பருவத்தினர் மற்றும் இளைஞர்களிடையே உகந்த போசாக்கு மற்றும் வளர்ச்சியை ஊக்குவித்தலுடன் கட்டிளம் பருவ மற்றும் இளைஞர் நட்பு அணுகுமுறைகளை பின்பற்றுதலும் சமூக நிர்ணயிப்பாளர்கள் தொடர்பில் அவதானம் செலுத்தலும்.

10.4.7. விரிவான போசாக்கு சேவைகளை வழங்குவதன் மூலம் ஆரோக்கியமான உணவு உட்பட ஆரோக்கியமான வாழ்க்கை முறைகளை பின்பற்ற வயதுவந்தவர்களுக்கு அதிகாரம் அளித்தல்.

10.4.8. முதியோர் யாவருக்குமான போசாக்கு சேவைகளுக்கான அணுகலை ஏற்படுத்துவதுடன், தேவையானளவு போசாக்கிற்கு ஏதுவான சூழலை ஏற்படுத்தல்.

10.4.9. பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்களின் போசாக்கு நிலையை மேம்படுத்த பொருத்தமான தலையீடுகளை செயல்படுத்துதல்.

10.4.10. நோய் தொடர்பான (கடுமையான மற்றும் நாள்பட்ட) மந்த போசாக்கை தடுத்தலும் முகாமை செய்தலும்.

10.5. கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி V இற்கான மூலோபாய திசைகள் - அவசரகால சூழ்நிலைகள் மற்றும் தீவிர வானிலை நிலைகளில் போசாக்கு மேம்பாடு

அனர்த்தம் ஏற்படக்கூடிய பகுதிகளை வரைபடம் வரைதல், அனர்த்தத்தினை முன்கணித்தல் மற்றும் அனர்த்தகளின் போது இலக்குப்படுத்தப்பட்ட போசாக்கு நடவடிக்கைகளுடன் சத்தான உணவு வழங்கல் ஆகியவை சமூக போசாக்கினை மேம்படுத்தவும் பாதுகாக்கவும் அவசியம். தொடர்ச்சியான மற்றும் நீடித்த வறட்சி மற்றும் வெள்ளம் குறிப்பாக ஆண்டுதோறும் குறிப்பிட்ட காலப்பகுதியில் மீண்டும் மீண்டும் ஏற்படுகின்றன. உணவு மதிப்புச் சங்கிலிகளின் நிலைத்திடு தன்மைக்கு உணவு முறைகளுக்கு காலநிலை மாற்றத்தையும் மீள்வருதன்மையையும் கருத்தில் கொள்ளவேண்டும்.

கொள்கை முன்னுரிமை பரப்பு V இற்கான பிரதான மூலோபாயத் திசைகள்;

10.5.1. மீள் எழுச்சி வழிமுறைகளை எளிதாக்குவதன் மூலம் பாதிக்கப்பட்ட மக்களின் போசாக்கு தேவைகளை வழங்க அனர்த்த தயாரிப்பு திட்டங்களை வலுப்படுத்துதல் மற்றும் நெறிப்படுத்துதல்.

10.5.2. செயல்பாட்டு வழிகாட்டுதல்களின் படி பாதிக்கப்பட்ட மக்களுக்கு போதுமான மற்றும் பாதுகாப்பான போசாக்கை உறுதி செய்வதற்காக நிகழ்ச்சத்திட்ட மேலாளர்கள் மற்றும் அவசர நிவாரண ஊழியர்கள் உள்ளிட்ட தொடர்புடைய பங்குதாரர்களுக்கு அதிகாரம் வழங்குதல்.

10.6. கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி VI இற்கான மூலோபாய திசைகள் - மூலோபாய தகவல் மேலாண்மையும் ஆராய்ச்சியும்

குடித்தொகையின் போசாக்கு மட்டத்தை மேம்படுத்துவதற்கு ஆதாரங்களின் அடிப்படையில் இலக்குப்படுத்தப்பட்ட போசாக்கு நடவடிக்கைகள் நாட்டில் போசாக்கு குறைபாட்டை சமாளிக்க மிகவும் பயனுள்ளதாக இருக்கும். மூலோபாய தகவல் முறைமைகள், சரியான ஆராய்ச்சி சான்றுகள் வெவ்வேறு நிறுவன மட்டங்களில் திறமையான மற்றும் பயனுள்ள போசாக்கு திட்டங்களுக்கான முடிவெடுக்கும் செயன்முறையை ஆதரிக்கின்றன.

கொள்கை முன்னுரிமை பகுதி VI இற்கான முக்கிய மூலோபாய திசைகள்;

10.6.1 ஆதாரங்கள் அடிப்படையிலான தகவல் கொள்கை மற்றும் திட்ட நிரல் முடிவுகள் எடுக்கப்படக்கூடிய சூழலை உருவாக்குவதற்கு மூலோபாய தகவல் முகாமைத்துவ முறைமைகளை வலுப்படுத்தல்.

10.6.2. ஒரு உணவு நடத்தை கண்காணிப்பை நிறுவி, அதை போசாக்கு கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீட்டில் இணைத்தல்.

10.6.3. சான்றுகளை அடிப்படையாகக் கொண்ட தகவல்களை உருவாக்குவதற்கு பொருத்தமான ஆராய்ச்சியை ஆதரித்தல் மற்றும் இந்த சான்றுகளை பரிந்துரைத்தல், திட்டமிடல், செயல்படுத்தல் மற்றும் போசாக்கு தலையீடுகளை காலகாலம் மதிப்பிடுதல்.

11. கொள்கையின் எதிர்பார்க்கப்படும் தாக்கம் -

இலங்கை குடித்தொகையினரிடையே போசாக்கு மட்டத்தை உயர்த்துவதே இக்கொள்கையின் மூலம் எதிர்பார்க்கப்படும் இறுதிப் பெறுபேறாக இருப்பதுடன் புவிசார்ந்த சமூக பொருளாதார ஏற்றத்தாழ்வுகளை குறைத்தலுமாகும். மேலும் இந்நோக்கத்திற்காக பின்வரும் பெறுபேறுகள் அடையப்படவும் வேண்டும்.

1. குறையூட்டம், மிகையூட்டம், நுண்ணூட்டச்சத்துக் குறைபாடுகள் முதலிய மந்த போசாக்கினை குறைத்தல்.

2. ஆரோக்கியமான உணவின் கிடைக்கும் தன்மை, அணுகல், மலிவு மற்றும் பயன்பாடு ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் உணவு மற்றும் போசாக்கு பாதுகாப்பை அடைதல்.

11.1. இலங்கை மக்களிடையே மந்த போஷணை அடிப்படையில் குறைக்கப்பட்ட வழி வகைகள்;

11.1.1. குறையூட்டம்

11.1.1.1. ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட சிறார்களிடையேயான குள்ளமாதல் 17.31% (DHS,2016) இல் இருந்து 2030 இல் 10% ஆக குறைக்கப்பட்டது.

11.1.1.2. ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட சிறார்களிடையே மெலிதலை 15.1% (DHS,2016) இல் இருந்து <5% இக்கு குறைவாக 2030 ஆம் ஆண்டினுள் குறைக்கப்பட்டது

11.1.1.3. குறைந்த பிறப்பு எடையின் பரவலானது 15.7 % (DHS, 2016) இல் இருந்து 2030 க்குள் 10 % ஆகக் குறைக்கப்பட்டது.

11.1.1.4 10-18 வயதுடைய குழந்தைகளுக்கான குறைந்த உடல் திணிவு சுட்டி 26.9 % (தேசிய ஆய்வு, MRI, 2018) இலிருந்து 2030 க்குள் 18% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது.

11.1.2. அதிக எடை மற்றும் அதீத உடல் பருமன்

11.1.2.1. 2030 க்குள் ஐந்து வயதிற்கு கீழ்ப்பட்ட சிறார்கள் மத்தியில் 0.6% (NS-MRI, 2012) என்ற அடிப்படை மட்டத்திலிருந்து அதிக எடை மற்றும் அதீத உடல் பருமனில் அதிகரிப்பு ஏற்படவில்லை.

11.1.2.2. 2030 க்குள் கட்டிளம் பருவத்தினர் மற்றும் வயதுவந்தோரிடையே முறையே 7.6% மற்றும் 2.2% (NS-MRI, 2018) என்ற அடிப்படையிலிருந்து அதிக எடை மற்றும் அதீத உடல் பருமனில் அதிகரிப்பு ஏற்படவில்லை.

11.1.2.3. பெரியவர்கள் மற்றும் வயதானவர்களிடையே (18-69 வயது) அதிக எடை பரவுதல் 29.3% (STEPS Survey, 2015) இலிருந்து 2030 க்குள் 15% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது மற்றும் அதீத உடல் பருமன் 2030 ஆம் ஆண்டில் மேலும் 5 - 9% ஆகவும் குறைந்தது.

11.1.3 **நுண்ணூட்டச்சத்து குறைபாடுகள்**

11.1.3.1. ஐந்துவயதிற்கு கீழ்ப்பட்ட சிறார்கள், கட்டிளம் பருவத்தினர், வயதுவந்தோர் மற்றும் கர்பிணிப் பெண்கள் மத்தியில் அனைத்து நுண்ணூட்டச்சத்து குறைபாடுகளின் பரவலை 2030 க்குள் 10%க்கும் குறைவாக குறைதல்.

11.2 இலங்கை மக்களிடையே உணவுப் பாதுகாப்பையும் அவர்களின் பாதுகாப்பையும் அதிகரித்துள்ளது

11.2.1. **உணவுப் பாதுகாப்பு**

11.2.1.1. வீடுகளில் உணவுப் பாதுகாப்பின்மை 10.3% (உணவு பாதுகாப்பு கணக்கெடுப்பு DCS, 2014) இலிருந்து 2030 க்குள் 5% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது.

11.2.1.2. வீட்டு உணவுப்பாதுகாப்பின்மை அணுகல் அளவுகோல் (HFIAS) 9.2 (உணவு பாதுகாப்பு கணக்கெடுப்பு DCS, 2014) இலிருந்து 2030 இக்குள் 5 ஆகக் குறைக்கப்பட்டது.

11.2.2. உணவு பாதுகாப்பு

11.2.2.1. நாட்டில் கிடைக்கும் அனைத்து உணவுகளும் நுகர்வுக்கு பாதுகாப்பானவை.

12. அமுல்படுத்தல்

தேசிய, மாகாண, மாவட்ட மற்றும் பிரதேச மட்டங்களில் போசாக்கு தொடர்பான நடவடிக்கைகளைத் திட்டமிடுதல், செயல்படுத்துதல், கண்காணித்தல் மற்றும் மதிப்பீடு செய்வதற்கான வழிகாட்டும் ஆவணமாக தேசிய போசாக்கு கொள்கை காணப்படும். இது பொது, தனியார் மற்றும் தொழில்துறைகளுடன் தொடர்புடைய பல்வேறு வகையான பிரத்தியேகமானதும் உணர்திறன் மிக்கதுமானதுமான போசாக்கு உத்திகளை உள்ளடக்கியது. இது அரசாங்கத்தால், ஐக்கிய நாடுகள் சபை அல்லது நிறுவனங்களினதும் சில பகுதிகள், பிற அபிவிருத்தி பங்காளிகள், சிவில் சமூக நிறுவனங்கள் மற்றும் தனியார் துறை முகவர்கள் ஆகியோரால் வரையறுக்கப்பட்ட பொறுப்புகள் மூலம் அமுல்படுத்தப்படும். 2030 ஆம் ஆண்டு வரை இக்கொள்கை அமுல்படுத்தப்படுவதுடன், உயிர்ப்பாகவும் இருக்கும். தேவைப்படுமிடத்து புதிப்பிக்க வாய்ப்பளிப்பதற்கு 2025 ஆம் ஆண்டில் ஒரு இடைக்கால ஆய்வு நடத்தப்படும்.

கொள்கையை திறம்பட செயற்படுத்த நிலையான மற்றும் செயல்திறன் மிக்க நிறுவன வழிமுறைகள் கட்டாயமாகும். சுகாதார அமைச்சகம் இக் கொள்கையை விருத்தி செய்ய தலைமை தாங்குவதுடன், திட்டமிடல், அமுல்படுத்தல், கண்காணித்தல் மற்றும் போசாக்கு சுகாதார தலைமைத் திட்டத்துடன் இணைந்த ஆதாரங்களை அடிப்படையாகக் கொண்ட விசேட போசாக்கு நடவடிக்கைகளின் மதிப்பீடு என்பவற்றுக்கு பொறுப்பாகின்றது. குறித்த அமைச்சுக்களின் ஆணையின் படி மறைமுக போசாக்கு உணர்திறன் மிக்க நடவடிக்கைகள் அமுல்படுத்தப்படுகின்றன.

ஜனாதிபதி செயலகத்தில் செயல்படும் தேசிய போசாக்கு செயலகத்தினால் போசாக்கிற்கான பல் துறை செயற்திட்டம் (MsANP) 2018 – 2025 தயாரிக்கப்பட்டதுடன் இது விசேடத்துவமும் உணர்திறனும் மிக்க நேரடி மற்றும் மறைமுக போசாக்கு நடவடிக்கைகளின் ஒருங்கிணைப்பு, கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீடு ஆகியவற்றிற்கு பொறுப்பாகும்.

தேசிய போசாக்கு கொள்கை மற்றும் போசாக்கிற்கான பல் துறை செயற்திட்டம் என்பன தேசிய, மாகாண, மாவட்ட மற்றும் பிரதேச மட்டங்களில் வினைத்திறனுடன் ஒருங்கமைக்கப்பட்டு, கண்காணிக்கப்பட்டு, மதிப்பிடப்பட வேண்டும். தேசிய மட்டத்தில் தேசிய போசாக்கு கொள்கை ஆனது உயர் மட்ட ஒருங்கிணைப்பு குழுமம் மற்றும் பொருத்தமான அமைச்சுக்களின் உயர்மட்ட பிரதிநிதிகளை உள்ளடக்கிய வழிகாட்டல் குழுவினால் ஒருங்கிணைக்கப்படுவதுடன் தேசிய அளவில் முக்கியமான சான்றுகளை அடிப்படையாகக் கொண்ட முக்கியத்துவம் வாய்ந்த தேசிய போசாக்கு கொள்கை முடிவுகளை எடுத்து நடவடிக்கைகளை கண்காணிக்கவேண்டும்.

தேசிய போசாக்கு கொள்கை ஆனது கொள்கை முன்னுரிமைப் பகுதிகளின் அடிப்படையில் நடவடிக்கைக்கான மூலோபாய கட்டமைப்பை வரையறுப்பதுடன் பிரதான மூலோபாய திசைகளையும் அடையாளப்படுத்துகின்றது. மூலோபாய கட்டமைப்பில் ஒவ்வொரு மூலோபாய திசையின் கீழும் பிரதான தொழிற்பாட்டுப் பகுதிகள், எதிர்பார்க்கப்படும் பெறுபேறுகள் மற்றும் கண்காணித்தல் குறிகாட்டிகள் ஆகியவை உள்ளடங்கும். தேசிய போசாக்கு கொள்கையை செயல்படுத்துவதற்கான சாத்தியமான பொறுப்பான துறைகள் அல்லது அமைப்புகளையும் இது அங்கீகரிக்கிறது. இவ் ஆவணத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள வழிகாட்டுதல்களின் அடிப்படையில் மாகாணங்களும் போசாக்கு தொடர்பான முகவர்களும் பிற முகவர்களும் தங்கள் போசாக்கு

தொடர்பான மூலோபாய திட்டங்களை விருத்திசெய்யலாம். இந்த மூலோபாயத் திட்டங்கள் அனைத்தும் ஆண்டு முழுவதும் செயல்படுத்தப்படும் வகையில் செலவிடப்பட வேண்டும்.

12.1. போசாக்குக்கான பலதுறை செயல் திட்டங்களின் ஒருங்கிணைப்பு

பின்வரும் பல்துறை ஒருங்கிணைப்பு தளங்கள் தேசிய, மாகாண, மாவட்ட மற்றும் பிரதேச மட்டங்களில் எம்.எஸ்.ஏ.பி.என் (MsAPN) செயல்படுத்துவதற்கான திறமையான ஒருங்கிணைப்பு, கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீட்டை உறுதிசெய்கின்றன.

i. **தேசிய போசாக்கு கவுன்சில் (NNC) :** மேதகு ஜனாதிபதியின் தலைமையில் கொள்கை வழிகாட்டுதலையும் போசாக்கு தொடர்பான கொள்கை அளவிலான முடிவெடுப்பதை வழங்குவார். என்.என்.சி(NNC) ஆண்டுக்கு இரண்டு முறை கூடி, அனைத்து தொடர்புடைய அரசியல் அமைச்சர்களையும், மாகாணங்களின் முதலமைச்சர்களையும், அனைத்து அரசியல் கட்சிகளையும் பிரதிநிதித்துவப்படுத்தும் நாடாளுமன்ற உறுப்பினர்களையும், மற்றைய பங்குதாரர்களின் தலைவர்களையும் உள்ளடக்கிய அரசியல் அதிகாரத்தை ஒன்றிணைக்கிறது.

ii. **தேசிய போசாக்கு செயலகம் (NNS) :** தேசிய போசாக்கு கவுன்சிலின் செயலகக் குழுவாகும், இது ஜனாதிபதி செயலகத்தின் கீழ் உள்ளது. எம்.எஸ்.ஏ.பி.என் (MsAPN) இன் ஒருங்கிணைத்தல், கண்காணித்தல் மற்றும் மதிப்பீடு செய்தல் ஆகியவற்றிற்கு என்.என்.எஸ்**(NNS)** முக்கியமாக பொறுப்பாகும்.

iii. **போசாக்கிற்கான தேசிய வழிநடத்தல் குழு (NSCN):** ஜனாதிபதியின் செயலாளர் தலைமை தாங்குகிறார். என்.எஸ்.சி.என்(NSCN) காலாண்டுக்கு ஒரு முறை சந்தித்து அமைச்சகங்களின் செயலாளர்கள், மாகாணங்களின் தலைமை செயலாளர்கள், கல்வியாளர்கள், ஐ.நா. முகவர், சிவில் சமூகம் மற்றும் தனியார் துறை அமைப்புகள் உள்ளிட்ட வளர்ச்சி பங்காளிகளின் பிரதிநிதிகளை ஒன்றிணைக்கிறது. செயல்பாட்டின் ஒட்டுமொத்த முன்னேற்றத்தை என்.எஸ்.சி.என் (NSCN) அமுலாக்கத்தின் முன்னேற்றத்தை மதிப்பாய்வு செய்து போசாக்கு தொடர்பான குறிகாட்டிகளை மேம்படுத்த பல துறை ஆதரவை கோரும். இங்கு முன்வைக்கப்பட்டுள்ள குறிப்பிட்ட கொள்கை முன்மொழிவுகள் உயர்மட்ட தலையீட்டிற்காக தேசிய போசாக்கு கவுன்சிலுக்கு அனுப்பப்படவேண்டும்.

iv. **போசாக்கு தொழினுட்ப ஆலோசனைக் குழு (TACN):** என்.எஸ்.சி.என் இன் செயற்பாடுகளை ஆதரிப்பதற்கான தொழினுட்பக் குழுவாக இருக்கும். போசாக்குக்கான பலதுறை செயல் திட்டம் (எம்.எஸ்.ஏ.பி.என்) மற்றும் பிற போசாக்கு தொடர்பான கொள்கைகள் மற்றும் உத்திகளை செயல்படுத்த தொழினுட்ப வசதிகளை வழங்குவதற்காக நிறுவப்பட்டது தொழினுட்ப குழுவாகும். போசாக்கு தொழினுட்ப ஆலோசனைக் குழு அரசு, ஐ.நா மற்றும் பிற மேம்பாட்டு பங்காளிகள், கல்வியாளர்கள், சிவில் சமூகம் மற்றும் தனியார் துறை நிறுவனங்கள் போன்ற பல்வேறு துறைகளைச்

சேர்ந்த தொழினுட்ப நிபுணர்களை ஒன்றிணைத்து போசாக்கு பிரச்சினைகள் குறித்த தொழினுட்ப வழிகாட்டுதல்களை வழங்குகிறது.

v. **போசாக்கு குறித்த அமைசக வழிகாட்டல் குழுக்கள்:** சம்பந்தப்பட்ட அமைச்சக செயலாளர்கள் தலைமை தாங்கும் போசாக்கு தொடர்பான பரிந்துரைகள் TACN இக்கு தெரிவிக்கப்படும். இந்த அமைச்சக வழிநடத்தல் குழுக்களின் கீழ், அமைச்சகத்தின் கட்டளைப்படி போசாக்கு குறித்து பரிந்துரைகளை வழங்க தொழினுட்பக் குழுக்கள் அமைக்கப்படலாம்.

vi. **போசாக்கிற்கான மாகாண வழிநடத்தல் குழு (PSCN):** மாகாணத்தின் தலைமைச் செயலாளர் தலைமை தாங்குகிறார். பி.எஸ்.சி.என் மூன்று மாதங்களுக்கு ஒரு முறை கூடி மாகாண அமைச்சகங்களின் செயலாளர்கள், சம்பந்தப்பட்ட அரச நிறுவனங்களின் துறைத் தலைவர்கள், அபிவிருத்தி பங்காளிகளின் பிரதிநிதிகள், கல்வித்துறை, சிவில் சமூகம் மற்றும் மாகாணத்தில் பணிபுரியும் தனியார் துறை ஆகியவற்றை ஒன்றிணைக்கிறது.

vii. **போசாக்கிற்கான மாவட்ட வழிநடத்தல் குழு (DisSCN):** மாவட்ட செயலாளர் தலைமை தாங்குகிறார். டி.எஸ்.சி.என் இரண்டு மாதங்களுக்கு ஒரு முறை கூடி, சம்பந்தப்பட்ட அரசு நிறுவனங்களின் துறைத் தலைவர்கள், வளர்ச்சி பங்காளிகளின் பிரதிநிதிகள், கல்வியாளர்கள், சிவில் சமூகம் மற்றும் மாவட்டத்தில் பணிபுரியும் தனியார் துறை அமைப்புகளின் பிரதிநிதிகள் ஆகியவற்றை ஒன்றிணைக்கிறது.

viii. **போசாக்கிற்கான பிரதேச வழிநடத்தல் குழு (DivSCN):** பிரிவின் பிரதேச செயலாளர் தலைமை தாங்குகிறார். பிரதேச மட்டத்தில் டி.வி.எஸ்.சி.என் (DivSCN) ஒரு மாதத்திற்கு ஒரு முறை கூடி, சம்பந்தப்பட்ட அரசு நிறுவனங்களின் துறைத் தலைவர்கள், அபிவிருத்தி பங்காளிகளின் பிரதிநிதிகள், கல்வித்துறை, சிவில் சமூகம் மற்றும் பிரிவில் பணிபுரியும் தனியார் துறை நிறுவனங்கள் ஆகியவற்றை ஒன்றிணைக்கிறது.

மாகாண, மாவட்ட மற்றும் பிரதேச வழிநடத்தல் குழுக்கள் உள்ளூர் மட்டத்தில் மாவட்ட போசாக்கு செயல் திட்டங்களை (டி.என.ஏ.பி) செயல்படுத்துவதை கண்காணிக்கும் முக்கிய அமைப்புகளாக இருக்கும். உள்ளூர் போசாக்கு பிரச்சினைகள் பல துறை ஒருங்கிணைப்பு மூலம் தீர்க்கப்படுவதை அவர்கள் உறுதி செய்வார்கள்.

12.2. தேசிய போசாக்கு கொள்கையின் கண்காணிப்பும் மதிப்பீடும்

பலதுறை போசாக்கு நடவடிக்கைகளை நேரடியாகவும் மறைமுகமாகவும் கண்காணிக்கவும் மதிப்பீடு செய்யவும் தேசிய போசாக்கு செயலகத்தில் (NNS) ஒரு மூலோபாய தகவல் மேலாண்மை (SIM) பிரிவு நிறுவப்படும். சுகாதார அமைச்சகத்தின் போசாக்குப் பிரிவில் உள்ள மூலோபாய தகவல் மேலாண்மை (SIM) பிரிவு நேரடி போசாக்கு தலையீடுகளின் முடிவுகளை கண்காணிப்பதற்கும் மதிப்பீடு செய்வதற்குமான ஒரு மைய புள்ளியாக இருக்கவேண்டும், மேலும் இது என்.என்.எஸ். (NNS) உடன் தொடர்பு கொள்ளும்.

முன்னுரிமைப்படுத்தப்பட்ட கொள்கைப் பரப்பு I : சகல பிரஜைகளுக்குமான உணவும் மற்றும் போசாக்கிற்கான பாதுகாப்பு				
மூலோபாய திசைகள்/ வழிகாட்டுதல்	பிரதான செயற்பாட்டு பகுதிகள்	2030 க்குள் குறிகாட்டிகள் மற்றும்/அல்லது இலக்குகளை கண்காணித்தல்	பொறுப்புக்கூறும் பிரதான நிறுவனம்/கள் அல்லது அமைப்பு/கள்	மூலோபாய திசையில் எதிர்பார்க்கப்படும் பலாபலன்/கள் அல்லது விளைவு/கள்
1.1. போசாக்கு உணர்திறன் கொண்ட உணவு மதிப்பு சங்கிலி மூலம் தரமான, ஆரோக்கியமான உணவு கிடைப்பனவையையும் மற்றும் சமமான அனுகலையும் மேம்படுத்துதல்.	1.1.1. அ) ஆரோக்கிமான உணவு கிடைப்பனவு மற்றும் அனுகலை மேம்படுத்துவதற்கு நிலையான போசாக்கு உணர்திறன் உணவு மதிப்பு சங்கிலிகளை (விவசாயம், கால்நடைகள், மீன் வளர்ப்பு போன்றவையை) வலுப்படுத்துதல். ஆ) பருவகால, பாரம்பரிய மற்றும் அதிகளவில் பிரயோசனப்படுத்தாத பயிர்கள் உள்ளடங்கலாக அதிக விளைச்சல் தரும், சத்தான மற்றும் பன்முகப்படுத்தப்பட்ட தரமான விவசாய உற்பத்திபொருட்கள் கிடைப்பதனை உறுதிசெய்தல். இ) விவசாயத் துறையின் மூலம் காய்கறிகள், வித்துக்கள் மற்றும் பருப்பு வகைகள் நிலையான முறையில் கிடைப்பதனையும் அணுகலையும் உறுதிசெய்தல்.	1.1.1.1. மதிப்பிடப்பட்ட வருடாந்த தேவையில் ((உற்பத்தி + இறக்குமதி) / தேவை) x100) பொதுவாகப் பயன்படுத்தப்படும் உணவின் கிடைக்கும் விகிதம். (ஆதாரம் - விவசாய அமைச்சகம்) (2020 ஆம் ஆண்டுக்கான பொதுவாகப் பயன்படுத்தப்பட்ட உணவுத் தேவையின் வருடாந்த மதிபீடு மெட்ரிக் டன்களில் (MT) இணைக்கப்பட்டுள்ளது) 1.1.1.2. வீட்டு உணவு பாதுகாப்பின்மை அனுகல் அளவு மதிப்பெண (HFIAS)யை 9.2 (2014) இலிருந்து 5 ஆக குறைத்தல். (ஆதாரம் - DCS)	- தேசிய போசாக்கு செயலகம் (தே.போ.செ) - விவசாயம் - கால்நடைகள் - மீன்வளம் - வணிகம் - நிதி - விவசாயம் - கால்நடைகள் - மீன்வளம் - வணிகம் - விவசாயம் - வணிகம்	1.1.1. நாட்டில் நுகர்வுக்குப் போதுமான அளவில் தரமானதும் ஆரோக்கியமானதும் ஆன விவசாய உணவுப் பொருட்கள் கால்நடைகள் மற்றும் மீன்வளப் பொருட்கள் கிடைக்கின்றன. 1.1.2. அனைத்து குடிமக்களுக்கும் ஆண்டு முழுவதும் தரமான மற்றும் ஆரோக்கியமான உணவுக்கான அணுகல் உறுதிசெய்யப்பட்டது. 1.1.3. தரமான மற்றும் ஆரோக்கியமான உணவிற்கான ஒழுங்குவிதிகள் மற்றும் கண்காணிப்பு பொறிமுறைகள் நாட்டில் கிடைக்கப் பெற்றுள்ளன. 1.1.4. அறுவடைக்குப் பின்னரான உணவு இழப்பைக் குறைக்க உள்கட்டமைப்பு மேம்படுத்தப்பட்டது. 1.1.5. உணவு இறையான்மை மற்றும் ஆரோக்கியமான உணவுக்காக உருவாக்கப்பட்ட சுற்றுச்சூழல் சமூகங்களின் மத்தியில் செயல்படுத்தப்பட்டது.
	1.1.2. பாதுகாப்பான மற்றும் சத்தான உணவு கிடைப்பதனையும் அனுகுவதனையும் மேம்படுத்தவதற்கு வீட்டுத் தோட்டத்தை ஊக்குவித்தல்.	1.1.2.1. பிரதேச மட்டத்தில் அளவு மற்றும் வகையால் நிறுவப்பட்ட வீட்டுத் தோட்டங்களின் சதவீத்தை அடித்தள மட்டத்திலிருந்து 30% இனால் அதிகரித்துள்ளது. (ஆதாரம் - பிரதேச செயலக தரவுத்தளங்கள்)	- விவசாயம் - சமூக அதிகாரம் - மாகாண/ உள்ளூர் அரசாங்கங்கள்	
	1.1.3. உள்ளூர் இனங்களுடன் கொல்லைப்புற உள்நாட்டு வீட்டு	1.1.3.1. ஓவ்வொரு GN பகுதிகளிலும் மதிப்பிடப்பட்டவற்றில்	- கால்நடைகள் - சமூக அதிகாரம்	

	கால்நடை வளர்ப்பை வலுப்படுத்துதல்.	கொல்லைப்புற கால்நடை வளர்ப்பிற்கு போதுமான அளவு ஆதரவளிக்கப்பட்ட குடும்பங்களின் விகிதம் அடிப்படை மட்டத்திலருந்து 30% இனால் அதிகரித்துள்ளது. (ஆதாரம் - பிரதேச செயலக தரவுத்தளங்கள்)	- மாகாண/ உள்ளூர் அரசாங்கங்கள்	
	1.1.4. மேம்படுத்தப்பட்ட நிலப் பயன்பாட்டு திறன், போதுமான நீர்ப்பாசன வசதிகள் மற்றும் பயிர் தீவிரத்தை அதிகரிப்பதன் மூலம் உணவுப் பாதுகாப்பை மேம்படுத்துதல்.	1.1.4.1. விவசாய நிலபயன்பாட்டு திறன் அடிப்படையிலிருந்து 10% அதிகரித்துள்ளது. (ஆதாரம் - விவசாய திணைக்களம/ DOA)	- தேசிய திட்டமிடல் - நீர்ப்பாசனம் - விவசாயம்	
	1.1.5. அறுவடைக்குப் பின்னரான தொழினுட்பங்கள், விநியோகச் சங்கிலிக்கு பொருத்தமான போக்குவரத்து மற்றும் களஞ்சிய வசதிகளை மேம்படுத்துவதன் மூலம் அறுவடைக்கு பின்ரான இழப்புக்களைக் குறைத்தல்.	1.1.5.1. உணவு இழப்புக் குறியீடு அடிப்படை மட்டத்திலிருந்து 30% இனால் குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - மக்கள் தொகை கணக்கெடுப்பு மற்றும் புள்ளியியல் துறை/ DCS)	- விவசாயம் - கால்நடைகள் - மீன்வளம் - மாகாண/ உள்ளூர் அரசாங்கங்கள் - போக்குவரத்து - விஞ்ஞானம் மற்றும் தொழினுட்டம் - நிதி	
	1.1.6. சுற்றுச்சூழல் நட்பு உணவு மதிப்பு சங்கிலிகளை ஊக்குவித்தல்.	1.1.6.1. பதிவு செய்யப்பட்ட மொத்த பண்ணைகளில் நல்ல விவசாய நடைமுறைகளுக்கு (GAP) சான்றளிக்கப்பட்ட பண்ணைகளின் விகிதம். (ஆதாரம் - DOA)	- விவசாயம் - கால்நடைகள் - சுற்றுச்சூழல்	
	1.1.7. உணவு விநியோகச் சங்கிலி மேலாண்மையுடன் (தரமான உணவு உற்பத்தி, அறுவடைக்கு பின்னரான உணவு இழப்பை குறைத்தல், உணவு இறையாண்மை[15] போன்றவை) சம்பந்தப்பட்ட அனைத்து பங்குதாரர்களுக்கும் அதிகாரம் அளித்தல்.	1.1.7.1. மாகாணம், மாவட்டம் மற்றும் பிரதேச மட்டங்களில் அடையாளம் காணப்பட்ட பயிற்சி பெற்ற பங்குதாரர்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - மாகாண ஆலோசனைகள், மாவட்ட மற்றும் பிரதேச செயலக தரவுத்தளங்கள்).	- விவசாயம் - கால்நடைகள் - மீன்வளம் - வணிகம் - நிதி	

15 க்கான வரைவிலக்கணங்களுக்கு சொற்களஞ்சியத்தை பார்க்குக.

	1.1.8. உணவு பாதுகாப்பு கண்காணிப்பை வலுப்படுத்துதல். (உதாரணம் - உணவின் விளைச்சல் மற்றும் தரம், முன்னறிவிப்பு உற்பத்தி மற்றும் இறக்குமதி ஆகியவற்றைக் கண்காணித்தல்,	1.1.8.1. திட்டமிடப்பட்ட காலங்களில் (ஒவ்வொரு மூன்று வருடங்களுக்கும்) உணவு பாதுகாப்பு கணக்கெடுப்பு அறிக்கைகளின் கிடைப்பனவுத் தன்மை. (ஆதாரம் - விவசாய அமைச்சகம்) 1.1.8.2. ஆண்டுக்கு இரு முறை உணவு கணக்கெடுப்பிற்கான செலவு அறிக்கைகளின் கிடைப்பனவுத் தன்மை. (ஆதாரம் - விவசாய அமைச்சகம்)	- விவசாயம் - கால்நடைகள் - மீன்வளம் - வணிகம்	
	1.1.9. பிரதான/ அத்தியாவசிய உணவின் போசாக்கு உள்ளடக்கத்தை வலுவூட்டல்/உயிரியல் வலுவூட்டல் மூலம் பொருத்தமானதாக மேம்படுத்துதல்.	1.1.9.1. ஒரு வருடத்திற்கு உயிரியல் வலுவூட்டப்பட்ட பயிர்களின் எண்ணிக்கை (ஆதாரம் - DOA)	- விவசாயம் - வணிகம் - சுகாதாரம்	
	1.1.10. ஆரோக்கியமான உணவாக அங்கீகரிக்க போசாக்கு தரநிலைகளிற்கு/வாயில் வரம்பு நிலைகளுக்கு ஏற்ப வணிக ரீதியாக தயாரிக்கப்பட்ட உணவைமறு மறுசீரமைத்தல்.	1.1.10.1. ஆண்டுதோறும் ஆரோக்கியமான உணவாக மறுசீரமைக்கப்பட்ட பொதுவாக உட்கொள்ளப்படும் உணவுப் பொருட்களின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் -e-EOH &FS)	- விவசாயம் - வணிகம் - சுகாதாரம் - தொழிற்சாலைகள்	
1.2. ஆரோக்கியமான உணவு நடத்தைகளை மேம்படுத்த பொருத்தமான நிதி உத்திகளை ஏற்படுத்துதல்	1.2.1. ஆரோக்கியமற்ற உணவுகளுக்கு வரிவிதிப்பை அதிகரித்தல்.	1.2.1.1. ஆரோக்கியமற்ற உணவுகளுக்கான வரிவிதிப்பு ஒழுங்குவிதி முறைகளின் கிடைக்கும் தன்மை. (ஆதாரம்- e-EOH & FS)	- நிதி - வணிகம் - நுகர்வோர் விவகாரங்கள்	1.2.1.அனைத்து பிரஜைகளுக்கும் தரமான மற்றும் ஆரோக்கியமான உணவு கொள்வனவு செய்யக்கூடியதாக இருப்பது உறுதி செய்யப்படுகிறது. 1.2.2. நாட்டில் அத்தியாவசிய உணவுப் பொருட்களின் விலைகள் உறுதிப்படுத்தப்பட்டு உள்ளது.
	1.2.2. அ) ஆரோக்கியமான உணவின் விலையை கட்டுப்படுத்துதல். ஆ) அதி கூடிய விலைத்தளம்பலை கட்டுப்படுத்தும் வகையில் தீர்மானங்களுக்கு ஆதரவான தகவல் அமைப்புகளை (உற்பத்தி, சந்தைப் போக்கு மற்றும் காலநிலை காரணிகள்	1.2.2.1. உணவு விலைக் குறிகாட்டி முரண்பாடுகளின் சுட்டி அடித்தள மட்டத்திலிருந்து 30% இனால் குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - மக்கள் தொகை கணக்கெடுப்பு மற்றும் புள்ளியியல் விபரம்)	- நிதி - வணிகம் - நுகர்வோர் விவகாரங்கள் - சுகாதாரம் - விவசாயம் - கால்நடைகள் - மீன்வளம் - வணிகம்	

	போன்றவை) ஒருங்கிணைத்தல்.	1.2.2.2. உணவு மற்றும் மது அல்லாத பானங்களுக்கான நுகர்வோர் விலைக் குறியீட்டை 131.8 (DCS 2018,) இல்லிருந்து 110 ஆக குறைக்கப்படட்டது.		
	1.2.3. இலக்குப்படுத்தப்பட்ட சமூக பாதுகாப்புத் திட்டங்கள் மூலம் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்கள் இடையே ஊட்டச்சத்தை மேம்படுத்துதல்.	1.2.31. ஒவ்வொரு திட்டத்தின் கீழும் பிரதேச மட்டத்தில் அடையாளம் காணப்பட்ட சமூகப் பாதுகாப்பைப் பெற்றுக்கொண்ட தனிநபர்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - பிரதேச செயலக தரவுத்தாள்கள்)	- நிதி - வணிகம் - சமூக அதிகாரம்	
	1.2.4. பின்தங்கிய மக்களிடையே வருமானத்தை உருவாக்குதல்.	1.2.4.1. கினி(Gini) குணகம் 39.8% வீதத்திலிருந்து 30% (2016) ஆக குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - உலக வங்கி) 1.2.4.2. ஆண்டுதோறும் அடையாளம் காணப்பட்டவற்றில் இருந்து பிரதேசமட்டத்தில் வருமானத்தை உருவாக்கும் குடும்பங்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - பிரதேச செயலக தரவுத்தாள்கள்)	- நிதி - தேசிய திட்டமிடல் - சமூக அதிகாரம் - மாகாண/ உள்ளூர் அரசாங்கங்கள்	
	1.2.5. வீட்டு நிதி முகாமைத்துவத்துடன் சத்தான உணவின் நுகர்வை மேம்படுத்துதல்.	1.2.5.1. ஆண்டுதோறும் பிரதேச மட்டத்தில் நடத்தப்பட்ட குடும்ப நிதி முகாமைத்துவ விழிப்புணர்வு நிகழ்ச்சிகளின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - பிரதேச செயலக தரவுத்தாள்கள்)	- நிதி - தேசிய திட்டமிடல் - சமூக அதிகாரம் - சுகாதாரம்	
	1.2.6 இலக்குப்படுத்தப்பட்ட மக்களுக்கு மானிய விலையில் அத்தியாவசிய மற்றும்/அல்லது ஆரோக்கியமான உணவுப் பொருட்களை விநியோகித்தல்.	1.2.6.1. ஆண்டுதோறும் மானிய விலையில் விநியோகிக்கப்படும் அத்தியாவசிய மற்றும்/ அல்லது ஆரோக்கியமான உணவுப் பொருட்களின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - நிதி அமைச்சகத்தின் தரவுத்தளம்)	- நிதி - தேசிய திட்டமிடல் - சமூக அதிகாரம் - சுகாதாரம்	

1.3. உணவுப் பன்முகப் படுத்தலினையும் உணவு வீணாவதைக் குறைப்பதன் மூலம் அனைத்து போசாக்குகளின் உகந்த நுகர்வுக்கு சமூகத்தை வலுவூட்டல் மற்றும் ஊக்குவித்தல்	1.3.1. தேசிய போசாக்கு தகவல் தொடர்பு உத்தியை உருவாக்கி ஆரோக்கியமான உணவு உள்ளெடுப்பதனை ஊக்குவிப்பதற்காக சமூக நடத்தை மாற்ற தொடர்பை (SBCC) செயல்ப்படுத்துதல்.	1.3.1.1. புதிப்பிக்கப்பட்ட தேசிய போசாக்கு தகவல் தொடர்பு மூலோபாய உத்திகளின் கிடைக்கும் தன்மை (சுகாதார மேம்பாட்டு பணியகம் - HPB தரவுத்தளம்). 1.3.1.2. ஆண்டுதோறும் ஆரோக்கியமான உணவு உண்ணுதலை ஊக்குவிப்பதற்காக செயல்படுத்தப்பட்ட சமூக சந்தைப்படுத்தல் பிரச்சாரங்களின் எண்ணிக்கை (சுகாதார மேம்பாட்டு பணியகம் - HPB தரவுத்தளம்). 1.3.1.3. 18 முதல் 69 வயதுக்குட்பட்ட மக்கள் நாள்ளொன்றுக்கு 5 பரிமாறல்களான பழங்கள் (2 பரிமாறல்கள்) மற்றும் மரக்கறிகளை (3 பரிமாறல்கள்) உட்கொள்ளும் மக்கள்தொகையின் சதவீததை 27.5% (2015) இலிருந்து 40% ஆக அதிகரித்தல். (ஆதாரம் - தொற்றா நோய்களுக்கான கணக்கெடுப்பு)	- சுகாதாரம் - சுதேசய மருத்தவம் - விவசாயம் - மீன்வளம் - கால்நடைகள் - கல்வி - ஊடகம் - சமூக அதிகாரம் - சிவில் சமூக அமைப்புகள் (CSO)/ சமூக அடிப்படையிலான நிறுவனங்கள் (CBOs)	1.3.1. சமூகத்தில் பன்முகப்படுத்தப்பட்ட உணவின் நுகர்வு மேம்படுத்தப்பட்டது. 1.3.2. வீட்டு மட்டத்தில் வீண் விரயமின்றி கிடைக்கும் உணவை சிறந்த முறையில் பயன்படுத்துதல் அடையப்பட்டது.
	1.3.2. தேசிய மூலோபாய உத்திகளுக்கு (போசாக்கு மூலேபாய உத்திகள், நுண்ணூட்டச்சத்து மூலோபாயங்கள், தொற்றாநோய்களின் தடுப்பு மற்றும் கட்டுப்பாடுக்கான உத்திகளுக்கு) இணங்க மாவட்ட மற்றும் பிரதேச போசாக்கு ஊக்குவிப்பு நடவடிக்கைகளின் திட்டமிடல் மற்றும் நடைமுறைப்படுத்துதல்.	1.3.2.1. மாவட்ட மற்றும் பிரதேச மட்டத்தில் திட்டமிட்டபடி செயல்படுத்தப்படும் போசாக்கை மேம்படுத்தும் தலையீடுகளின் விகிதம். (ஆதாரம் - மாவட்ட/ பிரதேச செயலக தரவுத்தாள்கள்)	- தேசிய போசாக்கு செயலகம் - கொள்கை திட்டமிடல் - சுகாதாரம் - மாகாண, மாவட்ட மற்றும் பிரதேச அதிகாரிகள்	
	1.3.3. சமநிலை உணவு, பன்முகப்படுத்தப்பட்ட பயன்பாடு, சத்தான உணவு மற்றும் உணவு பாதுகாப்பு	1.3.3.1. திட்டமிடப்படாத சமூகத்தில் செல்வாக்கு செலுத்துபவர்களுக்காக நடத்தப்படும் உணவுப் பன்முகத்தன்மையுடன்	- சுகாதாரம் - சுதேசய மருத்தவம் - கல்வி	

	போன்றவற்றைப் பற்றிய அறிவியல் பூர்வமான தகவல்களை விழிப்புணர்வு மூலம் சிவில் சமூக அமைப்புகள், தனியார் துறை மற்றும் ஊடகப் பணிப்பாளர்கள் உள்ளடங்களாக சமூகத்தில் செல்வாக்கு செலுத்துபவர்களுக்கு அதிகாரம் அளித்தல் மற்றும் அணிதிரட்டுதல்.	ஆரோக்கியமான உணவு உண்ணுதல் பற்றிய விழிப்புணர்வு நிகழ்வுகளின் விகிதம். (ஆதாரம் - சுகாதாரத் துறை தரவுத்தாள்கள்)	- ஊடகம் - சமூக அதிகாரம் - தொடர்பான மாகாண மற்றும் மாவட்ட அதிகாரிகள் - சிவில் சமூக அமைப்புகள் (CSO)/ சமூக அடிப்படையிலான நிறுவனங்கள் (CBOs)	
	1.3.4. கிராம மட்டத்தில் ஆரோக்கியமான உணவு உண்ணுவதை ஊக்குவிக்க ஆதார அடிப்படையிலான தலையீடுகளை செயல்படுத்துதல்.	1.3.4.1. கிராம மட்டத்தில் திட்டமிடப்பட்ட தலையீடுகளிலிருந்து ஆரோக்கியமான உணவு உண்ணுதலை ஊக்குவிப்பதற்கான தலையீடுகளின் விகிதம். (ஆதாரம் - MOH தரவுத்தாள்கள்)	- மாவட்ட/பிரதேச/ கிராம மட்டத்திலான சுகாதார அதிகாரிகள் - போசாக்கு தொடர்பான மற்றைய துறைகள் - CSO/ CBO/ NGOs – தனியார் துறைகள்	
	1.3.5. சில்லறை மற்றும் நுகர்வோர் மட்டங்களில் உணவு வீணாக்கப்படுவதனைக் குறைப்பதற்கு சமூகத்திற்கு அதிகாரம் அளித்தல்.	1.3.5.1. முந்தைய ஆண்டுகளுடன் ஒப்பிடுகையில் சில்லறை மற்றும் நுகர்வோர் மட்டங்களில் தனிநபர் உணவு கழிவுகளின் சதவீதம் குறைப்பு. (ஆதாரம் - விவசாய அமைச்சகம்)	- சுகாதாரம் - கல்வி - ஊடகம் - சிவில் சமூக அமைப்புகள் (CSO	

முன்னுரிமைப்படுத்தப்பட்ட கொள்கைப் பரப்பு II : பல்துறை சார் ஒன்றிணைந்து செயலாற்றுவதை ஒருங்கிணைத்தலும், பங்காளித்துவமும்				
மூலோபாய திசைகள்/வழிகாட்டுதல்	**பிரதான செயற்பாட்டு பகுதிகள்**	**2030 க்குள் குறிகாட்டிகள் மற்றும் /அல்லது இலக்குகளை கண்காணித்தல்**	**பொறுப்புக்கூறும் பிரதான நிறுவனம்/கள் அல்லது அமைப்பு/கள்**	**மூலோபாய திசையில் எதிர்பார்க்கப்படும் பலாபலன்/கள் அல்லது விளைவு/கள்**
2.1. அவர்களின் ஆணைப்படி நேரடி மற்றும் மறைமுக போசாக்கு தலையீடுகளை வழங்குவதறகாக சுகாதாரம் மற்றும் சுகாதாரம் சாரா அரச அமைப்பகளைப் வலுப்படுத்துதல்.	2.1.1. ஒரு சூழ்நிலைப் பகுப்பாய்வைத் தொடர்ந்து நீடித்த போசாக்கு தலையீடுகளுக்காக அனைத்து துறைகளிலும் நிறுவன திறன்களை (உ+ம் - மனித, நிதி, உட்கட்டமைப்பு, தொழினுட்பம் போன்றவை) வலுப்படுத்துதல்.	2.1.1.1. திட்டமிடப்பட்டவற்றிக்கு வெளியே தொடர்புடைய அமைச்சகங்களில் ஆட்சேர்ப்பு செய்யப்பட்ட போசாக்கு தொடர்பான பணியாளர்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - தொடர்புடைய அமைச்சகங்களின் தரவுத்தளங்கள்) 2.1.1.2. சம்பந்தப்பட்ட அமைச்சகங்களில் திட்டமிடப்படாத நேரடி மற்றும் மறைமுக தலையீடுகளை வழங்குவதற்கான திறன் மேம்பாட்டுத் திட்டங்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - தொடர்புடைய அமைச்சகங்களின் தரவுத்தளங்கள்) 2.1.1.3. திட்டமிடப்படாத போசாக்கு நடவடிக்கைகளுக்காக ஒதுக்கப்பட்ட நிதிகளின் விகிதம். (ஆதாரம் - தொடர்புடைய அமைச்சகங்களின் தரவுத்தளங்கள்) 2.1.1.4. சம்பந்தப்பட்ட அமைச்சகங்களில் திட்டமிடப்படாத போசாக்கு தலையீடுகளை வழங்குவதற்காக மேம்படுத்தப்பட்ட உள்கட்டமைப்பு வசதிகளின் விகிதம். (ஆதாரம் - தொடர்புடைய அமைச்சகங்களின் தரவுத்தளங்கள்)	- தேசிய போசாக்கு செயலகம் - முகாமைத்துவ சேவைகள் - தேசிய திட்டமிடல் - நிதி - தேசிய பாதீட்டு திணைக்களம் - போசாக்கு தொடர்பான பொறுப்புக்களைக் கொண்ட அனைத்து அமைச்சகங்கள்	2.1.1. சம்பந்தப்பட்ட துறைகளில்/ நிறுவனங்களில் தேவைக்கேற்ப போசாக்கு தொடர்பான அறிவாண்மை மற்றும் திறனுடன் கலந்த மனித வளங்கள், நிதி ஆதாரங்கள் மற்றும் உள்கட்டமைப்பு வசதிகள் மேம்படுத்தப்பட்டுள்ளது.
2.2. MsAPN ஐ திறம்பட செயல்படுத்துவதற்கான நீடித்த அரசியல் அர்ப்பணிப்பு மூலம் உயர் மட்ட ஒருங்கிணைந்த மற்றும்	2.2.1. அரசியல் தலைமைத்துவம் மற்றும் ஏனைய பங்குதாரர்களிடையே கிரமமான நிபுணத்துவ ஆலோசனைகளிற்காக பரிந்துரை செய்யும் நுட்பத்தை	2.2.1.1. MsAPN யை செயல்படுத்த உயர் மட்ட செயல்பாட்டு ஒருங்கிணைப்பு மற்றும் பரிந்துரை செய்யும் நுட்பங்களை கிடைக்கக்கூடிய தன்மையை கொண்டிருத்தல்.	- தேசிய போசாக்கு மன்றம் - தேசிய போசாக்கு செயலகம்	2.2.1. MsAPN.யை செயல்படுத்த உயர் மட்ட செயல்பாட்டு ஒருங்கிணைப்பு மற்றும் பரிந்துரை செய்யும் நுட்பங்களை கிடைக்கக்கூடிய

வழிநடத்தப்பட்ட மூலோபாய ஒருங்கிணைப்பு பொறிமுறையை மீண்டும் நிலைநிறுத்துதல்.	ஒழுங்கமைத்து நெறிப்படுத்துதல்.	(ஆதாரம் - தேசிய போசாக்கு செயலகம்)	- போசாக்கிற்கான தேசிய வழிநடத்தல் குழு	தன்மையை கொண்டிருத்தல்.
	2.2.2. பொருத்தமான கொள்கைகளினால் போசாக்கினை மேம்படுத்துவதற்கு தேசிய உபாயங்கள் மற்றும் சட்டவாக்கத்தை ஒருங்கிணைத்தல்.	2.2.2.1. போசாக்குடன் தொடர்புடைய தேசிய கொள்கைகள், தேசிய மற்றும் சர்வதேச போசாக்கு உபாயங்கள்/ தர நியமங்கள் மற்றும் சட்டவாக்கத்திற்கு அமைய செயல்பாட்டு MsAPNஇன் கிடைக்கும் தன்மை. (ஆதாரம் - தேசிய போசாக்கு செயலகம்)	- தேசிய போசாக்கு மன்றம் - தேசிய போசாக்கு செயலகம் - போசாக்கிற்கான தேசிய வழிநடத்தல் குழு - போசாக்கு தொடர்பான அனைத்து துறைகள்	2.2.2.அனைத்து போசாக்குடன் தொடர்புடைய தேசிய மற்றும் மாகாண கொள்கைகளையும் தேசிய உபாயங்கள், நியமங்கள் மற்றும் சட்டவாக்கத்திற்கு அமைய் போசாக்கு பகுதியினை அவற்றின் கொள்கைகளில் இணைக்கப்பட்டு ள்ளன.
2.3. மத்திய, மாகாண, மாவட்ட, பிரதேச மற்றும் கிராம மட்டடங்களில் ஒன்றிணைந்து செயலாற்றும் பல்துறை சார்ந்த போசாக்கு தொடர்பான நடவடிக்கைகளுக்கான பொறுப்பக்கூறல் வழிமுறைகள் உள்ளிட்ட பயனுள்ள ஒருங்கிணைப்பு அமைப்புகளை நிறுவுதல்.	2.3.1. MsAPN இனை நிர்வகிப்பதற்கு மத்திய மாகாண, மாவட்ட, பிரதேச மற்றும் கிராம மட்டங்களில் செயல்படும் ஒருங்கிணைப்பு பொறிமுறையை நிறுவுதல்.	2.3.1.1. அட்டவணைப் படி நடைபெற்ற கூட்டங்களின் எண்ணிக்கை - தேசிய போசாக்கு கவுன்சில் (வருடத்துக்கு ஒரு முறை) - போசாக்கிற்கான தேசிய வழிநடத்தல் குழுக்கள் (4 மாதங்களுக்கு ஒரு முறை) - போசாக்கு தொழினுட்ப ஆலோசனைக் குழு (தேவைக்கேற்ப) - போசாக்கிற்கான மாகாண வழிநடத்தல் குழுக்கள் (3 மாதங்களுக்கு ஒரு முறை) - போசாக்கிற்கான மாவட்ட வழிநடத்தல் குழு (2 மாதங்களுக்கு ஒரு முறை) - போசாக்கிற்கான பிரதேச வழிநடத்தல் குழு (மாதத்திற்கு ஒரு முறை) - கிராம அளவிலான குழுக்கள் (மாதத்திற்கு ஒரு முறை) (ஆதாரம்- தொடர்புடைய நிறுவனங்களின் தரவுத்தாள்கள்)	- தேசிய போசாக்கு செயலகம் - மாவட்ட செயலகம் - பிரதேச செயலகம் - சுகாதாரம்	2.3.1. போசாக்குக்கான பல்துறை செயல் திட்டம் (MsAPN) திறம்பட மற்றும் திறமையாக செயல்படுத்தப்பட்டது.

	2.3.2. மத்திய, மாகாண, மாவட்ட, பிரதேச மற்றும் கிராம மட்டங்களில் போசாக்கு கொள்கைகள், மூலோபாய மற்றும் செயல் திட்டங்களை ஒருங்கிணைத்தல்.	2.3.2.1. மத்திய, மாவட்ட, பிரதேச மற்றும் கிராம மட்டங்களில் போசாக்கு தலையீடுகள் குறித்த ஆய்வு அறிக்கைகள்/ கூட்டங்களின் நடவடிக்கை குறிப்புகள் கிடைக்கும் தன்மை. (ஆதாரம்- தொடர்புடைய தரவுத்தாள்கள்)	- தேசிய போசாக்கு செயலகம் - மாவட்ட செயலகம் - பிரதேச செயலகம - சுகாதாரம்	
	2.3.3. பல பங்குதாரர்களின் ஒத்துழைப்பு மூலம் மந்தபோசாக்கினை ஒளிப்பதற்கு அரசு, அரசு சார்பற்ற நிறுவனங்கள், தனியார் துறை மற்றும் சிவில் சமூக அமைப்புக்களுடன் கூட்டாண்மைகளை வலுப்படுத்துதல்.	2.3.3.1. மாவட்ட/ பிரதேச/ கிராமிய மட்டங்களில் போசாக்கு நடவடிக்கைகளில் ஈடுபட்டுள்ள NGOs/CSOs / தனியார் துறைகளின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம்- தொடர்புடைய தரவுத்தாள்கள்)	- போசாக்கு தொடர்பான செயற்பாடுகளுக்கான பொறுப்பான அனைத்து துறைகளும். - அரசு சார்பற்ற மற்றும் சிவில் சமுக நிறுவனங்கள் -தனியார் துறை	

முன்னுரிமைப்படுத்தப்பட்ட கொள்கைப்பரப்பு III: பாதுகாப்பான உணவினை பெற்றுக்கொள்ளும் உரிமை பாதுகாப்பதற்கான சட்ட வரைபினை வலுவூட்டலும் முறையற்ற சந்தைப்படுத்தலை கட்டுப்படுத்தலும்				
மூலோபாய திசைகள்/ வழிகாட்டுதல்	**பிரதான செயற்பாட்டு பகுதிகள்**	**2030 க்குள் குறிகாட்டிகள் மற்றும்/அல்லது இலக்குகளை கண்காணித்தல்**	**பொறுப்புக்கூறும் பிரதான நிறுவனம்/கள் அல்லது அமைப்பு/கள்**	**மூலோபாய திசையில் எதிர்பார்க்கப்படும் பலாபலன்/கள் அல்லது விளைவு/கள்**
3.1. உணவு விநியோகச் சங்கிலி முழுவதும் உணவு பாதுகாப்பு சட்டவாக்க முறைமையினை நெறிமுறைபபடுத்தல்.	3.1.1.மக்களினால் அதிகம் நுகரப்படும் தெருவோ உணவு மற்றும் துரித உணவு உள்ளிட்ட உணவுப் பொருட்களுக்கு முன்னுரிமை அளிக்கும் உணவுப் பாதுகாப்பு மற்றும் தரநிலை தொடர்பான தேவையான சட்டங்களை அறிமுகப்படுத்துதல் அல்லது மறுபரிசீலனை செய்தல் மற்றும் திருத்துதல்.	3.1.1.1. திட்டமிட்டபடி அறிமுகப்படுத்தப்பட்ட உணவு தொடர்பான புதிய சட்டங்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - e- EOH & FS) 3.1.1.2. திட்டமிட்டபடி திருத்தப்பட்ட உணவு தொடர்பான சட்டங்களின் விகிதம். (ஆதாரம் -e- EOH & FS)	- சுகாதாரம் - சட்டம் - நுகர்வோர் விவகார அதிகார சபை	3.1.1. உயிரியல் ரீதியாகவும், வேதியல் ரீதியாகவும் மற்றும் உடல் ரீதியாகவும் பாதுகாப்பான உணவுகள் நாட்டில் கிடைக்கின்றன.
	3.1.2. தற்போது வழக்கிலுள்ள மற்றும் புதிதாக வடிவமைக்கப்பட்ட சட்டங்களின் அமுல்படுத்துவதை வலுப்படுத்துதல்.	3.1.2.1. பிரதேச மட்டத்தில் உள்ள அனைத்து உணவு வளாகங்களிலும் உணவு அதிகாரத்தின் கீழ் பதிவு செய்யப்பட்ட உணவு வளாகங்களின் விகிதம் (ஆதாரம் - பிரதேச செயலக தரவுத்தளங்கள்) 3.1.2.2. அனைத்து புகார்களிலும் CAA ஆல் விசாரிக்கப்பட்ட பொது புகார்களின் விகிதம் (ஆதாரம் - CAA தரவுத்தளம்)	- சுகாதாரம் - உள்ளூர் அதிகார சபை - CAA - உணவு வளாகங்கள்	
3.2. ஒரு வலுவான சட்டமன்ற பொறிமுறைமையின் மூலம் நெறிமுறையற்ற சந்தைப்படுத்தலை கட்டுப்படுத்துதல்.	3.2.1. ஊட்டச்சத்து சுயவிபர மாதிரி உட்பட ஆரோக்கியமற்ற உணவை ஊக்குவிப்பதை கட்டுப்படுத்தவதற்கு தற்போதுள்ள பொறிமுறையை நெறிப்படுத்துதல்.	3.2.1.1. உணவு விளம்பரங்களை அங்கீகரிக்க ஒரு தேசிய அமைப்பின் இருப்புத் தன்மை. (ஆதாரம் -e- EOH & FS) 3.2.1.2. சுட்டுத்துண்டுகள் மற்றும் விளம்பர விதிமுறைகளை மீறியதற்காக செய்யப்பட்ட வழக்ககளின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் -e- EOH & FS)	- சுகாதாரம் - CAA - ஊடகம்	3.2.1. உணவு மற்றும் பானங்கள் (குழந்தைகளுக்கான உணவு மற்றும் பானங்கள் உள்பட) மேம்படுத்துவதை ஒழுங்குபடுத்துவதற்கான ஒரு செய்பாட்டு பொறிமுறை நாட்டில் நிறுவப்பட்டுள்ளது 3.2.2. தாய்ப்பாலுட்டல் குறியடு பாராளுமன்றத்தின் சட்டமாக உருவாக்கப்பட்டுள்ளது மற்றும் அனைத்து தொடர்குடைய சட்டங்களும் முழுமையாக அமுல்படுத்தப்பட்டது.

	3.2.2. கைக்குழந்தைகள் மற்றும் இளம் குழந்தைகளுக்கான பால் சூத்திரம் மற்றும் பால் பொருட்கள், வணிக ரீதியாக தயாரிக்கப்பட்ட உணவுகள் மற்றும் பானங்கள் ஆகியவற்றைக் கட்டுப்படுத்த வலுவான சட்டங்களை செயற்படுத்துதல்.	3.2.2.1. கண்காணிக்கப்படும் விளம்பரங்களில் இருந்து கைக்குழற்தைகளையும் இளம் குழந்தைகளையும் நோக்கமாகக் கொண்ட கைக்குழந்தை மற்றும் இளம் குழந்தைகளுக்கான பால் சூத்திரங்கள்/ வணிக ரீதியாக தயாரிக்கப்பட்ட உணவுகள் மற்றும் பானங்கள் ஆகியவற்றை சந்தைப்படுத்துவதற்கான விதிமுறைகளுக்கு இணங்காத விளம்பரங்களின் விகிதாசாரம் (ஆதாரம் -e- EOH & FS)	- சுகாதாரம் - CAA - உணவு உற்பத்தியாளர்கள் மற்றும் விநியோகஸ்தர்கள் - நுகர்வோர் அமைப்புகள்	
3.3. உணவு பாதுகாப்பிற்கான கண்காணிப்பு பொறிமுறையை வலுப்படுத்துதல்	3.3.1. உணவுகளின் ஊட்டச்சத்து உள்ளடக்கம் மற்றும் உயிரியல் (மரபியல் உட்பட), இரசாயனவியல், பௌதீகவியல் (கதிரியக்கவியல் உட்பட) மாசுப்பொருட்களுக்கான உணவை மதிப்பிடுவதற்கான பகுப்பாய்வு திறனை வலுப்படுதத்துதல்.	3..3.1.1. ஒரு புதிய ஆய்வகத்தை நிறுவுதல் அல்லது எற்கனவே உள்ள ஆய்வகத்தை தேசிய மேற்கோள் உணவு ஆய்வகமாக மேம்படுத்துதல். (ஆதாரம் - சுகாதார அமைச்சகம்) 3.3.1.2. ஒரு மாகாணத்தில் ஆகக்குறைந்தது அனைத்து மூலவளங்களுடன் கூடிய ஒரு ஆய்வுகூடம் மற்றும் அரச பகுப்பாய்வாளர் திணைக்களகத்தின் ஒரு பிரிவு என்பன உணவுப் பகுப்பாய்வுக்கான பெறக்கூடியதாக இருத்தல். (ஆதாரம் - PDHS தரவுத்தளம்/ அரச பகுப்பாய்வு திணைக்களம்)	- சுகாதாரம் - நிதி - தேசிய திட்டமிடல் - மாகாண/ உள்ளூர் அதிகாரிகள் - அரச பகுப்பாய்வு திணைக்களம்	3.3.1. பாதுகாப்பான உணவுக்கான உரிமையை உறுதிப்படுத்த உணவு பாதுகாப்பு கண்காணிப்பு வழிமுறைகள் வலுப்படுத்தப்பட்டுள்ளன 3.3.2. உள்கட்டமைப்பு மனித மற்றும் பிற வளங்கள் உள்ளிட்ட பகுப்பாய்வு திறன் உணவின் நுண்ணுயிரியல், இரசாயனவியல், பௌதீகவியல், மரபணு, கதிரியக்க மற்றும் உணவின் போசாக்கு மதிப்பீடுகளுக்கான பகுப்பாய்வுகள் வலுப்படுத்தப்பட்டது.
	3.3.2. மண் பாதுகாப்பு சட்டமூலத்தை நடைமுறைப்படுத்த தொடர்படைய துறைகளை வலுப்படுத்துதல்.	3.3.2.1. சம்பந்தப்பட்ட துறைகளால் மண் பாதுகாப்புச் சட்டத்தை அமுல்ப்படுத்த எடுக்கப்பட்ட நடவடிக்கைகளின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம்- காணி அமைச்சகம்)	- விவசாயம் - சுற்றுச்சூழல் - தோட்டம் - நிதி - மற்றைய தொடர்புடைய துறைகள்	
3.4. நீரின் தரம் மற்றும் பாதுகாப்பு ஒழுங்குவிதி முறைகள், தர நியமங்கள் மற்றும் வழிகாட்டுதல்களின் அமுலாக்கத்தை மேம்படுத்துதல்.	3.4.1. குடிநீரின் தரம் மற்றும் பாதுகாப்பு ஒழுங்குவிதி முறைகளை உருவாக்குதல்.	3.4.1.1. நீரின் தரம் மற்றும் பாதுகாப்பு ஒழுங்கு விதிமுறைகளின் கிடைப்பனவுத் தன்மை. (ஆதாரம் -e- EOH & FS)	- சுகாதாரம் - நிர் விநியோகம் - சுற்றுச்சூழல் - உள்ளூர் அதிகாரிகள் - மகாவலி அபிவிருத்தி	3.4.1. நாட்டில் உள்ள அனைத்து நீர் வழங்கல் திட்டங்களிலிருந்தும் பாதுகாப்பான குடிநீர் மற்றும் போத்தலில் பொதி செய்யப்பட்ட நீர் கிடைக்கப்பெறல்.

	3.4.2. நீரின் தரக் கண்காணிப்பை வலுப்படுத்துதல்.	3.4.2.1. பரிசோதிக்கப்பட்ட அனைத்து மாதிரிகளிலும் திருப்பதிகரமான நீர் மாதிரிகளின் விகிதம் (ஆதாரம் - சுகாதார அமைச்சகத் தரவுத்தாள்)	- சுகாதாரம் - நிர் விநியோகம்	3.4.2. நீர் தர ஒழுங்குவிதிமுறைகள் அமுல்படுத்தப் - பட்டுள்ளன
3.5. உணவுப் பாதுகாப்பு நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்வதற்கும் உணவுத் தரத்தை பராமரிப்பதற்கும் அனைத்து பங்குதாரர்களுக்கும் அதிகாரம் அளித்தல்.	3.5.1. உணவு உற்பத்தியாளர்கள்/ தயாரிப்பாளர்கள், விநியோகஸ்தவர்கள், கையாளுபவர்கள் மற்றும் நுகர்வோர் மத்தியில் ஒழுங்குவிதிமுறைகள் உள்ளிட்ட உணவுப் பாதுகாப்பு குறித்த விழிப்புணர்வை அதிகரித்தல்.	3.5.1.1. அனைத்து பங்குதாரர்களிடையே உணவு பாதுகாப்பு விழிப்புணர்வை மேம்படுத்தவதற்கான மூலோபாயத்தினை பெற்றுக்கொள்ளக்கூடிய தன்மை. (ஆதாரம் -e- EOH & FS) 3.5.1.2. பிரதேச மட்டத்தில் செயல்படும் நுகர்வோர் சங்கங்களின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - பிரதேச செயலக தரவுத்தளங்கள்)	- சுகாதாரம் - CAA	3.5.1. உணவுப் பாதுகாப்பில் தொடர்புடைய பங்குதாரர்கள் மற்றும் அமைப்பு முறைகளின திறன் மேம்படுத்தப்பட்டுள்ளது .
	. 3.5.2. உணவுப் பாதுகாப்பு ஒழுங்குவிதிமுறைகளை நடைமுறைப்படுத்த அனைத்து தொடர்புடைய பங்குதாரர்கள் மற்றும் அமைப்பு முறைகளை உருவாக்குதல்.	3.5.2.1. உணவுப் பாதுகாப்பு மற்றும் சுகாதாரப் பிரச்சினைகள் குறித்து புகார் செய்ய துரித தொலைத்தொடர்பு இலக்கம் உள்ளது. (ஆதாரம் -e- EOH & FS)	- சுகாதாரம்	

முன்னுரிமைப்படுத்தப்பட்ட கொள்கைப் பரப்பு IV : வாழ்நாள் முழுவதும் போசாக்கு மேம்பாடு				
மூலோபாய திசைகள்/வழிகாட்டுதல்	**பிரதான செயற்பாட்டு பகுதிகள்**	**2030 க்குள் குறிகாட்டிகள் மற்றும்/அல்லது இலக்குகளை கண்காணித்தல்**	**பொறுப்புக்கூறும் பிரதான நிறுவனம்/கள் அல்லது அமைப்பு/கள்**	**மூலோபாயதிசையில் எதிர்பார்க்கப்படும் பலாபலன்/கள் அல்லது விளைவு/கள்**
4.1. தம்பதியினர் தங்கள் முதல் குழந்தையைத் திட்டமிடுவதற்கு முன்பு அல்லது அடுத்தடுத்த கர்ப்பங்களைத் திட்டமிடுவதற்கு முன் கர்ப்பத்திற்கு முன்னைய பாராமரிப்பு வழங்குதல் மற்றும் ஆதரவான சூழலில் உகந்த போசாக்குகளுடன் கர்ப்பத்திற்குத் தயாராதல்.	4.1.1. அ). புதிதாக திருமணமான தம்பதிகளிடையே போசாக்கு குறைபாட்டிற்கான ஆபத்து காரணிகளை நிவர்த்தி செய்ய கர்ப்பத்திற்கு முந்தைய பராமரிப்பு பொதியை ஒழுங்குபடுத்துதல். ஆ). அடுத்தடுத்து கர்ப்பங்களைத் திட்டமிடும் தம்பதிகளுக்கு கர்ப்பகால பராமரிப்புப் பொதிளை வலுப்படுத்துதல்.	4.1.1.1. கர்ப்பிணிப் பெண்களில் 80%க்கு அதிகமானோர் கர்ப்பத்திற்கு முந்தைய கவனிப்பைப் பெற்றனர் (ஆதாரம் - eRHMIS) 4.1.1.2. முன்பதிவு வருகையின் போது சாதாரண உடற்திணிவுச் சுட்டி (BMI) (18.5 – 24.9) உள்ள கர்ப்பிணி பெண்களின் சதவீதம் 57% (2017) இலிருந்து 65% ஆக அதிகரித்தள்ளது. (ஆதாரம் - eRHMIS)	- சுகாதாரம் - சுதேச மருத்தவம்	4.1.1. எதிர்கால பெற்றோர்களிடையே சரியான போசாக்கு நிலை கர்ப்பத்திற்கு முந்தைய பராமரிப்பு மூலம் உறுதி செய்யப்படுகிறது. 4.1.2. உகந்த போசாக்கு நிலையில் பெண்கள் அடுத்தடுத்த கர்ப்பங்களில் நுழைகிறார்கள். 4.1.3. இனப்பெருக்க வயதுடைய பெண்களைக் கொணட குடும்பங்கள் கர்ப்பத்திற்கு முந்தைய போசாக்கு நிலையை மேம்படுத்த அதிகாரம் பெற்றுள்ளன.
	4.1.2. புதிதாக திருமனமான தம்பதிகள், இளம் பருவப் பெண்கள் மற்றும் தகுதியான தம்பதிகள் கர்ப்பத்திற்குள் நுழைவதற்கு முன்பு சமூக ஆபத்துக் காரணிகளைக் குறைப்பதற்கான வழிமுறைகளை நிறுவுவதன் மூலம் உகந்த போசாக்கை அடைய அதிகாரம் அளித்தல்.	4.1.2.1. 15-49 வயதுடைய திருமணமான பெண்களில் குறைந்த எடை 9.1% (2016) இலிருந்து 5% ஆக குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - DHS) 4.1.2.2. 15-49 வயதுடைய திருமணமான பெண்களில் அதிக எடை 32% (2016) இலிருந்து 15% ஆக குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - DHS) 4.1.2.3. 15-49 வயதுடைய திருமணமான பெண்களிகள் மத்தியில் அதீத உடல் பருமன் 13% (2016) இலிருந்து <10% ஆக குறைக்கப்பட்டது (ஆதாரம் - DHS) 4.1.2.4 . முதல் மூன்று மாதங்களில் இரத்த சோகையின் பரவல் 18.3% (2019) இலிருந்து 9 % ஆக குறைக்கப்பட்டது (ஆதாரம் - eRHMS)	- சமூக அதிகாரம் - கல்வி - பெண்கள் விவகாரங்கள் - சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம் - CSOs - தேசிய போசாக்கு செயலகம்	

	4.1.3. பிரசவத்திற்குப் பிறகு ஆறு மாதங்களில் பாலூட்டும்/ பிரசவித்த பெண்களின் போசாக்கு நிலையைக் கண்காணிக்கவும் மந்தபோசாக்கை நிவர்த்தி செய்யவும் ஒரு பொறிமுறையை நிறுவுதல்.	4.1.3.1. பிரசவத்திற்குப் பிறகு ஆறு மாதங்களில் பாலூட்டும்/ பிரசவித்த பெண்களிடையே போசாக்கு மதிப்பீட்டின் 90% காப்புறுதி செய்யப்படுகிறது. (ஆதாரம் - eRHMS)	- சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம்	
4.2. கர்ப்பிணி மற்றும் பிரசவத்திற்குப் பிறகு (பிரசவத்திற்குப் பிறகு ஆறு மாதங்கள் வரை) பெண்களுக்கு தேவையான போசாக்கு தேவையை வலுப்படுத்தும் வழிமுறைகள் மூலம் சரியான போசாக்கை பாதுகாத்தல்.	4.2.1. கர்ப்பிணி மற்றும் மகப்பேற்றுக்கு பிறகான பெண்களின் போசாக்கு நிலையை மேம்படுத்துதல்/ பராமரித்தல் மற்றும் உகந்த பிறப்பு எடையை அடைவதை நோக்கமாகக் கொண்ட தாய்வழி பராமரிப்பு குறித்த தேசிய வழிகாட்டுதல்களை நெறிப்படுத்துதல்.	4.2.1.1. கர்ப்பிணிப் பெண்களில் குறைந்தது 80% ஆன பேர் கர்ப்ப காலத்தில் விரும்பிய எடையைப் பெற்றனர். (ஆதாரம்:- eRHMIS) 4.2.1.2. கர்ப்பிணிப் பெண்களிடையே இரத்த சோகை 28 வாரங்கங்களுக்குள் 30.3% (2019) இன் அடிப்படையில் இருந்து 15% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம்:- eRHMIS) 4.2.1.3. குறைந்த பிறப்பு எடையை உடைய குழந்தைகளின் (LBW) சதவீதம் 15.7% (2016) இலிருந்து 10% ஆக குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - IMMR மற்றும் முக்கோண DHS)	- சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம்	4.2.1. அனைத்து கர்ப்பிணி மற்றும் பிரசவிக்கும் பெண்களுக்கு தேசிய வழிகாட்டுதல்களின் படி தரமான ஊட்டச்சத்து சேவைகள் வழங்கப்பட்டன. 4.2.2. கர்ப்பிணி மற்றும் பிரசவிக்கும் பெண்களுக்கு தடுப்பு மற்றும் நோய் தீர்க்கும் சுகாதாரத் துறைகளில் தேவையான ஊட்டச்சத்து சேவைகளை வழங்க போதுமான ஆதாரங்கள் உள்ளன. 4.2.3. கர்ப்பிணி மற்றும் பிரசவித்த பெண்களைக் கொண்ட அதைத்து குடும்பங்களும் சரியான ஊட்டச்சத்தை பெறும் அதிகாரம் பெற்றுள்ளன. 4.2.4. கர்ப்பிணி மற்றும் பிரசவத்திற்குப் பிந்தைய பெண்களின் ஊட்டச்சத்து நிலையை மேம்படுத்துவதில் தொடர்புடைய அனைத்து பங்குதாரர்களும்
	4.2.2. அடையாளம் காணப்பட்ட போசாக்கு பிரச்சினைகளுக்கு பதிலளிக்கும் வகையில் சேவைகளை வழங்குவதற்கும் மற்றும் அனைத்து கர்ப்பிணி மற்றும் பிரசவித்த பெண்களின் உகந்த போசாக்கு நிலையை உறுதி செய்வதற்கும் போதுமான ஆதாரங்கள் (திறமையான பணியாளர்கள், நிதி ஒதுக்கீடுகள் மற்றும் பிற ஆதாரங்கள் உள்பட) வளங்களை ஒதுக்கீடு செய்தல்.	4.2.2.1. கர்ப்பிணி மற்றும் பிரசவத்திற்குப் பிந்தைய பெண்களை இலக்காகக் கொண்ட ஊட்டச்சத்து ஊக்குவிப்பு நடவடிக்கைகளுக்கான தனிநபர் செலவு (ஆதாரம் - மாகாண சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர்கள் அதிகாரிகளின் - PDHS தரவுத்தாளம்). 4.2.2.2. அங்கீகரிக்கப்பட்ட பணியாளர்களுக்கு மேலாக பொது சுகாதார மருத்துவிச்சி (PHM)	- தேசிய திட்டமிடல் - நிதி - சுகாதாரம் - மாகாண அதிகாரிகள்	

		வெற்றிடங்களின் சதவீதம். (மாகாண சுகாதார பணிப்பாளர்களின் தரவுத்தளம்).		தீவிரமாக ஈடுபட்டுள்ளனர் 4.2.5. கர்ப்பிணிகள் மற்றும் பிரசவத்திற்குப் பிறகான பெண்களிடையே ஊட்டச்சத்து குறைபாடு குறைகிறது. 4.2.6. அனைத்து குழந்தைகளும் உகந்த பிறப்பு எடையுடன் பிறக்கின்றன.
	4.2.3. மகப்பேற்று போசாக்கை மேம்படுத்துவதற்கும் உகந்த தாய்வழி போசாக்கை உறுதி செய்வதற்காகவும் கர்ப்பிணி மற்றும் பிரசவத்திற்குப் பிறகான பெண்களைக் கொண்ட குடும்பங்களுக்கு அதிகாரமளிப்பதற்கான பலதுறை நடவடிகடகைகளை வலுப்படுத்துதல்.	4.2.3.1. ஒவ்வொரு PHM பகுதியிலும் திட்டம் இடப்பட்டதற்கு மேலாக வெவ்வேறு பங்குதாரர்களால் நடத்தப்படும் ஊட்டச்சத்து ஊக்குவிப்புத் தலையீடுகளின் சதவீதம். (ஆதாரம் - சுகாதார அமைச்சகம், CSO தரவுத்தளங்கள்).	- சமூகப்பணி - பெண்கள் விவகாரங்கள் - இளைஞர்கள் - சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம் - CSOs	
4.3. அனைத்து அமைப்புகளிலும் நிறைவடைந்த 6 மாதங்கள் தாய்ப்பால் மற்றும் பிரத்தியேக தாய்ப்பால் ஆகியவற்றை முன்கூட்டியே தொடங்குவதற்கான சூழலை உருவாக்குதல்.	4.3.1. சமூக ஆதரவை வலுவூட்டுவதன் மூலமும் சரியான போசாக்கு தகவல்களை வழங்குவதன் மூலமும் ஆறு மாதங்களுக்கு பிரத்தியேகமான தாய்ப்பாலை கொடுப்பதை உறுதிப்படுத்த குழும்பங்களுக்கு அதிகாரம் அளித்தல்.	4.3.1.1. ஆறு மாதங்களுக்கு உட்பட்ட குழந்தைகளுக்கு பிரத்யேக தாய்ப்பால் கொடுத்தல் 82% இருந்து 90% வரையாக அதிகரித்துள்ளது (ஆதாரம்:DHS, 2016)	- சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம்	4.3.1. புதிதாக பிறந்த குழந்தைகளுக்கான தாய்பாலுட்டலை விரைவாக ஆரம்பித்தல் மற்றும் 6 மாதங்கள் பூர்த்தி செய்யப்பட்டதும் பிரத்தியேகமான தாய்பாலூட்டல் மேம்படுத்தப்பட்டது. 4.3.2. மகப்பேறு சேவைகளுடன் தாய் மற்றும் குழந்தை நட்பு முயற்சி அனைத்து மருத்தவமனைகளிலும் செயல்படுத்தப்படுகிறது 4.3.3. குடும்ப நட்பு பணியிட முயற்சி நாடு முழுவதும் செயல்ப்படுத்தப்பட்டது. 4.3.4. அனைத்து பாலுட்டும் தாய்மார்களும் ஆறு மாதங்களுக்கு பிரதியேக தாய்ப்பால் கொடுப்பதற்கு வசதியாக மகப்பேறு சலுகைகளைப் பெறுகிறார்கள்.
	4.3.2. தாய் மற்றும் குழந்தைக்கு உகந்த மருத்துவமனை முன்முயற்சி (M மற்றும் BFHI) செயல்படுத்தவதை உறுதி செய்தல்.	4.3.2.1. தாய்ப்பாலின் ஆரம்ப கால துவக்கத்தின் பரவல் 98% இக்கும் அதிகமாக மேம்படுத்தப்பட்டு பராமரிக்கப்படுகிறது. (ஆதாரம் - eRHMIS/ DHS). 4.3.2.2. பாலூட்டல் மற்றும் M & BFHI பற்றிய திறன் வளர்ப்பு திட்டங்கள் குறைந்தது 90% சேவை வழங்குநர்களுக்காக நடாத்தப்பட்டன. (ஆதாரம் - eRHMIS/ DHS). 4.3.2.3. தாய் சேய் நட்பு மருத்துவமனை முயற்சி (M & BFHI) அனைத்து சுகாதார நிறுவனங்களிலும் செயல்படுத்தப்பட்டது.	- நிதி - தேசிய திட்டமிடல் - மாகாண அதிகாரிகள் - சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம் - நிர் விநியோகம்	

	4.3.3.அனைத்து அமைப்புகளிலும் தாய்ப்பால் கொடுப்பதற்கான ஆதரவான சூழலை வலுப்படுத்துதல்.	4.3.3.1. குறைந்தபட்சம் 75% வீத சுகாதார பராமரிப்பு நிறுவனங்களில் தாய் சேய் பராமரிப்பு சேவைக்கான பரிந்துரைக்கப்பட்ட அட்டைகள் உள்ளன. (ஆதாரம் - சுகாதார அமமைச்சகம்)	- நிதி - தொழிலாளர் - பொது நிர்வாகம் - தேசிய திட்டமிடல் - மாகாண அதிகாரிகள் - சமூக அதிகாரம் - பெண்கள் விவகாரங்கள் - அரசு, தனியார் மற்றும் முறைசாரா துறை நிறுவனங்கள்	
	4.3.4. பணிபுரியும் அனைத்து பெண்களுக்கும் மகப்பேறு நன்மைகளை வலுப்படுத்துதல் மற்றும் செயல்படுத்துதல்.	4.3.4.1. ஆண்டுதோறும் குடும்ப நட்பு என சான்றளிக்கப்பட்ட பணியிடங்களின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - சுகாதார சேவைகளின் பிரந்திய பணிப்பாளர் தரவுத்தளம்).	- தொழிலாளர் - சமூக அதிகாரம் - பெண்கள் விவகாரங்கள் - அரசு, தனியார் மற்றும் முறைசாரா துறை நிறுவனங்கள்	

4.4. அனைத்து குழந்தைகளுக்கும், இளம் குழந்தைகளுக்கும் மற்றும் முன் பள்ளி குழந்தைகளுக்கும் ஆதார அடிப்படையிலான பொருத்தமான போசாக்கு தலையீடுகள் மூலம் வீட்டிலேயே தயாரிக்கப்ட்ட பொருத்தமான, சத்தான, பாதுகாப்பான நிரப்பு உணவுக்கு சிறப்பு முக்கியத்தவம் அளித்து இரண்டு ஆண்டுகள் தொடர்ச்சியாக தாய்ப்பால் கொடுப்பது மற்றும் அதற்கு பின்னர் உகந்த ஊக்குவிப்பு ஆரம்பகால குழந்தை பராமரிப்பு மற்றும் மேம்பாட்டுக்கு பொருத்தமான வலுவான அடித்தளத்தை உருவாக்குதல்.(ECCD) .	4.4.1. அ). பொருத்தமான IYCF க்கு சமூகத்தின் அதிகாரமளித்தல் ஆ). மக்கள் தொகை குழுக்களுக்குள் உள்ள துணை கலாச்சாரங்களின் பொதிகளை அடைய தேசிய கட்டமைப்பிற்குள் குழந்தை மற்றும் இளம் சிறார்களுக்கு (IYCF) உணவழிப்பதற்கான சமூகம் சார்ந்த உள்நாட்டில் வடிவமைக்கப்பட்ட நடவடிக்கைகளைத் உருவாக்கி நடைமுறைப்படுத்துதல்.	4.4.1.1. 20 – 23 மாத குழந்தைகளிடையே தொடர்ந்து தாய்ப்பால் கொடுப்பது 86.6% (2016) இலிருந்து 95% ஆக அதிகரித்தள்ளது. (ஆதாரம் - DHS) 4.4.1.2. 6 - 23 மாத குழந்தைகள் மத்தியில் குறைந்தபட்ச உணவு பன்முகத்தன்மையின்[16] பாதிப்பு 72.6% (2016) இலிருந்து 95% ஆக அதிகரித்துள்ளது. (ஆதாரம் - DHS) 4.4.1.3. 6 - 23 மாத குழந்தைகள் மத்தியில் குறைந்தபட்ச உணவு அதிர்வெண்[17] பரவலை 86.1% (2016) இலிருந்து 95% ஆக அதிகரித்துள்ளது (ஆதாரம் - DHS) 4.4.1.4. 6 - 23 மாத குழந்தைகள் மத்தியில் குறைந்தபட்ச ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடிய உணவின்[18] பரவல் 62% (2016) இலிருந்து 90% ஆக அதிகரித்துள்ளது. (ஆதாரம் - DHS)	- சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம் - குழந்தைகள் செயலகம் - சமூக அதிகாரம் - சிவில் சமூக அமைப்புகள் - நிதி - தனியார் துறை - அபிவிருத்தி பங்குதாரர்கள் - விவசாயம்/ கால்நக்கள்/ மீன்வளர்ப்பு - வணிகம்	4.4.1. அனைத்து தாய்மார்களும் இரண்டு வருடங்களுக்கும் அதற்கு அப்பாலும் தாய்ப்பால் கொடுப்பதைத் தொடர்ந்தனர். 4.4.2. கைக் குழந்தைகளுக்கும் இளம் குழந்தைகளுக்கும் குறைந்தபட்ச ஏற்றுக்கொள்ளக் கூடிய உணவு மேம்படுத்தப்பட்டுள்ளது. 4.4.3. கைக்குழந்தைகள் மற்றம் இளம் குழந்தைகளுக்கான குறைந்தபட்ச உணவு அதிர்வெண் மேம்படுத்தப்பட்டது. 4.4.4. கைக்குழந்தைகள் மற்றும் இளம் குழந்தைகளுக்கான குறைந்தபட்ச உணவு பன்முகத்தன்மை மேம்படுத்தப்பட்டுள்ளது. 4.4.5.ஐந்து வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளின் போசாக்கு நிலை மேம்படுத்தப்பட்டுள்ளது. 4.4.6. தாய்ப்பால் சட்டம் மற்றும் உணவுச் சட்டம் மற்றும் மகப்பேறு சலுகைகள் உட்பட IYCF தொடர்பான சட்டங்கள் முழுமையாக அமுல்படுத்தப்பட்டுள்ளன. 4.4.7. முன்பள்ளி மதிய உணவு திட்டத்தின் ஆற்றவெல்லை அதிகரிக்கப்பட்டுள்ளது.
	4.4.2. அனைத்து அமைப்புகளிலும் அதிக பாதுகாப்புடன் ஐந்து வயதுக்குட்பட்ட அனைத்து குழந்தைகளின் வழக்கமான மற்றும் தரமான வளர்ச்சியை கண்காணித்தல் மற்றும் மேம்பாடுத்துதல்.	4.4.2.1. . ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளிடையே குள்ளமான தன்மையை 17.3% (2016) இலிருந்து 10% (2016) ஆகக் குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - DHS) 4.4.2.2. ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளிடையே ஒல்லியான தன்மையை 15.1% (2016) இலிருந்து <5% (2016) ஆகக் குறைக்கப்பட்டது.	- சுகாதாரம்	

16 - 18 க்கான வரைவிலக்கணங்களுக்கு சொற்களஞ்சியத்தை பார்க்குக.

		4.4.2.3. 2012 ஆம் ஆண்டு முதல் அடிப்படைக் கோட்டிலிருந்து 5 வயதுக்கு உட்பட்ட குழந்தைகள் இடையே அதிக எடை[19] மற்றும் அதீத உடல் பருமன்[20] அதிகரிக்க இல்லை. (ஆதாரம் - MRI)		4.4.8. சுற்றுச்சூழலை இயக்குவதன் மூலம் ECCD இன் நடவடிக்கைகளின் நடைமுறைகள் வலுப்படுத்தப்படுகின்றன
	4.4.3. தாய்ப்பால் சட்டம் மற்றும் உணவுச் சட்டம் மற்றும் மகப்பேறு சலுகைகள் உள்ளிட்ட IYCF உடன் தொடர்பான சட்டங்களை நெறிப்படுத்துதல் மற்றும் வலுப்படுத்துதல்	4.4.3.1. அமைச்சரவை அங்கீகாரம் பெற்ற தாய்ப்பால் சட்டம் மற்றும் மகப்பேறு நலன்கள் மற்றும் உணவுச் சட்டம் ஆகியவற்றில் திருத்தப்பட்ட சட்டங்கள் கிடைக்கப்பெற்று செயல்படுத்தப்படுகின்றன. (ஆதாரம் - குழந்தைகள் விவகார அமைச்சகம்)	- சுகாதாரம் - சட்டம் - நுகர்வோர் விவகாரங்கள் - குழந்தை உணவு உற்பத்தி/ இறக்குமதி தொடாபான தொழில்கள் / வணிக நிறுவனங்கள்	
	4.4.4. மதிய உணவு திட்டம் உள்ளிட்ட தொடர்புடைய தலையீடுகள் மூலம் அனைத்து பாலர் குழந்தைகளும் ஆரோக்கியமான உணவு முறைகளை வீட்டிலும் பாலர் பள்ளிகளிலும் உருவாக்குவதை உறுதிசெய்தல்	4.4.4.1. அடையாளம் காணப்பட்ட பாலர் பாடசாலைகளில் குறைந்தது 50% ஆனோர் மதிய உணவைப் பெற்றனர். (ஆதாரம் - குழ்தைகள் விவகார அமைச்சகம்)	- சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம் - மாகாண முன்பள்ளி அதிகாரிகள் - குழந்தைகள் செயலகம் - சமூக அதிகாரம் - நிதி - CSO கள் - அபிவிருத்தி முகவர்	
	4.4.5. ஐந்து வயதிற்கு உட்பட்ட குழந்தைகள் இடையே வீடுகள், பகல்நேர பராமரிப்பு, பாலர் பள்ளிகள் போன்ற அனைத்து அமைப்புகளிலும் உகந்த போசாக்குக்கான பங்களிப்பாளராக உளவியல் சமூக வளர்ச்சியை மேம்படுத்துவதற்கு ECCD யில் பல துறை ஈடுபாட்டை வலுப்படுத்துதல்	4.4.5.1. வளர்ச்சி தூண்டுதலுக்கு (2016) உதவியாக இருக்கும் பொருட்கள் (புத்தகங்கள் அல்லது பொம்மைகளின் அடிப்படையில்) குழந்தைகளின் அணுகல் 15% இனால் மேம்படுத்தப்பட்டுள்ளது. (ஆதாரம் - DHS)	- சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம் - மாகாண முன்பள்ளி அதிகாரிகள் - குழந்தைகள் செயலகம் - சமூக அதிகாரம் - CSO க்கள்	

19 - 20 க்கான வரைவிலக்கணங்களுக்கு சொற்களஞ்சியத்தை பார்க்குக.

	4.4.6. சரியான நேரத்தில் தேவைக்கேற்ப மற்றைய நேரடி மற்றும் மறைமுக போசாக்கு சார்ந்த முக்கியமான தலையீடுகளை செயல்படுத்துதல்.	4.4.6.1. திட்டமிட்டபடி 5 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளுக்கு ஆண்டுதோறும் நடத்தப்படும் நேரடி போசாக்கு தலையீடுகளின் சதவீதம் (ஆதாரம் - சுகாதார சேவைகளின் பிராந்திய பணிப்பாளர்கள் தரவுத்தளம்) 4.4.6.2. திட்டமிட்டபடி 5 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளுக்கு ஆண்டுதோறும் நடத்தப்படும் மறைமுக போசாக்கு தலையீடுகளின் சதவீதம் (ஆதாரம் - தொடர்புடைய அமைச்சகங்கள்)	- சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம் - குழந்தைகள் செயலகம் - சமூக அதிகாரம் - நிதி - விவசாயம்/கால்நடைகள்/மீன்வளர்ப்பு - CSO கள்	
4.5. அனைத்து ஆரம்ப பள்ளி குழந்தைகளுக்கும் ஆரோக்கியமான உணவு பழக்க வழக்கங்கள் மற்றும் உடல் செயல்பாடுகளை போசாக்குக் கல்வியுடன் பள்ளி பாடத்திட்டத்தின் மூலம் ஊக்குவிக்கவும் பள்ளி சூழலை செயல்படுத்தவும் அதிகாரம் அளித்தல்.	4.5.1. தினசரி கலோரி தேவையின் 1/3 பகுதியை ஈடுசெய்ய பாடசாலைகளில் (பாடசாலை உணவுத் திட்டம்) சத்தான உணவு வழங்குவதை நெறிப்படுத்தலும் விரிவுபடுத்தலும்	4.5.1.1. இலக்குப் பகுதிகளிலுள்ள பாடசாலைகளில் தேவைப்படும் அனைத்து ஆரம்பப் பாடசாலைக் குழந்தைகளுக்கான மதிய உணவு 100% இனால் நிறைவேற்றப்பட்டது. (ஆதாரம் - கல்வி அமைச்சகம்/ கல்வி அமைச்சக தரவுத்தளம்) 4.5.1.2. 6 - 12 வயது குழந்தைகளிடையே மெலிந்த தன்மையின்[21] பாதிப்பு 0.2% (2016) இலிருந்து 15% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - MRI தரவுத்தளம்) 4.5.1.3. 6 – 12 வயதையுடைய குழந்தைகளிடையே குள்ளமாதல்[22] 11.50% (2016) இலிருந்து <10% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - MRI தரவுத்தளம்)	- கல்வி - நிதி - சுகாதாரம் - அபிவிருத்தி முகவர்கள் - சிவில் சமூக அமைப்பக்கள்	4.5.1. பாடசாலைக் குழந்தைகளிடையே சத்தான உணவுக்கான அனுகல் முறைகள் மேம்படுத்தப்பட்டது. 4.5.2. அனைத்து பாடசாலைக் குழந்தைகளும் ஆரோக்கியமான வாழ்க்கை முறைகளை பின்பற்ற அதிகாரம் பெற்றனர். 4.5.3. அனைத்து பாடசாலைகளும் உகந்த போசாக்கு மற்றும் வாழ்க்கை முறையை அடைவதற்கு உதவுகின்றன. 4.5.4. அனைத்து பாடசாலைகளிலும் நீர், சுகாதாரம் மற்றும் சுகாதார (கழுவும்) வசதிகள் மேம்படுத்தப்பட்டது.

21 - 22 க்கான வரைவிலக்கணங்களுக்கு சொற்களஞ்சியத்தை பார்க்குக.

		4.5.1.4. ஆரம்ப பாடசாலை குழந்தைகளிடையே இரத்தச்சோகையின் பாதிப்பு 11.7 % (2016) இலிருந்து <10% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - MRI தரவுத்தளம்)		
	4.5.2.ஆரோக்கியமான பாடசாலை உணவகங்களின் வழிகாட்டுதல்களை நடைமுறைப்படுத்துவது உட்பட வீடு மற்றும் பாடசாலைகளில் ஆரோக்கியமான உணவு முறைகளை ஊக்குவித்தல்.	4.5.2.1. பாடசாலை உணவகங்களின் மொத்த எண்ணிக்கையில் பாடசாலை உணவகக் கொள்கையுடன் (தரம் A மற்றும் B) பின்பற்றப்படும் பாடசாலை உணவகங்களின் விகிதம் (ஆதாரம் - தேசிய கணக்கெடுப்பு) 4.5.2.2. 6 –12 வயதுக்கு உட்பட்ட குழந்தைகள் இடையே அதிக எடை[23] மற்றும் அதீத உடல் பருமன்[24] 2016 ஆம் ஆண்டு அடிப்படையின் முறையே 6.1% மற்றும் 2.9% அதிகரிப்பதில்லை. (ஆதாரம் - MRI)	- சுகாதாரம் - தேசிய மருத்துவம் - கல்வி - உணவு நிறுவனங்கள்	
	4.5.3. பாடசாலைகளுக்கு அருகாமையில் ஆரோக்கியமற்ற உணவுகள் கிடைப்பதை ஒழுங்குபடுத்துவதற்கான சட்டங்களை உருவாக்கி நடைமுறைப்படுத்தலும் பாடசாலைகளுக்கு அருகாமையில் (200 மீற்றர்) உள்ள ஆரோக்கியமற்ற உணவு விற்பனை நிலையங்களை தடை செய்தலும்.	4.5.3.1. பாடசாலைகளுக்கு அருகாமையில் ஆரோக்கியமற்ற உணவு கிடைப்பதை ஒழுங்குபடுத்துவதற்கான சட்டங்களின் கிடைப்பனவுத் தன்மை. (ஆதாரம் - e-EOH&FS)	- சட்டம் - வணிகம் - உணவுத் தொழிலகங்கள் - முறையான மற்றும் முறைசாரா உணவு நிறுவனங்கள் - நிதி - தேசிய திட்டமிடல்	
	4.5.4. அனைத்து பொருத்தமான அமைப்புகளிலும் (பாடசாலை, வீடு போன்றவை) விளையாடுதல் அல்லது உடல் செயல்பாடுகளை ஊக்குவித்தல்.	4.5.4.1. அனைத்து ஆரம்ப பாடசாலைக் குழந்தைகளுக்கும் ஒரு நாளைக்கு குறைந்தது 60 நிமிடங்களாவது விளையாட்டு/ உடல் செயல்பாடுகளில் ஈடுபடுகின்றனர்.	- நிதி - தேசிய திட்டமிடல் - உள்ளூர் அபிவிருத்தி - நகர்ப்புற அபிவிருத்தி - விளையாட்டு	

23 - 24 க்கான வரைவிலக்கணங்களுக்கு சொற்களஞ்சியத்தை பார்க்குக.

		4.5.4.2. வாரத்திற்கு 3 மணி நேர செயல்பாடுகளை உள்ளடக்கிய ஆரம்ப் பாடசாலைப் பாடத்திட்டங்களின் கிடைப்பனவுத் தன்மை. (கல்வி அமைச்சகத்தின் தரவுத்தளம்) 4.5.4.3. அனைத்து ஆரம்பப் பாடசாலைக் குழந்தைகளில் இரண்டு போட்டியற்ற விளையாட்டுகளில் ஈடுபடும் ஆரம்ப பள்ளிக் குழந்தைகளின் விகிதம். (ஆதாரம் - கல்வி அமைச்சகத்தின் தரவுத்தளம்)	- கல்வி - குழந்தைகள் செயலகம் - உள்ளூர் அதிகாரிகள்	
	4.5.5.வயதுக்கு ஏற்ற உடல் நலம் மற்றும் போசாக்கு கல்வி உட்பட பாடசாலை சுகாதரத் திட்டத்தை நெறிப்படுத்துதல்.	4.5.5.1. பாடத்திட்டத்தில் ஒத்துழைக்கப்படாத ஆரம்ப பாடசாலைக் குழந்தைகளுக்கு பொருத்தமான சுகாதாரம் மற்றும் போசாக்கு கல்வி வழங்குதல் (ஆதாரம் - கல்வி அமைச்சகத்தின் தரவுத்தளம்) 4.5.5.2. திட்டமிடப்பட்ட இடைவெளியில் ஆரம்ப பாடசாலைக் குழந்தைகளிடையே தேசிய போசாக்கு கணக்கெடுப்பு பற்றிய அறிக்கைகளின் கிடைப்பனவுத் தன்மை. (ஆதாரம் - கல்வி அமைச்சகத்தின் தரவுத்தளம்)	- கல்வி - சுகாதாரம் - தேசிய மருத்தவம்	
	4.5.6. பாடசாலைகளில் நீர், சுகாதாரம் மற்றும் சுகாதார வசதிகளின் இருப்பு மற்றும் பராமரிப்பு உள்ளிட்டவற்றை மேம்படுத்தி பராமரித்தல்.	4.5.6.1. அனைத்து பாடசாலைகளிலும் தேசிய விதிமுறைகளின் படி போதுமான நுண்ணுயிரியல் மற்றும் இரசாயனவியல் ரீதியாக பாதகாப்பான நீர் வழங்கல் நடைமுறையில் உள்ளது. (ஆதாரம் - e EOHFS) 4.5.6.2. அனைத்து பாடசாலைகளிலும் தேசிய விதிமுறைகளின் படி 100 % பாதுகாப்பு	- உள்ளூர் அதிகாரிகள் - நீர் விநியோகம்	

		கழிப்பறை வசதிகள் வழங்கப்படுகின்றன. (ஆரதாரம் - கல்வி அமைச்சகத்தின் தரவுத்தளம்) 4.5.6.3. கழிவறைக் கழிவுகள் உட்பட சரியான முறையில் குப்பை அகற்றும் பொறிமுறைகளைக் கொண்டுள்ள பாடசாலைகளின் விகிதம். (ஆதாரம் - (கல்வி அமைச்சகத்தின் தரவுத்தளம்)		
4.6. இளம் பருவ மற்றும் இளைஞர் நட்பு அணுகுமுறைகளை கடைப்பிடிக்கும் போது சமூக நிர்ணயங்களின் போது இளம் பருவத்தினர் மற்றும் இளைஞர்களிடையே உகந்த போசாக்கு மற்றும் வளர்ச்சியை ஊக்குவித்தல்,	4.6.1. பாடசாலைகள், பிற கல்வி மற்றும் பயிற்சி நிறுவனங்கள் மற்றும் வேலைத்தளங்களுக்கான உணவகக் கொள்கைகள் மற்றும் ஆரோக்கியமான உணவுக்கான வழிகாட்டுதல்களை செயல்படுத்துதலும் ஒழுங்கமைத்தலும்.	4.6.1.1. பாடசாலைகள், பிற கல்வி மற்றும் பயிற்சி நிறுவனங்கள் மற்றும் வேலைத் தளங்களிலுள்ள உணவகங்களுக்கான ஆரோக்கியமான உணவு மற்றும் பாதுகாப்பின் அடிப்படையில் தரப்படுத்தும் முறையின் (Grade A/B/C) கிடைப்பனவுத்தன்மை. (ஆதாரம் - e EOHFS) 4.6.1.2. 2018 ஆம் ஆண்டின் அடிப்படை மட்டமான 7.6% மற்றும் 2.2% இலிருந்து 10 – 18 வயதையுடைய குழந்தைகளிடையே அதிக எடை[25] மற்றும் அதீத உடல் பருமன்[26] அதிகரிக்கவில்லை. (ஆதாரம் - MRI) 4.6.1.3. 18 – 29 வயதையுடைய வயாவந்தவர்களிடையே 2015 ஆம் ஆண்டின் அடிப்படை மட்டமான அதீத உடல் பருமன் 3.0% அதிகரிக்கவில்லை மற்றும் அதிக எடை 15.8% இலிருந்து 12% ஆக குறைவடைந்தத. (ஆதாரம் - STEPs)	- சுகாதாரம் - கல்வி - உயர் கல்வி - தொழில் பயிற்சி - உணவு தொழிற்சாலைகள் - உணவு நிறுவனங்கள்	4.6.1. அனைத்து பாடசாலைக் குழந்தைகளையும் கண்காணிக்கும் பாடசாலை சுகாதாரத் திட்டத்தின் போது அவர்களின் தேவைக்கு ஏற்ப தலையீடுகளை வழங்குவதற்காக கண்காணிக்கப்பட்டனர் 4.6.2. கல்வி நிறுவனங்களில் உணவகக் கொள்கைகள் மற்றும் வழிகாட்டுதல்கள் செயல்படுத்தப்பட்டுள்ளன. 4.6.3. அனைத்து ஏழை பாடசாலைக் குழந்தைகளுக்கும் பாடசாலைகளில் மதிய உணவு வழங்கப்பட்டது. 4.6.4.இளம் பருவத்தினர் மற்றும் இளைஞர்கள் வழிகாட்டுதல்களின் படி வயதுக்கு ஏற்ப பொருத்தமான உடல் செயற்பாடுகளில் ஈடுபடுகின்றனர்.

25 - 26 க்கான வரைவிலக்கணங்களுக்கு சொற்களஞ்சியத்தை பார்க்குக.

	4.6.2. அவசியமான அனைத்து இலக்கு பாடசாலைகளுக்கும் மதிய உணவுத் திட்டத்தை விரிவுபடுத்துதல்.	4.6.2.1. அனைத்து இலக்குப்படுத்தப்பட்ட பாடசாலைகளிலும் இளம் பருவத்தினருக்கான பாடசாலை மதிய உணவுத் திட்டத்தின் 100% இனால் பூரணப்படுத்துதல். (ஆதாரம் - கல்வி அமைச்சகம்)	- கல்வி - நிதி - சுகாதாரம் - அபிவிருத்தி முகவர்கள் - CSO கள்	4.6.5. இளைஞர்களிடையே உகந்த போசாக்கு நிலையை அடைந்துள்ளது. 4.6.6.அனைத்து இளைஞர்களும் ஆரோக்கியமான வாழ்க்கை முறைகளைக் கடைப்பிடிக்க அதிகாரம் பெற்றுள்ளனர். 4.6.7. ஆரோக்கியமான நடத்தைகளை ஊக்குவிக்க இளைஞர் பயிற்சி நிறுவனங்கள் உதவுகின்றன. 4.6.8. உலகளாவிய பாடசாலை சுகாதார கணக்கெடுப்பு தவறாமல் தொடர்ந்து நடத்தப்படுகிறது.
	4.6.3. வயதுக்கு தகுந்த சுகாதாரம் மற்றும் ஊட்டச்சத்து கல்வி உட்பட பாடசாலை சுகாதார திட்டத்தை நெறிப்படுத்துதல்.	4.6.3.1.பள்ளி பருவ வயதினருக்கான வயதுக்கு ஏற்ற உடல் நலம் மற்றும் ஊட்டச்சத்து கல்வியினை 100% இனால் பூரணப்படுத்துதல். (ஆதாரம் - கல்வி அமைச்சகம்) 4.6.3.2. தேசிய இளமபருவத்தினர் இடையேயான ஊட்டச்சத்து ஆய்வு (MRI) மற்றும் உலகளாவிய பள்ளி சுகாதார ஆய்வு (FHB) ஆகியவற்றின் அறிக்கைகள் திட்டமிடப்பட்ட இடைவெளியில் கிடைக்கும் தன்மை. 4.6.3.3. 10 –18 வயதையுடைய குழந்தைகளிடையே மெலிந்த தன்மையின்[27] பாதிப்பு 26.9% (MRI,2018) இலிருந்து 18% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது. 4.6.3.4. 10 –18 வயதையுடைய குழந்தைகளிடையே குள்ளமாதல்[28] 13.0% (MRI,2016) இலிருந்து 10% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது.	- சுகாதாரம் - கல்வி - தேசிய மருத்துவம்	
	4.6.4. சுற்றுச்சூழலை செயல்படுத்துவதன் மூலம் அனைத்து	4.6.4.1. பள்ளி செல்லும் இளம் பருவத்தினரின் விகிதாச்சாரம் பள்ளி செல்லும் அனைத்து	- நிதி - தேசிய திட்டமிடல்	

27 - 28 க்கான வரைவிலக்கணங்களுக்கு சொற்களஞ்சியத்தை பார்க்குக.

	பாடசாலைச் சிறுவர்களினதும் இளைஞர்களினதும் உடல் ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்துதல்.	இளம் பருவத்தினரிடமிருந்தும் உடல் தகுதிக்காக மதிப்பிடப்படுகிறது . (கல்வி அமைச்சகத்தின் தரவுத்தளம்) 4.6.4.2. கல்வித் துறையில் தகவல் அமைப்பில் உடல் தகுதி மற்றும் போசாக்கு நிலை பற்றிய தகவல்களின் கிடைக்கும் தன்மை. 4.6.4.3. ஒரு வாரத்தில் 7 நாட்களுக்கும் குறைந்தது 60 நிமிடங்கள் உடல் ரீதியாக சுறுசுறுப்பாக இருக்கும் 13 - 17 வயதுடைய மாணவர்களின் விகிதம் 15.5% இலிருந்து 50% அல்லது அதற்கு மேல் அதிகரித்தல். 4.6.4.4. ஒரு நாளைக்கு மூன்று அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட மணி நேரங்கள் உட்கார்ந்து தொலைக்காட்சி பார்த்தல், கணினி விளையாட்டுகள் விளையாடுவது அல்லது நண்பர்களுடன் பேசுவது, மற்றும் பாடசாலைகள் இல்லாத போது அல்லது வழக்கமான நாளில் வீட்டுப் பாடங்கள் செய்யாது இருக்கும் 13 – 17 வயதுடைய மாணவர்களின் விகிதத்தை 37.3% இலிருந்து 10% ஆகக் அல்லது அதிலும் குறைவாகக் குறைத்தல். (ஆதாரம்- GSHS 2016)	- நகர்ப்புற அபிவிருத்தி - கல்வி - குழந்தைகள் செயலகம் - விளையாட்டு - இளைஞர்கள் - உள்ளூர் அதிகாரிகள்	
	4.6.5. இளம் பருவத்தினர் மற்றும் இளைஞர்களிடையே ஆரோக்கியமான உணவு, உடல் செயல்பாடு மற்றும் உளவியல் ஆதரவை	4.6.5.1. AYFHS இன் மையங்களால் வருடாந்தம் நடத்தப்படும் திட்டமிடப்பட்டதற்கு மேலாக நடத்தப்பட்ட போசாக்கு மற்றும்	- சுகாதாரம் - கல்வி - உயர் கல்வி - தொழில் பயிற்சி	

	மேம்படுத்துவதற்காக இளம் பருவத்தினர் மற்றும் இளைஞர்களுக்கு ஏற்ற சுகாதார சேவைகள் (AYFHS) மையங்களை நிறுவுதல்/நெறிப்படுத்து தல்.	உடல் செயற்பாடு குறித்த திட்டங்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - மாவட்ட மீளாய்வுத் தரவுகள்) 4.6.5.2. முந்தைய வாரத்தில் ஆரோக்கியமற்ற உணவை உட்கொள்ளாத இளம் பருவத்தினர் மற்றும் இளைஞர்களின் (15 -24 வயது) விகிதம் 33.4% இலிருந்து 40 % வரை மேம்படுத்தப்பட்டுள்ளது. (ஆதாரம் - தேசிய இளைஞர் சுகாதார ஆய்வு, 2012)	- இளைஞர்கள்	
	4.6.6. உயர் கல்வி நிறுவனங்கள், தொழில் பயிற்சி மையங்கள் மற்றும் வேலைத்தளங்களில் இளைஞர்களிடையே போசாக்கு நிலையை மதிப்பிடுவதற்கான வழிமுறைகளை நிறுவுதல்.	4.6.6.1. திட்டமிடப்பட்ட கால இடைவெளியில் தேசிய இளைஞர் சுகாதார ஆய்வு அறிக்கைகளின் கிடைப்பனவுத் தன்மை.	- சுகாதாரம் - உயர் கல்வி - தொழில் பயிற்சி - இளைஞர்கள்	
	4.6.7. அனைத்து இளைஞர்களுக்கான கல்வி, பயிற்சி மற்றும் வேளைத்தளங்களுக்கும் போதுமான நீர், சுகாதாரம் மற்றும் சுகாதார (கழுவும்) வசதிகளை வழங்குதல்.	4.6.7.1. தேசிய விதிமுறைகளின் (e-EOH&FS) படி அனைத்து கல்வி மற்றும் பயிற்சி நிறுவனங்கள்/ வேளைத்தளங்களில் கழுவுவதற்கான வசதிகள் ஆற்றெல்லை பாதுகாக்கப்பட்டுள்ளது.	- உள்ளூர் அதிகாரிகள் - நீர் விநியோகம்	
4.7. விரிவான போசாக்கு சேவைகளை வழங்குவதன் மூலம் ஆரோக்கியமான வாழ்ச்கை முறைகளை மேம்படுத்த வயது வந்தோருக்கு அதிகாரம் அளித்தல்.	4.7.1. ஆரோக்கியமான உணவுக்கான உணவு அடிப்படையிலான உணவுமுறை வழிகாட்டுதல்களை (FBDG) நெறிப்படுத்துதல்.	4.7.1.1. திருத்தப்பட்ட FBDGs க்களைப் பரப்புவதற்கான மூலோபாய சந்தைப்படுத்தல் மற்றும் தகவல் தொடர்புத் திட்டத்தின் கிடைக்கும் தன்மை. 4.7.1.2. திருத்தப்பட்ட FBDGs க்களைப் பரப்புவதற்கான மூலோபாய சந்தைப்படுத்தல் மற்றும் தொடர்புத் திட்டத்தில் குறைந்தபட்சம் 10% மான நடவடிக்கைகள் வருடந்தோறும் நிறைவு செய்யப்படுகின்றன.	- சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம் - விவசாயம்/ கால்நக்கள்/ மீன்வளர்ப்பு - வணிகம் - நுகர்வோர் விவகார ஆணையம் - விஞ்ஞானம் மற்றும் தொழிநுட்பம் - உள்ளூர் அரசு - விளையாட்டு - கல்வி - ஊடகம்	4.7.1. தேசிய மற்றும் உள்ளூர் அரசாங்கக் கொள்கைகள், சட்டங்கள் மற்றும் வழகாட்டுதல்கள் ஆரோக்கியமான உணவு கிடைப்பதை மேம்படுத்துவதற்கும் உடல் செயல்பாடு மற்றும் போததைப்பொருள் துஷ்பிரயோகத்தைத் தடுப்பதற்கும் ஏதுவாக உள்ளது.

	4.7.2. அனைத்து அமைப்புகளிலும் சாதகமான சூழலின் மூலம் ஆரோக்கியமான உணவு நடத்தைகளை வளர்க்க பெரியவர்களுக்கு அதிகாரம் அளித்தல்.	4.7.2.1. 30 - 44 வயதுவர்களிடையே அதிக எடையின்[29] பாதிப்பு 27.4% (STEP,2015) இலிருந்து 24.0% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது. 4.7.2.2. 18 – 59 வயதுடைய பெரியவர்களிடையே அதிக எடையின் பாதிப்பு 28.2% (STEP,2015) இலிருந்து இல் 26.0% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது. 4.7.2.3. 18 – 59 வயதுக்குட்பட்ட பெரியவர்களிடையே அதீத உடல் பருமன்[30] பாதிப்பு 5.9% (STEP,2015) இலிருந்து 3.0% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது 4.7.2.4. ஐந்து (5) பகுதிகளைக் கொண்ட பழங்கள் மற்றும் காய்கறிகளை உட்கொள்ளும் பொரியவர்களின் சதவீதம் 27.5% (STEP,2015) இருந்து 35% ஆகக் அதிகரித்துள்ளது.	- சுகாதாரம் - சுதேச மருத்துவம் - விவசாயம்/ கால்நடைகள்/ மீன்வளர்ப்பு - வணிகம் - சமூக அதிகாரம் - சிவில் சமூக அமைப்புகள் - நிதி - உணவுத் தொழிற்சாலைகள் - தனியார் துறை	4.7.2. பெரியவர்களிடையே போசாக்கு குறைபாடு குறைகிறது. 4.7.3. வேலைத்தளங்களில் உணவக கொள்கையை நடைமுறைப்படுபிறது . 4.7.4. ஆரோக்கியமான உணவு விற்பனை நிலையங்கள் மற்றும் உடல் செயற்பாடுகளை மேம்படுத்துவதற்கான வசதிகள் சமூக அளவில் நிறுவப்பட்டுள்ளன.
	4.7.3. வேலைத்தளங்களில் உணவக வழிகாட்டுதல்களை நடைமுறைப்படுத்துதல்.	4.7.3.1. ஆரோக்கியமான உணவு கிடைப்பனவு மற்றும் வேலைத் தளங்களில் உள்ள உணவகங்களுக்கான உணவு பாதுகாப்பு ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் தரங்களை (Grade A/B/C) மதிப்பிடும் முறை உள்ளது. (ஆதாரம் - e-EOH&FS)	- சுகாதாரம் - உணவுத் தொழிற்சாலைகள் - உணவு நிறுவனங்கள்	
	4.7.4. அனைத்து அமைப்புகளிலும் பெரியவர்களுக்கு தேவையான போசாக்கு பராமரிப்புச் சேவைகளை வழங்குதல்.	4.7.4.1. பிரதேச மட்டத்தில் வயது வந்த மக்களிடையே வழக்கமான போசாக்கு மதிப்பீட்டின் பொறிமுறையின் கிமைப்பனவுத் தன்மை.	- சுகதாரம் - சுதேச மருத்துவம	

29 - 30 க்கான வரைவிலக்கணங்களுக்கு சொற்களஞ்சியத்தை பார்க்குக.

		4.7.4.2. பிரதேச மட்டத்தில் ஒவ்வொரு மூன்று வருடங்களுக்கும் போசாக்கு நிலையை மதிப்பிடும் வயது வந்தவர்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - தொற்றா நோய்ப் பிரிவு)		
	4.7.5. விழிப்புணர்வை உருவாக்கி சூழலை செய்யல்படுத்துவதன் மூலம் உடல் செயற்பாடுகளில் பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுக்கள் உட்பட பொரியவர்களுக்கு அதிகாரமளித்தல்.	4.7.5.1. ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் ஆண்டுதோறும் நிறுவப்பட்ட திறந்த உடற்பயிற்சி கூடங்கள்/ நடைபாதைகளின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - பிரதேச செயலக தரவுத்தாள்கள்) 4.7.5.2. நடைமுறைப்படுத்தப்படும் உடல் செயல்பாட்டு திட்டத்துடன் கூடிய சுகாதார நிறுவனங்களின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - HLC ஆய்வு/ NCD பிரிவு) 4.7.5.3. பொது மக்களிடையே உடல் செயல்பாடுகளை மேம்படுத்துவதில் பயிற்சி பெற்ற சுகாதாரப் பணியாளர்களின் எண்ணிக்கை (ஆதாரம் - HLC ஆய்வு/ NCD பிரிவு) 4.7.5.4. 18 – 59 வயது வந்தவர்களிடையே போதிய உடல் செயல்பாடுகளின் சதவீதம் 30.4% (STEP, 2015) இலிருந்து 25.0% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - தொற்றா நோய்களுக்கான கணக்கெடுப்பு)	- நிதி - தேசிய திட்டமிடல் - நகர்ப்புற அபிவிருத்தி - விளையாட்டு - சுகாதாரம் - உள்ளூர் அதிகாரிகள்	
	4.7.6. பெரியவர்களை இலக்காகக் கொண்ட போசாக்கு தலையீடுகளின் கண்காணித்து மதிப்பீடு செய்தல்.	4.7.6.1. STEP கணக்கெடுப்பு அறிக்கைகள் பெரியவர்களிடையே தொற்று அல்லாத நோய்களுக்கான	- சுகாதாரம் - சமூக அதிகாரம	

		ஆபத்து காரணிகளைக் கண்டறிவதற்கு வசதியாக இருக்கும். (ஆதாரம் - தொற்றா நோய்களுக்கான பிரிவு)		
4.8 அனைத்து வயோதிபர்களுக்கும் பொருத்தமான போசாக்கு தேவைகளை பூர்த்தி செய்வதற்காக உகந்த போசாக்குக்கான அணுகல் ஆகியவற்றுக்கு உகந்த சூழலை ஏற்படுத்துதல்.	4.8.1. அ) போசாக்கு மதிப்பீடு, போசாக்கு ஆதரவு மற்றும் பராமரிப்பு உள்ளிட்ட அனைத்து அமைப்புகளிலும் (நிறுவனம், சமூகம்) பெரியவர்களுக்கு போசாக்கு பராமரிப்பு சேவைகளுக்கான ஒரு விரிவான பொறிமுறையை நிறுவுதல். ஆ) போசாக்கு சேவைகளை அணுக முதியவர்களுக்கு அதிகாரம் அளித்தல்	4.8.1.1. பிரதேச மட்டத்தில் முதியோர் மக்களிடையே போசாக்கு மதிப்பீட்டினை ஆற்றெல்லைப் படுத்துகிறது. (ஆதாரம் - சுகாதார அமைச்சகத் தரவுத்தாள்கள்) 4.8.1.2. 60 - 69 வயதுக்குட்பட்ட முதியோர்களிடையே எடை குறைவாக இருப்பது 16.4% (STEP, 2015) இலிருந்து 10.0% ஆக அல்லது அதற்கும் குறைவாக உள்ளது. (ஆதாரம் - தொற்றா நோய்களுக்கான பிரிவு) 4.8.1.3. 60 - 69 வயதுக்குட்பட்ட முதியோர்களிடையே அதிக எடையின் பாதிப்பு 23.7% (STEP, 2015) இலிருந்து 17.0% ஆக அல்லது அதற்கும் குறைவாக உள்ளது. (ஆதாரம் - தொற்றா நோய்களுக்கான பிரிவு) 4.8.1.4. 60 - 69 வயதுக்குட்பட்ட முதியோர்களிடையே அதீத உடல் பருமன் பாதிப்பு 6.3% (STEP, 2015) இலிருந்து 5.0% க்கும் குறைவாக உள்ளது. (ஆதாரம் - தொற்றா நோய்களுக்கான பிரிவு)	- சுகாதாரம் - முதியோர் செயலகம்	4.8.1. முதியோர்களுக்கான ஆதாரங்களை அடிப்படையாகக் கொண்ட விரிவான போசாக்கு பராமரிப்பு மற்றும் முதியோருக்கான ஆதரவு தொகுப்பு உருவாக்கப்பட்டது. 4.8.2. அனைத்து முதியோர்களாலும் பெறப்பட்ட பொருத்தமான போசாக்கு தலையீடுகள் மற்றும் பராமரிப்பு சேவைகள். 4.8.3. வயதானவருக்கான போசாக்கு ஆதரவு மற்றும் பராமரிப்பு சேவைகளுக்கான திறமையான கண்காணிப்பு பொறிமுறையானது கிடைக்கப்பெற்றது.
	4.8.2. அனைத்து வயதானவர்களுக்கும் பொருத்தமான, விரிவான போசாக்கு தலையீடுகளைச் செயல்படுத்த வளங்களை (மனித, நிதி, உள்கட்டமைப்பு போன்றவை) மேம்படுத்துதல்.	4.8.2.1. முதியோர் போசாக்கு பராமரிப்பை நிரூபிப்பதற்காக அரசாங்க அமைப்பில் சோர்க்கப்பட்ட போசாக்கு நிபுணர்களின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - சுகாதார அமைச்சகம்)	- சுகாதாரம் - நிதி - தேசிய திட்டமிடல்	

	4.8.3. முதியோர்களுக்கான குடியிருப்பு பராமரிப்புக்கான தேசிய போசாக்கு தர நியமங்களை உருவாக்கி செயல்படுத்துதல்.	4.8.3.1. பதிவு செய்யப்பட்ட நிறுவனங்களில் தேசிய போசாக்கு தர நியமங்களைப் பின்பற்றும் முதியோர் பராமரிப்பு நிறுவனங்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - போசாக்கப் பிரவு)	- சுகாதாரம் - முதியோர் செயலகம் - சமூக சேவைகள் - பராமரிப்பு இல்ல வசதிகள்	
	4.8.4. எல்லா அமைப்புகளிலும் பெரியவர்களின் திறனுக்கு ஏற்ப உடல் செயல்பாடுகளை எளிதாக்குதல்	4.8.4.1. வயதானவர்களுக்கு உடல் செயல்பாடுகளுக்கு எளிதாக அணுகக்கூடிய திறந்தவெளிப் பயிற்சிகள் (ஆதாரம் - பிரதேச செயலகம்) 4.8.4.2. ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் ஆண்டுதோறும் நிறுவப்பட்ட திறந்த உடற்பயிற்சிக் கூடங்கள்/ நடைப்பாதைகளின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - பிரதேச செயலகம்) 4.8.4.3. 60 -69 வயது வந்தவர்களிடையே போதுமான உடல் செயல்பாடுகளின் சதவீதம் 36% (2015) இலிருந்து 15% ஆகக் குறைக்கப்பட்டது. (ஆதாரம் - தொற்றா நோய்க் பிரிவு கணக்கெடுப்பு)	- நிதி - தேசிய திட்டமிடல் - நகர்ப்புற அபிவிருத்தி - விளையாட்டு - உள்ளூர் அதிகாரிகள்	
	4.8.5. அனைத்து அமைப்புக்களிலும் அனைத்து மட்டங்களிலும் (பிரிவு, மாவட்டம், மாகாணம் மற்றும் தேசிய) முதியோர்களுக்கான போசாக்கு ஆதரவு மற்றும் பராமரிப்பு சேவைகளின் வழக்கமான கண்காணிப்பு பொறிமுறையை நிறுவுதல்.	4.8.5.1. முதியோர் போசாக்கு சேவைகளுக்காக ஆண்டுதோறும் பல்வேறு நிலைகளில் நடத்தப்படும் ஆய்வு கூடங்களின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - சுகாதார அமைச்சகம்/ மாகாண/ மாவட்டம்/ பிரதேச செயலக தரவுத்தளங்கய்)	- சுகாதாரம்	
4.9. பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்களின் போசாக்கு நிலையை மேம்படுத்துவதற்கு தலையீடுகளை செயற்படுத்துதல்.	4.9.1. போசாக்கினால் பாதிக்கப்படக்கூடிய நபர்கள்/ குடும்பங்கள்/ மக்கள்தொகை (பின்தற்கிய மக்கள்/ கடுமையான அல்லது நாட்பட்ட நோய்கள் உடையவர்கள். மலையக நகர்ப்புறம் போன்நவை) பிரதேச அளவில் உள்ள வரைபடம்.	4.9.1.1. பிரதேச மட்டத்தில் போசாக்கு பாதிப்பு உள்ள குடும்பங்களில் புதுப்பிக்கப்பட்ட வரைபடத்தின் கிடைப்பனவுத் தன்மை (ஆதாரம் - பிரதேச செயலக தரவுத்தாள்கள்)	- தேசிய திட்டமிடல் - நிதி - சுகாதாரம் - மாகாண/ உள்ளூர் அதிகாரிகள்	4.9.1.பாதிக்கப்படக் கூடிய மக்களிடையே போசாக்கு நிலை மேம்படுத்தப்பட்டது. 4.9.2.பாதிக்கப்படக் கூடியவர்களிடையே கடுமையான தொற்றுநோய்களைத் தடுக்கவும்

	4.9.2. பாதிப்பு நிலைக்கு ஏற்ப இலக்கு நேரடி மற்றும் முறைமுக போசாக்கு தலையீடுகளை திட்டமிட்டு செயல்படுத்துதல்.	4.9.2.1. பாதிக்கப்படக்கூடிய நபர்களிடையே குறைவான எடை அடிப்படையிலிருந்து 30% இனால் மேம்படுத்துதல் (ஆதாரம் - RDHS தரவுத்தாள்) 4.9.2.2. பாதிக்கப்படக்கூடிய நபர்களிடையே அதிக எடை மற்றும் அதீத உடல் பருமன் அடிப்படையிலிருந்து 30% மேம்பட்டுள்ளது. இனால் மேம்படுத்துதல் (ஆதாரம் - RDHS தரவுத்தாள்)	- சுகாதாரம் - நீர் விநியோகம் - உள்ளூர் அதிகாரிகள	கட்டுப்படுத்தவும் வாழ்க்கைத் தரங்களை மேம்படுத்தப்பட்டு ஆரோக்கியமான சூழல் நிறுவப்பட்டது.
4.10. நோய் தொடர்பான (கடுமையான மற்றும் நாள்பட்ட) போசாக்கு குறைபாடு தடுப்பு மற்றும் மேலாண்மை	4.10.1. நாட்பட்ட நோயினால் பாதிக்கப்பட்ட வெளிப்புற நோயாளிகளுக்கு போசாக்கு சேவைகளை வழங்க சுகாதார அமைப்பை வலுப்படுத்துதல்.	1.10.1.1. ஒவ்வொரு மட்டத்திலும் நிறுவப்பட்டுள்ள போசாக்குச் சிகிச்சை நிலையங்களின் எண்ணிக்கை (ஆதாரம் - RDHS தரவுத்தளங்கள்)	- சுகாதாரம் - தேசிய மருத்துவம்	4.10.1. பாதிக்கப்படக் கூடிய மக்களிடையே கடுமையான மறறும்/ நாள்பட்ட நோய்தொற்றுகள்/ நோய்களைத் தடுக்கவும் கட்டுப்படுத்தவும் வாழ்கைத் தரம் மேம்படுத்தப்பட்ட மற்றும் ஆரோக்கியமான சூழல் ஏற்படுத்தப்பட்டது. 4.10.2. கடுமையான மறறும்/ அல்லது நாள்பட்ட நோய்களால் பாதிக்கப்பட்ட நோயளிகளிடையே போசாக்கு குறைபாட்டை தடுப்பதற்கும் கட்டுப்படுத்துவதற்கு மான வழிமுறைகள் செயல்படுத்தப் படுகின்றன.
	4.10.2. உள்நோயாளிகள் மற்றும் மறுவாழ்வுக் காலத்தின் போது உகந்த போசாக்கை உறுதி செய்வதற்கான வழிமுறைகளை ஒழுங்குபடுத்துதல்.	4.10.2.1. கடுமையான மற்றும்/ அல்லது நாள்பட்ட நோய்களால் பாதிக்கப்பட்ட நோயாளிகளிடையே போசாக்குக் குறைபாட்டைத் தடுப்பதற்கும் கட்டுப்படுத்துவதற்கும் வழிமுறைகளின் இருப்பு.	- சுகாதாரம் - தேசிய மருத்துவம்	
	4.10.3. SBCC மற்றும் சமூக பாதுகாப்பு வலைத் திட்டங்கள் மூலம் வீடு/ சமூக அளவில் கடுமையான/ நாட்பட்ட நோய்கள் மற்றும் நோய்த்தடுப்பு சிகிச்சையின் போது மற்றும் அதற்குப் பின்னரும் உகந்த போசாக்கை வழங்க சமூகத்திற்கு அதிகாரம் அளித்தல்.	4.10.3.1. எச்.ஐ.வி / எய்ட்ஸ் உடன் வாழும் மக்களிடையே மெல்ந்தவர்களின் விகிதம் (ஆதாரம் - தேசிய STD/எய்ட்ஸ் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டம்) 4.10.3.2. காசநோய் உள்ளவர்களிடையே மெல்லிய தன்மையின் விகிதம் (ஆதாரம் - காசநோய் கட்டுப்பாடு மற்றும் மார்பு நோய்களுக்கான தேசிய திட்டம்) 4.10.3.3. புற்றுநோயால் பாதிக்கப்பட்ட மக்களிடையே மெல்லிய தன்மையின் விகிதம்.(தேசிய	- சுகாதாரம் - தேசிய மருத்துவம் - சமூக அதிகாரம் - CSOs	

		புற்றுநோய் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டம்)		
	4.10.4. தொற்றா நோய்கள் மற்றும் நோய்தொற்றுகள் (காசநோய், வயிற்றுப்போக்கு நோய்கள், HIV/AIDS போன்றன) உள்ள மக்களின் போசாக்கு குறைபாட்டைத் தடுக்கவும் கட்டப்படுத்தவும் வருமானம் ஈட்டுதல் ஆரோக்கியமான உணவு மற்றும் போசாக்கு கூடுதல், பாதுகாப்பான நீர் மற்றும் சுகாதாரம் ஆகியவற்றின் முலம் வலுவூட்டுதல்.	4.10.4.1. பாதுகாப்பான குடிநீர் சேவைகளைப் பயன்படுத்தும் மக்கள் தொகையின் விகிதம் 94% (2014) இலிருந்து 100% ஆக மேம்படுத்துதல். (ஆதாரம் - GLAA) 4.10.4.2. ஐந்து (5) வயதிற்குட்டபட்ட குழந்தைகளிடையே கடுமையான சுவாசநோய் தொற்றுகைகள் அடிப்படை மட்டத்திலிருந்து 50% இனால் குறைக்கப்பட்டுகின்றன. (ஆதாரம் - சுகாதார அமைச்சகம்) 4.10.4.3. ஐந்து (5) வயதிற்குட்டபட்ட குழந்தைகளிடையே வயிற்றப்போக்கு நோய்கள் அடிப்படை மட்டத்திலிருந் 50% இனால் குறைக்கப்பட்டுகின்றன. (ஆதாரம் - சுகாதார அமைச்சகம்)	- சுகாதாரம் - தேசிய மருத்துவம் - நீர் விநியோகம் - உள்ளூர் அதிகாரிகள்	

முன்னுரிமைப்படுத்தப்பட்ட கொள்கைப் பரப்பு 5 - தீவிர சீரற்ற காலநிலை நிலைமைகள் மற்றும் அனர்த்தம் ஏற்படும் அவசர நிலைமைகளில் போசாக்கு ஊக்குவிப்பு

மூலோபாய திசைகள்/ வழிகாட்டுதல்	பிரதான செயற்பாட்டு பகுதிகள்	2030 க்குள் குறிகாட்டிகள் மற்றும்/அல்லது இலக்குகளை கண்காணித்தல்	பொறுப்புக்கூறும் பிரதான நிறுவனம்/கள் அல்லது அமைப்பு/கள்	மூலோபாய திசையில் எதிர்பார்க்கப்படும் பலாபலன்/கள் அல்லது விளைவு/கள்
5.1. பாதிக்கப்பட்ட மக்களுக்கு போசாக்கு தேவைகளை வழங்குவதற்கான அனர்த்த ஆயத்த திட்டங்களை எளிதாக்குவதற்கான பின்னடைவு வழிமுறைகளை வலுப்படுத்தலும் நெறிப்படுத்தலும்.	5.1.1. போசாக்கு தொடர்பாக அனைத்து மட்டங்களிலும் (தேசிய, மாகாண, மாவட்ட மற்றும் பிரதேச) அனர்த்தங்களிற்கு முகங்கொடுக்க ஆயத்தமாதல் மற்றும் தணிப்பு திட்டங்களினை அமுல்படுத்துவதை வலுப்படுத்துதல்.	5.1.1.1. ஒருங்கிணைந்த போசாக்கு நடவடிக்கைகளுடன் மத்திய, மாகாண, மாவட்ட மற்றும் பிரதேச மட்டங்களில் இயற்கை அனர்த்தங்களிற்கு முகங்கொடுக்க ஆயத்தமாதல் மற்றும் தணிப்பு திட்டங்கள் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - DMC தரவுத்தாள்கள்) 5.1.1.2. பாதிக்கப்பட்ட அனைத்து குடும்பங்களிலிருந்தும் அத்தியாவசிய போசாக்குப் பொருட்களுடன்கூடிய உணவுக் கூடையை பெற்றுக்கொண்ட குடும்பங்களின் விகிதம். (ஆதாரம் -பிதரேச செயலகதரவுத்தாள்கள்) 5.1.1,3, அடையாளம் காணப்பட்டபிரிவு மட்டத்தில் போசாக்குகளைப் பெற்ற (குறை நிரப்பு உணவுகள் உட்பட) பாதிக்கப்படககூடிய நபர்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - பிதரேச செயலக தரவுத்தாள்கள்) 5.1.1.4. கிராம மட்டத்தில் அவசரகால போசாக்கு கண்காணிப்புக்கு உட்படுத்தப்பட்ட பாதிக்கப்ட்ட பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - MOH தரவுத்தாள்கள்)	- அனர்த்த முகாமைத்துவ நிலையம் (DMC) - சுகாதாரம் - தேசிய போசாக்கு செயலகம் - மாகாண/ மாவட்ட/பிரதேச செயலகம் - உள்ளூர்	5.1.1. அனர்த்த முகாமைத்துவ திட்டங்களினால் பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்களின் போசாக்கு தேவைகள் போதுமான அளவில் கவனிக்கப் படுகின்றன. 5.1.2. அனைத்து பங்குதாரர்களும் முன்கூட்டியே தயார்படுத்துவதற்கும் அவசரநிலைகளைத் தணிப்பதற்கும் அதிகாரம் பெற்றுள்ளனர் 5.1.3. பாதகமான சீரற்ற காலநிலையை எதிர்க்கும் வகையிலான உணவு தாவரங்கள் கிடைக்கின்றன.
	5.1.2. பல துறைகளின் ஒத்துழைப்புடன் கிராம அளவில் காலநிலை மாற்றம் தீவிர வானிலை நிலைகளுக்கான முன்னறிவிப்பு மற்றும் முன்னெச்சரிக்கை பொறிமுறையை நிறுவுதல்.	5.1.2.1. அனைத்து கிராம மட்டங்களிலும் தீவிர வானிலை நிலைமைகளிலிருந்தும் வழங்கப்பட்ட முன்கூட்டிய எச்சரிக்கைகளின் விகிதம் . (ஆதாரம் - DMC தரவுத்தாள்கள்)	- அனர்த்த முகாமைத்துவ நிலையம் (DMC) - சுற்றுச்சூழல் - மாவட்ட செயலகம் - பிரதேச செயலகம்	

			- உள்ளூர் அதிகாரிகள;/ கிராம அலுவலர் (GN)	
	5.1.3. காலநிலை மாற்றம் தீவிர சீரற்ற வானிலை மற்றும் ஏனைய இயற்கை அனர்த்தங்கள் தொடர்பில் முன்னெச்சரிக்கையும் மற்றும் சமுகங்களை மேம்படுத்துதல்.	5.1.3.1. மாவட்ட அளவில் மதிப்பிட்டதை விட, ஆரம்பகால ஆயத்த நிகழ்ச்சிகள் (பயிற்சிகள்) நடத்தப்பட்ட சமூகங்களின் விகிதம். (ஆதாரம் - பிதரேச செயலக தரவுத்தாள்கள்)	- அனர்த்த முகாமைத்துவ நிலையம் (DMC) - சுகாதாரம் - தேசிய போசாக்கு செயலகம் - மாவட்ட செயலகம் - பிரதேச செயலகம் - உள்ளூர் அதிகாரிகள;/ கிராம அலுவலர் (GN) - சுற்றுச்சூழல் - அபிவிருத்தி பங்காளிகள்/ CSO	
	5.1.4. அவரசர நிலைகள் மற்றும் பிந்தைய அவசர நிலைகளின் போது போசாக்கு குறைபாட்டை சரியான முறையில் நிரிவகிப்பதற்கான சுகாதார ஊழியர்களின் திறனை மேம்படுத்துதல்.	5.1.4.1. மாவட்ட அளவில் அவசர மற்றும் பிந்தைய அவசர கால கட்டத்தில் போசாக்கு குறைபாட்டின் சரியான மேலாண்மை குறித்து பயிற்சி பெற்ற தொடர்புடைய சுகாதார பணியாளர்களின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - பிராந்திய சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் தரவுத்தளம் - RDHS)	- சுகாதாரம்	
	5.1.5. முறையான ஆராய்ச்சி மற்றும் விரிவாக்க நடைமுறைகள் மூலம் பாதகமான வானிலை எதிர்ப்பு வகைகளை தாவர அடிப்படையிலான உணவுகளை (அரிசி, பருப்பு வகைகள், காய்கறிகள் மற்றும் பழங்கள் போன்றவை) அறிமுகப்படுத்துதல்.	5.1.5.1. தாவர அடிப்படையிலான உணவுகளின் வானிலை – எதிர்ப்பு வகைகளை அடையாளம் காண வருடாந்தம் நடத்தப்படும் ஆராய்ச்சிகளின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - DOA) 5.1.5.2. வருடாந்தம் ஆராய்சி செய்து பயிரிடப்படும் புதிய காலநிலை எதிர்ப்பு உணவுகளின் விகிதம். (ஆதாரம் - DOA)	- விவசாயம் - பல்கலைக்கழகங்கள் - ஆராய்ச்சி நிறுவனங்கள்	

5.2. செயல்பாட்டு வழிகாட்டுதல்களின் படி பாதிக்கப்பட்ட மக்களுக்கு பாதுகாப்பான மற்றும் போதுமான போசாக்கை உறுதிசெய்ய அவசரகால நிவாரண பணியாளர்கள் மற்றும் திட்ட மேலாளர்கள் உள்ளிட் தொடர்புடைய பங்குதாரர்களுக்கு அதிகாரம் அளித்தல்.	5.2.1. அவசர காலங்களில் போசாக்கு ஆதரவுக்கான செயல்பாட்டு வழிகாட்டுதல்களை உருவாக்குதல்/ புதிப்பித்தல் / திருத்துதல்.	5.2.1.1. அவசர நிலைமைகளில் போசாக்கு ஆதரவுக்காக உருவாக்கப்பட்ட/ கிடைக்கும் செயல்பாட்டு வழிகாட்டுதல்களின் எண்ணிக்கை (ஆதாரம் - DMC தரவுத்தயங்கள்). 5.2.1.2. தேவைக்கு மேலதிகமாக புதிப்பிக்கப்பட்டு/ திருத்தப்பட்ட செயல்பாட்டு வழிகாட்டுதல்களின் விகிதம் (ஆதாரம் -DMC தரவுத்தயங்கள்).	- சுகாதாரம் - தேசிய போசாக்கு செயலகம் - அனர்த்த முகாமைத்துவ நிலையம்	5.2.1. பாதிக்கப்பட்ட மக்களுக்கு போதுமான மற்றும் தரமான சேவைகளை வழங்க பங்குதாரர்களுக்கு அதிகாரம் உள்ளது.
	5.2.2. உணவை சரியான முறையில் பயன்படுத்துதல் மற்றும் வீணாக்கப்படுவதைத் தடுப்பதை வலியுறுத்தி பலதரப்பட்ட குழுக்கள் மூலம் ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் அவசர போசாக்குத் திட்டத்தை செயல்படுத்துதல்.	5.2.2.1. அவசர போசாக்குத் திட்டத்தைச் செயல்படுத்துவதற்குச் செயல்படும் பல்துறைக் குழுவைக் கொண்ட மாவட்டங்களின் எண்ணிக்கை (ஆதாரம் - செயலகத் தரவுத்தளங்கள்).	- அனர்த்த முகாமைத்துவ நிலையம் (DMC) - சுகாதாரம் - மாவட்ட செயலகம்	
	5.2.3. அவசர காலங்களில் மக்கள் போசாக்கை பராமரிக்க ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் பேரிடர்களுக்கு செயல்படும் சுகதார மற்றும் சுகாதாரம் அல்லாத துறை ஒருங்கிணைப்புக் குழுவை ஒழுங்குபடுத்துதல்.	5.2.3.1. நிகழ்ச்சி நிரலில் போசாக்கு இணைக்கப்பட்டுள்ள அனர்த்தங்களுக்கான செயல்பாட்டு ஒருங்கிணைப்புக் குழுவைக் கொண்டுள்ள மாவட்டங்களின் எண்ணிக்கை (ஆதாரம் - மாவட்ட செயலகத் தரவுத்தளங்கள்)	- சுகாதாரம் - அனர்த்த முகாமைத்துவ நிலையம் (DMC) - மாவட்ட செயலகம்	

முன்னுரிமைப்படுத்தப்பட்ட கொள்கைப் பரப்பு VI– ஆராய்ச்சி மற்றும் தகவல்களின் உபாய முகாமைத்துவம்				
மூலோபாய திசைகள்/ வழிகாட்டுதல்	**பிரதான செயற்பாட்டு பகுதிகள்**	**2030 க்குள் குறிகாட்டிகள் மற்றும்/அல்லது இலக்குகளை கண்காணித்தல்**	**பொறுப்புக்கூறும் பிரதான நிறுவனம்/கள் அல்லது அமைப்பு/கள்**	**மூலோபாய திசையில் எதிர்பார்க்கப்படும் பலாபலன்/கள் அல்லது விளைவு/கள்**
6.1. சான்றுகள் அடிப்படையிலான கொள்கை மற்றும் தகவல் நிரல் முடிவுகளை ஆதரிக்க மூலோபாய தகவல் மேலாண்மை அமைப்புகளை வலுப்படுத்துதல்.	6.1.1. அனைத்து நேரடி மற்றும் மறைமுக போசாக்கு தலையீடுகளின் சரியான நேர கண்காணிப்பும் மதிப்பீடும்.	6.1.1.1. போசாக்கு மீதான செயல்படும் மூலோபாய தகவல் மேலாண்மை அமைப்பைக்கொண்ட பங்குதாரர்களின் எண்ணிக்கை (ஆதாரம் - தேசிய போசாக்கு செயலகம்)	- தேசிய போசாக்கு செயலகம் - மக்கள் தெகை கணக்கெடுப்பு மற்றும் புள்ளிவியல் துறை - அனைத்து தொடர்புடைய அமைச்சகங்கள்	6.1.1 போசாக்கு விளைவுகள் மற்றும் கணிப்புகள் பற்றிய சான்றுகள் தொடர்புடைய பற்குதாரத்களுக்கும் மற்றும்/ அல்லது சமூகத்திற்கு தெரிவிக்கப்பட்டது.
	6.1.2. சமூக போசாக்கை மேம்படுத்துவதற்கும் பாதுகாப்பதற்குமான முடிவுகளை எடுக்க போசாக்கு கண்காணிப்பு முறைமையைப் பயன்படுத்தவும்.	6.1.2.1. மைய அளவில் செயல்படும் விரிவான போசாக்கு கண்காணிப்பு முறைமையின் கிடைப்பனவுத் தன்மை (ஆதாரம் - தேசிய போசாக்கு செயலகம்).	- அனைத்து தொடர்புடைய அமைச்சகங்கள் - மாகாண, மாவட்ட மற்றும் பிரதேச அதிகாரிகள். - போசாக்கு தொடர்பான நடவடிக்கைகளுக்கு பொறுப்பான மற்ற அனைத்துத் துறைகளும்/ நிறுவனங்களும்	
	6.1.3. போசாக்கு தொடர்பான தகவல்களின் பொது மக்களுக்கான விழிப்புணர்வை மேம்படுத்துதல்.	6.1.3.1. மாவட்ட மட்டத்தில் பொதுமக்களுடன் போசாக்குத் தரவு பகிர்வு பொறிமுறையின் கிடைப்பனவுத் தன்மை (ஆதாரம் - மாவட்ட செயலக தரவுத்தளங்கள்) 6.1.3.2. பிரதேச மட்டத்தில் குறிப்பிட்ட போசாக்கு பிரச்சனைகள் தொடர்பாக பொதுமக்களின் விழிப்புணர்விற்கான ஊடுறுவும் தளங்களின் கிடைப்பனவுத் தன்மை (ஆதாரம் - பிரதேச செயலக தரவுத்தளங்கள்)	- அனைத்து தொடர்புடைய அமைச்சகங்கள் - மாகாண, மாவட்ட மற்றும் பிரதேச அதிகாரிகள். - அபிவிருத்தி பங்காளிகள் - CSO கள்	

6.2. போசாக்கு கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீட்டில் உணவு நடத்தை கண்காணிப்பு பொறிமுறையை நிறுவுதல்	6.2.1. உணவு நடத்தைகளை கண்காணித்தல் மற்றும் மதிப்பீடு செய்தல்	6.2.1.1. மூலோபாய தகவல் மேலதண்மை இமைப்புக்களில் உணவு நடத்தை கண்காணிப்பை இணைத்தல் (ஆதாரம் - போசாக்குப் பிரிவு)	- தேசிய போசக்கு செயலகம் - சுகாதாரம்	6.2.1. சமூகத்தில் உள்ள உணவுப் பழக்கவழக்கங்கள் போசாக்கு தலையீடுகளைத் திட்டமிடுதல் மற்றும் செயல்படுத்துவதில் கண்காணிக்கப்பபட்டு திறம்பட பயன்படுத்தப் படுகின்றன.
	6.2.2. SBCC இன் இலக்கு தலையீடுகளை செயல்படுத்துவதில் நடத்தை கண்காணிப்பு தகவலைப் பயனபடுத்துதல்.	6.2.2.1. பிரதேச மட்டத்தில் ஆரோக்கியமற்ற போசாக்கு நடைமுறைகளுக்காக செயல்படுத்தப்பட்ட சமூக நடத்தை மாற்ற மட்டங்களின் எண்ணிக்கை. (ஆதாரம் - MOH/CSO தரவுத்தாள்கள்)	- தேசிய போசக்கு செயலகம் - சுகாதாரம் - போசாக்கு தொடர்பான நடவடிக்கைகளுக்கு பொறுப்பான அனைத்து துறைகள்	
	6.2.3. சமூகத்தில் நுகர்வு முறைகள் மற்றும் போசாக்கு விளைவுகளை அடையாளம் காண அவ்வப்போது ஆய்வுகளை நடத்துதல்.		- தேசிய போசக்கு செயலகம் - சுகாதாரம் - DCS	
6.3. ஆதாரங்களை அடிப்படையாகக் கொண்ட தகவல்களை உருவாக்குவதற்கு பொருத்தமான ஆராய்ச்சியை ஆதரித்தல் மற்றும் போசாக்கு தலையீடுகளின் கலந்துரையாடல் கூட்டங்களை திட்டமிடல், நடைமுறைப்படுத்துதல் மற்றும் காலமுறை மதிப்பீடுகளில் அவற்றைப் பயன்படுத்துதல்.	6.3.1. ஆதாரங்களை அடிப்படையாகக் கொண்ட நேரடி மற்றும் மறைமுக போசாக்கு தலையீடுகளைத் திட்டமிடுவதற்கும் செயல்படுத்துவதற்கும் ஆராய்ச்சி இடைவெளிகளைக் கண்டறிதல் மற்றும் அவற்றின் அடிப்படையில் ஆராய்ச்சிகளை நடத்துதல்.	6.3.1.1. அடையாளம் காணப்பட்ட போசாக்கு தொடர்பான ஆராய்ச்சி இடைவெளிகளின் அடிப்படையில் நடத்தப்பட்ட ஆராய்ச்சிகளின் எண்ணிக்கை (ஆதாரம் - MOH/ பல்கலைக்கழக தரவுத்தாள்கள்) 6.3.1.2. உணவு நுகர்வு தொடர்பாக நடத்தப்பட்ட சந்தை நடத்தை ஆய்வுகளின் எண்ணிக்கை (ஆதாரம் - MOH/ பல்கலைகழகம் / ஆராய்ச்சி நிறுவன தரவுத்தாள்கள்)	- தொடர்புடைய அனைத்து அமைச்சகங்கள் - அபிவிருத்தி பங்காளிகள் - அரச சாரா நிறுவனங்கள்	6.3.1. போசாக்கு தலையீடுகளுக்கு முன்னுரிமை அளிக்கவும் செயல்படுத்தவும் மிகவும் எதிர்ப்பாற்றல் மிக்க உணவு நடத்தைகள் அடையாளம் காணப்பட்டுள்ளன. 6.3.2. அடையாளம் காணப்பட்ட போசாக்கு விளைவுகளை கண்காணிக்க அடிப்படைகள் நிறுவப்பட்டுள்ளன.
	6.3.2. தேசிய போசாக்குக் கொள்கையை நடைமுறைப்படுத்துவதைக் கண்காணிப்பதற்குத் தேவையான நேரடி மற்றும் மறைமுக போசாக்கு	6.3.2.1. தேசிய போசாக்கக் கொள்கையின் கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீடு செய்வதற்கான அடிப்படை மற்றும் குறிப்பிட்ட காலத் தகவல்களின் கிடைக்கும்	- தொடர்புடைய அனைத்து அமைச்சகங்கள் - DCS	

	தலையீடுகளுக்கான அடிப்படைகளை நிறுவுதல்.	தன்மை (ஆதாரம் -- MOH/DCD பல்கலைககழகம் / ஆராய்ச்சி நிறுவன தரவுத்தாள்கள்)	- கல்வி/ ஆராய்ச்சி நிறுவனங்கள் - அபிவிருத்தி பங்காளிகள் - அரச சாரா நிறுவனங்கள்	
	6.3.3. அடிக்கடி உட்கொள்ளும் மற்றும் வழக்கத்திற்கு மாறான உணவுகள் குறித்து போசாக்கு பகுப்பாய்வு மற்றும் கிடைகக்கூடிய உயிர்ப்பத்தன்மை பற்றிய ஆராய்ச்சிகளை மேற்கொள்ளுதல்.	6.3.3.1. புதிப்பிக்கப்பட்ட உணவு சேர்மான அட்டவணைகளின் கிடைப்பனவுத் தன்மை (அட்டவணை ஆதாரம் - மருத்துவ ஆராய்ச்சி நிறுவனம்) 6.3.3.2. போசாக்குகளின் உயரியல் கிடைக்கும் தன்மை குறித்து நடத்தப்பட்ட ஆராய்ச்சிகளின் எண்ணிக்கை (ஆதாரம் - சுகாதார அமைச்சகம்/ பல்கலைக்கழகம்/ ஆராய்ச்சி நிறுவன தரவுத்தாள்கள்)	- சுகாதாரம் - மக்கள் தொகை கணக்கெடுப்பு மற்றும் புள்ளியியல் துறை - கல்வி/ ஆராய்ச்சி நிறுவனங்கள்	
	6.3.4. முன்னுரிமை ஆராய்ச்சி மற்றும் குறிப்பிட் கால இடைவெளியில் ஆய்வுகளுக்கு தேவையான ஆதாரங்களை வழங்குதல்.	6.3.4.1. தேவைக்கேற்ப நிதி ஆதாரங்களின் இருப்பனவு (ஆதாரம் - தொடர்புடைய துறைகளின் தரவுத்தாள்கள்) 6.3.4.2. அடையாளம் காணப்பட்டவைக்கு மேலதிகமான ஆராய்ச்சிகளுக்கான உட்கட்டமைப்பு வசதிகளின் கிடைப்பனவுத் தன்மை (ஆதாரம் - தொடர்புடைய துறைகளின் தரவுத்தாள்கள்)	- தொடர்புடைய அனைத்து அமைச்சகங்கள் - நிதி - விஞ்ஞானம் மற்றும் தொமில்நுட்பம் - தேசிய திட்டமிடல்	

13. சொற்களஞ்சியம்

1. **உணவு பாதுகாப்பு** – அனைத்து மக்களுக்கும் எல்லா நேரங்களிலும், அவர்களின் உணவுத் தேவையையும், சுறுசுறுப்பான மற்றும் ஆரோக்கியமான வாழ்க்கைக்கான உணவு விருப்பங்களையும் பூர்த்தி செய்ய போதுமான பாதுகாப்பான மற்றும் சத்தான உணவுக்கான உடல் மற்றும் பொருளாதார அணுகலைக் கொண்டிருக்கும் போது உணவு பாதுகாப்பு உள்ளது (உலகின் உணவுப் பாதுகாப்பின்மை நிலை 2001, FAO. 2002).
2. **போசாக்கு பாதுகாப்பு -** அனைத்து மக்களுக்கும் எல்லா நேரங்களிலும், சுறுசுறுப்பான ஆரோக்கியமான வாழ்க்கைகான அவர்களின் உணவுத் தேவைகள் மற்றும் உணவு விருப்பங்களை பூர்த்தி செய்வதற்கான பாதுகாப்பு, சுகாதாரமான சூழல், போதுமான சுகாதாரம், கல்வி மற்றும் பராமரிப்பு எனபவற்றுடன் போதுமான அளவு மற்றும் தரமான உணவை பல்வேறு வகை, பன்முகத்தன்மை, போசாக்கு மற்றும் உள்ளடக்கம் ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் உட்கொள்ளும் போது போசாக்கு பாதுகாப்பு உள்ளது (உலகின் உணவுப் பாதுகாப்பின்மை நிலை, FAO, WFP, மற்றும் IFAD 2012).
3. **போசாக்கு குறைபாடு** (மந்தபோசணை) –போசாக்கு குறைபாடு என்பது ஒரு நபரின் ஆற்றல் மற்றும்/அல்லது ஊட்டச்சத்துக்களை உட்கொள்வதில் உள்ள குறைபாடுகள், அதிகபடியான அல்லது ஏற்றத்தாழ்வுகளைக் குறிக்கிறது. (உலக சுகாதார அமைப்பின் உண்மைத் தாள், 2020) அதாவது இதில் குறைவான போசாக்கு, அதிக போசாக்கு மற்றும் நுண்ணூட்டச்சத்து குறைபாடுகளை உள்ளடக்கியது ஆகும்.
4. **ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளிடையே ஓல்லியாதல் (அல்லது மெலிதல்)** – குழந்தைளின் உயரத்திற்கு ஏற்ற எடை WHO இன் குழந்தை வளர்ச்சி தரநிலைகளின் சராசரிக்கு கீழே இரண்டு நிலையான விலகல்களுக்கு (< - 2SD) மேல் இருந்தால் ஒல்லியாதல் என வரையறுக்கப்படுகிறது. இது எடை இழப்புக்கான சமீபத்திய மற்றும் கடுமையான செயல்முறைகளைக் குறிக்கிறது, மேலும் இது பொரும்பாலும் அடிக்கடி கடுமையான பட்டினியுடன் தெடர்புடையது.
5. **ஐந்து வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளிடையே குள்ளமாதல்/ வளர்ச்சி குன்றுதல் -** குழந்தைகளின் வயதுக்கு ஏற்ற உயரம் WHO இன் குழந்தை வளர்ச்சி தரநிலைகளின் சராசரிக்கு கீழே இரண்டு நிலையான விலகல்களுக்கு (< - 2SD) மேல் உயரம் இருந்தால் குள்ளமாதல்/ வளர்ச்சி குன்றுதல் என வரையறுக்கப்படுகிறது. இது பலவீனமான வளர்ச்சி மற்றும் வளர்ச்சி துாண்டலைக் குறிக்கிறது. இது பெரும்பாலும் மேசமான போசாக்கு, மீணடும் மீண்டும் தொற்று நோய்களுக்கு உள்ளாதல் மற்றும் உளவியல் சமூக தூண்டுதல்களால் ஏற்படுகிறது.
6. **நேரடி (குறிப்பிட்ட போசாக்கு) தலையீடுகள் -** போசாக்குக் குறைபாட்டின் உடனடி தீர்மானங்களை நிவர்த்தி செய்யும் தலையீடுகள் (உ+ம் :- விற்றமின் A மற்றும் துர்நாகம், பிரத்தியேக தாய்ப்பால், உணவு பன்முகத்தன்மையை ஊக்குவித்தல் மற்றும் உணவு வலுவூட்டல் ஆகியவை இதில் அடங்கும்).

7. **மறைமுக (போசாக்கு உணர்திறன்) தலையீடுகள்** - போசாக்கின் அடிப்படையான தீர்மானங்களை நிவர்த்தி செய்யும் தலையீடுகள் (உ+ம் :- வறுமை, உணவுப் பாதுகாப்பின்மை, போதுமான பராமரிப்பு வளங்களுக்கான அணுகல் பற்றாக்குறை) மற்றும் விவசாயம், சமூகப் பாதுகாப்பு, ஆரம்ப குழந்தை வளர்ச்சி, கல்வி, நீர், சுகாதாரம் போன்ற குறை நிரப்புத் துறைகளினால் மேற்கொள்ளப்பபடுகின்றன.

8. **உணவு இழப்பு** – உணவு மதிப்பு சங்கிலியில் அறுவடைக்கு பிந்தைய காலத்திலிருந்து சில்லறை வியாபர நிலை வரையான உணவு இழப்பு (சில்லறை விற்பனை நிலை உட்பட) ஆகும்.

9. **உணவு விரையம்** - சில்லறை விற்பனையாளர்கள், உணவு சேவை வழங்குநர்கள் (விற்பனை நிலையங்கள், உணவு விடுதி போன்றவற்றிலிருந்து எடுத்தச் செல்லுதல்) மற்றும் நுகர்வோர் மட்டங்களில் உணவின் அளவு அல்லது தரம் குறைவதைக் குறிக்கிறது.

10. **அபாயகரமான பொருட்கள்** - உணவு பாதுகாப்புக்கு அபாயங்களான உயிரியல், மரபணு, இராசனவியல், உடல் மற்றும் ஒவ்வாமை போன்ற பண்புகள் காரணமாக உணவு மூலம் பரவும் நோய்களுக்கு வழிவகுக்கும் பொருட்கள்.

11. **அதீத உடல் பருமன், போசாக்கு குறைபாடு மற்றும் காலநிலை மாற்றம் ஆகியவற்றின் உலகளாவிய நோய்க்குறி** - அதீத உடல் பருமன், போசாக்கு குறைபாடு மற்றும் காலநிலை மாற்றம் ஆகியவற்றின் ஒரே நேரத்தில் ஏற்படும் தொற்றுநோய்களினால் தோன்றுகின்ற உலகலாவிய நோய்த்தொற்றைக் குறிக்கின்றது.

12. **இரு கடமை போசாக்கு நடவடிக்கைகள் (Double duty nutrition actions)** – போசாக்கின் தலையீடுகள் (செயல்கள்) போசாக்குக் குறைபாடு மற்றும் அதிக போசாக்கு ஆகிய இரண்டையும் நிவர்த்தி செய்கின்றன.

13. **மும்மை கடமை போசாக்கு நடவடிக்கைகள் (Triple duty nutrition actions)** – போசாக்கின் தலையீடுகள் (செயல்கள்) போசாக்குக் குறைபாடு, அதிக போசாக்கு மற்றும் நுண்ணூட்டச்சத்து குறைபாடுகள் ஆகிய மூன்றையும் நிவர்த்தி செய்கின்றன.

14. **உணவு மதிப்பு சங்கிலி** – உணவுப் பொருட்களை தயாரிப்பதற்குத் தேவையான ஒருங்கிணைந்த உற்பத்தி மற்றும் மதிப்பு சேர்த்தல் நடவடிக்கைகளில் பங்கேற்கும் அனைத்து பங்குதாரர்களையும் உள்ளடக்கிய விநியோகச் சங்கிலி (போசாக்கு தொடர்பான இரண்டாவது சாவதேச மாநாடு, ரோம், 2014)

15. **உணவு இறையாண்மை** – சுற்றுச்சூழலியல் ரீதியாக நல்ல மற்றும் நிலையான முறைகள் மூலம் உற்பத்தி செய்யப்படும் ஆரோக்கியமான மற்றும் கலாச்சார ரீதியாக பொருத்தமான உணவுக்கான மக்களின் உரிமை மற்றும் அவர்களின் சொந்த உணவு மற்றும் விவசாய முறைகளை வரையறுக்கும் உரிமை (உணவு இறையாண்மை குறித்த முதல் உலகளாவிய மன்றமான நைலானியின் பிரகடனம், மாலி, 2007).

16. **குறைந்தபட்ச உணவுப் பன்முகத்தன்மை** – போதுமான போசாக்கு மற்றும் பன்முகப்படுத்தப்பட்ட உணவுகளைப் (WHO, போசாக்கு தரவுத்தளம்) பெற வரையறுக்கப்ட்ட எட்டு உணவுக் குழுக்களில் குறைந்தத ஐந்து உணவு மற்றும் பானங்களின் நுகர்வு. IYCF

நடைமுறைகளை 2021, WHO மதிப்படுவதற்கான குறிகாட்டிகளின்படி முந்தைய நாளில் வரையறுக்கப்பட்ட எட்டு உணவுக் குழுக்களின் குறைந்தது ஐந்து உணவு மற்றும் பானங்களை உட்கொண்ட 6 – 23 மாத குழந்தைகளின் சதவீதமாக இந்த காட்டி மதிப்பிடப்படும். இருப்பினும், மூலோயா கட்டமைப்பில் அடிப்படை மதிப்பு முந்தைய வழிகாட்டியின்படி கொடுக்கப்பட்டுள்ளது.

17. **குறைந்தபட்ச உணவு அதிர்வெண்** – 6 – 23 மாத வயதுடைய குழந்தைகள் : திண்ம, அரைத்திண்ம அல்லது மென்மையான உணவுகளை குறைந்தபட்சம் இரண்டு முறை (6 - 8 மாதங்கள் வரையிலான குழந்தைகளுக்கு) மற்றும் மூன்று முறை (9 - 23 மாதங்கள் வரையிலான குழந்தைகளுக்கு) (WHO, போசாக்கு தரவுத்தளம்) பெறுவார்கள். இந்த குறிகாட்டியானது 6 – 23 மாத குழந்தைகளின் திண்ம, அரைத்திண்ம அல்லது மென்மையான உணவுகளை (ஆனால் தாய்ப்பால் கொடுக்காத குழந்தைகளுக்கு பாலூட்டுதல் உட்பட) பிந்தைய நாளின் குறைந்தபட்ச எண்ணிக்யாக மதிப்பிடப்படும். IYCF நடைமுறைகளை மதிப்படுவதற்கான குறிகாட்டிகள் 2021, WHO) இருப்பினும், மூலோயா கட்டமைப்பில் அடிப்படை மதிப்பு முந்தைய வழிகாட்டியின்படி கொடுக்கப்பட்டுள்ளது.

18. **குறைந்தபட்ச ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடிய உணவு -** இது உணவுப் பன்முகத்தன்மை மற்றும் தாய்ப்பால் நிலை மூலம் உணவளிக்கும் அதிர்வெண் ஆகியவற்றின் தரங்களை ஒருங்கிணைக்கும் ஒரு குறிகாட்டியாகும். (IYCF நடைமுறைகள் 2007 க்கான WHO குறிகாட்டிகளிலிருந்து பெறப்பட்டது)

    ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடிய குறைந்தபட்ச உணவு பின்வருமாறு வரையறுக்கப்படுகிறது :

    தாய்ப்பால் கொடுக்கும் குழந்தைகளுக்கு : முந்தைய நாளின் போது குறைந்தபட்சம் உணவு பன்முகத்தன்மை மற்றும் அவர்களின் வயதுக்கான குறைந்தபட்ச உணவு அதிர்வெண் ஆகியவற்றைப் பெறுதல்.

    தாய்பபால் கொடுக்காத குழந்தைகளுக்கு முந்தைய நாளின் போது குறைந்தபட்ச உணவுப் பன்முகத்தன்மை மற்றும் குறைந்தபட்ச உணவு முறை அவர்களின் வயதுக்கு குறைந்தபட்சம் இரண்டு முறை பாலூட்டுங்கள்.

    IYCF நடைமுறைகள் 2021, WHO ஐ மதிப்பிடுவதற்கான குறிகாட்களின்படி முந்தைய நாளில் குறைந்தபட்சம் ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடிய உணவை உட்கொண்ட 6 – 23 மாத குழந்தைகளின் சதவீதமாக இந்த காட்டி மதிப்பிடப்படும். இருப்பினம் மூலோபாய கட்டடைப்பில் அடிப்படை மதிப்பு முற்தைய வழிகர்டியின்படி கொடக்கப்பட்டுள்ளது.

19. **ஐந்து (5) வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளிடையே அதிக எடை** - WHO இன் குழந்தை வளர்ச்சி தரநிலைகளின் சராசரிக்கு மேல் இரண்டு நிலையான விலகல்களை (+2SD) விட உயரத்துக்கு அதிகமான எடை.

20. **ஐந்து (5) வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளிடையே அதீத உடல் பருமன்** - WHO இன் குழந்தை வளர்ச்சி தரநிலைகளின் சராசரிக்கு மேல் மூன்று நிலையான விலகல்களை (+3SD) விட உயரத்துக்கு அதிகமான எடை.

21. 5 – 19 **வயது குழந்தைகளின் ஒல்லியான தன்மை** - 5 – 19 வயதுக்கான WHO இன் குறிப்பு தரநிலைகளுக்கு கிழே இரண்டு நிலையான (-2SD) விலகல்களுக்கு மேல் உயரத்துக்கான எடை.
22. **5 – 19 வயது குழந்தைகளிடையே வளர்ச்சி குன்றிய தன்மை** – 5 – 19 வயதுக்கான WHO இன் குறிப்பு தரநிலைகளுக்கு கிழே இரண்டு நிலையான (-2SD) விலகல்களுக்குக் கிழேயான வயதக்கான உயரம்.
23. **5 – 19 வயது குழந்தைகளிடையே அதிக எடை** - 5 – 19 வயதுக்கான WHO இன் குறிப்பு தரநிலைகள் சராசரியாக ஒரு நிலையான (+1SD) விலகலுக்கு மேல் BMI அதிகமாக உள்ளது.
24. **5 – 19 வயது குழந்தைகளிடையே அதீத உடல் பருமன்** - 5 – 19 வயதுக்கான WHO இன் குறிப்பு தரநிலைகளுக்கு மேல் இரண்டு நிலையான (+1SD) விலகளை விட அதிகமான BMI உள்ளது.
25. **பெரியவர்களிடையே அதிக எடை** – BMI 25 ஐ விட அதிகமாகவே அல்லது சமசமாகவோ காணப்படும் (பெரியவர்களுக்கான BMI என்பது கிலோகிராமில் எடையை சதுர மீட்டரில் உயரத்தால் வகுக்கப்படுகிறது. BMI = எடை (kg) / உயரம்^{2} (மீ^{2}).
26. **பெரியவர்களிடையே அதீத உடல் பருமன்** – அதீத உடல் பருமன் என்பது 30 ஐ விட அதிகமாக அல்லது அதற்கு சமனான BMI ஆகும்.

14. பின்னிணைப்பு

2020 ஆம் ஆண்டிற்கான மெட்ரிக் டன்களில் (MT) பொதுவாகப் பயன்படுத்தப்படும் உணவுகளின் வருடாந்த தேவைகளின் அடிப்படை மதிப்பீடு. (இது ஆண்டுதோறும் மக்கள்தொகை மாற்றத்திற்கு ஏற்ப மாற்றப்படவேண்டும்).

1). அரிசி - 1,663,200 மெட்ரிக் டன்

2). பருப்பு வகைகள் - 415,800 மெட்ரிக் டன்

3). மீன் - 418,857 மெட்ரிக் டன்

4). கோழி இறைச்சி - 147,420 மெட்ரிக்
டன்

5). சோயா – 29,484 மெட்ரிக் டன்

6). மாட்டிறைச்சி - 29.484 மெட்ரிக் டன்

7). ஆட்டிறைச்சீ - 20,484 மெட்ரிக் டன்

8) பன்றி இறைச்சி - 29,484 மெட்ரிக் டன்

9). வேர் காய்கறிகள் - 491,400 மெட்ரிக் டன்

10). பச்சை சாய்கறிகள் - 491,400 மெட்ரிக் டன்

11). பச்சை இலைகள் - 737,100 மெட்ரிக் டன்

12). பிற காய்கறிகள் - 638,820 மெட்ரிக்
டன்

13). பழங்கள் - 1,965,600 மெட்ரிக் டன்

14). வித்துக்கள் (வேர்க்கடலை போன்றவை) - 189,100

15). முட்டை (எண்) - 7,560,000

16). பால் (கிலோ லீட்டர்) - 756,000

17). தேங்காய் (வித்தக்களின் எண்ணிக்கை) - 3,931,200

18). தேங்காய் எண்ணெய் (கிலோ லிட்டர்)- 49,140

19). பிற எண்ணெய் (MUFA) (கிலோ லிட்டர்) - 98,280

20). சக்கரை மற்றும் வெல்லம் – 294,840 மெட்ரிக் டன்

(ஆதாரம் - மருத்துவ ஆராய்ச்சி நிறுவனம் (MRI))

National NutritionPolicy of Sri Lanka

2021-2030

(Cabinet approval received on 05/09/2022)

Contents

1. Introduction 1
2. Policy background 2
3. Rationale for the revision of NNP 2010 5
4. The policy process 5
5. Vision 5
6. Goal 5
7. Guiding Principles 6
8. Policy Objective 6
9. Policy priority areas 6
10. Key Strategic directions for priority areas 7
    10.1. Strategic directions for policy priority area I- Food and nutrition security for all citizens. 7
    10.2. Strategic directions for policy priority area II-Coordinated Multi-sector collaboration and partnerships. 8
    10.3. Strategic directions for policy priority area III-Legal framework strengthening for protection of the right to safe food and prevention of unethical marketing 8
    10.4. Strategic directions for policy priority area IV-Nutrition improvement throughout the lifecycle. 9
    10.5. Strategic directions for policy priority area V-Nutrition promotion in emergency situations and extreme weather conditions. 11
    10.6. Strategic directions for policy priority area VI-Strategic management of information and research 11
11. Expected impact of the policy 12
12. Implementation of the policy 13
    12.1. Coordination of Multi-sector Action Plan for Nutrition 14
    12.2. Monitoring and evaluation of National Nutrition Policy 16
13. Strategic framework for action 17

I. Glossary 60
II. Annex 63

National Nutrition Policy

1. Introduction

Nutrition is vital to the community health, development and productivity of an individual as well as the community. Nutrition outcomes of the community significantly depend on food[1] and nutrition[2] security which exists when all people, always have physical, social, economic and legal access to nutritious food, consumed in sufficient quantities to meet their dietary needs consistent with individual preferences.

The first National Nutrition Policy (NNP) was developed in Sri Lanka in 1986 and several revisions have been taken place thereafter. Revisions of previous policies were incorporated in the NNP 2010, and it was a continuation of all nutrition policies. There are many health and non-health nutrition-related policies that are aligned with the NNP. Despite many changes in the socio-economic status of the country and programmes that have been implemented, malnutrition[3] indicators such as wasting[4], and stunting[5] among children under-five years of age[*] are stagnant during the past two decades. Current evidence has highlighted the importance of targeted direct[6] and indirect[7] nutrition interventions to improve the nutrition status. The lifecycle approach is recognized as the best model to deliver direct and indirect nutrition interventions targeting all stages of the lifecycle. These approaches need to be implemented through multiple sectors as the determinants for nutrition cannot be addressed by the health sector alone.

Daily utilization of diversified safe food in adequate quantities is essential for the nutrition security of the population. It could be accomplished with social behaviour change communication for healthy dietary practices and proper income management at the household level. Partnership building and coalition among health and non-health sectors, as well as establishing or utilizing available community-based platforms improving liaison for nutrition interventions have proven to be successful initiatives in nutrition-related behaviour change. A strongly committed political and social leadership is necessary to address the nutritional needs of the community in terms of creating a supportive environment for sustainable behaviour change.

The requirement for use of new technologies, capacity building of raw food producers and resilience to various disaster situations including climate variability were identified measures to

**Wasting and stunting among under 5 years old children is 15% and 17% respectively (DHS, 2016).*

1 -7 – See the glossary

enhance the production of food. Affordability of a nutritious diet needs to be ensured with ample resources for all households especially for the underprivileged, through sustainable income generation mechanisms or in some situations via safety nets, as well as through food production which meets the demand and control of market prices.

The National Nutrition Policy is intended to support the social and economic development policies of the government, whilst being coherent with specific policies of non-health and health sector, supporting their implementation. The policy will also consider the maximization of the healthcare delivery system for universal health coverage, focusing on primary health care. Implementation of health-related strategies of this policy shall be in line with primary health care reform.

All other nutrition-related national and provincial health and non-health policies such as maternal and child health, non-communicable disease (NCD), elderly health, agriculture, national drinking water policy, trade, tariff policy etc. should be supportive and coherent with the NNP.

2. Policy background

2.1. The Universal Declaration of Human Rights (1948) declared the ‘right to food’ as a part of the right to an adequate standard of living which is essential for improving nutritional status, quality of life as well as productivity of people in the country. Sri Lanka has achieved superior health performance, which is notable among South Asian countries and comparable to many developed countries. Population nutrition indicators show a fallback despite the implementation of all relevant evidence-based nutrition actions, which highlights the need for revisiting quality and coverage aspects. Over the past two decades, undernutrition indicators such as low birth weight, stunting and wasting among children under five years of age have been stagnant while there is a rising trend in overweight and obesity among subsets of the Sri Lankan population. In addition, micronutrient deficiencies such as nutritional anaemia among pregnant mothers and vitamin D deficiency among school children are also public health problems. This scenario of undernutrition, overnutrition and micronutrient deficiencies (hidden hunger) is termed as the "triple burden of malnutrition". Further disparities in malnutrition among districts and vulnerable population groups such as the plantation and urban under-settlement communities are observed in the country.

2.2. All member states of the United Nations (UN) adopted 17 Sustainable Development Goals (SDGs) in 2015, for the 2030 agenda of Sustainable Development. Out of them, SDG-2- ‘zero

hunger' addresses nutrition directly. Achieving nine other SDGs; 'clean water and sanitation', 'affordable and clean energy', 'industry, innovation and infrastructure', 'reduce inequalities', 'sustainable cities and communities', 'responsible consumption and production', 'climate action', 'life on land', 'partnerships for goals', facilitate to accomplish nutrition targets indirectly. The World Health Organization (WHO) endorsed six global targets for improving maternal, infant and young child nutrition* by 2025, calling for the decade of action on nutrition. Accordingly, the SDGs and global targets for the decade of action were considered in the strategic framework for action of this policy.

2.3. Malnutrition has a multifaceted nature with many direct and indirect underlying causes. Improper dietary habits such as inadequate consumption of protein sources, fruits, and vegetables, consumption of high carbohydrate and high-fat diet, and sedentary lifestyle are some direct contributory factors to this situation in the country. Approximately one-tenth of the population is food insecure in the country. Hence affordability, availability and access to safe and healthy food need to be enhanced to reduce malnutrition among vulnerable populations. The availability of safe andhealthy food throughout the year is adversely affected by poor agricultural practices, lack of climate resilience in food production, lack of organized local food exchange mechanisms, and unhealthy food imports. Inadequate accessibility and utilization of nutritious food are caused by food loss[8] and wastage[9] throughout the supply chain, scarcity of healthy food outlets and unethical marketing of unhealthy food. The involvement of all partners who have responsibilities related to nutrition is essential to address these issues.

2.4. Food safety is about preventing contamination of food with hazardous material[10] throughout the supply chain including production, handling, storage, transportation and ultimate preparation of food ensuring the quality of food. The presence of hazards may make food injurious to the health of the consumer acutely or chronically leading to negative responses from consumers for nutritious food. Implementation of food safety activities is not at a satisfactory level which may be due to lack of adequate laboratory facilities, human resources, monitoring, and evaluation of services.

---

*40% reduction in stunting and rate of wasting less than 5% among children under five years of age, no increase in childhood overweight under 5 years from the global baseline of 7% in 2012, reduce global prevalence of anaemia among women in reproductive age by 50% from 2012 baseline prevalence of 29% to 15% in 2025, 30% reduction of low birth weight and maintain the global level of exclusive breastfeeding (EBF) in the first six months at 50% (Global Nutrition targets, 2025).

8-10 See the glossary

2.5. Influence of society and peers, economic status, day-to-day priorities, availability and accessibility of services, cultural and social norms including myths, taboos and values as well as prevailing agricultural and market systems determine how people behave in addressing their nutritional needs. Social behaviour changes to address the above needs through; advocacy, implementation of behaviour change communication strategies, community mobilization and empowerment have to be considered. Sustainable mechanisms for enabling environments that support and encourage interpersonal communication, interaction with mass and social media are vital for behaviour change through improved knowledge, attitude and practices related to nutrition. Global syndemic[11] of obesity, undernutrition and climate change is a huge risk to humans, and double[12] and triple duty[13] nutrition actions, as well as emergency responses, may change this situation.

2.6. The National Nutrition Council (NNC) chaired by His Excellency the President under the purview of the National Nutrition Secretariat (NNS) coordinates the implementation of nutrition-related policy decisions. Strengthening of administrative systems and governance, enhancement of institutional capacities including financing, infrastructure and human resource, proper functioning of National Nutrition Surveillance System(NNSS), utilization of research evidence and surveillance data for programme planning, streamlining the implementation of Food Act of 1980 and its regulations as well as Breastfeeding Code which is to be made into an act of the parliament, risk management throughout the food supply chain and active participation of non-government sector to enhance community nutrition have been acknowledged as some immediate necessities. Coordination and implementation of multi-sector nutrition interventions through an existing structure such as NNS, provincial, district and divisional systems to influence both demand and supply of nutritious and safe food commodities need to be strengthened to achieve nutrition targets.

11-13 – See the glossary

3. Rationale for the revision of NNP 2010

Every dollar spent on nutrition has been recognized to return 16 dollars in turn and the Government of Sri Lanka emphasizes improvement of the nutritional status of Sri Lankans as a national priority. Sri Lanka has adopted SDGs and set national targets within the global framework for improving Maternal, Infant and Young Child Nutrition (MIYCN) by 2025 for the decade of action on nutrition. Considering the relatively stagnant nutrition indices among children under five years and the current needs of the country such as escalating diet-related, the need for revision of NNP was identified to achieve global nutrition targets and SDGs within the period.

4. The policy process

Key nutrition issues of the country were prioritized by a technical team of experts representing all relevant sectors. Implementation of the NNP 2010 was reviewed by an external consultant and civil society organizations also provided recommendations on the implementation of the NNP 2010. The technical opinions of both these reviews were triangulated at a representative workshop of a wider group of participants that included middle-level managers, and policy experts of relevant sectors and civil society organizations. Several consultations with all relevant stakeholders identified the content to be reflected in the policy revision. A draft of the policy was prepared to incorporate expert views and finalized in a consultative workshop representing all related sectors for nutrition action, followed by another consultative workshop to agree on the implementation of the policy. Thereafter the NNP 2021-2030 was finalized according to public comments.

5. Vision

Optimum nutrition for all Sri Lankans

6. Goal

Achieving and maintaining the nutrition well-being of all Sri Lankans, enabling them to contribute effectively towards sustainable development.

7. Guiding Principles

The following guiding principles reflect the implementation of all strategies.

i. Inclusiveness of all
ii. Right to access safe and nutritious food
iii. People-centered policy
iv. Gender equity and sensitivity
v. Adoption of ethical and evidence-based practices
vi. Multi-stakeholder involvement
vii. Public and private partnership
viii. Community engagement and empowerment
ix. Effective and efficient utilization of resources
x. Sustainable implementation of nutrition interventions

8. Policy Objective

To ensure the accomplishment of nutrition needs of all Sri Lankans during the lifecycle through evidence-based direct and indirect nutrition actions in view of ending all forms of malnutrition by 2030

9. Policy priority areas

I. Food and nutrition security for all citizens.
II. Coordinated multi-sector collaboration and partnerships.
III. Legal framework strengthening for protection of the right to safe food and prevention of unethical marketing.
IV. Nutrition improvement throughout the lifecycle.
V. Nutrition promotion in emergency situations and extreme weather conditions.
VI. Strategic management of information and research.

10. Key Strategic directions for priority areas

Strategic directions for each policy priority area are mentioned to guide the policy implementation process.

10.1. Strategic directions for policy priority area I- Food and nutrition security for all citizens.

Food and nutrition security is essential to improve community nutrition while hunger and malnutrition are the major outcomes of household food insecurity. Availability, accessibility, affordability and utilization of nutritious food are the main dimensions of food and nutrition security. Food needs to be available in adequate quantities during all seasons with easy access for people. Poverty was acknowledged as one of the key constraints of food security which is exacerbated by rising prices of food. Patterns of expenditure on food across sectors (urban, rural, estate), provinces and districts indicate the utilization of various foods, driven through socio-economic and lifestyle factors. Wastage and loss of produce without making their way to needy people, unavailability of healthy food outlets, unsafe food and unethical marketing are some holdbacks for adequate utilization of nutritious food.

Residents of the estate sector, urban under-settlements, persons with acute illnesses or chronic diseases, pregnant women, low birth weight babies, undernourished children and the poorest wealth quintile of the population are recognized as most nutritionally vulnerable.

Key Strategic Directions for policy priority area I

10.1.1. Enhancement of availability, and equal access to quality and healthy food through the nutrition-sensitive food value chain[14].

10.1.2. Adoption of appropriate financing strategies to promote healthy food behaviours.

10.1.3. Community empowerment and community mobilization for optimum consumption of all nutrients through dietary diversification and to reduce food waste.

---

14 – See the glossary

10.2. Strategic directions for policy priority area II-Coordinated Multi-sector collaboration and partnerships.

Strengthening health and non-health systems for the provision of nutrition interventions, political commitment for nutrition, financing and accountability of nutrition programmes are the basis of achievement of nutrition goals. Mobilization of all relevant stakeholders including government, non-government, development agencies and private sector to advocate for nutrition promotion through an extensive mix of communication channels is necessary to achieve desirable outcomes. A multi-sector action plan on nutrition to harmonize direct and indirect nutrition actions is crucial to end all forms of malnutrition.

Key Strategic Directions for policy priority area II

10.2.1. Strengthen health and non-health government systems for the provision of direct and indirect nutrition interventions as per their mandate.

10.2.2. Reinstate a high-level, cohesive and strongly led strategic coordination mechanism with sustained political commitment for effective implementation of Multi-sector Action Plan for Nutrition (MsAPN).

10.2.3. Establish effective coordinating systems including accountability mechanisms for collaborative multi-sector nutrition actions at central, provincial, district, divisional and village levels.

10.3. Strategic directions for policy priority area III-Legal framework strengthening for protection of the right to safe food and prevention of unethical marketing

Food safety is supported by all relevant sectors of food production and regulatory authorities such as health (food control administration unit), trade, consumer affairs authority, police and local government authorities who ensure a safe food environment with adequate sanitation. Insecticides and pesticides in plant-based products, antibiotics and other chemical residues in fisheries and animal husbandry, and genetically modified food are some reasons for the loss of confidence in the consumption of nutritious food. The establishment of monitoring systems with facilities for analysis of water quality as well as chemical residues and genetic contents of food and proper implementation of regulatory mechanisms are needed to ensure the safety of food and water consumed in the country.

Key Strategic Directions for policy priority area III

10.3.1. Streamline food legislation systems throughout the food supply chain.

10.3.2. Control unethical marketing through a robust legislative mechanism.

10.3.3. Strengthen monitoring mechanism for food quality and safety.

10.3.4. Improve enforcement of water quality and safety regulations, standards and guidelines.

10.3.5. Empower all stakeholders to carry out food safety activities and maintain food quality.

10.4. Strategic directions for policy priority area IV-Nutrition improvement throughout the lifecycle.

The poor nutrition status of pre-pregnant women extends throughout and into the lifecycle of the offspring in a vicious cycle. It is evident that nutrition during the reproductive age influences fetal growth, birth weight and nutritional status of infants born to them. In most instances, infants born with low birth weight go through their childhood, adolescence, adulthood and older age with impaired growth and development with low productivity and quality of life. Nutrition during the lifecycle has been addressed with Maternal and Child Health (MCH) Policy, NCD Policy, Elderly Health Policy apart from NNP. Malnutrition being a risk factor for NCDs, has multiple implications at macro, community and household levels in the country. Individual and/or family-based problem analysis and triple-duty nutrition actions with the support of relevant stakeholders and maintaining proper nutrition throughout the lifecycle is important not only to improve the quality of life of the population but also for the social and economic development of the country.

There are evidence which demonstrate that nutrition anomalies exist in different geographical areas and across wealthy groups in the country. Especially, the estate population and urban under-settlement communities are most vulnerable to malnutrition while changes in dietary behaviours due to urbanization affect the nutrition status of urban populations. People with NCDs are rising alarmingly, showing the need for a sustainable multisector approach to triple-duty nutrition actions for the reduction of undernutrition, over-nutrition and micronutrient deficiencies. Nutrition status of those who are suffering from communicable diseases such as tuberculosis and Acute Immunodeficiency Syndrome (AIDS); NCDs such as obesity, cancer and mental health problems;

and those who need special attention in nutrition such as children, elderly and disabled need to be monitored and actions should be taken to improve their quality of life.

Key Strategic Directions for policy priority area IV

10.4.1. Provision of pre-pregnancy care for the couple before planning their first child or to plan subsequent pregnancies and to enter pregnancy with optimum nutrition in a supportive environment.

10.4.2. Safeguard proper nutrition for pregnant and postpartum (up to the completion of six months after delivery) women through strengthening mechanisms to provide necessary nutrition services.

10.4.3. Create enabling environment for early initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding for completed six months in all settings.

10.4.4. Building a strong foundation for all infants, young children and preschool children through evidence-based nutrition interventions with a special emphasis on appropriate, nutritious and safe complementary food prepared at home, and continued breastfeeding for two years and beyond together with the promotion of optimal Early Childhood Care and Development (ECCD).

10.4.5. Empower all primary school children to inculcate healthy dietary behaviours and physical activity with nutrition education through school curriculum and enabling school environment.

10.4.6. Promote optimal nutrition and development among adolescents and youth adopting adolescent and youth-friendly approaches while addressing the social determinants.

10.4.7. Empowerment of adults to adopt healthy lifestyles including healthy diet with the provision of comprehensive nutrition services.

10.4.8. Establish a conducive environment for optimal nutrition and access to appropriate nutrition services for all elders.

10.4.9. Implementation of appropriate interventions to improve the nutritional status of vulnerable populations.

10.4.10. Prevention and management of acute and chronic disease-related malnutrition.

10.5. Strategic directions for policy priority area V-Nutrition promotion in emergency situations and extreme weather conditions.

Mapping of disaster-prone areas, prediction of disasters and supply of nutritious food with targeted nutrition actions during disasters are necessary to safeguard and improve community nutrition. Recurrent and prolonged droughts and floods are frequent occurrences especially during a particular period of time annually. Climate change resilience to food systems also needs to be considered for the sustainability of food value chains. Food emergencies during pandemic situations should also be addressed with carefully planned mitigation measures to meet population nutrition needs.

Key Strategic Directions for policy priority area V

10.5.1. Strengthen and streamline resilience mechanisms to facilitate disaster preparedness plans to provide nutrition needs for affected populations.

10.5.2. Empower relevant stakeholders including emergency relief staff and programme managers to ensure safe and adequate nutrition for affected populations according to operational guidelines.

10.6. Strategic directions for policy priority area VI-Strategic management of information and research.

Targeted nutrition actions based on evidence are the most effective in overcoming population malnutrition in the country. Strategic information management systems and valid research evidence support the decision-making process for efficient and effective nutrition programmes at different organizational levels.

Key Strategic Directions for policy priority area VI

10.6.1. Strengthen strategic information management systems to support evidence-based policy and programmatic decisions.

10.6.2. Establish a dietary behaviour surveillance mechanism and incorporate it into the nutrition monitoring and evaluation.

10.6.3. Support appropriate research to generate evidence-based information and utilize them in advocacy, planning, implementation and periodic evaluations of nutrition interventions.

10. Expected impact of the policy

The expected impact of this policy is an improved nutritional status among Sri Lankan population with the minimization of geographical and socioeconomic disparities.

The following impacts need to be achieved for this purpose.

1. Reduced malnutrition in terms of undernutrition, overnutrition and micronutrient deficiencies.
2. Food and nutrition security ensured in terms of availability, accessibility, affordability and utilization of healthy food.

11.1. Malnutrition among Sri Lankan population reduced in terms of;

11.1.1. Undernutrition

11.1.1.1. Stunting among children under 5 years of age reduced from 17.3% (DHS, 2016) to 10% by 2030.

11.1.1.2. Wasting among children under 5 years of age reduced from 15.1 % (DHS, 2016) to <5% by 2030.

11.1.1.3. Low birth weight rate reduced from 15.7% (DHS, 2016) to 10% by 2030.

11.1.1.4. Low Body Mass Index for age among children 10-18 years old reduced from 26.9 % (National Survey, MRI, 2018) to 18% by 2030.

11.1.2. Overweight and obesity

11.1.2.1. No increase in overweight among children under five years of age from the baseline of 0.6% (NS- MRI, 2012) by 2030.

11.1.2.2. No increase in overweight and obesity among adolescents from the baseline of 7.6% and 2.2% respectively (NS-MRI,2018) by 2030.

11.1.2.3. Prevalence of overweight among adults and elderly (18-69 years) reduced from29.3% (STEPS, 2015) to 15%and obesity further reduced from 5.9% by 2030.

11.1.3. Micronutrient deficiencies

11.1.3.1. Reduce the prevalence of all micronutrient deficiencies among children under five years, adolescents, adults and pregnant women to less than 10% by 2030.

11.2. Food security and safety among Sri Lankan population increased in terms of;

11.2.1. Food security

11.2.1.1. Food insecurity among households reduced from 10.3 % (Food security survey DCS, 2014) to 5% by 2030.

11.2.1.2. Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) score reduced from 9.2 (Food security survey DCS, 2014) to 5 by 2030.

11.2.2. Food safety

11.2.2.1. All food available in the country safe for consumption

11. Implementation of the policy

The National Nutrition Policy shall be a guiding document for planning, implementation, monitoring and evaluation of nutrition-related actions at the National, Provincial, District and Divisional levels. It incorporates a wide variety of direct and indirect nutrition strategies involving public, private and industrial sectors. It shall be implemented by the government, with certain areas supported by UN organizations, other development partners, civil society organizations (CSO) and private sector agencies with defined responsibilities. This policy shall be effective until the end of 2030, while a midterm review shall be conducted in 2025 to provide the opportunity to update if needed.

A sustainable and effective institutional mechanism is mandatory for the efficient implementation of the policy. The Ministry of Health led the process of development of the NNP and is responsible for planning, implementation, monitoring and evaluation of evidence-based direct nutrition actions that are integrated into the Health Master Plan (HMP). Implementation of indirect nutrition actions is executed by the respective ministries as per their mandate.

Multi-sector Action plan for Nutrition 2018-2025 was developed by NNS which had been functioning at the Presidential Secretariat and was responsible mainly for coordination of implementation, monitoring and evaluation of direct and indirect nutrition actions.

The National Nutrition Policy and MsAPN need to be effectively coordinated, monitored and evaluated at National, Provincial, District and Divisional levels. At the National level, NNP shall be coordinated by a high-level coordinating body and a National Nutrition Steering Committee (NNSC) comprising high-level representatives of relevant ministries. They shall take nationally important evidence-based policy decisions and also monitor the implementation of NNP.

Implementation of National Nutrition Policy shall be guided by the strategic framework for action based on the policy priority areas and identified key strategic directions. The strategic framework for action includes key action areas, expected outcomes and monitoring indicators under each strategic direction. It also recognizes possible responsible sectors or organizations for the implementation of NNP. Provinces, as well as nutrition-related sectors and other agencies, may develop their nutrition-related strategic plans based on the guidance provided in this document. All these strategic plans need to be costed in terms of implementation across years.

12.1. Coordination of Multi-sector Action Plan for Nutrition

The following multi-sector coordination platforms shall ensure the effective coordination, monitoring and evaluation of the implementation of MsAPN at the National, Provincial, District and Divisional levels.

i. **The National Nutrition Council** chaired by His Excellency the President to provide policy guidance and policy-level decision-making related to nutrition. The NNC shall meet twice a year and bring together the political authority including all related Cabinet of Ministers, the Chief ministers of Provinces and members of the Parliament representing all political parties and heads of other stakeholder organizations.

ii. **The National Nutrition Secretariat** is the secretariat arm of NNC which is positioned under the purview of the Presidential Secretariat. The NNS is mainly responsible for the coordination, monitoring and evaluation of MsAPN.

iii. **The National Steering Committee on Nutrition (NSCN)** is chaired by Secretary to the President. The NSCN shall meet quarterly and bring together the Secretaries of Ministries, Chief Secretaries of Provinces, academia, representatives of development partners

including UN agencies, civil society and private sector organizations. The NSCN shall review the overall progress of implementation and solicit multi-sector support to improve nutrition-related indicators. The specific policy proposals put forward here should be referred to the National Nutrition Council for high-level intervention.

iv. **Technical Advisory Committee on Nutrition (TACN)** shall be the technical arm to support the functions of the NSCN and shall be established in order to provide technical facilitation to implement MsAPN and other nutrition-related policies and strategies. The TACN shall bring together technical experts from various disciplines such as Government, UN and other development partners, academia, civil society and private sector organizations to provide technical guidance on nutrition issues.

v. **Ministerial Steering Committees on Nutrition** shall be chaired by respective Secretaries of the Ministries and suggestions/recommendations shall be communicated to the TACN. Under these ministerial Steering Committees, technical subcommittees may beestablished to make recommendations with regard to nutrition as per the Ministry mandate.

vi. **The Provincial Steering Committee on Nutrition (PSCN)** is chaired by the Chief Secretary of the Province and shall meet once in three months. It shall bring together the Secretaries of provincial Ministries, heads of the departments of relevant government institutions, representatives of development partners, academia, civil society, and private sector organizations working in the province.

vii. **The District Steering Committee on Nutrition (DisSCN)** is chaired by the District Secretary and meets once in two months. It shall bring together the heads of departments of relevant government institutions, representatives of development partners, academia, civil society, and private sector organizations working in the district.

viii. **The Divisional Steering Committee on Nutrition (DivSCN)** is chaired by the Divisional Secretary and shall meet once a month. It shall bring together the heads of departments of relevant government institutions including Medical Officer of Health (MOH),

representatives of development partners, academia, civil society, and private sector organizations working at the divisional level.

The Provincial, District and Divisional Steering Committees shall be the key bodies monitoring the implementation of the District Nutrition Action Plans (DNAP) at the local level. They shall ensure that local nutrition problems are addressed through multi-sector coordination.

12.2. Monitoring and evaluation of National Nutrition Policy

A Strategic Information Management (SIM) Unit shall be established at the NNS to monitor and evaluate multi-sector, direct and indirect nutrition actions. The SIM Unit in the Nutrition Division of the Ministry of Health shall be the focal point for monitoring and evaluation of outcomes of direct nutrition interventions and shall liaise with the NNS.

Strategic Framework for action

Policy Priority Area I: Food and nutrition security for all citizens				
Strategic Direction	**Key action areas**	**Monitoring indicators and/or targets by 2030**	**Responsible sector/s or organization/s**	**Expected output/s or outcome/s for strategic direction**
1.1.Enhancement of availability and equal access to quality and healthy food through nutrition-sensitive food value chain.	1.1.1 a.) Strengthen sustainable nutrition-sensitive food value chains (agriculture, livestock, aquaculture, fisheries etc.) to improve healthy food availability and access. b.) Ensure the availability of diversified agricultural products including seasonal, traditional and underutilized crops. c.) Ensure the availability and accessibility of nuts and pulses through agriculture sector in a sustainable manner.	1.1.1.1.Proportion of availability of commonly utilised food out of estimated annual requirement (production + import)/ requirement) x 100. (source - Agriculture Ministry) *(Annual estimation of commonly utilized food requirement in metric tons (MT) for 2020 is Annexed).* 1.1.1.2. Reduction of Household food insecurity Access Scale Score (HFIAS Score) from 9.2 (2014) to 5 (source - DCS).	- National Nutrition Secretariat (NNS) - Agriculture - Livestock - Fisheries - Trade - Finance	1.1.1 Quality and healthy agricultural, livestock and fisheries food commodities, in adequate quantities made available for consumption in the country. 1.1.2 Access to quality and healthy food throughout the year to all citizens ensured. 1.1.3 Regulations and monitoring mechanism/s for quality and healthy food, made available in the country. 1.1.4 Infrastructure upgraded to minimize post-harvest food loss. 1.1.5 Enabling environments created for food sovereignty and healthy eating in the communities.
	1.1.2. Promote home gardening to improve availability and access to safe and nutritious food.	1.1.2.1.Percentage of home gardens established by size and type at the divisional level out of eligible increased by 30% from the baseline (source – Divisional secretariat databases).	- Agriculture - Social empowerment - Provincial/Local governments	

	1.1.3. Strengthen backyard domestic animal husbandry with local breeds.	1.1.3.1. Proportion of families adequately supported for backyard animal husbandry out of estimated in each GN area increased by 30% from the baseline (source – Divisional secretariat databases).	- Livestock - Social empowerment - Provincial/Local governments	
	1.1.4. Enhance food security through improved land use efficiency, irrigation and cropping intensity.	1.1.4.1. Agricultural land use efficiency increased by 10% from the baseline (source - Department of agriculture/DOA).	- National planning - Irrigation - Agriculture	
	1.1.5. Reduce post-harvest loss by upgrading post-harvesting technologies, appropriate transport and storage facilities for the supply chain.	1.1.5.1. Food loss index reduced by 30% from the baseline (source – Department of census and statistics/DCS).	- Agriculture - Livestock - Fisheries - Province/Local governments - Transport - Science and technology - Finance	
	1.1.6. Promote eco-friendly food value chains.	1.1.6.1. Proportion of farms certified for Good Agricultural Practices (GAP) out of total registered farms (source -DOA).	- Agriculture - Livestock - Environment	
	1.1.7. Empower all relevant stakeholders on food supply chain management (quality	1.1.7.1 Proportion of trained stakeholders out of identified at provincial, district	- Agriculture - Livestock - Fisheries - Trade	

	food production, reduction of post-harvest food loss, food sovereignty[15] etc.).	and divisional level (sources – Provincial councils, District and Divisional secretariat databases).	- Finance	
	1.1.8. Strengthen food security surveillance (e.g., monitor yield and quality of food, forecast production, imports).	1.1.8.1. Availability of food security survey reports in scheduled time periods (every three years). (source - Agriculture Ministry) 1.1.8.2. Availability of reports of cost of diet surveys bi-annually (source - Agriculture Ministry).	- Agriculture - Livestock - Fisheries - Trade	
	1.1.9. Enhance the nutrient content of staple/essential food by fortification/bio-fortification as appropriate.	1.1.9.1. Number of crops bio-fortified per year (source - DOA).	- Agriculture - Trade - Health	
	1.1.10. Reformulate commercially prepared food in keeping with nutrition standards /nutrient threshold levels for healthy food.	1.1.10.1. Number of commonly consumed food items reformulated as healthy food annually (source – e-EOH & FS).	- Agriculture - Trade - Health - Industries	

15 – See the glossary

1.2. Adoption of appropriate financing strategies to promote healthy food behaviours.	1.2.1. Increase taxation of unhealthy food.	1.2.1.1. Availability of taxation regulations for unhealthy food (source – e-EOH & FS).	- Finance - Trade - Consumer Affairs	1.2.1. Affordability of quality and healthy food to all citizens is ensured. 1.2.2. Prices of essential food commodities are stabilized in the country.
	1.2.2. a.) Control the price of healthy food. b.) Coordinate decision support information systems (production, trends, climatic factors etc) in order to limit extreme food price volatility.	1.2.2.1. Indicator of food prize anomalies reduced by 30%from the baseline (source – Department of census and statistics). 1.2.2.2. Consumer price index for food & non-alcoholic beverages reduced from 131.8 (2018) to 110 (source - DCS).	- Finance - Trade - Consumer Affairs - Health - Agriculture - Livestock - Fisheries	
	1.2.3. Improve nutrition among vulnerable through targeted social security schemes.	1.2.3.1. Proportion of individuals who received the social security out of identified at the divisional level under each scheme (source – Divisional secretariat databases).	- Finance - Trade - Social empowerment	
	1.2.4. Income generation among disadvantageous populations.	1.2.4.1. Gini co-efficient of 39.8% (2016) reduced to 30% (source - World Bank). 1.2.4.2. Proportion of households	- Finance - National planning - Social empowerment - Provincial/Local governments	

		supported with income generation at the divisional level out of identified, annually (source – Divisional secretariat databases).		
	1.2.5. Improve consumption of nutritious diet with household financial management.	1.2.5.1. Number of household financial management awareness programmes conducted at the Divisional level annually (source – Divisional secretariat databases).	- Finance - National planning - Social empowerment - Health	
	1.2.6. Distribute essential and/or healthy food commodities at subsidized prices for targeted populations.	1.2.6.1. Number of essential/healthy food commodities distributed at subsidized prices annually (source – Financial ministry database).	- Finance - National planning - Social empowerment - Health	
1.3. Community empowerment and community mobilization for optimum consumption of all nutrients through dietary diversification and to reduce food waste.	1.3.1. Develop a national nutrition communication strategy and implement social behavior change communication (SBCC) to promote healthy eating.	1.3.1.1. Availability of updated national nutrition communication strategy (source - health promotion bureau - HPB database). 1.3.1.2. Number of social marketing campaigns	- Health - Indigenous medicine - Agriculture - Fisheries - Livestock - Education - Media - Social empowerment - Civil society organizations	1.3.1. Consumption of diversified diet in the community improved. 1.3.2. Optimum utilization of available food without waste achieved at the household level.

		implemented for the promotion of healthy eating annually (source - HPB database). 1.3.1.3. Percentage of 18 to 69 year old population consuming 5 servings of fruits and vegetables (2 vegetables, 1 green leafy vegetable, and 2 fruits) per day is increased from 27.5% (2015) to 40% (source – NCD Survey).	(CSO)/ Community based organizations (CBOs)	
	1.3.2. Streamline planning and implementation of district and divisional nutrition promotion activities in line with national strategies (e.g. Nutrition communication strategy, micronutrient strategy, strategy for prevention and control of NCDs).	1.3.2.1. Proportion of nutrition promotion interventions implemented as planned by district and divisional levels (source – District/Divisional secretariat databases).	- NNS - Policy Planning - Health - Provincial, district, and divisional authorities	
	1.3.3. Empower and mobilize the community influencers including civil society organizations, the private sector and	1.3.3.1. Proportion of awareness programmes on healthy eating with dietary diversification conducted for	- Health - Indigenous Medicine - Education - Media - Social empowerment	

	media personnel through awareness on scientific information on balanced diet, utilization of diversified, nutritious food and safety of food.	community influencers out of planned (source – Health sector databases).	- Relevant provincial and district authorities - CSO/ CBO	
	1.3.4. Implement evidence-based interventions to promote healthy eating at the village level.	1.3.4.1. Proportion of interventions to promote healthy eating out of planned interventions at the village level (source – MOH databases).	- District/Divisional/village level health authorities - Other nutrition-related sectors - CSO/CBO /NGOs - private sector	
	1.3.5. Empower the community to minimize food wastage at retail and consumer levels.	1.3.5.1. Percentage reduction of per capita food waste at the retail and consumer levels compared to the previous year (source - Agriculture Ministry).	- Health - Education - Media - CSO	

Policy Priority Area II- Coordinated Multi-sector collaboration and partnership				
Strategic Direction	**Key action areas**	**Monitoring indicators and/or targets by 2030**	**Responsible sector/s or organization/s**	**Expected output/s or outcome/s for strategic direction**
2.1. Strengthen health and non-health government systems for provision of direct and indirect nutrition interventions as per their mandate.	2.1.1. Strengthen organizational capacities (e.g., human, financial, infrastructure, technical) in all sectors for sustained nutrition interventions following a situational analysis.	2.1.1. Proportion of Nutrition-related cadres recruited in relevant ministries out of planned (source – databases of relevant ministries). 2.1.2. Proportion of capacity building programmes on provision of direct and indirect interventions conducted out of planned in relevant ministries (source – databases of relevant ministries). 2.1.3. Proportion of funds dedicated for nutrition activities out of planned (source – databases of relevant ministries). 2.1.4. Proportion of infrastructure facilities improved to provide nutrition interventions out of planned in relevant ministries (source – databases of relevant ministries).	- NNS - Management Services - National Planning - Finance - National Budget Department - All Ministries with nutrition-related responsibilitie s	2.1.1. Knowledgeable and skill mix of human resources, financial resources and infrastructure facilities in relation to nutrition is improved in relevant sectors/organizations as required.

2.2. Reinstate a high-level, cohesive and strongly led strategic coordination mechanism with sustained political commitment for effective implementation of MsAPN.	2.2.1. Streamline an advocacy mechanism for regular consultation between political leadership and other stakeholders.	2.2.1.1. Availability of high-level functioning coordinating and advocacy mechanisms for the implementation of MsAPN (source – NNS).	- NNC - NNS - NNSC	2.2.1. Sustainable high-level coordinating mechanism for effective implementation of MsAPN is established in the country. 2.2.2. All nutrition-related policies aligned with relevant national/international policies/strategies/ standards and legislations.
	2.2.2. Incorporate relevant national and international policies/strategies/ standards and legislations into nutrition-related policies.	2.2.2.1. Availability of operational MsAPN aligned with related national policies, National and international nutrition strategies/standards and legislations (source – NNS).	- NNC - NNS - NNSC - All nutrition-related sectors	
2.3. Establish effective coordinating systems including accountability mechanisms for collaborative multi-sector nutrition actions at central, provincial, district, divisional and village levels.	2.3.1. Establish a functioning coordinating mechanism at central, provincial, district, divisional and village levels to manage the MsAPN.	2.3.1. Number of meetings held as per schedule; - NNC (once a year). - NNSC (once in 4 months) - TACN (As per the requirement) - PSCN (once in 3months) - DisSCN (once in 2 months) - DivSCN (once a month) - Village-level committees (once a month) (source – databases of relevant organizations).	- NNS - District Secretariat - Divisional secretariat - Health	2.3.1. Multisector action plan for nutrition (MsAPN) implemented effectively and efficiently.

	2.3.2. Coordinate implementation of nutrition policies, strategic and action plans at central, provincial, district, divisional and village levels.	2.3.2.1.Availability of review reports/ minutes of meetings on nutrition interventions at central, district, divisional and village levels (source -relevant databases).	- NNS - District Secretariat - Divisional Secretariat - Health	
	2.3.3. Strengthen partnerships with government, non-government, private sector and civil society organizations through multi-stakeholder collaboration.	2.3.3.1. Number of NGOs/CSOs/private sectors involved in nutrition actions at district/divisional/village level (source - relevant databases).	- All sectors responsible for nutrition-related activities - Non-government and civil society organizations - Private sector	

Policy Priority area III: Legal framework strengthening for protection of right to safe food and prevention of unethical marketing.				
Strategic Direction	**Key action areas**	**Monitoring indicators and/or targets by 2030**	**Responsible sector/s or organization/s**	**Expected output/s or outcome/s for strategic direction**
3.1. Streamline food legislation systems throughout the food supply chain.	3.1.1. Introduce or review and revise necessary legislation related to food safety and standards, giving priority to food items that are highly consumed by the population including street food and fast food.	3.1.1. Proportion of new legislation on food introduced as planned (source – e-EOH & FS). 3.1.2. Proportion of legislation on food revised as planned (source – e-EOH & FS).	-Health -Legal -Consumer affairs authority (CAA)	3.1.1. Biologically, chemically and physically safe food for consumption are made available in the country.
	3.1.2. Strengthen enforcement of existing and newly formulated legislations.	3.1.2.1 Proportion of food premises registered under food authority out of all food premises at divisional level (source –Divisional secretariat databases). 3.1.2.2. Proportion of public complaints investigated by CAA out of all complaints (source- CAA database).	-Health -Local authorities -CAA -Food premises	
3.2. Control unethical marketing through a robust legislative mechanism.	3.2.1. Streamline implementation of the existing mechanism to regulate the promotion of unhealthy food including nutrient profile model.	3.2.1.1. Availability of a national body to approve food advertisements (source – EOH & FS). 3.2.1.2. Number of prosecutions done for violation of labelling	-Health -CAA -Media	3.2.1. A functioning mechanism to regulate the promotion of food and beverages (including food and beveragesfor children) is

		and advertising regulations (source – e-EOH & FS).		established in the country. 3.2.2. Breastfeeding Code made into an Act of Parliament and all relevant legislations fully enforced.
	3.2.2. Implement strong legislation to regulate infant and young child formulae, milk and milk products, commercially prepared food and beverages intended for infants and young children.	3.2.2.1. Proportion of advertisements that are non-compliant with regulations on marketing of infant and young child formulae/ commercially prepared foods and beverages intended for infants and young children out of monitored advertisements (source - e-EOH & FS).	-Health -CAA -Food manufacturers and distributors -Consumer organizations	
3.3. Strengthen the monitoring mechanism for food quality and safety.	3.3.1. Strengthen analytical capacity for assessment of food for nutrient content and biological (including genetic), chemical, physical (including radiological) contaminants.	3.3.1.1. Availability of a new laboratory or upgrade of an existing laboratory as a national reference food laboratory (source – Ministry of Health). 3.3.1.2. Availability of at least one food laboratory and a branch of Department of Government Analyst per province with all resources for food analysis (source – PDHS database/ Department of Government Analysis).	-Health -Finance -National Planning -Provincial /local authorities -Department of Government Analysis	3.3.1. Food safety monitoring mechanisms strengthened to ensure right to safe food. 3.3.2. Analytical capacity including infrastructure, human and other resources for biological, chemical, physical and nutritional assessments of food strengthened.

	3.3.2. Strengthen relevant sectors to enforce Soil Conservation Act.	3.3.2.1. Number of actions taken to enforce Soil Conservation Act by relevant sectors (source – Ministry of Lands)	-Agriculture -Environment -Plantation -Finance -Other relevant sectors	
3.4. Improve enforcement of water quality and safety regulations, standards and guidelines.	3.4.1. Formulate portable water quality and safety regulations.	3.4.1. Availability of water quality and safety regulations (source - e-EOH &FS).	-Health -Water supply -Environment -Local authorities -Mahaweli Development	3.4.1. Safe drinking water from all water supply projects and bottled water assured in the country. 3.4.2. Water quality regulations enforced.
	3.4.2. Strengthen water quality surveillance.	3.4.2.1. Proportion of satisfactory water samples, out of all samples tested (source – MOH database).	-Health -Water Supply	
3.5. Empower all stakeholders to carry out food safety activities and maintain food quality.	3.5.1. Increase awareness on food safety including regulations among food producers/manufactures, distributors, handlers and consumers.	3.5.1.1. Availability of strategy to improve food safety awareness among all stakeholders (source - e-EOH &FS). 3.5.1.2. Number of consumer societies functioning at the divisional level (source - Divisional secretariat databases).	-Health -CAA	3.5.1. Capacity of relevant stakeholders and systems on food safety improved.
	3.5.2. Capacity building of all relevant stakeholders and systems to implement food safety regulations.	3.5.2.1. Availability of a hotline to complain about food safety and hygiene issues (source - EOH & FS).	-Health	

Policy Priority area IV: Nutrition improvement throughout the lifecycle.				
Strategic Direction	**Key action areas**	**Monitoring indicators and/or targets by 2030**	**Responsible sector/s or organization/s**	**Expected output/s or outcome/s for strategic direction**
4.1. Provision of pre-pregnancy care for the couple before planning their first child or to plan subsequent pregnancies and to enter pregnancy with optimum nutrition in a supportive environment.	4.1.1. a.) Streamline implementation of a pre-pregnancy care package to address risk factors for malnutrition among newly married couples. b.) Strengthen implementation of inter-pregnancy care package for couples who are planning subsequent pregnancies	4.1.1.1. More than 80% of the pregnant women received pre-pregnancy care (source - eRHMIS). 4.1.1.2. Percentage of pregnant women who have normal BMI (18.5 – 24.9) at the booking visit increased from 57% (2017) to 65% (source - eRHMIS).	- Health - Indigenous Medicine	4.1.1. Appropriate nutritional status among future parents ensured through pre-pregnancy care. 4.1.2. Women enter subsequent pregnancies with optimum nutritional status. 4.1.3. Households with reproductive-age women empowered to maintain proper pre-pregnancy nutritional status.
	4.1.2. Empower newly married couples, adolescent girls, and eligible couples to achieve optimum nutrition by establishing mechanisms to minimize social risk factors before entering pregnancy.	4.1.2.1. Underweight among ever-married women of 15-49 years reduced from baseline of 9.1% (2016) to 5% (source–DHS) 4.1.2.2. Overweight among ever-married women aged 15-49 years reduced from32% (2016) to15% (source–DHS). 4.1.2.3. Obesity among ever-married women aged 15-49 years reduced from	- Social empowerment - Education - Women's affairs - Health - Indigenous Medicine - CSO - NNS	

		13% (2016) to <10% (source–DHS). 4.1.2.4. Prevalence of anaemia in the first trimester reduced from I8.3% (20I9) to 9% (source - eRHMIS).		
	4.1.3. Establish a mechanism to monitor the nutritional status of lactating/postpartum women at six months after delivery and to address malnutrition.	4.1.3.1. 90% coverage of nutrition assessment among lactating/postpartum women at six months after delivery achieved (source - eRHMIS).	- Health - Indigenous Medicine	
4.2. Safeguard proper nutrition for pregnant and postpartum (up to completion of six months after delivery) women through strengthening mechanisms to provide necessary nutrition services.	4.2.1. Streamline implementation of national guidelines on maternal care aimed at improving/maintaining nutritional status of pregnant and postpartum women and achieving optimal birth weight.	4.2.1.1. At least 80% of the pregnant women gained intended weight during pregnancy (source - eRHMIS). 4.2.1.2. Anaemia among pregnant women by 28 weeks reduced from the baselineof 30.3% (2019) to 15% (source - eRHMIS). 4.2.1.3. Prevalence of low birth weight (LBW) reduced from 15.7% (2016) to 10% (source - IMMR and triangulate with DHS).	- Health - Indigenous Medicine	4.2.1. All pregnant and postpartum women received quality nutrition services as per national guidelines. 4.2.2. Adequate resources are made available to provide nutrition services to pregnant and postpartum women in preventive and curative health sectors. 4.2.3. All households with pregnant and postpartum women

	4.2.2. Allocate adequate resources (including skilled staff, financial allocations and other resources) to provide services in response to identified nutritional problems and to ensure optimal nutritional status of all pregnant and postpartum women.	4.2.2.1. Per capita expenditure on nutrition promotion activities targeting pregnant and post-partum women (source –Provincial Director of Health Services – PDHS Database). 4.2.2.2. Percentage of public health midwife (PHM) vacancies out of approved cadre (source – PDHS Database).	- National planning - Finance - Health - Provincial authorities	empowered to have proper nutrition. 4.2.4. All relevant stakeholders actively involved in promotion of nutritional status of pregnant and post-partum women. 4.2.5. Malnutrition among pregnant and postpartum women reduced. 4.2.6. All infants are born with optimum birth weight.
	4.2.3. Strengthen the multi-sector activities for empowering households with Pregnant and postpartum women to ensure optimum maternal nutrition.	4.2.3.1. Percentage of nutrition promotion interventions conducted by different stakeholders at each PHM area, out of planned (source - MOH, CSO, other relevant sectors databases).	- Social services - Women's affairs - Youth - Health - Indigenous Medicine - CSO	
4.3. Create enabling environment for early initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding for completed six months in all settings.	4.3.1. Empower households to ensure exclusive breastfeeding for six months by strengthening social support and provision of correct nutrition information.	4.3.1.1. Prevalence of exclusive breastfeeding among infants under six months increased from 82% (2016) to 90% (source - DHS).	- Health - Indigenous Medicine	4.3.1. Early initiation of breastfeeding for all newborns and improved exclusive breastfeeding for completed six months. 4.3.2. Mother and baby-friendly initiative implemented in all
	4.3.2. Ensure implementation of Mother & Baby-	4.3.2.1. Prevalence of early initiation of breastfeeding	- Finance - National planning	

	Friendly Hospital Initiative (M& BFHI).	improved and maintained at 98% (source - eRHMIS/ DHS). 4.3.2.2. Capacity building programs on breastfeeding and M & BFHI conducted at least for 90% of the service providers (source –eRHMIS, MOH databases). 4.3.2.3. M & BFHI implemented in all health care institutions (source – Ministry of Health).	- Provincial authorities - Health - Indigenous Medicine - Water supply -	hospitals with maternity services. 4.3.3. Family friendly workplace initiative implemented throughout the country. 4.3.4. All lactating mothers receive maternity benefits to facilitate exclusive breastfeeding for six months.
	4.3.3. Strengthen supportive environment for breastfeeding at all settings.	4.3.3.1. At least 75%of the government healthcare institutions having the recommended cadrefor maternal and childcare serviceprovision. (source – Ministry of Health).	- Finance - Labour - Public Administratio n - National planning - Provincial authorities - Social empowerment - Women's affairs - Government, private and informal sector organizations	

	4.3.4. Strengthen and enforce maternity benefits to all working women.	4.3.4.1. Number of workplaces certified annually as family-friendly. (source – Regional Director of Health Services / RDHS database).	- Labour - Social empowerment - Women's affairs - Public Administration - Government, private and informal sector organizations	
4.4. Building a strong foundation for all infants, young children and preschool children through evidence-based nutrition interventions with a special emphasis on appropriate, nutritious, safe, complementary food prepared at home and continued breastfeeding for two years and beyond together with the promotion of optimal Early Childhood Care and	4.4.1. a.) Empowerment of the community for appropriate IYCF. b.) Develop and implement community oriented, locally designed, customized actions for Infant and Young Child Feeding (IYCF) within the national framework to reach pockets of sub-cultures within population groups.	4.4.1.1. Prevalence of continued breastfeeding among children 20-23 months increased from 86.6% (2016) to 95% (source - DHS). 4.4.1.2. Prevalence of minimum dietary diversity[16] among children 6-23 months increased from 72.6% (2016) to 95% (source - DHS). 4.4.1.3. Prevalence of minimum meal frequency[17] among children 6-23 months increased from 86.1% (2016) to 95% (source - DHS). 4.4.1.4. Prevalence of minimum acceptable diet[18] among children	- Health - Indigenous Medicine - Children's Secretariat - Social empowerment - CSO - Finance - Private sector - Development partners - Agriculture/livestock/fisheries - Trade	4.4.1. All mothers continued to breastfeed for two years and beyond. 4.4.2. Minimum acceptable diet for infants and young children improved. 4.4.3. Minimum meal frequency, for infants and young children, improved. 4.4.4. Minimum, dietary diversity for infants and young children improved. 4.4.5. Nutrition status of children under 5 years of age improved. 4.4.6. Legislations relevant to IYCF

16 -18 – See the glossary

Development (ECCD).		6-23 months increased from 62% (2016) to 90% (source - DHS).		including Breastfeeding Act, Food Act, and Maternity Benefits fully enforced. 4.4.7. Coverage of pre-school mid-day meal programme increased. 4.4.8. Practices of ECCD strengthened through enabling environment.
	4.4.2. Regular and quality growth monitoring and promotion of all children under five years of age with high coverage in all settings.	4.4.2.1. Stunting among children under the age of five years reduced from 17.3% (2016) to 10%(source - DHS). 4.4.2.2. Wasting among children under the age of five years reduced from 15.1% (2016) to <5% (source - DHS). 4.4.2.3. No increase in overweight[19] and obesity[20] among children under the age of five years from the baseline in 2012 (source - MRI).	- Health	
	4.4.3. Streamline and strengthen implementation of legislations relevant to IYCF including Breast-Feeding Act, Food Act and maternity benefits.	4.4.3.1. Availability of cabinet approved breastfeeding act and revised legislation on maternity benefits and Food Act available and enforced. (source– Ministry of Health, Ministry of Lobour, Ministry of Public Administration)	- Health - Legal - Consumer Affairs - Industries/Commercial establishments related to child food production/import	
	4.4.4. Ensure all preschool children develop healthy	4.4.4.1. At least 50% of identified preschools received	- Health - Indigenous Medicine	

19-20 See the glossary

	dietary practices at home and preschools through relevant interventions including mid-day meal programme.	the mid-day meal. (source–Ministry of Child Affairs)	- Provincial preschool authorities - Children's Secretariat - Social empowerment - Finance - CSOs - Development agencies	
	4.4.5. Strengthen multi-sector involvement in ECCD to optimize psychosocial development as a contributor to optimum nutrition among children under the age of five years at households, daycare centres, preschools etc.	4.4.5.1. Children's access to materials (in terms of books or toys) helpful in developmental stimulation (2016) improved by 15% (source - DHS).	- Health - Indigenous Medicine - Provincial preschool authorities - Children's Secretariat - Social empowerment - CSOs	
	4.4.6. Implement relevant direct and indirect nutrition interventions as per timely requirements.	4.4.6.1. Percentage of direct nutrition interventions conducted annually for children under 5 years of age out of planned. (source -RDHS database) 4.4.6.2. Percentage of indirect nutrition interventions conducted annually for children under 5	- Health - Indigenous Medicine - Children's Secretariat - Social empowerment - Finance - Agriculture/Livestock/Fisheries - CSO	

		years of age out of planned. (source– relevant ministries)		
4.5. Empower all primary school children to inculcate healthy dietary behaviours and physical activity with nutrition education through school curriculum and enabling school environment.	4.5.1. Streamline and expand School mid-day meal programme to cover 1/3 of the daily caloric requirement of primary school children.	4.5.1.1. 100% coverage of mid-day meal programme for all primary school children in identified schools (source - Ministry of Education/MoE database). 4.5.1.2. Prevalence of thinness[21] among 6-12 years old children reduced from 30.2% (2016) to 15% (source - MRI). 4.5.1.3. Prevalence of stunting[22] among 6-12 years old children reduced from 11.5% (2016) to <10% (source - MRI). 4.5.1.4. Prevalence of anaemia among primary school children reduced from 11.7% (2016) to <10% (source - MRI).	- Education - Finance - Health - Development agencies - Civil society organizations	4.5.1. Access to nutritious meals among school children improved. 4.5.2. All school children empowered to adopt healthy lifestyles. 4.5.3. All schools facilitated to achieve optimum nutritionand lifestyle. 4.5.4. Water, Sanitation and Hygiene (WASH) facilities improved in all schools.
	4.5.2. Promote healthy dietary practices at home and schools including implementation of	4.5.2.1. Proportion of school canteens adhered to school canteen policy (grade A and B) out of total	- Health - Indigenous medicine - Education - Canteens	

21-22 See the glossary

	healthy school canteen guidelines.	number of school canteens. (source - National Survey). 4.5.2.2. No further increase in overweight[23] and obesity[24] among 6-12 years old children from the 2016 baseline of 6.1% and 2.9% respectively (source - MRI).		
	4.5.3. Establish and implement legislation to regulate the availability of unhealthy food in close proximity to schools including banning unhealthy food outlets near schools (200m).	4.5.3.1. Availability of legislation to regulate the access to unhealthy food in close proximity to schools (source - e-EOH&FS).	- Legal - Trade - Food Industries - Formal and informal food establishments	
	4.5.4. Promote playing/ physical activity at all appropriate settings (schools, home etc).	4.5.4.1. All primary school children engaged in playing/physical activities at least 60min per day (source – national survey). 4.5.4.2. Availability of primary school curriculums which include 3 hours of physical activities per week (source - MoE database).	- Finance - National planning - Urban development - Sport - Education - Children's Secretariat - Local authorities	

23-24 – See the glossary

		4.5.4.3. Proportion of primary school children engaged in two non-competitive sports out of all primary school children. (source - MoE database).		
	4.5.5. Streamline school health programme including age-appropriate health and nutrition education.	4.5.5.1. Appropriate health and nutrition education for primary school children incorporated in the curriculum (source - MoE database). 4.5.5.2. Availability of reports on national nutrition survey among primary school children at scheduled intervals (source - MRI).	- Education - Health - Indigenous medicine	
	4.5.6. Improve and maintain water, sanitation and hygiene facilities at schools	4.5.6.1. All schools have an adequate, and microbiologically and chemically safe water supply according to the national norms (source - e EOH & FS). 4.5.6.2. 100% coverage of properly maintained toilet facilities according to national norms for schools (source - MoE database).	- Local authorities - Water supply	

		4.5.6.3. Proportion of schools with proper garbage disposal mechanisms including disposal of sanitary pads (source - MoE database).		
4.6. Promote optimal nutrition and development among adolescents and youth adopting adolescent and youth-friendly approaches while addressing the social determinants.	4.6.1. Establish/streamline implementation of canteen policies and guidelines on healthy food for schools, other educational and training institutes, and workplaces.	4.6.1.1. Availability of a grading system (grade A/B/C) in terms of healthy food availability and food safety for canteens in schools, other educational and training institutes, and workplaces (source - e-EOH&FS) 4.6.1.2. No further increase in overweight[23] and obesity[24] among 10-18 years old children from the 2018 baseline of 7.6% and 2.2% respectively (source - MRI). 4.6.1.3. No further increase in obesity (3.0%, 2015) and reduce overweight (15.8%, 2015) to 12% among 18-29 years old persons (source - NCD Survey).	- Health - Education - Higher Education - Vocational Training - Food industry - Food establishments	4.6.1. All school children monitored during School health programme to provide nutrition interventions according to requirements. 4.6.2. Canteen policies and guidelines in educational institutions implemented. 4.6.3. All needy school children received the mid-day meal at schools. 4.6.4. Adolescents and youth engaged in appropriate physical activities according to guidelines. 4.6.5. Optimal nutrition status among youth achieved.

23-24 – See the glossary

	4.6.2. Expand school mid-day meal programme to all targeted schools.	4.6.2.1. 100% coverage of School mid-day meal programme for adolescents in all targeted schools (source - MoE).	- Education - Finance - Health - Development agencies - CSOs	4.6.6. All youth empowered to inculcate healthy lifestyles. 4.6.7. Youth training institutions facilitated to promote healthy behaviours. 4.6.8. Global school health survey is conducted regularly.
	4.6.3. Streamline school health programme including age-appropriate health and nutrition education.	4.6.3.1. 100% coverage of age-appropriate health and nutrition education for school adolescents (source - MoE). 4.6.3.2. Availab ility of reports of national adolescent nutrition survey (source - MRI), and global school health survey (source - FHB) at scheduled intervals. 4.6.3.3. Prevalence of thinness among 10-18 years old children[21] reduced from baseline of 2018 - 26.9% to 18% (source - MRI). 4.6.3.4. Prevalence of stunting among 10-18 years old children[22] reduced from baseline of 2016 -13% to 10% (source - MRI).	- Education - Health - Indigenous medicine	
	4.6.4. Improve physical fitness of all	4.6.4.1. Proportion of school going	- Finance	

21-22 - See the glossary

	school children and youth through enabling environment.	adolescents assessed for physical fitness out of all school-going adolescents (source - MoE database). 4.6.4.2. Availability of information on physical fitness and nutritional status in information system in education sector(source - MoE database). 4.6.4.3. Proportion of students aged 13-15 who were physically active at least 60 minutes per day on all 7 days during the preceding week increased from baseline of 15.5% in 2016 to 50% or more (source - GSHS). 4.6.4.4. Proportion of students aged 13-17 who spent three or more hours per day sitting and watching television, playing computer games, or talking with friends, when not in school or doing homework during a typical or usual day reduced from 37.7% (2016) to	- National planning - Urban development - Education - Children's Secretariat - Sport - Youth - Local authorities	

		10% or less (source - GSHS)		
	4.6.5. Establish/streamline Adolescent and Youth Friendly Health Services (AYFHS) centres to promote healthy eating, physical activity and psychosocial support among adolescents and youth.	4.6.5.1. Proportion of programmes on nutrition and physical activity conducted by AYFHS centres annually out of planned (source - District review data). 4.6.5.2. Proportion of adolescents and youth (15-24 years) who never had unhealthy food during the preceding week (33.4%, 2012-13) improved up to 40% (source - National Youth Health Survey).	- Health - Education - Higher Education - Vocational Training - Youth	
	4.6.6. Establish mechanisms to assess nutrition status among youth in higher education institutions, vocational training centres and workplaces.	4.6.6.1. Availability of reports on national youth health survey at scheduled intervals (source – Family Health bureau).	- Health - Higher Education - Vocational Training - Youth	
	4.6.7. Provide adequate water, sanitation and hygiene (WASH) facilities for all schools, educational, training and work settings for youth.	4.6.7.1. Coverage of WASH facilities in all educational and training institutions/workplaces according to the national norms (source – eEOH & FS).	- Local authorities - Water supply	

4.7. Empowerment of adults to adopt healthy lifestyles including healthy diet with the provision of comprehensive nutrition services.	4.7.1. Streamline implementation of Strategic Marketing and Communication Plan for FBDG.	4.7.1.1. Availability of Strategic Marketing and Communication Plan to disseminate revised FBDGs (source – Nutrition Division). 4.7.1.2. At least 10% of the activities in the Strategic Marketing and Communication Plan to disseminate revised FBDGs completed annually (source – Nutrition Division).	- Health - Indigenous Medicine - Agriculture/livestock/fisheries - Trade - Consumer affairs authority - Science and technology - Local government - Sport - Education - Media	4.7.1. National and local government policies, legislations, and guidelines made available for improvement of healthy food availability, physical activity and to prevent substance abuse. 4.7.2. Malnutrition among adults reduced. 4.7.3. Implementation of workplace canteen policy and guidelines streamlined. 4.7.4. Availability of healthy food outlets and facilities for improving physical activity established at the community level
	4.7.2. Empower adults to inculcate healthy dietary behaviours through a supportive environment in all settings.	4.7.2.1. Prevalence of overweight[25] among adults 30-44 years reduced from 27.4% (2015) to 24% (source – NCD Survey). 4.7.2.2. Prevalence of overweight among adults 45-59 years reduced from 28.2% (2015) to 26% (source – NCD Survey). 4.7.2.3. Prevalence of obesity[26] among adults 18-59 years reduced from 5.9% (2015) to 3% (source – Survey). 4.7.2.4. Percentage of adults consuming 5	- Health - Indigenous Medicine - Agriculture/li-vestock/fisheries - Trade - Social empowerment - Civil society organizations - Finance - Food industry - Private sector	

25-26 See the glossary

		portions of fruits and vegetables increased from 27.5% (2015) to 35% (source – NCD Survey).		
	4.7.3. Implement canteen guidelines at workplaces.	4.7.3.1. Availability of grading system (grade A/B/C) in terms of healthy food availability and food safety for canteens in workplaces (source – eEOH & FS).	- Health - Food industry - Food establishments	
	4.7.4. Provide necessary nutrition care services for adults in all settings.	4.7.4.1. Availability of mechanism for regular nutrition assessment among adult population at divisional level (source – NCD Unit). 4.7.4.2. Proportion of adults assessed for nutrition status every three years at divisional level (NCD Unit)	- Health - Indigenous medicine	
	4.7.5. Empowerment of adults including vulnerable groups on physical activities by creating awareness and enabling environment.	4.7.5.1. Number of open gymnasium/ walkingpaths established annually in each district (source – Divisional secretariat databases). 4.7.5.2. Number of healthcare institutions	- Finance - National planning - Urban development - Sport - Health - Local authorities	

		with a functioning physical activity program (source -HLC review/ NCDunit) 4.7.5.3. Number of healthcare personnel trained on physical activity promotion among the public (source - HLC review/ NCD unit). 4.7.5.4. Percentage of insufficient physical activity among 18-59 adults reduced from 30.4% (2015) to 25% (source – NCD Survey).		
	4.7.6. Monitor and evaluate nutrition interventions targeted at adults.	4.7.6.1. STEP survey reports to identify risk factors for non-Communicable diseases among adults available regularly (source - NCD unit).	- -Health - Social empowerment	
4.8. Establish conducive environment for optimal nutrition and access to appropriate nutrition services for all elders.	4.8.1. a.) Establish a comprehensive mechanism for nutrition services for elders at all settings (community /institutional) including nutrition	4.8.1.1. Coverage of nutrition assessment among elderly population at the divisional level (source–MoH database). 4.8.1.2. Prevalence of underweight among	- Health - Elderly secretariat	4.8.1. Evidence-based comprehensive nutrition care and support package for elders developed. 4.8.2. Appropriate, nutrition interventions and care services

	assessment, nutrition support and care. b.) Empower the elderly to access nutrition services.	elders of 60-69 years reduced from 16.4% (2015) to 10% or less (source – NCD Survey). 4.8.1.3. Prevalence of overweight among elders of 60-69 years reduced from 23.7% (2015) to 17% or less (source – NCD Survey). 4.8.1.4. Prevalence of obesity among elders of 60-69 years reduced from 6.3% (2015) to less than 5% (source – NCD Survey).		received by all elderly. 4.8.3. Efficient monitoring mechanism for nutrition support and care services for elderly made available.
	4.8.2. Improve resources (Human, financial, infrastructure etc.) to implement appropriate, comprehensive nutritional interventions for all elderly people.	4.8.2.1. Number of nutrition professionals recruited to the government system for proving elderly nutrition care (source - MoH).	- Health - Finance - National planning	
	4.8.3. Develop and implement national nutrition quality standards for residential care for elders.	4.8.3.1. Proportion of elderly care institutions that follow the National Nutritional Quality Standards out of registered institutions	- Health - Elderly secretariat - Social services - Residential care facilities	

		(source – Nutrition Division).		
	4.8.4. Facilitate physical activity according to the capacity of the elders in all settings.	4.8.4.1. Availability of easily accessible open spaces for physical activity for the elderly at divisional level (source – Divisional Secretariat). 4.8.4.2. Number of open gymnasium/ walkingpaths established annually in each district (source – Divisional Secretariat). 4.8.4.3. Percentage of insufficient physical activity among 60-69 adults reduced from 36% (2015) to 15% (source – NCD Survey).	- Finance - National planning - Urban development - Sport - Local authorities	
	4.8.5. Establish regular monitoring mechanism of nutritional support and care services for elderly at all settings and all levels (divisional, district, provincial and national).	4.8.5.1.Number of review meetings heldin different levels for elderly nutrition services annually (source– MoH/Provincial/District/Divisional Secretariat databases).	- Health	
4.9. Implementation of appropriate interventions to	4.9.1. Map nutritionally vulnerable individuals/	4.9.1.1. Availability of updated map on households with nutrition vulnerability	- National planning - Finance - Health	4.9.1. Nutrition status among vulnerable

improve nutritional status of vulnerable populations.	households/ populations (disadvantaged populations/ persons with acute or chronic illnesses/ estate, urban etc.) at divisional level.	at divisional level (source–Divisional Secretariat databases).	- Provincial/local authorities	populations improved. 4.9.2. Living standards enhanced and healthy environment established to prevent and control acute infections among vulnerable.
	4.9.2. Plan and implement targeted direct and indirect nutrition interventions as per the vulnerability status.	4.9.2.1. Underweight among vulnerable persons improved by 30% from the baseline (source – RDHS databases). 4.9.2.2. Overweight and obesity among vulnerable persons improved by 30% from the baseline (source – RDHS databases).	- Health - Water supply - Local authorities - Social empowerment - CSO	
4.10.Prevention and management of disease related (acute and chronic) malnutrition.	4.10.1. Strengthen health system to provide nutrition services for outdoor patients with chronic diseases.	4.10.1.1.Number of nutrition clinics established in each district (source – RDHS databases).	- Health - Indigenous medicine	4.10.1. Living standards enhanced and healthy environment established to prevent and control acute and chronic infections/ diseases among vulnerable. 4.10.2. Mechanisms to prevent and control malnutrition among patients with acute and/or chronic
	4.10.2. Streamline mechanism to ensure optimum nutrition among inward patients and during rehabilitation period.	4.10.2.1. Availability of mechanisms to prevent and control malnutrition among patients with acute and/or chronic illnesses (source - MoH).	- Health - Indigenous medicine	

	4.10.3. Empower the community to provide optimum nutrition during and after acute/chronic illnesses and palliative care at household/community level through SBCC and social safety net programmes.	4.10.3.1. Proportion of thinness among people living with HIV/AIDS (source – National STD/AIDS Control Programme) 4.10.3.2. Proport ion of thinness among people with TB (source - National Programme for Tuberculosis Control & Chest Diseases). 4.10.3.3. Proportion of thinness among people with cancers (source - National Cancer Control Programme).	- Health - Indigenous medicine - Social empowerment - CSOs	illnesses implemented.
	4.10.4. Empower populations with NCDs and infections (Tuberculosis, diarrhoeal diseases, HIV/AIDS,etc.) to prevent and control malnutrition, through income generation, access to healthy diet and nutrition supplementation, safe water and sanitation.	10.4.1. Proportion of population using safe drinking water services improved from 94% (2014) to 100% (source – GLAAS). .10.1.1. Respiratory infections among children under the age of 5 years are reduced by 50% from the baseline (source – MoH). 4.10.4.3. Diarrhoeal diseases among	- Health - Indigenous medicine - Water supply - Local authorities	

		children under the age of 5 years old reduced by 50% from the baseline (source – MoH).		

Policy Priority area V- Nutrition promotion in emergency situations and extreme weather conditions				
Strategic Direction	**Key action areas**	**Monitoring indicators and/or targets by 2030**	**Responsible sector/s or organization/s**	**Expected output/s or outcome/s for strategic direction**
5.1. Strengthen and streamline resilience mechanisms to facilitate disaster preparedness plans to provide nutrition needs for affected populations.	5.1.1. Strengthen implementation of disaster preparedness and mitigation plans at all levels (national, provincial, district and divisional) in relation to nutrition.	5.1.1.1. Number of disaster preparedness and mitigation plans at central, provincial, district and divisional levels with incorporated nutrition actions (source – DMC databases). 5.1.1.2. Proportion of households received a food basket with essential nutritive commodities out of all affected (source – Divisional secretariat databases). 5.1.1.3. Proportion of vulnerable individuals who received nutrient supplements (including supplementary foods) out ofidentified at divisional level (source – Divisional secretariat databases). 5.1.1.4. Proportion of affected vulnerable population subjected to post emergency nutrient surveillance at	- Disaster management centre (DMC) - Health - NNS - Provincial/District/Divisional secretariat - Local authorities	5.1.1. Nutrition needs of vulnerable populations are adequately addressed in disaster management plans and implemented. 5.1.2. All stakeholders are empowered for early preparedness and mitigation for emergencies. 5.1.3. Resistant varieties of food plants made available to resist adverse weather conditions.

		village level (source – MOH databases).		
	5.1.2. Establish prediction and early warning mechanism for climate change and extreme weather conditions at village level with multi-sector collaboration.	5.1.2.1. Proportion of early warnings provided out of all extreme weather conditions occurred at the village levels (source – DMC databases).	- DMC - Environment - District secretariat - -Divisional secretariat - Local authorities/ GN	
	5.1.3. Empower the communities for early preparedness on climate change, extreme weather conditions and other disasters.	5.1.3.1.Proportion of communities where early preparedness programmes (drills) conducted out of estimated at the district level (source – District secretariat databases).	- DMC - Health - NNS - District secretariat - Local authorities - Environment - Development partners/CSO	
	5.1.4. Capacity building of health staff on proper management of malnutrition during emergencies and post emergencies.	5.1.4.1. Number of relevant health staff trained on proper management of malnutrition during emergency and post-emergency phase at district level (source – databases of Regional Director of Health Services – RDHS).	- Health	
	5.1.5. Introduce adverse weather-resistant varieties of plant-based food (Rice, Pulse, vegetables and fruits	5.1.5.1. Number of research conducted to identify weather-resistant varieties of plant-based food	- Agriculture - Universities - Research - institutes	

	etc.) through proper research and extension practices.	annually (source - DOA). 5.1.5.2. Proportion of new climate-resistant varieties of food plants that are cultivated out of researched annually (source - DOA).		
5.2. Empower relevant stakeholders including emergency relief staff and programme managers to ensure safe and adequate nutrition for affected populations according to operational guidelines.	5.2.1. Develop/update/revise operational guidelines for nutrition support in emergencies.	5.2.1.1. Number of operational guidelines developed/available for nutrition support in emergencies (source – DMC databases). 5.2.1.2. Proportion of updated/ revised operational guidelines out of required (source – DMC databases).	- Health - NNS - DMC	5.2.1. Stakeholders empowered to provide adequate and quality services to the affected populations
	5.2.2. Operationalize emergency nutrition planning in each district through a multidisciplinary team, emphasizing proper utilization of food and prevention of wastage.	5.2.2.1. Number of districts with a functioning multidisciplinary team to operationalize emergency nutrition planning (source – District secretariat databases).	- DMC - Health - District secretariat	
	5.2.3. Streamline a functioning health and non-health sector coordinating committee for disasters in each district to maintain	5.2.3.1. Number of districts with a functioning coordinating committee for disasters where nutrition has been incorporated in the agenda (source –	- Health - DMC - District secretariat	

	population nutrition in emergencies.	District secretariat databases).		

Policy objectives VI- Strategic management of information and research				
Strategic Direction	**Key action areas**	**Monitoring indicators and/or targets by 2030**	**Responsible sector/s or organization/s**	**Expected output/s or outcome/s for strategic direction**
6.1. Strengthen strategic information management systems to support evidence-based policy and programmatic decisions.	6.1.1. Real time monitoring and evaluation of all direct and indirect nutrition interventions.	6.1.1.1. Number of stakeholders having a functioning strategic information management system on nutrition (source – NNS).	- NNS - Department of Census & Statistics - All relevant ministries - Provincial, district and divisional authorities	6.1.1. Evidence on nutrition outcomes and predictions communicated to relevant stakeholders and/or to the community.
	6.1.2. Utilize nutrition surveillance system for making decisions to improve and protect community nutrition.	6.1.2.1. Availability of a functioning comprehensive nutrition surveillance system at the central level (source - NNS).	- All relevant ministries - Provincial, district and divisional authorities - All other sectors/ organizations responsible for nutrition related activities	
	6.1.3. Improve public awareness on nutrition related information.	6.1.3.1. Availability of nutrition data sharing mechanism with the public at district level (source – District secretariat databases).	- All relevant ministries - Provincial, district and divisional authorities	

		6.1.3.2. Availability of interactive platforms for public awareness of specific nutrition issues at divisional level (source -Divisional secretariat databases).	- Development partners - CSOs	
6.2. Establish a dietary behaviour surveillance mechanism and incorporate it into the nutrition monitoring and evaluation.	6.2.1. Monitor and evaluate dietary behaviours.	6.2.1.1. Incorporation of dietary behaviour surveillance into the strategic information management systems (source – Nutrition Division).	- NNS - Health	6.2.1. Dietary behaviours in the community monitored and effectively used in planning and implementation of nutrition interventions.
	6.2.2. Utilize behaviour surveillance information in implementing targeted SBCC interventions.	6.2.2.1. Number of social behaviour change programmes implemented for unhealthy nutrition practices at divisional level (source – MOH/CSO databases).	- NNS - Health - All sectors responsible for nutrition-related activities	
	6.2.3. Conduct periodic surveys to identify consumption patterns and nutrition outcomes in the community.	6.2.3.1. Proportion of periodic surveys conducted to identify nutrition outcomes and consumption patterns in the community out of planned (source – MoH/DCS databases).	- NNS - Health - DCS	
6.3. Support appropriate research to generate evidence-based	6.3.1. Identify research gaps for planning and implementation of evidence-based direct	6.3.1.1. Number of research conducted based on identified nutrition related research gaps (source	- All relevant ministries - Development partners - NGOs	6.3.1. Most resistant dietary behaviours identified to prioritize and implement

information and utilize them in advocacy, planning, implementation, and periodic evaluations of nutrition interventions.	and indirect nutrition interventions and conducting research based on them.	– MoH/University databases). 6.3.1.2. Number of market behaviour surveys in relation to food consumption conducted (source – MoH/University/ research institute databases).		nutrition interventions. 6.3.2. Baselines to monitor identified nutrition outcomes established.
	6.3.2. Establish baselines for all necessary direct and indirect nutrition interventions needed for monitoring of implementation of NNP.	6.3.2.1. Availa bility of baseline and periodic information for monitoring and evaluation of NNP (source - MoH/DCD/Universit y/ databases).	- All relevant ministries - DCS - Academia/res earch institutes - Development partners - NGOs	
	6.3.3. Conduct nutritional composition analysis and bioavailability research on frequently consumed and non-conventional foods.	6.3.3.1. Availability of updated food composition tables (source – MRI). 6.3.3.1. Number of research conducted on bioavailability of nutrients (MoH/University/rese arch institute databases).	- Health - Department of census and statistics - Academia / research institutes	
	6.3.4. Provide necessary resources for priority research and periodic surveys at specified intervals.	6.3.4.1. Availability of financial resources as required (source-relevant sector databases). 6.3.4.2. Availability of infrastructure	- All relevant ministries - Finance - Science and technology - National planning	

		facilities for research out of identified (source- relevant sector databases).		

I. Glossary

1. **Food Security -** Food security exists when all people, at all times, have physical and economic access to sufficient safe and nutritious food that meets their dietary needs and food preferences for an active and healthy life (The State of Food Insecurity in the World 2001, FAO, 2002).
2. **Nutrition Security -** Nutrition security exists when all people at all times consume food of sufficient quantity and quality in terms of variety, diversity, nutrient content and safety to meet their dietary needs and food preferences for an active and healthy life, coupled with a sanitary environment, adequate health, education and care (The state of food insecurity in the world, FAO, WFP and IFAD, 2012).
3. **Malnutrition -** Malnutrition refers to deficiencies, excesses, or imbalances in a person's intake of energy and/or nutrients (Fact sheet World Health Organization, 2020). i.e., It includes under-nutrition, over-nutrition, and micro-nutrient deficiencies.
4. **Wasting (or thinness) among children under 5 years -** Weight-for-height more than two standard deviations below (-2SD) the WHO Child Growth Standards median. It indicates a recent and severe process of weight loss, and often associated with acute starvation.
5. **Stunting among children under 5 years -** Height-for-age more than two standard deviations below (-2SD) the WHO Child Growth Standards median. Indicates impaired growth and development. This is often due to poor nutrition, repeated infection, and inadequate psychosocial stimulation.
6. **Direct (Nutrition specific) interventions -** Interventions that address the immediate determinants of malnutrition (e.g., Vitamin A and zinc supplementation for children, exclusive breastfeeding, dietary diversity promotion and food fortification).
7. **Indirect (Nutrition sensitive) interventions -** Interventions that address the underlying determinants of nutrition (e.g., poverty; food insecurity; scarcity of access to adequate care resources) and are carried out by complementary sectors such as agriculture, social protection, early child development, education, water, and sanitation.
8. **Food loss –** Loss of food in the food value chain from post-harvest up to the retail level (but not including the retail level).
9. **Food wastage -** Decrease in the quantity or quality of food at retailer, food service provider (take away outlets, restaurants etc.) and consumer levels.
10. **Hazardous materials -** Substances that are leading to food borne diseases due to their biological, genetic, chemical, and physical properties.
11. **Global syndemic of obesity, undernutrition and climate change** – Concurrent pandemics of obesity, undernutrition and climate change represent the global syndemic.
12. **Double duty nutrition actions** – Nutrition interventions (actions) that address undernutrition and overnutrition both.
13. **Triple duty nutrition actions -** Nutrition interventions (actions) that address the undernutrition, overnutrition as well as micronutrient deficiencies.

14. **Food value chain -**The supply chain that consists of all the stakeholders who participate in coordinated production and value-adding activities that are needed to make food products. (Second international conference on nutrition, Rome 2014).
15. **Food Sovereignty -** The right of people to healthy and culturally appropriate foodproduced through ecologically sound and sustainable methods, and their right to define their own food and agriculture systems (Declaration of Nyéléni, the first global forum on food sovereignty, Mali, 2007).
16. **Minimum Dietary Diversity -** Consumption of food and beverages from at least five out of eight defined food groups to receive nutritionally adequate and diversified foods (WHO, Nutrition database). This indicator will be assessed as a percentage of children 6–23 months of age who consumed food and beverages from at least five out of eight defined food groups during the previous day according to Indicators for assessing IYCF practices 2021, WHO. However, the baseline value in strategic framework is given as per previous guide.
17. **Minimum meal frequency -** Children aged 6–23 months, who receive solid, semi-solid, or soft foods at the minimum numbers of two (for children aged 6–8 months) and three (for children aged 9–23 months) times (WHO, Nutrition database). This indicator will be assessed as the percentage of children 6–23 months of age who consumed solid, semi-solid or soft foods (but also including milk feeds for non-breastfed children) the minimum number of times during the previous day, according to Indicators for assessing IYCF practices 2021, WHO. However, the baseline value in strategic framework is given as per previous guide.
18. **Minimum acceptable diet -** It is an indicator which combines standards of dietary diversity and feeding frequency by breastfeeding status (Adapted from WHO indicators for IYCF practices 2007).

    The minimum acceptable diet is defined as:

    For breastfed children: receiving at least the minimum dietary diversity and minimum meal frequency for their age during the previous day.

    For non-breastfed children: receiving at least the minimum dietary diversity and minimum meal frequency for their age during the previous day as well as at least two milk feeds.

    This indicator will be assessed as the percentage of children 6–23 months of age who consumed a minimum acceptable diet during the previous day according to Indicators for assessing IYCF practices 2021, WHO. However, the baseline value in strategic framework is given as per previous guide.

19. **Overweight among children under 5 years** - weight-for-height greater than 2 standard deviations above (+2SD) WHO Child Growth Standards median.
20. **Obesity among children under 5 years** - weight-for-height greater than 3 standard deviations above (+3SD) the WHO Child Growth Standards median.

21. **Thinness among 5-19 years old children** – Weight-for-height more than two standard deviations below (-2SD) the WHO reference standards for age 5-19 years.
22. **Stunting among 5-19 years old children** – Height-for-age more than two standard deviations below (-2SD) the WHO reference Standards for age 5-19 years.
23. **Overweight among 5-19 years old children** - BMI for age greater than one standard deviationabove (+1SD) WHO reference standards median for age 5-19 years.
24. **Obesity among 5-19 years old children** - BMI for age greater than two standard deviations above(+2SD) WHO reference standards for age 5-19 years.
25. **Overweight among adults -** BMI greater than or equal to 25 (BMI for adults is calculated dividing weight in kilograms by height in meters squared; BMI = weight (kg)/Height^2 (m^2).
26. **Obesity among adults -** BMI greater than or equal to 30.

II. Annex

Annual baseline estimation of required commonly utilized food in metric tons (MT) for 2020. (This should be changed according to the population change annually).

a) Rice - 1,663,200MT
b) Pulses - 415,800MT
c) Fish - 418,857MT
d) Chicken - 147,420MT
e) Soya 29,484
f) Beef 29,484MT
g) Mutton 29,484MT
h) Pork 29,484MT
i) Root vegetables 491,400
j) Green vegetables -491,400
k) Green leaves 737,100
l) Other vegetables 638,820
m)Fruits 1,965,600
n) Nuts (Peanuts etc) -189,000
o) Egg (Number) -7,560,000
p) Milk (Kilolitres) 756,000
q) Coconut (number of Nuts) 3,931,200
r) Coconut oil (Kilolitres) 49,140
s) Other oil (MUFA) Kilolitres 98,280
t) Sugar and Jaggery 294,840

(Source – Medical Research Institute)