

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ-សាសនា-ព្រះមហាក្សត្រ



ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥

ការទទួលខុសត្រូវ ប្រសិទ្ធភាព គុណភាព សមធម៌

ក្រសួងសុខាភិបាល

មេសា ២០០៨

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥

ការទទួលខុសត្រូវ ប្រសិទ្ធភាព គុណភាព សមធម៌

ក្រសួងសុខាភិបាល

មេសា ២០០៨



ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៣-២០០៧ ត្រូវបានប្រកាសឱ្យប្រើប្រាស់ជាផ្លូវការ នៅ ខែសីហា ឆ្នាំ២០០២ ក្រោមអធិបតីភាពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់របស់ **សម្តេចអគ្គមហាសេនាបតីតេជោ ហ៊ុន សែន** នាយករដ្ឋមន្ត្រីនៃរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា។

មន្ត្រី-បុគ្គលិកសុខាភិបាលទាំងអស់នៅគ្រប់ថ្នាក់នៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល រួមជាមួយដៃគូពាក់ព័ន្ធជាតិ អន្តរជាតិ និងសហគមន៍ បានអនុវត្តផែនការនេះដោយស្មារតីទទួលខុសត្រូវខ្ពស់ ដើម្បីឈានឆ្ពោះទៅសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សកម្ពុជាផ្នែកសុខភាពនៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥។

ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព ឆ្នាំ២០០៥ បានបង្ហាញថាប្រទេសកម្ពុជាកំពុងស្ថិតនៅលើមាត់នៃវឌ្ឍនភាព ឆ្ពោះទៅសំរេចដោយជោគជ័យគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សទី៤ (បន្ថយការស្លាប់របស់កុមារ) និងគោលដៅទី៦ (ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លងចំបងៗ: ជំងឺអេដស៍ របេង និងគ្រុនចាញ់)។ លើកលែងតែគោលដៅទី៥ (លើកកម្ពស់សុខភាពមាតា) ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់មាតានៅខ្ពស់នឹងបន្តនៅជាបញ្ហាប្រឈមមុខដ៏ស្រួចស្រាវបំផុតដែលតំរូវឱ្យមានការវិនិយោគធនធានកាន់តែច្រើនថែមទៀតទន្ទឹមគ្នានិងការពង្រឹងអន្តរាគមន៍ ការបន្តអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ននិងការកសាងសមត្ថភាព ព្រមទាំងកិច្ចដំណើរការមុខងារនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ការសំរេចសំរួល និងកិច្ចសហការពហុវិស័យឱ្យមានប្រសិទ្ធភាព ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលលើកទី២ (២០០៨-២០១៥) ត្រូវបានអភិវឌ្ឍន៍ដោយឈរលើទីតាំងដ៏រឹងមាំនៃបទពិសោធន៍ ទាំងចំនុចខ្លាំង និងចំនុចខ្សោយនៃការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ២០០៣-២០០៧ និងមានគោលដៅដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពជាអាទិភាពរបស់ប្រជាជនកម្ពុជា នៅក្នុងរយៈពេលប្រាំបីឆ្នាំខាងមុខ ដោយប្រើប្រាស់ឱ្យអស់លទ្ធភាពនូវកាលានុវត្តភាពជាសក្តានុពល ដែលរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានចាត់ទុកការលើកស្ទួយសុខភាព ប្រជាជនកម្ពុជា គ្រប់រូបជាវិស័យអាទិភាពមួយនៅក្នុងការវិនិយោគធនធានរដ្ឋសំរាប់វិស័យសង្គម។ ឆន្ទៈនយោបាយដ៏មោះមុតនេះ ត្រូវបានសបព្រាតតាមរយៈកំណើនការវិភាជន៍ថវិកាជាតិប្រចាំឆ្នាំ សំរាប់វិស័យសុខាភិបាល ការប្រើប្រាស់ថវិកាជាតិ ទ្រទ្រង់ដល់កម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌ ដើម្បីដកចេញនូវរបាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការមកទទួលយកសេវាអប់រំសុខភាពបង្ការ ពិនិត្យ-ថែទាំនិងព្យាបាល ដោយប្រជាជនក្រីក្រនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ ព្រមទាំងការផ្តល់ប្រព័ន្ធលាភាពការនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃកំណែទម្រង់បៀវត្សរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីលើកទឹកចិត្តដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ឱ្យបំពេញការងារផ្តល់សេវាជូនប្រជាជនកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព និងសមធម៌ពិសេសនៅតំបន់ជនបទដាច់ស្រយាល តាមរយៈកម្មវិធីកន្សោមអាទិភាព និងការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់ធុបទូទាំងប្រទេស សំរាប់ជួយឱ្យមានការសំរាលកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ។ កាលានុវត្តភាពដ៏សំខាន់ពីរ ដែលនឹងជួយស្ថិតសំរាំងតួនាទី និងមុខងារស្នូលនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលឱ្យមានកាន់តែឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជននិងមានការទទួលខុសត្រូវខ្ពស់នោះ គឺការអនុវត្តន៍បែបបទនៃ

គោលនយោបាយវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការ និងគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។ អភិក្រមយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៨-២០១៥ បានឆ្លុះបញ្ចាំងពីកត្តាបរិបទទាំងអស់ខាងលើនេះ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥ បានកំណត់ច្បាស់លាស់នូវកម្មវិធីគោលនយោបាយសុខាភិបាលចំនួន១៥ចំណុច ដែលនឹងត្រូវយកមកអនុវត្តដោយអង្គការសុខាភិបាលគ្រប់ថ្នាក់ ដើម្បីឈានទៅសំរេចគោលបំណងចំបងរបស់ផែនការ៖ បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់របស់មាតា-ទារកនិងកុមារ និងការលើកកម្ពស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ បន្ថយអត្រាឈឺនិងអត្រាស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍-របេង-គ្រុនចាញ់និងជំងឺឆ្លងដទៃទៀត និងបន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត។

ក្នុងការឈានទៅសំរេចគោលបំណងខាងលើនេះយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលត្រូវបានអភិវឌ្ឍន៍ ដោយផ្តោតលើផ្នែកជាយុទ្ធសាស្ត្រចំបង៥៖ ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល និងអភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដើម្បីពង្រឹងទិសអន្តរាគមន៍ទូទាំងវិស័យសុខាភិបាលស្របតាម “ យុទ្ធសាស្ត្រចតុកោណ ” និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

ការអនុវត្តន៍ដោយជោគជ័យនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៨-២០១៥ និងបង្កើនតម្រូវការផ្នែកសុខភាព និងលទ្ធភាពទទួលយកសេវាថែទាំមានគុណភាពប្រកបដោយសមធម៌ ដើម្បីឱ្យប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់មានលទ្ធភាពទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកសុខភាព និងសុខុមាលភាពក្នុងកំរិតអតិប្បរមា ដែលនឹងរួមចំណែកដ៏សំខាន់ ដល់ដំណើរការយូរអង្វែងនៃការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជា ទន្ទឹមគ្នាដែលការអភិវឌ្ឍន៍ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គមដែលកំពុងលូតលាស់យ៉ាងឆាប់រហ័ស។

ក្រសួងសុខាភិបាលមានជំនឿយ៉ាងមុតមាំថា ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងផ្តល់នូវក្របខណ្ឌការងារវិជម្រាវឈរលើចក្ខុវិស័យរួមសំរាប់ថ្នាក់ដឹកនាំ មន្ត្រីរាជការ-បុគ្គលិកសុខាភិបាលទូទាំងប្រទេស ក្រសួង-ស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងអង្គការជាតិ-អន្តរជាតិ ធ្វើសកម្មភាពរួមគ្នាដោយប្រសិទ្ធភាព និងការទទួលខុសត្រូវខ្ពស់ចំពោះការលើកស្ទួយសុខភាពនិងសុខុមាលភាពប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់។

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី០៧ ខែមេសា ឆ្នាំ ២០០៨
រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

វេជ្ជ. លុត សុខុម

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ខ្ញុំសូមវាយតម្លៃខ្ពស់ចំពោះមន្ត្រីដឹកនាំជាន់ខ្ពស់ក្រសួងសុខាភិបាលដែលបានផ្តល់នូវការគាំទ្រ និងមគ្គុទេសភាពក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលលើកទី២ ២០០៨-២០១៥ (ផ.យ.ស.២) ។

ឯកសារដ៏មានសារៈសំខាន់នេះនឹងយកទៅប្រើប្រាស់ដើម្បី តំរូវទិសការងារក្នុងវិស័យសុខាភិបាលទាំងមូលសំរាប់អំណុចពេលខាងមុខ និងដើម្បីត្រួតត្រាយការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់យើង ក្នុងការដោះស្រាយអាទិភាព និងតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជន។ ឯកសារនេះនឹងមិនអាចកើតចេញជារូបរាងបានទេ បើសិនជាគ្មានការខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងសកម្មរបស់ក្រុមការងារអភិវឌ្ឍន៍ ផ.យ.ស.២ ដឹកនាំដោយ ឯ.ខ សាស្ត្រាចារ្យ កើត មៀច អគ្គនាយករដ្ឋបាល-ហិរញ្ញវត្ថុ និង ឯ.ខ វេជ្ជ. ទេព លន់ អគ្គនាយកបច្ចេកទេសសុខាភិបាល។

បែបបទនៃការពិគ្រោះយោបល់ដែលបានប្រព្រឹត្តទៅ គឺមានការចូលរួមយ៉ាងសកម្ម និងការផ្តល់យោបល់ចូលដ៏មានតម្លៃពី៖

- អនុក្រុមការងារផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន ក្រោមការដឹកនាំរបស់ ឯ.ខ សាស្ត្រាចារ្យ កើត មៀច
- អនុក្រុមការងារផ្នែកសុខភាពមាតា-កុមារក្រោមការដឹកនាំរបស់លោកសាស្ត្រាចារ្យសាន់ច័ន្ទ សៀន អគ្គនាយករងបច្ចេកទេសសុខាភិបាល
- អនុក្រុមការងារផ្នែកជំងឺឆ្លងនិងជំងឺមិនឆ្លង ក្រោមការដឹកនាំរបស់លោក ឯ.ខ វេជ្ជ. ទេព លន់ សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះលេខាធិការដ្ឋានក្រុមការងារ ក្រោមការដឹកនាំរបស់ លោកវេជ្ជ. ច ម៉េងចូ អគ្គនាយករងបច្ចេកទេសសុខាភិបាល។

ខ្ញុំសូមកោតសរសើរ ចំពោះការខិតខំប្រឹងប្រែងអស់កំលាំងកាយចិត្ត របស់មន្ត្រី-បុគ្គលិកនៃនាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល ក្នុងដំណើរការនៃការអភិវឌ្ឍន៍ ផ.យ.ស.២។ សូមថ្លែងអំណរជាពិសេសចំពោះលោកវេជ្ជបណ្ឌិត. ឡូ វាសនាគីរី ប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការ ដែលបានដឹកនាំការសំរបស់រួល រៀបចំនិងចាត់ចែងការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការ ការពិគ្រោះយោបល់ និងសរសេរ-ចងក្រងឯកសារផែនការ។

ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និងលោក-លោកស្រីទាំងអស់ដែលបានរួមវិភាគទាន និងផ្តល់ការគាំទ្រដល់ការងារដ៏សំខាន់នេះ ពិសេសគឺរោងទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល អង្គការ URC ទីភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (USAID) និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក។

វេជ្ជ. តុត សុខុម
រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

មាតិកា

| | |
|---|-----------|
| អារម្ភកថា | i |
| សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ | iii |
| មាតិកា | iv |
| ក្រុមការងារនិងអ្នកចូលរួមកសាងផែនការ | vi |
| បែបបទនៃការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល | viii |
| អក្សរកាត់ | ix |
| សេចក្តីសង្ខេប | x |
| ជំពូក ១: និស្សិតគោលនយោបាយសុខាភិបាល | ១ |
| ១. ចក្ខុវិស័យ | ២ |
| ២. បេសកកម្ម | ២ |
| ៣. គុណតម្លៃនិងគោលការណ៍ | ៣ |
| ៤. ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល | ៤ |
| ជំពូក ២: និដ្ឋិតារួមវិស័យសុខាភិបាល | ៧ |
| ១. ការរៀបចំប្រព័ន្ធសុខាភិបាល | ៨ |
| ២. ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល | ១០ |
| ៣. អភិបាលកិច្ចពិសេស ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន វិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ | ១២ |
| ៤. ការពិនិត្យវាយតម្លៃវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០០៧ | ១៣ |
| ជំពូក ៣: អភិបាលផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល | ២៦ |
| ១. តួនាទីនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ | ២៧ |
| ២. អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ | ២៨ |
| ៣. គោលបំណង និងគោលដៅនៃ ផ.យ.ស ២ | ៣១ |
| ៤. គោលដៅចំណុច និងសូចនាករ | ៣៣ |
| ជំពូក ៤: យុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល | ៣៧ |
| ១. ក្របខ័ណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រ | ៣៨ |
| ២. ក្របខ័ណ្ឌប្រតិបត្តិ | ៣៩ |
| ៣. អភិបាលយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល | ៤០ |
| ៤. ផ្នែកជាយុទ្ធសាស្ត្រ | ៤០ |
| • យុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល | ៤២ |
| • យុទ្ធសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព | ៤៨ |
| • យុទ្ធសាស្ត្រធនធានមនុស្សសុខាភិបាល | ៥២ |
| • យុទ្ធសាស្ត្រប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល | ៥៦ |
| • យុទ្ធសាស្ត្រអភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល | ៦០ |

| | |
|--|-----|
| ជំពូក ៥: ការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលតាមរយៈផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព | ៦៨ |
| ១. អភិក្រមផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព | ៦៩ |
| ២. ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពបន្តពូជ-មាតា-ទារកនិងកុមារ | ៧២ |
| ៣. ផ្នែកកម្មវិធីជីវិតឆ្លង | ៧៨ |
| ៤. ផ្នែកកម្មវិធីជីវិតមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត | ៨៩ |
| ជំពូក ៦: ក្របខណ្ឌអនុវត្ត ត្រួតពិនិត្យតាមដាន ក្របខណ្ឌវាយតម្លៃ | ៩៧ |
| ១. អភិក្រមបំណងក្នុងការអនុវត្ត ផ.យ.ស.២ | ៩៨ |
| ២. ក្របខណ្ឌអនុវត្ត | ១០២ |
| ៣. ក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ | ១០៨ |
| ៤. ក្របខណ្ឌសុច្ឆន្ទានុវត្តន៍សំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ | ១១១ |
| ជំពូក ៧: ថ្លៃចំណាយ និងមូលនិធិសំរាប់អន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រ | ១១៥ |
| ១. សេចក្តីផ្តើម | ១១៦ |
| ២. សមាសភាពថ្លៃចំណាយនិងសម្មតិកម្ម | ១១៦ |
| ៣. ថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកអន្តរាគមន៍ | ១១៩ |
| • ថ្លៃចំណាយលើការបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវា | ១១៩ |
| • ថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកកិច្ចសន្យា | ១១៩ |
| • ថ្លៃចំណាយសំរាប់ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ | ១១៩ |
| • ថ្លៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍សុខភាពបន្តពូជ | ១២០ |
| • ថ្លៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍នៃការរស់រានរបស់កុមារ | ១២២ |
| • ប្រាក់លាភការបន្ថែមផ្នែកលើស្នាដៃការងារ | ១២៣ |
| ៤. ថ្លៃចំណាយសរុប លទ្ធភាពផ្តល់ថវិកាបាននិងលំហសារពើពន្ធ | ១២៣ |
| ឧបសម្ព័ន្ធ | ១២៦ |
| សន្ទានុក្រប | ១៣៣ |

ក្រុមការងារនិងអ្នកចូលរួមក្នុងដំណាក់

| | | |
|-----------------------------|----------|---|
| ១. ឯក ឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យកើត | មៀច | អគ្គនាយករដ្ឋបាល-បរិវេណរុក្ខ |
| ២. ឯក ឧត្តមវេជ្ជ. | ទេព | អគ្គនាយកបច្ចេកទេសសុខាភិបាល |
| ៣. លោកសាស្ត្រាចារ្យ សាន់ | ចម្លីសៀន | អគ្គនាយករងបច្ចេកទេសសុខាភិបាល |
| ៤. លោកវេជ្ជ. | ពី | អគ្គនាយករងបច្ចេកទេសសុខាភិបាល |
| ៥. លោកវេជ្ជ. | សុខ | ប្រធាននាយកដ្ឋាន ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង |
| ៦. លោកស្រីឱសថការី | គាត | ប្រធាននាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស |
| ៧. លោកស្រីវេជ្ជ. | ប្រាក់ | ប្រធាននាយកដ្ឋានការពារសុខភាព |
| ៨. លោកស្រីឱសថការី | ទា | ប្រធាននាយកដ្ឋានឱសថ |
| ៩. លោក | ឡាយ | ប្រធាននាយកដ្ឋានថវិកា-បរិវេណរុក្ខ |
| ១០. លោកវេជ្ជ. | មី | ប្រធាននាយកដ្ឋានបុគ្គលិក |
| ១១. លោកវេជ្ជ. | សាន់ | ប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ |
| ១២. លោក | អុំ | ប្រធាននាយកដ្ឋានរដ្ឋបាល |
| ១៣. លោកស្រីវេជ្ជ. | ឱ | ប្រធាននាយកដ្ឋានសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ |
| ១៤. លោកសាស្ត្រាចារ្យ | គុំ | ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក |
| ១៥. លោកវេជ្ជ. | លឹម | ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិលើកកំពស់សុខភាព |
| ១៦. លោកសាស្ត្រាចារ្យ | ឈូ | ប្រធានមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ |
| ១៧. លោកសាស្ត្រាចារ្យ | កា | ព្រឹទ្ធបុរសសកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល |
| ១៨. លោកវេជ្ជ. | ខួង | ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់ជំងឺ គ្រុនចាញ់ |
| ១៩. លោកវេជ្ជ. | មាន | ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ |
| ២០. លោកវេជ្ជ. | ម៉ៅ | ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង-ហង់សិន |
| ២១. លោកវេជ្ជ. | អ៊ុង | ប្រធានវិទ្យាស្ថានជាតិស្រាវជ្រាវសុខភាពសាធារណៈ : |
| ២២. លោកវេជ្ជ. | តូ | អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យអង្គខ្នង |
| ២៣. លោកវេជ្ជ. | ឃូ | អនុប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល |
| ២៤. លោកវេជ្ជ. | អុំ | ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត កណ្តាល |
| ២៥. លោកវេជ្ជ. | ពួន | ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត កំពង់ចាម |
| ២៦. លោកវេជ្ជ. | ហួត | ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត កំពង់ស្ពឺ |
| ២៧. លោកវេជ្ជ. | ហុង | អនុប្រធាននាយកដ្ឋាន ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង |
| ២៨. លោកស្រីវេជ្ជ. | ទុង | អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក |
| ២៩. លោកស្រីវេជ្ជ. | ឃួន | អនុប្រធាននាយកដ្ឋានការពារសុខភាព |
| ៣០. លោកវេជ្ជ. | កុល | អនុប្រធាននាយកដ្ឋានការពារសុខភាព |
| ៣១. លោកវេជ្ជ. | ហែម | អនុប្រធាននាយកដ្ឋានរដ្ឋបាល |
| ៣២. លោកស្រី | ឃុត | អនុប្រធាននាយកដ្ឋានថវិកា-បរិវេណរុក្ខ |
| ៣៣. លោកវេជ្ជ. | លី | អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ |
| ៣៤. លោកវេជ្ជ. | លឹម | អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ |
| ៣៥. លោក | រស់ | ប្រធានការិយាល័យសេដ្ឋកិច្ច-បរិវេណប្បទានសុខាភិបាល |

| | | | |
|--------------------|--------|-----------|---|
| ៣៦. លោកវេជ្ជ. | លន់ | ចាន់វស្សី | អនុប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត កំពង់ចាម |
| ៣៧. លោកវេជ្ជ. | ស៊ិន | សុវណ្ណ | ប្រធានការិ.បច្ចេកទេស មជ្ឈមណ្ឌលជាតិលើកកំពស់សុខភាព |
| ៣៨. លោកវេជ្ជ. | ទៀង | ស៊ីវណ្ណា | អនុប្រធានការិ.បច្ចេកទេស មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង-ហង់សិន |
| ៣៩. លោកស្រី | Alice | Levissay | UNFPA |
| ៤០. លោកវេជ្ជ. | សុខ | សុគន្ធ | UNFPA |
| ៤១. លោក | Toomas | Palu | World Bank |
| ៤២. លោកស្រីឱសថការី | លី | ណារ៉េត | World Bank |
| ៤៣. អ្នកស្រី | Thazin | Oo | UNICEF |
| ៤៤. លោកវេជ្ជ. | ថោ | រ៉ាសូកា | UNICEF |
| ៤៥. លោកស្រី | Masayo | Terakado | JICA |
| ៤៦. លោកស្រី | Shoko | Sato | JICA |
| ៤៧. លោកវេជ្ជ. | ឆោម | រ៉ាដា | GTZ |
| ៤៨. លោកវេជ្ជ. | ចក | ចន្ទា | USAID |
| ៤៩. លោកស្រី | Peggy | Cook | URC |
| ៥០. លោកវេជ្ជ. | Claes | Ortendahl | HLSP |
| ៥១. លោក | Mark | Pearson | HLSP |

លេខាធិការដ្ឋាន

| | | | |
|------------------|-----------|-------------|---|
| ១. លោកវេជ្ជ. | ច | ម៉េងចូ | អគ្គនាយករងបច្ចេកទេសសុខាភិបាល |
| ២. លោកវេជ្ជ. | ឡូ | វាសនាគីរី | ប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល |
| ៣. លោកវេជ្ជ. | សៅ | សុវណ្ណរតន : | អនុប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល |
| ៤. លោកស្រីវេជ្ជ. | សុខ | កញ្ញា | អនុប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល |
| ៥. លោកវេជ្ជ. | ប៊ុន | សំណាង | នាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល |
| ៦. លោកស្រីវេជ្ជ. | ពិន | សីលាឆ្នាំង | នាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល |
| ៧. លោកស្រី | សេង | អ៊ីវ៉ែត | នាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល |
| ៨. លោក | សេក | សុខណា | នាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល |
| ៩. លោកវេជ្ជ. | អ៊ុយ | រេងគី | គំរោង ទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល |
| ១០. លោក | គីរ | សុនិស្ស័យ | លេខាធិការដ្ឋានក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាល |
| ១១. លោកវេជ្ជ. | ស៊ិន | សុមុនី | នាយកប្រតិបត្តិអង្គការ MEDICAM |
| ១២. លោក | Paul | Weelen | ទីប្រឹក្សាអង្គការសុខភាពពិភពលោក |
| ១៣. លោកស្រី | Anne | Erpelding | GTZ |
| ១៤. លោកស្រី | Katherine | Crawford | USAID |
| ១៥. លោកវេជ្ជ. | Vijay | Rao | ទីប្រឹក្សាគំរោង ទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល |

ក្រុមចងក្រងឯកសារ

| | | | |
|--------------|-------------|-----------|--|
| ១. លោកវេជ្ជ. | ឡូ | វាសនាគីរី | ប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល |
| ២. លោក | Benjamin D. | Lane | ទីប្រឹក្សាអង្គការសុខភាពពិភពលោក |
| ៣. លោកស្រី | Maryam | Bigdeli | ទីប្រឹក្សាអង្គការសុខភាពពិភពលោក |

បែបបទនៃការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៨-២០១៥ ត្រូវបានអភិវឌ្ឍន៍ដោយ “ក្រុមការងារអភិវឌ្ឍន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៨-២០១៥” ក្រោមការណែនាំជាយុទ្ធសាស្ត្រពីថ្នាក់ដឹកនាំជាន់ខ្ពស់ក្រសួងសុខាភិបាល។

ការកសាងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះមានរយៈពេល៦ខែ ដោយចាប់ពីខែតុលាឆ្នាំ២០០៧បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការពិនិត្យវាយតម្លៃលទ្ធផលនៃការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ២០០៣-២០០៧ នៅខែកញ្ញា ២០០៧ និងបានឆ្លងកាត់ការពិគ្រោះយោល់យ៉ាងទូលំទូលាយតាមយន្តការខាងក្រោមនេះ :

- ការពិគ្រោះយោល់កំរិតតំបន់លើសេចក្តីព្រាងលើកទី១ ជាមួយមន្ត្រីសុខាភិបាលថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង ស្រុកប្រតិបត្តិ មណ្ឌលសុខភាព ក្នុងខេត្ត-ក្រុងទាំង២៤។
- ការពិគ្រោះយោល់លើសេចក្តីព្រាងលើកទី១ ជាមួយក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាលផ្នែកលើលទ្ធផលនៃការពិគ្រោះយោល់ដោយលែក២ : មួយក្នុងចំណោមដៃគូអភិវឌ្ឍន៍និងមួយទៀតក្នុងចំណោមអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលដែលសកម្មក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។
- ការពិគ្រោះយោល់កំរិតជាតិលើសេចក្តីព្រាងលើកទី២ ដោយមានការចូលរួមពីមន្ត្រីសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង ទាំង២៤ ស្ថាប័ន-ក្រសួងពាក់ព័ន្ធ និងតំណាងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍និងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនិងសមាគមវិជ្ជាជីវៈ។
- ការពិនិត្យដោយថ្នាក់ដឹកនាំជាន់ខ្ពស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីសំរេចលើសេចក្តីព្រាងចុងក្រោយនៃផែនការ។

ការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការនេះបានទទួលការ ឧបត្ថម្ភបច្ចេកទេស ពីសំណាក់អង្គការសុខភាពពិភពលោកនិងជំនាញការរយៈពេលខ្លី(HLSP) ឧបត្ថម្ភថវិកាដោយទឹកភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក(USAID) និងថវិកាពីគំរោងទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល (ធនាគារពិភពលោក ធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី ទឹកភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិចក្រភពអង់គ្លេស(DFID) អង្គការ UNFPA និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក។

អក្សរកាត់

| | |
|-----------|---|
| គ.អ.ស | គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្ស |
| ជ.ឆ | ជំងឺឆ្លង |
| ជ.ម.ឆ | ជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត |
| ធម.ស | ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល |
| ប.ព.ស | ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល |
| ផ.គ្រ.ស | ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល |
| ផ.យ.អ.ជ | ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ |
| ផ.យ.ស.២ | ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥ |
| ផ.យ.ស.១ | ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៣-២០០៧ |
| ផ.ស.ស | ការផ្តល់សេវាសុខភាព |
| ព.ស.ឆ | ការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ |
| ស.ប.ម.ទ.ក | សុខភាពបន្តពូជ-មាតា-ទារក-កុមារ |
| ស.ស.អ | សំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា |
| ស.ស.ប | សំណុំសកម្មភាពអតិបរមា |
| ហ.ថ.ស | ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព |
| អ.ប្រ.ស | ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាព |
| អ.ប.ស | អភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល |

សេចក្តីសង្ខេប

ចក្ខុវិស័យ ដែលលើកឡើងដោយផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥ (ផ.យ.ស.២) គឺ : “លើកកម្ពស់ការអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយនិរន្តរភាពនៃវិស័យសុខាភិបាល ដើម្បីភាពកាន់តែប្រសើរឡើងនៃសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនទាំងអស់ ពិសេសប្រជាជនក្រីក្រ ស្ត្រីនិងកុមារ ដើម្បីរួមចំណែកដល់ការអភិវឌ្ឍន៍ វិស័យសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គមកិច្ចនិងការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជា។”

នៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល **បេសកកម្ម** របស់ក្រសួងសុខាភិបាលគឺ “ផ្តល់មគ្គុទេសភាពសំរាប់វិស័យ សុខាភិបាលទាំងមូលនិងធានាអោយមានបរិយាកាសគាំទ្រ ដល់ការបង្កើនតម្រូវការផ្នែកសុខភាពនិងលទ្ធភាពទទួល យកសេវាថែទាំមានគុណភាព ប្រកបដោយសមធម៌ ដើម្បីឱ្យប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់មានលទ្ធភាពទទួលបាននូវ កំរិតអតិបរមាលើផ្នែកសុខភាពនិងសុខុមាលភាព។”

គុណតម្លៃ ដែលឈរលើមូលដ្ឋាននៃការប្តេជ្ញាចិត្តខាងលើរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល គឺ **សមធម៌** និង **សិទ្ធិសុខភាព** សំរាប់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់។

សកម្មភាពបំពេញការងារប្រចាំថ្ងៃរបស់មន្ត្រីគ្រប់គ្រង និងបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ទូទាំង អង្គភាពគ្រប់ថ្នាក់គប្បីគោរពតាម **គោលការណ៍៥** យ៉ាង : (១)ការគាំពារសុខភាពសង្គម ពិសេសប្រជាជនក្រីក្រ និងក្រុមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ : (២)វិធីសាស្ត្រផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើអតិថិជន ក្នុងការផ្តល់សេវាសុខ ភាព (៣)វិធីសាស្ត្រសមាហរណកម្មក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាព និងអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈមានគុណ ភាពខ្ពស់ (៤)ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស គឺជាសសរទ្រូងនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទាំងមូលនិង (៥)អភិបាលកិច្ចល្អ និងការទទួលខុសត្រូវ។

សំរាប់ប្រទេសកម្ពុជានាដំណាក់កាលបច្ចុប្បន្ននៃការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គម ចក្ខុវិស័យនិងបេសកកម្ម គុណតម្លៃនិងគោលការណ៍ខាងលើតម្រូវឱ្យមាន **ទិសដៅគោលនយោបាយ** មួយយ៉ាងច្បាស់លាស់សំរាប់វិស័យ សុខាភិបាលនៅកម្ពុជាក្នុងបណ្តាឆ្នាំខាងមុខ។ ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល២០០៨-២០១៥ ត្រូវបានកំណត់ ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការពិនិត្យវាយតម្លៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៣-២០០៧និងផ្តោតជាចំបងលើ :

-
១. អនុវត្តវិមជ្ឈការលើមុខងារផ្តល់សេវានិងមុខងារគ្រប់គ្រង
 ២. ពង្រឹងអភិបាលកិច្ចទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល
 ៣. ពង្រីកលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវានិងការគ្របដណ្តប់សេវាសុខភាព
 ៤. អនុវត្តប្រព័ន្ធហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលគាំទ្រដល់ជនក្រីក្រ
-

- ៥. ពង្រឹងការអនុវត្តនីតិក្រមសុខាភិបាល ក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ និងលក្ខន្តិកៈ និងពង្រឹងយន្តការនិយត្តិកម្ម
- ៦. លើកកម្ពស់គុណភាពក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពនិងការគ្រប់គ្រង
- ៧. បង្កើនសមត្ថភាពជំនាញរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងបច្ចេកទេសជំនាញពាក់ព័ន្ធ
- ៨. ពង្រឹងនិងវិនិយោគលើប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលនិងលើកកម្ពស់ការស្រាវជ្រាវសុខភាព
- ៩. បង្កើនការវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរូបវន្ត ឧបករណ៍-បរិក្ខារពេទ្យ និងបច្ចេកវិទ្យាទំនើបនិងការលើកកម្ពស់សេវាគាំទ្រមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ
- ១០. លើកកម្ពស់គុណភាពនិងរបៀបរបបរបស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អរបស់ប្រជាជន
- ១១. បង្ការនិងទប់ស្កាត់ជំងឺឆ្លង ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃនិងជំងឺមិនឆ្លង ព្រមទាំងពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺ
- ១២. ពង្រឹងអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមមុខប្រទាក់ក្រឡា
- ១៣. លើកកម្ពស់ភាពជាដៃគូមានប្រសិទ្ធភាពរវាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជនក្នុងការផ្តល់សេវា
- ១៤. លើកទឹកចិត្តការចូលរួមរបស់សហគមន៍ក្នុងសកម្មភាពផ្តល់សេវានិងលើកកម្ពស់គុណភាព
- ១៥. ពង្រឹងស្ថាប័នសុខាភិបាលមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធ គ្រប់ថ្នាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល

ការពិនិត្យវាយតម្លៃផែនការ យុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៣-២០០៧ បានបង្ហាញថា :

- រង្វាស់ទូទៅពីរ ដែលយកមកប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់គុណភាពប្រព័ន្ធសុខាភិបាល គឺអត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំ និងក្រោម៥ឆ្នាំ ត្រូវបានកាត់បន្ថយយ៉ាងខ្លាំងបើទុកណាជាសុច្ឆន្ទសុខភាពកុមារត្រូវការកែលម្អចម្រើន ដើម្បីឈានទៅសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សកម្ពុជាក៏ដោយ ។
- សូចនាករលទ្ធផលសុខភាពទី៣របស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល គឺអត្រាស្លាប់របស់មាតាមិនមានវឌ្ឍនភាពហើយស្ថិតនៅជាបញ្ហា ព្រួយបារម្ភយ៉ាងខ្លាំង បើទុកណាជាមានវឌ្ឍនភាពនៅក្នុងផ្នែកសុខភាពមាតាកុមារនិងសុខភាពបន្តពូជ ។
- ប្រទេសកម្ពុជាកំពុងស្ថិតក្នុងអន្តរកាល (អេពីដេមីញូសាស្ត្រ) ឆ្ពោះទៅកាន់បន្ទុកធ្ងន់នៃជំងឺមិនឆ្លងការពិនិត្យវាយតម្លៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៣-២០០៧ បានផ្តល់អនុសាសន៍ដូចខាងក្រោមនេះ :
 - ១- ត្រូវធ្វើការសំរេចចិត្តជាបន្ទាន់ លើគោលនយោបាយនៅលើផ្នែកនានា ដែលការអនុវត្តន៍សាកល្បងកំពុងដំណើរការជឿនលឿនទៅមុខ ។ ការសំរេចចិត្តលើគោលនយោបាយនេះ ត្រូវបញ្ចូលកំណែទំរង់កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា ពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ និងលើកកម្ពស់ប្រព័ន្ធលាភាពការសំរាប់បុគ្គលិក ។
 - ២- ពង្រឹងបន្ថែមតួនាទីនិងមុខងារស្ថាប័នទូទាំងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ជាមួយនិងការកសាងសមត្ថភាពព្រមទាំងលើកស្ទួយការផ្សារភ្ជាប់រវាងយុទ្ធសាស្ត្រនៃ ផ.យ.ស.២ ជាមួយប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យតាមដាន ។

៣- ពង្រឹងប្រសិទ្ធភាពនៃការគ្រប់គ្រងជំនួយដើម្បីដោះស្រាយស្ថានភាពបែកខ្ញែកបច្ចុប្បន្ននៃហិរញ្ញប្បទាន ពីដៃគូសុខាភិបាលតាមរយៈការខិតខំប្រឹងប្រែងប្រាកដប្រជានៃសុខដុមនីយកម្ម ដើម្បីអនុញ្ញាតិឱ្យ មានការបន្តពង្រីកធនធាន។

ក្នុងការកំណត់អភិក្រមជាយុទ្ធសាស្ត្រ ផ.យ.ស.២កំណត់ **អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ** សំរាប់វិស័យសុខា ភិបាលជាពីរផ្នែកទូលំទូលាយនិងទាក់ទងគ្នាទៅវិញទៅមក ហើយដែលក្រសួងសុខាភិបាលនិងដៃគូទាំងអស់ត្រូវយក ចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស សំរាប់អន្តរាគមន៍ក្នុងរយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែង នៅក្នុងអំឡុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២។ អាទិភាពទាំងពីរផ្នែកនេះគឺ៖

ក. អាទិភាពសុខភាពរបស់ប្រជាជននិងសេវាសុខភាពសាធារណៈ

(១) បន្ថយការឈឺចាប់និងស្លាប់របស់មាតា ទារកនិងកុមារ និងការលើកកម្ពស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ

- គោលដៅ ១ លើកកម្ពស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតានិងកុមារ
- ២ លើកកម្ពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកព័ត៌មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជមានគុណភាព
- ៣ លើកកម្ពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសាធារណៈសំរាប់មាតានិងទារក និងការប្រព្រឹត្ត ការថែទាំសុខភាព តាមគ្រួសារបានល្អប្រសើរ
- ៤ ធានានូវលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសាធារណៈសំរាប់កុមារនិងការប្រព្រឹត្តការ ថែទាំសុខភាពតាមគ្រួសារបានល្អប្រសើរ

(២) បន្ថយការឈឺចាប់ហេតុផលជំងឺអេដស៍ រមេង គ្រុនចាញ់ និងជំងឺឆ្លងដទៃទៀត

- គោលដៅ ៥ កាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍
- ៦ បង្កើនការរស់រានមានជីវិតរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជំងឺអេដស៍
- ៧ សំរេចបានអត្រាស្រាវជ្រាវជំងឺរមេងខ្ពស់ និងរក្សាអត្រាសះស្បើយកំរិតខ្ពស់នៃ ករណីជំងឺរមេងស្មុតបេកាវិជ្ជមាន។
- ៨ កាត់បន្ថយការស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ និងអត្រាលើក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ
- ៩ កាត់បន្ថយបន្ទុកនៃជំងឺឆ្លងដទៃទៀត

(៣) បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត

- គោលដៅ ១០ កាត់បន្ថយឥរិយាបថគ្រោះថ្នាក់នាំទៅរកជំងឺមិនឆ្លង (ការយល់ដឹង ទំលាប់ ការ អនុវត្តន៍) :ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង-សរសៃឈាម ជំងឺមហារីក ជំងឺផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់និងរបួស ការថែទាំភ្នែក សុខភាព មាត់ធ្មេញ។ល។
- ១១ លើកកម្ពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាព្យាបាល និងការស្តារនិតិសម្បទាបង្កើន ដោយជំងឺមិនឆ្លង : ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង-សរសៃឈាម ជំងឺមហារីក

ជំងឺផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់និងរបួស ការថែទាំភ្នែក សុខភាពមាត់ធ្មេញ ។ល។

១២ ធានាដំណើរការមុខងារសារវ័ន្ត នៃសុខភាពសាធារណៈ សុខភាពបរិស្ថាន សុវត្ថិភាព ចំណីអាហារ ការគ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយ និងការព្រមព្រៀងកូណៈ (សំរាប់គ្រោះអាសន្ន) ។

ខ. បញ្ហាប្រឈមមុខដែលមានទាក់ទងនឹងដំណើរការមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ទាំងបញ្ហាប្រឈមមុខនៅ “ផ្នែកផ្តល់សេវា” និងបញ្ហាប្រឈមមុខនៅ “ផ្នែកទទួលសេវា” ។

ក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រនៃផ.យ.ស ២ មានចរិតលក្ខណៈ ៥ យ៉ាងដូចតទៅ:

- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលដាក់ “ការទទួលខុសត្រូវ ប្រសិទ្ធភាព គុណភាព និងសមធម៌” នៅចំកណ្តាលនៃយុទ្ធសាស្ត្រប្រទាក់ក្រឡាទាំង៥ ដែលគាំទ្រដល់អន្តរាគមន៍នៃកម្មវិធីសុខភាពចំនួន៣ ដើម្បីផ្តល់នូវលទ្ធផលសុខភាពដែលប្រសើរជាងមុន ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលប្រែក្លាយ យុទ្ធសាស្ត្រចតុកោណរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ទៅជាសកម្មភាពដើម្បីរួមចំណែកដល់ដំណើរការរយៈពេលវែងនៃការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលផ្តល់ព័ត៌មាននិងបច្ចុប្បន្នភាពគោលដៅចំណុចនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ លើមូលដ្ឋានទៀងទាត់ប្រចាំឆ្នាំ ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលមានពេលវេលាកំណត់និងយកគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្ស ជាគោល ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពី គោលការណ៍នៃសេចក្តីប្រកាសក្រុងព័រីស (ភាពម្ចាស់ការការពារតំរូវបំរុង សុខដុមនីយកម្ម ការគ្រប់គ្រង ដើម្បីសំរេចលទ្ធផលនិងការទទួលខុសត្រូវទៅវិញទៅមក) និងផែនការសកម្មភាពស្តីពីការតំរូវបំរុងនិងសុខដុមនីយកម្មដើម្បីសំរេចលទ្ធផល របស់រាជរដ្ឋាភិបាល ។

សំណង់ក្របខ័ណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រនៃផ.យ.ស.២ រួមមានផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពចំបងចំនួន៣ ដែលអនុវត្តសំណុំយុទ្ធសាស្ត្រប្រទាក់ក្រឡាចំនួន៥ ។ យុទ្ធសាស្ត្រនីមួយៗនៃយុទ្ធសាស្ត្រទាំង៥គឺ: **ការផ្តល់សេវាសុខភាពហិរញ្ញប្បទាន ការថែទាំសុខភាព ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល និងអភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល** ត្រូវយកទៅអនុវត្តនៅក្នុងកម្មវិធីនីមួយៗ ។ ការណ៍នេះនឹងធានាការផ្តល់សេវានិង ត្រួតពិនិត្យតាមដានលទ្ធផលប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនិងសង្គតភាពទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល ។

- **ការផ្តល់សេវាសុខភាព** រួមមានវិធានការសុខភាពសាធារណៈដើម្បីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ-ដូចជាការរៀបចំចាត់ចែងការលើកកម្ពស់សុខភាព ដើម្បីកាត់បន្ថយឥរិយាបថគ្រោះថ្នាក់និងគាំពារដល់ផ្នែកសុខភាពព្រមទាំងពង្រឹងជាទូទៅការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព តាមរយៈគោលនយោបាយ និងផែនការដោយលែកនិងទូទៅនៃជំងឺចាំបាច់ធានា ដោយផ្តោតជាចំបងទៅលើការលើកកម្ពស់គុណភាពសេវា ។ ការ

បង្កើនតម្រូវការផ្នែកសុខភាព និងសិទ្ធិអំណាចរបស់អ្នកជំងឺ គឺជាមធ្យោបាយចំពោះមុខដ៏សំខាន់សំរាប់
បង្កើនគុណភាពសេវានិងការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់សេវា។

- **ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព** ដោះស្រាយការបង្កើនវិនិយោគលើសុខភាពនិងការប្រឹងប្រែង ដើម្បី
បំបាត់របាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលយកសេវាមានគុណភាព។ ការវិភាគធនធានរបស់រដ្ឋាភិបាលដល់
វិស័យសុខាភិបាលគ្រាន់តែជាផ្នែកមួយតែប៉ុណ្ណោះ។ ដូច្នេះត្រូវគូសបញ្ជាក់អំពីបញ្ហានានា ជុំវិញ
តុល្យភាពនៃហិរញ្ញប្បទានរវាងរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកផ្តល់ជំនួយ ក៏ដូចជាការផ្តល់មូលនិធិឱ្យបានគ្រប់
គ្រាន់ដល់ថ្នាក់ផ្តល់សេវា។ ពង្រឹងយន្តការគាំពារសុខភាពសង្គមដោយរាប់បញ្ចូលទាំងមូលនិធិសមធម៌
ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម និងរួមចំណែកដល់ការ
កាត់បន្ថយរបាំងហិរញ្ញវត្ថុ ក្នុងការមកទទួលយកសេវា និងគ្រោះថ្នាក់នៃការចំណាយដ៏មហន្តរាយ
ដោយសារសុខភាព។
- **ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល** គ្របដណ្តប់លំដាប់លំដោយលើអន្តរាគមន៍ គ្រប់ជ្រុងជ្រោយមួយ។ ១) ធានា
កំរិតបរិមាណបុគ្គលិក គ្រប់គ្រាន់ ហើយមានប្រវត្តិវិជ្ជាជីវៈនិងសមត្ថភាពសមស្រប។ ២) ការពិនិត្យ
សារឡើងវិញកម្មវិធីនៃការបណ្តុះបណ្តាល។ ៣) បង្កើនចំនួនសិស្ស-និស្សិត ដែលត្រូវជ្រើសរើសឱ្យ
ចូលរៀនតាមសាលានិងសកលវិទ្យាល័យនិង ៤) ពង្រឹងវិធានការនានាដើម្បីការពារគុណភាពបណ្តុះ
បណ្តាលនិងគ្រូបណ្តុះបណ្តាល។ ឆ្លុះបញ្ចាំងបានជ្រើសរើសជាពិសេសថាជាក្រុមចំណុច ដោយសារតែ
តួនាទីដ៏សំខាន់របស់ពួកគេក្នុងការសំរេចគោលបំណងទូទៅនៃផ.យ.ស.២។ ការរៀបចំកម្មវិធីធនធាន
មនុស្ស ត្រូវរាប់បញ្ចូលផងដែរការគោរពក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ។ តម្រូវការចាំបាច់និងជាបន្ទាន់គឺការ
ផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងការអនុវត្តន៍កំណែទម្រង់បៀវត្សសំរាប់សេវាសុខភាព។
- **ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល** ដោះស្រាយអំពីតម្រូវការទិន្នន័យមានគុណភាពខ្ពស់ ត្រឹមត្រូវគ្រប់ជ្រុង
ជ្រោយនិងទាន់ពេលវេលាដើម្បីជាមូលដ្ឋានដល់ការតាក់តែងគោលនយោបាយផ្នែកលើភស្តុតាង ការ
ធ្វើផែនការ ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការងារនិងការវាយតម្លៃ។ ចំណុចផ្តោតជាចំបងគឺលើក
ស្ទួយការសំរេចសំរួលនិងកិច្ចសហការ ទាំងក្នុងនិងក្រៅវិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈការចែករំលែក
ទិន្នន័យ ការគ្រប់គ្រង ការវិភាគ ការផ្សព្វផ្សាយនិងប្រើប្រាស់ ព្រមទាំងការដាក់បញ្ចូលព័ត៌មាន
ពីវិស័យឯកជន និងការតាមដានថវិកានិងការចំណាយ និងពង្រីកការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីកសាង
សមត្ថភាពប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល។
- **អភិបាលកិច្ចវិស័យសុខាភិបាលទស្សនៈ** វិស័យស្តីអំពីអភិបាលកិច្ចនៅក្នុងផ.យ.ជ ផ្តោតលើវិមជ្ឈការ
និងវិសហមជ្ឈការ។ “ថវិកាកញ្ចប់” ពីថ្នាក់ជាតិនិងការកៀងគរធនធាននៅនឹងមូលដ្ឋាននិង គ្របដណ្តប់
លើសេចក្តីត្រូវការផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមគោលនយោបាយនេះ។ សុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់ ដើម្បី
លទ្ធផលត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់ ដើម្បីឈានទៅសំរេចក្របខណ្ឌគោលនយោបាយរួមមួយរវាងរាជរដ្ឋា
ភិបាលនិងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍សំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសុខាភិបាល។ យុទ្ធសាស្ត្រនិងលើកកំពស់ឱ្យកាន់

តែប្រសើរឡើងនូវរូបភាពគ្រប់គ្រងជ្រោយ នៃការផ្តល់មូលនិធិរបស់រដ្ឋាភិបាលនិងប្រទេសផ្តល់ជំនួយ ព្រមទាំងពង្រឹងសុខដុមនីយកម្ម (សំរាប់សំរួលជំនួយក្រៅប្រទេសស្របតាមនីតិវិធី រចនាសម្ព័ន្ធនិង ប្រព័ន្ធជាតិកាស្រែងណាដែលអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន) និងតំរៀបតំរង់ (ធានាថាអាទិភាពដែលបានកំណត់ ដោយប្រទេសកម្ពុជាក៏ជាអាទិភាពរបស់ប្រទេសផ្តល់ជំនួយ) ស្ថាបត្យកម្មជំនួយឱ្យស្របតាមបន្ទាត់ គោលនយោបាយរបស់រដ្ឋាភិបាលស្តីអំពីវិមជ្ឈការនិងវិសហវិមជ្ឈការនិងអាទិភាពរបស់ផ.យ.ស.២ ។

មានកត្តាបរិបទមួយចំនួនដែលតំរូវឱ្យការអនុវត្តផ.យ.ស.២ ប្រព្រឹត្តទៅតាមលំដាប់លំដោយ នៃពេលវេលា ក្នុងការឈានឆ្ពោះទៅសំរេចគោលបំណងរបស់ ផ.យ.ស.២ :

- **ទីមួយ.បរិបទគោលនយោបាយ:** ក្រសួងសុខាភិបាលនិងធ្វើការសំរេចចិត្តអំពីគោលនយោបាយសំខាន់ៗ ដែលទាក់ទងនឹងតំរូវការផ្នែកហិរញ្ញប្បទាននិងអភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល នៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការ អនុវត្តកម្មវិធីវិមជ្ឈការនិងវិសហវិមជ្ឈការ។ ឆ្នាំ២០០៨ ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឆ្នាំនៃការត្រៀមរៀបចំ ដែលក្នុងរយៈពេលនេះបែបបទនៃការសំរេចចិត្តនិងបញ្ចប់ហើយប្រព្រឹត្តទៅស្របគ្នាជាមួយនិងដំណាក់ កាលបន្តបន្ទាប់នៃការពង្រឹងនិងការអនុវត្ត ។
- **ទីពីរ.បរិបទស្ថាប័ន:** ការចាត់ចែងរៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធស្ថាប័នសុខាភិបាល និងការកសាងសមត្ថភាព ស្ថាប័ន និងប្រព្រឹត្តទៅនៅគ្រប់ថ្នាក់ នៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល-ថ្នាក់កណ្តាល ខេត្ត-ក្រុង ស្រុក ប្រតិបត្តិ និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសហគមន៍ ។
- **ទីបី.បរិបទសេដ្ឋកិច្ច:** ធនធាននិងត្រូវពង្រីកតាមសង្វាក់ ដែលរាជរដ្ឋាភិបាលនិងអ្នកផ្តល់ជំនួយទទួល យកបាន ។ ក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទានវិស័យសុខាភិបាល សំរាប់រយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែងចាំបាច់ ត្រូវផ្សារភ្ជាប់ទៅក្នុងក្របខណ្ឌម៉ាក្រូសេដ្ឋកិច្ចប្រទេសកម្ពុជា ដែលនឹងតំរូវឱ្យមានដាក់ចេញយុទ្ធសាស្ត្រ តាមលំដាប់លំដោយ ។

ជាផលបច្ច័យការអនុវត្តផ.យ.ស.២ និងប្រព្រឹត្តទៅតាមពីរដំណាក់កាល :

- ដំណាក់កាលពង្រឹងដែលចាប់ផ្តើមពីឆ្នាំ២០០៨-២០១០
- ដំណាក់កាលពង្រីកចាប់ផ្តើមពីឆ្នាំ២០១១ ដល់ពេលបញ្ចប់ផែនការឆ្នាំ២០១៥

ក្របខណ្ឌអនុវត្តផែនការ ត្រូវបានកំណត់ច្បាស់លាស់ និងពង្រឹងតួនាទីស្នូលនៃ ឧបករណ៍ផែនការ ចំបង ២ ដែលមានរួមគ្នាហើយនៅប្រទេសកម្ពុជា :

- ផែនការរំកិលពាណិជ្ជកម្មទៅនឹងក្របខណ្ឌថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រ និងកម្មវិធីវិយោគ សាធារណៈ :
- ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំនិងការកសាងថវិកាតាមកម្មវិធី

វឌ្ឍនភាពក្នុងការអនុវត្តផ.យ.ស.២ និងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យតាមដាន តាមរយៈការពិនិត្យ វឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំនិងការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណ្តូងនៃផែនការ និងបន្តដោយការវាយតម្លៃនៅវគ្គបញ្ចប់ នៃផែនការ ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីផលប៉ះពាល់របស់ផែនការទៅលើការធ្វើឱ្យស្ថានភាពសុខភាពប្រសើរឡើង ។

ក្របខណ្ឌ ត្រួតពិនិត្យតាមដានខាងក្រោមគឺជា ឧបករណ៍សំរាប់ ក្រសួងសុខាភិបាល ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និង វាយតម្លៃលើលទ្ធផលដ្ឋានទៀងទាត់ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានសំរាប់ធ្វើការសំរេចចិត្តផ្នែកគោលនយោបាយ ។

មានការគិតទុកថា ដៃគូសុខាភិបាលទាំងអស់នឹងប្រើប្រាស់ក្របខណ្ឌសូចនាករនេះ (ដោយរាប់ បញ្ចូលទាំងសំណុំសូចនាករដែលបានឯកភាពគ្នា) ដើម្បីពិនិត្យវឌ្ឍនភាពនៃកម្មវិធី/គម្រោងរបស់ខ្លួនក្នុង វិស័យសុខាភិបាល ។

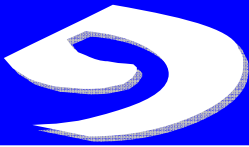


គោលបំណងនៃ **ក្របខណ្ឌសូចនាករ** មាន ៣យ៉ាងដូចខាងក្រោមនេះ ៖

- ត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃលើលទ្ធផលសុខាភិបាលក្នុងការលើកស្ទួយលទ្ធផលសុខភាពតាមរយៈការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២
- បន្សុទ្ធគោលនយោបាយសុខាភិបាលដែលមាន ដោយពិចារណាទៅលើវឌ្ឍនភាពដែលបានកើតមាននៅក្នុងអំឡុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ និង
- ជួយឱ្យយើង ត្រីតាក់តែងគោលនយោបាយសំរេចចិត្តលើប្រសិទ្ធភាពនៃអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗគ្នា និងជំរើសគោលនយោបាយ

ក្របខណ្ឌសូចនាករនេះ រួមមានសូចនាករស្នូល ចំនួន២៨ ដែលនឹងត្រូវយកមកពិនិត្យវាយតម្លៃតាមរយៈការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ ។ សំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដានផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំនៅថ្នាក់អនុវិស័យ គឺនៅមានសូចនាកររបៀបមួយចំនួនទៀត ។

ជំពូក



ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល

- ចក្ខុវិស័យ
- បេសសកកម្ម
- គុណតំលៃ
- គោលការណ៍
- ទិសដៅគោលនយោបាយ



១. ចក្ខុវិស័យ

ចក្ខុវិស័យយូរអង្វែងដ៏ទូលំទូលាយរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលគឺ “លើកកម្ពស់ការអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយនិរន្តរភាពនៃវិស័យសុខាភិបាល ដើម្បីកាត់កាន់តែប្រសើរឡើងនៃសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនទាំងអស់ពិសេសប្រជាជនក្រីក្រ ស្ត្រី និងកុមារ ដើម្បីរួមចំណែកដល់ការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសេដ្ឋកិច្ច និងសង្គមកិច្ចនិងការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជា។”

២. បេសកកម្ម

សេចក្តីថ្លែងអំពីបេសកកម្មគួសបញ្ជាក់ អំពីការប្តេជ្ញារបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលផ្តោតទៅលើការអនុវត្តន៍ “មគ្គុទេសភាព” សំរាប់ការផ្តល់សេវាកម្មលើគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល។ បេសកកម្មនេះ បានរំលេចឱ្យឃើញផងដែរអំពី កំរិតអតិបរមានៃស្ថានភាពសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជន ដែលប្រព័ន្ធសុខាភិបាលខិតខំប្រយុទ្ធដើម្បីលើកស្ទួយ នោះគឺប្រព័ន្ធសុខាភិបាលដែលបានដាក់ “បង្កើនតម្រូវការផ្នែកសុខភាព គុណភាពកាន់តែប្រសើរ និងលើកស្ទួយលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវា” នៅចំកណ្តាលបេះដូងនៃការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។

“ ផ្តល់មគ្គុទេសភាពសំរាប់វិស័យសុខាភិបាលទាំងមូល និងធានាអោយមានបរិយាកាសគាំទ្រដល់ការបង្កើនតម្រូវការផ្នែកសុខភាពនិងលទ្ធភាពទទួលយកសេវាថែទាំមានគុណភាព ប្រកបដោយសមធម៌ ដើម្បីឱ្យប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់មានលទ្ធភាពទទួលបាននូវកំរិតអតិបរមាលើផ្នែកសុខភាពនិងសុខុមាលភាព។ ”

៣. គុណតម្លៃនៃនិយោគការងារ

- **គុណតម្លៃ**

គុណតម្លៃដែលឈរលើមូលដ្ឋាននៃការប្តេជ្ញាចិត្តខាងលើរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលគឺ **សមធម៌** និង **សិទ្ធិសុខភាព** សំរាប់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់ ។

- **គោលការណ៍**

បង្កើនប្រសិទ្ធភាព ការទទួលខុសត្រូវ គុណភាព និងសមធម៌ ទូទាំងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលអាច និង សំរេចបានតាមរយៈការប្រព្រឹត្តិធានសីលធម៌ ជំនឿជីវិតមាំ និងការប្តេជ្ញាចំពោះគោលបំណងរួម របស់បុគ្គលទាំងអស់ដែលកំពុងបំពេញការងារក្នុងការថែទាំសុខភាព។ ដូច្នេះសកម្មភាពពីមួយថ្ងៃមួយទៅ មួយថ្ងៃរបស់មន្ត្រី គ្រប់គ្រងនិងបុគ្គលិក នៅគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ទូទាំងអង្គភាព គ្រប់ថ្នាក់ គប្បីត្រូវបានណែនាំ ដោយគោលការណ៍ ៥ យ៉ាងដូចតទៅ:

| | |
|--|---|
| <p>១. ការគាំពារសុខភាពសង្គម ពិសេស ប្រជាជនក្រីក្រនិងក្រុម ប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ</p> | <p>លើកស្ទួយវិធីសាស្ត្រគាំទ្រជនក្រីក្រផ្តោតលើការរំលែកធនធាន ទៅកាន់ជនក្រីក្រ និង ក្រុមប្រជាជនដែលមានតម្រូវការចាំបាច់ និងទៅកាន់កន្លែងដែលត្រូវការបំផុត ពិសេសតំបន់ជនបទ ដាច់ស្រយាលនិងទីប្រជុំជនក្រីក្រ ។</p> |
| <p>២. វិធីសាស្ត្រផ្តោតការយកចិត្ត ទុកដាក់លើអតិថិជនក្នុងការ ផ្តល់សេវាសុខភាព</p> | <p>ផ្តល់សេវាសុខភាព ដោយផ្តោតលើលទ្ធភាពអាចបង់ថ្លៃបាន និង ការទទួលយកបាននៃសេវា សិទ្ធិអតិថិជន ការចូលរួម របស់សហគមន៍ និងភាពជាដៃគូជាមួយផ្នែកឯកជន ។</p> |
| <p>៣. វិធីសាស្ត្រសមាហរណកម្មក្នុង ការផ្តល់សេវាសុខភាពនិង អន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈ មានគុណភាពខ្ពស់</p> | <p>ផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព គ្រប់ជ្រុងជ្រោយរួមមានសេវាបង្កា ព្យាបាលនិងលើកកម្ពស់សុខភាព ស្របតាមគោលការណ៍ ស្តង់ដារ និងមគ្គុទេសន៍គ្លីនិកជាតិ ដែលអាចទទួលយកបាន តាមរយៈសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា និងសំណុំសកម្មភាព បង្កប់ និងភាពជាដៃគូជាមួយវិស័យឯកជន ។</p> |
| <p>៤. ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស គឺជាសសរទ្រូងនៃប្រព័ន្ធ សុខាភិបាលទាំងមូល</p> | <p>មានចរិត ប្រតិបត្តិ និងផលិតភាពដែលស្តែងចេញពីសមត្ថភាព ក្រុមសីលធម៌ ការបំពេញការងារជាក្រុម ការលើកទឹកចិត្ត បរិយាកាសបំពេញការងារល្អនិងបែបបទរៀនហើយរៀនទៀត</p> |
| <p>៥. អភិបាលកិច្ចល្អនិងការទទួល ខុសត្រូវ</p> | <p>ផ្តល់មគ្គុទេសភាព ដល់វិស័យសាធារណៈនិងឯកជនដោយ ផ្តោតលើអភិ ក្រុម គ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យផែនការ នីយកម្មមានប្រសិទ្ធភាព ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការ ងារនិងការសំរេចសំរួល ។</p> |

៤. ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល

សំរាប់ប្រទេសកម្ពុជានៅដំណាក់កាលបច្ចុប្បន្ននៃការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច និងសង្គមកិច្ច ចក្ខុវិស័យ បេសកកម្ម គុណតំលៃ និងគោលការណ៍របស់ក្រសួងសុខាភិបាល តំរូវឱ្យមានទិសដៅគោលនយោបាយ ច្បាស់លាស់មួយសំរាប់បណ្តាឆ្នាំខាងមុខ ។ ចាត់ទុកជាជំហានដំបូងនៃការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ដូច្នោះ ទិសដៅគោលនយោបាយខាងក្រោមនេះ ត្រូវតែអនុម័តតាមរយៈគោលនយោបាយដែលបានកំណត់ យល់ព្រម និងប្រកាសឱ្យប្រើប្រាស់ទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល ។ គោលនយោបាយទាំងអស់នេះគឺត្រូវការ ជាមុន សំរាប់ការពង្រឹងនិងពង្រីកជោគជ័យនៃបណ្តាឆ្នាំមុនៗ ហើយនិងស្ថាបនាគ្រឹះសំរាប់យុទ្ធសាស្ត្រ ដែលនឹងត្រូវប្រកាន់យកក្នុងរយៈពេលនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ ។

ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥

១. ធ្វើអោយសេវាកាន់តែឆ្លើយតប និងខិតកាន់តែជិតសាធារណៈជន តាមរយៈការអនុវត្តន៍ វិមជ្ឈការលើមុខងារផ្តល់សេវានិងមុខងារគ្រប់គ្រង ដែលណែនាំដោយ“គោលនយោបាយ ជាតិស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈ” និង“គោលនយោបាយវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ” ។
២. ពង្រឹងអភិបាលកិច្ចទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈការអនុវត្តន៍នូវអភិក្រមគ្រប់គ្រងបើក ទូលាយទូទាំងវិស័យ ដោយផ្តោតលើការបង្កើនភាពម្ចាស់ការនិងការទទួលខុសត្រូវ ដើម្បី លើកកម្ពស់លទ្ធផលសុខភាព សុខដុមនីយកម្មនិងការតម្រូវតំរូវ ការសំរាប់សំរួលកាន់តែ ប្រសើរ និងភាពជាដៃគូប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងចំណោមដៃគូទាំងអស់ ។
៣. ពង្រីកលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវានិងការគ្របដណ្តប់សេវា ពិសេសសេវាគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ នៃសុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារកនិងកុមារ តាមរយៈយន្តការនានាដូចជា ស្ថាបនីយកម្ម ការពង្រីកកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវាតាមរយៈ ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស ការលើកលែងការ បង់ថ្លៃសេវាចំពោះអ្នកក្រីក្រ មូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ។
៤. អនុវត្តប្រព័ន្ធហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលគាំទ្រដល់ជនក្រីក្រ តាមរយៈការលើកលែងការបង់ ថ្លៃ ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ រួមជាមួយនិងយន្តការជំនួយសង្គមដទៃទៀត ។
៥. ពង្រឹងការអនុវត្តន៍នីតិក្រមសុខាភិបាល ក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ និងលក្ខន្តិកៈ ព្រមទាំង ពង្រឹងយន្តការនិយតកម្ម ដោយរាប់បញ្ចូលការផលិត ការចែកចាយ ការគ្រប់គ្រង គុណភាពឱសថ គ្រឿងសំអាង អនាម័យ និងសុវត្ថិភាពចំណីអាហារ ដើម្បីការពារ សិទ្ធិនិងសុខភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវានិងអតិថិជន ។

- ៦. លើកកម្ពស់គុណភាពក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពនិងការគ្រប់គ្រង តាមរយៈការបង្កើតនិងការគោរពតាមពិធីសារ សេចក្តីណែនាំវេជ្ជសាស្ត្រនិងបទដ្ឋានគុណភាព ពិសេសការបង្កើតប្រព័ន្ធទទួលស្គាល់គុណភាព ។
- ៧. បង្កើនសមត្ថភាពជំនាញរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដើម្បីឆ្លើយតបនិងកំណើននៃតម្រូវការឱ្យមានការទទួលខុសត្រូវ និងការថែទាំសុខភាពមានគុណភាពខ្ពស់ ដោយរាប់បញ្ចូលការពង្រឹងជំនាញ បច្ចេកទេសពាក់ព័ន្ធ បច្ចេកវិទ្យាទំនើប តាមរយៈការអនុវត្តន៍ការកែលម្អគុណភាពក្នុងការបណ្តុះបណ្តាល ការអភិវឌ្ឍន៍អាជីព ការលើកទឹកចិត្ត ត្រឹមត្រូវ និងបរិយាកាសបំពេញការងារល្អ ។
- ៨. ពង្រឹងនិងវិនិយោគលើប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល និងលើកកម្ពស់ការស្រាវជ្រាវសុខភាពសំរាប់ការកសាងគោលនយោបាយ ផែនការនីយកម្ម ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃនិងការវាយតម្លៃដោយផ្អែកទៅលើមូលដ្ឋានទិន្នន័យជាក់ស្តែង ។
- ៩. បង្កើតការវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរូបវន្ត ឧបករណ៍-បរិក្ខារពេទ្យ និងបច្ចេកវិទ្យាទំនើប ជាមួយនិងការលើកកម្ពស់សេវាគាំទ្រមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសុវត្ថិភាពឈាម ការគ្រប់គ្រង-ថែទាំជួសជុល និងប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់ឱសថ-ឧបករណ៍-បរិក្ខារដទៃទៀត ។
- ១០. លើកកម្ពស់គុណភាពនិងរបៀបរបប នៃការរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អរបស់ប្រជាជន តាមរយៈការបង្កើតការយល់ដឹងអំពីសុខភាពរបស់ប្រជាជន និងបង្កើតបរិយាកាសគាំទ្រដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការពង្រឹងរចនាសម្ព័ន្ធ ធនធានមនុស្សនិងហិរញ្ញវត្ថុ សំរាប់ការផ្តល់ព័ត៌មាន-ការអប់រំ-ការប្រាស្រ័យទាក់ទងដើម្បីលើកកម្ពស់សុខភាពសំដៅធ្វើអោយមានការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថផ្នែកសុខភាព និងការប្រព្រឹត្ត ត្រឹមត្រូវក្នុងការស្វែងរកការថែទាំសុខភាព ។
- ១១. បង្ការនិងទប់ស្កាត់ជំងឺឆ្លង ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃនិងជំងឺមិនឆ្លង ព្រមទាំងពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺដើម្បីឆ្លើយតបមានប្រសិទ្ធភាពទៅនឹងជំងឺរាតត្បាតដែលលេចឡើង និងលេចឡើងសារជាថ្មី ។
- ១២. ពង្រឹងអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមមុខប្រទាក់ក្រឡាពិសេស ផ្នែកយែនឌ័រ សុខភាពជនជាតិភាគតិច អនាម័យ-ភាពស្អាត សុខភាពនៅតាមសាលារៀន ហានិភ័យសុខភាពបរិស្ថាន ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន/សុខភាពផ្លូវចិត្ត រហូស សុខភាពការងារ គ្រោះមហន្តរាយ តាមរយៈការឆ្លើយតបទាន់ពេលវេលា កិច្ចសហការ និង ការសំរួលសំរួលដ៏មានប្រសិទ្ធភាពជាមួយវិស័យដទៃទៀត ។

១៣. លើកកំពស់ភាពជាដៃគូមានប្រសិទ្ធភាព រវាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជនក្នុងការផ្តល់សេវា ដោយផ្អែកទៅលើគោលនយោបាយ បទបញ្ញត្តិច្បាប់ និងបទដ្ឋានបច្ចេកទេស។

១៤. លើកទឹកចិត្តការចូលរួមរបស់សហគមន៍ នៅក្នុងសកម្មភាពផ្តល់សេវាសុខភាព និងការគ្រប់គ្រងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការតស៊ូមតិ ដើម្បីការលើកកំពស់គុណភាពសេវាជាប្រចាំ។

១៥. ពង្រឹងស្ថាប័នសុខាភិបាលគ្រប់ថ្នាក់ នៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដើម្បីអនុវត្តប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនូវទិសដៅគោលនយោបាយដែលបានលើកឡើងក្នុងចំណុចទាំង ១៤ខាងលើ។

ជំពូក



ទិដ្ឋភាពរួមសរុបសុខាភិបាល

- ការរៀបចំប្រព័ន្ធសុខាភិបាល
- ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល
- អភិបាលកិច្ចជំនួយ
- ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន
- វិមជ្ឈការនិងវិសហវិមជ្ឈការ
- ការពិនិត្យវាយតម្លៃវិសយ័សុខាភិបាលឆ្នាំ២០០៧

១. ការរៀបចំប្រព័ន្ធសុខាភិបាល

ចាប់ពីឆ្នាំ១៩៩៤ មកក្រសួងសុខាភិបាលបានប្តេជ្ញាក្នុងការរៀបចំឡើងវិញ នូវប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដោយផ្តោតជាចំបងទៅលើថ្នាក់ស្រុក។ កំណែទម្រង់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល គឺជាផ្នែកមួយនៃកំណែទម្រង់រដ្ឋបាល សាធារណៈជាតិទូលំទូលាយ។ កំណែទម្រង់នេះបង្ហាញអំពីឆន្ទៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ក្នុងការពង្រឹង និងលើកស្ទួយឱ្យ កាន់តែប្រសើរឡើងប្រសិទ្ធភាព និងប្រសិទ្ធផលនៃវិស័យសាធារណៈ។ គោលដៅ ចំបងនៃកំណែទម្រង់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលគឺដើម្បី **លើកកម្ពស់និងពង្រីកការថែទាំសុខភាពបឋម តាមរយៈការ អនុវត្តប្រព័ន្ធសុខាភិបាលស្រុក** (ផែនការមេក្រសួងសុខាភិបាល ១៩៩៤-១៩៩៦)។

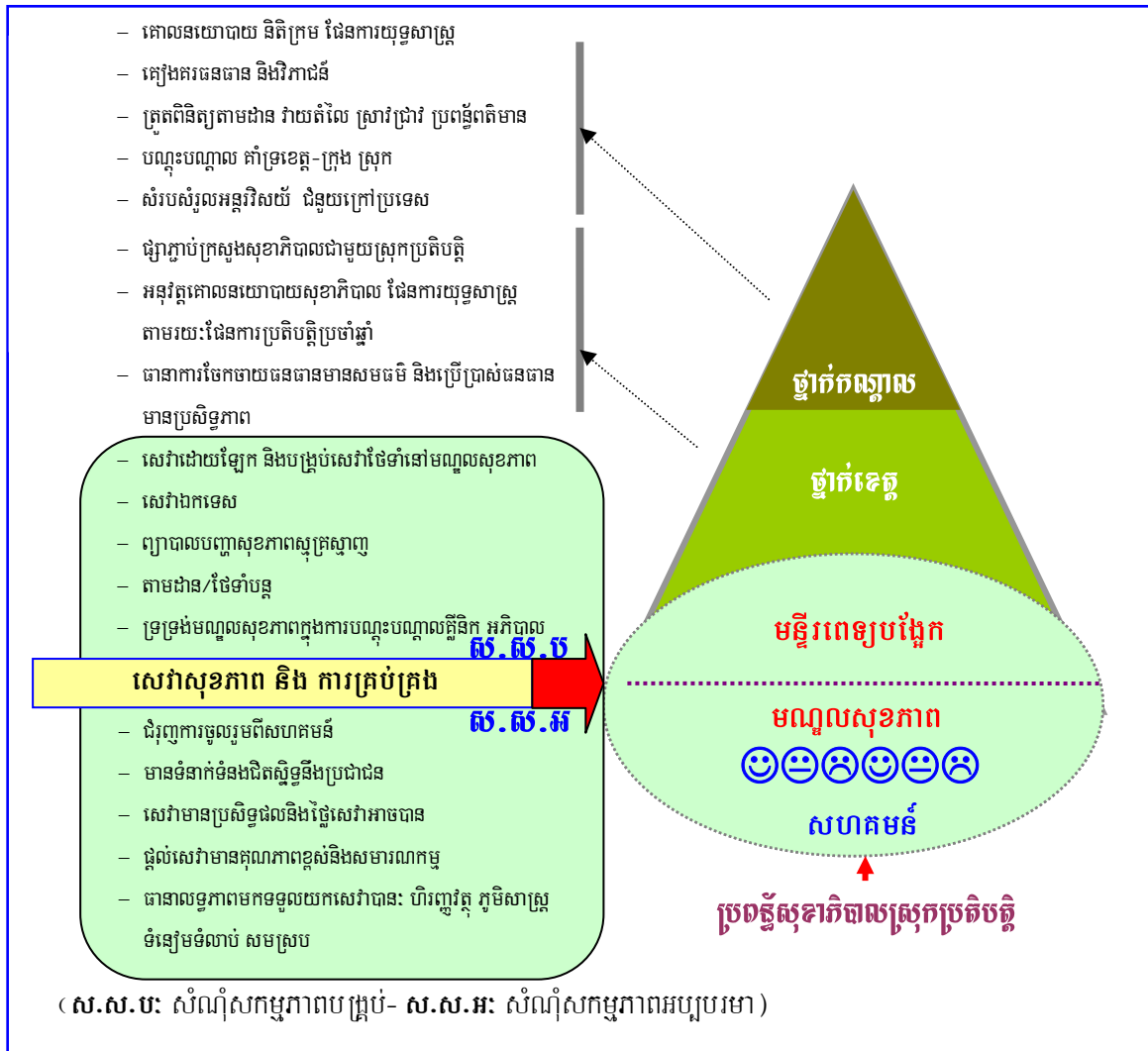
ក្រសួងសុខាភិបាលអនុវត្តកំណែទម្រង់ ដើម្បីឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការផ្នែកសុខភាពជាសាធារណៈ របស់ ប្រជាជនតាមរយៈ :

- លើកកម្ពស់ជំនឿទុកចិត្តរបស់ប្រជាជនមកលើសេវាសុខភាពសាធារណៈ :
- បញ្ជាក់និងពង្រឹងតួនាទីរបស់មន្ទីរពេទ្យនិងមណ្ឌលសុខភាព
- បង្កើតតំបន់ទទួលខុសត្រូវសំរាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិមួយៗ ដើម្បីធានាដល់ការគ្របដណ្តប់ លើប្រជាជន
- សនិទានកម្មលើការវិភាជន៍និងការប្រើប្រាស់ធនធាន

កំណែទម្រង់វិស័យសុខាភិបាលទាមទារឱ្យមានរូបវិវត្តន៍ ទាំងផ្នែកហិរញ្ញប្បទាន និងរចនាសម្ព័ន្ធ ស្ថាប័នដូចជា :

- ការបែងចែកធនធាន ប្រកបដោយសនិទានកម្មដោយផ្អែកលើផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល : ហិរញ្ញវត្ថុ ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ឱសថ សំភារៈបរិក្ខារ និងធនធានមនុស្ស
- រៀបចំឡើងវិញនូវក្របខណ្ឌស្ថាប័ននៅថ្នាក់កណ្តាល ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុក
- កំណែទម្រង់ថវិកា ដូចជាផ្លាស់ប្តូរវិធីសាស្ត្រទៅរកការវិភាជន៍ថវិកាតាមរូបមន្ត
- កំណត់និយមន័យថ្មីសំរាប់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងប្រភេទសេវាដែលរំពឹងទុក នៅថ្នាក់នីមួយៗ នៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល (រូបភាព១)
- បែងចែកឡើងវិញ និងបណ្តុះបណ្តាលឡើងវិញបុគ្គលិកសុខាភិបាល
- ដាក់ចេញមធ្យោបាយថ្មីនានាដើម្បីហិរញ្ញប្បទានសេវាសុខភាព

រូបភាព ១: ការរៀបចំប្រព័ន្ធសុខាភិបាល



ថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ

ស្រុកប្រតិបត្តិ គឺជាអនុប្រព័ន្ធបរិមណូលនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ហើយស្ថិតនៅជិតបំផុតនឹងប្រជាជន។ នៅពេលដែលស្រុកប្រតិបត្តិត្រូវបានតំរៀបតំរង់ទៅតាមថ្នាក់រដ្ឋបាលដូចជាខណ្ឌ-ស្រុក រដ្ឋបាល និងឃុំ-សង្កាត់ ការកំណត់ទំហំ និងការគ្របដណ្តប់របស់ស្រុកប្រតិបត្តិ ត្រូវតែពិចារណាដល់កត្តាសេដ្ឋកិច្ច និងសុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីបន្ថយជាអប្បបរមានូវការត្រួតពិនិត្យនៃសកម្មភាពនិងការខ្វះខាតធនធានសាធារណៈ។ ស្រុកប្រតិបត្តិផ្សំឡើងដោយមណូលសុខភាពជាច្រើននិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយ។ តួនាទីចម្បងរបស់ស្រុកប្រតិបត្តិ គឺអនុវត្តគោលដៅសុខភាពរបស់ស្រុកប្រតិបត្តិតាមរយៈ

- បកស្រាយផ្សព្វផ្សាយ និងអនុវត្តគោលនយោបាយសុខាភិបាលជាតិ និងយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ខេត្ត-ក្រុង
- ប្រកាន់ភ្ជាប់នូវសេវាមានប្រសិទ្ធភាព ប្រសិទ្ធផល និងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (លើកកម្ពស់សុខភាព បង្ការរោគាញាតនិងស្តារនីតិសម្បទា) យោងតាមតំរូវការរបស់សហគមន៍
- ធានាការចែកចាយធនធានមានសមធម៌ និងប្រើប្រាស់ធនធានទាំងអស់នោះមានប្រសិទ្ធផល
- កៀងគរធនធានបន្ថែមសំរាប់សេវាសុខភាពក្នុងស្រុក ខ. ការទ្រទ្រង់ពីអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល
- សហការជាមួយឃុំ-សង្កាត់និងអាជ្ញាធររដ្ឋបាលមូលដ្ឋាន

២. ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល

ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល គឺជាក្របខណ្ឌសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដោយឈរលើមូលដ្ឋាននៃលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យទំហំប្រជាជន និងលទ្ធភាពភូមិសាស្ត្រក្នុងការមកទទួលយកសេវា។ គោលការណ៍អនុវត្តក្នុងការជ្រើសរើសយកលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនេះគឺ៖

- គ្របដណ្តប់ប្រជាជនទាំងមូល ដោយមិនទុកឱ្យមានចន្លោះ ប្រហោងឬត្រួតជាន់គ្នា
- តំរូវការផ្នែកសុខភាពជាមូលដ្ឋានរបស់ប្រជាជនភាគច្រើនលើសលប់
- គុណភាពសេវាថែទាំ-សមារណកម្មការថែទាំ
- ធនធានដែលអាចរកបាន

តារាង ១: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល

| លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ | (១) ចំនួនប្រជាជន | (២) លទ្ធភាពភូមិសាស្ត្រ |
|------------------------------|--|---|
| មណូលសុខភាព (ស.ស.អ) | គោលការណ៍: ១០.០០០ នាក់ ប្រែប្រួលពី ៨.០០០-១២.០០០នាក់ | រង្វង់ចំងាយ ១០គ.ម ឬ ធ្វើដំណើរអតិបរមា ២ ម៉ោង ដោយផ្ញើរជើង |
| មន្ទីរពេទ្យបង្អែក (ស.ស.ប) | គោលការណ៍: ១០០.០០០-២០០.០០០ ប្រែប្រួលពី៦០.០០០-២០០.០០០នាក់ | ២០-៣០គ.ម រវាងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក២ ឬធ្វើដំណើរ ៣ម៉ោង ដោយរថយន្តឬកាណូត |

ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាលដែលដាក់មិយអនុវត្តនៅឆ្នាំ ១៩៩៥ មានបំណង :

- អភិវឌ្ឍសេវាសុខភាពទៅតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ សំរាប់ទីតាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងតំបន់ទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្លួន
- បែងចែកធនធានហិរញ្ញវត្ថុនិងធនធានមនុស្ស
- ធានាឆ្លើយតបតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជន ប្រកបដោយសមធម៌តាមរយៈការគ្របដណ្តប់ពេញលេញ

ការចំណោលប៉ាន់ស្មាននៃផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាលដែលបង្ហាញនៅក្នុងតារាងខាងក្រោមគឺផ្អែកលើ:

- ចំណោលប៉ាន់ស្មាននៃចំនួនប្រជាជនកម្ពុជា (Population Projection for Cambodia 1998-2020, June 2004 វិទ្យាស្ថានស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការ)
- លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ: ចំនួនប្រជាជន ១០.០០០នាក់ សំរាប់មណ្ឌលសុខភាពមួយ និង ២០០.០០០នាក់ សំរាប់ស្រុកប្រតិបត្តិ/មន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយ។

តារាង ២: ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល

| កូដខេត្ត | ខេត្ត | ស្រុកប្រតិបត្តិ | | | មន្ទីរពេទ្យបង្អែក | | | មណ្ឌលសុខភាព | | | ប៉ុស្តិ៍សុខភាព | | |
|----------|----------------|-----------------|----|----|-------------------|----|----|-------------|-----|-----|----------------|----|----|
| | | ឆ្នាំ | ៩៥ | ០៧ | ១៥ | ៩៥ | ០៧ | ១៥ | ៩៥ | ០៧ | ១៥ | ៩៥ | ០៧ |
| ១ | បន្ទាយមានជ័យ | ៣ | ៤ | ៥ | ៣ | ៥ | ៥ | ៤៥ | ៥៥ | ១០១ | ៨ | | |
| ២ | បាត់ដំបង | ៣ | ៥ | ៦ | ៣ | ៤ | ៦ | ៥៩ | ៧៥ | ១២២ | ៣ | | |
| ៣ | កំពង់ចាម | ១០ | ១០ | ១១ | ១០ | ១០ | ១១ | ១២៨ | ១៣៥ | ២១៨ | ០ | | |
| ៤ | កំពង់ឆ្នាំង | ២ | ៣ | ៣ | ២ | ២ | ៣ | ៣៤ | ៣៤ | ៦៦ | ៣ | | |
| ៥ | កំពង់ស្ពឺ | ៣ | ៣ | ៥ | ៣ | ៣ | ៥ | ៥០ | ៥០ | ៩២ | ០ | | |
| ៦ | កំពង់ធំ | ៣ | ៣ | ៤ | ៣ | ៣ | ៤ | ៥០ | ៥០ | ៨៣ | ០ | | |
| ៧ | កំពត | ៤ | ៤ | ៤ | ៤ | ៤ | ៤ | ៤៦ | ៤៧ | ៧០ | ១ | | |
| ៨ | កណ្តាល | ៨ | ៨ | ៨ | ៥ | ៥ | ៧ | ៨៨ | ៩១ | ១៤៦ | ៣ | | |
| ៩ | កោះកុង | ២ | ២ | ២ | ២ | ២ | ១ | ១២ | ១៣ | ២៨ | ២ | | |
| ១០ | ក្រចេះ | ២ | ២ | ២ | ២ | ២ | ២ | ២២ | ២៣ | ៤៣ | ៩ | | |
| ១១ | មណ្ឌលគីរី | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ៦ | ៧ | ៧ | ១៧ | | |
| ១២ | រាជធានីភ្នំពេញ | ៤ | ៤ | ៩ | ១ | ៥ | ៩ | ៣៧ | ១៧ | ១៧៥ | ២ | | |
| ១៣ | ព្រះវិហារ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១២ | ១៤ | ២០ | ១៩ | | |
| ១៤ | ព្រៃវែង | ៧ | ៧ | ៧ | ៧ | ៧ | ៧ | ៩០ | ៩០ | ១១៦ | ០ | | |
| ១៥ | ពោធិសាត់ | ២ | ២ | ៣ | ២ | ២ | ៣ | ៣០ | ៣២ | ៥២ | ៤ | | |
| ១៦ | រតនៈគីរី | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១៥ | ១១ | ១៦ | ១៨ | | |
| ១៧ | សៀមរាប | ៤ | ៤ | ៥ | ៤ | ៤ | ៥ | ៥៧ | ៦០ | ១០៩ | ០ | | |

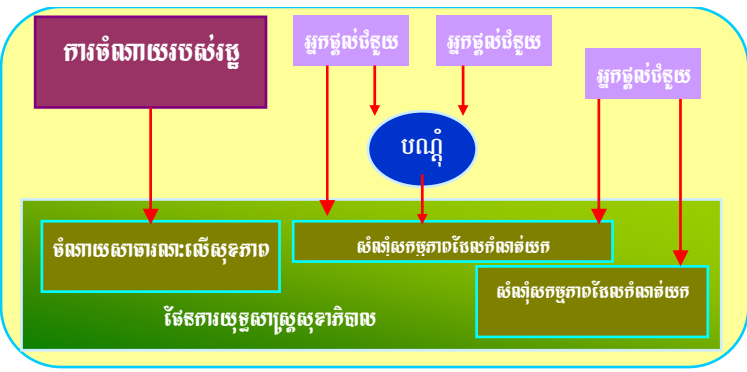
| | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|--------------|-----------|
| ១៨ | ក្រុងព្រះសីហនុ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១១ | ១១ | ២៩ | ១ |
| ១៩ | ស្ទឹងត្រែង | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១០ | ១០ | ១៤ | ៣ |
| ២០ | ស្វាយរៀង | ៣ | ៣ | ៣ | ៣ | ៣ | ៣ | ៣៧ | ៣៧ | ៦១ | ០ |
| ២១ | តាកែវ | ៥ | ៥ | ៥ | ៥ | ៥ | ៥ | ៧០ | ៧២ | ១០៤ | ២ |
| ២២ | ឧត្តរមានជ័យ | ០ | ១ | ១ | ០ | ១ | ២ | ០ | ១៤ | ១៥ | ០ |
| ២៣ | ក្រុងកែប | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ១ | ៤ | ៤ | ៥ | ០ |
| ២៤ | ក្រុងប៉ៃលិន | ០ | ១ | ១ | ០ | ១ | ១ | ០ | ៥ | ៥ | ០ |
| សរុប | | ៧១ | ៧៧ | ៩០ | ៦៥ | ៧៤ | ៨៩ | ៩១៣ | ៩៥៧ | ១.៦៩៧ | ៩៥ |

៣. អភិបាលកិច្ចជំនួយ ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន និងវិស័យសេដ្ឋកិច្ច

សេចក្តីប្រកាសក្រុងព្រះសីហនុ ស្តីអំពីប្រសិទ្ធភាពនៃជំនួយ ត្រូវបានអនុវត្តតាមរយៈ ផែនការសុខដុមនីយកម្ម ការតម្រៀបតម្រូវដើម្បីលទ្ធផលរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។ ផែនការនេះបានចាត់ទុកភាពម្ចាស់ការជាសសរទ្រង់នៃការគ្រប់គ្រងជំនួយមានប្រសិទ្ធភាព។ វឌ្ឍនភាពក្នុងការពង្រឹងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នៅឆ្នាំ២០០៦និងដើមឆ្នាំ២០០៧ អំពាវនាវឱ្យមានសកម្មភាពច្បាស់លាស់ សំរាប់ពង្រឹងការផ្សារភ្ជាប់ការងារវិនិយោគប្រឹងប្រែងដើម្បីប្រសិទ្ធភាពនៃជំនួយ ទៅនឹងសមិទ្ធផលដែលជាលទ្ធផលនៃការអភិវឌ្ឍន៍។

ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍បច្ចុប្បន្នកំពុងគាំទ្រក្រសួងសុខាភិបាល ក្នុងការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលក្នុងក្របខណ្ឌនៃអភិក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យដែលបានប្រកាន់យកដោយក្រសួងសុខាភិបាលកាលពីឆ្នាំ២០០០។ មានការអះអាងថា អភិក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យបានទទួលជោគជ័យនៅក្នុងការស្ថាបនាគ្រឹះសំរាប់ការសំរាប់សំរួលមានប្រសិទ្ធភាពនៅ

រូបភាព ២: វិធីសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទានដល់វិស័យសុខាភិបាល



ក្នុងវិស័យនេះបីជាបែបបទនៃការប្រព្រឹត្តទៅមានសភាពយឺតយ៉ាវជាងការរំពឹងទុកក៏ដោយ។ ក្នុងបរិបទខាងលើនេះ ក្រសួងសុខាភិបាលទទួលបានស្គាល់ពីសារៈសំខាន់នៃការពង្រឹងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាមួយដៃគូក្រៅប្រទេស ហើយឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងសកម្មភាពរបស់ ផ.យ.ស.២ តាមរយៈសមាសភាគយុទ្ធសាស្ត្រមួយ ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់សុខដុមនីយកម្មនិងការតម្រៀបតម្រូវដើម្បីលទ្ធផល។ រូបភាព២ បង្ហាញអំពីទិដ្ឋភាពរួមនៃយន្តការផ្តល់មូលនិធិគ្រប់ប្រភពទាំងអស់ដល់អាចមានដល់វិស័យសុខាភិបាល ហើយដែលបានប្រកាន់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល (លិខិតផ្លូវការរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលជូនដៃគូសុខាភិបាល: ការសំរេចចិត្ត

អំពីជំរើសសំរាប់ដំណើរឆ្ពោះទៅកាន់អភិក្រមបើកទូលាយទូទាំងវិស័យនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល២៣មិនា ២០០៧) ។

ការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ ផ្តល់កាលានុវត្តភាពដ៏ធំធេង ដើម្បីលើកតម្កើងភាពម្ចាស់ការរបស់ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាលើវិស័យសុខាភិបាល ប៉ុន្តែក៏នាំមកនូវបញ្ហាប្រឈមមុខដល់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលក្នុង ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័នបន្តទៅមុខទៀត។ បើសិនសេវាសុខភាពដែលផ្តល់ត្រូវតែមានគុណភាពខ្ពស់នៅចំពោះ មុខរបស់ក្តីផ្នែកថវិកា នោះទាមទារឱ្យមានសមត្ថភាពគ្លីនិក និងសមត្ថភាពគ្រប់គ្រងកាន់តែល្អ ប្រសើរ ឡើង រួមទាំងប្រព័ន្ធនានាផងដែរដើម្បីគ្រប់គ្រងថវិកានិងបុគ្គលិក។ លើសពីនេះទៀត សមត្ថភាពថ្មីរបស់ ស្ថាប័ននិងតំរូវឱ្យមាន ដែលជាលទ្ធផលនៃការផ្លាស់ប្តូររស់ខាន់ៗនៃតួនាទី និងមុខងាររបស់នាយកដ្ឋាន អង្គភាពថ្នាក់កណ្តាល មន្ទីរសុខាភិបាល ខេត្ត-ក្រុង ស្រុក និងសហគមន៍ នៅក្រោមកម្មវិធីវិមជ្ឈការ និង វិសហមជ្ឈការ។ មានការឯកភាព ជាទូទៅថាការផ្លាស់ប្តូររចនាសម្ព័ន្ធស្ថាប័ននិងមិនអាចកើតចេញជា រូបរាងបានឡើយ ដរាបណាគ្មានការរៀបចំនិងចាត់ចែងគ្រឿងលើកទឹកចិត្ត ត្រឹមត្រូវ។ បញ្ហាប្រឈមមុខ ទាំងអស់នេះផ្តល់បរិបទសំរាប់ការតាំងចិត្តដ៏មោះមុតនៅក្នុងអំលុងពេល ផ.យ.ស.២ ដើម្បីការវិនិយោគ លើការគ្រប់គ្រងឱ្យល្អប្រសើរនិងក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ប្រព័ន្ធស្ថាប័នរយៈពេលយូរអង្វែង។

សារៈសំខាន់នៃការពង្រឹងស្ថាប័ននិងអាចសំរេចបាន តាមរយៈការបង្កើនចំនួនអង្គភាពក្នុងវិស័យ សុខាភិបាលដែលដំណើរការប្រព័ន្ធមានប្រសិទ្ធភាព (ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធត្រឹមត្រូវ) ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់មុខងារៈ កសាងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ផែនការប្រតិបត្តិ ការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក ការគ្រប់គ្រងផលិតកម្មសេវា (ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការគ្រប់គ្រងគុណភាពនិងការ គ្រប់គ្រងកិច្ចសន្យា (នៅកន្លែងណាដែលមាន) ការគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អង្គភាព។

៤. ការពិនិត្យវាយតម្លៃវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០០៧

ការពិនិត្យឡើងវិញវិស័យសុខាភិបាលនៅឆ្នាំ២០០៧ បញ្ជាក់ថាវិស័យសុខាភិបាលនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ សុខាភិបាល២០០៣-២០០៧(ផ.យ.ស.១) ថាជាព្រឹត្តិការណ៍ដ៏គួរឱ្យយកចិត្តទុកដាក់សំរាប់វិស័យសុខា ភិបាលនៅកម្ពុជា។ ការពិនិត្យឡើងវិញនេះរួមបញ្ចូលនូវកំរងនៃការពិនិត្យវាយតម្លៃមួយចំនួន ដូចជាការ ពិនិត្យវាយតម្លៃៈបច្ចេកវិទ្យាឆ្នុប ការគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យ កិច្ចសន្យាសេវា និងការពិនិត្យ ពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃគំរោងទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល។ ការពិនិត្យឡើងវិញវិស័យសុខាភិបាលនេះមាន បំណងវាស់វែងវឌ្ឍនភាព ក្នុងការឆ្ពោះទៅសំរេចគោលបំណង និងគោលដៅនៃផ.យ.ស.១ និងគំរោង ទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាលដកស្រង់មេរៀន និងបទពិសោធន៍ចេញពីការអនុវត្តក្នុងអំលុងពេល៥ឆ្នាំ ដើម្បី អភិវឌ្ឍជំរើសគោលនយោបាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ការដាក់ចេញនូវផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥(ផ.យ.ស.២)។

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យវាយតម្លៃនេះ និងបន្តសារជាថ្មីនូវវិស័យវិស័យសុខាភិបាល និងការ អភិវឌ្ឍន៍ ផ.យ.ស.២ ស្របតាមចក្ខុវិស័យនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ(ផ.យ.អ.ជ)។

៤.១ លទ្ធផលសុខភាពនិងការប្រើប្រាស់សេវា

ការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពមានការរីកចម្រើនក្នុងអំឡុងពេលនៃផ.យ.ស.១ វឌ្ឍនភាពនេះឈានចេញពីកំរិតទាបនៃខ្សែបន្ទាត់គ្រាដើម (តារាង៣និងរូបភាព៣) ថ្វីត្បិតតែមានភាពប្រសើរជាងពេលមុន ក៏កំរិតនៃការប្រើប្រាស់សេវាសាធារណៈ

ស្ថិតនៅឆ្ងាយពីអ្វី ដែលជាតំរូវការចាំបាច់ ដើម្បីសំរេចបានលទ្ធផលសុខភាពល្អ។ មានសញ្ញានៃអតុល្យភាពតាមតំបន់ក្នុងការប្រើប្រាស់សេវា និងរវាងទីប្រជុំជនធំៗនិងតំបន់ជនបទ។

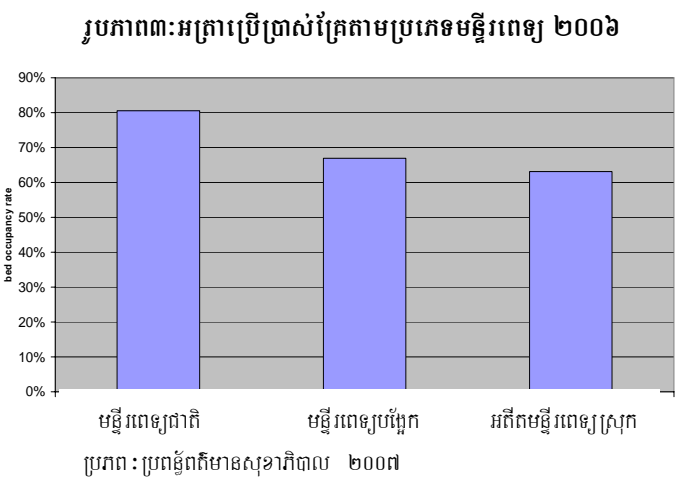
តារាង៣: ការពិគ្រោះជំងឺនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ

| ឆ្នាំ | ថ្នាក់ខេត្ត | មន្ទីរពេទ្យជាតិ | ចំនួនពិនិត្យក្នុងម្នាក់ |
|-------|-------------|-----------------|-------------------------|
| ២០០២ | ៤.៥៩៥.៩៣៩ | ២៣៣.៦៥០ | ០,៤០ |
| ២០០៣ | ៤.៥៩៧.៨៧៦ | ៣៦៨.៥១៧ | ០,៣៩ |
| ២០០៤ | ៥.៣៨៨.៨៨៥ | ៥២៦.៣០៣ | ០,៤០ |
| ២០០៥ | ៦.២៥៤.៧២៦ | ៦៩៧.៦៤៦ | ០,៥០ |
| ២០០៦ | ៧.៥១០.៥៥៨ | ៨៨៦.៨៩៥ | ០,៦០ |
| ២០០៧ | ៧.៣៦១.៣៩៤ | ៩៧៨.៥២៤ | ០,៥១ |

ប្រភព: ប្រព័ន្ធត័មានសុខាភិបាល ២០០៧

នៅក្រោមផ.យ.ស.១ បញ្ហាសុខាភិបាលចំបងៗដូចជា សមធម៌និងគួរឱ្យកត់សម្គាល់នៃវិស័យឯកជននៅមិនទាន់បញ្ឈប់បាន គ្រប់គ្រាន់ ទៅក្នុងបែបបទផែនការវិនិយោគនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន។

ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព២០០៥ (អ.ប្រ.ស.០៥) បានបង្ហាញអំពីភាពប្រសើរឡើងនៃការគ្របដណ្តប់នៃសេវាសុខភាពមាតានិងកុមារ(តារាង៤) វឌ្ឍនភាពបានកើតមានលើផ្នែកសុខភាពមាតា ទោះជាដូច្នោះក៏អត្រាស្លាប់របស់មាតានៅមានកំរិតខ្ពស់មិនអាចទទួលយកបានដោយសារតែការប្រើប្រាស់សេវាសំខាន់ៗនៅទាប ពិសេសនៅតំបន់ជនបទ។



ការស្លាប់នៃមាតាគឺជាបញ្ហាអន្តរវិស័យដែលរងឥទ្ធិពលពីកំរិតនៃការអប់រំអនកូរកម្ម ការអភិវឌ្ឍន៍ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ និងកំរិតនៃការ

ចូលរួមរបស់ស្ត្រីព្រមទាំងបញ្ហាសមធម៌ផ្នែកយែនឌ័រ។ មរណៈភាពមាតាត្រូវបានទទួលស្គាល់ជាទូទៅថាជាប្រភេទសុខភាពមួយនៃប្រព័ន្ធនៃការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥

តារាង៤: សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពមាតា-ទារក

| សូចនាករសំខាន់ | ២០០០ | ២០០៥ | ២០០៧ |
|---|------------|------------|-----------|
| ការសំរាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | ១០% | ២២% | |
| ការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល | ៣២% | ៤៤% | ៤៦% |
| ការពិនិត្យថ្លៃពោះមុនសំរាល ២ ដង | ៣៨% | ៦៩% | ៦៨% |
| ការចាក់ថ្នាំបង្ការគោរពលទ្ធផលលើស្ត្រីមានថ្លៃពោះ | ៤៥% | ៧៧% | ៥០% |
| ស្ត្រីរៀបការកំពុងប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប | ១៨,៥% | ២៧,២% | ២៧% |
| អត្រាមរណៈរបស់មាតា | ៤៣៧ | ៤៧២ | ១៤ |

ប្រភព: ២០០០និង២០០៥ :អ.ប្រ.ស. ២០០២/០៧ : ប្រព័ន្ធត័មានសុខាភិបាល

សុខាភិបាល ហើយតម្រូវឱ្យបន្តការ យកចិត្តទុកដាក់ និងធ្វើសកម្មភាព នៅក្នុងផ.យ.ស.២ ។
 ការពិនិត្យវាយតម្លៃបានកត់សំគាល់អំពីឆន្ទៈនយោបាយដ៏រឹងមាំក្នុងការដោះស្រាយ
 បញ្ហាមរណៈភាពមាតា ហើយថែមទាំងបានកត់សំគាល់ថា អន្តរាគមន៍ជាក់ស្តែងប្រសើរនានាកំពុងត្រូវ
 បានអនុវត្ត ហើយការសាកល្បងកំពុងតែប្រព្រឹត្តទៅ។ ទោះជាដូច្នោះក្តី ភាពឈ្នះនិងមិនអាចទទួលបានទេ
 បើគ្មានការកើនឡើងជាអតិបរមានៃការប្រើប្រាស់សេវាទាំងអស់។

មាសវឌ្ឍនភាពធំធេងក្នុង ការលើកស្ទួយស្ថានភាពសុខភាពកុមារ(តារាងទី ៥) ។ អ.ប្រ.ស.០៥
 បានបង្ហាញពីការថយចុះយ៉ាងខ្លាំងនៃអត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំនិងក្រោម៥ឆ្នាំ។ ទោះជាដូច្នោះ
 ក្តី ប្រទេសកម្ពុជាចាំបាច់ត្រូវប្តេជ្ញា
 បន្តការខិតខំប្រឹងប្រែងខ្លាំងក្លា
 ថែមទៀតដើម្បីឈានទៅសំរេច
 គោលដៅអភិវឌ្ឍសហសវត្សទី
 ៤ នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥។

តារាងទី៥: សេវាសុខភាពកុមារ

| សូចនាករសំខាន់ | ២០០០ | ២០០៥ | ២០០៧ |
|--|------------|-----------|------|
| កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំទទួលបានបង្ការពេញលេញ | ៣១,៣% | ៦០% | ៧២% |
| ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រសមាហរណកម្មការគ្រប់គ្រងជម្ងឺកុមារ | | ៤៥ | ៥៣៣ |
| | | (២០០២) | |
| ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភកុមារអាយុ៥ឆ្នាំ | | | |
| ក្រិនស្តមស្តាំងកំរិតរ៉ាំរ៉ៃ | ១៥% | ៧% | |
| ក្រិនស្តមស្តាំងកំរិតមធ្យម | ៤៥% | ៣៧% | |
| កង្វះទំរាម | ៤៥% | ៣៦% | |
| អត្រាស្លាប់ទារកនៅពេលកើត | ៣៦ | ២៨ | |
| អត្រាស្លាប់ទារកនៅក្រោយពេលកើត | ៥៨ | ៣៧ | |
| អត្រាស្លាប់កុមារអាយុក្រោម ១ ឆ្នាំ | ៩៥ | ៦៦ | |
| អត្រាស្លាប់កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ | ១២៤ | ៨៣ | |
| ប្រភព : ២០០០និង២០០៥ : អ.ប្រ.ស. ២០០២/២០០៧ : ប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យសុខាភិបាល | | | |

សំរេចឱ្យបាននៅក្នុងអំឡុងពេលនៃផ.យ.ស.២ ។ បញ្ហាជាមូលដ្ឋាន គឺកំរិតទាបនៃការប្រើប្រាស់សេវា
 សុខភាពទាំងសេវាមូលដ្ឋាន និងសេវាបង្កប់ដែលផ្តល់ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល តាមមណ្ឌលសុខភាព
 និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ ម្យ៉ាងវិញទៀត កំរិតបច្ចុប្បន្ននៃការផ្តល់សេវាសុខភាព គឺនៅទាបជាងកំរិតដែល
 ពណ៌នាដោយផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល។

ការបង្កើនតម្រូវប្រើប្រាស់សេវាគឺជាអាទិភាពមួយ និងបន្ទាន់បំផុតសំរាប់កម្មវិធីសុខភាពមាតា-
 កុមារ។ បើសិនតម្រូវការត្រូវបានបង្កើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងតាមកម្មវិធីនេះ ការរំពឹងទុកគឺថាកំណើនតម្រូវការ
 នេះនឹងបន្ត រាលដាល ទៅកាន់កម្មវិធីសុខភាពដទៃទៀត ដែលនឹងបង្កើតឱ្យមានវឌ្ឍនភាពនៅគ្រប់កម្មវិធី
 សុខភាពទាំងអស់ ហើយបើសិនជា ឥរិយាបថនៃការស្វែងរកការថែទាំសុខភាពដែលជាបញ្ហាកម្រិតត្រូវបាន
 ដោះស្រាយនិងបញ្ឈប់ទៅក្នុងគុណភាពសេវាពិសេសសេវាសុខភាពមាតាកុមារ មធ្យោបាយនេះអាចធ្វើ
 ឱ្យសំរេចបានលទ្ធផលសេវាដ៏ល្អប្រសើរក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លងនិងជំងឺមិនឆ្លង។ ទោះជាដូច្នោះក្តី ការ
 ពង្រីកសេវានិងនៅតែជួប ឧបសគ្គ ដរាបណាបញ្ហាហិរញ្ញប្បទានវិស័យសុខាភិបាលនៅតែមិនត្រូវបានដោះ

ស្រាយ។ វឌ្ឍនភាពក្នុងផ្នែកនេះទាមទារឱ្យមានការរៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធវិស័យ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំង កម្មវិធីសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ ព្រមទាំងការលើកស្ទួយការចូលរួមនិងការសំរេចសំរួលការងារ របស់ដៃគូទាំងអស់។

អ.ប្រ.ស.០៥ បានបង្ហាញពីការថយចុះប្រេវ៉ាឡង់HIV មកនៅត្រឹម ០.៦% គឺប្រមាណ ១/៣ នៃការប៉ាន់ស្មានដំបូងសំរាប់ឆ្នាំ២០០៥។ លទ្ធផលនេះបានដាក់ប្រទេសកម្ពុជាក្នុងចំណោមប្រទេសមួយចំនួន តូចក្នុងពិភពលោកដែលសំរេចបានគោលដៅចំណុចឆ្នាំ២០០៥។ អន្តរាគមន៍នៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេងដ៏ វិស័យបាន នាំឱ្យអត្រាព្យាបាលជាសះស្បើយមានកំរិតខ្ពស់បំផុត តាមរយៈវិធីសាស្ត្រព្យាបាលដោយ ពិនិត្យផ្ទាល់ (Directly Observed Treatments) ត្រូវបានពង្រីកទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាពទូទាំងប្រទេស (តារាង៦)។

មានព័ត៌មានមិនគ្រប់គ្រាន់ស្តីអំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ននៃជំងឺមិនឆ្លងទាក់ទងទៅនឹងការប្រើប្រាស់សេវា និងការប្រែប្រួលទៅតាមពេលវេលា។ មានការរំពឹងគិតថាកំណើនសេដ្ឋកិច្ចយ៉ាងឆាប់រហ័សនិងការផ្លាស់ ប្តូរអំពីរបៀបនៃការរស់នៅនិងនាំ

| សូជនាករសំខាន់ៗ | តារាងទី៦: សេវាប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ | | |
|---|-------------------------------|------|---------|
| | ២០០៣ | ២០០៥ | ២០០៧ |
| ប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍លើមនុស្សអាយុ១៥-៤៩ឆ្នាំ | | ០,៦% | |
| អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រើប្រាស់ឱសថព្យាបាលជីវិត | ៣៩២ | | ២៥៥.៣៥៣ |
| អត្រាជាសះស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង | >៨៥% | | >៨៥% |
| អត្រាស្រាវជ្រាវករណីរបេង យកវិញ្ញាបនបត្រ | ៦០% | | ៦៥.៤% |
| អាំងស៊ីដង់ត្រូវបានចាញ់ក្នុងប្រជាជន១០០០នាក់ រាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | ៩,៦% | | ៤,២% |
| ករណីស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រជាជន១០០នាក់ | ៩,៩៦% | | ៧,៩% |
| មណ្ឌលប្រឹក្សា ពិនិត្យឈាម ដោយស្ម័គ្រចិត្ត រក្សាការសំអាត | ៣៧ | | ១៩៧ |

ប្រភព: ២០០៥: អ.ប្រ.ស. ២០០៧/២០០៧: ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល
 ទុកដាក់លើជំងឺមិនឆ្លង ហើយការខិតខំប្រឹងប្រែងបន្តទៅមុខទៀតនិងកំណត់បានកាន់តែច្បាស់អំពីតំរូវការនា ពេលអនាគតនិងផលប៉ះពាល់ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។

៤.២ បរិញ្ញប្បទានសុខាភិបាល

ដូចជាបណ្តាប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ដទៃទៀតដែរ បរិញ្ញប្បទានសុខាភិបាលនៅកម្ពុជាគឺគ្របដណ្តប់ ដោយការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅផ្ទាល់។ ប្រៀបធៀបនឹងប្រទេសជិតខាងសមាមាត្រដ៏ធំនៃការចំណាយលើ សុខភាពនៅកម្ពុជាស្ថិតជាបន្ទុកគ្រួសារផ្ទាល់។ ការចំណាយសរុបលើសុខភាពសំរាប់ប្រជាជនម្នាក់ក្នុង មួយឆ្នាំនៅឆ្នាំ២០០៥ គឺ៣៧ដុល្លារ ក្នុងនេះ៦៨% (២៥ដុល្លារ) គឺប្រាក់ហោប៉ៅ ខណៈពេលដែល ២២% ផ្តល់ដោយម្ចាស់ជំនួយ និង១០%ពីក្រសួងសុខាភិបាលដែលតំណាងឱ្យ (១០-១២%) នៃការវិភាជន៍ថវិកា ខ្ពស់ពីរដ្ឋាភិបាល។

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសំរាប់ប្រជាជនម្នាក់គឺ ៤៣០ដុល្លារ ក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ហើយបានកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅនេះ។ អត្រាកំណើនសេដ្ឋកិច្ចកូរស៊ុបស្វែងជាមធ្យម ៨% ក្នុងមួយឆ្នាំក្នុងអំឡុងពេលទសវត្សចុងក្រោយនេះ ដែលនាំទៅសំរេចបានការកាត់បន្ថយ ក្រីក្រជាមធ្យម ១,៥% ក្នុងមួយឆ្នាំ។ ទោះជាដូច្នោះក្តី ៣៤,៧១% នៃប្រជាជនរស់នៅក្រោមបន្ទាត់នៃភាពក្រីក្រ គឺចំណូលប្រចាំថ្ងៃពី ០.៤៦-០.៦៣ដុល្លារ។ ការប៉ាន់ស្មានថ្មីៗបង្ហាញថា កំរិតមធ្យមនៃភាពក្រីក្រ គឺចុះទាបជាងពីពេលមុន ប៉ុន្តែគំលាតកាន់តែខ្លាំងរវាងអ្នកមាននិងអ្នកក្រ (World Bank recent poverty assessment) ។ គ្រួសារក្រីក្រមិនអាចទ្រាំទ្របាននឹងការចំណាយលើសុខភាពហើយគ្រួសារជាច្រើនទៀតដែលជាផ្លូវការមិនស្ថិតនៅក្រោមបន្ទាត់ភាពក្រីក្រ ក៏នៅតែខ្វះសាច់ប្រាក់។ ការចំណាយលើសុខភាពអាចជំរុញឱ្យគ្រួសារទាំងនេះធ្លាក់ចូលទៅក្នុងភាពក្រីក្រ។ ផ.យ.ស.១ បានបង្ហាញពីវឌ្ឍនភាពគួរឱ្យយកចាប់អារម្មណ៍ គឺជាការថយចុះថ្លៃក្នុងមួយឯកតា ក្នុងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព ជាមួយនិងការកើនឡើងនៃ ប្រាក់ចំណូលធ្វើឱ្យសេវាថែទាំសុខភាពកាន់តែអាចបង់ថ្លៃបាន ហើយមិនទំនងជាមូលហេតុនាំទៅរកភាពក្រីក្រទុរគតិ។ ទន្ទឹមពេលជាមួយគ្នានេះ ការអនុវត្តន៍សាកល្បងទំរង់ធានារ៉ាប់រង សង្គមនាដំណាក់កាលដំបូងបង្ហាញលទ្ធផលដូចដែលចង់បានសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ទំរង់បុរេបង់ថ្លៃ។ ផ្លូវដើរដ៏ទូលំទូលាយឆ្ពោះទៅកាន់ការគ្របដណ្តប់ជាសកល តាមរយៈការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម ត្រូវបានកំណត់ច្បាស់នៅក្នុងផែនការមេនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម។

ថវិកាជាតិចំណាយចរន្តត្រូវបាន បង្កើនឡើងរហូតដល់ ៦៧% នៅឆ្នាំ២០០៧ បើប្រៀបធៀបនិង ថវិកាឆ្នាំ២០០៣ (រូបភាព៤) ។ កំណើននេះ បានប្រព្រឹត្តទៅនៅក្នុងកំណើននៃការ ចំណាយសាធារណៈ ទាំងមូល ។ ការវិភាជន៍ ថវិកាមាននិទ្ទាការឈរលើមូលដ្ឋាននៃតំរូវ ការជាទូទៅខេត្តដែល ក្រទទួលបានវិភាជន៍ ថវិកាខ្ពស់សំរាប់ប្រជាជនម្នាក់ ។



ជាក់ស្តែងចំនែកថវិកាដែលធ្លាក់ទៅដល់ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅមានកំរិតទាបនៅឡើយ មួយផ្នែកដោយសារតែ ឧបសគ្គ ផ្នែកការគ្រប់គ្រង ហិរញ្ញវត្ថុ។ និទ្ទាការក្នុងទិសដៅធ្វើអំណាចឱ្យទៅខេត្ត-ក្រុងក្នុងការត្រួតត្រា និងការគ្រប់គ្រងថវិកា និងបង្កើនវិភាជន៍ធនធាននិងពង្រឹងដល់ទិសដៅហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលគាំទ្រដល់ជន ក្រីក្រ ។

លំដាប់នៃកំណែទំរង់ គ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុសាធារណៈ គប្បីរួមចំណែកដល់ការគ្រប់គ្រងការចំណាយ សាធារណៈ ឱ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពថែមទៀត ។ ការប្រតិបត្តិថវិកាមានភាពជឿនលឿនជាលំដាប់ដោយ បញ្ចេញបរិយាណសាច់ប្រាក់ខ្ពស់និងទាន់ពេលវេលា។ ទោះជាដូច្នោះក្តីក៏នៅមានវិសាលភាពសំរាប់ការកែ លំអឱ្យកាន់តែ ប្រសើរឡើយទៀត ។ បរិយាណសរុបនៃការចំណាយរបស់រដ្ឋលើសុខភាពនិងធនធានដែល

អាចរកបានគឺមានល្អ គ្រប់គ្រាន់ដើម្បីសំរេចបានគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្ស។ ទោះជាដូច្នោះក្តីការវិភាជន៍សេដ្ឋកិច្ចនៃធនធានទាំងអស់នេះអាចងាករេ ជាមួយនឹងការពឹងផ្អែកហួសហេតុពីប្រភពឯកជន និងពីសេវានិងការរួមវិភាគទានតិចតួចពីវិស័យសាធារណៈ។ សេចក្តីត្រូវការដែលជាបច្ចុប្បន្នសំខាន់ គឺការពារជនក្រីក្រ និងបង្វែរទិសដៅចេញពីការចំណាយដោយប្រាក់ហោប៉ៅផ្ទាល់ទៅរកយន្តការបុរេបង្កើត និងយន្តការវិស័យសង្គម។

៤.៣ ភាពត្រឹមត្រូវនិងសមធម៌

សុខភាពទន់ខ្សោយនិងភាពក្រីក្រមានទំនាក់ទំនងគ្នាយ៉ាងជិតស្និទ្ធនៅកម្ពុជា។ មានករណីជាច្រើនដែលគ្រួសារក្រីក្រមិនអាចទ្រាំទ្របាន ក្នុងការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ហើយងាកទៅពឹងផ្អែកលើ គ្រូបូរាណ និងអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ដែលគ្មានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (ជារឿយៗតែងមានគ្រោះថ្នាក់)។ អត្រានៃការព្យាបាលមានភាពប្រែប្រួលយ៉ាងខ្លាំង អាស្រ័យលើទីកន្លែងរស់នៅ និងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមរបស់អ្នកជំងឺ។ ដោយប្រមាណមួយភាគបី នៃប្រជាជនសរុបក្រពេកមិនអាចបង់ថ្លៃសេវាបានក្នុងវិស័យសាធារណៈ ព្រមទាំងក្នុងវិស័យឯកជន ដូច្នោះផែនការហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល

តារាងទី៧: ការគ្របដណ្តប់នៃយន្តការហិរញ្ញប្បទាន

| | ២០០៧ |
|--|---------------------------|
| ចំនួនកម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌កំពុងអនុវត្តន៍ | ៤៥ |
| នៅស្រុកប្រតិបត្តិ | ៣៩ |
| នៅមន្ទីរពេទ្យជាតិ | ៦ |
| ចំនួនករណីគ្របដណ្តប់ដោយមូលនិធិសមធម៌ | ២៤៦.៥៩៨ |
| ចំនួនករណីលើកលែងការបង់ថ្លៃ | ១.៣០០.០២៥ |
| ចំនួនគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ | ៩ ក្នុង ៩ ស្រុកប្រតិបត្តិ |
| ចំនួនអ្នកទទួលបានផលពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ | ៤៥.២៨២ |

ប្រភព: របាយការណ៍ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលឆ្នាំ ២០០៧

ជាតិ ត្រូវតែផ្តល់វិធានការគាំពារសង្គមឱ្យបានសមស្របនិងគួរជាទីពេញចិត្ត រួមទាំងសំណាញ់សុវត្ថិភាពសង្គមដទៃទៀត។ បច្ចុប្បន្នការគាំពារនេះត្រូវបានផ្តល់ តាមរយៈប្រព័ន្ធលើកលែងការបង់ថ្លៃ និងមូលនិធិសមធម៌។ តំរូវការចាំបាច់ គឺដាក់បញ្ចូលនិងពង្រីកយន្តការទាំងអស់នេះទៅក្នុងក្របខណ្ឌជាតិ ហើយអភិវឌ្ឍប្រព័ន្ធបាយថ្មីនានាដើម្បីគាំពារអ្នកក្រីក្រ។ បទពិសោធន៍អំពីមូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ នៅដំណាក់កាលដំបូងបានបង្ហាញពីការប្រឹងប្រែង ដើម្បីបន្ថយជាអប្បបរមានូវឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុដែលអ្នកជំងឺជួបប្រទះ។ មូលនិធិសមធម៌បច្ចុប្បន្នភាគច្រើន ផ្តល់មូលនិធិដោយប្រទេសផ្តល់ជំនួយ ទោះជាដូច្នោះក្តីរាជរដ្ឋាភិបាលបានវិភាជន៍ថវិកាជាតិ ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់កម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌។

៤.៤ ធនធានមនុស្សវិស័យសុខាភិបាល

ទោះជាបានអនុវត្តសកម្មភាពមួយចំនួន ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាជ្រើសរើសការរក្សាទុកឆ្នប និងបញ្ហាប្រឈមមុខក្នុងការពង្រាយបុគ្គលិករវាងទីប្រជុំជននិងជនបទក្តី ក៏កង្វះឆ្នបនិងការពង្រាយឆ្នបនៅតែជាបញ្ហា លើកលែងតែការជ្រើសរើសនិងសមត្ថភាពនៃការបណ្តុះបណ្តាលត្រូវបានបង្កើនខ្លាំងឡើង ពីឆ្នាំ ២០០៨-២០១៥ ដែលកង្វះបុគ្គលិកអាចកើតមានកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ក្នុងពេលជាមួយគ្នានេះចាំបាច់ត្រូវកែលម្អគុណភាពនៃការបណ្តុះបណ្តាលឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងថែមទៀត ។

ការពិនិត្យវាយតម្លៃបច្ចេកវិទ្យាឆ្នបបង្ហាញ ពីកិរិយាសមត្ថភាពមិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងចំណោមឆ្នបបឋម ។ លើសពីនេះការពង្រាយឆ្នបបឋមនៅតាមតំបន់ជនបទ គឺមិនអាចឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការផ្នែកសុខភាពទូទៅឡើយ ពិសេសសុខភាពកុមារ ។ តំបន់ជនបទត្រូវការឱ្យមានប្រភេទបុគ្គលិកពហុជំនាញ ដូចជាឆ្នបគិលានុប្បដ្ឋាក-យិកាមធូមជាដើម រីឯបុគ្គលិកពហុជំនាញដែលមានចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការកិច្ចពហុជំនាញធំទូលាយ ។

ការផ្តល់និយមន័យដ៏ចង្អៀតដល់អ្នកជួយសំរាលកូនមានជំនាញថាជាឆ្នប គឺមិនបានគិតដល់ឱកាសនៃការប្រើប្រាស់ជំនាញរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត និងគិលានុប្បដ្ឋាកមានជំនាញផ្នែកសម្បត្តិ ដើម្បីសេវាសំរាលកូនទេ ។ ឆ្នបជាច្រើននិងបុគ្គលិកវិជ្ជាជីវៈដទៃទៀតដែលបំរើការទាំងក្នុងផ្នែកសាធារណៈ ព្រមទាំងឯកជនមិនបានកត់ត្រាគ្រប់គ្រាន់ ។

ទំនាក់ទំនងរវាងការផ្តល់សេវាក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន ចាំបាច់ត្រូវតែបន្តដោះស្រាយនៅក្នុង ផ.យ.ស.២ ពិសេសបញ្ហាអតុល្យភាពនៃប្រព័ន្ធលាភាពការរវាងវិស័យទាំងពីរនេះ ។ លទ្ធផលពីការសិក្សាលើកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវាបានបង្ហាញថា ការកែលម្អអាចរឹងមាំនៅពេលដែលអភិក្រមមានលក្ខណៈស្ថាបនាមួយសំរាប់ប្រព័ន្ធលាភាពរបស់បុគ្គលិកត្រូវបានកំណត់ហើយយកទៅអនុវត្ត ។

បទពិសោធន៍នៃកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា និងការគ្រប់គ្រងបានបង្ហាញទៀតថា ការផ្តល់ប្រាក់ចំណូលខ្ពស់ ដល់បុគ្គលិកផ្នែកលើស្នាដៃការងារគឺផ្តល់នូវមធ្យោបាយសំរាប់ការលើកកម្ពស់ឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងដល់រចនាសម្ព័ន្ធគ្រប់គ្រងនិងការផ្តល់សេវានៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងស្រុកប្រតិបត្តិ ។ ដូច្នេះចាំបាច់ត្រូវអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ គ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សដែលមានសមាសភាគបង្កើនបៀវត្ស នៅក្នុងសំណុំក្របខណ្ឌនៃការពង្រឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងបញ្ចូលការកែលម្អផែនការនីយកម្មធនធានមនុស្សការលើកទឹកចិត្ត ពិសេសសំរាប់ការផ្តល់សេវានៅក្នុងតំបន់ដែលពិបាកទៅដល់ និងប្រព័ន្ធបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលបំរើការងារមានប្រសិទ្ធភាពហើយប្រការនេះតំរូវឱ្យមានការរួមវិភាគទានពីដៃគូសុខាភិបាលទាំងអស់ដើម្បីចៀសវាងការបែកខ្ញែក ។

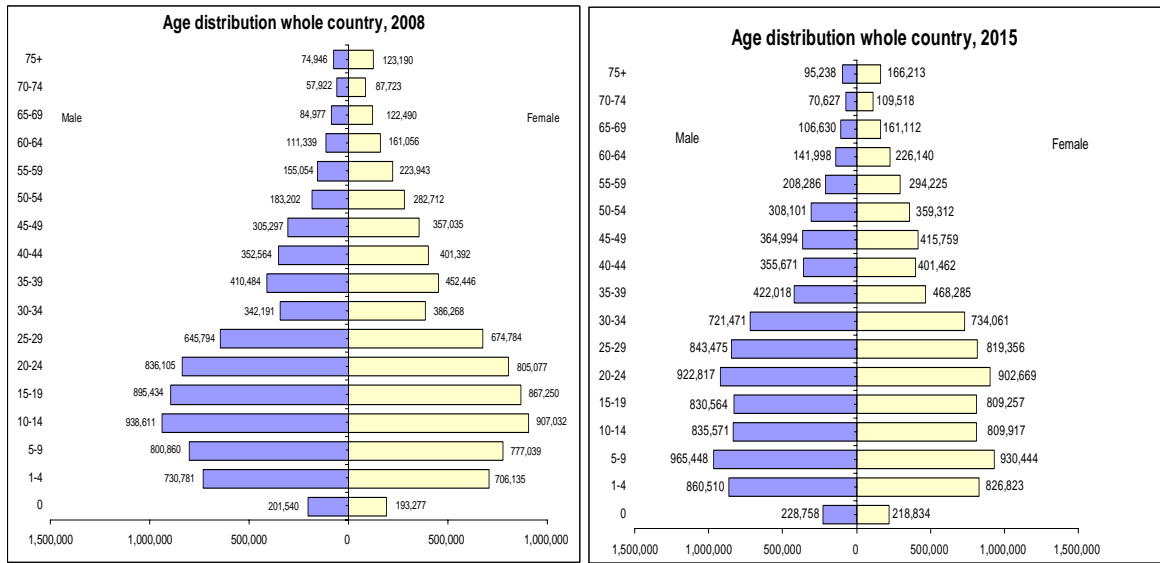
ការពិនិត្យឡើងវិញវិស័យសុខាភិបាលផ្តល់អនុសាសន៍ថា កំណែទម្រង់កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុងត្រូវតែយកមកអនុវត្តតាមវិធីដំបូងឡើយ ។ វិធីសាស្ត្រនេះនឹងបង្កើនការទទួលខុសត្រូវសំរាប់ការអនុវត្តផ.យ.ស.២ ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រលើកទឹកចិត្តតាមស្នាដៃការងារ ។

៤.៥ សុខភាពនិងប្រជាសាស្ត្រក្នុងអន្តរកាល

ការអភិវឌ្ឍន៍ និងការផ្លាស់ប្តូររចនាប្រជាសាស្ត្រយ៉ាងឆាប់រហ័ស ត្រូវបានរំពឹងទុកថានាំមកនូវការវិវត្តន៍នៅក្នុងស្ថានភាពនៃជំងឺចេញពីជំងឺឆ្លងឆ្កោះទៅកាន់ការកើនឡើងនៃប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺមិនឆ្លង ។ ប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺលើសឈាមនិងជំងឺទឹកនោមផ្អែម បាននិងកំពុងកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សជាងការកើនឡើងនៃអាយុកាលដែលបានរំពឹងទុក ។ ជំណាក់ផ្តើមដំបូងនៃជំងឺរ៉ាំរ៉ៃហាក់ដូចជានៅទាបនៅឡើយ ។ ចំនួននៃការស្លាប់និងរបួសដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍កើនឡើង៥០% រវាងឆ្នាំ២០០០និង២០០៥ ។ មានការចាប់អារម្មណ៍ដល់បន្ទុកនៃជំងឺដែលទាក់ទងទៅនឹងភាពបំប្លែងបរិយាកាស អនាម័យខ្សត់ខ្សោយនិងកង្វះទឹកស្អាតប្រើប្រាស់ ។ ទន្ទឹមនឹងនេះ ការលេចឡើងនូវការរាតត្បាតនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនបានក្លាយទៅជាបញ្ហាប្រឈមមុខថ្មីមួយទៀតដល់រាជរដ្ឋាភិបាល ពីព្រោះវាបានជះឥទ្ធិពលដល់បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងបញ្ហាសង្គម ។

ដូច្នេះផលវិបាកចំពោះមុខគឺការលេចឡើងបញ្ហាសុខភាពទាំងក្នុងផ្នែកបង្ការ ការព្យាបាលបន្ទាន់និងការស្តារនីតិវិធីសម្រាប់ដែលនិងទាមទារការវិភាគធនធានបន្ថែមសំរាប់ការធ្វើអន្តរាគមន៍មានប្រសិទ្ធភាព ។

រូបភាព ៥: រចនាសម្ព័ន្ធប្រជាសាស្ត្រ



៤.៦ ការវិវត្តន៍នៃផែនការគ្រូបបណ្តុះសុខាភិបាល

ដូចបានអធិប្បាយនៅក្នុងជំពូក២ ផ.គ.ស ជាឧបករណ៍ផែនការ ដើម្បីត្រួតត្រាយការវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសុខាភិបាល ។

លក្ខណៈពិសេសរបស់ផ.គ.សគឺការផ្លាស់ប្តូរការរៀបចំប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ពីផ្នែកលើចរិតលក្ខណៈរដ្ឋបាលទៅឈរលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចំនួន ប្រជាជនការវិវត្តន៍នៃផ.គ.ស ក្នុងអំឡុងពេលជាង១២ឆ្នាំកន្លងមកនេះ គឺជាលទ្ធផលនៃកត្តាបរិបទមួយចំនួន

| តារាងទី៨: ការអភិវឌ្ឍន៍មូលដ្ឋានសុខាភិបាល | | |
|---|---------|------|
| | ៩៥-២០០៣ | ២០០៧ |
| ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពសង្ឃឹម | ៦៩៤ | ១៣៤ |
| ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពទទួលមិនថ.ស.អ | ៨១២ | ៦៨ |
| ចំនួនអគារសង្ឃឹមក្នុងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក | ៣៤ | ៣ |

ប្រភព : ការពិនិត្យសម្រេចលក្ខណៈសុខាភិបាល២០០៧

ដូចខាងក្រោមនេះ :

- កំណើន ប្រជាជនទៅតាមពេលវេលា នាំឱ្យមានការកើនឡើងតម្រូវការសេវាសុខភាពរួចបង្កើន បន្ទុកការងារនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ។
- ស្ថេរភាពនយោបាយ និងសន្តិសុខទូទាំងប្រទេស បង្កើតទីតាំងយ៉ាងរឹងមាំដល់កំណើនការ វិនិយោគនិងសកម្មភាពលូតលាស់ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច ជំរុញដល់ចំណាកស្រុកពីតំបន់ជនបទទៅ កាន់ទីក្រុង- ប្រជុំជននិងទៅកាន់តំបន់អភិវឌ្ឍន៍ ក៏ដូចជាទៅដល់តំបន់ភូមិសាស្ត្រដែលមិនអាច ទៅដល់បាននៅពេលអភិវឌ្ឍ ផ.គ.ស ជំហូរនៅឆ្នាំ ១៩៩៥ ។
- ការរីកចម្រើនដ៏ខ្លាំងក្លានៃការអភិវឌ្ឍន៍ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធផ្លូវគមនាគមន៍ ផ្តល់លទ្ធភាពងាយ ស្រួលក្នុងការមកទទួលយកសេវារបស់ប្រជាជននៅមណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។
- បច្ចុប្បន្ននេះមានប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងវិស័យឯកជនដ៏សំបូរបែបពិសេសក្នុងរដ្ឋធានីនិងទីប្រជុំ ជនខេត្ត- ក្រុងធំៗ ។

ជាផលបច្ចុប្បន្ន:

- ចំនួនមណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាពតាមខេត្តមួយចំនួន ត្រូវបានបន្ថែមនិងបញ្ជូលទៅក្នុង ប្រព័ន្ធព័ត៌មានវិទ្យា ផ.គ.ស ដែលត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរវាង២ ឆ្នាំម្តង ។
- កំណត់ឡើងវិញតួនាទី និងមុខងាររបស់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក: មន្ទីរពេទ្យបង្អែកត្រូវបានរៀបចំជា ៣ ចំណាត់ថ្នាក់: ស.ស.ប.កំរិត១ ស.ស.ប.កំរិត២ និងស.ស.ប.កំរិត៣ (អធិប្បាយ លំអិតក្នុងសេចក្តីណែនាំអំពីសំណុំសកម្មភាពបង្រួបឆ្នាំ២០០៦) ។
- មណ្ឌលសុខភាពមានគ្រែ (អតីតពេទ្យស្រុកចាស់) ខ្លះត្រូវតំឡើងតួនាទីជាមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ស.ស.ប.កំរិត១ ទន្ទឹមគ្នានឹងការលប់មណ្ឌលសុខភាពមួយចំនួនដែលបានគ្រោង ចេញពី ផ.គ.ស ពិសេសនៅរាជធានីភ្នំពេញនិងទីរួមខេត្តធំៗ ។
- ប៉ុស្តិ៍សុខភាពមួយចំនួនត្រូវបានតំឡើងជាមណ្ឌលសុខភាព ស.ស.អ ។

ការបន្តវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងជាបញ្ហាប្រឈមមុខដ៏ស្រួចស្រាវ បំផុត ។ តារាង១(សង្ខេបផ.គ.ស) បង្ហាញថាចំនួនមណ្ឌលសុខភាពនិងកើនឡើងប្រមាណពី៩៥៧ នៅ ឆ្នាំ២០០៧ ទៅ១.៦៩៧ នៅឆ្នាំ២០១៥ រីឯមន្ទីរពេទ្យបង្អែកនិងកើនឡើងប្រមាណពី ៧៤ ទៅ៨៩ ក្នុង រយៈពេលដូចគ្នានេះ ។ បើសិនអនុវត្តលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យប្រជាជន១០.០០០នាក់ សំរាប់មណ្ឌលសុខភាព មួយ និង១០០.០០០-២០០.០០០នាក់ សំរាប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយករណីនេះ ថ្លៃចំណាយលើការវិនិយោគ គឺត្រូវការយ៉ាងច្រើនសន្ធឹកសន្ធាប់(ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការបំពាក់គ្រឿង ឧបករណ៍ពេទ្យ) ។ដោយសន្មត ថាយុវ័យសង្កាត់មួយត្រូវមានមណ្ឌលសុខភាពមួយ (យុវសង្កាត់រដ្ឋបាលសរុបទូទាំងប្រទេសគឺ១.៦២១) ដូច្នេះ មណ្ឌលសុខភាពថ្មី ចំនួន៦៦៤ ត្រូវការសង់ថ្មី ក្នុងអំឡុងពេលពីឆ្នាំ២០០៨-២០១៥ (ជាមធ្យមត្រូវសង់ មណ្ឌលសុខភាព ៨៣ ក្នុងមួយឆ្នាំៗ) ហើយផលវិបាកបន្តទៀត គឺនៅលើការផលិតចេញធនធានមនុស្ស

សុខាភិបាល។ ផ្អែកតាមលំហាត់សម្មតិកម្មខាងលើ គឺត្រូវការបុគ្គលិកចំនួន៦.៦៤០នាក់ ដើម្បីឆ្លើយតប ទៅនឹងកំរិតចំនួនបុគ្គលិកនៃមណ្ឌលសុខភាពថ្មីទាំងអស់នេះ (យោងតាមសេចក្តីណែនាំអំពី ស.ស.អ ឆ្នាំ ២០០៨ ដែលតម្រូវឱ្យមានបុគ្គលិក១០នាក់ក្នុងមណ្ឌលសុខភាពមួយ) ក្នុងរយៈពេលដូចគ្នា ដោយមិន រាប់បញ្ចូលចំនួនបុគ្គលិកនៅខ្វះបច្ចុប្បន្ន ជំនួសបុគ្គលិកដែលត្រូវចូលនិវត្តន៍ បុគ្គលិកទទួលមរណៈភាព និងបុគ្គលិកជំនាញផ្សេងទៀត ដូចជាបុគ្គលិករដ្ឋបាល គណនេយ្យ។ល។ ជារួមការចំណាយចរន្ត(ឱសថ បរិក្ខារនិងសំភារៈដទៃទៀត ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់ដំណើរការមុខងារមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងនេះ)និងកើនឡើង ជាមួយនិងការវិនិយោគមូលធននេះទៅតាមពេលវេលា។

ដូច្នេះដើម្បីទទួលបានរូបភាពច្បាស់លាស់សំរាប់ការវិនិយោគ ចាំបាច់ត្រូវធ្វើការពិនិត្យមើលសារ ឡើងវិញក្នុងពេលឆាប់ៗនៃផ. គ្រ.សទូទាំងប្រទេស។ ចាំបាច់ត្រូវពិនិត្យមើលលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យឡើងវិញហើយ ការអនុវត្តន៍លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនេះត្រូវតែយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់ដល់ទិដ្ឋភាពសំខាន់៣៖**ទីមួយ** រវាងតំបន់ទីក្រុង/ ប្រជុំជនធំៗ (ដូចជា រាជធានីភ្នំពេញ) និងតំបន់ជនបទ/ដាច់ស្រយាល **ទីពីរ** សក្តានុពលនៃអ្នកផ្តល់សេវា ឯកជននិង **ទីបី** ផ.គ្រ.ស ត្រូវតំរៀបតំរង់តាមតម្រូវការនៃវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។

៤.៧ ប្រសិទ្ធភាពនៃជំនួយ និងអភិបាលកិច្ច

រាជរដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍មានជំនឿទុកចិត្តយ៉ាងរឹងមាំលើគោលការណ៍នៃ **សេចក្តីប្រកាស ក្រុងប៉ារីសស្តីអំពីប្រសិទ្ធភាពនៃជំនួយ**៖ ភាពម្ចាស់ការដឹកនាំរបស់ប្រទេសយុទ្ធសាស្ត្រដែលបានតំរៀប តំរង់ ត្រូវដាក់អនុវត្តសុខដុមនីយកម្មជំនួយក្រៅប្រទេសទៅតាមនីតិវិធី និងប្រព័ន្ធជាតិការគ្រប់គ្រងស្តែង ចេញជាលទ្ធផល តាមរយៈប្រព័ន្ធដែលបញ្ជាក់ច្បាស់ពីគោលដៅនិងសូចនាករសំរាប់ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងអភិវឌ្ឍគោលនយោបាយឈរលើមេរៀននៃវឌ្ឍនភាព និងការទទួលខុសត្រូវទាំងសងខាងឈរលើការ គ្រប់គ្រងស្តែងចេញជាលទ្ធផលនៅក្នុងប្រព័ន្ធមួយទទួលខុសត្រូវរួមគ្នា។

ខណៈពេលដែល ផ.យ.ស.១ ព្យាយាមវិភាជន៍មូលនិធិដោយសនិទានកម្ម ភាពស្មុគស្មាញ នៃស្ថាបត្យកម្មហិរញ្ញវត្ថុនៅតែមាន ក្នុងនេះអ្នកផ្តល់ជំនួយដើរតួនាទីរឹងមាំ តាមរយៈគំរោងហិរញ្ញប្បទាន ទន្ទឹមគ្នានិងភាពទន់ខ្សោយ ជាទូទៅនៃយន្តការនិយតកម្មវិស័យឯកជនក្នុងទីផ្សារសុខភាព។ ប្រការទាំងពីរ យ៉ាងនេះ គឺជាកត្តានាំមុខយ៉ាងសំខាន់ ប៉ុន្តែប្រហែលជាមិនបានពង្រឹងគ្នា និងប្រព្រឹត្តនៅក្នុងលក្ខណៈ សុខដុមនីយកម្មឡើយ។ មូលនិធិដែលផ្តល់ដោយដៃគូរមែងនៅតែបែកខ្ញែកគ្នា ហើយក៏មិនបានតំរៀបតំរង់ ត្រឹមត្រូវទៅតាមអាទិភាពជាតិដែលបានកំណត់ ទោះជាមានការខិតខំប្រឹងប្រែង តាមរយៈបែបបទនៃការ ប្រព្រឹត្តទៅនៃអភិ ក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យក្តី។ លំហូរហិរញ្ញវត្ថុដែលមិនបានតំរៀប តំរង់ ធ្វើឱ្យអាក់អន់ដល់ទំរង់តំរូវអភិបាលកិច្ចវិស័យសុខាភិបាល។

វិស័យសុខាភិបាលនិងបន្តពឹងផ្អែកលើដៃគូសុខាភិបាលនៅក្នុងអនាគតដែលអាចដឹងបាន។ ដូច្នេះចាំ បាច់ត្រូវពង្រឹងសុខដុមនីយកម្មមូលនិធិដៃគូ ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់ការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២។ ការពិនិត្យវាយ តម្លៃលើអភិ ក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យផ្តល់អនុសាសន៍ សំរាប់ជំរុញបែបបទនេះទៅមុខទៀត។

យន្តការថ្នាក់ជាតិនិងថ្នាក់អន្តរជាតិមួយចំនួន (ដូចជា “**ភាពជាដៃគូអន្តរជាតិក្នុងផ្នែកសុខភាព**” ដែលបានប្រកាសកាលពីខែកញ្ញាឆ្នាំ២០០៦នៅទីក្រុងទុងដឺក្នុងនេះ ប្រទេសកម្ពុជាជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេសជំហានដំបូងនៃភាពជាដៃគូនេះ) បាននិងកំពុងដាក់ឱ្យដំណើរការដែលនឹងលើកកម្ពស់សុខដុមនីយកម្មនៅក្នុងអំណាចពេលនៃការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២ ។សហប្រតិបត្តិការល្អប្រសើរដែលមានរួមគ្នាហើយរវាងរដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូសុខាភិបាលកំណត់ពីដំណាក់កាលសំរាប់ការធ្វើឱ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពថែមទៀតនៃសុខដុមនីយកម្មលើសពីនេះការសន្ទនាដែលកំពុងមានរវាងរដ្ឋាភិបាលនិងវិស័យឯកជនបានផ្តល់ច្រកសំរាប់ភាពចំណេញនៃសមាហរណកម្ម និងក្នុងវិធានការការត្រួតពិនិត្យគុណភាពនៃការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ។

“ច្បាប់សំរាប់ការរៀបចំអង្គការ” (Organic Laws) គ្របដណ្តប់លើតួនាទីនៃរចនាសម្ព័ន្ធវិមជ្ឈការ និងទំនាក់ទំនងនៃរចនាសម្ព័ន្ធនេះទៅនឹងថ្នាក់ជាតិ ។ ច្បាប់នេះនឹងមានអនុភាព លើអភិបាលកិច្ចក្នុងវិស័យសុខាភិបាល នៅក្នុងអំឡុងពេលផែនការនីយកម្មរបស់ផ.យ.ស.២ ពិសេសមានហេតុបច្ច័យដល់តួនាទីនិងវិធីសាស្ត្រធ្វើការងាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ជំហរទីតាំង និងតួនាទីរបស់ខេត្ត-ក្រុង ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងតួនាទីនៃការធ្វើផែនការនិងការវិភាគឥរិយាបថសំរាប់វិស័យសុខាភិបាលនៅក្នុងក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទានជាការចាប់សំរាប់ផ្នែកចំងងនៃការអភិវឌ្ឍន៍និងជំហរទីតាំងនិងតួនាទីរបស់ស្រុក ប្រតិបត្តិ ព្រមទាំងទំនាក់ទំនងជាមួយអង្គការមូលដ្ឋានសំរាប់សកម្មភាព ប្រជាធិបតេយ្យវិមជ្ឈការដូចជាឃុំ-សង្កាត់ជាដើម ។

វិធីសាស្ត្រមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធនិងលំអិតស្តីអំពីវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនិងជួយដល់ការអនុវត្តន៍អភិក្រមមានស្ថេរភាពមួយសំរាប់អភិបាលកិច្ចក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ។អភិក្រមនេះនឹងកសាងឡើងនៅលើបទពិសោធន៍រួមដែលប្រមូលផ្តុំបានពីការសាកល្បងនានា ដែលបានប្រព្រឹត្តទៅក្នុងអំណាចពេលនៃ ផ.យ.ស.១ ទន្ទឹមពេលគ្នាដែលផែនការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ននិងសំរួចតួនាទី និងមុខងារនៃវិស័យសុខាភិបាលឱ្យកាន់តែមានលក្ខណៈយុទ្ធសាស្ត្រ ឆ្លើយតបនិងទទួលខុសត្រូវកាន់តែខ្លាំងឡើង ។

៤.៨ សេចក្តីសន្និដ្ឋាន

ការពិនិត្យវាយតម្លៃវិស័យសុខាភិបាលបានសន្និដ្ឋានថា ស្ថានភាពទូទៅនៃសុខភាពប្រជាជនកម្ពុជាត្រូវបានលើកស្ទួយចេញពីកំរិតដ៏ទាបមួយនៅក្រោយស្ថានភាពនៃជំងឺជាង៣ទសវត្សរ៍មុន ។ ស្ថានភាពសុខភាពដែលបានរៀបរាប់ក្នុង អ.ប.ស.០៥ គឺមានសង្គតភាពទៅនឹងស្ថានភាពនៃប្រទេសដែលកំពុងស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច ។

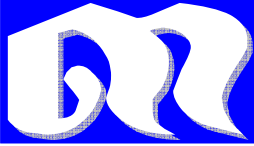
- រង្វាស់ទូទៅពីដែលយកមកប្រើប្រាស់ ដើម្បីកំណត់គុណភាពប្រព័ន្ធសុខាភិបាល គឺអត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំនិងក្រោម៥ឆ្នាំ ត្រូវបានកាត់បន្ថយយ៉ាងខ្លាំងបើទុកណាជាត្រូវការកែលម្អថែមទៀតដើម្បីឈានទៅសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ ។
- សូចនាករលទ្ធផលសុខភាពទី៣ របស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលគឺអត្រាស្លាប់របស់មាតាមិនមានវឌ្ឍនភាពហើយស្ថិតនៅជាបញ្ហាប្រឈមមុខដ៏ស្រួចស្រាវដដែល ។

- អត្រាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានកាត់បន្ថយគួរឱ្យកត់សំគាល់ រីឯអត្រាជាសះស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរំលោភនៅរក្សាបានក្នុងកំរិតខ្ពស់បំផុត ។
- ដោយសារកំណើនសេដ្ឋកិច្ចជំរាបរបស់ភាពបំពុលនៃបរិស្ថាននិងការផ្លាស់ប្តូររបៀបរបបរស់នៅធ្វើឱ្យកើនឡើងនូវការព្រួយបារម្ភអំពីបន្ទុកនៃជំងឺមិនឆ្លង ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងអត្រាស្លាប់ដ៏ខ្ពស់ដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ ។
- ការប្រើប្រាស់សេវាសាធារណៈមានការកើនឡើង ប៉ុន្តែស្ថិតនៅកំរិតទាប បើប្រៀបធៀបជាមួយបណ្តាប្រទេសដទៃមួយផ្នែកដោយសារប្រជាជនមួយភាគធំប្រើប្រាស់សេវាវិស័យឯកជន ។
- ថវិកាជាតិ ត្រូវបានបង្កើនឡើងស្របតាមគោលដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រ ទោះជាដូច្នោះក៏នៅមានវិសាលភាព សំរាប់ការកែលំអឱ្យកាន់តែប្រសើររបន្ថែមទៀត ក្នុងការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុនិងការប្រតិបត្តិថវិកា ។
- ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សនៅតែជាសម្ពាធនៃបញ្ហាប្រឈមមុខពិសេសទាក់ទងទៅនឹងការលើកទឹកចិត្ត និងការផ្តល់ឆ្លុះបញ្ចាំងជំនាញគ្រប់គ្រាន់នៅតាមមណ្ឌលសុខភាព ។
- ការវាយតម្លៃស្នើសុំការងារវិស័យសុខាភិបាលឧបសគ្គដោយសារសូចនាករច្រើនពេក និងមិនមានព័ត៌មានដើមគ្រប់គ្រាន់ហើយគោលដៅចំណុច និងសូចនាករត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរតាមពេលវេលា ។ ការផ្លាស់ប្តូរពហុភាពបែបនេះ បានធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ដំណើរសិក្សារៀនសូត្រពីរូបធាតុនៃប្រព័ន្ធយុទ្ធសាស្ត្រ ។
- ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍បានធ្វើឱ្យមានធនធានកាន់តែច្រើនសំរាប់វិស័យសុខាភិបាល ។ ត្រូវការវឌ្ឍនភាពច្រើនថែមទៀត នៅក្នុងការសំរេចសំរួលការជួយឧបត្ថម្ភពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងនោះ ការប្តេជ្ញាជួយសំរាប់រយៈពេលវែង និងការធានាថាការរួមចំណែករបស់ពួកគេស្របតាមអាទិភាពជាតិ ។
- លក្ខណៈពិសេសមួយទៀត នៃការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសុខាភិបាលនៅកម្ពុជា គឺភាពខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំងនៃស្ថានភាពសុខភាពរវាងក្រុមប្រជាជន ដែលមានស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចខុសៗគ្នា ។ ស្ថានភាពសុខភាពប្រជាពលរដ្ឋរស់នៅតំបន់ជនបទ គឺទាបខ្លាំងជាងប្រជាជនរស់នៅតំបន់ទីប្រជុំជន ។ ខណៈពេលដែលគ្រួសារមានការសិក្សាអប់រំខ្ពស់មានវឌ្ឍនភាពល្អផ្នែកសុខភាព ការអភិវឌ្ឍន៍សុខភាពក្នុងចំណោមគ្រួសារដែលគ្មានការសិក្សាអប់រំ គឺមានភាពទន់ខ្សោយ ជួនកាលមានលក្ខណៈអវិជ្ជមាន ។ ភាពខុសគ្នារវាងខេត្តមួយទៅខេត្តមួយទៀតមានជាទូទៅ ។

៤.៩ អនុសាសន៍ទាំងៗផ្នែកគោលនយោបាយសំរាប់ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ២០០៨-២០១៥

-
- ១- ត្រូវធ្វើការសំរេចចិត្តជាបន្ទាន់ លើគោលនយោបាយនៅលើផ្នែកនានាដែលការអនុវត្តន៍សាកល្បងកំពុងតែដំណើរការជឿនលឿនទៅមុខ។ ការសំរេចចិត្តលើគោលនយោបាយនេះត្រូវបញ្ចូលកំណែទម្រង់ឱ្យមានសង្គតភាពជាមួយបរិបទស្ថាប័នទូលំទូលាយនៃវិស័យសាធារណៈ នៅកម្ពុជា កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា មូលនិធិសមធម៌ និងប្រព័ន្ធលាភាពការសំរាប់បុគ្គលិក។
 - ២- បន្តពង្រឹងតួនាទីនិងមុខងារស្ថាប័នទាំងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ជាមួយនិងការកសាងសមត្ថភាពព្រមទាំងលើកស្ទួយការផ្សារភ្ជាប់រវាងយុទ្ធសាស្ត្រនៃផ.យ.ស.២ ជាមួយប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យតាមដាន។
 - ៣- ពង្រឹងប្រសិទ្ធភាពនៃការគ្រប់គ្រងជំនួយ ដើម្បីដោះស្រាយស្ថានភាពបែកខ្ញែកបច្ចុប្បន្ន នៃបរិបទប្រធានដៃគូសុខាភិបាលតាមរយៈការខិតខំប្រឹងប្រែងប្រាកដប្រជានៃសុខដុមនីយកម្មដើម្បីអនុញ្ញាតិឱ្យមានការបន្តពង្រីកធនធាន។
-

ជំពូក



អភិក្រមយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល

- តួនាទីនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ
- អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ
- គោលបំណង និង គោលដៅ
- គោលដៅចំណុច និង សូចនាករ



១. គុណនិ្ថនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

ផ.យ.ស.២ ត្រូវបានកសាងឡើងលើការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់ផ.យ.ស.១ ដំបូងគឺការពង្រឹងសមិទ្ធផលសំខាន់ៗ ដែលមានទូទាំងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល បន្ទាប់មកគឺការពង្រីកអន្តរាគមន៍នានាដែលបានបង្ហាញឱ្យឃើញអំពីជោគជ័យទៅទូទាំងប្រទេស ដើម្បីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់។

យុទ្ធសាស្ត្រនៃ ផ.យ.ស.២ ផ្តោតជាចំបងទៅលើបញ្ហាប្រឈមមុខនានា និងផ្តល់ភាពកាន់តែប្រសើរឡើងនៅក្នុងអន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រលើផ្នែកសុខភាព នៅក្នុងប្រតិបត្តិការនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ ផែនការនេះនឹងសម្របសម្រួលកំណែទម្រង់វិស័យសុខាភិបាល ទៅក្នុងបរិបទដ៏ទូលំទូលាយនៃកំណែទម្រង់របស់ប្រទេសកម្ពុជា។

- ផ្តល់នូវចក្ខុវិស័យទូលំទូលាយ និងយូរអង្វែងដើម្បីត្រួតត្រាយការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការអភិវឌ្ឍន៍សមត្ថភាពនិងការវិភាជន៍ធនធាន។
- អនុវត្តជាក់ស្តែងតាមរយៈផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល ផែនការរំកិលពាណិជ្ជកម្ម និងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ។
- តំរៀបតំរង់ជាមួយអាទិភាពនិងបែបបទផែនការនីយកម្មជាតិ-ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍជាតិ។

ផ.យ.ស.២កំណត់ផ្នែកយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ខ្លួនចេញពី ផ.យ.អ.ជ ដែលបានបញ្ជាក់ពីការពង្រឹងគោលបំណងជាអាទិភាពផ្នែកសុខភាពនៅកម្ពុជា គឺការលើកស្ទួយសុខភាពមាតានិងកុមារ ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង និងការពង្រឹងការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសំរាប់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់។ ផ.យ.អ.ជ បញ្ជាក់ច្បាស់អំពីគោលដៅចម្បង និងទូលំទូលាយដែលមាន ឥទ្ធិពលលើផ.យ.ស.២ គឺការរួមចំណែកបន្ទាប់សន្ទូលសុខភាពក្រីក្រ ឱយមកនៅត្រឹម ២៥% ចាប់ពីឆ្នាំ២០១០ និងតំរូវទិសដៅទៅកាន់ទឹកនៃផែនការប្រែប្រួលនៃភាពក្រីក្រមានកំរិតខ្ពស់។

ផ.យ.ស.២ ឆ្លុះបញ្ចាំងពីគោលនយោបាយជាតិទូទៅ និងមានបំណងជះ ឥទ្ធិពលទៅលើគោលនយោបាយសុខាភិបាល តាមរយៈបែបបទជាច្រើនដែលមាននៅក្រសួងសុខាភិបាល ខេត្ត-ក្រុង ស្រុក-ខណ្ឌ ឃុំ-សង្កាត់ និងមូលដ្ឋាននានាដែលពាក់ព័ន្ធ។ គោលនយោបាយដ៏មានសារៈសំខាន់ជាពិសេសនោះគឺ៖

- ការអភិវឌ្ឍន៍ចាំបាច់ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលស្តីអំពីអភិបាលកិច្ច និងការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ
- កិច្ចការកំណែទម្រង់ដើម្បីអភិវឌ្ឍបន្ថែមទៀតនូវទំនាក់ទំនងជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍
- ប្រព័ន្ធលាភាព និងផែនការនីយកម្មសំរាប់ធនធានមនុស្ស
- គុណភាពក្នុងវិស័យសុខាភិបាល និងសេចក្តីណែនាំគ្លីនិកសំរាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃវិស័យសុខាភិបាល
- ពង្រឹងតួនាទីរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ស.ស.អ និង ស.ស.ប

គោលនយោបាយនិងយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ ផ.យ.ស.២ នឹងត្រូវបាន ត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃជាបន្តបន្ទាប់។ ការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ និងសន្និបាតសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំនិងដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ ក្នុងការសំរេចចិត្តលើការពិនិត្យកែសំរួលអន្តរាគមន៍ជាបន្តបន្ទាប់ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគោលដៅចម្រុចប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ និងដើម្បីធ្វើឱយ ផ.យ.ស.២ ក្លាយជា “ឯកសាររស់” ។

២. អាទិភាពយុទ្ធសាស្ត្រ

ផ.យ.ស.២ កំណត់អាទិភាពយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់វិស័យសុខាភិបាលជាពីរផ្នែកទូលំទូលាយនិងទាក់ទងគ្នាទៅវិញទៅមក ហើយដែល ក្រសួងសុខាភិបាលនិងដៃគូទាំងអស់ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសសំរាប់អន្តរាគមន៍ក្នុងរយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែងក្នុងអំឡុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ ។

អាទិភាពទាំងពីរផ្នែកនេះគឺ៖ ១)អាទិភាពសុខភាពរបស់ប្រជាជន និងសេវាសុខភាពជាសារវន្ត (តារាង៩) និង ២)បញ្ហាប្រឈមមុខដែលមានទាក់ទងនឹងដំណើរការមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ។

តារាង ៩: កម្មវិធីសុខភាពអាទិភាពនិងសេវាសារវ័ន្ត

| <p>សុខភាពបន្តបន្ទាប់ - មាតា - ទារកនិងកុមារ</p> | <p>ជំងឺធ្ងន់</p> | <p>ជំងឺចម្លងនិង បញ្ហាសុខភាពបច្ចេកទេស</p> |
|---|--|--|
| <p>ផែនការគ្រួសារនិងការពន្យារកំណើត ការពន្ធកូនមាសសុវត្ថិភាពសុខភាពមាតានិងកុមារអាហារូបត្ថម្ភ ការថែទាំភិមុនសំរាល ការទប់ស្កាត់ការចំលង HIV ពីម្តាយទៅទារក ការថែទាំករណីសម្ពាធបន្ទាន់សមាហរណកម្មការថែទាំក្រោយសំរាលលើមាតានិងទារក ចាក់ផ្តល់ថ្នាំបង្ការដោយរាប់បញ្ចូលការលប់បំបាត់ជំងឺកញ្ជិលនិងតេតាណូស ការបញ្ជូលវ៉ាក់សាំងថ្មីសមាហរណកម្មការគ្រប់គ្រងជំងឺកុមារ ការថែទាំសារវ័ន្តដល់កុមារ ការស្លាប់ទារក និងកុមារសុខភាពវ័យជំទង់យុវវ័យ ការអនុវត្តន៍តាមគ្រួសារ</p> | <p>ជំងឺធ្ងន់ ប្រដាប់បន្តពូជ HIV ជំងឺអេដស៍ ជំងឺកាមរោគរមេង យូង គ្រុនចាញ់ គ្រុនឈាម រោគបណ្តាលមកពីព្រូន helminthiasis schistosomiasis ជំងឺដែលទើបនិងលេចឡើង ឬលេចឡើងសារជាថ្មី ការអនុវត្តន៍នីតិក្រមសុខភាពអន្តរជាតិ (International Health Regulations)</p> | <p>ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺមហារីក ជំងឺសរសៃឈាមនិងបេះដូង ជំងឺផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ការបង្ការជំងឺខ្វាក់-ច្រង់សុខភាពមាត់ធ្មេញ ហានិភ័យសុខភាពបរិស្ថាន រហូស គ្រោះថ្នាក់សុខភាពការងារ ការស្តារនីតិសម្បទារោគមនុស្សចាស់សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ ថ្នាំជក់</p> |

កំរិតនៃបញ្ហាប្រឈមមុខក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ទាំងនៅផ្នែកផ្តល់សេវា និងផ្នែកតម្រូវការសេវា មានបង្ហាញនៅក្នុង ប្រអប់១ និង ប្រអប់២ ខាងក្រោមនេះ :

ប្រអប់១: បញ្ហាប្រឈមមុខនៅ “ផ្នែកផ្តល់សេវា”

- មូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាច្រើននៅតំបន់ជនបទដាច់ស្រយាល មានបុគ្គលិកបំរើការផ្តល់សេវាមិនគ្រប់គ្រាន់ ដោយសារបញ្ហានៃការពង្រាយបុគ្គលិក ហើយពាក់ព័ន្ធនឹងកំរិតសមត្ថភាព និងការលើកទឹកចិត្តមានកំរិត ។
- ការផ្តល់សេវាជួបឧបសគ្គ បណ្តាលមកពីលំហូរធនធានហិរញ្ញវត្ថុនិងការទ្រទ្រង់-ផ្គត់ផ្គង់ឱសថ-បរិក្ខារ មិនគ្រប់គ្រាន់ ។
- ធនធានមិនគ្រប់គ្រាន់សំរាប់ដំណើរការនិងពង្រីកសេវានិងការគ្របដណ្តប់នៃមូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម ។
- បញ្ហានៃគុណភាពសេវាថែទាំនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងឯកជនទៅតាមបទដ្ឋានស្តង់ដារនៃការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ការរៀបចំចាត់ចែង និងការផ្តល់សេវា ។
- អភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាលនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង និងសមត្ថភាពគ្រប់គ្រងនៅថ្នាក់ស្រុក និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមានកំរិត ។ ប្រការនេះទាមទារឱ្យមានការពង្រឹងខ្លាំងក្លាប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងការខិតខំប្រឹងប្រែងកសាងសមត្ថភាព ។
- ភាពទន់ខ្សោយនៃការពង្រឹងការអនុវត្តនីតិក្រមសុខាភិបាល និងការគោរពតាមសេចក្តីណែនាំស្តង់ដារ ការអនុវត្តន៍ និងការធានាគុណភាព (មន្ទីរពិសោធន៍ ការត្រួតពិនិត្យគុណភាពឱសថ....) ។
- កង្វះទិន្នន័យដែលគួរឱ្យទុកចិត្តបាននៃប្រព័ន្ធត័មាន និងប្រព័ន្ធរាយការណ៍ ផែនការត្រៀមគ្រប់គ្រងជ្រោយ ប្រព័ន្ធផ្ញើយតបគ្រាអាសន្ន និងទិន្នន័យអេពីដេមីយូសាស្ត្រ ។
- ស្ថាបត្យកម្មជំនួយដែលបែកខ្ញែក រារាំងដល់អភិក្រមជាប្រព័ន្ធនៃការគ្រប់គ្រងវិស័យសុខាភិបាល ហើយជំរុញការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពទៅរកអភិក្រមខ្សែបណ្តោយកាន់តែខ្វះសមាហរណកម្ម និងតាមរបៀបជាគំរោងកាន់តែច្រើនឡើង ។ ហេតុការណ៍នេះធ្វើឱ្យគួនាទីមគ្គុទេសភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលជួបប្រទះការលំបាកនិងវិវាទសមាហរណកម្មប្រព័ន្ធហិរញ្ញប្បទាន ។
- វិស័យឯកជនរួមចំណែកយ៉ាងសំខាន់ ក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពក្នុងនេះមានសកម្មភាពសំខាន់ៗរបស់អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល ប៉ុន្តែសមាហរណកម្មអ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់នេះនិងសេវារបស់ពួកគេ ទៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការអនុវត្តន៍គោលនយោបាយសុខាភិបាលជាតិនៅទន់ខ្សោយនៅឡើយ ។
- សមត្ថភាពនិងចន្លោះប្រហោងនៃការយល់ដឹង ក្នុងការដោះស្រាយបន្ទុកជំងឺដែលទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូររបៀបរបបនៃការរស់នៅ និងភាពបំពុលនៃបរិស្ថាន ។

ប្រអប់២ : បញ្ហាប្រឈមមុខនៅ “ផ្នែកទទួលសេវា”

- កំរិតទាបនៃការប្រើប្រាស់សេវាសាធារណៈ :
- ការប្រព្រឹត្តផ្នែកសុខភាព និងការស្វែងរកការថែទាំសុខភាពមិនសមស្រប ដែលនាំទៅរកការទទួលយកសេវាថែទាំពីឱសថស្ថាន កន្លែងលក់ថ្នាំ និងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលតិចតួចក្នុង ប្រព័ន្ធ ។
- ចំណេះដឹង ជំនឿ ប្រពៃណី-ទំនៀមទម្លាប់ និងចំងាយផ្លូវក៏មាន ឥទ្ធិពលលើការសំរេចចិត្តក្នុងការស្វែងរកការថែទាំសុខភាព ។
- បញ្ហាយេនឌ័រ អំពើហិង្សា សិទ្ធិអំណាចដល់ស្ត្រី និងការចូលរួមរបស់បុរស អសន្តិសុខ ស្បៀង ការអប់រំ អនាម័យ សញ្ញាណនៃការយល់ដឹង ការគោរពតាមវិធីសាស្ត្រនៃការព្យាបាលភាពអាស្រូវ និងការរើសអើង កត្តាទាំងអស់នេះបានកំរិតលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវារបស់ក្រុមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ ។
- ថ្លៃសេវា(ផ្ទាល់និង ប្រយោល) សោហ៊ុយធ្វើដំណើរ និងស្បៀងអាហារ ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅព្យាបាល គឺជា ឧបសគ្គចំបងដល់ការប្រើប្រាស់សេវាសំរាប់ប្រជាជនជាច្រើនពិសេសជន ក្រីក្រ ។

៣. គោលបំណង និង គោលដៅ នៃ ផ.យ.ស ២

វឌ្ឍនភាពឆ្ពោះទៅកាន់ចក្ខុវិស័យយូរអង្វែងនៃវិស័យសុខាភិបាល និងត្រូវបានពិនិត្យវាយតម្លៃ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើមូលដ្ឋានទៀងទាត់ តាមរយៈការវាស់វែងលទ្ធផលនៃអន្តរាគមន៍របស់កម្មវិធីសុខភាពទាំងបីដោយផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយគោលដៅចំណុចដែលបានកំណត់សំរាប់គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទាំងបីនិងគោលដៅយុទ្ធសាស្ត្រទាំង១២ និងតាមរយៈការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំនៃវិស័យសុខាភិបាលនៅក្នុងក្របខណ្ឌរួមនៃការត្រួតពិនិត្យតាមដាននៃ ផ.យ.អ.ជ ។

• គោលបំណងនិងលទ្ធផល

| ផែនការ គោលបំណងទី១ | លទ្ធផល |
|-----------------------|--|
| បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់ | • ការស្លាប់របស់មាតាចុះថយ |
| របស់មាតា-ទារកនិងកុមារ | • ការស្លាប់របស់ទារក និងកុមារអាយុក្រោម ១ ឆ្នាំចុះថយ |
| និងការលើកកម្ពស់ | • ការស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំចុះថយ |
| សេវាសុខភាពបន្តពូជ | • ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ស្ត្រីល្អ ប្រសើរ |
| | • ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារល្អ ប្រសើរ |
| | • អគ្រាប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតកើនឡើង |

- ការសំរាលកូនដោយគ្មានជំនាញកើនឡើង
- បន្ថយការឈឺរបស់កុមារ ដោយសារជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមស្រួច រាគរូស និងជំងឺដែលអាចការពារបានដោយថ្នាំបង្ការ
- ការគ្របដណ្តប់នៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការលើកុមារកើនឡើង

ផែនការ គោលបំណងទី២ លទ្ធផល

| | |
|--|---|
| <p>បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់ដោយសារ ជំងឺអេដស៍ របេង គ្រុនចាញ់ និងជំងឺឆ្លងដទៃទៀត</p> | <ul style="list-style-type: none"> • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺអេដស៍ចុះថយ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺរបេងចុះថយ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ចុះថយ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺឆ្លងដទៃទៀត រាប់ទាំងជំងឺអាចការពារបានដោយថ្នាំបង្ការ ជំងឺលេចឡើងនិងលេចឡើងសារជាថ្មី ចុះថយ |
|--|---|

ផែនការ គោលបំណងទី៣ លទ្ធផល

| | |
|---|---|
| <p>បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត</p> | <ul style="list-style-type: none"> • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺផ្លូវចិត្តនិងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនចុះថយ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺទឹកនោមផ្អែម ចុះថយ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺមហារីក ចុះថយ • ភាពងងឹតភ្នែក និងថ្លង់ ចុះថយ • អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺធ្មេញពុកមិនបានប៉ះលើកុមារនិងមនុស្សពេញវ័យចុះថយ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺបេះដូង-សរសៃឈាម • ប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ ចុះថយ • ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង ចុះថយ • ការឈឺនិងស្លាប់ ដោយរបូស គ្រោះថ្នាក់ និងអំពើហិង្សាចុះថយ • ហានិភ័យសុខភាពបរិស្ថាននិងផលប៉ះពាល់សុខភាពដោយគ្រោះមហន្តរាយ ចុះថយ |
|---|---|

• គោលដៅ

គោលបំណង១: បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់របស់មាតា ទារកនិងកុមារ និងការលើកកម្ពស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ

| | |
|---------------------|--|
| <p>គោលដៅ</p> | <ol style="list-style-type: none"> ១ លើកកម្ពស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតានិងកុមារ ២ លើកកម្ពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកព័ត៌មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជមានគុណភាព ៣ លើកកម្ពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសារវ័ន្តសំរាប់មាតានិងទារក និងការប្រព្រឹត្តការថែទាំសុខភាពតាមគ្រួសារបានល្អប្រសើរ ៤ ធានានូវលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសារវ័ន្តសំរាប់កុមារ និងការប្រព្រឹត្តការថែទាំសុខភាពតាមគ្រួសារបានល្អប្រសើរ |
|---------------------|--|

គោលបំណង៖ បន្ថយការឈឺចាប់និងស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍ រចេង គ្រុនចាញ់ និងជំងឺឆ្លងផ្សេងទៀត

| | |
|--------------|---|
| គោលដៅ | ៥ កាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ៦ បង្កើនការរស់រានមានជីវិតរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/មានជំងឺអេដស៍។ ៧ សំរេចបានអត្រាស្រាវជ្រាវជំងឺរចេងខ្ពស់ និងរក្សាអត្រាជាសះស្បើយកំរិតខ្ពស់នៃករណីជំងឺរចេង ស្លូតបេកាវិជ្ជមាន។ ៨ កាត់បន្ថយការស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ និងអត្រាឈឺ ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ។ ៩ កាត់បន្ថយបន្ទុកនៃជំងឺឆ្លងផ្សេងទៀត |
|--------------|---|

គោលបំណង៖ បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀត

| | |
|--------------|---|
| គោលដៅ | ១០ កាត់បន្ថយ ឥរិយាបថគ្រោះថ្នាក់នាំទៅរកជំងឺមិនឆ្លង : ទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង-សរសៃឈាម មហារីក ជំងឺផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់និងរបួស ការថែទាំភ្នែក សុខភាពមាត់ធ្មេញ ។ល។ ១១ លើកកម្ពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាព្យាបាលនិងការស្តារនីតិសម្បទាបង្កើតឡើងដោយជំងឺមិនឆ្លង : ទឹកនោម ផ្អែម ជំងឺបេះដូង-សរសៃឈាម មហារីក ជំងឺផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់ និងរបួស ការថែទាំភ្នែក សុខភាពមាត់ធ្មេញ ។ល។ ១២ ធានាដំណើរការមុខងារសារវ័ន្តនៃសុខភាពសាធារណៈ : សុខភាពបរិស្ថាន សុវត្ថិភាព ចំណីអាហារ ការគ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយនិងការត្រៀមលក្ខណៈ : (សំរាប់គ្រាអាសន្ន) ។ |
|--------------|---|

៤. គោលដៅចំណុច និងសូចនាករ

| ផែនការ គោលបំណងទី១ បន្ថយការឈឺចាប់របស់មាតា ទារកនិងកុមារ និងការលើកកម្ពស់សេវាសុខភាព បន្តពូជ | | | |
|---|--------------------------|--|------------------------|
| សូចនាករ | ទិន្នន័យមេត្រា ២០០៥-២០០៨ | គោលដៅចំណុច ២០១០ (២០១១ ការវិនិច្ឆ័យកំរិត កណ្តាលអន្តរកាល) | គោលដៅ ២០១៥ ការវាយតម្លៃ |
| អត្រាសាយកូន (%) | ៣,៤ | ៣,៤ | ៣,០ |
| អត្រាស្លាប់របស់មាតាក្នុងទារកកើតរស់១០០.០០០នាក់ | ៤៧២ | ២៤៣ | ១៤០ |
| អត្រាស្លាប់ទារកទើប ប្រសូត្រក្នុងទារកកើតរស់១.០០០នាក់ | ២៨ | ២៥ | ២២ |
| អត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំក្នុងទារកកើតរស់ ១.០០០នាក់ | ៦៦ | ៦០ | ៥០ |
| អត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំក្នុងទារកកើតរស់ ១.០០០នាក់ | ៨៣ | ៧៥ | ៦៥ |

| | | | |
|--|------------|------------|------------|
| ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតទំនើប | ២៧ | ៤០ | ៦០ |
| ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលមានសន្ទស្សន៍ទំងន់ទាប (Body Mass Index <18.5kg/m (%) | ២០ | ១២ | ៨ |
| ជំងឺស្លេកស្លាំងលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (11g/dl) (%) | ៥៧,១ | ៣៩ | ៣៣ |
| % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទទួលបានថ្នាំពន្យារជីវិតដើម្បីបង្ការការចំលងពីម្តាយទៅទារក | ៧ | ៤៥ | ៧៥ |
| % នៃការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលមានការបណ្តុះបណ្តាល | ៤៤ | ៥៥ | ៨០ |
| % នៃការសំរាលកូនដោយការរក្សាភាព | ១,៨ | ២,៥ | ៤ |
| សមាមាត្រកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំបានទទួលថ្នាំបង្ការពេញលេញ (%) | ៦០ | ៧០ | ៨០ |
| % នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំបានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺខាន់ស្លាក់-ក្អកមាត់-តេតាណូសពលើកនិងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ បេ | ៨២ | ៩២ | ៩៥ |
| % នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំបានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជិល | ៧៩ | ៨៥ | ៩០ |
| សមាមាត្រទារកទទួលបានការបំបៅដោះក្នុងរយៈពេល១ម៉ោងបន្ទាប់ពីកើត (%) | ៣៥ | ៤៥ | ៦២ |
| សមាមាត្រទារកអាយុ០-៦ខែដែលទទួលបានការបំបៅដោះតែមួយមុខ (%) | ៦០ | ៦៥ | ៧០ |
| % នៃកុមារអាយុ ៦-៥៩ខែ ទទួលបានជំងឺរាតត្បាត អា ២ដូសក្នុងអំឡុងពេល១២ខែចុងក្រោយ | ៨៣ | ៨៥ | ៩០ |
| % នៃកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរ៉ែ ក្រិន <i>គិតតាមស្តង់ដារថ្មីនៃការលូតលាស់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក</i> | ៣៧ (៤៣) | ២៨ (៣៥) | ២២ (២៥) |
| % នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ មានក្អកឬពិបាកដកដង្ហើម ហើយដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ | ៤៨ | ៧០ | ៧៥ |
| សមាមាត្រនៃកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំមានជំងឺរាតត្បាតហើយទទួលបានទឹកអូរ៉ាលីត (%) | ៥៨ | ៨០ | ៨៥ |

តារាង ២២ គោលបំណងទី២ បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍ របេង គ្រុនចាញ់ និងជំងឺរាងដទៃទៀត

| សូចនាករ | ទិន្នន័យបើច្រកា ២០០៥-២០០៨ | គោលដៅចំណុច ២០១០ (២០១១ ការពិនិត្យចាក់ កញ្ចាតអនាគត) | គោលដៅ ២០១៥ ការវាយតម្លៃ |
|--|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមពេញវ័យ អាយុពី១៥-៤៩ឆ្នាំ (%) | ០,៦ ០,៩* | < ០,៦ < ០,៩ | < ០,៦ < ០,៩ |
| ចំនួនមណ្ឌលប្រឹក្សា-ពិនិត្យឈាមដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងរក្សា ការសំអាតនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជនមិនរក ផលកំរៃ | ១៩៤ | ២៥០ | > ២៥០ |
| % នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍កំរិតខ្ពស់ទទួលបានការព្យាបាល ដោយឱសថព្យាបាលជីវិតច្រើនមុខ | ៥០ | > ៨៥ | > ៨៥ |
| % នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទទួលបានឱសថព្យាបាលជីវិតនៅរស់ រានក្រោយការព្យាបាល ១២ ខែ | គ.ព | > ៨៥ | > ៨៥ |
| ប្រេវ៉ាឡង់នៃរបេងបេកាវិជ្ជមានលើ ប្រជាជន១០០.០០០នាក់ | ២៣៤ | ២១៤ | ១៣៥ |
| អត្រាស្លាប់នៃជំងឺរបេងលើ ប្រជាជន១០០.០០០នាក់ | ៧៥ | ៦០ | ៣២ |
| អត្រាស្រាវជ្រាវករណីជំងឺរបេងស្ថិតបេកាវិជ្ជមាន (%) | ៦៦ | > ៧០ | > ៧០ |
| អត្រាជាសះស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង (%) | > ៨៥ | > ៨៥ | > ៨៥ |
| ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខា ភិបាលសាធារណៈក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.០០០ នាក់ | ៤ | ៣,៥ | ៣ |
| អត្រាស្លាប់នៃជំងឺគ្រុនចាញ់លើ ប្រជាជន១.០០០នាក់ | ០,៣៦ | ០,២ | ០,១ |
| % នៃគ្រួសារដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ជំងឺគ្រុនចាញ់ខ្ពស់ (< ១គម ពីព្រៃ) នៃខេត្ត-ក្រុង ២០ដែលមានមុខជ្រលក់ ថ្នាំគ្រប់គ្រាន់ (១ មុខសម្រាប់មនុស្ស ២នាក់) | ៦៤ | ៨៥ | ៩៥ |
| អត្រាស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនឈាម ដែលរាយការណ៍ដោយ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (%) | ០,៧៤ | ០,៥ | ០,៣ |

គ.ព: គ្មានព័ត៌មាន

* Expert Consensus Meeting on Estimation of HIV Prevalence 2007, NCHAD

ផែនការ ២ គោលបំណងទី៣ បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត

| សូចនាករ | ទិន្នន័យប្រចាំឆ្នាំ ២០០៥-២០០៨ | គោលដៅមធ្យម ២០១០ (២០១១ ការពិនិត្យចាក់ កន្លែងអនាម័យ) | គោលដៅ ២០១៥ ការវាយតម្លៃ |
|--|----------------------------------|--|------------------------------|
| % នៃការស្លាប់ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ | ៣,៥ | ៣,០ | ២,៨ |
| % នៃអ្នករងរបួសដែលប៉ះទង្គិចក្បាលដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ចរាចរណ៍ដែលបានទទួលការព្យាបាល | ៤១ | ៣៨ | ៣៥ |
| អាំងស៊ីដង់នៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនលើ ប្រជាជន១០.០០០ នាក់ ដែលរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល សាធារណៈ | ២៥ | ២១ | ១២,៥ |
| ប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែមលើមនុស្សពេញវ័យដែលបាន រាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ | ២ | <២ | <២ |
| អាំងស៊ីដង់នៃជំងឺលើសឈាមលើ ប្រជាជន១.០០០នាក់ | ២០ | ១៩ | ១៥ |
| % នៃមនុស្សពេញវ័យជំងឺប្រាសាទ បុរស/ស្ត្រី | ៥៤/៩ | ៤៩/៤ | ៤៤/២ |
| អត្រានៃការងងឹតភ្នែក (%) | ១,២ | ០,៥ | <០,៣ |
| % នៃកុមារដែលមានធ្មេញពុកមិនបានប៉ះ | ៨,៩ | <៥ | <៥ |
| ចំនួននៃករណីជំងឺផ្លូវចិត្តដែលបានរាយការណ៍ពីមូលដ្ឋាន សុខាភិបាលសាធារណៈ | ១០.០០០ | ១៩.០០០ | ២៨.០០០ |
| ចំនួននៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការ ព្យាបាលជំនួសដោយ Opioids | ១០០ | ៤០០ | ១.២០០ |

ជំពូក



យុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល

- ក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រ
- ក្របខណ្ឌប្រតិបត្តិ
- វិធីសាស្ត្រកសាងយុទ្ធសាស្ត្រ
- យុទ្ធសាស្ត្រ និងសមាសភាគយុទ្ធសាស្ត្រ

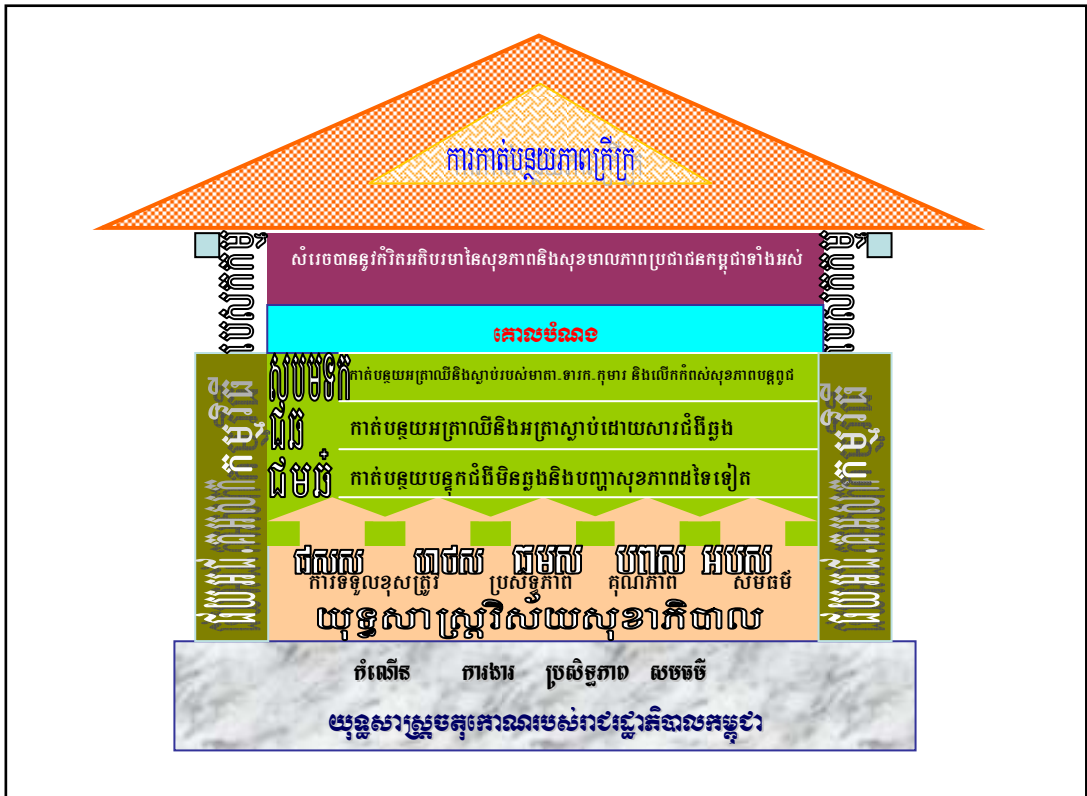


១. ក្របខ័ណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រ

ផ.យ.ស ២ មានចរិតលក្ខណៈ ៥ យ៉ាងដូចតទៅ(រូបភាព ៦) :

- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលដាក់ “ **ការទទួលខុសត្រូវ ប្រសិទ្ធភាព គុណភាព និងសមធម៌** ” នៅចំកណ្តាលនៃយុទ្ធសាស្ត្រប្រទាក់ក្រឡាទាំង ៥ ដែលគាំទ្រដល់អន្តរាគមន៍នៃកម្មវិធីសុខភាព ចំនួន ៣ ដើម្បីផ្តល់នូវលទ្ធផលសុខភាពដែលប្រសើរជាងមុន ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលប្រែក្លាយ **យុទ្ធសាស្ត្រចតុកោណ** របស់រាជរដ្ឋាភិបាលទៅជាសកម្មភាពដើម្បីរួមចំណែកដល់ដំណើរការរយៈពេលវែងនៃកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលផ្តល់ព័ត៌មាននិងបច្ចុប្បន្នភាពគោលដៅចំណុចនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ លើមូលដ្ឋានទៀងទាត់ប្រចាំឆ្នាំ ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលមានពេលវេលាកំណត់និងប្រកាន់យក **គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្ស** ជាគោល
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពី **គោលការណ៍នៃសេចក្តីប្រកាសក្រុងប៉ារីស** (ភាពម្ចាស់ការការពារតំរៀបតំរង់ សុខដុមនីយកម្ម ការគ្រប់គ្រងដើម្បីសំរេចលទ្ធផល និងការទទួលខុសត្រូវទៅវិញទៅមក) និង **ផែនការសកម្មភាព ស្តីពីការតំរៀបតំរង់ សុខដុមនីយកម្ម ដើម្បីសំរេចលទ្ធផល** របស់រដ្ឋាភិបាល ។

រូបភាព ៦: ក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រ



សំគាល់: ផសសៈការផ្តល់សេវា - ហថសៈហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព - ធមសៈធនធានមនុស្សសុខាភិបាល
 បពសៈប្រព័ន្ធត្រីមានសុខាភិបាល - អបសៈអភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល
 សបមទកៈសុខភាពបន្តពូជ-មាតា-ទារក-កុមារ - ជំងឺឆ្លង - ជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត
 ផយអជៈផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍជាតិ - គអសកៈគោលដៅអភិវឌ្ឍសហវត្សកម្ពុជា

២. ក្របខ័ណ្ឌប្រតិបត្តិ

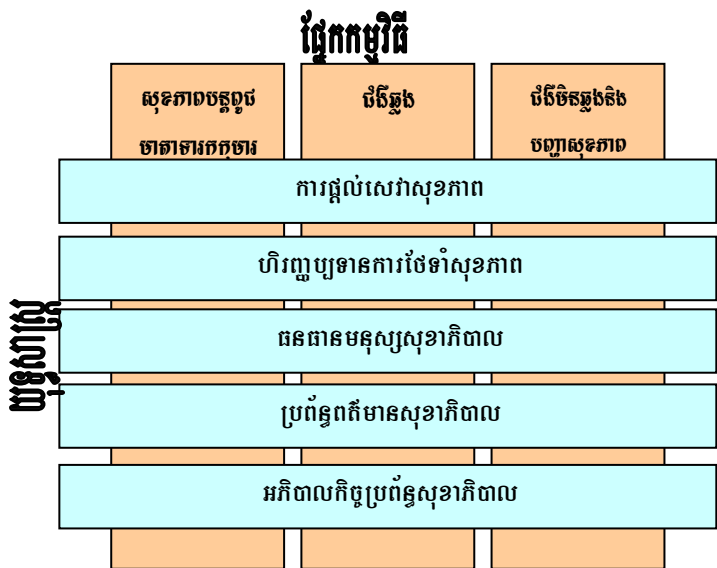
សំណង់ក្របខ័ណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រនៃផ.យ.ស.២ រួមមានកម្មវិធីសុខភាពចំបងចំនួន៣ ដែលអនុវត្តសំណុំយុទ្ធសាស្ត្រប្រទាក់ក្រឡាចំនួន៥។ តារាងរូបភាព ៧ បង្ហាញពីក្របខ័ណ្ឌប្រតិបត្តិ។ យុទ្ធសាស្ត្រនីមួយៗនៃយុទ្ធសាស្ត្រទាំង៥: ផ្តល់សេវាសុខភាព ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ប្រព័ន្ធត្រីមានសុខាភិបាល និងអភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ត្រូវយកទៅអនុវត្តនៅក្នុងកម្មវិធីនីមួយៗ។ ការណ៍នេះនឹងធានាការផ្តល់សេវាប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនិងសង្គតភាព និងត្រួតពិនិត្យតាមដានលទ្ធផលទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល ។

ការកំណត់ជ្រើសរើសផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្អែកលើកត្តាចំបង៣: ១)ភាពស្របគ្នាជាមួយនិងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សកម្ពុជានិងរចនាសម្ព័ន្ធថវិកាផ្នែកតាមកម្មវិធី ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់ការអភិវឌ្ឍន៍និងអនុវត្តផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ ២)ការដាក់បញ្ចូលគ្នាជាក្រុមនូវជំងឺដែលទាក់ទងនិងអាទិភាពសុខភាពរបស់ប្រជាជនដែលត្រូវដោះស្រាយនៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការអនុវត្តផ.យ.ស.២

និង ៣) រក្សាជោគជ័យរបស់អភិក្រម កម្មវិធីជាតិចំពោះកង្វល់សុខភាពសា- ធារណៈសំខាន់ៗ នៅខណៈពេលបោះ ទីតាំងអភិក្រមទាំងអស់ នេះរឹងមាំនៅ ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលទូលំទូលាយ។

យុទ្ធសាស្ត្រនីមួយៗមានសំណុំ នៃសមាសធាតុយុទ្ធសាស្ត្រ អន្តរាគមន៍ ជាយុទ្ធសាស្ត្រក៏ត្រូវបានកំណត់សំរាប់ សមាសធាតុយុទ្ធសាស្ត្រនីមួយៗ ។

រូបភាពទី ៧: ក្របខណ្ឌប្រតិបត្តិ ផ.យ.ស.២



៣. អភិក្រមយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល

យុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលបង្កើតជាទីតាំងសំរាប់ការធ្វើសកម្មភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនិងដៃគូ ភាគីទាំងអស់នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការអនុវត្ត ផ.យ.ស.២ ។ ការប្រឈមមុខក្នុងការអនុវត្តន៍ យុទ្ធសាស្ត្រមានពីរគឺ ទី១) ពង្រឹងជោគជ័យរបស់ ផ.យ.ស.១ និង ទី២) ពង្រីកអន្តរាគមន៍សំខាន់ៗ ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពដើម្បីជាអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកសុខភាពដល់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់។

នោះគឺជាយុទ្ធសាស្ត្រដែលត្រូវយកទៅអនុវត្តតាមពីរដំណាក់កាល។ ក្នុងដំណាក់កាលទី១ ត្រូវ ដាក់ចេញនូវមូលដ្ឋានគោលនយោបាយសំរាប់ពង្រឹងសមិទ្ធផលបច្ចុប្បន្ន ហើយដោះស្រាយឧបសគ្គផ្នែក ស្ថាប័ន និងប្រព័ន្ធដើម្បីជោគជ័យនៃដំណាក់កាលពង្រីក។ ក្នុងដំណាក់កាលទី២ អន្តរាគមន៍សំខាន់ៗនៃ យុទ្ធសាស្ត្រដែលបានលើកឡើងនិងត្រូវបានពង្រីកទៅកាន់ខេត្ត-ក្រុងទាំងអស់ស្របទៅតាមគោលនយោបាយ ដែលបានកំណត់ច្បាស់លាស់ និងដោយមានការត្រួតពិនិត្យតាមដានយ៉ាងហ្មត់ចត់ ។

៤. ផ្នែកយុទ្ធសាស្ត្រ

- **ការផ្តល់សេវាសុខភាព** រួមមានវិធានការសុខភាពសាធារណៈដើម្បីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ-ដូចជាការ រៀបចំចាត់ចែងការលើកកម្ពស់សុខភាពដើម្បីកាត់បន្ថយឥរិយាបថគ្រោះថ្នាក់និងគាំពារដល់ផ្នែកសុខភាព- ព្រមទាំងពង្រឹងជាទូទៅការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពតាមរយៈគោលនយោបាយនិងផែនការ ដោយលើកនិង ទូទៅនៃជំងឺចាំបាច់នានា ដោយផ្តោតចំបងទៅលើការលើកកម្ពស់គុណភាពសេវា។ ការបង្កើតរូបរាងផ្នែក សុខភាពនិង សិទ្ធិអំណាចរបស់អ្នកជំងឺ គឺជាមធ្យោបាយចំពោះមុខដ៏សំខាន់សំរាប់បង្កើតគុណភាពសេវា និងការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់សេវា។

- **ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព** ដោះស្រាយការបង្កើនវិនិយោគលើសុខភាព និងការប្រឹងប្រែង ដើម្បីបំបាត់រាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលយកសេវាមានគុណភាព។ ការវិភាគឥរិយាបថរបស់រដ្ឋាភិបាល ដល់វិស័យសុខាភិបាល គ្រាន់តែជាផ្នែកមួយតែប៉ុណ្ណោះ។ ដូច្នេះ ត្រូវគូសបញ្ជាក់អំពីបញ្ហានានាជុំវិញ តុល្យភាពនៃហិរញ្ញប្បទានរវាងរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកផ្តល់ជំនួយ ក៏ដូចជាការផ្តល់មូលនិធិឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ ដល់ថ្នាក់ផ្តល់សេវា។ ពង្រឹងយន្តការគាំពារសុខភាពសង្គម ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងមូលនិធិសមធម៌ ការ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម និងរួមចំណែកដល់ការកាត់បន្ថយ រាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការមកទទួលយកសេវា និងគ្រោះថ្នាក់នៃការចំណាយដ៏មហន្តរាយលើសុខភាព។

- **ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល** គ្របដណ្តប់លំដាប់លំដោយលើអន្តរាគមន៍គ្រប់ជ្រុងជ្រោយមួយ។
 - ១) ធានាកំរិតបរិមាណបុគ្គលិកគ្រប់គ្រាន់ ហើយមានប្រវត្តិវិជ្ជាជីវៈនិងសមត្ថភាពសមស្រប។
 - ២) ការ ពិនិត្យសារឡើងវិញកម្មវិធីនៃការបណ្តុះបណ្តាល។
 - ៣) បង្កើនចំនួនសិស្ស-និស្សិតដែលត្រូវជ្រើសរើសឱ្យ ចូលរៀនតាមសាលានិងសកលវិទ្យាល័យ និង
 - ៤) ពង្រឹងវិធានការនានា ដើម្បីការពារគុណភាពបណ្តុះ បណ្តាលនិងគ្រូបណ្តុះបណ្តាល។ ឆ្លុះបញ្ចាំងជ្រើសរើសជាពិសេសថាជាក្រុមចំណុចដោយសារតែតួនាទី ដ៏សំខាន់របស់ពួកគេ ក្នុងការសំរេចគោលបំណងទូទៅនៃផ.យ.ស.២។ ការរៀបចំកម្មវិធីធនធានមនុស្ស ត្រូវរាប់បញ្ចូលផងដែរការគោរពក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ។ តំរូវការចាំបាច់និងជាបន្ទាន់គឺ ការផ្សារភ្ជាប់ទៅ និងការអនុវត្តន៍កំណែទម្រង់បៀវត្សសំរាប់សេវាសុខភាព។

- **ប្រព័ន្ធថ័តិមានសុខាភិបាល** ដោះស្រាយអំពីតំរូវការទិន្នន័យមានគុណភាពខ្ពស់ ត្រឹមត្រូវគ្រប់ ជ្រុងជ្រោយ និងទាន់ពេលវេលា ដើម្បីជាមូលដ្ឋានដល់ការតាក់តែងគោលនយោបាយផ្នែកលើភស្តុតាង ការធ្វើផែនការ ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការងារនិងការវាយតម្លៃ។ ចំណុចផ្តោតជាចំបង គឺលើក ស្នូលការសំរេចសំរួលនិងកិច្ចសហការទាំងក្នុងនិងក្រៅវិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈការចែករំលែកទិន្នន័យ ការគ្រប់គ្រង ការវិភាគ ការផ្សព្វផ្សាយនិងប្រើប្រាស់ ព្រមទាំងការដាក់បញ្ចូលព័ត៌មានពីវិស័យឯកជន និងការតាមដានថវិកានិងការចំណាយនិងពង្រីកការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីកសាងសមត្ថភាពប្រព័ន្ធថ័តិមាន សុខាភិបាល។

- **អភិបាលកិច្ចវិស័យសុខាភិបាល** ទស្សនៈវិស័យស្តីអំពីអភិបាលកិច្ចនៃ ផ.យ.ស.២ ផ្តោតលើ វិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។ ការធ្វើឱ្យត្រូវតាមច្បាប់ចំពោះកិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង និងកិច្ចសន្យាខាង ក្រៅតាមរយៈ “ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស” និង “ថវិកាកញ្ចប់” ពីថ្នាក់ជាតិនិងការកៀងគរធនធាន នៅនឹងមូលដ្ឋាន និងគ្របដណ្តប់លើសេចក្តីត្រូវការផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមគោលនយោបាយនេះ។ ស្វ័យភាព ដែលនឹងបង្កើតនៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិនិងត្រូវកំណត់រួមជាមួយនិងនិយតកម្មដ៏រឹងមាំ និងមគ្គុទេសភាពដល់វិស័យ ឯកជនសុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់ ដើម្បីលទ្ធផលត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់ដើម្បីឈានទៅសំរេច ក្រប ខណ្ឌគោលនយោបាយរួមមួយរវាងរាជរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ សំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសុខាភិ បាល។ យុទ្ធសាស្ត្រនិងលើកកំពស់ឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវរូបភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការផ្តល់មូលនិធិ

របស់រដ្ឋាភិបាលនិង ប្រទេសផ្តល់ជំនួយ ព្រមទាំងពង្រឹង **សុខដុមនីយកម្ម** (សំរាប់សំរួលជំនួយក្រៅប្រទេស ស្របតាមនីតិវិធី រចនាសម្ព័ន្ធ និង ប្រព័ន្ធជាតិកន្លែងណាដែលអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន) និង **តំរៀបតំរង់** (ធានាថាអាទិភាពដែលបានកំណត់ដោយប្រទេសកម្ពុជាក៏ជាអាទិភាពរបស់ប្រទេសផ្តល់ជំនួយ) ស្ថាបត្យកម្ម ជំនួយឱ្យស្របតាមបន្ទាត់គោលនយោបាយរបស់រដ្ឋាភិបាលស្តីអំពីវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។

៤.១ យុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល (បំបែក)

តាមរយៈយុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្តល់សេវានេះគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈ របស់រាជរដ្ឋាភិបាលនឹងត្រូវលើកយកមកអនុវត្ត។ យុទ្ធសាស្ត្រផ្តល់សេវាសុខភាព ទ្រទ្រង់ដល់ លទ្ធផលសំខាន់ៗនៃសេវាសាធារណៈនិងឯកជន ហើយជាមធ្យោបាយដែលតាមរយៈនេះលទ្ធផល នៃផ.យ.ស.បនិងត្រូវសំរេចបាន។ យុទ្ធសាស្ត្រ៤ ផ្សេងទៀតត្រូវបានកសាងឡើង ដើម្បីគាំទ្រ យុទ្ធសាស្ត្រផ្តល់សេវាសុខភាពឆ្ពោះទៅសំរេចលទ្ធផលខាងលើ។

នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ គ្រប់សហគមន៍ទាំងអស់ នឹងមានលទ្ធភាពទទួលយកសេវាស.ស.អ និងស.ស.ប ពេញលេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងពីអ្នកផ្តល់សេវាឯកជនដែលមាន អជ្ជាបណ្ណនិងការទទួលស្គាល់គុណភាព។ ជោគជ័យនៃកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវាសុខភាព និងត្រូវបាន ពង្រីកទូទាំងប្រទេស ហើយនិយតកម្មទៅតាមបរិបទស្ថាប័ននៃវិស័យសាធារណៈនៅកម្ពុជា ដោយ ផ្តោតជាសំខាន់លើកិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុងនិងស្វ័យភាពលើការគ្រប់គ្រង តាមរយៈទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការ ពិសេសស្របតាមគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ដែលទ្រ ទ្រង់ដោយ“ថវិកាកញ្ចប់សំរាប់ការផ្តល់សេវា” នៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង។

យុទ្ធសាស្ត្រផ្តល់សេវាសុខភាពប្រើប្រាស់ “ការថែទាំបន្ត” (Continuum of care) ដើម្បី ពង្រឹងនិងផ្សារភ្ជាប់គ្នារវាង ស.ស.អ និងស.ស.ប អមដោយការពង្រឹងសេចក្តីណែនាំគ្លីនិក និង ពិធីសារនៃការព្យាបាល ព្រមទាំងប្រមូលផ្តុំកាន់តែខ្លាំងឡើងលើគុណភាព និងក្របខណ្ឌវិជ្ជាជីវៈ ទាំងក្នុងវិស័យសុខាភិបាលសាធារណៈនិងឯកជន។

មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសេវាសុខភាពដែលត្រូវផ្តល់ និងរចនាសម្ព័ន្ធទ្រទ្រង់ដទៃទៀតនិងត្រូវ តំរង់គោលដៅ ឱ្យកាន់តែជិតថែមទៀតទៅរកតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជន តាមរយៈ ផ.គ.សនិងការវាយតម្លៃអំពីបន្ទុកជំងឺ។ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការអភិបាលនិងត្រូវបានពង្រឹង តាមរយៈបង្កើនសមាហរណកម្ម និងការបង្កើតក្រុមត្រួតពិនិត្យតាមដានការផ្តល់សេវាពីនាយកដ្ឋាន ច្រើនរួមគ្នា ដើម្បីទ្រទ្រង់កម្មវិធីជាតិ មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ។

ក. បញ្ហាប្រឈមមុខ

បច្ចុប្បន្នការផ្តល់សេវាសុខភាពនៅប្រទេសកម្ពុជាមានចីរភាពក្នុងរយៈពេលវែង៖

- កំណើនសន្តិសុខនៃការប្រើប្រាស់សេវាសាធារណៈ ។
- គុណភាពនៃការផ្តល់សេវាជាទូទៅមានកំរិតទាប ទាំងនៅផ្នែកសាធារណៈនិងផ្នែកឯកជន
- ការផ្លាស់ប្តូរយ៉ាងឆាប់រហ័សទាំងលំនាំនៃការរំពឹងទុករបស់អតិថិជន (រាប់បញ្ចូលទាំងចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗលើការថែទាំសុខភាព) និងលំនាំនៃការផ្តល់សេវាសុខភាព ។
- ភាពបែកខ្ញែកនៃសកម្មភាព លំហូរមូលនិធិ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ការអភិបាលនិងខ្សែរយៈសមត្ថកិច្ចរដ្ឋបាល ។
- យន្តការនិយតកម្មខ្លះប្រសិទ្ធភាព ការសំរេចសំរួលរវាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជននៅទន់ខ្សោយ រាប់បញ្ចូលទាំងសេវាឯកជនដែលមិនស្វែងរកផលចំណេញ ។
- លទ្ធភាពភូមិសាស្ត្រក្នុងការមកទទួលយកសេវាមានការលំបាក និងកង្វះព័ត៌មានស្តីអំពីសេវាសុខភាពសាធារណៈនៅតំបន់ជនបទដាច់ស្រយាល ។

បញ្ហាប្រឈមមុខទាំងអស់នេះនឹងត្រូវបានដោះស្រាយ តាមរយៈពង្រឹងយុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្តល់សេវាដែលកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព និងកាន់តែមានលក្ខណៈសមាហរណកម្ម ដោយការពង្រឹង និងកសាងលើមូលដ្ឋាននៃស.ស.អ នៅមណ្ឌលសុខភាព និងស.ស.ប នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះត្រូវបានកំណត់ឡើងដើម្បីបន្ថយភាពបែកខ្ញែកគ្នានៅក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាព ទន្ទឹមគ្នានឹងការគោរពតាមរចនាសម្ព័ន្ធរដ្ឋបាលរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនិងរក្សាមុខងារស្នូលរបស់កម្មវិធីជាតិដែលមានគុណភាពខ្ពស់និងអង្គភាពឯកជនសំខាន់ៗដទៃទៀត ។ នៅកំរិតទូលំទូលាយយន្តការនិយតកម្មអ្នកប្រកបមុខរបរឯកជននឹងត្រូវពង្រឹងដើម្បីធានាឱ្យមានការគោរពបទដ្ឋានគុណភាពអប្បបរមា ។

ខ. សមាសធាតុនិងអន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រ

ផសស.១ ពង្រឹងការគ្របដណ្តប់ការផ្តល់សេវាសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមានិងសំណុំសកម្មភាពបង្រួបយោងតាមផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាលនិងតំរូវការរបស់អតិថិជន

ផសស.១.១ ពង្រឹងនិងពង្រីកការផ្តល់ ស.ស.អ ដោយមណ្ឌលសុខភាពនិងស.ស.ប ពេញលេញមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ពិសេសសេវាឯកទេសនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ខេត្តដែលមានសាលាមធ្យមសិក្សាសុខាភិបាលភូមិភាគ ផ្អែកតាមសេចក្តីណែនាំអំពីស.ស.អ និងស.ស.ប ជាមួយនិងការពង្រឹងប្រព័ន្ធបញ្ជូនជំងឺរវាងមណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។

ផសស.១.២ កំណត់សំណុំនៃ“ការថែទាំបន្ត”នៅក្នុងស.ស.អ និងស.ស.ប សំរាប់សេវាអាទិភាពនៃសុខភាពបន្តពូជ-មាតា-ទារក-កុមារ ជំងឺឆ្លងនិងជំងឺមិនឆ្លង។ ការថែទាំបន្តទាំងនេះនឹង :

- ប្រើប្រាស់ជាមូលដ្ឋានផ្តល់មូលនិធិ ដើម្បីពង្រឹង ស.ស.អ និងស.ស.ប
- បញ្ចូលអន្តរាគមន៍នានាទាំងផ្នែកគ្លីនិក ការផ្តល់សេវាតាមមូលដ្ឋាននិងការប្រាស្រ័យទាក់ទង
- បញ្ចូលប្រព័ន្ធបញ្ជូនជំងឺដែលតភ្ជាប់រវាង ស.ស.អ និងស.ស.ប
- បញ្ចូលសេចក្តីណែនាំគ្លីនិក និងពិធីសារនៃការព្យាបាលដែលមានសង្គតភាពជាមួយ ស.ស.អ និងស.ស.ប និងពង្រឹងបន្ថែមដល់សេចក្តីណែនាំអំពី ស.ស.អ និងស.ស.ប ដែលមានស្រាប់។

ផសស.១.៣ ពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យតាមដានបែបសមាហរណកម្ម និងការអភិបាលគាំទ្រ នៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់មុខងារនៃការផ្តល់សេវាសុខភាពនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកនិងមណ្ឌលសុខភាព តាមរយៈការផ្តល់ថវិកាសំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការអភិបាល។

ផសស.១.៤ ពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យតាមដានការផ្តល់សេវានិងការអភិបាល គាំទ្រដោយនាយកដ្ឋាននានានៃក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់មន្ទីរសុខាភិបាល ក្នុងការប្រតិបត្តិការនៃការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការអភិបាលរបស់ខ្លួន តាមរយៈការបង្កើត និងផ្តល់មូលនិធិដល់ក្រុមត្រួតពិនិត្យតាមដាន ការផ្តល់សេវាដែលមានសមាសភាពពីនាយកដ្ឋាននិងកម្មវិធី/មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ។

ផសស.១.៥ ពង្រឹងតួនាទីនិងមុខងារនៃការផ្តល់សេវារបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលតាមរយៈការពង្រឹងការអនុវត្តន៍បែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការវិនិច្ឆ័យនិងផ្តល់យោបល់ត្រឡប់លើផែនការ ពិសេសនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ។

ផសស.១.៦ ពង្រឹងគំរូនៃការថែទាំបែបសមាហរណកម្ម នៃការចុះផ្តល់សេវាដល់មូលដ្ឋាន និងផ្អែកលើសហគមន៍ ជាយុទ្ធសាស្ត្របន្ទាន់សំរាប់ការពង្រីកអន្តរាគមន៍ផ្នែកសុខភាពមាតា-ទារកនិងការរស់រានរបស់កុមារពិសេសនៅតាមសហគមន៍ដែលពិបាកកម្រទទួលសេវា នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងធានាឱ្យមានការចូលរួមពីរដ្ឋអំណាចមូលដ្ឋាននិងអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត (ក្រុម

ទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ) នៅក្នុងការផ្តល់សេវានិងព័ត៌មាន សំរាប់កែលម្អ
សេវាសុខភាពបន្តពូជ-ទារកនិងកុមារ។

ផសស.១.៧ លើកស្ទួយរបៀបរបបរស់នៅ តាមរយៈការបង្កើតបរិយាកាសមានសុខភាព
និងយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថនិងការព្រមព្រៀងស្របទៅតាមទំនៀមទម្លាប់។

ផសស.២ ពង្រឹងប្រព័ន្ធគាំទ្រការផ្តល់សេវាសុខាភិបាលក្នុងលក្ខណៈសមាហរកម្ម

ផសស.២.១ ពង្រឹងប្រព័ន្ធបញ្ជូនជំងឺមានប្រសិទ្ធភាព រាប់បញ្ចូលទាំងប្រព័ន្ធបញ្ជូនជំងឺ
ក្នុងសហគមន៍ ព្រមទាំងស្ថាប័នបណ្តាញប្រព័ន្ធបញ្ជូនជំងឺនៅពេលចាំ
បាច់ តាមរយៈការចងជាចង្កោមស្រុកប្រតិបត្តិ និងខេត្ត-ក្រុង ដើម្បី
លើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់ជាអតិបរមានូវធនធានដែលមានស្រាប់ និង
ជួយសហគមន៍ឱ្យគ្រប់គ្រងនិងអនុវត្តប្រព័ន្ធបញ្ជូនអ្នកជំងឺក្នុងសហគមន៍
ដោយខ្លួនឯង។

ផសស.២.២ លើកកម្ពស់ការរៀបចំចាត់ចែង ការគ្រប់គ្រង និងសមត្ថភាពបច្ចេកទេស
នៃសេវាអមវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសេវាមន្ទីរពិសោធន៍និង
សេវាផ្តល់ឈាម។ល។ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការព្យា
បាល និងការថែទាំមានគុណភាពនិងប្រសិទ្ធភាព។

ផសស.២.៣ ពង្រឹងសមត្ថភាពនិងជំនាញ លើការព្យាករណ៍និងការកំណត់បរិមាណ
ឱសថ បរិក្ខារពេទ្យ ព្រមទាំងពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យ និងធានាគុណភាព
ឱសថ-បរិក្ខារពេទ្យ ជាពិសេសនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ។

ផសស.២.៤ តំរៀបតំរង់សេវាជំនួយទ្រទ្រង់ទៅតាមសនិទានកម្មនៃតំរូវការ ក្នុងការ
ផ្តល់សេវានិងពង្រឹងប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់ដើម្បីធានាឱ្យមានឱសថ-បរិក្ខារគ្រប់
គ្រាន់និងទាន់ពេលវេលានៅតាមមណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។

ផសស.៣ តំរង់ការផ្តល់សេវានិងអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការផ្នែកសុខភាព

ផសស.៣.១ កំណត់បរិមាណរំពឹងទុកនៃសំណុំសេវាសារវន្តី (ការថែទាំបន្ត) សំរាប់
មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដើម្បីតំរង់ទិសនៃអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈ
សេវាបង្ការ ព្យាបាលនិងលើកកម្ពស់សុខភាពទៅតាមតំរូវការ ដោយ
ផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការសិក្សាវាយតម្លៃគ្រប់ជ្រុងជ្រោយស្តីអំពីបន្ទុកជំងឺ
ទូទាំងប្រទេសនិងកត្តាសង្គមមានឥទ្ធិពលលើសុខភាព។

ផសស.៣.២ ពិនិត្យសារឡើងវិញផ. គ្រ.សទូទាំង ប្រទេស និងអភិវឌ្ឍផែនទីមូលដ្ឋាន សុខាភិបាលដោយបំពេញបន្ថែមទិន្នន័យ ស្តីអំពីតំរូវការនៃការផ្តល់សេវា ដែលរំពឹងទុក ព្រមទាំងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរៀងរាល់ ៣ឆ្នាំម្តង។

ផសស.៣.៣ ពង្រឹងការអនុវត្តន៍ ក្របខណ្ឌសំរាប់ប្រព័ន្ធប្រកាសភាពអាសន្ន និងលើក កំពស់ប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺ ការស្រាវជ្រាវទាន់ពេល និងការឆ្លើយតប មានប្រសិទ្ធភាពតាមរយៈការអភិវឌ្ឍន៍គោលនយោបាយជាតិ គ្រប់ជ្រុង ជ្រោយ និងមគ្គុទេសបច្ចេកទេសចាំបាច់នានា ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងភាព អាសន្ននិងគ្រោះមហន្តរាយនិងការពង្រឹងអន្តរាគមន៍របស់ “ក្រុមឆ្លើយ តបរហស័” ថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង។

ផសស.៤ អភិវឌ្ឍន៍និងអនុវត្តបទដ្ឋានគុណភាពនៅទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល (សេវារដ្ឋ-ឯកជន- ឯកជនមិនស្វែងរកកំរៃ)

ផសស.៤.១ ពង្រឹងការអនុវត្តន៍គោលនយោបាយជាតិស្តីពីការកែលម្អគុណភាពនៅក្នុង វិស័យសុខាភិបាល (ខែតុលាឆ្នាំ២០០៥) ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំសុខភាព មានគុណភាព សុវត្ថិភាពនិងប្រសិទ្ធភាព ផ្តោតលើអតិថិជនទាន់ពេល និងសមធម៌ ដោយយកចិត្តទុកដាក់ពិសេសដល់សិទ្ធិអតិថិជន និយត្តិកម្ម ស្ថាប័ន និងការគ្រប់គ្រង ការអនុវត្តន៍គ្លីនិក ការអភិវឌ្ឍន៍ វិជ្ជាជីវៈ និងបរិស្ថាន គាំទ្រឱ្យមានការលើកកំពស់គុណភាព។

ផសស.៤.២ អភិវឌ្ឍន៍និងអនុវត្តប្រព័ន្ធ និងវិធីសាស្ត្រអង្កេតនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលជា ប្រចាំសំរាប់ការតាមដានបន្ត ដើម្បីធានាថាការផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សំភារៈជាមូលដ្ឋាន និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ មានសមស្របទៅតាម ស.ស.អ និង ស.ស.ប ។

ផសស.៤.៣ បង្កើតយន្តការលើកទឹកចិត្ត ដើម្បីលើកកំពស់គុណភាព ដូចជាការផ្តល់ រង្វាន់ និងការទទួលស្គាល់ចំពោះការសំរេចបានលទ្ធផលខ្ពស់ ដោយ មានការចូលរួមពីអតិថិជន។

ផសស.៤.៤ ត្រួតពិនិត្យតាមដានការពេញចិត្តរបស់អតិថិជនតាមរយៈការអង្កេតទៀង ទាត់លើអតិថិជន និងការលើកកំពស់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនិងការសំរប សំរួល ជាមួយគណៈកម្មការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព ក្រុមទ្រទ្រង់ សុខភាពភូមិ ភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិមូលនិធិសមធម៌ និងក្រុមប្រឹក្សាយុវ សង្កាត់។

ផសស.៤.៥ ពង្រឹងយន្តការនិយតកម្មក្នុងការផ្តល់អាជ្ញាបណ្ណ័ដល់វិស័យឯកជន បន្តដោយការអនុវត្តន៍ប្រព័ន្ធទទួលស្គាល់គុណភាពជាជំហានបន្ទាប់ក្រោយ ពីបានបំពេញតាមតំរូវការនៃការចេញអាជ្ញាបណ្ណ័រួចហើយ។ បែបបទ ដូចគ្នានេះនឹងអនុវត្តជាជំហានៗនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ។

ផសស.៥ អភិវឌ្ឍន៍កិច្ចសន្យាដែលជាចំណុចស្នូលនៃវិធីសាស្ត្រគ្រប់គ្រងជ្រោយសំរាប់កិច្ចព្រមព្រៀងនៃការផ្តល់សេវា

ផសស.៥.១ ពង្រីកកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវាទូទាំងប្រទេស ស្របតាមគោលនយោបាយ និងច្បាប់របស់រាជរដ្ឋាភិបាល តាមរយៈការអនុវត្តន៍ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស និងកិច្ចព្រមព្រៀងផ្តល់សេវាដទៃទៀតដែលចុះសំរុងគ្នា (កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុងនិងខាងក្រៅ) ដើម្បីលើកកម្ពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាប្រសិទ្ធភាព គុណភាពនិង សមធម៌ ព្រមទាំងជំរុញឱ្យអ្នកគ្រប់គ្រង និងអ្នកផ្តល់សេវាទទួលខុសត្រូវលើលទ្ធផល។ ការរៀបចំចាត់ចែងទាំងនេះនឹងត្រូវអភិវឌ្ឍន៍ដោយអនុលោមតាមគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលនិងចងក្រងជាក្រមនៅក្នុងគោលនយោបាយរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា។ ស្របតាមគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈ ការរៀបចំចាត់ចែងនេះនឹងធានាឱ្យមាន :

- ផ្តោតលើតំរូវការរបស់អ្នកប្រើប្រាស់សេវា ដោយកំណត់ច្បាស់លាស់ អំពីប្រភេទគុណភាព និងតម្លៃសេវាដែលត្រូវផ្តល់។
- កំណត់ច្បាស់លាស់អំពីលទ្ធផលរំពឹងទុកនិងធនធានដែលអាចរកបាន
- កំណត់ច្បាស់លាស់អំពីការរៀបចំនិងការប្រព្រឹត្តទៅរបស់អង្គការផ្នែក
- កំណត់ច្បាស់លាស់យន្តការ សំរាប់ការតាមដានត្រួតពិនិត្យ និងការវាយតម្លៃ

ផសស.៥.២ ប្រើប្រាស់ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ ដែលអនុម័តដោយក្រសួងសុខាភិបាលជាមូលដ្ឋានសំរាប់ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស និងសំរាប់កិច្ចព្រមព្រៀងនៃកិច្ចសន្យាដទៃទៀតដែលត្រូវអនុវត្តរវាងក្រសួងសុខាភិបាលជាមួយអង្គការសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង ទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល។

ផសស.៥.៣ តាមស្ថានភាពសមស្របពង្រឹងផែនការនីយតកម្មប្រចាំឆ្នាំ ការកសាងថវិកានិងការផ្តល់មូលនិធិដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ រួមមានទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេសជាមួយនិង “ថវិកាកញ្ចប់ប្រចាំត្រីមាសសំរាប់ការផ្តល់សេវា” និងតាមការ “បណ្តុំមូលនិធិ” តាមលំដាប់ថ្នាក់ដែលអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន (ដូចជានៅក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច-ហិរញ្ញវត្ថុ ក្រសួងសុខាភិបាលមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ) ដោយផ្តោត ជាសំខាន់ដល់ជនក្រីក្រនិងតំបន់ជនបទ ។

ផសស.៥.៤ ពង្រឹងសមត្ថភាព និងអភិវឌ្ឍន៍នាពេលវេលាវិស័យពិសេសនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ ដើម្បីចងក្រង គ្រប់គ្រង អនុវត្ត និងត្រួតពិនិត្យតាមដានគ្រប់ទំរង់ទាំងអស់នៃកិច្ចសន្យា ។

៤.២ យុទ្ធសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព (បាវស)

នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ រូបធាតុផ្សេងៗគ្នា រួមទាំងរចនាសម្ព័ន្ធនៃប្រព័ន្ធហិរញ្ញប្បទានបច្ចុប្បន្ន និងត្រូវដាក់បញ្ចូលនៅក្រោមយុទ្ធសាស្ត្រប្រមូលផ្តុំតែមួយ ដែលត្រូវសម្រាយដោយអាទិភាពជាតិ ។ យន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គមនិងដាក់ឱ្យដំណើរការជនក្រីក្រនិងទទួលបានការគាំពារដោយយន្តការជំនួយសង្គមសមស្រប លំហូរមូលនិធិរដ្ឋ សំរាប់សុខភាពនិងមានកំរិតសមស្របដើម្បីការផ្តល់សេវាសុខភាពឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ដល់ប្រជាជនការជួយឧបត្ថម្ភពីប្រទេសផ្តល់ជំនួយនិងមានសុខដុមនីយកម្ម ព្រមទាំងតំរៀបតំរង់តាមអាទិភាពជាតិ និងគាំទ្រដល់ការផ្តល់សេវាមានប្រសិទ្ធភាព ។ ការសំរេចបានគោលដៅទាំងនេះ និងជំរុញដល់ចលនាឆ្ពោះទៅរកលទ្ធភាពនៃការគ្របដណ្តប់ជាសកល ។

ក. បញ្ហាប្រឈមមុខ

- ហិរញ្ញប្បទានវិស័យបច្ចុប្បន្ននៅប្រទេសកម្ពុជាមានចំរិតលក្ខណៈដូចខាងក្រោមនេះ ៖
- កំរិតនៃការចំណាយសរុបលើការថែទាំសុខភាពរហូតដល់ ៣៥ ដុល្លារអាមេរិក លើប្រជាជនម្នាក់ បើប្រៀបធៀបនឹងបណ្តាប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ដទៃទៀត ។
 - កំរិតកំណើននៃការចំណាយចរន្តរបស់រដ្ឋលើការថែទាំសុខភាព រហូតដល់១២% នៃថវិកាជាតិសរុប ប៉ុន្តែនៅតែទាបបើប្រៀបធៀបនឹងផលិតផលសរុបក្នុងស្រុកគឺជាង ១% ក្នុងឆ្នាំ២០០៧
 - កំរិតខ្ពស់នៃការចំណាយដោយឯកជន ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅផ្ទាល់របស់គ្រួសារ រហូតដល់ប្រមាណ ២/៣ នៃការចំណាយសរុបលើការថែទាំសុខភាព ។
 - ការពឹងពាក់លើមូលនិធិអ្នកផ្តល់ជំនួយសំរាប់វិស័យសុខាភិបាលរហូតដល់ ៧ដុល្លារអាមេរិកលើប្រជាជនម្នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ នាឆ្នាំ២០០៧ ។

- កំរិតប្រាក់បៀវត្ស និងការលើកទឹកចិត្តទាប សំរាប់បុគ្គលិកបំរើការក្នុងវិស័យសុខាភិបាល រាំងរាជលំការដល់ផ្តល់សេវាមានប្រសិទ្ធភាព។
- កំរិតទាបនៃមូលនិធិសាធារណៈដែលបានធ្លាក់ដល់ថ្នាក់ផ្តល់សេវា ហើយមានផលប៉ះពាល់ទៅលើការផ្តល់សេវា។

ពីឆ្នាំ២០០៨ដល់ឆ្នាំ២០១៥ យុទ្ធសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទាននិងផ្នែកទៅលើការអនុវត្តន៍ “គំរូចំរុះ” នៃហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល។ គំរូចំរុះនេះរួមបញ្ចូលនូវ៖ ប្រភពចំណូលរដ្ឋនិងឯកជន ការផ្តល់សេវាដោយរដ្ឋជាមួយនិងឯកជន និងយន្តការបង់ថ្លៃផ្ទាល់ បុរេបង់ថ្លៃ និងហិរញ្ញប្បទានផ្នែកសង្គម។ នៅក្នុងគំរូនេះ តួនាទីរបស់ដៃគូនិមួយៗមានដូចតទៅ៖

- **តួនាទីរដ្ឋាភិបាល** គឺផ្តល់ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ធនធានមនុស្សនិងចំណាយចរន្តដល់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល អនុវត្តមគ្គុទ្ទេសភាពទូទាំងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល កំណត់អាទិភាព បង្កើនការផ្តល់សេវាសុខភាពសាធារណៈឱ្យសមមាត្រទៅនឹងការផ្តល់សេវាសរុប ធានាប្រសិទ្ធភាពនិងគុណភាព។ **ការរៀបចំចាត់ចែងកិច្ចសន្យា** ស្របទៅតាមគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលគឺជាឧបករណ៍ដ៏សំខាន់ក្នុងការបំពេញតួនាទីរបស់រដ្ឋាភិបាល។
- **តួនាទីអ្នកជំនួយ** គឺផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេស ឧបត្ថម្ភគាំទ្រដល់អាទិភាពសុខាភិបាលជាតិនិងបំពេញកង្វះខាតមូលនិធិរវាងធនធានដែលអាចរកបាននិងធនធានដែលត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីសំរេចគោលបំណងផ្នែកសុខភាព។ **សុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់** ពិសេសតាមការរៀបចំចាត់ចែង **កិច្ចសន្យា** ដែលបានកំណត់នឹងត្រូវការជាចាំបាច់ដើម្បីធ្វើឱ្យការជួយ ឧបត្ថម្ភពីអ្នកផ្តល់ជំនួយមានប្រសិទ្ធភាព
- **ការបង់ថ្លៃសេវា** ផ្លូវការដោយនិយត្តិកម្ម និងបន្តជាប្រភពចំណូលបន្ថែមដ៏សំខាន់សំរាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដើម្បីផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុដល់ការចំណាយចរន្តនិងការលើកទឹកចិត្តបុគ្គលិក ដោយពង្រឹងការលើកលែងការបង់ថ្លៃសេវាចំពោះអ្នកក្រ។ **តួនាទីកម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌** គឺផ្តល់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពនិងការពារជនក្រីក្រពីបរិយាកាសនៃការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព។ **តួនាទីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍** គឺផ្តល់នូវយន្តការប្រមូលផ្តុំហានិភ័យសំរាប់ពលករក្នុងវិស័យសេដ្ឋកិច្ចក្រៅប្រព័ន្ធដែលស្ថិតនៅលើបន្ទាត់នៃភាពក្រីក្រ។ **ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម** ផ្តល់ការគ្របដណ្តប់ជាសកលដល់និយោជិកដែលមានប្រាក់ឈ្នួល/ប្រាក់ខែ នៅក្នុងវិស័យសេដ្ឋកិច្ចក្នុងប្រព័ន្ធ។ គោលដៅខ្ពស់បំផុតនោះគឺប្រមូលគំរោងបុរេបង់ថ្លៃទាំងអស់ឱ្យស្ថិតនៅក្រោមឆត្ររួមនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម។
- **តាមរយៈផ្នែកឯកជន** សេវាសុខភាពអាចនឹងត្រូវផ្តល់ឱ្យដល់ជនទាំងឡាយណាដែលអាចទ្រាំទ្របានទៅនឹងការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព និងការបង់ភាគទានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងផ្នែកឯកជន។

ខ. សមាសធាតុនិងអន្តរាគមន៍ថវិកាសុខាភិបាល

ហថស.១ បង្កើនថវិការដ្ឋនិងលើកកម្ពស់ប្រសិទ្ធភាពក្នុងការវិភាគផ្នែកធនធានរដ្ឋសំរាប់វិស័យសុខាភិបាល

ហថស.១.១ ពង្រឹងការតស៊ូមតិរវាងក្រសួងសុខាភិបាលនិងក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីបង្កើនចំណែកនៃការចំណាយរបស់រដ្ឋ លើការចំណាយសរុប សំរាប់វិស័យសុខាភិបាល។

ហថស.១.២ ប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ផែនការប្រចាំឆ្នាំនិងរយៈពេលមធ្យម (ផែនការប្រតិបត្តិ ប្រចាំឆ្នាំនិងផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ) មានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្នាក់វិស័យអនុវិស័យ និងនៅថ្នាក់វិមជ្ឈការឈរលើមូលដ្ឋានអាទិភាព និងតម្រូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជនក្នុងការកសាងថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រប្រចាំឆ្នាំ។

ហថស.១.៣ អនុវត្តឧបករណ៍គ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុសមស្រប ជំរុញមុខងារនៃការត្រួតត្រានិងគ្រប់គ្រងថវិកាទៅកាន់កន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាព។

ហថស.១.៤ កៀងគរធនធានបន្ថែម ដើម្បីគ្រប់ដណ្តប់ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ការបង្ការជំងឺមិនឆ្លង ការលើកកម្ពស់សុខភាព និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត ដូចជាគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ។

ហថស.២ តម្រូវការការផ្តល់មូលនិធិម្ចាស់ជំនួយជាមួយនិងយុទ្ធសាស្ត្រ ផែនការនិងអាទិភាពក្រសួងសុខាភិបាល និងពង្រឹងការសំរាប់សំរួលការផ្តល់មូលនិធិម្ចាស់ជំនួយក្នុងវិស័យសុខាភិបាល

ហថស.២.១ តម្រូវការការផ្តល់មូលនិធិម្ចាស់ជំនួយ ជាមួយនិងអាទិភាពវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ ២០០៨-២០១៥ ដោយប្រើប្រាស់បែបបទ និងឧបករណ៍ផែនការកសាងថវិកាប្រចាំឆ្នាំនិងរយៈពេលមធ្យម របស់ក្រសួងសុខាភិបាល។

ហថស.២.២ សុខដុមនីយកម្មការផ្តល់មូលនិធិម្ចាស់ជំនួយតាមរយៈ ការរៀបចំចាត់ចែង“បណ្តុំមូលនិធិ”(pooling) នៅកន្លែងណាដែលអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន។

ហថស.២.៣ តស៊ូមតិលើការព្យាករណ៍ដែលកាន់តែទុកចិត្តបាន អំពីមូលនិធិសំរាប់រយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែងដែលផ្តល់ដោយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។

ហថស.២.៤ ពង្រឹងការឧបត្ថម្ភរបស់អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល ស្របទៅតាមអាទិភាពរបស់ ផ.យ.ស.២ និងគាំទ្រសកម្មភាពបំពេញបន្ថែមរបស់ពួកគេ ក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពរបស់ក្រុមប្រជាជនទន់ខ្សោយ និងការចូលរួមក្នុងការសន្ទនាលើគោលនយោបាយ។

ហេតុស.៣ បន្ថយឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុនៅពេលទទួលយកសេវាថែទាំសុខភាព និងអភិវឌ្ឍយន្តការគាំពារសុខភាពសង្គម

ហេតុស.៣.១ កាត់បន្ថយរបាំងហិរញ្ញវត្ថុ ក្នុងការមកទទួលយកសេវាសុខភាពមានគុណភាព តាមរយៈនិយតកម្មទំរង់បង់ថ្លៃសេវា ពង្រីកការរៀបចំចាត់ចែងមូលនិធិសមធម៌ និងពង្រីកការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ ដែលជាវិធានការអន្តរកាលនៅមុនពេលអភិវឌ្ឍន៍ និងអនុវត្តន៍ការគាំពារសុខភាពជាសកលដោយប្រសិទ្ធភាព ។

ហេតុស.៣.២ លើកស្ទួយគុណភាពសេវាសុខភាពនិងប្រើប្រាស់ទំរង់បុរេបង់ថ្លៃ និងការគាំពារសុខភាពសង្គមជាឃ្លាស់សំរាប់ការធានាគុណភាព ។

ហេតុស.៤ គិតគូរពីប្រភពចំបងៗនិងការប្រើប្រាស់ធនធានជាតិទៅថ្នាក់ផ្តល់សេវាសំរាប់អន្តរាគមន៍សុខភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ

ហេតុស.៤.១ ហិរញ្ញប្បទានមានប្រសិទ្ធភាពដល់អាទិភាពសុខភាព ផ្អែកលើការសិក្សាស្តីអំពីបន្ទុកនៃជំងឺ និងការគណនាថ្លៃចំណាយលើ “សេវាថែទាំបន្ត” ដែលបានកំណត់ដោយរាប់បញ្ចូលសេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពស្ត្រីទារក និងកុមារ ។

ហេតុស.៤.២ ការវិភាជន៍សមស្របនៃថវិកាគួរឱ្យទុកចិត្តដល់អង្គការផ្តល់សេវាតាមរយៈការគ្រប់គ្រងថវិកាបែបវិជ្ជការ និងមានសមត្ថភាពធ្វើផែនការកសាងថវិកា គណនេយ្យ ព្រមទាំងមានឧបករណ៍សមស្រប ។

ហេតុស.៤.៣ បង្កើតនិងអនុវត្តគណនីសុខាភិបាលជាតិ ឬប្រភេទដទៃទៀតនៃការអង្កេតមើលលំហូរហិរញ្ញវត្ថុគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងតាមដានការចំណាយ ។

ហេតុស.៤.៤ ពង្រីកការរៀបចំចាត់ចែងពង្រីកកិច្ចសន្យា ដើម្បីធានាការផ្តល់សេវាមានគុណភាព ព្រមទាំងការផ្តល់មូលនិធិ និងការប្រមូលផ្តុំថវិកាសមស្របជាមួយថវិកាកញ្ចប់ សំរាប់ការផ្តល់សេវាដល់ស្រុកប្រតិបត្តិ និងទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស ។

ហេតុស.៥ ភស្តុតាងនិងព័ត៌មានសំរាប់គោលនយោបាយហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល

ហេតុស.៥.១ ពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដានថវិកានិងការចំណាយពីគ្រប់ប្រភពហិរញ្ញប្បទានទាំងអស់ហើយផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងការអភិវឌ្ឍន៍គណនីសុខាភិបាលជាតិ ។

- ហថស.៥.២** សមាហរណកម្មទស្សនៈស្តីពីសមធម៌និងយែនឌ័រ ទៅក្នុងការប្រមូល ទិន្នន័យ ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ការវិភាគ និងគោលនយោបាយ ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល។
- ហថស.៥.៣** អនុវត្តការគណនាថ្លៃចំណាយលើ ស.ស.អ និងស.ស.ប និងសំណុំ អន្តរាគមន៍ជាសារវន្ត័យទៀតលើមូលដ្ឋានមួយទៀតទាត់។
- ហថស.៥.៤** សមាហរណកម្មត្រូវមានហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល លទ្ធផលនៃការ គណនាថ្លៃចំណាយ និងភស្តុតាងដទៃទៀត ទៅក្នុងគោលនយោបាយ ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល។
- ហថស.៥.៥** លើកកម្ពស់សមត្ថភាពក្នុងប្រទេស សំរាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែក សេដ្ឋកិច្ចសុខាភិបាល។

៤.៣ យុទ្ធសាស្ត្រធនធានមនុស្សសុខាភិបាល (ធម្មស)

នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ មន្ត្រី-បុគ្គលិកសុខាភិបាលនិងទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល ដ៏ល្អកាន់តែមានសមត្ថភាព និងទទួលបានការលើកទឹកចិត្តកាន់តែប្រសើរឡើង ដោយសារ ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សត្រូវបានកែលម្អ ការលើកទឹកចិត្តផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុនិងមិនមែន ហិរញ្ញវត្ថុ ក៏កាន់តែប្រសើរនិងការទទួលខុសត្រូវក្នុងក្របខណ្ឌវិជ្ជាជីវៈត្រូវបានលើក កម្ពស់។ ការលើកទឹកចិត្ត និងការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលបំរើការងារនិងត្រូវបានសំរ បសំរួលដើម្បីពង្រឹងស្នាដៃការងារ ដោយមិនធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់សកម្មភាពស្នូលហើយ គ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាលមុនពេលបំរើការងារនិងស្ថិតនៅលើគន្លងឆ្ពោះទៅសំរេចបទដ្ឋាន គុណភាពកំរិតអន្តរជាតិ។

យុទ្ធសាស្ត្រធនធានមនុស្សសុខាភិបាលផ្តោតលើសមត្ថភាព និងការលើកទឹកចិត្ត របស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំមានគុណភាពដល់ប្រជាជនកម្ពុជាគ្រប់ រូប។ យុទ្ធសាស្ត្រនិងពង្រឹងការអភិវឌ្ឍន៍ និងការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស ដោយសង្កត់ ធ្ងន់លើការ បណ្តុះបណ្តាលមុនពេលបំរើការងារ រួមជាមួយអភិក្រមវិទ្យាសាស្ត្រសំរាប់ការ គ្រប់គ្រង និងបណ្តុះបណ្តាល។ អភិក្រមអន្តរវិស័យនិងប្រកាន់យកដើម្បីបង្កើតនិងពង្រឹង និយាម និងបទដ្ឋាននៃ លក្ខត្តិកៈវិជ្ជាជីវៈ និងយកចិត្តទុកដាក់ដល់ការផ្តល់បរិស្ថាន អំណោយផលជាសារវន្ត័យសំរាប់មន្ត្រីបុគ្គលិកសុខាភិបាលបញ្ចេញស្នាដៃការងារ ប្រកប ដោយគុណភាពខ្ពស់។

ក. បញ្ហាប្រឈមមុខ

ធនធានមនុស្សសុខាភិបាលបច្ចុប្បន្ននៅប្រទេសកម្ពុជាមានចំណុចខ្លះដូចខាងក្រោមនេះ ៖

- ទំហំធនធានមនុស្សហាក់ដូចជាតូច បើប្រៀបធៀបនឹងចំនួនប្រជាជនសរុបទូទាំងប្រទេស។
- កំរិតខ្ពស់នៃការ“និយោជន៍ទ្វេ” នៃអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈពេទ្យដែលប្រើប្រាស់ ដោយក្រសួងសុខាភិបាលនិងការត្រួតពិនិត្យនៃធនធានមនុស្សសុខាភិបាលរវាងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន។
- អតុល្យភាពក្នុងការពង្រាយបុគ្គលិក ដោយចំនួនបុគ្គលិកលើសនៅទីប្រជុំជន រីឯតំបន់ជនបទខ្លះធ្ងន់ធ្ងរ ពិសេសកង្វះឆ្មបច្រើន និងគិលានុប្បដ្ឋាកអាចខ្វះខាត។
- ជំនាញនិងសមត្ថភាពមិនទាន់គ្រប់គ្រាន់ ហើយសមត្ថភាពនៃការគ្រប់គ្រងមានកំរិត ដោយសារគុណភាពទាបនៃទឹកនៃសំរាប់ការសិក្សាអនុវត្តជាក់ស្តែង និងគុណភាពរបស់បុគ្គលិកបង្រៀនមានកំរិតទាំងក្នុងចំណោមអ្នកបង្ហាត់ និងអ្នកមានមុខងារអប់រំ។
- បៀវត្សទាបនិងការលើកទឹកចិត្តមិនទាន់សមស្រប គួបផ្សំជាមួយការគ្រប់គ្រងស្នាដៃការងារខ្សោយបង្កជាឧបសគ្គដល់ការលើកកម្ពស់ផលិតភាពនិងគុណភាពសេវា។
- កង្វះការសំរាប់សំរួលក្នុងសកម្មភាពបណ្តុះបណ្តាល ធ្វើឱ្យបុគ្គលិកអវត្តមានពីកន្លែងធ្វើការជាញឹកញយ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ២០០៦-២០១៥ (ផ.យ.ធរ.ម) របស់ក្រសួងសុខាភិបាលបានអត្តសញ្ញាណបញ្ជាសំខាន់ៗដែលត្រូវប្រឈមមុខ ដូចជាវិស័យមន្ត្រី ទំហំ និងសមាសភាពនៃធនធានមនុស្ស ការជ្រើសរើសបំរើការងារ និយោជន៍និងការពង្រាយផលិតភាព និងប្រព័ន្ធលាភាពការបុគ្គលិករូបធាតុទាំងអស់នេះមានផលប៉ះពាល់យ៉ាងខ្លាំងក្លាលើការអភិវឌ្ឍន៍ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលសាធារណៈ និងប្រសិទ្ធភាពនៃការផ្តល់សេវាសុខភាព ព្រមទាំងយុទ្ធសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល។ លើសពីនេះទៀតមានការកើនឡើងនៃតម្រូវការឱ្យបុគ្គលិកសុខាភិបាលដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពចាំបាច់នានា ដូចជាការត្រួតត្រាជំងឺឆ្លង បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង-រ៉ាំរ៉ៃ ការរងរបួស ការប៉ះទង្គិចដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន។ល។ ដែលទាំងអស់នេះនាំឱ្យមានការកើនឡើងនូវតម្រូវការនៃសេវាបង្ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងសេវាថយន្តគិលានសង្គ្រោះ និងវិធានការអប់រំសុខភាព។

កំណែទម្រង់បៀវត្សដែលជាភាពរលីបនៃគោលដៅវិស័យសុខាភិបាលសាធារណៈ ហើយដែលទន្ទឹមពេលជាមួយគ្នានេះមានសង្គតភាពស្របទៅតាមគោលនយោបាយសេវាសាធារណៈទូទៅ គឺជាភារៈកិច្ចដែលត្រូវអនុវត្តនៅក្នុងអំឡុងពេលនៃផ.យ.ស.២។ ទំរង់នៃការលើកទឹកចិត្តចាំបាច់ត្រូវតែមានភាពបត់បែនគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីអាចតំរង់គោលដៅលើបុគ្គលិកសំខាន់ៗដូចជាឆ្មបជាដើម និងដើម្បីសំរួលដល់ការជ្រើសរើសបុគ្គលិក បញ្ជូនទៅកាន់ទីកន្លែងជនបទនានាដែលលំបាកនឹងទៅដល់ តាមរយៈការទំនុកបំរុងលើសោហ៊ុយធ្វើដំណើរ ផ្តល់ទឹកនៃស្នាក់នៅ និងការឧបត្ថម្ភផ្នែកសង្គមផ្សេងទៀតដល់គ្រួសារបុគ្គលិកដែលជ្រើសរើសទៅធ្វើការនៅទីកន្លែងទាំងនោះ។ លើសពីនេះការលើកទឹកចិត្តផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុចាំបាច់

ត្រូវបំពេញបន្ថែម ដោយការបណ្តុះបណ្តាលទូទាំងប្រទេស ដើម្បីលើកស្ទួយបទដ្ឋានស្តង់ដារនៃការថែទាំ ពិសេសនៅផ្នែកអាទិភាព ដូចជាបញ្ហាសុខភាពមាតានិងកុមារជាដើម ។

ខ. សមាសធាតុនិងអន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រ

ធម្មស.១ បង្កើនជំនាញបច្ចេកទេសនិងសមត្ថភាពធនធានមនុស្សសុខាភិបាល

ធម្មស.១.១ វិនិយោគលើជំនាញគ្លីនិកឱ្យកាន់តែប្រសើរថែមទៀត តាមរយៈការ បណ្តុះបណ្តាលមុនពេលបំពេញការងារ (ទាំងនៅគ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាល រដ្ឋនិងឯកជន) ដោយផ្តោតកាន់តែខ្លាំងលើការអនុវត្តន៍ជាក់ស្តែងផ្នែក គ្លីនិកនិងសុខភាពសាធារណៈ រាប់បញ្ចូលទាំងការហ្វឹកហ្វឺនជាក់ស្តែង ក្នុងបរិបទតំបន់ជនបទ-ដាច់ស្រយាលនិងការបង្កើតមន្ទីរពេទ្យបង្រៀន ។

ធម្មស.១.២ អភិវឌ្ឍកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបន្តមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធលើការងារគ្រប់ គ្រង ទាំងគ្រប់គ្រងទូទៅ និងជំនាញជាក់លាក់ ដោយបញ្ចូលកំរិត បរិញ្ញាបត្រជាន់ខ្ពស់ផ្នែកគុណកិច្ចរដ្ឋបាល (សាធារណៈ) សំរាប់មន្ត្រីគ្រប់ គ្រងជាន់ខ្ពស់និងសញ្ញាបត្រកំរិតឯកទេសផ្នែកគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុនិងធន ធានមនុស្សសំរាប់មន្ត្រីគ្រប់គ្រងគ្រប់ថ្នាក់ក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ។

ធម្មស.១.៣ អភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តវិធីសាស្ត្រគ្រប់គ្រងជ្រោមជ្រែង និងមានលក្ខណៈសំរាប់ សំរួលសំរាប់ការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលបំពេញការងារ ចាប់ផ្តើមដោយ ការពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលនយោបាយ និងសេចក្តីណែនាំសំរាប់ការ បណ្តុះបណ្តាលបន្តនិងការពិនិត្យជាប្រចាំលើកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលដើម្បី ធានាឱ្យកម្មវិធីទាំងនោះ ឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ ប្រជាជន ។

ធម្មស.១.៤ អភិវឌ្ឍ និងអនុវត្តប្រព័ន្ធទទួលស្គាល់គុណភាពសំរាប់គ្រឹះស្ថានបណ្តុះ បណ្តាលរដ្ឋនិងឯកជនដែលនឹងត្រូវពង្រឹង តាមរយៈប្រព័ន្ធទទួលស្គាល់ គុណភាពកំរិតអន្តរជាតិ និងការចងសម្ព័ន្ធជាមួយសកលវិទ្យាល័យនិង គ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាលនៃបណ្តាប្រទេសអាស៊ាននិងក្នុងពិភពលោក ។

ធម្មស.១.៥ បង្កើនការបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋានសំរាប់ឆ្មបថ្មី (លើកស្ទួយការជ្រើស រើសសិស្សនៅតាមមូលដ្ឋាន) ព្រមទាំងពង្រឹងសមត្ថភាពនិងជំនាញរបស់ ឆ្មបដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលរួចហើយ តាមរយៈការបណ្តុះ បណ្តាលបន្ត (អនុវត្តអនុសាសន៍ក្នុងរបាយការណ៍នៃការពិនិត្យបច្ចេកវិទ្យា ឆ្មបនិងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រធនធានមនុស្សសុខាភិបាល២០០៦-០១៥) ។

ធម្មស.១.៦ អភិវឌ្ឍកម្មវិធីអាហារូបករណ៍ដើម្បីជួយដល់ការចូលរៀនក្នុងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលមុនពេលបំរើការងារ និងក្នុងពេលបំរើការងារនៅតាមមូលដ្ឋានក្នុងប្រទេសនិងនៅក្រៅប្រទេសព្រមទាំងផ្តល់ព័ត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនិងទាន់ហេតុការណ៍ស្តីពីអាហារូបករណ៍ និងឱកាសទទួលអាហារូបករណ៍ដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅក្នុងគេហទំព័រក្រសួងសុខាភិបាល www.moh.gov.kh ។

ធម្មស.២ ពង្រឹងក្របខណ្ឌវិជ្ជាជីវៈ ក្រមសីលធម៌ និងគុណភាពការងារ

ធម្មស.២.១ លើកទឹកចិត្តដល់អង្គការពស្វយ័និយតកម្មសំរាប់វិជ្ជាជីវៈពេទ្យ ដូចជា គណៈគ្រូពេទ្យ គណៈទន្តពេទ្យ គណៈធូប...។ល។ សមាគមវិជ្ជាជីវៈដទៃទៀត ។

ធម្មស.២.២ អភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តប្រព័ន្ធទទួលស្គាល់វិជ្ជាជីវៈនិងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ ដល់ធនធានមនុស្សសុខាភិបាលទាំងក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងវិស័យឯកជន ។

ធម្មស.២.៣ អភិវឌ្ឍនិងពង្រឹងការអនុវត្តន៍ លក្ខតិកៈមន្ត្រីរាជការសុខាភិបាលក្នុងវិស័យសាធារណៈ ដោយសហការជាមួយគណៈវិជ្ជាជីវៈនិងសមាគមវិជ្ជាជីវៈដទៃទៀត ។

ធម្មស.៣ បែងចែកនិងការរក្សាទុកបុគ្គលិក ដោយផ្តល់អាទិភាពដល់បុគ្គលិកដែលចាំបាច់សំរាប់អាទិភាពវិស័យសុខាភិបាល

ធម្មស.៣.១ តំរៀបតំរូវផែនការនីយកម្មធនធានមនុស្ស និងការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិកឱ្យស្របតាមផែនការនីយកម្មវិស័យសុខាភិបាល និងផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល ។

ធម្មស.៣.២ អភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តគោលនយោបាយស្តីពីការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សដើម្បីពង្រាយបុគ្គលិកទៅកាន់ទីកន្លែងដែលខ្វះខាត តាមរយៈកិច្ចសន្យា ។

ធម្មស.៣.៣ បង្កើនចំនួនធូបដែលត្រូវដាក់ និងរក្សាទុកនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈតាមរយៈការអនុវត្តន៍មានប្រសិទ្ធភាពនូវគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់ធូបរបស់រដ្ឋាភិបាល និងការអនុវត្តន៍អនុសាសន៍នៃរបាយការណ៍ពិនិត្យបច្ចេកវិទ្យាធូបនិងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រធនធានមនុស្សសុខាភិបាល២០០៦-២០១៥ ។

ធម្មស.៤ ប្រពន្ធលាភាពការ បៀវត្ស និងការលើកទឹកចិត្តតាមស្នាដៃការងារ

ធម្មស.៤.១ បន្តការលើកកម្ពស់ប្រពន្ធលាភាពការនិងបៀវត្ស តាមរយៈកំណែទម្រង់រដ្ឋបាលសាធារណៈសំរាប់មន្ត្រីរាជការស៊ីវិលរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ។

ធម្មស.៤.២ លើកកម្ពស់ការគ្រប់គ្រងការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបន្ថែម នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមានប្រភពពីការបង់ថ្លៃសេវា មូលនិធិសមធម៌ថវិកា កញ្ចប់សំរាប់ការផ្តល់សេវាប្រចាំត្រីមាស កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេសការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍និង ពីប្រភពផ្សេងទៀត ។

ធម្មស.៤.៣ ពង្រីកការអនុវត្តន៍កម្មវិធី “កន្សោមអាទិភាព” និងយន្តការលើកទឹកចិត្តនានាដែលស្របតាមកម្មវិធីកន្សោមអាទិភាពព្រមទាំងអនុវត្តវិធីសាស្ត្រផ្តល់គ្រឿងលើកទឹកចិត្តដទៃទៀតដល់ “បុគ្គលិកផ្នែកទ្រទ្រង់” ។

៤.៤ យុទ្ធសាស្ត្រប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល (បពស)

យុទ្ធសាស្ត្រប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល ប្រមូលផ្តុំលើការផ្តល់ព័ត៌មានសុខាភិបាលដែលពាក់ព័ន្ធមានគុណភាពខ្ពស់ និងទាន់ពេលវេលា សំរាប់ជាមូលដ្ឋានជាក់ស្តែងដល់ការដាក់ចេញគោលនយោបាយ ការធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្ត ការអនុវត្តន៍កម្មវិធី ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការងារ និងការវាយតម្លៃ ដែលនឹងរួមចំណែកឆ្ពោះទៅរកការលើកកម្ពស់ស្ថានភាពសុខភាពប្រជាជនកម្ពុជាឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង ។

នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលជាតិនិងប្រតិបត្តិតាមបទដ្ឋានស្តង់ដារអន្តរជាតិ មានការទទួលស្គាល់និងការគាំទ្រពីសាធារណៈជន អ្នកប្រើប្រាស់និងអ្នកតាក់តែងគោលនយោបាយ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលនិងផ្តល់ទិន្នន័យដែលមានគុណភាព សំរាប់ការធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្តដោយប្រើប្រាស់មធ្យោបាយទំនាក់ទំនង និងបច្ចេកវិទ្យាព័ត៌មាន ហើយធ្វើឱ្យព័ត៌មានមានគុណភាពស្តីពីប្រជាសាស្ត្រ-សង្គម សេដ្ឋកិច្ច ឈឺ មរណៈភាពនិងកត្តាគ្រោះថ្នាក់ ។ ជាមួយគ្នានិងកែលំអការសំរាប់សំរួលដល់ការធ្វើផែនការនិងការអនុវត្តន៍អង្កេត ។ លើកកម្ពស់គុណភាព កំណត់ហេតុវេជ្ជសាស្ត្រសំរាប់អ្នកជំងឺ ដើម្បីកែលំអការគ្រប់គ្រងករណីជំងឺ ។ ទិន្នន័យតាមដានជំងឺនិងកាន់តែពេញលេញនិងទាន់ពេលវេលា ដើម្បីឆ្លើយតបមានប្រសិទ្ធភាពទៅនឹងការផ្ទុះឡើងនៃជំងឺនិង ត្រួតត្រាជំងឺ ។ ការគ្របដណ្តប់គ្រប់ជ្រុងជ្រោយនិងអាចសំរេចបានជាមួយនិងការកែលំអការគ្រប់គ្រងតាមព័ត៌មានវិទ្យាលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ធនធានមនុស្សនិងភស្តុភារ ។

ក. បញ្ហាប្រឈមមុខ

ក្នុង ប្រទេសកម្ពុជាខណៈ ពេលដែល ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលកំពុងដំណើរការមុខងារជា ប្រចាំ លាតសន្ធឹងពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលថ្នាក់ក្រោមបំផុតទៅ ស្រុក ប្រតិបត្តិ និង ថ្នាក់ខេត្ត- ក្រុង ដល់ថ្នាក់កណ្តាល បញ្ហាប្រឈមមុខមួយចំនួនត្រូវបានកំណត់អត្តសញ្ញាណដូចខាងក្រោមនេះ ៖

- ព័ត៌មានវិស័យ ឯកជនភាគច្រើនលើសលប់មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូល ដូច្នេះព័ត៌មានទាក់ទងតែ និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិ ។ ដោយសារតែការប្រើប្រាស់ សេវាសាធារណៈ មាន ប្រហែលជាភាគបួននៃការប្រើប្រាស់សេវាសរុបធ្វើឱ្យទិន្នន័យប្រព័ន្ធ ព័ត៌មានមិនអាចយកទៅប្រើប្រាស់បានសំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្ថានភាពសុខភាពទូទាំង ប្រទេស ។
- នៅពេលដែលការសិក្សាមួយចំនួនមិនអាចបង្ហាញបានពីលំនាំមានលក្ខណៈ ជា ប្រព័ន្ធនៃភាពមិន ត្រឹមត្រូវនៃទិន្នន័យការពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់មើលភាពត្រឹមត្រូវនៃទិន្នន័យបង្ហាញថាភាពមិន ត្រឹមត្រូវ នៃទិន្នន័យមានជាទូទៅ ។
- ថ្វីបើមានការខិតខំ ប្រឹងប្រែងដើម្បីលើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យនៅក្នុងការធ្វើផែនការ និង ការត្រួតពិនិត្យតាមដានក៏ដោយ ក៏ការប្រើប្រាស់នេះនៅមានកំរិតនៅគ្រប់ថ្នាក់ក្នុង ប្រព័ន្ធ ។
- កង្វះការសំរួលសំរួល និងសហការក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់ព័ត៌មាន ទាំងក្នុងនិងក្រៅប្រព័ន្ធ សុខាភិបាល ។ ទាំងអស់នេះតំរូវឱ្យមានការអង្កេតសុខភាពជាតិឬការអង្កេតជាតិដោយមាន បញ្ចូលម៉ូឌុលសុខភាព ហើយដែលបានធ្វើឡើងរៀងរាល់ឆ្នាំ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញ សំរាប់ការវិភាគនិទ្ទាការសុខភាព ។
- នៅពេលដែលប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺ ១២មុខ មានប្រសិទ្ធភាពដំណើរការ ការរាយការណ៍អំពី ករណីជំងឺ និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានជំងឺមិនឆ្លងសំខាន់ៗនៅមានភាពខ្សោយ ។ ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជី កាស៊ីវិលនៅខ្សោយ ហើយការរាយការណ៍អំពីមូលហេតុនៃការស្លាប់នៅមិនទាន់មាន ។
- បុគ្គលិកទទួលបន្ទុកការងារប្រព័ន្ធព័ត៌មាននៅថ្នាក់មូលដ្ឋានមានចំណេះដឹងនិងជំនាញកំរិតទាប និងកង្វះការលើកទឹកចិត្ត ។ កង្វះ“ផ្នែករឹង”(hardware) និង “ផ្នែកទន់” (software) នៃបច្ចេក វិទ្យាព័ត៌មាននិងការប្រាស្រ័យទាក់ទង (ITC) ដើម្បីគ្រប់គ្រងទិន្នន័យមានប្រសិទ្ធភាព និង រៀបចំការវិភាគទិន្នន័យជាមូលដ្ឋាន ។

ក្នុងអំឡុងពេលនៃផែនការ គំនិតផ្តួចផ្តើមមួយចំនួននិងត្រូវបានដាក់ចេញដើម្បីពង្រឹង ប្រព័ន្ធ ព័ត៌មានសុខាភិបាលជាតិក្នុងនោះមាននីតិក្រមថ្មី ដើម្បីបញ្ចូលរបាយការណ៍វិស័យ ឯកជនពង្រីក ការប្រើប្រាស់ ITC នៅគ្រប់ថ្នាក់ពង្រឹងការអភិបាលបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិក និងមន្ត្រីទទួលបន្ទុក ប្រព័ន្ធព័ត៌មានស្តីពីការប្រើប្រាស់ និងការតស៊ូមតិ ដើម្បីបង្កើតការវិភាគន័យវិកាសំរាប់ប្រព័ន្ធ ព័ត៌មានពិសេសនៅថ្នាក់ខេត្ត- ក្រុងនិង ស្រុក ប្រតិបត្តិ ព្រមទាំងបញ្ចូលរបាយការណ៍ស្តីពីជំងឺមិនឆ្លង

ចាប់ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឡើងទៅ។ កាលានុវត្តភាពតែមួយគត់សំរាប់ពង្រឹងប្រព័ន្ធព័ត៌មាន គឺ ការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល២០០៨-២០១៥ ដែលបានរៀបចំឡើង តាមរយៈកិច្ចសហការអន្តរវិស័យ ហើយដែលបានកំណត់អន្តរាគមន៍ និងសកម្មភាពជាយុទ្ធ សាស្ត្រដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមមុខទាំងអស់ខាងលើ។ ដើម្បីធានាឱ្យមានកិច្ចសហការ ដោយប្រសិទ្ធភាពក្នុងចំណោមដៃគូទាំងអស់ ក្រុមការងារដៃគូក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលដែល បានបង្កើតឡើងនិងបន្តប្រជុំ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យតាមដានវឌ្ឍនភាពនៃការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល នៅក្នុងក្របខណ្ឌរួមនៃ ត្រួតពិនិត្យតាមដានវឌ្ឍនភាពនៃការអនុវត្ត ផ.យ.ស.២ ។

ខ. សមាសធាតុនិងអន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រ

បពស.១ បង្កើនភាពត្រឹមត្រូវ ទាន់ពេលវេលានិងពេញលេញនៃទិន្នន័យដែលមានគុណភាពខ្ពស់ ពីផ្នែក រដ្ឋនិងឯកជនជាមួយនឹងការលើកកម្ពស់ការសំរេចសំរួលនិងធនធានសំរាប់ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល

- បពស.១.១** ពិនិត្យឡើងវិញនិងពង្រឹងនីតិ ក្រមបទបញ្ញត្តិនិងនីតិវិធីរដ្ឋបាលដែលទាក់ទង នឹងការរកតម្រូវ ការរាយការណ៍ ការរក្សាទុក ការបញ្ជូននិង ការ ចែកចាយទិន្នន័យសុខាភិបាលដោយគ្របដណ្តប់ទាំងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន។
- បពស.១.២** ពង្រឹងការអភិបាលប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលនិងការផ្តល់យោបល់ត្រឡប់ ដោយផ្តោតលើគុណភាពទិន្នន័យ និងការប្រកាន់ភ្ជាប់ទៅតាមបទដ្ឋាន នៃស្នាដៃការងារ ។
- បពស.១.៣** ផ្តល់គ្រឿងលើកទឹកចិត្តនិងផលប្រយោជន៍ដែលផ្សារភ្ជាប់និងស្នាដៃការងារ របស់បុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល នៅគ្រប់កំរិតថ្នាក់ ទាំងអស់។
- បពស.១.៤** ពង្រឹងសមត្ថភាពបុគ្គលិកដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលតាម រយៈកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលបំរើការងារនិងបណ្តុះបណ្តាលបន្ត។

បពស.២ លើកកម្ពស់ការចែករំលែក ការគ្រប់គ្រង ការវិភាគ ការផ្សព្វផ្សាយ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ នៅគ្រប់ថ្នាក់នៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល រួមទាំងទិន្នន័យប្រជាជននិងទិន្នន័យប្រជាសាស្ត្រ-សង្គម

- បពស.២.១** អភិវឌ្ឍ ថែរក្សានិងប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ ITC សំរាប់ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ សុខាភិបាល និងការប្រាស័យទាក់ទង (រចនាសម្ព័ន្ធក្រុមទិន្នន័យនិងឃ្លាំង ទិន្នន័យអន្តរទំនាក់ទំនង) ។

បពស.២.២ ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីការវិភាគនិងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដោយបញ្ចូលទាំងទិន្នន័យជំរឿន សំរាប់ការធ្វើផែនការនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដានដល់អ្នកគ្រប់គ្រងសេវា និងបុគ្គលិកជំរឿនសំខាន់ៗនៅគ្រប់ដំណាក់កាលទាំងអស់នៃការគ្រប់គ្រងជំរឿន ក្នុងភាពជាដៃគូជាមួយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការ។

បពស.៣ លើកកម្ពស់ប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺថ្នាក់ជាតិ ប្រព័ន្ធកត់ត្រាប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋនិងពង្រឹងករណីរាយការណ៍ជំងឺ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការឆ្លើយតបទៅនឹងជំងឺមិនឆ្លង

បពស.៣.១ ពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺនិងនីតិវិធីនៅគ្រប់ថ្នាក់រួមទាំងសហគមន៍ រាប់បញ្ចូលទាំងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពបញ្ជីនៃជំងឺ ដែលត្រូវរាយការណ៍ ការកំណត់និយមន័យករណីជំងឺ ការផ្តល់ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរការបញ្ជាក់អះអាងដោយមន្ទីរពិសោធន៍ និងនីតិវិធីនៃការឆ្លើយតប ការរៀបចំផែនទីភូមិសាស្ត្រ អំពីប្រជាជនដែលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ការចែករំលែកនិងការបោះពុម្ពផ្សាយទិន្នន័យ (តំរូវអនុវត្តទាំងក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន) ។

បពស.៣.២ អភិវឌ្ឍប្រព័ន្ធរាយការណ៍អំពីជំងឺមិនឆ្លង ក្នុងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺទូទៅនិងប្រព័ន្ធរាយការណ៍ករណីជំងឺនិងការប្រព័ន្ធឆ្លើយតប ដោយរាប់បញ្ចូលគ្រោះថ្នាក់និងរបួស (តំរូវអនុវត្តទាំងក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន) ។

បពស.៣.៣ ពិនិត្យកែសំរួល និងពង្រឹងការគ្រប់គ្រងកំណត់ហេតុអ្នកជំងឺ (កំណត់ហេតុវេជ្ជសាស្ត្រការរក្សាទុកនិងការបញ្ចេញប្រើប្រាស់) តាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋទាំងអស់ រួមទាំងការដាក់លេខកូដតាមចំណាត់អន្តរជាតិនៃជំងឺ

បពស.៤ ពង្រីកការចូលរួមរបស់វិស័យឯកជននៅក្នុងប្រព័ន្ធតាមដានសុខាភិបាលជាតិនិងសំរួលការប្រើប្រាស់ ទិន្នន័យសំរាប់ការធ្វើផែនការ ការបែងចែកធនធាន ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស ហេដ្ឋារចនា សម្ព័ន្ធនិងការផ្គត់ផ្គង់

បពស.៤.១ ពង្រីកទូលាយការចូលរួមរបស់អ្នកផ្តល់សេវាឯកជន នៅក្នុងប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាលជាតិ រួមទាំងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺ តាមរយៈបញ្ជីសារពើភណ្ឌអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ពន្យល់និងផ្តល់ព័ត៌មានដល់ពួកអំពីច្បាប់ព្រមទាំងផ្តល់ទំរង់បទដ្ឋាន (ស្តង់ដារ) ចាំបាច់នានារួមទាំងការកែតំរូវ“ផ្នែកទន់”នៃប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងពត៌មានសុខាភិបាល(HMISsoftware).

បពស.៤.២

ពង្រឹងប្រព័ន្ធគាំទ្រដល់ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងការគ្រប់គ្រងឱសថតាមរយៈការពិនិត្យវាយតម្លៃការអភិវឌ្ឍន៍នីតិវិធីនានា រួមមានការអភិវឌ្ឍន៍ប្រព័ន្ធទិន្នន័យព័ត៌មានវិទ្យា(database) និងការបណ្តុះបណ្តាល។

៤.៥ យុទ្ធសាស្ត្រអភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល

នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ ជោគជ័យនៃការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់គ្រប់ទិដ្ឋភាពក្នុងវិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈបង្កើនតម្លាភាព និងការសម្របសម្រួលនៃការផ្តល់មូលនិធិ រចនាសម្ព័ន្ធ ការគ្រប់គ្រង និងការទទួលខុសត្រូវ។ ការផ្តល់សេវាតាមបែបវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ និងទទួលបានការគាំទ្រពីមគ្គុទេសភាពជីវិតមាំមួននិងការណែនាំរបស់រដ្ឋាភិបាលស្តីអំពីគោលនយោបាយសុខាភិបាលនីតិបញ្ញត្តិនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន។ អតិថិជននិងមានជំងឺសរវាងសេវារដ្ឋ និងឯកជនស្ថិតក្រោមនិយតកម្មដែលនឹងទទួលខុសត្រូវដោយផ្ទាល់ចំពោះពួកគេនិងសហគមន៍របស់ខ្លួន។

យុទ្ធសាស្ត្រអភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាលផ្តោតលើ តួនាទីនិងមុខងារនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលដែលមានតែក្រសួងសុខាភិបាលតែមួយប៉ុណ្ណោះអាចប្រតិបត្តិបាន។ សំខាន់ជាងគេនោះ គឺតួនាទីមគ្គុទេសក៍ភាពដល់វិស័យសុខាភិបាលទាំងមូល។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងពង្រឹងលទ្ធភាពក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីដឹកនាំលើគ្រប់សកម្មភាពទាំងអស់ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនិងពង្រឹងផែនការនីយកម្មយន្តការទទួលខុសត្រូវនិងការសម្របសម្រួលមានប្រសិទ្ធភាព សំរាប់ការផ្សារភ្ជាប់កាន់តែល្អប្រសើរឡើងរវាងធនធានទៅនឹងលទ្ធផលសុខភាពល្អ។

ត្រូវការចាំបាច់នូវការចូលរួមទូទាំងវិស័យនិងអភិក្រមគំនិតផ្តួចផ្តើមថ្មីៗ ដើម្បីបំផុសការចូលរួមពីសហគមន៍នៅក្នុងបរិបទដែលចេះតែវិវត្តន៍នៃវិមជ្ឈការ និងសហវិមជ្ឈការ។ ការសន្ទនាយ៉ាងសកម្មប្រកបដោយនយោបាយស្ថាបនាជាមួយវិស័យឯកជន ត្រូវបានមើលឃើញទុកជាមុនសំរាប់ការបំពេញបន្ថែមដល់ការពង្រីកកិច្ចសន្យា និងការបង្កើនស្វ័យភាពស្ថាប័ននៅក្រសួងសុខាភិបាលតាមរយៈការអនុវត្តន៍ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស និងយន្តការដទៃទៀតដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

ក. បញ្ហាប្រឈមមុខ

ខណៈដែលយុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្តល់សេវាផ្តោតលើលទ្ធផលកំពូលនៃវិស័យសុខាភិបាលយុទ្ធសាស្ត្រអភិបាលប្រព័ន្ធសុខាភិបាលផ្តោតលើមុខងារនានាដែលមានតែក្រសួងសុខាភិបាលជាអ្នកអនុវត្ត កង្វះមុខងារនេះវិស័យសុខាភិបាលមិនអាចមានលទ្ធភាពផ្តល់សេវាបាន។ ក្នុងអំឡុងពេលនៃដំណាក់កាលពង្រឹងនៃ

ផ.យ.ស.២ ក្រសួងសុខាភិបាលនិងត្រូវការចាំបាច់ក្នុងកំណត់អត្តសញ្ញាណនិងការពង្រឹងមុខងារស្នូលរបស់ខ្លួននៅក្នុងបរិបទដែលវិស័យសុខាភិបាលមានលក្ខណៈការនៃតម្លៃគ្រួសារ និងសំបូររបប ការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច និងសង្គមឆាប់រហ័ស និងកំណែទម្រង់វិជ្ជាជីវៈនិងវិសហមជ្ឈការទូលំទូលាយរបស់រដ្ឋាភិបាល។ បញ្ហាប្រឈមមុខសំខាន់ៗរួមមាន :

- ការរួមចំណែកនៃវិស័យឯកជនក្នុងវិស័យសុខាភិបាលកំពុងលូតលាស់យ៉ាងខ្លាំងប៉ុន្តែវិធាននិយតកម្មនៅទន់ខ្សោយ។
- ការបន្តអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័នគឺ ត្រូវការចាំបាច់ពិសេស :
 - តំរូវការតំរូវការលំហូរហិរញ្ញវត្ថុ ជាមួយនិងសិទ្ធិអំណាចនៃការគ្រប់គ្រង និងការទទួលខុសត្រូវលើលទ្ធផល
 - ពង្រឹងការគ្រប់គ្រងថវិកា ពិសេសនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ
 - ផ្ដើមស្វ័យភាពនៃការគ្រប់គ្រងដល់អង្គការពាណិជ្ជកម្មនៅពេលធានាឱ្យមានការទទួលខុសត្រូវ
 - រក្សាទុកកម្មវិធីនិងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិដែលមានគុណភាពការងារខ្ពស់ និងផ្តល់ប្រព័ន្ធគាំទ្រក្នុងពេលជាមួយគ្នានិងការការពារទល់ការផ្លាស់ប្តូរការផ្តល់មូលនិធិពីក្រៅប្រទេសសំរាប់អាទិភាព
- ផលប៉ះពាល់ជាសក្តានុពលនៃវិជ្ជាជីវៈនិងវិសហមជ្ឈការ មកលើវិស័យសុខាភិបាលនៅមិនទាន់អាចដឹងបាន។ ក្រសួងសុខាភិបាលនិងចាំបាច់ធានាថា បែបបទនៃកំណែទម្រង់នេះនឹងត្រូវយកមកអនុវត្តក្នុងវិស័យសុខាភិបាល តាមលក្ខណៈដែលបង្កើនទុនចូលពីសហគមន៍និងស្វ័យភាពនៃការគ្រប់គ្រងក្នុងពេលជាមួយគ្នាដោយធានាឱ្យមានការទទួលខុសត្រូវនិងស្នាដៃការងារនៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិ។ ដូច្នេះកត្តាកំណត់ផ្នែកបច្ចេកទេសនិងសេដ្ឋកិច្ចសំរាប់ការបែងចែកមូលដ្ឋានសុខាភិបាល តាមរយៈផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាលចាំបាច់ត្រូវបំពេញបន្ថែមដោយ ការតំរូវការយ៉ាងជិតស្និទ្ធនិងខ្សែរយៈពេលនៃរដ្ឋអំណាច។ ទន្ទឹមគ្នានេះ ក្រសួងសុខាភិបាលត្រូវការរក្សានិងពង្រឹងតួនាទីឃ្លាំមើលនិងណែនាំនៅទិសដៅការក្រសួងសុខាភិបាល។
- បញ្ហាប្រឈមមុខផ្នែកសុខភាពដ៏ចំបងនោះនៅក្នុងបណ្តាឆ្នាំខាងមុខ គឺបញ្ហាប្រទាក់ក្រឡាដែលស្ថិតក្រៅអណត្តិផ្លូវការរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។ បញ្ហាទាំងអស់នោះគឺសុវត្ថិភាពរាចរ អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ទឹកស្អាត អនាម័យ ការអប់រំ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និងកង្វះផ្នែកសុខភាពបណ្តាលមកពីបញ្ហាបរិស្ថាន។

បច្ចុប្បន្ននេះ ស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធរួមមានចរិតលក្ខណៈដូចតទៅ :

- ការផ្តល់មូលនិធិមានសភាពបែកខ្ញែកពីដៃគូពហុភាគីនិងទ្វេភាគី និងចំនួនដីច្រើននៃដៃគូជាតិ និងអន្តរជាតិដែលធ្វើសកម្មភាពយ៉ាងច្រើនអនេក ក្នុងការឧបត្ថម្ភគាំទ្រដល់ការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសុខាភិបាល។

- ភាគច្រើននៃប្រតិបត្តិការជំនួយ គឺតាមរបៀបជាគំរោង ហើយដៃគូក្រៅប្រទេសពឹងផ្អែកស្ទើរទាំងស្រុងលើនីតិវិធីនិងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងរបស់ខ្លួនផ្ទាល់ ដែលហេតុនាំឱ្យមានការបែកខ្ញែកយ៉ាងខ្លាំងនៅក្នុងវិស័យ ។
- ការយកចិត្តទុកដាក់យ៉ាងខ្លាំងតែទៅលើកម្មវិធីប្រយុទ្ធនិងជំងឺឆ្លងនៃប្រភពមូលនិធិក្រៅប្រទេស បាននាំឱ្យមានអតុល្យភាព ក្នុងការចំណាយជាអាទិភាពដែលងាកចេញពីការចំណាយលើអាទិភាពជាតិផ្នែកសុខភាព ។

ខ. សមាសធាតុនិងអន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រ

អបស.១ សុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់នៅក្រសួងសុខាភិបាលនិងទូទាំងវិស័យ

អបស.១.១ អភិវឌ្ឍកិច្ចព្រមព្រៀងសំរាប់ភាពជាដៃគូ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងជំនួយបច្ចេកទេសនិងមូលនិធិក្នុងការគាំទ្រដល់ការអនុវត្តផ.យ.ស.២ ព្រមទាំងសមាហរណកម្មគំនិតផ្តួចផ្តើមផ្នែកសុខភាពលំដាប់ពិភពលោក ទៅក្នុងបែបបទនៃការសំរួលសំរួលនិងភាពជាដៃគូដែលមានស្រាប់នៅកម្ពុជា ដើម្បីបន្ថយការចំណាយអន្តរសកម្មភាព និងចៀសវាងការរមួលនៃកម្មវិធីអាទិភាព ។

អបស.១.២ ធានាអោយមាន “ការជាំវយក” (buy-in) និងការគោរពតាមបែបបទនិងឧបករណ៍រួមសំរាប់មគ្គុទ្ទេសភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលពីសំណាក់ដៃគូជាតិនិងអន្តរជាតិ តាមរយៈការពិគ្រោះយោបល់អន្តរវិស័យតាមកាលវិភាគទៀងទាត់ (ក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាល និងក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង ។ល។)

អបស.១.៣ ពង្រឹងផែនការរំកិលពេញលេញ ដែលជាបែបបទផែនការនីយកម្មរយៈពេលមធ្យម ដើម្បីតំរៀបតំរង់ និងកំណត់អត្តសញ្ញាណជំនួយរបស់ដៃគូនិងជាមូលដ្ឋាន សំរាប់ផែនការថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រនិងជាផែនការវិនិយោគអាទិភាព គ្រប់ជ្រុងជ្រោយតែមួយសំរាប់វិស័យសុខាភិបាល ។

អបស.១.៤ តំរៀបតំរង់លំហូរមូលនិធិជំនួយទៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ដោយកំណត់យក ថវិកាទុកដោយលែកសំរាប់គាំទ្រវិស័យសុខាភិបាលតាមរបៀបផ្តុំថវិកាមួយចំណែកដែលបាននិងកំពុងតែអនុវត្ត និងក្រៅបណ្តុំថវិកាដោយគោរពតាមអាទិភាពដែលបានកំណត់ដោយ ផ.យ.ស.២ និងការព្រមព្រៀងគ្នាអំពីទីតាំងរួមសំរាប់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងផ្សេងៗគ្នា ។

អបស.១.៥ តំរៀបតំរង់ក្នុងកំរិតអតិបរមានៃយន្តការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការវាយតម្លៃ
លៃរបស់ដៃគូទៅនឹង ក្របខណ្ឌរួមនៃការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងការ
វាយតម្លៃ (ទាំង ក្របខណ្ឌសុខាភិបាល របស់ផ.យ.ស.២ នោះគឺការ
ពិនិត្យឡើងវិញរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំដែលជា ព្រឹត្តិការណ៍
ស្នូល សំរាប់ការសន្ទនា និងការសំរួលអំពីគោលនយោបាយជា
មួយដៃគូ ក្រៅប្រទេសនិងជាផ្នែកមួយនៃផែនការសកម្មភាពសុខដុមនីយ
កម្មនិងការតំរៀបតំរង់ដើម្បីលទ្ធផលដោយមានកំរិតតម្លាភាពខ្ពស់ដើម្បី
ឱ្យដៃគូ ក្រៅប្រទេសកាត់បន្ថយទំរង់ ត្រួតពិនិត្យតាមដានផ្ទាល់ខ្លួន ។

អបស.១.៦ ពង្រឹងអង្គការពលទ្ធកម្មសាធារណៈ ទៅតាមនីតិវិធីរបស់រដ្ឋ និងពង្រឹង
ប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់ ដើម្បីឱ្យមានឱសថនិងបរិក្ខារពេទ្យគ្រប់គ្រាន់ និងផ្តល់
ទាន់ពេលវេលាដល់មណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។

អបស.២ ភាពជាដៃគូរវាងរដ្ឋនិងឯកជន

អបស.២.១ ប្រើប្រាស់កិច្ចសន្យានិង ក្របខណ្ឌទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេសនៃគោល
នយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈ រួមជាមួយក្របខណ្ឌត្រួត
ពិនិត្យតាមដានផែនការប្រតិបត្តិ ប្រចាំឆ្នាំធ្វើមូលដ្ឋាននៃកិច្ចសន្យា របស់
ក្រសួងសុខាភិបាលជាមួយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកផ្តល់សេវាឯក
ជន ដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់គុណភាពឱ្យផ្តល់សេវា ។

អបស.២.២ អភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តប្រព័ន្ធទទួលស្គាល់គុណភាព ដល់អ្នកផ្តល់សេវាឯកជន
និងការដាក់បញ្ចូលអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់គុណ
ភាពទៅក្នុងផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល ។

អបស.២.៣ ពង្រឹងការធ្វើផែនការរវាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជននិងការសំរួល
សំរួលលើប្រព័ន្ធតំរូវមានសុខាភិបាល របាយការណ៍តាមដានជំងឺនិងការ
ផ្តល់យោបល់ត្រលប់តាមរយៈការចូលរួមយ៉ាងសកម្មរបស់ក្រុមការងារ
បច្ចេកទេសសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង ស្រុក
ប្រតិបត្តិនិងវិស័យឯកជន ដោយប្រើប្រាស់បទពិសោធន៍ជោគជ័យនៃ
ភាពជាដៃគូរវាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជនរបស់កម្ពុជីវជាតិ ។

អបស.២.៤ សហការជាមួយក្រសួងស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធនិងសមាគមវិជ្ជាជីវៈនានាពង្រឹង
ការអនុវត្តន៍ច្បាប់និងនីតិក្រមសុខាភិបាល ។

អបស.៣ ការស្រាវជ្រាវ គោលនយោបាយ និយតកម្ម និងនីតិកម្ម

អបស.៣.១ អភិវឌ្ឍសំណុំគោលនយោបាយផ្នែកលើភស្តុតាង គ្រប់ ជ្រុង ជ្រោយ និង អាចអនុវត្តបាន ស្របតាមច្បាប់ និងនិយតកម្មនិងគោលនយោបាយ របស់ រាជរដ្ឋាភិបាលសំរាប់ផ្នែកចំងងៗដូចជា :

- គោលនយោបាយនៃកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា (រួមមានទីភ្នាក់ងារ ប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុងនិងកិច្ចសន្យាក្រៅ)
- វិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការក្នុងវិស័យសុខាភិបាល
- គ្រឹះស្ថានរដ្ឋបាលសាធារណៈដូចជាមន្ទីរពេទ្យ មន្ទីរពិសោធន៍ និង អង្គភាពគាំទ្រផ្សេងទៀត
- ការគាំពារសុខភាពសង្គម មូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រង សុខភាពសង្គម
- ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក និងប្រព័ន្ធលាភាពការបុគ្គលិក រួមទាំងការ លើកទឹកចិត្តតាមស្នាដៃការងារ ការផ្តល់ប្រាក់លាភការបន្ថែមផ្នែក លើស្នាដៃការងារ ការផ្តល់ប្រាក់បន្ថែមលើបៀវត្ស តាមមូល ដ្ឋានសុខាភិបាលសោហ៊ុយប្រចាំថ្ងៃនិងកិច្ចសន្យាបំពេញការងារ
- លទ្ធកម្មនិងការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់ឱសថ-បរិក្ខារពេទ្យ
- ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាលនិងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺ

អបស.៣.២ ធ្វើការវាយតម្លៃ គ្រប់ ជ្រុង ជ្រោយស្តីអំពីបន្ទុកជំងឺនៅទូទាំង ប្រទេស

អបស.៣.៣ ធានាឱ្យមានការគោរពតាមកាតព្វកិច្ចសុខភាពអន្តរជាតិ រួមមាន ក្រប ខណ្ឌអនុសញ្ញាស្តីពី គ្រប់គ្រងថ្នាំជក់ និងនិយតកម្មសុខភាពអន្តរជាតិ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ។

អបស.៣.៤ លើកស្ទួយសកម្មភាពសិក្សា ស្រាវជ្រាវសុខភាពសាធារណៈ និង គោលនយោបាយសុខាភិបាលនិងការវិភាគតាមរយៈការបញ្ចូលពង្រឹង មុខងារស្រាវជ្រាវរបស់អង្គការសុខាភិបាលថ្នាក់កណ្តាល រាប់ទាំងកម្ម វិធីជាតិដោយសហការជាមួយស្ថាប័ន ស្រាវជ្រាវដទៃទៀតនៅកម្ពុជានិង អន្តរជាតិ ។

អបស.៣.៥ គាំទ្រដល់ការបន្តអនុវត្តន៍សាកល្បងគំនិតផ្តួចផ្តើមថ្មីៗ ក្នុងការផ្តល់សេវា សុខភាពនិងការគ្រប់គ្រងវិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈការអភិវឌ្ឍន៍ និងការអនុវត្តន៍ ក្របខណ្ឌនិងសេចក្តីណែនាំ គ្រប់ ជ្រុង ជ្រោយ សំរាប់ការ ស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិ និងគំរោងសាកល្បង ។

អបស.៣.៦ ពង្រឹងការងារអធិការកិច្ច និងសវនកម្មផ្ទៃក្នុងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល តាមរយៈពង្រឹងការអនុវត្តន៍ច្បាប់និងបែបបទនៃពិភាក្សាផ្នែកច្បាប់ ព្រមទាំងពង្រឹងការសម្របសម្រួលនិងសហការជាមួយស្ថាប័នរដ្ឋនានានិងអង្គការសង្គមស៊ីវិល ។

អបស.៤ ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន

អបស.៤.១ អភិវឌ្ឍសមាហរណកម្មផែនការវិភាគទិន្នន័យសំរាប់កម្មវិធីសុខភាពទាំង៣ ដោយបញ្ចូលធនធានទាំងអស់ពីក្រសួងនិងជំនួយ ដើម្បីត្រួតត្រាយដល់ផែនការវិភាគន័យធននិងការរៀបចំកញ្ចប់ថវិកាសំរាប់កម្មវិធីសុខភាពនិមួយៗនិងធានាថាមូលនិធិជំនួយផ្តល់ឱ្យកម្មវិធីជាតិកាន់តែឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីបន្ទុកជំងឺបន្ថែមពីលើការងាររបស់កម្មវិធី ។

អបស.៤.២ តវិមត្តនាទីនិងមុខងាររបស់កម្មវិធីជាតិ ដើម្បីធានាឱ្យត្រូវគ្នានិងមុខងារនេះឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការនៃវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការនិងឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីគោលបំណងរបស់ ផ.យ.ស.២ ។

អបស.៤.៣ រៀបចំផែនការនិងអនុវត្តប្រភេទស្វ័យភាពសមស្រប សំរាប់អង្គភាពផ្សេងៗគ្នា យោងទៅតាមគោលនយោបាយរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលស្តីអំពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈដើម្បីធានាថាស្វ័យភាពនៃការគ្រប់គ្រងដែលបានបង្កើត គឺឈរលើមូលដ្ឋាននៃការពង្រឹងការទទួលខុសត្រូវ ចំពោះស្នាដៃការងារ ។

អបស.៥ ពង្រឹងមត្តទេសភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលតាមរយៈវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ

អបស.៥.១ រៀបចំនិងរៀងគរការខបត្តម្តីពីរាជរដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ សំរាប់របៀបវារៈនៃការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន ដូចជាអំពីតួនាទី មុខងារ និងរចនាសម្ព័ន្ធរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលតម្រូវតាមវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការ និងផែនការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័នរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ។

អបស.៥.២ ផែនការនីយកម្មនៅថ្នាក់កណ្តាលផ្តោតលើគោលដៅនិងគោលដៅចំណុចចំងងៗថ្នាក់ជាតិមួយចំនួនតូចដោយអនុញ្ញាតិឱ្យខេត្ត-ក្រុង និងស្រុកប្រតិបត្តិវិសមត្ថកិច្ចបត់បែនកាន់តែច្រើនថែមទៀត នៅក្នុងការកែច្នៃយុទ្ធសាស្ត្រប្រតិបត្តិដើម្បីដោះស្រាយអាទិភាពសុខភាពនៅនិងកន្លែង ។

អបស.៥.៣ ពង្រឹងតួនាទីនិងមុខងារនៃការផ្តល់សេវាសុខភាព នៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិតាម
 រយៈ មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ ដោយអភិវឌ្ឍនិង
 អនុវត្តកំណែទម្រង់រចនាសម្ព័ន្ធចាត់តាំង នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
 សាធារណៈ ស្របតាមគោលនយោបាយរាជរដ្ឋាភិបាលស្តីអំពីការផ្តល់
 សេវាសាធារណៈ និងវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។

អបស.៥.៤ អភិវឌ្ឍផែនការយុទ្ធសាស្ត្រស្ថាប័ន សំរាប់គ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ ដើម្បីជា
 មគ្គុទ្ទេសក៍ដល់ការសំរេចតួនាទីនិងមុខងារ ព្រមទាំងរចនាសម្ព័ន្ធស្ថាប័ន
 ស្របតាមវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។

អបស.៥.៥ ពង្រឹងសមត្ថភាពមគ្គុទ្ទេសភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនៅក្នុងបរិបទនៃ
 ការផ្លាស់ប្តូររចនាសម្ព័ន្ធអភិបាលកិច្ច តាមរយៈការអភិវឌ្ឍន៍និងអនុវត្តន៍
 យុទ្ធសាស្ត្ររៀនសូត្រពីវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ៖

- ពង្រឹងការយល់ដឹងដល់មន្ត្រី គ្រប់ គ្រងអំពី ឥទ្ធិពលនៃវិមជ្ឈការ
 និងវិសហមជ្ឈការទៅលើតួនាទីនិងមុខងារនៅ គ្រប់ថ្នាក់
- ពង្រឹងសមត្ថភាពស្តីពីការ គ្រប់ គ្រងការផ្លាស់ប្តូរនេះនៅ គ្រប់ថ្នាក់
 ទាំងអស់
- ចលនាអ្នកដឹកនាំសហគមន៍ និងរដ្ឋអំណាចមូលដ្ឋានដើម្បីបង្កើន
 ការចូលរួមក្នុងការ គ្រប់ គ្រងនិងពិនិត្យរួមលើប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។

**អបស.៦ កៀងគរការឆ្លើយតបពហុវិស័យដើម្បីឱ្យប្រព័ន្ធសុខាភិបាលកាន់តែទទួលខុសត្រូវ
 ចំពោះលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពមានគុណភាពដោយប្រជាជនទាំងអស់**

អបស.៦.១ ជំរុញការចូលរួមពីវិស័យពាក់ព័ន្ធទាំងអស់នៅក្នុងកិច្ចសហការអន្តរវិស័យ
 ដើម្បីកែលំអកត្តាសង្គមដែលមាន ឥទ្ធិពលលើសុខភាព។

អបស.៦.២ អនុវត្ត **បញ្ញត្តិស្តីអំពីសិទ្ធិអ្នកផ្តល់សេវានិងសិទ្ធិអតិថិជន** របស់ក្រសួង
 សុខាភិបាល ដើម្បីពង្រឹងស្មារតីយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិអតិថិជននិងសិទ្ធិអ្នកផ្តល់
 សេវា។

អបស.៦.៣ ពង្រឹងអន្តរសកម្មភាពរវាងសហគមន៍ និងអតិថិជនជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា
 នៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិតាមរយៈការបង្កើតវេទិកានិងយន្តការដទៃទៀត ដោយ
 មានការគាំទ្រពីអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការសង្គមស៊ីវិល ដើម្បី
 ការតស៊ូមតិ សំរាប់ការសន្ទនាផ្នែកគោលនយោបាយ និងកំណែទម្រង់
 គោលនយោបាយក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។

- អបស.៦.៤** ពង្រឹងមុខងាររបស់គណៈកម្មការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព និងក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ ដែលជាចំណុចគោលនៃការប្រាស្រ័យទាក់ទង រវាងអតិថិជននិងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ។
- អបស.៦.៥** ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងការអភិបាលនៅនឹងកន្លែងនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដានការផ្តល់សេវាសុខភាពមានប្រសិទ្ធភាពដោយសហគមន៍ ។

ជំពូក



ការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល តាមរយៈផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព

- អភិក្រមនៃផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព
- សុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារក កុមារ
- ជំងឺឆ្លង
- ជំងឺមិនឆ្លង



១. អភិក្រមផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព

១.១ សេចក្តីផ្តើម

ផ.យ.ស.២ នឹងត្រូវយកទៅអនុវត្តតាមរយៈផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំង៣៖ សុខភាពបន្តពូជ មាតាទារកនិងកុមារ(ស.ប.ម.ទ.ក) ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង(ប្រ.ជ.ឆ) និងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត(ប្រ.ជ.ម.ឆ)។ អន្តរកាលអេពីដេមីញូសាស្ត្រ ដែលកំពុងកើតមានរួចទៅហើយនៅប្រទេសកម្ពុជាមានផលប៉ះពាល់យ៉ាងច្បាស់លាស់សំរាប់កម្មវិធីសុខភាពខាងលើនេះ។ ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំង៣ត្រូវជាន់គ្នា។ ដូច្នេះការសំរបសំរួលថ្នាក់ជាតិនៅក្រសួងសុខាភិបាល គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការធានាឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យ ការផ្សារភ្ជាប់ និងមគ្គុទេសភាពក្នុងវិស័យសុខាភិបាលទាំងមូល។

ការអភិវឌ្ឍន៍ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពនេះនឹងផ្តោតលើ៖

- **បញ្ហាប្រឈមមុខសំរាប់ផ្នែកកម្មវិធីនីមួយៗ** : ឈរលើបញ្ហាប្រឈមមុខនេះ ក្របខណ្ឌប្រតិបត្តិមួយអាចនឹងត្រូវកំណត់ឡើង ដោយបញ្ចូលទាំងសូចនាករសំរាប់ការធ្វើផែនការកម្មវិធីលំអិតនិងការអនុវត្តន៍។
- **ភាពត្រួតជាន់គ្នានិង “ឈ្នាន់រួម” រវាងផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំង ៣** : ជាការចាំបាច់ត្រូវចាត់ទុកអ្នកជំងឺចាំបាច់ជាផ្នែកមួយនៃវិស័យសុខាភិបាលសមាហរណកម្មនិងជាចំណែកទាំងស្រុងនៅក្នុងកិច្ចដំណើរការមុខងាររបស់ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី។
ដូច្នេះទំនាក់ទំនងរវាងផ្នែកកម្មវិធីត្រូវតែរឹងមាំ ហើយការសំរបសំរួលក្នុងចំណោមកម្មវិធី

ជាតិ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ នាយកដ្ឋាន និងអង្គភាពដទៃទៀតដែលអនុវត្តផ្នែកកម្មវិធីទាំងនេះ ក៏ត្រូវតែរឹងមាំដូចគ្នា។ អភិបាលកិច្ចផ្នែកគ្រឹះនិកបែបសមាហរណកម្មដែលមានបំណង ទ្រទ្រង់ ដល់សកម្មភាពរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល តំរូវទិសដោយស.ស.អនិងស.ស.ប អាចមាន ប្រសិទ្ធភាពនិងប្រសិទ្ធផល ដរាបណាមុខងាររបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងនេះ ជាផ្នែក មួយនៃ“សេវាដែលមិនដាច់ចេញពីគ្នា” ។

- **តំរូវការសំរាប់អន្តរាគមន៍លើជំងឺ:** ជានិច្ចកាលគឺ ធំធេងជាងធនធានដែលអាចរកបាន។ ធន ធាន(សេដ្ឋកិច្ចនិងមនុស្ស) ចាំបាច់ត្រូវតែចែកចាយរវាងផ្នែកកម្មវិធីទាំងបី និងអង្គភាព អនុវត្តដទៃទៀត ដោយឈរលើមូលដ្ឋានអភិសមាចារនៃការពិចារណា ចំនួនអ្នកជំងឺនិងថ្លៃ ចំណាយដែលភ្ជាប់ជាមួយការពិនិត្យវាយតម្លៃលើចំនួនឆ្នាំនៃគុណភាពជីវិត ដែលជាផល បច្ច័យនៃកិច្ចអន្តរាគមន៍។
- **ជំហរនៃផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព ទាំង៣** នៅក្នុងបរិបទនៃដំណាក់កាលអន្តរកាលអេពីដេ មីញូសាស្ត្រនៅប្រទេសកម្ពុជា។

ភាពមិនចំណុះលើក្រសួងសុខាភិបាលនៃផ្នែកអនុវត្តនានានៅក្នុងផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំង៣ មាន កំរិតខុសៗគ្នា។ ផ្នែកដែលធ្វើការងារក្នុងកម្មវិធី ស.ប.ម.ទ.ក និងកម្មវិធីប្រ.ជ.ឆ ដូចជាមានស្វ័យភាព ខ្ពស់ ដោយសារតែទទួលបានហិរញ្ញប្បទានដាច់ដោយលែកពីអ្នកផ្តល់ជំនួយ។ បើប្រៀបធៀបជាមួយកម្មវិធី ប្រ.ជ.ម.ឆ កម្មវិធីនេះមានស្វ័យភាពតិចតួច។

កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺនៅក្នុងផ.យ.ស ២ និងប្រមូលផ្តុំលើអន្តរាគមន៍ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ ឬហានិភ័យ ជំងឺនៅទីណាដែលអាចធ្វើបាន ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ“ចំណាយតិចទទួលបានច្រើន” សំរាប់អន្តរាគមន៍ ដែលនឹងបង្កើនចំនួនឆ្នាំនៃគុណភាពជីវិត តាមរយៈសកម្មភាពបង្ការព្យាបាល ស្តារនិកិតិសម្បទា និងការ ព្យាបាលសំរាលការឈឺចាប់(ភាគច្រើនពីជំងឺមហារីក)។ ការអនុវត្តន៍គោលការណ៍ចំបងនេះតំរូវឱ្យមាន ការសិក្សាអំពីបន្ទុកជំងឺនៅប្រទេសកម្ពុជា។ ការសិក្សានេះនឹងផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមសំរាប់ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព ទាំងបី។ អត្ថប្រយោជន៍នៃការសិក្សាថ្នាក់តំបន់ដែលមានបច្ចុប្បន្នក្នុងប្រទេសជិតខាងកម្ពុជា គឺមានកំរិត ព្រំដែន ដោយសារតែភាពខុសប្លែកគ្នានៃទិន្នន័យបន្ទុកជំងឺរវាងតំបន់អាស៊ីខាងត្បូងនិងតំបន់អាស៊ីខាងកើត និងប៉ាស៊ីហ្វិកមានការប្រែប្រួលនៅក្នុងទិដ្ឋភាពជាច្រើន។ លើសពីនេះទៀតការសិក្សាអំពីបន្ទុកជំងឺនិងសំរួល ដល់ការពិនិត្យសារឡើងវិញនូវសកម្មភាពដែលបានអធិប្បាយនៅក្នុងស.ស.អ និងស.ស.បសំរាប់មណ្ឌល សុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ សន្ទានកម្មជាមួយការពិនិត្យសារឡើងវិញនៃផ.គ្រ.ស ធ្វើឱ្យការសិក្សា នេះ អាចជួយដល់ការគណនាថ្លៃចំណាយលំអិតនិងការធ្វើផែនការសំរាប់បុគ្គលិក។

ធនធានសំរាប់ការធ្វើការកម្មវិធីការអនុវត្តន៍និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានគឺមាននៅថ្នាក់ជាតិ ប៉ុន្តែ ធនធានដូចគ្នានេះនៅខ្វះខាតនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង។ កសាងសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើផែនការ និងការ អនុវត្តន៍ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពនៅខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុក គឺជាអាទិភាពខ្ពស់មួយ។

ដោយផ្ដោតទៅលើការពង្រឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលនៅក្នុង ផ.យ.ស.២ តំរូវការដ៏ចាំបាច់គឺ៖

- ផ្សារភ្ជាប់ សមាហរណកម្ម និងការពង្រឹងកំលាំងគ្នា នៃផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី និងអង្គភាព អនុវត្តទាំងអស់ទៅនឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទាំងមូល គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់។
- សមាហរណកម្មនៃផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពចាំបាច់ត្រូវបញ្ជាក់ច្បាស់ តាមរយៈប្រព័ន្ធអភិបាលកិច្ចគ្លីនិក
- ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពនិមួយៗ ត្រូវការឱ្យមានក្របខណ្ឌសំរាប់ការអនុវត្តន៍ ផែនការវិភិល ៣ ឆ្នាំ និងប្រតិទិនពេលវេលាទៅតាម ផ.យ.ស.២ ដែលក្នុងនេះមានបញ្ជាក់គោលដៅចំណុចនៃការប្រតិបត្តិ ដែលមិនបានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងគោលដៅចំណុចជាយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពនិមួយៗ ។
- តួនាទីនិងការទទួលខុសត្រូវនៅក្នុងផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពនិងត្រូវបានពិនិត្យសារឡើងវិញ ហើយតំរូវការតំរូវឱ្យបានជិតស្និទ្ធ ជាមួយគោលបំណងនៃផ.យ.ស.២ និងតំរូវការនៃវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។

១.២ ចំណាក់កាលអន្តរកាលប្រជាសាស្ត្រនិងអេចិថេចិញ្ចសាស្ត្រ

រយៈពេលផែនការនៃផ.យ.ស.២ គឺវែងបន្តិចបើប្រៀបធៀបជាមួយផ.យ.ស.១។ ផ.យ.ស.២ ប្រព្រឹត្តទៅនៅក្នុងអំឡុងពេលមួយដែលត្រូវបានកត់សំគាល់ ដោយការផ្លាស់ប្តូរយ៉ាងឆាប់រហ័សស្ទើរតែគ្រប់ទិដ្ឋភាពទាំងអស់នៃវិស័យសង្គមនៅប្រទេសកម្ពុជា។ ដូច្នេះតំរូវការចាំបាច់គឺត្រូវគិតគូរដល់កត្តាអន្តរកាលនានាដែលជាសម្ពាធកាន់តែខ្លាំងជាងពេលមុនៗ។

ពេញមួយអំឡុងពេលនៃ ផ.យ.ស.២ សុខភាពប្រជាជនក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទំនងជាវិវត្តន៍ឆ្ពោះទៅកាន់សុខភាពប្រជាជននៃប្រទេសដែលមានបន្ទុកជំងឺធ្ងន់។ មានន័យថា តំរូវការធនធានយ៉ាងច្រើនសំរាប់សំរាប់ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី និងមានរយៈពេលយូរ។ បន្ទុកនៃកំណើនជំងឺនេះចាំបាច់ត្រូវមានវិធីសាស្ត្រល្អក្នុងការកំណត់អាទិភាពដែលនឹងអភិវឌ្ឍន៍ដោយក្រសួងសុខាភិបាល សំរាប់ប្រើប្រាស់នៅក្នុងផ្នែកដូចខាងក្រោមនេះ ៖

- ការថែទាំផ្នែកគ្លីនិកជាប្រចាំ
- ផែនការនីយកម្មនៅក្នុងផ្នែកកម្មវិធីនិមួយៗ
- ពង្រឹងនិងបច្ចុប្បន្នភាពសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា និងសំណុំសកម្មភាពបង្រួប
- ការវិភាជន៍ធនធានគាំទ្រភាពក្រីក្រទូទាំងផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី និងគ្រប់ខេត្ត-ក្រុង

ការអភិវឌ្ឍន៍និងការពង្រឹងតួនាទីមគ្គុទេសក៍ភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល គប្បីជួយជ្រោមជ្រង ដល់ការបង្កើតឱ្យមានការសន្ទនាប្រកបដោយនយសីទសាស្ត្រជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ហើយកំណត់បាននូវតួនាទីសមស្របសំរាប់ពួកគេ។

ការកសាងសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើផែនការនិងកសាងថវិកាខេត្ត-ក្រុង និងកាន់តែមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងឡើងនៅក្នុងអំឡុងពេលនៃផ.យ.ស.២ ដោយហេតុថាទៅតំបន់ទីប្រជុំជននិងតំបន់ជនបទដាច់ស្រយាល ការផ្លាស់ប្តូរអំពីសេចក្តីត្រូវការនិងតំរូវការផ្នែកសុខភាពចេះតែកើនឡើងជាលំដាប់។

សង្ខេប

- កំណើន ប្រជាជននិងបំបែររូលនៃការពង្រាយ ប្រជាជនតំរូវឱ្យធ្វើការពិនិត្យកែសំរួលឡើងវិញ ផ.គ.ស។ ខេត្ត-ក្រុងនិងចូលរួមកាន់តែសកម្មថែមទៀតនៅក្នុងផែនការនីយកម្ម ហើយការកសាងសមត្ថភាពចាំបាច់ត្រូវតែអភិវឌ្ឍន៍ ដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រជីវិតមាំ ដល់ការធ្វើផែនការសុខាភិបាលនៅថ្នាក់វិជ្ជមានការ និងវិសហមជ្ឈការដែលតំរូវឱ្យមានការចូលរួមកាន់តែច្រើនឡើង។
- ប្រទេសកម្ពុជាកំពុងឈានចូលទៅក្នុងដំណាក់កាល“បន្តកម្រិតនៃជំងឺ”។ បញ្ហានេះនឹងមានផលប៉ះពាល់យ៉ាងជ្រាលជ្រៅទៅលើធនធានមនុស្ស និងហិរញ្ញវត្ថុដែលកំពុងខ្វះខាត។
- តំរូវការសេវាសុខភាពដែលចេះតែកើនឡើងទៅតាមបន្តកម្រិតនៃជំងឺអាច គ្រប់គ្រងបាន តាមរយៈប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយសំរាប់ការកំណត់អាទិភាព។
- ប្រព័ន្ធសំរាប់ការកំណត់អាទិភាពនិងជំពាក់ជំពិន ទៅគ្រប់ថ្នាក់ទាំងអស់នៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលជាអាទិ៍ ការថែទាំផ្នែកគ្លីនិកជាប្រចាំ ផែនការនីយកម្មនៅក្នុងនិងរវាងផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី សេវានៅក្នុង ស.ស.អ និង ស.ស.ប និងការសំរេចលើថវិកាសំរាប់វិស័យសុខាភិបាល។

២. ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពបន្តពូជ មាតានិងកុមារ

ស.ប.ម.ទ.ក គឺជាអាទិភាពមួយក្នុងចំណោមអាទិភាពផ្នែកសុខភាពបួន ដែលបានកំណត់នៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ។ វឌ្ឍនភាពបានកើតមានជាទូទៅ នៅក្នុងផ្នែកស.ប.ម.ទ.ក។ ការវិវត្តន៍ជាវិជ្ជមាននេះនាំមុខដោយកត្តា២យ៉ាង៖ ទីមួយមានការគាំទ្រផ្នែកយោបាយជីវិតមាំដល់ការខិតខំប្រឹងប្រែង ក្នុងការត្រួតត្រាស្ថានភាពរណីជុំវិញបញ្ហាសុខភាពមាតានិងកុមារ និងទីពីរសកម្មភាពអន្តរាគមន៍នៅក្នុងសុខភាពមាតានិងកុមារមានការអភិវឌ្ឍន៍និងអនុវត្តយ៉ាងល្អរួចមកហើយ។

ការប្រើប្រាស់សេវាបានកើនឡើងចំពោះសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតានិងកុមារ ដូចជាការពិនិត្យភ័យពេលសំរាល ការសំរាលកូនដោយវេជ្ជបណ្ឌិតធូប និងការសំរាលកូននៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល អត្រាប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត និងការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ប៉ុន្តែជាទូទៅនៅខ្ពស់នៅឡើយ។ សុខភាពកុមារមានភាពប្រសើរឡើងយ៉ាងខ្លាំង

រវាងឆ្នាំ២០០០និង២០០៥ អត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំនិង៥ឆ្នាំ បានថយចុះជិត ៣០%។ ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ និងស្ត្រីក៏ត្រូវបានលើកកម្ពស់ ប៉ុន្តែកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងក្រិននៅតែខ្ពស់ក្នុងចំណោមប្រទេសក្នុងតំបន់។ ការគ្របដណ្តប់នៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការត្រូវបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង គ្រប់អង្គការអន្តរជាតិទាំងអស់ អត្រាអាំងស៊ីដង់នៃជំងឺកញ្ជាសមានកំរិតទាបបំផុត ហើយជំងឺគ្រុនស្ទិតដៃជើងត្រូវបានលប់បំបាត់ទាំងស្រុង នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០០០។ ទោះជាដូច្នោះក្តី ជំងឺតេតាណូសលើទារកទើបនិងកើតនៅតែជាបញ្ហា ហើយសមាមាត្រនៃកុមារដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការពេញលេញនៅតែទាបជាងគោលដៅចំណុច។

២.១ បញ្ហាប្រឈមចម្បង

ស្ថានភាពសុខភាពស្ត្រីមិនបានកែលំអ ដូចស្ថានភាពសុខភាពរបស់កុមារទេ។ អត្រាស្លាប់របស់មាតានៅតែខ្ពស់មិនអាចទទួលយកបាន ហើយការវិនិយោគក្នុងការផ្តល់សេវានិងទាមទារជាចាំបាច់ ដើម្បីឈានទៅសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍសហស្សវត្ស។

តំរូវការសេវាសាធារណៈសំរាប់សុខភាពមាតានិងកុមារ មិនបានលើកើនឡើងដូចដែលបានរំពឹងទុក។ អន្តរាគមន៍នៅផ្នែកតំរូវការមាតាសារៈសំខាន់ណាស់ ដើម្បីលើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់សេវាដែលបានកែលំអ។ ការណ៍នេះតំរូវឱ្យមានការផ្តល់ “សេវាថែទាំបន្ត” សំរាប់ ស.ប.ម.ទ.ក ដែលបានកំណត់ច្បាស់លាស់ដែលគាំទ្រដោយយុទ្ធសាស្ត្រប្រាស្រ័យទាក់ទងមានប្រសិទ្ធភាព ដើម្បីបង្កើនល្បឿននៃតំរូវការសេវា។

មានភាពខុសគ្នានៃលទ្ធផលសុខភាពមាតា និងកុមារ រវាងក្រុមអ្នកមានបំផុតនិងអ្នកក្របំផុត។ មានកំរិតសំគាល់ថាវិសមធម៌នៅក្នុងការប្រើប្រាស់សេវា និងលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាថែទាំកំពុងកើនឡើង។ សេវាសុខភាពដែលបានកែលំអឱ្យប្រសើរឡើង ហាក់ដូចជាផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍រួចទៅហើយដល់ក្រុមប្រជាជនទន់ខ្សោយ។ ទិន្នន័យនៃអ.ប្រ.ស២០០៥ ស្តីអំពីលទ្ធផលសុខភាពនិងអត្រានៃការប្រើប្រាស់សេវានៅក្នុងក្រុមប្រជាជនដែលមានស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមខុសគ្នាកំពុងបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់ថាទិដ្ឋភាពសមធម៌នៃស.ប.ម.ទ.កត្រូវតែទទួលបានការយកចិត្តទុកដាក់ខ្លាំង។ គោលដៅចំណុចនិងសូចនាករចាំបាច់ត្រូវតែកំណត់ដើម្បីកាត់បន្ថយវិសមធម៌ក្នុងផ្នែកសុខភាពមាតានិងកុមារ។

២.២ អាទិភាព សេវាថែទាំស្ត្រី គោលបំណង និងគោលដៅនៃស.ប.ម.ទ.ក:

គោលបំណង៖ បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់របស់មាតាទារកនិងកុមារនិងការលើកកម្ពស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ

- គោលដៅ ១ លើកកម្ពស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតានិងកុមារ
- ២ លើកកម្ពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកព័ត៌មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជមានគុណភាព
- ៣ លើកកម្ពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសារវ័ន្តសំរាប់មាតានិងទារកនិងការប្រព្រឹត្តការថែទាំសុខភាពតាមគ្រួសារបានល្អ ប្រសើរ

៤ ធានានូវលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសារវ័ន្តសំរាប់កុមារនិងការប្រព្រឹត្ត
ការថែទាំសុខភាពតាមគ្រួសារបានល្អប្រសើរ

អាទិភាពនិងសេវាជាសារវ័ន្ត

- ផែនការគ្រួសារនិងការពន្យារកំណើត
- ការពន្ធតកូនមានសុវត្ថិភាព
- សុខភាពមាតានិងកុមារ
- អាហារូបត្ថម្ភ
- ការថែទាំគភ៌មុនសំរាល
- ការទប់ស្កាត់ការចំលង HIV ពីម្តាយទៅទារក
- ការថែទាំករណីសម្តេចបន្ទាន់
- ចាក់ផ្តល់ថ្នាំបង្ការរួមទាំងការលប់បំបាត់ជំងឺក ព្រូលីលនិងតេតាណូស
ការបញ្ចូលវ៉ាក់សាំងថ្មី
- សមាហរណកម្មការគ្រប់គ្រងជំងឺកុមារ
- ការថែទាំសារវ័ន្តដល់កុមារ
- ការស្លាប់ទារកនិងកុមារ
- សុខភាពវ័យជំទង់/យុវវ័យ
- ការអនុវត្តន៍តាមគ្រួសារ

២.៣ ស.ប.ម.ទ.ក ក្នុងការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រផ.យ.ស.២

ឯកសារចំបងចំនួន៤សំរាប់ស.ប.ម.ទ.ក គឺយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាព
ផ្លូវភេទ យុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ៥ឆ្នាំសំរាប់កម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ
និងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិអាហារូបត្ថម្ភ។ គោលនយោបាយនិងសេចក្តីណែនាំនៅក្នុងឯកសារទាំង ៤ នេះបាន
ឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងសំណុំនៃការបណ្តុះបណ្តាល ស.ស.អ និង ស.ស.ប។

គោលដៅយុទ្ធសាស្ត្រទាំង៤ នៃយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ
គឺ: លើកស្ទួយគោលនយោបាយនិងបរិដ្ឋានធនធាន បង្កើននិងពង្រឹងការផ្តល់សេវាមានគុណភាព លើក
កំពស់ការយល់ដឹងរបស់សហគមន៍និងបង្កើនតម្រូវការលើសេវា និងពង្រីកគោលនយោបាយនិងការអភិវឌ្ឍន៍
យុទ្ធសាស្ត្រផ្នែកលើភស្តុតាង។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះបង្ហាញពីសំណុំសេវាសារវ័ន្តសំរាប់សុខភាពបន្តពូជ។

យុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារបង្ហាញគោលដៅយុទ្ធសាស្ត្រចំនួន៦: (១)លើកកំពស់
ការសំរេចចិត្តផែនការនីយកម្ម និងការតាក់តែងគោលនយោបាយ ពង្រឹងធនធានមនុស្សនិងការកសាង
សមត្ថភាព (២)លើកស្ទួយសកម្មភាពសហគមន៍ ដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារ (៣)ធានាមធ្យោបាយ

ហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារ (៤)លើកស្ទួយប្រសិទ្ធភាពនិងគុណភាពក្នុងការផ្តល់សេវា និង (៥)ពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះមានបំណងសំរេចការគ្របដណ្តប់ជាសកលនៃបណ្តុំពិន្ទុនៃការរស់រានរបស់កុមារទាំង១២ចំណុច ។អន្តរាគមន៍និងយកទៅអនុវត្តតាមរយៈសំណុំសមាហរណកម្មនៃសកម្មភាពនៅចំណុចនៃការផ្តល់សេវា ។

គោលដៅរួមនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ៥ឆ្នាំសំរាប់កម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ គឺលើកកម្ពស់ការរស់រាននិងសុខភាពកុមារ និងគាំទ្រដល់ការសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សទី១និងទី៤ ដោយត្រួតត្រាលប់បំបាត់រាល់ជំងឺទាំងអស់ដែលអាចការពារបានដោយថ្នាំបង្ការ ដែលជាគោលដៅចំណុចនៃកម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ។យុទ្ធសាស្ត្រនេះ គ្របដណ្តប់ផ្នែកយុទ្ធសាស្ត្រចំនួន៤ : (១)តាមដាននិង ត្រួត ត្រាជំងឺ (២) ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលនិងការគ្រប់គ្រង (៣)ការផ្គត់ផ្គង់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនិងការបណ្តុះបណ្តាលនិង (៤)ការផ្តល់សេវា

យុទ្ធសាស្ត្រជាតិអាហារូបត្ថម្ភ មានរយៈពេលពីឆ្នាំ ២០០៨-២០១៥ ហើយគោលបំណងរួមនៃយុទ្ធសាស្ត្រនេះគឺរួមចំណែកលើកកម្ពស់ការរស់រានរបស់មាតានិងកុមារនិងភាពប្រសើរឡើងនៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ស្ត្រីនិងកុមារ។

ឯកសារចំបងទាំងបួនខាងលើនេះដាក់ផ្នែកកម្មវិធី ស.ប.ម.ទ.ក នៅក្នុងចំហរវិញម៉ាយដើម្បីសំរេចគោលបំណងនៅក្នុងផ្នែកនៃកម្មវិធី។ អន្តរាគមន៍និងត្រូវកំណត់ឱ្យបានល្អនិងជាក់ស្តែង ដែលនឹងនាំឆ្ពោះទៅរកលទ្ធផលល្អ នោះគឺការគ្របដណ្តប់ជាសកលអាចនិងសំរេចបាន បើសិនជាធនធានអាចរកបានគ្រប់គ្រាន់។

| យុទ្ធសាស្ត្រ | សមាសភាពនិងអន្តរាគមន៍សំខាន់ៗនៃសុខភាពបន្តពូជ |
|---|---|
| ៧.៥.៧.២ ការផ្តល់សេវា | សុខភាពមាតា-ទារក-កុមារ <ul style="list-style-type: none"> • ការថែទាំបន្តនៃសំណុំសេវា ស.ប.ម.ទ.ក នៅមណ្ឌលសុខភាព(ស.ស.អ) និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក(ស.ស.ប) ត្រូវផ្អែកលើយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ការរស់រានរបស់កុមារ ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការអាហារូបត្ថម្ភ និងសុខភាពបន្តពូជ • យុទ្ធសាស្ត្រប្រាស្រ័យទាក់ទងសំរាប់ ស.ប.ម.ទ.ក ដើម្បីទ្រទ្រង់ការអភិវឌ្ឍន៍សុខភាពសហគមន៍ និងបង្កើនតម្លៃសេវាសារវន្តផ្នែកស.ប.ម.ទ.ក • ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការអភិបាលរួមគ្នា នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដោយក្រុមបច្ចេកទេសចម្រុះ • តំរៀបតំរង់សេវាជំនួយដទៃទៀតទៅតាមសេចក្តីត្រូវការនៃ ស.ប.ម.ទ.ក រួមមានមន្ទីរពិសោធន៍ ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ-សំភារៈបរិក្ខារ លើកស្ទួយសេវាផ្តល់ឈាមដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់ការថែទាំសម្បូរបន្ទាន់ការគ្រប់គ្រងជំងឺ គ្រុនឈាមនិងអាទិភាពដទៃទៀតនៃ ស.ប.ម.ទ.ក • ពង្រីកការអនុវត្តន៍គោលនយោបាយស្តីអំពីកិច្ចសន្យាសេវា |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ពង្រឹងគំរូនៃការថែទាំបែបសមាហរណកម្ម នៃការចុះផ្តល់សេវាដល់មូលដ្ឋាន និងផ្អែកលើសហគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្របន្ទាន់ សំរាប់ការពង្រីកអន្តរាគមន៍លើសុខភាពមាតា-ទារក និងរស់រានរបស់កុមារ ពិសេសនៅតាមសហគមន៍ដែលពិបាកមកទទួលសេវានៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងធានាឱ្យមានការចូលរួមពីរដ្ឋអំណាចមូលដ្ឋាននិងអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត (ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ) នៅក្នុងការផ្តល់សេវា និងព័ត៌មានចាំបាច់សំរាប់ ស.ប.ម.ទ.ក។ |
| ហិរញ្ញប្បទាន ការថែទាំ សុខភាព | <ul style="list-style-type: none"> បន្ថយឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលយកសេវាស.ប.ម.ទ.កដោយនិយតកម្មលើការបង់ថ្លៃសេវាការបញ្ជូលស.ប.ម.ទ.កទៅក្នុងកម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ ការពង្រីកការគ្របដណ្តប់មូលនិធិសមធម៌និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ និងការផ្តល់ថ្នាំបង្ការដោយមិនបង់ថ្លៃ។ លើកទឹកចិត្តផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដល់អ្នកផ្តល់សេវានិងការពារអតិថិជន ដើម្បីធានាដល់សមធម៌ក្នុងការផ្តល់ស.ប.ម.ទ.ក (ការផ្ទេរសាច់ប្រាក់-cash transfer ការសំរាលកូនដោយមិនបង់ថ្លៃ ផ្តល់ប័ណ្ណសុខភាព-vouchers ។ល។) |
| ធនធានមនុស្ស សុខាភិបាល | <ul style="list-style-type: none"> ការអនុវត្តន៍ពេញលេញនូវអនុសាសន៍ ដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងរបាយការណ៍ស្តីពីការពិនិត្យបច្ចេកវិទ្យាធូបនិងដោយក្រុមការងារជាន់ខ្ពស់ផ្នែកបច្ចេកវិទ្យាធូប ពង្រឹងជំនាញបច្ចេកទេសនិងសមត្ថភាពនៅថ្នាក់ ស.ស.អ និង ស.ស.ប តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលមានគុណភាពនិង គ្រប់ ជ្រុងជ្រោយការសិក្សាអប់រំការរក្សាទុកបុគ្គលិក ការចេញអាជ្ញាប័ណ្ណ និងប្រពន្ធិបុះបញ្ជីកា។ |
| ប្រពន្ធព័ត៌មាន សុខាភិបាល | <ul style="list-style-type: none"> ពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យតាមដានទិន្នន័យពាក់ព័ន្ធនឹងសមធម៌និងយែនឌ័រនៅទូទាំងខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ។ បង្កើនភាពពេញលេញនៃទិន្នន័យសំខាន់ៗ តាមរយៈការពង្រីកការពិនិត្យការស្លាប់របស់មាតា ជាក់ខ្សែប្រើប្រាស់ការពិនិត្យការស្លាប់រ៉ាំរ៉ៃកំណើត និងសមាហរណកម្មការ ចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាននៅក្នុងប្រពន្ធិសុខាភិបាល។ |
| អភិបាលកិច្ច ប្រពន្ធិសុខា ភិបាល | <ul style="list-style-type: none"> សេចក្តីណែនាំច្បាស់លាស់និងតម្លៃរងការអនុវត្តន៍ ក្រមវិជ្ជាជីវៈបុគ្គលិក គោលនយោបាយស្តីពីការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក រួមមានប្រពន្ធិលាភការ គោលនយោបាយស្តីអំពីអ្នកបំរើការងារសុខភាពតាមសហគមន៍ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសេចក្តីណែនាំអំពីការឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថ |

២.៤ គោលដៅចំណុចនិងសូចនាករនៃ ស.ប.ប.ទ.ក

គោលដៅចំណុចនិងសូចនាករ មានរៀបរាប់លំអិតនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់សុខភាពបន្ត ពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ យុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ៥ឆ្នាំសំរាប់កម្ពុជា វិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ និងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិអាហារូបត្ថម្ភ។ វឌ្ឍនភាពចាំបាច់ត្រូវតែវាស់វែងនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង ដើម្បីត្រួតត្រាយសកម្មនៅថ្នាក់ផ្តល់សេវា។ ប្រការនេះនឹងកាន់តែមានសារៈសំខាន់នៅពេលដែល វិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការកំពុងមានវឌ្ឍនភាព។

អត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំ ក្រោម៥ឆ្នាំ និងអត្រាស្លាប់របស់មាតានៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង ត្រូវវិភាគនៅក្នុងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពទៅតាមតំបន់ជនបទនិងទីប្រជុំជនកំរិតអនកូរកម្ម និងកំរិតនៃភាពក្រីក្រនៅតាមខេត្ត-ក្រុង បើអាចធ្វើបាន។

| សូចនាករ | ប្រចាំឆ្នាំ | ឆ្នាំ | | |
|--|-------------|--------------|-------------------|------|
| | | ១. ២០១៥-២០១៨ | ២០១១ (១. ១. ១១) | ២០១៥ |
| ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា | | | | |
| អត្រាសាយកូនសរុប | | ៣,៤ | ៣,៤ | ៣,០ |
| អត្រាមរណភាពមាតា ក្នុងទារកកើតរស់ ១០០.០០០ នាក់ | | ៤៧២ | ២៤៣ | ១៤០ |
| អត្រាស្លាប់ទារកទើបប្រសូត្រក្នុងទារកកើតរស់១.០០០ នាក់ | | ២៨ | ២៥ | ២២ |
| អត្រាស្លាប់កុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំក្នុងទារកកើតរស់១.០០០ នាក់ | | ៦៦ | ៦០ | ៥០ |
| អត្រាស្លាប់កុមារអាយុក្រោមប្រាំឆ្នាំក្នុងទារកកើតរស់១.០០០នាក់ | | ៨៣ | ៧៥ | ៦៥ |
| ជំងឺស្លេកស្លាំងលើស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ (%) | | ៤៦,៦ | ៣២ | ១៩ |
| ជំងឺស្លេកស្លាំងនៅក្នុងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (%) | | ៥៧,១ | ៣៩ | ៣៣ |
| ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលមាន BMI ទាប (<18.5 Kg/m2) (%) | | ២០ | ១២ | ៨ |
| សមាមាត្រទារកដែលបានដាក់ឱ្យប្រើដោះ មួយម៉ោងក្រោយកំណើត | | ៣៥ | ៤៥ | ៦២ |
| សមាមាត្រទារកអាយុ០-៦ខែដែលបានទទួលការបំបៅដោះតែមួយមុខ (%) | | ៦០ | ៦៥ | ៧០ |
| % នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ខ្វះទម្ងន់ | | ៣៦ | ២៩ | ២២,៦ |
| គិតតាមស្ត្រីដាវនៃការលូតលាស់ថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក | | (២៩) | (២៥) | (២០) |
| % នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ដែលស្គមស្គាំង | | ៧,៣ | ៧ | ៥ |
| % នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរ៉ាំរ៉ៃ ក្រិន | | ៣៧ | ២៨ | ២២ |
| គិតតាមស្ត្រីដាវនៃការលូតលាស់ថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក | | (៤៣) | (៣៥) | (២៥) |
| សមាមាត្រកុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការពេញលេញ (%) | | ៦០ | ៧០ | ៨០ |
| % នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានក្អកឬពិបាកដកដង្ហើមដែលបាន ព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ | | ៤៨ | ៧០ | ៧៥ |

| សមាមាត្រកុមារដែលមានជីវភាពដែលបានទទួលទឹកអូរ៉ាលីត (%) | | | ៥៨ | ៨០ | ៨៥ |
|--|---|---|------|-----|-----|
| ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល | | | | | |
| % នៃមណ្ឌលសុខភាពដែលបានអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ IMCI | ✓ | | ៥៦ | ៧៥ | ៨០ |
| ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតទំនើប | ✓ | ✓ | ២៧ | ៤០ | ៦០ |
| ពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល២ដងឬច្រើនដងដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល (%) | ✓ | ✓ | ៦៨ | ៧៣ | ៩០ |
| % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួលជាតិដែក/ហ្វូលិកបន្ថែម | ✓ | | ៦៩ | ៧៥ | ៩០ |
| % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការពេតាណូសយ៉ាងតិច២ ដង | ✓ | | ៦៩ | ៨៥ | ៩០ |
| % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួល ART សំរាប់ PMTCT | ✓ | ✓ | ៧ | ៤៥ | ៧៥ |
| % នៃការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលមានការបណ្តុះបណ្តាល | ✓ | ✓ | ៤៤ | ៥៥ | ៨០ |
| % នៃការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | ✓ | | ២២ | ៤០ | ៧០ |
| % នៃការសម្រាលកូនដោយការរក្សា | ✓ | ✓ | ១,៨ | ២,៥ | ៤ |
| % នៃស្ត្រីក្រោយសម្រាលដែលបានទទួលជាតិដែក/ហ្វូលិកបន្ថែម | ✓ | | ៥៧ | ៨៥ | ៩០ |
| % នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំដែលបានចាក់ថ្នាំបង្ការ DPT3-HepB | ✓ | | ៨២ | ៩២ | ៩៥ |
| % នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជិល | ✓ | ✓ | ៧៩ | ៨៥ | ៩០ |
| % នៃកុមារអាយុ ៦-៥៩ ខែដែលបានទទួលជីវជាតិអា ២ដូសក្នុងរយៈពេល ១២ខែចុងក្រោយ | ✓ | | ៨៣ | ៨៥ | ៩០ |
| % នៃកុមារអាយុ៦-៥៩ ខែ ដែលបានទទួលមេបង់ដាហ្សូល រាល់៦ខែម្តង | ✓ | | ៩០ | ៩៨ | ១០០ |
| អត្រាស្លាប់ដោយជំងឺ គ្រុនឈាមដែលរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ | ✓ | ✓ | ០,៧៤ | ០,៥ | ០,៣ |

ព.ស.ឆ: ការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ
 ព.ព.អ: ការពិនិត្យឡើងវិញពាក់កណ្តាលអណត្តិ

៣. ផ្នែកកម្មវិធីសិទ្ធិស្ត្រី

ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លងគឺជាអាទិភាពមួយក្នុងចំណោមអាទិភាពផ្នែកសុខភាពដែលបានកំណត់នៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ ហើយគោលដៅអិវឌ្ឍន៍សហសវត្សកម្ពុជាចំនួន៣ទាក់ទងនឹងជំងឺឆ្លង។ ប្រទេសកម្ពុជានឹងកាត់កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លងដែលបានបង្ហាញថា សមិទ្ធផលដ៏ធំធេងអាចសំរេចបាននៅពេលដែលមានធនធានគ្រប់គ្រាន់។ កម្ពុជាគឺជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេសមួយចំនួនតូចក្នុងពិភពលោកដែលបានសំរេចគោលដៅចំណុច ៣៥ និងកំពុងស្ថិតនៅលើផ្លូវឆ្ពោះទៅសំរេចបានគោលដៅអិវឌ្ឍន៍សហសវត្សទាំងអស់ផ្នែកជំងឺឆ្លង។

ប្រទេសកម្ពុជាមានកម្មវិធីប្រយុទ្ធជំងឺឆ្លង ដែលមានការដឹកនាំរឹងមាំ និងមានចក្ខុវិស័យជា យុទ្ធសាស្ត្រច្បាស់លាស់។ វឌ្ឍនភាពក្នុងការត្រួតត្រាជំងឺឆ្លងគឺកិច្ចដំណើរការនៃការខ្វែងរស់ កម្មវិធី។ មានកត្តាគន្លឹះមួយចំនួនដែលរួមចំណែកដល់ជោគជ័យនេះ។ ការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភផ្នែក តាមស្នាដៃការងារបានផ្តល់នូវប្រព័ន្ធលាភាពការមានលក្ខណៈប្រកួតប្រជែង ហើយបានពង្រឹងដល់ មូលដ្ឋានធនធានមនុស្ស។ ភារកិច្ចនៃការធ្វើផែនការ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ របស់កម្មវិធីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិបានធ្វើឱ្យការប្រើប្រាស់ធនធានមានប្រសិទ្ធភាព សមាហរណកម្ម ខ្សែបណ្តោយធានាឱ្យមានការឆ្លើយតបយ៉ាងឆាប់រហ័សសំរាប់ការត្រួតត្រាជំងឺឆ្លង។ ការកែ លំអការព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់មីស៊ីនប្រេន និងមីស៊ីនថ្មី ផ្តល់ភារកិច្ចដល់អង្គការមន្ត្រីប្រយុទ្ធនឹង ជំងឺគ្រុនចាញ់ ជាពិសេសជំងឺរមេង និងវិធានការការពារមានប្រសិទ្ធភាព ហើយការលើក ស្ទួយការអប់រំសុខភាពស្តីពីការកាត់បន្ថយឥរិយាបថគ្រោះថ្នាក់ទទួលបានជោគជ័យក្នុងអេស៊ី។ កម្មវិធីប្រយុទ្ធជំងឺឆ្លង ដោយការឆ្លើយតបពហុវិស័យក៏ទទួលបានជោគជ័យ ដោយសារមានកិច្ច សហការគ្នាយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយវិស័យឯកជន។

នៅក្នុងអំឡុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិនិងកម្មវិធីជាតិនិងត្រូវ សំរាប់ តួនាទីនិងមុខងាររបស់ខ្លួន ដើម្បីប្រើប្រាស់ឱ្យអស់លទ្ធភាពនូវកម្មវិធីវិមជ្ឈការ និង វិសហមជ្ឈការរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។ អង្គការទាំងនេះចាំបាច់ផងដែរត្រូវតែបង្ការភាពមិនប្រាកដ ប្រជានៃអោចកើតមានចំពោះមូលនិធិក្រៅប្រទេស ហើយដោះស្រាយឧបសគ្គដែលកំពុងជួប ប្រទះ តាមរយៈការសំរួលសំរួលកាន់តែជិតស្និទ្ធច្រើមទៀត ការធ្វើផែនការរួមគ្នានិងការអនុវត្តន៍ ជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង និងស្រុកប្រតិបត្តិ។ ការណែនាំនិង ធ្វើឱ្យមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ/កម្មវិធីជាតិរក្សាបាននូវសមិទ្ធផលបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្លួន នៅពេលលើកកំពស់ គុណភាពទូទៅនៃសេវា និងពង្រឹងផ្នែកសំខាន់ៗ ដូចជាមន្ទីរពិសោធន៍ សមត្ថភាពធ្វើរោគ វិនិច្ឆ័យ ការតាមដានជំងឺ ការគ្រប់គ្រងការចំលងរោគ ព័ត៌មានយុទ្ធសាស្ត្រ និងមុខងារ និយត្តិកម្មលើមីស៊ីន។

៣.១ បញ្ហាប្រឈមមុខ

នៅខណៈពេលដែលតួនាទីនៃជំងឺឆ្លង នៅក្នុងបន្ទុកជំងឺនៅកម្ពុជាចុះថយ ជំងឺឆ្លងនៅមានតួនាទីចំបង ដដែល ហើយតំរូវឱ្យរក្សានិងបង្កើតការប្រុងប្រយ័ត្ន។ ចាំបាច់ត្រូវមានការព្រៀមខ្លួនទុកជាមុនក្នុងកំរិត ខ្ពស់ ដោយសារគ្រោះថ្នាក់នៃការលេចឡើងនូវជំងឺថ្មីៗ និងការលេចឡើងសារជាថ្មីនៃជំងឺដែលបានកើតមាន រួចមកហើយ។

បញ្ហាប្រឈមមុខដ៏សំខាន់សំរាប់កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង នៅក្នុងអំឡុងពេល នៃផ.យ.ស.២ រួមមាន :

- ផ្នែកចំបងខ្លះនៃការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺនៅតែខ្វះខាតមូលនិធិយ៉ាងច្រើន
- ភាពសំខាន់ជាមួយឱសថ ពិសេសរបេងនិងគ្រុនចាញ់
- ចរាចរឱសថប្រឆាំងគ្រុនចាញ់ក្លែងក្លាយ
- ការបន្តគំរាមកំហែងដោយជំងឺដែលបានកើតមានរួចមក ហើយរាប់ទាំងជំងឺដែលបានលប់បំបាត់រួចហើយនៅកម្ពុជា ក៏ដូចជាការគំរាមកំហែងដែលកំពុងកើតមាននៃបរិបូណ៌ (ការផ្លាស់ប្តូរបំបែងរូប) នៃវីរុស
- សេរីបច្ចុះនៃវីរុសគ្រុនឈាមគួបផ្សំនិងការចំលងដ៏លឿននៃវីរុស តាមកំណើនប្រជាជននិងចំណាកស្រុករវាងតំបន់ជនបទ-ប្រជុំជន ព្រមទាំងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធជាមូលដ្ឋាននៅខ្វះខាត
- ការចំលងជំងឺឆ្លងកាត់ព្រំដែន ការគំរាមកំហែងនៃជំងឺឆ្លងក្នុងតំបន់និងពិភពលោក ដូចជាលទ្ធភាពនៃការចំលងជំងឺ គ្រុនផ្តាសាយបក្សី
- ត្រូវការចាំបាច់ការចូលរួមរបស់រដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូដើម្បីត្រួតត្រាជំងឺហ្សេណូទិកដូចជាការផ្តល់ការ
- រក្សាការប្រុងប្រយ័ត្នដោយមិនធ្វេសប្រហែស ទប់ទល់នឹងការវិលត្រឡប់មកវិញនៃជំងឺដែលអាំងស៊ីដង់កំពុងថយចុះ ពិសេសនៅចំពោះភស្តុតាងអន្តរជាតិនៃអាំងស៊ីដង់ HIV ដែលកំពុងងើបឡើងវិញម្តងទៀត
- ផ្សារភ្ជាប់រវាងជំងឺឆ្លងនិងជំងឺមិនឆ្លង ហើយដែលត្រូវការអភិក្រមមានលក្ខណៈសមាហរណកម្ម (ដូចជា មហារីកកស្សន មហារីកថ្លើម.....)
- ថ្ងៃចំណាយដ៏ខ្ពស់លើការព្យាបាលផលវិបាកនៃជំងឺឆ្លងរ៉ាំរ៉ៃ
- ការប្រែប្រួលនៃការផ្តល់មូលនិធិក្រៅប្រទេសសំរាប់អន្តរាគមន៍ជំងឺជាក់លាក់ ក៏ដូចជាកង្វះការគាំទ្រក្រៅប្រទេសដល់ជំងឺដែលបង្ហាញពីការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរនៅកម្ពុជា
- រក្សាគុណភាពនៃអន្តរាគមន៍របស់កម្មវិធីជាតិលើជំងឺដោយឡែកៗ នៅក្នុងបរិបទដែលប្រព័ន្ធសុខាភិបាលនៅទន់ខ្សោយ ពិសេសទាក់ទងនឹងធនធានមនុស្ស ការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យសុខាភិបាល ការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់ឱសថ និងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺ។

៣.២ សាទិកា៧ សេវាសាវ័ន្ត គោលបំណង និងគោលដៅនៃផ្នែកកម្មវិធីថែទាំ

គោលបំណង២: បន្ថយអត្រាឈឺនិងអត្រាស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍ របេង គ្រុនចាញ់ និងជំងឺឆ្លងដទៃទៀត

- គោលដៅ ៥ កាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃHIV
- ៦ បង្កើនការរស់រានមានជីវិតរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/មានជំងឺអេដស៍
- ៧ សំរេចបានអត្រាស្រាវជ្រាវជំងឺរបេងខ្ពស់ និងរក្សាអត្រាជាសះស្បើយកំរិតខ្ពស់នៃករណីជំងឺរបេងស្តុតបេកាវិជ្ជមាន

- ៨ កាត់បន្ថយការស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ និងអត្រាលើក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ
- ៩ កាត់បន្ថយបន្ទុកនៃជំងឺឆ្លងដទៃទៀត

អាទិភាពនិងសេវាជាសារវ័ន្ត

- ជំងឺឆ្លង ប្រដាប់បន្តពូជ
- HI/ ជំងឺអេដស៍ ជំងឺកាមរោគ
- របេង ឃ្នង់
- គ្រុនចាញ់
- គ្រុនឈាម
- រោគបណ្តាលមកពីព្រូន
- Helminthiasis, schistosomiasis
- ជំងឺដែលទើបនិងលេចឡើង ឬលេចឡើងសារជាថ្មី
- ការអនុវត្តន៍នីតិក្រមសុខភាពអន្តរជាតិ (International Health Regulations)

៣.៣ ការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រផ.យ.ស.២ ក្នុងផ្នែកកម្មវិធីជំងឺឆ្លង

បញ្ហាប្រឈមមុខដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនេះផ្តល់នូវបរិបទ សំរាប់ពង្រឹងអន្តរាគមន៍នៅក្នុងអំឡុងពេលនៃ ផ.យ.ស.២ ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាពនៃការគ្រប់គ្រងផ្នែកកម្មវិធីជំងឺឆ្លងនៅក្នុងក្របខណ្ឌប្រតិបត្តិរួមនៃផ.យ.ស.២ ក៏ដូចជាក្របខណ្ឌផែនការរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ/កម្មវិធីជាតិនិមួយៗនៅក្នុងផ្នែកកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង។ សមត្ថភាពបច្ចេកទេសជីវិតនៃកម្មវិធីជាតិជំងឺដោយលែកៗ អាចជួយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកម្មវិធីជាតិនិមួយៗរៀបចំនិងអនុវត្តដោយជោគជ័យនូវផែនការរបស់ខ្លួន ដែលជាកត្តារួមចំណែកដល់ជោគជ័យបច្ចុប្បន្ន។ ជាការពិតណាស់ ការវិភាគដាលនៃភាពខ្លាំងផ្នែកបច្ចេកទេសសំរាប់ប្រពន្ធសុខាភិបាលជាទូទៅ គឺជាភស្តុតាងជាក់ស្តែងនៅក្នុងផ្នែកផែនការនីយកម្ម ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ។

ផ.យ.ស.២ មិនមានបំណងនិងជំនួសផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនៃកម្មវិធីនិមួយៗទេ ប៉ុន្តែគឺផ្តល់ឱ្យនូវបរិបទផែនការនីយកម្មទូទាំងប្រពន្ធ។ ផ.យ.ស.២ ត្រូវបានកសាងឡើងនៅលើផែនការយុទ្ធសាស្ត្រដែលកំពុងអនុវត្តបច្ចុប្បន្ន។ ផ.យ.ស.២បានដាក់ចេញនូវក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រទូលំទូលាយមួយ សំរាប់វដ្តផែនការនីយកម្មនៃកម្មវិធីជាតិ។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនិងផ្តល់នូវការផ្សារភ្ជាប់គ្នារវាងការធ្វើផែនការសំរាប់ជំងឺដោយលែកៗ ប្រពន្ធសុខាភិបាលជាទូទៅ ជាមួយផ.យ.អ.ជនិងគោលដៅអភិវឌ្ឍសហសវត្សកម្ពុជា។ ដូច្នោះ វាជាការចាំបាច់ត្រូវប្រើប្រាស់ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ និងក្របខណ្ឌអនុវត្តរបស់កម្មវិធីជាតិនិមួយៗសំរាប់អន្តរាគមន៍និងយុទ្ធសាស្ត្រលំអិតនៃកម្មវិធីជំងឺដោយលែកៗ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនៅក្នុងផ្នែកកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លងរួមមាន ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់ HIV អេដស៍២០០៦-២០១០ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង២០០៦-២០១០ ផែនការ

យុទ្ធសាស្ត្រ សំរាប់កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ២០០៦-២០១០ និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ជំងឺលេចឡើងថ្មី២០០៧ ។

គោលបំណងទូទៅនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់ HIV អេដស៍គឺ៖(១) កាត់បន្ថយករណីចំលងថ្មីនៃ HIV (២)ផ្តល់ការថែទាំនិងការគាំទ្រដល់អ្នកផ្ទុកនិងអ្នករងគ្រោះដោយ HIV អេដស៍ និង (៣)កាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចនិងមនុស្សជាតិនៃ HIV អេដស៍លើបុគ្គលគ្រួសារ សហគមន៍និងសង្គម ។ យុទ្ធសាស្ត្រចំនួន៧ ត្រូវបានលើកឡើងជាមួយនិងគោលដៅព្រមទាំងសកម្មភាព ដើម្បីគាំទ្រដល់យុទ្ធសាស្ត្រនៅក្នុងផ្នែកបង្ការ ការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ការសំរាលបន្តករណីផលប៉ះពាល់ មគ្គុទេសភាពរបស់រដ្ឋាភិបាល គោលនយោបាយសាធារណៈ ព័ត៌មាន(ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ការវាយតម្លៃនិងការស្រាវជ្រាវ) និងការកៀងគរ-បែងចែកធនធានដោយសមធម៌និងមាននិរន្តរភាព ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរមេងផ្តោតលើផ្នែកគោលនយោបាយចំនួន៧ ៖ (១)មគ្គុទេសភាពនៃការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរមេងនិងការព្យាបាលតាមរយៈ ស.ស.អ និង ស.ស.ប (២)គោលនយោបាយផែនការនិងសេចក្តីណែនាំច្បាស់លាស់ (៣)ការធានាគុណភាព (៤)ការប្រើប្រាស់ធនធានមានប្រសិទ្ធភាពនិងប្រសិទ្ធផល (៥)កៀងគរធនធាននិងការកំណត់អាទិភាព (៦)ប្រព័ន្ធព័ត៌មាននិងការស្រាវជ្រាវសំរាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីនិង (៧)ភាពជាដៃគូនិងការសំរួលសំរួល ។ យុទ្ធសាស្ត្រសំខាន់ៗស្តីអំពីការធានានិរន្តរភាព នៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាលដោយពិនិត្យផ្ទាល់ (DOTs) នៅមណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងការពង្រីកDOTs នៅតាមសហគមន៍ និងអន្តរាគមន៍លើរមេង-HIV ពង្រឹងការគ្រប់គ្រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ប្រឆាំងជំងឺរមេងនិងសំភារៈមន្ទីរពិសោធន៍ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថច្រើនមុខ ប្រឆាំងជំងឺរមេងក្នុងគ្រាប់តែមួយ (Fixed-Dose Combination) បន្តការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលរមេងនៅសេវាសាធារណៈ ដោយឥតបង់ថ្លៃ ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ត្រូវបានអភិវឌ្ឍជុំវិញទិសដៅយុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថនិងការប្រាស្រ័យទាក់ទង ការគ្របដណ្តប់នៃមុខជ្រលក់ថ្នាំការពារមូសដែលប្រើប្រាស់បានយូរអង្វែង ការពង្រីកការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលទាន់ពេលវេលា ការកសាងសមត្ថភាពភាពជាដៃគូជាមួយអង្គការជាតិនិងអន្តរជាតិដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសង្គមស៊ីវិលនិងការកៀងគរធនធានមនុស្សហិរញ្ញវត្ថុនិងសំភារៈ ។ អន្តរាគមន៍ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលត្រូវប្រកាន់យកក្នុងការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានដាក់បញ្ចូលជាបួនសំណុំ ដែលមានសមាសភាគមួយចំនួននៅក្នុងសំណុំនីមួយៗ ។ **សំណុំបង្ការ**រួមមានការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថនិងការប្រាស្រ័យទាក់ទងដែលបង្កប់ដោយសេវាមុខជ្រលក់ថ្នាំការពារមូសសំរាប់ក្រុមប្រជាជន ប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់និងទាប ។ **សំណុំធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលទាន់ពេលវេលា** នឹងមានអន្តរាគមន៍ តាមរយៈមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ អ្នកផ្តល់សេវាឯកជននិងអ្នកធ្វើការងារគ្រុនចាញ់តាមភូមិ ។ **សំណុំការស្រាវជ្រាវនិងតាមដានជំងឺ** រួមមានការតាមដានជំងឺគ្រុនចាញ់ កែលម្អគុណភាពប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល និងការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិ ។ **សំណុំការងារ**

គ្រប់គ្រង មានការធ្វើផែនការ ការគ្រប់គ្រងនិងសំរេចសំរួលធនធាន និងការពង្រឹង ការត្រួតពិនិត្យ តាមដាននិងការវាយតម្លៃ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ជំងឺលេចឡើងថ្មីគឺ ផ្តោតទៅលើការពង្រឹងសមត្ថភាពជាតិសំរាប់ការ តាមដាននិង ត្រួត ត្រាជំងឺដែលលេចឡើងថ្មី តាមរយៈការអភិវឌ្ឍន៍ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធជាតិ និងធនធាន ដើម្បីស្រាវជ្រាវឆ្លើយតប ត្រួតពិនិត្យតាមដាន បង្ការនិង គ្រប់គ្រងជំងឺនិងតាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល អំពីរោគវិនិច្ឆ័យ និងការស្រាវជ្រាវអំពីដេមីញូសាស្ត្ររបស់ជំងឺ។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះផ្តល់នូវ យុទ្ធសាស្ត្រលំអិតគាំទ្រដល់គោលបំណង៖ (១) ពង្រឹង ក្របខណ្ឌនៃ ប្រព័ន្ធ ប្រកាសភាពអាសន្ននៃជំងឺដែល លេចឡើងថ្មី (២) អភិវឌ្ឍយន្តការដើម្បីឆ្លើយតបចំពោះសក្តានុពលនៃភាពអាសន្នសុខភាពសាធារណៈ ដែលជាកង្វល់អន្តរជាតិមិនបានទាន់ពេលវេលា និងមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធ (៣) ពង្រឹងសមត្ថភាពមន្ទីរ ពិសោធន៍ជាតិសំរាប់ជំងឺលេចឡើងថ្មី (៤) ពង្រឹងការ ត្រួត ត្រាឆ្លងរោគក្នុងអំឡុងពេលនៃការផ្ទុះរាតត្បាតនៃ ជំងឺ និង (៥) លើកកម្ពស់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនិងការសំរេចសំរួលជាមួយវិស័យផ្សេងៗទៀត។

ដូចបានអធិប្បាយនៅក្នុងតារាងខាងក្រោមនេះ យុទ្ធសាស្ត្រដែលបានអភិវឌ្ឍសំរាប់ផែនការយុទ្ធ សាស្ត្រនៃជំងឺដោយលើកមានភាពចំណុះជាមួយយុទ្ធសាស្ត្រទូលំទូលាយទូទាំងវិស័យរបស់ ផ.យ.ស.ប។

| យុទ្ធសាស្ត្រ ផ.យ.ស.ប សមាសភាព និងអន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រនៃជំងឺឆ្លងសំខាន់ៗ | |
|--|---|
| ការផ្តល់សេវា សុខាភិបាល | <ul style="list-style-type: none"> • ពង្រឹងការដាក់តម្រឹម និងសម្របសម្រួលការផ្តល់សេវាតាមខ្សែបណ្តោយទៅ ក្នុងស.ស.អនិងស.ស.ប តាមរយៈការដាក់បញ្ចូលគោលនយោបាយកម្មវិធី ការរៀបចំផែនការសកម្មភាពអភិវឌ្ឍន៍និងធនធានទៅក្នុងផែនការថ្នាក់ខេត្ត ក្រុង ថ្នាក់ ស្រុកនិងចូលរួមក្នុងការវាយតម្លៃនិងយន្តការផ្តល់ព័ត៌មាន ត្រឡប់យោងតាម បែបបទធ្វើផែនការរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។ • ផ្តល់ការគាំទ្របច្ចេកទេសដល់មន្ទីរសុខាភិបាល និងស្រុកប្រតិបត្តិ ដើម្បីធ្វើការ ត្រួតពិនិត្យតាមដានរួមគ្នានិងការអភិបាលរួមបញ្ចូលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ • ពង្រឹងជំនាញ និងសមត្ថភាពនៅក្នុងការព្យាករណ៍ និងការកំណត់បរិមាណនៃ សំភារៈបរិក្ខារពេទ្យ ជាមួយគ្នានិងការពង្រឹង ប្រព័ន្ធគាំទ្រនិង គ្រប់គ្រងឱសថ។ • ពង្រឹងការធានានិង ត្រួតពិនិត្យគុណភាព ដែលទាក់ទងនឹងជំងឺឆ្លង ពិសេសពាក់ ព័ន្ធនឹងការអនុវត្តន៍នៃវិស័យឯកជននិងការចែកចាយឱសថដែលមាន ឥទ្ធិពល ខ្លាំង ដើម្បីជៀសវាងការវិវត្តន៍ប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ ទៅរកភាពសុំរបស់ មេរោគជាមួយឱសថផ្សេងៗ-អង់ទីប៊ីយ៉ូទិក (ឱសថសម្រាប់ជំងឺរបេងនិង គ្រុនចាញ់)។ • គាំទ្រដល់រចនាសម្ព័ន្ធមូលដ្ឋាន (ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ-សង្កាត់-ស្រុក) និងសហគមន៍ ដើម្បីដើរតួនាទី ក្នុងការលើកកម្ពស់សុខភាពជាទូទៅ(ដាក់បញ្ចូលពេញលេញ ជាមួយស.ប.ម.ទ.កនិងផ.ម.ឆ) រួមទាំងការចាក់ថ្នាំបង្ការ និងពិសេសសម្រាប់ |

ជំងឺកាមរោគ/មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ របេង គ្រុនចាញ់ គ្រុនឈាមនិងជំងឺឆ្លងដទៃទៀត ។

- ពង្រឹងប្រព័ន្ធប្រកាសអាសន្នសម្រាប់ជំងឺដែលកើតឡើងថ្មីៗ (ការតាមដានជំងឺដោយផ្អែកលើព្រឹត្តិការណ៍ជាក់ស្តែងការតាមដានជំងឺដោយផ្អែកលើសូចនាករ)
- បង្កើតយន្តការដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសក្តានុពល នៃគ្រោះអាសន្នសុខភាពសាធារណៈ ដែលជាកង្វល់ថ្នាក់អន្តរជាតិក្នុងលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធ និងទាន់ពេលវេលា (ប្រព័ន្ធឆ្លើយតបរបស់ក្រុមការងារឆ្លើយតបរបស់ថ្នាក់ខេត្តនិងថ្នាក់ជាតិការទប់ស្កាត់របស់) ។
- វិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរូបវន្ត និងប្រព័ន្ធភស្តុភារ សំរាប់ការផ្តល់សេវាសមស្របដោយរាប់បញ្ចូលសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍ជាតិសម្រាប់ជំងឺដែលកើតឡើងថ្មី (បណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់ការតាមដាននិងឆ្លើយតបនឹងជំងឺដែលកើតឡើងថ្មីការពង្រឹងសមត្ថភាពការបណ្តុះបណ្តាលមន្ទីរពិសោធន៍ថ្នាក់កណ្តាលនិងខេត្ត គោលនយោបាយស្តីពីសេវាមន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ ការតាមដានផ្អែកលើមន្ទីរពិសោធន៍ ការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិ) អគារជំងឺរបេង មន្ទីរពិសោធន៍និងវិទ្យាសាស្ត្រ ពង្រឹងនិងពង្រីកបណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការបណ្តុះមេរោគ ការធ្វើតេស្តរកមើលភាពកប់នៃឱសថ ដើម្បីធានាដល់ការប្រើប្រាស់សេវាមន្ទីរពិសោធន៍មានគុណភាព ។
- ពង្រឹងការទប់ស្កាត់ការឆ្លងរោគក្នុងពេលធុះជំងឺ (គោលនយោបាយស្តីពីការបង្ការការឆ្លងជំងឺនិងកម្មវិធីជាតិបង្ការការឆ្លងរោគ គោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការបង្ការ ការឆ្លងរោគ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការហ្វឹកហាត់ស្តីពីការបង្ការការឆ្លងរោគសម្រាប់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ និងក្រុមឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធដំណើរការចែកចាយ ឧបករណ៍ការពារផ្ទាល់ខ្លួន ការបង្កើតថែទាំអគារដាក់ជំងឺដាច់ពីគ្នានៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង ។
- បង្កើនការគ្របដណ្តប់ការបង្ការប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព រាប់បញ្ចូលនូវវិធានការនានានៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដូចជាការបង្ការការឆ្លងជំងឺ គ្រប់គ្រងកាកសំណល់ ព្រមទាំងការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងអន្តរាគមន៍កាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ ។
- ដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់នូវថ្នាំរួមបញ្ចូលគ្នា២,៣,៤មុខ នៃឱសថប្រឆាំងនឹងរោគរបេងដើម្បីបង្កើនការគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាល ពីសំណាក់អ្នកជំងឺកាត់បន្ថយបន្ទុកការងាររបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងលើកកម្ពស់ការគ្រប់គ្រងឱសថព្រម

| | |
|---|---|
| | <p>ទាំងរក្សាការព្យាបាលដោយ DOTS បានល្អ នៅគ្រប់ថ្នាក់ដោយសំដៅលើមណ្ឌលសុខភាពពង្រីក DOTS តាមសហគមន៍ និងពង្រីកយុទ្ធសាស្ត្រ DOTS ដើម្បីឱ្យសហគមន៍ (សមាជិកសហគមន៍និងអតីតអ្នកជំងឺរបេង) ចូលរួមកាន់តែសកម្មថែមទៀតក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង ។</p> <ul style="list-style-type: none"> • ផ្តល់ឧបករណ៍ dipstick/អតិសុខុមទស្សន៍ សំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលជាមួយកញ្ចប់ថ្នាំព្យាបាល artesunate និងថ្នាំព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ដទៃទៀតដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់ ។ dipstick និងកញ្ចប់ថ្នាំព្យាបាល artesunate និងផ្តល់ឱ្យភូមិក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់ ដោយអ្នកធ្វើការងារគ្រុនចាញ់តាមភូមិ និងការផ្សព្វផ្សាយទីផ្សារអំពីផលិតផល Malachek និង Malarine ក្នុងវិស័យឯកជន ។ • ផ្តល់សេវាជ្រលក់ថ្នាំមុងបន្ថែមពីរលើក សំរាប់ក្រុមប្រជាជនដែលម្រឈមមុខគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់និងទាប ចែកចាយមុងជ្រលក់ថ្នាំដែលប្រើប្រាស់បានយូរអង្វែងដោយ ឥតគិតថ្លៃក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់ខ្ពស់ និងការផ្សព្វផ្សាយទីផ្សារអំពីមុងជ្រលក់ថ្នាំដែលប្រើប្រាស់បានយូរអង្វែង និងយឺតព្យាបាលក្នុងតំបន់ដែលមានចលនាប្រជាជនបណ្តោះអាសន្នទៅនៅក្នុងព្រៃ ។ • ពិនិត្យសារឡើងវិញនិងកែសំរួលសេចក្តីណែនាំជាតិស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិកនិងការគ្រប់គ្រងជំងឺគ្រុនឈាម ដើម្បីប្រើប្រាស់នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្ត និងបង្កើតសេចក្តីណែនាំអនុវត្តជាក់ស្តែង ព្រមទាំងផ្ទាំងរូបភាពដើម្បីជួយដល់មណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកថ្នាក់ស្រុកក្នុងការយល់ដឹងជាមុន និងការបញ្ជូនករណីគ្រុនឈាមធ្ងន់ធ្ងរ ។ |
| <p>ហិរញ្ញប្បទានសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព</p> | <ul style="list-style-type: none"> • ដាក់តម្រូវថវិកាម្សិរិដីជាមួយអាទិភាពវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០០៨-១៥ ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ធ្វើផែនការនិងកសាងថវិកានីយ ប្រចាំឆ្នាំ និងរយៈពេលមធ្យម និងឧបករណ៍គ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ ។ • ធានាដល់ការមានធនធានសម្រាប់បន្តការផ្តល់សេវាដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់ជំងឺរបេង មេរោគអេដស៍ និងគ្រុនចាញ់ ។ • បង្កើនការវិភាជន៍ថវិកា ប្រកបដោយចីរភាពនិងសមធម៌សម្រាប់ការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិទៅនឹងជំងឺឆ្លង ។ |
| <p>ធនធានមនុស្ស</p> | <ul style="list-style-type: none"> • បង្កើតអភិក្រមទូលំទូលាយ និងក្នុងលក្ខណៈសម្របសម្រួល សម្រាប់កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលសមស្របទាំងការបណ្តុះបណ្តាលមុន និងក្នុងពេលបំរើការងារ ដោយផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើការអនុវត្តគ្លីនិកនិងសុខភាពសាធារណៈ ។ |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • ធ្វើវិមជ្ឈការបន្ថែមទៀតលើការបណ្តុះបណ្តាលបន្តដល់គ្រូបង្គោលថ្នាក់ខេត្ត ។ • កសាងសមត្ថភាពថ្នាក់ខេត្តនិង ស្រុកទូទៅ (ខ.ជំនាញ គ្រប់ គ្រង) ដើម្បីកែលំអ វិធីសាស្ត្រតាមដានជំងឺ និងការត្រៀមនិងឆ្លើយតបនឹងការផ្ទុះជំងឺ ។ • ពង្រឹងសមត្ថភាពបច្ចេកទេសរបស់បុគ្គលិកថ្នាក់កណ្តាលនិងថ្នាក់ខេត្តសម្រាប់ការ តាមដានជំងឺឆ្លងនិងការឆ្លើយតបនឹងការផ្ទុះជំងឺ ការបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកអេពីដេ មីញ៉ូសាស្ត្រ ការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់មន្ទីរពិសោធន៍ ការបណ្តុះបណ្តាល ស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកសម្រាប់គ្រូពេទ្យព្យាបាល ។ • រៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលបំប៉នបន្ថែមលើផ្នែកសំខាន់ៗ ដូចជាការព្យាបាលដោយ ត្រួតពិនិត្យផ្ទាល់ (DOTS) របេង /HIV របេងសុំនិងថ្នាំ របេងក្រៅស្រួត របេងកុមារ និងមន្ទីរពិសោធន៍ និងដើម្បីដាក់បញ្ចូលយុទ្ធសាស្ត្រដូចសំខាន់ៗក្នុង កម្មវិធីសិក្សារបស់សាលាពេទ្យ និងថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ។ • រៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការគ្រប់គ្រងជំងឺ គ្រុនឈាម ដល់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យនិងមណ្ឌលសុខភាព និងផ្តល់ការផ្គត់ផ្គង់សំភារៈបរិក្ខារ និងធនធានមនុស្សដល់មន្ទីរពេទ្យខេត្ត- ក្រុងទាំងអស់និងមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ ស្រុកមួយ ចំនួនក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទុះជំងឺ គ្រុនឈាម ។ |
| <p>ប្រពន្ធព័ត៌មាន សុខាភិបាល</p> | <ul style="list-style-type: none"> • ពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺ (ប្រព័ន្ធប្រកាសអាសន្នពីដំបូង) និងស្តង់ដារនៃ នីតិវិធី រួមទាំងការគាំទ្រផ្នែកព័ត៌មានវិទ្យា ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនិយមន័យជំងឺ ការជូនដំណឹងជាមុន ការបញ្ជាក់ពីមន្ទីរពិសោធន៍និងនីតិវិធីឆ្លើយតប ការគូស ផែនទីប្រជាជនដែលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ និងការចែករំលែកទិន្នន័យ និង ការបោះពុម្ពផ្សាយ ។ • ធ្វើវិមជ្ឈការការងារតាមដាន និងត្រៀមសម្រាប់ការផ្ទុះជំងឺ ដោយមានវិធាន ការកណ្តាលសម្រាប់ប្រើប្រាស់ធនធានដែលមានស្រាប់នៅពេលមានផ្ទុះជំងឺ ។ • ពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យតាមដានភាពសុវត្ថិភាពនៃឱសថ និងបង្កើតមណ្ឌលតាមដាន ភាពសុវត្ថិភាពនៃគុណភាពថ្នាក់ជាតិ ។ • សមាហរណកម្មពេញលេញនៃប្រពន្ធរាយការណ៍ និងត្រួតពិនិត្យតាមដានរបស់ កម្មវិធីទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលនៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិ ។ • បង្កើតយន្តការសម្រាប់ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីហានិភ័យ ក្នុងចំណោមនាយកដ្ឋានទាំង ឡាយក្នុងក្រសួងសុខាភិបាល ។ • សមាហរណកម្មនិងសម្របសម្រួលប្រព័ន្ធតាមដានគ្លីនិក ប្រព័ន្ធតាមដានតាម មន្ទីរពិសោធន៍ និងប្រព័ន្ធតាមដានបសុសត្វ (សម្រាប់ជំងឺដែលឆ្លងពីសត្វមក |

| | |
|---|--|
| | មនុស្ស) ដែលមាននៅនិងកន្លែងរួចទៅហើយ។ |
| អភិបាលកិច្ច ប្រព័ន្ធសុខា ភិបាល | <ul style="list-style-type: none"> • ពីរមកនាទីនិងមុខងារ និងរចនាសម្ព័ន្ធនាពេលអនាគតនៃកម្មវិធីជាតិ ស្របតាម វិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការនិងផែនការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន ក្រសួងសុខាភិបាល ។ • ប្រើប្រាស់គំរូដែលបានឯកភាពគ្នា និងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសម្រាប់ការអនុវត្តសកម្ម ភាពកម្មវិធីដែលបានទទួលការគាំទ្រផ្នែកថវិកាពីខាងក្រៅ ដើម្បីគាំទ្រការផ្តល់ សេវាសុខភាពនៅថ្នាក់ខេត្តនិងស្រុក ។ • បង្កើតនិងអនុវត្តវិធីសុខដុមនីយកម្មសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ ជាផ្នែករួមនៃផែនការសកម្មភាពសុខដុមនីយកម្មការតំរៀបតំរង់ដើម្បីលទ្ធផល ។ • អភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រជាតិទូលំទូលាយដោយផ្អែកលើភស្តុតាងសម្រាប់ជំងឺគ្រុន ឈាមរួមទាំងការប្រយុទ្ធនឹងភ្នាក់ងារចម្លងការងារតាមដាន ការឆ្លើយតបនិង ការផ្ទះជំងឺការគ្រប់គ្រងករណីជំងឺនិងការអប់រំនិងការយល់ដឹងរបស់សហគមន៍ ។ • អភិវឌ្ឍគោលនយោបាយជាតិទូលំទូលាយមួយ និងគោលការណ៍ណែនាំបច្ចេក ទេស ជាក់ស្តែងសម្រាប់ការឆ្លើយតបនិងគ្រោះអាសន្ននិងគ្រោះមហន្តរាយ ។ • គោលនយោបាយស្តីពីការអនុវត្តក្នុងវិស័យឯកជនសម្រាប់ការចែកចាយឱសថ ដើម្បីកាត់បន្ថយការរិវត្តន៍ទៅជាការស្មុំនិងអង្វើប៊ីយូទិកនិងឱសថ គ្រុនចាញ់ ។ • មគ្គុទ្ទេសក៍ភាពប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនៃវិស័យរដ្ឋ និងវិស័យក្រៅរដ្ឋាភិបាល សម្រាប់ការអនុវត្តន៍ការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ នៅថ្នាក់ កណ្តាលនិងថ្នាក់មូលដ្ឋាន ។ • បង្កើនលទ្ធភាពទទួលបានព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកតាក់តែងគោលនយោបាយ និងអ្នក រៀបចំផែនការកម្មវិធី តាមរយៈការតាមដាន ការវាយតម្លៃ និងការស្រាវជ្រាវ។ • សហការជាមួយក្រសួងកសិកម្ម រុក្ខាប្រមាញ់ និងនេសាទ ក៏ដូចជាផ្នែក ឯកជនដែលពាក់ព័ន្ធ បង្កើតយន្តការមួយសម្រាប់ដោះស្រាយការប្រយុទ្ធនឹង ជំងឺផ្តេឆ្នុត និងជំងឺដែលឆ្លងពីសត្វមកមនុស្សផ្សេងៗទៀត ។ • ការចូលរួមអន្តរវិស័យសម្រាប់មគ្គុទ្ទេសក៍ភាពសុខាភិបាល រួមទាំងជាពិសេស ទឹក ស្អាតនិងអនាម័យ និងការកំចាត់ភ្នាក់ងារចម្លងរោគ ។ • អភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រនិងផែនការជាក់លាក់ ដើម្បីឱ្យផ្នែកឯកជនចូលរួមនៅក្នុង សកម្មភាពកំចាត់ជំងឺរបេងក៏ដូចជាយុទ្ធសាស្ត្រនិងផែនការដើម្បីដោះស្រាយជំងឺ របេងស្អុត អវិជ្ជមានបេកា ជំងឺរបេងក្រៅស្អុត ជំងឺរបេងដែលស្មុំនិងថ្នាំ និង ជំងឺរបេងកុមារ ។ • ធ្វើការអង្កេតដែលសំខាន់សម្រាប់ការកំចាត់រោគរបេង ដូចជាការអង្កេតស្តីពី |

| | |
|--|---|
| | <p>អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេង ការអង្កេតស្តីពីភាពសុវិនិច្ឆ័យរបស់ជំងឺរបេង ។ល។ និងរៀបចំ ការសិក្សាផ្សេងៗទៀត រួមទាំងការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិ/គ្លីនិកស្តីពី ឥរិយាបថស្វែងរក ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺរបេង ផលប៉ះពាល់នៃជំងឺ របេងទៅលើការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ចសង្គម ។ល។</p> <ul style="list-style-type: none"> • បន្តការស្រាវជ្រាវការព្យាបាលគ្រុនចាញ់ដោយ artesunate តាមរយៈការសិក្សាតាមដានភាពសុវិនិច្ឆ័យ ។ • ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពសេចក្តីណែនាំព្យាបាលដោយផ្អែកលើភស្តុតាងដែលលេចឡើង ។ • ពង្រឹងក្របខ័ណ្ឌនៃប្រព័ន្ធប្រកាសអានុញ្ញាតដំបូង សម្រាប់ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្កង និងការជូនដំណឹងជាមុន ដោយការពិនិត្យឡើងវិញ/ការបង្កើត/ការអនុម័តច្បាប់ និងគោលនយោបាយជាតិដោយពិចារណាអំពីនិយ័តកម្មសុខភាពអន្តរជាតិដែល ទើបកែសម្រួលថ្មី ។ |
|--|---|

៣.៤ គោលដៅចំណុចនិងសូចនាករនៃផ្នែកកម្មវិធីជំងឺឆ្កង

| សូចនាករ | ប្រចាំឆ្នាំ | ព.ស. ឆ. ស្តុល | ទិន្នន័យដើមគ្រា ២០០៥-២០០៩ | គោលដៅចំណុច ២០១០ (២០១១ ព.ប. អ) | គោលដៅចំណុច ២០១៥ ការវាយតម្លៃ |
|---|-------------|---------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា | | | | | |
| អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សអាយុ១៥-៤៩ | | | ០,៦ | < ០,៦ | < ០,៦ |
| | | | ០,៩ | < ០,៩ | < ០,៩ |
| អត្រាស្លាប់នៃជំងឺរបេង លើប្រជាជន ១០០.០០០ នាក់ | | | ៧៥ | ៦០ | ៣២ |
| អត្រាស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ លើប្រជាជន ១.០០០ នាក់ | | | ០,៣៦ | ០,២ | ០,១ |
| ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល | | | | | |
| % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួល ART សម្រាប់ PMTCT | ✓ | ✓ | ៧ | ៤៥ | ៧៥ |
| ចំនួនកន្លែងផ្តល់ប្រឹក្សា-ធ្វើតេស្តឈាមដោយសម្ងាត់ និងស្ម័គ្រចិត្តដែល ដំណើរការនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងវិស័យមិនគិតថវិកា | ✓ | | ១៩៤ | ២៥០ | > ២៥០ |
| % នៃអ្នកជួកមេរោគអេដស៍ដែលប្រើឱសថពន្យារជីវិតនៅរស់ក្រោយការ ព្យាបាលរយៈពេល ១២ខែ | ✓ | ✓ | គ.ព | > ៨៥ | > ៨៥ |
| អត្រាស្រាវជ្រាវរករណីជំងឺរបេងស្ងួត បេកាវិជ្ជមាន (%) | ✓ | ✓ | ៦៦ | > ៧០ | > ៧០ |
| អត្រាសាសៈស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង (%) | ✓ | ✓ | > ៨៥ | > ៨៥ | > ៨៥ |
| អាំងស៊ីដង់គ្រុនចាញ់ក្នុងមនុស្ស ១.០០០ នាក់ដែលបានរាយការណ៍ ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | | | ៤,២ | ៣,៥៨ | ២,១៦ |

| | | | | | |
|---|---|---|------|-----|-----|
| ចំនួនករណី គ្រុនចាញ់ដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | ✓ | ✓ | ៤ | ៣,៥ | ៣ |
| សាធារណៈក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.០០០ នាក់ | | | | | |
| % នៃគ្រួសាររស់នៅតំបន់ជំងឺគ្រុនចាញ់ខ្ពស់ (១គ.មពីព្រៃ) នៃខេត្ត-ក្រុងទាំង ២០ ដែលមានម្តង គ្រលក់ថ្នាំ គ្រប់គ្រាន់ (ម្តង១សំរាប់មនុស្ស២នាក់) | ✓ | | ៦៤ | ៨៥ | ៩៥ |
| អត្រាស្លាប់ដោយជំងឺ គ្រុនឈាមរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | | | ០,៧៤ | ០,៥ | ០,៣ |

ត.៣: គ្មានព័ត៌មាន

៤. ផ្នែកកម្មវិធីជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត

គ្រោះថ្នាក់គឺជាមូលហេតុនាំមុខមួយនៃមរណៈភាពសម្រាប់កុមារ។ សុខភាពផ្លូវចិត្តនិងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនអាចជាកត្តាពាក់ព័ន្ធផ្ទុះចំពោះការរំលោភនិងអំពើហិង្សាប្រឆាំងស្ត្រីនិងកុមារ។ អត្រាឈឺដោយសារជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្វើឱ្យផលិតភាពធ្លាក់ចុះ ហើយថ្លៃចំណាយលើការមកព្យាបាលយឺតយ៉ាវ ដូចជានឹងលើសឈាមនិងទឹកនោមផ្អែមអាចជាមូលហេតុធ្វើឱ្យមហន្តរាយដល់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប។ ជំងឺទឹកនោមផ្អែមគឺជាកត្តាមួយដែលរួមចំណែកដល់ផលវិបាកក្នុងពេលមានថ្លៃពោះ។ បញ្ហាសុខភាពផ្សេងៗទៀតគឺពាក់ព័ន្ធនឹងភាពបំពុលនៃបរិស្ថាននិងការផ្លាស់ប្តូរអាកាសធាតុជាសកលកង្វះអនាម័យនិងភាពស្អាត ក៏ដូចជាលទ្ធភាពទទួលបានទឹកស្អាត។

ជំងឺមិនឆ្លងនិងបង្កជាបន្ទុកកាន់តែខ្លាំងមួយដល់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទាំងមូលហើយនិងក្លាយជាបញ្ហាដែលគេអាចមើលឃើញកាន់ច្បាស់មួយនៅក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំខាងមុខនេះ។

យុទ្ធសាស្ត្រចម្បងដើម្បីដោះស្រាយជំងឺមិនឆ្លង គឺចាំបាច់ត្រូវធ្វើការបង្ការ ហើយក្រសួងសុខាភិបាលចាំបាច់ត្រូវពង្រឹងនិងត្រួតពិនិត្យតាមដានវិធានការបង្ការនៅគ្រប់វិស័យទាំងអស់។ ការកំណត់អាទិភាពប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព គឺជាបញ្ហាគន្លឹះមួយសម្រាប់បន្តការរៀបចំកម្មវិធីជំងឺមិនឆ្លង ហើយជំងឺនានាដែលបានជ្រើសរើសសម្រាប់ការកំណត់អាទិភាពនិងត្រូវដាក់បញ្ចូលជាសមាសធាតុជាមូលដ្ឋាននៃស.ស.អ និងស.ស.ប។

៤.១ បញ្ហាប្រឈមមុខ

បញ្ហាដែលកាន់តែធំមួយសម្រាប់សេវាសុខភាពកម្ពុជា គឺការចេះតែកើនឡើងនៃការឈឺនិងការស្លាប់នៃប្រជាជនកម្ពុជាដែលបណ្តាលមកពីជំងឺមិនឆ្លង **មុនពេល**មានការថយចុះស្របគ្នានៃជំងឺឆ្លងកើតមាន

ខ. ការលេចឡើងបន្ទុកថ្លៃនៃជំងឺ។

- ការកើនឡើងនៃជំងឺមិនឆ្លងដែលបានចុះបញ្ជីគឺ ត្រូវបានពន្យល់ដោយកត្តាជាច្រើនដូចជា :
- កត្តានៃការផ្លាស់ប្តូររបៀបរស់នៅនិងការប្រព្រឹត្តិ “ ឥរិយាបថ ប្រឈមមុខនិងគ្រោះថ្នាក់ ” ដូចជាការជក់បារី ការផ្លាស់ប្តូរទម្លាប់នៃការហូបចុក ការផឹកគ្រឿងស្រវឹង ការប្រើថ្នាំញៀន

បន្តិចម្តងៗនិងនាំឱ្យកើនជាលំដាប់នូវអត្រាអាំងស៊ីដង់ និងប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺ បេះដូង-សរសៃ ឈាម រួមមានជំងឺលើសឈាម ជំងឺមហារីក ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺដាច់សរសៃឈាម ក្នុងខួរក្បាល។

- ការកែលំអការធ្វើអាតវិនិច្ឆ័យ និងការកែលំអលទ្ធភាពទទួលយកការថែទាំសុខភាព និងរក ឃើញនូវជំងឺមិនឆ្លងដែលកាលពីមុនរកមិនឃើញ។
- ក្នុងខណៈដែលមិនមានសកម្មភាពទប់ស្កាត់ ការរីកលូតលាស់នៃតំបន់ទីក្រុង និងការកើន ឡើងនៃចរាចរនិងរួមចំណែកគ្នាធ្វើឱ្យមានការកើនឡើងករណីគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍តាមផ្លូវ និង ការកើនឡើងនៃជំងឺដែលបណ្តាលមកពីបរិស្ថានមិនស្អាត។
- ជំងឺមិនឆ្លងនិងលេចឡើងពីចំណោម ប្រជាជនដែលមានអាយុច្រើន និងបណ្តាលឱ្យមានកម្រិត កាន់តែខ្ពស់នៃជំងឺដែលទាក់ទងនឹងសរសៃប្រសាទជាឧទាហរណ៍។ ពិការភាពដែលបណ្តាល មកពីជំងឺភ្នែកនិងរលាកសន្លាក់ ក៏បណ្តាលឱ្យមានការកើនឡើងនូវបន្ទុកនិងក្លាយទៅជាបន្ទុកដ៏ សំខាន់មួយចំពោះបុគ្គល និងសេវាសុខភាពនានាផងដែរ។
- ការផ្លាស់ប្តូរការយល់ដឹង និងតម្លៃអាចធ្វើឱ្យជំងឺផ្លូវចិត្តមានកាន់តែច្រើន ដែលទាមទារនូវ អន្តរាគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។
- កំណើនសេដ្ឋកិច្ចឆាប់រហ័សនិងឧស្សាហកម្មរូបនីយកម្ម ធ្វើឱ្យមានការកើនឡើងនៃការគំរាម កំហែងដល់សុខភាពបរិស្ថាន។

កំណើនប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺមិនឆ្លងនិងដើរតួសំខាន់មួយ សម្រាប់ការឆ្លើយតបនៃ ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដោយសារហេតុផលបីយ៉ាង :

- សេវាសុខភាពសព្វថ្ងៃ គឺត្រូវបានបំពាក់សម្ភារៈល្អបំផុត សម្រាប់ការដោះស្រាយជំងឺឆ្លង និងការថែទាំសុខភាពមាតានិងទារក។ ដើម្បីដោះស្រាយកំណើនយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃជំងឺមិន ឆ្លងឱ្យបានក្នុងរយៈពេលខ្លីមួយ គឺត្រូវការប្រមូលផ្តុំបទពិសោធន៍គ្លីនិក និងបង្កើតទៅជាគោល ការណ៍ណែនាំគ្លីនិក បង្រៀនបុគ្គលិកសាធារណៈ និងធ្វើឱ្យសាធារណៈជនយល់ដឹងពី លទ្ធភាពដែលអាចទទួលបានគ្រោះដោយជំងឺទាំងនេះ។
- ជាញឹកញាប់ទាមទារការព្យាបាលមួយជីវិត និងចំណាយច្រើនទាំងសម្រាប់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងសម្រាប់អ្នកជំងឺ។ ទិដ្ឋភាពនៃការចំណាយលើជំងឺមិនឆ្លងនិងក្លាយទៅជាសមាសធាតុសំខាន់ មួយ ក្នុងការបង្កើតឡើងនូវសមាសធាតុធានារ៉ាប់រងនានានៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទាន សុខាភិបាល។ វិធានការអាទិភាពរូបនីយកម្មដែលបានពិភាក្សាខាងលើ គឺមានសារៈសំខាន់ ខ្លាំងណាស់ ដើម្បីសម្រេចបានថវិកាសមស្របសម្រាប់ជំងឺមិនឆ្លង ក្នុងការបណ្តុះបណ្តាល បុគ្គលិកនៅក្នុងកម្មវិធីមិនថាមិនក្នុងការពាក់តែវិធានការការពារ។

- ជំងឺមិនឆ្លងជាច្រើនអាចទប់ស្កាត់បានដោយប្រើវិធានការការពារ។ វិធានការទាំងនោះទាមទារការសហការកម្រិតខ្ពស់មួយរវាងក្រសួងនានា និងវិស័យនៅក្នុងវិធីសាស្ត្រពហុវិស័យ។ “ពហុវិស័យ” បែបនេះជារឿយៗមានការលំបាកដោយសារភាពផ្ទុយគ្នានៃគោលដៅក្នុងវិស័យនិងទាមទារឱ្យមានការចែកចាយព័ត៌មាន ស្តីអំពីផលលំបាកនៃវិធានការគោលនយោបាយនិងការវិនិយោគ។

៤.២ អាទិភាព សេវាសាវ័ន្ត គោលបំណង និងគោលដៅនៃផ្នែកកម្មវិធីជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពបន្ថែមទៀត

គោលបំណង៖ បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពបន្ថែមទៀត

- គោលដៅ ១០** កាត់បន្ថយ ឥរិយាបថគ្រោះថ្នាក់នាំទៅរកជំងឺមិនឆ្លង: ទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង-សរសៃឈាម មហារីកសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់និងរហូសការថែទាំភ្នែក សុខភាពមាត់ធ្មេញ ។ល។
-
- ១១** លើកកម្ពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាព្យាបាល និងការស្តារនីតិសម្បទាបង្កើតដោយជំងឺមិនឆ្លង: ទឹកនោម ផ្អែម ជំងឺបេះដូង-សរសៃឈាម មហារីកសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់ និងរហូស ការថែទាំភ្នែក សុខភាពមាត់ធ្មេញ។ល។
-
- ១២** ធានាដំណើរការមុខងារសាវ័ន្តនៃសុខភាពសាធារណៈ: សុខភាពបរិស្ថាន សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ ការគ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយ និងការត្រៀមលក្ខណៈ (សំរាប់គ្រោះអាសន្ន)។

អាទិភាពនិងសេវាសាវ័ន្ត

- ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- ជំងឺមហារីក
- ជំងឺសរសៃឈាមនិងបេះដូង
- សុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការ ប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន
- ការបង្ការជំងឺខ្វាក់
- សុខភាពមាត់ធ្មេញ
- ហានិភ័យសុខភាពបរិស្ថាន
- រហូស គ្រោះថ្នាក់
- សុខភាពការងារ
- ការស្តារនីតិសម្បទា
- រោគមនុស្សចាស់
- សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ
- ថ្នាំជក់

៤.៣ ការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រច.យ.ស.២ ក្នុងផ្នែកកម្មវិធីវិនិច្ឆ័យនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ជ.ម.ឆ ពាក់ព័ន្ធដែលកំពុងអភិវឌ្ឍបច្ចុប្បន្ននេះនិង ត្រូវបញ្ចប់ក្នុងពេលខាងមុខ រួមមាន :ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់ជ.ម.ឆ២០០៧-២០១០ ផែនការសកម្មភាពជាតិស្តីពីសុខភាព បរិដ្ឋាន២០០៧-២០១០ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពផ្លូវចិត្ត២០០៨-២០១២ និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ សកម្មភាពជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងថ្នាំជក់ ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជ.ម.ឆផ្តល់នូវក្របខណ្ឌកំរិតខ្ពស់សំរាប់ការធ្វើផែនការអំពីជ.ម.ឆទាំងអស់ ។ ផែនការនេះមានគោលបំណង៖ (១)ពង្រឹងការគ្រប់គ្រងស្ថាប័ន និងអនុវត្តរចនាសម្ព័ន្ធសំរាប់ជ.ម.ឆ (២)អភិវឌ្ឍប្រព័ន្ធតាមដានជ.ម.ឆ (៣)កាត់បន្ថយកត្តាគ្រោះថ្នាក់របស់ប្រជាជន (៤)សមធម៌នៃជ.ម.ឆ ឈរលើមូលដ្ឋាន ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ។

ផែនការសកម្មភាពជាតិស្តីពីសុខភាពបរិដ្ឋាន២០០៧-២០១០ និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសកម្មភាព ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងថ្នាំជក់ គឺជាផែនការអន្តរវិស័យ មិនគ្រាន់តែមានការចូលរួមពី ក្រសួងសុខាភិបាល ប៉ុណ្ណោះទេ គឺមានទាំងពី ក្រសួងនិងអាជ្ញាធរជាតិដទៃទៀតដោយរាប់ទាំង ក្រសួងបរិស្ថាន អប់រំ-យុវជននិង កីឡា ការងារ-បណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ ពាណិជ្ជកម្ម យុត្តិធម៌ ធនធានទឹក រដ្ឋសភាជាតិ និង គណៈកម្មាធិការជាតិ គ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយ ។ ផ្នែកជាអាទិភាពចំនួន៨នៃបរិដ្ឋាន ត្រូវបានកំណត់ សំរាប់ប្រទេសកម្ពុជាហើយដែលយុទ្ធសាស្ត្រនិងអន្តរាគមន៍អន្តរវិស័យបាននិងកំពុងអភិវឌ្ឍ ។ ផ្នែកទាំងអស់ នោះគឺ៖ ការផ្គត់ផ្គង់ទឹកនិង គុណភាពទឹក អនាម័យនិងភាពស្អាត គុណភាពខ្យល់ កាកសំណល់រឹង សារជាតិពុលនិងគ្រោះថ្នាក់ សុខភាពវិជ្ជាជីវៈការផ្លាស់ប្តូរអាកាសធាតុនិង ប្រព័ន្ធអេកូ គ្រោះមហន្តរាយ និងសង្គ្រោះបន្ទាន់ ។

សេចក្តីព្រាងនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពផ្លូវចិត្ត២០០៨-២០១២ បានកំណត់គោលដៅចំបង ៣៖(១)ពង្រីក និងលើកកម្ពស់ការចែកចាយដោយសមធម៌នូវសេវាព្យាបាល បង្ការ និងលើកកម្ពស់ សុខភាពជាមូលដ្ឋាន តាមរយៈស.ស.អ នៅមណ្ឌលសុខភាពនិង ស.ស.ប នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។ (២)កែលម្អគុណភាពនៃការបណ្តុះបណ្តាលមុននិងក្រោយបញ្ចប់ការសិក្សា និងការបណ្តុះបណ្តាលលើការ ថែទាំ បែងចែកបុគ្គលិកដោយសមធម៌ បង្កើនបៀវត្សតាមរយៈកំណែទម្រង់បៀវត្សរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល និង វិធានការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក (៣)អភិវឌ្ឍច្បាប់និងគោលនយោបាយ ព្រមទាំងពង្រឹងរចនាសម្ព័ន្ធស្ថាប័ន សុខភាពផ្លូវចិត្ត ដើម្បីលើកស្ទួយការផ្តល់សេវា ការធ្វើផែនការ និងការសម្របសម្រួលមានប្រសិទ្ធភាព ។ អន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រ សំរាប់គោលដៅនីមួយៗ ត្រូវបានអភិវឌ្ឍទៅតាមយុទ្ធសាស្ត្រទាំង៥ របស់ .យ.ស.២ ដើម្បីធានាដល់ការតម្រូវឱ្យយ៉ាងជិតស្និទ្ធនឹងមជ្ឈមណ្ឌលកម្មវិធីដទៃទៀតរបស់ ក្រសួង សុខាភិបាល ហើយអនុញ្ញាតិឱ្យមានការបំពេញបន្ថែមកំលាំងគ្នាទៅវិញទៅមកសំរាប់ផ្នែកសំខាន់ៗដែល មានការខ្វះខាតធនធាន ។

ស្របតាមផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីជំងឺមិនឆ្លង ការធ្វើកម្មវិធីត្រូវតែផ្តោតជាសំខាន់លើវិធានការការពារ។ យុទ្ធសាស្ត្របង្ការត្រូវការចាំបាច់នូវសេចក្តីណែនាំថ្នាក់ជាតិវិទ្យា ហើយស្របទៅតាមបទដ្ឋានស្តង់ដារនិងគំរូអន្តរជាតិ។ បន្ថែមលើសនេះទៀតម៉ូដែលជាតិក៏ត្រូវបង្កើតដែរ។ អនុសញ្ញាស្តីពីថ្នាំជក់គឺជាចំណុចចាប់ផ្តើមមួយ ក្នុងចំណោមចំណុចចាប់ផ្តើមជាច្រើនទៀត ដើម្បីបង្កើតឡើងនូវគោលការណ៍ណែនាំទាំងនោះ។ គោលការណ៍ណែនាំត្រូវតែមានលក្ខណៈឆ្លងវិស័យ។ ក្រសួងសុខាភិបាលត្រូវតែជាចំណុចគោលសម្រាប់ ការសហការអន្តរក្រសួង ដើម្បីនាំយកទិដ្ឋភាពនៃការការពារជំងឺទៅបង្កើតជាគោលនយោបាយដែលអាចប្រើបាននៅគ្រប់ក្រសួងទាំងអស់។

អត្រាអាំងស៊ីដង់និងប្រេវ៉ាឡង់កាន់តែខ្ពស់នៃជំងឺមិនឆ្លង ទាមទារនូវការព្យាបាលយូរអង្វែង និងចំណាយច្រើនក៏ដូចជាការស្តារនីតិសម្បទា និងការថែទាំបណ្តោះអាសន្នត្រូវការនូវការកំណត់អាទិភាព។ ការបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ព្យាបាលនិងស្តារនីតិសម្បទានៃជំងឺមិនឆ្លង ត្រូវតែពិចារណាជាផ្នែកមួយនៃការកែសម្រួល ស.ស.អ និង ស.ស.ប។

ការសិក្សាទូទៅមួយពីការកំណត់អាទិភាព ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្ររួមបញ្ចូលគ្នាមួយដែលទាក់ទង និងក្រមសីលធម៌ សេដ្ឋកិច្ច និងអេពីដេមីសាស្ត្រ ត្រូវបានស្នើឡើងដើម្បីឱ្យក្លាយជាទីតាំងឈរជើងសម្រាប់ការបង្កើតនូវគោលការណ៍ណែនាំទាំងនេះ និងសម្រាប់ការកែសម្រួល ស.ស.អ និង ស.ស.ប។ ការកែសម្រួលស.ស.អ និងស.ស.ប នឹងមានផលសំខាន់ដល់ថវិកាសុខាភិបាលទូទៅ និងការចំណាយដើម្បីពង្រីកសេវាសុខភាព។

កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងនានា ក្នុងការធ្វើអង្កេតពីការវិវត្តន៍អេពីដេមីសាស្ត្រនៃជំងឺមិនឆ្លង និងត្រូវការនូវប្រភពធនធានដែលមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល។

| យុទ្ធសាស្ត្រច.យ.ស.២ | សមាសភាគនិងអន្តរាគមន៍សំខាន់ៗនៃផ្នែកកម្មវិធីចំងឹមិនឆ្លង |
|----------------------------|--|
| ការផ្តល់សេវាសុខភាព | <ul style="list-style-type: none"> • ពង្រឹងការបង្ការតាមរយៈសកម្មភាពអប់រំលើកកំពស់សុខភាពសំរាប់ជ.ម.ឆ ក្នុងនេះរួមមានលើកកំពស់ការយល់ដឹងនិងរបៀបរបបរស់នៅមានសុខភាពល្អ • ពង្រឹងការពិនិត្យរកនិងការគ្រប់គ្រងជំងឺមិនឆ្លង នៅក្នុងស.ស.អនិងស.ស.ប និងតាមរយៈប្រព័ន្ធបណ្តុះបណ្តាលជំងឺវិទ្យា និងការអភិវឌ្ឍន៍ការថែទាំបន្តគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសំរាប់ជ.ម.ឆ ដោយរួមមានសេចក្តីណែនាំស្តីពីការព្យាបាលនិងការស្តារនីតិសម្បទា។ • តំរៀបតំរង់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងសេវាសំរាប់ក្រុមប្រជាជន ប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់តាមរយៈផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាលដោយមានទិន្នន័យស្តីពីសេចក្តីត្រូវការនៃការផ្តល់សេវាដែលរំពឹងទុករួមមានគ្រោះថ្នាក់ចរាចរនិងការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់។ |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • អភិវឌ្ឍ និងពង្រីកសេវាឯកទេសសំរាប់សុខភាពផ្លូវចិត្ត ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន តាមរយៈសកម្មភាពអប់រំសុខភាពនិងបង្ការនៅគ្រប់ខេត្ត-ក្រុង ពង្រីកសេវាសំរាប់ភាពព្យាបាល និងពិនិត្យជំងឺផ្លូវចិត្តនៅថ្នាក់ស.ស.ប.កំរិតទាំងអស់ លើកកំរិតការគ្របដណ្តប់សេវាជំងឺផ្លូវចិត្ត នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកស.ស.ប.កំរិត១និង២ និងបង្កើតមណ្ឌលស្តារនិពិសម្បទាជំងឺផ្លូវចិត្តថ្នាក់តំបន់បន្ថែមមួយថ្មីទៀតនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកស.ស.ប.កំរិត៣ ។ • អភិវឌ្ឍ អនុវត្តពិធីសារ សេចក្តីណែនាំអនុវត្តគ្លីនិក និងក្រុម បទដ្ឋាននៃការថែទាំក្រុមសីលធម៌នៃការអនុវត្តគ្លីនិកផ្នែកព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្តរាប់ទាំងកំរិតនៃការអនុវត្តគ្លីនិកនិងសេចក្តីណែនាំក្រុមសីលធម៌ក្នុងជំងឺផ្លូវចិត្តសំរាប់ប្រើប្រាស់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតនិងគិលានុប្បដ្ឋាកយិកាបំពេញការងារក្នុងផ្នែកជំងឺផ្លូវចិត្ត ។ • អភិវឌ្ឍគោលនយោបាយជាតិ គ្រប់គ្រងជ្រោយ និងសេចក្តីណែនាំបច្ចេកទេសសំរាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់និងការឆ្លើយតបនិងគ្រោះមហន្តរាយ ។ |
| <p>ហិរញ្ញប្បទាន ការថែទាំ សុខភាព</p> | <ul style="list-style-type: none"> • កាត់បន្ថយ ឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុចំពោះការពិនិត្យរក និងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លងដោយធ្វើការនិយ័តកម្មទៅលើគម្រោងថ្លៃសេវាការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ និងការពង្រីកគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហគមន៍ ជាវិធានការរយៈពេលមធ្យមមួយ មុនពេលអនុវត្តប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គមជាសកល ។ • កៀងគរធនធានបន្ថែម ដើម្បីគ្របដណ្តប់ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពការបង្ការជំងឺមិនឆ្លង ការលើកកំរិតសុខភាព និងបណ្តាសុខភាពដទៃទៀតដូចជាគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ ។ |
| <p>ធនធានមនុស្ស សុខាភិបាល</p> | <ul style="list-style-type: none"> • លើកកម្ពស់ជំនាញបច្ចេកទេស និងសមត្ថភាពជំងឺសម្រាប់ការគ្រប់គ្រង និងការបង្ការជំងឺមិនឆ្លង តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលនិងការអប់រំប្រកបដោយគុណភាព ការរក្សាបុគ្គលិកទុក ការផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណ និងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជី និងវិធានការគាំទ្រផ្សេងៗទៀត ។ • បង្កើតនូវអភិក្រមទូលំទូលាយ មានលក្ខណៈសម្របសម្រួល សម្រាប់កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលជំងឺមិនឆ្លង ដោយផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់កាន់តែច្រើនថែមទៀតលើការអនុវត្តគ្លីនិកនិងសុខភាពសាធារណៈ ពិសេសការបង្ការ ។ • ដាក់ឱ្យមានយ៉ាងហោចណាស់ “ គ្រូពេទ្យព្យាបាល” ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលរយៈពេល៣ខែផ្នែកវិកលវិទ្យា នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកកំរិត២ទាំងអស់ និងបែងចែកឡើងវិញគិលានុប្បដ្ឋាកយិកា ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល |

| | |
|--|--|
| | <p>រយៈពេល៣ខែ ផ្នែកវិភាគវិទ្យាសាស្ត្រ និង “គ្រូពេទ្យព្យាបាល” (ជាង៤០០នាក់) ដែលបច្ចុប្បន្នមិនបំរើការក្នុងផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដើម្បីធ្វើឱ្យមានសមធម៌ក្នុងការចែកចាយសេវាទៅកាន់កន្លែងដែលខ្វះខាតសេវាបំរើ។</p> |
| <p>ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល</p> | <ul style="list-style-type: none"> • បង្កើតប្រព័ន្ធតាមដាន និងរាយការណ៍អំពីករណី និងការឆ្លើយតបចំពោះជំងឺមិនឆ្លង រួមទាំងគ្រោះថ្នាក់និងរបួស ។ • កែសម្រួល និងពង្រឹងការគ្រប់គ្រងកំណត់ត្រាអ្នកជំងឺ (កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រការរក្សាទុកនិងការយកមកប្រើ) នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ រួមទាំងការដាក់កូដ ICD ។ • បង្កើតប្រព័ន្ធព័ត៌មានវិទ្យាសាស្ត្រសុខភាពផ្លូវចិត្តសំរាប់ការស្រាវជ្រាវការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការងារនិងការទទួលខុសត្រូវ។ • អភិវឌ្ឍប្រព័ន្ធតាមដាន ដើម្បីត្រួតពិនិត្យតាមដានប្រេវ៉ាឡង់នៃការជក់បារី និងផលប៉ះពាល់នៃគោលនយោបាយ។ |
| <p>អភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល</p> | <ul style="list-style-type: none"> • អនុវត្តការពិនិត្យវាយតម្លៃគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីបន្ទុកជំងឺដើម្បីធ្វើជាមូលដ្ឋានសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍គោលនយោបាយស្តីពីជំងឺមិនឆ្លង។ • ពង្រឹងខ្លាំងក្លា ការចូលរួមអន្តរាគមន៍សំរាប់មគ្គុទ្ទេសភាព ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនិងលើកកម្ពស់ការយល់ដឹងអំពីជ.ម.ឆនិងការបង្ការ ដោយផ្តោតចំបងលើគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម សុខភាពផ្លូវចិត្តនិងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន សម្ពាធឈាមខ្ពស់ ។ល។ • ក្នុងភាពជាដៃគូជាមួយក្រសួងពាក់ព័ន្ធនានា ពង្រឹងវិធានច្បាប់ថ្នាំជក់-គ្រឿងស្រវឹងក្នុងនេះមានការអភិវឌ្ឍន៍នីតិក្រមដែលពាក់ព័ន្ធសំរាប់ការអនុវត្តច្បាប់ស្តីពីការគ្រប់គ្រងថ្នាំជក់ ដោយនិយត្តិកម្មការគ្មានផ្សែងបារីកន្លែងធ្វើការនិងទីសាធារណៈ ព្រមទាំងយន្តការនិងវិធានការផ្អាកពិន័យ។ • អភិវឌ្ឍគោលនយោបាយសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដើម្បីធានាឱ្យមានការអភិវឌ្ឍន៍សេវាជំងឺផ្លូវចិត្ត ប្រកបដោយសុខដុមនីយកម្ម និងមានសណ្តាប់ធ្នាប់ និងអភិវឌ្ឍច្បាប់សំរាប់សុខភាពផ្លូវចិត្ត ដើម្បីនិយត្តិកម្មការអនុវត្តន៍សេវាជំងឺផ្លូវចិត្ត ការថែទាំជំងឺផ្លូវចិត្តនិងការចងសម្ព័ន្ធភាពវិជ្ជាជីវៈ និងការការពារទាំងអ្នកជំងឺនិងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកវិភាគវិទ្យា។ • អភិវឌ្ឍគោលនយោបាយដើម្បីការពារក្រុមប្រជាជនងាយរងគ្រោះ ដូចជាស្ត្រីនិងកុមារ ដោយសាររបួសនិងអំពើហិង្សា។ • អភិវឌ្ឍគោលនយោបាយស្តីអំពីសុខភាពបរិស្ថាននិងយុទ្ធសាស្ត្រនានាដែល |

ពាក់ព័ន្ធក្នុងនេះមានគោលនយោបាយស្តីអំពីការវាយតម្លៃផលប៉ះពាល់លើសុខភាពពីការអភិវឌ្ឍន៍និងគំរោងផ្សេងៗ ។

៤.៤ គោលដៅចំណុចនិងសូចនាករនៃផ្នែកកម្មវិធីវិនិច្ឆ័យនិងបញ្ហាសុខភាពបន្ថែម

| សូចនាករ | ប្រចាំឆ្នាំ | ព.ស. ឆ្នួល | ទិន្នន័យបឋម ២០០៥-២០០៩ | គោលដៅចំណុច ២០១០ (ព.ស.) | គោលដៅចំណុច ២០១៥ កងរាយតម្លៃ |
|---|-------------|------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា | | | | | |
| % នៃការស្លាប់ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ | | | ៣,៥ | ៣,០ | ២,៨ |
| ប្រពន្ធព័ន្ធនៃសុខាភិបាល | | | | | |
| % នៃអ្នករបួសដែលមានការប៉ះទង្គិចក្បាលដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ដែលបានទទួលការព្យាបាល | ✓ | ✓ | ៤១ | ៣៨ | ៣៥ |
| អាំងស៊ីដង់នៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនលើមនុស្ស ១០.០០០នាក់ដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ | ✓ | | ២៥ | ២១ | ១២,៥ |
| ប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែមលើមនុស្សពេញវ័យដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ | ✓ | ✓ | ២ | <២ | <២ |
| អាំងស៊ីដង់នៃជំងឺលើសឈាមក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.០០០ នាក់ | ✓ | | ២០ | ១៩ | ១៥ |
| % នៃមនុស្សពេញវ័យជាក់ចាបី បុរសស្រ្តី | ✓ | | ៥៤/៩ | ៤៩/៤ | ៤៤/២ |
| អត្រានៃការអតិថិភាព (%) | ✓ | | ១,២ | ០,៥ | <០,៣ |
| % នៃកុមារដែលមានឆ្មេញពុកមិនបានប៉ះ | ✓ | | ៨,៩ | <៥ | <៥ |
| ចំនួននៃករណីជំងឺផ្លូវចិត្តដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | ✓ | ✓ | ១០.០០០ | ១៩.០០០ | ២៨.០០០ |
| ចំនួនអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការព្យាបាលជំនួសដោយ Opioids | ✓ | | ១០០ | ៤០០ | ១.២០០ |

ជំពូក



ក្របខណ្ឌនៃការអនុវត្ត ត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ

- អភិក្រមជំហានៗ
- ក្របខណ្ឌអនុវត្ត
- ក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ
- ក្របខណ្ឌសូចនាករ



ក្របខណ្ឌអនុវត្តន៍, ត្រួតពិនិត្យតាមដាន, ក្របខណ្ឌវាយតម្លៃ

១. អភិក្រមជំហានៗក្នុងការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២

មានកត្តាបរិបទមួយចំនួនដែលតម្រូវឱ្យការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ ប្រព្រឹត្តទៅតាមលំដាប់លំដោយ នៃពេលវេលាក្នុងការឈានឆ្ពោះទៅសំរេចគោលបំណងរបស់ ផ.យ.ស.២ :

- **ទីមួយ-បរិបទគោលនយោបាយ:** ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងធ្វើការសំរេចចិត្ត អំពី ក្របខណ្ឌគោល នយោបាយសំខាន់ៗដែលទាក់ទងនឹងតម្រូវការផ្នែកហិរញ្ញប្បទាន និងអភិបាលកិច្ចប្រពន្ធសុខាភិបាលនៅ ក្នុង ក្របខណ្ឌនៃការអនុវត្តន៍កម្មវិធីវិមជ្ឈការនិងវិសហវិមជ្ឈការ។ ឆ្នាំ២០០៨ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឆ្នាំ នៃការត្រៀមរៀបចំដែលក្នុងរយៈពេលនេះបែបបទនៃការសំរេចចិត្តនិងបញ្ចប់ ហើយប្រព្រឹត្តទៅស្រប គ្នាជាមួយនិងដំណាក់កាលបន្តបន្ទាប់នៃការពង្រឹងនិងការអនុវត្តន៍ ។
- **ទីពីរ-បរិបទស្ថាប័ន:** ការចាត់ចែងរៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធសុខាភិបាល និងការកសាងសមត្ថភាព ស្ថាប័ន និង ប្រព្រឹត្តទៅនៅ គ្រប់ថ្នាក់នៅក្នុងប្រពន្ធសុខាភិបាល-ថ្នាក់កណ្តាល ខេត្ត- ក្រុង ស្រុក ប្រតិបត្តិ និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសហគមន៍ ។
- **ទីបី-បរិបទសេដ្ឋកិច្ច:** ធនធាននិងត្រូវពង្រីកតាមសង្វាក់ ដែលរាជរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកផ្តល់ជំនួយទទួល យកបាន ។ ក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទានវិស័យសុខាភិបាលសំរាប់រយៈមធ្យមទៅរយៈពេលវែងចាំបាច់ត្រូវ ផ្សារភ្ជាប់ទៅក្នុង ក្របខណ្ឌម៉ាក្រូសេដ្ឋកិច្ច ប្រទេសកម្ពុជាដែលនឹងតម្រូវឱ្យមានដាក់ចេញយុទ្ធសាស្ត្រតាម លំដាប់លំដោយ ។

ជាផលបច្ច័យការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២ និងប្រព្រឹត្តទៅតាមពីរដំណាក់កាល។

| ខ្សែរថ | ចំណាក់កាលច្រើន | ចំណាក់កាលតិច |
|--|----------------------------|----------------------|
| | ២០០៨-២០១០ | ២០១១-២០១៥ |
| ១. ការសំរេចចិត្តពីសំណុំគោលនយោបាយសំខាន់ៗ | | |
| ក. ពិនិត្យកែសំរួល/អភិវឌ្ឍផែនការយុទ្ធសាស្ត្រតាមអនុវិស័យ | ←————→ | |
| ខ. អភិវឌ្ឍឧបករណ៍អនុវត្តគោលនយោបាយ/យុទ្ធសាស្ត្រ | ←————→ | →————→ |
| គ. កំណត់សំណុំគោលនយោបាយ | ←————→ | |
| ២. ការអភិវឌ្ឍស្ថាប័ននិងការពង្រឹងសមត្ថភាព | | |
| ក. ការរៀបចំចាត់ចែងស្ថាប័ន | ←————→ | |
| ខ. ការពង្រឹងសមត្ថភាព | ←————→ | →————→ |
| ៣. ការរៀបចំចាត់ចែងសំរាប់ការអនុវត្តន៍ | | |
| ក. ការរៀបចំធនធាន | ស្រុកប្រតិបត្តិដែលនឹងកំណត់ | គ្រប់ស្រុកប្រតិបត្តិ |
| ខ. ការរៀបចំសំរាប់ដំណាក់កាលពង្រីក | អ. ប្រ.ស/ពាក់កណ្តាលអណត្តិ | ផ.យ.ស.៣ |

១.១ ចំណាក់កាលច្រើន ២០០៨-២០១០

ដំណាក់កាលពង្រឹងនិងប្រព្រឹត្តទៅតាម “ខ្សែរថ” ៣ស្របគ្នា ដែលនឹងផ្តល់មូលដ្ឋានរឹងមាំសំរាប់ការដាក់ចេញគោលនយោបាយ និងការពង្រីក។

• ខ្សែរថទី១: ការសំរេចចិត្តអំពីសំណុំគោលនយោបាយសំខាន់ៗ និងការអភិវឌ្ឍឧបករណ៍ប្រតិបត្តិ

ក. ពិនិត្យកែសំរួល/អភិវឌ្ឍផែនការយុទ្ធសាស្ត្រតាមអនុវិស័យឱ្យស្របទៅតាមអាទិភាពនិងយុទ្ធសាស្ត្រ ផ.យ.ស.២

ខ. អភិវឌ្ឍឧបករណ៍សំរាប់ការអនុវត្តន៍គោលនយោបាយ/ក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រ/ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រដែលមានស្រាប់ :

- (១) ក្របខណ្ឌអនុវត្ត/ផែនការផ្ទៃក្នុងសំរាប់ការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២
- (២) គោលនយោបាយស្តីអំពីគុណភាពក្នុងវិស័យសុខាភិបាល (ដាក់ចេញឆ្នាំ២០០៦)
- (៣) ផែនការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សវិស័យសុខាភិបាល២០០៦-២០១៥ (ដាក់ចេញឆ្នាំ២០០៦)
- (៤) ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល (ពិនិត្យកែសំរួលផ្នែកតាមវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ)
- (៥) ក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥ (ឆ្នាំ២០០៨)
- (៦) ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥ (ឆ្នាំ២០០៨)
- (៧) ផែនការអភិវឌ្ឍស្ថាប័ន (ឆ្នាំ២០០៨)
- (៨) ក្របខណ្ឌគោលនយោបាយស្តីការចូលរួមរបស់សហគមន៍ក្នុងវិស័យសុខាភិបាល (កំពុងពិនិត្យកែសំរួលលើគោលនយោបាយដែលដាក់ចេញនៅឆ្នាំ២០០៣)

(៩) គោលនយោបាយស្តីពីការវាយតម្លៃផលប៉ះពាល់លើសុខភាព (កំពុងផ្តួចផ្តើម)

គ. កំណត់សំណុំគោលនយោបាយសំខាន់ៗ ដែលត្រូវធ្វើការសម្រេចចិត្ត រួមមានគោលនយោបាយស្តីអំពី:

- (១) ការអនុវត្តវិធានការនិងវិសហមជ្ឈការក្នុងវិស័យសុខាភិបាល
- (២) សុខដុមនីយកម្មនិងការតម្រូវការដើម្បីលទ្ធផល រួមទាំងជំនួយបច្ចេកទេស
- (៣) កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា (ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុងនិងខាងក្រៅ)
- (៤) មូលនិធិសមធម៌និងការតម្រូវអន្តរាគមន៍ទៅរកជន ក្រីក្រនិងជនងាយរងគ្រោះ
- (៥) ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក រាប់បញ្ចូលទាំងប្រពន្ធលាភាពនិងនិយោជន៍ទ្វេ
- (៦) សំណុំសេវាសុខភាពបន្តពូជ-មាតា-ទារកនិងកុមារ រួមទាំងមូលនិធិ ដោយផ្សារភ្ជាប់ជាមួយការរៀបចំចាត់ចែងកិច្ចសន្យានិងកម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌
- (៧) និយត្តិកម្មគ្រឹះស្ថានសាធារណៈ រដ្ឋបាលដូចជាមន្ទីរពេទ្យមន្ទីរពិសោធន៍និងអង្គការទ្រទ្រង់
- (៨) យុទ្ធសាស្ត្រប្រាស្រ័យទាក់ទង
- (៩) និយត្តិកម្មលទ្ធកម្មនិងការគ្រប់គ្រងឱសថនិងបរិក្ខារ
- (១០) ផ្តួចផ្តើមការសន្ទនាអំពីគោលនយោបាយស្តីពីវិស័យសាធារណៈ - ឯកជន

• ខ្សែវង់ទី២: ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ននិងការពង្រឹងសមត្ថភាព នៅអង្គការថ្នាក់កណ្តាល ខេត្ត-ក្រុង ស្រុកប្រតិបត្តិ ចូលរួមសុខាភិបាល និងឃុំ-សង្កាត់

ត្រូវប្រព្រឹត្តទៅតាមគោលនយោបាយនិងក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រទាំងអស់ខាងលើ ពិសេសគឺ:

- (១) គោលនយោបាយនៃការអនុវត្តវិធានការនិងវិសហមជ្ឈការក្នុងវិស័យសុខាភិបាល
- (២) កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា (ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង និងខាងក្រៅ)
- (៣) គោលនយោបាយស្តីពីការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក រាប់បញ្ចូលទាំងប្រពន្ធលាភាព
- (៤) ក្របខណ្ឌគោលនយោបាយស្តីពីការចូលរួមរបស់សហគមន៍ក្នុងវិស័យសុខាភិបាល
- (៥) ផែនការអភិវឌ្ឍស្ថាប័ន

ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន និងការពង្រឹងសមត្ថភាព ត្រូវបានលើកឡើងក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រទី៣ (ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល)និងយុទ្ធសាស្ត្រ៥ (អភិបាលកិច្ចប្រពន្ធសុខាភិបាល) ។ រចនាសម្ព័ន្ធក្រសួងសុខាភិបាលនិងត្រូវពិនិត្យឡើងវិញ ហើយចាត់ចែង-រៀបចំសំរាប់ការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២ ដោយផ្តល់ការយកចិត្តទុកដាក់ជាចំបងៗលើ:

ក. ពិនិត្យវាយតម្លៃឡើងវិញតួនាទី និងមុខងារនៅក្នុងក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីអនុញ្ញាតិឱ្យមាន “កន្លែងមួយ” ទទួលខុសត្រូវលើការផ្តល់សេវានៃប្រពន្ធសុខាភិបាលទូទាំងវិស័យសាធារណៈ ។

- ខ. ពង្រឹងបែបបទនៃការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុសាធារណៈទូទាំងក្រសួងសុខាភិបាល
- គ. ពង្រឹងសមត្ថកិច្ចក្រសួងសុខាភិបាលសំរាប់ការគ្រប់គ្រងធនធានមុនស្ស ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការតំរៀបតំរង់ខ្សែរយៈសមត្ថកិច្ចជាមួយនិងលំហូរធនធាន និងរចនាសម្ព័ន្ធ នៃការទទួលខុសត្រូវ។
- ឃ. ពង្រឹងសមត្ថកិច្ចនិងការទទួលខុសត្រូវនៃផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី ពិសេសរចនាសម្ព័ន្ធនៃការទទួលខុសត្រូវ និងលំហូរមូលនិធិទៅតាមខ្សែរយៈសមត្ថកិច្ច។

• ខ្សែរយទី៣: ការរៀបចំចាត់ចែងការអនុវត្តន៍និងការត្រៀមរៀបចំសំរាប់ដំណាក់កាលពង្រីក

ក. ការរៀបចំធនធាន សំរាប់ការអនុវត្តន៍សំណុំគោលនយោបាយដែលបានព្រមព្រៀង ថ្នាក់ក្រោមនៃស្រុកប្រតិបត្តិមួយចំនួន ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់និងទៅតាមទំហំធនធានហិរញ្ញវត្ថុដែលអាចរកបាន :

- គោលនយោបាយស្តីពីកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា
- គោលនយោបាយស្តីពីកម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌
- គោលនយោបាយស្តីពីការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិករាប់ទាំងប្រពន្ធលាភាព
- គោលនយោបាយស្តីពី ស.ស.អ/ស.ស.ប នៃការថែទាំ
- ការគ្រប់គ្រងប្រពន្ធពតិមាន
- ផែនការអភិវឌ្ឍស្ថាប័ន

ខ. ការត្រៀមរៀបចំសំរាប់ដំណាក់កាលពង្រីក

- ការចូលរួមក្នុងការត្រៀមរៀបចំដំណើរការការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ ២០១០

១.២ ដំណាក់កាលពង្រីក ២០០១-២០១៥

• ខ្សែរយទី១: ការសំរេចចិត្តពីសំណុំគោលនយោបាយសំខាន់ៗ និងការអភិវឌ្ឍន៍ឧបករណ៍ប្រតិបត្តិ

បន្តការពិភាក្សាអំពី :

- សុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់ដើម្បីលទ្ធផល (ទិសដៅឆ្ពោះទៅកាន់អភិក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យ)
- ភាពជាដៃគូរវាងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន
- គោលនយោបាយ/យុទ្ធសាស្ត្រនានាដែលតំរូវឱ្យមាននៅក្នុងអំឡុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ និងលទ្ធផលនៃ អ.ប្រ.ស ២០១០។

• ខ្សែរយទី២: ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ននិងការពង្រឹងសមត្ថភាព នៅស្ថាប័នថ្នាក់កណ្តាលខេត្ត-ក្រុង ស្រុកប្រតិបត្តិ ចូលរួមសុខាភិបាល និងឃុំ-សង្កាត់ និងបន្តដោយផ្តោតលើស្រុកប្រតិបត្តិ។

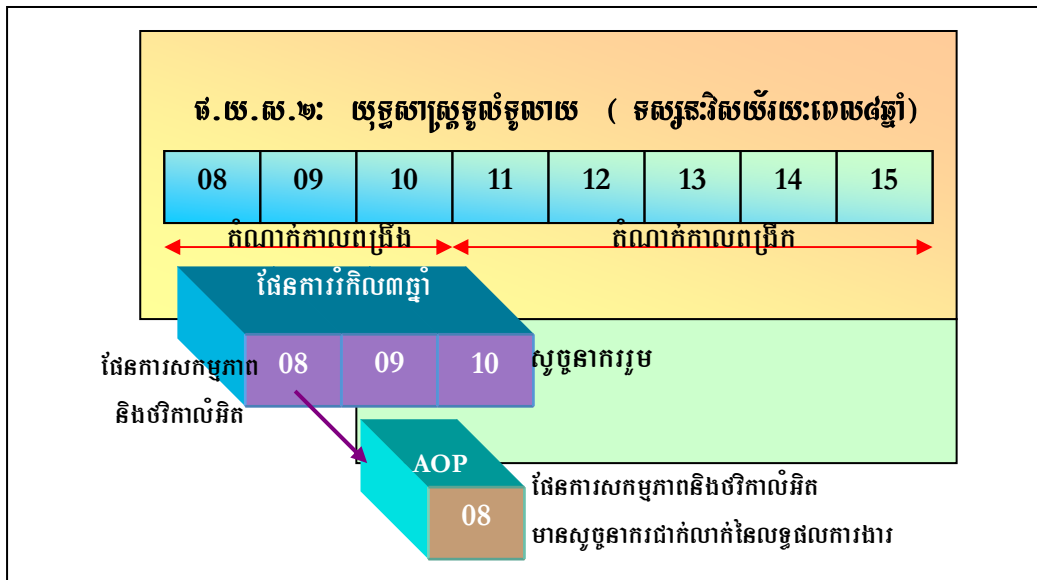
• ខ្សែរថទី៣: ការរៀបចំចាត់ចែងការអនុវត្ត

- ក. បន្តការកៀងគរធនធាន ដើម្បីអនុវត្តន៍សំណុំគោលនយោបាយដែលបានព្រមព្រៀង និង ក្របខណ្ឌ យុទ្ធសាស្ត្រសំខាន់ៗដទៃទៀតនៅស្រុកប្រតិបត្តិដែលនៅសល់។
- ខ. បន្តការគាំទ្រដល់ស្រុកប្រតិបត្តិ ក្នុងដំណាក់កាល ជ្រឹងដើម្បីធានានិរន្តរភាពមុខងារនិងហិរញ្ញវត្ថុ និងការគ្របដណ្តប់ជាសកល នៅដំណាច់ឆ្នាំ ២០១៥។
- គ. ការត្រៀមរៀបចំសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ ផ.យ.ស.៣ (២០១៦-២០២០)
 - អនុវត្តការពិនិត្យវាយតម្លៃផ.យ.ស.២ ពាក់កណ្តាលអណត្តិនៅឆ្នាំ២០១១ ផ្អែកលើលទ្ធផលនៃ ការ អ.ប្រ.ស ឆ្នាំ២០១០
 - ត្រៀមរៀបចំសំរាប់អ.ប្រ.ស២០១៥ និងការវាយតម្លៃផ.យ.ស.២ ផ្អែកលើអ.ប្រ.ស២០១៥។

២. ក្របខណ្ឌអនុវត្ត

- ផែនការរំកិលពណ្ណផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងក្របខណ្ឌថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រ (ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច .ហិរញ្ញវត្ថុ) និងកម្មវិធីវិយោគសាធារណៈ (ក្រសួងផែនការ)
- ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ និងការកសាងថវិកាតាមកម្មវិធី

រូបភាព ៨: ការផ្សារភ្ជាប់រវាងផ.យ.ស.២ និងផែនការរំកិលពណ្ណនិងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ



២.១ ផែនការរំកិលពណ្ណ

ផែនការរំកិលពណ្ណ គឺជាក្របខណ្ឌផែនការរយៈពេលមធ្យម។ ផែនការនេះត្រូវកសាងឡើងលើ យុទ្ធសាស្ត្រទូលំទូលាយរបស់ ផ.យ.ស.២ ដែលបានកំណត់គោលបំណង និងគោលដៅចំណុចរយៈ ពេលវែង។ ផែនការនេះក៏ឈរលើមូលដ្ឋានតម្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុផងដែរ (តម្រូវការធនធានពីថ្នាក់ក្រោម) និងការ

បានស្មានអំពីកញ្ចប់ធនធានដែលមានពី គ្រប់ ប្រភពទាំងអស់ (ក្នុងនិងក្រៅប្រទេសពន្យាករណ៍ដោយថ្នាក់លើ) ការចំណាយដែលថ្នាក់ក្រោមត្រូវការ និងការព្យាករណ៍កញ្ចប់ធនធានដោយថ្នាក់លើ និងស្មើគ្នានៅក្នុង បរិបទនៃផែនការនីយកម្ម ប្រចាំឆ្នាំនិងបែបបទថវិកា ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានដល់ការសំរេចចិត្តលើការវិភាជន៍ ធនធានដល់អាទិភាពទាំងក្នុងវិស័យនិងទូទាំងវិស័យ ។

បែបបទនិង“ រំកិលទៅមុខ” ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដើម្បីបញ្ចូលការផ្លាស់ប្តូរ (គោលនយោបាយតំរូវការ និងធនធាន) ហើយច្បាស់យកអាទិភាពថ្មីដែលកំណត់ដោយការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាល ប៉ុន្តែមិន សំរាប់ការប្រែប្រួលធំៗដែលងាកចេញពីយុទ្ធសាស្ត្រទូទៅឬពីអ្វីដែលបានកំណត់រួចមកហើយ ។ ប្រសិនបើ អនុវត្តបានសមស្របបែបបទនេះនឹងកែលំអយ៉ាងខ្លាំងដល់ការវិភាជន៍ធនធាននិងការព្យាករណ៍មូលនិធិសំរាប់ វិស័យសុខាភិបាលហើយផ្សារភ្ជាប់ធនធានដែលវិភាជន៍រួចហើយទៅនឹងលទ្ធផលនៃការផ្តល់សេវា ។

នៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃផែនការរំកិលពន្ធនៃផែនការ ប្រតិបត្តិ ប្រចាំឆ្នាំនិង ត្រូវអភិវឌ្ឍន៍ដោយមានសកម្ម ភាពលំអិត (រាប់បញ្ចូលទាំងថវិកា) និង ប្រតិទិន ។ ពីបរិបទដែលបានរៀបរាប់ខាងលើផែនការរំកិលពន្ធនៃផែនការ បំណង :

- ប្រែក្លាយយុទ្ធសាស្ត្រ ផ.យ.ស ២ ជាសកម្មភាពជាក់ស្តែង
- ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ការវិភាជន៍/វិភាជន៍ឡើងវិញធនធានសំរាប់ ពន្ធនៃខាងមុខ និងត្រួតត្រាយ ការប្តេជ្ញាចិត្តអំពីធនធានដោយរដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូសុខាភិបាល ។
- សំរេចសំរួលកម្មវិធីជំនួយដល់វិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈការពិគ្រោះយោបល់ទូទាំងវិស័យ និងអណតិការវិភាជន៍តាមរយៈការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ
- បង្កើតមូលដ្ឋានសំរាប់កសាង ក្របខណ្ឌថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រ ដើម្បីកំណត់កញ្ចប់ថវិការបស់រដ្ឋា ភិបាលដោយក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ ។
- ផ្តល់ក្របខណ្ឌសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ

ដើម្បីពង្រឹងអភិ ក្រមសមាហរណកម្មនិងធានាថាលំហូរមូលនិធិឆ្លុះបញ្ចាំងពីខ្សែរយៈទទួលខុសត្រូវ និងសមត្ថកិច្ចកម្មវិធីសុខភាពទាំង៣ផ្នែកនិងខេត្ត- ក្រុងនិមួយៗនិងរៀបចំផែនការរំកិលពន្ធនៃផែនការ រួម បញ្ចូលដែលនឹងបង្កើតជាមូលដ្ឋានសំរាប់ផែនការរំកិលពន្ធនៃផែនការសំយោគដែលរៀបចំដោយក្រសួងសុខាភិបាល ។

ផែនការរំកិលពន្ធនៃផែនការ និងផ្សារភ្ជាប់ដោយផ្ទាល់ និងកំណត់យកជាផែនការវិនិយោគជាអាទិភាព សំរាប់ក្រសួងសុខាភិបាល ។

២.២ ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ

ផ.យ.ស.២ ជា ក្របខណ្ឌណែនាំសំរាប់គ្រប់សកម្មភាពទាំងអស់ នៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ។ គោលបំណង និងគោលដៅចំណុចរបស់ ផ.យ.ស.២ និងត្រូវបានប្រតិបត្តិតាមរយៈការអភិវឌ្ឍន៍ និង អនុវត្តន៍ផែនការប្រតិបត្តិ ប្រចាំឆ្នាំដែលផ្សារភ្ជាប់ជាមួយថវិកាតាមកម្មវិធី នៅគ្រប់ថ្នាក់ទាំងអស់នៃ ប្រព័ន្ធ សុខាភិបាលដើម្បីសំរេចគោលបំណងនេះ ។ ដូច្នេះ ក្រុមមន្ត្រី គ្រប់ គ្រងសុខាភិបាលនៅគ្រប់ថ្នាក់តំរូវឱ្យ

ពិនិត្យមើលសមាសភាគយុទ្ធសាស្ត្រ និងអន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រដែលបានកំណត់ក្រោមកម្មវិធីសុខភាព និមួយៗក្នុង ផ.យ.ស.២ ហើយប្រើប្រាស់វា ដើម្បីបង្កើត ក្របខណ្ឌសំរាប់អន្តរាគមន៍និងសកម្មភាពរបស់ ខ្លួន។ ការណ៍នេះនឹងបង្កើតឡើងនូវចំណងទាក់ទងមួយច្បាស់លាស់និងដោយផ្ទាល់រវាងគោលបំណងដែលបាន កំណត់និងគោលដៅនិមួយៗ ដែលបានរៀបរាប់ក្នុងផ.យ.ស.២ និងគោលដៅដទៃទៀតដែលបានកំណត់ ដោយមណ្ឌលគ្រប់គ្រងថវិកាថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់មូលដ្ឋាន ហើយធ្វើឱ្យផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំវិស័យ សុខាភិបាលឆ្លុះបញ្ចាំងកាន់តែល្អប្រសើរនូវបំណងរបស់ ផ.យ.ស.២ ។

• តួនាទីនៃផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ

បច្ចុប្បន្នផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំស្ថិតក្នុងឆ្នាំទី៥ នៃការអនុវត្តទូទាំងវិស័យ។ ផែនការប្រតិបត្តិ ប្រចាំឆ្នាំបានកសាងឡើង ទុកជាយន្តការដែលមាន ឥទ្ធិពលលើការសំរេចចិត្តលើការវិភាគនិងធនធានជាទូទៅ ទូទាំងវិស័យសុខាភិបាលប៉ុណ្ណោះទេ (តាមរយៈការចូលរួមក្នុងការវិភាគនិងធនធាន) តែក៏ជាពិសេសផ្នែក ធនធានសំរាប់អ្នកធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្ត និងមន្ត្រីគ្រប់គ្រងកម្មវិធី ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចបន្តការតំរៀបតំរង់ សកម្មភាពនៃកម្មវិធីរបស់ខ្លួនទៅតាមគោលដៅនិងយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ ផ.យ.ស.២។ ផែនការនេះនឹងធ្វើឱ្យ ក្រសួងសុខាភិបាលអាចសំរេចបានកិច្ចខ្ពស់នៃសមាហរណកម្មនៅក្នុងផែនការនីយកម្ម និងសង្គតភាពនៅក្នុង អភិ ក្រមនានាទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល។

ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំចាំបាច់ត្រូវតែសង្កត់ធ្ងន់ ជាមួយបែបបទនៃការគ្រប់គ្រង និងយន្តការ ទទួលខុសត្រូវចំពោះការកសាងថវិកាតាមកម្មវិធី។ ផែនការនេះនឹងផ្តល់គ្រឹះមូលដ្ឋានសំរាប់ទីភ្នាក់ងារ ប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង និងខាងក្រៅ និងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ក៏ដូចជាគាំទ្រដល់ “ថវិកាកញ្ចប់សំរាប់ការផ្តល់សេវា” របស់ខេត្ត-ក្រុង។ ភាពលំអិតនៃផែនការនិងអាស្រ័យលើកត្តាមួយចំនួន ពិសេស គឺកិច្ចនៃវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការដែលតំរូវដោយ “ច្បាប់សំរាប់រៀបចំអង្គការ” និងបែបបទ ថវិការបស់ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ។

ចំណុចសំខាន់របស់ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ គឺ :

- ផែនការសកម្មភាពនិងថវិកាប្រចាំឆ្នាំលំអិត
- ណែនាំដោយអាទិភាពក្នុងវិស័យកំណត់ដោយការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាល ប្រចាំឆ្នាំ
- ប្រើប្រាស់កញ្ចប់ថវិការបស់រដ្ឋាភិបាល និងដៃគូចេញពីផែនការរំកិលធានា ផ្តល់មូលដ្ឋាន សំរាប់ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាក្រៅនិង “ថវិកាកញ្ចប់” របស់ខេត្ត-ក្រុង
- បញ្ចូលសកម្មភាពនិងធនធានវិភាគនីតិកម្មវិធីជាតិ ទៅក្នុងផែនការរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល សំរាប់ការសំយោគនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ និងនៅថ្នាក់លើបន្តបន្ទាប់
- ផែនការសកម្មភាពខេត្ត-ក្រុង ត្រូវពិនិត្យសំរេចដោយក្រសួងសុខាភិបាល នៅមុនពេលខេត្ត- ក្រុងដាក់សំណើអំពីផែនការថវិកា

• **គោលការណ៍ណែនាំសំរាប់អភិវឌ្ឍន៍ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ**

-
១. បែបបទដែលមានការចូលរួមក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការ
 ២. ការកំណត់អាទិភាពត្រូវផ្អែកតាមការពិនិត្យលទ្ធផលវិស័យសុខាភិបាល
ប្រចាំឆ្នាំនិងការពិនិត្យលទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំរបស់អង្គភាពនីមួយៗ
 ៣. កសាងផែនការនិងថវិកាសំដៅលើលទ្ធផល
-

• **បែបបទដែលមានការចូលរួមក្នុងការកសាងផែនការ**

បែបបទផែនការនីយកម្មត្រូវបានកែតម្រូវឡើង ដើម្បីឱ្យមានការចូលរួមពី គ្រប់ដៃគូទាំងអស់ចាប់
តាំងពីការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំនិងការកំណត់អត្តសញ្ញាណអាទិភាពរហូតដល់ការអភិវឌ្ឍន៍សកម្ម
ភាពរបស់អង្គភាពនីមួយៗ ដោយឈរលើសំណុំគោលដៅរួម និងអន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រដែល បាន
ឯកភាពគ្នា និងបែបបទនៃការពិនិត្យវិនិច្ឆ័យផែនការ និងការផ្តល់យោបល់ត្រឡប់ចំពោះមុខផ្ទាល់នៅលើ
ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំនីមួយៗ ។ ពង្រឹងបែបបទផែនការនីយកម្មផ្តល់ឱ្យអង្គការផ្នែកនីមួយៗ និងដៃគូ
សុខាភិបាលរបស់ខ្លួននូវឱកាសដែលមានអនុភាពទៅលើការវិភាជន៍ធនធានទូលំទូលាយមួយតាមរយៈការ
ចែករំលែកព័ត៌មាន ទន្ទឹមគ្នានេះក៏រក្សាបាននូវការត្រួតត្រារបស់ខ្លួនលើធនធានដែលវិភាជន៍ឱ្យនៅក្នុងការ
ប្រតិបត្តិ។

• **ការកំណត់អាទិភាពផ្អែកតាមការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំវិស័យសុខាភិបាលនិងរបស់អង្គភាពនីមួយៗ**

គោលបំណងយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ផ.យ.ស.២ ត្រូវបានឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងអាទិភាពវិស័យសុខា
ភិបាលដែលបានកំណត់ឡើងរៀងរាល់ឆ្នាំនៅពេលពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ ។ លទ្ធផលនេះ
បង្កើតមូលដ្ឋានសំរាប់ផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំ ដែលទាក់ទងនឹងធនធានដែលអាចរកបានក្នុងឆ្នាំនីមួយៗ ។
អាទិភាពទាំងនេះផ្តោតលើផ្នែកដែល ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាបន្ទាន់ក្នុងអនាគតដ៏ខ្លី ដោយទទួលស្គាល់ថា
សកម្មភាពនៃវិស័យសុខាភិបាលមានលក្ខណៈទូលំទូលាយ ហើយការធ្វើផែនការប្រតិបត្តិត្រូវតែគិតដល់
គោលបំណងយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ ផ.យ.ស ២ ។

គោលដៅយុទ្ធសាស្ត្រ: ផ.យ.ស.២ បានកំណត់នូវចង្កោមគោលដៅយុទ្ធសាស្ត្រ សំរាប់
កម្មវិធីសុខភាពដែលនឹងរួមចំណែកដោយផ្ទាល់ទៅនឹងអាទិភាពមួយចំនួន ដែលកំណត់ដោយការពិនិត្យ
រួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ ។ គោលដៅជាច្រើនឆ្លុះបញ្ចាំងដោយផ្ទាល់ទៅលើយុទ្ធសាស្ត្រ
សុខាភិបាលទាំង៥ និងអន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រ ខណៈពេលដែលគោលដៅដទៃទៀតបានផ្តោតទៅលើ
បុរេលក្ខខណ្ឌសំរាប់ការអនុវត្តន៍មានប្រសិទ្ធភាពនៃយុទ្ធសាស្ត្រដែលបានស្នើឡើង ។

សកម្មភាព: ការអភិវឌ្ឍន៍សកម្មភាពសំរាប់ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំដោយឯករាជ្យ គឺជារូបធាតុ
ដ៏មានសារៈសំខាន់មួយនៃការសំយោគផែនការ។ មន្ត្រីគ្រប់គ្រងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងតាមអង្គភាព

ទូទាំងប្រទេស ចាំបាច់ត្រូវតែអភិវឌ្ឍសកម្មភាពនៃផែនការរបស់ខ្លួន ដោយផ្អែកលើចង្កោមអន្តរាគមន៍ជា យុទ្ធសាស្ត្ររបស់ផ.យ.ស.២ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងតួនាទីមុខងារនិងសមត្ថភាពនៃអង្គការរបស់ខ្លួន។ ជា លទ្ធផល ការផ្សារភ្ជាប់គ្នាបែបនេះនឹងធ្វើឱ្យវិស័យដល់វឌ្ឍនភាពទូទាំងវិស័យ ឆ្ពោះទៅកាន់ការសំរេច សមិទ្ធផលដែលជាគោលដៅយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ផ.យ.ស.២។ ការអភិវឌ្ឍសកម្មភាពទាំងអស់នេះ គឺជា ទិដ្ឋភាពដ៏សំខាន់នៃបែបបទផែនការនីយកម្ម “ពីក្រោមឡើងលើ” ដែលនឹងធ្វើឱ្យផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ ក្លាយជាឧបករណ៍ដ៏មានអានុភាពសំរាប់ការវិភាជន៍ធនធានទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល។

• ការកសាងផែនការនិងថវិកាសំដៅលើលទ្ធផល

ផលប្រយោជន៍សំខាន់មួយនៃបែបបទផែនការនីយកម្ម “ពីក្រោមឡើងលើ” ដោយមានកិច្ចចូលរួម សហការនៅក្នុងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ គឺជាយន្តការផ្តល់ព័ត៌មានសំខាន់ៗ ស្តីពីបញ្ហាប្រឈមមុខនិង កាលានុវត្តភាពនៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិដល់ការសំរេចចិត្តដែលនឹងត្រូវធ្វើឡើងនៅថ្នាក់កណ្តាល និងខេត្ត-ក្រុង។ ព័ត៌មាននេះរួមមាន បញ្ហាប្រឈមមុខចំបងៗដែលត្រូវដោះស្រាយ និងជំរើសនានាដែលមានដើម្បីដោះ ស្រាយបញ្ហាប្រឈមមុខទាំងអស់នេះ នៅចំពោះមុខឧបសគ្គរយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែង ធនធាន ដែលអាចរកបានឬរំពឹងថានឹងមាននិងប្រភពនៃធនធានទាំងអស់នោះ ព្រមទាំងថ្លៃចំណាយដែលបានគិតទុក សំរាប់សកម្មភាព ព្រមទាំងតម្រូវការនៃការផ្តល់មូលនិធិដែលពាក់ព័ន្ធ។

២.៣ បែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំនិងប្រតិបត្តិ

បែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំត្រូវបានតាក់តែងឡើង ដើម្បីលើកស្ទួយរបៀបវារៈវិមជ្ឈការផែនការ នីយកម្មក្នុងវិស័យសុខាភិបាលដែលនឹងជួយដល់មន្ត្រីគ្រប់គ្រងនៅតាមមូលដ្ឋាន/អង្គការពិធីការសំរេចចិត្ត កាន់តែត្រឹមត្រូវក្នុងការធ្វើផែនការដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់អាទិភាពវិស័យសុខាភិបាល និងអាទិភាពមូលដ្ឋានដែល បានកំណត់តាមរយៈការពិនិត្យលទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំ។ ការធ្វើផែនការបែបវិមជ្ឈការទាមទារឱ្យមានការ សំយោគរួមបញ្ចូលគ្នានៃផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំរបស់ស្រុកប្រតិបត្តិ (រួមមានផែនការប្រចាំឆ្នាំមណ្ឌល សុខភាព មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ)ទៅក្នុងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំរបស់ខេត្ត- ក្រុង។

នាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល-សហការជាមួយនាយកដ្ឋានថវិកានិងហិរញ្ញវត្ថុ ដឹក នាំការពិនិត្យវិនិច្ឆ័យនិងផ្តល់យោបល់ត្រឡប់លើផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំរបស់អង្គការសុខាភិបាលនីមួយៗ ហើយសំយោគជាផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំវិស័យសុខាភិបាលទាំងមូល។ នៅចុងបញ្ចប់ផែនការនេះ ត្រូវ បានពិនិត្យនិងអនុម័តដោយគណៈកម្មការដឹកនាំវិស័យសុខាភិបាល (សមាជិករួមមានមន្ត្រីជាន់ខ្ពស់ក្រសួង សុខាភិបាល ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ និងក្រសួងផែនការ)នៅមុនពេលអនុវត្តផែនការ។ តារាង១០ ខាងក្រោមនេះបង្ហាញអំពីសកម្មភាពសំខាន់ៗដែលផ្សារភ្ជាប់ជាមួយប្រតិទិននៃបែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំ ឆ្នាំវិស័យសុខាភិបាល។

នៅខណៈពេលដែលបែបបទនៃការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ កំពុងតែវិវត្តមានតំរូវការ
 ចាំបាច់ក្នុងការពង្រឹងការអនុវត្តន៍បែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំនេះ ដើម្បីឱ្យការធ្វើផែនការពីក្រោមមក
 លើកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព ពិសេសនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិនិងនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលសមត្ថភាព
 ជំនាញក្នុងការធ្វើផែនការនិងកសាងថវិកាត្រូវបានមើលឃើញថានៅមានកំរិត ដូច្នេះតំរូវឱ្យមានការខិតខំ
 ប្រឹងប្រែងយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការពង្រឹងសមត្ថភាពប្រកបដោយចីរភាព ។

តារាង ១០ បែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំនិងប្រតិទិន

| សកម្មភាពចម្បង | ខែសំរេច | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|
| | ម | ក | ម | ម | ត | ម | ក | ស | ក | ត | វ | ច | |
| ១- ពិនិត្យលទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំ: មណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យ ស្រុកប្រតិបត្តិ ខេត្ត-ក្រុង ថ្នាក់កណ្តាល | | | | | | | | | | | | | |
| ២- រៀបចំផែនការកិច្ចសន្យាសំរាប់វិស័យ/ក្របខណ្ឌថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រ- ខេត្ត-ក្រុង-កណ្តាល | | | | | | | | | | | | | |
| ៣- សន្និបាតសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ/ពិនិត្យរូបមន្តសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ(ពិនិត្យលទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំ ជ.យ.ស.២)/ពិនិត្យរូបមន្តផែនការកិច្ចសន្យា ៣ ឆ្នាំ | | | | | | | | | | | | | |
| ៤- រៀបចំផែនការប្រចាំឆ្នាំរួមទាំងថវិកាតាមអង្គភាពទាំងអស់ | | | | | | | | | | | | | |
| ក្របខណ្ឌថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រក្រសួងសុខាភិបាលធ្វើទៅក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុ | | | | | X | | | | | | | | |
| ៥- ក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងពិនិត្យផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំខេត្ត-ក្រុង | | | | | | | | | | | | | |
| ៦- អង្គភាពខេត្តក្រុង-ថ្នាក់កណ្តាលធ្វើផែនការប្រចាំឆ្នាំមកនាយកដ្ឋានផែនការ | | | | | | | | | | | | | |
| ៧- ពិនិត្យវិនិច្ឆ័យផែនការ និងផ្តល់យោបល់ត្រឡប់ | | | | | | | | | | | | | |
| ៨- ធ្វើផែនការកែតម្រូវមកនាយកដ្ឋានផែនការ | | | | | | | | | | | | | |
| ការចងកិច្ចសន្យាថវិកាក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុ | | | | | | | | X | | | | | |
| ៩- រៀបចំកម្រងផែនការប្រចាំឆ្នាំវិស័យសុខាភិបាល-ថវិកា | | | | | | | | | | | | | |
| ១០- ក្រសួងសុខាភិបាលនិងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍រូបមន្តពិនិត្យផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ | | | | | | | | | | | | | |
| ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុបញ្ជូនផែនការថវិកាជូនរាជរដ្ឋាភិបាល | | | | | | | | | | | | X | |
| ១១- ពិនិត្យឡើងវិញកម្រងផែនការប្រចាំឆ្នាំបន្ទាប់ពីការអនុម័តថវិកាដោយគណៈរដ្ឋមន្ត្រី | | | | | | | | | | | | | |
| ថវិកាជាតិអនុម័តដោយអង្គការនីតិបញ្ញត្តិ | | | | | | | | | | | | | X |
| ១២- បញ្ជូនផែនការប្រចាំឆ្នាំបន្ទាប់ពីអង្គការនីតិបញ្ញត្តិអនុម័តថវិកាលើថវិកាជាតិ | | | | | | | | | | | | | |
| ១៣- គណៈកម្មការដឹកនាំវិស័យសុខាភិបាលពិនិត្យ-អនុម័តផែនការប្រចាំឆ្នាំ | | | | | | | | | | | | | |
| ១៤- ពិនិត្យឡើងវិញកម្រងក្រោយផែនការប្រចាំឆ្នាំដោយអង្គភាពនិមួយៗរៀបចំផែនការ ត្រឹមត្រូវសំរាប់ការអនុវត្តន៍ និងចាប់ផ្តើមសារជាថ្មីបែបបទផែនការនីយកម្មឆ្នាំបន្ត | | | | | | | | | | | | | |
| ឆ្នាំចេញផ្សាយនៃប្រតិទិន្យថវិកា និងចេញប្រតិទិន្យផែនការ | | | | | | | | | | | | | |
| ១៥- ការពិនិត្យតាមដានស្នាដៃអនុវត្តផែនការប្រចាំឆ្នាំ តាមរយៈការពិនិត្យប្រចាំត្រីមាស | | | | | | | | | | | | | |
| ១៦- ការពិនិត្យពាក់កណ្តាលឆ្នាំនៃការអនុវត្តផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ | | | | | | | | | | | | | |
| | ត្រីមាស១ | | | | ត្រីមាស២ | | | | ត្រីមាស៣ | | | | ត្រីមាស៤ |

២.៤ ការកសាងថវិកាតាមកម្មវិធី

ជាផ្នែកមួយនៃកំណែទំរង់ការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុសាធារណៈ របស់ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ ក្រសួងសុខាភិបាលបានចាប់ផ្តើមអនុវត្តសកម្មភាពថ្មីនៃផ្នែកនេះនៅថ្នាក់រដ្ឋបាលកណ្តាលក្នុងការកសាងផែនការ និងថវិកាតាមកម្មវិធីពីឆ្នាំ២០០៦ ។

ការរកសាងថវិកាតាមកម្មវិធី គឺជាចំណាត់ថ្នាក់នៃការចំណាយឈរលើមូលដ្ឋានកម្មវិធី និងជា ឧបករណ៍ដ៏មានសារៈប្រយោជន៍សំរាប់ការវិភាគជ័រជនធាន។ ការអនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រនេះព្យាយាមផ្សារ ភ្ជាប់ការចំណាយនៅលើសកម្មភាពកម្មវិធីទាំងអស់នៅក្នុងវិធីនីមួយៗទៅនឹងលទ្ធផល និងបង្កើនយន្តការទទួល ខុសត្រូវ ជាមួយគ្នានេះអាចឱ្យអ្នកតាក់តែងគោលនយោបាយដឹងច្បាស់ថា តើលុយសាធារណៈត្រូវបាន ប្រើប្រាស់យ៉ាងដូចម្តេច។

ការអនុវត្តន៍មានប្រសិទ្ធភាពនៃការរកសាងថវិកាតាមកម្មវិធីគឺតំរូវការ៖

- ថវិកាគួរឱ្យទុកចិត្តបាន និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អង្គភាពសាមី
- សមត្ថភាពបច្ចេកទេសនិងស្ថាប័ន
- លទ្ធផលអាចវាស់វែងបាន
- ព័ត៌មាននិងសមត្ថភាពដើម្បីធ្វើផែនការវែងនិង
- មានការចូលរួមពីអ្នកផ្តល់ជំនួយ

ផ.យ.ស.២ បានកំណត់គោលបំណងនិងគោលដៅច្បាស់លាស់សំរាប់វិស័យសុខាភិបាលរួមទាំង យន្តការត្រួតពិនិត្យតាមដានវឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំនៃការអនុវត្តផ.យ.ស.២ (តាមរយៈការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធ ផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ) ដែលត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងបែបបទនៃផែនការនីយកម្មនិងក្របខណ្ឌរួមនៃការត្រួត ពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ។ ការរកសាងថវិកាតាមកម្មវិធីនិងរួមចំណែកដល់ការពង្រឹងបែបបទខាងលើនេះ ដោយសារបែបបទទាំងអស់នេះ។

ក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រ និងក្របខណ្ឌប្រតិបត្តិរបស់ ផ.យ.ស.២ តំរូវឱ្យផែនការប្រតិបត្តិ ប្រចាំឆ្នាំរៀបចំឡើងដោយ **កម្មវិធីសុខភាព ៣** ដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពីអាទិភាពផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជន និង **អនុកម្មវិធី** មួយចំនួនទាក់ទងនឹងគោលដៅទាំង១២ របស់ផ.យ.ស.២។ សកម្មភាពផែនការនៃអង្គភាព ទាំងអស់ត្រូវតែដាក់ទៅតាមអនុកម្មវិធីនីមួយៗ ដែលគោលដៅចំណុច និងសូចនាករត្រូវតែរៀបចំរង់ទៅ តាមសមាសភាគយុទ្ធសាស្ត្រ និងអន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្ររបស់ ផ.យ.ស.២ ធ្វើដូច្នេះយុទ្ធសាស្ត្រ សុខាភិបាលទាំង៥ គឺត្រូវបានដាក់អនុវត្តដោយសង្គតភាពទូទាំងកម្មវិធីសុខភាពទាំង៣។

៣. ក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ

វឌ្ឍនភាពក្នុងការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ និងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យតាមដាន តាមរយៈការពិនិត្យ វឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំ និងការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃផែនការនិងបន្តដោយការវាយតម្លៃនៅវដ្តបញ្ចប់ នៃផែនការដើម្បីបញ្ជាក់អំពីផលប៉ះពាល់របស់ផែនការទៅលើការធ្វើឱ្យស្ថានភាពសុខភាពប្រសើរឡើង។

ក្របខណ្ឌបង្ហាញខាងក្រោម គឺជាឧបករណ៍សំរាប់ក្រសួងសុខាភិបាលត្រួតពិនិត្យតាមដាន និង វាយតម្លៃឈរលើមូលដ្ឋានទៀងទាត់ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានសំរាប់ធ្វើការសំរេចចិត្តផ្នែកគោលនយោបាយ។ ក្របខណ្ឌសូចនាករលើកស្ទួយដល់ការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានទាំងបរិមាណនិងគុណភាព ព្រមទាំងការធ្វើការ សំរេចចិត្តផ្នែកលើភស្តុតាង។ ក្របខណ្ឌសូចនាករនេះនឹងត្រូវបានពិនិត្យមើលឡើងវិញជារៀងរៀងដើម្បីធានាថា

ព័ត៌មានដែលប្រមូលបាន គឺមាន ប្រយោជន៍សំរាប់ម ង្រីតាក់តែងគោលនយោបាយ និងម ង្រី គ្រប់ គ្រងនៅ គ្រប់ថ្នាក់នៃ ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ។

មានការគិតទុកថា ដៃគូសុខាភិបាលទាំងអស់នឹងប្រើ ប្រាស់ក្របខណ្ឌនេះ (រាប់បញ្ចូលទាំងសំណុំ សូចនាករដែលបានឯកភាពគ្នា) ដើម្បីពិនិត្យវឌ្ឍនភាពនៃកម្មវិធី/គម្រោងរបស់ខ្លួនក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ។

រូបភាព ៩: ក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ ផ.យ.ស.២



៣.១ ការពិនិត្យវឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំនៃផ.យ.ស.២

ផ.យ.ស.២ និង ត្រូវបានប្រតិបត្តិតាមរយៈការអនុវត្តន៍ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ ដូច្នេះវឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំនៃផ.យ.ស.២ និង ត្រួតពិនិត្យតាមដានតាមរយៈការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំដែលបានប្រព្រឹត្តទៅយ៉ាងទៀងទាត់រៀងរាល់ឆ្នាំចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៤ ។ របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំនិងត្រូវបានរៀបចំ (គំរូរបាយការណ៍និងភ្ជាប់ជាមួយសេចក្តីណែនាំអំពីការរៀបចំផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ) ដោយឈរលើមូលដ្ឋាននៃការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពីការពិនិត្យលទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំ នៃការអនុវត្តន៍ផែនការប្រតិបត្តិរបស់អង្គការសុខាភិបាលគ្រប់ថ្នាក់ទូទាំងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល យោងតាមបែបបទផែនការនីយត័កម្មប្រចាំឆ្នាំ ។

លក្ខណៈសម្បត្តិនៃការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ គឺ :

- ពិនិត្យស្នាដៃការងារឆ្នាំមុន ដោយផ្តោតលើសូចនាករស្នូលដែលបានជ្រើសរើស ។
- កំណត់អាទិភាព ផ.យ.ស.២ ឡើងវិញ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានដល់ការវិភាជន៍ធនធាន/វិភាជន៍ឡើងវិញ ហើយផ្សារភ្ជាប់អាទិភាពនេះទៅនឹងការធ្វើផែនការប្រចាំឆ្នាំនិងបែបបទថវិកា ។

- ពង្រឹងតួនាទីរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ក្នុងការណែនាំនិងអណត្តិដល់ការវិភាជន៍ធនធានទៅតាមផែនការវិភាគធនធាន ហើយអាចឱ្យដៃគូតំរៀបតំរង់ឡើងវិញជាអតិបរមាតាមដែលអាចធ្វើបាននូវកម្មវិធីនិងធនធានរបស់ខ្លួនទៅនឹងសកម្មភាពអាទិភាពនៅក្នុងផែនការវិភាគធនធាន។
- ផ្តល់យន្តការទទួលខុសត្រូវសំខាន់សំរាប់ក្រសួងសុខាភិបាលនិងដៃគូសុខាភិបាលនៅក្នុងការធ្វើផែនការគ្រប់គ្រងធនធាន និងលើកកម្ពស់ការសំរេចចិត្តដើម្បីឱ្យទទួលបានលទ្ធផល។
- តំរៀបតំរង់ជាមួយយន្តការត្រួតពិនិត្យតាមដានរបស់ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍជាតិ ដោយបច្ចុប្បន្នភាពប្រចាំឆ្នាំគោលដៅចំណុចទាក់ទងសុខភាព នៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍជាតិ (គោលដៅចំណុចនៃវិស័យត្រូវបានកែសំរួល ហើយបង្ហាញក្នុងរបាយការណ៍វឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំ)។

ការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាល ប្រចាំឆ្នាំដែលប្រព្រឹត្តទៅរួមគ្នាជាមួយសន្និបាតសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ ដោយមានការចូលរួមអង្គការសុខាភិបាលគ្រប់ថ្នាក់ ក្រសួង អង្គការពាក់ព័ន្ធ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អាជ្ញាធរខេត្ត-ក្រុង ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ-សង្កាត់ តំណាងសហគមន៍ តំណាងវិស័យឯកជន អង្គការសង្គមស៊ីវិល ដូចជាសមាគមវិជ្ជាជីវៈ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល វិស័យឯកជនស្វែងរកផលកំរៃ ព្រមទាំងដៃគូដទៃទៀត។

៣.២ ការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃផ.យ.ស.២-ឆ្នាំ២០១១

-
- ប្រព្រឹត្តទៅនៅពេលបញ្ចប់ដំណាក់កាលពង្រឹងនៃការអនុវត្តផ.យ.ស.២ ពិនិត្យនិងផ្តល់អនុសាសន៍សំរាប់ដំណាក់កាលពង្រឹង។
 - ពេលអភិវឌ្ឍន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ២០១១-២០១៥ ពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃផ.យ.ស.២ បច្ចុប្បន្នភាពនិងឱ្យការណ៍ដល់បែបបទអភិវឌ្ឍន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ។
 - ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០១០ ឱ្យការណ៍ដល់ការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃ ផ.យ.ស.២ ។
-

ការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃ ផ.យ.ស.២ នឹងប្រព្រឹត្តទៅនៅក្នុងឆ្នាំ២០១១ មួយផ្នែកផ្នែកលើលទ្ធផលនៃអ.ប.សឆ្នាំ២០១០ ដែលលទ្ធផលអាចនឹងប្រើប្រាស់បាននៅឆ្នាំ២០១១។ ការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនេះនឹងរួមចំណែកដល់ការកែតម្រូវពាក់កណ្តាលទីនិងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផ.យ.ស.២ សំរាប់រយៈពេលពីឆ្នាំ២០១១ទៅដល់២០១៥តាមរយៈការពិនិត្យវឌ្ឍនភាពនិងសមិទ្ធផលវិស័យសុខាភិបាល។

៣.៣ ការវាយតម្លៃ ផ.យ.ស.២-ឆ្នាំ២០១៥

ផ.យ.ស.២ និងត្រូវបានវាយតម្លៃនៅឆ្នាំបញ្ចប់នៃផែនការ។ ដូចគ្នានឹងការពិនិត្យពាក់កណ្តាល អណត្តិដេរ ការវាយតម្លៃផ.យ.ស.២ និងផ្នែកលើលទ្ធផលនៃ អ.ប.ស ឆ្នាំ២០១៥ ហើយលទ្ធផលនៃ ការវាយតម្លៃចុងក្រោយនេះ នឹងយកទៅប្រើប្រាស់សំរាប់ការកសាងផ.យ.ស.៣ (២០១៦-២០២០)។

៤. ក្របខណ្ឌសុច្ឆន្ទានុសាសន៍សំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ

៤.១ គោលបំណង

គោលបំណងនៃក្របខណ្ឌសុច្ឆន្ទានុសាសន៍ ៣យ៉ាងដូចខាងក្រោមនេះ ៖

- ត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃស្នូលដៃវិស័យសុខាភិបាលក្នុងការលើកស្ទួយលទ្ធផល សុខភាពតាមរយៈការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២
- បន្សុទ្ធគោលនយោបាយសុខាភិបាលដែលមាន ដោយពិចារណាទៅលើវឌ្ឍនភាពដែល បានកើតមាននៅក្នុងអំឡុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ និង
- ជួយឱ្យមន្ត្រីពាក់ព័ន្ធគោលនយោបាយសំរេចចិត្តលើប្រសិទ្ធភាពនៃអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗគ្នា និងជំរើសគោលនយោបាយ

ការធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្តផ្អែកលើភស្តុតាង គឺជាការប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន ត្រឹមត្រូវនិងទាន់ពេលវេលា ដើម្បីធ្វើការសំរេចចិត្ត ត្រឹមត្រូវ។ ដើម្បីយល់ដឹងពីផលប៉ះពាល់នៃអន្តរាគមន៍របស់គោលនយោបាយទៅលើ ស្ថានភាពសុខភាពមន្ត្រីសំរេចចិត្តគោលនយោបាយរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលត្រូវការចាំបាច់យ៉ាងទៀងទាត់ ទិន្នន័យដែលអាចទុកចិត្តបានស្តីអំពី ឥរិយាបថផ្នែកសុខភាព ការប្រើប្រាស់សេវា ការគ្របដណ្តប់ គុណភាព និងថ្លៃចំណាយ។ ព័ត៌មានទាំងអស់នេះអាចបញ្ជាក់បានតាមរយៈសុច្ឆន្ទានុសាសន៍ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសយក ដោយម៉ត់ចត់ដើម្បីវាស់វែងស្នូលដៃវិស័យសុខាភិបាល និងផលប៉ះពាល់នៃគោលនយោបាយទៅលើសុខភាព និងការអភិវឌ្ឍន៍។

តាមរយៈបែបទបទផែនការនីយត័កម្ម ប្រចាំឆ្នាំដ៏ទៀងទាត់ គ្រប់នាយកដ្ឋាន កម្មវិធីជាតិ និង អង្គការថ្នាក់កណ្តាលទាំងអស់អនុញ្ញាតិឱ្យប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែមក្នុងកិច្ចអតិបរមា ប្រសិនបើចាំបាច់ សំរាប់ ផែនការគ្រប់គ្រងនិងត្រួតពិនិត្យតាមដានសកម្មភាពកម្មវិធីរបស់ខ្លួន។ ដូចគ្នានេះដែរមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ក្រុងនិង ស្រុក ប្រតិបត្តិដោយរាប់ទាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលអាចប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីសុច្ឆន្ទានុសាសន៍សំរាប់ការងារគ្រប់គ្រងនិងផែនការសេវារបស់ខ្លួន (ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ប្រចាំត្រីមាស ពិនិត្យលទ្ធផល ប្រចាំឆ្នាំ)។ សុច្ឆន្ទានុសាសន៍ជាតិខ្លះអាចប្រមូលបានពីថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង ហើយបំរើឱ្យគោលដៅពីរ៖ ផ្តល់ ព័ត៌មានដល់គោលនយោបាយជាតិ និងត្រួតពិនិត្យតាមដានផែនការថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង និងស្រុកប្រតិបត្តិ)។

ប្រភពព័ត៌មានចំងាយសំរាប់សុច្ឆន្ទានុសាសន៍ទាំងអស់នេះអាចនឹងប្រមូលបាន តាមរយៈប្រព័ន្ធព័ត៌មាន សុខាភិបាលរួមនិងលទ្ធភាពនៃការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចរកបានពី ក្រសួង-ស្ថាប័នដទៃទៀត និង

ការអង្កេតនានា ដូចជា៖ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាព ការអង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម ជំរឿនប្រជាជន ។ល។

៤.២ សូចនាករសំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃ

• កំរិតទូទៅនៃការអភិវឌ្ឍន៍ សូចនាករសំរាប់ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃ ផ.យ.ស.២ គឺឈរលើមូលដ្ឋាននៃគោលនយោបាយនិងអាទិភាពដែលបានលើកឡើងក្នុងផែនការ។ ផ.យ.ស.២ បញ្ជាក់យ៉ាងច្បាស់អំពីចក្ខុវិស័យរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលគឺ “លើកកម្ពស់ការអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយនិរន្តរភាពនៃវិស័យសុខាភិបាល ដើម្បីភាពកាន់តែប្រសើរឡើងនៃសុខភាពនិងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនទាំងអស់ពិសេសប្រជាជនក្រីក្រ ស្ត្រីនិងកុមារ ដើម្បីរួមចំណែកដល់ការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គមកិច្ចនិងការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជា”។ ដើម្បីលើកស្ទួយសុខភាព ក្រសួងសុខាភិបាលត្រូវការមានព័ត៌មានស្តីអំពីកំរិតទូទៅនៃការអភិវឌ្ឍន៍នៃប្រទេសកម្ពុជា។ ដោយសារការអភិវឌ្ឍន៍ប្រទេសកំពុងចលនាទៅមុខយ៉ាងលឿន ប្រទេសកម្ពុជាកាន់តែមានលទ្ធភាពផ្តល់តម្រូវការជាមូលដ្ឋានដល់ប្រជាជនកម្ពុជា។ សូចនាករជំរើសខាងក្រោមនេះបង្ហាញរូបភាពនៃកំណើនសេដ្ឋកិច្ចរួមនិងការអភិវឌ្ឍន៍មនុស្សក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

-
- ១. សន្ទស្សនៃការអភិវឌ្ឍន៍មនុស្ស
 - ២. ផលិតផលសរុបក្នុងស្រុកសំរាប់ប្រជាជនម្នាក់
 - ៣. % នៃគ្រួសារដែលស្ថិតនៅក្រោមចំណាត់ថ្នាក់ភាពក្រីក្រ
 - ៤. អត្រាអនតូរកម្មស្ត្រី
 - ៥. អត្រាសាយភូន
 - ៦. អាយុកាលមធ្យមរបស់បុរសនិងស្ត្រី
 - ៧. អត្រាកំណើតក្នុងប្រជាជន ១០០០ នាក់
 - ៨. អត្រាស្លាប់ក្នុងប្រជាជន ១០០០ នាក់
-

• លើកស្ទួយស្ថានភាពសុខភាព ដើម្បីបង្ហាញអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៃស្ថានភាពសុខភាពទូទៅ និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនកម្ពុជាក្នុងអំឡុងពេលមួយសូចនាករលទ្ធផលដែលបានជ្រើសរើស ដើម្បីវាយតម្លៃផលប៉ះពាល់នៃ ផ.យ.ស.២ មានដូចខាងក្រោមនេះ :

-
- ១. អត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ ឆ្នាំ ក្នុងចំណោមទារកកើតរស់ ១០០០នាក់
 - ២. អត្រាស្លាប់របស់ទារកទើបនឹងកើត ក្នុងចំណោមទារកកើតរស់ ១០០០នាក់
 - ៣. អត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម៥ ឆ្នាំ ក្នុងចំណោមទារកកើតរស់ ១០០០នាក់
 - ៤. % នៃកុមារដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរ៉ាំរ៉ៃ
-

- ៥. អត្រាស្លាប់របស់មាតា ក្នុងចំណោម ទារកកើតរស់ ១០០.០០០នាក់
- ៦. អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃ ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យអាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំ
- ៧. អត្រាដោយសារជំងឺរបេង ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.០០០ នាក់
- ៨. អត្រាស្លាប់នៃជំងឺគ្រុនចាញ់ ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.០០០ នាក់
- ៩. % នៃការស្លាប់ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ

សូចនាករទាំងនេះ ត្រូវបំបែកដើម្បីឱ្យយើងដឹងទៅតាមក្រុមប្រជាជនដែលមានស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គមខុសៗគ្នាក៏ដូចតាមទីតាំងភូមិសាស្ត្រ និងយែនឌ័រ។

- **លើកកំពស់ស្នាដៃការងារប្រពន្ធសុខាភិបាលនិងសេវា** ជាមធ្យោបាយ ដើម្បីសំរេចបានការលើកស្ទួយសុខភាពសូចនាករស្នូលត្រូវបានជ្រើសរើសសំរាប់វាស់វែង វឌ្ឍនភាព ប្រចាំឆ្នាំនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រទាំង៥ និងកម្មវិធីសុខភាពទាំង ៣ ដោយផ្ដោតចំបងលើ៖
 - បង្កើនធនធានសំរាប់វិស័យសុខាភិបាលវាស់វែង ប្រសិទ្ធភាព (ការបែងចែកនិងប្រើប្រាស់)
 - លើកស្ទួយដំណើរការនៃប្រពន្ធ
 - បង្កើនលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវា ការប្រើប្រាស់ ការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាព

ក្របខណ្ឌសូចនាករស្នូលសំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដានវឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំនៃផ.យ.ស.២

- ស១. % នៃប្រជាជនដែលទទួលបានសេវា ស.ស.អ MPA ពេញលេញ
- ស២. អត្រាប្រើប្រាស់គ្រែ
- ស៣. រយៈពេលមធ្យមនៃការសំរាកព្យាបាល (ចំនួនថ្ងៃ)
- ស៤. % នៃឱសថសារវ័ន្ត(១៥មុខក្នុងបញ្ជី) នៅមណ្ឌលសុខភាពដែលបានប្រឈមមុខនឹងការដាច់ស្តុក
- ស៥. % អតិថិជនដែលពេញចិត្តនឹងគុណភាពសេវាសាធារណៈ
- ស៦. ការពិគ្រោះជំងឺ (ករណីថ្មី) ក្នុងមួយឆ្នាំ
- ស៧. ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតទំនើប
- ស៨. ពិនិត្យផ្ទៃពោះ ២ ដង ឬច្រើនដងដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល
- ស៩. % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួល ART សម្រាប់ PMTCT
- ស១០. % នៃការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលមានការបណ្តុះបណ្តាល
- ស១១. % នៃការសម្រាលកូនដោយវះកាត់
- ស១២. % នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំដែលបានចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជិល
- ស១៣. % នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ដែលប្រើឱសថពន្យារជីវិតនៅរស់រានក្រោយពីការព្យាបាលរយៈពេល១២ខែ

- ស១៤. អត្រាស្រាវជ្រាវករណីជំងឺរបេងស្លូត បេកាវិជ្ជមាន (%)
- ស១៥. អត្រាជាសះស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង (%)
- ស១៦. ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈក្នុង
ប្រជាជន១.០០០នាក់
- ស១៧. អត្រាស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនឈាមបានរាយការណ៍មកសុខាភិបាលសាធារណៈ
- ស១៨. ប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែមលើមនុស្សពេញវ័យដែលបានរាយការណ៍ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
សាធារណៈ
- ស១៩. % នៃអ្នករហូសដែលប៉ះទង្គិចក្បាលដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍បានទទួលការព្យាបាល
- ស២០. ចំនួននៃករណីជំងឺផ្លូវចិត្តដែលបានរាយការណ៍ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- ស២១. ចំណែកនៃថវិការដ្ឋរបស់សុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងដែលបានចំណាយនៅមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-
ក្រុង ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកនិងមណ្ឌលសុខភាព
- ស២២. អត្រាគ្របដណ្តប់នៃមូលនិធិសមធម៌
- ស២៣. ការគ្របដណ្តប់នៃការអនុវត្តកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា
- ស២៤. ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពដែលមានបុគ្គលិកតាមគោលការណ៍ណែនាំ MPA
- ស២៥. % នៃមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តទទួលបានព័ត៌មានត្រលប់អំពី HIS ពីក្រសួង
- ស២៦. % នៃមូលនិធិជំនួយសម្រាប់សុខភាពដែលបានដាក់បញ្ចូលក្នុងផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ
- ស២៧. % នៃគ្រឹះស្ថានឯកជនដែលបានផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណពហុគ្លីនិក បន្ទប់ពិគ្រោះជំងឺ ឱសថស្ថាន
- ស២៨. ចំនួនគណៈកម្មការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាពដែលដំណើរការ

សំណុំសូចនាករ (ដោយបញ្ចូលទាំងសូចនាករស្នូលខាងលើ) សំរាប់ត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃ
ទូទៅនៃវិស័យសុខាភិបាល ប្រចាំឆ្នាំមានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង ឧបសម្ព័ន្ធ ។ ឈរលើទស្សនៈនៃការធ្វើផែនការ
ប្រចាំឆ្នាំ សូចនាករទាំងអស់នេះនឹងត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ ដែលបង្កើតបានជា
មូលដ្ឋាននៃការរៀបចំចាត់ចែងទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា រួមទាំងការលើកទឹកចិត្ត
តាមស្នាដៃការងារ។ មណ្ឌលគ្រប់គ្រងថវិកានៅគ្រប់ថ្នាក់ទាំងអស់អាចបន្ថែមសូចនាករខ្លះទៀត ដើម្បីត្រួត
ពិនិត្យតាមដានអន្តរាគមន៍និងសកម្មភាពនៃផែនការរបស់ខ្លួនដោយម៉ត់ចត់។

ជំពូក

៧

ថ្ងៃចំណាយនិងមូលនិធិ សំរាប់អន្តរាគមន៍វាយឧស្សាហ៍

- ថ្ងៃចំណាយលើការបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវា
- ថ្ងៃចំណាយពង្រីកកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា
- ថ្ងៃចំណាយលើការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌
- ថ្ងៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍សុខភាពបន្តពូជ
- ថ្ងៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍ការរស់រានរបស់កុមារ
- ប្រាក់លាភការបន្ថែមផ្នែកលើស្នាដៃការងារ



ថ្ងៃចំណាយ និងមូលនិធិសំរាប់អន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រ

១. សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះ ដាក់ចេញនូវថ្លៃចំណាយក្នុងពេលអនាគតដែលអាចកើតឡើង សម្រាប់យុទ្ធសាស្ត្រជាគន្លឹះខ្លះដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាផ្នែកមួយនៃផ.យ.ស.២។ គោលបំណងនៃការពិនិត្យលើថ្លៃចំណាយនេះ គឺដើម្បីផ្តល់នូវក្របខ័ណ្ឌទូលំទូលាយមួយ ស្តីពីអាទិភាពធនធានជាមធ្យោបាយមួយនៃការបង្ហាញអំពីការវិភាជន៍ធនធានរបស់ម្ចាស់ជំនួយ និងរដ្ឋាភិបាលក្នុងការគាំទ្រដល់ការអនុវត្តផ.យ.ស.២។ ការគណនាថ្លៃចំណាយលំអិតសំរាប់សកម្មភាពនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រនិងកម្មវិធី គឺមិនមានបង្ហាញនៅទីនេះទេ ហើយនិងត្រូវអនុវត្តតាមរយៈការកែសម្រួលផ.គ្រ.ស និងបែបបទផែនការវិភាគពាណិជ្ជកម្មនិងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ។

២. សមាសភាគថ្លៃចំណាយនិងសម្មតិកម្ម

អន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រ ដែលមានផលប៉ះពាល់ដល់ធនធានចម្បងៗ ហើយត្រូវបានចាត់ទុកថាជាសមាសភាគនៃការគណនាថ្លៃចំណាយ ផ.យ.ស.២ រួមមាន :

- ការបង្កើតការប្រើប្រាស់សេវាតាមកំណើន ប្រជាជន ក៏ដូចជាការកើនឡើងនូវតម្រូវការសម្រាប់សេវាសុខភាពសាធារណៈ
- ការពង្រីកការចុះកិច្ចសន្យា
- ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌

- ការពង្រីកអន្តរាគមន៍គន្លឹះនានា សំដៅលើកកម្ពស់សុខភាពមាតានិងកុមារ (ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជនិងការរស់រានរបស់កុមារ)
- ការបង្កើនការចំណាយលើបៀវត្ស ដោយសារកំណែទម្រង់បៀវត្ស

ការសន្មតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងថ្លៃចំណាយដែលបានប៉ាន់ស្មាន រួមមាន :

- ការកើនឡើងដែលរំពឹងទុកនៅក្នុងការប្រើប្រាស់សេវា
- កម្រិតនៃថ្លៃចំណាយឯកតានៃសេវាផ្សេងៗនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនានា
- ការកើនឡើងដែលរំពឹងទុកនៅក្នុងថ្លៃចំណាយឯកតា ដើម្បីជំរុញឱ្យគុណភាពសេវាកាន់តែមានភាពល្អប្រសើរឡើង
- លទ្ធភាពដែលអាចពង្រីកសេវាបាននៅថ្លៃចំណាយ marginal cost (ឧ.ដោយសន្មតថាមានសមត្ថភាពបម្រុង ហើយបុគ្គលិកដែលមានស្រាប់នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលបច្ចុប្បន្ននិងការងារបន្ថែមទៀត) ដោយប្រៀបធៀបទៅនឹងថ្លៃចំណាយពេញលេញ (ដែលតម្រូវឱ្យមានចំនួនបុគ្គលិកបន្ថែមទៀតធ្វើការនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានស្រាប់ ក៏ដូចជាបុគ្គលិកបន្ថែមទៀតធ្វើការនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលថ្មីផងដែរ) ។
- លទ្ធភាពដែលអាចបំពេញការប្រើប្រាស់សេវាបានដោយប្រើប្រាស់ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធដែលមានស្រាប់ ដោយមិនចាំបាច់ធ្វើការវិនិយោគទៅលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធថ្មី ។

២.១ សម្បត្តិកម្មសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សេវា

អត្រាប្រើប្រាស់សេវាបាននិងកំពុងកើនឡើងយ៉ាងរហ័សនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទោះបីជាបានចាប់ផ្តើមពីកម្រិតទាបបំផុតក៏ដោយ ។

និន្នាការនៃការពិគ្រោះជំងឺក្រៅ

| | ថ្នាក់ខេត្ត | មន្ទីរពេទ្យជាតិ | ករណីពិគ្រោះជំងឺ/មនុស្សម្នាក់/១ឆ្នាំ |
|-----------------------------------|-------------|-----------------|-------------------------------------|
| ២០០២ | ៤.៥៩៥.៩៣៩ | ២៣៣.៦៥០ | ០,៤០ |
| ២០០៣ | ៤.៥៩៧.៨៧៦ | ៣៦៨.៥១៧ | ០,៣៩ |
| ២០០៤ | ៥.៣៨៨.៨៨៥ | ៥២៦.៣០៣ | ០,៤០ |
| ២០០៥ | ៦.២៥៤.៧២៦ | ៦៩៧.៦៤៦ | ០,៥០ |
| ២០០៦ | ៧.៥១០.៥៥៨ | ៨៨៦.៨៩៥ | ០,៦០ |
| កំណើនប្រចាំឆ្នាំជាមធ្យម ២០០២-២០០៦ | ១៣,១ | ៣៩,៦ | |

ប្រភព :ស្ថិតិប្រចាំឆ្នាំក្រសួងសុខាភិបាល

២.២ សម្រាប់ថ្លៃចំណាយ

ថ្លៃចំណាយក្នុងមួយឯកតា

ថ្លៃចំណាយក្នុងមួយឯកតា គឺផ្អែកទៅលើការវិភាគថ្លៃចំណាយមួយឯកតាពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិចុះកិច្ចសន្យាដែលត្រូវបានសន្មតថាដំណើរការដោយមានប្រសិទ្ធផលខ្ពស់គួររួម និងមានគុណភាពដែលអាចទទួលយកបាន។ ថ្លៃចំណាយមួយឯកតាត្រូវបានគេសន្មតថានៅតែស្ថិតក្នុងកម្រិតដដែល។ ដូច្នេះស្ថានភាពនេះមិនតម្រូវឱ្យមានការវិភាគប្រើប្រាស់ប្រភេទដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពនោះទេ។

ថ្លៃចំណាយមួយឯកតា

| មូលដ្ឋានសុខាភិបាល | សេវា | ថេរ | អថេរ | សរុប |
|-------------------|-------------------------------------|------|------|------|
| មន្ទីរពេទ្យ | ថ្លៃចំណាយលើការពិគ្រោះជំងឺក្រៅម្នាក់ | ១,៧២ | ០,៩៨ | ២,៧០ |
| | ថ្លៃចំណាយលើអ្នកជំងឺសំរាកពេទ្យម្នាក់ | ២,០១ | ៧,៦៤ | ៩,៦៥ |
| មណ្ឌលសុខភាព | ថ្លៃចំណាយលើការពិគ្រោះជំងឺក្រៅម្នាក់ | ០,៥៧ | ០,៥៩ | ១,១៦ |

ប្រភព៖ ការគណនាថ្លៃចំណាយប័ណ្ណពិន្ទុកុមារ ២០០៧

ថ្លៃចំណាយបន្ទាប់បន្សំរៀបរឹងថ្លៃចំណាយពេញលេញ (Marginal vs. Full cost)

អត្រាប្រើប្រាស់គ្រែនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ទោះបីជាកំពុងតែកើនឡើងក៏ដោយក៏នៅតែស្ថិតក្រៅកម្រិតអតិបរមាជាមធ្យមដែរ។ នេះបង្ហាញថាមានវិសាលភាពខ្លះសម្រាប់ឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការនាពេលអនាគតជាមួយនិងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធដែលមានស្រាប់ដោយប្រើប្រាស់កាន់តែប្រសើរនូវសមត្ថភាពដែលកំពុងមាន។ ការគណនាថ្លៃចំណាយនេះសន្មតថា គ្រប់សេវាទាំងអស់អាចត្រូវបានផ្តល់ ដោយការចំណាយបន្ទាប់បន្សំតែប៉ុណ្ណោះ ហើយពុំចាំបាច់ត្រូវការថ្លៃចំណាយថេរលើមធ្យមឡើយ។

ក្នុងករណីត្រូវការវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការដែលកំពុងកើនឡើងការវិនិយោគបែបនេះនឹងត្រូវគ្របដណ្តប់ក្រោមការរក្សាសម្រួលនិងការអនុវត្តន៍ ផ. គ្រ.ស។

ថ្លៃចំណាយមួយឯកតានៃអន្តរាគមន៍ជាក់លាក់

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ថ្លៃចំណាយបូកយោងនៃកិច្ចសន្យា | |
| នៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព | \$ ០,៤៨ លើមនុស្សម្នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ |
| នៅថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ | \$ ០,៦០ លើមនុស្សម្នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ |
| ថ្លៃចំណាយមូលនិធិសមធម៌ | |
| ថ្លៃចំណាយលើមនុស្សម្នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ | \$ ០,៥០ |
| ថ្លៃចំណាយលើសមាជិកមូលនិធិសមធម៌ម្នាក់ | \$ ១,៤០ |

ប្រភព Lane 2007 និង URC

៣. ថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកអន្តរាគមន៍

៣.១ ថ្លៃចំណាយលើការបង្កើតការប្រើប្រាស់សេវា

ឧបមាថាការប្រើប្រាស់និងកើនឡើងនៅក្នុងកម្រិតដូចគ្នានិងឆ្នាំ២០០២-២០០៦ ហើយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងបុគ្គលិកដែលមានស្រាប់អាចឆ្លើយតបនិងតម្រូវការដែលកើនឡើងនៅក្នុងដំណាក់កាលពង្រឹងនោះ ថ្លៃចំណាយដែលកើនឡើងសម្រាប់ការប្រើប្រាស់និងច្រើនជាងមុន ដូចមានបង្ហាញនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម :

ថ្លៃចំណាយចរន្តដែលកើនឡើងនៃការប្រើប្រាស់សេវាច្រើនជាងមុន (គិតជា លានដុល្លារអាមេរិក)

| | ២០០៨ | ២០១០ | ២០១២ | ២០១៥ |
|---|------|------|------|------|
| ការប្រើប្រាស់ច្រើនជាងមុន-ថ្លៃចំណាយចរន្ត | ២,០ | ៦,១ | ១៣,១ | ២៣,៩ |

៣.២ ថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកកិច្ចសន្យា

ការសន្មតជាក់លាក់សម្រាប់ថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកកិច្ចសន្យាទាក់ទងទៅនឹងល្បឿននៃការពង្រីកកិច្ចសន្យា ។ ដោយពិចារណាទៅលើអភិក្រមដំណាក់កាលៗដែលបានកំណត់ក្នុង ផ.យ.ស.២ ការគ្របដណ្តប់ទាំងស្រុងនៃកិច្ចសន្យាអាចសម្រេចនៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ ។

ថ្លៃចំណាយលើការចាត់ចែងពង្រីកកិច្ចសន្យាពាក់ព័ន្ធនឹងកំណើនប្រជាជនដែរ ប៉ុន្តែសន្មតថាធាតុចូលបន្ថែមក្នុងមនុស្សម្នាក់នៅតែស្ថិតក្នុងកម្រិតដដែល ។

កំហិតនៃការគណនាថ្លៃចំណាយគឺថា អភិក្រមនេះផ្តោតទាំងស្រុងទៅលើថ្លៃចំណាយលើការផ្តល់សេវា ។ នៅពេលដែលគោលនយោបាយជាតិស្តីពីកិច្ចសន្យាត្រូវបានកំណត់ច្បាស់លាស់ការគណនាថ្លៃចំណាយនេះនិងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដើម្បីពិចារណាអំពីតម្រូវការចាំបាច់នានាសំរាប់ពង្រឹងសមត្ថភាពថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុក ក៏ដូចជាការផ្លាស់ប្តូរតួនាទីរបស់អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនៅក្នុងបរិស្ថានកិច្ចសន្យាផងដែរ ។

ថ្លៃចំណាយកើនឡើងទាក់ទងទៅនឹងការពង្រីកសេវាចុះកិច្ចសន្យា (គិតជា លានដុល្លារអាមេរិក)

| | ២០០៨ | ២០១០ | ២០១២ | ២០១៥ |
|-----------------------------------|------|------|-------|-------|
| ការគ្របដណ្តប់ជាសកលត្រឹមឆ្នាំ ២០១៥ | ២,០២ | ៦,០៥ | ១០,០៩ | ១៦,១៥ |

៣.៣ ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌

ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌និងប្រព្រឹត្តទៅតាមល្បឿនដូចគ្នានិងការពង្រីកកិច្ចសន្យាដែរ ព្រមទាំងផ្តោតលើការគ្របដណ្តប់ជាសកលត្រឹមឆ្នាំ២០១៥ ។

តួលេខនៃថ្លៃចំណាយសរុបអាចប្រែប្រួលទៅតាមកត្តាដែលបានព្យាករណ៍ទុកនានា ដូចជាកំណើនប្រជាជន ប៉ុន្តែនៅមានសមាសធាតុខ្លះដែលមិនពិបាកនិងព្យាករណ៍ទុកដូចជាកម្រិតចុះថយនៃភាពក្រីក្រ ។

គោលនយោបាយស្តីពីការបង់ថ្លៃសេវានិងមាន ឥទ្ធិពលទៅលើតម្លៃ និងទៅលើវិក្កយប័ត្រមូលនិធិសមធម៌។ បន្ថែមពីលើនេះថ្លៃចំណាយនេះ ត្រូវតែបានពិនិត្យឡើងវិញ បន្ទាប់ពី ក្រសួងសុខាភិបាលមានគោលនយោបាយ មួយច្បាស់លាស់ស្តីពីមូលនិធិសមធម៌ ត្រូវបានដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់។ សមាសធាតុនៃគោលនយោបាយក្នុងពេល អនាគតដែលអាចមាន ឥទ្ធិពលទៅលើថ្លៃចំណាយសរុបគឺ :

- ការពង្រីកយ៉ាងលឿននៃមូលនិធិសមធម៌ដែលផ្តោតទៅលើតែមន្ទីរពេទ្យ ឬ
- ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ដោយផ្តោតទៅលើទាំងមន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលសុខភាព
- បង្កើនការគាំទ្រ ដើម្បីកំណត់មូលនិធិសមធម៌ដំណើរការក្នុងតំបន់ក្រីក្រ ខណៈពេលផ្តល់ ការវិភាជន៍ថវិកាទាបជាងមុនសម្រាប់មូលនិធិសមធម៌ដែលដំណើរការនៅក្នុងតំបន់ ដែល ធ្ងន់ធ្ងរជាងនេះ (ពោលគឺគោលដៅចំណុចនៃទីតាំងភូមិសាស្ត្រ) ។
- ផលប៉ះពាល់នៃទំនាក់ទំនងរវាងមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក (ការពង្រីកទៅ មណ្ឌលសុខភាពនិងបង្អែក ត្រូវការចេញពីមន្ទីរពេទ្យបង្អែក គ្របដណ្តប់លើប្រជាជន កាន់តែ ច្រើនជាងមុនសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃការព្យាបាលក្នុងមួយឯកតាតូចជាងមុន ប៉ុន្តែត្រូវការនៃ ការបញ្ជូនជំងឺកាន់ច្រើនឡើង)
- ការសម្រេចចិត្តលើការកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកក្រីក្រទុកជាមុន និងភាពញឹកញាប់ដែលគួរធ្វើ កិច្ចការនេះ ។

ថ្លៃចំណាយដែលកើនឡើងទាក់ទងទៅនឹងការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ (គិតជាលានដុល្លារ)

| | ២០០៨ | ២០១០ | ២០១២ | ២០១៥ |
|-----------------------------------|------|------|------|------|
| ការគ្របដណ្តប់ជាសកល ត្រឹមឆ្នាំ២០១៥ | ០,៧៤ | ២,២៣ | ៣,៧១ | ៥,៩៤ |

៣.៤ ថ្លៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍សុខភាពបន្តពូជ

ការគណនាថ្លៃចំណាយនៃយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជ ពិចារណាអំពីថ្លៃចំណាយលើការផ្តល់សេវា ក៏ដូចជាលក្ខខណ្ឌបង្កប់ផ្សេងៗដូចជា ថ្លៃចំណាយលើការជ្រើសរើសធុរ្យបន្ថែម ថ្លៃចំណាយលើ ប្រតិបត្តិការរបស់កម្មវិធីជាតិ និងថ្លៃចំណាយប្រតិបត្តិសម្រាប់ថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក/ផ្នែកសុខភាពកុមារ និងមាតា និងស្រុកប្រតិបត្តិ ដោយបូកបន្ថែមថ្លៃចំណាយសម្រាប់កម្មវិធីចុះមូលដ្ឋាននិងថ្លៃចំណាយលើ ការវិនិយោគ ។

តារាង ១៤: អន្តរាគមន៍ដែលបានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងតំរូវនៃការគណនាថ្លៃចំណាយ

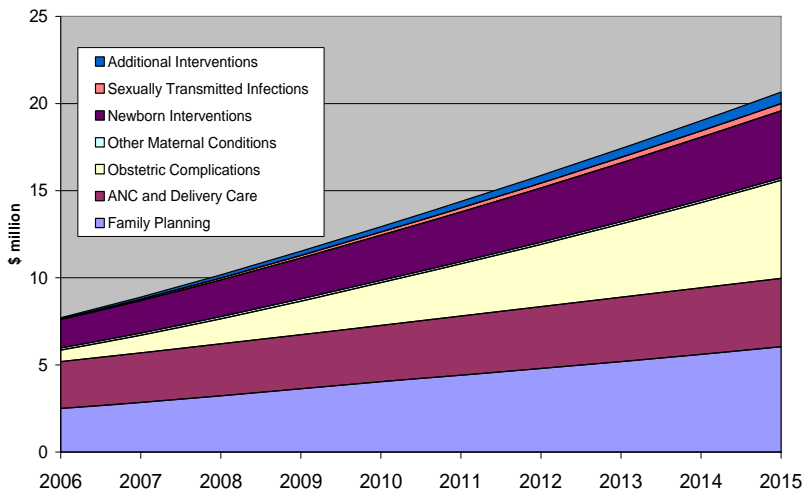
| ការរៀបចំផែនការគ្រួសារ | ការពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងការថែទាំក្នុងពេលសម្រាល | ផលវិបាកនៃការសម្រាល |
|--|--|--|
| ១ ថ្នាំពន្យារកំណើតដោយលេប (ថ្នាំគ្រាប់) ២ ថ្នាំចាក់ ៣ ស្រោមអនាម័យ-បុរស ៤ ស្រោមអនាម័យ-ស្ត្រី ៥ កងដាក់ស្បូន IUD ៦ កងដាក់ដៃ ៧ ការ Sterilization លើបុរស ៨ Sterilization លើស្ត្រី ៩ វិធីផ្សេងៗទៀត ១០ ការការពារមិនឱ្យមានកូនបន្ទាន់ | ១១ ការថែទាំមុនពេលសម្រាល ១២ ការបង្ការនៅក្នុងពេលថែទាំមុនពេលសម្រាល ១៣ ការព្យាបាលគ្រុនចាញ់នៅក្នុងពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ ១៤ ការថែទាំក្នុងពេលសម្រាល ១៥ ការថែទាំក្រោយពេលសម្រាល | ១៦ ការឈឺពោះរយៈពេលយូរ (> ១៨ម៉ោង) ១៧ ការសម្រាលដោយប្រើដង្ហើម ឬដោយបូម ១៨ ការសម្រាលដោយវះកាត់ ១៩ ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល ២០ ការក្លាយរោគក្រោយសម្រាល ២១ ការឡើងឈាមក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ |
| លក្ខខណ្ឌមាតាដទៃទៀត | អន្តរាគមន៍ទារកទើបកើត | ជំងឺកាមរោគនិងការឆ្លងរោគតាមផ្លូវបន្តពូជ |
| ២២ ការឆ្លងរោគតាមបំពង់នោម ២៣ រោគរលាកសុជន ២៤ ការថែទាំការរលូតគ្រប់គ្រងក្រោយ | ២៥ ការថែទាំទារកទើបកើតតាមធម្មតា ២៦ ការព្យាបាលផលវិបាកលើទារកក្រោយកំណើត ២៧ ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន | ២៨ ក្លាមីឌ្យា ២៩ ប្រមេទិកបាយ ៣០ ជំងឺស្វាយ ៣១ ទ្រីកូម៉ូណាស់ ៣២ ជំងឺរលាកផ្លូវ (PID) ៣៣ ការឆ្លងរោគតាមផ្លូវបន្តពូជ (កងឌីដា ផ្សិត និង BV) |

ប្រភព : ការសិក្សាអំពីថ្លៃចំណាយលើសុខភាពបន្តពូជ

អត្រាគ្របដណ្តប់គោលដៅចំណុច គឺស្របគ្នានឹងគោលដៅចំណុចជាតិ។ ថ្លៃចំណាយត្រូវបានប៉ាន់ស្មាន តាមរយៈការសិក្សាអំពីថ្លៃចំណាយពីក្រោមទៅលើ។ ទោះបីជាការសិក្សាអំពីថ្លៃចំណាយលើសុខភាពបន្តពូជដំបូងបែងចែកពីភាពខុសគ្នារវាងកម្រិតបច្ចុប្បន្ន និងកម្រិតដែលល្អបំផុតនៃថ្លៃចំណាយលើបុគ្គលិកក៏ដោយ (ធៀបទៅនឹងកម្រិតប្រាក់បំណាច់នៅក្នុងស្រុក ប្រតិបត្តិជាប់កិច្ចសន្យា) មានតែកម្រិតនៃបុគ្គលិកបច្ចុប្បន្នប៉ុណ្ណោះ ត្រូវបានយកមកពិភាក្សានៅទីនេះ ដើម្បីជៀសវាងការរាប់ត្រួតគ្នាជាមួយនិងថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកកិច្ចសន្យា។

លទ្ធផលនៃការសិក្សាអំពីថ្លៃចំណាយ បានបង្ហាញថាការចំណាយសម្រាប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ

រូបភាព១០: ថ្លៃចំណាយដែលកើនឡើង-យុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជ



ចាំបាច់ ត្រូវបង្កើនពី ៧,៤ លានដុល្លារ អាមេរិកក្នុងមួយឆ្នាំ ក្នុងឆ្នាំ២០០៦ ទៅដល់ ១៦,៦លានដុល្លារអាមេរិក ក្នុងឆ្នាំ២០១៥។ ចំនួននេះ ស្មើនឹងការចំណាយសរុបបន្ថែមចំនួន ១០៤,៩លានដុល្លារអាមេរិកសម្រាប់ ឆ្នាំ២០០៨-១៥ និងថ្លៃចំណាយ កើនឡើងក្នុងមនុស្សម្នាក់ចំនួន ០,៩ ដុល្លារអាមេរិកក្នុងឆ្នាំ ២០១៥ ។

៣.៥ ថ្លៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍នៃការរស់រានរបស់កុមារ

ការសិក្សាស្តីពីអន្តរាគមន៍សម្រាប់ការរស់រានរបស់កុមារ បានប៉ាន់ប្រមាណថ្លៃចំណាយទៅលើ អន្តរាគមន៍ ចំនួន១១ ក្នុងចំណោមអន្តរាគមន៍លើប័ណ្ណពិន្ទុទាំង១២ (អន្តរាគមន៍ស្តីពីការសម្រាលដោយ បុគ្គលិកជំនាញមានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងការសិក្សាស្តីពីថ្លៃចំណាយ សម្រាប់សុខភាពបន្តពូជដូចមានបញ្ជាក់ ខាងលើ) ក្នុងបរិបទនៃសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា និងសំណុំសកម្មភាពបង្កប់ ។

អភិក្រមនេះប៉ាន់ប្រមាណទៅលើថ្លៃចំណាយនៃការផ្តល់សេវា នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមួយ ចំនួនដែល“អនុវត្តការងារល្អ” ប៉ុន្តែបានផ្តល់នូវអនុសាសន៍ឱ្យមានការវិភាគបន្ថែមទៀត ដើម្បីធ្វើឱ្យលទ្ធផល កាន់តែមានភាពល្អប្រសើរនិងមានភាពតំណាង ។ នេះអាចជាវិធានការសម្របសម្រួលសម្រាប់ដំណាក់កាល ពង្រឹង (នៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២) ។

ការសិក្សានេះគណនាថ្លៃចំណាយ ដោយប៉ាន់ស្មានពីថ្លៃចំណាយក្នុងមួយឯកតា នៅថ្នាក់ផ្សេងៗ (ភូមិ មណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យស្រុក) និងគុណថ្លៃចំណាយឯកតាទាំងនេះជាមួយនិងគោលដៅ ចំណុចនៃការគ្របដណ្តប់។ ថ្លៃចំណាយត្រូវបានធ្វើវិភាគដោយយោងទៅតាមវិធីសាស្ត្រទម្ងន់ធៀបដែល បានមកពីមតិអ្នកជំនាញស្តីពីចំនួនស្តង់ដារនៃរយៈពេលគិតជាឆ្នាំ ដែលអ្នកផ្តល់សេវាប្រើប្រាស់សម្រាប់ អន្តរាគមន៍នីមួយៗ។ ជាថ្មីម្តងទៀតការសិក្សាបានផ្តល់អនុសាសន៍ថាគួរពិនិត្យឡើងវិញលើទម្ងន់ទាំងនេះក្នុង លក្ខណៈជាប្រព័ន្ធជាងនេះ។ ថ្លៃចំណាយបន្ថែមនៃការពង្រីកអន្តរាគមន៍មានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង និង ក្រាហ្វិកខាងក្រោមនេះ

ថ្លៃចំណាយកើនឡើងសុទ្ធនៃការពង្រីកអន្តរាគមន៍នៅលើប័ណ្ណពិន្ទុកុមារ

| | ២០០៨ | ២០១០ | ២០១២ | ២០១៥ |
|--|-------|------|------|------|
| លើកកម្ពស់លទ្ធភាពទទួលបានអន្តរាគមន៍រស់រានរបស់កុមារ | (០,៥) | ១,៧ | ៤,៧ | ១០,៦ |

៣.៦ ប្រាក់លាភការងារផ្នែកលើស្នាដៃការងារ

គម្រោងផ្តល់ប្រាក់លាភការងារផ្នែកលើស្នាដៃការងារ គឺជាមធ្យោបាយមួយនៃការផ្តល់កិត្យានុភាព ចាំបាច់ដល់បុគ្គលិកដែលបានជ្រើសរើសយកដើម្បីឱ្យបំពេញការងារទទួលខុសត្រូវរបស់ពួកគេ ដោយជំនួស ប្រព័ន្ធនៃការផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តបន្ថែមម្តងម្កាល។ ថ្លៃចំណាយនៃគម្រោងនេះ មានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង ១៥ ខាងក្រោម សម្រាប់ការចំណាយលើកំណែទម្រង់បៀវត្សនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។ សម្មតិកម្ម នៅទីនេះគឺថាគម្រោងលាភការងារដោយផ្អែកលើស្នាដៃការងារត្រូវបានអនុវត្តក្នុងឆ្នាំ២០០៨ ។

តារាង១៥: ថ្លៃចំណាយកើនឡើងប៉ាន់ស្មាននៃគម្រោងលាភការងារដោយផ្អែកលើស្នាដៃការងារ

| ថ្លៃចំណាយសរុបប្រចាំឆ្នាំ និងថ្លៃចំណាយកើនឡើងនៃសំណើ លាភការងារដោយផ្អែកលើស្នាដៃការងារ | | | | |
|---|--------------|--------------|-----------------|-------------------|
| ថ្នាក់ | បុគ្គលិក | បៀវត្សសរុប | ថ្លៃចំណាយកើនឡើង | |
| | ចំនួន | កោដិរៀល | កោដិរៀល | លានដុល្លារអាមេរិក |
| ក្រសួងសុខាភិបាល | ១៦០ | ៣,៣០ | ២,៥០ | ០,៦១ |
| មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត | ៧៥០ | ១០,២៦ | ៨,២៥ | ២,០១ |
| កម្មវិធីជាតិ | ៣៦០ | ៥,៣០ | ៤,២២ | ១,០៣ |
| សរុប | ១.២៧០ | ១៨,៨៦ | ១៤,៩៧ | ៣,៦៥ |

ប្រភព : Lane 2007 ដកចេញពីសមាសភាគអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័នកម្ពុជា និងការផ្តល់ប្រាក់បៀវត្សបន្ថែមផ្អែកតាម ស្នាដៃការងារ នៃគម្រោងទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល OPM មិថុនា ២០០៦ ។

៤. ថ្លៃចំណាយសរុប លទ្ធភាពផ្តល់ថវិកាធាន និងលំហសារពើពន្ធ

ការសន្មតទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីគណនាសេណារីយ៉ូករណីជាមូលដ្ឋាន មួយសម្រាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះ និងប៉ាន់ស្មានអំពីលំហសារពើពន្ធដែលអាចមាន ។

| យុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះ | ការសន្មតសេណារីយ៉ូករណីជាមូលដ្ឋាន |
|---|--|
| បង្កើនការប្រើប្រាស់ សេវាសុខភាពសាធារណៈ : | ការប្រើប្រាស់សេវាកើនឡើងក្នុងល្បឿនដូចគ្នានឹងឆ្នាំ២០០២-២០០៦ ការកើនឡើងនៃការប្រើប្រាស់សេវា អាចប្រព្រឹត្តទៅបាននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខា ភិបាលដែលមានស្រាប់ នៅក្នុងដំណាក់កាលពង្រឹង។ តំរូវការឱ្យមាន មូលដ្ឋានសុខាភិបាលថ្មីនឹងត្រូវបានពិចារណា នៅពេលមានការកែសម្រួល និងអនុវត្តផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល ។ |
| ការពង្រីកកិច្ចសន្យា | ការគ្របដណ្តប់ជាសកលនៅដំណាច់ឆ្នាំ ២០១៥ |
| ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ | ការគ្របដណ្តប់ជាសកលនៅដំណាច់ឆ្នាំ ១០១៥ ក្នុងតម្លៃមួយឯកតា ០,៥ ដុល្លារ ក្នុងមនុស្សម្នាក់ |

| | |
|---|---|
| ការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជ និងការរស់រានរបស់កុមារ | យុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជនិង យុទ្ធសាស្ត្ររស់រានរបស់កុមារ ត្រូវបានអនុវត្ត ដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅចំណុចជាតិដែលបានកំណត់ នៅក្នុង ផ.យ.ស.២ តម្រូវការបុគ្គលិក (បង្កើនបរិមាណនិងបង្កើនបៀវត្ស) ត្រូវបានផ្គត់ផ្គង់ ដើម្បីជៀសវាងការរាប់ត្រួតគ្នា ជាមួយនិងការរព ផ្អែកកិច្ចសន្យា និងការគ្របដណ្តប់របស់គម្រោងលាភការដោយផ្អែកលើស្នាដៃការងារ |
| ប្រាក់លាភការដល់បុគ្គលិក | លាភការដោយផ្អែកលើស្នាដៃការងារ ត្រូវបានអនុវត្តពេញលេញក្នុងឆ្នាំ ២០០៨ |

តារាង១៦: ការសន្មតលំហសារពើពន្ធសម្រាប់សេណារីយ៉ូផ្អែកលើករណី

| សេណារីយ៉ូស្តីពីការពង្រីក បញ្ជាក់ក្នុងតម្លៃដុល្លារថេរឆ្នាំ២០០៧ សំរាប់២០០៦-១៥ | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| | | ២០០៦ | ២០០៧ | ២០០៨ | ២០០៩ | ២០១០ | ២០១១ | ២០១២ | ២០១៣ | ២០១៤ | ២០១៥ |
| ផលទុនជាតិសរុប (GDP) | លាន ដុល្លារ | ៦.៥៦៨ | ៧.០៤១ | ៧.៤៨៦ | ៧.៩៥៦ | ៨.៤៦០ | ៨.៩៩៩ | ៩.៥៧១ | ១០.១៨១ | ១០.៨២៩ | ១១.៥១៨ |
| កំណើនផលទុនជាតិសរុប | % | | ៧,២ | ៦,៣ | ៦,៣ | ៦,៣ | ៦,៤ | ៦,៤ | ៦,៤ | ៦,៤ | ៦,៤ |
| ការចំណាយចរន្ត ធៀបនឹងផលទុនជាតិសរុប | % | ៩,០ | ៩,៨ | ៩,៧ | ៩,៨ | ១០,០ | ១០,២ | ១០,៤ | ១០,៦ | ១០,៨ | ១១,០ |
| ការចំណាយចរន្ត | លាន ដុល្លារ | ៥៩៤,៣ | ៦៩២,០ | ៧២៤,១ | ៧៨៣,៣ | ៨៤៨,១ | ៩១៩,០ | ៩៩៥,៨ | ១០៧៨,៩ | ១១៦៩,០ | ១២៦៦,៧ |
| ចំណែកនៃចំណាយចរន្តលើសុខាភិបាល | % | ១០,៦ | ១២,០ | ១២,០ | ១២,០ | ១២,០ | ១២,០ | ១២,០ | ១២,០ | ១២,០ | ១២,០ |
| ថវិកាសុខាភិបាល | លាន ដុល្លារ | ៦៣,២ | ៨៣,៣ | ៨៧,១ | ៩៤,៣ | ១០២,១ | ១១០,៦ | ១១៩,៨ | ១២៩,៨ | ១៤០,៧ | ១៥២,៤ |
| ការកើនឡើងនៃថវិកាសុខាភិបាល ធៀបនឹងឆ្នាំ ២០០៧ | លាន ដុល្លារ | | | ៣,៩ | ១១,០ | ១៨,៨ | ២៧,៣ | ៣៦,៦ | ៤៦,៦ | ៥៧,៤ | ៦៩,២ |
| <p>កំណត់សម្គាល់: ការព្យាករណ៍សម្រាប់ផលទុនជាតិសរុប និងការចំណាយចរន្តពី ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ- ក្របខណ្ឌចំណាយរយៈពេលមធ្យម។ ការចំណាយលើសុខាភិបាល: ការប៉ាន់ស្មានឆ្នាំ២០០៦និងថវិកាឆ្នាំ២០០៧។ សំរាប់ ២០០៨-១៥ ការគណនាគិត ១២ភាគរយ នៃការចំណាយចរន្តដូចមានបង្ហាញនៅក្នុង ផ.យ.អ.ជ ២០០៦-១០។</p> | | | | | | | | | | | |

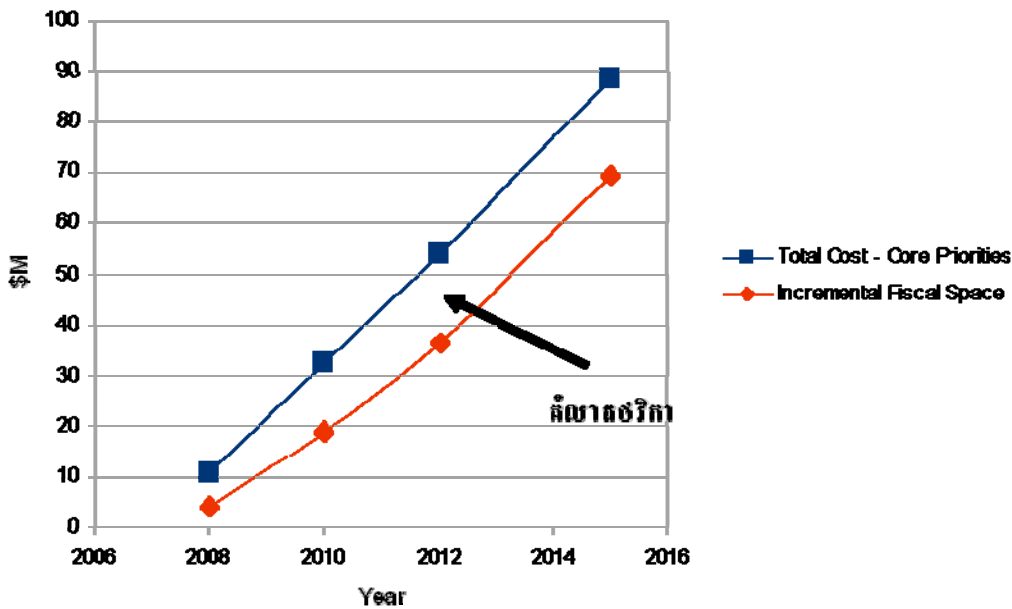
ដោយអនុវត្តនូវសេណារីយ៉ូទាំងនេះ ថ្លៃចំណាយដែលបានស្នើសុំនៃយុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះ និងលំហសារពើពន្ធដែលកើនឡើង ត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង១៧ ខាងក្រោមនេះ ។

តារាង១៧: ថ្លៃចំណាយបានស្នើសុំទៅលើយុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះ (គិតជាលានដុល្លារអាមេរិក)

| | ២០០៨ | ២០១០ | ២០១២ | ២០១៥ |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ការប្រើប្រាស់កើនឡើង - ថ្លៃចំណាយចរន្ត | ២,០ | ៦,១ | ១៣,១ | ២៣,៩ |
| លើកកម្ពស់លទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាពបន្តពូជ | ២,៦ | ១២,៥ | ១៨,៥ | ២៨,២ |
| លើកកម្ពស់លទ្ធភាពទទួលបានអន្តរាគមន៍រស់រានកុមារ | (០,៥) | ១,៧ | ៤,៧ | ១០,៦ |
| កិច្ចសន្យា | ២,០២ | ៦,០៥ | ១០,០៩ | ១៦,១៥ |
| មូលនិធិសមធម៌ | ០,៧៤ | ២,២៣ | ៣,៧១ | ៥,៩៤ |
| គម្រោងផ្តល់របៀបវារៈផ្នែកលើគុណបំណាច់ | ៣,៧ | ៣,៧ | ៣,៧ | ៣,៧ |
| សរុប - អាទិភាពស្នើសុំ | ១០,៦ | ៣២,៣ | ៥៣,៨ | ៨៨,៥ |

| | | | | |
|---------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| លំហសារពើពន្ធកើនឡើង | ៣,៩ | ១៨,៨ | ៣៦,៦ | ៦៩,២ |
|---------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|

រូបភាព ១១: លទ្ធភាពផ្តល់ថវិកានៃអន្តរាគមន៍យុទ្ធសាស្ត្រ
ថ្លៃចំណាយសរុបនៃអាទិភាពស្នើសុំប្រៀបធៀបទៅនឹងលំហសារពើពន្ធដែលអាចមាន



តួលេខខាងលើប្រៀបធៀបថ្លៃចំណាយលើយុទ្ធសាស្ត្រសំខាន់ៗ ជាមួយនឹងលំហសារពើពន្ធដែលអាចមាន សម្រាប់រដ្ឋាភិបាលក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំខាងមុខ ។ ថ្លៃចំណាយទាំងនេះគឺហួសពីមធ្យោបាយដែលរដ្ឋអាចមានលទ្ធភាព ដូច្នេះនឹងត្រូវការធនធានពីម្ចាស់ជំនួយយ៉ាងច្រើន ទោះបីជាការគាំទ្រពីម្ចាស់ជំនួយដែលបានផ្តល់ដល់វិស័យសុខាភិបាលបច្ចុប្បន្នមានលំដាប់ល្អប្រសើរក៏ដោយ ។

ក្របខណ្ឌសូចនាករសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមធន និងវាយតម្លៃ

| សូចនាករ | ប្រចាំឆ្នាំ | សូចនាករស្រប ព.ស.ប | ទិន្នន័យដើមគ្រា ២០០៨ | | គោលដៅ ចំណុច ២០១០ (២០១១ពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណ្តើក) | គោលដៅចំណុច ២០១៥ |
|--|-------------|-------------------|----------------------|-------|--|-----------------|
| | | | តំលៃ | ឆ្នាំ | | |
| ការអភិវឌ្ឍន៍ទូទៅ សូចនាករផ្តល់រូបភាពអំពីកំណើនសេដ្ឋកិច្ចជាទូទៅនិងការអភិវឌ្ឍន៍មនុស្សនៅកម្ពុជានិងអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីប្រៀបធៀបជាមួយប្រទេសដទៃទៀត។ | | | | | | |
| ១. សន្ទស្សន៍នៃការអភិវឌ្ឍន៍មនុស្ស (a) | ✓ | ✓ | ០,៥៩៨ | ២០០៥ | | |
| ២. ផលិតផលសរុបក្នុង ស្រុកក្នុងមនុស្សម្នាក់ក្នុង១ឆ្នាំ (b) | ✓ | ✓ | ៥១៣០\$ | ២០០៦ | | |
| ៣. % នៃគ្រួសារក្រោមបន្ទាត់ក្រីក្រ (b) | | | ៣៤,៧១ | ២០០៦ | ២៥ | |
| ៤. អត្រាសាយភាយសរុប (c) | | | ៣,៤ | ២០០៥ | ៣,៤ | ៣,០ |
| ៥. អត្រាអក្ខរកម្មរបស់ស្ត្រី (d) | | | ៦៤ | ២០០៤ | | |
| ៦. អាយុកាលរំពឹងទុករបស់បុរស ស្ត្រី (b) | | | ៥៨/៦៤ | ២០០៦ | | |
| ៧. អត្រាកំណើតដុលក្នុងប្រជាជន ១.០០០នាក់ (c) | | | ២៥,៦ | ២០០៥ | | |
| ៨. អត្រាស្លាប់ដុលក្នុងប្រជាជន ១.០០០នាក់ | | | គ្មានព័ត៌មាន | | | |
| លើកតម្កល់សុខភាព សូចនាករបង្ហាញពីការផ្លាស់ប្តូរនៃស្ថានភាពសុខភាពក្នុងអំឡុងពេលមួយ និងអំពីការគ្រប់គ្រងដោយប្រសិទ្ធភាពនូវជំងឺចម្បងៗនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ ដែលនឹងវាយតំលៃរៀងរាល់ ៥ឆ្នាំម្តងតាមរយៈ អ.ប្រ.ស និងប្រភពដទៃទៀត។ | | | | | | |
| ១. អត្រាមរណភាពមាតាក្នុង ទារកកើតរស់១០០.០០០នាក់ | | | ៤៧២ | ២០០៥ | ២៤៣ | ១៤០ |
| ២. អត្រាស្លាប់ទារកទើបប្រសូត្រក្នុងទារកកើតរស់១.០០០នាក់ | | | ២៨ | ២០០៥ | ២៥ | ២២ |
| ៣. អត្រាស្លាប់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំក្នុងទារកកើតរស់១.០០០នាក់ | | | ៦៦ | ២០០៥ | ៦០ | ៥០ |
| ៤. អត្រាស្លាប់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំក្នុងទារកកើតរស់១.០០០នាក់ | | | ៨៣ | ២០០៥ | ៧៥ | ៦៥ |
| ៥. % នៃកុមារក្រោម៥ឆ្នាំដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរំលែក៖ ក្រិន គិតតាមស្តង់ដារថ្មីនៃការលូតលាស់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក | | | ៣៧ (៤៣) | ២០០៥ | ២៨ (៣៥) | ២២ (២៥) |
| ៦. % នៃកុមារក្រោម៥ ឆ្នាំខ្វះទម្ងន់ គិតតាមស្តង់ដារថ្មីនៃការលូតលាស់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក | | | ៣៦ (២៩) | ២០០៥ | ២៩ (២៥) | ២២,៦ (២០) |
| ៧. % នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំដែលស្គមស្គាំង | | | ៧,៣ | ២០០៥ | ៧ | ៥ |
| ៨. ជំងឺស្លេកស្លាំងលើស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ (%) | | | ៤៦,៦ | ២០០៥ | ៣២ | ១៩ |

| | | | | | | |
|---|---|---|------|------|-------|-------|
| ៩. ជំងឺស្លេកស្លាំងនៅក្នុងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (%) | | | ៥៧,១ | ២០០៥ | ៣៩ | ៣៣ |
| ១០. ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលមាន BMI ទាប (%) | | | ២០ | ២០០៥ | ១២ | ៨ |
| ១១. សមាមាត្រទារកដែលបានដាក់ឱ្យបំបៅដោះក្នុងរយៈពេលមួយម៉ោងក្រោយកំណើត (%) | | | ៣៥ | ២០០៥ | ៤៥ | ៦២ |
| ១២. សមាមាត្រទារកអាយុ ០-៦ ខែ ដែលបានទទួលការបំបៅដោះតែមួយមុខ (%) | | | ៦០ | ២០០៥ | ៦៥ | ៧០ |
| ១៣. សមាមាត្រកុមារក្រោមមួយឆ្នាំដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការពេញលេញ (%) | | | ៦០ | ២០០៥ | ៧០ | ៨០ |
| ១៤. កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានក្អកប្រពិបាកដកដង្ហើមដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ (%) | | | ៤៨ | ២០០៥ | ៧០ | ៧៥ |
| ១៥. សមាមាត្រកុមារដែលមានជំងឺរាគដែលបានទទួល ORT (%) | | | ៥៨ | ២០០៥ | ៨០ | ៨៥ |
| ១៦. អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សអាយុ ១៥-៤៩ឆ្នាំ (%) (c) | | | ០,៦ | ២០០៥ | < ០,៦ | < ០,៦ |
| | | | ០,៩ | ២០០៧ | < ០,៩ | < ០,៩ |
| ១៧. អត្រាស្លាប់នៃជំងឺរបេងលើប្រជាជន ១០០.០០០ នាក់ (f) | | | ៧៥ | ២០០៧ | ៦០ | ៣២ |
| ១៨. អត្រាស្លាប់នៃជំងឺគ្រុនចាញ់លើប្រជាជន ១.០០០ នាក់ (c) | | | ០,៣៦ | ២០០៥ | ០,២ | ០,១ |
| ១៩. អត្រាស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ | ✓ | ✓ | ០,៧៤ | ២០០៥ | ០,៥ | ០,៣ |
| ២០. % នៃមរណភាពដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ | | | ៣,៥ | ២០០៥ | ៣,០ | ២,៨ |
| ការផ្តល់សេវាសុខភាព សុវត្ថិភាពភាគច្រើនបង្ហាញពីការផ្លាស់ប្តូរ ការមកទទួលនិងប្រើប្រាស់សេវា ការគ្របដណ្តប់និងគុណភាពនៃការថែទាំ ហើយសុវត្ថិភាពខ្លះទៀតក៏បង្ហាញពីការផ្លាស់ប្តូរនៃស្ថានភាពសុខភាពផងដែរ។ សុវត្ថិភាពនេះនឹងតាមដានរៀងរាល់ឆ្នាំតាមរយៈប្រព័ន្ធថ្នីមានសុខាភិបាលនិងប្រភពផ្សេងទៀត។ | | | | | | |
| ១. % នៃមណ្ឌលសុខភាពផ្តល់ ស.ស.អ MPA ពេញលេញ | ✓ | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ២. % នៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែកផ្តល់ ស.ស.ប CPA ពេញលេញ | ✓ | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ៣. % នៃប្រជាជនដែលទទួលបានសេវា MPA ពេញលេញ | ✓ | ✓ | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ៤. % នៃប្រជាជនដែលទទួលបានសេវា CPA2 | ✓ | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ៥. អត្រាប្រើប្រាស់គ្រែ (%) | ✓ | ✓ | ៧៥ | ២០០៧ | > ៧៥ | > ៧៥ |
| ៦. រយៈពេលមធ្យមនៃការសំរាកព្យាបាល (ចំនួនថ្ងៃ) | ✓ | ✓ | ៥ | ២០០៧ | ៥ | ៥ |
| ៧. % នៃឱសថសារវ័ន្ត (១៥ មុខក្នុងបញ្ជី) នៅមណ្ឌលសុខភាពដែលបានប្រឈមមុខនឹងការដាច់ស្តុក | ✓ | ✓ | ៥,៧ | ២០០៧ | ៥ | ៣ |
| ៨. ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលបានអនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកយោងតាម MPA និង CPA | ✓ | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |

| | | | | | | |
|--|---|---|------|------|------|-------|
| ៩. ៖ នៃអតិថិជនដែលពេញចិត្តនឹងគុណភាពសេវាសាធារណៈ : | ✓ | ✓ | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ១០. ការពិគ្រោះជំងឺ (ករណីថ្មី) លើប្រជាជនម្នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ | ✓ | ✓ | | | | |
| - ករណីពិគ្រោះជំងឺទាំងអស់ | | | ០,៥១ | ២០០៧ | ០,៦ | ១ |
| - កុមារក្រោម៥ ឆ្នាំ | | | ១,៥ | ២០០៧ | ១,៧ | ២ |
| ១១. ៖ នៃមណ្ឌលសុខភាពដែលបានអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ IMCI | ✓ | | ៥៦ | ២០០៧ | ៧៥ | ៨០ |
| ១២. ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតទំនើប (c) | ✓ | ✓ | ២៧ | ២០០៥ | ៤០ | ៦០ |
| ១៣. ពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល ២ដង ឬ ច្រើនដងដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល(%) | ✓ | ✓ | | | | |
| (c) | | | ៦៨ | ២០០៧ | ៧៣ | ៩០ |
| | | | ៦០ | ២០០៥ | | |
| ១៤. ៖ នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួលជាតិដែក/ហ្វូលិកបន្ថែម | ✓ | | ៦៩ | ២០០៧ | ៧៥ | ៩០ |
| ១៥. ៖ នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទទួលបានថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសយ៉ាងតិច ២ដង | ✓ | | ៦៩ | ២០០៧ | ៨៥ | ៩០ |
| ១៦. ៖ នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួល ART សម្រាប់ PMTCT | ✓ | ✓ | ៧ | ២០០៧ | ៤៥ | ៧៥ |
| ១៧. ៖ នៃការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលមានការបណ្តុះបណ្តាល (c) | ✓ | ✓ | ៤៤ | ២០០៥ | ៥៥ | ៨០ |
| ១៨. ៖ នៃការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (c) | ✓ | | ២២ | ២០០៥ | ៤០ | ៧០ |
| ១៩. ៖ នៃការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ | ✓ | ✓ | ១,៨ | ២០០៧ | ២,៥ | ៤ |
| ២០. ៖ នៃស្ត្រីក្រោយសម្រាលដែលបានទទួលជាតិដែក/ហ្វូលិកបន្ថែម | ✓ | | ៥៧ | ២០០៧ | ៨៥ | ៩០ |
| ២១. ៖ នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំដែលបានចាក់ថ្នាំបង្ការ DPT3-HepB | ✓ | | ៨២ | ២០០៧ | ៩២ | ៩៥ |
| ២២. ៖ នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំបានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជិល | ✓ | ✓ | ៧៩ | ២០០៧ | ៨៥ | ៩០ |
| ២៣. ៖ នៃកុមារអាយុ ៦-៥៩ ខែដែលបានទទួលវិវាមីនអា ២ ជួសក្នុងរយៈពេល១២ខែចុងក្រោយ | ✓ | | ៨៣ | ២០០៧ | ៨៥ | ៩០ |
| ២៤. ៖ នៃកុមារអាយុ ៦-៥៩ ខែដែលបានទទួលមេបង់ដាហ្សូលរាល់ ៦ខែម្តង | ✓ | | ៩០ | ២០០៦ | ៩៨ | ១០០ |
| ២៥. ចំនួនកន្លែងផ្តល់ប្រឹក្សា-ធ្វើតេស្តឈាមដោយសម្ងាត់ និងស្ម័គ្រចិត្តដែលដំណើរការនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងវិស័យមិនពិតផលកម្រៃ | ✓ | | ១៩៤ | ២០០៧ | ២៥០ | > ២៥០ |
| ២៦. ៖ នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍កំរិតខ្ពស់ទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថពន្យារជីវិតច្រើនមុខ | ✓ | | ៥០ | ២០០៧ | > ៨៥ | > ៨៥ |

| | | | | | | |
|---|---|---|--------------|------|-----------|-----------|
| ២៧. ៖ នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលប្រើឱសថពន្យារជីវិតនៅរស់ ក្រោយការព្យាបាលរយៈពេល១២ខែ | ✓ | ✓ | គ្មានព័ត៌មាន | | > ៨៥ | > ៨៥ |
| ២៨. ប្រើវ៉ាក់សាំងនៃរបេងបេកាវិជ្ជមានលើប្រជាជន ១០០.០០០នាក់ | | | ២៣៤ | ២០០៧ | ២១៤ | ១៣៥ |
| ២៩. អត្រាស្រាវជ្រាវករណីជំងឺរបេងស្លូតបេកាវិជ្ជមាន (%) | ✓ | ✓ | ៦៦ | ២០០៧ | > ៧០ | > ៧០ |
| ៣០. អត្រាជាសះស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង (%) | ✓ | ✓ | > ៨៥ | ២០០៧ | > ៨៥ | > ៨៥ |
| ៣១. ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខា ភិបាលសាធារណៈក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.០០០ នាក់ | ✓ | ✓ | ៤ | ២០០៧ | ៣,៥ | ៣ |
| ៣២. អាំងស៊ីដង់ជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងមនុស្ស ១.០០០ នាក់ដែលបាន រាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ : | | | ៤,២ | ២០០៧ | ៣,៥៨ | ២,១៦ |
| ៣៣. ៖ នៃគ្រួសារដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ជំងឺគ្រុនចាញ់ខ្ពស់(< ១គម ពីព្រៃ) នៃខេត្ត-ក្រុង ២០ ដែលមានមុន គ្រលក់ថ្នាំ គ្រប់គ្រាន់ (១ មុនសម្រាប់មនុស្ស ២នាក់) | ✓ | | ៦៤ | ២០០៧ | ៨៥ | ៩៥ |
| ៣៤. ប្រើវ៉ាក់សាំងជំងឺទឹកនោមផ្អែមលើមនុស្សពេញវ័យដែលបានរាយ ការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ : | ✓ | ✓ | ២ | ២០០៥ | < ២ | < ២ |
| ៣៥. អាំងស៊ីដង់ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនលើមនុស្ស ១០.០០០នាក់ ដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ : | ✓ | | ២៥ | ២០០៣ | ២១ | ១២,៥ |
| ៣៦. អាំងស៊ីដង់នៃជំងឺលើសឈាមលើមនុស្ស ១.០០០ នាក់ | ✓ | | ២០ | ២០០៧ | ១៩ | ១៥ |
| ៣៧. អត្រានៃការអធិកញ្ជាត (%) | ✓ | | ១,២ | ១៩៩៥ | ០,៥ | < ០,៣ |
| ៣៨. ៖ នៃកុមារដែលមានញញឹមពុកមិនបានប៉ះ | ✓ | | ៨,៩ | ២០០៧ | < ៥ | < ៥ |
| ៣៩. ចំនួននៃករណីជំងឺផ្លូវចិត្តដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋាន សុខាភិបាលសាធារណៈ : | ✓ | ✓ | ១០.០០០ | ២០០៧ | ១៩.០០០ | ២៨.០០០ |
| ៤០. ចំនួននៃអ្នកចាក់ក្រៀងញៀនដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង ការព្យាបាលជំនួសដោយ Opioids | ✓ | | ១០០ | ២០០៧ | ៤០០ | ១.២០០ |
| ៤១. ៖ នៃមនុស្សពេញវ័យជាក់បារី បុរស/ស្ត្រី | ✓ | | ៥៤/៩ | ២០០៤ | ៤៩/៤ | ៤៤/២ |
| ៤២. ៖ នៃអ្នកប្រើប្រាស់ដែលមានការប៉ះទង្គិចក្បាលដោយសារ គ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ដែលបានទទួលការព្យាបាល | ✓ | ✓ | ៤១ | ២០០៧ | ៣៨ | ៣៥ |
| ទាត់ចូល/ចំណើនការនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល | | | | | | |
| ហិរញ្ញប្បទាន | | | | | | |
| ៤៣. ចំណែកនៃការចំណាយរបស់រដ្ឋលើសុខភាព: (b) | ✓ | | | | | |
| • ធៀបនឹងការចំណាយសរុបរបស់រដ្ឋាភិបាល % | | | ១១,៣ | ២០០៧ | ន.ក | ន.ក |
| • គិតជាភាគរយនៃ GDP % | | | ១,០ | ២០០៧ | ន.ក | ន.ក |
| ៤៤. ការចំណាយជាក់ស្តែងគិតជា%នៃថវិកាដែលបានអនុម័ត (b) | | | ៩១ | ២០០៧ | យ៉ាងតិច៩០ | យ៉ាងតិច៩០ |

| | | | | | | |
|---|---|---|-----------|------|------|------|
| ៤៥. ការចំណាយលើសុខភាពរបស់រដ្ឋក្នុងមនុស្សម្នាក់ក្នុង១ឆ្នាំ (b) | ✓ | | US\$ ៦ | ២០០៧ | ន.ក | ន.ក |
| ៤៦. ចំណែកនៃថវិកាជំនួយដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ (%) | ✓ | | ៦៦ | ២០០៧ | ១០០ | ១០០ |
| ៤៧. ភាគទានម្ចាស់ជំនួយលើសុខភាពសាធារណៈក្នុងមនុស្សម្នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ (i) | ✓ | | US\$ ៧ | ២០០៧ | ន.ក | ន.ក |
| ៤៨. ការចំណាយលើសុខភាពរបស់គ្រួសារក្នុងម្នាក់ក្នុង១ឆ្នាំ (c) | ✓ | | US\$ ២៤ | ២០០៥ | ន.ក | ន.ក |
| ៤៩. ចំណែកនៃថវិកាជំនួយនៃសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងចំណាយនៅ៖(h) | ✓ | ✓ | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| • មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង | | | | | | |
| • ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ | | | | | | |
| • មន្ទីរពេទ្យបង្អែក | | | | | | |
| • មណ្ឌលសុខភាព | | | | | | |
| ៥០. ការគ្របដណ្តប់នៃមូលនិធិសមធម៌៖ (j) | ✓ | ✓ | | | | |
| • % នៃប្រជាជនរស់ក្រោមបន្ទាត់នៃភាពក្រីក្រត្រូវបានការពារដោយមូលនិធិសមធម៌ | | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| • % នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល(មន្ទីរពេទ្យបង្អែកនិងមណ្ឌលសុខភាព) អនុវត្តមូលនិធិសមធម៌ | | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ៥១. ការគ្របដណ្តប់នៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅសហគមន៍ (j) | ✓ | | | | | |
| • ចំនួនគំរោងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅសហគមន៍ដែលបានអនុវត្ត | | | ៩ | ២០០៧ | ន.ក | ន.ក |
| • ចំនួនសមាជិកដែលទទួលបានប្រយោជន៍(គ្រួសារ/មនុស្ស) | | | ៤៥០០០នាក់ | ២០០៧ | ន.ក | ន.ក |
| ៥២. ការគ្របដណ្តប់នៃការអនុវត្តនីតិវិធីសន្យាផ្តល់សេវា (j) | ✓ | ✓ | | | | |
| • ចំនួនស្រុកប្រតិបត្តិអនុវត្តនីតិវិធីសន្យា | | | ២០ | ២០០៧ | ន.ក | ន.ក |
| • ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលអនុវត្តទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស | | | ០ | ២០០៧ | ន.ក | ន.ក |
| ៥៣. ការចំណាយប្រចាំឆ្នាំលើសុខភាពរបស់គ្រួសារសំរាប់មនុស្សម្នាក់ក្នុងវិស័យសាធារណៈ (j) | ✓ | | US\$០,៨៦ | ២០០៧ | ន.ក | ន.ក |
| ធនធានមនុស្ស | | | | | | |
| ៥៤. ផលធៀបរវាងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងប្រជាជន ១០.០០០នាក់ តាមទីកន្លែង៖ (k) | ✓ | | | | | |
| • ទូទាំងប្រទេស (country ratio) | | | ០,១០ | ២០០៧ | ០,៣០ | ០,៥០ |
| • កំរិតមធ្យមថ្នាក់ខេត្ត (provincial average) | | | ០,០៧ | | | |
| • កំរិតកណ្តាលថ្នាក់ខេត្ត (provincial median) | | | ០,០៥ | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|------|------|------|-----|
| ៥៥. ផលធៀបឆ្នាំបម្រុងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនិងប្រជាជន ១០.០០០នាក់ តាមទឹកនៃ្នង៖ (ក) | ✓ | | | | | |
| • ទូទាំងប្រទេស | | | ០,៥៥ | ២០០៧ | ០,៧៥ | ១ |
| • កំរិតមធ្យមថ្នាក់ខេត្ត | | | ០,៦៤ | | | |
| • កំរិតកណ្តាលថ្នាក់ខេត្ត | | | ០,៥៧ | | | |
| ៥៦. ផលធៀបគិលានុបដ្ឋាកម្រុងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនិង ប្រជាជន ១០.០០០នាក់ តាមទឹកនៃ្នង៖ (ក) | ✓ | | | | | |
| • ទូទាំងប្រទេស | | | ១,២១ | ២០០៧ | ១,៥ | ២ |
| • កំរិតមធ្យមថ្នាក់ខេត្ត | | | ១,៣៩ | | | |
| • កំរិតកណ្តាលថ្នាក់ខេត្ត | | | ១,៣០ | | | |
| ៥៧. % នៃមណ្ឌលសុខភាពដែលមានបុគ្គលិកស្របតាមសេចក្តី ណែនាំអំពី ស.ស.អ MPA | ✓ | ✓ | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ៥៨. ចំនួនមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានបុគ្គលិកស្របតាមសេចក្តី ណែនាំអំពី ស.ស.ប CPA | ✓ | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ៥៩. % នៃបុគ្គលិកដែលគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងលើកទឹកចិត្ត | ✓ | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ប្រព័ន្ធព័ត៌មាន | | | | | | |
| ៦០. % នៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មាន សុខាភិបាល(HMIS)តាមប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ (្ត) | ✓ | | ០ | ២០០៧ | ៧០ | ១០០ |
| ៦១. % របាយការណ៍ស្តីពី HMIS ដែលបានដាក់ជូនទាន់ពេល វេលា៖ | ✓ | | | | | |
| • HC1 និងHO2មកស្រុកប្រតិបត្តិ | | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| • DO3 មកមន្ទីរសុខាភិបាល | | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| • PRO4 មកក្រសួងសុខាភិបាល | | | ៧៣ | ២០០៧ | ១០០ | ១០០ |
| ៦២. % នៃមន្ទីរសុខាភិបាលទទួលបានព័ត៌មានត្រលប់ HIS ពីក្រសួង | ✓ | ✓ | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ៦៣. % នៃការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិទទួលបានព័ត៌មានត្រលប់ពី HIS ពីមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង | | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| អភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល | | | | | | |
| ៦៤. % នៃមូលនិធិជំនួយសម្រាប់សុខភាពដែលបានដាក់បញ្ចូល ក្នុងផែនការរំកិលពន្លឺ | ✓ | ✓ | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ៦៥. % នៃអង្គការក្រសួងសុខាភិបាលដែលមានផែនការ ការ អភិវឌ្ឍស្ថាប័នជាយុទ្ធសាស្ត្រ | ✓ | | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |

| | | | | | | |
|---|---|---|-----|--|-----|-----|
| ៦៦. ៖ នៃគ្រឹះស្ថានឯកជន (ប្តូរវិធីវិនិច្ឆ័យ បន្ទប់ពិគ្រោះ ជំងឺ មន្ទីរសម្ភព មន្ទីរសុខាភិបាល គ្លីនិកព្យាបាលធ្មេញ...។ល។ ដែលបានផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបអាជីវកម្ម: | ✓ | ✓ | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |
| ៦៧. ចំនួនគណៈកម្មការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាពដែលដំណើរការ | ✓ | ✓ | ន.ប | | ន.ក | ន.ក |

ប្រភពសំរាប់ទិន្នន័យគោល:

- (a) UN Human Development Report, 2005
 - (b) ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ ២០០៦-២០១០ (NSDP 2006-2010)
 - (c) ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជា២០០៥ (CDHS 2005)
 - (d) ការអង្កេតចន្លោះជំរឿននៅកម្ពុជា ២០០៤ (Cambodia Inter-population Survey 2004)
 - (e) Expert Consensus Workshop on Estimation of HIV Prevalence, 2007
 - (f) ការអង្កេតស្តីពីប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺរបេង ២០០២
 - (g) របាយការណ៍នាយកដ្ឋានថវិកានិងហិរញ្ញវត្ថុ- ក្រសួងសុខាភិបាល
 - (h) របាយការណ៍ស្តីពីមូលនិធិជំនួយឆ្នាំ ២០០៧, នាយកដ្ឋានសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ- ក្រសួងសុខាភិបាល
 - (i) របាយការណ៍ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ ២០០៨, នាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល
 - (k) របាយការណ៍នាយកដ្ឋានបុគ្គលិក
 - (l) លើកលែងមន្ទីរពេទ្យជាតិដែល HMIS បានដាក់ឱ្យដំណើរការរួចមកហើយ
- ន.ប នឹងបង្កើត
ន.ក នឹងកំណត់

ការទទួលខុសត្រូវ
Accountability

គឺជាការទទួលស្គាល់និង បន្ទុកនៃទទួលខុសត្រូវចំពោះសកម្មភាព ការសំរេចចិត្ត និងគោលនយោបាយ ដោយរាប់បញ្ចូលនូវកាតព្វកិច្ចរាយការណ៍ ពន្យល់ និងឆ្លើយបំភ្លឺចំពោះហេតុបច្ចុប្បន្នដែលកើតមាន ។

ការទទួលស្គាល់ជាផ្លូវការ
Accreditation

គឺបែបបទស្ម័គ្រចិត្តដែលតាមរយៈនេះការទទួលស្គាល់ជាសាធារណៈនូវគុណភាពនៃស្ថាប័នសុខាភិបាលត្រូវបានបង្ហាញ តាមរយៈការវាយតម្លៃដោយក្រុមឯករាជ្យលើកិច្ចការនៃស្ថាប័នរបស់អង្គការនេះចំពោះបទដ្ឋានគុណភាពដែលអាចទទួលយកបានជាទូទៅ។ បទដ្ឋានសំរាប់បែបបទនៃការទទួលស្គាល់ជាផ្លូវការនេះ ត្រូវបានកំណត់ក្នុងកិច្ចអតិបរមាដែលអាចនឹងសំរេចបានដើម្បីជំរុញឱ្យមានការកែលំអក្នុងរយៈពេលមួយជាក់លាក់ ។

ការតំរៀបតំរង់
Alignment

បែបបទដែលតាមរយៈនេះគោលនយោបាយ នីតិវិធី ប្រព័ន្ធ ការផ្តល់មូលនិធិ រដ្ឋផែនការនីយកម្ម និងការត្រួតពិនិត្យតាមដាននៃសកម្មភាពរបស់អ្នកផ្តល់ជំនួយត្រូវដាក់ឱ្យស្របតាមគោលនយោបាយ នីតិវិធី ប្រព័ន្ធ ការផ្តល់មូលនិធិ រដ្ឋផែនការនីយកម្មនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដានរបស់រដ្ឋាភិបាល ដើម្បីធានាអាទិភាពដែលកំណត់ដោយប្រទេសកម្ពុជាក្លាយជាអាទិភាពរបស់ម្ចាស់ជំនួយ ។

កញ្ចប់ភាគផល
Benefit package

សំណុំអប្បបរមានៃសេវាដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកមានការទទួលរាប់រងសុខភាពនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃកិច្ចព្រមព្រៀងភាគទាន ក៏ដូចជាអ្នកក្រីក្រដែលបានទទួលការគាំពារដោយមូលនិធិសមធម៌ ។

បន្ទុកជំងឺ
Burden of diseases

គឺទំងន់នៃការឈឺរបស់បុគ្គល សហគមន៍និងប្រទេសទាំងមូល។ ការវាស់វែងអំពីបន្ទុកជំងឺអាចរាប់បញ្ចូលទាំងអាយុកាលរំពឹងទុកវែង គុណភាពជីវិតនិងផលប៉ះពាល់លើសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គម ។

ការចំណាយសំរាប់មនុស្សម្នាក់
Capitation payment

ចំណាយថេរឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា-គណនាសំរាប់មនុស្សម្នាក់ៗ ដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសំរាប់រយៈពេលមួយ បរិមាណចំណាយជាក់លាក់ត្រូវបានទូទាត់ជាដំណាក់ៗឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាសំរាប់សំណុំសេវាសុខភាពជាក់លាក់ដោយមិនគិតអំពីបរិមាណ (សេវា) ដែលត្រូវទូទាត់ ។

ការចំណាយដ៏មហន្តរាយលើសុខភាព
Catastrophic health expenditures

ស្ថានភាពដែលគ្រួសារចំណាយលើសុខភាពលើសពី៤០%នៃប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្លួនបន្ទាប់ពីការចំណាយលើការថែទាំវិជ្ជាជីវិត ដូចជាម្ហូបអាហារ។ ការចំណាយដ៏មហន្តរាយនេះអាចបណ្តាលមកពីការឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬមួយដោយសារថ្លៃចំណាយខ្ពស់ ប៉ុន្តែមិន(ឈឺ)ញឹកញាប់ ឬមួយថ្លៃចំណាយទាបប៉ុន្តែឈឺញឹកញាប់ពេក ។

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍
Community based health insurance

ជាទម្រង់ការមីក្រូធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលគ្រប់គ្រងដោយឯករាជ្យភាពដោយសមាជិកសហគមន៍ ដោយអង្គការដែលមានមូលដ្ឋាននៅក្នុងសហគមន៍ ។

កិច្ចសន្យា

Contracting

យន្តការមួយសំរាប់ការផ្តល់សេវាសាធារណៈ សំដៅឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការរបស់អ្នកប្រើប្រាស់សេវា ពង្រឹងប្រសិទ្ធភាពការងារ និងលើកកម្ពស់គុណភាពសេវា ដើម្បីទទួលបាននូវជំនឿទុកចិត្តពីអ្នកប្រើប្រាស់សេវា។ ការអនុវត្តន៍យន្តការកិច្ចសន្យា គឺជាបែបបទដែលក្នុងនេះកិច្ចព្រមព្រៀងជាផ្លូវការត្រូវបានធ្វើឡើងរវាងអ្នកចេញចំណាយជាមួយនិងក្រុមអ្នកជាប់បុគ្គលជាអ្នកបញ្ជាទិញសេវា អ្នកធានារ៉ាប់រងដោយបញ្ជាក់ច្បាស់អំពី អត្រា ករណីយកិច្ចនិងទំនាក់ទំនងក្នុងចំណោមភាគីទាំងអស់ តារាងភាគផលនិងលក្ខខណ្ឌពាក់ព័ន្ធដទៃទៀត។ នៅក្នុងផ.យ.ស.២ កិច្ចសន្យានេះ គ្របដណ្តប់ទាំង “កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង” និង “កិច្ចសន្យាក្រៅ” ។

កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង (Internal contract) សំដៅលើការរៀបចំនិងចាត់ចែងវិធីសាស្ត្រកិច្ចសន្យាដែលក្នុងនេះទាំងអ្នកបញ្ជាទិញសេវានិងអ្នកផ្តល់សេវា គឺជាវិស័យសុខាភិបាលសាធារណៈ។ កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង គឺកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវបានធ្វើឡើង រវាងក្រសួងសុខាភិបាល (អ្នកបញ្ជាទិញសេវានិងជាអ្នកចេញចំណាយ) ជាមួយនិងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង និងប្រឹក្សាប្រតិបត្តិ (ជាអ្នកផ្តល់សេវា) ។ មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងអាចរៀបចំចាត់ចែងកិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុងជាមួយប្រឹក្សាប្រតិបត្តិ ហើយប្រឹក្សាប្រតិបត្តិអាចជាមួយ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកនិងមណ្ឌលសុខភាព។

កិច្ចសន្យាក្រៅ (External contract) សំដៅលើការរៀបចំនិងចាត់ចែងវិធីសាស្ត្រកិច្ចសន្យាដែលក្នុងនេះទាំងអ្នកបញ្ជាទិញសេវាគឺជាវិស័យសុខាភិបាលសាធារណៈ រីឯអ្នកផ្តល់សេវាគឺជាវិស័យឯកជន។ កិច្ចសន្យាក្រៅ គឺកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវបានធ្វើឡើងរវាងក្រសួងសុខាភិបាល (អ្នកបញ្ជាទិញសេវានិងជាអ្នកចេញចំណាយ) ជាមួយនិងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនិងប្រឯកជនរកផលកំរៃ (ជាអ្នកផ្តល់សេវា) ។

ថ្លៃចំណាយ

Cost

ធនធានដែលគិតជាប្រយោជន៍ដែលបានចំណាយនៅក្នុងការអនុវត្តន៍សកម្មភាព

ចំណាយបន្ថែមកើនតាមកំរិត (Incremental cost): ថ្លៃចំណាយលើសម្បទានថ្មី ដែលមួយផ្នែកនៃការចំណាយនេះ បានកើតមានរួចមកហើយ។

Marginal cost បរិមាណអាស្រ័យទៅតាមកំរិតលទ្ធផលដែលកើតមាន ដែលនៅពេលនេះ តំលៃសរុបបានប្រែប្រួល ប្រសិនបើបរិមាណនៃលទ្ធផលកើនឡើងមួយចុះក្នុង១ឯកតា។

ចំណាយកាលានុវត្ត (Opportunity cost): បរិមាណកំរិតអតិបរមាដែលអាចទទួលបាន នៅពេលណាមួយ ប្រសិនបើនៅពេលនោះ ទ្រព្យរបស់ឬធនធានត្រូវបានគេលក់បញ្ជាញ ជួលឬយកទៅប្រើប្រាស់ក្នុងជំរើសដ៏មានតំលៃបំផុត។

គណនាថ្លៃចំណាយ

Costing

បច្ចេកទេស និងបែបបទនៃការសិក្សាឱ្យឃើញច្បាស់លាស់ ពីបរិមាណនៃការចំណាយដែលបានកើតមានលើផលិតផលនិងសេវាជាក់ស្តែង។

វិមជ្ឈការ

Decentralization

ការផ្ទេរអំណាចពីរដ្ឋាភិបាលកណ្តាលទៅឱ្យអាជ្ញាធរថ្នាក់ក្រោម។

វិសហមជ្ឈការ

Deconcentration

បែបបទដែលតាមរយៈនេះ មុខងាររដ្ឋបាលនៅក្នុង ក្របខណ្ឌថ្នាក់ក្រោមនៃរដ្ឋាភិបាលកណ្តាល ត្រូវបានផ្ទេរពី ក្រសួងទៅឱ្យមន្ត្រីប្រតិបត្តិថ្នាក់មូលដ្ឋាន ដោយការផ្ទេរបន្ទុកការងារ ការ បង្កើតថ្នាក់ងារ ប្រតិបត្តិថ្នាក់មូលដ្ឋាន ឬការផ្ទេរការទទួលខុសត្រូវទៅឱ្យអង្គការរដ្ឋបាល មូលដ្ឋានដែលជាផ្នែកមួយនៃរចនាសម្ព័ន្ធរដ្ឋាភិបាលកណ្តាល។

តម្រូវការ

Demand

បរិមាណនៃរបស់ដែលអ្នកទិញចង់បាន ហើយមានលទ្ធភាពអាចទិញបាននៅចំពោះមុខថ្លៃខុសៗ គ្នា។

សុខភាពបរិស្ថាន

Environmental Health

សុខភាពបរិស្ថានដោះស្រាយកត្តាបរិស្ថាននានា ដែលអាចប៉ះពាល់ជាសក្តានុពលដល់សុខ ភាព។ ដំណោះស្រាយនេះតំរូវឆ្ពោះទៅរកការបង្ការជំងឺ និងការបង្កើតនូវបរិស្ថានមួយគាំទ្រ ដល់សុខភាព។

ប្រសិទ្ធផល

Effectiveness

ផលប្រយោជន៍ច្រើននៃសកម្មភាព និងលទ្ធផលបញ្ចប់ លទ្ធផលឬភាពផលសំរាប់ប្រជាជន ដែល សំរេចបានក្នុងទំនាក់ទំនងនឹងគោលដៅដែលបានកំណត់។ នេះគឺជាការសំដែងឱ្យឃើញពីផល ប្រយោជន៍ច្រើននៃសេចក្តីស្មោះត្រង់នៃកម្មវិធីអន្តរាគមន៍សេវា នៅក្នុងការកាត់បន្ថយបញ្ហាសុខភាព ឬកែលម្អស្ថានភាពសុខភាពដែលមិនគួរជាទីពេញចិត្ត។

ប្រសិទ្ធភាព

Efficiency

ផលប្រយោជន៍ច្រើនឬលទ្ធផលបញ្ចប់ដែលសំរេចបាន ក្នុងទំនាក់ទំនងទៅនឹងកិច្ចប្រឹងប្រែងដែលបាន ចំណាយដោយគិតជាសាច់ប្រាក់ ធនធាន និងពេលវេលា។

មុខងារសារវន្តនៃសុខភាព

សារវន្ត:
Essential public health functions

គឺសំណុំសកម្មភាពជាមូលដ្ឋានដែលដោះស្រាយកត្តាប៉ះពាល់ដល់សុខភាព ការពារសុខភាព ប្រជាជននិងព្យាបាលជំងឺ។ សកម្មភាពទាំងនេះនឹងបង្ការ ព្រមទាំង គ្រប់គ្រងកត្តារួមចំណែកចំបងៗ ដល់បន្ទុកជំងឺ ដោយប្រើប្រាស់មានប្រសិទ្ធភាពនូវបច្ចេកទេស និងក្រុម រដ្ឋបាលនិងអន្តរាគមន៍ ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ ឥរិយាបថ ឬធ្វើឱ្យខ្លាចញញើត ដូច្នេះវាផ្តល់នូវអភិក្រមសំរាប់សកម្មភាពអន្តរ វិស័យចំពោះសុខភាព។ (Yach D. Redefining the scope of public health beyond the year 2000. Current Issues in Public Health, 1996, 2:247-252.)

សមធម៌

Equity

គ្មានភាពខុសគ្នាដាច់ខាតអំពីស្ថានភាពសុខភាពនិងលទ្ធភាពមកទទួលបាននិងប្រើប្រាស់សេវាថែទាំ សុខភាពដោយយោងតាមតម្រូវការរវាង ក្រុមមនុស្សក្នុងសង្គមដែលមានឬក៏គ្មានផលប្រយោជន៍ សង្គមជាមូលដ្ឋានពោលគឺមានស្ថានភាពខុសៗគ្នានៅក្នុងថ្នាក់ក្រោមសង្គម។ សេវាសុខភាព ត្រូវមានសំរាប់ប្រជាជនទាំងអស់ចូលមកប្រើប្រាស់នៅពេលត្រូវការចាំបាច់ ដោយមិនគិតពី លទ្ធភាពដែលអាចបង់ថ្លៃសេវា។

គោលបំណង

Goal

គោលបំណងគឺជាគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍កិច្ចខ្ពស់ជាធម្មតា គោលបំណងត្រូវបានបញ្ជាក់ក្នុងន័យ ទូទៅ(ទូលំទូលាយ) ហើយមានរយៈពេលវែង(៣-៥ឆ្នាំ)។ គោលបំណងគឺជាអ្វីចុងក្រោយ ដែលស្ថាប័ន/អង្គការមួយពុះពារ ដើម្បីសំរេចបានដោយឈរលើមូលដ្ឋាននៃយុទ្ធសាស្ត្រ និង ផែនការ។

សុខដុមនីយកម្ម
Harmonization

បែបបទដើម្បីរៀបចំជាខ្សែសង្វាក់ និងមានភាពងាយស្រួល និងសំរេចសំរួលរាល់វិធីសាស្ត្រ និងនីតិវិធី របស់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ទាំងក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់ជំនួយ ទាំងជាមួយរដ្ឋាភិបាល មានន័យថាការសំរេចសំរួលជំនួយក្រៅប្រទេសនិយមទៅតាមនីតិវិធី ស្ថាប័ននិងប្រព័ន្ធជាតិកនៃនៃ ណាដែលអាចធ្វើបាន ។

ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព
Health care financing

មុខងារស្នូលនៃហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាពគឺ៖ ប្រមូលប្រាក់ចំណូល ប្រមូលផ្តុំធនធាន និងជារំសេវា៖

ប្រមូលប្រាក់ចំណូល(Collecting revenue) ជាបែបបទដែលប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទទួលបានលុយ តាមមធ្យោបាយនានាក្នុងការប្រមូលចំណូល៖ដូចជាពន្ធអារកម្មទៅ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព សង្គម ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពវិសយឯកជន ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅ ជំនួយឥតសំណង អំណោយមនុស្សធម៌និងកម្ចីពហុភាគី ។

ប្រមូលផ្តុំធនធាន(Pooling of resources) ជាបែបបទនៃការប្រមូលផ្តុំនិងការគ្រប់គ្រងប្រាក់ ចំណូល ដើម្បីធានាថាហានិភ័យនៃចំណាយសំរាប់ការថែទាំសុខភាពត្រូវចេញដោយសមាជិក ទាំងអស់នៅក្នុងក្រុម (ធានារ៉ាប់រង) មិនមែនចេញដោយអ្នកបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងជាបុគ្គលទេ ។

ជារំសេវា(Purchasing) សុខភាពគឺជាបែបបទមួយដែលតាមរយៈនេះ អន្តរាគមន៍លើសុខភាព ដែលត្រូវការចាំបាច់បំផុតនិងមានប្រសិទ្ធភាព ត្រូវបានគេជ្រើសយកនិងផ្តល់ឱ្យក្នុងលក្ខណៈស្មើ ស្មើនិងសមធម៌ហើយអ្នកផ្តល់សេវាទទួលបានការទូទាត់យ៉ាងសមស្របដើម្បីផ្តល់សេវានិងអន្តរាគមន៍ ដែលបានកំណត់ ។ការជារំសេវាមានសមាសធាតុប្រទាក់ ក្រឡាគ្នាបី៖បែងចែកធនធានហិរញ្ញវត្ថុ បង្កើតជំរើសសំរាប់ទូទាត់ដល់អ្នកផ្តល់សេវា និងចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា ។

ព័ត៌មានសុខាភិបាល
Health information

ព័ត៌មានសុខាភិបាលជាបរិមាណក្តីនិងជាគុណភាពក្តី ដែលអាចយកមកប្រើប្រាស់ដោយអ្នកធ្វើ សេចក្តីសំរេចចិត្តនិងគ្រូពេទ្យព្យាបាល ដើម្បីយល់ដឹងបានល្អអំពីការប្រព្រឹត្តទៅនៃជំងឺនិងបញ្ហា ថែទាំសុខភាពនានានិងដើម្បីបង្ការ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យប្រព្រឹត្តទៅនៃជំងឺនិងបញ្ហា សុខភាព ។ ព័ត៌មានសុខា ភិបាលគប្បីត្រូវស្រាយការរកៀងគរនិងវិភាគន័យធនធាន ការកំណត់អាទិភាពនៃកម្មវិធីសុខភាព និងការស្រាវជ្រាវ ព្រមទាំងលើកស្ទួយប្រសិទ្ធភាពនិងប្រសិទ្ធផលនៃកម្មវិធីសុខភាព ។

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព
Health insurance

ការគាំពារផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុទល់និងការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពដែលបណ្តាលមកពីជំងឺ ឬ រលូនផ្សេងៗ ។ ការកាត់បន្ថយ ឬការលប់បំបាត់គ្រោះហានិភ័យដែលកើតមានមិនទៀងទាត់ទៅ លើការខាតបង់សំរាប់បុគ្គលឬគ្រួសារ ។តាមរយៈការប្រមូលផ្តុំគ្នាយ៉ាងច្រើននៃបុគ្គលឬគ្រួសារ ដែលមានភាពប្រឈមប្រហាក់ប្រហែលគ្នា ហើយត្រូវបានធានាដោយមូលនិធិរួម មូលនិធិនេះ នឹងជួយប៉ះប៉ូវការខាតបង់ដែលកើតមាននៅលើសមាជិកណាម្នាក់ ។

អាំងស៊ីដង់
Incidence

ទំហំហានិភ័យនៃស្ថានភាពនៃជំងឺដែលកំពុងកើតមាន នៅអំឡុងពេលមួយជាក់លាក់ ។ អត្រា អាំងស៊ីដង់គឺជាចំនួនករណីថ្មីនៃជំងឺក្នុងអំឡុងពេលមួយជាក់លាក់ ។

| | |
|---|--|
| សូចនាករ Indicator | <p>គឺជារង្វាស់សំរាប់ពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់មើលថាតើគោលដៅត្រូវបានសំរេចដល់កំរិតណា ហើយអាច វាស់វែងវឌ្ឍនភាពនិងការផ្លាស់ប្តូរឆ្ពោះទៅរកការសំរេចនូវលទ្ធផល។ សូចនាករអាចវាស់វែង បរិមាណនិងប្រតិបត្តិភាព ដែលទាក់ទងនឹងទិដ្ឋភាពនៃការថែទាំ ឬបញ្ហាគ្រប់គ្រង/ស្ថាប័ន ទៅ តាមពេលវេលាកំណត់ និងអាចបញ្ជាក់អំពីភូមិសាស្ត្រ និងក្រុមគោលដៅចំណុច។</p> |
| ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន Institutional Development | <p>សំដៅលើ“បែបបទនៃការប្រព្រឹត្តទៅ”និង“មាតិកា”នៃការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងស្ថាប័ន។ ពាក្យថា “បែបបទនៃការប្រព្រឹត្តទៅ”បង្ហាញពី“មធ្យោបាយ” ដើម្បីសំរេចបាននូវការផ្លាស់ប្តូរ និងពាក្យ ថា“មាតិកា”បញ្ជាក់អំពី“អ្វី”ដែលត្រូវសំរេច។</p> |
| ការផ្តល់អនុញ្ញាត Licensing | <p>គឺបែបបទជាកាតព្វកិច្ច ដែលតាមរយៈនេះអនុវត្តរបស់រដ្ឋាភិបាលផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់អ្នក ប្រកបវិជ្ជាជីវៈម្នាក់ៗឬអង្គការសុខភាពណាមួយនិយមប្រតិបត្តិបច្ចេកវិទ្យារួមពាក់ព័ន្ធ ក្នុងការប្រកប មុខរបរវិជ្ជាជីវៈ។</p> |
| បេសកកម្ម Mission statement | <p>បញ្ជាក់អំពីបំណង ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពីរដ្ឋធម្មនុញ្ញ និងក្រឹត្យនៃ ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ។</p> |
| គណនីសុខាភិបាលជាតិ National Health Accounts | <p>ក្របខណ្ឌនិងវិធីសាស្ត្រសំរាប់វាស់ និងបង្ហាញពីមានស្តីអំពីការចំណាយលើសុខភាពសរុប របស់រដ្ឋ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងមូលនិមិត្តប្រភពរដ្ឋនិងឯកជន។ គណនីសុខាភិបាលជាតិតាម ជានស្ថាប័នធនធានហិរញ្ញវត្ថុចាប់ពីប្រភពដើម រហូតដល់អ្នកផ្តល់សេវា និងមុខងារ។ វាមាន សារៈសំខាន់ដោយសារប្រព័ន្ធសុខាភិបាលស្មុគស្មាញ អ្នកតាក់តែងគោលនយោបាយត្រូវការ ឧបករណ៍ដើម្បីវិភាគហិរញ្ញប្បទានលើការថែទាំសុខភាពថា តើមានបរិមាណធនធានប៉ុន្មាននិង ត្រូវបានប្រើប្រាស់យ៉ាងដូចម្តេចក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល? តើលំនាំអ្វីនៃការបែងចែកធនធានការ ប្រើប្រាស់និងពិសេសដែលមាន។</p> |
| គោលដៅ Objective | <p>បង្ហាញអំពីផ្លាស់ប្តូរដែលគិតថាមានសារៈសំខាន់ ក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាដែលបានកំណត់ អត្តសញ្ញាណនៅក្នុងអំឡុងពេលនៃផែនការ។ គោលដៅគប្បីអធិប្បាយអំពីបញ្ហាចំបងដែលត្រូវ ដោះស្រាយឬស្ថាប័នដែលត្រូវផ្លាស់ប្តូរ។</p> |
| សុខភាពវិជ្ជាជីវៈ Occupational health | <p>សុខភាពនិងសុវត្ថិភាពក្នុងពេលបំពេញការងារនៅកន្លែងធ្វើការ។ សុខភាពវិជ្ជាជីវៈនិងសុខុមាល ភាពរបស់អ្នកធ្វើការងារ គឺជាបុរេលក្ខខណ្ឌសំខាន់សំរាប់ផលិតភាពនិងមានសារៈប្រយោជន៍ បំផុតសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចទូទៅប្រកបដោយចីរភាព។</p> |
| ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅ Out-of-pocket payment | <p>ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅដែលសាធារណៈជន ប្រឈមមុខ ដោយអ្នកជំងឺ ត្រូវទូទាត់ដោយ ផ្ទាល់ទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយគ្មានសំណងមកវិញ។</p> |
| គោលនយោបាយ Policy | <p>ការព្រមព្រៀង ឬការយល់ស្របគ្នា ក្នុងចំណោមដៃគូពាក់ព័ន្ធស្តីអំពីបញ្ហាដែលនឹងត្រូវដោះ ស្រាយ និងស្តីអំពីអភិក្រម ឬយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវយកទៅដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនោះ។</p> |

គោលនយោបាយសុខាភិបាល (health policy) សេចក្តីណែនាំរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា សំរាប់បរិបទទូទៅ ដែលក្នុងនេះការងារសុខាភិបាលនិងការងារពាក់ព័ន្ធនឹងសុខាភិបាលត្រូវបាន អភិវឌ្ឍន៍ និងអនុវត្តន៍ ។

ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល(Policydirection) បញ្ជាក់អំពីវិសាលភាពការងារសំរាប់ វិស័យសុខាភិបាលទាំងមូលក្នុងអំឡុងពេលពីឆ្នាំ២០០៨-២០១៥ ដើម្បីលើកកម្ពស់ស្ថានភាពសុខ ភាពប្រជាជនកម្ពុជា និងមុខងារស្នូលរបស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលប្រកបដោយចីរភាព ។

ទំរង់ការបូរបង់ថ្លៃ

Prepayment scheme

វិធីនៃការទូទាត់ថ្លៃចំណាយលើសេវាថែទាំសុខភាពទុកជាមុន មុនពេលប្រើប្រាស់។ វិធីនេះ ចេញថ្លៃចំណាយទុកជាមុនលើផលប្រយោជន៍ដែលបានកំណត់សំរាប់ក្រុមប្រជារាស្ត្រ តាមរយៈ ការទូទាត់ចំណាយតាមដំណាក់កាលនៅក្នុងរូបភាពជាប្រាក់បង់ធានារ៉ាប់រងជាប់ជំពាក់ ឬការ បង់ភាគទាន ដោយរាប់បញ្ចូលការបង់វិភាគទានទាំងអស់នោះ ទៅក្នុងមូលនិធិសុខភាពដោយ និយោជិកដែលតំណាងឱ្យនិយោជិតរបស់ខ្លួន ។

ប្រេវ៉ាឡង់ Prevalence

គឺចំនួនសរុបនៃករណីនៃជំងឺមួយក្នុង ក្រុមប្រជាជននៅពេលវេលាកំណត់មួយ ។

វិស័យឯកជន

Private sector

ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចមួយរបស់ប្រទេសដែលមិនស្ថិតនៅក្រោមការត្រួតពិនិត្យរបស់រដ្ឋាភិបាល។ ផ្នែក ឯកជនក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានដំណើរការខុសគ្នា ដែលអាចសង្ខេបជា ឯកជនយកកំរៃ មិន យកកំរៃនិងផ្នែកក្រៅផ្លូវការ ។

វិស័យសាធារណៈ

Public sector

នៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះវិស័យសាធារណៈ ទាក់ទងទៅនឹងសេវាដែលត្រូវផ្តល់មូលនិធិ និងគ្រប់គ្រងនៅក្នុងប្រព័ន្ធរាជរដ្ឋាភិបាល ។

ការធានាគុណភាព/គុណភាព

Quality assurance/Quality

ជាពាក្យទូទៅប្រើសំដៅលើសកម្មភាពនិងប្រព័ន្ធ សំរាប់ការពិនិត្យតាមដាន និងការកែលំអ គុណភាពឱ្យប្រសើរឡើង។ វាទាក់ទងនឹងការវាស់វែង និងការវាយតម្លៃគុណភាព ប៉ុន្តែក៏ គ្របដណ្តប់លើសកម្មភាពដទៃទៀត ដើម្បីបង្ការគុណភាពអន់ថយនិងធានាគុណភាពខ្ពស់។ **ការគ្រប់គ្រងប្រកបដោយគុណភាព**(Qualitymanagement) កិរិតនៃភាពល្អ ឥតខ្ចោះនៃសេវា ឬប្រព័ន្ធដែលឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់អ្នកដែលត្រូវការបំផុតដោយចំណាយ ទាបក្នុងក្របខណ្ឌព្រំដែនកំណត់ សេចក្តីបង្គាប់និងប្រនិយ័តកម្ម។ មានន័យថាត្រូវពិនិត្យមើល បញ្ហានានាដូចជាសមត្ថភាព លទ្ធភាពប្រើប្រាស់សេវា ប្រសិទ្ធភាព ភាពត្រឹមត្រូវនិងការឆ្លើយតប។ **ការផ្តល់សេវាប្រកបដោយគុណភាព** (Quality in health services) សំដៅលើគុណភាពនៃ សេវាបង្ការនិងថែទាំព្យាបាលដែលអាចវាស់បានដោយសវនកម្មគ្លីនិក។ ការឈានទៅដល់ការ បង្ការនិងថែទាំព្យាបាលមានគុណភាពខ្ពស់ គឺត្រូវការជាធម្មតាទូទៅនៃការផ្តល់សេវានិង អន្តរាគមន៍ដែលកំពុងមាននិង ឧបសគ្គក្នុងការផ្តល់សេវា។ ព័ត៌មានស្តីពីចំនួននិង ប្រភេទនៃអ្នកផ្តល់ សេវា ការយល់ដឹងអំពីការអនុវត្តន៍ជាក់ស្តែង និង តវិយាបទរបស់អ្នកផ្តល់សេវា និងរបៀបនៃ ការប្រើប្រាស់សេវារបស់អតិថិជនក៏ត្រូវការចាំបាច់ដែរ ។

គុណភាពជីវិត
Quality of life

គឺកំរិតនៃសុខុមាលភាពដែលកើតមានចំពោះបុគ្គល ឬក្រុមប្រជាជន។ គុណភាពជីវិតមិនអាច វាស់វែងដោយផ្ទាល់បានទេ ហើយវាមានសមាសភាគពីរ៖ ទីមួយគឺទិដ្ឋភាពនៃសរីរាង្គកាយ ដែលរាប់បញ្ចូលនូវសុខភាព របបអាហារ ការទប់ទល់ប្រឆាំងនឹងការឈឺចាប់និងជំងឺ។ ទីពីរ គឺសភាពចិត្តសាស្ត្រដែលរាប់បញ្ចូលនូវ stress កង្វល់ សប្បាយ និងស្ថានភាពអារម្មណ៍ វិជ្ជមានឬអវិជ្ជមានដទៃទៀត។

និយត្តកម្ម Regulation

វិធាន បទបញ្ញត្តិឬច្បាប់ដែលធ្វើឱ្យការប្រតិបត្តិ ត្រូវបានធានាតាមបទដ្ឋានដែលបានកំណត់។

ការវិភាគធនធាន
Resource allocation

បែបបទដែលតាមនេះ ធនធានដែលមាន/អាចរកបាន ត្រូវបានបែងចែក/ចែកចាយរវាងការប្រើ ប្រាស់ដី ប្រកួតប្រជែងទុកជាមធ្យោបាយមួយក្នុងការសំរេចគោលបំណងពិត ប្រាកដមួយ។

អភិក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយ ទូទាំងវិស័យ
Sector-wide Approaches

បែបបទនៃការប្រព្រឹត្តទៅដើម្បីបង្កើនភាពជាម្ចាស់ នៅក្នុងការដាក់ចេញនូវគោលនយោបាយ ដោយអនុញ្ញាតិឱ្យមានការបន្តចូលរួម រាប់បញ្ចូលទាំងការសន្ទនាក្នុងវិស័យពីសំណាក់ទីភ្នាក់ ងារនិងស្ថាប័នទាំងអស់ទាំងសាធារណៈនិងឯកជន។ អភិក្រមនេះនឹងផ្តល់ក្របខណ្ឌការងារ មួយមានភាពបន្ថែម ដែលក្នុងនេះភាពផ្សេងៗគ្នានៃការរៀបចំចាត់ចែងការផ្តល់មូលនិធិនិងការ អនុវត្តន៍អាចនឹងត្រូវបានរុញច្រានទៅតាមលក្ខខណ្ឌនៅនិងកន្លែង ដោយផ្អែកលើយុទ្ធសាស្ត្ររួម និង ការរៀបចំចាត់ចែងគ្រប់គ្រងដែលបានឯកភាពគ្នាទៅវិញទៅមក។

កត្តាសង្គមដែលមាន ឥទ្ធិពលលើសុខភាព

Social determinants of health

គឺជា “មូលហេតុនៃមូលហេតុ” នៃជំងឺនិងសុខភាពទ្រុឌទ្រោម។ មូលហេតុទាំងអស់នោះគឺជា រចនាសម្ព័ន្ធត្រឹះនៃឋានានុក្រមសង្គម និងលក្ខខណ្ឌកំណត់ក្នុងសង្គមជាច្រើនទៀត ដែលបង្កើត រចនាសម្ព័ន្ធនេះ សំរាប់មនុស្សជំនាត់ រស់នៅ ធ្វើការ និងអាយុវែង។ (Commission on the Social Determinants of Health. WHO)

ថវិកាកញ្ចប់សំរាប់ការផ្តល់សេវា
Service delivery grant

មូលនិធិម្ចាស់ជំនួយផ្តល់ឱ្យថ្នាក់ប្រតិបត្តិ ដើម្បីលើកកម្ពស់ការផ្តល់សេវា តាមរយៈការបង្កើន ស្វ័យភាពនៃការគ្រប់គ្រងនិងការទទួលខុសត្រូវនៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិ។ ការវិភាគធនធានដល់ថវិកា កញ្ចប់សំរាប់ការផ្តល់សេវានិងត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការងារ និងប្រព្រឹត្តទៅតាមបែបបទនៃ ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ។

ជំនួយសង្គម
Social assistance

ផលប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ ឬជាប្រាក់បញ្ញើដែលទទួលបានពីរដ្ឋ មិនមែនជាវិភាគ ទានហើយដែលភាគច្រើនត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយឈរលើមូលដ្ឋាននៃមធ្យោបាយដែលអាចមាន ឬ កំរិតប្រាក់ចំណូល។

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម
Social health insurance

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពគឺជាការព្យាបាល ហើយត្រូវបានចាត់ទុកថាជាផ្នែកមួយនៃប្រព័ន្ធសន្តិសុខ សង្គមដែលផ្តល់មូលនិធិដោយការបង់ភាគទាន និងគ្រប់គ្រងដោយអង្គការរដ្ឋស្វ័យ័ត ប្រតិបត្តិ មានកិត្យានុកូលភាព។

ការគាំពារសុខភាពសង្គម
Social health protection

សំណុំគោលនយោបាយនិងកម្មវិធីដែលត្រូវបានបង្កើតឡើង ដើម្បីការពារបុគ្គលទល់គ្រោះអាសន្ន លើ សរីរាង្គកាយ ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គម ដែលបណ្តាលមកពីមានជំងឺ មាតុភាព រហូស បាត់បង់ សមត្ថភាពការងារនិងស្លាប់។ល។

បណ្តាញសុវត្ថិភាពសង្គម

Social safety nets

ប្រព័ន្ធមួយដែលអនុញ្ញាតិឱ្យពលរដ្ឋខ្វះខាតខ្សោយផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គមកិច្ច បន្តទទួលសេវាសង្គមតាមរយៈសេវាមិនបង់ថ្លៃ ការថែទាំទំនុកបំរុង ការធានារ៉ាប់រងសង្គមនិងជំនួយសង្គម។

ភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស

Special Operating Agency

គឺជាអង្គការមួយរបស់ក្រសួងស្ថាប័នដែលត្រូវបានចាត់តាំងឡើង ក្នុងគោលដៅលើកកម្ពស់ប្រសិទ្ធភាពនិងប្រសិទ្ធផលនៃការងារ ពង្រឹងការទទួលខុសត្រូវ ជំរុញគំនិតផ្តួចផ្តើម សំដៅពង្រឹងរបៀបនៃការយកចិត្តទុកដាក់ដល់អ្នកប្រើប្រាស់សេវា។ លក្ខខណ្ឌដើម្បីអនុវត្តយន្តការភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស ត្រូវផ្អែកលើចំណុច ៤ ជាមូលដ្ឋាន៖

- ផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើតំរូវការជាអាទិភាពរបស់អ្នកប្រើប្រាស់សេវា ដោយកំណត់ច្បាស់អំពីប្រភេទ គុណភាព និងតម្លៃសេវាដែលត្រូវផ្តល់។
- កំណត់ច្បាស់អំពីលទ្ធផលរំពឹងទុកនិងធនធានចាំបាច់នានា
- កំណត់ច្បាស់អំពីការរៀបចំនិងការប្រព្រឹត្តទៅរបស់ភ្នាក់ងារនេះ
- កំណត់ច្បាស់អំពីយន្តការនៃការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃ

បទដ្ឋាន

Standards

លក្ខខណ្ឌឬកិច្ចព្រមព្រៀងដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីប្រើប្រាស់ជាវិធានឬមូលដ្ឋានសំរាប់ធ្វើការប្រៀបធៀបក្នុងការវាស់វែង ឬវិនិច្ឆ័យសមត្ថភាព គុណភាព និងឬ បរិមាណ។

មគ្គុទេសភាព

Stewardship

ប្រមូលផ្តុំនូវលើការកិច្ចការកំណត់ចក្ខុវិស័យ និងទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាលការដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ប្រកបដោយអាទិភាពទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល (ទាំងវិស័យសុខាភិបាលសាធារណៈនិងឯកជន)តាមរយៈនិយ័តកម្ម ការតស៊ូមតិ ការប្រមូល-វិភាគ និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន។

គោលដៅចំណុច

Target

បញ្ជាក់អំពីកិច្ចការនៃការសំរេចគោលដៅ នៅក្នុងក្របខណ្ឌពេលវេលាដែលបានកំណត់ ម្យ៉ាងវិញទៀតវាបញ្ជាក់ថាវាពិតជាអាចមានទំហំប៉ុណ្ណា នៅក្នុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលដែលគ្របដណ្តប់ដោយផែនការ។ គោលដៅអាចមានលក្ខណៈច្បាស់លាស់ កាលណាមានបញ្ជាក់គោលដៅចំណុច។

គុណតម្លៃ

Values

តម្លៃនិងគោលការណ៍តំណាងអោយ ខ្ពស់មតិរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងផ្តល់នូវក្រមសីលធម៌ និងចរិយាសាស្ត្រដែលណែនាំដល់ការធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្តដើម្បីទទួលបាននូវផលប៉ះពាល់។ តម្លៃនិងគោលការណ៍នេះមានសារៈសំខាន់ក្នុងការប្រាស្រ័យទាក់ទងបញ្ជីសំណួរនៃហេតុផលនានាដែលគាំទ្រដល់ការធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្ត។

ចក្ខុវិស័យ

Vision

ចក្ខុវិស័យគឺជា ឥន្ទៈនៃភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងជាការព្រមព្រៀងគ្នាអំពីអនាគត ឬទិសដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រដែលផ្តល់និយមន័យសេចក្តីសង្ឃឹមនិងចលនាវិវត្តន៍។

ការគ្របដណ្តប់ជាសកល

Universal coverage

លទ្ធភាពមកទទួលយកនូវអន្តរាគមន៍ផ្នែកសុខភាពសំខាន់ៗ របស់មនុស្សគ្រប់រូប ដូចជាការលើកស្ទួយសុខភាព ការបង្ការ ព្យាបាល និងស្តារនិរន្តរ៍សម្បទានៅចំពោះមុខការចំណាយដែលអាចទ្រាំទ្របាន ដូច្នោះអាចសំរេចបាននូវសមធម៌ក្នុងការមកទទួលយកសេវា។

ការបង់ថ្លៃសេវា
User charges

ការចំណាយលើរបស់របរនិងសេវា យោងតាមបញ្ជីតំលៃ ឬតារាងតំលៃ។ ប្រព័ន្ធបង់ថ្លៃបែបនេះតាមធម្មតាគឺគ្មានសមធម៌ទេ។ ជាយសារបង្ខំឱ្យអ្នកជំងឺបង់ថ្លៃសេវា និងធ្វើឱ្យអ្នក ក្រី ក្រ ចំណាយច្រើនជាងអ្នកមាន បើគិតជាសមាមាត្រ។

សន្ទានុក្រុមនេះត្រូវបានដកស្រង់និងកែសម្រួលចេញពី៖ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៣-២០០៧ គោលនយោបាយជាតិស្តីពីការកែលំអគុណភាព សៀវភៅធ្វើផែនការ(ក្រសួងសុខាភិបាល) គោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលរបាយការណ៍វាយតំលៃវឌ្ឍនភាពនៃការគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យ យុទ្ធសាស្ត្រស្តីពីហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព (WHO/WPRO) ឯកសារនានារបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងឯកសារបោះពុម្ពផ្សាយដទៃទៀត។