ការចុះកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវាសុខាភិបាលសាធារណៈ៖ ពីទស្សនៈ និងការយល់ដឹងស៊ីជម្រៅរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល

សាវតា

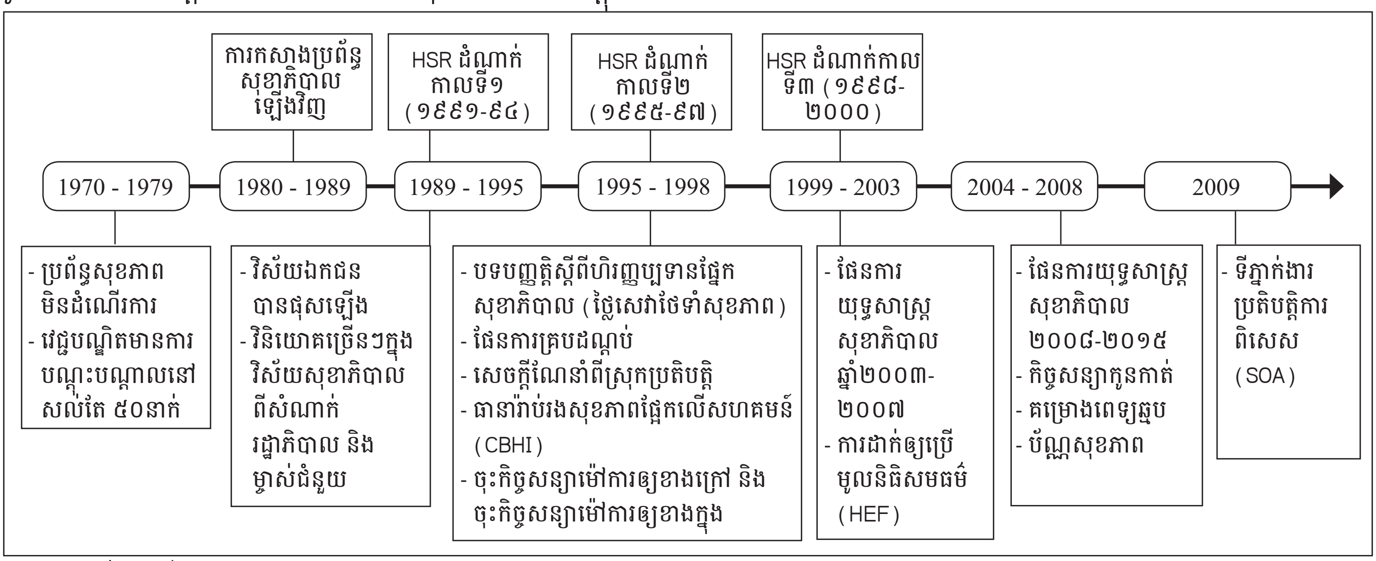
ការកសាងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលកម្ពុជាឡើងវិញ ក្នុង ២០ឆ្នាំកន្លងទៅនេះ ជាកិច្ចប្រឹងប្រែងដ៏អស្ចារ្យ ព្រោះត្រូវចាប់ផ្តើមសឹងតែពីបាតដៃទទេ ដោយមានហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរងការខូចខាតយ៉ាងដំណំ និងវេជ្ជបណ្ឌិតមានការបណ្តុះបណ្តាលមិនដល់ ៥០នាក់ផងទេ (Ovesen and Trankell 2010)។ ក្រោមការជួយគាំទ្រវិនិយោគដ៏សំខាន់ពីរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានា ក្នុងឆ្នាំ១៩៨៩-១៩៩៥ការអនុវត្តកំណែទម្រង់វិស័យសុខាភិបាល (HSR) ដំណាក់កាលដំបូងបានចាប់ដំណើរការក្នុងឆ្នាំ១៩៩១-៩៤។ កំណែទម្រង់វិស័យសុខាភិបាលដំណាក់កាលទី២ បានចាប់ផ្តើមជាបន្តក្នុងឆ្នាំ១៩៩៥-៩៨។ ក្នុងដំណាក់កាលទី២នៃ កំណែទម្រង់នោះ ផែនការដែនគ្រប់ដណ្តប់ផ្នែកសុខាភិបាល និងបទបញ្ញត្តិស្តីពីហិរញ្ញប្បទានផ្នែកសុខាភិបាលត្រូវបានបង្កើតឡើង ហើយការយកថ្លៃសេវាសុខភាព ក៏ត្រូវបានណែនាំឲ្យប្រើនៅតាមកន្លែងថែទាំសុខភាពសាធារណៈទាំងឡាយទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា (MOH 2007)។

អត្ថបទនេះរៀបចំឡើងដោយ វង្ស ស្រីទូច ជាអ្នកស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខភាព នៃ CDRI, Joanna Raven សាស្ត្រាចារ្យផ្នែកប្រព័ន្ធសុខាភិបាល នៃ Liverpool School of Tropical Medicine និង David Newlands សាស្ត្រាចារ្យជាន់ខ្ពស់ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច នៅ Business School, Aberdeen University។ សូមយោងអត្ថបទនេះថា Vong Sreytouch, Joanna Raven and David Newlands. 2015. “Internal Contracting Cambodia Health Sector: Experience from Managers and Health Workers.” Cambodia Development Review19(2):7-11. Phnom Penh: CDRI។

កិច្ចប្រឹងប្រែងដើម្បីពន្លឿនការងើបឡើងវិញនៃ ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលនៅជនបទ និងកែលំអការផ្តល់សេវាសុខភាព បាននាំឲ្យផុសឡើងនូវ ការចុះកិច្ចសន្យាលើសេវាសុខភាពសាធារណៈជាក់លាក់មួយចំនួន ក្នុងឆ្នាំ១៩៩៩។ ការចុះកិច្ចសន្យាសេវាសុខភាពនេះបានលូតលាស់ជាបីដំណាក់កាល។ទី១ពីឆ្នាំ១៩៩៩ ដល់ ២០០៣ ការចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការឲ្យខាងក្រៅ (external contracting) បានអនុវត្តសាកល្បងក្នុង ៥ស្រុកប្រតិបត្តិ (២ស្រុកសាកល្បងអនុវត្តការចុះកិច្ចសន្យាប្រភេទ contracting out និង ៣ស្រុកសាកល្បងអនុវត្តការចុះកិច្ចសន្យាប្រភេទ contracting in)។ ក្នុងអំឡុងពេលនោះ គេសង្កេតឃើញថា សេវាសុខភាពសុខាភិបាលមួយចំនួន ជាពិសេស សេវាសុខភាពមាតានិងទារកបានល្អប្រសើរឡើង ដែនគ្រប់ដណ្តប់នៃសេវាសុខាភិបាលបានរីកធំ ហើយវិសមភាពនៃលទ្ធភាពទទួលបានសេវា និងចំណាយចេញពីហោប៉ៅអ្នកជំងឺលើសេវាសុខភាព បានធ្លាក់ចុះ ប៉ុន្តែវាមានតម្លៃខ្ពស់ជាងស្ទើរមួយជាពីរ បើធៀបនឹងស្រុកប្រតិបត្តិស្តង់ដារ (Bhushan et al. 2007)។

ដំណាក់កាលទី២ ក្នុងឆ្នាំ២០០៤-២០០៨ រួមមាន ការចុះកិច្ចសន្យា "កូនកាត់" ក្នុង ១៦ស្រុកប្រតិបត្តិ ក្នុងនោះមាន ១១ស្រុកប្រតិបត្តិ បានចុះកិច្ចសន្យាឲ្យអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលអន្តរជាតិមួយចំនួនផ្តល់នូវសេវាផ្នែកគ្រប់គ្រង។ ក្នុងពេលជាមួយគ្នា ដោយទទួលបានជំនួយទ្រទ្រង់ពី ទីភ្នាក់ងារសហប្រតិបត្តិការបច្ចេកទេសនៃប្រទេសប៊ែលហ្សិក ខាងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តបានដាក់បញ្ចូល

រូបភាព ១៖ ការវិវត្តនៃគោលនយោបាយសុខាភិបាលនៅកម្ពុជា



ប្រភព៖ ស្រង់ចេញពី MOH 2007; Ovesen and Trankell 2010

៥ស្រុកផ្សេងទៀត ទៅក្នុងកិច្ចសន្យាផ្អែកលើលទ្ធផល។ ផ្នែកសំខាន់ៗនៃគំរូទាំងពីរនេះរួមមាន កិច្ចសន្យាផ្អែកលើលទ្ធផល គ្រឿងលើកទឹកចិត្តនិងការត្រួតពិនិត្យ និងការកសាងសមត្ថភាពគ្រប់គ្រងផ្នែកសុខាភិបាលនៅតាមមូលដ្ឋាន (Keovathanak and Annear 2011; MOH 2007)។

ដំណាក់កាលទី៣វិវត្តឡើងរហូតដល់មានការបង្កើតទីភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិការពិសេស (SOA) ដូចសព្វថ្ងៃ ពោលគឺ ជាទម្រង់មួយនៃកិច្ចសន្យាម៉ៅការផ្ទៃក្នុង ដែលកសាងឡើងបន្តពីកំណែទម្រង់រដ្ឋបាលសាធារណៈដ៏ធំទូលាយរបស់កម្ពុជា ដើម្បី កែលំអការផ្តល់សេវាកម្ម បង្កើនប្រាក់កម្រៃនិងការងារ កសាងសមត្ថភាពស្ថាប័ន និងធនធានមនុស្ស និងជំរុញការប្រើបច្ចេកវិទ្យាព័ត៌មាន និងទូរគមនាគមន៍ (Vong 2013)។ នៅក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល កិច្ចសន្យា SOA មានដំណើរការនៅ ៤កម្រិត។ ក្រសួងសុខាភិបាល ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តដែលដើរតួជាភ្នាក់ងារអនុវត្តការងារ។ មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយស្រុកប្រតិបត្តិ ហើយស្រុកប្រតិបត្តិចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ កន្លែងថែទាំសុខភាពនានាដែលនៅក្រោមការត្រួតត្រារបស់ខ្លួន។ បន្ទាប់មក អ្នកគ្រប់គ្រងកន្លែងថែទាំសុខភាពចុះកិច្ចសន្យាជាមួយបុគ្គលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឲ្យផ្តល់សេវាជាក់លាក់មួយចំនួន។ មាន ៣០ SOA បានកកើតឡើងនៅត្រឹមចុងឆ្នាំ២០១០ ហើយ ៦ ផ្សេងទៀត បានពង្រីកបន្ថែមនៅត្រឹមឆ្នាំ២០១៣ (MOH 2014)។ ចំណុចសំខាន់គឺ របៀបរបបចុះកិច្ចសន្យាម៉ៅការផ្ទៃក្នុងទាំងនេះ បានអនុញ្ញាតឲ្យមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តអាចចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ SOAs ដោយផ្ទាល់។

មានការសិក្សាតិចតួចណាស់ ដែលបានផ្តោតលើលទ្ធផលនៃការអនុវត្ត SOA ។ គម្រោងនេះបានផ្តួចផ្តើមឡើងដើម្បីធ្វើជាមធ្យោបាយសម្រាប់កែលំអការផ្តល់សេវា និងគ្រប់គ្រងផ្នែកសុខភាពនៅតាមស្រុក (Khim and Annear 2013) ហើយអង្កេតថ្នាក់ជាតិតាមបែបបរិមាណមួយ បានធ្វើការប្រៀបធៀបការប្រើប្រាស់ កន្លែងថែទាំសុខភាពជា SOA និង មិនមែន SOA (World Bank 2013)។ ប៉ុន្តែមកទល់ពេលនេះ នៅមិនទាន់មានការវាយតម្លៃលើការយល់ឃើញរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល អំពីគោលការណ៍ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃ SOA នោះទេ។ ដូច្នេះ នៅមានកង្វះខាតការយល់ដឹងមួយចំនួនដែលត្រូវដោះស្រាយ។

ការយល់ដឹងពីការយល់ឃើញ កម្លាំងចិត្ត និងការពេញចិត្តរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាលអំពីបរិយាកាសការងាររបស់ខ្លួន វាចាំបាច់បំផុតដើម្បីកែលំអការរក្សាបុគ្គលិកសុខាភិបាល (Witteretal. 2011) និងលទ្ធផលនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល (Chirdan et al. 2009)។ ដោយប្រើព័ត៌មានបានពីគម្រោង ReBUILD (ការស្រាវជ្រាវដើម្បីកសាង ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលអំណោយផលដល់ជនក្រីក្រ ក្នុងពេលកសាងប្រទេសឡើងវិញបន្ទាប់ពីបានបញ្ចប់ទំនាស់) ស្តីពីការចុះកិច្ចសន្យាផ្នែកសុខាភិបាលនៅកម្ពុជា[1] អត្ថបទនេះពិនិត្យលើទិដ្ឋភាពបីយ៉ាងនៃកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា SOA៖ អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាលម្នាក់ៗ ឥទ្ធិពលលើឥរិយាបថ និងអាកប្បកិរិយារបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងបញ្ហាប្រឈមក្នុងការបំពេញកាតព្វកិច្ចតាមកិច្ចសន្យា និងយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ដោះស្រាយ។

វិធីសាស្ត្រស្រាវជ្រាវ

ស្របគ្នានឹងឯកសារមានស្រាប់ (ឧទាហរណ៍ ការសិក្សារបស់ Pope and Mays 1995; Malterud 2001) ការសិក្សានេះបានប្រើវិធីសាស្ត្រស្រាវជ្រាវបែបគុណភាព ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានស្តីពីការចុះកិច្ចសន្យា និងបង្ហាញពីបទពិសោធន៍ និងការយល់ឃើញរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល។ ក្រុមស្រាវជ្រាវព្យាយាមពិនិត្យពីលទ្ធផលនៃការអនុវត្ត SOA តាមការយល់ឃើញរបស់អ្នកគ្រប់គ្រង និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដើម្បីស្វែងយល់ពីទស្សនៈរបស់ពួកគេ (Bryman 1988)។ ក្នុងនេះមានការធ្វើសម្ភាសន៍ស៊ីជម្រៅ ចាប់ពីខែមីនា ដល់ មិថុនា ២០១៣ ជាមួយ អ្នកគ្រប់គ្រង និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល ២៧នាក់ ក្នុង ៤ស្រុក SOA គឺ មេមត់ ពារាំង សំរោង និងបាទី។ ស្រុកទាំងនេះត្រូវបានជ្រើសរើស ដោយសារបច្ចុប្បន្នកំពុងមានជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយគម្រោង SOA, មានបទពិសោធន៍ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ NGOs ពីមុនមក, មានទីតាំងភូមិសាស្ត្រសមស្រប និងមានការផ្តល់សេវាជាក់លាក់នានា (ឧទាហរណ៍ សេវាថែទាំសុខភាពកម្រិតបឋម ឬមធ្យម)។ មុននឹងធ្វើសម្ភាសន៍ អ្នកចូលរួមទទួលបានការរៀបរាប់ពីគោលបំណងនៃការសិក្សា និងបានចុះហត្ថលេខាយល់ព្រម ឲ្យមានការធ្វើសម្ភាសដោយស្ម័គ្រចិត្ត។ ការវិភាគក្របខ័ណ្ឌស្រាវជ្រាវ បានផ្តល់នូវវិធីសាស្ត្រមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធ ម៉ត់ចត់ និងមានតម្លាភាពមួយសម្រាប់ការបកស្រាយ និងដាក់លេខកូដលើទិន្នន័យប្រមូលបាន (Ritchie et al. 2003)។ ប្រធានបទលេចចេញពីការធ្វើសម្ភាសន៍ដែលបានរំលេចឡើងនៅក្នុងកំណត់ត្រា ត្រូវបានចងក្រងផ្តុំជាកញ្ចុំៗសម្រាប់ធ្វើវិភាគលំអិត។

លទ្ធផលស្រាវជ្រាវ

ការយល់ឃើញពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើការជាមួយ SOA

អត្ថប្រយោជន៍ដែលរាយការណ៍ឡើងរួមមាន គ្រឿងលើកទឹកចិត្ត (ឧទាហរណ៍ ប្រាក់បន្ថែមលើបៀវត្សរ៍ និងប្រាក់បន្ថែមផ្សេងទៀត) ការបណ្តុះបណ្តាលនិងកសាងសមត្ថភាព ការពង្រឹងភាពជាម្ចាស់លើការគ្រប់គ្រងស្រុកប្រតិបត្តិ នីតិវិធីមានតម្លាភាពជាងមុន និងឱកាសអនុវត្តការងារជាឯកជន។

គ្រឿងលើកទឹកចិត្ត និងប្រាក់បន្ថែម ផ្តល់ឲ្យអ្នកគ្រប់គ្រង និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល អាចមានបរិមាណតិច ប៉ុន្តែវាបំពេញបន្ថែមលើបៀវត្សរ៍ទាបរបស់មន្ត្រីរាជការ ដូច្នេះបានជួយទ្រទ្រង់ដល់ជីវភាពរបស់ពួកគាត់។ តាមសំដីរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាលម្នាក់ "អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់បុគ្គលិកនៅមណ្ឌលសុខភាព មានមិនច្រើនទេ ប៉ុន្តែវាជួយបំពេញបន្ថែមដល់ជីវភាពប្រចាំថ្ងៃ ដូច្នេះជាទឹកប្រាក់មួយយ៉ាងធំសម្រាប់ពួកគេ"។ បុគ្គលិកម្នាក់ទៀតមើលឃើញគ្រឿងលើកទឹកចិត្តទាំងនេះថាជា រង្វាន់ដល់ការប្តេជ្ញាចិត្ត

1 កម្មវិធី ReBUILD កំពុងអនុវត្តឡើងដោយអ្នកស្រាវជ្រាវមួយក្រុម ក្រោមជំនួយទ្រទ្រង់ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុពី ក្រសួងអភិវឌ្ឍអន្តរជាតិ នៃប្រទេសអង់គ្លេស (DfID)។ កម្មវិធីនេះ នឹងដំណើរការរហូតដល់ខែមីនា ២០១៧។

បម្រើវិជ្ជាជីវៈ៖ "ពួកយើងធ្វើការខ្លាំង ប៉ុន្តែក៏ទទួលបានគ្រឿងលើកទឹកចិត្តដែរ"។ ចំពោះយោបល់អវិជ្ជមានវិញ អ្នកឆ្លើយសម្ភាសន៍ខ្លះមានអារម្មណ៍ថា ការពឹងផ្អែកខ្លាំងពេកលើគ្រឿងលើកទឹកចិត្តផ្តល់ឲ្យដោយ SOA អាចមានឥទ្ធិពលអវិជ្ជមាន ដោយធ្វើឲ្យខូចខាតដល់លទ្ធភាពរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាលក្នុងការធ្វើការដោយឯករាជ្យ៖ "វាមានចំណុចល្អខ្លះដែរ ប៉ុន្តែ "ក្នុងនេះយើងគ្រាន់តែអង្គុយ និងរង់ចាំលុយ ហើយមិនមានទឹកចិត្តក្នុងការប្រើប្រាស់គំនិតផ្តួចផ្តើមរបស់ខ្លួន និងធ្វើការងារដោយឯករាជ្យនោះទេ"។

ឱកាសកសាងសមត្ថភាព តាមរយៈ SOA: ទាំងអ្នកគ្រប់គ្រង និងបុគ្គលិកសុខាភិបាលបានអបអរសាទរ ហើយមានទំនុកចិត្តថា សមត្ថភាពរបស់គាត់បានកើនឡើងតាមនោះ។ កន្លែងថែទាំសុខភាពមួយចំនួន បានលៃចែកថវិកាដែលអ្នកគ្រប់គ្រងអាចប្រើប្រាស់វា សម្រាប់ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាល។ អ្នកគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាពម្នាក់បានប្រាប់ថា "តាមការចូលរួមក្នុង SOA យើងទទួលបានថវិកាច្រើនជាងមុនពីក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីផ្តល់ជាគ្រឿងលើកទឹកចិត្តដល់បុគ្គលិក និងផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលឲ្យពួកគេ"។ អ្នកឆ្លើយសម្ភាសន៍ដទៃទៀតបានបញ្ជាក់ថា បុគ្គលិកសុខាភិបាលឥឡូវមានឱកាសកសាងសមត្ថភាពច្រើនជាងមុន តាមរយៈវគ្គបណ្តុះបណ្តាលផ្សេងៗ៖ "អត្ថប្រយោជន៍នៃ SOA គឺ វាបានផ្តល់វគ្គបណ្តុះបណ្តាលជាច្រើន។ បុគ្គលិកម្នាក់ៗសុទ្ធតែត្រូវបានបញ្ជូនឲ្យទៅចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តាលអ្វីមួយ។"

ភាពជាម្ចាស់នៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន លើការគ្រប់គ្រងស្រុកប្រតិបត្តិ គេតែងគូសបញ្ជាក់ថាជា អត្ថប្រយោជន៍ដ៏សំខាន់មួយទៀតនៃគម្រោង SOA។ អ្នកគ្រប់គ្រងសេវាសុខភាព SOA មានឱកាសដឹកនាំ ធ្វើការដោយឯករាជ្យ សម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯង និងអនុញ្ញាតឲ្យមានម៉ោងពេលធ្វើការអាចបត់បែនបាន។ ពួកគេអាចមានគំនិតបែបថ្មីច្រើនជាងមុន មិនចាំបាច់គោរពតាមនីតិវិធីរឹងកំព្រឹស និងមានសិទ្ធិអំណាចលើបុគ្គលិកស្រុកប្រតិបត្តិ។ តួយ៉ាង ពួកគេអាចដោះស្រាយបញ្ហាខាងបុគ្គលិក និងពិន័យ ឬដាក់វិន័យលើបុគ្គលិកដែលអនុវត្តការងារមិនបានល្អ។ អ្នកគ្រប់គ្រងមួយរូប សង្កត់ធ្ងន់ថា "...ជាមួយនឹង SOA ស្រុកប្រតិបត្តិជាអ្នកឈានមុខគេ ហើយទទួលបន្ទុកលើការសម្រេចចិត្តគួរកែលំអសេវាបែបណាទៀត គឺខុសគ្នាពីរបៀបរបបចុះកិច្ចសន្យាកាលពីមុន។"

នីតិវិធីមានតម្លាភាព អាចសំគាល់បានថាជាលទ្ធផលវិជ្ជមានមួយ ជាពិសេសសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងសេវាសុខភាពនៅតាមស្រុកប្រតិបត្តិ។បុគ្គលិកសុខាភិបាលទាំងអស់ដែលបានឆ្លើយសម្ភាសន៍សុទ្ធតែបានយល់ដឹងពីកិច្ចសន្យា និងពីរបៀបគណនានិងការលៃចែកគ្រឿងលើកទឹកចិត្តក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់សេវាទាំងឡាយ។

កំហិតមានតិចជាងមុន លើការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជាលក្ខណៈឯកជន គឺជា ផលចំណេញមួយទៀត។ អ្នកគ្រប់គ្រង SOA មានសិទ្ធិអំណាចរៀបចំម៉ោងពេលធ្វើការឲ្យមានលក្ខណៈអាចបត់បែនបាន និងអនុម័តបទបញ្ជាអនុញ្ញាតនូវការផ្តល់សេវាសុខភាពជាលក្ខណៈឯកជន នៅក្រៅម៉ោងធ្វើការដែលបានកំណត់។

> វាងាយស្រួលជាងមុនបន្តិច [នៅពេលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ NGOs]។ យើងអាចយកពេលទៅពិនិត្យអ្នកជំងឺរបស់យើងនៅខាងក្រៅបាន។ នៅពេលយើងរវល់នៅខាងក្រៅ យើងគ្រាន់តែជូនដំណឹងដល់ផ្នែករបស់យើង ដើម្បីឲ្យមានបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យនៅប្រចាំការ។ យើងអាចទៅក្រៅមួយភ្លែត ដើម្បីទៅមើលផ្ទះ ដោយគ្រាន់តែសុំឲ្យអ្នករួមការងារម្នាក់មកប្រចាំការនៅកន្លែងយើង។ ប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្ន វាប្រសើរជាងមុនសម្រាប់បុគ្គលិក...

ទោះបីមានសេរីភាពក្នុងការរកចំណូលបន្ថែមតាមរយៈ ការផ្តល់សេវាសុខភាពជាលក្ខណៈឯកជនក្តី ក៏អ្នកឆ្លើយសម្ភាសន៍មួយចំនួនបានលើកថា គម្រោង SOA អាចបង្កើនការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈខាងសុខាភិបាល ក្នុងការបម្រើប្រព័ន្ធសុខភាពសាធារណៈដែរ។

> SOA មានផ្តល់នូវគ្រឿងលើកទឹកចិត្ត ដូច្នេះបុគ្គលិកយើងអាចរកប្រាក់បានគ្រប់គ្រាន់ដោយមិនចាំបាច់ធ្វើការខាងក្រៅ [ផ្តល់សេវាសុខភាពជាលក្ខណៈឯកជន]។ វាមានន័យថា បុគ្គលិករបស់យើងធ្វើការតែក្នុងមន្ទីរពេទ្យនេះប៉ុណ្ណោះ ហើយបានធ្វើឲ្យមន្ទីរពេទ្យយើងរឹងមាំឡើង។

ឥទ្ធិពលនៃ SOA លើឥរិយាបថបុគ្គលិកសុខាភិបាល

អ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សា បានកត់សំគាល់នូវការប្រែប្រួលជាវិជ្ជមាន ក្នុងឥរិយាបថរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅតាមស្រុកដែលមាន SOA ជាពិសេស ការមកធ្វើការទាន់ពេលជាងមុន ការថយចុះអវត្តមានពីការងារ ការផ្តល់សេវា ២៤ម៉ោងជាប់រហូត អាកប្បកិរិយាល្អជាងមុនចំពោះអ្នកជំងឺទាំងអ្នកធូរធារ និងអ្នកក្រ និងគុណភាពសេវាថែទាំសុខភាពល្អជាងមុន។

ការគោរពបទបញ្ជាធ្វើការងារ កំពុងក្លាយជាទម្លាប់ទូទៅមួយ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាល មកធ្វើការទាន់ម៉ោងជាងមុន មានទំនួលខុសត្រូវនិងការប្តេជ្ញាចិត្តបំពេញភារកិច្ចរបស់ខ្លួន រួមទាំងកាតព្វកិច្ចនៅប្រចាំការ ដើម្បីធានាសេវា ២៤ម៉ោង។ ការវិវត្តជាវិជ្ជមានទាំងនេះ ហាក់ជំរុញឡើងដោយ ការផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តប្រចាំខែសម្រាប់ការមកធ្វើការ និងភាពទាន់ម៉ោង ដែលមានបញ្ជាក់ក្នុងកិច្ចសន្យា SOA ដូចមានបុគ្គលិកសុខាភិបាលម្នាក់បានអះអាងថា៖ "...បុគ្គលិកគោរពម៉ោងធ្វើការ នៅពេលជាប់កិច្ចសន្យាបម្រើការងារឲ្យ SOA។ ប្រសិនបើយើងខកមួយវេន ឬមកយឺត គេនឹងកាត់បន្ថយប្រាក់លើកទឹកចិត្តត្រូវបើកឲ្យយើង។"

សេវាសុខភាព ២៤ម៉ោងជាប់រហូតនៅកន្លែងថែទាំសុខភាពសាធារណៈ៖ បច្ចុប្បន្នឃើញមានកាន់តែទូទៅហើយ បើតាមរបាយការណ៍របស់អ្នកគ្រប់គ្រង និងបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅក្នុងតំបន់សិក្សានានា។ សេវា ២៤ម៉ោង ដែលបានផ្តួចផ្តើមឡើងនៅក្រោមរបបកិច្ចសន្យាកាលពីមុនៗ បានបន្តអនុវត្តនៅក្រោម SOA។ ប៉ុន្តែនៅស្រុកផ្សេងទៀត ដែលបុគ្គលិកតែងអវត្តមានជារឿយៗពីការងារ ជាពិសេសក្នុងវេនពេលល្ងាច និងយប់នោះ ការផ្តល់សេវា ២៤ម៉ោង បានចាប់ផ្តើមតាំងពីពេលមានគម្រោង SOA។ អ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាយល់ថា ការផ្តល់សេវាបានកាន់តែល្អនេះ វាកើតមានឡើងដោយសារមានបទបញ្ជាតឹងរឹងរបស់ SOA និងមានការ

យកថ្លៃសេវាពីអ្នកប្រើប្រាស់។ អ្នកចូលរួមមួយចំនួនពន្យល់ថា បុគ្គលិកសុខាភិបាល មានទឹកចិត្តបំពេញភារកិច្ចដែលបានកំណត់ និងផ្តល់សេវាសុខភាព ព្រោះពួកគេអាចរកចំណូលបានតាមការយកថ្លៃពីអ្នកប្រើប្រាស់សេវា៖ "[ពីមុនមិនមានសេវាអចិន្ត្រៃយ៍ ២៤ម៉ោងនៅទីនេះទេ] សេវាគឺត្រូវមាន ប៉ុន្តែគ្មានបុគ្គលិក" ពីមុនមានតែឈ្មោះ តែគ្មានបុគ្គលិកទេ។"

អាកប្បកិរិយា និងឥរិយាបថចំពោះអ្នកជំងឺ ៖ គេបានលើកថា វាមានលក្ខណៈល្អប្រសើរឡើង។ ការប្រែប្រួលស្រដៀងគ្នានេះក៏ឃើញមានដែរនៅក្រោមរបបកិច្ចសន្យាមុនៗ ប៉ុន្តែការងារជាមួយ SOA បានជំរុញឲ្យមានការរីកចម្រើនថែមទៀត។ ការប្រែប្រួលនេះត្រូវបានលើកឡើងថា បណ្តាលមកពី លក្ខខណ្ឌនៃកិច្ចសន្យាដែលមានដាក់បញ្ចូលនូវសូចនាករអាកប្បកិរិយា និងឥរិយាបថ ឲ្យជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្ត។ អ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាមួយចំនួនបានពន្យល់ថា បុគ្គលិកសុខាភិបាលចាប់ផ្តើមយល់ដឹងថា ការរួសរាយរាក់ទាក់ អាចជួយទាក់ទាញអ្នកជំងឺបានច្រើនជាងមុនមកកាន់កន្លែងថែទាំសុខភាពរបស់ខ្លួន ដូច្នេះពួកគេអាចមានឱកាសកាន់តែច្រើនដើម្បីបំពេញតាមគោលដៅដូចមានកំណត់នៅក្នុងកិច្ចសន្យា SOA។ អ្នកគ្រប់គ្រងកន្លែងថែទាំសុខភាពមួយបានលើកថា "យើងកាត់បន្ថយបានច្រើនណាស់នូវការស្តីកស្រពន់និងឥរិយាបថអាក្រក់របស់បុគ្គលិក ដូចជាការប្រើពាក្យសំដីមិនសមរម្យជាមួយអ្នកជំងឺ ជាដើម។ យើងបានផ្លាស់ប្តូរច្រើន។"

គុណភាពនៃការថែទាំសុខភាព នៅតាមកន្លែងមាន SOA៖ គេយល់ថា បានល្អប្រសើរឡើងចាប់ពីពេលមានការអនុវត្តគម្រោង SOA ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលមានការប្រយ័ត្នប្រយែង និងម៉ឹងម៉ាត់ជាងមុន ក្នុងការវាយតម្លៃសុខភាព និងព្យាបាលអ្នកជំងឺ។ នាបច្ចុប្បន្ន ពួកគេវាយតម្លៃលើរោគរបស់អ្នកជំងឺយ៉ាងល្អិតល្អន់ស្របតាម សេចក្តីណែនាំ កំណត់ត្រាលទ្ធផលរកឃើញ និងរោគវិនិច្ឆ័យប្រសើរជាងមុន ដោយពិនិត្យអ្នកជំងឺម្តងមួយនាក់ៗ និងចេញវេជ្ជបញ្ជា ឲ្យតែអ្នកជំងឺដែលបានមកពិនិត្យសុខភាពនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាបានផ្តល់ហេតុផលពីរលើការរីកចម្រើននេះ៖ ការពិនិត្យតាមដានជាទៀងទាត់លើការព្យាបាល និងកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវា និងការផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តដល់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពមានគុណភាពល្អ។ ខាងក្រោមនេះ ជាការឆ្លុះបញ្ចាំងខ្លះៗពីការផ្លាស់ប្តូរក្នុងការអនុវត្តផ្តល់សេវាសុខភាព៖

> ពីមុន ក្នុងពេលពិគ្រោះជំងឺ យើងគ្រាន់តែសួរសំណួរមួយចំនួនតូចប៉ុណ្ណោះ ហើយបន្ទាប់មក ចេញវេជ្ជបញ្ជាឲ្យ។ ប៉ុន្តែនៅក្រោមកិច្ចសន្យា SOA យើងត្រូវវាស់សម្ពាធឈាម និងកំដៅខ្លួន និងត្រូវកត់ត្រានៅលើកំណត់ត្រារបស់អ្នកជំងឺ...
>
> ប្រសិនបើអ្នកជំងឺគ្រុន យើងត្រូវធ្វើតេស្តឈាម មុនពេលអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាឲ្យ។ មុនពេលមាន SOA យើងដើរផ្លូវកាត់ [សម្រាប់ការព្យាបាល]... មិនមានការត្រួតពិនិត្យពីថ្នាក់លើ មិនមានគ្រឿងលើកទឹកចិត្ត [យើង] ក៏ខ្ជិលតាមនឹងដែរ ហេតុដូច្នោះបានជា...
>
> នៅផ្នែករបស់ខ្ញុំ កាលពីមុនប្រសិនបើអ្នកជំងឺឈឺធម្មតានោះ យើងមិនបាច់ពិនិត្យរោគសញ្ញាអ្វីទេ។ ឧទាហរណ៍ មិនបាច់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអ្វីសម្រាប់ការឈឺក្បាលទេ។ ប៉ុន្តែឥឡូវយើងត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើអ្នកជំងឺឲ្យបានត្រឹមត្រូវ លើគ្រប់មុខជំងឺ ហើយយើងត្រូវកត់ត្រារោគវិនិច្ឆ័យលើកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ និងត្រូវចុះហត្ថលេខាទៀតផង-- ពីមុនយើងមិនធ្វើអញ្ចឹងទេ។ ឥឡូវ យើងត្រូវចុះហត្ថលេខាលើឯកសារជាច្រើនថែមទៀត។

ប៉ុន្តែមានបុគ្គលិកសុខាភិបាលខ្លះលើកថា គម្រោង SOA ដើរតួនាទីតិចតួចណាស់ក្នុងការកែលំអគុណភាពសេវាថែទាំសុខភាព ហើយការអនុវត្តតាមនីតិវិធីស្តង់ដារនិងក្រមសីលធម៌នោះបុគ្គលិកនានាបានជ្រួតជ្រាបរួចជាស្រេចតាមរយៈ ការចុះកិច្ចសន្យាកាលពីមុនៗជាមួយ NGOs។

បញ្ហាប្រឈម និងយុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយ

ការសម្រេចតាមគោលដៅកំណត់នៅក្នុងកិច្ចសន្យា SOA ត្រូវបានកំណត់ថាជា បញ្ហាប្រឈមចម្បងមួយដល់ការគ្រប់គ្រងសុខាភិបាលស្រុក។ អ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាពន្យល់ថា ទោះបីខំប្រឹងប្រែងធ្វើការខ្លាំងហើយក្តី ក៏ពេលខ្លះនៅតែមិនអាចសម្រេចតាមគោលដៅបាន។ អ្នកចូលរួមជាច្រើននាក់មានការបារម្ភថា គេអាចកំណត់គោលដៅកាន់តែខ្ពស់ឲ្យពួកគាត់ រីឯខ្លះទៀតគិតថា គួរតែដំឡើងគោលដៅ ដើម្បីជំរុញឲ្យបុគ្គលិកសុខាភិបាលផ្តល់សេវាកាន់តែច្រើនឡើង ពីព្រោះប្រជាជនក៏កំពុងកើនចំនួនដែរ។

ការសិក្សា បានគូសបញ្ជាក់ពីហេតុផលមួយចំនួនដែលនាំឲ្យកន្លែងថែទាំសុខភាព ពិបាកបំពេញបានតាមគោលដៅកំណត់ក្នុងកិច្ចសន្យា។ ទី១ ការប៉ាន់ស្មានមិនបានត្រឹមត្រូវពីចំនួនប្រជាជនក្នុងស្រុកបានបង្កបញ្ហាដល់ការកំណត់គោលដៅ។ការសន្មតទូទៅមួយ គឺចំនួនប្រជាជនក្នុងស្រុកកំពុងកើនឡើង។ ប៉ុន្តែដូចដែលអ្នកគ្រប់គ្រងសុខាភិបាលបានរាយការណ៍ប្រាប់ដែរ ទំហំប្រជាជនទទួលរងឥទ្ធិពលពីចលនាចំណាកស្រុក ដូច្នេះ កំណើនចំនួនប្រជាជនអាចតូចជាងការរំពឹងទុក៖ "កំណើនចំនួនប្រជាជន [ក្នុងឃុំ] ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានលើស ហើយជាក់ស្តែងវាទាបជាងការរំពឹងទុក ព្រោះមានប្រជាជនធ្វើចំណាកស្រុកទៅកាន់តំបន់ផ្សេង។"

ទី២ ទិន្នន័យមូលដ្ឋានដែលយកមកប្រើដើម្បីកំណត់គោលដៅ SOA មិនឆ្លុះបញ្ចាំងបានត្រឹមត្រូវទេពីការប្រើប្រាស់កន្លែងថែទាំសុខភាព។ តាមនេះ គោលដៅត្រូវបានកំណត់ក្នុងកម្រិតខ្ពស់ពេក ដូចមានអ្នកគ្រប់គ្រងផ្នែកសុខាភិបាលម្នាក់បានលើកថា "...នៅពេលធ្វើ [ចាប់ផ្តើម] វា ពួកគេមិនបានធ្វើការសិក្សាសម្រាប់ការប្រមូលទិន្នន័យមូលដ្ឋាននោះទេ ប៉ុន្តែគ្រាន់តែបានពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់លើភាពជាក់លាក់នៃទិន្នន័យ ដើម្បីយើងអាចទទួលយកតួលេខនេះ ឬតួលេខនោះប៉ុណ្ណោះ... ហេតុនេះ ពេលយើងចាប់ផ្តើម យើងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យគ្មានសុពលភាព និងមិនអាចជឿជាក់បាន សម្រាប់ធ្វើជាមូលដ្ឋានរបស់យើង។"

ការប្រកួតប្រជែងក្នុងចំណោមមណ្ឌលសុខភាព ឬកន្លែងផ្តល់សេវាដើម្បីទាក់ទាញអ្នកជំងឺក្នុងស្រុក ជាហេតុផលទី៣ នៃការមិនអាចបំពេញបានតាមគោលដៅ។ អ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាមួយចំនួនប្រាប់ថា កន្លែងថែទាំសុខភាពនីមួយៗមានគោលដៅជាក់លាក់របស់ខ្លួនផ្ទាល់។ ប៉ុន្តែដោយអ្នកជំងឺមានចំនួនតិច

ដូច្នេះមណ្ឌលសុខភាព ឬកន្លែងផ្តល់សេវាមិនអាចសម្រេចតាមគោលដៅរបស់ខ្លួនទាំងអស់គ្នាបានឡើយ ហើយលើចំណុចនេះ ប្រធានមណ្ឌលសុខភាពមួយកន្លែងបានលើកថា៖

> បញ្ហាចម្បងនៅកន្លែងខ្ញុំ គឺផ្នែកជំងឺខាងក្រៅមានការប្រើប្រាស់មិនបានពេញលេញ។ ប្រជាជនតែងទៅកាន់កន្លែងថែទាំសុខភាពនៅជិតជាងគេបំផុត ហើយកន្លែងទាំងនោះតែងប្រឹងរក្សាទុកអ្នកជំងឺរបស់ខ្លួន ព្រោះពួកគេក៏មានសូចនាករគោលដៅត្រូវបំពេញដែរ។ សរុបមក ចំនួនប្រជាជននៅជុំវិញនេះគ្មានការប្រែប្រួលទេ ប៉ុន្តែ មានមណ្ឌលសុខភាពច្រើនជាងមុនដែលព្យាយាមទាក់ទាញប្រជាជន ឲ្យប្រើសេវានៅកន្លែងគេ។

យុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បំពេញតាមគោលដៅនៃកិច្ចសន្យា ដែលអ្នកចូលរួមបានរាយការណ៍ឡើង ក្នុងការសិក្សានៅក្នុងតំបន់ទាំងបួន តែងមាន សកម្មភាពផ្សព្វផ្សាយនៅតាមសហគមន៍ជារៀងរាល់ខែ។ក្នុងនេះបុគ្គលិកសុខាភិបាលទៅជួបអ្នកជំងឺដល់ផ្ទះ ដើម្បីផ្តល់ការពិគ្រោះជំងឺ ត្រួតពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងចែកឱសថ។ ការចុះជួបផ្ទាល់នេះ ជួយជំរុញនូវការរាយការណ៍ទិន្នន័យ ដើម្បីបំពេញតាមគោលដៅ។ ប៉ុន្តែក្នុងការងារនេះ មានបញ្ហាប្រឈមជាច្រើន។ ដោយឡែកកង្វះខាតបុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពមានន័យថាមានតែបុគ្គលិកផ្នែកផ្តល់ថ្នាំបង្ការប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចចុះទៅសហគមន៍បាន។ ជារឿយៗ មណ្ឌលសុខភាពក៏មានការងារមមាញឹកពេក មិនអាចរំលែកបុគ្គលិកឲ្យចុះទៅសហគមន៍បានឡើយ។

សេចក្តីសន្និដ្ឋាន

សរុបមក លទ្ធផលសិក្សាឆ្លុះបញ្ចាំងនូវទស្សនៈវិជ្ជមានក្នុងចំណោមអ្នកគ្រប់គ្រង និងបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលធ្វើការក្រោមកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវា SOA។ ប៉ុន្តែគេមិនអាចធ្វើការសន្និដ្ឋានជាទូទៅពីអត្ថប្រយោជន៍ និងឥទ្ធិពលនៃ SOA ដោយគ្រាន់តែផ្អែកលើការសិក្សាពីការយល់ឃើញតែមួយមុខបានទេ។ ទោះយ៉ាងណាក្តី ការសិក្សានេះផ្តល់នូវការយល់ដឹងដ៏មានប្រយោជន៍អំពីទស្សនៈ និងបទពិសោធន៍របស់អ្នកគ្រប់គ្រង និងអ្នកផ្តល់សេវាធ្វើការជាមួយ SOA ដែលអាចរួមចំណែកបង្កើនការយល់ដឹងអំពីកត្តានានាដែលជះឥទ្ធិពលទៅលើទឹកចិត្ត និងការពេញចិត្តបំពេញការងាររបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល។ តាមនេះ ការសិក្សាអាចផ្តល់ជាព័ត៌មានដល់អន្តរាគមន៍នៅថ្ងៃមុខទៀត ដើម្បីជួយកែលំអការផ្តល់សេវាសុខភាព និងការរក្សាបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ។

ឯកសារយោង

Bhushan, Indu. Erik Bloom, David Clingingsmith, Rathavuth Hong, Elizabeth King, Michael Kremer, Benjamin Loevinsohn and J. Brad Schwartz. 2007. “Contracting for Health: Evidence from Cambodia.” Accessed 30 Nov 2012, www.brookings.edu/views/papers/ kremer/20060720cambodia.pdf.

Bryman, Alan, ed.1988. *Doing Research in Organizations*. London: Routledge.

Chirdan, O.O., J.T. Akosu, C.L. Ejembi, A.P.Bassi and A.I. Zoakah. 2009. “Perceptions of Working Conditions amongst Health Workers in State-owned Facilities in Northeastern Nigeria.”*Annals of African Medicine* 8(4): 243-249. doi: 10.4103/1596-3519.59579.

Keovathanak, Khim, and Peter Leslie Annear. 2011. “ The Transition to Semi-Autonomous Managment of District Health Services in Cambodia: Assessing Purchasing Arrangements, Transaction Costs and Operational Efficiencies of Special Operating Agencies.”*Improving Health Sector Performance: Institutions, Motivations and Incentives – The Cambodia Dialogue,* edited by Hossein Jalilian and Vicheth Sen, 45-75. Singapore: ISEAS.

Khim, Khim, and Peter Leslie Annear. 2013. “Strengthening District Health Service Management and Delivery through Internal Contracting: Lessons from Pilot Projects in Cambodia.” *Social Science & Medicine* 96: 241-249.

Malterud, K. 2001. “Qualitative Research: Standards, Challenges, and Guidelines.”*Lancet* 358(9280): 483-488.

MOH (Ministry of Health). 2007. *Cambodia Health Information System: Review and Assessment*. Phnom Penh: MOH.

MOH. 2014. *Annual Heath Financing Report 2014*. Phnom Penh: MOH.

Ovesen, Jan, and Ing-Britt Trankell. 2010. *Cambodians and Their Doctors: A Medical Anthropology of Colonial and Postcolonial Cambodia*. Copenhagen: NIAS.

Pope, Clive C., and Nicholas Barron Mays.1995. “Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research.”*British Medical Journal* 311:42-45.

Ritchie, Jane, and Jane Lewis, eds. 2003. *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers.* London: Sage Publications.

Vong Sreytouch. 2013. “Contracting Arrangements in Cambodia’s Health Sector – Some Trends.”*Annual Development Review 2012-13*, 33-42. Phnom Penh: CDRI.

Witter, Sophie, Bui Thi Thu Ha, Bakhuti Shengalia and Marko Vujicic. 2011. “Understanding the ‘Four Directions of Travel’: Qualitative Research into the Factors Affecting Recruitment and Retention of Doctors in Rural Vietnam.” *Human Resources for Health* 9(1). Accessed 8 Jul 2015, www.human-resources-health.com/content/9/1/20.

World Bank. 2013. *Cambodia ‘s Rural Health Markets.* Washington, DC: World Bank, Human Development Unit & East Asia and Pacific Region.