ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥

ការទទួលខុសត្រូវ ប្រសិទ្ធភាព គុណភាព សមធម៌

ក្រសួងសុខាភិបាល

មេសា ២០០៨

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨_២០១៥

ការទទួលខុសត្រូវ ប្រសិទ្ធភាព គុណភាព សមធម៌

ក្រសួងសុខាភិបាល

មេសា ២០០៨

អារម្ភកថា

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៣-២០០៧ ត្រូវបានប្រកាសឱយប្រើប្រាស់ជាផ្លូវការ នៅខែសីហា ឆ្នាំ២០០២ ក្រោមអធិបតីភាពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់របស់ **សម្តេចអគ្គមហាសេនាបតីតេជោ ហ៊ុន សែន** នាយករដ្ឋមន្ត្រីនៃរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា។

មន្ត្រី-បុគ្គលិកសុខាភិបាលទាំងអស់នៅគ្រប់ថ្នាក់នៃប្រពន្ធ័សុខាភិបាល រួមជាមួយដៃគូពាក់ពន្ធ័ជាតិ អន្តរជាតិ និងសហគមន៍ បានអនុវត្តផែនការនេះដោយស្មារតីទទួលខុសត្រូវខ្ពស់ ដើម្បីឈានឆ្ពោះទៅសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សកម្ពុជាផ្នែកសុខភាពនៅជំណាច់ឆ្នាំ២០១៥។

ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព ឆ្នាំ២០០៥ បានបង្ហាញថាប្រទេសកម្ពុជាកំពុងស្ថិតនៅលើមាគ៌ានៃវឌ្ឍនភាព ឆ្ពោះទៅសំរេចដោយជោគជយ័គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សទី៤ (បន្ថយការស្លាប់របស់កុមារ) និងគោលដៅទី៦ (ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លងចំបងៗ: ជំងឺអេដស៍ របេង និងគ្រុនចាញ់)។ លើកលែងតែគោលដៅទី៥ (លើកកំពស់សុខភាពមាតា) ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់មាតានៅខ្ពស់នឹងបន្តនៅជាបញ្ហាប្រឈមមុខដ៏ស្រួចស្រាវបំផុតដែលតំរូវឱយមានការវិនិយោគធនធានកាន់តែច្រើនថែមទៀតទន្ទឹមគ្នានឹងការពង្រឹងអន្តរាគមន៍ ការបន្តអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ននិងការកសាងសមត្ថភាព ព្រមទាំងកិច្ចដំណើរការមុខងារនៃប្រពន្ធ័សុខាភិបាល ការសំរបសំរួល និងកិច្ចសហការពហុវិស័យឱយកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលលើកទី២ (២០០៨-២០១៥) ត្រូវបានអភិវឌ្ឍន៍ដោយឈរលើទីតាំងដ៏រឹងមាំនៃបទពិសោធន៍ ទាំងចំនុចខ្លាំង និងចំនុចខ្សោយនៃការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ២០០៣-២០០៧ និងមានគោលដៅដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពជាអាទិភាពរបស់ប្រជាជនកម្ពុជា នៅក្នុងរយៈពេលប្រាំបីឆ្នាំខាងមុខ ដោយប្រើប្រាស់ឱយអស់លទ្ធភាពនូវកាលានុវត្តភាពជាសក្តានុពល ដែលរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានចាត់ទុកការលើកស្ទួយសុខភាពប្រជាជនកម្ពុជាគ្រប់រូបជាវិស័យអាទិភាពមួយនៅក្នុងការវិនិយោគធនធានរដ្ឋសំរាប់វិស័យសង្គម។ ឆន្ទៈនយោបាយដ៏មោះមុតនេះ ត្រូវបានសបញ្ជាក់តាមរយៈកំណើនការវិភាជន៍ថវិកាជាតិប្រចាំឆ្នាំ សំរាប់វិស័យសុខាភិបាល ការប្រើប្រាស់ថវិកាជាតិ ទ្រទ្រង់ដល់កម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌ ដើម្បីដកចេញនូវរបាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការមកទទួលយកសេវាអប់រំសុខភាពបង្ការ ពិនិត្យ-ថែទាំនិងព្យាបាល ដោយប្រជាជនក្រីក្រនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ ព្រមទាំងការផ្តល់ប្រពន្ធ័លាភការនៅក្នុងក្របខណ្ឌ័នៃកំណែទំរង់បៀវត្សរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីលើកទឹកចិត្តដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ឱយបំពេញការងារផ្តល់សេវាជូនប្រជាជនកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព និងសមធម៌ពិសេសនៅតំបន់ជនបទដាច់ស្រយាល តាមរយៈកម្មវិធីកន្សោមអាទិភាព និងការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់ឆ្មបទូទាំងប្រទេស សំរាប់ជួយឱយមានការសំរាលកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ។ កាលានុវត្តភាពដ៏សំខាន់ពីរ ដែលនឹងជួយសំរិតសំរាំងតួនាទី និងមុខងារស្នូលនៃប្រពន្ធ័សុខាភិបាលឱយកាន់តែឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជននិងមានការទទួលខុសត្រូវខ្ពស់នោះ គឺការអនុវត្តន៍បែបបទនៃ

គោលនយោបាយវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការ និងគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។ អភិក្រមយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៨–២០១៥ បានឆ្លុះបញ្ចាំងពីកត្តាបរិបទទាំងអស់ខាងលើនេះ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៨–២០១៥ បានកំណត់ច្បាស់លាស់នូវកម្មវិធីគោលនយោបាយសុខាភិបាលចំនួន១៥ចំណុច ដែលនឹងត្រូវយកមកអនុវត្តដោយអង្គភាពសុខាភិបាលគ្រប់ថ្នាក់ ដើម្បីឈានទៅសំរេចគោលបំណងចំបង៣របស់ផែនការ៖ បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់របស់មាតា–ទារកនិងកុមារ និងការលើកកំពស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ បន្ថយអត្រាឈឺនិងអត្រាស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍–របេង–គ្រុនចាញ់និងជំងឺឆ្លងដទៃទៀត និងបន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត។

ក្នុងការឈានទៅសំរេចគោលបំណងខាងលើនេះយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលត្រូវបានអភិវឌ្ឍន៍ ដោយផ្តោតលើផ្នែកជាយុទ្ធសាស្ត្រចំបង៥៖ ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល និងអភិបាលកិច្ចប្រពន្ធ័សុខាភិបាល ដើម្បីតំរង់ទិសអន្តរាគមន៍ទូទាំងវិស័យសុខាភិបាលស្របតាម “ យុទ្ធសាស្ត្រចតុកោណ ” និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍនជាតិរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

ការអនុវត្តន៏ដោយជោគជយ័នៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៨–២០១៥ នឹងបង្កើនតំរូវការផ្នែកសុខភាព និងលទ្ធភាពទទួលយកសេវាថែទាំមានគុណភាពប្រកបដោយសមធម៌ ដើម្បីឱយប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់មានលទ្ធភាពទទួលបានអត្ថប្រយោជន៏ផ្នែកសុខភាព និងសុខុមាលភាពក្នុងកំរិតអតិប្បរមា ដែលនឹងរួមចំណែកដ៏សំខាន់ ដល់ដំណើរការយូរអង្វែងនៃការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជា ទន្ទឹមគ្នាដែលការអភិវឌ្ឍន៏ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គមដែលកំពុងលូតលាស់យ៉ាងឆាប់រហាស់។

ក្រសួងសុខាភិបាលមានជំនឿយ៉ាងមុតមាំថា ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងផ្តល់នូវក្របខណ្ឌ័ការងាររឹងមាំឈរលើចក្ខុវិស័យរួមសំរាប់ថ្នាក់ដឹកនាំ មន្ត្រីរាជការ–បុគ្គលិកសុខាភិបាលទូទាំងប្រទេស ក្រសួង–ស្ថាបន័ពាក់ពន្ធ័ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៏ និងអង្គការជាតិ–អន្តរជាតិ ធ្វើសកម្មភាពរួមគ្នាដោយប្រសិទ្ធភាព និងការទទួលខុសត្រូវខ្ពស់ចំពោះការលើកស្ទួយសុខភាពនិងសុខុមាលភាពប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់។

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី១១ ខែមេសា ឆ្នាំ ២០០៨

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

ក្រសួងសុខាភិបាល

វេជ្ជ. នុត–សុខុម

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

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

ឯកសារដ៏មានសារៈសំខាន់នេះនឹងយកទៅប្រើប្រាស់ដើម្បី តំរង់ទិសការងារក្នុងវិស័យសុខាភិបាលទាំងមូលសំរាប់អំលុងពេលខាងមុខ និងដើម្បីត្រួសត្រាយការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់យើង ក្នុងការដោះស្រាយអាទិភាពនិងតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជន។ ឯកសារនេះនឹងមិនអាចកើតចេញជារូបរាងបានទេ បើសិនជាគ្មានការខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងសកម្មរបស់ក្រុមការងារអភិវឌ្ឍន៍ ផ.យ.ស.២ ដឹកនាំដោយ ឯ.ឧ សាស្ត្រាចារ្យ កើត មៀច អគ្គនាយករដ្ឋបាល-ហិរញ្ញវត្ថុ និង ឯ.ឧ វេជ្ជ. ទេព លន់ អគ្គនាយកបច្ចេកទេសសុខាភិបាល។

បែបបទនៃការពិគ្រោះយោបល់ដែលបានប្រព្រឹត្តទៅ គឺមានការចូលរួមយ៉ាងសកម្ម និងការផ្តល់យោបល់ចូលដ៏មានតំលៃពី ៖

- អនុក្រុមការងារផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន ក្រោមការដឹកនាំរបស់ ឯ.ឧ សាស្ត្រាចារ្យ កើត មៀច
- អនុក្រុមការងារផ្នែកសុខភាពមាតា-កុមារក្រោមការដឹកនាំរបស់លោកសាស្ត្រាចារ្យសាន់ចន្ទ័ សឿន អគ្គនាយករងបច្ចេកទេសសុខាភិបាល
- អនុក្រុមការងារផ្នែកជំងឺឆ្លងនិងជំងឺមិនឆ្លង ក្រោមការដឹកនាំរបស់លោក ឯ.ឧ វេជ្ជ. ទេព លន់

សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះលេខាធិការដ្ឋានក្រុមការងារ ក្រោមការដឹកនាំរបស់ លោកវេជ្ជ. ច ម៉េងចូ អគ្គនាយករងបច្ចេកទេសសុខាភិបាល។

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

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

វេជ្ជ. នុត សុខុម
រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

មាតិកា

អារម្ភកថា i
សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ iii
មាតិកា iv
ក្រុមការងារនិងអ្នកចូលរួមកសាងផែនការ vi
បែបបទនៃការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល viii
អក្សរកាត់ ix
សេចក្តីសង្ខេប x
ជំពូក ១: ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល ១
១. ចក្ខុវិស័យ ២
២. បេសកកម្ម ២
៣. គុណតំលៃនិងគោលការណ៍ ៣
៤. ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល ៤
ជំពូក ២: ទិដ្ឋភាពរួមវិស័យសុខាភិបាល ៧
១. ការរៀបចំប្រពន្ធ័សុខាភិបាល ៨
២. ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល ១០
៣. អភិបាលកិច្ចជំនួយ ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន វិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ ១២
៤. ការពិនិត្យវាយតំលៃវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០០៧ ១៣
ជំពូក ៣: អតិក្រមផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល 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. អភិក្រមយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ៤០
៤. ផ្នែកជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៤០
- យុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល ៤២
- យុទ្ធសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព ៤៨
- យុទ្ធសាស្ត្រធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ៥២
- យុទ្ធសាស្ត្រប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាល ៥៦
- យុទ្ធសាស្ត្រអភិបាលកិច្ចប្រពន្ធ័សុខាភិបាល ៦០

ជំពូក ៥: ការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលតាមរយៈផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព ៦៨
១. អភិក្រមផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព ៦៩
២. ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពបន្តពូជ–មាតា–ទារកនិងកុមារ ៧២
៣. ផ្នែកកម្មវិធីជំងឺឆ្លង ៧៨
៤. ផ្នែកកម្មវិធីជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត ៨៩
ជំពូក ៦: ក្របខណ្ឌអនុវត្តន៍ ត្រួតពិនិត្យតាមដាន ក្របខណ្ឌវាយតំលៃ ៩៧
១. អភិក្រមជំហាន៧ក្នុងការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ ៩៨
២. ក្របខណ្ឌអនុវត្ត ១០២
៣. ក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃ ១០៨
៤. ក្របខណ្ឌសូចនាករសំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃ ១១១
ជំពូក ៧: ថ្លៃចំណាយ និងមូលនិធិសំរាប់អន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រ ១១៥
១. សេចក្តីផ្តើម ១១៦
២. សមាសភាគថ្លៃចំណាយនិងសម្មតិកម្ម ១១៦
៣. ថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកអន្តរាគមន៍ ១១៩
- ថ្លៃចំណាយលើការបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវា ១១៩
- ថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកកិច្ចសន្យា ១១៩
- ថ្លៃចំណាយសំរាប់ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ ១១៩
- ថ្លៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍សុខភាពបន្តពូជ ១២០
- ថ្លៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍នៃការរស់រានរបស់កុមារ ១២២
- ប្រាក់លាភការបន្ថែមផ្អែកលើស្នាដៃការងារ ១២៣

៤. ថ្លៃចំណាយសរុប លទ្ធភាពផ្តល់ថវិកាបាននិងលំហសារពើពន្ធ ១២៣
ឧបសម្ព័ន្ធ ១២៦
សន្ទានុក្រម ១៣៣

ក្រុមការងារនិងអ្នកចូលរួមរៀបចំផែនការ

១.	ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ	កើត	មៀច	អគ្គនាយករដ្ឋបាល–ហិរញ្ញវត្ថុ
២.	ឯកឧត្តមវេជ្ជ.	ទេព	លន់	អគ្គនាយកបច្ចេកទេសសុខាភិបាល
៣.	លោកសាស្ត្រាចារ្យ	សាន់	ចន្ទ័សឿន	អគ្គនាយករងបច្ចេកទេសសុខាភិបាល
៤.	លោកវេជ្ជ.	ជី	មានហៀ	អគ្គនាយករងបច្ចេកទេសសុខាភិបាល
៥.	លោកវេជ្ជ.	សុខ	ទូច	ប្រធាននាយកដ្ឋានប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង
៦.	លោកស្រីឱសថការី	គាត	ភួង	ប្រធាននាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស
៧.	លោកស្រីវេជ្ជ.	ប្រាក់	ពិសិដ្ឋរង្សី	ប្រធាននាយកដ្ឋានការពារសុខភាព
៨.	លោកស្រីឱសថការី	ទា	គីមឆាយ	ប្រធាននាយកដ្ឋានឱសថ
៩.	លោក	ឡាយ	ហួន	ប្រធាននាយកដ្ឋានថវិកា–ហិរញ្ញវត្ថុ
១០.	លោកវេជ្ជ.	មុី	សំបូរ	ប្រធាននាយកដ្ឋានបុគ្គលិក
១១.	លោកវេជ្ជ.	សាន់	សារី	ប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ
១២.	លោក	អុំ	វិចិត្រ	ប្រធាននាយកដ្ឋានរដ្ឋបាល
១៣.	លោកស្រីវេជ្ជ.	ឱ	វណ្ណឌីន	ប្រធាននាយកដ្ឋានសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ
១៤.	លោកសាស្ត្រាចារ្យ	គុំ	កាណាល់	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
១៥.	លោកវេជ្ជ.	លឹម	ថៃភាង	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិលើកកំពស់សុខភាព
១៦.	លោកសាស្ត្រាចារ្យ	ឈូ	អុីម៉េង	ប្រធានមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
១៧.	លោកសាស្ត្រាចារ្យ	កា	ស៊ុនបូណាត	ព្រឹទ្ធបុរសសកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល
១៨.	លោកវេជ្ជ.	ឌួង	សុជាតិ	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់
១៩.	លោកវេជ្ជ.	មាន	ឈីវុន	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍
២០.	លោកវេជ្ជ.	ម៉ៅ	តាន់អ៊ាង	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង–ហង់សិន
២១.	លោកវេជ្ជ.	អ៊ុង	សំអាន	ប្រធានវិទ្យាស្ថានជាតិស្រាវជ្រាវសុខភាពសាធារណៈ
២២.	លោកវេជ្ជ.	តូ	ឈុនសេង	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យអង្គឌួង
២៣.	លោកវេជ្ជ.	ឃូ	អាំងអូ	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការនិងពត៌មានសុខាភិបាល
២៤.	លោកវេជ្ជ.	អុំ	ធន	ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត កណ្តាល
២៥.	លោកវេជ្ជ.	ងួន	ស៊ឹមអាន	ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត កំពង់ចាម
២៦.	លោកវេជ្ជ.	ហួត	ថន	ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត កំពង់ស្ពឺ
២៧.	លោកវេជ្ជ.	ហុង	រត្នមុនី	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង
២៨.	លោកស្រីវេជ្ជ.	ទុង	រដ្ឋាវី	អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក
២៩.	លោកស្រីវេជ្ជ.	ឃួន	អេងមុនី	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានការពារសុខភាព
៣០.	លោកវេជ្ជ.	កុល	ហេរ៉ូ	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានការពារសុខភាព
៣១.	លោកវេជ្ជ.	ហែម	មុនីរិទ្ធ	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានរដ្ឋបាល
៣២.	លោកស្រី	ឃុត	ថាវារី	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានថវិកា–ហិរញ្ញវត្ថុ
៣៣.	លោកវេជ្ជ.	លី	ពេញស៊ុន	អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធជំងឺអេដស៍
៣៤.	លោកវេជ្ជ.	លឹម	ឃី	អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធជំងឺអេដស៍
៣៥.	លោក	រស់	ឈុនអៀង	ប្រធានការិយាល័យសេដ្ឋកិច្ច–ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល

៣៦. លោកវេជ្ជ.	លន់	ចាន់រស្មី	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. លោកស្រីនិសថការី	លី	ណារ៉េត	World Bank
៤៣. អ្នកស្រី	Thazin	Oo	UNICEF
៤៤. លោកវេជ្ជ.	ថៅ	រ៉ាសូកា	UNICEF
៤៥. លោកស្រី	Masayo	Terakado	JICA
៤៦. លោកស្រី	Shoko	Sato	JICA
៤៧. លោកវេជ្ជ.	ឆោម	រ៉ាដា	GTZ
៤៨. លោកវេជ្ជ.	ចក	ចន្ថា	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	វ៉ាសនាគីរី	ប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការនិងពត៌មានសុខាភិបាល
៣. លោកវេជ្ជ.	សៅ	សុវណ្ណរតនៈ	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការនិងពត៌មានសុខាភិបាល
៤. លោកស្រីវេជ្ជ.	សុខ	កញ្ញា	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការនិងពត៌មានសុខាភិបាល
៥. លោកវេជ្ជ.	ប៊ុន	សំណាង	នាយកដ្ឋានផែនការនិងពត៌មានសុខាភិបាល
៦. លោកស្រីវេជ្ជ.	ងិន	ស៊ីលាផ្ទង់	នាយកដ្ឋានផែនការនិងពត៌មានសុខាភិបាល
៧. លោកស្រី	សេង	អ៊ីដែត	នាយកដ្ឋានផែនការនិងពត៌មានសុខាភិបាល
៨. លោក	សេក	សុខណា	នាយកដ្ឋានផែនការនិងពត៌មានសុខាភិបាល
៩. លោកវេជ្ជ.	អ៊ុយ	វេងគី	គំរោងទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល
១០. លោក	គីវ	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	ទីប្រឹក្សាគំរោងទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល

ក្រុមចងក្រងឯកសារ

១. លោកវេជ្ជ.	ឡូ	វ៉ាសនាគីរី	ប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការនិងពត៌មានសុខាភិបាល
២. លោក	Benjamin	D. Lane	ទីប្រឹក្សាអង្គការសុខភាពពិភពលោក
៣. លោកស្រី	Maryam	Bigdeli	ទីប្រឹក្សាអង្គការសុខភាពពិភពលោក

បែបបទនៃការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៨-២០១៥ ត្រូវបានអភិវឌ្ឍន៍ដោយ "ក្រុមការងារអភិវឌ្ឍន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៨-២០១៥" ក្រោមការណែនាំជាយុទ្ធសាស្ត្រពីថ្នាក់ដឹកនាំជាន់ខ្ពស់ក្រសួងសុខាភិបាល។

ការកសាងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះមានរយៈពេល៦ខែ ដោយចាប់ពីផ្តើមនៅខែតុលាឆ្នាំ២០០៧បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការពិនិត្យវាយតំលៃលទ្ធផលនៃការអនុវត្តន៍ផែនការការយុទ្ធសាស្ត្រ ២០០៣-២០០៧ នៅខែកញ្ញា ២០០៧ និងបានឆ្លងកាត់ការពិគ្រោះយោបល់យ៉ាងទូលំទូលាយតាមយន្តការខាងក្រោមនេះ:

- ការពិគ្រោះយោបល់កំរិតតំបន់លើសេចក្តីព្រាងលើកទី១ ជាមួយមន្ត្រីសុខាភិបាលថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង ស្រុកប្រតិបត្តិ មណ្ឌលសុខភាព ក្នុងខេត្ត-ក្រុងទាំង២៤។
- ការពិគ្រោះយោល់លើសេចក្តីព្រាងលើកទី១ ជាមួយក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាលផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការពិគ្រោះយោបល់ដោយឡែក២: មួយក្នុងចំណោមដៃគូអភិវឌ្ឍន៍និងមួយទៀតក្នុងចំណោមអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលដែលសកម្មក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។
- ការពិគ្រោះយោបល់កំរិតជាតិលើកសេចក្តីព្រាងលើកទី២ ដោយមានការចូលរួមពីមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង ទាំង២៤ ស្ថាប័ន-ក្រសួងពាក់ពន្ធ័ និងតំណាងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍និងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនិងសមាគមវិជ្ជាជីវៈ។
- ការពិនិត្យដោយថ្នាក់ដឹកនាំជាន់ខ្ពស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីសំរេចលើសេចក្តីព្រាងចុងក្រោយនៃផែនការ។

ការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការនេះបានទទួលការឧបត្ថម្ភបច្ចេកទេស ពីសំណាក់អង្គការសុខភាពពិភពលោកនិងជំនាញការរយៈពេលខ្លី(HLSP) ឧបត្ថម្ភថវិកាដោយទីភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក(USAID) និងថវិកាពីគំរោងទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល (ធនាគារពិភពលោក ធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី ទីភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិចក្រភពអង់គ្លេស(DFID) អង្គការ UNFPA និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក។

អក្សរកាត់

គ.អ.ស	គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្ស
ជ.ឆ	ជំងឺឆ្លង
ជ.ម.ឆំ	ជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត
ធ.ម.ស	ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល
ប.ព.ស	ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល
ផ.គ្រ.ស	ផែនការគ្រប់ដណ្តប់សុខាភិបាល
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 ដែលលើកឡើងដោយផែនការយុទ្ធសាស្រ្តសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥(ផ.យ.ស.២) គឺ: "លើកកំពស់ការអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយនិរន្តភាពនៃវិស័យសុខាភិបាល ដើម្បីភាពកាន់តែប្រសើរឡើងនៃសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនទាំងអស់ ពិសេសប្រជាជនក្រីក្រ ស្រ្តីនិងកុមារ ដើម្បីរួមចំណែកដល់ការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គមកិច្ចនិងការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជា។"

នៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល **បេសកកម្ម** របស់ក្រសួងសុខាភិបាលគឺ **"ផ្តល់មគ្គុទេសភាពសំរាប់វិស័យសុខាភិបាលទាំងមូលនិងធានាអោយមានបរិយាកាសគាំទ្រ ដល់ការបង្កើនតំរូវការផ្នែកសុខភាពនិងលទ្ធភាពទទួលយកសេវាថែទាំមានគុណភាព ប្រកបដោយសមធម៌ ដើម្បីឱយប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់មានលទ្ធភាពទទួលបាននូវកំរិតអតិបរមាលើផ្នែកសុខភាពនិងសុខុមាលភាព។"**

គុណតំលៃ ដែលឈរលើមូលដ្ឋាននៃការប្តេជ្ញាចិត្តខាងលើរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល គឺ **សមធម៌** និង **សិទ្ធសុខភាព** សំរាប់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់។

សកម្មភាពបំពេញការងារប្រចាំថ្ងៃរបស់មន្រ្តីគ្រប់គ្រង និងបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ទូទាំងអង្គភាពគ្រប់ថ្នាក់គប្បីគោរពតាម **គោលការណ៍៥** យ៉ាង:(១)ការគាំពារសុខភាពសង្គម ពិសេសប្រជាជនក្រីក្រ និងក្រុមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ (២)វិធីសាស្រ្តផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើអតិថិជន ក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាព (៣)វិធីសាស្រ្តសមាហរណកម្មក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាព និងអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈមានគុណភាពខ្ពស់(៤)ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស គឺជាសសរទ្រូងនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទាំងមូលនិង (៥)អភិបាលកិច្ចល្អ និងការទទួលខុសត្រូវ។

សំរាប់ប្រទេសកម្ពុជានាដំណាក់កាលបច្ចុប្បន្ននៃការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គម ចក្ខុវិស័យនិងបេសកកម្ម គុណតំលៃនិងគោលការណ៍ខាងលើតំរូវឱយមាន **ទិសដៅគោលនយោបាយ** មួយយ៉ាងច្បាស់លាស់សំរាប់វិស័យសុខាភិបាលនៅកម្ពុជាក្នុងបណ្តាឆ្នាំខាងមុខ។ ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល២០០៨-២០១៥ត្រូវបានកំណត់ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការពិនិត្យវាយតំលៃផែនការយុទ្ធសាស្រ្តសុខាភិបាល២០០៣-២០០៧និងផ្តោតជាចំបងលើ:

---

១. អនុវត្តវិមជ្ឈការលើមុខងារផ្តល់សេវានិងមុខងារគ្រប់គ្រង

២. ពង្រឹងអភិបាលកិច្ចទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល

៣. ពង្រីកលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវានិងការគ្របដណ្តប់សេវាសុខភាព

៤. អនុវត្តប្រព័ន្ធហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលគាំទ្រដល់ជនក្រីក្រ

---

៥. ពង្រឹងការអនុវត្តន៍និតិក្រមសុខាភិបាល ក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ និងលក្ខន្តិកៈនិងពង្រឹងយន្តការនិយត័កម្ម
៦. លើកកំពស់គុណភាពក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពនិងការគ្រប់គ្រង
៧. បង្កើនសមត្ថភាពជំនាញរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងបច្ចេកទេសជំនាញពាក់ព័ន្ធ
៨. ពង្រឹងនិងវិនិយោគលើប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលនិងលើកកំពស់ការស្រាវជ្រាវសុខភាព
៩. បង្កើនការវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរូបវន្ត ឧបករណ៍-បរិក្ខាពេទ្យ និងបច្ចេកវិទ្យាទំនើបនិងការលើកកំពស់សេវាគាំទ្រមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ
១០. លើកកំពស់គុណភាពនិងរបៀបរបបរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អរបស់ប្រជាជន
១១. បង្ការនិងទប់ស្កាត់ជំងឺឆ្លង ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃនិងជំងឺមិនឆ្លង ព្រមទាំងពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺ
១២. ពង្រឹងអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមមុខប្រទាក់ក្រឡា
១៣. លើកកំពស់ភាពជាដៃគូមានប្រសិទ្ធភាពរវាងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជនក្នុងការផ្តល់សេវា
១៤. លើកទឹកចិត្តការចូលរួមរបស់សហគមន៍ក្នុងសកម្មភាពផ្តល់សេវានិងលើកកំពស់គុណភាព
១៥. ពង្រឹងស្ថាប័នសុខាភិបាលមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធគ្រប់ថ្នាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល

ការពិនិត្យវាយតំលៃផែនការ យុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ២០០៣-២០០៧ បានបង្ហាញថាៈ

- រង្វាស់ទូទៅពីរ ដែលយកមកប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់គុណភាពប្រព័ន្ធសុខាភិបាល គឺអត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំ និងក្រោម៥ឆ្នាំ ត្រូវបានកាត់បន្ថយយ៉ាងខ្លាំងបើទុកណាជាសូចនករសុខភាពកុមារត្រូវការកែលំអថែមទៀត ដើម្បីឈានទៅសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សកម្ពុជាក៏ដោយ ។
- សូចនាករលទ្ធផលសុខភាពទី៣របស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល គឺអត្រាស្លាប់របស់មាតាមិនមានវឌ្ឍនភាពហើយស្ថិតនៅជាបញ្ហាព្រួយបារម្ភយ៉ាងខ្លាំង បើទុកណាជាមានវឌ្ឍនភាពនៅក្នុងផ្នែកសុខភាពមាតាកុមារនិងសុខភាពបន្តពូជ ។
- ប្រទេសកម្ពុជាកំពុងស្ថិតក្នុងអន្តរកាល (អេពីដេមីញ៉ូសាស្ត្រ)ឆ្ពោះទៅកាន់បន្ទុកធ្ងន់នៃជំងឺមិនឆ្លងការពិនិត្យវាយតំលៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល២០០៣-២០០៧ បានផ្តល់អនុសាសន៍ដូចខាងក្រោមនេះ

១- ត្រូវធ្វើការសំរេចចិត្តជាបន្ទាន់ លើគោលនយោបាយនៅលើផ្នែកនានា ដែលការអនុវត្តន៍សាកល្បងកំពុងដំណើរការជឿនលឿនទៅមុខ ។ ការសំរេចចិត្តលើគោលនយោបាយនេះ ត្រូវបញ្ចូលកំណែទំរង់កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា ពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ និងលើកកំពស់ប្រព័ន្ធលាភការសំរាប់បុគ្គលិក ។

២- ពង្រឹងបន្ថែមតួនាទីនិងមុខងារស្ថាប័នទូទាំងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ជាមួយនឹងការកសាងសមត្ថភាពព្រមទាំងលើកស្ទួយការផ្សារភ្ជាប់រវាងយុទ្ធសាស្ត្រនៃ ផ.យ.ស.២ ជាមួយប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យតាមដាន ។

៣- ពង្រឹងប្រសិទ្ធភាពនៃការគ្រប់គ្រងជំនួយដើម្បីដោះស្រាយស្ថានភាពបែកខ្ញែកបច្ចុប្បន្ននៃហិរញ្ញប្បទាន ពីដៃគូសុខាភិបាលតាមរយៈការខិតខំប្រឹងប្រែងប្រាកដប្រជានៃសុខដុមនីយកម្ម ដើម្បីអនុញ្ញាតិឱយមានការបន្តពង្រីកធនធាន។

ក្នុងការកំណត់អភិក្រមជាយុទ្ធសាស្រ្ត ផ.យ.ស.២កំណត់ **អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្រ្ត** សំរាប់វិសយ័សុខាភិបាលជាពីរផ្នែកទូលំទូលាយនិងទាក់ទងគ្នាទៅវិញទៅមក ហើយដែលក្រសួងសុខាភិបាលនិងដៃគូទាំងអស់ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស សំរាប់អន្តរាគមន៍ក្នុងរយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែង នៅក្នុងអំលុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២។ អាទិភាពទាំងពីរផ្នែកនេះគឺ:

ក. អាទិភាពសុខភាពរបស់ប្រជាជននិងសេវាសុខភាពជាសារវន្ត័

(១) បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់របស់មាតា ទារកនិងកុមារ និងការលើកកំពស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ

គោលដៅ ១ លើកកំពស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតានិងកុមារ

២ លើកកំពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកពត៏មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជមានគុណភាព

៣ លើកកំពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសារវ័ន្តសំរាប់មាតានិងទារក និងការប្រព្រឹត្ត ការថែទាំសុខភាព តាមគ្រួសារបានល្អប្រសើរ

៤ ធានានូវលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសារវ័ន្តសំរាប់កុមារនិងការប្រព្រឹត្តការថែទាំសុខភាពតាមគ្រួសារបានល្អប្រសើរ

(២) បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍ របេង គ្រុនចាញ់ និងជំងឺឆ្លងដទៃទៀត

គោលដៅ ៥ កាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍

៦ បង្កើនការរស់រានមានជីវិតរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍

៧ សំរេចបានអត្រាស្រាវជ្រាវជំងឺរបេងខ្ពស់ និងរក្សាអត្រាជាសះស្បើយកំរិតខ្ពស់នៃករណីជំងឺរបេងស្ទួតបេកាវិជ្ជមាន។

៨ កាត់បន្ថយការស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ និងអត្រាឈឺក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ

៩ កាត់បន្ថយបន្ទុកនៃជំងឺឆ្លងដទៃទៀត

(៣) បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត

គោលដៅ ១០ កាត់បន្ថយឥរិយាបទគ្រោះថ្នាក់នាំទៅរកជំងឺមិនឆ្លង (ការយល់ដឹង ទំលាប់ ការអនុវត្តន៍) :ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង-សរសៃរឈាម ជំងឺមហារីក ជំងឺផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់និងរបួស ការថែទាំភ្នែក សុខភាពមាត់ធ្មេញ ។ល។

១១ លើកកំពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាព្យាបាល និងការស្តារនិតិសម្បទាបង្ករឡើងដោយជំងឺមិនឆ្លង: ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង-សរសៃរឈាម ជំងឺមហារីក

ជំងឺផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់និងរបួស ការថែទាំភ្នែក សុខភាពមាត់ធ្មេញ ។ល។

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

ខ. **បញ្ហាប្រឈមមុខដែលមានទាក់ទងនឹងដំណើរការមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល** ទាំងបញ្ហាប្រឈមមុខនៅ "ផ្នែកផ្តល់សេវា" និងបញ្ហាប្រឈមមុខនៅ "ផ្នែកទទួលសេវា" ។

ក្របខណ្ឌ័យុទ្ធសាស្ត្រនៃផ.យ.ស ២ មានចរិតលក្ខណៈ ៥ យ៉ាងដូចតទៅៈ

- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលដាក់ "ការទទួលខុសត្រូវ ប្រសិទ្ធភាព គុណភាព និងសមធម៌" នៅចំកណ្តាលនៃយុទ្ធសាស្ត្រប្រទាក់ក្រឡាទាំង៥ ដែលគាំទ្រដល់អន្តរាគមន៍នៃកម្មវិធីសុខភាពចំនួន៣ ដើម្បីផ្តល់នូវលទ្ធផលសុខភាពដែលប្រសើរជាងមុន។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលប្រែក្លាយ យុទ្ធសាស្ត្រចតុកោណរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ទៅជាសកម្មភាពដើម្បីរួមចំណែកដល់ដំណើរការរយៈពេលវែងនៃការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលផ្តល់ពត៌មាននិងបច្ចុប្បន្នភាពគោលដៅចំណុចនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ លើមូលដ្ឋានទៀងទាត់ប្រចាំឆ្នាំ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលមានពេលវេលាកំណត់និងយកគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្ស ជាគោល។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពី គោលការណ៍នៃសេចក្តីប្រកាសក្រុងប៉ារីស (ភាពម្ចាស់ការ ការតំរៀបតំរង់ សុខដុមនីយកម្ម ការគ្រប់គ្រង ដើម្បីសំរេចលទ្ធផលនិងការទទួលខុសត្រូវទៅវិញទៅមក) និងផែនការសកម្មភាពស្តីពីការតំរៀបតំរង់និងសុខដុមនីយកម្មដើម្បីសំរេចលទ្ធផល របស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

សំណាង់ក្របខ័ណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រនៃផ.យ.ស.២ រួមមានផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពចំបងចំនួន៣ ដែលអនុវត្តសំណុំយុទ្ធសាស្ត្រប្រទាក់ក្រឡាចំនួន៥។ យុទ្ធសាស្ត្រនិមួយៗនៃយុទ្ធសាស្ត្រទាំង៥គឺ: **ការផ្តល់សេវាសុខភាព ហិរញ្ញប្បទាន ការថែទាំសុខភាព ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាល** និង**អភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល** ត្រូវយកទៅអនុវត្តនៅក្នុងកម្មវិធីនីមួយៗ។ ការណ៍នេះនឹងធានាការផ្តល់សេវានិងត្រួតពិនិត្យតាមដានលទ្ធផលប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនិងសង្គតភាពទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល។

- **ការផ្តល់សេវាសុខភាព** រួមមានវិធានការសុខភាពសាធារណៈដើម្បីប្រយុទ្ធនិងជំងឺ–ដូចជាការរៀបចំចាត់ចែងការលើកកំពស់សុខភាព ដើម្បីកាត់បន្ថយឥរិយាបទគ្រោះថ្នាក់និងគាំពារដល់ផ្នែកសុខភាព ព្រមទាំងពង្រឹងជាទូទៅការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព តាមរយៈគោលនយោបាយ និងផែនការដោយឡែកនិងទូទៅនៃជំងឺចាំបាច់នានា ដោយផ្តោតជាចំបងទៅលើការលើកកំពស់គុណភាពសេវា។ ការ

បង្កើនតំរូវការផ្នែកសុខភាព និងសិទ្ធអំណាចរបស់អ្នកជំងឺ គឺជាមធ្យោបាយចំពោះមុខដ៏សំខាន់សំរាប់បង្កើនគុណភាពសេវានិងការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់សេវា។

- **ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព** ដោះស្រាយការបង្កើនវិនិយោគលើសុខភាពនិងការប្រឹងប្រែង ដើម្បីបំបាត់របាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលយកសេវាមានគុណភាព។ ការវិភាជន៍ធនធានរបស់រដ្ឋាភិបាលដល់វិស័យសុខាភិបាលគ្រាន់តែជាផ្នែកមួយតែប៉ុណ្ណោះ។ ដូច្នេះត្រូវគូសបញ្ជាក់អំពីបញ្ហានានា ជុំវិញតុល្យភាពនៃហិរញ្ញប្បទានរវាងរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកផ្តល់ជំនួយ ក៏ដូចជាការផ្តល់មូលនិធិឱយបានគ្រប់គ្រាន់ដល់ថ្នាក់ផ្តល់សេវា។ពង្រឹងយន្តការគាំពារសុខភាពសង្គមដោយរាប់បញ្ចូលទាំងមូលនិធិសមធម៌ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម និងរួមចំណែកដល់ការកាត់បន្ថយរបាំងហិរញ្ញវត្ថុ ក្នុងការមកទទួលយកសេវា និងគ្រោះថ្នាក់នៃការចំណាយដ៏មហន្តរាយដោយសារសុខភាព។
- **ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល** គ្របដណ្តប់លំដាប់លំដោយលើអន្តរាគមន៍គ្រប់ជ្រុងជ្រោយមួយ។១)ធានាកំរិតបរិមាណបុគ្គលិកគ្រប់គ្រាន់ ហើយមានប្រវត្តិវិជ្ជាជីវៈនិងសមត្ថភាពសមស្រប។ ២)ការពិនិត្យសារឡើងវិញកម្មវិធីនៃការបណ្តុះបណ្តាល។ ៣)បង្កើនចំនួនសិស្ស–និស្សិត ដែលត្រូវជ្រើសរើសឱយចូលរៀនតាមសាលានិងសកលវិទ្យាល័យនិង ៤)ពង្រឹងវិធានការនានាដើម្បីការពារគុណភាពបណ្តុះបណ្តាលនិងគ្រូបណ្តុះបណ្តាល។ ឆ្មបត្រូវបានជ្រើសរើសជាពិសេសថាជាក្រុមចំណុច ដោយសារតែតួនាទីដ៏សំខាន់របស់ពួកគេក្នុងការសំរេចគោលបំណងទូទៅនៃផ.យ.ស.២។ ការរៀបចំកម្មវិធីធនធានមនុស្ស ត្រូវរាប់បញ្ចូលផងដែរការគោរពក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ។ តំរូវការចាំបាច់និងជាបន្ទាន់គឺការផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងការអនុវត្តន៍កំណែទំរង់បៀវត្សរ៍សំរាប់សេវាសុខភាព។
- **ប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាល** ដោះស្រាយអំពីតំរូវការទិន្នន័យមានគុណភាពខ្ពស់ ត្រឹមត្រូវគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនិងទាន់ពេលវេលាដើម្បីជាមូលដ្ឋានដល់ការតាក់តែងគោលនយោបាយផ្អែកលើភស្តុតាង ការធ្វើផែនការ ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការងារនិងការវាយតំលៃ។ ចំណុចផ្តោតជាចំបងគឺលើកស្ទួយការសំរបសំរួលនិងកិច្ចសហការ ទាំងក្នុងនិងក្រៅវិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈការចែករំលែកទិន្នន័យ ការគ្រប់គ្រង ការវិភាគ ការផ្សព្វផ្សាយនិងប្រើប្រាស់ ព្រមទាំងការដាក់បញ្ចូលពត៌មានពីវិស័យឯកជន និងការតាមដានថវិកានិងការចំណាយ និងពង្រីកការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីកសាងសមត្ថភាពប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាល។
- **អភិបាលកិច្ចវិស័យសុខាភិបាល**ទស្សនៈវិស័យស្តីអំពីអភិបាលកិច្ចនៅក្នុងផ.អ.យ.ជ ផ្តោតលើវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។ **"ថវិកាកញ្ចប់"**ពីថ្នាក់ជាតិនិងការកៀងគរធនធាននៅនឹងមូលដ្ឋាននឹងគ្របដណ្តប់លើសេចក្តីត្រូវការផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមគោលនយោបាយនេះ។ សុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់ ដើម្បីលទ្ធផលត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់ ដើម្បីឈានទៅសំរេចក្របខណ្ឌ័គោលនយោបាយរួមមួយរវាងរាជរដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍សំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសុខាភិបាល។ យុទ្ធសាស្ត្រនឹងលើកកំពស់ឱយកាន់

តែប្រសើរឡើងនូវរូបភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ នៃការផ្តល់មូលនិធិរបស់រដ្ឋាភិបាលនិងប្រទេសផ្តល់ជំនួយ ព្រមទាំងពង្រឹង**សុខដុមនីយកម្ម** (សំរបសំរួលជំនួយក្រៅប្រទេសស្របតាមនិតិវិធី រចនាសម្ព័ន្ធនិងប្រពន្ធ័ជាតិនៅកន្លែងណាដែលអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន)និង**តំរៀបតំរង់** (ធានាថាអាទិភាពដែលបានកំណត់ដោយប្រទេសកម្ពុជាក៏ជាអាទិភាពរបស់ប្រទេសផ្តល់ជំនួយ) ស្ថាបត្យកម្មជំនួយឱយស្របតាមបន្ទាត់គោលនយោបាយរបស់រដ្ឋាភិបាលស្តីអំពីវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការនិងអាទិភាពរបស់ផ.យ.ស.២។

មានកត្តាបរិបទមួយចំនួនដែលតំរូវឱយការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២ ប្រព្រឹត្តទៅតាម**លំដាប់លំដោយនៃពេលវេលា** ក្នុងការឈានឆ្ពោះទៅសំរេចគោលបំណងរបស់ ផ.យ.ស.២:

- **ទីមួយ-បរិបទគោលនយោបាយ:** ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងធ្វើការសំរេចចិត្តអំពីគោលនយោបាយសំខាន់ៗ ដែលទាក់ទងនិងតំរូវការផ្នែកហិរញ្ញប្បទាននិងអភិបាលកិច្ចប្រពន្ធ័សុខាភិបាល នៅក្នុងក្របខណ្ឌ័នៃការអនុវត្តន៍កម្មវិធីវិមជ្ឈការនិងវិសហវិមជ្ឈការ។ ឆ្នាំ២០០៨ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឆ្នាំនៃការត្រៀមរៀបចំ ដែលក្នុងរយៈពេលនេះបែបបទនៃការសំរេចចិត្តនឹងបញ្ចប់ហើយប្រព្រឹត្តទៅស្របគ្នាជាមួយនឹងដំណាក់កាលបន្តបន្ទាប់នៃការពង្រឹងនិងការអនុវត្តន៍។
- **ទីពីរ-បរិបទស្ថាបន័:** ការចាត់ចែងរៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធស្ថាបន័សុខាភិបាល និងការកសាងសមត្ថភាពស្ថាបន័ នឹងប្រព្រឹត្តទៅនៅគ្រប់ថ្នាក់ នៅក្នុងប្រពន្ធ័សុខាភិបាល-ថ្នាក់កណ្តាល ខេត្ត-ក្រុង ស្រុកប្រតិបត្តិ និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសហគមន៍។
- **ទីបី-បរិបទសេដ្ឋកិច្ច:** ធនធាននឹងត្រូវពង្រីកតាមសង្វាក់ ដែលរាជរដ្ឋាភិបាលនិងអ្នកផ្តល់ជំនួយទទួលយកបាន។ ក្របខណ្ឌ័ហិរញ្ញប្បទានវិសយ័សុខាភិបាល សំរាប់រយៈមធ្យមទៅរយៈពេលវែងចាំបាច់ត្រូវផ្សារភ្ជាប់ទៅក្នុងក្របខណ្ឌ័ម៉ាក្រូសេដ្ឋកិច្ចប្រទេសកម្ពុជា ដែលនឹងតំរូវឱយមានដាក់ចេញយុទ្ធសាស្រ្តតាមលំដាប់លំដោយ។

ជាផលបច្ចយ័ការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២ នឹងប្រព្រឹត្តទៅតាមពីរដំណាក់កាល:

- ដំណាក់កាលពង្រឹងដែលចាប់ផ្តើមពីឆ្នាំ២០០៨–២០១០
- ដំណាក់កាលពង្រីកចាប់ផ្តើមពីឆ្នាំ២០១១ ដល់ពេលបញ្ចប់ផែនការឆ្នាំ២០១៥

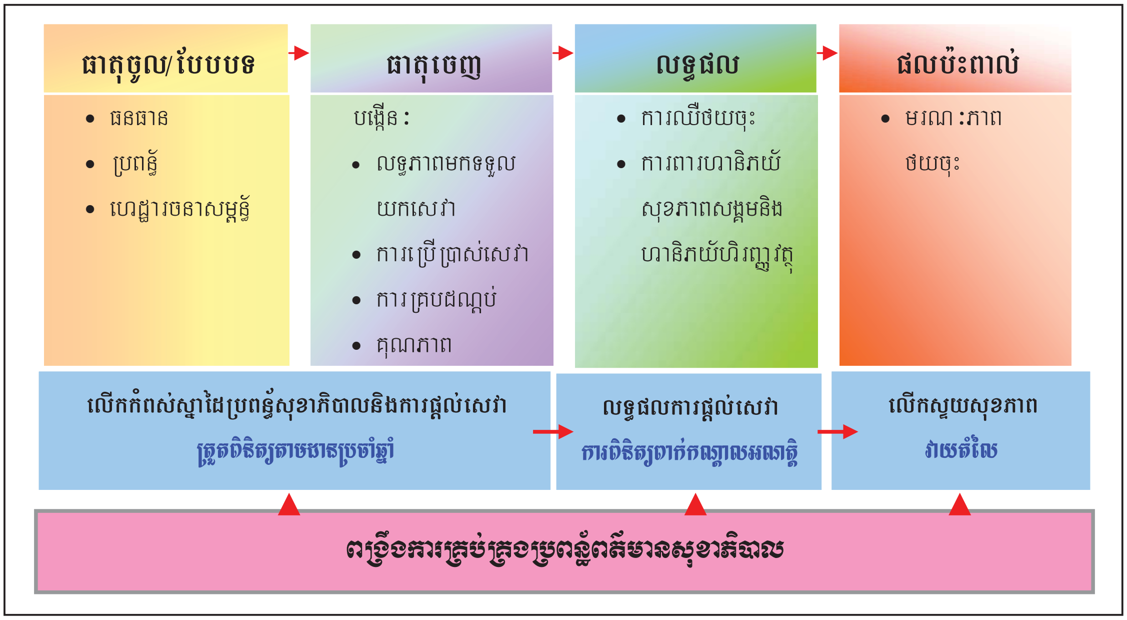
ក្របខណ្ឌ័អនុវត្តផែនការ ត្រូវបានកំណត់ច្បាស់លាស់ និងពង្រឹងតួនាទីស្នូលនៃឧបករណ៍ផែនការចំបង ២ ដែលមានរួចមកហើយនៅប្រទេសកម្ពុជា:

- ផែនការរំកិល៣ឆ្នាំផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងក្របខណ្ឌ័ថវិកាយុទ្ធសាស្រ្ត និងកម្មវិធីវិនិយោគសាធារណ:
- ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំនិងការកសាងថវិកាតាមកម្មវិធី

វឌ្ឍនភាពក្នុងការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២ នឹងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យតាមដាន តាមរយៈការពិនិត្យវឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំនិងការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃផែនការ និងបន្តដោយការវាយតំលៃនៅវគ្គបញ្ចប់នៃផែនការ ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីផលប៉ះពាល់របស់ផែនការទៅលើការធ្វើឱយស្ថានភាពសុខភាពប្រសើរឡើង។

ក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដានខាងក្រោមគឺជាឧបករណ៍សំរាប់ក្រសួងសុខាភិបាលត្រួតពិនិតតាមដាន និងវាយតំលៃឈរលើមូលដ្ឋានទៀងទាត់ដើម្បីទទួលបានពត៌មានសំរាប់ធ្វើការសំរេចចិត្តផ្នែកគោលនយោបាយ។

មានការគិតទុកថាដៃគូសុខាភិបាលទាំងអស់នឹងប្រើប្រាស់ក្របខណ្ឌសូចនាករនេះ (ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសំណុំសូចនាករដែលបានឯកភាពគ្នា) ដើម្បីពិនិត្យវឌ្ឍនភាពនៃកម្មវិធី/គំរោងរបស់ខ្លួនក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។



គោលបំណងនៃ **ក្របខណ្ឌសូចនាករ** មាន ៣យ៉ាងដូចខាងក្រោមនេះ :

- ត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃស្នាដៃវិស័យសុខាភិបាលក្នុងការលើកស្ទួយលទ្ធផលសុខភាពតាមរយៈការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២
- បន្សុទ្ធគោលនយោបាយសុខាភិបាលដែលមាន ដោយពិចារណាទៅលើវឌ្ឍនភាពដែលបានកើតមាននៅក្នុងអំលុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ និង
- ជួយឱយមន្ត្រីតាក់តែងគោលនយោបាយសំរេចចិត្តលើប្រសិទ្ធភាពនៃអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗគ្នា និងជំរើសគោលនយោបាយ

ក្របខណ្ឌសូចនាករនេះរួមមានសូចនាករស្នូល ចំនួន២៨ ដែលនឹងត្រូវយកមកពិនិត្យវាយតំលៃតាមរយៈការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ។សំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដានផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំនៅថ្នាក់អនុវិស័យ គឺនៅមានសូចនាករបន្ថែមមួយចំនួនទៀត។

ជំពូក ១

ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល

- ចក្ខុវិស័យ
- បេសសកកម្ម
- គុណតំលៃ
- គោលការណ៍
- ទិសដៅគោលនយោបាយ

១ ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល

១. ចក្ខុវិស័យ

ចក្ខុវិស័យយូរអង្វែងដ៏ទូលំទូលាយរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលគឺ **“លើកកំពស់ការអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយនិរន្តភាពនៃវិស័យសុខាភិបាល ដើម្បីភាពកាន់តែប្រសើរឡើងនៃសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនទាំងអស់ពិសេសប្រជាជនក្រីក្រ ស្ត្រី និងកុមារ ដើម្បីរួមចំណែកដល់ការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គមកិច្ចនិងការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជា។”**

២. បេសកកម្ម

សេចក្តីថ្លែងអំពីបេសកកម្មគូសបញ្ជាក់ អំពីការប្តេជ្ញារបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលផ្តោតទៅលើការអនុវត្តន៍ **“មគ្គុទេសភាព”** សំរាប់ការផ្តល់សេវាកម្មលើគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល។ បេសកកម្មនេះ បានរំលេចឱយឃើញផងដែរអំពី **កំរិតអតិប្បរមានៃស្ថានភាពសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជន** ដែលប្រពន្ធ័សុខាភិបាលខិតខំប្រយុទ្ធដើម្បីលើកស្ទួយ នោះគឺប្រពន្ធ័សុខាភិបាលដែលបានដាក់ **“បង្កើនតំរូវការផ្នែកសុខភាព គុណភាពកាន់តែប្រសើរ និងលើកស្ទួយលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវា”** នៅចំកណ្តាលបេះដូងនៃការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។

> **“ ផ្តល់មគ្គុទេសភាពសំរាប់វិស័យសុខាភិបាលទាំងមូល និងធានាអោយមានបរិយាកាសគាំទ្រដល់ការបង្កើនតំរូវការផ្នែកសុខភាពនិងលទ្ធភាពទទួលយកសេវាថែទាំមានគុណភាព ប្រកបដោយសមធម៌ ដើម្បីឱយប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់មានលទ្ធភាពទទួលបាននូវកំរិតអតិបរមាលើផ្នែកសុខភាពនិងសុខុមាលភាព។ ”**

៣. គុណតំលៃនិងគោលការណ៍

- **គុណតំលៃ**

គុណតំលៃដែលឈរលើមូលដ្ឋាននៃការប្តេជ្ញាចិត្តខាងលើរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលគឺ **សមធម៌** និង **សិទ្ធិសុខភាព** សំរាប់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់ ។

- **គោលការណ៍**

បង្កើនប្រសិទ្ធភាព ការទទួលខុសត្រូវ គុណភាព និងសមធម៌ ទូទាំងប្រពន្ធ័សុខាភិបាលអាច និង សំរេចបានតាមរយៈការប្រព្រឹត្តវិធានសីលធម៌ ជំនឿដ៏រឹងមាំ និងការប្តេជ្ញាចំពោះគោលបំណងរួម របស់បុគ្គលទាំងអស់ដែលកំពុងបំពេញការងារក្នុងការថែទាំសុខភាព ។ ដូច្នេះសកម្មភាពពីមួយថ្ងៃមួយទៅមួយថ្ងៃរបស់មន្ត្រីគ្រប់គ្រងនិងបុគ្គលិក នៅគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ទូទាំងអង្គភាពគ្រប់ថ្នាក់ គប្បីត្រូវបានណែនាំដោយគោលការណ៍ ៥ យ៉ាងដូចតទៅ:

១. ការគាំពារសុខភាពសង្គមពិសេស ប្រជាជនក្រីក្រនិងក្រុមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ	លើកស្ទួយវិធីសាស្រ្តគាំទ្រជនក្រីក្រផ្តោតលើការតំរង់ធនធានទៅកាន់ជនក្រីក្រ និងក្រុមប្រជាជនដែលមានតំរូវការចាំបាច់ និងទៅកាន់កន្លែងដែលត្រូវការបំផុត ពិសេសតំបន់ជនបទដាច់ស្រយាលនិងទីប្រជុំជនក្រីក្រ ។
២. វិធីសាស្រ្តផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើអតិថិជនក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាព	ផ្តល់សេវាសុខភាព ដោយផ្តោតលើលទ្ធភាពអាចបង់ថ្លៃបាន និង ការទទួលយកបាននៃសេវា សិទ្ធិអតិថិជន ការចូលរួមរបស់សហគមន៍ និងភាពជាដៃគូជាមួយផ្នែកឯកជន ។
៣. វិធីសាស្រ្តសមាហរណកម្មក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពនិងអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈមានគុណភាពខ្ពស់	ផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយរួមមានសេវាបង្កា ព្យាបាលនិងលើកកំពស់សុខភាព ស្របតាមគោលការណ៍ស្តង់ដារ និងមគ្គុទេសន៍គ្លីនិកជាតិ ដែលអាចទទួលយកបានតាមរយៈសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា និងសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់ និងភាពជាដៃគូជាមួយវិស័យឯកជន ។
៤. ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សគឺជាសសរទ្រូងនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទាំងមូល	មានចរិតប្រតិបត្តិនិងផលិតភាពដែលស្តែងចេញពីសមត្ថភាព ក្រមសីលធម៌ ការបំពេញការងារជាក្រុម ការលើកទឹកចិត្ត បរិយាកាសបំពេញការងារល្អនិងបែបបទរៀនហើយរៀនទៀត
៥. អភិបាលកិច្ចល្អនិងការទទួលខុសត្រូវ	ផ្តល់មគ្គុទេសភាព ដល់វិស័យសាធារណៈនិងឯកជនដោយផ្តោតលើអភិក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យផែនការនីយកម្មមានប្រសិទ្ធភាព ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការងារនិងការសំរបសំរួល ។

៤. ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល

សំរាប់ប្រទេសកម្ពុជានៅដំណាក់កាលបច្ចុប្បន្ននៃការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច និងសង្គមកិច្ច ចក្ខុវិស័យ បេសកកម្ម គុណតំលៃ និងគោលការណ៍របស់ក្រសួងសុខាភិបាល តំរូវឱយមានទិសដៅគោលនយោបាយច្បាស់លាស់មួយសំរាប់បណ្តាឆ្នាំខាងមុខ។ ចាត់ទុកជាជំហានដំបូងនៃការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តដូច្នេះ ទិសដៅគោលនយោបាយខាងក្រោមនេះ ត្រូវតែអនុមត័តាមរយៈគោលនយោបាយដែលបានកំណត់យល់ព្រម និងប្រកាសឱយប្រើប្រាស់ទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល។ គោលនយោបាយទាំងអស់នេះគឺត្រូវការជាមុន សំរាប់ការពង្រឹងនិងពង្រីកជោគជយ័នៃបណ្តាឆ្នាំមុនៗ ហើយនឹងស្ថាបនាគ្រឹះសំរាប់យុទ្ធសាស្រ្តដែលនឹងត្រូវប្រកាន់យកក្នុងរយៈពេលនៃផែនការយុទ្ធសាស្រ្តនេះ។

ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥

១. ធ្វើអោយសេវាកាន់តែឆ្លើយតប និងខិតកាន់តែជិតសាធារណៈជន តាមរយៈការអនុវត្តន៍វិមជ្ឈការលើមុខងារផ្តល់សេវានិងមុខងារគ្រប់គ្រង ដែលណែនាំដោយ“គោលនយោបាយជាតិស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈ” និង“គោលនយោបាយវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ”។

២. ពង្រឹងអភិបាលកិច្ចទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈការអនុវត្តន៍នូវអភិក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យ ដោយផ្តោតលើការបង្កើនភាពម្ចាស់ការនិងការទទួលខុសត្រូវ ដើម្បីលើកកំពស់លទ្ធផលសុខភាព សុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់ ការសំរបសំរួលកាន់តែប្រសើរ និងភាពជាដៃគូប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងចំណោមដៃគូទាំងអស់ ។

៣. ពង្រីកលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវានិងការគ្របដណ្តប់សេវា ពិសេសសេវាគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃសុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារកនិងកុមារ តាមរយៈយន្តការនានាដូចជា ស្ថាបនីយកម្មការពង្រីកកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវាតាមរយៈ ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស ការលើកលែងការបង់ថ្លៃសេវាចំពោះអ្នកក្រីក្រ មូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

៤. អនុវត្តប្រព័ន្ធហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលគាំទ្រដល់ជនក្រីក្រ តាមរយៈការលើកលែងការបង់ថ្លៃ ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ រួមជាមួយនឹងយន្តការជំនួយសង្គមដទៃទៀត។

៥. ពង្រឹងការអនុវត្តន៍និតិក្រមសុខាភិបាល ក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ និងលក្ខន្តិកៈ ព្រមទាំងពង្រឹងយន្តការនិយតកម្ម ដោយរាប់បញ្ចូលការផលិត ការចែកចាយ ការគ្រប់គ្រងគុណភាពឱសថ គ្រឿងសំអាង អនាមយ័ និងសុវត្ថិភាពចំណីអាហារ ដើម្បីការពារសិទ្ធិនិងសុខភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវានិងអតិថិជន។

៦. លើកកំពស់គុណភាពក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពនិងការគ្រប់គ្រង តាមរយៈការបង្កើតនិងការគោរពតាមពិធីសារ សេចក្តីណែនាំវេជ្ជសាស្ត្រនិងបទដ្ឋានគុណភាព ពិសេសការបង្កើតប្រពន្ធ័ទទួលស្គាល់គុណភាព ។

៧. បង្កើនសមត្ថភាពជំនាញរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដើម្បីឆ្លើយតបនឹងកំណើននៃតំរូវការឱយមានការទទួលខុសត្រូវ និងការថែទាំសុខភាពមានគុណភាពខ្ពស់ ដោយរាប់បញ្ចូលការពង្រឹងជំនាញ បច្ចេកទេសពាក់ពន្ធ័ បច្ចេកវិទ្យាទំនើប តាមរយៈការអនុវត្តន៍ការកែលំអគុណភាពក្នុងការបណ្តុះបណ្តាល ការអភិវឌ្ឍន៍អាជីព ការលើកទឹកចិត្តត្រឹមត្រូវ និងបរិយាកាសបំពេញការងារល្អ ។

៨. ពង្រឹងនិងវិនិយោគលើប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល និងលើកកំពស់ការស្រាវជ្រាវសុខភាពសំរាប់ការកសាងគោលនយោបាយ ផែនការនីយកម្ម ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃនិងការវាយតំលៃដោយផ្អែកទៅលើមូលដ្ឋានទិន្នន័យជាក់ស្តែង ។

៩. បង្កើនការវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរូបវន្ត ឧបករណ៍-បរិក្ខាពេទ្យ និងបច្ចេកវិទ្យាទំនើប ជាមួយនឹងការលើកកំពស់សេវាគាំទ្រមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសុវត្ថិភាពឈាម ការគ្រប់គ្រង-ថែទាំជួសជុល និងប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់ឱសថ- ឧបករណ៍-បរិក្ខាដទៃទៀត ។

១០. លើកកំពស់គុណភាពនិងរបៀបរបប នៃការរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អរបស់ប្រជាជន តាមរយៈការបង្កើនការយល់ដឹងអំពីសុខភាពរបស់ប្រជាជន និងបង្កើតបរិយាកាសគាំទ្រ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការពង្រឹងរចនាសម្ពន្ធ័ ធនធានមនុស្សនិងហិរញ្ញវត្ថុ សំភារៈសំរាប់ការផ្តល់ពត៌មាន-ការអប់រំ-ការប្រាស្រយ័ទាក់ទងដើម្បីលើកកំពស់សុខភាពសំដៅធ្វើអោយមានការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទផ្នែកសុខភាព និងការប្រព្រឹត្តត្រឹមត្រូវក្នុងការស្វែងរកការថែទាំសុខភាព ។

១១. បង្ការនិងទប់ស្កាត់ជំងឺឆ្លង ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃនិងជំងឺមិនឆ្លង ព្រមទាំងពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺដើម្បីឆ្លើយតបមានប្រសិទ្ធភាពទៅនឹងជំងឺរាតត្បាតដែលលេចឡើង និងលេចឡើងសារជាថ្មី ។

១២. ពង្រឹងអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមមុខប្រទាក់ក្រឡាពិសេស ផ្នែកយែនឌ័រ សុខភាពជនជាតិភាគតិច អនាម័យ-ភាពស្អាត សុខភាពនៅតាមសាលារៀន ហានិភយ័សុខភាពបរិស្ថាន ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន/សុខភាពផ្លូវចិត្ត របួស សុខភាពការងារ គ្រោះមហន្តរាយ តាមរយៈការឆ្លើយតបទាន់ពេលវេលា កិច្ចសហការ និង ការសំរបសំរួលដ៏មានប្រសិទ្ធភាពជាមួយវិស័យដទៃទៀត ។

១៣. លើកកំពស់ភាពជាដៃគូមានប្រសិទ្ធភាព រវាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជនក្នុងការផ្តល់សេវា ដោយផ្អែកទៅលើគោលនយោបាយ បទបញ្ញត្តិច្បាប់ និងបទដ្ឋានបច្ចេកទេស។

១៤. លើកទឹកចិត្តការចូលរួមរបស់សហគមន៍ នៅក្នុងសកម្មភាពផ្តល់សេវាសុខភាព និងការគ្រប់គ្រងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការតស៊ូមតិ ដើម្បីការលើកកំពស់គុណភាពសេវាជាប្រចាំ។

១៥. ពង្រឹងស្ថាប័នសុខាភិបាលគ្រប់ថ្នាក់ នៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដើម្បីអនុវត្តប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនូវទិសដៅគោលនយោបាយដែលបានលើកឡើងក្នុងចំណុចទាំង ១៤ខាងលើ។

ជំពូក ២

ទិដ្ឋភាពរួមវិស័យសុខាភិបាល

- ការរៀបចំប្រពន្ធ័សុខាភិបាល
- ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល
- អភិបាលកិច្ចជំនួយ
- ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាបន័
- វិមជ្ឈការនិងវិសហវិមជ្ឈការ
- ការពិនិត្យវាយតំលៃវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០០៧

២ ទិដ្ឋភាពរួមវិស័យសុខាភិបាល

១. ការរៀបចំប្រព័ន្ធសុខាភិបាល

ចាប់ពីឆ្នាំ១៩៩៤ មកក្រសួងសុខាភិបាលបានប្តេជ្ញាក្នុងការរៀបចំឡើងវិញ នូវប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដោយផ្តោតជាចំបងទៅលើថ្នាក់ស្រុក។ កំណែទំរង់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល គឺជាផ្នែកមួយនៃកំណែទំរង់រដ្ឋបាលសាធារណៈជាតិទូលំទូលាយ។ កំណែទំរង់នេះបង្ហាញអំពីឆន្ទៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ក្នុងការពង្រឹង និងលើកស្ទួយឱយ កាន់តែប្រសើរឡើងប្រសិទ្ធភាព និងប្រសិទ្ធផលនៃវិសយ័សាធារណៈ។ គោលដៅចំបងនៃកំណែទំរង់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលគឺដើម្បី **លើកកំពស់និងពង្រីកការថែទាំសុខភាពបឋម តាមរយៈការអនុវត្តន៍ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលស្រុក** (ផែនការមេក្រសួងសុខាភិបាល ១៩៩៤-១៩៩៦)។

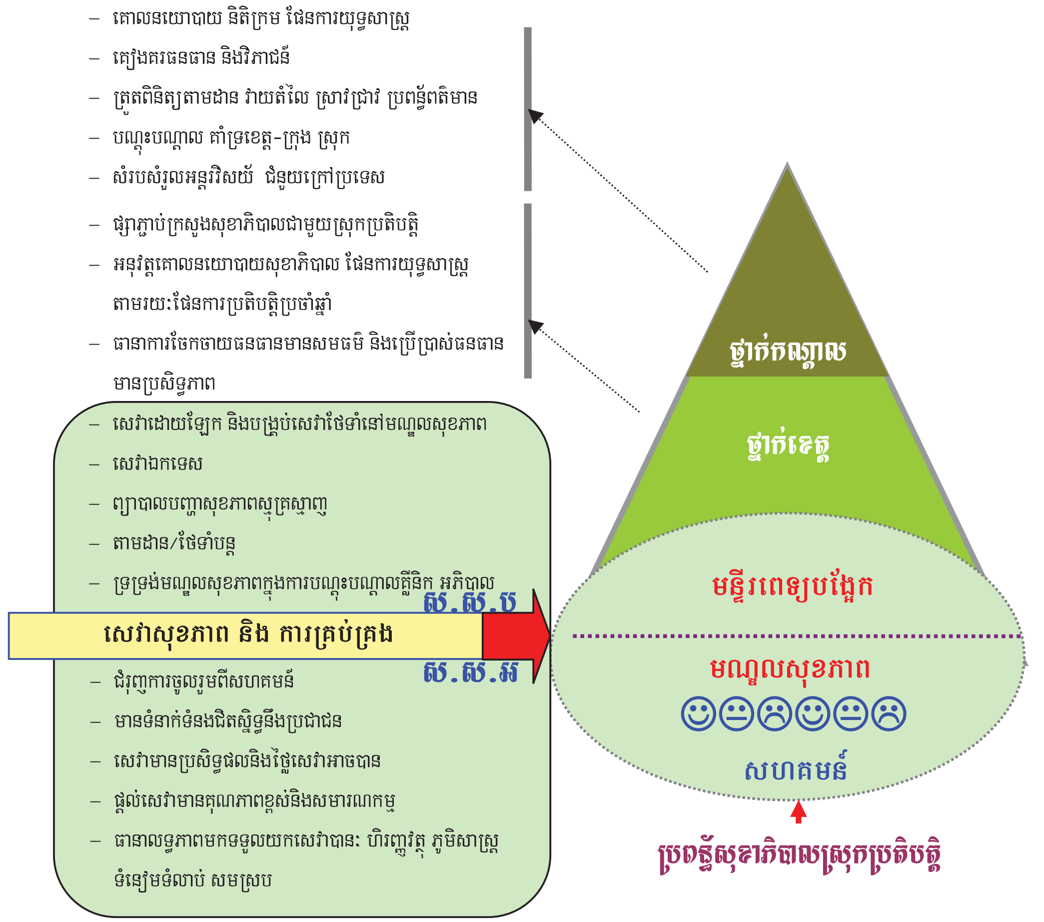
ក្រសួងសុខាភិបាលអនុវត្តកំណែទំរង់ ដើម្បីឆ្លើយតបនឹងតំរូវការផ្នែកសុខភាពជាសារវន្ត របស់ប្រជាជនតាមរយៈ

- លើកកំពស់ជំនឿទុកចិត្តរបស់ប្រជាជនមកលើសេវាសុខភាពសាធារណៈ
- បញ្ជាក់និងពង្រឹងតួនាទីរបស់មន្ទីរពេទ្យនិងមណ្ឌលសុខភាព
- បង្កើតតំបន់ទទួលខុសត្រូវសំរាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិមួយៗ ដើម្បីធានាដល់ការគ្របដណ្តប់លើប្រជាជន
- សនិទានកម្មលើការវិភាជន៍និងការប្រើប្រាស់ធនធាន

កំណែទំរង់វិស័យសុខាភិបាលទាមទារឱយមានរូបបរិវត្តន៍ ទាំងផ្នែកហិរញ្ញប្បទាន និងរចនាសម្ព័ន្ធស្ថាប័នដូចជា៖

- ការបែងចែកធនធាន ប្រកបដោយសនិទានកម្មដោយផ្អែកលើផែនការគ្រប់ដណ្តប់សុខាភិបាល៖ ហិរញ្ញវត្ថុ ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ឱសថ សំភារៈបរិក្ខារ និងធនធានមនុស្ស
- រៀបចំឡើងវិញនូវក្របខណ្ឌស្ថាប័ននៅថ្នាក់កណ្តាល ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុក
- កំណែទំរង់ថវិកា ដូចជាផ្លាស់ប្តូរវិធីសាស្ត្រទៅរកការវិភាជន៍ថវិកាតាមរូបមន្ត
- កំណត់និយមន័យថ្មីសំរាប់ប្រពន្ធ័សុខាភិបាល និងប្រភេទសេវាដែលរំពឹងទុក នៅថ្នាក់និមួយៗនៃប្រពន្ធ័សុខាភិបាល (រូបភាព១)
- បែងចែកឡើងវិញ និងបណ្តុះបណ្តាលឡើងវិញបុគ្គលិកសុខាភិបាល
- ដាក់ចេញមធ្យោបាយថ្មីនានាដើម្បីហិរញ្ញប្បទានសេវាសុខភាព

រូបភាព ១: ការរៀបចំប្រពន្ធ័សុខាភិបាល



(**ស.ស.ប៖** សំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់- **ស.ស.អ៖** សំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា)

ថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ

ស្រុកប្រតិបត្តិ គឺជាអនុប្រពន្ធ័បរិមណ្ឌលនៅក្នុងប្រពន្ធ័សុខាភិបាល ហើយស្ថិតនៅជិតបំផុតនឹងប្រជាជន។ នៅពេលដែលស្រុកប្រតិបត្តិត្រូវបានតំរៀបតំរង់ទៅតាមថ្នាក់រដ្ឋបាលដូចជាខណ្ឌ-ស្រុករដ្ឋបាល និងឃុំ-សង្កាត់ ការកំណត់ទំហំ និងការគ្របដណ្តប់របស់ស្រុកប្រតិបត្តិត្រូវតែពិចារណាដល់កត្តាសេដ្ឋកិច្ច និងសុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីបន្ថយជាអប្បបរមានូវការត្រួតជាន់គ្នានៃសកម្មភាពនិងការខ្ជះខ្ជាយធនធានសាធារណៈ។ ស្រុកប្រតិបត្តិផ្សំឡើងដោយមណ្ឌលសុខភាពជាច្រើននិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយ។ តួនាទីចំបងរបស់ស្រុកប្រតិបត្តិ គឺអនុវត្តគោលដៅសុខភាពរបស់ស្រុកប្រតិបត្តិតាមរយៈ

- បកស្រាយផ្សព្វផ្សាយ និងអនុវត្តគោលនយោបាយសុខាភិបាលជាតិ និងយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ខេត្ត-ក្រុង
- ប្រកាន់ភ្ជាប់នូវសេវាមានប្រសិទ្ធភាព ប្រសិទ្ធផល និងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (លើកកំពស់សុខភាព បង្ការព្យាបាលនិងស្តារនិតិសម្បទា) យោងតាមតំរូវការរបស់សហគមន៍
- ធានាការចែកចាយធនធានមានសមធម៌ និងប្រើប្រាស់ធនធានទាំងអស់នោះមានប្រសិទ្ធផល
- កៀងគរធនធានបន្ថែមសំរាប់សេវាសុខភាពក្នុងស្រុក ឧ. ការទ្រទ្រង់ពីអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល
- សហការជាមួយឃុំ-សង្កាត់និងអាជ្ញាធររដ្ឋបាលមូលដ្ឋាន

២. ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល

ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល គឺជាក្របខណ្ឌ័សំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ហេដ្ឋារចនាសម្ពន្ធ័ប្រពន្ធ័សុខាភិបាល ដោយឈរលើមូលដ្ឋាននៃលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យទំហំប្រជាជន និងលទ្ធភាពភូមិសាស្ត្រក្នុងការមកទទួលយកសេវា។ គោលការណ៍អនុវត្តក្នុងការជ្រើសរើសយកលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនេះគឺ៖

- គ្របដណ្តប់ប្រជាជនទាំងមូល ដោយមិនទុកឱយមានចន្លោះប្រហោងឬត្រួតជាន់គ្នា
- តំរូវការផ្នែកសុខភាពជាមូលដ្ឋានរបស់ប្រជាជនភាគច្រើនលើសលប់
- គុណភាពសេវាថែទាំ-សមារណកម្មការថែទាំ
- ធនធានដែលអាចរកបាន

តារាង ១: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល

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

ផែនការគ្រប់ដណ្តប់សុខាភិបាលដែលដាក់ឱយអនុវត្តនៅឆ្នាំ ១៩៩៥ មានបំណង:

- អភិវឌ្ឍសេវាសុខភាពទៅតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ សំរាប់ទីតាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងតំបន់ទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្លួន
- បែងចែកធនធានហិរញ្ញវត្ថុនិងធនធានមនុស្ស
- ធានាឆ្លើយតបតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជនប្រកបដោយសមធម៌តាមរយៈការគ្របដណ្តប់ពេញលេញ

ការចំណោលប៉ាន់ស្មាននៃផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាលដែលបង្ហាញនៅក្នុងតារាង១ខាងក្រោមគឺផ្អែកលើ:

- ចំណោលប៉ាន់ស្មាននៃចំនួនប្រជាជនកម្ពុជា (Population Projection for Cambodia 1998-2020, June 2004 វិទ្យាស្ថានស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការ)
- លក្ខណៈវិនិច្ឆយ័: 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	១៥
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	មណ្ឌលគិរី	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	រតនៈគិរី	១	១	១	១	១	១	១៥	១១	១៦		១៨	
១៧	សៀមរាប	៤	៤	៥	៤	៤	៥	៥៧	៦០	១០៩		០	

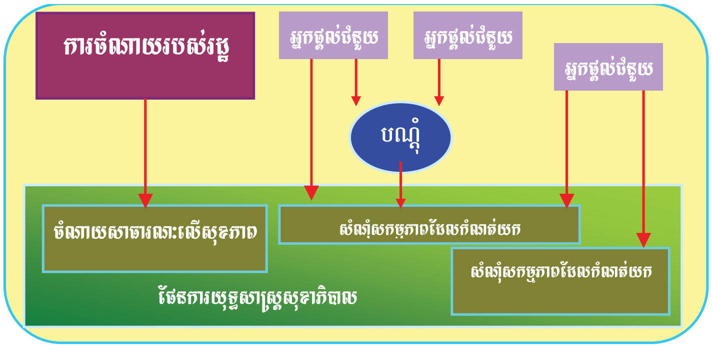
១៨	ក្រុងព្រះសីហនុ	១	១	១	១	១	១	១១	១១	២៩	១
១៩	ស្ទឹងត្រែង	១	១	១	១	១	១	១០	១០	១៤	៣
២០	ស្វាយរៀង	៣	៣	៣	៣	៣	៣	៣៧	៣៧	៦១	០
២១	តាកែវ	៥	៥	៥	៥	៥	៥	៧០	៧២	១០៤	២
២២	ឧត្តរមានជ័យ	០	១	១	០	១	២	០	១៤	១៥	០
២៣	ក្រុងកែប	១	១	១	១	១	១	៤	៤	៥	០
២៤	ក្រុងប៉ៃលិន	០	១	១	០	១	១	០	៥	៥	០
	សរុប	**៧១**	**៧៧**	**៩០**	**៦៥**	**៧៤**	**៨៩**	**៩១៣**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

៣. អភិបាលកិច្ចជំនួយ ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន វិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ

សេចក្តីប្រកាសក្រុងប៉ារីស **ស្តីអំពីប្រសិទ្ធភាពនៃជំនួយ** ត្រូវបានអនុវត្តតាមរយៈ **ផែនការសុខដុមនីយកម្ម ការតំរៀបតំរង់ដើម្បីលទ្ធផល**របស់រាជរដ្ឋាភិបាល។ ផែនការនេះបានចាត់ទុកភាពម្ចាស់ការជាសសរទ្រូងនៃការគ្រប់គ្រងជំនួយមានប្រសិទ្ធភាព។ វឌ្ឍនភាពក្នុងការពង្រឹងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នៅឆ្នាំ២០០៦និងដើមឆ្នាំ២០០៧ អំពាវនាវឱយមានសកម្មភាពច្បាស់លាស់ សំរាប់ពង្រឹងការផ្សារភ្ជាប់គ្នារវាងការខិតខំប្រឹងប្រែងដើម្បីប្រសិទ្ធភាពនៃជំនួយ ទៅនឹងសមិទ្ធផលដែលជាលទ្ធផលនៃការអភិវឌ្ឍន៍។

ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍បច្ចុប្បន្នកំពុងគាំទ្រក្រសួងសុខាភិបាល ក្នុងការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តសុខាភិបាលក្នុងក្របខណ្ឌនៃអភិក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យដែលបានប្រកាន់យកដោយក្រសួងសុខាភិបាលកាលពីឆ្នាំ២០០០។ មានការអះអាងថា អភិក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំង វិស័យបានទទួលជោគជ័យនៅក្នុងការស្ថាបនាគ្រឹះ សំរាប់ការសំរបសំរួលមានប្រសិទ្ធភាពនៅ

រូបភាព ២: វិធីសាស្រ្តហិរញ្ញប្បទានដល់វិស័យសុខាភិបាល



ក្នុងវិស័យទោះបីជាបែបបទនៃការប្រព្រឹត្តទៅមានសភាពយឺតយ៉ាវជាងការរំពឹងទុកក៏ដោយ។ ក្នុងបរិបទខាងលើនេះ ក្រសួងសុខាភិបាលទទួលស្គាល់ពីសារៈសំខាន់នៃការពង្រឹងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាមួយដៃគូក្រៅប្រទេស ហើយឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងសកម្មភាពរបស់ ផ.យ.ស.២ តាមរយៈសមាសភាគយុទ្ធសាស្រ្តមួយ ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់សុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់ដើម្បីលទ្ធផល។ រូបភាព២ បង្ហាញអំពីទិដ្ឋភាពរួមនៃយន្តការផ្តល់មូលនិធិពីគ្រប់ប្រភពទាំងអស់ដល់អាចមានដល់វិស័យសុខាភិបាល ហើយដែលបានប្រកាន់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល (លិខិតផ្លូវការរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលជូនដៃគូសុខាភិបាល: **ការសំរេចចិត្ត**

អំពីជំរើសសំរាប់ដំណើរឆ្ពោះទៅកាន់អភិក្រមបើកទូលាយទូទាំងវិស័យនៅក្នុងវិសយ័សុខាភិបាល២៣មិនា ២០០៧)។

ការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ ផ្តល់កាលានុវត្តភាពដ៏ធំធេង ដើម្បីលើកតំកើងភាពម្ចាស់ការរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាលើវិសយ័សុខាភិបាល ប៉ុន្តែក៏នាំមកនូវបញ្ហាប្រឈមមុខដល់ប្រពន្ធ័សុខាភិបាលក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័នបន្តទៅមុខទៀត។ បើសិនសេវាសុខភាពដែលផ្តល់ត្រូវតែមានគុណភាពខ្ពស់នៅចំពោះមុខឧបសគ្គ័ផ្នែកថវិកា នោះទាមទារឱយមានសមត្ថភាពគ្លីនិក និងសមត្ថភាពគ្រប់គ្រងកាន់តែល្អប្រសើរឡើង រួមទាំងប្រពន្ធ័ទានាផងដែរដើម្បីគ្រប់គ្រងថវិកានិងបុគ្គលិក។ លើសពីនេះទៀត សមត្ថភាពថ្មីរបស់ស្ថាប័ននឹងតំរូវឱយមាន ដែលជាលទ្ធផលនៃការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់ៗនៃតួនាទី និងមុខងាររបស់នាយកដ្ឋានអង្គភាពថ្នាក់កណ្តាល មន្ទីរសុខាភិបាល ខេត្ត-ក្រុង ស្រុក និងសហគមន៍ នៅក្រោមកម្មវិធីវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការ។ មានការឯកភាព ជាទូទៅថាការផ្លាស់ប្តូររចនាសម្ពន្ធ័ស្ថាប័ននឹងមិនអាចកើតចេញជារូបរៀងបានឡើយ ដរាបណាគ្មានការរៀបចំនិងចាត់ចែងគ្រឿងលើកទឹកចិត្តត្រឹមត្រូវ។ បញ្ហាប្រឈមមុខទាំងអស់នេះផ្តល់បរិបទសំរាប់ការតាំងចិត្តដ៏មោះមុតនៅក្នុងអំលុងពេល ផ.យ.ស.២ ដើម្បីការវិនិយោគលើការគ្រប់គ្រងឱយល្អប្រសើរនិងក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ប្រពន្ធ័ស្ថាបន័រយៈពេលយូរអង្វែង។

សារៈសំខាន់នៃការពង្រឹងស្ថាបន័នឹងអាចសំរេចបាន តាមរយៈការបង្កើនចំនួនអង្គភាពក្នុងវិសយ័សុខាភិបាលដែលដំណើរការប្រពន្ធ័មានប្រសិទ្ធភាព (ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការគ្រប់គ្រងប្រពន្ធ័ពត៌មាន) ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់មុខងារៈ កសាងផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត ផែនការប្រតិបត្តិ ការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក ការគ្រប់គ្រងផលិតកម្មសេវា (ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការគ្រប់គ្រងគុណភាពនិងការគ្រប់គ្រងកិច្ចសន្យា (នៅកន្លែងណាដែលមាន) ការគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អង្គភាព។

៤. ការពិនិត្យវាយតំលៃវិសយ័សុខាភិបាលឆ្នាំ២០០៧

ការពិនិត្យឡើងវិញវិសយ័សុខាភិបាលនៅឆ្នាំ២០០៧ បញ្ជាក់ចរិតលក្ខណៈនៃផែនការយុទ្ធសាស្រ្តសុខាភិបាល២០០៣-២០០៧ (ផ.យ.ស.១) ថាជាព្រឹត្តការណ៍ដ៏គួរឱយកត់សំគាល់សំរាប់វិសយ័សុខាភិបាលនៅកម្ពុជា។ ការពិនិត្យឡើងវិញនេះរួមបញ្ចូលនូវកំរងនៃការពិនិត្យវាយតំលៃមួយចំនួន ដូចជាការពិនិត្យវាយតំលៃៈបច្ចេកវិទ្យាឆ្អប ការគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិសយ័ កិច្ចសន្យាសេវា និងការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃគំរោងទ្រទ្រង់វិសយ័សុខាភិបាល។ ការពិនិត្យឡើងវិញវិសយ័សុខាភិបាលនេះមានបំណងវាស់វែងវឌ្ឍនភាព ក្នុងការឆ្ពោះទៅសំរេចគោលបំណង និងគោលដៅនៃផ.យ.ស.១ និងគំរោងទ្រទ្រង់វិសយ័សុខាភិបាលដកស្រង់មេរៀន និងបទពិសោធន៍ចេញពីការអនុវត្តន៍ក្នុងអំលុងពេល៥ឆ្នាំ ដើម្បីអភិវឌ្ឍជំរើសគោលនយោបាយ និងយុទ្ធសាស្រ្តសំរាប់ការដាក់ចេញនូវផែនការយុទ្ធសាស្រ្តសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥ (ផ.យ.ស.២)។

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យវាយតំលៃនេះ និងបន្តសារជាថ្មីនូវចក្ខុវិសយ័នៃវិសយ័សុខាភិបាល និងការអភិវឌ្ឍន៍ ផ.យ.ស.២ ស្របតាមចក្ខុវិស័យនៃផែនការយុទ្ធសាស្រ្តអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ (ផ.យ.អ.ជ)។

៩.១ លទ្ធផលសុខភាពនិងការប្រើប្រាស់សេវា

ការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពមានការរីកចំរើនក្នុងអំលុងពេលនៃផ.យ.ស.១ វឌ្ឍនភាពនេះឈានចេញពីកំរិតទាបនៃខ្សែបន្ទាត់គ្រាដើម (តារាង៣និងរូបភាព៣) ថ្វីត្បិតតែមានភាពប្រសើរជាងពេលមុន ក៏កំរិតនៃការប្រើប្រាស់សេវាសាធារណៈស្ថិតនៅឆ្ងាយពីអ្វី ដែលជាតំរូវការចាំបាច់ ដើម្បីសំរេចបានលទ្ធផលសុខភាពល្អ។ មានសញ្ញានៃអតុល្យភាពតាមតំបន់ក្នុងការប្រើប្រាស់សេវា និងរវាងទីប្រជុំជនធំៗនិងតំបន់ជនបទ។

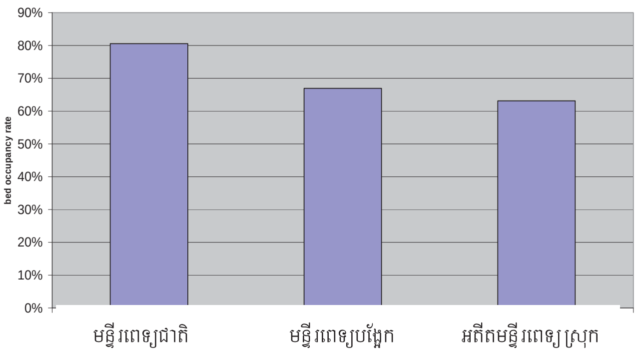
តារាង៣: ការពិគ្រោះជំងឺនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ

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 : ប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល ២០០៧

នៅក្រោមផ.យ.ស.១ បញ្ហាសុខាភិបាលចំបងៗដូចជា សមធម៌និងតួនាទីនៃវិសយ័ឯកជននៅមិនទាន់បញ្រ្ជាបឱយបានគ្រប់គ្រាន់ ទៅក្នុងបែបបទផែនការនីយកម្មនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន។

រូបភាព៣:អត្រាប្រើប្រាស់គ្រែតាមប្រភេទមន្ទីរពេទ្យ ២០០៦



ប្រភព : ប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល ២០០៧

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

ការស្លាប់នៃមាតាគឺជាបញ្ហាអន្តរវិសយ័ដែលរងឥទ្ធិពលពីកំរិតនៃការអប់រំអនក្ខរកម្ម ការអភិវឌ្ឍន៍ហេដ្ឋារចនាសម្ពន្ធ័ និងកំរិតនៃការចូលរួមរបស់ស្ត្រីព្រមទាំងបញ្ហាសមធម៌ផ្នែកយែនឌរ័។ មរណៈភាពមាតាត្រូវបានទទួលស្គាល់ជាទូទៅថាជាប្រភេទសូចនាករមួយ នៃប្រពន្ធ័

តារាងទី៤: សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពមាតា_ទារក

សូជូនាករសំខាន់	២០០០	២០០៥	២០០៧
ការសំរាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	១០%	២២%	
ការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល	៣២%	៤៤%	៤៦%
ការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល ២ ដង	៣៨%	៦៩%	៦៨%
ការចាក់ថ្នាំបង្ការតេតាណូសលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ	៤៥%	៧៧%	៥០%
ស្ត្រីរៀបការកំពុងប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប	១៨,៥%	២៧,២%	២៧%
អត្រាមរណៈរបស់មាតា	**៤៣៧**	**៤៧២**	

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

សុខាភិបាល ហើយតំរូវឱយបន្តការ យកចិត្តទុកដាក់ និងធ្វើសកម្មភាព នៅក្នុងផ.យ.ស.២។ ការពិនិត្យវាយតំលៃបានកត់សំគាល់អំពីឆន្ទៈនយោបាយដ៏រឹងមាំក្នុងការដោះស្រាយ បញ្ហាមរណៈភាពមាតា ហើយថែមទាំងបានកត់សំគាល់ថា អន្តរាគមន៍ជាក់ស្តែងល្អប្រសើរនានាកំពុងត្រូវបានអនុវត្ត ហើយការសាកល្បងកំពុងតែប្រព្រឹត្តទៅ។ ទោះជាដូច្នេះក្តី ភាពឈ្នះនឹងមិនអាចទទួលបានទេ បើគ្មានការកើនឡើងជាអតិប្បរមានៃការប្រើប្រាស់សេវាទាំងអស់។

មានវឌ្ឍនភាពធំធេងក្នុង ការលើកស្ទួយស្ថានភាពសុខភាពកុមារ (តារាងទី ៥)។ អ.ប្រ.ស.០៥ បានបង្ហាញពីការថយចុះយ៉ាងខ្លាំងនៃអត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំនិងក្រោម៥ឆ្នាំ។ ទោះជាដូច្នេះក្តី ប្រទេសកម្ពុជាចាំបាច់ត្រូវប្តេជ្ញាបន្តការខិតខំប្រឹងប្រែងខ្លាំងក្លាថែមទៀតដើម្បីឈានទៅសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍសហសវត្សទី ៤ នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥។

តារាងទី៥:សេវាសុខភាពកុមារ

សូចនាករសំខាន់	**២០០០**	**២០០៥**	**២០០៧**
កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំទទួលថ្នាំបង្ការពេញលេញ	៣១,៣%	៦០%	៧២%
ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពអនុវត្តយុទ្ធសាស្រ្តសមាហរណកម្មការគ្រប់គ្រងជម្ងឺកុមារ		៤៥ (២០០២)	៥៣៣
ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ			
ក្រិនស្គមស្គាំងកំរិតរ៉ាំរ៉ៃ	១៥%	៧%	
ក្រិនស្គមស្គាំងកំរិតមធ្យម	៤៥%	៣៧%	
កង្វះទំងន់	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 : ប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល

សមធម៌ផ្នែកសុខភាព និងសុខភាពមាតានិងកុមារ ជាចំណុចស្នូលនៃផ.យ.ស.១។ វឌ្ឍនភាពបាននិងកំពុងកើតមាន ប៉ុន្តែស្ថិតនៅកំរិតមួយដែលមិនអាចទទួលយកបាន។ គោលដៅអភិវឌ្ឍសហសវត្សត្រូវតែសំរេចឱយបាននៅក្នុងអំលុងពេលនៃផ.យ.ស.២។ បញ្ហាជាមូលដ្ឋាន គឺកំរិតទាបនៃការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពទាំងសេវាមូលដ្ឋាន និងសេវាបង្គ្រប់ដែលផ្តល់ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល តាមមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ម្យ៉ាងវិញទៀត កំរិតបច្ចុប្បន្ននៃការផ្តល់សេវាសុខភាព គឺនៅទាបជាងកំរិតដែលពណ៌នាដោយផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល។

ការបង្កើនតំរូវប្រើប្រាស់សេវាគឺជាអាទិភាពមួយ និងបន្ទាន់បំផុតសំរាប់កម្មវិធីសុខភាពមាតា-កុមារ។ បើសិនតំរូវការត្រូវបានបង្កើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងតាមកម្មវិធីនេះ ការរំពឹងទុកគឺថាកំណើនតំរូវការនេះនឹងបន្ត **រាលដាល** ទៅកាន់កម្មវិធីសុខភាពដទៃទៀត ដែលនឹងបង្កើតឱយមានវឌ្ឍនភាពនៅគ្រប់កម្មវិធីសុខភាពទាំងអស់ ហើយបើសិនជាឥរិយាបទនៃការស្វែងរកការថែទាំសុខភាពដែលជាបញ្ហាកង្វល់ត្រូវបានដោះស្រាយនិងបញ្ច្រាបទៅក្នុងគុណភាពសេវាពិសេសសេវាសុខភាពមាតាកុមារ មធ្យោបាយនេះអាចធ្វើឱយសំរេចបានលទ្ធផលសេវាដ៏ល្អប្រសើរក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លងនិងជំងឺមិនឆ្លង។ ទោះជាដូច្នេះក្តី ការពង្រីកសេវានឹងនៅតែជួបឧបសគ្គ ដរាបណាបញ្ហាហិរញ្ញប្បទានវិស័យសុខាភិបាលនៅតែមិនត្រូវបានដោះ

ស្រោយ។ វឌ្ឍនភាពក្នុងផ្នែកនេះទាមទារឱយមានការរៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធរឹងមាំ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងកម្មវិធីសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ ព្រមទាំងការលើកស្ទួយការចូលរួមនិងការសំរបសំរួលការងាររបស់ដៃគូទាំងអស់។

អ.ប្រ.ស.០៥ បានបង្ហាញពីការថយចុះប្រេវ៉ាឡង់HIV មកនៅត្រឹម ០.៦% គឺប្រមាណ ១/៣ នៃការប៉ាន់ស្មានដំបូងសំរាប់ឆ្នាំ២០០៥។ លទ្ធផលនេះបានដាក់ប្រទេសកម្ពុជាក្នុងចំណោមប្រទេសមួយចំនួនតូចក្នុងពិភពលោកដែលសំរេចបានគោលដៅចំណុចឆ្នាំ២០០៥។ អន្តរាគមន៍នៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេងដ៏រឹងមាំបាន នាំឱយអត្រាព្យាបាលជាសះស្បើយមានកំរិតខ្ពស់បំផុត តាមរយៈវិធីសាស្ត្រព្យាបាលដោយពិនិត្យផ្ទាល់ (Directly Observed Treatments) ត្រូវបានពង្រីកទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាពទូទាំងប្រទេស (តារាង៦)។

មានពត៌មានមិនគ្រប់គ្រាន់ស្តីអំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ននៃជំងឺមិនឆ្លងទាក់ទងទៅនឹងការប្រើប្រាស់សេវានិងការប្រែប្រួលទៅតាមពេលវេលា។ មានការរំពឹងគិតថាកំណើនសេដ្ឋកិច្ចយ៉ាងឆាប់រហ័សនិងការផ្លាស់ប្តូរអំពីរបៀបនៃការរស់នៅនឹងនាំមកនូវ បន្ទុកធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺមិនឆ្លង ដោយរាប់បញ្ចូលទាំង អត្រាស្លាប់ខ្ពស់ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ និងជំងឺលេចឡើងថ្មីៗ ដែលបណ្តាលមកពីភាពបំពុលបរិដ្ឋានអនាម័យខ្វះខាតខ្សោយនិងកង្វះទឹកស្អាតប្រើប្រាស់។ ការប្រឹងប្រែងបានកើតមានរួចមកហើយ ដើម្បីបង្កើនការយកចិត្តទុកដាក់លើជំងឺមិនឆ្លង ហើយការខិតខំប្រឹងប្រែងបន្តទៅមុខទៀតនឹងកំណត់បានកាន់តែច្បាស់អំពីតំរូវការនាពេលអនាគតនិងផលប៉ះពាល់ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។

តារាងទី៦: សេវាប្រយុទ្ធជំងឺឆ្លង

សូចនាករសំខាន់ៗ	២០០៣	២០០៥	២០០៧
ប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍លើមនុស្សអាយុ១៥-៤៩ឆ្នាំ		០,៦%	
អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រើប្រាស់ឱសថពន្យាជីវិត	៣៩២		២៥៥.៣៥៣
អត្រាជាសះស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង	>៨៥%		>៨៥%
អត្រាស្រាវជ្រាវករណីរបេង បេកា វិជ្ជមាន	៦០%		៦៥.៤%
អាំងស៊ីដង់ជម្ងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រជាជន១០០០នាក់ រាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	៩,៦%		៤,២%
ករណីស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រជាជន១០០នាក់	៩,៩៦%		៧,៩%
មណ្ឌលប្រឹក្សា ពិនិត្យឈាម ដោយស្ម័គ្រចិត្ត រក្សាការសំងាត់	៣៧		១៩៧

ប្រភព:២០០៥:អ.ប្រ.ស. ២០០៣/២០០៧:ប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល

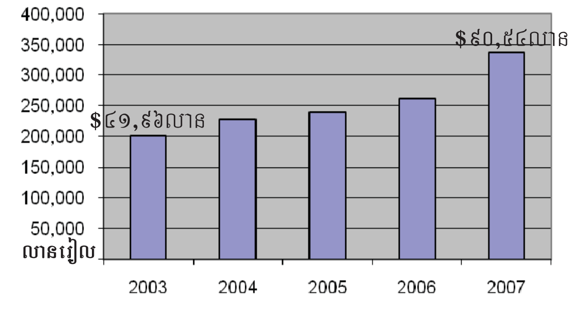
៩.២ ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល

ដូចជាបណ្តាប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ដទៃទៀតដែរហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលនៅកម្ពុជាគឺគ្របដណ្តប់ដោយការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅផ្ទាល់។ ប្រៀបធៀបនឹងប្រទេសជិតខាងសមាមាត្រដ៏ធំនៃការចំណាយលើសុខភាពនៅកម្ពុជាស្ថិតជាបន្ទុកគ្រួសារផ្ទាល់។ ការចំណាយសរុបលើសុខភាពសំរាប់ប្រជាជនម្នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំនៅឆ្នាំ២០០៥ គឺ៣៧ដុល្លារ ក្នុងនេះ៦៨%(២៥ដុល្លារ)គឺប្រាក់ហោប៉ៅ ខណៈពេលដែល ២២% ផ្តល់ដោយម្ចាស់ជំនួយ និង១០%ពីក្រសួងសុខាភិបាលដែលតំណាងឱយ(១០-១២%)នៃការបែងចែកថវិកាខ្ពស់ពីរដ្ឋាភិបាល។

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសំរាប់ប្រជាជនម្នាក់គឺ ៤៣០ដុល្លារ ក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ហើយបានកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅនេះ ។ អត្រាកំណើនសេដ្ឋកិច្ចគួរស្ញប់ស្ញែងជាមធ្យម ៨% ក្នុងមួយឆ្នាំក្នុងអំលុងពេលទសវត្សចុងក្រោយនេះ ដែលនាំទៅសំរេចបានការកាត់បន្ថយក្រីក្រជាមធ្យម១,៥%ក្នុងមួយឆ្នាំ ។ ទោះជាដូច្នេះក្តី ៣៤,៧១% នៃប្រជាជនរស់នៅក្រោមបន្ទាត់នៃភាពក្រីក្រ គឺចំណូលប្រចាំថ្ងៃពី ០,៤៦-០,៦៣ដុល្លារ ។ ការប៉ាន់ស្មានថ្មីៗបង្ហាញថា កំរិតមធ្យមនៃភាពក្រីក្រ គឺចុះទាបជាងពីពេលមុន ប៉ុន្តែគំលាតកាន់តែខ្លាំងរវាងអ្នកមាននិងអ្នកក្រ (World Bank recent poverty assessment) ។ គ្រួសារក្រីក្រមិនអាចទ្រាំទ្របាននឹងការចំណាយលើសុខភាពហើយគ្រួសារជាច្រើនទៀតដែលជាផ្លូវការមិនស្ថិតនៅក្រោមបន្ទាត់ភាពក្រីក្រ ក៏នៅតែខ្វះសាច់ប្រាក់ ។ ការចំណាយលើសុខភាពអាចជំរុញឱយគ្រួសារទាំងនេះធ្លាក់ចូលទៅក្នុងភាពក្រីក្រ ។ ផ.យ.ស.១ បានបង្ហាញពីវឌ្ឍនភាពគួរឱយចាប់អារម្មណ៍ គឺជាការថយចុះថ្លៃក្នុងមួយឯកតា ក្នុងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព ជាមួយនឹងការកើនឡើងនៃប្រាក់ចំណូលធ្វើឱយសេវាថែទាំសុខភាពកាន់តែអាចបង់ថ្លៃបាន ហើយមិនទំនងជាមូលហេតុនាំទៅរកភាពក្រីក្រទុរគតិ ។ ទន្ទឹមពេលជាមួយគ្នានេះ ការអនុវត្តន៍សាកល្បងទំរង់ធានារ៉ាប់រងសង្គមនាដំណាក់កាលដំបូងបង្ហាញលទ្ធផលដូចដែលចង់បានសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ទំរង់បុរេបង់ថ្លៃ ។ ផ្លូវដើរដ៏ទូលំទូលាយឆ្ពោះទៅកាន់ការគ្របដណ្តប់ជាសកល តាមរយៈការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម ត្រូវបានកំណត់ច្បាស់នៅក្នុងផែនការមេនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម ។

ថវិកាជាតិចំណាយចរន្តត្រូវបាន បង្កើនឡើងរហូតដល់ ៦៧% នៅឆ្នាំ២០០៧ បើប្រៀបធៀបនិងថវិកាឆ្នាំ២០០៣ (រូបភាព៤) ។កំណើននេះបានប្រព្រឹត្តទៅនៅក្នុងកំណើននៃការចំណាយសាធារណៈទាំងមូល ។ការវិភាជន៍ថវិកាមាននិន្នាការឈរលើមូលដ្ឋាននៃតំរូវការជាទូទៅខេត្តដែលក្រទទួលបានវិភាជន៍ថវិកាខ្ពស់សំរាប់ប្រជាជនម្នាក់ ។ ជាក់ស្តែងចំនែកថវិកាដែលធ្លាក់ទៅដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅមានកំរិតទាបនៅឡើយ មួយផ្នែកដោយសារតែឧបសគ្គ ផ្នែកការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ ។ និន្នាការក្នុងទិសដៅផ្ទេរអំណាចឱយទៅខេត្ត- ក្រុងក្នុងការត្រួតត្រា និងការគ្រប់គ្រងថវិកានិងបង្កើនវិភាជន៍ធនធាននឹងពង្រឹងដល់ទិសដៅហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលគាំទ្រដល់ជនក្រីក្រ ។

រូបភាព ៤:ថវិកាជាតិសំរាប់វិស័យសុខាភិបាល ២០០៣-២០០៧



លំដាប់នៃកំណែទំរង់គ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុសាធារណៈគប្បីរួមចំណែកដល់ការគ្រប់គ្រងការចំណាយសាធារណៈឱយកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពថែមទៀត ។ការប្រតិបត្តិថវិកាមានភាពជឿនលឿនជាលំដាប់ដោយបញ្ចេញបរិមាណសាច់ប្រាក់ខ្ពស់និងទាន់ពេលវេលា ។ ទោះជាដូច្នេះក្តីក៏នៅមានវិសាលភាពសំរាប់ការកែលំអឱយកាន់តែប្រសើរបន្ថែមទៀត ។ បរិមាណសរុបនៃការចំណាយរបស់រដ្ឋលើសុខភាពនិងធនធានដែល

អាចរកបានគឺមានល្មមគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីសំរេចបានគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្ស។ទោះជាដូច្នេះក្តីការវិភាជន៍សេដ្ឋកិច្ចនៃធនធានទាំងអស់នេះអាចងាករេ ជាមួយនឹងការពឹងផ្អែកហួសហេតុពីប្រភពឯកជន និងពីសេវា និងការរួមវិភាគទានតិចតួចពីវិស័យសាធារណៈ។ សេចក្តីត្រូវការដែលជាបច្ច័យសំខាន់ គឺការពារជនក្រីក្រ និងបង្វែរទិសដៅចេញពីការចំណាយដោយប្រាក់ហោប៉ៅផ្ទាល់ទៅរកយន្តការបុរេបង់ថ្លៃ និងយន្តការវិស័យសង្គម។

៤.៣ ភាពក្រីក្រនិងសមធម៌

សុខភាពទន់ខ្សោយនិងភាពក្រីក្រមានទំនាក់ទំនងគ្នាយ៉ាងជិតស្និទ្ធនៅកម្ពុជា។ មានករណីជាច្រើនដែលគ្រួសារក្រីក្រមិនអាចទ្រាំទ្របាន ក្នុងការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ហើយងាកទៅពឹងផ្អែកលើ គ្រូបុរាណ និងអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ដែលគ្មានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (ជារឿយៗតែងមានគ្រោះថ្នាក់)។ អត្រានៃការព្យាបាលមានភាពប្រែប្រួលយ៉ាងខ្លាំង អាស្រ័យលើទីកន្លែងរស់នៅ និងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមរបស់អ្នកជំងឺ។ ដោយប្រមាណមួយភាគបីនៃប្រជាជនសរុបក្រពេកមិនអាចបង់ថ្លៃសេវាបានក្នុងវិស័យសាធារណៈ ព្រមទាំងក្នុងវិស័យឯកជន ដូច្នេះផែនការហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលជាតិត្រូវតែផ្តល់វិធានការគាំពារសង្គមឱយបានសមស្របនិងគួរជាទីពេញចិត្ត រួមទាំងសំណាញ់សុវត្ថិភាពសង្គមដទៃទៀត។ បច្ចុប្បន្នការគាំពារនេះត្រូវបានផ្តល់ តាមរយៈប្រពន្ធ័លើកលែងការបង់ថ្លៃ និងមូលនិធិសមធម៌។ តំរូវការចាំបាច់ គឺដាក់បញ្ចូលនិងពង្រីកយន្តការទាំងអស់នេះទៅក្នុងក្របខណ្ឌជាតិ ហើយអភិវឌ្ឍមធ្យោបាយថ្មីនានាដើម្បីគាំពារអ្នកក្រ។ បទពិសោធន៍អំពីមូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ នៅដំណាក់កាលដំបូងបានបង្ហាញពីការប្រឹងប្រែង ដើម្បីបន្ថយជាអប្បបរមានូវឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុដែលអ្នកជំងឺជួបប្រទះ។ មូលនិធិសមធម៌បច្ចុប្បន្នភាគច្រើន ផ្តល់មូលនិធិដោយប្រទេសផ្តល់ជំនួយ ទោះជាដូច្នេះក្តីរាជរដ្ឋាភិបាលបានវិភាជន៍ថវិកាជាតិ ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់កម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌។

តារាងទី៧: ការគ្របដណ្តប់នៃយន្តការហិរញ្ញប្បទាន

		២០០៧
ចំនួនកម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌កំពុងអនុវត្តន៍		៤៥
	នៅស្រុកប្រតិបត្តិ	៣៩
	នៅមន្ទីរពេទ្យជាតិ	៦
ចំនួនករណីគ្របដណ្តប់ដោយមូលនិធិសមធម៌		**២៤៦.៥៩៤**
ចំនួនករណីលើកលែងការបង់ថ្លៃ		**១.៣០០.០២៥**
ចំនួនគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាម សហគមន៍		**៩ ក្នុង ៩ ស្រុកប្រតិបត្តិ**
ចំនួនអ្នកទទួលផលពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍		**៤៥.២៨២**

ប្រភព: របាយការណ៍ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលឆ្នាំ ២០០៧

៤.៤ ធនធានមនុស្សវិស័យសុខាភិបាល

ទោះជាបានអនុវត្តសកម្មភាពមួយចំនួន ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាជ្រើសរើសការរក្សាទុកឆ្មប និងបញ្ហាប្រឈមមុខក្នុងការពង្រាយបុគ្គលិករវាងទីប្រជុំជននិងជនបទក្តី ក៏កង្វះឆ្មបនិងការពង្រាយឆ្មបនៅតែជាបញ្ហា លើកលែងតែការជ្រើសរើសនិងសមត្ថភាពនៃការបណ្តុះបណ្តាលត្រូវបានបង្កើនខ្លាំងឡើង ពីឆ្នាំ ២០០៨-២០១៥ ដែលកង្វះបុគ្គលិកអាចកើតមានកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ក្នុងពេលជាមួយគ្នានេះចាំបាច់ត្រូវកែលំអគុណភាពនៃការបណ្តុះបណ្តាលឱយកាន់តែប្រសើរឡើងថែមទៀត។

ការពិនិត្យវាយតំលៃបច្ចេកវិទ្យាឆ្មបបង្ហាញ ពីកំរិតសមត្ថភាពមិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងចំណោមឆ្មបបឋម។ លើសពីនេះការពង្រាយឆ្មបបឋមនៅតាមតំបន់ជនបទ គឺមិនអាចឆ្លើយតបទៅនិងតំរូវការផ្នែកសុខភាពទូទៅឡើយ ពិសេសសុខភាពកុមារ។ តំបន់ជនបទត្រូវការឱយមានប្រភេទបុគ្គលិកពហុជំនាញ ដូចជាឆ្មបគិលានុបដ្ឋាក-យិកាមធ្យមជាដើម រីឯបុគ្គលិកពហុជំនាញដែលមានចាំបាច់ត្រូវទទួលភារៈកិច្ចពហុជំនាញធំទូលាយ។

ការផ្តល់និយមនយ័ដ៏ចង្អៀតដល់អ្នកជួយសំរាលកូនមានជំនាញថាជាឆ្មប គឺមិនបានគិតដល់ឱកាសនៃការប្រើប្រាស់ជំនាញរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត និងគិលានុបដ្ឋាកមានជំនាញផ្នែកសម្ភព ដើម្បីសេវាសំរាលកូនទេ។ ឆ្មបជាច្រើននិងបុគ្គលិកវិជ្ជាជីវៈដទៃទៀតដែលបំរើការទាំងក្នុងផ្នែកសាធារណៈ ព្រមទាំងឯកជនមិនបានកត់ត្រាគ្រប់គ្រាន់។

ទំនាក់ទំនងរវាងការផ្តល់សេវាក្នុងវិសយ័សាធារណៈនិងឯកជន ចាំបាច់ត្រូវតែបន្តដោះស្រាយនៅក្នុង ផ.យ.ស.២ ពិសេសបញ្ហាអតុល្យភាពនៃប្រពន្ធ័លាភការរវាងវិសយ័ទាំងពីរនេះ។ លទ្ធផលពីការសិក្សាលើកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវាបានបង្ហាញថា ការកែលំអអាចរឹងមាំនៅពេលដែលអភិក្រមមានលក្ខណៈស្ថាបនាមួយសំរាប់ប្រពន្ធ័លាភការរបស់បុគ្គលិកត្រូវបានកំណត់ហើយយកទៅអនុវត្ត។

បទពិសោធន៍នៃកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា និងការគ្រប់គ្រងបានបង្ហាញទៀតថា ការផ្តល់ប្រាក់ចំណូលខ្ពស់ ដល់បុគ្គលិកផ្អែកលើស្នាដៃការងារគឺផ្តល់នូវមធ្យោបាយសំរាប់ការលើកកំពស់ឱយកាន់តែប្រសើរឡើងដល់រចនាសម្ពន្ធ័គ្រប់គ្រងនិងការផ្តល់សេវានៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងស្រុកប្រតិបត្តិ។ ដូច្នេះចាំបាច់ត្រូវអនុវត្តយុទ្ធសាស្រ្ត គ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សដែលមានសមាសភាគបង្កើនបៀវត្ស នៅក្នុងសំណុំក្របខណ្ឌ័នៃការពង្រឹងប្រពន្ធ័សុខាភិបាល។ យុទ្ធសាស្រ្តនេះនិងបញ្ចូលការកែលំអផែនការនីយកម្មធនធានមនុស្ស ការលើកទឹកចិត្ត ពិសេសសំរាប់ការផ្តល់សេវានៅក្នុងតំបន់ដែលពិបាកទៅដល់ និងប្រពន្ធ័បណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលបំរើការងារមានប្រសិទ្ធភាពហើយប្រការនេះតំរូវឱយមានការរួមវិភាគទានពីដៃគូសុខាភិបាលទាំងអស់ដើម្បីចៀសវាងការបែកខ្ញែក។

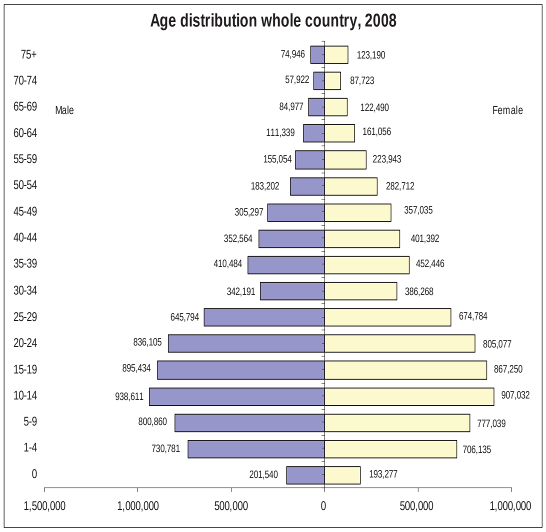
ការពិនិត្យឡើងវិញវិស័យសុខាភិបាលផ្តល់អនុសាសន៍ថា កំណែទំរង់កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុងត្រូវតែយកមកអនុវត្តតាមវិធីជំហានឆ្លៀសវៃ។វិធីសាស្រ្តនេះនឹងបង្កើនការទទួលខុសត្រូវសំរាប់ការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២ ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តលើកទឹកចិត្តតាមស្នាដៃការងារ។

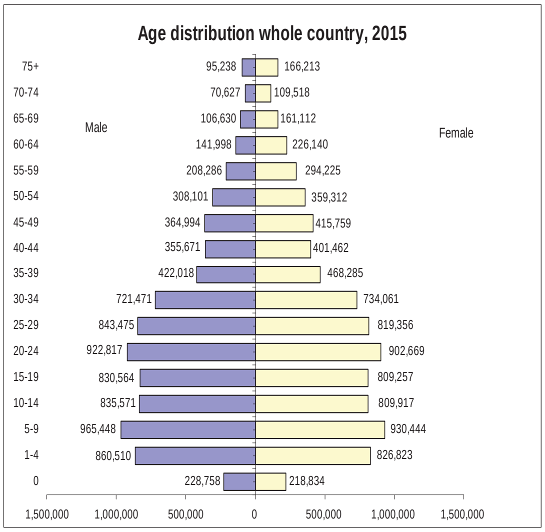
៩.៥ សុខភាពនិងប្រជាសាស្ត្រក្នុងអន្តរកាល

ការអភិវឌ្ឍន៍ និងការផ្លាស់ប្តូរផ្នែកប្រជាសាស្ត្រយ៉ាងឆាប់រហ័សត្រូវបានរំពឹងទុកថានាំមកនូវការវិវត្តន៍នៅក្នុងស្ថានភាពនៃជម្ងឺចេញពីជំងឺឆ្លងឆ្ពោះទៅកាន់ការកើនឡើងនៃប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺមិនឆ្លង។ប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺលើសឈាមនិងជំងឺទឹកនោមផ្អែម បាននឹងកំពុងកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សជាងការកើនឡើងនៃអាយុកាលដែលបានរំពឹងទុក។ ជំណាក់ផ្តើមដំបូងនៃជំងឺរ៉ាំរ៉ៃហាក់ដូចជានៅទាបនៅឡើយ។ ចំនួននៃការស្លាប់និងរបួសដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរបានកើនឡើង៥០% រវាងឆ្នាំ២០០០និង២០០៥។ មានការចាប់អារម្មណ៍ដល់បន្ទុកនៃជំងឺដែលទាក់ទងទៅនឹងភាពបំពុលបរិដ្ឋាន អនាមយ័ខ្វះខាតខ្សោយនិងកង្វះទឹកស្អាតប្រើប្រាស់។ ទន្ទឹមនឹងនេះ ការលេចឡើងនូវការរាតត្បាតនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនបានក្លាយទៅជាបញ្ហាប្រឈមមុខថ្មីមួយទៀតដល់រាជរដ្ឋាភិបាល ពីព្រោះវាបានជះឥទ្ធិពលដល់បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងបញ្ហាសង្គម។

ដូច្នេះផលវិបាកចំពោះមុខគឺការលេចឡើងបញ្ហាសុខភាពទាំងក្នុងផ្នែកបង្ការ ការព្យាបាលបន្ទាន់និងការស្តារនិតិសម្បទាដែលនឹងទាមទារការវិភាជន៍ធនធានបន្ថែមសំរាប់ការធ្វើអន្តរាគមន៍មានប្រសិទ្ធភាព។

រូបភាព ៥: រចនាសម្ពន្ធ័ប្រជាសាស្ត្រ





៩.៦ ការវិវត្តន៍នៃផែនការគ្រប់ដណ្តប់សុខាភិបាល

ដូចបានអធិប្បាយនៅក្នុងជំពូក២ ផ.គ្រ.ស ជាឧបករណ៍ផែនការ ដើម្បីត្រួសត្រាយការវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសុខាភិបាល។ លក្ខណៈពិសេសរបស់ផ.គ្រ.សគឺការផ្លាស់ប្តូរការរៀបចំប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ពីផ្អែកលើចរិតលក្ខណៈរដ្ឋបាលទៅឈរលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចំនួនប្រជាជន ការវិវត្តន៍នៃផ.គ្រ.ស ក្នុងអំលុងពេលជាង១២ឆ្នាំកន្លងមកនេះ គឺជាលទ្ធផលនៃកត្តាបរិបទមួយចំនួន

តារាងទី៨: ការអភិវឌ្ឍន៍មូលដ្ឋានសុខាភិបាល

	៩៥_២០០៣	២០០៧
ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពសង់ថ្មី	៦៩៤	១៣៤
ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពទទួលឱសថស.ស.អ	៨១២	៦៨
ចំនួនអាគារសង់ថ្មីក្នុងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក	៣៤	៣

ប្រភព:ការពិនិត្យសមិទ្ធផលសុខាភិបាល២០០៧

ដូចខាងក្រោមនេះ ៖

- កំណើនប្រជាជនទៅតាមពេលវេលា នាំឱ្យមានការកើនឡើងតំរូវការសេវាសុខភាពរួចបង្កើនបន្ទុកការងារនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។
- ស្ថេរភាពនយោបាយ និងសន្តិសុខទូទាំងប្រទេស បង្កើតទីតាំងយ៉ាងរឹងប៉ឹងដល់កំណើនការវិនិយោគនិងសកម្មភាពល្អលាស់ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច ជំរុញដល់ចំណាកស្រុកពីតំបន់ជនបទទៅកាន់ទីក្រុង-ប្រជុំជននិងទៅកាន់តំបន់អភិវឌ្ឍន៍ ក៏ដូចជាទៅដល់តំបន់ភូមិសាស្ត្រដែលមិនអាចទៅដល់បាននៅពេលអភិវឌ្ឍ ផ.គ្រ.ស ដំបូងនៅឆ្នាំ ១៩៩៥។
- ការរីកចំរើនដ៏ខ្លាំងក្លានៃការអភិវឌ្ឍន៍ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធផ្លូវគមនាគមន៍ ផ្តល់លទ្ធភាពងាយស្រួលក្នុងការមកទទួលយកសេវារបស់ប្រជាជននៅមណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។
- បច្ចុប្បន្ននេះមានប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងវិស័យឯកជនដ៏សំបូរបែបពិសេសក្នុងរដ្ឋធានីនិងទីប្រជុំជនខេត្ត-ក្រុងធំៗ។

ជាផលបច្ច័យ:

- ចំនួនមណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាពតាមខេត្តមួយចំនួន ត្រូវបានបន្ថែមនិងបញ្ចូលទៅក្នុងប្រពន្ធ័ពត៌មានវិទ្យា ផ.គ្រ.ស ដែលត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរវាង២ ឆ្នាំម្តង។
- កំណត់ឡើងវិញតួនាទី និងមុខងាររបស់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ៖ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកត្រូវបានរៀបចំជា ៣ ចំណាត់ថ្នាក់ ៖ ស.ស.ប.កំរិត១ ស.ស.ប.កំរិត២ និងស.ស.ប.កំរិត៣ (អធិប្បាយលំអិតក្នុងសេចក្តីណែនាំអំពីសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់ឆ្នាំ២០០៦)។
- មណ្ឌលសុខភាពមានគ្រែ (អតីតពេទ្យស្រុកចាស់) ខ្លះត្រូវតំឡើងតួនាទីជាមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ស.ស.ប.កំរិត១ ទន្ទឹមគ្នានឹងការលប់មណ្ឌលសុខភាពមួយចំនួនដែលបានគ្រោង ចេញពី ផ.គ្រ.ស ពិសេសនៅរាជធានីភ្នំពេញនិងទីរួមខេត្តធំៗ។
- ប៉ុស្តិ៍សុខភាពមួយចំនួនត្រូវបានតំឡើងជាមណ្ឌលសុខភាព ស.ស.អ។

ការបន្តវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនឹងជាបញ្ហាប្រឈមមុខដ៏ស្រួចស្រាវបំផុត។ តារាង១ (សង្ខេបផ.គ្រ.ស) បង្ហាញថាចំនួនមណ្ឌលសុខភាពនឹងកើនឡើងប្រមាណពី៩៥៧ នៅឆ្នាំ២០០៧ ទៅ១.៦៩៧ នៅឆ្នាំ២០១៥ រីឯមន្ទីរពេទ្យបង្អែកនឹងកើនឡើងប្រមាណពី ៧៤ ទៅ៨៩ ក្នុងរយៈពេលដូចគ្នានេះ។ បើសិនអនុវត្តលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យប្រជាជន១០.០០០នាក់ សំរាប់មណ្ឌលសុខភាពមួយ និង១០០.០០០-២០០.០០០នាក់ សំរាប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយករណីនេះថ្លៃចំណាយលើការវិនិយោគគឺត្រូវការយ៉ាងច្រើនសន្ធឹកសន្ធាប់ (ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការបំពាក់គ្រឿងឧបករណ៍ពេទ្យ)។ដោយសន្មតថាឃុំ/សង្កាត់មួយត្រូវមានមណ្ឌលសុខភាពមួយ (ឃុំ/សង្កាត់រដ្ឋបាលសរុបទូទាំងប្រទេសគឺ១.៦២១) ដូច្នេះមណ្ឌលសុខភាពថ្មី ចំនួន៦៦៤ ត្រូវការសង់ថ្មី ក្នុងអំលុងពេលពីឆ្នាំ២០០៨-២០១៥ (ជាមធ្យមត្រូវសង់មណ្ឌលសុខភាព ៨៣ ក្នុងមួយឆ្នាំៗ) ហើយផលវិបាកបន្តទៀត គឺនៅលើការផលិតចេញធនធានមនុស្ស

សុខាភិបាល។ ផ្អែកតាមលំហាត់សម្មតិកម្មខាងលើ គឺត្រូវការបុគ្គលិកចំនួន៦.៦៤០នាក់ ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងកំរិតចំនួនបុគ្គលិកនៃមណ្ឌលសុខភាពថ្មីទាំងអស់នេះ (យោងតាមសេចក្តីណែនាំអំពី ស.ស.អ ឆ្នាំ ២០០៨ ដែលតំរូវឱយមានបុគ្គលិក១០នាក់ក្នុងមណ្ឌលសុខភាពមួយ) ក្នុងរយៈពេលដូចគ្នា ដោយមិនរាប់បញ្ចូលចំនួនបុគ្គលិកនៅខ្វះបច្ចុប្បន្ន ជំនួសបុគ្គលិកដែលត្រូវចូលនិវត្តន៍ បុគ្គលិកទទួលមរណៈភាព និងបុគ្គលិកជំនាញផ្សេងទៀត ដូចជាបុគ្គលិករដ្ឋបាល គណនេយ្យ។ល។ ជារួមការចំណាយចរន្ត(ឱសថ បរិក្ខានិងសំភារៈដ៏ទៃទៀត ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់ដំណើរការមុខងារមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងនេះ)នឹងកើនឡើងជាមួយនឹងការវិនិយោគមូលធននេះទៅតាមពេលវេលា។

ដូច្នេះដើម្បីទទួលបានរូបភាពច្បាស់លាស់សំរាប់ការវិនិយោគ ចាំបាច់ត្រូវធ្វើការពិនិត្យមើលសារឡើងវិញក្នុងពេលឆាប់ៗនៃផ.គ្រ.សទូទាំងប្រទេស។ ចាំបាច់ត្រូវពិនិត្យមើលលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យឡើងវិញហើយការអនុវត្តន៍លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនេះត្រូវតែយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់ដល់ទិដ្ឋភាពសំខាន់៣ៈ**ទីមួយ** រវាងតំបន់ទីក្រុង/ប្រជុំជនធំៗ(ដូចជារាជធានីភ្នំពេញ)និងតំបន់ជនបទ/ដាច់ស្រយាល **ទីពីរ** សក្តានុពលនៃអ្នកផ្តល់សេវាឯកជននិង **ទីបី** ផ.គ្រ.ស ត្រូវតំរៀបតំរង់តាមតំរូវការនៃវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។

៤.៧ ប្រសិទ្ធភាពនៃជំនួយ និងអភិបាលកិច្ច

រាជរដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍មានជំនឿទុកចិត្តយ៉ាងរឹងមាំលើគោលការណ៍នៃ **សេចក្តីប្រកាសក្រុងប៉ារីសស្តីអំពីប្រសិទ្ធភាពនៃជំនួយៈ** ភាពម្ចាស់ការដ៏រឹងមាំរបស់ប្រទេសយុទ្ធសាស្ត្រដែលបានតំរៀបតំរង់ត្រូវដាក់អនុវត្តសុខដុមនីយកម្មជំនួយក្រៅប្រទេសទៅតាមនិតិវិធី និងប្រព័ន្ធជាតិការគ្រប់គ្រងស្តែងចេញជាលទ្ធផល តាមរយៈប្រព័ន្ធដែលបញ្ជាក់ច្បាស់ពីគោលដៅនិងសូចនាករសំរាប់ត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងអភិវឌ្ឍគោលនយោបាយឈរលើមេរៀននៃវឌ្ឍនភាព និងការទទួលខុសត្រូវទាំងសងខាងឈរលើការគ្រប់គ្រងស្តែងចេញជាលទ្ធផលនៅក្នុងប្រព័ន្ធមួយទទួលខុសត្រូវរួមគ្នា។

ខណៈពេលដែល ផ.យ.ស.១ ព្យាយាមវិភាជន៍មូលនិធិដោយសនិទានកម្ម ភាពស្មុគ្រស្មាញនៃស្ថាបត្យកម្មហិរញ្ញវត្ថុនៅតែមាន ក្នុងនេះអ្នកផ្តល់ជំនួយដើរតួនាទីរឹងមាំ តាមរយៈគំរោងហិរញ្ញប្បទានទន្ទឹមគ្នានឹងភាពទន់ខ្សោយ ជាទូទៅនៃយន្តការនិយតកម្មវិស័យឯកជនក្នុងទីផ្សារសុខភាព។ ប្រការទាំងពីរយ៉ាងនេះ គឺជាកត្តានាំមុខយ៉ាងសំខាន់ ប៉ុន្តែប្រហែលជាមិនបានពង្រឹងគ្នា និងប្រព្រឹត្តនៅក្នុងលក្ខណៈសុខដុមនីយកម្មឡើយ។ មូលនិធិដែលផ្តល់ដោយដៃគូរមែងនៅតែបែកខ្ញែកគ្នា ហើយក៏មិនបានតំរៀបតំរង់ត្រឹមត្រូវទៅតាមអាទិភាពជាតិដែលបានកំណត់ ទោះជាមានការខិតខំប្រឹងប្រែង តាមរយៈបែបបទនៃការប្រព្រឹត្តទៅនៃអភិក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យក្តី។ លំហូរហិរញ្ញវត្ថុពីដៃគូដែលមិនបានតំរៀបតំរង់ ធ្វើឱយរអាក់រអួលដល់ទំរង់គំរូអភិបាលកិច្ចវិស័យសុខាភិបាល។

វិស័យសុខាភិបាលនឹងបន្តពឹងផ្អែកលើដៃគូសុខាភិបាលនៅក្នុងអនាគតដែលអាចដឹងបាន។ ដូច្នេះចាំបាច់ត្រូវពង្រឹងសុខដុមនីយកម្មមូលនិធិដៃគូ ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់ការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២។ ការពិនិត្យវាយតំលៃអភិក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យផ្តល់អនុសាសន៍ សំរាប់ជំរុញបែបបទនេះទៅមុខទៀត។

យន្តការថ្នាក់ជាតិនិងថ្នាក់អន្តរជាតិមួយចំនួន (ដូចជា “**ភាពជាដៃគូអន្តរជាតិក្នុងផ្នែកសុខភាព**” ដែលបានប្រកាសកាលពីខែកញ្ញាឆ្នាំ២០០៦នៅទីក្រុងឡុងដ៏ក្នុងនេះ ប្រទេសកម្ពុជាជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេសជំហានដំបូងនៃភាពជាដៃគូនេះ) បាននឹងកំពុងដាក់ឱយដំណើរការដែលនឹងលើកកំពស់សុខដុមនីយកម្មនៅក្នុងអំលុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២។សហប្រតិបត្តិការល្អប្រសើរដែលមានរួចមកហើយរវាងរដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូសុខាភិបាលកំណត់ពីដំណាក់កាលសំរាប់ការធ្វើឱយកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពថែមទៀតនៃសុខដុមនីយកម្មលើសពីនេះការសន្ទនាដែលកំពុងមានរវាងរដ្ឋាភិបាលនិងវិសយ័ឯកជនបានផ្តល់ច្រកសំរាប់ភាពចំណេញនៃសមាហរណកម្ម និងក្នុងវិធានការការត្រួតពិនិត្យគុណភាពនៃការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។

“ច្បាប់សំរាប់ការរៀបចំអង្គការ” (Organic Laws) គ្របដណ្តប់លើតួនាទីនៃរចនាសម្ពន្ធ័វិមជ្ឈការនិងទំនាក់ទំនងនៃរចនាសម្ពន្ធ័នេះទៅនឹងថ្នាក់ជាតិ។ ច្បាប់នេះនឹងមានអនុភាព លើអភិបាលកិច្ចក្នុងវិសយ័សុខាភិបាល នៅក្នុងអំឡុងពេលផែនការនីយកម្មរបស់ផ.យ.ស.២ ពិសេសមានហេតុបច្ចយ័ដល់តួនាទីនិងវិធីសាស្រ្តធ្វើការងាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ជំហរទីតាំង និងតួនាទីរបស់ខេត្ត-ក្រុង ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងតួនាទីនៃការធ្វើផែនការនិងការវិភាជន៍ធនធានសំរាប់វិសយ័សុខាភិបាលនៅក្នុងក្របខណ្ឌ័ហិរញ្ញប្បទានជាកញ្ចប់សំរាប់ផ្នែកចំបង៧នៃការអភិវឌ្ឍន៍និងជំហរទីតាំងនិងតួនាទីរបស់ស្រុកប្រតិបត្តិព្រមទាំងទំនាក់ទំនងជាមួយអង្គភាពមូលដ្ឋានសំរាប់សកម្មភាពប្រជាធិបតេយ្យវិមជ្ឈការដូចជាឃុំ-សង្កាត់ជាដើម។

វិធីសាស្រ្តមានលក្ខណៈជាប្រពន្ធ័និងលំអិតស្តីអំពីវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការក្នុងវិសយ័សុខាភិបាលនឹងជួយដល់ការអនុវត្តន៍អភិក្រមមានស្ថេរភាពមួយសំរាប់អភិបាលកិច្ចក្នុងប្រពន្ធ័សុខាភិបាល។អភិក្រមនេះនឹងកសាងឡើងនៅលើបទពិសោធន៍រួមដែលប្រមូលផ្តុំបានពីការសាកល្បងនានា ដែលបានប្រព្រឹត្តទៅក្នុងអំលុងពេលនៃ ផ.យ.ស.១ ទន្ទឹមពេលគ្នាដែលផែនការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ននឹងសំរួចតួនាទី និងមុខងារនៃវិសយ័សុខាភិបាលឱយកាន់តែមានលក្ខណៈយុទ្ធសាស្រ្ត ឆ្លើយតបនិងទទួលខុសត្រូវកាន់តែខ្លាំងឡើង។

៤.៨ សេចក្តីសន្និដ្ឋាន

ការពិនិត្យវាយតំលៃវិសយ័សុខាភិបាលបានសន្និដ្ឋានថា ស្ថានភាពទូទៅនៃសុខភាពប្រជាជនកម្ពុជាត្រូវបានលើកស្ទួយចេញពីកំរិតដ៏ទាបមួយនៅក្រោយស្ថានភាពនៃជំលោះជាង៣ទសវត្សមុន។ ស្ថានភាពសុខភាពដែលបានរៀបរាប់ក្នុង អ.ប.ស.០៥ គឺមានសង្គតភាពទៅនឹងស្ថានភាពនៃប្រទេសដែលកំពុងស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច។

- រង្វាស់ទូទៅពីរដែលយកមកប្រើប្រាស់ ដើម្បីកំណត់គុណភាពប្រពន្ធ័សុខាភិបាល គឺអត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំនិងក្រោម៥ឆ្នាំត្រូវបានកាត់បន្ថយយ៉ាងខ្លាំងបើទុកណាជាត្រូវការកែលំអថែមទៀតដើម្បីឈានទៅសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្ស។
- សូចនាករលទ្ធផលសុខភាពទី៣របស់ប្រពន្ធ័សុខាភិបាលគឺអត្រាស្លាប់របស់មាតាមិនមានវឌ្ឍនភាពហើយស្ថិតនៅជាបញ្ហាប្រឈមមុខដ៏ស្រួចស្រាវដដែល។

- អត្រាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានកាត់បន្ថយគួរឱយកត់សំគាល់ រីឯអត្រាជាសះស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេងនៅរក្សាបានក្នុងកំរិតខ្ពស់បំផុត។
- ដោយសារកំណើនសេដ្ឋកិច្ចដ៏ឆាប់រហ័សភាពបំពុលនៃបរិស្ថាននិងការផ្លាស់ប្តូររបៀបរបបរស់នៅធ្វើឱយកើនឡើងនូវការព្រួយបារម្ភអំពីបន្ទុកនៃជំងឺមិនឆ្លង ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងអត្រាស្លាប់ដ៏ខ្ពស់ដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ។
- ការប្រើប្រាស់សេវាសាធារណៈមានការកើនឡើង ប៉ុន្តែស្ថិតនៅកំរិតទាប បើប្រៀបធៀបជាមួយបណ្តាប្រទេសដទៃមួយផ្នែកដោយសារប្រជាជនមួយភាគធំប្រើប្រាស់សេវាវិស័យឯកជន។
- ថវិកាជាតិត្រូវបានបង្កើនឡើងស្របតាមគោលដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រ ទោះជាដូច្នេះក្តីក៏នៅមានវិសាលភាព សំរាប់ការកែលំអឱយកាន់តែប្រសើរបន្ថែមទៀត ក្នុងការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុនិងការប្រតិបត្តិថវិកា។
- ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សនៅតែជាសម្ពាធនៃបញ្ហាប្រឈមមុខពិសេសទាក់ទងទៅនឹងការលើកទឹកចិត្ត និងការផ្តល់ឆ្មបមានជំនាញគ្រប់គ្រាន់នៅតាមមណ្ឌលសុខភាព។
- ការវាយតំលៃស្នាដៃការងារវិស័យសុខាភិបាលជួបឧបសគ្គដោយសារសូចនាករច្រើនពេក និងមិនមានពត៌មានដើមគ្រាគ្រប់គ្រាន់ហើយគោលដៅចំណុច និងសូចនាករត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរតាមពេលវេលា។ ការផ្លាស់ប្តូរពហុភាពបែបនេះ បានធ្វើឱយប៉ះពាល់ដល់ដំណើរសិក្សារៀនសូត្រពីរូបធាតុនៃប្រពន្ធ័យុទ្ធសាស្ត្រ។
- ដៃគូអភិវឌ្ឍបានធ្វើឱយមានធនធានកាន់តែច្រើនសំរាប់វិស័យសុខាភិបាល។ ត្រូវការវឌ្ឍនភាពច្រើនថែមទៀត នៅក្នុងការសំរបសំរួលការជួយឧបត្ថម្ភពីដៃគូអភិវឌ្ឍទាំងនោះ ការប្តេជ្ញាជួយសំរាប់រយៈពេលវែង និងការធានាថាការរួមចំណែករបស់ពួកគេស្របតាមអាទិភាពជាតិ។
- លក្ខណៈពិសេសមួយទៀត នៃការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសុខាភិបាលនៅកម្ពុជា គឺភាពខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំងនៃស្ថានភាពសុខភាពរវាងក្រុមប្រជាជន ដែលមានស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចខុសៗគ្នា។ ស្ថានភាពសុខភាពប្រជារាស្ត្ររបស់នៅតំបន់ជនបទ គឺទាបខ្លាំងជាងប្រជាជនរស់នៅតំបន់ទីប្រជុំជន។ខណៈពេលដែលគ្រួសារមានការសិក្សាអប់រំខ្ពស់មានវឌ្ឍនភាពល្អផ្នែកសុខភាព ការអភិវឌ្ឍន៍សុខភាពក្នុងចំណោមគ្រួសារដែលគ្មានការសិក្សាអប់រំ គឺមានភាពទន់ខ្សោយ ជួនកាលមានលក្ខណៈអវិជ្ជមាន។ ភាពខុសគ្នារវាងខេត្តមួយទៅខេត្តមួយទៀតមានជាទូទៅ។

៤.៩ អនុសាសន៍សំខាន់ៗផ្នែកគោលនយោបាយសំរាប់ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ២០០៨-២០១៥

១- ត្រូវធ្វើការសំរេចចិត្តជាបន្ទាន់ លើគោលនយោបាយនៅលើផ្នែកនានាដែលការអនុវត្តន៍សាកល្បងកំពុងតែដំណើរការជឿនលឿនទៅមុខ។ ការសំរេចចិត្តលើគោលនយោបាយនេះត្រូវបញ្ចូលកំណែទំរង់ឱយមានសង្គតភាពជាមួយបរិបទស្ថាប័នទូលំទូលាយនៃវិស័យសាធារណៈ: នៅកម្ពុជា កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា មូលនិធិសមធម៌ និងប្រពន្ធ័លាភការសំរាប់បុគ្គលិក។

២- បន្តពង្រឹងតួនាទីនិងមុខងារស្ថាបន័ទូទាំងប្រពន្ធ័សុខាភិបាល ជាមួយនឹងការកសាងសមត្ថភាព ព្រមទាំងលើកស្ទួយការផ្សារភ្ជាប់រវាងយុទ្ធសាស្ត្រនៃផ.យ.ស.២ ជាមួយប្រពន្ធ័ត្រួតពិនិត្យតាមដាន។

៣- ពង្រឹងប្រសិទ្ធភាពនៃការគ្រប់គ្រងជំនួយ ដើម្បីដោះស្រាយស្ថានភាពបែកខ្ញែកបច្ចុប្បន្ន នៃហិរញ្ញប្បទានពីដៃគូសុខាភិបាលតាមរយៈការខិតខំប្រឹងប្រែងប្រាកដប្រជានៃសុខដុមនីយកម្ម ដើម្បីអនុញ្ញាតិឱយមានការបន្តពង្រីកធនធាន។

ជំពូក ៣

អភិក្រមយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល

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

៣ អភិក្រមផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល

១. តួនាទីនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

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

យុទ្ធសាស្ត្រនៃ ផ.យ.ស.២ ផ្តោតជាចំបងទៅលើបញ្ហាប្រឈមមុខនានា និងផ្តល់ភាពកាន់តែប្រសើរឡើងនៅក្នុងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រលើផ្នែកសុខភាព នៅក្នុងប្រតិបត្តិការនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ ផែនការនេះនឹងសមាហរណកម្មកំណែទំរង់វិស័យសុខាភិបាល ទៅក្នុងបរិបទដ៏ទូលំទូលាយនៃកំណែទំរង់របស់ប្រទេសកម្ពុជា។

- ផ្តល់នូវចក្ខុវិស័យទូលំទូលាយ និងយូរអង្វែងដើម្បីត្រួសត្រាយការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការអភិវឌ្ឍន៍សមត្ថភាពនិងការវិភាជន៍ធនធាន។
- អនុវត្តជាក់ស្តែងតាមរយៈផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល ផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ និងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ។
- តំរៀបតំរង់ជាមួយអាទិភាពនិងបែបបទផែនការនីយកម្មជាតិ–ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍជាតិ។

ផ.យ.ស.២កំណត់ផ្នែកយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ខ្លួនចេញពី ផ.យ.អ.ជ ដែលបានបញ្ជាក់ពីការពង្រឹងគោលបំណងជាអាទិភាពផ្នែកសុខភាពនៅកម្ពុជា គឺការលើកស្ទួយសុខភាពមាតានិងកុមារ ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង និងការពង្រឹងការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសំរាប់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់។ ផ.យ.អ.ជ បញ្ជាក់ច្បាស់អំពីគោលដៅចំបង និងទូលំទូលាយដែលមានឥទ្ធិពលលើផ.យ.ស.២ គឺការរួមចំណែកបន្ទាប់សន្ទុះទស្សន៍នៃភាពក្រីក្រ ឱយមកនៅត្រឹម ២៥% ចាប់ពីឆ្នាំ២០១០ និងតំរង់ទិសដៅទៅកាន់ទីកន្លែងដែលប្រេវ៉ាឡង់នៃភាពក្រីក្រមានកំរិតខ្ពស់។

ផ.យ.ស.២ ឆ្លុះបញ្ចាំងពីគោលនយោបាយជាតិទូទៅ និងមានបំណងជះឥទ្ធិពលទៅលើគោលនយោបាយសុខាភិបាល តាមរយៈបែបបទជាច្រើនដែលមាននៅក្រសួងសុខាភិបាល ខេត្ត-ក្រុង ស្រុក-ខណ្ឌ ឃុំ-សង្កាត់ និងមូលដ្ឋានទាំងនាដែលពាក់ព័ន្ធ។ គោលនយោបាយដ៏មានសារៈសំខាន់ជាពិសេសនោះគឺ:

- ការអភិវឌ្ឍន៍ចាំបាច់ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលស្តីអំពីអភិបាលកិច្ច និងការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ
- កិច្ចការកំណែទំរង់ដើម្បីអភិវឌ្ឍបន្ថែមទៀតនូវទំនាក់ទំនងជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍
- ប្រពន្ធ័លាភការ និងផែនការនីយកម្មសំរាប់ធនធានមនុស្ស
- គុណភាពក្នុងវិស័យសុខាភិបាល និងសេចក្តីណែនាំគ្លីនិកសំរាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតំលៃវិស័យសុខាភិបាល
- ពង្រឹងតួនាទីរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ស.ស.អ និង ស.ស.ប

គោលនយោបាយនិងយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ ផ.យ.ស.២ នឹងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃជាបន្តបន្ទាប់។ ការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ និងសន្និបាទសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំនឹងដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ ក្នុងការសំរេចចិត្តលើការពិនិត្យកែសំរួលអន្តរាគមន៍ជាបន្តបន្ទាប់ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគោលដៅចំនុចប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ និងដើម្បីធ្វើឱយ ផ.យ.ស.២ ក្លាយជា "**ឯកសាររស់**"។

២. អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ

ផ.យ.ស.២ កំណត់អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់វិស័យសុខាភិបាលជាពីរផ្នែកទូលំទូលាយនិងទាក់ទងគ្នាទៅវិញទៅមក ហើយដែលក្រសួងសុខាភិបាលនិងដៃគូទាំងអស់ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសសំរាប់អន្តរាគមន៍ក្នុងរយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែងក្នុងអំលុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២។

អាទិភាពទាំងពីរផ្នែកនេះគឺ: ១)អាទិភាពសុខភាពរបស់ប្រជាជន និងសេវាសុខភាពជាសារវន្ត័ (តារាង៩) និង ២)បញ្ហាប្រឈមមុខដែលមានទាក់ទងនឹងដំណើរការមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ។

តារាង ៩: កម្មវិធីសុខភាពអាទិភាពនិងសេវាសារវ័ន្ត

សុខភាពបន្តពូជ-មាតា-ទារកនិងកុមារ	ជំងឺឆ្លង	ជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀត
ផែនការគ្រួសារនិងការពន្យារកំណើត ការពន្លូតកូនមានសុវត្ថិភាព សុខភាពមាតានិងកុមារ អាហារូបត្ថម្ភ ការថែទាំគភ៌មុនសំរាល ការទប់ស្កាត់ការចំលង HIV ពីម្តាយទៅទារក ការថែទាំករណីសម្ភពបន្ទាន់ សមាហរណកម្មការថែទាំក្រោយសំរាលលើមាតានិងទារក ចាក់ផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ដោយរាប់បញ្ចូលការលប់បំបាត់ជំងឺកញ្ជ្រិលនិងតេតាណូស ការបញ្ចូលវ៉ាក់សាំងថ្មី សមាហរណកម្មការគ្រប់គ្រងជំងឺកុមារ ការថែទាំសារវ័ន្តដល់កុមារ ការស្លាប់ទារក និងកុមារ សុខភាពវ័យជំទង់/យុវវ័យ ការអនុវត្តន៍តាមគ្រួសារ	ជំងឺឆ្លងប្រដាប់បន្តពូជ HIVជំងឺអេដស៍ ជំងឺកាមរោគ របេង ឃ្លង់ គ្រុនចាញ់ គ្រុនឈាម រោគបណ្តាលមកពីព្រូន helminthiasis schistomosiasis ជំងឺដែលទើបនិងលេចឡើង ឬលេចឡើងសារជាថ្មី ការអនុវត្តន៍និតិក្រមសុខភាពអន្តរជាតិ (International Health Regulations)	ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺមហារីក ជំងឺសរសៃឈាមនិងបេះដូង ជំងឺផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ការបង្ការជំងឺខ្វាក់-ថ្លង់ សុខភាពមាត់ធ្មេញ ហានិភយ័សុខភាពបរិស្ថាន របួស គ្រោះថ្នាក់ សុខភាពការងារ ការស្តារនីតិសម្បទា រោគមនុស្សចាស់ សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ ថ្នាំជក់

កំរិតនៃបញ្ហាប្រឈមមុខក្នុងប្រពន្ធ័សុខាភិបាល ទាំងនៅផ្នែកផ្តល់សេវា និងផ្នែកតំរូវការសេវា មានបង្ហាញនៅក្នុង ប្រអប់១ និង ប្រអប់២ ខាងក្រោមនេះ:

ប្រអប់១: បញ្ហាប្រឈមមុខនៅ "ផ្នែកផ្តល់សេវា"

- មូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាច្រើននៅតំបន់ជនបទដាច់ស្រយាល មានបុគ្គលិកបំរើការផ្តល់សេវាមិនគ្រប់គ្រាន់ ដោយសារបញ្ហានៃការពង្រាយបុគ្គលិក ហើយពាក់ពន្ធ័នឹងកំរិតសមត្ថភាព និងការលើកទឹកចិត្តមានកំរិត។
- ការផ្តល់សេវាជួបឧបសគ្គ បណ្តាលមកពីលំហូរធនធានហិរញ្ញវត្ថុនិងការទ្រទ្រង់-ផ្គត់ផ្គង់ឱសថ-បរិក្ខារ មិនគ្រប់គ្រាន់។
- ធនធានមិនគ្រប់គ្រាន់សំរាប់ដំណើរការនិងពង្រីកសេវានិងការគ្របដណ្តប់នៃមូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម។
- បញ្ហានៃគុណភាពសេវាថែទាំនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈនិងឯកជនទៅតាមបទដ្ឋានស្តង់ដារនៃការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ការរៀបចំចាត់ចែង និងការផ្តល់សេវា។
- អភិបាលកិច្ចប្រពន្ធ័សុខាភិបាលនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង និងសមត្ថភាពគ្រប់គ្រងនៅថ្នាក់ស្រុក និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមានកំរិត។ ប្រការនេះទាមទារឱយមានការពង្រឹងខ្លាំងក្លាប្រពន្ធ័សុខាភិបាល និងការខិតខំប្រឹងប្រែងកសាងសមត្ថភាព។
- ភាពទន់ខ្សោយនៃការពង្រឹងការអនុវត្តន៏និតិក្រមសុខាភិបាល និងការគោរពតាមសេចក្តីណែនាំស្តង់ដារ ការអនុវត្តន៍ និងការធានាគុណភាព (មន្ទីរពិសោធន៍ ការត្រួតពិនិត្យគុណភាពឱសថ....)។
- កង្វះទិន្នន័យដែលគួរឱយទុកចិត្តបាននៃប្រពន្ធ័ពត៌មាន និងប្រពន្ធ័រាយការណ៍ ផែនការត្រៀមគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ប្រពន្ធ័ឆ្លើយតបគ្រាអាសន្ន និងទិន្នន័យអេពីដេមីញូសាស្ត្រ។
- ស្ថាបត្យកម្មជំនួយដែលបែកខ្ញែក រារាំងដល់អភិក្រមជាប្រពន្ធ័នៃការគ្រប់គ្រងវិស័យសុខាភិបាល ហើយជំរុញការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពទៅរកអភិក្រមខ្សែបណ្តោយកាន់តែខ្វះសមាហរណកម្ម និងតាមរបៀបជាគំរោងកាន់តែច្រើនឡើង។ ហេតុការណ៏នេះធ្វើឱយតួនាទីមគ្គុទេសភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលជួបប្រទះការលំបាកនិងរិតត្បិតសមាហរណកម្មប្រពន្ធ័ហិរញ្ញប្បទាន។
- វិស័យឯកជនរួមចំណែកយ៉ាងសំខាន់ ក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពក្នុងនេះមានសកម្មភាពសំខាន់ៗរបស់អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល ប៉ុន្តែសមាហរណកម្មអ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់នេះនិងសេវារបស់ពួកគេ ទៅក្នុងក្របខណ្ឌ័នៃការអនុវត្តន៏គោលនយោបាយសុខាភិបាលជាតិនៅទន់ខ្សោយនៅឡើយ។
- សមត្ថភាពនិងចន្លោះប្រហោងនៃការយល់ដឹង ក្នុងការដោះស្រាយបន្ទុកជំងឺដែលទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូររបៀបរបបនៃការរស់នៅ និងភាពបំពុលនៃបរិស្ថាន។

ប្រអប់២ : បញ្ហាប្រឈមមុខនៅ “ផ្នែកទទួលសេវា”

- កំរិតទាបនៃការប្រើប្រាស់សេវាសាធារណៈ :
- ការប្រព្រឹត្តផ្នែកសុខភាព និងការស្វែងរកការថែទាំសុខភាពមិនសមស្រប ដែលនាំទៅរកការទទួលយកសេវាថែទាំពីឱសថស្ថាន កន្លែងលក់ថ្នាំ និងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលតិចតួចក្នុងប្រពន្ធ័។
- ចំណេះដឹង ជំនឿ ប្រពៃណី-ទំនៀមទំលាប់ និងចំងាយផ្លូវក៏មានឥទ្ធិពលលើការសំរេចចិត្តក្នុងការស្វែងរកការថែទាំសុខភាព។
- បញ្ហាយែនឌ័រ អំពើហឹង្សា សិទ្ធិអំណាចដល់ស្ត្រី និងការចូលរួមរបស់បុរស អសន្តិសុខ ស្បៀង ការអប់រំ អនាមយ័ សញ្ញាណនៃការយល់ដឹង ការគោរពតាមវិធីសាស្ត្រនៃការព្យាបាលភាពអាស្រូវ និងការរើសអើង កត្តាទាំងអស់នេះបានកំរិតលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវារបស់ក្រុមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ។
- ថ្លៃសេវា (ផ្ទាល់និងប្រយោល) សោហ៊ុយធ្វើដំណើរ និងស្បៀងអាហារ ក្នុងអំលុងពេលស្នាក់នៅព្យាបាល គឺជាឧបសគ្គចំបងដល់ការប្រើប្រាស់សេវាសំរាប់ប្រជាជនជាច្រើនពិសេសជនក្រីក្រ។

៣. គោលបំណង និង គោលដៅ នៃ ផ.យ.ស ២

វឌ្ឍនភាពឆ្ពោះទៅកាន់ចក្ខុវិស័យយូរអង្វែងនៃវិស័យសុខាភិបាល នឹងត្រូវបានពិនិត្យវាយតំលៃ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើមូលដ្ឋានទៀងទាត់ តាមរយៈការវាស់វែងលទ្ធផលនៃអន្តរាគមន៍របស់កម្មវិធីសុខភាពទាំងបីដោយផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយគោលដៅចំណុចដែលបានកំណត់សំរាប់គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទាំងបីនិងគោលដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រទាំង១២ និងតាមរយៈការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំនៃវិស័យសុខាភិបាលនៅក្នុងក្របខណ្ឌរួមនៃការត្រួតពិនិត្យតាមដាននៃ ផ.យ.អ.ជ។

- **គោលបំណងនិងលទ្ធផល**

ផយស២ គោលបំណងទី១	លទ្ធផល
បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់របស់មាតា-ទារកនិងកុមារ និងការលើកកំពស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ	• ការស្លាប់របស់មាតាចុះថយ • ការស្លាប់របស់ទារក និងកុមារអាយុក្រោម ១ ឆ្នាំចុះថយ • ការស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំចុះថយ • ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ស្ត្រីល្អប្រសើរ • ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារល្អប្រសើរ • អត្រាប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យាកំណើតកើនឡើង

	• ការសំរាលកូនដោយឆ្មបមានជំនាញកើនឡើង • បន្ថយការឈឺរបស់កុមារ ដោយសារជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមស្រួច រាគរូស និងជំងឺដែលអាចការពារបានដោយថ្នាំបង្ការ • ការគ្របដណ្តប់នៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការលើកុមារកើនឡើង
ផយស២ គោលបំណងទី២	**លទ្ធផល**
បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់ ដោយសារ ជំងឺអេដស៍ របេង គ្រុនចាញ់ និង ជំងឺឆ្លងដទៃទៀត	• ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺអេដស៍ចុះថយ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺរបេងចុះថយ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ចុះថយ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺឆ្លងដទៃទៀត រាប់ទាំងជំងឺអាចការពារបាន ដោយថ្នាំបង្ការ ជំងឺលេចឡើងនិងលេចឡើងសារជាថ្មី ចុះថយ
ផយស២ គោលបំណងទី៣	**លទ្ធផល**
បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត	• ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺផ្លូវចិត្តនិងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនថយចុះ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺទឹកនោមផ្អែម ថយចុះ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺមហារីក ថយចុះ • ភាពងងឹតភ្នែក និងថ្លង់ ថយចុះ • អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺធ្មេញពុកមិនបានប៉ះលើកុមារនិងមនុស្សពេញវ័យថយចុះ • ការឈឺនិងស្លាប់ដោយជំងឺបេះដូង-សរសៃឈាម • ប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ ថយចុះ • ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង ថយចុះ • ការឈឺនិងស្លាប់ ដោយរបួស គ្រោះថ្នាក់ និងអំពើហិង្សាថយចុះ • ហានិភ័យសុខភាពបរិស្ថាននិងផលប៉ះពាល់សុខភាពដោយគ្រោះមហន្តរាយ ថយចុះ

- **គោលដៅ**

គោលបំណង១: បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់របស់មាតា ទារកនិងកុមារ និងការលើកកំពស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ	
គោលដៅ	១ លើកកំពស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតានិងកុមារ ២ លើកកំពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកពត៌មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជមានគុណភាព ៣ លើកកំពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសារវ័ន្តសំរាប់មាតានិងទារក និងការប្រព្រឹត្តការថែទាំសុខភាពតាមគ្រួសារបានល្អប្រសើរ ៤ ធានានូវលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសារវ័ន្តសំរាប់កុមារ និងការប្រព្រឹត្តការថែទាំសុខភាពតាមគ្រួសារបានល្អប្រសើរ

គោលបំណង២: បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍ របេង គ្រុនចាញ់ និងជំងឺឆ្លងដទៃទៀត	
គោលដៅ	៥ កាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ៦ បង្កើនការរស់រានមានជីវិតរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/មានជំងឺអេដស៍។ ៧ សំរេចបានអត្រាស្រាវជ្រាវជំងឺរបេងខ្ពស់ និងរក្សាអត្រាជាសះស្បើយកំរិតខ្ពស់នៃករណីជំងឺរបេង ស្លុតបេកាវិជ្ជមាន។ ៨ កាត់បន្ថយការស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ និងអត្រាឈឺ ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ។ ៩ កាត់បន្ថយបន្ទុកនៃជំងឺឆ្លងដទៃទៀត

គោលបំណង៣: បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត	
គោលដៅ	១០ កាត់បន្ថយ ឥរិយាបទគ្រោះថ្នាក់នាំទៅរកជំងឺមិនឆ្លង :ទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង–សរសៃឈាម មហារីក ជំងឺផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់និងរបួស ការថែទាំភ្នែក សុខភាពមាត់ធ្មេញ ។ល។ ១១ លើកកំពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាព្យាបាលនិងការស្តារនិតិសម្បទាបង្ករឡើងដោយជំងឺមិនឆ្លង: ទឹកនោម ផ្អែម ជំងឺបេះដូង–សរសៃឈាម មហារីក ជំងឺផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់ និងរបួស ការថែទាំភ្នែក សុខភាពមាត់ធ្មេញ ។ល។ ១២ ធានាដំណើរការមុខងារសារវ័ន្តនៃសុខភាពសាធារណ: សុខភាពបរិស្ថាន សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ ការគ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយនិងការត្រៀមលក្ខណ: (សំរាប់គ្រាអាសន្ន)។

៤. គោលដៅចំណុច និងសូចនាករ

ផយស២ គោលបំណងទី១ បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់របស់មាតា ទារកនិងកុមារ និងការលើកកំពស់សេវាសុខភាព បន្តពូជ			
សូចនាករ	ទិន្នន័យដើមគ្រា ២០០៥-២០០៨	គោលដៅចំណុច ២០១០ (២០១១ ការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិ)	គោលដៅ ២០១៥ ការវាយតំលៃ
អត្រាសាយកូន (%)	៣,៤	៣,៤	៣,០
អត្រាស្លាប់របស់មាតាក្នុងទារកកើតរស់១០០.០០០នាក់	៤៧២	២៤៣	១៤០
អត្រាស្លាប់ទារកទើបប្រសូត្រក្នុងទារកកើតរស់១.០០០នាក់	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 ទទួលថ្នាំពន្យាជីវិតដើម្បីបង្ការការចំលងពីម្តាយទៅទារក	៧	៤៥	៧៥
% នៃការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលមានការបណ្តុះបណ្តាល	៤៤	៥៥	៨០
% នៃការសំរាលកូនដោយការវះកាត់	១,៨	២,៥	៤
សមាមាត្រកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំបានទទួលថ្នាំបង្ការពេញលេញ (%)	៦០	៧០	៨០
% នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំបានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺខាន់ស្លាក់-ក្អកមាន់-តេតាណូស៣លើកនិងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ បេ	៨២	៩២	៩៥
% នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំបានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្រ្ជិល	៧៩	៨៥	៩០
សមាមាត្រទារកទទួលការបំបៅដោះក្នុងរយៈពេល១ម៉ោងបន្ទាប់ពីកើត (%)	៣៥	៤៥	៦២
សមាមាត្រទារកអាយុ០-៦ខែដែលទទួលការបំបៅដោះតែមួយមុខ (%)	៦០	៦៥	៧០
% នៃកុមារអាយុ ៦-៥៩ខែ ទទួលជីវជាតិ អា ២ដូសក្នុងអំឡុងពេល១២ខែចុងក្រោយ	៨៣	៨៥	៩០
% នៃកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរ៉ាំរ៉ៃ: ក្រិន *គិតតាមស្តង់ដារថ្មីនៃការលូតលាស់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក*	៣៧ *(៤៣)*	២៨ *(៣៥)*	២២ *(២៥)*
% នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ មានក្អកឬពិបាកដកដង្ហើម ហើយដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ	៤៨	៧០	៧៥
សមាមាត្រនៃកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំមានជំងឺរាគរូសហើយទទួលទឹកអូរ៉ាលីត (%)	៥៨	៨០	៨៥

ភយស២ គោលបំណងទី២ បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍ របេង គ្រុនចាញ់ និងជំងឺឆ្លងដទៃទៀត			
សូចនាករ	**ទិន្នន័យដើមគ្រា ២០០៥-២០០៥**	**គោលដៅចំណុច ២០១០ (២០១១ ការពិនិត្យពាក់កណ្ដាលអាណត្តិ)**	**គោលដៅ ២០១៥ ការវាយតំលៃ**
អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមពេញវ័យ អាយុពី១៥-៤៩ឆ្នាំ (%)	០,៦ ០,៩*	<០,៦ <០,៩	<០,៦ <០,៩
ចំនួនមណ្ឌលប្រឹក្សា-ពិនិត្យឈាមដោយស្មគ្រ័ចិត្តនិងរក្សាការសំងាត់នៅក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជនមិនរកផលកំរៃ	១៩៤	២៥០	>២៥០
% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍កំរិតខ្ពស់ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថពន្យាជីវិតច្រើនមុខ	៥០	> ៨៥	> ៨៥
% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទទួលឱសថពន្យាជីវិតនៅរស់រានក្រោយការព្យាបាល ១២ ខែ	គ.ព	>៨៥	> ៨៥
ប្រេវ៉ាឡង់នៃរបេងបេកាវិជ្ជមានលើប្រជាជន១០០.០០០នាក់	២៣៤	២១៤	១៣៥
អត្រាស្លាប់នៃជំងឺរបេងលើប្រជាជន១០០.០០០នាក់	៧៥	៦០	៣២
អត្រាស្រាវជ្រាវករណីជំងឺរបេងស្ទួតបេកាវិជ្ជមាន (%)	៦៦	>៧០	>៧០
អត្រាជាសះស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង (%)	>៨៥	>៨៥	>៨៥
ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.០០០ នាក់	៤	៣,៥	៣
អត្រាស្លាប់នៃជំងឺគ្រុនចាញ់លើប្រជាជន១.០០០នាក់	០,៣៦	០,២	០,១
% នៃគ្រួសារដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ជំងឺគ្រុនចាញ់ខ្ពស់ (< ១គម ពីព្រៃ) នៃខេត្ត-ក្រុង ២០ដែលមានមុងជ្រលក់ថ្នាំគ្រប់គ្រាន់ (១ មុងសម្រាប់មនុស្ស ២នាក់)	៦៤	៨៥	៩៥
អត្រាស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនឈាម ដែលរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល(%)	០,៧៤	០,៥	០,៣

គ.ព : គ្មានពត៌មាន

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

ផលសុខ២ គោលបំណងទី៣ បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត			
សូចនាករ	**ទិន្នន័យដើមគ្រា ២០០៥-២០០៨**	**គោលដៅចំណុច ២០១០ (២០១១ ការពិនិត្យពាក់កណ្ដាលអាណត្តិ)**	**គោលដៅ ២០១៥ ការវាយតំលៃ**
％ នៃការស្លាប់ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍	៣,៥	៣,០	២,៨
％ នៃអ្នករបួសដែលប៉ះទង្គិចក្បាលដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ដែលបានទទួលការព្យាបាល	៤១	៣៨	៣៥
អាំងស៊ីដង់នៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនលើប្រជាជន១០.០០០នាក់ ដែលរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ	២៥	២១	១២,៥
ប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែមលើមនុស្សពេញវ័យដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ	២	<២	<២
អាំងស៊ីដង់នៃជំងឺលើសឈាមលើប្រជាជន១.០០០នាក់	២០	១៩	១៥
％ នៃមនុស្សពេញវ័យជក់បារី បុរស/ស្ត្រី	៥៤/៩	៤៩/៤	៤៤/២
អត្រានៃការងងឹតភ្នែក (％)	១,២	០,៥	<០,៣
％ នៃកុមារដែលមានធ្មេញពុកមិនបានប៉ះ	៨,៩	<៥	<៥
ចំនួននៃករណីជំងឺផ្លូវចិត្តដែលបានរាយការណ៍ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ	១០.០០០	១៩.០០០	២៨.០០០
ចំនួននៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការព្យាបាលជំនួសដោយ Opioids	១០០	៤០០	១.២០០

ជំពូក

៤

យុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល

- ក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រ
- ក្របខណ្ឌប្រតិបត្តិ
- វិធីសាស្ត្រកសាងយុទ្ធសាស្ត្រ
- យុទ្ធសាស្ត្រ និងសមាសភាគយុទ្ធសាស្ត្រ

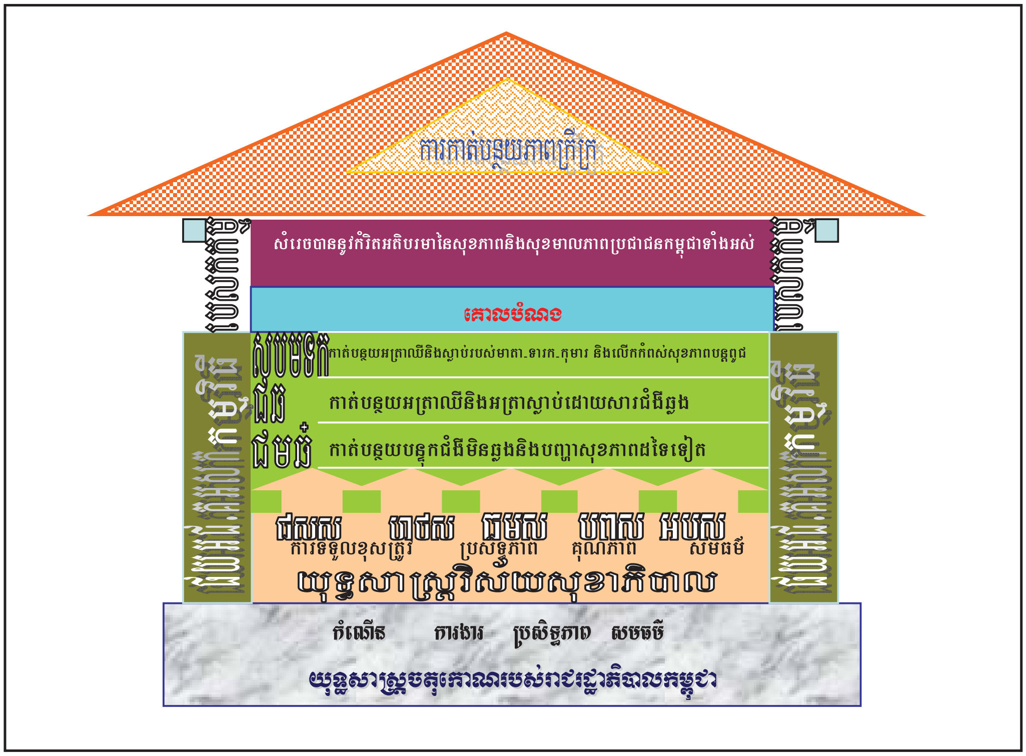
៤ យុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល

១. ក្របខ័ណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រ

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

- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលដាក់ " **ការទទួលខុសត្រូវ ប្រសិទ្ធភាព គុណភាព** និង**សមធម៌** " នៅចំកណ្តាលនៃយុទ្ធសាស្ត្រប្រទាក់ក្រឡាទាំង ៥ ដែលគាំទ្រដល់អន្តរាគមន៍នៃកម្មវិធីសុខភាព ចំនួន ៣ ដើម្បីផ្តល់នូវលទ្ធផលសុខភាពដែលប្រសើរជាងមុន ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលប្រែក្លាយ **យុទ្ធសាស្ត្រចតុកោណ** របស់រាជរដ្ឋាភិបាលទៅជាសកម្មភាពដើម្បីរួមចំណែកដល់ដំណើរការរយៈពេលវែងនៃកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលផ្តល់ព័ត៌មាននិងបច្ចុប្បន្នភាពគោលដៅចំណុចនៃ**ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ** លើមូលដ្ឋានទៀងទាត់ប្រចាំឆ្នាំ។
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលមានពេលវេលាកំណត់និងប្រកាន់យក **គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្ស** ជាគោល
- ជាក្របខ័ណ្ឌការងារដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពី **គោលការណ៍នៃសេចក្តីប្រកាសក្រុងប៉ារីស** (ភាពម្ចាស់ការ ការតំរៀបតំរង់ សុខដុមនីយកម្ម ការគ្រប់គ្រងដើម្បីសំរេចលទ្ធផល និងការទទួលខុសត្រូវទៅវិញទៅមក) និង **ផែនការសកម្មភាព ស្តីពីការតំរៀបតំរង់ សុខដុមនីយកម្ម ដើម្បីសំរេចលទ្ធផល** របស់រដ្ឋាភិបាល។

រូបភាព ៦: ក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រ



សំគាល់: **ផសស:**ការផ្តល់សេវា -**ហថស:**ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព -**ធមស:**ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល

បពស: ប្រពន្ធ័ព័ត៌មានសុខាភិបាល -**អបស:**អភិបាលកិច្ចប្រពន្ធ័សុខាភិបាល

សបមទក:សុខភាពបន្តពូជ–មាតា–ទារក–កុមារ -**ជផ:**ជំងឺឆ្លង -**ជមឆំ:**ជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត

ផយអជ:ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍជាតិ -**គអសក:**គោលដៅអភិវឌ្ឍសហវត្សកម្ពុជា

២. ក្របខ័ណ្ឌប្រតិបត្តិ

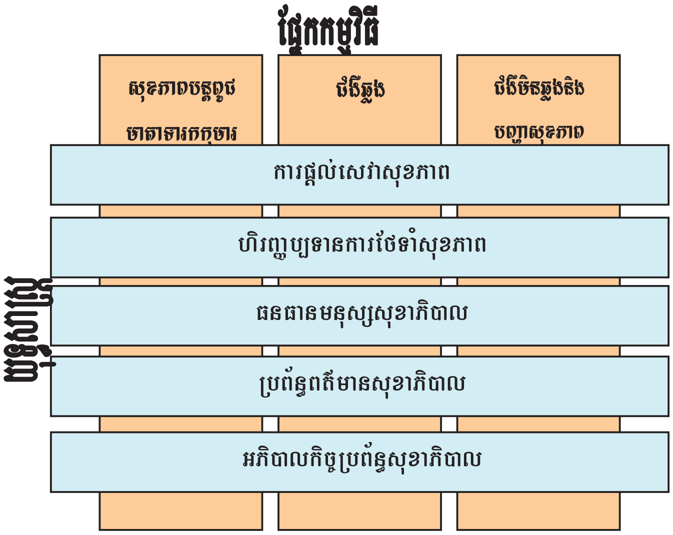
សំណាង់ក្របខ័ណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រនៃផ.យ.ស.២ រួមមានកម្មវិធីសុខភាពចំបងចំនួន៣ ដែលអនុវត្តសំណុំយុទ្ធសាស្ត្រប្រទាក់ក្រឡាចំនួន៥។ តារាងរូបភាព ៧ បង្ហាញពីក្របខ័ណ្ឌប្រតិបត្តិ។ យុទ្ធសាស្ត្រនីមួយៗនៃយុទ្ធសាស្ត្រទាំង៥: **ផ្តល់សេវាសុខភាព ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាល** និង**អភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល** ត្រូវយកទៅអនុវត្តនៅក្នុងកម្មវិធីនីមួយៗ។ ការណ៍នេះនឹងធានាការផ្តល់សេវាប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនិងសង្គតភាព និងត្រួតពិនិត្យតាមដានលទ្ធផលទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល ។

ការកំណត់ជ្រើសរើសផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្អែកលើកត្តាចំបង៣: ១)ភាពស្របគ្នាជាមួយនិងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សរកម្ពុជានិងរចនាសម្ព័ន្ធថវិកាផ្អែកតាមកម្មវិធី ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់ការអភិវឌ្ឍន៍និងអនុវត្តន៍ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ ២)ការដាក់បញ្ចូលគ្នាជាក្រុមនូវជំងឺដែលទាក់ទងនិងអាទិភាពសុខភាពរបស់ប្រជាជនដែលត្រូវដោះស្រាយនៅក្នុងជំណាក់កាលនៃការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២

និង ៣) រក្សាជោគជ័យរបស់អភិក្រមកម្មវិធីជាតិចំពោះកង្វល់សុខភាពសាធារណៈសំខាន់ៗ នៅខណៈពេលបោះទីតាំងអភិក្រមទាំងអស់ នេះរឹងមាំនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាលទូលំទូលាយ ។

យុទ្ធសាស្ត្រនីមួយៗមានសំណុំនៃសមាសធាតុយុទ្ធសាស្ត្រ ។អន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រក៏ត្រូវបានកំណត់សំរាប់សមាសធាតុយុទ្ធសាស្ត្រនីមួយៗ ។

រូបភាពទី ៧: ក្របខណ្ឌប្រតិបត្តិ ផ.យ.ស.២



៣. អភិក្រមយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល

យុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលបង្កើតជាទីតាំងសំរាប់ការធ្វើសកម្មភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនិងដៃគូភាគីទាំងអស់នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ ។ ការប្រឈមមុខក្នុងការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រមានពីរគឺ ទី១) ពង្រឹងជោគជ័យរបស់ ផ.យ.ស.១ និង ទី២)ពង្រីកអន្តរាគមន៍សំខាន់ៗប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពដើម្បីជាអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកសុខភាពដល់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់ ។

នោះគឺជាយុទ្ធសាស្ត្រដែលត្រូវយកទៅអនុវត្តតាមពីរដំណាក់កាល ។ ក្នុងដំណាក់កាលទី១ ត្រូវដាក់ចេញនូវមូលដ្ឋានគោលនយោបាយសំរាប់ពង្រឹងសមិទ្ធផលបច្ចុប្បន្ន ហើយដោះស្រាយឧបសគ្គផ្នែកស្ថាប័ន និងប្រព័ន្ធដើម្បីជោគជ័យនៃដំណាក់កាលពង្រីក ។ ក្នុងដំណាក់កាលទី២ អន្តរាគមន៍សំខាន់ៗនៃយុទ្ធសាស្ត្រដែលបានលើកឡើងនឹងត្រូវបានពង្រីកទៅកាន់ខេត្ត- ក្រុងទាំងអស់ស្របទៅតាមគោលនយោបាយដែលបានកំណត់ច្បាស់លាស់ និងដោយមានការត្រួតពិនិត្យតាមដានយ៉ាងហ្មត់ចត់ ។

៤. ផ្នែកជាយុទ្ធសាស្ត្រ

- **ការផ្តល់សេវាសុខភាព** រួមមានវិធានការសុខភាពសាធារណៈដើម្បីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ–ដូចជាការរៀបចំចាត់ចែងការលើកកំពស់សុខភាពដើម្បីកាត់បន្ថយឥរិយាបទគ្រោះថ្នាក់និងគាំពារដល់ផ្នែកសុខភាព–ព្រមទាំងពង្រឹងជាទូទៅការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពតាមរយៈគោលនយោបាយនិងផែនការ ដោយលែកនិងទូទៅនៃជំងឺចាំបាច់នានា ដោយផ្តោតចំបងទៅលើការលើកកំពស់គុណភាពសេវា ។ ការបង្កើនតំរូវការផ្នែកសុខភាពនិង សិទ្ធិអំណាចរបស់អ្នកជំងឺ គឺជាមធ្យោបាយចំពោះមុខដ៏សំខាន់សំរាប់បង្កើនគុណភាពសេវានិងការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់សេវា ។

- **ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព** ដោះស្រាយការបង្កើនវិនិយោគលើសុខភាព និងការប្រឹងប្រែងដើម្បីបំបាត់របាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលយកសេវាមានគុណភាព។ ការវិភាជន៍ធនធានរបស់រដ្ឋាភិបាលដល់វិស័យសុខាភិបាល គ្រាន់តែជាផ្នែកមួយតែប៉ុណ្ណោះ។ ដូច្នេះត្រូវគូសបញ្ជាក់អំពីបញ្ហានានាជុំវិញតុល្យភាពនៃហិរញ្ញប្បទានរវាងរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកផ្តល់ជំនួយ ក៏ដូចជាការផ្តល់មូលនិធិឱយបានគ្រប់គ្រាន់ដល់ថ្នាក់ផ្តល់សេវា។ ពង្រឹងយន្តការគាំពារសុខភាពសង្គម ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងមូលនិធិសមធម៌ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម និងរួមចំណែកដល់ការកាត់បន្ថយរបាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការមកទទួលយកសេវា និងគ្រោះថ្នាក់នៃការចំណាយដ៏មហន្តរាយលើសុខភាព។
- **ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល** គ្របដណ្តប់លំដាប់លំដោយលើអន្តរាគមន៍គ្រប់ជ្រុងជ្រោយមួយ។ ១) ធានាកំរិតបរិមាណបុគ្គលិកគ្រប់គ្រាន់ ហើយមានប្រវត្តិវិជ្ជាជីវៈនិងសមត្ថភាពសមស្រប។ ២) ការពិនិត្យសារឡើងវិញកម្មវិធីនៃការបណ្តុះបណ្តាល។ ៣)បង្កើនចំនួនសិស្ស–និស្សិតដែលត្រូវជ្រើសរើសឱយចូលរៀនតាមសាលានិងសកលវិទ្យាល័យ និង ៤)ពង្រឹងវិធានការនានា ដើម្បីការពារគុណភាពបណ្តុះបណ្តាលនិងគ្រូបណ្តុះបណ្តាល។ ឆ្មបត្រូវបានជ្រើសរើសជាពិសេសថាជាក្រុមចំណុចដោយសារតែតួនាទីដ៏សំខាន់របស់ពួកគេ ក្នុងការសំរេចគោលបំណងទូទៅនៃផ.យ.ស.២។ ការរៀបចំកម្មវិធីធនធានមនុស្សត្រូវរាប់បញ្ចូលផងដែរការគោរពក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ។ តំរូវការចាំបាច់និងជាបន្ទាន់គឺ ការផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងការអនុវត្តន៍កំណែទំរង់បៀវត្សរ៍សំរាប់សេវាសុខភាព។
- **ប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល** ដោះស្រាយអំពីតំរូវការទិន្នន័យមានគុណភាពខ្ពស់ ត្រឹមត្រូវគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងទាន់ពេលវេលា ដើម្បីជាមូលដ្ឋានដល់ការតាក់តែងគោលនយោបាយផ្អែកលើភស្តុតាងការធ្វើផែនការ ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការងារនិងការវាយតំលៃ។ ចំណុចផ្តោតជាចំបង គឺលើកស្ទួយការសំរបសំរួលនិងកិច្ចសហការទាំងក្នុងនិងក្រៅវិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈការចែករំលែកទិន្នន័យការគ្រប់គ្រង ការវិភាគ ការផ្សព្វផ្សាយនិងប្រើប្រាស់ ព្រមទាំងការដាក់បញ្ចូលពត៌មានពីវិស័យឯកជននិងការតាមដានថវិកានិងការចំណាយនិងពង្រីកការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីកសាងសមត្ថភាពប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល។
- **អភិបាលកិច្ចវិស័យសុខាភិបាល** ទស្សនៈវិស័យស្តីអំពីអភិបាលកិច្ចនៃ ផ.យ.ស.២ ផ្តោតលើវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។ ការធ្វើឱយត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ចំពោះកិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង និងកិច្ចសន្យាខាងក្រៅតាមរយៈ**"ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស"** និង **"ថវិកាកញ្ចប់"** ពីថ្នាក់ជាតិនិងការកៀងគរធនធាននៅនឹងមូលដ្ឋាន នឹងគ្របដណ្តប់លើសេចក្តីត្រូវការផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមគោលនយោបាយនេះ។ ស្វយ័តភាពដែលនឹងបង្កើននៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិនឹងត្រូវកំណត់រួមជាមួយនឹងនិយតកម្មដ៏រឹងមាំ និងមត្តទេសភាពដល់វិស័យឯកជនសុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់ ដើម្បីលទ្ធផលត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់ដើម្បីឈានទៅសំរេចគ្របខណ្ឌ័គោលនយោបាយរួមមួយរវាងរាជរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ សំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសុខាភិបាល។ យុទ្ធសាស្ត្រនឹងលើកកំពស់ឱយកាន់តែប្រសើរឡើងនូវរូបភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការផ្តល់មូលនិធិ

របស់រដ្ឋាភិបាលនិងប្រទេសផ្តល់ជំនួយព្រមទាំងពង្រឹង **សុខដុមនីយកម្ម** (សំរបសំរួលជំនួយក្រៅប្រទេសស្របតាមនិតិវិធី រចនាសម្ពន្ធ័ និងប្រពន្ធ័ជាតិនៅកន្លែងណាដែលអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន) និង **តំរៀបតំរង់** (ធានាថាអាទិភាពដែលបានកំណត់ដោយប្រទេសកម្ពុជាក៏ជាអាទិភាពរបស់ប្រទេសផ្តល់ជំនួយ)ស្ថាបត្យកម្មជំនួយឱយស្របតាមបន្ទាត់គោលនយោបាយរបស់រដ្ឋាភិបាលស្តីអំពីវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។

៤.១ យុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល (ផសស)

តាមរយៈយុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្តល់សេវានេះ **គោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈ** របស់រាជរដ្ឋាភិបាលនឹងត្រូវលើកយកមកអនុវត្ត។ យុទ្ធសាស្ត្រផ្តល់សេវាសុខភាព ទ្រទ្រង់ដល់លទ្ធផលសំខាន់៧នៃសេវាសាធារណៈនិងឯកជន ហើយជាមធ្យោបាយដែលតាមរយៈនេះលទ្ធផលនៃផ.យ.ស.២នឹងត្រូវសំរេចបាន។ យុទ្ធសាស្ត្រ៤ ផ្សេងទៀតត្រូវបានកសាងឡើង ដើម្បីគាំទ្រយុទ្ធសាស្ត្រផ្តល់សេវាសុខភាពឆ្ពោះទៅសំរេចលទ្ធផលខាងលើ។

នៅជំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ គ្រប់សហគមន៍ទាំងអស់ នឹងមានលទ្ធភាពទទួលយកសេវាស.ស.អ និងស.ស.ប ពេញលេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងពីអ្នកផ្តល់សេវាឯកជនដែលមានអជ្ញាបណ្ណ័និងការទទួលស្គាល់គុណភាព។ ជោគជយ័នៃកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវាសុខភាព នឹងត្រូវបានពង្រីកទូទាំងប្រទេស ហើយនិយតកម្មទៅតាមបរិបទស្ថាបន័នៃវិស័យសាធារណៈនៅកម្ពុជា ដោយផ្តោតជាសំខាន់លើកិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុងនិងស្វ័យភាពលើការគ្រប់គ្រង តាមរយៈទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេសស្របតាមគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ដែលទ្រទ្រង់ដោយ "ថវិកាកញ្ចប់សំរាប់ការផ្តល់សេវា" នៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង។

យុទ្ធសាស្ត្រផ្តល់សេវាសុខភាពប្រើប្រាស់ "ការថែទាំបន្ត" (Continum of care) ដើម្បីពង្រឹងនិងផ្សារភ្ជាប់គ្នារវាង ស.ស.អ និងស.ស.ប អមដោយការពង្រឹងសេចក្តីណែនាំគ្លីនិក និងពិធីសារនៃការព្យាបាល ព្រមទាំងប្រមូលផ្តុំកាន់តែខ្លាំងឡើងលើគុណភាព និងក្របខណ្ឌ័វិជ្ជាជីវៈទាំងក្នុងវិសយ័សុខាភិបាលសាធារណៈនិងឯកជន។

មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសេវាសុខភាពដែលត្រូវផ្តល់ និងរចនាសម្ពន្ធ័ទ្រទ្រង់ដទៃទៀតនឹងត្រូវតំរង់គោលដៅ ឱយកាន់តែជិតថែមទៀតទៅរកតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជន តាមរយៈផ.គ្រ.សនិងការវាយតំលៃអំពីបន្ទុកជំងឺ។ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការអភិបាលនឹងត្រូវបានពង្រឹងតាមរយៈបង្កើនសមាហរណកម្ម និងការបង្កើតក្រុមត្រួតពិនិត្យតាមដានការផ្តល់សេវាពីនាយកដ្ឋានច្រើនរួមគ្នា ដើម្បីទ្រទ្រង់កម្មវិធីជាតិ មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ។

## ក.	បញ្ហាប្រឈមមុខ

បច្ចុប្បន្នការផ្តល់សេវាសុខភាពនៅប្រទេសកម្ពុជាមានចរិតលក្ខណៈដូចខាងក្រោមនេះ :

- កំណើនសន្សឹមៗនៃការប្រើប្រាស់សេវាសាធារណៈ ។
- គុណភាពនៃការផ្តល់សេវាជាទូទៅមានកំរិតទាប ទាំងនៅផ្នែកសាធារណៈនិងផ្នែកឯកជន
- ការផ្លាស់ប្តូរយ៉ាងឆាប់រហ័សទាំងលំនាំនៃការរំពឹងទុករបស់អតិថិជន (រាប់បញ្ចូលទាំងចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗលើការថែទាំសុខភាព) និងលំនាំនៃការផ្តល់សេវាសុខភាព ។
- ភាពបែកខ្ញែកនៃសកម្មភាព លំហូរមូលនិធិ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ការអភិបាលនិងខ្សែរយៈសមត្ថកិច្ចរដ្ឋបាល ។
- យន្តការនិយតកម្មខ្វះប្រសិទ្ធភាព ការសំរបសំរួលរវាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជននៅទន់ខ្សោយ រាប់បញ្ចូលទាំងសេវាឯកជនដែលមិនស្វែងរកផលចំណេញ ។
- លទ្ធភាពភូមិសាស្ត្រក្នុងការមកទទួលយកសេវាមានការលំបាក និងកង្វះពត៌មានស្តីអំពីសេវាសុខភាពសាធារណៈនៅតំបន់ជនបទដាច់ស្រយ៉ាល ។

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

## ខ.	សមាសធាតុនិងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រ

### ផសស.១	ពង្រីកការគ្របដណ្តប់ការផ្តល់សេវាសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមានិងសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់យោងតាមផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាលនិងតំរូវការរបស់អតិថិជន

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

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

- ប្រើប្រាស់ជាមូលដ្ឋានផ្តល់មូលនិធិ ដើម្បីពង្រឹង ស.ស.អ និង ស.ស.ប
- បញ្ចូលអន្តរាគមន៍នានាទាំងផ្នែកគ្លីនិក ការផ្តល់សេវាតាមមូលដ្ឋាន និងការប្រាស្រ័យទាក់ទង
- បញ្ចូលប្រពន្ធ័បញ្ជូនជំងឺដែលតភ្ជាប់រវាង 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 ក្នុងការប្រតិបត្តិតួនាទីនៃការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការអភិបាលរបស់ខ្លួន តាមរយៈការបង្កើត និងផ្តល់មូលនិធិដល់ក្រុមត្រួតពិនិត្យតាមដាន ការផ្តល់សេវាដែលមានសមាសភាពពីនាយកដ្ឋាននិងកម្មវិធី/មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ។

ផសស.១.៥ ពង្រឹងតួនាទីនិងមុខងារនៃការផ្តល់សេវារបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលតាមរយៈការពង្រឹងការអនុវត្តន៍បែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការវិនិច្ឆ័យនិងផ្តល់យោបល់ត្រឡប់លើផែនការ ពិសេសនៅថ្នាក់ខេត្ត- ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ។

ផសស.១.៦ ពង្រឹងគំរូនៃការថែទាំបែបសមាហរណកម្ម នៃការចុះផ្តល់សេវាដល់មូលដ្ឋាន និងផ្តែកលើសហគមន៍ ជាយុទ្ធសាស្រ្តបន្ទាន់សំរាប់ការពង្រីកអន្តរាគមន៍ផ្នែកសុខភាពមាតា-ទារកនិងការរស់រានរបស់កុមារពិសេសនៅតាមសហគមន៍ដែលពិបាកមកទទួលសេវា នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងធានាឱយមានការចូលរួមពីរដ្ឋអំណាចមូលដ្ឋាននិងអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត(ក្រុម

ទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ) នៅក្នុងការផ្តល់សេវានិងពត៌មាន សំរាប់កែលំអសេវាសុខភាពបន្តពូជ-ទារកនិងកុមារ។

ផសស.១.៧ លើកស្ទួយរបៀបរបបរស់នៅ តាមរយៈការបង្កើតបរិដ្ឋានមានសុខភាពនិងយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទនិងការប្រាស្រ័យទាក់ទង។

ផសស.២ ពង្រឹងប្រព័ន្ធគាំទ្រការផ្តល់សេវាសុខាភិបាលក្នុងលក្ខណៈសមាហរកម្ម

ផសស.២.១ ពង្រឹងប្រព័ន្ធបញ្ជូនជំងឺមានប្រសិទ្ធភាព រាប់បញ្ចូលទាំងប្រពន្ធ័បញ្ជូនជំងឺក្នុងសហគមន៍ ព្រមទាំងស្ថាបនាបណ្តាញប្រពន្ធ័បញ្ជូនជំងឺនៅពេលចាំបាច់ តាមរយៈការចងជាចង្កោមស្រុកប្រតិបត្តិ និងខេត្ត-ក្រុង ដើម្បីលើកកំពស់ការប្រើប្រាស់ជាអតិបរមានូវធនធានដែលមានស្រាប់ និងជួយសហគមន៍ឱយគ្រប់គ្រងនិងអនុវត្តប្រពន្ធ័បញ្ជូនអ្នកជំងឺក្នុងសហគមន៍ដោយខ្លួនឯង។

ផសស.២.២ លើកកំពស់ការរៀបចំចាត់ចែង ការគ្រប់គ្រង និងសមត្ថភាពបច្ចេកទេសនៃសេវាអមវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសេវាមន្ទីរពិសោធន៍និងសេវាផ្តល់ឈាម។ល។ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការព្យាបាល និងការថែទាំមានគុណភាពនិងប្រសិទ្ធភាព។

ផសស.២.៣ ពង្រឹងសមត្ថភាពនិងជំនាញ លើការព្យាករណ៍និងការកំណត់បរិមាណឱសថ បរិក្ខាពេទ្យ ព្រមទាំងពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យ និងធានាគុណភាពឱសថ-បរិក្ខាពេទ្យ ជាពិសេសនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ។

ផសស.២.៤ គាំរៀបគាំរង់សេវាជំនួយទ្រទ្រង់ទៅតាមសនិទានកម្មនៃតំរូវការ ក្នុងការផ្តល់សេវានិងពង្រឹងប្រពន្ធ័ផ្គត់ផ្គង់ដើម្បីធានាឱយមានឱសថ-បរិក្ខារគ្រប់គ្រាន់និងទាន់ពេលវេលានៅតាមមណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។

ផសស.៣ គាំរង់ការផ្តល់សេវានិងអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការផ្នែកសុខភាព

ផសស.៣.១ កំណត់បរិមាណរំពឹងទុកនៃសំណុំសេវាសារវន្ត័(ការថែទាំបន្ត) សំរាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដើម្បីតំរង់ទិសនៃអន្តរាគមន៍សុខភាពសាធារណៈ សេវាបង្ការ ព្យាបាលនិងលើកកំពស់សុខភាពទៅតាមតំរូវការ ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការសិក្សាវាយតំលៃគ្រប់ជ្រុងជ្រោយស្តីអំពីបន្ទុកជំងឺទូទាំងប្រទេសនិងកត្តាសង្គមមានឥទ្ធិពលលើសុខភាព។

ផសស.៣.២ ពិនិត្យសារឡើងវិញផ. គ្រ.សទូទាំងប្រទេស និងអភិវឌ្ឍផែនទីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដោយបំពេញបន្ថែមទិន្នន័យ ស្តីអំពីតំរូវការនៃការផ្តល់សេវាដែលរំពឹងទុក ព្រមទាំងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរៀងរាល់ ៣ឆ្នាំម្តង។

ផសស.៣.៣ ពង្រឹងការអនុវត្តន៍ក្របខណ្ឌសំរាប់ប្រពន្ធ័ប្រកាសភាពអាសន្ន និងលើកកំពស់ប្រពន្ធ័តាមដានជំងឺ ការស្រាវជ្រាវទាន់ពេល និងការឆ្លើយតបមានប្រសិទ្ធភាពតាមរយៈការអភិវឌ្ឍន៍គោលនយោបាយជាតិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងមគ្គុទេសបច្ចេកទេសចាំបាច់នានា ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងភាពអាសន្ននិងគ្រោះមហន្តរាយនិងការពង្រឹងអន្តរាគមន៍របស់ “ក្រុមឆ្លើយតបរហ័ស” ថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង។

ផសស.៤ អភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តបទដ្ឋានគុណភាពនៅទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល (សេវារដ្ឋ-ឯកជន-ឯកជនមិនស្វែងរកកំរៃ)

ផសស.៤.១ ពង្រឹងការអនុវត្តន៍គោលនយោបាយជាតិស្តីពីការកែលំអគុណភាពនៅក្នុងវិសយ័សុខាភិបាល (ខែតុលាឆ្នាំ២០០៥) ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំសុខភាពមានគុណភាព សុវត្ថិភាពនិងប្រសិទ្ធភាព ផ្តោតលើអតិថិជនទាន់ពេល និងសមធម៌ ដោយយកចិត្តទុកដាក់ពិសេសដល់សិទ្ធអតិថិជន និយត័កម្មស្ថាបន័ និងការគ្រប់គ្រង ការអនុវត្តន៍គ្លីនិក ការអភិវឌ្ឍន៍ វិជ្ជាជីវៈ និងបរិស្ថាន គាំទ្រឱយមានការលើកកំពស់គុណភាព។

ផសស.៤.២ អភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តប្រពន្ធ័ និងវិធីសាស្រ្តអង្កេតនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាប្រចាំសំរាប់ការតាមដានបន្ត ដើម្បីធានាថាការផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្ត សំភារៈជាមូលដ្ឋាន និងហេដ្ឋារចនាសម្ពន្ធ័ មានសមស្របទៅតាម ស.ស.អ និង ស.ស.ប ។

ផសស.៤.៣ បង្កើតយន្តការលើកទឹកចិត្ត ដើម្បីលើកកំពស់គុណភាព ដូចជាការផ្តល់រង្វាន់ និងការទទួលស្គាល់ចំពោះការសំរេចបានលទ្ធផលខ្ពស់ ដោយមានការចូលរួមពីអតិថិជន។

ផសស.៤.៤ ត្រួតពិនិត្យតាមដានការពេញចិត្តរបស់អតិថិជនតាមរយៈការអង្កេតទៀងទាត់លើអតិថិជន និងការលើកកំពស់ការប្រាស្រយ័ទាក់ទងនិងការសំរបសំរួល ជាមួយគណៈកម្មការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ ភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិមូលនិធិសមធម៌ និងក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់។

ផសស.៤.៥ ពង្រឹងយន្តការនិយតកម្មក្នុងការផ្ដល់អាជ្ញាបណ្ណ័ដល់វិស័យឯកជន បន្ត ដោយការអនុវត្តន៍ប្រពន្ធ័ទទួលស្គាល់គុណភាពជាជំហានបន្ទាប់ក្រោយ ពីបានបំពេញតាមតំរូវការនៃការចេញអាជ្ញាបណ្ណ័រួចហើយ។ បែបទបទ ដូចគ្នានេះនឹងអនុវត្តជាជំហាន២នៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ។

ផសស.៥ អភិវឌ្ឍគំរូកិច្ចសន្យាដែលជាចំណុចស្នូលនៃវិធីសាស្រ្តគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសំរាប់កិច្ចព្រមព្រៀង នៃការផ្ដល់សេវា

ផសស.៥.១ ពង្រីកកិច្ចសន្យាផ្ដល់សេវាទូទាំងប្រទេស ស្របតាមគោលនយោបាយ និងច្បាប់របស់រាជរដ្ឋាភិបាល តាមរយៈការអនុវត្តន៍ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិ ការពិសេស និងកិច្ចព្រមព្រៀងផ្ដល់សេវាដទៃទៀតដែលចុះសំរុងគ្នា (កិច្ច សន្យាផ្ទៃក្នុងនិងខាងក្រៅ) ដើម្បីលើកកំពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវា ប្រសិទ្ធភាព គុណភាពនិង សមធម៌ ព្រមទាំងជំរុញឱយអ្នកគ្រប់គ្រង និងអ្នកផ្ដល់សេវាទទួលខុសត្រូវលើលទ្ធផល។ ការរៀបចំចាត់ចែងទាំង នេះនឹងត្រូវអភិវឌ្ឍន៍ដោយអនុលោមតាមគោលនយោបាយស្ដីពីការផ្ដល់ សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលនិងចងក្រងជាក្រមនៅក្នុងគោល នយោបាយរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលស្ដីពីកិច្ចសន្យាផ្ដល់សេវា។ ស្រប តាមគោលនយោបាយស្ដីពីការផ្ដល់សេវាសាធារណៈ ការរៀបចំចាត់ ចែងនេះនឹងធានាឱយមាន:

- ផ្ដោតលើតំរូវការរបស់អ្នកប្រើប្រាស់សេវា ដោយកំណត់ច្បាស់ លាស់ អំពីប្រភេទគុណភាព និងតំលៃសេវាដែលត្រូវផ្ដល់។
- កំណត់ច្បាស់លាស់អំពីលទ្ធផលរំពឹងទុកនិងធនធានដែលអាចរកបាន
- កំណត់ច្បាស់លាស់អំពីការរៀបចំនិងការប្រព្រឹត្តទៅរបស់អង្គភាព/ ផ្នែក
- កំណត់ច្បាស់លាស់យន្តការ សំរាប់ការតាមដានត្រួតពិនិត្យ និង ការវាយតំលៃ

ផសស.៥.២ ប្រើប្រាស់ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ ដែលអនុមត័ដោយក្រសួងសុខា ភិបាលជាមូលដ្ឋានសំរាប់ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស និងសំរាប់កិច្ច ព្រមព្រៀងនៃកិច្ចសន្យាដទៃទៀតដែលត្រូវអនុវត្តរវាងក្រសួងសុខាភិបាល ជាមួយអង្គភាពសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង ទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល។

ផសស.៥.៣ តាមស្ថានភាពសមស្របពង្រឹងផែនការនីយតកម្មប្រចាំឆ្នាំ ការកសាងថវិកានិងការផ្តល់មូលនិធិដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ រួមមានទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេសជាមួយនឹង "ថវិកាកញ្ចប់ប្រចាំត្រីមាសសំរាប់ការផ្តល់សេវា" និងតាមការ "បណ្តុំមូលនិធិ" តាមលំដាប់ថ្នាក់ដែលអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន (ដូចជានៅក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច-ហិរញ្ញវត្ថុ ក្រសួង សុខាភិបាលមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ) ដោយផ្តោត ជាសំខាន់ដល់ជនក្រីក្រនិងតំបន់ជនបទ។

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

៤.២ យុទ្ធសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព (ហថស)

នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ រូបធាតុផ្សេងៗគ្នា រួមទាំងរចនាសម្ព័ន្ធនៃប្រពន្ធ័ហិរញ្ញប្បទានបច្ចុប្បន្ន នឹងត្រូវដាក់បញ្ចូលនៅក្រោមយុទ្ធសាស្ត្រប្រមូលផ្តុំតែមួយ ដែលត្រួសត្រាយដោយអាទិភាពជាតិ។ យន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គមនឹងដាក់ឱយដំណើរការជនក្រីក្រនឹងទទួលបានការគាំពារដោយយន្តការជំនួយសង្គមសមស្រប លំហូរមូលនិធិរដ្ឋ សំរាប់សុខភាពនឹងមានកំរិតសមស្របដើម្បីការផ្តល់សេវាសុខភាពឱយបានគ្រប់គ្រាន់ដល់ប្រជាជនការជួយឧបត្ថម្ភពីប្រទេសផ្តល់ជំនួយនឹងមានសុខដុមនីយកម្ម ព្រមទាំងតំរៀបតំរង់តាមអាទិភាពជាតិ និងគាំទ្រដល់ការផ្តល់សេវាមានប្រសិទ្ធភាព។ ការសំរេចបានគោលដៅទាំងនេះ នឹងជំរុញដល់ចលនាឆ្ពោះទៅរកលទ្ធភាពនៃការគ្របដណ្តប់ជាសកល។

ក. បញ្ហាប្រឈមមុខ

ហិរញ្ញប្បទានវិស័យបច្ចុប្បន្ននៅប្រទេសកម្ពុជាមានចរិតលក្ខណៈដូចខាងក្រោមនេះ:

- កំរិតនៃការចំណាយសរុបលើការថែទាំសុខភាពរហូតដល់ ៣៩ ដុល្លារអាមេរិក លើប្រជាជនម្នាក់ បើប្រៀបធៀបនឹងបណ្តាប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ដទៃទៀត។
- កំរិតកំណើននៃការចំណាយចរន្តរបស់រដ្ឋលើការថែទាំសុខភាព រហូតដល់១២% នៃថវិកាជាតិសរុប ប៉ុន្តែនៅតែទាបបើប្រៀបធៀបនឹងផលិតផលសរុបក្នុងស្រុកគឺជាង ១% ក្នុងឆ្នាំ២០០៧
- កំរិតខ្ពស់នៃការចំណាយដោយឯកជន ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅផ្ទាល់របស់គ្រួសារ រហូតដល់ប្រមាណ ២/៣ នៃការចំណាយសរុបលើការថែទាំសុខភាព។
- ការពឹងពាក់លើមូលនិធិអ្នកផ្តល់ជំនួយសំរាប់វិស័យសុខាភិបាលរហូតដល់ ៧ដុល្លារអាមេរិក លើប្រជាជនម្នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ នាឆ្នាំ២០០៧។

- កំរិតប្រាក់បៀវត្ស និងការលើកទឹកចិត្តទាប សំរាប់បុគ្គលិកបំរើការក្នុងវិស័យសុខាភិបាល រាំងរាដល់ការដល់ផ្តល់សេវាមានប្រសិទ្ធភាព ។
- កំរិតទាបនៃមូលនិធិសាធារណៈដែលបានធ្លាក់ដល់ថ្នាក់ផ្តល់សេវា ហើយមានផលប៉ះពាល់ទៅលើការផ្តល់សេវា ។

ពីឆ្នាំ២០០៨ដល់ឆ្នាំ២០១៥ យុទ្ធសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទាននឹងផ្អែកទៅលើការអនុវត្តន៍ "គំរូចំរុះ" នៃហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ។ គំរូចំរុះនេះរួមបញ្ចូលនូវៈ ប្រភពចំណូលរដ្ឋនិងឯកជន ការផ្តល់សេវាដោយរដ្ឋជាមួយនឹងឯកជន និងយន្តការបង់ថ្លៃផ្ទាល់ បុរេបង់ថ្លៃ និងហិរញ្ញប្បទានផ្នែកសង្គម ។ នៅក្នុងគំរូនេះ តួនាទីរបស់ដៃគូនិមួយៗមានដូចតទៅៈ

- តួនាទី**រដ្ឋាភិបាល**គឺផ្តល់ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ធនធានមនុស្សនិងចំណាយចរន្តដល់ប្រពន្ធ័សុខាភិបាល អនុវត្តមគ្គុទេសភាពទូទាំងប្រពន្ធ័សុខាភិបាល កំណត់អាទិភាព បង្កើនការផ្តល់សេវាសុខភាពសាធារណៈឱយសមាមាត្រទៅនឹងការផ្តល់សេវាសរុប ធានាប្រសិទ្ធភាពនិងគុណភាព ។ **ការរៀបចំចាត់ចែងកិច្ចសន្យា** ស្របទៅតាមគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលគឺជាឧបករណ៍ដ៏សំខាន់ក្នុងការបំពេញតួនាទីរបស់រដ្ឋាភិបាល ។
- តួនាទី**អ្នកជំនួយ** គឺផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេសឧបត្ថម្ភគាំទ្រដល់អាទិភាពសុខាភិបាលជាតិនិងបំពេញកង្វះខាតមូលនិធិរវាងធនធានដែលអាចរកបាននិងធនធានដែលត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីសំរេចគោលបំណងផ្នែកសុខភាព ។ **សុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់** ពិសេសតាម**ការរៀបចំចាត់ចែង កិច្ចសន្យា** ដែលបានកំណត់នឹងត្រូវការជាចាំបាច់ដើម្បីធ្វើឱយការជួយឧបត្ថម្ភពីអ្នកផ្តល់ជំនួយមានប្រសិទ្ធភាព
- **ការបង់ថ្លៃសេវា** ផ្លូវការដោយនិយតកម្ម នឹងបន្តជាប្រភពចំណូលបន្ថែមដ៏សំខាន់សំរាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដើម្បីផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុដល់ការចំណាយចរន្តនិងការលើកទឹកចិត្តបុគ្គលិក ដោយពង្រឹងការលើកលែងការបង់ថ្លៃសេវាចំពោះអ្នកក្រ ។ តួនាទី**កម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌** គឺផ្តល់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពនិងការពារជនក្រីក្រពីមហន្តរាយនៃការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ។ តួនាទី**ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍**គឺផ្តល់នូវយន្តការប្រមូលផ្តុំហានិភ័យសំរាប់ពលករក្នុងវិស័យសេដ្ឋកិច្ចក្រៅប្រពន្ធ័ដែលស្ថិតនៅលើបន្ទាត់នៃភាពក្រីក្រ ។ **ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម**ផ្តល់ការគ្របដណ្តប់ជាសកលដល់និយោជិកដែលមានប្រាក់ឈ្នួល/ប្រាក់ខែ នៅក្នុងវិស័យសេដ្ឋកិច្ចក្នុងប្រពន្ធ័ ។ គោលដៅខ្ពស់បំផុតនោះគឺប្រមូលគំរោងបុរេបង់ថ្លៃទាំងអស់ឱយស្ថិតនៅក្រោមឆត្រ័រួមនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម ។
- តាមរយៈ**ផ្នែកឯកជន** សេវាសុខភាពអាចនឹងត្រូវផ្តល់ឱយដល់ជនទាំងឡាយណាដែលអាចទ្រាំទ្របានទៅនឹងការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព និងការបង់ភាគទានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងផ្នែកឯកជន ។

៩. សមាសធាតុនិងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រ

ហថស.១ បង្កើនថវិការដ្ឋនិងលើកកំពស់ប្រសិទ្ធភាពក្នុងការវិភាជន៍ធនធានរដ្ឋសំរាប់វិស័យសុខាភិបាល

ហថស.១.១ ពង្រឹងការតស៊ូមតិរវាងក្រសួងសុខាភិបាលនិងក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីបង្កើនចំណែកនៃការចំណាយរបស់រដ្ឋ លើការចំណាយសរុបសំរាប់វិស័យសុខាភិបាល។

ហថស.១.២ ប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ផែនការប្រចាំឆ្នាំនិងរយៈពេលមធ្យម (ផែនការប្រតិបត្តិ ប្រចាំឆ្នាំនិងផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ) មានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្នាក់វិសយ័ អនុវិសយ័ និងនៅថ្នាក់វិមជ្ឈការឈរលើមូលដ្ឋានអាទិភាព និងតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជនក្នុងការកសាងថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រប្រចាំឆ្នាំ។

ហថស.១.៣ អនុវត្តឧបករណ៍គ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុសមស្រប ជំរុញមុខងារនៃការត្រួតត្រានិងគ្រប់គ្រងថវិកាទៅកាន់កន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាព។

ហថស.១.៤ កៀងគរធនធានបន្ថែម ដើម្បីគ្របដណ្តប់ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ការបង្ការជំងឺមិនឆ្លង ការលើកកំពស់សុខភាព និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត ដូចជាគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ។

ហថស.២ តំរៀបតំរង់ការផ្តល់មូលនិធិម្ចាស់ជំនួយជាមួយនឹងយុទ្ធសាស្ត្រ ផែនការនិងអាទិភាពក្រសួងសុខាភិបាល និងពង្រឹងការសំរបសំរួលការផ្តល់មូលនិធិម្ចាស់ជំនួយក្នុងវិស័យសុខាភិបាល

ហថស.២.១ តំរៀបតំរង់ការផ្តល់មូលនិធិម្ចាស់ជំនួយ ជាមួយនឹងអាទិភាពវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ ២០០៨-២០១៥ ដោយប្រើប្រាស់បែបបទ និងឧបករណ៍ផែនការកសាងថវិកាប្រចាំឆ្នាំនិងរយៈពេលមធ្យម របស់ក្រសួងសុខាភិបាល។

ហថស.២.២ សុខដុមនីយកម្មការផ្តល់មូលនិធិពីម្ចាស់ជំនួយតាមរយៈ ការរៀបចំចាត់ចែង"បណ្តុំមូលនិធិ"(pooling) នៅកន្លែងណាដែលអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន។

ហថស.២.៣ តស៊ូមតិលើការព្យាករណ៍ដែលកាន់តែទុកចិត្តបាន អំពីមូលនិធិសំរាប់រយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែងដែលផ្តល់ដោយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។

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

ហថស.៣ បន្ថយឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុនៅពេលទទួលយកសេវាថែទាំសុខភាព និងអភិវឌ្ឍយន្តការគាំពារសុខភាពសង្គម

ហថស.៣.១ កាត់បន្ថយរបាំងហិរញ្ញវត្ថុ ក្នុងការមកទទួលយកសេវាសុខភាពមានគុណភាព តាមរយៈនិយតកម្មទំរង់បង់ថ្លៃសេវា ពង្រីកការរៀបចំចាត់ចែងមូលនិធិសមធម៌ និងពង្រីកការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ ដែលជាវិធានការអន្តរកាលនៅមុនពេលអភិវឌ្ឍន៍ និងអនុវត្តន៍ការគាំពារសុខភាពជាសកលដោយប្រសិទ្ធភាព។

ហថស.៣.២ លើកស្ទួយគុណភាពសេវាសុខភាពនិងប្រើប្រាស់ទំរង់បុរេបង់ថ្លៃ និងការគាំពារសុខភាពសង្គមជាឃ្នាស់សំរាប់ការធានាគុណភាព។

ហថស.៤ គិតគូរពីប្រភពចំបងៗនិងការប្រើប្រាស់ធនធានជាតិនៅថ្នាក់ផ្តល់សេវាសំរាប់អន្តរាគមន៍សុខភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ

ហថស.៤.១ ហិរញ្ញប្បទានមានប្រសិទ្ធភាពដល់អាទិភាពសុខភាព ផ្អែកលើការសិក្សាស្តីអំពីបន្ទុកនៃជំងឺ និងការគណនាថ្លៃចំណាយលើ “សេវាថែទាំបន្ត” ដែលបានកំណត់ដោយរាប់បញ្ចូលសេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពស្ត្រី ទារក និងកុមារ។

ហថស.៤.២ ការវិភាជន៍សមស្របនៃថវិកាគួរឱយទុកចិត្តដល់អង្គភាពផ្តល់សេវាតាមរយៈការគ្រប់គ្រងថវិកាបែបវិមជ្ឈការ និងមានសមត្ថភាពធ្វើផែនការកសាងថវិកា គណនេយ្យ ព្រមទាំងមានឧបករណ៍សមស្រប។

ហថស.៤.៣ បង្កើតនិងអនុវត្តគណនីសុខាភិបាលជាតិ ឬប្រភេទដទៃទៀតនៃការអង្កេតមើលលំហូរហិរញ្ញវត្ថុគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងតាមដានការចំណាយ។

ហថស.៤.៤ ពង្រីកការរៀប–ចំចាត់ចែងពង្រីកកិច្ចសន្យា ដើម្បីធានាការផ្តល់សេវាមានគុណភាព ព្រមទាំងការផ្តល់មូលនិធិ និងការប្រមូលផ្តុំថវិកាសមស្របជាមួយថវិកាកញ្ចប់ សំរាប់ការផ្តល់សេវាដល់ស្រុកប្រតិបត្តិ និងទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស។

ហថស.៥ ភស្តុតាងនិងពត៌មានសំរាប់គោលនយោបាយហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល

ហថស.៥.១ ពង្រឹងប្រពន្ធ័តាមដានថវិកានិងការចំណាយពីគ្រប់ប្រភពហិរញ្ញប្បទានទាំងអស់ហើយផ្សារភ្ជាប់ទៅនិងការអភិវឌ្ឍន៍គណនីសុខាភិបាលជាតិ។

ហ៥ស.៥.២ សមាហរណកម្មទស្សនៈស្ដីពីសមធម៌និងយែនឌ័រ ទៅក្នុងការប្រមូលទិន្នន័យ ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ការវិភាគ និងគោលនយោបាយហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល។

ហ៥ស.៥.៣ អនុវត្តការគណនាថ្លៃចំណាយលើ ស.ស.អ និងស.ស.ប និងសំណុំអន្តរាគមន៍ជាសារវន្ត័ដទៃទៀតលើមូលដ្ឋានមួយទៀងទាត់។

ហ៥ស.៥.៤ សមាហរណកម្មពត៌មានហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល លទ្ធផលនៃការគណនាថ្លៃចំណាយ និងភស្តុតាងដទៃទៀត ទៅក្នុងគោលនយោបាយហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល។

ហ៥ស.៥.៥ លើកកំពស់សមត្ថភាពក្នុងប្រទេស សំរាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចសុខាភិបាល។

៤.៣ យុទ្ធសាស្ត្រធនធានមនុស្សសុខាភិបាល (ធមស)

នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ មន្ត្រី-បុគ្គលិកសុខាភិបាលនឹងទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលដ៏ល្អកាន់តែមានសមត្ថភាព និងទទួលបានការលើកទឹកចិត្តកាន់តែប្រសើរឡើង ដោយសារការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សត្រូវបានកែលំអ ការលើកទឹកចិត្តផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុនិងមិនមែនហិរញ្ញវត្ថុ ក៏កាន់តែប្រសើរនិងការទទួលខុសត្រូវក្នុងក្របខណ្ឌវិជ្ជាជីវៈត្រូវបានលើកកំពស់។ ការលើកទឹកចិត្ត និងការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលបំរើការងារនឹងត្រូវបានសំរបសំរួលដើម្បីពង្រឹងស្នាដៃការងារ ដោយមិនធ្វើឱយប៉ះពាល់ដល់សកម្មភាពស្នូលហើយគ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាលមុនពេលបំរើការងារនឹងស្ថិតនៅលើគន្លងឆ្ពោះទៅសំរេចបទដ្ឋានគុណភាពក៏រិតអន្តរជាតិ។

យុទ្ធសាស្ត្រធនធានមនុស្សសុខាភិបាលផ្តោតលើសមត្ថភាព និងការលើកទឹកចិត្តរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំមានគុណភាពដល់ប្រជាជនកម្ពុជាគ្រប់រូប។ យុទ្ធសាស្ត្រនឹងពង្រឹងការអភិវឌ្ឍន៍ និងការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស ដោយសង្កត់ធ្ងន់លើការ បណ្តុះបណ្តាលមុនពេលបំរើការងារ រួមជាមួយអភិក្រមរឹងមាំសំរាប់ការគ្រប់គ្រង និងបណ្តុះបណ្តាល។ អភិក្រមអន្តរវិស័យនឹងប្រកាន់យកដើម្បីបង្កើតនិងពង្រឹងនិយាម និងបទដ្ឋាននៃ លក្ខន្តិកៈវិជ្ជាជីវៈ និងយកចិត្តទុកដាក់ដល់ការផ្តល់បរិស្ថានអំណោយផលជាសារវន្ត័សំរាប់ឱយបុគ្គលិកសុខាភិបាលបញ្ចេញស្នាដៃការងារ ប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់។

ក. បញ្ហាប្រឈមមុខ

ធនធានមនុស្សសុខាភិបាលបច្ចុប្បន្ននៅប្រទេសកម្ពុជាមានចរិតលក្ខណៈដូចខាងក្រោមនេះ:

- ទំហំធនធានមនុស្សហាក់ដូចជាតូច បើប្រៀបធៀបនឹងចំនួនប្រជាជនសរុបទូទាំងប្រទេស។
- កំរិតខ្ពស់នៃការ "និយោជន៍ទ្វេ" នៃអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈពេទ្យដែលប្រើប្រាស់ ដោយក្រសួងសុខាភិបាលនិងការត្រួតជាន់គ្នានៃធនធានមនុស្សសុខាភិបាលរវាងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន។
- អតុល្យភាពក្នុងការពង្រាយបុគ្គលិក ដោយចំនួនបុគ្គលិកលើសនៅទីប្រជុំជន រីឯតំបន់ជនបទខ្វះធ្ងន់ធ្ងរ ពិសេសកង្វះឆ្មបច្រើន និងគិលានុបដ្ឋាកអាចខ្វះខ្លះៗ។
- ជំនាញនិងសមត្ថភាពមិនទាន់គ្រប់គ្រាន់ ហើយសមត្ថភាពនៃការគ្រប់គ្រងមានកំរិត ដោយសារគុណភាពទាបនៃទីកន្លែងសំរាប់ការសិក្សាអនុវត្តជាក់ស្តែង និងគុណភាពរបស់បុគ្គលិកបង្រៀនមានកំរិតទាំងក្នុងចំណោមអ្នកបង្ហាត់ និងអ្នកមានមុខងារអប់រំ។
- បៀវត្សទាបនិងការលើកទឹកចិត្តមិនទាន់សមស្រប គួបផ្សំជាមួយការគ្រប់គ្រងស្នាដៃការងារខ្សោយបង្កជាឧបសគ្គដល់ការលើកកំពស់ផលិតភាពនិងគុណភាពសេវា។
- កង្វះការសំរបសំរួលក្នុងសកម្មភាពបណ្តុះបណ្តាល ធ្វើឱយបុគ្គលិកអវត្តមានពីកន្លែងធ្វើការជារឿយៗ។

ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ២០០៦-២០១៥(ផ.យ.ធ.ម) របស់ក្រសួងសុខាភិបាលបានអត្តសញ្ញាណបញ្ហាសំខាន់ៗដែលត្រូវប្រឈមមុខ ដូចជារចនាសម្ព័ន្ធ ទំហំ និងសមាសភាពនៃធនធានមនុស្ស ការជ្រើសរើសបំរើការងារ និយោជន៍និងការពង្រាយផលិតភាព និងប្រពន្ធ័លាភការបុគ្គលិករូបធាតុទាំងអស់នេះមានផលប៉ះពាល់យ៉ាងខ្លាំងក្លាលើការអភិវឌ្ឍន៍ប្រពន្ធ័សុខាភិបាលសាធារណៈ និងប្រសិទ្ធភាពនៃការផ្តល់សេវាសុខភាព ព្រមទាំងយុទ្ធសាស្រ្តហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល។ លើសពីនេះទៀតមានការកើនឡើងនៃតំរូវការឱយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពចាំបាច់នានា ដូចជាការត្រួតត្រាជំងឺឆ្លង បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង-រ៉ាំរ៉ៃ ការរងរបួស ការប៉ះទង្គិចដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន។ល។ ដែលទាំងអស់នេះនាំឱយមានការកើនឡើងនូវតំរូវការនៃសេវាបង្ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងសេវារថយន្តគិលានសង្គ្រោះ និងវិធានការអប់រំសុខភាព។

កំណែទំរង់បៀវត្សដែលជាភាពរសើបនៃគោលដៅវិស័យសុខាភិបាលសាធារណៈ ហើយដែលទន្ទឹមពេលជាមួយគ្នានេះមានសង្គតភាពស្របទៅតាមគោលនយោបាយសេវាសាធារណៈទូទៅ គឺជាភារៈកិច្ចដែលត្រូវអនុវត្តនៅក្នុងអំលុងពេលនៃផ.យ.ស.២។ ទំរង់នៃការលើកទឹកចិត្តចាំបាច់ត្រូវតែមានភាពបត់បែនគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីអាចតំរង់គោលដៅទៅលើបុគ្គលិកសំខាន់ៗដូចជាឆ្មបជាដើម និងដើម្បីសំរួលដល់ការជ្រើសរើសបុគ្គលិក បញ្ជូនទៅកាន់ទីកន្លែងជនបទនានាដែលលំបាកនឹងទៅដល់ តាមរយៈការទំនុកបំរុងលើសោហ៊ុយធ្វើដំណើរ ផ្តល់ទីកន្លែងស្នាក់នៅ និងការឧបត្ថម្ភផ្នែកសង្គមផ្សេងទៀតដល់គ្រួសារបុគ្គលិកដែលជ្រើសរើសទៅធ្វើការនៅទីកន្លែងទាំងនោះ។ លើសពីនេះការលើកទឹកចិត្តផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុចាំបាច់

ត្រូវបំពេញបន្ថែម ដោយការបណ្តុះបណ្តាលទូទាំងប្រទេស ដើម្បីលើកស្ទួយបទដ្ឋានស្តង់ដារនៃការថែទាំពិសេសនៅផ្នែកអាទិភាព ដូចជាបញ្ហាសុខភាពមាតានិងកុមារជាដើម។

៩. សមាសធាតុនិងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រ

ធមស.១ បង្កើនជំនាញបច្ចេកទេសនិងសមត្ថភាពធនធានមនុស្សសុខាភិបាល

ធមស.១.១ វិនិយោគលើជំនាញគ្លីនិកឱយកាន់តែប្រសើរថែមទៀត តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលមុនពេលបំរើការងារ (ទាំងនៅគ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាលរដ្ឋនិងឯកជន) ដោយផ្តោតកាន់តែខ្លាំងលើការអនុវត្តន៍ជាក់ស្តែងផ្នែកគ្លីនិកនិងសុខភាពសាធារណៈ រាប់បញ្ចូលទាំងការហ្វឹកហ្វឺនជាក់ស្តែងក្នុងបរិបទតំបន់ជនបទ-ដាច់ស្រយ៉ាលនិងការបង្កើតមន្ទីរពេទ្យបង្រៀន។

ធមស.១.២ អភិវឌ្ឍកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបន្តមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធលើការងារគ្រប់គ្រង ទាំងគ្រប់គ្រងទូទៅ និងជំនាញជាក់លាក់ ដោយបញ្ចូលកំរិតបរិញ្ញាបត្រជាន់ខ្ពស់ផ្នែកធុរកិច្ចរដ្ឋបាល (សាធារណៈ) សំរាប់មន្ត្រីគ្រប់គ្រងជាន់ខ្ពស់និងសញ្ញាបត្រកំរិតឯកទេសផ្នែកគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុនិងធនធានមនុស្សសំរាប់មន្ត្រីគ្រប់គ្រងគ្រប់ថ្នាក់ក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។

ធមស.១.៣ អភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តវិធីសាស្ត្រគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងមានលក្ខណៈសំរបសំរួលសំរាប់ការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលបំរើការងារ ចាប់ផ្តើមដោយការពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលនយោបាយ និងសេចក្តីណែនាំសំរាប់ការបណ្តុះបណ្តាលបន្តនិងការពិនិត្យជាប្រចាំលើកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីធានាឱយកម្មវិធីទាំងនោះ ឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជន។

ធមស.១.៤ អភិវឌ្ឍ និងអនុវត្តប្រព័ន្ធទទួលស្គាល់គុណភាពសំរាប់គ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាលរដ្ឋនិងឯកជនដែលនឹងត្រូវពង្រឹង តាមរយៈប្រព័ន្ធទទួលស្គាល់គុណភាពកំរិតអន្តរជាតិ និងការចងសម្ព័ន្ធជាមួយសកលវិទ្យាល័យនិងគ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាលនៃបណ្តាប្រទេសអាស៊ាននិងក្នុងពិភពលោក។

ធមស.១.៥ បង្កើនការបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋានសំរាប់ឆ្មបថ្មី (លើកស្ទួយការជ្រើសរើសសិស្សនៅតាមមូលដ្ឋាន) ព្រមទាំងពង្រឹងសមត្ថភាពនិងជំនាញរបស់ឆ្មបដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលរួចហើយ តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលបន្ត (អនុវត្តអនុសាសន៍ក្នុងរបាយការណ៍នៃការពិនិត្យបច្ចេកវិទ្យាឆ្មបនិងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រធនធានមនុស្សសុខាភិបាល២០០៦-០១៥)។

ធមស.១.៦ អភិវឌ្ឍកម្មវិធីអាហារូបករណ៍ដើម្បីជួយដល់ការចូលរៀនក្នុងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលមុនពេលបំរើការងារ និងក្នុងពេលបំរើការងារនៅតាមមូលដ្ឋានក្នុងប្រទេសនិងនៅក្រៅប្រទេស ព្រមទាំងផ្តល់ពត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនិងទាន់ហេតុការណ៍ស្តីពីអាហារូបករណ៍ និងឱកាសទទួលអាហារូបករណ៍ដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅក្នុងគេហទំព័រក្រសួងសុខាភិបាល www.moh.gov.kh ។

ធមស.២ ពង្រឹងក្របខណ្ឌវិជ្ជាជីវៈ ក្រមសីលធម៌ និងគុណភាពការងារ

ធមស.២.១ លើកទឹកចិត្តដល់អង្គភាពស្វយ័តនិយតកម្មសំរាប់វិជ្ជាជីវៈពេទ្យ ដូចជា គណៈគ្រូពេទ្យ គណៈទន្តពេទ្យ គណៈឆ្មប...។ល។ សមាគមវិជ្ជាជីវៈដទៃទៀត។

ធមស.២.២ អភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តប្រពន្ធ័ទទួលស្គាល់វិជ្ជាជីវៈនិងផ្តល់អជ្ញាបណ្ណ័ ដល់ធនធានមនុស្សសុខាភិបាលទាំងក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងវិស័យឯកជន។

ធមស.២.៣ អភិវឌ្ឍនិងពង្រឹងការអនុវត្តន៍ លក្ខន្តិកៈមន្ត្រីរាជការសុខាភិបាលក្នុងវិស័យសាធារណៈ ដោយសហការជាមួយគណៈវិជ្ជាជីវៈនិងសមាគមវិជ្ជាជីវៈដទៃទៀត។

ធមស.៣ បែងចែកនិងការរក្សាទុកបុគ្គលិក ដោយផ្តល់អាទិភាពដល់បុគ្គលិកដែលចាំបាច់សំរាប់អាទិភាពវិស័យសុខាភិបាល

ធមស.៣.១ តំរៀបតំរង់ផែនការនីយកម្មធនធានមនុស្ស និងការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិកឱយស្របតាមផែនការនីយកម្មវិស័យសុខាភិបាល និងផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល ។

ធមស.៣.២ អភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តគោលនយោបាយស្តីពីការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សដើម្បីពង្រាយបុគ្គលិកទៅកាន់ទីកន្លែងដែលខ្វះខាត តាមរយៈកិច្ចសន្យា។

ធមស.៣.៣ បង្កើនចំនួនឆ្មបដែលត្រូវដាក់ និងរក្សាទុកនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈតាមរយៈការអនុវត្តន៍មានប្រសិទ្ធភាពនូវគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់ឆ្មបរបស់រដ្ឋាភិបាល និងការអនុវត្តន៍អនុសាសន៍នៃរបាយការណ៍ពិនិត្យបច្ចេកវិទ្យាឆ្មបនិងផែនការយុទ្ធសាស្រ្តធនធានមនុស្សសុខាភិបាល២០០៦-២០១៥។

ធមស.៤ ប្រព័ន្ធលាភការ បៀវត្ស និងការលើកទឹកចិត្តតាមស្នាដៃការងារ

ធមស.៤.១ បន្តការលើកកំពស់ប្រព័ន្ធលាភការនិងបៀវត្ស តាមរយៈកំណែទំរង់រដ្ឋបាលសាធារណៈសំរាប់មន្ត្រីរាជការស៊ីវិលរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា។

ធមស.៤.២ លើកកំពស់ការគ្រប់គ្រងការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបន្ថែម នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមានប្រភពពីការបង់ថ្លៃសេវា មូលនិធិសមធម៌ថវិកា កញ្ចប់សំរាប់ការផ្តល់សេវាប្រចាំត្រីមាស កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេសការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាម សហគមន៍និង ពីប្រភពផ្សេងទៀត។

ធមស.៤.៣ ពង្រីកការអនុវត្តន៍កម្មវិធី **"កន្សោមអាទិភាព"** និងយន្តការលើកទឹកចិត្តនានាដែលស្របតាមកម្មវិធីកន្សោមអាទិភាពព្រមទាំងអនុវត្តវិធីសាស្ត្រផ្តល់គ្រឿងលើកទឹកចិត្តដទៃទៀតដល់ "បុគ្គលិកផ្នែកទ្រទ្រង់"។

៤.៤ យុទ្ធសាស្ត្រប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល (បពស)

យុទ្ធសាស្ត្រប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល ប្រមូលផ្តុំលើការផ្តល់ព័ត៌មានសុខាភិបាលដែលពាក់ពន្ធ័មានគុណភាពខ្ពស់ និងទាន់ពេលវេលា សំរាប់ជាមូលដ្ឋានជាក់ស្តែងដល់ការដាក់ចេញគោលនយោបាយ ការធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្ត ការអនុវត្តន៍កម្មវិធី ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការងារ និងការវាយតំលៃ ដែលនឹងរួមចំណែកឆ្ពោះទៅរកការលើកកំពស់ស្ថានភាពសុខភាពប្រជាជនកម្ពុជាឱយកាន់តែប្រសើរឡើង។

នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលជាតិនឹងប្រតិបត្តិតាមបទដ្ឋានស្តង់ដារអន្តរជាតិ មានការទទួលស្គាល់និងការគាំទ្រពីសាធារណៈជន អ្នកប្រើប្រាស់និងអ្នកតាក់តែងគោលនយោបាយ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលនឹងផ្តល់ទិន្នន័យដែលមានគុណភាព សំរាប់ការធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្តដោយប្រើប្រាស់មធ្យោបាយទំនាក់ទំនង និងបច្ចេកវិទ្យាព័ត៌មាន ហើយធ្វើឱយព័ត៌មានមានគុណភាពស្តីពីប្រជាសាស្ត្រ–សង្គម សេដ្ឋកិច្ច ឈឺ មរណៈភាពនិងកត្តាគ្រោះថ្នាក់។ ជាមួយគ្នានឹងកែលំអការសំរបសំរួលដល់ការធ្វើផែនការនិងការអនុវត្តន៍អង្កេត។ លើកកំពស់គុណភាព កំណត់ហេតុវេជ្ជសាស្ត្រសំរាប់អ្នកជំងឺ ដើម្បីកែលំអការគ្រប់គ្រងករណីជំងឺ។ ទិន្នន័យតាមដានជំងឺនិងកាន់តែពេញលេញនិងទាន់ពេលវេលា ដើម្បីឆ្លើយតបមានប្រសិទ្ធភាពទៅនឹងការផ្ទុះឡើងនៃជំងឺនិងគ្រួតគ្រាជំងឺ។ ការគ្របដណ្តប់គ្រប់ជ្រុងជ្រោយនឹងអាចសំរេចបានជាមួយនឹងការកែលំអការគ្រប់គ្រងតាមព័ត៌មានវិទ្យាលើហេដ្ឋារចនាសម្ពន្ធ័ ធនធានមនុស្សនិងភស្តុភារ។

ក. បញ្ហាប្រឈមមុខ

ក្នុងប្រទេសកម្ពុជាខណៈពេលដែលប្រពន្ធ័ព័ត៌មានសុខាភិបាលកំពុងដំណើរការមុខងារជាប្រចាំ លាតសន្ធឹងពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលថ្នាក់ក្រោមបំផុតទៅស្រុកប្រតិបត្តិនិងពីថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុងដល់ថ្នាក់កណ្តាល បញ្ហាប្រឈមមុខមួយចំនួនត្រូវបានកំណត់អត្តសញ្ញាណដូចខាងក្រោមនេះ:

- ព័ត៌មានពីវិស័យឯកជនភាគច្រើនលើសលប់មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូល ដូច្នេះព័ត៌មានទាក់ទងតែនឹងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈនិងមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិ។ ដោយសារតែការប្រើប្រាស់សេវាសាធារណៈមានប្រហែលជាភាគបួននៃការប្រើប្រាស់សេវាសរុបធ្វើឱយទិន្នន័យប្រពន្ធ័ព័ត៌មានមិនអាចយកទៅប្រើប្រាស់បានសំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្ថានភាពសុខភាពទូទាំងប្រទេស។
- នៅពេលដែលការសិក្សាមួយចំនួនមិនអាចបង្ហាញបានពីលំនាំមានលក្ខណៈជាប្រពន្ធ័នៃភាពមិនត្រឹមត្រូវនៃទិន្នន័យការពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់មើលភាពត្រឹមត្រូវទិន្នន័យបង្ហាញថាភាពមិនត្រឹមត្រូវនៃទិន្នន័យមានជាទូទៅ។
- ថ្វីបើមានការខិតខំប្រឹងប្រែងដើម្បីលើកកំពស់ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យនៅក្នុងការធ្វើផែនការ និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានក៏ដោយ ក៏ការប្រើប្រាស់នេះនៅមានកំរិតនៅគ្រប់ថ្នាក់ក្នុងប្រពន្ធ័។
- កង្វះការសំរបសំរួល និងសហការក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់ព័ត៌មាន ទាំងក្នុងនិងក្រៅប្រពន្ធ័សុខាភិបាល។ ទាំងអស់នេះតំរូវឱយមានការអង្កេតសុខភាពជាតិឬការអង្កេតជាតិដោយមានបញ្ចូលម៉ូឌុលសុខភាព ហើយដែលបានធ្វើឡើងទៀងៗគ្នា ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញសំរាប់ការវិភាគនិន្នាការសុខភាព។
- នៅពេលដែលប្រពន្ធ័តាមដានជំងឺ១២មុខ មានប្រសិទ្ធិភាពដំណើរការ ការរាយការណ៍អំពីករណីជំងឺ និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានជំងឺមិនឆ្លងសំខាន់ៗនៅមានភាពខ្សោយ។ប្រពន្ធ័ចុះបញ្ជីកាស៊ីវិលនៅខ្សោយ ហើយការរាយការណ៍អំពីមូលហេតុនៃការស្លាប់នៅមិនទាន់មាន។
- បុគ្គលិកទទួលបន្ទុកការងារប្រពន្ធ័ព័ត៌មាននៅថ្នាក់មូលដ្ឋានមានចំណេះដឹងនិងជំនាញកំរិតទាប និងកង្វះការលើកទឹកចិត្ត។ កង្វះ"ផ្នែករឹង"(hardware) និង "ផ្នែកទន់" (software)នៃបច្ចេកវិទ្យាព័ត៌មាននិងការប្រាស្រយ័ទាក់ទង (ITC) ដើម្បីគ្រប់គ្រងទិន្នន័យមានប្រសិទ្ធភាព និងរៀបចំការវិភាគទិន្នន័យជាមូលដ្ឋាន។

ក្នុងអំលុងពេលនៃផែនការ គំនិតផ្តួចផ្តើមមួយចំនួននឹងត្រូវបានដាក់ចេញដើម្បីពង្រឹងប្រពន្ធ័ព័ត៌មានសុខាភិបាលជាតិក្នុងនោះមាននិតិក្រមថ្មី ដើម្បីបញ្ចូលរបាយការណ៍ពីវិស័យឯកជនពង្រីកការប្រើប្រាស់ ITC នៅគ្រប់ថ្នាក់ពង្រឹងការអភិបាលបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិក និងមន្ត្រីទទួលបន្ទុកប្រពន្ធ័ព័ត៌មានស្តីអំពីការប្រើប្រាស់ និងការតស៊ូមតិ ដើម្បីបង្កើនការវិភាជន៍ថវិកាសំរាប់ប្រពន្ធ័ព័ត៌មានពិសេសនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ ព្រមទាំងបញ្ចូលរបាយការណ៍ស្តីពីជំងឺមិនឆ្លង

ចាប់ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឡើងទៅ។ កាលានុវត្តភាពតែមួយគត់សំរាប់ពង្រឹងប្រពន្ធ័ពត៌មាន គឺការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល២០០៨-២០១៥ ដែលបានរៀបចំឡើងតាមរយៈកិច្ចសហការអន្តរវិស័យ ហើយដែលបានកំណត់អន្តរាគមន៍ និងសកម្មភាពជាយុទ្ធសាស្រ្តដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមមុខទាំងអស់ខាងលើ។ ដើម្បីធានាឱយមានកិច្ចសហការដោយប្រសិទ្ធភាពក្នុងចំណោមដៃគូទាំងអស់ ក្រុមការងារដៃគូក្នុងប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាលដែលបានបង្កើតឡើងនិងបន្តប្រជុំ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យតាមដានវឌ្ឍនភាពនៃការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល នៅក្នុងក្របខណ្ឌ័រួមនៃត្រួតពិនិត្យតាមដានវឌ្ឍនភាពនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ ។

៩.សមាសធាតុនិងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រ

បពស.១ បង្កើនភាពត្រឹមត្រូវ ទាន់ពេលវេលានិងពេញលេញនៃទិន្នន័យដែលមានគុណភាពខ្ពស់ពីផ្នែក រដ្ឋនិងឯកជនជាមួយនឹងការលើកកំពស់ការសំរបសំរួលនិងធនធានសំរាប់ប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាល

បពស.១.១ ពិនិត្យឡើងវិញនិងពង្រឹងនិតិក្រមបទបញ្ញត្តិនិងនីតិវិធីរដ្ឋបាលដែលទាក់ទងនឹងការកត់ត្រា ការរាយការណ៍ ការរក្សាទុក ការបញ្ជូននិង ការចែកចាយទិន្នន័យសុខាភិបាលដោយគ្របដណ្តប់ទាំងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន។

បពស.១.២ ពង្រឹងការអភិបាលប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាលនិងការផ្តល់យោបល់ត្រឡប់ដោយផ្តោតលើគុណភាពទិន្នន័យ និងការប្រកាន់ភ្ជាប់ទៅតាមបទដ្ឋាននៃស្នាដៃការងារ ។

បពស.១.៣ ផ្តល់គ្រឿងលើកទឹកចិត្តនិងផលប្រយោជន៍ដែលផ្សារភ្ជាប់នឹងស្នាដៃការងាររបស់បុគ្គលិកពាក់ពន្ធ័នឹងប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាល នៅគ្រប់កំរិតថ្នាក់ទាំងអស់។

បពស.១.៤ ពង្រឹងសមត្ថភាពបុគ្គលិកដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាលតាមរយៈកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលបំរើការងារនិងបណ្តុះបណ្តាលបន្ត។

បពស.២ លើកកំពស់ការចែករំលែក ការគ្រប់គ្រង ការវិភាគ ការផ្សព្វផ្សាយ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យនៅគ្រប់ថ្នាក់នៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល រួមទាំងទិន្នន័យប្រជាជននិងទិន្នន័យប្រជាសាស្ត្រ-សង្គម

បពស.២.១ អភិវឌ្ឍ ថែរក្សានិងប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ ITC សំរាប់ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យសុខាភិបាល និងការប្រាស័យទាក់ទង (វចនានុក្រមទិន្នន័យនិងឃ្លាំងទិន្នន័យអន្តរទំនាក់ទំនង)។

បពស.២.២	ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីការវិភាគនិងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដោយបញ្ចូលទាំងទិន្នន័យជំរឿន សំរាប់ការធ្វើផែនការនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដានដល់អ្នកគ្រប់គ្រងសេវា និងបុគ្គលិកជំរឿនសំខាន់ៗនៅគ្រប់ដំណាក់កាលទាំងអស់នៃការគ្រប់គ្រងជំរឿន ក្នុងភាពជាដៃគូជាមួយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការ ។

បពស.៣ លើកកំពស់ប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺថ្នាក់ជាតិ ប្រព័ន្ធកត់ត្រាប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋនិងពង្រឹងករណីរាយការណ៍ជំងឺ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការឆ្លើយតបទៅនឹងជំងឺមិនឆ្លង

បពស.៣.១	ពង្រឹងប្រពន្ធ័តាមដានជំងឺនិងនីតិវិធីនៅគ្រប់ថ្នាក់រួមទាំងសហគមន៍ រាប់បញ្ចូលទាំងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពបញ្ជីនៃជំងឺ ដែលត្រូវរាយការណ៍ ការកំណត់និយមន័យករណីជំងឺ ការផ្តល់ពត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរការបញ្ជាក់អះអាងដោយមន្ទីរពិសោធន៍ និងនិតិវិធីនៃការឆ្លើយតប ការរៀបចំផែនទីភូមិសាស្ត្រ អំពីប្រជាជនដែលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ការចែករំលែកនិងការបោះពុម្ពផ្សាយទិន្នន័យ (តំរូវអនុវត្តទាំងក្នុងវិសយ័សាធារណៈនិងឯកជន) ។
បពស.៣.២	អភិវឌ្ឍប្រពន្ធ័រាយការណ៍អំពីជំងឺមិនឆ្លង ក្នុងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺទូទៅនិងប្រពន្ធ័រាយការណ៍ករណីជំងឺនិងការប្រពន្ធ័ឆ្លើយតប ដោយរាប់បញ្ចូលគ្រោះថ្នាក់និងរបួស (តំរូវអនុវត្តទាំងក្នុងវិសយ័សាធារណៈនិងឯកជន) ។
បពស.៣.៣	ពិនិត្យកែសំរួល និងពង្រឹងការគ្រប់គ្រងកំណត់ហេតុអ្នកជំងឺ (កំណត់ហេតុវេជ្ជសាស្ត្រការរក្សាទុកនិងការបញ្ចេញប្រើប្រាស់) តាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋទាំងអស់ រួមទាំងការដាក់លេខកូដតាមចំណាត់អន្តរជាតិនៃជំងឺ

បពស.៤ ពង្រីកការចូលរួមរបស់វិសយ័ឯកជននៅក្នុងប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាលជាតិ និងសំរួលការប្រើប្រាស់ ទិន្នន័យសំរាប់ការធ្វើផែនការ ការបែងចែកធនធានការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស ហេដ្ឋារចនា សម្ព័ន្ធនិងការផ្គត់ផ្គង់

បពស.៤.១	ពង្រីកទូលាយការចូលរួមរបស់អ្នកផ្តល់សេវាឯកជន នៅក្នុងប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាលជាតិ រួមទាំងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺ តាមរយៈបញ្ជីសារពើភណ្ឌ័អ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ពន្យល់និងផ្តល់ពត៌មានដល់ពួកអំពីច្បាប់ព្រមទាំងផ្តល់ទំរង់បទដ្ឋាន (ស្តង់ដារ) ចាំបាច់នានារួមទាំងការកែតំរូវ“ផ្នែកទន់”នៃប្រពន្ធ័គ្រប់គ្រងពត៌មានសុខាភិបាល(HMISsoftware).

បពស.៤.២ ពង្រឹងប្រព័ន្ធគាំទ្រដល់ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងការគ្រប់គ្រងឱសថតាមរយៈការពិនិត្យវាយតំលៃការអភិវឌ្ឍន៍និតិវិធីនានា រួមមានការអភិវឌ្ឍន៍ប្រព័ន្ធទិន្នន័យពត៌មានវិទ្យា(database) និងការបណ្តុះបណ្តាល។

៤.៥ យុទ្ធសាស្ត្រអភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល

នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ ជោគជ័យនៃការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់គ្រប់ទិដ្ឋភាពក្នុងវិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈបង្កើនតម្លាភាព និងការសំរបសំរួលនៃការផ្តល់មូលនិធិ ធនធានសម្ពន្ធ័ ការគ្រប់គ្រង និងការទទួលខុសត្រូវ។ ការផ្តល់សេវាតាមបែបវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ នឹងទទួលបានការគាំទ្រពីមគ្គុទេសភាពដ៏រឹងមាំនិងការណែនាំរបស់រដ្ឋាភិបាលស្តីអំពីគោលនយោបាយសុខាភិបាលនិតិបញ្ញតិនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន។ អតិថិជននិងមានជំរើសរវាងសេវារដ្ឋ និងឯកជនស្ថិតក្រោមនិយតកម្មដែលនឹងទទួលខុសត្រូវដោយផ្ទាល់ចំពោះពួកគេនិងសហគមន៍របស់ខ្លួន។

យុទ្ធសាស្ត្រអភិបាលកិច្ចប្រពន្ធ័សុខភិបាលផ្តោតលើ តួនាទីនិងមុខងារនៃប្រពន្ធ័សុខាភិបាលដែលមានតែក្រសួងសុខាភិបាលតែមួយប៉ុណ្ណោះអាចប្រតិបត្តិបាន។ សំខាន់ជាងគេនោះ គឺតួនាទីមគ្គុទេសក៍ភាពដល់វិស័យសុខាភិបាលទាំងមូល។យុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងពង្រឹងលទ្ធភាពក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីដឹកនាំលើគ្រប់សកម្មភាពទាំងអស់ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនិងពង្រឹងផែនការនីយកម្មយន្តការទទួលខុសត្រូវនិងការសំរបសំរួលមានប្រសិទ្ធភាព សំរាប់ការផ្សារភ្ជាប់កាន់តែល្អប្រសើរឡើងរវាងធនធានទៅនឹងលទ្ធផលសុខភាពល្អ។

ត្រូវការចាំបាច់នូវការចូលរួមទូទាំងវិស័យនិងអភិក្រមគំនិតផ្តួចផ្តើមថ្មីៗ ដើម្បីបំផុសការចូលរួមពីសហគមន៍នៅក្នុងបរិបទដែលចេះតែវិវត្តន៍នៃវិមជ្ឈការ និងសហវិមជ្ឈការ។ ការសន្ទនាយ៉ាងសកម្មប្រកបដោយនយ័ស្ថាបនាជាមួយវិស័យឯកជន ត្រូវបានមើលឃើញទុកជាមុនសំរាប់ការបំពេញបន្ថែមដល់ការពង្រីកកិច្ចសន្យា និងការបង្កើនស្វយ័តភាពស្ថាប័ននៅក្រសួងសុខាភិបាលតាមរយៈការអនុវត្តន៍ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស និងយន្តការដទៃទៀតដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

ក. បញ្ហាប្រឈមមុខ

ខណៈដែលយុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្តល់សេវាផ្តោតលើលទ្ធផលកំពូលនៃវិស័យសុខាភិបាលយុទ្ធសាស្ត្រអភិបាលប្រពន្ធ័សុខាភិបាលផ្តោតលើមុខងារនានាដែលមានតែក្រសួងសុខាភិបាលជាអ្នកអនុវត្ត កង្វះមុខងារនេះវិស័យសុខាភិបាលមិនអាចមានលទ្ធភាពផ្តល់សេវាបាន។ ក្នុងអំលុងពេលនៃដំណាក់កាលពង្រឹងនៃ

ផ.យ.ស.២ ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងត្រូវការចាំបាច់ក្នុងកំណត់អត្តសញ្ញាណនិងការពង្រឹងមុខងារស្នូលរបស់ខ្លួននៅក្នុងបរិបទដែលវិស័យសុខាភិបាលមានលក្ខណៈកាន់តែស្មុគ្រស្មាញ និងសំបូរបែប ការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច និងសង្គមឆាប់រហ័ស និងកំណែទំរង់វិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការទូលំទូលាយរបស់រដ្ឋាភិបាល។ បញ្ហាប្រឈមមុខសំខាន់ៗរួមមាន:

- ការរួមចំណែកនៃវិស័យឯកជនក្នុងវិស័យសុខាភិបាលកំពុងលូតលាស់យ៉ាងខ្លាំងប៉ុន្តែវិធាននិយតកម្មនៅទន់ខ្សោយ។
- ការបន្តអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័នគឺត្រូវការចាំបាច់ពិសេស:
  - តំរៀបតំរង់លំហូរហិរញ្ញវត្ថុ ជាមួយនឹងសិទ្ធអំណាចនៃការគ្រប់គ្រង និងការទទួលខុសត្រូវលើលទ្ធផល
  - ពង្រឹងការគ្រប់គ្រងថវិកា ពិសេសនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ
  - ង្កើនស្វយ័តភាពនៃការគ្រប់គ្រងដល់អង្គភាពណាវីងមាំនៅពេលធានាឱយមានការទទួលខុសត្រូវ
  - រក្សាទុកកម្មវិធីនិងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិដែលមានគុណភាពការងារខ្ពស់ និងផ្តល់ប្រពន្ធ័គាំទ្រក្នុងពេលជាមួយគ្នានិងការការពារទល់ការផ្លាស់ប្តូរការផ្តល់មូលនិធិពីក្រៅប្រទេសសំរាប់អាទិភាព
- ផលប៉ះទង្គិចជាសក្តានុពលនៃវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការ មកលើវិស័យសុខាភិបាលនៅមិនទាន់អាចដឹងបាន។ ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងចាំបាច់ធានាថា បែបបទនៃកំណែទំរង់នេះនឹងត្រូវយកមកអនុវត្តក្នុងវិស័យសុខាភិបាល តាមលក្ខណៈដែលបង្កើនទុនចូលពីសហគមន៍និងស្វយ័តភាពនៃការគ្រប់គ្រងក្នុងពេលជាមួយគ្នាដោយធានាឱយមានការទទួលខុសត្រូវនិងស្នាដៃការងារនៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិ។ ដូច្នេះកត្តាកំណត់ផ្នែកបច្ចេកទេសនិងសេដ្ឋកិច្ចសំរាប់ការបែងចែកមូលដ្ឋានសុខាភិបាល តាមរយៈផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាលចាំបាច់ត្រូវបំពេញបន្ថែមដោយ ការតំរៀបតំរង់យ៉ាងជិតស្និតទៅនឹងខ្សែរយៈរដ្ឋបាលនៃរដ្ឋអំណាច។ ទន្ទឹមគ្នានេះ ក្រសួងសុខាភិបាលត្រូវការរក្សានិងពង្រឹងតួនាទីឃ្លាំមើលនិងណែនាំនៅទីស្តីការក្រសួងសុខាភិបាល។
- បញ្ហាប្រឈមមុខផ្នែកសុខភាពដ៏ចំបងនោះនៅក្នុងបណ្តាឆ្នាំខាងមុខ គឺបញ្ហាប្រទាក់ក្រឡាដែលស្ថិតក្រៅអណត្តិផ្លូវការរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។ បញ្ហាទាំងអស់នោះគឺសុវត្ថិភាពចរាចរ អំពើហឹង្សាក្នុងគ្រួសារ ទឹកស្អាត អនាមយ័ ការអប់រំ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និងកង្វល់ផ្នែកសុខភាពបណ្តាលមកពីបញ្ហាបរិដ្ឋាន។

បច្ចុប្បន្ននេះ ស្ថាបត្យកម្មជំនួយមានចរិតលក្ខណៈដូចតទៅ:

- ការផ្តល់មូលនិធិមានសភាពបែកខ្ញែកពីដៃគូពហុភាគីនិងទ្វេភាគី និងចំនួនដ៏ច្រើននៃដៃគូជាតិ និងអន្តរជាតិដែលធ្វើសកម្មភាពយ៉ាងច្រើនអនេក ក្នុងការឧបត្ថម្ភគាំទ្រដល់ការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសុខាភិបាល។

- ភាគច្រើននៃប្រតិបត្តិការជំនួយ គឺតាមរបៀបជាគំរោង ហើយដៃគូក្រៅប្រទេសពឹងផ្អែកស្ទើរទាំងស្រុងលើនិតិវិធីនិងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងរបស់ខ្លួនផ្ទាល់ ដែលហេតុនាំឱ្យមានការបែកខ្ញែកយ៉ាងខ្លាំងនៅក្នុងវិស័យ។
- ការយកចិត្តទុកដាក់យ៉ាងខ្លាំងតែទៅលើកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លងនៃប្រភពមូលនិធិក្រៅប្រទេស បាននាំឱ្យមានអតុល្យភាព ក្នុងការចំណាយជាអាទិភាពដែលងាកចេញពីការចំណាយលើអាទិភាពជាតិផ្នែកសុខភាព។

៩. សមាសធាតុនិងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រ

អបស.១ សុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់នៅក្រសួងសុខាភិបាលនិងទូទាំងវិស័យ

អបស.១.១ អភិវឌ្ឍកិច្ចព្រមព្រៀងសំរាប់ភាពជាដៃគូ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងជំនួយបច្ចេកទេសនិងមូលនិធិក្នុងការគាំទ្រដល់ការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២ ព្រមទាំងសមាហរណកម្មគំនិតផ្តួចផ្តើមផ្នែកសុខភាពលំដាប់ពិភពលោក ទៅក្នុងបែបបទនៃការសំរបសំរួលនិងភាពជាដៃគូដែលមានស្រាប់នៅកម្ពុជា ដើម្បីបន្ថយការចំណាយអន្តរសកម្មភាព និងចៀសវាងការរមូលនៃកម្មវិធីអាទិភាព។

អបស.១.២ ធានាអោយមាន "**ការជាវយក**" (buy-in) និងការគោរពតាមបែបបទនិង ឧបករណ៍រួមសំរាប់មគ្គុទេសភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលពីសំណាក់ដៃគូជាតិនិងអន្តរជាតិ តាមរយៈការពិគ្រោះយោបល់អន្តរវិស័យតាមកាលវិភាគទៀងទាត់ (ក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាល និងក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង ។ល។)

អបស.១.៣ ពង្រឹងផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ ដែលជាបែបបទផែនការនីយកម្មរយៈពេលមធ្យម ដើម្បីតំរៀបតំរង់ និងកំណត់អត្តសញ្ញាណជំនួយរបស់ដៃគូនិងជាមូលដ្ឋាន សំរាប់ផែនការថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រនិងជាផែនការវិនិយោគជាអាទិភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយតែមួយសំរាប់វិស័យសុខាភិបាល។

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

អបស.១.៥ តំរៀបតំរង់ក្នុងកំរិតអតិបរមានៃយន្តការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការវាយតំលៃរបស់ដៃគូទៅនឹងក្របខណ្ឌរួមនៃការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងការវាយតំលៃ(ទាំងក្របខណ្ឌសូចនាករ) របស់ផ.យ.ស.២ នោះគឺការពិនិត្យឡើងវិញរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំដែលជាព្រឹត្តិការណ៍ស្នូល សំរាប់ការសន្ទនា និងការសំរបសំរួលអំពីគោលនយោបាយជាមួយដៃគូក្រៅប្រទេសនិងជាផ្នែកមួយនៃ**ផែនការសកម្មភាពសុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់ដើម្បីលទ្ធផល**ដោយមានកំរិតតម្លាភាពខ្ពស់ដើម្បីឱយដៃគូក្រៅប្រទេសកាត់បន្ថយទំរង់ត្រួតពិនិត្យតាមដានផ្ទាល់ខ្លួន ។

អបស.១.៦ ពង្រឹងអង្គភាពលទ្ធកម្មសាធារណៈ ទៅតាមនីតិវិធីរបស់រដ្ឋ និងពង្រឹងប្រពន្ធ័ផ្គត់ផ្គង់ ដើម្បីឱយមានឱសថនិងបរិក្ខារពេទ្យគ្រប់គ្រាន់ និងផ្តល់ទាន់ពេលវេលាដល់មណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។

អបស.២ ភាពជាដៃគូរវាងរដ្ឋនិងឯកជន

អបស.២.១ ប្រើប្រាស់កិច្ចសន្យានិងក្របខណ្ឌទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេសនៃគោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈ រួមជាមួយក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដានផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំធ្វើមូលដ្ឋាននៃកិច្ចសន្យា របស់ក្រសួងសុខាភិបាលជាមួយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់គុណភាពឱយផ្តល់សេវា ។

អបស.២.២ អភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តប្រព័ន្ធទទួលស្គាល់គុណភាព ដល់អ្នកផ្តល់សេវាឯកជននិងការដាក់បញ្ចូលអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់គុណភាពទៅក្នុងផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល ។

អបស.២.៣ ពង្រឹងការធ្វើផែនការរវាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជននិងការសំរបសំរួលលើប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល របាយការណ៍តាមដានជំងឺនិងការផ្តល់យោបល់ត្រលប់តាមរយៈការចូលរួមយ៉ាងសកម្មរបស់ក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត–ក្រុង ស្រុកប្រតិបត្តិនិងវិស័យឯកជន ដោយប្រើប្រាស់បទពិសោធន៍ជោគជ័យនៃភាពជាដៃគូរវាងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជនរបស់កម្មវិធីជាតិ ។

អបស.២.៤ សហការជាមួយក្រសួង/ស្ថាបន័ពាក់ពន្ធ័និងសមាគមវិជ្ជាជីវៈនានាពង្រឹងការអនុវត្តន៍ច្បាប់និងនិតិក្រមសុខាភិបាល ។

អបស.៣ ការស្រាវជ្រាវ គោលនយោបាយ និយតកម្ម និងនិតិកម្ម

អបស.៣.១ អភិវឌ្ឍសំណុំគោលនយោបាយផ្អែកលើភស្តុតាងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងអាចអនុវត្តបានស្របតាមច្បាប់ និយតកម្មនិងគោលនយោបាយ របស់រាជរដ្ឋាភិបាលសំរាប់ផ្នែកចំបងៗដូចជា:

- គោលនយោបាយនៃកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា (រួមមានទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុងនិងកិច្ចសន្យាក្រៅ)
- វិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការក្នុងវិស័យសុខាភិបាល
- គ្រឹះស្ថានរដ្ឋបាលសាធារណៈដូចជាមន្ទីរពេទ្យ មន្ទីរពិសោធន៍ និង អង្គភាពគាំទ្រផ្សេងទៀត
- ការគាំពារសុខភាពសង្គម មូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម
- ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក និងប្រពន្ធ័លាភការបុគ្គលិក រួមទាំងការលើកទឹកចិត្តតាមស្នាដៃការងារ ការផ្តល់ប្រាក់លាភការបន្ថែមផ្អែកលើស្នាដៃការងារ ការផ្តល់ប្រាក់បន្ថែមលើបៀវត្ស តាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសោហ៊ុយប្រចាំថ្ងៃនិងកិច្ចសន្យាបំពេញការងារ
- លទ្ធកម្មនិងការគ្រប់គ្រងប្រពន្ធ័ផ្គត់ផ្គង់ឱសថ-បរិក្ខាពេទ្យ
- ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងពត៌មានសុខាភិបាលនិងប្រពន្ធ័តាមដានជំងឺ

អបស.៣.២ ធ្វើការវាយតំលៃគ្រប់ជ្រុងជ្រោយស្តីអំពីបន្ទុកជំងឺនៅទូទាំងប្រទេស

អបស.៣.៣ ធានាឱយមានការគោរពតាមកាតព្វកិច្ចសុខភាពអន្តរជាតិ រួមមានក្របខណ្ឌ័អនុសញ្ញាស្តីពីគ្រប់គ្រងថ្នាំជក់ និងនិយតកម្មសុខភាពអន្តរជាតិរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ។

អបស.៣.៤ លើកស្ទួយសកម្មភាពសិក្សា ស្រាវជ្រាវសុខភាពសាធារណៈ និងគោលនយោបាយសុខាភិបាលនិងការវិភាគតាមរយៈការបញ្ជូល/ពង្រឹងមុខងារស្រាវជ្រាវរបស់អង្គភាពសុខាភិបាលថ្នាក់កណ្តាល រាប់ទាំងកម្មវិធីជាតិដោយសហការជាមួយស្ថាប័នស្រាវជ្រាវដទៃទៀតនៅកម្ពុជានិងអន្តរជាតិ ។

អបស.៣.៥ គាំទ្រដល់ការបន្តអនុវត្តន៍សាកល្បងគំនិតផ្តួចផ្តើមថ្មីៗ ក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពនិងការគ្រប់គ្រងវិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈការអភិវឌ្ឍន៍និងការអនុវត្តន៍ក្របខណ្ឌ័និងសេចក្តីណែនាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ សំរាប់ការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិ និងគំរោងសាកល្បង ។

អបស.៣.៦ ពង្រឹងការងារអធិការកិច្ច និងសវនកម្មផ្ទៃក្នុងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល តាមរយៈពង្រឹងការអនុវត្តន៍ច្បាប់និងបែបបទនៃពិភាក្សាផ្នែកច្បាប់ ព្រមទាំងពង្រឹងការសំរបសំរួលនិងសហការជាមួយស្ថាប័នរដ្ឋនានានិងអង្គការសង្គមស៊ីវិល ។

អបស.៤ ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ន

អបស.៤.១ អភិវឌ្ឍសមាហរណកម្មផែនការរំកិល៣ឆ្នាំសំរាប់កម្មវិធីសុខភាពទាំង៣ ដោយបញ្ចូលធនធានទាំងអស់ពីក្រសួងនិងជំនួយ ដើម្បីត្រួសត្រាយដល់ផែនការវិភាជន៍ធនធាននិងការរៀបចំកញ្ចប់ថវិកាសំរាប់កម្មវិធីសុខភាពនិមួយៗនិងធានាថាមូលនិធិជំនួយផ្តល់ឱ្យកម្មវិធីជាតិកាន់តែឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីបន្ទុកជំងឺបន្ថែមពីលើការងាររបស់កម្មវិធី ។

អបស.៤.២ តំរឹមតួនាទីនិងមុខងាររបស់កម្មវិធីជាតិ ដើម្បីធានាឱ្យតួនាទីនិងមុខងារនេះឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការនៃវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការនិងឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីគោលបំណងរបស់ ផ.យ.ស.២ ។

អបស.៤.៣ រៀបចំផែនការនិងអនុវត្តប្រភេទស្វយ័ភាពសមស្រប សំរាប់អង្គភាពផ្សេងៗគ្នា យោងទៅតាមគោលនយោបាយរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលស្តីអំពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈដើម្បីធានាថាស្វយ័ភាពនៃការគ្រប់គ្រងដែលបានបង្កើន គឺឈរលើមូលដ្ឋាននៃការពង្រឹងការទទួលខុសត្រូវ ចំពោះស្នាដៃការងារ ។

អបស.៥ ពង្រឹងមគ្គុទេសភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលតាមរយៈវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ

អបស.៥.១ រៀបចំនិងកៀងគរការឧបត្ថម្ភពីរាជរដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ សំរាប់របៀបវារៈនៃការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាបន័ ដូចជាអំពីតួនាទី មុខងារ និងរចនាសម្ព័ន្ធរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលតំរូវតាមវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការ និងផែនការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាបន័របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ។

អបស.៥.២ ផែនការនីយកម្មនៅថ្នាក់កណ្តាលផ្តោតលើគោលដៅនិងគោលដៅចំណុចចំបងៗថ្នាក់ជាតិមួយចំនួនតូចដោយអនុញ្ញាតិឱ្យខេត្ត-ក្រុង និងស្រុកប្រតិបត្តិនូវសមត្ថកិច្ចបត់បែនកាន់តែច្រើនថែមទៀត នៅក្នុងការកែឆ្នៃយុទ្ធសាស្រ្តប្រតិបត្តិដើម្បីដោះស្រាយអាទិភាពសុខភាពនៅនឹងកន្លែង ។

អបស.៥.៣ ពង្រឹងតួនាទីនិងមុខងារនៃការផ្តល់សេវាសុខភាព នៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិតាមរយៈ មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ ដោយអភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តកំណែទំរង់រចនាសម្ព័ន្ធចាត់តាំង នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ ស្របតាមគោលនយោបាយរាជរដ្ឋាភិបាលស្តីអំពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈ និងវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។

អបស.៥.៤ អភិវឌ្ឍផែនការយុទ្ធសាស្ត្រស្ថាប័ន សំរាប់គ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ ដើម្បីជាមគ្គុទេសក៍ដល់ការសំរបតួនាទីនិងមុខងារ ព្រមទាំងរចនាសម្ពន្ធ័ស្ថាប័នស្របតាមវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។

អបស.៥.៥ ពង្រឹងសមត្ថភាពមគ្គុទេសភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនៅក្នុងបរិបទនៃការផ្លាស់ប្តូររចនាសម្ពន្ធ័អភិបាលកិច្ច តាមរយៈការអភិវឌ្ឍន៍និងអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្ររៀនសូត្រពីវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ:

- ពង្រឹងការយល់ដឹងដល់មន្ត្រីគ្រប់គ្រងអំពីឥទ្ធិពលនៃវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការទៅលើតួនាទីនិងមុខងារនៅគ្រប់ថ្នាក់
- ពង្រឹងសមត្ថភាពស្តីពីការគ្រប់គ្រងការផ្លាស់ប្តូរនេះនៅគ្រប់ថ្នាក់ទាំងអស់
- ចលនាអ្នកដឹកនាំសហគមន៍ និងរដ្ឋអំណាចមូលដ្ឋានដើម្បីបង្កើនការចូលរួមក្នុងការគ្រប់គ្រងនិងពិនិត្យរួមលើប្រពន្ធ័សុខាភិបាល។

អបស.៦ កៀងគរការឆ្លើយតបពហុវិសយ័ដើម្បីឱយប្រពន្ធ័សុខាភិបាលកាន់តែទទួលខុសត្រូវចំពោះលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពមានគុណភាពដោយប្រជាជនទាំងអស់

អបស.៦.១ ជំរុញការចូលរួមពីវិសយ័ពាក់ពន្ធ័ទាំងអស់នៅក្នុងកិច្ចសហការអន្តរវិសយ័ដើម្បីកែលំអកត្តាសង្គមដែលមានឥទ្ធិពលលើសុខភាព។

អបស.៦.២ អនុវត្ត **បញ្ញតិស្តីអំពីសិទ្ធអ្នកផ្តល់សេវានិងសិទ្ធអតិជន** របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីពង្រឹងស្មារតីយល់ដឹងអំពីសិទ្ធអតិថិជននិងសិទ្ធអ្នកផ្តល់សេវា។

អបស.៦.៣ ពង្រឹងអន្តរសកម្មភាពរវាងសហគមន៍ និងអតិថិជនជាមួយអ្នកផ្តល់សេវានៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិតាមរយៈការបង្កើតវេទិកានិងយន្តការដទៃទៀត ដោយមានការគាំទ្រពីអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការសង្គមស៊ីវិល ដើម្បីការឥស្សមតិ សំរាប់ការសន្ទនាផ្នែកគោលនយោបាយ និងកំណែទំរង់គោលនយោបាយក្នុងវិសយ័សុខាភិបាល។

អបស.៦.៤ ពង្រឹងមុខងាររបស់គណៈកម្មការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព និងក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ ដែលជាចំណុចគោលនៃការប្រាស្រ័យទាក់ទង រវាងអតិថិជននិងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ។

អបស.៦.៥ ធ្វើឱយប្រសើរឡើងការអភិបាលនៅនឹងកន្លែងនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដានការផ្តល់សេវាសុខភាពមានប្រសិទ្ធភាពដោយសហគមន៍ ។

ជំពូក ៤

ការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្រ្តសុខាភិបាលតាមរយៈផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព

- អភិក្រមនៃផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព
- សុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារក កុមារ
- ជំងឺឆ្លង
- ជំងឺមិនឆ្លង

៥ ការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលតាមរយៈផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព

១.   អភិក្រមផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព

១.១   សេចក្តីផ្តើម

ផ.យ.ស.២ នឹងត្រូវយកទៅអនុវត្តតាមរយៈផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំង៣ : សុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារកនិងកុមារ (ស.ប.ម.ទ.ក) ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង (ប្រ.ជ.ឆ) និងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត (ប្រ.ជ.ម.ឆ)។ អន្តរកាលអេពីដេមីញូសាស្ត្រ ដែលកំពុងកើតមានរួចទៅហើយនៅប្រទេសកម្ពុជាមានផលប៉ះពាល់យ៉ាងច្បាស់លាស់សំរាប់កម្មវិធីសុខភាពខាងលើនេះ។ ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំង៣ត្រួតជាន់គ្នា។ ដូច្នេះការសំរបសំរួលថ្នាក់ជាតិនៅក្រសួងសុខាភិបាល គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការធានាឱយមានការត្រួតពិនិត្យ ការផ្សារភ្ជាប់ និងមគ្គទេសភាពក្នុងវិស័យសុខាភិបាលទាំងមូល។

ការអភិវឌ្ឍន៍ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពនេះនឹងផ្តោតលើ :

- **បញ្ហាប្រឈមមុខសំរាប់ផ្នែកកម្មវិធីនិមួយៗ :** ឈរលើបញ្ហាប្រឈមមុខនេះ ក្របខណ្ឌប្រតិបត្តិមួយអាចនឹងត្រូវកំណត់ឡើង ដោយបញ្ចូលទាំងសូចនាករសំរាប់ការធ្វើផែនការកម្មវិធីលំអិតនិងការអនុវត្តន៍។
- ***ភាពត្រួតជាន់គ្នានិង "ឈ្នាន់រួម" រវាងផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំង ៣ :*** ជាការចាំបាច់ត្រូវចាត់ទុកអ្នកជំងឺចាំបាច់ជាផ្នែកមួយនៃវិស័យសុខាភិបាលសមាហរណកម្មនិងជាចំណែកទាំងស្រុងនៅក្នុងកិច្ចដំណើរការមុខងាររបស់ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី។

ដូច្នេះទំនាក់ទំនងរវាងផ្នែកកម្មវិធីត្រូវតែរឹងមាំ ហើយការសំរបសំរួលក្នុងចំណោមកម្មវិធី

ជាតិ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ នាយកដ្ឋាន និងអង្គភាពដទៃទៀតដែលអនុវត្តផ្នែកកម្មវិធីទាំងនេះ ក៏ត្រូវតែរឹងមាំដូចគ្នា។ អភិបាលកិច្ចផ្នែកគឺនិកបែបសមាហរណកម្មដែលមានបំណងទ្រទ្រង់ ដល់សកម្មភាពរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល តំរង់ទិសដោយស.ស.អនិងស.ស.ប អាចមាន ប្រសិទ្ធភាពនិងប្រសិទ្ធផល ដរាបណាមុខងាររបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងនេះ ជាផ្នែក មួយនៃ“សេវាដែលមិនដាច់ចេញពីគ្នា”។

- **តំរូវការសំរាប់អន្តគមន៍លើជំងឺ:** ជានិច្ចកាលគឺ ធំធេងជាងធនធានដែលអាចរកបាន។ ធនធាន (សេដ្ឋកិច្ចនិងមនុស្ស) ចាំបាច់ត្រូវតែចែកចាយរវាងផ្នែកកម្មវិធីទាំងបី និងអង្គភាពអនុវត្តដទៃទៀត ដោយឈរលើមូលដ្ឋានអភិសមាចារនៃការពិចារណា ចំនួនអ្នកជំងឺនិងថ្លៃចំណាយដែលភ្ជាប់ជាមួយការពិនិត្យវាយតំលៃលើចំនួនឆ្នាំនៃគុណភាពជីវិត ដែលជាផលបច្ចុយ័នៃកិច្ចអន្តរាគមន៍។
- **ជំហរនៃផ្នែកកម្មវិធីសុខភាព ទាំង៣** នៅក្នុងបរិបទនៃដំណាក់កាលអន្តរកាលអេពីដេមីញ្ញូសាស្ត្រនៅប្រទេសកម្ពុជា។

ភាពមិនចំណុះលើក្រសួងសុខាភិបាលនៃផ្នែកអនុវត្តនានានៅក្នុងផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំង៣ មានកំរិតខុស១គ្នា។ផ្នែកដែលធ្វើការងារក្នុងកម្មវិធី ស.ប.ម.ទ.ក និងកម្មវិធីប្រ.ជ.ឆ ដូចជាមានស្វយ័ភាពខ្ពស់ ដោយសារតែទទួលហិរញ្ញប្បទានដាច់ដោយលែកពីអ្នកផ្តល់ជំនួយ។ បើប្រៀបធៀបជាមួយកម្មវិធី ប្រ.ជ.ម.ឆ កម្មវិធីនេះមានស្វយ័ភាពតិចតួច។

កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺនៅក្នុងផ.យ.ស ២ នឹងប្រមូលផ្តុំលើអន្តរាគមន៍ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ ឬហានិភយ័ជំងឺនៅទីណាដែលអាចធ្វើបាន ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ“ចំណាយតិចទទួលផលច្រើន”សំរាប់អន្តរាគមន៍ដែលនឹងបង្កើនចំនួនឆ្នាំនៃគុណភាពជីវិត តាមរយៈសកម្មភាពបង្ការព្យាបាល ស្តារនិតិសម្បទា និងការព្យាបាលសំរាលការឈឺចាប់ (ភាគច្រើនពីជំងឺមហារីក)។ ការអនុវត្តន៍គោលការណ៍ចំបងនេះតំរូវឱយមានការសិក្សាអំពីបន្ទុកជំងឺនៅប្រទេសកម្ពុជា។ ការសិក្សានេះនឹងផ្តល់ពត៌មានបន្ថែមសំរាប់ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី។ អត្ថប្រយោជន៍នៃការសិក្សាថ្នាក់តំបន់ដែលមានបច្ចុប្បន្នក្នុងប្រទេសជិតខាងកម្ពុជា គឺមានកំរិតព្រំដែន ដោយសារតែភាពខុសប្លែកគ្នានៃទិន្នន័យបន្ទុកជំងឺរវាងតំបន់អាស៊ីខាងត្បូងនិងតំបន់អាស៊ីខាងកើតនិងប៉ាស៊ីហ្វិកមានការប្រែប្រួលនៅក្នុងទិដ្ឋភាពជាច្រើន។ លើសពីនេះទៀតការសិក្សាអំពីបន្ទុកជំងឺនឹងសំរួលដល់ការពិនិត្យសារឡើងវិញនូវសកម្មភាពដែលបានអធិប្បាយនៅក្នុងស.ស.អ និងស.ស.បសំរាប់មណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ សន្ទានកម្មជាមួយការពិនិត្យសារឡើងវិញនៃផ.គ្រ.ស ធ្វើឱយការសិក្សានេះ អាចជួយដល់ការគណនាថ្លៃចំណាយលំអិតនិងការធ្វើផែនការសំរាប់បុគ្គលិក។

ធនធានសំរាប់ការធ្វើការកម្មវិធីការអនុវត្តន៍និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានគឺមាននៅថ្នាក់ជាតិ ប៉ុន្តែធនធានដូចគ្នានេះនៅខ្សត់ខ្សោយនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង។ កសាងសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើផែនការ និងការអនុវត្តន៍ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពនៅខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុក គឺជាអាទិភាពខ្ពស់មួយ។

ដោយផ្តោតទៅលើការពង្រឹងប្រពន្ធ័សុខាភិបាលនៅក្នុង ផ.យ.ស.២ តំរូវការដ៏ចាំបាច់គឺ ៖

- ផ្សារភ្ជាប់ សមាហរណកម្ម និងការពង្រឹងកំលាំងគ្នា នៃផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី និង អង្គភាព អនុវត្តទាំងអស់ទៅនឹងប្រពន្ធ័សុខាភិបាលទាំងមូល គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់។
- សមាហរណកម្មនៃផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពចាំបាច់ត្រូវបញ្ជាក់ច្បាស់ តាមរយៈប្រពន្ធ័អភិបាលកិច្ចគ្លីនិក
- ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពនិមួយៗ ត្រូវការឱយមានក្របខណ្ឌ័សំរាប់ការអនុវត្តន៏ ផែនការរំកិល ៣ ឆ្នាំ និងប្រតិទិនពេលវេលាទៅតាម ផ.យ.ស.២ ដែលក្នុងនេះមានបញ្ជាក់គោលដៅចំណុចនៃការប្រតិបត្តិ ដែលមិនបានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងគោលដៅចំណុចជាយុទ្ធសាស្រ្តសំរាប់ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពនិមួយៗ។
- តួនាទីនិងការទទួលខុសត្រូវនៅក្នុងផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពនឹងត្រូវបានពិនិត្យសារឡើងវិញ ហើយតំរៀបតំរង់ឱយបានជិតស្និទ្ធ ជាមួយគោលបំណងនៃផ.យ.ស.២ និងតំរូវការនៃវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ។

១.២ ដំណាក់កាលអន្តរកាលប្រជាសាស្រ្តនិងរោគរាតត្បាតសាស្រ្ត

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

ពេញមួយអំលុងពេលនៃ ផ.យ.ស.២ សុខភាពប្រជាជនក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទំនងជាវិវត្តន៏ឆ្ពោះទៅកាន់សុខភាពប្រជាជននៃប្រទេសដែលមានបន្ទុកជំងឺទ្វេ។ មានន័យថា តំរូវការធនធានយ៉ាងច្រើនសំបើមសំរាប់ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី នឹងមានរយៈពេលយូរ។ បន្ទុកទ្វេនៃកំណើនជំងឺនេះចាំបាច់ត្រូវមានវិធីសាស្រ្តល្អក្នុងការកំណត់អាទិភាពដែលនឹងអភិវឌ្ឍន៏ដោយក្រសួងសុខាភិបាល សំរាប់ប្រើប្រាស់នៅក្នុងផ្នែកដូចខាងក្រោមនេះ ៖

- ការថែទាំផ្នែកគ្លីនិកជាប្រចាំ
- ផែនការនីយកម្មនៅក្នុងផ្នែកកម្មវិធីនិមួយៗ
- ពង្រឹងនិងបច្ចុប្បន្នភាពសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា និងសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់
- ការវិភាជន៏ធនធានគាំទ្រភាពក្រីក្រទូទាំងផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី និងគ្រប់ខេត្ត-ក្រុង

ការអភិវឌ្ឍន៏និងការពង្រឹងតួនាទីមគ្គុទេសក៏ភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល គប្បីជួយជ្រោមជ្រែងដល់ការបង្កើតឱយមានការសន្ទនាប្រកបដោយនយ័ស្ថាបនាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ហើយកំណត់បាននូវតួនាទីសមស្របសំរាប់ពួកគេ។

ការកសាងសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើផែនការនិងកសាងថវិកាខេត្ត-ក្រុង និងកាន់តែមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងឡើងនៅក្នុងអំលុងពេលនៃផ.យ.ស.២ ដោយហេតុថានៅតំបន់ទីប្រជុំជននិងតំបន់ជនបទដាច់ស្រយាល ការផ្លាស់ប្តូរអំពីសេចក្តីត្រូវការនិងតំរូវការផ្នែកសុខភាពចេះតែកើនឡើងជាលំដាប់។

សង្ខេប

- កំណើនប្រជាជននិងបំរែបំរួលនៃការពង្រាយប្រជាជនតំរូវឱយធ្វើការពិនិត្យកែសំរួលឡើងវិញ ផ.គ្រ.ស។ ខេត្ត-ក្រុងនឹងចូលរួមកាន់តែសកម្មថែមទៀតនៅក្នុងផែនការនីយកម្ម ហើយការកសាងសមត្ថភាពចាំបាច់ត្រូវតែអភិវឌ្ឍន៍ ដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រដ៏រឹងមាំ ដល់ការធ្វើផែនការសុខាភិបាលនៅថ្នាក់វិជ្ជមការ និងវិសហមជ្ឈការដែលតំរូវឱយមានការចូលរួមកាន់តែច្រើនឡើង។
- ប្រទេសកម្ពុជាកំពុងឈានចូលទៅក្នុងដំណាក់កាល"បន្ទុកទ្វេនៃជំងឺ"។ បញ្ហានេះនឹងមានផលប៉ះពាល់យ៉ាងជ្រាលជ្រៅទៅលើធនធានមនុស្ស និងហិរញ្ញវត្ថុដែលកំពុងខ្វះខាត។
- តំរូវការសេវាសុខភាពដែលចេះតែកើនឡើងទៅតាមបន្ទុកទ្វេនៃជំងឺអាចគ្រប់គ្រងបាន តាមរយៈប្រព័ន្ធមធ្យូតមួយសំរាប់ការកំណត់អាទិភាព។
- ប្រព័ន្ធសំរាប់ការកំណត់អាទិភាពនឹងជំពាក់ជំពិន ទៅគ្រប់ថ្នាក់ទាំងអស់នៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលជាអាទិ៍ ការថែទាំផ្នែកគ្លីនិកជាប្រចាំ ផែនការនីយកម្មនៅក្នុងនិងរវាងផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី សេវានៅក្នុង ស.ស.អ និង ស.ស.ប និងការសំរេចលើថវិកាសំរាប់វិស័យសុខាភិបាល។

២. ផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពបន្តពូជ-មាតា-ទារកនិងកុមារ

ស.ប.ម.ទ.ក គឺជាអាទិភាពមួយក្នុងចំណោមអាទិភាពផ្នែកសុខភាពបួន ដែលបានកំណត់នៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ។ វឌ្ឍនភាពបានកើតមានជាទូទៅ នៅក្នុងផ្នែកស.ប.ម.ទ.ក។ ការវិវត្តន៍ជាវិជ្ជមាននេះនាំមុខដោយកត្តា២យ៉ាង: ទីមួយមានការគាំទ្រផ្នែកនយោបាយដ៏រឹងមាំដល់ការខិតខំប្រឹងប្រែង ក្នុងការត្រួតត្រាស្ថានការណ៍ជុំវិញបញ្ហាសុខភាពមាតានិងកុមារ និងទីពីរសកម្មភាពអន្តរាគមន៍នៅក្នុងសុខភាពមាតានិងកុមារមានការអភិវឌ្ឍន៍និងអនុវត្តយ៉ាងល្អរួចមកហើយ។

ការប្រើប្រាស់សេវាបានកើនឡើងចំពោះសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតានិងកុមារ ដូចជាការពិនិត្យគភ៌មុនពេលសំរាល ការសំរាលកូនដោយវេជ្ជបណ្ឌិត/ឆ្មប និងការសំរាលកូននៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល អត្រាប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យាកំណើត និងការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ប៉ុន្តែជាទូទៅនៅខ្ពស់នៅឡើយ។ សុខភាពកុមារមានភាពប្រសើរឡើងយ៉ាងខ្លាំង

រវាងឆ្នាំ២០០០និង២០០៥ អត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំនិង៥ឆ្នាំ បានថយចុះជិត ៣០%។ ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ និងស្ត្រីក៏ត្រូវបានលើកកំពស់ ប៉ុន្តែកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងគ្រិននៅតែខ្ពស់ក្នុងចំណោមប្រទេសក្នុងតំបន់។ ការគ្របដណ្តប់នៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការត្រូវបានធ្វើឱយប្រសើរឡើងគ្រប់អង់ទីហ្សែនទាំងអស់ អត្រាអាំងស៊ីដង់នៃជំងឺកញ្ជ្រឹលមានកំរិតទាបបំផុត ហើយជំងឺគ្រុនស្វិតដៃជើងត្រូវបានលុបបំបាត់ទាំងស្រុង នៅដំណាច់ឆ្នាំ ២០០០។ ទោះជាដូច្នេះក្តី ជំងឺតេតាណូសលើទារកទើបនឹងកើតនៅតែជាបញ្ហា ហើយសមាមាត្រនៃកុមារដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការពេញលេញនៅតែទាបជាងគោលដៅចំណុច។

២.១ បញ្ហាប្រឈមមុខ

ស្ថានភាពសុខភាពស្ត្រីមិនបានកែលំអ ដូចស្ថានភាពសុខភាពរបស់កុមារទេ។ អត្រាស្លាប់របស់មាតានៅតែខ្ពស់មិនអាចទទួលយកបាន ហើយការវិនិយោគក្នុងការផ្តល់សេវានឹងទាមទារជាចាំបាច់ ដើម្បីឈានទៅសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍសហសវត្ស។

តំរូវការសេវាសាធារណៈសំរាប់សុខភាពមាតានិងកុមារ មិនបានលើកើនឡើងដូចដែលបានរំពឹងទុក។ អន្តរាគមន៍នៅផ្នែកតំរូវការមានសារៈសំខាន់ណាស់ ដើម្បីលើកកំពស់ការប្រើប្រាស់សេវាដែលបានកែលំអ។ ការណ៍នេះតំរូវឱយមានការផ្តល់ "សេវាថែទាំបន្ត" សំរាប់ ស.ប.ម.ទ.ក ដែលបានកំណត់ច្បាស់លាស់ដែលគាំទ្រដោយយុទ្ធសាស្ត្រប្រាស្រយ័ទាក់ទងមានប្រសិទ្ធភាព ដើម្បីបង្កើនល្បឿននៃតំរូវការសេវា។

មានភាពខុសគ្នានៃលទ្ធផលសុខភាពមាតា និងកុមារ រវាងក្រុមអ្នកមានបំផុតនិងអ្នកក្របំផុត។ មានកំនត់សំគាល់ថាវិសមធម៌នៅក្នុងការប្រើប្រាស់សេវា និងលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាថែទាំកំពុងកើនឡើង។ សេវាសុខភាពដែលបានកែលំអឱយប្រសើរឡើង ហាក់ដូចជាផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍រួចទៅហើយដល់ក្រុមប្រជាជនទទន់ខ្សោយ។ ទិន្នន័យនៃអ.ប្រ.ស២០០៥ ស្តីអំពីលទ្ធផលសុខភាពនិងអត្រានៃការប្រើប្រាស់សេវានៅក្នុងក្រុមប្រជាជនដែលមានស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមខុសៗគ្នាកំពុងបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់ថាទិដ្ឋភាពសមធម៌នៃស.ប.ម.ទ.កត្រូវតែទទួលបានការយកចិត្តទុកដាក់ខ្លាំង។ គោលដៅចំណុចនិងសូចនាករចាំបាច់ត្រូវតែកំនត់ដើម្បីកាត់បន្ថយវិសមធម៌ក្នុងផ្នែកសុខភាពមាតានិងកុមារ។

២.២ អាទិភាព សេវាជាសារវន្ត គោលបំណង និងគោលដៅនៃស.ប.ម.ទ.កៈ

គោលបំណង១: បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់របស់មាតាទារកនិងកុមារនិងការលើកកំពស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ

គោលដៅ ១ លើកកំពស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតានិងកុមារ

២ លើកកំពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកពត៌មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជមានគុណភាព

៣ លើកកំពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសារវ័ន្តសំរាប់មាតានិងទារកនិងការប្រព្រឹត្តការថែទាំសុខភាពតាមគ្រួសារបានល្អប្រសើរ

៤ ធានានូវលទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាសុខភាពសារវ័ន្តសំរាប់កុមារនិងការប្រព្រឹត្ត ការថែទាំសុខភាពតាមគ្រួសារបានល្អប្រសើរ

អាទិភាពនិងសេវាជាសារវន្ត័

- ផែនការគ្រួសារនិងការពន្យារកំណើត
- ការពន្លូតកូនមានសុវត្ថិភាព
- សុខភាពមាតានិងកុមារ
- អាហារូបត្ថម្ភ
- ការថែទាំគភ៌មុនសំរាល
- ការទប់ស្កាត់ការចំលង HIV ពីម្តាយទៅទារក
- ការថែទាំករណីសម្ភពបន្ទាន់
- ចាក់ផ្តល់ថ្នាំបង្ការរួមទាំងការលុបបំបាត់ជំងឺកព្រៀលនិងតេតាណូស ការបញ្ចូលវ៉ាក់សាំងថ្មី
- សមាហរណកម្មការគ្រប់គ្រងជំងឺកុមារ
- ការថែទាំសារវន្ត័ដល់កុមារ
- ការស្លាប់ទារកនិងកុមារ
- សុខភាពវ័យជំទង់/យុវវ័យ
- ការអនុវត្តន៍តាមគ្រួសារ

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

ឯកសារចំបងចំនួន៤សំរាប់ស.ប.ម.ទ.ក **គឺយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ យុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ៥ឆ្នាំសំរាប់កម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ និងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិអាហារូបត្ថម្ភ**។ គោលនយោបាយនិងសេចក្តីណែនាំនៅក្នុងឯកសារទាំង ៤ នេះបានឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងសំណុំនៃការបណ្តុះបណ្តាល ស.ស.អ និង ស.ស.ប។

គោលដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រទាំង៤ នៃយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ គឺ: លើកស្ទួយគោលនយោបាយនិងបរិដ្ឋានធនធាន បង្កើននិងពង្រឹងការផ្តល់សេវាមានគុណភាព លើកកំពស់ការយល់ដឹងរបស់សហគមន៍និងបង្កើនតំរូវការលើសេវា និងពង្រីកគោលនយោបាយនិងការអភិវឌ្ឍន៍យុទ្ធសាស្ត្រផ្អែកលើភស្តុតាង។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះបង្ហាញពីសំណុំសេវាសារវន្ត័សំរាប់សុខភាពបន្តពូជ។

យុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារបង្ហាញគោលដៅយុទ្ធសាស្ត្រចំនួន៦: (១)លើកកំពស់ការសំរបសំរួលផែនការនីយកម្ម និងការតាក់តែងគោលនយោបាយ ពង្រឹងធនធានមនុស្សនិងការកសាងសមត្ថភាព (២)លើកស្ទួយសកម្មភាពសហគមន៍ ដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារ (៣)ធានាមធ្យោបាយ

ហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារ (៤)លើកស្ទួយប្រសិទ្ធភាពនិងគុណភាពក្នុងការផ្តល់សេវា និង (៥)ពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះមានបំណងសំរេចការគ្របដណ្តប់ជាសកលនៃបណ្ណ័ពិន្ទុនៃការរស់រានរបស់កុមារទាំង១២ចំណុច ។អន្តរាគមន៍នឹងយកទៅអនុវត្តតាមរយៈសំណុំសមាហរណកម្មនៃសកម្មភាពនៅចំណុចនៃការផ្តល់សេវា ។

គោលដៅរួមនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ៥ឆ្នាំសំរាប់កម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ គឺលើកកំពស់ការរស់រាននិងសុខភាពកុមារ និងគាំទ្រដល់ការសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សទី១និងទី៤ ដោយត្រួតត្រាលប់បំបាត់រាល់ជំងឺទាំងអស់ដែលអាចការពារបានដោយថ្នាំបង្ការ ដែលជាគោលដៅចំណុចនៃកម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ។យុទ្ធសាស្ត្រនេះគ្របដណ្តប់ផ្នែកយុទ្ធសាស្ត្រចំនួន៤ : (១)តាមដាននិងត្រួតត្រាជំងឺ (២) ប្រពន្ធ័សុខាភិបាលនិងការគ្រប់គ្រង (៣)ការផ្គត់ផ្គង់ការប្រាស្រយ័ទាក់ទងនិងការបណ្តុះបណ្តាលនិង (៤)ការផ្តល់សេវា

យុទ្ធសាស្ត្រជាតិអាហារូបត្ថម្ភ មានរយៈពេលពីឆ្នាំ ២០០៨-២០១៥ ហើយគោលបំណងរួមនៃយុទ្ធសាស្ត្រនេះគឺរួមចំណែកលើកកំពស់ការរស់រានរបស់មាតានិងកុមារនិងភាពប្រសើរឡើងនៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ស្ត្រីនិងកុមារ ។

ឯកសារចំបងទាំងបួនខាងលើនេះដាក់ផ្នែកកម្មវិធី ស.ប.ម.ទ.ក នៅក្នុងចំហររឹងមាំមួយដើម្បីសំរេចគោលបំណងនៅក្នុងផ្នែកនៃកម្មវិធី ។ អន្តរាគមន៍នឹងត្រូវកំណត់ឱយបានល្អនិងជាក់ស្តែង ដែលនឹងនាំឆ្ពោះទៅរកលទ្ធផលល្អ នោះគឺការគ្របដណ្តប់ជាសកលអាចនឹងសំរេចបាន បើសិនជាធនធានអាចរកបានគ្រប់គ្រាន់ ។

យុទ្ធសាស្ត្រ ផ.យ.ស.២	**សមាសភាគនិងអន្តរាគមន៍សំខាន់ៗនៃសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា-ទារក-កុមារ**
ការផ្តល់សេវា	• ការថែទាំបន្តនៃសំណុំសេវា ស.ប.ម.ទ.ក នៅមណ្ឌលសុខភាព(ស.ស.អ) និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក(ស.ស.ប) ត្រូវផ្អែកលើយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ការរស់រានរបស់កុមារ ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការអាហារូបត្ថម្ភ និងសុខភាពបន្តពូជ • យុទ្ធសាស្ត្រប្រាស្រយ័ទាក់ទងសំរាប់ ស.ប.ម.ទ.ក ដើម្បីទ្រទ្រង់ការអភិវឌ្ឍន៍សុខភាពសហគមន៍ និងបង្កើនតំរូវសេវាសារវន្ត័ផ្នែកស.ប.ម.ទ.ក • ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការអភិបាលរួមគ្នា នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដោយក្រុមបច្ចេកទេសចំរុះ • តំរៀបតំរង់សេវាជំនួយដទៃទៀតទៅតាមសេចក្តីត្រូវការនៃ ស.ប.ម.ទ.ក រួមមានមន្ទីរពិសោធន៍ ការផ្គត់ផ្គត់ឱសថ–សំភារៈបរិក្ខារ លើកស្ទួយសេវាផ្តល់ឈាមដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់ការថែទាំសម្ភពបន្ទាន់ការគ្រប់គ្រងជំងឺគ្រុនឈាម និងអាទិភាពដទៃទៀតនៃ ស.ប.ម.ទ.ក • ពង្រីកការអនុវត្តន៍គោលនយោបាយស្តីអំពីកិច្ចសន្យាសេវា

	• ពង្រឹងគំរូនៃការថែទាំបែបសមាហរណកម្ម នៃការចុះផ្តល់សេវាដល់មូលដ្ឋាន និងផ្តែកលើសហគមន៍ជាយុទ្ធសាស្រ្តបន្ទាន់ សំរាប់ការពង្រីកអន្តរាគមន៍លើសុខភាពមាតា-ទារក និងរស់រានរបស់កុមារ ពិសេសនៅតាមសហគមន៍ដែលពិបាកមកទទួលសេវានៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងធានាឱយមានការចូលរួមពីរដ្ឋអំណាចមូលដ្ឋាននិងអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត (ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ) នៅក្នុងការផ្តល់សេវា និងពត៌មានចាំបាច់សំរាប់ ស.ប.ម.ទ.ក។
ហិរញ្ញប្បទាន ការថែទាំសុខភាព	• បន្ថយឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលយកសេវាស.ប.ម.ទ.កដោយនិយតកម្មលើការបង់ថ្លៃសេវាការបញ្ចូលស.ប.ម.ទ.កទៅក្នុងកម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ ការពង្រីកការគ្របដណ្តប់មូលនិធិសមធម៌និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ និងការផ្តល់ថ្នាំបង្ការដោយមិនបង់ថ្លៃ។ • លើកទឹកចិត្តផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដល់អ្នកផ្តល់សេវានឹងការពារអតិថិជន ដើម្បីធានាដល់សមធម៌ក្នុងការផ្តល់ស.ប.ម.ទ.ក (ការផ្ទេរសាច់ប្រាក់-cash transfer ការសំរាលកូនដោយមិនបង់ថ្លៃ ផ្តល់បណ្ណ័សុខភាព-vouchers ។ល។)
ធនធានមនុស្ស សុខាភិបាល	• ការអនុវត្តន៍ពេញលេញនូវអនុសាសន៍ ដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងរបាយការណ៍ស្តីពីការពិនិត្យបច្ចេកវិទ្យាឆ្មបនិងដោយក្រុមការងារជាន់ខ្ពស់ផ្នែកបច្ចេកវិទ្យាឆ្មប • ពង្រឹងជំនាញបច្ចេកទេសនិងសមត្ថភាពនៅថ្នាក់ ស.ស.អ និង ស.ស.ប តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលមានគុណភាពនិងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយការសិក្សាអប់រំការរក្សាទុកបុគ្គលិក ការចេញអាជ្ញាបណ្ណ័ និងប្រពន្ធ័ចុះបញ្ជីកា។
ប្រពន្ធ័ពត៌មាន សុខាភិបាល	• ពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យតាមដានទិន្នន័យពាក់ពន្ធ័នឹងសមធម៌និងយែនឌ័រនៅទូទាំងខេត្ត- ក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិ។ • បង្កើនភាពពេញលេញនៃទិន្នន័យសំខាន់ៗ តាមរយៈការពង្រីកការពិនិត្យការស្លាប់របស់មាតា ដាក់ឱយប្រើប្រាស់ការពិនិត្យការស្លាប់ជុំវិញកំណើត និងសមាហរណកម្មការ ចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាននៅក្នុងប្រពន្ធ័សុខាភិបាល។
អភិបាលកិច្ច ប្រពន្ធ័សុខាភិបាល	• សេចក្តីណែនាំច្បាស់លាស់និងតំរែតំរង់ការអនុវត្តន៍ក្រមវិជ្ជាជីវៈបុគ្គលិក • គោលនយោបាយស្តីពីការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក រួមមានប្រពន្ធ័លាភការ • គោលនយោបាយស្តីអំពីអ្នកបំរើការងារសុខភាពតាមសហគមន៍ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសេចក្តីណែនាំអំពីការឱយប្រើប្រាស់ឱសថ

២.៤ គោលដៅចំណុចនិងសូចនាករនៃ ស.ប.ម.ទ.ក

គោលដៅចំណុចនិងសូចនាករ មានរៀបរាប់លំអិតនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ យុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ៥ឆ្នាំសំរាប់កម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ និងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិអាហារូបត្ថម្ភ។ វឌ្ឍនភាពចាំបាច់ត្រូវតែវាស់វែងនៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង ដើម្បីត្រួសត្រាយសកម្មនៅថ្នាក់ផ្តល់សេវា។ ប្រការនេះនឹងកាន់តែមានសារៈសំខាន់នៅពេលដែលវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការកំពុងមានវឌ្ឍនភាព។

អត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំ ក្រោម៥ឆ្នាំ និងអត្រាស្លាប់របស់មាតានៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង ត្រូវវិភាគនៅក្នុងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពទៅតាមតំបន់ជនបទនិងទីប្រជុំជនកំរិតអនក្ខរកម្ម និងកំរិតនៃភាពក្រីក្រនៅតាមខេត្ត-ក្រុង បើអាចធ្វើបាន។

សូចនាករ	ប្រចាំឆ្នាំ	ស្ទង់ ព.ស.ភ	ទិន្នន័យដើមគ្រា ២០០៥-២០០៦	គោលដៅចំណុច ២០១០ (២០១១ ព.ព.អ)	គោលដៅចំណុច ២០១៥ ការប៉ាន់ស្មាន
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
សមាមាត្រទារកដែលបានដាក់ឱ្យបៅដោះ មួយម៉ោងក្រោយកំណើត			៣៥	៤៥	៦២
សមាមាត្រទារកអាយុ០-៦ខែដែលបានទទួលការបំបៅដោះតែមួយមុខ (%)			៦០	៦៥	៧០
% នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ខ្វះទម្ងន់			៣៦	២៩	២២,៦
គិតតាមស្តង់ដារនៃការលូតលាស់ថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក			(២៩)	(២៥)	(២០)
% នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ដែលស្គមស្គាំង			៧,៣	៧	៥
% នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរ៉ាំរ៉ៃៈក្រិន			៣៧	២៨	២២
គិតតាស្តង់ដារនៃការលូតលាស់ថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក			(៤៣)	(៣៥)	(២៥)
សមាមាត្រកុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការពេញលេញ (%)			៦០	៧០	៨០
% នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានក្អកឬពិបាកដកដង្ហើមដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ			៤៨	៧០	៧៥

សមាមាត្រកុមារដែលមានជំងឺរាគដែលបានទទួលទឹកអូរ៉ាលីត (%)			៥៨	៨០	៨៥
ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល					
% នៃមណ្ឌលសុខភាពដែលបានអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ IMCI	✓		៥៦	៧៥	៨០
ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតទំនើប	✓	✓	២៧	៤០	៦០
ពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល២ដងឬច្រើនដងដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល (%)	✓	✓	៦៨	៧៣	៩០
% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួលជាតិដែក/ហ្វូលិកបន្ថែម	✓		៦៩	៧៥	៩០
% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការតេតាណូសយ៉ាងតិច២ ដង	✓		៦៩	៨៥	៩០
% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួល ART សំរាប់ PMTCT	✓	✓	៧	៤៥	៧៥
% នៃការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលមានការបណ្តុះបណ្តាល	✓	✓	៤៤	៥៥	៨០
% នៃការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	✓		២២	៤០	៧០
% នៃការសម្រាលកូនដោយការវះកាត់	✓	✓	១,៨	២,៥	៤
% នៃស្ត្រីក្រោយសម្រាលដែលបានទទួលជាតិដែក/ហ្វូលិកបន្ថែម	✓		៥៧	៨៥	៩០
% នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំដែលបានចាក់ថ្នាំបង្ការ DPT3-HepB	✓		៨២	៩២	៩៥
% នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជ្រិល	✓	✓	៧៩	៨៥	៩០
% នៃកុមារអាយុ ៦-៥៩ ខែដែលបានទទួលជីវជាតិអា ២ដូសក្នុងរយៈពេល ១២ខែចុងក្រោយ	✓		៨៣	៨៥	៩០
%នៃកុមារអាយុ៦-៥៩ ខែ ដែលបានទទួលមេបង់ដាហ្វូល រាល់៦ខែម្តង	✓		៩០	៩៨	១០០
អត្រាស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនឈាមដែលរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ	✓	✓	០,៧៤	០,៥	០,៣

ព.ស.ឆ: ការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ

ព.ព.អ: ការពិនិត្យឡើងវិញពាក់កណ្តាលអណត្តិ

៣. ផ្នែកកម្មវិធីជំងឺរបេង

ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេងគឺជាអាទិភាពមួយក្នុងចំណោមអាទិភាពផ្នែកសុខភាពដែលបានកំណត់នៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ ហើយគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សកម្ពុជាចំនួន៣ទាក់ទងនឹងជំងឺរបេង។ ប្រទេសកម្ពុជាឆ្លងកាត់កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេងដែលបានបង្ហាញថា សមិទ្ធផលដ៏ធំធេងអាចសំរេចបាននៅពេលដែលមានធនធានគ្រប់គ្រាន់។ កម្ពុជាគឺជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេសមួយចំនួនតូចក្នុងពិភពលោកដែលបានសំរេចគោលដៅចំណុច ៧/៥ និងកំពុងស្ថិតនៅលើផ្លូវឆ្ពោះទៅសំរេចបានគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សទាំងអស់ផ្នែកជំងឺរបេង។

ប្រទេសកម្ពុជាមានកម្មវិធី ប្រយុទ្ធជំងឺឆ្លង ដែលមានការដឹកនាំរឹងមាំ និងមានចក្ខុវិស័យជាយុទ្ធសាស្ត្រច្បាស់លាស់។ វឌ្ឍនភាពក្នុងការត្រួតត្រាជំងឺឆ្លងគឺកិច្ចដំណើរការនៃភាពខ្លាំងរបស់កម្មវិធី។ មានកត្តាគន្លឹះមួយចំនួនដែលរួមចំណែកដល់ជោគជយ័នេះ។ ការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភផ្អែកតាមស្នាដៃការងារបានផ្តល់នូវប្រព័ន្ធលាភការមានលក្ខណៈប្រកួតប្រជែង ហើយបានពង្រឹងដល់មូលដ្ឋានធនធានមនុស្ស។ ភាពរឹងមាំនៃការធ្វើផែនការ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃរបស់កម្មវិធី/មជ្ឈមណ្ឌលជាតិបានធ្វើឱយការប្រើប្រាស់ធនធានមានប្រសិទ្ធភាព សមាហរណកម្មខ្សែរបណ្តោយធានាឱយមានការឆ្លើយតបយ៉ាងឆាប់រហាស់សំរាប់ការត្រួតត្រាជំងឺឆ្លង។ ការកែលំអការព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថផ្សំនិងឱសថថ្មី ផ្តល់ភាពរឹងមាំដល់អន្តរាគមន៍ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ជាពិសេសជំងឺរបេង និងវិធានការការពារមានប្រសិទ្ធភាព ហើយការលើកស្ទួយការអប់រំសុខភាពស្តីពីការកាត់បន្ថយឥរិយាបទគ្រោះថ្នាក់ទទួលបានជោគជយ័ក្នុងអេដស៍។ កម្មវិធីប្រយុទ្ធជំងឺឆ្លង ដោយការឆ្លើយតបពហុវិស័យក៏ទទួលបានជោគជយ័ ដោយសារមានកិច្ចសហការគ្នាយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយវិស័យឯកជន។

នៅក្នុងអំលុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិនិងកម្មវិធីជាតិនឹងត្រូវសំរប តួនាទីនិងមុខងាររបស់ខ្លួន ដើម្បីប្រើប្រាស់ឱយអស់លទ្ធភាពនូវកម្មវិធីវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។ អង្គភាពទាំងនេះចាំបាច់ផងដែរត្រូវតែបង្ការភាពមិនប្រាកដប្រជាដែលអាចកើតមានចំពោះមូលនិធិក្រៅប្រទេស ហើយដោះស្រាយឧបសគ្គដែលកំពុងជួបប្រទះ តាមរយៈការសំរបសំរួលកាន់តែជិតស្និទ្ធថែមទៀត ការធ្វើផែនការរួមគ្នានិងការអនុវត្តន៍ជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង និងស្រុកប្រតិបត្តិ។ ការណ៍នេះនឹងធ្វើឱយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ/កម្មវិធីជាតិរក្សាបាននូវសមិទ្ធផលបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្លួន នៅពេលលើកកំពស់គុណភាពទូទៅនៃសេវា និងពង្រឹងផ្នែកសំខាន់ៗ ដូចជាមន្ទីរពិសោធន៍ សមត្ថភាពធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការតាមដានជំងឺ ការគ្រប់គ្រងការចំលងរោគ ពត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រ និងមុខងារនិយត័កម្មលើឱសថ។

៧.១ បញ្ហាប្រឈមមុខ

នៅខណៈពេលដែលតួនាទីនៃជំងឺឆ្លង នៅក្នុងបន្ទុកជំងឺនៅកម្ពុជាចុះថយ ជំងឺឆ្លងនៅមានតួនាទីចំបងដដែល ហើយតំរូវឱយរក្សានិងបង្កើនការប្រុងប្រយត្ន័។ ចាំបាច់ត្រូវមានការត្រៀមខ្លួនទុកជាមុនក្នុងកំរិតខ្ពស់ ដោយសារគ្រោះថ្នាក់នៃការលេចឡើងនូវជំងឺថ្មីៗ និងការលេចឡើងសារជាថ្មីនៃជំងឺដែលបានកើតមានរួចមកហើយ។

បញ្ហាប្រឈមមុខដ៏សំខាន់សំរាប់កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង នៅក្នុងអំលុងពេលនៃផ.យ.ស.២ រួមមាន:

- ផ្នែកចំបងខ្លះនៃការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺនៅតែខ្វះខាតមូលនិធិយ៉ាងច្រើន
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថ ពិសេសរបេងនិងគ្រុនចាញ់
- ចរាចរឱសថប្រឆាំងគ្រុនចាញ់ក្លែងក្លាយ
- ការបន្តគំរាមកំហែងដោយជំងឺដែលបានកើតមានរួចមក ហើយរាប់ទាំងជំងឺដែលបានលុបបំបាត់រួចហើយនៅកម្ពុជា ក៏ដូចជាការគំរាមកំហែងដែលកំពុងកើតមាននៃបរិបូណ៌ (ការផ្លាស់ប្តូរបំលែងរូប) នៃវីរុស
- សេរូទីបចំរុះនៃវីរុសគ្រុនឈាមគួបផ្សំនឹងការចំលងដ៏លឿននៃវីរុស តាមកំណើនប្រជាជននិងចំណាកស្រុករវាងតំបន់ជនបទ-ប្រជុំជន ព្រមទាំងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធជាមូលដ្ឋាននៅខ្វះខាត
- ការចំលងជំងឺឆ្លងកាត់ព្រំដែន ការគំរាមកំហែងនៃជំងឺឆ្លងក្នុងតំបន់និងពិភពលោក ដូចជាលទ្ធភាពនៃការចំលងជំងឺគ្រុនផ្តាសាយបក្សី
- ត្រូវការចាំបាច់ការចូលរួមរបស់រដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូដើម្បីត្រួតត្រាជំងឺហ្សូណូទិកដូចជាជំងឺឆ្កែឆ្កួត
- រក្សាការប្រុងប្រយត្ន័ដោយមិនធ្វេសប្រហែស ទប់ទល់នឹងការវិលត្រឡប់មកវិញនៃជំងឺដែលអាំងស៊ីដង់កំពុងថយចុះ ពិសេសនៅចំពោះភស្តុតាងអន្តរជាតិនៃអាំងស៊ីដង់ HIV ដែលកំពុងងើបឡើងវិញម្តងទៀត
- ផ្សារភ្ជាប់រវាងជំងឺឆ្លងនិងជំងឺមិនឆ្លង ហើយដែលត្រូវការអភិក្រមមានលក្ខណៈសមាហរណកម្ម (ដូចជា មហារីកកស្បូន មហារីកថ្លើម.....)
- ថ្លៃចំណាយដ៏ខ្ពស់លើការព្យាបាលផលវិបាកនៃជំងឺឆ្លងរ៉ាំរ៉ៃ
- ការប្រែប្រួលនៃការផ្តល់មូលនិធិក្រៅប្រទេសសំរាប់អន្តរាគមន៍ជំងឺជាក់លាក់ ក៏ដូចជាកង្វះការគាំទ្រក្រៅប្រទេសដល់ជំងឺដែលបង្ហាញពីការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរនៅកម្ពុជា
- រក្សាគុណភាពនៃអន្តរាគមន៍របស់កម្មវិធីជាតិលើជំងឺដោយឡែក២ នៅក្នុងបរិបទដែលប្រព័ន្ធសុខាភិបាលនៅទន់ខ្សោយ ពិសេសទាក់ទងនឹងធនធានមនុស្ស ការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល ការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់ឱសថ និងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺ ។

៣.២ អាទិភាព សេវាសារវន្ត គោលបំណង និងគោលដៅនៃផ្នែកកម្មវិធីជំងឺឆ្លង

គោលបំណង២: បន្ថយអត្រាឈឺនិងអត្រាស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍ របេង គ្រុនចាញ់ និងជំងឺឆ្លងដទៃទៀត

គោលដៅ ៥ កាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃHIV

៦ បង្កើនការរស់រានមានជីវិតរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/មានជំងឺអេដស៍

៧ សំរេចបានអត្រាស្រាវជ្រាវជំងឺរបេងខ្ពស់ និងរក្សាអត្រាជាសះស្បើយក៏រិតខ្ពស់នៃករណីជំងឺរបេងស្ទួតបេការិជ្ជមាន

៨ កាត់បន្ថយការស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ និងអត្រាឈឺក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ

៩ កាត់បន្ថយបន្ទុកនៃជំងឺឆ្លងដទៃទៀត

អាទិភាពនិងសេវាជាសារវន្ត

- ជំងឺឆ្លងប្រដាប់បន្តពូជ
- HI/ជំងឺអេដស៍ ជំងឺកាមរោគ
- របេង ឃ្លង់
- គ្រុនចាញ់
- គ្រុនឈាម
- រោគបណ្តាលមកពីព្រូន
- Helminthiasis, schistomosiasis
- ជំងឺដែលទើបនិងលេចឡើង ឬលេចឡើងសារជាថ្មី
- ការអនុវត្តន៍និតិក្រមសុខភាពអន្តរជាតិ (International Health Regulations)

៣.៣ ការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្រ្តផ.យ.ស.២ ក្នុងផ្នែកកម្មវិធីជំងឺឆ្លង

បញ្ហាប្រឈមមុខដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនេះផ្តល់នូវបរិបទ សំរាប់ពង្រឹងអន្តរាគមន៍នៅក្នុងអំលុងពេលនៃ ផ.យ.ស.២ ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាពនៃការគ្រប់គ្រងផ្នែកកម្មវិធីជំងឺឆ្លងនៅក្នុងក្របខណ្ឌប្រតិបត្តិរួមនៃផ.យ.ស.២ ក៏ដូចជាក្របខណ្ឌផែនការរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ/កម្មវិធីជាតិនិមួយៗនៅក្នុងផ្នែកកម្មវិធីប្រយុទ្ធជំងឺឆ្លង។ សមត្ថភាពបច្ចេកទេសដ៏រឹងមាំនៃកម្មវិធីជាតិជំងឺដោយលែកៗ អាចជួយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកម្មវិធីជាតិឱយរៀបចំនិងអនុវត្តដោយជោគជយ័នូវផែនការរបស់ខ្លួន ដែលជាកត្តារួមចំណែកដល់ជោគជយ័បច្ចុប្បន្ន។ ជាការពិតណាស់ ការរីករាលដាលនៃភាពខ្លាំងផ្នែកបច្ចេកទេសសំរាប់ប្រពន្ធ័សុខាភិបាលជាទូទៅ គឺជាភស្តុតាងជាក់ស្តែងនៅក្នុងផ្នែកផែនការនីយកម្ម ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃ។

ផ.យ.ស.២ មិនមានបំណងនឹងជំនួសផែនការយុទ្ធសាស្រ្តនៃកម្មវិធីនិមួយៗទេ ប៉ុន្តែគឺផ្តល់ឱយនូវបរិបទផែនការនីយកម្មទូទាំងប្រពន្ធ័។ ផ.យ.ស.២ ត្រូវបានកសាងឡើងនៅលើផែនការយុទ្ធសាស្រ្តដែលកំពុងអនុវត្តបច្ចុប្បន្ន។ ផ.យ.ស.២បានដាក់ចេញនូវក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្រ្តទូលំទូលាយមួយ សំរាប់វដ្តផែនការនីយកម្មនៃកម្មវិធីជាតិ។ ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តនឹងផ្តល់នូវការផ្សារភ្ជាប់គ្នារវាងការធ្វើផែនការសំរាប់ជំងឺដោយលែកៗ ប្រពន្ធ័សុខាភិបាលជាទូទៅ ជាមួយផ.យ.អ.ជនិងគោលដៅអភិវឌ្ឍសហសវត្សរកម្ពុជា។ ដូច្នេះ វាជាការចាំបាច់ត្រូវប្រើប្រាស់ផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត និងក្របខណ្ឌអនុវត្តរបស់កម្មវិធីជាតិនិមួយៗ សំរាប់អន្តរាគមន៍និងយុទ្ធសាស្រ្តលំអិតនៃកម្មវិធីជំងឺដោយលែកៗ។

ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តនៅក្នុងផ្នែកកម្មវិធីប្រយុទ្ធជំងឺឆ្លងរួមមាន ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិសំរាប់ HIV អេដស៍២០០៦-២០១០ ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិសំរាប់ប្រយុទ្ធជំងឺរបេង២០០៦-២០១០ ផែនការ

យុទ្ធសាស្ត្រ សំរាប់កម្មវិធីប្រយុទ្ធជំងឺគ្រុនចាញ់ ២០០៦-២០១០ និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ជំងឺលេចឡើងថ្មី២០០៧។

គោលបំណងទូទៅនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់ HIV អេដស៍គឺៈ(១) កាត់បន្ថយករណីចំលងថ្មីនៃ HIV (២)ផ្តល់ការថែទាំនិងការគាំទ្រដល់អ្នកផ្ទុកនិងអ្នករងគ្រោះដោយ HIV អេដស៍ និង (៣)កាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចនិងមនុស្សជាតិនៃ HIV អេដស៍លើបុគ្គលគ្រួសារ សហគមន៍និងសង្គម។ យុទ្ធសាស្ត្រចំនួន៧ត្រូវបានលើកឡើងជាមួយនឹងគោលដៅព្រមទាំងសកម្មភាព ដើម្បីគាំទ្រដល់យុទ្ធសាស្ត្រនៅក្នុងផ្នែកបង្ការ ការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ការសំរាលបន្ទុកផលប៉ះពាល់ មគ្គទេសភាពរបស់រដ្ឋាភិបាល គោលនយោបាយសាធារណៈ ពត៏មាន(ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ការវាយតំលៃនិងការស្រាវជ្រាវ) និងការកៀងគរ-បែងចែកធនធានដោយសមធម៌និងមាននិរន្តភាព។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់ប្រយុទ្ធជំងឺរបេងផ្តោតលើផ្នែកគោលនយោបាយចំនួន៧ៈ (១)មគ្គទេសភាពនៃការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេងនិងការព្យាបាលតាមរយៈ ស.ស.អ និង ស.ស.ប (២)គោលនយោបាយផែនការនិងសេចក្តីណែនាំច្បាស់លាស់ (៣)ការធានាគុណភាព (៤)ការប្រើប្រាស់ធនធានមានប្រសិទ្ធភាពនិងប្រសិទ្ធផល (៥)កៀងគរធនធាននិងការកំណត់អាទិភាព (៦)ប្រពន្ធ័ពត៏មាននិងការស្រាវជ្រាវសំរាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីនិង (៧)ភាពជាដៃគូនិងការសំរបសំរួល។ យុទ្ធសាស្ត្រសំខាន់ៗស្តីអំពីការធានានិរន្តភាព នៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាលដោយពិនិត្យផ្ទាល់ (DOTs) នៅមណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងការពង្រីកDOTs នៅតាមសហគមន៍ និងអន្តរាគមន៍លើរបេង-HIV ពង្រឹងការគ្រប់គ្រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងនិងសំភារៈមន្ទីរពិសោធន៍ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការដាក់ឱយប្រើប្រាស់ឱសថច្រើនមុខប្រឆាំងជំងឺរបេងក្នុងគ្រាប់តែមួយ (Fixed-Dose Combination) បន្តការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលរបេងនៅសេវាសាធារណៈដោយឥតបង់ថ្លៃ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់កម្មវិធីប្រយុទ្ធជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រូវបានអភិវឌ្ឍជុំវិញទិសដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទនិងការប្រាស្រយ័ទាក់ទង ការគ្របដណ្តប់នៃមុងជ្រលក់ថ្នាំការពារមូសដែលប្រើប្រាស់បានយូរអង្វែង ការពង្រីកការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលទាន់ពេលវេលា ការកសាងសមត្ថភាពភាពជាដៃគូជាមួយអង្គការជាតិនិងអន្តរជាតិដោយរាប់ពញ្ចូលទាំងសង្គមស៊ីវិលនិងការកៀងគរធនធានមនុស្សហិរញ្ញវត្ថុនិងសំភារៈ។ អន្តរាគមន៍ប្រយុទ្ធជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលត្រូវប្រកាន់យកក្នុងការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានដាក់បញ្ចូលជាបួនសំណុំ ដែលមានសមាសភាគមួយចំនួននៅក្នុងសំណុំនិមួយៗ។ **សំណុំបង្ការ**រួមមានការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទនិងការប្រាស្រយ័ទាក់ទងដែលបង្គ្រប់ដោយសេវាមុងជ្រលក់ថ្នាំការពារមូសសំរាប់ក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់និងទាប។ **សំណុំធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលទាន់ពេលវេលា** នឹងមានអន្តរាគមន៍ តាមរយៈមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ អ្នកផ្តល់សេវាឯកជននិងអ្នកធ្វើការងារគ្រុនចាញ់តាមភូមិ។ **សំណុំការស្រាវជ្រាវនិងតាមដានជំងឺ** រួមមានការតាមដានជំងឺគ្រុនចាញ់ កែលំអគុណភាពប្រពន្ធ័ពត៏មានសុខាភិបាល និងការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិ។ **សំណុំការងារ**

គ្រប់គ្រង មានការធ្វើផែនការ ការគ្រប់គ្រងនិងសំរបសំរួលធនធាន និងការពង្រឹង ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងការវាយតំលៃ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ជំងឺលេចឡើងថ្មីគឺ ផ្តោតទៅលើការពង្រឹងសមត្ថភាពជាតិសំរាប់ការតាមដាននិងត្រួតត្រាជំងឺដែលលេចឡើងថ្មី តាមរយៈការអភិវឌ្ឍន៍ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធជាតិ និងធនធានដើម្បីស្រាវជ្រាវឆ្លើយតប ត្រួតពិនិត្យតាមដាន បង្ការនិងគ្រប់គ្រងជំងឺនិងតាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលអំពីរោគវិនិច្ឆ័យ និងការស្រាវជ្រាវអំពីដើមីញូសាស្ត្ររបស់ជំងឺ។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះផ្តល់នូវយុទ្ធសាស្ត្រលំអិតគាំទ្រដល់គោលបំណង៥ : (១)ពង្រឹងក្របខណ្ឌនៃប្រពន្ធ័ប្រកាសភាពអាសន្ននៃជំងឺដែលលេចឡើងថ្មី (២)អភិវឌ្ឍយន្តការដើម្បីឆ្លើយតបចំពោះសក្តានុពលនៃភាពអាសន្នសុខភាពសាធារណៈដែលជាកង្វល់អន្តរជាតិឱយបានទាន់ពេលវេលា និងមានលក្ខណៈជាប្រពន្ធ័ (៣)ពង្រឹងសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍ជាតិសំរាប់ជំងឺលេចឡើងថ្មី (៤)ពង្រឹងការត្រួតត្រាឆ្លងរោគក្នុងអំឡុងពេលនៃការផ្ទុះរាតត្បាតនៃជំងឺ និង(៥)លើកកំពស់ការប្រាស្រយ័ទាក់ទងនិងការសំរបសំរួលជាមួយវិស័យផ្សេងៗទៀត។

ដូចបានអធិប្បាយនៅក្នុងតារាងខាងក្រោមនេះ យុទ្ធសាស្ត្រដែលបានអភិវឌ្ឍសំរាប់ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនៃជំងឺដោយលែកមានភាពចំណុះជាមួយយុទ្ធសាស្ត្រទូលំទូលាយទូទាំងវិស័យរបស់ ផ.យ.ស.២។

យុទ្ធសាស្ត្រផ.យ.ស.២ សមាសភាគ និងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រនៃជំងឺឆ្លងសំខាន់ៗ	
ការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល	• ពង្រឹងការដាក់តម្រឹម និងសម្របសម្រួលការផ្តល់សេវាតាមខ្សែបណ្តោយទៅក្នុងស.ស.អនិងស.ស.ប តាមរយៈការដាក់បញ្ចូលគោលនយោបាយកម្មវិធីការរៀបចំផែនការសកម្មភាពអភិវឌ្ឍន៍និងធនធានទៅក្នុងផែនការថ្នាក់ខេត្តក្រុងថ្នាក់ស្រុកនិងចូលរួមក្នុងការវាយតម្លៃនិងយន្តការផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់យោងតាមបែបបទធ្វើផែនការរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។ • ផ្តល់ការគាំទ្របច្ចេកទេសដល់មន្ទីរសុខាភិបាល និងស្រុកប្រតិបត្តិ ដើម្បីធ្វើការត្រួតពិនិត្យតាមដានរួមគ្នានិងការអភិបាលរួមបញ្ចូលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ • ពង្រឹងជំនាញ និងសមត្ថភាពនៅក្នុងការព្យាករណ៍ និងការកំណត់បរិមាណនៃសំភារៈបរិក្ខាពេទ្យ ជាមួយគ្នានឹងការពង្រឹងប្រព័ន្ធគាំទ្រនិងគ្រប់គ្រងឱសថ។ • ពង្រឹងការធានានិងត្រួតពិនិត្យគុណភាព ដែលទាក់ទងនឹងជំងឺឆ្លង ពិសេសពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការអនុវត្តន៍នៃវិស័យឯកជននិងការចែកចាយឱសថដែលមានឥទ្ធិពលខ្លាំង ដើម្បីជៀសវាងការវិវត្តន៍ប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ ទៅរកភាពស៊ាំរបស់មេរោគជាមួយឱសថផ្សះ–អង់ទីប៊ីយ៉ូទិក (ឱសថសម្រាប់ជំងឺរបេងនិងគ្រុនចាញ់) • គាំទ្រដល់រចនាសម្ព័ន្ធមូលដ្ឋាន (ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ–សង្កាត់–ស្រុក)និងសហគមន៍ដើម្បីដើរតួនាទី ក្នុងការលើកកម្ពស់សុខភាពជាទូទៅ (ដាក់បញ្ចូលពេញលេញជាមួយស.ប.ម.ទ.កនិងជ.ម.ឆ)រួមទាំងការចាក់ថ្នាំបង្ការ និងពិសេសសម្រាប់

	ជំងឺកាមរោគ/មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ របេង គ្រុនចាញ់ គ្រុនឈាមនិងជំងឺឆ្លងដទៃទៀត ។ • ពង្រឹងប្រព័ន្ធប្រកាសអាសន្នសម្រាប់ជំងឺដែលកើតឡើងថ្មីៗ (ការតាមដានជំងឺដោយផ្អែកលើព្រឹត្តិការណ៍ជាក់ស្តែងការតាមដានជំងឺដោយផ្អែកលើសូចនាករ) • បង្កើតយន្តការដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសក្តានុពល នៃគ្រោះអាសន្នសុខភាពសាធារណៈ ដែលជាកង្វល់ថ្នាក់អន្តរជាតិក្នុងលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធ និងទាន់ពេលវេលា (ប្រព័ន្ធឆ្លើយតបរហ័សក្រុមការងារឆ្លើយតបរហ័សថ្នាក់ខេត្តនិងថ្នាក់ជាតិការទប់ស្កាត់រហ័ស)។ • វិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរូបវន្ត និងប្រពន្ធ័ភស្តុភារ សំរាប់ការផ្តល់សេវាសមស្របដោយរាប់បញ្ចូលសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍ជាតិសម្រាប់ជំងឺដែលកើតឡើងថ្មី (បណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់ការតាមដាននិងឆ្លើយតបនឹងជំងឺដែលកើតឡើងថ្មីការពង្រឹងសមត្ថភាព/ការបណ្តុះបណ្តាលមន្ទីរពិសោធន៍ថ្នាក់កណ្តាលនិងខេត្ត គោលនយោបាយស្តីពីសេវាមន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ ការតាមដានផ្អែកលើមន្ទីរពិសោធន៍ ការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិ) អគារជំងឺរបេង មន្ទីរពិសោធន៍និងវិទ្យុសាស្រ ពង្រឹងនិងពង្រីកបណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការបណ្តុះមេរោគ ការធ្វើតេស្តរកមើលភាពកបនៃឱសថ ដើម្បីធានាដល់ការប្រើប្រាស់សេវាមន្ទីរពិសោធន៍មានគុណភាព ។ • ពង្រឹងការទប់ស្កាត់ការឆ្លងរោគក្នុងពេលផ្ទុះជំងឺ (គោលនយោបាយស្តីពីការបង្ការការឆ្លងជំងឺនិងកម្មវិធីជាតិបង្ការការឆ្លងរោគ គោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការបង្ការ ការឆ្លងរោគ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការហ្វឹកហាត់ស្តីពីការបង្ការការឆ្លងរោគសម្រាប់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ និងក្រុមឆ្លើយតបរហ័ស ប្រព័ន្ធ/ដំណើរការចែកចាយឧបករណ៍ការពារផ្ទាល់ខ្លួន ការបង្កើត/ថែទាំអគារដាក់ជំងឺដាច់ពីគ្នានៅថ្នាក់ខេត្ត–ក្រុង ។ • បង្កើនការគ្រប់ដណ្តប់ការបង្ការប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព រាប់បញ្ចូលនូវវិធានការនានានៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដូចជាការបង្ការការឆ្លងជំងឺ គ្រប់គ្រងកាកសំណល់ ព្រមទាំងការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងអន្តរាគមន៍កាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ ។ • ដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់នូវថ្នាំរួមបញ្ចូលគ្នា២,៣,៤មុខ នៃឱសថប្រឆាំងនឹងរោគរបេង ដើម្បីបង្កើនការគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាល ពីសំណាក់អ្នកជំងឺកាត់បន្ថយបន្ទុកការងាររបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងលើកកម្ពស់ការគ្រប់គ្រងឱសថព្រម

	ទាំងរក្សាការព្យាបាលដោយ DOTS បានល្អ នៅគ្រប់ថ្នាក់ដោយសំដៅលើមណ្ឌលសុខភាពពង្រីក DOTS តាមសហគមន៍ និងពង្រីកយុទ្ធសាស្ត្រ DOTS ដើម្បីឱយសហគមន៍ (សមាជិកសហគមន៍និងអតីតអ្នកជំងឺរបេង) ចូលរួមកាន់តែសកម្មថែមទៀតក្នុងការប្រយុទ្ធជំងឺរបេង។ • ផ្តល់ឧបករណ៍ dipstick/អតិសុខុមទស្សន៍ សំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលជាមួយកញ្ចប់ថ្នាំព្យាបាល artesunate និងថ្នាំព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ដទៃទៀតដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់។ dipstick និងកញ្ចប់ថ្នាំព្យាបាល artesunate នឹងផ្តល់ឱយភូមិក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់ ដោយអ្នកធ្វើការងារគ្រុនចាញ់តាមភូមិ និងការផ្សព្វផ្សាយទីផ្សារអំពីផលិតផល Malacheck និង Malarine ក្នុងវិសយ័ឯកជន។ • ផ្តល់សេវាជ្រលក់ថ្នាំមុងបន្ថែមពីរលើក សំរាប់ក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់និងទាប ចែកចាយមុងជ្រលក់ថ្នាំដែលប្រើប្រាស់បានយូរអង្វែងដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់ខ្ពស់ និងការផ្សព្វផ្សាយទីផ្សារអំពីមុងជ្រលក់ថ្នាំដែលប្រើប្រាស់បានយូរអង្វែង និងឃើតព្យាបាលក្នុងតំបន់ដែលមានចលនាប្រជាជនបណ្តោះអាសន្នទៅនៅក្នុងព្រៃ។ • ពិនិត្យសារឡើងវិញនិងកែសំរួលសេចក្តីណែនាំជាតិស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆយគ្លីនិកនិងការគ្រប់គ្រងជំងឺគ្រុនឈាម ដើម្បីប្រើប្រាស់នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្ត និងបង្កើតសេចក្តីណែនាំអនុវត្តជាក់ស្តែងព្រមទាំងផ្ទាំងរូបភាពដើម្បីជួយដល់មណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកថ្នាក់ស្រុកក្នុងការយល់ដឹងជាមុន និងការបញ្ជូនករណីគ្រុនឈាមធ្ងន់ធ្ងរ។
ហិរញ្ញប្បទានសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព	• ដាក់តម្រូវថវិកាកម្មវិធីជាមួយអាទិភាពវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០០៨-១៥ ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ធ្វើផែនការនិងកសាងថវិកានីយប្រចាំឆ្នាំ និងរយៈពេលមធ្យម និងឧបករណ៍គ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ។ • ធានាដល់ការមានធនធានសម្រាប់បន្តការផ្តល់សេវាដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់ជំងឺរបេង មេរោគអេដស៍ និងគ្រុនចាញ់។ • បង្កើនការវិភាជន៍ថវិកា ប្រកបដោយចីរភាពនិងសមធម៌សម្រាប់ការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិទៅនឹងជំងឺឆ្លង។
ធនធានមនុស្ស	• បង្កើតអភិក្រមទូលំទូលាយ និងក្នុងលក្ខណៈសម្របសម្រួល សម្រាប់កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលសមស្របទាំងការបណ្តុះបណ្តាលមុន និងក្នុងពេលបំរើការងារដោយផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើការអនុវត្តគ្លីនិកនិងសុខភាពសាធារណៈ។

	• ធ្វើវិមជ្ឈការបន្ថែមទៀតលើការបណ្តុះបណ្តាលបន្តដល់គ្រូបង្គោលថ្នាក់ខេត្ត ។ • កសាងសមត្ថភាពថ្នាក់ខេត្តនិងស្រុកទូទៅ (ឧ.ជំនាញគ្រប់គ្រង) ដើម្បីកែលំអវិធីសាស្ត្រតាមដានជំងឺ និងការត្រៀមនិងឆ្លើយតបនឹងការផ្ទុះជំងឺ ។ • ពង្រឹងសមត្ថភាពបច្ចេកទេសរបស់បុគ្គលិកថ្នាក់កណ្តាលនិងថ្នាក់ខេត្តសម្រាប់ការតាមដានជំងឺឆ្លងនិងការឆ្លើយតបនឹងការផ្ទុះជំងឺ ការបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកអេពីដេមីញ៉ូសាស្ត្រ ការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់មន្ទីរពិសោធន៍ ការបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកសម្រាប់គ្រូពេទ្យព្យាបាល ។ • រៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលបំប៉នបន្ថែមលើផ្នែកសំខាន់ៗ ដូចជាការព្យាបាលដោយត្រួតពិនិត្យផ្ទាល់ (DOTS) របេង /HIV របេងស៊ាំនឹងថ្នាំ របេងក្រៅសួត របេងកុមារ និងមន្ទីរពិសោធន៍ និងដើម្បីដាក់បញ្ចូលយុទ្ធសាស្ត្រដូតស៍ទៅក្នុងកម្មវិធីសិក្សារបស់សាលាពេទ្យ និងថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ។ • រៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការគ្រប់គ្រងជំងឺគ្រុនឈាមដល់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យនិងមណ្ឌលសុខភាព និងផ្តល់ការផ្គត់ផ្គង់សំភារៈបរិក្ខារនិងធនធានមនុស្សដល់មន្ទីរពេទ្យខេត្ត– ក្រុងទាំងអស់និងមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ស្រុកមួយចំនួនក្នុងអំលុងពេលមានផ្ទុះជំងឺគ្រុនឈាម ។
ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល	• ពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដានជំងឺ (ប្រព័ន្ធប្រកាសអាសន្នពីដំបូង) និងស្តង់ដារនៃនីតិវិធី រួមទាំងការគាំទ្រផ្នែកព័ត៌មានវិទ្យា ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនិយមន័យជំងឺ ការជូនដំណឹងជាមុន ការបញ្ជាក់ពីមន្ទីរពិសោធន៍និងនីតិវិធីឆ្លើយតប ការគូសផែនទីប្រជាជនដែលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ និងការចែករំលែកទិន្នន័យ និងការបោះពុម្ពផ្សាយ ។ • ធ្វើវិមជ្ឈការការងារតាមដាន និងត្រៀមសម្រាប់ការផ្ទុះជំងឺ ដោយមានវិធានការកណ្តាលសម្រាប់ប្រើប្រាស់ធនធានដែលមានស្រាប់នៅពេលមានផ្ទុះជំងឺ ។ • ពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យតាមដានភាពស៊ាំនៃឱសថ និងបង្កើតមណ្ឌលតាមដានភាពស៊ាំម៉ូលេគុលនៅថ្នាក់ជាតិ ។ • សមាហរណកម្មពេញលេញនៃប្រព័ន្ធរាយការណ៍ និងត្រួតពិនិត្យតាមដានរបស់កម្មវិធីទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលនៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិ ។ • បង្កើតយន្តការសម្រាប់ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីហានិភ័យ ក្នុងចំណោមនាយកដ្ឋានទាំងឡាយក្នុងក្រសួងសុខាភិបាល ។ • សមាហរណកម្មនិងសម្របសម្រួលប្រព័ន្ធតាមដានគ្លីនិក ប្រព័ន្ធតាមដានតាមមន្ទីរពិសោធន៍ និងប្រព័ន្ធតាមដានបសុសត្វ (សម្រាប់ជំងឺដែលឆ្លងពីសត្វមក

	មនុស្ស) ដែលមាននៅនឹងកន្លែងរួចទៅហើយ។
អភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល	• តំរឹមតួនាទីនិងមុខងារ និងរចនាសម្ព័ន្ធនាពេលអនាគតនៃកម្មវិធីជាតិស្របតាមវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការនិងផែនការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័នក្រសួងសុខាភិបាល។ • ប្រើប្រាស់គំរូដែលបានឯកភាពគ្នា និងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសម្រាប់ការអនុវត្តសកម្មភាពកម្មវិធីដែលបានទទួលការគាំទ្រផ្នែកថវិកាពីខាងក្រៅ ដើម្បីគាំទ្រការផ្តល់សេវាសុខភាពនៅថ្នាក់ខេត្តនិងស្រុក។ • បង្កើតនិងអនុវត្តវិធីសុខដុមនីយកម្មសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃជាផ្នែករួមនៃផែនការសកម្មភាពសុខដុមនីយកម្មការតំរៀបតំរង់ដើម្បីលទ្ធផល។ • អភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រជាតិទូលំទូលាយដោយផ្អែកលើភ័ស្តុតាងសម្រាប់ជំងឺគ្រុនឈាមរួមទាំងការប្រយុទ្ធនិងភ្នាក់ងារចម្លងការងារតាមដាន ការឆ្លើយតបនិងការផ្ទុះជំងឺការគ្រប់គ្រងករណីជំងឺនិងការអប់រំនិងការយល់ដឹងរបស់សហគមន៍។ • អភិវឌ្ឍគោលនយោបាយជាតិទូលំទូលាយមួយ និងគោលការណ៍ណែនាំបច្ចេកទេស ជាក់ស្តែងសម្រាប់ការឆ្លើយតបនឹងគ្រោះអាសន្ននិងគ្រោះមហន្តរាយ។ • គោលនយោបាយស្តីពីការអនុវត្តន៍ក្នុងវិស័យឯកជនសម្រាប់ការចែកចាយឱសថដើម្បីកាត់បន្ថយការវិវត្តន៍ទៅជាការស៊ាំនឹងអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកនិងឱសថគ្រុនចាញ់។ • មគ្គុទ្ទេសក៍ភាពប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនៃវិស័យរដ្ឋ និងវិស័យក្រៅរដ្ឋាភិបាលសម្រាប់ការអនុវត្តន៍ការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ នៅថ្នាក់កណ្តាលនិងថ្នាក់មូលដ្ឋាន។ • បង្កើនលទ្ធភាពទទួលបានព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកតាក់តែងគោលនយោបាយ និងអ្នករៀបចំផែនការកម្មវិធី តាមរយៈការតាមដាន ការវាយតម្លៃ និងការស្រាវជ្រាវ។ • សហការជាមួយក្រសួងកសិកម្ម រុក្ខាប្រមាញ់ និងនេសាទ ក៏ដូចជាផ្នែកឯកជនដែលពាក់ព័ន្ធ បង្កើតយន្តការមួយសម្រាប់ដោះស្រាយការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្កែឆ្កួត និងជំងឺដែលឆ្លងពីសត្វមកមនុស្សផ្សេងៗទៀត។ • ការចូលរួមអន្តរវិស័យសម្រាប់មគ្គុទេសក៏ភាពសុខាភិបាល រួមទាំងជាពិសេសទឹក ស្អាតនិងអនាម័យ និងការកំចាត់ភ្នាក់ងារចម្លងរោគ។ • អភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រនិងផែនការជាក់លាក់ ដើម្បីឱ្យផ្នែកឯកជនចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពកំចាត់ជំងឺរបេងក៏ដូចជាយុទ្ធសាស្ត្រនិងផែនការដើម្បីដោះស្រាយជំងឺរបេងស្ទួត អវិជ្ជមានបេកា ជំងឺរបេងក្រៅសួត ជំងឺរបេងដែលស៊ាំនឹងថ្នាំ និងជំងឺរបេងកុមារ។ • ធ្វើការអង្កេតដែលសំខាន់សម្រាប់ការកំចាត់រោគរបេង ដូចជាការអង្កេតស្តីពី

	អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេង ការអង្កេតស្តីពីភាពស៊ាំនឹងថ្នាំរបស់ជំងឺរបេង ។ល។ និងរៀបចំ ការសិក្សាផ្សេងៗទៀត រួមទាំងការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិ/គ្លីនិកស្តីពី ឥរិយាបថស្វែងរក ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺរបេង ផលប៉ះពាល់នៃជំងឺរបេងទៅលើការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ចសង្គម ។ល។ • បន្តការស្រាវជ្រាវការព្យាបាលគ្រុនចាញ់ដោយ artesunate តាមរយៈការសិក្សាតាមដានភាពស៊ាំនៃឱសថ ។ • ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពសេចក្តីណែនាំព្យាបាលដោយផ្អែកលើភស្តុតាងដែលលេចឡើង ។ • ពង្រឹងក្របខ័ណ្ឌនៃប្រព័ន្ធប្រកាសអាសន្នពីដំបូង សម្រាប់ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង និងការជូនដំណឹងជាមុន ដោយការពិនិត្យឡើងវិញ/ការបង្កើត/ការអនុម័តច្បាប់ និងគោលនយោបាយជាតិដោយពិចារណាអំពីនិយ័តកម្មសុខភាពអន្តរជាតិដែលទើបកែសម្រួលថ្មី ។

៣.៤ គោលដៅចំណុចនិងសូចនាករនៃផ្នែកកម្មវិធីជំងឺឆ្លង

សូចនាករ	ប្រចាំឆ្នាំ	ព.ស.ភ ស្នូល	ទិន្នន័យដើមគ្រា ២០០៧-២០០៨	គោលដៅចំណុច ២០១០ (២០១១ ព.ព.អ)	គោលដៅចំណុច ២០១៥ ការវាយតម្លៃ
ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា					
អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សអាយុ១៥-៤៩			០,៦ ០,៩	< ០,៦ < ០,៩	< ០,៦ < 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 និងស្ម័គ្រចិត្តដែលដំណើរការនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងវិស័យមិនគិតផលកម្រៃ	✓		១៩៤	២៥០	>២៥០
៉ នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលប្រើឱសថពន្យាជីវិតនៅរស់ក្រោយការព្យាបាលរយៈពេល ១២ខែ	✓	✓	គ.ព	>៨៥	> ៨៥
អត្រាស្រាវជ្រាវករណីជំងឺរបេងស្ងួត បេកាវិជ្ជមាន (៉)	✓	✓	៦៦	>៧០	>៧០
អត្រាជាសះស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង (៉)	✓	✓	>៨៥	>៨៥	>៨៥
អាំងស៊ីដង់គ្រុនចាញ់ក្នុងមនុស្ស ១.០០០ នាក់ដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល			៤,២	៣,៥៨	២,១៦

ចំនួនករណី គ្រុនចាញ់ដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល សាធារណ:ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.០០០ នាក់	✓	✓	៤	៣,៥	៣
% នៃគ្រួសាររស់នៅតំបន់ជំងឺគុនចាញ់ខ្ពស់ (១គ.មពីព្រៃ)នៃខេត្ត-ក្រុងទាំង ២០ ដែលមានមុងជ្រលក់ថ្នាំគ្រប់គ្រាន់ (មុង១សំរាប់មនុស្ស២នាក់)	✓		៦៤	៨៥	៩៥
អត្រាស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនឈាមរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល			០,៧៤	០,៥	០,៣

គ.ព: គ្មានពត៌មាន

៤. ផ្នែកកម្មវិធីជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត

គ្រោះថ្នាក់គឺជាមូលហេតុនាំមុខមួយនៃមរណ:ភាពសម្រាប់កុមារ ។សុខភាពផ្លូវចិត្តនិងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនអាចជាកត្តាពាក់ព័ន្ធធ្ងន់ធ្ងរចំពោះការរំលោភនិងអំពើហឹង្សាប្រឆាំងស្ត្រីនិងកុមារ ។ អត្រាឈឺដោយសារជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្វើឱ្យផលិតភាពធ្លាក់ចុះ ហើយថ្លៃចំណាយលើការមកព្យាបាលយឺតយ៉ាវ ដូចជាជំងឺលើសឈាមនិងទឹកនោមផ្អែមអាចជាមូលហេតុធ្វើឱ្យមហន្តរាយដល់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប ។ ជំងឺទឹកនោមផ្អែមគឺជាកត្តាមួយដែលរួមចំណែកដល់ផលវិបាកក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។ បញ្ហាសុខភាពផ្សេងៗទៀតគឺពាក់ព័ន្ធទៅនឹងភាពបំពុលនៃបរិស្ថាននិងការផ្លាស់ប្តូរអាកាសធាតុជាសកលកង្វះអនាម័យនិងភាពស្អាត ក៏ដូចជាលទ្ធភាពទទួលបានទឹកស្អាត ។

ជំងឺមិនឆ្លងនឹងបង្កជាបន្ទុកកាន់តែខ្លាំងមួយដល់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទាំងមូលហើយនឹងក្លាយជាបញ្ហាដែលគេអាចមើលឃើញកាន់ច្បាស់មួយនៅក្នុងរយ:ពេលប៉ុន្មានឆ្នាំខាងមុខនេះ ។

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

៤.១ បញ្ហាប្រឈមមុខ

បញ្ហាដែលកាន់តែធំមួយសម្រាប់សេវាសុខភាពកម្ពុជា គឺការចេះតែកើនឡើងនៃការឈឺនិងការស្លាប់នៃប្រជាជនកម្ពុជាដែលបណ្តាលមកពីជំងឺមិនឆ្លង **មុនពេល**មានការថយចុះស្របគ្នានៃជំងឺឆ្លងកើតមាន

ខ. ការលេចឡើងបន្ទុកទ្វេនៃជំងឺ ។

ការកើនឡើងនៃជំងឺមិនឆ្លងដែលបានចុះបញ្ជីគឺត្រូវបានពន្យល់ដោយកត្តាជាច្រើនដូចជា:

- កត្តានៃការផ្លាស់ប្តូររបៀបរស់នៅនិងការប្រព្រឹត្តិ“ ឥរិយាបទប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់” ដូចជាការជក់បារី ការផ្លាស់ប្តូរទម្លាប់នៃការហូបចុក ការផឹកគ្រឿងស្រវឹង ការប្រើថ្នាំញៀន

បន្តិចម្តងៗនឹងនាំឱ្យកើនជាលំដាប់នូវអត្រាអាំងស៊ីដង់ និងប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺ បេះដូង-សរសៃឈាម រួមមានជំងឺលើសឈាម ជំងឺមហារីក ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល។

- ការកែលំអការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការកែលំអលទ្ធភាពទទួលយកការថែទាំសុខភាព នឹងរកឃើញនូវជំងឺមិនឆ្លងដែលកាលពីមុនរកមិនឃើញ។
- ក្នុងខណៈដែលមិនមានសកម្មភាពទប់ស្កាត់ ការរីកលូតលាស់នៃតំបន់ទីក្រុង និងការកើនឡើងនៃចរាចរនឹងរួមចំណែកគ្នាធ្វើឱ្យមានការកើនឡើងករណីគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍តាមផ្លូវ និងការកើនឡើងនៃជំងឺដែលបណ្តាលមកពីបរិស្ថានមិនស្អាត។
- ជំងឺមិនឆ្លងនឹងលេចឡើងពីចំណោមប្រជាជនដែលមានអាយុច្រើន និងបណ្តាលឱ្យមានកម្រិតកាន់តែខ្ពស់នៃជំងឺដែលទាក់ទងនឹងសរសៃប្រសាទជាឧទាហរណ៍។ ពិការភាពដែលបណ្តាលមកពីជំងឺភ្នែកនិងរលាកសន្លាក់ ក៏បណ្តាលឱ្យមានការកើនឡើងនូវបន្ទុកនិងក្លាយទៅជាបន្ទុកដ៏សំខាន់មួយចំពោះបុគ្គល និងសេវាសុខភាពនានាផងដែរ។
- ការផ្លាស់ប្តូរការយល់ដឹង និងតម្លៃអាចធ្វើឱ្យជំងឺផ្លូវចិត្តមានកាន់តែច្រើន ដែលទាមទារនូវអន្តរាគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។
- កំណើនសេដ្ឋកិច្ចឆាប់រហ័សនិងឧស្សាហកម្មវូបនីយកម្ម ធ្វើឱ្យមានការកើនឡើងនៃការគំរាមកំហែងដល់សុខភាពបរិស្ថាន។

កំណើនប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺមិនឆ្លងនឹងដើរតួសំខាន់មួយ សម្រាប់ការឆ្លើយតបនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដោយសារហេតុផលបីយ៉ាង:

- សេវាសុខភាពសព្វថ្ងៃ គឺត្រូវបានបំពាក់សម្ភារៈល្អបំផុត សម្រាប់ការដោះស្រាយជំងឺឆ្លង និងការថែទាំសុខភាពមាតានិងទារក។ ដើម្បីដោះស្រាយកំណើនយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃជំងឺមិនឆ្លងឱ្យបានក្នុងរយៈពេលខ្លីមួយ គឺត្រូវការប្រមូលផ្តុំបទពិសោធន៍គ្លីនិក និងបង្កើតទៅជាគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក បង្រៀនបុគ្គលិកសារឡើងវិញ និងធ្វើឱ្យសាធារណៈជនយល់ដឹងពីលទ្ធភាពដែលអាចទទួលរងគ្រោះដោយជំងឺទាំងនេះ។
- ជាញឹកញាប់ទាមទារការព្យាបាលមួយជីវិត និងចំណាយច្រើនទាំងសម្រាប់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងសម្រាប់អ្នកជំងឺ។ទិដ្ឋភាពនៃការចំណាយលើជំងឺមិនឆ្លងនឹងក្លាយទៅជាសមាសធាតុសំខាន់មួយ ក្នុងការបង្កើតឡើងនូវសមាសធាតុធានារ៉ាប់រងនានានៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល។វិធានការអាទិភាវូបនីយកម្មដែលបានពិភាក្សាខាងលើ គឺមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ ដើម្បីសម្រេចបានថវិកាសមស្របសម្រាប់ជំងឺមិនឆ្លង ក្នុងការបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកនៅក្នុងកម្មវិធីឱសថនិងក្នុងការតាក់តែងវិធានការការពារ។

- ជំងឺមិនឆ្លងជាច្រើនអាចទប់ស្កាត់បានដោយប្រើវិធានការការពារ។ វិធានការទាំងនោះទាមទារការសហការកម្រិតខ្ពស់មួយរវាងក្រសួងនានា និងវិស័យនៅក្នុងវិធីសាស្ត្រពហុវិស័យ។ "ពហុវិស័យ" បែបនេះជារឿយៗមានការលំបាកដោយសារភាពផ្ទុយគ្នានៃគោលដៅក្នុងវិស័យ និងទាមទារឱយមានការចែកចាយព័ត៌មាន ស្តីអំពីផលលំបាកនៃវិធានការគោលនយោបាយ និងការវិនិយោគ។

៤.២ អាទិភាព សេវាសារវន្ត គោលបំណង និងគោលដៅនៃផ្នែកកម្មវិធីជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពផងទៃទៀត

គោលបំណង៣: បន្ថយបន្ទុកជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពផងទៃទៀត	
គោលដៅ	១០ កាត់បន្ថយឥរិយាបទគ្រោះថ្នាក់នាំទៅរកជំងឺមិនឆ្លង: ទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង-សរសៃរឈាម មហារីកសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់និងរបួស ការថែទាំភ្នែក សុខភាពមាត់ធ្មេញ ។ល។
	១១ លើកកំពស់លទ្ធភាពមកទទួលយកសេវាព្យាបាល និងការស្តារនិតិសម្បទាបង្ករឡើងដោយជំងឺមិនឆ្លង: ទឹកនោម ផ្អែម ជំងឺបេះដូង-សរសៃរឈាម មហារីកសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន គ្រោះថ្នាក់ និងរបួស ការថែទាំភ្នែក សុខភាពមាត់ធ្មេញ។ល។
	១២ ធានាដំណើរការមុខងារសារវ័ន្តនៃសុខភាពសាធារណ: សុខភាពបរិស្ថាន សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ ការគ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយ និងការត្រៀមលក្ខណ: (សំរាប់គ្រាអាសន្ន)។

អាទិភាពនិងសេវាផាសារវន្ត

- ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- ជំងឺមហារីក
- ជំងឺសរសៃរឈាមនិងបេះដូង
- សុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការ ប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន
- ការបង្ការជំងឺខ្វាក់
- សុខភាពមាត់ធ្មេញ
- ហានិភយ័សុខភាពបរិស្ថាន
- របួស គ្រោះថ្នាក់
- សុខភាពការងារ
- ការស្តារនីតិសម្បទា
- រោគមនុស្សចាស់
- សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ
- ថ្នាំជក់

៤.៣ ការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រផ.យ.ស.២ ក្នុងផ្នែកកម្មវិធីជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀត

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ជ.ម.ឆ ពាក់ព័ន្ធដែលកំពុងអភិវឌ្ឍបច្ចុប្បន្ននេះនិងត្រូវបញ្ចប់ក្នុងពេលខាងមុខរួមមាន :ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់ជ.ម.ឆ២០០៧-២០១០ ផែនការសកម្មភាពជាតិស្តីពីសុខភាពបរិដ្ឋាន២០០៧-២០១០ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពផ្លូវចិត្ត២០០៨-២០១២ និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសកម្មភាពជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងថ្នាំជក់។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជ.ម.ឆផ្តល់នូវក្របខណ្ឌកំរតិខ្ពស់សំរាប់ការធ្វើផែនការអំពីជ.ម.ឆទាំងអស់។ ផែនការនេះមានគោលបំណង៤: (១)ពង្រឹងការគ្រប់គ្រងស្ថាប័ន និងអនុវត្តរចនាសម្ពន្ធ័សំរាប់ជ.ម.ឆ (២)អភិវឌ្ឍប្រព័ន្ធតាមដានជ.ម.ឆ (៣)កាត់បន្ថយកត្តាគ្រោះថ្នាក់របស់ប្រជាជន (៤)សមធម៌នៃជ.ម.ឆ ឈរលើមូលដ្ឋានប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។

ផែនការសកម្មភាពជាតិស្តីពីសុខភាពបរិដ្ឋាន២០០៧-២០១០ និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសកម្មភាពជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងថ្នាំជក់ គឺជាផែនការអន្តរវិស័យ មិនគ្រាន់តែមានការចូលរួមពីក្រសួងសុខាភិបាលប៉ុណ្ណោះទេ គឺមានទាំងពីក្រសួងនិងអាជ្ញាធរជាតិដទៃទៀតដោយរាប់ទាំងក្រសួងបរិស្ថាន អប់រំ-យុវជននិងកីឡា ការងារ-បណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ ពាណិជ្ជកម្ម យុត្តិធម៌ ធនធានទឹក រដ្ឋសភាជាតិ និងគណៈកម្មាធិការជាតិគ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយ។ ផ្នែកជាអាទិភាពចំនួន៨នៃបរិដ្ឋាន ត្រូវបានកំណត់សំរាប់ប្រទេសកម្ពុជាហើយដែលយុទ្ធសាស្ត្រនិងអន្តរាគមន៍អន្តរវិស័យបាននឹងកំពុងអភិវឌ្ឍ។ ផ្នែកទាំងអស់នោះគឺ: ការផ្គត់ផ្គង់ទឹកនិង គុណភាពទឹក អនាមយ័និងភាពស្អាត គុណភាពខ្យល់ កាកសំណល់រឹងសារជាតិពុលនិងគ្រោះថ្នាក់សុខភាពវិជ្ជាជីវៈការផ្លាស់ប្តូរអាកាសធាតុនិងប្រព័ន្ធអេកូ គ្រោះមហន្តរាយ និងសង្គ្រោះបន្ទាន់។

សេចក្តីព្រាងនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពផ្លូវចិត្ត២០០៨-២០១២ បានកំណត់គោលដៅចំបង ៣:(១)ពង្រីក និងលើកកំពស់ការចែកចាយដោយសមធម៌នូវសេវាព្យាបាល បង្ការ និងលើកកំពស់សុខភាពជាមូលដ្ឋាន តាមរយៈស.ស.អ នៅមណ្ឌលសុខភាពនិង ស.ស.ប នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ (២)កែលំអគុណភាពនៃការបណ្តុះបណ្តាលមុននិងក្រោយបញ្ចប់ការសិក្សា និងការបណ្តុះបណ្តាលលើការថែទាំ បែងចែកបុគ្គលិកដោយសមធម៌ បង្កើនបៀវត្សតាមរយៈកំណែទំរង់បៀវត្សរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល និងវិធានការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក (៣)អភិវឌ្ឍច្បាប់និងគោលនយោបាយ ព្រមទាំងពង្រឹងរចនាសម្ពន្ធ័ស្ថាប័នសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដើម្បីលើកស្ទួយការផ្តល់សេវា ការធ្វើផែនការ និងការសំរបសំរួលមានប្រសិទ្ធភាព។ អន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រ សំរាប់គោលដៅនិមួយៗ ត្រូវបានអភិវឌ្ឍទៅតាមយុទ្ធសាស្ត្រទាំង៥ របស់ .យ.ស.២ ដើម្បីធានាដល់ការតំរៀបតំរង់យ៉ាងជិតស្និទ្ធទៅនឹងមជ្ឈមណ្ឌល/កម្មវិធីដទៃទៀតរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ហើយអនុញ្ញាតិឱយមានការបំពេញបន្ថែមកំលាំងគ្នាទៅវិញទៅមកសំរាប់ផ្នែកសំខាន់ៗដែលមានការខ្វះខាតធនធាន។

ស្របតាមផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីជំងឺមិនឆ្លង ការធ្វើកម្មវិធីត្រូវតែផ្តោតជាសំខាន់លើវិធានការការពារ។ យុទ្ធសាស្ត្របង្ការត្រូវការចាំបាច់នូវសេចក្តីណែនាំថ្នាក់ជាតិរឹងមាំ ហើយស្របទៅតាមបទដ្ឋានស្តង់ដារនិងគំរូអន្តរជាតិ។បន្ថែមលើសនេះទៀតម៉្យដែលជាតិក៏ត្រូវបង្កើតដែរ។ អនុសញ្ញាស្តីពីថ្នាំជក់គឺជាចំណុចចាប់ផ្តើមមួយ ក្នុងចំណោមចំណុចចាប់ផ្តើមជាច្រើនទៀត ដើម្បីបង្កើតឡើងនូវគោលការណ៍ណែនាំទាំងនោះ។ គោលការណ៍ណែនាំត្រូវតែមានលក្ខណៈឆ្លងវិស័យ។ ក្រសួងសុខាភិបាលត្រូវតែជាចំណុចគោលសម្រាប់ ការសហការអន្តរក្រសួង ដើម្បីនាំយកទិដ្ឋភាពនៃការការពារជំងឺទៅបង្កើតជាគោលនយោបាយដែលអាចប្រើបាននៅគ្រប់ក្រសួងទាំងអស់។

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

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

កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងនានា ក្នុងការធ្វើអង្កេតពីការវិវត្តន៍អេពីដេមីសាស្ត្រនៃជំងឺមិនឆ្លង និងត្រូវការនូវប្រភពធនធានដែលមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល។

យុទ្ធសាស្ត្រផ.យ.ស.២	**សមាសភាគនិងអន្តរាគមន៍សំខាន់ៗនៃផ្នែកកម្មវិធីជំងឺមិនឆ្លង**
ការផ្តល់សេវាសុខភាព	• ពង្រឹងការបង្ការតាមរយៈសកម្មភាពអប់រំលើកកំពស់សុខភាពសំរាប់ជ.ម.ឆ ក្នុងនេះរួមមានលើកកំពស់ការយល់ដឹងនិងរបៀបរបបរស់នៅមានសុខភាពល្អ • ពង្រឹងការពិនិត្យរកនិងការគ្រប់គ្រងជំងឺមិនឆ្លង នៅក្នុងស.ស.អនិងស.ស.ប និងតាមរយៈប្រពន្ធ័បញ្ជូនជំងឺរឹងមាំ និងការអភិវឌ្ឍន៍ការថែទាំបន្តគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសំរាប់ជ.ម.ឆ ដោយរួមមានសេចក្តីណែនាំស្តីពីការព្យាបាលនិងការស្តារនិតិសម្បទា។ • តំរៀបតំរង់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងសេវាសំរាប់ក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់តាមរយៈផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាលដោយមានទិន្នន័យស្តីពីសេចក្តីត្រូវការនៃការផ្តល់សេវាដែលរំពឹងទុករួមមានគ្រោះថ្នាក់ចរាចរនិងការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់។

	• អភិវឌ្ឍ និងពង្រីកសេវាឯកទេសសំរាប់សុខភាពផ្លូវចិត្ត ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន តាមរយៈសកម្មភាពអប់រំសុខភាពនិងបង្ការនៅគ្រប់ខេត្ត-ក្រុង ពង្រីកសេវាសំរាកព្យាបាល និងពិនិត្យជំងឺផ្លូវចិត្តនៅថ្នាក់ស.ស.ប.កំរិត៣ ទាំងអស់ លើកកំពស់ការគ្របដណ្តប់សេវាជំងឺផ្លូវចិត្ត នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកស.ស.ប.កំរិត១និង២ និងបង្កើតមណ្ឌលស្តារនិតិសម្បទាជំងឺផ្លូវចិត្តថ្នាក់តំបន់បន្ថែមមួយថ្មីទៀតនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកស.ស.ប.កំរិត៣។ • អភិវឌ្ឍ អនុវត្តពិធីសារ សេចក្តីណែនាំអនុវត្តគ្លីនិក និតិក្រម បទដ្ឋាននៃការថែទាំក្រមសីលធម៌នៃការអនុវត្តន៍គ្លីនិកផ្នែកព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្តរាប់ទាំងគំរូនៃការអនុវត្តន៍គ្លីនិកនិងសេចក្តីណែនាំក្រមសីលធម៌ក្នុងជំងឺផ្លូវចិត្តសំរាប់ប្រើប្រាស់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតនិងគិលានុប្បដ្ឋាកយិកាបំពេញការងារក្នុងផ្នែកជំងឺផ្លូវចិត្ត។ • អភិវឌ្ឍគោលនយោបាយជាតិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងសេចក្តីណែនាំបច្ចេកទេសសំរាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់និងការឆ្លើយតបនឹងគ្រោះមហន្តរាយ។
ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព	• កាត់បន្ថយឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុចំពោះការពិនិត្យរក និងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង ដោយធ្វើការនិយ័តកម្មទៅលើគម្រោងថ្លៃសេវាការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ និងការពង្រីកគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហគមន៍ ជាវិធានការរយៈពេលមធ្យមមួយ មុនពេលអនុវត្តប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គមជាសកល។ • កៀងគរធនធានបន្ថែម ដើម្បីគ្របដណ្តប់ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ការបង្ការជំងឺមិនឆ្លង ការលើកកំពស់សុខភាព និងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀតដូចជាគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ។
ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល	• លើកកម្ពស់ជំនាញបច្ចេកទេស និងសមត្ថភាពជំងឺសម្រាប់ការគ្រប់គ្រង និងការបង្ការជំងឺមិនឆ្លង តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលនិងការអប់រំប្រកបដោយគុណភាព ការរក្សាបុគ្គលិកទុក ការផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណ និងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីនិងវិធានការគាំទ្រផ្សេងៗទៀត ។ • បង្កើតនូវអភិក្រមទូលំទូលាយ មានលក្ខណៈសម្របសម្រួល សម្រាប់កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលជំងឺមិនឆ្លង ដោយផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់កាន់តែច្រើនថែមទៀតលើការអនុវត្តន៍គ្លីនិកនិងសុខភាពសាធារណៈ ពិសេសការបង្ការ ។ • ដាក់ឱយមានយ៉ាងហោចណាស់ “គ្រូពេទ្យព្យាបាល” ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលរយៈ៣ខែផ្នែកវិកលវិទ្យា នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកកំរិត២ទាំងអស់ និងបែងចែកឡើងវិញគិលានុប្បដ្ឋាកយិកា ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល

	រយៈ៣ខែ ផ្នែកវិកលវិទ្យានិង “គ្រូពេទ្យព្យាបាល” (ជាង៤០០នាក់)ដែលបច្ចុប្បន្នមិនបំរើការក្នុងផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដើម្បីធ្វើឱយមានសមធម៌ក្នុងការចែកចាយសេវាទៅកាន់កន្លែងដែលខ្វះខាតសេវាបំរើ។
ប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល	• បង្កើតប្រព័ន្ធតាមដាន និងរាយការណ៍អំពីករណី និងការឆ្លើយតបចំពោះជំងឺមិនឆ្លង រួមទាំងគ្រោះថ្នាក់និងរបួស ។ • កែសម្រួល និងពង្រឹងការគ្រប់គ្រងកំណត់ត្រាអ្នកជំងឺ (កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ ការរក្សាទុកនិងការយកមកប្រើ) នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ រួមទាំងការដាក់កូដ ICD ។ • បង្កើតប្រពន្ធ័ពត៌មានវិទ្យាផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តសំរាប់ការស្រាវជ្រាវការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការងារនិងការទទួលខុសត្រូវ។ • អភិវឌ្ឍប្រពន្ធ័តាមដាន ដើម្បីត្រួតពិនិត្យតាមដានប្រេវ៉ាឡង់នៃការជក់បារីនិងផលប៉ះពាល់នៃគោលនយោបាយ។
អភិបាលកិច្ចប្រពន្ធ័សុខាភិបាល	• អនុវត្តការពិនិត្យវាយតំលៃគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីបន្ទុកជំងឺដើម្បីធ្វើជាមូលដ្ឋានសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍គោលនយោបាយស្តីពីជំងឺមិនឆ្លង។ • ពង្រឹងខ្លាំងក្លា ការចូលរួមអន្តរវិសយ័សំរាប់មគ្គុទេសភាព ក្នុងវិសយ័សុខាភិបាលនិងលើកកំពស់ការយល់ដឹងអំពីជ.ម.ឆនិងការបង្ការ ដោយផ្តោតចំបងលើគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម សុខភាពផ្លូវចិត្តនិងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន សម្ពាធឈាមខ្ពស់ ។ល។ • ក្នុងភាពជាដៃគូជាមួយក្រសួងពាក់ពន្ធ័នានា ពង្រឹងវិធានច្បាប់ថ្នាំជក់-គ្រឿងស្រវឹងក្នុងនេះមានការអភិវឌ្ឍន៍និតិក្រមដែលពាក់ពន្ធ័សំរាប់ការអនុវត្តន៏ច្បាប់ស្តីពីការគ្រប់គ្រងថ្នាំជក់ ដោយនិយតកម្មការគ្មានផ្សែងបារីកន្លែងធ្វើការនិងទីសាធារណៈ ព្រមទាំងយន្តការនិងវិធានការផាកពិនយ័។ • អភិវឌ្ឍគោលនយោបាយសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដើម្បីធានាឱយមានការអភិវឌ្ឍន៏សេវាជំងឺផ្លូវចិត្តប្រកបដោយសុខដុមនីយកម្ម និងមានសណ្តាប់ធ្នាប់ និងអភិវឌ្ឍច្បាប់សំរាប់សុខភាពផ្លូវចិត្ត ដើម្បីនិយតកម្មការអនុវត្តន៏សេវាជំងឺផ្លូវចិត្ត ការថែទាំជំងឺផ្លូវចិត្តនិងការចងសម្ពន្ធ័ភាពវិជ្ជាជីវៈ និងការការពារទាំងអ្នកជំងឺនិងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកវិកលវិទ្យា។ • អភិវឌ្ឍគោលនយោបាយដើម្បីការពារក្រុមប្រជាជនងាយរងគ្រោះ ដូចជាស្ត្រីនិងកុមារ ដោយសាររបួសនិងអំពើហិង្សា។ • អភិវឌ្ឍគោលនយោបាយស្តីអំពីសុខភាពបរិដ្ឋាននិងយុទ្ធសាស្ត្រនានាដែល

	ពាក់ពន្ធ័ក្នុងនេះមានគោលនយោបាយស្តីអំពីការវាយតំលៃផលប៉ះពាល់លើសុខភាពពីការអភិវឌ្ឍន៍និងគំរោងផ្សេងៗ។

៩.៤ គោលដៅចំណុចនិងសូចនាករនៃផ្នែកកម្មវិធីជំងឺមិនឆ្លងនិងបញ្ហាសុខភាពដទៃទៀត

សូចនាករ	ប្រចាំឆ្នាំ	ព.ស.ស ឆ្នាំ	ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន ២០០៥-២០០៦	គោលដៅចំណុច ២០១០ (២០១១ ព.ព.ស)	គោលដៅចំណុច ២០១៥ ការវាយតម្លៃ
ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា					
៖ នៃការស្លាប់ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍			៣,៥	៣,០	២,៨
ប្រពន្ធ័ពត៌មានសុខាភិបាល					
៖ នៃអ្នករបួសដែលមានការប៉ះទង្គិចក្បាលដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ដែលបានទទួលការព្យាបាល	✓	✓	៤១	៣៨	៣៥
អាំងស៊ីដង់នៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនលើមនុស្ស ១០.០០០នាក់ ដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ	✓		២៥	២១	១២,៥
ប្រេវាឡង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែមលើមនុស្សពេញវ័យដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ	✓	✓	២	<២	<២
អាំងស៊ីដង់នៃជំងឺលើសឈាមក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.០០០ នាក់	✓		២០	១៩	១៥
៖ នៃមនុស្សពេញវ័យជក់បារី បុរស/ស្ត្រី	✓		៥៤/៩	៤៩/៤	៤៤/២
អត្រានៃការងងឹតភ្នែក (៖)	✓		១,២	០,៥	<០,៣
៖ នៃកុមារដែលមានធ្មេញពុកមិនបានប៉ះ	✓		៨,៩	<៥	<៥
ចំនួននៃករណីជំងឺផ្លូវចិត្តដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	✓	✓	១០.០០០	១៩.០០០	២៨.០០០
ចំនួនអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការព្យាបាលជំនួសដោយ Opioids	✓		១០០	៤០០	១.២០០

ជំពូក ៦

ក្របខណ្ឌនៃការអនុវត្តន៍ ត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃ

- អភិក្រមជំហានៗ
- ក្របខណ្ឌអនុវត្តន៍
- ក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃ
- ក្របខណ្ឌសូចនាករ

៦ ក្របខណ្ឌអនុវត្តន៍, ត្រួតពិនិត្យតាមដាន, ក្របខណ្ឌវាយតំលៃ

១. អតិក្រមជំហានៗក្នុងការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២

មានកត្តាបរិបទមួយចំនួនដែលតំរូវឱយការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ ប្រព្រឹត្តទៅតាមលំដាប់លំដោយនៃពេលវេលាក្នុងការឈានឆ្ពោះទៅសំរេចគោលបំណងរបស់ ផ.យ.ស.២ :

- **ទីមួយ -បរិបទគោលនយោបាយ:** ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងធ្វើការសំរេចចិត្ត អំពីក្របខណ្ឌគោលនយោបាយសំខាន់ៗដែលទាក់ទងនឹងតំរូវការផ្នែកហិរញ្ញប្បទាន និងអភិបាលកិច្ចប្រពន្ធ័សុខាភិបាលនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការអនុវត្តន៍កម្មវិធីវិមជ្ឈការនិងវិសហវិមជ្ឈការ ។ ឆ្នាំ២០០៨ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឆ្នាំនៃការត្រៀមរៀបចំដែលក្នុងរយៈពេលនេះបែបបទនៃការសំរេចចិត្តនឹងបញ្ចប់ ហើយប្រព្រឹត្តទៅស្របគ្នាជាមួយនឹងដំណាក់កាលបន្តបន្ទាប់នៃការពង្រឹងនិងការអនុវត្តន៍ ។
- **ទីពីរ -បរិបទស្ថាបន័:** ការចាត់ចែងរៀបចំរចនាសម្ពន្ធ័ស្ថាបន័សុខាភិបាល និងការកសាងសមត្ថភាពស្ថាបន័ នឹងប្រព្រឹត្តទៅនៅគ្រប់ថ្នាក់នៅក្នុងប្រពន្ធ័សុខាភិបាល-ថ្នាក់កណ្តាល ខេត្ត- ក្រុង ស្រុកប្រតិបត្តិ និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសហគមន៍ ។
- **ទីបី -បរិបទសេដ្ឋកិច្ច:** ធនធាននឹងត្រូវពង្រីកតាមសង្វាក់ ដែលរាជរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកផ្តល់ជំនួយទទួលយកបាន ។ ក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទានវិស័យសុខាភិបាលសំរាប់រយៈមធ្យមទៅរយៈពេលវែងចាំបាច់ត្រូវផ្សារភ្ជាប់ទៅក្នុងក្របខណ្ឌម៉ាក្រូសេដ្ឋកិច្ចប្រទេសកម្ពុជាដែលនឹងតំរូវឱយមានដាក់ចេញយុទ្ធសាស្រ្តតាមលំដាប់លំដោយ ។

ជាផលបច្ច័យការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២ នឹងប្រព្រឹត្តទៅតាមពីរដំណាក់កាល។

ខ្សែរថ	ដំណាក់កាលពង្រឹង ២០០៨-២០១០	ដំណាក់កាលពង្រីក ២០១១-២០១៥
១. ការសំរេចចិត្តពីសំណុំគោលនយោបាយសំខាន់ៗ		
ក.ពិនិត្យកែសំរួល/អភិវឌ្ឍផែនការយុទ្ធសាស្ត្រតាមអនុវិស័យ	◆────◆	
ខ.អភិវឌ្ឍឧបករណ៍អនុវត្តគោលនយោបាយ/យុទ្ធសាស្ត្រ	◆────◆	◆────◆
គ.កំណត់សំណុំគោលនយោបាយ	◆────◆	
២. ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាបន័និងការពង្រឹងសមត្ថភាព		
ក.ការរៀបចំចាត់ចែងស្ថាបន័	◆────◆	
ខ.ការពង្រឹងសមត្ថភាព	◆────◆	◆────◆
៣. ការរៀបចំចាត់ចែងសំរាប់ការអនុវត្តន៍		
ក.ការកៀងគរធនធាន	ស្រុកប្រតិបត្តិដែលនឹងកំណត់	គ្រប់ស្រុកប្រតិបត្តិ
ខ.ការត្រៀមរៀបចំសំរាប់ដំណាក់កាលពង្រីក	អ.ប្រ.ស/ពាក់កណ្តាលអណត្តិ	ផ.យ.ស.៣

១.១ ដំណាក់កាលពង្រឹង ២០០៨-២០១០

ដំណាក់កាលពង្រឹងនឹងប្រព្រឹត្តទៅតាម “ខ្សែរថ” ៣ស្របគ្នា ដែលនឹងផ្តល់មូលដ្ឋានរឹងមាំសំរាប់ការដាក់ចេញគោលនយោបាយ និងការពង្រីក។

- **ខ្សែរថទី១: ការសំរេចចិត្តអំពីសំណុំគោលនយោបាយសំខាន់ៗ និងការអភិវឌ្ឍន៍ឧបករណ៍ប្រតិបត្តិ**

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

  ខ. អភិវឌ្ឍឧបករណ៍សំរាប់ការអនុវត្តន៍គោលនយោបាយ/ក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រ/ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រដែលមានស្រាប់ :

  (១) ក្របខណ្ឌអនុវត្ត/ផែនទីផ្លូវសំរាប់ការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២

  (២) គោលនយោបាយស្តីអំពីគុណភាពក្នុងវិស័យសុខាភិបាល (ដាក់ចេញឆ្នាំ២០០៦)

  (៣) ផែនការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សវិស័យសុខាភិបាល២០០៦-២០១៥ (ដាក់ចេញឆ្នាំ២០០៦)

  (៤) ផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល (ពិនិត្យកែសំរួលផ្អែកតាមវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ)

  (៥) ក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥ (ឆ្នាំ២០០៨)

  (៦) ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រប្រពន្ធ័ពត៏មានសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥ (ឆ្នាំ២០០៨)

  (៧) ផែនការអភិវឌ្ឍស្ថាបន័ (ឆ្នាំ២០០៨)

  (៨) ក្របខណ្ឌគោលនយោបាយស្តីការចូលរួមរបស់សហគមន៍ក្នុងវិស័យសុខាភិបាល (កំពុងពិនិត្យកែសំរួលលើគោលនយោបាយដែលដាក់ចេញនៅឆ្នាំ២០០៣)

(៩) គោលនយោបាយស្តីពីការវាយតំលៃផលប៉ះពាល់លើសុខភាព (កំពុងផ្តួចផ្តើម)

គ. **កំណត់សំណុំគោលនយោបាយសំខាន់ៗ ដែលត្រូវធ្វើការសំរេចចិត្ត រួមមានគោលនយោបាយស្តីអំពី:**

(១) ការអនុវត្តន៍វិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការក្នុងវិស័យសុខាភិបាល

(២) សុខដុមនីយកម្មនិងការតំរៀបតំរង់ដើម្បីលទ្ធផល រួមទាំងជំនួយបច្ចេកទេស

(៣) កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា (ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុងនិងខាងក្រៅ)

(៤) មូលនិធិសមធម៌និងការតំរង់អន្តរាគមន៍ទៅរកជនក្រីក្រនិងជនងាយរងគ្រោះ

(៥) ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក រាប់បញ្ចូលទាំងប្រពន្ធ័លាភការនិងនិយោជន៍ទ្វេ

(៦) សំណុំសេវាសុខភាពបន្តពូជ-មាតា-ទារកនិងកុមារ រួមទាំងមូលនិធិ ដោយផ្សារភ្ជាប់ជាមួយការរៀបចំចាត់ចែងកិច្ចសន្យានិងកម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌

(៧) និយតកម្មគ្រឹះស្ថានសាធារណៈ: រដ្ឋបាលដូចជាមន្ទីរពេទ្យមន្ទីរពិសោធន៍និងអង្គភាពទ្រទ្រង់

(៨) យុទ្ធសាស្ត្រប្រាស្រយ័ទាក់ទង

(៩) និយតកម្មលទ្ធកម្មនិងការគ្រប់គ្រងឱសថនិងបរិក្ខា

(១០) ផ្តួចផ្តើមការសន្ទនាអំពីគោលនយោបាយស្តីពីវិស័យសាធារណៈ:-ឯកជន

- **ខ្សែរថទី៧: ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ននិងការពង្រឹងសមត្ថភាព នៅអង្គភាពថ្នាក់កណ្តាល ខេត្ត-ក្រុង ស្រុកប្រតិបត្តិ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងឃុំ-សង្កាត់**

ត្រូវប្រព្រឹត្តទៅតាមគោលនយោបាយនិងក្របខណ្ឌ័យុទ្ធសាស្ត្រទាំងអស់ខាងលើ ពិសេសគឺ:

(១) គោលនយោបាយនៃការអនុវត្តន៍វិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការក្នុងវិស័យសុខាភិបាល

(២) កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា (ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង និងខាងក្រៅ)

(៣) គោលនយោបាយស្តីពីការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក រាប់បញ្ចូលទាំងប្រពន្ធ័លាភការ

(៤) ក្របខណ្ឌ័គោលនយោបាយស្តីការចូលរួមរបស់សហគមន៍ក្នុងវិស័យសុខាភិបាល

(៥) ផែនការអភិវឌ្ឍស្ថាបន័

ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាបន័ និងការពង្រឹងសមត្ថភាព ត្រូវបានលើកឡើងក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រទី៣ (ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល)និងយុទ្ធសាស្ត្រ៥ (អភិបាលកិច្ចប្រពន្ធ័សុខាភិបាល)។ រចនាសម្ពន្ធ័ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងត្រូវពិនិត្យឡើងវិញ ហើយចាត់ចែង-រៀបចំសំរាប់ការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២ ដោយផ្តល់ការយកចិត្តទុកដាក់ជាចំបងៗលើ:

ក. ពិនិត្យវាយតំលៃឡើងវិញតួនាទី និងមុខងារនៅក្នុងក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីអនុញ្ញាតិឱយមាន "កន្លែងមួយ" ទទួលខុសត្រូវលើការផ្តល់សេវានៃប្រពន្ធ័សុខាភិបាលទូទាំងវិស័យសាធារណៈ។

ខ. ពង្រឹងបែបបទនៃការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុសាធារណៈទូទាំងក្រសួងសុខាភិបាល

គ. ពង្រឹងសមត្ថកិច្ចក្រសួងសុខាភិបាលសំរាប់ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការតំរៀបតំរង់ខ្សែរយៈសមត្ថកិច្ចជាមួយនិងលំហូរធនធាន និងរចនាសម្ពន្ធ័ នៃការទទួលខុសត្រូវ។

ឃ. ពង្រឹងសមត្ថកិច្ចនិងការទទួលខុសត្រូវនៃផ្នែកកម្មវិធីសុខភាពទាំងបី ពិសេសរចនាសម្ពន្ធ័នៃការទទួលខុសត្រូវ និងលំហូរមូលនិធិទៅតាមខ្សែរយៈសមត្ថកិច្ច។

- **ខ្សែរថទី៣: ការរៀបចំចាត់ចែងការអនុវត្តន៍និងការត្រៀមរៀបចំសំរាប់ដំណាក់កាលពង្រីក**

  ក. ការកៀងគរធនធាន សំរាប់ការអនុវត្តន៍សំណុំគោលនយោបាយដែលបានព្រមព្រៀង ថ្នាក់ក្រោមនៃស្រុកប្រតិបត្តិមួយចំនួន ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់និងទៅតាមទំហំធនធានហិរញ្ញវត្ថុដែលអាចរកបាន:

  - គោលនយោបាយស្តីពីកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា
  - គោលនយោបាយស្តីពីកម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌
  - គោលនយោបាយស្តីពីការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិករាប់ទាំងប្រពន្ធ័លាភការ
  - គោលនយោបាយស្តីពី ស.ស.អ/ស.ស.ប នៃការថែទាំ
  - ការគ្រប់គ្រងប្រពន្ធ័ពត៌មាន
  - ផែនការអភិវឌ្ឍស្ថាប័ន

  ខ. ការត្រៀមរៀបចំសំរាប់ដំណាក់កាលពង្រីក

  - ការចូលរួមក្នុងការត្រៀមរៀបចំដំណើរការការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ ២០១០

១.២ ដំណាក់កាលពង្រីក ២០០១-២០១៥

- **ខ្សែរថទី១: ការសំរេចចិត្តពីសំណុំគោលនយោបាយសំខាន់ៗ និងការអភិវឌ្ឍន៍ឧបករណ៍ប្រតិបត្តិ**

  បន្តការពិភាក្សាអំពី:

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

- **ខ្សែរថទី២: ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាប័ននិងការពង្រឹងសមត្ថភាព នៅអង្គភាពថ្នាក់កណ្តាលខេត្ត-ក្រុង ស្រុកប្រតិបត្តិ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងឃុំ-សង្កាត់** និងបន្តដោយផ្តោតលើស្រុកប្រតិបត្តិថ្មី។

- **ខ្សែរថទី៣: ការរៀបចំចាត់ចែងការអនុវត្តន៍**

ក. បន្តការកៀងគរធនធាន ដើម្បីអនុវត្តន៍សំណុំគោលនយោបាយដែលបានព្រមព្រៀង និងក្របខណ្ឌ យុទ្ធសាស្រ្តសំខាន់ៗដទៃទៀតនៅស្រុកប្រតិបត្តិដែលនៅសល់។

ខ. បន្តការគាំទ្រដល់ស្រុកប្រតិបត្តិ ក្នុងដំណាក់ពង្រឹងដើម្បីធានានិរន្តភាពមុខងារនិងហិរញ្ញវត្ថុ និងការគ្របដណ្តប់ជាសកល នៅដំណាច់ឆ្នាំ ២០១៥។

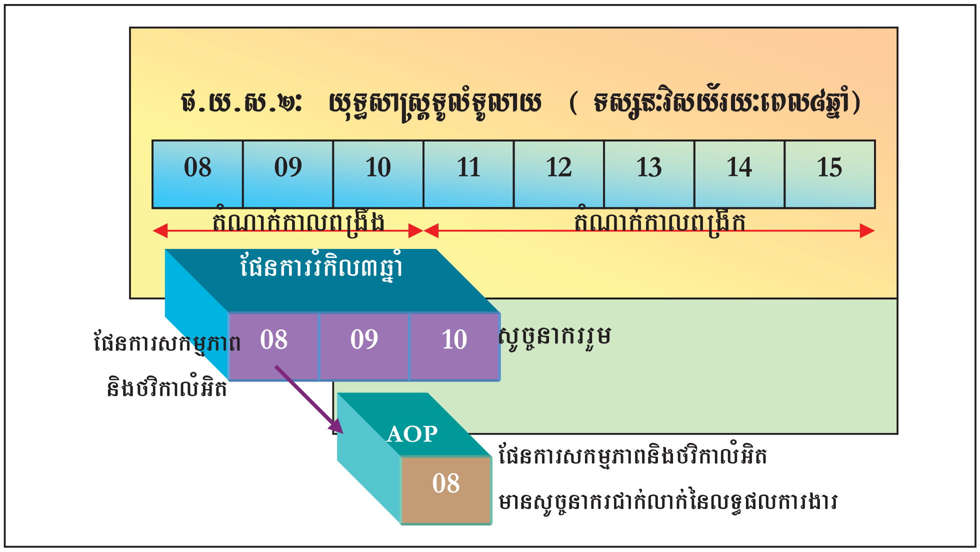
គ. ការត្រៀមរៀបចំសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ ផ.យ.ស.៣ (២០១៦-២០២០)

- អនុវត្តការពិនិត្យវាយតំលៃផ.យ.ស.២ ពាក់កណ្តាលអណត្តិនៅឆ្នាំ២០១១ ផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការ អ.ប្រ.ស ឆ្នាំ២០១០
- ត្រៀមរៀបចំសំរាប់អ.ប្រ.ស២០១៥ និងការវាយតំលៃផ.យ.ស.២ ផ្អែកលើអ.ប្រ.ស២០១៥។

២. ក្របខណ្ឌអនុវត្ត

- **ផែនការរំកិល៣ឆ្នាំផ្សាភ្ជាប់ទៅនឹងក្របខណ្ឌថវិកាយុទ្ធសាស្រ្ត (ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច_ហិរញ្ញវត្ថុ) និងកម្មវិធីវិនិយោគសាធារណ: (ក្រសួងផែនការ)**
- **ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ និងការកសាងថវិកាតាមកម្មវិធី**

រូបភាព ៨: ការផ្សាភ្ជាប់រវាងផ.យ.ស.២ និងផែនការរំកិល៣ឆ្នាំនិងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ



២.១ ផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ

ផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ គឺជាក្របខណ្ឌផែនការរយៈពេលមធ្យម។ ផែនការនេះត្រូវកសាងឡើងលើ យុទ្ធសាស្រ្តទូលំទូលាយរបស់ ផ.យ.ស.២ ដែលបានកំណត់គោលបំណង និងគោលដៅចំណុចរយៈពេលវែង។ផែនការនេះក៏ឈរលើមូលដ្ឋានតំរូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុផងដែរ(តំរូវការធនធានពីថ្នាក់ក្រោម)និងការ

ប៉ាន់ស្មានអំពីកញ្ចប់ធនធានដែលមានពី គ្រប់ ប្រភពទាំងអស់ (ក្នុងនិងក្រៅ ប្រទេសពន្យាករណ៍ដោយថ្នាក់លើ) ការចំណាយដែលថ្នាក់ក្រោម ត្រូវការ និងការព្យាករណ៍កញ្ចប់ធនធានដោយថ្នាក់លើ នឹងស៊ីគ្នានៅក្នុង បរិបទនៃផែនការនីយកម្ម ប្រចាំឆ្នាំនិងបែបបទថវិកា ដើម្បីផ្តល់ពត៌មានដល់ការសំរេចចិត្តលើការវិភាជន៍ ធនធានដល់អាទិភាពទាំងក្នុងវិស័យនិងទូទាំងវិស័យ ។

បែបបទនឹង"រំកិលទៅមុខ"ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដើម្បីបញ្ចូលការផ្លាស់ប្តូរ (គោលនយោបាយតំរូវការ និងធនធាន)ហើយច្បាមយកអាទិភាពថ្មីដែលកំណត់ដោយការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាល ប៉ុន្តែមិន សំរាប់ការប្រែប្រួលធំៗដែលងាកចេញពីយុទ្ធសាស្ត្រទូទៅឬពីអ្វីដែលបានកំណត់រួចមកហើយ ។ ប្រសិនបើ អនុវត្តបានសមស្របបែបបទនេះនឹងកែលំអយ៉ាងខ្លាំងដល់ការវិភាជន៍ធនធាននិងការព្យាករណ៍មូលនិធិសំរាប់ វិស័យសុខាភិបាលហើយផ្សារភ្ជាប់ធនធានដែលវិភាជន៍រួចហើយទៅនឹងលទ្ធផលនៃការផ្តល់សេវា ។

នៅក្នុង ក្របខណ្ឌនៃផែនការរំកិល៣ឆ្នាំផែនការ ប្រតិបត្តិ ប្រចាំឆ្នាំនឹង ត្រូវអភិវឌ្ឍន៍ដោយមានសកម្ម ភាពលំអិត (រាប់បញ្ចូលទាំងថវិកា)និង ប្រតិទិន ។ ពីបរិបទដែលបានរៀបរាប់ខាងលើផែនការរំកិល៣ឆ្នាំមាន បំណង :

- ប្រែក្លាយយុទ្ធសាស្ត្រ ផ.យ.ស ២ ជាសកម្មភាពជាក់ស្តែង
- ផ្តល់ពត៌មានដល់ការវិភាជន៍/វិភាជន៍ឡើងវិញធនធានសំរាប់ ៣ឆ្នាំខាងមុខ និង ត្រួសត្រាយ ការប្តេជ្ញាចិត្តអំពីធនធានដោយរដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូសុខាភិបាល ។
- សំរបសំរួលកម្មវិធីជំនួយដល់វិស័យសុខាភិបាល តាមរយៈការពិគ្រោះយោបល់ទូទាំងវិស័យ និងអណត្តិការវិភាជន៍តាមរយៈការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាល ប្រចាំឆ្នាំ
- បង្កើតមូលដ្ឋានសំរាប់កសាង ក្របខណ្ឌថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រ ដើម្បីកំណត់កញ្ចប់ថវិការបស់រដ្ឋា ភិបាលដោយ ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ ។
- ផ្តល់ ក្របខណ្ឌសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការ ប្រតិបត្តិ ប្រចាំឆ្នាំ

ដើម្បីព ង្រឹងអភិ ក្រមសមាហរណកម្មនិងធានាថាលំហូរមូលនិធិឆ្លុះបញ្ចាំងពីខ្សែរយៈទទួលខុស ត្រូវ និងសមត្ថកិច្ចកម្មវិធីសុខភាពទាំង៣ផ្នែកនិងខេត្ត- ក្រុងនិមួយៗនឹងរៀបចំផែនការរំកិល៣ឆ្នាំមានលក្ខណៈរួម បញ្ចូលដែលនឹងបង្កើតជាមូលដ្ឋានសំរាប់ផែនការរំកិល៣ឆ្នាំសំយោគដែលរៀបចំដោយ ក្រសួងសុខាភិបាល ។

ផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ នឹងផ្សារភ្ជាប់ដោយផ្ទាល់ និងកំណត់យកជាផែនការវិនិយោគជាអាទិភាព សំរាប់ ក្រសួងសុខាភិបាល ។

២.២ ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ

ផ.យ.ស.២ ជា ក្របខណ្ឌណែនាំសំរាប់ គ្រប់សកម្មភាពទាំងអស់ នៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ។ គោលបំណង និងគោលដៅចំណុចរបស់ ផ.យ.ស.២ នឹង ត្រូវបាន ប្រតិបត្តិតាមរយៈការអភិវឌ្ឍន៍ និង អនុវត្តន៍ផែនការ ប្រតិបត្តិ ប្រចាំឆ្នាំដែលផ្សារភ្ជាប់ជាមួយថវិកាតាមកម្មវិធី នៅ គ្រប់ថ្នាក់ទាំងអស់នៃ ប្រពន្ធ័ សុខាភិបាលដើម្បីសំរេចគោលបំណងនេះ ។ ដូច្នេះ ក្រុមម ន្ត្រី គ្រប់ គ្រងសុខាភិបាលនៅ គ្រប់ថ្នាក់តំរូវឱយ

ពិនិត្យមើលសមាសភាគយុទ្ធសាស្ត្រ និងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រដែលបានកំណត់ក្រោមកម្មវិធីសុខភាពនិមួយៗក្នុង ផ.យ.ស.២ ហើយប្រើប្រាស់វា ដើម្បីបង្កើតក្របខណ្ឌសំរាប់អន្តរាគមន៍និងសកម្មភាពរបស់ខ្លួន ។ការណ៍នេះនឹងបង្កើតឡើងនូវចំណងទាក់ទងមួយច្បាស់លាស់និងដោយផ្ទាល់រវាងគោលបំណងដែលបានកំណត់និងគោលដៅនិមួយៗ ដែលបានរៀបរាប់ក្នុងផ.យ.ស.២ និងគោលដៅដទៃទៀតដែលបានកំណត់ដោយមណ្ឌលគ្រប់គ្រងថវិកាថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់មូលដ្ឋាន ហើយធ្វើឱយផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំវិសយ័សុខាភិបាលឆ្លុះបញ្ចាំងកាន់តែល្អប្រសើរនូវបំណងរបស់ ផ.យ.ស.២ ។

- **តួនាទីនៃផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ**

បច្ចុប្បន្នផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំស្ថិតក្នុងឆ្នាំទី៥ នៃការអនុវត្តន៍ទូទាំងវិសយ័ ។ ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំបានកសាងឡើង ទុកជាយន្តការដែលមានឥទ្ធិពលលើការសំរេចចិត្តលើការវិភាជន៍ធនធានជាទូទៅទូទាំងវិសយ័សុខាភិបាលប៉ុណ្ណោះទេ (តាមរយៈការចូលរួមក្នុងការវិភាជន៍ធនធាន) តែក៏ជាពត៏មានផ្នែកធនធានសំរាប់អ្នកធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្ត និងមន្ត្រីគ្រប់គ្រងកម្មវិធី ដើម្បីឱយពួកគេអាចបន្តការតំរៀបតំរង់សកម្មភាពនៃកម្មវិធីរបស់ខ្លួនទៅតាមគោលដៅនិងយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ ផ.យ.ស.២ ។ ផែនការនេះនឹងធ្វើឱយក្រសួងសុខាភិបាលអាចសំរេចបានកំរិតខ្ពស់នៃសមាហរណកម្មនៅក្នុងផែនការនីយកម្ម និងសង្គតភាពនៅក្នុងអភិក្រមនានាទូទាំងវិសយ័សុខាភិបាល ។

ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំចាំបាច់ត្រូវតែសង្គតភាព ជាមួយបែបបទនៃការគ្រប់គ្រង និងយន្តការទទួលខុសត្រូវចំពោះការកសាងថវិកាតាមកម្មវិធី ។ ផែនការនេះនឹងផ្តល់គ្រឹះមូលដ្ឋានសំរាប់ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង និងខាងក្រៅ និងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ក៏ដូចជាគាំទ្រដល់ ''ថវិកាកញ្ចប់សំរាប់ការផ្តល់សេវា'' របស់ខេត្ត- ក្រុង ។ភាពលំអិតនៃផែនការនឹងអាស្រយ័លើកត្តាមួយចំនួនពិសេស គឺកំរិតនៃវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការដែលតំរូវដោយ ''ច្បាប់សំរាប់រៀបចំអង្គការ'' និងបែបបទថវិការបស់ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ ។

ចំណុចសំខាន់របស់ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ គឺ :

- ផែនការសកម្មភាពនិងថវិកាប្រចាំឆ្នាំលំអិត
- ណែនាំដោយអាទិភាពក្នុងវិសយ័កំណត់ដោយការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ
- ប្រើប្រាស់កញ្ចប់ថវិការបស់រដ្ឋាភិបាល និងដៃគូចេញពីផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ ផ្តល់មូលដ្ឋានសំរាប់ទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាក្រៅនិង ''ថវិកាកញ្ចប់'' របស់ខេត្ត- ក្រុង
- បញ្ចូលសកម្មភាពនិងធនធានវិភាជន៍ពីកម្មវិធីជាតិ ទៅក្នុងផែនការរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសំរាប់ការសំយោគនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ និងនៅថ្នាក់លើបន្តបន្ទាប់
- ផែនការសកម្មភាពខេត្ត- ក្រុងត្រូវពិនិត្យ/សំរេចដោយក្រសួងសុខាភិបាល នៅមុនពេលខេត្ត-ក្រុងដាក់សំណើអំពីផែនការថវិកា

- **គោលការណ៍ណែនាំសំរាប់អភិវឌ្ឍផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ**

---

១. បែបបទដែលមានការចូលរួមក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការ

២. ការកំណត់អាទិភាពត្រូវផ្អែកតាមការពិនិត្យលទ្ធផលវិស័យសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំនិងការពិនិត្យលទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំរបស់អង្គភាពនិមួយៗ

៣. កសាងផែនការនិងថវិកាសំដៅលើលទ្ធផល

- **បែបបទដែលមានការចូលរួមក្នុងការកសាងផែនការ**

បែបបទផែនការនីយកម្មត្រូវបានតាក់តែងឡើង ដើម្បីឱយមានការចូលរួមពីគ្រប់ដៃគូទាំងអស់ចាប់តាំងពីការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំនិងការកំណត់អត្តសញ្ញាណអាទិភាពរហូតដល់ការអភិវឌ្ឍន៍សកម្មភាពរបស់អង្គភាពនិមួយៗ ដោយឈរលើសំណុំគោលដៅរួម និងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រដែល បានឯកភាពគ្នា និងបែបបទនៃការពិនិត្យវិនិច្ឆយ័ផែនការ និងការផ្តល់យោបល់ត្រឡប់ចំពោះមុខផ្ទាល់នៅលើផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំនិមួយៗ។ ពង្រឹងបែបបទផែនការនីយកម្មផ្តល់ឱយអង្គភាព/ផ្នែកនិមួយៗ និងដៃគូសុខាភិបាលរបស់ខ្លួននូវឱកាសដែលមានអនុភាពទៅលើការវិភាជន៍ធនធានទូលំទូលាយមួយតាមរយៈការចែករំលែកពត៌មាន ទន្ទឹមគ្នានេះក៏រក្សាបាននូវការគ្រួតត្រារបស់ខ្លួនលើធនធានដែលវិភាជន៍ឱយនៅក្នុងការប្រតិបត្តិ។

- **ការកំណត់អាទិភាពផ្អែកតាមការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំវិស័យសុខាភិបាលនិងរបស់អង្គភាពនិមួយៗ**

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ផ.យ.ស.២ ត្រូវបានឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងអាទិភាពវិសយ័សុខាភិបាលដែលបានកំណត់ឡើងរៀងរាល់ឆ្នាំនៅពេលពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ។ លទ្ធផលនេះបង្កើតមូលដ្ឋានសំរាប់ផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំ ដែលទាក់ទងនឹងធនធានដែលអាចរកបានក្នុងឆ្នាំនិមួយៗ។ អាទិភាពទាំងនេះផ្តោតលើផ្នែកដែលត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាបន្ទាន់ក្នុងអនាគតដ៏ខ្លី ដោយទទួលស្គាល់ថាសកម្មភាពនៃវិសយ័សុខាភិបាលមានលក្ខណៈទូលំទូលាយ ហើយការធ្វើផែនការប្រតិបត្តិត្រូវតែគិតដល់គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ ផ.យ.ស ២។

គោលដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រ: ផ.យ.ស.២ បានកំណត់នូវចង្កោមគោលដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រ សំរាប់កម្មវិធីសុខភាពដែលនឹងរួមចំណែកដោយផ្ទាល់ទៅនឹងអាទិភាពមួយឬច្រើន ដែលកំណត់ដោយការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ។គោលដៅជាច្រើនឆ្លុះបញ្ចាំងដោយផ្ទាល់ទៅលើយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទាំង៥ និងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រ ខណៈពេលដែលគោលដៅដទៃទៀតបានផ្តោតទៅលើបុរេលក្ខខណ្ឌសំរាប់ការអនុវត្តន៍មានប្រសិទ្ធភាពនៃយុទ្ធសាស្ត្រដែលបានស្នើឡើង ។

សកម្មភាព: ការអភិវឌ្ឍន៍សកម្មភាពសំរាប់ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំដោយឯករាជ្យ គឺជារូបធាតុដ៏មានសារៈសំខាន់មួយនៃការសំយោគផែនការ។ មន្ត្រីគ្រប់គ្រងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងតាមអង្គភាព

ទូទាំងប្រទេស ចាំបាច់ត្រូវតែអភិវឌ្ឍសកម្មភាពនៃផែនការរបស់ខ្លួន ដោយផ្អែកលើចង្កោមអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ផ.យ.ស.២ ដែលពាក់ពន្ធ័ទៅនឹងតួនាទីមុខងារនិងសមត្ថភាពនៃអង្គភាពរបស់ខ្លួន។ ជាលទ្ធផល ការផ្សារភ្ជាប់គ្នាបែបនេះនឹងធ្វើឱយរឹងមាំដល់វឌ្ឍនភាពទូទាំងវិស័យ ឆ្ពោះទៅកាន់ការសំរេចសមិទ្ធផលដែលជាគោលដៅយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ផ.យ.ស.២។ ការអភិវឌ្ឍន៍សកម្មភាពទាំងអស់នេះ គឺជាទិដ្ឋភាពដ៏សំខាន់នៃបែបបទផែនការនីយកម្ម “ពីក្រោមឡើងលើ” ដែលនឹងធ្វើឱយផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំក្លាយជាឧបករណ៍ដ៏មានអានុភាពសំរាប់ការវិភាជន៍ធនធានទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល។

- **ការកសាងផែនការនិងថវិកាសំដៅលើលទ្ធផល**

ផលប្រយោជន៍សំខាន់មួយនៃបែបបទផែនការនីយកម្ម “ពីក្រោមឡើងលើ” ដោយមានកិច្ចចូលរួមសហការនៅក្នុងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ គឺជាយន្តការផ្តល់ពត៏មានសំខាន់ៗ ស្តីពីបញ្ហាប្រឈមមុខនិងកាលានុវត្តភាពនៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិដល់ការសំរេចចិត្តដែលនឹងត្រូវធ្វើឡើងនៅថ្នាក់កណ្តាល និងខេត្ត-ក្រុង។ ពត៏មាននេះរួមមាន បញ្ហាប្រឈមមុខចំបងៗដែលត្រូវដោះស្រាយ និងជំរើសនានាដែលមានដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមមុខទាំងអស់នេះ នៅចំពោះមុខឧបសគ្គ័រយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែង ធនធានដែលអាចរកបានឬរំពឹងថានឹងមាននិងប្រភពនៃធនធានទាំងអស់នោះ ព្រមទាំងថ្លៃចំណាយដែលបានគិតទុកសំរាប់សកម្មភាព ព្រមទាំងតំរូវការនៃការផ្តល់មូលនិធិដែលពាក់ពន្ធ័។

២.៣ បែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំនិងប្រតិទិន

បែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំត្រូវបានតាក់តែងឡើង ដើម្បីលើកស្ទួយវប្បធម៌វិមជ្ឈការផែនការនីយកម្មក្នុងវិស័យសុខាភិបាលដែលនឹងជួយដល់មន្ត្រីគ្រប់គ្រងនៅតាមមូលដ្ឋាន/អង្គភាពឱយធ្វើការសំរេចចិត្តកាន់តែត្រឹមត្រូវក្នុងការធ្វើផែនការដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់អាទិភាពវិស័យសុខាភិបាល និងអាទិភាពមូលដ្ឋានដែលបានកំណត់តាមរយៈការពិនិត្យលទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំ។ ការធ្វើផែនការបែបវិមជ្ឈការទាមទារឱយមានការសំយោគរួមបញ្ចូលគ្នានៃផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំរបស់ស្រុកប្រតិបត្តិ (រួមមានផែនការប្រចាំឆ្នាំមណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ)ទៅក្នុងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំរបស់ខេត្ត-ក្រុង។

នាយកដ្ឋានផែនការនិងពត៏មានសុខាភិបាល-សហការជាមួយនាយកដ្ឋានថវិកានិងហិរញ្ញវត្ថុ ដឹកនាំការពិនិត្យវិនិច្ឆ័យនិងផ្តល់យោបល់ត្រឡប់លើផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំរបស់អង្គភាពសុខាភិបាលនិមួយៗ ហើយសំយោគជាផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំវិស័យសុខាភិបាលទាំងមូល។ នៅចុងបញ្ចប់ផែនការនេះត្រូវបានពិនិត្យនិងអនុមត័ដោយគណៈកម្មការដឹកនាំវិស័យសុខាភិបាល (សមាជិករួមមានមន្ត្រីជាន់ខ្ពស់ក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ និងក្រសួងផែនការ)នៅមុនពេលអនុវត្តផែនការ។តារាង១០ ខាងក្រោមនេះបង្ហាញអំពីសកម្មភាពសំខាន់ៗដែលផ្សារភ្ជាប់ជាមួយប្រតិទិននៃបែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំវិស័យសុខាភិបាល។

នៅខណៈពេលដែលបែបបទនៃការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ កំពុងតែវិវត្តមានតំរូវការចាំបាច់ក្នុងការពង្រឹងការអនុវត្តន៍បែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំនេះ ដើម្បីឱយការធ្វើផែនការពីក្រោមមកលើកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព ពិសេសនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិនិងនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលសមត្ថភាពជំនាញក្នុងការធ្វើផែនការនិងកសាងថវិកាត្រូវបានមើលឃើញថានៅមានកំរិត ដូច្នេះតំរូវឱយមានការខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការពង្រឹងសមត្ថភាពប្រកបដោយចិរភាព ។

តារាង ១០ បែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំនិងប្រតិទិន

សកម្មភាពចំបង	ពេលវេលា											
	ម	ក	ម	ម	ឧ	ម	ក	ស	ក	ត	វ	ធ
១- ពិនិត្យលទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំៈមណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យ ស្រុកប្រតិបត្តិ ខេត្ត-ក្រុង ថ្នាក់កណ្តាល												
២- រៀបចំផែនការរំកិល៣ឆ្នាំសំរាប់វិស័យ/ក្របខណ្ឌថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រ- ខេត្ត-ក្រុង-កណ្តាល												
៣- សន្និបាទសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ/ពិនិត្យរួមគ្នាសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ(ពិនិត្យលទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំ ផ.យ.ស.២) /ពិនិត្យរួមគ្នាផែនការរំកិល ៣ ឆ្នាំ												
៤- រៀបចំផែនការប្រចាំឆ្នាំរួមទាំងថវិកាតាមអង្គភាពទាំងអស់												
ក្របខណ្ឌថវិកាយុទ្ធសាស្ត្រក្រសួងសុខាភិបាលផ្ញើទៅក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុ				X								
៥- ក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងពិនិត្យផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំខេត្ត-ក្រុង												
៦- **អង្គភាពខេត្តក្រុង-ថ្នាក់កណ្តាលផ្ញើផែនការប្រចាំឆ្នាំមកនាយកដ្ឋានផែនការ**												
៧- ពិនិត្យវិនិច្ឆ័យផែនការ និងផ្តល់យោបល់ត្រឡប់												
៨- ផ្ញើផែនការកែតំរូវមកនាយកដ្ឋានផែនការ												
ការចចារអំពីថវិកានៅក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុ								X				
៩- រៀបចំពង្រាងផែនការប្រចាំឆ្នាំវិស័យសុខាភិបាល-ថវិកា												
១០- ក្រសួងសុខាភិបាលនិងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍រួមគ្នាពិនិត្យផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ												
ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុបង្ហាញផែនការថវិកាជូនរាជរដ្ឋាភិបាល										X		
១១- ពិនិត្យឡើងវិញពង្រាងផែនការប្រចាំឆ្នាំបន្ទាប់ពីការអនុមត័ថវិកាដោយគណៈរដ្ឋមន្ត្រី												
ថវិកាជាតិអនុមត័ដោយអង្គការនិតិបញ្ញតិ												X
១២- បញ្ចប់ផែនការប្រចាំឆ្នាំបន្ទាប់ពីអង្គការនិតិបញ្ញតិអនុមត័ថវិកាលើថវិកាជាតិ												
១៣- គណៈកម្មការដឹកនាំវិស័យសុខាភិបាលពិនិត្យ-អនុមត័ផែនការប្រចាំឆ្នាំ												
១៤- ពិនិត្យឡើងវិញចុងក្រោយផែនការប្រចាំឆ្នាំដោយអង្គភាពនិមួយៗនិងរៀបចំផែនការត្រីមាសសំរាប់ការអនុវត្តន៍ និងចាប់ផ្តើមសារជាថ្មីបែបបទផែនការនីយកម្មឆ្នាំបន្ត												
ឆ្នាំហិរញ្ញវត្ថុចាប់ផ្តើមថ្ងៃទី១ខែមករា និងបញ្ចប់ថ្ងៃទី៣១ខែធ្នូ												
១៥- ការពិនិត្យតាមដានស្នាដៃអនុវត្តផែនការប្រចាំឆ្នាំ តាមរយៈការពិនិត្យប្រចាំត្រីមាស												
១៦- ការពិនិត្យពាក់កណ្តាលឆ្នាំនៃការអនុវត្តន៍ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ												
			ត្រីមាស១			**ត្រីមាស២**			**ត្រីមាស៣**			**ត្រីមាស៤**

២.៤ ការកសាងថវិកាតាមកម្មវិធី

ជាផ្នែកមួយនៃកំណែទំរង់ការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុសាធារណៈ របស់ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុក្រសួងសុខាភិបាលបានចាប់ផ្តើមអនុវត្តសាកល្បងមួយផ្នែកនៅថ្នាក់រដ្ឋបាលកណ្តាលក្នុងការកសាងផែនការនិងថវិកាតាមកម្មវិធីពីឆ្នាំ២០០៦ ។

ការកសាងថវិកាតាមកម្មវិធី គឺជាចំណាត់ថ្នាក់នៃការចំណាយឈរលើមូលដ្ឋានកម្មវិធី និងជាឧបករណ៍ដ៏មានសារៈប្រយោជន៍សំរាប់ការវិភាគន័ធនធាន។ ការអនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រនេះព្យាយាមផ្សារភ្ជាប់ការចំណាយនៅលើសកម្មភាពកម្មទាំងអស់នៅក្នុងវិធីនិមួយៗទៅនឹងលទ្ធផល និងបង្កើនយន្តការទទួលខុសត្រូវ ជាមួយគ្នានេះអាចឱយអ្នកតាក់តែងគោលនយោបាយដឹងច្បាស់ថា តើលុយសាធារណៈត្រូវបានប្រើប្រាស់យ៉ាងដូចម្តេច។

ការអនុវត្តន៍មានប្រសិទ្ធភាពនៃការកសាងថវិកាតាមកម្មវិធីគឺតំរូវការ:

- ថវិកាគួរឱយទុកចិត្តបាន និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អង្គភាពសាមី
- សមត្ថភាពបច្ចេកទេសនិងស្ថាប័ន
- លទ្ធផលអាចវាស់វែងបាន
- ពត៏មាននិងសមត្ថភាពដើម្បីធ្វើផែនការវែងនិង
- មានការចូលរួមពីអ្នកផ្តល់ជំនួយ

ផ.យ.ស.២ បានកំណត់គោលបំណងនិងគោលដៅច្បាស់លាស់សំរាប់វិស័យសុខាភិបាលរួមទាំងយន្តការត្រួតពិនិត្យតាមដានវឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំនៃការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២(តាមរយៈការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ)ដែលត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងបែបបទនៃផែនការនីយកម្មនិងក្របខណ្ឌរួមនៃការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃ។ ការកសាងថវិកាតាមកម្មវិធីនឹងរួមចំណែកដល់ការពង្រឹងបែបបទខាងលើនេះដោយសារបែបបទទាំងអស់នេះ។

ក្របខណ្ឌយុទ្ធសាស្ត្រ និងក្របខណ្ឌប្រតិបត្តិរបស់ ផ.យ.ស.២ តំរូវឱយផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំរៀបចំឡើងដោយ **កម្មវិធីសុខភាព ៣** ដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពីអាទិភាពផ្នែកសុខភាពរបស់ប្រជាជន និង **អនុកម្មវិធី** មួយចំនួនទាក់ទងនឹងគោលដៅទាំង១២ របស់ផ.យ.ស.២។ សកម្មភាពផែនការនៃអង្គភាពទាំងអស់ត្រូវតែដាក់ទៅតាមអនុកម្មវិធីនិមួយៗ ដែលគោលដៅចំណុច និងសូចនាករត្រូវតែតំរៀបតំរង់ទៅតាមសមាសភាគយុទ្ធសាស្ត្រ និងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ ផ.យ.ស.២ ធ្វើដូច្នេះយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទាំង៥ គឺត្រូវបានដាក់អនុវត្តដោយសង្គតភាពទូទាំងកម្មវិធីសុខភាពទាំង៣។

៣. ក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃ

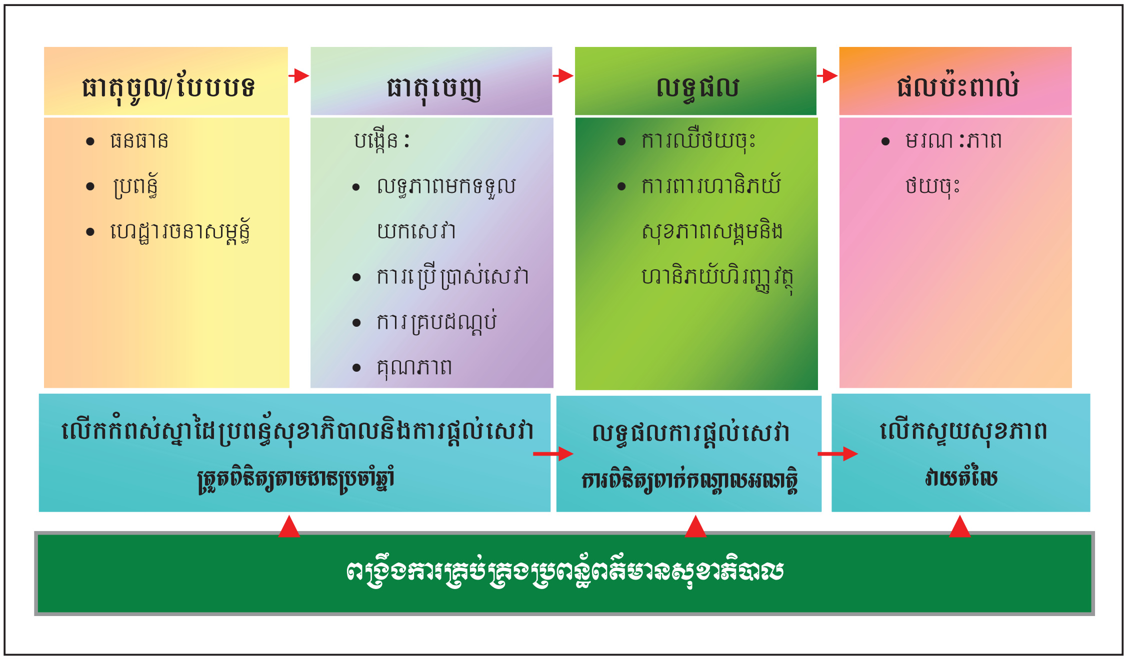
វឌ្ឍនភាពក្នុងការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ នឹងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យតាមដាន តាមរយៈការពិនិត្យវឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំ និងការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃផែនការនិងបន្តដោយការវាយតំលៃនៅវគ្គបញ្ចប់នៃផែនការដើម្បីបញ្ជាក់អំពីផលប៉ះពាល់របស់ផែនការទៅលើការធ្វើឱយស្ថានភាពសុខភាពប្រសើរឡើង។

ក្របខណ្ឌបង្ហាញខាងក្រោម គឺជាឧបករណ៍សំរាប់ក្រសួងសុខាភិបាលត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតំលៃឈរលើមូលដ្ឋានទៀងទាត់ដើម្បីទទួលបានពត៏មានសំរាប់ធ្វើការសំរេចចិត្តផ្នែកគោលនយោបាយ។ ក្របខណ្ឌសូចនាករលើកស្ទួយដល់ការប្រើប្រាស់ពត៏មានទាំងបរិមាណនិងគុណភាព ព្រមទាំងការធ្វើការសំរេចចិត្តផ្អែកលើភស្តុតាង។ ក្របខណ្ឌសូចនាករនេះនឹងត្រូវបានពិនិត្យមើលឡើងវិញជារឿយៗដើម្បីធានាថា

ពត៌មានដែលប្រមូលបាន គឺមានប្រយោជន៍សំរាប់មន្ត្រីតាក់តែងគោលនយោបាយ និងមន្ត្រីគ្រប់គ្រងនៅគ្រប់ថ្នាក់នៃប្រពន្ធ័សុខាភិបាល។

មានការគិតទុកថា ដៃគូសុខាភិបាលទាំងអស់នឹងប្រើប្រាស់ក្របខណ្ឌ័នេះ (រាប់បញ្ចូលទាំងសំណុំសូចនាករដែលបានឯកភាពគ្នា)ដើម្បីពិនិត្យវឌ្ឍនភាពនៃកម្មវិធី/គំរោងរបស់ខ្លួនក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។

រូបភាព ៩:ក្របខណ្ឌ័ត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃ ផ.យ.ស.២



៧.១ ការពិនិត្យវឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំនៃផ.យ.ស.២

ផ.យ.ស.២ នឹងត្រូវបានប្រតិបត្តិតាមរយ:ការអនុវត្តន៍ផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ ដូច្នេះវឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំនៃផ.យ.ស.២ នឹងត្រួតពិនិត្យតាមដានតាមរយ:ការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ ដែលបានប្រព្រឹត្តទៅយ៉ាងទៀងទាត់រៀងរាល់ឆ្នាំចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៤។ របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំនឹងត្រូវបានរៀបចំ (គំរូរបាយការណ៍នឹងភ្ជាប់ជាមួយសេចក្តីណែនាំអំពីការរៀបចំផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ) ដោយឈរលើមូលដ្ឋាននៃការប្រើប្រាស់ពត៌មានពីការពិនិត្យលទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំ នៃការអនុវត្តន៍ផែនការប្រតិបត្តិរបស់អង្គភាពសុខាភិបាលគ្រប់ថ្នាក់ទូទាំងប្រពន្ធ័សុខាភិបាល យោងតាមបែបបទផែនការនីយកម្មប្រចាំឆ្នាំ ។

លក្ខណ:សម្បត្តិនៃការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ គឺ:

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

- ពង្រឹងតួនាទីរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ក្នុងការណែនាំនិងអណត្តិដល់ការវិភាជន៍ធនធានទៅតាមផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ ហើយអាចឱយដៃគូតំរៀបតំរង់ឡើងវិញជាអតិបរមាតាមដែលអាចធ្វើបានននូវកម្មវិធីនិងធនធានរបស់ខ្លួនទៅនឹងសកម្មភាពអាទិភាពនៅក្នុងផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ។
- ផ្តល់យន្តការទទួលខុសត្រូវសំខាន់សំរាប់ក្រសួងសុខាភិបាលនិងដៃគូសុខាភិបាលនៅក្នុងការធ្វើផែនការគ្រប់គ្រងធនធាន និងលើកកំពស់ការសំរេចចិត្តដើម្បីឱយទទួលបានលទ្ធផល។
- តំរៀបតំរង់ជាមួយយន្តការត្រួតពិនិត្យតាមដានរបស់ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍជាតិ ដោយបច្ចុប្បន្នភាពប្រចាំឆ្នាំគោលដៅចំណុចទាក់ទងសុខភាព នៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍជាតិ (គោលដៅចំណុចនៃវិសយ័ត្រូវបានកែសំរួល ហើយបង្ហាញក្នុងរបាយការណ៍វឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំ)។

ការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំដែលប្រព្រឹត្តទៅរួមគ្នាជាមួយសន្និបាទសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ ដោយមានការចូលរួមអង្គភាពសុខាភិបាលគ្រប់ថ្នាក់ ក្រសួង អង្គភាពពាក់ពន្ធ័ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ អាជ្ញាធរខេត្ត-ក្រុង ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ-សង្កាត់ តំណាងសហគមន៍ តំណាងវិសយ័ឯកជន អង្គការសង្គមស៊ីវិល ដូចជាសមាគមវិជ្ជាជីវៈ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល វិសយ័ឯកជនស្វែងរកផលកំរៃ ព្រមទាំងដៃគូដទៃទៀត។

៣.២ ការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃផ.យ.ស.២-ឆ្នាំ២០១១

- **ប្រព្រឹត្តទៅនៅពេលបញ្ចប់ដំណាក់កាលពង្រឹងនៃការអនុវត្តន៍ផ.យ.ស.២ ពិនិត្យនិងផ្តល់អនុសាសន៍សំរាប់ដំណាក់កាលពង្រីក។**
- **ពេលអភិវឌ្ឍន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ២០១១-២០១៥ ពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃផ.យ.ស.២ បច្ចុប្បន្នភាពនិងឱយការណ៍ដល់បែបបទអភិវឌ្ឍផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍជាតិ។**
- **ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០១០ ឱយការណ៍ដល់ការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃ ផ.យ.ស.២ ។**

ការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃ ផ.យ.ស.២ នឹងប្រព្រឹត្តទៅនៅក្នុងឆ្នាំ២០១១ មួយផ្នែកផ្អែកលើលទ្ធផលនៃអ.ប.សឆ្នាំ២០១០ ដែលលទ្ធផលអាចនឹងប្រើប្រាស់បាននៅឆ្នាំ២០១១។ ការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិនេះនឹងរួមចំណែកដល់ការកែតំរូវពាក់កណ្តាលទីនិងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផ.យ.ស.២ សំរាប់រយៈពេលពីឆ្នាំ២០១១ទៅដល់២០១៥តាមរយៈការពិនិត្យវឌ្ឍនភាពនិងសមិទ្ធផលវិសយ័សុខាភិបាល។

៣.៣ ការវាយតំលៃ ផ.យ.ស.២-ឆ្នាំ២០១៥

ផ.យ.ស.២ នឹងត្រូវបានវាយតំលៃនៅឆ្នាំបញ្ចប់នៃផែនការ។ ដូចគ្នានឹងការពិនិត្យពាក់កណ្តាលអណត្តិដែរ ការវាយតំលៃផ.យ.ស.២ នឹងផ្អែកលើលទ្ធផលនៃ អ.ប.ស ឆ្នាំ២០១៥ ហើយលទ្ធផលនៃការវាយតំលៃចុងក្រោយនេះ នឹងយកទៅប្រើប្រាស់សំរាប់ការកសាងផ.យ.ស.៣ (២០១៦-២០២០)។

៤. ក្របខណ្ឌសូចនាករសំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃ

៤.១ គោលបំណង

គោលបំណងនៃក្របខណ្ឌសូចនាករមាន ៣យ៉ាងដូចខាងក្រោមនេះ:

- ត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃស្នាដៃវិស័យសុខាភិបាលក្នុងការលើកស្ទួយលទ្ធផលសុខភាពតាមរយៈការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២
- បន្សុទ្ធគោលនយោបាយសុខាភិបាលដែលមាន ដោយពិចារណាទៅលើវឌ្ឍនភាពដែលបានកើតមាននៅក្នុងអំលុងពេលនៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២ និង
- ជួយឱយមន្ត្រីតាក់តែងគោលនយោបាយសំរេចចិត្តលើប្រសិទ្ធភាពនៃអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗគ្នា និងជំរើសគោលនយោបាយ

ការធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្តផ្អែកលើភស្តុតាង គឺជាការប្រើប្រាស់ពត៌មានត្រឹមត្រូវនិងទាន់ពេលវេលាដើម្បីធ្វើការសំរេចចិត្តត្រឹមត្រូវ។ ដើម្បីយល់ដឹងពីផលប៉ះពាល់នៃអន្តរាគមន៍របស់គោលនយោបាយទៅលើស្ថានភាពសុខភាពមន្ត្រីសំរេចផ្អែកគោលនយោបាយរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលត្រូវការចាំបាច់យ៉ាងខ្លាំងទាត់ទិន្នន័យដែលអាចទុកចិត្តបានស្តីអំពីឥរិយាបទផ្នែកសុខភាព ការប្រើប្រាស់សេវា ការគ្របដណ្តប់ គុណភាពនិងថ្លៃចំណាយ។ ពត៌មានទាំងអស់នេះអាចបញ្ជាក់បានតាមរយៈសូចនាករដែលត្រូវបានជ្រើសរើសយកដោយម៉ត់ចត់ដើម្បីវាស់វែងស្នាដៃវិស័យសុខាភិបាល និងផលប៉ះពាល់នៃគោលនយោបាយទៅលើសុខភាពនិងការអភិវឌ្ឍន៍។

តាមរយៈបែបទបទផែនការនីយត័កម្មប្រចាំឆ្នាំដ៏ខ្លាំងទាត់គ្រប់នាយកដ្ឋាន កម្មវិធីជាតិ និងអង្គភាពថ្នាក់កណ្តាលទាំងអស់អនុញ្ញាតិឱយប្រមូលពត៌មានបន្ថែមក្នុងករិតអតិបរមាប្រសិនចាំបាច់ សំរាប់ផែនការគ្រប់គ្រងនិងត្រួតពិនិត្យតាមដានសកម្មភាព/កម្មវិធីរបស់ខ្លួន។ ដូចគ្នានេះដែរមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តក្រុងនិងស្រុកប្រតិបត្តិដោយរាប់ទាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលអាចប្រមូលពត៌មានបន្ថែមស្តីពីសូចនាករសំខាន់ៗសំរាប់ការងារគ្រប់គ្រងនិងផែនការសេវារបស់ខ្លួន (ការត្រួតពិនិត្យតាមដានប្រចាំត្រីមាស ពិនិត្យលទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំ)។ សូចនាករថ្នាក់ជាតិខ្លះអាចប្រមូលបានពីថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង ហើយបំរើឱយគោលដៅពីរ: ផ្តល់ពត៌មានដល់គោលនយោបាយជាតិ និងត្រួតពិនិត្យតាមដានផែនការថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង និងស្រុកប្រតិបត្តិ)។

ប្រភពពត៌មានចំបងសំរាប់សូចនាករទាំងអស់នេះអាចនឹងប្រមូលបាន តាមរយៈប្រព័ន្ធពត៌មានសុខាភិបាលរួមនិងលទ្ធភាពនៃការប្រើប្រាស់ពត៌មានបន្ថែមដែលអាចរកបានពីក្រសួង-ស្ថាប័នដទៃទៀត និង

ការអង្កេតនានា ដូចជា៖ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាព ការអង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម ជំរឿនប្រជាជន ។ល។

៩.២ សូចនាករសំរាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតំលៃ

- **កំរិតទូទៅនៃការអភិវឌ្ឍន៍** សូចនាករសំរាប់ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតំលៃ ផ.យ.ស.២ គឺឈរលើមូលដ្ឋាននៃគោលនយោបាយនិងអាទិភាពដែលបានលើកឡើងក្នុងផែនការ។ ផ.យ.ស.២ បញ្ជាក់យ៉ាងច្បាស់អំពីចក្ខុវិស័យរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលគឺ “**លើកកំពស់ការអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយនិរន្តភាពនៃវិស័យសុខាភិបាល ដើម្បីភាពកាន់តែប្រសើរឡើងនៃសុខភាពនិងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនទាំងអស់ ពិសេសប្រជាជនក្រីក្រ ស្ត្រីនិងកុមារ ដើម្បីរួមចំណែកដល់ការអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គមកិច្ចនិងការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជា**”។ ដើម្បីលើកស្ទួយសុខភាព ក្រសួងសុខាភិបាលត្រូវការមានពត៌មានស្តីអំពីកំរិតទូទៅនៃការអភិវឌ្ឍន៍នៃប្រទេសកម្ពុជា។ ដោយសារការអភិវឌ្ឍន៍ប្រទេសកំពុងចលនាទៅមុខយ៉ាងលឿន ប្រទេសកម្ពុជាកាន់តែមានលទ្ធភាពផ្តល់តំរូវការជាមូលដ្ឋានដល់ប្រជាជនកម្ពុជា។ សូចនាករជំរើសខាងក្រោមនេះបង្ហាញរូបភាពនៃកំណើនសេដ្ឋកិច្ចរួមនិងការអភិវឌ្ឍន៍មនុស្សក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

១. សន្ទស្សន៍នៃការអភិវឌ្ឍន៍មនុស្ស
២. ផលិតផលសរុបក្នុងស្រុកសំរាប់ប្រជាជនម្នាក់
៣. % នៃគ្រួសារដែលស្ថិតនៅក្រោមចំណាត់ថ្នាក់ភាពក្រីក្រ
៤. អត្រាអនក្ខរកម្មស្ត្រី
៥. អត្រាសាយកូន
៦. អាយុកាលមធ្យមរបស់បុរសនិងស្ត្រី
៧. អត្រាកំណើតក្នុងប្រជាជន ១០០០ នាក់
៨. អត្រាស្លាប់ក្នុងប្រជាជន ១០០០ នាក់

- **លើកស្ទួយស្ថានភាពសុខភាព** ដើម្បីបង្ហាញអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៃស្ថានភាពសុខភាពទូទៅ និងសុខមាលភាពរបស់ប្រជាជនកម្ពុជាក្នុងអំលុងពេលមួយសូចនាករលទ្ធផលដែលបានជ្រើសរើស ដើម្បីវាយតំលៃផលប៉ះពាល់នៃ 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 ត្រូវបំបែកដើម្បីឱ្យដឹងទៅតាម ក្រុម ប្រជាជនដែលមានស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គម ខុសៗគ្នាក៏ដូចតាមទីតាំងភូមិសាស្ត្រ និងយេនឌ័រ។

- **លើកកំពស់ស្នាដៃការងារប្រព័ន្ធសុខាភិបាលនិងសេវា** ជាមធ្យោបាយ ដើម្បីសំរេចបានការលើកស្ទួយសុខភាពសូចនាករស្នូលត្រូវបានជ្រើសរើសសំរាប់វាស់វែងវឌ្ឍនភាព ប្រចាំឆ្នាំនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រទាំង ៥ និងកម្មវិធីសុខភាពទាំង ៣ ដោយផ្តោតចំបងលើ:
  - បង្កើនធនធានសំរាប់វិសយ័សុខាភិបាលវាស់វែង ប្រសិទ្ធភាព (ការបែងចែកនិងប្រើប្រាស់)
  - លើកស្ទួយដំណើរមុខងារនៃប្រព័ន្ធ
  - 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. % នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំដែលបានចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជ្រិល
ស១៣. % នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ដែលប្រើឱសថពន្យាជីវិតនៅរស់រានក្រោយពីការព្យាបាលរយៈពេល១២ខែ

សខ១៤. អត្រាស្រាវជ្រាវករណីជំងឺរបេងសួត បេកាវិជ្ជមាន (%)

សខ១៥. អត្រាជាសះស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង (%)

សខ១៦. ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈក្នុងប្រជាជន១.០០០នាក់

សខ១៧. អត្រាស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនឈាមបានរាយការណ៍មកសុខាភិបាលសាធារណៈ

សខ១៨. ប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែមលើមនុស្សពេញវ័យដែលបានរាយការណ៍ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ

សខ១៩. % នៃអ្នករបួសដែលប៉ះទង្គិចក្បាលដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍បានទទួលការព្យាបាល

សខ២០. ចំនួននៃករណីជំងឺផ្លូវចិត្តដែលបានរាយការណ៍ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល

សខ២១. ចំណែកនៃថវិកាជរបស់សុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងដែលបានចំណាយនៅមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកនិងមណ្ឌលសុខភាព

សខ២២. អត្រាគ្របដណ្តប់នៃមូលនិធិសមធម៌

សខ២៣. ការគ្របដណ្តប់នៃការអនុវត្តន៍កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា

សខ២៤. ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពដែលមានបុគ្គលិកតាមគោលការណ៍ណែនាំ MPA

សខ២៥. % នៃមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តទទួលពត៌មានត្រលប់អំពី HIS ពីក្រសួង

សខ២៦. % នៃមូលនិធិជំនួយសម្រាប់សុខភាពដែលបានដាក់បញ្ចូលក្នុងផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ

សខ២៧. % នៃគ្រឹះស្ថានឯកជនដែលបានផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណៈពហុគ្លីនិក បន្ទប់ពិគ្រោះជំងឺ ឱសថស្ថាន

សខ២៨. ចំនួនគណៈកម្មការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាពដែលដំណើរការ

សំណុំសូចនាករ (ដោយបញ្ចូលទាំងសូចនាករស្នូលខាងលើ) សំរាប់ត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃទូទៅនៃវិស័យសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំមានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង ឧបសម្ព័ន្ធ។ ឈរលើទស្សនៈនៃការធ្វើផែនការប្រចាំឆ្នាំ សូចនាករទាំងអស់នេះនឹងត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ ដែលបង្កើតបានជាមូលដ្ឋាននៃការរៀបចំចាត់ចែងទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា រួមទាំងការលើកទឹកចិត្តតាមស្នាដៃការងារ។ មណ្ឌលគ្រប់គ្រងថវិកានៅគ្រប់ថ្នាក់ទាំងអស់អាចបន្ថែមសូចនាករខ្លះទៀត ដើម្បីត្រួតពិនិត្យតាមដានអន្តរាគមន៍និងសកម្មភាពនៃផែនការរបស់ខ្លួនដោយម៉ត់ចត់។

ជំពូក ៧

ថ្លៃចំណាយនិងមូលនិធិ សំរាប់អន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រ

- ថ្លៃចំណាយលើការបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវា
- ថ្លៃចំណាយពង្រីកកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា
- ថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌
- ថ្លៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍សុខភាពបន្តពូជ
- ថ្លៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍ការរស់រានរបស់កុមារ
- ប្រាក់លាភការបន្ថែមផ្អែកលើស្នាដៃការងារ

៧ ថ្លៃចំណាយ និងមូលនិធិសំរាប់អន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រ

១. សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះ ដាក់ចេញនូវថ្លៃចំណាយក្នុងពេលអនាគតដែលអាចកើតឡើង សម្រាប់យុទ្ធសាស្ត្រជាគន្លឹះខ្លះដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាផ្នែកមួយនៃផ.យ.ស.២។ គោលបំណងនៃការពិនិត្យលើថ្លៃចំណាយនេះ គឺដើម្បីផ្តល់នូវក្របខ័ណ្ឌទូលំទូលាយមួយ ស្តីពីអាទិភាពធនធានជាមធ្យោបាយមួយនៃការបង្ហាញអំពីការវិភាជន៍ធនធានរបស់ម្ចាស់ជំនួយ និងរដ្ឋាភិបាលក្នុងការគាំទ្រដល់ការអនុវត្តផ.យ.ស២។ ការគណនាថ្លៃចំណាយលំអិតសំរាប់សកម្មភាពនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រនិងកម្មវិធី គឺមិនមានបង្ហាញនៅទីនេះទេ ហើយនឹងត្រូវអនុវត្តតាមរយៈការកែសម្រួលផ.គ្រ.ស និងបែបបទផែនការរំកិលពាឆ្នាំនិងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ។

២. សមាសភាគថ្លៃចំណាយនិងសម្មតិកម្ម

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

- ការបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវាតាមកំណើនប្រជាជន 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 សូចនាករសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សេវា

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 សច្ចតិកម្មសម្រាប់ថ្លៃចំណាយ

ថ្លៃចំណាយក្នុងមួយឯកតា

ថ្លៃចំណាយក្នុងមួយឯកតា គឺផ្អែកទៅលើការវិភាគថ្លៃចំណាយមួយឯកតាពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិចុះកិច្ចសន្យាដែលត្រូវបានសន្មតថាដំណើរការដោយមានប្រសិទ្ធផលខ្ពស់គួរសម និងមានគុណភាពដែលអាចទទួលយកបាន។ ថ្លៃចំណាយមួយឯកតាត្រូវបានគេសន្មតថានៅតែស្ថិតក្នុងកម្រិតដដែល។ដូច្នេះស្ថានភាពនេះមិនតម្រូវឱ្យមានការខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពនោះទេ។

ថ្លៃចំណាយមួយឯកតា

មូលដ្ឋានសុខាភិបាល	សេវា	ថេរ	អថេរ	សរុប
មន្ទីរពេទ្យ	ថ្លៃចំណាយលើការពិគ្រោះជំងឺក្រៅម្នាក់	១,៧២	០,៩៨	២,៧០
	ថ្លៃចំណាយលើអ្នកជំងឺសំរាកពេទ្យម្នាក់	២,០១	៧,៦៤	១៨,៨៩
មណ្ឌលសុខភាព	ថ្លៃចំណាយលើការពិគ្រោះជំងឺក្រៅម្នាក់	០,៥៧	០,៥៩	១,១៦

ប្រភព :ការគណនាថ្លៃចំណាយប័ណ្ណពិន្ទុកុមារ ២០០៧

ថ្លៃចំណាយបន្ទាប់បន្សំធៀបនឹងថ្លៃចំណាយពេញលេញ (Marginal vs. Full cost)

អត្រាប្រើប្រាស់គ្រែនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ទោះបីជាកំពុងតែកើនឡើងក៏ដោយក៏នៅតែស្ថិតក្រោមកម្រិតអតិបរមាជាមធ្យមដែរ។នេះបង្ហាញថាមានវិសាលភាពខ្ពស់សម្រាប់ឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការនាពេលអនាគតជាមួយនឹងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធដែលមានស្រាប់ដោយប្រើប្រាស់កាន់តែប្រសើរនូវសមត្ថភាពដែលកំពុងមាន។ ការគណនាថ្លៃចំណាយនេះសន្មតថា គ្រប់សេវាទាំងអស់អាចត្រូវបានផ្តល់ ដោយការចំណាយបន្ទាប់បន្សំតែប៉ុណ្ណោះ ហើយពុំចាំបាច់ត្រូវការថ្លៃចំណាយថេរបន្ថែមឡើយ។

ក្នុងករណីត្រូវការវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការដែលកំពុងកើនឡើងការវិនិយោគបែបនេះនឹងត្រូវគ្របដណ្តប់ក្រោមការកែសម្រួលនិងការអនុវត្តន៍ ផ.គ្រ.ស។

ថ្លៃចំណាយមួយឯកតានៃអន្តរាគមន៍ជាក់លាក់

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

ប្រភព Lane 2007 **និង** URC

៣. ថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកអន្តរាគមន៍

៣.១ ថ្លៃចំណាយលើការបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវា

ឧបមាថាការប្រើប្រាស់នឹងកើនឡើងនៅក្នុងកម្រិតដូចគ្នានឹងឆ្នាំ២០០២-២០០៦ ហើយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងបុគ្គលិកដែលមានស្រាប់អាចឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការដែលកើនឡើងនៅក្នុងដំណាក់កាលពង្រឹងនោះ ថ្លៃចំណាយដែលកើនឡើងសម្រាប់ការប្រើប្រាស់នឹងច្រើនជាងមុន ដូចមានបង្ហាញនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម :

ថ្លៃចំណាយចរន្តដែលកើនឡើងនៃការប្រើប្រាស់សេវាច្រើនជាងមុន (គិតជា លានដុល្លារអាមេរិក)

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

៣.២ ថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកកិច្ចសន្យា

ការសន្មតជាក់លាក់សម្រាប់ថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកកិច្ចសន្យាទាក់ទងទៅនឹងល្បឿននៃការពង្រីកកិច្ចសន្យា ។ដោយពិចារណាទៅលើអភិក្រមជាដំណាក់កាល៧ដែលបានកំណត់ក្នុង ផ.យ.ស.២ ការគ្របដណ្តប់ទាំងស្រុងនៃកិច្ចសន្យាអាចសម្រេចនៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៥ ។

ថ្លៃចំណាយលើការចាត់ចែងពង្រីកកិច្ចសន្យាពាក់ព័ន្ធទៅនឹងកំណើនប្រជាជនដែរ ប៉ុន្តែសន្មតថាធាតុចូលបន្ថែមក្នុងមនុស្សម្នាក់នៅតែស្ថិតក្នុងកម្រិតដដែល ។

កំហិតនៃការគណនាថ្លៃចំណាយគឺថា អភិក្រមនេះផ្តោតទាំងស្រុងទៅលើថ្លៃចំណាយ លើការផ្តល់សេវា ។ នៅពេលដែលគោលនយោបាយជាតិស្តីពីកិច្ចសន្យាត្រូវបានកំណត់ច្បាស់លាស់ការគណនាថ្លៃចំណាយនេះនឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដើម្បីពិចារណាអំពីតម្រូវការចាំបាច់នានាសំរាប់ពង្រឹងសមត្ថភាពថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុងនិងស្រុក ក៏ដូចជាការផ្លាស់ប្តូរតួនាទីរបស់អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនៅក្នុងបរិស្ថានកិច្ចសន្យាថ្មី ។

ថ្លៃចំណាយកើនឡើងទាក់ទងទៅនឹងការពង្រីកសេវាចុះកិច្ចសន្យា (គិតជា លានដុល្លារអាមេរិក)

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

៣.៣ ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌

ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌នឹងប្រព្រឹត្តទៅតាមល្បឿនដូចគ្នានឹងការពង្រីកកិច្ចសន្យាដែរ ព្រមទាំងផ្តោតលើការគ្របដណ្តប់ជាសកលត្រឹមឆ្នាំ២០១៥ ។

តួលេខនៃថ្លៃចំណាយសរុបអាចប្រែប្រួលទៅតាមកត្តាដែលបានព្យាករណ៍ទុកនានា ដូចជាកំណើនប្រជាជន ប៉ុន្តែនៅមានសមាសធាតុខ្លះដែលមិនពិបាកនឹងព្យាករណ៍ទុកដូចជាកម្រិតចុះថយនៃភាពក្រីក្រ ។

គោលនយោបាយស្តីពីការបង់ថ្លៃសេវានឹងមានឥទ្ធិពលទៅលើតម្លៃ និងទៅលើវិក្ក័យប័ត្រមូលនិធិសមធម៌។ បន្ថែមពីលើនេះថ្លៃចំណាយនេះត្រូវតែបានពិនិត្យឡើងវិញ បន្ទាប់ពីក្រសួងសុខាភិបាលមានគោលនយោបាយមួយច្បាស់លាស់ស្តីពីមូលនិធិសមធម៌ត្រូវបានដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់។ សមាសធាតុនៃគោលនយោបាយក្នុងពេលអនាគតដែលអាចមានឥទ្ធិពលទៅលើថ្លៃចំណាយសរុបគឺ :

- ការពង្រីកយ៉ាងលឿននៃមូលនិធិសមធម៌ដែលផ្តោតទៅលើតែមន្ទីរពេទ្យ ឬ
- ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ដោយផ្តោតទៅលើទាំងមន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលសុខភាព
- បង្កើនការគាំទ្រ ដើម្បីកំណត់មូលនិធិសមធម៌ដំណើរការក្នុងតំបន់ក្រីក្រ ខណៈពេលផ្តល់ការវិភាជន៍ថវិកាទាបជាងមុនសម្រាប់មូលនិធិសមធម៌ដែលដំណើរការនៅក្នុងតំបន់ ដែលធូរធារជាងនេះ (ពោលគឺគោលដៅចំណុចនៃទីតាំងភូមិសាស្ត្រ)។
- ផលប៉ះពាល់នៃទំនាក់ទំនងរវាងមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក (ការពង្រីកទៅមណ្ឌលសុខភាពនឹងបង្វែរតម្រូវការចេញពីមន្ទីរពេទ្យបង្អែកគ្របដណ្តប់លើប្រជាជន កាន់តែច្រើនជាងមុនសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃការព្យាបាលក្នុងមួយឯកតាតូចជាងមុន ប៉ុន្តែតម្រូវការនៃការបញ្ជូនជំងឺកាន់ច្រើនឡើង)
- ការសម្រេចចិត្តលើការកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកក្រីក្រទុកជាមុន និងភាពញឹកញាប់ដែលគួរធ្វើកិច្ចការនេះ។

ថ្លៃចំណាយដែលកើនឡើងទាក់ទងទៅនឹងការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌ (គិតជាលានដុល្លារ)

	២០០៨	២០១០	២០១២	២០១៥
ការគ្របដណ្តប់ជាសកលត្រឹមឆ្នាំ២០១៥	០,៧៤	២,២៣	៣,៧១	៥,៩៤

៣.៤ ថ្លៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍សុខភាពបន្តពូជ

ការគណនាថ្លៃចំណាយនៃយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជ ពិចារណាអំពីថ្លៃចំណាយលើការផ្តល់សេវាក៏ដូចជាលក្ខខណ្ឌបង្គ្រប់ផ្សេងៗដូចជា ថ្លៃចំណាយលើការជ្រើសរើសឆ្មបបន្ថែម ថ្លៃចំណាយលើប្រតិបត្តិការរបស់កម្មវិធីជាតិ និងថ្លៃចំណាយប្រតិបត្តិសម្រាប់ថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក/ផ្នែកសុខភាពកុមារ និងមាតា និងស្រុកប្រតិបត្តិ ដោយបូកបន្ថែមថ្លៃចំណាយសម្រាប់កម្មវិធីចុះមូលដ្ឋាននិងថ្លៃចំណាយលើការវិនិយោគ ។

តារាង ១៤: អន្តរាគមន៍ដែលបានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងគំរូនៃការគណនាថ្លៃចំណាយ

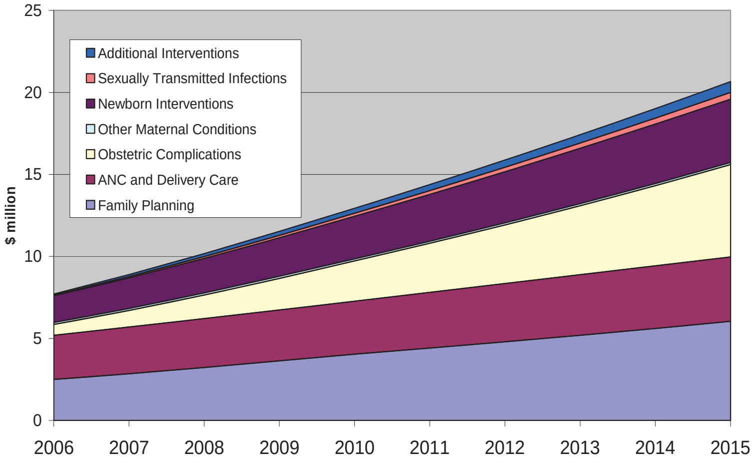
ការរៀបចំផែនការគ្រួសារ	ការពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងការថែទាំក្នុងពេលសម្រាល	ផលវិបាកនៃការសម្ភព
១ ថ្នាំពន្យារកំណើតដោយលេប (ថ្នាំគ្រាប់)	១១ ការថែទាំមុនពេលសម្រាល	១៦ ការឈឺពោះរយៈពេលយូរ (> ១៨ម៉ោង)
២ ថ្នាំចាក់	១២ ការបង្ការនៅក្នុងពេលថែទាំមុនពេលសម្រាល	១៧ ការសម្រាលដោយប្រើដង្កៀប ឬដោយបូម
៣ ស្រោមអនាម័យ-បុរស	១៣ ការព្យាបាលគ្រុនចាញ់នៅក្នុងពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ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

ប្រភព: ការសិក្សាអំពីថ្លៃចំណាយលើសុខភាពបន្តពូជ

អត្រាគ្របដណ្តប់គោលដៅចំណុច គឺស្របគ្នានឹងគោលដៅចំណុចជាតិ។ ថ្លៃចំណាយត្រូវបានប៉ាន់ស្មាន តាមរយៈការសិក្សាអំពីថ្លៃចំណាយពីក្រោមទៅលើ។ ទោះបីជាការសិក្សាអំពីថ្លៃចំណាយលើសុខភាពបន្តពូជពីដំបូងបែងចែកពីភាពខុសគ្នារវាងកម្រិតបច្ចុប្បន្ន និងកម្រិតដែលល្អបំផុតនៃថ្លៃចំណាយលើបុគ្គលិកក៏ដោយ (ធៀបទៅនឹងកម្រិតប្រាក់បំណាច់នៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិជាប់កិច្ចសន្យា) មានតែកម្រិតនៃបុគ្គលិកបច្ចុប្បន្នប៉ុណ្ណោះ ត្រូវបានយកមកពិភាក្សានៅទីនេះ ដើម្បីជៀសវាងការរាប់ត្រួតគ្នាជាមួយនឹងថ្លៃចំណាយលើការពង្រីកកិច្ចសន្យា។

លទ្ធផលនៃការសិក្សាអំពីថ្លៃចំណាយ បានបង្ហាញថាការចំណាយសម្រាប់សេវាសុខភាពបន្តពូជចាំបាច់ត្រូវបង្កើនពី៧,៤ លានដុល្លារអាមេរិកក្នុងមួយឆ្នាំ ក្នុងឆ្នាំ២០០៦ ទៅដល់ ១៦,៦លានដុល្លារអាមេរិកក្នុង១ឆ្នាំក្នុងឆ្នាំ២០១៥។ ចំនួននេះស្មើនឹងការចំណាយសរុបបន្ថែមចំនួន ១០៤,៩លានដុល្លារអាមេរិកសម្រាប់ឆ្នាំ២០០៨-១៥ និងថ្លៃចំណាយកើនឡើងក្នុងមនុស្សម្នាក់ចំនួន ០,៩ ដុល្លារអាមេរិកក្នុងឆ្នាំ ២០១៥ ។

រូបភាព១០: ថ្លៃចំណាយដែលកើនឡើង_យុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជ



៣.៥ ថ្លៃចំណាយលើអន្តរាគមន៍នៃការរស់រានរបស់កុមារ

ការសិក្សាស្តីពីអន្តរាគមន៍សម្រាប់ការរស់រានរបស់កុមារ បានប៉ាន់ប្រមាណថ្លៃចំណាយទៅលើអន្តរាគមន៍ ចំនួន១១ ក្នុងចំណោមអន្តរាគមន៍លើប័ណ្ណពិន្ទុទាំង១២ (អន្តរាគមន៍ស្តីពីការសម្រាលដោយបុគ្គលិកជំនាញមានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងការសិក្សាស្តីពីថ្លៃចំណាយ សម្រាប់សុខភាពបន្តពូជដូចមានបញ្ជាក់ខាងលើ) ក្នុងបរិបទនៃសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា និងសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់ ។

អភិក្រមនេះប៉ាន់ប្រមាណទៅលើថ្លៃចំណាយនៃការផ្តល់សេវា នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមួយចំនួនដែល"**អនុវត្តការងារល្អ**"ប៉ុន្តែបានផ្តល់នូវអនុសាសន៍ឱ្យមានការវិភាគបន្ថែមទៀត ដើម្បីធ្វើឱ្យលទ្ធផលកាន់តែមានភាពល្អប្រសើរនិងមានភាពតំណាង។ នេះអាចជាកិច្ចការសមស្របមួយសម្រាប់ដំណាក់កាលពង្រឹង (នៃការអនុវត្តន៍ ផ.យ.ស.២)។

ការសិក្សានេះគណនាថ្លៃចំណាយ ដោយប៉ាន់ស្មានពីថ្លៃចំណាយក្នុងមួយឯកតា នៅថ្នាក់ផ្សេងៗ (ភូមិ មណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យស្រុក) និងគុណថ្លៃចំណាយឯកតាទាំងនេះជាមួយនឹងគោលដៅចំណុចនៃការគ្របដណ្តប់។ ថ្លៃចំណាយត្រូវបានធ្វើវិភាជន៍ដោយយោងទៅតាមវិធីសាស្ត្រទម្ងន់ធៀបដែលបានមកពីមតិអ្នកជំនាញស្តីពីចំនួនស្តង់ដានៃរយៈពេលគិតជានាទី ដែលអ្នកផ្តល់សេវាប្រើប្រាស់សម្រាប់អន្តរាគមន៍នីមួយៗ។ ជាថ្មីម្តងទៀតការសិក្សាបានផ្តល់អនុសាសន៍ថាគួរពិនិត្យឡើងវិញលើទម្ងន់ទាំងនេះក្នុងលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធជាងនេះ។ ថ្លៃចំណាយបន្ថែមនៃការពង្រីកអន្តរាគមន៍មានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង និងក្រាហ្វិកខាងក្រោមនេះ

ថ្លៃចំណាយកើនឡើងសុទ្ធនៃការពង្រីកអន្តរាគមន៍នៅលើប័ណ្ណពិន្ទុកុមារ

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

៣.៦ ប្រាក់លាភការបន្ថែមផ្អែកលើស្នាដៃការងារ

គម្រោងផ្តល់ប្រាក់លាភការផ្អែកលើស្នាដៃការងារ គឺជាមធ្យោបាយមួយនៃការផ្តល់កំរិតលាភការចាំបាច់ដល់បុគ្គលិកដែលបានជ្រើសរើសយកដើម្បីឱយបំពេញការទទួលខុសត្រូវរបស់ពួកគេ ដោយជំនួសប្រព័ន្ធនៃការផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តបន្ថែមម្តងម្កាល។ ថ្លៃចំណាយនៃគម្រោងនេះ មានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង ១៥ ខាងក្រោម សម្រាប់ការចំណាយលើកំណែទម្រង់បៀវត្សនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។ សម្មតិកម្មនៅទីនេះគឺថាគម្រោងលាភការដោយផ្អែកលើស្នាដៃការងារត្រូវបានអនុវត្តក្នុងឆ្នាំ២០០៨ ។

តារាង១៥: ថ្លៃចំណាយកើនឡើងចាន់ស្មាននៃគម្រោងលាភការដោយផ្អែកលើស្នាដៃការងារ

ថ្លៃចំណាយសរុបប្រចាំឆ្នាំ និងថ្លៃចំណាយកើនឡើងនៃសំណើ លាភការដោយផ្អែកលើស្នាដៃការងារ				
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**	**១៨,៨៧**	**១៤,៩៧**	**៣,៦៥**

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

៤. ថ្លៃចំណាយសរុប លទ្ធភាពផ្តល់ថវិកាបាន និងលំហសារពើពន្ធ

ការសន្មតទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីគណនាសេណារីយ៉ូករណីជាមូលដ្ឋានមួយសម្រាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះ និងប៉ាន់ស្មានអំពីលំហសារពើពន្ធដែលអាចមាន។

យុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះ	**ការសន្មតសេណារីយ៉ូករណីជាមូលដ្ឋាន**
បង្កើនការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពសាធារណៈ:	ការប្រើប្រាស់សេវាកើនឡើងក្នុងល្បឿនដូចគ្នានឹងឆ្នាំ២០០២-២០០៦ ការកើនឡើងនៃការប្រើប្រាស់សេវា អាចប្រព្រឹត្តបាននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានស្រាប់ នៅក្នុងដំណាក់កាលពង្រឹង។ តំរូវការឱយមានមូលដ្ឋានសុខាភិបាលថ្មីនឹងត្រូវបានពិចារណា នៅពេលមានការកែសម្រួល និងអនុវត្តផែនការគ្របដណ្តប់សុខាភិបាល។
ការពង្រីកកិច្ចសន្យា	ការគ្របដណ្តប់ជាសកលនៅដំណាច់ឆ្នាំ ២០១៥
ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌	ការគ្របដណ្តប់ជាសកលនៅដំណាច់ឆ្នាំ ១០១៥ ក្នុងតម្លៃមួយឯកតា ០,៥ ដុល្លា ក្នុងមនុស្សម្នាក់

ការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជ និងការរស់រានរបស់កុមារ	យុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជនិង យុទ្ធសាស្ត្ររស់រានរបស់កុមារត្រូវបានអនុវត្ត ដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅចំណុចជាតិដែលបានកំណត់ នៅក្នុង ផ.យ.ស.២ តម្រូវការបុគ្គលិក (បង្កើនបរិមាណនិងបង្កើនបៀវត្ស) ត្រូវបានផាត់ចេញដើម្បីជៀសវាងការរាប់ត្រួតគ្នា ជាមួយនិងការពង្រីកកិច្ចសន្យា និងការគ្របដណ្តប់របស់គម្រោងលាភការដោយផ្អែកលើស្នាដៃការងារ
ប្រាក់លាភការដល់បុគ្គលិក	លាភការដោយផ្អែកលើស្នាដៃការងារត្រូវបានអនុវត្តពេញលេញក្នុងឆ្នាំ ២០០៨

តារាង១៦: ការសន្និតលំហសារពើពន្ធសម្រាប់សេណារីយ៉ូផ្អែកលើករណី

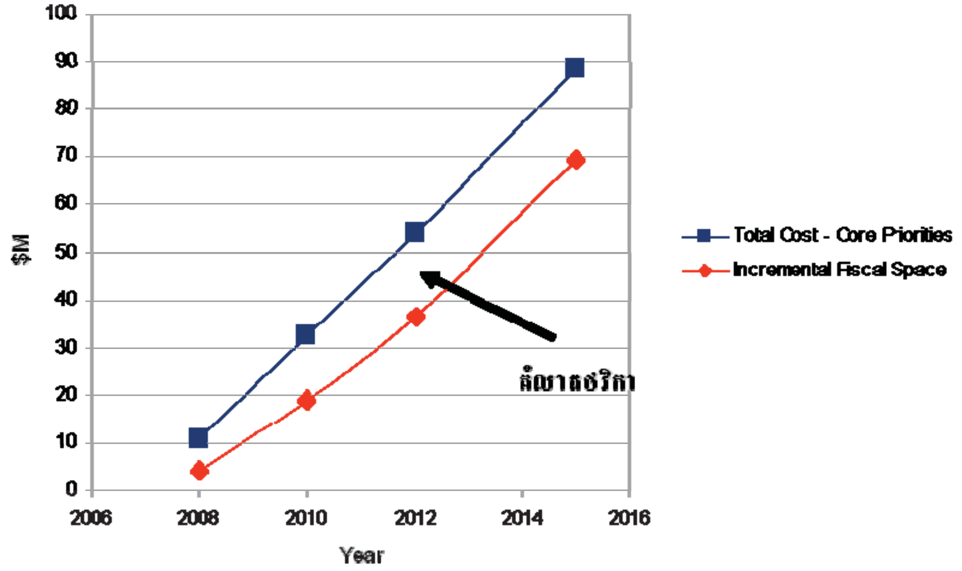
សេណារីយ៉ូស្តីពីការពង្រីក បញ្ជាក់ក្នុងតម្លៃដុល្លារថេរឆ្នាំ២០០៧ សំរាប់២០០៦_១៥											
		២០០៦	២០០៧	២០០៨	២០០៩	២០១០	២០១១	២០១២	២០១៣	២០១៤	២០១៥
ផលទុនជាតិសរុប (GDP)	លានដុល្លារ	៦.៥៦៨	៧.០៤១	៧.៤៨៦	៧.៩៥៦	៨.៤៦០	៨.៩៩៩	៩.៥៧១	១០.១៨១	១០.៨២៩	១១.៥១៨
កំណើនផលទុនជាតិសរុប	%		៧,២	៦,៣	៦,៣	៦,៣	៦,៤	៦,៤	៦,៤	៦,៤	៦,៤
ការចំណាយចរន្តធៀបនឹងផលទុនជាតិសរុប	%	៩,០	៩,៨	៩,៧	៩,៨	១០,០	១០,២	១០,៤	១០,៦	១០,៨	១១,០
ការចំណាយចរន្ត	លានដុល្លារ	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	លានដុល្លារ	៦៣,២	៨៣,៣	៨៧,១	៩៤,៣	១០២,១	១១០,៦	១១៩,៨	១២៩,៨	១៤០,៧	១៥២,៤
ការកើនឡើងនៃថវិកាសុខាភិបាលធៀបនឹងឆ្នាំ ២០០៧	លានដុល្លារ			៣,៩	១១,០	១៨,៨	២៧,៣	៣៦,៦	៤៦,៦	៥៧,៤	៦៩,២
កំណត់សម្គាល់:ការព្យាករណ៍សម្រាប់ផលទុនជាតិសរុប និងការចំណាយចរន្តពីក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ- ក្របខណ្ឌចំណាយរយៈពេលមធ្យម។ ការចំណាយលើសុខភាព: ការប៉ាន់ស្មានឆ្នាំ២០០៦និងថវិកាឆ្នាំ២០០៧។ សំរាប់ ២០០៨–១៥ ការគណនាគិត ១២ភាគរយ នៃការចំណាយចរន្តដូចមានបង្ហាញនៅក្នុង ផ.យ.អ.ជ ២០០៦-១០។											

ដោយអនុវត្តនូវសេណារីយ៉ូទាំងនេះ ថ្លៃចំណាយដែលប៉ាន់ស្មាននៃយុទ្ធសាស្រ្តគន្លឹះ និងលំហសារពើពន្ធដែលកើនឡើងត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង១៧ ខាងក្រោមនេះ ។

តារាង១៧: ថ្លៃចំណាយប៉ាន់ស្មានទៅលើយុទ្ធសាស្រ្តជាគន្លឹះ (គិតជាលានដុល្លារអាមេរិក)

	២០០៨	**២០១០**	**២០១២**	**២០១៥**
ការប្រើប្រាស់កើនឡើង – ថ្លៃចំណាយចរន្ត	២,០	៦,១	១៣,១	២៣,៩
លើកកម្ពស់លទ្ធភាពទទួលសេវាសុខភាពបន្តពូជ	២,៦	១២,៥	១៨,៥	២៨,២
លើកកម្ពស់លទ្ធភាពទទួលអន្តរាគមន៍រស់រានកុមារ	(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
គម្រោងផ្តល់ប្រៀវត្សរ៍ផ្អែកលើគុណបំណាច់	៣,៧	៣,៧	៣,៧	៣,៧
សរុប - អាទិភាពស្នូល	**១០,៦**	**៣២,៣**	**៥៣ ,៨**	**៨៨,៥**
លំហសារពើពន្ធកើនឡើង	**៣,៩**	**១៨,៨**	**៣៦,៦**	**៦៩,២**

រូបភាព ១១:លទ្ធភាពផ្តល់ថវិកានៃអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្រ្ត
ថ្លៃចំណាយសរុបនៃអាទិភាពស្នូលប្រៀបធៀបទៅនឹងលំហសារពើពន្ធដែលអាចមាន



តួលេខខាងលើប្រៀបធៀបថ្លៃចំណាយលើយុទ្ធសាស្រ្តសំខាន់ៗ ជាមួយនឹងលំហសារពើពន្ធដែលអាចមាន សម្រាប់រដ្ឋាភិបាលក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំខាងមុខ។ ថ្លៃចំណាយទាំងនេះគឺហួសពីមធ្យោបាយដែលរដ្ឋអាចមានលទ្ធភាព ដូច្នេះនឹងត្រូវការធនធានពីម្ចាស់ជំនួយយ៉ាងច្រើន ទោះបីជាការគាំទ្រពីម្ចាស់ជំនួយដែលបានផ្តល់ដល់វិស័យសុខាភិបាលបច្ចុប្បន្នមានលំដាប់ល្អប្រសើរក៏ដោយ។

ក្របខណ្ឌសូចនាករសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃ

សូចនាករ	ប្រចាំឆ្នាំ	សូចនាករស្នូល ព.ស.ឆ	ទិន្នន័យដើមគ្រា ២០០៨ តំលៃ	ទិន្នន័យដើមគ្រា ២០០៨ ឆ្នាំ	គោលដៅ ចំណុច២០១០ (២០១១ពិនិត្យពាក់កណ្តាលអាណត្តិ)	គោលដៅចំណុច ២០១៥ ការវាយតម្លៃ
ការអភិវឌ្ឍន៍ទូទៅ សូចនាករផ្តល់រូបភាពអំពីកំណើនសេដ្ឋកិច្ចជាទូទៅនិងការអភិវឌ្ឍន៍មនុស្សនៅកម្ពុជានិងអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីប្រៀបធៀបជាមួយប្រទេសដទៃទៀត។						
១. សន្ទស្សន៍នៃការអភិវឌ្ឍន៍មនុស្ស *(a)*	✓	✓	០,៥៩៨	២០០៥		
២. ផលិតផលសរុបក្នុងស្រុកក្នុងមនុស្សម្នាក់ក្នុង១ឆ្នាំ *(b)*	✓	✓	៥១៣US$	២០០៦		
៣. ％ នៃគ្រួសារក្រោមបន្ទាត់ក្រីក្រ *(b)*			៣៤,៧១	២០០៦	២៥	
៤. អត្រាសាយកូនសរុប *(c)*			៣,៤	២០០៥	៣,៤	៣,០
៥. អត្រាអក្ខរកម្មរបស់ស្ត្រី *(d)*			៦៤	២០០៤		
៦. អាយុកាលរំពឹងទុករបស់បុរស/ស្ត្រី *(b)*			៥៧/៦៤	២០០៦		
៧. អត្រាកំណើតដុលក្នុងប្រជាជន ១.០០០នាក់ *(c)*			២៥,៦	២០០៥		
៨. អត្រាស្លាប់ដុលក្នុងប្រជាជន ១.០០០នាក់			*គ្មានព័ត៌មាន*			
លើកកម្ពស់សុខភាព សូចនាករបង្ហាញពីការផ្លាស់ប្តូរនៃស្ថានភាពសុខភាពក្នុងអំលុងពេលមួយ 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. ％ នៃកុមារក្រោម៥ឆ្នាំដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរ៉ាំរ៉ៃ: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. ជំងឺស្លេកស្លាំងនៅក្នុង ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (%)			៥៧,១	២០០៥	៣៩	៣៣
១០. ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលមាន BMI ទាប (%)			២០	២០០៥	១២	៨
១១. សមាមាត្រទារកដែលបានដាក់ឱ្យបៅដោះក្នុងរយៈពេលមួយម៉ោងក្រោយកំណើត (%)			៣៥	២០០៥	៤៥	៦២
១២. សមាមាត្រទារកអាយុ ០-៦ ខែ ដែលបានទទួលការបំបៅដោះតែមួយមុខ (%)			៦០	២០០៥	៦៥	៧០
១៣. សមាមាត្រកុមារក្រោមមួយឆ្នាំដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការពេញលេញ (%)			៦០	២០០៥	៧០	៨០
១៤. កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានក្អកឬពិបាកដកដង្ហើមដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ (%)			៤៨	២០០៥	៧០	៧៥
១៥. សមាមាត្រកុមារដែលមានជំងឺរាគដែលបានទទួលORT (%)			៥៨	២០០៥	៨០	៨៥
១៦. អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សអាយុ ១៥-៤៩ឆ្នាំ (%) *(c)* *(e)*			០,៦ ០,៩	២០០៥ ២០០៧	< ០,៦ < ០,៩	< ០,៦ < 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. អត្រាស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនឈាមដែលរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ	✓	✓	០,៧៤	២០០៥	០,៥	០,៣
២០. % នៃមរណភាពដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍			៣,៥	២០០៥	៣,០	២,៨
ការផ្តល់សេវាសុខភាព សូចនាករភាគច្រើនបង្ហាញពីការផ្លាស់ប្តូរ ការមកទទួលនិងប្រើប្រាស់សេវា ការគ្របដណ្តប់និងគុណភាពនៃការថែទាំ ហើយសូចនាករខ្លះទៀតក៏បង្ហាញពីការផ្លាស់ប្តូរនៃស្ថានភាពសុខភាពផងដែរ។ សូចនាករនេះនិងតាមដានរៀងរាល់ឆ្នាំតាមរយៈប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល និង ប្រភពផ្សេងទៀត។						
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 ៦០	២០០៧ ២០០៥	៧៣	៩០
១៤. % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួលជាតិដែក/ហ្វូលិកបន្ថែម	✓		៦៩	២០០៧	៧៥	៩០
១៥. % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសយ៉ាងតិច 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. % នៃកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំបានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជ្រិល	✓	✓	៧៩	២០០៧	៨៥	៩០
២៣. % នៃកុមារអាយុ ៦-៥៩ ខែដែលបានទទួលវីតាមីនអា ២ ដូសក្នុងរយៈពេល១២ខែចុងក្រោយ	✓		៨៣	២០០៧	៨៥	៩០
២៤. % នៃកុមារអាយុ ៦-៥៩ ខែដែលបានទទួលមេបង់ដាហ្សូល រាល់ ៦ខែម្តង	✓		៩០	២០០៦	៩៨	១០០
២៥. ចំនួនកន្លែងផ្តល់ប្រឹក្សា-ធ្វើតេស្តឈាមដោយសម្ងាត់ និងស្ម័គ្រចិត្តដែលដំណើរការនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងវិស័យមិនគិតផលកម្រៃ	✓		១៩៤	២០០៧	២៥០	> ២៥០
២៦. % នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍កំរិតខ្ពស់ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថពន្យាជីវិតច្រើនមុខ	✓		៥០	២០០៧	> ៨៥	> ៨៥

២៧. ٪ នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលប្រើឱសថពន្យាជីវិតនៅរស់ក្រោយការព្យាបាលរយៈពេល១២ខែ	✓	✓	*គ្មានពត៌មាន*		> ៨៥	> ៨៥
២៨. ប្រេវ៉ាឡង់នៃរបេងបេកាវិជ្ជមានលើប្រជាជន ១០០.០០០នាក់			២៣៤	២០០៧	២១៤	១៣៥
២៩. អត្រាស្រាវជ្រាវករណីជំងឺរបេងស្ទួតបេកាវិជ្ជមាន (٪)	✓	✓	៦៦	២០០៧	> ៧០	> ៧០
៣០. អត្រាជាសះស្បើយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង (٪)	✓	✓	> ៨៥	២០០៧	> ៨៥	> ៨៥
៣១. ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ដែលបានព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.០០០ នាក់	✓	✓	៤	២០០៧	៣,៥	៣
៣២. អាំងស៊ីដង់ជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងមនុស្ស ១.០០០ នាក់ដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ			៤,២	២០០៧	៣,៥៨	២,១៦
៣៣. ٪ នៃគ្រួសារដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ជំងឺគ្រុនចាញ់ខ្ពស់(<១គម ពីព្រៃ) នៃខេត្ត-ក្រុង ២០ ដែលមានមុងជ្រលក់ថ្នាំគ្រប់គ្រាន់ (១ មុងសម្រាប់មនុស្ស ២នាក់)	✓		៦៤	២០០៧	៨៥	៩៥
៣៤. ប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែមលើមនុស្សពេញវ័យដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ	✓	✓	២	២០០៥	< ២	< ២
៣៥. អាំងស៊ីដង់ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនលើមនុស្ស ១០.០០០នាក់ដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ	✓		២៥	២០០៣	២១	១២,៥
៣៦. អាំងស៊ីដង់នៃជំងឺលើសឈាមលើមនុស្ស ១.០០០ នាក់	✓		២០	២០០៧	១៩	១៥
៣៧. អត្រានៃការងងឹតភ្នែក (٪)	✓		១,២	១៩៩៥	០,៥	<០,៣
៣៨. ٪ នៃកុមារដែលមានធ្មេញពុកមិនបានប៉ះ	✓		៨,៩	២០០៧	< ៥	< ៥
៣៩. ចំនួននៃករណីជំងឺផ្លូវចិត្តដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ	✓	✓	១០.០០០	២០០៧	១៩.០០០	២៨.០០០
៤០. ចំនួននៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការព្យាបាលជំនួសដោយ Opioids	✓		១០០	២០០៧	៤០០	១.២០០
៤១. ٪ នៃមនុស្សពេញវ័យជក់បារី បុរស/ស្ត្រី	✓		៥៤/៩	២០០៤	៤៩/៤	៤៤/២
៤២. ٪ នៃអ្នករបួសដែលមានការប៉ះទង្គិចក្បាលដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ដែលបានទទួលការព្យាបាល	✓	✓	៤១	២០០៧	៣៨	៣៥
ធាតុចូល/ដំណើរការនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល						
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. ចំណែកនៃថវិការដ្ឋនៃសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងចំណាយនៅ:*(b)*	✓	✓	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
• ចំនួនសមាជិកដែលទទួលផលប្រយោជន៍ (គ្រួសារ/មនុស្ស)			៤៥០០០នាក់	២០០៧	ន.ក	ន.ក
៥២. ការគ្របដណ្តប់នៃការអនុវត្តន៍កិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា *(j)*	✓	✓				
• ចំនួនស្រុកប្រតិបត្តិអនុវត្តកិច្ចសន្យា			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. ផលធៀបឆ្មបមធ្យមរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងប្រជាជន ១០.០០០នាក់ តាមទីកន្លែង៖ *(k)*	✓					
• ទូទាំងប្រទេស			០,៥៥	២០០៧	០,៧៥	១
• កំរិតមធ្យមថ្នាក់ខេត្ត			០,៦៤			
• កំរិតកណ្តាលថ្នាក់ខេត្ត			០,៥៧			
៥៦. ផលធៀបគិលានុបដ្ឋាកមធ្យមរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងប្រជាជន ១០.០០០នាក់ តាមទីកន្លែង៖ *(k)*	✓					
• ទូទាំងប្រទេស			១,២១	២០០៧	១,៥	២
• កំរិតមធ្យមថ្នាក់ខេត្ត			១,៣៩			
• កំរិតកណ្តាលថ្នាក់ខេត្ត			១,៣០			
៥៧. % នៃមណ្ឌលសុខភាពដែលមានបុគ្គលិកស្របតាមសេចក្តីណែនាំអំពី ស.ស.អ MPA	✓	✓	ន.ប		ន.ក	ន.ក
៥៨. ចំនួនមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានបុគ្គលិកស្របតាមសេចក្តីណែនាំអំពី ស.ស.ប CPA	✓		ន.ប		ន.ក	ន.ក
៥៩. % នៃបុគ្គលិកដែលគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងលើកទឹកចិត្ត	✓		ន.ប		ន.ក	ន.ក
ប្រពន្ធ័ពត៌មាន						
៦០. % នៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល(HMIS)តាមប្រពន្ធ័កំព្យូទ័រ *(l)*	✓		០	២០០៧	៧០	១០០
៦១. % របាយការណ៍ស្តីពី HMIS ដែលបានដាក់ជូនទាន់ពេលវេលា៖	✓					
• HC1និងHO2មកស្រុកប្រតិបត្តិ			ន.ប		ន.ក	ន.ក
• DO3 មកមន្ទីរសុខាភិបាល			ន.ប		ន.ក	ន.ក
• PRO4 មកក្រសួងសុខាភិបាល			៧៣	២០០៧	១០០	១០០
៦២. % នៃមន្ទីរសុខាភិបាលទទួលពត៌មានត្រលប់ HIS ពីក្រសួង	✓	✓	ន.ប		ន.ក	ន.ក
៦៣. % នៃការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិទទួលពត៌មានត្រលប់ពី HIS ពីមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង			ន.ប		ន.ក	ន.ក
អភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធសុខាភិបាល						
៦៤. % នៃមូលនិធិជំនួយសម្រាប់សុខភាពដែលបានដាក់បញ្ចូលក្នុងផែនការរំកិល៣ឆ្នាំ	✓	✓	ន.ប		ន.ក	ន.ក
៦៥. % នៃអង្គភាពក្រសួងសុខាភិបាលដែលមានផែនការ ការអភិវឌ្ឍស្ថាប័នជាយុទ្ធសាស្ត្រ	✓		ន.ប		ន.ក	ន.ក

៦៦. % នៃគ្រឹះស្ថានឯកជន (ប៉ូលីគ្លីនិក បន្ទប់ពិគ្រោះ ជំងឺ មន្ទីរសម្ភព ឱសថស្ថាន គ្លីនិកព្យាបាលធ្មេញ.... ។ល។ ដែលបានផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណ ប្រកបអាជីវកម្ម :	✓	✓	ន.ប		ន.ក	ន.ក
៦៧. ចំនួនគណៈកម្មការ គ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាពដែលដំណើរការ	✓	✓	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

(h) របាយការណ៍នាយកដ្ឋានថវិកានិងហិរញ្ញវត្ថុ- ក្រសួងសុខាភិបាល

(i) របាយការណ៍ស្តីពីមូលនិធិជំនួយឆ្នាំ ២០០៧, នាយកដ្ឋានសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ- ក្រសួងសុខាភិបាល

(j) របាយការណ៍ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ ២០០៨, នាយកដ្ឋានផែនការនិងពត៌មានសុខាភិបាល

(k) របាយការណ៍នាយកដ្ឋានបុគ្គលិក

(l) លើកលែងមន្ទីរពេទ្យជាតិដែល HMIS បានដាក់ឱយដំណើរការរួចមកហើយ

ន.ប នឹងបង្កើត

ន.ក នឹងកំណត់

សន្ទានុក្រម

ការទទួលខុសត្រូវ
Accountability

គឺជាការទទួលស្គាល់និង បន្ទុកនៃទទួលខុសត្រូវចំពោះសកម្មភាព ការសំរេចចិត្ត និងគោលនយោបាយ ដោយរាប់បញ្ចូលនូវកាតព្វកិច្ចរាយការណ៍ ពន្យល់ និងឆ្លើយបំភ្លឺចំពោះហេតុបច្ច័យដែលកើតមាន ។

ការទទួលស្គាល់ជាផ្លូវការ
Accreditation

គឺបែបបទស្ម័គ្រចិត្តដែលតាមរយៈនេះការទទួលស្គាល់ជាសាធារណៈនូវគុណភាពនៃស្ថាបន័សុខាភិបាលមួយត្រូវបានបង្ហាញ តាមរយៈការវាយតំលៃដោយក្រុមឯករាជ្យលើកំរិតនៃស្នាដៃរបស់អង្គភាពនេះចំពោះបទដ្ឋានគុណភាពដែលអាចទទួលយកបានជាទូទៅ ។ បទដ្ឋានសំរាប់បែបបទនៃការទទួលស្គាល់ជាផ្លូវការនេះ ត្រូវបានកំណត់ក្នុងកំរិតអតិបរមាដែលអាចនឹងសំរេចបានដើម្បីជំរុញឱ្យមានការកែលំអក្នុងរយៈពេលមួយជាកំណត់ ។

ការតំរៀបតំរង់
Alignment

បែបបទដែលតាមរយៈនេះគោលនយោបាយ និតិវិធី ប្រពន្ធ័ ការផ្តល់មូលនិធិ វដ្តផែនការនីយកម្ម និងការត្រួតពិនិត្យតាមដាននៃសកម្មភាពរបស់អ្នកផ្តល់ជំនួយត្រូវដាក់ឱ្យស្របតាមគោលនយោបាយ និតិវិធី ប្រពន្ធ័ ការផ្តល់មូលនិធិ វដ្តផែនការនីយកម្មនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដានរបស់រដ្ឋាភិបាល ដើម្បីធានាថាអាទិភាពដែលកំណត់ដោយប្រទេសកម្ពុជាក្លាយជាអាទិភាពរបស់ម្ចាស់ជំនួយ ។

កញ្ចប់ភាគផល
Benefit package

សំណុំអប្បបរមានៃសេវាដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកមានការទទួលរ៉ាប់រងសុខភាពនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃកំរិតប្រាក់បង់ភាគទាន ក៏ដូចជាអ្នកក្រីក្រដែលបានទទួលការគាំពារដោយមូលនិធិសមធម៌ ។

បន្ទុកជំងឺ
Burden of diseases

គឺទំងន់នៃការឈឺរបស់បុគ្គល សហគមន៍និងប្រទេសទាំងមូល ។ ការវាស់វែងអំពីបន្ទុកជំងឺអាចរាប់បញ្ចូលទាំងអាយុកាលរំពឹងទុកវែង គុណភាពជីវិតនិងផលប៉ះពាល់លើសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គម ។

ការចំណាយសំរាប់មនុស្សម្នាក់
Capitation payment

ចំណាយថេរឱយអ្នកផ្តល់សេវា–គណនាសំរាប់មនុស្សម្នាក់ៗ ដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសំរាប់រយៈពេលមួយ បរិមាណចំណាយជាក់លាក់ត្រូវបានទូទាត់ជាដំណាក់ៗឱយអ្នកផ្តល់សេវាសំរាប់សំណុំសេវាសុខភាពជាក់លាក់ដោយមិនគិតអំពីបរិមាណ (សេវា) ដែលត្រូវទូទាត់ ។

ការចំណាយដ៏មហន្តរាយលើសុខភាព
Catastrophic health expenditures

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

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ Community based health insurance

ជាទំរង់ការមីក្រូធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលគ្រប់គ្រងដោយឯករាជ្យភាពដោយសមាជិកសហគមន៍ ដោយអង្គការដែលមានមូលដ្ឋាននៅក្នុងសហគមន៍ ។

កិច្ចសន្យា
Contracting

យន្តការមួយសំរាប់ការផ្តល់សេវាសាធារណៈ: សំដៅឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការរបស់អ្នកប្រើប្រាស់សេវា ពង្រឹងប្រសិទ្ធភាពការងារ និងលើកកំពស់គុណភាពសេវា ដើម្បីទទួលបាននូវជំនឿទុកចិត្តពីអ្នកប្រើប្រាស់សេវា។ ការអនុវត្តន៍យន្តការកិច្ចសន្យា គឺជាបែបបទដែលក្នុងនេះកិច្ចព្រមព្រៀងជាផ្លូវការត្រូវបានធ្វើឡើងរវាងអ្នកចេញចំណាយជាមួយនឹងក្រុមអ្នកជាវឬបុគ្គលជាអ្នកបញ្ជាទិញសេវា អ្នកធានារ៉ាប់រងដោយបញ្ជាក់ច្បាស់អំពី អត្រា ករណីយកិច្ចនិងទំនាក់ទំនងក្នុងចំណោមភាគីទាំងអស់ តារាងភាគផលនិងលក្ខខណ្ឌពាក់ពន្ធ័ដទៃទៀត។ នៅក្នុង ផ.យ.ស.២ កិច្ចសន្យានេះគ្របដណ្តប់ទាំង "កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង" និង "កិច្ចសន្យាក្រៅ" ។

កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង (Internal contract) សំដៅលើការរៀបចំនិងចាត់ចែងវិធីសាស្រ្តកិច្ចសន្យាដែលក្នុងនេះទាំងអ្នកបញ្ជាទិញសេវានិងអ្នកផ្តល់សេវា គឺជាវិស័យសុខាភិបាលសាធារណៈ។ កិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុង គឺកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវបានធ្វើឡើង រវាងក្រសួងសុខាភិបាល (អ្នកបញ្ជាទិញសេវានិងជាអ្នកចេញចំណាយ) ជាមួយនឹងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង និង/ឬស្រុកប្រតិបត្តិ (ជាអ្នកផ្តល់សេវា)។ មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុងអាចរៀបចំចាត់ចែងកិច្ចសន្យាផ្ទៃក្នុងជាមួយស្រុកប្រតិបត្តិ ហើយស្រុកប្រតិបត្តិអាចជាមួយ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកនិងមណ្ឌលសុខភាព។

កិច្ចសន្យាក្រៅ (External contract) សំដៅលើការរៀបចំនិងចាត់ចែងវិធីសាស្រ្តកិច្ចសន្យាដែលក្នុងនេះទាំងអ្នកបញ្ជាទិញសេវាគឺជាវិស័យសុខាភិបាលសាធារណៈ រីឯនិងអ្នកផ្តល់សេវាគឺជាវិស័យឯកជន។ កិច្ចសន្យាក្រៅ គឺកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវបានធ្វើឡើងរវាងក្រសួងសុខាភិបាល (អ្នកបញ្ជាទិញសេវានិងជាអ្នកចេញចំណាយ)ជាមួយនឹងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនិង/ឬឯកជនរកផលកំរៃ (ជាអ្នកផ្តល់សេវា)។

ថ្លៃចំណាយ
Cost

ធនធានដែលគិតជារូបិយវត្ថុដែលបានចំណាយនៅក្នុងការអនុវត្តន៍សកម្មភាព

ចំណាយបន្ថែមកើនតាមកំរិត (Incremental cost): ថ្លៃចំណាយលើសម្មភាពថ្មី ដែលមួយផ្នែកនៃការចំណាយនេះ បានកើតមានរួចមកហើយ។

Marginal cost បរិមាណអាស្រ័យទៅតាមកំរិតលទ្ធផលដែលកើតមាន ដែលនៅពេលនេះតំលៃសរុបបានប្រែប្រួល ប្រសិនបរិមាណនៃលទ្ធផលកើនឡើងឬថយចុះក្នុង១ឯកត្តា។

ចំណាយកាលានុវត្ត (Opportunity cost): បរិមាណកំរិតអតិបរមាដែលអាចទទួលបាន នៅពេលណាមួយ ប្រសិនបើនៅពេលនោះទ្រព្យរបស់ឬធនធានត្រូវបានគេលក់បញ្ចេញ ជួលឬយកទៅប្រើប្រាស់ក្នុងជំរើសដ៏មានតំលៃបំផុត។

គណនាថ្លៃចំណាយ
Costing

បច្ចេកទេស និងបែបបទនៃការសិក្សាឱយឃើញច្បាស់លាស់ ពីបរិមាណនៃការចំណាយដែលបានកើតមានលើផលិតផលនិងសេវាជាក់ស្តែង។

វិមជ្ឈការ
Decentralization

ការផ្ទេរអំណាចពីរដ្ឋាភិបាលកណ្តាលទៅឱយអាជ្ញាធរថ្នាក់ក្រោម។

វិសហមជ្ឈការ Deconcentration	បែបបទដែលតាមរយៈនេះ មុខងាររដ្ឋបាលនៅក្នុងក្របខណ្ឌឋានានុក្រមនៃរដ្ឋាភិបាលកណ្តាល ត្រូវបានផ្ទេរពីក្រសួងទៅឱយមន្ត្រីប្រតិបត្តិថ្នាក់មូលដ្ឋាន ដោយការផ្ទេរបន្ទុកការងារ ការបង្កើតទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិថ្នាក់មូលដ្ឋាន ឬការផ្ទេរការទទួលខុសត្រូវទៅឱយអង្គភាពរដ្ឋបាលមូលដ្ឋានដែលជាផ្នែកមួយនៃរចនាសម្ព័ន្ធរដ្ឋាភិបាលកណ្តាល។
តំរូវការ Demand	បរិមាណនៃរបស់ដែលអ្នកទិញចង់បាន ហើយមានលទ្ធភាពអាចទិញបាននៅចំពោះមុខថ្លៃខុសៗគ្នា។
សុខភាពបរិស្ថាន Environmental Health	សុខភាពបរិស្ថានដោះស្រាយកត្តាបរិស្ថាននានា ដែលអាចប៉ះពាល់ជាសក្តានុពលដល់សុខភាព។ ដំណោះស្រាយនេះតំរង់ឆ្ពោះទៅរកការបង្ការជំងឺ និងការបង្កើតនូវបរិស្ថានមួយគាំទ្រដល់សុខភាព។
ប្រសិទ្ធផល Effectiveness	ផល/ហេតុបច្ច័យនៃសកម្មភាព និងលទ្ធផលបញ្ចប់ លទ្ធផលឬភាគផលសំរាប់ប្រជាជន ដែលសំរេចបានក្នុងទំនាក់ទំនងនឹងគោលដៅដែលបានកំណត់។ នេះគឺជាការសំដែងឱយឃើញអំពីផល/ហេតុបច្ច័យគួរឱយសោមនស្សនៃកម្មវិធីអន្តរាគមន៍សេវា នៅក្នុងការកាត់បន្ថយបញ្ហាសុខភាព ឬកែលំអស្ថានភាពសុខភាពដែលមិនគួរជាទីពេញចិត្ត។
ប្រសិទ្ធភាព Efficiency	ផល/ហេតុបច្ច័យឬលទ្ធផលបញ្ចប់ដែលសំរេចបាន ក្នុងទំនាក់ទំនងទៅនឹងកិច្ចប្រឹងប្រែងដែលបានចំណាយដោយគិតជាសាច់ប្រាក់ ធនធាន និងពេលវេលា។
មុខងារសារវន្តនៃសុខភាពសាធារណៈ Essential public health functions	គឺសំណុំសកម្មភាពជាមូលដ្ឋានដែលដោះស្រាយកត្តាប៉ះពាល់ដល់សុខភាព ការពារសុខភាពប្រជាជននិងព្យាបាលជំងឺ។ សកម្មភាពទាំងនេះនឹងបង្ការព្រមទាំងគ្រប់គ្រងកត្តារួមចំណែកចំបងៗដល់បន្ទុកជំងឺ ដោយប្រើប្រាស់មានប្រសិទ្ធភាពនូវបច្ចេកទេស និតិក្រម រដ្ឋបាលនិងអន្តរាគមន៍ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទ ឬធ្វើឱយខ្វាចញញើត ដូច្នេះវាផ្តល់នូវអភិក្រមសំរាប់សកម្មភាពអន្តរវិស័យចំពោះសុខភាព។ *(Yach D. Redefining the scope of public health beyond the year 2000. Current Issues in Public Health, 1996, 2:247-252.)*
សមធម៌ Equity	គ្មានភាពខុសគ្នាដាច់ខាតអំពីស្ថានភាពសុខភាពនិងលទ្ធភាពមកទទួលនិងប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពដោយយោងតាមតំរូវការរវាងក្រុមមនុស្សក្នុងសង្គមដែលមានឬក៏គ្មានផលប្រយោជន៍សង្គមជាមូលដ្ឋានពោលគឺមានស្ថានភាពខុសៗគ្នានៅក្នុងឋានានុក្រមសង្គម។ សេវាសុខភាពត្រូវមានសំរាប់ប្រជាជនទាំងអស់ចូលមកប្រើប្រាស់នៅពេលត្រូវការចាំបាច់ ដោយមិនគិតអំពីលទ្ធភាពដែលអាចបង់ថ្លៃសេវា។
គោលបំណង Goal	គោលបំណងគឺជាគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍កំរិតខ្ពស់ជាធម្មតា គោលបំណងត្រូវបានបញ្ជាក់ក្នុងន័យទូទៅ (ទូលំទូលាយ) ហើយមានរយៈពេលវែង (៣-៥ឆ្នាំ)។ គោលបំណងគឺជាអ្វីចុងក្រោយដែលស្ថាប័ន/អង្គភាពមួយពុះពារ ដើម្បីសំរេចបានដោយឈរលើមូលដ្ឋាននៃយុទ្ធសាស្ត្រ និងផែនការ។

សុខដុមនីយកម្ម
Harmonization

បែបបទដើម្បីរៀបចំជាខ្សែសង្វាក់ ឱយមានភាពងាយស្រួល និងសំរបសំរួលរាល់វិធីសាស្ត្រ និងនិតិវិធី របស់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ទាំងក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់ជំនួយ ទាំងជាមួយរដ្ឋាភិបាល។មានន័យថាការសំរបសំរួលជំនួយក្រៅប្រទេសឱយទៅតាមនិតិវិធី ស្ថាបន័និងប្រពន្ធ័ជាតិនៅកន្លែងណាដែលអាចធ្វើបាន។

ហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព
Health care financing

មុខងារស្នូលនៃហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាពគឺៈ ប្រមូលប្រាក់ចំណូល ប្រមូលផ្តុំធនធាន និងជាវសេវាៈ

ប្រមូលប្រាក់ចំណូល(Collecting revenue) ជាបែបបទដែលប្រពន្ធ័សុខាភិបាលទទួលលុយតាមមធ្យោបាយនានាក្នុងការប្រមូលចំណូលៈដូចជាពន្ធអារករទូទៅ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពវិសយ័ឯកជន ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅ ជំនួយឥតសំណងអំណោយមនុស្សធម៌និងកម្ចីពហុភាគី។

ប្រមូលផ្តុំធនធាន(Pooling of resources) ជាបែបបទនៃការប្រមូលផ្តុំនិងការគ្រប់គ្រងប្រាក់ចំណូល ដើម្បីធានាថាហានិភយ័នៃចំណាយសំរាប់ការថែទាំសុខភាពត្រូវចេញដោយសមាជិកទាំងអស់នៅក្នុងក្រុម (ធានារ៉ាប់រង)មិនមែនចេញដោយអ្នកបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងជាបុគ្គលទេ។

ជាវសេវា(Purchasing) សុខភាពគឺជាបែបបទមួយដែលតាមរយៈនេះ អន្តរាគមន៍លើសុខភាពដែលត្រូវការចាំបាច់បំផុតនិងមានប្រសិទ្ធភាពត្រូវបានគេជ្រើសយកនិងផ្តល់ឱយក្នុងលក្ខណៈសក្តិសិទ្ធនិងសមធម៌ហើយអ្នកផ្តល់សេវាទទួលការទូទាត់យ៉ាងសមស្របដើម្បីផ្តល់សេវានិងអន្តរាគមន៍ដែលបានកំណត់។ការជាវសេវាមានសមាសធាតុប្រទាក់ក្រឡាគ្នាបីៈបែងចែកធនធានហិរញ្ញវត្ថុបង្កើតជំរើសសំរាប់ទូទាត់ដល់អ្នកផ្តល់សេវា និងចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា។

ពត៌មានសុខាភិបាល
Health information

ពត៌មានសុខាភិបាលជាបរិមាណក្តីនិងជាគុណភាពក្តី ដែលអាចយកមកប្រើប្រាស់ដោយអ្នកធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្តនិងគ្រូពេទ្យព្យាបាល ដើម្បីយល់ដឹងបានល្អអំពីការប្រព្រឹត្តទៅនៃជំងឺនិងបញ្ហាថែទាំសុខភាពនានានិងដើម្បីបង្ការ ធ្វើរោគវិនិច្ឆយ័ឬព្យាបាលបញ្ហាសុខភាព។ ពត៌មានសុខាភិបាលគប្បីត្រួសត្រាយការរកៀងគរនិងវិភាជន៍ធនធាន ការកំណត់អាទិភាពនៃកម្មវិធីសុខភាព និងការស្រាវជ្រាវ ព្រមទាំងលើកស្ទួយប្រសិទ្ធភាពនិងប្រសិទ្ធផលនៃកម្មវិធីសុខភាព។

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព
Health insurance

ការគាំពារផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុទល់នឹងការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពដែលបណ្តាលមកពីជំងឺ ឬរបួសផ្សេងៗ។ ការកាត់បន្ថយ ឬការលប់បំបាត់គ្រោះហានិភយ័ដែលកើតមានមិនទៀងទាត់ទៅលើការខាតបង់សំរាប់បុគ្គលឬគ្រួសារ។តាមរយៈការប្រមូលផ្តុំគ្នាយ៉ាងច្រើននៃបុគ្គលឬគ្រួសារដែលមានភាពប្រឈមប្រហាក់ប្រហែលគ្នា ហើយត្រូវបានធានាដោយមូលនិធិរួម មូលនិធិនេះនឹងជួយប៉ះប៉ូវការខាតបង់ដែលកើតមាននៅលើសមាជិកណាម្នាក់។

អាំងស៊ីដង់
Incidence

ទំហំហានិភយ័នៃស្ថានភាពនៃជំងឺដែលកំពុងកើតមាន នៅអំលុងពេលមួយជាក់លាក់។ អត្រាអាំងស៊ីដង់គឺជាចំនួនករណីថ្មីនៃជំងឺក្នុងអំលុងពេលមួយជាក់លាក់។

សូចនាករ
Indicator

គឺជារង្វាស់សំរាប់ពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់មើលថាតើគោលដៅត្រូវបានសំរេចដល់កំរិតណា ហើយអាចវាស់វែងវឌ្ឍនភាពនិងការផ្លាស់ប្តូរឆ្ពោះទៅរកការសំរេចនូវលទ្ធផល។ សូចនាករអាចវាស់វែងបរិមាណនិង/ឬគុណភាព ដែលទាក់ទងនឹងទិដ្ឋភាពនៃការថែទាំ ឬបញ្ហាគ្រប់គ្រង/ស្ថាប័ន ទៅតាមពេលវេលាកំណត់ និងអាចបញ្ជាក់អំពីភូមិសាស្ត្រ និងក្រុមគោលដៅចំណុច។

ការអភិវឌ្ឍន៍ស្ថាបន័
Institutional Development

សំដៅលើ“បែបបទនៃការប្រព្រឹត្តទៅ”និង“មាតិកា”នៃការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងស្ថាប័ន។ ពាក្យថា “បែបបទនៃការប្រព្រឹត្តទៅ”បង្ហាញពី“មធ្យោបាយ” ដើម្បីសំរេចបាននូវការផ្លាស់ប្តូរ និងពាក្យថា“មាតិកា”បញ្ជាក់អំពី“អ្វី”ដែលត្រូវសំរេច។

ការផ្តល់អជ្ញាបណ្ណ
Licensing

គឺបែបបទជាកាតព្វកិច្ច ដែលតាមរយៈនេះអជ្ញាធររបស់រដ្ឋាភិបាលផ្តល់ការអនុញ្ញាតិដល់អ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈម្នាក់ៗឬអង្គភាពសុខភាពណាមួយឱ្យប្រតិបត្តិឬចូលរួមពាក់ពន្ធ័ ក្នុងការប្រកបមុខរបរឬវិជ្ជាជីវៈ។

បេសកកម្ម
Mission statement

បញ្ជាក់អំពីបំណងប្រាថ្នារបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពីរដ្ឋធម្មនុញ្ញ និងក្រិត្យនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ។

គណនីសុខាភិបាលជាតិ
National Health Accounts

ក្របខណ្ឌ័និងវិធីសាស្ត្រសំរាប់វាស់ និងបង្ហាញពត៌មានស្តីអំពីការចំណាយលើសុខភាពសរុបរបស់រដ្ឋ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងមូលនិធិពីប្រភពរដ្ឋនិងឯកជន។ គណនីសុខាភិបាលជាតិតាមដានស្នាមធនធានហិរញ្ញវត្ថុចាប់ពីប្រភពដើម រហូតដល់អ្នកផ្តល់សេវា និងមុខងារ។ វាមានសារៈសំខាន់ដោយសារប្រពន្ធ័សុខាភិបាលស្មុគ្រស្មាញ អ្នកតាក់តែងគោលនយោបាយត្រូវការឧបករណ៍ដើម្បីវិភាគហិរញ្ញប្បទានលើការថែទាំសុខភាពថា តើមានបរិមាណធនធានប៉ុន្មាននិងត្រូវបានប្រើប្រាស់យ៉ាងដូចម្តេចក្នុងប្រពន្ធ័សុខាភិបាល? តើលំនាំអ្វីនៃការបែងចែកធនធានការប្រើប្រាស់និងជំរើសដែលមាន។

គោលដៅ
Objective

បង្ហាញអំពីផ្លាស់ប្តូរដែលគិតថាមានសារៈសំខាន់ ក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាដែលបានកំណត់អត្តសញ្ញាណនៅក្នុងអំលុងពេលនៃផែនការ។ គោលដៅគប្បីអធិប្បាយអំពីបញ្ហាចំបងៗដែលត្រូវដោះស្រាយឬស្ថាបភាពដែលត្រូវផ្លាស់ប្តូរ។

សុខភាពវិជ្ជាជីវៈ
Occupational health

សុខភាពនិងសុវត្ថិភាពក្នុងពេលបំពេញការងារនៅកន្លែងធ្វើការ។សុខភាពវិជ្ជាជីវៈនិងសុខមាលភាពរបស់អ្នកធ្វើការងារ គឺជាបុរេលក្ខខណ្ឌ័ដ៏សំខាន់សំរាប់ផលិតភាពនិងមានសារៈប្រយោជន៍បំផុតសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចទូទៅប្រកបដោយចិរភាព។

ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅ
Out-of-pocket payment

ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅដែលសាធារណៈជនប្រឈមមុខ ដោយអ្នកជំងឺត្រូវទូទាត់ដោយផ្ទាល់ទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយគ្មានសំណងមកវិញ។

គោលនយោបាយ
Policy

ការព្រមព្រៀង ឬការយល់ស្របគ្នា ក្នុងចំណោមដៃគូពាក់ពន្ធ័ស្តីអំពីបញ្ហាដែលនឹងត្រូវដោះស្រាយ និងស្តីអំពីអភិក្រម ឬយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវយកទៅដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនោះ។

គោលនយោបាយសុខាភិបាល (health policy) សេចក្តីណែនាំរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាសំរាប់បរិបទទូទៅ ដែលក្នុងនេះការងារសុខាភិបាលនិងការងារពាក់ព័ន្ធនឹងសុខាភិបាលត្រូវបានអភិវឌ្ឍន៍ និងអនុវត្តន៍។

ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល(Policydirection) បញ្ជាក់អំពីវិសាលភាពការងារសំរាប់វិស័យសុខាភិបាលទាំងមូលក្នុងអំលុងពេលពីឆ្នាំ២០០៨-២០១៥ ដើម្បីលើកកំពស់ស្ថានភាពសុខភាពប្រជាជនកម្ពុជា និងមុខងារស្នូលរបស់ប្រពន្ធ័សុខាភិបាលប្រកបដោយចិរភាព។

ទំរង់ការបុរេបង់ថ្លៃ
Prepayment scheme
វិធីនៃការទូទាត់ថ្លៃចំណាយលើសេវាថែទាំសុខភាពទុកជាមុន មុនពេលប្រើប្រាស់។ វិធីនេះចេញថ្លៃចំណាយទុកជាមុនលើផលប្រយោជន៍ដែលបានកំណត់សំរាប់ក្រុមប្រជារាស្ត្រ តាមរយៈការទូទាត់ចំណាយតាមដំណាក់កាលនៅក្នុងរូបភាពជាប្រាក់បង់ធានារ៉ាប់រងជាប់ជំពាក់ ឬការបង់ភាគទាន ដោយរាប់បញ្ចូលការបង់វិភាគទានទាំងអស់នោះ ទៅក្នុងមូលនិធិសុខភាពដោយនិយោជិកដែលតំណាងឱយនិយោជិតរបស់ខ្លួន។

ប្រេវ៉ាឡង់ Prevalence
គឺចំនួនសរុបនៃករណីនៃជំងឺមួយក្នុងក្រុមប្រជាជននៅពេលវេលាកំណត់មួយ។

វិស័យឯកជន
Private sector
ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចមួយរបស់ប្រទេសដែលមិនស្ថិតនៅក្រោមការត្រួតពិនិត្យរបស់រដ្ឋាភិបាល។ ផ្នែកឯកជនក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានដំណើរការខុសគ្នា ដែលអាចសង្ខេបជា ឯកជនយកកំរៃ មិនយកកំរៃនិងផ្នែកក្រៅផ្លូវការ ។

វិស័យសាធារណៈ
Public sector
នៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះវិស័យសាធារណៈ ទាក់ទងទៅនឹងសេវាដែលត្រូវផ្តល់មូលនិធិនិងគ្រប់គ្រងនៅក្នុងប្រព័ន្ធរាជរដ្ឋាភិបាល ។

ការធានាគុណភាព/គុណភាព
Quality assurance/Quality
ជាពាក្យទូទៅប្រើសំដៅលើសកម្មភាពនិងប្រព័ន្ធ សំរាប់ការពិនិត្យតាមដាន និងការកែលំអគុណភាពឱយប្រសើរឡើង។ វាទាក់ទងនឹងការវាស់វែង និងការវាយតំលៃគុណភាព ប៉ុន្តែក៏គ្របដណ្តប់លើសកម្មភាពដទៃទៀត ដើម្បីបង្ការគុណភាពអន់ថយនិងធានាគុណភាពខ្ពស់។

ការគ្រប់គ្រងប្រកបដោយគុណភាព(Qualitymanagement) កំរិតនៃភាពល្អឥតខ្ចោះនៃសេវា ឬប្រព័ន្ធដែលឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការផ្នែកសុខភាពរបស់អ្នកដែលត្រូវការបំផុតដោយចំណាយទាបក្នុងក្របខណ្ឌព្រំដែនកំណត់ សេចក្តីបង្គាប់និង/ឬនិយ័តកម្ម។ មានន័យថាត្រូវពិនិត្យមើលបញ្ហានានាដូចជាសមធម៌ លទ្ធភាពប្រើប្រាស់សេវា ប្រសិទ្ធភាព ភាពត្រឹមត្រូវនិងការឆ្លើយតប។

ការផ្តល់សេវាប្រកបដោយគុណភាព (Quality in health services) សំដៅលើគុណភាពនៃសេវាបង្ការនិងថែទាំព្យាបាលដែលអាចវាស់បានដោយសវនកម្មគ្លីនិក។ ការឈានទៅដល់ការបង្ការនិងថែទាំព្យាបាលមានគុណភាពខ្ពស់ គឺត្រូវការជាចម្បងតាន្ទុវព័ត៌មានអំពីការផ្តល់សេវានិងអន្តរាគមន៍ដែលកំពុងមាននិងឧបសគ្គក្នុងការផ្តល់សេវា។ព័ត៌មានស្តីពីចំនួននិងប្រភេទនៃអ្នកផ្តល់សេវា ការយល់ដឹងអំពីការអនុវត្តន៍ជាក់ស្តែង និងឥរិយាបទរបស់អ្នកផ្តល់សេវា និងរបៀបនៃការប្រើប្រាស់សេវារបស់អតិថិជនក៏ត្រូវការចាំបាច់ដែរ ។

គុណភាពជីវិត
Quality of life

គឺកំរិតនៃសុខមាលភាពដែលកើតមានចំពោះបុគ្គល ឬក្រុមប្រជាជន។ គុណភាពជីវិតមិនអាចវាស់វែងដោយផ្ទាល់បានទេ ហើយវាមានសមាសភាគពីរៈ ទីមួយគឺទិដ្ឋភាពនៃសរីរាង្គកាយដែលរាប់បញ្ចូលនូវសុខភាព របបអាហារ ការទប់ទល់ប្រឆាំងនឹងការឈឺចាប់និងជំងឺ។ ទីពីរគឺសភាពចិត្តសាស្ត្រដែលរាប់បញ្ចូលនូវ stress កង្វល់ សប្បាយ និងស្ថានភាពអារម្មណ៍វិជ្ជមានឬអវិជ្ជមានដទៃទៀត។

និយតកម្ម Regulation

វិធាន បទបញ្ញត្តិឬច្បាប់ដែលធ្វើឱយការប្រតិបត្តិត្រូវបានធានាតាមបទដ្ឋានដែលបានកំណត់។

ការវិភាជន៍ធនធាន
Resource allocation

បែបបទដែលតាមនេះ ធនធានដែលមាន/អាចរកបាន ត្រូវបានបែងចែក/ចែកចាយរវាងការប្រើប្រាស់ដ៏ប្រកួតប្រជែងទុកជាមធ្យោបាយមួយក្នុងការសំរេចគោលបំណងពិតប្រាកដមួយ។

អភិក្រមគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិស័យ
Sector-wide Approaches

បែបបទនៃការប្រព្រឹត្តទៅដើម្បីបង្កើនភាពជាម្ចាស់ នៅក្នុងការដាក់ចេញនូវគោលនយោបាយដោយអនុញ្ញាតិឱយមានការបន្តចូលរួម រាប់បញ្ចូលទាំងការសន្ទនាក្នុងវិស័យពីសំណាក់ទីភ្នាក់ងារនិងស្ថាប័នទាំងអស់ទាំងសាធារណៈនិងឯកជន។ អភិក្រមនេះនឹងផ្តល់ក្របខណ្ឌការងារមួយមានភាពបត់បែន ដែលក្នុងនេះភាពផ្សេងៗគ្នានៃការរៀបចំចាត់ចែងការផ្តល់មូលនិធិនិងការអនុវត្តន៍អាចនឹងត្រូវបានតំរូវទៅតាមលក្ខខណ្ឌនៅនឹងកន្លែង ដោយផ្អែកលើយុទ្ធសាស្ត្ររួម និងការរៀបចំចាត់ចែងការគ្រប់គ្រងដែលបានឯកភាពគ្នាទៅវិញទៅមក។

កត្តាសង្គមដែលមានឥទ្ធិពលលើសុខភាព
Social determinants of health

គឺជា “មូលហេតុនៃមូលហេតុ” នៃជំងឺនិងសុខភាពទ្រុឌទ្រោម។ មូលហេតុទាំងអស់នោះគឺជារចនាសម្ពន្ធ័គ្រឹះនៃឋានានុក្រមសង្គម និងលក្ខខណ្ឌកំណត់ក្នុងសង្គមជាច្រើនទៀត ដែលបង្កើតរចនាសម្ពន្ធ័នេះ សំរាប់មនុស្សធំធាត់ រស់នៅ ធ្វើការ និងអាយុវែង។ *(Commission on the Social Determinants of Health. WHO)*

ថវិកាកញ្ចប់សំរាប់ការផ្តល់សេវា
Service delivery grant

មូលនិធិម្ចាស់ជំនួយផ្តល់ឱយថ្នាក់ប្រតិបត្តិ ដើម្បីលើកកំពស់ការផ្តល់សេវា តាមរយៈការបង្កើនស្វយ័តភាពនៃការគ្រប់គ្រងនិងការទទួលខុសត្រូវនៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិ។ការវិភាជន៍ធនធានដល់ថវិកាកញ្ចប់សំរាប់ការផ្តល់សេវានិងត្រួតពិនិត្យតាមដានស្នាដៃការងារ នឹងប្រព្រឹត្តទៅតាមបែបបទនៃផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ។

ជំនួយសង្គម
Social assistance

ផលប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ ឬជារបស់របរដែលទទួលហិរញ្ញប្បទានពីរដ្ឋ មិនមែនជាវិភាគទានហើយដែលភាគច្រើនត្រូវបានផ្តល់ឱយដោយឈរលើមូលដ្ឋាននៃមធ្យោបាយដែលអាចមាន ឬ កំរិតប្រាក់ចំណូល។

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម
Social health insurance

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពគឺជាកាតព្វកិច្ច ហើយត្រូវបានចាត់ទុកថាជាផ្នែកមួយនៃប្រពន្ធ័សន្តិសុខសង្គមដែលផ្តល់មូលនិធិដោយការបង់ភាគទាន និងគ្រប់គ្រងដោយអង្គភាពរដ្ឋស្វយ័ត/ប្រតិពទ្ធ័មានកិត្យានុកូលភាព។

ការគាំពារសុខភាពសង្គម
Social health protection

សំណុំគោលនយោបាយនិងកម្មវិធីដែលត្រូវបានបង្កើតឡើង ដើម្បីការពារបុគ្គលទល់គ្រោះអាសន្ន លើសរីរាង្គកាយ ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គម ដែលបណ្តាលមកពីមានជំងឺ មាតុភាព របួស បាត់បង់សមត្ថភាពការងារនិងស្លាប់។ល។

បណ្ដាញសុវត្ថិភាពសង្គម Social safety nets	ប្រពន្ធ័មួយដែលអនុញ្ញាតិឱយពលរដ្ឋខ្សត់ខ្សោយផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គមកិច្ច បន្តទទួលសេវាសង្គមតាមរយៈសេវាមិនបង់ថ្លៃ ការថែទាំទំនុកបំរុង ការធានារ៉ាប់រងសង្គមនិងជំនួយសង្គម។
ភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស Special Operating Agency	គឺជាអង្គភាពមួយរបស់ក្រសួង/ស្ថាប័នដែលត្រូវបានចាត់តាំងឡើង ក្នុងគោលដៅលើកកំពស់ប្រសិទ្ធភាពនិងប្រសិទ្ធផលនៃការងារ ពង្រឹងការទទួលខុសត្រូវ ជំរុញគំនិតផ្តួចផ្តើម សំដៅពង្រឹងវប្បធម៌នៃការយកចិត្តទុកដាក់ដល់អ្នកប្រើប្រាស់សេវា។ លក្ខខណ្ឌដើម្បីអនុវត្តយន្តការភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស ត្រូវផ្អែកលើចំណុច ៤ ជាមូលដ្ឋានៈ • ផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើតំរូវការជាអាទិភាពរបស់អ្នកប្រើប្រាស់សេវា ដោយកំណត់ច្បាស់អំពីប្រភេទ គុណភាព និងតំលៃសេវាដែលត្រូវផ្តល់។ • កំណត់ច្បាស់អំពីលទ្ធផលរំពឹងទុកនិងធនធានចាំបាច់នានា • កំណត់ច្បាស់អំពីការរៀបចំនិងការប្រព្រឹត្តទៅរបស់ភ្នាក់ងារនេះ • កំណត់ច្បាស់អំពីយន្តការនៃការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតំលៃ
បទដ្ឋាន Standards	លក្ខខណ្ឌឬកំរិតព្រំដែនដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីប្រើប្រាស់ជាវិធានឬមូលដ្ឋានសំរាប់ធ្វើការប្រៀបធៀបក្នុងការវាស់វែង ឬវិនិច្ឆ័យសមត្ថភាព គុណភាព និង/ឬ បរិមាណ។
មគ្គុទេសភាព Stewardship	ប្រមូលផ្តុំនៅលើភារកិច្ចក្នុងការកំណត់ចក្ខុវិស័យ និងទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាល ការដាក់ឱយប្រើប្រាស់ប្រកបដោយអានុភាពទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល (ទាំងវិស័យសុខាភិបាលសាធារណៈនិងឯកជន)តាមរយៈនិយ័តកម្ម ការតស៊ូមតិ ការប្រមូល–វិភាគ និងប្រើប្រាស់ពត៌មាន។
គោលដៅចំណុច Target	បញ្ជាក់អំពីកំរិតរំពឹងទុកនៃការសំរេចគោលដៅ នៅក្នុងក្របខណ្ឌពេលវេលាដែលបានកំណត់ ម្យ៉ាងវិញទៀតវាបញ្ជាក់ថាតើការសំរេចបានមានទំហំប៉ុណ្ណា នៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលដែលគ្របដណ្តប់ដោយផែនការ។ គោលដៅអាចមានលក្ខណៈច្បាស់លាស់ កាលណាមានបញ្ជាក់គោលដៅចំណុច។
គុណតំលៃ Values	តំលៃនិងគោលការណ៍តំណាងអោយឧត្តមគតិរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងផ្តល់នូវក្រមសីលធម៌និងចរិយាសាស្ត្រដែលណែនាំដល់ការធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្តដើម្បីទទួលនូវជោគជ័យ។ តំលៃនិងគោលការណ៍នេះមានសារៈសំខាន់ក្នុងការប្រាស្រយ័ទាក់ទងបំភ្លឺសំណួរនៃហេតុផលនានាដែលគាំទ្រដល់ការធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្ត ។
ចក្ខុវិស័យ Vision	ចក្ខុវិស័យគឺជាឥន្ទៈនៃភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងជាការព្រមព្រៀងគ្នាអំពីអនាគត ឬទិសដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រដែលផ្តល់ឱយនូវសេចក្តីសង្ឃឹមនិងចលនាវិវត្តន៍។
ការគ្របដណ្តប់ជាសកល Universal coverage	លទ្ធភាពមកទទួលយកនូវអន្តរាគមន៍ផ្នែកសុខភាពសំខាន់ៗ របស់មនុស្សគ្រប់រូប ដូចជាការលើកស្ទួយសុខភាព ការបង្ការ ព្យាបាល និងស្តារនិតិសម្បទានៅចំពោះមុខការចំណាយដែលអាចទ្រាំទ្របាន ដូច្នេះអាចសំរេចបាននូវសមធម៌ក្នុងការមកទទួលយកសេវា ។

ការបង់ថ្លៃសេវា
User charges

ការចំណាយលើរបស់របរនិងសេវា យោងតាមបញ្ជីតំលៃ ឬតារាងតំលៃ។ ប្រពន្ធ័បង់ថ្លៃបែបនេះតាមធម្មតាគឺគ្មានសមធម៌ទេ។ ដោយសារបង្ខំឱយអ្នកជំងឺបង់ថ្លៃសេវា និងធ្វើឱយអ្នកក្រីក្រចំណាយច្រើនជាងអ្នកមាន បើគិតជាសមាមាត្រ។

សន្ទានុក្រមនេះត្រូវបានដកស្រង់និងកែសំរួលចេញពី: ផែនការយុទសាស្រ្តសុខាភិបាល២០០៣-២០០៧ គោលនយោបាយជាតិស្តីពីការកែលំអគុណភាព សៀវភៅធ្វើផែនការ (ក្រសួងសុខាភិបាល) គោលនយោបាយស្តីពីការផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលរបាយការណ៍វាយតំលៃវឌ្ឍនភាពនៃការគ្រប់គ្រងបើកទូលាយទូទាំងវិសយ័ យុទ្ធសាស្រ្តស្តីពីហិរញ្ញប្បទានការថែទាំសុខភាព (WHO/WPRO) ឯកសារនានារបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងឯកសារបោះពុម្ពផ្សាយដទៃទៀត។