

ကမ္ဘာ့ဘဏ်မှ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုဖြင့် အဆိုပြုထားသည့်
“မြန်မာနိုင်ငံ၌ မရှိမဖြစ်လိုအပ်သော ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ လက်လှမ်းမီရေး”
စီမံချက်

“Myanmar Essential Health Services Access” Project

အတွက်

လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှု
“Social Assessment”

ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန
ပြည်ထောင်စုသမ္မတ မြန်မာနိုင်ငံ

ဇွန်လ ၂၀၁၄

၁။ မိတ်ဆက်

ကမ္ဘာ့ဘဏ်မှ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုဖြင့် အဆိုပြုထားသည့် “မြန်မာနိုင်ငံ၌ မရှိမဖြစ်လိုအပ်သော ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ လက်လှမ်းမီရေး စီမံချက်” သည် ပြည်ထောင်စုသမ္မတ မြန်မာနိုင်ငံတော် အစိုးရအား မရှိမဖြစ်လိုအပ်သော ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများ ပိုမိုတိုးတက်ဆောင်ရွက်နိုင်စေရန် ရည်ရွယ်ပြီး အထူးသဖြင့် မိခင်၊ မွေးကင်းစကလေးနှင့် ကလေးငယ်တို့၏ ကျန်းမာရေးကို မြှင့်တင်ရာတွင် ပိုမို ဆောင်ရွက်သွားနိုင်စေရန် ရည်ရွယ်သည်။ ယင်းစီမံချက်သည် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန (Ministry of Health) အနေဖြင့် ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်၍ လူတိုင်း လွှမ်းခြုံ ပါဝင်နိုင်စေရေး ရည်မှန်းချက်များ အထမြောက်အောင်မြင်နိုင်စေရန် ဆောင်ရွက်ရာ၌ ပိုမို ခိုင်မာအားကောင်းလာစေရန် ကူညီပေး မည်ဖြစ်ပြီး လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်မှုအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များ၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စရိတ်စကများနှင့် အသေးစား ပြုပြင်ထိန်းသိမ်းမှုများနှင့်ပတ်သက်၍ မြို့နယ်အဆင့်နှင့် ယင်း၏ အောက်ပိုင်းအဆင့်များသို့ ရန်ပုံငွေ ထောက်ပံ့ ပေးအပ်သွားမည်ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် ယင်းစီမံကိန်းအရ ဒေသခံပြည်သူများအား ကျန်းမာရေးကဏ္ဍတွင် ပိုမိုလှုပ်ရှား ပါဝင်ခွင့်နှင့်ပါဝင်နိုင်သော စွမ်းရည်ကို မြှင့်တင်ပေးမည်ဖြစ်ပြီး ရပ်ရွာလူထုအနေဖြင့် ဝန်ဆောင်မှုများတောင်းဆိုရန်၊ တုံ့ပြန်မှုများ ပေးအပ်နိုင်ရန်နှင့် ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲ မှုများတွင်ပါဝင်နိုင်ရန်အတွက်လည်း ခွင့်ပြုပေးသွားမည်ဖြစ်သည်။

အဆိုပါ စီမံချက်အား ရုပ်လုံးပေါ်လာနိုင်စေရန်အတွက် ပဏာမလူမှုရေး စိစစ်အကဲဖြတ်မှု (Social Assessment - SA) နှင့် ညှိနှိုင်းတိုင်ပင်ရေးလုပ်ငန်းစဉ်များကို ယင်းစီမံချက် ပြင်ဆင်ရေးဆွဲနေစဉ်ကာလအတွင်းမှာပင် ပြုလုပ်ခဲ့ကြပါသည်။ ထိုသို့ ပြုလုပ်ခြင်း၏ ရည်ရွယ်ချက်မှာ စီမံချက်နှင့်ပတ်သက်သည့် လက္ခဏာရပ်များနှင့် ဆောင်ရွက်ချက်များအား ထုတ်ဖော်သတ်မှတ်နိုင်ရန်အတွက် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍရှိ အဓိက လူမှုရေးရာ အကြောင်းကိစ္စများအား အမိအရ ဖမ်းဆုပ်နိုင်ရန်အတွက် ဖြစ်ပါသည်။ ထိုမှတစ်ဆင့် စီမံချက်ကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာမည့်ရလဒ်ကောင်းများကို ပိုမို မြင့်တက်လာစေ နိုင်မည်ဖြစ်ပြီး ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူများ၊ အမျိုးသမီးများ၊ တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများနှင့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများကဲ့သို့ လူမှုရေးအရ အင်အားနည်းသော အုပ်စုများအတွက် အညီအမျှ အကျိုးဖြစ်ထွန်းရေးအတွက် စွမ်းဆောင်ပေးနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် ထိုကဲ့သို့ လူမှုရေး စိစစ် အကဲဖြတ်မှု ဆောင်ရွက်ခြင်းမှာ အဆိုပြုထားသော စီမံချက်လုပ်ငန်းများ ကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သည့် လူမှုရေးအရ အကျိုးသက်ရောက်မှုများကို ခန့်မှန်းတွက်ချက်နိုင်ရန်ဖြစ်ပြီး ထိုသို့ ခန့်မှန်းတွက်ချက်ရာတွင် (Operation Policy 4.01 ဟုခေါ်ဆိုသည့်) ကမ္ဘာ့ဘဏ်၏ သဘာဝပတ်ဝန်းကျင် စိစစ်အကဲဖြတ်မှုဆိုင်ရာ လုပ်ငန်းလည်ပတ် ရေးမူဝါဒနှင့်အညီ ဆောင်ရွက်ခဲ့ပါသည်။ ထို့ပြင် (Operation Policy 4.10 ဟုခေါ်ဆိုသည့်) ဒေသခံ တိုင်းရင်းသား ပြည်သူများနှင့်ပတ်သက်၍ ကမ္ဘာ့ဘဏ်၏ လုပ်ငန်းလည်ပတ်ရေးမူဝါဒတွင် ပါဝင်သည့် သတ်မှတ်ချက်များနှင့်အညီ တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများနှင့် သက်ဆိုင်သည့် သီးခြားအကြောင်းအရာများနှင့် အခက်အခဲများကို ခန့်မှန်းတွက်ချက် နိုင်ရန်အတွက် ဖြစ်ပါသည်။ အဆိုပါ လူမှုရေး စိစစ်အကဲဖြတ်မှု (Social Assessment) ဆောင်ရွက်နေစဉ် ကာလအတွင်း ယင်းဆောင်ရွက်နေမှု၏ ကဏ္ဍတစ်ရပ်အနေဖြင့် အစိုးရဝန်ထမ်းများ၊ အရပ်ဘက် လူ့အဖွဲ့အစည်းမှ ကိုယ်စားလှယ် များ အပါအဝင် အဓိက ပတ်သက်ဆက်နွယ်နေသူများဖြင့် တိုင်ပင် ဆွေးနွေးမှုများ ပြုလုပ်ခဲ့ပါသည်။ လူမှုရေး စိစစ်အကဲဖြတ်မှု နှင့် ယနေ့အထိတိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုများမှ တွေ့ရှိချက်များအား ဤအစီရင်ခံစာတွင် ဆွေးနွေး ထားပြီး ထိုတွေ့ရှိချက်များသည် စီမံချက်ပုံစံနှင့် ရပ်ရွာလူထု ပူးပေါင်းပါဝင်မှု စီမံရေးဆွဲရေးမူဘောင် (Community Engagement Planning Framework - CEPF) တို့အား ရုပ်လုံးပေါ်စေခဲ့ပါသည်။ ဤနည်းအားဖြင့် ရပ်ရွာလူထု ပူးပေါင်းပါဝင်မှုကို ပိုမိုအားကောင်းလာစေမည်ဖြစ်ပြီး တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများနှင့်သက်ဆိုင်သည့် သီးခြားအရေး ကိစ္စများကိုလည်း ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းပေးလာနိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။

၂။ အဆိုပြုထားသော စီမံချက်၊ ဦးတည်ချက်များနှင့် စီမံချက်ပုံစံ

ကမ္ဘာ့ဘဏ်အုပ်စုမှ ထောက်ပံ့ကူညီမှုပေးအပ်ခြင်း၏ ပထမအဆင့်အနေဖြင့် ပဏာမကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးနေသောအဆင့်တွင် တွေ့ကြုံနေရသည့် အဓိကအခက်အခဲတစ်ခုကို မြန်မြန်ဆန်ဆန်ဖြေရှင်းနိုင်ရေး အတွက် အဓိကထား ဆောင်ရွက်သွားမည်ဖြစ်သည်။ ထိုအဓိကအခက်အခဲတစ်ခုဟုဆိုရာ၌ ပိုမို ကောင်းမွန်သော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ အမြောက်အမြား ဆောင်ရွက်ပေးနိုင်ရန်အတွက် လုပ်ငန်းလည်ပတ်မှု ကုန်ကျစရိတ်များကို ထေမိစေသည့် ပြောင်းလွယ်ပြင်လွယ်ရှိ၍ အချိန်နှင့်တပြေးညီ အရင်းအမြစ်များ မလုံလောက်ခြင်းကို ဆိုလိုသည်။ ထို့ပြင် အရင်းအမြစ်များအား ထိထိရောက်ရောက် အသုံးပြုသွားနိုင်မည့် ပတ်ဝန်းကျင်တစ်ခုကို ဖန်တီးပေးသွားနိုင်ရန် ရည်ရွယ်ပြီး တနည်းအားဖြင့် ဝန်ထမ်းများ၏ စွမ်းဆောင်ရည်တို့ကို မြှင့်တင်ပေးခြင်း၊ ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲမှု ပိုမို အားကောင်းလာစေခြင်း၊ အဆင့်များအားလုံး၌ အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်ရေးနှင့်ပတ်သက်၍ အချိန်နှင့် တပြေးညီ အကူအညီပေးအပ်လာနိုင်ခြင်း၊ စီမံကိန်းရေးဆွဲမှုကို တိုးတက်လာစေနိုင်ခြင်းတို့အပြင် ရပ်ရွာလူထုအား ပူးပေါင်းပါဝင် ဝင်ရောက်ပြောဆိုလာကြရန် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူများနှင့် ချိတ်ဆက်မှုရှိလာကြရန် လှုံ့ဆော် ပေးခြင်းတို့ ပါဝင်မည် ဖြစ်သည်။

ထိုသို့ အဆိုပြုထားသော လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်မှုတွင် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုနှင့် သက်ဆိုင်သော အညွှန်းကိန်းများနှင့် အညီ ငွေကြေးရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှု စီမံချက်ပုံစံဖြင့် ပြုလုပ်ပေးသွားမည် ဖြစ်သည်။ တနည်းအားဖြင့် လုပ်ငန်း ရည်ရွယ်ချက်များ ပြီးမြောက်အောင်မြင်မှုကို မူတည်၍ ရန်ပုံငွေများ ထောက်ပံ့ပေးအပ်သွားမည် ဖြစ်သည်။ အဆိုပါ ငွေကြေးထောက်ပံ့ရေး ဆက်စပ်အညွှန်းကိန်းများနှင့်အညီ ရည်ရွယ်ချက်များ အောင်မြင်တိုးတက်ခြင်း ရှိ/မရှိကို နှစ်စဉ် ပြန်လည်သုံးသပ်မှု ပြုလုပ်သွားမည်ဖြစ်ပြီး လွတ်လပ်၍ အမှီအခိုကင်းသော စိစစ်အတည်ပြုနည်းလမ်းများအတိုင်း လိုက်နာဆောင်ရွက်သွားမည် ဖြစ်သည်။ ထိုသို့ ပြန်လည်သုံးသပ်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ စိစစ်ထားရှိပုံများ၊ ကုန်ကျစရိတ် ကျခံမှုနှင့် အဆိုပါ ပြန်လည်သုံးသပ်မှုပြုလုပ်မည့် အချိန်ကာလတို့အား စီမံချက်အဆိုပြုလွှာကို ဆန်းစစ်မှု ပြုလုပ် နေစဉ် ကာလအတွင်း ကမ္ဘာ့ဘဏ်နှင့် နိုင်ငံတော်အစိုးရအကြား သဘောတူညီမှု ရယူသွားမည်ဖြစ်သည်။ ဤနည်းအား ဖြင့် နိုင်ငံတော်အစိုးရ၏ ဘတ်ဂျက်လည်ပတ်မှုအတွင်း သင့်တော်ရာ အချိန်ကာလ၌ International Development Association (IDA) ၏ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုများ ပြုလုပ်ပေးသွားနိုင်မည် ဖြစ် သည်။

ကဏ္ဍ (၁) ။ ။ ပဏာမ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးအပ်ခြင်းနှင့် အသုံးပြုမှုတို့အား ခိုင်မာတောင့်တင်း လာစေခြင်း။

ပဏာမကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးအပ်သည့် အဆင့်ဆီသို့ အရင်းအမြစ်များဖြည့်တင်းခြင်း။ ။ ယင်းကဏ္ဍ၌ အဓိကရည်ရွယ်သည့်အပိုင်းမှာ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှတစ်ဆင့် ပြည်နယ်များ/ တိုင်းဒေသကြီးများ၊ ခရိုင်များ၊ မြို့နယ်များနှင့် မြို့နယ်အောက်အဆင့်များသို့ ရန်ပုံငွေများ စီးဆင်းသွားနိုင်ရေးအတွက် လမ်းဖွင့်ပေးနိုင်ရန် ဖြစ်ပြီး ယင်းရန်ပုံငွေများအား ခရီးသွားလာသယ်ယူပို့ဆောင်ရေး၊ ကွင်းဆင်းလှုပ်ရှားမှုများ၊ ကျန်းမာရေး မြှင့်တင်မှုအတွက် ကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုများ၊ ဒေသန္တရအလုပ်သမားခများ၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စရိတ်စကများ၊ အဆောက်အဦ၊ ယာဉ်နှင့် ကိရိယာတန်ဆာပလာများအား အသေးစားပြုပြင်ထိန်းသိမ်းမှုများကဲ့သို့ လုပ်ငန်းလည်ပတ်ဆောင်ရွက်မှု အတွက် အသုံးပြုရမည့် ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် ထောက်ပံ့ပေးသွားရန်ဖြစ်သည်။ အဆိုပါ ထောက်ပံ့စရိတ်များအား မြို့နယ် ကျန်းမာရေးဦးစီးမှူး (Township Medical Officers) များထံသို့ ပေးအပ်သွားမည်ဖြစ်ပြီး ၎င်းတို့မှတစ်ဆင့် ဆက်လက်၍ တိုက်နယ်ဆေးရုံများ (Station Hospitals)၊ ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာန (Rural Health Centres) များ၊ ကျေးလက် ကျန်းမာရေးဌာနခွဲ (Sub-Centres) များနှင့် မိခင်နှင့်ကလေး ကျန်းမာရေးဆေးခန်းများ (Maternal and Child Health Clinics) သို့ ဆက်လက်ပေးအပ်သွားရမည် ဖြစ်သည်။ ထိုသို့ပေးအပ်ရာ၌ လုပ်ငန်းလည်ပတ်ရေးအတွက် စံပြု

လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ (Standard Operation Procedures) များအပေါ်တွင် အခြေခံ၍ အကျုံးဝင်သော အသုံးစရိတ်များကို ဖော်ထုတ်သတ်မှတ်သွားမည် ဖြစ်သည်။ (ယင်းအချက်နှင့်ပတ်သက်၍ ကမ္ဘာ့ဘဏ်အုပ်စုနှင့် မြန်မာနိုင်ငံတော်အစိုးရတို့ ဆွေးနွေးညှိနှိုင်း၍ သဘောတူညီမှု ရယူမည် ဖြစ်သည်။)

ထိုသို့ လုပ်ငန်းလည်ပတ်မှုအတွက် ပေးအပ်သွားမည့် ထောက်ပံ့ငွေများသည် ပဏာမကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအဆင့်တွင် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ဖွံ့ဖြိုးရေးမိတ်ဖက်အဖွဲ့အစည်းများက ထည့်ဝင်ပေးပြီးဖြစ်သည့် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများကို ထပ်မံအားဖြည့်ပေးသွားနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ထိုသို့ ထည့်ဝင်ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများသည် မရှိမဖြစ်လိုအပ်သော ဆေးဝါးများ အလုံအလောက် ထားရှိပေးနိုင်ရေး၊ ဆေးနှင့်ဆေးပစ္စည်း ဝယ်ယူပို့ဆောင်ထောက်ပံ့ရေး ကွင်းဆက်အား စီမံခန့်ခွဲမှု၊ ဆေးပစ္စည်းစက်ကိရိယာများအား ကောင်းမွန်စွာ ထိန်းသိမ်းပေးနိုင်ရေးနှင့် ကျွမ်းကျင်လုပ်သား အင်အားများအတွက် အထောက်အကူပြုပေးနိုင်မည် ဖြစ်သည်။

ပြည်နယ်/တိုင်းဒေသကြီး နှင့် ခရိုင် အသီးသီးရှိ ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနများသို့ ပေးအပ်သည့် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ သည် အဆိုပါ ဦးစီးဌာနများ၏ကြီးကြပ်ရေး၊ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးနှင့် ကွပ်ကဲရေးကဏ္ဍတို့ကို ပိုမို ခိုင်မာတောင့်တင်းလာစေရန် ကူညီပေးနိုင်မည်ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် ကျန်းမာရေး လုပ်သားအင်အား လစ်ဟာမှုများအား ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းခြင်းကဲ့သို့ မြန်မာနိုင်ငံ ကျန်းမာရေးစနစ်အတွင်းရှိ ပေါ်ထွက်လာသော သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲလျက်ရှိသော ကဏ္ဍအသစ်များ တည်ဆောက်ရာတွင်လည်း တိုင်း/ပြည်နယ်/ခရိုင်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနများ၏ အခန်းကဏ္ဍကို အထောက်အကူပြု ပေးနိုင်မည်ဖြစ်သည်။

ရပ်ရွာလူထု၏ လုပ်ပိုင်ခွင့်မြှင့်တင်ခြင်း။ ။ ကျေးရွာနှင့် မြို့နယ်အဆင့်များရှိ ကျန်းမာရေးကော်မတီများ ပါဝင်သည့် အောက်ခြေအဆင့်မှ စေတနာ့ဝန်ထမ်း ကွန်ယက်များ၊ အမျိုးသမီးအုပ်စုများကဲ့သို့ လက်ရှိတွင် တည်ရှိလည်ပတ်နေသည့် နည်းစနစ်များမှတစ်ဆင့် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု ပေးအပ်နေမှုအား တိုးတက်စေရေးအတွက် ရပ်ရွာလူထုများအား အသိပေးခြင်း၊ ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများအား တောင်းဆိုခွင့်ရှိစေခြင်း၊ စီမံကိန်းရေးဆွဲသည့် လုပ်ငန်းစဉ်များ၌ ပါဝင်ဆောင်ရွက်လာကြစေရန် စည်းရုံးလှုံ့ဆော်ခြင်း စသည်တို့ ပြုလုပ်မည် ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် တုံ့ပြန်အကြံပေးမှုများ ပေးအပ်နိုင်ရန်နှင့် ကြီးကြပ် ကွပ်ကဲမှုများ ပြုလုပ်နိုင်ရန်အတွက် ၎င်းတို့၏ အခန်းကဏ္ဍများကိုလည်း တိုးမြှင့်ပေးသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။

ကဏ္ဍ ၂။ ။ စနစ်ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး၊စွမ်းဆောင်ရည်မြှင့်တင်ရေးနှင့် စီမံကိန်းပံ့ပိုးကူညီပေးရေး

ကဏ္ဍ-၂ သည် ပဏာမကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးအပ်နေသည့်အဆင့်၌ ထိရောက်သော ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု ပေးအပ်နိုင်ရန်အတွက် လိုအပ်သောစနစ်များနှင့် အင်စတီကျူးရှင်းများ ခိုင်မာ တောင့်တင်းလာစေရန် အတွက် အဓိကရည်ရွယ်သည်။ ထို့ပြင် ယင်းသည်ကမ္ဘာ့ဘဏ်အုပ်စု၏ ထောက်ပံ့ကူညီရေးအဆင့် ၂ အား ကြိုတင်ပြင်ဆင်ရေးအတွက်လည်း အထောက်အကူပြုပေးနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ယင်းကဏ္ဍ -၂ အတွက်ရည်ရွယ်၍ ကဏ္ဍခွဲနှစ်ရပ်ကို အောက်ပါအတိုင်း ဆက်လက်ခွဲခြား၍ ဆောင်ရွက်သွားမည် ဖြစ်သည်။ ယင်းကဏ္ဍခွဲနှစ်ရပ်အနက် ပထမကဏ္ဍခွဲတစ်ခုသည် ကဏ္ဍ - ၁ နှင့် အလားသဏ္ဍာန် တူညီသည့် ငွေကြေးထောက်ပံ့ရေး စပ်ဆက်အညွှန်းကိန်း (Disbursement Linked Indicators - DLI) များကို အသုံးပြုသွားမည်ဖြစ်ပြီး ဒုတိယ ကဏ္ဍခွဲမှာမူ ကျသင့်သည့် ကုန်ကျစရိတ်များအပေါ်မူတည်၍ ငွေကြေး ထောက်ပံ့မှုများ ပေးအပ်သွားမည် ဖြစ်သည်။

စနစ်ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး။ ။ အဓိကအားဖြင့် ယင်းကဏ္ဍခွဲသည် နည်းပညာများ၊ အစီအစဉ်များ၊ လမ်းညွှန်ချက်များ၊ လုပ်ငန်းလည်ပတ် ဆောင်ရွက်ရေး လက်စွဲစာစဉ်များ (ဥပမာ - ကျန်းမာရေးကဏ္ဍ ဘဏ္ဍာငွေထောက်ပံ့ရေး မဟာဗျူဟာ၊ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ၌ မရှိမဖြစ်လိုအပ်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအစုစုတို့အား

အဓိပ္ပါယ်ဖွင့်ဆိုပုံ၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးအပ်ရာမှ ဖြစ်ပေါ်လာသည့် စွန့်ပစ်ပစ္စည်းစီမံခန့်ခွဲရေး လမ်းညွှန်ချက်များ စသည်) နှင့် ဆက်စပ် လေ့လာစိစစ်မှုဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် မူဝါဒဆိုင်ရာလုပ်ငန်းများ၌ အထောက်အကူပြုပေးနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ အဆိုပါ လုပ်ဆောင်ချက်များသည် မြန်မာနိုင်ငံရှိ ကျန်းမာရေးကဏ္ဍအတွက် ရေရှည်စနစ်တည်ဆောက်ရေးတွင် အလွန်တရာ အရေးပါသည့် လုပ်ဆောင်ချက်များဖြစ်ပြီး အထူးသဖြင့် မြန်မာနိုင်ငံ၏ လူတိုင်းကိုလွှမ်းမိုးသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရည်မှန်းချက်ပန်းတိုင်အတွက် ယင်းတို့သည် မရှိမဖြစ်အရေးပါသည့် အရာများဟု ဆိုနိုင်သည်။ သို့သော်ဦးစားပေးအနေဖြင့် ထောက်ပံ့ငွေပေးအပ်ရေး ဆက်စပ်အညွှန်းကိန်းများမှတစ်ဆင့် ဦးစားပေးနယ်ပယ်သုံးရပ်ကို ထုတ်နှုတ်ရွေးချယ်ထားသည်။ အခြားကဏ္ဍများ ဖြစ်သည့် လူ့အရင်းအမြစ်ဖွံ့ဖြိုးရေး၊ ဆေးနှင့်ဆေးပစ္စည်း ဝယ်ယူပို့ဆောင်ထောက်ပံ့ရေးကွင်းဆက် စီမံခန့်ခွဲမှုနှင့် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍရှိ သတင်းအချက်အလက်စနစ်အား ခေတ်မီဆန်းသစ်ခြင်းကဲ့သို့ စနစ်ကို ခိုင်မာအားကောင်း လာစေမည့် ကြိုးပမ်းချက်များသည်လည်း အလားတူ အရေးပါကြသည်သာဖြစ်၍ အခြား ဖွံ့ဖြိုးရေးမိတ်ဖက် အဖွဲ့အစည်းအသီးသီးမှ ထောက်ပံ့ကူညီပေးလျက် ရှိပါသည်။ (ယင်းမိတ်ဖက် အဖွဲ့အစည်းများနှင့် အတူတကွ ချိတ်ဆက်ဆောင်ရွက်ခြင်းဖြင့် မြန်မာနိုင်ငံတော်အစိုးရနှင့် ပြည်သူများအား ကမ္ဘာ့ဘဏ်အုပ်စုမှ ထောက်ပံ့ကူညီပေး သွားမည် ဖြစ်ပါသည်။)

စွမ်းဆောင်ရည်မြှင့်တင်ခြင်းနှင့် စီမံကိန်းပံ့ပိုးကူညီပေးရေး။ ။ ယင်းကဏ္ဍခွဲတွင်မူ စောင့်ကြည့်အကဲခတ်ခြင်း၊ စိစစ်ခြင်းတို့အပြင် လွတ်လပ်၍အမှီအခိုကင်းသော အတည်ပြုရေး နည်းစနစ်များအတွက်ပါ ငွေကြေးထောက်ပံ့ ကူညီသွားမည် ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် စီမံခန့်ခွဲရေးအကူအညီများ ပေးအပ်ခြင်း၊ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနအတွင်းသာမက အခြားဝန်ကြီးဌာနများနှင့်ပါ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း၊ ပြည်ပဖွံ့ဖြိုးရေး မိတ်ဖက်အဖွဲ့အစည်းများ၊ ပြည်တွင်းမှ အစိုးရမဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း၊ အတိုင်ပင်ခံ လုပ်ငန်းများ၊ သုတေသနပြုလုပ်မှုများ၊ လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးမှုများ၊ အလုပ်ရုံ ဆွေးနွေးပွဲများ ပြုလုပ်ခြင်းဖြင့် နည်းပညာအကူအညီများ ပေးအပ်သွားမည့် အပြင် ဖွံ့ဖြိုးဆဲနိုင်ငံများအချင်းချင်း နည်းပညာများဖလှယ်ခြင်း စသည် တို့ကိုလည်း ဆောင်ရွက်ပေးသွားမည် ဖြစ်သည်။ အဆိုပါ လုပ်ဆောင်ချက်များအား စွမ်းဆောင်ရည်မြှင့်တင်ရေး အစီအစဉ်ပေါ်တွင်အခြေခံ၍ ငွေကြေး ထောက်ပံ့ကူညီသွားမည်ဖြစ်ပြီး နည်းပညာဝယ်ယူဆောင်းရေးနှင့်ပတ်သက်၍ IDA မှ ထုတ်ပြန်ထားသည့် လမ်းညွှန်ချက်များနှင့်အညီ ရိုးရှင်းလွယ်ကူအောင်ရေးဆွဲထားသည့် ဝယ်ယူရေးအစီအစဉ်တစ်ခုလည်း ပါဝင်မည် ဖြစ်သည်။

ထို့ပြင် စနစ်အတွင်း တွေ့ကြုံနေရသည့် အကျဉ်းအကျပ် အခြေအနေများကို ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းရန်အတွက် ရလဒ်အပေါ်အခြေခံသည့် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု (Results Based Financing - RBF) လုပ်နည်းလုပ်ဟန်များကို စမ်းသပ်ကျင့်သုံးရာတွင်လည်း ယင်းစီမံချက်က ထောက်ပံ့ကူညီပေးသွားမည် ဖြစ်သည်။ ဤနေရာ၌ ဦးစွာအကြံဉာဏ်ထုတ် ပုံစံဖော်ရာတွင် ကူညီပေးခြင်း၊ အသေးစားစီမံချက်အစမ်း အကောင်အထည်ဖော်၍ သင်ယူလေ့လာခြင်းအားဖြင့် ထိရောက်အကျိုးများမှုများ ပေါ်ပေါက်လာစေနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ဤအဆိုပြု ထားသော စီမံချက်သည် (က) မြို့နယ်များနှင့် ယင်း၏ အောက်ခြေအဆင့်များ သို့ပေးပို့သော အစိုးရဌာနအချင်းချင်းကြား ဘဏ္ဍာငွေလွှဲပြောင်းမှုများနှင့် ချိတ်ဆက်ဆောင်ရွက်သော RBF နည်းလမ်း၏ ထိရောက်မှုကို စမ်းသပ်ပေးမည့်အပြင် (ခ) ဝန်ဆောင်မှုရရန်အာမခံဘောက်ချာများ အသုံးပြုခြင်းဖြင့် မိခင်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ခံယူသူဘက်မှ အဟန့် အတားဖြစ်စေသည့် အရာများကို ကိုင်တွယ်ဆောင်ရွက်ပေးမည် ဖြစ်သည်။ ထိုကဲ့သို့ ကနဦး စမ်းသပ်အကောင်အထည်ဖော်မှုများအား စေ့စပ်သေချာသော နည်းနာနိသျှများ အသုံးပြု၍ စိစစ်အကဲဖြတ်သွားမည့်အပြင် ကုန်ကျစရိတ်နှင့်ပတ်သက်၍ ရေရှည်လုပ်ဆောင်နိုင်လောက်သော အနေအထား၌ အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်သွားမည် ဖြစ်သည်။ အဆိုပါ RBF ကနဦးစမ်းသပ်

တီထွင်မှုကဏ္ဍတွင် လေ့လာသင်ယူမှုများအတွက် ဘဏ္ဍာငွေများကို ကျန်းမာရေးရလဒ်များနှင့်ပတ်သက်၍ စမ်းသပ် တီထွင်ကျင့်သုံးမှုအတွက် ရည်ရွယ်ထားရှိသော ရန်ပုံငွေ (Health Result Innovation Trust Fund - HRITF) မှ ရယူသွားမည်ဖြစ်သည်။ အဆိုပါ ကနဦးစမ်းသပ်မှုများမှ ရရှိလာသည့် သင်ခန်းစာများသည် နောက်ဆက်တွဲ IDA စီမံချက်များနှင့် အခြားသောအလှူရှင်များက ထောက်ပံ့ကူညီပေးထားသည့် စီမံချက်များမှတစ်ဆင့် အောင်မြင်စွာ ချိန်သားကို ကြားဝင်ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက် အခြေခံအဖြစ် အထောက်အကူပြုနိုင်မည် ဖြစ်သည်။

၃။ လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုနှင့် ပတ်သက်သည့် ရည်ရွယ်ချက်များနှင့် နည်းပေးများ

သဘာဝပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှု(OP 4.01) နှင့်သက်ဆိုင်သည့် ကမ္ဘာ့ဘဏ်၏ လုပ်ငန်းလည်ပတ် ဆောင်ရွက်မှု မူဝါဒအရ ဖြစ်လာနိုင်သည့် အန္တရာယ်များနှင့် အဆိုပြုတင်ပြထားသည့် စီမံချက်အစီအစဉ်များ၏ အကျိုးသက်ရောက်မှုများကို အကဲဖြတ်ရန်၊ အားနည်းပြီး တန်းတူပန်ဆောင်မှုမရသည့် လူအုပ်စုများကို အမျိုးအစား ခွဲခြားဖော်ထုတ်ရန်နှင့် အဆိုပြုထားသည့် စီမံချက်အတွက် သက်ဆိုင်ရာ လူမှုရေးနှင့် ယဉ်ကျေးမှုဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များကို ဖော်ထုတ်သတ်မှတ်ရန်တို့အပြင် ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူများ၊ အမျိုးသမီးများ၊ တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများနှင့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများကဲ့သို့သော အားနည်းပါးသည့် လူမှုရေးအုပ်စုများအတွက် မျှတမှုရှိသော အကျိုးကျေးဇူးများ ကို သေချာစေရန် စီမံချက်ရလဒ်များကို အားဖြည့်ပေးမည့် ရပ်ရွာလူထုပူးပေါင်းပါဝင်မှုအတွက် စီမံရေးဆွဲရေးမူဘောင် (Community Engagement Planning Framework - CEPF) မူဘောင်တစ်ခုနှင့် စီမံချက်ပုံစံ ဒီဇိုင်းရေးဆွဲရာ၌ထည့်သွင်းစဉ်းစားရန် စသည်တို့အတွက် ဤအကြံပေးမှု လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုကို တာဝန် ယူဆောင်ရွက်ခဲ့ပါသည်။ လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှု(SA)က ယဉ်ကျေးမှုအရ သင့်တော်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို အထောက်အပံ့ပေးပြီး တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများအပေါ် ဆိုးရွားသော လူမှုရေးဆိုင်ရာ သက်ရောက်မှုများ မရှိစေရန် ရည်ရွယ်လုပ်ဆောင်သော ကမ္ဘာ့ဘဏ်၏ ဒေသခံ တိုင်းရင်းသား ပြည်သူများအတွက် လုပ်ငန်းလည်ပတ်ဆောင်ရွက်မှု ဆိုင်ရာ မူဝါဒ(PO 4.10)၏ အခြေခံလိုအပ်ချက်များကို လိုက်နာရင်း လူနည်းစု တိုင်းရင်းသားများနှင့် ပတ်သက်သည့် အထူးသီးခြားကိစ္စရပ်များနှင့် ဖြစ်နိုင်ချေရှိသောအန္တရာယ်များကို ခွဲခြားသတ်မှတ် အကဲဖြတ်ရန်အတွက်လည်း တာဝန်ယူ ဆောင်ရွက် ပေးပါသည်။

ကမ္ဘာ့ဘဏ်၏ လုံခြုံစိတ်ချမှုဆိုင်ရာ မူဝါဒများ၏ ယေဘုယျ ရည်ရွယ်ချက်သည် ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူများ၊ အမျိုးသမီးများ၊ တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများနှင့် အခြားသော အားနည်းပါးသည့် လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းများ အပါအဝင် ဒေသဆိုင်ရာ လူထုများအတွက် စီမံချက် ရလဒ်များကို အားဖြည့်ဆောင်ရွက်ပေးခြင်းဖြင့် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှု စီမံကိန်းများနှင့်ပတ် သက်သည့် သဘာဝပတ်ဝန်းကျင်နှင့် လူမှုရေးဆိုင်ရာ လုံခြုံစိတ်ချမှုရှိအောင် လုပ်ဆောင်ရာတွင် ကူညီပေးရန် ဖြစ်ပါသည်။ စီမံချက် အတွက် အသုံးပြုသည့် ကမ္ဘာ့ဘဏ်မူဝါဒများထဲမှ နှစ်ခုမှာ (၁) ကောင်းမွန်သည့် အကျိုး သက်ရောက်မှုများကို မြှင့်တင်ပေးပြီး ကောင်းကျိုးမရှိသည့် လူမှုရေးနှင့် သဘာဝပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ သက်ရောက်မှုများမှ အကာအကွယ်ပေးရန်၊ အန္တရာယ်အရွယ်အစား ပမာဏကို လျော့ချရန်၊ လျော့ပါးသက်သာစေရန် သို့မဟုတ် အစားထိုးရန်အတွက် အလို့ငှာ စီမံချက်၏ ဖြစ်လာနိုင်ဖွယ်ရှိသည့် လူမှုရေးနှင့် သဘာဝပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ သက်ရောက်မှုများကို အကဲဖြတ်ရန် ရည်ရွယ်သည့် သဘာဝ ပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုနှင့် ပတ်သက်သည့် လုပ်ငန်းလည်ပတ်ဆောင်ရွက်မှုမူဝါဒ (OP ၄.၀၁) နှင့် (၂) တိုင်းရင်းသား လူနည်းစု များအနေဖြင့် (က) ဖွံ့ဖြိုးရေးလုပ်ငန်းစဉ် အတောအတွင်း ဆိုးရွားသည့် အကျိုးသက်ရောက်မှုများ ကို မခံစားရသည့်အပြင်၊ (ခ) ယဉ်ကျေးမှုအရ သဟဇာတဖြစ်သည့် လူမှုရေးနှင့် စီးပွားရေးဆိုင်ရာ အကျိုးကျေးဇူးများကို လက်ခံရရှိ နိုင်ရန် စီမံချက်

များကို ပုံစံရေးဆွဲ၍ လက်တွေ့ အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်ရန် အတွက် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများအတွက် ရည်ရွယ်ချက်ထားသည့် လုပ်ငန်းလည်ပတ်ဆောင်ရွက်မှု မူဝါဒ (OP ၄.၁၀) ဟူ၍ ရှိပါသည်။

အဆိုပြုတင်ပြထားသည့် စီမံချက် အတွက် တိကျသည့် နယ်မြေဧရိယာများကို စီမံချက်အဆိုပြုလွှာကို ဆန်းစစ်မှု မတိုင်မီ သတ်မှတ်ထားခြင်း မရှိသေးပါ။ သို့သော်လည်း စီမံချက် မှာ တစ်နိုင်ငံလုံး အတိုင်းအတာဖြင့် ဖြစ်ပြီး OP ၄.၁၀ အရ ပါဝင်သည့် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများ နေထိုင်ရာ နယ်မြေများလည်း ပါဝင်မည် ဖြစ်သည်။ တရားဝင် အသိအမှတ်ပြုထားသည့် တိုင်းရင်းသားလူမျိုးပေါင်း (၁၃၅)မျိုးဖြင့် မြန်မာနိုင်ငံကို ဖွဲ့စည်းတည်ထောင်ထားပါသည်။ ၎င်းတွင် လူများစုဗမာလူမျိုးအပါအဝင် အခြားအဓိက တိုင်းရင်းသား “မျိုးနွယ်စုကြီး (၈)ခု”လည်း ပါဝင်ပါသည်။ အုပ်ချုပ်ရေးပိုင်းအရ နိုင်ငံမြို့တော်ဖြစ်သည့် နေပြည်တော် ကောင်စီနယ်မြေ အပါအဝင် တိုင်းဒေသကြီး (၇)ခုနှင့် ပြည်နယ်(၇)ခုတို့အဖြစ် ခွဲခြားသတ်မှတ်ထားပြီး ကိုယ်ပိုင်အုပ်ချုပ်ခွင့်ရသည့် နယ်မြေ များနှင့် ဒေသခွဲများလည်း ရှိပါသည်။ တိုင်းရင်းသား လူနည်းစု များသည် စုစုပေါင်း နိုင်ငံလူဦးရေ၏ သုံးပုံတစ်ပုံ သို့မဟုတ် ၎င်းထက်ပိုနိုင်ပြီး (ကချင်၊ ကယား၊ ကရင်၊ ချင်း၊ မွန်၊ ရခိုင်၊ ရှမ်း) ပြည်နယ်(၇)ရှိ နယ်စပ်ဒေသများတွင် အများအား ဖြင့်နေထိုင်ကြသည်ဟု ခန့်မှန်းရပါသည်။ အဓိက လူမျိုးစုကြီးဖြစ်သည့် လူဦးရေအများဆုံးဖြစ်သော ဗမာလူမျိုးများမှာ တိုင်းဒေသကြီး (၇)ခု တွင် အများအားဖြင့်နေထိုင်သည်ဟုလည်း ခန့်မှန်းရပါသည်။

SA နည်းဗေဒတွင် (၁) လက်ရှိတည်ရှိဆဲ စာရွက်စာတမ်းများကို လေ့လာသုံးသပ်ခြင်း၊ (၂) အစိုးရနှင့် အရပ်ဘက် အဖွဲ့အစည်းတို့မှ ပတ်သက်ဆက်နွယ်သူ အများအပြားနှင့် တွေ့ဆုံမေးမြန်းမှုများနှင့် တိုင်ပင်နှီးနှောမှု များ၊ (၃) ဒေသဆိုင်ရာ လူမှုအဖွဲ့အစည်းများမှ လူအများနှင့် ဆွေးနွေးမှုများ အပါအဝင် မြို့နယ်များသို့ လက်တွေ့ကွင်း ဆင်း လေ့လာခြင်းများ ပါဝင်သည်။ အစိုးရဝန်ထမ်းများ၊ အရပ်ဘက် အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ဒေသဆိုင်ရာ လူမှုအသိုင်း အဝန်းများမှ ကိုယ်စားလှယ်များ အပါအဝင် အဓိကကျသည့် ပါဝင်သူများနှင့် တိုင်ပင်နှီးနှောမှုများကို SA နှင့်ပတ်သက်သည့် အစိတ်အပိုင်း အနေဖြင့်သော်လည်းကောင်း၊ တစ်ပြိုင်တည်းသော်လည်းကောင်း တာဝန်ယူဆောင် ရွက်ပါသည်။ တိုင်ပင်နှီးနှောမှုများတွင် ကျန်းမာရေး ဝန်ကြီးဌာနမှ အစိုးရအမှုထမ်းများ၊ မြို့နယ်နှင့် ကျေးလက် ကျန်း မာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဌာနများမှ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ ပါဝင်ပါသည်။ ၎င်းတိုင်ပင်နှီးနှောမှုများကို တိုင်းရင်းသား လူနည်းစု အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ပညာရှင်အသင်းအဖွဲ့များ၊ ပြည် တွင်းနှင့်ပြည်ပ အစိုးရ မဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်းများပါ ဝင်ခဲ့ပါသည်။ တိုင်းရင်း သား လူနည်းစု များ နေထိုင်ရာနေရာများ အပါအဝင် မြို့နယ်(၂)ခုနှင့် ကျေးရွာ(၅)ခုတွင် လက်တွေ့ကွင်းဆင်းလေ့လာ မှုများလည်း ဆောင်ရွက်ခဲ့ပါသည်။

တိကျသည့် စီမံချက် နယ်မြေများကို မသတ်မှတ်ရသေးသည့်အပြင် စီမံချက် အတွက် လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကျိုးဖြစ်ထွန်းမှုသည် သဘောသဘာဝအရ ပမာဏ နိဒါန်းသဘောမျိုး ဖြစ်ပါသည်။ ပိုမိုအသေးစိတ်ကျသည့် လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကျိုးဖြစ်ထွန်းမှုများနှင့် နီးနှောတိုင်ပင်မှုများကို စီမံချက် လက်တွေ့ အကောင်အထည်ဖော်မှု လုပ်ဆောင်နေစဉ် ကာလအတောအတွင်း ဆောင်ရွက်မည် ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းကို ရပ်ရွာလူထုပူးပေါင်းပါဝင်မှုအတွက် စီမံရေးဆွဲရေးမူဘောင် (CEPF)တွင် ဖော်ပြသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။ CEPF သည် ရပ်ရွာလူမှုအသိုင်းအဝန်းနှင့် စေ့စပ်ညှိနှိုင်းမှုကို တိုးမြှင့်လုပ်ဆောင်ရန် နှင့် အားနည်းပြီး ဝန်ဆောင်မှုတန်းတူမရရှိနေသောလူအုပ်စုများအတွက် မျှတသော အကျိုးရလဒ် များကို ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးရန် ရည်ရွယ်ပါသည်။ ထို့အပြင် စီမံကိန်း လည်ပတ်လုပ်ကိုင်မည့် နယ်မြေဧရိယာများ၌ မိမိဆန္ဒအလျောက် လွတ်လပ်စွာဖြင့် ရှေ့ပြေး အသိပေး တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုများ ပြုလုပ်ခြင်းဖြင့် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစု များထံမှ ကျယ်ပြန့်သော ထောက်ခံမှု ရရှိရန်ဆောင်ရွက်သွားမည် ဖြစ်သည်။

၄။ တရားဥပဒေနှင့် အဖွဲ့အစည်းဆိုင်ရာမူဘောင်

တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများနှင့်သက်ဆိုင်သော တရားရေးမူဘောင်

မြန်မာနိုင်ငံ၏ ၂၀၀၈ ခုနှစ် ဖွဲ့စည်းပုံအခြေခံဥပဒေ အခန်း-၁၊ အပိုဒ် ၂၂ တွင် ဖော်ပြထားသည်မှာ ပြည်ထောင်စု မြန်မာနိုင်ငံတော်အစိုးရသည် မြန်မာနိုင်ငံအတွင်းရှိ "တိုင်းရင်းသားမျိုးနွယ်စုများ" ၏ ပညာရေး၊ ကျန်းမာရေး၊ ဘာသာစကား၊ စာပေ၊ အနုပညာနှင့် ယဉ်ကျေးမှုတို့အား ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်စေရေးအတွက် ကူညီဆောင်ရွက် သွားမည်ဟူ၍ ဖြစ်သည်။ ယင်းဖွဲ့စည်းပုံအခြေခံဥပဒေ၌ နိုင်ငံတော်သည် -

- (က) တိုင်းရင်းသားများ၏ စကား၊ စာပေ၊ အနုပညာ၊ ယဉ်ကျေးမှုတို့ကို ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်စေရန် ကူညီဆောင်ရွက်မည်။
- (ခ) တိုင်းရင်းသားအချင်းချင်း စည်းလုံးညီညွတ်ရေး၊ ချစ်ကြည်လေးစားရေးနှင့် ရိုင်းပင်းကူညီရေးတို့ တိုးတက်ဖြစ် ထွန်းစေရန် ကူညီဆောင်ရွက်မည်။
- (ဂ) တိုးတက်ဖွံ့ဖြိုးမှုနည်းပါးနေသည့် တိုင်းရင်းသားများ၏ ပညာရေး၊ ကျန်းမာရေး၊ စီးပွားရေး၊ လမ်းပန်း ဆက်သွယ် ရေး စသည်တို့ပါဝင်သော လူမှုစီးပွားရေး တိုးတက်ဖွံ့ဖြိုးရေးအတွက် ကူညီဆောင်ရွက်မည်။

တိုင်းရင်းသားမျိုးနွယ်စုများတွင်ပါဝင်သည့် တိုင်းရင်းသားအုပ်စုအသီးသီးတို့အား အခြေခံဥပဒေဖြင့် တန်းတူ ညီမျှ အခွင့်အရေးများ ပေးအပ်ထားပြီး ၎င်းတို့၏ ယဉ်ကျေးမှုနှင့် ရိုးရာဓလေ့များအား ဆက်လက် တည်တံ့စေရန် ရည်ရွယ်၍ ဥပဒေနှင့်နည်းဥပဒေ အမြောက်အများကိုလည်း သတ်မှတ်ပေးထားပါသည်။ ထိုသို့ ဆောင်ရွက်ပေးမှုများ အနက် ၁၉၉၁ ခုနှစ်တွင် ပြည်ထောင်စုအတွင်းရှိ တိုင်းရင်းသားမျိုးနွယ်စုများ ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး တက္ကသိုလ်စတင် တည်ထောင်ပေးခဲ့ပြီး ပြည်ထောင်စုအတွင်းရှိ အဆိုပါတိုင်းရင်းသား မျိုးနွယ်စုများ၏ ယဉ်ကျေးမှု၊ ဓလေ့ထုံးတမ်း များနှင့် ရိုးရာအစဉ်အလာများကို နားလည်လက်ခံလာစေရန်နှင့် ဆက်လက် ထိန်းသိမ်းထားနိုင်စေရန်တို့အပြင် ယင်းတက္ကသိုလ်၌ ပညာသင်ကြားပေးနိုင်ရေးအတွက်သာမက တိုင်းရင်းသားမျိုးနွယ်စုများအချင်းချင်း ခင်မင်ရင်းနှီးစွာ ယှဉ်တွဲနေထိုင်သွားနိုင်ကြရန်အတွက် ပြည်ထောင်စုစိတ်ဓါတ်ကို ပိုမိုခိုင်မာအားကောင်းလာစေရန် ရည်ရွယ်ခဲ့ပါသည်။¹

လက်ရှိ အစိုးရလက်ထက်တွင် လွတ်လပ်ရေးရပြီးနောက်ပိုင်းမှစ၍ တိုင်းရင်းသား အဖွဲ့အစည်းများအား အစိုးရ အဆက်ဆက်မှ အပြည့်အဝအားပေးမှုလျော့ချခဲ့ပါသည်။ သို့သော် မီဒီယာလွတ်လပ်မှုများ ပေါ်ပေါက်လာ၍ တိုင်းရင်းသားပါတီများနှင့် အဖွဲ့အစည်းများ နိုင်ငံရေးအရ သက်ဝင်လှုပ်ရှားလာကြသည်။ တိုင်းရင်းသား လူနည်းစု အဖွဲ့အစည်းများ သည်လည်း လက်ရှိအစိုးရ၏ ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှု ဖြေလျှော့ရေးကြိုးပမ်းမှုများကြောင့် ရှေ့သို့ဆက်လက် ချီတက်ရာတွင် ပိုမို အရေးပါသည့် အခန်းကဏ္ဍများမှ ပါဝင်လာနိုင်ကြမည် ဖြစ်ပါသည်။ အဆိုပါ ကြိုးပမ်းမှုများကြောင့် မူဝါဒနှင့် စီမံကိန်းအစီအစဉ် အသီးသီးတို့နှင့်ပတ်သက်၍ အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်ခြင်းနှင့် ဆုံးဖြတ်ချက် ချမှတ်ခြင်းတို့တွင် သက်ဆိုင်ရာ ပြည်နယ်များနှင့် တိုင်းဒေသကြီးများအနေဖြင့် ပိုမိုအရေးပါသည့် အခန်းကဏ္ဍများမှ ပါဝင်လာနိုင်ကြမည် ဖြစ်ပါသည်။

¹ http://www.burmalibrary.org/docs15/1991-SLORC_Law1991-09-University_for_the_Development_of_the_Naitonal_Races_Law-en.pdf

ကျန်းမာရေးကဏ္ဍအတွက် တရားဥပဒေမူဘောင်

၁၉၉၃ အမျိုးသားကျန်းမာရေးမူဝါဒသည် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍအတွက် အလုံးစုံပါဝင်သည့် တရားရေး မူဘောင် တစ်ခုကို ဖြစ်ထွန်းစေခဲ့ပါသည်။ ယင်းမူဝါဒဖြင့် ဆောင်ရွက်ရသည့်ကိစ္စများအနက် တိုင်းပြည်၏ ကျန်းမာရေး အဆင့် အတန်းကို မြှင့်တင်ပေးရန်နှင့် အခြေခံကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးအပ်သည့် နည်းလမ်းမှတစ်ဆင့် "အားလုံး အတွက် ကျန်းမာရေး" ဟူသော ပန်းတိုင်ကို ရရှိစေရေးအတွက် ပြည်သူ့အများ၏ စိတ်ရောကိုယ်ပါ ကျန်းမာချမ်းသာ ရေးတို့ကို မြှင့်တက်လာစေရန် ရည်ရွယ်ခဲ့ပါသည်။ ထို့အပြင် တိုင်းပြည်တဝှမ်းလုံးရှိ ကျန်းမာရေးလိုအပ်ချက်များ ပြည့်ဝစေရန်အတွက် ကျေးလက်ဒေသများတွင်သာမက နယ်စပ်ဒေသများတွင်ပါ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု ပေးနေ သည့်လုပ်ငန်းများ တိုးချဲ့ဆောင်ရွက်ပေးသွားနိုင်ရန် ရည်ရွယ်ခဲ့ပါသည်။

လူတိုင်းကိုလွှမ်းမိုးသောကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆီသို့ တိုးတက်လုပ်ဆောင်သွားနိုင်ရန် ရည်ရွယ်၍ နိုင်ငံတော် အစိုးရသည် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးအပ်နေမှုအခြေအနေကို မြှင့်တင်ပေးရန်၊ ယင်းဝန်ဆောင်မှုအား အသုံးပြု နေမှုကို ပိုမိုချဲ့ထွင်ပေးနိုင်ရန်နှင့် ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်၍ အိတ်စိုက် အကုန်ခံနေခြင်းကို လျော့ချပေးရန် အတွက် မူဝါဒအချို့ကို မကြာမီက စတင်ကျင့်သုံးပေးခဲ့ပါသည်။ ယင်းမူဝါဒများ၌ ပဏာမကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးနေသည့်နေရာများနှင့် မြို့နယ်ဆေးရုံများ၌ မရှိမဖြစ်လိုအပ်သော ဆေးဝါးများကို အခမဲ့အသုံးပြုပေးခြင်းနှင့် ပတ်သက်သည့် ပြဌာန်းချက်လည်း ပါဝင်ခဲ့ပါသည်။ ထို့အပြင် ငါးနှစ်အောက်ကလေးငယ်များ၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင် မိခင်များ၊ အရေးပေါ်ခွဲစိတ် ကုသမှု လိုအပ်နေသည့်လူနာများ (ဆေးရုံတက်သည့် ပထမနေ့အတွက်) အတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုခံယူရာတွင် အခမဲ့ခံယူခွင့်ရှိမည်ဟု သတ်မှတ်ပေးခဲ့ပါသည်။ မိခင်၊ မွေးကင်းစကလေးနှင့် ကလေးငယ်တို့၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေကို မြှင့်တင်ပေးနိုင်ရန်အတွက် အဆိုပါမူဝါဒများအား ထိထိရောက်ရောက် အကောင်အထည်ဖော်ဆောင်ရွက်ခြင်းသည် ရှေ့သို့ ဆက်လက်ချီတက်ရန် ကြိုးပမ်းနေသည့် မြန်မာနိုင်ငံအတွက် ပထမဦးစားပေးအဖြစ် ဆောင်ရွက်သွားရမည့်အရာများလည်း ဖြစ်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးကဏ္ဍအတွက် အဖွဲ့အစည်းဆိုင်ရာမူဘောင်

ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသည် နိုင်ငံအတွင်း၌ အဓိကကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးနေသူဖြစ်သည်။ မြန်မာနိုင်ငံ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုစနစ်သည် ဘဏ္ဍာငွေ ပံ့ပိုးခြင်းနှင့်ဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်း နှစ်နေရာလုံး၌ အစိုးရနှင့် ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍစနစ်များ ရောနှောတည်ရှိနေသာ စနစ်တစ်ခုဖြစ်သည်။ အစိုးရနှင့်ပုဂ္ဂလိက ကဏ္ဍ နှစ်ရပ်စလုံးမှ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူများဖြင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပြီး ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးနေသည်။ နိုင်ငံတော်၏ လူမှုရေးပန်းတိုင်နှင့် အမျိုးသားကျန်းမာရေး မူဝါဒ လမ်းစဉ်အောက်တွင် ကျန်းမာရေး ဝန်ကြီးဌာန အနေဖြင့် လူထုတစ်ရပ်လုံး၏ ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်၍ မြှင့်တင်ခြင်း၊ ကာကွယ်ခြင်း၊ ကုသခြင်းနှင့် ပြန်လည်ထူထောင်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများပေးရန်အတွက် အဓိကတာဝန်ယူထားပါသည်။ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနတွင် ဦးစီးဌာနခုနစ်ခုရှိပြီး ယင်းတို့အနက် ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနနှင့် ကျန်းမာရေး စီမံကိန်း ဦးစီးဌာနများသည် အထက်ဖော်ပြပါ အဆိုပြုထားသည့် စီမံချက်နှင့်စပ်လျဉ်း၍ အရေးပါဆုံး ဦးစီးဌာနများ ဖြစ်ကြပါသည်။ ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနသည် နိုင်ငံအပူပိုင်းကျယ်ပြန့်သောကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများပေးရန် အဓိကဆောင်ရွက်နေ ပါသည်။ ပြည်နယ်နှင့်တိုင်းဒေသကြီးဦးစီးဌာန ၁၄ ခု ၊ ခရိုင် ၇၃ ခု ရှိပြီး မြို့နယ်တိုင်း၌လည်း မြို့နယ်ဆေးရုံတစ်ခုစီ ရှိကြပါသည်။ မြို့နယ်ဆေးရုံလက်အောက်၌ တိုက်နယ်ဆေးရုံများနှင့် ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာန (RHC) များရှိပြီး ကျန်းမာရေးမှူးများ၊ သားဖွားဆရာမများ၊ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးကြီးကြပ်သူများဖြင့် အသီးသီးခန့်အပ်ထားရှိကြပါသည်။ ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာန (RHC) များလက်အောက်တွင်မူ လက်အောက်ခံ ကျန်းမာရေးဌာနခွဲများရှိပြီး သားဖွား ဆရာမများနှင့် (စေတနာ့ဝန်ထမ်း) အရန်သားဖွားဆရာမများ ရှိကြပါသည်။ ယင်းတို့အား ရပ်ရွာရှိ ကျန်းမာရေး

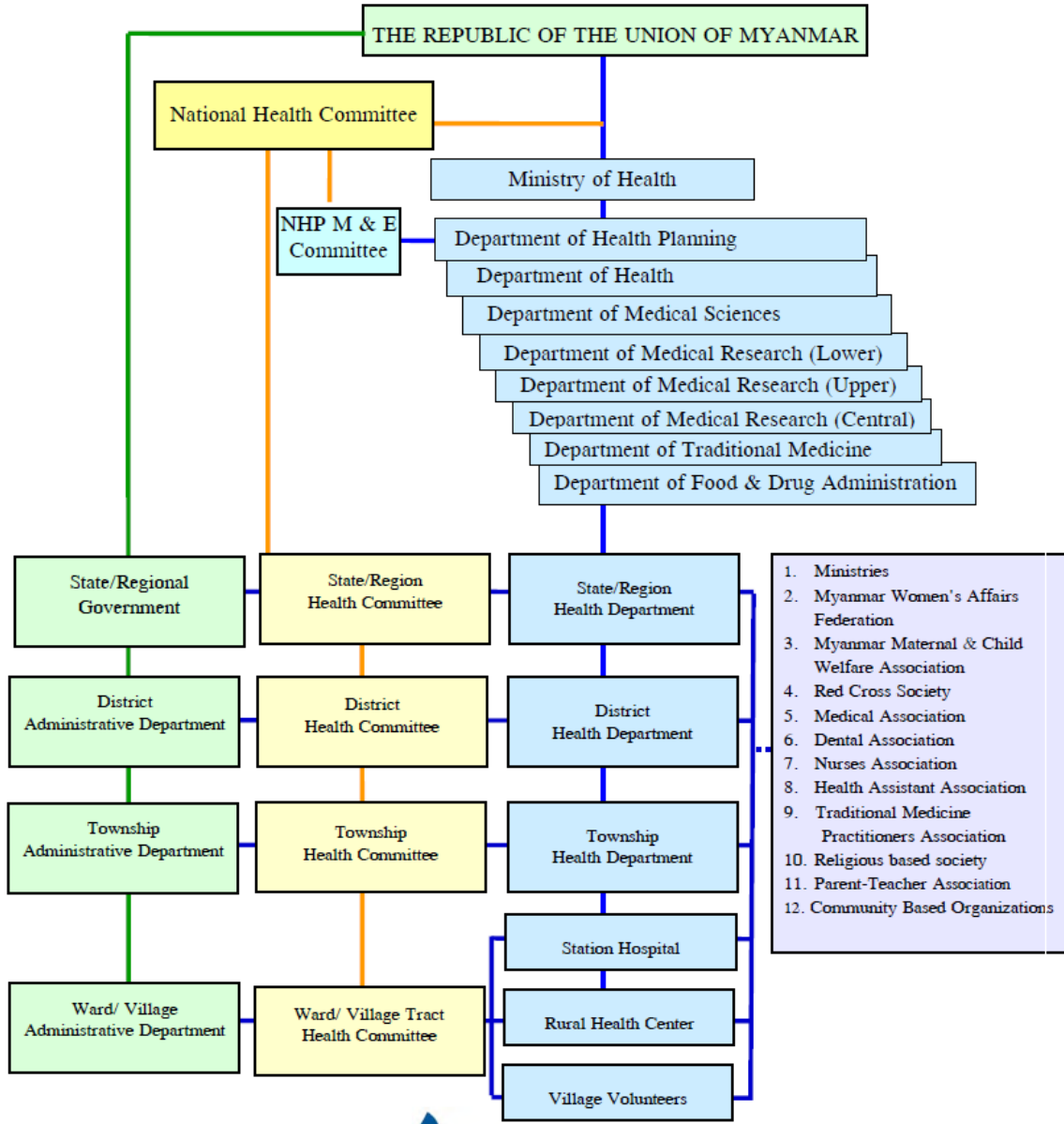
လုပ်သားများ သို့မဟုတ် စေတနာ့ဝန်ထမ်းများပါဝင်သည့် ကွန်ယက်များဖြင့် ပံ့ပိုးပေးထားပါသည်။ ထိုသို့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနေသည့် အဆင့်တိုင်း၌ ဒေသန္တရအစိုးရ၊ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများနှင့် ရပ်ရွာလူထုတို့ ပါဝင်အားဖြည့်ထားသည့် ကျန်းမာရေးကော်မတီများဖြင့် ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲမှုပြုလုပ်ကြပါသည်။ နိုင်ငံတော်အဆင့်တွင်မူ အမျိုးသားကျန်းမာရေး ကော်မတီသည် မူဝါဒရေးဆွဲချမှတ်နေသည့် အဆင့်မြင့် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုဖြစ်ပြီး ကျန်းမာရေး ဝန်ကြီးဌာနအား လမ်းညွှန်မှုပေးလျက် ရှိပါသည်။

ဝန်ကြီးဌာနအချို့၌လည်း ၎င်းတို့၏ ဝန်ထမ်းများနှင့် မိသားစုဝင်များအတွက် သီးသန့်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးအပ်နေခြင်းမျိုးလည်း ရှိနေပါသေး သည်။ ထိုအထဲတွင် ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာန၊ ရထား ပို့ဆောင်ရေးဝန်ကြီးဌာန၊ သတ္တုတွင်းဝန်ကြီးဌာန၊ စက်မှုဝန်ကြီးဌာန၊ စွမ်းအင်ဝန်ကြီးဌာန၊ ပြည်ထဲရေးဝန်ကြီးဌာန နှင့် လမ်းပန်း ဆက်သွယ်ရေး ဝန်ကြီးဌာန တို့ပါဝင်ပါသည်။ အလုပ်သမားဝန်ကြီးဌာနအနေဖြင့် ရန်ကုန်နှင့်မန္တလေးတွင် အထွေထွေရောဂါကုဆေးရုံ (၃) ရုံဖြင့် ၎င်း၏လူမှုဖူလုံရေးအစီအစဉ်အောက်မှ အလုပ်သမားများကို ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများ ပေးနေ ပါသည်။ စက်မှုဝန်ကြီးဌာနလက်အောက်ရှိ မြန်မာ့ဆေးဝါးနှင့်ဆေးပစ္စည်း ထုတ်လုပ်မှု စက်ရုံမှ ပြည်တွင်း လိုအပ်ချက်များအတွက် ဆေးဝါးနှင့်ဆက်စပ် ဆေးပစ္စည်းများ ထုတ်လုပ်ပေးလျက်ရှိသည်။

ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍ၌ အကျိုးအမြတ်ယူ၍ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်းသည် အဓိကအားဖြင့် ပြင်ပလူနာ ဝန်ဆောင်မှု များသော်လည်း နောက်ပိုင်းနှစ်များ၌ ရန်ကုန်၊ မန္တလေးနှင့် အခြားမြို့ကြီးများတွင် အတွင်းလူနာ ဝန်ဆောင် မှုများပါ ပေးဆောင်လာသည်ကိုတွေ့ရသည်။ ဤပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍကို နိုင်ငံတော်မှ ချမှတ်ထားသည့် ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် သက်ဆိုင်သောစည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများ နှင့်အညီ စိစစ်ကွပ်ကဲပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံ ဆရာဝန်များ အသင်းနှင့် ၎င်း၏အသင်းခွဲများမှတစ်ဆင့် ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍ၌ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးနေသူများနှင့် အစိုးရ ကဏ္ဍမှ ဝန်ဆောင်မှုပေးနေသူများအကြား ချိတ်ဆက်မှုကိုဖန်တီးပေးပြီး ပြည်သူ့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအစီအစဉ်များတွင် ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍမှ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများပါ ပူးပေါင်းပါဝင် ဆောင်ရွက် နိုင်စေပါသည်။

ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍ၌ အကျိုးအမြတ်မယူဘဲ လူထုအခြေပြုအဖွဲ့အစည်းများ၊ ဘာသာရေးအခြေပြုအဖွဲ့အစည်းများ အနေဖြင့် အဓိကပြင်ပလူနာဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အတိုင်းအတာ အနည်းငယ်အထိ အတွင်းလူနာဝန်ဆောင်မှုများနှင့် လူမှု ကျန်းမာရေးကာကွယ်ရေးများ ဆောင်ရွက်ပေးနေပါသည်။ ဖွံ့ဖြိုးရေးမိတ်ဖက်အလှူရှင်များ၏ ပံ့ပိုးမှုဖြင့် ဝန်ဆောင်မှု များကို ပေးအပ်နေသော ရှေ့တန်းနေရာများတွင် နိုင်ငံတကာနှင့် ပြည်တွင်း အစိုးရ မဟုတ်သည့် အဖွဲ့အစည်းများ၏ အားကောင်းမောင်းသန် ပါဝင်လုပ်ဆောင်နေမှုလည်း ရှိနေပါသည်။ ထို့အပြင် တိုင်းရင်းသားများ နေထိုင်ရာ ပြည်နယ် များမှ ပဋိပက္ခဖြစ်နေဆဲနှင့် ပဋိပက္ခဖြစ်ပေါ်ပြီးခဲ့သည့် ဒေသအချို့၌ တိုင်းရင်းသားလူနည်းစု အဖွဲ့အစည်းများသည် အစိုးရကျန်းမာရေးစနစ်နှင့် သီးခြားရပ်တည်လျက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ပေးအပ်လျက်ရှိပါသည်။ သက်ဆိုင်ရာ ကဏ္ဍပေါင်းစုံမှ ပူးပေါင်းပါဝင်မှုနှင့် ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းများတွင် ရပ်ရွာလူထုပါဝင်မှုကို မြှင့်တင်ရန် အရေးပါသည်။ အတွက် ကျန်းမာရေးကော်မတီများကို အုပ်ချုပ်ရေး ယန္တရား အဆင့်တိုင်းတွင် ဖွဲ့စည်းစေခဲ့ပါသည်။ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသည် ၎င်း၏ ပွဲကိုင်ထိန်းလမ်းညွှန်မှုကို ပိုမိုအားကောင်းလာစေရန် ဆောင်ရွက်နေပါသည်။ ကြီးထွားလာသော ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍနှင့်အညီ စည်းကြပ်မှုကို ပိုမို အားကောင်းအောင်လည်း လုပ်ဆောင်နေပါသည်။

Organization of Health Service Delivery



၅။ စီမံချက်နှင့် အဓိကပတ်သက်သက်သွယ်သူများ

အဓိကပတ်သက်သက်သွယ်သူများမှာ - ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ၊ တိုင်းဒေသကြီး နှင့် ပြည်နယ်များ၊ ခရိုင်များနှင့် မြို့နယ်များမှ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ၊ အုပ်ချုပ်ရေးမှူးများ၊ NGOများ၊ ဘာသာရေးအခြေခံအဖွဲ့အစည်းများ၊ ပုဂ္ဂလိက ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ နှင့် တိုင်းရင်းသားဒေသများတွင် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးနေသော တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုအဖွဲ့အစည်းများ၊ ကျန်းမာရေးကဏ္ဍတွင် စိတ်ပါဝင်စားမှုရှိသော NGO များ နှင့် ရပ်ရွာအခြေပြု အဖွဲ့အစည်းများ၊ မြို့နယ်ကျေးရွာများရှိရပ်ရွာလူစုများ (အင်အားနည်းပြီး ဝန်ဆောင်မှုတန်းတူ မရရှိသောလူအုပ်စုများ၊ တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများ) ဖြစ်သည်။ ဤပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းများနှင့် စီမံချက်ရေးဆွဲစဉ်ကာလအတွင်း တွေ့ဆုံ ဆွေးနွေးခဲ့ပါသည်။

ပြည်နယ်/တိုင်းဒေသကြီးနှင့် ခရိုင်များ ။ ပြောင်းလဲနေသည့် နိုင်ငံရေးဖြစ်စဉ်နှင့် ဗဟိုထိန်းချုပ်မှု လျော့ချရေး အနေအထားများအရ ပြည်နယ်/ တိုင်းဒေသကြီးနှင့် ခရိုင်များသည် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများပေးအပ်ခြင်းနှင့် ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲခြင်းကဏ္ဍတွင် ပို၍ တာဝန်ယူလာရနိုင်ပါ သည်။ ယခုလက်ရှိတွင်မူ ၎င်းတို့၏အခန်းကဏ္ဍမှာ အကန့် အသက်ရှိနေပါသည် - အထူးသဖြင့်ရုံပုံငွေများသည် ဗဟိုမှ မြို့နယ်အဆင့်သို့ များသောအားဖြင့် တိုက်ရိုက် စီးဆင်း နေသည်အတွက် ဖြစ်သည်။ NGOများနှင့်တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုအဖွဲ့အစည်းများကဲ့သို့ ပုဂ္ဂလိကအဖွဲ့အစည်းများမှ ပေးနေသော ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ညှိနှိုင်း ဆောင်ရွက်သော ယန္တရားတစ်ခုပေါ်ထွက်လာရေးအပါအဝင် စီမံချက်မှ မြို့နယ်များသို့ ပံ့ပိုးမည့်အစီအစဉ်များတွင် ပြည်နယ်/တိုင်းဒေသကြီးများနှင့် ခရိုင်များအနေဖြင့် အရေးပါသောကဏ္ဍမှ ပါဝင်ဆောင်ရွက်နိုင်ပါသည်။ ဗဟိုအဆင့်နှင့် ပြည်နယ်/တိုင်းဒေသကြီးအဆင့်အကြား ညှိနှိုင်း ဆောင်ရွက်မှု မြင့်တက်လာပါက ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို ပိုကောင်းမွန်လာစေနိုင်ပါသည်။

တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုအဖွဲ့အစည်းများ။ ပြည်နယ်(၇)ခုတွင် စီမံချက်အကောင်အထည်ဖော်သည့်အခါ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးနေသော တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုအဖွဲ့အစည်းများသည် အဓိကပတ်သက်ဆက်နွယ်သူများ ဖြစ်ပါမည်။ ဤအဖွဲ့အများစုသည် နိုင်ငံတော် အစိုးရနှင့် လက်နက်ကိုင်တိုင်းရင်းသားအဖွဲ့အစည်းများ အပစ်အခတ် ရပ်စဲရေးသဘောတူညီချက်များ ရယူပြီးနောက် ပေါ်ထွက်လာခဲ့ခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ငြိမ်းချမ်းရေးယူထားသော လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ၎င်းတို့၏အုပ်ချုပ်ရေး ယန္တရားများသည် ၎င်းတို့လက်အောက်ရှိ နယ်မြေဒေသ များကို အုပ်ချုပ်မှုပေးနေပြီး ပညာရေး၊ ကျန်းမာရေး၊ စိုက်ပျိုးရေး စသဖြင့် တာဝန်ယူဆောင်ရွက်သောဌာနများလည်း ရှိနေပါသည်။ နေရာအတော်များများတွင် ပြည်တွင်း၊ ပြည်ပ NGOများနှင့် ပူးပေါင်း၍ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများကို ၎င်းတို့၏ အုပ်ချုပ်ခွင့်ရနယ်မြေဒေသများတွင် ဆောင်ရွက်ပေးနေသည်။ ထိုသို့သောအဖွဲ့များတွင် ကချင်ပြည်နယ်၌ Kachin Independence Organization (KIO) အဖွဲ့နှင့် မွန်ပြည်နယ်တွင် မွန်ပြည်သစ်ပါတီတို့ ပါဝင်သည်။ ပြည်နယ်အတော်များများတွင် ထိုသို့သော အဖွဲ့အစည်းများ ရှိပါသည်။ လူမှုရေးအကဲဖြတ်မှုနှင့် ဆွေးနွေးတိုင်ပင်မှုများ ပြုလုပ်စဉ်ကာလအတွင်း တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုအဖွဲ့အစည်း၏ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ (၎င်းရပ်ရွာလူထုမှ လက်ခံသုံးစွဲပြီး အရည်အသွေးလည်းရှိသည်ဟု ယုံကြည်သော ဝန်ဆောင်မှုများ) သည် ဤစီမံချက်ထောက်ပံ့မှုဖြင့် ဆောင်ရွက်မည်။ အစိုးရ၏ UHC ဦးတည်ချက်ကြောင့် ရေရှည်တည်တံ့နိုင်မှု ထိခိုက်လာမည်ကို စိုးရိမ်မှုရှိကြပါသည်။ မွန်ပြည်နယ်အတွင်းရှိ တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများနှင့် အဖွဲ့အစည်းများက အစိုးရ၏အသိအမှတ်ပြုမှု၊ ထောက်ခံမှု တို့ဖြင့် ၎င်းတို့လက်ရှိလုပ်ဆောင်နေသော ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းများကို ဆက်လက်လုပ်ဆောင်သွားလိုကြသည်။

ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍနှင့် အစိုးရမဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်းများ။ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့နှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနတို့၏ ကျန်းမာရေးစနစ်စမ်းစစ်မှုအရ မြန်မာနိုင်ငံတွင် ဘွဲ့ရ ဆရာဝန်များ၏ ၆၀ ရာခိုင်နှုန်းမှာ ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍတွင် ပင်ရောက်လုပ်ကိုင်နေကြပါသည်။ ကုန်ကျစရိတ်ပိုများသော် လည်း ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍဝန်ဆောင်မှုများသည် လူနာများကို ဆွဲဆောင်နိုင်ပါသည် (ကျေးလက်ဒေသမှလူများ အပါ အဝင်)။ ထို့အပြင် ပြည်တွင်းနှင့်ပြည်ပမှအစိုးရမဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်းအတော်များများသည် သတ်မှတ်ထားသည့် နေရာများ (သို့) သတ်မှတ်ထားသည့်ရောဂါအလိုက် (ဥပမာ HIV, ငှက်ဖျား) ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးနေပါသည်။ ဤကဲ့သို့ ကျန်းမာရေး ကဏ္ဍတွင် အစိုးရမဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်းများ များစွာ ကြီးကြီးမားမား ပါဝင်ဆောင်ရွက် ပေးနေသော အနေအထားတွင် အင်စတီကျူးရှင်းနှင့် တရားဥပဒေရေးရာ မှုဘောင်တောင့်တင်းခိုင်မာရန် အရေးကြီး ပါသည်။ ပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ များပြားခြင်းသည် နိုင်ငံအတွက် အခွင့်အရေးဖြစ်ပြီး တစ်ဖက် မှာလည်း အခက်အခဲဖြစ်စေနိုင်ပါသည်။

၆။ လူမှုစီးပွားဆိုင်ရာ အခြေအနေ

၆.၁။ လူဦးရေဆိုင်ရာခြုံငုံသုံးသပ်မှု

တရားဝင်အချက်အလက်များအရ မြန်မာနိုင်ငံလူဦးရေသည် ၂၀၁၀ ခုနှစ်တွင် သန်း (၆၀) ခန့် ရောက်ရှိခဲ့ သည်ဟု ခန့်မှန်းရပါသည်။ ယင်းတို့အနက် ဗမာလူမျိုးသည် အကြီးဆုံး တိုင်းရင်းသားအုပ်စုတစ်ခုဖြစ်ပြီး စုစုပေါင်းလူဦးရေ၏ သုံးပုံနှစ်ပုံခန့်ရှိပါသည်။ ကျန်တိုင်းရင်းသားများအားလုံးသည် စုစုပေါင်းလူဦးရေ၏ သုံးပုံတစ်ပုံခန့်ရှိ ပါသည်။ လူများစုဖြစ်သည့် ဗမာလူမျိုးများသည် နိုင်ငံ၏ အလယ်ဗဟိုနှင့် မြစ်ဝကျွန်းပေါ်ရှိ တိုင်းဒေသကြီးများတွင် အဓိကနေထိုင်ကြပြီး (ယင်းကို တိုင်းဒေသကြီး ခုနစ်ခုအဖြစ်ခွဲခြားထားသည်) တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများကမူ နိုင်ငံ၏နယ်စပ်ဒေသများရှိ (ကယား၊ ကရင်၊ ကချင်၊ ချင်း၊ မွန်၊ ရခိုင်၊ ရှမ်း) ဟူ၍ ခွဲခြားထားသည့် ပြည်နယ်ခုနစ်ခုတွင် အများအားဖြင့်နေထိုင်ကြပါသည်။ အဓိက တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများနှင့်ပတ်သက်၍ တရားဝင်ထုတ်ပြန်ထားသော စာရင်းဇယားများ၌ အကြမ်းမည်း ဖော်ပြထားသည်မှာ - ရှမ်းလူမျိုး (၉%)၊ ကရင်လူမျိုး (၇%)၊ ရခိုင်လူမျိုး (၄.၅%)၊ ချင်းလူမျိုး (၂%)၊ မွန်လူမျိုး (၂%)၊ ကချင်လူမျိုး (၁.၄%)နှင့် ကယားလူမျိုး (၁%)တို့ဖြစ်ကြပါသည်။ ဗမာလူမျိုး အပါအဝင် “တိုင်းရင်းသားမျိုးနွယ်စု” ရှစ်ခုအား တိုင်းရင်းသားအုပ်စု ၁၃၅ ခုအဖြစ် ထပ်မံခွဲခြားထားပြီး ယင်းအုပ်စု များသည် ပင်မဘာသာစကားအနွယ် ၅ ခုတွင် အကျုံးဝင် သက်ဆိုင်သွားပါသည်။ (ဘာသာစကားအနွယ် ၅ ခုမှာ - တိဘက်-ဗမာ၊ မွန်-ခမာ၊ ထိုင်း-ကာဒိုင်း၊ မွန်-မိုင်ရန် နှင့် မလေယို-ပိုလီနေးဆီးရန်း တို့ဖြစ်ကြသည်) တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုအောက်ရှိ အုပ်စုငယ်များအတွက်မူ လူဦးရေ အတိအကျဖော်ပြပေးနိုင်သည့် စာရင်းဇယားရှိမထားသေးပါ။²

မြန်မာနိုင်ငံ၌ ဘာသာရေးလွတ်လပ်ခွင့် ပေးအပ်ထားသည်။ နိုင်ငံရှိလူဦးရေအများစုသည် ဗုဒ္ဓ ဘာသာဝင်များ ဖြစ်ကြပါသည်။ အချို့စာရင်းဇယားများက ဗုဒ္ဓဘာသာဝင်အချိုးအစားသည် ၉၀% ရှိသည်ဟု ဆိုကြပြီး အချို့တွင်မူ ၈၀%³ ရှိသည်ဟုဆိုပါသည်။ အဓိက ကိုးကွယ်လျက်ရှိသော အခြားဘာသာကြီးများနှင့်ပတ်သက်၍ ခရစ်ယာန် ၇.၈%၊ ရိုးရာကိုးကွယ်ယုံကြည်မှု ၅.၈%၊ မူဆလင် ၄% နှင့် ဟိန္ဒူ ၁.၈% တို့ အသီးသီးရှိကြသည်ဟု PEW သုတေသနဌာနမှ ခန့်မှန်းတွက်ချက်ထားပါသည်။

ဇယား - ၁ - ပြည်နယ်နှင့်တိုင်းဒေသကြီးအလိုက် လူဦးရေပမာဏ (၂၀၀၇-၂၀၀၈)

ပြည်နယ်/တိုင်းဒေသကြီး	လူဦးရေ ('000 ဖြင့်)			သိပ်သည်းမှု (တစ်စတုရန်း ကီလိုမီတာအတွင်း)	စုစုပေါင်းလူဦးရေ ရာခိုင်နှုန်း
	စုစုပေါင်း	အမျိုးသား	အမျိုးသမီး		
ပြည်ထောင်စုတစ်ခုလုံးအတွက်	၅၇၅၀၄	၂၈၅၈၆	၂၈၉၁၈	၈၅	၁၀၀
ကချင်ပြည်နယ်	၁၅၁၁	၇၄၇	၇၆၄	၁၆	၂.၆၂
ကယားပြည်နယ်	၃၃၆	၁၇၀	၁၆၆	၂၈	၀.၅၈

² ကုလသမဂ္ဂ လူဦးရေရန်ပုံငွေ (UNFPA) ၏ အထောက်အပံ့ဖြင့် တရားဝင်စာရင်းဇယားတို့ပါဝင်သည့် တိုင်းရင်းသားအုပ်စု ၁၃၅ အုပ်စုကို အသုံးပြု၍ ၂၀၁၄ ဧပြီလတွင် နိုင်ငံတော်အစိုးရက သန်းခေါင် စာရင်းကောက်ယူပေးခဲ့သည်။

³ ကိုးကွယ်ရာဘာသာနှင့် ပြည်သူ့ဘဝစီမံချက်၊ မြန်မာပြည်။ Pew သုတေသနဌာန ၂၀၁၀။

ကရင်ပြည်နယ်	၁၇၄၀	၈၆၁	၈၇၉	၅၈	၃.၀၂
ချင်းပြည်နယ်	၅၃၃	၂၆၀	၂၇၃	၁၄	၀.၉၂
မွန်ပြည်နယ်	၂၉၉၇	၁၅၀၆	၁၄၉၂	၂၄၄	၅.၂၁
ရခိုင်ပြည်နယ်	၃၁၈၃	၁၅၈၆	၁၅၉၂	၈၇	၅.၅၃
ရှမ်းပြည်နယ်	၅၄၆၄	၂၇၃၈	၂၇၂၆	၃၅	၉.၅၀
ပြည်နယ်စုစုပေါင်း	၁၅၇၆၄	၇၈၆၈	၇၈၉၂		၂၇.၄၁
စစ်ကိုင်းတိုင်းဒေသကြီး	၆၂၇၄	၃၀၈၄	၃၁၉၀	၆၇	၁၀.၉၁
တနင်္သာရီတိုင်းဒေသကြီး	၁၆၃၂	၈၁၄	၈၁၈	၃၇	၂.၈၃
ပဲခူးတိုင်းဒေသကြီး	၅၇၉၃	၂၉၁၂	၂၈၈၁	၁၄၆	၁၀.၀၇
မကွေးတိုင်းဒေသကြီး	၅၃၉၂	၂၆၅၃	၂၇၃၉	၁၂၀	၉.၃၇
မန္တလေးတိုင်းဒေသကြီး	၈၀၆၂	၃၉၈၄	၄၀၇၈	၁၇၂	၁၄.၀၁
ရန်ကုန်တိုင်းဒေသကြီး	၆၇၂၄	၃၃၃၈	၃၃၈၆	၆၆၁	၁၁.၆၉
ဧရာဝတီတိုင်းဒေသကြီး	၇၈၆၃	၃၉၃၄	၃၉၂၉	၂၂၄	၁၃.၆၇
တိုင်းဒေသကြီးစုစုပေါင်း	၄၁၇၄၀	၂၀၇၁၉	၂၁၀၂၁		၇၂.၅၈

ရယူထားသည့်သတင်းအရင်းအမြစ် - ၂၀၀၈ ခုနှစ်နှစ်ချုပ်စာရင်း၊ CSO။ နေပြည်တော်၊ မြန်မာ၊ ၂၀၀၉ ခုနှစ်

၆.၂။ လူမှုစီးပွားဆိုင်ရာ ခြုံငုံသုံးသပ်မှု

ပြီးခဲ့သည့် ဧပြီလတွင် ပြီးစီးလုပ်ဆောင်ခဲ့သည့် သန်းခေါင်စာရင်း ကောက်ယူမှုတစ်ခု အပါအဝင် အချက်အလက် စုဆောင်းသောလုပ်ငန်း အတော်များများသည် လက်ရှိအ နေအထားတွင် ဆက်လက်ဆောင်ရွက် နေဆဲ ဖြစ်သော်လည်း မြန်မာနိုင်ငံအတွက် ကောင်းမွန်သည့် လူမှုစီးပွားဆိုင်ရာ အချက်အလက်များမှာ အကန့်အသတ် ရှိနေဆဲဖြစ်ပါသည်။ ၂၀၁၅ ခုနှစ်အတွက် စီစဉ်ထားသည့် နေထိုင်မှုအဆင့်အတန်း တိုင်းတာမှု လေ့လာရေးနှင့် လူဦးရေ၊ ကျန်းမာရေးစစ်တမ်းကောက်ယူမှုမှာလည်း အချက်အလက်ပြင်ဆင်ဆဲအခြေအနေတွင်သာရှိနေသေးသည်။

မြန်မာနိုင်ငံသည် တစ်ဦးချင်း ဂျီဒီပီအနိမ့်ဆုံး ရှိနေပြီး အရှေ့တောင်အာရှတွင် ဆင်းရဲမွဲတေမှု နှုန်းအများ ဆုံးနိုင်ငံများထဲမှ တစ်ခုအပါအဝင် ဖြစ်ပါသည်။ ၂၀၀၉/၂၀၁၀ ခုနှစ်တွင် ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူ ဦးရေစစ်တမ်းနှုန်းမှာ ၂၆% ရှိ ကြောင်း တရားဝင် ထုတ်ပြန်ထားသည် (IHLCA 2009/2010)။ လက်ရှိ အစိုးရ အုပ်ချုပ်ရေးသည် ဒီမိုကရက်တစ် နည်းကျပြီး ဈေးကွက်ဦးစားပေး ပွင့်လင်းလွတ်လပ်သည့် စီးပွားရေးစနစ်ရှိသည့် လူ့အဖွဲ့အစည်းတစ်ရပ်ဆီသို့ ဦးတည်သည့် မူဝါဒပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများနှင့်အတူ ၂၀၁၁ ခုနှစ် မတ်လတွင် တရားဝင် ရပ်တည်လာခဲ့သည့်အပြင်

နယ်စပ်ဒေသများတွင် ငြိမ်းချမ်းရေး သဘောတူညီမှုများ ရရှိအောင်မြင်ရန် အတွက်ပါ အားစိုက်ကြိုးပမ်းမှုများ လုပ်ဆောင်ခဲ့သည့်အတွက်ကြောင့် လက်တလော အခြေအနေသည် တိုးတတ်လာနေပါသည်။ ၂၀၀၅/၀၆ နှင့် ၂၀၀၉/၁၀ ကြားကာလအတွင်း စီးပွားရေး ၅.၁ ရာခိုင်နှုန်း တိုးတတ်ခဲ့ပြီး အသွင်ကူးပြောင်းမှု စကတည်းက ပျမ်းမျှအားဖြင့် ၆.၅ ရာခိုင်နှုန်းအထိ တိုးတတ်ရောက်ရှိခဲ့ ပါသည်။

အမျိုးသားအဆင့် ဆင်းရဲမွဲတေမှု ညွှန်ကိန်းသည် ၂၀၀၄ ခုနှစ်တွင် ၃၂ ရာခိုင်နှုန်းရှိခဲ့ပြီး မြို့ပြနယ်မြေဧရိယာတွင် ၂၂ ရာခိုင်နှုန်းနှင့် ကျေးလက်ဒေသများတွင် ၃၆ ရာခိုင်နှုန်း ရှိပါသည်။ ဤတွင် ဒေသများ အကြား ခြားနားကွာဟချက်များ ရှိပါသည်။ ဆင်းရဲမွဲတေမှု အမြင့်ဆုံးဖြစ်သည့် ချင်းပြည်နယ်သည် ၇၃ ရာခိုင်နှုန်းရှိပြီး သူ့ နောက်ကပ်လျက် ရှမ်းပြည်နယ်သည် ၅၀ ရာခိုင်နှုန်း ရှိပါသည်။ ဖွံ့ဖြိုးမှုနှင့် လူသေဆုံးမှု နှုန်းနှစ်ခုစလုံးသည် မြင့်မားလျက်ရှိသည်။ မြို့ပြနှင့် ကျေးလက်ဒေသအကြားတွင် ကွာခြားချက်အနည်းငယ်ရှိသော်လည်း ပျမ်းမျှအိမ်ထောင်စု အရွယ်အစားကို လူ(၅)ဦးခန့်ရှိမည်ဟု ခန့်မှန်းရပါသည်။ အိမ်ထောင်စုများ၏ ငါးပုံတစ်ပုံသည် အမျိုးသမီးဦးဆောင်သည့် အိမ်ထောင်စုများ ဖြစ်ကြပြီး အဆိုပါ အချိုးအစားသည် ကျေးလက်ဒေသထက် မြို့ပြဒေသများတွင် ပိုမိုမြင့်မားလျက် ရှိသည်။⁴

၆.၃ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခြုံငုံသုံးသပ်ချက်

မြန်မာနိုင်ငံသည် ၎င်း၏အိမ်နီးချင်း နိုင်ငံများနှင့် ကျန်းမာရေး အဆင့်အတန်း နှိုင်းယှဉ် နောက်ကျနေသည်ကို တွေ့ရသည်။ မြန်မာနိုင်ငံသည် အာဆီယံနိုင်ငံများကြားတွင် မျှော်မှန်း ဘဝသက်တမ်း အနိမ့်ပါးဆုံးဖြစ်ပြီး ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်၊ မွေးကင်းစကလေးနှင့် ကလေးသူငယ် ကျန်းမာရေး(Maternal, Newborn and Child Health) စသည့်တို့နှင့် ဆက်နွှယ်သော ထောင်စုနှစ် ဖွံ့ဖြိုးရေး ရည်မှန်းချက်များ(Millennium Development Goals) ၄ နှင့် ၅ ဦးတည်ချက်များကို အောင်မြင်ရရှိနိုင်သည့် အလားအလာနည်းသည်။ မိခင်သေဆုံးမှုနှုန်း(၂၀၀/၁၀၀၀၀)၊ မွေးကင်းစ ကလေးသေနှုန်း(၃၀/၁၀၀၀)နှင့် ငါးနှစ်အောက် ကလေးသေနှုန်း (၅၂/၁၀၀၀) များမှာ မြင့်မားလျက်ရှိဆဲ ဖြစ်ပါသည်(WHO ၂၀၁၄)။ MNCH နှင့် ဆက်နွှယ်သည့် အသေးစိတ် အချက်အလက်များအရ ကျွမ်းကျင်သည့် ဝမ်းဆွဲသည်ဖြင့် ကလေးမွေးဖွားသူနှင့် အစိုးရ ဆေးရုံဆေးခန်း သားဖွားခန်းများကလေးမွေးဖွားမှုနည်းပါးခြင်း ၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်များအတွက် ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ်အတွင်း လုံလောက်သည့် စောစီးစွာ စောင့်ရှောက်မှု၊ မီးဖွားပြီး နောက်ပိုင်း ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုနှင့်အတူ သာမန်အားဖြင့် မွေးကင်းစ ကလေးများတွင် အဖြစ်များသည့် နာမကျန်းဖြစ်မှုအတွက် သင့်တင့်လျောက်ပတ်သည့် ကုသမှု စသည့်ကဏ္ဍ များတွင် အားနည်းနေသေးပါသည်။ ထို့အပြင် ကလေးဘဝ အဟာရ ချို့တဲ့မှုသည် ဆက်လက်ရှိနေပြီး ထိုအကြောင်းကြောင့် ကလေး ၇ ဦးတွင် ၁ ဦးနှုန်းသည် သာမန်ကိုယ်အလေးချိန်ထက် လျော့နည်းမွေးဖွားလာခြင်း၊ အသက်ငါးနှစ်အောက် ကလေးများ၏ ၃၅ ရာခိုင်နှုန်းမှာ ကြီးထွားနှုန်း တန်နေခြင်း၊ ၂၃ ရာခိုင်နှုန်းမှာ ကိုယ်အလေး ချိန် စံမမှီခြင်းနှင့် ၈ ရာခိုင်နှုန်းမှာ ကျုံ့လှီခြင်းများ ဖြစ်ပွားလျက်ရှိသည်။

မြန်မာနိုင်ငံသည် ၁၉၉၀ ခုနှစ်ကတည်းက ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင် သေဆုံးမှုနှုန်းကို ၅၀ ရာခိုင်နှုန်းကျော် လျော့ချခြင်းခွဲခြင်းနှင့် ၁၉၉၀ ခုနှစ်မှ ၂၀၁၀ ခုနှစ်အတွင်း ငါးနှစ်အောက် ကလေးသေဆုံးနှုန်းကိုလည်း ၅၀ ရာခိုင်နှုန်း

⁴ UNPFA, 2010. *Report on Situation Analysis of Population and Development, Reproductive Health and Gender in Myanmar.*

လျော့ပါးသွားအောင် ဆောင်ရွက်ချိမ်းမြန်းမှုများနှင့်အတူ သိသာထင်ရှားသည့် တိုးတတ်ဖွံ့ဖြိုးမှုများကို ပြုလုပ်နိုင်ခဲ့သော်လည်း ထင်ရှားသည့် မမျှတမှုအချို့ ကျန်ရှိနေဆဲ ဖြစ်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ချမ်းသာကြွယ်ဝမှု အမြင့်ဆုံးအဆင့်တွင်ရှိသည့် အမျိုးသမီးများ၏ ၅၅ ရာခိုင်နှုန်းမှာ ပဋိသန္ဓေတားဆေးမှုများကို လက်လှမ်းမီသော်ငြား ချမ်းသာကြွယ်ဝမှုအနိမ့်ဆုံးအဆင့်တွင်ရှိသည့် အမျိုးသမီးများ၏ ၃၈ ရာခိုင်နှုန်းခန့်သာ ပဋိသန္ဓေတားဆေးမှုများကိုလက်လှမ်းမီသုံးစွဲနိုင်ကြသည်။ ငွေကြေးအရ အတားအဆီးများကလည်း ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူများအတွက် လိုအပ်သည့် အချိန်တွင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုခံယူရန်အတွက် အလှမ်းဝေးကွာစေပါသည်။ ၂၀၀၉/၂၀၁၀ MICS အရ အဆင်းရဲဆုံးသူများထဲမှ သုံးပုံတစ်ပုံသည် နောက်ဆုံးလတ်တလောနာမကျန်းဖြစ်စဉ်က ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုခံယူရန် မကြိုးစားခဲ့ကြကြောင်း တွေ့ရှိခဲ့သည်။ ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူများအတွက် အနာရောဂါကို ကုသစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ပတ်သက်၍ အသုံးပြုမှု အများဆုံး နည်းလမ်းများမှာ အရည်အသွေးမသေချာသော အိမ်တိုင်ရာရောက် ကုသမှု(၃၁ ရာခိုင်နှုန်း)၊ ပုဂ္ဂလိကဆေးပေးခန်း တွင် ကုသမှု(၂၆ ရာခိုင်နှုန်း)နှင့် ကျေးလက် ကျန်းမာရေး ဌာနများတွင် ကုသမှု (၁၃ ရာခိုင်နှုန်း) စီအသီးသီး ရှိပါသည်။ အခြားတစ်ဖက်တွင် ချမ်းသာကြွယ်ဝဆုံးသော သူများသည် ၈၀ ရာခိုင်နှုန်း နီးပါးသောအခြေအနေတွင် ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍမှကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို ရယူခဲ့ကြသည်။

မကြာသေးခင်အထိ မြန်မာနိုင်ငံသည် ကျန်းမာရေး ကဏ္ဍနှင့်ပတ်သက်၍ အစိုးရအသုံးစရိတ် အလွန်နည်းပါးသည့် အဆင့်တစ်ခုတွင် ရှိခဲ့ပါသည်။ ၂၀၁၁/၂၀၁၂ ခုနှစ်တွင် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍမှ အစိုးရအသုံးစရိတ် စုစုပေါင်း၏ ၁.၃ ရာခိုင် နှုန်းခန့်သာ(လူတစ်ဦးအတွက် တစ်နှစ်လျှင် ၂ ဒေါ်လာခန့်)သာ ရရှိသုံးစွဲခဲ့ပါသည်။ သို့သော်၂၀၁၃-၂၀၁၄ တွင် ၄ ရာခိုင် နှုန်းခန့်အထိ မြင့်တက်လာပါသည်။ ၂၀၁၀၅ အိမ်ထောင်စုတစ်ခု၏ ကုန်ကျစရိတ်စုစုပေါင်း၏ ၈၀ ရာခိုင်နှုန်းနီးပါး ခန့်ကို ကျန်းမာရေးအတွက် အိတ်စိုက်သုံးစွဲနေရမှုသည် အဆင်းရဲဆုံးသောသူများတွင် အဖြစ်အများဆုံး ဖြစ်နေခဲ့ပါသည်။ အစိုးရကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ် မြင့်တက်လာခြင်း၊ အခမဲ့ဆေးဝါးများ အစီအစဉ် စသည်တို့ကြောင့် ဤသို့ကျန်းမာရေးအတွက် အိတ်စိုက်သုံးစွဲရမှု ပမာဏသည် တဖြည်းဖြည်းကျဆင်းလာပါသည် (Public Expenditure Review အစီရင်ခံစာအရ)။ မြန်မာနိုင်ငံမှ အိမ်ထောင်စုများသည် ပျမ်းမျှဝယ်ယူသုံးစွဲမှု ကုန်ကျစရိတ်၏ ၂.၄ ရာခိုင်နှုန်းခန့် လောက်ကို ကျန်းမာရေး ကဏ္ဍအတွက် သုံးစွဲခဲ့ကြသည်။ သို့သော်လည်း အဆင်းရဲဆုံး အိမ်ထောင်စုများအတွက်မူ ကျန်းမာရေး အတွက် ၆ ရာခိုင်နှုန်းထိ သုံးစွဲနေရဆဲ ဖြစ်သည် (အခြားမည်သည့် အာဆီယံနိုင်ငံထက်မဆို ပိုမိုမြင့်မားသည့် အတိုင်းအတာ ဖြစ်နေသည်)။

၇။ အဓိက တွေ့ရှိချက်များ

လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုတွင် သက်ဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းများကို လေ့လာသုံးသပ်ခြင်း၊ ၊ အစိုးရဝန်ထမ်းများနှင့် တွေ့ဆုံမေးမြန်းမှုများ၊ တိုင်းရင်းသား လူနည်းစု အဖွဲ့အစည်းများ၊ ပညာရှင်အသင်းအဖွဲ့များနှင့် ပြည်တွင်းနှင့် နိုင်ငံတကာ အစိုးရ မဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်းများမှ ကိုယ်စားပြုသူများကို တွေ့ဆုံမေးမြန်းခြင်းများ ပါဝင်သည့်အပြင် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများ အများစုနေထိုင်သည့် ချင်းပြည်နယ် ပလက်ဝမြို့နှင့် မွန်ပြည်နယ် ရေးမြို့နယ်တို့ရှိ ကျေးရွာ(၅)ခုဆီသို့ လက်တွေ့ကွင်းဆင်း လေ့လာမှုလည်း ပါဝင်သည်။ လက်တွေ့ကွင်းဆင်းမှုတွင် အစိုးရမှ ကျန်းမာရေး ဌာနများမှ ဝန်ထမ်းများ၊ ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးဌာနများမှ ဝန်ထမ်းများ၊ NGO များ နှင့် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစု အဖွဲ့အစည်းများမှ လုပ်ဆောင်နေသည့် ကျန်းမာရေး ဌာနများမှ ဝန်ထမ်းများ နှင့် ရပ်ရွာလူထုများ ကို တွေ့ဆုံမေးမြန်းမှုများ ပါဝင်ပါသည်။ ပဏာမကျန်းမာရေး စနစ်များနှင့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု ပေးအပ်မှုတို့နှင့် ပတ်သက်သည့် လူမှုရေးဆိုင်ရာ ရှုထောင့်အမြင်များကို သုံးသပ်ခဲ့ပါသည်။

ဤအကြံပဏာမ လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှု သည် (၁) အထူးသဖြင့် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများကဲ့သို့ အားနည်း၍ ဝန်ဆောင်မှု တန်းတူမရရှိခံစားရသည့် လူအုပ်စုများနှင့် ဆက်စပ်နေ သည့် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍရှိ အဓိကကျသော ကိစ္စရပ်များကို ခွဲခြားဖော်ထုတ်ရန်နှင့် (၂) လက်ရှိကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု များ၏ အခြေအနေအပေါ် အမြင်များနှင့် အမျိုးမျိုးသော ပတ်သက်ဆက်နွယ်သူများထံမှ ဤအဆိုပြုသည့် စီမံချက်အပေါ် အမြင်များကို ရရှိစေရန် အဓိက ရည်ရွယ်သည်။

၇.၁။ အားနည်းပြီးအခြေခံဝန်ဆောင်မှု တန်းတူမရရှိသည့် လူအုပ်စုများ

အမျိုးသမီးများနှင့် ကလေးများ ။ ဤစီမံချက်၏ အဓိကရည်ရွယ်ရာ အုပ်စုများဖြစ်သည့် အမျိုးသမီးများနှင့် ကလေးငယ်များသည်လည်း ကျန်းမာရေးကဏ္ဍနှင့်စပ်လျဉ်း၍ အများဆုံးဦးစားပေးတွေ့ကြုံရမည့် အုပ်စုများ ဖြစ်ကြပါသည်။ ထိုသို့ဖြစ်ခြင်းမှာ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မီးဖွားရာတွင် တွေ့ကြုံရသည့် ကျန်းမာရေးအခက်အခဲများနှင့် လူမမယ်ကလေးငယ်များတွင် တွေ့ကြုံရသည့် ကျန်းမာရေး အခက်အခဲများကြောင့် ဖြစ်ပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံ၌ ကိုယ်ဝန်ဆောင် မီးဖွားမှု၏သုံးပုံတစ်ပုံခန့်သည် ကျွမ်းကျင်သားဖွားများဖြင့် မွေးဖွားကြခြင်းမဟုတ်သဖြင့် အရေးပေါ် အခြေအနေများ တွေ့ကြုံလာပါကလည်း အလွယ်တကူ ဆေးဝါးကုသမှု ခံယူနိုင်ခြင်း မရှိကြပါ။ ဤနေရာ၌ အကြောင်း အရင်း အချို့ကို ထုတ်နှုတ်ပြနိုင်ပါသည်။ ဝေးလံခေါင်သီသောဒေသများတွင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသော ဌာနများနှင့် ကျွမ်းကျင်သားဖွားများရရှိနိုင်မှုအကန့်အသတ်ရှိနေခြင်း၊ အကုန်အကျစရိတ်တတ်နိုင်မှုနှင့် ယဉ်ကျေးမှုနှင့် ဆိုင်သည့် အဟန့်အတားများလည်း ပါဝင်လျက်ရှိပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံမှ အမျိုးသမီးများသည် အရေးကြီးသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်များချရာ၌ သင့်တင့်သည့် သာတူညီမျှမှုရှိသော်လည်း ပစ္စည်းဥစ္စာပိုင်ဆိုင်မှုနှင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များတွင် မိန်းကလေးများနှင့် အမျိုးသမီးများ၏ အခန်းကဏ္ဍမှာ ၎င်းတို့ဘဝတစ်လျှောက်လုံး ယဉ်ကျေးမှုအရ နားလည်လက်ခံထားသည့် ယောက်ျားမိန်းမ စံမှတ်ချက်များအပေါ်တွင်သာ တည်မှီနေဆဲ ဖြစ်ပါသည်။

တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများ။ မြန်မာနိုင်ငံ၏ လူဦးရေစုစုပေါင်း၏ သုံးပုံတစ်ပုံ သည် တိုင်းရင်းသားလူနည်းစု များ ဟုခန့်မှန်းရပါသည်။ ၎င်းတို့ထဲမှ အများစုသည် နယ်စပ်ဒေသများတစ်လျှောက်ရှိ ပြည်နယ်(၇)ခုတွင် နေထိုင်ကြသည်။ စီးပွားရေးဖွံ့ဖြိုးမှု၊ အခြေခံ အဆောက်အအုံနှင့် လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများနှင့်ပတ်သက်၍ တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများ နေထိုင်ရာ ဒေသများတွင် အားနည်းလျက်ရှိပြီး ကျန်းမာရေးနှင့် ပညာရေးကဏ္ဍရှိ စာရင်းဇယားများ တွင်လည်း အနည်းငယ်နောက်ကျလျက်ရှိပါသည်။ အဓိက တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုဒေသများတွင် ၁၉၆၂ ခုနှစ်မှစ၍ စစ်မက်ပဋိပက္ခများ ဖြစ်ပွားခဲ့ကြပါသည်။ မကြာသေးမီကာလအတွင်း တိုင်းရင်းသား လက်နက်ကိုင် အဖွဲ့အစည်း အတော်များများသည် နိုင်ငံတော်အစိုးရနှင့် အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေး သဘောတူလက်မှတ်များ ရေးထိုးခဲ့ကြသည်။ သို့သော် ကချင်ပြည်နယ်နှင့် ရှမ်းပြည်နယ်များရှိ နေရာအချို့၌ အစိုးရစစ်တပ် နှင့် တိုင်းရင်းသား လက်နက်ကိုင် အဖွဲ့များကြား တိုက်ပွဲများ ဆက်လက် ဖြစ်ပွားနေဆဲ ဖြစ်ပါသည်။

ယခင်က ပြုလုပ်ခဲ့သည့် အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေး သဘောတူစာချုပ်များအရ တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများကို ၎င်းတို့ ကိုယ်ပိုင်ဒေသများ၌ နိုင်ငံရေးနှင့်စီးပွားရေးကိစ္စများနှင့်ပတ်သက်၍ အခွင့်အာဏာများ အပ်နှင်းပေးထားခဲ့ပါသည်။ တစ်ခါတစ်ရံ၌ NGO များထံမှ အကူအညီများ ရယူ၍ လူမှုဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ ဤဒေသများတွင် ဆောင်ရွက် ခဲ့ကြသည်။ ဒေသတော်တော်များများ၌ ယင်းလုပ်ငန်းများ ဆက်လက် လုပ်ဆောင်နေဆဲဖြစ်သည်။ သို့ရာတွင် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု ပေးအပ်နေသည့် လုပ်ငန်းများတွင်မူ ကျန်းမာရေး အခြေခံအဆောက်အအုံများ မလုံ လောက်ခြင်းနှင့် လူ့အရင်းအမြစ်များ မလောက်ငှခြင်းတို့ကြောင့် ဖွံ့ဖြိုးမှု နှေးကွေးခဲ့ရပါသည်။

အစိုးရက ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ ဆောင်ရွက်ပေးနေသည့် တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများနေထိုင်ရာ ဝေးလံခေါင်ဖျားဒေသများတွင်လည်း ပထဝီအနေအထားနှင့် စီးပွားရေးအကျပ်အတည်းများကြောင့် အများအားဖြင့် ဝန်ဆောင်မှုများ လုံလောက်ခြင်းမရှိသေးပါ။ ထို့ပြင် ဒေသခံပြည်သူများအနေဖြင့် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ခံယူရာတွင် ဘာသာစကား နှင့် ယဉ်ကျေးမှုအခက်အခဲများသည်လည်း အဓိကထား စဉ်းစားရမည့် အချက်များ ဖြစ်နေကြပြီး ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုခံယူခြင်း၏ အကျိုးတရားများကို နားလည်မှုအားနည်းခြင်းသည်လည်း အဟန့်အတား ဖြစ်ပေါ်စေပါသည်။

တစ်နိုင်ငံလုံး အတိုင်းအတာအားဖြင့် ၂၀၀၄/၂၀၀၅ ခုနှစ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင် သေဆုံးမှုဖြစ်စေသည့် အကြောင်း စစ်တမ်းက ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင် သေဆုံးမှုအချိုး (Maternal Mortality Ratio)သည် ရှမ်းပြည်နယ်၏ ဒေသ အများစုတွင် ကလေးအယောက် တစ်သိန်းမွေးဖွားတိုင်း မိခင်(၅၀၀)ကျော်ခန့် သေဆုံးမှုဖြစ်ပွားနေသည်ဟု ခန့်မှန်း ခဲ့ပါသည်။ အနိမ့်ဆုံးအနေဖြင့် စစ်ကိုင်းတိုင်း ဒေသကြီးတွင် (၁၃၆)ဦးနှုန်းရှိပြီး တစ်နိုင်ငံလုံး အတိုင်းအတာအားဖြင့် ၃၁၆ ဦးနှုန်း (မြို့ပြဒေသတွင် ၁၄၀ ဦးနှုန်းနှင့် ကျေးလက်ဒေသတွင် ၃၆၃ဦးနှုန်း) ရှိသည်ဟု ခန့်မှန်းထားသည်။ ၂၀၀၇ ခုနှစ်တွင် မွေးဖွားစဉ်အတွင်း မိခင်သေဆုံးမှုနှုန်း အမြင့်ဆုံးကို ကယားပြည်နယ်၊ ရခိုင်ပြည်နယ်နှင့် ရှမ်းပြည်နယ် တို့တွင် တွေ့ရှိရသည်ဟု ဆိုပါသည်။⁵

(ပြည်တွင်း၌)အိုးအိမ်ဆုံးရှုံး၍ နေရာသစ်သို့ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူအုပ်စုများ။ စစ်ဘက်နှင့်အရပ်ဘက် ပဋိပက္ခများကြောင့် တိုင်းပြည်ရှိ ဒေသအချို့၌ အိုးအိမ်ဆုံးရှုံးပြီး နေရာသစ်သို့ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူအုပ်စုများ ရှိလာခဲ့ပါသည်။ အဆိုပါအုပ်စုများသည် ဆင်းရဲ အန္တရာယ်ဆုံး နှင့် အင်အားအနည်းဆုံး အုပ်စုများလည်းဖြစ်ကြပြီး အရည်အသွေးမီ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများကို ခံယူရာ၌ ဘာသာစကားနှင့် ယဉ်ကျေးမှုအခက်အခဲများ အပါအဝင် ခက်ခဲမှုများကြုံတွေ့ကြပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ ရယူရန် အားနည်းလျက် ရှိနေကြပါသည်။ ဒေသတွင်းလူဦးရေနှင့်ဆိုင်သည့် စာရင်းဇယားများ၌ ၎င်းတို့အား တိတိကျကျ ထည့်သွင်း ကောက်ခံမှု အားနည်းကောင်းနည်းနေနိုင်ပါသည်။ ထို့ကြောင့်ဒေသတွင်းကျန်းမာရေးစီမံကိန်းများ၌ ၎င်းအုပ်စုများ၏ လိုအပ်ချက်များနှင့် ကိုက်ညီသော အရည်အသွေးမီ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးအပ်နိုင်ရန် တိုးမြှင့် ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်နေပါသေးသည်။

ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများနှင့် သဘာဝ ဘေးဒဏ်ခံအုပ်စုများ။ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများနှင့် သဘာဝ ဘေးဒဏ် ခံစားခဲ့ရသည့်အုပ်စုများကိုလည်း အခက်အခဲဖြစ်နေသည့် အုပ်စုများတွင် ထည့်သွင်းသတ်မှတ် ထားပါသည်။ ယင်းအုပ်စုများ၌ မြစ်ဝကျွန်းပေါ်ဒေသများရှိ သဘာဝဘေးဒဏ် ခံစားခဲ့ကြရသည့် ဒေသခံပြည်သူများ၊ မြန်မာပြည် အလယ်ပိုင်းမှ မွန်ပြည်နယ်ရှိ ရာဘာစိုက်ခင်းများသို့ ရာသီအလိုက် လာရောက်လုပ်ကိုင်ကြသည့် ရွှေ့ပြောင်း လုပ်သားများ ပါဝင်နေကြပါသည်။ အဆိုပါ ရွှေ့ပြောင်းလုပ်သားများသည် မွန်ပြည်နယ်လူဦးရေ၏ ၂၀% အထိ ရှိနေကြပါသည်။ ထို့အပြင် နယ်စပ်ဒေသများရှိ ပဋိပက္ခများကို တိမ်းရှောင် ထွက်ပြေးလာကြသည့် ထိုင်းနိုင်ငံမှ ပြန်လာသူများသည်လည်း ပါဝင်လျက်ရှိပါသည်။ များသောအားဖြင့် အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်များသည် ၎င်းတို့၏ မူလဇာတိ

⁵ UNPFA, 2010. *Report on Situation Analysis of Population and Development, Reproductive Health and Gender in Myanmar.*

ရပ်ရွာများသို့ မပြန်နိုင်ကြသူများလည်းဖြစ်ပါသည်။^၆ အဆိုပါ အုပ်စုများသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို မိမိဘာသာ ကုန်ကျစရိတ်ထုတ်၍ ခံယူနိုင်သည့် အနေအထား တွင် မရှိကြသည့်အပြင် ၎င်းတို့အနေဖြင့် အထောက်အပံ့ ပေးအပ်နိုင်မည့် ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုရေး ကွန်ယက်များ ဖွဲ့စည်းထူထောင်ထားခြင်းမျိုးလည်း မရှိကြပါ။ ဒေသတွင်း ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှု စိစစ်အကဲဖြတ်ချက်များနှင့် ကျန်းမာရေး စီမံကိန်းများတွင်လည်း ၎င်းတို့အား ထည့်သွင်းစဉ်းစားရန် ကျန်ခဲ့သည်မျိုးလည်း ဖြစ်တတ်ပါသည်။

၇.၂။ အဓိကကျသည့် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍ ကိစ္စရပ်များနှင့် အခက်အခဲအတားအဆီးများ

လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုအတွက် ဆောင်ရွက်လုပ်ကိုင်သည့် လက်တွေ့ကွင်းဆင်းလေ့လာမှုများ၊ စာရွက် စာတမ်းများကို လေ့လာသုံးသပ်ချက်၊ လူတွေ့မေးမြန်းမှုနှင့် နီးနှောတိုင်ပင်မှုများပေါ်တွင် အခြေခံပြီး အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် ခွဲခြားစိတ်ဖြာမှုကို လုပ်ဆောင်ထားသည်။ ကျန်းမာရေးကဏ္ဍရှိ အဓိကကျသည့် ကိစ္စရပ်များနှင့် အတားအဆီးများကို အားနည်းပြီး ဝန်ဆောင်မှုတန်းတူမရရှိသည့် လူအုပ်စုများနှင့် ပတ်သက်သော ရှုထောင့်မှ အဓိကဆွေးနွေးထားပါသည်။

ချင်းပြည်နယ် ပလက်ဝမြို့နှင့် မွန်ပြည်နယ် ရေးမြို့နယ်သို့ လက်တွေ့ကွင်းဆင်း ဆောင်ရွက်ရာမှ ယေဘုယျ လေ့လာ တွေ့ရှိချက်အချို့။ အဆိုပါမြို့နယ်နှစ်ခုစလုံးတွင် ကွဲပြားခြားနားသော တိုင်းရင်းသားအုပ်စုများနှင့် ဘာသာစကားများ ရှိနေသည်။ ပလက်ဝမြို့တွင် မိခင်သေဆုံးမှုနှင့် ပတ်သက်၍ဖြစ်လေ့ရှိသော အကြောင်းတရားများ မှာ မီးမဖွားခင်သွေးသွန်ခြင်း (Ante-partum Hemorrhage)၊ မီးဖွားပြီးသွေးသွန်ခြင်း (Post-partum Hemorrhage)၊ အချင်းကျန်နေခြင်းနှင့် သားအိမ်ကွဲထွက်ခြင်း တို့ဖြစ်သည်။ အခြေခံအဆောက်အအုံ နှင့်ပတ်သက်၍တည်ဆောက်ခြင်း သို့မဟုတ် မွန်းမံပြင်ဆင်ခြင်းအတွက် တူညီသည့် စံအဆင့်အတန်း သတ်မှတ်ချက်လည်း မရှိသေးသည့်အပြင် ပဏာမ ကျန်းမာရေးဌာနများတွင် အချို့သော အခြေခံအဆောက်အအုံ လိုအပ်ချက်များ ရှိနေပါသည် (ဥပမာ ကျေးလက်ဒေသ ကျန်းမာရေး ဌာနခွဲများတွင် သာမန်သုံးရန်အတွက်ပင် ရေနှင့်လျှပ်စစ်မီး မရှိပေ)။ မွန်ပြည်နယ်ရှိ အချို့သော ကျေးလက် ကျန်းမာရေးဌာနများ (RHCs) ကို သက်ဆိုင်ရာ ကျေးရွာလူထုက တည်ဆောက်ထားခြင်းဖြစ်ပြီး ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနခွဲများ (Sub Centres) အတွက် လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့များမရှိပဲ အချို့မှာ ဆိုးဝါးသည့် အခြေအနေ ရောက်နေပါသည်။ ကျေးလက် ကျန်းမာရေး ဌာနခွဲတွင် သားဖွားဆရာမများအတွက် နေထိုင်စရာ နေအိမ်အဆောက်အအုံ တည်ဆောက်ပေးရန် လိုအပ်လျှက်ရှိသည်ကို တွေ့ရှိခဲ့ပါသည်။ ကလေးမွေးဖွား ရာတွင် သားဖွားဆရာမအကူအညီကဲ့သို့သော ဝန် ဆောင်မှုပေးခြင်းများသည် အခမဲ့ဖြစ်သော်လည်း ပြည်သူများသည် တရားဝင်မဟုတ်သည့် အစိုးရအဖွဲ့များကို မကြာခဏဆိုသလို ကုန်ကျရပါသည်။

တစ်ထပ်တည်း ဖြစ်နေသည့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု ဖြန့်ဝေနေပုံ

လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုအတွက် ကွင်းဆင်းသွားရောက်ခဲ့သည့် မြို့နယ်နှစ်ခုအပါအဝင် မြန်မာနိုင်ငံတွင် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု ထောက်ပံ့ပေးသူများ အမျိုးမျိုး ရှိပါသည်။ ၎င်းတို့တွင် အင်ဂျီအိုများ၊ တိုင်းရင်းသား လူနည်းစု

^၆ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့နှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန။ ကျန်းမာရေးကဏ္ဍ ဘဏ္ဍာငွေလည်ပတ်မှု ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း မြန်မာနိုင်ငံ၊ ဖေဖော်ဝါရီ ၂၃၊ ၂၀၁၂။

အဖွဲ့အစည်းများ၊ ရပ်ရွာအခြေပြု အဖွဲ့အစည်းများ၊ ပရဟိတဆေးပေးခန်းများနှင့် အစိုးရမှ တရားဝင် အသိအမှတ်ပြု မဟုတ်သည့် ဆေးကုသသူများ ကဲ့သို့သော ပုဂ္ဂလိက ကူညီထောက်ပံ့ပေးသူ/အဖွဲ့များ ပါဝင်ပါသည်။ မွန်ပြည်နယ်ရှိ အပစ် အခတ် ရပ်စဲထားသည့် နယ်မြေများတွင် မွန်ပြည်သစ်ပါတီလက်အောက်ရှိ မွန်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဌာနမှနေ၍ လည်ပတ်လုပ်ကိုင်နေသော ဆေးပေးခန်းများ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်းများ ရှိပါသည်။ အများအားဖြင့် အဆိုပါနယ်မြေဒေသများသို့ အစိုးရကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများ လာရောက်ရန် ခွင့်ပြုလေ့မရှိပေ။ သို့သော် အစိုးရအနေဖြင့် လိုအပ်သည့် ကာကွယ်ဆေးများနှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပေးမှုများအတွက် ထောက်ပံ့ ပေးခြင်းကို လက်ခံထားပါသည်။ မွန်ပြည်နယ် ရေးမြို့နယ်တွင် မွန်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဌာန၏ အဆိုအရ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးအပ်ခြင်းကို အစိုးရဌာနများက တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း လုပ်ဆောင်သည့်အပြင် မွန်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဌာနကလည်း တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအားဖြင့် လုပ်ဆောင်သည်ဟု ဆိုပါသည်။ အဓိကမြို့နယ် အနီးအနားမှ ကျေးရွာအများစုကို အစိုးရ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အထောက်အပံ့များ ပေး၍ မွန်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဌာနက သွားလာရောက်ရှိရန် ခက်ခဲသည့် ဒေသများကို လွှမ်းခြုံ အကူအညီ ပေးနေပါသည်။

အစိုးရနှင့်ပုဂ္ဂလိကမှ လည်ပတ်လုပ်ဆောင်နေသည့် လုပ်ငန်းများအကြားတွင် ညှိနှိုင်းပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု ကို အားမြှင့်တင်ရန် လိုပါသည်။ အစိုးရသစ်လက်ထက်တွင် ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရန် အချို့သော ကြိုးပမ်းလုပ်ဆောင်ချက် များ ရှိပါသည်။ ရေးမြို့နယ်တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ (ဥပမာ အခြေခံ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ တီဘီ၊ ငှက်ဖျားနှင့် မျိုးပွားအင်္ဂါကျန်းမာရေး)ကို လုပ်ကိုင်လျက်ရှိသည့် အရပ်ဘက်အဖွဲ့အစည်းနှင့် NGO အမြောက် အများရှိပြီး အစိုးရ ဦးဆောင်လည်ပတ်လျက်ရှိသော ကျန်းမာရေးဌာနများနှင့်လည်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု အချို့ ရှိပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ရပ်ရွာများရှိ ကျန်းမာရေး လုပ်သားသစ်များအတွက် လေ့ကျင့်သင်ကြားပေးခြင်းနှင့် ရွေးချယ်ခန့်အပ်ခြင်း ကိစ္စရပ်များတွင် ထောက်ပံ့ကူညီမှုများပင် ဖြစ်သည်။ ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများနှင့် ပတ်သက်၍ အစိုးရအာဏာပိုင်များမှ တရားဝင် အသိအမှတ်ပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထောက်ခံချက် ပေးခြင်းတို့၏ သဘောသဘာဝသည် ဒေသပေါ်မူတည်၍ ကွဲပြားပါသည်။ ကယားပြည်နယ်တွင် တိုင်းရင်းသား ကျန်းမာရေးဌာနများက ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ကြီးကြပ် (၂) (PHS II) သင်တန်းဘာသာရပ်ကို ပါဝင်တက်ရောက်ရန် သဘောတူညီမှု ရထားပါသည်။ ၎င်းသည် သွားလာရန် ခက်ခဲသည့် နေရာဒေသများရှိ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းများအား ပုဂ္ဂလိက အကူအညီပေးရေးအဖွဲ့များက ကိုယ်စားပြုလုပ်ကိုင်နိုင်ရန်အတွက် ပြင်ဆင်ပေးသည့် အခြေခံဘာသာရပ်တစ်ခု ဖြစ်သည်။

မွန်ပြည်နယ် မော်လမြိုင်မြို့တွင် မွန်အမျိုးသမီးကွန်ရက်၏အဆိုအရ ရပ်ရွာအခြေပြု အဖွဲ့အစည်းပေါင်းများစွာသည် နိုင်ငံတကာမှ အလှူရှင်များနှင့် NGO များမှ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုဖြင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းများကို လည်ပတ်လုပ်ဆောင်နေသည်။ ၎င်းတို့တွင် အထူးသဖြင့် ဒေသဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး နှင့် ဖွံ့ဖြိုးမှု ကိစ္စရပ်များ၊ လိုအပ်ချက်များနှင့် ပတ်သက်သည့် များပြားသည့် ဗဟုသုတများရှိကြသည့်အပြင် အကူအညီ လိုအပ်လျက်ရှိ သည့် လူနာများနှင့်ဒေသဆိုင်ရာ ဖြစ်ရပ်များကို လျှင်မြန်စွာတုံ့ပြန် ဆောင်ရွက်နိုင်စွမ်းလည်း ရှိကြပါသည်။ သို့သော်လည်း ရေတိုဖြစ်သည့်အပြင် မသေချာမရေရာသည့် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု သဘောတူညီချက်များကြောင့် ရေရှည်ကာလ နှင့် စနစ်ကျသည့် ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများကို ကူညီထောက်ပံ့ရန်အတွက်မူ လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း မရှိပေ။ ရပ်ရွာအခြေပြု အဖွဲ့အစည်းများအား နိုင်ငံတော်နှင့် ဗဟိုအဆင့် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍ အာဏာပိုင် အဖွဲ့အစည်းများမှ အသိပေး ချိတ်ဆက်ဆောင်ရွက်ရန်၊ အစိုးရကျန်းမာရေးဌာနများနှင့် ရပ်ရွာအခြေပြုအဖွဲ့အစည်းများ အတူတကွ ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက် ရှုပ်ထွေးသည့် အုပ်ချုပ်ရေးပိုင်း လုပ်ငန်းစဉ်များကိုတတ်နိုင်သမျှ ရိုးရှင်းအောင် လုပ်ဆောင် ပေးရန် တောင်းဆိုကြပါသည်။ ထို့အပြင် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုအဖွဲ့အစည်းများက ၎င်းတို့အနေဖြင့် လက်ရှိ

လုပ်ကိုင်လျက်ရှိသည့် နယ်မြေဒေသများအတွင်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ ပေးအပ်ဖြန့်ဝေခြင်းကို ဆက်လက်လုပ်ဆောင်နိုင်ရန်အတွက် အစိုးရထံမှ ၎င်းတို့လုပ်ကိုင်လျက်ရှိသည့် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုစနစ်အပေါ် အသိအမှတ်ပြုပေးမှုကို နှစ်သက်လိုလားကြပါသည်။

တည်ရှိနေဆဲ စီစဉ်ရေးဆွဲချမှတ်ထားမှုနှင့် လက်တွေ့အကောင်အထည်ဖော်မှု စနစ်များ

မြို့နယ်၊ ကျေးရွာအုပ်စုနှင့် ကျေးရွာကျန်းမာရေး ကော်မတီများသည် နေရာအတော်များများတွင် သူ့နေရာနှင့်သူ နေရာတကျ ရှိကြ သော်လည်းဝေးလံခေါင်ဖျားသည့် နေရာဒေသများတွင် မရှိ ပါ။ဥပမာအားဖြင့် ပလက်ဝမြို့နယ်တွင် ကျေးရွာပေါင်း (၃၈၄)ခုတွင် (၇၀) ပတ်ဝန်းကျင်ခန့်၌ သာကျေးရွာကျန်းမာရေး ကော်မတီများ ရှိကြသည်။ ထို့အပြင် ၎င်းကော်မတီများသည် တည်ရှိနေသော်ငြား အများအားဖြင့် သက်ဝင်တတ်ကြမှုမရှိသည့်အပြင် အမျိုးသမီးများနှင့် အားနည်းသည့် လူအုပ်စုများ၏ ပူးပေါင်းပါဝင်ပတ်သက်မှု နည်းပါးနေပါသည်။ ပလက်ဝမြို့နယ်တွင် မြို့နယ်အုပ်ချုပ် ရေးမှူး ဦးဆောင်သည့် မြို့နယ်ကျန်းမာရေးကော်မတီကို ဖွဲ့စည်းတည်ထောင်ခဲ့ပြီး မြို့နယ်အဆင့် (ဥပမာ လူမှု ဖူလုံရေး၊ မြန်မာနိုင်ငံ ကြက်ခြေနီအသင်း၊ မြန်မာနိုင်ငံ မိခင်နှင့်ကလေး စောင့်ရှောက်ရေးအသင်း)ရှိ ကဏ္ဍပေါင်းစုံမှ ပုဂ္ဂိုလ်များပါဝင်ပါသည်။ ရေးမြို့နယ်တွင် ကျေးရွာကော်မတီများသည် အသက်ဝင်မှု သိပ်မရှိသည့်အပြင် ဖွဲ့စည်း တည်ဆောက်ပုံလည်း စံမီပြည့်စုံခြင်းမရှိဟု ဆိုပါသည်။ သို့သော် ရပ်ရွာလူထုများနှင့် စေ့စပ်ညှိနှိုင်းပြီး ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများအား တိုးတတ်လာစေရန် လုပ်ဆောင်ရာတွင် အားကောင်းသည့် အခန်းကဏ္ဍတစ်ခုမှ ပါဝင် လုပ်ကိုင်ရန်အတွက် ကော်မတီများအား အားဖြည့်တင်းလျင်ဖြစ်နိုင်သည်ဟု လက်ခံယုံကြည်ကြသည်။ မွန်ပြည်သစ် ပါတီနှင့် ဆွေးနွေးနေစဉ် အတောအတွင်း ကျန်းမာရေး ကော်မတီများနှင့် စီမံကိန်း အထောက်အပံ့ဖြင့် ဝင်ရောက် လုပ်ကိုင်မှုများတွင် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုအုပ်စုများ၏ ပူးပေါင်းပါဝင်မှု၊ ပွင့်လင်းမြင်သာမှုနှင့် တာဝန်ယူမှုရှိမှုတို့နှင့် ပတ်သက်၍ အရေးပါမှုကို ၎င်းတို့က အထူးထောက်ပြခဲ့သည်။

လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုနှင့် လက်တွေ့ကွင်းဆင်းလေ့လာမှုများမှလည်း မြို့နယ်အဆင့် အစီအစဉ်ရေးဆွဲချမှတ် လုပ်ဆောင်မှုစနစ်ကို ယခုထက်ပိုကောင်းအောင် လုပ်ဆောင်ရန်ရှိသည်ကို တွေ့ရှိခဲ့ပါသည်။ အထူးသဖြင့် ဒေသ ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ၊ များပြားသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ/အဖွဲ့များနှင့် အတားအဆီးများအကြောင်း ပိုမိုနားလည်လာရန်၊ ထို့အပြင် တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများကဲ့သို့သော အားနည်းသည့်လူအုပ်စုများအတွက် ဦးတည် သော ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ ပေးအပ်နိုင်ရန်အတွက် ခွဲခြမ်းစိတ်ဖြာလေ့လာစိစစ်မှု အပိုင်းကို အားဖြည့် ရပါမည်။

အားလုံးပူးပေါင်းပါဝင်သည့် ချဉ်းကပ်မှု နည်းလမ်းတစ်ခုဆီ သွားရောက်ရာ၌ ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှုရှိသော နိုင်ငံရေး စနစ်ဟောင်း၏အမွေကြောင့်သာမဟုတ်ပဲ အစဉ်အလာယဉ်ကျေးမှုနှင့် နိုင်ငံတွင်းရှိ အထက်အောက်ဆန်သော စနစ် များက လူအများကို ၎င်းတို့၏အမြင်များကို ဖော်ထုတ်ပြသခြင်းမှ ကင်းကွာလာစေသည့်အပြင် ဒေသတွင်း ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်ရာနှင့် လုပ်ငန်းစဉ်များကို အစီအစဉ်ချမှတ်ရာတွင် တတ်ကြွစွာ ပါဝင်မှုကို အဟန့်အတား ဖြစ်စေပါသည်။ ရပ်ရွာလူထုများနှင့် စေ့စပ်ညှိနှိုင်းမှုကို အားဖြည့်ပေးသည့် ကြိုးပမ်းမှုများတွင် လုပ်ငန်းစဉ်များကို အစီအစဉ်ရေးဆွဲချမှတ်ရာတွင် လိုအပ်သည့် စွမ်းရည်တည်ဆောက်မြှင့်တင်မှုနှင့် သတင်းအချက်အလက်ဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်မှုများ လိုအပ်ကောင်း လိုအပ်နိုင်ပါသည်။

အားနည်းသည့် လူအုပ်စုများအနေဖြင့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူဆောင်ရွက်ရာတွင် အဓိကကျသည့် အတားအဆီးများ

ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကိုခံယူရာတွင် အဟန့်အတားဖြစ်စေသည့် အချက်များနှင့် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများနှင့် အင်အားနည်းအုပ်စုများ ပူးပေါင်းပါဝင်လာမှုကို အဟန့်အတားဖြစ်စေသည့် အချက်များကို သတ်မှတ်ထုတ်ဖော်ထားပါသည်။ သတ်မှတ်ထုတ်ဖော်ထားသည့် အဓိကကျသည့် အတားအဆီးများမှာ -

အကုန်အကျခံနိုင်မှု - လူနာများအနေဖြင့် အချို့သော ဆေးဝါးနှင့်ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးမှုအတွက် ကိုယ်တိုင်အကုန်အကျ ခံကြရပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံ၌ ၂၀၁၀ခုနှစ်တွင် အိမ်ထောင်စုတစ်ခု ကျန်းမာရေးကုန်ကျစရိတ်၏ ၈၀%ခန့်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကိုခံယူသူများမှ 'အိတ်စိုက်အကုန်အကျခံ' ခဲ့ကြရပါသည်။ သို့သော်ယခုအခါ သိသာစွာတိုးမြှင့်လာသည့် အစိုးရကျန်းမာရေး ဘတ်ဂျက်နှင့် အခမဲ့မရှိမဖြစ်ဆေးဝါးများအစီအစဉ် စသည်တို့ကြောင့် အိတ်စိုက်ကုန်ကျခံစရိတ် တဖြည်းဖြည်းကျဆင်းလာပါသည်။ ပြည်သူများအနေဖြင့် အခြေခံကျသော ကျန်းမာရေး အခြေခံအဆောက်အအုံများကိုတည်ဆောက် ထိန်းသိမ်းခြင်းနှင့် အခြေခံ ကျန်းမာရေး လုပ်ငန်းလည်ပတ်ဆောင်ရွက်ရေး ကုန်ကျစရိတ်နှင့်ပတ်သက်၍ ကိုယ်ထူကိုယ်ထ ဝိုင်းဝန်းထောက်ပံ့ ဆောင်ရွက်ကြသည်များလည်းရှိပါသည်။ ချို့တဲ့နွမ်းပါးသော အိမ်ထောင်စုအတော်များများသည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုခံယူရန် မတတ်နိုင်ကြပါ။ အစပိုင်းတတ်နိုင်သူများ ရှိနေနိုင်သော်လည်း ကျန်းမာရေးအတွက်ပုံအော့၍ အကုန်အကျခံလိုက်ရခြင်းကြောင့် ဆင်းရဲတွင်းနက်သွားနိုင်သည့် အခြေအနေများလည်း ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်ပါသည်။ ယင်းအခြေအနေများကို ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းရန်အတွက် အချို့လုပ်ငန်းများအား အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်လျက်ရှိပါသည်။ ကျေးလက် ကျန်းမာရေး ရန်ပုံငွေများ၊ ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူများအတွက် ငွေပဒေသာပင်များ၊ မိခင်များအတွက် အခမဲ့ကုသခွင့်ဘောက်ချာများ၊ မရှိမဖြစ်ဆေးဝါးများအား အခမဲ့ပေးခြင်းနှင့် ဆေးပဒေသာပင်များ စသည်ဖြင့် လုပ်ဆောင်ပေးနေမှုများရှိလာပြီး ယခုထက်ပို၍ လွှမ်းမိုးနိုင်မှုနှင့်သုံးစွဲနိုင်မှုရှိရန်အတွက် ပိုမိုချဲ့ထွင်ခြင်းနှင့် အသိပေးပြောကြားခြင်းများလုပ်ရမည်ဖြစ်ပါသည်။

ပထဝီအနေအထား - မြန်မာနိုင်ငံသည် တောင်တန်းထူထပ်သော နယ်စပ်ဒေသများနှင့် မြစ်ဝကျွန်းပေါ် ရေလွှမ်းမိုးမှုဒဏ်ခံရနိုင်သည့်ဒေသများဖြင့် ပါဝင်ဖွဲ့စည်းထားသည့် ကျယ်ပြောသော နိုင်ငံတစ်နိုင်ငံ ဖြစ်ပါသည်။ လမ်းပန်းဆက်သွယ်ရေးကဲ့သို့ ရုပ်ဝတ္ထုပိုင်းဆိုင်ရာ အခြေခံ အဆောက်အအုံများချို့တဲ့၍ ဝေးလံ လှသော အစွန်အဖျားဒေသများ၌ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်သည့် နေရာဌာနများနှင့် ဝန်ထမ်းများ ထားရှိပေးနိုင်မှုအပိုင်းတွင်လည်း ထပ်မံအားဖြည့်ရန်လိုပါသည်။ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ ကိုယ်တိုင်ကလည်း ထိုကဲ့သို့ ဝေးလံခေါင်ဖျားသော သို့မဟုတ် လူသူအရောက်အပေါက်နည်းသော ကျေးရွာ များ၌ တာဝန်ချထားခြင်းခံရသည့်အခါ အခက်အခဲများစွာကြုံရပါသည်။ သွားလာရေးခက်ခဲမှုကြောင့် ပုံမှန်သွားရောက်ကုသမှုပေးနိုင်ခြင်းလည်း မရှိကြပါ။

လမ်းပန်းဆက်သွယ်ရေးသည် ပလက်ဝမြို့နယ်တွင် အဓိကကျသည့် အဟန့်အတားတစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ ပထဝီဝင်သဘောအရ သွားလာရခက်ခဲသည့် ကျေးရွာများထဲမှ အများစုမှာ အဆိုပါမြို့နယ်အစပ် ပတ်ဝန်းကျင်တွင် တည်ရှိနေသည်။ အချို့သော သွားလာရခက်ခဲသည့်ကျေးရွာများမှာ ထိုမြို့နယ်ခေါင်မှ အနည်းဆုံး (၃)ရက်ခန့် သွားရောက်ရပါသည်။ အကြောင်းမှာ သွားရောက်သည့် နည်းလမ်းမှာလည်း အများအားဖြင့် လှေ သို့မဟုတ် ခြေကျင်သွားရခြင်း ဖြစ်သည်။ လက်တလောတွင် အဆိုပါ သွားလာရ ခက်ခဲသည့် အနေရာဒေသများရှိ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းများ (ဥပမာ အရေးပေါ် အခြေအနေ ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ချဲ့ထွင်ထားသည့် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံရေး အစီအစဉ်) ကို အနီးအနားရှိ မြို့နယ်များမှ ကျန်းမာရေးဌာနများမှနေ၍ အဆင်ပြေအောင် လုပ်ဆောင်ထားရပါသည်။

ဘာသာစကားနှင့် ယဉ်ကျေးမှုလေ့

ယဉ်ကျေးမှုအရ ယုံကြည်စွဲလမ်းနေမှုများနှင့် ဓလေ့စရိုက်များ အပါအဝင် ဘာသာစကား၊ ယဉ်ကျေးမှုတို့နှင့်ပတ်သက်သည့် အဟန့်အတားများက တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုတို့အနေဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများထံ လာရောက်ကုသမှုခံယူခြင်းကို အဟန့်အတား ဖြစ်စေလျက်ရှိပါ သည်။ တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများ၌ ကျန်းမာရေး၊ ရောဂါဘယနှင့် ပတ်သက်လာပါက ကွဲပြားသော အယူအဆများ ရှိထားနှင့်ကြပြီး ၎င်းတို့အတွက် ကျန်းမာရေးဟူသည် စိတ်ခံစားမှုဆိုင်ရာ ကျန်းမာ ရေးနှင့် လူမှုရေးဆက်နွယ်ပတ်သက်မှုများနှင့် တိုက်ရိုက် သက်ဆိုင်နေသည်ဟု ယူဆတတ်ကြပါသည်။ ရိုးရာ ဓလေ့နှင့်အညီ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးနေသူများကသာ ၎င်းတို့၏ ကျန်းမာရေး အခြေအနေများနှင့် ပတ်သက်၍ ပိုမို သိကျွမ်းနားလည်၍ လမ်းညွှန်ပြသပေးနိုင်သည်ဟု ယူဆကောင်းယူဆထားနိုင်ပါသည်။ ရပ်ရွာအတွင်း၌ ပင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုခံယူနိုင်ခြင်းကို ဒေသခံအတော်များများက ပိုမိုနှစ်သက်ကြပြီး အထူးသဖြင့် မိခင်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်လာပါက အနီးဆုံးကျန်းမာရေး ဆေးပေးခန်း သို့မဟုတ် ဆေးရုံသို့ သွားရောက်ခြင်းထက် ၎င်းတို့ မိသားစုအနီးအနားမှာပင် ကုသမှုခံယူလိုကြပါသည်။ အချို့က ၎င်းတို့၏ ရိုးရာယဉ်ကျေးမှုနှင့် ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်၍ ဓလေ့ထုံးတမ်းများအပေါ် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများက အထင်အမြင်သေး၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း ခံရမည်ကို စိုးရွံ့နိုင်ပါသည်။ ဤနည်းအားဖြင့် ဘာသာစကားနှင့် ယဉ်ကျေးမှုအဟန့်အတားများ ရှိနေကြခြင်းကြောင့် လူနာနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများအကြား ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရာတွင်လည်း အကန့်အသတ်ရှိ နေနိုင်ပါသည်။

မြို့နယ်နှစ်ခုစလုံးတွင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင် စောင့်ရှောက်မှုနှင့် အဟာရ တိုက်ကျွေးမှု လုပ်ငန်းများကို စိန်ခေါ်လျက်ရှိသော အစဉ်အလာ ယုံကြည်မှုများနှင့် ဓလေ့များ ရှိပါသည်။ဥပမာ ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ်အတွင်း အချို့သော အစားအစာများကို ရှောင်ကြဉ်ခြင်း(ဆား ရှောင်ခြင်း)။ လိင်အပေါ် မူတည်ပြီး ဘက်လိုက်မှုများ နှင့် အမျိုးသားမဟာဝါဒီလွှမ်းမိုးမှု ကြောင့် ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်၊ သန္ဓေသားနှင့် ကလေးကျန်းမာရေး နှင့်ပတ်သက်သည့် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုအသုံးပြုမှုကို နှောင့်နှေးကြန့်ကြာစေနိုင်သော သဘောလည်း ရှိပါသည်။ မိရိုးဖလာ ကျန်းမာရေး လုပ်သားများ (တိုင်းရင်းဆေးဆရာများ)သည် လူမှုအဖွဲ့အစည်း အတော်များများတွင် အရေးပါသည့် အခန်းကဏ္ဍတစ်ခုအဖြစ် ပါဝင်လည်ပတ်နေဆဲ ဖြစ်သည့်အပြင် ကျန်းမာရေး ကိစ္စများနှင့်ပတ်သက်၍ ပထမဆုံး ထိတွေ့ဆက်ဆံသည့်သူများလည်း အများအားဖြင့် ဖြစ်နေပါသည်။

မွန်ပြည်နယ်တွင် ဝေးလံခေါင်ဖျားသည့်ဒေသများရှိ တိုင်းရင်းသားလူနည်းစု အများစုမှာ မွန်စကားကိုသာ ပြောသည့် အတွက်ကြောင့် ကျန်းမာရေး ဝန်ကြီးဌာနမှ ဝန်ထမ်းများ ဒေသခံလူထုနှင့် ဆက်ဆံပြောဆိုရာတွင် အခက်အခဲ အများအားဖြင့် ရှိပါသည်။ မွန်ပြည်သစ်ပါတီမှ ထိန်းချုပ်ထားသည့် နယ်မြေဒေသများရှိ လူအများစုသည် ဗမာစာကို မဖတ်တတ်ကြပါ။ ရလဒ်အနေဖြင့် ပြည်သူအများစုသည် အစိုးရမှ လည်ပတ်လုပ်ဆောင်လျက်ရှိသော ကျန်းမာရေး ဌာနများမှ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူရန် နောက်တွန့်ကြပါသည်။

လက်ရှိအစိုးရလက်ထက်တွင် အဆိုပါပြဿနာနှင့် ပတ်သက်၍ အသိအမှတ်ပြုမှုတချို့ ရှိလာပြီး တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများမှ အချို့ကို မွန်ပြည်နယ်တွင် ရွေးချယ်ခန့်အပ်လာပါသည်။ ဤသို့ဆက်လက် ကြိုးပမ်းဆောင်ရွက်မှု များကို တိုက်တွန်းအားပေးပြီး ထောက်ခံသင့်ပါသည်။ မွန်ပြည်သစ်ပါတီ ကလည်း ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သည့် သတင်းအချက်အလက်များနှင့် ပညာပေးအစီအစဉ်များကို ဒေသဆိုင်ရာ ဘာသာစကားများဖြင့် ပြင်ဆင်ရန်၊ မြန်မာဘာသာကို တတ်မြောက်ခြင်းမရှိသည့် သို့မဟုတ် မပြောမဖတ်နိုင်သည့် ကျေးလက်ဒေသမှ လူမှု အသိုင်းအဝန်းက ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ သိမြင်နားလည်မည့် နည်းလမ်းများသုံးရန် အကြံပြုထားပါသည်။

ပဋိပက္ခဖြစ်ပေါ်လျက်ရှိသော ဒေသများနှင့်ဖြစ်ပွားခဲ့သောဒေသများ - ယခင်အစိုးရအဆက်ဆက်နှင့် တိုင်းရင်းသား လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့များအကြား ဖြစ်ပွားခဲ့သည့်တိုက်ပွဲများ၏ဒဏ်ကို ပြည်နယ်ခုနစ်ခုလုံး၌ တွေ့ကြုံ ခံစားခဲ့ကြရဖူးပါသည်။ လက်ရှိအစိုးရသစ်လက်ထက်တွင် အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေး သဘောတူညီမှုများနှင့် အပေးအယူလုပ်ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးမှုများ ပို၍ အရှိန်ရလာသည်ဟုဆိုနိုင်ပါသည်။ သို့သော် အချို့ဒေသများ၌ တိုက်ပွဲများ ဆက်လက် ဖြစ်ပွားနေဆဲဖြစ်သည်။ အစိုးရကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ အနေဖြင့်လည်း အဆိုပါတိုက်ပွဲဖြစ်ပွားရာ ဒေသများသို့ အပြည့်အဝ လက်လှမ်းမီနိုင်ခြင်း မရှိသေးဘဲ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသည့် လုပ်ငန်းများကို တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုအဖွဲ့အစည်းများနှင့် NGO များက ဆောင်ရွက်ပေးလျက် ရှိပါသည်။ ကာလတာရှည် ရှိခဲ့သော တစ်ဖက်နှင့်တစ်ဖက်အကြား ယုံကြည်မှုအားနည်းခြင်းကြောင့် အစိုးရ၏ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းများ တိုးချဲ့ ဆောင်ရွက် ရာတွင် အခက်တွေ့စေနိုင်ပြီး အချို့ဒေသများ၌ လိုလိုလားလားလက်ခံမှုမရှိသည်တို့လည်း ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ ရခိုင်ပြည်နယ်၌ မကြာမီကဖြစ်ပေါ်ခဲ့သည့် ပဋိပက္ခများသည်လည်း ယင်းဒေသများရှိ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု ပေးအပ်နေသည့်လုပ်ငန်းများအပေါ် သက်ရောက်မှုများ ရှိနေပါသည်။

ကျန်းမာရေးစနစ်နှင့် ဝန်ထမ်းများ - ကျန်းမာရေးစနစ်အဆင့်တိုင်းရှိ စွမ်းဆောင်ရည် အတားအဆီးများက ပြည်သူ့အားလုံးကို အခြေခံ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ ပေးအပ်ရန်အတွက် နိုင်ငံ့ကဏ္ဍ၏ စွမ်းရည်ကို စိန်ခေါ်နေပါသည်။ ဝန်ထမ်းများနှင့်ပတ်သက်၍ မျှတမှုမရှိသည့် ပထဝီဝင် အနေအထားပေါ် မူတည်သည့် ဖြန့်ဝေနေရာချထားမှု (အထူးသဖြင့် ဝေးလံခေါင်ဖျားပြီး သွားလာရခက်ခဲသည့် ဒေသများတွင် ဝန်ထမ်းခန့်အပ် နေရာချထားမှု) များက ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ၏ အရည်အသွေးပိုင်းနှင့် ဖြန့်ဝေလုပ်ဆောင်မှုအပိုင်းကို အတားအဆီးသဖွယ် ဖြစ်စေပါသည်။ ရှေ့ပိုင်းတွင် မှတ်သားထားသကဲ့သို့ ဝန်ထမ်းများကို အထောက်အကူပေးသည့် အလေ့အကျင့်ပိုင်းများကို ကြိုးပမ်းလုပ်ဆောင်မှု တချို့ရှိခဲ့ပါသည်။ ဤအချက်တွင် ဦးစားပေးလုပ်ဆောင်ခြင်း သို့မဟုတ် တိုင်းရင်းသားများ လူနည်းစု အုပ်စုများမှ ကျောင်းသား/သူများကို (ဥပမာ PHS II၊ သားဖွားဆရာမများ၊ ကျန်းမာရေး မှူးများနှင့် ဆရာဝန်များ အတွက်) အများအားဖြင့် ရွေးချယ်ခြင်း စသည့်ပါဝင်ပါသည်။ ကရင်ပြည်နယ်တွင် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနက အခြားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အထောက်အပံ့ပေးမှု အဖွဲ့များ (ဥပမာ ထိုင်း Ministry of Public Health သို့မဟုတ် နိုင်ငံတကာ အန်ဂျီအိုများမှ နယ်စပ်ဒေသများတွင် သင်တန်းပေးရေး အစီအစဉ်များ)မှ လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးထားသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့် ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းကို မွန်းမံပြင်ဆင်ပေးရာတွင် ကူညီပံ့ပိုးပေးရန်အတွက် စီစဉ်နေပါသည်။ အကြောင်းမှာ ကရင်တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစု အုပ်ချုပ်ရေး အဖွဲ့အစည်းအောက်ရှိ ၎င်းတို့၏ သီးခြားကျေးရွာများ၌ အခြေခံ ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများအဖြစ် တာဝန်ယူ လုပ်ကိုင်ရန်အတွက် ဖြစ်၍ အလားတူ ကြိုးပမ်းလုပ်ဆောင်မှုများသည် ကယားပြည်နယ်တွင်လည်း ဆက်လက် ဖြစ်ပေါ်နေလျက်ရှိပါသည်။

သတင်းအချက်အလက်စနစ် - ကိန်းဂဏန်းနှင့် သတင်းအချက်အလက်စနစ်သည် အားနည်းချက်ရှိပြီး လက်တလောတွင် အဆင့်အားလုံး၌ တိုးတတ်ကောင်းမွန်သည့် အစီအစဉ် ရေးဆွဲချမှတ်လုပ်ဆောင်မှုကို အဟန့်အတားဖြစ်စေပါသည်။ အဆိုပါစနစ်ကို စိတ်ချယုံကြည်ရသည့် မြို့နယ်၊ ကျေးရွာအုပ်စုနှင့် ကျေးရွာအဆင့် လူဦးရေကိန်းဂဏန်း အချက်အလက်များ ပြည့်ပြည့်စုံစုံမရှိခြင်းက ကန့်သတ်ထားသည့်အပြင် ရရှိနိုင်သည့် အချက်အလက်ကလည်း ဆေးရုံများနှင့် ကျန်းမာရေးဌာနများရှိ လူနာများအား တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစုအလိုက်၊ လူမှုစီးပွားရေးရာ အခြေအနေများ အလိုက် ခွဲခြားစိစစ်မှုမရှိသေးပါ။ လက်တလောပြီးစီးခဲ့သည့်သန်းခေါင်စာရင်း ကောက်ခံမှုသည် အနာဂတ်တွင် အချက်အလက် ကောက်ခံမှုနှင့် စနစ်ကို တိုးတတ်ကောင်းမွန်စေရန် လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ရှိမည်ဖြစ်သည်။ သို့သော် မြို့နယ်အဆင့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အစီအစဉ်ချမှတ်မှု လုပ်ငန်းစဉ်တွင် အားစိုက်လုပ်ဆောင်မှုများနှင့် နိုင်ငံတော်၊ ကျန်းမာရေး ဝန်ကြီးဌာနအဆင့် စောင့်ကြည့်စစ်ဆေးမှုများသည်

မြို့နယ်အဆင့်နှင့် ၎င်းအဆင့်အောက်ရှိ အစီအစဉ်ချမှတ် လုပ်ဆောင်မှုကို တိုးတတ်ကောင်းမွန်စေရန်ပိုမိုတိကျသည့် အချက်အလက်များကို ပံ့ပိုးပေးနိုင်ပါသည်။ လက်တလော အနေအထားတွင် များစွာသော ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု ပေးနေသူများ/အဖွဲ့အစည်းများမှ ထောက်ပံ့ထားသည့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများနှင့် ပတ်သက်၍ လွယ်လင့်တကူ ရရှိနိုင်မှု၊ လက်လှမ်းမီနိုင်မှုနှင့် လက်ခံနိုင်မှုအနေအထားများကို ကောက်ခံထားသည့် အချက် အလက် ကိန်းဂဏန်း မရှိပေ။⁷

၇.၃။ ဖြစ်လာဖွယ်ရှိသည့် လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကျိုးကျေးဇူးများ၊ သက်ရောက်မှုများနှင့် အန္တရာယ်များ

မူဝါဒဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်လာခြင်း၊ အင်စတီကျူးရှင်းများ ပိုမိုခိုင်မာတောင့်တင်းလာခြင်းနှင့် စွမ်းဆောင်ရည် မြင့်တက်လာခြင်းဖြင့် ကျန်းမာရေးစနစ်များ တိုးတက်လာခြင်း၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတွင် ဘဏ္ဍာငွေတောင့်တင်းလာခြင်းတို့ကြောင့် လူအုပ်စုများအားလုံးတို့သည် စီမံချက်အကျိုးကျေးဇူးများကို ရရှိခံစားနိုင်ကြလိမ့်မည်ဟု မျှော်လင့်ပါသည်။ အထူးသဖြင့် ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူများနှင့် စီးပွားရေးအခြေအနေတို့ကြောင့် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးစနစ်ကို ရွေးချယ်အသုံးပြုနိုင်ခြင်း မရှိရှာသူများအတွက် ပိုမိုအကျိုး ဖြစ်ထွန်းစေနိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများ၏ အရည်အသွေး မြင့်တက်လာခြင်း၊ ပူးပေါင်းပါဝင်လာမှုကို အားကောင်းလာခြင်းနှင့် တာဝန်ယူမှု အပိုင်းတွင်လည်း ပိုမိုမြင့်တက်လာခြင်းဖြင့် ပြည်သူများအနေဖြင့် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများအား ပိုမိုရယူခံစားလာနိုင်ကြမည်ဟု မျှော်လင့်ပါသည်။

လူတိုင်းကိုလွှမ်းမိုးသောကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု (Universal Health Coverage) တွင် အလွှာသုံးခုစလုံးမှတစ်ဆင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးနိုင်ရန်ရည်ရွယ်ထားစေကာမူ မြန်မာနိုင်ငံ၌ ဦးစားပေးဆောင်ရွက်သင့်သည့်အချက်မှာ ပဏာမကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို ခိုင်မာအားကောင်းလာစေရန် ဆောင်ရွက်ပေးဖို့ဖြစ်ပါသည်။ ယင်းပဏာမကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကသာ ကျန်းမာရေးစနစ်အား စတင်အသုံးပြုနိုင်မည့် ပထမဆုံးသော နေရာတစ်ခုဖြစ်သည့်အပြင် မြန်မာနိုင်ငံ၏ ဝေးလံခေါင်ဖျား ကျေးလက်ဒေသများတွင်နေထိုင်ကြသည့် တန်းတူကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု မရရှိသူများအတွက်ဆိုပါက ကျန်းမာရေးစနစ်နှင့်ထိစပ်ခွင့်ရှိမည့် တစ်ခုတည်းသော လမ်းကြောင်းလည်းဖြစ်ပါသည်။ ပဏာမကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရရှိရန်အတွက် ကြားဝင် ဆောင်ရွက်ပေးမှုများသည် ကုန်ကျမှုနှင့်နှိုင်းယှဉ်လျှင် ထိရောက်မှုအရှိဆုံးနှင့် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍတွင် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုများအတွက် သက်သာ လျော့ပါးမှုအပေးနိုင်ဆုံး လုပ်ဆောင်ချက်များဖြစ်ကြောင်း ကမ္ဘာ့အနှံ့ဆောင်ရွက်ချက်များမှ သိရှိခဲ့ကြရပြီး ဖြစ်ပါသည်။

ဤစီမံချက်က ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများနှင့် ပတ်သက်ပြီး တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများနှင့် အခြားအင်အားနည်းအုပ်စုများထံ ဆိုးရွားသော အကျိုး သက်ရောက်မှုများ ရှိလိမ့်မည်မဟုတ်ဟု မျှော်လင့်ပါသည်။ ထို့အပြင် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများအား တိုးမြှင့်ဆောင်ရွက်မှုကို တိုင်းရင်းသားများနေထိုင်ရာ ပြည်နယ်များတွင်သာမက တိုင်းဒေသ ကြီးစုနှစ်ခုတွင်ပါ လိုလားလျက်ရှိပါသည်။ NGO များနှင့် တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုအဖွဲ့အစည်းများသည် အစိုးရမှပေးအပ်လျက်ရှိသည့် ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများနှင့်မတူ တမူထူးခြားသည့် လုပ်ငန်းများကို ဆောင်ရွက်ပေးနေကြခြင်းမဟုတ်ပဲ အဖွဲ့အစည်းနှင့် လုပ်ငန်း လည်ပတ်မှု

⁷ WHO and Ministry of Health, 2012. *Health System Assessment for Universal Health Coverage: Myanmar*. October-December, 2012.

အပိုင်းများတွင်သာ ကွာခြားချက်ရှိနေကြခြင်းဖြစ်ပါသည်။ သို့ရာတွင် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများသာမက အခြား အင်အားနည်းအုပ်စုများ နေထိုင်နေကြသည့်ဒေသများ၌ အရည်အသွေးမီ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ခြင်းနှင့် ယင်းကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအား ခံယူရာတွင် သာတူညီမျှမှုရှိစေခြင်းနှင့်သက်ဆိုင်သည့် ကိစ္စရပ်များကို ဤစီမံချက်တွင် ထည့်သွင်းစဉ်းစားရန်လိုအပ်ပါသည်။ တိုင်းရင်းသားလူနည်းစု ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများ လည်ပတ်ဆောင်ရွက်နေသည့် ဒေသများတွင် အခက်အခဲအချို့ တွေ့ကောင်းတွေ့ရှိလာနိုင်ပါသည်။ ယင်းအဖွဲ့အစည်းများသည် (NGO များ၏ အထောက်အပံ့ဖြင့်) ထိုဒေသတွင် တစ်ဦးတည်းဝန်ဆောင်မှုပေးနေကြသည့် အဖွဲ့အစည်းများဖြစ်နေနိုင်သလို တစ်နေရာတည်းတွင် အစိုးရ၏ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများနှင့် ယှဉ်တွဲဆောင်ရွက်နေကြသည့် အဖွဲ့အစည်းများလည်းဖြစ်နေနိုင်ပြီး ၎င်းတို့အနေဖြင့် အဆိုပြုထားသော ဤစီမံချက်လုပ်ငန်းများကြောင့် ၎င်းတို့ကိုယ်ပိုင် လုပ်ဆောင်နေသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများအပေါ် တစ်နည်းတစ်ဖုံ ထိခိုက်မှုရှိလာနိုင်သည်ဟု ယူဆသွားနိုင်စရာရှိပါသည်။

အခြားကျန်းမာရေးစနစ်များဖြစ်သည့် အထူးသဖြင့် တိုင်းရင်းသားလူနည်းစု အဖွဲ့အစည်းများက စီမံဆောင်ရွက် နေသည့်စနစ်များသည် ဖြစ်ပေါ်လာသော ပြောင်းလဲမှုတွင် ၎င်းတို့လုပ်ငန်းများ၏ အရည်တည်တံ့မှု အတွက်စဉ်းစားစရာ ရှိလာပါသည်။ NGO များနှင့် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုအဖွဲ့အစည်းများကဲ့သို့ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးနေသူများသည် နိုင်ငံတော်အစိုးရ၏ ကျန်းမာရေးစနစ်နှင့် ယှဉ်တွဲ လည်ပတ် ဆောင်ရွက်နေ ကြသူများဖြစ်ပါသည်။ မြို့နယ်နှင့်ကျေးရွာအဆင့်တွင် NGOများက ထိတွေ့ရန် ခက်ခဲသော လူနည်းစုများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ ရောက်ရှိအောင် ဆောင်ရွက်အားထုတ်ချက်များကို ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန (MOH) အနေဖြင့် အသိအမှတ်ပြုထားပါသည်။ ယင်းအဖွဲ့အစည်းများ၌ လေ့ကျင့်သင်ကြားမှုခံထားရ၍ အတွေ့အကြုံရင့်ကျက်သော ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများရှိသော်လည်း အစိုးရ၏လက်ရှိ စံနှုန်းများနှင့် ညှိနှိုင်းမှုစနစ်လိုနေသေးသည့်အတွက် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးစနစ်အတွင်း တိုက်ရိုက်ဝင်ရောက်တာဝန်ထမ်းဆောင်ရန် မဖြစ်နိုင်သေးပါ။ ထို့အပြင် တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုအဖွဲ့အစည်းများနှင့် NGO များရှိ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း အတော်များများသည်လည်း ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှချမှတ်ထားသော ဗမာစကား ကျွမ်းကျွမ်းကျင်ကျင် ပြောဆို နိုင်ရေး လိုအပ်ချက်ကို မှီရန် လည်း အခက်အခဲရှိနိုင်ပါသည်။ သို့သော် အစိုးရနှင့် တိုင်းရင်းသားလက်နက်ကိုင်အဖွဲ့များကြား အပစ်အခတ် ရပ်စဲရေး သဘောတူညီချက်များ ရယူပြီးနောက်တွင်မူ အချို့ပြည်နယ်များ၌ အတူတကွ ပူးပေါင်းဆောင် ရွက်သွားကြရန် ကြိုးပမ်းဆောင်ရွက်မှုများစတင်နေပြီဖြစ်ပါသည်။

၇.၄။ နီးနော့တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုများ မှုများနှင့် ပတ်သက်သည့် ရလဒ်များ၏ အနှစ်ချုပ်

ကမ္ဘာ့ဘဏ်၏ ဒေသခံတိုင်းရင်းသား ပြည်သူများအတွက် လုပ်ငန်းလည်ပတ်ဆောင်ရွက်မှုဆိုင်ရာ မူဝါဒ(OP 4.10)သည် ကမ္ဘာ့ဘဏ်၏ ဘဏ္ဍာငွေဖြင့် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများ နေထိုင်ရာ ဒေသများ၌ လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ရာတွင် မိမိဆန္ဒအလျောက် လွတ်လပ်စွာဖြင့် ရှေ့ပြေး အသိပေး တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုများ လုပ်ငန်းစဉ်မှတစ်ဆင့် အဆိုပါ တိုင်းရင်းသား လူနည်းစု များထံမှ ကျယ်ပြန့်သည့် ထောက်ခံမှုကို ရရှိရန် လိုအပ်ပါသည်။ သို့သော်လည်း စီမံချက်မြို့နယ်များကို ခွဲခြားသတ်မှတ်မှု မလုပ်ရသေးသည့်အတွက်ကြောင့် ထိုသို့သော ကျယ်ပြန့်သည့် ထောက်ခံမှုကို ရရှိဖို့ မဖြစ်နိုင်သေးပါ။ OP 4.10 ကို အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်မည့် ရပ်ရွာလူထုပူးပေါင်းပါဝင်မှုအတွက် စီမံရေးဆွဲရေးမူဘောင် (CEPF) သည် ပါဝင် သည့် မြို့နယ်များအတွက် ဆွေးနွေးတိုင်ပင်မှုနှင့် လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကျိုးထက်မှု လုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခုအား ပံ့ပိုးပေးမည် ဖြစ်သည်။ အလားတူပင် တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများနှင့် ဆက်နွှယ်နေသော သီးခြားကိစ္စရပ်များကို ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းရန်အတွက် လိုအပ်သော လုပ်ငန်းနှင့်ပတ်သက်သည့် အသေးစိတ် အစီအစဉ်ကို လုပ်ငန်းလက်တွေ့ အကောင်အထည်ဖော်စဉ်

ကာလအတောအတွင်း ပြင်ဆင်ရမည် ဖြစ်သည်။ ထွက်ပေါ်လာမည့် ရလဒ်များနှင့် ရေရှည်ရပ်တည်နိုင်စွမ်းကို အားဖြည့်ပေးရန်အတွက် နှစ်ခုစလုံးအား လက်ရှိတည်ရှိ လုပ်ဆောင်ဆဲ လုပ်ငန်းစဉ်များအတွင်းသို့ ပေါင်းစပ် ထည့်ဝင်သင့်ပါသည်။

ဆွေးနွေးနှီးနှောတိုင်ပင်မှုများမှနေ၍ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများကို တိုးတတ်အောင် လုပ်ဆောင်ရာတွင် ပြင်းပြသည့် စိတ်ပါဝင်စားမှုနှင့် တောင်းဆိုမှုကို တွေ့ရှိခဲ့ပါသည်။ သဘာဝအားဖြင့် လူတိုင်းကိုလွှမ်းမိုးသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၏ အစိတ်အပိုင်း တစ်ရပ်အဖြစ် မြန်မာနိုင်ငံရှိ လူမှုအသိုင်းအဝန်းအားလုံးသို့ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ ချဲ့ထွင်လုပ်ဆောင်ရန်စိတ်ပါဝင်စားကြသည်။ သို့သော်လည်း ဆွေးနွေးနှီးနှောတိုင်ပင်မှုများ လုပ်ဆောင်စဉ် အတောအတွင်း၌ အဆိုပြုထားသည့် စီမံချက်နှင့် ပတ်သက်၍ အချို့သော စိုးရိမ်မှုများ (အစိုးရ ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများနှင့် ပတ်သက်၍ တိုင်းရင်းသား အဖွဲ့အစည်းအချို့နှင့် လူမှုအသိုင်းအဝန်းများ အကြား လက်ခံမှု၊ ခွဲခြားဆက်ဆံမှု၊ ဘာသာစကားနှင့် ယဉ်ကျေးမှု အတားအဆီးများ) အား ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခဲ့ပါသည်။

အချို့သော တိုင်းရင်းသားလူနည်းစု အဖွဲ့အစည်းများကလည်း အစိုးရဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများနှင့် အစိုးရ၏ “လူတိုင်းလွှမ်းမိုးသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု” ဦးတည်ချက်များကို အားကောင်းလာစေမည့် အဆိုပါစီမံချက်၏ အထောက်အပံ့က ၎င်းတို့ကိုယ်ပိုင် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ၏ ရေရှည်ရပ်တည်နိုင်မှုအပေါ် မည်သို့အကျိုး သက်ရောက်သွားမည်ကို စိုးရိမ်ပူပန်မှုများရှိကြောင်း ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခဲ့ပါသည်။ တချို့ကလည်း အဆိုပါစီမံချက်သည် အစိုးရနှင့် ၎င်းတို့၏အဖွဲ့အစည်းများအကြား ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုကို တိုးတတ်အောင် ထောက်ပံ့ပေးသင့်သည်ဟု အကြံပြုကြသလို၊ တချို့ကမူ ၎င်းတို့၏ ကိုယ်ပိုင်ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများကို စီမံချက်မှနေ၍ အထောက်အပံ့ပြုရန် အကြံပြုကြပါသည်။⁸

အဆိုပါကိစ္စရပ်များကို စီမံချက်နယ်မြေများအား သတ်မှတ်နေစဉ်ကာလအတွင်း စီမံချက်လက်တွေ့ အကောင်အထည် ဖော်ဆောင်ရွက်စဉ် အတောအတွင်း ကိုင်တွယ်ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။ မြန်မာနိုင်ငံရှိ ကျန်းမာရေးစနစ် နှင့် ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများကို အားကောင်းလာအောင် အဆိုပြုထားသည့် စီမံချက် လုပ်ဆောင်ရာတွင် ပတ်သက် ဆက်နွယ်သူများ၏ အကြံပြုချက်များ ထည့်သွင်းပေါင်းစပ်လုပ်ဆောင်ရန်၊ ၎င်းတို့၏ ထောက်ခံမှုရယူရန် ဆွေးနွေး နှီးနှောတိုင်ပင်မှုများကိုလည်း နိုင်ငံတော်အဆင့်၊ ပြည်နယ်အဆင့်၊ မြို့နယ်နှင့် ကျေးရွာအဆင့်အလိုက် ကျယ်ပြန့်သည့် ပတ်သက်ဆက်နွယ်သူများဖြင့် ကျင်းပသင့်ပါသည်။ နီးနှောတိုင်ပင်မှုများနှင့် စေ့စပ်ဆွေးနွေးမှုများအတွက် အရေးယူ ဆောင်ရွက်ချက်များကို CEPF ထဲတွင် ပါဝင်ရေးဆွဲရပါမည်။

၈။ အကြံပြုချက်များ

ဤလူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုကို သိခြားစီမံချက် နယ်မြေများကို မသတ်မှတ်ရသေးခင် လျင်မြန်စွာပြင်ဆင်သည့် စီမံချက်အတွက် လုပ်ဆောင်ထားပါသည်။ ထို့ကြောင့် စီမံချက်နယ်မြေနှင့် တိုက်ရိုက်မပတ်သက်သည့် ကျယ်ပြန့်သော ဆွေးနွေးတိုင်ပင်နှီးနှောမှုများနှင့် လုပ်ဆောင်ထားသောအစကနဦး အကဲဖြတ်မှုတစ်ခုအဖြစ် စဉ်းစားသင့်ပါသည်။ စီမံချက် လက်တွေ့ အကောင်အထည်ဖော်မှုတွင် စီမံချက်ရလဒ်များနှင့် ရပ်ရွာလူထုပါဝင်ပတ်သက်မှုတို့ကို အားဖြည့်

⁸ Similar concerns are raised by ethnic minority organization in a paper prepared by ethnic minority organization; HCCG, 2014: *A Federal, Devolved Health System for Burma/Myanmar: A Policy Paper (draft)*. Health Convergence Core Group (HCCG) တွင်ကြည့်ပါ။

ပေးရန် CEPF ထဲ၌ ပိုမိုအသေးစိတ်ကျပြီး စီမံချက်နယ်မြေနှင့် တိုက်ရိုက်ပတ်သက်သည့် လူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှု နှင့် ဆွေးနွေးနှီးနှောတိုင်ပင်မှုတို့ကို ပါဝင်စေရန် လိုအပ်မည် ဖြစ်ပါသည်။ ထို့အပြင် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစု အုပ်စုများ နေထိုင်ရာဒေသများရှိ ဌာနတိုင်းရင်းသားများနှင့် ပတ်သက်သော ကမ္ဘာ့ဘဏ်၏ ဒေသခံတိုင်းရင်းသားပြည်သူများ အတွက် လုပ်ငန်းလည်ပတ်ဆောင်ရွက်မှုဆိုင်ရာ မူဝါဒ (OP4.10) လိုအပ်ချက်များကို အရေးယူဆောင်ရွက်ရန် ဖြစ်ပါသည်။

စီမံချက်ကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သည့် အပြုသဘောဆောင်သည့် အကျိုးသက်ရောက်မှုများသည် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများနှင့် အိုးအိမ်ဆုံးရှုံးသောသူများကဲ့သို့ အင်အားနည်းအုပ်စုများ ပိုမိုပါဝင်လာနိုင်စေရန် ဆောင်ရွက်ရာတွင် မည်မျှလုပ်ဆောင်နိုင်မည့်အတိုင်းအတာပေါ်တွင် မူတည်နေပါသည်။ ဤနည်းအားဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးအပ်သည့်စနစ်တွင် ပူးပေါင်းပါဝင်လာမှုကို ပိုမိုအားကောင်းလာစေရန်လိုအပ်ပြီး စီးပွားရေးနှင့်ပထဝီဒေသနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အဟန့်အတားများကိုသာမက ဘာသာစကား၊ ယဉ်ကျေးမှု အဟန့်အတားများကိုပါ ကိုင်တွယ် ဖြေရှင်းပေးနိုင်မည့် နည်းလမ်းများ လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ လူနည်းစုတိုင်းရင်းသား အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ရှိနေနိုင်သည့် မိရိုးဖလာ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လက်တွေ့လုပ်ကိုင်နေသူများ အပါအဝင် ပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးနေသောသူများ/အဖွဲ့အစည်းများနှင့် တိုးတက်ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုသည် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများနှင့် ရလဒ်ကောင်းများကို ဖွံ့ဖြိုးလာစေရန်အပြင် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးစနစ်ကို လူနည်းစုတိုင်းရင်းသားများအနေဖြင့် သုံးစွဲချင်လာအောင် ဆွဲဆောင်နိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။ ဆင်းရဲနွမ်းပါးသည့် လူမှုအဖွဲ့အစည်းများနှင့် အားနည်းသော လူအုပ်စုများအတွက် စီမံချက်၏အကျိုးကျေးဇူးများကို အားဖြည့်ပေးရန်အတွက် အခြားသော အရေးယူ ဆောင်ရွက်ချက်များကို အကြံပြုတင်ပြထားပါသည်။

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု - ဒေသဆိုင်ရာရပ်ရွာလူထုများအတွက် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများနှင့် ကျန်းမာရေးရလဒ်ကောင်းများကို ပိုမိုဖြစ်ထွန်းလာစေရန်အတွက် အစိုးရကျန်းမာရေးစနစ်နှင့် ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးနေသောသူများ/ အဖွဲ့အစည်းများအကြားရှိ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုနှင့် ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှုတို့ကို အားဖြည့်ရန် အကြံပြုထားပါသည်။ တိုင်းဒေသကြီးနှင့် ပြည်နယ်များ၏ ကျန်းမာရေး အုပ်ချုပ်မှု အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနတို့အကြား ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုကိုလည်း တိုးမြှင့်ရန် အကြံပြုတင်ပြထားပါသည်။ -အထူးသဖြင့် တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုအဖွဲ့အစည်းများက ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများအား အစိုးရနှင့်ပူးတွဲ၊ တစ်ခါတစ်ရံ သီးခြားသဘောမျိုးဖြင့် ပံ့ပိုးပေးနေသော ပြည်နယ်များ တွင် ဤကိစ္စရပ်သည် အထူးအရေးပါသည်။ ပြည်နယ်များတွင် ညှိနှိုင်းပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှုကို အားဖြည့်ရန်အတွက် ကြိုးပမ်းလုပ်ဆောင်မှုများတွင် တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုအဖွဲ့အစည်းများကို ထည့်သွင်းထားရန် အကြံပြုတင်ပြထား ပါသည်။

ပူးပေါင်းပါဝင်စွာအစီအစဉ်ချမှတ် ရေးဆွဲမှုကို ပိုမိုကောင်းမွန်စေခြင်း - ဤလူမှုရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုတွင် ဖော်ပြထားသကဲ့သို့ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ၏ အရည်အသွေး၊ အလွယ်တကူရရှိနိုင်မှု နှင့် အသုံးပြုမှု စသည့်တို့နှင့် ပတ်သက်၍သိသာထင်ရှားသည့် အတားအဆီးများ တည်ရှိနေသည်။ ဤသို့သော အတားအဆီး အကန့်အသတ်များကို ဖော်ထုတ်ပြီး ပိုမိုကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းဆောင်ရွက်ရန်အတွက် ရပ်ရွာလူထုများ၊ အခြားသော ပတ်သက်ဆက်နွယ်နေသူများနှင့် နီးနှောတိုင်ပင်ခြင်း၊ ရှိရင်းဆွဲ အခက်အခဲကိစ္စရပ်များ၊ လူမှုရေးကိစ္စများ၊ အကန့်အသတ်များ နှင့် လိုအပ်ချက်များအပေါ် အကဲဖြတ်ခြင်းများ၊ ဒေသတွင်းရရှိနိုင်သည့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်ပြီး လေ့လာပြုစုခြင်းများ ပါဝင်သော ပူးပေါင်းပါဝင်စွာ အစီအစဉ်ချမှတ်ရေးဆွဲမှု လုပ်ငန်းစဉ်ကို ဖွံ့ဖြိုးစေရန် လုပ်ဆောင်သင့်သည့်အပြင် စီမံချက်၏ မြို့နယ်များတွင် ထိုလုပ်ငန်းစဉ်ကို ဆောင်ရွက်

သင့်ပါသည်။ ဤသို့သော ဆောင်ရွက်မှုများသည် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန နှင့် မြို့နယ်အဆင့် ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများ၏ လူမှုရေးဆိုင်ရာ စိစစ်ခွဲခြမ်းစိတ်ဖြာတတ်သော၊ ပူးပေါင်းပါဝင်စွာ အစီအစဉ်ချမှတ်ရေးဆွဲတတ်သော အရည်အသွေးနည်းလမ်းများကို မြှင့်တင်တည်ဆောက်ရာတွင် အထောက်အကူပြုမည် ဖြစ်သည်။ ၎င်းအပြင် ဒေသဆိုင်ရာ ရပ်ရွာလူထုများ၏ လိုအပ်ချက်များနှင့်အညီ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ၏ မဆိုင်းမတွ တုန့်ပြန်ဆောင်ရွက်မှုကိုလည်း အားကောင်းစေမည်ဖြစ်သကဲ့သို့ စားသုံးသူများ (သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို ကိုယ်စား ပြုသူများ)၏ ပါဝင်ဆောင်ရွက်မှုကို တိုးပွားစေသင့်ပြီး ဒေသတွင်း၌ ပိုမိုကြီးမားသော လူမှုရေးဆိုင်ရာ တာဝန်ခံမှုကို ဆီသို့ တက်လှမ်းစေရပါမည်။ မြို့နယ်နှင့် ကျေးရွာကျန်းမာရေး ကော်မတီများသည် ပူးပေါင်းပါဝင်စွာ အစီအစဉ် ချမှတ်ရေးဆွဲမှုလုပ်ငန်းစဉ်တွင် အဓိကအခန်းကဏ္ဍတစ်ခုအဖြစ် ပါဝင်လုပ်ကိုင်သင့်ပြီး ထိုသို့ပါဝင်လုပ်ကိုင်နိုင်ရန် ၎င်းတို့၏ စွမ်းဆောင်ရည်ကို မြှင့်တင်ရန်လိုအပ်ပါသည်။

ကိန်းဂဏန်းအချက်အလက် ကောက်ယူမှု နှင့် စောင့်ကြည့်စစ်ဆေး အကဲဖြတ်ခြင်းကို ပိုမိုကောင်းမွန်စေခြင်း -
မြို့နယ်နှင့် ကျေးရွာအဆင့်များရှိ ကျန်းမာရေး အခြေအနေကို အချက်အလက် ကောက်ယူမှုနှင့် စောင့်ကြည့်စစ်ဆေး အကဲဖြတ်မှုသည် ထပ်မံအားကောင်းအောင် လုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ်ပြီး အဆိုပါစနစ်ကို တိုးတက်ကောင်းမွန်စေမည့် အထောက်အပံ့ပေးရန် အကြံပြုပါသည်။ လူမှုရေးနှင့် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုဆိုင်ရာ အချက်များကို အချက်အလက် ကောက်ယူမှုနှင့် စောင့်ကြည့်စစ်ဆေး အကဲဖြတ်မှု စနစ်များအတွင်းသို့ ပေါင်းစပ်ထည့်သွင်းရန်လည်း အကြံပြု ပါသည်။ အဓိကကျသည့် ညွှန်ကိန်းများကို လိင်၊ လူမှုစီးပွား အဆင့်အတန်းနှင့် တိုင်းရင်းသား မျိုးနွယ်စု စသည့် အချက်များဖြင့် ခွဲခြားသတ်မှတ်သင့်ပါသည်။ ဤသို့လုပ်ဆောင်မှုက မြို့နယ်အဆင့်နှင့် ထိုအဆင့်အောက်ရှိ နေရာ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ၊ ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူများ၊ အမျိုးသမီးများ၊ တိုင်းရင်းသား လူနည်းစုများနှင့် အပါအဝင် မတူညီသည့် လူမှုရေးအုပ်စုများအတွက် ပိုမိုကောင်းမွန်သော ဦးတည်ချက်နှင့် စောင့်ကြည့်စစ်ဆေးသည့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိရန် ကျန်းမာရေး ကဏ္ဍ၏ စွမ်းဆောင်ရည်ကို ပိုမိုကောင်းမွန်လာစေမည် ဖြစ်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးကဏ္ဍအလိုက် ဆောင်ရွက်မှုနှင့် စီမံချက်အလိုက် ဆောင်ရွက်မှု စောင့်ကြည့်စစ်ဆေးရာတွင် စားသုံးသူ နှင့် အရပ်ဘက် အဖွဲ့အစည်းများ ပါဝင်ဆောင်ရွက်စေခြင်းအားဖြင့် စောင့်ကြည့်စစ်ဆေးမှုစနစ်ကို ပိုမိုအားကောင်း စေသင့်ပါသည်။ ဤသို့သော လုပ်ငန်းစဉ်ယန္တရားများသည် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍတွင် လူမှုအဖွဲ့အစည်း၏ ပါဝင်မှုကို တိုးတက်စေပြီး အစိုးရနှင့် ပုဂ္ဂလိကအပါအဝင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးနေသောသူများ/ အဖွဲ့အစည်းများ၏ တာဝန်ယူမှုနှင့် ပွင့်လင်းမြင်သာမှုရှိမှုကို အားကောင်းလာစေသည့် အလားအလာရှိပါသည်။ ထိုသို့စောင့်ကြည့်စစ်ဆေးမှု နည်းလမ်းများ၌ ရပ်ရွာအလိုက် ရမှတ်မှတ်တမ်းများ၊ လူမှုရေးဆိုင်ရာ စာရင်းအင်းစစ်ဆေးမှု၊ ပြည်သူ့ကိုယ်တိုင် အမှတ်ပေးသောမှတ်တမ်းနှင့် ပြည်သူ့တစ်ဦးချင်းစီအလိုက် ကျေနပ်နှစ်သက်မှု ရှိမရှိ စစ်တမ်းကောက်မှုများ စသည်ဖြင့် ပါဝင်နိုင်သည်။ ထပ်မံ၍ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများနှင့် ရလဒ်များကို အားဖြည့်ပေးရန် အတွက် လူမှုရေးဆိုင်ရာ ဖြစ်ရပ်များကို အရည်အသွေးပိုင်းအရ အကဲဖြတ်လေ့လာမှုများကို လုပ်ဆောင်နိုင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ဝန်ဆောင်မှု အလွယ်တကူရရှိနိုင်မှုလမ်းကြောင်းရှိ အတားအဆီးများ၊ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အမှုအကျင့် နှင့် ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူများနှင့် အားနည်းသော လူအုပ်စုများအတွက် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများကို လိုလားတောင်းဆိုမှုဖြစ်စေသည့် အချက်များကို အကဲဖြတ်ရန်အတွက် ဆောင်ရွက်သည့် သုတေသနများ ဖြစ်ပါသည်။

အခြားအကြံပြုချက်များ - အထူးသဖြင့် တိုင်းရင်းသား လူနည်းစု များနှင့် အားနည်းသည့် လူအုပ်စုများအတွက် စီမံကိန်းရလဒ်များကို အားကောင်းစေရန်အတွက် စဉ်းစားသုံးသပ်ရမည့် အခြားသော အရေးယူဆောင်ရွက်မှုများတွင် ပါဝင်သည်များမှာ -

- ကျန်းမာရေးကဏ္ဍရှိ စီမံခန့်ခွဲသူများ၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးနေသူများသည် ၎င်းတို့ဝန်ဆောင်မှုပေးနေသည့် လူအုပ်စုများ (ဥပမာ - အမျိုးသမီးများ၊ တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများ၊ ဒုက္ခသည်များနှင့် အခြား ပြည်သူလူထုများ)၌ မတူညီသည့် ကျန်းမာရေးရှုထောင့်အမျိုးမျိုးနှင့် ဓလေ့ထုံးစံအမျိုးမျိုး ရှိထားကြသည်ကို ပိုမိုနားလည်သဘောပေါက်လာစေရန်နှင့် လိုက်လျောညီထွေစွာ တုံ့ပြန်ဆောင်ရွက်ပေးတတ်ရန်နှင့် လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးမှုများ။
- လူသားအရင်းအမြစ်နှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ ခန့်အပ်ထားရှိခြင်း မူဝါဒများနှင့် လုပ်နည်းလုပ်ဟန်များကို ပြန်လည်သုံးသပ်စစ်ဆေးခြင်းဖြင့် တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုအုပ်စုများထဲမှ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ ခန့်အပ်ထားရှိ၍ လေ့ကျင့်သင်ကြားပေးခြင်း၊ လက်ရှိ အစိုးရကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ ဘာသာစကားလိုအပ်ချက်များကို လျော့ပေါ့စဉ်းစားပေးခြင်း သို့မဟုတ် နိမ့်ချပေးခြင်း။
- အစိုးရ၏ လူတိုင်းလွှမ်းခြုံသောကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်နှင့် အထွေထွေ ကျန်းမာရေးပညာပေးမှုများနှင့် စပ်လျဉ်း၍ လူနည်းစုဘာသာစကားများဖြင့် စာရွက်စာတမ်းများ/ ပစ္စည်းများ ရေးသား ထုတ်ဝေ ပြောဆိုခြင်း။
- မိရိုးဖလာ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးနေသူများ၏ စွမ်းဆောင်ရည်နှင့် အသိပညာ ဗဟုသုတတို့ကို တိုးတတ်ဖွံ့ဖြိုးလာစေရန် ပါဝင်ဆောင်ရွက်စေခြင်းအားဖြင့် အမှားအယွင်းမခံသော အခြေအနေတွင် လူနာများအား ပညာရှင်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနေသူများထံသို့ မဖြစ်မနေ ရည်ညွှန်းမှု ရှိနေစေခြင်း။ မိရိုးဖလာ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးသူများသည် တိုင်းရင်းသားလူနည်းစုများနှင့် အခြားသော ကျေးလက်ဒေသ အိမ်ထောင်စုများအတွက် ကျန်းမာရေးနှင့် စပ်လျဉ်း၍ ပထမဆုံးအဆက်အသွယ်ပြုလုပ်ရာ နေရာဌာနအဖြစ် ဆက်လက်ရပ်တည်နေမည့် အလားအလာရှိပါသည်။

ကိုးကားစာရွက်စာတမ်းများ

1. ADB, 2001. Health and Education Needs of Ethnic Minorities in the Greater Mekong Subregion.
2. HCCG, 2014. *A Federal, Devolved Health System for Burma/Myanmar: A Policy Paper (draft)*. Health Convergence Core Group (HCCG).
3. Pew Research Center, 2010. *Pew Research Center's Religion & Public Life Project: Burma*.
4. UNPFA, 2010. *Report on Situation Analysis of Population and Development, Reproductive Health and Gender in Myanmar*.
5. UNPFA, 2008. Reproductive Health of Ethnic Groups in the Greater Mekong Sub-region.
6. WHO and Ministry of Health, 2012. *Health Financing Review Myanmar*. February 23, 2012.
7. WHO and Ministry of Health, 2012. *Health System Assessment for Universal Health Coverage: Myanmar*. October-December, 2012.