ការវាយតម្លៃលើគុណភាព និងការប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន កំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងមូលហេតុនៃការស្លាប់

352.74 ASS
sh: D and D

library.ncdd.gov.kh
015369

អារម្ភកថា

ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានមានសារៈសំខាន់សម្រាប់សាធារណៈជនទូទៅ និងអ្នកធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្ត។ ប្រព័ន្ធនេះត្រូវបានកត់សម្គាល់ឃើញថាបានទទួលការយកចិត្តទុកដាក់តិចតួចពីសហគមន៍សុខភាពពិភពលោក និងសហគមន៍អភិវឌ្ឍន៍។ ក្នុងន័យនេះ ដោយសារតែប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសដែលមានការអភិវឌ្ឍន៍ខ្លាំង ដែលកំណើត និងមរណភាពទាំងអស់ត្រូវបានចុះបញ្ជី និងបញ្ជាក់ជាប្រចាំ។ ក្នុងប្រទេសអភិវឌ្ឍន៍ទាំងនេះ ប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានដែលបានបង្កើតរួចហើយ រដ្ឋាភិបាលអាចត្រួតពិនិត្យ និងប្រើប្រាស់សម្រាប់ការរៀបចំផែនការសង្គម និងសេដ្ឋកិច្ច រួមមានវិស័យសុខាភិបាល អប់រំ ការងារ និងអចលនទ្រព្យ។ រដ្ឋាភិបាលក្នុងប្រទេសដែលមានចំណូលទាប និងមធ្យម មានតម្រូវការដូចគ្នាលើទិន្នន័យសម្រាប់រៀបចំផែនការអភិវឌ្ឍន៍ និងប្រើប្រាស់ធនធានដែលមានកម្រិតរបស់ខ្លួនប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ ជាក់ស្តែងបច្ចុប្បន្នមានសញ្ញាណថ្មីលេចឡើងជាលក្ខណៈសកលក្នុងចំណោមប្រទេសទាំងនេះ និងសហគមន៍អភិវឌ្ឍន៍ ដើម្បីពង្រឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន។

ក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ជាច្រើន ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានមានភាពទន់ខ្សោយ ឬក៏គ្មានប្រព័ន្ធនេះ។ ដូច្នេះ គន្លឹះប្រជាសាស្ត្រស្ថិតិមានកូន និងមរណភាព មិនមានជាមូលដ្ឋាន និងមិនគ្របដណ្តប់លើស្ថិតិប្រជាជនភាគច្រើនទេ។ ជំហានដំបូងក្នុងការលើកឡើងពីចំណុចខ្សោយទាំងនេះ គឺត្រូវធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន ជាមួយការកំណត់ពីផ្នែកដែលទាមទារធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង និងសកម្មភាពជាអាទិភាព។

គោលបំណងនៃការបង្កើតឱ្យមានការវាយតម្លៃទូលំទូលាយពីប្រព័ន្ធស្ថិតិ និងអត្រានុកូលដ្ឋានរបស់ប្រទេសកម្ពុជា នឹងជួយដល់អាជ្ញាធរដែលទទួលខុសត្រូវឱ្យបានយល់ដឹងច្បាស់ និងស៊ីជម្រៅពីចំណុចខ្លាំង និងចំណុចខ្សោយនៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន និងបង្កើតឱ្យមានភស្តុតាងជាមូលដ្ឋានសម្រាប់រៀបចំផែនការសកម្មភាពកែតម្រូវ។

ការវាយតម្លៃស៊ីជម្រៅ ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានពិនិត្យឡើងវិញពីទិដ្ឋភាពចម្បងនៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន។ ការវាយតម្លៃនេះ រួមបញ្ចូលក្របខណ្ឌច្បាប់ និងលិខិតបទដ្ឋាន ការចុះបញ្ជី លិខិតបញ្ជាក់ និងការអនុវត្តការចុះលេខកូដ ព្រមទាំងការចងក្រង រៀបចំ និងប្រើប្រាស់លទ្ធផលទិន្នន័យ។ ការវាយតម្លៃនេះផ្តោតជាសំខាន់លើកំណើត មរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់ ពីព្រោះនេះជាមូលដ្ឋានក្នុងការណែនាំកម្មវិធីសុខុមាលភាពសាធារណៈ ការត្រួតពិនិត្យលើប្រជាសាស្ត្រ និងការវាស់វែងពីសូចនាករសុខភាពសំខាន់ៗ។

phar

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ដើម្បីពង្រឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ស្ថាប័នផ្សេងៗជាច្រើនបានជួយគាំទ្រក្រសួងមហាផ្ទៃក្នុងការរៀបចំឯកសារនេះឡើង។ ជាពិសេសអ្នករៀបរៀងសូមធ្វើការថ្លែងអំណរគុណដល់សមាជិកដែលមកពីក្រសួងមហាផ្ទៃ ក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងផែនការ អគ្គស្នងការនគរបាលជាតិ អង្គការយូនីសេហ្វ និងអង្គការ URC សម្រាប់ការគាំទ្រ និងចូលរួមក្នុងការវាយតម្លៃ និងការសម្របសម្រួលរបស់ស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធក្នុងការគាំទ្រដល់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

យើងមានសេចក្តីរីករាយសម្រាប់ការគាំទ្រពីអង្គការ WHO ប្រចាំនៅកម្ពុជា ជាពិសេសបានទទួលការណែនាំពីលោកបណ្ឌិត Rasul Baghirov នៅក្នុងដំណើរការវាយតម្លៃនេះ។ យើងក៏សូមធ្វើការកោតសរសើរចំពោះ លោកបណ្ឌិត Pieter Johannes Van Maaren, WR, និងបុគ្គលិក WHO ប្រចាំនៅកម្ពុជា ដែលបានគាំទ្រយ៉ាងខ្លាំងក្លាបំផុត និងក៏សូមថ្លែងអំណរគុណផងដែរដល់ទីប្រឹក្សាប្រចាំតំបន់ គឺលោកបណ្ឌិត Mark Landry, WHO-WPRO សម្រាប់ការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់លោកក្នុងការជំរុញឱ្យមានរបៀបវារៈស្តីពីប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានទូទាំងតំបន់។

យើងក៏សូមថ្លែងអំណរគុណផងដែរដល់ Lene Mikkelsen និង Alan Lopez មកពី School of Population Health នៃសាកលវិទ្យាល័យឃ្វីនឡែនដែលបានសហការក្នុងការសរសេរអត្ថបទសម្រាប់ឧបករណ៍វាយតម្លៃរបស់ WHO-UQ នឹងអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពសាធារណៈដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការអភិវឌ្ឍន៍ផ្នែកសុខភាពសាធារណៈ។ ហើយក៏សូមថ្លែងអំណរគុណ និងសរសើរជាពិសេសដល់ការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធខាងក្រោមដែលធ្វើឱ្យការវាយតម្លៃលើប្រព័ន្ធ CRVS អាចធ្វើឡើងបានគឺ៖

ក្រសួងមហាផ្ទៃ

- លោក **ធ្លាក់ សំអឿន** ប្រធាននាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលទូទៅ
- លោក **យឹម សំអុល** អនុប្រធាននាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលទូទៅ
- លោក **ហេង សុផាត** ប្រធានការិយាល័យស្ថិតិ និងអត្រានុកូលដ្ឋាន
- លោក **ឡាយ គីមសាន** មន្ត្រីការិយាល័យស្ថិតិ និងអត្រានុកូលដ្ឋាន
- លោក **អាស់ សៅហាក់** មន្ត្រីការិយាល័យស្ថិតិ និងអត្រានុកូលដ្ឋាន
- លោក **តែង ទែងហុង** មន្ត្រីការិយាល័យស្ថិតិ និងអត្រានុកូលដ្ឋាន
- លោកស្រី **ហងៀ ច័ន្ទជា** មន្ត្រីការិយាល័យស្ថិតិ និងអត្រានុកូលដ្ឋាន

ក្រសួងផែនការ

- លោក **ចី យាម** ប្រធាននាយកដ្ឋានស្ថិតិប្រជាសាស្ត្រជំរឿន និងអង្កេត
- លោក **ផន ចិន្តា** អនុប្រធាននាយកដ្ឋានស្ថិតិសង្គមកិច្ច

ក្រសួងសុខាភិបាល

- លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត **កុល ខេមរ៉ាវី** ប្រធានការិយាល័យផ្នែកប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **យក់ តារារិទ្ធ** មន្ត្រីផ្នែកប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **មាស វណ្ណឆន** មន្ត្រីផ្នែកប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល

phar

អក្សរកាត់

ADB	-	ធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី
CCWC	-	គណៈកម្មាធិការទទួលបន្ទុកកិច្ចការស្ត្រី និងកុមារឃុំ សង្កាត់
CDHS	-	ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅកម្ពុជា
COD	-	មូលហេតុនៃការស្លាប់
COIA	-	គណៈកម្មការព័ត៌មាន និងគណនេយ្យភាព សម្រាប់សុខភាពស្ត្រី និងកុមារ
CRVS	-	ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន
DoGA	-	នាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលទូទៅ
DPHI	-	នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល
DHS	-	ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព
HMN	-	បណ្ដាញរង្វាស់សុខភាពសុខាភិបាល
ICD	-	ចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺជាអន្តរជាតិ
HMIS	-	ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល
JICA	-	ទីភ្នាក់ងារសហប្រតិបត្តិការកម្ពុជា-ជប៉ុន
MCCD	-	លិខិតបញ្ជាក់មូលហេតុស្លាប់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ
MoI	-	ក្រសួងមហាផ្ទៃ
MoH	-	ក្រសួងសុខាភិបាល
MoP	-	ក្រសួងផែនការ
NRMNCHC	-	មជ្ឈមណ្ឌលគាំពារមាតា និងទារក
NSO	-	ការិយាល័យស្ថិតិជាតិ
UQ	-	សាកលវិទ្យាល័យ ឃ្វីនឡែន
UNHCR	-	ឧត្តមស្នងការអង្គការសហប្រជាជាតិទទួលបន្ទុកជនភៀសខ្លួន
URC	-	សាកលវិទ្យាល័យស្រាវជ្រាវ
UNFPA	-	មូលនិធិអង្គការសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន
USAID	-	ទីភ្នាក់ងារសហរដ្ឋអាមេរិកដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ
WHO	-	អង្គការសុខភាពពិភពលោក
WPRO	-	ការិយាល័យតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកភាគខាងលិច របស់ WHO

មាតិកា

អារម្ភកថា	i
សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ	ii
អក្សរកាត់	iii
សេចក្តីសង្ខេប	១
១. សេចក្តីផ្តើម	៩
២. សមាសភាគ ក : មូលដ្ឋានច្បាប់ និងធនធានសម្រាប់ CRVS	១៦
៣. អនុសមាសភាគ ក១ : ក្របខណ្ឌច្បាប់ជាតិ សម្រាប់ប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន	១៦
៤. អនុសមាសភាគ ក២ : ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងធនធាន	១៩
៥. សមាសភាគ ខ : ការអនុវត្តក្នុងការចុះបញ្ជី ការគ្របដណ្តប់ និងភាពពេញលេញ	២២
៦. អនុសមាសភាគ ខ១ : រចនាសម្ព័ន្ធ និងមុខងារនៃប្រព័ន្ធការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន	២២
៧. អនុសមាសភាគ ខ២ : ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញអំពីទម្រង់ដែលបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព	២៩
៨. អនុសមាសភាគ ខ៣ : ការគ្របដណ្តប់ និងភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន	៣១
៩. អនុសមាសភាគ ខ៤ : ការរក្សាទុក និងការបញ្ជូនទិន្នន័យ	៣៥
១០. សមាសភាគ គ : សំបុត្រមរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់	៣៧
១១. អនុសមាសភាគ គ១ : ការអនុវត្ត និងអនុលោមទៅតាមចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺជាអន្តរជាតិ ICD សម្រាប់សំបុត្រមរណភាព	៣៨
១២. អនុសមាសភាគ គ២ : លិខិតបញ្ជាក់មរណភាពរបស់មន្ទីរពេទ្យ	៣៩
១៣.អនុសមាសភាគ គ៣ : មរណភាពដែលកើតឡើងនៅក្រៅមន្ទីរពេទ្យ	៤០
១៤. អនុសមាសភាគ គ៤ : ការអនុវត្តដែលមានភាពប៉ះពាល់ទៅនឹងគុណភាពទិន្នន័យមូលហេតុនៃការស្លាប់	៤០
១៥. សមាសភាគ ឃ : ការអនុវត្តពាក់ព័ន្ធការចុះលេខកូដតាមចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ ICD	៤៤
១៦. សមាសភាគ ង : ការប្រើប្រាស់ និងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យ	៤៥
១៧. អនុសមាសភាគ ង១ : គុណភាពទិន្នន័យ និងភាពត្រឹមត្រូវនៃការត្រួតពិនិត្យ	៤៥
១៨. អនុសមាសភាគ ង២ : ការរៀបចំតារាងទិន្នន័យ	៤៦
១៩. អនុសមាសភាគ ង៣ : ការប្រើប្រាស់ និងការផ្សព្វផ្សាយទិន្នន័យ	៤៧
២០. សេចក្តីសន្និដ្ឋាន	៤៩
២១. ទិសដៅអនុវត្ត (ជំហានបន្ទាប់)	៥០

សេចក្តីសង្ខេប

មុខងារសំខាន់នៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺមានភាពចាំបាច់ណាស់សម្រាប់និរន្តរភាពនៃការអភិវឌ្ឍន៍ ។ រាជរដ្ឋាភិបាលរួមទាំងអ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗ ដែលធ្វើការងារពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន នៅប្រទេសកម្ពុជា ទទួលស្គាល់នូវចំណុចសំខាន់នៃប្រព័ន្ធ CRVS នេះ សម្រាប់ការការពារសិទ្ធិមនុស្ស ការផលិតព័ត៌មានសំខាន់ៗ ការគាំទ្រអភិបាលកិច្ចល្អ ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធផលនៃការអភិវឌ្ឍន៍ និងដំណើរការតាមដានត្រួតពិនិត្យឆ្ពោះទៅរកគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ និងជាអន្តរជាតិ ។

កម្ពុជា ជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេស ៧៤ ដែលបានប្តេជ្ញាក្នុងការអនុវត្តនូវអនុសាសន៍របស់គណៈកម្មការព័ត៌មាន និងគណនេយ្យភាព សម្រាប់សុខភាពស្ត្រី និងកុមារ ហៅកាត់ថា (COIA) ។ អនុសាសន៍មួយដំបូងក្នុងអនុសាសន៍ ១០ របស់ COIA គឺត្រឹមឆ្នាំ២០១៥ ប្រទេសជាច្រើន នឹងសម្រេចឱ្យបានក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ដើម្បីចុះបញ្ជីកំណើត មរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់ ។

ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅកម្ពុជា តម្រូវឱ្យមានការកសាងសមត្ថភាពដល់មន្ត្រីនៅថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងនៅគ្រប់ផ្នែកដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ដើម្បី :

១. ធានាឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗ មានឯកសារជាភស្តុតាងច្បាស់លាស់ដែលតម្រូវឱ្យមាន ដើម្បីធានាការទទួលស្គាល់នូវអត្តសញ្ញាណផ្លូវច្បាប់របស់ពួកគេ ។

២. កំណត់ និងបែងចែកព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងកំណើត ការសុំកូន ការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ ការលែងលះ មរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់ ដូចជាការកាត់បន្ថយបន្ទុករបស់អ្នកប្រើប្រាស់បញ្ជីដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងការប្រើប្រាស់សេវា ។

៣. ចងក្រង និងធ្វើការវិភាគស្ថិតិ បានមកពីការកត់ត្រា

៤. ផ្សព្វផ្សាយស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន

នៅប្រទេសកម្ពុជា ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺជាការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល និងក្រសួង ស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធរបស់រដ្ឋាភិបាល រួមទាំងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានា ជាពិសេស ការបែងចែកធនធានឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ និងមាននិរន្តរភាព ។

ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន នៅប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានអនុវត្តសម្រេចដោយជោគជ័យក្នុងទិដ្ឋភាពជាច្រើន ដោយសារការប្តេជ្ញាចិត្តពីក្រសួងមហាផ្ទៃ និងការគាំទ្រពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ដូចជា អង្គការ UNICEF ADB, Plan, UNHCR, UNFPA, USAID, JICA, URC, WHO និងដៃគូដទៃទៀត ។ ទោះបីជាមានការរីកចំរើនទៅមុខក្នុងការពង្រឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានទាំងមូលក៏ដោយ ក៏វាជាតម្រូវការឱ្យមានការគាំទ្រដោយភាពសុខដុមនីយកម្ម និងមានលក្ខណៈនិរន្តរភាព ពីដៃគូពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗក្នុងដំណើរការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ។

ការវាយតម្លៃនៅលើប្រព័ន្ធការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន នៅប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានរៀបចំឡើង ចាប់ពីថ្ងៃទី០៩ ដល់ ថ្ងៃទី ១១ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១៣ នៅខេត្តព្រះសីហនុ

សិក្ខាសាលាចំនួន ៣ថ្ងៃ ស្តីពីការវាយតម្លៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានរៀបចំឡើង ដោយមានក្រសួងមហាផ្ទៃជាភ្នាក់ងារដឹកនាំក្នុងការរៀបចំសិក្ខាសាលានេះឡើង ដើម្បីណែនាំ និងតម្រង់ទិសដល់អ្នកពាក់ព័ន្ធទៅនឹងប្រព័ន្ធ CRVS ដែលគាំទ្របច្ចេកទេសដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) ក្នុងការសម្របសម្រួលដល់ដំណើរការនៃការវាយតម្លៃ (ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ WHO/UQ) ។

ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន នៅប្រទេសកម្ពុជា បានបង្ហាញនូវចំណុចខ្លាំង និងចំណុចខ្សោយនៃប្រព័ន្ធទាំងពីរនេះ ។ ដំណើរការនេះបានផ្តល់នូវចំណុចចាប់ផ្តើមនៃប្រព័ន្ធ និងភាពស្មុគស្មាញនៃបរិបទប្រវត្តិសាស្ត្រដែលកើតមានឡើង ភាគច្រើនបានទទួលជោគជ័យនៅក្នុងបណ្តាឆ្នាំចុងក្រោយចាប់តាំងពីត្រូវបានបង្កើតឡើង ជាពិសេសពាក់ព័ន្ធនឹងការចុះបញ្ជីកំណើត ។ សម្រាប់ការចុះបញ្ជីមរណភាព លិខិតបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់ និងទិដ្ឋភាពស្ថិតិចម្រុះនៃប្រព័ន្ធ CRVS របស់ប្រទេស ទាមទារកម្ពុជាឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ និងការពិចារណាលើការងារនេះថែមទៀត ។

សិក្ខាសាលានេះ មានអ្នកចូលរួមចំនួន ៧៤នាក់ មកពីក្រសួងពាក់ព័ន្ធ ដូចជាក្រសួងមហាផ្ទៃ ក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងផែនការ ថ្នាក់ខេត្ត ថ្នាក់ក្រុង ស្រុក និងឃុំ សង្កាត់ ដោយបានចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងដំណើរការសិក្សាវាយតម្លៃនេះ រួមទាំងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ដូចជា អង្គការ UNICEF និងអង្គការ URC ផងដែរ ។ របៀបវារៈ និងតារាងអ្នកចូលរួមសិក្ខាសាលានេះ មានភ្ជាប់មកជាមួយក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ១ ។

គោលបំណងនៃសិក្ខាសាលា

១. ណែនាំដល់អ្នកពាក់ព័ន្ធទៅនឹងប្រព័ន្ធ CRVS ទាំងអស់ ដើម្បីយល់ដឹងពីសារៈសំខាន់ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន

២. ណែនាំដល់អ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់នូវសមាសភាគចំបងចំនួន៥ នៃមុខងារសំខាន់របស់ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន រួមមាន :
   - សមាសភាគ ក : មូលដ្ឋានច្បាប់ និងធនធានសម្រាប់ CRVS
   - សមាសភាគ ខ : ការអនុវត្តក្នុងការចុះបញ្ជី ការគ្របដណ្តប់ និងភាពពេញលេញ
   - សមាសភាគ គ : សំបុត្រមរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់
   - សមាសភាគ ឃ: ការអនុវត្តពាក់ព័ន្ធការចុះលេខកូដតាមចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺជាអន្តរជាតិ ICD
   - សមាសភាគ ង : ការប្រើប្រាស់ និងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យ

៣. ការរៀបចំសិក្ខាសាលាវាយតម្លៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅប្រទេសកម្ពុជាៈ ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន ការកំណត់ឧបសគ្គ និងអនុសាសន៍ដែលជាសកម្មភាពសម្រាប់ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង ។

phar

ការរៀបចំសិក្ខាសាលា

សនិទានភាពដែលនាំឱ្យមានការរៀបចំធ្វើការវាយតម្លៃ គឺទោះបីជាប្រទេសកម្ពុជាមានប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានកំណើត និងមរណភាពក៏ដោយ ក៏ប៉ុន្តែសក្តានុពលនៃស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានមិនទាន់ត្រូវបានពិនិត្យឱ្យបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៅឡើយទេ។ លើសពីនេះ ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវគ្រប់ប្រព័ន្ធទាំងអស់ កើតមានឡើងដោយមានការវាយតម្លៃពីភាពខ្លាំង និងខ្សោយដែលកំពុងមាន។ ចាប់តាំងពីប្រព័ន្ធ CRVS (ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន) គឺជាវិស័យមួយដែលមានភាពពាក់ព័ន្ធទៅនឹងវិស័យជាច្រើន ជាការចាំបាច់ណាស់ដែលអ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ត្រូវតែជាផ្នែកមួយនៃយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការវាយតម្លៃ និងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង។ ការរកឃើញពីការវាយតម្លៃបានបង្កើតឱ្យមានភស្តុតាងជាមូលដ្ឋានចាំបាច់ សម្រាប់ធ្វើការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងដែលអាចទុកចិត្តបាន និងសម្រាប់ជាទុនដើម្បីកៀរគរនូវមូលនិធិក្នុងការអនុវត្តកិច្ចការនេះ។

អ្នកចូលរួមសិក្ខាសាលាចំនួន ៧៤នាក់ ត្រូវបានបែងចែកជា៤ក្រុមតូចៗ ដើម្បីធ្វើការពិភាក្សាលើសំណួរដែលបានរៀបចំ និងទាក់ទងនឹងអនុសមាសភាគនីមួយៗ។ សេចក្តីសង្ខេបនៃការរកឃើញពីក្រុមពិភាក្សាតូចៗ ត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងអង្គសិក្ខាសាលានៅថ្ងៃចុងក្រោយ ដែលបានលើកឡើងនូវចំណុចសំខាន់ៗដូចខាងក្រោម :

១- ក្រុមតូចដែលពិភាក្សាលើមូលដ្ឋានច្បាប់ រចនាសម្ព័ន្ធ និងធនធាន : ទោះបីជាក្របខណ្ឌច្បាប់ពុំចាប់បង្ខំឱ្យចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាននៅប្រទេសកម្ពុជាក៏ដោយ ក៏អនុក្រឹត្យលេខ ១០៣ បង្គាប់ឱ្យប្រជាពលរដ្ឋមានកាតព្វកិច្ចទៅចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានកំណើតក្នុងអំឡុងពេល៣០ថ្ងៃក្រោយកើត។ ចំពោះមរណភាពត្រូវទៅចុះបញ្ជីក្នុងអំឡុងពេល ១៥ថ្ងៃ ក្រោយពីស្លាប់ នៅសាលាឃុំ សង្កាត់ ដែលពួកគេរស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍។ ក្រៅពីលក្ខខណ្ឌពេលវេលាដែលបានចែងខាងលើការចុះបញ្ជី តម្រូវឱ្យបង់សេវាចំនួន ១០.០០០រៀល ស្មើនឹង ២,៥០ដុល្លារសហរដ្ឋអាមេរិក សម្រាប់ការចុះបញ្ជីបញ្ជាក់កំណើត និងចំនួន ៣.០០០រៀល ស្មើនឹង ០,៧៥ដុល្លារសហរដ្ឋអាមេរិក សម្រាប់ការចុះបញ្ជីមរណភាពដែលលើសពី១៥ ថ្ងៃ។ មេឃុំ ចៅសង្កាត់ ត្រូវបានប្រគល់ភារកិច្ចជាមន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋាន។

កត្តារាំងស្ទះ

- គ្មានកាតព្វកិច្ចចែងក្នុងច្បាប់ទាក់ទងនឹងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលក្នុងការរាយការណ៍ពីព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋាន
- មិនបានលើកឡើងអំពីអ្នកណាដែលគួរតែបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់
- ទិដ្ឋភាពទូទៅមិនបានគ្រប់ដណ្តប់ លើស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានដែលបានមកពីទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាន
- តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រសួងពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ដូចជា ក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងផែនការ តម្រូវឱ្យមានការកំណត់ច្បាស់លាស់។

២-ក្រុមតូចដែលពិភាក្សាលើការអនុវត្តការចុះបញ្ជី ការគ្របដណ្តប់ និងភាពពេញលេញនៃទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានៈ មេឃុំ ចៅសង្កាត់ ទាំង ១,៦៣៣ ឃុំ សង្កាត់ ត្រូវបានតែងតាំងសម្រាប់អនុវត្តការងារចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន។ ការចុះបញ្ជីនៅតែផ្អែកលើការសរសេរក្រដាស និងចម្លងចូលនៅក្នុងសៀវភៅភ្លោះ។ ទោះបីជាគ្មានការវាយតម្លៃផ្លូវការណាមួយពីភាពពេញលេញត្រូវបានធ្វើឡើងក៏ដោយ តែភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីកំណើតក្រោមអាយុ

phar

៥ឆ្នាំមានប្រមាណ ៦២,១% បើយោងតាម (CDHS ២០១០)។ ការគ្របដណ្តប់នៃការចុះបញ្ជីកំណើត គឺខ្ពស់ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងមរណភាព (ផ្នែកមួយដ៏ធំ គឺដោយសារយុទ្ធនាការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានចល័តពីឆ្នាំ ២០០៤-២០០៦ ដែលគាំទ្រដោយអង្គការ UNICEF និង PLAN)។ ការចុះបញ្ជីមរណភាពមានប្រហែលពី ១០-៣០% បើផ្អែកតាមទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាន។

កត្តារាំងស្ទះ

- ទោះបីជាការចុះបញ្ជីជាភារកិច្ចរបស់មេឃុំក៏ដោយ ក៏មេឃុំមិនមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការអនុវត្តការងារចុះបញ្ជីទេ ដោយសារតែមានកិច្ចការងារច្រើនត្រូវបំពេញ
- ការចុះបញ្ជីមរណភាព គឺនៅមានកម្រិតទាប ហើយជាការចាំបាច់ត្រូវបង្កើនការផ្សព្វផ្សាយការយល់ដឹងជាសាធារណៈ និងភ្ជាប់ការចុះបញ្ជីមរណភាពជាមួយនឹងប្រាក់លើកទឹកចិត្ត ឬសេវា ដូចជាថវិកាសម្រាប់បញ្ចុះសព។ល។
- ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាននៅតែពឹងផ្អែកលើការសរសេរក្រដាស និងការធ្វើសេចក្តីរាយការណ៍ក៏ត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្រដាសជាមូលដ្ឋានក្នុងការរាយការណ៍ ពីការិយាល័យថ្នាក់ក្រោមទៅការិយាល័យថ្នាក់ជាតិ ក្នុងពេលវេលាកំណត់។

៣- ក្រុមតូចដែលពិភាក្សាលើ សំបុត្រមរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់ និងការអនុវត្តក្នុងការចុះលេខកូដតាមចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺជាអន្តរជាតិ (ICD) : មូលហេតុនៃការស្លាប់ (CoD) លើសំបុត្រមរណភាព នៅពេលចុះបញ្ជីមរណភាព ត្រូវបានកត់ត្រាដោយមន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋាន ដោយផ្អែកលើអ្វីដែលសមាជិកគ្រួសារបានរាយការណ៍ វាមិនត្រូវបានបំពេញ និងចងក្រង ហើយជាញឹកញាប់មូលហេតុនៃការស្លាប់ គឺរកពុំឃើញមូលហេតុពិតប្រាកដទេ។ ចំពោះមនុស្សដែលស្លាប់នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមានប្រមាណតែ ១២%ប៉ុណ្ណោះ ដែលគ្រូពេទ្យបានចូលរួមចំណែកធ្វើការបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ ប៉ុន្តែទិន្នន័យនេះមិនបានភ្ជាប់ទៅនឹងប្រព័ន្ធ CRVS ដែលមានបច្ចុប្បន្នទេ។ ទម្រង់សំបុត្រមរណភាពមិនដូចទៅនឹងទម្រង់សំបុត្រពេទ្យស្តីពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ជាលក្ខណៈអន្តរជាតិទេ ហើយទម្រង់នេះមិនដូចទៅនឹងការអនុវត្ត ICD ដែលបានកំណត់ដោយ CoD ជាមូលដ្ឋាននោះដែរ។ ការចុះលេខកូដ ICD នៃចំនួនអ្នកស្លាប់ មិនត្រូវបានធ្វើជាប្រចាំទេ។

កត្តារាំងស្ទះ

- តម្រូវឱ្យមានការធ្វើឱ្យប្រសើឡើងនូវគុណភាពនៃ MCCD និងបង្កើតការតភ្ជាប់ជាមួយប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលមានប្រមាណតែ ១២% នៃមរណភាពទាំងអស់ ហាក់ដូចជាមាននៅក្នុង MCCD។ ការកត់ត្រានូវមរណភាពទាំងនេះ តាមរយៈប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងភាគច្រើនបានមកពីមន្ទីរពេទ្យសាធារណៈ។ មន្ទីរពេទ្យឯកជនតិចតួចបំផុតដែលបានរាយការណ៍ពីព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋាន ទៅក្រសួងសុខាភិបាល។
- ដោយហេតុថា មានច្រើនជាង ៥០% នៃមរណភាពនៅប្រទេសកម្ពុជា នៅតែកើតឡើងនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល នោះការសាកល្បងប្រើប្រាស់ការធ្វើកោសល្យវិច័យផ្ទាល់មាត់គឺជាតម្រូវការ phar

ក្នុងការកត់ត្រាពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ដ៏សមរម្យ សម្រាប់មរណភាពទាំងនេះ ។

- ការចុះលេខកូដ ICD តម្រូវឱ្យមានការបង្ហាញតាមរបៀបមជ្ឈការ ហើយក្រុមបណ្តុះបណ្តាលអ្នកសរសេរដាក់លេខកូដ គួរតែត្រូវបានជ្រើសរើស ។
- កិច្ចសហការអន្តរក្រសួង រវាងក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងមហាផ្ទៃ គឺពុំមានកើតឡើងទេ ហើយយន្តការជាប្រព័ន្ធសម្រាប់បង្កើតការទំនាក់ទំនង គឺតម្រូវឱ្យបង្កើតឡើងជាស្ថាប័ន ។

៤- ក្រុមតូចដែលពិភាក្សាលើការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ និងការពិនិត្យគុណភាព : នៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ មិនមានស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន (ទិន្នន័យចម្រុះ) ត្រូវបានរួមបញ្ចូលគ្នា ដែលទទួលបានពីទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានទេ ។ បើទោះបីជាមានពេលវេលាកំណត់ជាក់លាក់សម្រាប់ការរាយការណ៍ពីថ្នាក់ឃុំ សង្កាត់ ក្រុង ស្រុក ខណ្ឌ និងរាជធានី ខេត្ត យ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ការអនុវត្តពុំទាន់ម៉ត់ចត់ និងតឹងរឹងដែរ ហើយក្រសួងមហាផ្ទៃក៏មិនបានទទួលរបាយការណ៍ស្តីពីការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានពីគ្រប់រាជធានី ខេត្តទាំងអស់ទាន់ពេលវេលាដែរ ។ នៅចុងឆ្នាំ ក្រសួងមហាផ្ទៃធ្វើការចងក្រងរបាយការណ៍ពីចំនួនសរុបនៃការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព ដោយធ្វើការបែងចែកតាមភេទ ប៉ុន្តែមិនតាមអាយុទេ ។ នៅថ្នាក់ជាតិ ក្រសួងមហាផ្ទៃ បានធ្វើការចែករំលែកទិន្នន័យប្រមូលផ្តុំសរុប CRVS ជាមួយនឹងក្រសួងផែនការ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលទិន្នន័យទាំងនេះយកមកធ្វើការវិភាគ តែដំណើរការទៅមុខនៃការចែករំលែកទិន្នន័យត្រូវបានកំពុងពិភាក្សា ។

កត្តារាំងស្ទះ

- ដោយសារតែប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅពឹងផ្អែកលើការសរសេរក្រដាសជាមូលដ្ឋាន ការរាយ-ការណ៍ពីឃុំ សង្កាត់ ក្រុង ស្រុក ខណ្ឌ រាជធានី ខេត្ត នៅតែមិនទៀងពេល ។
- ទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាន មិនត្រូវបានវិភាគដើម្បីបង្កើតជាស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានទេ និងជាព័ត៌មានក្នុងការរៀបចំគោលនយោបាយផ្អែកលើភស្តុតាងជាមូលដ្ឋានទេ ។
- តម្រូវឱ្យមានការបង្កើតយន្តការទាក់ទងគ្នា និងតភ្ជាប់ រវាងក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងផែនការ និងក្រសួងមហាផ្ទៃ ហើយលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើបានក្នុងការបង្កើតទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិច CRVS រួម គឺតម្រូវឱ្យមានការសាកល្បង ។

វាជាការសំខាន់ក្នុងការលើកឡើងនៅពេលនេះ ដែលភាពជាម្ចាស់នៃប្រទេស គឺជាឆ្អឹងខ្នងនៃការធ្វើអន្តរាគមន៍ជាលក្ខណៈកម្មវិធីដែលមានភាពជោគជ័យ ។ ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលនានាដែលជាប់ទាក់ទងនឹង CRVS នៅកម្ពុជាបានដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការដឹកនាំការវាយតម្លៃ និងបន្តដឹកនាំជាប្រធានស្ថាបនិក និងអ្នកអនុវត្តនៃទិសដៅបន្ត ឬក៏ជំហានបន្ទាប់ ។ ជាការរំពឹងទុកមួយ ដែលរដ្ឋាភិបាលនឹងដឹកនាំការអភិវឌ្ឍន៍ និងទទួលយកនូវផែនការយុទ្ធសាស្ត្រពីថ្នាក់កណ្តាល ដែលត្រូវអនុវត្តតាមរយៈគម្រោងកម្មវិធីជាតិដែលមានមហិច្ឆតា ។

នៅចំណុចចុងក្រោយនៃសមាភាគនីមួយៗ មានអនុសាសន៍ជាច្រើនដែលគាំទ្រដល់ការពង្រឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រា-នុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន និងដំណោះស្រាយចំពោះកត្តារាំងស្ទះ ដែលលើកឡើងដោយសិក្ខាកាមក្នុងសិក្ខាសាលាវាយតម្លៃ ។ អនុសាសន៍ចម្បងៗទាំងនោះរួមមាន ដូចខាងក្រោម :

phaR

១- បង្កើតគណៈកម្មាធិការជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលមានសមាសភាពមកពីតំណាងនៃក្រសួងមហាផ្ទៃ ក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងផែនការ ។

២- វិសោធនកម្មក្របខណ្ឌច្បាប់ ដើម្បីទទួលស្គាល់មុខងារស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន នៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន។

៣- វិសោធនកម្មក្របខណ្ឌច្បាប់ ដោយផ្តល់តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវដល់មណ្ឌលសុខភាព ឱ្យជូនដំណឹងទៅការិយាល័យស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ពីកំណើត មរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់ លើគ្រប់ករណីទាំងអស់ដែលកើតនៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាព ។

៤- ការបែងចែក និងទុកពេលមួយថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដើម្បីឱ្យមេឃុំ ចៅសង្កាត់ប្រចាំការនៅសាលាឃុំ សង្កាត់ពេញមួយថ្ងៃ ក្នុងការចុះបញ្ជីព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋានជូនប្រជាពលរដ្ឋ ។

៥- ជំហានអន្តរកាលនៃការប្តូរពីការប្រើប្រាស់ការសរសេរក្រដាសជាមូលដ្ឋាន ទៅជាការប្រើប្រព័ន្ធព័ត៌មានវិទ្យាអត្រានុកូលដ្ឋាន ។

៦- ការកំណត់ពីការរំពឹងទុកពីកំណើត និងមរណភាពប្រចាំឆ្នាំ និងបង្កើតប្រព័ន្ធសម្រាប់វិភាគ និងកំណត់ពីការរំពឹងទុក ជាមួយនឹងការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានជាក់ស្តែង ។

៧- យុទ្ធនាការអត្រានុកូលដ្ឋានទូទាំងប្រទេស និងលើកទឹកចិត្តដល់ការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាពបានទាន់ពេលវេលា ។

៨- ទម្រង់ដទៃទៀតនៃទិន្នន័យរដ្ឋបាលត្រូវតែប្រមូល និងប្រើប្រាស់សម្រាប់បំពេញគម្លាត និងលុបបំបាត់នូវទិន្នន័យស្ទួនក្នុងប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលបំពេញដល់ភាពពេញលេញ និងគាំទ្រដល់ទិន្នន័យដែលបានចុះបញ្ជី ។

៩- បង្កើតឱ្យមានយន្តការត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃជាទៀងទាត់ ដោយផ្តល់នូវព័ត៌មានត្រលប់ទៅដល់ឃុំ សង្កាត់ ដើម្បីលើកទឹកចិត្តឱ្យរាយការណ៍ពីទិន្នន័យបានពេញលេញ និងទាន់ពេលវេលា ។

១០-ការទទួលយកមកប្រើប្រាស់នូវលិខិតបញ្ជាក់ជាអន្តរជាតិផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ស្តីពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងផ្នែកឯកជន និងសាធារណៈ ។

១១-ផ្តល់វគ្គតម្រង់ទិស និងបណ្តុះបណ្តាលដល់វេជ្ជបណ្ឌិតទាំងអស់ និងបុគ្គលិកពេទ្យស្តីពីការអនុវត្តការបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់ ការស្រាវជ្រាវពីមូលដ្ឋាននៃមូលហេតុនៃការស្លាប់ដែលស្របទៅនឹងគោលការណ៍ចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺជាអន្តរជាតិ (ICD) ។

១២-បណ្តុះបណ្តាលដល់គ្រូបង្គោលអំពីការដាក់លេខកូដ ICD-10 ការអនុវត្ត ICD 10 ត្រូវបានធ្វើការកំណត់ថាជាសកម្មភាពចម្បងនៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រព័ត៌មានសុខាភិបាលរបស់ប្រទេសកម្ពុជា សម្រាប់ឆ្នាំ ២០០៨-២០១៥ ។

១៣-បង្កើត និងអនុវត្ត នូវនីតិវិធីក្នុងការបង្ហាញពីទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាន ។ ដូចនេះ ទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាននឹងត្រូវបានចែករំលែកជាមួយក្រសួងផែនការ ដោយការត្រួតពិនិត្យប្រកបដោយស្តង់ដារលើភាពត្រឹមត្រូវ និងជាប់លាប់អាចត្រូវបានធ្វើឡើង ។ ការវាយតម្លៃទៀងទាត់លើភាពពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវនៃទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានត្រូវតែធ្វើឡើង ។

១៤-ការអនុវត្តស្តង់ដារអន្តរជាតិសម្រាប់ការរៀបចំ និងប្រមូលផ្តុំទិន្នន័យ ដោយផ្អែកតាមអនុសាសន៍នៃចរិក

លក្ខណៈក្នុងការរៀបចំកំណើត និងមរណភាព របស់នាយកដ្ឋានស្ថិតិរបស់អង្គការសហប្រជាតិ ។

និសដៅបន្ត (ជំហានបន្ទាប់)

១-ការរៀបចំផែនការយុទ្ធសាស្ត្រដែលអាចជឿទុកចិត្ត ផ្អែកលើការធ្វើជំរឿនទូទាំងប្រទេសក្នុងចំណោមដៃគូពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការអនុវត្តនៃអនុសាសន៍សំខាន់ៗ។ ផែនការគួរតែបញ្ជាក់ឱ្យច្បាស់ពីសកម្មភាព និងពេលវេលា ដើម្បីបង្កើតនូវដំណើរការឆ្ពោះទៅមុខជាក់ស្តែង ដូចអ្វីដែលបានបរិយាយរួចមកហើយ ។

២-រៀបចំសេចក្តីព្រាងថវិកាលំអិតជាមួយតម្លៃ ដែលធ្វើការប៉ាន់ស្មានឱ្យបានសមស្របជាមួយសកម្មភាពបានស្នើឡើង ។

៣- រៀបចំកិច្ចប្រជុំជាមួយអ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗ ៈ គោលបំណងនៃកិច្ចប្រជុំគួរតែមានការគាំទ្រជាទូទៅ និងមានការឯកភាព សម្រាប់ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ។ ដូច្នេះ ការអនុវត្តនៃការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលមានបច្ចុប្បន្នអាចចាប់ផ្តើមផែនការអនុវត្ត និងសំណើសុំការគាំទ្រពីដៃគូ គួរត្រូវបានបង្កើត ដោយចាប់ផ្តើមអនុវត្តនូវសកម្មភាពអាទិភាពដែលធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននេះ ។

phaR

សេចក្តីផ្តើម

ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺជាការផ្តល់ឯកសារគតិយុត្តិដល់ប្រជាពលរដ្ឋដើម្បីប្រើប្រាស់បញ្ជាក់ពីភស្តុតាងនៃហេតុការណ៍ដែលកើតឡើង (ឧទាហរណ៍: អាយុ អត្តសញ្ញាណ) ជុំវិញព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋាន។ ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីទទួលបានរង្វាស់ប្រជាសាស្ត្រ និងការវិភាគទៅលើអេពីដេមីសាស្ត្រជាមូលដ្ឋាន ដែលតម្រូវឱ្យមានក្នុងផែនការជាតិលើវិស័យជាច្រើនដូចជា ការអប់រំ ការងារ និងសុខាភិបាល។

ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ជារឿយៗ គឺនៅមានចំណុចខ្សោយ និងមិនពេញលេញ នៅក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍។ ដូច្នេះ ប្រភពទិន្នន័យផ្សេងទៀត ដើម្បីបង្កើតបានស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ដូចជា ជំរឿនប្រជាពលរដ្ឋ ការធ្វើអង្កេតជាសំណាកគំរូនៅតាមគ្រួសារ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនៅកន្លែងដែលត្រូវបានកំណត់ជ្រើសរើសណាមួយ និងសំណាកគំរូនៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់។ ប្រភពទិន្នន័យទាំងនេះ គឺជាវិធីសាស្ត្រដែលចំណាយច្រើន និងមិនបានផ្តល់ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានជាប្រចាំពេញលេញ និងមិនទាន់ពេលវេលា។

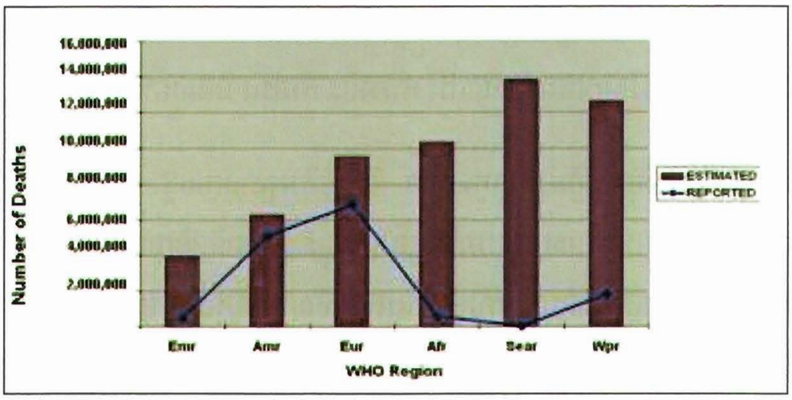
ប្រទេសកម្ពុជា បានប្តេជ្ញាក្នុងការអនុវត្តអនុសាសន៍នៃគណៈកម្មាធិការព័ត៌មាន និងគណនេយ្យភាពសម្រាប់សុខភាពស្ត្រី និងកុមារ (COIA)។ អនុសាសន៍ទីមួយក្នុងចំណោមអនុសាសន៍ ១០ នៃ COIA បញ្ជាក់ថា ត្រឹមឆ្នាំ២០១៥ ប្រទេសជាច្រើន នឹងបោះជំហានទៅមុខដើម្បីពង្រឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានរបស់ខ្លួនក្នុងការចុះបញ្ជីកំណើត មរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់ ដើម្បីសម្រេចបាននូវកម្រិតខ្ពស់នៃភាពពេញលេញ (ទិសដៅ iERG > 75%, >60%&60% រៀងៗខ្លួន) ពីប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានជាប្រចាំ។

អត្រានុកូលដ្ឋាន គឺជាការងាររដ្ឋបាលដែលប្រើប្រាស់ដើម្បីធ្វើការកត់ត្រានូវព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗ ដូចជា កំណើត និងមរណភាព។ អត្រានុកូលដ្ឋាន ត្រូវបានកំណត់នូវការកត់ត្រាជាប្រចាំ ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ជាកាតព្វកិច្ច និងការកត់ត្រាជាសកល ព្រមទាំងចរិកលក្ខណៈនៃព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗ (កំណើតរស់ មរណភាព មរណភាពទារកក្នុងផ្ទៃ អាពាហ៍-ពិពាហ៍ និងការលែងលះ) ហើយនឹងព្រឹត្តិការណ៍នៃភាពជាស៊ីវិលដទៃទៀត ដែលជាប់ទាក់ទងនឹងចំនួនប្រជាពលរដ្ឋដែលផ្តល់ដោយច្បាប់ ព្រះរាជក្រឹត្យ ឬលិខិតបទដ្ឋានផ្សេងៗ ស្របជាមួយនឹងតម្រូវការច្បាប់នៅក្នុងប្រទេសនីមួយៗ (អង្គការសហប្រជាជាតិ ឆ្នាំ២០០១)។

ប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺជាដំណើរការរួមនៃ (ក) ការប្រមូលព័ត៌មានតាមរយៈការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ឬការរាប់ទៅលើព្រឹត្តិការណ៍ដែលកើតឡើងពាក់ព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋាន និងដែលបានកំណត់ជាក់លាក់ណាមួយ ជាពិសេសទាក់ទងនឹងចរិកលក្ខណៈរបស់ព្រឹត្តិការណ៍នោះ ជាមួយនឹងមនុស្ស ឬបុគ្គលដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធ និង (ខ) ការចងក្រង កែច្នៃ វិភាគ វាយតម្លៃ បង្ហាញ និងផ្សព្វផ្សាយទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានក្នុងទម្រង់ស្ថិតិ (UN ឆ្នាំ២០០១)។

ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺជាផ្នែកមួយនៃប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលរបស់ប្រទេសមួយ។ រូបភាពទី១ បង្ហាញពីគម្លាតដ៏ធំមួយរវាងការប៉ាន់ស្មាន និងចំនួនរបាយការណ៍នៃមរណភាពនៅក្នុងតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកភាគខាងលិច របស់អង្គការសុខ

ភាពពិភពលោក (WHO) ក្នុងឆ្នាំ២០០៧។ គម្លាតនេះបង្ហាញថាការប៉ាន់ប្រមាណមានភាពមិនសូវត្រឹមត្រូវ សម្រាប់សូចនាករមរណភាព ហើយតួលេខទាំងអស់នេះត្រូវបានយកទៅប្រើសម្រាប់ធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈ។



រូបភាពទី១ ៖ របាយការណ៍មរណភាព នឹងការប៉ាន់ប្រមាណមរណភាព ឆ្នាំ២០០៧

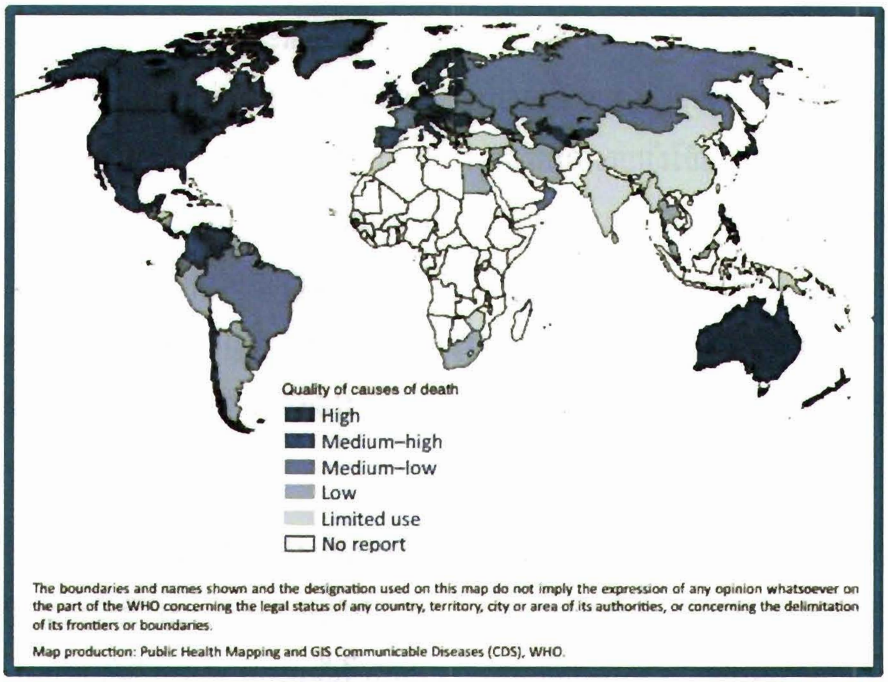
យោងតាមឯកសារច្បាប់ សំបុត្រកំណើតគឺជាការកំណត់ និងការពារសិទ្ធិរបស់បុគ្គល និងសិទ្ធិជាស៊ីវិលនៅក្នុងសង្គម។ អង្គការយូនីសេហ្វ បានសរសេរអំពីសារៈសំខាន់នៃការចុះបញ្ជីកំណើត និងផលប៉ះពាល់នៃការមិនបានចុះបញ្ជីកំណើត។ លើសពីនេះ អង្គការយូនីសេហ្វ ចាត់ទុកថាការចុះបញ្ជីកំណើត គឺជាការទទួលស្គាល់ផ្លូវច្បាប់ដំបូងសម្រាប់កុមារ (UNICEF ២០០២) ។

មុខងារជាប្រក្រតីនៃប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានគឺ រាល់កំណើត និងមរណភាព នៃប្រជាពលរដ្ឋទាំងអស់ត្រូវបានកត់ត្រា។ ក្នុងស្ថិតិមូលហេតុនៃការស្លាប់ "ការអនុវត្តត្រឹមត្រូវ (gold standard)" គឺជាភាពពេញលេញនៃអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលមូលហេតុមរណភាពនីមួយៗ កំណត់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិត និងដោយអ្នកដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលពីការចុះលេខកូដតាមចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺជាអន្តរជាតិ (ICD)។ កិច្ចសហការ និងការអនុវត្តរវាងបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងមន្ទីរពេទ្យ គឺចាំបាច់សម្រាប់ការកំណត់មូលហេតុនៃការស្លាប់បានត្រឹមត្រូវ ហើយនឹងសម្រាប់ប៉ាន់ប្រមាណថាតើមរណភាពអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាមូលហេតុ " ជំងឺ " ឬ ដោយសារតែមូលហេតុផ្សេងៗទៀត។ នៅពេលមរណភាពកើតឡើងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅកន្លែងផ្សេងដែលវេជ្ជបណ្ឌិតមានវត្តមានអាចបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ នោះដំណើរការបញ្ជាក់លិខិតមរណភាពត្រូវបានចាប់ផ្តើម ។

ទោះបីជាការបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដោយខាងមន្ទីរពេទ្យបានអនុវត្តជាទូទៅក៏ដោយ ក៏មិនមានន័យថាមូលហេតុត្រឹមត្រូវនៃការស្លាប់ត្រូវបានសរសេរក្នុងសំបុត្រមរណភាពដែរ។ ភាពខ្វះខាតនៃឧបករណ៍ក្នុងការវិភាគរោគវិនិច្ឆ័យ បទពិសោធន៍ និងការយល់ដឹងពីសារៈសំខាន់នៃទិន្នន័យដែលអាចធ្វើការបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ពុំបានត្រឹមត្រូវ។

រូបភាពទី២ បង្ហាញគុណភាពនៃទិន្នន័យមូលហេតុការស្លាប់ដែលមានកម្រិតទាប ក្នុងតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកភាគខាងលិច (WPR) ដែលតម្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ជាបន្ទាន់។ មានត្រឹមតែ ១២០ ក្នុងចំណោម ១៩៤ប្រទេសដែលជាសមាជិករបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) បានផលិតទិន្នន័យមូលហេតុនៃការស្លាប់។ ក្នុងចំណោមប្រទេស

ទាំងនេះ មាន ៧០ប្រទេសដែលបានផលិតទិន្នន័យមូលហេតុនៃការស្លាប់ មានគុណភាពអាចទទួលយកបាន។ ប្រទេសចំនួន ៥០ បានផលិតទិន្នន័យមួយចំនួន ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ ប៉ុន្តែពុំសូវមានគុណភាពល្អ ដែលបង្ហាញពីភាពមិនអាចប្រើប្រាស់បានក្នុងគោលបំណងសុខមាលភាពសាធារណៈ។ ប្រទេសក្រៅពីនេះ មិនបានផលិតទិន្នន័យមូលហេតុនៃការស្លាប់ឱ្យបានទៀងទាត់នោះទេ។



រូបភាពទី២ ៖ គុណភាពនៃព័តិមានដែលអាចទទួលយកបានក្នុងសកលលោក លើមូលហេតុនៃការស្លាប់

អត្រានុកូលដ្ឋាន និងសមិទ្ធផលទិន្នន័យស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺជាទ្រព្យសម្បត្តិសាធារណៈដែលចាំបាច់ និងជាផលប្រយោជន៍សម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗ និងសង្គមជាតិ។ ឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណ និងសញ្ជាតិ មិនត្រឹមតែជាការប្រើប្រាស់សេវាសាធារណៈ ឬការទទួលបាននូវសិទ្ធិប៉ុណ្ណោះទេ ថែមទាំងអាចការពារប្រឆាំងនឹងភាពគ្មានសញ្ជាតិ និងការកេងប្រវ័ញ្ចផងដែរ។

ខណៈពេលដែលស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានកំណើត និងមរណភាពត្រូវបានដាក់បញ្ចូលគ្នាដោយភ្ជាប់ជាមួយនឹងទិន្នន័យមូលហេតុនៃការស្លាប់បានត្រឹមត្រូវ នោះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តផ្នែកសុខាភិបាលកំណត់ និងបង្កើតនូវគោលដៅដែលត្រូវអន្តរាគមន៍បន្ថែមទៀត និងការជួយសង្គ្រោះជីវិតមនុស្សបានប្រសើរ។ ស្ថិតិមរណភាពត្រឹមត្រូវអាចជួយជំរុញឱ្យមានសុខភាពកាន់តែល្អប្រសើរ និងជួយកាត់បន្ថយការចំណាយ។

នៅឆ្នាំ២០០៣-២០០៦ លោក **LEE Jong-Wook** អគ្គនាយកអង្គការ **WHO** បានថ្លែងទៅកាន់បុគ្គលិក **WHO** នៅថ្ងៃទី២១ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០០៣ ថា “ដើម្បីធ្វើការគណនាចំនួនប្រជាជនបាន ដំបូងយើងត្រូវមានលទ្ធភាពរាប់ចំនួនប្រជាជន”។ ការកើត និងស្លាប់របស់ប្រជាជនភាគច្រើននៅក្នុងតំបន់អាស៊ីមិនបានធ្វើការកត់ត្រាទុកនូវបញ្ជីផ្លូវច្បាប់ណាមួយ ឬស្ថិតិផ្លូវការណាមួយឡើយ។ ការគ្មានទិន្នន័យដែលអាចជឿទុកចិត្តបានសម្រាប់កំណើត មរណភាព

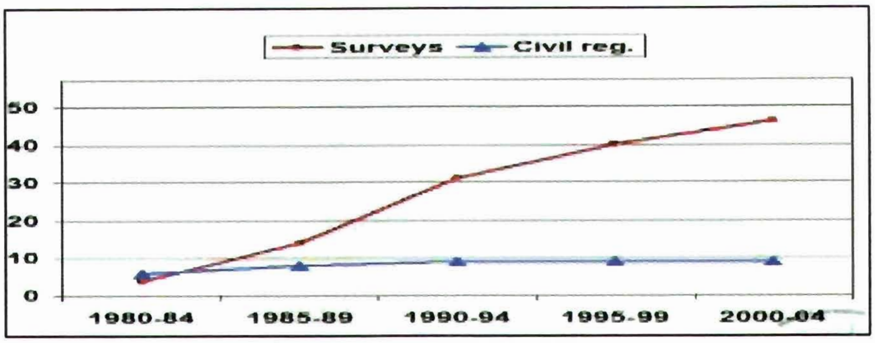
និងមូលហេតុនៃការស្លាប់ (CoD) គឺជាមូលហេតុចម្បងដែលធ្វើឱ្យប្រជាជនក្រីក្រក្នុងពិភពលោកត្រូវបានគេបំភ្លេច និងមិនបានរាប់បញ្ចូល។ ការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺជាភស្តុតាងមូលដ្ឋានចម្បងដែលរដ្ឋទទួលស្គាល់ និងគោរព នូវការរស់រានមានជីវិតដែលជាការទទួលខុសត្រូវក្នុងការការពារ និងការអភិវឌ្ឍន៍។

នៅក្នុងពិភពលោក កំណើត ១ ភាគ ៣ មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូល ហើយមរណភាព ២ ភាគ ៣ មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូល និងចំនួន ២ ភាគ ៣ នៃប្រជាពលរដ្ឋក្នុងពិភពលោកមិនមានមូលហេតុនៃការស្លាប់ដែលអាចជឿទុកចិត្តបាន។ ដូច្នេះ យើងកំពុងដោះស្រាយបញ្ហាសូចនាករសុខភាពដែលមិនអាចជឿទុកចិត្តបាននេះ។ បើសិនជាមិនមានទិន្នន័យទាំងនេះទេ យើងគ្មានមធ្យោបាយដឹងថា តើការអន្តរាគមន៍របស់យើងមានដំណើរការឬទេ និងថាតើជំនួយអភិវឌ្ឍន៍កំពុងបង្កើតឱ្យមានជាលទ្ធផលដែលចង់បានលើវិស័យសុខាភិបាល (វេជ្ជបណ្ឌិត Margret Chan អគ្គនាយកអង្គការសុខភាពពិភពលោក ថ្ងៃទី១២ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៧)។ យើងចាំបាច់ត្រូវកំណត់អាទិភាពប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានជាកត្តាត្រូវអភិវឌ្ឍន៍នៅក្នុងរបៀបវារៈគោលដៅអភិវឌ្ឍសហវត្សពិភពលោកបន្ទាប់។ យើងមិនអាចរង់ចាំអ្វីត្រូវអូសបន្លាយទៀតទេ។ ពិភពលោកសម័យកាលថ្មីៗនេះ ផ្ដោតសំខាន់លើប្រសិទ្ធភាពជំនួយ និងសមិទ្ធផលដោយបន្សល់ទុកនូវវេហាសាស្ត្រ ដោយគ្មានប្រព័ន្ធមុខងារនៃការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុ-កូលដ្ឋាន។

ទិន្នន័យដែលបានមកពីបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានបង្កើតជាមូលដ្ឋាននៃប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានរបស់ប្រទេសមួយ។ ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីជាមូលដ្ឋានសម្រាប់វាស់វែងប្រជាសាស្ត្រ និងអេពីដេមីសាស្ត្រ ដែលជាតម្រូវការសម្រាប់រៀបចំផែនការជាតិលើវិស័យជាច្រើន ដូចជា វិស័យអប់រំ ការងារ និងសុខាភិបាល។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ជារឿយៗមានលក្ខណៈខ្សោយ និងមិនមានភាពពេញលេញទេនៅក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍។ ដូច្នេះ ជំរឿនប្រជាជន ការធ្វើអង្កេតជាសំណាកគំរូនៅតាមគ្រួសារ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនៅកន្លែងដែលត្រូវបានកំណត់ជ្រើសរើសណាមួយ និងសំណាកគំរូនៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់។ ប្រភពទិន្នន័យផ្សេងគ្នាទាំងនេះ គឺជាវិធីសាស្ត្រដែលចំណាយច្រើន ហើយមិនបានផ្ដល់នូវនិរន្តរភាព ភាពពេញលេញ និងមធ្យោបាយដ៏មានប្រសិទ្ធភាព ដើម្បីទទួលបាននូវស្ថិតិសំខាន់ៗជាទៀងទាត់ និងទាន់ពេលវេលាទេ។

លើសពីនេះ ដូចមានបង្ហាញក្នុងរូបខាងក្រោម ការប្រមូលទិន្នន័យមរណភាពក្នុង ៩៧ប្រទេសដែលមានចំណូលទាបលើសពី ២៥ឆ្នាំ ចាប់ពីឆ្នាំ១៩៨០-២០០៤ បានបង្ហាញថា ដំណើរការក្នុងការទទួលបានស្ថិតិមរណភាពពីប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានមានតិចតួច និងមានការកើនឡើងតែពី **៥%** ទៅ**៩%** ប៉ុណ្ណោះក្នុងរយៈពេលខាងលើនេះ។ ស្របគ្នាទៅនឹងដំណើរការដែលធ្វើឡើងដោយការប្រមូលទិន្នន័យមរណភាព បានមកពីការធ្វើអង្កេតដែលបានចាប់ផ្ដើមពីដំបូងមានចំនួន **៥%** ប៉ុន្តែការប្រមូលទិន្នន័យនេះបានរីកចម្រើន និងកើនឡើងរហូតដល់ចំនួន **៤៥%** សម្រាប់រយៈពេលដូចគ្នានេះដែរ។

phaR



ការប្រមូលទិន្នន័យមរណភាព ដោយប្រភពក្នុងចំណោម ៩៧ប្រទេស ដែលមានចំណូលទាប ១៩៨០-២០០៤

កម្ពុជា គឺជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេស ៧៤ ដែលបានប្តេជ្ញាគោរពតាមអនុសាសន៍ នៃគណៈកម្មាធិការព័ត៌មាន និងគណនេយ្យភាពសម្រាប់សុខភាពស្ត្រី និងកុមារ (COIA) ។

អនុសាសន៍ទី១ក្នុងចំណោមអនុសាសន៍ចំនួន ១០ នៃ COIA គឺថា ត្រឹមឆ្នាំ២០១៥ ប្រទេសជាច្រើនបានបោះជំហានដ៏សំខាន់សម្រាប់ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធ CRVS របស់ខ្លួនក្នុងការចុះបញ្ជីកំណើត មរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់ ដើម្បីទទួលបាននូវភាពពេញលេញកម្រិតខ្ពស់ (iERG targets > 75%, >60%&> 60% respectively) ពីប្រព័ន្ធ CRVS ដ៏ទៀងទាត់មួយ ។

ទោះបីជាការវាយតម្លៃជាផ្លូវការអំពីភាពពេញលេញមិនត្រូវបានធ្វើឡើងក៏ដោយ បើយោងតាមទិន្នន័យអង្កេតប្រជា-សាស្ត្រ និងសុខភាព (CDHS) ឆ្នាំ២០១០ ភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីកំណើតក្រោមអាយុ៥ឆ្នាំ មានប្រមាណចំនួន៦២,១% ។ មធ្យមភាគនៃការចុះបញ្ជីកំណើត គឺមានកម្រិតខ្ពស់ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងមរណភាព។ ការចុះបញ្ជីមរណភាពបង្ហាញថា មានប្រមាណតិចជាង ១០% ផ្អែកទៅតាមការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានដែលមានតែសំបុត្រមរណភាពចំនួនតែ ៨៤.០០០សំបុត្រប៉ុណ្ណោះដែលបានផ្តល់ជូនពីឆ្នាំ២០០២-២០១២ ។ ប្រទេសកម្ពុជាអាចរំពឹងថាមានអ្នកស្លាប់ប្រហាក់ប្រហែល ១១៣.៤០០នាក់ ក្នុងមួយឆ្នាំ ដោយប្រើប្រាស់ចំណោលប្រជាជនរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិសម្រាប់អំឡុងពេល ២០០៥-២០១០ ជាមួយការចុះបញ្ជីមានត្រឹមប្រមាណ ៨.០០០នាក់ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ។ ភាពពេញលេញអាចតិចជាង ១០% (របាយការណ៍ប្រទេសកម្ពុជាដែលរៀបចំដោយសាកលវិទ្យាល័យឃ្វីនឡែន ខែសីហា ឆ្នាំ២០១២) ។

phaR

នៅប្រទេសកម្ពុជាគម្លាតនៅតែធំរវាងកំណើត និងមរណភាពដែលរំពឹងទុកបើធៀបទៅនឹងកំណើត និងមរណភាពដែលបានចុះបញ្ជី។ ផ្អែកលើការប៉ាន់ប្រមាណនេះ មានដូចជា :

១.ភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីកំណើត : មានចំនួន ៦២,១% (CDHS 2010)

២.ភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីមរណភាព : តិចជាង ១០% (មានត្រឹមតែ ៨៤.០០០ សំបុត្រមរណភាពដែលចេញពីឆ្នាំ២០០២-២០១២ មរណភាពរំពឹងទុកជាមធ្យមរាល់ឆ្នាំគឺចំនួន ១១៣.៤០០នាក់ ធៀបទៅនឹងមរណភាពដែលបានចុះបញ្ជីប្រចាំឆ្នាំមានតែ ៨.០០០នាក់ តែប៉ុណ្ណោះ)

ផ្អែកតាមគោលដៅរបស់គណៈកម្មាធិការព័ត៌មាន និងគណនេយ្យភាពសម្រាប់សុខភាពស្ត្រី និងកុមារ (COIA) ត្រឹមឆ្នាំ២០១៥ ប្រទេសជាច្រើនគួរមានការចុះបញ្ជីឱ្យបានពេញលេញកំណើតលើស ៧៥% មរណភាពលើស 60% និងមូលហេតុនៃការស្លាប់លើសពី ៦០% ។

ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានដែលមានដំណើរការល្អគឺមានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយនិរន្តរភាព។ អ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗនៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅប្រទេសកម្ពុជាបានទទួលស្គាល់នូវសារៈសំខាន់នៃប្រព័ន្ធ CRVS សម្រាប់ការការពារសិទ្ធិមនុស្ស ផលិតនូវព័ត៌មានសំខាន់ៗ គាំទ្រអភិបាលកិច្ចល្អ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងលទ្ធផលនៃអភិវឌ្ឍន៍ តាមដានពីការរីកចំរើនឆ្ពោះទៅរកការឯកភាពថ្នាក់ជាតិ និងអន្តរជាតិលើគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍។

ដំណើរការពិនិត្យ និងវិធីសាស្ត្រវាយតម្លៃ

សិក្ខាសាលារយៈពេលចំនួន ៣ថ្ងៃ ស្តីពីការវាយតម្លៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយក្រសួងមហាផ្ទៃដែលជាភ្នាក់ងារដឹកនាំរៀបចំសិក្ខាសាលានេះ សម្រាប់អ្នកពាក់ព័ន្ធទៅនឹងប្រព័ន្ធ CRVS ដើម្បីជួបប្រជុំពិភាក្សាគ្នា។ សិក្ខាសាលានេះគាំទ្របច្ចេកទេសដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) រួមទាំងសម្របសម្រួលដល់ដំណើរការនៃការវាយតម្លៃ (ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ WHO/UQ)។

អ្នកចូលរួមចំនួន ៧៤នាក់ មកពីក្រសួងពាក់ព័ន្ធ ដូចជាក្រសួងមហាផ្ទៃ ក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងផែនការថ្នាក់ខេត្ត ក្រុង ស្រុក និងឃុំ សង្កាត់ បានចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងដំណើរការសិក្សាវាយតម្លៃនេះ រួមទាំងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ដូចជា អង្គការយូនីសេហ្វ និងអង្គការ URC ផងដែរ។ របៀបវារៈ និងតារាងអ្នកចូលរួមមានភ្ជាប់មកជាមួយក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ១។

គោលបំណងនៃសិក្ខាសាលា

១.អ្នកពាក់ព័ន្ធទៅនឹងប្រព័ន្ធ CRVS ទាំងអស់បានជួបប្រជុំពិភាក្សាគ្នា ដើម្បីស្វែងយល់ដឹងពីសារៈសំខាន់ និងអត្ថប្រយោជន៍ នៃមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន

២.ណែនាំដល់អ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់អំពីសមាសភាគចម្បងចំនួន ៥ នៃមុខងារសំខាន់របស់ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន :

សមាសភាគ ក ៖ មូលដ្ឋានច្បាប់ និងធនធានសម្រាប់ CRVS

សមាសភាគ ខ ៖ ការអនុវត្តក្នុងការចុះបញ្ជី ការគ្របដណ្តប់ និងភាពពេញលេញ

សមាសភាគ គ ៖ សំបុត្រមរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់

សមាសភាគ ឃៈ ការអនុវត្តពាក់ព័ន្ធការចុះលេខកូដតាមចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ ICD

សមាសភាគ ង ៖ ការប្រើប្រាស់ និងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យ

៣. ត្រួតពិនិត្យមើលស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន កំណត់ឧបសគ្គ និងអនុសាសន៍ដែលជាសកម្មភាពសម្រាប់ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅប្រទេសកម្ពុជា។

សនិទានភាពដែលនាំឱ្យមានការរៀបចំធ្វើការវាយតម្លៃ គឺទោះបីជាប្រទេសកម្ពុជាមានប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានកំណើត និងមរណភាពក៏ដោយ ក៏ប៉ុន្តែសក្តានុពលនៃស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានមិនទាន់ត្រូវបានពិនិត្យឱ្យបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៅឡើយទេ។ លើសពីនេះ ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវគ្រប់ប្រព័ន្ធទាំងអស់ កើតមានឡើងដោយមានការវាយតម្លៃពីភាពខ្លាំង និងខ្សោយដែលកំពុងមាន។ ចាប់តាំងពីប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន (CRVS) គឺជាវិស័យមួយដែលមានភាពពាក់ព័ន្ធទៅនឹងវិស័យជាច្រើន ជាការចំបាច់ណាស់ដែលអ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ត្រូវតែជាផ្នែកមួយនៃយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការវាយតម្លៃ និងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង។ ការរកឃើញពីការវាយតម្លៃ បានបង្កើតឱ្យមានភស្តុតាងជាមូលដ្ឋានចាំបាច់ សម្រាប់ធ្វើការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងដែលអាចទុកចិត្តបាន និងសម្រាប់ជាទុនដើម្បីកៀរគរមូលនិធិក្នុងការអនុវត្តការងារនេះ។

អ្នកចូលរួមសិក្ខាសាលាចំនួន ៧៤នាក់ ត្រូវបានបែងចែកជា៥ក្រុមតូចៗ ដើម្បីធ្វើការពិភាក្សាលើសំណួរដែលបានរៀបចំ និងទាក់ទងនឹងអនុសមាសភាគនីមួយៗ។ ក្នុងពេលសិក្ខាសាលាវាយតម្លៃសម្រាប់សំណួរនីមួយៗ សិក្ខាកាមបានពិភាក្សាពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន បញ្ហាប្រឈម និងកត្តារាំងស្ទះ ព្រមទាំងអនុសាសន៍ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង។

ខាងក្រោមនេះជាក្រុមពិភាក្សាតូចៗ ៖

ក្រុមទី១៖ សមាសភាគ ក ៖ មូលដ្ឋានច្បាប់ និងធនធានសម្រាប់ CRVS

ក្រុមទី២៖ សមាសភាគ ខ ៖ ការអនុវត្តក្នុងការចុះបញ្ជី ការគ្របដណ្តប់ និងភាពពេញលេញ

ក្រុមទី៣៖ សមាសភាគ គ ៖ សំបុត្រមរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់

ក្រុមទី៤៖ សមាសភាគ ឃ ៖ ការអនុវត្តពាក់ព័ន្ធការចុះលេខកូដតាមចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ ICD

ក្រុមទី៥៖ សមាសភាគ ង ៖ ការប្រើប្រាស់ និងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យ

ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅប្រទេសកម្ពុជា បានបង្ហាញនូវចំណុចខ្លាំង និងចំណុចខ្សោយនៃប្រព័ន្ធទាំងពីរនេះ។ ដំណើរការនេះបានផ្តល់នូវចំណុចចាប់ផ្តើមនៃប្រព័ន្ធ និងភាពស្មុគស្មាញនៃបរិបទប្រវត្តិសាស្ត្រដែលកើតមានឡើង ភាគច្រើនបានទទួលជោគជ័យនៅក្នុងបណ្តាឆ្នាំចុងក្រោយចាប់តាំងពីត្រូវបានបង្កើតឡើង ជាពិសេសពាក់ព័ន្ធនឹងការចុះបញ្ជីកំណើត។ សម្រាប់ការចុះបញ្ជីមរណភាព លិខិតបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់ និងទិដ្ឋភាពស្ថិតិចម្រុះនៃប្រព័ន្ធ CRVS របស់ប្រទេសទាមទារកម្ពុជាឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ និងការពិចារណាលើការងារនេះថែមទៀត។ ការរកឃើញដែលបានបង្ហាញក្នុងរបាយការណ៍នេះ គឺជា

phaR

សេចក្តីសង្ខេបនៃការពិភាក្សារបស់អ្នកចូលរួមសិក្ខាសាលា និងការប្រជុំគ្នាជាមួយនឹងមន្ត្រីពាក់ព័ន្ធមកពីក្រសួងចំនួន ៣ មានក្រសួងមហាផ្ទៃ ក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងផែនការ។

សមាសភាគ គ : មូលដ្ឋានច្បាប់ និងធនធានសម្រាប់ CRVS

អនុសមាសភាគ គ១ : ក្របខណ្ឌច្បាប់ជាតិ សម្រាប់ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន

មុនសង្គ្រាមស៊ីវិល ប្រទេសកម្ពុជាធ្លាប់មានមូលដ្ឋានច្បាប់ (ក្រមរដ្ឋប្បវេណី) និងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានត្រឹមត្រូវមួយសម្រាប់ផ្តល់សេវាជូនប្រជាពលរដ្ឋ។ ក្រមរដ្ឋប្បវេណីបានអនុញ្ញាតឱ្យរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងមហាផ្ទៃ និងរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងយុត្តិធម៌ ដាក់ចេញសេចក្តីណែនាំរួមមួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទ និងនីតិវិធីនៃការងារអត្រានុកូលដ្ឋាន។ នៅពេលនោះ ការអនុវត្តដំណើរការបានល្អ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ដំណើរការនៃការអនុវត្តនេះមិនបានទូលំទូលាយទូទាំងប្រទេសទេ។ ប្រជាពលរដ្ឋដែលរស់នៅតំបន់ដាច់ស្រយាល នៅតែមិនមានសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋានប្រើប្រាស់។

នៅពេលប្រទេសមានសង្គ្រាមស៊ីវិល និងអស្ថិរភាពនយោបាយ នៅឆ្នាំ១៩៧០ ការអនុវត្តប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាននៅមានកម្រិត ដោយមានការអនុវត្តតែនៅក្នុងតំបន់ទីក្រុង ជាពិសេសក្រុងភ្នំពេញ។

ក្នុងអំឡុងពេលរបបខ្មែរក្រហម ពីឆ្នាំ១៩៧៥ ដល់ឆ្នាំ១៩៧៩ ការងារអត្រានុកូលដ្ឋានត្រូវបានលុបបំបាត់ចោលទាំងស្រុង ហើយឯកសារទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការងារអត្រានុកូលដ្ឋាន ក៏ត្រូវបានបំផ្លាញទាំងស្រុងផងដែរ។

បន្ទាប់ពីឆ្នាំ១៩៧៩ ដល់២០០២ ការងារអត្រានុកូលដ្ឋានបានចាប់ដំណើរការឡើងវិញទូទាំងប្រទេស។ ទោះបីជាយ៉ាងនេះក៏ដោយ ការចុះបញ្ជី និងទម្រង់បែបបទនៃការអនុវត្តមិនមានការឯកភាព ហើយការអនុវត្តការចុះបញ្ជីនៅក្នុងប្រទេសមានភាពផ្សេងៗគ្នាពីខេត្តមួយទៅខេត្តមួយ។ ទោះបីក្នុងរយៈពេលនេះ មានការធ្វើឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានក៏ដោយ ក៏ប្រជាជនភាគច្រើននៅតែមិនបានចុះបញ្ជី។

យោងតាមរយៈអនុក្រឹត្យលេខ ១០៣ អនក្រ.បក ចុះថ្ងៃទី២៩ ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០០ ស្តីពីអត្រានុកូលដ្ឋាន រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានបង្កើតនូវក្របខណ្ឌច្បាប់សម្រាប់ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាននៅក្នុងប្រទេស។ អនុក្រឹត្យនេះ បានដាក់ឱ្យអនុវត្តនៅថ្ងៃទី០១ ខែសីហា ឆ្នាំ២០០២ ក្នុងគោលបំណងផ្តល់ឱ្យប្រជាពលរដ្ឋទាំងអស់មានសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋានតាមទម្រង់បែបបទថ្មីនៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាននៅត្រឹមខែសីហា ឆ្នាំ២០០៥។

ក្នុងការខិតខំប្រឹងប្រែងកសាងឡើងវិញនូវហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរបរដ្ឋដែលបានបំផ្លិចបំផ្លាញ ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធតតិយុត្តនិងតុលាការ ប្រទេសកម្ពុជាបានសម្រេចនូវគោលដៅចម្បងរបស់ខ្លួននៅខែធ្នូ ឆ្នាំ២០១១ តាមរយៈការដាក់ឱ្យប្រើក្រមរដ្ឋប្បវេណីថ្មី ដែលក្នុងនោះមានបទបញ្ញត្តិពាក់ព័ន្ធការងារអត្រានុកូលដ្ឋានផងដែរ។

ក្នុងខណៈពេលដែលពុំទាន់មានច្បាប់ស្តីពីអត្រានុកូលដ្ឋានច្បាស់លាស់ក៏ដោយ ក៏ប៉ុន្តែមានលិខិតបទដ្ឋានច្បាប់ ឬជាបន្តបន្ទាប់ អនុក្រឹត្យដែលជាមូលដ្ឋានច្បាប់សម្រាប់អនុវត្តការងារអត្រានុកូលដ្ឋានក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដូចខាងក្រោម :

- ច្បាប់ស្តីពីសញ្ជាតិ
- ច្បាប់ស្តីពីអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារ

phaR

-ច្បាប់ស្តីពីអន្តោប្រវេសន៍

-ច្បាប់ស្តីពីការសុំកូនអន្តរប្រទេស

-អនុក្រឹត្យលេខ ១០៣ ស្តីពីអត្រានុកូលដ្ឋាន

មាត្រា៣ នៃអនុក្រឹត្យលេខ១០៣ អនក្រ.បក ចុះថ្ងៃទី២៩ ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០០ បានចែងពីកាតព្វកិច្ចប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាគ្រប់រូបក្នុងការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព។ កំណើតត្រូវតែទៅចុះបញ្ជីក្នុងរយៈពេល៣០ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកើត ការចុះបញ្ជីនេះមិនត្រូវបង់ប្រាក់ទេ។ ករណីទុកឱ្យហួស ៣០ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃកើតនឹងត្រូវបង់សេវាចំនួន ១០.០០០រៀល ស្មើ ២,៥០ដុល្លារសហរដ្ឋអាមេរិក។

ចំពោះមរណភាពតម្រូវឱ្យទៅចុះបញ្ជីក្នុងរយៈពេល ១៥ថ្ងៃក្រោយពីស្លាប់ ករណីលើសពីរយៈពេលនេះត្រូវបង់សេវាចំនួន ៣.០០០រៀល ស្មើ០,៧៥ដុល្លារសហរដ្ឋអាមេរិក ហើយការចុះបញ្ជីមរណភាពទុកឱ្យឆ្លងឆ្នាំ តម្រូវឱ្យសុំសាលក្រមស្តាពរពីតុលាការ។

នៅប្រទេសកម្ពុជា នៅតែមានគម្លាតធំមួយរវាងគោលដៅដែលរំពឹងទុកសម្រាប់ភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព ជាមួយនឹងភាពពេញលេញជាក់ស្តែងនៃការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព។ នេះបង្ហាញថាជំហានដ៏សំខាន់មួយតម្រូវឱ្យធ្វើឡើងដើម្បីពង្រឹងក្របខណ្ឌច្បាប់សម្រាប់ការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាពដ៏ចាំបាច់។ ដូចមានក្នុងគោលដៅរបស់ COIA ត្រឹមឆ្នាំ២០១៥ កម្ពុជាគួរមានភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីកំណើតឱ្យលើស ៧៥%។ ដូចមាននៅក្នុង CDHS 2010 ភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីកំណើតគឺចំនួន ៦២,១% សម្រាប់ក្មេងអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ។ ចំពោះការចុះបញ្ជីមរណភាពគម្លាតគឺកាន់តែធំ ដូចមានចែងក្នុងគោលដៅ COIA។ ភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីមរណភាព និងការបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់គួរតែលើសចំនួន ៦០% ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ផ្អែកលើការប៉ាន់ប្រមាណរបស់ក្រសួងមហាផ្ទៃ ភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីមរណភាពតិចជាង ១០% ដែលមានទិន្នន័យអាចជឿទុកចិត្តបាននូវភាពពេញលេញនៃការបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់។

ការចុះបញ្ជីមរណភាពបង្ហាញថាមានប្រមាណតិចជាង ១០% បើផ្អែកទៅតាមការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានដែលមានសំបុត្រមរណភាពចំនួនតែ ៨៤.០០០សំបុត្រប៉ុណ្ណោះ ដែលបានផ្តល់ជូនចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០២-២០១២។ ប្រទេសកម្ពុជាអាចរំពឹងថា មានអ្នកស្លាប់ប្រហាក់ប្រហែលចំនួន ១១៣.៤០០នាក់ ក្នុងមួយឆ្នាំ ដោយប្រើប្រាស់ចំណោលប្រជាជនរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិសម្រាប់អំឡុងពេល ២០០៥-២០១០ ជាមួយការចុះបញ្ជីមានត្រឹមប្រមាណ ៨.០០០នាក់ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ភាពពេញលេញអាចតិចជាងចំនួន ១០% (របាយការណ៍ប្រទេសកម្ពុជាដែលរៀបចំដោយសាកលវិទ្យាល័យឃ្វីនឡែន ខែសីហា ឆ្នាំ២០១២)។

អនុក្រឹត្យខាងលើនេះ ត្រូវបានធ្វើប្រតិភូកម្មអំណាច និងការទទួលខុសត្រូវទៅឱ្យក្រុមប្រឹក្សាឃុំ ឬក្រុមប្រឹក្សាសង្កាត់សម្រាប់ការចេញសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលមានមេឃុំ ចៅសង្កាត់ជាមន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានមូលដ្ឋាន។ ឪពុក ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលនៃកុមារមានកាតព្វកិច្ចក្នុងការរាយការណ៍សម្រាប់ការចុះបញ្ជីកំណើត។ ចំពោះមរណភាពវិញ សាច់ញាតិនៃអ្នកស្លាប់ ប្តី ឬប្រពន្ធ ឬឪពុកម្តាយ មានកាតព្វកិច្ចទៅចុះបញ្ជីមរណភាព។

ដូចមាននៅក្នុងអនុក្រឹត្យលេខ ១០៣ អនក្រ.បក ចុះថ្ងៃទី២៩ ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០០ កំណើត និងមរណភាព ត្រូវចុះបញ្ជី

នៅទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ ហើយកន្លែងនៃការកើតឡើងជាក់ស្តែងមិនត្រូវបានកត់ត្រាចូលក្នុងសំបុត្រកំណើតឡើយ។

ដូចមានក្នុងមាត្រា ៥៨ នៃអនុក្រឹត្យលេខ ១០៣ អនក្រ.បក ចុះថ្ងៃទី២៩ ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០០ : ការសុំសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋានកំណើត និងមរណភាព អ្នកមកសុំមិនតម្រូវឱ្យបង់ថ្លៃអ្វីឡើយ ក្នុងករណីចុះបញ្ជីទាន់ពេលវេលា។ ការសុំច្បាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងការចុះសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋានអាពាហ៍ពិពាហ៍ ការសុំបញ្ជាក់កំណើត បញ្ជាក់អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងបញ្ជាក់មរណភាព អ្នកសុំត្រូវបង់ថ្លៃក្រដាសតាមការកំណត់។ រាល់ការសុំចម្លង ឬសម្រង់សំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋាន អ្នកមកសុំត្រូវមកបង់ថ្លៃក្រដាស និងថ្លៃបិទតែមប្រ៊ី ដើម្បីជាប្រយោជន៍សម្រាប់ឃុំ សង្កាត់ និងចំណូលថវិការដ្ឋ។ ថ្លៃក្រដាសអត្រានុកូលដ្ឋាន និងថ្លៃតែមប្រ៊ីត្រូវកំណត់ដោយអនុក្រឹត្យ តាមសេចក្តីស្នើសុំរបស់រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ និងរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងមហាផ្ទៃ។

មិនមានកាតព្វកិច្ចផ្លូវច្បាប់ណាមួយតម្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យ ឬមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរាយការណ៍ពីកំណើត និងមរណភាពទេ។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ (មានផ្នែកឯកជនតិចតួច) រាយការណ៍តែព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗដែលកើតមានឡើងនៅក្នុងស្ថាប័នរបស់ពួកគេទៅក្រសួងសុខាភិបាលប៉ុណ្ណោះ តាមរយៈប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល (HMIS)។ នាថ្ងៃមុខ ជាអនុសាសន៍គឺថា ច្បាប់គួរមានចែងពីសេចក្តីរាយការណ៍ចាំបាច់នៃព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗ (កើត ស្លាប់) ដែលកើតឡើងក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទៅក្នុងប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋាន។ លើសពីនេះ របាយការណ៍ចាំបាច់ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលអាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលទៅក្នុងច្បាប់ស្តីពីសុខភាពសាធារណៈ។ មិនមានច្បាប់ណាមួយបានចែងថា តើនរណាជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ ហើយបញ្ហានេះតម្រូវឱ្យមានការបញ្ចូលទៅក្នុងក្របខណ្ឌច្បាប់ថ្មី ស្តីពីអត្រានុកូលដ្ឋាននៃប្រទេសកម្ពុជា។

មាត្រា ៣៧ នៃអនុក្រឹត្យលេខ ១០៣ បានចែងថា ត្រូវមានឯកសារផ្លូវការមុននឹងបញ្ចុះសព ហើយឯកសារផ្លូវការនេះត្រូវចេញដោយមេឃុំ ចៅសង្កាត់ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការងារនេះមិនត្រូវបានអនុវត្តទេ ហើយការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចុះសពត្រូវបានស្នើឡើងផ្អែកលើករណីពិសេសតែប៉ុណ្ណោះ។

អនុក្រឹត្យលេខ ១០៣ បានលើកឡើងពីរចនាសម្ព័ន្ធ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រសួងមហាផ្ទៃ នៅថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់រាជធានី ខេត្ត ក្រុង ស្រុក ខណ្ឌ និងថ្នាក់ឃុំ សង្កាត់។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវនៃអ្នកពាក់ព័ន្ធដទៃទៀត ដូចជា ក្រសួងសុខាភិបាល ផ្នែកប៉ូលីស ក្រសួងផែនការ មិនបានលើកឡើងក្នុងអនុក្រឹត្យនេះទេ។ ដូចមាននៅក្នុងមាត្រា ៩ នៃអនុក្រឹត្យលេខ ១០៣ បានចែងថា : មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានមានភារកិច្ច ដូចជា :

- ទទួលពិនិត្យ កត់ត្រា រឿងហេតុសំខាន់ៗទាក់ទងនឹង កំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងមរណភាពនៃជនទាំងឡាយចុះក្នុងសៀវភៅអត្រានុកូលដ្ឋាន
- ចេញសេចក្តីចម្លង ឬសម្រង់ នៃអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលមានក្នុងឆ្នាំមិនទាន់ដាច់
- កែតម្រូវអក្ខរាវិរុទ្ធ លើអត្រានុកូលដ្ឋានក្នុងឆ្នាំមិនទាន់ដាច់ តាមលក្ខខណ្ឌមាត្រា ១៣ នៃអនុក្រឹត្យនេះ
- អនុញ្ញាតឱ្យរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងធ្វើបុណ្យបូជា ឬបញ្ចុះសព
- ទទួលខុសត្រូវចំពោះសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលខ្លួនបានអនុវត្ត
- ចុះហត្ថលេខា និងបោះត្រា លើសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋាន
- កែតម្រូវ ឬបដិសេធអត្រានុកូលដ្ឋានតាមអំណាចសាលក្រមស្ថាពររបស់តុលាការ ឬតាមបទបញ្ញត្តិនៃច្បាប់ phar

- ថែរក្សាទុកដាក់សៀវភៅអត្រានុកូលដ្ឋាន តាមប្រភេទឱ្យបានគត់មត់ល្អ ងាយស្រួលក្នុងការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រង
- បញ្ជូនសៀវភៅអត្រានុកូលដ្ឋានឆ្នាំដែលដាច់ទៅ យកទៅតម្កល់ទុកនៅសាលាក្រុង ឬសាលាស្រុក ឬសាលាខណ្ឌ ០១ ច្បាប់ និងទៅតុលាការរាជធានី ខេត្តសាមី ០១ ច្បាប់ ។
- ផ្សព្វផ្សាយដល់ប្រជាពលរដ្ឋក្នុងឃុំ ឬសង្កាត់ ឱ្យបានយល់ដឹងពីកាតព្វកិច្ចរបស់ខ្លួន ចំពោះអត្រានុកូលដ្ឋាន និងបង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់ប្រជាពលរដ្ឋ ដែលមកទំនាក់ទំនងអំពីអត្រានុកូលដ្ឋាន
- ធ្វើរបាយការណ៍អំពីកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ មរណភាព ចំនួនគ្រួសារ ចំនួនប្រជាពលរដ្ឋក្នុងឃុំ ឬសង្កាត់ជារៀងរាល់ខែ និងរាល់ដំណាច់ឆ្នាំនីមួយៗ ផ្ញើទៅសាលាក្រុង ស្រុក ខណ្ឌ សាមី និង
- សហការជាមួយសមត្ថកិច្ចនៅមូលដ្ឋាន អំពីការងារអត្រានុកូលដ្ឋានក្នុងករណីចាំបាច់ ។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មិនមានឧបករណ៍ផ្លូវច្បាប់ដែលកំណត់អំពីការបង្កើតស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានចេញពីប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានខាងលើនេះទេ ។

លើសពីនេះ អនុក្រឹត្យមិនបានលើកឡើងពីថវិកាគាំទ្រសម្រាប់ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានផងដែរ ។ ថវិកាសម្រាប់ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅថ្នាក់ឃុំ សង្កាត់ គឺជាផ្នែកមួយនៃផែនការអភិវឌ្ឍន៍ឃុំ សង្កាត់ និងថវិកាដែលប្រមូលបានពីការចេញសេចក្តីចម្លងសំបុត្រកំណើត មរណភាព និងអាពាហ៍ពិពាហ៍ ដែលបង់ចូលរតនាគារ និងបន្ទាប់មកផ្តល់ជូនឃុំ សង្កាត់វិញ ។

អនុក្រឹត្យនេះ ចែងពីការគ្របដណ្តប់លើប្រជាពលរដ្ឋទាំងអស់ដែលរស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាស្របច្បាប់ និងប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាដែលកំពុងរស់នៅឯក្រៅប្រទេស ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ កម្មករចំណាកស្រុក និងអ្នកសុំសិទ្ធិជ្រកកោន ឬជនភៀសខ្លួន មិនបានគ្របដណ្តប់នៅក្នុងអនុក្រឹត្យស្តីពីអត្រានុកូលដ្ឋាននេះទេ ។ សម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាដែលរស់នៅក្រៅប្រទេស ពួកគេអាចទទួលបានសំបុត្រកំណើត នៅពេលដែលពួកគេមកប្រទេសកម្ពុជា ប្រសិនបើពួកគេមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។ លើសពីនេះ មាត្រា ១១ នៃអនុក្រឹត្យនេះ បានចែងថា ស្ថានទូតកម្ពុជា មានតួនាទីជាមន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋាន សម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាដែលរស់នៅក្រៅប្រទេស ។ ប៉ុន្តែជាក់ស្តែងត្រូវមានសេចក្តីណែនាំរួមមួយដែលឱ្យមានការពិភាក្សារវាងក្រសួងមហាផ្ទៃ និងក្រសួងការបរទេស និងសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ ដើម្បីការអនុវត្តការងារនេះ ។

ទស្សនវិស័យមួយចំនួន នៃដំណើរការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានបច្ចុប្បន្ននេះ តម្រូវឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរ ដោយសារក្រមរដ្ឋប្បវេណីថ្មី ។ ក្រមច្បាប់ស្តីពីអត្រានុកូលដ្ឋានថ្មី គឺកំពុងស្ថិតក្នុងសេចក្តីព្រាងនៅឡើយដែលនឹងរួមបញ្ចូលទាំងអស់ពីដំណើរការ ការរៀបចំអត្តសញ្ញាណ រួមមាន លិខិតឆ្លងដែន សៀវភៅគ្រួសារ និងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណផងដែរ ។

អនុសមាសភាគ ក២ : ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងធនធាន

យោងលើរចនាសម្ព័ន្ធនៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានក្នុងប្រទេសកម្ពុជា សាលាឃុំ សង្កាត់ចំនួន ១,៦៣៣ បានបំពេញមុខងារជាកន្លែងចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាននៅទូទាំងប្រទេស ។ មេឃុំ ចៅសង្កាត់ ដែលត្រូវ Phor

បានបោះឆ្នោតជ្រើសរើសដោយប្រជាពលរដ្ឋរៀងរាល់ ៥ឆ្នាំម្តង មានមុខងារជាមន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋាន។ ការិយាល័យអត្រានុកូលដ្ឋាន មាននៅថ្នាក់ ក្រុង ស្រុក ខណ្ឌ ថ្នាក់រាជធានី ខេត្ត និងថ្នាក់ជាតិ ប៉ុន្តែមានសាលាឃុំ សង្កាត់តែមួយគត់ដែលបំពេញមុខងារចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន។ ការយល់ដឹងជាទូទៅក្នុងចំណោមអ្នកពាក់ព័ន្ធ បង្ហាញថាកន្លែងចុះបញ្ជីមានការគ្រប់ដណ្តប់គ្រប់គ្រាន់ល្អ ក៏ប៉ុន្តែការខ្វះខាតពីការផ្សព្វផ្សាយពីសារៈប្រយោជន៍នៃសំបុត្រកំណើត និងសំបុត្រមរណភាពក៏នៅមានច្រើន ដែលរាំងស្ទះដល់ភាពពេញលេញនៃការអនុវត្ត។

ស្របតាមជំពូកទី១២ នៃអនុក្រឹត្យលេខ១០៣ ថវិកាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ធ្វើការបោះពុម្ពសំបុត្រ និងសៀវភៅអត្រានុកូលដ្ឋាន និងការបណ្តុះបណ្តាល ត្រូវបានទទួលការវិភាជន៍ពីថ្នាក់ជាតិ ប៉ុន្តែមិនមានថវិកាវិភាជន៍សម្រាប់ធ្វើការបណ្តុះបណ្តាលដល់មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានជាទៀងទាត់ទេ។

ជំពូកទី១២ : អំពីថវិកា អត្រានុកូលដ្ឋាន

មាត្រា ៥៦ ចែងថា “ ការបោះពុម្ពសៀវភៅ សំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋាន និងការបណ្តុះបណ្តាល អំពីការងារអត្រានុកូលដ្ឋានដល់មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានទូទាំងប្រទេសត្រូវស្ថិតក្នុងបន្ទុកថវិការដ្ឋ។ ”

មាត្រា ៥៧ ចែងថា “ ក្រសួងមហាផ្ទៃត្រូវលើកគម្រោងថវិកាប្រចាំឆ្នាំ សម្រាប់ការសុំបោះពុម្ពសៀវភៅ សំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋាន និងការបណ្តុះបណ្តាលការងារអត្រានុកូលដ្ឋាន។ ”

មាត្រា ៥៨ ចែងថា “ ការសុំចុះសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋាន កំណើត និងមរណភាព អ្នកមកសុំមិនតម្រូវឱ្យបង់ថ្លៃអ្វីឡើយ។ ការសុំច្បាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងការចុះសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋានអាពាហ៍ពិពាហ៍ ការសុំបញ្ជាក់កំណើត បញ្ជាក់អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងបញ្ជាក់មរណភាព អ្នកសុំត្រូវបង់ថ្លៃក្រដាសតាមការកំណត់។ រាល់ការសុំចម្លង ឬ សម្រង់សំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋានអ្នកមកសុំត្រូវមកបង់ថ្លៃក្រដាស និងថ្លៃបិទតែមប្រ៊ី ដើម្បីជាប្រយោជន៍សម្រាប់ ឃុំ ឬសង្កាត់ និងចំណូលថវិការដ្ឋ។ ថ្លៃក្រដាសអត្រានុកូលដ្ឋាន និងថ្លៃតែមប្រ៊ីត្រូវកំណត់ដោយអនុក្រឹត្យ តាមសេចក្តីស្នើសុំរបស់រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ និងរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងមហាផ្ទៃ។ ”

ការយល់ដឹងជាទូទៅ ខណៈពេលដែលមិនមានថវិកាវិភាជន៍សម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល និងសម្ភារៈសម្រាប់ការងារអត្រានុកូលដ្ឋាន នៅក្នុងសេចក្តីណែនាំនាពេលកន្លងមកដែលទាក់ទងការងារអត្រានុកូលដ្ឋាន ត្រូវបានធ្វើការផ្សព្វផ្សាយជាសាធារណៈ តែការបណ្តុះបណ្តាលនៅទូទាំងប្រទេស ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងឆ្នាំ២០០២ និង២០០៥។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ ចាំបាច់ត្រូវធ្វើការវិភាជន៍ថវិកាឱ្យបានទៀងទាត់សម្រាប់សកម្មភាពបណ្តុះបណ្តាលនៅឯថ្នាក់ជាតិដូច្នេះវគ្គរំលឹកឡើងវិញ អាចត្រូវបានរៀបចំរៀងរាល់ឆ្នាំ។

ក្នុងឆ្នាំ២០១២ ដោយមានការគាំទ្រពីបណ្តាញវង្វាស់សុខភាពសុខាភិបាល (HMN) សៀវភៅណែនាំសម្រាប់បណ្តុះបណ្តាលការងារអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលគ្របដណ្តប់ទៅលើការចុះបញ្ជីកំណើត មរណភាព និងអាពាហ៍ពិពាហ៍ ត្រូវបានរៀបចំឡើងវិញ និងផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលដល់ខេត្តចំនួន ០៥ ភ្ជាប់ជាមួយនឹងការបែងចែកសៀវភៅនេះផង។ ជំហានខាងមុខ សៀវភៅណែនាំនេះ ដោយភ្ជាប់ជាមួយនឹងការបណ្តុះបណ្តាល គួរត្រូវផ្តល់ឱ្យបានទូទាំងប្រទេស។

phar

ចំណុចរាំងស្ទះ

- មិនមានកាតព្វកិច្ចចែងក្នុងច្បាប់ដែលតម្រូវឱ្យមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ធ្វើការរាយការណ៍ពីព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗ (កើត និងស្លាប់) នៃអត្រានុកូលដ្ឋាន
- មិនបាននិយាយអំពីថា តើនរណាជាអ្នកដែលបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់
- ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ពីទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាន មិនឃើញមានការគ្របដណ្ដប់
- មុខងារ និងការទទួលខុសត្រូវនៃក្រសួងស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ដូចជា ក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងផែនការ ចាំបាច់កំណត់ឱ្យបានច្បាស់លាស់។

អនុសាសន៍

ការពង្រឹងការងារអត្រានុកលដ្ឋាន ផ្នែកច្បាប់ គឺជាវិធីតែមួយគត់ ដើម្បីធានានិរន្តរភាព ស្ថិរភាព ភាពត្រឹមត្រូវ និងភាពទូលំទូលាយ នៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន។ ចំណុចជាអនុសាសន៍សំខាន់ៗខាងក្រោមនេះដែលបានស្នើដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងក្របខណ្ឌច្បាប់ និងធនធានចាំបាច់មួយចំនួន សម្រាប់ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន សម្រាប់ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា :

១.ការទទួលស្គាល់មុខងារស្ថិតិ និងទិន្នន័យនៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន : បច្ចុប្បន្ននេះ មិនមានស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ ឬគណនា ឬផលិត ដោយផ្អែកលើទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានទេនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានគ្រាន់តែផ្ដល់នូវសេវាដែលមានតម្លៃ តាមរយៈការប្រមូល ចរិកលក្ខណៈបន្ថែមពីព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋានដែលពួកគេបានចុះបញ្ជីសម្រាប់គោលបំណងស្ថិតិតែប៉ុណ្ណោះ។ ការទទួលបានទិន្នន័យស្ថិតិដែលជាសមិទ្ធផលនៃដំណើរការរដ្ឋបាល គឺមានតម្លៃទាប ហើយត្រូវតែជៀសវាងនូវការប្រមូលទិន្នន័យស្ទួនៗគ្នាដោយភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលផ្សេងៗគ្នា។ តួនាទីនៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានទាមទារឱ្យមានការទទួលស្គាល់ដោយច្បាប់ និងមានធនធានគ្រប់គ្រាន់ ដោយគួរបង្កើតឱ្យមានការធានានូវនិរន្តរភាព និងប្រសិទ្ធភាព។ តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រសួងផែនការ នៅក្នុងការប្រមូល ចងក្រង និងបោះពុម្ពទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាន គួរត្រូវបានកំណត់ឱ្យច្បាស់ និងបញ្ចូលទៅក្នុងច្បាប់ស្ដីពីអត្រានុកូលដ្ឋាន។

២.ការបញ្ចូលទិដ្ឋភាពសុខាភិបាលទៅក្នុងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានក្នុងក្របខណ្ឌច្បាប់: ចំណុចនេះត្រូវបានផ្ដល់អនុសាសន៍ថា ច្បាប់គួរបញ្ចូលការផ្ដល់ព័ត៌មានចាំបាច់ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៃព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗ (កើត និងស្លាប់) ដែលកើតឡើងក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទៅក្នុងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន។ លើសពីនេះ របាយការណ៍ចាំបាច់ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលគួរត្រូវបញ្ចូលទៅក្នុងច្បាប់ស្ដីពីសុខភាពសាធារណៈ។ ពុំមានការលើកឡើងថាតើនរណាជាអ្នកទទួលខុសត្រូវលើការបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់ទេ ច្បាប់តម្រូវឱ្យមានការបញ្ចូលនូវសមាសភាគមូលហេតុនៃការស្លាប់ ដែលចាំបាច់ត្រូវមានលិខិតបញ្ជាក់ពីវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់មរណភាពទាំងអស់ដែលកើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។

៣.ការកំណត់ឱ្យច្បាស់ពីតួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ : ក្របខណ្ឌច្បាប់គួរចែងឱ្យបានច្បាស់អំពីតួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រសួងស្ថាប័នដែលពាក់ព័ន្ធ ជាពិសេសក្រសួងសុខាភិបាល និង

phar

ក្រសួងផែនការ ។ លើសពីនេះ ដោយភ្ជាប់ការចុះបញ្ជីមរណភាពជាមួយនឹងលិខិតអនុញ្ញាតបញ្ជូនសាកសពទៅកន្លែងបញ្ចុះ ឬជាមួយនឹងការផ្តល់ប្រាក់វិភាជន៍សម្រាប់បញ្ចុះ ដែលអាចលើកទឹកចិត្តដល់ការចុះបញ្ជីមរណភាពបានលឿន។ ការចូលរួមរបស់គ្រូពេទ្យ និងឆ្មប គួរមានកាតព្វកិច្ចរាយការណ៍ទៅមេឃុំ ចៅសង្កាត់ ពីព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗ (កើត និងស្លាប់) ។ ដូច្នេះ ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ សង្កាត់ ដែលមានមេភូមិ ជាជំនួយការ អាចជួយជំរុញឱ្យមានការចុះបញ្ជីយ៉ាងសកម្មផងដែរ ។ ក្របខណ្ឌច្បាប់ គួរបង្កើតឱ្យមានជាកាតព្វកិច្ចសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដើម្បីរាយការណ៍ពីព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗ (កើត និងស្លាប់) ហើយព័ត៌មានទាំងនេះគួរត្រូវបានចែករំលែកជាមួយនឹងក្រសួងមហាផ្ទៃ។

៤.គុណភាព និងភាពពេញលេញ នៃការបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ : រហូតមកទល់ពេលនេះនៅប្រទេសកម្ពុជា ការរាយការណ៍ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ គឺត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយមន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋាន (ពុំមានជំនាញពេទ្យ) ហើយសន្មត់ជាប្រភេទជំងឺដោយមិនដឹង។ ការអនុវត្តន៍ផ្តល់ឱ្យនូវព័ត៌មានមូលហេតុនៃការស្លាប់តិចតួចពីទស្សនៈវិស័យសុខភាពសាធារណៈ និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន។ ថ្វីបើ ការអនុវត្តន៍ការបញ្ជាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីមរណភាពទាំងអស់មិនអាចធ្វើបានភ្លាមៗនោះ ការផ្លាស់ប្តូរក្របខណ្ឌច្បាប់ដើម្បីឱ្យមានការយល់ព្រមនូវការបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រពីមូលហេតុមរណភាព (ជាពិសេស សម្រាប់អ្នកដែលបានស្លាប់នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល) ហើយនឹងការប្រើប្រាស់កោសល្យវិច័យផ្ទាល់មាត់ គឺជាជំហានដំបូងឆ្ពោះទៅការអនុវត្តដ៏ល្អប្រសើរក្នុងពេលណាមួយនៅកម្រិតមូលដ្ឋានដែលមរណភាពកើតឡើងជាយថាហេតុ។

៥.ការបែងចែកធនធានឱ្យបានច្រើនសមស្រប : សម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល ការជ្រើសរើសបុគ្គលិក និងការរក្សាទុកនូវធនធានមនុស្ស។ លើសពីនេះ ធនធានសម្រាប់ប្រព័ន្ធព័ត៌មានវិទ្យាស្ថិតិ និងអត្រានុកូលដ្ឋាន ចាំបាច់ត្រូវមានប្រព័ន្ធទិន្នន័យស្ថិតិ និងអត្រានុកូលដ្ឋានជាតិមួយដែលជាគោល។ ការបណ្តុះបណ្តាលជាទៀងទាត់អំពីប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន និងកិច្ចសហប្រតិបត្តិជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាលក្នុងសហគមន៍ជាតម្រូវការដ៏ចាំបាច់ ជាពិសេសអំពីមូលហេតុនៃមរណភាព តាមរយៈការធ្វើកោសល្យវិច័យផ្ទាល់មាត់ ។

សមាសភាគ ខ : ការអនុវត្តក្នុងការចុះបញ្ជី ការគ្រប់ដណ្តប់ និងភាពពេញលេញ

អនុសមាសភាគ ខ១- រចនាសម្ព័ន្ធ និងមុខងារនៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន

មេឃុំ ចៅសង្កាត់ទូទាំង ១,៦៣៣ ឃុំ សង្កាត់ ត្រូវបានចាត់តាំងជាមន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានសម្រាប់អនុវត្តការងារចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាននៅមូលដ្ឋាន។ ការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាននៅតែពឹងផ្អែកលើក្រដាស និងកត់ត្រាចូលក្នុងសៀវភៅភ្លោះ។

ដូចមានក្នុងគោលដៅរបស់ COIA ត្រឹមឆ្នាំ២០១៥ កម្ពុជាគួរមានភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីកំណើតឱ្យលើសចំនួន ៧៥% ។ ដូចមាននៅក្នុង CDHS 2010 ភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីកំណើតគឺចំនួន ៦២,១% សម្រាប់ក្មេងអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ។ ចំពោះការចុះបញ្ជីមរណភាព គន្លាតគឺកាន់តែធំ ដូចមានចែងក្នុងគោលដៅ COIA។ ភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីមរណភាព និងការបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់គួរតែលើសចំនួន ៦០% ។ ទោះជាយ៉ាង phar

ណាក៏ដោយ ផ្អែកលើការប៉ាន់ប្រមាណរបស់ក្រសួងមហាផ្ទៃ ភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីមរណភាពតិចជាងចំនួន ១០% ដែលមានទិន្នន័យអាចជឿទុកចិត្តបាននូវភាពពេញលេញនៃការបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់ ។

ការចុះបញ្ជីមរណភាពបង្ហាញថាមានប្រមាណតិចជាង ១០% បើផ្អែកទៅតាមការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានដែលមានសំបុត្រមរណភាពចំនួនតែ ៨៤.០០០សំបុត្រប៉ុណ្ណោះ ដែលបានផ្ដល់ជូនចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០២-២០១២ ។ ប្រទេសកម្ពុជាអាចរំពឹងថា មានអ្នកស្លាប់ប្រហាក់ប្រហែលចំនួន ១១៣.៤០០នាក់ ក្នុងមួយឆ្នាំ ដោយប្រើប្រាស់ចំណោលប្រជាជនរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិសម្រាប់អំឡុងពេល ២០០៥-២០១០ ជាមួយការចុះបញ្ជីមានត្រឹមប្រមាណ ៨.០០០នាក់ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ។ ភាពពេញលេញអាចតិចជាងចំនួន ១០% (របាយការណ៍ប្រទេសកម្ពុជាដែលរៀបចំដោយសាកលវិទ្យាល័យឃ្វីនឡែន ខែសីហា ឆ្នាំ២០១២) ។

យោងលើការវិវត្តន៍នៃប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋាននៅប្រទេសកម្ពុជា ប្រព័ន្ធនេះបានឆ្លងកាត់ដំណាក់កាលជាច្រើនពីឆ្នាំ ១៩៧៩-២០០២ ហើយសមិទ្ធផលនៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានពឹងផ្អែកទៅលើអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន និងគ្មានទម្រង់រួមមួយច្បាស់លាស់នៅទូទាំងប្រទេសសម្រាប់ការចុះបញ្ជីព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗនោះទេ ។

នៅថ្ងៃទី២៩ ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០០ អនុក្រឹត្យលេខ ១០៣ អនក្រ.បក ត្រូវបានបង្កើតឡើង និងចាប់ផ្ដើមអនុវត្តពីថ្ងៃទី០១ ខែសីហា ឆ្នាំ២០០២ ។ អំឡុងពេលឆ្នាំ២០០២-២០០៤ មានចំនួន០៦ប្រភេទក្នុងការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលក្នុងនោះកំណើត មរណភាព និងអាពាហ៍ពិពាហ៍ត្រូវបានចុះបញ្ជីដោយផ្អែកតាមពេលវេលាដែលកើតមានឡើងជាក់ស្ដែងរួមមាន :

១. កំណើត : កំណើតដែលបានចុះបញ្ជីក្នុងរយៈពេល ៣០ថ្ងៃក្រោយកើត
២. បញ្ជាក់កំណើត : កំណើតដែលបានចុះបញ្ជីក្រោយ ៣០ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីកើត
៣. មរណភាព : មរណភាពដែលចុះបញ្ជីក្នុងរយៈពេល ១៥ថ្ងៃ ក្រោយស្លាប់ ដែលស្លាប់ក្រោយថ្ងៃទី០១ ខែសីហា ឆ្នាំ២០០២
៤. បញ្ជាក់មរណភាព : រាល់មរណភាពទាំងអស់ដែលកើតមុនថ្ងៃទី០១ ខែសីហា ឆ្នាំ២០០២
៥. អាពាហ៍ពិពាហ៍ : អាពាហ៍ពិពាហ៍ទាំងអស់ដែលចុះបញ្ជីក្នុងរយៈពេល ៣០ថ្ងៃក្រោយកើតហេតុ ដែលកើតឡើងក្រោយថ្ងៃទី០១ ខែសីហា ឆ្នាំ២០០២
៦. បញ្ជាក់អាពាហ៍ពិពាហ៍ : អាពាហ៍ពិពាហ៍ទាំងអស់ដែលកើតមានមុនថ្ងៃទី០១ ខែសីហា ឆ្នាំ២០០២ ។

ក្នុងអំឡុងពេលឆ្នាំ ២០០៤-២០០៦ មរណភាពទាំងអស់ដែលចុះបញ្ជីក្រោយរយៈពេល ១៥ថ្ងៃ គឺត្រូវចុះបញ្ជីជាសំបុត្របញ្ជាក់មរណភាព ។ ក៏ប៉ុន្តែ ចាប់ពីឆ្នាំ២០០៧ មកដល់បច្ចុប្បន្ន (២០១៣) ការបែងចែកប្រភេទនៃការបញ្ជាក់មរណភាព និងបញ្ជាក់អាពាហ៍ពិពាហ៍ត្រូវបានលុបបំបាត់ តែប្រភេទកំណើត និងបញ្ជាក់កំណើត (ចុះបញ្ជីក្រោយ៣០ថ្ងៃ) គឺនៅតែប្រើប្រាស់ ។

ចាប់ពីឆ្នាំ ២០០៤-២០០៦ យុទ្ធនាការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានចល័តនៅកម្ពុជាបានទទួលភាពជោគជ័យ និងបានជួយដល់ការជំរុញការចុះបញ្ជីកំណើត ពីចំនួន ៥% មុនយុទ្ធនាការឡើងទៅ ៩០% ក្រោយពេលយុទ្ធនាការ ។ ក្នុងអំឡុង

ពេលយុទ្ធនាការ ការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានចល័តរួមមានសំបុត្រកំណើត និងមរណភាពត្រូវបានផ្តល់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ក្រសួងមហាផ្ទៃ ដែលគាំទ្រដោយ ADB បានរៀបចំឱ្យមានការបណ្តុះបណ្តាលនៅទូទាំងប្រទេសលើការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានសម្រាប់ក្រុមការងារចល័ត។ លើសពីនេះ ADB បានផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តដល់ក្រុមចុះបញ្ជីចល័តចំនួន ៥ ដុល្លារសហរដ្ឋអាមេរិក ក្នុង១០០បញ្ជី។

សាលាឃុំ សង្កាត់ក៏បានជួយផ្សព្វផ្សាយពីសារៈសំខាន់នៃការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានដទៃទៀតដូចជា អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងមរណភាព និងការចុះបញ្ជីត្រូវបានពិភាក្សាយ៉ាងទៀងទាត់នៅក្នុងកិច្ចប្រជុំប្រចាំខែរបស់ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ។ ឃុំសង្កាត់ខ្លះថែមទាំងផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តចំនួន ៥.០០០រៀល (ចំនួន ១,២៥ ដុល្លារសហរដ្ឋអាមេរិក) ដល់ការបញ្ចុះសពសមាជិកគ្រួសារ នៅពេលមានការចុះបញ្ជីមរណភាព។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ ការអនុវត្តនេះមិនទាន់ត្រូវបានបង្កើតឡើង ក៏គំនិតបានអនុវត្តរួចហើយដែលផ្តួចផ្តើមលើកឡើងពីក្រុមប្រឹក្សាឃុំ សង្កាត់។

នៅឆ្នាំ២០១៣ អង្គការ UNICEF កំពុងគាំទ្រដល់យុទ្ធនាការផ្សព្វផ្សាយការយល់ដឹងតាមរយៈស្ព័តវិទ្យុ និងផ្ទាំងរូបភាពនៅទូទាំងប្រទេសដើម្បីលើកកំពស់ការយល់ដឹងទាក់ទងនឹងការចុះបញ្ជីកំណើត មរណភាព និងអាពាហ៍ពិពាហ៍។ សកម្មភាពនេះកំពុងតែអនុវត្ត ហើយលទ្ធផលនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃជាបន្តបន្ទាប់ ចំពោះអត្រាកំណើននៃការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន។

ចាប់ពី ឆ្នាំ២០០៧ គ្រប់ឃុំ សង្កាត់មានគណៈកម្មាធិការទទួលបន្ទុកកិច្ចការស្ត្រី និងកុមារ (CCWC) ដែលមានសមាភាពដូចខាងក្រោម :

មេឃុំ ឬចៅសង្កាត់	ប្រធាន
ជំទប់ទី២ ឬចៅសង្កាត់រងទី២	អនុប្រធាន
អ្នកទទួលបន្ទុកកិច្ចការស្ត្រី និងកុមារឃុំ ឬសង្កាត់	សមាជិកអចិន្ត្រៃយ៍
ស្មៀនឃុំ ឬសង្កាត់	សមាជិក
ប្រធានប៉ុស្តិ៍នគរបាលរដ្ឋបាលឃុំ ឬសង្កាត់	សមាជិក
នាយកសាលា ឬអ្នកតំណាង	សមាជិក
ប្រធានមណ្ឌលសុខភាព ឬអ្នកតំណាង	សមាជិក
មេភូមិ ឬអនុប្រធានភូមិ	សមាជិក

គណៈកម្មាធិការទទួលបន្ទុកកិច្ចការស្ត្រី និងកុមារឃុំ សង្កាត់ (CCWC) ជួបប្រជុំជារៀងរាល់ខែដែលមានតំណាងពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ទៅនឹង CRVS ដែលនេះគឺជាវេទិកាដ៏ល្អមួយ ក្នុងការគាំទ្រកំណើននៃភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព។ នៅពេលដែលការចុះបញ្ជីកំណើត បានតភ្ជាប់ទៅនឹងតួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ CCWC។ ការចុះបញ្ជីមរណភាពទាមទារឱ្យមានការជួយគាំទ្រស្មើគ្នា ឬដូចៗគ្នា។

pl̲aR

ផ្នែកមួយក្នុងអាណត្តិរបស់ CCWC ស្មៀនឃុំ សង្កាត់ ដោយសម្របសម្រួល និងសហការជាមួយមេភូមិ គឺទាមទារឱ្យមានការលើកទឹកចិត្តដល់ឪពុកម្ដាយទាំងអស់ ដើម្បីចុះបញ្ជីកំណើត និងចូលរួមកិច្ចប្រជុំប្រចាំខែរបស់ CCWC ។ ស្មៀនឃុំ សង្កាត់គឺទាមទារឱ្យផ្ដល់របាយការណ៍ស្តីពីការចុះបញ្ជីកំណើតដែលមានទម្រង់ដូចខាងក្រោម :

<u>ទម្រង់សម្រាប់ការធ្វើរបាយការណ៍របស់ឃុំ សង្កាត់ក្នុងកិច្ចប្រជុំគណៈកម្មាធិការកិច្ចការស្ត្រី និងកុមារ ប្រចាំខែ</u>

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ខេត្ត/ក្រុង :..............
ស្រុក/ខណ្ឌ :............
ឃុំ/សង្កាត់ :..............

របាយការណ៍ចុះបញ្ជីកំណើត

ខែ..............ឆ្នាំ................

ល.រ	បរិយាយ	ប្រុស	ស្រី	សរុប
១	ចំនួនទារកកើតក្នុងឃុំ/សង្កាត់ (ក្នុងខែនេះ)			
២	ចំនួនទារកចុះបញ្ជីក្នុងឃុំ/សង្កាត់ (ក្នុងខែនេះ)			
៣	ចំនួនភាគរយនៃទារកដែលចុះបញ្ជី (ក្នុងខែនេះ)			

.........ថ្ងៃទី......ខែ........ឆ្នាំ........

ហត្ថលេខា

ទោះបីជា CCWC ត្រូវបានបង្កើតឡើង និងជាស្ថាប័នជំនាញសម្រាប់សម្របសម្រួលរវាងអ្នកពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗនៃ CRVS នៅថ្នាក់ឃុំ សង្កាត់ និងថ្នាក់ភូមិក៏ដោយ វានៅតែជាទំហំមួយដែលត្រូវវិភាគបន្ថែមនូវធនធានទៅលើសក្តានុពលនៃវេទិកានេះដើម្បីលើកកំពស់ការយល់ដឹងការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព ។

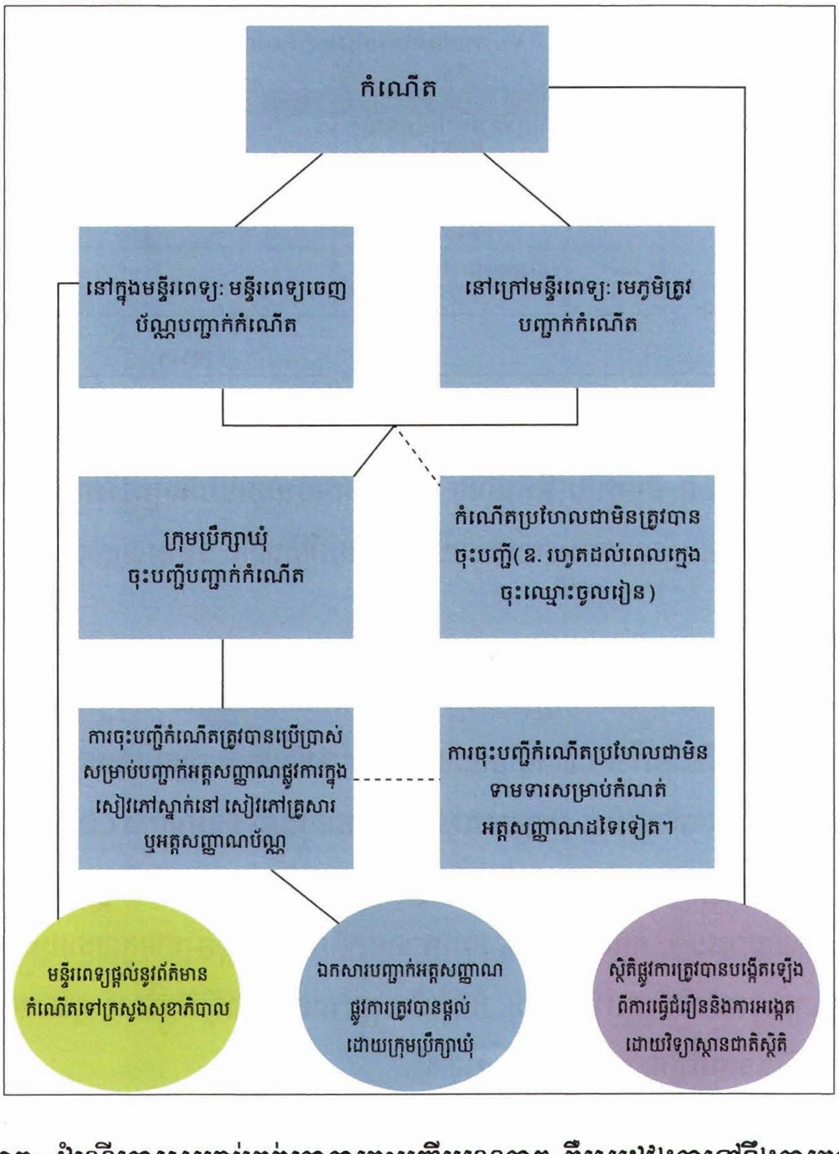
ការចុះបញ្ជីកំណើត

ការចុះបញ្ជីកំណើត គឺជាការតម្រូវដោយច្បាប់ ប៉ុន្តែកំណើតប្រហែលជាមិនបានចុះបញ្ជីរហូតដល់ក្មេងចូលសាលា និងការវាយតម្លៃទៅលើការរំពឹងទុកនៃកំណើតជាមួយនឹងកំណើតដែលបានចុះបញ្ជីរួច នេះបង្ហាញថាមានត្រឹមតែប្រមាណ ៦២,១% នៃកំណើតដែលបានចុះបញ្ជី (សម្រាប់ក្មេងក្រោមអាយុ៥ឆ្នាំ ដូចមានក្នុង CDHS ២០១០) ។ ការចុះបញ្ជីកំណើត គឺមិនមែនជាទម្រង់តែមួយក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់តម្រូវការនៃការបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណនោះទេ ។ កំណើតដែលបានរាប់បានមកពីការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយនាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលទូទៅ និងក្រុមប្រឹក្សាឃុំ ក៏ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានប្រើជាស្ថិតិផ្លូវការ ឬដោយក្រសួងសុខាភិបាលសម្រាប់ការរៀបចំផែនការផ្នែកសុខាភិបាលនោះទេ ។

ខាងក្រោមនេះ គឺជាដំណើរការចុះបញ្ជីកំណើត :

- ដើម្បីចុះបញ្ជីកំណើត គ្រួសារត្រូវផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់ចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមេភូមិត្រូវចេញលិខិតបញ្ជាក់កំណើតជាភស្តុតាង ។
- កំណើតត្រូវបានកត់ត្រាចូលទៅក្នុងសៀវភៅឈ្មោះ (ដែលត្រូវផ្ញើ ០១ច្បាប់ដើម្បីរក្សាទុកនៅសាលាស្រុក និង០១ច្បាប់ទៀត រក្សាទុកនៅសាលាខេត្ត រាល់ដំណាច់ឆ្នាំ)

- កំណើតត្រូវបានចុះបញ្ជី ដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងរវាង ៣០ថ្ងៃក្រោយកើត។ បន្ទាប់ពីរយៈពេលនេះ ការចុះបញ្ជីបង់សេវាចំនួន ១០.០០០រៀល ហើយកំណើតនេះត្រូវបានចុះក្នុងសៀវភៅបញ្ជាក់កំណើត។ ប៉ុន្តែនៅខេត្តចំនួន ០៥ តម្លៃនេះត្រូវបានបន្ថយមកត្រឹម ៣.០០០រៀល ដោយសារខេត្តទាំង០៥ នេះ ជាខេត្តដែលប្រជាជនមានចំណូលទាប។
- កំណើតត្រូវបានចុះបញ្ជីនៅទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍។ ទីកន្លែងកើតជាក់ស្តែង (ដូចជាមន្ទីរពេទ្យ) មិនត្រូវបានកត់ត្រានោះទេ។ ក៏ប៉ុន្តែ នៅពេលដែលលិខិតបញ្ជាក់ពីមន្ទីរពេទ្យដែលផ្តល់ដោយឪពុកម្តាយ លិខិតនោះត្រូវរក្សាទុកជាមួយបញ្ជីកំណើត ក្នុងសៀវភៅក្រុមប្រឹក្សាឃុំ សង្កាត់។
- សំបុត្រកំណើតត្រូវបានចេញជូនដល់ប្រជាពលរដ្ឋដោយមេឃុំ ចៅសង្កាត់។



ការចុះបញ្ជីមរណភាព: ដំណើរការសម្រាប់កត់ត្រាការចុះបញ្ជីមរណភាព គឺស្រដៀងគ្នាទៅនឹងការចុះបញ្ជីកំណើត *(UQ Country Trip Report: Cambodia, August 2012):*

ការចុះបញ្ជីមរណភាពត្រូវបានកត់ត្រាក្នុងសៀវភៅភ្លោះដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់តែការចុះបញ្ជីមរណភាព។ សៀវភៅមួយក្បាលត្រូវបានបញ្ជូនទៅសាលាស្រុក និងមួយក្បាលទៀតត្រូវបញ្ជូនទៅសាលាខេត្តនៅរៀងរាល់ដំណាច់ phar

ឆ្នាំ។ មរណភាពត្រូវតែចុះបញ្ជីក្នុងអំឡុងពេល១៥ថ្ងៃ ក្រោយពីស្លាប់។ បើការចុះបញ្ជីក្រោយអំឡុងពេលនេះ ប្រជាពលរដ្ឋត្រូវបង់សេវាចំនួន ៣.០០០រៀល។ ដោយឡែកការបង់សេវាចំនួន ១.០០០រៀល ត្រូវធ្វើឡើងនៅក្នុង ខេត្តចំនួន០៥ ដែលប្រជាជនមានចំណូលទាប សម្រាប់ការចុះបញ្ជីមរណភាពយឺត។ ប្រសិនបើការចុះបញ្ជីមរណភាព ឆ្លងឆ្នាំ តម្រូវឱ្យមានសាលក្រមពីតុលាការ។ ការចុះបញ្ជីមរណភាពបង្ហាញថា មានប្រមាណតិចជាង ១០% បើផ្អែក ទៅតាមការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានដែលមាន សំបុត្រមរណភាពចំនួនតែ ៨៤.០០០សំបុត្រប៉ុណ្ណោះ ដែលបានផ្តល់ ជូនចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០២-២០១២។ ប្រទេសកម្ពុជាអាចរំពឹងថា មានអ្នកស្លាប់ប្រហាក់ប្រហែលចំនួន ១១៣.៤០០ នាក់ ក្នុងមួយឆ្នាំ ដោយប្រើប្រាស់ចំណោលប្រជាជនរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិសម្រាប់អំឡុងពេល ២០០៥-២០១០ ជាមួយការចុះបញ្ជីមានត្រឹមប្រមាណ ៨.០០០នាក់ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ភាពពេញលេញអាចតិចជាងចំនួន ១០% (របាយការណ៍ប្រទេសកម្ពុជាដែលរៀបចំដោយសាកលវិទ្យាល័យឃ្វីនឡែន ខែសីហា ឆ្នាំ២០១២)។

• មរណភាពត្រូវបានកត់ត្រាផងដែរពីទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកស្លាប់។ សេចក្តីលំអិតរបស់មន្ទីរពេទ្យគឺមិន ត្រូវបានកត់ត្រា ប្រសិនបើស្លាប់ក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ សៀវភៅចុះបញ្ជីមរណភាពគួរបាន រក្សានូវច្បាប់ថតចម្លងបញ្ជាក់ពីមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការចុះបញ្ជីមរណភាពមួយចំនួន។ ក៏ប៉ុន្តែផ្អែកតាមការអនុវត្តជាក់ស្តែង ជារៀងរាល់ថ្ងៃមិនមានគ្រួសារទាំងអស់ដែលស្នើសុំ ឬទទួលបានទម្រង់បញ្ជាក់មរណភាពពីមន្ទីពេទ្យនោះទេ។

• បញ្ហាមួយត្រូវបានរកឃើញ នៅពេលដែលប្រធានក្រុមប្រឹក្សាឃុំ សង្កាត់ មិនអាចកត់ត្រាពីមូលហេតុនៃ ការស្លាប់ដែលបានពីមន្ទីរពេទ្យទៅក្នុងទម្រង់ចុះបញ្ជីមរណភាព ពីព្រោះសេចក្តីបញ្ជាក់នោះ គឺត្រូវបានសរសេរជា ភាសាផ្សេង (ដូចជាភាសាអង់គ្លេស ឬបារាំង) ឬការសរសេររបស់វេជ្ជបណ្ឌិត គឺពិបាកអាន។ បញ្ជីជាច្រើនដែលត្រូវ បានឃើញថាមានមូលហេតុនៃការស្លាប់ដូចជា ជរាពាធ ឬជំងឺ។

ក្នុងករណីខ្លះ សៀវភៅគ្រួសារ ឬសៀវភៅស្នាក់នៅ សំបុត្រកំណើត ឬអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នកស្លាប់ក៏ត្រូវបាន ទាមទារនៅពេលចុះបញ្ជីមរណភាព។ ក៏ប៉ុន្តែ ការអនុវត្តទាំងនេះគឺខុសគ្នាពីឃុំមួយទៅឃុំមួយ និងក្នុងករណីដែល គ្មានឯកសារទាំងនេះ គឺតម្រូវឱ្យមានសាក្សីក្នុងការរាយការណ៍។

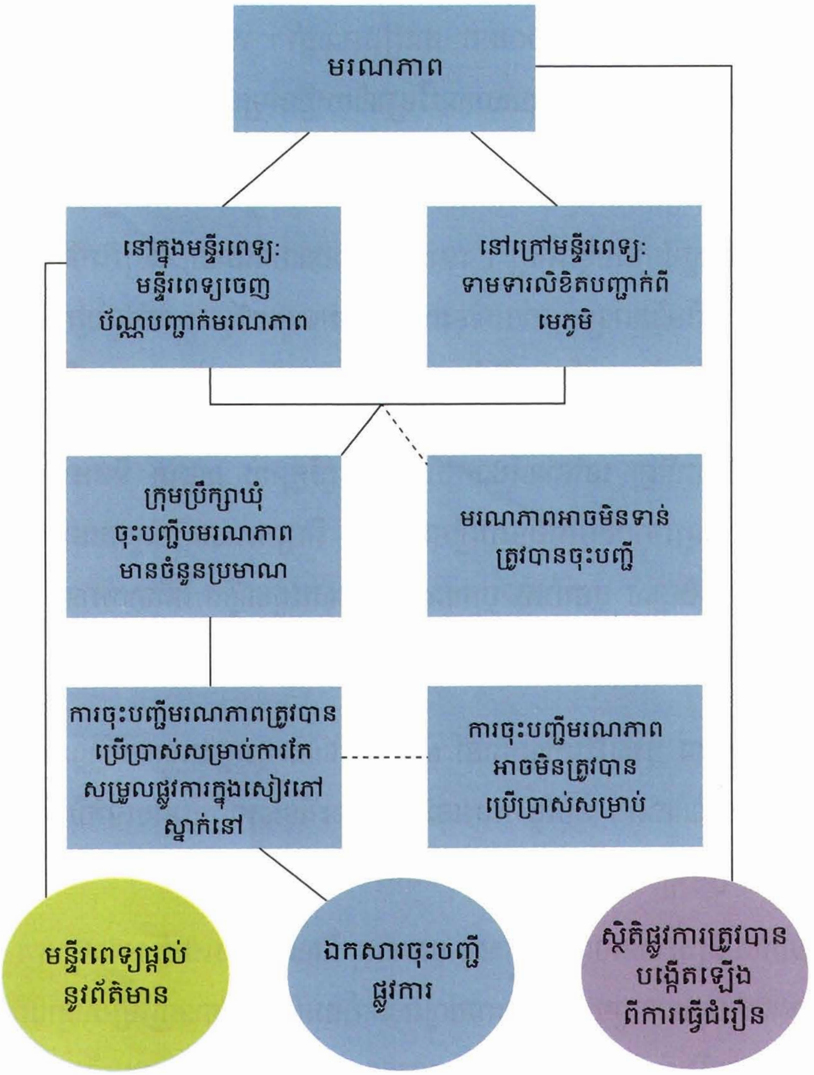
• សំបុត្រមរណភាព គឺត្រូវបានចេញជូនគ្រួសារ ឬសាច់ញាតិសពដោយមេឃុំ ចៅសង្កាត់។

• វាមិនមានភាពជាក់ស្តែងណាមួយថា រាល់ការបញ្ចុះសពទាំងអស់គឺត្រូវបានធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីមេឃុំ ឬចៅសង្កាត់ ចេញសំបុត្រមរណភាពឱ្យប្រើប្រាស់នោះទេ។ សម្រាប់មរណភាពដែលកើតឡើងក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ទោះបីជាមានការ ចូលរួមរបស់គ្រូពេទ្យ ឬមន្ត្រីពេទ្យផ្តល់នូវទម្រង់បញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ក៏ដោយ ក៏ទិន្នន័យទាំងនេះមិនមាន ភាពភ្ជាប់គ្នាទៅនឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅកម្ពុជាទេ។ ក្នុងករណីជាច្រើន សមាជិក គ្រួសារមិនបានចុះបញ្ជីមរណភាពជាមួយមេឃុំ ទោះបីជាការស្លាប់ក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងទោះបីជាពួកគាត់ទៅចុះបញ្ជី មរណភាព ក៏មេឃុំមិនអាចបកប្រែពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ចេញពីសេចក្តីបញ្ជាក់របស់មន្ទីរពេទ្យ ព្រោះសេចក្តីបញ្ជាក់ របស់មន្ទីរពេទ្យតែងតែបំពេញជាភាសាបារាំង ឬមើលមិនដាច់ពីអក្សរដែលសរសេរដោយដៃ។

phaR

ផ្អែកទៅតាមមាត្រា ៣៦ នៃអនុក្រឹត្យ ១០៣ ទាក់ទងនឹងការស្លាប់មិនតាមធម្មជាតិ :

បើមានអ្នកស្លាប់ដោយមូលហេតុណាមួយ ដែលពាក់ព័ន្ធដល់ការមន្ទិលសង្ស័យ ដល់អំពើឃាតកម្មនៃបទល្មើសឧក្រិដ្ឋ មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋាន ឬជនទាំងឡាយណាដែលមានការពាក់ព័ន្ធត្រូវរាយការណ៍ភ្លាមដល់អាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច នៅកន្លែងដែលអ្នកនោះស្លាប់ ដើម្បីឱ្យសមត្ថកិច្ចជំនាញនានា ពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងដោះស្រាយឱ្យបានរួសរាន់។ ក្រោយពីមានការសម្រេចយ៉ាងណាពីភ្នាក់ងារមានសមត្ថកិច្ច ទើបមន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើបុណ្យបូជា ឬ បញ្ចុះសពបាន។



បញ្ហាមួយដែលគួរកត់សម្គាល់ គឺមានការប្តេជ្ញាចិត្តក្នុងការបំពេញការងាររបស់មេឃុំតែមិនមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់នៅសាលាឃុំសម្រាប់ការចុះបញ្ជី។ ជាលទ្ធផល ប្រជាពលរដ្ឋជាញឹកញាប់បានធ្វើដំណើរឆ្ងាយទៅចុះបញ្ជីកំណើត ឬ មរណភាព និងត្រលប់មកវិញដោយគ្មានសំបុត្រកំណើត ឬមរណភាព។ អនុសាសន៍មួយដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ គឺការកំណត់ថ្ងៃចុះបញ្ជី ១ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដែលមេឃុំត្រូវនៅប្រចាំនៅសាលាឃុំ ហើយការងារនេះត្រូវផ្សព្វផ្សាយ

phar

ជូនប្រជាពលរដ្ឋទាំងអស់ឱ្យបានដឹង។ មេភូមិ មណ្ឌលសុខភាព និងអ្នកទទួលបន្ទុកកិច្ចការនារី និងកុមាររបស់ឃុំសង្កាត់គួរចែករំលែកព័ត៌មាននេះឱ្យបានសកម្មដល់ប្រជាពលរដ្ឋ ។

ការស្នើសុំសេចក្តីចម្លងសំបុត្រកំណើត ឬមរណភាព ដែលឆ្លងឆ្នាំ សមាជិកគ្រួសារតម្រូវឱ្យបង់សេវា ៥.០០០រៀល សម្រាប់សំបុត្រកំណើត ៥.០០០រៀល សម្រាប់សំបុត្រមរណភាព និង៥.០០០រៀល សម្រាប់សំបុត្រអាពាហ៍ពិពាហ៍។ ដោយឡែក ៣.០០០រៀល សម្រាប់ការស្នើសុំសេចក្តីចម្លងត្រូវធ្វើឡើងនៅខេត្តចំនួន០៥ ដែលប្រជាជនមានចំណូលទាប។ ប្រសិនបើការស្នើសុំចម្លងសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋានស្ថិតនៅក្នុងឆ្នាំដែលកំពុងអនុវត្ត សេចក្តីចម្លងនឹងស្នើនៅសាលាឃុំ សង្កាត់ ក៏ប៉ុន្តែសម្រាប់សេចក្តីចម្លងដែលឆ្លងឆ្នាំ នោះការសុំសេចក្តីចម្លង គឺត្រូវទៅធ្វើនៅសាលាក្រុង ស្រុក ខណ្ឌ។

អនុសមាភាគ ៤២-ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញអំពីទម្រង់ដែលបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព

ទម្រង់ដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់ចុះបញ្ជីកំណើត គឺមានភ្ជាប់ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ២ និងទម្រង់ដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់ចុះបញ្ជីមរណភាព គឺមានភ្ជាប់ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ៣។ ប្រអប់ខាងក្រោម កំណត់ពីអនុសាសន៍របស់អង្គការសហប្រជាជាតិ និងចរិកលក្ខណៈដែលរួមបញ្ចូលក្នុងទម្រង់ចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាពក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

ប្រអប់ ៣.២ : តារាងអនុសាសន៍នៃចរិកលក្ខណៈអាទិភាពខ្ពស់ដែលបញ្ចូលក្នុងព័ត៌មានរបស់អត្រានុកូលដ្ឋានកំណើត និងមរណភាព

អង្គការសហប្រជាជាតិផ្តល់អនុសាសន៍ថា ទិន្នន័យដែលប្រមូលក្នុងអំឡុងពេលចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាពត្រូវបញ្ចូលចរិកលក្ខណៈរបស់ព្រឹត្តិការណ៍របស់ឪពុកម្តាយ (ប្រសិនបើកំណើត) ឬនៃអ្នកស្លាប់(ប្រសិនបើមរណភាព)។ ចរិកលក្ខណៈដែលបង្ហាញខាងក្រោមត្រូវបានជ្រើសរើស ពីព្រោះវាមានសក្តានុពល និងប្រយោជន៍ខ្លាំងសម្រាប់គាំទ្រដល់គោលនយោបាយជាតិ និងកម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ រួមទាំងបង្កើត និងរក្សាតុល្យភាពថ្នាក់តំបន់ និងសកលលោក ។ ទោះបីជាតារាងនេះបានបង្ហាញពីលក្ខណៈសម្បត្តិដែលជាកត្តាចម្បងទាំងឡាយក៏ដោយ (ដែលអាចបង្កើតដោយឥតខ្ចោះភ្លាមៗនូវគោលបំណងមួយ) ក៏ប្រទេសជាច្រើននៅតែចង់ឱ្យមានការចាប់ផ្តើមជាមួយនឹងបញ្ជីដែលខ្លីជាង។ ជាឧទាហរណ៍ ដូចជាតារាងវែងស្តីពីលក្ខណៈសម្បត្តិជារបស់ឪពុកម្តាយប្រហែលជាមិនជាប់ទាក់ទងទៅនឹងប្រទេសមួយចំនួន ឬជាបន្ទុកធ្ងន់ធ្ងរពេក។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានមួយចំនួនត្រូវបានបង្កើតឡើងចេញពីព័ត៌មានផ្សេងទៀត និងមិនចាំបាច់លើកជាសំណួរទៀតនោះទេ។ ប្រទេសជាច្រើនត្រូវបានជំរុញ និងលើកទឹកចិត្តក្នុងការកំណត់សម្គាល់នូវចំណុចអាទិភាពរបស់ខ្លួន ដោយផ្អែកលើតារាងដែលផ្តល់ជូនដូចខាងក្រោមនេះ ។

ទោះបីជាប្រទេសនីមួយៗ ទាមទារឱ្យមានការចុះលេខបញ្ជីយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ទីកន្លែងនៃការចុះបញ្ជីនេះ (ឬលេខកូដរបស់ការិយាល័យចុះបញ្ជី) និងឈ្មោះរបស់ប្រជាពលរដ្ឋទាំងនោះ ត្រូវបានកត់ត្រាទាក់ទងជាមួយព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋាន (១)។

កំណើតរស់

ចរិកលក្ខណៈរបស់ព្រឹត្តិការណ៍

- ថ្ងៃខែឆ្នាំកើត
- ថ្ងៃខែឆ្នាំចុះបញ្ជី
- ទីកន្លែងកើត
- ទីកន្លែងចុះបញ្ជី
- ទីកន្លែងកើតជាក់ស្តែង
- កើតនៅទីក្រុង ឬជនបទ
- ប្រភេទនៃកំណើត (មួយ ភ្លោះពីរ ភ្លោះបី ។ល ។...)

ចរិកលក្ខណៈរបស់ឪពុកម្តាយ

- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត និងអាយុរបស់ឪពុកម្តាយ
- ស្ថានភាពគ្រួសាររបស់ឪពុកម្តាយ
- កម្រិតវប្បធម៌របស់ឪពុកម្តាយ
- ទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់ឪពុកម្តាយ
- ទីកន្លែងស្នាក់នៅ
- ទីលំនៅទីប្រជុំជន ឬជនបទ
- ម្តាយដែលផ្តល់កំណើតដល់កូនរស់ទាំងអស់ (មកដល់ពេលនេះ)
- ម្តាយដែលផ្តល់កំណើតដល់កូន ហើយនៅរស់
- ទារកស្លាប់ក្នុងផ្ទៃម្តាយ
- ថ្ងៃខែឆ្នាំដែលម្តាយផ្តល់កំណើតដល់កូនដែលរស់ចុងក្រោយ
- ថ្ងៃខែឆ្នាំ និងរយៈពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍

ចរិកលក្ខណៈរបស់កូន

- ភេទ
- ទំងន់ទារក

មរណភាព

ចរិកលក្ខណៈរបស់ព្រឹត្តិការណ៍

- ថ្ងៃខែឆ្នាំស្លាប់
- ថ្ងៃខែឆ្នាំចុះបញ្ជី
- ទីកន្លែងស្លាប់
- ទីកន្លែងចុះបញ្ជី
- ទីកន្លែងស្លាប់ជាក់ស្តែង
- ស្លាប់នៅទីប្រជុំជន ឬជនបទ
- មូលហេតុនៃការស្លាប់
- អ្នកបញ្ជាក់ និងប្រភេទនៃការបញ្ជាក់

ចរិកលក្ខណៈរបស់អ្នកស្លាប់

- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត និងអាយុរបស់អ្នកស្លាប់
- ភេទ
- ស្ថានភាពគ្រួសារ
- ទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកស្លាប់
- ទីលំនៅជាក់ស្តែងរបស់អ្នកស្លាប់
- ទីលំនៅរបស់អ្នកស្លាប់នៅទីប្រជុំជន ឬជនបទ

វាជាការចាំបាច់ក្នុងការបង្កើតឱ្យមានទំនាក់ទំនងរវាងទម្រង់នៃការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងទម្រង់ដទៃទៀតនៃការចុះបញ្ជី និងការផ្តល់សេវាកម្ម ដូចជាប័ណ្ណពណិលឿង ដែលចេញដោយមណ្ឌលសុខភាពពេលទារកកើត។ គ្រួសារជាញឹកញាប់មិនបានយល់ដឹងពីភាពខុសគ្នារវាងបញ្ជីទាំងពីរ និងយល់ថាប័ណ្ណពណិលឿងមានតម្លៃស្មើសំបុត្រកំណើត។ ជាការចាំបាច់ណាស់សម្រាប់បង្កើតឱ្យមានការយល់ដឹងទូលំទូលាយដល់ប្រជាពលរដ្ឋ អំពីភាពខុសគ្នារវាងប័ណ្ណពណិលឿង និងសំបុត្រកំណើត ហើយបទប្បញ្ញត្តិត្រូវដាក់បញ្ចូលពីតម្រូវការនៃសំបុត្រកំណើតទាមទារព្រោះភាពចាំបាច់ និងការមិនអាចយកសំបុត្រកំណើតទៅផ្លាស់ប្តូរ ជាមួយនឹងទម្រង់ចុះបញ្ជីដទៃទៀត ដូចជាប័ណ្ណពណិលឿងនោះទេ។

អនុសមាសភាគ ខ៣- ការគ្របដណ្តប់ និងភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន

បញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានរបស់ប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានបំផ្លិចបំផ្លាញទាំងស្រុងនៅសម័យប៉ុលពត ហើយរាជរដ្ឋាភិបាលកំពុងបង្កើតឱ្យមានការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានរបស់ខ្លួនឡើងវិញ។ បើផ្អែកតាមការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រសុខាភិបាលឆ្នាំ២000 ភាគរយជាមធ្យមនៃកុមារដែលមានអាយុពី 0-៤ឆ្នាំ នៅកម្ពុជា ដែលកំណើតបានចុះបញ្ជីមានតែចំនួន ២២% ហើយអ្នកដែលមានសំបុត្រកំណើតមាន ២០,៩%។ តំបន់ទីប្រជុំជនមានអត្រាចុះបញ្ជីកំណើតខ្ពស់ (៣0%) ជាងតំបន់ជនបទដែលមាន (២១%)។

ទោះបីជាគ្មានការវាយតម្លៃផ្លូវការណាមួយពីភាពពេញលេញត្រូវបានធ្វើឡើងក៏ដោយ ដូចមាននៅក្នុង CDHS (២០១០) ភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីកំណើតក្រោមអាយុ៥ឆ្នាំ មានប្រមាណចំនួន ៦២,១%។ ការគ្របដណ្តប់នៃការចុះបញ្ជីកំណើត គឺខ្ពស់បើធៀបទៅនឹងមរណភាព (ផ្អែកមួយដ៏ធំ គឺដោយសារយុទ្ធនាការចុះបញ្ជីកំណើតចល័តឆ្នាំ២00៤-២00៦ ដែលជាជំនួយរបស់អង្គការ UNICEF/PLAN) ការចុះបញ្ជីមរណភាពមានប្រហែលពី១0-៣0%បើផ្អែកតាមទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាន។

ដំណើរការនៃការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាននៅកម្ពុជាបានចាប់ផ្តើមនៅឆ្នាំ២00២ ក៏ប៉ុន្តែរហូតដល់ឆ្នាំ២00៤ មានតិចជាង ៥%នៃប្រជាពលរដ្ឋទាំងអស់ ស្មើនឹង ៦៤0.000នាក់ ដែលបានចុះបញ្ជី។ នៅខែតុលា ឆ្នាំ២00៤ ក្រសួងមហាផ្ទៃបានបើកយុទ្ធនាការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានចល័តទូទាំងប្រទេស។ ក្រុមការងារចល័តទាំងអស់ត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីចុះទៅតាមភូមិផ្សេងៗ និងធ្វើការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានគ្រប់ប្រភេទ (អត្រានុកូលដ្ឋានកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងមរណភាព)។ ក្រុមចល័តសរុបមានចំនួន ១៣.000នាក់ សម្រាប់ធ្វើការចុះបញ្ជី។ ការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានចល័ត ជាលទ្ធផលសម្រេចបានជាង៩0%នៃអ្នកដែលគ្មានសំបុត្រកំណើត ដោយធ្វើការចុះបញ្ជីកំណើតទូទាំងប្រទេសតំណាងឱ្យអ្នកដែលបានចុះបញ្ជីកំណើតចំនួន ១១លាននាក់ នៅពេលដែលយុទ្ធនាការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានចល័តបានបញ្ចប់នៅចុងខែធ្នូ ឆ្នាំ២00៦។ នេះគឺជាការកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងពី ៧0%នៃអត្រាចុះបញ្ជីកំណើត (តំណាងឱ្យ ៨,៦លាននាក់នៃអ្នកចុះបញ្ជី) ក្នុងខែធ្នូ ឆ្នាំ២00៥ និងដែលមានកំណើន ៥% នៃអត្រាចុះបញ្ជីកំណើតនៅពេលចាប់ផ្តើមយុទ្ធនាការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានចល័តនៅខែតុលា ឆ្នាំ២00៤ (UNICEF, Policy note: accelerating Universal Birth Registration in Cambodia)។

តាមរយៈយុទ្ធនាការចុះបញ្ជីចល័ត អង្គការ Plan International និង UNICEF បានគាំទ្រក្រសួងមហាផ្ទៃក្នុងយុទ្ធនាការលើកកំពស់ការយល់ដឹងសាធារណៈស្តីពីអត្រានុកូលដ្ឋាន រួមមាន ការផ្សព្វផ្សាយតាមទូរទស្សន៍ ផ្ទាំងរូបភាព និងវិទ្យុ។

នៅពេលដែលយុទ្ធនាការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានចល័តត្រូវបានចាត់ទុកថាទទួលបានជោគជ័យភាគច្រើន តែជាលទ្ធផលដែលទទួលបានពីយុទ្ធនាការបានក្លាយទៅជាបញ្ហាប្រឈមនៅឆ្នាំ២០០៧។ ការបោះឆ្នោតនៅថ្នាក់ឃុំ សង្កាត់នៅដើមឆ្នាំ ២០០៧ បានធ្វើឱ្យដំណើរការនៃសេវាចុះបញ្ជីកំណើតថយចុះ ក៏ដូចជាការប្រមូលទិន្នន័យ និងរបាយការណ៍របស់មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលពួកគាត់មួយចំនួនត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរក្រោយពីការបោះឆ្នោត។ សេចក្តីណែនាំថ្មីរបស់ក្រសួងមហាផ្ទៃ ស្តីពីការចុះសៀវភៅអត្រានុកូលដ្ឋានឱ្យមាននិរន្តរភាពក្រោយបញ្ចប់យុទ្ធនាការចុះសៀវភៅអត្រានុ-កូលដ្ឋានចល័ត ដែលចែងលម្អិតពីតួនាទីនៃអាជ្ញាធរមូលដ្ឋានគ្រប់កម្រិតទាក់ទងនឹងការចុះបញ្ជីកំណើត ក៏ដូចជានីតិវិធីចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានក្រោយយុទ្ធនាការចល័តដែលចេញដោយក្រសួងមហាផ្ទៃនៅថ្ងៃទី១៨ ខែឧសភា ឆ្នាំ ២០០៧ បានផ្សព្វផ្សាយដល់មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានទូទាំងប្រទេស ដោយមានការបណ្តុះបណ្តាលបន្តិចបន្តួច។ ទោះបីជាមានការផ្សព្វផ្សាយ និងបណ្តុះបណ្តាលក៏ដោយ ចំនួននៃការចុះបញ្ជីកំណើតនៅតែមានកម្រិតនៅឆ្នាំបន្តបន្ទាប់។ នៅឆ្នាំ២០០៦ ក្រសួងមហាផ្ទៃបានណែនាំដល់គ្រប់ថ្នាក់ដឹកនាំខេត្តទាំងអស់ ឱ្យប្រមូលទិន្នន័យប្រជាពលរដ្ឋអាយុក្រោម ១៨ឆ្នាំ ដែលបានចុះសំបុត្រកំណើត តែបច្ចុប្បន្នការប្រមូលព័ត៌មានតាមអាយុ និងភេទ គឺមិនបានអនុវត្តទេ។ (*UNICEF, Policy note: accelerating Universal Birth Registration in Cambodia)*

ចំពោះការចុះបញ្ជីមរណភាព នាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលទូទៅ (DoGA) បានបញ្ជាក់ថាការចុះបញ្ជីមរណភាព គឺមានចំនួនតិចនៅប្រទេសកម្ពុជា ដែលមានចំនួនតែ ៨៤.០០០សំបុត្រប៉ុណ្ណោះ ដែលបានផ្តល់ជូនចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០២-២០១២។ ប្រទេសកម្ពុជាអាចរំពឹងថា មានអ្នកស្លាប់ប្រហាក់ប្រហែលចំនួន ១១៣.៤០០នាក់ ក្នុងមួយឆ្នាំ ដោយប្រើប្រាស់ចំណោលប្រជាជនរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិសម្រាប់អំឡុងពេល ២០០៥-២០១០ ជាមួយការចុះបញ្ជីមានត្រឹមប្រមាណ ៨.០០០នាក់ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ភាពពេញលេញអាចតិចជាងចំនួន ១០% (របាយការណ៍ប្រទេសកម្ពុជាដែលរៀបចំដោយសាកលវិទ្យាល័យឃ្វីនឡែន ខែសីហា ឆ្នាំ២០១២)។

ដូចមាននៅក្នុង CDHS ឆ្នាំ២០១០ មានតិចជាងពាក់កណ្តាលនៃកំណើត ក្នុងអំឡុងពេល ៥ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេតបានសម្រាលនៅផ្ទះ និង៥៤% បានសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ ចំនួនភាគរយនៃការសម្រាលនៅផ្ទះបានធ្លាក់ចុះក្នុងទស្សវត្សចុងក្រោយនេះដោយធ្លាក់ចុះពី ៨៩%នៃកំណើតក្នុងឆ្នាំ២០០០ មកត្រឹម ៧៨%ក្នុងឆ្នាំ២០០៥ និង ៤៥%ក្នុងឆ្នាំ២០១០។

ផ្អែកតាមកំណើនកំណើតក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល វាតម្រូវឱ្យបង្កើតយន្តការមួយសម្រាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលក្នុងការជូនព័ត៌មានទៅការិយាល័យអត្រានុកូលដ្ឋាន ស្តីពីកំណើតជារៀងរាល់ខែ។ លើសពីនេះ សម្រាប់សមាមាត្រកាន់តែច្រើននៃកំណើតនៅតែកើតឡើងនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខាភិបាលសហគមន៍ និងមេភូមិអាចធ្វើជាអ្នកផ្តល់ព័ត៌មាន។

មានព័ត៌មានដូចគ្នាមួយចំនួនស្តីពីព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលត្រូវប្រមូលដោយក្រុមប្រឹក្សាឃុំ សង្កាត់ និង ប៉ុស្តិ៍នគរបាលរដ្ឋបាលឃុំ សង្កាត់។ ប៉ុប៉ុស្តិ៍នគរបាលរដ្ឋបាលឃុំ សង្កាត់ គឺត្រូវបានប្រគល់សិទ្ធិឱ្យមានភារកិច្ចធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពសៀវភៅគ្រួសារ ហើយរបាយការណ៍របស់ប៉ូលីសត្រូវបញ្ជូនទៅក្រុមប្រឹក្សាឃុំ សង្កាត់ និងការិយាល័យរដ្ឋបាលក្រុង ស្រុកជារៀងរាល់ខែ រួមមានចំនួនប្រជាពលរដ្ឋអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំ ដែលរស់នៅក្នុងឃុំ សង្កាត់ ចំនួនទារកទើបកើត និងចំនួនជនចំណាកស្រុក។

ខណៈពេលដែលតួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវនៅថ្នាក់ជាតិ (នាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលទូទៅ ក្រសួងមហាផ្ទៃ) ការិយាល័យថ្នាក់ខេត្ត ក្រុង ស្រុក និងសាលាឃុំ សង្កាត់ត្រូវបានកំណត់យ៉ាងច្បាស់ ហើយទម្រង់នៃរបាយការណ៍ និងពេលវេលារាយការណ៍ក៏ត្រូវបានកំណត់ច្បាស់ផងដែរ តែការអនុវត្តមិនដូចគ្នាទេ។ ទោះបីមានការតាមដាន និងត្រួតពិនិត្យពីថ្នាក់ជាតិក៏ដោយ ក៏ខេត្តទាំងអស់មិនបានផ្ញើរបាយការណ៍ប្រចាំខែជាទៀងទាត់ដែរ ករណីនេះបណ្តាលមកពីការរាយការណ៍មិនទៀងទាត់របស់ឃុំ។ ស្មៀនឃុំមានបន្ទុកការងារច្រើន ហើយរបាយការណ៍ប្រចាំខែដែលត្រូវចងក្រងរួមមានចំនួនកំណើត ចំនួនមរណភាព និងអាពាហ៍ពិពាហ៍ ការប្រើប្រាស់សៀវភៅ សំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋាន និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់មិនត្រូវបានរៀបចំឱ្យបានទាន់ពេលកំណត់ទេ។

ប្រជាពលរដ្ឋភាគច្រើនខកខានមិនបានមកចុះបញ្ជីក្នុងប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋានទេ រួមមានប្រជាជនដែលរស់នៅតំបន់ដាច់ស្រយាល និងតំបន់ភ្នំ ប្រជាជនចំណាកស្រុក និងករណីចុះបញ្ជីមរណភាព ជាពិសេសនៅពេលដែលមានការចុះបញ្ជីយឺតដែលតម្រូវឱ្យមានសាលក្រមតុលាការ។ ការខិតខំប្រឹងប្រែងតម្រូវឱ្យមាន ដើម្បីធានាថាករណីទាំងនេះត្រូវបានកត់ត្រាទុកដ៏ត្រឹមត្រូវក្នុងប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន។

អត្ថប្រយោជន៍ និងកាលានុវត្តភាពដែលទម្រង់ផ្សេងៗនៃអត្តសញ្ញាណផ្លូវច្បាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវតែមានភ្ជាប់មក ប៉ុន្តែមិនបានកម្រិត ឬតម្រូវឱ្យមានសំបុត្រកំណើតទេ :

- ការទទួលបានការងារធ្វើ
- ការប្រលងថ្នាក់ជាតិ
- ការបើកគណនីធនាគារ
- ការចូលប្រើប្រាស់សេវាប៉ូលីស
- ការចូលប្រើប្រាស់សេវាផ្នែកតុលាការ
- ការក្លាយទៅជាសមាជិកនៃសម្ព័ន្ធមួយ
- ការចុះបញ្ជីពាណិជ្ជកម្ម
- ការចូលបម្រើកងទ័ព
- ការបោះឆ្នោត
- ការបើកការិយាល័យសាធារណៈ
- ការទិញ ឬចុះបញ្ជីដីធ្លី និងទោចក្រយានយន្ត
- ការទទួលបានជំនួយពីរដ្ឋាភិបាល

phar

- ការធ្វើដំណើរទៅក្រៅប្រទេស ឬធ្វើការក្រៅប្រទេស
- ការទទួលបានឯកសារផ្សេងៗជាកម្មសិទ្ធ
- ការទទួលបានការការពារ ប្រឆាំងនឹងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ កំលាំងពលកម្មកុមារ និងការជួញដូរ
- ការទទួលបានការការពារពីតុលាការ

តាមសាវតា សៀវភៅគ្រួសារ និងសៀវភៅស្នាក់នៅត្រូវបានប្រើប្រាស់យ៉ាងទូលំទូលាយ និងមានប្រយោជន៍យ៉ាងច្រើនជាងឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ ផ្អែកតាមស្ថិតិរបស់ក្រសួងមហាផ្ទៃ នៅខែមិថុនា ឆ្នាំ២០០៥ ៩១% នៃប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់ត្រូវបានកត់បញ្ចូលក្នុងសៀវភៅស្នាក់នៅ និង ៨៨% ត្រូវបានគ្រប់ដណ្តប់ដោយសៀវភៅគ្រួសារ។ សៀវភៅគ្រួសារដែលចេញដោយប៉ូលីសឃុំ គឺតាមដានយ៉ាងជិតដល់នូវសមាជិកគ្រួសារដែលមានដើមកំណើតជាខ្មែរជាមួយនឹងកូន។ សៀវភៅទាំងនេះកត់ត្រាឈ្មោះរបស់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗ។ សៀវភៅគ្រួសារមួយអាចមានព័ត៌មានលំអិតលើគ្រួសារដែលមានសមាជិកច្រើន ដូចជាបងប្អូន ឬកូនដែលមានគ្រួសាររៀងខ្លួនៗ ហើយរស់នៅជាមួយគ្នា។ គ្រួសារ ឈ្មោះសមាជិកក្នុងគ្រួសារត្រូវបានកត់ក្នុងសៀវភៅគ្រួសារ ដែលបញ្ចូលទៅជាក្រុមគ្រួសារ។ សៀវភៅស្នាក់នៅកត់ត្រាពីចំនួន និងអត្តសញ្ញាណរបស់មនុស្សដែលរស់នៅក្នុងដំបូលផ្ទះតែមួយ និងតាមដានពីចំនួន និងទីកន្លែងរស់នៅរបស់ប្រជាពលរដ្ឋនៅក្នុងប្រទេស។ មិនដូចជាសៀវភៅគ្រួសារទេ សៀវភៅស្នាក់នៅមិនកំណត់ពីទំនាក់ទំនងក្នុងគ្រួសារ ឬសញ្ជាតិទេ។ វាគ្រាន់តែកត់ពីចំនួនប្រជាជនដែលរស់នៅទីកន្លែងជាក់លាក់មួយ។ មេគ្រួសារទាំងអស់ត្រូវមានម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវ។ ឯកសារដ៏ទៃទៀតដែលអាចបម្រើដល់ការបង្កើតឱ្យមានអត្ថប្រយោជន៍ និងកាលានុវត្តភាពរួមមាន អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ លិខិតឆ្លងដែន ប័ណ្ណពណ៌លឿង និងសំបុត្រអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងមរណភាព។

ក្នុងក្របខណ្ឌឧបសគ្គចម្បងក្នុងការចុះបញ្ជីដែលបានរកឃើញ ទោះបីជាមានទីកន្លែងចុះបញ្ជីគ្រប់គ្រាន់ក៏ដោយ ប៉ុន្តែមានការខ្វះខាតនូវធនធានមនុស្សក្នុងការអនុវត្តការងារចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ពីព្រោះស្មៀនឃុំមានការងារច្រើន ហើយពុំសូវមានវត្តមាននៅសាលាឃុំ ឬគ្មានពេលគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីធ្វើរបាយការណ៍ប្រចាំខែទៅសាលាស្រុក។ លើសពីនេះតម្រូវឱ្យមានការបណ្តុះបណ្តាលជាទៀងទាត់ និងចែករំលែកបទពិសោធន៍លើការងារអត្រានុកូលដ្ឋាន និងបង្កើតឱ្យមានព័ត៌មានត្រលប់មកវិញ។ ដូចនេះសាលាឃុំត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យរាយការណ៍ពីទិន្នន័យពេញលេញ នៅពេលដែលពួកគាត់ដឹងថាវាមានតម្លៃសម្រាប់គោលនយោបាយសាធារណៈ ហើយគុណភាពត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ។

បញ្ហាពិបាកដោះស្រាយមួយទៀតពាក់ព័ន្ធនឹងអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺការចុះបញ្ជីរបស់ប្រជាពលរដ្ឋដែលចំណាកស្រុក ព្រោះក្រសួងមហាផ្ទៃទាមទារឱ្យមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការចុះបញ្ជី ដូចនេះអាជ្ញាធរមិនអាចចុះបញ្ជីនូវព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗរបស់ជនចំណាកស្រុក ដោយសារតែគ្មានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍។

ដើម្បីទទួលបានភាពជោគជ័យលើការងារអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺទាមទារឱ្យមានយុទ្ធសាស្ត្រច្បាស់លាស់ពីរ ពីព្រោះវាជាបញ្ហាទាំងខាងផ្នែកផ្គត់ផ្គង់ និងផ្នែកតម្រូវការ។ ដូចនេះ ចំណុចសំខាន់ គឺតម្រូវការឱ្យមានយុទ្ធនាការការយល់ដឹងជាសាធារណៈអំពីការប្រើប្រាស់សំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលមានគោលដៅ គឺប្រជាពលរដ្ឋ។ សម្រាប់ការចុះបញ្ជីមរណភាព ការភ្ជាប់ការលើកទឹកចិត្តជាប្រាក់សម្រាប់បញ្ចុះសពអាចមានសារៈសំខាន់ក្នុងការជំរុញការចុះបញ្ជី។ phaR

អនុសាសន៍ :

១.ថ្ងៃចុះបញ្ជីប្រចាំសប្តាហ៍ : កំណត់ពេលមួយថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ជា " ថ្ងៃចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន " អំឡុងពេលនេះ មេឃុំនឹងប្រចាំការនៅសាលាឃុំដើម្បីចុះបញ្ជីព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋានពេញមួយថ្ងៃ។ ព័ត៌មាននេះតម្រូវឱ្យមានការជូនដំណឹងដល់ប្រជាពលរដ្ឋ មេភូមិ មណ្ឌលសុខភាព និងសមាជិក គកនក។

២. យុទ្ធនាការការយល់ដឹងជាសាធារណៈដើម្បីលើកទឹកចិត្តដល់ការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព : យុទ្ធនាការទូទាំងប្រទេសក្នុងការលើកទឹកចិត្តការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព ទាមទារឱ្យមានការផ្សព្វផ្សាយតាមរយៈវិទ្យុ ទូរទស្សន៍ និងផ្ទាំងរូបភាព។ លើសពីនេះ មេភូមិ គ.ក.ន.ក គ្រូបង្រៀន បុគ្គលិកសុខាភិបាលក្នុងសហគមន៍ឆ្មប គឺទាមទារឱ្យមានការលើកទឹកចិត្តគ្រប់ពេលវេលាលើការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព។

៣. ការភ្ជាប់ការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាពទៅនឹងសេវា និងការលើកទឹកចិត្ត : ការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាពទាមទារឱ្យមានការតភ្ជាប់ទៅនឹងសេវាដទៃទៀតដែលនឹងត្រូវផ្តល់ជូនដោយរដ្ឋាភិបាល។ ដូចនេះតម្រូវការនៃការចុះបញ្ជីព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗត្រូវបានពង្រឹង ដូចជា ការចុះឈ្មោះចូលរៀន សោធន៍និវត្ត ការអនុញ្ញាតបញ្ចុះសព និងប្រាក់សេវាសង្គមដទៃទៀត។ លើសពីនេះ ការលើកទឹកចិត្តក្នុងការចុះបញ្ជីមរណភាពដោយផ្តល់នូវប្រាក់សម្រាប់បញ្ចុះសពអាចនឹងត្រូវបានពិចារណា ដើម្បីជំរុញអត្រាចុះបញ្ជីមរណភាព។

អនុសមាសភាគ ១៤-ការរក្សាទុក និងការបញ្ជូនទិន្នន័យ

ការិយាល័យចុះបញ្ជីនៅមូលដ្ឋាន កត់ត្រាព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗក្នុងសៀវភៅភ្លោះ។ ទស្សនទានក្នុងការប្រើប្រាស់សៀវភៅភ្លោះសម្រាប់ចុះបញ្ជី គឺដើម្បីកាត់បន្ថយជាអប្បបរមាក្នុងការបាត់បង់។

ដូចមាត្រា ១៤ នៃអនុក្រឹត្យលេខ ១០៣ :"សៀវភៅអត្រានុកូលដ្ឋានតាមឆ្នាំនីមួយៗ ត្រូវបើកឱ្យប្រើប្រាស់ចាប់ពីថ្ងៃទី០១ ខែមករា ហើយត្រូវបញ្ឈប់នៅថ្ងៃទី៣១ ខែធ្នូ រៀងរាល់ឆ្នាំ។ នៅខែមករាឆ្នាំបន្ទាប់ មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានត្រូវបញ្ជូនសៀវភៅតាមប្រភេទនីមួយៗ ០១ច្បាប់ ទៅសាលាស្រុក ឬខណ្ឌសាមី ដើម្បីត្រួតពិនិត្យ និងតម្កល់ទុកនៅទីនោះ និងបញ្ជូន ០១ច្បាប់ទៀតដែលដូចគ្នាទៅតម្កល់ទុកនៅតុលាការរាជធានី ឬខេត្តសាមី ដើម្បីមុខការតាមផ្លូវច្បាប់"។

មានតែទិន្នន័យដែលបានប្រមូលទេ ដែលត្រូវបញ្ជូនទៅការិយាល័យអត្រានុកូលដ្ឋានថ្នាក់កណ្តាល ហើយបច្ចុប្បន្នក្រសួងមហាផ្ទៃ ធ្វើការប្រមូលទិន្នន័យតាមភេទ ប៉ុន្តែមិនតាមអាយុទេ។

នៅឆ្នាំ២០០៩ ធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី (ADB) និងទីភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៍ប្រទេសស៊ុយអ៊ែត (SIDA) បានគាំទ្រគម្រោងមួយសម្រាប់វាយបញ្ចូលទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានកំណើត និងបញ្ជាក់កំណើត ទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានវិទ្យាដែលសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋានទាំងអស់ដែលបានអនុវត្តនៅក្នុងអំឡុងពេលពីឆ្នាំ២០០២ ដល់ ២០០៦។ សំបុត្រទាំងនេះត្រូវបានស្កេន ដោយតម្កល់ទុកជាមួយនឹងគ្រប់ទិន្នន័យទាំងអស់ទៅក្នុងប្រព័ន្ធទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានថ្មី។ ការីបញ្ចូលទិន្នន័យចំនួន ៧៥នាក់ ត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាល និងបញ្ចូលទិន្នន័យ ហើយចំនួនបញ្ជីជាង ៦លានបញ្ជី ត្រូវបាន

វាយបញ្ចូលក្នុងប្រព័ន្ធទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាន។ ការវាយបញ្ចូលសំបុត្រកំណើតកន្លងមកត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពក្នុងប្រព័ន្ធនេះ ក៏ប៉ុន្តែនាពេលបច្ចុប្បន្ន ចាប់តាំងពីជំនួយត្រូវបានផ្អាក មជ្ឈមណ្ឌលទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានបានដំណើរការតិចតួចបំផុត។

បញ្ជីត្រូវបានរក្សាទុកក្នុងសៀវភៅភ្លោះ និងគ្មានការ “Back Up” បញ្ជីទេ។ សៀវភៅត្រូវបានទុកដាក់តាមឆ្នាំចុះបញ្ជី និងឈ្មោះឃុំ។ ទោះជាមានពេលកំណត់សម្រាប់ការធ្វើរបាយការណ៍ត្រូវបានបង្កើតក៏ដោយ ក៏ការអនុវត្តមិនមានភាពតឹងរឹង ហើយការធ្វើរបាយការណ៍ពីរាជធានី ខេត្តជាច្រើន មិនបានតាមពេលកំណត់ដែរ ដូចជា :

ថ្ងៃទី៥ នៃខែបន្ទាប់ : ឃុំធ្វើរបាយការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋានប្រចាំខែទៅសាលាស្រុក

ថ្ងៃទី១០ នៃខែបន្ទាប់: ស្រុកធ្វើរបាយការណ៍ដែលបានប្រមូលបញ្ជូនទៅសាលាខេត្ត

ថ្ងៃទី១៥ នៃខែបន្ទាប់: សាលាខេត្តធ្វើររបាយការណ៍ដែលបានប្រមូលបញ្ជូនទៅក្រសួងមហាផ្ទៃ។

កន្លងមកការធ្វើរបាយការណ៍ពីភូមិទៅឃុំ ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់មាត់នៅពេលប្រជុំប្រចាំខែនៅឃុំ។ បច្ចុប្បន្នមានឃុំចំនួន៣២ ដែលអង្គការយូនីសេហ្វ កំពុងគាំទ្រការសាកល្បង ដែលមេភូមិត្រូវបានផ្តល់ឱ្យនូវសៀវភៅពណ៌លឿងសម្រាប់កត់ត្រាទិន្នន័យពីចំនួនកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ មរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់សម្រាប់ប្រជាជនក្នុងភូមិ។ ពួកគាត់ តម្រូវឱ្យយកសៀវភៅពណ៌លឿងដែលបំពេញរួចទៅចូលរួមកិច្ចប្រជុំប្រចាំខែនៅថ្នាក់ឃុំ ហើយមេភូមិអាចដើរតួនាទីជាអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានពីកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងមរណភាព។ នេះអាចក្លាយជាសេចក្តីយោងដោយមានចំនួនតួលេខពិតប្រាកដនៃព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗដែលបានចុះបញ្ជីក្នុងអំឡុងពេលដូចគ្នា។ បច្ចុប្បន្ននេះ គ្មានការអនុវត្តការត្រួតពិនិត្យទិន្នន័យទេ ហើយតម្រូវឱ្យមានការបង្កើតយន្តការក្នុងការត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃយ៉ាងទៀងទាត់។

គន្លឹះរាំងស្ទះ :

- ទោះជាកន្លែងចុះបញ្ជីមានគ្រប់គ្រាន់ក៏ដោយ ដោយសារមេឃុំការងារច្រើន មេឃុំមិនអាចអនុវត្តការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានបានជាប់លាប់ទេ
- ការចុះបញ្ជីមរណភាពនៅតែមានចំនួនទាប ហើយវាមានការចាំបាច់ដើម្បីលើកកំពស់ការយល់ដឹង និងការភ្ជាប់ការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានមរណភាពជាមួយនឹងការលើកទឹកចិត្ត ឬការផ្តល់សេវាដូចជា ប្រាក់សម្រាប់បញ្ចុះសព... ។ល។
- ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជី គឺប្រើប្រាស់ក្រដាសជាគោល ហើយមានរយៈពេលកំណត់ក្នុងការធ្វើរបាយការណ៍ពីការិយាល័យមូលដ្ឋាន និងតំបន់ទៅកាន់ការិយាល័យកណ្តាល។ ការពង្រីកប្រព័ន្ធព័ត៌មានវិទ្យាអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺជាតម្រូវការមួយចាំបាច់បំផុត។

អនុសាសន៍ :

១. **ថ្ងៃចុះបញ្ជីប្រចាំសប្តាហ៍ :** កំណត់មួយថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ជាថ្ងៃចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ហើយនៅថ្ងៃនោះមេឃុំត្រូវនៅប្រចាំការនៅសាលាឃុំដើម្បីចុះបញ្ជីពេញមួយថ្ងៃ។ ព័ត៌មាននេះត្រូវតែចែករំលែកដល់ប្រជាពលរដ្ឋ មេភូមិ មណ្ឌលសុខភាព និងសមាជិក គ.ក.ន.ក។

២. ការរាយបញ្ចូលទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានវិទ្យា ៖ ដោយមានការគាំទ្រពីអង្គការ USAID អង្គការ URC បានគាំទ្រក្រសួងមហាផ្ទៃ ក្នុងការអនុវត្តសាកល្បងនៃការរាយបញ្ចូលទិន្នន័យតាមប្រព័ន្ធព័ត៌មានវិទ្យាក្នុងឃុំ សង្កាត់ចំនួន១១ ដែលមានទម្រង់តែមួយ។ ការសាកល្បងនេះអនុញ្ញាតដល់ការរាយបញ្ចូលទិន្នន័យសម្រាប់ព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗទាំងអស់ និងការបង្កើតរបាយការណ៍ប្រចាំខែព្រមទាំងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានសម្រាប់នៅគ្រប់កម្រិត។ លើសពីនេះ ទិន្នន័យស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានដែលបានចុះក្នុងប្រព័ន្ធ អាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ភ្លាមៗដោយអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច។ ការសាកល្បងនេះតម្រូវឱ្យមានការវាយតម្លៃ និងសក្តានុពលសម្រាប់ពង្រីកទូទាំងប្រទេស។

៣. ប្រាក់វិភាជន៍ និងការបណ្តុះបណ្តាល ៖ នេះគឺជាតម្រូវការមួយក្នុងការបែងចែកថវិកានៅសាលាឃុំ សង្កាត់សម្រាប់ការងារដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការងារស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ដើម្បីធានាដល់ភាពគ្រប់គ្រាន់ផ្នែកផ្គត់ផ្គង់សំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋាន តែមិនប្រើដែលទាមទារសម្រាប់ការចម្លងសំបុត្រអត្រានុកូលដ្ឋាន និងតម្លៃផ្នែករដ្ឋបាលផ្សេងៗ។ ទោះបីជាធនធានមនុស្សមាននៅសាលាឃុំ សង្កាត់សម្រាប់ការងារអត្រានុកូលដ្ឋានក៏ដោយ ក៏ទាមទារឱ្យមានការបណ្តុះបណ្តាលឱ្យបានល្អប្រសើរ។ ការបណ្តុះបណ្តាលប្រចាំឆ្នាំ និងសិក្ខាសាលាត្រូវតែធ្វើឡើង ដើម្បីធានាដល់ភាពទៀងទាត់ក្នុងការចុះបញ្ជី និងធ្វើរបាយការណ៍ស្តីពីព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗ ព្រមទាំងផ្តល់របាយការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋានប្រចាំខែឱ្យទាន់ពេលវេលា។

៤. ការសម្របសម្រួលពីអន្តរក្រសួង៖ វាក៏ជាតម្រូវការមួយក្នុងការលើកទឹកចិត្តឱ្យមានកិច្ចសហប្រតិបត្តិការ និងការទំនាក់ទំនងរវាងមណ្ឌលសុខភាព និងសាលាឃុំ សង្កាត់។ មណ្ឌលសុខភាពអាចចែករំលែករបាយការណ៍ពីចំនួនកំណើត និងមរណភាព ដែលកើតឡើងក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ហើយការចែករំលែកនេះអាចមានប្រយោជន៍ក្នុងការកំណត់ពីគន្លាតក្នុងការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន។

៥. ការត្រួតពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យជាទៀងទាត់ ៖ នាពេលបច្ចុប្បន្ន គ្មានការត្រួតពិនិត្យទៀងទាត់ត្រូវបានធ្វើនៅសាលាឃុំ សង្កាត់ទេ វាក៏ជាតម្រូវការមួយសម្រាប់បង្កើតឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យទៀងទាត់ដោយសាលារាជធានី ខេត្ត។ វាក៏មានសារៈសំខាន់ក្នុងការទទួល និងផ្តល់ព័ត៌មានត្រលប់ ព្រមទាំងលើកទឹកចិត្តឱ្យមានការរាយការណ៍បានទាន់ពេលវេលាដោយឃុំ សង្កាត់ផងដែរ។

៦. ការភ្ជាប់ការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាពទៅកាន់ទម្រង់ និងសេវាដទៃទៀត ៖ វាជាតម្រូវការក្នុងការភ្ជាប់ការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាពទៅកាន់ទម្រង់ចុះបញ្ជី និងសេវាដទៃ ដូចជាសៀវភៅគ្រួសារ សៀវភៅស្នាក់នៅ ការអនុញ្ញាតបញ្ចុះសព ការចុះឈ្មោះចូលរៀន។ល។ ជាការលើកទឹកចិត្តដល់ការចុះបញ្ជីមរណភាព ដូចជាការផ្តល់ប្រាក់បញ្ចុះសពដល់ក្រុមគ្រួសារអាចមានប្រយោជន៍ដល់ការជំរុញឱ្យមានការចុះបញ្ជីមរណភាពបានទាន់ពេលវេលា។

សមាសភាគ គ ៖ សំបុត្រមរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់

សំបុត្របញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់ គឺជាទិដ្ឋភាពមួយរបស់ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានដែលត្រូវបានគេមិនយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ មូលហេតុមួយផ្នែក គឺការចុះបញ្ជីសំបុត្រមរណភាពត្រូវធ្លាក់ទៅលើនាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលទូទៅ ក្រសួងមហាផ្ទៃ តែអ្នកជំនាញពិតប្រាកដ គឺក្រសួងសុខាភិបាល (សម្រាប់លិខិត phar

បញ្ជាក់មរណភាពដែលស្លាប់នៅមន្ទីរពេទ្យធ្វើដោយវេជ្ជបណ្ឌិត និងដោយមន្ត្រីសុខាភិបាលតាមរយៈការប្រើប្រាស់ការធ្វើអង្កេតសាកសួរផ្ទាល់មាត់សម្រាប់មរណភាពនៅក្នុងសហគមន៍)។ ដើម្បីបោះជំហានដ៏សំខាន់មួយក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវមូលហេតុនៃការស្លាប់ (COD)។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ ដែលវិស័យសុខាភិបាលត្រូវទទួលខុសត្រូវលើការអនុវត្តការចេញសំបុត្របញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់ (COD) និងត្រូវរៀបចំពង្រឹងដល់ការគាំទ្រការអភិវឌ្ឍន៍ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន (CRVS) នាពេលអនាគត រួមមាន :

- ធានាថាប្រព័ន្ធសុខាភិបាលត្រូវបានពង្រឹង ដើម្បីគាំទ្រដល់ការចេញលិខិតបញ្ជាក់ពីកំណើត និងមរណភាពក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់ខ្លួន និង
- ធានាថាប្រព័ន្ធសុខាភិបាលអាចបង្កើតព័ត៌មានមូលហេតុនៃការស្លាប់ តាមរយៈលិខិតបញ្ជាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងរយៈពេលអន្តរកាល ដូចជាការធ្វើការអង្កេតសាកសួរផ្ទាល់មាត់។

  ដូច្នេះ អនុសាសន៍ជាច្រើន គឺថាទិដ្ឋភាពសុខាភិបាលក្នុងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រាកូលដ្ឋាន (CRVS) ត្រូវបញ្ចូលទៅក្នុងក្របខណ្ឌច្បាប់សម្រាប់ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រាកូលដ្ឋាន (CRVS) នៅកម្ពុជា ជាពិសេស ការបញ្ជាក់ជាចាំបាច់នៃព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋានពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទៅកាន់ការិយាល័យអត្រានុកូលដ្ឋាន ព្រមទាំងការបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់តាមវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់មរណភាពទាំងអស់ដែលកើតឡើងក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។

អនុសមាសភាគ គ១ : ការអនុវត្ត និងអនុលោមទៅតាមចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ ICD **សម្រាប់សំបុត្រមរណភាព**

មូលហេតុនៃការស្លាប់ក្នុងសំបុត្រមរណភាពនៅពេលចុះបញ្ជីមរណភាព ត្រូវបានកត់ត្រាទុកដោយមន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានដោយផ្អែកលើរបាយការណ៍ពីគ្រួសារ។ ព័ត៌មានទាំងនេះ មិនត្រូវបានចងក្រង និងភាគច្រើនពុំបានកំណត់មូលហេតុនៃការស្លាប់ទេ។

ចរិកលក្ខណៈទូទៅនៃសំបុត្រមរណភាពប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា គឺមិនស្របទៅនឹងទម្រង់វេជ្ជសាស្ត្រជាអន្តរជាតិនៃមូលហេតុនៃការស្លាប់ទេ។ វាបានផ្ដល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើប្រាស់ទម្រង់វេជ្ជសាស្ត្រជាអន្តរជាតិនៃមូលហេតុនៃការស្លាប់ ពីព្រោះនេះអាចអនុញ្ញាតដល់ការបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ និងដែលស្របទៅនឹងចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) សម្រាប់សំបុត្រមរណភាព។

សម្រាប់មរណភាពដែលកើតឡើងក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ទម្រង់លិខិតចម្លងបញ្ជាក់មរណភាពចំនួន ០២ច្បាប់ត្រូវបានធ្វើឡើង។ មួយសម្រាប់គ្រួសារដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់បញ្ចុះសព (ក្នុងការអនុវត្ត គឺត្រូវបានធ្វើឡើងជាបណ្ដោះអាសន្ន និងមិនត្រូវបានអនុវត្តពេញលេញទេ) និងទម្រង់មួយទៀត ដែលរក្សាទុកនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ប្រសិនបើមរណភាពនៅក្រៅមន្ទីរពេទ្យ ទាមទារឱ្យមានទម្រង់បញ្ជាក់ពីសាលាឃុំ។

លិខិតបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ គឺមិនមានគ្រប់គ្រាន់ទេ ហើយមានតែ ១២% នៃមរណភាពទាំងអស់ ដែលទំនងជាមានការបញ្ជាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីមូលហេតុនៃការស្លាប់។ មរណភាពទាំងនេះ ត្រូវបានកត់ត្រាតាមរយៈប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងភាគច្រើនពីមន្ទីរពេទ្យសាធារណៈ (Public Establishment)។ មានមន្ទីរពេទ្យឯកជនតិចតួច phar

ប៉ុណ្ណោះដែលរាយការណ៍ពីព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋាន ទៅក្រសួងសុខាភិបាល។ ក្នុងទំនាក់ទំនងទៅនឹងការប្រមូលផ្នែកបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន វាជាការកត់សម្គាល់ថាប្រព័ន្ធសុខាភិបាលអាចប្រមូលព័ត៌មានស្តីពីកំណើត និងមរណភាពពីទិន្នន័យសុខាភិបាលសាធារណៈ ជាមួយនឹងការរាយការណ៍ពីវិស័យឯកជនដែលមានតិចតួច។

អនុសមាសភាគ គ២- លិខិតបញ្ជាក់មរណភាពរបស់មន្ទីរពេទ្យ

សម្រាប់អ្នកស្លាប់នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល គ្រូពេទ្យជាអ្នកកំណត់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដោយបញ្ជាក់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយដែលមានតែ ១២% នៃមរណភាពទាំងអស់ប៉ុណ្ណោះទូទាំងប្រទេស ក៏ប៉ុន្តែទិន្នន័យនេះមិនបានភ្ជាប់ទៅប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន (CRVS) ពេលបច្ចុប្បន្ននេះទេ។ *(UQ Country Trip Report Cambodia August 2012).*

នៅពេលដែលមរណភាពកើតឡើងក្នុងមន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិតនឹងសរសេរនូវព័ត៌មាន (រួមមានមូលហេតុនៃការស្លាប់) ក្នុងសៀវភៅចុះបញ្ជីតាមផ្នែកនីមួយៗក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (ward register book)។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានផ្ទេរទៅក្នុងទម្រង់លិខិតបញ្ជាក់មរណភាព។ លេខកូដព័ត៌មាន ដែលផ្តល់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល (មិនមែនកូដរបស់ចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ ICD ទេ) គឺត្រូវបានបកប្រែចេញពីសៀវភៅចុះបញ្ជីតាមផ្នែកនីមួយៗក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (Ward Register book)។ ដើម្បីប្រមូលទិន្នន័យពីមន្ទីរពេទ្យ ព័ត៌មានបានពីសៀវភៅចុះបញ្ជីតាមផ្នែកនីមួយៗក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (ward Register book) ត្រូវបានរាប់ដោយគិលានុបដ្ឋាយិការ និងរបាយការណ៍ប្រចាំខែត្រូវបានរៀបចំ។ ព័ត៌មានទាំងនេះត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល " Web-based " របស់ក្រសួងសុខាភិបាល។ ករណីមរណភាពពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ មិនត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតទេ តែក្នុងករណីមួយចំនួនដែលមានការស្នើសុំដោយគ្រួសារ នោះគណៈកម្មការត្រូវបានបង្កើតឡើងនៅមន្ទីរពេទ្យ ដោយផ្អែកលើការកត់ត្រាប្រវត្តិព័ត៌មាន និងការព្យាបាលពីមុន ហើយមូលហេតុនៃការស្លាប់ (COD) ត្រូវបានកំណត់។

ក្រសួងសុខាភិបាលកំពុងចាត់វិធានការតម្រឹម និងពង្រីកប្រព័ន្ធ " web-based " គ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល (HMIS) ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈច្រើនជាង ១.០០០ រួមមាន មន្ទីរពេទ្យសាធារណៈ ៩៥ និងជិត២០០មន្ទីរពេទ្យឯកជនដែលត្រូវរាយការណ៍ប្រចាំខែជាទៀងទាត់ក្នុងចំនួន ១០០%។ ការចូលរួមធ្វើឱ្យល្អប្រសើរនូវទិន្នន័យកំណើត មរណភាព និងកូដតាមចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) មូលហេតុនៃការស្លាប់ (CoD) តាមរយៈប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលតាមគេហទំព័រ (HMIS) គឺជាគោលបំណងដ៏សំខាន់មួយក្នុងការកំណត់ពេលអនាគត ជាពិសេសសម្រាប់គោលបំណងនៃការត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃហើយអាចកាត់បន្ថយបន្ទុកក្នុងការរាយការណ៍ និងប្រមូលព័ត៌មានតាមផ្នែក។

ពាក់ព័ន្ធទៅនឹងប្រព័ន្ធការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ទោះជាក្នុងករណីដែលមរណភាពកើតឡើងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល មេឃុំ ចៅសង្កាត់ មិនអាចបកប្រែមូលហេតុនៃការស្លាប់បានគ្រប់គ្រាន់ទេ ដោយសាររបាំងភាសា ពីព្រោះលិខិតបញ្ជាក់មរណភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលតែងតែបំពេញដោយប្រើប្រាស់ជាភាសាបារាំង ឬអង់គ្លេស។ វាត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ថា ការថតចម្លងលិខិតបញ្ជាក់មរណភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គួរត្រូវបានផ្តល់ឱ្យការិយាល័យចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន តែការកត់ត្រាកូដមូលហេតុនៃការស្លាប់ដោយប្រើប្រាស់ចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) ត្រូវធ្វើឡើង

ដោយក្រសួងសុខាភិបាល។ ដោយសារមូលហេតុនៃការស្លាប់ (CoD) តែងតែបាត់បង់ដោយសាររបាំងភាសានោះ ការធ្វើមជ្ឈការទៅលើតួនាទីនេះ នឹងតម្រូវឱ្យមានលិខិតបញ្ជាក់មូលហេតុស្លាប់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ (MCCD) ទាំងអស់តម្រូវឱ្យបកប្រែ ទោះបីភាសាបារាំង អង់គ្លេស ឬខ្មែរ ពីព្រោះភាសាមិនមែនជាឧបសគ្គនៅថ្នាក់កណ្ដាលនោះទេ។

អនុសមាសភាគ គ៣- មរណភាពកើតឡើងនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល

ប្រសិនបើមនុស្សម្នាក់ស្លាប់នៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ទម្រង់ពីសាលាឃុំ គឺទាមទារដើម្បីចុះបញ្ជីមរណភាព។ តាមប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលបានដំណើរការមក មូលហេតុស្លាប់ត្រូវបានកត់ត្រាលើបញ្ជីមរណភាពដោយផ្អែកទៅលើសេចក្ដីរាយការណ៍ពីសមាជិកគ្រួសារដែលទៅចុះបញ្ជីមរណភាព និងដែលជាញឹកញាប់ គឺត្រូវបានសន្មត់មូលហេតុស្លាប់ថា ជំងឺគ្រុន ឬគាំងបេះដូង ដែលផ្ដល់តម្លៃយ៉ាងតិចតួចដល់សុខុមាលភាពសាធារណៈ។

ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ច្រើនជាង ៥០% នៃមរណភាពនៅតែកើតឡើងនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ហើយមរណភាពទាំងនេះមិនត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយវេជ្ជសាស្ត្រទេ។ យន្តការធ្វើការអង្កេតសាកសួរផ្ទាល់មាត់មិនត្រូវបានប្រើនាពេលបច្ចុប្បន្ននេះទេ ក៏ប៉ុន្តែក្នុងឆ្នាំ២០០៤ គណៈកម្មាធិការជាតិអង្កេតស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា (NCMDA) ត្រូវបានបង្កើតឡើងក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដែលមានសមាជិកមកពីមជ្ឈមណ្ឌលគាំពារមាតា និងទារក (NRMNCHC) និងនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល (DPHI)។ មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី ខេត្ត គឺទទួលខុសត្រូវលើការអនុវត្តជាផ្លូវការក្នុងការអង្កេតស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា និងពិនិត្យលើទំនាក់ទំនងករណីនីមួយៗ។ ក្នុងឆ្នាំ២០០៥ គណៈកម្មាធិការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា (Maternal Audit Committees) បានចុះអនុវត្តការងារ នៅក្នុង ១៨ ខេត្ត (នៃ ២៤ រាជធានី ខេត្ត)។ បច្ចុប្បន្ន ប្រទេសកម្ពុជាកំពុងពិនិត្យពិចារណាតើត្រូវវិភាគ បកស្រាយ និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានទាំងនេះឱ្យបានល្អយ៉ាងដូចម្ដេច។

ដើម្បីប្រមូលបាននូវមូលហេតុសមរម្យនៃការស្លាប់ទាំងនេះ វិធីសាស្ត្រធ្វើការអង្កេតសាកសួរផ្ទាល់មាត់ត្រូវតែបង្កើតឡើង។ មន្ត្រីសុខាភិបាលក្នុងសហគមន៍នឹងអាចត្រូវបានចល័តដើម្បីបំពេញការងារធ្វើការអង្កេតសាកសួរផ្ទាល់មាត់ ព្រោះតែពួកគាត់ស្ថិតនៅជិតសហគមន៍ និងដែលត្រូវចុះទៅសហគមន៍ពេលចាក់ថ្នាំបង្ការ និងអប់រំសុខភាព។ ការបណ្ដុះបណ្ដាលគ្រប់គ្រាន់ និងការលើកទឹកចិត្ត នឹងត្រូវបានផ្ដល់ដល់អ្នកចុះធ្វើអង្កេតសាកសួរផ្ទាល់មាត់ (VA enumerators) ដើម្បីធ្វើការបញ្ជាក់ និងរាយការណ៍ពីមរណភាពទាំងអស់។

អនុសមាសភាគ គ៤- ការអនុវត្តដែលមានភាពប៉ះពាល់ទៅនឹងគុណភាពទិន្នន័យ មូលហេតុនៃការស្លាប់

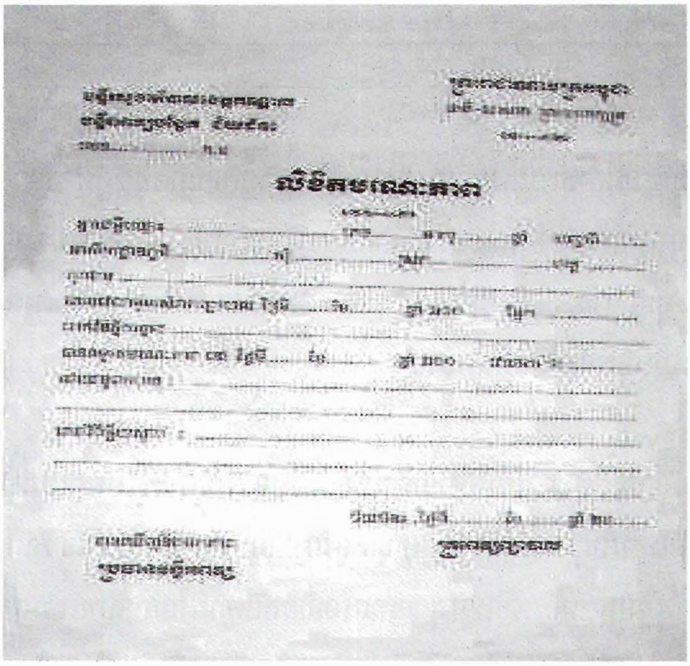
ពុំមានមធ្យោបាយដើម្បីឱ្យដឹងពីចំនួនតួលេខ និងមូលហេតុនៃការស្លាប់ នៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ ដូចនេះប្រព័ន្ធសុខាភិបាលត្រូវពឹងផ្អែកទៅលើប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋានក្នុងការកត់ត្រាពីព្រឹត្តិការណ៍ទាំងនោះ ដើម្បីឱ្យយល់កាន់តែស៊ីជម្រៅទៅលើស្ថិតិ ស្ដីពីមរណភាព។

ទម្រង់សំបុត្រមរណភាពមិនមែនជាលិខិតបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់ តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រអន្តរជាតិទេ ហើយមិនស្របទៅនឹងការអនុវត្តចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) ក្នុងការសន្មត់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់នោះដែរ។

ជុំវិញមរណភាពដែលជាការអៀនខ្មាស់ និងជាចំណុចរសើបក្នុងសង្គម ដោយសារតែអត្តឃាត អេដស៍ និងមរណភាពមាតាហាក់ដូចជាសង្គមត្រូវទទួលយកពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ឱ្យបានច្រើន។ សម្រាប់មូលហេតុនៃការស្លាប់ផ្សេងៗទៀត ឬក្នុងករណីដែលមរណភាពត្រូវបានសង្ស័យដោយសារអំពើហឹង្សា ការស៊ើបសង្កេតផ្នែកបទឧក្រិដ្ឋត្រូវបានធ្វើឡើងដោយគណៈកម្មការស៊ើបសង្កេតដែលមានសមាភាពពីប៉ូលីស អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន និងវេជ្ជបណ្ឌិត ហើយដោយផ្អែកតាមការធ្វើកោសល្យវិច្ច័យរបស់ប៉ូលីស នោះមូលហេតុនៃការស្លាប់ត្រូវបានសន្មត់។

ខាងក្រោមនេះ គឺជាលិខិតបញ្ជាក់មរណភាពរបស់មន្ទីរពេទ្យ ដែលមានបន្ទាត់ប្រើសម្រាប់រោគវិនិច្ឆ័យ ទម្រង់នៃមរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់។ ទម្រង់នេះ មិនស្របទៅនឹងការអនុវត្តរបស់ចំណាត់ថ្នាក់នៃជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) សម្រាប់សំបុត្រមរណភាពទេ។ គ្មានប្រអប់គូសសម្រាប់ការមានផ្ទៃពោះលើសំបុត្រមរណភាពទេ ក៏ប៉ុន្តែរបាយការណ៍ប្រចាំខែរបស់ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល (HMIS) ចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល គឺមានរបាយការណ៍ស្តីពីមរណភាពមាតា។

លិខិតបញ្ជាក់មរណភាព


លិខិតមរណភាព

ក្នុងបរិបទនៃការបណ្តុះបណ្តាលលើលិខិតបញ្ជាក់នៃការស្លាប់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MCCD) ដែលជាផ្នែកមួយក្នុងកាលវិភាគសាលាពេទ្យ មានបង្រៀនមេរៀន ស្តីពីការអនុវត្តលិខិតបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការស្លាប់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MCCD)។ វាត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ថា ដើម្បីទទួលបានគ្រប់គ្រាន់លើមូលដ្ឋានមូលហេតុនៃការស្លាប់ នោះលិខិតបញ្ជាក់ពីមូលហេតុមរណភាពជាអន្តរជាតិ ត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការបង្រៀន។ លើសពីនេះ ការតម្រង់ទិសដៅទូទាំងប្រទេស និងការចែករំលែកបទពិសោធន៍របស់វេជ្ជបណ្ឌិតលើការអនុវត្តលិខិតមរណភាពតម្រូវឱ្យធ្វើឡើង។

ទម្រង់អន្តរជាតិស្ដីពីការបញ្ជាក់ដោយវេជ្ជសាស្ត្រនូវមូលហេតុនៃការស្លាប់

មូលហេតុនៃការស្លាប់		ចន្លោះប្រហែលរវាងកំណើត និងការស្លាប់
១.		
ជំងឺ ឬមូលហេតុជាក់ស្ដែងដែលនាំឱ្យស្លាប់ *	(ក)...................................... ដោយសារ (ឬ ជាលទ្ធផលនៃ)	....
មូលហេតុដែលមានពីមុនមក ស្ថានភាពជំងឺ ប្រសិនបើមាន	(ខ)...................................... ដោយសារ (ឬ ជាលទ្ធផលនៃ)	....
លើកឡើងនូវមូលហេតុខាងលើ បង្ហាញពីមូលហេតុដែលបានបញ្ជាក់	(គ)...................................... ដោយសារ (ឬ ជាលទ្ធផលនៃ))	....
ក្រោយគេ	(ឃ)...................................... ដោយសារ (ឬ ជាលទ្ធផលនៃ)	....
២.		
មូលហេតុផ្សេងៗទៀតដែលនាំឱ្យស្លាប់ ប៉ុន្តែមិនទាក់ទងទៅនឹង	....	....
ជំងឺ ឬមូលហេតុដែលនាំឱ្យស្លាប់	....	....

** មិនមែនសំដៅទៅរបៀបនៃការស្លាប់ ឧ.ជំងឺគាំងបេះដូង ជំងឺពិបាកដកដង្ហើម ។ គឺសំដៅលើជំងឺ ការរងរបួស ឬមូលហេតុស្មុគស្មាញដទៃទៀត ដែលនាំឱ្យស្លាប់ ។*

នាពេលបច្ចុប្បន្ន ទិន្នន័យមូលហេតុនៃការស្លាប់នៅក្នុងបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានមិនត្រូវបានចងក្រងពីមូលហេតុចម្បងនៃការស្លាប់ ឬប្រើសម្រាប់ការរៀបចំគោលនយោបាយសុខុមាលភាពសាធារណៈទេ។ ទន្ទឹមនឹងលិខិតបញ្ជាក់នៃការស្លាប់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MCCD) នៅមានកម្រិត និងរបាយការណ៍មរណភាពនៃមូលហេតុមរណភាពមិនត្រូវបានបែងចែកទៅតាមមូលហេតុនៃការស្លាប់ទេ។

បញ្ហាប្រឈម :

- លិខិតបញ្ជាក់មរណភាពជាអន្តរជាតិមានការបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃស្លាប់ដោយវេជ្ជសាស្ត្រ គឺតម្រូវឱ្យមានការប្រើប្រាស់ និងការបណ្ដុះបណ្ដាលវេជ្ជបណ្ឌិតទូទៅលើការចុះសំបុត្រមរណភាព។
- តម្រូវឱ្យមានការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាពនៃលិខិតបញ្ជាក់នៃការស្លាប់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MCCD) និងបង្កើតឱ្យមានការតភ្ជាប់ជាមួយប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន (CRVS) មានតែ ១២% ទេសម្រាប់មរណភាពដែលទំនងជាមានលិខិតបញ្ជាក់នៃការស្លាប់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MCCD)។ ទាំងនេះ គឺជាមរណភាពដែលកត់ត្រាតាមរយៈប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងភាគច្រើនពីមន្ទីរពេទ្យសាធារណៈ។ មានតិចតួចប៉ុណ្ណោះពីសេវាឯកជនដែលរាយការណ៍ពីព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗទៅក្រសួងសុខាភិបាល។
- ចាប់ពីជាង ៥០% នៃមរណភាពក្នុងប្រទេសកម្ពុជានៅតែកើតឡើងក្រៅមន្ទីរពេទ្យ នោះវាជាតម្រូវការដើម្បីសាកល្បងប្រើប្រាស់បច្ចេកទេសការអង្កេតសាកសួរផ្ទាល់មាត់ ដើម្បីកត់ត្រានូវមូលហេតុសមស្របជាងគេសម្រាប់មរណភាពទាំងនេះ។
- ការប្រើប្រាស់ប្រាស់កូដ ICD ត្រូវបានណែនាំឱ្យមានលក្ខណៈមជ្ឈការ និងក្រុមអ្នកហ្វឹកហ្វឺនបង្ហាត់សម្រាប់

អ្នកដាក់កូដ គឺទាមទារឱ្យមានការបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោល ។

- កិច្ចសហប្រតិបត្តិការរវាងក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងមហាផ្ទៃត្រូវតែបង្កើតឡើង និងមានយន្តការថ្នាក់បច្ចេកទេសជាអ្នកសម្របសម្រួល និងទំនាក់ទំនង ។

អនុសាសន៍

១.ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និងភាពពេញលេញនៃទិន្នន័យមូលហេតុនៃការស្លាប់ :

ក. សម្រាប់មរណភាពក្រៅមន្ទីរពេទ្យ: ការកត់ត្រាមូលហេតុដ៏សមរម្យនៃការស្លាប់ ដោយប្រើប្រាស់ការធ្វើអង្កេតសាកសួរផ្ទាល់មាត់នៅផ្ទះអ្នកស្លាប់ ។

ខ. សម្រាប់មរណភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល: ការបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ ធ្វើតាមលិខិតបញ្ជាក់ជាអន្តរជាតិពីមរណភាព ។ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការអនុវត្តលិខិតបញ្ជាក់នៃការស្លាប់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MCCD) គឺជាអាទិភាពចម្បងរបស់ប្រទេសកម្ពុជា ។

គ. សម្រាប់មរណភាពដោយសារមូលហេតុផ្សេងៗ : ការចូលរួមពីអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន ដើម្បីរកមរណភាពលើមូលហេតុនៃការស្លាប់ ។

២. ការទទួលយកលិខិតបញ្ជាក់ជាអន្តរជាតិស្តីពីមូលហេតុនៃការស្លាប់: ការណែនាំពីទម្រង់អន្តរជាតិនៃលិខិតបញ្ជាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រអំពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ គឺត្រូវធ្វើការពិចារណា។ បញ្ហានេះត្រូវរៀបចំឡើងដើម្បីសម្របសម្រួលដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដ៏ត្រឹមត្រូវ និងដឹងពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ ព្រមទាំងជំរុញឱ្យមានទម្រង់ឯកភាពមួយក្នុងការអនុវត្តចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) សម្រាប់មរណភាពដែលត្រូវបានកំណត់ទាំងអស់ ។

៣. ការធ្វើមជ្ឈការលើការកត់ត្រាលិខិតបញ្ជាក់នៃការស្លាប់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MCCD) និងការដាក់លេខកូដមូលហេតុនៃការស្លាប់ ដោយប្រើប្រាស់ចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) នៅក្រសួងសុខាភិបាល : ការផ្តល់អនុសាសន៍ពីការចម្លងលិខិតបញ្ជាក់មរណភាពដោយវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវផ្តល់ជូនទៅការិយាល័យចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ទោះបីជាការកត់ត្រា ការដាក់លេខកូដមូលហេតុនៃការស្លាប់ ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្រសួងសុខាភិបាលក៏ដោយ ។ ដោយសារតែមូលហេតុនៃការស្លាប់ (CoD) ជាញឹកញាប់ត្រូវបានបាត់បង់ព្រោះតែបញ្ហាភាសា ដើម្បីធ្វើមជ្ឈការតួនាទីនេះ ដោយអនុញ្ញាតឱ្យមានការបកប្រែលិខិតបញ្ជាក់នៃមូលហេតុនៃការស្លាប់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MCCD) (ជាភាសាអង់គ្លេស បារាំង ឬខ្មែរ) នៅកម្រិតថ្នាក់ជាតិ ។

៤. ការបណ្តុះបណ្តាល និងការចែករំលែកបទពិសោធន៍ទូទាំងប្រទេសសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតអំពីលិខិតបញ្ជាក់នៃការស្លាប់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MCCD) : សិក្ខាសាលាថ្នាក់ជាតិ និងការចែករំលែកបទពិសោធន៍ស្តីពីលិខិតបញ្ជាក់មរណភាព និងការដាក់លេខកូដជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលកំពុងបម្រើការងារត្រូវតែរៀបចំឡើង ។ ការបណ្តុះបណ្តាលបណ្តើរនឹងធ្វើការងារបណ្តើរ គួរត្រូវបានគ្រោង និងអនុវត្តសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតដូចគ្នា ។

phaR

៥. **ការអង្កេតសាកសួរផ្ទាល់មាត់** ៖ មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខាភិបាលសហគមន៍ទាមទារឱ្យមានការវិនិច្ឆ័យត្រឹមត្រូវលើចំណុចសំខាន់ៗនៃមូលហេតុនៃការស្លាប់ ហើយពួកគេគួរត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការអនុវត្តការធ្វើអង្កេតសាកសួរផ្ទាល់មាត់ និងមានកុំព្យូទ័រសម្រាប់ដាក់លេខកូដ ដែលទាំងនេះគឺទាមទារឱ្យមានការសាកល្បង។ លើសពីនេះ ជាអនុសាសន៍ត្រូវជំរុញសហប្រតិបត្តិការរវាងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខាភិបាលសហគមន៍ ក៏គួរត្រូវសាកល្បងផងដែរស្របពេលដែលអ្នកផ្តល់ព័ត៌មាននៃមរណភាពទៅមណ្ឌលសុខភាពសហគមន៍អាចទទួលខុសត្រូវក្នុងការអនុវត្ត ការអង្កេតសាកសួរផ្ទាល់មាត់ និងមានគម្រោងសាកល្បងមួយបង្កើតឡើងក្នុងឃុំចំនួន១០។

៦. **សៀវភៅណែនាំ** ៖ សៀវភៅណែនាំសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវបានរៀបចំ។ វាមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលិខិតបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ និងការទុកដាក់ជាឯកសារ។ មធ្យោបាយនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយគណៈកម្មការដែលមានសមាជិកមកពីក្រសួងសុខាភិបាល មន្ទីរពេទ្យ (មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដទៃទៀត និងពីមហាវិទ្យាល័យពេទ្យ)។

សមាសភាគ ឃ ៖ ការអនុវត្តពាក់ព័ន្ធការចុះលេខកូដតាមចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ ICD

ការអនុវត្តចំណាត់ថ្នាក់ជាអន្តរជាតិ (ICD 10) ត្រូវបានកំណត់ជាសកម្មភាពចម្បងក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រព័ត៌មានសុខាភិបាលនៅប្រទេសកម្ពុជាឆ្នាំ២០០៨-២០១៥។ ក៏ប៉ុន្តែនាពេលបច្ចុប្បន្ន ប្រទេសកម្ពុជាមិនទាន់បានអនុវត្តការដាក់លេខកូដចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD 10) សម្រាប់រោគវិនិច្ឆ័យនៅឡើយទេ។

ជាផ្នែកមួយនៃប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល (HMIS) ក្រសួងសុខាភិបាលកំពុងព្យាយាមរៀបចំផែនទីជំងឺឆ្លងដែលមានបច្ចុប្បន្នដែលបានរាយការណ៍ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD10)។ ទោះបីការដាក់លេខកូដជាលក្ខណៈស្តង់ដារតាមបច្ចេកទេសក៏ដោយ ប៉ុន្តែមិនទាន់មានប្រព័ន្ធប្រើប្រាស់ឡើយ។

អនុសាសន៍

១. **ការអនុវត្តដាក់លេខកូដ ICD-10 សម្រាប់មរណភាព** ៖ ការអនុវត្ត ICD 10 ត្រូវបានកំណត់ជាសកម្មភាពចម្បងក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រព័ត៌មានសុខាភិបាលកម្ពុជាឆ្នាំ២០០៨-២០១៥។ វាត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ថាការបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោលត្រូវតែកំណត់ ថាតើនរណាគួរស្វែងយល់ជាមួយចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD 10) ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍បណ្តុះបណ្តាលរបស់ WHO-ICD online មុនពេលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលស៊ីជម្រៅនៅមជ្ឈមណ្ឌលបណ្តុះបណ្តាលជំនាញ។

២. **តារាងមរណភាពស្តង់ដាដើម្បីរៀបចំមូលហេតុនៃការស្លាប់** ៖ ដោយសារការប្រើប្រាស់តារាងមូលហេតុនៃការស្លាប់ គ្មានស្តង់ដាពីមន្ទីរពេទ្យនោះ ក្រសួងសុខាភិបាលគួរទទួលយកតារាងមរណភាពស្តង់ដាសម្រាប់រៀបចំមូលហេតុនៃការស្លាប់ (COD)។

៣. **ការធ្វើមជ្ឈការលើការដាក់លេខកូដ** ៖ ការធ្វើមជ្ឈការលើការដាក់លេខកូដមូលហេតុនៃការស្លាប់ គឺត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍។ វានឹងជួយសម្របសម្រួលដល់កិច្ចការអនុវត្តឱ្យបានជាប់លាប់ និងស្តង់ដា។ លើសពីនេះ ការវាយតម្លៃលើគុណភាព និងរក្សាទុកការងារអ្នកដាក់លេខកូដដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលល្អនឹង phar

ងាយស្រួលពង្រឹងការងារ ។

៤. **ស្តង់ដាកាលវិភាគ** : កាលវិភាគបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់អ្នកដាក់លេខកូដទាំងអស់គួរតែមានស្តង់ដាជាតិ ។ មជ្ឈមណ្ឌលបណ្តុះបណ្តាលកិច្ចសហប្រតិបត្តិការរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) នៃចំណាត់ថ្នាក់អន្តរជាតិ ផ្តល់វគ្គបណ្តុះបណ្តាលជាទៀងទាត់ក្នុងការដាក់លេខកូដចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) ។ វគ្គបណ្តុះបណ្តាលទាំងនេះ មានតម្លៃជាពិសេសសម្រាប់អ្នកបណ្តុះបណ្តាល ដែលផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) ថ្នាក់ជាតិ ឬនៅពេលដែលកំណែថ្មីរបស់ចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) ត្រូវបានប្រើប្រាស់ ។

៥. **ឧបករណ៍ដាក់លេខកូដមរណភាព** : ឧបករណ៍ដាក់លេខកូដមរណភាព គួរត្រូវបានណែនាំឱ្យប្រើប្រាស់ ដែលនេះអាចជួយដល់អ្នកដាក់លេខកូដឱ្យកំណត់ពីទំនាក់ទំនងសមស្រប និងធានាដល់កិច្ចអនុវត្តជាប់លាប់នៃការប្រមូលផ្តុំចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ (ICD) និងនីតិវិធីនៃការកែសម្រួល ដែលផ្តល់លទ្ធផលដល់ការប្រៀបធៀបទិន្នន័យមូលហេតុនៃការស្លាប់ ។ ឧទាហរណ៍នូវឧបករណ៍ទាំងនោះមាន ACME decision tables, MMDS decision tables, IRIS, etc.

៦. **ការតាមដានជាទៀងទាត់** : នៅពេលយន្តការដាក់លេខកូដត្រូវបានបង្កើតឡើង ការធ្វើតាមដានត្រួតពិនិត្យជាទៀងទាត់លើការដាក់លេខកូដទាមទារឱ្យធ្វើឡើង ដើម្បីកំណត់ និងកែតម្រូវកំហុសឆ្គង ឬការយល់ខុស ។

សមាសភាព ខ: ការប្រើប្រាស់ និងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យ

អនុសមាសភាគ ១១- គុណភាពទិន្នន័យ និងភាពត្រឹមត្រូវនៃការត្រួតពិនិត្យ

នាពេលបច្ចុប្បន្នគ្មានស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានត្រូវបានចងក្រងពីទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានទេ ។ ទោះបីជាមានពេលវេលាកំណត់សម្រាប់ធ្វើសេចក្តីរាយការណ៍ពីថ្នាក់ឃុំ សង្កាត់ ស្រុក ខណ្ឌ និងរាជធានី ខេត្តក៏ដោយ តែការអនុវត្តនៅតែមានភាពធូរលុងនៅឡើយ ហើយក្រសួងមហាផ្ទៃមិនបានទទួលរបាយការណ៍ទៀងទាត់ស្តីពីអត្រានុកូលដ្ឋានពីគ្រប់រាជធានី ខេត្ត។ នៅពេលដំណាច់ឆ្នាំ ក្រសួងមហាផ្ទៃចងក្រងរបាយការណ៍ស្តីពីចំនួនសរុបចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព ធ្វើការបែងចែកតាមភេទ ក៏ប៉ុន្តែគ្មានការបែងចែកតាមអាយុឡើយ ។ នៅថ្នាក់ជាតិ ក្រសួងមហាផ្ទៃបានចែករំលែកទិន្នន័យបូកសរុបប្រចាំឆ្នាំ CRVS ជាមួយក្រសួងផែនការ ចាប់តាំងពីទិន្នន័យទាំងនេះត្រូវបានវិភាគ ក៏ប៉ុន្តែការចែករំលែកទិន្នន័យជាលំអិតនាពេលខាងមុខ កំពុងពិភាក្សានៅឡើយ ។

រហូតដល់បច្ចុប្បន្ននេះ ចាប់តាំងពីស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានមិនត្រូវបានយកមកគណនា ដោយផ្អែកលើទិន្ន័យអត្រានុកូលដ្ឋានក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ការត្រួតពិនិត្យលើគុណភាពសម្រាប់សូចនាករមរណភាព និងលទ្ធភាពបង្កើតកូនដែលត្រូវគណនាចេញពីទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានមិនទាន់ត្រូវបានអនុវត្តនៅឡើយ ។ ដូចគ្នាផងដែរ ចំពោះទិន្នន័យមូលហេតុនៃការស្លាប់ត្រូវបានប្រមូលតាមមធ្យោបាយនៅមានកម្រិត និងភាគរយដែលត្រូវកំណត់ចំពោះប្រភេទជំងឺក៏ពុំទាន់បានបង្កើតឡើង រួមទាំងការត្រួតពិនិត្យភាពត្រឹមត្រូវផងដែរ ។ លើសពីនេះ វាបានផ្តល់នូវបរិបទប្រវត្តិស្មុគស្មាញដល់ប្រទេសកម្ពុជា វាច្បាស់ថាប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋានបំពេញបំណងមិនត្រឹមតែកំណើត និងមរណភាពក្នុងឆ្នាំនោះទេ ថែមទាំងគ្រប់ដណ្តប់ទៅលើកិច្ចការដែលមិនទាន់ធ្វើរួច ។ ទោះបីជានៅឆ្នាំខាងមុខ ជាពិសេសជាមួយនឹងប្រព័ន្ធព័ត៌មានវិទ្យាអត្រានុកូលដ្ឋាន និងការចូលរួមពីវិទ្យាស្ថានស្ថិតិជាតិក្រសួងផែនការនោះ វាត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ថា

phar

គុណភាពទិន្នន័យ និងភាពត្រឹមត្រូវក្នុងការត្រួតពិនិត្យត្រូវតែធ្វើឡើងជាប្រចាំ។ បច្ចុប្បន្ន មានការចុះបញ្ជីកំណើតស្ទួន ជាពិសេសក្នុងអំឡុងពេលចុះបញ្ជីចល័ត ដែលបានបន្សល់ទុកនូវបញ្ហាប្រឈមចម្បងជាច្រើន។

ការធ្វើជំរឿនប្រជាជនត្រូវធ្វើឡើងរាល់១០ឆ្នាំម្តង និងការជំរឿនចុងក្រោយនៅឆ្នាំ២០០៨។ ជំរឿននេះក៏រួមមានសំនួរពាក់ពន្ធ័ការចុះបញ្ជីកំណើតចុងក្រោយ ប្រសិនបើមរណភាពកើតឡើងក្នុងផ្ទះក្នុងអំឡុងពេល១២-២៤ខែចុងក្រោយ ប្រសិនបើមរណភាពចុងក្រោយត្រូវបានចុះបញ្ជី និងរួមទាំងមូលហេតុនៃការស្លាប់។ ជាបន្ត ការប៉ាន់ប្រមាណលើភាពមានកូន និងមរណភាព ព្រមទាំងចំនួនកំណើត និងមរណភាព ក្នុងចំណោមចំនួនប្រជាជនទាំងអស់អាចត្រូវបានកែសម្រួល ដោយប្រើប្រាស់ទិន្នន័យជំរឿន។

អនុសមាសភាគ ១២-ការរៀបចំតារាងទិន្នន័យ

នៅកម្ពុជា ទិន្នន័យមូលហេតុនៃការស្លាប់ដែលប្រមូលតាមរយៈប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺនៅមានបញ្ហានៅឡើយ ហើយទិន្នន័យទាំងនោះនៅមិនបានរៀបចំជាតារាងដោយទាញចេញពី (ទិន្នន័យនៃប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋាន)។ ទំហំនៃការរៀបចំជាតារាងទិន្នន័យនាពេលបច្ចុប្បន្ន គឺជាការកំណត់នៅក្នុងរបាយការណ៍ប្រចាំខែនៃចំនួនតួលេខសរុបកំណើត និងមរណភាពដែលបានចុះបញ្ជី ដោយធ្វើការបែងចែកទៅតាមភេទ ដែលបានបញ្ជូនពីសាលាឃុំ សង្កាត់ទៅស្រុក ខណ្ឌ ទៅរាជធានី ខេត្ត និងទៅនាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលទូទៅ ក្រសួងមហាផ្ទៃ។ របាយការណ៍ត្រូវធ្វើនៅគ្រប់ថ្នាក់រដ្ឋបាលទាំងអស់។ ជាអនុសាសន៍ គឺថាទិន្នន័យបានពីប្រព័ន្ធចុះបញ្ជី គឺត្រូវបានបញ្ជូនពីឃុំ សង្កាត់ ទៅថ្នាក់កណ្តាល ដូចនេះការត្រួតពិនិត្យពីគុណភាពមួយចំនួនត្រូវចាប់ផ្តើមធ្វើឡើង ដោយចាប់ផ្តើមចេញពីកម្រិតដែលទិន្នន័យត្រូវបានចងក្រងពីបញ្ជីនីមួយៗ។ ការចាប់ផ្តើមការត្រួតពិនិត្យគួរត្រូវធ្វើឡើងសម្រាប់ព័ត៌មានទិន្នន័យដែលបាត់បង់ (ដូចជា ភេទ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព) ឬកំហុសនៃការចម្លងអាចកើតឡើងនៅពេលទិន្នន័យត្រូវបានចងក្រង។ នៅកម្ពុជា ទិន្នន័យកំណើត និងមរណភាពត្រូវបានរក្សាទុកផ្អែកតាមថ្ងៃចុះបញ្ជី និងឈ្មោះសាលាឃុំ សង្កាត់។ នៅពេលខាងមុខ ការរៀបចំជាតារាងទិន្នន័យអំពីកំណើត និងមរណភាព គួរត្រូវអនុវត្តដូចខាងក្រោមនេះដែលជាអនុសាសន៍គោល :

ប្រអប់ទី៣: ការរៀបចំតារាងទិន្នន័យជាមូលដ្ឋានសម្រាប់កំណើតរស់
សម្រាប់គោលបំណង់សុខភាពសាធារណៈ ជាបឋមការរៀបចំតារាងទិន្នន័យកំណើតគួរបញ្ចូលចំនួនកំណើតរស់សម្រាប់ឆ្នាំជាក់លាក់ : • ភេទរបស់ក្មេង អាយុគតិ និងទំងន់ទារក • រៀបជាលំដាប់កំណើតរស់ទៅតាមចន្លោះឃ្លាតរវាងកូនកើតរស់ចុងក្រោយ និងកូនកើតរស់បន្ទាប់។ • ទីកន្លែងកើត ទីលំនៅបច្ចុប្បន្នរបស់ម្តាយ និងខែកំណើត • ទីកន្លែងចុះបញ្ជី និងខែចុះបញ្ជី • អាយុ កម្រិតវប្បធមិដែលមាន និង • អាយុឪពុក តាមទីលំនៅបច្ចុប្បន្ន • ទីកន្លែងសម្រាល អ្នកចូលរួមនៅពេលកើត និងខែដែលការគាំពារទារកមុនកើត
UNSD, 2001; WHO, 2007

phar

ប្រអប់ទី៤: ប្រអប់ទី៤ការរៀបចំតារាងទិន្នន័យជាមូលដ្ឋានសម្រាប់កំណើតរស់

សម្រាប់គោលបំណងសុខភាពសាធារណៈ ជាបឋមការរៀបចំតារាងទិន្នន័យមរណភាពគួរបញ្ចូលចំនួនមរណភាពសម្រាប់ឆ្នាំជាក់លាក់មួយតាម :
• ភេទ (ឧ. ការញែករវាងប្រុស និងស្រី)
• អាយុពេលស្លាប់ ដោយប្រើប្រាស់ក្រុមអាយុ ខាងក្រោម :
  • ស្ថិតក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោងក្រោយសម្រាល (កត់ត្រាទុកក្នុងកំណត់ហេតុជានាទី ឬពេញម៉ោង)
  • រវាង ១ ទៅ ៧ថ្ងៃក្រោយសម្រាល
  • រវាង ៧ ទៅ ២៨ថ្ងៃក្រោយសម្រាល
  • រវាង១ ទៅ ១១ខែ
  • រវាង ១ ទៅ ៤ឆ្នាំ
  • ៥ឆ្នាំ ទៅ ៩ឆ្នាំ
  • ១០ ទៅ ១៤ឆ្នាំ (បន្តដោយក្រុមអាយុ ៥ឆ្នាំ រហូតដល់ ៨0 ទៅ ៨៤ឆ្នាំ)
  • ត្រឹម ៨៥ និងលើសពី ៨៥ឆ្នាំទៅ
• មូលហេតុរៀបតាមលំដាប់ ICD
• តំបន់ភូមិសាស្ត្រ

UNSD, 2001

អនុសមាសភាគ ១៣- ការប្រើប្រាស់ និងការផ្សព្វផ្សាយទិន្នន័យ

នាពេលបច្ចុប្បន្ន សេចក្តីរាយការណ៍ពីបណ្តារាជធានី ខេត្តចំពោះទិន្នន័យ CRVS មិនទៀងទាត់ នោះបង្ហាញថាគ្មានស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានត្រូវបានគណនាពីទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាននៅកម្ពុជា និងថែមទាំងមិនបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការរៀបចំផែនការគោលនយោបាយ និងការបែងចែកធនធាននោះទេ។ មានការគាំទ្រ និងទទួលស្គាល់ពីតម្លៃសម្រាប់មូលហេតុនៃការស្លាប់ និងទិន្នន័យស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានសម្រាប់គោលបំណងសុខុមាលភាពសាធារណៈ។ ទោះបីជា ក្រសួងសុខាភិបាល គឺតួអង្គមួយដែលទទួលបានផលប្រយោជន៍ច្រើនជាងគេពីទិន្នន័យស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ហើយក៏មានស្ថាប័នផ្សេងៗទៀតរួមមាន គណៈកម្មាធិការជាតិរៀបចំការបោះឆ្នោត ក្រសួងសង្គមកិច្ច និងក្រសួងសាធារណៈការនិងដឹកជញ្ជូន និងភ្នាក់ងារដទៃទៀតដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធក្នុងការបែងចែកធនធានជាយុទ្ធសាស្ត្រ អាចទទួលបានផលប្រយោជន៍ស្មើគ្នាពីការផ្សព្វផ្សាយនូវទិន្នន័យដែលទាន់ពេល និងត្រឹមត្រូវនេះ។ លើសពីនេះ តាមរយៈការចងក្រង និងបោះពុម្ពទិន្នន័យស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានប្រចាំឆ្នាំ ការវិនិយោគដ៏ធំត្រូវបានបង្កើតរួចហើយនៅក្នុងប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋាននៃប្រទេសកម្ពុជា ដែលនេះជាសុទិដ្ឋិនិយមទៅថ្ងៃអនាគត។

phaR

អនុសាសន៍ :

១. **នីតិវិធីបង្ហាញទិន្នន័យ :** ការរៀបចំអភិវឌ្ឍន៍ និងអនុវត្តនីតិវិធីនៃការបង្ហាញទិន្នន័យជាមួយនឹងស្តង់ដានៃការត្រួតពិនិត្យភាពត្រឹមត្រូវ និងភាពជាប់លាប់។ ការគណនាទៀងទាត់នៃអត្រាទាំងអស់ដែលតម្រូវសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យភាពត្រឹមត្រូវ និងភាពជាប់លាប់ គួរត្រូវបានធ្វើឡើង។ នេះទាមទារឱ្យមានកិច្ចសហប្រតិបត្តិការដ៏រឹងមាំជាមួយក្រសួងផែនការ ក្នុងការផ្សព្វផ្សាយទិន្នន័យឱ្យបានទាន់ពេលវេលា និងការបោះពុម្ពទិន្នន័យស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន។

២. **ការរៀបចំតារាងស្ថិតិកំណើត និងមរណភាព :** អនុវត្តស្តង់ដាអន្តរជាតិសម្រាប់ការរៀបចំ និងប្រមូលផ្តុំទិន្នន័យ។ អង្គការសហប្រជាជាតិផ្តល់អនុសាសន៍នូវតារាងតូចមួយស្តីពីចរិកលក្ខណៈក្នុងការរៀបចំស្ថិតិកំណើត និងមរណភាព។ ស្ថិតិដែលបង្ហាញក្នុងប្រអប់ ៣ និង ៤ ខាងលើ គឺតម្រូវឱ្យមានការអនុវត្ត។ លើសពីនេះ ការខំប្រឹងប្រែងទាំងឡាយទាមទារឱ្យមានការធ្វើឡើង ដើម្បីឱ្យប្រសើរឡើងនូវទិន្នន័យមូលហេតុនៃការស្លាប់។ បន្ទាប់មក តារាង ICD 10 គួរត្រូវប្រើសម្រាប់ទិន្នន័យមរណភាព (មូលហេតុនៃការស្លាប់)។ សេចក្តីណែនាំរបស់ WHO (តារាងមូលហេតុស្តង់ដាចំនួន៦៥ ហើយក្រៅពីនេះគឺគ្មានមូលហេតុ) គួរត្រូវបានអនុវត្តសម្រាប់ចងក្រងមូលហេតុចម្បងនៃមរណភាព ដោយផ្អែកលើទិន្នន័យចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន។ ស្ថិតិគួរត្រូវបានរៀបចំ ដោយផ្អែកលើទីកន្លែងកើតជាក់លាក់ដែលព្រឹត្តិការណ៍កើតឡើង (មន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលសុខភាព ផ្ទះ ... ។ល។) និងចំនួនក្រុមអាយុគួរត្រូវបានពង្រីក។

៣. **គណៈកម្មការចំរុះ :** គណៈកម្មការមួយដែលមានសមាជិកចូលរួមពាក់ព័ន្ធ និងការងារស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ដើម្បីពិភាក្សាឱ្យបានទៀងទាត់លើតម្រូវការទិន្នន័យជាមួយនឹងអ្នកប្រើប្រាស់ចម្បង គួរត្រូវបានបង្កើតឡើង។

៤. **ការបង្កើតពិធីសារ :** ពិធីសារទូទៅសម្រាប់ការបញ្ចូល ការផ្សព្វផ្សាយទិន្នន័យ រួមមានសារៈសំខាន់ក្នុងការផ្តល់និយមន័យ និងទស្សនៈទានដែលរៀបរាប់ពីភាពចាំបាច់ត្រូវបង្កើតឡើង។

៥. **វគ្គបណ្តុះបណ្តាល :** វគ្គបណ្តុះបណ្តាលរយៈពេលខ្លី និងបណ្តុះបណ្តាលឡើងវិញ ដើម្បីបង្កើនសមត្ថភាពនៃការវិភាគទិន្នន័យ និងការលើកទឹកចិត្តដល់បុគ្គលិកប្រមូលទិន្នន័យ។ ដូច្នេះពួកគេនឹងពេញចិត្តនឹងការងារដែលបានធ្វើទាំងនេះត្រូវកំណត់ជាសកម្មភាពអាទិភាព។ លើសពីនេះ បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវមានការលើកទឹកចិត្តដើម្បីរក្សានូវការកត់ត្រាបញ្ជីផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ ដែលអាចជំនះបានរាល់ឧបសគ្គដែលកំពុងកើតមាន។

៦. **ការចងក្រង និងបោះពុម្ពទិន្នន័យ:** ជាទៀងទាត់ ការបោះពុម្ពទិន្នន័យស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានដែលបានចងក្រងគឺផ្តល់ឱ្យដល់អ្នកប្រើប្រាស់ដោយមិនគិតថ្លៃ តាមរយៈគេហទំព័រ CRVS ដែលដំណើរការ និងគ្រប់គ្រងដោយក្រសួងមហាផ្ទៃ ដែលនេះគឺជាការជំរុញឱ្យមានវប្បធម៌ក្នុងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ និងលើកទឹកចិត្តដល់ការធ្វើគោលនយោបាយផ្អែកលើភស្តុតាង។

phar

សេចក្តីសន្និដ្ឋាន :

ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនៅលើប្រព័ន្ធ CRVS នៅប្រទេសកម្ពុជាបានបង្ហាញឱ្យឃើញនូវចំណុចខ្លាំង និងខ្សោយនៃប្រព័ន្ធ។ ចំណុចចាប់ផ្តើមនៃប្រព័ន្ធនេះ និងក្នុងបរិបទប្រវត្តិសាស្ត្រស្មុគស្មាញដែលកើតមានឡើង។ សមិទ្ធផលចម្បងៗសម្រេចបានក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ចាប់តាំងពីប្រព័ន្ធនេះត្រូវបានបង្កើតឡើង។ ជាពិសេសពាក់ព័ន្ធនឹងការចុះបញ្ជីកំណើត យុទ្ធនាការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានចល័តពិតជាបានរួមចំណែកក្នុងការកើនឡើងនៃការចុះបញ្ជីកំណើត ដែលប្រមាណ ៥% មុនពេលយុទ្ធនាការកើនទៅ ៩០% ក្រោយយុទ្ធនាការ។ លើសពីនេះ ដោយមានការគាំទ្រពី ADB និង SIDA ក្រសួងមហាផ្ទៃបានវាយបញ្ចូលបញ្ជីកំណើតប្រមាណ ៦លាន ទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានវិទ្យាអត្រានុកូលដ្ឋាន។ ស្របគ្នានេះ ការសាកល្បងប្រើប្រាស់តាមប្រព័ន្ធព័ត៌មានវិទ្យា Web-based CRVS ក៏ត្រូវបានសាកល្បងក្នុងឃុំ សង្កាត់ចំនួន ១១ នៅក្នុងខេត្តកំពង់ចាម។ យុទ្ធនាការលើកកម្ពស់ការយល់ដឹងទូទាំងប្រទេសកំពុងអនុវត្ត តាមរយៈផ្ទាំងរូបភាព និងស្ពតវិទ្យុ សម្រាប់ព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋានទាំងអស់។

ទោះបីជាមានសញ្ញាបង្ហាញពីការសន្យាពីគ្រប់អ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ក៏ដោយ ជាការចាំបាច់ត្រូវបន្តការខិតខំប្រឹងប្រែងបំពេញការងារក្នុងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការដើម្បីទទួលបានភាពពេញលេញនៃការចុះបញ្ជីកំណើត និងមរណភាព។ ការចុះបញ្ជីមរណភាព និងលិខិតបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ ត្រូវបានកំណត់ថាជាផ្នែកសំខាន់ដែលទាមទារឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ជាបន្ទាន់។ យុទ្ធសាស្ត្រធម្មតាមួយចំនួនដូចជាការលើកទឹកចិត្តឱ្យចុះបញ្ជីមរណភាព ដោយផ្តល់ជូនប្រាក់បញ្ចុះសព យុទ្ធនាការលើកកម្ពស់ការយល់ដឹងជាសាធារណៈ ឬការប្រើប្រាស់បុគ្គលិកពេទ្យជាអ្នកជូនដំណឹងពីមរណភាព អាចជំរុញកំណើនចំនួននៃការចុះបញ្ជីមរណភាព។

លើសពីនេះ ការបង្កើតឱ្យមានគណៈកម្មការអន្តរក្រសួងដោយមានសមាជិកពីក្រសួងមហាផ្ទៃ (ផ្នែកស៊ីវិល និងនគរបាល) ក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងផែនការ និងតម្រូវការរបស់អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលត្រូវបានបង្កើត ដើម្បីកំណត់អាទិភាព និងត្រួតពិនិត្យលើដំណើរការរីកចំរើនជាមូលដ្ឋានរបស់ CRVS។

ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺវិស័យអាទិភាពមួយទៀត ដែលបន្សល់ទុកនូវការមិនបានប្រើប្រាស់យូរហើយ និងដោយមានការចូលរួមពីវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) នៃក្រសួងផែនការ អត្ថប្រយោជន៍នៃស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានដែលអាចជឿទុកចិត្ត ដែលបង្កើតចេញពីទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋានដែលមានចិរភាព និងទាន់ពេលវេលាសម្រាប់រៀបចំគោល-នយោបាយសុខុមាលភាពសាធារណៈ និងការបែងចែកធនធានអាចត្រូវបានបង្កើតឡើង។ ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន គឺជាសមិទ្ធផលដ៏មានតម្លៃនៃហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋានដែលបង្កើតឡើង។ ជាមួយនឹងការវិនិយោគបន្ថែមលើស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានអាចត្រួសត្រាយផ្លូវសម្រាប់រៀបចំគោលនយោបាយផ្អែកលើភស្តុតាង និងការត្រួតពិនិត្យកាន់តែទៀងទាត់លើនិន្នាការខាងប្រជាសាស្ត្រលើគ្រប់វិស័យ។

ជាចុងក្រោយ ការផ្តោតជាខ្លាំង គឺពឹងផ្អែកទៅលើការអភិវឌ្ឍន៍សមត្ថភាពដាក់កូដ ICD នៅកម្ពុជា ក្រសួងសុខាភិបាលបានចាប់ផ្តើមបោះជំហានមួយចំនួនក្នុងទិសដៅនេះកាលពីពេលកន្លងមក ក៏ប៉ុន្តែកំពុងឈានទៅមុខដោយយន្តការកាន់តែលឿនផ្អែកលើកូដស្តង់ដា ICD និងនីតិវិធីតម្រូវឱ្យបង្កើតឡើងនៅថ្នាក់ជាតិ។
សមាភាគទាំង៩ក្នុងប្រព័ន្ធ CRVS នឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈទស្សនៈកិច្ចសិក្សាធ្វើឡើងដោយសមាជិកមកពី

ស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ។ នេះនឹងអនុញ្ញាតសម្រាប់ជាភស្តុតាងដំបូងនៃមុខងារដំណើរការគ្រប់ទិដ្ឋភាពទាំងអស់នៃប្រព័ន្ធដែលបង្កើតឡើងដោយរលូន ។ មេរៀនបទពិសោធន៍អាចត្រូវបានចែករំលែក និងដំណោះស្រាយថ្មីៗ បានបង្កើតឡើងដោយប្រទេសនានាក្នុងតំបន់ត្រូវបានកែលម្អឱ្យសមស្របនឹងបរិបទកម្ពុជា ។

សរុបសេចក្តីមក វាអាចបញ្ជាក់ជាវិជ្ជមានថាការអនុវត្តក្របខណ្ឌវាយតម្លៃរបស់ WHO គឺជាការចាំបាច់សម្រាប់ជំរុញឱ្យមានការរីកចំរើននៃប្រព័ន្ធ CRVS ។ ទោះបីជានាពេលបច្ចុប្បន្ន ដំណើរការប្រព័ន្ធ CRVS ទទួលបាននូវការពេញចិត្តជាមធ្យមក្តី ការវាយតម្លៃគឺជាឧបករណ៍ក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវចំណេះដឹងរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធថាតើដំណើរការប្រព័ន្ធធ្វើឡើងយ៉ាងដូចម្តេច និងកំណត់ពីចំណុចខ្សោយដែលកើតមានក្នុងប្រព័ន្ធ។ ក្របខណ្ឌវាយតម្លៃគឺធានាដល់ការរៀបចំអនុសាសន៍មួយចំនួនធំ និងលក្ខណៈទូលំទូលាយសម្រាប់ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង និងដំណើរការធានាដល់ការចូលរួមរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ក្នុងការវាយតម្លៃ ហើយតាមរយៈនេះ បង្កើតឱ្យមានភាពជាម្ចាស់នៃរបកគំហើញ នេះនឹងជួយសម្រួលដល់ការពន្លឿននៃការអនុវត្តអនុសាសន៍ចម្បង និងនាំឆ្ពោះឱ្យការងារស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅកម្ពុជាកាន់តែមានភាពប្រសើរឡើង ។

ទិសដៅអនុវត្ត (ជំហានបន្ទាប់)

ជាការចាំបាច់ក្នុងការគូសបញ្ជាក់នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ ដើម្បីលើកឡើងពីភាពជាម្ចាស់របស់ប្រទេសគឺជាឆ្អឹងខ្នងនៃរាល់គម្រោងអន្តរាគមន៍ជោគជ័យទាំងអស់ ។ ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងប្រព័ន្ធ CRVS នៅកម្ពុជា និងដើរតួនាទីស្នូលក្នុងការដឹកនាំការវាយតម្លៃ និងបន្តជាស្ថាបនិកដឹកនាំ និងជាអ្នកអនុវត្តសម្រាប់ជំហានបន្ទាប់ ។ ជាការពិតណាស់ថារដ្ឋាភិបាលនឹងដឹកនាំការរៀបចំអភិវឌ្ឍន៍ និងអនុម័តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ ដោយអនុវត្តតាមរយៈកម្មវិធីជាតិ និងគម្រោងជាតិដែលមានទ្រង់ទ្រាយធំ ។

បន្ទាប់មកដើម្បីសម្រេចបាននូវការវាយតម្លៃនេះ ជំហានបន្ទាប់គឺមានការពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និងការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានកំណើត មរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់នៅកម្ពុជា រួមមាន :

- **ការបង្កើតគណៈកម្មាធិការដឹកនាំជាតិមួយ:** ក្នុងការបង្កើនសមត្ថភាពរចនាសម្ព័ន្ធអភិបាលកិច្ចដឹកនាំមួយដែលផ្តល់នូវទិសដៅ ការត្រួតពិនិត្យ និងអាណត្តិច្បាស់លាស់ពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធ CRVS នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។ គណៈកម្មាធិការនេះគួរមានសមាជិកដែលមន្ត្រីជាន់ខ្ពស់សំខាន់ៗ ដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តដល់ការរៀបចំ និងអភិវឌ្ឍន៍ចក្ខុវិស័យនៃប្រព័ន្ធ CRVS ការឯកភាព និងទទួលយកចក្ខុវិស័យ និងដំណើរការនៃអនុសាសន៍របស់ខ្លួន ។ គណៈកម្មាធិការត្រូវសម្របសម្រួល ពិនិត្យលើការអនុវត្ត និងត្រួតពិនិត្យវាយតម្លៃទៅលើសកម្មភាពជាមូលដ្ឋាន ។
- **បង្កើតគម្រោងយុទ្ធសាស្ត្រដែលអាចជឿជាក់បាន:** ដោយផ្អែកលើមតិជាតិទូទៅក្នុងចំណោមភាគីពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ក្នុងការអនុវត្តអនុសាសន៍ចម្បង ។ គម្រោងគួរកំណត់ឱ្យច្បាស់ពីសកម្មភាព និងពេលវេលាក្នុងការបង្កើតដំណើរការជាក់ស្តែង ទៅលើអ្វីដែលបាននិយាយរួចហើយ ។
- **ការព្រាងគម្រោងថវិកាលំអិតជាមួយតម្លៃប៉ាន់ស្មាន :** ត្រូវសមស្របជាមួយសកម្មភាពនីមួយៗដែលលើកឡើង ។
- **បង្កើតឱ្យមានកិច្ចប្រជុំរវាងអ្នកពាក់ព័ន្ធចម្បង :** គោលបំណងនៃកិច្ចប្រជុំនេះ គឺការប្រមូលការឯកភាព និងគាំទ្រលើផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ ដើម្បីធានាថាការអនុវត្តសម្រាប់ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងលើប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន អាចនឹងត្រូវចាប់ផ្តើម ។

phar

អនុម័តដោយ

លោក **ប្រាក់ សំអឿន**

ប្រធាននាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលទូទៅ

អគ្គនាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលមូលដ្ឋាន

ក្រសួងមហាផ្ទៃ

ថ្ងៃខែឆ្នាំៈ 05/05/2014

លោក **ចឺ យាម**

ប្រធាននាយកដ្ឋានស្ថិតិប្រជាសាស្ត្រជំរឿន និងអង្កេត

ក្រសួងផែនការ

ថ្ងៃខែឆ្នាំៈ 05/05/2014

លោក **ឡូ វាសនាគីរី**

ប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការ និងសុខាភិបាល

ក្រសួងសុខាភិបាល

ថ្ងៃខែឆ្នាំៈ 05/05/2014

phar

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងមហាផ្ទៃ
អគ្គនាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលមូលដ្ឋាន
នាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលទូទៅ

សិក្ខាសាលា
ស្តីពី
ការវាយតម្លៃប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន
នៅកម្ពុជា
ខេត្តព្រះសីហនុ ថ្ងៃទី ០៩ ដល់ថ្ងៃទី១១ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១៣

១.សមាសភាគអ្នកចូលរួម

ក.ថ្នាក់ជាតិ

- តំណាងមកពីក្រសួងមហាផ្ទៃ ១០ រូប
- តំណាងមកពីក្រសួងសុខាភិបាល ០៣ រូប
- តំណាងមកពីក្រសួងផែនការ ០៣ រូប
- តំណាងមកពីអគ្គស្នងការនគរបាលជាតិ ០២ រូប
- ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ១០ រូប

ខ. ថ្នាក់ខេត្ត (ព្រះសីហនុ កណ្តាល ព្រៃវែង និងខេត្តកំពង់ចាម)

- នាយករងរដ្ឋបាលសាលាខេត្ត ០១ រូប
- ប្រធានការិយាល័យស្ថិតិ និងអត្រានុកូលដ្ឋានសាលាខេត្ត ០១ រូប
- តំណាងមន្ទីរសុខាភិបាល ០១ រូប
- តំណាងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្ត ០១ រូប

phar

គ. ថ្នាក់ក្រុង ស្រុក

- អភិបាលរងស្រុកទទួលបន្ទុកការងារអត្រានុកូលដ្ឋាន ០១ រូប
- ប្រធានការិយាល័យរដ្ឋបាលហិរញ្ញវត្ថុ ០១ រូប
- តំណាងការិយាល័យព័ត៌មានសុខាភិបាលក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិ ០១ រូប

ឃ. ថ្នាក់ឃុំ សង្កាត់

- មេឃុំ ឬចៅសង្កាត់ ០១ រូប
- ស្មៀនឃុំ ឬសង្កាត់ ០១ រូប

២.កម្មវិធីប្រជុំ

ថ្ងៃទី១ ៖ ថ្ងៃច័ន្ទ ទី០៩ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១៣		
ពេលវេលា	សកម្មភាព	អ្នកទទួលខុសត្រូវ
០៧:៣០-០៨:១៥	ចុះបញ្ជីវត្តមាន	ក្រុមការងារ ក្រសួងមហាផ្ទៃ
០៨:១៥-០៩:០០	មតិស្វាគមន៍ និងបើកកិច្ចប្រជុំ	-តំណាងមកពីអង្គការ WHO និងក្រសួងមហាផ្ទៃ
០៩:០០-១០:០០	សារៈសំខាន់នៃប្រព័ន្ធ CRVS	ក្រុមការងារក្រសួងមហាផ្ទៃ និងសុខាភិបាល
១០:០០:១០:២០	សម្រាកអាហារសម្រន់	
១០:២០-១១:០០	ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃប្រព័ន្ធ CRVS	ក្រុមការងារក្រសួងមហាផ្ទៃ
១១:០០-១២:០០	ដំណើរវាយតម្លៃប្រព័ន្ធ CRVS : ទិដ្ឋភាពទូទៅ	ទីប្រឹក្សា WHO
១២:០០-១៤:០០	សម្រាកអាហារថ្ងៃត្រង់	
សមាសភាគ ក ៖ មូលដ្ឋានច្បាប់ និងធនធានសម្រាប់ **CRVS**		
១៤:០០-១៤:៣០	ទិដ្ឋភាពទូទៅ	ទីប្រឹក្សា WHO
សមាសភាគ ខ ៖ ការអនុវត្តក្នុងការចុះបញ្ជី ការគ្របដណ្តប់ និងភាពពេញលេញ		
១៤:៣០-១៥:០០	ទិដ្ឋភាពទូទៅ	ទីប្រឹក្សា WHO

សមាសភាគ គ៖ សំបុត្រមរណភាព និងមូលហេតុនៃការស្លាប់		
១៥:០០-១៥:៣០	ទិដ្ឋភាពទូទៅ	ទីប្រឹក្សា WHO
១៥:៣០-១៥:៥០	សម្រាកអាហារសម្រន់	
សមាសភាគ ឃ ៖ ការអនុវត្តពាក់ព័ន្ធការចុះលេខកូដតាមចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ **ICD**		
១៥:៥០-១៦:២០	ទិដ្ឋភាពទូទៅ	ទីប្រឹក្សា WHO
១៦:២០-១៧:០០	ការពិភាក្សាក្រុម	សម្របសម្រួលដោយក្រសួងមហាផ្ទៃ
ថ្ងៃទី២ ៖ ថ្ងៃអង្គារ៍ ទី១០ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១៣		
០៨:០០-០៨:៣០	សង្ខេបថ្ងៃទី១	ក្រុមការងារ **MoI/MoH**
សមាសភាគ ង ៖ការប្រើប្រាស់ និងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យ		
០៨:៣០-០៩:០០	ទិដ្ឋភាពទូទៅ	ទីប្រឹក្សា **WHO**
០៩:០០-១០:០០	ការវាយតម្លៃរហ័សពីប្រព័ន្ធ**CRVS**: ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍របស់ **WHO/UQ Tool**	ទីប្រឹក្សា **WHO**
១០:០០-១០:២០	សម្រាកអាហារសម្រន់	
១០:២០-១២:០០	ការពិភាក្សាក្រុមតូចៗ៖ វាយតម្លៃលើសមាសភាគជាក់លាក់មួយ (ស្ថានការបច្ចុប្បន្ន កត្តារាំងស្ទះ និងសកម្មភាពធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង) ។ ដោយបែងចែកជាបួនក្រុមតូចៗដូចខាងក្រោម ៖ **១.** ក្រុមទី១ សម្រាប់សមាសភាគ ក **២.** ក្រុមទី២ សម្រាប់សមាសភាគ ខ **៣.** ក្រុមទី៣ សម្រាប់សមាសភាគ គ និង ឃ **៤.** ក្រុមទី៤ សម្រាប់សមាសភាគ ង	អ្នកចូលរួមទាំងអស់ដែលស្ថិតក្នុងក្រុមរបស់ខ្លួន
១២:០០-១៤:០០	សម្រាកអាហាថ្ងៃត្រង់	
១៤:០០-១៥:៣០	ការពិភាក្សាក្រុមតូចៗ៖ វាយតម្លៃលើសមាភាគជាក់លាក់មួយ (ស្ថានការបច្ចុប្បន្ន កត្តារាំងស្ទះ និងសកម្មភាពធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង) ។ ដោយបែងចែកជាបួនក្រុមតូចៗដូចខាងក្រោម ៖ **១.** ក្រុមទី១ សម្រាប់សមាសភាគ ក	អ្នកចូលរួមទាំងអស់ដែលស្ថិតក្នុងក្រុមរបស់ខ្លួន

	២. ក្រុមទី២ សម្រាប់សមាសភាគ ខ ៣. ក្រុមទី៣ សម្រាប់សមាសភាគ គ និង ឃ ៤. ក្រុមទី៤ សម្រាប់សមាសភាគ ង	
១៥:៣០-១៦:០០	សម្រាកអាហារសម្រន់	
១៦:០០-១៧:០០	ក្រុមតូចៗបន្តការពិភាក្សា	សមាជិកក្រុម
ថ្ងៃទី៣ ៖ ថ្ងៃពុធ ទី១១ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១៣		
០៨:០០-១០:០០	ការពិភាក្សាក្រុមតូចៗ ៖ វាយតម្លៃលើសមាភាគជាក់លាក់មួយ (ស្ថានការបច្ចុប្បន្ន កត្តារាំងស្ទះ និងសកម្មភាពធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង) ។ ដោយបែងចែកជាបួនក្រុមតូចៗដូចខាងក្រោម ៖ ១. ក្រុមទី១ សម្រាប់សមាសភាគ ក ២. ក្រុមទី២ សម្រាប់សមាសភាគ ខ ៣. ក្រុមទី៣ សម្រាប់សមាសភាគ គ និង ឃ ៤. ក្រុមទី៤ សម្រាប់សមាសភាគ ង	អ្នកចូលរួមទាំងអស់ដែលស្ថិតក្នុងក្រុមរបស់ខ្លួន
១០:០០-១០:៣០	សម្រាកអាហារសម្រន់	
១០:៣០-១២:០០	ក្រុមពិភាក្សាតូចៗធ្វើសេចក្តីសង្ខេបពីចំណុចដែលរកឃើញ និងស្នើឡើងនូវសកម្មភាពធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង	តំណាងក្រុម
១២:០០-១៤:០០	សម្រាកអាហាថ្ងៃត្រង់	
១៤:០០-១៥:០០	ក្រុមតូចៗធ្វើបទបង្ហាញពីអ្វីដែលរកឃើញពីការវាយតម្លៃ	អ្នកចូលរួមទាំងអស់
១៥:០០-១៥:៣០	សម្រាកអាហារសម្រន់	
១៥:៣០-១៧:០០	ពីការវាយតម្លៃទៅជាផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង ។ ធ្វើសេចក្តីសរុប និងជំហានបន្ទាប់នេះគឺជាការធ្វើបញ្ចប់សិក្ខាសាលានេះ ។ ពិធីបិទត្រូវធ្វើឡើងដោយតំណាងមកពីក្រសួងសុខាភិបាល និងតំណាងអង្គការ **WHO**	ទីប្រឹក្សា **WHO** តំណាងពីក្រសួង **MoI, MoH** និង **WHO**

phaR

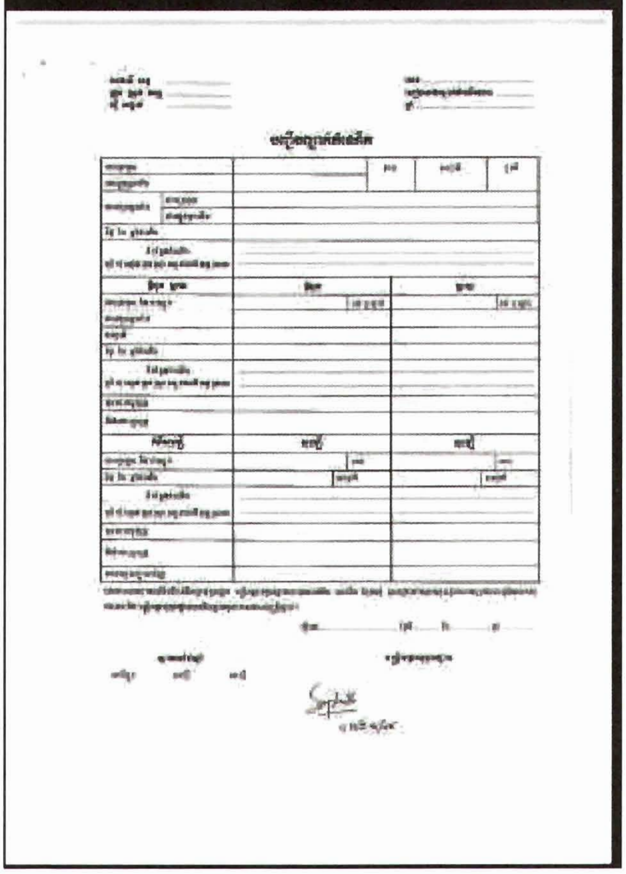
ឧបសម្ព័ន្ធ២

សំបុត្របញ្ជាក់កំណើត

សៀវភៅ

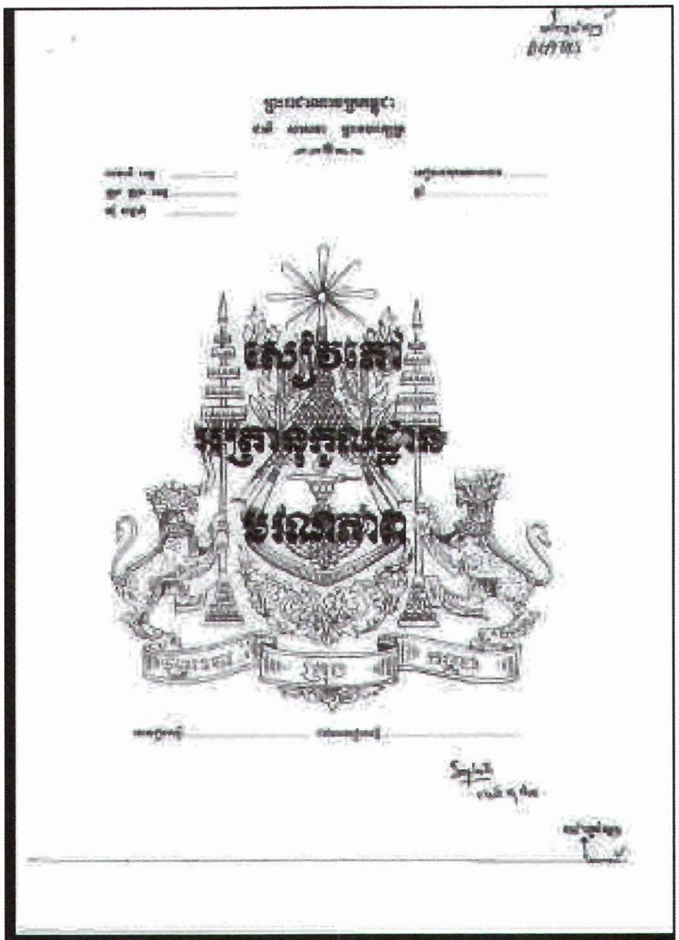
អត្រានុកូលដ្ឋាន

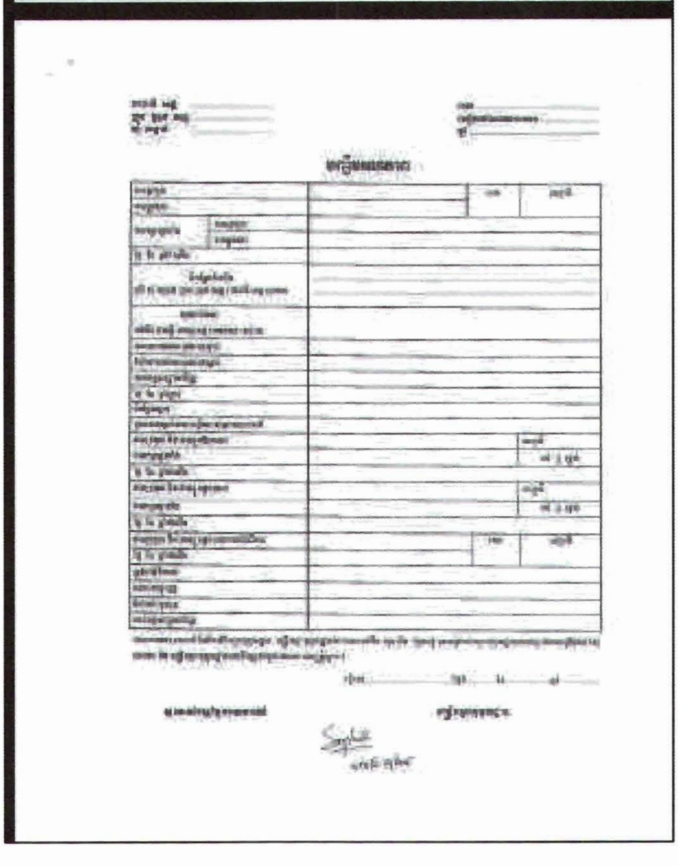
បញ្ជាក់កំណើត



ឧបសម្ព័ន្ធ៣

សំបុត្រមរណភាព





Assessing the Quality and Use of Birth Death and Cause-of-Death Information In Cambodia

library.ncdd.gov.kh
015369

Preface

Given how important CRVS systems are, both to the general public and to decision-makers, it is remarkable that they have received so little attention from the global health and development community. In part, this is because CRVS systems are taken for granted in highly developed countries where all births and deaths are routinely registered and certified. In these countries vital statistics are therefore readily available for governments to monitor and use for social and economic planning, including in the health, education, employment, and housing sectors. Governments in low and middle-income countries have the same need for data for planning their development and effectively using their limited resources. As a result, there is now an emerging global movement among these countries and in the development community to strengthen CRVS systems.

In many developing countries, civil registration and vital statistics systems are weak or nonexistent; as a result, key demographic, fertility and mortality statistics are not available on a continuous basis and do not cover large segments of the population. A first step in addressing such weaknesses is to undertake a review of current status with a view to identifying areas requiring improvement and prioritizing actions.

The aim of undertaking the comprehensive assessment in Cambodia was to help responsible authorities obtain a clear and comprehensive understanding of the strengths and weaknesses of their civil registration and vital statistics systems, and generate the evidence base for corrective action.

The comprehensive assessment, using the WHO guidance tool, reviewed the main aspects of the civil registration and vital statistics systems. These include the legal and regulatory framework; registration, certification and coding practices; and the compilation, tabulation and use of the resulting data. The focus throughout the assessment was on births, deaths and causes of death, because these are fundamental to guide public health programmes, monitor population dynamics and measure key health indicators.

Acknowledgements

Many individuals and institutions have generously assisted the Ministry of Interior in the preparation of this document. In particular, the authors would like to thank members from the Ministry of Health, Ministry of Planning, Police Department, UNICEF& URC for their support and participation in assessment work and their respective organizations for their support of this research.

We are very grateful for the support received from WHO Country office for Cambodia and in particular from Dr Rasul Baghirov for his guidance throughout the assessment process. We also would like to express our appreciation to Dr Pieter Johannes Van Maaren and the staff of the WHO office Cambodia for their generous support. We would also like to thank Regional Advisor, Mark Landry, WHO-WPRO, for his efforts in taking forward the CRVS agenda throughout the region and Anneke Schmider at WHO Headquarters for her encouragement and valuable feedback.
We are also grateful to Lene Mikkelsen and Alan Lopez from the School of Population Health, University of Queensland, who co-wrote the original text of the WHO-UQ assessment tool, and all public health experts who have been involved in the development of the same.

We would especially like to acknowledge and appreciate the efforts of the following individuals in making the CRVS comprehensive assessment in Cambodia possible:

Ministry of Interior

- Mr. Prak Samoeun — Director of Department of General Administration
- Mr. Yim Sam Ol — Deputy Director of Department of General Administration
- Mr. Heng Sophat — Chief of Statistic and Civil Registration office, MoI
- Mr. Lay Kimsan — Statistic and Civil Registration officer, MoI
- Mr. As Sao Hak — Statistic and Civil Registration officer, MoI
- Mr. Teng Veng Hong — Statistic and Civil Registration officer, MoI
- Mrs. Hang Chanda — Statistic and Civil Registration officer, MoI

Ministry of Planning

- Mr. They Khem — Director of NIS, MoP
- Mr. Phan Chanda — Deputy Director of NIS, MoP

Ministry of Health

- Dr.Khol Khemrary — Chief of Health Information Bureau, DPHI/MoH
- Dr. York Dararith — HIS officer, DPHI/MoH
- Dr. Meas Vanthan — HIS officer, DPHI/MoH

Acronyms

ADB	Asian Development Bank
CCWC	Commune Committee for Women and Children
CDHS	Cambodia Demographic and Health Survey
COD	Cause of Death
COIA	Commission on Information and Accountability for Women's and children's Health
CRVS	Civil registration and Vital Statistics
DOGA	Department of General Administration
DPHI	Department of Planning and Health Information
DHS	Demographic and health survey
HMN	Health Metrics Network
ICD	International Classification of Diseases
HMIS	Health Management Information System
JICA	Japan International Cooperation Agency
MCCD	Medically Certified Cause of Death
MoI	Ministry of Interior
MoH	Ministry of Health
MoP	Ministry of Planing
NRMNCHC	National Reproductive maternal new born and child Health center
NSO	National Statistics Office
UQ	University of Queensland
UNHCR	United Nations High Comissioner for Refugees
URC	Univeristy Research Co.LLC
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	United States of America Agency for International Development
WHO	world Health Organization
WPRO	Regional office for Western Pacific Region of WHO

Table of Contents

Preface	i
Acknoledgement	ii
Acronyms	iii
Executive Summary	1
1. Introduction	5
2. Component A: Legal Basis and Resources for CRVS	10
3. Subcomponent A1: National legal framework for vital statistics	10
4. Subcomponent A2: Registration Infrastructure and Resources	13
5. Component B: Registration Practices, Coverage and Completeness	15
6. Subcomponent B1: Organization and Functioning of Civil Registration and Vital Statistics System	15
7. Subcomponent B2: Review of forms used for birth and death registration	19
8. Subcomponent B3: Coverage and completeness of registration	20
9. Subcomponent B4: Data Storage and transmission	23
10. Component C: Death Certification and Cause of Death	25
11. Subcomponent C1: ICD compliant practices for death certification	25
12. Subcomponent C2: Hospital Death Certification	26
13. Subcomponent C3: Deaths occurring outside hospitals	26
14. Subcomponent C4: Practices affecting the quality of cause of death data	27
15. Component D: ICD Coding Practices	29
16. Component E: Data access, use and quality checks	30
17. Subcomponent E1: Data quality and plausibility checks	30
18. Subcomponent E2: Data tabulation	31
19. Subcomponent E3: Data access and dissemination	32
20. Conclusions	33
21. Next Steps	34

pkar

Executive Summary

Well-functioning CRVS systems are crucial for inclusive and sustainable development. The Key Stakeholders of CRVS in Cambodia recognize the importance of CRVS systems for safeguarding human rights, producing crucial information, supporting good governance, improving development outcomes and monitoring progress towards nationally and internationally agreed upon development goals.

Cambodia is one of the 74 countries that has committed to the recommendations of the Commission of Information and Accountability for Women's and Children's health (COIA). The first of the ten recommendations of the COIA is that by 2015 countries have made significant steps for improving their CRVS systems to register births, deaths and causes-of-death.

Improving the CRVS system in Cambodia requires building national capacity across all relevant sectors to:

1. Ensure individuals have the documentary evidence often required to secure recognition of their legal identity;
2. Notify and classify information on births, adoptions, marriages, divorces, deaths and causes of death, such as to reduce the burden on persons using related records to access services
3. Compile and analyze statistics from the records
4. Disseminate vital statistics.

In Cambodia, the improvement of CRVS systems relies on the commitment and coordination of government agencies, non-governmental stakeholders, as well as the sustained allocation of adequate resources.

Much progress has been achieved in different aspects of CRVS in Cambodia, with commitment from MoI and support from partners such as UNICEF, ADB, Plan, UNHCR, UNFPA, USAID, JICA, URC, WHO and others. However going forward, to make significant strides in strengthening the CRVS system as a whole, there is need for aligned and sustainable support by Key Stakeholders of CRVS.

Comprehensive Assessment of Civil Registration and Vital Statistics in Cambodia, 9-11 September 2013, Sihanoukville, Cambodia

A 3-day workshop to undertake a comprehensive assessment of CRVS in Cambodia was conducted, with the Ministry of Interior as the lead agency that organized the workshop to bring together all the Key Stakeholders in CRVS. Technical assistance to facilitate the assessment process (using WHO/UQ tool) was provided by WHO.

The review of the CRVS system in Cambodia revealed both the strengths and the weakness of the system. Given the nascence of the system and the complex historical context in which it emerged, much has been achieved in the years, since it was established, particularly with regard to birth registration. The death registration, cause of death certification and vital statistics aspects of the CRVS system in Cambodia still need considerable work.

74 participants from the Key Stakeholder ministries, Ministry of Interior, Ministry of Health and Ministry of Planning, from the national provincial,municipalities, district and commune/sangkat level actively participated in the assessment process. In

phar

addition, development partners such as UNICEF and URC also participated in the workshop. The agenda and list of participants in attached in Annex 1.

Objectives of the Workshop:

1. Bring together all stakeholders in CRVS, to understand the importance and benefits of a well-functioning CRVS system

2. Orient all stakeholders on the 5 main components of a well-functioning CRVS system:
   Component A. Legal basis, infrastructure and resources
   Component B. Registration practices, data coverage and completeness
   Component C. Death certification and cause of death
   Component D. ICD coding practices
   Component E. Data quality, access and use

3. Undertake Comprehensive Assessment of the CRVS system in Cambodia: Review the current situation, Identify bottlenecks and recommend activities for improvement.

Workshop Proceedings:

The rationale behind conducting the assessment was that even though Cambodia has a birth and death registration system but the vital statistics potential has not been fully explored. Further, all system improvement begins with an assessment of current strength and weaknesses. Since CRVS is an area that cuts across many sectors, it was essential that all major stakeholders have to be part of the assessment and improvement strategy. The findings of the assessment generated an evidence-base is crucial for developing a credible improvement plan and for obtaining funding for the implementation

The 74 participants were split up into 4 subgroups to discuss the questions pertaining to their particular subcomponent. A brief summary of the findings from sub-groups discussions were presented in the plenary session on the last day of the workshop, the highlights are as follows:

1. **Subgroup on Legal basis, infrastructure and resources:** Though there is no law on compulsory civil registration in Cambodia, Sub-decree 103 governs the obligation of citizens to register births within 30 days of occurrence and deaths within 15 days, at the commune/sangkat office of their usual residence. Registration after these stipulated timelines entails a 10.000Riel (US$2.5) for certified birth registration and a 3.000Riel (US$0.75) for death registration after 15 days. The Chief of the Commune/Sankat has been entrusted with the job of local registrar.

   Bottlenecks:

   - No obligation in the law of health facilities to report vital events
   - No mention of whom the certifier of Cause of Death should be
   - Vital Statistics from the Civil Registration data, aspect not covered
   - Roles and responsibilities of other stakeholder ministries such as MoH and MoP need to be clearly defined.

2. **Subgroup on Registration practices, data coverage and completeness:** Commune/Sankat Chiefs at all 1.633 communes/sankats have been appointed for undertaking civil registration, registration is still paper-based and recorded on "twin books". Though no formal evaluation of completes has been undertaken, as per CDHS (2010) the completeness of birth registration under 5 yrs is about 62.1%. Coverage of birth registration is relatively high compared to deaths (in large part due to 2004-2006 UNICEF/Plan-funded civil registration campaigns), death registration appears to be approximately 10-30% according to the CR.

   Bottlenecks:
   - Though registration points are sufficient due to excessive workload commune chiefs are not always available to carry out registration
   - Death Registration is still low and and there is a need to increase awareness and link death registration with some incentive or service, such as money for burial etc.
   - The system is still paper-based and were issues with timeliness of reporting from local offices to central office

3. **Subgroup on Death certification and cause of death and ICD coding practices:** Cause of Death (COD) on death certificates at the time of death registration, is recorded by the lay registrar based on what the family member reports, it is not compiled and is most often ill-defined causes. For persons that die at health facilities the attending physician does attributed Medically Certified Cause of Death, for only 12% of deaths, but this data is not linked to CRVS presently. The format of death certificate is not the International Medical Certificate of COD, and thus not inline with ICD practices of attributing underlying COD. ICD coding of mortality is not done routinely.

   Bottlenecks:
   - Need to improve the quality of MCCD and establish linkage with CRVS, only some 12% of all death seems to have MCCD. These are deaths captured through the health system and mostly from public establishment. Very few of the private facilities are reporting vital events to the MoH.
   - Since more than 50% of death in Cambodia still occur outside health facilities, there is a need to explore Verbal Autopsy techniques to capture most probable COD for these deaths
   - ICD coding needs to be introduced in a centralized manner, and a trained cadre of coders would need to be recruited
   - Inter-agency collaboration between MoH and MoI is non-existent, and systematic mechanisms for establishing linkages need to be institutionalized

4. **Subgroup on Data quality, access and use:** At present no vital statistics are combined from civil registration data. Though there are fixed timelines for reporting from the commune/sangkat, municipality, district, khan and province/capital level, there are not strictly adhered to, and MoI doesn't receive reports on civil registration from all provinces. At the end of the year MoI compiles a report of the total number of births and deaths registered, disaggregated by sex, but not by age. At the national level, MoI shares aggregated CRVS data with MoP on an annual basis, however, since this

data is to conduct analysis but going forward data sharing is being discussed.

Bottlenecks:

- Since the system is still paper-based, reporting from communes /sangkat municipality/districts/khan and provinces/capital is still patchy
- Civil Registration data is not analyzed to produce vital statistics and does not inform evidence-based policy planning
- Linkages and communication mechanisms between MoH, the MoP and MoI need to be established, and the feasibility of a electronic unified CRVS data needs to be explored.

It is important to highlight at this stage that country-ownership is the backbone of any successful programmatic intervention. The various government agencies involved in CRVS in Cambodia played a pivotal role in steering the assessment and will continue to be the chief architects and implementers of the next steps. It is envisaged that government will drive the development and adoption of the strategic plan from a central mandate, implementing it through large-scale national/ state programs and projects.

At the end of each component, there is a set of recommendationsthat would support in strengthening the CRVS system and in addressing key bottlenecks made by the participants of the assessment workshop. Below are some of the key recommenda tions:

1. Establishing of CRVS National Steering Committee, comprising of representatives from all Key stakeholders, such as Ministry of Interior, Ministry of Health and Ministry of Planning.
2. Amendment of the legal framework to recognize the vital statistics function of the civil registration system
3. Amendment of the legal framework, so its is mandatory for all health facilitates to notify the civil registration office about births, deaths and cause of deaths for all cases that occur inside health facilities.
4. Allocation of a weekly registration day when the commune chief will be available at the commune office to register vital events throughout the day.
5. A phased country-wise transition from paper-based to computerized web-based civil registration system
6. Identification of annual expected births and deaths, and create a system for analyzing and identifying expected versus actual registrations.
7. A national civil registrationcampaign encouraging the timely registration of births and deaths.
8. Other forms of administrative data need to be collected and used to fill the gaps and de-duplicate in the civil registration system rendering more complete bolster the registration data
9. Establishment of regular monitoring and evaluation mechanisms, with feedback loops to the communes, so they are encouraged to report complete and timely data
10. Adoption of the International Medical Certificate of Cause of Death, by all health facilities, private and public
11. Orientation and training of all doctors and medical officers of cause of death certification practices, ascertaining the underlying cause of death in line with ICD rules.
12. Training a core group of trainers on ICD-10 coding, ICD 10 implementation has been identified as a key action in the Cambodia Health Information Strategic Plan for 2008-2015.

13. Develop and implement a "Data release procedure" so civil registration data is shard with Ministry of Planning, and standard plausibility and consistency checks are conducted. Regular evaluation of the completeness and accuracy of civil registration data.
14. Implement international standards for tabulating and aggregating data based on the United Nations Statistics Division recommended minimal list of characteristics for tabulating birth and death.

Next Steps:

1. **Formulation of a credible strategic plan** based on country consensus among all stakeholders for implementation of key recommendations. The plan should clearly articulate activities and timelines to produce tangible progress towards the aforementioned.
2. **Drafting a detailed budget with cost**-estimates associated with each of the proposed activities.
3. **Conduct a Key-Stakeholders meeting.** The aim of this meeting should be to gain broad approval and support for the strategic plan, so that implementation of improvements to the current vital statistics system can begin Implementation plans and donor proposals would need to be developed, to begin implementation of prioritized improvement activities.

Introduction

Civil Registration systems provide personal legal documents, required by "citizens" as proof of facts (e.g. age and identity) surrounding vital events. The data from these civil registration records form the basis of a country's vital statistics system. Vital statistics are used to derive the fundamental demographic and epidemiological measures that are needed in national planning across multiple sectors such as education, labour and health.

However, CRVS systems are often weak and incomplete in developing countries. Therefore, alternate data sources to generate vital statistics – such as, population census, household sample surveys, demographic surveillance in sentinel sites and sample registration systems have to be used. These alternate data sources are costly methods and do not provide a continuous, complete and cost-effective means to obtain real-time vital statistics.

Cambodia has committed to the recommendations of the Commission on Information and Accountability for Women's Children's health (COIA). The first of the 10 COIA recommendations is that by 2015 countries will have made significant steps for improving their CRVS systems to register births, deaths and causes-of-death to achieve a high level of completeness (iERG targets > 75%, >60%&> 60% respectively) from routine civil registration and vital statistics systems.

Civil Registration is the administrative system used to record vital events such as births and deaths. Civil registration can be defined as the continuous, permanent, compulsory, and universal recording of the occurrence and characteristics of vital events (live births, deaths, foetal deaths, marriages, and divorces) and other civil status events pertaining to the population as provided by decree, law or regulation, in accordance with the legal requirements in each country (United Nations 2001).

A "vital statistics system" can be defined as, the total process of (a) collecting information by civil registration or enumeration on the frequency or occurrence of specified and defined vital events, as well as relevant characteristics of the events themselves and the person or persons concerned, and (b) compiling, processing,

analyzing, evaluating, presenting and disseminating these data in statistical form (United Nations 2001).

Vital statistics are the cornerstone of a country's health information system. Figure 1 shows the huge gap that exists between the estimated deaths versus reported deaths in the Western Pacific Region of WHO, 2007. This gap currently renders less accurate estimates for various mortality indicators and inevitably these estimates are used for decision-making on public health interventions.

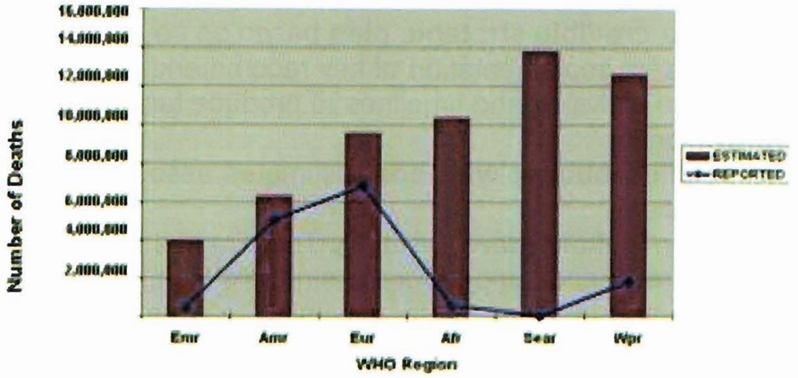


Figure 1: Reported Deaths Versus Estimated Deaths, 2007

As a legal document, a birth certificate serves to define and protect a person's human and civil rights in society.
UNICEF has documented the importance of registration of births and the impacts of non- registration. Further UNICEF identifies the birth registration as the first legal recognition of the child (UNICEF 2002).
In a properly functioning vital registration system, all births and deaths in the population are recorded. In cause-of-death statistics, the "gold standard" is complete civil registration where each death has the underlying cause assigned by a medically qualified doctor and coded by a Coder trained in ICD. The collaboration and compliance of health practitioners and hospitals is crucial for the proper attribution of cause of death, and for assessing whether a death can be considered as "natural" or due to some external cause. When a death occurs in a hospital or other setting where a doctor is present to certify the cause of death, the process is initiated when the doctor writes out the death certificate

Even where medical certification of the cause of death is common practice, it does not necessarily mean that the correct cause of death is written on the death certificate. Lack of diagnostic facilities, inexperience and lack of awareness of the importance of the data may result in an incorrectly stated cause of death.

Figure 2 shows the low quality of cause-of- death data in theWest Pacific Region (WPR)Requires urgent attention. Only 120 of the 194 WHO member countries produce cause-of-death data. Of these on 70 countries produce cause-of-death data of an acceptable quality. 50 countries produce some cause-of-death data, but of poor quality rendering it of no use for public health purposes. And remaining countries do not regularly produce cause-of-death data.

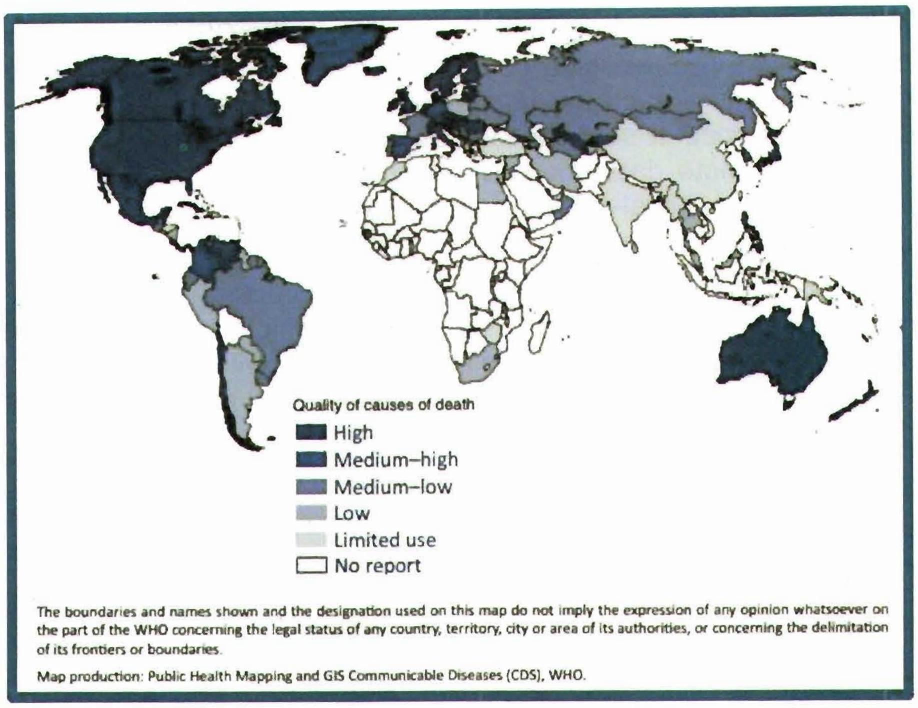


Figure 2: Quality of Globally available information on cause of death

Civil registration and the resulting vital statistics are essential public goods that benefit individuals and societies. Legal documents that prove identity and citizenship not only provide access to state services or entitlements, but can also be a defense against statelessness and exploitation.

When vital statistics of births and deaths are combined with accurate cause of death data, they allow health decision-makers to make more targeted interventions and help save lives. Proper mortality statistics would help produce more health for money.

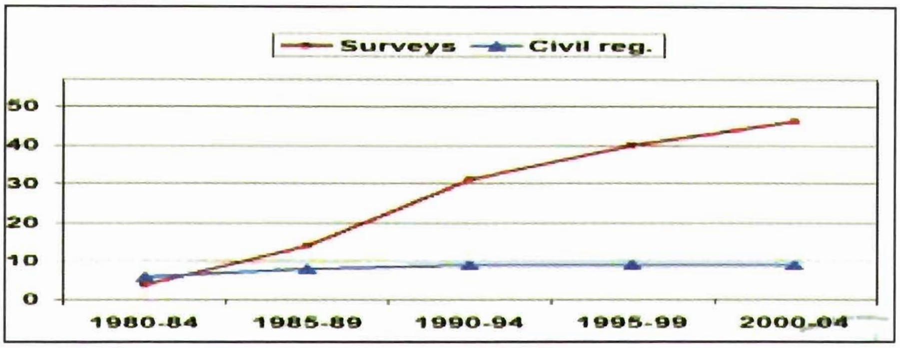
"To make people count, we first need to be able to count people" (*LEE Jong-Wook, WHO Director-General, 2003–2006, address to WHO staff July 21, 2003).* Most people in Asia are born and die without leaving a trace in any legal record or official statistic. Absence of reliable data for births, deaths, and causes of death (COD) are at the root of a scandal of invisibility, which renders most of the world's poor as unseen, uncountable, and hence uncounted. Most fundamentally of all, civil registration is a proof that a state recognizes and respects the lives of those it has a responsibility to defend and develop.

Globally 1 in 3 births are not counted, 2 in 3 deaths are not counted and 2/3rd of the world's population do not have reliable cause of death. So we are dealing with less reliable health indicators. Without these data we have no reliable way of knowing whether our interventions are working, and whether development aid is producing the desired health outcomes (Dr Margret Chan,Director-General, World Health Organization, 12 November 2007) We need to prioritize CRVS as a development issue on the global post-MDG agenda. We cannot wait any longer. The recent global focus on aid effectiveness and outcomes will remain more rhetoric without functional CRVS systems.

The data from these civil registration records form the basis of a country's vital statistics system. Vital statistics are used to derive the fundamental demographic and epidemiological measures that are needed in national planning across multiple

sectors such as education, labour and health. However, CRVS systems are often weak and incomplete in developing countries. Therefore, alternate data sources to generate vital statistics – such as, population census, household sample surveys, demographic surveillance in sentinel sites and sample registration systems have to be used. These alternate data sources are costly methods and do not provide a continuous, complete and cost-effective means to obtain real-time vital statistics.

Further, as the figure below shows, mortality data collection in 57 low income countries, over 25 years from 1980-2004, has shown, that progress in obtaining mortality statistics from CRVS systems has been negligible and only increased from 5% to 9% over this entire period. This is juxtaposed with the progress made in mortality data collection from surveys, which also started out 5% but made steady progress to 45% for the same period.



Mortality Data Collection by Source among 57 low income countries, 1980-2004

Cambodia is one of the 74 countries that has committed to the recommendations of the Commission of Information and Accountability for Women's and Children's health (COIA).

The first of the 10 COIA recommendations is that by 2015 countries have made significant steps for improving their CRVS systems to register births, deaths and causes-of-death to achieve a high level of completeness (iERG targets > 75%, >60%&> 60% respectively) from routine civil registration andvital statistics systems.

Though no formal evaluation of completeness has been undertaken, as per CDHS(2010) the completeness of birth registration under 5 year is about 62.1%. Coverage of birth registration is relatively high compared to deaths. Death registration appears to be approximately less than10% according to the CR., with only 84,000 death registration certificates issued from 2002 to 2012. Cambodia could expect around 113.400 deaths per year, using the UN population projections for the period 2005-2010, with only some 8000 registered annually the completeness would be less than 10%.(*UQ Country Report Cambodia, Aug* 2012)

In Cambodia large gaps still exist between the expected births and deaths versus the registered births and deaths. Based on these estimates:

1.Completeness of Birth Registration: 62.1%(CDHS 2010)

2.Completeness of Death Registration: Less than 10% (only 84,000 death registration certificates issued from 2002-2012, expected deaths per year 113,400 versus registered deaths annually only 8,000)

Based on COIA targets, by 2015 countries should have >75% completeness of birth registration, >60% completeness of death registration, >60% completeness of cause of death.

phar

Well-functioning CRVS systems are crucial for inclusive and sustainable development. The Key Stakeholders of CRVS in Cambodia recognize the importance of CRVS systems for safeguarding human rights, producing crucial information, supporting good governance, improving development outcomes and monitoring progress towards nationally and internationally agreed upon development goals.

Review Process and Methodology:

A 3-day workshop from 9-11 September 2013 in Sihanoukville, Cambodia was conducted to undertake a comprehensive assessment of CRVS system, using the WHO/UQ assessment tool. TheMinistry of Interior was the lead agency that organized the workshop to bring together all the Key Stakeholders in CRVS. Technical assistance to facilitate the assessment process was provided by WHO.

74 participants from the Key Stakeholder ministries, Ministry of Interior, Ministry of Health and Ministry of Planning, from the national provincial, district and commune level actively participated in the assessment process. In addition, development partners such as UNICEF and URC also participated in the workshop. The agenda and list of participants in attached in Annex 1.

Objectives of the Workshop:

1. Bring together all stakeholders in CRVS, to understand the importance and benefits of a well-functioning CRVS system

2. Orient all stakeholders on the 5 main components of a well-functioning CRVS system:
   Component A. Legal basis, infrastructure and resources
   Component B. Registration practices, data coverage and completeness
   Component C. Death certification and cause of death
   Component D. ICD coding practices
   Component E. Data quality, access and use

3. Undertake Comprehensive Assessment of the CRVS system in Cambodia: Review the current situation, Identify bottlenecks and recommend activities for improvement.

The rationale behind conducting the assessment was that even though Cambodia has a birth and death registration system but the vital statistics potential has not been fully explored. Further, all system improvement begins with an assessment of current strength and weaknesses. Since CRVS is an area that cuts across many sectors, it was essential that all major stakeholders have to be part of the assessment and improvement strategy. The findings of the assessment generated an evidence-base is crucial for developing a credible improvement plan and for obtaining funding for the implementation

The 74 participants were split up into 4 subgroups to discuss the questions in the assessment tool pertaining to their particular subcomponent. During the assessment, in answering each question, the participants discussed the current situation, challenges and bottlenecks and recommendations for improvement.

The following were the 4 subgroups:

Subgroup 1: Component A. Legal basis, infrastructure and resources
Subgroup 2: Component B. Registration practices, data coverage and completeness

Subgroup 3: Component C. Death certification and cause of death
And Component D. ICD coding practices
Subgroup 4: Component E. Data quality, access and use

The review of the CRVS system in Cambodia revealed both the strengths and the weakness of the system. Given the nascence of the system and the complex historical context in which it emerged, much has been achieved in the years, since it was established, particularly with regard to birth registration. The death registration, cause of death certification and vital statistics aspects of the CRVS system in Cambodia still need considerable work.

The Key findings presented in this report are the summary of the deliberations by the participants and meetings with relevant staff at the 3 stakeholder ministries, i.e, Ministry of Interior, Ministry of Health and Ministry of Planning.

Component A: Legal Basis and Resources for CRVS
Subcomponent A1: National legal framework for vital statistics

Prior to the civil war, Cambodia used to have a legal base(civil code) and a proper civil registration system for providing services to its population. The civil code has allowed minister of interior and minister of justice to issue joint guidelines for establishing the formalities and procedures of civil registration. At that time, the implementation has well processed, but however, it was not uniformly implemented across the country. People living in remote areas were not covered under the civil registration system.

With the onset of the civil war and the ensuing political instability by 1970 the implementation of the civil registration system became limited to urban areas, especially Phnom Penh.

During the Khmer Rouge regime from 1975 to 1979, the civil registration was completely eliminated and all the documents related to civil registration were completely destroyed.

In the period from 1979 to 2002, the civil registration began functioning again all over the country. However, this was not formally implemented in a uniform manner, and registration practices varied across the country. Even during this period, though there was resurgence of the civil registration system, majority of the vital events still remained unregistered.

In December 2000, by the sub decree 103, the Ministry of Interior, RGC, created the legal framework for civil registration system in the country. The sub decree was enforced on 01st August 2002, and the objective was to bring the entire population under the new and uniform civil registration system by August 2005.

Cambodia achieved a major milestone in December 2011, with the introduction of a new civil code that includes civil registration, in an effort to rebuild its shattered physical, legal and judicial infrastructure.

While there is no specific law, on civil registration, but the following legal instruments/ sub-decrees form the legal basis for civil registration in Cambodia:
Law on nationality
Law on marriage and family
Law on immigration

Law on Inter-Country Child Adoption
Sub decree No.103 on civil registration

Sub-decree 103, Article 3 mentions the obligation of Cambodian citizens to register births and deaths. Births must be registered within 30 days of occurrence, registration is free of cost within this period. Registration after these stipulated timelines entails a 10.000Riel (US$2.5) for certified birth registration and a 3.000Riel (US$0.75) for death registration. And deaths registered outside the calendar year of occurrence of the death, require a court order to be registered.

In Cambodia there still remains a large gap between the expected targets for completeness of birth and death registration versus the actual completeness of birth and death registration, this implies that significant steps need to be taken to enforce the legal requirements for mandatory registration of births and deaths. As per the COIA targets, by 2015, Cambodia should have greater than 75% completeness of birth registration, as per CDHS 2010, completeness of birth registration is 62.1% for children under 5 years. With regard to death registration the gap is even more stark, as per COIA targets, completeness of death registration and cause of death certification should be greater than 60% for both respectively, however, based on estimated by the Ministry of Interior completeness of death registration is less than 10 %, based on comparison with number of expected deaths versus the number of registered deaths.

Death registration appears to be approximately less than10% according to the CR., with only 84,000 death registration certificates issued from 2002 to 20 12. Cambodia could expect around 113.400 deaths per year, using the UN population projections for the period 2005-2010, with only some 8000 registered annually the completeness would be less than 10%.(*UQ Country Report Cambodia, Aug 2012)* .

The sub-decree delegates the responsibility for issuing of certificates, to the Commune Council Chief or the Sangkat Council Chief, and they perform the assigned the role of the local registrar. The parents or guardian of the child are the obligatory informants for birth registration. And for deaths, the close relatives of the deceased, spouse or parents are obligated to register the death.

As per sub-decree 103, births and deaths should be registered at the place of permanent residence, and the place of occurrence is not recorded.

As per Article 58 of Sub-decree 103:

"An applicant for birth and death certificate shall not be required to pay any fee. An applicant who applies for marriage permission and registration of marriage, birth attestation, marriage attestation, and death attestation shall be required to pay for a specified paper costs. An applicant who applies for extract or copying of civil status shall be required to pay for paper and stamp costs for the benefit of khum or sangkat and State's revenues. The costs of paper and stamp shall be determined by Anukret at the request of the Minister of Economy and Finance and Minster of Interior."

There is no legal obligation requiring hospitals, or health facilities for reporting births and deaths. Public health facilities(and to a much lesser degree private health facilities) only report vital events occurring in their facilities to the Ministry of Health, via the HMIS. Going forward it is recommended that the law include mandatory reporting of vital events occurring in health facilities to the civil registration system, alternatively this mandatory reporting by health facilities could be included in the public health laws.There is also no mention of who is responsible for certifying cause

of death, this also needs to be included in the new legal framework for Civil Registration in Cambodia.

Article 37 of sub-decree 103, mentioned that an official document is required before burial, and this is to be issued by the commune/sangkat chief, however this is not implemented, and the permission for burial is requested on an ad hoc basis.

The sub-decree 103 mentions the structure and responsibilities of the Ministry of Interior at the national, provincial/capital, municipality/khan/district and commune /sangkat level. However, the roles and responsibilities of other stakeholders like the Ministry of health, the Police, Ministry of Planning are not mentioned in the sub-decree.

As per Article 9 of Sub-decree 103:

"The roles of the civil status official are to:

- Review and record all important facts related to birth, marriage, and death of a person in the civil status;
- Issue copy or re-script of civil status book remains in the current year,
- Correct spelling errors on the civil status book of current year under the provision of Article 13 of this Anukret,
- Authorize marriage and ritual or burying ceremony;
- Be responsible for the executed certificate of civil status,
- Sign and stamp on the certificate of civil status-,
- Modify or reject the civil status under the final judgment of the court or legal provisions,
- Keep the civil status book in a proper way that facilitate any follow up or management purposes,
- Send one copy of the-last-year civil status book for filing at srok or khan office another copy to its provincial or municipal court-,The Khmer version is the official version of this document.
- Disseminate among the khum or sangkat citizens about their duties toward civil status recording and facilitate the citizens who make contact for civil status purpose;
- Prepare monthly report on birth, marriage, death, statistics of families and citizens of his or her khum or sangkat and annual report to be sent to his or her srok or khan office at the end of each year-, and
- Cooperate with local authority regarding the civil status if necessary."

However, none of the above legal instruments define the generation of vital statistics from the civil registration system.

Further, the sub-decree, doesn't mention for funding for the CRVS system. The budget for CRVS at the local commune level, is part of the Commune Development plan, and the money collected from copies of birth, death and marriage certificates goes to the treasury and is then given to the commune.

The sub-decree states that population living in Cambodia legally, or Cambodian citizens living abroad are covered. However, migrant workers and asylum seekers/refugees are not covered under the sub-decree on civil registration. For Cambodians living abroad, they may obtain a birth certificate, upon visiting Cambodia, if they have a permanent address in Cambodia. Further, Article 11 of sub-decree also states that Cambodian embassies should act as civil registration offices

for Cambodian citizens living abroad, however, there is a need for consultation between the Ministry of Interior and the Ministry of Foreign Affair to implement this.

Some aspects of the registration process are now in need of change, due to the influence of a new civil code. The law which is still in draft form will bring together all identity processes, including passport, family books and national identity.

Subcomponent A2: Registration Infrastructure and Resources

In terms of the infrastructure for CRVS in Cambodia, the 1633 commune/Sangkat offices serve as civil registration point throughout the country. The commune/Sangkat chiefs who are elected every 5 years, serve as the local registrar. Civil registration offices exist at the municipality/district/khan, provincial/capital and national level, however, only the commune/Sangkat offices serve the function of registering vital events. The general sentiment, among the stakeholders, is that the points for registration, in terms of coverage are sufficient, however lack of awareness on the usefulness of birth and death certificates more so, prevents full completeness.

As per the Chapter 12 of the Sub-decree 103, annual budget for printing CRVS certificates and training must be allocated at the state level, however, no budget is allocated for trainings of CRVS officials on a regular basis.

"**CHAPTER12: Civil Status Budget**

Article 56:
The budget for printing of certificate and training of officials about civil status throughout the country shall be covered by the State budget.

Article 57: The Ministry of Interior shall propose annual budget for printing of civil status certificate and training of civil status officials.

Article 58:

An applicant for birth and death certificate shall not be required to pay any fee. An applicant who applies for marriage permission and registration of marriage, birth attestation, marriage attestation, and death attestation shall be required to pay for a specified paper costs. An applicant who applies for extract or copying of civil status shall be required to pay for paper and stamp costs for the benefit of khum or sangkat and State's revenues. The costs of paper and stamp shall be determined by Anukret at the request of the Minister of Economy and Finance and the Minister of Interior."

General sentiment While there is no standard budget allocated for trainings and materials for CRVS, in the past guidelines for Civil registration have been published and disseminated, and country-wide trainings were conducted in 2002 and 2005. However, there is a need to allocate regular budget for training activities at the national level, so refresher trainings can be conducted annually.

In 2012, with support from HMN manual with guidelines for CRVS covering the registration of births, deaths and marriages was developed and this was distributed along with training to 5 provinces. Going forward, this manual with the accompanying training should be distributed to cover the entire country.

Key Bottlenecks:

- No obligation in the law of health facilities to report vital events
- No mention of whom the certifier of Cause of Death should be

phar

- Vital Statistics from the Civil Registration data, aspect not covered
- Roles and responsibilities of other stakeholder ministries such as MoH and MoP need to be clearly defined.

Recommendations

Anchoring civil registration in law in the only way to ensure continuity, consistency, correctness and comprehensiveness of the CRVS system. The following are some of the key recommendations suggested to the legal framework and resources for CRVS in Cambodia:

1. **Recognition of the statistical function of civil registration systems:** At present no vital statistics are calculated based on civil registration data in Cambodia. Registrars provide a very valuable service by collecting, for statistical purposes, additional characteristics about the vital events they register. Obtaining statistical data as a by-product of an administrative process in relatively inexpensive and avoids duplicate collection by different government agencies. The statistical collection role of the civil registration system needs to be recognized in the law and resources should be made available to ensure it is sustained and efficient. The MoP's roles and responsibilities in collecting, compiling and publishing vital statistics data should be clearly defined and included in the civil registration law.

2. **Inclusion of the Health aspects of CRVS in the Legal framework:**it is recommended that the law include mandatory notification by health facilities of vital events occurring in health facilities to the civil registration system, alternatively this mandatory reporting by health facilities could be included in the public health laws.There is also no mention of who is responsible for certifying cause of death, the law needs to include a component on mandatory medical certification of cause of death, for all deaths occurring inside health facilities.

3. **Clear articulation of roles and responsibilities of various stakeholder:** The legal framework needs to clearly state the roles and responsibilities of the various ministries involved, especially MOH and MoP. Further, by linking death registration with the permission to transport the deceased to the burial place or with allocation of token burialmoney , there will be a strong incentive to register deaths quickly. Attending Doctors and midwives should also be obliged to notify the commune council office of vital events, so the commune council offices aided by the village chiefs can proactively encourage registration. The legal framework should make it obligatory for all hospitals and health facilities to report vital events andthat this information be shared with the MoI.

4. **Quality and completeness of cause of death certification:** Thus far in Cambodia cause of death reporting is certified mostly by the local (non-medical) registrar and is dominated by ill-defined causes. This practice renders the cause of death information of little value from a public health and vital statistics perspective. Though arguably medical certification of all deaths is not possible immediately, altering the legal framework to strongly endorse medical certification of cause of death (especially for those who die in health facilities) and the use of verbal autopsy in the interim for community death is a useful first step towards achieving the gold standard eventually.

5. **Greater allocation of resources:** for training, recruiting and retaining human resources. Further, resources for digitalization of the CRVS system, to have a unified national CRVS database also need to be explored. Regular trainingsonCRVS , and collaboration with community health workers on particularly cause of death reporting via verbal autopsy needs to be explored.

Component B: Registration Practices, Coverage and Completeness

Subcomponent B1: Organization and Functioning of Civil Registration and Vital Statistics System

Commune/Sankat Chiefs at all 1633 communes/sankats have been appointed as local registrars for undertaking civil registration. Registration is still paper-based and recorded on "twin books".

As per the COIA targets, by 2015, Cambodia should have greater than 75% completeness of birth registration, as per CDHS 2010, completeness of birth registration is 62.1% for children under 5 years. With regard to death registration the gap is even more stark, as per COIA targets, completeness of death registration and cause of death certification should be greater than 60% for both respectively, however, based on estimated by the Ministry of Interior completeness of death registration is less than 10%, there is no reliable data of completeness of cause of death certification.

Death registration appears to be approximately less than10% according to the CRreport, with only 84,000 death registration certificates issued from 2002 to 2012. Cambodia could expect around 113.400 deaths per year, using the UN population projections for the period 2005-2010, with only some 8000 registered annually the completeness would be less than 10%.(UQ Country Report Cambodia, Aug 2012)

In terms of the evolution of the civil registration system in Cambodia, it has gone through various stages, from, 1979-2002, the production of CRVS was based on local authorities and no unified format for registering vital events was followed throughout the country, it was locally different even within provinces.

In December 2000, sub-decree 103 was formulated and this came into effect from 1 August 2002. During this 2002-2004, there were 6 categorizations in which births, deaths and marriages were registered, based on the time of their occurrence:

1. Births- Births that were registered within 30 days of occurrence
2. Certified births- Births registered after 30 days of occurrence
3. Deaths – Deaths registered within 15 days of occurrence, that took place after 1 August 2002
4. Certified deaths- All deaths that occurred before 1 August 2002
5. Marriages- All marriages that are registered within 30 days of occurrence, that took place after 1 August 2002
6. Certified marriages – All marriages that occurred prior to 1 August 2002

In the period from 2004-2006, all deaths registered after 15 days of occurrence, were registered as "certified deaths". However, 2007 onwards to the present(2013), the separate classification of "certified deaths" and " certified marriages" has been eliminated, however, the categorization between births and certified birth(registered after 30 days) is still maintained.

From 2004-2006, there was successful mobile registration campaign in Cambodia, and this really helped to boost the birth registration from an estimated 5% prior to the campaign to about 90% completeness post the campaign. During the mobile

registration campaign birth and death certificates were delivered free of charge. The Ministry of Interior supported by ADB conducted nation-wide trainings on registration for the mobile teams. Further, ADB provided an incentive of USD 5/100 records registered to the mobile registration teams.

The commune is also promoting the importance of registering other vital events such as marriages and deaths, and registration data is regularly discussed at monthly commune council meetings. Some Communes even offer an incentive of 5.000 Riel (USD 1.25) as burial money to the family member, upon death registration. However, this practice has not been institutionalized and is done based on the initiative of the commune council.

In 2013, UNICEF is supporting an awareness campaign with radio spots and posters through the country to promote awareness on birth, death and marriage registration. This is currently on-going and the results will be evaluated subsequently, in terms of increase in the rates of registration.

Since 2007, every commune/Sankat has a Commune Committee for Women and Children(CCWC). The CCWC has the following composition

C/S Chief	Chairperson
Second Deputy-Chief of C/S	Vice-chairperson
C/S Focal Point For Women and Children	Permanent member
C/S Clerk	Member
A Chief or Deputy C/S Police	Member
A Director of School or a Representative	Member
A Director of Health Center or a Representative	Member
A Village Chief or Deputy from all villages	Member

The CCWC meets on a monthly basis, given the representation from all stakeholders relevant to CRVS, this is an excellent forum to support increasing the completeness of birth and death registration. While birth registration, has been linked to the roles and responsibilities of the CCWC, death registration needs to be advocated equally.
As part of the mandate of the CCWC, the commune/sankat clerk in coordination with the village chief are required to encourage all parents to register births and at the monthly CCWC meeting, the commune/sankat clerk is required to provide a Birth Registration Report in the below format:

Format for Birth Registration Report by Commune/Sangkat at monthly CCWC meeting

Kingdom of Cambodia
Nation Religion King

P/M : ....
D/K : ....
C/S : ....

Birth Registration Report
Month............. Year...........

No	Description	Male	Female	Total
1	Number of babies delivered in C/S (in this month)			
2	Number of babies got birth registered (in this month)			
3	Percentage of babies got birth registered (in this month)			

.... Date...........................
Signature

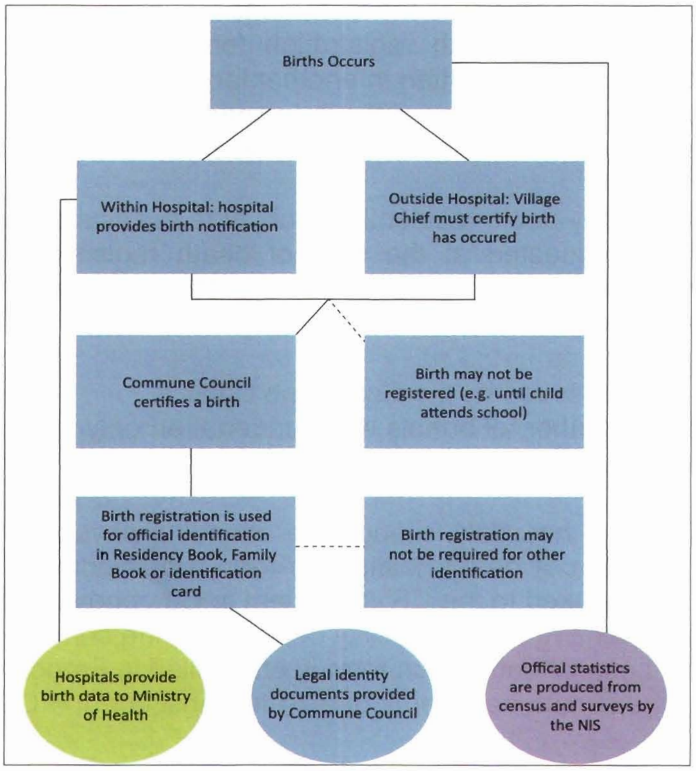
Though the CCWC has been established as an institutional mechanism for coordination between various stakeholders of CRVS at the commune/sankat and village level, there remains a scope to further capitalize on the potential of this forum to promote awareness on birth and death registration.

Birth Registration

Birth registration is required by law, but a birth may not be registered until a child attends school, and an assessment of expected births versus registered births shows only about 62.1% of births are registered (for children under 5 years, as per CDHS 2010) birth registration is not the only form of identification which can be used for key identification requirements. Birth counts from civil registration are used by the DOGA and Commune Councils, however, they are not used as official statistics or by the Ministry of Health for Health Planning.

Below is the process for registering a birth *(UQ Country Trip Report: Cambodia, August 2012):*

- To register a birth, the family must provide a hospital notification form, or the Village Chief must certify the proof of the birth.
- Births are recorded in two books (which are sent separately to the District for providing duplicate certificates as may be required and Province office at the completion of the year. The Provincial offices transfer the books to the MoI, for data entry into the CRVS database, which has recently been resumed).
- Births can be registered free of charge within 30 days of birth. After this time, a fee of 10,000 Riel ($US2.5) is charged, and the birth is entered into a book for late registrations. However in 5 Provinces this fee is subsidized to 3,000 Riel (USD 0.75) due to their low-income Province Status.
- Births are registered at place of usual residence. Place of occurrence of the birth (eg a hospital) are not recorded. However, where the hospital notification is provided by the parents, the notification is retained with the birth registration record within the Commune Council's book.
- Birth certificates are issued by the Commune Chief.



phaR

Death Registration:
The process for recording a death registration is similar to births*(UQ Country Trip Report: Cambodia, August 2012):*

A death registration is recorded in twin books. The death registration twin books are sent, one to the District for providing duplicate certificates as may be required and one to the Province office at the completion of the year. The Provincial offices transfer the books to the MoI, for data entry into the CRVS database, which has recently been resumed).

This same process of registration in twin books, is followed for births, deaths and marriages.

Deaths must be registered within 15 days of death. After this time a fee of 3000 Riel ($US0.75) is charge. A subsidized rate of 1000 Riel (USD 0.25) is applicable for late death registration in 5 low-income status Provinces. And to register a death after the end of the calendar year of its occurrence then, a court decision is needed to do so. An assessment of expected deaths versus registered deaths shows less than 10 %of deaths are registered in Cambodia.Only 84,000 death registration certificates were issued from 2002 to 2012. Cambodia could expect around 113.400 deaths per year, using the UN population projections for the period 2005-2010, with only some 8000 registered annually the completeness would be less than 10%.*(UQ Country Report Cambodia, Aug 2012)*

- Deaths are recorded at the place of usual residence of the deceased. The place of occurrence of death is not recorded at the time of registration, therefore it is not possible to identify health facility deaths from the civil registration data. However,in some cases the death registration book could contain copies of hospital death notification forms. But based on the day to day practice, not all families request or receive the hospital death notification form.

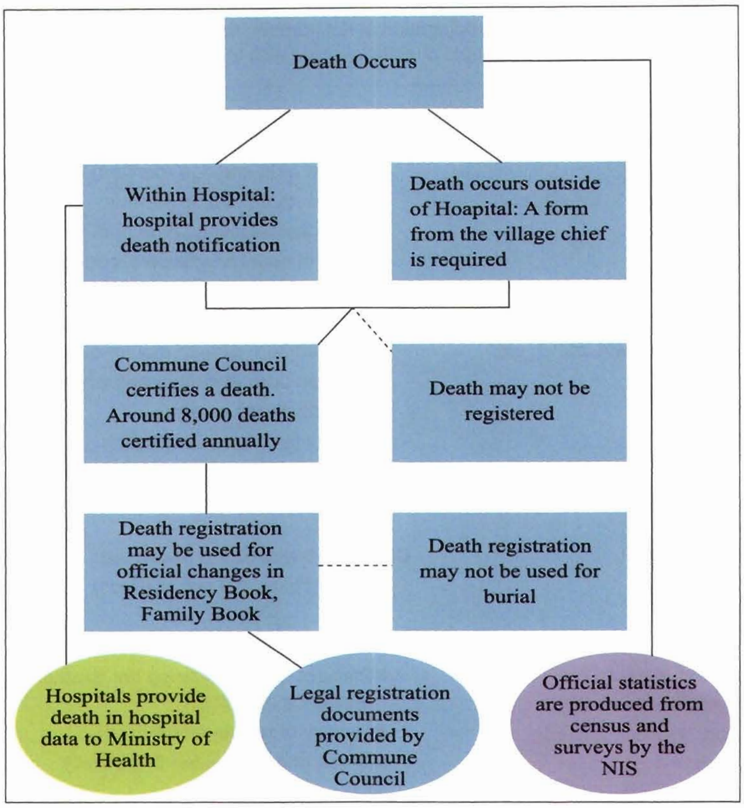
- An issue was identified where the Commune Council Chief could not transcribe the cause of death to the death registration form from the hospital notification because the notifications were written in another language (either English or French), or the doctors handwriting was too difficult to read. Many of the records observed contained causes of death such as 'old age' or 'disease' as a result.

In some cases the family book, residential book, birth certificate and/or ID card of the deceased are also requested at the time of death registration. However, these practices vary from commune to commune and in cases where no documentation is available, then a witness is needed.

- Death certificates are issued by the Commune Chief.
- It was not evident whether all burials were undertaken only after a death certificate from the Commune Council Chief was issued.

For deaths occurring in hospitals, though the attending physician or medical officer does have the provision of death notification form with medically certified cause of death, this data is not linked to the CRVS system in Cambodia. In many cases family members don't register even health facility deaths with the commune chief, and even when they do, the hospital notification form is often filled in French or the handwriting is not legible, so the commune chief is unable to transcribe the COD from the death notification form.

As per Article 36 of Sub-decree 103, with regard to unnatural deaths:
If a person was died of any event associated with unnatural or violent causes the civil status official or any interested person shall immediately report to the competent authority of such place so that other specialized authorities can conduct an investigation and provide immediate resolution. The civil status official shall issue permission for incineration or burying ritual based on such decision.



One of the issued identified, is due to competing commitments commune chief are not always available at the commune office for registration. As a result people often travel long distances to register births or deaths, and have to return empty handed without the birth or death certificate. One of the recommendations to counter this problem is setting a registration day, once every week where commune chief are in the office and this should be well communicated to the population. The village leaders, health center and also commune focal point for women and children should also actively share this information.

After the calendar year of registration, for obtaining a copy of the birth and death certificate, the family needs to pay 5.000 Riel for birth certificate, 5.000 Riel for death certificate and 5000 Riel for marriage certificate. Subsidized prices of 3.000 Riel for obtaining copying are apllicable in 5 low-income status provinces. If it is within the calendar year of when the event was registered, a copy may be obtained from the commune office, however, for any copies required after the calendar year of registration, a copy can only be obtained from the district office.

Subcomponent B2: Review of forms used for birth and death registration

The forms used for birth registration is attached in Annex 2 and the form used for Death registration is attached in Annex 3. The below box identifies the UN recommended characteristics that are included in the Cambodian birth and death registration form.

Box 3.2 Recommended list of high-priority characteristics to include in birth and death registration information

The UN recommends that the data collected during registration of a birth or death should include the specific characteristics of the event, of the parents (if a birth) or of the deceased person (if a death). The characteristics listed below have been selected because they are potentially useful for supporting national policy and programme development, and for building and maintaining regional and global comparability.

Although the list shows high-priority characteristics (which ideally should constitute an immediate goal), countries may wish to begin with a shorter list. For example, the long list of parental characteristics may be irrelevant to some countries, or too burdensome. Further, some of this information can be derived from other information and does not need to be asked again. Countries are encouraged to identify their own priorities from the list provided below. However, each country will need to include a registration serial number, the place of registration (or the code of the registration office) and the names of those people directly involved with the event (*1*).

Live births

Characteristics of the event:

- Date of occurrence
- Date of registration
- Place of occurrence
- Place of registration
- Locality of occurrence (derived)
- Urban or rural occurrence (derived)
- Type of birth (i.e. single, twin, triplet, etc.)

Characteristics of the child:

- Sex
- Birth weight

Characteristics of the parents:

- Date of birth and age (derived) of both parents
- Marital status of both parents
- Educational attainment of both parents
- Place of usual residence of both parents
- Locality of residence (derived)
- Urban or rural residence (derived)
- Children born alive to mother during her entire life (to date)
- Children born to mother and who are still living
- Fetal deaths to mother
- Date of last previous live birth
- Date of marriage and duration (derived)

Deaths

Characteristics of the event:

- Date of occurrence
- Date of registration
- Place of occurrence
- Place of registration
- Locality of occurrence (derived)
- Urban or rural occurrence (derived)
- Cause(s) of death
- Certifier and type of certification (derived)

Characteristics of the deceased:

- Date of birth and age (derived)
- Sex
- Marital status
- Place of usual residence (for deaths, less than one year residence of mother)
- Locality of residence (derived)
- Urban or rural residence (derived)

There is also a need to establish linkages between civil registration and other forms of registration and services, such as the yellow card, which is issued by the health center for newborns, families often aren't aware of the distinction between the 2 and perceive the yellow card as equivalent to a birth certificate. There is a need for creating greater awareness among the population on the distinction between the yellow card and birth certification, and regulations need to incorporate the requirement of birth certificates, as mandatory and non-interchangeable with other forms of registration such as the yellow card.

Subcomponent B3: Coverage and completeness of registration

Cambodia's registration records were completely destroyed under the Pol Pot regime and the government is still rebuilding its civil registry. According to a Demographic Health survey in 2000, on average the percentage of children aged 0-4 years old in Cambodia whose birth was registered was only 22% and who had a birth certificate was 20.9%. Urban areas had higher birth registration (30%) than rural areas (21%).

Though no formal evaluation of completeness has been undertaken, as per CDHS(2010) the completeness of birth registration under 5 yrs is about 62.1%. Coverage of birth registration is relatively high compared to deaths (in large part due to 2004-2006 UNICEF/Plan-funded birth registration campaigns), death registration appears to be approximately 10-30% according to the CR.

phaR

The registration process in Cambodia started in 2002, but until 2004, less than 5% of the total population, about 640,000 people were registered. In October 2004, the Ministry of Interior launched a Nation-Wide Mobile Civil Registration Campaign. Mobile teams were formed to visit different villages and perform the civil (birth, marriage and death) registration. A total of 13,000 government officials worked on the civil registration. The mobile registration resulted in over 90 percent of people without birth certificates, registering births nationwide, representing 11 million people who had their births registered, by the end of the civil registration campaign in December 2006. This is a huge climb from a 70 percent birth registration rate (representing 8.6 million registered people) in December 2005, and from a mere five percent birth registration rate at the start of the mobile civil registration campaign in October 2004.*(UNICEF, Policy note: accelerating Universal Birth Registration in Cambodia)*

Through the Mobile Civil Registration Campaign, Plan International and UNICEF supported MoI in undertaking public awareness campaigns of civil registration, including TV spots, posters and radio spots.

While the mobile civil registration campaign was deemed a success by many, sustaining the results of the campaign posed a challenge in 2007. The holding of local commune elections at the start of the year has slowed down birth registration services, as well as, data collection and reporting by commune registrars, some of whom have been replaced after the elections. A new MoI 'Instruction on Sustainable Civil Registration after the Mobile Campaign Ended' detailing the duties of various levels of local authorities with respect to birth registration, as well as, the procedures on civil registration post mobile registration campaign period has been issued by MoI on 18 May 2007 and distributed to civil registrars nationwide, with some limited training. Despite this, the number of birth registrations has been limited in subsequent years. Although the MoI instructed all provincial governors in 2006 to collectdisaggregated data on citizens below 18 years of age whose birth are registered, at present disaggregated information by age and sex is not available.*(UNICEF, Policy note: accelerating Universal Birth Registration in Cambodia)*

Regarding death registration, the DoGA advised that these were under-registeredin Cambodia, with only 84,000 death registration certificates issued from 2002 to 2012. Cambodia could expect around 113.400 deaths per year, using the UN population projections for the period 2005-2010, with only some 8000 registered annually the completeness would be less than 10%.*(UQ Country Report Cambodia, Aug 2012)*

As per CDHS 2010, less than half of the births in the five years before the survey were delivered at home, and 54% were delivered in a health facility. The percentage of deliveries occurring in the home has declined over the past decade, from 89% of births in 2000 to 78% in 2005 and 45% in 2010.

Based on this growing trend of births in health facilities, there is a need to establish a mechanism for health facilities to notify civil registration offices of the births every month. Further, for the significant proportion of births still occurring outside health facilities, community health workers, and village chiefs can act as notifiers.

There is some overlap in the information on vital events being collected by the commune council and the commune police. The commune police is mandated with updating the family book, and the police report send to the commune council and the district administration office includes, number of people below 18 years residing in the commune, number of new births and the number of migrants, every month.

While the roles and responsibilities of at the national level of the DoGA, MoI, provincial and district administration office and the Commune office are clearly defined and reporting formats and timelines are clearly defined, the implementation is not uniform. In spite of follow up from the National level, not all provinces send in complete and timely monthly reports, this is due to irregular reporting from the communes. The commune clerk is burden many tasks and the monthly reports with compiled data, such as number of births, deaths, marriages registered, usages of books, certificates and supplies are not always prepared in a timely manner.

The people most likely to be missed by the civil registration system include population living in remote areas and hilly terrain, migrant populations and casesof death registration, particularly when it is delayed and requires a court order. Every effort needs to be made to ensure that these cases are appropriately captured in the CRVS system.

Benefits and opportunities that various forms of legal identity—including, but not limited to a birth certificate—facilitate in Cambodia:

- Obtaining employment authorization
- Sitting for national examinations
- Opening bank accounts
- Accessing police services
- Accessing the courts
- Becoming a member of a union
- Registering a business
- Joining the military service
- Voting
- Running for public office
- Purchasing/registering land and motor vehicles
- Receiving government subsidies
- Overseas travel/employment
- Obtaining other identity documents
- Receiving protection against sexual exploitation, child labor, and trafficking
- Receiving juvenile justice Protections

Historically, family and lodging books have been Cambodia's most common, durable, and useful form of identity document. According to MoI June 2005 statistics, 91% of Cambodia's population is accounted for in lodging books, and 88% is covered by family books. Family books, which are issued by the commune police, track close family members who are of Cambodian descent, along with any adopted children. These books contain the names of each member of a family. A family book may contain details on more than one "nuclear" family, as siblings or children with their own families may reside together. These families, whose members' names are found in the family book, comprise the "family group." Lodging books/ Residential books record the number and identity of people residing in one household, and track the numbers and locations of people in the country. Unlike family books, they do not identify familial relationships or nationality; they simply list the people living in a particular place. All heads of households must have one or be subject to a fine. Other documents that can serve to establish identity to access benefits and opportunities

include national identity cards (NICs), passports, yellow cards, and marriage and death certificates.

In terms of the main obstacles to registration, identified, though there are sufficient registration points, but there is a lack of sufficient human resources to carry out the civil registration duties, as commune clerks have many competing jobs and are often not available at the commune officeor don't have adequate time to send monthly reports to the district office.Further, there is also a need for regular training and sensitization on civil registration, and establishment of feedback loops, so commune offices are encouraged to report complete data as they will realize it has public policy value and the quality is being monitored.

Another sensitive issue around registration is around the registration of migrant populations, since the MoI requires a permanent address to register, the authorities aren't able to register vital events of migrants due to unavailability of permanent addresses.

Achieving complete civil registration requires a two-pronged approach, as it is a matter of both demand and supply, so equally important is the need for awareness campaigns on the utility of civil registration targeting the population. For death registration, linkage to an incentive such as burial money may prove useful to boost registration.

Recommendations:

1. **Weekly Registration Day:** Allocate one day a week as "civil registration day" during which the commune chief will be available at the commune office to register vital events throughout the day. This information needs to be communicated to the population, village chiefs, health centres, and CCWC members.

2. **Awareness Campaigns to encourage birth and death registration:** Nationwide campaigns to encourage birth and death registration need to be adopted via radio spots, TV advertisements and posters. Further village chiefs, CCWC, school teachers, community health workers, midwives all need to encourage timely registration of births and deaths.

3. **Linkage of birth and death registration to services and incentives:** Birth and death registration need to be linked to various services being provided by the government, so the need to register vital events is reinforced, such as for admission into school, pension, permission for burial and other social service allowances. Further, incentivizing death registration by providing token burial money, could also be considered, to boost death registration rates.

Subcomponent B4: Data Storage and transmission

Local registration offices record vital events in twin identical registration books, this concept of two books completed for registrations was introduced to minimize losses.

As per Article 14 of the Sub- decree 103: "The Twin Civil status book of each year shall be operated from the 1 January to 31 December. In January of the next year, the civil status official shall send one copy of each book to its district office for review and filing and another copy for filing at its provincial or municipal court for circulation under the law." Only aggregated data is passed on to the Central civil registration office, and at present MoI, is not able to disaggregate the data by age but by sex.

In 2009, ADB and then SIDA funded a project for digitalization of birth and certify birth certificates for the period from 2002-2006, these certificates have been systematically scanned, inventoried, with all the data fields entered into a new civil registration database and reporting system. 75 data clerks trained and conducted data entry and more than 6 million records have been entered into the data system. Recording birth certificates has so far been prioritized in this system, however at present, since donor funding has been exhausted, the operation in the data entry center is limited.

Records are maintained in the twin book registers and there is no back up of records. The registers are archived by the year of registration and the name of the commune.

Though a fixed schedule for reporting has been developed, this is not strictly adhered to and reporting from many provinces in patchy:

5th of following month: Commune sends monthly civil registration report to the district office
10th of following month: The district sends a report with aggregated data to the provincial office
15th of following month: the Provincial offices send an aggregated report to the national MoI office.

Thus far reporting from the village to the commune has only been verbally, at the monthly commune meeting. Currently, in 32 communes UNICEF is supporting a pilot wherein village chiefs are provided with a yellow book in which they capture data on the number of births, marrieds, deaths and cause of deaths for the population in their villages. They are supposed to bring completed yellow books to the monthly commune meeting, and village chiefs can act as notifiers of births and deaths, and this can be cross-referenced with actual number of vital events registered for the same period. At present no data quality checks are in place, and there is a need to establish routine monitoring and evaluation mechanisms.

Bottlenecks:

- Though registration points are sufficient due to excessive workload commune chiefs are not always available to carry out registration
- Death Registration is still low and there is a need to increase awareness and link death registration with some incentive or service, such as money for burial etc.
- The system is still paper-based and were issues with timeliness of reporting from local and regional offices to central office. There is a need to explore digitalization of the system.

Recommendations:

1. **Weekly Registration Day:** Allocate one day a week as "civil registration day" during which the commune chief will be available at the commune office to register vital events throughout the day. This information needs to be communicated to the population, village chiefs, health centres, and CCWC members.
2. **Digitalization of the CRVS system:** With supporting from USAID, URC is supporting MoI in piloting of a unified CRVS web based reporting in 11 communes. This pilot allows, dataentry for all vital events, and generation of monthly reports and vital statistics for all levels. Further, disaggregated CRVS data can be accessed in real-time by authorized personnel. The pilot needs to be evaluated, and potential for nation-wide scale up explored.

3. **Allocation of Budget and Training:** There is a need to allocate budget at the commune office for CRVS related work, to ensure adequate availability of supplies, certificates, stamps required for copies of certificates, and other administrative costs. Though the human resources for civil registration exist at the commune office, there is a need for better training. Annual training and sensitization workshops should be conducted, to ensure accurate recording and reporting of vital events and timely submission of the monthly civil registration reports.
4. **Interagency Coordination:** There is also a need to encourage cooperation and communication between health centers and commune offices. Health centers could share a report of the number of births and deaths that occurred at their health facility and this could be useful is identifying the gaps in registration of vital events.
5. **Routine Data Quality Audits:** At present no routine audits and checks are carried out, at the commune office, there is a need to institute routine checks by the provincial office, this would also be a useful to receive and provide feedback and encourage timely and complete reporting by the commune offices.
6. **Linkage of Birth and Death Registration to other forms and services:** There is a need to link birth and death registration to other forms of registration and services, such as family book, residential book, the permission for burial, admission to school etc. As an incentive to register deaths, such as provision of burial money to the family, could be useful in boosting death registration.

Component C: Death Certification and Cause of Death

Cause of Death Certification, is an aspect of CRVS systems that has been most neglected in Cambodia, this is partly due to the fact that while the mandate for death certification lies with DoGA, MoI, the expertise actually lies with the MoH (for death certification by doctors for hospital deaths, and by Health workers using Verbal autopsy for community deaths.) To make significant strides in improving COD data it is essential that Health sector to take ownership of COD certification practices and to be prepared and strengthened to support CRVS development into the future, this includes:

- Ensuring the health system are strengthened to support notification of births and deaths within their facilities; and
- Ensuring the health system can produce cause of death information through medical certification and interim measures such as verbal autopsy processes.

Therefore an overarching recommendation is that the health aspects of CRVS be included in the legal framework for CRVS in Cambodia, particularly with mandatory notification of vital events by health facilities to the civil registration office and also medical certification of cause of death for all deaths occurring inside health facilities.

Subcomponent C1: ICD compliant practices for death certification

Cause of Death (COD) on death certificates at the time of death registration, is recorded by the lay registrar based on what the family member reports, it is not compiled and is most often ill-defined causes.

The formant of death certificate being used in Cambodia is not in line with the International Medical Certificate of Cause of Death. It is recommended that the International Medical Certificate of Cause of Death be adopted, as this allows for certification of the underlying cause of death, and is compliant with ICD practices for death certification. phaR

For deaths occurring in health facilities, two copies of the death notification form are produced – one for the family, which must be used for burial (in practice this is done on an ad hoc basis and not fully enforces), and one form which is retained at the hospital. If a person dies outside of hospital, a form from the commune is required.

Cause of Death (COD) certification is completely inadequate and only some 12% of all death seems to have a medically certified COD. These are deaths captured through the health system and mostly from public establishment. Very few of the private facilities are reporting vital events to the MoH. In relation to civil registry collection, it was noted that the health system can only generate births and deaths information from the public health data, with very little reporting overall from the private sector

Subcomponent C2: Hospital Death Certification

For persons that die at health facilities the attending physician does attributed Medically Certified Cause of Death, for only 12% of deaths, but this data is not linked to CRVS presently *(UQ Country Trip Report Cambodia August 2012).*

Where a death occurs in hospital, the doctor will write information (including cause of death) in the ward register book. This information is transferred to the death notification form. Code information, provided by the MoH (not ICD code) is transcribed from the ward register book. To collect data for the hospital, information from the ward register book is tallied by a nurse, and a monthly report is prepared. This information is entered into the web-based Health Information System of the MoH.
For Dead on Arrival cases are not certified by doctors, in exceptional cases where this is requested by the family, a committee is created at the hospital and based on background information and previous medical records a COD is attributed.

MoH is taking actions to align and expand the Web-based Health Management Information System (HMIS) being used by more than 1,000 public health facilities, including 95 hospitals, and nearly 200 private facilities for reporting essentially 100% of their routine monthly health statistics. Incorporating better birth, death, and ICD-coded COD data through the HMIS is an important objective identified for the future, especially for monitoring and evaluation purposes, and seeking to reduce reporting and collection burdens by tailoring collections.

With regard to the civil registration system, even for cases where the death occurred inside a health facility, due to language barriers, the commune chief is unable to adequately transcribe the cause of death from the hospital death notification that are most often filled in French or English. It is recommended that a copy of the medical death certification be given to the civil registration office, however the recording, coding of cause of death using ICD be done at the MoH. Since the COD is often lost due to language barriers, centralizing this function would allow for all MCCD to be translated (whether from English, French or Khmer) as language won't be a barrier at the central level.

Subcomponent C3: Deaths occurring outside hospitals

If a person dies outside of hospital, a form from the commune is required to register the death. As far as the civil registration system goes, though cause of death is recorded on the death certificate, it is based on lay reporting by the family member registering the death and more often attributed to causes like "sickness", "fever" or "cardiac arrest", which are of little public health value.

In Cambodia, more than 50% of the deaths still occur out of health facilities and these deaths are not medically certified. Verbal Autopsy mechansims are not currently used, however in 2004 a National Committee for Maternal Death Audit was created in Cambodia, with officials from the National Reproductive maternal new born and child Health center (NRMNCHC), and DPHI. The Provincial Health Departments (PHD) was responsible for conducting formal maternal death audits and looking into the implications of each case. In 2005 Maternal Audit Committees worked in 18 (of 24) provinces. Currently the country is considering how best to analyze, interpret, and use this information.

To capture most probably cause of death for these deaths, verbal autopsy mechanisms need to be explored. Community health workers can be mobilized to perform verbal autopsy as they are closer to the community and have to visit community during immunization and outreach clinics. Adequate training and incentives will be given to the VA enumerators to notify and report on all deaths.

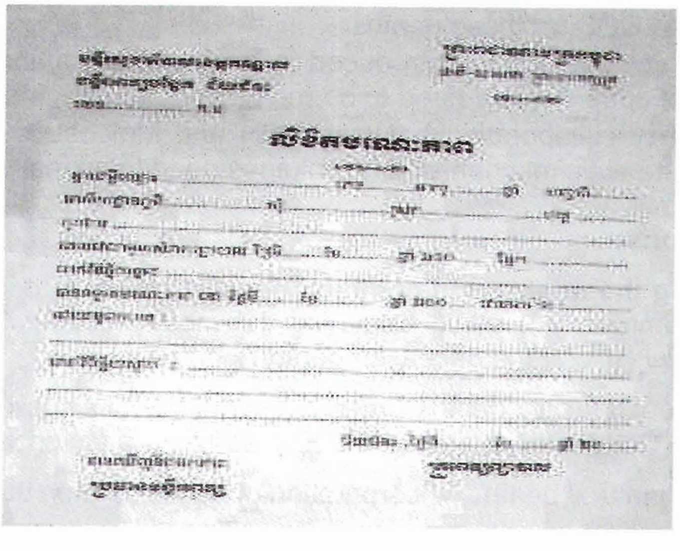
Subcomponent C4: Practices affecting the quality of cause of death data

There is no way of knowing the number and COD for outside- health facilities deaths, as the health system must rely on the civil registration system to capture these events to understand a more comprehensive picture of mortality statistics.

The format of death certificate is not the International Medical Certificate of COD, and thus not inline with ICD practices of attributing underlying COD
Stigma and social sensitivity around deaths due to suicide, HIV/AIDS and maternal deaths are likely to be attributed a more socially acceptable COD. For unnatural deaths, or in cases where violent death is suspected, a criminal investigation is undertaken by an investigation committee comprising of the police, local administration authority and doctors, and based on the police autopsy a COD is attributed.

Below is the Hospital death notification, which includes lines for admission diagnosis, mode of death and cause of death. This is not in line with the ICD compliant for death certification. There is no pregnancy checkbox on the death certificate, however, the monthly HMIS reports by health facilities do report on maternal deaths.

Hospital Death certification form



In terms of training on MCCD, as part of the medical school curriculum, one lecture is imparted on MCCD practices. It is recommended that the International Medical Certificate of Cause of Death is adopted, to adequately capture the underlying cause of death. Further, nation-wide orientation and sensitization of doctors of death certification practices needs to be undertaken.

INTERNATIONAL FORM OF MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Cause of death		Approximate interval between onset and death
I Disease or condition directly leading to death*	(a)	....
	due to (or as a consequence of)	
Antecedent causes Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last	(b)	....
	due to (or as a consequence of)	
	(c)	....
	due to (or as a consequence of)	
	(d)	....
II Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it	....	....
	....	....

**This does not mean the mode of dying, e.g. heart failure, respiratory failure. It means the disease, injury, or complication that caused death*

At present, the cause of death data from civil registration is not compiled into leading causes of death or used for public health policymaking. Moreover, there is the limited MCCD and the lay reported COD are not separated.

Bottlenecks:

- The International Medical Certificate of Cause of Death needs to be adopted, and Nation-wide training for doctors on death certification practices
- Need to improve the quality of MCCD and establish linkage with CRVS, only some 12% of all death seems to have MCCD. These are deaths captured through the health system and mostly from public establishment. Very few of the private facilities are reporting vital events to the MoH.
- Since more than 50% of death in Cambodia still occur outside health facilities, there is a need to explore Verbal Autopsy techniques to capture most probable COD for these deaths
- ICD coding needs to be introduced in a centralized manner, and a trained cadre of coders would need to be recruited
- Inter-agency collaboration between MoH and MoI needs to be established and systematic mechanisms for linkages need to be institutionalized

Recommendations:

1. **Improving the quality and completeness of cause-of-death data:**
   a. For community deaths: capturing the most probable COD using Verbal Autopsy (VA) at the deceased person's home.
   b. For health facility deaths: medically certified COD using the International Death Certificate. Improving MCCD practices is a top priority for Cambodia.
   c. For unnatural deaths: incorporation of police data on the COD.

2. **Adopt International Medical Certificate of Cause of Death:** Introducing the International Form of Medical Certificate of Cause of Death needs to be considered, this is designed to facilitate the correct diagnosing and identification of the underlying cause-of-death as well as to promote the uniform application of ICD- compliant death certification in all settings.
3. Centralized recording of MCCD and coding of COD using ICD at MoH: It is recommended that a copy of the medical death certification be given to the civil registration office, however the recording, coding of cause of death using ICD be done at the MoH. Since the COD is often lost due to language barriers, centralizing this function would allow for all MCCD to be translated (whether from English, French or Khmer) as language won't be a barrier at the central level.
4. **Nation-wide sensitization and training of doctors on MCCD:** National sensitization and training workshops for doctors on medical certification of death and ICD coding. In addition pre-placement and on the job training should be planned and conducted for doctors on the same.
5. **Verbal Autopsy:** Registrars and community health workers need to be sensitized on the importance of cause-of-death data, and they should be trained to conduct a simplified verbal autopsy(VA), use of automated VA tools and Computer Coded VA need to be explored. Further, it is recommended that some collaboration with community health workers be explored, as notifiers of death to community health centres who can then be responsible to conduct the verbal autopsy. A pilot project should be set up in 10 communes.
6. **Quick reference guide:** A guidance booklet and quick reference guide for doctors should be developed, this will significantly improve the quality of cause-of-death certification and documentation. This material should be prepared by a committee with members from the MOH, National hospital, other health facilities and faculty from Medical Schools.

Component D: ICD Coding Practices

ICD 10 implementation has been identified as a key action in the Cambodia Health Information Strategic Plan for 2008-2015. But at present, Cambodia does not practice ICD 10 coding for neither morbidity nor mortality and do not even use it for tabulating data.

As part of the HMIS, MoHis attempting to map the diseases currently reported as causes of death to the ICD-10, however there was no standardized coding technique applied as yet in the system.

Recommendations

1. **Implementation of ICD-10 coding for mortality:** ICD 10 implementation has been identified as a key action in the Cambodia Health Information Strategic Plan for 2008-2015. It is recommended that a core group of trainers be identified who should familiarize themselves with ICD 10 using the WHO-ICD online training tool before undergoing a more intensive training at a specialized training centre.And coder career development should be instituted, this is recommended to avoid a high turnover of coders and loss of coding experience in a profession where consistency and expertise matters.
2. **Standard mortality list to tabulate COD:** Due to the short comings in using

the non-standard cause list to tabulate cause of death data from hospitals, it was recommended that MoH adopt a standard mortality tabulation list for COD tabulation and it is recommended that COD tabulation be done centrally at the MoH.

3. **Centralized coding**: Centralization of ICD coding of cause-of-death is recommended; this will facilitate the consistent application of common standards and procedures. Moreover, quality assessment and keeping the coder workforce well trained are also easier to enforce.
4. **Standardized curriculum:** Training curricula for all coders should be standardized nationally. Some of the WHO collaborating centers for the Family of International Classifications regularly offer training courses in ICD coding. These training courses can be particularly valuable for trainers who provide national ICD training or when new versions of the ICD are being applied.
5. **Mortality coding tools:** Mortality coding tools, should be introduced, these help coders to better determine causal relationships and ensures a consistent application of the ICD selection and modification rules resulting in comparable cause-of-death data. Examples of such tools are ACME decision tables, MMDS decision tables, IRIS, etc.
6. **Regular monitoring:** Once coding mechanisms become more established, regular coding audits need to be conducted to identify and correct any errors or misunderstandings.

Component E: Data Access, Use and Quality Checks

Subcomponent E1: Data quality and plausibility checks

At present no vital statistics are compiled from civil registration data. Though there are fixed timelines for reporting from the commune, district and province level, there are not strictly adhered to, and MoI doesn't receive reports on civil registration from all provinces. At the end of the year MoI compiles a report of the total number of births and deaths registered, disaggregated by sex, but not by age. At the national level, MoI shares aggregated CRVS data with MoP on an annual basis, however, since this data is to conduct analysis but going forward data sharing is being discussed.

Presently, since no vital statistics are calculated based on the civil registration data in Cambodia, therefore quality checks on fertility and mortality indicators calculated from civil registration data have not been undertaken. Likewise, since cause of death data is collected in a very limited way and a significant percentage is attributed to 'ill-defined causes' plausibility checks have not been instituted. Further, given the complex historical context of Cambodia, it is clear that the civil registration system is catering not only to births and deaths of the current year, but also covering a significant backlog. However in the coming years, especially with the computerization of the system, and the involvement of the National Statistics Institute, Ministry of Planning it is recommended that data quality and plausibility checks be undertaken regularly. Currently duplication of birth registrations, especially during the time of the mobile registration campaign, also remains a major challenge.
Population census is conducted once every 10 years, and the last census was done in 2008. And this included questions on last birth registered, if a death occurred in the household in the last 12-24 months, if the last death was registered, and what the COD was. Going ahead fertility and mortality estimates and also the number of births and deaths in the population can be corrected using the census data.

phaR

Subcomponent E2: Data tabulation

In Cambodia, cause of death data collected via the civil registration system, remains unsubstantial and thus there is no tabulation cause of deaths data (from civil registration system). The extent of the tabulation of data at present is confined to a monthly report of total number of birth and deaths registered, disaggregates by sex are sent from commune council office to district office to the provincial office the Central DoGA,MoI, the report is aggregated at every administrative level.

It is recommended that as data from the registration system is transmitted from the commune to the central level some simple quality checks that should be conducted, beginning at the level when data is compiled from individual records. Initial checks should be carried out for missing data items (such as sex, date of birth or date of death), or transcription errors that can occur when the data is compiled. In Cambodia, birth and death registration data is archived based on the date of registration and the name of the commune. Going ahead, minimum tabulations for data about births and deaths, should be undertaken, below are the recommended basics.

Box 3 shows the minimum tabulations for data about births:

BOX 3: BASIC DATA TABULATIONS FOR LIVE BIRTHS

As a minimum for public health purposes, the tabulations of births data should include numbers of live births for a specified year by:

- Sex of child, gestational age, and birth weight.
- Live-birth order and interval between last and previous live births to mother.
- Place of occurrence, place of usual residence of mother, and month of occurrence.
- Place of registration and month of registration.
- Age, educational attainment, and
  Age of father by place of usual residence.
- Site of delivery, attendant at birth, and month in which prenatal care began.

UNSD, 2001; WHO, 2007

phaR

Box 4 shows the minimum tabulations for data about death:

BOX 4: BASIC DATA TABULATIONS FOR DEATH

As a minimum for public health purposes, the tabulations of deaths data should include numbers of deaths for a specified year by:
• sex (i.e. for males and females separately)
• the age at death using the following age groupings:
  • within the first 24 hours after birth (recorded in units of minutes or completed hours)
  • between days 1–7 after birth
  • between 7 and 28 days after birth
  • between completed months
  • between completed years 1–4
  • completed years 5–9
  • completed years 10–14 etc. (continuing by 5-year age groups, up to completed years 80–84)
  completed years 85 and over
• ICD shortlist of causes
• geographic areas

UNSD, 2001

Subcomponent E3: Data access and dissemination

At present since reporting from provinces on CRVS data is patchy, no vital statics are calculated from civil registration data Cambodia it is not used for policy planning and resource allocation. More advocacies for the recognition of the value of cause-of-death and vital statistics data for public health purposes are required. Though the MOH is the one that would benefit from vital statistics data most , others including the Election Commission, the Ministry of Social Services, Ministry of Infrastructure and all agencies involved in strategic resource allocation can benefit equally from the dissemination of timely and accurate vital statics data. Moreover, by compiling and publishing annual vital statistics data, the extensive investment already made in the country's civil registration system is optimized further

Recommendations

1. **Data release procedure:** Develop and implement a "Data release procedure" with standard plausibility and consistency checks. Routine calculation of all required rates for plausibility and consistency checks should be undertaken. This will require a strong working relationship with the MoP and the timely dissemination of data and publishing of vital statistics data.
2. **Tabulating birth and death statistics:** Implement international standards for tabulating and aggregating data. The UN recommended minimal list of characteristics for tabulating birth and death. Statistics, indicated in the boxes 3 & 4 above need to be implemented . Further, every effort needs to be made to improve the cause-of-death data; subsequently the ICD-10 tabulation list should be used for mortality (cause of death) data. The WHO guideline (standard list of 65 causes, all

phaR

remaining causes as ill-defined) should be implemented for compiling leading causes of death based on vital registration data. Statistics should also be tabulated based on specific place of occurrence of the vital event (hospitals, health institutions, home, etc.) and the number of age groups should be expanded.

3. **Multi-stakeholder committee:** A Committee with all the stakeholders in vital statistics to regularly discuss data needs with the main data users, needs to be formed.
4. **Develop protocols:** General protocols for data entry/dissemination including importance of having definitions and concepts described need to be developed.
5. **Sensitization and training:** Short term trainings and retraining to increase data analysis capacity and motivate data collecting staff so that they have an appreciation for the work they are doing, needs to prioritized. Further, medical officials need to be motivated to maintain complete medical records, overcoming language barriers that currently exist.
6. **Compile and publish data:** Regularly publish vital statistics data once compiled, and make it freely accessible, such as via the CRVS website launched by MoI, so as to promote a culture of data-use and encourage evidence-based policymaking.

Conclusions

The review of the CRVS system in Cambodia revealed both the strengths and the weakness of the system. Given the nascence of the system and the complex historical context in which it emerged, much has been achieved in the years, since it was established. Particularly with regard to birth registration, the mobile registration campaign really helped to boost the birth registration from an estimated 5% prior to the campaign to about 90% completeness post the campaign. Further, with support from ADB and SIDA, MoI has digitalized some 6 million birth certificates. A pilot on web-based CRVS is also being piloted in 11 communes. A nation-wide awareness campaign with posters and radio spots on registration of all vital events is also underway.

Though the signs look promising all the stakeholders involved need to continue to make a concerted effort to work in collaboration to achieve complete birth and death registration. Death registration and cause-of-death certification are identified as key areas requiring immediate attention. Some simple strategies like incentivizing death registration by providing token burial money, awareness campaigns or the use of health workers as notifiers of deaths can help bolster the number of deaths registered.

Further, establishing an inter-agency committee with members from the MoI, MoH, MoP, Police Department and NGO's needs to be established to formulate priorities and monitor progress ofCRVS on an ongoing basis.

Vital Statistics is another priority area, that has remained untapped thus far, and with the involvement of the NSI, MoP the benefits of reliable vital statistics from continuous civil registration data for public health policy planning and resource allocation can be accrued. Vital statistics are a valuable byproduct of an already established civil registration system infrastructure. With a marginal additional investment vital statistics can pave the way for evidence-based policies making and more accurate monitoring of demographic trends cross-sectorally.
Lastly, strong emphasis needs to be laid on developing ICD coding capacity in Cambodia, the MoH, has initiated some steps in this direction in the past, but going ahead a more full-fledged mechanism based on ICD coding standards and procedures needs to be established centrally.

All the 5 components of the CRVS system will benefit from a study tour undertaken by members from all relevant agencies. This will allow for first hand witnessing of the functioning of all aspects of a well-established system. Lessons learnt can be shared and innovative solutions developed by other countries in the region can be replicated to suit the Cambodian context.

To sum up, it can positively be stated that application of WHO Assessment Framework facilitated much needed improvement to the civil and vital registration system in Cambodia. Even though at present the functioningof the CRVS system is well below satisfactory, the assessment was instrumental in improving the knowledge of the stakeholders of how their system should work and in identifying the weaker areas in the existing systems. The assessment framework ensured the development of a large number of recommendations for improvement and the process insured the involvement of all relevant stakeholders in the assessment and thereby created ownership of the findings. This will greatly facilitate the fast implementation of key recommendations and lead to much improved vital statistics in Cambodia.

Next Steps

It is important to highlight at this stage that country-ownership is the backbone of any successful programmatic intervention. The various government agencies involved in CRVS in Cambodia played a pivotal role in steering the assessment and will continue to be the chief architects and implementers of the next steps. It is envisaged that government will drive the development and adoption of the strategic plan from a central mandate, implementing it through large-scale national/ state programs and projects.

Subsequent to the completion of the assessment the next steps with regard to improving the quality and use of birth, death and cause of death information in Cambodia include:

- **Establishment of a National Steering-Committee** in the capacity of an overarching governance structure providing direction, oversight and mandate to the CRVS system in Cambodia. This committee should be comprised of key individuals involved in making decisions in relation to development of the CRVS vision, the acceptance of the vision and the progression of its recommendations. The Steering committee will coordinate, oversee implementation and monitor& evaluate activities on an ongoing basis.
- **Formulation of a credible strategic plan** based on country consensus among all stakeholders for implementation of key recommendations. The plan should clearly articulate activities and timelines to produce tangible progress towards the aforementioned.
- **Drafting a detailed budget with cost**- estimates associated with each of the proposed activities.
- **Conduct a Key-Stakeholders meeting.** The aim of this meeting should be to gain broad approval and support for the strategic plan, so that implementation of improvements to the current vital statistics system can begin.

Approved by:

Prak Samoeun
Director
Department of General Administraiton
General Department of Local Administration
Ministry of Interior.

Date: 05/05/2014

They Kheam
Directior
National Institute of Statistics
Ministry of Planning

Date: 05/05/2014

Loveasna Kiry
Director
Department of Planning and Health
Ministry of Health.

Date: 05/05/2014

Annex 1

Agenda – Workshop on Comprehensive Assessment of CRVS in Cambodia

KINGDOM OF CAMBODIA

Ministry of Interior

Nation Religion King

General Department of Local Administration

Department of General Administration

Consultative Workshop

On

Assessment on Civil Registration and Vital Statistic and Health Information System

In Cambodia

Sihanuk Ville, On 9 to 11 September, 2013

I.Participants

A.National Level

- Ministry of Interior representative10 persons
- Ministry of Health representative 3 persons
- Ministry of Panning representative 3 person
- Police 2 persons
- Development partner 10 persons

B. Provincial Level (Sihanuk Ville, Kandal, Prey Veng and Kompong Cham province)

- Deputy Chief of provincial administrative responsible on civil registration 1 person
- Chief of provincial Civil Registration office 1 person
- Health department representative 1 person
- Provincial referral hospital representative 1 person

C. Capital and District level

- Deputy chief of capital and district responsible on Civil registration 1 person
- Chief of Administration and Finance office 1 person
- Health information office representative in Operation District 1 person

phar

D. Commune/Sangkat level

- **Chief of Commune/Sangkat** **1 person**
- **Commune/Sangkat Clerk** **1 person**

II.Meeting Schedule

Day 1: Monday 9 September 2013		
Time	**Activities**	**responsible**
07:30-08:15	Registration	**MoI team**
08:15-09:00	Opening ceremony & Welcome Address	-WHO Representative -MoI Representative
9:00-10:00	Importance of a robust CRVS system	MoI Team/ MoH Team
10:00:10:20	*Coffee break*	
10:20-11:00	Overview of the Cambodian CRVS system	MoI Team
11:00-12:00	CRVS Assessment Process: An Overview	WHO Consultant
12:00-14:00	*Lunch*	
Component A: Legal basis and resources for civil registration		
14:00-14:30	Overview	WHO Consultant
Component B: Registration practices, coverage and completeness		
14:30-15:00	Overview	WHO Consultant
Component C: Death certification and cause of death		
15:00-15:30	Overview	WHO Consultant
15:30-15:50	*Coffee break*	
Component D: ICD mortality coding practices		
15:50-16:20	Overview	WHO Consultant

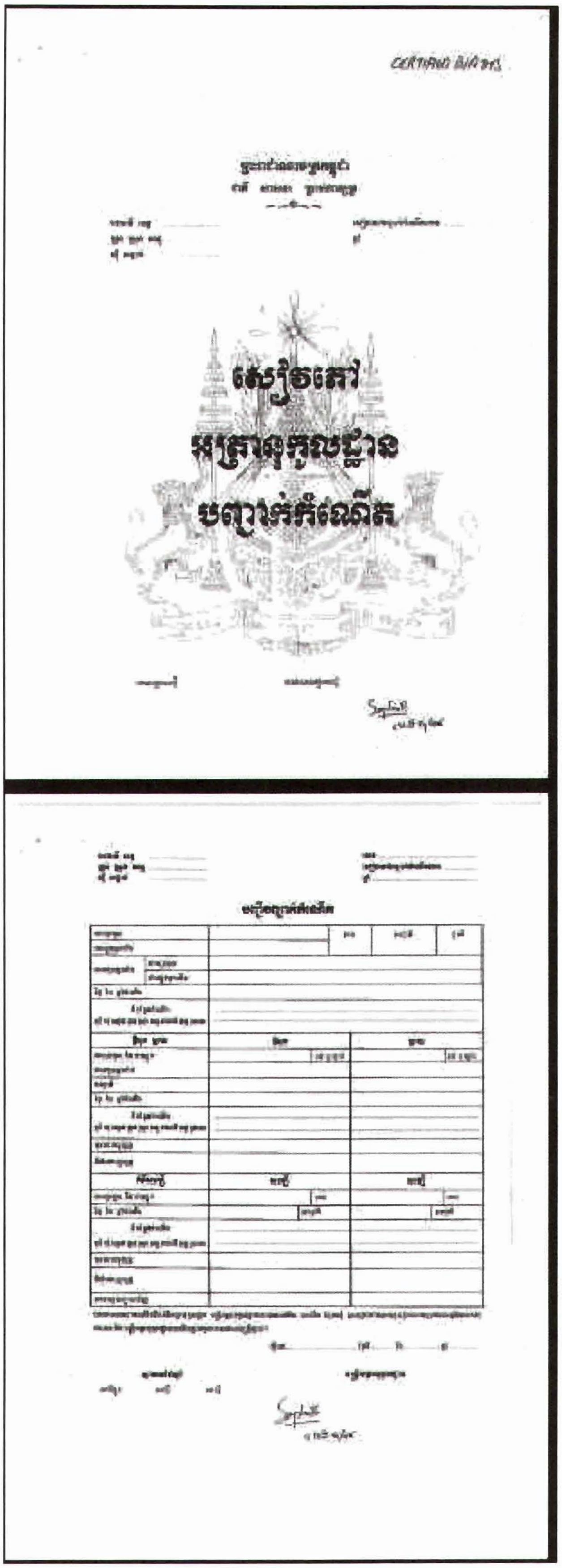
16:20-17:00	*Group Discussion*	All participants discussion to be led by MoI
	Day 2:Tuesday 10 September 2013	
08:00-08:30	Summary of Day 1	MoI /MoH Team
Component E: Data access, use and quality checks		
08:30-09:00	Overview	WHO Consultant
09:00-10:00	Rapid Assessment of CRVS: Using WHO/UQ Tool	WHO Consultant
10:00- 10:20	*Coffee Break*	
10:20-12:00	Subgroup discussion groups: Assessment of specific component (current situation, bottlenecks & activities for improvement) (Discussion on Component A, B,C,D,E. These will take place simultaneously. Participants will sit in their individual subgroups and discuss questions of only one sub-component. We can plan to have 4 subgroups: 1. Subgroup for Component A 2. Subgroup for Component b 3. Subgroup for Component C & D 4. Subgroup for Component E)	All participants in their individual subgroups
12:00-14:00	*Lunch*	
14:00-15:30	Subgroup discussion groups: Assessment of specific component continues (current situation, bottlenecks & activities for improvement)(Discussion on Component A, B,C,D,E. These will take place simultaneously. Participants will sit in their individual subgroups and discuss questions of only one sub-component. We can plan to have 4 subgroups: 5. Subgroup for Component A 6. Subgroup for Component b 7. Subgroup for Component C & D 8. Subgroup for Component E)	All participants in their individual subgroups

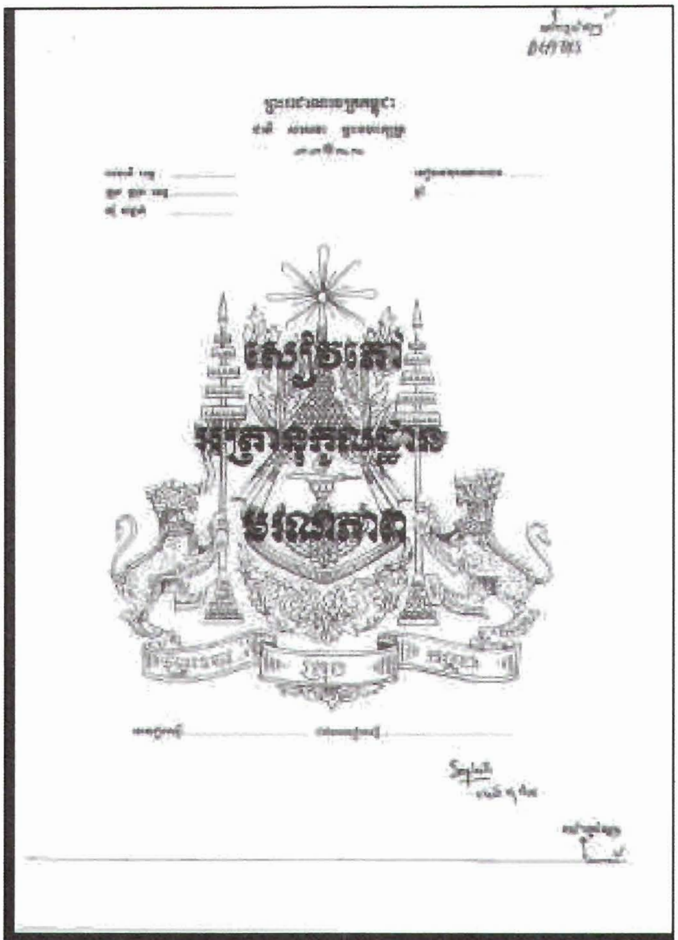
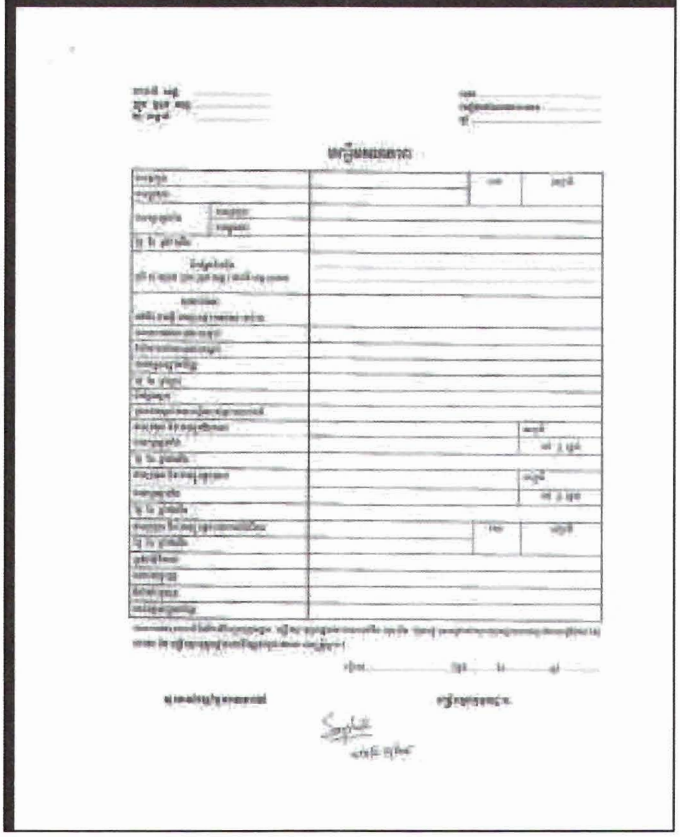
phar

15:30-16:00	*Coffee break*	
16:00-17:00	Continue subgroup discussion	All participants in their individual subgroups
Day 3: Wednesday 11 September 2013		
08:00-10:00	Subgroup discussion groups: Assessment of specific component continues (current situation, bottlenecks & activities for improvement(Discussion on Component A, B,C,D,E. These will take place simultaneously. Participants will sit in their individual subgroups and discuss questions of only one sub-component. We can plan to have 4 subgroups: 1. Subgroup for Component A 2. Subgroup for Component b 3. Subgroup for Component C & D 4. Subgroup for Component E)	All participants in their individual subgroups
10:00-10:30	*Coffee Break*	
10:30-12:00	Subgroups to summarize Key Findings of Assessment & proposed activities for improvement	All participants in their individual subgroups
12:00-14:00	*Lunch*	
14:00-15:00	Subgroups to present Key Findings of the Assessment Subgroup for Component A Subgroup for Component B Subgroup for Component C & D Subgroup for Component	Plenary
15:00-15:30	*Coffee Break*	
15:30- 17:00	From Assessment to a Strategic Plan for Improvement Wrap up and Next Steps – This is the conclusion of the meeting. Closing Address, to be made by MoI representative, MoH representative & WHO Representative	WHO Consultant MoI Representative, MoH Representative & WHO Representative

Annex 2

CERTIFIED BIRTH CERTIFICATE



Annex 3

DEATH CERTIFICATE