កម្ពុជា-អង្គការសុខភាពពិភពលោក

យុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេស ២០១៦-២០២០

World Health Organization
Western Pacific Region

កម្ពុជា-អង្គការសុខភាពពិភពលោក
យុទ្ធសាស្រ្តសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេស ២០១៦-២០២០

World Health Organization
Western Pacific Region

WPRO/2016/DPM/004
© អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០១៦
រាល់សិទ្ធិទាំងអស់ត្រូវបានរក្សា។

Photo credits
Cover: © WHO
Inside pages: © WHO

មាតិកា

អក្សរកាត់ iv

បុព្វកថា v

សេចក្តីសង្ខេប vii

១. សេចក្តីផ្តើម ១

២. ស្ថានភាពសុខភាព និងការអភិវឌ្ឍន៍ ២

៣. ការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលជាតិ ៨

៤. របៀបវារៈជាយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់សហប្រតិបត្តិការរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ១១

    ៤.១ ការបង្កើតរបៀបវារៈជាយុទ្ធសាស្ត្រ ១១

    ៤.២ ចក្ខុវិស័យ បេសកកម្ម គុណតម្លៃរបស់ WHO នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ១១

    ៤.៣ អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ១២

        អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ១. .... ១៣

        អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ២ .... ១៩

        អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៣. .... ២៣

        អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៤ .... ២៤

៥. អនុវត្តរបៀបវារៈជាយុទ្ធសាស្ត្រ ២៧

    ៥.១ ការផ្លាស់ប្តូរកិច្ចសហប្រតិបត្តិការរបស់អង្គការ WHO ដើម្បីអនាគតសុខភាពកាន់តែប្រសើរថែមទៀត ២៧

    ៥.២ ការវាស់លទ្ធផល និងគណនេយ្យភាព ២៩

ឧបសម្ព័ន្ធ ៣០

ឯកសារយោង ៣១

អក្សរកាត់

AMR	ភាពស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគ
CCS	យុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេស
CMDGs	គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍កម្ពុជា
CDHS	ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា
D&D	វិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការ
HEFs	មូលនិធិសមធម៌សុខភាព
GDP	ផលទុនជាតិក្នុងស្រុកសរុប (ផសស)
HDI	សន្ទស្សន៍អភិវឌ្ឍន៍មនុស្ស
HPV	ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន
HSP2	ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទីបី ២០០៩-២០១៥ (ផយស ២)
HSP3	ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទីបី ២០១៦-២០២០ (ផយស ៣)
ICD	ចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺអន្តរជាតិ
IHR	បទប្បញ្ញត្តិសុខភាពអន្តរជាតិ
LMIC	ប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលមធ្យមកម្រិតទាប
LTBI	ការឆ្លងជំងឺរបេងសម្ងំ
MCV	វ៉ាក់សាំងកញ្ជ្រឹល
MERS	ចង្កោមរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើមមជ្ឈឹមបូព៌ា
MDGs	គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍
NCDs	ជំងឺមិនឆ្លង
NSDP	ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ ២០១៤-២០១៨
PLHIV	អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍
RMNCH	សុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារក និងកុមារ
SDGs	Goalsគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព
STH	ព្រូនដែលឆ្លងតាមដី
TB	ជំងឺរបេង
THE	ការចំណាយលើសុខភាពសរុប
TWG-H	ក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាល
UHC	ការគ្របដណ្តប់សុខភាពសកល
UNAIDS	កម្មវិធីអង្គការសហប្រជាជាតិចម្រុះស្តីពីមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍
UNDAF	ក្របខ័ណ្ឌជំនួយអភិវឌ្ឍន៍របស់អង្គការសហប្រជាជាតិ ២០១៦-២០១៨
WHO	អង្គការសុខភាពពិភពលោក

បុព្វកថា

ក្រសួងសុខាភិបាលនៃព្រះរាជាណាក្រកម្ពុជា និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក មានសេចក្ដីរីករាយសូមបង្ហាញជូនយុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការរបស់ *អង្គការសុខភាពពិភពលោកប្រចាំប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១៦-២០២០* ដែលផ្ដល់នូវមូលដ្ឋានមួយសម្រាប់កិច្ចសហប្រតិបត្តិការក្នុងវិស័យសុខាភិបាលរវាងកម្ពុជា និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក ក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំបន្ទាប់។ យើងជឿជាក់ថា កិច្ចសហប្រតិបត្តិការនេះ ក៏ដូចជាការអនុវត្តរួមគ្នានូវយុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការប្រចាំប្រទេស នឹងរួមចំណែកដល់ការសម្រេចបានសុខភាពដ៏ប្រសើរបំផុតដល់ប្រជាជនទាំងអស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

កម្ពុជាទទួលបានជោគជ័យយ៉ាងធំធេងនៅក្នុងការកែលម្អលទ្ធផលសុខភាព នៅក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានទសវត្សរ៍ចុងក្រោយ ជាពិសេស ការធ្លាក់ចុះយ៉ាងច្រើននូវអត្រាមរណភាពមាតា ដូចដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១៤។ កម្ពុជាសម្រេចបានគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពភាគច្រើន នៅចុងឆ្នាំ២០១៥។

ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលរបស់ប្រទេសនេះត្រូវបានពង្រីក និងពង្រឹងជាបន្តបន្ទាប់។ ការទទួលបានសេវាសុខភាពបានកើនឡើង ការគ្របដណ្ដប់របស់គម្រោងគាំពារសុខភាពសង្គមត្រូវបានពង្រីក រួមជាមួយការប្ដេជ្ញាចិត្តកាន់តែច្រើនពីរដ្ឋាភិបាលក្នុងការផ្ដល់ហិរញ្ញប្បទានដល់សេវានិង ឱសថសារវ័ន្ត។ បច្ចុប្បន្ននេះ មានការដឹកនាំកាន់តែរឹងមាំនៅក្នុងនិយតកម្ម និងអភិបាលកិច្ច និងការត្រៀមបង្ការកាន់តែច្រើនសម្រាប់ជំងឺឆ្លងដែលអាចរាលដាលជាសកល។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក្ដី បញ្ហាប្រឈមនៅតែមាន ខណៈដែលកម្ពុជាធ្វើដំណើរឆ្ពោះទៅរកការគ្របដណ្ដប់សុខភាពជាសកល។ បញ្ហាប្រឈមទាំងនេះរួមមាន ការកែលម្អគុណភាពនៃការថែទាំ និងការបែងចែកប្រកបដោយសមធម៌នូវអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនផ្សេងៗ ការតម្រង់ទិសប្រព័ន្ធសុខាភិបាលដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងអន្តរកាលអេពីដេមីសាស្ត្រ ការធានាថាប្រទេសនេះមានសមត្ថភាពដើម្បីរួមចំណែកដល់សន្តិសុខ សុខភាពសកល និងការដោះស្រាយកត្តាកំណត់ផ្នែកសង្គម សេដ្ឋកិច្ច និងបរិស្ថាននៃសុខភាព។

យុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការប្រចាំប្រទេស ត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានគ្រឹះនៃ*ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទីបី ឆ្នាំ២០១៦-២០២០* ដែលរំលេចពីការប្ដេជ្ញាចិត្តរបស់រដ្ឋាភិបាលចំពោះការគ្របដណ្ដប់សុខភាពជាសកល។ យុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការប្រចាំប្រទេសនេះគឺជាការបន្តជាថ្មីនូវយុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការប្រចាំប្រទេសឆ្នាំ២០០៩-២០១៥ និងជាការបញ្ជាក់ឡើងវិញពីការប្ដេជ្ញាចិត្តរួមគ្នារបស់យើងដើម្បីគាំទ្រដល់អាទិភាព គោលដៅ និងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ។

វេជ្ជ. **ម៉ម ប៊ុនហេង**

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

វេជ្ជ. **ស៊ីន យ៉ុងស៊ូ**

នាយកប្រចាំតំបន់សម្រាប់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច
អង្គការសុខភាពពិភពលោក

សេចក្តីសង្ខេប

យុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេស (CCS) ផ្តល់នូវចក្ខុវិស័យជាយុទ្ធសាស្ត្ររយៈពេលមធ្យម សម្រាប់កិច្ចសហប្រតិបត្តិការរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) ជាមួយរដ្ឋជាសមាជិក ដើម្បីគាំទ្រដល់គោលនយោបាយយុទ្ធសាស្ត្រ និងផែនការសុខភាពជាតិរបស់ប្រទេស។ ដោយមានការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានរៀបចំពង្រាងឯកសារយុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេសរវាង*អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១៦-២០២០* ស្របនឹងការអភិវឌ្ឍផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ *សុខាភិបាលទីបី ឆ្នាំ២០១៦-២០២០*របស់រាជរដ្ឋាភិបាល(ផយស៣)។ របៀបវារៈឆ្នាំ២០៣០ ស្តីពីការអភិវឌ្ឍប្រកបដោយចីរភាព និង *ក្របខ័ណ្ឌជំនួយអភិវឌ្ឍន៍របស់អង្គការសហប្រជាជាតិ ឆ្នាំ២០១៦-២០១៨* សម្រាប់កម្ពុជា បានជួយតម្រែតម្រង់ការពិភាក្សាជាមួយមន្ត្រីរដ្ឋាភិបាល អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងដៃគូសុខាភិបាល។

ប្រទេសកម្ពុជាមានប្រជាពលរដ្ឋវ័យក្មេងច្រើន ដែលនឹងឆ្លងកាត់អន្តរកាលបន្តិចម្តងៗទៅជាប្រជាពលរដ្ឋវ័យចំណាស់ កំពុងធ្វើឱ្យប្រទេសនេះទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី "ភាគលាភប្រជាសាស្ត្រ" ដែលនឹងជួយបង្កើនសក្តានុពលដល់កំណើនសេដ្ឋកិច្ចជាបន្ត។ នគរូបនីយកម្មយ៉ាងរហ័ស និងចំណាកស្រុកក្នុងប្រទេស បានធ្វើឱ្យចំនួនប្រជាជននៅក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ កើនឡើងទ្វេដងក្នុងរយៈពេល ១៥ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។ ជាមួយនឹងកំណើនសេដ្ឋកិច្ចជាប្រចាំជាង ៧% ក្នុងមួយឆ្នាំ គេរំពឹងថាកម្ពុជានឹងសម្រេចបានឋានៈជាប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលមធ្យមកម្រិតទាបក្នុងអនាគតដ៏ខ្លីខាងមុខ។ សុខភាពរបស់ប្រជាជនមានភាពប្រសើរយ៉ាងច្រើន ដូចដែលបង្ហាញតាមរយៈសមិទ្ធផលដ៏គួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍នៅក្នុងការសម្រេចបានគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពនានា ជាពិសេសដោយសារតែមានការប្តេជ្ញាចិត្តផ្នែកនយោបាយយ៉ាងខ្លាំងក្លាពីរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និងកំណែទម្រង់វិស័យសុខាភិបាលយ៉ាងច្រើនដែលបានចាប់ផ្តើមនៅក្នុងទសវត្សរ៍១៩៩០។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី នៅមានបញ្ហាប្រឈមជាច្រើនទៀត ដូចជា អត្រាស្លាប់របស់មាតាទារកនិងកុមារនៅមានកម្រិតខ្ពស់ ទោះបីជាមានវឌ្ឍនភាពយ៉ាងច្រើននៅក្នុងវិស័យនេះក្តី កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ជាពិសេសក្នុងចំណោមកុមារនិងស្ត្រី ការទទួលបានទឹកស្អាត និងអនាម័យនៅមានកម្រិត ការរីករាលដាលជំងឺមិនឆ្លងកាន់តែច្រើនឡើង (NCDs) និងបន្ទុកជំងឺឆ្លងនិងមិនឆ្លងដែលកើនឡើងទ្វេដង។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ និងលទ្ធផលរំពឹងទុករបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដូចដែលបានដាក់ចេញនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេស ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយផ្អែកលើយុទ្ធសាស្ត្រនិងគោលបំណងរបស់ ផយស ៣ ។ ដូច្នេះ ការងាររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកក្រោមអាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទាំងបួនរបស់ខ្លួន (សូមមើលប្រអប់ខាងក្រោម) នឹងរួមចំណែកដល់វឌ្ឍនភាពជាតិទាក់ទងទៅនឹង អត្រាជំងឺ អត្រាស្លាប់ សមធម៌សុខភាព គុណភាពនៃការថែទាំនិងការគាំពារសុខភាពសង្គម។ អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងរួមចំណែកផងដែរដល់ការសម្រេចបានចំណុចដៅនៃគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព (SDG) ទាំងសម្រាប់គោលដៅទី ៣ ដែលជាគោលដៅជាក់លាក់សម្រាប់សុខភាព និងគោលដៅដទៃទៀតដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈ។

ចក្ខុវិស័យនៃ CCS ៖	ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់ទទួលបានសុខភាពក្នុងកម្រិតខ្ពស់បំផុត។
បេសកកម្មនៃ CCS៖	ផ្តល់ការដឹកនាំដើម្បីគាំទ្រដល់រដ្ឋាភិបាល និងប្រជាជនកម្ពុជា ក្នុងការឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការសុខភាព។

ដើម្បីតម្រូវទៅតាមអាទិភាពជាតិរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដូចដែលបានចែងនៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទីបី និងគាំទ្រដល់ការអនុវត្តផែនការនេះក្នុងបរិបទគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា បានកំណត់អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រចំនួនបួននៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេស ឆ្នាំ២០១៦-២០២០៖

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី១៖ ផ្តល់ការដឹកនាំសម្រាប់កម្មវិធីសុខភាពសាធារណៈជាអាទិភាព

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី២៖ ជំរុញការគ្របដណ្តប់សុខភាពសកល

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី៣៖ ពង្រឹងសមត្ថភាពសម្រាប់សន្តិសុខសុខភាព

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី៤៖ ចូលរួមក្នុងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការពហុវិស័យ និងជំរុញភាពជាដៃគូ

ផ្នែកទី ៤ (របៀបវារៈជាយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់កិច្ចសហប្រតិបត្តិការរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា) រួមបញ្ចូលកម្មវិធីផ្សេងៗ ក្រោមអាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រនីមួយៗ។ កម្មវិធីទាំងនេះបង្ហាញពីលទ្ធផលរំពឹងទុករបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដែលរួមចំណែកដល់ការសម្រេចបានត្រឹមឆ្នាំ២០២០ នូវចំណុចដៅ ផយស៣ ឬគោលដៅជាតិនានា។ លទ្ធផលរំពឹងទុករបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងចំណុចដៅ ត្រូវបានកំណត់បន្ទាប់ពីការពិភាក្សាគ្នាយ៉ាងល្អិតល្អន់ជាមួយសមភាគីរដ្ឋាភិបាល។

ដើម្បីអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេសឱ្យមានប្រសិទ្ធភាព អង្គការសុខភាពពិភពលោកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា នឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូររចនាសម្ព័ន្ធ និងការផ្លាស់ប្តូរយុទ្ធសាស្ត្រ ដើម្បីសម្រេចឱ្យបានគោលដៅរបស់ខ្លួនក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសុខភាពរបស់ប្រជាជនកម្ពុជា និងបង្កើនកិច្ចសហការនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល និងវិស័យដទៃទៀតដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព។ ការផ្លាស់ប្តូរនេះនឹងផ្តោតលើការផ្តល់ការដឹកនាំជាយុទ្ធសាស្ត្រកាន់តែច្រើនថែមទៀតដោយប្រើមធ្យោបាយប្រាស្រ័យទាក់ទងថ្មីៗ និងធ្វើការក្នុងនាមជា "អង្គការសុខភាពពិភពលោក តែមួយ"។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រនៃយុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេស គឺជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ដំណើរការរៀបចំថវិកាកម្មវិធីរៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តងរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងផែនការប្រតិបត្តិ សម្រាប់ឆ្នាំ២០១៦-២០២០។ បន្ថែមពីលើការវាយតម្លៃប្រចាំឆ្នាំទៅលើការអនុវត្តថវិកាកម្មវិធី អង្គការសុខភាពពិភពលោកនឹង តាមដាន និងវាយតម្លៃតាមពេលកំណត់នូវការអនុវត្តការងាររបស់ខ្លួន តាមរយៈការពិនិត្យឡើងវិញពាក់កណ្តាលអាណត្តិនៃយុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេស និងការវាយតម្លៃចុងអាណត្តិនៅពេលចប់វដ្តនៃយុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេស។

១. សេចក្តីផ្តើម

យុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការសម្រាប់ប្រទេស (CCS) ផ្តល់នូវចក្ខុវិស័យជាយុទ្ធសាស្ត្ររយៈពេលមធ្យមសម្រាប់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) ដោយសហការជាមួយរដ្ឋជាសមាជិក ដើម្បីគាំទ្រដល់គោលនយោបាយយុទ្ធសាស្ត្រ និងផែនការសុខភាពជាតិរបស់ប្រទេស។

យុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការប្រចាំប្រទេសរវាងកម្ពុជា-អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០០៩-២០១៥ ត្រូវបានព្រាងឡើងក្នុងឆ្នាំ២០០៨។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះ ត្រូវបានរៀបចំឡើងស្របជាមួយ*ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទីពី ២០០៨-២០១៥* (ផយស២) និងផ្អែកលើ ផយស២ នេះ។ ចាប់តាំងពីពេលនោះមកកម្ពុជា និងវិស័យសុខាភិបាលរបស់ប្រទេសនេះ បានអភិវឌ្ឍយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ បរិយាកាសម្ចាស់ជំនួយក៏បានផ្លាស់ប្តូរយ៉ាងច្រើនផងដែរ។

ដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងបរិស្ថានទូលំទូលាយ និងកម្មវិធីគាំទ្រថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកចំពោះកម្ពុជា ការពិនិត្យឡើងវិញពាក់កណ្តាលអាណត្តិទៅលើ*យុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការប្រចាំប្រទេសរវាងកម្ពុជា–WHO* ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងឆ្នាំ២០១៣។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះគឺជាការផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ជាថ្មីរបស់ WHO ក្នុងការគាំទ្រដល់ប្រទេសកម្ពុជា ជុំវិញអាទិភាពបី៖ (១) ការទទួលបានជាសកលនូវកញ្ចប់សេវាសុខភាពប្រកបដោយគុណភាពជាសារវ័ន្ត ដោយផ្អែកលើភាពស្មើភាពផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ និងការទទួលប្រកបដោយសមធម៌ (2) ឧត្តមភាពបច្ចេកទេសនៅក្នុងកម្មវិធីជំងឺនិងសុខភាពសាធារណៈ និង (3)ភាពជាអ្នកដឹកនាំប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនៃវិស័យសុខាភិបាល និងភាពជាដៃគូសុខភាព។

ក្នុងឆ្នាំ២០១៥ យុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការប្រចាំប្រទេស ត្រូវបានពង្រាងឡើងដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោកស្របគ្នាជាមួយដំណើរការនៃការបង្កើត*ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រវិស័យសុខាភិបាលទីបី* (ផយស៣) ។ ផ្អែកលើការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលអាណត្តិនៃ CCS ឆ្នាំ២០១៣ និងការពិភាក្សាគោលនយោបាយជាបន្តជាមួយសមភាគីរដ្ឋាភិបាលក្នុងបរិបទនៃរបៀបវារៈឆ្នាំ២០៣០ សម្រាប់ការអភិវឌ្ឍប្រកបដោយចីរភាព ក៏ដូចជា *ក្របខ័ណ្ឌជំនួយអភិវឌ្ឍន៍របស់អង្គការសហប្រជាជាតិ ឆ្នាំ២០១៦-២០១៨* សម្រាប់កម្ពុជា អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានដាក់ចេញនូវទិសដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់សហប្រតិបត្តិការរវាងកម្ពុជា–WHO សម្រាប់ឆ្នាំ២០១៦-២០២០។

យុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការប្រចាំប្រទេសរវាងកម្ពុជា-អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០១៦-២០២០ ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយផ្អែកលើការពិនិត្យឡើងវិញពាក់កណ្តាលអាណត្តិឆ្នាំ២០១៣ ដែលបានកំណត់ពីចំណុចខ្លាំង និងចំណុចខ្សោយរបស់ WHO។ ការពិនិត្យឡើងវិញតាមពេលកំណត់ និងការកំណត់ពីអាទិភាព គឺមានសារៈសំខាន់យ៉ាងខ្លាំងបំផុតនៅក្នុងការឆ្លុះបញ្ចាំងពីតម្រូវការដែលកំពុងមានការផ្លាស់ប្តូររបស់ប្រទេសនេះ ព្រមទាំងធានាថា កិច្ចសហប្រតិបត្តិការរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក រួមទាំងកម្មវិធីថ្នាក់សកល និងតំបន់ ត្រូវបានកំណត់យ៉ាងសមស្របដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រជាអតិបរមា។

២. ស្ថានភាពសុខភាព និងការអភិវឌ្ឍន៍

២.១ សមិទ្ធផលសុខភាព និងការអភិវឌ្ឍ

នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៥ ប្រជាជនចំណោលរបស់កម្ពុជាគឺ ១៥,៤លាននាក់ អត្រាកំណើនប្រជាជនប្រចាំឆ្នាំគឺ ១,៤៦% ផលធៀបភេទរវាងបុរសនិងស្ត្រីគឺ ៩៦,២ ហើយអាយុកណ្តាលគឺ ២៤,៦ឆ្នាំ។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៥ ដដែល ប្រជាជនអាយុ ៦០ឆ្នាំ ឡើងទៅ ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថា មានចំនួន ១,៣លាននាក់ (៨,៣% នៃប្រជាជនសរុប)។ ត្រឹមឆ្នាំ២០៥០ គេរំពឹងថា ចំនួនប្រជាជនវ័យចំណាស់នឹងកើនឡើងដល់ប្រមាណ ៥លាននាក់ ដែលតំណាងឱ្យ ២១%នៃប្រជាជនសរុប (១). ដោយសារតែប្រជាជនវ័យក្មេងរបស់កម្ពុជាត្រូវការពេលវេលាអន្តរកាលដោយយឺតៗ ទៅជាប្រជាជនវ័យចំណាស់នោះ ប្រទេសនេះកំពុងតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី "ភាគលាភប្រជាសាស្ត្រ" ដែលត្រូវគេរំពឹងថានឹងនាំទៅរកកំណើនសេដ្ឋកិច្ចជាបន្តសម្រាប់រយៈពេលពីរបីទសវត្សរ៍បន្ទាប់។ ភាគរយនៃប្រជាជនវ័យក្មេងដែលកំពុងតែធ្លាក់ចុះបន្តិចម្តងៗ (០-១៤ ឆ្នាំ) ពី ៤៣% ក្នុងឆ្នាំ១៩៩៨ ដល់ ៣៤% ក្នុងឆ្នាំ២០០៨ (២) រួមជាមួយការធ្លាក់ចុះនូវអត្រាមានកូន និងកំណើនអាយុកាលរំពឹងទុក កំពុងអន្តរកាលដោយយឺតៗឆ្ពោះទៅរកសង្គមដែលមានមនុស្សវ័យចំណាស់។

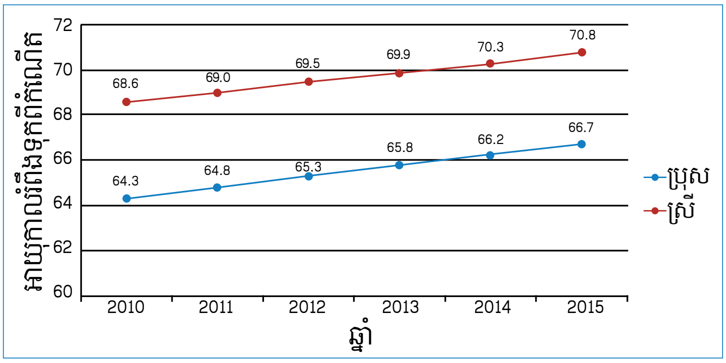
សន្ទស្សន៍អភិវឌ្ឍន៍មនុស្សរបស់កម្ពុជា (HDI) គឺស្ថិតក្នុងដែនចម្ងាយមធ្យម ដែលស្ថិតក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ទី ១៣៦ ក្នុងចំណោម ១៨៧ ប្រទេស និងទឹកដី។ ពីឆ្នាំ១៩៨០ ដល់ ២០១៣ តម្លៃ HDI បានកើនឡើងពី ០,២៥១ ដល់ ០,៥៨៤។ នេះមានន័យថា កម្ពុជាបន្តឆ្លងការផ្លាស់ប្តូរជាវិជ្ជមានក្នុងទិសដៅឡើងលើ ពីឆ្នាំ១៩៨០ ដល់ ២០១៣ នៅក្នុងទិដ្ឋភាពបី ដែលបានវាស់វែង៖ អាយុកាលរំពឹងទុក ការអប់រំ និងប្រាក់ចំណូលជាតិសរុបក្នុងមនុស្សម្នាក់ (៣)។

បច្ចុប្បន្ននេះ កម្ពុជាកំពុងតែទទួលបានកំណើនសេដ្ឋកិច្ចក្នុងកម្រិតថេរ។ កំណើនប្រចាំឆ្នាំពិតប្រាកដប៉ាន់ស្មាន បានឡើងដល់ ៧,១% ហើយផលទុនក្នុងស្រុកសរុប (ផសស) ក្នុងមនុស្សម្នាក់បានកើនឡើងពី ៤៧១ ដុល្លារអាមេរិក ក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ដល់ ១០៩០ដុល្លារអាមេរិក ក្នុងឆ្នាំ២០១៤។ វិស័យកាត់ដេរសំលៀកបំពាក់ សំណង់ និងសេវាកម្ម បន្តជំរុញកំណើន។ ភាពក្រីក្របន្តធ្លាក់ចុះ ទោះបីជាល្បឿននៃការធ្លាក់ចុះនេះមានលក្ខណៈយឺតខ្លាំងក្តីក្នុងរយៈពេលថ្មីៗនេះ។ អត្រាពិតនៃការចូលរៀនថ្មីសម្រាប់បឋមសិក្សាបានកើនឡើងពី ៨១%ក្នុងឆ្នាំ២០០១ ដល់៩៥,៣%ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ (៤)។

កម្ពុជាទទួលបានភាពប្រសើរយ៉ាងច្រើននៅក្នុងស្ថានភាពសុខភាពរបស់ប្រជាជន ដោយសារតែកំណើនសេដ្ឋកិច្ចរឹងមាំ និងគំនិតផ្តួចផ្តើមរបស់រដ្ឋាភិបាល ក្នុងការពន្លឿនវិធានការកំណែទម្រង់វិស័យសុខាភិបាលចាប់តាំងពីទសវត្សរ៍ ១៩៩០។

អាយុកាលរំពឹងទុកបានកើតឡើងដល់ ៦៦,៧ ឆ្នាំសម្រាប់បុរស និង ៧០,៨ ឆ្នាំសម្រាប់ស្ត្រី។ ក្នុងឆ្នាំ២០១៥ (រូបភាពទី១) ទោះបីជានៅទាបជាងមធ្យមភាគសកលក្តី។

រូបភាពទី ១. អាយុកាលរំពឹងពីកំណើតនៃកម្ពុជា



ប្រភព៖ United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, Statistical Yearbook for Asia and the Pacific 2015.

នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា វឌ្ឍនភាពឆ្ពោះទៅរកចំណុចដៅនៃគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព (MDGs) មានលក្ខណៈគួរឱ្យកត់សម្គាល់។ កម្ពុជាសម្រេចបានចំណុចដៅ MDG ភាគច្រើន លើកលែងតែសម្រាប់ផ្នែកខ្លះ ដែលសមិទ្ធផលមានលក្ខណៈទាបជាងចំណុចដៅបន្តិច (រូបភាពទី ២)។ "កិច្ចការមិនទាន់ចប់" ក្រោម MDGs នឹងត្រូវបាន ដោះស្រាយជាផ្នែកអាទិភាព តាមរយៈកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងជាថ្មីក្រោមគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពថ្មី (SDGs)។

រូបភាពទី ២. តារាងពិន្ទុ MDG របស់កម្ពុជា

		សមិទ្ធផល	ចំណុចដៅ CMDG
4 កាត់បន្ថយ មរណភាពកុមារ	**អត្រាស្លាប់របស់កុមារក្រោម១ឆ្នាំ** ក្នុង 1000 កំណើតរស់ (2014)	28	50
	អត្រាស្លាប់របស់កុមារក្រោម 5ឆ្នាំ ក្នុង 1000 កំណើតរស់(2014)	35	65
	ផ្តល់ថ្នាំបង្ការកញ្ជ្រឹល % គ្របដណ្តប់ (2014)	79	90
5 កែលម្អសុខភាពមាតា	**អត្រាមរណភាពមាតា** ក្នុង 100 000 កំណើតរស់ (2014)	170	250
	ឆ្មបជំនាញ % កំណើត (2014)	89	87
	ការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើត % ស្ត្រីរៀបការរួច អាយុ ១៥-៤៩ (2014)	56	60
6 ប្រយុទ្ធនឹងមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ គ្រុនចាញ់ និងជំងឺផ្សេងទៀត	**ប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍** % មនុស្សពេញវ័យអាយុ 15 ដល់ 49 ឆ្នាំ	0.6	0.4
	អត្រាមរណភាពជំងឺគ្រុនចាញ់ ក្នុង 100 000 នាក់ (2013)	0.08	0.8
	ករណីរាយការណ៍អំពីរបេង ថ្មី និងលាប់ឡើងវិញ (2014)	43 738	40 000
7 ធានានិរន្តរភាពបរិស្ថាន	**ទឹក (ជនបទ)** % ប្រើប្រភពទឹកស្អាត (2014)	59	50
	អនាម័យ (ជនបទ) % ប្រើបង្គន់អនាម័យ (2014)	41	33

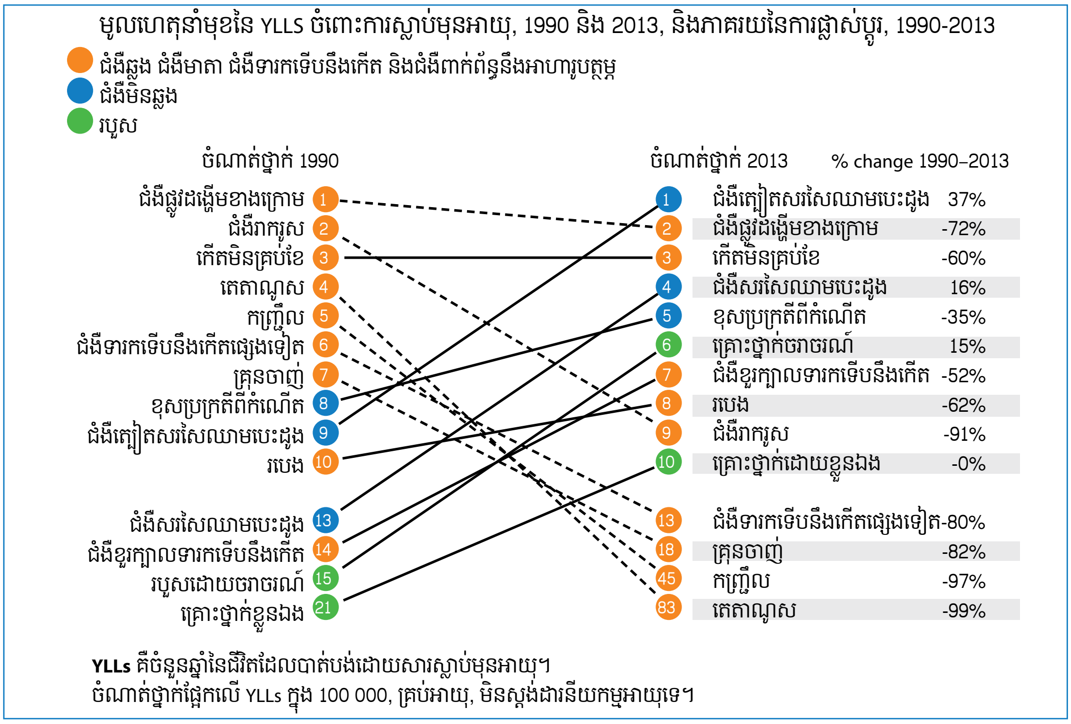
CMDG = Cambodian Millennium Development Goals; TB= tuberculosis.
Source: Cambodia Demographic and Health Survey 2014; Cambodian Millennium Development Goals Report 2013; WHO Tuberculosis Report; UNAIDS Cambodia; WHO Malaria Report.

២.២ បញ្ហាដែលនៅសេសសល់

ភាពក្រីក្រនៅតែជាបញ្ហាមួយនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០១២ អត្រាភាពក្រីក្រគឺ ១៧,៧% ដោយក្នុងនោះមានប្រជាជនក្រីក្រប្រមាណជិត ៣លាននាក់ និងជាង ៨,១លាននាក់ នៅក្បែរក្រ។ ទោះបីជាមានកំណើនរហ័សនៅក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ ដោយសារតែចំណាកស្រុកផ្ទៃក្នុងប្រទេស អ្នកក្រប្រមាណ ៩០% នៅតែរស់នៅក្នុងតំបន់ជនបទ។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៤ ប្រជាជនកម្ពុជាប្រមាណ ៣៥% មិនបានទទួលទឹកស្អាតសម្រាប់ប្រើប្រាស់ ហើយ ៥២% មិនបានទទួលសេវាអនាម័យដែលប្រសើរជាងមុនឡើយ ដោយក្នុងនោះអត្រាទទួលបានសេវាទាំងនេះមានកម្រិតទាបខ្លាំងនៅក្នុងតំបន់ជនបទ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ)។ ៤១ ភាគរយនៃកុមារក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានភាពក្រិន ហើយ ២៩% ខ្វះទម្ងន់ (៥)។ រយៈពេលកណ្តាល (median) នៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខ គឺ ៣,៧ខែ ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ ធ្លាក់ចុះចំនួនមួយខែប្រៀបធៀបទៅនឹងឆ្នាំ២០១០។ ប្រមាណ ៥៣%នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ មានភាពស្លេកស្លាំង។ ស្ត្រីប្រមាណ ១៤% អាយុពី ១៥ ដល់ ៤៩ឆ្នាំ ខ្វះទម្ងន់ (សន្ទស្សន៍ទម្ងន់ខ្លួនតិចជាង ១៨,៥) - ជាស្ថានភាពមួយដែលបង្កើនហានិភ័យនៃផលវិបាកក្នុងអំឡុងពេលកើត និងបណ្តាលឱ្យទារករបស់ពួកគេមានទម្ងន់ទាបពីកំណើតដែរ។ ស្ត្រីប្រមាណ ៤៥% មានភាពស្លេកស្លាំង។ ១% នៃស្ត្រីទាំងនេះ មានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ។ មានតែ ៦៩%នៃគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ ដែលប្រើប្រាស់អំបិលមានជាតិអ៊ីយ៉ូដខ្លះ ជាការធ្លាក់ចុះយ៉ាងខ្លាំងមួយបើប្រៀបធៀបទៅនឹង ៨៣% ដែលបានវាស់នៅក្នុងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០១០ (៦)។

ទន្ទឹមនឹងមានវឌ្ឍនភាព ក៏មានកត្តាប្រឈមថ្មីៗដែរ។ ជរាភាព នគរូបនីយកម្ម និងកំណើនរបៀបរស់នៅដែលគ្មានផាសុកភាព បានជំរុញឱ្យមានការកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងនូវប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺមិនឆ្លង (NCDs) ដោយក្នុងនោះ ជំងឺគៀបសរសៃឈាមបេះដូង និងជំងឺសរសៃឈាមខួរក្បាលក្នុងចំណោមមូលហេតុចម្បងបំផុតនៃការស្លាប់មុនអាយុ (រូបភាពទី ៣)។ ដោយសារតែស្ថានភាពមេពីដេមីសាស្ត្រ កម្ពុជាកំពុងតែប្រឈមមុខនឹងបន្ទុកទ្វេដងនៃជំងឺឆ្លង និងជំងឺមិនឆ្លង។

រូបភាពទី ៣ អន្តរកាលអេពីដេមីសាស្ត្រនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា (១៩៩០-២០១៣)



ប្រភព៖ Institute of Health Metrics and Evaluation. Country Profile of Cambodia. Global Burden of Disease (2015).

២.៣ ប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាព និងអភិបាលកិច្ច

កម្ពុជាមានបណ្តាញដែលបានបង្កើតឡើងយ៉ាងល្អនៃប្រព័ន្ធសុខភាពសាធារណៈ ដែលរួមមានបណ្តាញនៅថ្នាក់កណ្តាល ថ្នាក់ខេត្ត និងសហគមន៍ ក៏ដូចជាបណ្តាញនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិដែរ។ ការមានសេវា និងការប្រើប្រាស់សេវាមួយចំនួន មានភាពប្រសើរយ៉ាងខ្លាំង។ ភាគរយនៃមណ្ឌលសុខភាពដែលមានឆ្មបមធ្យមយ៉ាងតិចមួយនាក់បានកើនឡើងដល់ ៨០% ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ ហើយភាគរយនៃការសម្រាលនៅឯមូលដ្ឋានសុខាភិបាល បានកើនឡើងដល់ ៨៣%ក្នុងឆ្នាំ២០១៤។ ប៉ុន្តែ ការប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាសាធារណៈនៅតែមានកម្រិតទាបបង្គួរ សម្រាប់សេវាជំងឺក្រៅ។ បច្ចុប្បន្ននេះ ១៦% នៃអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺឬរបួស ស្វែងរកការថែទាំដំបូងនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ រីឯ ៤៣% ស្វែងរកការថែទាំសម្រាប់បញ្ហាសុខភាពចុងក្រោយរបស់ពួកគេជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន (៧). អ្នកជំងឺទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន និងគ្លីនិកឯកជនភាគច្រើនគឺដើម្បីព្យាបាលជំងឺ រីឯសកម្មភាពបង្ការនានាដូចជា ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ការធ្វើតេស្តជំងឺរបេង និងការបង្ការមេរោគនិងទប់ស្កាត់អេដស៍/ជំងឺអេដស៍ គឺជាការងាររបស់វិស័យសាធារណៈ។ អ្នកជំងឺដែលមានជីវភាពធូរធាច្រើនតែប្រើប្រាស់ពេទ្យឯកជន រីឯអ្នកក្រច្រើនតែប្រើសេវាពេទ្យក្នុងវិស័យក្រៅប្រព័ន្ធ។ វិស័យឯកជន និងពេទ្យក្រៅប្រព័ន្ធ មានប្រមាណ ៦១% និង ២៦% នៃការផ្តល់សេវាទាំងអស់។ រដ្ឋាភិបាលបានចាប់ផ្តើមពង្រឹងការគោរពតាមអាជ្ញាប័ណ្ណផ្តល់សេវា ខណៈពេលជាមួយគ្នានោះ អនុម័តច្បាប់មួយស្តីពីការគ្រប់គ្រងអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល។ ការដឹកនាំវិស័យសុខាភិបាលទាំងមូល រួមទាំងសេវាសុខភាពឯកជនផង និងសេវាដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នកក្រ មានសារៈសំខាន់បំផុតចំពោះយុទ្ធសាស្ត្រនិងផែនការសុខាភិបាលក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំខាងមុខ។

បន្ថែមពីលើតម្រូវការឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យនិងគ្រប់គ្រងកាន់តែខ្លាំង នៅមានកត្តាប្រឈមមួយចំនួនដូចជា តម្រូវការចាំបាច់ដែលត្រូវកែលម្អសុវត្ថិភាពនិងគុណភាពនៃសេវាសុខភាពនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ក៏ដូចជាដោះស្រាយបញ្ហាវិសមធម៌សុខភាពដែលនៅសេសសល់ - ទាំងនៅតាមទីតាំងភូមិសាស្ត្រ និងក្នុងចំណោមក្រុមដែលមានស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គមផ្សេងៗ។ ការវាយតម្លៃទូទាំងប្រទេសលើគុណភាពនៃការថែទាំនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលត្រូវបានបញ្ចប់ក្នុងឆ្នាំ២០១៥។ ការវាយតម្លៃនេះបានជួយផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់ការពិភាក្សាគោលនយោបាយ និងផ្តោតការយល់ចិត្តទុកដាក់លើសារៈសំខាន់កាន់តែច្រើនឡើងនៃសុវត្ថិភាព និងគុណភាពនៃការថែទាំសុខភាព ដោយផ្តោតលើច្រលចូលនានា ជាពិសេស តាមរយៈការវិនិយោគរយៈពេលវែងនៅក្នុងធនធានមនុស្សសម្រាប់សុខភាព ដើម្បីលើកកម្ពស់សមត្ថភាពជំនាញរបស់ពួកគេ។ វិធានការខាងផ្នែកផ្តល់សេវា និងយន្តការហិរញ្ញប្បទានផ្អែកលើគុណផល ដូចជាទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស ផ្តល់ឱកាសដើម្បីពង្រឹងការផ្តល់សេវាបន្ថែមទៀត។

ថវិកាជាតិសម្រាប់សុខភាពបានកើនឡើងស្ទើរតែទ្វេដងក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំចុងក្រោយ ហើយមានវឌ្ឍនភាពគួរឱ្យកត់សម្គាល់នៅក្នុងការផ្តល់ការការពារពីហានិភ័យហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកក្រ តាមរយៈវិធានការនានាដូចជាមូលនិធិសមធម៌សុខភាព (HEFs) និងគម្រោងប័ណ្ណសុខភាព ដោយក្នុងនោះមូលនិធិសមធម៌សុខភាពគ្របដណ្តប់គ្រប់មណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់ក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះ។ បន្ថែមពីលើនេះ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរួមគ្នាដោយក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ និងក្រសួងសាមី បានធ្វើឱ្យមានការបង្កើតក្របខ័ណ្ឌគោលនយោបាយជាតិមួយសម្រាប់សន្តិសុខសង្គមនៅក្នុងឆ្នាំ២០១៥ រួមទាំងការគាំពារសុខភាពសង្គម និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ មានការពិភាក្សាគ្នាជាបន្តអំពីចក្ខុវិស័យរយៈពេលវែងនៃការបង្កើតប្រព័ន្ធសន្តិសុខជាតិទូលំទូលាយមួយ។ នៅក្នុងដំណើរការនេះ ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ ជាពិសេសនៅក្នុងការពង្រឹងការគាំពារសុខភាពសង្គម មិនត្រឹមតែសម្រាប់អ្នកក្រប៉ុណ្ណោះទេ ក៏ប៉ុន្តែសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនងាយរងគ្រោះផ្សេងទៀតផងដែរ។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី ការចំណាយពីហោប៉ៅអ្នកជំងឺផ្ទាល់នៅតែមានចំនួនជាង ៦២%នៃការចំណាយលើសុខភាពសរុបដដែល (៨)។ ដោយសារ ផយស៣ កំណត់ពីទិសដៅឆ្ពោះទៅរកគោលដៅនៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពសកល (UHC) មានឱកាសដើម្បីកាត់បន្ថយបន្ទុកដ៏ខ្ពស់នៃការចំណាយលើសុខភាពពីហោប៉ៅផ្ទាល់ដោយគ្រួសារ ដោយបង្កើន

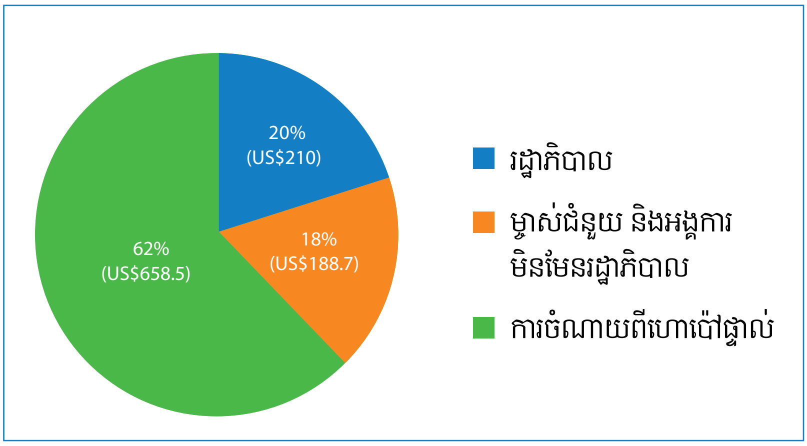
ហិរញ្ញប្បទានក្នុងស្រុក ជាពិសេសសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពបឋម និងសេវាបង្ការ ក៏ដូចជាផ្តល់ការយកចិត្តទុកដាក់កាន់តែច្រើនទៅលើប្រព័ន្ធគាំពារសុខភាពសង្គម រួមទាំងវិស័យក្រៅប្រព័ន្ធសម្រាប់អ្នកដែលមិនក្រ។

បន្ថែមពីលើនេះ ជាមួយនឹងគម្រោងសាកល្បងវិមជ្ឈការនិងវិសហមជ្ឈការ (D&D) ដែលកំពុងបន្តជាផ្នែកដ៏សំខាន់មួយនៃកំណែទម្រង់គោលនយោបាយសាធារណៈនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា គេរំពឹងថា D&D នឹងបង្កើនប្រតិភូកម្មមុខងាររដ្ឋបាល និងធនធានកាន់តែច្រើនថែមទៀតពីថ្នាក់ជាតិដល់ថ្នាក់ក្រោមជាតិ ក៏ដូចជាលើកម្ពស់ប្រសិទ្ធភាពផ្នែករដ្ឋបាលនិងហិរញ្ញវត្ថុ។ D&D ក៏មានសក្តានុពលដើម្បីធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធកាន់តែមានគណនេយ្យភាព និងឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការសហគមន៍មូលដ្ឋានច្រើនថែមទៀត។

២.៤ ជំនួយអភិវឌ្ឍន៍ និងស្ថានភាពភាពជាដៃគូ

ក្នុងរយៈពេលមួយទសវត្សរ៍កន្លងមកនេះ កម្ពុជាទទួលបាននូវការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុយ៉ាងច្រើនពីសហគមន៍អន្តរជាតិ រួមទាំងការគាំទ្រសម្រាប់វិស័យសុខាភិបាលផងដែរ។ ដូចបង្ហាញនៅក្នុងរូបភាពទី ៤ ស្រាប់ ថវិកាពីម្ចាស់ជំនួយដែលបានប៉ាន់ស្មាន បានកើនឡើងដល់ប្រមាណ ១៨៩លានដុល្លារអាមេរិក (១៨% នៃការចំណាយលើសុខភាពសរុប) នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៤ ដែលជិតស្មើទៅនឹងចំនួនថវិការបស់រដ្ឋាភិបាល – ហើយចំនួនដែលនៅសល់គឺបានមកពីការចំណាយពីហោប៉ៅផ្ទាល់។ ការចំណាយលើសុខភាពជាចំណែកមួយនៃ ផសស គឺ ១,៥% ក្នុងឆ្នាំ២០១៣ ដែលទាបជាងការចំណាយនៅក្នុងប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបនិងមធ្យមភាគច្រើនក្នុងតំបន់។ ការពឹងផ្អែកយ៉ាងខ្លាំងលើថវិការបស់ម្ចាស់ជំនួយ និងការចំណាយទាបពីថវិកា រដ្ឋាភិបាលលើសុខភាព ប្រសិនបើទំនោរនេះនៅតែបន្តនោះ នឹងបង្កហានិភ័យនិងកត្តាប្រឈមបន្ថែមទៀតដល់វិស័យសុខាភិបាល ទាក់ទងទៅនឹងការបែកខ្ញែកដែលអាចមាន និងនិរន្តរភាព។ បញ្ហានៃហិរញ្ញប្បទានប្រកបដោយនិរន្តរភាព ក៏ពាក់ព័ន្ធផងដែរទៅនឹងកម្មវិធីជំងឺនានា ដូចជា មេរោគអេដស៍ របេង និងគ្រុនចាញ់ ដែលត្រូវបានផ្តល់ថវិកាភាគច្រើនដោយគំនិតផ្តួចផ្តើមផ្នែកសុខភាពសកល ដូចជា មូលនិធិសកលដើម្បីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ របេង និងគ្រុនចាញ់។ បច្ចុប្បន្ននេះ មូលនិធិសកល ហ្គាវី (Gavi) និងមូលនិធិប៊ីលនិងមេលីនដា ហ្គេត (Bill & Melinda Gates Foundation) មានប្រមាណមួយភាគបួននៃថវិកាម្ចាស់ជំនួយសរុប។ ការធ្លាក់ចុះនូវថវិកានឹងមានផលប៉ះពាល់យ៉ាងខ្លាំងមកលើនិរន្តរភាព និងកម្មវិធីជាច្រើន។

រូបភាពទី ៤. ការចំណាយលើសុខភាពជាតិនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា បែងចែកតាមប្រភព (២០១៤)



ប្រភព៖ Ministry of Health, Kingdom of Cambodia. Estimating Health Expenditure in Cambodia: National Health Accounts Report (2012–2014 Data) (2015).

ភាពជាដៃគូវិស័យសុខាភិបាលនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា មានលក្ខណៈស៊ាំញ៉ាំ និងមានថាមពលដោយក្នុងនោះមានដៃគូអភិវឌ្ឍន៍យ៉ាងតិចប្រមាណ ៣០ នៅក្នុងវិស័យ និងជាង ១៦០ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល។ យន្តការរបស់កម្ពុជាសម្រាប់ការសម្របសម្រួលជំនួយបានបន្តពង្រីក និងពង្រឹង។

ក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាល (TWG-H) មានដំណើរការប្រព្រឹត្តទៅប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ដោយមានតំណាងមកពីរដ្ឋាភិបាល ទីភ្នាក់ងារពហុភាគីនិងទ្វេភាគី និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល មានតួនាទីសម្រួលដល់ការចែករំលែកព័ត៌មាន និងការពិភាក្សានៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។ បណ្តាញ TWG-H រួមមានអនុក្រុមការងារទទួលបន្ទុកជំងឺផ្សេងៗ និងកម្មវិធីសុខភាពសាធារណៈ ក៏ដូចជាក្រុមការងារបច្ចេកទេសថ្នាក់ខេត្ត។

កម្ពុជាមានទីភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិចំនួន ២៣ ដែលបង្កើតជាក្រុមប្រចាំប្រទេសនៃអង្គការសហប្រជាជាតិ ក្រោមការសម្របសម្រួលពីមន្ត្រីសម្របសម្រួលប្រចាំប្រទេសរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិ។ អង្គការសុខភាពពិភពលោកគឺជាទីភ្នាក់ងារដ៏ធំបំផុតមួយ និងដើរតួនាទីនាំមុខគេនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។ ស្របតាមកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងកំណែទម្រង់របស់អង្គការសហប្រជាជាតិ ទីភ្នាក់ងាររបស់អង្គការសហប្រជាជាតិទាំងអស់កំពុងតែធ្វើការដើម្បីសម្របសម្រួលកាន់តែប្រសើរនូវការគាំទ្ររបស់ពួកគេតាមរយៈ*ក្របខ័ណ្ឌជំនួយអភិវឌ្ឍន៍របស់អង្គការសហប្រជាជាតិ ២០១៦-២០១៨* (UNDAF) (៩)។

៣. ការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលជាតិ

គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព (SDGs) រួមមាន ១៧ គោលដៅ ដែលមាន ១៦៩ចំណុចដៅ ដែលត្រូវសម្រេចឱ្យបានត្រឹមឆ្នាំ២០៣០ (១០)។ SDGs ត្រូវបានរៀបចំឡើងបន្ទាប់ពី MDGs ដែលបានដាក់ចេញនូវគោលដៅដើម្បីសម្រេចឱ្យបានត្រឹមឆ្នាំ២០១៥។ SDGs ត្រូវបានបង្កើតឡើងជុំវិញចក្ខុវិស័យប្រកបដោយមហិច្ឆិតា ដើម្បីបញ្ចប់ភាពក្រីក្រ និងកែលម្អសុខភាព ការអប់រំ សន្តិសុខស្បៀង និងអាហារូបត្ថម្ភ។ គោលដៅទាំងនេះរួមបញ្ចូលគោលដៅផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច សង្គម និងបរិស្ថាន ដោយជំរុញឱ្យសង្គមកាន់តែមានសន្តិភាពនិងប្រកបដោយបរិយាប័ន្ន។ មធ្យោបាយនៃការអនុវត្តត្រូវបានកំណត់នៅក្នុង SDGs ដោយឆ្លុះបញ្ចាំងពីអភិក្រមរួមបញ្ចូល និងទទួលស្គាល់ការទំនងទំនងគ្នារវាងគោលដៅទាំងនេះ។ គោលដៅទី ៣ - ធានាជីវិតប្រកបដោយផាសុកភាព និងលើកកម្ពស់សុខុមាលភាពសម្រាប់មនុស្សគ្រប់វ័យទាំងអស់ - ផ្តោតលើសុខភាព ដែលមានចំណុចដៅ ៣.៨ ស្តីពី UHC ជាគោលដៅចម្បងមួយសម្រាប់វិស័យសុខាភិបាល។ ខណៈពេលដែល SDGs ទាំងអស់មានទំនាក់ទំនងនិងផ្តល់លទ្ធផលដល់គ្នាទៅវិញទៅមក គោលដៅទាក់ទងនឹងភាពក្រីក្រ ភាពអត់ឃ្លាន/សន្តិសុខស្បៀង/អាហារូបត្ថម្ភ វិសមភាពយេនឌ័រ ទឹក អនាម័យ និងការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ មានភាពពាក់ព័ន្ធជាពិសេសទៅនឹងវិស័យសុខាភិបាល។ ក្នុងន័យនេះ ការធ្វើការលើវិស័យនានា ក៏ដូចជា នៅក្នុងការសហការជាមួយភាគីពាក់ព័ន្ធ រួមទាំងសមាជិកមិនមែនរដ្ឋភាគី សហគមន៍ និងដៃគូដទៃទៀត នឹងមានសារៈសំខាន់បំផុតដើម្បីសម្រេចបាននូវ SDGs ។

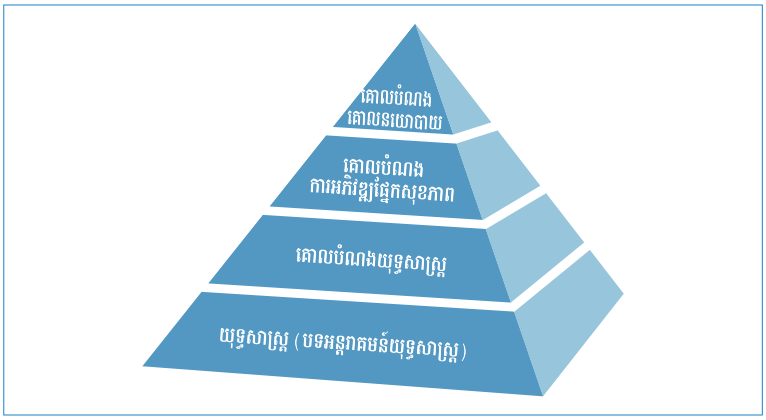
ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទីបី ២០១៦-២០២០ (ផយស ៣) របស់ក្រសួងសុខាភិបាល (១១) ដែលបានដាក់ឱ្យអនុវត្តជាផ្លូវការនៅឯសន្និបាតសុខាភិបាលជាតិក្នុងខែមីនា ឆ្នាំ២០១៦ គឺជាសក្ខីភាពមួយនៃការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់រដ្ឋាភិបាល ក្នុងការជំរុញវឌ្ឍនភាពបន្ថែមទៀតឆ្ពោះទៅរកគោលដៅនៃ UHC។ ផយស ៣ ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយផ្អែកលើ *ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ ២០១៤-២០១៨* (NSDP) (១២) ដែលបានផ្តល់មូលដ្ឋានគ្រឹះសម្រាប់ការវិនិយោគទៅលើផ្នែកសុខភាព ជាមធ្យោបាយមួយដើម្បីអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស និងកសាងកម្លាំងការងារប្រកបដោយផលិតភាពមួយសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍសង្គម និងសេដ្ឋកិច្ចរបស់ប្រទេស។ ផយស ៣ ក៏ឆ្លុះបញ្ចាំងផងដែរពីចក្ខុវិស័យ គោលដៅ និងចំណុចដៅនៃ SDGs។

គោលដៅគោលនយោបាយចម្បងនៃ ផយស ៣ គឺ *"លទ្ធផលសុខភាពរបស់ប្រជាជនកាន់តែប្រសើរ ដោយបង្កើនការគាំពារហានិភ័យហិរញ្ញវត្ថុ នៅក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពប្រកបដោយគុណភាព"*។ ផយស ៣ ត្រូវបានគាំទ្រដោយគោលបំណងអភិវឌ្ឍន៍សុខភាពចំនួនបួន គោលដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រប្រទាក់ក្រឡាចំនួនប្រាំពីរ និងអន្តរាគមន៍ជាយុទ្ធសាស្ត្រចំនួនប្រាំ ក្រោមគោលដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រនីមួយៗ (សូមមើលរូបភាពទី ៥)។

គោលបំណងអភិវឌ្ឍន៍សុខភាពទាំងបួន គឺ៖

គោលបំណងទី១.	កាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា ទារក និងកុមារ ក៏ដូចជាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភក្នុងចំណោមស្ត្រីនិងកុមារ។
គោលបំណងទី២.	កាត់បន្ថយអត្រាមានជំងឺ និងអត្រាស្លាប់ដែលបង្កដោយជំងឺឆ្លង។
គោលបំណងទី៣.	កាត់បន្ថយអត្រាមានជំងឺ និងអត្រាស្លាប់ដែលបង្កដោយជំងឺមិនឆ្លង និងបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈដទៃទៀត។
គោលបំណងទី៤.	បង្កើនលទ្ធភាពទទួលបាន និងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ ដោយកាត់បន្ថយបន្ទុកហិរញ្ញវត្ថុ។

រូបភាពទី ៥. គោលបំណង និងយុទ្ធសាស្ត្រនៃ ផយស ៣



ប្រភព៖ ក្រសួងសុខាភិបាល ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទីបី (ផយស ៣) ២០១៦-២០២០ (២០១៦)

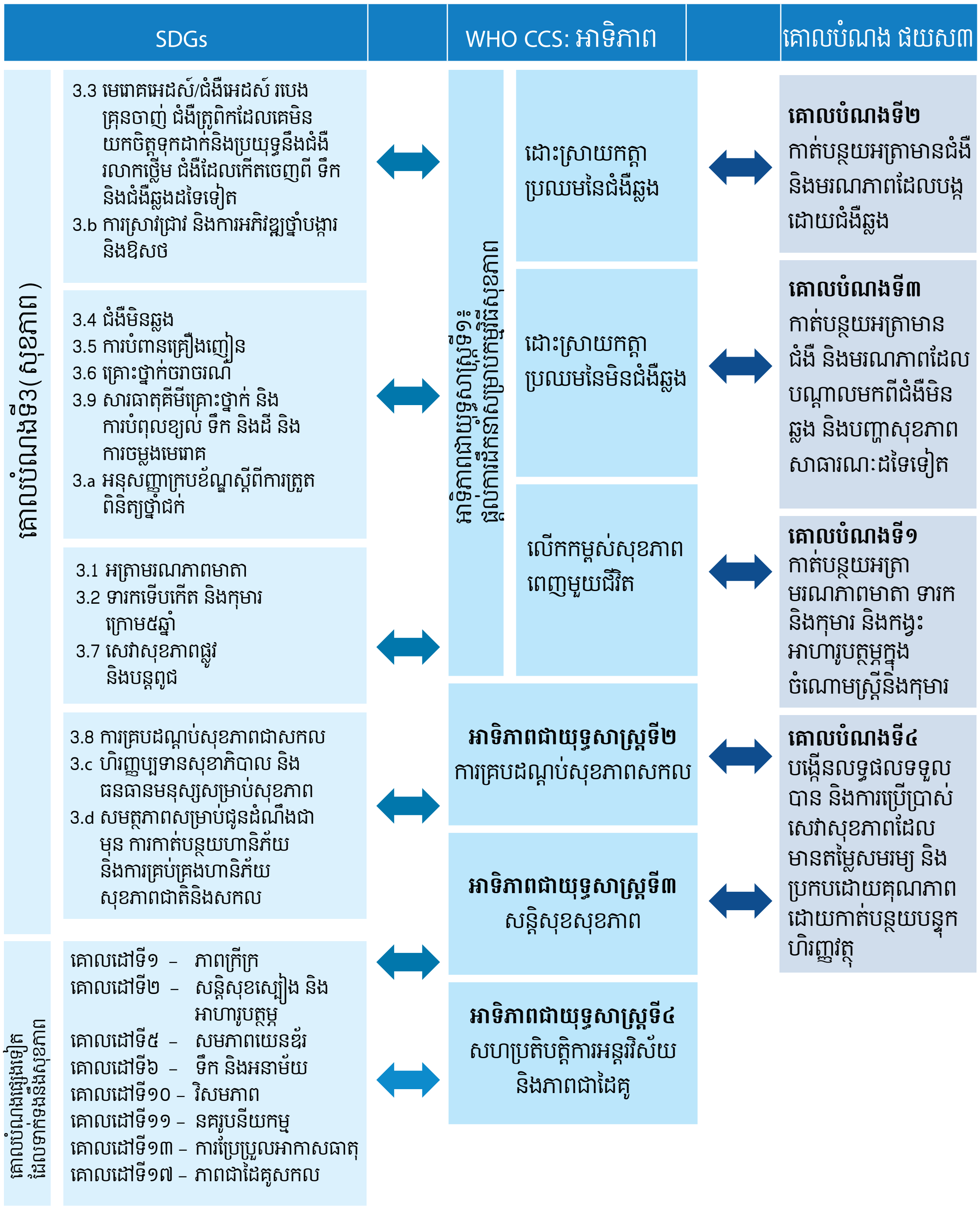
ផ្នែកជាគន្លឹះដែលត្រូវផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់នៃ ផយស៣ គឺដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសមភាពក្នុងការទទួលបានសេវា និងហិរញ្ញប្បទាន ក៏ដូចជាគុណភាពនៃការថែទាំ។ កិច្ចការដែលមិនទាន់បានបញ្ចប់ពី MDGs ត្រូវបានដោះស្រាយជាចម្បងក្រោមគោលបំណងអភិវឌ្ឍន៍សុខភាពទី១ និងទី២ - សុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារក និងកុមារ (RMNCH) អាហារូបត្ថម្ភ ក៏ដូចជា ជំងឺឆ្លង រួមទាំងមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ជំងឺរបេង គ្រុនចាញ់ និងជំងឺត្រូពិកដែលគេមិនយកចិត្តទុកដាក់ផ្សេងទៀត (ជំងឺដែលគេមិនបានចាប់អារម្មណ៍ក្នុងតំបន់ត្រូពិច - neglected tropical diseases) រីឯគោលបំណងអភិវឌ្ឍន៍សុខភាពទី៣ និងទី៤ មានគោលបំណងដោះស្រាយផ្នែកថ្មីៗក្រោម SDGs រួមទាំងជំងឺមិនឆ្លង (NCDs) ជំងឺដែលកើតឡើងថ្មីៗ និងជំងឺដែលឡើងវិញ សុខភាពបរិស្ថាន និង UHC។ ក្របខ័ណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃនៃ ផយស៣ នេះ ពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការត្រួតពិនិត្យតាមដានសូចនាករស្នូលដែលបានកំណត់ចំនួន ៧៥។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ និងលទ្ធផលរំពឹងទុករបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុង CCS ត្រូវបានរៀបចំឡើង ដោយផ្អែកលើគោលបំណង និងយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ ផយស៣។ ដូច្នេះ ការងាររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ក្រោមអាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទាំងបួនរបស់ខ្លួន នឹងរួមចំណែកដល់ផលប៉ះពាល់ថ្នាក់ជាតិលើទៅអត្រា

មានជំងឺ មរណភាព សមធម៌ គុណភាពនៃការថែទាំ និងការគាំពារសុខភាពសង្គម។ វាក៏នឹងរួមចំណែកផងដែរដល់ចំណុចដៅ SDG ទាំងសម្រាប់ SDG 3 ដែលផ្តោតជាក់លាក់លើសុខភាព និង SDGs ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈ។

រូបភាពទី ៦ បង្ហាញពីទំនាក់ទំនងរវាង SDGs ផយសព និងអាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្ររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា សម្រាប់រយៈពេលប្រាំឆ្នាំបន្ទាប់។

រូបភាពទី ៦. ទំនាក់ទំនងនៃអាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រនៅក្នុង CCS ជាមួយ SDGs និងគោលបំណង ផយសព



៤. របៀបវារៈជាយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់សហប្រតិបត្តិការរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា

៤.១ ការបង្កើតរបៀបវារៈជាយុទ្ធសាស្ត្រ

របៀបវារៈជាយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់កិច្ចសហប្រតិបត្តិការរបស់ WHO នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ពីឆ្នាំ២០១៦ ដល់ ២០២០ ពិចារណាទៅលើរបៀបវារៈសុខភាពសកល និងថ្នាក់ជាតិ។ កត្តាដែលត្រូវបានពិចារណាទាំងនោះ រួមមាន គុណប្រយោជន៍ប្រៀបធៀបរបស់ WHO និងការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់កម្ពុជា ក្នុងនាមជារដ្ឋសមាជិករបស់ WHO ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងសេចក្តីសម្រេចរបស់សន្និបាតសុខភាពសកល និងគណៈកម្មាធិការថ្នាក់តំបន់របស់ WHO ប្រចាំតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រផ្តោតលើផ្នែកនានាដែលមានសារៈសំខាន់ចំពោះប្រទេស ហើយដែល WHO អាចមានឥទ្ធិពលលើការសម្រេចបានលទ្ធផលនិងផលប៉ះពាល់ផ្នែកសុខភាពកាន់តែប្រសើរ។ អាទិភាពនេះនឹងមានឥទ្ធិពលកាន់តែខ្លាំងទៅលើបញ្ហាអាទិភាពខ្ពស់ និងកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការពង្រាយធនធានមានកំណត់ទៅកាន់ផ្នែកដែលមានអាទិភាពទាបជាង។

៤.២ ចក្ខុវិស័យ បេសកកម្ម គុណតម្លៃរបស់ WHO នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា

ចក្ខុវិស័យ បេសកកម្ម និងគុណតម្លៃរបស់ WHO នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានបញ្ជាក់ឡើងវិញនៅក្នុង CCS ថ្មីនេះ ហើយអាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រចំនួនបួនខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានដាក់ចេញសម្រាប់ WHO ដែលត្រូវផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំបន្ទាប់។

ចក្ខុវិស័យ CCS៖	ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់ទទួលបានសុខភាពក្នុងកម្រិតខ្ពស់បំផុត។
បេសកកម្ម CCS៖	ផ្តល់ការដឹកនាំដើម្បីគាំទ្រដល់រដ្ឋាភិបាល និងប្រជាជនកម្ពុជា ក្នុងការឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការសុខភាពរបស់ពួកគេ។

គុណតម្លៃ CCS៖ គុណតម្លៃ និងគោលការណ៍ដែលនឹងបន្តណែនាំដល់ការងាររបស់ WHO ត្រូវបានបញ្ជាក់នៅក្នុងបុព្វកថានៃរដ្ឋធម្មនុញ្ញរបស់ WHO ។

សុខភាពគឺជា៖

- ស្ថានភាពនៃសុខុមាលភាពផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត និងសង្គមពេញលេញ មិនត្រឹមតែភាពគ្មានជំងឺ ឬភាពទុខខ្សោយនោះទេ
- សិទ្ធិជាមូលដ្ឋានរបស់មនុស្សជាតិគ្រប់រូប គ្រប់ទីកន្លែង និង
- សំខាន់បំផុតចំពោះសន្តិភាព និងសន្តិសុខ។

ដើម្បីតម្រូវតាមអាទិភាពជាតិរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដូចដែលបានដាក់ចេញនៅក្នុង ផយស៣ និងគាំទ្រល្អបំផុតដល់ការអនុវត្តផែនការនេះនៅក្នុងបរិបទ SDGs, WHO និងរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានកំណត់អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រចំនួនបួននៅក្នុង*យុទ្ធសាស្ត្រសហប្រតិបត្តិការរវាងកម្ពុជា*–WHO *២០១៦-២០២០*។

៤.៣ អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី១៖ ផ្តល់ការដឹកនាំសម្រាប់កម្មវិធីសុខភាពសាធារណៈជាអាទិភាព។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី២៖ ជំរុញការគ្រប់ដណ្តប់សុខភាពសកល

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី៣៖ ពង្រឹងសមត្ថភាពសម្រាប់សន្តិសុខសុខភាព

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី៤៖ ចូលរួមក្នុងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការពហុវិស័យ និងលើកកម្ពស់ភាពជាដៃគូ

កម្មវិធីនានាត្រូវបានរៀបរាប់ក្រោមអាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រនីមួយៗ។ កម្មវិធីទាំងនេះ មានបញ្ជាក់ពីលទ្ធផលរំពឹងទុករបស់ WHO នៅក្នុងការរួមចំណែកដល់លទ្ធផលរបស់ប្រទេស – ទាំងការរួមចំណែករបស់ WHO ចំពោះការសម្រេចបានចំណុចដៅ ផយស៣ ឬគោលដៅថ្នាក់ជាតិផ្សេងទៀតត្រឹមឆ្នាំ២០២០។ លទ្ធផលរបស់ WHO និងចំណុចដៅក្នុងទាំងនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយពិគ្រោះយោបល់យ៉ាងល្អិតល្អន់ជាមួយសមភាគីរដ្ឋាភិបាល។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ១.

ផ្តល់ការដឹកនាំសម្រាប់កម្មវិធីសុខភាពសាធារណៈជាអាទិភាព

កម្មវិធីការងារទី ១.១ ដោះស្រាយកត្តាប្រឈមនៃជំងឺឆ្លង

ប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចបានជោគជ័យយ៉ាងច្រើននៅក្នុងជំងឺធំៗទាំងបី (របេង មេរោគអេដស៍ និងគ្រុនចាញ់) និងជំងឺដែលអាចបង្ការបានដោយថ្នាំបង្ការ ទោះបីជាជំងឺទាំងនេះនៅតែបង្កជាកត្តាប្រឈមធ្ងន់ធ្ងរចំពោះការបង្ការ ការថែទាំ ការទប់ស្កាត់ និងការលុបបំបាត់ក្តី។

ការបញ្ចប់ការរីករាលដាលជំងឺរបេង - ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺរបេងត្រឹមឆ្នាំ២០២០ (ប្រៀបធៀបនឹង ២០១៥) WHO នឹង៖

- គាំទ្រដល់ប្រទេសកម្ពុជា ដើម្បីអនុវត្តការស្វែងរកករណីសកម្មភាពប្រចាំឆ្នាំ ដោយប្រើមន្ទីរពិសោធន៍ចល័ត សម្រាប់ជាង ២០%នៃប្រជាជនជារៀងរាល់ឆ្នាំ។
- គាំទ្រដល់ប្រទេសដើម្បីពង្រឹងការស្វែងរកករណីជាបន្ត ដោយប្រើយន្តការដឹកជញ្ជូនសហគមន៍សម្រាប់ជាង ៥០%នៃប្រជាជនជារៀងរាល់ឆ្នាំ និង
- ផ្តល់ការណែនាំផ្នែកគោលនយោបាយសម្រាប់ការព្យាបាលការឆ្លងជំងឺរបេងដោយសម្ងំ សម្រាប់ជាង ៥០% នៃអ្នកទើបឆ្លងមេរោគអេដស៍ថ្មី និងជាង ៥០%នៃកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំដែលមានជំងឺរបេងក្នុងមួយឆ្នាំ បន្ថែមពីលើការពង្រីកការព្យាបាលជំងឺរបេងសម្ងំ (LTBI) ដល់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ផ្សេងទៀត ដើម្បីបញ្ចប់ជំងឺរបេងត្រឹមឆ្នាំ២០៣០-២០៣៥។

ប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចបានចំណុចដៅ MDG ក្នុងការកាត់បន្ថយប្រេវ៉ាឡង់និងអត្រាករណីមរណភាពជំងឺរបេងបានពាក់កណ្តាល។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី កម្ពុជានៅតែមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់និងអត្រាមរណភាពជំងឺរបេងខ្ពស់ខ្លាំងដដែរ - ពោលគឺ ៦៦៨ សម្រាប់ប្រេវ៉ាឡង់ និង ៥៨ សម្រាប់ការស្លាប់ក្នុង ១០០.០០០នាក់ ក្នុងឆ្នាំ២០១៤។ បន្ថែមពីលើនេះ ភាពស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខនៅតែកើនឡើង ផ្អែកលើតួលេខពីការតាមដានតាមធម្មតាជាប្រចាំ។ គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព SDG 3.3 កំណត់ពីគោលដៅបញ្ចប់ការរីករាលដាលជំងឺរបេងត្រឹមឆ្នាំ២០៣០។ យុទ្ធសាស្ត្របញ្ចប់ជំងឺរបេងរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានកំណត់ចំណុចដៅកាលពីមុនត្រឹមឆ្នាំ២០៣៥។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី កម្ពុជាមិនមានថវិកាគ្រប់គ្រាន់ ឬគោលនយោបាយខ្លាំងក្លាដើម្បីបញ្ចប់ជំងឺរបេងនៅឡើយទេ។ ដូច្នេះ ទោះបីជាអត្រាជោគជ័យនៃការព្យាបាលត្រូវបានរាយការណ៍ថាមានកម្រិតខ្ពស់ក្តី ប្រទេសនេះនៅតែមានការលំបាកក្នុងការស្វែងរកករណីជំងឺរបេងដែលត្រូវនឹងឱសថ និងករណីស៊ាំនឹងឱសថ។ការព្យាបាលជំងឺរបេងសម្ងំ (LTBI) មិនត្រូវបានគេយកចិត្តទុកដាក់ និងមានកម្រិតទាបក្នុងចំណោមអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ (PLHIV)។ ប្រទេសនេះត្រូវតែខិតខំបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើចង់បញ្ចប់ការរីករាលដាលជំងឺរបេងត្រឹមឆ្នាំ២០៣០-២០៣៥។

បញ្ចប់ការរីករាលដាលមេរោគអេដស៍ - ដើម្បីសម្រេចបានការត្រៀមលុបបំបាត់មេរោគអេដស៍ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ WHO នឹង៖

- គាំទ្រប្រទេសកម្ពុជាដើម្បីពង្រីកយុទ្ធសាស្ត្រជំរុញខ្លាំងក្លាសមាហរកម្មការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម ដើម្បីកែលម្អលទ្ធផលសកម្មភាពមេរោគអេដស៍នៅទូទាំងប្រទេស ត្រឹមឆ្នាំ២០១៧។
- គាំទ្រប្រទេសនេះ ដើម្បីបង្កើតប្រព័ន្ធតាមដានករណីដ៏រឹងមាំមួយត្រឹមឆ្នាំ២០១៧ និង

- គាំទ្រប្រទេសនេះដើម្បីអនុវត្ត និងត្រួតពិនិត្យតាមដានយុទ្ធសាស្ត្រសមស្រប ដើម្បីសម្រេចបានចំណុចដៅ ៩០-៩០-៩០ របស់ UNAIDS ត្រឹមឆ្នាំ២០២០។

កម្មវិធីមេរោគអេដស៍ជាតិនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា បានទទួលជោគជ័យយ៉ាងខ្លាំងនៅក្នុងការកាត់បន្ថយប្រេវ៉ាឡង់ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យទូទៅ ពី ១,៧% ក្នុងឆ្នាំ១៩៩៨ មកត្រឹម ០,៦% ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ និងសម្រេចបានចំណុចដៅ MDG ដោយក្នុងនោះជាង ៨០% នៃអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានគ្រប់ដណ្តប់ដោយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងវីរុស។ ទោះបីជាមានជោគជ័យយ៉ាងរហ័សក្តី ការស្រាវជ្រាវរកករណីមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ នៅតែជាកត្តាប្រឈមមួយ។ ក្រុមគោលដៅសំខាន់ៗ ដូចជាអ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន មនុស្សបំលែងភេទ និងបុរសដែលរួមភេទជាមួយបុរស នៅតែជាក្រុមគោលដៅដែលត្រូវផ្តល់ជូននូវសេវាបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាល។ ប្រសិទ្ធភាពតម្លៃនៃការស្រាវជ្រាវរកករណីថ្មីក្នុងសហគមន៍ និងយុទ្ធវិធីគ្រប់គ្រងករណីសកម្មភាពមិនត្រូវបានវាយតម្លៃឡើយ។ យុទ្ធវិធីទាំងនេះ រួមជាមួយការពង្រឹងទំនាក់ទំនងតភ្ជាប់គ្នា និងគុណភាពនៃការថែទាំ នឹងរួមចំណែកដល់ការកែលម្អលទ្ធផលនៃសកម្មភាពមេរោគអេដស៍។ វិមជ្ឈការនិងសមាហរណកម្មបន្ថែមទៀតនៃកម្មវិធីមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទូទៅ រួមទាំងការគ្រប់គ្រងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺរលាកថ្លើមដែលកើតឡើងក្នុងពេលជាមួយគ្នា គឺជាកត្តាប្រឈមផ្សេងទៀត។ មានសមាសភាគជាសារវ័ន្តមួយចំនួនដើម្បីជួយប្រទេសនេះ សម្រេចបានចំណុចដៅមេរោគអេដស៍ថ្នាក់ជាតិ។

ការបញ្ចប់ការរីករាលដាលជំងឺគ្រុនចាញ់ - ដើម្បីសម្រេចបានការលុបបំបាត់ ប្លាស្មូដ្យូម ហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម រួមទាំងភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថច្រើនមុខ ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ និងការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់គ្រប់ប្រភេទទាំងអស់ត្រឹមឆ្នាំ២០២៥, WHO នឹង៖

- គាំទ្រប្រទេសដើម្បីបង្កើតប្រព័ន្ធតាមដានអនឡាញដែលត្រូវតាមដានរាល់គ្រប់ករណីទាំងអស់ ផ្អែកតាមករណីសម្រាប់ការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ឱ្យបានត្រឹមឆ្នាំ ២០១៧
- គាំទ្រដល់ប្រទេសដើម្បីដាក់ឱ្យអនុវត្តនូវអន្តរាគមន៍ថ្មីៗ រួមទាំងការចែកឱសថឱ្យលេបជាសមូហភាពឬសហគមន៍ និងយុទ្ធសាស្ត្រនានាដើម្បីគ្របដណ្តប់លើក្រុមប្រជាជនចំណាកស្រុក និងចល័ត ត្រឹមឆ្នាំ២០១៧ និង
- គាំទ្រដល់ប្រទេសដើម្បីលុបបំបាត់ភាពស៊ាំរបស់មេរោគគ្រុនចាញ់នឹងឱសថច្រើនមុខ ត្រឹមឆ្នាំ២០២៥។

កម្ពុជាមានសមត្ថភាពកាត់បន្ថយចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ដែលបានរាយការណ៍ បានចំនួនពាក់កណ្តាលក្នុងរយៈពេលពេលប្រមាណមួយទសវត្សរ៍កន្លងមកនេះ ពី ១១៣.៨៥៥ ករណី ក្នុងឆ្នាំ២០០៤ មកត្រឹម ៥៦.២៧១ ករណី ក្នុងឆ្នាំ២០១៤។ អត្រាមរណភាពជំងឺគ្រុនចាញ់ជារួម ក៏បានធ្លាក់ចុះពី ០,៩៨ ក្នុង ១០០.០០០ ក្នុងឆ្នាំ២០១០ មកត្រឹម ០,១២ ក្នុងចំណោម ១០០.០០០ ក្នុងឆ្នាំ២០១៤។ ផ្អែកលើជោគជ័យទាំងនេះ កម្ពុជាបានកំណត់គោលដៅលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រឹមឆ្នាំ២០២៥។ ប៉ុន្តែ ការគ្របដណ្តប់ ការតាមដាន និងការបម្រើការផ្តល់សេវាដល់ក្រុមប្រជាជនសំខាន់ៗដែលប៉ះពាល់ដោយគ្រុនចាញ់ ជួបប្រទះការលំបាកយ៉ាងខ្លាំង។ បញ្ហានេះរឹតតែធ្ងន់ធ្ងរថែមទៀត ដោយសារចលនាប្រជាជនឆ្លងដែនយ៉ាងច្រើន និងកង្វះខាតការតាមដានឆ្លងដែនជាក់ស្តែង។ ភាពស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ និងអ្នកផ្ទុកមេរោគដែលគ្មានរោគសញ្ញា ធ្វើឱ្យបញ្ហានេះរឹតតែស្មុគស្មាញ។

ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងការករណីជំងឺគ្រុនឈាមដែលកំពុងតែកើនឡើង WHO នឹងគាំទ្រដល់កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនឈាម ដើម្បីរៀបចំផែនការសកម្មភាពមួយសម្រាប់រយៈពេលប្រាំឆ្នាំបន្ទាប់។ WHO នឹងបន្តផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាលអំពីការព្យាបាលជំងឺគ្រុនឈាមនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងសហការជាមួយដៃគូ ដើម្បីកៀងគរធនធាន។

ការសម្រេចបាន និងធានានិរន្តរភាពគោលដៅផ្តល់ថ្នាំបង្ការ - ដើម្បីសម្រេចបាន និងធានានិរន្តរភាពគោលដៅផ្តល់ថ្នាំបង្ការត្រឹមឆ្នាំ២០២០, WHO នឹង៖

- គាំទ្រដល់ប្រទេសកម្ពុជាដើម្បីសម្រេចបានអត្រាគ្របដណ្តប់យ៉ាងតិច៩០%នៅគ្រប់ស្រុកប្រតិបត្តិទូទាំងប្រទេសសម្រាប់គ្រប់មុខវ៉ាក់សាំងថដែលបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងកម្មវិធីជាតិ ផ្តល់ថ្នាំបង្ការត្រឹមឆ្នាំ២០២០។
- គាំទ្រដល់ប្រទេសកម្ពុជាដើម្បីបង្កើនភាគរយនៃកុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ ដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការជាមូលដ្ឋានទាំងអស់ ទៅតាមប្រតិទិននៃកម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ពី២ទៅ៣% រៀងរាល់ឆ្នាំ ពី ៧៣% ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ ដល់ ៨៦% ក្នុងឆ្នាំ២០២០ និង
- គាំទ្រដល់ប្រទេសកម្ពុជាដើម្បីសម្រេចនិងរក្សាអោយបាននូវស្តង់ដារការអនុវត្តសុចនករសំរាប់ស្ថានភាពគ្មានជំងឺជំងឺគ្រុនស្វិតជើង (acute flaccid paralysis) កញ្រ្ជឹល និងឈានទៅរកការលប់បំបាត់ជម្ងឺស្អូច ត្រឹមឆ្នាំ២០២០។

ប្រទេសកម្ពុជារក្សាបាននូវស្ថានភាពគ្មានជំងឺគ្រុនស្វិតដៃជើងចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០០ហើយប្រទេសកម្ពុជាក៏ សម្រេចបានការលុបបំបាត់ជំងឺកញ្រ្ជឹលតាំងពីខែមីនា ឆ្នាំ២០១៥ និងលុបបំបាត់ជំងឺតេតាណូសមាតានិងទារក ក្នុងខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១៥។ ថ្នាំបង្ការថ្មីចំនួនប្រាំ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការជាប្រចាំតាំងពីរយៈពេល ១៥ឆ្នាំកន្លងមេ្ល៉ះ។ ការអង្កេតប្រជាសាស្រ្ត និងសុខភាពឆ្នាំ២០០៥ និង២០១០ បានបង្ហាញថា ភាគរយនៃកុមារអាយុ ១២ ដល់ ២៣ ខែ ដែលទទួលបានថ្នាំបង្ការគ្រប់ចំនួន បានកើនឡើងពី ៦៧% ក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ដល់ ៧៩% ក្នុងឆ្នាំ២០១០។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី ការអង្កេតប្រជាសាស្រ្តនិងសុខភាព ឆ្នាំ២០១៤ បានបង្ហាញថា អត្រាគ្របដណ្តប់កុមារអាយុ ១២ ដល់ ២៣ខែ ដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការគ្រប់ចំនួនបានធ្លាក់ចុះមកត្រឹម ៧៣%។ ការគ្របដណ្តប់ដូសទីបីនៃ DTP-Hep B-Hib គឺ ៨៣,៧% និងដូសទីមួយនៃថ្នាំបង្ការកញ្រ្ជឹល (MCV1) គឺ ៧៨,៦% ដោយក្នុងនោះមានភាពខុសគ្នាខ្លាំងក្នុងចំណោមប្រជាពលរដ្ឋដែលមានទ្រព្យធនផ្សេងៗគ្នា។ ប្រព័ន្ធតាមដានស្រាវជ្រាវជំងឺដែលអាចការពារបានដោយវ៉ាក់សាំងមានលក្ខណៈទន់ខ្សោយ ហើយគុណភាពក៏នៅមានកម្រិតផ្សេងៗគ្នាទៅតាមបណ្តាខេត្តនីយមួយ ។ បរិក្ខារ និងការថែទាំប្រព័ន្ធត្រជាក់ នៅតែជាបញ្ហាប្រឈមចម្បងនៅឡើយ។

កម្មវិធីការងារទី ១.២ ដោះស្រាយកត្តាប្រឈមនៃជំងឺមិនឆ្លង

ដូចប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ជាច្រើនទៀតដែរ កម្ពុជាកំពុងតែប្រឈមនឹងបន្ទុកទ្វេដងនៃជំងឺឆ្លង និងជំងឺមិនឆ្លង រួមទាំងរបួសផ្សេងៗ។

ការកសាងសមត្ថភាពប្រព័ន្ធសុខាភិបាលសម្រាប់ស្រាវជ្រាវរក និងគ្រប់គ្រងឱ្យទាន់ពេលវេលានូវជំងឺមិនឆ្លង - ដើម្បីបង្កើនដល់ ៣០% ភាគរយនៃមនុស្សពេញវ័យអាយុ ៤០ឆ្នាំឡើងទៅ ដែលមានជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងទឹកនោមផ្អែម ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈត្រឹមឆ្នាំ២០២០ WHO នឹង៖

- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះដើម្បីបង្កើត និងអនុម័តមគ្គុទ្ទេសក៍ជាតិផ្អែកលើភ័ស្តុតាងសម្រាប់គ្រប់គ្រងជំងឺមិនឆ្លងធំៗតាមរយៈអភិក្រមថែទាំបឋម ត្រឹមឆ្នាំ២០១៧
- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះដើម្បីបង្កើតឧបករណ៍វាយតម្លៃ និងត្រួតពិនិត្យតាមដានគុណភាពដើម្បីកំណត់ពីប្រសិទ្ធភាព និងការទទួលបានសេវាថែទាំបង្ការសម្រាប់ជំងឺមិនឆ្លង ត្រឹមឆ្នាំ២០១៨ និង
- គាំទ្ររដ្ឋាភិបាល ដើម្បីធានាការផ្តល់ទាន់ពេលវេលានូវឱសថដែលមានតម្លៃសមរម្យ ក្នុងបរិមាណគ្រប់គ្រាន់ និងមានគុណភាពដែលត្រូវការសម្រាប់គ្រប់គ្រងជំងឺលើសឈាម និងទឹកនោមផ្អែមនៅគ្រប់មណ្ឌលសុខភាព ត្រឹមឆ្នាំ២០២០។

ការបង្ការ និងប្រយុទ្ធនឹងជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន - ដើម្បីបង្កើនដល់ ១០% ភាគរយនៃស្ត្រីអាយុ ៣០-៤៩ ឆ្នាំ ដែលត្រូវបានពិនិត្យរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន យ៉ាងតិចមួយដង ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ WHO នឹង៖

- គាំទ្រប្រទេសនេះដើម្បីបង្កើត និងអនុម័តមគ្គុទ្ទេសក៏ជាតិសម្រាប់ស្រាវជ្រាវរក ព្យាបាល និងបញ្ជូនសម្រាប់ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ព្រមទាំងរៀបចំនិងអនុម័តផែនការសកម្មភាពជាតិសម្រាប់បង្ការ និងប្រយុទ្ធនឹងជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនត្រឹមឆ្នាំ២០១៦ និង
- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះ ដើម្បីអនុវត្តគម្រោងសាកល្បងធ្វើបង្ហាញថ្នាំបង្ការមហារីកមាត់ស្បូន (HPV) នៅក្នុងខេត្តពីរ ក្នុងឆ្នាំ២០០៧ និងពង្រីកដល់កម្មវិធីថ្នាំបង្ការ HPV ថ្នាក់ជាតិ ត្រឹមឆ្នាំ២០២០។ មានតម្រូវការបន្ទាន់ដើម្បីបង្កើតមគ្គុទ្ទេសក៏គ្រប់គ្រងជំងឺមិនឆ្លងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនៅគ្រប់កម្រិតថ្នាក់នៃប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាព។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី នៅក្នុងឆ្នាំ២០១២ មានតែ ៦% ប៉ុណ្ណោះ នៃថវិកាសម្រាប់សុខភាពត្រូវបានវិភាជសម្រាប់សេវាសុខភាពបង្ការ រួមទាំងកត្តាហានិភ័យនៃជំងឺមិនឆ្លង (១៣) ផងដែរ។

បន្ទុកធំបំផុតនៃជំងឺមិនឆ្លង គឺទាក់ទងនឹងជំងឺចំនួនបួន - ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺមហារីក និងជំងឺផ្លូវដង្ហើមរ៉ាំរ៉ៃ។ ជំងឺទាំងបួននេះគឺជាមូលហេតុនៃការស្លាប់ប្រមាណជា ៥២%នៃការស្លាប់ទាំងអស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ បន្ថែមពីលើនេះ បុរសជាងពាក់កណ្តាល និងមួយភាគបីនៃស្ត្រី ដែលស្លាប់ដោយសារជំងឺមិនឆ្លង មានអាយុតិចជាង ៦០ឆ្នាំ។

អភិក្រមជាជំហានរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO STEPwise Approach) ចំពោះការអង្កេតតាមដានក្នុងឆ្នាំ២០១០ បានរកឃើញថា ប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺលើសសម្ពាធឈាមក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យ គឺ ២,៩% និង ១១,២% រៀងគ្នា។ ប៉ុន្តែ ជាងពាក់កណ្តាលនៃអ្នកដែលមានជំងឺទាំងនេះ បានប្រាប់ថា ពួកគេមិនបានទទួលការព្យាបាលណាមួយឡើយ។

ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន គឺជាមូលហេតុនាំមុខនៃការស្លាប់ដោយសារជំងឺមហារីកក្នុងចំណោមស្ត្រីនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ គេបានប៉ាន់ស្មានថា ស្ត្រីប្រមាណ ១៥០០នាក់ ត្រូវបានរកឃើញថាមានជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនថ្មី ហើយស្ត្រីយ៉ាងតិច ៩០០នាក់ ស្លាប់ដោយសារជំងឺនេះជារៀងរាល់ឆ្នាំ (១៤)។ ប៉ុន្តែ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរក និងសេវាព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន មិនត្រូវបានគេយកចិត្តទុកដាក់។

ការបន្ថយកត្តាហានិភ័យនៃជំងឺមិនឆ្លង - ដើម្បីត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងសម្រេចបានចំណុចដៅសកលនិងជាតិសម្រាប់ការកាត់បន្ថយកត្តាហានិភ័យជំងឺមិនឆ្លងត្រឹមឆ្នាំ២០២០ WHO នឹង៖

- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះដើម្បីបង្កើនពន្ធអាករបន្ថែមទៀត ជាសមាមាត្រមួយនៃតម្លៃលក់រាយផលិតផលថ្នាំជក់ (ទិន្នន័យគោល ឆ្នាំ២០១៥៖ ១៣.១៥%) (១៥);
- គាំទ្រដល់ប្រទេសដើម្បីអនុវត្តសារព្រមានសុខភាពជារូបភាព ដែលគ្របដណ្តប់យ៉ាងតិច ៥០% លើកញ្ចប់បារីត្រឹមឆ្នាំ២០១៧
- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះ ដើម្បីអនុម័តសេចក្តីព្រាងច្បាប់ស្តីពីការត្រួតពិនិត្យផលិតផលគ្រឿងស្រវឹងត្រឹមឆ្នាំ២០១៧
- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះដើម្បីបង្កើត និងអនុវត្តផែនការសកម្មភាពជាតិស្តីពីការកាត់បន្ថយអំបិល ក្នុងគោលបំណងសម្រេចឱ្យបានការកាត់បន្ថយការហូបអំបិល (សូដ្យូមក្លរីដ) ចំនួនជាមធ្យម ១០% ក្នុងចំណោមប្រជាជនត្រឹមឆ្នាំ២០២០ និង
- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះដើម្បីបង្កើត និងអនុវត្តគោលនយោបាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រទីកន្លែងដែលមានជាសុកភាពសំដៅកាត់បន្ថយហានិភ័យជំងឺមិនឆ្លង រួមទាំងទីក្រុងប្រកបដោយជាសុកភាព និងសាលារៀនលើកកម្ពស់សុខភាព ត្រឹមឆ្នាំ២០១៨។

ជំងឺមិនឆ្លងមានកត្តាហានិភ័យរួមគ្នា។ កត្តាហានិភ័យទាំងនេះរួមមាន ការប្រើថ្នាំជក់ ការប្រើគ្រឿងស្រវឹងប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ របបអាហារគ្មានផាសុកភាព និងកង្វះខាតលំហាត់ប្រាណ។ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ជិតមួយភាគបីនៃមនុស្សប្រុសពេញវ័យ ប្រើថ្នាំជក់។ មនុស្សពេញវ័យម្នាក់ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យដែលធ្វើការពីរនាក់ ស្រូបផ្សែងបារីពីគេនៅកន្លែងធ្វើការរបស់ពួកគេ ហើយពីរនាក់ក្នុងចំណោមបីនាក់ស្រូបផ្សែងបារីពីគេនៅផ្ទះ។ ទិន្នន័យពីការអង្កេតសង្គមសេដ្ឋកិច្ចកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៤ ២០០៧ និង ២០០៩ បង្ហាញពីទំនោរនៃការកើនឡើងនូវការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង។ មានទំនាក់ទំនងផ្នែកមូលហេតុរវាងការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងប្រកដោយគ្រោះថ្នាក់ និងជំងឺជាង២០០ប្រភេទ និងរបួស រួមទាំងវិបត្តិផ្លូវចិត្ត និងឥរិយាបថ ជំងឺមិនឆ្លង និងរបួសដោយអចេតនា និងចេតនា ដែលកើតឡើងដោយសារអំពើហិង្សា គ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ និងអត្តឃាត។ គ្រោះថ្នាក់ជិតមួយករណីក្នុងចំណោមរៀងរាល់គ្រោះថ្នាក់ចរាចណ៍ចំនួនប្រាំនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា គឺទាក់ទងទៅនឹងការបើកបរក្នុងពេលស្រវឹង។

ធានានូវសេវាសុខភាពសម្រាប់ជនពិការកាន់តែមានភាពប្រសើរឡើង - ដើម្បីផ្តល់ដល់ជនពិការនូវការទទួលបានស្មើគ្នានូវសេវាសុខភាព ក៏ដូចជាការស្តារលទ្ធភាពពលកម្មផ្លូវកាយនិងផ្លូវចិត្តប្រកបដោយគុណភាព ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ WHO នឹង៖

- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះ ដើម្បីអនុម័តផែនការអន្តរកាលក្នុងការផ្ទេរការគ្រប់គ្រង និង ហិរញ្ញវត្ថុនៃសេវាស្តារលទ្ធភាពពលកម្ម កាយសម្បទាប្រកបដោយគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ពីអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល ទៅឱ្យរដ្ឋាភិបាលវិញ ត្រឹមឆ្នាំ២០១៧
- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះ ដើម្បីប្រមូល និងរាយការណ៍ព័ត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីពិការភាព ត្រឹមឆ្នាំ២០១៩
- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះ ដើម្បីបង្កើនសមត្ថភាពរបស់ខ្លួនក្នុងការដឹកនាំ គ្រប់គ្រង និងធ្វើការរៀបចំផែនការនៅក្នុងវិស័យស្តារលទ្ធភាពពលកម្ម ត្រឹមឆ្នាំ២០២០
- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះ ដើម្បីរៀបចំឱ្យមានគោលនយោបាយជាតិស្តីពីសេវាស្តារលទ្ធភាពពលកម្មសម្រាប់ជនពិការ ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ និង
- លើកកម្ពស់ និងពង្រីកសេវាស្តារលទ្ធភាពពលកម្មនៅតាមសហគមន៍ ការពិគ្រោះយោបល់ និងការព្យាបាលសម្រាប់ជនពិការ រួមទាំង ជនពិការផ្នែកផ្លូវចិត្ត និងសតិបញ្ញា ត្រឹមឆ្នាំ២០២០។

ចំនួនជនពិការនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជានឹងបន្តកើនឡើងដោយសារប្រជាជនវ័យចំណាស់និងការកើនឡើងនៃជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ ប្រេវ៉ាឡង់ពិការភាព មានកម្រិតខ្ពស់រួចទៅហើយនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ១០% យោងតាមការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០១៤ ដោយក្នុងនោះមានមនុស្សយ៉ាងច្រើនទទួលរងរបួសដោយយុទ្ធភណ្ឌមិនទាន់ផ្ទុះ និងបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ ដូចនៅក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ជាច្រើនទៀតដែរ ពាក់កណ្តាលនៃជនពិការទាំងអស់មិនអាចមានលទ្ធភាពបង់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាព។ ក្នុងចំណោមមនុស្សទាំងនេះ មាន ៥០% ទំនងជាទទួលរងនូវការចំណាយលើសុខភាពច្រើនសន្ធឹកសន្ធាប់លើសពីសមត្ថភាព ជាងមនុស្សដទៃទៀត។ នៅក្នុងករណីបែបនេះ ការចំណាយពីហោប៉ៅផ្ទាល់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព អាចរុញឱ្យគ្រួសាររបស់ពួកគេធ្លាក់ចូលក្នុងភាពក្រីក្រ។ ការប៉ាន់ស្មានត្រឹមត្រូវនូវតម្រូវការសេវាស្តារលទ្ធភាពពលកម្មនិងសេវាកម្មពិការភាពរបស់ប្រជាជនកម្ពុជា គឺពិបាកនឹងកំណត់ ដោយហេតុថា ពុំមានការអង្កេតបែបប្រជាសាស្ត្រជាក់លាក់ដើម្បីប្រមូលព័ត៌មាននេះទេ។

កម្មវិធីការងារទី ១.៣ លើកកម្ពស់សុខភាពពេញមួយជីវិត

ម្តាយ ទារក និងកុមារ នៅតែស្ថិតនៅក្នុងក្រុមដែលងាយរងគ្រោះ ដែលជាសមាមាត្រដ៏ធំមួយនៃប្រជាជនកម្ពុជា។ អត្រាស្លាប់របស់ពួកគេនៅតែមានកម្រិតខ្ពស់ដែលមិនអាចទទួលយកបាន ដោយសារជំងឺផ្សេងៗដែលអាចបង្ការបាន។

បញ្ចប់ការស្លាប់របស់មាតា ទារក និងកុមារដែលអាចបង្ការបាន - ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតាមកត្រឹម ១៣០ ក្នុងចំណោម ១០០.០០០ កំណើតរស់ និងកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពទារកទើបនឹងកើត មកត្រឹម១៤ ក្នុងចំណោម១០០០កំណើតរស់ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ WHO នឹង៖

- គាំទ្រដល់ប្រទេស បង្កើនការគ្របដណ្តប់ការសម្រាលកូននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដល់ ៩០% ត្រឹមឆ្នាំ២០២០
- គាំទ្រដល់ប្រទេស បង្កើនការគ្របដណ្តប់ស្ត្រី និងទារកទើបនឹងកើតដែលទទួលបានការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលពីដំបូង ក្នុងអំឡុងពេលពីរថ្ងៃនៃការសម្រាល ដល់ ៩៥% ត្រឹមឆ្នាំ២០២០
- គាំទ្រដល់ប្រទេស បង្កើនការគ្របដណ្តប់ទារកដែលបៅដោះម្តាយក្នុងអំឡុងពេល១ម៉ោងនៃកំណើត ដល់ ៧៦% ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ និង
- គាំទ្រដល់ប្រទេស ដើម្បីបង្កើនភាគរយនៃទារកក្រោម ៦ខែ ដែលបៅដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ ដល់ជាង ៧០% ត្រឹមឆ្នាំ២០២០។

កម្ពុជាសម្រេចបាន MDGs 4 (កាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពកុមារ) និងទី 5 (លើកកម្ពស់សុខភាពមាតា) ដោយសារតែភាពប្រសើរឡើងយ៉ាងខ្លាំងនូវសុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារក និងកុមារ និងកំណើនការវិនិយោគក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ អត្រាមរណភាពរបស់មាតានៅកម្ពុជា បានថយចុះពី ៤៣៧ ក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់ ក្នុងឆ្នាំ២០០០ ដល់ ១៧០ ក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់ ត្រឹមឆ្នាំ២០១៤។ ស្រដៀងគ្នានេះដែរ អត្រាមរណភាពទារកទើបនឹងកើត បានធ្លាក់ចុះពី ២៧ ក្នុង ១០០០កំណើតរស់ក្នុងឆ្នាំ២០១០ ដល់ ១៨ ក្នុង ១០០០កំណើតរស់ និងក្រោម ៥ឆ្នាំ បានធ្លាក់ចុះពី ៥៤ ក្នុង ១០០០ កំណើតរស់ មកត្រឹម ៣៥ ក្នុង ១០០០កំណើតរស់ ក្នុងរយៈពេលដូចគ្នា។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី អត្រាមរណភាពមាតា និងកុមារក្រោម ៥ឆ្នាំ ជាពិសេសការស្លាប់របស់ទារកទើបនឹងកើត នៅតែមានកម្រិតខ្ពស់ជាងប្រទេសជិតខាង។ បន្ថែមពីលើនេះ ការមានផ្ទៃពោះវ័យក្មេង បានលេចឡើងជាបញ្ហាមួយនៅក្នុងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពឆ្នាំ២០១៤។

ចំនួនប្រជាជនវ័យចំណាស់បាននិងកំពុងកើនឡើង ដោយក្នុងនោះអ្នកដែលមានអាយុលើស ៦០ឆ្នាំ មានប្រមាណ ៨,៣% នៃប្រជាជនសរុបក្នុងឆ្នាំ២០១៥ (១)។ យុទ្ធវិធីរបស់ WHO ចំពោះជរាភាព និងសុខភាព រួមបញ្ចូលសកម្មភាពដើម្បីលើកកម្ពស់ជរាភាពប្រកបដោយផាសុកភាព និងទប់ស្កាត់ការធ្លាក់ចុះផ្នែកមុខងារសរីរាង្គ និងជំងឺក្នុងចំណោមមនុស្សចាស់ តាមរយៈកិច្ចសហការពហុវិស័យ និងការកែប្រែតម្រង់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលឡើងវិញ ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការជាក់លាក់របស់មនុស្សចាស់ ជាពិសេស ជំងឺមិនឆ្លង (១៦)។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ២

លើកកម្ពស់ការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល

ការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល ត្រូវបានកំណត់និយមន័យថា មនុស្សទាំងអស់ទទួលបានដោយសមធម៌នូវសេវាសុខភាពប្រកបដោយគុណភាព ដោយមិនមានការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការបង់ថ្លៃថែទាំ និងការចំណាយពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។ ផយសព បញ្ជាក់យ៉ាងច្បាស់នូវគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សុខភាពរបស់កម្ពុជា ដើម្បីសម្រេចបានការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល។ ការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកលគឺជាផ្នែកមួយនៃគោលដៅរួមនៃ SDGs ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព។

លក្ខណៈចាំបាច់ទាំងប្រាំនៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល ត្រូវបានកំណត់ថាជា៖ គុណភាព ប្រសិទ្ធភាព សមធម៌ គណនេយ្យភាព និងភាពរៀបចំជាស្រេច (១៧)។ ដើម្បីសម្រេចបានការគ្របដណ្តប់សុខភាពសកល ចាំបាច់ត្រូវមានប្រព័ន្ធសុខាភិបាលដែលមានដំណើរការល្អ ដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាពនានាដែលគាំទ្រដល់ការសម្រេចបានលក្ខណៈទាំងនេះ។ ការពង្រឹងសមាសធាតុផ្សេងៗនៃមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល - ដូចជាអភិបាលកិច្ច ធនធានមនុស្សវិស័យសុខាភិបាល ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ឱសថសារវ័ន្ត និងព័ត៌មានសុខាភិបាល - ដើម្បីសម្រេចបានការផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណៈរួមបញ្ចូល និងផ្តោតលើមនុស្ស ផ្តល់នូវមូលដ្ឋានគ្រឹះមួយដើម្បីកែលម្អលក្ខណៈទាំងប្រាំនេះនៃ UHC។

ទោះបីជាប្រព័ន្ធសុខាភិបាលគឺជាកម្មវិធីដោយឡែកមួយនៃការងារនៅក្នុង WHO វាមានភាពពាក់ព័ន្ធជាមួយគ្រប់កម្មវិធីទាំងអស់។ ដូច្នេះ ការងារទាក់ទងនឹង UHC ត្រូវតែអនុវត្តតាមរយៈសហប្រតិបត្តិការខ្សែទទឹង នៅទូទាំងកម្មវិធីជំងឺនិងសុខភាពសាធារណៈទាំងអស់។

កម្មវិធីការងារទី ២.១ លើកកម្ពស់សមធម៌ ប្រសិទ្ធភាព និងនិរន្តរភាពក្នុងការទទួលសេវា និងហិរញ្ញប្បទាន

> **ដើម្បីកៀងគរថវិកាសាធារណៈឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ និងបង្កើនប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ការទទួលបានសេវាសុខាភិបាលឱ្យកាន់តែមានភាពសមធម៌ និងការគាំពារផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុត្រឹមឆ្នាំ២០២០ WHO នឹង៖**

- គាំទ្រដល់ការបង្កើតផែនការបង្ហាញផ្លូវមួយសម្រាប់ UHC តាមរយៈការសម្រួលឱ្យមានកិច្ចសន្ទនាគោលនយោបាយ ការសម្របសម្រួល និងការកសាងសមត្ថភាពស្ថាប័ន ត្រឹមឆ្នាំ២០១៧
- គាំទ្រឱ្យមានការបង្កើនការចំណាយលើសុខភាពពីថវិការដ្ឋ ជាចំណែកមួយនៃ GDP ពី ១,៥% ក្នុងឆ្នាំ២០១៣ ដល់ ២% ត្រឹមឆ្នាំ២០១៨ និងរក្សាកម្រិតនេះរហូតដល់ឆ្នាំ២០២០ តាមរយៈការគាំទ្រដល់គណនីសុខាភិបាលជាតិ និងភ័ស្តុតាងដទៃទៀតសម្រាប់ស្នើសុំការគាំទ្រ និង
- គាំទ្រដល់ការកាត់បន្ថយការចំណាយពីហោប៉ៅផ្ទាល់ ដែលជាភាគរយនៃការចំណាយលើសុខភាពសរុប ពី ៦២,៣% ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ ដល់តិចជាង ៥៥% ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ តាមរយៈការពង្រីកយន្តការគាំពារសុខភាពសង្គម និងយន្តការបង់ប្រាក់ជាមុន។

ការចំណាយលើសុខភាពសរុបក្នុងមនុស្សម្នាក់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាក្នុងឆ្នាំ២០១៤ គឺ ៦៩ ដុល្លារ (៨)។ ប៉ុន្តែបន្ទុកនៃការចំណាយពីហោប៉ៅផ្ទាល់ នៅតែខ្ពស់ គឺ ៦២%នៃការចំណាយលើសុខភាពសរុប។ បន្ថែមពីលើនេះ ភាគរយនៃគ្រួសារដែលធ្លាប់ប្រឈមនឹងការចំណាយលើសុខភាពច្រើនសន្ធឹកសន្ធាប់លើសពីសមត្ថភាព គឺនៅតែជិត ៥% ក្នុង

ឆ្នាំ២០១៤។ ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលពឹងផ្អែកយ៉ាងខ្លាំងលើថវិកាម្ចាស់ជំនួយ (១៨% នៃការចំណាយលើសុខភាពសរុប ក្នុងឆ្នាំ២០១៤)។ បញ្ហានេះធ្វើឱ្យមានការព្រួយបារម្ភអំពីនិរន្តរភាពនៃកម្មវិធីសុខភាពសាធារណៈ ខណៈដែលប្រទេសនេះកំពុងក្លាយទៅជាប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលកម្រិតមធ្យម ហើយម្ចាស់ជំនួយជាច្រើន បានចាប់ផ្ដើមកាត់បន្ថយថវិការបស់ខ្លួនសម្រាប់កម្ពុជា ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ។

ចាប់តាំងពីទសវត្សរ៍១៩៩០ កំណែទម្រង់វិស័យសុខាភិបាលបានទទួលនូវសមិទ្ធផលដ៏គួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍បំផុត។ បច្ចុប្បន្ន កត្តាប្រឈមសំខាន់ៗរួមមានការធានាថា អត្ថប្រយោជន៍នៃវឌ្ឍនភាពត្រូវបានចែករំលែកដោយសមធម៌ ក្នុងចំណោមវិស័យទាំងអស់នៃសង្គម ហើយថា សេវាឆ្លើយតបទៅនឹងការផ្លាស់ប្ដូរផ្នែកប្រជាសាស្ត្រ និងអេពីដេមីសាស្ត្រ។ វាជាការសំខាន់ផងដែរដែលត្រូវផ្ដោតគោលដៅធនធានទៅលើតម្រូវការរបស់ប្រជាជន ហើយប្រជាជនត្រូវទទួលបានការថែទាំប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ដែលអាចទទួលយកបាន មិនរើសអើង និងយកចិត្តទុកដាក់ទៅនឹងតម្រូវការរបស់ក្រុមគោលដៅជាក់លាក់។

កម្មវិធីការងារទី ២.២ ការកែលម្អគុណភាព និងសុវត្ថិភាពនៃសេវាថែទាំសុខភាព

ដើម្បីធានាការទទួលបានកាន់តែប្រសើរនូវសេវាសុខភាពប្រកបដោយគុណភាព និងសម្រេចបានលទ្ធផលសុខភាពកាន់តែប្រសើរត្រឹមឆ្នាំ២០២០ WHO នឹង៖

- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះ ដើម្បីដោះស្រាយវិសមភាពនៅក្នុងការបែងចែកបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងសម្រេចបានដង់ស៊ីតេបុគ្គលិកសុខាភិបាលអប្បបរមាតាមអនុសាសន៍ (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក ឆ្មប) ចំនួនពីរ ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១០០០ នាក់ ត្រឹមឆ្នាំ២០២០
- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះ ដើម្បីពង្រឹងសមត្ថភាពធនធានមនុស្សសុខាភិបាល តាមរយៈការកសាងសមត្ថភាព និងយុទ្ធវិធីលើកកម្ពស់ការអនុវត្តការងារ រួមទាំងការបង្កើតយន្តការទទួលស្គាល់គុណភាពផ្លូវការសម្រាប់គ្រឹះស្ថានបណ្ដុះបណ្ដាលសុខាភិបាល ត្រឹមឆ្នាំ២០២០
- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះ ដើម្បីពង្រឹងយន្តការនិយតកម្មសំដៅលើកកម្ពស់សុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺ និងការត្រួតពិនិត្យគ្រប់គ្រាន់លើការផ្ដល់សេវាសុខភាព ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ និង
- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះ ដើម្បីសម្រេចបានយ៉ាងតិចកំណើនទ្វេដងនៅក្នុងការប្រើប្រាស់សេវាពិគ្រោះជំងឺក្រៅនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ ត្រឹមឆ្នាំ២០២០។

បញ្ហាកំហិតមួយនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលកម្ពុជា គឺកង្វះខាតសេវាធានាគុណភាព ដែលមានឥទ្ធិពលលើឥរិយាបថក្នុងការស្វែងរកការថែទាំសុខភាព។ យោងតាមការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០១៤ (៦) ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែលស្វែងរកការព្យាបាលជំងឺជាលើកទីដំបូង មានតែ ១៥%ប៉ុណ្ណោះ ដែលបានទៅពេទ្យរដ្ឋ រីឯ ៧៨% ទៅរកសេវាឯកជន។ របកគំហើញនេះ គឺជាក្ដីកង្វល់ជាពិសេសមួយ ដោយសារតែមិនមានការគ្រប់គ្រងវិស័យឯកជនឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ និងគុណភាពសេវាមិនល្អទាំងក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន។ កត្តាគន្លឹះនៃគុណភាពទាបនៅក្នុងសេវាសុខភាព គឺកង្វះខាតបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលមានការបណ្ដុះបណ្ដាលល្អ មានការលើកទឹកចិត្ត និងផ្ដល់ប្រាក់បំណាច់មិនបានគ្រប់គ្រាន់នៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងការត្រួតពិនិត្យមិនបានគ្រប់គ្រាន់ទៅលើគុណភាព និងសុវត្ថិភាព។

កម្មវិធីការងារទី ២.៣ ធានាការទទួលបានឱសថសារវ័ន្ត និងថ្នាំបង្ការ

ដើម្បីធានាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលកាន់តែប្រសើរ ដោយគាំទ្រដល់ការទទួលបានឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ប្រសិទ្ធភាព គុណភាព និងតម្លៃសមរម្យ WHO នឹង៖

- រួមចំណែកដល់ការពង្រឹងប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ដើម្បីធានាថា យ៉ាងតិច ៩៥%នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅក្នុងប្រទេស មិនមានដាច់ស្តុកសម្រាប់ឱសថសារវ័ន្ត ១៥មុខ រួមទាំងឱសថសម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់ មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ និងរបេង ត្រឹមឆ្នាំ២០២០
- គាំទ្រដល់អាជ្ញាធរនិយតកម្មឱសថជាតិ នៅក្នុងការបង្កើតប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគុណភាព និងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជិកាប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងនៅក្នុងការពង្រឹងឱសថ និងសុវត្ថិភាពថ្នាំបង្ការ និងយន្តការធានាគុណភាព ត្រឹមឆ្នាំ ២០២០ និង
- គាំទ្រដល់ការបង្កើតបញ្ជីឱសថជាតិ និងកាលវិភាគឱសថសម្រាប់លើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់សមស្របដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងនៅក្នុងសហគមន៍ ត្រឹមឆ្នាំ២០១៨។

កម្ពុជាបានធ្វើឱ្យមានវឌ្ឍនភាពយ៉ាងច្រើននៅក្នុងផ្នែកឱសថកម្ម។ ប៉ុន្តែ សមាសភាគផ្សេងៗនៃប្រព័ន្ធនៅតែត្រូវការពង្រឹង ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុង*គោលនយោបាយឱសថ ឆ្នាំ២០១០* និង*ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រវិស័យឱសថ ឆ្នាំ ២០១៣-២០១៨*។ ចំនួន និងសមត្ថភាពជំនាញរបស់ធនធានមនុស្សវិស័យឱសថដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលគឺមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីធានាគុណភាពការងារឡើយ។ និយតកម្មឱសថ និងប្រព័ន្ធធានាគុណភាពនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន ត្រូវការពង្រឹងថែមទៀត។ ដោយសារតែការកំណត់បរិមាណមិនបានត្រឹមត្រូវ និងការគ្រប់គ្រងបញ្ជីសារពើភ័ណ្ឌខ្សោយ ដាច់ស្តុក ឬលើសស្តុកឱសថនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល នៅតែកើតមានជាប្រចាំនៅឡើយ។ ការចេញវេជ្ជបញ្ជានិងចែកឱសថមិនសមស្រប ក៏ជាបញ្ហាទូទៅផងដែរ។

កម្មវិធីការងារទី ២.៤ ពង្រឹងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនូវព័ត៌មាន ភ័ស្តុតាង និងការស្រាវជ្រាវ

ដើម្បីពង្រឹងការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខាភិបាល និងភ័ស្តុតាងសម្រាប់ការអនុវត្ត និងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ផយស៣ ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ WHO នឹង៖

- គាំទ្រដល់ការបង្កើតប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យតាមដានសុខភាពដែលទាក់ទងនឹង SDGs ត្រឹមឆ្នាំ២០១៧ ជាយន្តការរួមមួយសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន NSDP និង ផយស៣ និង
- គាំទ្រដល់ការពង្រឹងពាគវិនិច្ឆ័យនៃការស្លាប់ និងការដាក់លេខកូដ ដោយផ្អែកលើចំណាត់ថ្នាក់អន្តរជាតិនៃជំងឺ (ICD) និងការដាក់ឱ្យអនុវត្តការចេញលិខិតបញ្ជាក់មរណភាពពីមន្ទីរពេទ្យនៅក្នុង ៥០% នៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ត្រឹមឆ្នាំ២០១៨ ដោយមានការពង្រីកជាបន្តបន្ទាប់នៅក្នុងវិស័យឯកជន ត្រឹមឆ្នាំ២០២០។

ប្រទេសកម្ពុជាមានតម្រូវការកាន់តែច្រើននូវព័ត៌មានសុខាភិបាលប្រកបដោយគុណភាព សម្រាប់ធ្វើការសម្រេចចិត្ត និងសកម្មភាពពីវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន។ ព័ត៌មានសារៈសំខាន់ផងដែរសម្រាប់ត្រួតពិនិត្យតាមដានវឌ្ឍនភាព ឆ្ពោះទៅរកគោលដៅសុខភាព និងចំណុចដៅរបស់ ផយស៣ និង SDGs។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី គុណភាពទិន្នន័យនៃប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល នៅតែជាកង្វល់មួយ ជាពិសេស ដោយសារតែប្រហែលពាក់កណ្តាលនៃមូលហេតុស្លាប់ គឺមិនត្រូវបានធ្វើចំណាត់ថ្នាក់។ ចំណាត់ថ្នាក់ស្ថិតិអន្តរជាតិនៃជំងឺ និងបញ្ហាសុខភាពពាក់ព័ន្ធ (ICD-10) និងមូលហេតុនៃការដាក់លេខកូដការស្លាប់ មិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ ការស្រាវជ្រាវប្រព័ន្ធសុខាភិបាលគួរត្រូវបានជំរុញបន្ថែម និងប្រើប្រាស់សម្រាប់កិច្ចសន្ទនាគោលនយោបាយ និងការធ្វើការសម្រេចចិត្ត។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៣.

ពង្រឹងសមត្ថភាពសម្រាប់សន្តិសុខសុខភាព

កម្មវិធីការងារទី ៣.១ កសាងសមត្ថភាពដើម្បីស្រាវជ្រាវរក និងឆ្លើយតបចំពោះព្រឹត្តិការណ៍សន្តិសុខសុខភាព

ដើម្បីការពារប្រជាជនកម្ពុជា ពីព្រឹត្តិការណ៍សាធារណៈ រួមទាំងជំងឺដែលកើតឡើងថ្មីៗ WHO **នឹង៖**

- គាំទ្រដល់ប្រទេសកម្ពុជា ដើម្បីអភិវឌ្ឍសមត្ថភាពស្នូលបន្ថែមទៀត សម្រាប់និយតកម្មសុខភាពអន្តរជាតិ (២០០៥) ឬ IHR (2005) ដូចដែលបានវាស់វែងនៅក្នុងកម្រងសំណួរត្រួតពិនិត្យនូវវឌ្ឍនភាពប្រចាំឆ្នាំរបស់ IHR (2005)
- គាំទ្រដល់ប្រទេសកម្ពុជា ដើម្បីស្រាវជ្រាវរក និងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយត្រឹមត្រូវសម្រាប់ជំងឺដែលកើតឡើងថ្មីៗ តាមរយៈបណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍ជាតិ ត្រឹមឆ្នាំ២០២០
- គាំទ្រដល់ប្រទេសកម្ពុជាដើម្បីពង្រឹងប្រព័ន្ធឆ្លើយតបទាន់ពេលវេលា និងទប់ស្កាត់ព្រឹត្តិការណ៍សុខភាពសាធារណៈដែលទាក់ទងទៅនឹងជំងឺដែលកើតឡើងថ្មីៗ ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ ដោយប្រសិទ្ធភាព និង
- គាំទ្រក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីទប់ស្កាត់ជំងឺដែលកើតចេញពីចំណីអាហារ តាមរយៈការពង្រឹងប្រព័ន្ធសុវត្ថិភាពចំណីអាហារជាតិ។

ជំងឺដែលកើតឡើងថ្មីៗ និងជំងឺដែលកើតឡើងវិញដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពសាធារណៈ ដូចជា ជំងឺផ្តាសាយបក្សី ជំងឺវីរុសអេបូឡា ជំងឺផ្លូវដង្ហើមមជ្ឈឹមបូព៌ា (MERS) និងជំងឺវីរុសហ្ស៊ីកា (Zika) បង្កការគំរាមកំហែងដល់សន្តិសុខភាពសុខភាពសកលនិងសុខភាពថ្នាក់ជាតិ។ កម្ពុជាគឺជាប្រទេសហត្ថលេខីមួយនៃ IHR (2005) ដូច្នេះហើយត្រូវបំពេញទៅតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវសមត្ថភាពស្នូលរបស់ IHR ដែលមិនត្រឹមតែការពារក្នុងប្រទេសប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែក៏រួមចំណែកផងដែរដល់សន្តិសុខសុខភាពសកល។

យោងតាមការវាយតម្លៃប្រចាំឆ្នាំលើ IHR កម្ពុជាមិនបានបំពេញលក្ខខណ្ឌតម្រូវសមត្ថភាពស្នូល IHR ទាំង ១៣ នៅឡើយទេ។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៤ កម្ពុជាត្រូវបានផ្តល់ជូននូវការពន្យារពេលរយៈពេលពីរឆ្នាំលើកទីពីរដើម្បីអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌរបស់ IHR ត្រឹមខែកក្កដា ឆ្នាំ២០១៦។ យ៉ាងណាមិញ ប្រទេសនេះនៅតែត្រូវការកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងខ្លាំងក្លាសម្រាប់អភិវឌ្ឍន៍សមត្ថភាពស្នូលរបស់ខ្លួនបន្ថែមទៀត ដើម្បីអនុលោមតាម IHR និងដើម្បីមានសមត្ថភាពស្រាវជ្រាវរក និងឆ្លើយតបចំពោះព្រឹត្តិការណ៍សុខភាពសាធារណៈដែលជាការព្រួយបារម្ភរបស់អន្តរជាតិប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ ជាពិសេស ប្រទេសនេះត្រូវការការសហការណ៍ខ្លាំងក្លានៅក្នុងវិស័យនានា ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាជំងឺឆ្លងពីសត្វ សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ និងបញ្ហាសំខាន់ៗផ្សេងទៀត។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្រ្តទី ៤

ចូលរួមនៅក្នុងសហប្រតិបត្តិការពហុវិស័យ និងជំរុញភាពជាដៃគូ

ចក្ខុវិស័យរបស់WHOនៃការទទួលបានសុខភាពកម្រិតខ្ពស់បំផុតសម្រាប់មនុស្សទាំងអស់នឹងមិនអាចសម្រេចបានទេ ប្រសិនបើមិនមានការយកចិត្តទុកដាក់កាន់តែច្រើនថែមទៀតលើកត្តាកំណត់នៃសុខភាពទាក់ទងនឹងសង្គម សេដ្ឋកិច្ច និងបរិស្ថាន។ ដូច្នេះ WHO ត្រូវតែចូលរួមនៅក្នុងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការពហុវិស័យជាមួយភាគីពាក់ព័ន្ធជាច្រើនទៀត រួមទាំង ទីភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងសង្គមស៊ីវិលដទៃទៀត។

កន្លែងមក ការងាររបស់ WHO នៅក្នុងផ្នែកជំងឺឆ្លង បានបង្ហាញពីសារៈសំខាន់នៃការដោះស្រាយកត្តាកំណត់នៃសុខភាពផ្នែកសង្គម សេដ្ឋកិច្ច និងបរិស្ថាននៃសុខភាព តាមរយៈកិច្ចសហការពហុវិស័យដែលក្នុងពេលបច្ចុប្បន្នកំពុងសហការជាមួយវិស័យសុខភាពសត្វនៅក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងការរីករាលដាលនៃជំងឺផ្តាសាយបក្សី A(H5N1)។ កិច្ចសហការពហុវិស័យបែបនេះកំពុងតែមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងឡើងៗសម្រាប់ផ្នែកសុខភាពផ្សេងៗទៀត ដូចជា ជំងឺមិនឆ្លង សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ អាហារូបត្ថម្ភ របួសដោយគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ និងការគ្រប់គ្រងហានិភ័យនៃគ្រោះមហន្តរាយសម្រាប់សុខភាព ។ល។

ការងាររបស់ WHO គឺជាទាក់ទងដោយផ្ទាល់ ឬមិនផ្ទាល់ទៅនឹង SDGs ជាច្រើន រួមទាំង៖ SDG 1 (បញ្ចប់ភាពក្រីក្រ), SDG 2 (គ្មានភាពអត់ឃ្លាន), SDG 5 (សមភាពយេនឌ័រ), SDG 6 (ទឹកស្អាត និងអនាម័យ), SDG 10 (វិសមភាពត្រូវបានកាត់បន្ថយ),SDG11(ទីក្រុងនិងសហគមន៍ប្រកបដោយចីរភាព),SDG13(សកម្មភាពទាក់ទងនឹងអាកាសធាតុ) និង SDG 17 (ភាពជាដៃគូសម្រាប់គោលដៅទាំងអស់)។

SDGs 1, 5 និង 11 នឹងត្រូវបានបំពេញ ជាគោលការណ៍មូលដ្ឋានគ្រឹះនិងអន្តរវិស័យនៃកម្មវិធីរបស់ WHO ដោយផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើសិទ្ធិមនុស្ស យេនឌ័រ និងក្រុមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះបំផុត នៅក្នុងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងដើម្បីសម្រេចបានសមធម៌សុខភាព។ ស្រដៀងគ្នានេះដែរ ភាពជាអ្នកដឹកនាំប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងការជំរុញភាពជាដៃគូ (SDG 17) នៅក្នុងការអភិវឌ្ឍ និងការសម្របសម្រួលវិស័យរបស់ដៃគូសុខាភិបាល នឹងនៅតែជាយុទ្ធវិធីជាយុទ្ធសាស្រ្តគន្លឹះមួយសម្រាប់ WHO នៅគ្រប់ពេលនៃការអនុវត្ត CCS នេះ។

គោលដៅផ្សេងទៀត រួមទាំង SDGs 2 និង 11 ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលគ្នាក្នុងផ្នែកដែលត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាយុទ្ធសាស្រ្តរបស់កម្មវិធីដែលពាក់ព័ន្ធ ដូចជា សុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារក និងកុមារ ចំណីអាហារ និងជំងឺមិនឆ្លង។

អាទិភាពខាងក្រោមនេះត្រូវការការឆ្លើយតប និងសហប្រតិបត្តិការពហុវិស័យ ដោយសហការជាមួយទីភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងភាគីពាក់ព័ន្ធជាច្រើនទៀត។

កម្មវិធីការងារទី ៤.១ ប្រយុទ្ធនឹងភាពស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគ (AMR)

ដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅនៃភាពស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគត្រឹមឆ្នាំ២០២០ WHO នឹង៖

- គាំទ្រដល់ប្រទេសនេះ ដើម្បីបង្កើតប្រព័ន្ធតាមដានជាតិរួមមួយ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យតាមដានកម្រិតនៃភាពស៊ាំនឹងឱសថ និងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគនៅក្នុងវិស័យសុខភាពមនុស្សនិងសត្វ ត្រឹមឆ្នាំ២០១៨

- គាំទ្រដល់ប្រទេសកម្ពុជា ដើម្បីបង្កើត និងធានានិរន្តរភាពកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងភាពស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគ នៅក្នុងគ្រប់មន្ទីរពេទ្យជាតិនិងខេត្ត ត្រឹមឆ្នាំ២០២០
- គាំទ្រដល់ប្រទេសកម្ពុជា ដើម្បីបង្កើតគណៈកម្មាធិការបង្ការនិងត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគពហុជំនាញ នៅក្នុង ៨០%នៃមន្ទីរពេទ្យជាតិ និងខេត្ត ត្រឹមឆ្នាំ២០២០
- គាំទ្រដល់ប្រទេសកម្ពុជា នៅក្នុងការកែសម្រួលកម្មវិធីសិក្សាសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋាន សម្រាប់វិទ្យាសាស្ត្រសុខភាពមនុស្ស និងសត្វ ដើម្បីដាក់បញ្ចូល AMR និងការប្រើឱសថសមស្របត្រឹមឆ្នាំ២០១៨ និង
- សហការនិងសម្របសម្រួលជាមួយដៃគូពាក់ព័ន្ធ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការអនុវត្តយុទ្ធវិធី "សុខភាពតែមួយ" សម្រាប់ AMR ។

ការប្រើប្រាស់ ឱសថប្រឆាំងមេរោគមិនសមស្របនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា គឺជាបញ្ហាដែលកើតឡើងជាទូទៅ និងរួមចំណែកដល់ការកើតឡើងនូវភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគជាច្រើន ដូចជា ឱសថប្រឆាំងគ្រុនចាញ់ ឱសថប្រឆាំងវីរុស និងអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក។ ភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកដែលគេប្រើច្រើនបំផុតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា មានកម្រិតខ្ពស់ខ្លាំងក្នុងចំណោមប្រភេទបាក់តេរីជាច្រើន។ កត្តាចម្បងដែលរួមចំណែកដល់ AMR នៅកម្ពុជា (១៨) រួមមាន៖

- សមត្ថភាពតាមដាននិងសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍នៅខ្សោយ
- ការប្រើប្រាស់ ភ្នាក់ងារប្រឆាំងមេរោគមិនសមស្របក្នុងពេលព្យាបាលជំងឺមនុស្ស
- ការប្រើប្រាស់ច្រើនហួសហេតុ និងការប្រើប្រាស់មិនត្រឹមត្រូវនៃឱសថអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកលើសត្វដែលចញ្ចឹមសម្រាប់អាហារ និង
- វិធានការបង្ការនិងត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល នៅមានកម្រិត

ស្រដៀងគ្នានឹងប្រទេសផ្សេងទៀតដែរ ឧបសគ្គចម្បងចំពោះការប្រយុទ្ធនឹង AMR នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា រួមមាន ការយល់ដឹងអំពី AMR នៅមានកម្រិត ក្នុងចំណោមភាគីពាក់ព័ន្ធ ទិន្នន័យពីការតាមដានសំរាប់ជួយដល់ការសំរេចចិត្តដោយផ្អែកលើភស្តុតាងនៅមានកម្រិត កង្វះខាតការប្រកាន់ខ្ជាប់តាមសេចក្តីណែនាំគ្លីនិក ការប្រើប្រាស់ឱសថមិនសមស្រប និងការសម្របសម្រួល ក្នុងចំណោមវិស័យផ្សេងៗនៅមានកម្រិត ជាពិសេស វិស័យសុខភាពមនុស្ស សត្វ កសិកម្ម និងបរិស្ថាន។

កម្មវិធីការងារទី ៤.២ ដោះស្រាយកត្តាកំណត់នៃទឹក អនាម័យ និងការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ

ដើម្បីធានាថា មនុស្សគ្រប់រូបមានសិទ្ធិស្មើគ្នាក្នុងការទទួលបានទឹកស្អាត និងសេវាអនាម័យ និងរស់នៅក្នុងបរិស្ថានល្អ អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) នឹង៖

- គាំទ្រដល់ប្រទេស ក្នុងការអនុវត្តស្តង់ដា គោលការណ៍ណែនាំ និងឯកសារផ្សេងៗដែលទាក់ទងនឹងផែនការសុវត្ថិភាពទឹកដែល ជាមធ្យោបាយសម្រាប់កែលម្អការគ្រប់គ្រងទឹកស្អាត និង ជាវិធានការបន្ស៊ាំដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃអាកាសធាតុចំពោះសុខភាពនៅក្នុងតំបន់ជនបទ និងទីប្រជុំជន នៅឆ្នាំ២០១៩។
- គាំទ្រដល់ប្រទេសក្នុងការការពិនិត្យឡើងវិញលើស្ថានភាពសេវាផ្គត់ផ្គង់ទឹកស្អាត និងអនាម័យគ្រឹះស្ថានសុខភាពឆ្នាំនៅ២០១៧ (ទិន្នន័យគោល៖ ប្រជាជន ៦៧% ទទួលបានសេវាផ្គត់ផ្គង់ទឹកដែលមានការកែលម្អ ក្នុងឆ្នាំ២០០៨)។

ដើម្បីពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់ប្រទេសក្នុងការដោះស្រាយដោយប្រសិទ្ធភាព បញ្ហាជំងឺដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ ជំងឺដែលបង្កដោយភ្នាក់ងារចម្លង (vector-borne) **និងជំងឺដែលបណ្តាលមកពីទឹក** (water-related diseases) **និងកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់លើសុខភាពដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះមហន្តរាយធម្មជាតិ អង្គការសុខភាពពិភពលោក** (WHO) **នឹងៈ**

- គាំទ្រដល់ប្រទេស ក្នុងការលើកកម្ពស់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិ និងប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យ តាមដាន ដើម្បីបង្កើនគតព័តមានទាក់ទងទៅនឹងហានិភ័យពីការប្រែប្រួលអាកាសធាតុចំពោះ សុខភាព ដែលអាចណែនាំដល់ការរៀបចំផែនការបន្សាំប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព នៅឆ្នាំ២០១៩
- គាំទ្រដល់ប្រទេស ក្នុងការពង្រឹងសមត្ថភាពស្ថាប័ន ដើម្បីដាក់បញ្ចូលហានិភ័យពីការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ និងជម្រើសនៃការបន្សាំនៅក្នុងផែនការវិស័យសុខាភិបាល និងការអនុវត្ត នៅឆ្នាំ២០២០។
- គាំទ្រដល់ប្រទេស ក្នុងការលើកកម្ពស់សមត្ថភាពបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាជំងឺដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ ដែលឆ្លងពីភ្នាក់ងារចម្លង (vector-borne) និងជំងឺដែលកើតចេញពីទឹក (water-borne diseases) ដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ សុខភាព នៅឆ្នាំ២០២០។

ជាង ៦០% នៃ ជំងឺឆ្លង គឺទាក់ទងនឹងទឹក អនាម័យ និងបរិស្ថាន។ សារធាតុពុលអាសេនិចទឹកផឹក នៅតែជាបញ្ហាមួយ។ មនុស្សជាង ២លាននាក់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ប្រឈមទៅនឹងកម្រិតអាសេនិចក្នុងទឹកផឹកខ្ពស់។ ទឹកផឹកមិនបានបន្សុទ្ធ និងការរក្សាទឹកគ្មានសុវត្ថិភាព រួមចំណែកដល់ការឆ្លងជំងឺពីបាក់តេរី និងវីរុស។ ការសិក្សាថ្មីមួយរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) ស្តីពីគុណភាពទឹកផឹកបង្ហាញថា មានតែ ២៣% នៃគ្រួសារជនបទប៉ុណ្ណោះ (១៩) និង ៤២,៥៥% នៃគ្រួសារនៅទីប្រជុំជន (២០) ទទួលបានទឹកផឹកដែលមានសុវត្ថិភាពពីពពួកមេរោគ។ កង្វះអនាម័យបរិស្ថាន និងអនាម័យផ្ទាល់ខ្លួន ទាក់ទងយ៉ាងជិតស្និទ្ធទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់ទឹក និងគុណភាពទឹក ដែលអាចជាមូលហេតុបណ្តាលអោយមានការស្លាប់ជិត ១០.០០០នាក់ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ - ភាគច្រើននៃករណីស្លាប់ទាំងនេះគឺបណ្តាលមកពីជំងឺរាករូស (២០)។ បើតាមការវាយតម្លៃ បានឱ្យដឹងថា កម្ពុជាគឺជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេសទាំងឡាយដែលងាយរងគ្រោះបំផុតទៅនឹងការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ (២១)។ បញ្ហានេះនឹងមានផលប៉ះពាល់ទៅដល់សន្តិសុខស្បៀង និងអាហារូបត្ថម្ភ ហើយអាចធ្វើឱ្យយឺតយ៉ាវដល់វឌ្ឍនភាពដែលបានប្រឹងប្រែងកន្លងមក ក្នុងការកាត់បន្ថយបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់ប្រភេទ។

៥. អនុវត្តរបៀបវារៈជាយុទ្ធសាស្ត្រ

៥.១ ការផ្លាស់ប្តូរកិច្ចសហប្រតិបត្តិការរបស់អង្គការ WHO ដើម្បីអនាគតសុខភាពកាន់តែប្រសើរថែមទៀត

អង្គការ WHO នឹងអនុវត្តកំណែទម្រង់ស្ថាប័ន កម្មវិធី និងអភិបាលកិច្ច ដើម្បីឱ្យមានលទ្ធភាពកាន់តែច្រើនក្នុងការសម្រេចបានគោលដៅរបស់ខ្លួនក្នុងការលើកកម្ពស់សុខភាពរបស់ប្រជាជនកម្ពុជា និងបង្កើនសង្គតិភាពនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល និងវិស័យផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាព។ ការផ្លាស់ប្តូរនេះនឹងផ្តោតលើការផ្តល់ការដឹកនាំជាយុទ្ធសាស្ត្រកាន់តែច្រើនថែមទៀត ការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយប្រាស្រ័យទាក់ទងថ្មីៗ និងការធ្វើការជា "WHO តែមួយ"។

ការដឹកនាំជាយុទ្ធសាស្ត្រកាន់តែច្រើនថែមទៀត

តួនាទីដឹកនាំរបស់ WHO នឹងវិវឌ្ឍជាបន្តបន្ទាប់ ទៅតាមបម្រែបម្រួលបរិយាកាសថ្នាក់សកល ថ្នាក់តំបន់ និងថ្នាក់ជាតិដែលកំពុងតែមានការផ្លាស់ប្តូរ។ តួនាទីរបស់អង្គការនេះនឹងកាន់តែមានលក្ខណៈ "យុទ្ធសាស្ត្រ" ច្រើនជាង "ប្រតិបត្តិ"។ ការផ្លាស់ប្តូរតួនាទីប្រកបដោយមនសិកានេះគឺជាការចាំបាច់ ខណៈពេលដែលសមត្ថភាពរបស់រដ្ឋាភិបាល និងដៃគូមិនមែនរដ្ឋាភិបាលដទៃទៀត មានលក្ខណៈកាន់តែប្រសើរឡើង។

ការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងតួនាទីដឹកនាំរបស់ WHO នឹងពាក់ព័ន្ធដល់ការជំរុញសហប្រតិបត្តិការ និងការចូលរួមកាន់តែច្រើនថែមទៀតក្នុងចំណោមស្ថាប័នរដ្ឋាភិបាល និងមិនមែនរដ្ឋាភិបាលនានា រួមទាំងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងសង្គមស៊ីវិល។ នេះគឺជាការចាំបាច់ ដោយហេតុថារង្វង់ត្រួតគ្នានៃអភិបាលកិច្ចនៃភាពជាដៃគូថ្នាក់ជាតិនិងសកល និងស្ថាប័នផ្សេងៗ ប្រកួតប្រជែងគ្នាដើម្បីការគ្រប់គ្រងនិងធនធាន ដោយមិនអាចជៀសផុត។ ជារឿយៗ ការប្រកួតប្រជែងបែបនេះ ធ្វើឱ្យមានការខ្វះខាតធនធានដែលកម្រ។ WHO នឹងដឹកនាំការឆ្លើយតបដោយមានការសម្របសម្រួលពីវិស័យសុខាភិបាល ដើម្បីប្រើប្រាស់ធនធានដែលមានអោយបានប្រយោជន៍ជាអតិបរមា និងនៅតែជាអ្នកកៀងគរនាំមុខគេនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាលដែលមានការចូលរួមពីភាគីពាក់ព័ន្ធជាច្រើន។

WHO នឹងដឹកនាំការឆ្លើយតបដោយមានការសម្របសម្រួលពីវិស័យសុខាភិបាល ដោយ៖

- បន្តប្រើប្រាស់អំណាចកៀងគររបស់ខ្លួន ដើម្បីដើរតួនាទីនាំមុខក្នុងចំណោមដៃគូសុខាភិបាលទាំងអស់
- ជំរុញការចូលរួមពីសំណាក់តួអង្គជារដ្ឋាភិបាល និងមិនមិនរដ្ឋាភិបាល និង
- ពង្រីកសហប្រតិបត្តិការពហុវិស័យជាមួយទីភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិ និងដៃគូដទៃទៀត។

ការប្រាស្រ័យទាក់ទងបែបថ្មី

ដើម្បីក្លាយជាអ្នកប្រាស្រ័យទាក់ទងបែបថ្មី WHO ត្រូវតែក្លាយជាអង្គការមួយដែលសិក្សា និងស្វែងរកវិធីថ្មីៗដើម្បីប្រាស្រ័យទាក់ទងទៅខាងក្រៅ។

តួនាទីនាំមុខរបស់ WHO នៅក្នុងការប្រាស្រ័យទាក់ទងតាមបែបថ្មី មិនត្រឹមតែមានន័យថាតាមដានវឌ្ឍនភាពឆ្ពោះទៅរកការសម្រេចបាន នូវគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព ប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែ ក៏ដឹកនាំនៅក្នុងការគ្រប់គ្រងចំណេះដឹងផងដែរ។ WHO នឹងសម្របសម្រួលលំហូរព័ត៌មានក្នុងចំណោមកម្រិតថ្នាក់ផ្សេងៗនៃអង្គការ និងក្នុងចំណោមដៃគូ និងទីភ្នាក់ងារនានា រួមទាំងទីភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានា។

រដ្ឋាភិបាលនៅទូទាំងពិភពលោក ជឿងជាក់លើ WHO ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាក់លាក់ទៅតាមប្រទេសនីមួយៗ។ ដូច្នេះ WHO មានអភ័យឯកសិទ្ធិក្នុងការប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននោះដើម្បីកសាងសហប្រតិបត្តិការកាន់តែរឹងមាំ សម្របសម្រួលកិច្ចសន្ទនាគោលនយោបាយដោយផ្អែកលើភ័ស្តុតាង និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យទាំងនេះសម្រាប់សកម្មភាព។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី បរិមាណនៃព័ត៌មានដែលមាន មានការកើនឡើងយ៉ាងរហ័ស ដែល WHO ត្រូវតែប្រើប្រាស់មធ្យោបាយប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ដើម្បីកំណត់ពីព័ត៌មានដែលមានសារៈប្រយោជន៍បំផុត និងបង្ហាញព័ត៌មាននោះតាមវិធីដែលងាយយល់ និងទាក់ទាញចំណាប់អារម្មណ៍ ឧទាហរណ៍ ដោយប្រើប្រាស់ក្រាហ្វិក (infographics) និងទិន្នន័យជារូបភាព។ ការធ្វើបែបនេះនឹងជួយប្រទេសកម្ពុជា និងប្រទេសផ្សេងទៀត មើលឃើញសណ្ឋាននានាដើម្បីជាមូលដ្ឋាននៃការសម្រេចចិត្តដោយផ្អែកលើភ័ស្តុតាង និងតម្រូវសកម្មភាពទៅតាមក្រុមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ។

បន្ថែមពីលើនេះ WHO នឹងបង្កើនការផ្សព្វផ្សាយអំពីការងាររបស់ខ្លួនទាំងក្នុងនិងក្រៅប្រទេសកម្ពុជា ដោយចែករំលែកព័ត៌មាន និងចំណេះដឹងតាមរយៈការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយសង្គម និងក្រាហ្វិក (infographics)។

ការធ្វើការជា "WHO តែមួយ"

WHO នឹងផ្លាស់ប្តូរ កិច្ចសហប្រតិបត្តិការរបស់ខ្លួននៅបីកម្រិតថ្នាក់នៃអង្គការ - ការិយាល័យតំណាង WHO ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ការិយាល័យប្រចាំតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច និងទីស្នាក់ការកណ្តាលរបស់ WHO។ កម្មវិធីការងារទូទៅរបស់ WHO (២២) ពឹងផ្អែកលើការសហការនៅកម្រិតថ្នាក់ទាំងបីនេះដើម្បីសម្រេចបានលទ្ធផល។ ទំនាក់ទំនងក្នុងរវាងបីកម្រិតថ្នាក់នេះ អាស្រ័យលើសមាសធាតុសំខាន់និងជាមូលដ្ឋានពីរ។ ទីមួយ *ប្រសិទ្ធភាពបន្ថែម (synergy) និងការដាក់តម្រូវ (alignment)* ចាំបាច់ត្រូវមានដើម្បីបង្កើតគោលនយោបាយយុទ្ធសាស្ត្រ និងគោលជំហរស្តីពីបញ្ហាសុខភាពសកល។ កិច្ចការនេះតម្រូវឱ្យមានកិច្ចពិគ្រោះយោបល់ខ្លាំងក្លាក្នុងចំណោមកម្រិតថ្នាក់ទាំងអស់ ក្នុងអំឡុងពេលតាក់តែងគោលនយោបាយជាតិនិងសកលសំខាន់ៗ។ ទីពីរ *គេត្រូវការភាពដូចគ្នាតែមួយ (uniformity) នៅក្នុងការការអនុវត្តវិធាន* ទាក់ទងទៅនឹងធនធានមនុស្ស និងហិរញ្ញវត្ថុ ក៏ដូចជា នីតិវិធីរដ្ឋបាល និងរាយការណ៍។ ក្នុងន័យនេះ គ្រប់ផ្នែកទាំងអស់នៃ WHO ត្រូវតែធ្វើការជាអង្គការតែមួយគត់។

ការិយាល័យតំណាង WHO នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា នៅតែទទួលខុសត្រូវលើមុខងារស្នូលរបស់ WHO ក្នុងការផ្តល់ការដឹកនាំ ចូលរួមក្នុងភាពជាដៃគូ រៀបចំរបៀបវារៈស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខភាព កំណត់ ឬអនុម័តបទដ្ឋាននិងនិយាម ដោយបញ្ជាក់ពីជម្រើសគោលនយោបាយផ្អែកលើភ័ស្តុតាង ផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេស និងត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃនិន្នាការសុខភាព។ ការិយាល័យប្រចាំតំបន់របស់ WHO សម្រាប់តំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច និងទីស្នាក់ការកណ្តាលរបស់ WHO នឹងបន្តគាំទ្រដល់ការងាររបស់ការិយាល័យតំណាង WHO នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដែលគេស្គាល់ថាជាការិយាល័យប្រចាំប្រទេសរបស់ WHO ។ ជាពិសេស ទីស្នាក់ការកណ្តាលរបស់ WHO និងការិយាល័យប្រចាំតំបន់សម្រាប់តំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច នឹងធ្វើការជាមួយការិយាល័យប្រចាំប្រទេស ដើម្បីកសាងសមត្ថភាព ចែករំលែកបទពិសោធន៍ពីប្រទេសផ្សេងទៀត និងដាក់តម្រូវការងាររបស់ដៃគូថ្នាក់សកលនិងតំបន់ សម្របទៅតាមតម្រូវការរបស់ប្រទេស។

ការិយាល័យប្រចាំប្រទេសរបស់ WHO ក៏ត្រូវតែមានលក្ខណៈជាយុទ្ធសាស្ត្រថែមទៀត ដែលមានន័យថា ដើរតួនាទីកាន់តែទូទៅបន្ថែមទៀត។ ការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះនឹងមិនត្រឹមតែបង្កើនប្រយោជន៍ជាអតិបរមានូវធនធានក្នុងអង្គការប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែថែមទាំងអនុញ្ញាតឱ្យតួនាទីរបស់ខ្លួនមានការវិវឌ្ឍបន្តិចម្តងៗ ខណៈដែលប្រទេសនេះអភិវឌ្ឍសមត្ថភាពកាន់តែច្រើននៅក្នុងវិស័យសុខភាពសាធារណៈ។ WHO នឹងលើកចិត្តបុគ្គលិករបស់ខ្លួន ឱ្យធ្វើការជាលក្ខណៈអន្តរវិស័យច្រើនថែមទៀត ក្រៅតែពីការផ្តោតលើកម្មវិធីខ្សែបណ្តោយរបស់ពួកគេ ជាពិសេសនៅក្នុងការងារទាក់ទងនឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ កិច្ចប្រជុំក្រុមជាយុទ្ធសាស្ត្រ នឹងជួយនៅក្នុងដំណើរការនេះ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី មិនមែនគ្រប់សកម្មភាពទាំងអស់ស្ថិតនៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌផែនការស្រេបគ្នាឡើយ។ សំណើសុំជាតុចូលឯកទេសរបស់ប្រទេសជាច្រើន នឹងនៅតែធ្វើឡើងតាមតម្រូវការជាក់ស្តែង ជារឿយៗ ត្រូវការអន្តរាគមន៍រហ័សនិងរយៈពេលខ្លី។ ឧទាហរណ៍ ការិយាល័យប្រចាំប្រទេសរបស់ WHO អាចស្វែងរកយោបល់រហ័សពីការិយាល័យប្រចាំតំបន់ ឬទីស្នាក់ការកណ្តាលរបស់ WHO ឬពីការិយាល័យទាំងពីរនេះតែម្តង សម្រាប់បញ្ហាដែលអាចកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលពិភាក្សាជាមួយដៃគូក្នុងប្រទេស។ ការិយាល័យប្រចាំប្រទេសរបស់ WHO នឹងស្នើសុំជាតុចូលឯកទេសពីការិយាល័យប្រចាំតំបន់ និងទីស្នាក់ការណ្តាលរបស់ WHO ផងដែរ ផ្អែកតាមតម្រូវការជាក់ស្តែង។

៥.២ ការវាស់លទ្ធផល និងគណនេយ្យភាព

ការវាស់លទ្ធផល

ការវាស់លទ្ធផលមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងកែលម្អការអនុវត្តដោយធានាគណនេយ្យភាពនៅក្នុងការប្រើប្រាស់ធនធាន និងការសម្រេចបានចំណុចដៅ និងគោលដៅ ព្រមទាំងជំរុញការសិក្សារបស់បុគ្គលនិងអង្គការ។ WHO នឹងបន្តជំរុញការវាយតម្លៃផ្ទៃក្នុង ក៏ដូចជាសម្របសម្រួលការវាយតម្លៃដោយឯករាជ្យ រួមទាំងការវាយតម្លៃដែលរៀបចំឡើងដោយការិយាល័យថ្នាក់តំបន់សម្រាប់តំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច និងទីស្នាក់ការកណ្តាលរបស់ WHO ។

ការិយាល័យប្រចាំប្រទេសរបស់ WHO វាស់លទ្ធផលរបស់ខ្លួន តាមរយៈសង្វាក់លទ្ធផលច្បាស់លាស់។ ក្របខ័ណ្ឌគ្រប់គ្រងផ្អែកលើលទ្ធផល នឹងបង្ហាញពីការទទួលខុសត្រូវរបស់WHO ចំពោះធនធានរបស់ខ្លួន (ធាតុចូល) លទ្ធផលដែលអង្គការសម្រេចបាន (ធាតុចេញ) ការរួមចំណែករបស់អង្គការក្នុងការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល និងការគ្របដណ្តប់ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនូវកម្មវិធីជាអាទិភាព (លទ្ធផលរយៈពេលមធ្យម) និងឥទ្ធិពលដែលវាមានមកលើសុខភាពរបស់ប្រជាជន (ផលជះ)។

ក្របខ័ណ្ឌលទ្ធផល នៅតែជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ត្រួតពិនិត្យតាមដានការអនុវត្តកម្មវិធីសហប្រតិបត្តិការរបស់ WHO និងវាស់វែងលទ្ធផល។ ថវិកាកម្មវិធី WHO សម្រាប់រយៈពេលពីរឆ្នាំ និងផែនការប្រតិបត្តិរបស់អង្គការ ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយផ្អែកលើអាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ពាក់កណ្តាលអាណត្តិដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុងCCS។

គណនេយ្យភាពនៃធនធាន និងលទ្ធផល

ឧបករណ៍ចម្បងសម្រាប់គណនេយ្យភាពធនធាន និងលទ្ធផល គឺថវិកាកម្មវិធីរយៈពេលពីរឆ្នាំ។ ថវិកាកម្មវិធី មានដាក់បញ្ចូលដំណើរការវាយតម្លៃប្រចាំឆ្នាំលើការអនុវត្តកម្មវិធីនេះ ជាពិសេស តាមរយៈការពិនិត្យឡើងវិញពាក់កណ្តាលអាណត្តិនៅចុងបញ្ចប់នៃឆ្នាំទីមួយទៅលើវដ្តថវិកាប្រចាំពីរឆ្នាំ ក៏ដូចជា ការវាយតម្លៃនៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលពីរឆ្នាំ។ ការវាយតម្លៃទាំងពីរនេះ ការពិនិត្យមើលការអនុវត្តផ្នែកបច្ចេកទេសនិងហិរញ្ញវត្ថុនៃថវិការបស់កម្មវិធី ព្រមទាំងកំណត់ពីជោគជ័យនិងកត្តាប្រឈម ក៏ដូចជាមេរៀនបទពិសោធន៍ដែលបានទទួល ដើម្បីផ្តល់ជាមូលដ្ឋានសម្រាប់វដ្តនៃការរៀបចំផែនការប្រចាំពីរឆ្នាំបន្ទាប់ទៀត។

បន្ថែមពីលើការវាយតម្លៃតាមពេលកំណត់នៃការអនុវត្តថវិកាកម្មវិធី WHO នឹងត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃជាទៀងទាត់នូវការអនុវត្តរបស់ខ្លួន តាមរយៈការពិនិត្យឡើងវិញពាក់កណ្តាលអាណត្តិនៃ CCS ប្រហែលឆ្នាំ២០១៨ និងការវាយតម្លៃនៅចុងបញ្ចប់នៃវដ្ត CCS បច្ចុប្បន្ន។

ឧបសម្ព័ន្ធ

សូចនាករសុខភាព និងសង្គមសេដ្ឋកិច្ចសំខាន់ៗ

ប្រជាជនសរុប (2013)[1]	14 962 591
ប្រជាជន អាយុ 0–14 (%) (2013)[1]	29.4
ប្រជាជន អាយុ 65 ឡើង (%) (2013)[1]	5
អាយុកាលរំពឹងទុកពីកំណើត (ឆ្នាំ) (ការប៉ាន់ស្មានឆ្នាំ 2015)[2]	66.7 ប្រុស / 70.8 ស្រី
អត្រាមរណភាពទារកទើបនឹងកើត (ក្នុង 1000 កំណើតរស់) (2014)[3]	18
អត្រាមរណភាពកុមារក្រោម 5 ឆ្នាំ (ក្នុង 1000 កំណើតរស់) (2014)[3]	35
អត្រាមរណភាពមាតា (ក្នុង 100 000 កំណើតរស់) (2014)[3]	170
អត្រាគ្របដណ្តប់ថ្នាំបង្ការខាន់ស្លាក់ តេតាណូស ក្អកមាន់ (DTP3) ក្នុងចំណោមកុមារអាយុ 1 ឆ្នាំ (%)(2014)[3]	82
ការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកពេទ្យជំនាញ (%) (2014)[3]	89
ដង់ស៊ីតេគ្រូពេទ្យ (ក្នុង 1000 នាក់) (2012)[4]	0.2
ដង់ស៊ីតេបុគ្គលិកគិលានុបដ្ឋាកនិងឆ្មប (ក្នុង 1000 នាក់) (2012)[4]	0.8
ការចំណាយលើសុខភាពសរុប ជាភាគរយនៃផលទុនក្នុងស្រុកសរុប (%) (2014)[5]	6.3
ការចំណាយដោយថវិការដ្ឋលើសុខភាព ជាភាគរយនៃការចំណាយលើសុខភាពសរុប (%) (2014)[5]	19.9
ការចំណាយពីហោប៉ៅផ្ទាល់លើសុខភាព ជាភាគរយនៃការចំណាយលើសុខភាពសរុប (%) (2014)[5]	62.3
អត្រាអក្ខរកម្មមនុស្សពេញវ័យ ទាំងពីរភេទ (% អាយុ 15 ឡើងទៅ)[6]	73.9
អត្រាប្រជាជនដែលប្រើប្រភពទឹកស្អាត (%) (2014)[3]	95.1 (ទីប្រជុំជន) 58.8 (ជនបទ) 64.5 (Total)
អត្រាប្រជាជនដែលមានបង្គន់អាម័យ (%) (2015)[3]	85.0 (ទីប្រជុំជន) 41.2 (ជនបទ) 48.1(សរុប)
អត្រារាប់ក្បាលនៃភាពក្រីក្រ ត្រឹម US$1.90 ក្នុងមួយថ្ងៃ (2011 PPP) (% នៃប្រជាជន) (2012)[7]	6.2
សន្ទស្សន៍អភិវឌ្ឍន៍យេនឌ័រ (GDI) (2014)[6]	0.890 (ក្រុម GDI 5)
សន្ទស្សន៍អភិវឌ្ឍន៍មនុស្ស ចំណាត់ថ្នាក់ក្នុងចំណោម 188 ប្រទេស (2014)[6]	143

ប្រភព៖

1 Cambodian Population Data Sheet 2014, Ministry of Planning
2 United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP), Statistical Yearbook for Asia and the Pacific, 2015
3 Cambodian Demographic and Health Survey (CDHS) 2014 report
4 World Bank data http://data.worldbank.org/indicator
5 Cambodian National Health Account(NHA) report 2012-2014
6 United Nations Development Programme (UNDP) Human Development Reports: http://hdr.undp.org/en/
7 World Bank data http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.DDAY

ឯកសារយោង

1. Ageing and Migration in Cambodia: A Cambodia Rural Urban Migration Project Series Report. Phnom Penh: Ministry of Planning, Royal Government of Cambodia; 2013.
2. National Population Policy 2016-2030. Phnom Penh: Royal Government of Cambodia; 2016.
3. Human Development Report. New York: United Nations Development Programme; 2014 (http://www.kh.undp.org/content/cambodia/en/home/presscenter/articles/2014/09/02/cambodia-s-human-development-indexvalue-continues-to-rise-in-2014.html).
4. Cambodia: Overview. Washington, DC: World Bank; 2015 (http://www.worldbank.org/en/country/cambodia/overview).
5. National Institute of Statistics and Directorate General for Health. 2014 Demographic and Health Survey of Cambodia. Phnom Penh: Directorate General for Health, Ministry of Health; 2014.
6. National Institute of Statistics and Directorate General for Health. Cambodia Demographic and Health Survey 2010. Phnom Penh: Directorate General for Health, Ministry of Health; 2011.
7. Cambodia Socio-Economic Survey 2014. Phnom Penh: National Institute of Statistics, Ministry of Planning; 2015 (http://www.nis.gov.kh/nis/CSES/CSES_2014_Report.pdf).
8. Estimating Health Expenditure in Cambodia: National Health Accounts Report (2012–2014 Data). Phnom Penh: Department of Planning and Health Information, Ministry of Health; 2015.
9. United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) 2016–2018. Phnom Penh: United Nations in Cambodia; 2015.
10. Sustainable Development Goals: 17 Goals to Transform our World [website]. New York, NY: United Nations; 2015 (http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/).
11. The Third Health Strategic Plan (HSP3) 2016–2020. Phnom Penh: Ministry of Health; 2016.
12. National Strategic Development Plan 2014–2018. Phnom Penh: Royal Government of Cambodia; 2014.

13. Estimating Health Expenditure in Cambodia: National Health Accounts Report (2012 Data). Phnom Penh: Department of Planning and Health Information, Ministry of Health; 2014.

14. Human Papillomavirus and Related Cancers in the World (2010). In: ICO Information Centre on HPV and Cancer [website]. Barcelona: Cancer Epidemiology and Registration Unit Institut Català d'Oncologia (ICO); 2015 (http://www.hpvcentre.net).

15. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva: World Health Organization; 2015.

16. WHO Regional Framework for Action on Ageing and Health in the Western Pacific. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2014.

17. Universal Health Coverage: Moving Towards Better Health. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2015.

18. Ministry of Health of Cambodia and World Health Organization. Antimicrobial Resistance (AMR): Country Situation Analysis Report. Phnom Penh: Ministry of Health; 2013.

19. A National Assessment of Point-of-Consumption Drinking Waters in Rural Areas of Cambodia. Phnom Penh: Office of the WHO Representative in Cambodia; 2013.

20. A National Assessment of Point-of-Consumption Drinking Waters in Urban Areas of Cambodia. Phnom Penh: Office of the WHO Representative in Cambodia; 2015.

21. Barnato K. Climate change is riskiest for these countries: S&P. CNBC. 27 November 2015 (http://www.cnbc.com/2015/11/27/climate-change-is-riskiestfor-these-countries-sp.html).

22. Twelfth General Programme of Work: Not merely the absence of disease 2014–2019. Geneva: World Health Organization; 2014.

World Health Organization
Western Pacific Region