ឯកសារស្រាវជ្រាវសង្ខេប

គណៈកម្មាធិការទី៨ ព្រឹទ្ធសភា ទទួលបន្ទុកសុខាភិបាល សង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន យុវនីតិសម្បទា ការងារ បណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ និងកិច្ចការនារី

ស្ថានភាពសុខភាពសាធារណៈនៅខេត្តប៉ៃលិន និង សៀមរាប

ស្រាវជ្រាវដោយ៖ លោកស្រី ៖ កឹម កែវធីតា
លោក ៖ ធន ប៉ូល

ខែវិច្ឆិកា ២០១៥

វិទ្យាស្ថានសភាកម្ពុជា

កំណត់សម្គាល់

វិទ្យាស្ថានសភាកម្ពុជា (វ.ស.ក) គឺជាស្ថាប័នឯករាជ្យមួយដែលផ្តល់ការគាំទ្រដល់សភាកម្ពុជា តាមរយៈការផ្តល់នូវឯកសារស្រាវជ្រាវទៅតាមសំណើរបសសមាជិក-សមាជិកា និងគណៈកម្មការជំនាញរបស់រដ្ឋសភា-ព្រឹទ្ធសភា ដែលមានការវិភាគទៅលើបញ្ហាដែលកំពុងតែកើតមាននៅពេលបច្ចុប្បន្ន និងដែលអាចនឹងកើតឡើងនាពេលអនាគត លើប្រធានបទការរៀបចំច្បាប់និងគោលនយោបាយសាធារណៈ។ ឯកសារទាំងនេះផ្តល់នូវព័ត៌មានផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការងារសភា និងការងារមណ្ឌល ឬភូមិភាគរបស់សមាជិក-សមាជិការសភា ក៏ប៉ុន្តែ រាល់អត្ថន័យដែលមាននៅក្នុងឯកសារទាំងនេះមិនមែនតំណាងឬឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីទស្សនៈផ្ទាល់របស់វិទ្យាស្ថានសភាកម្ពុជា សភា ឬសមាជិក-សមាជិកាណាម្នាក់នោះឡើយ។

ខ្លឹមសារនៃឯកសារទាំងនេះមានកំណត់នូវកាលបរិច្ឆេទរៀបចំច្បាស់លាស់ និងអាចប្រើប្រាស់សម្រាប់តែជាឯកសារយោងប៉ុណ្ណោះ។ ឯកសារទាំងនេះមិនមានគោលបំណងផ្តល់ប្រឹក្សាផ្នែកច្បាប់ ឬទៅលើគោលនយោបាយណាមួយឡើយ ហើយក៏មិនបានធ្វើការសិក្សាអោយបានគ្រប់ប្រធានបទ ឬរាល់ខ្លឹមសារលម្អិតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាដែលបានលើកឡើងនោះដែរ។

ខ្លឹមសារនៃគេហទំព័រនេះស្ថិតក្រោមច្បាប់ជាធរមានរបស់កម្ពុជា និងកិច្ចព្រមព្រៀងអន្តរជាតិស្តីពីសិទ្ធិអ្នកនិពន្ធ។ រាល់ការរៀបចំឡើងវិញដោយដកស្រង់នូវផ្នែកណាមួយ ឬខ្លឹមសារទាំងស្រុងនៃឯកសារនៅក្នុងគេហទំព័រនេះ ត្រូវមានការអនុញ្ញាតពីវិទ្យាស្ថាន។

រក្សាសិទ្ធិ ឆ្នាំ២០១៥ វិទ្យាស្ថានសភាកម្ពុជា (វ.ស.ក)

មាតិកា

១. សេចក្តីផ្តើម 1
២. ខេត្តប៉ៃលិន និងខេត្តសៀមរាប 1
២.១. ស្ថានភាពទូទៅ 1
២.២. ខេត្តប៉ៃលិន 3
២.៣. ជនពិការដោយផ្ទុះមីននិងសំណល់ជាតិផ្ទុះ 6
២.៤. ភូមិបណ្តែតទឹក 7
៣. សេចក្តីសន្និដ្ឋាន 10
ឧបសម្ព័ន៖ រចនាសម្ព័ន្ធសុខភាពសាធារណៈ វឌ្ឍនភាព និងបញ្ហាប្រឈមនៅកម្ពុជា 12
ឯកសារយោង 16

១. សេចក្តីផ្តើម

ចាប់តាំងពីការបញ្ចប់សង្គ្រាមនៅក្នុងទសវត្សរ៍ ឆ្នាំ១៩៩០មក ប្រទេសកម្ពុជា បានកែលម្អវិស័យសុខាភិបាលរបស់ខ្លួន និងសម្រេចបានវឌ្ឍនភាពគួរអោយគត់សម្គាល់។ វឌ្ឍនភាពទាំងនោះរួមមាន៖ ការបង្កើតគោលនយោបាយសុខភាពសាធារណៈ និងកម្មវិធីអាទិភាពនានា រៀបចំឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធសុខាភិបាលស្រុក ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម និងពង្រឹងកម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធប្រឆាំង នឹងជំងឺឆ្លង និងជំងឺមិនឆ្លង កាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់មាតា និងទារក។[1] ប្រទេសកម្ពុជាបានរាយការណ៍ថាសម្រេចបានគោលដៅសហសវត្សដែលទាក់ទងនឹងវិស័យសុខាភិបាល។

កម្ពុជាអនុវត្តតាមផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទីពីរ ឆ្នាំ២០០៨ ដល់ឆ្នាំ២០១៥ (HSP2) ហើយបច្ចុប្បន្ននេះ កម្ពុជាកំពុងរៀបចំផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទី៣ ដែលភ្ជាប់វិស័យសុខាភិបាលទៅនឹងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព (SDGs)។[2] ទោះបីជាមានវឌ្ឍនភាពនៅក្រោមផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទីពីរនេះ កម្ពុជាប្រឈមបញ្ហាជាច្រើនដូចជាគុណភាពសេវានៅមានកម្រិត ការផ្តល់សេវាកម្មដល់ប្រជាពលរដ្ឋក្រីក្រអោយបានទូលាយ ។ល។[3] អត្រាស្លាប់របស់មាតា និងកុមារនៅតែមានកម្រិតខ្ពស់បើប្រៀបធៀបទៅនឹងប្រទេសផ្សេងៗក្នុងតំបន់។ ជំងឺមិនឆ្លងបានលេចឡើងគួរឲ្យព្រួយបារម្ភ ហើយស្ត្រីប្រឈមមុខនឹងភាពខ្វះខាតសេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរកជំងឺមហារីក និងការព្យាបាលជំងឺមហារីកដូចជា មហារីកដោះ មហារីកស្បូន និងមហារីកក្រពេញអូវែ។[4] ប្រហែល ៤១ភាគរយ នៃកុមារក្រោម ៥ឆ្នាំ ក្រិន ហើយ ២៩ភាគរយ មានទម្ងន់ក្រោមមធ្យម។ នៅទីជនបទ ប្រហែល ៣៥ភាគរយ នៃប្រជាពលរដ្ឋពុំមានទឹកស្អាតប្រើប្រាស់ ហើយប្រហែល ៥២ភាគរយ ពុំមានបង្គន់អនាម័យដែលមានបច្ចេកទេសត្រឹមត្រូវ។[5]

ឯកសារស្រាវជ្រាវសង្ខេបនេះ នឹងផ្តល់ព័ត៌មានស្តីពី គោលនយោបាយ ស្តីពីសុខភាពសាធារណៈដែលមានគោលបំណងកែលម្អ និងពង្រីកសេវាកម្មសុខភាពដល់ប្រជាពលរដ្ឋក្នុងទសវត្សរ៍កន្លងមក រួមទាំងសមិទ្ធផលសំខាន់ៗ និងបញ្ហាប្រឈមនៅក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាពសាធារណៈ។ បន្ទាប់មកពិនិត្យពីបញ្ហាសុខភាពសធារណៈនៅខេត្តសៀមរាប ដោយផ្តោតទៅលើស្ថានភាពរបស់ប្រជាពលរដ្ឋរស់នៅលើផ្ទះបណ្តែតទឹក និងខេត្តប៉ៃលិន ដោយផ្តោតលើស្ថានភាពរបស់ប្រជាពលរដ្ឋរងគ្រោះដោយសារមីន។

២. ខេត្តប៉ៃលិន និងខេត្តសៀមរាប

២.១. ស្ថានភាពទូទៅ

ផ្នែកនេះ នឹងផ្តល់ព័ត៌មានស្តីពីស្ថានភាពសុខភាពសាធារណៈទូទៅ និងស្ថានភាពហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសុខាភិបាលខេត្តប៉ៃលិន និងខេត្តសៀមរាប។ ព័ត៌មានអំពីវិស័យសុខាភិបាលទូទៅ សមិទ្ធផលសំខាន់ៗ និងបញ្ហាប្រឈមត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងឧបសម្ព័ន។

សេវាសុខភាពសាធារណៈនៅតាមបណ្តាខេត្ត ត្រូវបានផ្តល់ជូនប្រជាពលរដ្ឋ តាមរយៈស្ថាប័នសុខាភិបាលសាធារណៈពីរប្រភេទ គឺៈ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងមណ្ឌលសុខភាព។[6] មណ្ឌលសុខភាពមួយបម្រើសេវាជូនប្រជាពលរដ្ឋចន្លោះពី ៨០០០ នាក់ ទៅ ១២០០០នាក់ ហើយ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយបម្រើសេវាជូនប្រជាពលរដ្ឋចន្លោះពី ៦០.០០០ ទៅ ២០០.០០០ នាក់។[7] បើផ្អែកលើគោលការណ៍នេះ ទាំងខេត្តប៉ៃលិន ទាំងខេត្តសៀមរាប មានចំនួនមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងមណ្ឌលសុខភាពសមស្រប (សូមមើលតារាទី ១ ខាងក្រោម)។ ប៉ុន្តែចំនួនគ្រូនៅមណ្ឌលសុខភាពសុខភាពនៅប៉ៃលិន (សរុប១០ គ្រូ) មានចំនួនទាបជាងនៅសៀមរាប និងភ្នំពេញច្រើន។ នេះជាបញ្ហាគួរអោយព្រួយបារម្ភមួយ។

តារាងទី ១៖ ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសុខាភិបាលខេត្តប៉ៃលិន និងខេត្តសៀមរាប

ល.រ	បរិយាយ	ប៉ៃលិន	សៀមរាប	ភ្នំពេញ
១	ចំនួនប្រជាពលរដ្ឋ	៦៦.៩៧៦	១.០៣៦.,១១១	១.៤៤៧.៣៤០
២	ចំនួនគ្រួសារ	១៥.៥៦៦	២១២.០០១	២៨៤.៧២១
I	**ចំនួនមណ្ឌលសុខភាព**	**៦**	**៨៨**	**៣៤**
១	ចំនួនគ្រូនៅមណ្ឌលសុខភាព	១០	៤៨៤	១៧៧
២	ចំនួនគ្រូធៀបនឹងប្រជាជន ១០០.០០០ នាក់	១៤,៩	៤៦,៧	១២,២
៣	ចំនួនបុគ្គលិកនៅមណ្ឌលសុខភាព	២៨	៤៦១	៣៦៣
៤	ចំនួនបុគ្គលិកធៀបនឹងប្រជាជន ១០០.០០០ នាក់	៤១,៨.8	៤៤,៥	២៥,១
II	មន្ទីរពេទ្យបង្អែក	១	៥	៩
១	ចំនួនគ្រូនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក	៦៥	៦៣១	៣៦៦
2	ចំនួនគ្រូធៀបនឹងប្រជាជន ១០០.០០០ នាក់	៩៧	៦០,៩.9	២៥,៣
៣	ចំនួនបុគ្គលិកនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក	៨៣	៣១២	៤៥៣
៤	ចំនួនបុគ្គលិកធៀបនឹងប្រជាជន ១០០.០០០ នាក់	១២៣,៩	៣០,១	៣១,៣
III	**គ្លីនិកឯកជន**	**០**	**២៣**	**៦៨**
១	ចំនួនគ្រូនៅគ្លីនិកឯកជន	០	១០០	១០៩៦
២	ចំនួនគ្រូធៀបនឹងប្រជាជន ១០០.០០០ នាក់	០	៩,៧	៧៥,៧
៣	ចំនួនកន្លែងលក់ថ្នាំ	៥០	២៥៩	១៧៥១
៤	ចំនួនកន្លែងលក់ថ្នាំធៀបនឹងប្រជាជន ១០០.០០០ នាក់	១៦២,៧	៥៩,៦	៣៤៩,២
IV	**បុគ្គលិកអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល (សុខភាព)**	**១៧**	**២០៩**	**១៥០**
១	បុគ្គលិកអង្គការធៀបនឹងប្រជាជន ១០០.០០០ នាក់	២៥,៤	២០,២	១០,៤

ប្រភព៖ ឯកសារព័ត៌មានស្ថានភាពស្តីពី សេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ចឆ្នាំ ២០១៦ខេត្តប៉ៃលិន[8] ព័ត៌មានស្ថានភាពស្តីពី សេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ចខេត្តសៀមរាបឆ្នាំ ២០១៦[9]និង ប្រព័ន្ធទិន្នន័យឃុំ សង្កាត់ របស់ គ.ជ.អ.ប

ចំនួនបុគ្គលិកនៅតាមមណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និង អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលមានចំនួនប្រហាក់ប្រហែលគ្នារវាង ប៉ៃលិន សៀមរាប និង ភ្នំពេញ។ ប៉ុន្តែនៅប៉ៃលិនពុំមានគ្លីនិកឯកជនទេ។ ការដែលគ្មានគ្លីនិកឯកជន និងចំនួនគ្រែតិច ជាបញ្ហាគួរអោយព្រួយបារម្ភ ។

បើយោងតាមរបាយការណ៍អង្កេតស្តីពី សុខភាព និងប្រជាសាស្ត្រ នៅទូទាំងប្រទេស ការរងរបួស ឬស្លាប់ដោយចៃដន្យមានកម្រិតទាប ដែលកើតឡើងក្នុងអត្រាប្រហែល ២ភាគរយ ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែមុនពេលធ្វើការសិក្សា។ នៅប៉ៃលិន និងសៀមរាប អត្រាគ្រោះថ្នាក់ និងស្លាប់ដោយចៃដន្យគឺ ២,១ ភាគរយ និង ១,៦ភាគរយ។ ៨០ភាគរយ នៃគ្រោះថ្នាក់គឺបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍។ ១៣ ភាគរយ នៃគ្រួសារដែលចូលរួមក្នុងការសិក្សាមានសមាជិកឈឺក្នុងរយៈពេល ៣០ថ្ងៃ មុនពេលធ្វើការសិក្សា។ នៅប៉ៃលិន និងសៀមរាបអត្រាជំងឺ គឺ ១៣,៣ភាគរយ និង៩,១ភាគរយ។ ប្រហែល ១ភាគរយមានសមាជិកឈឺធ្ងន់ធ្ងរ។

ប្រហែល ៩០ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺស្វែងរកការព្យាបាលយ៉ាងតិចក៏ម្តងដែរ ប្រហែល ២២ភាគរយ ស្វែងរកការព្យាបាលយ៉ាងតិច២ដង ប្រហែល ៧ភាគរយ ស្វែងរកការព្យាបាល៣ដង។ ចំពោះការព្យាបាលលើកទីមួយ ៨២ភាគរយ ស្វែងរកការព្យាបាលពីវិស័យឯកជន វិស័យមិនមែនសុខាភិបាល និងការព្យាបាលនៅក្រៅប្រទេស ហើយ ២២ភាគរយ សេវាសុខាភិបាលសាធារណៈ។ សម្រាប់ការព្យាបាលលើកទី២ និងទី ៣ ភាគរយអ្នកទៅរកសេវាសុខាភិបាលសាធារណៈកាន់តែតូច (៤,៧ ភាគរយ និង ១,៤ ភាគរយ)។

នៅសៀមរាប ប្រជាជនអាចទៅគ្លីនិកឯកជន ប៉ុន្តែនៅប៉ៃលិនប្រជាជនមិនមានជម្រើសនេះទេ។ ដូច្នេះប្រជាជនអាចទៅរកគ្រូខ្មែរ ឬកន្លែងលក់ថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាល ដែលគេមិនដឹងពីគុណភាពនៃសេវាកម្មទាំងនេះ។ ទោះបីជាការប្រើប្រាស់សេវាសុខាភិបាលសាធារណៈមានការកើនឡើង តែនៅខេត្តទាំងពីរហាក់នៅមានកម្រិតទាប។

២.២. ខេត្តប៉ៃលិន

ផ្នែកនេះពិនិត្យមើលបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈនៅខេត្តប៉ៃលិន ដូចជា សុខភាពមាតា និងទារក សុខភាពបន្តពូជ សុខភាពកុមារ អនាម័យ និងទឹកស្អាត។

តារាងទី២៖ ការសម្រាលកូន

ល.រ	បរិយាយ	២០១៣	២០១៤	២០១៥
១	ចំនួនស្ត្រីសម្រាលកូនដោយឆ្មបបុរាណ	៥២	៣៤	៥
២	ចំនួនទារកដែលបានកើតរស់ដោយឆ្មបបុរាណ	៥២	៣៤	៥
៣	ចំនួនមរណៈភាពទារកក្នុងចន្លោះអាយុ ០-១ខែដោយឆ្មបបុរាណ	០	៣	០
៤	ចំនួនមរណៈភាពមាតាបន្ទាប់ពីសំរាលកូនក្នុងចន្លោះ ០-១ខែ ដោយឆ្មបបុរាណ	១	០	០
៥	ចំនួនគ្រួសារដែលសម្រាលកូនដោយឆ្មបមានការបណ្តុះបណ្តាលក្នុង ១ឆ្នាំកន្លងទៅ	១០២៤	៩០៧	៩៨៥
៦	ចំនួនទារកដែលបានកើតរស់ដោយឆ្មបពេទ្យ	១០២៦	៩០៧	៩៩២
៧	ចំនួនមរណៈភាពមាតាបន្ទាប់ពីសម្រាលកូនក្នុងចន្លោះ ០-១ខែដោយឆ្មបពេទ្យ	១១	៧	៦
៨	ចំនួនមរណៈភាពមាតាបន្ទាប់ពីសម្រាលកូនក្នុងចន្លោះ ០-១ខែ ដោយឆ្មបពេទ្យ	៧	១០	៣
៩	ចំនួនឆ្មបមានការបណ្តុះបណ្តាល	៤៤	៤៣	៣៥

ប្រភព៖ ប្រព័ន្ធទិន្នន័យឃុំ សង្កាត់ របស់ គ.ជ.អ.ប

ស្ត្រីកាន់តែច្រើនឡើងប្រើប្រាស់សេវាកម្មឆ្មបដែលមានការបណ្តុះបណ្តាលត្រឹមត្រូវ។ នៅប៉ៃលិនឆ្មបដែលមានការបណ្តុះបណ្តាលត្រឹមត្រូវចំនួន ៣៥ គឺគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសម្រាលប្រហែល ១០០០ករណី។ ចំនួនស្ត្រី ដែលប្រើប្រាស់សេវាកម្មឆ្មបបុរាណបានធ្លាក់ចុះមកត្រឹម ៥នាក់ នៅឆ្នាំ ២០១៥ ប្រការនេះគឺស្របទៅនឹងគោលនយោបាយរបស់រដ្ឋាភិបាល។ ការសម្រាលកូនដោយឆ្មបដែលមានការបណ្តុះបណ្តាលត្រឹមត្រូវ គឺមានប្រសិទ្ធភាព និងសុវត្ថិភាព។ ១០០ភាគរយ នៃទារកដែលបង្កើតដោយដោយឆ្មបដែលមានការបណ្តុះបណ្តាលត្រឹមត្រូវ មានជីវិតនៅរស់ ដូចដែលបង្ហាញដោយទិន្នន័យបីឆ្នាំ (ឆ្នាំ ២០១៣ ២០១៤ និងឆ្នាំ២០១៥)។

យោងទៅតាមការអង្កេតសុខភាព និងប្រជាសាស្ត្រឆ្នាំ ២០១៤ ទម្ងន់ទារកនៅពេលកើតអាចបញ្ជាក់ពីសុខភាពរបស់កុមារ និងអាចជាមូលហេតុនៃការស្លាប់របស់ទារក។ ទារកដែលមានទម្ងន់តិចជាង ២,៥ គីឡូក្រាម ប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់ខ្ពស់ជាងមធ្យមនៃអត្រាមរណៈភាពកុមារទូទៅ។ នៅប៉ៃលិន និងសៀមរាប អត្រាទារកមានទម្ងន់ទាបគឺ ៥,២ ភាគរយ និង ១២,២ភាគរយ។

តារាងទី ៣៖ ការចាក់ថ្នាំបង្ការនៅប៉ៃលិន

ល.រ	បរិយាយ	២០១៣	២០១៤	២០១៥
១	ចំនួនកុមារដែលមានអាយុចន្លោះពី៩-១២	៨១៦	៥៥៥	៤៩៧
២	ចំនួនកុមារដែលមានអាយុចន្លោះពី៩-១២ខែបានចាក់ថ្នាំបង្ការគ្រប់ចំនួន	៦៨៩	៤៨២	៤៧៤
៣	ចំនួនភាគរយ	៨៤ភាគរយ	៨៧ភាគរយ	៩៥ភាគរយ

ប្រភព៖ ប្រព័ន្ធទិន្នន័យឃុំ សង្កាត់ របស់ គ.ជ.អ.ប[10]

រដ្ឋាភិបាលបានសម្រេចលទ្ធផលល្អទាក់ទងនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការ។ ភាគរយទារកនៅប៉ៃលិន អាយុពី ៩ ខែ ទៅ ១២ ខែ ដែលបានចាក់ថ្នាំបង្ការគ្រប់ចំនួនបានកើនឡើងដល់ ៩៥ភាគរយ នៅឆ្នាំ ២០១៥។ អត្រានេះខ្ពស់ជាងអត្រាថ្នាក់ជាតិ ៦៥ភាគរយ[11] និង ៩៣,៦៩ភាគរយ នៅសៀមរាប។

តារាងទី ៤៖ ការប្រើប្រាស់បង្គន់អនាម័យ

ល.រ	បរិយាយ	២០១៣	២០១៤	២០១៥
១	ចំនួនគ្រួសារ	១៥,៤៩៧	១៤.៨៥១	១៥.៥៦៦
២	ចំនួនគ្រួសារប្រើប្រាស់បង្គន់អនាម័យមានបច្ចេកទេស	៧០៧៣	៨០២៧	៩៤៦២
៣	ចំនួនគ្រួសារប្រើប្រាស់បង្គន់អនាម័យគ្មានបច្ចេកទេស	១៤៥០	១១៩៧	៨១៦
៤	ភាគរយនៃគ្រួសារប្រើប្រាស់បង្គន់អនាម័យមានបច្ចេកទេស	៤៦ភាគរយ	៥៤ភាគរយ	៦១ភាគរយ

ប្រភព៖ ប្រព័ន្ធទិន្នន័យឃុំ សង្កាត់ របស់ គ.ជ.អ.ប[12]

នៅថ្នាក់ជាតិ ភាគរយគ្រួសារដែលប្រើប្រាស់បង្គន់អនាម័យមានបច្ចេកទេសបានកើនឡើងគួរឲ្យគត់សម្គាល់ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០១០។[13] នៅប៉ៃលិន ភាគរយបានកើនឡើងពី៤៦ភាគរយ នៅឆ្នាំ២០១៣ ដល់ ៦១ភាគរយ នៅឆ្នាំ២០១៥។ ដូចនេះ ៣៩ភាគរយ នៅមិនទាន់មានបង្គន់អនាម័យសមស្របតាមបច្ចេកទេសប្រើប្រាស់នៅឡើយទេ។ តារាងទី ៥ខាងក្រោមបង្ហាញថា ប្រហែល ៣៧ភាគរយ ពុំមានទឹកស្អាតប្រើប្រាស់។ លើសពីនេះទៀត នៅប៉ៃលិន អត្រាលាងដៃនឹងសាប៊ូបន្ទាប់ពីប្រើប្រាស់បង្គន់ មានតែ ៦១ភាគរយប៉ុណ្ណោះ ខណៈដែលទូទាំងប្រទេសមាន ៨០ភាគរយ និងនៅខេត្តសៀមរាបមាន ៩៥ភាគរយ។[14] កត្តាទាំងនេះ អាចជាមូលហេតុគួរឲ្យព្រួយបារម្ភណ៍សម្រាប់សុខភាពសាធារណៈនៅប៉ៃលិន។

តារាងទី ៥៖ ការប្រើប្រាស់ទឹកស្អាតនៅប៉ៃលិន

ល.រ	បរិយាយ	២០១៣	២០១៤	២០១៥
១	ចំនួនគ្រួសារមានទឹកស្អាតប្រើប្រាស់	៩,៤៦៣	៩,០៩៣	៩,៧៨៥
២	ភាគរយនៃគ្រួសារមានទឹកស្អាតប្រើប្រាស់	៦១.១០ភាគរយ	៦១.២០ភាគរយ	៦២.៩០ភាគរយ

ប្រភព៖ ឯកសារព័ត៌មានស្ថានភាពស្តីពី សេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ចឆ្នាំ ២០១៦ ខេត្តប៉ៃលិន[15]

២.៣. ជនពិការដោយផ្ទុះមីននិងសំណល់ជាតិផ្ទុះ

តារាងទាំងពីរខាងក្រោមបានបង្ហាញពីភាពមិនស៊ីគ្នារវាងចំនួនជនរងគ្រោះដោយសារមីន។ ប៉ុន្តែបញ្ហាមួយច្បាស់នោះគឺ ចំនួនជនរងគ្រោះដោយសារមីនបានថយចុះជាលំដាប់ ប៉ុន្តែចំនួនជនពិការសរុបកើនឡើងជាលំដាប់វិញ។

តារាងទី ៦៖ ជនពិការនៅខេត្តប៉ៃលិន

ល.រ	បរិយាយ	២០០១៣	២០១៤	២០១៥
១	ជនពិការអាយុ១៨ឆ្នាំឡើងអាចរកចំណូលបាន	៩០៣	៧៧៩	១.០៣៨
២	ជនពិការអាយុ១៨ឆ្នាំឡើងមិនអាចរកចំណូលបាន	៦៥	២១៨	១៤៣
៣	ជនពិការអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំ	៥៣	៤៤	៤៧
៤	សរុបជនពិការ	១.០២១	១.០៤១	១.២២៨
៥	ភាគរយនៃជនពិការធៀបនឹងប្រជាជនសរុប	១,៥០ ភាគរយ	១,៥៩ ភាគរយ	១,៨៣ ភាគរយ
៦	ជនពិការដោយផ្ទុះមីននិងសំណល់ជាតិផ្ទុះ	១៩៥	៧៤	៥

ប្រភព៖ ឯកសារព័ត៌មានស្ថានភាពស្តីពី សេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ចឆ្នាំ ២០១៦ ខេត្តប៉ៃលិន[16]

តារាងទី ៧៖ ចំនួនជនរងគ្រោះដោយផ្ទុះមីន និងសំណល់ជាតិផ្ទុះតាំងពី ២០០៥ ដល់ឆ្នាំ២០១៤

បរិយាយ	២០០៥	២០០៦	២០០៧	២០០៨	២០០៩	២០១០	២០១១	២០១២	២០១៣	២០១៤
ពិការជើង	៣០	១២	១៣	៦	៧	៧	៣	៣	៣	២
របួស	៥៦	២៨	៩	១៧	៩	១៩	៩	១	១	១៩
ស្លាប់	១៧	២	១	១	២	៥	៣	០	១	១

ប្រភព៖ របាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំ ២០១៤ របស់គម្រោងសម្អាតដើម្បីលទ្ធផលដំណាក់កាលទីពីរបស់ UNDP[17]

ជនរងគ្រោះដោយផ្ទុះមីន និងសំណល់ជាតិផ្ទុះអាចរងគ្រោះភ្លាមដូចជា៖ របួសច្រើនកន្លែងដោយសារអំបែង បាត់បង់អវយវៈ បាត់បង់ញាណ (ចក្ខុវិញ្ញាណ សោតវិញ្ញាណ) ។ ប្រសិនបើគេនៅរស់ ពួកគេអាចប្រឈមមុខនឹង ការបាត់បង់មុខងាររាងកាយ ការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ ដែលបណ្ដាលមកពីរបួស ឬការបាត់បង់អវយវៈ និងជំងឺផ្លូវចិត្ត។[18] បន្ទាប់ពីការព្យាបាលបន្ទាន់ក្រោយពីការរងគ្រោះ ពួកគេត្រូវការស្ដា-និតិសម្បទាមុន និងក្រោយការប្រើប្រាស់អវយវៈសិប្បនិមិត្ត។[19]

ចំពោះការចំណាយលើការព្យាបាលវិញរួមមាន ការព្យាបាលភ្លាម ការស្ដានិតិសម្បទាមុនអវយវៈសិប្បនិមិត្ត ឬឈើច្រត់ និងការផ្លាស់ប្ដូរអវយវៈសិប្បនិមិត្ត នៅការចំណាយពេលក្រោយទៀត។[20] ព័ត៌មានជាក់លាក់អំពីជនរងគ្រោះដោយផ្ទុះមីន និងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពពុំអាចរកបាន។ ព័ត៌មានទូទៅអំពីជនពិការខាងក្រោមអាចមានសារៈសំខាន់។

ជនពិការទូទៅងាយកើតជំងឺជាងមនុស្សដែលមិនពិការបីដង ហើយប្រើប្រាស់សេវាកម្មសុខាភិបាលសាធារណៈច្រើនជាងមនុស្សដែលមិនពិការ។ ការចំណាយលើសុខភាពរបស់ជនពិការខ្ពស់ជាងជនមិនពិការ៥ដង។[21] ជនពិការដោយផ្ទុះមីន និងសំណល់ជាតិផ្ទុះភាគច្រើនជាជនក្រីក្រ ដូច្នេះការចំណាយលើសុខភាព គឺជាបន្ទុកធ្ងន់ជាងជនមិនពិការ។

ជនពិការប្រើប្រាស់សេវាកម្មសុខាភិបាលច្រើនជាងជនមិនពិការ។ ភាគច្រើននៃជនពិការ (៦៥,៣ ភាគរយ) ប្រើប្រាស់សេវាកម្មសុខាភិបាលឯកជន (២១,៧ ភាគរយ ប្រើប្រាស់សេវាកម្មសុខាភិបាលសាធារណៈ ១៣,១ភាគរយ ប្រើប្រាស់សេវាកម្មមិននៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល)។ គ្រួសារជនពិការចំណាយច្រើនលើសុខភាពសមាជិកដែលពិការ ជាងគ្រួសារដែលមិនមានសមាជិកពិការ។[22] លើសពីនេះទៀត គ្រួសារជនពិការបាត់បង់កំលាំងពលកម្ម ជំពាក់បំណុលគេ ឬលក់ទ្រព្យសម្បត្តិដើម្បីការចំណាយលើសេវាព្យាបាលរបស់សមាជិកពិការ។[23] នេះជាស្ថានភាពទូទៅរបស់ជនពិការ ហើយជនពិការដោយសារមីនក៏ប្រហែលជួបប្រទះការលំបាកបែបនេះដែរ។

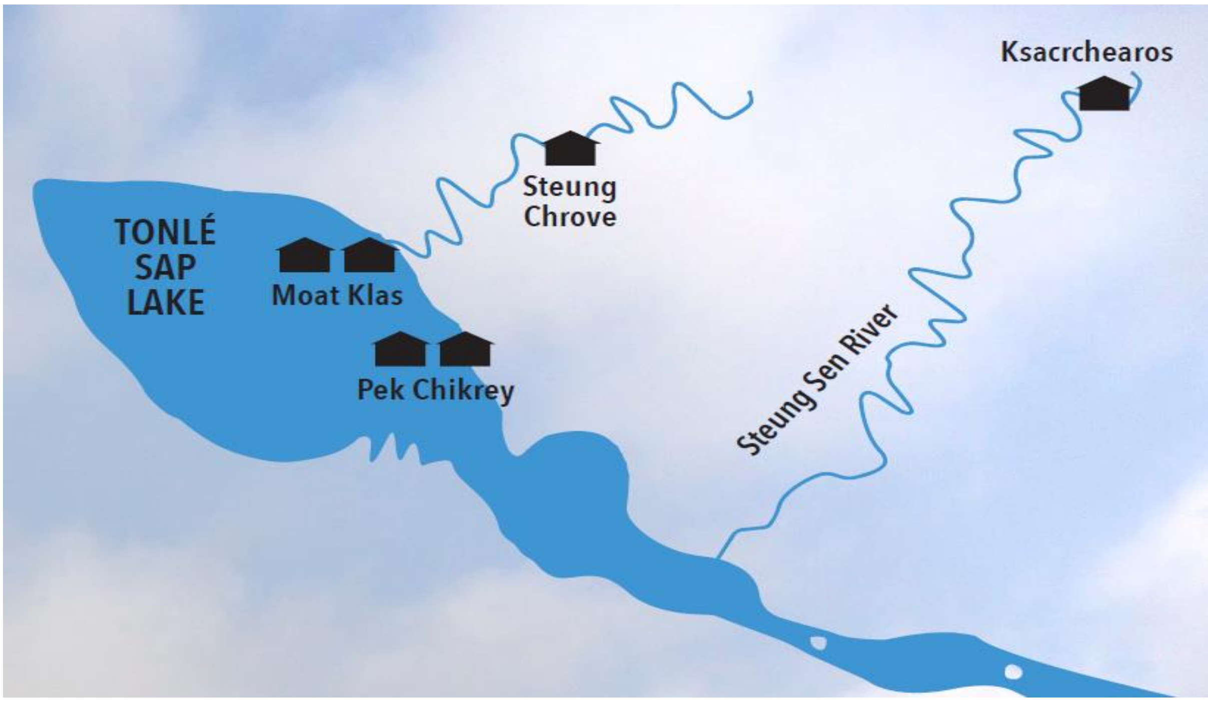
មានកម្មវិធី និងមូលនិធិដែលរដ្ឋាភិបាលអនុវត្តដើម្បីពង្រីកលទ្ធភាពជនក្រីក្រ និងជនពិការ ទទួលសេវាកម្មសុខភាព។ កម្មវិធី និងមូលនិធិរួមមាន មូលនិធិសមធម៌ សេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅតាមសហគមន៍ បណ្ណ័សុខភាពសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ និងសេវាធានារ៉ាប់រងសន្តិសុខសង្គម (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ)។ ពុំមានព័ត៌មានជាក់លាក់បញ្ជាក់ថាតើកម្មវិធីទាំងនោះអនុវត្តនៅប៉ៃលិនដែរទេ ឬកម្រិតណាទេ ឬជនពិការដោយសារមីនមានឧបសគ្គបែបណាក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាព។

២.៤. *ភូមិបណ្ដែតទឹក*

ប្រជាជនដែលរស់នៅក្នុងភូមិបណ្ដែតទឹកភាគច្រើនជាប្រជាជនក្រីក្រ និងពឹងផ្អែកតែលើការនេសាទ ដែលជាប្រភពធនធានចំណូលចម្បង និងប្រភពអាហារ ខណៈពេលដែលប្រជាជនផ្សេងទៀត រស់នៅ

ក្នុងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចខុសប្លែកពីនេះឆ្ងាយ។[24] ជាងនេះទៅទៀត ពួកគេរស់នៅដាច់ស្រយាលពីប្រជាជនដ៏ទៃទៀតដែលនៅក្នុងប្រទេស និងមានស្ថានភាពសុខភាពទន់ខ្សោយ ជាពិសេស ពួកគេទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពនៅមានកម្រិត។ រលកធំៗធ្វើឲ្យការនេសាទជួបប្រទះនូវផលលំបាក និងគ្រោះថ្នាក់ ដែលបណ្តាលឲ្យមានចំណីអាហារមិនគ្រប់គ្រាន់ ហើយពួកគេមានអាយុកាលមធ្យមខ្លី ត្រឹមតែអាយុ ៥៤ឆ្នាំ ប៉ុណ្ណោះ។[25]

រូបភាពទី១៖ ផែនទីរបស់ភូមិបណ្តែតទឹកនៅខេត្តសៀមរាប



ប្រភព៖ គ្លីនិកនៅលើបឹង របាយការណ៍ត្រីមាសទី១នៃឆ្នាំ២០១៦[26]

បញ្ហាសុខភាពសាធារណៈរបស់អ្នកភូមិបណ្តែតទឹក នៅក្នុងភូមិមាត់ខ្លា ឃុំអន្លង់សំណរ ស្រុកជីក្រែង

មាត់ខ្លា គឺជាភូមិបណ្តែទឹកមួយនៃខេត្តសៀមរាប មានចំនួនប្រជាជនរស់នៅ ១៩៤គ្រួសារ នៅរដូវប្រាំង និងប្រហែលជា ៣០០គ្រួសារ នៅរដូវវស្សា។[27] ដោយសារតែកម្រិតទឹកមានភាពខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំងនៅក្នុងរដូវប្រាំង និងរដូវវស្សា បានធ្វើឲ្យគ្រួសារដែលរស់នៅក្នុងភូមិបណ្តែតទឹកត្រូវតែផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ ទៅតាមកម្រិតទឹក។ នៅក្នុងកំឡុងពេលរដូវប្រាំង ភូមិទាំងនោះតែងតែស្ថិតនៅជិតមាត់ច្រាំង។[28] ហើយមុខរបរសំខាន់ៗរបស់អ្នកភូមិ គឺការនេសាទ ជាមួយនឹងទូកនេសាទចំនួន ៦០០ទូក ដែលក្នុងនោះទូកចំនួន២០០ មានដាក់ម៉ាស៊ីន។[29]

ភូមិបណ្តែតទឹកស្ទើរតែទាំងអស់ មិនមានទឹកស្អាត និងបង្គន់ប្រើប្រាស់ត្រឹមត្រូវនោះទេ [30][31] ដែលអាចធ្វើឲ្យពួកគេប្រឈម នឹងបញ្ហាជំងឺរាគត្បាត ដោយសារតែការប្រើប្រាស់ទឹកបឹងដោយផ្ទាល់។[32]

ឧទាហរណ៍៖ ក្នុងចំណោម ២៨១គ្រួសារដែលរស់នៅក្នុងភូមិបណ្តែតទឹកមាត់ខ្លា មិនមានគ្រួសារណាមួយមានបង្គន់សម្រាប់ប្រើប្រាស់នោះទេ[33] (សូមមើលតារាងទី៨)។ ពួកគេបន្តរការរស់នៅជាមួយនឹងបញ្ហាកង្វះអនាម័យ និងក្លាយទៅជាជនងាយរងគ្រោះដែលប្រឈមមុខទៅនឹងបញ្ហាសុខភាពរ៉ាំរ៉ៃ។

តារាងទី៨៖ ចំនួនបង្គន់នៅក្នុងភូមិមាត់ខ្លា ឃុំអន្លង់សំណរ ស្រុកជីក្រែង ឆ្នាំ២០១៥

ភូមិ	ចំនួនគ្រួសារ	ចំនួនគ្រួសារដែលមានបង្គន់	ចំនួនគ្រួសារដែលមិនមានបង្គន់
ភូមិមាត់ខ្លា	២៨១ (ប្រុស៤៤៥, ស្ត្រី៤៦១)	0	២៨១

ប្រភព៖ ទិន្នន័យឃុំឆ្នាំ២០១៥[34]

មានតែ ៦១គ្រួសារ ប៉ុណ្ណោះក្នុងចំណោម ២៨១គ្រួសារ ដែលបានរាយការណ៍ថា បានទទួលទានទឹកដាំពុះសម្រាប់បរិភោគជាប្រចាំនៅក្នុងឆ្នាំ២០១៥ នៅក្នុងភូមិមាត់ខ្លា។[35] ចំណែកឯ ២២០គ្រួសារទៀតក្នុងចំណោម ២៨១គ្រួសារ មិនបានប្រើប្រាស់ទឹកដាំពុះ ឬប្រើប្រាស់ពន្លឺព្រះអាទិត្យធ្វើប្រព្រឹត្តិកម្មទឹកសម្រាប់បរិភោគនោះទេ។ ពួកគេភាគច្រើន ប្រើប្រាស់ទឹកបឹងជាប្រភពទឹកនៃការប្រើប្រាស់ក្នុងគ្រួសារ និងប្រើប្រាស់ជាកន្លែងបោះសម្រាមសម្រាប់គ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលត្រូវបានចាត់ថាទុកថាគ្មានសុវត្ថិភាព។[36] តារាងទី៩ បង្ហាញថាគ្រួសារភាគច្រើនមិនមានប្រើប្រាស់ទឹកស្អាត ឬទឹកដាំពុះសម្រាប់បរិភោគនៅក្នុងគ្រួសារនោះទេ។ ការប្រើទឹកបឹងនេះអាចបង្កឲ្យមានជំងឺរាគរូស និងជំងឺផ្សេងៗទៀតដែលឆ្លងតាមបាក់តេរី និងវីរុសពីលាមកនៅក្នុងទឹកបឹង និងចំណីអាហារ។[37]

តារាងទី៩៖ ចំនួនគ្រួសារដែលទទួលបានទឹកស្អាតប្រើប្រាស់ ឬបរិភោគ

ភូមិ	ចំនួនគ្រួសារ	ចំនួនគ្រួសារប្រើប្រាស់ពន្លឺព្រះអាទិត្យធ្វើប្រព្រឹត្តិកម្មទឹកសម្រាប់បរិភោគ	ចំនួនគ្រួសារដាំទឹកជាទៀងទាត់សម្រាប់បរិភោគ
ភូមិមាត់ខ្លា	៥៤៩(ប្រុស១៨៦៣, ស្ត្រី៧៧៤)	0	៦១

ប្រភព៖ ទិន្នន័យឃុំឆ្នាំ២០១៥

សុខភាពស្ត្រី និងកុមារនៅក្នុងភូមិបណ្តែតទឹក

នៅភូមិបណ្តែតទឹកក្នុងឆ្នាំ២០១៥ មានស្ត្រី ៧៣នាក់ បានសម្រាលកូនដោយប្រើពេទ្យឆ្មបពេទ្យ ខណៈដែលមានស្ត្រីត្រឹមតែបីនាក់ប៉ុណ្ណោះ ប្រើប្រាស់សេវាសម្រាលកូនដោយឆ្មបបុរាណ។ ហើយទាំងម្តាយនិងកូនសុទ្ធតែមានសុវត្ថិភាពទាំងអស់នៅក្នុងពេលសម្រាល។[38] ទោះបីជា មានអត្រាមរណៈភាពទាបក៏ដោយ ប៉ុន្តែពួកគេនៅតែជួបប្រទះនឹងបញ្ហាប្រឈម ព្រោះថានៅទីនោះមិនមានមណ្ឌលសុខភាព ឬ

ក៏សេវាថែទាំសុខភាពនោះទេ។[39] ពួកគេត្រូវចំណាយពេលធ្វើដំណើរប្រហែលជាកន្លះថ្ងៃតាមទូកដើម្បីទៅរកមណ្ឌលសុខភាពដែលមានចំងាយ ៣១គីឡូម៉ែត្រ នៅភូមិក្បែរនោះ។[40] ហើយការចំណាយលើការធ្វើដំណើរនេះ គឺមានតម្លៃខ្ពស់ដែលស្មើនឹងប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគាត់ ពីរទៅបីខែឯណោះ។[41] ពួកគេពឹងផ្អែកលើចំណូលរបស់ពួកគេ ដែលតិចជាង៥០០ដុល្លាសហរដ្ឋអាមេរិកក្នុងមួយឆ្នាំ។[42] មានរបាយការណ៍ដែលថា នៅភូមិនោះមានមណ្ឌលសុខភាពបណ្តែតទឹកមួយ ដែលបង្កើតឡើងដោយអង្គការទន្លេគ្លីនិចកម្ពុជា (TLC) នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៨ ហើយដែលមកពិនិត្យនៅភូមិទាំនេះជារាងរាល់សប្តាហ៍។[43] ទន្លេគ្លីនិកកម្ពុជានេះ ផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពកម្រិតបឋម ពិនិត្យធ្មេញ ការថែទាំមុនពេលសម្រាលកូន និងការចាក់ថ្នាំបង្ការ ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ថាមពលព្រះអាទិត្យ ហើយមានបន្ទប់ទឹក បន្ទប់ពិនិត្យផ្ទៃកងកជន ប៉ុន្តែគ្លីនិកនោះមិនផ្តល់សេវាបង្កើតកូននោះទេ។[44]

ការរស់នៅគឺលំបាកខ្លាំងណាស់សម្រាប់ស្ត្រី និងកុមារនៅក្នុងភូមិបណ្តែតទឹក។ មានកុមារប្រមាណ ១៣ភាគរយ ក្នុងចំណោម១០០០នាក់ (១ ក្នុងចំណោម ៧៧នាក់) បានស្លាប់នៅមុនអាយុ ៥ឆ្នាំ ពីព្រោះពួកគេជួបប្រទះនឹងការលំបាកក្នុងការរស់នៅ ខ្វះការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព និងគ្រោះថ្នាក់លង់ទឹក។[45] លើសពីនេះទៅទៀត ពួកគេមានកម្រិតវប្បធម៌ និងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចទាបដែលបណ្តាលឲ្យជីវិតរបស់ពួកគេកាន់តែងាយរងគ្រោះ និងជួបប្រទះនឹងបញ្ហាប្រឈមជាច្រើន។[46]

៣. សេចក្តីសន្និដ្ឋាន

រចនាសម្ពន្ធ័សុខភាពសាធារណៈរួមទាំងមណ្ឌលលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកនៅខេត្តប៉ៃលិន និងខេត្តសៀម ត្រូវបានរកឃើញថាគ្រប់គ្រាន់ស្របទៅតាមការកំណត់នៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពដំណាក់កាលទី II។ ប្រជាជនចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពសាធារណៈកាន់តែច្រើន ប៉ុន្តែភាគរយប្រជាជនដែលស្វែងរកសេវាឯកជន សេវាមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាក្រៅប្រទេសគឺនៅតែខ្ពស់។ ស្ត្រីកាន់តែច្រើនបានសម្រាលកូនជាមួយនឹងឆ្មបឯកទេស ហើយអត្រាមរណភាពរបស់ស្ត្រី និងកុមារក៏មានការធ្លាក់ចុះផងដែរ។ ប៉ុន្តែបញ្ហាខ្វះទង្វន់ និងមរណភាពកុមារក្រោយពេលសម្រាលនៅតែកើតមាននៅខេត្តទាំងពីរនេះ។ អត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការ គឺមានអត្រាខ្ពស់នៅក្នុងខេត្តទាំងពីរនេះ។ ការព្រួយបារម្ភអំពីសុខភាពសាធារណៈនៅតែមានភាគរយខ្ពស់ ដោយសារតែភាគរយនៃគ្រួសារដែលមិនមានបង្គន់អនាម័យប្រើប្រាស់ត្រឹមត្រូវ និងការលាងដៃជាមួយទឹក និងសាប៊ូ នៅតែមានកម្រិតនៅឡើយ។

ចំនួនជនរងគ្រោះដោយសារគ្រាប់មីន មានការធ្លាក់ចុះជាលំដាប់នៅក្នុងខេត្តប៉ៃលិន។ ជនរងគ្រោះដោយសារគ្រាប់មីនត្រូវចំណាយច្រើនលើការថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេ ច្រើនជាងប្រជាជនពិការផ្សេងទៀត។ ពួកគេបានចំណាយលើការព្យាបាលសម្រាប់ របួសដំបូង មុនការការវះកាត់ស្តារនិតិសម្បទារឡើងវិញ ការស្តារនិតិសម្បទារដោយសិប្បនិម្មិត និងអវយវៈសិប្បនិម្មិត។ ជាងនេះទៅទៀត គ្រួសារជន

រងគ្រោះដោយសារគ្រាប់មីន បាត់បង់សម្ថភាពការងារ អាចជំពាក់បំណុល ឬក៏លក់ទ្រព្យសម្បត្តិ ដើម្បីចំណាយលើការថែរក្សាសុខភាពរបស់សមាជិកពិការ។

សុខភាពសាធារណៈរបស់អ្នកភូមិបណ្ដែតទឹក មានកម្រិតទាបជាងប្រជាជននៅតំបន់ផ្សេងទៀតនៅក្នុងប្រទេស។ អត្រាមរណៈភាពរបស់ស្ត្រី និងកុមារមានកម្រិតទាប ប៉ុន្តែកុមារអាចស្លាប់នៅក្រោយពេលសម្រាល ដោយសារតែខ្វះការថែទាំសុខភាព ខ្វះអាហាររូបបថម និងរងគ្រោះដោយលង់ទឹកជាដើម។ ប្រសិនបើពួកគេត្រូវការប្រើប្រាស់សេវាផ្ទសាស្ត្ររបស់មណ្ឌលសុខភាព ពួកគេត្រូវចំណាយពេលធ្វើដំណើរដោយទូក៣១គីឡូម៉ែត្រ ដែលធ្វើឲ្យពួកគេមានការលំបាកយ៉ាងខ្លាំង។ មានការរាយការណ៍ថា មានមណ្ឌលសុខភាពបណ្ដែតទឹកមួយដែលបង្កើតដោយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនៅក្នុងភូមិនោះ ប៉ុន្តែមិនមានព័ត៌មានច្បាស់លាស់ថាមណ្ឌលសុខភាពនោះនៅតែដំណើរការ ឬអត់នោះទេ។

ដូចដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ រដ្ឋាភិបាលមានបានសម្រេចនូវសមិទ្ធិផលគួឲ្យកត់សម្គាល់ទាក់ទងនឹងរចនាសម្ពន្ធ័សុខភាព សេវាសុខភាព កម្មវិធីដើម្បីជួយទៅដល់ជនក្រីក្រ ព្រមទាំងសមិទ្ធិផលនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សន៍កម្ពុជា។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ រដ្ឋាភិបាលនៅតែជួបប្រទះនូវបញ្ហាប្រឈមមួយចំនួនដូចជាគុណភាពនៃសេវាថែទាំសុខភាពនៅមានកម្រិត កង្វះខាតថវិកាឧបត្ថម្ភសម្រាប់ជួយទៅដល់កម្មវិធីជួយជនក្រីក្រ បញ្ហាទំនុកចិត្ត និងការផ្ដល់សេវាដែលគ្មានអាជ្ញាប័ណ្ណ។

ឧបសម្ព័ន្ធ៖ រចនាសម្ព័ន្ធសុខភាពសាធារណៈ៖ វឌ្ឍនភាព និងបញ្ហាប្រឈមនៅកម្ពុជា

ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលសាធារណៈបច្ចុប្បន្នជារចនាសម្ព័ន្ធដែលមានបីថ្នាក់រួមមាន (១) ក្រសួងសុខាភិបាល (ថ្នាក់ជាតិ) (២) មន្ទីរសុខាភិបាល (ថ្នាក់ខេត្ត) (៣) ស្រុកប្រតិបត្តិ (ថ្នាក់ស្រុក)។[47]

ក្រសួងសុខាភិបាលទទួលបន្ទុកខាងគោលនយោបាយ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ គៀងគរធនធាន និងបែងចែកធនធាន តាមដាននិងវាយតម្លៃ ស្រាវជ្រាវ និងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល។[48] ក្រសួងសុខាភិបាលក៏ទទួលបន្ទុកបណ្តុះបណ្តាល និងគាំទ្រដល់មន្ទីរសុខាភិបាល ស្រុកប្រតិបត្តិ និងសម្របសម្រួលជាមួយក្រសួងដ៏ទៃ និងជំនួយពីខាងក្រៅ។ មន្ទីរសុខាភិបាលភ្ជាប់ក្រសួងទៅនិងស្រុកប្រតិបត្តិ អនុវត្តគោលនយោបាយតាមរយៈផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ ធនាឲ្យមានការបែងចែកដោយស្មើភាព និងការប្រើប្រាស់ដោយមានប្រសិទ្ធភាព នូវធនធាន និងគាំទ្រដល់ការអភិវឌ្ឍស្រុកប្រតិបត្តិ។[49]

ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិទទួលបន្ទុកការផ្តល់សេវាសុខភាពដោយមានប្រសិទ្ធផល ប្រសិទ្ធភាព និងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។ ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិផ្សព្វផ្សាយ និងអនុវត្តគោលនយោបាយថ្នាក់ជាតិ និងយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលថ្នាក់ខេត្ត។ លើសពីនេះទៀតការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិទទួលបន្ទុកគាំទ្រ តាមដាន និងត្រួតពិនិត្យមណ្ឌលសុខភាព។

កម្មវិធីសុខភាពជាតិ

បេសកកម្មរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល គឺផ្តល់មគ្គុទេសភាពសំរាប់វិស័យសុខាភិបាល និងធានាឲ្យមានបរិយាកាសគាំទ្រដល់ការបង្កើនតម្រូវការផ្នែកសុខភាព និងលទ្ធភាពទទួលបានយកសេវាថែទាំមានគុណភាព ប្រកបដោយសមធ៌ម ដើម្បីឲ្យប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់មានលទ្ធភាពទទួលបាននូវកម្រិតអតិបរមាលើផ្នែកសុខភាព និងសុខុមាលភាព។ បច្ចុប្បន្ននេះក្រសួងសុខាភិបាលកំពុងអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥ មានអាទិភាពសុខាភិបាលជាយុទ្ធសាស្ត្រស្របគ្នាជាមួយនឹងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍជាតិ និងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សន៍កម្ពុជា។ អាទិភាពសុខាភិបាលជាយុទ្ធសាស្ត្ររួមមាន (១) សុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារក និងកុមារ (២) ជំងឺឆ្លង និង (៣) ជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពដទៃ។[50]

អាទិភាពសុខាភិបាលជាយុទ្ធសាស្ត្រ និងកម្មវិធីដែលពាក់ព័ន្ធត្រូវបានអនុវត្តតាមរយៈបណ្តាញនៃមណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យបង្អែក មន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្ត មន្ទីរពេទ្យជាតិ។ អាទិភាពសុខាភិបាលជាយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានរំលេចនៅក្នុងសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា និងសំណុំសកម្មភាពអតិបរមាដែលផ្តល់ដោយមណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យបង្អែក។[51] ក្នុងពេលជាមួយគ្នានេះ យុទ្ធសាស្ត្រប្រតិបត្តិទាំង៥

(ផ្តល់សេវាសុខភាព ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល និងអភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល) ត្រូវបានអនុវត្តដើម្បីធនាថាអាទិភាពសុខាភិបាលជាយុទ្ធសាស្ត្រ និងកម្មវិធីដែលពាក់ព័ន្ធត្រូវបានអនុវត្តដោយរលូន និងមានប្រសិទ្ធភាព។

បង្កើនលទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាពដល់ប្រជាពលរដ្ឋក្រីក្រ

ក្រសួងសុខាភិបាលបានខិតខំបង្កើនគុណភាពផ្នែកសេវាសុខភាព និងប្រឹងប្រែងឆ្ពោះទៅរកការគ្របដណ្តប់ជាសកល។[52] គម្រោងថវិកាជាតិសម្រាប់សុខភាពសាធារណៈ ដែលបានគាំទ្រដោយថវិការាជរដ្ឋាភិបាល ជំនួយពីដៃគូអភិវឌ្ឍ និងការចំណាយដោយក្រុមគ្រួសារអ្នកជំងឺ បានកើនឡើងជាលំដាប់។ ជំនួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍មានប្រហែលមួយភាគបីនៃថវិកាសរុប។[53] ក្នុងគោលំណងកាត់បន្ថយសេវា ក្រោមតុ ដើម្បីបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពសាធារណៈ និងដើម្បីបង្កើនគុណភាពសេវាតាមរយៈការលើកទឹកចិត្តដល់បុគ្គលិក យុទ្ធសាស្ត្រហិញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាពបានអនុញ្ញាតឲ្យមន្ទីរពេទ្យយកថ្លៃសេវាពីអ្នកជំងឺលើកលែងចំពោះជនក្រីក្រ។[54]

គម្រោងមួយចំនួនត្រូវបានបង្កើតឡើង ដើម្បីជួយពង្រីកលទ្ធភាពឲ្យប្រជាពលរដ្ឋក្រីក្រទទួលបានសេវាសុខភាពសាធារណៈ។ គម្រោងទាំងនោះមានដូចជា៖[55]

- មូលនិធិសមធម៌ត្រូវបានដោយដាក់ឲ្យដំណើរការនៅឆ្នាំ២០០០ និងគាំទ្រថវិកាដោយ រាជរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានា ។ នៅថ្នាក់ស្រុក មូលនិធិសមធម៌ត្រូវបានអនុវត្តដោយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល (NGO) ឬ អង្គការនៅកម្រិតសហគមន៍ (CBO) ហៅថា អ្នកប្រតិបត្តិមូលនិធិសមធម៌ (HEF operator) ។ អ្នកប្រតិបត្តិមូលនិធិសមធម៌ (HEF operator) ជាអ្នកបង់ថ្លៃសេវាព្យាបាលឲ្យ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងមណ្ឌលសុខភាព ដែលបានព្យាបាលជនក្រីក្រដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការព្យាបាលដោយឥតគិតថ្លៃ។ នៅឆ្នាំ២០១៣ មូលនិធិសមធម៌បានជួយដល់ប្រជាពលរដ្ឋដែលរស់នៅក្រោមបន្ទាត់ភាពក្រីក្រចំនួនប្រហែលជា ១៦ភាគរយ។
- សេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅតាមសហគមន៍ ប្រតិបត្តិដោយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលមួយចំនួនតូចសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមិនត្រូវបានចាត់ចំណាត់ថ្នាក់ជាប្រជាពលរដ្ឋក្រីក្រ និងពលករដែលបម្រើការងារនៅក្នុងវិស័យការងារក្រៅប្រព័ន្ធក្នុងទីក្រុង។ សេវានេះបានបង្កើតឡើងនៅឆ្នាំ ១៩៩៨ ហើយបច្ចុប្បន្ននេះសេវានេះមាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិចំនួន២ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកចំនួន១៧ និងមណ្ឌលសុខភាពចំនួន ២៣១កន្លែង នៅទូទាំងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា (គ្របដណ្តប់ប្រជាពលរដ្ឋ ៦៦៣ តិចជាង១ភាគរយ នៃប្រជាជនសរុប)។

- បណ្ណ័សុខភាពសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ ត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់បង់ថ្លៃសេវាសុខភាពសាធារណៈក្នុងការថែរទាំគភ៌មុនសម្រាល ការសម្រាលកូន និងការថែទាំក្រោយសម្រាលដែលប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពសាធារណៈ។ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពសាធារណៈ ទទួលថ្លៃសេវាថែរទាំសុខភាពសម្រាប់ស្រ្តីមានគភ៌។ ស្រ្តីមានគភ៌ត្រូវបានផ្តល់ពត៌មានទាក់ទងបណ្ណ័សុខភាពសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ និងត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឲ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងមណ្ឌលសុខភាព ដែលគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោង បណ្ណ័សុខភាពសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ។[56] នៅឆ្នាំ២០១២ គម្រោងបណ្ណ័សុខភាពសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជគ្របដណ្តប់ស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន ៩ និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកចំនួន៥ និងមណ្ឌលសុខភាពចំនួន ១១៨ ដែលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់ប្រជាពលរដ្ឋប្រហែល ១០៨០០០នាក់។

- សេវាធានារ៉ាប់រងសន្តិសុខសង្គម បានបង្កើតនៅឆ្នាំ២០០៨ និងបានផ្តល់នូវសេវាកម្មធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះថ្នាក់ការងារនៅរាជធានីភ្នំពេញ និងខេត្តចំនួន១៧។ សេវាកម្មនេះគ្របដណ្តប់លើសហគ្រាសឯកជន និងបុគ្គលិក កម្មករដែលបានចុះបញ្ជីនៅបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម។

សមិទ្ធផល

ចាប់តាំងពីការធ្វើកំណែទម្រង់ក្នុងសទសវត្សរ៍ឆ្នាំ ១៩៩០ ហេដ្ឋារចនាសម្ព័នសុខាភិបាលត្រូវបានពង្រីក។ ចំនួនមណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តបានកើនឡើងជាលំដាប់។ កម្មវិធីសុខភាពជាតិត្រូវបានអនុវត្តដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សន៍កម្ពុជា។

ហេដ្ឋារចនាសម្ព័នសុខាភិបាល

ស្រុកប្រតិបត្ត និង អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម	១៩៩៥	២០០៧	២០១១	២០១២	២០១៣
ស្រុកប្រតិបត្ត	៧០	៧៧	៧៧	៧៩	៨១
មន្ទីរពេទ្យបង្អែក	៦៤	៧៤	៨២	៨៣	៩៤
មណ្ឌលសុខភាព	៩០១	៩៥៦	១០០៤	១០២៤	១០៨៨

ទាក់ទងនិងសមិទ្ធផលមានសូចនាករជាច្រើនត្រូវពិនិត្យនិងរាយការណ៍។ របាយការណ៍ស្រាវជ្រាវសង្ខេបនេះគ្រាន់តែគូសបញ្ជាក់ពីសមិទ្ធផលទាក់ទងនឹងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សន៍កម្ពុជា។

- គោលដៅទី៤៖ កាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពកុមារ។ ប្រទេសកម្ពុជាបានសម្រេចនូវសូចនាករស្ទើរតែទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពកុមារ អត្រាមរណភាពរបស់កុមារ អត្រាមរណភាពកុមារអាយុក្រោម៥ ឆ្នាំ វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺ និងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។[57]

- គោលដៅទី៥៖ ការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងសុខភាពមាតា។ កម្ពុជាបានសម្រេចបានមុនកាលកំណត់នូវចំណុចដៅនានានៃគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍កម្ពុជាស្តីពីអត្រាមរណមាតានិងអត្រាផ្តល់កំណើតសរុប។ ប្រទេសកម្ពុជាកំពុងឆ្ពោះទៅរកការសម្រេចបានគោលដៅនៃគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សន៍កម្ពុជា ទាក់ទងនឹងការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលជំនាញ និងការពិគ្រោះមុន និងក្រោយសម្រាល។[58]

- គោលដៅទី៦៖ ការប្រយុទ្ធប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ជំងឺអេដស៍ ជំងឺគ្រុនចាញ់ និងជំងឺផ្សេងៗទៀត។ ប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចបានចំណុចដៅមួយចំនួនដូចជា ជំងឺគ្រុនចាញ់ របេង និងមេរោគអេដស៍ ជំងឺអេដស៍តាមគោលដៅកំណត់។[59]

បញ្ហាប្រឈម

- ទោះបីជាវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា ទទួលបានសមិទ្ធផលច្រើនទាក់ទងនឹងការពង្រីករចនា-សម្ព័ន្ធ ហើយកម្មវិធីជាតិត្រូវបានអនុវត្តដោយជោគជ័យ គុណភាពនៃសេវាកម្មនៅមានកម្រិត។[60]

- កម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌មានជោគជ័យ ដោយធ្វើឲ្យជនក្រីក្រអាចមានលទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាពសាធារណៈ។ ក៏ប៉ុន្តែ ក៏មានតម្រូវការចាំបាច់ក្នុងការពង្រីកកម្មវិធីមូលនិធិសម-ធម៌ឲ្យទូលំទូលាយជាងមុន។[61]

- កាសែតភ្នំពេញប៉ុស្តិ៍បានបានដកស្រង់សម្តីរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាលថា បច្ចុប្បន្នមានអ្នក-ផ្តល់សេវាដែលមិនមានច្បាប់អនុញ្ញាតប្រហែល៤០០០។[62] អត្ថបទភ្នំពេញប៉ុស្តិ៍នេះក៏បានលើកឡើងផងដែរអំពីបញ្ហាថ្នាំក្លែងក្លាយនៅលើទីផ្សារ។ នេះទាមទារឲ្យមានដំណោះស្រាយលើបញ្ហានេះជាបន្ទាន់។

- ទំនុកចិត្តលើសេវាសុខភាពសាធារណៈនៅតែជាបញ្ហា។ ប្រហែល៥៧ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺបានទៅរកសេវាកម្មឯកជនមុនគេ ខណៈដែលមានតែ ២៩ភាគរយ បានទៅរកសេវាកម្មសាធារណៈដំបូង។[63] បញ្ហានេះត្រូវបានធ្វើឲ្យកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើងដោយសារតែមានអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមានច្បាប់អនុញ្ញាត និងថ្នាំក្លែងក្លាយនៅលើទីផ្សារ។[64]

ឯកសារយោង

[1]MINISTRY OF HEALTH 2008b. Strategic Framework for Health Financing : Annex 1 Situation Analysis *In:* PLANNING AND HEALTH INFRASTRUCTURE (ed.). Phnom Penh Ministry of Health, .

[2] ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA November 2015. Country Programme Action Plan (CPAP) 2016-2018 Phnom Penh Royal Government of Cambodia

[3] MINISTRY OF HEALTH 2008 Health Strategic Plan 2008 - 2015. *In:* PLANNING AND HEALTH INFORMATION (ed.). Phnom Penh: Ministry of Health

[4] MINISTRY OF WOMEN'S AFFAIRS 2014. Neary Rattanak IV: Five years Strategic Plan for Gender Equality and Women's Empowerment Phnom Penh Ministry of Women's Affairs .p. 9

[5] WORLD HEALTH ORGANIZATION 2016 CAMBODIA–WHO : Country Cooperation Strategy 2016–2020. Phnom Penh World Health Organization.p.4

[6] MINISTRY OF HEALTH 2008a. Health Strategic Plan 2008 - 2015. *In:* DEPARTMENT OF PLANNING AND HEALTH INFORMATION (ed.). Phnom Penh, Cambodia: Ministry of Health.

[7] Ibid.

[8] MINISTRY OF PLANNING 2016 -a. Data on the Socio Economic Status of Pailin 2016. *In:* PROVINCAL DEPARTMENT OF PLANNING (ed.). Pailin province Provincial Department of Planning. p.5,pp.37-45

[9] MINISTRY OF PLANNING 2016 -b. Data on the Socio Economic Status of Siem Reap province 2016. *In:* PLANNING, P. D. O. (ed.). Siem Reap province Provincial Department of Planning.p.5,pp.37-45.

[10] MINISTRY OF PLANNING 2016 -a. Data on the Socio Economic Status of Pailin 2016. *In:* PROVINCAL DEPARTMENT OF PLANNING (ed.). Pailin province Provincial Department of Planning.p.42.

[11] NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS, DIRECTORATE GENERAL FOR HEALTH & ICF INTERNATIONAL 2014 Cambodia : Demographic and Health Survey 2014. Phnom Penh: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF International.

[12] MINISTRY OF PLANNING 2016 -a. Data on the Socio Economic Status of Pailin 2016. *In:* PROVINCAL DEPARTMENT OF PLANNING (ed.). Pailin province Provincial Department of Planning.pp.54-55.

[13] MINISTRY OF PLANNING 2016 -b. Data on the Socio Economic Status of Siem Reap province 2016. *In:* PLANNING, P. D. O. (ed.). Siem Reap province Provincial Department of Planning.p.5,pp.37-45.

[14] MINISTRY OF HEALTH 2015. Cambodia Demographic and Health Survey 2014. *In:* NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (ed.).

[15] MINISTRY OF PLANNING 2016 -a. Data on the Socio Economic Status of Pailin 2016. *In:* PROVINCAL DEPARTMENT OF PLANNING (ed.). Pailin province Provincial Department of Planning.p.55.

[16] Ibid.p.46.

[17] UNDP Clearing for Results Phase II, Annual Project Report 2014 : Annex D CMVIS DATA. Online UNDP.p.xv.

[18] WALSH, N. E. & WALSH, W. S. 2003. Rehabilitation of landmine victims: the ultimate challenge. *Bulletin of the World Health Organization,* 81**,** 665-670.

[19] Ibid.

[20] Ibid.

[21] GIZ 2016. Access to Health Care and Associated Out-of-pocket Expenditures for People with Disabilities, People with Chronic Diseases and Older People in Cambodia *In:* PAUL, J. (ed.).

[22] Ibid.

[23] COOPERATION COMMITTEE FOR CAMBODIA 2006. The Challenge of Living with Disability in Rural Cambodia.

[24] MATSU, S., KESKINEN, M. & SOKHEM, P. 2006. Tonle Sap : Experience and Lessons Learned Brief Online International Waters: Science Database.

[25] GOBETROTTER GIRLS. 2010 *Life on the water: A floating village on Lake Tonle Sap in Cambodia* [Online]. Available: http://globetrottergirls.com/2012/06/tonle-sap-cambodia-floating-village/ [Accessed 20 November 2016].

[26] THE LAKE CLINIC-CAMBODIA 2015 The First Quarter of 2016, Report Online The Lake Clinic-Cambodia.

[27] MINISTRY OF ENVIRONMENT 2007. Development of a Mobile Environmental Education Programme (MEEP) to raise awareness about climate change in Cambodia Phnom Penh Ministry of Environment , p.9

[28] GOBETROTTER GIRLS. 2010 *Life on the water: A floating village on Lake Tonle Sap in Cambodia* [Online]. Available: http://globetrottergirls.com/2012/06/tonle-sap-cambodia-floating-village/ [Accessed 20 November 2016].

[29] MINISTRY OF ENVIRONMENT 2007. Development of a Mobile Environmental Education Programme (MEEP) to raise awareness about climate change in Cambodia Phnom Penh Ministry of Environment

[30] KOICA & UNEP 2015 Cambodia :Tonle Sap Rural Water Supply and Sanitation Sector Project An ADB-funded Latrine-Building Project in Cambodia Phnom Penh KOICA and UNEP

[31] MERALI, H. S., MORGAN, J. F., UK, S., PHLAN, S., WANG, L. T. & KORNG, S. 2014. The Lake Clinic - providing primary care to isolated floating villages on the Tonle Sap Lake, Cambodia. *Rural Remote Health,* 14**,** 2612.

[32] KOICA & UNEP 2015 Cambodia :Tonle Sap Rural Water Supply and Sanitation Sector Project An ADB-funded Latrine-Building Project in Cambodia Phnom Penh KOICA and UNEP
[33] MININISTRY OF PLANNING 2015. Commune Data Base, 2015 Phnom Penh Mininistry of Planning.
[34] Ibid.
[35] Ibid.
[36]HAGAN, J., HUGHES, R. & SMITH, J. 2009 Designing gender-sensitive sanitation for floating villages. Phnom Penh
[37] KUNTHEAR, M. 2012 Officials identify challenges to improving public health *Phnom Penh Post* 22 Febuary
[38] MININISTRY OF PLANNING 2015. Commune Data Base, 2015 Phnom Penh Mininistry of Planning.
[39] Ibid.
[40] Ibid.
[41]MERALI, H. S., MORGAN, J. F., UK, S., PHLAN, S., WANG, L. T. & KORNG, S. 2014. The Lake Clinic - providing primary care to isolated floating villages on the Tonle Sap Lake, Cambodia. *Rural Remote Health,* 14**,** 2612.
[42] GOBETROTTER GIRLS. 2010 *Life on the water: A floating village on Lake Tonle Sap in Cambodia* [Online]. Available: http://globetrottergirls.com/2012/06/tonle-sap-cambodia-floating-village/ [Accessed 20 November 2016].
[43] MERALI, H. S., MORGAN, J. F., UK, S., PHLAN, S., WANG, L. T. & KORNG, S. 2014. The Lake Clinic - providing primary care to isolated floating villages on the Tonle Sap Lake, Cambodia. *Rural Remote Health,* 14**,** 2612.p4
[44] Ibid.
[45] ELEVEN 2015 Eleven Cambodia 2015 Online Eleven.
[46] UNICEF? . Maternal, newborn and Child health and nutrition. Phnom Penh UNICEF
[47] MINISTRY OF HEALTH 2008 Health Strategic Plan 2008 - 2015. *In:* PLANNING AND HEALTH INFORMATION (ed.). Phnom Penh: Ministry of Health
[48] THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA 1997. Sub-decree No. 67 on the establishment and functions of the Ministry of Health 1997.
[49] MINISTRY OF HEALTH 2008a. Health Strategic Plan 2008 - 2015. *In:* DEPARTMENT OF PLANNING AND HEALTH INFORMATION (ed.). Phnom Penh, Cambodia: Ministry of Health.
[50] Ibid.
[51] Ibid.
[52] Ibid.
[53] Ibid.
[54] CHHIM CHHUN, T. K., GE YU, TIMOTHY ENSOR AND BARBARA MCPAKE 2015. Impact of Health Financing Policies on Household Spending: Evidence from Cambodia Socio-Economic Surveys 2004 and 2009.
[55] PETER LESLIE ANNEAR, J. G., POR IR, BART JACOBS, CHEAN MEN, MATTHIAS NACHTNEBEL, SOPHAL OUM, ANN ROBINS, AND CHHUN EANG ROS 2015. *The Kingdom of Cambodia Health System Review*, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.
[56] ELLEN VAN DE POEL, G. F., POR IR, OWEN O'DONNELL, AND EDDY VAN DOORSLAER 2014. Can vouchers deliver? An evaluation of subsidies for maternal health care in Cambodia. *Bull World Health Organ*.
[57] MINISTRY OF PLANNING 2014. Annaul Progress Report 2014, Achieving Cambodia's Millennium Development Goals Phnom Penh, Cambodia
[58] Ibid.
[59] Ibid.
[60] PETER LESLIE ANNEAR, J. G., POR IR, BART JACOBS, CHEAN MEN, MATTHIAS NACHTNEBEL, SOPHAL OUM, ANN ROBINS, AND CHHUN EANG ROS 2015. *The Kingdom of Cambodia Health System Review*, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.
[61] MINISTRY OF PLANNING 2014. Annaul Progress Report 2014, Achieving Cambodia's Millennium Development Goals Phnom Penh, Cambodia
[62] September 2015. 4,000 unlicensed health care providers. *The Phnom Penh Post*
[63] Ibid.
[64] Ibid.