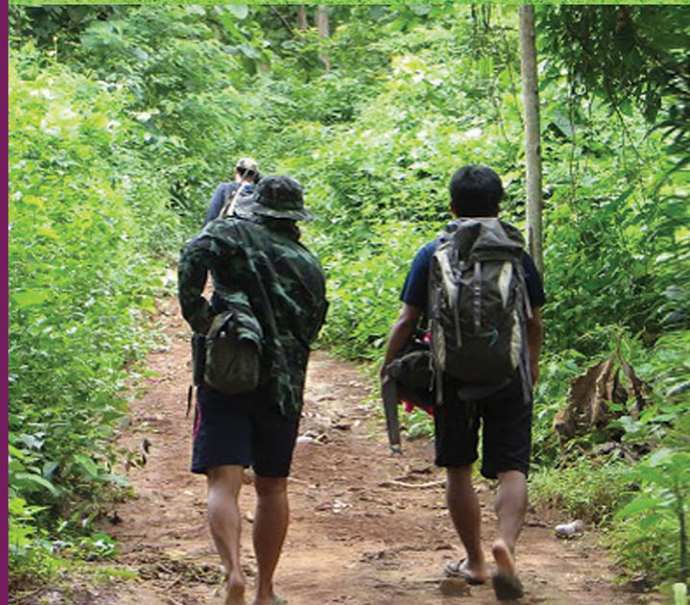


မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ပိုင်း  
ပဋိပက္ခနယ်မြေများမှကျန်းမာရေး  
တန်းတူရေးကြိုးပမ်းမှုအခြေအနေ

ဘီလ်ဒေးဗစ် နှင့် ကင်မ်ဂျီလိမ်  
ဇွန် ၂၀၁၆



မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ပိုင်း ပဋိပက္ခနယ်မြေများမှကျန်းမာရေး  
တန်းတူရေးကြိုးပမ်းမှုအခြေအနေ

ဘီလ်ဒေးဗစ် နှင့် ကင်မ်ဂျီလိမ်

စွန် ၂၀၁၆

**ဘီလ်ဒေးဗစ် (Bill Davis)** သည် အလွတ်တန်းသုတေသီတစ်ဦးဖြစ်ပြီး မြန်မာနိုင်ငံရှိ ရပ်ရွာအခြေပြု အဖွဲ့အစည်းများ (CBOs) ၊ တက္ကသိုလ်များ ၊ UN အဖွဲ့အစည်းများ ၊ နိုင်ငံတကာ NGOsများတွင် ပဋိပက္ခ ၊ လူ့အခွင့်အရေး နှင့် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ လုပ်ငန်းများကို ၇ နှစ်ကြာ အလုပ်လုပ်ကိုင်ခဲ့သည်။ ဂျွန်ဟော့ကင်းတက္ကသိုလ်မှ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဒေါက်တာဘွဲ့ (doctor of public health degree (DrPH) ကို ရရှိထားသူဖြစ်သည်။

**ကင်မ်ဂျိုလိစ်(Kim Jolliffe)** သည် အလွတ်တန်းသုတေသီ ၊ စာရေးဆရာ ၊ သရုပ်ခွဲလေ့လာသူ နှင့် သင်တန်းပို့ချသူတစ်ဦးဖြစ်ပြီး မြန်မာနိုင်ငံတွင် တိုင်းရင်းသားအရေး ၊ အထောက်အပံ့ဆိုင်ရာမူဝါဒ နှင့် လုံခြုံရေးဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များကို အထူးပြုလေ့လာပါသည်။ အရှေ့တောင်အာရှတွင် အလုပ်လုပ်ကိုင်လျက်ရှိသည်မှာ ၈ နှစ်ကျော်မျှရှိပြီဖြစ်သည်။ လက်ရှိတွင် သဘောထားကွဲလွဲမှုများဖြစ်ပွားရာ ဒေသများရှိ အခြေခံလူမှုဝန်ဆောင်မှုများ (SSCA) နှင့်ပတ်သက်သော သုတေသနအား ဦးဆောင်သုတေသီအဖြစ် လုပ်ကိုင်ဆောင်ရွက်နေသူဖြစ်သည်။

ဤသုတေသနအစီအရင်ခံစာပြုစုနိုင်ရန် ပူးပေါင်းပါဝင်ပေးခဲ့ကြသူများ အားလုံးအား စာရေးသူများမှ အထူးကျေးဇူးတင်ကြောင်း မှတ်တမ်းတင်လိုပါသည်။ ကရင်ကျန်းမာရေး နှင့် လူမှုဖူလုံရေးဌာန (KDHW) ၊ မယ်တော်ဆေးခန်း (MTC) ၊ ကရင်နီအမျိုးသားရွေ့လျားကျန်းမာရေးကော်မတီ (KnMHC) ၊ ဗမာဆေးဖက်ဆိုင်ရာအသင်း (BMA) မှ ဝန်ထမ်းများမှ မျှဝေပေးခဲ့သည့် သဘောထားအမြင်များ ၊ အသေးစိတ်သတင်းအချက်များကြောင့် အစီအရင်ခံစာအတွက် များစွာအကျိုးရှိခဲ့ပါသည်။ နိုင်ငံတကာအစိုးရ မဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်းများ (INGO)၊ UN အဖွဲ့အစည်းများ ၊ ယခင်အစိုးရမှ အရာရှိများ နှင့် အခြားသော ရပ်ရွာလူထုအခြေပြုအဖွဲ့အစည်းများမှ တွေ့ဆုံဆွေးနွေးခွင့်ပေးသူများ ၊ အကြံပြုချက်ပေးသူများ နှင့် အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် ဖြေကြားပေးသူများအားလည်း ကျေးဇူးတင်ကြောင်း မှတ်တမ်းတင်လိုပါသည်။ အာရှဖောင်ဒေးရှင်းမှ Mim Kolestschka နှင့် မမေဇင်အောင်တို့အား စီမံအုပ်ချုပ်မှုဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များ ၊ ထောက်ပံ့ရေးဆိုင်ရာကိစ္စရပ်များတွင် ကူညီမှုအားလည်းကောင်း ၊ Justin D.VanderBerg အားလည်း မြေပုံထုတ်ခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်အတွက်လည်းကောင်း ၊ John Rieger အား စာသားတည်းဖြတ်ပြုပြင်ပေးခြင်း အတွက်လည်းကောင်း အထူးကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ကော့ကရိတ် မြို့နယ် နှင့် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတလျှောက်ရှိ ဆေးခန်းများ၏ မြေပုံများကို ပံ့ပိုးပေးခဲ့သည့် Health Information Systems Working Group နှင့် Swiss Agency Working Group for Development အဖွဲ့တို့အားလည်း အသိအမှတ်ပြု ကျေးဇူးတင်ကြောင်း ဖော်ပြအပ်ပါသည်။ နောက်ဆုံးအနေဖြင့် ယခုစာတမ်းပြုစုစဉ် အစောပိုင်းကာလအတွင်း တန်ဖိုးရှိသည့်အကြံပြုချက်များပေးခဲ့ကြသည့် Three Millenium Development Goals Fund (3MDG) ၊ BMA ၊ MTC, ကျောပိုးအိတ်ကျန်းမာရေးအဖွဲ့ (BPHWT) နှင့် KDHW မှ ဝန်ထမ်းများ နှင့် ထိုင်းနိုင်ငံအခြေစိုက် အရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ ကျန်းမာရေးကိစ္စများနှင့် ပတ်သက်၍ အထူးကျွမ်းကျင်သူ နှစ်ဦးအား ကျေးဇူးတင်ကြောင်း ဖော်ပြလိုပါသည်။

**အာရှဖောင်ဒေးရှင်း (The Asia Foundation)** သည် အကျိုးအမြတ်မယူသည့် နိုင်ငံတကာ ဖွံ့ဖြိုးရေးအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုဖြစ်ပြီး အရှိန်အဟုန်ဖြင့် ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်နေသည့် အာရှဒေသရှိ လူများ၏ လူနေမှုဘဝမြှင့်တင်ပေးသည့် လုပ်ငန်းများကို ဆောင်ရွက်လျက် ရှိပါသည်။ ဆယ်စုနှစ် ခြောက်နှစ်ကြာ ကာလအတွင်း ရရှိထားသည့် လုပ်ငန်းနှင့် ဒေသတွင်း အတွေ့အကြုံများအပေါ် အခြေခံ၍ ၂၁ ရာစုတွင် အာရှဒေသတွင်း တွေ့ကြုံနေရသည့် စိန်ခေါ်မှုများဖြစ်သော စီမံအုပ်ချုပ်မှုနှင့် ဥပဒေ၊ စီးပွားရေး ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု၊ အမျိုးသမီး စွမ်းဆောင်ရည်မြှင့်တင်ရေး၊ သဘာဝပတ်ဝန်းကျင်နှင့် ဒေသတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးလုပ်ငန်းများကို လုပ်ဆောင်လျက်ရှိပါသည်။ ထို့ပြင် Books for Asia အစီအစဉ်နှင့် ပညာရပ်ဆိုင်ရာ အပြန်အလှန်ဖလှယ်မှုများကိုပါ ဆောင်ရွက်ခြင်းဖြင့် အာရှဒေသ ငြိမ်းချမ်း၊ တရားမျှတကာ ဖွံ့ဖြိုးသာယာရေးအတွက် ကူညီဆောင်ရွက်လျက်ရှိပါသည်။ ဆန်ဖရန်စစ္စကိုတွင် ရုံးချုပ် တည်ရှိပြီး အာရှနိုင်ငံပေါင်း (၁၈) နိုင်ငံနှင့် ဝါရှင်တန်၊ ဒီစီ တို့တွင် ရုံးများရှိပါသည်။ အာရှဖောင်ဒေးရှင်းသည် အစိုးရဌာနဆိုင်ရာနှင့် ပုဂ္ဂလိက မိတ်ဖက်များဖြင့် လုပ်ငန်းများတွဲဖက်လုပ်ဆောင်ကာ၊ ရန်ပုံငွေများအား နှစ်နိုင်ငံ နှင့် နိုင်ငံပေါင်းစုံပါဝင်သော ဖွံ့ဖြိုးရေးအဖွဲ့အစည်းများ၊ ဖောင်ဒေးရှင်းများ၊ ကော်ပိုရေးရှင်းများ နှင့် တစ်သီး ပုဂ္ဂလအလှူရှင်များမှ လက်ခံရရှိပါသည်။



**The Asia Foundation**

**စကားချီး**

မြန်မာနိုင်ငံ၏ သဘောထားကွဲလွဲမှုများဖြစ်ပွားရာဒေသများတွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများအား အုပ်ချုပ်မှုစနစ် ပုံစံ ပြုပြင်ခြင်းဖြင့် အစိုးရ၏ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှ လည်းကောင်း၊ တိုင်းရင်းသား လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ဆက်စပ်လျက်ရှိသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများမှလည်းကောင်း ပေးလျက်ရှိပါသည်။ ၂၀၁၁ နှင့် ၂၀၁၂ ခုနှစ်များတွင် ပစ်ခတ် တိုက်ခိုက်မှု လက်မှတ်ရေးထိုးပြီးနောက်ပိုင်းတွင် နှစ်ဖက်အကြား ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရန်ကြိုးပမ်းမှုများအပေါ် အခြေခံပြီး NLD ဦးဆောင်သော အစိုးရသစ်သည် မြန်မာနိုင်ငံရှိ ထိခိုက်ခံစားရမှုအများဆုံးသောသူများထံသို့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရောက်ရှိစေနိုင်ရန်အတွက် အဆိုပါ စနစ် ၂ခုအကြား ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ တိုးတက်လာရန် ရည်ရွယ်၍ မကြုံစဖူးအခွင့်အလမ်း များအား ဖော်ဆောင်ခဲ့ပါသည်။

အဆိုပါအခြေအနေတွင် မြန်မာနိုင်ငံ၏ သဘောထားကွဲလွဲမှုများဖြစ်ပွားရာဒေသများရှိ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးအပ်ခြင်း နှင့် ကျန်းမာရေးတန်းတူညီမျှဆိုင်ရာ သုတေသနအစီအရင်ခံစာအား အာရှဖေဒါဒေးရှင်းမှ ဝမ်းမြောက်စွာဖြင့် တင်ပြအပ်ပါသည်။ ယင်းဒေသများရှိ လက်ရှိ လည်ပတ်နေသော ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန နှင့် တိုင်းရင်းသားလူမျိုးစု နှင့် ရပ်ရွာအခြေပြုကျန်းမာရေး အဖွဲ့အစည်းနှစ်ခုစလုံး၏ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်များအား ဤအစီအရင်ခံစာတွင် ခြုံငုံဖော်ပြထားပါသည်။ အစိုးရ နှင့် အစိုးရမဟုတ်သည့် အဖွဲ့ ၂ ဖက်စလုံးအတွက် မူဝါဒဆိုင်ရာ အကြံပြုချက်များ ၊ အဓိကအခွင့်အလမ်းများ ၊ ပေါင်းစည်းခြင်းဆိုင်ရာ အယူအဆများအားလည်း ထည့်သွင်းဖော်ပြထားပါသည်။

အဓိကအချက်မှာ စနစ်နှစ်မျိုး စင်ပြိုင်ဝန်ဆောင်မှုပေးနေသည့် လက်ရှိအနေအထားသည် အချိန် အတိုင်းအတာတစ်ခုအထိ ဆက်လက်တည်ရှိနေနိုင်ပါသည်။ ပါဝင်လုပ်ကိုင်နေကြသူများအားလုံးသည် တဖြည်းဖြည်း ယုံကြည်မှု တည်ဆောက်လာနိုင်ရန် နှင့် ပေါင်းစည်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်အတွက် အလားအလာကောင်းများ ပေါ်ထွက်လာစေရန် ၂ ဖက်အကြားတွင် ကောင်းမွန်သော ပူးပေါင်း ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုများ ဖြစ်ပေါ်လာစေရန် စိတ်ရှည်လက်ရှည်သတိထား ပံ့ပိုးပေးသင့်ပါသည်။ အထူးသဖြင့် ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ် ၏ နိုင်ငံရေးဆိုင်ရာ တောင်းဆိုမှုများ နှင့် အခြားဆက်စပ်သည့် လုပ်ငန်းစဉ်များကြောင့် ကျန်းမာရေး တန်းတူညီမျှ ရည်မှန်းချက်အား ထိခိုက်နှောင့်နှေးစေမှု မဖြစ်စေရအောင် အာရုံစိုက်ဆောင်ရွက်ရမည်ဖြစ်သည်။ ဤသုတေသန အစီရင်ခံစာသည် ရည်ရွယ်တည်တံ့ သော ငြိမ်းချမ်းရေးရရှိရန်အတွက် ရည်ရွယ်လုပ်ဆောင်လျက်ရှိသော ရှုပ်ထွေးလှသည့် ပြဿနာရပ်များအား ဆွေးနွေးရာတွင် အထောက်အကူပြုနိုင်မည်ဟု မျှော်လင့်ပါသည်။

ဤသုတေသနစာတမ်းအား မြန်မာနိုင်ငံအခြေစိုက် အလွတ်တန်းသုတေသီများဖြစ်သည့် ဒေါက်တာ ဘီလ်ဒေးဗစ် နှင့် ကင်မ်ဂျီလိမ် တို့မှ ရေးသားပါသည်။ ဘီလ်ဒေးဗစ်သည် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးကဏ္ဍအား အထူးပြုလေ့လာပြီး ကင်မ်ဂျီလိမ်သည် လုံခြုံရေး ၊ အထောက်အပံ့ဆိုင်ရာ မူဝါဒ နှင့် တိုင်းရင်းသား ပဋိပက္ခဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များတွင် လေ့လာခဲ့ပါသည်။ သုတေသနစာတမ်းအတွက် ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့ပေးသော အဖွဲ့အစည်းမှာ ဗြိတိန်အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာဖွံ့ဖြိုးရေးဌာန (DFID) ဖြစ်ပါသည်။ ယခုစာတမ်းတွင် ဖော်ပြထားသော အယူအဆများသည် စာရေးသူသုတေသီများ၏အယူအဆများသာဖြစ်ပြီး DFID သို့မဟုတ် အာရှဖေဒါဒေးရှင်းတို့၏ အယူအဆများဖြစ်သည်ဟု မမှတ်ယူနိုင်ပါ။

ဒေါက်တာကင်မ်နှင့်

မြန်မာနိုင်ငံဌာနေကိုယ်စားလှယ်

အာရှဖေဒါဒေးရှင်း

**မာတိကာ**

အတိုကောက် ဝေါဟာရများ ..... i

မြေပုံ ၁ ..... iii

မြေပုံ ၂ ..... iv

**အခန်း ၁: မိတ်ဆက်** ..... 1

    သုတေသနပြုစုပုံ နည်းလမ်း ..... 2

    အစီရင်ခံစာ တင်ပြထားပုံ ..... 3

**အခန်း ၂ - နောက်ခံအခင်းအကျင်း** ..... 4

    ၂.၁။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ပဋိပက္ခ နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု သမိုင်းအကျဉ်း ..... 4

        ၁၉၄၈ - ၁၉၈၈ ။ ။ လက်နက်ကိုင်ပဋိပက္ခ နှင့် စင်ပြိုင်ကျန်းမာရေးစနစ်များပေါ်ပေါက်လာခြင်း ..... 4

        ၁၉၈၈ - ၂၀၀၉ ဒေသတွင်းစစ်ပွဲများပြင်းထန်လာခြင်းနှင့်အတူ နယ်စပ်အခြေပြု ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုမြှင့်တင်ခြင်း .. 5

        ၂၀၀၉ - ၂၀၁၆။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတစ်ခု ပွင့်သစ်စ ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ် (2009-2016: A fledgling peace process in southeast Myanmar) ..... 6

    ၂.၂။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ လက်နက်ကိုင်ပဋိပက္ခများ၏ ကျန်းမာရေးပေါ်သက်ရောက်မှု (The impacts of armed conflict on health in southeastern Myanmar) ..... 8

    ၂.၃။ ECBHOs များ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ..... 11

    ၂.၄။ အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေးသက်ရောက်မှုများ နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနောက်ကွယ်မှ နိုင်ငံရေး ..... 12

        ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန လုပ်ငန်းချဲ့ထွင်မှု၏ အကဲဆတ်မှုများ (The sensitivities of Ministry of Health expansion) .. 12

        အလှူရှင်အပြောင်းအလဲနှင့်ပတ်သက်သည့် အယူအဆများ (Perceptions of a donor shift) ..... 13

        ECBHO များအတွက် နေရာပွင့်လင်းလာခြင်း၊ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများတွက် လမ်းပွင့်လာခြင်း ..... 14

**အခန်း ၃ - မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ လက်ရှိကျန်းမာရေးစနစ်၊ အနာဂတ်တွင်ဖြစ်ပေါ်လာမည့် ကျန်းမာရေးစနစ် (Current and future health systems in southeast Myanmar)** ..... 15

    ၃.၁။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ရပ်တည်မှု (Ministry of Health in southeast Myanmar) 15

        ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ဖွဲ့စည်းပုံ ..... 16

        ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန မူဝါဒနှင့် လုပ်ငန်းအစီအစဉ် ..... 17

        အားလုံးအတွက်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရည်မှန်းချက် ..... 19

    ၃.၂။ တိုင်းရင်းသား၊ ရပ်ရွာအခြေပြု ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများ ..... 20

        ECBHO ကွန်ယက်များအတွင်းမှ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု ..... 22

        ဝန်ထမ်းခန့်ထားခြင်းနှင့် သင်တန်းပေးခြင်း ..... 23

        ဒေသတွင်းအပြောင်းအလဲများကြောင့် အခက်အခဲသစ်များ ပေါ်ပေါက်လာခြင်း ..... 25

**အခန်း ၄ - မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ကျန်းမာရေးစနစ်များ ပေါင်းစည်းခြင်း** ..... 27

    ၄.၁။ HCCG ပေါင်းစည်းရေးမူဝါဒ (HCCG convergence policy) ..... 27

    ၄.၂။ ပေါင်းစည်းခြင်းဆောင်ရွက်ချက်ဥပမာများ ..... 29

        အချက်အလက်မျှဝေခြင်းနှင့် ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ခြင်း အစည်းအဝေးများ ..... 29

        ပူးတွဲသင်တန်းပေးခြင်း ..... 29

        အသိအမှတ်ပြုခြင်းဆောင်ရွက်ချက်များ ..... 29

        အမေရိကန်နိုင်ငံသို့ ပူးတွဲခရီးစဉ် ..... 30

|   |           |
|---|-----------|
| Swiss Agency for Development and Cooperaton ၏ မြေပုံထုတ်ခြင်း စီမံကိန်း.....  | 30        |
| ကရင်နှင့် ကယားတွင် ပူးတွဲကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း .....   | 31        |
| ကာလဝမ်းရောဂါတိုက်ဖျက်ခြင်း (၂၀၁၅).....  | 32        |
| <b>အခန်း ၅ - ပေါင်းစည်းခြင်းကို ဆန်းစစ်ခြင်း၊ ရှေ့လုပ်ငန်းများ ဖော်ထုတ်ခြင်း.....</b>   | <b>34</b> |
| ၅.၁။ ပေါင်းစည်းခြင်းအတွက် သင့်တော်သည့် အခြေခံဘောင်တစ်ခုရှာဖွေခြင်း .....  | 34        |
| ၅.၂။ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းနှင့် ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ခြင်းတွင် အတားအဆီးဖြစ်ပေါ်နေသည်များ ကျော်လွှားခြင်း<br>(Overcoming barriers to cooperation and trust building)..... | 38        |
| ECBHO များကို တရားဝင်အသိအမှတ်ပြုမှုလိုအပ်ခြင်း (The need for formal recognition of ECBHOs).....   | 38        |
| ECBHO များနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန် အစိုးရအနေဖြင့် ခိုင်ခိုင်မာမာဆုံးဖြတ်ရန်လိုအပ်သည်.....  | 40        |
| ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်မရောမူ၏ ECBHO များပေါ်သက်ရောက်မှုများ (Uncertainty in the peace process among<br>ECBHOs) .....   | 41        |
| ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုချဲ့ထွင်ခြင်း၏ နောက်ကွယ်မှ နိုင်ငံရေး (The politics of healthcare expansion).....  | 43        |
| ၅.၃။ ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်ဆောင်ရွက်ရမည့်ကိစ္စများ.....   | 45        |
| အချက်အလက်မျှဝေသုံးစွဲခြင်းနှင့် လွှမ်းခြုံမှုနေရာ မြေပုံထုတ်ခြင်း (Sharing information and mapping coverage)....  | 45        |
| ကူးစက်ရောဂါတိုက်ဖျက်ခြင်း (Countering infectious diseases) .....  | 47        |
| ECBHO မှ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသို့ လူနာလွှဲပြောင်းပေးခြင်း (Patient referrals from ECBHOs to MoH facilities) ..  | 48        |
| ECBHO ကျန်းမာရေးလုပ်သားများ အသိအမှတ်ပြုခြင်း (Accreditation of ECBHO health workers).....   | 49        |
| ကျန်းမာရေးစရိတ် (Health Financing).....   | 50        |
| ၅.၄။ ပေါင်းစည်းခြင်းအတွက် အန္တရာယ်ရှိသည့် အယူအဆများ (Problematic conceptions of convergence) .....  | 51        |
| အစိုးရခွင့်ပြုချက်များရရှိရန် ပေါင်းစည်းခြင်း (Convergence for gaining government permissions) .....  | 52        |
| ပေါင်းစည်းခြင်းအတွက် ပေါင်းစည်းခြင်း (Convergence for convergence's sake) .....   | 52        |
| <b>နောက်ဆက်တွဲ ၁ - မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းအတွက် အကြံပြုချက် စုစည်းမှု .....</b>  | <b>54</b> |
| အစိုးရသို့အကြံပြုချက်များ .....   | 54        |
| ECBHO သို့အကြံပြုချက်များ .....   | 55        |
| အစိုးရ နှင့် EAO/ECBHO များသို့ အကြံပြုချက် .....   | 55        |
| နိုင်ငံတကာမှ အကူအညီပေးရေး အဖွဲ့များသို့ အကြံပြုချက်.....  | 56        |
| <b>နောက်ဆက်တွဲ ၂ ။ ကျန်းမာရေးပေါင်းစည်းခြင်း ဗဟိုအဖွဲ့ မူဝါဒများ (Health Convergence Core Group policies) .....</b>   | <b>59</b> |
| ၁.၁။ ကျန်းမာရေးပေါင်းစည်းခြင်း ဗဟိုအဖွဲ့ - ပေါင်းစည်းရေးအခြေခံမူများ.....   | 59        |
| ၁.၂။ HCCG - ပေါင်းစည်းခြင်းမှ ပေါ်ထွက်လာနိုင်သည့် ရလဒ်များ (Potential outcomes of convergence) .....  | 59        |
| ၁.၃။ HCCG အကြံပေးမူများ .....   | 59        |
| <b>ကျမ်းကိုးစာရင်း.....</b>   | <b>61</b> |

**မှတ်စုစာရင်း**

မှတ်စု 1 ။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် လှုပ်ရှားနေသည့် ECBHO များ သုံးသပ်ချက်..... 20

**သရုပ်ပြပုံစာရင်း**

ပုံ 1 ။ အားလုံးအတွက်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ၃ ဖက်မြင်ပုံ (Three Dimensions to consider when moving toward coverage) ..... 19

ပုံ 2။ HCCG ၏ ခိုးယူကားချပ် (rocket ship diagram) ..... 28

**ဇယားများ**

ဇယား 1 ။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ကျန်းမာရေး အညွှန်းကိန်းများ (Health indicators in southeast Myanmar) ..... 8

ဇယား 2 ။ ဆေးကုသမှုနှိုင်းယှဉ်ချက် ..... 23

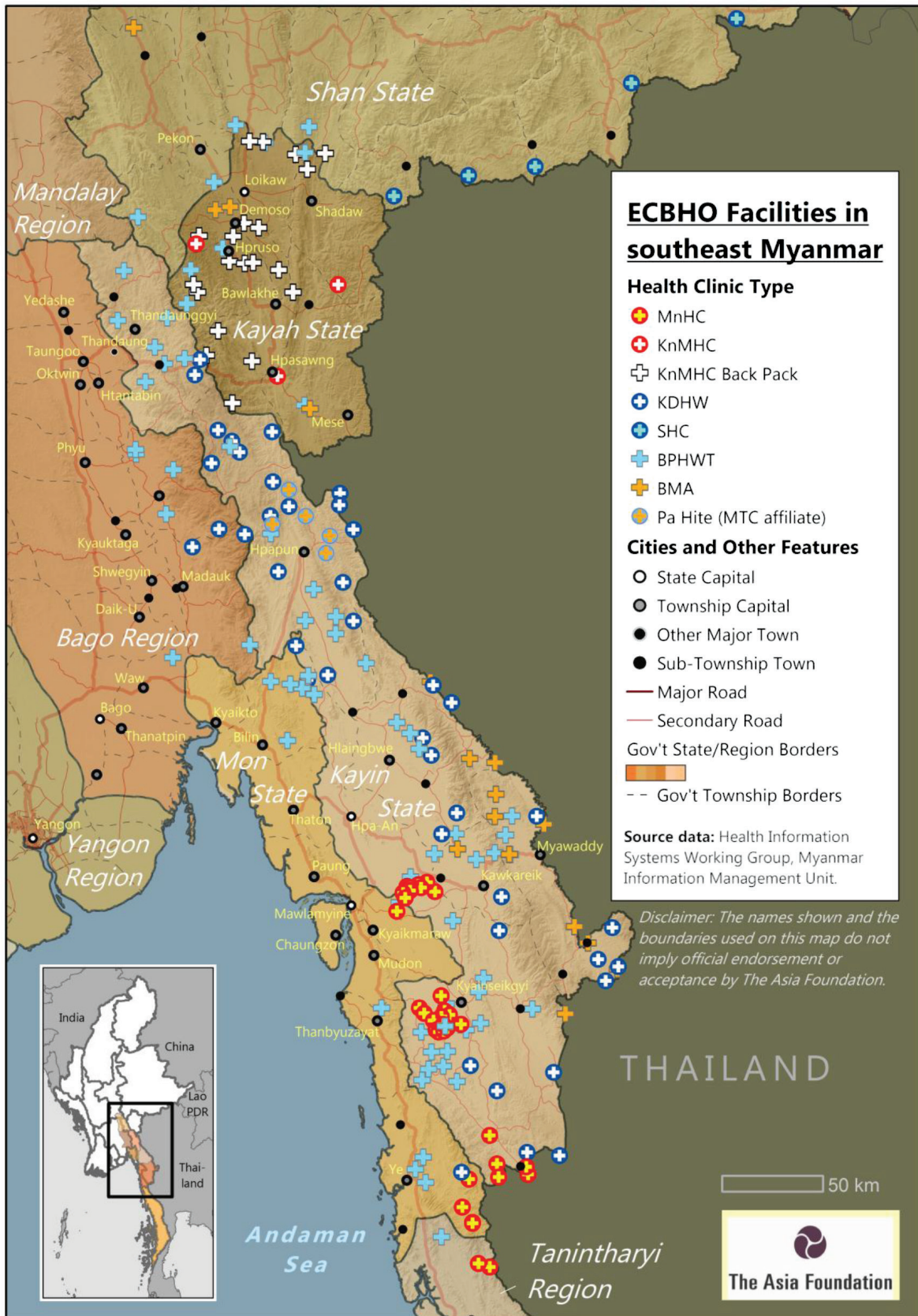
ဇယား 3။ ECBHO ကျန်းမာရေးလုပ်သားများ သင်တန်းအခြေအနေ..... 25

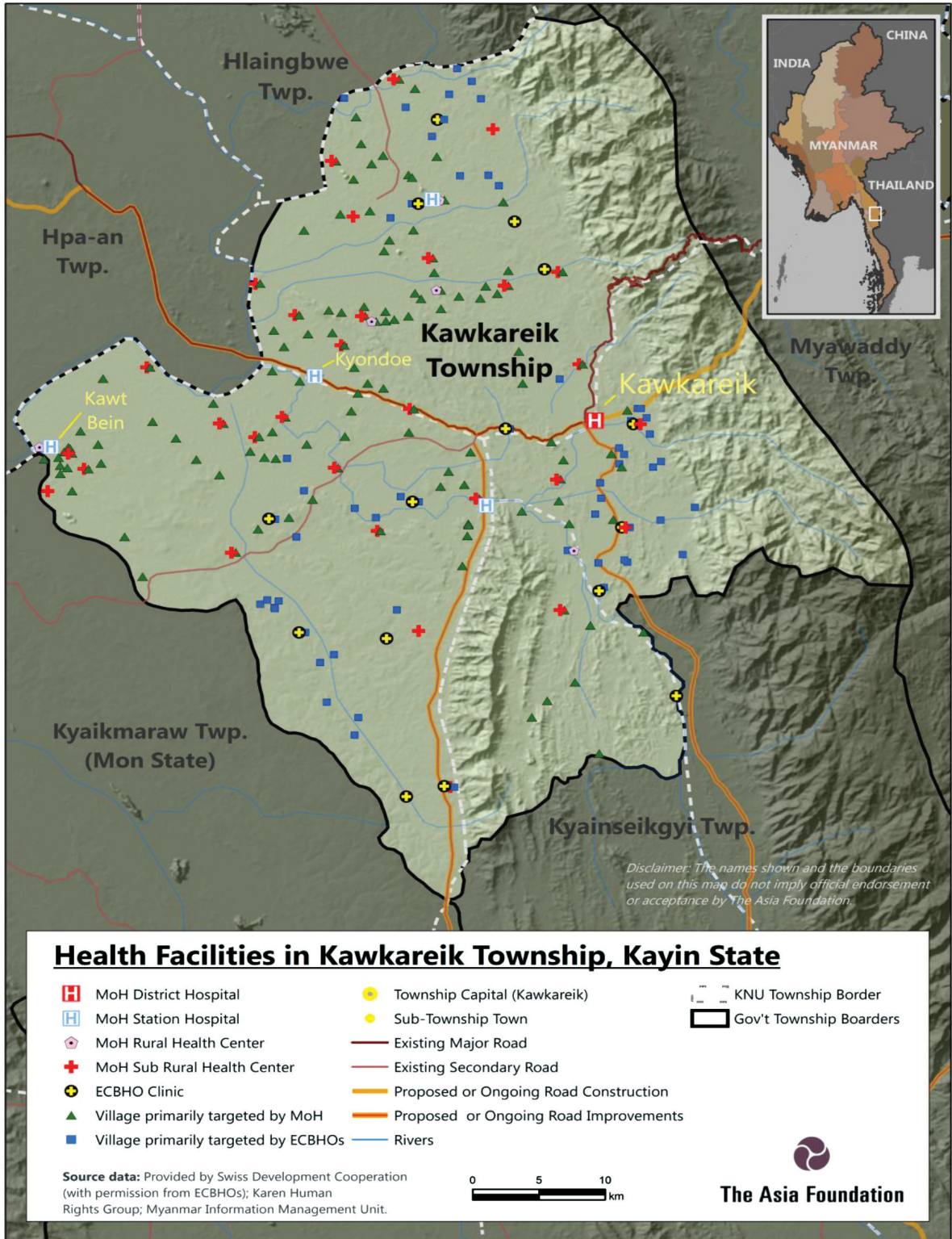
## အတိုကောက် ဝေါဟာရများ

|       |   |
|-------|---|
| 3MDG  | ထောင်စုနှစ်ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးရည်မှန်းချက်သုံးမျိုး ရန်ပုံငွေ       |
| BGF   | နယ်ခြားစောင့်တပ်  |
| BMA   | ဗမာဆေးဖက်ဆိုင်ရာအသင်း   |
| BPHWT | ကျောပိုးအိတ်ကျန်းမာရေးအဖွဲ့   |
| CBO   | ရပ်ရွာအခြေပြုအဖွဲ့အစည်းများ   |
| CHDN  | အရပ်ဖက်နှင့် ကျန်းမာရေး ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး ကွန်ယက်                 |
| CHW   | ရပ်ရွာကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများ  |
| CPI   | နိုင်ငံတကာ ရပ်ရွာလူထု တွဲဖက်အဖွဲ့ (Community Partner International) |
| CTHP  | ဘက်စုံ လွှမ်းခြုံမှု နယ် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်                          |
| DKBA  | ဒီမိုကရေစီ အကျိုးပြု ကရင်တပ်မတော်                                   |
| EAO   | တိုင်းရင်းသားလက်နက်ကိုင်အဖွဲ့အစည်းများ                              |
| ECBHO | တိုင်းရင်းသားလူမျိုးစု နှင့် ရပ်ရွာအခြေပြုကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်း      |
| EmOC  | အရေးပေါ်မီးဖွားခြင်းစောင့်ရှောက်မှု                                 |
| EHO   | တိုင်းရင်းသားလူမျိုးစုကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများ                      |
| EHSS  | တိုင်းရင်းသားကျန်းမာရေးစနစ်အင်အားတောင့်တင်းစေရန်ဆောင်ရွက်ခြင်း      |
| HCCG  | ကျန်းမာရေးပေါင်းစည်းမှု ဗဟိုအဖွဲ့                                   |
| HISWG | ကျန်းမာရေးအချက်အလက် လုပ်ငန်းအဖွဲ့                                   |
| IDP   | ပြည်တွင်းနေရပ်စွန့်ခွာတိမ်းရှောင်သူများ                             |
| INGO  | နိုင်ငံတကာမှ အစိုးရမဟုတ်သည့် အဖွဲ့အစည်းများ                         |
| IRC   | အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာကယ်ဆယ်ရေးကော်မတီ (International Rescue Committee)   |
| LNGO  | ပြည်တွင်းမှ အစိုးရမဟုတ်သောအဖွဲ့အစည်း                                |
| KA    | ကရင်နီတပ်မတော်  |
| KDHW  | ကရင်ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုဖူလုံရေးဝန်ကြီးဌာန                         |
| KHRG  | ကရင် လူ့အခွင့်အရေးအဖွဲ့   |
| KNLA  | ကရင်အမျိုးသားလွတ်မြောက်ရေးတပ်မတော်                                  |
| KnMHC | ကရင်နီရွေ့လျား ကျန်းမာရေးကော်မတီ                                    |
| KNPLF | ကရင်နီလူမျိုးပေါင်းစုံလွတ်လပ်ရေးတပ်ဦး                               |
| KNPP  | ကရင်နီ အမျိုးသားဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးပါတီ                             |
| KNU   | ကရင်အမျိုးသား အစည်းအရုံး  |
| KWO   | ကရင်အမျိုးသမီး အစည်းအရုံး   |



|        |   |
|--------|---|
| KPC    | ကရင် - ငြိမ်းချမ်းရေးကောင်စီ  |
| MCH    | မိခင်နှင့်ကလေးစောင့်ရှောက်ရေး   |
| MNHC   | မွန်အမျိုးသားကျန်းမာရေးကော်မတီ  |
| MoH    | ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန  |
| MOPH   | ထိုင်းနိုင်ငံ ပြည်သူ့ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန  |
| MTA    | မော်တိုင်းတပ်မတော်  |
| MTC    | မယ်တော်ဆေးခန်း  |
| NCA    | တစ်နိုင်ငံလုံးပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးစာချုပ်  |
| NHEC   | အမျိုးသား ကျန်းမာရေးနှင့် ပညာရေးကော်မတီ   |
| NLD    | အမျိုးသားဒီမိုကရေစီအဖွဲ့ချုပ်   |
| NMSP   | မွန်ပြည်သစ်ပါတီ   |
| PU-AMI | Première Urgence - Aide Médicale Internationale   |
| RCSS   | သျှမ်းပြည်ပြန်လည်ထူထောင်ရေးကောင်စီ  |
| RH     | မျိုးဆက်ပွားကျန်းမာရေး  |
| SDC    | ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးနှင့်ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအတွက် ဆွစ်အဖွဲ့ (Swiss Agency for Development and Cooperation) |
| SSDF   | ရှမ်းပြည်ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး ဖောင်ဒေးရှင်း  |
| TMO    | မြို့နယ်ကျန်းမာရေးအရာရှိ  |
| UHC    | အားလုံးအတွက်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု   |
| UN     | ကုလသမဂ္ဂအဖွဲ့   |
| WHO    | ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့   |





\*Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) နှင့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက် ကွန်ယက် အဖွဲ့ ( HISWG) တို့မှ မြေပုံများအား ပံ့ပိုးကူညီပါသည်။

## အခန်း ၁ - မိတ်ဆက်

တိုင်းရင်းသားလက်နက်ကိုင် ပဋိပက္ခ ဆယ်စုနှစ်ချီဖြစ်ပွားနေသည့်ကာလအတွင်း မြန်မာနိုင်ငံတွင်းရှိ ပမာ လွှမ်းမိုးမှုမရှိသည့် ဒေသများ၏ အုပ်ချုပ်ရေးအခင်းအကျင်းမှာ အမျိုးမျိုးကွဲပြားသွားသည်။ တိုင်းရင်းသား လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့အစည်းများ (ethnic armed organizations) (EAOs) များသည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသည့် ဌာနများအပါအဝင် စင်ပြိုင်အစိုးရစနစ်များကို တည်ထောင်ထားကြသည်။ ယခု အစီရင်ခံစာတွင် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတွင်ဖြစ်ပေါ်နေသည့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန (Ministry of Health (MoH) နှင့် EAO - များနှင့်ချိတ်ဆက်ထားသည့် ကျန်းမာရေးစနစ်များကို ခြုံငုံသုံးသပ် ဖော်ပြထားပြီး ၂၀၁၁၊ ၂၀၁၂ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှု ရပ်စဲရေးလက်မှတ်ရေးထိုးပြီးနောက်ပိုင်းတွင် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ၊ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုများ တိုးတက်လာပုံကို လေ့လာတင်ပြထားပါသည်။ အစိုးရ၊ တိုင်းရင်းသား အဖွဲ့အစည်းများ၊ နိုင်ငံတကာ အကူအညီပေးရေးအဖွဲ့ များအား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှု၊ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုများ အားကောင်းလာစေရန် ဆောင်ရွက်နိုင်သည့် နည်းလမ်းများ၊ လမ်းညွှန်ချက်၊ တိုက်တွန်းချက်များကိုလည်း ဖော်ပြထားပါသည်။

၁၉၈၀ နောက်ပိုင်းနှစ်များမှစတင်ပြီး မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ EAO ကျန်းမာရေးဌာန ၄ ခု၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသည့် ဒေသခံ NGO အဖွဲ့အစည်း ၃ ခု တို့သည် ညွှန်ပေါင်းအဖြစ်စုဖွဲ့ပြီး နိုင်ငံ၏ ရောက်ရှိရန်အခက်ခဲဆုံးဒေသ၊ ကူညီရန် အလိုအပ်ဆုံး ဒေသများမှ ရာထောင်ချီသည့် ပြည်သူများအတွက် အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများဆောင်ရွက်ခဲ့သည်။ မယ်တော်ဆေးခန်းကို ဗဟိုပြုသည့် ယင်း ညွှန်ပေါင်းအဖွဲ့တွင် တရားဝင်အမည်မရှိသော်လည်း ညွှန်ပေါင်းအဖွဲ့ဝင်အဖွဲ့များအားလုံးကို စုစည်းပြီး တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစုနှင့် ရပ်ရွာအခြေပြု ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများ (ethnic and community based health organisations (ECBHOs) ဟု ရည်ညွှန်းသုံးနှုန်းသည်။ ယင်းအခေါ်အဝေါ်ကို ယခု အစီရင်ခံစာတောက်လျှောက် အသုံးပြုသွားမည်ဖြစ်သည်။<sup>1</sup>

၂၀၁၁၊ ၂၀၁၂ ခုနှစ်များတွင် မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ပိုင်းမှ အင်အားကြီး EAOs များနှင့် အစိုးရ ကြား ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး လက်မှတ်ရေးထိုးလိုက်နိုင်ကြသဖြင့် ECBHO နှင့် MoH တို့ကြား ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ အားကောင်းလာစေရန် အခွင့်အလမ်းများ သိသိသာသာပွင့်လာခဲ့သည်။ ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ခြင်း၊ ECBHO များ လွတ်လပ်စွာ လှုပ်ရှားနိုင်ရေး၊ သတင်းအချက်အလက် မျှဝေခြင်းတို့တွင် အရေးပါသည့် တိုးတက်မှုကြီးများရှိလာပြီး ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်သည့် စီမံကိန်းအချို့လည်းရှိလာသည်။

အမျိုးသားဒီမိုကရေစီအဖွဲ့ချုပ် (National League for Democracy (NLD) အစိုးရလက်ထက်တွင် ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှုများ အရှိန်မြင့် ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် ယခင်ကမရှိဘူးသည့် အခွင့်အလမ်းများ ပေါ်ထွက်လာခဲ့သည်။ အာဏာရလာသည်နှင့် ပါတီ၏အမျိုးသား ကျန်းမာရေးကွန်ယက်သည် တစ်နိုင်ငံလုံး အနေအထားဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန် လမ်းပြမြေပုံ (Roadmap Towards Universal Health Coverage ) ကိုထုတ်ပြန်ခဲ့သည်။ ယင်းထုတ်ပြန်ချက်တွင် ECBHO များနှင့် လေးနက်သည့် ပူးပေါင်းဆက်ဆံရေးလိုအပ်ကြောင်းကို ထပ်တလဲလဲ ညွှန်းဆိုခဲ့သည်။ “ပဋိပက္ခနှင့် ပဋိပက္ခလွန် နေရာများတွင် (တိုင်းရင်းသားလူမျိုးစု ကျန်းမာရေး အဖွဲ့အစည်းများ)သည် အစိုးရမှ စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်သည့် ပြည်သူများကို လိုအပ်သည့် စောင့်ရှောက်မှုများကို ကာလရှည်ကြာ ပံ့ပိုးပေးခဲ့သည်” ဟု အခြားသော အချက်များနှင့်အတူ ယင်းစာတမ်းတွင် ဖော်ပြထားသည်။<sup>2</sup> “ဆက်သွယ်ရေး နှင့် ပူးပေါင်းရေး လုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခုကို (“communication and coordination mechanism”) တည်ထောင်ရန် လိုအပ်သည်” ဟု ဖော်ပြထားသည်။ အစိုးရ ကျန်းမာရေးဌာန အနေဖြင့်လည်း “ EHOs များနှင့် အဆင့်တိုင်းအဆင့်တိုင်းတွင် ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှု၊ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုများ ပေါ်ပေါက်လာစေရန် အားထုတ်သင့်သည်” ဟု ဆိုထားသည်။<sup>3</sup>

မြန်မာနိုင်ငံအတွင်း သဘောကွဲလွဲမှုဖြစ်ပွားရာဒေသများရှိ တိုင်းရင်းသား ပဋိပက္ခများ နှင့် အခြေခံလူမှု ဝန်ဆောင်မှုများ (Ethnic Conflict and Social Services in Myanmar’s Contested Regions) အစီရင်ခံစာကို ၂၀၁၄ ခုနှစ်တွင် အာရှဖောင်ဒေးရှင်းမှ ထုတ်ဝေခဲ့သည်။ တိုင်းရင်းသား လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ချိတ်ဆက်မှုရှိသည့် လူမှုဝန်ဆောင်မှု ဆောင်ရွက်ပေးသော အဖွဲ့အမျိုးမျိုး၏ အခန်းကဏ္ဍများကို ဖော်ထုတ် လေ့လာထားပြီး အစိုးရ၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် အဖွဲ့များနှင့် ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်သည့် ဥပမာများကို အထူးသဖြင့် လေ့လာဖော်ထုတ်ထားသည့် အစီရင်ခံစာဖြစ်သည်။ ယင်းအစီရင်ခံစာတွင် EAO ၏ ကျန်းမာရေးဌာန အပါအဝင် ကရင်အမျိုးသား အစည်းအရုံး (KNU) နှင့် ချိတ်ဆက်ထားသည့် ကရင်ကျန်းမာရေးကွန်ယက်များကို ဖြစ်စဉ်လေ့လာချက် အဖြစ် သတ်မှတ်လေ့လာခဲ့ပြီး ကျန်းမာရေးပေါင်းစည်းမှု ဗဟိုအဖွဲ့ (The Health Convergence Core Group (HCCG))၏ အစိုးရနှင့် ပူးပေါင်းဆက်ဆံရန် အားထုတ်ပုံများကို ဆန်းစစ် လေ့လာခဲ့သည်။ ယခုအစီရင်ခံစာသည် အာရှဖောင်ဒေးရှင်း၏ သဘောထားကွဲလွဲမှု ဖြစ်ပွားရာဒေသများမှ လူမှုဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ လေ့လာမှု စီမံချက် သုတေသနစာစဉ်များမှ အစိတ်အပိုင်းတစ်ခုအနေဖြင့် ရေးသားခဲ့သည့် အစီရင်ခံစာဖြစ်ပြီး အထူးသဖြင့် အရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ ကျန်းမာရေးကဏ္ဍကို အသားပေးလေ့လာ ဖော်ထုတ်ထား သည့် အထူးပြုအစီရင်ခံစာဖြစ်သည်။

ဤအစီရင်ခံစာသည် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု၏ လက်ရှိအနေအထားကို အထူးပြုလေ့လာ ထားသည့် အစီရင်ခံစာဖြစ်သည်။ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး ခိုင်မာမှုမရှိခြင်း၊ ဆယ်စုနှစ်ချီ ဖြစ်လာသည့် စစ်ပွဲကြောင့် အမျိုးသား ရင်ကြားစေ့ရေး နှောင့်နှေးနေခြင်းတို့ကြောင့် လာမည့် အနာဂတ်ကာလအတွင်း ECBHO နှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနတို့၏ စနစ် များမှာ မြန်မာနိုင်ငံအတွင်း အားလုံးအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းမိုးမှုရှိစေရန်အတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရမည့်

ကဏ္ဍများရှိနေသည့်တိုင် သီးခြားစီ ဖြစ်နေအုံးမည်ဖြစ်သည်။ ထိုကဲ့သို့သော မြေပြင်အခြေအနေများကြောင့် ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှုများ (ပေါင်းစည်းခြင်း) (convergence) မြှင့်တင်ခြင်းဆောင်ရွက်ရာတွင် နိုင်ငံရေးအခြေ အနေတိုးတက်ရန်၊ ငြိမ်းချမ်းရေး လုပ်ငန်းစဉ် အောင်မြင်စေရန်၊ ငြိမ်းချမ်းရေး လုပ်ငန်းစဉ်ရှေ့တွင် စနစ်များ ပူးပေါင်းမှုကို ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် ရည်ရွယ်ခြင်းထက် ကျန်းမာရေးအရ တန်းတူဖြစ်မှုကို တိုးတက်စေရန် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအများအပြားကြား ညှိနှိုင်းမှု၊ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ မြင့်တက် လာစေရန် ရည်ရွယ်လျက်ဆောင်ရွက်သင့်သည်။

အစိုးရအတွက်အနေနှင့် နိုင်ငံတော်တရပ်၏တာဝန်များနှင့်ပတ်သက်ပြီး အတွေးအခေါ်များ အပြောင်းအလဲ ပြုလုပ်ရမည်ဖြစ်သည်။ အမျိုးသမီး၊ အမျိုးသား၊ ကလေး အားလုံးအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထိရောက်စွာပေးနိုင်ရန်မှာ နိုင်ငံတော်တွင် တာဝန်ရှိ သော်လည်း နိုင်ငံတော် တဖွဲ့တည်းမှ အားလုံးတာဝန်ယူရန် မလိုပါ။ အစိုးရအနေဖြင့် အရည်အသွေး အကောင်းဆုံး ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို ဈေးနှုန်း သက်သာနိုင်သမျှ သက်သာစွာဖြင့် ရရှိနိုင်ရန်အတွက် မှန်ကန်သည့်မူဝါဒများ၊ ဥပဒေမူဘောင်များ ချမှတ်ဆောင်ရွက်သွားရန် ပို၍ အရေးကြီးသည်။ အစိုးရသည် အားလုံးအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု (universal healthcare coverage) (UHC) ဆောင်ရွက်ရာတွင် နယ်မြေကျွမ်းကျင်ခြင်း၊ အတွေ့အကြုံရှိခြင်း၊ ထူးခြားသည့် ကျွမ်းကျင်မှု အရင်းအမြစ်များ ကြောင့် ECBHO များကို အရေးကြီးသည့် လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်အဖြစ် ရှုမြင်ရန် လိုအပ်သည်။ လူတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ရည်မှန်းချက်အတွက် အဖွဲ့ချုပ်၏ လမ်းပြမြေပုံမှ မဟာဗျူဟာသည် အထက်ဖော်ပြပါ ချဉ်းကပ်ပုံနှင့် အတော်များများ ကိုက်ညီပြီး အားလုံးအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ရရှိစေရန် အဖွဲ့အစည်း ပုံစံအမျိုးမျိုးဖြင့် ဆောင်ရွက်သွားမည့် ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှု လျော့ချသော အပြုသဘောတိုးတက်ခြင်းကို ပုံဖော်လျက်ရှိသည်။

ချမှတ်ထားသည့် ပေါင်းစည်းရေး မူဝါဒများ၊ အားထုတ်မှုများသည် စံချိန်စံညွှန်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို အကောင်းဆုံးပေးနိုင်ရန် ECBHO များအနေဖြင့်လည်း ဦးထိပ်ထားပြင်ဆင်ရမည်ဖြစ်သည်။ အခြားစနစ်များ နှင့် လိုက်ဖက်ညီအောင် နည်းလမ်းစုံဖြင့် ဆောင်ရွက်နေရင်း တဖက်တွင်လည်း ကျေးလက်ပြည်သူများထံသို့ ၎င်းတို့၏စောင့်ရှောက်မှုကို မြှင့်တင်နိုင်ရန် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မဟာဗျူဟာများ ချမှတ်ခြင်း၊ အကောင်အထည်ဖော်ခြင်းများဖြင့် ပြည်သူများ အကျိုးရှိစေမည့် လုပ်ငန်းအားလုံးကို အကောင်အထည် ဖော်သွားရမည် ဖြစ်သည်။ ECBHOs အနေဖြင့် လက်ခံထားရမည်မှာ လက်ရှိအစိုးရသည် ပြည်သူလူထု၏ ဆန္ဒအရ တင်မြှောက်ထား သည့်အစိုးရဖြစ်ပြီး<sup>1</sup> ပြည်သူလူထုက ၎င်းတို့အကျိုးဆောင်ရွက်ပေးရန် မျှော်လင့်ထားခြင်းခံရသည့် အစိုးရဖြစ်သည်ဟူသော အချက် ဖြစ်သည်။ ကျေးလက်ဒေသမှ ရာထောင်ချီသည့် ပြည်သူများအတွက် စောင့်ရှောက်မှုပေးရာတွင် အရေးကြီးသည့်ကဏ္ဍမှ ဆက် လက်ပါဝင်ရအုံးမည်ဖြစ်သော်လည်း ECBHO များအနေဖြင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသည် နိုင်ငံ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အတွက် အခြေခံဖြစ်သည်ကို လေးစားရမည်ဖြစ်သည်။

ကျန်းမာရေးစနစ်များ တိုးတက်လာစေရန် ထောက်ပံ့မှုများပြုလုပ်နေသည့် နိုင်ငံတကာအဖွဲ့အစည်းများအနေဖြင့်လည်း အချို့သော ဖွံ့ဖြိုးရေးဆိုင်ရာ အခြေခံများကို အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုရာတွင် အနည်းငယ် အလွဲအပြောင်းပြုလုပ်ရန်လိုအပ်သည်။ အုပ်ချုပ်မှုစနစ်အမျိုးမျိုး တည်ရှိနေပြီး အာဏာပိုင်များ၏ တရားဝင်မှုအတွက် တိုက်ခိုက်တွန်းတိုက်နေကြမှုများရှိနေသည့် အနေအထားတွင် ဖွံ့ဖြိုးရေးမဟာ ဗျူဟာများသည် နိုင်ငံအခြေပြု ဆောင်ရွက်ခြင်းထက် ပို၍ကျယ်ပြန့်ရန် လိုအပ်သည်။ အစိုးရမှ တဖက်သတ်ဆွဲထားသည့် အစီအစဉ် များသည် လက်တွေ့တွင် အကောင်အထည်ဖော်ရန် ခက်ခဲပြီး နိုင်ငံရေးအခင်းအကျင်းတွင် အဆိုးသက်ရောက်မှုများ ပေါ်ပေါက်စေ နိုင်သည်။ ဖရိုဖရဲဖြစ်နေသည့် အုပ်ချုပ်မှုစနစ်၏ ရလဒ်အနေဖြင့် လူမှုဝန်ဆောင်မှုစနစ် အမျိုးမျိုးရှိသည့် ဝန်းကျင်တွင် ကျန်းမာရေး ရလဒ်ကောင်းများဖြစ်ပေါ်စေသူ အားလုံး နှင့် လက်တွဲ လုပ်ဆောင်ခြင်းသည် နိုင်ငံရေးအရ ပြဿနာအကင်းဆုံး နည်းလမ်း ဖြစ်သည်။ ဤအစီရင်ခံစာတွင် ဖော်ပြထားချက်အရ ECBHO များသည် ရောက်ရှိရန် ခက်ခဲသည့်ဒေသများ နှင့် ထိခိုက်အလွယ်ဆုံးသောသူများ ထံသို့ ရောက်ရှိလက်လှမ်းမီနိုင်ခြင်း နှင့် ၎င်းတို့သည် အလှူရှင်များ ထောက်ပံ့မှုပေါ်တွင် မူတည်နေခြင်းတို့ကြောင့် ECBHO များသည် အထူးသဖြင့် အရေးပါသည့် ကျန်းမာရေး လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်များ ဖြစ်သည်။

**သုတေသနပြုစုပုံ နည်းလမ်း**

အစီရင်ခံစာပါ ကိန်းဂဏန်းများနှင့် သုံးသပ်ချက်များသည် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ကျန်းမာရေး၊ ပဋိပက္ခ နှင့် နိုင်ငံရေး စာတမ်းများ၊ အဓိက အချက်အလက်ပေးသည့် တွေ့ဆုံမေးမြန်းမှု ၅၃ ကြိမ် နှင့် စာတမ်းရှင်များ၏ မြန်မာနိုင်ငံတွင် ၁၅ နှစ်တာ ပဋိပက္ခ၊ ကျန်းမာရေး နှင့် လူ့အခွင့်အရေး ကိစ္စရပ်များတွင် လက်တွေ့ပါဝင်ခြင်း၊ သုတေသနပြုခြင်းအတွေ့အကြုံပေါ် အခြေခံခြင်း ဖြစ်သည်။ ECBHO ခေါင်းဆောင်များ၊ အမျိုးသမီး အဖွဲ့များ၊ လူ့အခွင့်အရေးအဖွဲ့များ၊ နိုင်ငံတကာမှ အစိုးရမဟုတ်သည့် အဖွဲ့အစည်းများ (international non-governmental organisation (INGO)) မှ ဝန်ထမ်းများ၊ သတင်းစာဆရာများနှင့် တွေ့ဆုံ မေးမြန်းမှုများပြုလုပ်ရန် စာတမ်းရှင်များသည် ကရင်နီ (ကယား)၊ ကရင်၊ မွန်ပြည်နယ်၊ ထိုင်းနိုင်ငံ မဲဆောက်သို့ ကွင်းဆင်းခဲ့ကြသည်။ MoH ဝန်ထမ်းဟောင်း၊ နိုင်ငံရေးပါတီများ၊ အလှူရှင်များ၊ ကုလသမဂ္ဂအဖွဲ့အစည်းများ၊ INGOs များနှင့် မေးမြန်းခြင်းကို ရန်ကုန်တွင်ပြုလုပ်ခဲ့ပါသည်။ ကနဦးတွေ့ရှိချက်များကို ဘားအံနှင့် မဲဆောက်တွင် ပြုလုပ်သည့် အလုပ်ရုံဆွေးနွေးပွဲ ၂ ခုတွင် ECBHO များသို့ တင်ပြခဲ့ပြီး ၎င်းတို့၏ တုန့်ပြန်မှုများကို အစီရင်ခံစာတွင် ထည့်ပေါင်းထားပါသည်။ အရှေ့တောင်ခြမ်း မှ ECBHO၊ ပဋိပက္ခ နှင့် နိုင်ငံရေးအခြေအနေများနှင့် ရင်းနှီးကျွမ်းဝင်သူ ၃ ဦးမှလည်း အစီရင်ခံစာ တိကျမှန်ကန် မှုရှိရန် ပြန်လည် သုံးသပ်ထားပေးပါသည်။

ဤသုတေသနသည် ကန့်သတ်ချက်များ၊ အားနည်းချက်များရှိပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု များကိုသာ သုတေသနစာတမ်းပြုစုထားခြင်း ဖြစ်သောကြောင့် သုံးသပ်ချက်များနှင့် အကြံပေးတင်ပြချက်များသည် မြန်မာနိုင်ငံ၏ အခြားနေရာဒေသများ ရှိ ECBHOs များ နှင့် ပေါင်းစည်းရေး လုပ်ငန်းစဉ်များတွင် ထည့်သွင်းအသုံးပြုနိုင်ရန် မသေချာပါ။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ နိုင်ငံရေးအခြေအနေ နှင့် ပဋိပက္ခဖြစ်ပွားမှုအတိုင်းအဆသည် နိုင်ငံ၏ အခြားနေရာဒေသများနှင့်မတူ ကွဲပြား သည်။

ECBHOs အဖွဲ့အချင်းချင်းအကြား နှင့် ECBHOs များတွင် လုပ်ကိုင်ဆောင်ရွက်လျက်ရှိသော လူတစ်ဦးချင်း အကြားရှိ ပေါင်းစည်းရေး လုပ်ငန်းစဉ် ၊ ငြိမ်းချမ်းရေးဖြစ်စဉ် နှင့် အစိုးရ၏ ယုံကြည်စိတ်ချအားကိုးရမှုတို့အပေါ် အမြင်များမှာ အမျိုးမျိုးကွဲပြားကြသည်။ သုတေသနပြုစုသူများသည် ECBHOs အမှ အဓိကသတင်းအချက်အလက်ပေးသူ အများအပြား နှင့် ကြိမ်ဖန်များစွာ တစ်ဦးချင်း တွေ့ဆုံစကားပြောဆိုခဲ့သည်။ အဆိုပါ တွေ့ဆုံမေးမြန်းမှုများမှ ရရှိလာသော အကြောင်းအရာ အဘော်များ နှင့် ECBHOs များထံမှ ရရှိလာသော တရားဝင် မူဝါဒဆိုင်ရာမှတ်တမ်းမှတ်ရာများအား အကျဉ်းချုပ်တင်ပြနိုင်ရန် ကြိုးပမ်းထားပါသည်။

ဤအစီအရင်ခံစာအတွက် သုတေသနလုပ်ငန်းအား 2015 နှစ်ကုန်ပိုင်းတွင် စတင်ပြုလုပ်ချိန်မှစ၍ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ ကျန်းမာရေးမူဝါဒများ များစွာသောအပြောင်းအလဲများ ရှိခဲ့သည်။ အစိုးရနှင့် ပူးပေါင်းဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်မှုများပြုလုပ်ရန်အတွက် နှစ် ၂၀ စီမံကိန်းအား ဖော်ပြထားသော ပေါင်းစည်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်အတွက် အကောင်အထည်ဖော်ဆောင်ရွက်မည့်စီမံချက် (action plan) မူကြမ်း အား HCCG မှ ဖော်ဆောင်လျက်ရှိသည်။ အစိုးရ၏ အခွန်ဘဏ္ဍာများကို အသုံးပြု၍ အသုံးစရိတ်ခွဲဝေပေးခြင်းပုံစံများ ၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများအား တရားဝင်အသိအမှတ်ပြုခြင်း နှင့် အဖွဲ့အစည်းများအား အသိအမှတ်ပြုခြင်းစသော ကိစ္စရပ်များအား အဆိုပါစီမံချက်တွင် ထည့်သွင်းဖော်ပြထားသည်။ ကျန်းမာရေးစနစ်အားကောင်းလာစေရန်အတွက် မဟာဗျူဟာ မြောက်စီမံချက်အား HCCG မှ ၂၀၁၆ ခုနှစ် မတ်လတွင် ထုတ်ပြန်ခဲ့ပြီး အစိုးရထံသို့လည်း ပေးပို့မှုဝေခဲ့သည်။ NLD မှလည်း UHC ဆောင်ရွက်ရာတွင် အောင်မြင်ရန် ယင်း၏ လမ်းပြမြေပုံ - အဆို (၁.၀) (Version 1.0) အားထုတ်ပြန်ကြေငြာခဲ့ပါသည်။ မူဝါဒသည် ဆက်လက်ပြောင်းလဲနေမည်ဖြစ်ပြီး အထူးသဖြင့် ယုံကြည်မှုကို ဆက်လက်တည်ဆောက်ရမည် ဖြစ်သည်။ အဖွဲ့အစည်းများသည် ၎င်းတို့၏ ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ခြင်းဆိုင်ရာ အယူအဆများကို မွမ်းမံရမည်ဖြစ်သည်။ အစီအရင်ခံစာတွင်ပါရှိသည့် သတင်း အချက်အလက်များ နှင့် သုံးသပ်ချက်များသည် လက်ရှိအခြေအနေကို ကိုယ်စားပြုပြီး အချိန်ကြာမြင့်လာသည်နှင့်အမျှ အဆင့်ဆင့် ပြောင်းလဲမှုများ ဆက်လက် ဖြစ်ပေါ်လာလိမ့်မည် ဟု မှတ်ယူပါသည်။

**အစီရင်ခံစာ တင်ပြထားပုံ**

အစီရင်ခံစာကို အခန်း ၄ ခန်း၊ နောက်ဆက်တွဲများဖြင့် တင်ပြထားပါသည်။ အခန်း ၂ တွင် နောက်ခံ အခင်းအကျင်းများ တင်ပြထားပြီး ဆယ်စုနှစ်ချိကြာသည့် လက်နက်ကိုင်ပဋိပက္ခများသည် အရပ်သားပြည်သူများ၏ ကျန်းမာရေးကို မည်သို့ထိခိုက်စေခဲ့ပုံ နှင့် ထို့အတွက်ကြောင့် သီးခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုစနစ်များ ဖြစ်ပေါ်လာစေခဲ့ပုံများကို ဖော်ပြထားပါသည်။ ၂၀၁၁ နှင့် ၂၀၁၂ ခုနှစ်များတွင် ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှု ရပ်စဲရေးများပြုလုပ်ပြီးနောက်ပိုင်း ပြောင်းလဲလာမှုများကိုလည်း ဖော်ပြထားပါသည်။ အခြေခံ နှိုင်းယှဉ်လေ့လာမှု များ ပြုလုပ်နိုင်ရန်အတွက် အခန်း ၃ တွင် အရှေ့တောင်ခြမ်းဒေသမှ MoH နှင့် ECBHO စနစ်များ ခြုံငုံသုံးသပ်မှု ပြုလုပ်ထားပြီး ဘက်မတူသည့် ပြည်သူများအတွက် မတူညီသည့် ဖွဲ့စည်းပုံ၊ လုပ်သားအင်အားစု၊ မူဝါဒများဖြင့် စောင့်ရှောက်မှု ပေးနေပုံကို ရုပ်လုံးဖော် တင်ပြထားပါသည်။

အခန်း ၄ တွင် ၂၀၁၂ ခုနှစ်တွင် ECBHO များမှ တင်ပြလာသည့် ပေါင်းစည်းရေး အယူအဆ (concept of convergence) ကို တင်ပြထားပါသည်။ အခန်း ၅ တွင် အစိုးရ၊ ECBHO များနှင့် နိုင်ငံတကာ အထောက်အပံ့ပေးသည့် အဖွဲ့အစည်းအနေဖြင့် ပူးပေါင်း လုပ်ဆောင်ခြင်း၊ ညှိနှိုင်းအကောင်အထည်ဖော်ခြင်းများ အရှိန်အဟုန်မြှင့်ကာ ရှေ့သို့လှမ်းနိုင်ရန် မဟာဗျူဟာများ ချမှတ်နိုင်ရန် အတွက် သုံးသပ်ချက်များ၊ လမ်းညွှန်ချက်များကို တင်ပြထားပါသည်။ အခန်းတိုင်းတွင် လက်ရှိဖြစ်ပေါ်နေသော အခက်အခဲများအား သုံးသပ်ချက်များ နှင့် သက်ဆိုင်သော ဆက်စပ်ပတ်သက်သူများအတွက် ဆောင်ရွက်နိုင်မည့် အကြံပြုချက်များကို ထည့်သွင်းထား ပါသည်။ အကြံပေးတင်ပြထားမှုများကို နောက်ဆက်တွဲ ၁ တွင် စုစည်းထားပါသည်။

## အခန်း ၂ - နောက်ခံအခင်းအကျဉ်း

ကျန်းမာရေးနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအပေါ် ပဋိပက္ခ၏ သက်ရောက်မှုများကို ယခု အခန်းတွင် ဖော်ပြထားသည်။ အခန်း ၂.၁ တွင် ပြည်သူများပေါ် ပဋိပက္ခများ သက်ရောက်မှု အခြေအနေ၊ စင်ပြိုင်အုပ်ချုပ်မှုများ ပေါ်ပေါက်လာစေပုံ၊ သီးခြား ကျန်းမာရေးစနစ်များ ထွက်ပေါ်လာပုံတို့ကို ဖော်ပြထားသည်။ အခန်း ၂.၂ တွင် ကျန်းမာရေးအညွှန်းကိန်းများပေါ်သို့ ပဋိပက္ခများ၏သက်ရောက်ပုံကိုဖော် ထုတ်ထားသည်။ ဒေသတစ်ခုလုံး ချိန်ပျက်စီးနေပုံ၊ ကျော်ဖြတ်ရမည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အခက်အခဲကြီးများ ရှိနေပုံတို့ကို ဖော်ပြထားသည်။ အခန်း ၂.၃ တွင် ဒေသရှိ အလိုအပ်ဆုံးပြည်သူများသို့ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးနေသည့် EBCHO များ၏ အခန်းကဏ္ဍကို မိတ်ဆက်တင်ပြထားပါသည်။ အခန်း ၂.၄ တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအခြေအနေ အထူးသဖြင့် ECBHO များ လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်ခြင်းပေါ် ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး၏ အမျိုးမျိုးသော သက်ရောက်မှုများကို လေ့လာခြင်းဖြင့် အဆုံးသတ်ထား ပါသည်။

### ၂.၁။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ပဋိပက္ခ နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု သမိုင်းအကျဉ်း

မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းသည် ထိုင်းနိုင်ငံနှင့် နယ်စပ်မျဉ်းထိစပ်နေပြီး တနင်္သာရီ တိုင်းဒေသကြီး၊ မွန်ပြည်နယ်၊ ကရင်ပြည်နယ်၊ ကယားပြည်နယ် နှင့် ရှမ်းပြည်နယ် တောင်ဘက်စွန်းမှ မြို့နယ်များ နှင့် ပဲခူးတိုင်းဒေသကြီး အရှေ့ခြမ်းတို့ပါဝင်သည်။<sup>၆</sup> တောင်ထူထပ် သည့်ဒေသတွင် ခန့်မှန်း နေထိုင်သူဦးရေ ၁၁.၅ သန်းရှိပြီး<sup>၆</sup> ဗဟိုအစိုးရနှင့် စစ်တပ်ကို ထိန်းချုပ်ထားသည့် ဗမာတိုင်းရင်းသားများနှင့် ယဉ်ကျေးမှု၊ ဘာသာစကားကွဲပြားသည့် တိုင်းရင်းသားလူမျိုးစု အများစုနေထိုင်သည်။<sup>၇</sup> ကရင်၊ မွန်၊ ရှမ်း၊ ကရင်နီ၊ နှင့် အခြားသော အုပ်စုကြီး၊ အုပ်စုငယ်အမျိုးမျိုးပါဝင်သည့် ဗမာမဟုတ်သည့်အုပ်စုများကို စုပေါင်းပြီး တိုင်းရင်းသားလူမျိုးစုအဖြစ် ဖော်ပြပြီး နေ့စဉ်သုံး စကားတွင် တိုင်းရင်းသားဟူသော စကားရပ်မှာ ဗမာ မဟုတ်သူများကို ရည်ညွှန်းရန် အသုံးပြုသည်။

၁၉၄၈ ခုနှစ် မြန်မာနိုင်ငံ လွတ်လပ်ရေးရချိန်မှစပြီး အရှေ့တောင်ခြမ်းဒေသသည် ကိုယ်ပိုင်အုပ်ချုပ်ခွင့် အာဏာကျယ်ပြန့်စွာရရှိရန်၊ နိုင်ငံအရေးအရာများတွင် တန်းတူညီမျှပါဝင်နိုင်ရန် တောင်းဆိုသည့် တိုင်းရင်းသား လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့အစည်းများ (ethnic armed organizations (EAOs)) နှင့် အစိုးရတို့၏ လက်နက်ကိုင်ပဋိပက္ခများကြောင့် ပျက်စီးခဲ့ရသည်။ ပဋိပက္ခများသည် ဒေသ၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကို ဆိုးဝါးစွာထိခိုက်စေပြီး အုပ်ချုပ်မှုပုံစံ ပတ်ဝန်းကျင်များ အမျိုးမျိုးကွဲပြားသွားကာ နယ်မြေပေါ် မူတည်၍ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဆောင်ရွက်ပုံ နှင့် ဆောင်ရွက်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းများကို ကွဲပြားသွားစေခဲ့သည်။

### ၁၉၄၈ - ၁၉၈၈ ။ လက်နက်ကိုင်ပဋိပက္ခ နှင့် စင်ပြိုင်ကျန်းမာရေးစနစ်များပေါ်ပေါက်လာခြင်း

ဒေသအတွင်း အရှည်ကြာဆုံး၊ လွှမ်းမိုးမှုကြွယ်ဝအများဆုံး တိုင်းရင်းသား လက်နက်ကိုင် လှုပ်ရှားမှုမှာ ကရင် အမျိုးသား အစည်းအရုံး၏ လှုပ်ရှားမှုဖြစ်သည်။ ဗြိတိသျှကိုလိုနီစနစ်အောက်ရှိ လုံခြုံရေးစနစ်နှင့် ဗမာ၏ ကိုယ်ပိုင် အုပ်ချုပ်ခွင့်ရအစိုးရတို့လက်အောက်မှနေ၍ နာမည်ကြီးသည့် ကရင်ရှေ့နေများ၊ နိုင်ငံရေးသမားများ၊ စစ်တပ်မှ တပ်မှူးများ ပါဝင်လျက် ၁၉၄၈ ခုနှစ်တွင် KNU ကိုစတင်ဖွဲ့စည်း ခဲ့ခြင်းဖြစ်သည်။ ၁၉၄၇ ခုနှစ် အခြေခံဥပဒေအရ ရှမ်း၊ ကချင်၊ ချင်း နှင့် ကရင်နီအုပ်စုများ ရရှိခဲ့သကဲ့သို့ ကိုယ်ပိုင်အုပ်ချုပ်ခွင့်ရသည့် ပြည်နယ်ကို ကရင်လူမျိုးများ မရရှိသောကြောင့် KNU ကိုဖွဲ့စည်းခဲ့ခြင်းဖြစ်သည်။ ကရင်ဇရိယာဖြစ်သော ဧရာဝတီမြစ်ဝကျွန်းပေါ်ဒေသ (လက်ရှိ ဧရာဝတီတိုင်းဒေသကြီး) မှ ရန်ကုန်၊ နှင့် အရှေ့တောင်ခြမ်းဒေသနေရာ အတော်များများတွင် လက်နက်ကိုင်ပုန်ကန်မှုများ ပေါ်ပေါက်ခဲ့သည်။ ပုံမှန်နိုင်ငံရေးဖြစ်စဉ်ကိုလည်း ကရင် နိုင်ငံရေးသမားများက တစ်ခဲနက်ကန့်ကွက်ခဲ့ကြသည်။

၁၉၅၀ နှစ်များတွင် ဒေသတွင်း ပေါ်ပေါက်လာသည့် မွန်နှင့် ကရင်နီ လက်နက်ကိုင်လှုပ်ရှားမှုအတွက် KNU သည် အဓိကပံ့ပိုးပေး ခဲ့သည်။ ၁၉၅၆ နှင့် ၁၉၅၇ တွင် အသီးသီးပေါ်ပေါက်ခဲ့သည့် မွန်ပြည်သစ်ပါတီ (NMSP) နှင့် ကရင်နီ အမျိုးသားဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး ပါတီ (KNPP) တို့ဖြစ်သည်။ ယင်းဆယ်စုနှစ်အတွင်း ၎င်း၏ လွတ်မြောက်နယ်မြေများအတွင်း အုပ်ချုပ်မှုများပြုလုပ်နိုင်ရန် ကော်သူ လေးအစိုးရအဖွဲ့ကို ဖွဲ့စည်းခဲ့သည်။ ၁၉၅၆ ခုနှစ်တွင် ကရင်ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုဖူလုံရေးဌာနကို ဖွဲ့စည်းခဲ့သည်။

၁၉၆၀ နှစ်များတွင် ဖက်ဒရယ်လှုပ်ရှားမှုများ စတင်ခဲ့သည်။ ရှမ်းပြည်နယ်မှ ဝန်ကြီးများနှင့် လွှတ်တော် အမတ်များ ဦးဆောင်ပြီး အခြားသောတိုင်းရင်းသားပြည်နယ်များမှ အစိုးရခေါင်းဆောင်များလည်း ပူးပေါင်းပါဝင်လာပြီး တိုင်းရင်းသားပြည်နယ်များတွင် ပို၍ လွတ်လပ်သည့် ကိုယ်ပိုင်အုပ်ချုပ်ခွင့်ပေးရန်၊ နိုင်ငံရေးအရ လွတ်လပ်မှု ရရှိရန် တောင်းဆိုခဲ့ကြသည်။ ၁၉၆၂ ခုနှစ်တွင် စစ်တပ်မှ အာဏာသိမ်းခဲ့ပြီး ခေါင်းဆောင်ပိုင်းနှင့် ဗဟိုအစိုးရကြား ဒုတိယအကြိမ်ဆွေးနွေးနေစဉ်တွင် ယင်းလှုပ်ရှားမှုကို အမွေပိတ်ပင် ခဲ့သည်။ အာဏာသိမ်းပြီး ရက်ပေါင်းအနည်းငယ်အကြာတွင် စစ်တပ်မှပြောရေးဆိုခွင့်ရှိသူက ရုန်းရင်းဆန်ခတ်ဖြစ်မှုများကို ရှောင်ရှား လို၍ အာဏာသိမ်းရခြင်းဖြစ်ပြီး ဖက်ဒရယ်အရေးသည် အာဏာသိမ်းရခြင်း၏ အရေးအကြီးဆုံး အကြောင်းပြချက် ဖြစ်သည်ဟုဆို ခဲ့သည်။<sup>၈</sup> ဖက်ဒရယ်အစိုးရတစ်ရပ် ပေါ်ပေါက်လာမည်ကို ကာကွယ်ရန် လိုအပ်သဖြင့် အာဏာသိမ်းရသည့်သဘောဖြစ်သည်။ ပိုလ်ချုပ်နေဝင်း၏ "မြန်မာ့နည်း မြန်မာ့ဟန်ဆိုရလ်လမ်းစဉ်" နှင့်အတူ ဗဟိုဦးစီးမှုကို ဦးတည်သည့် အုပ်ချုပ်ရေးပိုင်း ပြောင်းလဲမှု အများအပြားပြုလုပ်ခဲ့သည်။

ယင်းဖြစ်စဉ်များသည် ရှမ်းလူမျိုးများ လက်နက်ကိုင်လှုပ်ရှားမှုများပေါ်ပေါက်လာစေရန် အကြောင်းရင်းများ ဖြစ်စေခဲ့သည်။

အချိန်တိုအတွင်းမှာပင် ရှမ်းလက်နက်ကိုင်အဖွဲ့များသည် ထိုင်းနယ်စပ်နှင့် ရှမ်းပြည်နယ်စပ် နေရာအများအပြားကို ထိန်းချုပ်ထား လိုက်နိုင်ကြသည်။ စစ်ရေးအရ ရက်စက်ပြီး ဗဟိုဦးစီးမှုစနစ်ဖြင့် အထက်အောက် အဆင့်ဆင့်ဖြင့် အုပ်ချုပ်သည့် အုပ်ချုပ်ရေးစနစ်ကို ဗမာပြည်တွင် ဖြစ်ပေါ်စေခဲ့ကြသည်။ ဆိုရှယ်လစ် စစ်အစိုးရသည် ပြည်သူ့စစ်ဗျူဟာကို အသုံးပြုပြီး အမျိုးသား၊ အမျိုးသမီး၊ ကလေး သူငယ်များအားလုံးကို နိုင်ငံတော်၏ တင်းကျပ်သည့်အုပ်ချုပ်မှုအောက်သို့ သွတ်သွင်းခဲ့သည်။ စစ်ပွဲများတွင် အသုံးပြုနိုင်ရန်လည်း ရည်ရွယ်သည်။ တပ်မတော်သည်လည်း ဖြတ်လေးဖြတ် သောင်းကျန်းသူနိမ့်နင်းရေး မဟာဗျူဟာကို အသုံးပြုပြီး EAO များကို ရပ်ရွာများမှ ပိုင်းနိုင်ခြင်းမရှိစေရန် ဆောင်ရွက်ခဲ့သည်။ အရှေ့တောင်ဘက်ခြမ်းတွင် ရပ်ရွာများကို အစုလိုက်အပြုံလိုက် အစိုးရ ထိန်းချုပ်သည့်နေရာရှိ စခန်းများသို့ ရွှေ့ပြောင်းစေခဲ့သည်။ ၎င်းတို့ဇာတိမြေ၊ နေအိမ်သို့ ပြန်လည်နေထိုင်ခြင်းကို အလွန်တင်းကျပ်စွာ တားမြစ်ခဲ့သည်။

၁၉၇၀ နှစ်များတွင် KNU သည် မြစ်ဝကျွန်းပေါ်ဒေသတွင် အကြီးအကျယ်ရုံးခိုပြီး နိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် ပြန်လည် အခြေချ ရသည်။ အုပ်ချုပ်ရေးခရိုင် ၇ ခုကို ဖွဲ့စည်းခဲ့ပြီး ပဲခူးအရှေ့ခြမ်း၊ ကရင်၊ မွန်၊ တန့်သာရီ တို့ပါဝင်ပြီး ယနေ့ထိတည်နေဆဲဖြစ်သည်။ နယ်စပ်ကုန်သွယ်ရေး နှင့် နိုင်ငံတကာ ထောက်ပံ့မှုများကြောင့် အကျိုးအမြတ်အများအပြားရရှိခဲ့ပြီး KNU အုပ်ချုပ်ရေးစနစ်သည် ယင်းကာလအတွင်း သိသိသာသာ တိုးတက်လာခဲ့သည်။ ဒီမိုကရေစီ ဖက်ဒရယ်ပြည်ထောင်စု ဖွဲ့စည်းရန် တောင်းဆိုသည့် အခြား တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစု မဟာမိတ်အဖွဲ့အမျိုးမျိုးကိုလည်း လက်ခံနေရာပေးနိုင်ခဲ့သည်။ ၁၉၇၂ ခုနှစ်တွင် မွန်ပြည်သစ်ပါတီသည် ၎င်း၏ထိန်းချုပ်ဒေသမှ ပြည်သူများအတွက် မွန်အမျိုးသားကျန်းမာရေးကော်မတီ (Mon National Health Committee (MNHC)) ကို ဖွဲ့စည်းပြီး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးခဲ့သည်။

**၁၉၈၈ - ၂၀၀၉ ။ ဒေသတွင်း စစ်ပွဲများ ပြင်းထန်လာခြင်းနှင့်အတူ နယ်စပ်အခြေပြု ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဖြင့်တင်ခြင်း**

၁၉၈၈ ခုနှစ်တွင် ဆန္ဒပြမှုများ အကြီးအကျယ်ဖြစ်ပွားခဲ့ပြီး ဒုတိယအကြိမ် အာဏာသိမ်းမှုဖြစ်ပေါ်ခဲ့သည်။ နိုင်ငံရေးအရ တက်ကြွသည့် ဆရာဝန်များနှင့် အခြားဆေးပညာသည်များ KNU ထိန်းချုပ်နေရာများနှင့် ထိုင်းနိုင်ငံသို့ရောက်ရှိလာသောကြောင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အားသစ်လောင်းသကဲ့သို့ဖြစ်လာခဲ့သည်။ ရန်ကုန် ဆေးတက္ကသိုလ်ဆင်း ဒေါက်တာစင်သီယာမောင်သည် ဒုက္ခသည်များနှင့် အဝေးရောက်များကို ကုသပေးရန် ၁၉၈၉ ခုနှစ်တွင် မဲဆောက်၌ မယ်တော်ဆေးခန်းကို ဖွင့်လှစ်ခဲ့သည်။ နောက်ပိုင်းတွင် မြန်မာနိုင်ငံမှ ရွှေ့ပြောင်းလုပ်သားများနှင့် နိုင်ငံတွင်းမှ ကျန်းမာရေးစရိတ်မတတ်နိုင်သူ၊ ကုသမှု ခံယူရန် လက်လှမ်းမမှီသူများကို ကုသပေးသည့် ဆေးခန်းဖြစ်လာသည်။ ၂၀၁၄ ခုနှစ်တွင် ဆေးခန်းလူနာတစ်ဝက်ခန့်သည် မြန်မာနိုင်ငံတွင်းနေထိုင်သူများဖြစ်သည်။<sup>၉</sup>

ရပ်ရွာအခြေပြုများနှင့် EAO ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများကို ပံ့ပိုးနိုင်ရန် ၁၉၉၁ ခုနှစ်တွင် ဒေါက်တာ စင်သီယာမောင်နှင့် အခြားအဝေးရောက်များပူးပေါင်းပြီး ဗမာဆေးဘက်ဆိုင်ရာအသင်း (Burma Medical Association ) ကိုဖွဲ့စည်းခဲ့သည်။ ၁၉၉၀ နှစ် များတွင် လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ဒီမိုကရေစီ လိုလားသည့် အဝေးရောက်များ ပူးပေါင်းပြီး အမျိုးသားကျန်းမာရေးနှင့် ပညာရေးကော်မတီကို ဖွဲ့စည်းကာ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသည့်အဖွဲ့များအားလုံးကို စုစည်းခဲ့သည်။ ၁၉၉၂ ခုနှစ်တွင် ရှမ်းဆေးမှူးများသည် ရှမ်းကျန်းမာရေးကော်မတီကို ဖွဲ့စည်းခဲ့ပြီး နောက်ပိုင်းတွင် သျှမ်းပြည်ပြန်လည်ထူထောင်ရေးကောင်စီ၏ ရှမ်းပြည်ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး ဖောင်ဒေးရှင်း (Shan State Development Foundation (SSDF)) စုစည်းမှုအောက်သို့ ရောက်သွားသည်။ ၁၉၉၇ တွင် KNPP သည် ကရင်နီရွှေ့လျား ကျန်းမာရေးကော်မတီကို (Karenni Mobile Health Committee (KnMHC)) <sup>10</sup> ကို ဖွဲ့စည်းခဲ့သည်။ ရပ်ရွာသားများအနေဖြင့် ၎င်းတို့ရပ်ရွာများတွင် ပြန်လည်လုပ်ကိုင်နိုင်စေရန် လေ့ကျင့်သင်ကြားပေးခြင်းဖြင့် ရွှေ့လျား ကွင်းဆင်း စောင့်ရှောက်မှုများ အပြည့်အဝပေးနိုင်ရန်အတွက် ၁၉၉၈ ခုနှစ် တွင် KNU နှင့် အချိတ်အဆက်ရှိသည့် အဝေးရောက်များနှင့် ကျန်းမာရေးကျွမ်းကျင်သူများ ပူးပေါင်းပြီး ကျောပိုးအိတ်အဖွဲ့ (Backpack Healthworker Team (BPHWT) ) ကိုဖွဲ့စည်းခဲ့သည်။ ကနဦးတွင် BPHWT သည် အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင်သာ အဓိကလှုပ်ရှားခဲ့ပြီးနောက်ပိုင်းတွင် မြန်မာနိုင်ငံအနှံ့မှ တိုင်းရင်းသားဒေသများ၊ ဝေးလံခေါင်ဖျားဒေသများသို့ ပြန့်နှံ့သွားသည်။ ဖော်ပြခဲ့ပါ ကွန်ယက်များသည် ECBHO များ၏ အမာခံဖြစ်ပြီး ဤအစီရင်ခံစာ အဓိက လေ့လာ ဖော်ထုတ်ထားသည့် အစုအဖွဲ့များဖြစ်သည်။<sup>11</sup>

၁၉၉၀ မှ ၂၀၀၀ ခုနှစ်များအတွင်း ပိတ်ဆို့အရေးယူမှုများ၊ စစ်အစိုးရ၏ အဆက်ဖြတ်မှုများကြောင့် မြန်မာအစိုးရနှင့် လုပ်ငန်း ဆောင်ရွက်ရန် ကန့်သတ်ခံထားရသည့် အလှူရှင်များသည် ၎င်းတို့၏ များလှသည့်လှူဒါန်းမှု၏ အစိတ်အပိုင်းအများစုကို ပဋိပက္ခ ဖြစ်နေသည့်ဧရိယာများနှင့် ဒီမိုကရေစီ လှုပ်ရှားမှုများ အတွက် ပေးအပ်ခဲ့ကြသည်။

ဒေသခံကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း၊ အစီအစဉ်များ တိုးချဲ့လာသည်နှင့် အမျှ တိုင်းရင်းသား ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများ၏ ကျွမ်းကျင်မှုအားနည်းပုံမှာ ဆိုးဆိုးဝါးဝါးဖြစ်နေပုံမှာ ထင်ရှားလာသည်။ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းအဖြစ်လုပ်ကိုင်နေသူများ တွင် စံချိန်မှီ အသိအမှတ်ပြုသင်တန်း တက်ရောက်အောင်မြင်ထားသူများမှာ ရှားရှားပါးပါးဖြစ်သည်။ ဖွံ့ဖြိုးရေး အဖွဲ့အစည်းများ၊ အစိုးရများ၊ ပုဂ္ဂလိက အလှူရှင်များ၏ ငွေကြေးပံ့ပိုးမှု၊ INGOများမှ နည်းပညာအကြံပေးမှုများနှင့်အတူ ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများ အတွက် စံသတ်မှတ်ထားသည့် ကုသရေးသတ်မှတ်ချက်များ၊ သင်ရိုးညွှန်းတမ်းများကို ဖော်ထုတ်နိုင်ခဲ့သည်။ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက်သာမက မြန်မာနိုင်ငံမှ IDP များကို စောင့်ရှောက်ပေးနေသည့် ကျန်းမာရေးစနစ် အားကောင်းစေရန် အထောက်အကူပြုခဲ့သည်။ ၂၀၀၀ ခုနှစ်နှောင်းပိုင်းတွင် အရည်အသွေးပြည့်ဝသည့် ဆေးမှူးများ၊ မိခင်နှင့် ကလေးကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သူများ မွေးထုတ်နိုင်ရန်အတွက် ကုသမှုအဓိကထားသည့် သင်ခန်းစာများကို ထည့်သွင်းလာခဲ့သည်။ ပြည်သူ့



ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း၊ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးမှူး၊ ဆေးဝါးကျွမ်းကျင် နှင့် ဓာတ်ခွဲမှူးအပါအဝင် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးကဏ္ဍတွင် ဝင်ရောက် တာဝန်ထမ်းဆောင်သူများ မွေးထုတ်သည့် သင်ခန်းစာများကိုလည်း ထည့်သွင်းလာခဲ့သည်။ အချို့သော ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး သင်တန်း များကို ထိုင်းတက္ကသိုလ်များနှင့် ပူးပေါင်းပြီး အကောင်အထည်ဖော်ခဲ့သည်။ ECBHO များနှင့် ၎င်းတို့ စောင့်ရှောက်မှုပေးသည့် လူထုများသည် နိုင်ငံတကာမှ ပံ့ပိုးမှုပေါ်တွင် တိုး၍မှီခိုလာရသည်။ ၂၀၁၅ ခုနှစ် အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ECBHO များအားလုံး၏ စုစုပေါင်း ဘတ်ဂျက်သည် အမေရိကန်ဒေါ်လာ ၆ သန်းကျော်မည်ဟု ခန့်မှန်းထားပြီး အများစုမှာ ထိုင်းနိုင်ငံမှ မယ်တော်ဆေးခန်း လုပ်ငန်းများတွင် အသုံးပြုခြင်းဖြစ်သည်။ မယ်တော်ဆေးခန်းစရိတ်တွင် အခြား ECBHO များကို သင်တန်းပေးသည့် စရိတ်များလည်း ပါဝင်သည်။<sup>12</sup>

၁၉၉၀ နှစ်များတွင် ဒေသတွင်း ပဋိပက္ခပုံစံများ သိသိသာသာပြောင်းလဲလာသည်ကို တွေ့ရသည်။ ၁၉၉၄ ခုနှစ်တွင် အစိုးရနှင့် ကရင် နီလူမျိုးပေါင်းစုံလွတ်လပ်ရေးတပ်ဦး (Karen Nationalities People's Liberation Front- KNPLF) (KNPP မှ ၁၉၇၈ ခုနှစ်တွင် ခွဲထွက်သွားသည့် ကယားပြည်နယ်မှ EAO တခုဖြစ်သည်)၊ မွန်ပြည်သစ်ပါတီ နှင့် KNU ခွဲထွက်အဖွဲ့ကြီး Democratic Karen Buddhist Army (DKBA) တို့ကြား ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး လက်မှတ်ရေးထိုးခဲ့သည်။ လက်မှတ်ရေးထိုးပြီးနောက်ပိုင်း တပ်မတော်သည် KNU နှင့် KNPP တို့ပေါ်တွင် သောင်းကျန်းသူနှိမ်နင်းရေး စစ်ဆင်ရေးများကို အားသွန်ခွန်စိုက် ပြုလုပ်လာနိုင်ခဲ့သည်။ မိမိ မိခင်အဖွဲ့အစည်းကို ကျောခိုင်းခဲ့သည့် အဖွဲ့အစည်းများဖြစ်သော DKBA နှင့် KNPLF တို့သည် စစ်ရေးအရ တပ်မတော်ကို တိုက်ရိုက်ကူညီမှုများ ပေးခဲ့သည်။ ရှမ်းပြည်တောင်ပိုင်းတစ်ဝှမ်းကို ဆယ်စုနှစ်များစွာ စိုးမိုးထားသည့် မော်တိုင်းတပ်မတော် (Mong Tai Army (MTA) ပြည်သူ့စစ်ခေါင်းဆောင် သူပုန်ခေါင်းဆောင် ခွန်ဆာသည် ၁၉၉၆ ခုနှစ်တွင် တပ်မတော်သို့လက်နက်ချခဲ့သည်။ MTA မှ ခွဲထွက်သွားသည့်အဖွဲ့သည် သျှမ်းပြည် ပြန်လည်တည်ထောင်ရေးကောင်စီအဖြစ်နှင့် ပြန်လည်ပေါ်ထွက်လာပြီး ယနေ့ တိုင်တည်တံ့ နေသည်။

၂၀၀၀ ခုနှစ်ဝန်းကျင်တွင် KNU၊ KNPP ၊ RCSS တို့ကို တပ်မတော်မှ အကြီးအကျယ်ထိုးစစ်ဆင်ပြီး ဖြတ်လေးဖြတ် မဟာဗျူဟာကိုလည်း ရံဖန်ရံခါ အသုံးပြုသည်။ အရပ်သားများကိုလည်း အစိုးရထိန်းချုပ်နယ်မြေများသို့ အတင်းအကျပ်ပြောင်းရွှေ့စေသည်။ ၁၉၉၆ နှင့် ၂၀၁၁ ခုနှစ်အတွင်း ဒေသတွင်းမှ ကျေးရွာပေါင်း ၇,၂၄၄ ရွာသည် ဖျက်ဆီးခံရ၊ ရွှေ့ပြောင်းခံရသည်။ ရပ်ရွာသားများ စွန့်ခွာထွက်ပြေး ကြရသည်။<sup>13</sup> ဒေသတွင်းတွင် IDP အရေအတွက် ၄၀၀,၀၀၀ ကျော်ထိရှိပြီး ဒုက္ခသည်ပေါင်း ၁၂၀,၀၀၀ မှ ၁၅၀,၀၀၀ အတွင်းရှိသည်။ ၂၀၀၅ ခုနှစ်တွင် ထိုင်းနယ်စပ်မှ ဒုက္ခသည်အများအပြားကို တတိယနိုင်ငံများသို့ ရွှေ့ပြောင်းနေရာချပေးမှု စတင်ခဲ့သည်။ ၂၀၁၄ ခုနှစ်အထိ ကရင်နှင့်ကရင်နီ ဒုက္ခသည်အများစုပါဝင်သော ဒုက္ခသည် ၈၉,၀၀၀ ကျော်ကို ရွှေ့ပြောင်းအခြေချစေခဲ့သည်။ အများအား ဖြင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုနိုင်ငံသို့ ရွှေ့ပြောင်း အခြေချစေခဲ့သည်။<sup>14</sup>

စစ်အစိုးရခေတ်တွင် တပ်မတော်နှင့် ၎င်း၏ တဆင့်ခံအဖွဲ့အစည်းများသည် သောင်းကျန်းသူ အမာခံနယ်မြေဟု သတ်မှတ်ထားသည့် နေရာများတွင် ဖြတ်သန်းသွားလာမှုကို တွေ့လျှင် တွေ့ချင်း ပစ်ခတ်ပေးထားသည်။ ၎င်းတို့သည် ရိက္ခာနှင့် ပိုင်ဆိုင်မှုများကို စနစ်တကျ ဖျက်ဆီးခြင်း၊ သိမ်းယူခြင်း၊ တရားလက်လွတ်ဖမ်းဆီးခြင်းနှိပ်စက်ခြင်း၊ တရားခွင် မရှိ၊ ထုချေခွင့်မရှိ သတ်ဖြတ်ခြင်း၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ဖော်ကားခြင်း၊ အမေ့ခိုင်းစေခြင်း၊ ပေါ်တာဆွဲခြင်း၊ ဆက်ကြေးကောက်ခြင်း၊ အခွန်အတုတ် တရားလွန်ကောက်ခြင်း အပါအဝင် ပုံမှန် ဖြစ်ပေါ်နေသည့် လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုများအား အဓိကတာဝန်ရှိသူများဖြစ်သည်။<sup>15</sup> စစ်အစိုးရနှင့် နိုင်ငံတော် ထောက်ပံ့မှုဖြင့် ရပ်တည်သည့် ပြည်သူ့စစ်များသည် ယင်းဒေသများသို့ လူ့သားချင်းစာနာမှု အကူအညီများပေးပို့ခြင်းကို တင်းကျပ်စွာ ကန့်သတ် ထားပြီး ECBHO ဆေးမှူးများနှင့် အခြားအဆင့် ဝန်ထမ်းများကို ဖော်ကားခြင်း၊ ဖမ်းဆီးခြင်း၊ သတ်ဖြတ်ခြင်းစသည့် များစွာသော ဖြစ်ရပ်များတွင် ပါဝင်ပတ်သက်ခဲ့ကြသည်။<sup>16</sup> ကျောပိုးအိတ်အဖွဲ့ (Backpack Health Worker Team) အဆိုအရ ၁၉၉၈ မှ ၂၀၁၀ ခုနှစ်အတွင်း ကျောပိုးအိတ်အဖွဲ့မှ ဆေးမှူး ၉ ဦး နှင့် ရိုးရာသားဖွားဆရာမ တစ်ဦးတို့သည် သေနတ်ဒဏ်ကြောင့် သို့မဟုတ် မြေမြုပ်ခိုင်းဒဏ်ကြောင့် သေဆုံးခဲ့ရသည်ဟု ဆိုသည်။<sup>17</sup>

**၂၀၀၉ - ၂၀၁၆ ။ ။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတစ်ဝှမ်း ပွင့်သစ်စ ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ် (2009-2016: A fledgling peace process in southeast Myanmar)**

၂၀၁၀ ရွေးကောက်ပွဲမတိုင်မှီ ၂၀၀၉ ခုနှစ်တွင် စစ်အစိုးရသည် EAO များအားလုံးကို တပ်မတော်ညွှန်ကြားမှုအောက်တွင် ရှိသည့် ပြည်သူ့စစ်ယူနစ်အသစ်ဖြစ်သော နယ်ခြားစောင့်တပ်များအဖြစ် ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှု ရပ်စဲရေးအသွင်ပြောင်းရန် သို့မဟုတ် ထိုးစစ် ဆင်မှု ခံရမည်ဟု တောင်းဆိုခဲ့သည်။ တနိုင်ငံလုံးတွင် နယ်ခြား စောင့်တပ်ပေါင်း ၂၃ ခုရှိပြီး ကရင်နှင့် ကယားတွင် တပ်ရင်းပေါင်း ၁၆ ရင်း ရှိသည်။ DKBA နှင့် KNPLF တို့မှ ခွဲထွက်အဖွဲ့များကိုအခြေခံပြီး ဖွဲ့စည်းထားခြင်းဖြစ်သည်။ ရှမ်းပြည်အရှေ့ခြမ်း တောင်ဘက် ပိုင်းတွင် အခြား ၂ ဖွဲ့ ရှိသည်။<sup>18</sup> DKBA ခွဲထွက်အဖွဲ့ ၊ KNU မှလည်း ခွဲထွက်အဖွဲ့ တခု ဖြစ်သော ကရင် - ငြိမ်းချမ်းရေးကောင်စီ (Karen Peace Council (KPC) တို့သည် အသွင်ပြောင်းရန် ငြင်းဆန်သည် သာမက ၂၀၁၀ တွင် တပ်မတော်ကို တိုက်ခိုက်မှုများပြု လုပ်ခဲ့သည်။

ပဋိပက္ခအနည်းငယ်ရှိခဲ့သော်လည်း ၂၀၁၁ နှင့် ၂၀၁၂ ခုနှစ်တွင် အစိုးရနှင့်လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့ ၁၄ ဖွဲ့ကြားတွင် ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှု ရပ်စဲရေး ပြုလုပ်နိုင်ခဲ့ကြသည်။ KNU ၊ KNPP ၊ RCSS ၊ KPC နှင့် DKBA ခွဲထွက် အဖွဲ့ နှင့် အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် အခြေစိုက်သည့် အခြား အဖွဲ့ငယ် ၃ ခု တို့ လက်မှတ်ရေးထိုးနိုင်ခဲ့သည်။<sup>19</sup>

အထူးသဖြင့် ကရင်နှင့် ကရင်နီဒေသများတွင် ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးကြောင့် အပစ်အခတ်များ၊ အရပ်သားများခံစားရသည့် အနိုင်ကျင့်စော်ကားမှုများ အတိုင်းအတာတစ်ခုထိ လျော့ကျသွားခဲ့သော်လည်း စစ်အင်အား တိုးချဲ့မှုရှိနေသေးသည့်အတွက် ပြဿနာအမျိုးမျိုး ဆက်လက်ရှိနေဆဲဖြစ်သည်။ အချက်အလက်ပေါင်း ၆၀၀ ကျော်ပါသည့် ကရင် လူ့အခွင့်အရေးအဖွဲ့ (Karen Humans Rights Group (KHRG) ) ၏ ၂၀၁၄ အစီရင်ခံစာဖော်ပြချက်အရ အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေး လက်မှတ်ထိုးပြီးနောက်ပိုင်း အချို့သော အလွဲသုံး နှိပ်စက်မှုများ လျော့ကျသွားသည်။ အတိအကျဆိုရလျှင် ကျေးရွာများကို စနစ်တကျဖျက်ဆီးခြင်း လျော့ကျ သွားသည်။ သို့သော်လည်း လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့များ၏ အခြားသော အနိုင်ကျင့်နှိပ်စက်မှုများဖြစ်သော တရားလက်လွတ် အင်အား သုံးခြင်း၊ အမွေလှူသစ်စုဆောင်းခြင်း၊ ဆက်ကြားကောက်ခြင်း နှင့် လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ စော်ကားမှုများကတော့ ရှိနေဆဲဖြစ်သည်။<sup>20</sup> တပ်နေရာ၊ စီးပွားရေး လုပ်ငန်းနေရာများအတွက် မြေသိမ်းခြင်း၊ မူးယစ်ဆေးဝါးပြဿနာကဲ့သို့သော လုံခြုံရေးကို ခြိမ်းခြောက်သည့် အကြောင်းရင်းသစ်များလည်း အလျင်အမြန် ဖြစ်ပေါ်လျက်ရှိနေသည်။<sup>21</sup> မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် ၂၀၁၃ ခုနှစ် တွင်ပြုလုပ် ခဲ့သည့် အိမ်ထောင်စုအလိုက် ကျန်းမာရေးစစ်တမ်းအရ စစ်တမ်းကောက်ယူခဲ့သည့်ဧရိယာမှ အိမ်ထောင်စု ၁၀ ရာခိုင်နှုန်းသည် ၂၀၁၂ ခုနှစ်အတွင်း လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုဒဏ်ခံခဲ့ရသည်ကိုတွေ့ရသည်။ ရိက္ခာ၊ ကောက်ပဲသီးနှံ၊ အိမ်မွေးတိရစ္ဆာန်များ ဖျက်ဆီးခြင်း သို့မဟုတ် လုယူသိမ်းဆည်းခြင်းသည် အများဆုံး ကြုံတွေ့ရသည့် လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုဖြစ်သည်။<sup>22</sup> လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုများသည် မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ပြည်သူများနှင့် အစိုးရ ကြားမှ အယုံအကြည်ကင်းမဲ့မှုများကို ဆက်လက်ဖြစ်ပေါ်စေမည်ဖြစ်သည်။ ရေရှည်တည်တံ့သည့် ငြိမ်းချမ်းရေးရန်အတွက် ရင်ဆိုင်ရမည့် အခက်အခဲပမာဏ ကိုလည်း သရုပ်ဖော်ပြသလျက်ရှိသည်။

နိုင်ငံမြောက်ဘက်ပိုင်းတွင် ပြင်းထန်သည့် လက်နက်ကိုင်ပဋိပက္ခများ တဖန်ပြန်လည်ဖြစ်ပေါ်နေသော်လည်း ၂၀၁၃ ခုနှစ်တွင် အားလုံးပါဝင်နိုင်သည့် ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခုကို စတင်ခဲ့သည်။ ဖက်ဒရယ်လိုလားသည့် EAO အစုအဖွဲ့များ စုစည်းပြီး အစိုးရနှင့် ညှိနှိုင်းမှုများပြုလုပ်ခဲ့ကြသည်။ ၂၀၁၅ ခုနှစ် နှစ်လည်ပိုင်းတွင် စာချုပ်စာသားကို သဘောတူညီနိုင်ခဲ့ကြသည်။ ဝေဖန် သုံးသပ်မှုပြုသူများက စစ်မက်ဖြစ်ပွားရာဒေသမှ လူနည်းစုရပ်ရွာများအတွက် အရေးကြီးသည့် ပြဿနာများ အားလုံး စုစည်းထားချက် သဖွယ်ဖြစ်သည်ဟု ဆိုခဲ့ကြသည်။ သို့သော်လည်း ယင်းဖော်ပြပါအချက်အများစုအတွက် ကတိပြုစည်းနှောင်ထားမှုမရှိပါ။<sup>23</sup> အရေးအကြီးဆုံးအချက်အနေဖြင့် လက်မှတ်ရေးထိုးသူအားလုံးသည် လွတ်လပ်မှု၊ တန်းတူညီမျှမှု နှင့် တရားမျှတမှုတို့ကို အခြေခံပြီး ပင်လုံစိတ်ဓာတ်နှင့်<sup>24</sup> အညီ ဒီမိုကရေစီရေး၊ အမျိုးသားတန်းတူရေး၊ ကိုယ်ပိုင်ပြဌာန်းခွင့် အခွင့်အရေးများ အာမခံချက်များ အပြည့်အဝ ရှိသော ဒီမိုကရေစီနှင့် ဖက်ဒရယ်စနစ်ကို အခြေခံသည့် ပြည်ထောင်စုကို နိုင်ငံရေးဆွေးနွေးပွဲရလဒ်များနှင့်အညီ တည်ဆောက်သွားရန် ကတိပြုသည် ဟုဖော်ပြထားသည်။

EAO ၆ ဖွဲ့ကို လက်မှတ်ထိုးရန် ခွင့်မပြုဟု အစိုးရ ထုတ်ပြန်လိုက်သည်နှင့် ဆွေးနွေးပွဲများ အချိန်တိုအတွင်းပျက်ပြားသွားသည်။<sup>25</sup> ရလဒ်အနေဖြင့် ၂၀၁၅ အောက်တိုဘာတွင် လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့ ၈ ဖွဲ့ သာ သမ္မတ၊ ကာကွယ်ရေးဦးစီးချုပ်နှင့် အခြား အစိုးရအရာရှိများ ပါဝင်လျက် တစ်နိုင်ငံလုံး ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး သဘောတူညီချက်လက်မှတ်ရေးထိုးရန် သဘောတူညီခဲ့သည်။ လက်မှတ် ရေးထိုးရာတွင် အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ အင်အားအကြီးဆုံးအဖွဲ့တစ်ခုဖြစ်သော KNU နှင့် RCSS တို့ပါဝင်ခဲ့ပြီး DKBA ၊ KPC နှင့်ယင်း ဒေသတိုက်လှုပ်ရှားသည့် အခြားအဖွဲ့ငယ်များလည်း ပါဝင်ခဲ့သည်။<sup>26</sup>

NLD သည် ၂၀၁၅ ရွေးကောက်ပွဲတွင် တောင်ပြိုကမ်းပြို အနိုင်ရခဲ့သော်လည်း အခြေခံဥပဒေအရ စစ်တပ်သည် ဒုတိယသမ္မတ တစ်ဦး၊ အာဏာရှိသည့် ဝန်ကြီးဌာန ၃ ခုမှ ဝန်ကြီးများနှင့် နိုင်ငံရှိ လွှတ်တော် အမတ် ၂၅ ရာခိုင်နှုန်းကို ခန့်ထားနိုင်သည်။ အားလုံးပါဝင်ရေး ပါဝင်ခြင်းမရှိသဖြင့် NCA တွင် NLD အနေဖြင့် ပါဝင်လက်မှတ်ထိုးခြင်းမပြုသည်လည်းဖြစ်နိုင်သည်။ သို့သော်လည်း ပါတီ နှင့် အစိုးရသစ်သည် စစ်မှန်သည့် ဒီမိုကရေစီ ဖက်ဒရယ်ပြည်ထောင်စု တည်ထောင်ရန် နိုင်ငံရေးဆွေးနွေးပွဲများ ပြုလုပ်သွားမည် ဟု အကြိမ်ကြိမ်ကတိပြုထားသည်။<sup>27</sup> နိုင်ငံရေးဆွေးနွေးမှု ပထမအဆင့်အနေဖြင့် ၂၀၁၆ ဇန်နဝါရီတွင် ကျင်းပခဲ့သည့် ပထမအကြိမ် ပြည်ထောင်စု ငြိမ်းချမ်းရေးညီလာခံတွင် NLD လည်း တက်ရောက်ခဲ့သည်။ နိုင်ငံရှိ EAO အဖွဲ့ကြီး အနည်းငယ်သာပါဝင်ခဲ့သောကြောင့် ယင်းညီလာခံသည် သဘောတရားပုံဖော်ခြင်း သဘောဆန်ခဲ့သည်။ အစိုးရသစ်ကြောင့် အနာဂတ် ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်သည် ဦးတည်ချက်သည် ပုံမှန် ဖြစ်ပေါ်လျက်ရှိသည်။

၂၀၁၅ နှစ်ကုန်ပိုင်းတွင် ECBHO များနှင့် မဲဆောက်တွင် တွေ့ဆုံရန် NLD မှ ကိုယ်စားလှယ်များလွှတ်ခဲ့ သည်။ ၂၀၁၆ တွင် ECBHO များပါဝင်သည့် သတင်းအချက်အလက် မျှဝေသည့်အစည်းအဝေးကို ဦးဆောင်ပြုလုပ်ခဲ့သည်။<sup>28</sup> ECBHO နှင့် MoH ကြား ပူးပေါင်း အကောင်အထည်ဖော်သည့် လုပ်ငန်းများဆောင်ရွက်ရန်မှာ ဒေါ်အောင်ဆန်းစုကြည်၏ တိုင်းရင်းသားအဖွဲ့များနှင့် ဆက်ဆံရေး တည်ထောင်နိုင်ရေး ယူဆချက်တွင် ဦးစားပေးကိစ္စဖြစ်သည်ဟု NLD ကျန်းမာရေး အကြံပေးတစ်ဦးက ဆိုသည်။ ယင်းအချက်အပြင် ECBHO များကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူအဖြစ် အသိအမှတ်ပြုမှုကိုလည်း NLD အမျိုးသား ကျန်းမာရေး ကွန်ယက်၏ ၂၀၁၆ မူဝါဒစာတမ်း ဖြစ်သော ကျန်းမာရေး ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုအစီအစဉ် - လူတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လမ်းပြမြေပုံ (၂၀၁၆ - ၂၀၁၃) (Program of Health Reforms: A Roadmap Toward Universal Health Coverage in Myanmar (2016-2030) တွင် ထည့်သွင်းဖော်ပြထားသည်။<sup>29</sup>

**၂.၂။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ လက်နက်ကိုင်ပဋိပက္ခများ၏ ကျန်းမာရေးပေါ်သက်ရောက်မှု (The impacts of armed conflict on health in southeastern Myanmar)**

စစ်ဘေးဒဏ်ခံရသူများအဖို့ စစ်၏ခါးသီးကြောက်မက်ဖွယ်များကို အလွယ်တကူ မေ့နိုင်မည်မဟုတ်ပါ။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ပိုင်းမှ လက်နက်ကိုင် ပဋိပက္ခများသည် လုံခြုံရေးနှင့် အုပ်ချုပ်မှု ပတ်ဝန်းကျင်၊ စီးပွားရေး၊ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး၊ ပညာရေး နှင့် ကျန်းမာရေး အခြေခံ အဆောက်အအုံများ၊ EAO နှင့် ယုံကြည်မှုများ၊ တိုင်းရင်းသား ရပ်ရွာများကြားမှ ယုံကြည်မှုများပေါ်တွင် ထိခိုက်မှုများရှိသည်။ အစိုးရ၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုစနစ်များ အားကောင်းစေရန် ဆောင်ရွက်မှုပေါ်တွင်လည်း သက်ရောက်မှုများရှိသည်။

ကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ်မှာ လုံလောက်မှုမရှိသည့်ပြင် ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှုများလွန်းခြင်း၊ လုပ်ရည်ကိုင်ရည် ကွာဟချက် များလွန်းခြင်း တို့ကြောင့် စစ်အစိုးရအဆက်ဆက်လက်ထက်တွင် ပဋိပက္ခမရှိသည့်နေရာများတွင်ပင် ကျန်းမာရေး အခြေအနေမှာ အောက်ကျ နောက်ကျနိုင်လှသည်။ ၂၀၁၁ - ၁၂ ခုနှစ် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများ မပြုလုပ်မှီတွင် နိုင်ငံဂျီဒီပီ၏ ၀.၃ ရာခိုင်နှုန်းကို ကျန်းမာရေးစရိတ်အတွက် အသုံးပြုခဲ့ပြီး လူတစ်ဦးအတွက် ၁.၆၀ ဒေါ်လာ အသုံးပြုခြင်းဖြစ်သည်။<sup>30</sup> အာရှတွင် ကျန်းမာရေး အသုံးစရိတ် အနိမ့်ဆုံးနိုင်ငံဖြစ်သည်။<sup>31</sup> WHO၏ ၂၀၀၀ ခုနှစ် သတ်မှတ်ချက်အရ မြန်မာနိုင်ငံ၏ ကျန်းမာရေးစနစ်သည် နိုင်ငံပေါင်း ၁၉၁ နိုင်ငံအနက် အဆင့် ၁၉၀ တွင် ရပ်တည်နေသည်။<sup>32</sup> အသေးစိတ်ကို အခန်း ၃.၁ တွင် ဆွေးနွေးထားသည့် ယင်းအားနည်းချက်များသည် အာရှတွင် မွေးစနှင့် ကလေးငယ် သေဆုံးမှုအမြင့်ဆုံး နိုင်ငံဖြစ်နေခြင်းကဲ့သို့သော အလွန်ဆိုးဝါးသည့် အမျိုးသားအဆင့် ကျန်းမာရေးရလဒ်များကို ပေါ်ထွက်လာစေသည်။<sup>33</sup> တစ်ကမ္ဘာလုံးတွင် ဖြစ်ပေါ်နေသကဲ့သို့ပင် ကျေးလက်ဒေသမှ ကျန်းမာရေး အညွှန်းကိန်းများ အားလုံးနီးပါးမှာ ကျဆင်းကာ ရလဒ်ဆိုးလျက်ရှိသည်။

ကျေးလက်ဒေသတွင် ကျန်းမာရေးအခြေအနေဆိုးဝါးမှုမှာ လက်နက်ကိုင်ပဋိပက္ခကြောင့် ပို၍ဆိုးဝါးသွားသည်။ ဇယား ၁ တွင် ကျန်းမာရေး တိုင်းတာမှုအညွှန်းကိန်းများကို ပုံဖော်နိုင်ရန် MoH နှင့် ECBHO တို့ထံမှ ရနိုင်သမျှ အချက်အလက်များကို စုစည်းဖော်ပြထားသည်။ MoH အချက်အလက်များကို နိုင်ငံအဆင့်ဆင့် ပျမ်းမျှနှုန်း၊ နိုင်ငံတော်အဆင့်မြို့ပြ ပျမ်းမျှနှုန်း၊ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ကရင်၊ ကယား၊ မွန် ပြည်နယ်များမှ အချက်အလက်များ ရယူထားသည်။ ECBHO ဧရိယာသည် ယင်းပြည်နယ် ၃ ခု လုံးတွင် ပါဝင်သော်လည်း ECBHO သည် ကျေးလက်ဒေသ၊ ပဋိပက္ခဒဏ်ခံဒေသ ( အထူးသဖြင့် EAO ရှိသည့် ဒေသ) တို့တွင်သာ လှုပ်ရှားမှုရှိသည်ဟု ယူဆနိုင်သည်။ အစိုးရအချက်အလက်များသည် MoH လှုပ်ရှားမှုရှိသည့် မြို့နှင့်၊ လမ်းမကြီးနှင့် နီးသည့်ဧရိယာများမှဖြစ်သည်။ MoH မှ လုပ်ငန်း အမျိုးမျိုးအတွက် ချမှတ်ထားသည့် ရည်မှန်းချက်များအတွက် အညွှန်းကိန်းများဖြစ်သည်။

**ဇယား 1 ။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ကျန်းမာရေး အညွှန်းကိန်းများ (Health indicators in southeast Myanmar)<sup>34</sup>**

| အညွှန်းကိန်း  | ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန အချက်အလက် |                  |                  |                   |                   |                   | ECBHO ဧရိယာ <sup>g</sup> | ရည်မှန်းချက် | ရည်မှန်းချက် ချမှတ်သည့် အစုအဖွဲ့ |
|---|--------------------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|--------------|----------------------------------|
|   | နိုင်ငံ အဆင့်                  | မြို့ပြ          | ကျေးလက်          | ကရင်              | ကယား              | မွန်              |                          |              |                                  |
| မွေးစကလေး (တနစ်အောက် သေဆုံးမှုနှုန်း) (အယောက် ၁၀၀၀ နှုန်း) <sup>f</sup> | ၃၇.၅                           | ၂၄.၅             | ၄၂.၈             | ၇.၆ <sup>h</sup>  | ၉ .၈ <sup>h</sup> | ၁၀.၅ <sup>h</sup> | ၉၄.၂                     | ၂၂           | MoH ၂၀၃၀                         |
| မိခင်သေဆုံးမှုနှုန်း (၁၀၀ ၀၀၀ တွင်)                                     | ၂၀၀ <sup>i</sup>               | ၁၁၂ <sup>h</sup> | ၁၅၄ <sup>h</sup> | ၁၁၀ <sup>h</sup>  | ၁၂၀ <sup>h</sup>  | ၈၀ <sup>h</sup>   | ၇၂၁                      | ၉၀           | MoH ၂၀၃၀                         |
| ကလေး (၅ နှစ်အောက်) သေဆုံးမှု (၁၀၀၀ တွင်) <sup>f</sup>                   | ၄၆.၁                           | ၂၉ .၁            | ၅၂.၉             | ၁၁.၂ <sup>h</sup> | ၁၅.၃ <sup>h</sup> | ၁၄.၃ <sup>h</sup> | ၁၄၁.၉                    | ၂၉           | MoH ၂၀၃၀                         |

|  |                   |       |       |      |       |       |  |                 |   |
|--|-------------------|-------|-------|------|-------|-------|--|-----------------|---|
| မီးဖွားမှု မတိုင်မီ<br>စောင့်ရှောက်ခြင်း<br>( အနည်းဆုံး<br>တကြိမ်<br>စောင့်ရှောက်<br>ခံဖူးသည့်<br>ရာခိုင်နှုန်း ) <sup>f</sup> | ၉၃.၁              | ၉၈.၃  | ၉၁.၀၁ | ၉၅.၂ | ၉၀.၅  | ၉၉ .၆ | ၆၀.၄                                   | ၈၀              | MoH ၏ ရေရှည်<br>တည် တံ့သည့်<br>ဖွံ့ဖြိုးရေး<br>ရည်မှန်းချက်<br>အတွက်<br>ကတိပြုမှု<br>(SDGs) |
| ကျွမ်းကျင်<br>သားဖွား ဆရာမ<br>နှင့် မွေးဖွားနိုင်<br>သည့်ရာခိုင်နှုန်း<br>(%) <sup>f</sup>                                     | ၇၀.၆              | ၈၉ .၆ | ၆၃.၀  | ၆၄.၅ | ၆၉ .၀ | ၈၁.၇  | ၇၃% <sup>e</sup>                       | ၈၀              | MoH ၏ SDGs<br>ကတိပြုချက်  |
| ကာကွယ်ဆေး<br>ထိုးခြင်း <sup>f</sup> (လွှမ်း<br>ခြုံ ရာခိုင်နှုန်း)   | ၉၆.၀              | ၉၇.၄  | ၉၇.၂  | ၉၇.၆ | ၉၄.၉  | ၁၀၀   | အလွန်နည်း                              | ၁၀၀             | MoH ၏ SDGs<br>ကတိပြုချက်  |
| သားဆက်ခြား<br>ဆေးမသုံးသည့်<br>ရာခိုင်နှုန်း <sup>f</sup> (%)   | ၅၄.၀              | ၄၈.၇  | ၅၆.၃  | ၆၄.၀ | ၆၇.၇  | ၅၄.၄  | ၅၄.၁ <sup>g</sup>                      | ၁၀ <sup>h</sup> | MoH ၏ SDGs<br>ကတိပြုချက်  |
| လူတစ်ဦးအတွက်<br>ကျန်းမာရေး<br>ဝန်ထမ်း (HWs<br>per person )   | ၁.၄၉ <sup>a</sup> | --    | --    | --   | --    | --    | ၁.၂၉ <sup>b</sup><br>၂.၁၀ <sup>c</sup> | ၂.၃             | WHO<br>ထောင်စုနှစ်<br>ရည်မှန်းချက်  |

<sup>a</sup> ယခုစာရင်းအတွက် ဆရာဝန်၊ သူနာပြု၊ သားဖွားဆရာမတို့ကို ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းအဖြစ် စာရင်းသွင်းပါသည်။

<sup>b</sup> MoH ၏ ဆရာဝန်များ၊ သူနာပြုများ၊ သားဖွားများနှင့် တန်းတူနီးပါးဖြစ်သည့် ဆေးမှူး၊ အရေးပေါ်မီးဖွားခြင်းစောင့်ရှောက်မှု ( Emergency Obstetric Care (EmOC) ) နှင့် မျိုးဆက်ပွား ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများ ( Reproductive Health (RH) workers )

<sup>c</sup> ဆေးမှူး၊ EmOC နှင့် RH ဝန်ထမ်းများ၊ ရပ်ရွာကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများ (community health workers (CHWs) ပေါ် အခြေခံတွက်ချက်သည်။ CHWs နှင့် သားဖွားဆရာမများသည် ကုသမှုပိုင်း ကျွမ်းကျင်မှုမှာ ထပ်တူနီးပါးဖြစ်သည်။ ပို၍ရှင်းလင်း စေရန် ဇယား ၂ နှင့် ၃ တွင်ကြည့်ပါ။

<sup>e</sup> လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးမှုမရှိသလောက်နည်း၊ ကုသရေး အတွေ့အကြုံ ကျွမ်းကျင်မှု အလွန်နည်းသည့် ရိုးရာသားဖွားဆရာမများ ကိုလည်းထည့်သွင်းတွက်ချက်ထားပါသည်။

<sup>f</sup> UNICEF Multiple Indicator Cluster စစ်တမ်း ၂၀၁၁

<sup>g</sup> Parmar et al. (2015): မှတ်စု ၄၇ ကိုကြည့်ပါ။ မိခင်သေဆုံးမှု အချိုးအစားမှာ . Diagnosis Critical: မှတ်စု ၁၁၉ မှ ရယူထားခြင်း ဖြစ်သည်။

<sup>h</sup> MoH အချက်အလက်

<sup>i</sup> WHO ခန့်မှန်းချက်။

<sup>j</sup> သားဆက်ခြားဆေးမသုံးလောက်မှုမရှိခြင်းဟု အဓိပ္ပါယ်ဖွင့်ပါသည်။

မြန်မာနိုင်ငံတောင်ခြမ်းမှ ပြည်သူများအဖို့ ဖျားနာခြင်းနှင့် သေခြင်းသည် ကွဲပြားခြင်းမရှိပါ။ အချက်အလက်များကို ခွဲခြမ်းသုံးသပ် လေ့လာချက်အရ ကျန်းမာရေးအခြေအနေသည် စော်ကားနိုင်စက်ခံရမှုများနှင့် အမြဲတမ်းချိတ်ဆက်နေသည်ကိုတွေ့ရသည်။ အတိအကျဆိုရလျှင် တပ်မတော်မှ ကျင့်သုံးသည့် သောင်းကျန်းမှု နှိမ်နင်းရေး ဆောင်ရွက်ပုံများ၊ လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့အမျိုးမျိုး၏ လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုများသည် ရပ်ရွာများကို ဖွတ်ဖွတ်ကြေစေခဲ့ပြီး အရပ်သားပြည်သူပေါင်းရာနှင့်ထောင်နှင့်ချီကုန် နေရပ်စွန့်ခွာ ထွက်ပြေးစေခဲ့သည်။ ၂၀၁၄ ခုနှစ် ခန့်မှန်းစာရင်းအရ ဒေသတွင်းတွင် ပြည်တွင်းနေရပ်စွန့်ခွာပြေးရသူများ ၄၀၀ ၀၀၀ နီးပါးရှိသည်။<sup>35</sup>

အရပ်သားပြည်သူများပေါ် တိုက်ခိုက်မှုများအပြင် ကာလရှည် ပဋိပက္ခနှင့် ဆက်စပ်ပေါ်ပေါက်လာသည့် အနိုင်ကျင့်နိုင်စက်မှုများ၊ လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုများမပေးပဲ လျစ်လျူရှုထားခြင်း၊ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ IDP များထံသို့ လူသားချင်းစာနာမှု အထောက်အပံ့များ ကန့်သတ်ထားခြင်း၊ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး အခြေခံ အဆောက်အအုံ အားနည်းခြင်း၊ ပညာရေးစနစ်များ အားနည်းခြင်း၊ ဆေးခန်းများ အတွက် ထောက်ပံ့ရေးလမ်းကြောင်း အားနည်းခြင်းတို့သည် ကျန်းမာရေးအခြေအနေ အတက်အကျကို ဖြစ်စေသည့် ကိစ္စများ အဖြစ် မှတ်တမ်းများတွင်ဖော်ပြထားသည်။<sup>36</sup> ယင်းဧရိယာတစ်လျှောက် လွန်ခဲ့သည့် ဆယ်စုနှစ်အတွင်း ဆောင်ရွက်ခဲ့သည့်လေ့လာမှုများအရ မြေမြုပ်ခိုင်းနှင့် အခြားလက်နက်များကြောင့် တိုက်ခိုက်ထိခိုက်မှုများအပြင် အိမ်ထောင်စုများသည် ဆန္ဒမပါ အမွေ ရွှေ့ပြောင်းရခြင်း သို့မဟုတ် အခြားလူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုများ ခံစားဖူးသည့် အတွေ့အကြုံရှိသည့် အိမ်ထောင်စုများသည် ယင်းကိစ္စများ ကြုံတွေ့ဖူးခြင်း မရှိသည့် အိမ်ထောင်စုများထက် ဖျားနာမှုနှုန်း၊ သေဆုံးမှုနှုန်းသိသိသာသာမြင့်မားသည်။<sup>37</sup>

၂၀၀၂ ခုနှစ် ECBHO ဒေသများတွင် ပြုလုပ်ခဲ့သည့် စစ်တမ်းများအရ လူ့အခွင့်အရေးချိုးဖောက်ခံရမှုများ နှင့် ကျန်းမာရေးရလဒ်ဆိုးမှု များသည် အမြဲတမ်းဆက်စပ်နေသည်ကိုတွေ့ရပြီး လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုများသည် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ကျန်းမာ ရေး ဆိုးဝါးမှုနှင့်ဆက်စပ်နေသည်ကို ညွှန်ပြလျက်ရှိသည်။

၂၀၀၂ ခုနှစ် လေ့လာမှုများအရပဋိပက္ခဖြစ်ပွားသည်ဒေသများမှ ကလေးသူငယ်သေဆုံးမှုသည် နိုင်ငံတွင်းမှ အခြားဒေသများထက် မြင့်မားနေသည်ကို တွေ့ရသည်။ (ကလေး ၁၀၀၀ တွင် ၂၉၁ ယောက် နှုန်း နှင့် ၁၀၇ ယောက်နှုန်းဖြစ်သည်)။<sup>38</sup> ၂၀၀၇ ခုနှစ် တွင် ပြုလုပ်ခဲ့သည့် လေ့လာမှုတစ်ခုတွင်လည်း ရွှေ့ပြောင်းရန်မလိုသည့် အိမ်ထောင်စုများနှင့် နှိုင်းယှဉ်လေ့လာကြည့်ပါက အမွေနေရာ ပြောင်းရွှေ့မှုကြောင့် အိမ်ထောင်စုအတွင်း ကလေးသူငယ် သေဆုံးမှုကို ၂.၈ ဆမြင့်တက်စေပြီး ကလေးသူငယ် အာဟာရ ချို့တဲ့မှုကို ၃.၂ ဆ မြင့်တက်စေသည်။<sup>39</sup> ၂၀၁၃ တွင်ပြုလုပ်ခဲ့သည့်အချက်အလက်များအရ အမွေခိုင်းစေမှုခံရသည့် အိမ်ထောင်စုသည် ခိုင်းစေမှု မခံရသည့် အိမ်ထောင်စုထက် မွေးစကလေး သေဆုံးမှု ၂.၂ ဆ၊ ကလေးသေဆုံးမှု ၂.၁ ဆ ပို၍များပြားသည်။ ယင်းလေ့လာမှု တွင်ပင် ဆန္ဒမပါ အမွေပြောင်းရွှေ့ခံရသည့် အိမ်ထောင်စုမှ ကလေးများသည် မပြောင်းရွှေ့ရသည့်ကလေးများထက် အပြင်းစား သို့မဟုတ် အနုစား အာဟာရချို့တဲ့မှုနှုန်း ၃.၃ ဆပိုများသည်ကို တွေ့ရသည်။<sup>40</sup>

၂၀၀၂ ခုနှစ်တွင် သဘောတူခဲ့သည့် ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးသည် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ပိုင်းတွင် လက်နက်ကိုင် ပဋိပက္ခများကို တဖြည်းဖြည်းကျဆင်းသွားစေခဲ့သော်လည်း လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုများ ဆက်လက်ဖြစ်ပေါ်နေဆဲဖြစ်သည်။ ၂၀၁၄ ကရင်လူ့အခွင့်အရေးအဖွဲ့ အစီရင်ခံစာတွင် တိုးတက်မှု အချို့ရှိနေသည့်တိုင် အင်အားတိုးချဲ့ခြင်း၊ သို့မဟုတ် စစ်သား အများအပြားရှိနေခြင်းသည် လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုများကို ဖြစ်ပေါ်စေရန် တွန်းအားပေးနေသည်ဟု ဖော်ပြထားသည်။<sup>41</sup> ထို့ပြင် ၂၀၁၂ တွင် ထုတ်ပြန်ခဲ့သည့် အိမ်ထောင်စုစစ်တမ်းအရ စစ်မက်ဖြစ်ပွားသည့် အခြေအနေတွင် မဟုတ်သည့်တိုင် စစ်တပ်စခန်းနှင့် နေရာနီးစပ်မှုရှိခဲ့ပါက စားနပ်ရိက္ခာလုံခြုံမှုမရှိခြင်း၊ လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုများ၊ ကျန်းမာရေး အခြေအနေဆိုးခြင်းများကို ဖြစ်ပေါ်စေသည်။ အတိအကျ ဆိုရလျှင် စစ်တပ် နှင့် တစ်နာရီလျှောက်စာ အကွာအဝေး နီးကပ်လာတိုင်း လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်ခံရမှု ၃၀ ရာခိုင်နှုန်း မြင့်တက်လာသည်။ စားနပ်ရိက္ခာမလုံခြုံမှု ၅ ရာခိုင်နှုန်းမြင့်တက်လာသည်။<sup>42</sup> မိသားစုဝင်များ ဖျားနာသည့် နှုန်းမြင့်တက်လာပြီး ဆေးကုသမှုမရရှိသည့်နှုန်း ၂၉ ရာခိုင်နှုန်းမြင့်တက်လာသည်။<sup>43</sup>

ယင်းလေ့လာချက်များတွင် တွေ့ရှိရသည်မှာ ပဋိပက္ခ၏ သွယ်ဝိုက်အကျိုးဆက်များဖြစ်သော ဆေးခန်း မသွားနိုင်အောင်ကန့်သတ်ခြင်း၊ အခြေခံအဆောက်အအုံအားနည်းခြင်း၊ စီးပွားကျခြင်း၊ မြေမြုပ်ခိုင်း သို့မဟုတ် အခြားလက်နက်များကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာသည့် တိုက်ခိုက်အကြမ်းဖက်မှု၏ အကျိုးဆက်များကြောင့်လည်း ဖျားနာမှု၊ သေဆုံးမှုများ ဖြစ်နေသည်ကိုတွေ့ရှိရသည်။ ယင်းအခက်အခဲ များကို အမျိုးသမီး နှင့် ကလေးများမှ အဆိုးဆုံးခံစားကြရသည်။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ IDP များ၏ မွေးကင်းစ၊ ကလေး သူငယ်၊ မိခင်သေဆုံးမှုနှုန်းမှာ တရားဝင်ထုတ်ပြန်နှုန်းထက် များစွာမြင့်မားနေသည်ဟု စစ်တမ်းများက တသမတ်တည်း အဖြေထုတ် ပြသနေသည်။ အာဆီယံအဖွဲ့ဝင်နိုင်ငံများတွင် အဆိုးဆုံးဖြစ်သည်။<sup>44</sup> သေဆုံးရသည့်အကြောင်းအရင်းများသည် ပိုးဝင်ခြင်း နှင့် အလွယ်တကူ ကုသနိုင်သည့် ဖျားနာမှုများဖြစ်သော အသက်ရှူလမ်းကြောင်းပိုးဝင်ခြင်း၊ ငှက်ဖျား၊ ဝမ်းပျက်ဝမ်းလျော့ရောဂါများ ကြောင့် ဖြစ်နေသည်ကိုတွေ့ရသည်။<sup>45</sup> IDP ရပ်ရွာများမှ ကလေးသူငယ် အာဟာရပြတ်မှုနှုန်းသည် နိုင်ငံတွင်းမှ အခြားနေရာများ ထက်စာလျှင် သိသိသာသာမြင့်တက်နေသည်။ ၂၀၁၃ ခုနှစ်တွင် ပြုလုပ်ခဲ့သည့် စစ်တမ်းတစ်ခုအရ ၅ နှစ်အောက်ကလေး ၁၆.၈ ရာခိုင်နှုန်းသည် အာဟာရချို့တဲ့မှု အပြင်းစား သို့မဟုတ် အနုစားကို ခံစားနေရသည်။ အမျိုးသမီးများကိုယ်ဝန်ဆောင်သည့် ပျမ်းမျှ အသက်အရွယ်သည် ၁၁.၃ ရာခိုင်နှုန်းဖြစ်သည်။<sup>46</sup> လတ်တလောပြုလုပ်ခဲ့သည့် စစ်တမ်းအရ ယင်းဧရိယာသည် နိုင်ငံအဆင့်ပျမ်းမျှ နှုန်းထက် သိသိသာသာ ဆိုးဝါးနေသည့် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍတစ်ခုဖြစ်သည်။ ၂၀၁၃ ခုနှစ်တွင် မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် ပြုလုပ်ခဲ့သည့် စာတမ်းတစ်ခုအရ ရင်ခွင်ပိုက်နှင့် ငါးနှစ်အောက် ကလေးငယ်များ၏ သေဆုံးမှုနှုန်းသည် နိုင်ငံတွင်းပျမ်းမျှ သတ်မှတ်ချက်ထက် ၂ ဆဖြစ်ပြီး ဆိုမာလီယာမှ သေဆုံးမှုနှုန်းနှင့် အတူတူပင်ဖြစ်သည်။<sup>47</sup>

ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးမတိုင်မှီ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသည် ပဋိပက္ခဖြစ်ပွားနေသည့် နေရာအများစုတွင် ဝင်ထွက်နိုင်ခြင်းမရှိပါ။ ယင်းဧရိယာများတွင် နေထိုင်သည့်ပြည်သူများသည်လည်း သွားလာခြင်းကို ကန့်သတ် ထားခံရသည်။ အစိုးရ နှင့် ECBHO များ၏ ဆေးခန်းများ အပါအဝင် ကျန်းမာရေး ဆေးရုံ ဆေးခန်းများသို့ သွားရောက်ကုသခံယူနိုင်မှုကို ကန့်သတ်ထားသကဲ့သို့ဖြစ်နေသည်။ MoH ဆေးရုံ ဆေးခန်း များသို့ သွားရောက်နိုင်သည့်တိုင် ကုသစောင့်ရှောက်ပေးနိုင်မှုမှာ အကန့်အသတ်ရှိနေသည်ကို ကြုံတွေ့ ရပြီး ဆင်းရဲမွဲတေလှသဖြင့် လိုအပ်သည့်ဆေးဝါးများ အိတ်စိုက်ဝယ်ယူရန် အခက်အခဲတွေ့ကြရသည်။ ထိုကဲ့သို့သော မပြည့်စုံမှုများသည်

ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးမတိုင်မီကပင် အလွန်အမင်း ဆိုးဝါးစွာ ဖြစ်ပေါ်နေခဲ့ခြင်းဖြစ်သည်။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်း အထူးသဖြင့် ကျေးလက်ဒေသများမှ အစိုးရ ဆေးရုံ ဆေးခန်းများသည် ဝန်ထမ်းအင်အားအလုံအလောက်မရှိ၊ ကိရိယာမရှိ၊ ဆေးမရှိ ချို့တဲ့နေဆဲဖြစ်သည်။<sup>48</sup> နောက်ဆုံးအနေဖြင့် ကျန်းမာရေး ဆေးရုံဆေးခန်း ဆိုင်းဘုတ်များ၊ အမှတ်အသားအများစုကို ပမာစာဖြင့် ရေးသားထားပြီး MoH ဝန်ထမ်းအများစုမှာလည်း ဒေသသုံးဘာသာ စကားပြောဆိုနိုင်ခြင်းမရှိသည်က အများစုဖြစ်သောကြောင့် တိုင်းရင်းသား ရပ်ရွာများသည် နိုင်ငံတော်မှစောင့်ရှောက်မှုကို ခံယူရာတွင် ဘာသာ စကားအခက်အခဲ၊ ယဉ်ကျေးမှုအခက်အခဲများ ရှိသည်။

**၂.၃။ ECBHOs များ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု**

ကျန်းမာရေးအခြေအနေ အလွန်အမင်းဆိုးဝါးနေမှု၊ အစိုးရ၏ အဆုံးမဲ့လျစ်လျူရှုမှုတို့ကြောင့် ပေါ်ပေါက်လာသည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ချက်များ ဖြည့်ဆည်းရန် ECBHO များက ကြိုးပမ်းခဲ့ကြသည်။ MTC သည် အခြေခံကုသမှုပေးသည့် ဆေးခန်းငယ်လေးမှ အဆင့်မြင့်ကုသမှုပေးသည့် ဆေးခန်းကြီးအဖြစ်သို့ တိုးချဲ့ခဲ့သည်။ ၎င်း၏ သင်တန်းဌာနမှလည်း စံချိန်မီ ကျန်းမာရေး သင်တန်းများပို့ချပေးခဲ့ပြီး EAO များနှင့် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍ အရပ်ဘက်လူ့အဖွဲ့အစည်းများ၏ ကျန်းမာရေးမူဝါဒကို အဓိကမောင်းနှင်သည့် ဆေးခန်းဖြစ်လာခဲ့သည်။ ကရင်ပြည်နယ်အတွင်း ဆေးခန်းကွန်ယက်များ ဖွင့်လှစ်ထားပြီး ရွှေ့ပြောင်း အလုပ်သမား များ၊ နိုင်ငံမဲ့ကလေးငယ်များအတွက် ကျောင်းတစ်ကျောင်းဖွင့်လှစ်ထားသည်။ ကလေးသူငယ် အကာအကွယ်ပေးသည့် အစီအစဉ်များကိုလည်း အကောင်အထည်ဖော်လျက်ရှိသည်။ Burma Medical Association (BMA) သည်လည်း မြန်မာနိုင်ငံ တစ်ဝှမ်းမှ EAO များနှင့် ပြည်သူ့စစ်များ ဖွင့်လှစ်ထားသည့် ဆေးခန်း ၃၉ ခုတွင် မိခင်နှင့်ကလေးစောင့်ရှောက်ရေး (maternal and child healthcare (MCH) အစီအစဉ်များချမှတ် ဆောင်ရွက်လျက်ရှိသည်။ ကျောပိုးအိတ်အဖွဲ့သည် ရွှေ့လျားအဖွဲ့ပေါင်း ၁၀၀ ကျော်ရှိပြီး ဝန်ထမ်းအင်အား ၁,၂၀၀ နှင့် လူဦးရေ ၂၀၀,၀၀၀ အထက်ကို ပြည့်နယ်နှင့် တိုင်းဒေသကြီး ၉ ခုတွင် စောင့်ရှောက်မှုပေး နေသည်။

ECBHO ဟုဆိုရာတွင် အထက်တွင်ဖော်ပြခဲ့သည့် MTC ၊ BMA နှင့် BPHWT တို့နှင့်အတူ EAO ၄ ခု၏ ကျန်းမာရေး ဌာနများ KNU ၏ ကရင်ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုဖူလုံရေးဝန်ကြီးဌာန (Karen Department of Health and Welfare (KDHW)) မွန်ပြည်သစ်ပါတီ၏ မွန်အမျိုးသား ကျန်းမာရေးကော်မတီ (Mon National Health Committee (MNHC) ၊ RCSS ၏ ရှမ်းပြည်ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး ဖောင်ဒေးရှင်း (Shan State Development Foundation (SSDF))၊ ကရင်နီ အမျိုးသား ရွှေ့လျား ကျန်းမာရေးကော်မတီ (Karenni National Mobile Health Committee (KNMHC))မှ ဦးဆောင်သည့် ကယားပြည်နယ်အခြေပြု EAO ၊ BGF ၊ ပြည်သူ့စစ်များ၏ ကျန်းမာရေး ပညာရှင်များ စုစည်းအဖွဲ့ဖြစ်သော အရပ်ဖက်နှင့် ကျန်းမာရေး ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး ကွန်ယက် (Civil and Health Development Network (CHDN))<sup>49</sup> အဖွဲ့ များမှ ပညာရှင်များ ညွှန်ပေါင်းအဖြစ် ပါဝင်ပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ဘက်ခြမ်းမှ ECBHO များ စုစုပေါင်းလျှင် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း ၃,၀၀၀ ကျော်သည် ဆေးခန်း ၁၃၉ ခန်းနှင့် ရွှေ့လျားအဖွဲ့ ၉၃ ဖွဲ့တို့တွင် တာဝန်ထမ်းဆောင်လျက်ရှိပြီး လူဦးရေ ၆၀၀,၀၀၀ ကျော်ကို စောင့်ရှောက်မှုပေးရန် ရည်မှန်းထားသည်။<sup>50</sup>

သီးခြားပေါ်ပေါက်လာသည့် အဖွဲ့အစည်းများဖြစ်သောကြောင့် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များ၊ စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်းများတွင် ကွဲပြား ကြသော်လည်း လူ့အခွင့်အရေးသင်တန်း၊ အဆင့်မြင့်ကျန်းမာရေးသင်တန်းများကို ပူးပေါင်းသင်တန်းပေးခြင်းများရှိသည်။ ကျန်းမာ ရေးလုပ်သားများ၏ လုံခြုံရေး စိတ်ချရစေရန်အတွက် ပဋိပက္ခနှင့်ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များ မျှဝေခြင်းပြုလုပ်ကြသည်။ ၂၀၀၂ ခုနှစ်တွင် ကျန်းမာရေးအချက်အလက် လုပ်ငန်းအဖွဲ့ (Health Information Systems Working Group (HISWG)) ဖွဲ့စည်းပြီး တရားဝင်ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှုများ စတင်ခဲ့သည်။ အဖွဲ့အသီးသီးအနေဖြင့် ၎င်းတို့ကျန်းမာရေးစနစ်များကို စံချိန်မီအောင် ဆောင်ရွက်နိုင်ခဲ့ပြီး ညှိနှိုင်းပေါင်းစည်းထားသည့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အားကိုးနိုင်ခဲ့ပြီး ယင်းဧရိယာများတွင် ဖြစ်ပေါ်ခဲ့ သည့် ကျန်းမာရေးသတင်းအချက်အလက် လေဟာနယ်ကို ဖြည့်ဆည်းနိုင်ခဲ့သည်။ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုအများစုကို HISWG မှတဆင့် ဆောင်ရွက်ခဲ့ပြီး ၂၀၁၂ မှစတင်ကာ ကျန်းမာရေး ပေါင်းစည်းခြင်း ဗဟိုအဖွဲ့ (Health Convergence Core Group) မှ တဆင့်ဆောင်ရွက်ခဲ့ သည်။

ယင်းအဖွဲ့များသည် IDP များ၏ ထူးခြားသော လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်တင်းပေးနိုင်ရန် ၎င်းတို့စနစ်များကို ပြုစုထားကြသည်။ ကျေးရွာသားများကို လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးပြီး ၎င်းတို့ကျေးရွာများတွင် ဆေးမှူးအဖြစ် ပြန်လည်ခန့်အပ်ခြင်းပုံစံကို အများစုအခြေခံ ကြသည်။ ယင်းဆေးမှူးများသည် ဆေးခန်းတွင် အခြေတမ်းရှိနေရန် မလိုအပ်ပဲ စစ်ဘေးဒဏ်ကြောင့် နေရာရွှေ့ပြောင်းရသည့်အခါ ရွာသားများနှင့်အတူ လိုက်ပါထွက်ပြေးကာ စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ကြသည်။ ပဋိပက္ခဒဏ် နှစ်ပေါင်းဒေသများတွင် ဆေးပစ္စည်းနှင့် ဆေးဝါးများ သိုလှောင်ရန် နေရာကျယ်ကျယ်၊ လုံခြုံမှုလည်းရှိသောကြောင့် အတည်တကျဆေးခန်းများမှာ ပို၍ သင့်တော်သည်။

ပဋိပက္ခဖြစ်ပွားသည့်နေရာပြောင်းလဲသွားခြင်း၊ အုပ်ချုပ်ရေးအပြောင်းအလဲများဖြစ်ပေါ်နေခြင်းကြောင့် မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်း တွင် အစုအဖွဲ့အမျိုးမျိုးမှ ဖွင့်လှစ်ထားသည့် ဆေးခန်းများ၊ ရွှေ့လျားအဖွဲ့များ ရောယှက်တည်ရှိနေသည်။ ပုံမှန်အားဖြင့် EAO များ ပိုင်ပိုင်နိုင်နိုင်ထိန်းချုပ်ထားသည့် ဧရိယာများတွင် ယင်း အဖွဲ့များမှ အခြေချဆေးခန်းများဖွင့်လှစ်ပြီး အစိုးရနှင့် EAO များ၏ အုပ်ချုပ်ရေး နှစ်ဖက်ရောယှက်နေသည့် နေရာများတွင် ရွှေ့လျားဆေးအဖွဲ့များဖြင့် လှုပ်ရှားသည်။ နိုင်ငံတော်မှ ပိုင်ပိုင်နိုင်နိုင်ထိန်းချုပ်ထားနိုင်

သည့် နေရာများတွင် အစိုးရဆေးရုံဆေးခန်းများ အများအပြားဖွင့်လှစ်ထားသည်။ နှစ်ဖက်အုပ်ချုပ်ရေး ရောစပ်နေသည့် နေရာများမှ မြို့များ လမ်းများအနီးတွင် အစိုးရဆေးခန်းများ ဖွင့်လှစ်ထားသည်။ မြေပုံ ၁ တွင် အရှေ့တောင်ခြမ်းတစ်ခု MoH နှင့် ECBHO များ၏ ဆေးရုံဆေးခန်းများ တည်နေရာကို ဖော်ပြထားသည်။

ဝန်ထမ်းအများစုနှင့် စောင့်ရှောက်ပေးရသူများသည် မြန်မာနိုင်ငံတွင်ရှိနေကြပြီး သင်တန်းတက်ရန် သို့မဟုတ် ဆေးဝါးပစ္စည်းများ ရယူရန်အတွက်သာ နိုင်ငံမှထွက်ခွာကြသူများဖြစ်သော်လည်း ECBHO များသည် ၎င်းတို့၏ ရုံးချုပ်များ၊ ဘဏ်စာရင်းများကို ထိုင်းနိုင်ငံတွင် ဖွင့်လှစ်ထားသည်။ ထောက်ပံ့ရေးကိစ္စများအတွက် ထိုင်းနိုင်ငံမှ အခြေခံအဆောက်အအုံများနှင့် လုံခြုံရေးပေါ်တွင် နှစ်ရှည်လများစွာ အားကိုးလာခဲ့ရသည့် ပဋိပက္ခ၏ သက်ရောက်မှုအမွေများဖြစ်သည်။ ထိုကဲ့သို့သော အခြေအနေများကြောင့် ECBHO များအား နိုင်ငံပြင်ပတွင်သာ အခြေစိုက်ပြီး ရံဖန်ရံခါ ထောက်ပံ့မှုများပြုလုပ်ရန် နယ်စပ်ဖြတ်ကျော်လာသည့် အဖွဲ့များဟု အဓိပ္ပာယ်သက်ရောက်စေသည့် နယ်စပ်ဖြတ်ကျော်အဖွဲ့အစည်းများ (cross border) အဖြစ် မှားယွင်းအမည်ပေးခေါ်ဆိုကြသည်။

**၂.၄၊ အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေးသက်ရောက်မှုများ နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနောက်ကွယ်မှ နိုင်ငံရေး**

အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးအသစ်များ ပေါ်ထွက်ခဲ့သည်နှင့်အမျှ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပိုင်းတွင် အပြောင်းအလဲများဖြစ်ပေါ်ခဲ့သည်။ ပထမအချက်အနေဖြင့် အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေးကြောင့် MoH နှင့် နိုင်ငံတကာအဖွဲ့အစည်းများသည် ဝေးလံသည့် တိုင်းရင်းသားဒေသများသို့ ဝင်ရောက်လာနိုင်ကြသည်။ ယင်းဒေသတစ်လျှောက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများကို တိုးတက်လာစေမည် ဖြစ်သော်လည်း နိုင်ငံတော်အနေဖြင့် နိုင်ငံရေးဆွေးနွေးမှု မပြုလုပ်တော့ပဲ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးကို အသုံးပြုပြီး နယ်မြေချဲ့ထွင်လာမည်ကို စိုးရိမ်သည့် EAO များ၏ ယူဆချက်များကိုလည်း ပို၍ကြီးမားစေခဲ့သည်။ ECBHO များသည် လည်း အာဏာပိုင်များထံမှ ခြိမ်းခြောက်မှု မခံရတော့ပဲ လုပ်ငန်းများကို ပို၍လွတ်လပ်စွာ လုပ်ကိုင်နိုင်ခဲ့သည်။ ထို့ပြင် စနစ်နစ်နာ ပူးပေါင်းမှုများ ပြုလုပ်ရန်အတွက် လမ်းစဉ်များချခဲ့နိုင်ပြီး NLD မှလည်း ECBHO များနှင့် ဆက်ဆံပူးပေါင်းရန် လိုလားသည့် သဘောထားများကို အတိအလင်း ဖော်ထုတ်ပြသလျက်ရှိသောကြောင့် ထိရောက်မှုရှိပြီး နိုင်ငံရေးအရလည်း ပြဿနာ ရှင်းသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ပေါ်ထွက်လာရန် မျှော်လင့်လာနိုင်ခဲ့သည်။

*ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန လုပ်ငန်းချဲ့ထွင်မှု၏ အကဲခတ်မှုများ (The sensitivities of Ministry of Health expansion)*

၂၀၁၄ ခုနှစ်တွင် အာရှဖောင်ဒေးရှင်းမှ ထုတ်ဝေခဲ့သည့် မြန်မာနိုင်ငံ၏ သဘောကွဲလွဲမှုဖြစ်ရာဒေသများရှိ တိုင်းရင်းသားပဋိပက္ခများနှင့် အခြေခံလူမှုဝန်ဆောင်မှုများ (Ethnic Conflict and Social Services in Myanmar's Contested Regions<sup>51</sup>) အစီရင်ခံစာတွင် ယင်းဧရိယာများမှ လူမှုဝန်ဆောင်မှုများသည် နိုင်ငံရေး ဆန့်ပြီး အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေးသဘောတူညီချက် ခိုင်မာမှုမရှိသေးသည့်အနေ အထားတွင် ပို၍ သိသာသည်။ ECBHO များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများပြုလုပ်ရန် ရည်ရွယ်ဖွဲ့စည်းခဲ့ခြင်းဖြစ်ပြီး ၎င်းတို့ လုပ်ငန်း တာဝန်များကို ယင်းရည်ရွယ်ချက်ပေါ်တွင် အဓိကထား အကောင်အထည်ဖော်ခြင်း ဖြစ်သည်။ သို့တိုင်အောင် ဒေသတွင်းမှ အကဲခတ်လှသည့် နိုင်ငံရေးအခင်းအကျင်းများနှင့် ရောင်လွှဲမရအောင် ဆက်စပ်နေရသည်။ တိုင်းရင်းသားလက်နက်ကိုင်လှုပ်ရှားမှု ပေါ်ထွက်လာခြင်း၏ အကြောင်းရင်းသည် ပြည်နယ်ကို ကာလရှည်ကြာ အုပ်စိုးလာသည့် ဗမာများ နှင့် မြို့ပြ အထက်တန်းလွှာများမှ ၎င်းတို့ ရပ်ရွာများအား လာရောက်စိုးမိုးခြင်းအစား တိုင်းရင်းသားရပ်ရွာများကို ဒေသခံများမှ အုပ်ချုပ်စီမံခွင့် ရယူလိုခြင်းကြောင့် ဖြစ်သည်။ ထို့ကြောင့် KNU ၊ NMSP ၊ KNPP ကဲ့သို့သော EAO များသည် နိုင်ငံရေး တောင်းဆိုမှုများပြုလုပ်နိုင်ရန် သောင်းကျန်း ဆူပူခြင်းကို အလေးထားခြင်းမရှိပဲ နယ်မြေထိန်းသိမ်းနိုင်ရေး၊ အုပ်ချုပ်ရေးစနစ်များ ခိုင်မာတည်တံ့ရေးကို ပို၍ အားထည့်ဆောင်ရွက် သည်။ ကိုယ်ပိုင်အုပ်ချုပ်သည့် အစိုးရဖြစ်ကြောင်း ဖော်ထုတ်ပြသနိုင်ရန်အတွက် ယင်းဒေသမှ ပြည်သူလူထုများကို လူမှုဝန်ဆောင် မှုများ ဆောင်ရွက်ပေးသည်။

အထူးသဖြင့် KNU နှင့် KNPP နယ်မြေများတွင် ယင်းကိစ္စကို အထူးသဖြင့် သိသာသည်။ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး သဘောတူညီ ချက် အသစ်များကြောင့် နိုင်ငံတော်အနေဖြင့် ၎င်းတို့နယ်မြေများတွင် နယ်မြေချဲ့ထွင်မှုများကို ပြုလုပ်လာနိုင်ခဲ့သည်။ နယ်မြေချဲ့ထွင်မှု လုပ်ငန်းများ၏ မျက်နှာဖုံးအနေဖြင့် လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုများ ဆောင်ရွက်ပေးခြင်းကို အသုံးပြုသည်။ အစိုးရအုပ်ချုပ်ရေးမှူး၊ ကျန်းမာ ရေး နှင့် ပညာရေး ဝန်ထမ်းများသည် ဒေသတွင် ရှိနှင့်ပြီးသော အစုအဖွဲ့များနှင့် ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းခြင်းမရှိပဲ နေရာသစ်များမှ ချောင်ကျ သည့် ရပ်ရွာများသို့ စိမ့်ဝင်ထိုးဖောက်ဝင်ရောက်ကြသည်။

အားလုံးခြုံကြည့်လျှင် အရှေ့တောင်ခြမ်းတစ်ခု EAO များသည် နိုင်ငံရေးသဘောတူညီချက်များ ပေါ်ပေါက်လာရန် မျှော်လင့်ပြီး ငြိမ်းချမ်းရေးဖြစ်စဉ်ပေါ်တွင် အလေးအနက်သဘောထားနေကြဆဲဖြစ်သည်။ သို့သော်လည်း နိုင်ငံ၏ နယ်မြေချဲ့ထွင်မှုများက အချို့သောခေါင်းဆောင်များ၏ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှု ရပ်စဲရေးအပေါ်ထားသည့် ယုံကြည်မှုကို ထိခိုက်စေသည်။ နယ်မြေချဲ့ထွင်နိုင် မှုကြောင့် ဆွေးနွေးပွဲများတွင် အစိုးရအနေဖြင့် ၎င်းတို့အလိုရှိရာကို ခြယ်လှယ်ပြောဆိုနိုင်လာကြသည်။ ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးမှုများတွင် ပါဝင်သည့် KNU အလုပ်အမှုဆောင် ကော်မတီဝင် တစ်ဦးက “ KNU ဟာ စစ်ဘက်ဆိုင်ရာကျင့်ဝတ်တွေပါဝင်တဲ့ အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေး လုပ်ချင်ပါတယ်။ ဖွံ့ဖြိုးရေးလုပ်ငန်းတွေ မစခင်မှာ နိုင်ငံရေးဆွေးနွေးပွဲတွေကို တက်လှမ်းဖို့ လိုလားပါတယ်။ ကျနော်တို့ဟာ အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေး အဆင့်ပဲရှိနေသေးတယ်။ သူတို့က ဖွံ့ဖြိုးရေးလုပ်ငန်းတွေကို ကျနော်တို့ ဧရိယာထဲမှာလာပြီး လုပ်နေကြတယ်။ ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးမှုလုပ်ဖို့အတွက်လည်း သူတို့မှာ ကျွန်တော်တို့ထက် အရည်အသွေး အလုံအလောက် ရှိတဲ့အတွက်ကြောင့် ကျနော် တို့အနေနဲ့တောင်းဆိုမှုတွေကိုပြုလုပ်တယ်။ ဒါပေမဲ့ သူတို့ခင်းတဲ့ လမ်းအတိုင်း လျှောက်နေရသလို ခံယူမိတယ် ” ဟုပြောသည်<sup>52</sup>

KNU နှင့် KNPP ၏ လက်နက်ကိုင်တပ်ဖွဲ့များဖြစ်သော ကရင်အမျိုးသားလွတ်မြောက်ရေးတပ်မတော် (Karen National Liberation Army (KNLA) နှင့် ကရင်နီတပ်မတော် (Karenni Army (KA) တို့မှ တပ်မှူးများသည် နိုင်ငံ၏ ရည်ရွယ်ချက်သဘောထားများပေါ်တွင် မယုံကြည်ဖြစ်လာသည်။ ကြိုတင်ညှိနှိုင်း ဆွေးနွေးခြင်းမရှိပဲ လူမှုဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ ချဲ့ထွင်ရန်ကြိုးစားခြင်းက မဟာဗျူဟာကျ သည့် ခြိမ်းခြောက်မှု ဖြစ်သည်ဟု ခံယူလာကြသည်။ KNLA တပ်မှူး ၇ ဦးမှအနက်မှ ၆ ဦးပါဝင်ခဲ့သည့် စာတမ်းရှင်တစ်ဦးနှင့် ဆွေးနွေးပွဲ တွင် ဖွံ့ဖြိုးရေးလုပ်ငန်း၊ လူမှုဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်းများဖြင့် အစိုးရ၏ အုပ်ချုပ်ရေးအာဏာ ချဲ့ထွင်ခြင်းသည် ၎င်းတို့ရင်ဆိုင်ရသည့် လုံခြုံရေး ခြိမ်းခြောက်မှုများအနက် အလျင်အမြန်ဖြေရှင်းရမည့် ခြိမ်းခြောက်မှုဖြစ်သည်ဟု ဆိုကြပြီး ယင်းလုပ်ငန်းများနှင့် အတူတူလျက်ပါလာသည့် တပ်မတော်အင်အား တိုးချဲ့မှုများကို နောင်တွင်ဖြေရှင်းနိုင်သည်ဟု သဘောထားကြသည်။ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအပါအဝင် လူမှုဝန်ဆောင်မှု ကိစ္စရပ်များတွင် အစိုးရ၏အင်အားတိုးချဲ့မှုများကို KNLA တပ်မှူးများက အလျင်အမြန် ဖြေရှင်းစောင့်ကြည့်ရမည့် ကိစ္စများအဖြစ် သတ်မှတ်ထားသည်။<sup>53</sup> ကရင်နီ တပ်မတော်မှ တပ်မှူးများက တပ်မတော် စစ်အင်အား တိုးချဲ့မှုသည် ၎င်းတို့ရင်ဆိုင်နေရသည့် အကြီးဆုံးအန္တရာယ်ဖြစ်သည်ဟု ဆိုခဲ့ပြီး ၎င်းတို့ ဧရိယာတွင်း လာရောက်ဖွင့်လှစ်သည့် ဆေးခန်းသစ်များနှင့် ပတ်သက်ပြီး သတိထားစောင့်ကြည့်နေကြောင်းလည်း ထုတ်ဖော်ပြဆို ခဲ့သည်။

*အလှူရှင်အပြောင်းအလဲနှင့်ပတ်သက်သည့် အယူအဆများ (Perceptions of a donor shift)*

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများအပါအဝင် ကဏ္ဍအသီးသီးတွင် တိုင်းရင်းသား အစုအဖွဲ့များနှင့် လက်တွဲမည့်အစား အစိုးရ နှင့် လက်တွဲလုပ်ရန် နိုင်ငံတကာ အသိုင်းအဝိုင်းအနေဖြင့် ရုတ်တရက် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိနှင့် လမ်းကြောင်းပြောင်းလိုက်ခြင်းအပေါ် ECBHO များ၏ ယူဆချက်များကြောင့်လည်း အကဲခတ်မှုများ ပို၍မြင့်တက်လာသည်။

အခန်း ၂.၁ တွင်ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ၁၉၉၀ မှ ၂၀၀၀ ခုနှစ်တလျှောက် ECBHO နှင့် ၎င်းတို့ စောင့်ရှောက်ပေးသူများသည် နိုင်ငံတကာမှ ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့မှု နည်းပညာပံ့ပိုးမှုများကြောင့် များစွာ အဆင်ပြေခဲ့ကြသည်။ ၂၀၁၂ ခုနှစ်တွင်မှစပြီး မြန်မာအစိုးရ သည် နိုင်ငံတကာဆက်ဆံရေး ပြန်လည်ထူထောင်ခဲ့ခြင်းကြောင့် အလှူရှင်များအနေဖြင့် အစိုးရထိန်းချုပ်သည့်ဧရိယာများတွင် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် တွဲပြီးလုပ်ငန်းဆောင်ရွက်လာနိုင်ခဲ့သည်။ အဓိကအလှူရှင်ဖြစ်သော နော်ဝေနိုင်ငံသည် မြန်မာနိုင်ငံ တွင်းတွင် အပြုသဘောဆောင်သည့် နိုင်ငံရေးတိုးတက်မှုများဖြစ်ပေါ်လာခြင်း၊ ရန်ကုန်မှ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့ခြမ်းရှိ နယ်စပ်ဒေသများသို့ ခရီးလမ်းပန်းလွယ်ကူတိုးတက်လာပြီဟူသော အကြောင်းပြချက်ဖြင့် ထိုင်းနိုင်ငံတွင်းမှ ကွပ်ကဲနေသည့် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များသို့ ငွေကြေးပံ့ပိုးမှုများကို ရပ်ဆိုင်းခဲ့သည်။<sup>54</sup>

အခြားအလှူရှင်အများအပြား၏ ပံ့ပိုးမှုများ၊ အားပေးမှုများ ဆက်လက်ရှိနေသေးသော်လည်း ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှု ရပ်စဲရေး မကြာခင် ဆိုသလိုချိုးဖောက်ခံရပြီး တိုင်းရင်းသား လူမျိုးများပေါ်တွင် လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုများ ဆက်လက်ရှိနေခြင်းကို စိုးရိမ်နေကြ သည့် ECBHO များအတွက်မူ ရန်ပုံငွေ စီးဆင်းမှု အပြောင်းအလဲသည်အချိန်စောနေသေးသည်။ ကျန်းမာရေးစနစ်အပါအဝင်ဦးစား ပေးလုပ်ငန်း ရွေးချယ်ခြင်း၊ အစီအစဉ် ရွေးချယ်ခြင်းများတွင် ၎င်းတို့အား ကိုယ်စားမပြုဟု ခံယူထားသည့် နေပြည်တော်မှ အာဏာပိုင် များက ဆုံးဖြတ်သည့် ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှု များလွန်းသော အစိုးရစနစ်ကိုလည်း ECBHO များက စိုးရိမ်ကြသည်။<sup>55</sup>

အစိုးရအနေဖြင့် ၎င်း၏ ပံ့ပိုးမှုပြင်ခြင်း၊ အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေး နယ်မြေများသို့ နယ်မြေချဲ့ထွင်ခြင်း လုပ်ငန်းများကို နိုင်ငံတကာ အသိုင်းအဝိုင်းသည် တိုက်ရိုက်သို့မဟုတ် သွယ်ဝိုက်ကာ ပံ့ပိုးပေးနေသည်ဟု EAO ခေါင်းဆောင်များက ထင်မြင်လက်ခံထားကြသည်။ KNU အလုပ်အမှုဆောင်ကော်မတီဝင် တစ်ဦးက " INGO များဟာ အစိုးရနဲ့ပဲအလုပ်လုပ်တယ်။ လူတွေကလည်း အစိုးရက ထောက်ပံ့တာလို့ပဲ မြင်လာတယ်။ ကျနော်တို့ အနေနဲ့သူတို့ကို ပံ့ပိုးလာတာ နှစ်ပေါင်းများစွာရှိပြီ ဒီစနစ်တွေရင်သန်အောင် ကြိုးစား ပမ်းစား ဆောင်ရွက်ခဲ့ရပါတယ်။ ကျနော်တို့ခြေထောက်ပေါ် ကျနော်တို့ရပ်တည်ချင်တယ်။ ဒါပေမဲ့ ခုတော့ သူတို့လက်အောက်ခံ လိုမျိုး ဖြစ်လာတယ် " <sup>56</sup> ဟုပြောသည်။ KNLA တပ်မဟာ ၅ မှ တပ်မှူးက " နိုင်ငံတကာ အသိုင်းအဝိုင်းက အစိုးရကိုထောက်ပံ့တယ်။ အဲတော့ အစိုးရက ကျနော်တို့လူတွေကို ပြန်ပြီး ထောက်ပံ့တယ်။ ဆိုတော့ သူတို့ဟာ ကျနော်တို့ပြည်သူတွေရဲ့အစိုးရလိုဖြစ်လာ တယ်။ ညှိနှိုင်းမှုတွေ လုပ်တော့ ကျနော်တို့က ဘယ်ကို ညှိရမှာလဲ။ ပြည်သူမရှိတဲ့အဖွဲ့အစည်းလို ဖြစ်နေပြီလေ " ဟု ပြောခဲ့သည်။<sup>57</sup>

အစိုးရထိန်းချုပ်နယ်မြေများမှ အကူအညီများ အလုံးအရင်းဝင်ရောက်လာခြင်းနှင့်ဆိုင်သည့် လက်တွေ့အခက်အခဲများကို KNU ခေါင်းဆောင်များက ထပ်တလဲလဲဖော်ထုတ်လျက်ရှိသည်။ ဥပမာ KNU အလုပ်အမှုဆောင်ကော်မတီဝင်တစ်ဦးက " ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုနဲ့ပတ်သက်ပြီး ကျနော်တို့ဆီမှာ ကာလတို၊ ကာလရှည် အစီအစဉ်တွေရှိတယ်။ ဒါပေမဲ့ အစိုးရက ပြင်ပအုပ်စုတွေ (ဥပမာ INGO) လိုမျိုးတွေကို ကာလတို စီမံကိန်းတွေလုပ်ဖို့ အများအပြားခွင့်ပြုလိုက်တယ်ဆိုရင် ရေရှည်ပြဿနာတွေကို စနစ်တကျ ရှင်းဖို့ ခက်သွားနိုင်ပါတယ်။ ခုဆိုရင် အစိုးရထိန်းချုပ်နယ်မြေဘက်က လူသားချင်းစာနာမှု နှင့် ဖွံ့ဖြိုးရေး ထောက်ပံ့မှုတွေ အများကြီး ဝင်ရောက်လာတာရှိတယ်။ နယ်စပ်ကဝင်လာတာတွေကို စီမံဖို့ နည်းလမ်းတွေ၊ စည်းကမ်းတွေချထားခဲ့တာရှိပေမဲ့ ဒါတွေအတွက် ပြင်ဆင်ထားတာမရှိဘူး" ဟု ပြောပြသည်။ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးနောက်ပိုင်း တပ်မတော် အင်အားတိုးချဲ့မှုကို ကြုံတွေ့ ခဲ့ရသည့် KNU မဟာဗျူဟာရှင် မှ တွဲဖက် အတွင်းရေးမှူးက " ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး ပျက်ပြားသွားပါက အသင့်ဖြစ်အောင် ပြင်ဆင်နေရပါတယ်" ဟု ပြောပြသည်။ အစိုးရသတ်မှတ်ထားသည့် လမ်းကြောင်းများမှ ရောက်ရှိလာသည့် အထောက်အပံ့များကို နှိမ့်စေခြင်းထက် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးများ နေရာတကျပြင်ဆင်ထားပြီး အခြေကျနေပြီဖြစ်သော ဒေသအခြေပြု ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ များကို အဓိကထားရန်လိုအပ်ခဲ့ကြောင်းကို ညွှန်းဆိုနေသည့် ဖြစ်စဉ် ဖြစ်သည်။



ECBHO များအတွက် နေရာပွင့်လင်းလာခြင်း၊ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများတွက် လမ်းပွင့်လာခြင်း

မည်သို့ပင်ဖြစ်စေ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးနှင့် အစိုးရ၏ ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများသည် EBCHO များလုပ်ငန်း ဆောင်ရွက်ရာတွင် လွတ်လပ်စွာ ဆောင်ရွက်နိုင်စေခဲ့ပြီး MoH နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ ပြုလုပ်ရန် အခွင့်အလမ်းများပေါ်ပေါက်စေခဲ့သည်။ စစ်တပ်၏ နှိပ်စက်ခြင်းကို ကြောက်ရွံ့ရန်မလိုပဲ ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများ လွတ်လပ်စွာလှုပ်ရှားလာနိုင်ပြီး ဆေးခန်းများကို လွတ်လပ်စွာ ဖွင့်လှစ်လာနိုင်သည်။ လွတ်လပ်စွာသွားလာနိုင်မှုကြောင့် အချိန်မှန် အချက်အလက်စုစည်းခြင်းဖြင့် ကျန်းမာရေး အချက်အလက် စနစ်တခုကို တည်ဆောက်နိုင်မည့်အပြင် ထောက်ပံ့ရေးနှင့် အခြားအုပ်ချုပ်ရေး ကိစ္စရပ်များအတွက် ဝေးလံချောင်ကျ သည့် အရပ်မှ ဆေးခန်းများသို့ ပုံမှန်သွားလာနိုင်မည်ဖြစ်သည်။ INGO များအနေဖြင့်လည်း အချို့သော ပဋိပက္ခဒဏ်ခံရသည့် ဧရိယာများတွင် ဝင်ရောက်လုပ်ကိုင်ခွင့်ရရှိခဲ့ပြီး မြန်မာနိုင်ငံတွင်းရှိ ရုံးများမှ ECBHO များကို ပိုမိုပွင့်လင်းစွာ ပံ့ပိုးလာနိုင်ခဲ့သည်။ တနိုင်ငံလုံးဆိုင်ရာ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှု ရပ်စဲရေး သဘော တူညီစာချုပ် (nationwide ceasefire agreement (NCA) လက်မှတ်ရေး ထိုးသည့် အဖွဲ့များ (အများအားဖြင့် KNU နှင့် RCSS) နှင့် အချိတ်အဆက်ရှိသည့် ECBHO များကို ၂၀၁၅ အောက်တိုဘာလတွင် မတရားသင်းမှ ပယ်ဖျက်ပေးခဲ့သဖြင့် လုပ်ငန်းများ ပို၍လွတ်လပ်စွာ ဆောင်ရွက်လာနိုင်ကြသည်။ ကျန်းမာရေးနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် စီမံကိန်းများ အပါအဝင် သက်ဆိုင်ရာဒေသအတွင်းရှိ EAO များ၏ အုပ်ချုပ်စီမံမှုများကို အသိအမှတ်ပြုကြောင်း NCA တွင်ဖော်ပြ ထားသည်။<sup>58</sup>

အခန်း ၂.၁ တွင် တင်ပြခဲ့သည့်အတိုင်း ယင်းအပြောင်းအလဲများသည် နိုင်ငံတော်နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု များ တိုးတက်လာစေရန် လမ်းပွင့်ပေးခဲ့သည်။ ငြိမ်းချမ်းရေး ဆက်လက်တည်ဆောက်နိုင်သည်ဆိုပါက နိုင်ငံရေးအရ ထိန်းချုပ်ထားမှုများသည် တစ်စတစ်စ လျော့နည်းသွားမည်ဖြစ်သည်။ ကျန်းမာရေးရလဒ်များ တိုးတက်လာစေရန်၊ တန်းတူညီမျှမှုရှိသည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများဖြစ် ပေါ်လာစေရန် စနစ် ၂ ခုသည် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု၊ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုများကို တိုးမြှင့်ဆောင်ရွက်ရန်လိုအပ်လာမည်ဖြစ်သည်။ တင်းမာမှုများ၊ မယုံကြည်မှုများ နက်ရှိုင်းစွာရှိနေသည့်တိုင် ECBHO များနှင့် MoH တို့သည် ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်လိုသည့် သဘောထားများ ပြသခဲ့ကြသည်။ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း၊ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ခြင်း ဖြစ်ပေါ်တိုးတက်မှုများ အသေးစိတ်ကို အခန်း ၃ နှင့် ၄ တွင် တင်ပြထားပါသည်။

## အခန်း ၃ - မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ လက်ရှိကျန်းမာရေးစနစ်၊ အနာဂတ်တွင်ဖြစ်ပေါ်လာမည့် ကျန်းမာရေးစနစ် (Current and future health systems in southeast Myanmar)

MoH နှင့် ECBHO တို့၏ ကျန်းမာရေးစနစ်များသည် အမျိုးအစားမတူညီသည့် ပြည်သူ့လူထုအမျိုးမျိုးကို စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန် အတွက် ဖော်ထုတ်ထားခြင်းကြောင့် ဖွဲ့စည်းပုံ၊ အင်အား၊ မူဝါဒများမှာ အခြေခံမှ အစ ကွဲပြားသည်။ ဤအခန်းတွင် စနစ်တစ်ခုခြင်းစီကို နှိုင်းယှဉ်လေ့လာသွားမည်ဖြစ်ပြီး အထူးသဖြင့် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်း ပဋိပက္ခဒဏ်သင့်နေသည့်ဒေသ၊ ၎င်းအနေဖြင့် ဖြန့်ကျက်ထားမှု အားနည်းသည့်ဒေသများမှ MoH ၏ အခန်းကဏ္ဍကို အလေးပေး လေ့လာသွားမည်ဖြစ်သည်။

အချက်အလက် ဖော်ပြခြင်းသည် အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် မည်သည့်စနစ်က ပို၍အကျိုးပြုသည်ဟူသော ကောက်ချက်မျိုး ချရန် အတွက် ရည်ရွယ်တင်ပြခြင်းမဟုတ်ပါ။ MoH စနစ်သည် ဆန်းစစ်မှုအမျိုးမျိုးပြုလုပ်ခံ ရပြီး ရလဒ်များကိုလည်း အများပြည်သူသိရှိစေရန် ထုတ်ပြန်ထားခြင်းဖြစ်သောကြောင့် တိုးတက်ပြင်ဆင်မှုများ ပြုလုပ်ရန် လိုအပ်သည့်နေရာကို အလွယ်တကူ ဖော်ထုတ်နိုင်သည်။ ဆန့်ကျင်ဘက်အားဖြင့် ECBHO စနစ်များနှင့် နှိုင်းယှဉ်လေ့လာရန် လူသိရှင်ကြားထုတ်ပြန်ထားသည့် ဆန်းစစ်ချက်ရလဒ်များမရှိပါ။ ယင်းအချက်ကြောင့် ဤစာတမ်းတွင် တင်ပြမည့် သုံးသပ်လေ့လာမှုများပြုလုပ်ရန် အကန့်အသတ်များဖြစ်စေပြီး မည်သည့်စနစ်က ပိုကောင်းသည်ဟူသောဆုံးဖြတ်မှုပြုလုပ်ရန်လည်း ပြည့်စုံမှုမရှိပါ။ ဤနေရာတွင် ဖော်ပြထားသည့် သုံးသပ်ချက်သည် စနစ်တစ်ခုခြင်းစီ ၏ ဖွဲ့စည်းပုံ၊ ၎င်းတို့၏ အားသာချက်၊ အားနည်းချက်များကို ဆွေးနွေးတင်ပြသည့် ပုံစံသာဖြစ်သည်။

MoH စနစ်သည် ဗဟိုဦးစီးစနစ်ဖြစ်ပြီး အရွယ်အစားကြီးမားကာ ငွေကြေးအင်အားလည်း တောင့်တင်းသည်။ ECBHO စနစ်နှင့်ယှဉ်လျှင် ၎င်းစနစ်သည် မြို့ပြအတွက် အဆင့်မြင့်ကုသမှုပိုင်းတိုးတက်ရေးကိုသာ အစဉ်အဆက် အလေးထားဆောင်ရွက်ခဲ့သည်။ ကုသမှုပေး သည့် ဆေးရုံဆေးခန်း ၃၀၀၀ ကျော်ရှိပြီး ယင်းအနက် ဆေးရုံ ၉၀၀ ကျော်ပါဝင်သည်။ ဆရာဝန်များ၊ သူနာပြုများနှင့် အခြားကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းပေါင်း ၇၀,၀၀၀ ကျော်ကို ခန့်အပ်ထားသည်။ ငါးနှစ်အတွင်း MoH သို့ အစိုးရ ပံ့ပိုးမှုမှာ ၅ ဆမြင့်တက်လာခဲ့သည်။ တစ်ချိန် တည်းမှာပင် နိုင်ငံတကာအလှူရှင်များ၏ ပံ့ပိုးမှုများသည်လည်း အမေရိကန်ဒေါ်လာသန်းရာနှင့်ချီ ရရှိလာသည်။ အစဉ်အဆက် အားဖြင့် MoH ဝန်ထမ်းများသည် ၎င်းတို့ ဇာတိချက်ကြော့နေရာတွင် တာဝန်ကျလေ့မရှိပါ။ ဗဟိုမှ ပိုင်ပိုင်နိုင်နိုင်ချုပ်ကိုင်နိုင်ရန် အတွက် ဝန်ထမ်းနေရာများကို မကြာခင် ရွှေ့ပြောင်း တာဝန်ချသည်။<sup>59</sup> နိုင်ငံတစ်ဝှမ်းကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးရာတွင် MoH အနေဖြင့် အခက်အခဲပေါင်းများစွာ ရင်ဆိုင်နေရသည်။ အရှေ့တောင်ခြမ်း ကျေးလက်ဒေသများသို့ စောင့်ရှောက်မှုပေးရာတွင် ကြုံတွေ့ရသည့် အခက်အခဲသည် အခက်အခဲပေါင်းများစွာအနက်မှ တစ်ခုသာဖြစ်သည်။

ECBHOs များစုစုပေါင်းလျှင် ဝန်ထမ်းပေါင်း ၃၀၀၀ နီးပါးရှိပြီး ဆေးခန်းပေါင်း ၂၃၂ ခု ဖွင့်လှစ်ထားပြီး ရွှေ့လျားအဖွဲ့များနှင့် မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင်လှုပ်ရှားလျက်ရှိသည်။ စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်သည့် လူဦးရေမှာ ၆၀၀,၀၀၀ ဖြစ်သည်။ အခြေခံကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်းဆောင်ရွက်နိုင်ရန် ရပ်ရွာများကို လေ့ကျင့်သင်ကြားပေးရာတွင် အထူးအားထည့်ဆောင်ရွက်သည်။ ယင်းစနစ် တွင် ပါဝင်လုပ်ကိုင်သည့် ဝန်ထမ်းများရွေးချယ်ရာတွင် ဒေသခံ အများစုကို ရွေးချယ်ခန့်ထားခြင်းဖြစ်သောကြောင့် ဒေသခံ ဘာသာ စကားများ၊ ယဉ်ကျေးမှုများနှင့် အကျွမ်းတဝင်ရှိသည်။ ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှု လျော့ချထားသည့်စနစ်ဖြစ်သောကြောင့် ခရိုင်အဆင့်၊ မြို့နယ် အဆင့် စီမံအဖွဲ့သည် လူစွမ်းအားအရင်းအမြစ်၊ ရပ်ရွာများနှင့် ဆက်ဆံခြင်း၊ နိစ္စဒုဝ လုပ်ငန်းများ၊ ၎င်းတို့လွှမ်းမိုးခြင်း၊ အခြားအစု အဖွဲ့များနှင့် ဆက်ဆံရေး ကိစ္စများနှင့်ဆိုင်ပြီး ထိန်းချုပ်မှု အတော်များပြုလုပ်နိုင်သည်။ ယင်းကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများသည် MoH ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများထက် ပို၍အဆင့်မြင့်သော ကုသရေးတာဝန်များကို ထမ်းဆောင်ကြရသည်။ ECBHO များသည် ဆရာဝန်ခန့် ထားနိုင်မှု အလွန်နည်းသောကြောင့် အခြားအဆင့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများကို အသုံးပြုပြီး ကုသရေးဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များ ဖြည့်ဆည်းရသည်။ အချို့သော ဒုတိယအဆင့် ကုသရေးစောင့်ရှောက်မှုများပြုလုပ်ရန် အစီအစဉ်များရေးဆွဲထားသည့်တိုင် ECBHO များသည် အခြေခံကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးရန် အဓိကထားပြီး ဒုတိယအဆင့် သို့မဟုတ် တတိယအဆင့် ကုသမှုပြုပါ။<sup>60</sup> လူနာ အများစုကို မယ်တော်ဆေးခန်း၊ INGO သို့မဟုတ် ထိုင်းအစိုးရ ကျန်းမာရေးဆေးရုံဆေးခန်းများ နှင့် MoH ဆေးရုံများသို့ လွှဲပြောင်း ပေးသည်။ စောင့်ရှောက်မှု အရည်အသွေးမြှင့်တင်ရန်၊ ငြိမ်းချမ်းသည့်အခင်းအကျင်းတွင် လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်နိုင်ရန် ပုံစံပြောင်းလဲခြင်း ပြုလုပ်ရာတွင် ECBHO စနစ်သည် အခက်အခဲပေါင်းများစွာနှင့် ရင်ဆိုင်နေရသည်။

### ၃.၁။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ရပ်တည်မှု (Ministry of Health in southeast Myanmar)

MoH တခုလုံးကို အသေးစိတ် သုံးသပ်မှုများပြုလုပ်ရန်၊ ၎င်းကြုံတွေ့ရသည့်အခက်အခဲများအားလုံးကို ဖော်ထုတ်ရန်မှာ ဤအစီရင်ခံစာ ၏ သက်ရောက်မှုအခန်းအပိုင်းပြင်ပမှ ကိစ္စဖြစ်သည်။ သို့သော်လည်း ပဋိပက္ခဒဏ်သင့်နေသည့် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်းနှင့်ဆိုင်သည့်ကိစ္စများကို ခွဲခြမ်းလေ့လာမှုများပြုလုပ်ဖော်ပြထားပါသည်။

မြန်မာကျန်းမာရေးပညာရှင် ဒေါက်တာ သန်းထွန်းစိန်၏စာတမ်းတွင် မြန်မာ၏ နိုင်ငံရေးခေတ် ၅ ခေတ်သည် အစိုးရ၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေါ် မည်သို့လွှမ်းမိုးမှုများဖြစ်ပေါ်စေခဲ့သည်ကို ရေးသားဖော်ထုတ်ခဲ့သည်။<sup>61</sup> ဤ အခန်းတွင် နီးစပ်မှုအရှိဆုံး ခေတ် ၂ ခေတ်အကြောင်းကို အဓိကထား ဖော်ပြသွားမည်ဖြစ်သည်။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ယနေ့ဖြစ်ပေါ် လျက်ရှိသည့် ကျန်းမာရေး အခြေအနေကို နားလည်စေရန် အနီးစပ်ဆုံး ပံ့ပိုးပေးနိုင်သည့် နိုင်ငံတော်ငြိမ်ဝပ်ပိပြားရေးကောင်စီ/နိုင်ငံတော်တည်ငြိမ်ရေး နှင့် ရပ်ရွာအေးချမ်းသာယာရေး ကောင်စီခေတ် (၁၉၈၈ - ၂၀၁၁) နှင့် ဒီမိုကရေစီ ပြောင်းလဲရေးခေတ် (၂၀၁၁ - မှ လက်ရှိ) အကြောင်းကို ဖော်ပြသွားမည် ဖြစ်သည်။

စစ်အစိုးရသည် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနကို ဘတ်ဂျက်လုံလောက်စွာ ချထားပေးခြင်း မရှိသည်မှာ ဆယ်စုနှစ်များစွာတိုင်ခဲ့ပြီဖြစ်သည်။ ၂၀၁၁ ခုနှစ် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများမပြုလုပ်မီတွင် နိုင်ငံ ဂျီဒီပီ၏ ၀.၃ ရာခိုင်နှုန်းကို ကျန်းမာရေးစရိတ်အတွက် အသုံးပြုခဲ့ပြီး လူတစ်ဦးအတွက် ၁.၆၀ ဒေါ်လာ အသုံးပြုခြင်းဖြစ်သည်။<sup>62</sup> ၂၀၀၇ ခုနှစ်တွင် ၀.၇၀ သာအသုံးပြုရာမှ တိုးတက်လာခြင်း ဖြစ်သည်။<sup>63</sup> ရလဒ်အနေဖြင့် ကျန်းမာရေးစနစ်တစ်ခုလုံး အားနည်းသွားသည်။ လူစွမ်းအားအရင်းအမြစ်ဖွံ့ဖြိုးမှု၊ ဆေးပစ္စည်း ထောက်ပံ့မှု၊ အချက်အလက် စုစည်းခြင်း၊ စီမံခန့်ခွဲခြင်း၊ ကုသခြင်းနှင့် ကာကွယ်ခြင်းလုပ်ငန်းများအားလုံးသို့ ထိခိုက်မှုများရှိသည်။ အစိုးရ ထောက်ပံ့မှုနည်းသောကြောင့် လူနာများသည် ဆေးဝါး၊ ဆေးပစ္စည်းများ နှင့် အခြား တစ်ခါသုံး ကိရိယာများကို ငွေကြေးစိုက်ထုတ် ဝယ်ယူရသကဲ့သို့ ကုသပေးသည့် ဝန်ထမ်းများကိုလည်း အခကြေးငွေပေးကြရသည်။<sup>64</sup> ပြည်သူများကို ပုဂ္ဂလိကဆေးခန်းတွင် ရွေးချယ်ကုသခံရန် တွန်းအားပေးခဲ့သကဲ့သို့ (အစိုးရထက် ပို၍ထိရောက်စွာ စောင့်ရှောက်ပေးနိုင်သည်ဟု ယူဆ) အစိုးရ ဝန်ထမ်း အနေဖြင့်လည်း ၎င်းတို့ဝင်ငွေအတွက် ကိုယ်ပိုင်ဆေးခန်းဖွင့်လှစ်မှုများဖြစ်ပေါ်စေခဲ့ကာ MoH ဆေးခန်းမှ တာဝန်များ လစ်ဟင်း သွားစေသည့် သက်ရောက်မှုနှစ်မျိုးဖြစ်ပေါ်စေခဲ့သည်။ ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍ အားကောင်းသည်ထက် အားကောင်းလာပြီး ဆယ်စုနှစ် တစ်ခုအကြာတွင် ကျန်းမာရေးစရိတ်အတွက် ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးချင်းအနေဖြင့် အကုန်အကျအများဆုံးစိုက်ထုတ်သုံးစွဲရသည့် နိုင်ငံများ စာရင်းတွင် ပါဝင်လာခဲ့သည်။<sup>65</sup> နောက်ဆုံးထုတ်ပြန်ခဲ့သည့် WHO ၏ ၂၀၀၀ ခုနှစ် သတ်မှတ်ချက်အရ မြန်မာနိုင်ငံ၏ ကျန်းမာရေး စနစ်သည် နိုင်ငံပေါင်း ၁၉၁ နိုင်ငံ အနက် အဆင့် ၁၉၀ တွင် ရပ်တည်နေသည်။<sup>66</sup>

MoH ခေါင်းဆောင်ပိုင်းသည်လည်း စနစ်ကိုပြန်လည်ပြုပြင်ရန် ဆောင်ရွက်လျက်ရှိပြီး ပြဿနာများ ဖြေရှင်းရန်အတွက် ပံ့ပိုးမှုအသစ် များလည်း လက်ခံရရှိထားသည်။ လွန်ခဲ့သည့် ၅ နှစ်တာအတွင်း အစိုးရဟောင်းသည် ကျန်းမာရေးစရိတ်ကို အစိုးရ စရိတ် ၁.၀ ရာခိုင်နှုန်းမှ ၃.၄ ရာခိုင်နှုန်းထိ တိုးမြှင့်သုံးစွဲခဲ့သည်။ ဂျီဒီပီ၏ ၀.၂ ရာခိုင်နှုန်းကိုသာ သုံးစွဲ နေရာမှ ၁.၀ ရာခိုင်နှုန်းထိ တိုးမြှင့်ခဲ့သည်။<sup>67</sup> ၂၀၁၀ ခုနှစ်မှ စပြီး ကျန်းမာရေးကဏ္ဍတွင် နိုင်ငံခြား အထောက်အပံ့လက်ခံရရှိမှုလည်း ပုံမှန်တိုးတက်လာခဲ့သည်။ အစိုးရသစ်ကော အစိုးရဟောင်းပါ စနစ်အားကောင်းလာစေရန်၊ လွှမ်းမိုးခြေရာ တိုးချဲ့နိုင်ရန်အတွက် မူဝါဒသစ်များ၊ အစီအစဉ်သစ်များ ရေးဆွဲလျက်ရှိ သည်။ အစိုးရသစ်လက်ထက်တွင်လည်း ဘတ်ဂျက်များ ဆက်လက်တိုးတက်လာမည် ဟု မျှော်လင့်ရသည်။ UHC လမ်းပြမြေပုံတွင် ကျန်းမာရေးစရိတ်အတွက် ၆၀ ရာခိုင်နှုန်းခန့် စိုက်ထုတ် သုံးစွဲနေမှုမှ ၂၅ ရာခိုင်နှုန်းထိ လျော့ချသွားနိုင်ရေး လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များကို NLD မှ ဖော်ပြထားသည်။ အစိုးရ အသုံးစရိတ်ကို သိသိသာသာမြှင့်တင်မည်ဖြစ်သကဲ့သို့ ပြင်ပထောက်ပံ့မှုများမှလဲ တိုးတက်သုံးစွဲ သွားရန် ပြင်ဆင်ထားသည်။<sup>68</sup>

**ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ဖွဲ့စည်းပုံ**

ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနစနစ်လက်အောက်တွင် လုပ်သားအရေအတွက် အများအပြားခန့်ထားသော်လည်း WHO စံသတ်မှတ်ချက်နှင့် ညီညည့် စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန် ယင်းအရေအတွက်သည် လုံလောက်ခြင်း မရှိသေးပါ။ ၂၀၁၄ စာရင်းများအရ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီး ဌာနလက်အောက်တွင် ဆေးရုံပေါင်း ၉၈၈၊ မိခင် နှင့် ကလေးစောင့်ရှောက်ရေး ဂေဟာ ၃၄၈ ခု၊ အခြေခံအဆင့် နှင့် ဒုတိယအဆင့် စောက်ရှောက်မှုဂေဟာ ၈၇ ခုနှင့် ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာန ၁၆၈၄ ခု ကို ဖွင့်လှစ်ထားသည်။<sup>69</sup> ဝန်ကြီးဌာနသည် ဆရာဝန် ၁၃,၀၀၀၊ သူနာပြု ၃၀,၀၀၀၊ သားဖွားဆရာမ ၂၀,၀၀၀ နှင့် ကျန်းမာရေးလုပ်သားပေါင်း ၁၁,၀၀၀ ကို စီမံလျက် ရှိသည်။<sup>70</sup> နိုင်ငံအဖွဲ့အစည်း လွှမ်းမိုးနိုင်မှုမရှိသေးသည့်တိုင် မြန်မာနိုင်ငံလူဦးရေ ၅၁ သန်းကို စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန် မူအားဖြင့် ရည်ရွယ်ထားသည်။<sup>71</sup>

၂၀၁၀ ခုနှစ်စာရင်းများအရ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း (ဆရာဝန်၊ သူနာပြုများ၊ သားဖွားဆရာမများ) အရေအတွက်သည် တနိုင်ငံလုံး အတိုင်းအတာအရ လူ ၁ ထောင်လျှင် ၁.၄၉ အချိုးနှုန်းဖြစ်သည်။ WHO နှင့် ထောင်စုနှစ်ဖွံ့ဖြိုးရေး ရည်မှန်းချက်၏ အနိမ့်ဆုံးနှုန်း ဖြစ်သော ၁ ထောင်လျှင် ၂.၃ နှုန်းထက် လျော့နည်းနေသည်။<sup>72</sup> မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ပိုင်းတွင် ဝန်ထမ်းခန့်ထားမှုမှာ သတ်မှတ် ချက်အောက် များစွာလျော့နည်းသည်။ ဥပမာ ကရင်ပြည်နယ်၌ ၂၀၁၂ တွင်ပြုလုပ်ခဲ့သည့် လူစွမ်းအားအရင်းအမြစ် လေ့လာမှု အချက်အလက်များအရ ရည်မှန်းထားသည့် လူထုကို စောင့်ရှောက်နိုင်ရန် လက်ရှိခန့်ထားသည့် ဝန်ထမ်းများအပြင် ပြည်သူ့ကျန်းမာ ရေး ကြီးကြပ်ရေးမှူး ၅၃ ဦး၊ ကျန်းမာရေးလက်ထောက် ၂၅ ဦး၊ သားဖွားဆရာမ ၁၀၇ ဦး၊ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ကြီးကြပ်ရေးမှူး အဆင့် ၂ (၂၅၀) ဦး၊ အရန်သားဖွား ဆရာမ ၁၃၀၀ နှင့် ကျေးရွာကျန်းမာရေးလုပ်သား ၁၂၀၀ ခန့်ထပ်မံလိုအပ်သည်။<sup>73</sup> ယင်း လိုအပ်ချက်သည် ကရင်တစ်ခုတည်းတွင် ဖြစ်နေသည်မဟုတ်ပါ။ ၂၀၁၅ ခုနှစ်တွင် စတင်ကျင့်သုံးသည့် လူဦးရေနှင့် ဝန်ထမ်း အချိုးအစား ရည်မှန်းချက်အရ နိုင်ငံအဆင့်ခန့်မှန်းမှုများပြုလုပ်ရာ ၂၀၁၂ ခုနှစ် ဝန်ထမ်းအင်အားအပြင် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ကြီးကြပ်ရေးမှူး ၃၀၀၀၊ ကျန်းမာရေးလက်ထောက် ၉၀၀ ဦး ခန့်ထားရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။<sup>74</sup> လက်ရှိမွေးထုတ်သင်တန်းပေးနှုန်း သည် ယင်းလိုအပ်ချက်များကို လျင်မြန်စွာဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်မည် မဟုတ်ပါ။ နိုင်ငံအဆင့် ကျန်းမာရေးသင်တန်းကျောင်းမှ နှစ်စဉ် သားဖွားဆရာမ ၁၂၀၀၊ ကျန်းမာရေး လက်ထောက် ၁၅၀ ပံ့ပိုးပေးနိုင်သည်။<sup>75</sup>

စစ်အစိုးရများလက်ထက်တွင် ငွေကြေး အလုံအလောက်ချထားပေးမှု မရှိခြင်းကြောင့်လည်းကောင်း နိုင်ငံအဆင့် ကျန်းမာရေး ဦးစားပေးမှုဝါဒများကြောင့်လည်းကောင်း ကျေးလက်နှင့် မြို့ပြကြားမှ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကွာဟချက်မှာ ကြီးထွားကြီး လာခဲ့သည်။ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသည် ကျေးလက်ဒေသများတွင် အခြေခံစောင့်ရှောက်မှုများ ပေးရန်ထက် မြို့ပြဒေသများတွင် ဒုတိယအဆင့်၊ တတိယအဆင့် စောင့်ရှောက်ရေး ဌာနများတည်ဆောက်ရန်ကိုသာ အစဉ်တစိုက် ဦးစားပေးဆောင်ရွက်နေခဲ့သည်။ အခြေခံ ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများကို လေ့ကျင့်မွေးထုတ်ရမည့်အစား ဆရာဝန်နှင့် သူနာပြုများ မွေးထုတ်ရန်သာ အဓိကထားသည်။<sup>76</sup> ယင်းကာလအတွင်း အခြေခံကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသည့် ဆေးခန်းများ သို့မဟုတ် မိခင်နှင့်ကလေးစောင့်ရှောက်မှု

ဆေးခန်းများ တိုးတက်မှုနှုန်းမှာ အလွန်နည်းပါးသည်။<sup>77</sup> နိုင်ငံ၏ လူဦးရေ ၇၀ ရာခိုင်နှုန်းမှာ ကျေးလက်နေဒေသတွင် နေထိုင်ကြသည် နိုင်ငံတွင် နိုင်ငံ၏ ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်း တစ်ဝက်ခန့်ကို မြို့ပြဒေသများတွင် စစ်အစိုးရခေတ်တလျှောက် တာဝန်ချထားခဲ့သည်။<sup>78</sup>

ဝေးလံသည့် တိုင်းရင်းသားကျေးလက်ဒေသများတွင် အစဉ်အဆက် ပညာရေးအားနည်းမှုကြောင့်<sup>79</sup> ယင်းဒေသများမှ ကျန်းမာရေးနှင့် ဆက်စပ်သည့် ဆေး၊ သူနာပြု၊ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး၊ သားဖွား နှင့် အခြား အဆင့်များအပါအဝင် တက္ကသိုလ်အဆင့်ကို တက်ရောက် နိုင်ရန် အရည်အချင်းပြည့်မီသူမရှိပဲဖြစ်နေသည်။ ထို့ကြောင့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းအများစုမှာ ကျေးလက်ဒေသမှမဟုတ်ဘဲ ၎င်းတို့ နေအိမ်ရှိရာ မြို့ပြအနီး အနားတွင်သာ တာဝန်ထမ်းဆောင်လျက်တော့သည်။ လူညံ့လည်သည့်စနစ်အရ နေရာတစ်ခုတွင် အချိန်တိုသာ နေထိုင်ခြင်းဖြစ်သောကြောင့် ကျေးလက်ဒေသတွင် တာဝန်ထမ်းဆောင်နေသည့် ဝန်ထမ်းများ၏ ခက်ခဲမှုများကို လျော့ချပေးသည်။ သို့သော်လည်း အလုပ်ထွက်နှုန်း မြင့်မားသဖြင့် ကုသရေးဝန်ထမ်းများ နှင့် ၎င်းတို့စောင့်ရှောက်သည့် ရပ်ရွာကြား ဆက်ဆံရေး လေဟာနယ်များဖြစ်ပေါ်စေသည်။ မကြာသေးမီက ပြုလုပ်ခဲ့သည့် ဆန်းစစ်ချက်တွင် ဝန်ထမ်းရွေ့ပြောင်းခြင်းသည် ဒေသအခြေအနေ၊ ရပ်ရွာ အခြေအနေကို မသိနားမလည်ဖြစ်စေပြီး ဒေသခံရပ်ရွာနှင့် ယုံကြည်မှု၊ ဆက်ဆံရေးတို့ကိုလျော့ကျစေသည်။ ထို့ပြင် ဒေသ အုပ်ချုပ်ရေးအပါအဝင် အခြားကဏ္ဍနှင့် အလုပ်သဘောအရ ဆက်ဆံရေးကိုလည်း အားနည်းစေသည်ဟု ဖော်ပြထားသည်။<sup>80</sup>

ယနေ့ထိတိုင် ဝန်ကြီးဌာနသည် ဗဟိုဦးစီးဖြစ်နေဆဲဖြစ်သည်။ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်သည့် အာဏာကို နိုင်ငံအဆင့်တွင် စုစည်းထားပြီး ပြည်နယ်နှင့် မြို့နယ်အဆင့်တွင် လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ခွင့်ပေးထားသည်။ ကျန်းမာရေးစနစ်ကို မြို့နယ်များဖြင့် ဖွဲ့စည်းထားသည်။ မြန်မာနိုင်ငံ ပြည်နယ်နှင့်တိုင်းဒေသကြီး ၁၄ ခုတွင် မြို့နယ်ပေါင်း ၃၃၀ ရှိသည်။ မြို့နယ်အဆင့်ကျန်းမာရေးစနစ်ကို မြို့နယ် ကျန်းမာရေးအရာရှိ ဆရာဝန်က တာဝန်ယူပြီး မြို့နယ်ဆေးရုံ သို့မဟုတ် ဆေးရုံ ၁ ရုံ သို့မဟုတ် ၂ ရုံ၊ ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာန ၄ ခုမှ ၇ ခုထိ၊ ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနတစ်ခုခြင်းစီရှိ ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနခွဲ ၇ ခုကိုတာဝန်ယူ စောင့်ကြည့်ထိန်းကျောင်းရသည်။ ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနကို လက်ထောက်ကျန်းမာရေးမှူးများဖြင့် ခန့်ထားလည်ပတ်ပြီး လွှမ်းခြုံဖုရိယာတစ်ခုတွင် လူဦးရေ ၂၀,၀၀၀ ပါဝင်သည်။ ကျေးလက်ကျန်းမာ ရေးဌာနခွဲသည် အခြေခံအကျဆုံး ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဖြစ်သည်။ ပုံမှန်အားဖြင့် သားဖွားဆရာမ၊ LHV (အမျိုးသမီး ကျန်းမာရေးဆရာမ) နှင့် ကျန်းမာရေးလက်ထောက်များကို တာဝန်ချထားသည်။ ယင်းဒေသမှ လုပ်အားပေး ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ၊ လုပ်အားပေး အရန်သားဖွားဆရာမများလည်း ယင်းဌာနခွဲတွင် ဝင်ရောက် လုပ်ကိုင်တတ်ကြသည်။ ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနခွဲတွင် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း၊ ငှက်ဖျားထိန်းချုပ်ခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင် စောင့်ရှောက်ခြင်းနှင့် အခြား ပြင်ပလူနာ ကုသခြင်းများဆောင်ရွက်သည်။ ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနတစ်ခု ပုံမှန်လွှမ်းခြုံနိုင်သည့် လူဦးရေမှာ ၅,၀၀၀ ခန့်ဖြစ်သည်။

**ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန မူဝါဒနှင့် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်**

အစွန့်ပစ်ခံ ခေတ်ဆိုးတွင် ထွက်ပေါ်လာသည့် မြန်မာနိုင်ငံကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသည် မြန်မာနိုင်ငံ ကျန်းမာရေး တိုးတက်စေရန် အတွက် ရည်မှန်းချက်ကြီးများကို သတ်မှတ်ထားသည်။ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသည် အရည်အသွေးတိုးတက်အောင် ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်သကဲ့သို့ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအပိုင်း ကဏ္ဍအားလုံးတွင် ဆိုးဆိုးဝါးဝါး ချို့တဲ့နေမှုများကို ပြင်ဆင်ရန်လိုသည်။ အရေအတွက် အစဉ်အမြဲ တိုးတက်နေသည့် နိုင်ငံတကာ ကျန်းမာရေး အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ချိတ်ဆက်ရန်လိုသည်။ အများအပြား တိုးတက်လာသည့် ဘတ်ဂျက်များကို စီမံရန်လိုသည်။ ၎င်း၏ စောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများကို အင်အားနှင့် တိုးချဲ့ရန်လိုသည်။ ယင်းလိုအပ်ချက်အများအပြားကို NLD ၏ UHC လမ်းပြခြေပုံတွင် ဖော်ထုတ်ထားပြီး၊ ပြုပြင်မှုများ ပြုလုပ်ရန် သတ်မှတ်ထားသည်။<sup>81</sup> ဦးသိန်းစိန်အစိုးရလက်ထက်မှ ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများကိုလည်း အရှိန်မပြတ် ဆက်လက် လုပ်ကိုင်သွားမည်ဖြစ်သည်။

MoH ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းအစီအစဉ်ချထားခြင်းကို မြို့နယ်အဆင့်တွင် ဆောင်ရွက်သည်။ အစဉ်အလာအရ မြို့နယ်ကျန်းမာရေး အရာရှိသည် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနက ဖော်ထုတ်ထားသည့် (micro-plan framework) ကိုအသုံးပြုသည်။ သို့သော်လည်း မကြာသေးမီက MoH သည် ဘက်စုံလွှမ်းခြုံ မြို့နယ်ကျန်းမာရေးအစီအစဉ် (Comprehensive Township Health Plan (CTHP)) ကို အစပြုခဲ့သည်။ CTHP မူဘောင်တွင် အခြေအနေ ခွဲခြမ်းလေ့လာခြင်း၊ အကျိုးသက်ဆိုင်သူများ ဆန်းစစ်ချက်၊ ဦးစားပေး ဖြေရှင်းရမည့် ပြဿနာ သတ်မှတ်ခြင်း၊ လုပ်ငန်းအစီအစဉ်ရေးဆွဲခြင်း၊ ဘတ်ဂျက်ဆွဲခြင်းများပါဝင်သည်။ မြန်မာနိုင်ငံရှိ ပြည်နယ်များ တွင် CTHP ကို INGO များက ပံ့ပိုးပေးလျက်ရှိပြီး နိုင်ငံအဆင့် အကောင်အထည်ဖော်မှုမှာ မရှိသေးပါ။

မြန်မာနိုင်ငံ၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုမှာ လွန်လေပြီးသော ဆယ်စုနှစ်များက ဖော်ထုတ်ထားသည့် မူဝါဒများပေါ်တွင် အခြေခံ ဆောင်ရွက်သည်။ လက်တွေ့အကောင်အထည်ဖော်မှုပိုင်းတွင် ထိုကဲ့သို့ ဆောင်ရွက်ခြင်း မရှိသော်လည်း နိုင်ငံအဆင့်ကျန်းမာရေး မူဝါဒများသည် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းဒေသ ကဲ့သို့သော ကျေးလက်ဒေသမှ ပြည်သူများ၏ ကျန်းမာရေးလိုလားချက်များကို ရှေးရှုသင့်သည်။ မတူညီသည့် ကျန်းမာရေး လုပ်ငန်းအစုအဖွဲ့များကြား ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ခြင်း၊ ဗဟိုဦးစီးမှုလျော့ချခြင်းများ ဖြင့်လည်း ဆောင်ရွက်နိုင်သည်။

လက်ရှိအချိန်ထိ သက်ရောက်မှုရှိနေသည့် အစောပိုင်းမူဝါဒတစ်ခုမှာ ၁၉၉၃ ခုနှစ်မှ မူဝါဒဖြစ်ပြီး အခြေခံ ကျန်းမာရေးစနစ်ကို အသုံးပြုပြီး အားလုံးအတွက်ကျန်းမာရေး (health for all) ကို အကောင်အထည်ဖော်ရန် အချက် ၁၅ ချက်ပါရှိသည်။<sup>82</sup> ၂၀၀၀ ခုနှစ်တွင် မူဝါဒတစ်ခုကို ထပ်မံထုတ်ပြန်သည်။ မြန်မာကျန်းမာရေး ရည်မှန်းချက် ၂၀၃၀ ဖြစ်ပြီး အားလုံးအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဖော်ဆောင်နိုင်ရန်နှင့် နိုင်ငံတွင်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် လူစွမ်းအားအရင်းအမြစ် တိုးတက်စေရန်

ရည်မှန်းသည်။ ကျန်းမာရေးမူဝါဒ၊ ကာကွယ်ရေးနှင့် ကုသရေးလုပ်ငန်းများ၊ လူစွမ်းအားအရင်းအမြစ်၊ သုတေသန၊ ကျန်းမာရေး စနစ်ဖွံ့ဖြိုးရေး၊ ပုဂ္ဂလိက ကဏ္ဍ၊ LINGO နှင့် INGO များ အတွက် လမ်းညွှန်ချက်များဖော်ပြထားသည်။ မွေးစကလေး မျှော်မှန်းသက်တမ်း တက်လာခြင်း၊ မွေးကင်းစ၊ ကလေးငယ် နှင့် မိခင်သေဆုံးမှုနှုန်း ကျဆင်းလာခြင်းတို့ဖြင့် လုပ်ငန်းအောင်မြင်မှုကို တိုင်းတာသည်။

၁၉၉၁ ခုနှစ်မှစပြီး MoH သည် ၄ နှစ်စီမံကိန်း နိုင်ငံအဆင့် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များ ဖော်ထုတ်သည်။ ၂၀၁၆ ခုနှစ်သည် အရည်အသွေးမီ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများကို တန်းတူညီမျှနှင့် နိုင်ငံသားအားလုံး လက်လှမ်းမီအောင် ဆောင်ရွက်ရန်၊ ကာကွယ်ရေး ကုသရေးလုပ်ငန်းများ အားကောင်းစေရန်၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် လူစွမ်းအားအရင်းအမြစ်များ တိုးတက် လာစေရန် လေ့ကျင့်သင်ကြားမှုများတွင် ငွေကြေးသုံးစွဲခြင်းနှင့် အစီအစဉ်ရေးဆွဲခြင်း၊ ကျန်းမာရေးနှင့်ဆက်စပ်နေသည့် အဖွဲ့အစည်း များနှင့် ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍ အပါအဝင် ဒေသခံ၊ နိုင်ငံတကာမိတ်ဖက်များနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု မြှင့်တင်ခြင်းတို့ကို အဓိကထားသည့် လေးနှစ်တာ အစီအစဉ်၏ နောက်ဆုံးနှစ်ဖြစ်သည်။ နိုင်ငံအဆင့်ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်း အစီအစဉ်တွင် ကျေးလက်၊ မြို့ပြဝန်းကျင်၊ နယ်စပ်ဒေသ အစရှိသော စောင့်ရှောက်မှုအားနည်းသည့် ဒေသများတွင် တိုးချဲ့ဆောင်ရွက်မည့်အား အပါအဝင် လက်တွေ့အကောင် အထည်ဖော်မည့် နေရာ ၁၁ ခုကို ဖော်ပြထားသည်။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး အစိုးရ၏ အခြားသောကတိပြုချက်များမှာ ထိရောက်မှုရှိသော ဖွံ့ဖြိုးရေးပူးပေါင်း ဆောင် ရွက်မှုအတွက် နေပြည်တော်သဘောတူညီချက် (Naypyitaw Accord for Effective Development Cooperation) ဖြစ်ပြီး MDG အတွက် ကတိပြုချက်များကို ထပ်မံအတည်ပြုကာ လူထုအခြေပြုဖွံ့ဖြိုးရေးကို ကျင့်သုံးရန်ဖော်ပြထားသည်။ နိုင်ငံတကာ ပူးပေါင်းမှု အရေးကြီးပုံ အရပ်ဖက်လူ့ အဖွဲ့အစည်းများနှင့်ဆက်ဆံရေး၊ အားဖြည့်ဆောင်ရွက်ရေး အရေးကြီးပုံများကို အထူးဦးစားပေး ဖော်ပြထား သည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး တိုက်ရိုက်ဖော်ပြထားမှုမရှိသည့်တိုင် နေပြည်တော် သဘောတူညီချက်သည် ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှု လျှော့ချခြင်းကိုအားပေးပြီး အရပ်ဘက် လူ့အဖွဲ့အစည်းများ၏ ခိုင်မာစွာရပ်တည်နိုင်ရန် အားပေးထားသည်။ ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်ပြီး အစိုးရ၏ မူဝါဒတွင် မြန်မာဖွံ့ဖြိုးရေးမူဝါဒများ (Development Policy Options for Myanmar နေပြည်တော် ၂၀၁၂) နှင့် ကျေးလက်ကျန်းမာရေး ဖွံ့ဖြိုးရေး အစီအစဉ် ၂၀၀၁ - ၂၀၀၆ (Rural Health Development Plan) တို့ပါဝင်သည်။<sup>83</sup>

၂၀၀၈ အခြေခံဥပဒေတွင် ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သည့်အချက် အများအပြားပါဝင်သည်။<sup>84</sup> ပုဒ်မ ၃၆၇ တွင် နိုင်ငံသားတိုင်းသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရယူခွင့်ရှိသည်ဟု ဖော်ပြထားသည်။ အခြားပုဒ်မများတွင် ပြည်ထောင်စုသည် ပြည်သူများ၏ ပညာရေး၊ ကျန်းမာရေးတိုးတက်မှုရှိစေရန် အစွမ်းကုန် အားထုတ်မည်၊ မိခင်နှင့် ကလေးစောင့်ရှောက်မှုများ ပြုလုပ်မည်၊ ပြည်သူများအနေဖြင့် ၎င်းတို့ပညာရေး ကျန်းမာရေးနှင့်ဆိုင်သည့် ကိစ္စရပ်များတွင် ပါဝင်ခွင့်ရရှိစေရန် ဥပဒေများ ပြဌာန်းသွားမည်ဟု ဖော်ပြထားသည်။ အခြေခံဥပဒေတွင် ပြည်နယ်အစိုးရ၏ နိုင်ငံရေး၊ ဘဏ္ဍာရေး ထိန်းချုပ်နိုင်မှုကို ကန့်သတ်ထားသောကြောင့် MoH လုပ်ငန်းများကို ပြည်နယ်အဆင့်သို့ ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှု လျှော့ချထားပေးခြင်းကိုလည်း ကန့်သတ်လိုက်သည်။<sup>85</sup>

စီးပွားရေးနှင့် လူမှုရေးပြုပြင်ပြောင်းလဲရေး မူဘောင် (Framework for Economic and Social Reform (2013))<sup>86</sup> တွင် ကဏ္ဍစုံဖွံ့ဖြိုး တိုးတက်ရေးအစီအစဉ် ရည်မှန်းချက်များ အထောက်အကူပြုပေးရန် အစိုးရအနေဖြင့် ဦးစားပေးဆောင်ရွက်သွားမည့်ကိစ္စများကို စာရင်းပြုစုဖော်ပြထားသည်။ MCH လုပ်ငန်းများပေါ်တွင် အလေးထားသင့်သည့် ထူးခြားဆန်းသစ်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စရိတ်ထောက်ပံ့ခြင်း၊ ကျေးလက်အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ခြင်း၊ မြို့နယ်အဆင့် ကျန်းမာရေး အသုံးစရိတ်မြှင့်တင်ခြင်း အပါအဝင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ အရည်အသွေး၊ အရေအတွက် တိုးတက်စေရန် ဖြည့်ဆည်းရမည့်အချက်များကို အထူးပြုဖော်ပြထားသည်။

ထောင်စုနှစ် ဖွံ့ဖြိုးရေးရည်မှန်းချက်များကို အကောင်အထည်ဖော်ရန် အစိုးရသည် ၂၀၀၀ ခုနှစ်တွင် ကတိပြုခဲ့သည်။ ၂၀၁၅ ခုနှစ်တွင် ကျန်းမာရေးအတွက် ရည်ရွယ်သည့် ရေရှည်တည်တံ့သော ဖွံ့ဖြိုးရေးရည်မှန်းချက် ၅ ချက်အောက်တွင် ပထမဆုံး ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကတိပြုချက်ကိုပြုလုပ်ခဲ့သည်။ ကတိပြုချက်အောက်တွင် ဖြည့်ဆည်းဆောင်ရွက်ရမည့် ကိစ္စရပ်ရပ်ရှိသည်။

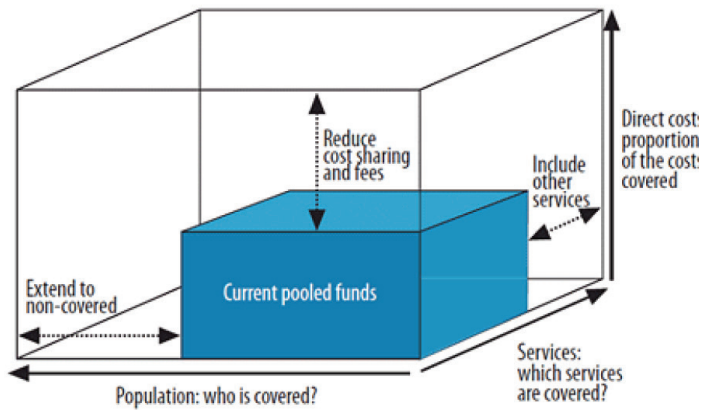
- "ကိုယ်ဝန်ဆောင်စောင့်ရှောက်မှု ၈၀ ရာခိုင်နှုန်း လွှမ်းမိုးနိုင်ရန်၊ ၈၀ ရာခိုင်နှုန်းသော မွေးဖွားမှုများကို ကျွမ်းကျင် သားဖွား ဆရာများဖြင့်ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်၊ အရေးပေါ်မွေးဖွားမှု စောင့်ရှောက်ခြင်းကို ၇၀ ရာခိုင်နှုန်း ရရှိနိုင်ရန်၊ မိခင်မှ ကလေးသို့ HIV ရောဂါကူးစက်မှုကာကွယ်ခြင်းကို ၈၀ ရာခိုင်နှုန်း ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်၊ MCH နှင့်ပူးပေါင်းနိုင်ရန် ဆောင်ရွက်ပေး ရမည်ဖြစ်သည်။"
- "နိုင်ငံသားအယောက်စီတိုင်းကို ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးနိုင်ရန်၊ မွေးပြီးစရက်သတ္တပတ်အတွင်း မရှိမဖြစ်လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ အနည်းဆုံး ၂ ကြိမ်ခံယူရရှိသည့် မွေးကင်းစကလေး အချိုးအစား ၈၀ ရာခိုင်နှုန်းထိ တိုးတက်လာစေရန်၊ သန္ဓေသားဆေး ရရှိမှုကို ၅၀ ရာခိုင်နှုန်း ထိတိုးမြှင့်ရန်၊ သန္ဓေသားဆေးမရရှိသည့်နှုန်းကို ၁၀ ရာခိုင်နှုန်းအောက်လျော့ချရန်၊ လူဦးရေ ၅၀၀၀ လျှင် သားဖွားဆရာမ ၁ ဦး အချိုးမှ ၄၀၀၀ လျှင် ၁ ဦးအချိုးသို့ မြှင့်တင်ရန်၊ ၂၀၁၂ -၂၀၁၅ ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်အတွက် လူစွမ်းအားအရင်းအမြစ်သစ်များမွေးထုတ်ရန်တို့ကို နိုင်ငံအနေဖြင့် ဆောင်ရွက်ရမည်။"<sup>87</sup>

**အားလုံးအတွက်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရည်မှန်းချက်**

၂၀၁၁အစိုးရအပြောင်းအလဲနှင့်အတူ UHC အထမြောက်အောင်မြင်ရေးအစီအစဉ်များတဖန်ပြန်လည်ဆန်းသစ်ပေါ်ပေါက်လာခဲ့သည်။ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု၊ စီမံထောက်ပံ့သူများအတွက် စွမ်းရည် မြှင့်တင်ပေးခြင်း၊ စနစ်အားကောင်းစေရန် ကိစ္စရပ်များတွင် အဓိကထားပြီး နိုင်ငံတကာ အလှူရှင်အများအပြားက ယင်းလုပ်ငန်းစဉ်ကို ထောက်ပံ့လျက်ရှိသည်။ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပြုပြင်ပြောင်းလဲရေး၏ အဓိက အစီအစဉ်ကို UHC အောင်မြင်ရေးလုပ်ငန်းစဉ်ပေါ်တွင် အခြေခံလျှင် အထောက်အပံ့ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ စီးပွားရေးပညာရှင်များသည် UHC ၏ အဓိက ပါဝင်သည့်အကြောင်းအရာ ၃ ရပ်ကို ဖော်ထုတ်ထားသည်။ ၁) လွှမ်းခြုံလူဦးရေ ၂) စောင့်ရှောက်မှုအမျိုးအစား ၃) ငွေပေးသွင်းရသည့် စောင့်ရှောက်မှု တို့ဖြစ်သည်။ ယင်းအကြောင်းအရာများကို သုံးဖက်မြင် ဝင်ရိုးများအဖြစ်ပုံဖော်ထားပါသည်။ လွှမ်းခြုံမှု၊ လွှမ်းခြုံသည့် လူဦးရေခိုင်နှုန်း၊ ကုန်ကျစရိတ်များကို UHC တိုးတက် တက်မှုနှင့် ယှဉ်တွဲ ဖော်ပြထားပါသည်။

**ပုံ ၁ | အားလုံးအတွက်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ၃ ဖက်မြင်ပုံ (Three Dimensions to consider when moving toward coverage)<sup>88</sup>**



UHC အကောင်အထည်ဖော်နေသည့် မည်သည့်အစိုးရမဆို မည်သည့် စောင့်ရှောက်မှုများကိုပေးမည်၊ ပေးအပ်သည့်စောင့်ရှောက်မှု များကို ငွေကြေးအခက်အခဲမရှိစေဘဲ အလွယ်တကူပေးချေ လက်ခံရယူနိုင်စေရန် မည်သို့ဆောင်ရွက်ရမည်ကို အခြေခံအကျဆုံး အချက်အနေဖြင့် ဆုံးဖြတ်ရန်လိုအပ်သည်။<sup>89</sup> ယင်းကိစ္စနှင့်ပတ်သက်ပြီး မြန်မာအစိုးရတွင် တိုးတက်မှုအချို့ကို မြင်တွေ့ရသည်။ ၂၀၁၃ ခုနှစ်တွင် ကလေးမွေးဖွားခြင်း၊ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း၊ အရေးပေါ်မွေးဖွားခြင်းအပါအဝင် မိခင်နှင့် ကလေးကျန်းမာရေး၊ အနုစား အများရောဂါကုသခြင်း၊ ကူးစက်ရောဂါထိန်းချုပ်ခြင်း၊ သဘာဝပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးကိစ္စများအတွက် အခမဲ့ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးမည်ဟု အစိုးရက ကတိပြုခဲ့သည်။ ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနများတွင် အခမဲ့ပေးရမည့် မရှိမဖြစ်လိုအပ်သည့် ဆေးများကိုလည်း ပေးမည်ဟု ကတိပြုခဲ့သည်။

သို့သော်လည်း မြန်မာနိုင်ငံ၏ UHC မူဝါဒဖွံ့ဖြိုးမှုသည် ကနဦးအဆင့်တွင်သာ ရှိနေသေးသည်။ အခြေခံကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အားကောင်းစေရန်၊ ကျေးလက်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အရည်အသွေး တိုးတက်လာစေရန်၊ မူဝါဒရေးဆွဲရာတွင် အထောက်အကူ ဖြစ်စေရန် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုစရိတ် နှင့်ဆိုင်သည့် အထောက်အထားများစုစည်းခြင်း၊ အလှူရှင် ရန်ပုံငွေများ ညှိနှိုင်းသုံးစွဲခြင်း၊ လူ့စွမ်းအားအရင်းအမြစ် တိုးတက်လာစေရန် အစီအစဉ်များရေးဆွဲခြင်းတို့ကို အစိုးရအရာရှိများမှ ဦးစားပေးကိစ္စအဖြစ် သတ်မှတ်ထား သည်မှာ ပူပူနွေးနွေးပင်ရှိနေသေးသည်။<sup>90</sup> အစိုးရသည် မည်သည့်စောင့်ရှောက်မှုမျိုးပေးမည်၊ ယင်းစောင့်ရှောက်မှုများကို မည်သို့ပေး ချေရမည်ကို အတိအကျသတ်မှတ်နေဆဲဖြစ်သည်။ ကျေးလက်၊ ဝေးလံခေါင်ဖျားသည့်ဒေသနှင့် ပဋိပက္ခဒဏ်ခံထားရသည့် ဒေသ များတွင်ယင်းစောင့်ရှောက်မှုများပေးခြင်းသည်အဓိကအခက်အခဲဖြစ်လာနိုင်သည်။ ယင်းနေရာများသည်သွားရေးလာရေးအခက်အခဲ ကြောင့် UHC စောင့်ရှောက်မှု နောက်ဆုံးမှ ရရှိလေ့ရှိသည့် ဒေသများဖြစ်သည်။<sup>91</sup>

NLD ၏ UHC လမ်းပြမြေပုံသည် အစိုးရ၏ UHC ကတိပြုချက်များကို ထပ်မံအားသစ်လောင်းပြီး<sup>92</sup> အထမြောက်အောင် ဆောင်ရွက်ရန် နည်းလမ်းအချို့ကို အတိအကျသတ်မှတ်ထားသည်။ အရေးကြီး ဖြေရှင်းရမည့် ကျန်းမာရေးကိစ္စများ၊ ဆင်းရဲသောသူများနှင့် အခြား ကုတယ်ရာမဲ့လူတန်းစားများကို ဦးစားပေး စောင့်ရှောက်ရန် မူဝါဒတွင် ဖော်ပြထားသည်။ ထူးခြားချက်အနေဖြင့် ECBHO များအပြင် အခြားသော ကျန်းမာရေး လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်သည့် အစုအဖွဲ့များသည် အစိုးရစောင့်ရှောက်မှု မရောက်ရှိနိုင်သည့် နေရာများတွင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများပေးလျက်ရှိသည်ကို မူဝါဒတွင် အသိအမှတ်ပြုထားသည်။ ယင်းအစုအဖွဲ့များအနေဖြင့် MoH စောင့်ကြည့်ထိန်းကျောင်းမှု၊ စည်းကမ်းချမှတ်မှုအောက်တွင် UHC အောင်မြင်ရေးအတွက် ပါဝင်နိုင်ကြောင်းကို အထပ်ထပ်ဖော်ပြ ထားသည်။ နိုင်ငံအဆင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အောင်မြင်ရေးအတွက် ဒေသအဆင့်တွင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သူ အများအပြားမှ ပါဝင်နေခြင်းသည် ဗဟိုဦးစီးမှုလျှော့ချခြင်းပုံစံတမျိုးဖြစ်ပြီး ယခင်အစိုးရများက အသိအမှတ်မပြုသည့်ပုံစံ ဖြစ်သည်။

သို့သော်လည်း ECBHO များနှင့် အခြားတိုင်းရင်းသား အဖွဲ့အစည်းများ တောင်းဆိုထားသည့် ပြည်နယ်နှင့်တိုင်းဒေသကြီး အစိုးရ များသို့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ လုပ်ပိုင်ခွင့်အများစုကို ခွဲပေးရန် ပွင့်လင်းစွာဖော်ပြထားခြင်းမရှိပါ။

**၃.၂။ တိုင်းရင်းသား၊ ရပ်ရွာအခြေပြု ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများ**

ECBHOS များစုစုပေါင်းလျှင် ဝန်ထမ်းပေါင်း ၃,၀၀၀ နီးပါးရှိပြီး ဆေးခန်းပေါင်း ၂၃၂ ခု ဖွင့်လှစ်ထားပြီး ရွှေ့လျားအဖွဲ့များနှင့် မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ပိုင်း (နိုင်ငံအဝှမ်း)တွင် လှုပ်ရှားလျက်ရှိသည်။ IDP များ၊ နှစ်ဖက်အုပ်ချုပ်သည့်နေရာများ၊ EAO များ ထိန်းချုပ်ထားသည့်နေရာများမှ လူဦးရေပေါင်း ၆၀၀,၀၀၀ ကျော်ကို ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးလျက်ရှိသည်။<sup>93</sup> အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ECBHOS များအားလုံး၏ နှစ်စဉ် ဘတ်ဂျက်သည် အမေရိကန်ဒေါ်လာ ၆ သန်းကျော်ပြီး အဓိကအားဖြင့် ထိုင်းနိုင်ငံအတွင်း မယ်တော် ဆေးခန်းမှ ဆောင်ရွက်သည့် စောင့်ရှောက်မှုများ၊ လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးမှုများအတွက်လည်း ပါဝင်သည်။<sup>94</sup>

ECBHO ကျန်းမာရေးစနစ်သည် နိုင်ငံလူဦးရေစုစုပေါင်း၏ အစိတ်အပိုင်းအနည်းငယ်ကိုသာ အဓိကထား ဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်း ဖြစ်သော်လည်း ၎င်းတို့လှုပ်ရှားနေရာများသည် ပထဝီအနေအထားအရ နိုင်ငံရေး အခင်းအကျင်းအရ ရောက်ရှိရန် အခက်ခဲဆုံးနေရာ၊ မြို့ပြနေရာများနှင့်ယှဉ်လျှင် ကျန်းမာရေးအခြေအနေ မညီမျှမှု အလွန်အမင်း ကြီးမားသည့်နေရာဖြစ်သည်။ တမျိုးသားလုံး ကျန်းမာ ကြံ့ခိုင်သည့် အခြေအနေကို ရောက်ရှိရန်ဆိုလျှင် စောင့်ရှောက်မှုပေးရာတွင် အခက်အခဲများရှိနေခြင်းကြောင့် အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ပြည်သူများသည် အခြားဒေသမှ ပြည်သူများနှင့် ယှဉ်လျှင် စောင့်ရှောက်မှုကို နောက်ဆုံးမှရသူ၊ ငွေကုန်ကြေးကျ အများဆုံးဖြင့် စောင့်ရှောက်မှုပေးရသူများဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် ECBHO စောင့်ရှောက်ရာ ဒေသများတွင် နေထိုင်သူများသည် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု များကို အခမဲ့ ရယူနိုင်သည်။ အခြားဒေသ နေထိုင်သူများမှာ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန၏ စောင့်ရှောက်မှုရယူရန် ငွေကြေးစိုက်ထုတ် သုံးစွဲရသည်။

**မှတ်စု 1 ။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် လှုပ်ရှားနေသည့် ECBHO များ သုံးသပ်ချက်**

**မယ်တော်ဆေးခန်း (Mae Tao Clinic)**

ဒီမိုကရေစီလှုပ်ရှားမှုကို စစ်အစိုးရမှ ဖြိုခွဲချိန်တွင်ထွက်ပြေးခဲ့သည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ထမ်းများနှင့် ဒေါက်တာစင်သီယာမောင် တို့မှ ဖွင့်လှစ်ခဲ့သည်။ အစိုးရနှိမ်နင်းမှုကြောင့် ထိုင်းနိုင်ငံသို့ထွက်ပြေးလာသည့် ထောင်နှင့်ချီသည့် ဒုက္ခသည်များ၊ ပြည်ပြေးများ အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးရန် လိုအပ်သည်ကို သတိထားမိခဲ့ကြသည်။ တောတောင်များကိုဖြတ်သန်းပြီး ထွက်ပြေး လာရခြင်းကြောင့် ငှက်ဖျား၊ ဝမ်းလျော့၊ သေနတ်ဒဏ်ရာများ နှင့် တိုက်ပွဲများကြောင့် စိတ်ဒဏ်ရာများ ရရှိဖြစ်ပွားကြသည်။

၁၉၈၈ ခုနှစ်တွင် ဒေါက်တာစင်သီယာမောင်သည် KNU ၊ ထိုင်းအာဏာပိုင်တို့နှင့် ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းပြီး ထိုင်းနိုင်ငံမဲဆောက်တွင် ဆေးခန်း အတည်တကျဖွင့်လှစ်ခဲ့သည်။ အခြေခံစောင့်ရှောက်မှုပေးရန်နှင့် ထိုင်းနိုင်ငံ မဲဆောက်ဆေးရုံသို့ လွှဲပြောင်းပေးရန် လိုအပ်သည့် အရေးပေါ်လူနာများကို လွှဲပြောင်းပေးနိုင်ရန် ဖွင့်လှစ်ခဲ့ခြင်းဖြစ်သည်။ ထိုင်းနိုင်ငံ နယ်စပ်တလျှောက်မှ မြန်မာ ပြောင်းရွှေ့လှုပ်သားများကို အဓိကထားပြီး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစုံအလင်ပေးနိုင်သည့် ဆေးခန်းအဖြစ်နှင့် တိုးတက် ပြောင်းလဲလာခဲ့သည်။ မြန်မာနိုင်ငံတွင်းမှ လွှဲပြောင်းပေးသည့် လူနာများကိုလည်း လက်ခံခဲ့သည်။ လူနာအများအပြား လာရောက် ခြင်းကြောင့် မယ်တော်ဆေးခန်းသည် ECBHO များမှ ကျန်းမာရေးလုပ်သားများနှင့် ဆေးမှူးများအတွက် လက်တွေ့လေ့ကျင့်ခန်း ဆင်းသည့်နေရာလည်းဖြစ်လာသည်။

ထုတ်ပြန်ဖော်ပြထားသည့် ရည်မှန်းချက်များအရ မယ်တော်ဆေးခန်းသည် မြန်မာ - ထိုင်းနယ်စပ်မှ ရွှေ့ပြောင်းခံရသည့် တိုင်းရင်းသားများနှင့် ဗမာများကို အရည်အသွေးမီကျန်းမာရေးပေးနိုင်ရန်၊ ဆေးကုသမှုကို အလွယ်တကူရယူနိုင်ရန်၊ ပံ့ပိုးမှုပြုလုပ် နိုင်ရန်အတွက် ရည်ရွယ်ဖွင့်လှစ်ထားသည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးသည့်နေရာ၊ သင်တန်းနေရာဖြစ်သည်။ ဆေးခန်းတွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစုံအလင်ပေးသည့်အပြင် ရပ်ရွာအခြေပြုအဖွဲ့အစည်းများနှင့် ပူးပေါင်းပြီး ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းများ ဆောင်ရွက်သည်။ လူမှုရေးနှင့် ဥပဒေရေး ဝန်ဆောင်မှုများ အကောင်အထည်ပေါ်လာစေရန် တိုက်တွန်းဆွေးနွေးမှုများပြုလုပ် သည်။ နယ်စပ်တလျှောက် နေထိုင်သူများ ပညာရေးလက်လှမ်းမီစေရန်လည်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများပြုလုပ်သည်။ IDP ၁ သောင်းကျော်ကို ကုသမှုပေးနေသည့် ကရင်ပြည်နယ်အတွင်းမှ ဆေးခန်း ၅ ခုကို မယ်တော်ဆေးခန်းမှ ပံ့ပိုးမှုများပြုလုပ်သည်။

**ဗမာဆေးဖက်ဆိုင်ရာအသင်း (Burma Medical Association (BMA))**

၁၉၉၁ ခုနှစ်တွင် မြန်မာနိုင်ငံမှ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာပညာရှင်များဖြင့် အဝေးရောက် ပြည်ထောင်စု မြန်မာနိုင်ငံတော် အမျိုးသား ညွန့်ပေါင်းအစိုးရ (National Coalition Government of the Union of Burma (NCGUB) လက်အောက်တွင်ဖွဲ့စည်းခဲ့ခြင်း ဖြစ်သည်။ BMA သည် ကျန်းမာရေးမူဝါဒချမှတ်ခြင်း၊ မြန်မာနိုင်ငံ တိုင်းရင်းသားဒေသများတွင် အရည်အသွေးမီကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများဖြစ်ပေါ်လာစေရန် စွမ်းရည်မြှင့်တင်မှုများပြုလုပ်ရာတွင် ဦးဆောင်သည့်အဖွဲ့အစည်းဖြစ်သည်။ မြန်မာနိုင်ငံ ပြည်နယ် အတော်များများတွင် စောင့်ရှောက်မှုများကို ပံ့ပိုးထောက်ပံ့လျက်ရှိသည်။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် BMA သည် ကလေးကျန်းမာရေးလုပ်သားနှင့် မျိုးဆက်ပွား ကျန်းမာရေးလုပ်သားပေါင်း ၁၆၆ ဦး၊ ရပ်ရွာကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း ၁၃၁ နှင့် BMA ထောက်ပံ့မှုဖြင့်ဖွင့်ထားသည့် ဆေးခန်း ၃၉ ခုမှ ရိုးရာသားဖွားဆရာမ ၅၄၉ ဦးကို ထောက်ပံ့ပေးလျက်ရှိသည်။ BMA ၏ ပုံစံမှာ အခြားသော EBCHO ဆေးခန်းများမှ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကဏ္ဍတစ်ခုကို ပံ့ပိုးပေးသည့်ပုံစံဖြစ်သည်။ ဥပမာ ကရင်ဒေသတွင် KDHW ၊ DKBA နှင့် KPC ဆေးခန်းများ၏ MCH အစီအစဉ်များကို BMA မှ စီမံသည်။ MCH ဝန်ထမ်းများကို လစာပေးခြင်း၊ သင်တန်း ပေးခြင်း၊ ထောက်ပံ့ခြင်း၊ စောင့်ကြည့်ခြင်း နှင့် ယင်းလုပ်ငန်းများ ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းများကိုပြုလုပ်သည်။

**The Back Pack Health Worker Team (BPHWT) (ကျောပိုးအိတ် ကျန်းမာရေးအဖွဲ့)**

၁၉၉၈ တွင် မယ်တော်ဆေးခန်းမှ ဒေါက်တာစင်သီယာမောင် နှင့် ကရင်၊ ကရင်နီ၊ မွန်ပြည်တို့မှ ကျန်းမာရေးခေါင်းဆောင်များ ပူးပေါင်းပြီး မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ခြမ်း ပဋိပက္ခဒဏ်ခံ ဧကိယာမှ ထွက်ပြေးရသူများကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန် ဖွဲ့စည်း ခဲ့ခြင်း ဖြစ်သည်။ လှုပ်ရှားအဖွဲ့၏ အယူအဆမှာ ကျေးရွာသားများကို လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးပြီး ၎င်းတို့ရပ်ရွာကို ၎င်းတို့ကိုယ်တိုင် စောင့်ရှောက်စေနိုင်ရန် ဖြစ်သည်။ ကျေးရွာများ ရွှေ့ပြောင်းထွက်ပြေးရသည့်အခါတွင် ဆေးပေးမှုများသည်လည်း ၎င်းတို့နှင့်အတူ ရွှေ့ပြောင်းမည်ဖြစ်ပြီး တိုက်ပွဲဖြစ်သည့်အချိန်၊ နေရာသစ်သို့ရွှေ့ပြောင်းရသည့်အချိန်တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ပေးနိုင် မည် ဖြစ်သည်။ ကျောပိုးအိတ်အဖွဲ့တွင် ရိုးရာသားဖွားဆရာမများ မပါဘဲ ဝန်ထမ်း သီးသန့် ၁,၃၅၂ ရှိပြီး ကရင်၊ ကရင်နီ၊ မွန်၊ ရှမ်း၊ ချင်း၊ ကချင် နှင့် ပဲခူး၊ စစ်ကိုင်း တနင်္သာရီတို့မှ မြို့နယ် ပေါင်း ၃၂ မြို့နယ်တွင် လှုပ်ရှားအဖွဲ့ပေါင်း ၁၀၀ ကျော်ဖြင့် စောင့်ရှောက်မှု ပေးလျက်ရှိသည်။ လူဦးရေ ၂၁၃,၃၄၁ ကိုစောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန် ရည်မှန်းထားသည်။<sup>၉၅</sup> လှုပ်ရှားအဖွဲ့ ၁၀၀ အနက် မှ အခြေချ PHCs ၃၇ ခုကို အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ တည်ငြိမ်မှု၊ လုံခြုံမှု ခိုင်မာသည့်နေရာတွင် ဖွင့်လှစ်ထားသည်။

**ကရင် ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှု ဖွံ့ဖြိုးရေး ဌာန (The Karen Department of Health and Welfare (KDHW))**

KNU ဝန်ကြီးဌာနတစ်ခုအနေဖြင့် ၁၉၅၆ တွင်ဖွဲ့စည်းခဲ့သည်။ ကနဦးရည်မှန်းချက်မှာ ကရင်ဧရိယာများ တွင်နေထိုင်သူအားလုံးကို အခမဲ့ကျန်းမာရေးပေးနိုင်ရန်ဖြစ်သည်။ ၁၉၇၀ နှစ်များတွင် KNU ရွှေ့ပြောင်း ခြင်းနှင့်အတူ အရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ KNU လွှမ်းမိုးသည့် နေရာများတွင် အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးရန် KDHW ၏ မူဝါဒများ ပြောင်းလဲခဲ့သည်။ ၁၉၉၀ နှစ်များမှစပြီး BPHWT ၊ MTC နှင့် အခြားသော ကရင် ကယ်ဆယ်ရေးအဖွဲ့များနှင့် ပူးပေါင်းပြီး ရွှေ့လျားကျန်းမာရေးဆေးခန်း လုပ်ငန်းများကို လုပ်ဆောင်ခဲ့ သည်။ လက်ရှိအချိန်တွင် KDHW သည် လူဦးရေ ၁၉၀,၀၀၀ ဝန်းကျင်ကို ဆေးခန်း ၆၁ ခန်း၊ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း ၇၀၀ ကျော်ဖြင့် စောင့်ရှောက်မှုပေးနေသည်။

**လူမှုဘဝနှင့်ကျန်းမာရေး ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးကွန်ယက် ( The Civil and Health Development Network (CHDN))**

၂၀၁၂ ခုနှစ် KNPP နှင့် အစိုးရ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးပြုလုပ်ပြီးနောက်ပိုင်းတွင် ဖွဲ့စည်းခဲ့သည်။ EAO နှင့် အစိုးရ နောက်ခံ ပြည်သူ့စစ်များအပါအဝင် ကရင်နီ နှင့် ကယန်း လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့ ၆ ဖွဲ့၏ ကျန်းမာရေးဌာနများ ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းမှုများပြုလုပ် နိုင်ရန်ဖွဲ့စည်းခဲ့ခြင်းဖြစ်သည်။ လက်ရှိတွင် CHDN သည် ဆေးခန်း ၂၁ ခန်း၊ ကျောပိုးအိတ်အဖွဲ့ ၃၇ ဖွဲ့ဖြင့် ကရင်နီနှင့် ရှမ်းပြည်မှ မြို့နယ် ၁၀ မြို့နယ်ရှိ ကျေးလက် ဒေသများမှ လူပေါင်း ၁၁၂,၀၀၀ ကိုဦးတည်ကာ စောင့်ရှောက်လျက်ရှိသည်။ PHC ၊ MNCH ၊ ဌာနများ နှင့် ပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်အတွက် ဝန်ထမ်း ၂၉၂ ဦးခန့်အပ်ထားပြီး လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်လျက် ရှိသည်။ CHDN တွင်ပါဝင်သည့် အကြီးဆုံးကျန်းမာရေးဌာနမှာ KNPP ၏ ကျန်းမာရေးဌာနဖြစ်သော (Karenni National Mobile Health Committee (KnMHC)) (ကရင်နီအမျိုးသားရွှေ့လျားကျန်းမာရေးကော်မတီ) ဖြစ်သည်။ ပြည်သူများနှင့် KNPP တပ်ဖွဲ့များကို စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန် ရည်ရွယ်ပြီး KnMHC ကို ၁၉၈၃ တွင် ဖွဲ့စည်းခဲ့သည်။ ၁၉၉၀ နှောင်းပိုင်းတွင် ပြင်းထန်လာသည့် ပဋိပက္ခများကြောင့် KnMHC သည် အရပ်သားများကို စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန် ရည်ရွယ်ပြီး BPHWT ပုံစံ ရွှေ့လျားဆေးခန်းများကို ဖွင့်လှစ်ခဲ့သည်။ ထိုင်းနိုင်ငံတွင် ဆေးရုံဖွင့်လှစ်ခဲ့ပြီး နယ်စပ်တလျှောက်တွင် လုပ်ငန်းများဆောင်ရွက်လျက် ရှိသည်။

**မွန်အမျိုးသားကျန်းမာရေးကော်မတီ (The Mon National Health Committee (MNHC))**

မွန်ပြည်သစ်ပါတီ၏ ကျန်းမာရေးဌာနဖြစ်ပြီး ၁၉၉၂ ခုနှစ်တွင် မွန်၊ ကရင် နှင့် တနင်္သာရီဒေသမှ မွန် ပြည်တွင်းရွှေ့ပြောင်းထွက်ပြေး ရသူများကို မရှိမဖြစ်လိုသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန် ဖွဲ့စည်းခဲ့ခြင်းဖြစ်သည်။ ဒေသအတွင်းရှိ MNSP အပစ်အခတ် ရပ်စဲထားသည့် ဧရိယာတွင် အဓိကအားဖြင့် လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ပြီး အစိုးရကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကျိုးတို့ကျဲတသာရှိသည့် အခြားကျေးလက် ဒေသများတွင်လည်း ဝင်ရောက်စောင့်ရှောက်ပေးသည်။ ထိုင်းမြန်မာနယ်စပ်တလျှောက်တွင် မွန် အမျိုးသား



ကျန်းမာရေးကော်မတီ၏ ဆေးခန်း ၁၉ ခုရှိပြီး ပြည်တွင်းတွင် ဖွင့်လှစ်ထားသည်များလည်း ရှိသည်။ ကျန်းမာရေးမှူး ၉၂ ဦးခန့် ထားပြီး ၎င်းတို့သည် ပြည်တွင်းတွင် ကာလရှည်ကြာ နေရပ်စွန့်ခွာ နေရသူ ၄၀,၀၀၀ ဝန်းကျင်အပါအဝင် ရည်မှန်းလူဦးရေ ၉၀,၀၀၀ ကျော်ကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးရသည်။ MNHC ဆေးခန်းများသည် အခြေခံကျန်းမာရေး၊ အထွေထွေ စောင့်ရှောက်မှု၊ MCH စောင့်ရှောက်ခြင်း၊ ငှက်ဖျားရောဂါရှာဖွေခြင်းနှင့် ကုသခြင်း၊ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းတို့ကို လူပေါင်း ၂၀,၀၀၀ ကျော်အတွက် နှစ်စဉ်ဝန်ဆောင်မှုပေးလျက်ရှိသည်။ အဆင့်မြင့်ကုသမှု သို့မဟုတ် အထူးကြပ်မတ်ကုသရန်လိုအပ်သည့် လူနာ များကို ထိုင်းနိုင်ငံဆေးရုံများသို့လွှဲပေးသည့် စနစ်ကိုလည်း ပြင်ဆင်ထားသည်။

**ရှမ်းပြည်ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးဖောင်ဒေးရှင်း (The Shan State Development Foundation (SSDF))**

အခြားသော ECBHO ၊ INGO နှင့် အလှူရှင်များနှင့် ချိတ်ဆက်ပူးပေါင်းပြီး ၎င်းတို့ဧရိယာအတွင်း လူမှုရေး အထောက်အပံ့များ ပြုလုပ်ရန် RCSS မှ တရားဝင်ခွင့်ပြုထားသည့်အဖွဲ့ဖြစ်သည်။ RCSS ၏ အခြေခံဥပဒေတွင် ဖောင်ဒေးရှင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီးဖော်ပြ ထားချက်များရှိသော်လည်း တရားဝင် ဌာနတစ်ခု မဟုတ်ပါ။ ရှမ်းကျန်းမာရေးကော်မတီ၊ ရှမ်းကယ်ဆယ်ရေးနှင့် ဖွံ့ဖြိုးရေးကော်မတီ၊ ရှမ်းပညာရေး ကော်မတီ တို့ပူးပေါင်းပြီး ၂၀၁၂ တွင်ပေါ်ထွက်လာခြင်းဖြစ်သည်။ SSDF သည် ရှမ်းကျန်းမာရေး ကော်မတီ ၏ ဆေးခန်းများ၊ လုပ်ငန်းများကို ဆက်လက်တာဝန်ယူနေသည်ဟု ယူဆရသည်။ ထိုင်းမြန်မာ နယ်စပ်တစ်လျှောက် RCSS နယ်မြေ အတွင်းမှ ရှမ်း IDP စခန်း ၅ ခုလုံးတွင် ဆေးခန်းတစ်ခုခြင်းစီ ဖွင့်ထားသည်။<sup>96</sup>

CBHOs များသည် အခြေချ ကျန်းမာရေး ဆေးပေးခန်းများ (primary health clinics (PHCs) နှင့် ရွေ့လျားအဖွဲ့များဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသည်။ PHCs များသည် လှုပ်ရှားအဖွဲ့များနှင့်တူ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ပြီး ဆေးသိုလှောင် ရန်၊ လူနာများကို လက်ခံကုသရန် လုံခြုံသည့် နေရာအခင်းအကျင်းရှိသည်။ PHCs များသည် လေးနာရီ၊ ငါးနာရီ လမ်းလျှောက်ခရီး အကွာအဝေးအတွင်းမှ ပြည်သူများကို ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးပြီး လူဦးရေ ၂,၅၀၀ မှ ၁၀,၀၀၀ ထိ ကိုကုသပေးနိုင်ရန် ရည်မှန်းသည်။ ECBHO ၏ အစီရင်ခံစာတွင် အချို့သောလူနာများသည် ဆေးခန်းသို့ရောက်ရန် ရက်ပေါင်းများစွာ လျှောက်လာရ သည်ဟု ဖော်ပြထားခြင်းများရှိသည်။ PHCs များတွင် လှုပ်ရှားသည့်နေရာ အကျယ်အဝန်းပေါ်မူတည်ကာ ဝန်ထမ်း ၁၀ ဦးမှ ၄၀ ဦး ထိရှိပြီး နေ့စဉ် လူနာ ၁၀ ဦးမှ ၅၀ ဦးထိ လက်ခံကုသပေးရသည်။ ရွေ့လျား အဖွဲ့ တွင် မိခင်နှင့်ကလေး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု၊ ဆေးဝါးကုသမှု၊ ကျန်းမာရေးပညာပေးသည့် ဆေးမှူး ၃ ဦးမှ ၅ ဦး၊ ကျေးရွာကျန်းမာရေးလုပ်သားနှင့် သင်တန်းဆင်း ရိုးရာသားဖွား ဆရာမများ ပါဝင်လေ့ရှိသည်။ အဖွဲ့ဝင်များသည် လှုပ်ရှားဒေသမှ ကျေးရွာများတွင်နေထိုင်ပြီး ယင်းတို့ကိုနေထိုင်သူမှာ ပုံမှန်အားဖြင့် လူဦးရေ ၂,၀၀၀ ခန့်ရှိသည်။<sup>97</sup>

စစ်ပွဲအခြေအနေအရသော်လည်းကောင်း၊ ထိန်းချုပ်နယ်မြေ အခြေအနေအရသော်လည်း အချို့သော ဆေးခန်းများနှင့် ရွေ့လျား အဖွဲ့များသည် တခုနှင့်တခု ရောယှက် တည်ရှိနေပြီး ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန များနှင့်လည်း ရံဖန်ရံခါ ကြားညှိတည်ရှိနေလေ့ရှိသည်။ မြေပုံ ၂ ကိုကြည့်ပါ။ ကော့ကရိတ်မြို့နယ် နာမည်၏ နမူနာ မြေပုံတွင်ပြထားသည့်ဧရိယာမှာ MoH အနေဖြင့် ECBHO များထက် ပို၍လွတ်လပ်စွာ ဝင်ထွက်နိုင်သဖြင့် ၎င်းလွှမ်းခြုံမှုများနေသည့်နေရာကို ပြထားခြင်းဖြစ်သည်။ ECBHO ဆေးခန်းများနှင့် လှုပ်ရှား အဖွဲ့များ၏ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ခြမ်းတစ်လျှောက် ပျံ့နှံ့နေပုံကို မြေပုံ ၁ တွင်ဖော်ပြထားသည်။

**ECBHO ကွန်ယက်များအတွင်းမှ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု**

ECBHO များပူးပေါင်းပြီး ကျန်းမာရေးအချက်အလက်လုပ်ငန်းအဖွဲ့ (Health Information Systems Working Group) ကို ၂၀၀၂ ခုနှစ်တွင် ဖွဲ့စည်းခဲ့သည်။ အချက်အလက်စုစည်းခြင်း၊ သုံးသပ်လေ့လာခြင်းများ ပြုလုပ်သည့်အခါ ချဉ်းကပ်ပုံနည်းလမ်းများ စံနှုန်း တူညီစေရန် နှင့် လူဦးရေအခြေပြုဆန်းစစ်မှုများ ပြုလုပ်သည့်အခါ ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် ရည်ရွယ်ဖွဲ့စည်းခဲ့ခြင်းဖြစ်သည်။<sup>98</sup> HISWG သည် ECBHO များ၏ အချက်အလက် စုစည်းဖြန့်ဖြူးပေးသည့် အလုပ်အဖွဲ့အနေဖြင့်ဆောင်ရွက်ပြီး မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ပိုင်းမှ သေဆုံးမှုများ ဆန်းစစ်ချက် (Eastern Burma Retrospective Mortality Survey) သို့မဟုတ် EBRMS ဟု အမည်ပေးထားသည့် လွှမ်းခြုံဧရိယာများမှ အိမ်ထောင်စုအလိုက် ဆန်းစစ်ချက်စစ်တမ်းများကို ၅ နှစ်တကြိမ်ပြုလုပ်သည်။ လိုအပ်သည့်အခါ စစ်တမ်းငယ် များကိုလည်း ပြုစုသည်။ ပုံမှန် အချက်အလက် စုစည်းမှုပုံစံများ၊ ECBHO များ လိုက်နာရမည့် သတ်မှတ်ချက်များ စံပြုခြင်း လုပ်ငန်းများကိုလည်း ဆက်လက်လုပ်ကိုင်လျက်ရှိသည်။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ပိုင်းတွင် ပြုလုပ်သည့် ကျန်းမာရေးစနစ်များ အားကောင်း စေရေးစီမံချက် (The Health Systems Strengthening Project) ဆိုသည်မှာ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုစနစ်များကို စံတရားအောက်တွင် တစ်ညီတစ်ညွတ်တည်းဖြစ်စေရန် အားထုတ်နေသည့် ECBHO များ စုပေါင်း ထားခြင်းဖြစ်သည်။ ၂၀၁၂ ခုနှစ်တွင် ကျန်းမာရေး ပေါင်းစည်းခြင်း ဗဟိုအဖွဲ့ (Health Convergence Core Group) ကိုဖွဲ့စည်းခဲ့သည်။ ငြိမ်းချမ်းရေးဖြစ်စဉ် စတင်သည့် အနေအထားတွင် အစိုးရ၊ MoH များနှင့် ဆက်ဆံပူးပေါင်းခြင်းအတွက် မူဝါဒ ချမှတ်ရန်အတွက် ဖွဲ့စည်းခဲ့ခြင်းဖြစ်သည်။ (အခန်း ၃ တွင်ကြည့်ပါ)

**ဝန်ထမ်းခန့်ထားခြင်းနှင့် သင်တန်းပေးခြင်း**

ECBHOs များအားလုံးသည် တူညီသည့်သင်ရိုးညွှန်းတမ်းကိုသာအသုံးပြုပြီး လုပ်သားအင်အားစု ဖွဲ့စည်းပုံမှာလည်း အတူတူပင် ဖြစ်သည်။ သို့သော်လည်း ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနဖွဲ့စည်းပုံနှင့် လုံးဝကွဲပြားခြားနားသည်။ ECBHO စောင့်ရှောက်သည့် နယ်မြေများတွင် ဆရာဝန်များ၊ သူနာပြုများ မရောက်ရှိသဖြင့် လစ်ဟာသွားသည့် နေရာများကိုဖြည့်ဆည်းရန်အတွက် အဆင့်မြင့်ကုသမှုများ ပြုလုပ်နိုင်သည့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများကို အသုံးပြုသည်။ ECBHOs များကတော့ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ခြမ်းတွင် ရနိုင်သလောက် လူအင်အားဖြင့် အဖြစ်အများဆုံး ကျန်းမာရေး ပြဿနာများကို ထိရောက်စွာဖြေရှင်းရန်အတွက် ယင်းစနစ်ကိုအသုံးပြုခြင်း ဖြစ်သည် ဟုဆိုသည်။<sup>99</sup> အောက်ဖော်ပြပါဇယားတွင် ကုသပေးသည့်ရောဂါများ (စာလုံးမဲဖြင့်၊ အလယ် ကော်လံ) ကုသမှုများပြုလုပ်သည့် MoH နှင့် ECBHO ဝန်ထမ်းများ (ကုသပေးသည့် ရောဂါ ကော်လံ တဖက်တချက်) ကုသမှုပြုလုပ်သည့် ဆေးရုံဆေးခန်းအမျိုးအစား (ဘေးဘက်အစွန်ဆုံးကော်လံများ) များကိုဖော်ပြထားသည်။ ECBHO ဆေးရုံဆေးခန်းအများစုသည် ဒုတိယ သို့မဟုတ် တတိယ အဆင့် စောင့်ရှောက်မှု ပေးခြင်းမရှိပါ။

**ဇယား 2 ။ ဆေးကုသမှုနှိုင်းယှဉ်ချက်<sup>100</sup>**

| MoH ကျန်းမာရေး ဆေးရုံ ဆေးခန်းများ | MoH ရာထူး အဆင့်   | ကုသပေးနိုင်သည့် ရောဂါများ  | ECBHO ရာထူးအဆင့်   | ECBHO ကျန်းမာရေး ဆေးရုံ ဆေးခန်းများ                           |
|-----------------------------------|---|--|--|---|
| မြို့နယ်၊ ခရိုင်၊ ပြည်နယ် ဆေးရုံ  | ဆရာဝန်၊ သူနာပြု   | ဒုတိယအဆင့်၊ တတိယအဆင့် ကုသမှု   | NA   | MTC ၊ ထိုင်းနိုင်ငံ သို့မဟုတ် MOH ဆေးရုံသို့လွှဲပြောင်းပေးသည် |
| မြို့နယ်ဆေးရုံ                    | ဆရာဝန်၊ သူနာပြု   | မြေမြုပ်ပိုင်းဒဏ်ရာ စစ်ပွဲဒဏ်ရာများ နှင့် ခြေလက်ဖြတ်တောက်ခြင်း   | စိတ်ဒဏ်ရာကုဆေးမှူး   | ဆေးခန်းအဆင့်  |
| ဆေးရုံခွဲ                         | ဆရာဝန်၊ သူနာပြု   | ဖျားနာ၊ ပြင်ပလူနာ၊ အတွင်းလူနာ၊ လူနာလွှဲပြောင်းပေးခြင်း၊ အချို့သော ပြင်းထန်ဆိုးဝါးသည့် ရောဂါများ ကုသပေးခြင်း                            | ဆေးမှူး  |   |
| ကျေးလက် ကျန်းမာရေး ဌာန            | လက်ထောက် ကျန်းမာရေးမှူး ၊ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးမှူး အဆင့် ၁ ၊ အမျိုးသမီး ကျန်းမာရေးဆရာမ |  |  |   |
|                                   |   | သာမည အဖျားကုသခြင်း၊ ငှက်ဖျားစမ်းသပ်ခြင်းနှင့် ကုသခြင်း၊ ကျန်းမာရေး ပညာပေးခြင်း   | ရပ်ရွာ ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်း  |   |
|                                   |   | ကိုယ်ဝန်ဆောင် စောင့်ရှောက်ခြင်း၊ ကလေးမွေးခြင်း၊ မွေးဖွားပြီးနောက်ပိုင်း စောင့်ရှောက်ခြင်း၊ အရေးပေါ်မွေးဖွားခြင်း နှင့် သားဆက်ခြားခြင်း | မိခင်နှင့် ကလေး ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သည့် ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းအရေးပေါ် သားဖွားမှုပြုလုပ်သည့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း |   |

|                                 |  |   |  |              |
|---------------------------------|--|---|--|--------------|
| ကျေးလက်<br>ကျန်းမာရေး<br>ဌာနခွဲ | ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးမှူး<br>အဆင့် ၂၊ သားဖွားဆရာမ<br>ကျေးရွာအဆင့်တွင်<br>အရန်သားဖွား                               | ANC ၊ ကလေးမွေးခြင်း၊ PNC<br>သားဆက်ခြားခြင်း၊ အဟာရ<br>ဆန်းစစ်ခြင်း နှင့်<br>လွှဲပြောင်းပေးခြင်း<br>ကာကွယ်ဆေးထိုး<br>လုပ်ငန်းများတွင် ကူညီခြင်း | ရိုးရာသားဖွား၊<br>လေ့ကျင့် သင်ကြားမှု<br>ပေးထားသည့်<br>သားဖွားဆရာမ | ကျေးရွာအဆင့် |
|                                 |  | အသက်ရလမ်းကြောင်း<br>ရောဂါကုသခြင်း   | ကျေးရွာ ကျန်းမာရေး<br>လုပ်သား                                      |              |
|                                 |  | ဝမ်းလျော့ခြင်း ကို သွပ်တော်၊<br>ဓါတ်ဆား တိုက်ခြင်းဖြင့်<br>ကုသခြင်း   | ကျေးရွာ ကျန်းမာရေး<br>လုပ်သား                                      |              |
|                                 |  | ဌာနဖျားရောဂါ ဖော်ထုတ်ခြင်း၊<br>ကုသခြင်း၊ ကျန်းမာရေး<br>ပညာပေး   | ကျေးရွာ ကျန်းမာရေး<br>လုပ်သား                                      |              |
| ကျေးရွာ<br>အဆင့်                | ကျေးရွာ ဌာနဖျား<br>တိုက်ဖျက်ရေး ဝန်ထမ်း၊<br>ဌာနဖျား တိုက်ဖျက်ရေး<br>စေတနာ့ဝန်ထမ်း၊ ရပ်ရွာ<br>ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း | ကျန်းမာရေးပညာပေး ခြင်းနှင့်<br>လူနာလွှဲပြောင်း ပေးခြင်း   | ကျေးရွာ ကျန်းမာရေး<br>လုပ်သား                                      |              |

ECBHO စောင့်ရှောက်သည့် နယ်မြေ အတွင်း ရောဂါလက္ခဏာရှာခြင်းနှင့် ကုသမှုများအတွက် လမ်းညွှန်ကို ဗမာစာဖြင့် ရေးသားထားသည်။ နိုင်ငံတကာမှ အစိုးရမဟုတ်သည့် အဖွဲ့အစည်းများ၊ ကုလသမဂ္ဂ အဖွဲ့ အစည်းများ၏ အကူအညီဖြင့် မယ်တော် ဆေးခန်းမှ ပြုစုထားသည့် စာမျက်နှာ ၃၀၀ ရှိ လက်စွဲစာအုပ်တွင် ကုသပုံများကိုဖော်ပြထားသည်။<sup>101</sup> စတုတ္ထမူတွင် နိုင်ငံတကာ ကုသမှု လမ်းညွှန်များ၊ WHO နှင့် INGO များ၏ ဆေးပညာဆိုင်ရာသတ်မှတ်ချက်များကို ECBHO ဆေးမှူးများ၏ မှတ်ချက်များနှင့် နှိုင်းယှဉ်လျက် ထည့်သွင်းထားသည်။ BBG တွင်ဖော်ပြထားသည့် ဖျားနာမှုများကို ကုသပေးရန်လိုအပ်သည့် ကျွမ်းကျင်မှု ရရှိစေရန် MTC ၊ BMA နှင့် KDHW တို့အထူးပြုစုထားသည့် သင်ရိုးများဖြင့် သင်တန်းပေးသည်။

ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းအားလုံးကို တူညီသည့်သင်ရိုးညွှန်းတမ်းများအသုံးပြုပြီး လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးသည်။ ECBHO တခုခြင်း စီသည်လည်း အခြေခံကွင်းဆင်းဝန်ထမ်းများအတွက် ၎င်းတို့အဖွဲ့၏ သင်ရိုးအစီအစဉ်များဖြင့် လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးသည်။ (ပုံမှန်အားဖြင့် အဖွဲ့အများစုအသုံးပြုသည့် သင်ရိုးကိုလိုက်လေ့ရှိသည်) အဆင့်မြင့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ အားလုံးကို နောက်ခံ အဖွဲ့အစည်းခွဲခြားခြင်းမရှိပဲ MTC တွင် လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးသည်။ ဆေးမှူးသင်တန်းကို ၁၉၇၉ တွင်စတင်ခဲ့သည်။ နောက် ၂ နှစ်အကြာတွင် CHW သင်တန်းများကို WHO ပြုစုထားသည့် သင်ရိုးပေါ်အခြေခံပြီး ပြုလုပ်ခဲ့သည်။ ယင်းအခြေခံ သင်ခန်းစာများကို ထိုအချိန်မှစပြီးအသုံးပြုခဲ့သည်။ ၂၀၁၄၊ ၂၀၁၅ ခုနှစ်တွင် မယ်တော်ဆေးခန်းနှင့် အခြား ECBHO များသည် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းပေါင်း ၄၅၀ ကိုမွေးထုတ်သင်တန်း ပေးခဲ့သည်။ KDHW နှင့် MTC တို့သည် မြန်မာနိုင်ငံအတွင်း သင်တန်းများပေးနိုင်ရန် ပြင်ဆင်လျက်ရှိသည်။ ယင်းသည် လေ့ကျင့် သင်တန်းပေးမှုကို တိုးတက်စေမည်ဖြစ်သည်။

ဆေးမှူးများသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးခဲ့ဖူးသည့်အတွေ့အကြုံရှိရမည်ဖြစ်ပြီး ၉ လ မှ ၂ နှစ်ကြာ သင်တန်းတက်ရောက် ပြီးစီးရမည်ဖြစ်သည်။ ဆေးမှူးများသည် ဌာနဖျားရောဂါ၊ အသက်ရှူလမ်းကြောင်း ရောဂါကူးစက်မှု၊ သွေးအားနည်း၊ ဝမ်းလျော့ခြင်း၊ ဝမ်းကိုက်ခြင်း၊ သန်ကောင်ထခြင်းတို့ကို ရောဂါဖော်ထုတ် ကုသပေးနိုင်သည်။ စိတ်ဒဏ်ရာရသည့် ကိစ္စများကိုလည်း ကုသပေးသည်။ မိခင်နှင့် ကလေး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သည့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများသည် ကလေးမွေးခြင်း၊ မမွေးမီ မွေးပြီး ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ခြင်း၊ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း၊ ကလေးသူငယ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ခြင်း၊ သားဆက်ခြားခြင်း၊ အရေးပေါ်မီးဖွားခြင်းများ ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် လေ့ကျင့်သင်ကြားထားသူများ ဖြစ်သည်။

ECBHO ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများ၏ စာရင်းနှင့် တက်ရောက်ရသည့် သင်တန်းများကို အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည်။

ဇယား 3။ ECBHO ကျန်းမာရေးလုပ်သားများ သင်တန်းအခြေအနေ

| အဆင့်           | ရာထူး  | ကြာချိန်  |         | အတွေ့အကြုံ  |
|-----------------|--|---|---------|---|
|                 |  | စာတွေ့  | လက်တွေ့ |   |
| ဆေးခန်း         | ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး သင်တန်းဆင်း  | ၁ နှစ်ကြာ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး သင်ခန်းစာ   |         | ဆေးမှူး   |
| ဆေးခန်း         | ဆေးခန်းအုပ်ချုပ်သူ   | ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး နှင့် စီမံခန့်ခွဲမှုအသိအမှတ်ပြု ၆ လသင်တန်း                  |         |   |
| ဆေးခန်း         | ဆေးခန်းကြီးကြပ်သူ  | စောင့်ကြည့်လေ့လာခြင်း နှင့်ဆန်းစစ်အကဲဖြတ်ခြင်း (M&E)နှင့်ဆေးဝါးစီမံခန့်ခွဲမှု |         | ဆေးမှူး   |
| ဆေးခန်း         | ဆေးမှူး၊ ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်း အဆင့် ၂  | ၆ လ   | ၄ လ     | ရပ်ရွာကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်း  |
| ဆေးခန်း         | အရေးပေါ်သားဖွား (မိခင်နှင့် ကလေး စောင့်ရှောက်ရေး အဆင့် ၂ )                                   | ၄ လ   | ၆ လ     | မိခင်နှင့် ကလေး ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက် ဝန်ထမ်း                       |
| ဆေးခန်း         | မိခင်နှင့် ကလေး ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက် ဝန်ထမ်း အဆင့် ၁                                      | ၁ လ   | ၃ လ     | ရပ်ရွာကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်း  |
| ဆေးခန်း         | ရပ်ရွာကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း (ကလေး ကျန်းမာရေး /ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း အဆင့် ၁)                         | ၆ လ   | ၃ လ     |   |
| ဆေးခန်း         | မိခင်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ဝန်ထမ်း (MHW)   | ၁ လ   | ၃ လ     |   |
| လှုပ်ရှား အဖွဲ့ | ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု၊ ကွင်းဆင်းကုသမှု   | ၆လ  | ၄ လ     | ရပ်ရွာကျန်းမာရေး ပညာပေး နှင့် ရောဂါ ကာကွယ်ရေး ဆေးမှူး အဖြစ် ၁၂ - ၁၈ လ |
| လှုပ်ရှား အဖွဲ့ | ရပ်ရွာကျန်းမာရေး ပညာပေး၊ ရောဂါ ကာကွယ်ရေး အစီအစဉ်၊ ရပ်ရွာ ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်း ကွင်းဆင်းလုပ်သား | ၆ လ   | ၄ လ     | ၁၀ တန်းအောင်  |
| ကျေးရွာ         | ကျေးရွာကျန်းမာရေးလုပ်သား   | ၄ ပတ်   | ၆ လ     | ၆ လ တစ်ကြိမ်မွမ်းမံ   |
| ကျေးရွာ         | လေ့ကျင့်သင်ကြားထားသည့် ရိုးရာသားဖွားဆရာမ   | ၄ ပတ်   | ၆ လ     | ၆ လ တစ်ကြိမ်မွမ်းမံ   |

ဒေသတွင်းအပြောင်းအလဲများကြောင့် အခက်အခဲသစ်များ ပေါ်ပေါက်လာခြင်း

ပဋိပက္ခများစွာလာသည်နှင့်အမျှ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ပဋိပက္ခဒဏ်သင့်သည့်နေရာတွင်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးရာ တွင်ကြုံတွေ့ရသည့်အခက်အခဲမှာလည်း ပြောင်းလဲလာသည်။ လွတ်လပ်စွာသွားလာခွင့်များ သိသိသာသာတိုးတက်လာသည်၊ စောင့်ကြည့်ခြင်း ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းများပို၍ဆောင်ရွက်လာနိုင်သည်။ ပုံမှန်ကွင်းဆင်းစောင့်ရှောက်ခြင်းများ တိုးတက်ဆောင်ရွက် လာနိုင်သည်။ ဆေးခန်းများနှင့် ဌာနချုပ်ကြား ဆက်သွယ်ရေးပို၍ကောင်းမွန်လာသည်။ ထောက်ပံ့မှုလမ်းကြောင်းများ မြန်ဆန် လာသည်။ အခြေချဆေးခန်းများပို၍ များပြားလာသည်။

ECBHOs များအနေဖြင့် ပဋိပက္ခလွန်နယ်မြေများနှင့် ကိုက်ညီသည့် စောင့်ရှောက်မှုများပေးနိုင်သည့် စနစ် သို့မဟုတ်ပြောင်းနေချိန်တွင် ပဋိပက္ခများတဖန်ပြန်လည်ပေါ်ပေါက်လာပါက ၎င်းတို့၏ စနစ်ဟောင်းသို့ အလျင်အမြန်ပြောင်းလဲနိုင်စွမ်းကိုလည်း ထိန်းသိမ်းနေရ သဖြင့် အခက်အခဲများရင်ဆိုင်နေရသည်။ ECBHO ကျန်းမာရေးစနစ်သည် ပဋိပက္ခဖြစ်ပေါ်နေသည့်အခြေအနေများကို အလျင်အမြန်

ဖြေရှင်းနိုင်သော်လည်း ပဋိပက္ခဖြစ်ပွားသည့် ဆယ်စုနှစ်များအတွင်း စောင့်ကြည့်ခြင်း၊ ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းများကိုအကန့်အသတ် ဖြင့်သာဆောင်ရွက်နိုင်ခဲ့သည်။ ပြင်ပမှ သုံးသပ်ခြင်း (external evaluation) ပြုလုပ်ရန်မှာ လုံးဝမဖြစ်နိုင် သလောက်ဖြစ် (ဝင်ထွက်ခွင့် ပြဿနာ)သည်။ စီမံမှုစနစ်မှာလည်း အရေးကြီးသည့်မူဝါဒဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များဖြစ်သော ရန်ပုံငွေရှာဖွေရေး၊ အခြား အဖွဲ့အစည်းများနှင့် မိတ်ဖက်ပြုခြင်း၊ ဦးစားပေး အကောင်အထည်ဖော်မည့် ကျန်းမာရေး လုပ်ငန်းသတ်မှတ်ခြင်းကဲ့သို့ အရေးကြီး ကိစ္စများအတွက် အဆင့်မြင့် ခေါင်းဆောင်ပိုင်းလမ်းညွှန်ချက်ကိုသာ စောင့်ဆိုင်းနေရသည်။ ပဋိပက္ခပတ်ဝန်းကျင်မှ ထွက်ပေါ်လာသည့် စနစ်ဖြစ်သောကြောင့် လက်ဝင်းဖြစ်ပေါ်နေသည့် အခက်အခဲများကို လျှင်မြန်စွာတုံ့ပြန်နိုင်သော်လည်း ထိရောက်မှုတိုးတက်အောင် ဆောင်ရွက်ရန် အတွက်မူ လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ရန် အချိန်အနည်းငယ်သာရှိသည်။

ပဋိပက္ခအချိန်အတွင်း ဖြစ်ပေါ်သည့် လုံခြုံရေးဆိုင်ရာအခက်အခဲများသည်လည်း တပြေးညီစောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန် အခက်အခဲ ဖြစ်နေစေသည်။ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးအတွက် ပုံမှန်ကွင်းဆင်းခြင်း၊ ပညာပေးရန် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးလုပ်သားများ မွမ်းမံ သင်တန်းပေးရန်၊ ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသည့် အစီအစဉ်များ၊ ဆေးခန်းများသို့ ပုံမှန် ကြီးကြပ်ခြင်း၊ ဆေးပစ္စည်းထောက်ပံ့ခြင်း၊ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ပုံမှန်အစီရင်ခံတင်ပြခြင်းများ ဆောင်ရွက်နိုင်ခြင်းမရှိစေရန် တားဆီးလျှောက်ရှိသည်။ ထိုကဲ့သို့သော အနေအထားများကြောင့် ယင်းလုပ်ငန်းများကို ပုံမှန်ဆောင်ရွက်နိုင်ခြင်းမရှိခဲ့သောကြောင့် အလျင်အမြန် ပြင်ဆင် အားဖြည့်မှုများ ဆောင်ရွက်ရန်လိုအပ်နေပြီဖြစ်သည်။ လုံခြုံရေးဆိုင်ရာကိစ္စရပ်များသည်လည်း ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ကွင်းဆင်းခြင်းနှင့် ပညာပေးခြင်း၊ ရေနှင့် မိလ္လာ၊ ကျောင်းကျန်းမာရေး နှင့် ရောဂါ ကာကွယ်ရေးကို အဓိကထားသည့် အခြားသော လုပ်ငန်းများ ဆောင်ရွက်နိုင်မှုကို အတားအဆီး ဖြစ်စေသည်။ ပဋိပက္ခဖြစ်ပွားနေသည့်အချိန်အတွင်း ECBHO များအနေဖြင့် ယင်း အစီအစဉ်များကို တွင်ကျယ်စွာ အကောင်အထည်ဖော်ခြင်းမရှိသော်လည်း လက်ရှိအခြေအနေအရ အခွင့်အလမ်း ပေါ်ပေါက်လာပြီဖြစ်သောကြောင့် ဆောင်ရွက်လာနိုင်ပြီဖြစ်သည်။

EAO များနှင့် အခြားသော ဒေသတွင်း အလှူရှင်များဖြစ်သော ဘုန်းကြီးကျောင်းများ၊ ဘုရားကျောင်းများ၊ စီးပွားရေးလုပ်ငန်းရှင်များ အနေဖြင့် ဆေးခန်းဆောက်လုပ်ရန်ငွေလှူဒါန်းမှုအချို့ရှိသော်လည်း စောင့်ရှောက်ရေးလုပ်ငန်းများ ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက် ECBHOs များသည် နိုင်ငံတကာအလှူရှင်များ ပေါ်တွင် အဓိကမှီခိုနေရသည်။ EAO များ၏ ငွေကြေးစီးဆင်းမှုပုံစံကို လူသိရှင်ကြား ထုတ်ပြန်မှုမရှိသဖြင့် ကျန်းမာရေး လုပ်ငန်းများအတွက် မည်မျှရနိုင်မည်၊ မည်သည့်ခေါင်းစဉ်ဖြင့် ချထားပေးမည်ကိုခန့်မှန်းရန်ခက်ခဲ သည်။ ငွေကြေးပံ့ပိုးမှုများအတွက် မည်သည့်နေရာမှ ရရှိလာသည်ကို သိရှိရန်လည်း ခက်ခဲသည်။ များသောအားဖြင့် EAO ကျန်းမာရေးဌာနများသည် ၎င်းတို့မိခင်အဖွဲ့အစည်းမှ အခြေခံငွေကြေးထောက်ပံ့မှုများ လက်ခံရရှိကြပြီး ရုံးချုပ်ဖွင့်ရန်၊ ဝန်ထမ်းများ အတွက် ရိက္ခာပေးရန် အသုံးပြုကြသည်။ ကွင်းဆင်းဆောင်ရွက်မှုများ ပြုလုပ်ရန်အတွက် ခရိုင် သို့မဟုတ် မြို့နယ်မှ EAO အုပ်ချုပ်ရေး ရုံးများပေါ်တွင် မှီခိုနေရသည်။ ထောက်ပံ့မှု အနည်းငယ်သာရရှိခြင်းကြောင့် ဌာနချုပ်ဝန်ထမ်း၊ ကွင်းဆင်းဝန်ထမ်းများကို လစာ အနည်းငယ်သာ ထောက်ပံ့နိုင်သဖြင့် စုဖွဲ့ပုံဆိုင်ရာအခက်အခဲများ (structural challenges) အနက် ယင်းအချက်သည်လည်း အခြား လူသားအရင်းအမြစ် ခန့်ခွဲရေးဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များနှင့်အတူ ဝန်ထမ်းအဝင်အထွက် များခြင်းကို ဖြစ်ပွားစေသည်။ ECBHOs များအနေဖြင့် ယင်းလမ်းကြောင်းများထက် ပိုပြီး အခြား ငွေကြေး ထောက်ပံ့ရေးလမ်းကြောင်းများ ပြင်ဆင်ထားခြင်းမရှိပါ။ ရေရှည် ခိုင်မာသော ရေရှည်ပံ့ပိုးပေးနိုင်သည့် ငွေကြေး ထောက်ပံ့မှုစနစ်တစ်ခုလိုအပ်နေသည်။

HCCG မူဝါဒသည် အဆိုပါအခက်အခဲများအနက်မှ အချို့အား ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းပေးလျက်ရှိသည်။ အစိုးရနှင့် ပူးပေါင်း ဆက်သွယ် ဆောင်ရွက်မှုများ ပြုလုပ်ရန်အတွက် နှစ် ၂၀ စီမံကိန်းအား ဖော်ပြထားသော ပေါင်းစည်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်အတွက် အကောင်အထည် ဖော်ဆောင်ရွက်မည့်စီမံချက် (action plan) မူကြမ်းအား HCCG မှ ဖော်ဆောင်လျက်ရှိသည်။ အစိုးရ၏ အခွန်ဘဏ္ဍာများကို အသုံးပြု၍ အသုံးစရိတ် ခွဲဝေပေးခြင်းပုံစံများ၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူများအား တရားဝင် အသိအမှတ်ပြုခြင်း နှင့် အဖွဲ့အစည်းများအား အသိအမှတ်ပြုခြင်းစသော ကိစ္စရပ်များအား အဆိုပါ စီမံချက်တွင် ထည့်သွင်းဖော်ပြထားသည်။ ကျန်းမာရေး စနစ် အားကောင်းလာစေရန်အတွက် မဟာဗျူဟာမြောက်စီမံချက်အား HCCG မှ ၂၀၁၆ ခုနှစ် မတ်လတွင် ထုတ်ပြန်ခဲ့ပြီး အစိုးရထံ သို့လည်း ပေးပို့မှုဝေခဲ့သည်။ NLD မှလည်း UHC အောင်မြင်ရန် ယင်း၏ လမ်းပြမြေပုံ - အဆို (၁.၀) (Version 1.0) အားထုတ်ပြန် ကြေငြာခဲ့ပါသည်။ မူဝါဒသည် ဆက်လက်ပြောင်းလဲနေမည်ဖြစ်ပြီး အထူးသဖြင့် ယုံကြည်မှုကို ဆက်လက်တည်ဆောက်ရမည်ဖြစ် သည်။ အဖွဲ့အစည်းများသည် ၎င်းတို့၏ ပူးပေါင်းညှိနှိုင်း ဆောင်ရွက်ခြင်းဆိုင်ရာ အယူအဆများကို မွမ်းမံရမည်ဖြစ်သည်။

## အခန်း ၄ - မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ကျန်းမာရေးစနစ်များ ပေါင်းစည်းခြင်း

၂၀၁၂ ခုနှစ်တွင် နှစ်ဖက်သဘောတူ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးများ ပြုလုပ်ခဲ့သဖြင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ECBHOs များ ပူးပေါင်းမှုများပြုလုပ်ရန် နိုင်ငံရေးအရ အခွင့်အရေးရလာခဲ့သည်။ ထိုအခြေအနေများပေါ် မူတည်ပြီး ECBHOs များစုပေါင်းပြီး ပေါင်းစည်းမှု မူဝါဒများချမှတ်ခြင်းဖြင့် စနစ် ၂ မျိုး၏ ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှု၊ ညှိနှိုင်းမှုများ တိုးတက်အောင် မည်သို့ဆောင်ရွက်နိုင်မည်ကို အစပြုဆွေးနွေးမှုများ ပြုလုပ်ခဲ့သည်။ ငြိမ်းချမ်းရေးဖြစ်စဉ်တွင် ဖြစ်ပေါ်နေသည့် အခြေအနေများနှင့်အညီ စနစ်နှစ်မျိုး တိုးတက် နီးစပ်လာစေရန် ရည်ရွယ်ကာဆောင်ရွက်ခဲ့ခြင်းဖြစ်သည်။

ယင်းဖြစ်စဉ်သည် အရေးကြီးသည့် တိုးတက်မှုဖြစ်ပြီး နိုင်ငံရေးအရော၊ လက်တွေ့လုပ်ငန်းအရပါ အကျိုးရှိသည်။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ တောင်ခြမ်းတွင် စနစ်နှစ်မျိုး လွှမ်းခြုံနေရာမှာ တစ်ခုနှင့်တစ်ခု ဆက်စပ်နေပြီး နေရာအတော်များများတွင် ထပ်နေလေ့ရှိသည်။ ကျန်းမာရေးစနစ် ၂ မျိုးလုံးတွင် အားသာချက်အားနည်းချက်များရှိပြီး နိုင်ငံရေးအပြောင်းအလဲကို မူတည်ကာပြောင်းလဲနေလေ့ရှိသည်။ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနတွင် အရင်းအမြစ်အလုံအလောက်ရှိသော်လည်း ဦးစားပေးရသည့် ကိစ္စအများအပြားလည်းရှိသည်။ ထို့ပြင် အရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ ကျေးလက်ဒေသများတွင် ထိထိရောက်ရောက် လွှမ်းခြုံထားနိုင်ခြင်းမရှိပါ။ ECBHOs များသည် ပဋိပက္ခ ဖြစ်ပွား နေသည့် ကျေးလက်ဒေသများတွင် အထူးသဖြင့် စောင့်ရှောက်နိုင်ရန် ၎င်းတို့ စနစ်ကို ပြင်ဆင်ထားနိုင်သော်လည်း ကျန်းမာရေး စနစ်များ အားကောင်းစေရန် ဆောင်ရွက်ခြင်း၊ ဝန်ထမ်း ခန့်ခြင်း၊ ငွေကြေး သုံးစွဲခြင်းတို့တွင် အခက်အခဲများနှင့် ရင်ဆိုင်နေရသည်။ တူညီသည့် ကျန်းမာရေး ရည်မှန်းချက်များ ဖော်ဆောင်အောင်မြင်ရန်အတွက် ပူးပေါင်းမှု၊ ညှိနှိုင်းမှုများ တိုးတက်အောင် ဆောင်ရွက် ခြင်းသည် အရေးပါသည်။

၂၀၁၄ ခုနှစ်တွင် ပေါင်းစည်းခြင်း စကားလုံးကို International Rescue Committee (IRC) ကဲ့သို့ နိုင်ငံတကာ INGO ကြီးများ၊ ကမ္ဘာ့ဘဏ်ကဲ့သို့ နိုင်ငံတကာဘဏ်များ နှင့် UNICEF ကဲ့သို့သော ကုလသမဂ္ဂ အဖွဲ့အစည်းများ၏ အစီအစဉ်များ၊ မဟာဗျူဟာ စာတမ်းများတွင် ထည့်သွင်းသုံးစွဲလာခဲ့ကြသည်။ နိုင်ငံတကာ ဖွံ့ဖြိုးရေး အဖွဲ့အစည်းအမျိုးမျိုး၏ ထောက်ပံ့မှုနှင့်အတူ ပေါင်းစည်းခြင်း လုပ်ငန်းများသည် ECBHO များ၏ အစီအစဉ်ရေးဆွဲမှုတွင် အဓိကအဖြစ်နေရာယူလာပြီး MoH အနေဖြင့် ယင်းကိစ္စကို ECBHO များလောက် အလေးအနက်ထားခြင်းမရှိပါ။

ဤအခန်းတွင် ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်တစ်လျှောက် ဖြစ်ပေါ်လာသည့် အဓိကပြောင်းလဲတိုးတက်မှုကြီး အချို့ကို လေ့လာထားပြီး အခန်း ၅ ရှိအသေးစိတ်လမ်းညွှန်မှုများ နှင့်ချိတ်ဆက်ထားပေးသည်။ အခန်း ၄.၁ သည် ECBHO ၏ ပေါင်းစည်းခြင်းဆိုင်ရာ မူဝါဒ များကို ခြုံငုံသုံးသပ်ထားပြီး အခန်း ၄.၂ တွင် ဆောင်ရွက်ပြီးစီးခဲ့သည့် ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းဥပမာများကို ဖော်ပြထားသည်။

### ၄.၁။ HCCG ပေါင်းစည်းရေးမူဝါဒ (HCCG convergence policy)

၂၀၁၂ ခုနှစ်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခဲ့ကြသည့် နှစ်ဖက်သဘောတူ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးများသည် ဒေသတွင်းသို့ နိုင်ငံတကာ ဖွံ့ဖြိုးရေးအဖွဲ့အစည်းများ ဝင်ရောက်လုပ်ကိုင်နိုင်ရန် လမ်းဖွင့်ပေးခဲ့သကဲ့သို့ MoH နှင့် ပူးပေါင်းဆက်ဆံမှုများ ပြုလုပ်နိုင်ရန် အလား အလာများလည်း ရှိလာခဲ့သည်။ ယင်းအချိန်မှစပြီး ECBHO များသည် ပေါင်းစည်းခြင်းမူဝါဒကို စတင်ဆွေးနွေးခဲ့ကြသည်။ အသစ်ဝင် ရောက်လာသည့် အဖွဲ့အစည်းများနှင့် မည်သို့ဆက်ဆံမည်ကို လမ်းညွှန်မည့် မူဝါဒတစ်ခုလိုအပ်သည်ဟု ECBHO များယူဆခဲ့ ကြသည်။ ၎င်းတို့ လွှမ်းခြုံနေရာများမှ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေါ် အသစ်ဝင်လာသည့် အဖွဲ့အစည်းသစ်များအနေဖြင့် မည်သို့ ချဉ်းကပ်ရမည်ကို ရှင်းရှင်းလင်းလင်းဖော်ထုတ်ထားရန် ကျန်းမာရေးပေါင်းစည်းမှုဟိုအဖွဲ့ (Health Core Convergence Group (ကျန်းမာရေးပေါင်းစည်းမှု အမာခံအင်အားစု)ကို ဖွဲ့စည်းခဲ့ပြီး ပေါင်းစည်းရေး ပုံစံတစ်ခုကို ရေးဆွဲဖော်ထုတ်ခဲ့သည်။ HCCG တွင် ချင်း၊ ကရင်၊ ကရင်နီ၊ မွန် နှင့် ရှမ်း ကျန်းမာရေး အဖွဲ့အစည်းများ (EAO များ၏ ဌာနများ)၊ BPHWT၊ MTC ၊ အမျိုးသား ကျန်းမာရေးနှင့် ပညာရေးကော်မတီ (National Health and Education Committee (NHEC) နှင့် BMA တို့ပါဝင်သည်။ ယင်းအဖွဲ့များသည် နိုင်ငံရေးတိုးတက်မှုများကို ပြန်လည်သုံးသပ်ရန်၊ မူဝါဒများ ပြုပြင်ရန်အတွက် ၃ လတစ်ကြိမ် တွေ့ဆုံသည်။

ပေါင်းစည်းခြင်းကို HCCG က "အစိုးရ၊ တိုင်းရင်းသား၊ ရပ်ရွာအခြေပြု ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို ရေရှည်အတွက် စနစ်တကျ နေရာချပေါင်းစပ်ခြင်းဟု အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုထားသည်။ ကာလတိုရည်မှန်းချက်အနေဖြင့် ECBHOs၊ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန နှင့် နိုင်ငံတကာ INGO များ ဆွေးနွေးခြင်း၊ ပေါင်းစပ် ဆောင်ရွက်ခြင်း"ဟုအဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ထားသည်။<sup>102</sup> စာတမ်းအစောင်စောင်တွင်ဖော်ပြ ထားချက်အရ<sup>103</sup> ဖက်ဒရယ်စနစ်အစိုးရ လိုလားမှုပေါ်တွင် အခြေခံပြီး HCCG ၏ မူဝါဒနှင့် အခြေခံမှုများသည် ခိုင်ခိုင်မာမာ ဖြစ်တည် လာခဲ့သည်။ ပြည်နယ်/တိုင်းဒေသကြီးအဆင့်အစိုးရများသို့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု တာဝန်အများစုလွှဲပြောင်းပေးရန်၊ ဒေသ အဆင့်တွင် အရေးပါသည့်နေရာမှ ပါဝင်ခွင့်၊ ထိန်းချုပ်ခွင့်များ လွှဲပြောင်းပေးရန် အကြံပြုထားသည်။<sup>104</sup> HCCG ပေါင်းစည်းရေး အခြေခံမှုများ၊ ရည်ရွယ်ထားသည့် ရလဒ်၊ အခြားအစုအဖွဲ့များအတွက် အကြံပေးချက်များကို နောက်ဆက်တွဲ ၁ တွင်ဖော်ပြထားသည်။

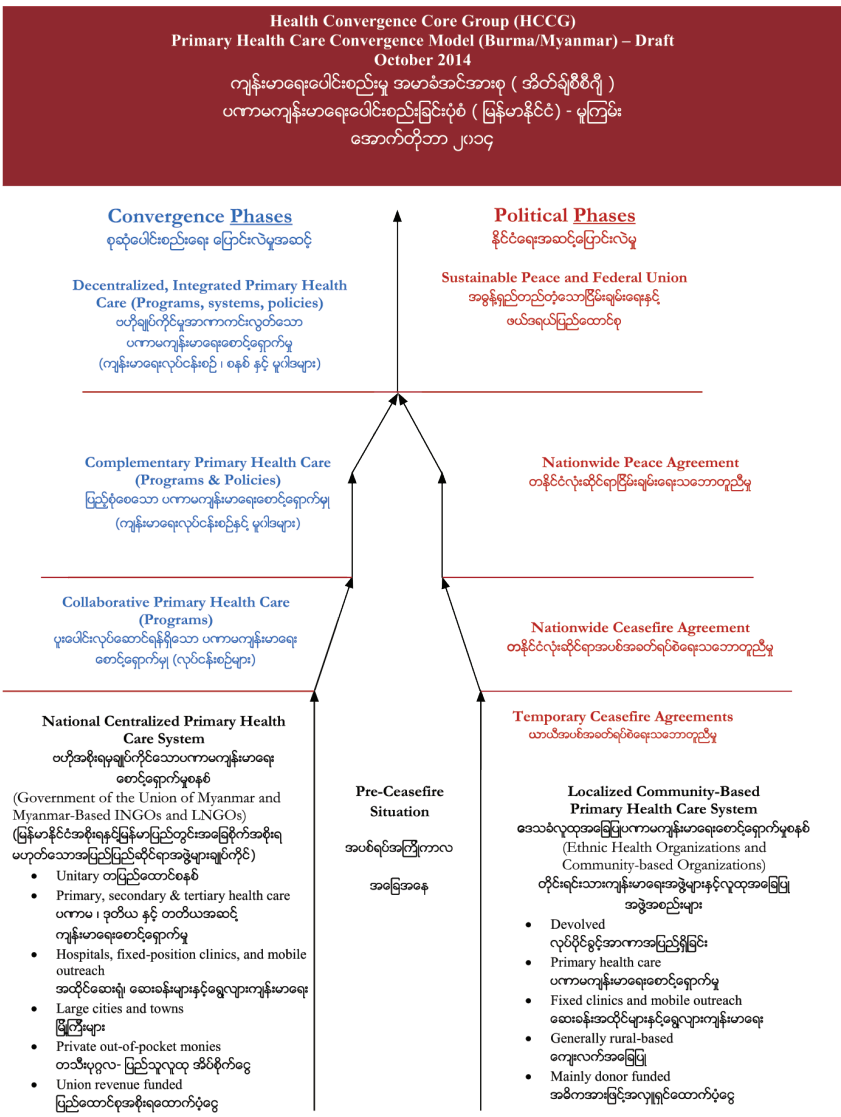
MoH နှင့် ဆက်ဆံရေးတည်ထောင်ရန် အလေးထားသော်လည်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ပတ်သက်ပြီး မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ တောင်ခြမ်းတွင် ဝင်ရောက်လိုသည့် ပြင်ပအစုအဖွဲ့များအနေဖြင့် ECBHO များ၏ ရှိရင်းစွဲ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု

ချဉ်းကပ်ပုံကို ပံ့ပိုးရန်၊ တိုးချဲ့ရာတွင်ကူညီရန် HCCG ၏ မူဝါဒ နှင့် အခြေခံမူများတွင် ထပ်တလဲလဲဖော်ပြထားသည်။<sup>105</sup>

ယင်းချဉ်းကပ်ပုံတွင် စောင့်ရှောက်မှု အမျိုးမျိုးပေးနိုင်ရန် အစီအစဉ်တစ်ခုပါရှိသည်။ ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်ခြင်း (မရှိမဖြစ်လိုသည့် ဆေးဝါး နှင့် စိတ်ဒဏ်ရာ စီမံထိန်းသိမ်းခြင်း) မိခင်ကျန်းမာရေး၊ မွေးစကလေးကျန်းမာရေး၊ ကလေးငယ်ကျန်းမာရေး၊ မျိုးဆက်ပွား ကျန်းမာရေး၊ သားဆက်ခြား၊ ကူးစက်ရောဂါထိန်းချုပ်ခြင်း၊ ကျန်းမာရေးပညာပေးခြင်းနှင့် အချက်အလက် မျှဝေခြင်း၊ ကလေးအာဟာရ နှင့် ကာကွယ်ဆေး အစရှိသည့်စောင့်ရှောက်မှုများပါဝင်သည်။<sup>106</sup> HCCG မူဝါဒတွင် တိုင်းရင်းသားကျန်းမာရေးစနစ် အင်အားတောင့် တင်းစေရန်ဆောင်ရွက်ခြင်း (“ethnic health system strengthening” (EHSS)) လုပ်ငန်းစဉ်ကို WHO ၏ six building-blocks approach<sup>107</sup> ဖြင့် ဆောင်ရွက်သွားရန် အကြံပြုထားသည်။ ယင်းချဉ်းကပ်ပုံ ပထမအဆင့်အနေဖြင့် အစီအစဉ်ရေးဆွဲခြင်း၊ မူဝါဒ နှင့် စနစ်များအဆင့်ဆင့် (programmatic, policy, and systems-level strengthening) အားကောင်းအောင် တည်ဆောက်ခြင်းကို ဦးစားပေးသည်။

HCCG မူဝါဒများသည် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ ကျန်းမာရေး နှင့် နိုင်ငံရေးစနစ်များ၏ ချိတ်ဆက်ပုံကို ဦးစားပေးဖော်ပြထားပြီး ငြိမ်းချမ်းရေးဖြစ်စဉ် တိုးတက်လာသည်နှင့်အမျှ စနစ် ၂ ခု နီးစပ်နိုင်ပုံ၊ ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှုများ တိုးမြှင့်လာနိုင်ပုံကို ဖော်ပြထားသည်။ အခြေခံအယူအဆ (basic concept) ကို မူဝါဒ၏ ခုံးယုံသဏ္ဍာန် ကားချပ် (ပုံ ၂) တွင် ဖော်ပြထားသည်။ တိုးတက်လာသည့်ဖြစ်စဉ်များအရ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး အာမခံချက် မရှိသည့် အနေအထားတွင် ECBHO များအနေဖြင့် ၎င်းတို့လုပ်ငန်း လုပ်ရှားပုံကို အစောတလျင် ပြောင်းလဲရန် တွန့်ဆုတ်နေပုံကို ထင်ဟပ်လျက်ရှိသည်။ MoH သာမက EAO ကျန်းမာရေး ဌာနများသည်လည်း ၎င်းတို့သက်ဆိုင်ရာ နိုင်ငံရေး ဦးဆောင်မှုများ လှုပ်ရှားမှုနှုန်းထက် မြန်သည့်နှုန်းဖြင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ လုပ်ပိုင်ခွင့်မရှိပုံကို လည်း ထင်ရှားစေသည်။

ပုံ 2။ HCCG ၏ ခုံးယုံကားချပ် (rocket ship diagram)



HCCG မူဝါဒတွင် ECBHO ဖွဲ့စည်းပုံ၊ စနစ်များကို တစ်ဆင့်ချင်းပေါင်းစည်းရေး ဖြစ်စဉ်တလျှောက် အခြေမပျက်အောင်ထိန်းထားမည် ဟုဖော်ပြထားသည်။ ပြင်ပအင်အားစုများအနေဖြင့်လည်း ECBHOs နှင့် ဖက်ဒရယ်ဖြစ်ပေါ်လာရေးကို ဆက်လက်ပံ့ပိုးပေးရမည်။ ဗဟိုအစိုးရစနစ်ကိုသာ အားကောင်းစေရန်သာ အဓိကထား ထောက်ပံ့ခြင်းမဟုတ်ဘဲ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုစနစ်ကို ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှု လျှော့ချရန်လည်း တွန်းအားပေးရမည်ဟု ဖော်ပြထားသည်။ ယင်းကိစ္စနှင့်ပတ်သက်ပြီး အစိုးရ ဆုံးဖြတ်ချက်ချသည့်အခါများတွင် ECBHOs များကို မဖြစ်မနေထည့်သွင်းပေးရန်၊ နိုင်ငံတကာ ဖွံ့ဖြိုးရေး မိတ်ဖက်များ အနေဖြင့်လည်း ECBHO များကို ငွေရေးကြေးရေး၊ နည်းပညာပိုင်း ဆက်လက်ထောက်ပံ့ရန်၊ တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစုများ ဒေသများသို့ ဝင်ရောက်လုပ်ကိုင်ရာတွင် ခွင့်ပြုချက်ရယူရန် HCCG က တောင်းဆိုထားသည်။<sup>108</sup>

**၄.၂။ ပေါင်းစည်းခြင်းဆောင်ရွက်ချက်ဥပမာများ**

ပေါင်းစည်းခြင်းဆောင်ရွက်ချက်များဟု ရံဖန်ရံခါ အဓိပ္ပာယ်ဖော်ကြသည့် ECBHO များနှင့် MoH ကြား ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု၊ ညီနိုင်းဆောင်ရွက်မှုများ၏ ဥပမာ ၇ ခုကို ဖော်ပြထားသည်။ ဥပမာ တစ်ခုချင်းစီ၏ ကောင်းကျိုးဆိုးကျိုး သင်ခန်းစာများကို ဖော်ပြထားပြီး အသေးစိတ်ကို အခန်း ၄ တွင် ဆွေးနွေးမည်ဖြစ် သည်။ ဤအခန်းတွင် အခြေခံ သုံးသပ်ချက်မျှသာ ဖော်ပြထားပါသည်။

*အချက်အလက်မျှဝေခြင်းနှင့် ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ခြင်း အစည်းအဝေးများ*

အရိုးရှင်းဆုံးဖြစ်သော်လည်း ECBHO နှင့် MoH ဆက်ဆံရေးတွင် အရေးအပါဆုံး ခြေလှမ်းဖြစ်ပြီး ပူးပေါင်းဆက်ဆံမှုကို မြှင့်တင် ပေးနိုင်ခဲ့ပြီး စနစ်များ၊ မူဝါဒများ၊ မဟာဗျူဟာများနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ မျှဝေခြင်းများကိုလည်း ပေါ်ပေါက်စေခဲ့ သည်။ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးမတိုင်မှီ ECBHO နှင့် MoH သည် တစ်ဖွဲ့အကြောင်းတစ်ဖွဲ့ လုံးလုံးမသိသလောက်ပင်ဖြစ်သည်။ သို့သော်လည်း ၄ နှစ်ကြာ ပူးပေါင်းစေ့စပ် ဆက်ဆံမှု ပြုလုပ်ပြီးနောက်တွင် ယုံကြည်မှုနှင့် နားလည်မှုများ တိုးတက်လာခဲ့သည်။ ၂၀၁၃ ခုနှစ် မှစပြီး မဲဆောက်၊ နေပြည်တော်၊ ဘားအံတို့တွင် ကျန်းမာရေး ဒုတိယဝန်ကြီး၊ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှ အရာရှိများ၊ ECBHO ခေါင်းဆောင်ပိုင်းများ ပါဝင်သည့် အဆင့်မြင့်တွေ့ဆုံဆွေးနွေးမှုများ အကြိမ်ပေါင်းများစွာ ပြုလုပ်နိုင်ခဲ့သည်။ ကျန်းမာရေးဦးစီး ဌာန ညွှန်ကြားရေးမှူးများနှင့် ECBHO ကိုယ်စားလှယ်များ ပုံမှန်တွေ့ဆုံပွဲများကိုလည်း ကရင်နှင့် ကယားပြည်နယ်များတွင် ပြုလုပ် လျက်ရှိနေပြီဖြစ်သည်။

ထို့ပြင် HCCG နှင့် HISWG များ၏ “ကျန်းမာရေးကဏ္ဍ ဗဟိုဦးစီးမှုလျှော့ချခြင်း”၊ “ငြိမ်းချမ်းရေးအတွက် ကျန်းမာရေး” အစရှိသည့် ခေါင်းစဉ်များနှင့် စည်းဝေးပွဲများ၊ ညီလာခံများတွင် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှ အရာရှိများ၊ ပြည်နယ်ကျန်းမာရေး ညွှန်ကြားရေးမှူးများ ပုံမှန်တက်ရောက်သည်။ ယင်းဆွေးနွေးပွဲများတွင် တင်ပြချက်များသည် ကိစ္စအများအပြားအတွက် ဆွေးနွေးမှုများကိုဖြစ်ပေါ်စေသည်။ ပါတီအကာမရံကပင် ထိုစည်းဝေးပွဲအများစုသို့ NLD ကျန်းမာရေးကွန်ယက်မှ တက်ရောက်လေ့ရှိသည်။ ၂၀၁၅ နိုဝင်ဘာ ရွေးကောက်ပွဲအပြီးတွင် NLD အနေဖြင့် ရန်ကုန်တွင် အချက်အလက်မျှဝေသည့် စည်းဝေးပွဲပြုလုပ်ရန် ECBHO များကို ဖိတ်ခေါ် ခဲ့သည်။ HCCG သည် မြန်မာနိုင်ငံရှိ အခြားသော အရပ်ဘက်လူ့အဖွဲ့အစည်းများ၊ အခြားသော EAO ကျန်းမာရေးဌာနများနှင့်လည်း ၂၀၁၄ - ၂၀၁၅ ခုနှစ်အတွင်း ဆက်ဆံပူးပေါင်းမှုများ ပြုလုပ်သည်။

ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရေး တွေ့ဆုံစည်းဝေးပွဲများသည် ပူးတွဲအကောင်အထည်ဖော်မှု လုပ်ငန်းများအတွက် အဓိကအရေးပါသည်။ BPHWT ၊ KDHW နှင့် BMA တို့မှ ခေါင်းဆောင်များက စည်းဝေးပွဲများ ဆက်လက်ပြုလုပ်ခြင်းသည် အကျိုးရှိနိုင်မည်ဟု အကြံပြု ခဲ့ကြသည်။ “ ဒါမှ တစ်ယောက်နဲ့ တစ်ယောက် ပိုနားလည်လာကြမယ် ” ဟုဆိုသည်။ လိုင်စင်မရှိ သို့မဟုတ် အစိုးရသင်တန်းဆင်း မဟုတ်သဖြင့် ကနဦးတွင် MoH ဝန်ထမ်းများသည် ၎င်းတို့ကို ရမ်းကုများ အဖြစ်မှတ်ယူခဲ့ကြသော်လည်း တွေ့ဆုံဆွေးနွေးမှုများ အကြိမ်ကြိမ် ပြုလုပ်ပြီးနောက်တွင် အပြန်အလှန်လေးစားမှုများဖြစ်ပေါ်လာသည်ဟု ရှင်းပြခဲ့သည်။ ဤအခန်းတွင် ဖော်ပြမည့် အခြားသော ဆောင်ရွက်ချက်များအတွက် ယင်းကဲ့သို့ထိတွေ့ဆက်ဆံမှုများသည် များစွာအထောက်အကူဖြစ်စေခဲ့သည်။

*ပူးတွဲသင်တန်းပေးခြင်း*

၂၀၁၃ တွင် BPHWT နှင့် MoH ပူးပေါင်းပြီး အရန်သားဖွားသင်တန်းပေးခဲ့သည်။ ယင်းသင်တန်းသည် ဆွေးနွေးမှုများ၊ စည်းဝေးပွဲများ အပြင် အစောဆုံး ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ချက်များအနက် တစ်ခုအပါအဝင် ဖြစ်ခဲ့သည်။ BPHWT ဝန်ထမ်း၊ MoH ဝန်ထမ်းများ တက်ရောက်ခဲ့ပြီး MoH သင်ရိုးညွှန်းတမ်းအတိုင်း MoH မှ အကောင်အထည်ဖော်ခဲ့ခြင်းဖြစ်သည်။ သင်တန်းအပြီးတွင် အရန် သားဖွားဆရာမများသည် မိမိကျေးရွာသို့ပြန်ပြီး BPHWT ဝန်ထမ်းအဖြစ် တာဝန်ထမ်းဆောင်သော်လည်း MoH သားဖွားဆရာမများ၏ နည်းပညာပိုင်းကြီးကြပ်မှုကို စဉ်ဆက်မပြတ်ခံယူရသည်။ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းအတွက် ပူးတွဲသင်တန်းပေးခြင်းကို အောက်တွင် ဆွေးနွေးထားပါသည်။

*အသိအမှတ်ပြုခြင်းဆောင်ရွက်ချက်များ*

ECBHO ဝန်ထမ်းများကို အသိအမှတ်ပြုရန် ECBHO မူဝါဒထုတ်ပြန်ချက်များတွင် ဦးစားပေးအဖြစ် အမြဲတစေ ဖော်ပြလာခဲ့သည်။ မြန်မာနိုင်ငံအတွင်း တရားဝင် လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ဆောင်နိုင်ရန် သာမက MoH အနေဖြင့် ECBHO များ၏ စွမ်းဆောင်ရည်ကို အသိ



အမှတ်ပြုခြင်းလည်းဖြစ်သောကြောင့် ယုံကြည်မှု တည်ဆောက်ရာတွင် အရေးပါသည့်အဆင့်တစ်ခုဖြစ်သည်။ အစိုးရဟောင်းသည် အသိအမှတ်ပြုခြင်းနှင့် ပတ်သက်ပြီး လုံးဝနီးပါး စိတ်ဝင်စားမှုမရှိသဖြင့် တိုးတက်မှုမရှိသလောက်ပင်ဖြစ်သည်။

အစိုးရဘက်မှ တွန်းဆွတ်မှုများရှိနေသော်လည်း IRC သည် မြန်မာနိုင်ငံ ထိုင်းတက္ကသိုလ်များကြား မိတ်ဖက်အဖြစ် ပူးပေါင်းမှုများ ပြုလုပ်စေရန် အကျိုးဆောင်ပေးခဲ့ပြီး ECBHO ဝန်ထမ်းများကို ထိုင်းနိုင်ငံမှ အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်ရရှိစေရန် ဆောင်ရွက်ပေး နိုင်ခဲ့သည်။ ထိုင်းနိုင်ငံမှ တီမားဆတ် တက္ကသိုလ်နှင့် မြန်မာနိုင်ငံ၊ မကွေးမှ ကျန်းမာရေးမှူး တက္ကသိုလ်တို့နှင့် ညှိနှိုင်းမှုများပြုလုပ်ပြီး မယ်တော်ဆေးခန်းနှင့်ထိုင်းနိုင်ငံအတွင်းမှ ဒုက္ခသည်စခန်းများမှ ဝန်ထမ်းများကို သင်တန်းပေးရာတွင် မကွေးမှ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးမှူး သင်ရိုးကို အသုံးပြုနိုင်ရန် IRC မှ ညှိနှိုင်း စီစဉ်ပေးခဲ့သည်။ ယင်းသင်တန်းအစီအစဉ်မှ အောင်မြင်သူများသည် တီမားဆတ် တက္ကသိုလ်မှ အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်ရရှိမည်ဖြစ်သည်။ ယင်းသင်တန်းဆင်းများကို မြန်မာနိုင်ငံ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှ တရားဝင် အသိအမှတ်ပြုခြင်းမရှိသော်လည်းနိုင်ငံတကာ အသိအမှတ်ပြု တက္ကသိုလ်မှ အသိအမှတ်ပြု လက်မှတ်ရရှိထားပြီး သင်ရိုးမှာလည်း MoH အသုံးပြုသည့် သင်ရိုးနှင့် ဆင်တူဖြစ်နေသောကြောင့် အသိအမှတ်ပြုရေး ပထမအဆင့်အဖြစ် IRC မှရှုမြင်ထားသည်။

ပါတီ၏ UHC လမ်းပြမြေပုံတွင် EHO မှ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အတတ်ပညာရှင်များကို အသိအမှတ်ပြုနိုင်မည့် လိုင်စင်ချထားပေးနိုင်မည့် လုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခုကို တည်ထောင်ရန်လိုသည်ဟု ဖော်ပြထားချက်ရှိသည်နှင့် အညီ NLD အစိုးရလက်ထက်တွင် ယင်းဆောင်ရွက်ချက် များ အရှိန်အဟုန်မြှင့်တက်လာမည်ဟု မျှော်လင့်ရသည်။ မရှိမဖြစ်လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးရာတွင် ပါဝင်နိုင်ရန် ပုံစံအမျိုးမျိုးဖြင့် တည်ရှိနေသည့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများနှင့် ဆေးခန်းဆေးရုံများကို အသိအမှတ်ပြုရန်လိုအပ်သည်ဟုလည်း ထပ်တလဲလဲ ဖော်ပြထားသည်။<sup>109</sup>

**အမေရိကန်နိုင်ငံသို့ ပူးတွဲခရီးစဉ်**

၂၀၁၅ ဩဂုတ်လတွင် ECBHO များ၊ အစိုးရဟောင်း၊ အမျိုးသားဒီမိုကရေစီ အဖွဲ့ချုပ်၊ ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာနတို့ပူးပေါင်းပြီး ၂၀၃၀ တွင် ဌာနဖျားအမြစ်ပြတ်တိုက်ဖျက်ရေး မဟာဗျူဟာချမှတ်နိုင်ရန် ပါရှင်တန်ဒီစီတွင် ဆွေးနွေးမှုပြုလုပ်ခဲ့သည်။ ယင်းဆွေးနွေးပွဲ ဖြစ်မြောက်စေရန် Institute for Global Health at the University of Maryland School of Medicine ၊ the American Society of Tropical Medicine and Hygiene နှင့် the Center for Strategic and International Studies တို့မှ ပူးပေါင်းစီစဉ်ခြင်းဖြစ် သည်။ ဆွေးနွေးပွဲတွင် ECBHOs ၊ KDHW ၊ CHDN ၊ SDDF နှင့် BMA တို့မှ ကိုယ်စားလှယ်များ တက်ရောက်သည်။ ဌာနဖျား တိုက်ဖျက်ရေး အောင်မြင်ရန်အတွက် အစိုးရ၊ အစိုးရမဟုတ်သည့် အဖွဲ့အစည်းများ၊ အရပ်ဘက်၊ စစ်ဘက်မှ ဆေးပညာ ကျွမ်းကျင် သူများ၊ တိုင်းရင်းသား ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများ၊ နည်းပညာပိုင်းကူညီသူများ အလှူရှင်များ၏ ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့် ပေါင်းစည်းမှု လိုအပ်သည်။ နောက်ဆက်တွဲ ဆွေးနွေးမှုများကို နိုင်ငံအတွင်းအမြန်ဆုံး ဖော်ဆောင်ရန် လိုအပ်နေပြီဟုဖော်ပြထားသည့် ပူးပေါင်း ထုတ်ပြန်ချက် တစ်ခု ထုတ်ပြန်ခဲ့သည်။<sup>110</sup> တွေ့ဆုံမှုတစ်ခုလုံးကို ခြုံငုံသုံးသပ်ပါက ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရန် အပြုသဘောဆောင် သည့် တိုးတက်မှုဖြစ်ပြီး နိုင်ငံရေးအခြေအနေပေါ် မူတည်မှုမရှိဘဲ ဌာနဖျားရောဂါတိုက်ဖျက်ရန် (ထိန်းချုပ်ရန်သာမက) ပူးပေါင်း သဘောတူကတိပြုခဲ့ကြသည်ဟု ပါဝင်ခဲ့သူများက ဆိုသည်။ သို့သော်လည်း ECBHO ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးက တစ်ပွဲထိုးပြုလုပ်ခဲ့ခြင်း ဖြစ်သောကြောင့် လက်တွေ့အခြေအနေတွင် ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်ချေ အနည်းငယ်သာရှိပြီး မီဒီယာများတွင် ပြိမ်းချမ်းရေးအတွက် အောင်ပွဲကြီးတစ်ခုအနေဖြင့် ဖော်ပြနေခြင်းများသည် ဦးသိန်းစိန်အစိုးရလက်ထက် MoH နှင့် ခက်ခက်ခဲခဲ ဆက်ဆံခဲ့ရသည့် ECBHO များ၏ အခက်အခဲများကို ထင်ရှားအောင် ဖော်ပြနိုင်ခြင်းမရှိဟု အင်တာဗျူးတွင် ပြောခဲ့သည်။<sup>111</sup>

**Swiss Agency for Development and Cooperaton ၏ မြေပုံထုတ်ခြင်း စီမံကိန်း**

၂၀၁၅ ခုနှစ်တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရောယုက်နေသည့် ဧရိယာငယ်လေးတစ်ခု၏ အသေးစိတ် မြေပုံထုတ်ခြင်းကို Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) ငွေကြေးပံ့ပိုးသည့် မြန်မာနိုင်ငံ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စီမံကိန်း၏ အစိတ်အပိုင်းတစ်ခုအနေဖြင့် ဆောင်ရွက်ခဲ့သည်။ ကရင်ပြည်နယ်၊ ကော့ကရိတ်မြို့နယ်တွင် Save the Children (SC), Christian Aid နှင့် Community Partners International (CPI) တို့ပံ့ပိုးမှုနှင့် အတူ MoH၊ MTC, KDHW၊ BMA၊ BPHWT နှင့် KBC တို့ပူးပေါင်းအကောင်အထည်ဖော်ခဲ့သည့် စီမံကိန်းဖြစ်သည်။ မိခင်နှင့် ကလေးကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ၁၀၀ ရာခိုင်နှုန်း လွှမ်းမိုးခြင်းရေး အစီအစဉ်များ ပုံစံထုတ်နိုင်ရန်အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုမရှိသည့် ဧရိယာများ၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထပ်နေသည့် နေရာများ ဖော်ထုတ်ရန် ရည်ရွယ်ကာ မြေပုံထုတ်ခြင်းဖြစ်သည်။ ရည်မှန်းချက်များ အောင်မြင်ရန်အတွက် MoH နှင့် ECBHO ကြား ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု၊ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုများမှာ မရှိမဖြစ်အရေးကြီးသည်။

စီမံချက် အစိတ်အပိုင်းအနေဖြင့် MoH နှင့် ECBHO ဆေးခန်းများ တည်နေရာပြခြင်း၊ ရပ်ရွာအခြေပြု ကျန်းမာရေးလုပ်သားများ ပျံ့နှံ့မှု ဖော်ပြခြင်းတို့ ပါဝင်ပြီး မြို့နယ်တွင်းရှိ ပြည်သူများအားလုံး ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုရရှိစေရန် ရည်ရွယ်လျက် လွှမ်းမိုးခြင်းဧရိယာဖော် ထုတ်ခြင်းတို့ပါဝင်သည်။ နေရာအမည်နှင့် နယ်နိမိတ်ဆိုင်ရာ အခက်အခဲများအပြင် အချို့သော ECBHO များ၏ ခရိုင်အဆင့် အချက်အလက်များသည် ဌာနချုပ်တွင် ချက်ခြင်းမရရှိနိုင်ခြင်းကြောင့် မြေပုံထုတ်သည့် လုပ်ငန်းစဉ်မှာ လန့်ချိကြာမြင့်ခဲ့သည်။ မြေပုံ အချောကို နောက်ဆုံးတွင် ထုတ်လုပ်နိုင်ခဲ့ပြီး ၂ ဘက်လုံးက အသိအမှတ်ပြုခဲ့သည်။ မြေပုံ ၂ ကိုကြည့်ပါ။

ယင်းစီမံကိန်းသည် MoH ရော၊ ECBHO များကိုပါ ထောက်ပံ့မှုများပေးခဲ့သည်။ ပြည်သူလူထု ကျန်းမာရေးအတွက် အကျိုးဖြစ်ထွန်းစေမည့် အစီအစဉ်များရေးဆွဲခြင်းတွင် ပူးပေါင်းလက်တွဲခြင်း၊ ဆွေးနွေးအကြံပေးခြင်းများ ပေါ်ပေါက်စေရန် တိုက်တွန်းအားပေးနိုင်ခဲ့သည်။ အရေးမပါလှသည့် သဘောတူညီချက်များ ရရှိရန်အတွက် တွေ့ဆုံဆွေးနွေးမှုများ အကြိမ်ကြိမ်ပြုလုပ်ရန် လိုအပ်သောကြောင့် လက်တွေ့အပြောင်းအလဲများ ပြုလုပ်ရန် အကန့်အသတ်များရှိနေသည်။ ဘက်နှစ်ဖက်သည် အတူယှဉ်တွဲရပ်တည်နေကြသည့်တိုင် နှစ်ပေါင်း ၆၀ အတွင်း ဆွေးနွေးဆက်ဆံမှုများ အလွန်တရာ ရှားပါးခဲ့ခြင်းကြောင့် ထိုကဲ့သို့သော အဆင်မပြေမှုများအတွက် အံ့သြခြင်း၊ မကျေမနပ်ဖြစ်ခြင်းများ မရှိသင့်ပါ။

ECBHO ဆေးခန်းများမှ MoH ဆေးရုံများသို့ လူနာလွှဲပြောင်းပေးသည့် စနစ်တရပ်ဖော်ဆောင်နိုင်ရန်လည်း စီမံကိန်းမှပံ့ပိုးပေးခဲ့သည်။ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး၊ ငွေကြေးပံ့ပိုးမှုဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက်များ၊ လူနာလွှဲပြောင်းရာတွင် MoH ဝန်ထမ်း၊ ECBHO ဝန်ထမ်းနှစ်ဖက်လုံး မှ အလွယ်တကူနားလည်နိုင်မည့် ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်း စံတရပ်သတ်မှတ်နိုင်ရန် ဆွေးနွေးမှုများ လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။ လုပ်ငန်းစဉ် ရှေ့ဆက်နိုင်ရန်အတွက် ခေါင်းဆောင်ပိုင်း၊ လက်တွေ့ဆောင်ရွက်သည့် ဝန်ထမ်းများကြားတွင် တွေ့ဆုံဆွေးနွေးမှုများ လိုအပ်မည် ဖြစ်သည်။ ယင်းကိစ္စအတွက် တွေ့ဆုံဆွေးနွေးပွဲများကို ဆောင်ရွက်နေပြီဖြစ်သည်။

စီမံကိန်းကာလအတွင်း ကရင်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေး ဦးစီးဌာနမှ ညွှန်ကြားရေးမှူးက INGO များအနေဖြင့် ECBHO များ၏ လွှမ်းမိုးခြင်းရှိလာမှုများ၊ ဆောင်ရွက်ချက်များကို လေးစားသင့်သည်ဟုပြောခဲ့သည်။ နိုင်ငံအဆင့် MoH မှလည်း ECBHO များကို တရားဝင်အသိအမှတ်ပြုခြင်း အားနည်းသည်ကိုလည်း ထောက်ပြခဲ့သည်။<sup>112</sup> စီမံကိန်းပံ့ပိုးမှုဖြင့် ပြုလုပ်သည့် နိုင်ငံအဆင့်၊ ခရိုင်အဆင့် အရာရှိများပါဝင်သည့် တွေ့ဆုံစည်းဝေးပွဲများ၊ အလုပ်ရုံဆွေးနွေးပွဲများသည် အခြားသူများ၏စနစ်များ နားလည်စေရန် အထောက်အပံ့ဖြစ်စေခဲ့သည်ဟု ECBHO များက အစီရင်ခံခဲ့သည်။ အခြားသောဒေသများတွင် MoH နှင့် ဆက်ဆံရန်အတွက်လည်း ပုံစံတခုဖြစ်စေခဲ့သည်။ အဆိုပါ တွေ့ဆုံဆွေးနွေးမှုများသည် ဆက်ဆံရေး တည်ဆောက်ရန် အထောက်အကူ ဖြစ်စေခဲ့ပြီး UHC လုပ်ငန်းများနှင့် ပတ်သက်ပြီး ဆွေးနွေးမှုများပေါ်ပေါက်စေရန် အခြေခံကောင်းများ ချမှတ်ပေးနိုင်ခဲ့သည်။ နှစ်ဖက်လုံးမှ စိတ်ရှည်သည်းခံရန် လိုအပ်ပုံ၊ လက်တွေ့အလုပ်ဖြစ်သည့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ၊ ညှိနှိုင်းမှုများဖြစ်ပေါ်ရန်အတွက် ရံဖန်ရံခါတွင် ရှည်လျားလှသည့် ဆွေးနွေးမှုများ လိုအပ်ပုံကို ယင်းဥပမာက လက်တွေ့ပြခဲ့သည်။

**ကရင်နှင့် ကယားတွင် ပူးတွဲကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း**

၂၀၁၄ နှင့် ၂၀၁၆ တွင် ကယားနှင့် ကရင်ပြည်နယ်များတွင် MoH နှင့် EAO များ၏ ကျန်းမာရေးဌာနများ ပူးပေါင်းပြီး ယခင်က MoH လက်လှမ်းမမီခဲ့သည့်နေရာများတွင် ပိုလီယိုကာကွယ်ဆေးများဖြန့်ဝေခဲ့သည်။

ECBHO ဧရိယာများတွင် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း အစီအစဉ် လက်တွေ့အကောင်အထည်ဖော်ရန်မှာ အခက်အခဲများလှသည်။ အထူးသဖြင့် လျှပ်စစ်မီးမရှိ၊ လမ်းနှင့် တံတားလည်း အမည်ခံမျှသာရှိသည့် ဝေးလံခေါင်ဖျားဒေသများတွင် ကာကွယ်ဆေးများ အာနိသင်မပြယ်စေရန် အအေးပေး သယ်ယူရေးမှာ အလွန်တရာခက်ခဲသည့်ကိစ္စဖြစ်သည်။ ECBHO များတွင် အအေးပေးသယ်ယူနိုင်သည့် စွမ်းရည်အားနည်းပြီး ၎င်းတို့လွှမ်းမိုးခြင်းရှိလာမှု အများစုတွင် ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးနိုင်ရန် ရန်ပုံငွေလည်းမရှိပါ။ ၅ နှစ်အောက် ကလေးသေဆုံးမှု ၁၀ ရာခိုင်နှုန်းကို ကာကွယ်ဆေးဖြင့် ကာကွယ်နိုင်သောကြောင့် ကာကွယ် ဆေးထိုးပေးသည့် အစီအစဉ်များသည် တစ်ကမ္ဘာလုံးတွင် အထူးဦးစားပေးကိစ္စရပ်များ ဖြစ်လာသည်။<sup>113</sup>

၂၀၁၂ခုနှစ်ဧပြီလတွင် အစိုးရနှင့် KNPP ကြား ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး လက်မှတ်ရေးထိုးနိုင်ခဲ့သောကြောင့် ကယားပြည်နယ်တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ ချဲ့ထွင်လာနိုင်ခဲ့သည်။ ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့် အစီအစဉ်အတွက် ရန်ပုံငွေကိုလည်း UNICEF မှ ထောက်ပံ့ခဲ့သည်။ သို့သော်လည်း အစိုးရနှင့် နားလည်မှု စာချွန်လွှာထိုးထားသည့် နိုင်ငံတကာ အဖွဲ့အစည်းဖြစ်သောကြောင့် အစိုးရနှင့်သာ လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ရန် ကန့်သတ်ထားခြင်းခံရသည်။ MoH ဝန်ထမ်းများကိုသာ ကာကွယ်ဆေးထောက်ပံ့နိုင်ပြီး ECBHO များနှင့် တိုက်ရိုက်လုပ်ငန်း ဆောင်ရွက်ခွင့်မရှိပါ။ EAO များထိန်းချုပ်ထားသည့်နေရာဖြစ်သောကြောင့် MoH ဝန်ထမ်းများသည် ကယားပြည်နယ်တွင်းရှိ ECBHO လွှမ်းမိုးခြင်းရှိလာမှုများနှင့် ရင်းနှီးမှုမရှိပါ။ MoH ဝန်ထမ်းများအနေဖြင့် ၎င်းတို့ တကိုယ်ရေလုံခြုံရေးအတွက် စိုးရိမ်မှုရှိသကဲ့သို့ EAO နယ်မြေများအတွင်းသို့ ၎င်းတို့သဘောဖြင့် ဝင်ရောက်ပြီး ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းသည် ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးကို ထိခိုက်စေမည်ကိုလည်း စိုးရိမ်ကြသည်။

CHDN အနေဖြင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းကို ဝင်ရောက်ဆောင်ရွက်ပါက ပြေလည်သွားနိုင်မည်ဖြစ်သော်လည်း ၎င်းတို့သည် UNICEF မှထောက်ပံ့မှုများ တိုက်ရိုက်လက်ခံနိုင်ခြင်းမရှိပါ။ တချိန်တည်းမှာပင် MoH သည်လည်း CHDN အနေဖြင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးနိုင်သည့် စွမ်းဆောင်ရည်ရှိမရှိ မသိသကဲ့သို့၊ အစီအစဉ် လက်တွေ့အကောင်အထည်ဖော်သည့်အခါ အမှားအယွင်းမရှိစေလိုသောကြောင့် ကာကွယ်ဆေးများကို CHDN ဝန်ထမ်းများသို့ တိုက်ရိုက်လွှဲပေးရန်အတွက် အဆင်မပြေဘဲဖြစ်နေသည်။

ECBHO များ၊ MoH နှင့် လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ခဲ့ဖူးသည့် အတွေ့အကြုံရှိသော International Rescue Committee (IRC) မှ ကြားဝင်စီစဉ်ပေးခဲ့သည်။ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းကို ပူးတွဲဆောင်ရွက်သည်ဆိုပါက MoH သည် ဆေးဝါးများရရှိမည်ဖြစ်ပြီး ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများအနေဖြင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းကို ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်နိုင်မည်ဖြစ်ကြောင်းကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှ နိုင်ငံအဆင့် တာဝန်ရှိသူများနှင့် ECBHO ခေါင်းဆောင်ပိုင်းကို နားဝင်အောင် တိုက်တွန်းနိုင်ခဲ့သည်။ IRC သည် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးနှင့်

အအေးပေး သယ်ယူပို့ဆောင်မှုကို ပံ့ပိုးမည်ဖြစ်သည်။ ပြည်နယ်အဆင့်တွင် နှစ်ဖက်လုံးမှ သဘောတူညီခဲ့သော်လည်း နေပြည်တော်မှ လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ခွင့်ရယူရေးအတွက် နှစ်နှစ်တာ အချိန်ယူပြီး တိုက်တွန်းမှု၊ ညှိနှိုင်းမှုများ ဆောင်ရွက်ခဲ့ရသည်။ ၂၀၁၄ ခုနှစ်တွင် ECBHO နှင့် MoH ဝန်ထမ်းများ ပါဝင်သည့် အဖွဲ့သည် ကယားပြည်နယ်တွင် ကွင်းဆင်းပြီး ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးနိုင်ခဲ့သည်။

စီမံကိန်းကို ECBHO များဘက်မှ ဝေဖန်မှုများရှိသည်။ CHDN ဝန်ထမ်းများကို MoH ဝန်ထမ်းများအတွက် လမ်းပြသဖွယ်ဆက်ဆံခဲ့ပြီး ဆေးထိုးခြင်းအများစုကို MoH ဝန်ထမ်းများကသာ ဆောင်ရွက်ခဲ့သောကြောင့် ဖြစ်သည်။ HCCG ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲတစ်ခုတွင် CDHN ကို ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနယ်ခြားစောင့်တပ် (medical border guard force) အဖြစ် အသုံးပြုသည်ဟု ခံယူမိကြောင်း CDHN ဆေးမှူး တစ်ဦးက ပြောသည်။ EAO များကို ပြည်သူ့စစ်အဖြစ် ၎င်းတို့လက်အောက်ခံဖြစ်စေရန် ရည်ရွယ်သည့် တပ်မတော်၏ အသွင်ပြောင်းလဲ ရေး လုပ်ငန်းစဉ်နှင့် ခိုင်းနှိုင်းပြောဆိုခြင်းဖြစ်သည်။ လက်တွေ့အကောင်အထည် ဖော်ပြမှုပြုလုပ်သည့်အချိန်တွင် CHDN ဝန်ထမ်းများ အနေဖြင့် ဆေးထိုးခွင့်ရှိသော်လည်း MoH ဝန်ထမ်းများက ခြောက်လှန့်မှုများ ပြုလုပ်ခဲ့ခြင်းကြောင့် ၎င်းတို့ကိုသာ ဦးဆောင် စေခဲ့ခြင်းသည်လည်း လက်အောက်ခံ အဖွဲ့အစည်းအနေဖြင့် ဆက်ဆံခြင်းခံရသည်ဟုသော ခံယူချက်နှင့် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း သက်ဆိုင် သည်ဟု CHDN ပါရဂိုဝန်ထမ်းတစ်ဦးကပြောသည်။ CHDN ဝန်ထမ်းများသည် ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့် အတွေ့အကြုံလည်း ရှိပြီ ဖြစ်သကဲ့သို့ လေ့ကျင့်သင်ကြားမှုများလည်း ခံယူပြီးဖြစ်သောကြောင့် အနာဂတ်တွင် ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့် လုပ်ငန်းများကို အဖွဲ့မှဆောင်ရွက်သွားရန် အစီအစဉ်ရှိသော်လည်း MoH ကို CHDN ဝန်ထမ်းများလည်း ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးနိုင်ကြောင်း နားဝင် အောင်တင်ပြရသည့် လုပ်ငန်းစဉ်ကို စိတ်ပျက်လျက်ရှိသည်ဟု CHDN အဆင့်မြင့် ခေါင်းဆောင်တစ်ဦးကပြောသည်။ ပဋိပက္ခ စတင်သည့် အချိန်မှစပြီး လုံးဝ ဝင်ရောက်လုပ်ကိုင်ခြင်း မရှိသေးသည့်နေရာများတွင် ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် နေရာများအတွက် ဝင်ထွက် တိုင်းတာစီစဉ်ပြီးဖြစ်သည်ဟုဆိုခဲ့သည့် MoH ၏ ကနဦးမှတ်ချက်များပေါ်တွင်လည်း CHDN အနေဖြင့် လက်သင့်မခံနိုင် ကြောင်းကိုလည်းပြောခဲ့သည်။

ကရင်ပြည်နယ်တွင်လည်း အလားတူ အခြေအနေမျိုး MoH နှင့် KDHW ကြားတွင်ဖြစ်ပေါ်ခဲ့သည်။ KDHW သည် UNICEF ထံမှ ပိုလီယိုကာကွယ်ဆေး တိုက်ရိုက်ရယူနိုင်ခြင်းမရှိသဖြင့် MoH သည် ကြားခံအဖြစ် ဆောင်ရွက်ပေးသည်။ သို့သော်လည်း KDHW ဝန်ထမ်းများသည် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းလုပ်ငန်းကို ဆောင်ရွက်နိုင်သည့် စွမ်းရည်ရှိကြောင်း အာမခံမရပါက ကာကွယ်ဆေးများ မပေးနိုင်ဟု MoH က ငြင်းဆန် သည်။ ကယားမှ အတွေ့အကြုံများပေါ်တွင် အခြေခံပြီး IRC မှ ထပ်မံကြားဝင်သည်။ သို့သော်လည်း ယခု အကြိမ်တွင်တော့ MoH မှ KDHW ဝန်ထမ်းများကို ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းနှင့်ဆိုင်ပြီး သင်တန်းပေးရန် ပံ့ပိုးမှုပြုလုပ်ခဲ့သည်။ သင်တန်းပေးရန်လည်း အစိုးရခွင့်ပြုမိန့်ကိုကာလရှည်ကြာစောင့်ဆိုပြီးနောက်တွင် KDHW ဝန်ထမ်းများသည် IRC ၏ အအေးခန်းပံ့ပိုးမှု၊ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး အကူအညီနှင့်အတူ ၂၀၁၅ ခုနှစ်ကုန်ပိုင်း တွင် ကွင်းဆင်းနိုင်ခဲ့သည်။ မွမ်းမံမှုများပြုလုပ်ထားသည့် ယခုပုံစံတွင် MoH မှ KDHW ဝန်ထမ်းများကို သင်တန်းပေးခြင်းဖြင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း လုပ်ငန်းများပေါ်တွင် စိတ်ချ အာမခံရသွားစေ သကဲ့သို့ KDHW ဝန်ထမ်းများသည်လည်း ၎င်းတို့ နှစ်ပေါင်းများစွာ စောင့်ရှောက်လာသည့် ဧရိယာတွင် ကွင်းဆင်း ဆောင်ရွက်ခွင့်ကို အပြည့်အဝ ပိုင်ပိုင်နိုင်နိုင် ဖော်ဆောင်ခွင့်ရရှိစေခဲ့သည်။

ကလေးသူငယ်များ ကာကွယ်ဆေးထိုးရာတွင် ကျော်ဖြတ်ရသည့်အခက်အခဲများ ဥပမာတွင် နိုင်ငံတကာ အဖွဲ့အစည်းများမှ ECBHO များသို့ ကာကွယ်ဆေးပံ့ပိုးလွှဲပြောင်းပေးခြင်းကို တင်းကျပ်စွာကန့်သတ်ထားပုံ၊ MoH နှင့် ECBHO များကြား ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု အတွက် မြန်မာအစိုးရခွင့်ပြုချက် အဆင့်ဆင့် ရယူရန် လိုအပ်ပုံ၊ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးလက်မှတ်ထိုးပြီးသည့်တိုင် မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းဒေသ အတော်များများကို EAO များက ဆက်လက်ထိန်းချုပ်ထားပြီး အစိုးရစောင့်ရှောက်မှုကို တရားဝင်လက်မခံ သည့် အချို့သောဒေသများရှိနေသေးပုံများကို တွေ့မြင်ရမည်ဖြစ်သည်။ EAO များနှင့် အစိုးရကြားမှ အသွားအလာကို နားလည်ရန် အရေးကြီးပုံ၊ ယင်းဆက်ဆံရေးများနှင့် အဝင်ခွင့်ကျဖြစ်ရန် ငွေကြေးပံ့ပိုးမှုပုံစံများ အလွန်အမင်း တင်းကျပ်၍မရပုံများကို ယင်းဥပမာ များမှ လေ့လာနိုင်သည်။

**ကာလဝမ်းရောဂါတိုက်ဖျက်ခြင်း (၂၀၁၅)**

၂၀၁၅ ခုနှစ် ကာလဝမ်းပြန့်ပွားမှု အရေးပေါ်ထိန်းချုပ်ခြင်းကို လေ့လာထားသည့် ဤဥပမာတွင် ကပ်ဆိုးတခု ဖြေရှင်းရန် စနစ် ၂ မျိုး ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုလိုအပ်ပုံ၊ နိုင်ငံတကာ အဖွဲ့အစည်းများမှ ECBHO များသို့ တိုက်ရိုက်ပံ့ပိုးမှုမပြုနိုင်ရန် ကန့်သတ်ထားသဖြင့် လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ရန် ခက်ခဲပုံများကို မြင်တွေ့ရမည်ဖြစ်သည်။ အဖွဲ့အစည်းများနှင့် မြေပြင်ဝန်ထမ်းများအတွက် ယင်းပြဿနာများကို အောင်မြင်စွာ ကျော်ဖြတ်နိုင်ရန် အတွေ့အကြုံသင်ခန်းစာများလည်းဖြစ်သည်။

၂၀၁၅ ခုနှစ်ကုန်ပိုင်းတွင် ကရင်ပြည်နယ် ဘုရားသုံးဆူဂိတ်မြောက်ဘက်တွင် ဝမ်းပျက်ဝမ်းလျှောရောဂါ ဖြစ်ပွားနေကြောင်း KDHW မှစတင်တွေ့ရှိခဲ့သည်။ အချို့သော လူနာများကို အနီးဆုံးဆေးရုံဖြစ်သော ထိုင်းနိုင်ငံတွင်းမှ ဆေးရုံများသို့ လွှဲပြောင်းပေးခဲ့သည်။ ကာလဝမ်းရောဂါဖြစ်ပွားနေကြောင်း ထိုင်းနိုင်ငံ ပြည်သူ့ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန (Thai Ministry of Public Health (MOPH)) က အတည်ပြုခဲ့သည်။ KDHW သည် ၎င်းတို့ဌာနချုပ် မဲဆောက်မှ ဝန်ထမ်းများစေလွှတ်ခဲ့သကဲ့သို့ ဘားအံရုံးမှလည်း ဝန်ထမ်းများ စေလွှတ်ခဲ့သည်။ နယ်စပ်ဖြတ်ကျော်ဝင်ရောက်ကူညီသည့်အဖွဲ့ကို Solidarités International၊ Partners Relief & Development ၊ Free Burma Rangers နှင့် ထိုင်း ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန MOPH တို့မှ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ခဲ့ပြီး ယင်းဒေသတွင် အခြေချ အဖွဲ့များရှိသည့် BMA ၊ BPHWT တို့နှင့် ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းကာ လုပ်ငန်းများဆောင်ရွက်ခဲ့သည်။

မြန်မာနိုင်ငံတွင်းမှ အဖွဲ့များနှင့်ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းလုပ်ငန်းများမှာ ပို၍ပင်ခက်ခဲရှုပ်ထွေးသည်။ ဘားအံ မှ KDHW အဖွဲ့သည် မော်လမြိုင် UNICEF ရုံးသို့ အကူအညီတောင်းခံခဲ့သည်။ သို့သော်လည်း MoH ပေါ်တွင် မှီခိုလိုခြင်းမရှိ သို့မဟုတ် MoH ဝန်ထမ်းများကို KNU နယ်မြေအတွင်း ဝင်ရောက်ရန် ခွင့်ပြုလိုပုံဖြစ်နေသည်။ UNICEF ကဲ့သို့သော UN အဖွဲ့အစည်းများထံမှ အထောက်အပံ့များ ရယူသည့်အခါတွင် ထိုကိစ္စများမှာ ရံဖန်ရံခါ ခွင့်ပြုရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။ သုံးသပ်မှုများပြုလုပ်ပြီး UNICEF ရန်ကုန်ဌာနချုပ်မှ တိုက်ရိုက်ပံ့ပိုးမှုများ ပြုလုပ်ရန်သဘောတူခဲ့သည်။ INGO တခုဖြစ်သော Première Urgence - Aide Médicale Internationale (PU-AMI) ကို ကြားကန်ထရိုက်အဖြစ် ကွင်းဆင်းပေးရန် အသုံးပြုခဲ့သည်။ UN ဝန်ထမ်းများအနေဖြင့် ECBHO များနှင့် တိုက်ရိုက် အလုပ်တွဲလုပ်ခြင်းကို ရှောင်ရှားနိုင်ရန်၊ အစိုးရ အမြင်မလွဲစေရန် ကြားလူဖြင့်ဆောင်ရွက်ခြင်းဖြစ်သည်။

ECBHO များနှင့် နိုင်ငံတကာအဖွဲ့အစည်းများ ပူးတွဲလုပ်ကိုင်ခွင့်ရရန်၊ ပြန့်ပွားမှုကို အစိုးရအနေဖြင့်လည်း တုန့်ပြန်မှုများပြုလုပ်နိုင်ရန် အတွက် အစိုးရကို အလေးအနက်ထား အကြောင်းကြားရသည်။ UNICEF သည် ရန်ကုန်ရှိ WHO ကိုယ်စားလှယ်သို့ ဆက်သွယ် ခဲ့သည်။ ၎င်းသည် နောက်တွင် နေပြည်တော်မှ တာဝန်ရှိသူများနှင့် ဆွေးနွေးမှုများပြုလုပ်ခဲ့သည်။ သို့သော်လည်း KDHW ခေါင်းဆောင်များက WHO အနေဖြင့် တုန့်ပြန်မှုမရှိခဲ့ဟု ပြောဆိုသည်။ မော်လမြိုင်တွင် အခြေစိုက်သည့် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်း UNICEF ရုံးမှ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ကရင်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေး ညွှန်ကြားရေးမှူးကို ဆက်သွယ်ခဲ့ပြီး လုပ်ငန်းများ ကို ပိတ်ပင်ခြင်း မရှိပါဟု နှုတ်အားဖြင့် သဘောတူခဲ့သည်။ (၂ ရက်အကြာတွင် ညွှန်ကြားရေးမှူးကို နေရာရွှေ့ပြောင်းလိုက်သောကြောင့် စာဖြင့် သဘောတူကြောင်း ခွင့်ပြုချက်ကိုတော့ ရနိုင်ခြင်းမရှိပါ။ ဆက်စပ်မှုမရှိသည့် အကြောင်းပြချက်များဖြင့် ပြောင်းရွှေ့လိုက်ခြင်း ဖြစ် ကောင်းဖြစ်နိုင်ပါသည်။ ၎င်းနေရာရွှေ့ပြောင်းရမှုအပေါ် ယခုကဲ့သို့ နိုင်ငံရေးအရ အကဲဆတ်သည့် ကိစ္စပေါ် အခြေခံကာ ချဉ်းကပ် ရန်မှာ အလွန်ခက်ခဲသည့် ကိစ္စဖြစ်ပါသည်။) KDHW လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ရန် KNU မှခွင့်ပြုချက်ပေးခဲ့သည်။ လုပ်ငန်း ဆောင်ရွက် နေသည့်နေရာသို့ ဝန်ထမ်းစေလွှတ်ပေးရန် MoH ၏ ကရင်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေး ညွှန်ကြားရေးမှူးထံသို့ တောင်းဆိုမှုများ ပြုလုပ်ခဲ့သော်လည်း ငြင်းပယ်ခံခဲ့ရသည်။ MoH သည် ဖြစ်စဉ်အတွင်း ပါဝင်ရန် ဆန္ဒမရှိဟု KDHW အဆင့်မြင်ခေါင်းဆောင် တစ်ဦးက ပြောပြသည်။ ၎င်း၏ သုံးသပ်ချက်အရ ဖြစ်နိုင်ချေမှာ ရွေးကောက်ပွဲ နီးလာသောကြောင့်လည်းကောင်း သို့မဟုတ် စစ်အစိုးရအနေဖြင့် ကာလဝမ်းရောဂါ ဖြစ်ပွားနေမှုကို အသိအမှတ်မပြုလိုသောကြောင့်လည်းကောင်း MoH လက်ရှောင်ရမည့် ကိစ္စတစ်ခု ဖြစ်သွားစေခဲ့ သည်။

KDHW ဝန်ထမ်းများကို PU-AMI မှ ကာလဝမ်းကုသခြင်းနှင့်ဆိုင်သည့် သင်တန်းများပေးခဲ့ပြီး ဆေးဝါး၊ ရောဂါပြန့်ပွားမှု သုံးသပ်ချက်၊ ကျန်းမာရေးအသုံးအဆောင်၊ ငွေကြေး ပံ့ပိုးမှုများပြုလုပ်ခဲ့သည်။ ၂၀၁၅ နိုဝင်ဘာတွင် ပြန့်ပွားမှုကို ထိန်းချုပ်နိုင်ခဲ့သည်။ PU-AMI ၊ UNICEF နှင့် KDHW တို့ဆက်လက်ပူးပေါင်းပြီး ရေ၊ မိလ္လာ၊ ကျန်းမာရေး (water, sanitation and health (WASH)) အစီအစဉ်များကို ယင်းဧရိယာများတွင် အကောင်အထည်ဖော်လျက်ရှိသည်။ ဤလှုပ်ရှားမှုသည် ကြီးမားသည့်အောင်မြင်မှုတစ်ခုဖြစ်ပြီး မြန်မာနိုင်ငံတွင်း နှင့် ထိုင်းနိုင်ငံမှ တုန့်ပြန်ဆောင်ရွက်ချက်များကို အောင်အောင်မြင်မြင် စုစည်းညှိနှိုင်းနိုင်ခဲ့သည်။ အစိုးရ၊ UN ၊ INGO များကြားတွင် လည်း MoH ၏ နှုတ်ခွင့်ပြုချက်နှင့်အတူ ပူးပေါင်းဆက်ဆံမှုများ ဖြစ်ပေါ်စေခဲ့သည်။ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း ဥပမာတွင် ဖော်ပြခဲ့သကဲ့ သို့ပင် နိုင်ငံတကာအဖွဲ့များသည် နေပြည်တော်၊ MoH ပြည်နယ်ကျန်းမာရေး ညွှန်ကြားရေးမှူး၊ KNU တို့ထံမှ ခွင့်ပြုချက်ရရန် စောင့်ဆိုင်းရသဖြင့် နှောင့်နှေးမှုများဖြစ်ပေါ်ခဲ့သည်။ ညှိနှိုင်းမှုများပြုလုပ်ရသည့် လုပ်ငန်းအဆင့်များလျော့သွားပါက တုန့်ပြန်မှုများ ပို၍လျှင်မြန်လာမည်ဖြစ်သည်။

## အခန်း ၅ - ပေါင်းစည်းခြင်းကို ဆန်းစစ်ခြင်း၊ ရှေ့လုပ်ငန်းများ ဖော်ထုတ်ခြင်း

အစိုးရ၊ တိုင်းရင်းသားအဖွဲ့အစည်းများ၊ နိုင်ငံတကာ အကူအညီပေးရေးအဖွဲ့များ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု၊ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုများ အားကောင်းလာစေရန် ဆောင်ရွက်နိုင်သည့် နည်းလမ်းများ၊ လမ်းညွှန်ချက်၊ တိုက်တွန်းချက်များကိုလည်း ဖော်ပြထားပါသည်။ အခန်းခွဲတစ်ခုခြင်းစီတွင် ဆက်စပ်ပတ်သက်သူ(Stakeholder) အမျိုးမျိုးအနေဖြင့် ကြုံတွေ့ရသည့် အခက်အခဲများကို ခွဲခြားလေ့လာတင်ပြထားပြီး၊ အကောင်အထည်ဖော်နိုင်သည့် အကြံပေးချက်များကို ထည့်သွင်းဖော်ပြထားပါသည်။ အကြံပေးချက်များကို နောက်ဆက်တွဲ ၁ တွင် စုပေါင်းဖော်ပြထားပါသည်။ အခန်း ၅.၁ တွင် ပေါင်းစည်းခြင်းကို နားလည်နိုင်ရန်၊ ချဉ်းကပ်ပုံများနှင့်ပတ်သက်ပြီး ခြုံငုံလေ့လာသင့်သည့်ဘောင်တစ်ခုကို တင်ပြထားပါသည်။ နိုင်ငံရေးရည်မှန်းချက်များ အစား ကျန်းမာရေးညီမျှမှုတိုးတက်အောင်ဆောင်ရွက်ရာတွင် ကြုံတွေ့လာနိုင်သည့် အခက်အခဲများပေါ်တွင် အဓိကထားဖော်ပြထားပါသည်။ အခန်းခွဲ ၅.၂ ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရာတွင်လည်းကောင်း၊ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများဆောင်ရွက်ရာတွင် ကျော်ဖြတ်ရမည့် အခက်အခဲကြီးများကို ဖော်ပြထားပါသည်။ အခန်း ၅.၃ တွင် ကျန်းမာရေးရလဒ်များ တိုးတက်ကောင်းမွန်လာစေရန်အတွက် လိုအပ်သည့် သို့မဟုတ် အကျိုးပြုရန်အတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု၊ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုများ တိုးတက်ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်သည့် အဓိကနေရာများကို ဖော်ပြထားပါသည်။ အခန်း ၅.၄ တွင် ပေါင်းစည်းခြင်း အယူအဆအတွက် ပြဿနာပေါ်လာနိုင်သည့် ဦးတည်ရာအချို့ကို ဖော်ထုတ်ထားပါသည်။ အထူးသဖြင့် နိုင်ငံတကာ အထောက်အပံ့ပေးရေးအဖွဲ့များအတွက် ဖြစ်ပြီး နည်းလမ်းအချို့၏ အကူအညီမဖြစ်စေပုံကို အကြံပြုဖော်ပြထားပါသည်။

### ၅.၁။ ပေါင်းစည်းခြင်းအတွက် သင့်တော်သည့် အခြေခံဘောင်တစ်ခုဖွဲ့ခြင်း

ပေါင်းစည်းခြင်းဟူသော စကားရပ်သည် အမျိုးမျိုးသောအင်အားစုများအတွက် အဓိပ္ပာယ်အမျိုးမျိုးဆောင်သည်။ HCCG သည် ပေါင်းစည်းခြင်းနှင့်ဆိုင်သည့် အသေးစိတ်မူဝါဒများ ချမှတ်ထားသည့်တိုင် အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ရန် လိုအပ်နေသည့် အပိုင်းများစွာ ရှိနေသေးပါသည်။ ဤအခန်းတွင် ပေါင်းစည်းခြင်း၏ မူလအခြေခံ အယူအဆကို ဖော်ပြထားပြီး အစိုးရ၊ ECBHO နှင့် နိုင်ငံတကာ အထောက်အကူပေးသည့်အဖွဲ့များအနေဖြင့် မည်သို့သဘောပေါက်သင့်ပုံ၊ မည်သို့ချဉ်းကပ်သင့်ပုံကို အကျယ်တဝင့်အကြံပေးတိုက်တွန်းထားပါသည်။

စာတမ်းရှင်များ အမြင်အရ ပေါင်းစည်းခြင်းကို ချဉ်းကပ်ရာ (နားလည်ခြင်း၊ သဘောပေါက်ခြင်း) တွင် နိုင်ငံရေး၊ ငြိမ်းချမ်းရေး လုပ်ငန်းစဉ်ပေါ် အခြေခံခြင်းထက် တန်းတူညီမျှမှုရှိသည့် ကျန်းမာရေးအတွက်ဟူသော ဦးတည်ချက်ပေါ် ဦးစွာအခြေခံရန်လိုအပ်ပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် လူမှုဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်း နှင့် နိုင်ငံရေးမှာခွဲမရအောင်ဆက်စပ်နေသည်။ သို့သော်လည်း ECBHO နှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန လွှမ်းခြုံဒေသများတွင် တန်းတူမျှတသည့် စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန်အတွက် ပေါင်းစည်းရေး ဆောင်ရွက်ချက်များကို ပြင်ဆင်၊ ဦးစားပေး၊ ပြန်လည်သုံးသပ်ဆောင်ရွက်သင့်ပါသည်။ နိုင်ငံရေး အသွားအလာ အဆင်ပြေ အားကောင်းလာစေရန် သို့မဟုတ် ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်ကို တွန်းပို့နိုင်ရန် မျှော်လင့်လျှက်ဆောင်ရွက်ခြင်း မဟုတ်ဘဲ အမှန်တကယ် ကျန်းမာရေးပေါ်တွင် အာရုံစိုက်ကာ ဆောင်ရွက်သင့်ပါသည်။ ထိုကဲ့သို့ ချဉ်းကပ်ပုံမျိုး ပေါ်ပေါက်ရန်မှာလည်း နိုင်ငံတကာ အကူအညီပေးရေးအဖွဲ့အစည်းများ၏ ပဋိပက္ခမဖြစ်စေဘဲ နိုင်ငံရေးအရိပ်အခြေကြည့် လှုပ်ရှားနိုင်မှုပေါ်တွင်လည်း မူတည်နေသည်မှာ ငြင်းမရသည့်အချက်ဖြစ်ပါသည်။

အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးရာတွင် အခက်အခဲများရှိနေသောကြောင့် အစိုးရ ရည်မှန်းချက်ဖြစ်သော အားလုံးအတွက်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု (universal health care (UHC)) အောင်မြင်ရန်အတွက် စနစ် ၂ မျိုး လုံးသည် အလွန်အရေးပါသည်။ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသည် အစိုးရတရပ်၏ ကျန်းမာရေးဌာနအနေဖြင့် လုပ်ပိုင်ခွင့်များရှိသကဲ့သို့ နိုင်ငံတကာ နှင့် ပြည်တွင်းမှ နည်းပညာ အထောက်အကူ၊ ငွေရေးကြေးရေး အထောက်အကူများလည်း ရရှိထားပါသည်။ ECBHO များထက် ရင်းမြစ်တောင့်တင်းသော်လည်း စုဖွဲ့မှု အရွယ်အစားကြီးမားခြင်း၊ လူမှုရေးအရ မြေပြင်အနေအထားအရ စောင့်ရှောက်မှုပေးရသည့်နေရာ ပို၍များခြင်းတို့ကြောင့် မြေရှင်းရမည့်ပြဿနာပိုများပါသည်။ MoH အနေဖြင့် စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်းကို တိုးချဲ့ရန်လိုအပ်ပါသည်။ ဝန်ထမ်းသစ်များ မွေးထုတ်ရန်လိုအပ်ပါသည်။ တချိန်တည်းမှာပင် ကျန်းမာရေးစနစ်ရှိ အစိတ်အပိုင်းအားလုံး၏ အရည်အသွေးများကို မြှင့်တင်ရန်၊ နှစ်စဉ်တိုးတက်လာသည့် ဘတ်ဂျက်များကို စီမံမှု အရည်အသွေးမြှင့်တင်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ စောင့်ရှောက်မှုများ ချဲ့ထွင်ခြင်းသည် နိုင်ငံအဆင့်တွင် ဆောင်ရွက်မည်ဖြစ်ပြီး အရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ စောင့်ရှောက်မှုများနှင့်ဆိုင်သည့် ကိစ္စများမှာ ဦးစားပေးကိစ္စများ အနက်မှ တစ်ခုသာဖြစ်ပါသည်။ အခြားသောနိုင်ငံများတွင်လည်း မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းကဲ့သို့ ကျေးလက်ဒေသနှင့်ဝေးလံသည့်ဒေသများတွင် စောင့်ရှောက်မှုပေးရန် ခက်ခဲသဖြင့် UHC စောင့်ရှောက်မှုကို နောက်ဆုံးမှ ရလေ့ရှိပါသည်။

ထို့ကြောင့် ECBHOs များသည် နိုင်ငံအဆင့် လွှမ်းခြုံနိုင်မှု၊ ကျန်းမာရေးရလဒ်များ တိုးတက်မှုတွင် အရေးပါသည့်နေရာမှ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ အထူးသဖြင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန လုံးဝမရှိသည့်နေရာ သို့မဟုတ် ထိထိရောက်ရောက် လွှမ်းခြုံထားခြင်းမရှိသော အသွားအလာခက်သည့်ဒေသများတွင် စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်း နှင့် ပြုပြင်ပြောင်းလဲရေးလုပ်ငန်းများတွင် ပါဝင်ခြင်းတို့ဖြစ်ပါသည်။ ECBHO များသည် ဒေသခံ လူသားအရင်းအမြစ်များကိုအသုံးပြုသဖြင့် ဘာသာစကား၊ ယဉ်ကျေးမှု အတားအဆီးများကို ကျော်လွှားနိုင်ပြီး ဒေသခံများနှင့် ယုံကြည်မှု တည်ဆောက်ထားနိုင်ပါသည်။ ယင်းဒေသများတွင် လုပ်ငန်းအတွေ့အကြုံ ဆယ်စုနှစ်ချီ ရှိခဲ့ပြီး အဖြစ်များသည့် ရောဂါ၊ သေဆုံးမှုများအတွက် ရောဂါဖော်ထုတ်ရေး လမ်းညွှန်များ၊ ကုသရေးလမ်းညွှန်များကို ပြုစုထားရှိပါသည်။ နိုင်ငံတကာ သတ်မှတ်ချက်ကိုအခြေခံထားသော်လည်း ဒေသနှင့် ကိုက်ညီအောင် ပြန်လည်ပြင်ဆင်ထားသည့် သင်တန်းများလည်း

ရှိသည်။ ထို့ပြင် EAO နှင့် တပ်မတော်တို့သည် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန၏ လှုပ်ရှားမှုကိုကန့်သတ်ထားသဖြင့် ECBHO များသာ ရောက်နိုင် သည့်ဒေသများလည်းရှိနေသေးသည်။

ဖရိုဖရဲဖြစ်နေသည့် အုပ်ချုပ်မှုဝန်းကျင်အနေအထား၊ နိုင်ငံရေးအရ ရင်ကြားစေ့ရေးနှောင့်နှေးမှု တို့ကြောင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ECBHO စနစ်များသည် အချိန်တစ်ခုထိ သီးခြားရှိနေအုံးမည်ဖြစ်သည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု တန်းတူညီမျှပေးနိုင်ရန် ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှုဖြင့်တင်ခြင်း၊ စောင့်ရှောက်မှုပေးရာတွင် ထပ်နေခြင်း၊ လစ်ဟာသွားခြင်းများကို လျော့ချကာ စောင့်ရှောက်မှုကို အမြင့်ဆုံးပေးသွားရန်၊ ပြောင်းပြန်အကျိုးသက်ရောက်မှု ဖြစ်ပေါ်စေသည့် မဟာဗျူဟာများ ရှောင်ရှားခြင်းသည် မဝေးသည့်ကာလ အတွင်း ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သည့် ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်း လှုပ်ရှားမှုများဖြစ်သည်။ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန် အဓိကလိုအပ်သည့် လုပ်ငန်း များကို အခန်း ၅.၃ တွင်ဆွေးနွေးထားပါသည်။

စနစ် ၂ မျိုးကို တစ်ခုတည်းဖြစ်အောင် အမြန်ဆုံးဆောင်ရွက်ရန် အဓိကထားဆောင်ရွက်ရမည်ဟု ရှုမြင်ခြင်းသည် ပေါင်းစည်းခြင်းကို အထောက်အပံ့မဖြစ်စေသည့်၊ ယုတ္တိကင်းသည့် ရှုမြင်မှုဖြစ်သည်။ ပေါင်းစည်းခြင်း နှင့် ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်ကြား ဆက်နွယ်မှုရှိ ရမည်ဟု ယူဆချက်များ၊ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် ကျန်းမာရေးစနစ်မျိုးအပြိုင်ရှိနေခြင်းသည် ထိရောက်မှုမရှိ၊ ပြဿနာ များသဖြင့် တစ်ခုတည်းဖြစ်သင့်သည် ဟူသော သဘောထားများလည်းရှိနေသည်။ လွှမ်းခြုံဖရိယာများ ထပ်နေသည့် သီးခြားစနစ် ၂ မျိုး၏ ထိရောက်မှုဖြင့်တင်ရန်အတွက် အခက်အခဲအချို့ရှိသည်မှာ လက်ရှိ နိုင်ငံရေးအခြေအနေ၊ မြေပြင်အခြေအနေ အမှန်ဖြစ်သည်။ ECBHO ၊ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ၂ ခုလုံး၏ ရင်းမြစ်များကို ထိန်းသိမ်းထားရန်၊ အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် လွှမ်းခြုံဖရိယာ တိုးချဲ့ သွားရန် လိုအပ်သည်။ အခန်း ၃.၁ နှင့် ၃.၂ တွင် ဖော်ပြထားသည့် ဝန်ထမ်းအဆင့်နှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းလေ့ကျင့်ခြင်း ဆန်းစစ်မှု များအရ MoH သာမက ECBHO များသည်လည်း လာမည့်နှစ်များအတွင်း ၎င်းတို့အင်အားဖြင့် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် ပြည်သူအားလုံးကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန်မရှိပါ။

နေရာတစ်ခုတည်းတွင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသည့် အဖွဲ့အများအပြားရှိနေခြင်းသည် အခြားအခြေအနေများတွင်လည်း ဖြစ်လေ့ရှိသည်။ UHC ရည်မှန်းချက်အောင်မြင်ရန်အတွက် ဆောင်ရွက်ရာတွင် နိုင်ငံအများစုသည် ထိရောက်မှုကို မြှင့်တင်ရန်အတွက် မတူညီသည့် လူမျိုးအုပ်စုများ၊ မတူညီသည့် စောင့်ရှောက်မှုပေး ပေးနိုင်ရန်အတွက် စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ အမျိုးမျိုးကို အသုံးပြု သည်။<sup>114</sup> အခန်း ၅.၃ တွင် ဆွေးနွေးခဲ့သည့်အတိုင်း မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ စောင့်ရှောက်မှုများ၏ ထိရောက်မှုကို မြှင့်တင် နိုင်ရန် လူနာလွှဲပြောင်းပေးခြင်း၊ လွှမ်းခြုံဖရိယာ၊ ပူးပေါင်းသင်တန်းပေးခြင်းတို့တွင် တိုင်ပင်ခြင်း၊ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းများကို အခြားနည်းများနှင့်အတူ တွဲလျက်အသုံးပြုနိုင်သည်။

အစိုးရအတွက်အနေနှင့် နိုင်ငံတော်တရပ်၏တာဝန်များနှင့်ပတ်သက်ပြီး အတွေးအခေါ်များ အပြောင်းအလဲ ပြုလုပ်ရမည်ဖြစ်သည်။ အမျိုးသမီး၊ အမျိုးသား၊ ကလေးအားလုံးအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထိရောက်စွာပေးနိုင်ရန်မှာ နိုင်ငံတော် တစ်ခုတည်း သာလျှင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနေသူ ဖြစ်ရန်မလိုပါ။ မြန်မာနိုင်ငံ၏ ကျန်းမာရေးကဏ္ဍတွင် ပုဂ္ဂလိကများဝင်ရောက် စောင့်ရှောက်နေသည့် အစိတ်အပိုင်းမှာ မသေးလှပါ။ အစိုးရအနေဖြင့် အရည်အသွေးအကောင်းဆုံး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ဈေးနှုန်း သက်သာနိုင်သမျှ သက်သာစွာဖြင့် ရရှိနိုင်ရန်အတွက် မှန်ကန်သည့်မူဝါဒများ၊ ဥပဒေမူဘောင်များ ချမှတ်ဆောင်ရွက် သွားရန်ပို၍ အရေးကြီးသည်။ အစိုးရသည်အားလုံး အတွက်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု (universal health care) (UHC) ဆောင်ရွက်ရာတွင် နယ်မြေကျွမ်းကျင်ခြင်း၊ အတွေ့အကြုံရှိခြင်း၊ ထူးခြားသည့် ကျွမ်းကျင်မှု အရင်းအမြစ်များကြောင့် ECBHO များကို အရေးကြီးသည့် လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်ဖြစ် ရှုမြင်ရန်လိုအပ်သည်။ နိုင်ငံတော်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု မရရှိသေးသည့် ရာနှင့် ထောင်နှင့်သည့် အရေအတွက်ကို စနစ်တကျမှတ်တမ်းတင်ရန်လိုအပ်သည်။ သို့မှသာ အစိုးရအနေဖြင့် ၎င်း၏ ပြည်တွင်း ရည်မှန်းချက်၊ နိုင်ငံတကာ ဖွံ့ဖြိုးရေး ရည်မှန်းချက်များ အကောင်အထည်ဖော်မှု၏ လက်တွေ့ဖြစ်ပေါ်နေသည့် တိုးတက်မှုများကို ထိရောက်စွာ စောင့်ကြည့်နိုင်မည်ဖြစ်သည်။ လူတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ရည်မှန်းချက်အတွက် အဖွဲ့ချုပ်၏ လမ်းပြ မြေပုံမှ မဟာဗျူဟာသည် အထက်ဖော်ပြခဲ့ပါ ချဉ်းကပ်ပုံနှင့် အတော်များများကိုကိုင်ညီပြီး အားလုံးအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ရရှိစေရန် အဖွဲ့အစည်း ပုံစံအမျိုးမျိုးဖြင့်ဆောင်ရွက်သွားမည့် ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှု လျော့ချသော အပြုသဘော တိုးတက်ခြင်းကို ပုံဖော် လျက်ရှိသည်။

ECBHO များအနေဖြင့်လည်း ၎င်းတို့ချမှတ်ထားသည့် ပေါင်းစည်းရေးမူဝါဒများ၊ အားထုတ်မှုများသည် စံချိန်မီ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို အကောင်းဆုံးပေးနိုင်ရန် ဦးထိပ်ထားပြင်ဆင်ရမည်ဖြစ်သည်။ အစိုးရစနစ်နှင့် လိုက်ဖက်ညီအောင် နည်းလမ်းစုံဖြင့် ဆောင်ရွက်နေရင်း တဖက်တွင်လည်း ကျေးလက်ပြည်သူများထံသို့ ၎င်းတို့၏ စောင့်ရှောက်မှုကို မြှင့်တင်နိုင်ရန် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မဟာဗျူဟာများ ချမှတ်ခြင်း၊ အကောင်အထည်ဖော်ခြင်းများဖြင့် ပြည်သူများ အကျိုးရှိစေမည့် လုပ်ငန်းအားလုံးကို အကောင်အထည် ဖော်သွားရမည်ဖြစ်သည်။ အရေးကြီးသည့်ကဏ္ဍတွင် ဆက်လက်ပါဝင်နေရအုံးမည်ဖြစ်သော်လည်း ECBHO များအနေဖြင့် အစိုးရ သည် လူထုမှရွေးချယ်ထားသည့် အစိုးရဖြစ်သည်ကို နားလည်ထားရမည်ဖြစ်သကဲ့သို့ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသည် နိုင်ငံ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် အခြေခံ ဖြစ်သည်ကို လေးစားရမည်ဖြစ်သည်။ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသည် လုပ်ပိုင်ခွင့်အများ အပြားရှိသည်ဖြစ်သောကြောင့် ECBHO များအနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ ကိုယ်ပိုင်မဟာဗျူဟာများ၊ ရည်မှန်းချက်များ၊ ချဉ်းကပ်ပုံများကို အစိုးရနှင့် လိုက်ဖက်ညီအောင်ဆောင်ရွက်ခြင်းသည် လက်တွေ့အကျဆုံး၊ စိုးရွံ့ရန် တစ်စုံတရာမရှိပဲ အကောင်အထည်ဖော်နိုင်မည့် နည်းလမ်းဖြစ်သည်ကို လက်ခံသိထားရမည်။

ကျန်းမာရေးစနစ်များ တိုးတက်လာစေရန် ထောက်ပံ့မှုများပြုလုပ်နေသည့် နိုင်ငံတကာအဖွဲ့အစည်းများအနေဖြင့်လည်း အချို့သော ဖွံ့ဖြိုးရေးဆိုင်ရာ အခြေခံမူများကို အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုရာတွင် အနည်းငယ်အလွဲအပြောင်းပြန်လုပ်ရန်လိုအပ်သည်။ The Busan Partnership နှင့် New Deal frameworks အပါအဝင် ဖွံ့ဖြိုးရေးဆိုင်ရာမူဘောင်များသည် နိုင်ငံဦးဆောင်သည့် (အစိုးရဦးဆောင်သည့်) ဖွံ့ဖြိုးရေး မဟာဗျူဟာများကို ပံ့ပိုးပေးရန်လိုအပ်ကြောင်း ထောင်းပေးထားသည်။ ယင်းချဉ်းကပ်ပုံသည် နိုင်ငံတကာဖွံ့ဖြိုးရေး၏ ပဟိုချက် ဖြစ်လာပြီး စင်ပြိုင်စနစ်များကို ရှောင်ရှားရန် လိုအပ်သည်ဟု ချဉ်းကပ်ပုံဖြစ်သည်။ အုပ်ချုပ်ရေးအာဏာရှိသည့်အဖွဲ့ အများအပြားရှိပြီး တရားဝင်မှုအတွက် အာဏာပိုင်အမျိုးမျိုးနေရာလှနေကြသည့်နေရာမျိုးတွင် ဖွံ့ဖြိုးရေးမဟာဗျူဟာများသည် နိုင်ငံဦးဆောင်သည့် အဆင့်ထက်ပို၍ကျယ်ပြန့်ရမည်ဖြစ်သည်။ အစိုးရတစ်ရပ်သည် ဆုံးဖြတ်ချက်ပေးပေးသည့်လုပ်ငန်းစဉ်များသည် လက်တွေ့အကောင်အထည် ဖော်ရန် ခက်ခြင်း၊ နိုင်ငံရေး အခြေအနေပေါ်တွင် အဆိုးသက်ရောက်မှုများ ရှိနိုင်ခြင်းကြောင့်ဖြစ်သည်။ ဖရိုဖရဲဖြစ်နေသည့် အုပ်ချုပ်မှု ပတ်ဝန်းကျင်ကြောင့် ကျန်းမာရေးစနစ် အများအပြားရှိနေသည့်အခါမျိုးတွင် ကျန်းမာရေး ရလဒ်ကောင်းများ ပေါ်ပေါက်စေရန် လက် တွေ့လုပ်ဆောင်နေသည့်အဖွဲ့အားလုံးနှင့် ပူးပေါင်းလုပ်ကိုင်ခြင်းသည် နိုင်ငံရေးအရ အသင့်တော်ဆုံးနည်းလမ်းဖြစ်သည်။

ဖွံ့ဖြိုးရေးလုပ်ငန်း ဆောင်ရွက်နေသူများအနေဖြင့်လည်း အစိုးရမဟုတ်သော လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့များသည် ဖွံ့ဖြိုးရေးလုပ်ငန်းစဉ်ကို ဖျက်ဆီးနေသူများဖြစ်သည် သို့မဟုတ် နိုင်ငံတည်ဆောက်ရေးကို အထောက်အကူမပြုနိုင်သူများဖြစ်သည်ဟူသော ယူဆချက်များ အပါအဝင် သမရိုးကျအတွေးအခေါ်များကို စိန်ခေါ် ဖောက်ထွက်ရန်လိုအပ်သည်။<sup>115</sup> ယင်းအယူအဆသည် ရံဖန်ရံခါ မှန်ကောင်းမှန်နိုင် သော်လည်း အမြဲတစေ မှန်ကန်မှုမရှိပါ။ အန္တိယ၊ ဖိလစ်ပိုင်၊ ဆီးရီးယား နှင့် အီသီယိုးပီးယားတွင် အစိုးရမဟုတ်သည့် လက်နက်ကိုင် အဖွဲ့များသည် ဖွံ့ဖြိုးရေးနှင့် လူမှုဝန်ဆောင်မှု ထောက်ပံ့ရေးလုပ်ငန်းများတွင် အပြုသဘောမှ ပါဝင်ခဲ့သည့် သာမကများရှိသည်။<sup>116</sup>

အုပ်ချုပ်ရေးအဖွဲ့အစည်း (governance actors) အများအပြားရှိနေခြင်းကြောင့် မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းအတွက် ဖွံ့ဖြိုးရေး ပုံစံသစ် (an alternative model of development) လိုအပ်နိုင်သည်။ တိုက်ပွဲများလျော့ကျသွားခဲ့သော်လည်း EAOs များသည် ဒေသတွင်းနေရာအတော်များတွင် အုပ်ချုပ်ရေးအာဏာကို ထိန်းသိမ်းထားနိုင်ခဲ့ဖြစ်သည်။ အချို့သောဒေသများရှိ ပြည်သူ များသည် မြန်မာအစိုးရကို တရားဝင် အစိုးရအဖြစ် အသိအမှတ်ပြု လိုလားခြင်းမရှိပါ။ အစိုးရသည် ဖွံ့ဖြိုးရေးဆောင်ရွက်သူဖြစ်သော် လည်း အတိတ်နှင့် လက်ရှိပဋိပက္ခများတွင် ပါဝင်နေသူလည်းဖြစ်နေသည်။<sup>117</sup>

သဘောတရားအရ ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်သည် နိုင်ငံတော်နှင့် EAO များ၏ အုပ်ချုပ်ရေးကဏ္ဍများကို ရှင်းလင်းစွာသတ်မှတ်နိုင် ရမည်ဖြစ်သည်။ တစ်နိုင်ငံလုံးဆိုင်ရာ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး သဘောတူညီချက်ပါ ကြားကာလအစီအစဉ်များသည် မှန်ဝါးဝါးသာ ဖြစ်ပြီး ပါဝင်လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းမရှိသေးသည့် EAO အဖွဲ့ များကျန်ရှိနေသေးသည်။ အခန်း ၅.၂ ကိုကြည့်ပါ။ တရားဝင်သဘောတူ ညီချက်မရယူနိုင်မှီကာလအတွင်း အရည်အသွေးမြင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို အထိရောက်ဆုံးပေးနိုင်ရန်အတွက် အလှူရှင် များသည် အစိုးရဘက်ကိုဖြစ်စေ EAO ဘက်ကိုဖြစ်စေ ဘက်လိုက်မှုမရှိဘဲ မျှမျှတတထောက်ပံ့ပေးခြင်းသည် နိုင်ငံရေးပြဿနာ အရှင်းဆုံး နည်းလမ်းဖြစ်သည်။ ငွေကြေးတောင့်တင်းသည့် အလှူရှင်အဖွဲ့များနှင့် အလှူရှင်စုပေါင်းအဖွဲ့များသည် နှစ်ဖက်မျှ ထောက်ပံ့သည့်နည်းလမ်းကို ကျင့်သုံးနေကြပြီဖြစ်သည်။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်း ကျေးလက်အစွန်အဖျားဒေသတွင် ဝင် ရောက် လုပ်ကိုင်နေသည့် အလှူရှင်များအနေဖြင့် ယင်းနည်းလမ်းကို ကျင့်သုံးရန်မှာ အထူးသဖြင့် အရေးကြီးသည်။

ECBHO များသည် နိုင်ငံတွင်းရှိ သွားလာရခက်ခဲ၊ ကူကယ်ရာမဲ့သူများထံသို့ ပဋိပက္ခ ကာလအတွင်း သို့မဟုတ် ဘေးဒုက္ခရောက်ရှိချိန် အထောက်အပံ့ပေးရာတွင် အဓိကကျော်ရိုးဖြစ်သည်။ အရေးပေါ် ကူညီထောက်ပံ့မှုများ ပြုလုပ်ပေးသူများလည်းဖြစ်သည်။ အစိုးရ သည် ကျန်းမာရေးဘတ်ဂျက်များ တိုးမြှင့်သုံးစွဲရန် ကတိပြုမှုများရှိလာသည်နှင့်အညီ နိုင်ငံတကာ အသိုင်းအဝိုင်းအနေဖြင့်လည်း ယင်းကတိများ အမှန်တကယ်ဖြစ်ပေါ်လာစေရန်၊ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသို့ နည်းပညာ အထောက်အပံ့ပေးပြီး ဝန်းရံမှုများ ပြုလုပ် ရာတွင် အရေးကြီးသည့်နေရာမှ ပါဝင်နိုင်သည်မှာ သိသယဖြစ်ဖွယ် မလိုသည့်ကိစ္စဖြစ်သည်။ ECBHO များသည် အလှူရှင်များ၏ ထောက်ပံ့မှုပေါ်တွင် အကြီးအကျယ်မှီခိုနေရသော်လည်း ကူကယ်ရာမဲ့သူများထံသို့ စရိတ်စက မများဘဲ စောင့်ရှောက်ပံ့ပိုးမှုများပေး နိုင်ခြင်း၊ ထိုဒေသမှပြည်သူများကို အစိုးရစောင့်ရှောက်မှုသို့ ပြဿနာမဖြစ်စေဘဲ ချိတ်ဆက်ပို့ဆောင်ပေးသူများဖြစ်သောကြောင့် တန်ဖိုးထားဆက်ဆံရမည့် ကျန်းမာရေးလုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်များအဖြစ် လက်ခံရမည်ဖြစ်သည်။ ECBHOs များအနေဖြင့် အကျပ် အတည်းတွေ့ ပြည်သူများကို ပို၍ကောင်းမွန်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ဆက်လက်တိုးတက်ပေးနိုင်ရန်၊ ပဋိပက္ခ ပြန်လည် ဖြစ်ပွားခဲ့ပါက အဆင့်သင့်ဖြစ်နေရန်အတွက် အလှူရှင်များသည် ECBHO များသို့ ပုံမှန်၊ တည်ငြိမ်သည့် အထောက်အပံ့ပေးနိုင်မည့် နည်းလမ်းများပြင်ဆင်ထားသင့်သည်။

**အစိုးရသို့အကြံပြုချက် ၁။** ■ ECBHOများသည်စွမ်းဆောင်ရည်၊အတွေ့အကြုံ၊နယ်မြေအနေအထားကျွမ်းကျင်မှုတို့ရှိနေသဖြင့် UHC အောင်မြင်ရန် ECBHO များကို အရေးကြီးသည့် လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်အနေဖြင့် ရှုမြင်သင့်သည်။

- ECBHOs များ၏ အခန်းကဏ္ဍမြှင့်တင်နိုင်ရန် မှန်ကန်သည့်မူဝါဒများနှင့် ဆောင်ရွက်ပုံများ ပြုစုရေးသားရန်၊ ဆက်လက်ဖော်ပြမည့် အကြံပြုချက်များပါအတိုင်း အရည်အသွေးမီ စောင့်ရှောက်မှုများပြုလုပ်နိုင်ရန် အားဖြည့်ပေးမှုများ ဆောင်ရွက်ရမည်ဖြစ်သည်။

**ECBHOသို့ အကြံပြုချက် ၁။** ■ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ပေါင်းစည်းရေး ကြိုးပမ်းမှုများ ဆက်လက်ဆောင်ရွက်သင့်ပြီး ယင်းအားထုတ်မှုများသည် စံချိန်စံညွှန်းမာရေး ရရှိစေရန် အဓိက ဦးစားပေးအဖြစ် ရည်ရွယ်သင့်သည်။

- NLD ဦးဆောင်သည့် အစိုးရအဖွဲ့သည် ပြည်သူထောက်ခံမှုနှင့် အာဏာရရှိလာသည့် အစိုးရဖြစ်သောကြောင့် ECBHOs များအနေဖြင့် အစိုးရတစ်ရပ်၏ နိုင်ငံကျန်းမာရေးကဏ္ဍတိုးတက်ရေးအတွက် စီမံခန့်ခွဲမှုကို အသိအမှတ်ပြုရမည်။ MoH သည် နိုင်ငံတွင်းတွင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အဓိကတာဝန်ယူသူအဖြစ်ရှိနေသည်ကို အသိအမှတ်ပြုရမည်။
- MoH တွင် လုပ်ပိုင်ခွင့်အာဏာအများအပြားရှိသည်နှင့်အညီ ECBHOs များ၏ မဟာဗျူဟာများနှင့် ရည်မှန်းချက်များသည် MoH ရည်မှန်းထားချက်များနှင့် လိုက်ဖက်ညီသည်ဆိုပါက လက်တွေ့အကောင်အထည်ဖော်ရာတွင် များစွာအကျိုးရှိမည်ဖြစ်သကဲ့သို့ ECBHO များလုပ်ငန်း အကောင်အထည်ဖော်ရာတွင်လည်း စိုးရိမ်ကြောင့်ကြမှုမရှိပဲ အကောင်အထည်ဖော်နိုင်မည်ဖြစ်သည်။

**နိုင်ငံတကာမှ အကူအညီပေးရေးအဖွဲ့များသို့ အကြံပြုချက် ၁။** ■ လတ်တလောအနေဖြင့် လူတိုင်းကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရရှိစေရန် လက်တွေ့အရေရာ၊ နိုင်ငံရေးအရပါ MoH နှင့် ECBHO တို့၏ စနစ် ၂ မျိုးလုံးကိုထောက်ပံ့ရန်လိုအပ်သည်။

**နိုင်ငံတကာ အကူအညီပေးရေးအဖွဲ့များသို့ အကြံပြုချက် ၂။** ■ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ သွားလာရန် ခက်ခဲသည့်နေရာ၊ အလွယ်တကူအန္တရာယ်တွေ့နိုင်သူများကိုအဆင့်အတန်းမြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ တည်တည်ငြိမ်ငြိမ် ပံ့ပိုး ပေးနိုင်ရန် အတွက် ECBHOs များကို စနစ်တကျ အသင့်အနေအထားရှိစေမည်။ ရေရှည်သဘောဆောင်ပြီး တည်ငြိမ်သော ထောက်ပံ့ရေး နည်းလမ်းများကို ပြင်ဆင်ထားသင့်သည်။

- အလှူရှင်များသည် အစိုးရချည်းသတ်သတ် ရေးဆွဲထားသည့် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များကိုသာ အလေးထားသည့် သမရှိကျ ဖွံ့ဖြိုးရေးချဉ်းကပ်ပုံများကို ပြုပြင်ရန်လိုအပ်မည်။ MoH နှင့် ECBHOs နှစ်ခုလုံးကို ထောက်ပံ့သည့် နည်းလမ်းကို ထောက်ခံအသုံးပြုရမည်။ ကျန်းမာရေးစနစ် တန်းတူညီမျှမှု ဖော်ဆောင်ခြင်းလုပ်ငန်းတွင် အကျိုးဖြစ်ထွန်းစေရန် စနစ် ၂ခု ပူးပေါင်းစေခြင်းကို ပံ့ပိုးပေးရမည်။
- ယင်းသို့ ထောက်ပံ့ပေးမှုများသည် အရည်အသွေးမီ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ပြည်သူ အများအပြားအား ပံ့ပိုးပေးနိုင်ရန် ရည်ရွယ်ပြီး ဆောင်ရွက်ရမည်။ အထူးသဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုံလောက်စွာမရရှိသူများ၊ ဘေးအန္တရာယ် ခုခံနိုင်စွမ်းမရှိသူများအတွက် ရည်ရွယ်ရမည်။
- ယခုဖြစ်ပေါ်နေသည့် နိုင်ငံရေးအခြေအနေအထားအရ ECBHO များသည် တိုင်းရင်းသားလူမျိုးစုများအား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပြုလုပ်ပေးနိုင်ရန် အလှူရှင်များ၏ ရန်ပုံငွေများကို မှီခိုနေရသည်ဆိုသော်လည်း ကုန်ကျစရိတ် သက်သာလွန်းသည့် စောင့်ရှောက်မှုများ ဖြစ်သည်ဟူသောအချက်ကို အလှူရှင်များအနေဖြင့် အသိအမှတ်ပြုရန် လိုသည်။
- အလှူရှင်များအနေဖြင့် စီမံကိန်းတစ်ခုချင်းစီအလိုက် အလှူငွေပံ့ပိုးပေးခြင်းထက် နည်းပညာပိုင်းဆိုင်ရာ မိတ်ဖက်အဖွဲ့အစည်းများ (technical partners) နှင့် ECBHO များကြား ကာလရှည် လက်တွဲဆောင်ရွက်ခြင်းကဲ့သို့သော စနစ်များကို အားကောင်းစေသည့် (systems-strengthening) ချဉ်းကပ်ပုံကို အသုံးပြုသင့်သည်။
- ထိုကဲ့သို့သော နည်းလမ်းများ (instruments) ကို အလှူရှင်တစ်ဦးတည်း သို့မဟုတ် အလှူရှင်များ၏ ကျန်းမာရေး မဟာဗျူဟာများတွင် သီးသန့်အစိတ်အပိုင်းတခုအနေဖြင့် ထည့်သွင်း အကောင်အထည်ဖော်နိုင်သည်။
- ယင်းနည်းလမ်းများကို ECBHO များနှင့် လေးလေးနက်နက်ဆွေးနွေးပြီး၊ ၎င်းတို့လက်ရှိ ဖွဲ့စည်းပုံကို အကျယ်တဝင့် လေ့လာပြီးမှ ဖော်ထုတ်သင့်သည်။
- ယင်းအစီအစဉ်အတွက် ECBHO များနှင့် ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ထားနိုင်ပြီးဖြစ်သော အခြေကျခိုင်မာသည့် နည်းပညာဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းများ (Technical agencies) ကို ဦးစားပေးရွေးချယ်ရမည်။



**၅.၂။ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းနှင့် ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ခြင်းတွင် အတားအဆီးဖြစ်ပေါ်နေသည်များ ကျော်လွှားခြင်း (Overcoming barriers to cooperation and trust building)**

ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်း၏ လက်ရှိအဆင့်ကို ဆန်းစစ်ရန်၊ ရှေ့အဆင့်အတွက် အကောင်းဆုံးဖြစ်မည့်လုပ်ငန်းစဉ်များ ကြိုတင် ဖော်ထုတ်ထားရန် လိုအပ်သည်။ ပထမဆုံးအနေဖြင့် စနစ် ၂ ခုကြား ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းနှင့် ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ခြင်းတွင် အခက်အခဲများရှိသည်ကို အသိအမှတ်ပြုရန်လိုအပ်သည်။ အမျိုးသားဒီမိုကရေစီအဖွဲ့ချုပ်၏ UHC လမ်းပြမြေပုံအရ အပြုသဘော ဆောင်သည့် ဆွေးနွေးမှု၊ ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရေးလုပ်ငန်းစဉ်သည် အရေးကြီးသည်ဟု ဖော်ပြထားသည်။<sup>118</sup> ဤအခန်းတွင် ယင်းကိစ္စများ အကောင်အထည်ဖော်ရေးအတွက် အဓိက တားဆီးနေသည့်ပြဿနာများကို ဖော်ထုတ်ထားပြီး အစိုးရနှင့် ECBHO များကြား ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရန်အတွက် အတိအကျ ဖော်ဆောင်သင့်သည့် အချက်များကို အကြံပြုဖော်ပြထားပါသည်။

*ECBHO များကို တရားဝင်အသိအမှတ်ပြုမှုလိုအပ်ခြင်း (The need for formal recognition of ECBHOs)*

ဆယ်စုနှစ်ချိန်ဖြစ်လာခဲ့သည့် ပြည်တွင်းစစ်ကြောင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ECBHO များကြားတွင် မယုံကြည်မှုများစွာရှိနေဆဲ ဖြစ်သည်။ ပဋိပက္ခဒေသများတွင် ဆောင်ရွက်ခဲ့သည့် ECBHO များ၏ အတွေ့အကြုံ၊ လူ့အခွင့်အရေးချိုးဖောက်မှုများအား သတင်းပေး ပို့ခြင်းများ<sup>119</sup> သည် ဗဟိုအစိုးရနှင့် စစ်တပ်ပေါ်တွင် သံသယအကြီးအကျယ် ဖြစ်ပေါ်စေခဲ့ပြီး ယနေ့တိုင် အကျိုးအမြစ်ရှိနေ ဆဲဖြစ်သည်။ အခြားတဖက်တွင် အစိုးရသည်လည်း ECBHO များကို လက်နက်ကိုင်များ၏ လက်တံတခု၊ ပြည်ပအတိုက်အခံများ၏ လှုပ်ရှားမှုတခုအနေဖြင့်သာ ရှုမြင်ခဲ့သည်။

အတိအကျဆိုရလျှင် ECBHO များကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူများအဖြစ် ဥပဒေကြောင်းအရ အသိအမှတ်မပြုသည်သာမက ၎င်းတို့နှင့် EAO များကြားမှ ချိတ်ဆက်မှုကိုလည်း မတရားသင်း ဆက်သွယ်မှုအဖြစ် နှစ်ပေါင်းများစွာ သတ်မှတ်ထားမှုများသည် စနစ်နှစ်ခုကြား ပူးပေါင်းမှုကို အကြီးအကျယ် အနှောင့်အယှက်ဖြစ်စေသည်။ ECBHO ဝန်ထမ်းများအနေဖြင့် အဖမ်းအဆီးခံရမည်ကို စိုးရိမ်လျက် လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ရသကဲ့သို့ ECBHOs လုပ်ငန်းများတွင် ဝင်ရောက်ပူးပေါင်းသည့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ဝန်ထမ်းများ မှာလည်း ၎င်းတို့အထက်အရာရှိ သို့မဟုတ် အခြားအစိုးရအစိတ်အပိုင်းမှ အပြစ်ပေးမည်ကို ကြောက်ရွံ့နေရသည်။ မတရားသင်း ဆက်သွယ်မှုဥပဒေကို ကျန်းမာရေးလုပ်သားများပေါ်တွင် အသုံးပြုခြင်းမရှိတော့သည့်တိုင် ဥပဒေတစ်ခုအနေဖြင့် တည်နေဆဲ ဖြစ်သည်။ ၂၀၁၆ ဧပြီလအထိ ယင်းပုဒ်မကို အသုံးပြုနေဆဲဖြစ်ပြီး<sup>120</sup> ၂၀၁၁ ခုနှစ်မှ ယနေ့ထိ အနည်းဆုံး လူပေါင်း ၅၀ (ကျန်းမာရေး လုပ်သားမဟုတ်သည့်တိုင်)<sup>121</sup> ကို ယင်းပုဒ်မဖြင့် ဖမ်းဆီးချုပ်နှောင်ခဲ့သည်။ MoH မှ သာမန်ဝန်ထမ်းများသည် ယင်းအချက်ကို ကြောက်ရွံ့နေကြဆဲဖြစ်ပြီး နေပြည်တော်မှ ခွင့်ပြုချက်မရရှိပါက ECBHOs မှ ဝန်ထမ်းများနှင့် တွေ့ဆုံလျှင် ၎င်းတို့အတွက် လုံခြုံမှုမရှိဟု လက်ခံထားဆဲဖြစ်သည်။ ယင်းအချက်သည် ကွင်းဆင်းဝန်ထမ်းများကြား ပုံမှန်တွေ့ဆုံမှုများကို အတားအဆီးဖြစ်စေသည်။

ပဋိပက္ခများကို နိုင်ငံရေးအရ ဖြေရှင်းနိုင်ခြင်းမရှိမီစပ်ကြား ဖွံ့ဖြိုးရေးနှင့် အခြားဝန်ဆောင်မှုများပေးခြင်းဖြင့် အုပ်ချုပ်ရေးပိုင်းတွင်ပါဝင် လျက်ရှိသော ၎င်းတို့အခန်းကဏ္ဍဖြစ်တည်မှုကို အပြည့်အဝအသိအမှတ်ပြုပေးရန်အတွက် EAO များသည် တနိုင်ငံလုံးဆိုင်ရာ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး စာချုပ်တွင် အထက်ဖော်ပြခဲ့ပါ ကြားကာလအစီအစဉ်ကို အစဉ်တစိုက် တိုက်တွန်းတောင်းဆိုခဲ့သည်။ ၎င်းတို့၏ ကျန်းမာရေးဌာနများ နှင့် ၎င်းတို့ ပံ့ပိုးပေးလျက်ရှိသော အခြားဝန်ဆောင်မှုများကို တရားဝင်အသိအမှတ်ပြုရာတွင် ပါဝင်ရန် မျှော်လင့်ထားသည်။ ယင်းကိစ္စနှင့် ပတ်သက်ပြီး အပြည့်အဝ သဘောတူညီချက်မရရှိခဲ့သော်လည်း နောက်ဆုံး သဘောတူညီချက်အရ အခြားကဏ္ဍများနှင့်အတူ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုတွင် ၎င်းတို့ပါဝင်မှုကို အသိအမှတ်ပြုထားပြီး ထိုကဲ့သို့ဝန်ဆောင်မှုများပေးရာ တွင် အစိုးရနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်ကြောင်းကို အသားပေးဖော်ပြထားသည်။

သဘောတူညီချက်၏ ပထမဆုံးပိုင်းတွင် တပ်မတော်နှင့် EAO တို့သည် ပြည်သူလူထု သက်မွေးဝမ်းကျောင်း၊ ကျန်းမာရေး၊ ပညာရေးနှင့် ဒေသဖွံ့ဖြိုးရေးများအတွက် တဖွဲ့နှင့်တဖွဲ့ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်သွားမည်ဟု ပါရှိသည်။<sup>122</sup> နောက်ပိုင်းတွင် ဤသဘောတူညီချက်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးကြသည့် တိုင်းရင်းသား လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့အစည်းများသည် ၎င်းတို့သက်ဆိုင်ရာဒေသ၏ ဖွံ့ဖြိုးရေးနှင့် လုံခြုံရေး ကဏ္ဍတွင် တာဝန်ယူခဲ့ကြသူများ ဖြစ်သည်။ နိုင်ငံရေးသဘောတူညီချက်မရမီ ပါဝင်လက်မှတ်ရေးထိုးသူများ တဖွဲ့နှင့်တဖွဲ့ ညှိနှိုင်းပြီး ကျန်းမာရေး၊ ပညာရေး၊ လူမှုစီးပွား ဖွံ့ဖြိုးရေးအတွက် စီမံကိန်းများ ဆောင်ရွက်သွားမည်ဟု ပြောင်းလဲသွားခဲ့သည်။<sup>123</sup>

သဘောတူညီချက်ပါ စာသားများသည် လက်မှတ်ရေးထိုးရာတွင် ပါဝင်သည့်အဖွဲ့များ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ၊ တရားဝင် လုပ်ပိုင်ခွင့်များကို အခြေခံသဘော သတ်မှတ်ပေးနိုင်ခဲ့ပြီး အစိုးရဖိနှိပ်မှုမှ အကာအကွယ်ပေးနိုင်ခဲ့သော်လည်း ရှင်းလင်း သည့် လုပ်ပိုင်ခွင့်အာဏာများ ပေးအပ်ထားခြင်းမရှိပါ။ ထို့ပြင် ယင်းအဖွဲ့များသည် တနိုင်ငံလုံး ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး သဘော တူညီချက် လက်မှတ်ရေးထိုးသည့် အဖွဲ့များအတွက်သာ အကျိုးဝင်သဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် အကောင်းဆုံး ဖြစ်စေရန် ဦးတည်ရမည့်အစား အဖွဲ့များ၏ နိုင်ငံရေး ရပ်တည်ချက်ပေါ်တွင် ခွဲခြားမှုပြုလုပ်သကဲ့သို့ဖြစ်နေသည်။

အဓိပ္ပာယ်ပြည့်ဝ၊ ယုံကြည်မှုအပြန်အလှန်ရှိသည့် ဆက်ဆံရေးထူထောင်ရန်မှာ အချိန်ကြာခက်ခဲ့မည့် လုပ်ငန်းစဉ်ဖြစ်သည်ကို အစီရင်ခံစာ နောက်ပိုင်းတွင် ဖော်ပြထားပါသည်။ မည်သို့ဆိုစေကာမူ အရေးကြီးသည့်ပထမဆုံးခြေလှမ်းအနေဖြင့် အစိုးရသည် ECBHO များအနေဖြင့် ၎င်းတို့ရပ်ရွာများတွင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများပေးနေသည်ကို အပြည့်အဝ အသိအမှတ်ပြု

ရမည်ဖြစ်သည်။ NLD ၏ UHC လမ်းပြမြေပုံတွင် တိုင်းရင်းသား ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများ (ethnic health organizations)<sup>124</sup> ၏ အပြုသဘောဆောင်သည့် ကဏ္ဍကို ထပ်ခါတလဲလဲ ဖော်ပြထားသည်။ အစိုးရအနေဖြင့် ECBHO များနှင့် ၎င်းတို့၏ တာဝန်များကို ဥပဒေတွင်ပြဌာန်းပေးခြင်း သို့မဟုတ် သမ္မတ အမိန့်ထုတ်ပြန်ပေးခြင်းဖြင့် အသိအမှတ်ပြုမှုများကို ခိုင်မာအောင်ဆောင်ရွက်သင့်သည်။ အနည်းဆုံး ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန မူဝါဒတွင် ထည့်သွင်း အသိအမှတ်ပြုသင့်သည်။

ယင်းကဲ့သို့အသိအမှတ်ပြုဆောင်ရွက်ချက်များသည် မတရားသင်းပုဒ်မကြောင့် ပေါ်ပေါက်လာသည့် အခက်အခဲများ ရှောင်ကွင်း ရာတွင် အရေးကြီးသည်။ ထိုထက်ပိုသည်မှာ ECBHO နှင့် ၎င်းတို့ဝန်ထမ်းများ၏ ဆောင်ရွက်ချက်များကို လေးစားသည့် အမှတ် လက္ခဏာဖြစ်သည်။ ယင်းလုပ်ငန်းအဆင့်များ အကောင်အထည်ဖော်နိုင်ရန် တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစုများမှာ အသိပညာ နံနံပြီး ဗဟိုအစိုးရ၏ ပံ့ပိုးမှုလိုအပ်သည်ဟူသော စစ်တမ်းရ၏ ဝါဒဖြန့်ချက်များကိုလည်း ချေဖျက်ရန်လိုအပ်သည်။ ဆယ်စုနှစ်ချီ ရိုက်သွင်း ခဲ့သည့် ဝါဒဖြန့်မှုများသည် အချို့သော MoH ဝန်ထမ်းများ အသိစိတ်တွင် သက်ရောက်မှုရှိနေဆဲဖြစ်ပြီး အစည်းအဝေးပွဲများနှင့် အခြား ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများတွင် ပြဿနာပေါ်ပေါက်စေသည့် စိတ်သဘောထားများ ဖြစ်သည်။

ယင်းပုဒ်မများသည် သဘောတရားအရ (သို့မဟုတ် အဖွဲ့များမှ သဘောတူထားသည့် အခြားသတ်မှတ်ချက်များတွင်) ECBHOs များသည် နိုင်ငံ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် အရေးကြီးသူများဖြစ်သည်။ ထို့ကြောင့် ပြည်တွင်းနှင့် နိုင်ငံတကာမှ ရန်ပုံငွေများ လက်ခံနိုင်သည် (အစိုးရအပါအဝင်၊ အနာဂတ်တွင် ခွင့်ပြုရန်အလားအလာရှိ)။ MoH အနေဖြင့် စောင့်ရှောက်မှုထပ်နေသည့် နေရာများတွင် ဝင်ရောက်သည့်အခါတွင် ECBHO များနှင့် ညှိနှိုင်းသင့်သည်။ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာမူဝါဒ၊ မဟာဗျူဟာများနှင့် ပတ်သက်လာလျှင် အစိုးရသည် EAO များနှင့် ညှိနှိုင်းရမည်ဟု ဖော်ပြထားသင့်သည်။ ယင်းကဲ့သို့ ဥပဒေသည် အလွန်အကျွံ တင်းကျပ်ရန်မလိုဘဲ မြေပြင်တွင် ECBHO များနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်သည့် သက်ဆိုင်ရာအစိုးရအဖွဲ့အဖွဲ့ လုပ်သားကိုင်သာ ရှိစေရန် နေရာလွတ်များ ဖန်တီးထားပေးရမည်။

ယင်းကဲ့သို့ဆောင်ရွက်ချက်များကို NLD ၏ ရေရှည်ရည်မှန်းချက်ဖြစ်သော ECBHO များကို အသိအမှတ်ပြု လိုင်စင်ချပေးခြင်း၊ စောင့်ကြည့်ထိန်းကျောင်းခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်ရန် အားထုတ်မှု ပထမအဆင့်အဖြစ် ဖော်ဆောင်သင့်သည်။ ယင်းအဆင့်တွင် ငြိမ်းချမ်းရေး တည်ဆောက်မှုအတွက်သော်လည်းကောင်း၊ ဖြူစင်သည့်စေတနာကို ပြသရန်အတွက်သော်လည်းကောင်း ECBHO အနေဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူများအဖြစ် အသိအမှတ်ပြုခံရရန်အတွက် အထူးတလည်မှတ်ပုံတင်ဆောင်ရွက်ခြင်းမျိုးမရှိ စေရန် စီစဉ်ထားပေးရမည်။

ယင်းသို့ဆောင်ရွက်ခြင်းဖြင့် MoH အနေဖြင့်လည်း တရားဝင်ဆက်ဆံရေးမရှိသည့်တိုင် လိုအပ်လာသည့်အခါတွင် EAO နှင့် ချိတ်ဆက်မှုရှိသည့် ကျန်းမာရေးကွန်ယက်များနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်နိုင်ရန် အခွင့်အလမ်းများရှိလာမည်ဖြစ်သည်။ ဥပမာ အရေးပေါ်ကိစ္စများ ပေါ်ပေါက်ခြင်း။ အရေးကြီးသည့်အချက်အနေဖြင့် ယင်းပြဌာန်းချက်များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပြုလုပ် နေသူအားလုံးပေါ်တွင် ကျင့်သုံးသင့်ပြီး NCA လက်မှတ်ရေးထိုးထားသူများနှင့် အချိတ်အဆက်ရှိသူ သို့မဟုတ် အခြားသော နိုင်ငံရေး သတ်မှတ်ချက်အရ ဘောင်ဝင်သူများအတွက်သာ သီးသန့်ရည်ရွယ်ခြင်းမရှိစေရန် စီစဉ်ရမည်။

မည်သို့ဆိုစေကာမူ NLD ဦးဆောင်သည့် အစိုးရသည် အုပ်ချုပ်ရေးလုပ်ငန်းများဆောင်ရွက်ရန်အတွက် ဒီမိုကရေစီနည်းကျ အာဏာ အပ်နှင်းထားခံရသူများဖြစ်ပြီး ယခင်အစိုးရများထက် ပို၍တရားဝင်ထောက်ခံမှုများရရှိထားသည့်အချက်ကို ECBHO များအနေဖြင့် လည်း အသိအမှတ်ပြုရမည်။ အပြည့်အဝ အသိအမှတ်ပြုရန် ဆောင်ရွက်သည့်အခါ လိုအပ်လာဖွယ်ရှိသောကြောင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပြုလုပ်သူများအတွက် အခြေခံစည်းမျဉ်းများ၏ အခြေခံအနေဖြင့် တရားဝင်မှတ်ပုံတင်ခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်ကို စတင် အားပေးလုပ်ဆောင်ခြင်းသည် ယခုအစိုးရအတွက် ကျိုးကြောင်းဆီလျော်မှုမရှိသည့် လုပ်ငန်းစဉ် မဟုတ်ပါ။ NLD ၏ ၂၀၁၆ မတ်လ ကျန်းမာရေး ပေါ်လစီတွင် စောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းခြုံနိုင်သည့် နေရာအမြင့်ဆုံး ချဲ့ထွင်နိုင်ရန်အတွက် တိုင်းရင်းသား ကျန်းမာရေး အဖွဲ့အစည်းများသည် မရှိမဖြစ်အရေးကြီးသည်ဟု ဖော်ပြလျက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူအမျိုးမျိုး (all types of health providers) ကို တရားဝင်အသိအမှတ်ပြုရန် လိုအပ်ပုံကို ထပ်တလဲလဲ ဖော်ပြထားသည်။ စည်းမျဉ်းသတ်မှတ်ချက်များနှင့် စောင့်ကြည့် ထိန်းကျောင်းမှုများ အားကောင်းရန် (ဥပမာ - အသိအမှတ်ပြုခြင်းနှင့် လိုင်စင်ချထားပေးခြင်းအပါအဝင်) အရည်အသွေးမီ စံအဖြစ် သတ်မှတ်ထားသည့် သတ်မှတ်ချက်များ ကျင့်သုံးအသုံးချနိုင်ရန် လိုအပ်သည်<sup>125</sup> ဟုဖော်ပြထားသည်။ ECBHO ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများ အသိအမှတ်ပြုရေးနှင့်ပတ်သက်ပြီး ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု ပိုမိုလိုအပ်ပုံကို အခန်း ၅.၃ တွင် ဆွေးနွေးထားသည်။

**အစိုးရသို့ အကြံပြုချက် ၂။ ■ ECBHO များကို အခိုင်အမာ အသိအမှတ်ပြုပါ။ ဥပဒေဖြင့် သို့မဟုတ် ကြေညာစာဖြင့် အသိအမှတ်ပြုပါ။**

- အဖွဲ့များနှင့် နှစ်ဖက်သဘောတူထားသည့် သတ်မှတ်ချက်များပေါ်တွင် အခြေခံသင့်သည်။
- ECBHO များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနေသူများဖြစ်ကြောင်း ဖော်ပြသင့်သည်။
- ECBHO များသည် အစိုးရ၊ ပြည်တွင်း၊ နိုင်ငံတကာ အကူအညီများ နှင့် ဒေသခံရပ်ရွာများမှ ရန်ပုံငွေလက်ခံနိုင်ခွင့်ရှိသည် ဟု ဖော်ပြထားရမည်။
- MoH အနေဖြင့် ထပ်တူကျနေသည့် လွှမ်းခြုံနေရာများတွင် ဝင်ရောက်လှုပ်ရှားသည့်အခါတွင် ECBHO များနှင့် ပူးပေါင်း လုပ်ဆောင်၊ ညှိနှိုင်းလုပ်ဆောင်ရမည်ဟု ဖော်ပြထားသင့်သည်။
- အမျိုးသားကျန်းမာရေးမူဝါဒ၊ ဆက်စပ်မဟာဗျူဟာများနှင့် ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများ ပြုလုပ်သည့်အခါတွင် MoHနှင့် အခြား အစိုးရအဖွဲ့အစည်းများသည် ECBHO များနှင့် ဆွေးနွေး မှုများ ပြုလုပ်ရမည်ဟု ဖော်ပြရမည်။
- အထူးတလည်သတ်မှတ်ထားသည့် မှတ်ပုံတင်လုပ်ငန်းစဉ် ဖြင့်မဟုတ်ဘဲ အရေးပါသည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သူ အဖြစ်ရပ်တည်နေသည့် EBCHO များ၏ လက်ရှိအခြေအနေကို တရားဝင် ခိုင်ခိုင်မာမာ အသိအမှတ်ပြုပေးသည်ဟု ဖော်ပြထားသင့်သည်။
- NCA လက်မှတ်ရေးထိုးထားသည့် အဖွဲ့များနှင့်ဆက်သွယ်သည့်အဖွဲ့များ သို့မဟုတ် အခြားသော နိုင်ငံရေးသတ်မှတ်ချက် များနှင့် အကျိုးဝင်သူများအတွက်သာမဟုတ်ဘဲ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်နေသည့် အထင်ကရအဖွဲ့များအားလုံးသို့ သက်ရောက်စေသင့်သည်။
- NLD မူဝါဒနှင့်အညီ ECBHO ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများကို အသိအမှတ်ပြုခြင်း၊ လိုင်စင်ချထားပေးခြင်း နှင့် အစိုးရမှ ပို၍ ထိရောက်စွာစောင့်ကြည့်နိုင်ရေးကိစ္စများအတွက် ပထမအဆင့်အနေဖြင့် ဆောင်ရွက်သင့်သည်။ အခန်း ၅-၃ ကိုကြည့်ပါ။

**ECBHO များနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန် အစိုးရအနေဖြင့် ခိုင်ခိုင်မာမာဆုံးဖြတ်ရန်လိုအပ်သည်**

*(The need for greater government commitment to cooperation with ECBHOs)*

ပေါင်းစည်းခြင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး ECBHO နှင့် MoH တို့ အယူအဆမှာကွဲပြားသည်။ ECBHO များအတွက် ပေါင်းစည်းခြင်းသည် ၎င်းတို့မူဝါဒနှင့် ရှေ့အနာဂတ်လုပ်ငန်းစဉ်များအတွက် အဓိကအကြောင်းအရာဖြစ်သည်။ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးလုပ်ငန်း၊ အလှူရှင်များဖိအား၊ INGO မိတ်ဖက်အသစ်များကြောင့် ECBHO များသည် နေ့စဉ်နီးပါး စိန်ခေါ်မှုများကြုံတွေ့နေရသည်။ ပဋိပက္ခ ပြန်လည်ဖြစ်ပွားနိုင်သည့်အခြေအနေရှိနေဆဲ အနေအထားတွင် ၎င်းတို့လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ပုံကို ငြိမ်းချမ်းသည့်ကာလ အခင်းအကျင်း နှင့် ကိုက်ညီအောင် ပြုပြင်မှုများပြုလုပ်ရာတွင် ပေါ်ပေါက်လာနိုင်သည့် ဆုံးရှုံးမှုများကိုလည်း စဉ်ဆက်မပြတ် ဆန်းစစ်နေရသည်။ ECBHOs များတွင် MoH နှင့်ပတ်သက်ပြီး သံသယများ၊ ယုံကြည်မှုကင်းမဲ့ခြင်းများရှိနေနိုင်သည်။ သို့သော်လည်း ရှေ့အခန်းများတွင် ဖော်ပြခဲ့သည့်အတိုင်း တခုလုံးပေါ်တွင် အယုံအကြည်ကင်းမဲ့သည့် သဘောဆောင်ခြင်းမရှိပါ။ အစိုးရနှင့် ဆက်ဆံရေးတည်ထောင်ရန် အလေးအနက်ထားပြီး ပူးပေါင်းဆက်ဆံမှုများ ဆက်လက်ပြုလုပ်သွားရန် အခိုင်အမာဆုံးဖြတ်ထားကြသည်။

ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနအတွက်လည်း ECBHO များနှင့်ပေါင်းစည်းခြင်းဆိုသည်မှာ ဝန်ကြီးဌာနအနေဖြင့် ရင်ဆိုင်နေရသည့် အခက် အခဲပေါင်းမြောက်များစွာအနက်မှ တစ်ခုဖြစ်သည်။ နိုင်ငံအဆင့်၊ ပြည်နယ်အဆင့် အရာရှိအချို့သည် ECBHO များနှင့် ဆက်ဆံ ပူးပေါင်းလိုသည့် ဆန္ဒရှိကြသော်လည်း ယင်းကိစ္စကိုအထူး ဦးစားပေးဆောင်ရွက်ရမည့်ကိစ္စဟု သတ်မှတ်ထားခြင်းမရှိပါ။ တပ်မတော်၊ တပ်မတော် ထိန်းချုပ်ထားသည့်ဝန်ကြီးဌာနဖြစ်သော နယ်စပ်ရေးရာ နှင့် ပြည်ထဲရေးဝန်ကြီးဌာနများ အားကောင်းသည့် ဒေသများ တွင် MoH လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ရန်အခက်အခဲများဖြစ်သည်။ ၎င်းတို့ဦးစားပေးကိစ္စများသည် MoH ဦးတည်ချက်များနှင့် တိုက်ရိုက် သက်ဆိုင်မှုမရှိခြင်းလည်း ဖြစ်နိုင်သည်။ ထို့ကြောင့် MoH အတွက် ပေါင်းစည်းခြင်းဆိုသည်မှာ အဖွဲ့အစည်းအဆင့် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ် ဆောင်ရွက်ခြင်းမဟုတ်ပါက စစ်တပ်ကို အစာမကြေဖြစ်စေသည့် အလယ်အလတ်အဆင့်၊ အောက်အဆင့် ဦးစားပေးကိစ္စတစ်ခု အဖြစ်သာ ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့်လက်ခံထားသည်။

ECBHO များအနေဖြင့် နိုင်ငံတော်နှင့် ပူးပေါင်းဆက်ဆံရေးပြုလုပ်ရန် တရားဝင်သတ်မှတ်ထားသည့် မူဝါဒများ၊ အဖွဲ့အစည်းအနေဖြင့် သဘောတူထားသည့် လမ်းညွှန်ချက်များရှိသည့်တိုင် ယခင်အစိုးရသည် ECBHO များနှင့် ဆက်ဆံပူးပေါင်းရန် တရားဝင်သဘောထား သို့မဟုတ် သတ်မှတ်ချက်များ ပွင့်လင်းစွာ ထုတ်ပြန်ခဲ့ခြင်းမရှိပါ။ ထို့ကြောင့် ECBHO နှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနတို့၏ ဆက်ဆံရေး သည် အဖွဲ့အစည်းအဆင့် တရားဝင်သတ်မှတ်ထားသည့် အဆင့်သို့ရောက်လာခြင်းမရှိပါ။

MoH နှင့် ECBHO များကြားတွင် အောင်မြင်စွာ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်နိုင်မှု၊ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်နိုင်မှုများရှိခဲ့ပြီး ယင်းအောင်မြင်မှုများသည် ECBHO များ၏ အားကြီးမာန်တက် တိုက်တွန်းဆောင်ရွက်မှုနှင့် MoH မှ တစ်ဦးချင်းသဘောထားပေါ်တွင် မူတည်ဖြစ်ပေါ်ခြင်း ဖြစ်သည်။ ယခင်ခုခံကြီးနှင့် ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန ညွှန်ကြားရေးမှူး၊ အများအပြားသည် ECBHOs များနှင့် ထိတွေ့ဆက်ဆံပြီး နှစ်ဖွဲ့လုံးအတွက် အကျိုးဖြစ်ထွန်းစေခဲ့သည်။ သို့သော်လည်း အချို့သည် ECBHO ဝန်ထမ်းများပေါ် ရင်သီးမှုများရှိသည်။ ထိုပြင်ကိစ္စ အတော်များများအတွက် နေပြည်တော်မှ ဆုံးဖြတ်ချက်ရယူရန်လိုအပ်သဖြင့် ဆွေးနွေးမှု၊ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများမှာ နှေးကွေးနေရ သည်။

ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှ ဝန်ထမ်းများ အလုပ်ထွက်နှုန်း မြင့်မားခြင်းကြောင့်လည်း ယင်းပြဿနာမှာ ပို၍ဆိုးဝါးလာခဲ့သည်။ ဆုံးဖြတ်ချက်ချသည့် အာဏာကို ဗဟိုအဆင့်တွင်သာ ထားပြီး ဗဟိုအဆင့်ဦးစားပေး ကိစ္စများကိုသာ အလေးထားသည့် ဒေသအဆင့် အရာရှိများ ပေါ်ပေါက်လာစေရန် ရည်ရွယ်သည့်အတွက် စစ်အစိုးရအဆက်ဆက်လက်ထက် အစိုးရဌာနအများစုတွင် အဖြစ်များသည့် ပြဿနာ ဖြစ်သည်။<sup>126</sup> ၂၀၁၂ နှစ်တွင် သဘောတူ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးလက်မှတ်ရေးထိုးပြီးနောက်ပိုင်းမှစ၍ ကရင် နှင့် ကယား ပြည်နယ်များတွင် ပြည်နယ်အဆင့် ကျန်းမာရေးညွှန်ကြားရေးမှူး ၃ ဦးစီရှိလာသည်။ မြို့နယ်အဆင့် ကျန်းမာရေး အရာရှိများ၏ အလုပ်ထွက်နှုန်းမှာ အခြားမြို့နယ်များကဲ့သို့ပင်မြင့်မားသည်။ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ဝန်ထမ်းများအဖို့ ECBHO စနစ်ကို ရင်းနှီးရန် အတွက် အချိန်ယူရသည်။ MoH အဆင့်မြင့်ပိုင်း အရာရှိ အပြောင်းအလဲပြုလုပ်သည့်အခါ ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ခြင်းလုပ်ငန်းစဉ် ကို အစပြုနိုင်စေရသည်။

MoH နှင့် ECBHO များပေါင်းစည်းရေးအတွက် အစိုးရသစ်အနေဖြင့် ရှင်းလင်းသည့်မူဝါဒများ ချမှတ်နိုင်ရန် ဆောင်ရွက်သင့်သည်။ ECBHO များနှင့် ပူးပေါင်းဆက်ဆံခြင်းသည် ဝန်ကြီးဌာန သင့်တော်ရာအဆင့်မှ ဝန်ထမ်းများ၏ တာဝန်ဖြစ်ကြောင်း ရှင်းလင်းစွာ နားလည်စေရန် ဆောင်ရွက်ထားရမည်။ MoH ၏ ECBHO နှင့် ဆက်ဆံရေးကို အဖွဲ့အစည်းအဆင့်အဖြစ် အပြည့်အဝသတ်မှတ်နိုင်ရန် ရည်ရွယ်ပြီး မူဝါဒတစ်ခုချမှတ် ရမည်။ သို့မှသာ ပူးပေါင်းဆက်ဆံမှုသည် ပုဂ္ဂိုလ်ရေးခင်မင်မှုပေါ်တွင် အခြေခံခြင်းမှ ရှောင်လွှဲနိုင်မည်ဖြစ် သည်။ NLD ၏ UHC လမ်းပြမြေပုံတွင် ထိုကဲ့သို့သော မူဝါဒတစ်ခုတင်ရန် အားပေးသည့် အချက်တစ်ချက် ပါရှိပြီး ECBHO များနှင့် ဆက်ဆံပူးပေါင်းရန် ဆက်သွယ်ရေး နှင့် ပူးပေါင်းရေး လုပ်ငန်းစဉ် (“communication and coordination mechanism”) အစပြုရန် လိုအပ်ပုံကို ထပ်တလဲလဲ ရည်ညွှန်း ဖော်ပြထားသည်။ ယင်းကဲ့သို့လုပ်ငန်းစဉ်ကို မလွဲမသွေ အစပြုရန်လိုပြီး ပြည်ထောင်စုအဆင့်၊ ဒေသအဆင့် အဖွဲ့အစည်းများကို သင့်တော်သလိုပါဝင်စေရမည်။ ဆက်ဆံပူးပေါင်းရာတွင် အမှန်တကယ် လုပ်ကိုင်နေသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းအားလုံးကို ပါဝင်စေရမည်ဖြစ်ပြီး NCA လက်မှတ်ရေးထိုးထားသူများနှင့် အချိတ်အဆက်ရှိသူများ သို့မဟုတ် အခြားသော နိုင်ငံရေးခေါင်းစဉ်အောက်ရှိ နေသူများကိုသာ ပါဝင်စေခြင်းမျိုး မဟုတ်ရန် အထူးသတိထားရမည်။ ထို့ပြင် ECBHOs လွှမ်းမိုးရာ ပြည်နယ်/ တိုင်းဒေသကြီး နှင့် မြို့နယ်များ၊ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ အထူးသဖြင့် လိုအပ်သည့် ဒေသများမှ ဝန်ထမ်းများ အလုပ်ထွက်ခြင်းကို ကာကွယ်ရန် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနအနေဖြင့် အားထုတ်ဆောင်ရွက်သင့်သည်။

|   |
|---|
| <p><b>အစိုးရသို့ အကြံပြုချက် ၃။ ။ ပေါင်းစည်းခြင်းအတွက် ရှင်းလင်းသည့်မူဝါဒများ၊ ရှင်းလင်းသည့် ရပ်တည်ချက်များဖော်ထုတ်ပါ။</b><br/> <b>ECBHO များနှင့် ပို၍ထိရောက်စွာ ပူးပေါင်း ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်နိုင်ရန် ဌာနအဆင့် လမ်းညွှန်ချက် သတ်မှတ်ရေးဆွဲပါ။</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECBHO များနှင့် ပူးပေါင်းဆက်ဆံရန် အရေးကြီးကြောင်းကို သက်ဆိုင်သည့် ဝန်ထမ်းအဆင့်ဆင့်ကို လျော်ညီစွာရှင်းပြ ထားသင့်သည်။</li> <li>• ECBHO များနှင့် ပူးပေါင်းဆက်ဆံရန်အတွက် ဦးစားပေးမှုများ၊ သတ်မှတ်ချက်များကို ဖော်ထုတ်ထားရမည်။ ဝန်ထမ်း များကို သတ်မှတ်ချက်များနှင့်အညီ ခန့်ထားတာဝန်ပေးသင့်သည်။</li> <li>• NLD ၏ UHC လမ်းပြမြေပုံတွင် အကြံပြုထားသည့်အတိုင်း ဆက်သွယ်ရေး နှင့် ပူးပေါင်းရေးလုပ်ငန်းစဉ် (“commu- nication and coordination mechanism”)ကို အမှန်တကယ် အကောင်အထည်ဖော်သင့်ပြီး ပြည်ထောင်စုအဆင့်၊ ပြည်နယ်အဆင့်ဌာနများ ပါဝင်စေရမည်။</li> </ul> <p><b>အစိုးရသို့ အကြံပြုချက် ၄။ ။ အောက်ဖော်ပြပါ ကိစ္စများအတွက် မူဝါဒများ ရေးဆွဲအကောင်အထည်ဖော်သင့်ပါသည်။</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• မြို့နယ်ကျန်းမာရေးမှူးများနှင့် အခြေခံကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများကို နေရာတစ်ခုတွင် ကာလရှည် ခန့်ထားနိုင်ရန်</li> <li>• SHD ရာထူးများနှစ်ရှည်ခန့်ထားနိုင်ရန်</li> <li>• အထက်ဖော်ပြပါ ရာထူးများကို အချိန်ပြည့်ဝမ်းဆောင်လိုသူများကို ခန့်ထားနိုင်ရန် အားပေးသည်။</li> </ul> |
|---|

*ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်မရေရာမှု၏ ECBHO များပေါ်သက်ရောက်မှုများ (Uncertainty in the peace process among ECBHOs)*

အစိုးရပေါ် ECBHO များ၏ယုံကြည်မှုများတိုးတက်လာသော်လည်း ၎င်းတို့ကွန်ယက်များ၊ ၎င်းတို့ စောင့်ရှောက်ပေးနေသည့် ရပ်ရွာများအဖို့ နှစ်ပေါင်း ၆၀ ကျော်ကြာခဲ့သည့် ပဋိပက္ခမှ ရရှိလာခဲ့သည့် သင်ခန်းစာများ မေ့ပစ်ရန်အတွက် စောလွန်းနေသေးသည်။

ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ဆက်ဆံပူးပေါင်းမှုများ တစ်စတစ်စမြင့်တက်လာမည်ကို ECBHO များအနေဖြင့် သဘောပေါက်ထားကြပြီး ချွတ်ချော်မှုများ မပေါ်ပေါက်စေရန်အတွက် ၎င်းတို့သတ်မှတ်ချက်၊ ၎င်းတို့အချိန်ကန့်သတ်ချက်ဖြင့် ဆောင်ရွက်လိုကြသည်။

ငြိမ်းချမ်းရေး လုပ်ငန်းစဉ်နှင့် ဒီမိုကရေစီပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများပေါ် ECBHO များ၏ယုံကြည်မှုသဘောထားသည် အစိုးရနှင့် မည်သည့် အတိုင်းအတာထိ ပူးပေါင်းဆက်ဆံလိုသည်ကို အဓိကဆုံးဖြတ်သည့်အချက် ဖြစ်သည်။ ဖြစ်စဉ်များပေါ်တွင် ရှုမြင်မှုမှာ အဖွဲ့အစည်း လိုက်ပြီးကြွားသည်။ EAO များ၏ ကျန်းမာရေးဌာနနှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနဆက်ဆံရေးသည် ရံဖန်ရံခါ EAO နှင့်အစိုးရ ဆက်ဆံရေးပေါ်မူတည်ပြီး ကြွားသည်။ NCA တွင် KNU လက်မှတ်ထိုးထားသောကြောင့် KDHWS သည် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန နှင့် ပို၍နီးနီးကပ်ကပ် ဆက်ဆံပူးပေါင်းလိုသည်။ NMSP ၏ ညွှန်ကြားချက်ကြောင့် MNHC သည် MoH နှင့် အပြန်အလှန်ဆက်ဆံမှု ကျပါသည်။ ကရင်နီ နှင့် ကယန်း EAO များသည် NCA ကိုလက်မှတ်ထိုးခြင်း မရှိသော်လည်း CHDN သည် MoH အရာရှိများနှင့် ပုံမှန်တွေ့ဆုံမှုများပြုလုပ်သည်။ ဒေသခံ NGO များဖြစ်သော MTC၊ BMA နှင့် BPHWT တို့သည် EAO မူဝါဒ၏ လွှမ်းမိုးမှု အနည်းငယ် သာခံရသည်။ BMA နှင့် MTC ခေါင်းဆောင်ပိုင်းအဆိုအရ NLD အစိုးရ၏ အပြုအမူများ အထူးသဖြင့် တိုင်းရင်းသားလူမျိုးစုများနှင့် ပူးပေါင်းဆက်ဆံမှုပေါ်မူတည်ပြီး MoH နှင့် မည်သည့်အတိုင်းအတာ ပူးပေါင်းဆက်ဆံမည်ကို ဆုံးဖြတ်သွားမည်ဟုဆိုသည်။ ယင်း ခေါင်းဆောင်များအဆိုအရ ယခင်အစိုးရလက်ထက်တွင် အဆင့်မြင့်အရာရှိပိုင်းအချင်းချင်း အပြုသဘောဆောင်သည့် အပြန်အလှန် ကိစ္စများရှိသော်လည်း တစ်ဦးချင်းကို အတင်းယုံကြည်ခြင်းမျိုးကို လိုလားခြင်းမရှိဘဲ အစိုးရအနေဖြင့် စနစ်တကျပြုပြင် ပြောင်းလဲမှုများ ပြုလုပ်ရန် တောင်းဆိုမှုများ ပြုလုပ်ထားသည်။ HCCG မူဝါဒအရ အစိုးရနှင့် အပြည့်အဝ ပေါင်းစည်းမှုမပြုလုပ်မီ MoH ၏ ဗဟိုချုပ် ကိုင်စနစ်လျှော့ချရန်၊ ဖက်ဒရယ်စနစ် အစိုးရဖြစ်ရန် တောင်းဆိုထားသည်။

အချိန်ကြာလာသည်နှင့်အမျှ ECGHO နှင့် MoH ကြားတွင် နားလည်မှု အားကောင်းလာပြီး ယုံကြည်မှုများလည်း တိုးတက်လာမည် ဖြစ်သည်။ မယုံကြည်မှုများနှင့် ပဋိပက္ခပြန်လည်ပေါ်ပေါက်နိုင်သည့် အခြေအနေများမှာ အမှန်တကယ်ဖြစ်ပေါ်နေသည်။ ခိုင်မာသည့် ငြိမ်းချမ်းရေးရရှိဟု စိတ်ချရခြင်းမရှိသရွေ့ ECBHO များအနေဖြင့် အစိုးရပေါ်မှီခိုနေခြင်း (MoH ကို) ရှောင်ရှားလိုကြသောကြောင့် ဖြစ်သည်။

အချို့သောနိုင်ငံတကာ အကူအညီပေးရေးအဖွဲ့များအနေဖြင့် ECBHO များကို ဗဟိုအစိုးရမှတစ်ဆင့် ငွေချပေးသည့်လုပ်ငန်းစဉ်ကို လက်ခံရန်၊ ထောက်ပံ့မှုလမ်းကြောင်းသစ်ယူပြီး မြန်မာနိုင်ငံတွင်းမှ မြို့များတွင် ရုံးခန်းသစ်များဖွင့်လှစ်ရန် တိုက်တွန်းဖိအားပေးသည့် ဥပမာများရှိသည်။ BMA နှင့် MTC အဆင့်မြင့် ခေါင်းဆောင်ပိုင်းက နယ်စပ်ဖြတ်ကျော် ထောက်ပံ့ခြင်းကို ရပ်ဆိုင်းလိုက်ပြီး ဆေးဝါးနှင့် ကိရိယာများကို ရန်ကုန်မှ ရယူရမည်ကို လိုလားခြင်းမရှိကြပါ။ ထိုင်းနိုင်ငံတွင် ဆေးဝါးဝယ်ယူပြီး နယ်စပ်ဖြတ်ကျော်ပို့ပေးခြင်းသည် အမြဲတမ်းအတွက်မဟုတ်သည့်တိုင် ရံဖန်ရံခါတွင် စရိတ်စကနည်းပြီး အသွင်းအထုတ်လည်း လွယ်ကူသည်။ အကယ်၍ တိုက်ပွဲများ ပြန်လည်ဖြစ်ပွားလာပါက ECBHO များ၏ ထောက်ပံ့ရေးလမ်းကြောင်း ပြတ်တောက်သွားနိုင်ပြီး နယ်စပ်ဖြတ်ကျော်ထောက်ပံ့ခြင်း လုပ်ငန်းများ ပြန်လည်အသက်သွင်းရန် အခက်အခဲရှိနိုင်သည်။ အချို့အဖွဲ့များသည် ရန်ကုန်လမ်းကြောင်းကို ဖွင့်လှစ်ထားကြပြီး တချိန်တည်းမှာပင် မူလလမ်းဟောင်း နယ်စပ်ဖြတ်ကျော်ထောက်ပံ့ခြင်းလမ်းကြောင်းကိုလည်း ဆက်လက်အသုံးပြုသည်။ နယ်စပ် တလျှောက် အထူးသဖြင့် ဆိုလာအေးခဲစနစ်မရှိသည့် ဒေသများတွင် ထိုင်းနိုင်ငံမှတစ်ဆင့် ထောက်ပံ့ခြင်းသည် ပို၍လွယ်ကူသည်။ ထိုင်းနိုင်ငံမှ လမ်းပန်းဆက်သွယ်ရေးမှာ ပို၍ဖွံ့ဖြိုးသောကြောင့်ဖြစ်သည်။ထို့ပြင် ဒေသခံအာဏာပိုင်များက မြန်မာနိုင်ငံမှထောက်ပံ့ ရေးလမ်းကြောင်းဝင်ရောက်ခြင်းကို ပိတ်ပင်ထားပြီး နယ်စပ်ဖြတ်ကျော်ထောက်ပံ့ခြင်းကိုသာ ခွင့်ပြုထားသည့် EAO ထိန်းချုပ်ရာ ဒေသအချို့လည်း ရှိနေဆဲဖြစ်သည်။ ECBHO များနှင့် ၎င်းတို့နှင့်ဆက်စပ် EAO များအနေဖြင့် ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်ပေါ်တွင် ယုံကြည်စိတ်ချမှုမရှိသရွေ့ထောက်ပံ့ရေးလမ်းကြောင်းများလုံးဝပြောင်းလဲလိုက်ရန်ဖြစ်နိုင်ချေမရှိပါ။ပဋိပက္ခများပြန်လည်ဖြစ်ပွားပါက အန္တရာယ်တွေ့စေမည့် သို့မဟုတ် ပျက်ဆီးသွားနိုင်သည့် ရေရှည်အစီအစဉ်များ သို့မဟုတ် ဘဏ္ဍာရေးထောက်ပံ့မှုများကိုလည်း ECBHO များက လိုလားခြင်းမရှိပါ။

ထို့ကြောင့် ECBHO များသည် စီမံကိန်းအကောင်အထည်ဖော်သည့်အဆင့်တိုင်းတွင် ပဋိပက္ခ အခြေအနေများကို အဆက်မပြတ် သိရှိနိုင်ပြီး လက်မခံနိုင်လောက်သည့် ကိစ္စဆိုပါက ဆိုင်းထားနိုင်၊ လမ်းကြောင်းပြောင်းနိုင်သည့်တစ်ဆင့်ခြင်း အကောင်အထည်ဖော် သွားခြင်းကို ပိုမိုလိုလားကြသည်။ ECBHO များ၏ ပြတ်သားမှုမရှိသည့် အယူအဆများ၊ စီမံကိန်းများ အကောင်အထည်ဖော်ရာတွင် ကြန့်ကြာမှုများရှိနေခြင်းပေါ်တွင် စိတ်ပျက်မှုများရှိသည်ဟု ဖွံ့ဖြိုးရေးအဖွဲ့ အစည်းများက ထုတ်ဖော်ပြောဆိုသည်။သို့သော်လည်း ဖွံ့ဖြိုးရေး အဖွဲ့အစည်းများအနေဖြင့် ECBHO များ၏ ၎င်းတို့ လုပ်ငန်းပေါ် ထားသည့် အမြင်ကို လေးစားသင့်ပြီး ပြဿနာ မဖြစ်စေသည့် ကြားဝင်မှုများ ထွက်ပေါ်လာစေရန် လက်တွဲဆောင်ရွက်သင့်သည်။ ဥပမာ ပဋိပက္ခပြန်လည်ဖြစ်ပေါ်ခဲ့ပါက ECBHO များကို ဖြေရှင်း ခွင့်ပေးခြင်း၊ ခြုံငုံပြောရလျှင် နိုင်ငံရေးအရ ခြိမ်းခြောက်မှုများရှိနေသရွေ့ အတက်အကျ၊ အဖြစ်ဆိုးများပေါ်တွင် ECBHO ၏ ကြံ့ကြံ့ခံ နိုင်မှုကို ECBHO ၏ အရေးပါသည့် လက္ခဏာတစ်ရပ်အနေဖြင့် ဆက်စပ်ပတ်သက်သူများ အားလုံးမှ လက်ခံပေးရမည်ဖြစ်သည်။

**နိုင်ငံတကာမှ အကူအညီပေးရေးအဖွဲ့များသို့ အကြံပြုချက် ၃။ ■ ECBHO များနှင့် လုပ်ငန်း ဆောင်ရွက်သည့်ရာတွင် အစိုးရနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း၊ ညှိနှိုင်းခြင်းမှ ပေါ်ထွက်လာနိုင်သည့် အန္တရာယ်များကို လွတ်လပ်စွာ ဆန်းစစ်ခွင့်ပြုပါ။**

- ECBHO များအနေဖြင့် နယ်စပ်ဖြတ်ကျော်လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်နေမှုများကို ဆက်လက်ထိန်းသိမ်း ထားရမည်ဖြစ်သကဲ့သို့ နိုင်ငံတွင်းအခြေစိုက်လုပ်ငန်းများကိုလည်း ၎င်းတို့ဦးတည်ပြည်သူများထံသို့ စောင့်ရှောက်မှုပေးရာ လမ်းကြောင်းအဖြစ် အကောင်အထည်ဖော်နေသည့် လုပ်ငန်းများ ကိုလည်း အရှိန်မြှင့်ရန်လိုအပ်သည်ကို သဘောပေါက်ရမည်။
- ပေါ်ပေါက်လာနိုင်သည့်ဆုံးရှုံးမှုများ၊ အနာဂတ်တွင် တွေ့ကြုံနိုင်သည့် အတက်အကျ၊ ဘေးဆိုးများကို ကြုံကြံခံနိုင်ရန် ၎င်းတို့စနစ်တိုးတက်စေမည့် စနစ်များ၊ စီမံကိန်း အစီအစဉ်များ ရေးဆွဲနိုင်ရန် ကူညီသည်။
- ပဋိပက္ခ ရှောင်ရှားရေးအခြေခံမူများ (Basic conflict sensitivity frameworks) သည် လုပ်ငန်း အစီအစဉ်များ (log frames) ကို ချောမွေ့စေနိုင်ပြီး နိုင်ငံရေးတိုးတက်မှု သို့မဟုတ် အန္တရာယ်သစ်များပေါ်ထွက်လာပါက အလိုက်သင့် ပြောင်းလဲစေရန် ကူညီပေးနိုင်သည်။
- အခြေခံမူအနေဖြင့် ECBHO များသို့ အထောက်အပံ့ပေးမှုသည် ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး ပြုလုပ်ထားသည့် အခင်းအကျင်းတွင် စောင့်ရှောက်မှုများ အဆင့်မြှင့်တင်နိုင်သည့် အခွင့်အလမ်းများ ဖော်ထုတ်နိုင်ရန်၊ အနာဂတ်တွင် ပေါ်ပေါက်လာနိုင်သည့် အရေးပေါ်ကိစ္စများ သို့မဟုတ် ကာလရှည် ပဋိပက္ခအခြေအနေတွင် အကောင်းဆုံးတုန့်ပြန် ဆောင်ရွက်မှုများ ပြုလုပ်နိုင်ရန် ကူညီပေးရမည်။

*ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုချဲ့ထွင်ခြင်း၏ နောက်ကွယ်မှ နိုင်ငံရေး (The politics of healthcare expansion)*

ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရာတွင် ခက်ခဲရသည့် နောက်ထပ်ကိစ္စတစ်ခုမှာ အစိုးရကော EAO ပါ ၎င်းတို့စနစ် လွှမ်းမိုးခြင်းကို တိုးချဲ့ ကြံခြင်းဖြစ်သည်။ MoH နှင့် ECBHOs များသည် ကျန်းမာရေးကိစ္စကိုသာ အဓိကထားဆောင်ရွက်သော်လည်း EAO များ၊ တပ်မတော် နှင့် အခြားသော အစိုးရအဖွဲ့အစည်းများဖြစ်သော နယ်မြေချဲ့ထွင်ရာတွင် ပို၍ကြမ်းတမ်းသည့်နည်းလမ်းဖြင့် ဆောင်ရွက်သည့် အထွေထွေအုပ်ချုပ်ရေးဦးစီးဌာနများ၏ လွှမ်းမိုးမှုကိုတော့ ခံနေရဆဲဖြစ်သည်။ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးလက်မှတ်ရေးထိုးလိုက် သဖြင့် အစိုးရနှင့် EAO များသည် တိုက်ပွဲဝင်တပ်ဖွဲ့များ အသုံးပြုပြီး နယ်မြေသတ်မှတ်ခြင်း မလုပ်နိုင်ကြတော့သဖြင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအပါအဝင် လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုများ ဆောင်ရွက်ပေးခြင်းဖြင့် နေရာသတ်မှတ်ယူကြသည်။<sup>127</sup>

EAO များ ထိန်းချုပ်ထားသည့် သို့မဟုတ် စိုးမိုးသည့် နေရာများတွင် ကျောင်းများ၊ ဆေးခန်းများ လာရောက်တည်ဆောက်ခြင်းသည် ပဋိပက္ခကို မီးမွှေးသကဲ့သို့ဖြစ်ပြီး မယုံကြည်မှုများ ပို၍ကြီးထွားလာစေရန် အားပေးလျက်ရှိသည်ဟု ECBHO များ၊ လူ့အခွင့်အရေး အဖွဲ့များ နှင့် အမျိုးသမီး အဖွဲ့များက ကန့်ကွက်လျက်ရှိသည်။<sup>128</sup> ထိုကဲ့သို့ တိုးချဲ့မှုများနှင့်စပ်လျဉ်းပြီး ကရင်အမျိုးသမီး အစည်းအရုံးမှ Karen Women’s Organization (KWO) မှ အဆင့်မြင့်ခေါင်းဆောင်တစ်ဦးက “အစိုးရဟာ နယ်ချဲ့ကျူးကျော်မှုတွေ လုပ်နေတယ်လို့ ပြည်သူတစ်ယောက်အနေနဲ့ ခံစားမိပါတယ်”<sup>129</sup> ဟုဆိုသည်။ ဤပြဿနာနှင့် ပတ်သက်ပြီး EAO များ၏ ကြောင့်ကြမှုများကို အခန်း ၂.၂ တွင်ဖော်ပြထားသည်။ ၂၀၁၄ အာရှဖောင်ဒေးရှင်းမှ ထုတ်ပြန်ခဲ့သည့် သဘောထားကွဲလွဲမှုများ ဖြစ်ပွားရာဒေသများမှ တိုင်းရင်း သား ပဋိပက္ခနှင့် အခြေခံလူမှုဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်း လေ့လာချက် အစီရင်ခံစာတွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း အစိုးရ၏ လူမှုဝန် ဆောင်မှုလုပ်ငန်း တိုးချဲ့ခြင်းသည် EAO များ၏ လူမှုဝန်ဆောင်မှုပေးနေခြင်းကို ပခုံးယှဉ်ပြိုင်လာသဖြင့် ငြိမ်းချမ်းရေး လုပ်ငန်းစဉ်ပေါ် ယုံကြည်မှုကို ထိခိုက်စေပြီး ရေရှည်တွင် တိုင်းရင်းသားလူမျိုးစုများ၏ ကိုယ်ပိုင်အုပ်ချုပ်ခွင့် ကိုယ်ပိုင်ပြဌာန်းခွင့်များကို ထိခိုက်စေ နိုင်သည်။<sup>130</sup>

ECBHOs များအနေဖြင့်လည်း အာဏာပိုင်သတ်မှတ်ချက်အတွက် အငြင်းပွားနေဆဲဖြစ်သည့် နေရာများတွင် စောင့်ရှောက်မှုများ တိုးချဲ့ရန် ပြင်ဆင်လျက်ရှိပြီး ၂၀၀၀ ခုနှစ်များတွင် တပ်မတော်ထိုးစစ်ကြောင့် ဆုံးရှုံးလိုက်ရသည့် နေရာများတွင် စောင့်ရှောက်မှုများ တိုးချဲ့ပေးသွားရန်လည်း ပြင်ဆင်လျက်ရှိသည်။ အဖွဲ့အစည်း၏ မျှော်မှန်းချက်၊ ရည်ရွယ်ချက်များအတိုင်း ယင်းဒေသများမှ ပြည်သူများအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများပေးရန်မှာ ၎င်းတို့တာဝန် ဖြစ်သည်ဟု ခံယူထားကြောင်း အဆင့်မြင့်ခေါင်းဆောင် များက ပြောသည်။<sup>131</sup> ဥပမာ ECBHO ခေါင်းဆောင်တစ်ဦးက “ ၁၉၉၆ မှာ ကရင်ပြည်နယ်တောင်ပိုင်းနေရာ တော်တော်များများကို တပ်မတော်က သိမ်းလိုက်နိုင်ပါတယ်။ သူတို့တပ်ဖွဲ့တွေလည်း နေရာအနှံ့မှာဖြန့်ထားလိုက်တယ်။ ဒါပေမဲ့ ကျေးလက်ကျန်းမာရေး ဌာနတွေ လာမဖွင့်ဖူး။ အစိုးရအနေနဲ့ ကျနော်တို့ပြည်သူတွေကိုလာပြီး လုပ်ပေးတယ်ဆိုတာမျိုးကို ကျနော်တို့မလိုလားပါဘူး။ ကျနော်တို့လက်လှမ်းမီတဲ့နေရာတွေမှာ ကျနော်တို့စောင့်ရှောက်ချင်ပါတယ်” ဟု ဆိုသည်။ သို့သော်လည်း ဆေးခန်းများ တိုးချဲ့ ဖွင့်လှစ်ခြင်းသည် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးသည့်နှုန်းကို အလွယ်တကူ ကျော်ဖြတ်သွားနိုင်သည်။ ယင်းဆေးခန်းများကို ပံ့ပိုးပေးနိုင်ရန် သင့်တော်သည့်စနစ်များ ဖော်ထုတ်နိုင်မည်မဟုတ်ပါ။ ယင်းကဲ့သို့ ဆောင်ရွက်ချက်များသည် စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်းအရည်အသွေးကို လျော့ကျစေသည်။ အရင်းအမြစ်များ ကို ဆောင်ရွက်ဆဲ ဝန်ဆောင်မှုများ အားကောင်းစေရန် အသုံးပြုပါက ပို၍သင့်တော်မည်ဖြစ်သည်။ နှစ်ဖက်လုံးသည် နယ်မြေလက်ဦးမှုရယူရေးအတွက် ယှဉ်ပြိုင်နေမည်ဆိုပါက ထိုကဲ့သို့ သောတိုးချဲ့မှုများသည် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုအတွက် အတားအဆီးများဖြစ်စေမည်ဖြစ်သည်။

EAO များနှင့် အစိုးရတို့၏ နယ်မြေသတ်မှတ်ချက်မှာ အလွန်အမင်းလျော့ရဲပြီး ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးအားဖြင့်လည်း နယ်မြေများ ရှင်းလင်းစွာ သတ်မှတ်နိုင်ခြင်းမရှိသဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းမိုးခြင်းမရှိဘဲ တစ်ခုနှင့်တစ်ခု နေရာအတော်များများတွင် ထပ်နေ အုံးမည်ဖြစ်သည်။ စနစ် ၂ ခု ပို၍ထိရောက်စွာ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်နိုင်သည်ဆိုပါက လွှမ်းမိုးမှု အရည်အသွေးကို အမြင့်ဆုံးမြှင့်တင်ရာတွင် အရင်းအမြစ်များကို အကျိုးရှိစွာ အသုံးပြုနိုင်မည်ဖြစ်သည်။

ငြိမ်းချမ်းရေးဆွေးနွေးမှု အရှိန်နှေးကွေးခြင်း၊ ဖြေရှင်းရမည့် ပြဿနာများခြင်းတို့ကြောင့် တပ်မတော် နှင့် EAO များ အနေဖြင့် နယ်မြေအတိအကျသတ်မှတ်ခြင်း သို့မဟုတ် လူမှုဝန်ဆောင်မှုလွှမ်းမိုးခြင်းများ အတိအကျသတ်မှတ်ခြင်းကို အလျင်အမြန် ဆောင်ရွက်နိုင်မည်ဟု ယူဆခြင်းသည် လက်တွေ့မကျပါ။ ငြိမ်းချမ်းရေး သဘောတူညီချက်တွင် နောက်ဆုံးအဆင့် ဆုံးဖြတ်ချက် မရရှိမှီ နယ်မြေသတ်မှတ်ချက်နှင့် ပတ်သက်ပြီး ယာယီဖြေရှင်းမှုများ ပြင်ဆင်ထားရန်လိုအပ်သည်။ ယုံကြည်မှုပျက်ပြားခြင်း၊ ပဋိပက္ခ ဖြစ်စေခြင်းတို့ကို ကာကွယ်ရန်အတွက် ယင်းအချက်သည် အရေးကြီးသကဲ့သို့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု တန်းတူညီမျှ လွှမ်းမိုးခြင်း ရေးသည်လည်း အရေးကြီးသည်။

NLD ၏ လူတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လမ်းပြမြေပုံတွင် ဖော်ထုတ်ထားသည့် ဆက်သွယ်ရေး နှင့် ညှိနှိုင်းရေး ("communication and coordination") လုပ်ငန်းစဉ်ကို လွှမ်းမိုးနေရာနှင့်ဆိုင်သည့် ပြဿနာများ ဖြေရှင်းရန် အသုံးပြုနိုင်သည်။ ထိုကဲ့သို့သောအဖွဲ့သည် အစိုးရနှင့် EAO များ နှစ်ဖက် ပါဝင်လျက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းမိုးခြင်းများနှင့် ပတ်သက်သည့် တရားဝင်ဆွေးနွေးပွဲများမှ ဆုံးဖြတ်အာဏာပေးဖွဲ့စည်းနိုင်သည်။ နောက်ဆုံးအဆင့် ဆုံးဖြတ်ချက်များ ပြုလုပ်ရန်အတွက်လည်း လုပ်ပိုင်ခွင့် ပေးအပ်နိုင်သည်။ သို့သော်လည်း ကျေးရွာအဆင့်ထိ လွှမ်းမိုးနေရာများ အတိအကျသတ်မှတ်နိုင်ရန်အတွက် ထိုကဲ့သို့ အစုအဖွဲ့ကို အသုံးပြုရန်မှာ ယုတ္တိမတန်လှပါ။ လွှမ်းမိုးမှုနေရာ ထပ်တူကျမှုမှာ အတိုင်းအတာတစ်ခုထိ ရှိနေအုံးမည်ကို အသိအမှတ် ပြုလျက် ဘုံသဘောတူထားသည့် ကျန်းမာရေးတန်းတူမှု မြှင့်တင်ရန်ဟူသောရည်မှန်းချက်ကို ဦးတည်လျက် အခြေခံအဆင့်တွင် ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်ခြင်း၊ ညှိနှိုင်းခြင်းများကို အာရုံစိုက်ဆောင်ရွက်သင့်သည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ ထပ်နေခြင်းကြောင့် ရပ်ရွာအနေဖြင့် ရွေးချယ်ရန်ရှိလာသကဲ့သို့ ၎င်းတို့လိုလားသည့် ယုံကြည်သည့်စောင့်ရှောက်မှုကို ရွေးချယ်နိုင်သည်ဆိုပါက အရည်အသွေးပိုင်း တိုးတက်လာစေမည်ဖြစ်သည်။ ထိုကဲ့သို့သော လုပ်ငန်းစဉ်ကို ပထမီ အနေအထားအရ စုစည်းခြင်းသည် အကောင်းဆုံးဖြစ်သည်။ ပြည်နယ်/တိုင်းဒေသကြီး၊ ခရိုင် သို့မဟုတ် မြို့နယ်အဆင့် အစရှိသဖြင့် နေရာတစ်ခုတွင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်သူ တည်ရှိနေမှုပေါ်မူတည်ကာ စုစည်းဖော်ဆောင်နိုင်သည်။ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများမြှင့်တင်နိုင်ရန်အတွက် ဦးစားပေးရမည့် ဒေသများကို အခန်း ၅.၃ တွင်ဖော်ပြထားသည်။

**အစိုးရ နှင့် EAO/ECBHO များသို့ အကြံပြုချက် ၁။ ။ အစိုးရနှင့် EAO များ ထိန်းချုပ်သည့် နေရာကို လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုများဖြင့် နေရာဦးလူသတ်မှတ်ခြင်းမဟုတ်ဘဲ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး နှင့် နိုင်ငံရေးဆွေးနွေးပွဲ လုပ်ငန်းစဉ်များမှတစ်ဆင့် သတ်မှတ် သင့်သည်။**

- နယ်မြေသတ်မှတ်ရန်အတွက် လူမှုဝန်ဆောင်မှုများကို အသုံးပြုခြင်းသည် ဝန်ဆောင်မှုများကို နိုင်ငံရေးလက်နက်သဖွယ် အသုံးပြုခြင်းကို ဖြစ်ပေါ်စေနိုင်သည်။ အရည်အသွေး နှင့် တန်းတူညီမျှအစား နယ်မြေရရှိရေး ပြိုင်ပွဲသဖွယ် ဦးတည်ချက် ပြောင်းသွားနိုင်သည့် အန္တရာယ်လည်းရှိပါသည်။

**အစိုးရ နှင့် EAO/ECBHO များသို့ အကြံပြုချက် ၂။ ။ ထိန်းချုပ်မှုဧရိယာသတ်မှတ်ခြင်းကို ငြိမ်းချမ်းရေးသဘောတူညီချက်များမှ ဆောင်ရွက်ခြင်းအစား NLD ၏ ၂၀၁၆ ကျန်းမာရေး လမ်းပြမြေပုံတွင် လမ်းညွှန်ထားသည့် ဆက်သွယ်ရေး နှင့် ညှိနှိုင်းရေး ("communication and coordination") လုပ်ငန်းစဉ်မှတစ်ဆင့် တရားဝင်ဆွေးနွေးမှုများနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းမိုးခြင်းနေရာ သတ်မှတ်ခြင်းများဆောင်ရွက်နိုင်သည်။**

- ယင်းလုပ်ငန်းစဉ်တွင် ဒေသတစ်ခုအတွင်းရှိ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူ အရေအတွက်ပေါ်မူတည်ပြီး ပြည်နယ်/ တိုင်းဒေသကြီး၊ ခရိုင် သို့မဟုတ် မြို့နယ်အဆင့် ကော်မတီ သို့မဟုတ် ဖိုရမ်များပါဝင်နိုင်သည်။
- ယင်းလုပ်ငန်းစဉ်၏ အဓိကရည်မှန်းချက်အနေဖြင့် ကျန်းမာရေးတန်းတူမှုရရှိရန် အဓိကထား ဆောင်ရွက်သင့်သည်။ လုပ်ငန်းစဉ်တွင် ပါဝင်သူများသည် သက်ဆိုင်ရာ နိုင်ငံရေး အစုအဖွဲ့များနှင့် ညှိနှိုင်းခြင်းမျိုးမဟုတ်ဘဲ ကျန်းမာရေး ကိစ္စများနှင့်ပတ်သက်ပြီး နောက်ဆုံးအဆင့် ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချနိုင်ရန် အာဏာအပ်နှင်းထားမည်။
- နေပြည်တော် သို့မဟုတ် EAO အဆင့်မြင့်ခေါင်းဆောင်ပိုင်းမှ ခွင့်ပြုချက်ရယူရန်မလိုပဲ ၎င်းတို့ဒေသရှိ ကျန်းမာရေး လုပ်ငန်းများကို ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် နောက်ဆုံးအဆင့် ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်နိုင်ရန် အစိုးရနှင့် EAO များသည် ပြည်နယ်အဆင့်၊ ဒေသအဆင့် အရာရှိများကို လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားရမည်။

**၅.၃။ ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်ဆောင်ရွက်ရမည့်ကိစ္စများ**

အခန်း ၅.၂ တွင် ဖော်ပြခဲ့သည့် ဆက်ဆံရေးတည်ဆောက်ခြင်း အဓိက ဆောင်ရွက်ရမည့်နေရာများအပြင် ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းစဉ် များ ဆောင်ရွက်ရာတွင် ပါဝင်သင့်သည်။ အရေးတယူရှိသင့်သည်ဟု စာတမ်းပြုရာမှ ပေါ်ထွက်လာသည့် ကိစ္စရပ်များရှိသည်။ တစ်ချင်းစီ၏ တိုးတက်နေမှုများမှာ တစ်ခုနှင့်တစ်ခု အလွန်ကွာခြားသည်။ ဤအခန်းတွင် ယင်းကိစ္စများကို ခြုံငုံသုံးသပ်မှုပြုလုပ်ထားပါ သည်။ သတင်းအချက်အလက်မျှဝေခြင်း နှင့် လွှမ်းခြုံမှုနေရာ မြေပုံထုတ်ခြင်း၊ ကူးစက်ရောဂါတိုက်ဖျက်ခြင်း၊ ECBHO များမှ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသို့ လူနာလွှဲပြောင်းပေးခြင်း၊ ကျန်းမာရေးလုပ်သားများကို အသိအမှတ်ပြုခြင်း၊ ကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ်များ နှင့်ဆိုင်သည့် ကိစ္စရပ်များဖြစ်သည်။

*အချက်အလက်မျှဝေသုံးစွဲခြင်းနှင့် လွှမ်းခြုံမှုနေရာ မြေပုံထုတ်ခြင်း (Sharing information and mapping coverage)*

ECBHO နှင့် အစိုးရကြား ယုံကြည်မှုများ တစ်ဖက်တစ်ဖက်လာလျက်ရှိသဖြင့် ပူးတွဲအကောင်အထည်ဖော်နိုင်သည့် ကိစ္စများလည်း ပို၍ဖြစ်ပေါ်လာသည်။ ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ခြင်းနှင့် နားလည်မှုအခြေခံညှိခြင်းတို့အတွက် ECBHO နှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန အဆင့်တိုင်းအဆင့်တိုင်းတွင် သတင်းအချက်အလက် မျှဝေသုံးစွဲခြင်းကို ဆက်လက်ဆောင်ရွက်သွားရန်လိုအပ်သည်။ ECBHOs နှင့် MoH တို့အနေဖြင့် အချက်အလက် စုစည်းခြင်းများပြုလုပ်ပြီး ပူးပေါင်းလုပ်ငန်းများအတွက် ကြိုတင်ပြင်ဆင်ထားနိုင်သည်။

သတင်းအချက်အလက်မျှဝေခြင်း အထူးသဖြင့် လွှမ်းခြုံမှုနှင့်သက်ဆိုင်သည့်အချက်အလက်များသည် UHC အောင်မြင်ရေး ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှုအတွက် အရေးပါသည်။ လွှမ်းခြုံမှုမရှိသည့် နေရာများကိုဖော်ထုတ်ရန်၊ အစီအစဉ်ထပ်ခြင်း နှင့် ထပ်ဆင့်ဆောင်ရွက်ခြင်းကို ရှောင်ရှားရန်၊ ပူးတွဲစီမံကိန်း နှင့် အစီအစဉ်များ ဖော်ထုတ်ခြင်း၊ ထိရောက်စွာ စောင့်ရှောက်ခြင်းမခံရသူများအတွက် မဟာဗျူဟာ ချမှတ်ရာတွင် ပူးတွဲမြေပုံထုတ်ခြင်းသည် များစွာ အသုံးဝင်သည်။

ကရင်ပြည်နယ်၊ ကော့ကရိတ်မြို့နယ်တွင်ပြုလုပ်ခဲ့သည့် SDC မြေပုံထုတ် စီမံချက်တွင် (အခန်း ၄.၂ နှင့် မြေပုံ ၂ ကိုကြည့်ပါ) ဆေးခန်း၊ လွှမ်းခြုံမှုဧရိယာများ မြေပုံထုတ်သည့်လုပ်ငန်းသည် လွှမ်းခြုံမှုလုံးဝမရှိသည့် နေရာများကို ဖော်ထုတ်ရန်လိုအပ်သည်။ ပူးတွဲမြေပုံထုတ်ခြင်း၊ အချက်အလက်စုစည်းခြင်းလုပ်ငန်းများကို အခြားကိစ္စများအတွက်လည်း အသုံးပြုနိုင်ပြီး ယုံကြည်မှု၊ ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှု၊ နားလည်မှုများကို လုပ်ငန်းတွင် ပါဝင်ရင်း စနစ်များအကြောင်းလည်း သင်ယူရင်း နှင့် တည်ဆောက်ရယူသွားနိုင်သည်။

SDC စီမံချက်မှ အဓိက သင်ခန်းစာအနေဖြင့် အခြေခံအချက်အလက်များမရှိခြင်းကြောင့် အချက်အလက် စုစည်းခြင်းတစ်ခုတည်းပင် လပေါင်းများစွာကြာခဲ့ပြီး ကျန်းမာရေးအားကောင်းစေသည့် လုပ်ငန်းများပုံစံ ရေးဆွဲရာတွင် နှောင့်နှေးမှုများ ဖြစ်ပေါ်စေခဲ့သည်။ လွှမ်းခြုံမှုတွင် အတိုးအလျှော့ ရှိ မရှိ၊ ရှိခဲ့လျှင် မည်သည့်နည်းဖြင့် ဆောင်ရွက်မည်ကို မသိခြင်းကြောင့် အချိန်ကြာခြင်းဖြစ်သည်။ ECBHO နှင့် MoH အနေဖြင့် အခြေခံမြေပုံထုတ်ခြင်းလုပ်ငန်းကို ကြိုတင်ဆောင်ရွက်ထားသည်ဆိုပါက စီမံချက်နှောင့်နှေးမှုကိုများစွာ လျော့ချနိုင်မည်ဖြစ်သည်။ စီမံချက်တွင် မြေပုံထုတ်ချိန် ကြာမြင့်ခဲ့မှုကို ရှောင်ရှားနိုင်ခြင်းမရှိခဲ့သော်လည်း အခြားကိစ္စများတွင် ဆောင် ရွက်နေသည့် မြေပုံထုတ်ခြင်းများသည် အနာဂတ်စီမံချက်များတွင် ပေါ်ပေါက်လာနိုင်သည့် နှောင့်နှေးမှုများကို ကာကွယ်ရန်အတွက် အထောက်အပံ့ဖြစ်စေမည်။ ထို့ကြောင့် အချက်အလက် စုစည်းခြင်းကို သီးခြားစီ ဆောင်ရွက်ခြင်း ဖြစ်သော်လည်း အနာဂတ် ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မှုကို အထောက်အကူပြုပေးနိုင်ပြီး အရေးကြီးသည့်ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခုအနေဖြင့် သတ်မှတ်သင့်သည်။

ECBHOs များသည် ဆေးခန်းတည်နေရာများ၊ လွှမ်းခြုံမှုနေရာများ၊ ကျေးရွာအခြေပြု ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း နှင့် ဆေးခန်းစွမ်းရည် ဆန်းစစ်ခြင်းလုပ်ငန်းများ ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက် နိုင်ငံတကာ အထောက်အပံ့များ ရယူလိုသည့် သဘောထားများကို ထုတ်ဖော် ထားသည်။ သင့်တော်သည့်အချိန်ရောက်သည့်အခါ အချက်အလက်များကို ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသို့ အလျှင်အမြန်ပို့ပေး နိုင်ရန်ဖြစ်သည်။ အချို့သောဒေသများတွင် သတင်းအချက်အလက်အပြည့်အဝ ခွဲဝေမှုများပြုလုပ်နိုင်ရန် ယုံကြည်မှုအလွန်နည်းနေ သေးသောကြောင့် အထက်ပါလုပ်ငန်းများ ဆောင်ရွက်ခြင်းမှ ရရှိလာသည့်အချက်အလက်များကို ECBHO များ သို့မဟုတ် MoH အနေဖြင့် အသင့်အနေအထား မဖြစ်မချင်း မျှဝေပေးရန်မလိုပါ။ သို့မှသာ မလုံခြုံသည့်ခံစားချက်များဖြစ်ပေါ်ခြင်းကို လျော့ချပေးနိုင်မည် ဖြစ်ပြီး အချက်အလက်စုစည်းခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်ကို အရှိန်အဟုန် မြှင့်တင်ပေးနိုင်မည်ဖြစ်သည်။

မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ လွှမ်းခြုံမှုဧရိယာကို မြေပုံထုတ်ခြင်းသည် ခက်ခဲပြီး အချိန်ကုန်သည့် လုပ်ငန်းစဉ်ဖြစ်သည်။ ပြည်နယ် နှင့် မြို့နယ်များ၏ နယ်နိမိတ်များကို မြန်မာအစိုးရနှင့် EAO အဖွဲ့အမျိုးမျိုးမှ သတ်မှတ်ကြပြီး ကျေးရွာအမည်များမှာ ဗမာဘာသာ၊ ဒေသခံများ အသုံးပြုသည့်ဘာသာ၊ ရံဖန်ရံခါ အင်္ဂလိပ်အမည်နှင့်ပါ ရှိနေတတ်သည်။ ယင်းအချက်သည် ECBHOs နှင့် MoH တို့၏ ဆေးခန်း တည်နေရာများနှင့် လွှမ်းခြုံမှုနေရာများဖော်ထုတ်ခြင်းကို အခက်အခဲဖြစ်စေနိုင်သည်။ သို့မဟုတ် MoH ၏ မြို့နယ်ကျန်းမာရေး စီမံကိန်းရေးဆွဲရာတွင် ပါဝင်ရမည့် အစုအဖွဲ့ရွေးချယ်မှုတွင် အခက်အခဲတွေ့စေနိုင်သည်။ ဥပမာ မြန်မာအစိုးရမှ သတ်မှတ်ထားသည့် မြို့နယ်တစ်ခုတွင် KNU မြို့နယ် ၃ ခု၏ အစိတ်အပိုင်းများ ပါဝင်နိုင်သည်။ ယင်းအချက်သည် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ စီမံကိန်းများ ချထားမှုတွင် အခက်အခဲများ ဖြစ်စေသည်။ MoH အနေဖြင့် မြို့နယ်အဆင့်လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်သည့်အခါတွင် ECBHO မှ မြို့နယ် အဆင့် ခေါင်းဆောင်အများအပြား၏ ပါဝင်မှု၊ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု လိုအပ်လာမည်ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် ECBHO များသည် ပဋိပက္ခ အတွင်း မိမိကိုယ်ကိုကာကွယ်ရန်အတွက် မြေပုံများ (သို့မဟုတ် မြေပုံထုတ်ခြင်း) နှင့် လူဦးရေ အချက်အလက်များကို မျှဝေရန် ငြင်းဆန်ကြသည်။ တပ်မတော်အနေဖြင့် ကျေးရွာများ၏ တည်နေရာ၊ လူဦးရေကို မသိပါက ကျေးရွာသားများကို တိုက်ခိုက်ခြင်း၊ ဆက်ကြေးကောက်ခြင်း၊ အမွေလုပ်အားပေးခြင်းမှ အကာအကွယ်ပေးရန် ပို၍လွယ်ကူမည်ဖြစ်သည်။



HCCG မှဦးစီးပြီး အကြိမ်ကြိမ်ပြုလုပ်ခဲ့ပြီး NLD မှလည်း ၂၀၁၅ (အခန်း ၄.၂) ဒီဇင်ဘာတွင် ပြုလုပ်ခဲ့သော အချက်အလက်မျှဝေသည့် လုပ်ငန်းများနှင့် စည်းဝေးပွဲများသည် ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရန်အတွက် အဆက်မပြတ်ဆောင်ရွက်သင့်သည်။ လုပ်သင့် လုပ်ထိုက် သော ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်များအနေဖြင့် သတ်မှတ်ဖော်ဆောင်သင့်သည်။ လုပ်ငန်းများ၊ မဟာဗျူဟာများ၊ ရည်မှန်းချက်များ ခြုံငုံတင်ပြမှုများ မျှဝေခြင်းသည် လက်ရှိအချိန်ထိဖြစ်ပေါ်နေသည့် အများဆုံးမြင်တွေ့ရသည့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုပုံစံဖြစ်သည်။ အခြားစနစ်များမည်သို့စုစည်းထားသည်ကိုနှစ်ဖက်လုံးမှ နားလည်စေရန် မူဝါဒပိုင်ဆိုင်ရာ သုတေသနများဖြင့် ပံ့ပိုးပေးခြင်းသည်လည်း ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းမှုများကို တိုးတက်စေနိုင်သည်။ အခန်း ၃.၂ တွင် ဖော်ပြထားချက်အရ ECBHO အဆင့်မြင့်ခေါင်းဆောင်တဦးက စည်းဝေးပွဲများသည် အဆိုးမြင် သတ်မှတ်ချက်များကို တိုက်ဖျက်ရာတွင် အထောက်အပံ့ဖြစ်စေပြီး ကျန်းမာရေးစနစ်တစ်ခုခြင်းစီ၏ ဖွဲ့စည်းပုံ ဝန်ထမ်းခန့်ထားပုံများကိုလည်း နားလည်စေသည်ဟု ထုတ်ဖော်ခဲ့သည်။

နိုင်ငံတကာ အထောက်အပံ့ပေးသည့် အဖွဲ့အစည်းများအနေဖြင့်လည်း ယင်းကဲ့သို့လုပ်ငန်းများကို ဆက်လက်ထောက်ပံ့ရန်လိုအပ်သည်။ ကျော်ဖြတ်ရန်လိုသည့် ကာလရှည်ကြာတည်ရှိခဲ့သော မယုံကြည်မှုများ ရှိနေခြင်းကြောင့် ထိုကဲ့သို့သော ပူးပေါင်းဆက်ဆံမှုသည် လုပ်ဆောင်သင့်သော ပေါင်းစည်းခြင်း လုပ်ငန်းတခုအနေဖြင့် အလှူရှင်များကလည်း အသိအမှတ်ပြုရန်လိုအပ်သည်။ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်သည့်လုပ်ငန်းစဉ်များ လုံလောက်စွာ ဖြစ်ပေါ်မှုမရှိခြင်း၊ အမည်ခံ တွေ့ဆုံပွဲများသည် ပူးတွဲဖော်ဆောင်မည့်လုပ်ငန်းများအတွက် လုံလောက်သည့် တိုးတက်မှုများ ဖော်ဆောင်နိုင်ခြင်းမရှိသည့်အတွက် အလှူရှင်များအနေဖြင့် စိတ်ပျက်မှုများရှိလာသည်ဟုဆို ကြောင်း MTC နှင့် BMA ခေါင်းဆောင်များက ပြောသည်။ MoH နှင့် ECBHOs များအနေဖြင့် အခြားစနစ်များ၊ မူဝါဒများ၊ လွှမ်းခြုံရေးဗဟိုများ၊ လိုအပ်ချက်များကို လေ့လာနိုင်ရန်၊ ပူးတွဲလုပ်ငန်းများ အကောင်အထည်ဖော်မှု ယုံကြည်မှု တည်ဆောက် ရန်အတွက် တွေ့ဆုံမှုများ ပိုမိုပြုလုပ်ရန် လိုအပ်ကြောင်းကို MTC နှင့် BMA ခေါင်းဆောင်များက အခိုင်အမာပြောဆိုသည်။

ကျန်းမာရေးမဟာဗျူဟာများနှင့် ဦးတည်ချက်များ ချိန်သားကိုက်ညီနိုင်မည့် စည်းဝေးပွဲများ စတင်နိုင်ရန် ထိုကဲ့သို့သော လုပ်ငန်းများ ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်သည်။ ဥပမာ UHC အတွက် တူညီသည့် ရည်မှန်းချက်များ ချမှတ်ခြင်း၊ အစိုးရနှင့် ECBHO တို့ပူးပေါင်းပြီး မည်သည့်ဒေသတွင် မည်သည့်စောင့်ရှောက်မှု ရှိရှိသင့်သည်ဟူသော ကိစ္စများအတွက် တူညီသည့်သဘောထားများကို ဖော်ထုတ် နိုင်သည်။ ရှေ့တွင်ဖော်ပြခဲ့သည်နည်းတူ MoH ၏ လုပ်ပိုင်ခွင့်ကျယ်ပြန့်ခြင်း၊ အစိုးရ၏ နိုင်ငံရေးအရ တရားဝင်မှုမြင့်တက်လာခြင်းတို့ ကြောင့် ECBHO များအနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ ပင်မတာဝန်ဖိုး၊ အခြေခံမှုများနှင့် ဆန့်ကျင်ခြင်းမရှိပါက ၎င်းတို့မဟာဗျူဟာများကို အမျိုးသား အဆင့် မဟာဗျူဟာများနှင့် ကိုက်ညီစေရန် အားထုတ်သင့်သည်။

ယင်းအချက်သည် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းလုပ်ငန်းများအတွက် အခြေခံကောင်းဖြစ်ပြီး အလှူရှင်များ အဖို့လည်း ECBHO များကို အားကောင်းစေမည့် နည်းလမ်းများကို ရည်မှန်းချက် အတိအကျထားလျက် အလွယ်တကူဖော်ထုတ်စေနိုင်မည်ဖြစ်သည်။

**အစိုးရ နှင့် EAO/ECBHO များသို့ အကြံပြုချက် ၃။ ။ အနာဂတ် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများကို လမ်းကြောင်းပေးနိုင်ရန်၊ လွှမ်းမိုးခြင်း ဖြစ်ပေါ်လာမှုများတွင် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ အားကောင်းစေရန် မြေပုံထုတ်ခြင်း၊ ကျန်းမာရေးစနစ်ဆန်းစစ်မှုနှင့် မူဝါဒရေးဆွဲခြင်း ကဲ့သို့သော ပူးတွဲအကောင်အထည် ဖော်ပြမည့် လုပ်ငန်းများ၊ သီးခြားလုပ်ငန်းများ ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် စနစ် ၂ မျိုးလုံးမှ နည်းလမ်း ဖော်ထုတ်ရန် လိုအပ်သည်။**

- အချို့သောအခြေအနေများတွင် ယင်းကဲ့သို့သောလုပ်ငန်းများကို သီးခြားဆောင်ရွက်ခြင်းသည် အနာဂတ်ဆက်ဆံ ပူးပေါင်းမှုအတွက် အသင့်ဖြစ်စေမည်ဖြစ်သည်။
- အခြေခံအချက်အလက်များမရှိခြင်းကြောင့် လွှမ်းမိုးခြင်းဖြစ်ပေါ်လာ ပူးပေါင်းမြေပုံထုတ်ခြင်း လုပ်ငန်းအစပြုရန် နှောင့်နှေးမှု များရှိသည်။ သို့သော်လည်း ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရန်၊ အပြန်အလှန် လေ့လာရန်အတွက် များစွာ အထောက်အပံ့ ဖြစ်စေပါသည်။

**အစိုးရ နှင့် EAO/ECBHO များသို့ အကြံပြုချက် ၄။ ။ စနစ် ၂ မျိုးကြား ယုံကြည်မှု၊ ဆက်ဆံရေးနှင့် နားလည်မှု ကျယ်ပြန့်စွာ တည်ဆောက်နိုင်ရန် သတင်းအချက်အလက်မျှဝေခြင်း၊ စည်းဝေးပွဲကြီးများကျင်းပခြင်းကို စဉ်ဆက်မပြတ်ဆောင်ရွက်သင့်သည်။**

- ၂၀၁၅ ခုနှစ်တွင် NLD မှ ဦးစီးကျင်းပခဲ့သည့် အစီအစဉ်သည် အခြေခံကောင်းဖြစ်ပြီး နောင်တွင်လည်း အစိုးရမှ တရားဝင် အစီအစဉ်များ ဆက်လက်ကျင်းပပေးနိုင်သည်ဆိုပါက များစွာအကျိုးရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။
- သက်ဆိုင်ရာ အစုအဖွဲ့အားလုံးကို ဆက်သွယ်ရေး နှင့် ညှိနှိုင်းရေး ("communication and coordination") လုပ်ငန်းစဉ်ဖြင့် ချိတ်ဆက်ရန် သွားရေးလာရေးအခက်အခဲများရှိသည်ဆိုပါက အချက်အလက်မျှဝေခြင်းကို ပေါ့ပေါ့ပါးပါး ဆောင်ရွက်ပါက ယုံကြည်မှု နှင့် နားလည်မှု တည်ဆောက်ရန် အလွန်အကျိုးရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။
- ယင်းကဲ့သို့ လှုပ်ရှားမှုများကို ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မဟာဗျူဟာများနှင့် ရည်မှန်းချက်များ နှင့်ပတ်သက်သည့် ဆွေးနွေးမှု များ စတင်နိုင်ရန် အသုံးပြုနိုင်သည်။ ဥပမာ UHC နှင့်ဆိုင်သည့် ကိစ္စများ

**နိုင်ငံတကာမှ အကူအညီပေးရေးအဖွဲ့များသို့ အကြံပြုချက် ၄။ ။ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ECBHO များ၏ အဆင့်တိုင်း အဆင့် တိုင်းတွင် သတင်းအချက်အလက် မျှဝေခြင်းလုပ်ငန်းများကို နိုင်ငံတကာ အကူအညီပေးရေးအဖွဲ့များအနေဖြင့် ပံ့ပိုးသင့်သည်။**

- မြေပုံထုတ်ခြင်း၊ ကျန်းမာရေးစနစ် ဆန်းစစ်ခြင်း၊ မူဝါဒရေးဆွဲခြင်းကဲ့သို့သော အနာဂတ် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုကို ဆောင်ရွက်ပေးနိုင်သည့် ပူးတွဲစီမံချက်များ၊ သီးခြားစီမံချက်များ ကို ပံ့ပိုးခြင်းတို့ ပါဝင်နိုင်သည်။
- အခြေခံနားလည်မှုတည်ဆောက်ခြင်း၊ ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရန် ရည်ရွယ်သည့် စည်းဝေးပွဲများနှင့် သတင်းအချက် အလက်မျှဝေသည့် စည်းဝေးပွဲများဖြစ်ပေါ်စေရန် ပံ့ပိုးပေးခြင်းများ ပါဝင်နိုင်သည်။
- အနာဂတ် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများကို ဆောင်ရွက်ပေးနိုင်သည့် သတင်းအချက်အလက်မျှဝေခြင်းကို အဓိကထား သည့် ဆွေးနွေးပွဲများ၊ မြေပုံထုတ်ခြင်း နှင့် အခြားဆောင်ရွက်ချက်များကို ကျိုးကြောင်းသင့်လျော် ဘောင်ဝင်သည့် ပေါင်းစည်းခြင်းဆောင်ရွက်ချက်များအဖြစ် အလျှင် အစီရင်ခံစာရေးသားသည့်အခါ ထည့်သွင်းမှတ်ယူရမည်။

*ကူးစက်ရောဂါတိုက်ဖျက်ခြင်း (Countering infectious diseases)*

နယ်မြေ သို့မဟုတ် နယ်နိမိတ်မရွေး ဖြစ်ပွားတတ်သည့် ခြင်္သေ့ဆင့်ကူးစက်သော ငှက်ဖျား၊ ဆင်ခြေထောက် ကဲ့သို့သော ရောဂါများ တိုက်ဖျက်ရန်အတွက် ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းမှုများ ပြုလုပ်ရန်လိုအပ်သည်။ ခြင်္သေ့များသည် မတူညီသည့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းမိုးခြင်း နေရာအမျိုးမျိုး နှင့် နိုင်ငံတကာ နယ်စပ်နေရာများတွင် ငှက်ဖျားရောဂါကို အလွယ်တကူ ကူးစက်စေနိုင်သည်။ ဥပမာ ရောဂါ အမြစ်ပြတ် တိုက်ဖျက်ထားသည့်နေရာတွင် တကျော့ပြန်ဖြစ်ပွားစေခြင်း။ ထိုကဲ့သို့သော ရောဂါများ ပြန့်ပွားမှု ထိန်းချုပ်နိုင်ရန်အတွက် ဒေသအများအပြားတွင် ကျန်းမာရေး အဖွဲ့အစည်း အများအပြား၊ လက်တွေ့ ဆောင်ရွက်သည့်အဖွဲ့အများအပြားဖြင့် အကောင်အထည် ဖော်ဆောင်ရွက်ရန်လိုအပ်သည်။

မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် ထိရောက်မှု အရှိဆုံး ကုသပုံကိုပင် အံတုနိုင်သည့် ဆေးဒဏ်ခံငှက်ဖျားရောဂါ (artemisinin-resistant malaria) တိုက်ဖျက်ရန်အတွက် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ECBHO တို့ကြား ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုမှာ အရေးကြီးသည်။ ဆေးဒဏ်ခံငှက်ဖျားရောဂါသည် (Artemisinin-resistant malaria) မြန်မာထိုင်း နယ်စပ်တွင် ၂၀၁၂ ခုနှစ်တွင် စတင်တွေ့ရှိခဲ့ပြီး<sup>132</sup> ကုသတိုက်ဖျက်မှု မပြုလုပ်နိုင်ခဲ့ပါက အခြားဒေသများသို့ ပျံ့နှံ့သွားနိုင်သည်။ INGO နှင့် တက္ကသိုလ်မှ သုတေသနပညာရှင်များ ဦးဆောင်လျက် ကူးစက်နိုင်သည့် လူဦးရေဖော်ထုတ်ခြင်း၊ ငှက်ဖျားရောဂါ နှင့် ဆေးဒဏ်ခံ ငှက်ဖျားပျံ့နှံ့မှု တိုင်းတာခြင်း၊ ကုသရန် လိုအပ်သူများ တစ်ဦးချင်းအလိုက်၊ ရွာလုံးကျွတ်ကုသမှုများကို ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ECBHO တို့ပူးပေါင်းပြီး ဆောင်ရွက်လျက် ရှိနေပြီ ဖြစ်သည်။

၂၀၁၅ ဩဂုတ်လ ဝါရှင်တန်ဒီစီတွင်ပြုလုပ်ခဲ့သည့် ဆွေးနွေးပွဲသည် ယင်းကိစ္စဆွေးနွေးရန် အကန့်အသတ်ဖြင့် ခွင့်ပြုပေးခဲ့ပြီး ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ ပြုလုပ်မည်ဟု နှုတ်ဖြင့် ကတိပေးမှုများ ရရှိခဲ့သည်။ ကရင်ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုဖူလုံရေးဌာန(Karen Department of Health and Welfare) နှင့် ထိုင်းနိုင်ငံအခြေစိုက် Shloko Malaria Research Unit နှင့် ကာလရှည်ကြာ လက်တွဲလာသည့် ECBHO များ၊ ငှက်ဖျားတိုက်ဖျက်ရေးတွင် ပါဝင်သည့် အလုပ်အဖွဲ့မှ INGO များ၊ ဒေသခံ NGO များ၊ ရပ်ရွာအခြေပြု အဖွဲ့အစည်းများသည် ထိုင်းကျန်းမာရေးအာဏာပိုင်များနှင့် ကိစ္စအမျိုးမျိုးကို ပူးပေါင်းအကောင်အထည်ဖော်ခဲ့သည်မှာ နှစ်ပေါင်းများစွာကြာခဲ့ပြီဖြစ်သည်။

ECBHOs နှင့် MoH တို့သည် ဆေးခန်းအဆင့်၊ ကျေးရွာအဆင့် ငှက်ဖျားထိန်းချုပ်ရေးလုပ်ငန်းများကို ၎င်းတို့ ရည်မှန်းထားသည့် ဧရိယာများတွင် သီးခြားအကောင်အထည်ဖော်နိုင်သည်။ ငှက်ဖျားရောဂါရှာဖွေခြင်း နှင့် ကုသခြင်းကို နေရာဒေသမရွေး ဆောင်ရွက်ပေးနိုင်ရန်အတွက်၊ တိကျသည့် သုံးသပ်မှုများပြုလုပ်နိုင်ရန် ရောဂါပြန့်ပွားမှု အချက်အလက် စုစည်းရန် မျှဝေရန်အတွက်၊ လိုအပ်ပါက ဆေးပစ္စည်းဝယ်ယူရန်၊ ဓာတ်ခွဲခန်းပို့နိုင်ရန်၊ ဝေးလံသည့်ဒေသများသို့ ဆေးဝါးထောက်ပံ့နိုင်ရန်အတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။

*ECBHO မှ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနသို့ လူနာလွှဲပြောင်းပေးခြင်း (Patient referrals from ECBHOs to MoH facilities)*

ECBHO အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ရွေ့လျားအဖွဲ့များ၏ ကုသမှုခံယူထားသည့် လူနာများအနေဖြင့် ဒုတိယအဆင့် သို့မဟုတ် တတိယအဆင့် ကုသမှုများ ခံယူရန် လိုအပ်သည်ဆိုပါက အမြန်ဆုံး လွှဲပြောင်းပေးနိုင်ရန်အတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ လိုအပ်သည်။ ECBHO ဆေးခန်းများသည် လူနာများကို ထိုင်းနိုင်ငံအတွင်းမှ မယ်တော်ဆေးခန်း၊ ဒုက္ခသည်စခန်းမှ ဆေးခန်းများ သို့မဟုတ် ထိုင်းဆေးရုံများသို့ လွှဲပြောင်းပေးလေ့ရှိသည်။ ECBHO ဆေးခန်းအများစုသည် ထိုင်းနယ်စပ်တလျှောက်ရှိပြီး ယင်းသို့ လွှဲပြောင်းပေးရန်မှာ ခရီးလမ်းကြောင်းသင့်သည်။ သို့သော်လည်း မြန်မာနိုင်ငံအတွင်းရှိသည့် ဆေးခန်းများမှ ထိုင်းအခြေစိုက်ဆေးခန်းများသို့ လွှဲပြောင်းပေးရန်မှာ အချိန်ကုန်၊ ငွေကုန်ပြီး လမ်းကြောင်းမှာလဲ ခက်ခဲလှသည်။

ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး နှင့် လှုပ်ရှားသွားလာမှု ကန့်သတ်ထားချက်များ ဖြေလျော့လိုက်ခြင်းကြောင့် အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ လူနာများကို ထိုင်းအခြေစိုက် ဆေးရုံများသို့အပြင် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ဆေးရုံများသို့ ပေးပို့နိုင်သည့် အခွင့်အလမ်းများ ပေါ်ပေါက်လာခဲ့သည်။ ယင်းဆေးခန်းများသည် ထိုင်းနိုင်ငံတွင်းရှိ ECBHO ဆေးခန်းများထက် ခရီးလမ်းပန်းလွယ်ကူသည်။ အပစ်ခတ်ရပ်စဲခဲ့သဖြင့် အဆင့်မြင့်ကုသမှု ပေးနိုင်သည့် ဆေးရုံများသို့ သွားလာနိုင်ရန် လမ်းကြောင်းပွင့်လာသည်။ အချို့သော ဒေသများမှ လူနာများအတွက် အချိန်ခိုလွှဲပြောင်းမှုပြုလုပ်နိုင်သည့် အခွင့်အလမ်းကို ပထမဆုံးအကြိမ်အနေဖြင့် ဖန်တီးပေးနိုင်ခဲ့သည်။ ထိုင်းနိုင်ငံမှ ဒုက္ခသည်စခန်းများနှင့်အတူ စခန်းတွင်းမှ ဆေးခန်းများကိုလည်း တပါတည်း ပိတ်သိမ်းတော့မည်ဖြစ်သောကြောင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ဆေးရုံများသို့ လွှဲပြောင်းပေးသည့်စနစ်များ ပေါ်ပေါက်လာရန်မှာ ပို၍အရေးကြီးလာသည်။ မြန်မာပြည်တွင်း နေထိုင်သည့် ပြည်သူများအတွက် အဆင့်မြင့်ကုသမှုပေးနိုင်ရန် ယင်းနည်းလမ်းများကို ဖယ်ရှားရန် ဖိအားပေးမှုများရှိသည်။ မွေးလူနာ လွှဲပြောင်းပေးခြင်းကို အဓိကထားသည့် စီမံကိန်းများကို နိုင်ငံတကာအထောက်အပံ့နှင့် မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းတွင် အကောင်အထည်ဖော်လျက်ရှိသည်။ ယင်းဆောင်ရွက်ချက်များနှင့်ဆိုင်သည့် အသေးစိတ် အချက်အလက်များ၊ ၎င်းတို့ကြုံတွေ့ရသည့် အခက်အခဲများကို ယခုစာတမ်းတွင် စုစည်းဖော်ပြနိုင်ခြင်းမရှိပါ။

NLD ၏ UHC လမ်းပြမြေပုံတွင် ECBHO များ အပါအဝင် မတူညီသည့် ကျန်းမာရေးစနစ်များ၏ လူနာလွှဲပြောင်းမှုကို တိုးတက်အောင်ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်ပုံကို ထပ်တလဲလဲ ထောက်ပြထားသည်။ “ ဥပဒေ နှင့် နိုင်ငံရေး အတားအဆီးများသည် တိုင်းရင်းသား ကျန်းမာရေး အဖွဲ့အစည်းများအနေဖြင့် ၎င်းတို့လူနာများကို ပြည်သူ့ဆေးရုံသို့ လွှဲပြောင်းရန် ငြင်းဆန်ခြင်းအတွက် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း တာဝန်ရှိသည်။”<sup>133</sup> ဟုဖော်ပြထားသည်။ ယင်းဖော်ပြချက်သည် အလွန်အားတက်စရာကောင်းသည့်အချက်ဖြစ်ပြီး အစိုးရ၊ ECBHO နှင့် MoH တို့ကြား ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု တိုးတက်လာစေရန် အဓိကဆောင်ရွက် ဖြေရှင်းရမည့်ကိစ္စအဖြစ် မှတ်ယူရမည်ဖြစ်သည်။

ခရီးစရိတ် ပြန်အမ်းပေးရန် စံသတ်မှတ်ခြင်း၊ MoH သည် အခမဲ့စောင့်ရှောက်သည့်ပုံစံမှ အခြေခံ စောင့်ရှောက်မှုအတွက်သာ အခမဲ့တာဝန်ယူသည့်စနစ်ကို ကူးပြောင်းနေခြင်းဖြစ်သောကြောင့် ဆေးကုသခံ ပေးသွင်းမှုလုပ်ငန်းစဉ် သတ်မှတ်ခြင်း အစရှိသည့် ကိစ္စရပ်များတွင် အခက်အခဲများ ပေါ်ထွက်လာနိုင်သည်။ ထို့ပြင် နှစ်ဖက်သဘောတူအသုံးပြုနိုင်သည့် လွှဲပြောင်းပုံစံများ ထုတ်ပြန်ရေး ဆွဲရန်လိုသည်။ ECBHO များနှင့် MoH ကြား လူနာနှင့်ဆိုင်သည့်ကိစ္စ (အထူးသဖြင့် သေဆုံးလူနာ) များအတွက် စည်းဝေးများ ပြုလုပ်ရန် သတ်မှတ်ချက်များ ဖော်ထုတ်အသုံးပြုရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။

**အစိုးရ နှင့် EAO/ECBHO များသို့ အကြံပြုချက် ၅။ ။ ကူးစက်ရောဂါ တိုက်ဖျက်ခြင်း၊ လူနာ လွှဲပြောင်းခြင်းဆိုင်ရာ လုပ်ငန်း သတ်မှတ်ခြင်းတို့ကို စနစ်တကျဖော်ဆောင်ရမည့် ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေး ကိစ္စများအဖြစ် သဘောထားသင့်သည်။**

- ဖော်ပြခဲ့ပါ ပြဿနာများကို NLD ၏ UHC လမ်းပြမြေပုံတွင် ဖော်ပြပါရှိသည့် ဆက်သွယ်ရေး နှင့် ညှိနှိုင်းရေး ("communication and coordination") လုပ်ငန်းစဉ်ဖြင့် ဖြေရှင်းနိုင်သည်။
- အောင်မြင်နေပြီဖြစ်သော ဆောင်ရွက်ဆဲ ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းရေး အားထုတ်မှုများကို အစိုးရသစ်လက်ထက်တွင်လည်း ဆက်လက် အကောင်အထည်ဖော်သွားရန်လိုအပ်သည်။ နိုင်ငံတကာ ထောက်ပံ့ရေး အဖွဲ့များမဟုတ်ဘဲ အစိုးရနှင့် ECBHO များသည် ဦးဆောင်ရန်၊ လုပ်ငန်းစဉ်များအတွက် တာဝန်ယူရန်လိုအပ်သည်။

*ECBHO ကျန်းမာရေးလုပ်သားများ အသိအမှတ်ပြုခြင်း (Accreditation of ECBHO health workers)*

ယုံကြည်မှု တည်ဆောက်ရန်၊ တရားဝင်ဆက်ဆံရေး ထူထောင်ရန်အတွက် အဓိကအခက်အခဲတစ်ခုမှာ အစိုးရဟောင်းအနေဖြင့် ECBHO ကျန်းမာရေးလုပ်သားများကို အသိအမှတ်ပြု၊ တရားဝင်သတ်မှတ်လိုသည့် ဆန္ဒမရှိခြင်းဖြစ်သည်။ အသိအမှတ်ပြုခြင်းသည် မတရားသင်းဥပဒေဖြင့် ကန့်သတ်ထားသည့် အတားအဆီးများကို ကျော်လွှားသွားနိုင်ရန် အရေးကြီးသည်။ ထို့ပြင် အစိုးရအနေဖြင့် ECBHO များနှင့် ၎င်းတို့ဝန်ထမ်းများ၏ အရည်အချင်းကို လေးစားအသိအမှတ်ပြုသည့် သဘောလည်းဖြစ်သည်။ အသိအမှတ်ပြုခြင်းကို တိုးမြှင့်ဆောင်ရွက်ရန် အားထုတ်ခြင်းသည် ECBHO နှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနကြား ယုံကြည်မှု နှင့် လေးစားမှု ဖြစ်ပေါ်လာရန် အထောက်အကူဖြစ်စေပြီး ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းကို မြှင့်တင်လာစေမည်ဖြစ်သည်။ ရေရှည်တွင် နိုင်ငံတော် အနေဖြင့် ECBHO များ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုသည် အရည်အသွေးပြည့်မီစေရန် ကြပ်မတ်မှုများ ပြုလုပ်ရာတွင် အသုံးဝင်မည် ဖြစ်သည်။

အားတက်ဖွယ်ရာအနေဖြင့် NLD ၏ UHC လမ်းပြမြေပုံတွင် အသိအမှတ်ပြုခြင်း၊ လိုင်စင်ချပေးခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်များ တိုးတက်အောင် ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်နေပုံကို ထပ်တလဲလဲဖော်ပြထားသည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို အမြင့်ဆုံးအဆင့်ထိ ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် အတွက် ECBHO များနှင့် အခြားအင်အားစုများ (ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍ) ကို အသိအမှတ်ပြုရန် လိုအပ်ပုံကို ဖော်ပြထားသည်။ NLD ဖော်ပြချက်အရ " တင်းကျပ်သည့် စည်းမျဉ်းများ စောင့်ကြည့်ထိန်းကျောင်းမှုများ လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။ ( ဥပမာ အသိအမှတ်ပြုခြင်း၊ လိုင်စင်ချထားပေးခြင်း အပါအဝင်) တူညီသည့် အရည်အသွေးသတ်မှတ်ချက်များ ကျင့်သုံးရန်လည်း လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။"<sup>134</sup> အစိုးရပြင်ပ၊ ပုဂ္ဂလိက နှင့် အစိုးရသင်တန်းကျောင်းများမှ မွေးထုတ်လိုက်သည့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများကို အသိအမှတ်ပြုပေးနိုင် သည့် လွတ်လပ်သော အသိအမှတ်ပြုအဖွဲ့တစ်ခု တည်ထောင်ရန် လိုအပ်သည်ဟု လမ်းပြမြေပုံတွင် အကြံပြုထားသည်။ လက်ရှိ ဖြစ်ပေါ်နေသည့် အခင်းအကျင်းများသည် လုပ်ငန်းအကောင်အထည်ဖော်နေသည့် ECBHO ကျန်းမာရေးလုပ်သားများ အသိအမှတ် ပြုခံရရန် လမ်းဖွင့်ပေးသည်သာမက ၎င်းတို့ သင်တန်းကျောင်းများကိုလည်း နောင်တွင် တရားဝင်အသိအမှတ်ပြုထားသည့် သင်တန်းများပေးနိုင်မည် ဖြစ်သည်။

ECBHO ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ အသိအမှတ်ပြုစေရန် ဆောင်ရွက်ရာတွင် ECBHO သည် ၎င်းတို့လက်ရှိ ပုံစံများနှင့် ဆောင်ရွက်နေပုံ ကို အသိအမှတ်ပြုခံရရန် အလိုအလျောက် အားထည့်ဆောင်ရွက်မည်ဖြစ်သည်။ အရည်အသွေးစံနှုန်း သတ်မှတ်ချက်များ ပြည့်မီမှု ရှိရန်၊ နိုင်ငံသားအားလုံးအတွက် ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်ဖြင့် ကုသမှုပေးနိုင်ရန်အတွက် အစိုးရတွင် စောင့်ကြည့်ဝေဖန်ပိုင်ခွင့် အပြည့်အဝ ရှိသည်။ အသိအမှတ်ပြုမှုသည် အာဆီယံနိုင်ငံများတွင်ပါ အကျိုးဝင်မည်ဖြစ်သောကြောင့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများအတွက် စံသတ်မှတ်ချက်များ စံချိန်စိုစေရန် အစိုးရတွင် တာဝန်ရှိသည်။ ယခုကိစ္စနှင့်ပတ်သက်ပြီး နှစ်ဖက်လုံးသည် ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းခြင်း၊ ဆွေးနွေးညှိနှိုင်းခြင်းများကို တဖက်ရပ်တည်ချက်၊ ဦးစားပေးမှုများကို သဘောပေါက်လျက် ပြုလုပ်ပေးရမည်ဖြစ်သည်။ နှစ်ဖက်လုံး၏ ရည်မှန်းချက်များ အထမြောက်နိုင်ရန် အကောင်းဆုံးနည်းလမ်းကိုလည်း ရှာဖွေရမည်ဖြစ်သည်။

ECBHO များ၏ သင်ကြားရေးစနစ်နှင့် အသိအမှတ်ပြုပေးသည့် စနစ်များရှိထားပြီး ၎င်းစနစ်သည် ပုဂ္ဂလိကဆေးခန်းတစ်ခုတည်းအတွက် ရည်ရွယ်သည့် သင်တန်းများနှင့် မတူဘဲ ၎င်းတို့ ရည်ရွယ်သည့် ပြည်သူများထံသို့ စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရန် တီထွင်ထားသည့် နည်းလမ်းများပေါ် အခြေခံထားသည်ကို အစိုးရအနေဖြင့် အသိအမှတ်ပြုရမည်ဖြစ်သည်။ အင်အား ၃၀၀၀ ကျော်ရှိသော ECBHO ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများကို ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှ သတ်မှတ်ထားချက်နှင့်အညီ ပြန်လည်သင်တန်းပေးခြင်းမှာ ထိရောက်မှု အပိုင်းတွင် အားနည်းသည်သာမက နိုင်ငံရေးအရလည်း မဖြစ်နိုင်သောကြောင့် အခြားနည်းလမ်းများကို စဉ်းစားသင့်သည်။ ထို့ကြောင့် အသိအမှတ်ပြုပေးရေးအဖွဲ့သည် ECBHO များ ကျင့်သုံးနေသည့် သင်တန်းပေးပုံ၊ ဝန်ထမ်းခန့်ထားပုံတို့ကို ပိုမိုနားလည် စေရန် အနီးကပ် ဆောင်ရွက်ရမည်ဖြစ်သည်။ ECBHO လေ့ကျင့် သင်တန်းပေးမှု၊ ဝန်ထမ်းများ၏ ကျွမ်းကျင်မှုကို လေ့လာနိုင်ရန်အတွက် အသိအမှတ်ပြုရေးအဖွဲ့သည် ECBHO ဆေးခန်းများသို့ ကွင်းဆင်းလေ့လာရန်လိုအပ်သည်။

IRC မှ အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်ထုတ်ပေးသည့် အစီအစဉ်နှင့် အခန်း ၄.၂ တွင် ဖော်ပြထားချက်သည် MoH မှ ရေးဆွဲသည့် သင်တန်း သင်ရိုးအတိုင်း လေ့ကျင့်သင်ကြားခံထားရသည့် အချို့သော ECBHO လုပ်သားများ၏ ကုသရေးအရည်အသွေးကို တိုင်းတာ ပြီးဖြစ်သည်။ ဇယားကွက် ၂ ပါ ကုသမှုများအတွက် အချို့သော ECBHO ကျန်းမာရေးလုပ်သားများမှ ကုသမှုများ ပြုလုပ်သည့်တိုင်

ECBHO လုပ်သားများ၏ ကုသရေးပုံစံ သည် ၎င်းတို့ဝန်ထမ်းကုသပုံနှင့် တူသည်ကို အစိုးရအနေဖြင့် အသိအမှတ်ပြုရမည် ဖြစ်သည်။ အစိုးရ၏ အသိအမှတ်ပြုရေးအဖွဲ့သည် ကျွမ်းကျင်မှုများ အသိအမှတ်ပြုမှုရန် တူညီသည့်လုပ်ငန်းစဉ်ကို အသုံးပြုနိုင်ရမည် ဖြစ်ပြီး ECBHO များ အသုံးပြုသည့် ပုံစံပေါ် အခြေခံပြီး ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းသစ်များ မွေးထုတ်အသိအမှတ်ပြုပေးရမည်။

- အစိုးရသို့ အကြံပြုချက် ၅။ ■ ECBHO များနှင့် ညှိနှိုင်းပြီး ECBHO ကျန်းမာရေးလုပ်သားများကို အသိအမှတ်ပြုပေးနိုင်သည့် လုပ်ငန်းစဉ်ဖော်ထုတ်ပါ။**
- သင့်တော်သည့် လုပ်ငန်းအဆင့်များ ဖြစ်ပေါ်လာရန်အတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း၊ ညှိနှိုင်းခြင်းများ လိုအပ်မည် ဖြစ်သည်။
  - ECBHO များတွင် လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးသည့်စနစ်၊ အသိအမှတ်ပြု လက်မှတ်ထုတ်ပေးသည့်စနစ် ရှိနေသည်ကို အစိုးရအနေဖြင့် အသိအမှတ်ပြုရမည်။ ၎င်းတို့၏ စောင့်ရှောက်မှုပုံစံနှင့် ကိုက်ညီသည့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ မွေးထုတ်နိုင်ရမည်။
  - အစိုးရသည် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ဝန်ထမ်းများကို လေ့ကျင့်ပေးသည့် စွမ်းရည်များနှင့် ပေါင်းစပ်ပေးခြင်းကို ဆောင်ရွက်ခြင်းထက် ECBHO ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ၏ တဦးချင်း ကုသရေးစွမ်းရည်၊ အဆင့်မြင့်ကုသမှု များပြုလုပ်နေမှု (task-shifting) ကို အာရုံစိုက် ဆောင်ရွက်ပေးရန်လိုသည်။
  - ECBHO သို့ အကြံပြုချက် ၂။ နိုင်ငံသားတိုင်းသည် အရည်အသွေးပြည့်သည့် ပညာသည်များကုသမှု ရယူနိုင်အောင် ဆောင်ရွက်ရန် တာဝန်ရှိမှု၊ အသိအမှတ်ပြုမှုအတွက် အခြေခံလိုအပ်ချက်များ ချမှတ်နိုင်သည့် လုပ်ပိုင်ခွင့်အာဏာများ ရှိသည်ကို ECBHO များအနေဖြင့် နားလည်သဘောပေါက်ထားရမည်။

*ကျန်းမာရေးစရိတ် (Health Financing)*

ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန သို့မဟုတ် အခြားသော အစိုးရအဖွဲ့အစည်းများအနေဖြင့် အချို့သော ECBHO လုပ်ငန်းများကို ထောက်ပံ့နိုင် သည်ဆိုပါက ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ECBHO များကြား ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုများသည် ရေရှည်သဘောဆောင်သော ကျန်းမာရေး အသုံးစရိတ်ပုံစံများ ဖြစ်ပေါ်စေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေမည်ဖြစ်သည်။ NLD အမျိုးသားကျန်းမာရေးကွန်ယက်၏ ၂၀၁၆ မတ်လ မူဝါဒစာတမ်းတွင် လူမှုဖူလုံရေးအမှုဆောင်အဖွဲ့ကဲ့သို့ အစိုးရအဖွဲ့တွင်းမှ ဝယ်ယူရေးအဖွဲ့ (single purchaser) ဖွဲ့စည်းပြီး ဝန်ဆောင်မှုများကို လူထုကိုယ်စား အဖွဲ့အစည်းအသီးသီးမှ ဝယ်ယူသွားရန် စီစဉ်ထားသည်ဟု ဖော်ပြထားသည်။<sup>135</sup> အစိုးရနှင့် EAO နောက်ခံရှိ အစိုးရအဖွဲ့များကြား ငွေကြေးနှင့်ထောက်ပံ့မှုများ လွှဲပြောင်းပေးမှု ဖြစ်ပေါ်စေမည်ဖြစ်သောကြောင့် ECBHO များ၏ စောင့်ရှောက်မှုကို အစိုးရရန်ပုံငွေနှင့် ဝယ်ယူမည့်လုပ်ငန်းစဉ် တစ်ခုတည်းထောင်ခြင်းတွင် နိုင်ငံရေးသဘောအများအပြားပါဝင်နိုင် ပါသည်။

ယင်းအစီအစဉ်သည် ချက်ချင်းပေါ်ပေါက်လာနိုင်ဖွယ်မရှိသေးပါ။ ကျန်းမာရေး တန်းတူမှုအတွက် အလှူရှင်များအနေဖြင့် MoH နှင့် ECBHO နှစ်ဖက်လုံးကို ပံ့ပိုးမှုများပြုလုပ်ပေးနိုင်သရွေ့ ချက်ချင်း လိုအပ်အုံးမည်လည်း မဟုတ်ပါ။ သို့သော်လည်း ရေရှည်တွင် ECBHO များအနေဖြင့် ၎င်းတို့လုပ်ငန်းများကို ပြည်တွင်းမှ ပံ့ပိုးမှုများပြုလုပ်နိုင်မည့် နည်းလမ်းများကိုစဉ်းစားရမည်ဖြစ်သည်။ EAO များသည် ၎င်းတို့ ကျန်းမာရေးဌာနများကို ငွေကြေးပံ့ပိုးမှုအနည်းငယ်သာ ပြုလုပ်နိုင်သည်။ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေးကြောင့် အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ EAO များသည် စီးပွားရေးလုပ်ငန်းသစ်များ လုပ်ကိုင်လာနိုင်သဖြင့် ဝင်ငွေတိုးတက်လာကြပြီး လူမှုဝန်ဆောင် မှုများလည်း တိုးတက်လာစေခဲ့သည်။ NLD အနေဖြင့် နိုင်ငံတော် ရန်ပုံငွေဖြင့် ECBHO စောင့်ရှောက်မှုများအား ပံ့ပိုးသွားရန် သဘော ထားပြခဲ့သည်။ ယင်းသို့ပံ့ပိုးမှုသည် ပို၍ခိုင်မာပြီး ရေရှည်သဘောဆောင်မည်ဖြစ် သည်။

ယင်းကိစ္စနှင့်ပတ်သက်ပြီး အချို့သော ECBHO ခေါင်းဆောင်များနှင့် ဆွေးနွေးမှုများပြုလုပ်သည့်အခါ အနာဂတ်တွင်ပေါ်ပေါက်လာ နိုင်သည့် ကိစ္စအဖြစ် လက်ခံထားကြသော်လည်း အလေးအနက်ထား စဉ်းစားရမည့်ကိစ္စအဖြစ် သံသယအပြည့်နှင့်သဘောထား ကြသည်။ အထူးသဖြင့် ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်တွင် ယုံကြည်မှုတိုးတက်လာမှုမရှိမချင်း သံသယနှင့်စောင့်ကြည့်နေရမည်ဟု ထုတ်ဖော်ပြောသည်။ သို့သော်လည်း ECBHO ခေါင်းဆောင်များနှင့် ဆွေးနွေးချက်များအရ နိုင်ငံတော်အစိုးရမှ ထောက်ပံ့မှုများ လက်ခံခြင်းသည် ၎င်းတို့၏ လွတ်လပ်ခွင့်အတွက် ခြိမ်းခြောက်မှုတစ်ခုအဖြစ် ရှုမြင်ကြသည်သာမက ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ပတ်သက်ပြီး ၎င်းတို့လက်ခံထားသည့် အယူအဆနှင့် ဆန့်ကျင်လျက် ဗဟိုဦးစီးသည့် ကျန်းမာရေးစနစ်အောက်သို့ ဝင်ရောက်သွား ရမည့် အန္တရာယ်ရှိသည်ဟု သဘောထားကြသည်။ MTC နှင့် BMA အဆင့်မြင့်ခေါင်းဆောင်များအဆိုအရ ပြင်ပမှ ပံ့ပိုးမှုများပေါ်တွင်သာ မှီခိုနေခြင်းသည် ခိုင်မာမှုမရှိကြောင်း ဖွင့်ဟဝန်ခံသော်လည်း ဖွဲ့စည်းပုံဆိုင်ရာ အပြောင်းအလဲ ကြီးကြီးမားမားပြုလုပ်ရမည်ဖြစ် သောကြောင့် အနီးကပ်ပူးပေါင်းဆက်ဆံမှုများပြုလုပ်ရန် တွန်းဆုတ်နေသည်။<sup>136</sup> အစိုးရပေါ်မှီခိုမှုကြောင့် ဆုံးရှုံးမှုများပေါ်ပေါက်လာ နိုင်သည်ဟု ယူဆချက်များလည်းရှိနေသည်။ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး ပျက်ပြယ်ခြင်း သို့မဟုတ် နိုင်ငံရေးနှင့် အခြားအကြောင်း ပြချက်များကြောင့် ထောက်ပံ့မှုများ ဆိုင်းငံ့ထားခြင်းများရှိခဲ့ပါက ယခင်အလှူရှင်ဟောင်းများနှင့် ပြန်လည်ချိတ်ဆက်ရန် ခက်ခဲသွား

စေမည့် အန္တရာယ်လည်းရှိသည်။ အကယ်၍ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး ပျက်ပြယ်သွားခဲ့ပါက အစိုးရနှင့် နိုင်ငံရေး အစုအဖွဲ့မဟုတ်သော MTC BMA ကဲ့သို့သော အစုအဖွဲ့များကြား တွင် ယုံကြည်မှု ခိုင်ခိုင်မာမာမရှိခဲ့လျှင် ယင်းလမ်းကြောင်း များသည် အချိန်မရွေးပျက်ပြားသွားနိုင်သည်။ အစိုးရနှင့် ပြုလုပ်မည့် ရင်းမြစ်ခွဲဝေမှု သဘောတူညီချက်များတွင် ၎င်းတို့၏ လွတ်လပ်စွာ လုပ်ပိုင်ခွင့်၊ စောင့်ရှောက်မှုပုံစံများကို အပြောင်းအလဲမရှိ အသုံးပြုနိုင်မည့် သတ်မှတ်ချက်များကို ထည့်သွင်းနိုင်ရန် လိုလားလျက်ရှိသည်။ အခက်အခဲ အများအပြားရှိနေသော်လည်း ဆက်စပ်ပတ်သက်သူများအားလုံးသည် အနာဂတ်တွင်ပေါ်ပေါက် လာနိုင်ဖွယ်ရှိသည့် ငွေကြေးပုံပိုးမှုပုံစံများနှင့် ပတ်သက်ပြီး ဆွေးနွေးမှုများစတင်ထားရန်မှာ အရေးကြီးသည်။

**အစိုးရ နှင့် EAO/ECBHO များသို့ အကြံပြုချက် ၆။ ။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးနေသည့် အခြားသော အဖွဲ့များ (NLD ၏ UHCလမ်းပြမြေပုံတွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း) စရိတ်ထောက်ပံ့ပေးရန် နိုင်ငံ၏ ကျန်းမာရေးစရိတ်ထောက်ပံ့သည့် လုပ်ငန်းစဉ်ကို အစိုးရအနေဖြင့် ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှု ပြုလုပ်ခဲ့ပါက အနာဂတ်တွင်ပေါ်ပေါက်လာနိုင်သည့် ထောက်ပံ့မှုဆိုင်ရာကိစ္စများနှင့် ပတ်သက်ပြီး အစိုးရ နှင့် ECBHO များကြားတွင် ဆွေးနွေးမှုများစတင်ထားသင့်သည်။**

- ယင်းကိစ္စနှင့်ပတ်သက်ပြီး ဆွေးနွေးမှုများသည် အလွန်တရာ သတိထားရမည်ဖြစ်သောကြောင့် နိုင်ငံရေးအရ တိုးတက်မှုများ မရှိသေးသည့် အနေအထားတွင် အတင်းတွန်းခြင်းမျိုးကို ရှောင်ရှားသင့်သည်။ ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်နှင့် ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများပေါ်တွင် ၎င်းတို့ယုံကြည်မှုမရှိသရွေ့ ယင်းကဲ့သို့သောထောက်ပံ့မှုကို ECBHO များလက်ခံနိုင်ရန်မှာ ဖြစ်နိုင်ချေနည်းသည်။

**ECBHO များသို့ အကြံပြုချက် ၇။ ။ နိုင်ငံတကာ အထောက်အပံ့များသည် ခိုင်မာမှုမရှိကြောင်းကို ECBHO များအနေဖြင့် သဘောပေါက်ထားရမည်။ အထူးသဖြင့် အစိုးရမှ ကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ်များ မြှင့်တင်နေသည့် အနေအထားဖြစ်နေသည်။ ခိုင်မာသောချာသည့် စရိတ်ပုံစံပေးမှုရရှိရန်နှင့်ပတ်သက်ပြီး အတွင်းစည်းမှုဝါဒ ချမှတ်ရေးအတွက် စတင်လုပ်ဆောင်သင့်သည်။ ထိုကဲ့သို့သော ဆွေးနွေးမှုများပြုလုပ်သည့်အခါတွင် အစိုးရထောက်ပံ့မှု၏ ဖြစ်နိုင်ချေ၊ ကြိုတင်ရှိထားရမည့် အခြေအနေ၊ ထောက်ပံ့မှုအား လက်ခံခြင်း အစရှိသည့် ကိစ္စများကို ဦးတည်ဆွေးနွေးသင့်သည်။**

**နိုင်ငံတကာမှ အကူအညီပေးရေးအဖွဲ့များသို့ အကြံပြုချက် ၅။ ။ ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ် တိုးတက်မှုနှေးကွေးနေခြင်း၊ ပဋိပက္ခများပြန်လည်ဖြစ်ပွားလာနိုင်ချေရှိသဖြင့် ထောက်ပံ့ရေး မဟာဗျူဟာများ ရေးဆွဲသည့်အခါတွင် ECBHO များကို အနည်းဆုံး ၅ နှစ် စင်ပိုင်ထောက်ပံ့ခြင်းပြုလုပ်နိုင်သည့် ထောက်ပံ့ရေးလမ်းကြောင်းကို ထည့်သွင်းရေးဆွဲထားသင့်သည်။**

- အစိုးရ၏ စရိတ်ထောက်ပံ့ရေးလုပ်ငန်းစဉ်ကို ကူညီပေးခြင်းများပြုလုပ်နေသည့် အနေအထားတွင် အကူအညီတောင်းခံမှုများရှိပါက အလှူရှင်များသည် ECBHO နှင့် အစိုးရကြား စရိတ်ထောက်ပံ့မှု ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများအတွက် ဆွေးနွေးမှုများပေါ်ပေါက်လာစေရန် ဆောင်ရွက်ပေးသင့်သည်။
- မည်သို့ပင်ဖြစ်စေ နိုင်ငံတကာအလှူရှင်များအနေဖြင့် ဆယ်စုနှစ်ချီကြာဖြစ်ခဲ့သည့်စစ်ပွဲကြောင့် ပေါ်ပေါက်လာသည့် နိုင်ငံရေးအခက်အခဲများရှိနေခြင်းကို သတိထားဆင်ခြင်ရမည်ဖြစ်ပြီး အစိုးရ၏ ထောက်ပံ့မှုတစ်ခုတည်းရယူရန် ECBHO များကို အလောတကြီး တိုက်တွန်းမှု မပြုလုပ်သင့်ပါ။

**၅.၄။ ပေါင်းစည်းခြင်းအတွက် အန္တရာယ်ရှိသည့် အယူအဆများ (Problematic conceptions of convergence)**

ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းနှင့်အခြားသောပေါင်းစည်းခြင်းဆိုင်ရာလုပ်ငန်းများသည်လက်ရှိအခြေအနေတွင်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အားလုံးအတွက် လက်တွေ့ကျသည့်အနေအထားမဟုတ်ပါ။ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ ပြုလုပ်ရန်အတွက် တွေ့ဆုံဆွေးနွေးမှု အကြိမ်ပေါင်းများစွာ ပြုလုပ်ရန်လိုအပ်ပြီး ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်း ဆောင်ရွက်နေခြင်းမရှိသည့် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအကြောင်းကို အနည်းငယ်သာနားလည်သည့် အစိုးရအရာရှိ၊ EAO အရာရှိများထံမှ ခွင့်ပြုချက်တောင်းယူနေကြရသည်။ မလိုအပ်သည့် အပို လုပ်ငန်းများဖြစ်သောကြောင့် ယင်းလုပ်ငန်းစဉ်အဆင့်ဆင့်သည် စိတ်ပျက်စရာကောင်းပြီး အချိန်ကြန့်ကြာမှုကိုဖြစ်စေသည်။ ပြည်သူလူထုများထံသို့ အရေးကြီးကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများပေးရာတွင်လည်း နှေးကွေးစေပြီး ကျန်းမာရေးအရ တန်းတူမှု မရှိခြင်းများကို ပေါ်ပေါက်စေသည်။

အစောပိုင်းထုတ်ပြန်ခဲ့သည့် HCCG မူဝါဒစာတမ်းများတွင် MoH နှင့် ပူးပေါင်းဆက်ဆံမှုများတိုးတက်သထက် တိုးတက်အောင် ဆောင်ရွက်သွားမည့် ပေါင်းစည်းရေး လုပ်ငန်းစဉ်များကို ဖော်ပြထားသည်။ သို့သော်လည်း ပူးပေါင်းဆက်ဆံမှုများကို မည်သို့ဖော် ထုတ်မည်ဆိုသည့်အချက်အတွက် အသေးစိတ်လမ်းညွှန်ချက်မှာ အနည်းငယ်သာရှိသည်။ ယင်းအစီအစဉ်များသည် ပေါင်းစည်းခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်ကို ပုံဖော်ခြင်းယောင်ရန် ကြိုးစားနေသည့် ဆက်စပ်ပတ်သက်သူများအတွက် လမ်းညွှန်ချက်အနည်းအကျဉ်းသာ ပေးနိုင် ပြီး အချို့သောကိစ္စများတွင် အမျိုးမျိုးသော အနက်ဖွင့်မှုများကို ပေါ်ပေါက်စေခဲ့သည်။ ပဋိပက္ခဒဏ် နှစ်ပေါင်းများစွာခံထား ရသည့်နေရာ၊ နိုင်ငံတကာ ပူးပေါင်းဆက်ဆံမှု အနည်းငယ်သာရှိခဲ့ဖူးသည့် ဖွံ့ဖြိုးရေးအစဉ်အတိုင်းတွင် ပြင်ပမှ အစုအဖွဲ့များအဖို့ ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းအတွက် မှန်ကန်သည့် ချဉ်းကပ်ပုံကို ဖော်ထုတ်နိုင်ရန်ဆိုသည်မှာ အထူးခက်ခဲသည့်ကိစ္စဖြစ်သည်။

နိုင်ငံတကာ ထောက်ပံ့ရေးအဖွဲ့များအနေဖြင့် MoH နှင့် ECBHOs ပူးပေါင်းလုပ်ကိုင်စေရန် စိတ်အားထက်သန်စွာ တိုက်တွန်းရသည့် အကြောင်းရင်း အတော်များများ ရှိသည်။ စင်ပိုင်ကျန်းမာရေးစနစ်များရှိနေခြင်းသည် ပြဿနာများပေါ်ပေါက်စေသည်။ EAO များကို နိုင်ငံတည်ထောင်ခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်တွင် ပါဝင်စေရန် မလိုလားခြင်း၊ ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းများသည် ငြိမ်းချမ်းရေးဖြစ်စဉ်ကို အထောက်အပံ့ဖြစ်စေမည်ဟု ယူဆခြင်းတို့ဖြစ်သည်။ သို့သော်လည်း ပဋိပက္ခအင်အားရသည့် မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းမှ အခြေအနေအရပ်ရပ်သည် စင်ပိုင်စနစ်ကို ဆက်လက်ထားရှိရန်၊ EAO များ၊ ၎င်းတို့နှင့်ဆက်စပ်သည့် ဖွံ့ဖြိုးရေးလုပ်ငန်းများတွင် ပူးပေါင်းဆက်ဆံရန် တောင်းဆိုလျက်ရှိကြသည်။

MoH နှင့် ECBHO များကြားမှ ပူးတွဲလုပ်ငန်းများကို အလျင်အမြန်တိုက်တွန်းခြင်းသည် လိုအပ်သည့် စောင့်ရှောက်မှုများ ပြုလုပ်ရာတွင် နှောင့်နှေးခြင်း၊ MoH နှင့် ECBHO များကို စိတ်ပျက်စေခြင်းများ ဖြစ်ပေါ်စေနိုင်သည်။ အခန်း ၄.၂ နှင့် ၅.၃ တွင် ဆွေးနွေးခဲ့သည့်အတိုင်း သတင်းအချက်အလက်မူဝေခြင်းနှင့် ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရေး လုပ်ငန်းများသည် ယခုအဆင့်တွင် နှေးကွေးနေမည်ဖြစ်သော် လည်း နိုင်ငံတကာ ထောက်ပံ့ရေးအဖွဲ့များအနေဖြင့် ယင်းလုပ်ငန်းများကို လိုအပ်သည်။ ဆောင်ရွက်ထိုက်သည့် ပေါင်းစည်းခြင်း လုပ်ငန်းများဖြစ်သည်ဟု နားလည်ထားပေးရမည်။ ရေရှည်တွင် ပို၍ကောင်းမွန်သော ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ ပေါ်ပေါက်လာစေရန် အရေးကြီးသည့် ရင်းနှီးမြုပ်နှံမှုတစ်ခုအဖြစ် နားလည်လက်ခံပေးရမည်ဖြစ်သည်။ ဤအခန်းတွင် နိုင်ငံတကာအဖွဲ့များ၏ ပါဝင်မှု သည် ပေါင်းစည်းခြင်းကို အားပေးရာ မရောက်ဘဲ အန္တရာယ်ကျရောက်စေနိုင်သည့် လုပ်ရပ်ကြီး ၂ ခုကိုဖော်ပြထားပါသည်။

*အစိုးရခွင့်ပြုချက်များရရန် ပေါင်းစည်းခြင်း (Convergence for gaining government permissions)*

ကျန်းမာရေး တန်းတူညီမျှမှုမရှိခြင်းကို ဖြေရှင်းရန်မဟုတ်ဘဲ အခန်း ၄.၂ တွင် ဥပမာပြဆွေးနွေးခဲ့သည့် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းနှင့် ကာလဝမ်းကုသခြင်းတို့အတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများလိုအပ်သည်။ နိုင်ငံတကာအဖွဲ့အစည်းများ (UNICEF) များအား ECBHO များသို့ တိုက်ရိုက်ကူညီခြင်း သို့မဟုတ် တိုက်ရိုက်ပူးပေါင်းဆက်ဆံခြင်းကို ပိတ်ပင်ထားသောကြောင့် MoH မှ ဝင်ရောက်ပါဝင်ရန် လိုအပ်သည်။ ယင်းဥပမာများကို ကြည့်ခြင်းအားဖြင့် နိုင်ငံတကာအဖွဲ့အစည်းများ၏ ပြဿနာဖြေရှင်းနိုင်မှု အရည်အချင်း၊ စိတ်ပိုင်း ဖြတ်မှုများဖြင့် လုပ်ငန်းအခက်အခဲများ ကျော်လွှားပုံကို တွေ့မြင်နိုင်သကဲ့သို့ ထိုကဲ့သို့သော စည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်များသည် လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများကို နှေးကွေးစေကြောင်းကိုလည်း ထင်ဟပ်စေသည်။ မိမိရပ်ရွာတွင် ကာလရည်ကြာ ဇောက်ချလုပ်ကိုင်ခဲ့သည့်တိုင် နိုင်ငံတော်မူဝါဒအရဖြင့်လည်းကောင်း MoH အောက်တွင်ဆောင်ရွက်စေရန် ECBHO များကိုဖိအားပေး သည့်အခါ ယင်းကန့်သတ်ချက်များသည် ပဋိပက္ခကိုဦးတည်စေသည့် မကျေမနပ်မှုများကို ထပ်ပေါင်း အားသစ်လောင်းသကဲ့သို့ဖြစ်စေ နိုင်သည်။ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုတွင် ဝင်ရောက်ပါဝင်နိုင်သည့် အနေအထားရှိသူများအနေဖြင့်လည်း ယင်းထောင်ချောက်များကို သတိပြုမိရန်လိုအပ်သည်။

ပြင်ပမှ တိုက်တွန်းသည့် ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းများတွင် ရင်းမြစ်များ စီမံနေသည့် နိုင်ငံတကာအဖွဲ့များအနေဖြင့် ECBHO များနှင့် တိုက်ရိုက်လုပ်ငန်း ဆောင်ရွက်နိုင်ခွင့်ရှိမှသာလျှင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများကို ပို၍ထိရောက်စွာ ပံ့ပိုးနိုင်မည်ဖြစ်သည်။ အလှူရှင်များအနေဖြင့် ECBHO များကို တိုက်ရိုက် ငွေကြေးပံ့ပိုးနိုင်၊ စောင့်ကြည့်နိုင်သည့် လုပ်ငန်းစဉ်အဆင့်များ ရေးဆွဲထားပြီး UN စနစ်ထက်ပို၍ ပျော့ပြောင်းသည့် နည်းပညာပိုင်းဆိုင်ရာအဖွဲ့အစည်းများနှင့် ပူးပေါင်းနိုင်မှသာလျှင် ဖော်ပြပါရည်မှန်းချက်များ အထမြောက်အောင်မြင်မည်ဖြစ်သည်။ အစိုးရနှင့် ECBHO များသည် ဘေးဒုက္ခ ပူးပေါင်းတုံ့ပြန်ရေး၊ အခြားသော ဝန်ဆောင်မှုများ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်နိုင်ရန် လုပ်ငန်းစဉ်များဆက်လက်အကောင်အထည်ဖော်ခြင်းသည် လက်တွေ့အလုပ်ဖြစ်သော်လည်း ECBHO နှင့် နိုင်ငံတကာ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများကို အစိုးရမှခွင့်ပြုရန် အစိုးရကို ကျေနပ်စေသည့်အပြုအမူအနေဖြင့် ဆောင်ရွက်ရန် နိုင်ငံတကာအဖွဲ့များမှ မသတ်မှတ်သင့်ပါ။ ဘေးဒုက္ခရောက်သည့်အနေအထားမျိုးအတွက် တိုက်ရိုက်တုံ့ပြန်နိုင်သည့်လုပ်ငန်းစဉ် (direct response mechanisms) များပြင်ဆင်ထားရန် လိုအပ်သည်။

*ပေါင်းစည်းခြင်းအတွက် ပေါင်းစည်းခြင်း (Convergence for convergence's sake)*

ပေါင်းစည်းခြင်းကို ပေါင်းစည်းခြင်းတစ်ခုတည်းအတွက် ရှုမြင်သည့်အခါတွင် ပျက်စီးဆုံးရှုံးနိုင်မှု အန္တရာယ် ပို၍တိုးလာသည်။ အထူးသဖြင့် ငြိမ်းချမ်းရေးတည်ဆောက်ရေး ရန်ပုံငွေများကို ရန်ဖက် ၂ ဖက် အတူတကွ နီးကပ်စေသည့် စီမံကိန်းများတွင် အသုံးပြုလို သည့် နိုင်ငံတကာအဖွဲ့များ၏ အမြင်မျိုးဖြစ်သည်။ စာတမ်းရင် ၂ ဦးလုံး သည် ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းကို ငြိမ်းချမ်းရေးတည်ဆောက်ရန် သို့မဟုတ် လူမှုရေးပေါင်းစည်းမှု များ တွင် အသုံးပြုရန် အခွင့်အလမ်းရှာနေသည့် နိုင်ငံတကာအဖွဲ့အတော်များများနှင့် ဆွေးနွေးမှုများ မကြာခဏပြုလုပ်ဖူးသည်။ ယင်းတို့အနက် ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်း အတွေ့အကြုံမရှိသူများလည်း အပါအဝင်ဖြစ်သည်။ ထိုကဲ့သို့သော ချဉ်းကပ်ပုံသည် မျှော်မှန်းထားသည့် သက်ရောက်မှုများ ပေါ်ပေါက်လာစေမည် မဟုတ်ပါ။ ပြည့်စုံအဓိပ္ပာယ်ရှိသော ပူးပေါင်းဆောင်ရွက် မှုများသည် ECBHO နှင့် MoH တို့၏ အခက်အခဲ များကျော်လွှားရန် အားထုတ်မှုများပေါ်တွင် မူတည်နေသည်။ သီးခြားလုပ်ဆောင်ခြင်း ထက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ပါက ပို၍အကျိုးများစေမည့် တူညီသည့် လိုအပ်ချက်များပေါ်တွင်အခြေခံမှသာလျှင် အောင်မြင်သည့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ ပေါ်ထွက်လာမည်ဖြစ်သည်။ အလှူရှင်များအနေဖြင့် အတင်းအဓမ္မ တိုက်တွန်းလျှင် သို့မဟုတ် မက်လုံးပေး သည်ဆိုပါက နိုင်ငံတကာအဖွဲ့များကို ကျေနပ်စေရန် အဓိကထားလာကြပြီး အမှန်တကယ် ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ခြင်းကို နောက် တန်းပို့ချထားခြင်းများလည်း ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သည်။

မီဒီယာများကြားတွင် နာမည်ကြီးပြီး အောင်မြင်မှုကိုဖော်ကျူးသည့် ထုတ်ပြန်ချက်များပေါ်ပေါက်လာစေနိုင်ပြီး ECBHO နှင့် အစိုးရကြားမှ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများကို ထုတ်ဖော်ပြသရန် ရည်ရွယ်၍ နိုင်ငံတကာအဖွဲ့များမှ စီစဉ်သည့် နာမည်ကျော်၊ တပွဲတိုး အခမ်းအနားများသည်လည်း လက်တွေ့အခြေအနေတွင် စစ်မှန်သည့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများ ပေါ်ပေါက်လာစေရန် ကူညီပေး နိုင်ခြင်းမရှိပါ။ ထိုကဲ့သို့သော အခမ်းအနားများသည် ရန်ဖက်များကို အခန်းတခုတည်းတွင် ရောက်ရှိစေပြီး အပေါ်ယံတင်းမာမှုများကို ဖယ်ရှားပေးရန် အထောက်အပံ့ဖြစ်စေသော်လည်း အဖွဲ့အစည်းများကြားတွင် ရန်ငါခွဲခြားခြင်းများ ပေါ်ပေါက်လာစေမည့် အန္တရာယ် လည်းရှိနေပြီး ပေါင်းစည်းခြင်းလုပ်ငန်းများနှင့် အခြားသော ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများသည် အပေါ်ယံသဘောသာ ဖြစ်ပြီး ဆက်လက် ပါဝင်ရန် ထိုက်တန်မှုမရှိဟု ထင်မြင်သွားနိုင်သည်။ ထို့ပြင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူများကိုလည်း ၎င်းတို့ ပင်မရည်မှန်းချက်မှ လမ်းလွဲသွားစေနိုင်သည်။ အခြားအရေးပါသည့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုပုံစံများမှလည်း ဖယ်ခွာသွားစေနိုင်သည်။

ပေါင်းစည်းရေးလုပ်ငန်းများ ထိရောက်မှုရှိရန်အတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများဖြစ်ပေါ်လာရန် သို့မဟုတ် ငြိမ်းချမ်းရေးအတွက် ရည်ရွယ်သည့်လုပ်ငန်းများကိုသာ သီးသန့်ဆောင်ရွက်ခြင်းမဟုတ်ဘဲ အပြောင်းအလဲနှင့်ဆိုင်သည့် သင့်တော်ရာသီအိုရီများ ကျန်းမာရေး ညီမျှမှုတိုးတက်လာခြင်းကို တိုင်းတာရန် အဓိကထားသည့် ဆက်စပ်အညွှန်းကိန်းများနှင့် ပေါင်းစပ်ဖော်ဆောင်ရန် လိုအပ်သည်။ ပေါင်းစည်းခြင်းအတွက် နည်းလမ်းများဖော်ထုတ်ရန်အတွက် အင်တိုက်အားတိုက်ဆောင်ရွက်ရန် လိုပြီး ပေါင်းစည်းခြင်း လုပ်ငန်းများကို ၎င်းတို့မဟာဗျူဟာတွင်ထည့်သွင်းထားသည့် အလှူရှင်များမှ ကြီးကြပ်ဦးဆောင်မှုများ ပြုလုပ်နိုင်သည်။



# နောက်ဆက်တွဲ ၁ ။ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့တောင်ခြမ်းအတွက် အကြံပြုချက် စုစည်းမှု

## အစိုးရသို့အကြံပြုချက်များ

၁။ ။ ECBHO များသည် စွမ်းဆောင်ရည်၊ အတွေ့အကြုံ၊ နယ်မြေအနေအထား ကျွမ်းကျင်မှုတို့ရှိနေသဖြင့် UHC အောင်မြင်ရန် ECBHO များကို အရေးကြီးသည့် လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်အနေဖြင့် ရှုမြင်သင့်သည်။

- ECBHO များ၏ အခန်းကဏ္ဍမြှင့်တင်နိုင်ရန် မှန်ကန်သည့်မူဝါဒများနှင့် ဆောင်ရွက်ပုံများ ပြုစုရေးသားရန်၊ ဆက်လက်ဖော်ပြမည့် အကြံပြုချက်များပါအတိုင်း အရည်အသွေးမီ စောင့်ရှောက်မှုများ ပြုလုပ်နိုင်ရန် အားဖြည့်ပေးမှုများ ဆောင်ရွက်ရမည်ဖြစ်သည်။

၂။ ။ ECBHO များကို အခိုင်အမာ အသိအမှတ်ပြုပါ။ ဥပဒေဖြင့် သို့မဟုတ် ကြေညာစာဖြင့် အသိအမှတ်ပြုပါ။

- အဖွဲ့များနှင့် နှစ်ဖက်သဘောတူထားသည့် သတ်မှတ်ချက်များပေါ်တွင် အခြေခံသင့်သည်။
- ECBHO များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနေသူများဖြစ်ကြောင်း ဖော်ပြသင့်သည်။
- ECBHO များသည် အစိုးရ၊ ပြည်တွင်း၊ နိုင်ငံတကာ အကူအညီများ နှင့် ဒေသခံရပ်ရွာများမှ ရန်ပုံငွေလက်ခံနိုင်ခွင့်ရှိသည်ဟု ဖော်ပြထားသင့်သည်။
- MoH အနေဖြင့် ထပ်တူကျနေသည့် လွှမ်းခြုံနေရာများတွင် ဝင်ရောက်လှုပ်ရှားသည့်အခါတွင် ECBHO များနှင့် ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်၊ ညှိနှိုင်းလုပ်ဆောင်ရမည်ဟု ဖော်ပြထားသင့်သည်။
- အမျိုးသားကျန်းမာရေးမူဝါဒ၊ ဆက်စပ်မဟာဗျူဟာများနှင့် ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများ ပြုလုပ်သည့်အခါတွင် MoHနှင့် အခြားအစိုးရအဖွဲ့အစည်းများသည် ECBHO များနှင့် ဆွေးနွေးမှုများ ပြုလုပ်ရမည်ဟု ဖော်ပြသင့်သည်။
- အထူးတလည်သတ်မှတ်ထားသည့် မှတ်ပုံတင်လုပ်ငန်းစဉ်ဖြင့်မဟုတ်ဘဲ အရေးပါသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူအဖြစ် ရပ်တည်နေသည့် ECBHO များ၏ လက်ရှိအခြေအနေကို တရားဝင် ခိုင်ခိုင်မာမာ အသိအမှတ်ပြုပေးသည်ဟု ဖော်ပြထားသင့်သည်။
- NCA လက်မှတ်ရေးထိုးထားသည့် အဖွဲ့များနှင့်ဆက်နွယ်သည့်အဖွဲ့များ သို့မဟုတ် အခြားသော နိုင်ငံရေးသတ်မှတ်ချက်များနှင့် အကျိုးဝင်သူများအတွက်သာမဟုတ်ဘဲ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်နေသည့် အထက်ကရအဖွဲ့များအားလုံးသို့ သက်ရောက်စေသင့်သည်။
- NLD မူဝါဒနှင့်အညီ ECBHO ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများကို အသိအမှတ်ပြုခြင်း၊ လိုင်စင်ချထားပေးခြင်း နှင့် အစိုးရမှ ပို၍ ထိရောက်စွာ စောင့်ကြည့်နိုင်ရေးကိစ္စများအတွက် ပထမအဆင့်အနေဖြင့် ဆောင်ရွက်သင့်သည်။ အခန်း ၅.၃ ကိုကြည့်ပါ။

၃။ ။ ပေါင်းစည်းခြင်းအတွက် ရှင်းလင်းသည့်မူဝါဒများ၊ ရှင်းလင်းသည့် ရပ်တည်ချက်များဖော်ထုတ်ပါ။ ECBHO များနှင့် ပို၍ ထိရောက်စွာ ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်နိုင်ရန် ဌာနအဆင့် လမ်းညွှန်ချက် သတ်မှတ်ရေးဆွဲပါ။

- ECBHO များနှင့် ပူးပေါင်းဆက်ဆံရန် အရေးကြီးကြောင်းကို သက်ဆိုင်သည့် ဝန်ထမ်းအဆင့်ဆင့်ကို လျော်ညီစွာ ရှင်းပြထားသင့်သည်။
- ECBHO များနှင့် ပူးပေါင်းဆက်ဆံရန်အတွက် ဦးစားပေးမှုများ၊ သတ်မှတ်ချက်များကို ဖော်ထုတ်ထားရမည်။ ဝန်ထမ်းများကို သတ်မှတ်ချက်များနှင့်အညီ ခန့်ထားတာဝန်ပေးသင့်သည်။
- NLD ၏ UHC လမ်းပြမြေပုံတွင် အကြံပြုထားသည့်အတိုင်း ဆက်သွယ်ရေး နှင့် ပူးပေါင်းရေးလုပ်ငန်းစဉ် (“communication and coordination mechanism”)ကို အမှန်တကယ် အကောင်အထည်ဖော်သင့်ပြီး ပြည်ထောင်စုအဆင့်၊ ပြည်နယ်အဆင့်ဌာနများ ပါဝင်စေရမည်။

၄။ ။ အောက်ဖော်ပြပါ ကိစ္စများအတွက် မူဝါဒများ ရေးဆွဲအကောင်အထည်ဖော်သင့်ပါသည်။

- မြို့နယ်ကျန်းမာရေးမှူးများနှင့် အခြေခံကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများကို နေရာတစ်ခုတွင် ကာလရှည်ခန့်ထားနိုင်ရန်။
- SHD ရာထူးများနှစ်ရှည်ခန့်ထားနိုင်ရန်။
- အထက်ဖော်ပြပါ ရာထူးများကို အချိန်ပြည့်ထမ်းဆောင်လိုသူများကို ခန့်ထားနိုင်ရန် အားပေးသည်။

**၅။ ။ ECBHO များနှင့် ညှိနှိုင်းပြီး ECBHO ကျန်းမာရေးလုပ်သားများကို အသိအမှတ်ပြုပေးနိုင်သည့် လုပ်ငန်းစဉ်ဖော်ထုတ်ပါ။**

- သင့်တော်သည့် လုပ်ငန်းအဆင့်များ ဖြစ်ပေါ်လာရန်အတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း၊ ညှိနှိုင်းခြင်းများ လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။
- ECBHO များတွင် လေ့ကျင့်သင်တန်းပေးသည့်စနစ်၊ အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်ထုတ်ပေးသည့် စနစ်ရှိနေသည်ကို အစိုးရအနေဖြင့် အသိအမှတ်ပြုရမည်။ ၎င်းတို့၏ စောင့်ရှောက်မှုပုံစံနှင့် ကိုက်ညီသည့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ မွေးထုတ်နိုင်ရမည်။
- အစိုးရသည် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ဝန်ထမ်းများကို လေ့ကျင့်ပေးသည့် စွမ်းရည်များနှင့် ပေါင်းစပ်ပေးခြင်းကို ဆောင်ရွက်ခြင်းထက် ECBHO ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ၏ တစ်ဦးချင်း ကုသရေးစွမ်းရည်၊ အဆင့်မြင့်ကုသမှုများ ပြုလုပ်နေမှု (task-shifting) ကို အာရုံစိုက် ဆောင်ရွက်ပေးရန်လိုသည်။

**ECBHO သို့အကြံပြုချက်များ**

**၁။ ။ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ပေါင်းစည်းရေး ကြိုးပမ်းမှုများ ဆက်လက်ဆောင်ရွက်သင့်ပြီး ယင်းအားထုတ်မှုများသည် စံချိန်မီ ကျန်းမာရေး ရရှိစေရန် အဓိကဦးစားပေးအဖြစ် ရည်ရွယ်သင့်သည်။**

- NLD ဦးဆောင်သည့် အစိုးရအဖွဲ့သည် ပြည်သူထောက်ခံမှုနှင့် အာဏာရရှိလာသည့် အစိုးရဖြစ်သောကြောင့် ECBHOs များအနေဖြင့် အစိုးရတစ်ရပ်၏ နိုင်ငံကျန်းမာရေးကဏ္ဍတိုးတက်ရေးအတွက် စီမံခန့်ခွဲမှုကို အသိအမှတ်ပြုရမည်။ MoH သည် နိုင်ငံတွင်းတွင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အဓိကတာဝန်ယူသူအဖြစ်ရှိနေသည်ကို အသိအမှတ်ပြုရမည်။
- MoH တွင် လုပ်ပိုင်ခွင့်အာဏာအများအပြားရှိသည်နှင့် အညီ ECBHOs များ၏ မဟာဗျူဟာများနှင့် ရည်မှန်းချက်များသည် MoH ရည်မှန်းထားချက်များနှင့် လိုက်ဖက်ညီသည်ဆိုပါက လက်တွေ့အကောင်အထည်ဖော်ရာတွင် များစွာအကျိုးရှိမည် ဖြစ်သကဲ့သို့ ECBHO များ လုပ်ငန်း အကောင်အထည်ဖော်ရာတွင်လည်း စိုးရိမ်ကြောင့်ကြမှုမရှိဘဲ အကောင်အထည်ဖော်နိုင်မည်ဖြစ်သည်။

**၂။ ။ နိုင်ငံသားတိုင်းသည် အရည်အသွေးပြည့်သည့် ပညာသည်များ၏ကုသမှု ရယူနိုင်အောင် ဆောင်ရွက်ရန် တာဝန်ရှိမှု၊ အသိအမှတ်ပြုမှုအတွက် အခြေခံလိုအပ်ချက်များ ချမှတ်နိုင်သည့် လုပ်ပိုင်ခွင့်အာဏာများရှိသည်ကို ECBHO များအနေဖြင့် နားလည်သဘောပေါက်ထားရမည်။**

**၃။ ။ နိုင်ငံတကာအထောက်အပံ့များသည် ခိုင်မာမှုမရှိကြောင်းကို ECBHO များအနေဖြင့် သဘောပေါက်ထားရမည်။ အထူးသဖြင့် အစိုးရမှ ကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ်များ မြှင့်တင်နေသည့်အနေအထားဖြစ်နေသည်။ ခိုင်မာသောရာသည့် စရိတ်ပိုင်းပေးမှု ရရှိရန်နှင့်ပတ်သက်ပြီး အတွင်းစည်းမူဝါဒ ချမှတ်ရေးအတွက် စတင်လုပ်ဆောင်သင့်သည်။ ထိုကဲ့သို့သော ဆွေးနွေးမှုများပြုလုပ်သည့် အခါတွင် အစိုးရထောက်ပံ့မှု ဖြစ်နိုင်ချေ၊ ကြိုတင်ရှိထားရမည့် အခြေအနေ၊ ထောက်ပံ့မှုအား လက်ခံခြင်း အစရှိသည့်ကိစ္စများကို ဦးတည်ဆွေးနွေးရမည်ဖြစ်သည်။**

**အစိုးရနှင့် EAO/ECBHO များသို့ အကြံပြုချက်**

**၁။ ။ အစိုးရနှင့် EAO များထိန်းချုပ်သည့် နေရာကို လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုများဖြင့် နေရာဦးယူသတ်မှတ်ခြင်းမဟုတ်ဘဲ ရပ်စဲရေးနှင့် နိုင်ငံရေး ဆွေးနွေးပွဲ လုပ်ငန်းစဉ်များမှတစ်ဆင့် သတ်မှတ်သင့်သည်။**

- နယ်မြေသတ်မှတ်ရန်အတွက် လူမှုဝန်ဆောင်မှုများကို အသုံးပြုခြင်းသည် ဝန်ဆောင်မှုများကို နိုင်ငံရေးလက်နက်သဖွယ် အသုံးပြုခြင်းကို ဖြစ်ပေါ်စေနိုင်သည်။ အရည်အသွေးနှင့် တန်းတူညီမျှအစား နယ်မြေရရှိရေး ပြိုင်ပွဲသဖွယ် ဦးတည်ချက် ပြောင်းသွားနိုင်သည့် အန္တရာယ်လည်းရှိပါသည်။

**၂။ ။ ထိန်းချုပ်မှု ဖရီယာသတ်မှတ်ခြင်းကို ငြိမ်းချမ်းရေး သဘောတူညီချက်များမှ ဆောင်ရွက်ခြင်းအစား NLD ၏ ၂၀၁၆ ကျန်းမာရေး လမ်းပြမြေပုံတွင် လမ်းညွှန်ထားသည့် ဆက်သွယ်ရေး နှင့် ညှိနှိုင်းရေး ("communication and coordination") လုပ်ငန်းစဉ်မှ တစ်ဆင့် တရားဝင်ဆွေးနွေးမှုများနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းမိုးသည့်နေရာ သတ်မှတ်ခြင်းများ ဆောင်ရွက်နိုင်သည်။**

- ယင်းလုပ်ငန်းစဉ်တွင် ဒေသတစ်ခုအတွင်းရှိ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူ အရေအတွက်ပေါ်မူတည်ပြီး ပြည်နယ်/တိုင်းဒေသကြီး၊ ခရိုင် သို့မဟုတ် မြို့နယ်အဆင့် ကော်မတီ သို့မဟုတ် ဖိုရမ်များပါဝင်နိုင်သည်။
- ယင်းလုပ်ငန်းစဉ်၏ အဓိကရည်မှန်းချက်အနေဖြင့် ကျန်းမာရေးတန်းတူမှုရရှိရန် အဓိကထား ဆောင်ရွက်သင့်သည်။ လုပ်ငန်းစဉ်တွင် ပါဝင်သူများသည် သက်ဆိုင်ရာ နိုင်ငံရေးအဖွဲ့များနှင့် ညှိနှိုင်းခြင်းမျိုးမဟုတ်ဘဲ ကျန်းမာရေး ကိစ္စများနှင့်ပတ်သက်ပြီး နောက်ဆုံးအဆင့် ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချနိုင်ရန် အာဏာအပ်နှင်းထားသင့်သည်။

- နေပြည်တော် သို့မဟုတ် EAO အဆင့်မြင့်ခေါင်းဆောင်ပိုင်းမှ ခွင့်ပြုချက်ရယူရန်မလိုဘဲ ၎င်းတို့ဒေသရှိ ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းများကို ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် နောက်ဆုံးအဆင့် ဆုံးဖြတ်ချက်များချမှတ်နိုင်ရန် အစိုးရနှင့် EAO များသည် ပြည်နယ်အဆင့်၊ ဒေသအဆင့် အရာရှိများကို လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသင့်သည်။

**၃။ ။ အနာဂတ် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများကို လမ်းကြောင်းပေးနိုင်ရန်၊ လွှမ်းမိုးခြင်းမရှိသောပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများအားကောင်းစေရန် မြေပုံထုတ်ခြင်း၊ ကျန်းမာရေးစနစ် ဆန်းစစ်မှုနှင့် မူဝါဒရေးဆွဲခြင်း ကဲ့သို့သော ပူးတွဲအကောင်အထည်ဖော်ရမည့် လုပ်ငန်းများ၊ သီးခြားလုပ်ငန်းများ ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် စနစ် ၂ မျိုးလုံးမှ နည်းလမ်းဖော်ထုတ်ရန် လိုအပ်သည်။**

- အချို့သောအခြေအနေများတွင် ယင်းကဲ့သို့သောလုပ်ငန်းများကို သီးခြားဆောင်ရွက်ခြင်းသည် အနာဂတ် ဆက်ဆံပူးပေါင်းမှုအတွက် အသင့်ဖြစ်စေမည်ဖြစ်သည်။
- အခြေခံအချက်အလက်များ မရှိခြင်းကြောင့် လွှမ်းမိုးခြင်းမရှိသော ပူးပေါင်းမြေပုံထုတ်ခြင်းလုပ်ငန်း အစပြုရန် နှောင့်နှေးမှုများရှိသည်။ သို့သော်လည်း ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရန်၊ အပြန်အလှန် လေ့လာရန်အတွက် များစွာ အထောက်အပံ့ဖြစ်စေပါသည်။

**၄။ ။ စနစ် ၂ မျိုးကြားယုံကြည်မှု၊ ဆက်ဆံရေးနှင့် နားလည်မှုကျယ်ပြန့်စွာ တည်ဆောက်နိုင်ရန် သတင်းအချက်အလက်မျှဝေခြင်း၊ စည်းဝေးပွဲကြီးများ ကျင်းပခြင်းကို စဉ်ဆက်မပြတ်ဆောင်ရွက်သင့်သည်။**

- ၂၀၁၅ ခုနှစ်တွင် NLD မှ ဦးစီးကျင်းပခဲ့သည့် အစီအစဉ်သည် အခြေခံကောင်းဖြစ်ပြီး နောင်တွင်လည်း အစိုးရမှ တရားဝင် အစီအစဉ်များ ဆက်လက်ကျင်းပပေးနိုင်သည်ဆိုပါက များစွာအကျိုးရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။
- သက်ဆိုင်ရာ အစုအဖွဲ့အားလုံးကို ဆက်သွယ်ရေးနှင့် ညှိနှိုင်းရေး (“communication and coordination”) လုပ်ငန်းစဉ်ဖြင့် ချိတ်ဆက်ရန် သွားရေးလာရေးအခက်အခဲများရှိသည်ဆိုပါက အချက်အလက်မျှဝေခြင်းကို ပေါ့ပေါ့ပါးပါး ဆောင်ရွက်ပါက ယုံကြည်မှု နှင့် နားလည်မှု တည်ဆောက်ရန် အလွန်အကျိုးရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။
- ယင်းကဲ့သို့ လှုပ်ရှားမှုများကို ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မဟာဗျူဟာများနှင့် ရည်မှန်းချက်များ နှင့်ပတ်သက်သည့် ဆွေးနွေးမှုများ စတင်နိုင်ရန် အသုံးပြုနိုင်သည်။ ဥပမာ UHC နှင့်ဆိုင်သည့် ကိစ္စများ

**၅။ ။ ကူးစက်ရောဂါတိုက်ဖျက်ခြင်း၊ လူနာ လွှဲပြောင်းခြင်းဆိုင်ရာ လုပ်ငန်းသတ်မှတ်ခြင်းတို့ကို စနစ်တကျဖော်ဆောင်ရမည့် ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးကိစ္စများအဖြစ် သဘောထားသင့်သည်။**

- ဖော်ပြခဲ့ပါ ပြဿနာများကို NLD ၏ UHC လမ်းပြမြေပုံတွင် ဖော်ပြပါရှိသည့် ဆက်သွယ်ရေးနှင့် ညှိနှိုင်းရေး (“communication and coordination”) လုပ်ငန်းစဉ်ဖြင့် ဖြေရှင်းနိုင်သည်။
- အောင်မြင်နေပြီဖြစ်သော ဆောင်ရွက်ဆဲ ပူးပေါင်းညှိနှိုင်းရေး အားထုတ်မှုများကို အစိုးရသစ်လက်ထက်တွင်လည်း ဆက်လက် အကောင်အထည်ဖော်သွားရန်လိုအပ်သည်။ နိုင်ငံတကာ ထောက်ပံ့ရေး အဖွဲ့များမဟုတ်ဘဲ အစိုးရနှင့် ECBHO များသည် ဦးဆောင်ရန်၊ လုပ်ငန်းစဉ်များအတွက် တာဝန်ယူရန်လိုအပ်သည်။

**၆။ ။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးနေသည့် အခြားသော အဖွဲ့များ (NLD ၏ UHC လမ်းပြမြေပုံတွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း) စရိတ်ထောက်ပံ့ပေးရန် နိုင်ငံ၏ ကျန်းမာရေးစရိတ်ထောက်ပံ့သည့် လုပ်ငန်းစဉ်ကို အစိုးရအနေဖြင့် ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှု ပြုလုပ်ခဲ့ပါက အနာဂတ်တွင်ပေါ်ပေါက်လာနိုင်သည့် ထောက်ပံ့မှုဆိုင်ရာ ကိစ္စများနှင့် ပတ်သက်ပြီး အစိုးရ နှင့် ECBHO များကြားတွင် ဆွေးနွေးမှုများစတင်ထားသင့်သည်။**

- ယင်းကိစ္စနှင့်ပတ်သက်ပြီး ဆွေးနွေးမှုများသည် အလွန်တရားသတိထားရမည်ဖြစ်သောကြောင့် နိုင်ငံရေးအရတိုးတက်မှုများ မရှိသေးသည့် အနေအထားတွင် အတင်းတွန်းခြင်းမျိုးကို ရှောင်ရှားသင့်သည်။ ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်နှင့် ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများပေါ်တွင် ၎င်းတို့ယုံကြည်မှုမရှိသရွေ့ ယင်းကဲ့သို့သောထောက်ပံ့မှုကို ECBHO များလက်ခံနိုင်ရန်မှာ ဖြစ်နိုင်ချေနည်းသည်။

**နိုင်ငံတကာမှ အကူအညီပေးရေး အဖွဲ့များသို့ အကြံပြုချက်**

**၁။ ။ လတ်တလောအနေဖြင့် လူတိုင်းကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုရရှိစေရန် လက်တွေ့အရေရာ၊ နိုင်ငံရေးအရပါ စနစ် ၂ မျိုးလုံးကိုထောက်ပံ့ရန်လိုအပ်သည်။**

**၂။ ။ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းရှိ သွားလာရန်ခက်ခဲသည့်နေရာ၊ အလွယ်တကူအန္တရာယ် တွေ့နိုင်သူများကို အဆင့်အတန်းမြင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများ တည်တည်ငြိမ်ငြိမ် ပံ့ပိုးပေးနိုင်ရန်အတွက် ECBHOs များကို စနစ်တကျ အသင့်အနေအထား ရှိစေမည်၊ ရေရှည်၊ တည်ငြိမ်သော ထောက်ပံ့ရေးနည်းလမ်းများကို ပြင်ဆင်ထားသင့်သည်။**

- အလှူရှင်များသည် အစိုးရချဉ်းသက်သက် ရေးဆွဲထားသည့် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များကိုသာ အလေးထားသည့် သမရိုးကျ ဖွံ့ဖြိုးရေးချဉ်းကပ်ပုံများကို ပြုပြင်ရန်လိုအပ်မည်။ MoH နှင့် ECBHOs နှစ်ခုလုံးကို ထောက်ပံ့သည့် နည်းလမ်းကို ထောက်ခံအသုံးပြုရမည်။ ကျန်းမာရေးစနစ် တန်းတူညီမျှမှု ဖော်ဆောင်ခြင်းလုပ်ငန်းတွင် အကျိုးဖြစ်ထွန်းစေရန် စနစ် ၂ ခု ပူးပေါင်းစေခြင်းကို ပံ့ပိုးပေးရမည်။
- ယင်းသို့ ထောက်ပံ့ပေးမှုများသည် အရည်အသွေးမီ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ပြည်သူအများအပြားအား ပံ့ပိုးပေး နိုင်ရန် ရည်ရွယ်ပြီး ဆောင်ရွက်ရမည်။ အထူးသဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုံလောက်စွာမရရှိသူများ၊ ဘေးအန္တရာယ် ခုခံနိုင်စွမ်းမရှိသူများအတွက် ရည်ရွယ်ရမည်။
- ယခုဖြစ်ပေါ်နေသည့် နိုင်ငံရေးအခြေအနေများအရ ECBHO များသည် တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစုများအား ကျန်းမာရေးစောင့် ရှောက်မှုပြုလုပ်ပေးနိုင်ရန် အလှူရှင်များ၏ ရန်ပုံငွေများကို မှီခိုနေရသည့်ဆိုသော်လည်း ကုန်ကျစရိတ်သက်သာလွန်းသည့် စောင့်ရှောက်မှုများဖြစ်သည်ဟူသော အချက်ကို အလှူရှင်များအနေဖြင့် အသိအမှတ်ပြုရန်လိုအပ်သည်။
- အလှူရှင်များအနေဖြင့် စီမံကိန်း တစ်ခုချင်းစီအလိုက် အလှူငွေပံ့ပိုးပေးခြင်းထက် နည်းပညာပိုင်းဆိုင်ရာ မိတ်ဖက် အဖွဲ့အစည်းများ (technical partners) နှင့် ECBHO များကြား ကာလရှည် လက်တွဲဆောင်ရွက်ခြင်းကဲ့သို့သော စနစ် များကို အားကောင်းစေသည့် (systems-strengthening) ချဉ်းကပ်ပုံကို အသုံးပြုသင့်သည်။
- ထိုကဲ့သို့သော နည်းလမ်းများ (instruments) ကို အလှူရှင်တစ်ဦးတည်း သို့မဟုတ် အလှူရှင်များ၏ ကျန်းမာရေးမဟာဗျူဟာ ၏ သီးသန့်အစိတ်အပိုင်းတခုအနေဖြင့် ထည့်သွင်း အကောင်အထည်ဖော်နိုင်သည်။
- ယင်းနည်းလမ်းများကို ECBHO များနှင့် လေးလေးနက်နက်ဆွေးနွေးပြီး၊ ၎င်းတို့လက်ရှိဖွဲ့စည်းပုံကို အကျယ်တဝင့်လေ့လာ ပြီးမှ ဖော်ထုတ်သင့်သည်။
- ယင်းအစီအစဉ်များအတွက် ECBHO များနှင့် ယုံကြည်မှု တည်ဆောက်ထားနိုင်ပြီးဖြစ်သော အခြေကျခိုင်မာသည့် နည်းပညာဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းများ (Technical agencies) ကို ဦးစားပေး ရွေးချယ်ရမည်။

**၃။ ■ ECBHOများနှင့်လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်သည့်ရာတွင်အစိုးရနှင့်ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း၊ ညှိနှိုင်းခြင်းမှပေါ်ထွက်လာနိုင်သည့် အန္တရာယ်များကို လွတ်လပ်စွာ ဆန်းစစ်ခွင့်ပြုပါ။**

- ECBHO များအနေဖြင့် နယ်စပ်ဖြတ်ကျော်လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်နေမှုများကို ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားရမည်ဖြစ်သကဲ့သို့ နိုင်ငံတွင်း အခြေစိုက်လုပ်ငန်းများကိုလည်း ၎င်းတို့ဦးတည်ပြည်သူများထံသို့ စောင့်ရှောက်မှုပေးရာ လမ်းကြောင်းအဖြစ် အကောင်အထည်ဖော်နေသည့် လုပ်ငန်းများကိုလည်း အရှိန်မြှင့်ရန် လိုအပ်သည်ကို သဘောပေါက်ရမည်။
- ပေါ်ပေါက်လာနိုင်သည့်ဆုံးရှုံးမှုများ၊ အနာဂတ်တွင် တွေ့ကြုံနိုင်သည့် အတက်အကျ၊ ဘေးဆိုးများကို ကြိုကြိုခံနိုင်ရန် ၎င်း တို့စနစ်တိုးတက်စေမည့်စနစ်များ၊ စီမံကိန်းအစီအစဉ်များ ရေးဆွဲနိုင်ရန်ကူညီပေးရမည်။
- ပဋိပက္ခရှောင်ရှားရေးအခြေခံမူများ (Basic conflict sensitivity frameworks) သည် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များ (log frames) ကို ချောမွေ့စေနိုင်ပြီး နိုင်ငံရေးတိုးတက်မှု သို့မဟုတ် အန္တရာယ်သစ်များပေါ်ထွက်လာပါက အလိုက်သင့်ပြောင်းလဲစေရန် ကူညီပေးနိုင်သည်။
- အခြေခံမူအနေဖြင့် ECBHO များသို့ အထောက်အပံ့ပေးမှုသည် ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှုရပ်စဲရေး ပြုလုပ်ထားသည့် အခင်းအကျင်းတွင် စောင့်ရှောက်မှုများ အဆင့်မြှင့်တင်နိုင်သည့် အခွင့်အလမ်းများ ဖော်ထုတ်နိုင်ရန်၊ အနာဂတ်တွင် ပေါ်ပေါက်လာနိုင်သည့် အရေးပေါ်ကိစ္စများ သို့မဟုတ် ကာလရှည် ပဋိပက္ခအခြေအနေတွင် အကောင်းဆုံးတုန့်ပြန် ဆောင်ရွက်မှုများ ပြုလုပ်နိုင်ရန် ကူညီပေးရမည်။

**၄။ ■ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် ECBHOများ၏အဆင့်တိုင်းအဆင့်တိုင်းတွင်သတင်းအချက်အလက်မျှဝေခြင်းလုပ်ငန်းများကို နိုင်ငံတကာ ကူညီထောက်ပံ့ရေး အဖွဲ့များအနေဖြင့် ပံ့ပိုးသင့်သည်။**

- မြေပုံထုတ်ခြင်း၊ ကျန်းမာရေးစနစ်ဆန်းစစ်ခြင်း၊ မူဝါဒရေးဆွဲခြင်းကဲ့သို့သော အနာဂတ် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုကို ဆောင် ကျဉ်းပေးနိုင်သည့် ပူးတွဲစီမံချက်များ၊ သီးခြားစီမံချက်များကို ပံ့ပိုးခြင်းတို့ ပါဝင်နိုင်သည်။
- အခြေခံနားလည်မှု တည်ဆောက်ခြင်း၊ ယုံကြည်မှုတည်ဆောက်ရန် ရည်ရွယ်သည့် စည်းဝေးပွဲများနှင့် သတင်း အချက်အလက်မျှဝေသည့် စည်းဝေးပွဲများ ဖြစ်ပေါ်စေရန် ပံ့ပိုးပေးခြင်းများ ပါဝင်နိုင်သည်။
- အနာဂတ် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုများကို ဆောင်ကျဉ်းပေးနိုင်သည့် သတင်းအချက်အလက်မျှဝေခြင်းကို အဓိကထားသည့် ဆွေးနွေးပွဲများ၊ မြေပုံထုတ်ခြင်း နှင့် အခြားဆောင်ရွက်ချက်များကို ကျိုးကြောင်းသင့်လျော်ဘောင်ဝင်သည့် ပေါင်းစည်းခြင်း ဆောင်ရွက်ချက်များအဖြစ် အလှူရှင် အစီရင်ခံစာရေးသားသည့်အခါ ထည့်သွင်းမှတ်ယူရမည်။

၅။ ။ ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ် တိုးတက်မှုနှေးကွေးနေခြင်း၊ ပဋိပက္ခများပြန်လည်ဖြစ်ပွားလာနိုင်ချေရှိသဖြင့် ထောက်ပံ့ရေး မဟာဗျူဟာများ ရေးဆွဲသည့်အခါတွင် ECBHO များကို အနည်းဆုံး ၅ နှစ် စင်ပြိုင်ထောက်ပံ့ခြင်းပြုလုပ်နိုင်သည့် ထောက်ပံ့ရေးလမ်း ကြောင်းကို ထည့်သွင်းရေးဆွဲထားသင့်သည်။

- အစိုးရ၏စရိတ်ထောက်ပံ့ရေးလုပ်ငန်းစဉ်ကိုကူညီပေးခြင်းများပြုလုပ်နေသည့်အနေအထားတွင်အကူအညီတောင်းခံမှုများ ရှိပါက အလှူရှင်များသည် ECBHO နှင့် အစိုးရကြား စရိတ်ထောက်ပံ့မှု ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများအတွက် ဆွေးနွေးမှုများ ပေါ်ပေါက်လာစေရန် ဆောင်ရွက်ပေးသင့်သည်။
- မည်သို့ပင်ဖြစ်စေ နိုင်ငံတကာအလှူရှင်များအနေဖြင့် ဆယ်စုနှစ်ချိကြာဖြစ်ခဲ့သည့်စစ်ပွဲကြောင့် ပေါ်ပေါက်လာသည့် နိုင်ငံရေးအခက်အခဲများရှိနေခြင်းကို သတိထားဆင်ခြင်ရမည်ဖြစ်ပြီး အစိုးရ၏ ထောက်ပံ့မှုတရားရယူရန် ECBHO များကို အလောတကြီး တိုက်တွန်းမှု မပြုလုပ်သင့်ပါ။

**နောက်ဆက်တွဲ ၂ ။ ကျန်းမာရေးပေါင်းစည်းခြင်း ဗဟိုအဖွဲ့ မူဝါဒများ**  
**(Health Convergence Core Group policies)**

**၁.၁။ ကျန်းမာရေးပေါင်းစည်းခြင်း ဗဟိုအဖွဲ့ - ပေါင်းစည်းရေးအခြေခံမူများ<sup>137</sup>**

- ၁။ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို အခြေခံဆောင်ရွက်နေသည့် လက်ရှိကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ဆက်လက် ထိန်းသိမ်းထားရမည်။ တိုးချဲ့ရမည်။
- ၂။ ECBHO များ၏ အခန်းကဏ္ဍ၊ ဖွဲ့စည်းပုံများကို ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားရမည်။
- ၃။ ရပ်ရွာများနှင့် ရပ်ရွာအခြေပြုအဖွဲ့အစည်းများသည် တိုင်းရင်းသားပြည်နယ်များမှ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ အကောင်အထည်ဖော်ခြင်းနှင့် ဆုံးဖြတ်ချက်ချခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်များတွင် ပါဝင်ရမည်။
- ၄။ CBO များ၊ ECBHO များ၏ အခန်းကဏ္ဍမြှင့်တင်ပေးခြင်း၊ စွမ်းဆောင်ရည် မွမ်းမံပေးခြင်းဖြင့် INGO များသည် ပူးပေါင်းပါဝင် ရမည်။
- ၅။ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များသည် ရပ်ရွာအတွင်း သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများကြား ပဋိပက္ခများကို ဖြစ်ပွားစေခြင်းမရှိစေရ။
- ၆။ ဖက်ဒရယ်ပြည်ထောင်စု မူဘောင်ကိုအခြေခံပြီး နိုင်ငံအဆင့် ကျန်းမာရေးမူဝါဒနှင့်စနစ်များ ပြုစုဖန်တီးရမည်။
- ၇။ ငြိမ်းချမ်းရေးဖြစ်စဉ်တလျှောက်တွင် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များနှင့် မူဝါဒများသည် တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစုများ၏ ဖက်ဒရယ် မျှော်လင့်ချက်ကို အထောက်အပံ့ဖြစ်စေရမည်။ လိုက်လျောညီထွေ ဖြစ်စေရမည်။
- ၈။ ကျန်းမာရေးနှင့်ဆက်စပ် လူသားချင်းစာနာမှုအကူအညီများ၊ ဖွံ့ဖြိုးရေးအကူအညီများလက်ခံရာတွင် ECBHO များနှင့် CBO များ ကျင့်သုံးနေသည့် ကျန်းမာရေးအခြေခံအဆောက်အအုံနှင့် ကိုက်ညီမှုရှိရမည်။
- ၉။ တိုင်းရင်းသားဒေသများတွင် ဆောင်ရွက်မည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာလုပ်ငန်းများ အကောင်အထည်ဖော်ခြင်းအတွက် ဒေသခံ တိုင်းရင်းသား ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းမှ ခွင့်ပြုချက်ရယူသင့်သည်။

**၁.၂။ HCCG – ပေါင်းစည်းခြင်းမှ ပေါ်ထွက်လာနိုင်သည့် ရလဒ်များ (Potential outcomes of convergence<sup>138</sup>)**

- ၁။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလိုအပ်သည့် ပြည်သူများအတွက် ကုသခံနိုင်ရန် လွယ်ကူလာစေမည်။
- ၂။ ငြိမ်းချမ်းရေးတည်ဆောက်မှုတွင် အပြုသဘောသက်ရောက်မှုများရှိမည်။
- ၃။ အခြေခံလိုအပ်ချက်များနှင့် လူ့အခွင့်အရေးများ ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်မည်။
- ၄။ နိုင်ငံတကာနှင့်ချိတ်ဆက်လုပ်ဆောင်ခြင်း၊ မိတ်ဖက်အဖြစ် လက်တွဲခြင်းများ တိုးတက်လာမည်။
- ၅။ တိုင်းရင်းသား ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများကို အသိအမှတ်ပြု၊ ထောက်ခံမှုပေးနိုင်မည်။
- ၆။ တိုင်းရင်းသားနှင့် ရပ်ရွာအခြေပြု ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များကို ပံ့ပိုးမှုများပြုလုပ်နိုင်မည်။ အားကောင်းခိုင်မာစေသည်။
- ၇။ ပြည်နယ်နှင့် ဒေသအဆင့်တွင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်ခွင့် တိုးတက်လာစေသည်။ အာဏာခွဲဝေမှုများ ဖြစ်ပေါ်လာစေသည်။

**၁.၃။ HCCG အကြံပေးမှုများ<sup>139</sup>**

- ၁။ တိုင်းရင်းသားဒေသများတွင် အဓိက ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူအဖြစ် တိုင်းရင်းသားအဖွဲ့များကို အသိအမှတ်ပြုပါ။ ပံ့ပိုးမှုပြုလုပ်ပါ။
- ၂။ ညှိနှိုင်းရေးစည်းဝေးမှုများ၊ အလုပ်ရုံဆွေးနွေးပွဲများတွင် တိုင်းရင်းသားခေါင်းဆောင်များ ပါဝင်မှု၊ လှုပ်ရှားမှုများကို အားပေးပါ။
- ၃။ စီစဉ်ထားရှိသည့် စီမံကိန်းများသည် မူဝါဒပေါင်းစည်းရေး သို့မဟုတ် အစီအစဉ်၊ စနစ်များပေါင်းစည်းရေးကို မည်သို့ အထောက်အကူဖြစ်စေနိုင်သည်ကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားပါ။
- ၄။ ရပ်ရွာပါဝင်သည့် ကွန်ယက်များကို ပံ့ပိုးပေးပါ။ ပြုစုဖန်တီးပါ။

- ၅။ တိုင်းရင်းသား နှင့် ရပ်ရွာအခြေပြု ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များကို ငွေကြေး၊ စွမ်းရည်မြှင့်တင်ပေးခြင်း၊ နည်းပညာ ထောက်ပံ့ခြင်းတို့ဖြင့် တိုက်ရိုက်ပံ့ပိုး၊ မြှင့်တင်ပေးပါ။
- ၆။ ပေါင်းစည်းခြင်း၊ ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်ကို အထောက်အပံ့ဖြစ်စေနိုင်သော ငွေကြေးထောက်ပံ့ရေးလမ်းကြောင်းများ ရှာဖွေရန်လိုသည်။ (ဥပမာ အစိုးရထိန်းချုပ်နေရာနှင့် တိုင်းရင်းသားဒေသများတွင် ဆောင်ရွက်မည့်လုပ်ငန်းများအတွက် ပူးတွဲ ငွေကြေးထောက်ပံ့ခြင်း၊ နယ်စပ်ဖြတ်ကျော်ထောက်ပံ့ခြင်း)

## ကျမ်းကိုးစာရင်း

- 1 အဖွဲ့အစည်း အစုအဝေးကွန်ယက်ကို ရည်ညွှန်းရန်အတွက် အထူးရွေးချယ်ထားသည့် စကားလုံးဖြစ်ပါသည်။ တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစု ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများ (ethnic health organizations” (EHOs) ) သည် တိုင်းရင်းသား လက်နက်ကိုင် အဖွဲ့အစည်းများ၏ ကျန်းမာရေးဌာနများကို တရားဝင် ရည်ညွှန်းရာတွင် အသုံးပြုသည်။ ဒေသခံ LINGO များ အကျုံးမဝင်ပါ။ တိုင်းရင်းသားလူမျိုးစုနှင့် ရပ်ရွာအခြေပြု ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများ (ethnic and community based health organisations (ECBHOs) ဟူသော အသုံးအနှုန်းသည် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ဆိုင်ရာ အလုပ်အဖွဲ့ (Health Information System Working Group) ၏ စာတမ်း - ပြန်လည်ကုစားခြင်း ခရီးရှည် မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့ပိုင်းဒေသများတွင် တိုင်းရင်းသားလူမျိုးစုနှင့် ရပ်ရွာအခြေပြု ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများ၏ ကျန်းမာရေး ဆောင်ရွက်မှု (“The Long Road to Recovery: Ethnic and Community-Based Health Organizations Leading the Way to Better Health in Eastern Burma”) *Reliefweb* (Feb. 27, 2015) တွင် စတင်သုံးနှုန်းခြင်းဖြစ်သည်။ <http://reliefweb.int/report/myanmar/long-road-recovery-ethnic-and-community-based-health-organizations-leading-way-better>.
- 2 အမျိုးသားဒီမိုကရေစီအဖွဲ့ချုပ် အမျိုးသားကျန်းမာရေးကွန်ယက် (NLD National Health Network) ကျန်းမာရေးပြုပြင် ပြောင်းလဲမှု အစီအစဉ် - မြန်မာနိုင်ငံ အမျိုးသား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လမ်းပြမြေပုံ (၂၀၁၆ - ၂၀၃၀) (“Programme of Health Reforms: A Roadmap Towards Universal Health Coverage in Myanmar (2016-2030)” version 1.0) (NLD National Health Network, 2016). စာမျက်နှာ ၁၉
- 3 *Ibid.*, 24.
- 4 NLD သည် ၂၀၁၅ ရွေးကောက်ပွဲတွင် တောင်ပြိုကမ်းပြို အနိုင်ရခဲ့သော်လည်း အခြေခံဥပဒေအရ စစ်တပ်သည် ဒုတိယသမ္မတ၊ ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီး၊ နယ်စပ်နှင့်လုံခြုံရေးရာဝန်ကြီး၊ ပြည်ထဲရေးဝန်ကြီးနှင့် နိုင်ငံရှိ လွတ်တော်အမတ် ၂၅ ရာခိုင်နှုန်းကို ခန့်ထားနိုင်သည်။ နေ့စဉ်အုပ်ချုပ်ရေးနှင့်ဆိုင်သည့်ကိစ္စများအတွက် ပြည်ထဲရေးဝန်ကြီးဌာနသည် အလွန်အရေးပါသည်။ အစိုးရဌာနများကြား ညှိနှိုင်းခြင်းလုပ်ငန်းကို တာဝန်ယူထားရပြီး ခရိုင်၊ မြို့နယ်၊ ကျေးရွာ အုပ်စုအဆင့်တွင် ဩဇာအရှိဆုံး၊ အဓိကအုပ်ချုပ်ရေး အစုအဖွဲ့ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် အစိုးရအဖွဲ့တွင်းမှ NLD အခန်းကဏ္ဍ တည်ငြိမ်ရေးသည် စစ်တပ်၊ ယခင်စစ်အစိုးရ အဖွဲ့ဝင်များနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်နိုင်မှုပေါ်တွင် များစွာမူတည်နေသည်။ ယခင် စစ်တပ်တွင် အမှုထမ်းခဲ့ဖူးသူများကိုလည်း ဝန်ကြီးဌာနနေရာအများအပြားတွင် ခန့်အပ်ထားသည်။
- 5 မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းနှင့်ဆိုင်သည့် မြေပုံများ၊ အချက်အလက်များ ဆက်လက်လေ့လာလိုပါက <http://www.themimu.info/special-interest-region/south-east>.
- 6 Myanmar Information Management Unit, “South East,” <http://www.themimu.info/special-interest-region/south-east>.
- 7 တိုင်းရင်းသားလက်နက်ကိုင် ပဋိပက္ခနှင့် မြန်မာလွှမ်းမိုးသည့် ပြည်နယ်များ ဖွဲ့စည်းခြင်းသမိုင်းကို သိလိုလျှင် Martin Smith ရေးသားသည့် *Burma: Insurgency and the Politics of Ethnicity* (London: Zed Books, 1999) ၁၉၉၁ တွင် ပထမအကြိမ်ထုတ်ဝေသည့် Mary Callahan ရေးသားသည့် *Making Enemies: War and State Building in Burma* (Washington: Cornell University Press, 2003)၊ Ashley South ရေးသားသည့် *Ethnic Politics in Burma: States in Conflict* (New York: Routledge, 2008)၊ Mary Callahan ရေးသားသည့် *Political Authority in Burma’s Ethnic Minority States: Devolution, Occupation, and Coexistence* (Washington DC: East West Center, 2007). စာအုပ်များတွင် ဆက်လက် လေ့လာနိုင်ပါသည်။ ဝေဖန်သုံးသပ်မှု အနည်းငယ်သာပြုလုပ်ထားပြီး တိုင်းရင်းသားအရေးကို အဓိကထားဘဲ မြန်မာနိုင်ငံ ပေါ်ပေါက်လာပုံ အပြည့်အစုံဖော်ပြထားချက်ကို ဖတ်ရှုလိုလျှင် Robert H. Taylor ရေးသားသည့် *The State in Myanmar* (Singapore: National University of Singapore Press, 2009) ကိုဖတ်ပါ။ ပထမ အကြိမ်ထုတ်ဝေစဉ်က *The State in Burma*, 1987 အမည်ဖြင့်ထုတ်ဝေခဲ့သည်။
- 8 Smith ၏ *Insurgency and the Politics of Ethnicity*, 196. သည် အငြင်းအခန်ပွဲဆူစေခဲ့သည့် စာအုပ်ဖြစ်သည်။ ဗိုလ်ချုပ်နေဝင်း အာဏာသိမ်းယူရခြင်း အကြောင်း လီဆယ်ရေးသားထားခြင်းကြောင့်ဖြစ်သည်။ Smith စာမျက်နှာ 196-197။
- 9 MTC ၂၀၁၄ နှစ်ပတ်လည်အစီရင်ခံစာ , <http://maetaoclinic.org/publications/annual-reports/>.
- 10 ၂၀၁၂ နှစ်ဖက်သဘောတူ အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေးလက်မှတ်ထိုးပြီးနောက်ပိုင်း KNPP ၏ KnMHC သည် ကရင်နီနှင့် ကယန်း လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့များ၏ ကျန်းမာရေးဌာန ၅ ခုနှင့်ပူးပေါင်းပြီး အရပ်ဖက်နှင့် ကျန်းမာရေးဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး ကွန်ယက် (Civil and Health Development Network) ကိုဖွဲ့စည်းခဲ့သည်။
- 11 HISWG, “The Long Road to Recovery,” <http://reliefweb.int/report/myanmar/long-road-recovery-ethnic-and-community-based-health-organizations-leading-way-better>.
- 12 MTC ၂၀၁၄ နှစ်ပတ်လည်အစီရင်ခံစာ , <http://maetaoclinic.org/publications/annual-reports/>; KDHW ၂၀၁၁ နှစ်ပတ်လည်အစီရင်ခံစာ, <http://kdhw.org/department/annual-reports/>; BPHWT ၂၀၁၅ နှစ်ဝက်အစီရင်ခံစာ , <http://backpackteam.org/?p=426>; ECBHO အဆင့်မြင့် အရာရှိများနှင့် တွေ့ဆုံခြင်း (၂၀၁၅ ဒီဇင်ဘာ - ၂၀၁၆ မတ်)။
- 13 Thailand Burma Border Consortium, “Displacement and Poverty in South East Burma/Myanmar” (2011), 17, <http://www.refworld.org/docid/4ea7e9652.html>.



- 14 ၂၀၀၅ ဇန်နဝါရီ ၁ ရက်မှ ၂၀၁၄ ဧပြီ ၃၀ ထိ ယာယီဒုက္ခသည်စခန်း ၉ ခုမှ ၈၉ ၇၁၇ ဦးသည် တတိယနိုင်ငံများတွင် သွားရောက် အခြေချနိုင်ခဲ့သည်။
- 15 ၁၉၉၀ နှစ်များမှ ၂၀၁၀ နှစ်များထိ ကရင်ဒေသများတွင် ဖြစ်ပွားခဲ့သည့် လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှု မှတ်တမ်း အပြည့်အစုံကို ကရင်လူ့အခွင့်အရေးအဖွဲ့ (Karen Human Rights Group) ၏ အင်တာနက်စာမျက်နှာ [www.khrgh.org](http://www.khrgh.org) တွင်ကြည့်ပါ။ Amnesty International ၏ “Myanmar: Crimes Against Humanity in Eastern Myanmar” (2008) ကိုလည်း ကြည့်ပါ။ <http://www.amnesty.org/en/library/info/ASA16/011/2008/en> Amnesty International, “Myanmar (Burma): Continuing Killings and Ill-Treatment of Minority Peoples” (July 1991), ကိုလည်းကြည့်ပါ။ <http://www.amnesty.org/en/library/info/ASA16/005/1991/en>;
- 16 Alisa Tang ၏ “In eastern Burma conflict, medics face the same dangers as those they treat,” *The Guardian*, Jan. 25, 2011, <http://www.theguardian.com/world/2011/jan/25/thailand-burma-conflict-medic-tang>; ကရင်လူ့အခွင့်အရေးအဖွဲ့ (Karen Human Rights Group) ၏ ကျန်းမာရေး နှင့် ပညာရေးကို တိုက်ခိုက်မှု၊ ၂၀၁၀ - ၁၁ အတွင်း ဦးတည်ရာနှင့် အဖြစ်အပျက်များ ( “Attacks on Health and Education: Trends and incidents from eastern Burma, 2010-2011”) (၂၀၁၁ ဒီဇင်ဘာ ၆ ) <http://khrgh.org/2011/12/khrgh1105/attacks-health-and-education-trends-and-incident-eastern-burma-2010-2011>; Physicians for Human Rights, ကျောပိုးအိတ် နယ်လှည့်ဆေးမှူးပြန်လည်လွတ်မြောက်လာ (“Backpack Medics Released,”) (၂၀၁၂ ဇန်နဝါရီ ၂၃), <http://physiciansforhumanrights.org/blog/backpack-medics-released.html?referrer=https://www.google.com.mm/>
- 17 HISWG, “The Long Road to Recovery,” 16, <http://reliefweb.int/report/myanmar/long-road-recovery-ethnic-and-community-based-health-organizations-leading-way-better>; ကျန်းမာရေးလုပ်သားများကို ဗမာစစ်တပ် ဖမ်းဆီး ၂၀၁၁ နိုဝင်ဘာ (“Burma Army Arrest Health Workers,” *Karen News*, November 11, 2011)
- 18 BGF များနှင့် ၎င်းတို့တည်နေရာအတိအကျကို Kim Jolliffe ရေးသားသည့် “Ethnic Armed Conflict and Territorial Administration in Myanmar” (The Asia Foundation, 2015), 24-25, <http://asiafoundation.org/publications/pdf/1521>. တွင်ကြည့်ပါ။
- 19 ယင်းလက်နက်ကိုင်အဖွဲ့အစည်း ၃ ခုမှာ ၂၀၀၉ ခုနှစ်တွင် ရှမ်းပြည်နယ် အနောက်တောင်ခြမ်းမှ အစပြုခဲ့ပြီး အခြားသော ဖက်ဒရယ်လိုလားသည့် အဖွဲ့များနှင့် မဟာမိတ်ဖြစ်ဖွဲ့ထားသည့် ပအိုဝ်းမျိုးသားလွတ်မြောက်ရေးတပ်ဦး (Pa-O National Liberation Front) ၊ KNU နယ်မြေတွင် အခြေပြုထားသည့် လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့ငယ်နှစ်ခု ရခိုင် လွတ်မြောက်ရေးပါတီ (Arakan Liberation Party) နှင့် မြန်မာနိုင်ငံလုံးဆိုင်ရာ ကျောင်းသားနှင့် လူငယ်ကွန်ဂရက်စ်တို့ဖြစ်သည်။
- 20 ကရင်လူ့အခွင့်အရေးအဖွဲ့ (Karen Human Rights Group) ၏ စာချုပ်လော အပြောင်းအလဲလော ၂၀၁၂ အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေးနောက်ပိုင်း မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုများနှင့် ဒေသခံများ၏ တုန့်ပြန်မှုများ (“Truce or Transition: Trends in Human Rights Abuse and Local Response in Southeast Myanmar Since the 2012 Ceasefire”) (2014), 9, <http://www.khrgh.org/2014/05/truce-or-transition-trends-human-rights-abuse-and-local-response>. ကိုကြည့်ပါ။
- 21 Ibid., 9-10.
- 22 မြန်မာပြည်အရှေ့ခြမ်းမှ သေဆုံးမှုစစ်တမ်း (Eastern Burma Retrospective Mortality Survey (EBRMS ) ၂၀၁၃ အချက်အလက်၊ ထုတ်ပြန်ခြင်းမရှိပါ။
- 23 မောင်ဇာနည်နှင့် စောကပိတို့၏ ခွဲခြားအပစ်အခတ်ရပ်စဲခြင်းဖြင့် ငြိမ်းချမ်းရေးမရနိုင် (“Divisive ceasefire won’t bring peace,”) *BurmaNat News*, Sep. 8, 2015, <http://www.burmanet.org/news/2015/09/08/democratic-voice-of-burma-opinion-divisive-ceasefire-wont-bring-peace-maung-zarni-and-saw-kapi/>.
- 24 ပင်လုံစာချုပ်ကိုရည်ညွှန်းသည်။ ၁၉၄၇ ဗိုလ်ချုပ်အောင်ဆန်း ဦးဆောင်သည့် ဗမာ အသွင်ကူးပြောင်းရေး အစိုးရ နှင့် ရှမ်း၊ ချင်း၊ ကချင်လူမျိုးများ လက်မှတ်ရေးထိုးခဲ့သည်။ ယင်းလူမျိုးများ၏ နေရာများတွင် အုပ်ချုပ်ရေး လွတ်လပ်ခွင့်များ ပေါ်ထွန်းစေခဲ့သည်။
- 25 ဆွေးနွေးညှိနှိုင်းမှုများ စတင်သည့်အချိန်မှသာ အခိုင်အမာပေါ်ပေါက်လာသည့် ကေအိုင်အိုနှင့် မဟာမိတ်ဖွဲ့ထားသည့် လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့ ၃ ဖွဲ့ဖြစ်သော AA ၊ PSLF နှင့် MNDA တို့နှင့် စစ်တပ်အင်အား အနည်းငယ် သို့မဟုတ် လုံးဝမရှိသည့် အဖွဲ့ငယ် ၃ ဖွဲ့ပါဝင်သည်။ ကေအိုင်အို၊ SSPP ၊ ကရင်နီ တိုးတက်ရေး ပါတီ၊ မွန်ပြည်သစ်ပါတီ တို့နှင့်အတူ အထက်ဖော်ပြပါ အဖွဲ့ ၆ ဖွဲ့မှ ၅ ဖွဲ့သည် ညီညွတ်သောတိုင်းရင်းသား လူမျိုးများ ဖက်ဒရယ်ကောင်စီ United Nationalities Federal Council (UNFC) အဖွဲ့ဝင်များ ဖြစ်ကြပြီး အားလုံးပါဝင်နိုင်ခြင်းမရှိပါက လက်မှတ်ထိုးရန် တညီတညွတ်တည်း ဆုံးဖြတ်ထားကြသည်။ တချိန်တည်းမှာပင် ငြိမ်းချမ်းရေးလုပ်ငန်းစဉ်တလျှောက် လက်မှတ်ထိုးရန် စိတ်အားထက်သန်သည့် သူမ်းပြည်ပြန်လည်ထူထောင်ရေးကောင်စီ (Restoration Council of Shan State) ၏ စခန်းများကို အစိုးရသည် လေတပ်၊ ကြည်းတပ်ဖြင့် အပြင်းအထန်တိုက်ခတ်ဆင်နွှဲနေသဖြင့် အစိုးရ၏ ကတိကဝတ်များမှာ မေးခွန်းထုတ်စရာဖြစ်လာသည်။ ထို့ပြင် အင်အားအကြီးဆုံး တိုင်းရင်းသား လက်နက်ကိုင် အင်အားစု ဖြစ်သော ပြည်သွေးစည်းညီညွတ်ရေးပါတီ United Wa State Party (UWSP) နှင့် NMSP တို့ကို အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေးမပြုလုပ်ပါက နိုင်ငံရေးဆွေးနွေးပွဲတက်ရောက်ခွင့်မပြုဟု အစိုးရက ပြောဆိုခဲ့သဖြင့် ယုံကြည်မှုပျက်သထက်ပျက်ခဲ့ရသည်။ ယင်း ၂ ဖွဲ့လုံးသည် အစိုးရနှင့် နှစ်ပေါင်းများစွာကြာအောင် အပစ်အခတ်ရပ်စဲ

- ထားသည့် အဖွဲ့များဖြစ်သည်။ ယင်းအခြေအနေများတွင် ရှေ့တွင်ထုတ်ဝေခဲ့သည့် ကြေညာချက်ပေါင်းများစွာကို ကပြောင်းကပြန်ဖြစ်စေခဲ့သည်။
- 26 လက်နက်ကိုင်ပဋိပက္ခနောက်ကြောင်းနှင့် ၂၀၁၅ နှစ်လည်ပိုင်းထိ ငြိမ်းချမ်းရေးဖြစ်စဉ်များ အသေးစိတ်ကို Jolliffe ရေးသားသည့် "Ethnic Armed Conflict and Territorial Administration in Myanmar," <http://asiafoundation.org/publications/pdf/1521>. တွင်ကြည့်ပါ။
  - 27 နိုင်ငံတော် အတိုင်အပင်ခံပုဂ္ဂိုလ် ဒေါ်အောင်ဆန်းစုကြည်၏ ပထမဆုံးမိန့်ခွန်းမှ ကောက်နုတ်ချက် ("Amendment Essential: State Counselor offers New Year Message," *Global New Light of Myanmar*, April 19, 2016, <http://globalnewlightofmyanmar.com/amendment-essential/>) NLD သည် ယင်းကိစ္စအပါအဝင် ဖက်ဒရယ်ဝါဒ ထွန်းကားရေးအတွက် နိုင်ငံရေးဆွေးနွေးမှုများပြုလုပ်ရန်၊ ဆယ်စုနှစ်နှင့်ချီပြီး အားထုတ်ခဲ့သည်။ NLD ၏ ၂၀၁၅ ကြေညာချက်တွင်လည်း အလားတူ သဘောထား ထပ်မံပေါ်ထွက်လာခဲ့သည်။ သမ္မတဦးထင်ကျော်၏ ရာထူးလက်ခံမိန့်ခွန်းတွင် ၎င်းတို့အစိုးရအဖွဲ့၏ အဓိက မူဝါဒကြီး ၄ ရပ်အနက် ၃ ခုမှာ အမျိုးသားပြန်လည်ရင်ကြားစေရေး၊ ပြည်တွင်းငြိမ်းချမ်းရေးနှင့် ဖက်ဒရယ်ပြည်ထောင်စုကို ဦးတည်သည့် အခြေခံဥပဒေပြင်ဆင်ရေး ဖြစ်သည်ဟုထည့်သွင်းပြောဆိုခဲ့သည်။ ဦးထင်ကျော်၏ ရာထူးလက်ခံမိန့်ခွန်း (*Myanmar Times*, Mar. 30, 2016, <http://www.mmtimes.com/index.php/national-news/19730-transcript-president-u-htin-kyaw-s-inaugural-address.html>.)
  - 28 NLD ကျန်းမာရေးအကြံပေးများနှင့် တွေ့ဆုံမေးမြန်းချက် (၂၀၁၆ ဖေဖော်ဝါရီ ၂၂).
  - 29 NLD လမ်းပြမြေပုံ
  - 30 ကမ္ဘာ့ဘဏ် မြန်မာနိုင်ငံ ပြည်သူ့အသုံးစရိတ် ပြန်လည်သုံးသပ်ချက် ( "Myanmar Public Expenditure Review) (၂၀၁၅ စက်တင်ဘာ): 59, [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2016/03/15/090224b0842014db/1\\_0/Rendered/PDF/Realigning0the0c0expenditure0review.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2016/03/15/090224b0842014db/1_0/Rendered/PDF/Realigning0the0c0expenditure0review.pdf).
  - 31 ကမ္ဘာ့ဘဏ်၊ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ် (ဂျီဒီပီ ရာခိုင်နှုန်း) (Health expenditure, public (% of GDP) <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS/countries?display=map>.
  - 32 ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့၊ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအစီရင်ခံစာ ၂၀၀၀ ခုနှစ်၊ ကျန်းမာရေးစနစ်များ - စွမ်းဆောင်ရည်မြှင့်တင်ခြင်း (World Health Organization, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance* (Geneva: WHO, 2000)[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf).
  - 33 WHO ကမ္ဘာ့လုံးဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအချက်အလက် စုစည်းမှု (Global Health Observatory data repository) <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CM1320N?lang=en>.
  - 34 HISWG, "The Long Road to Recovery," <http://reliefweb.int/report/myanmar/long-road-recovery-ethnic-and-community-based-health-organizations-leading-way-better>; မြန်မာနိုင်ငံကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ကျန်းမာရေးအချက်အလက် ၂၀၁၄ (၂၀၁၅) <http://www.moh.gov.mm/file/HEALTH%20STATISTICS.pdf>; မြန်မာနိုင်ငံကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန၊ ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းအစီအစဉ် ၂၀၁၂ - ၂၀၁၇ (၂၀၁၂) "http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\_docs/Myanmar/health\_workforce\_strategic\_plan\_2012-2017.pdf; UNFPA Myanmar, "Country Profile" (2016), [http://countryoffice.unfpa.org/myanmar/2009/11/11/1545/country\\_profile/](http://countryoffice.unfpa.org/myanmar/2009/11/11/1545/country_profile/).
  - 35 The Border Consortium, *Protection and Security Concerns in southeast Burma/Myanmar* (2014), [www.theborderconsortium.org/media/54376/report-2014-idp-en.pdf](http://www.theborderconsortium.org/media/54376/report-2014-idp-en.pdf), Appendix A. TBC ၂၀၁၄ အစီရင်ခံစာ၊ နောက်ဆက်တွဲ တာ၊ အစီရင်ခံစာတွင် လူပေါင်း ၁၁၀၀၀၀ ကို ပြောင်းရွှေ့ ခံရသူများအဖြစ် စာရင်းသွင်းထားခဲ့သည်။ သို့သော်လည်း စာမျက်နှာ ၁၃ တွင် ၄၀၀ ၀၀၀ ဝန်းကျင်ခန့်မှန်းထားသည်။ ယခင်က ခန့်မှန်းထားသည့် ကိန်းဂဏန်းများ ပေါ်တွင် အခြေခံခန့်မှန်းခြင်းဖြစ်သည်။
  - 36 Kent Ranson, Tim Poletti, Olga Bornemisza, နှင့် Egbert Sondorp တို့၏ ပဋိပက္ခဒဏ်ခံ ဖရိုဖရဲနိုင်ငံများတွင် ကျန်းမာရေးတန်းတူညီမျှ ဆောင်ရွက်ခြင်း ( "Promoting HealthEquity in Conflict-Affected Fragile States") (London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2007), [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/promoting\\_equity\\_conflict\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/promoting_equity_conflict_2007_en.pdf); Benjamin Coghlan ၊ Richard J. Brennan ၊ Pascal Ngoy ၊ David Dofara ၊ Brad Otto ၊ Mark Clements ၊ Tony Stewart တို့ရေးသားသည့် ကွန်ဂိုနိုင်ငံမှ သေဆုံးမှုနှုန်း၊ နိုင်ငံအဆင့်ဆန်းစစ်မှု ("Mortality in the Democratic Republic of Congo: A Nationwide Survey,") *The Lancet* 367, no. 9504 (2006): 44-51; J. T. De Jong, နိုင်ငံရေးအကြမ်းဖက်မှုများ နှင့် စစ်မက်ဖြစ်ပွားမှုများနှင့် ဆက်စပ်နေသည့် အခက်အခဲများကို တားဆီးကာကွယ်ရေးလုပ်ငန်းများအဖြစ်ပြောင်းလဲနိုင်ရန်အတွက် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးမူဘောင် ("A public health framework to translate risk factors related to political violence and war into multi-level preventive interventions.") *Social Science & Medicine* 70, no. 1 (2010): 71-79; R. J. Haar နှင့် L. S. Rubenstein တို့၏ ပဋိပက္ခလွန်၊ နုနယ်သည့် နိုင်ငံများမှ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ၊ လက်ရှိအခြေအနေ၊ ရင်ဆိုင်ရမည့်အခက်အခဲများကို သုံးသပ်ခြင်း ("Health in fragile and post-conflict states: A review of current understanding and challenges ahead,") *Medicine, Conflict, and Survival* 28, no. 4 (2012): 289-316; ။ C. Siriwardhana နှင့် K. Wickramage တို့၏ သီရိလင်္ကာနိုင်ငံမှ ပဋိပက္ခ၊ အဓမ္မ

ရွှေ့ပြောင်းစေခြင်း နှင့် ကျန်းမာရေး။ သုတေသနအခင်းအကျင်း ပြန်လည်သုံးသပ်ချက် (“Conflict, forced displacement and health in Sri Lanka: a review of the research landscape.”) *Conflict and Health* 8, no. 1 (2014): 22; C. Tapp, F. M. Burkle Jr., K. Wilson, T. Takaro, G. H. Guyatt, H. Amad, E. J. Mills, အီရတ် စစ်ပွဲ သေဆုံးမှုနှုန်းခန့်မှန်းချက်၊ စနစ်တကျသုံးသပ်ခြင်း ( “Iraq war mortality estimates: A systematic review,”) *Conflict and Health* 2 (Mar. 7, 2008): 1; A. Zwi နှင့် A. Ugalde, တတိယကမ္ဘာမှ နိုင်ငံရေးအကြမ်းဖက်မှု ပြန့်ပွားခြင်း (“Towards an epidemiology of political violence in the third world,”) *Social Science & Medicine* 28, no. 7 (1989): 633-642.

37 ကျန်းမာရေးကဏ္ဍပေါ် ပဋိပက္ခ သက်ရောက်မှုနှင့် ပဋိပက္ခ နောက်ခံသမိုင်းကို သိရှိလိုပါက Bill Davis, Andrea Gittleman, Rick Sollom, နှင့် Adam Richards တို့၏ *ခါးသီးဒဏ်ရာ၊ ပျောက်ဆုံးအိမ်မက်များ - ဗမာနိုင်ငံ၊ ကရင်ပြည်မှလူ့အခွင့်အရေးချိုးဖောက်မှုများ* (“Bitter Wounds and Lost Dreams: Human Rights Under Assault in Karen State, Burma,” (Physicians for Human Rights, August 2012) ) [https://s3.amazonaws.com/PHR\\_Reports/Myanmar-karen-rpt-ltr-2012.pdf](https://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/Myanmar-karen-rpt-ltr-2012.pdf); Ashley South ၏ မြန်မာနိုင်ငံမှ အရှည်ကြာဆုံးစစ်ပွဲ၊ ကရင်ပဋိပက္ခဗေဒ (“Burma’s longest running war: Anatomy of the Karen conflict,” (Transnational Institute and Burma Center Netherlands, March 28, 2011), <http://www.ashleysouth.co.uk/files/TNI-BurmasLongestWar.pdf>.

38 T. J. Lee, L. C. Mullany, A. K. Richards, H. K. Kuiper, C. Maung, and C. Beyrer တို့၏ မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့ခြမ်း၊ မွန်၊ ကရင်၊ ကရင်နီပြည်များမှ သေဆုံးမှုနှုန်း ( “Mortality rates in conflict zones in Karen, Karenni, and Mon states in eastern Burma,”) *Tropical Medicine and International Health* 11, no. 7 (2006): 1119-1127.

39 Luke C. Mullany, Adam K. Richards, Catherine I. Lee, Voravit Suwanvanichkij, Cynthia Maung, et al., တို့၏ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ခြမ်းမှ ပြည်တွင်းနေရပ်စွန့်ခွာ ထွက်ပြေးရသူများ၏ လူ့အခွင့်အရေးချိုးဖောက်မှုများနှင့် ကျန်းမာရေးရလဒ် ဆက်နွယ်ပုံကို လူဦးရေအခြေပြုစစ်တမ်းဖြင့်ဖော်ထုတ်ခြင်း (“Population-based survey methods to quantify associations between human rights violations and health outcomes among internally displaced persons in eastern Burma,”) *Journal of Epidemiology and Community Health* 61, no. 10 (2007): 908-914. ကိုကြည့်ပါ။

40 Parveen K. Parmar, Jade Benjamin-Chung, Saw Nay Htoo, Sai Laeng, Aye Lwin, et al., တို့၏ နိုင်ငံရေးပြောင်းလဲမှုမတိုင်မီ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ခြမ်းမှ ကျန်းမာရေး လူ့အခွင့်အရေး အခြေအနေ - အိမ်ထောင်စု အတွဲလိုက် ရွေးထုတ်ကာ လူဦးရေအခြေပြုဆန်းစစ်ခြင်း ( “Health and human rights in eastern Myanmar prior to political transition: a population-based assessment using multistaged household cluster sampling,”) *BMC International Health Human Rights* (May 5, 2014).

41 ကရင်လူ့အခွင့်အရေးအဖွဲ့ (Karen Human Rights Group) ၏ စာချုပ်လော အပြောင်းအလဲလော ၂၀၁၂ အပစ်အခတ်ရပ်စဲရေးနောက်ပိုင်း မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်းမှ လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုများနှင့် ဒေသခံများ၏ တုန့်ပြန်မှုများ (“Truce or Transition: Trends in Human Rights Abuse and Local Response in Southeast Myanmar Since the 2012 Ceasefire”) (2014), 9-10, <http://www.khrg.org/2014/05/truce-or-transition-trends-human-rights-abuse-and-local-response>. ကိုကြည့်ပါ။

42 ၉ လသို့မဟုတ် ၉လထက်နည်းသော လများအတွင်း အိမ်ထောင်စု၏ လုံလောက်သော အစားအစာထုတ်လုပ်မှုအား တိုင်းတာခြင်း

43 William W. Davis, Luke C. Mullany, Matt Schissler, Saw Albert, Chris Beyrer, တို့ရေးသားသည့် ကရင်ပြည်နယ်ကျန်းမာရေးပေါ် စစ်တပ်တိုးချဲ့ ခြင်း၊လူ့အခွင့်အရေးချိုးဖောက်မှုများ၊ ရပ်ရွာတုန့်ပြန်မှုများ၏ ပြဌာန်းချက်များ၊ အစုလိုက် ဆန်းစစ်မှုရလဒ် (“Militarization, Human Rights Violations and Community Responses as Determinants of Health in Karen State, Myanmar: Results of a Multistage Cluster Survey,” ) *Conflict and Health* 9, no. 32 (2015).

44 L. C. Mullany, C. I. Lee, L. Yone, P. Paw, E. K. Oo, C. Maung, et al., တို့၏ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ခြမ်းမှ ကုရာမဲ့ရပ်ရွာကြုံတွေ့ရသည့် လူ့အခွင့်အရေးချိုးဖောက်မှုများ၊ မရှိမဖြစ် လိုအပ်သည့် မိခင်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အခြေအနေ (“Access to essential maternal health interventions and human rights violations among vulnerable communities in eastern Burma,”) *PLoS Medicine* 5, no. 12 (2008): 1689-1698; K. C. Teela, L. C. Mullany, C. I. Lee, E. Poh, P. Paw, N. Masenior, တို့၏ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ခြမ်း ပဋိပက္ခဒဏ်သင့်နေသည့်နေရာတွင် ရပ်ရွာအခြေပြု မိခင်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်း ( “Community-based delivery of maternal care in conflict-affected areas of eastern Burma: Perspectives from lay maternal health workers,” ) *Social Science & Medicine* 68, no. 7 (2009): 1332-1340; L. C. Mullany, A. K. Richards, C. I. Lee, V. Suwanvanichkij, C. Maung, M. Mahn, et al., မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ခြမ်းမှ နေရပ်စွန့်ခွာပြေးရသူများ၏ လူ့အခွင့်အရေးချိုးဖောက်ခံရမှုနှင့် ကျန်းမာရေးရလဒ်များ ဆက်စပ်မှုရှိပုံကိုဖော်ထုတ်ရန် လူဦးရေအခြေပြု ဆန်းစစ်နည်းဖြင့် ဖော်ထုတ်ခြင်း (“Population-based survey methods to quantify associations between human rights violations and health outcomes among internally displaced persons in eastern Burma,”) *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, no. 10 (2007): 908-914; Lee, et al., ပဋိပက္ခနေရာမှ သေဆုံးနှုန်း (“Mortality rates in conflict zones.”)

- 45 Lee, et al., ပဋိပက္ခနေရာမှ သေဆုံးနှုန်း (“Mortality rates in conflict zones.”)
- 46 P. Parmar, C. Barina, S. Low, K. Tun, P. Mhote, N. Htoo, et al, တို့၏ နိုင်ငံရေး အပြောင်းအလဲအပြီး မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ခြမ်း မှ ကျန်းမာရေး လူ့အခွင့်အရေးအခြေအနေ၊ လူဦးရေအခြေပြု ဆန်းစစ်ချက်၊ Multistaged Household Cluster Sampling အသုံးပြုကာ ပြုစုခြင်းဖြစ်သည်။ မေ ၁၊ ၂၀၁၅
- 47 HISWG, “The Long Road to Recovery,” 25, <http://reliefweb.int/report/myanmar/long-road-recovery-ethnic-and-community-based-health-organizations-leading-way-better>.
- 48 မြန်မာနိုင်ငံကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန၊ ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းအစီအစဉ် ၂၀၁၂ - ၂၀၁၇ (၂၀၁၂) 8, [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Myanmar/health\\_workforce\\_strategic\\_plan\\_2012-2017.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Myanmar/health_workforce_strategic_plan_2012-2017.pdf); UNICEF နှင့် အမျိုးသားစီမံကိန်းနှင့် ဖွံ့ဖြိုးရေးဝန်ကြီးဌာန၏ မြန်မာနိုင်ငံကလေးငယ်များ အခြေအနေသုံးသပ်မှု (“Situation Analysis of Children in Myanmar” ) (၂၀၁၂ ဇူလိုင်), xvi, [http://www.unicef.org/eapro/Myanmar\\_Situation\\_Analysis.pdf](http://www.unicef.org/eapro/Myanmar_Situation_Analysis.pdf); Steven Lanjouw နှင့် Nwe Nwe Aye, မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့တောင်ခြမ်း SDC ကျန်းမာရေးဆန်းစစ်မှု (“SDC Health Assessment in Southeast Region of Myanmar” ) (Swiss Agency for Development and Cooperation, Aug. 2013).
- 49 CHDN တွင်ပါဝင်သည့် တိုင်းရင်းသားလက်နက်ကိုင်အဖွဲ့ ၆ ဖွဲ့မှာ ကရင်နီအမျိုးသားတိုးတက်ရေးပါတီ၊ ကရင်နီ လူမျိုးပေါင်းစုံ လွတ်လပ်ရေးတပ်ဦး၊ ကယန်းပြည်သစ်ပါတီ၊ ကရင်နီ အမျိုးသားစည်းလုံးညီညွတ်ရေးအဖွဲ့၊ ကရင်နီ အမျိုးသား ငြိမ်းချမ်းရေးနှင့် ဖွံ့ဖြိုးရေးပါတီ၊ ကယန်းအမျိုးသားတပ်ဖွဲ့တို့ဖြစ်သည်။
- 50 HISWG အဆင့်မြင့်ဝန်ထမ်းနှင့် မေးမြန်းချက် (၂၀၁၆ မတ်)
- 51 Kim Jolliffe ၏ မြန်မာနိုင်ငံ၏ မငြိမ်းချမ်းသည့်ဒေသမှ တိုင်းရင်းသား ပဋိပက္ခနှင့် လူမှုဝန်ဆောင်မှုများ (“Ethnic Conflict and Social Services in Myanmar’s Contested Regions” ) (The Asia Foundation, June 2014), <https://asiafoundation.org/resources/pdfs/MMEthnicConflictandSocialServices.pdf>.
- 52 KNU အလုပ်အမှုဆောင်ကော်မတီဝင်နှင့် မေးမြန်းချက်။ ကရင်ပြည်နယ်၊ ဖေဖော်ဝါရီ ၂၀၁၄
- 53 KNLA တပ်မှူးများနှင့် (Focus group discussion) ဝိုင်းစုဆွေးနွေးခြင်း။ ၂၀၁၅ နိုဝင်ဘာ။ ပညာရေးနှင့် ကျန်းမာရေးအတွက် ပုန်ကန်မှုများကို ပါဝင်ဆွေးနွေးသူများက တိတိကျကျဖော်ထုတ်ခဲ့ကြသည်။ KNLA တပ်မဟာ ၇ တပ်မှူးသည် အတက်ကြွဆုံး ဖြစ်သည်။ ၎င်းလှုပ်ရှားဧရိယာသည် အစိုးရသတ်မှတ်ထားသည့် ဖားအံ၊ လှိုင်းဘွဲ့မြို့နယ်များ၊ မြဝတီမြို့နယ် နှင့် ကော့ကရိတ် မြို့နယ်များ၏ မြောက်ဘက်ခြမ်းတွင် ဖြစ်သည်။
- 54 Norwegian Church Aid ၏ လုံးဝဘေးကင်းရေး၊ နယ်စပ်နှင့် ထိုင်းနိုင်ငံအတွင်းမှ ဒုက္ခသည်များ၊ IDPများ၊ ရွှေ့ပြောင်း လုပ်သားများကို အကူအညီပေးခြင်း။ ဆွေးနွေးမှု အစီရင်ခံစာ ( Do No Harm: Cross-Border and Thailand Based Assistance to Refugees, IDPs and Migrants from Burma/Myanmar – Report on Findings from Consultancy” (2013)) [http://www.burmalibrary.org/docs13/NCAMyanmar\\_consultancy\\_report-public-ocr-red.pdf](http://www.burmalibrary.org/docs13/NCAMyanmar_consultancy_report-public-ocr-red.pdf).
- 55 ၂၀၁၀ ရွေးကောက်ပွဲသည် မျှတမှုမရှိ လွတ်လပ်မှုမရှိဟု နိုင်ငံတကာ အသိုင်းအဝိုင်းနှင့် ကုလသမဂ္ဂက အကြီးအကျယ် ဝေဖန်ခဲ့သည်။ ၂၀၁၂ ရွေးကောက်ပွဲတွင် လွှတ်တော်အမတ်နေရာ ၇ ရာခိုင်နှုန်းအတွက် ရွေးကောက်ပွဲပြုလုပ်ခဲ့ပြီး မျှတသည်ဟု အများကရှုမြင်ခဲ့ကြသည်။
- 56 KNU အလုပ်အမှုဆောင်ကော်မတီဝင်နှင့် မေးမြန်းချက်။ ကရင်ပြည်နယ်၊ ဇန်နဝါရီ ၂၀၁၅
- 57 KNLA တပ်မဟာ ၅ တပ်မှူးနှင့်မေးမြန်းချက်။ နိုဝင်ဘာ ၂၀၁၅
- 58 တနိုင်ငံလုံးဆိုင်ရာ ပစ်ခတ်တိုက်ခိုက်မှု ရပ်စဲရေးစာချုပ် (၂၀၁၅)၊ အပိုဒ် ၂၅။
- 59 ပြောင်းလဲမှုများစတင်နေပြီဖြစ်သည်။ ဆုံးဖြတ်ချက်အများပိုင်းကို ပြည်နယ်အဆင့်၊ မြို့နယ်အဆင့်တွင် ချမှတ်နေပြီး အချို့ ဧရိယာများတွင် ဝန်ထမ်းရွှေ့ပြောင်းခြင်းကို လုံးဝရပ်ထားလိုက်ပြီဖြစ်သည်။
- 60 ဥပမာ-ပြင်းထန်သည့် ငှက်ဖျားရောဂါကုသပေးနိုင်သည့် ဆေးခန်းများ စတင်ရန် စီစဉ်မှုများရှိသည်။ အခြားဆေးခန်းများကိုလည်း စိတ်အင်္ဂါရာ အထူးကုသည့် အဖွဲ့များဖြင့် ဆောင်ရွက်သွားရန် ရှိသည်။
- 61 ဒေါက်တာသန်းထွန်းစိန်၏ “ပြည်ထောင်စုမြန်မာနိုင်ငံတော်၏ ကျန်းမာရေးစနစ်သုံးသပ်ချက်” ၊ ကျန်းမာရေးစနစ် နှင့် နိုင်ငံရေး အပေါ် အာရုံစိုက်စိတ် လေ့လာစောင့်ကြည့်ရေးအဖွဲ့၏ “ အပြောင်းအလဲကာလ ကျန်းမာရေးစနစ် ၄ ” အမှတ် (၃) ၊ ၂၀၁၄ ၊ ၃၂ - ၃၆
- 62 ကမ္ဘာ့ဘဏ်၊ မြန်မာနိုင်ငံ၏ ပြည်သူ့အသုံးစရိတ်သုံးသပ်ချက်, “Myanmar Public Expenditure Review”, (၂၀၁၅ စက်တင်ဘာ): 59, [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2016/03/15/090224b0842014db/1\\_0/Rendered/PDF/Realigning0the0c0expenditure0review.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2016/03/15/090224b0842014db/1_0/Rendered/PDF/Realigning0the0c0expenditure0review.pdf).
- 63 Medecins Sans Frontieres နိုင်ငံတကာဖော်ပြနေမှုများအပြင် လိုအပ်နေဆဲ လူသားချင်းစာနာမှု အကူအညီများ (“Beyond the international spotlight, humanitarian needs in Myanmar remain unmet” (2008)) <http://msf-seasia.org/news/6260>.
- 64 သန်းထွန်းစိန်၊ ပြည်ထောင်စု သမ္မတမြန်မာနိုင်ငံ ကျန်းမာရေးကဏ္ဍသုံးသပ်ချက် 35.

65 WHO ကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ်အချက်အလက် (WHO Global Health Expenditure Database) <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>.

66 WHO၊ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအစီရင်ခံစာ ၂၀၀၀ ခုနှစ် (*The World Health Report 2000*)

67 မြန်မာကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန၊ မြန်မာကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုစနစ်၊ ၂၀၁၄ <http://www.moh.gov.mm/file/MYANMAR%20HEALTH%20CARE%20SYSTEM.pdf>.

68 NLD လမ်းပြမြေပုံ၊ စာမျက်နှာ ၃၀

69 မြန်မာကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန၊ မြန်မာနိုင်ငံမှ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု၊ ၂၀၁၄ ခုနှစ်ကျန်းမာရေးအချက်အလက် , [http://www.moh.gov.mm/file/HEALTH\\_STATISTICS.pdf](http://www.moh.gov.mm/file/HEALTH_STATISTICS.pdf).

70 မြန်မာကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန၊ ၂၀၁၄ ခုနှစ်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်

71 (ပြည်ထောင်စုမြန်မာနိုင်ငံ၊ လူဦးရေ နှင့် အိမ်ထောင်စု စာရင်း ၂၀၁၄ အကျဉ်းချုပ်နှင့် ရလဒ်များ (ပြည်သူ့အင်အားဦးစီးဌာန၊ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးနှင့် ပြည်သူ့အင်အားဝန်ကြီးဌာန ၂၀၁၄))၊ <http://countryoffice.unfpa.org/myanmar/drive/SummaryoftheProvisionalResults.pdf>.

72 ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့၊ လူဦးရေ ၁၀၀၀ တွင်ရှိသည့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းအချိုးအစား အချက်အလက် (WHO, 2010), <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en>; မြန်မာကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန, ကရင်ပြည်နယ်၊ ကျန်းမာရေးအချက်အလက် (၂၀၁၂)

73 မြန်မာကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန, ကရင်ပြည်နယ်၊ ကျန်းမာရေးအချက်အလက် (၂၀၁၂)

74 ၁ အချိုး ၅၀၀၀ မှ ၁ အချိုး ၄၀၀၀ ထိ တိုးတက်လာမှုပေါ်တွင် အခြေခံကာတွက်ချက်ထားပါသည်။ ရည်မှန်းထားသည့် အချိုးအစားဖြစ်သော ၁ အချိုး ၂၀၀၀၀ အတွက် ၁၆၃၁ ဦးလိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။

75 မြန်မာကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန၊ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု၊ (MM MOH , 2014 ) <http://www.moh.gov.mm/file/Basic%20Health%20Services.pdf>

76 သန်းထွန်းစိန်၊ ပြည်ထောင်စု သမ္မတမြန်မာနိုင်ငံ ကျန်းမာရေးကဏ္ဍသုံးသပ်ချက် 163.

77 မြန်မာကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန၊ မြန်မာကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုစနစ်၊ ၂၀၁၄ <http://www.moh.gov.mm/>.

78 (ပြည်ထောင်စုမြန်မာနိုင်ငံ၊ လူဦးရေ နှင့် အိမ်ထောင်စု စာရင်း ၂၀၁၄ အကျဉ်းချုပ်နှင့် ရလဒ်များ (ပြည်သူ့အင်အားဦးစီးဌာန၊ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးနှင့် ပြည်သူ့အင်အားဝန်ကြီးဌာန ၂၀၁၄))၊ <http://countryoffice.unfpa.org/myanmar/drive/SummaryoftheProvisionalResults.pdf>

79 UNICEF, မြန်မာနိုင်ငံမှ ကလေးများအခြေအနေသုံးသပ်ချက် (“Situation Analysis of Children in Myanmar,” xxvii.)

80 သန်းထွန်းစိန်၊ ပြည်ထောင်စု သမ္မတမြန်မာနိုင်ငံ ကျန်းမာရေးကဏ္ဍသုံးသပ်ချက် 150.

81 NLD, “လမ်းပြမြေပုံ.”

82 မြန်မာကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန, “ကျန်းမာရေးမူဝါဒ၊ ဥပဒေနှင့် အစီအစဉ်များ ;” မြန်မာနိုင်ငံကျန်းမာရေး အခြေအနေ (ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန ၂၀၁၄), <http://www.moh.gov.mm/file/HEALTH%20POLICY,%20LEGISLATION%20AND%20PLANS.pdf>; John Grundy၏ လူမှုရေး၊ နိုင်ငံရေးအပြောင်းအလဲများနှင့် လိုက်လျောညီထွေဆောင်ရွက်ခြင်း - ပြည်ထောင်စုမြန်မာနိုင်ငံတော် (ဗမာ) ကျန်းမာရေးမူဝါဒပေါ်တွင် သမိုင်း၏ သက်ရောက်မှုများ (“Adapting to social and political transitions – The influence of history on health policy formation in the Republic of the Union of Myanmar (Burma),” *Social Science and Medicine* 107 (April 2014): 179-188 ) ကိုလည်းကြည့်ပါ။

83 ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်း (World Health Organization), ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးမဟာဗျူဟာ ၂၀၁၄ - ၂၀၁၈ (“Country Cooperation Strategy Myanmar 2014-2018” (WHO ၂၀၁၄) [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_mmr\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mmr_en.pdf)).

84 မြန်မာကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန, “ကျန်းမာရေးမူဝါဒ၊ ဥပဒေနှင့် အစီအစဉ်များ

85 Salween Institute for Public Policy ဖက်ဒရယ်စနစ်တစ်ခု၊ မြန်မာ/ဗမာပြည် နှင့်သင့်တော်သည့် ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှုလျှော့ချထားသည့် ကျန်းမာရေးစနစ် ( “A Federal, Devolved Health System for Burma/Myanmar” (2013), 7,) [http://hiswg.org/wp-content/uploads/2015/02/HCCG-Policy-paper-draft-Eng\\_March2014.pdf](http://hiswg.org/wp-content/uploads/2015/02/HCCG-Policy-paper-draft-Eng_March2014.pdf).

86 ပြည်ထောင်စု သမ္မတမြန်မာနိုင်ငံ အစိုးရ လူမှုရေးနှင့် စီးပွားရေးပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုဆိုင်ရာမူဘောင် (“Framework for Social and Economic Reforms” (၂၀၁၃ ဇန်နဝါရီ ၁၄), [http://www.themimu.info/sites/themimu.info/files/documents/Ref%20Doc\\_FrameworkForEconomicAndSocialReform2012-15\\_Govt\\_2013%20.pdf](http://www.themimu.info/sites/themimu.info/files/documents/Ref%20Doc_FrameworkForEconomicAndSocialReform2012-15_Govt_2013%20.pdf)).

87 ကုလသမဂ္ဂ၊ ကိုယ်ဝန်သည်မိခင်စောင့်ရှောက်မှု ၈၀ ရာခိုင်နှုန်းလွှမ်းမိုးခြင်းရန် ဆောင်ရွက်သွားမည်ဟု မြန်မာကတိပြု (“Myanmar commits to ensure 80% ante-natal care coverage”) (UN, 2015), <https://sustainabledevelopment.un.org/partnership/?p=1079>.

88 ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းမှ၊ အားလုံးအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု၊ သုံးဖက်မြင် (“Universal Coverage – Three Dimensions”) [http://www.who.int/health\\_financing/strategy/dimensions/en/](http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/)

89 ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်း၊ အားလုံးအတွက်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်ဆိုင်သည့် အမေးအဖြေ (World Health Organization, "Questions and answers on Universal Health Coverage") (WHO, 2016), [http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/uhc\\_qa/en/](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/uhc_qa/en/).

90 စည်းဝေးမှတ်တမ်း၊ မြန်မာနိုင်ငံတွင် UHC ဆောင်ရွက်ခြင်း၊ ပြဿနာနှင့် အခက်အခဲများအတွက် နည်းပညာပိုင်းဆွေးနွေးမှု (နေပြည်တော် ဇူလိုင် ၉ - ၁၁၊ ၂၀၁၂)

91 Grundy, "Road to Recovery."

92 NLD, "လမ်းပြမြေပုံ."

93 HISWG ဝါရင့်ဝန်ထမ်းနှင့်မေးမြန်းချက်။ (၂၀၁၆ မတ်) (March 2016). ပုံမှန်စာရင်းကောက်ယူ ထုတ်ပြန်မှုမရှိခြင်း၊ အဝင်အထွက် စာရင်းမရှိခြင်း၊ အရှေ့တောင်ခြမ်း လှုပ်ရှားသည့်နေရာများ အတိအကျ သတ်မှတ်ထားနိုင်မှုမရှိခြင်းတို့ကြောင့် ECBHOs နှင့် ၎င်းတို့ခန့်ထားသည့် ဝန်ထမ်းများ တာဝန်ယူစောင့်ရှောက်နေသူများကို အတိအကျ ခန့်မှန်းရန်ခက်ခဲလျက်ရှိသည်။

94 မယ်တော်ဆေးခန်း ၂၀၁၄ နှစ်ပတ်လည် အစီရင်ခံစာ , <http://maetaoclinic.org/publications/annual-reports/>; ကရင်ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုဖူလုံရေးဌာန ၂၀၁၁ နှစ်ပတ်လည် အစီရင်ခံစာ (Karen Dept. of Health and Welfare 2011 Annual Report) <http://kdhw.org/department/annual-reports/>; Back Pack Health Worker Team ၂၀၁၄ နှစ်ပတ်လည်အစီရင်ခံစာ, <http://backpackteam.org/?p=417>; ECBHO အဆင့်မြင့်ဝန်ထမ်းနှင့် အင်တာဗျူး (၂၀၁၅ ဒီဇင်ဘာ၊ ၂၀၁၆ မတ်)

95 Back Pack Health Worker Team ၂၀၁၆၊ လုပ်ငန်းတင်ပြချက်။ <http://backpackteam.org/?p=431>.

96 SSSF အင်တာနက်စာမျက်နှာ , <http://shanddevelopment.org/index.php/about-us/back-ground>. should go upfront somewhere. an- at time of publication]ource in the endnote so we should probably just include verbatim. I' an should go upfront somewhere. an- at time of publication]ource in the endnote so we should probably just include verbatim. I' an

97 M. Mahn, C. Maung, E. K. Oo, L. Smith, C. I. Lee, E. Whichard, တို့၏ မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ခြမ်းမှ ပြည်တွင်းရွှေ့ပြောင်း ဒုက္ခသည်များအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ တိုးမြှင့်နိုင်ရန် အဆင့်တိုင်းတွင် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု ( "Multi-level partnerships to promote health services among internally displaced in eastern Burma,") *Global Public Health* 3, no. 2 (2008): 165-186.

98 ကျန်းမာရေးအချက်အလက်မျှဝေရေး လုပ်ငန်းအဖွဲ့အင်တာနက်စာမျက်နှာ (Health Information System Working Group website) <http://hiswg.org/>.

99 S. Low, et al., ကျန်းမာရေးအတွက် လူသားအရင်းအမြစ် - မြန်မာနိုင်ငံအရှေ့ခြမ်းမှ တိုင်းရင်းသား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဧရိယာအတွင်းမှ ပြည်တွင်းရွှေ့ပြောင်းဒုက္ခသည်များအတွက် အခြေခံကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ အရှိန်မြှင့်ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် အဆင့်မြင့်ကုသမှုများ ခွင့်ပြုခြင်း။ (Human Resources for Health: Task Shifting to Promote Basic Health Service Delivery Among Internally Displaced People in Ethnic Health Program Service Areas in Eastern Burma/Myanmar) *Global Health Action* 7 (2014); HISWG, "The Long Road to Recovery," <http://reliefweb.int/report/myanmar/long-road-recovery-ethnic-and-community-based-health-organizations-leading-way-better>.

100 Partners for Health Access in the Southeast of Myanmar (PHASE-M)နှင့် The Border Consortium (TBC) ၊ "Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) တို့ပူးပေါင်း ငွေကြေးထောက်ပံ့သည့် မြန်မာနိုင်ငံအခြေခံကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုစီမံကိန်း အဆင့် ၁ (Primary Healthcare Project Myanmar Phase 1) : ၂၀၁၅ မေ ၁ ရက်မှ ၂၀၁၈ ဒီဇင်ဘာ ၃၁ တိ၊ ပူးတွဲစီမံချက်၊ (SDC ၂၀၁၅), 23.

101 Burma Border Guidelines (2007), <http://maetaoclinic.org/publications/burma-border-guidelines/>.

102 ကျန်းမာရေးပေါင်းစည်းခြင်းဗဟိုအဖွဲ့ (Health Convergence Core Group) UNHCR သို့တင်ပြချက်၊ ၂၀၁၄ ဇွန်၊ ရန်ကုန်၊ မြန်မာ။

103 HCCG၊ တိုင်းရင်းသားကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းများနှင့် CBO များ၊ ဖက်ဒရယ် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှုလျှော့ချထားသည့် အနာဂတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဖြစ်ပေါ်လာရန် ဆောင်ရွက်ခြင်း ( "Ethnic Health Organizations and CBOs. Promoting Comprehensive Primary Healthcare for a Future Devolved, Federal Healthcare System in Burma:) A Concept Note 2015" (HCCG, 2015) HISWG, "Long Road to Recovery", ၂၀၁၆ ထိုင်းနိုင်ငံ၊ မဲဆောက် မြို့တွင် မတ်လ ၃၀ ရက်တွင်ပြုလုပ်ခဲ့သည့် မြန်မာကျန်းမာရေးပြုပြင်ပြောင်းလဲရေး စည်းဝေးတွင် HCCG ထုတ်ပြန်ချက်။ Salween Institute for Public Policy ဖက်ဒရယ်စနစ်၊ မြန်မာ/ဗမာပြည် နှင့်သင့်တော်သည့် ဗဟိုချုပ်ကိုင်မှု လျှော့ချထားသည့် ကျန်းမာရေးစနစ် (၂၀၁၃), 7, [http://hiswg.org/wp-content/uploads/2015/02/HCCG-Policy-paper-draft-Eng\\_March\\_2014.pdf](http://hiswg.org/wp-content/uploads/2015/02/HCCG-Policy-paper-draft-Eng_March_2014.pdf).

104 HCCG, ရပ်ရွာအခြေပြု ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု။ ကိုယ်ထူကိုယ်ထ ("Community Health: We Care for Our Own,") *Myanmar Times*, March 29, 2016, <http://www.mmtimes.com/index.php/opinion/19702-community-health-we-care-for-our-own.html>.

- 105 "Alma Ata,ကြေညာချက်။" အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု နိုင်ငံတကာညီလာခံ Alma-Ata, ဆိုဗီယက်ရှုထောင့်မှ၊ ၁၉၇၈ ခု၊ စက်တင်ဘာ ၆ - ၁၂။ Sep. 6-12, 1978, [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
- 106 HCCG (အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု မြှင့်တင်ခြင်း) "Promoting Comprehensive Primary Health Care."
- 107 WHO ကျန်းမာရေးစနစ်များ၏ မူဘောင်များ (The WHO Health Systems Frameworks) [http://www.wpro.who.int/health\\_services/health\\_systems\\_framework/en/](http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/).
- 108 ၂၀၁၆ တိုင်းနိုင်ငံ၊ မဲဆောက်မြို့တွင် မတ်လ ၃၀ ရက်တွင်ပြုလုပ်ခဲ့သည့် မြန်မာ့ကျန်းမာရေး ပြုပြင်ပြောင်းလဲရေး စည်းဝေးတွင် HCCG ထုတ်ပြန်ချက်။
- 109 NLD, "လမ်းပြမြေပုံ." 9, 24.
- 110 မဟာဗျူဟာနှင့် နိုင်ငံတကာလေ့လာရေးဌာန (Center for Strategic and International Studies) မြန်မာနိုင်ငံတွင် ဌာနများ တိုက်ဖျက်ရေး ပူးတွဲဆောင်ရွက်ခြင်း ( "Working Together to Eliminate Malaria in Myanmar,") စည်းဝေးထုတ်ပြန်ချက်၊ (ဝါရှင်တန်ဒီစီ: CSIS, ၂၀၁၅ ဩဂုတ် ၃) [http://csis.org/files/attachments/150804\\_Myanmar\\_Conference\\_Statement.pdf](http://csis.org/files/attachments/150804_Myanmar_Conference_Statement.pdf).
- 111 ECBHO ခေါင်းဆောင်တဦးနှင့် မေးမြန်းချက် (တိုင်းနိုင်ငံ၊ အောက်တိုဘာ ၂၀၁၅)
- 112 CPI မှ ဝါရှင်တန်ထမ်း (မတ်လ ၂၀၁၅) နှင့် BPHWT မှ ဝါရှင်တန်ထမ်း(ဒီဇင်ဘာ ၂၀၁၅) တို့နှင့် မေးမြန်းချက်
- 113 UNICEF ကမ္ဘာ့တိုက်ဖျက်မှု ကလေးငယ် လေးဦးတွင် တဦးသည် ကာကွယ်ဆေးဖြင့် ကာကွယ်နိုင်သည့် ရောဂါခံနေရသည်။ ( "One in four infants across the globe still at risk for vaccine preventable diseases" ) (UNICEF ၂၀၀၅ အောက်တိုဘာ ၇), [http://www.unicef.org/myanmar/media\\_2625.html](http://www.unicef.org/myanmar/media_2625.html).
- 114 World Bank, ကမ္ဘာ့ဘဏ်၊ လူတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု (Universal health coverage) ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုကို အောက်ခြေမှ အကောင်အထည်ဖော်ဆောင်ရွက်ခဲ့သည့် နိုင်ငံပေါင်း ၂၄ နိုင်ငံ၏ အတွေ့အကြုံ။" (World Bank, 2015), 146, <http://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/going-universal-how-24-countries-are-implementing-universal-health-coverage-reforms-from-bottom-up>.
- 115 Kim Jolliffe ၏ မြန်မာနိုင်ငံ၏ မငြိမ်းချမ်းသေးသည့်ဒေသများမှ တိုင်းရင်းသား ပဋိပက္ခနှင့် လူမှုဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ ( "Ethnic Conflict and Social Services in Myanmar's Contested Regions" ) (The Asia Foundation, 2014), 24, <https://asiafoundation.org/resources/pdfs/MEEthnicConflictandSocialServices.pdf>
- 116 Stuart Gordon, Sarah Jane Cooper-Knock, and Louis Lilywhite တို့၏ တိုင်းရင်းသားလက်နက်ကိုင်တော်လှန်ရေးအဖွဲ့များ၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်း ၊ ( "Dynamics of provision of health services by non-state armed groups – an analysis of the literature" ) (CAERUS, 2015), <http://caerus.nilu.no/Portals/10/Docs/Deliverables/CAERUS-D2.2-Dynamics%20of%20provision%20of%20health%20services%20by%20non-state%20armed%20actors-250315.pdf>.
- 117 Kellie Currie ၏ ဟန်ချက်ညီသည် ဗမာပြည် - မြန်မာဒီမိုကရေစီပြောင်းလဲမှုကို ပံ့ပိုးရာတွင် နိုင်ငံခြားအထောက်အပံ့များ၏ အခန်းကဏ္ဍ ("Burma in the Balance: The Role of Foreign Assistance in Supporting Burma's Democratic Transition") (Project 2049 Institute, March, 2012), [http://www.themimu.info/sites/themimu.info/files/documents/Ref%20Doc\\_Aid%20Policy\\_BurmaInTheBlanace\\_TheRoleOfForeignAssistance.pdf](http://www.themimu.info/sites/themimu.info/files/documents/Ref%20Doc_Aid%20Policy_BurmaInTheBlanace_TheRoleOfForeignAssistance.pdf).
- 118 NLD လမ်းပြမြေပုံ 24.
- 119 Back Pack Health Worker Team နာတာရှည် အရေးပေါ်ပြဿနာ၊ "Chronic emergency: Health and human rights in eastern Burma," *ReliefWeb*, Aug. 22, 2006, <http://reliefweb.int/report/myanmar/chronic-emergency-health-and-human-rights-eastern-burma>; Burma Medical Association, ၏ အရေးပေါ်ကိစ္စများဖော်ထုတ်ခြင်း - မြန်မာနိုင်ငံ အရှေ့ခြမ်းမှ ကျန်းမာရေး၊ လူ့အခွင့်အရေးကိစ္စများ (Diagnosis Critical: Health and Human Rights in Eastern Burma" (2010)) [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/\\_pdf/Burma\\_DiagCritical\\_19Oct10.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/_pdf/Burma_DiagCritical_19Oct10.pdf); HISWG, "Long Road to Recovery."
- 120 Zarni Mann ရေးသားသည့် ဘာသာပေါင်းစုံချစ်ကြည်ရေးလှုပ်ရှားသူ ထောင် ၂ နှစ်ကျခံရ ("Interfaith Activists Sentenced To Two More Years In Prison,") *The Irrawaddy*, Apr. 8, 2016, <http://www.irrawaddy.com/burma/interfaith-activists-sentenced-to-two-more-years-in-prison.html>.
- 121 Hlaing Kyaw Soe ရေးသားသည့် မတရားသင်းဥပဒေဖျက်သိမ်းရန် တောင်းဆိုမှုများ တိုးတက်လာ ("Calls grow for end to Unlawful Associations Act,") *Myanmar Times*, Nov. 27, 2014, <http://www.mmtimes.com/index.php/national-news/12389-calls-grow-for-end-to-unlawful-association-act.html>.
- 122 တနိုင်ငံလုံးအစစ်အခတ်ရပ်စဲရေး စာချုပ် (၂၀၁၅) ၊ အပိုဒ် ၉ က
- 123 တနိုင်ငံလုံးအစစ်အခတ်ရပ်စဲရေး စာချုပ် (၂၀၁၅) ၊ အပိုဒ် ၂၅ က
- 124 NLD လမ်းပြမြေပုံတွင် တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစု ကျန်းမာရေး အဖွဲ့အစည်း ("ethnic health organizations") သို့မဟုတ် ("EHOs.") ဟုရည်ညွှန်းသည်။ ၎င်းတို့ကိုယ်ပိုင် အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုချက်အရ ("EHO") သည် EAO များ၏ ကျန်းမာရေးဌာနကိုသာ

ရည်ညွှန်းပြီး MTC, BMA, BPHWT ကဲ့သို့သော ပြည်တွင်း NGO များ အကျုံးမဝင်ပါ။ ထို့ကြောင့် ယခုစာတမ်းတွင် (“ECBHO”) ဟု သုံးစွဲပါသည်။ NLD စာတမ်းများတွင် EHO များဟု ရည်ညွှန်းသည့်အခါ ယင်းဒေသခံ LNGO များလည်း ပါဝင်သည်ဟု ယူဆပါက သင့်တော်ပါသည်။ နိုင်ငံ၏ အခြားဒေသမှ တိုင်းရင်းသား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူများနှင့် နှိုင်းယှဉ်လျှင် NLD သည် ယင်းအဖွဲ့များနှင့် ဆက်ဆံရေး ထူထောင်ထားနိုင်သဖြင့် ယခုအစီရင်ခံစာတွင် ECBHO များ ညွှန်ပေါင်းအဖွဲ့အစည်းကို အဓိကရည်ညွှန်းလိုခြင်းဖြစ်သည်။ မှတ်စု ၁ ကိုကြည့်ပါ။

125 NLD လမ်းပြမြေပုံ 9

126 ကျေးလက် ဝေးလံသည့်ဒေသများတွင် တာဝန်ထမ်းဆောင်သည့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများကို လစာတိုးပေးခြင်းကဲ့သို့သော မူဝါဒများကိုကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှကျင့်သုံးလျက်ရှိသည်။ MoH သည်ချင်းပြည်နယ်အတွက်၎င်း၏မူဝါဒကိုပြောင်းလဲခဲ့သည်။ ချင်းလူမျိုးဆရာဝန်များကို မြို့နယ်ဆရာဝန်များ အဖြစ် ခန့်ထားပြီး နေရာရွှေ့ပြောင်းချထားခြင်း မူဝါဒကိုပယ်ဖျက်လိုက်သည်။ ဆေးပညာသင်ယူတတ်မြောက်ထားသည့် ယင်းဒေသမှ ဒေသခံများ ရှာဖွေရာတွင် အခက်အခဲရှိနိုင်သော်လည်း ယင်းပုံစံသည် အရှေ့တောင် ခြမ်းအတွက်လည်း နမူနာကောင်း ဖြစ်နိုင်သည်။

127 တိုင်းရင်းသားလက်နက်ကိုင်အဖွဲ့များ၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်း (Gordon, et al., “Dynamics of provision of health services by non-state armed groups.”)

128 ထိုင်းနိုင်ငံ မဲဆောက်မြို့တွင် KWO (၂၀၁၅ ဒီဇင်ဘာ ၁၁), BPHWT (၂၀၁၅ ဒီဇင်ဘာ ၈), MTC နှင့် BMA (၂၀၁၅ ဒီဇင်ဘာ ၄) တို့တွင် မေးမြန်းချက်။ အခန်း ၂.၄ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန တိုးချဲ့မှုများ၏ အကဲဆတ်မှုများ (The sensitivities of Ministry of Health expansion)

129 ထိုင်းနိုင်ငံ မဲဆောက်မြို့တွင် KWO (၂၀၁၅ ဒီဇင်ဘာ ၁၁),

130 Jolliffe ၏ မြန်မာနိုင်ငံ၏ မငြိမ်းချမ်းသေးသည့်ဒေသများမှ တိုင်းရင်းသား ပဋိပက္ခနှင့် လူမှုဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများ 27-29.

131 ထိုင်းနိုင်ငံ၊ မဲဆောက်တွင် BMA (၂၀၁၅ ဒီဇင်ဘာ ၄), BPHWT ((၂၀၁၅ ဒီဇင်ဘာ ၄), IRC (၂၀၁၅ ဒီဇင်ဘာ ၄) တို့နှင့်တွေ့ဆုံခြင်း။

132 အောင်ပြည့်ဖြိုး၊ ဆေးဒဏ်ခံ ဌာနဖျားတွေ့ရှိမှု ( Aung Pyae Phy, et al., “Emergence of artemisinin-resistant malaria on the western border of Thailand: a longitudinal study,” *The Lancet* 379, no. 9830 (Apr. 5, 2012): 1960-66, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60484-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60484-X/abstract).

133 NLD, လမ်းပြမြေပုံ 20.

134 Ibid., 9.

135 Ibid., 26-28.

136 MTC BMA ခေါင်းဆောင်များနှင့် ထိုင်းနိုင်ငံ၊ မဲဆောက်တွင် တွေ့ဆုံမေးမြန်းချက် (၂၀၁၅ ဒီဇင်ဘာ)

137 HCCG, ကျန်းမာရေးပေါင်းစည်းခြင်းဗဟိုအဖွဲ့ အခြေခံမူများ (“Health Convergence Core Group’s Principles”) (၂၀၁၆ မတ်).

138 ကျန်းမာရေးပေါင်းစည်းခြင်းဗဟိုအဖွဲ့ (Health Convergence Core Group) UNHCR သို့တင်ပြချက်၊ ၂၀၁၄ ဇွန်၊ ရန်ကုန်၊ မြန်မာ.

139 Ibid.





## **The Asia Foundation**

Improving Lives, Expanding Opportunities

No.17, Thu Khi Tar Street  
Pyi Thar Yar Residence Lane 1  
15 Ward, Bauk Htaw, Yankin Township  
Yangon, Myanmar