សំណើស្តីពីគោលការណ៍ជានសម្បូនទាន និងនីតវិធីនានា
ក្នុងការសាកល្បងផ្ទេរមុខងារក្នុងវិស័យសុខាភិបាល
សម្រាប់ឆ្នាំ ២០១៣-២០១៤

ផ្នែកទី១
សាវតា

១.១. សេចក្តីផ្តើម

ការផ្ទេរមុខងារសម្រាប់រដ្ឋបាលថ្នាក់ក្រោមជាតិ ត្រូវបានកំណត់ដោយច្បាប់ស្តីពីការគ្រប់គ្រងរដ្ឋបាលឃុំ សង្កាត់ ច្បាប់ស្តីពីការគ្រប់គ្រងរដ្ឋបាលរាជធានី ខេត្ត ក្រុង ស្រុក ខណ្ឌ (ច្បាប់ទាំងពីរនេះ ជាច្បាប់រៀបចំអង្គការ) កម្មវិធីជាតិសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍតាមបែបប្រជាធិបតេយ្យនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិរយៈពេលដប់ឆ្នាំ (២០១០-២០១៩) ផែនការប្រតិបត្តិរបស់កម្មវិធីជាតិរយៈពេលបីឆ្នាំ (២០១១-២០១៣) និងជាពិសេសអនុក្រឹត្យលេខ៦៨អនក្រ.បក ស្តីពីដំណើរការទូទៅនៃការផ្ទេរមុខងារ និងធនធានឱ្យទៅរដ្ឋបាលថ្នាក់ក្រោមជាតិ។ថ្មីៗនេះ គណៈកម្មាធិការជាតិសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍតាមបែបប្រជាធិបតេយ្យនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ (គ.ជ.អ.ប) បានស្នើឱ្យក្រសួង ស្ថាប័ននានាធ្វើការសិក្សា វិភាគ និងលើកឡើងនូវមុខងារជាក់ស្តែង ដោយភ្ជាប់ជាមួយនូវធនធានសមស្របមួយចំនួនសម្រាប់ជាបេក្ខភាពក្នុងការផ្ទេរដល់រដ្ឋបាលថ្នាក់ក្រោមជាតិ។ បច្ចុប្បន្ននេះ ក្រសួង ស្ថាប័នមួយចំនួនបាន និងកំពុងស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលរៀបចំបញ្ជីវិភាគមុខងារ និងធ្វើការពិនិត្យ វិភាគមុខងារឡើងវិញ មុននឹងដាក់បណ្តាមុខងារទាំងនោះ ជូនក្រុមការងារវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការតាមក្រសួង ស្ថាប័នសាមី សម្រេចធ្វើជូន គ.ជ.អ.ប។

ក្រសួងសុខាភិបាល ជាក្រសួងមួយក្នុងចំណោមក្រសួងមួយចំនួនដែលបានរៀបចំបញ្ជីវិភាគមុខងាររួចរាល់ និងកំពុងធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញជាច្រើនសារ ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយក្នុងការស្នើឡើងនូវបេក្ខភាពមុខងារជូនគ.ជ.អ.ប។ ការពិភាក្សាក្នុងដំណើរការពិនិត្យមើលមុខងារឡើងវិញរបស់ក្រសួង បានផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើជម្រើសនានាសម្រាប់ថ្នាក់ដឹកនាំក្រសួង និងគ.ជ.អ.ប ធ្វើការពិចារណា ពិភាក្សា សម្របសម្រួល និងធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តចុងក្រោយ។ ការធ្វើបែបនេះ គឺដើម្បីធានាថា ការផ្ទេរមុខងារ និងធនធានត្រូវតែជាការផ្ទេរដែលមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធ តាមដំណាក់កាលច្បាស់លាស់ និងមានសនិទានភាពត្រឹមត្រូវ។ ដើម្បីគាំទ្រ និងបង្កើនទំនុកចិត្តក្នុងដំណើរការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្ត លេខាធិការដ្ឋាន ក្រុមការងារបច្ចេកទេសវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការក្រសួង ដោយមានការគាំទ្រពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ (ក្នុងបរិបទនេះ គឺភ្នាក់ងារផ្តល់ជំនួយនៃប្រទេសអូស្ត្រាលី) ក៏បានស្រុះស្រួលគ្នា ដើម្បីរៀបចំឱ្យមានការសាកល្បងការផ្ទេរមុខងារចម្បងៗមួយចំនួន ក្នុងឆ្នាំ២០១៣ និង២០១៤ខាងមុខនេះ។ ក្នុងន័យនេះ ក្រុមការងារអន្តរស្ថាប័នមួយត្រូវបានបង្កើតឡើង ដើម្បីសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងស្នើឡើងនូវមុខងារ និងនីតិវិធីក្នុងការធ្វើការសាកល្បងផ្ទេរនេះ។ ក្រុមការងារមានសមាសភាពមកពីក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងអប់រំ យុវជន និងកីឡា និងលេខាធិការដ្ឋាន គ.ជ.អ.ប និងមានការគាំទ្រដោយទីប្រឹក្សាប្រចាំនៅស្ថាប័នសាមីទាំងបី។ក្រុមការងារបានចុះសិក្សាស្រាវជ្រាវ ពិភាក្សា និងស្នើឡើងនូវមុខងារ និងនីតិវិធីមួយចំនួនដែលមានរៀបរាប់នៅផ្នែកខាងក្រោម។

១.២. គោលបំណង

ដូចរៀបរាប់ខាងលើ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ពិភាក្សា និងស្នើឡើងនូវមុខងារ និងនីតិវិធីដើម្បីធ្វើការផ្ទេរមុខងារសាកល្បងក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនេះ គឺមានបំណងគាំទ្រ និងប្រមូលយកបទពិសោធន៍ ក្នុងការបង្កើនទំនុកចិត្តសម្រាប់ការផ្ទេរមុខងារ និងធនធានទៅឱ្យរដ្ឋបាលថ្នាក់ក្រោមជាតិមានវិសាលភាពទូទាំងប្រទេស និងមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធផ្លូវការច្បាស់លាស់។ ក្នុងន័យនេះ ការផ្ទេរមុខងារសាកល្បង នឹងជួយជំរុញ គាំទ្រ និងជួយពន្លឿនដល់ដំណើរទូទៅក្នុងការការផ្ទេរមុខងារ និងធនធានទៅឱ្យរដ្ឋបាលថ្នាក់ក្រោមជាតិ ។

ម្យ៉ាងវិញទៀត ការសាកល្បងផ្ទេរមុខងារនេះ ក៏មានគោលបំណងចូលរួមចំណែកក្នុងការលើកកម្ពស់ប្រសិទ្ធភាពនៃការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល និងលើកស្ទួយដំណើរការអភិវឌ្ឍន៍តាមបែបប្រជាធិបតេយ្យ និងកំណែទម្រង់វិមជ្ឈការផងដែរ។ ដូចនេះ អ្វីដែលលើកឡើងក្នុងផ្នែកខាងក្រោម នឹងចាំបាច់ត្រូវតែពាក់ព័ន្ធនឹងគោលបំណងដ៏មានសារៈប្រយោជន៍ទាំងនេះ។

១.៣. វិធីសាស្ត្រ

ក្រុមការងារចម្រុះស្ថាប័ន បានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយចំនួនដូចខាងក្រោម៖

- ជួបប្រជុំជាមួយថ្នាក់ដឹកនាំស្ថាប័ន ដើម្បីសុំការណែនាំ និងការសម្រេចចិត្តនានា
- ជួបប្រជុំជាមួយសមាជិកក្រុមការងារ ដើម្បីកំណត់គោលបំណង នីតិវិធីសិក្សាស្រាវជ្រាវ ចងក្រងខ្លឹមសារសំណួរ និងកម្មវិធីចុះសិក្សា ស្រាវជ្រាវ
- ប្រមូល និងពិនិត្យឡើងវិញលើបញ្ជីវិភាគមុខងារដែលបានផ្តល់ដោយក្រសួងសាមី
- ចុះប្រមូលព័ត៌មាន និងសម្ភាសន៍ជាមួយអ្នកពាក់ព័ន្ធនៅថ្នាក់ឃុំ និងស្រុកមួយចំនួន
- ពិភាក្សា និងតាក់តែងជាសំណើស្តីពីគោលការណ៍ជាទស្សនទានក្នុងការផ្ទេរសាកល្បងសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៣-១០១៤។

ផ្នែកទី២
ទិដ្ឋភាពជាក់ស្តែង ឬរបកគំហើញនានា

២.១. រចនាសម្ព័ន្ធ និងការរៀបចំចាត់ចែងទូទៅ

ដូចវិស័យផ្សេងទៀតដែរ រចនាសម្ព័ន្ធគ្រប់គ្រងក្នុងវិស័យសុខាភិបាលត្រូវបានធ្វើតាមរយៈខ្សែបណ្តោយ ដោយមានក្រសួងនៅថ្នាក់កណ្តាលជាស្ថាប័នគ្រប់គ្រង និងត្រួតពិនិត្យរួម។ ក្រសួងធ្វើកិច្ចការនេះតាមរយៈអគ្គនាយកដ្ឋានចំនួនបី និងនាយកដ្ឋានមួយចំនួនទៀត។ ក្រៅពីកម្មវិធីផ្សេងៗដែលចាត់ចែងគ្រប់គ្រងដោយថ្នាក់កណ្តាល នៅថ្នាក់កណ្តាលក៏នៅមានមន្ទីរពេទ្យមួយចំនួនដែលគ្រប់គ្រង និងប្រតិបត្តិការបែបពាក់កណ្តាលស្វយ័ត។ ក្រសួងធ្វើការគ្រប់គ្រង និងផ្តល់សេវានៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ តាមរយៈមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី ខេត្ត (មានចំនួន ២៤)។ លើកលែងក្នុងខេត្តជនបទមួយចំនួន ដែលមន្ទីរសុខាភិបាលជាអណាព្យាបាលដោយផ្ទាល់លើមន្ទីរពេទ្យបង្អែក(ព្រោះមានតែមួយ) មណ្ឌល និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព ការផ្តល់សេវាសុខាភាពជួរមុខនៅមូលដ្ឋាន ត្រូវបានសម្របសម្រួលដោយស្រុកប្រតិបត្តិ(៧៧)។រីឯការផ្តល់សេវាសុខភាពជួរមុខដល់ប្រជាពលរដ្ឋ ត្រូវបានអនុវត្តដោយមន្ទីរពេទ្យបង្អែក(៧៤) មណ្ឌលសុខភាព(៩៦៧) និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព(៦៧)។

ក្រៅពីប្រតិបត្តិករខាងលើ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល (ប្រហែល១២០) បាន និងកំពុងជួយគាំទ្រ ដោយផ្ទាល់ និងជាពិសេសដល់មណ្ឌលសុខភាព ប៉ុស្តិ៍សុខភាពនិងការផ្តល់សេវាតាមសហគមន៍នានា តាមរយៈក្រុមគាំទ្រ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ។ ការគាំទ្រនេះបាន និងកំពុងជួយជំរុញឱ្យការផ្តល់សេវាសុខភាពមូលដ្ឋានមានការរីកចម្រើនយ៉ាងច្រើននាពេលកន្លងមក។

២.២. មុខងារ និងមុខងាររងសំខាន់ៗដែលកំពុងត្រូវបានប្រតិបត្តិនៅមូលដ្ឋាន (ស្រុក និងឃុំ)

យោងតាមរបាយការណ៍ស្តីពីបញ្ជីវិភាគមុខងាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាលរៀបចំក្នុងខែធ្នូ ឆ្នាំ២០១២ និងការចុះអង្កេតផ្ទាល់ មុខងារចម្បងៗក្នុងវិស័យនេះត្រូវបានបែងចែកជាប្រាំប្រភេទ៖

1. មុខងារការិយាល័យជួរក្រោយ គឺជាមុខងារពាក់ព័ន្ធនឹងការរៀបចំគោលនយោបាយ ការណែនាំ ការគ្រប់គ្រង និងអភិបាលកិច្ច។ ជារួម មុខងារនេះត្រូវបាន និងកំពុងអនុវត្តនៅថ្នាក់កណ្តាល និងថ្នាក់ខេត្ត រីឯថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិមានការទទួលខុសត្រូវភាគច្រើនជាលក្ខណៈសម្របសម្រួល។ ជាក់ស្តែង ស្រុកប្រតិបត្តិធ្វើការពាក់ព័ន្ធដោយផ្ទាល់ក្នុងការសម្របសម្រួលធ្វើផែនការប្រតិបត្តិ និងថវិកាប្រចាំឆ្នាំ និងត្រីមាសដោយផ្ទាល់ជាមួយបណ្តាមណ្ឌលសុខភាព ជាមួយនឹងមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីខេត្ត។ ក្នុងការងារពង្រឹង និងអនុវត្តច្បាប់ ស្រុកប្រតិបត្តិក៏ធ្វើការសម្របសម្រួលផងដែរជាមួយរដ្ឋបាលស្រុក និងមន្ទីរសុខាភិបាល។ អាណត្តិមួយទៀត ស្រុកប្រតិបត្តិត្រូវគាំទ្រ និងណែនាំដោយផ្ទាល់ដល់កិច្ចការទាំងអស់ពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពបឋម នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងបណ្តាមណ្ឌលសុខភាពក្នុងដែនសមត្ថកិច្ចរបស់ស្រុកប្រតិបត្តិ។
2. ការគ្រប់គ្រង និងអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស គឺជាមុខងារដែលត្រូវបានអនុវត្តមានលក្ខណៈចំរុះ។ ជារួមក្របខ័ណ្ឌបុគ្គលិកត្រូវបានបែងចែកជាបីប្រភេទ៖ បុគ្គលិកក្របខ័ណ្ឌ (មន្ត្រីរាជការឬរដ្ឋ) បុគ្គលិកកិច្ចសន្យា និងបុគ្គលិកបណ្តែត(ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិកនឹងត្រូវបានរៀបរាប់លំអិតក្នុងចំណុច៣ធំ)។ ចំពោះការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស ស្រុកប្រតិបត្តិមានតួនាទីផ្តល់ និងសម្របសម្រួលការបណ្តុះបណ្តាលដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលកំពុងបម្រើការនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងមណ្ឌលសុខភាព និងម្តងម្កាល

ដល់ក្រុមគាំទ្រ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិតាមរយៈការសម្របសម្រួល និងគាំទ្ររបស់កម្មវិធី និងគម្រោងរបស់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងអង្គការនានា។ នៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ការងារបណ្តុះបណ្តាលក៏ត្រូវបានធ្វើឡើងផងដែរសម្រាប់ក្រុមគាំទ្រ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ ជាពិសេសក្នុងករណីមានការគាំទ្ររបស់កម្មវិធី និងគម្រោងរបស់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងអង្គការនានា។

3. ការផ្តល់សេវាសុខាភិបាលគឺជាមុខងារដ៏សំខាន់បំផុតនៅថ្នាក់សហគមន៍ ឃុំ និងស្រុក។ នៅមណ្ឌលសុខភាព ក្រៅពីការផ្តល់សេវាសុខភាពបឋម បុគ្គលិកនៅទីនោះ ក៏ធ្វើការងារផ្សព្វផ្សាយ អប់រំ និងកៀរគរ ប្រមូលប្រជាពលរដ្ឋផងដែរ (ជាពិសេសតាមរយៈការសហការណ៍ជាមួយក្រុមគាំទ្រ និងស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ)។ ការផ្តល់សេវាសុខភាពបឋមនៅមណ្ឌលសុខភាពរួមមាន សេវាពិគ្រោះជំងឺមនុស្សទូទៅ វះកាត់កម្រិតតូច (មិនប្រើថ្នាំសណ្តំ) ចាក់ថ្នាំបង្ការ ពិនិត្យ និងចែកថ្នាំរបេង គ្រុនចាញ់ ពិនិត្យឈាមរកជំងឺអេដស៍ បង្កើត រំលូត និងរលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព ពិនិត្យមុននិងក្រោយសម្រាល និងពន្យារកំណើត។ ក្រៅពីនោះ នៅថ្នាក់ស្រុក ឃុំ ភូមិ និងសហគមន៍ សេវាពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធបញ្ជូន ការអប់រំផ្នែកសុខភាព និងបង្ការទប់ស្កាត់ជម្ងឺនានាក៏ជាសកម្មភាពដ៏មានសារៈសំខាន់ផងដែរ។ពិនិត្យជាទូទៅ ការផ្តល់សេវាសុខាភិបាលផ្ទួរមុខជាពិសេសសម្រាប់ប្រជាជនដែលពឹងផ្អែកលើសេវាសាធារណៈគឺត្រូវធ្វើឡើងតាមរយៈមន្ទីរពេទ្យបង្អែកនៅថ្នាក់ស្រុក មណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព និងក្រុមគាំទ្រ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិទាំងស្រុង។

4. ការផ្តល់ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ជាមុខងារដែលគ្រប់ថ្នាក់ទាំងអស់ជាប់ពាក់ព័ន្ធ ក្នុងន័យជម្រុញឱ្យការទទួលបានសេវាពីសំណាក់មហាជន ជាពិសេសក្រុមជនក្រីក្រ អាចកើតមានឡើង។ នៅថ្នាក់ស្រុក និងឃុំ ការប្រតិបត្តិតាមគោលនយោបាយរបស់ក្រសួងក្នុងការអនុវត្ត និងប្រើប្រាស់មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល (HEF) គឺជាកិច្ចការដ៏សំខាន់ ដែលមន្ទីរពេទ្យបង្អែក មណ្ឌល និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព បាននិងកំពុងធ្វើការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយរដ្ឋបាលឃុំ ស្រុក និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលនានា។ ក្រៅពីមានតួនាទីជាអ្នកកំណត់ក្រុមអ្នកក្រីក្រក្នុងដែនសមត្ថកិច្ចរបស់ខ្លួន ឃុំ និងស្រុកក៏កំពុងចូលរួមបំផុស និងជំរុញឱ្យប្រជាពលរដ្ឋចូលរួមក្នុងប្រព័ន្ធធានារ៉ាប់រងសុខភិបាលនៅថ្នាក់សហគមន៍(CBHI)ផងដែរ។

5. មុខងារមួយដែលមានសារៈសំខាន់ តែមិនមានការពាក់ព័ន្ធនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ គឺការធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវសុខភាព។ មុខងារនេះត្រូវបានរក្សាទុក និងជាការទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងរបស់ថ្នាក់ជាតិ។

២.៣. ធនធានមនុស្ស ដែលកំពុងផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់នៅមូលដ្ឋាន (ស្រុក និងឃុំ)

ដូចរៀបរាប់ខ្លះៗ ក្នុងផ្នែកខាងលើរួចមកហើយ ការគ្រប់គ្រង និងសម្របសម្រួល ជាទូទៅក្នុងការផ្តល់សេវាសុខាភាពជួរមុខ ត្រូវបានអនុវត្តដោយស្រុកប្រតិបត្តិ ក្នុងពេលដែលថ្នាក់គ្រប់គ្រងវិស័យសុខាភិបាលក្រោមជាតិ (ជាពិសេសលើបញ្ហាថវិកា) ពិតប្រាកដគឺស្ថិតនៅថ្នាក់ខេត្ត (មន្ទីរសុខាភិបាល និងអភិបាលខេត្ត)។ ចំពោះបញ្ហាបុគ្គលិក ការគ្រប់គ្រងចាត់ចែងគឺកាន់តែមានភាពមជ្ឈការស៊ីជម្រៅថែមទៀត។ បន្ថែមលើអ្វីដែលសម្របសម្រួល និងស្នើឡើង ដោយនាយកដ្ឋានបុគ្គលិករបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ការបែងចែកបុគ្គលិកជាក់ស្តែងត្រូវធ្វើឡើងតាមរយៈការសម្រេចចិត្តរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល តាមសំណើររបស់រដ្ឋលេខាធិការដ្ឋានមុខងារសាធារណៈ។ ការ

គ្រប់គ្រងបែបមជ្ឈការនេះ មានន័យថា បើទោះជាថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ដែលជាអ្នកផ្ដល់សេវាជួរមុខ បានធ្វើការស្នើសុំស្ដីពីបញ្ហាបុគ្គលិកក្ដី ក៏ការស្នើសុំនេះមិនងាយនឹងសម្រេចបានតាមតម្រូវការនោះទេ។

ជាទូទៅសម្រាប់ក្របខ័ណ្ឌបុគ្គលិកជំនាញត្រូវបានចែកជាបីសណ្ឋានគឺក្របខ័ណ្ឌមន្ត្រីរាជការ(រដ្ឋ) បុគ្គលិកកិច្ចសន្យា និងបុគ្គលិកបណ្ដែត។ លើសពីនេះទៀត អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិក៏ត្រូវបានចាត់ទុកជាធនធានមនុស្សដ៏មានសារៈសំខាន់ជាខ្លាំងក្នុងការពង្រឹងសេវាសុខភាពនៅមូលដ្ឋាននេះផងដែរ។ ក្រុមគាំទ្រ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ (មានប្រហែលពីរនាក់ក្នុងមួយភូមិ) មានតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការផ្ដល់សេវាផ្សព្វផ្សាយ អប់រំ តាមដាន ផ្ដល់ព័ត៌មានត្រឡប់ និងផ្ដល់សេវាសុខភាពជាមូលដ្ឋានខ្លះៗ (ដូចជា ការទប់ស្កាត់ការរាលដាលជំងឺឆ្លងនានាជាដើម)។ ក្រៅពីបុគ្គលិកជំនាញ ក្រុមគាំទ្រ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ ដែលផ្ដល់សេវាសុខភាពដោយផ្ទាល់ មន្ត្រីសុខាភិបាលមួយចំនួនដែលបម្រើការនៅស្រុកប្រតិបត្តិ បានធ្វើការជាអ្នកគ្រប់គ្រង សម្របសម្រួល និងផ្ដល់សេវាគាំទ្រដល់បុគ្គលិកជំនាញបម្រើការនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក មណ្ឌលសុខភាព និងក្រុមគាំទ្រ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ។

ដូចវិស័យឯទៀតដែរ ការបែងចែក និងលើកទឹកចិត្តបុគ្គលិកដែលមានសមត្ថភាពខ្ពស់ ដើម្បីអាចមានលទ្ធភាពឈរជើងនៅតំបន់ដាច់ស្រយាល គឺជាបញ្ហាប្រឈមលេចធ្លោជាងគេ។ ឧទាហរណ៍ជាក់ស្ដែង គ្រូពេទ្យដែលត្រូវបានចាត់បញ្ជូនមកពីទីឆ្ងាយ នៅតែបន្តចាកចេញពីតំបន់ដាច់ស្រយាល ព្រោះតែមិនទទួលបានការលើកទឹកចិត្ត និងគាំទ្រសមស្រប។ កត្តានេះ ស្ថាប័នថ្នាក់ជាតិពិតជាអ្នកដែលត្រូវទទួលបានការស្ដីបន្ទោស ក្នុងពេលដែលថ្នាក់ក្រោមជាតិមិនបានទទួលយកតួនាទីណាមួយពិតប្រាកដនោះឡើយ។

តាមគោលការណ៍ក្រសួងសុខាភិបាល មណ្ឌលសុខភាពនីមួយៗត្រូវមានបុគ្គលិកពី៦-១២នាក់។ នេះមានន័យថាមណ្ឌលសុខភាពមួយ យ៉ាងហោចណាស់ក៏ត្រូវមានបុគ្គលិកចាប់ពី៦នាក់ឡើងទៅ ដើម្បីអាចផ្ដល់សេវាសុខភាពបឋមកម្រិតអប្បរមា។ ដើម្បីផ្ដល់សេវាសុខភាពបឋមមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ មណ្ឌលសុខភាពគួរមានបុគ្គលិកលើសពីចំនួននេះ ដើម្បីបង្កើនសេវាមួយចំនួនទៀត ដូចជាការងារបន្ទប់ពិសោធន៍ ការងារជួយសង្គ្រោះ និងការដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺ។ មកដល់បច្ចុប្បន្ននេះ មានមណ្ឌលសុខភាពតិចបំផុត ដែលបានឆ្លងផុតកម្រិតជាអ្នកផ្ដល់សេវាសុខភាពបឋមកម្រិតអប្បរមា ហើយមិនមានមណ្ឌលណាមួយដែលអាចផ្ដល់សេវាសុខភាពបឋមកម្រិតអតិប្បរមា (មានយានយន្តផ្ទាល់សម្រាប់ជួយសង្គ្រោះ និងដឹកអ្នកជំងឺ) នោះទេ។

ក្រៅពីសេវាសុខភាពសាធារណៈ (ផ្ដល់ដោយស្ថាប័នរដ្ឋ និងសហគមន៍ដូចរៀបរាប់ខាងលើ) ការរីកចម្រើន ក្នុងវិស័យឯកជនក្នុងការផ្ដល់សេវាសុខភាពនេះ ត្រូវបានកត់សម្គាល់ថាបានជួយជំរុញឱ្យមានការបន្ថយសម្ពាធមកលើស្ថាប័នរដ្ឋដើម្បីធ្វើកំណែទម្រង់ឱ្យបានឆាប់រហ័ស។ ក្នុងន័យនេះ ទោះបីជាវិស័យឯកជនក្នុងការផ្ដល់សេវាសុខភាព បានជួយបង្កើតជម្រើសដល់ប្រជាជនទូទៅក៏ពិតមែន តែសម្រាប់ក្រុមជនក្រីក្រ ការផ្ដល់ជម្រើសបែបនេះ អាចធ្វើឱ្យក្រុមគាត់កាន់តែត្រូវបានផាត់ចេញពីការទទួលបានសេវានេះទៅវិញ ជាពិសេសក្នុងពេលអ្នកផ្ដល់សេវាតាមមន្ទីរពេទ្យឯកជន ឬតាមផ្ទះ ជាគ្រូពេទ្យដែលបម្រើការនៅមណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។

២.៤. ធនធានថវិកា និងសម្ភារៈគាំទ្រដល់ការផ្ដល់សេវាដោយផ្ទាល់នៅស្រុក និងឃុំ

យោងតាមសៀវភៅផែនការ(ថវិកា)ប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំដែលទទួលបានដោយក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវ ស្រុកប្រតិបត្តិគឺជាថ្នាក់មួយដ៏សំខាន់ ក្នុងការជួយណែនាំ និងធ្វើការច្របាច់បញ្ចូលនូវផែនការ និងថវិកាប្រចាំឆ្នាំពីបណ្ដាមណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យបង្អែកប្រចាំស្រុក និងថវិកាផ្ទាល់របស់ស្រុកប្រតិបត្តិ ប៉ុន្តែមានអំណាចតិចតួចក្នុងការធ្វើសេចក្ដីសម្រេច និងចាត់ចែងថវិកាឱ្យបានទាន់ពេលវេលា ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាពក្នុងការផ្ដល់សេវា។

ជាតួលេខរួម ថវិកាសរុបសម្រាប់ស្រុកប្រតិបត្តិដែលមានមណ្ឌលសុខភាពក្រោមសមត្ថកិច្ចចំនួនដប់ (១០) មន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយ និងសម្រាប់ប្រតិបត្តិការគាំទ្រផ្ទាល់ (ហើយដែលមានបុគ្គលិកទទួលប្រាក់បៀវត្សសរុបប្រហែល ១៥០នាក់) មានថវិកាប្រហាក់ប្រហែល ៦៥០ ០០០ដុល្លារអាមេរិក (មិនគិតពីតម្លៃថ្នាំដែលទិញ និងចែកជូនដោយថ្នាក់ជាតិ)។ ថវិកានេះគឺជាថវិកាដែលទទួលបានពីច្រើនប្រភព ដែលរួមមានពីរដ្ឋាភិបាល (អាចរហូតដល់៨០ភាគរយ) HSSP2 Pool និងHSSP SDG (Service Delivery Grant) ពីបណ្តាកម្មវិធី និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលមួយចំនួន និងហិរញ្ញប្បទាន ឬកម្រៃសេវានៅមូលដ្ឋាន។

ចំពោះការចំណាយ ថវិកាមកពីរដ្ឋាភិបាលត្រូវបានប្រើប្រាស់លើសពីពាក់កណ្តាល ទៅលើប្រាក់បៀវត្សបុគ្គលិក ប្រាក់វិភាជន៍សង្គម(ប្រហាក់ប្រហែលពីរសែនដុល្លាក្នុងមួយឆ្នាំ) និងលទ្ធកម្មនៅថ្នាក់កណ្តាលសម្រាប់ថ្នាំ និងសម្ភារៈ ឧបករណ៍នានា។ ក្រៅពីនោះធនធានមកពីរដ្ឋាភិបាលក៏ត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ជារង្វាន់លើកទឹកចិត្ត សម្រាប់ការរៀបចំទិវាសុខាភិបាលនានា ការចូលរួមក្នុងកិច្ចប្រជុំដែលរៀបចំដោយថ្នាក់ក្រសួង សម្រាប់ការបង់ថ្លៃទឹក ភ្លើង។ល។ ទោះជាការបែងចែកថវិកាបានមកពីរដ្ឋ ហាក់ដូចជាគ្រប់ដណ្តប់បានលើមុខចំណាយជាចម្បងៗក្តី ការផ្តល់ថវិកាជាក់ស្តែងតែងតែមានការយឺតយ៉ាវ(ពី៣-៦ខែ លើកលែងតែប្រាក់ខែ)។ ការយឺតយ៉ាវនេះអាចបណ្តាលមកពីកត្តាជាច្រើន តែមូលហេតុលេចធ្លោមួយគឺថា ស្រុកប្រតិបត្តិត្រូវពឹងផ្អែកទាំងស្រុងទៅលើការសម្របសម្រួល និងសម្រេចចុងក្រោយនៅថ្នាក់ខេត្ត និងថ្នាក់ជាតិ។

ថវិកាមកពីHSSP2 Pool និងHSSP SDGដែលជាធនធានភាគច្រើនបានមកពីបណ្តាដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ កំពុងត្រូវបានមើលឃើញថា បានជួយធ្វើឱ្យដំណើរការបាននូវសេវាសុខាភិបាលសាធារណៈនៅមូលដ្ឋាន ជាពិសេសសម្រាប់ការចំណាយលើប្រាក់រង្វាន់(នៅស្រុកប្រតិបត្តិមួយចំនួន និងភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិពិសេស) សម្រាប់ការអនុវត្តផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំត្រីមាស ដូចជាសម្រាប់ធ្វើការបណ្តុះបណ្តាល សិក្ខាសាលា កិច្ចប្រជុំ។ល។

ធនធានមកពីបណ្តាកម្មវិធី និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលមួយចំនួន ដែលផ្តល់ដោយត្រង់ដល់មណ្ឌល និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព មន្ទីរពេទ្យបង្អែកនៅថ្នាក់ស្រុក ឬតាមរយៈស្រុកប្រតិបត្តិ មានសារៈសំខាន់ណាស់ ជាពិសេសនៅតំបន់ដាច់ស្រយាល ក្នុងការគាំទ្រលើកស្ទួយការផ្តល់សេវាដល់ក្រុមជនក្រីក្រ (ផ្តោតខ្លាំងលើសុខភាពបន្តពូជ) ការគាំទ្រដល់ការចូលរួមផ្តល់សេវាផ្សព្វផ្សាយ អប់រំ ចែកចាយថ្នាំ និងសម្ភារៈ (ដូចជាស្រោមអនាម័យ ថ្នាំពន្យារកំណើត) តាមដានអ្នកជំងឺ និងសេវា outreach នៅសហគមន៍ផ្ទាល់។

ថវិកាដែលប្រមូលបានពីកម្រៃសេវាដែលនៅមានកំរិតតិចតួចហើយបើទោះជាបានពីប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងពីការទូទាត់ និងលើកទឹកចិត្តផ្តល់ដោយបណ្តាកម្មវិធី និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ឬដោយការទូទាត់ដោយផ្ទាល់ពីអ្នកទទួលសេវាក្តី ក៏មានសារៈសំខាន់បំផុត ជាពិសេសសម្រាប់បែងចែកជាការលើកទឹកចិត្តប្រចាំខែដល់បុគ្គលិក ការដោះស្រាយបន្ទាន់ ដូចជាសម្រាប់ការចំណាយក្នុងការបង់ថ្លៃភ្លើង ទឹក និងការធ្វើដំណើរនានា (ក្នុងពេលរង់ចាំការទូទាត់សងវិញពីរដ្ឋ)។

ក្រៅពីនោះ តាមឃុំមួយចំនួនធំ គណៈកម្មការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាពដែលដឹកនាំដោយប្រធានក្រុមប្រឹក្សាឃុំ(HCMC)បានរៀបចំជាហិបរៃអង្គៀសនៅតាមវត្ត និងទីតាំងមួយចំនួនដើម្បីប្រមូលថវិកាគាំទ្រដល់ការដំណើរការនៅមណ្ឌលសុខភាព។ ថវិកាដែលប្រមូលបាន ត្រូវបានកត់ត្រាដោយHCMC និងរក្សាទុកនៅមណ្ឌលសុខភាព សម្រាប់ជួយគាំទ្រដល់ហេតុការណ៍សង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការធ្វើដំណើររបស់អ្នកជំងឺដែលត្រូវបានកំណត់ថាស្ថិតក្នុងក្រុមអ្នកក្រីក្រ (ជួយប្រហាក់ប្រហែលពាក់កណ្តាលនៃតម្លៃសរុប)។

ក្រៅពីថវិកា បណ្តាកម្មវិធី និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលបាននិងកំពុងផ្តល់នូវសម្ភារៈ ការជួសជុល និង សាងសង់អគារដល់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងបណ្តាមណ្ឌលសុខភាពយ៉ាងច្រើនផងដែរ។ គួរកត់សម្គាល់ថា វិស័យសុខាភិបាល ជាវិស័យអាទិភាពមួយ ដែលដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានាបាន និងកំពុងគាំទ្រយ៉ាងខ្លាំង។ ទ្រព្យសម្បត្តិមួយដ៏សំខាន់ទៀត គឺទីតាំង និងដីដែលអគារ និងសំណង់មណ្ឌលសុខភាពទាំងនោះ ភាគច្រើនត្រូវបានទទួលពីរដ្ឋអំណាចឃុំ (ជាក់ស្តែង មណ្ឌលសុខភាពភាគច្រើនស្ថិតលើទីតាំងជាមួយសាលាឃុំ គឺគ្រាន់តែខណ្ឌចែកដោយរបងបន្តិចបន្តួច និងមិនមាំទាំតែប៉ុណ្ណោះ)។ ជារួម រដ្ឋបាលឃុំ ឬពេលខ្លះក៏មានការចូលពីស្រុកផងដែរ មានតួនាទីជាអាណាព្យាបាល ក្នុងការផ្តល់ទីតាំងសម្រាប់សាងសង់ ឬធ្វើអគារសុខាភិបាលបន្ថែម នៅមូលដ្ឋាន។

ផ្នែកទី៣

ទស្សនទាន និងនីតិវិធី ក្នុងការផ្ទេរមុខងារសាកល្បងក្នុងឆ្នាំ២០១៣-២០១៤

យោងតាមច្បាប់រៀបចំអង្គការ ការផ្ទេរមុខងារត្រូវធ្វើឡើងដោយផ្អែកលើគោលការណ៍ដូចខាងក្រោម ៖

- ស្ថិតក្នុងដែនសមត្ថកិច្ចរបស់ក្រុមប្រឹក្សា
- អាចគ្រប់គ្រង និងអនុវត្តបានប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងដែនសមត្ថកិច្ចរបស់ក្រុមប្រឹក្សា
- បម្រើ ឬផ្តល់ផលប្រយោជន៍ជាចម្បងដល់ប្រជាជននៅក្នុងដែនសមត្ថកិច្ចរបស់ក្រុមប្រឹក្សា និង
- មានផលប៉ះពាល់ជាចម្បងនៅក្នុងដែនសមត្ថកិច្ចរបស់ក្រុមប្រឹក្សា។

ដើម្បីបង្កើននូវទំនុកចិត្ត និងធានាដល់ភាពទទួលបានជោគជ័យ ការសាកល្បងគួរចាប់ផ្តើមពីអ្វីដែលងាយស្រួល និងសាមញ្ញបំផុត។ ក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ការផ្តល់សេវាសុខភាពបឋម នៅមូលដ្ឋានគឺជាមុខងារមួយដ៏សមស្របក្នុងការក្លាយជាបេក្ខភាពសម្រាប់ផ្ទេរសាកល្បងព្រោះការគ្រប់គ្រង ការគាំទ្រ និងការសម្របសម្រួលត្រូវបានធ្វើស្ទើរតែទាំងស្រុងដោយស្រុកប្រតិបត្តិទៅហើយ។ និយាយម៉្យាងទៀត គឺថាសេវាដែលកំពុងត្រូវបានផ្តល់ដោយមណ្ឌលសុខភាព ប៉ុស្តិ៍សុខភាព និងភ្នាក់ងារស្ម័គ្រចិត្តភូមិ គួរតែត្រូវលើកឡើងជាប្រធានបទចម្បងក្នុងដំណាក់កាលសាកល្បងនេះ។

ជាងនេះទៀត ការលើកស្ទួយប្រសិទ្ធភាព និងគុណភាពសេវាសុខភាពបឋម ត្រូវតែបានកំណត់ថាជាសន្និទានភាពដ៏ចម្បងបំផុតក្នុងការទាមទារឱ្យមានការធ្វើសាកល្បងនេះ។ ដូចនេះ រាល់សំណើដែលលើកឡើងខាងក្រោមត្រូវស្ថិតក្នុងបរិបទនៃសន្និទានភាពនេះ។

ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈភូមិសាស្ត្រ រដ្ឋបាលដែនដី និងរបៀបរបបគ្រប់គ្រងចាត់ចែងបច្ចុប្បន្ន(ឬតាមបែបប្រជាធិបតេយ្យ) ដែលចាត់ទុកថារដ្ឋបាលថ្នាក់ស្រុក ឃុំ ជារដ្ឋបាលថ្នាក់មូលដ្ឋាន ហើយបើគួបផ្សំគ្នារវាងថ្នាក់រដ្ឋបាលទាំងពីរនេះនឹងអាចក្លាយជារដ្ឋបាលដែលផ្តល់សេវាជូរមុខ និងដោយផ្ទាល់ជូនដល់ប្រជាពលរដ្ឋ ដូចនេះការស្នើសុំធ្វើការសាកល្បងផ្ទេរមុខងារ និងធនធានខាងក្រោមនេះ គឺសំដៅដល់ការផ្ទេរដល់ក្រុមប្រឹក្សាស្រុក ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ និងមានលក្ខណៈវិមជ្ឈការពិតប្រាកដ។

អនុសាសន៍៖ លេខាធិការដ្ឋាន គ.ជ.អ.ប គួរគាំទ្រ និងជួយសម្របសម្រួលឱ្យមានការស្រុះស្រួលក្នុងកម្រិត គ.ជ.អ.ប ដើម្បីស្នើដល់រាជរដ្ឋាភិបាលក្នុងការចេញជាអនុក្រឹត្យតម្រូវឱ្យក្រសួង ស្ថាប័នទាំងអស់ជួយគាំទ្រ និងចូលរួមក្នុងកម្មវិធីសាកល្បងការផ្ទេរការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព ប៉ុស្តិ៍សុខភាព និងភ្នាក់ងារស្ម័គ្រចិត្តភូមិ ដល់រដ្ឋបាលស្រុក ឃុំ។ ដើម្បីធានាដល់ភាពទទួលបានជោគជ័យ កម្មវិធីសាកល្បង ជាជំហានដំបូងមិនគួរធ្វើការផ្ទេរការគ្រប់គ្រងស្រុកប្រតិបត្តិទាំងស្រុងទៅរដ្ឋបាលស្រុកនោះទេ។

៣.១. មុខងារ

ផ្អែកតាមមុខងារចម្បងទាំងប្រាំដែលលើកយកពិភាក្សាក្នុងផ្នែកខាងលើ មុខងារចំនួនបី (លេខ២ លេខ៣និងលេខ៤) នឹងត្រូវបានលើកយកមកពិចារណា និងពិភាក្សាខាងក្រោម ដោយលើកយកមុខងារការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល និងផ្តោតការពិចារណាលើការផ្តល់សេវាសុខភាពបឋមនៅមណ្ឌលសុខភាពរួមមានសេវាពិគ្រោះជំងឺមនុស្សទូទៅ វះកាត់កម្រិតតូច(មិនប្រើថ្នាំសណ្តំ) ចាក់ថ្នាំបង្ការ ពិនិត្យនិងចែកថ្នាំរបេង គ្រុនចាញ់ ពិនិត្យឈាមរកជំងឺអេដស៍ បង្កើត រំលូត និងរលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព ពិនិត្យមុននិងក្រោយសម្រាល និងពន្យារកំណើត សេវាពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធបញ្ជូន ការអប់រំផ្នែកសុខភាព និងបង្ការទប់ស្កាត់ជម្ងឺនានា។

គួរកត់សម្គាល់ថា មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ថ្វីត្បិតតែត្រូវបានចាត់ទុកថាអ្នកផ្តល់សេវាជួរមុខ ដូចមណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាពក៏ពិតមែនតែជាស្ថាប័នមួយដែលផ្តល់សេវាសុខភាពកម្រិតខ្ពស់ជាងមណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព (ឧទាហរណ៍ ទទួលវះកាត់កំរិតខ្ពស់ មានមន្ទីរពិសោធន៍ ផ្តល់កន្លែងសម្រាកព្យាបាលរយៈពេលយូរ មានគ្រូពេទ្យថ្នាក់វេជ្ជបណ្ឌិត។ល។) ដូចនេះទាមទារឱ្យមានការសម្របសម្រួល និងគាំទ្រកម្រិតផ្សេងខុសពីមណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាពនិងការផ្តល់សេវាសុខភាពបឋមនៅថ្នាក់សហគមន៍។ ជាពិសេសទៅទៀត មន្ទីរពេទ្យបង្អែកបច្ចុប្បន្នមានចំនួនប្រហាក់ប្រហែលជាមួយនឹងចំនួនស្រុកប្រតិបត្តិ(ជាង៧០) ដែលជាមធ្យមមន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយគ្របដណ្តប់ស្មើរតែបីស្រុករដ្ឋបាល។ ក្នុងន័យនេះ ក្រុមការងារសូមលើកយកតែមុខងារដែលកំពុងប្រតិបត្តិនៅមណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព និងនៅថ្នាក់សហគមន៍ មកធ្វើជាបេក្ខភាពសម្រាប់ធ្វើការសាកល្បងក្នុងឆ្នាំ២០១៣-២០១៤តែប៉ុណ្ណោះ។ ម៉្យាងទៀត ការផ្តល់សេវាខាងលើមានលក្ខណៈជាកញ្ចប់សកម្មភាព ហើយបាននិងកំពុងប្រតិបត្តិតាមមណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាពរួចស្រេចទៅហើយ ដូចនេះការផ្ទេរតួនាទីផ្តល់សេវាសុខភាពបឋមទាំងស្រុងដល់ក្រុមប្រឹក្សាស្រុក ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ គឺជាជម្រើសមួយដែលមានហានិភ័យតិចតួច។ លើសពីនេះទៀត ការផ្ទេរការគ្រប់គ្រងកិច្ចប្រតិបត្តិការនៅមណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព និងនៅថ្នាក់សហគមន៍ដល់ក្រុមប្រឹក្សាស្រុក ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ មានន័យថា ការតាមដាន ការត្រួតពិនិត្យ ការគាំទ្រ និងការកំណត់តម្លៃសេវានៅមណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាពរបស់ HCMC ដែលមានមេឃុំជាប្រធាននឹងមិនមានអ្វីប្រែប្រួលនោះទេ។

ការសាកល្បងផ្ទេរមុខងារ និងធនធាននេះ និងមិនមានផលប៉ះពាល់លើបញ្ហាបច្ចេកទេសសុខាភិបាលនោះទេ។ ក្នុងនាមជាអ្នកជាប់ឆ្នោត ក្រុមប្រឹក្សាស្រុក ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ តែងតែមានការគិតគូរយ៉ាងខ្លាំងដល់បញ្ហាសុខភាពរបស់ប្រជាជនរបស់ខ្លួន។ នេះមានន័យថា លើសពីអ្វីដែលបុគ្គលិកសុខាភិបាលអាចផ្តល់ដល់ប្រជាជនតាមសមត្ថភាពបច្ចេកទេសរបស់ខ្លួន ក្រុមប្រឹក្សាស្រុក ក្រុមប្រឹក្សាឃុំអាចជួយជំរុញលើការងារចូលរួមរបស់សហគមន៍ ការថែទាំអគារពេទ្យ និងការសាងសង់តូចតាចការសម្របសម្រួលផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំរបស់មណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព អាចជាយន្តការថវិកា និងសម្របសម្រួលផែនការនិងថវិកា និងជាយន្តការផ្តល់របាយការណ៍អាំងឌីការទ័រសុខាភិបាលយ៉ាងមានប្រសិទ្ធភាព។

ក្រសួងសុខាភិបាល និងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តនឹងនៅតែមានតួនាទីក្នុងការរៀបចំស្តង់ដារបច្ចេកទេស ផ្តល់សមត្ថភាពបច្ចេកទេស តាមដាន និងវាយតម្លៃលើការអនុវត្តនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ។ សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាពនិងការផ្តល់សេវាសុខភាពបឋមនៅថ្នាក់សហគមន៍ ក្រសួងសុខាភិបាល និងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តនៅមានតួនាទីបន្ថែមទៀតក្នុងការផ្តល់បន្ថែមសមត្ថភាពជាប្រចាំ និងតាមការចាំបាច់។

អនុសាសន៍៖ លេខាធិការដ្ឋាន គ.ជ.អ.ប គួរគាំទ្រ ជួយសម្របសម្រួល និងស្នើសុំឱ្យគ.ជ.អ.ប ជំរុញក្រសួងសាមី(សុខាភិបាល) និងក្រសួងមហាផ្ទៃចេញជាប្រកាសអន្តរក្រសួងមួយស្តីពីកម្មវិធីសាកល្បងការផ្ទេរមុខងារ "**ការផ្តល់សេវាសុខភាពបឋម**" ឬការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព ប៉ុស្តិ៍សុខភាព និងការផ្តល់សេវាសុខភាពតាមសហគមន៍ដល់ក្រុមប្រឹក្សាស្រុក និងក្រុមប្រឹក្សាឃុំ។

៣.២. ធនធានមនុស្ស

បញ្ហាធនធានមនុស្សជាបញ្ហាដ៏រសើប ដែលក្នុងដំណាក់កាលសាកល្បងគួរមានការសិក្សា និងកំណត់ដំណាក់កាលអន្តរកាលមួយជាក់លាក់។ ដោយយោងតាមការខ្វះខាតបុគ្គលិកមានសមត្ថភាព នៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែក មណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព ការផ្តល់ឱកាសដល់ក្រុមប្រឹក្សាស្រុក ក្រុមប្រឹក្សាឃុំជាអ្នកគ្រប់គ្រង

ចាត់ចែងដោយផ្ទាល់លើបញ្ហាបុគ្គលិក អាចជាព្រួញមុខពីរ។ មុខមួយគឺថាក្រុមប្រឹក្សានឹងជួយរិះរកមកបំពេញនូវអ្នកជំនាញ តាមរយៈការបង្កើតឱ្យមានប្រព័ន្ធលើកទឹកចិត្តផ្សេងៗ (ដូចជាទៅអនាគត អាចផ្តល់ជាអាហារូបករណ៍ដល់សិស្សមូលដ្ឋាន ក្នុងពេលសិក្សា ប្រសិនមានបំណងសិក្សាវិជ្ជាពេទ្យ ផ្តល់ផ្ទះសម្បែង នឹងដីធ្លីដល់គ្រូពេទ្យដែលមានបំណងមកបម្រើការនៅទីតាំងរបស់ខ្លួន ដាក់កំហិតធ្ងន់ធ្ងរដល់គ្រូពេទ្យដែលអនុវត្តខុសក្រមសីលធម៌ ឬដាក់បំរាមតឹងរឹងដល់ពេទ្យឯកជន។ល។)ដល់គ្រូពេទ្យដែលផ្តល់សេវាសាធារណៈ។ ករណីនេះក៏នឹងធ្វើឱ្យមានការថ្នាំងថ្នាក់ពីអ្នកជំនាញមួយចំនួន ដែលអាចធ្វើឱ្យមានការចាកចេញ (ច្រើនជាងបច្ចុប្បន្ន)។

គួររំលឹកឡើងវិញថា បច្ចុប្បន្ននៅមណ្ឌលសុខភាព ក្របខ័ណ្ឌបុគ្គលិកមានបីសណ្ឋានគឺមន្ត្រីរាជការ បុគ្គលិកកិច្ចសន្យា និងបុគ្គលិកបណ្តែត។ ចំពោះការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិកកិច្ចសន្យា និងបុគ្គលិកបណ្តែត (ការជ្រើសរើស ការវាយតម្លៃ និងការសម្រេចចិត្តនានាពាក់ព័ន្ធនឹងបុគ្គលិកនោះ) គឺធ្វើឡើងដោយស្រុកប្រតិបត្តិ តំណាងឱ្យមន្ទីរសុខាភិបាល និងក្រសួងសុខាភិបាល ហើយការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិកប្រភេទនេះមានលក្ខណៈងាយស្រួល និងគួរជំរុញបន្ថែម។ កត្តាប្រសើរជាងនេះទៀត ចំនួនអ្នកប្រតិបត្តិមុខជំនាញ និងផ្តល់សេវាសុខភាពក៏មានកាន់តែច្រើនឡើង ដែលការជ្រើសរើសបុគ្គលិកជំនាញ ដោយមានការឧមត្តម និងលើកទឹកចិត្តសមស្របអាចនឹងប្រព្រឹត្តទៅបាន។

អនុសាសន៍៖ ក្នុងដំណាក់សាកល្បងដំបូង ទន្ទឹមនឹងការលើកស្ទួយឱ្យក្រុមប្រឹក្សាស្រុកអាចតម្រង់ទិស និងសម្រេចក្នុងការចាត់ចែងលើអាទិភាពទាំងការផ្តល់សេវា និងចំនួនបុគ្គលិកបំរើការក្នុងមណ្ឌលសុខភាព ប៉ុស្តិ៍សុខភាព (ឧ. ដើម្បីធានាឱ្យមានបុគ្គលិកប្រចាំការ២៤ម៉ោងលើ២៤ម៉ោង) និងក្រុមគាំទ្រ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិតែគួរចាំបាច់កំហិតមិនទាន់ប្រគល់សិទ្ធិអំណាចក្នុងការដក និងផ្លាស់ប្តូរដំណែងមន្ត្រី បុគ្គលិកក្នុងមណ្ឌលសុខភាពដល់ស្រុកនោះឡើយ។ ការធ្វើបែបនេះ គឺក្នុងន័យធានាឱ្យដំណើរការក្នុងមណ្ឌលសុខភាព ប៉ុស្តិ៍សុខភាព នឹងមិនដើរថយក្រោយ ដោយសារការខ្វះបុគ្គលិកនោះទេ តែផ្ទុយទៅវិញអាចធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងបាន ដោយសារការសម្រេចជ្រើសរើសបុគ្គលិកបណ្តែត និងបុគ្គលិកកិច្ចសន្យាដែលមានជំនាញ និងគុណភាព ហើយអាចទទួលការគាំទ្រ និងលើកទឹកចិត្តពីរដ្ឋបាលស្រុកប្រសើរជាងមុន។

៣.៣. ធនធានថវិកា និងសម្ភារៈ

គោលការណ៍ចម្បងក្នុងការផ្ទេរការទទួលខុសត្រូវក្នុងការចាត់ចែងធនធាន និងសម្ភារៈ គឺចាំបាច់ត្រូវធានាថា មណ្ឌលសុខភាព ប៉ុស្តិ៍សុខភាពនិងក្រុមគាំទ្រ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ នឹងមិនបាត់បង់នូវអ្វីដែលកំពុងតែទទួលបាននោះឡើយ។ ឧទាហរណ៍ជាក់ស្តែង គឺថានាពេលបច្ចុប្បន្នបុគ្គលិកបម្រើការក្នុងមណ្ឌលសុខភាពកំពុងទទួលបាននូវសម្ភារៈ និងប្រាក់លើកទឹកចិត្តពីការផ្តល់សេវា ទោះជាបានពីការចំណាយផ្ទាល់របស់អ្នកទទួលសេវា ការបង់ដោយភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងមូលនិសមធម៌សុខាភិបាល ពីរដ្ឋ ពីដៃគូ ឬអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលក្តី ចាំបាច់គឺអ្វីទាំងអស់នោះ ត្រូវតែរក្សាទុកជាកម្រិតចាប់ផ្តើម។ ការផ្ទេរការគ្រប់គ្រងធនធានហិរញ្ញវត្ថុ និងសម្ភារៈរបស់មណ្ឌលសុខភាព ប៉ុស្តិ៍សុខភាព និងក្រុមគាំទ្រ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ ដល់ស្រុក គឺមានបំណងសម្រួលសម្រួលចរន្តបង្វូរការគាំទ្រនានា លើកស្ទួយតម្លាភាព និងបង្កើនប្រសិទ្ធភាព និងគួរធ្វើតាមរូបភាពច្រើនយ៉ាង ទៅតាមប្រភព និងខ្នង់ថវិកា។

អនុសាសន៍៖

- ចំពោះថវិកាហិរញ្ញប្បទានមូលដ្ឋាន (ថវិកាប្រមូលបាននៅមូលដ្ឋាន ដោយមណ្ឌលសុខភាព) គួររក្សានីតិវិធី និងរបៀបរបបចាត់ចែងនៅដដែល។ឧទាហរណ៍HCMC សម្រេចលើតម្លៃសេវារៀបចំឱ្យមាន

ហិបប្រាក់ សម្រេចក្នុងការចំណាយលើតម្លៃដឹកជញ្ជូន ចំណាយសម្រាប់កិច្ចសង្គ្រោះបន្ទាន់ ចំណាយថ្លៃទឹក ភ្លើងជាបណ្តោះអាសន្ន ។ល។

- ថវិកាមកពីកម្មវិធី ឬអង្គការផ្សេងៗ ដែលប្រតិបត្តិការនៅទីតាំងមូលដ្ឋានផ្ទាល់ គួរត្រូវបានផ្តល់ដោយមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយស្រុក ជាលក្ខណៈហិរញ្ញប្បទានមានភ្ជាប់ល័ក្ខខ័ណ្ឌ។
- ថវិកាសម្រាប់ប្រតិបត្តិការដែលទទួលបានពី HSSP2 Pool និងHSSP SDG គួរត្រូវបានទម្លាក់ចូលគណនីស្រុក ត្រង់ពីថ្នាក់ជាតិ ជាលក្ខណៈហិរញ្ញប្បទានមានភ្ជាប់ល័ក្ខខ័ណ្ឌ (ឧទាហរណ៍DP>>> MOH/NCDD-S>>>MEF/Treasury>>>District Account)។ ***ករណីនេះ អាចអនុវត្តភ្លាមៗសម្រាប់ថវិការបស់ AusAid***
- ថវិកាសម្រាប់ប្រតិបត្តិការដែលទទួលបានពីរដ្ឋ។ ឧទាហរណ៍ ថវិកាផ្អែកតាមកម្មវិធី(PBB)គួរត្រូវបានទម្លាក់ចូលគណនីស្រុក ត្រង់ពីថ្នាក់ជាតិ ជាលក្ខណៈហិរញ្ញប្បទានមានភ្ជាប់ល័ក្ខខ័ណ្ឌ។
- សម្រាប់ប្រាក់ខែ សម្ភារៈ និងថ្នាំពេទ្យដែលទទួលបានពីរដ្ឋ គួររក្សាទុករបៀបគ្រប់គ្រង ចាត់ចែងដូចបច្ចុប្បន្នជាបណ្តោះអាសន្នសិន។

៣.៤. ការជ្រើសរើសតំបន់គោលដៅ

ដោយតំបន់រដ្ឋបាលសុខាភិបាលមានលក្ខណៈខុសប្លែកគ្នានឹងតំបន់រដ្ឋបាលដែនដី ការជ្រើសរើសទីតាំងសាកល្បងក្នុងឆ្នាំ២០១៣-២០១៤ គួរធ្វើឡើងក្នុងតំបន់ខុសៗគ្នា។ ទីតាំងគួរជ្រើសរើសរួមមាន៖

- ប្រភេទមួយ ដែលមានលក្ខណៈងាយស្រួលគឺតំបន់រដ្ឋបាលសុខាភិបាលមានលក្ខណៈដូចគ្នា នឹងតំបន់រដ្ឋបាលដែនដី (មានតែស្រុកបាកាន ខេត្តពោធិ៍សាត់ និងស្រុកមេមត់ ខេត្តកំពង់ចាម) គួរធ្វើការសាកល្បង
- ប្រភេទពីរ មានលក្ខណៈស្មុគស្មាញ ដោយតំបន់រដ្ឋបាលសុខាភិបាល គឺមណ្ឌលសុខភាពគ្របដណ្តប់ឃុំរដ្ឋបាលលើសពីមួយ ឬលើសពីពីរ។ ក្នុងករណីនេះការចាត់ចែងឱ្យមានសមាសភាពចម្រុះមកពីគ្រប់ឃុំគ្របដណ្តប់ក្នុងសមាជិកHCMC ត្រូវចាំបាច់រក្សាទុកដដែល ហើយទីតាំងប្រភេទនេះក៏គួរធ្វើការជ្រើសរើសមកសាកល្បងផងដែរ។
- ប្រភេទបី សម្រាប់ទីតាំងដាច់ស្រយាល ដែលស្ទើរតែមិនទាន់មានមណ្ឌលសុខភាព និងសេវាសុខាភិបាល នៅពឹងផ្អែកស្ទើរតែទាំងស្រុងពីមន្ទីរសុខាភិបាល ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែកនៅថ្នាក់ខេត្ត (ដូចជាខេត្តរតនគិរី ខេត្តមណ្ឌលគិរីជាដើម)។ ក្នុងករណីនេះ កម្មវិធីសាកល្បងការផ្ទេរមុខងារ និងធនធានគួរចាប់ផ្តើមពីការផ្តល់ថវិកាតាមបែបភ្ជាប់ល័ក្ខខ័ណ្ឌដោយត្រង់ពីថ្នាក់កណ្តាល ទៅរដ្ឋបាលស្រុកសាកល្បង បើទោះជាថវិកា និងសម្ភារៈមានប្រភពពីម្ចាស់ជំនួយ ឬរាជរដ្ឋាភិបាលក្តី។

ឧបសម្ព័ន្ធ៖

១. TOR

២. របាយការណ៍ និងកំណត់ហេតុពីបេសកម្មនៅមូលដ្ឋាន